

厚生労働科学研究研究費補助金

こころの健康科学研究事業

犯罪被害者の精神健康の状況と

その回復に関する研究

平成18年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 小西 聖子

平成19（2007）年 4月

目 次

I. 総括研究報告

- 犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究-----
小西 聖子

II. 分担研究報告

1. 精神科医療機関における犯罪被害者への治療及び
司法的関与の実態に関する研究-----
辰野 文理・中島 聡美
2. 犯罪被害者及びその家族における重度ストレス反応
支援プログラムの構築に関する研究-----
中島 聡美・小西聖子・辰野 文理
(資料)・「犯罪被害者及びその家族における重度ストレス反応の実態調査」調査票
3. 地域精神保健福祉機関における犯罪被害者支援-----
山下 俊幸
・犯罪被害者等支援のための地域精神保健福祉活動の手引き(案)
精神保健福祉センター・保健所・市町村における支援
・自助グループ支援のあり方に関する調査報告
酒井ルミ・山下 俊幸
4. 保健所における事件・事故・災害時の PTSD 対策の事例検討について-----
竹之内直人
(資料)・事件・事故・災害時の PTSD 対策の比較
・犯罪被害者支援システム(案)
5. PTSD 患者を対象にした認知行動療法-----
小西 聖子

6. 心理相談室における犯罪被害者への心理的支援の方法・技法について

相談員に対するインタビュー調査-----

大山 みち子

7. 外傷後ストレス障害に対する効果的な介入について

認知処理療法 (Cognitive Processing Therapy) の我が国への導入-----

堀越 勝

8. 犯罪被害者の心理的支援に関する弁護士調査

司法と保健医療との連携について-----

有園 博子

(資料)・「司法における犯罪被害者への心理的支援に関する調査」の調査票

・「司法における犯罪被害者への心理的支援に関する調査」の回答用紙

9. イギリスにおける犯罪被害者支援制度の研究-----

柑本 美和

犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究

主任研究者 小西 聖子 武蔵野大学

研究主旨

2004年12月に犯罪被害者等基本法が成立し、同法に従って、犯罪被害者等支援の基本計画が2005年12月に決定された。これに従い、保健医療、福祉の領域からの支援体制の構築が急務となっている。本研究は、実態の把握や治療法やガイドラインの開発を行うことによって、その一助となることを目的としている。換言すれば、犯罪被害者等に対する精神保健領域の支援が政策に沿って実現できるよう、調査研究を行い、その実践モデルを開発していくことが目的である。しかしながら、精神保健の領域からの支援や専門的治療を強く必要としている「犯罪被害者等」に含まれるのは、刑事事件の被害者本人だけであるとは限らない。例えば、犯罪被害者支援を行っているNPOや、犯罪被害者のトラウマを扱う医療施設や心理臨床センターなどに、最も相談が多いのは事件事故の遺族、強姦事件の被害者やドメスティックバイオレンスの被害者などである。遺族は被害者本人ではなくその家族であり、強姦やドメスティックバイオレンスの被害者の中には司法機関には訴えていない者も含まれている。刑事司法の過程に現れない被害者を含めた犯罪被害者等の全体像—精神科医療の対象としてはこの集団を捉える必要がある—を知るような調査を実施することには、そのために必要な標本数などの問題や調査方法に関する困難があり、実際には犯罪被害者等を対象とした多角的な調査をおこなって、分析していく必要がある。

本研究は3カ年の予定であり、本年度はその2年次に当たるが、（1）犯罪被害者およびその精神医療とのかかわりの現状を把握し、（2）心理的外傷治療についての実証的知見を得て、（3）精神保健福祉センターや保健所、あるいは一般精神医療の現場で犯罪被害者が適正な治療や回復手段を得られるようにするために、主として心理的外傷の治療を目的とした実践的なモデルを作成し、（4）犯罪被害者と医療と法の接点についての知見を得るという4つの目的に従い、それぞれの研究を継続している。

本年度も昨年度から継続した計画に基づき多角的に犯罪被害者およびその精神科医療の実態を明らかにしようと試みた。その結果、犯罪被害者等の現状については、前年の精神保健センターの調査結果とあわせ、精神科医療における犯罪被害者にかかわる診療の実態が、ある程度明らかになってきたと言える。二年間の研究結果からは、精神科医師が犯罪被害者の診療経験を持つためのキーワードは「連携」「専門研修」であると言えよう。医療機関の形態や経験年数、勤務地域などにかかわらず、何らかの形で犯罪被害者に関わる機関との連携を持つこと、専門的知識を得ることが、犯罪被害者の診療を行うことに繋がると期待される。

犯罪被害者当事者団体の会員、および家族を対象とした調査では、K10による気分障害、不安障害のハイリスク者の割合は約40%であったが、調査時点で精神科医療機関に通院している者は16%であり、メンタルヘルスに問題があっても治療を受けていない被害者が存在すること

が明らかになった。また精神健康に関連する因子として、性別や事件時の衝撃など、従来、PTSD発症のハイリスク要因となると考えられているような因子が挙げられたほか、司法での意見陳述や主観的二次被害など被害後の体験も関連していることが示され、支援を行ううえで重要な知見であった。この調査は質問紙による限定的なものであり、また分析にあたっては標本の偏りも考慮される必要がある。今後は本調査の被験者のうちから了承を得られた者に対してより詳細な面接調査を行う予定である。

このほか、海外において有効性が実証されている PTSD 治療の認知行動療法 Prolonged Exposure 法を導入し、スーパービジョンを受けつつ、犯罪被害女性 12 名を対象にその効果を測定した。PE 法は犯罪被害の影響で生じた PTSD 症状、抑うつ症状、解離症状に効果が認められた。また同様の効果を持つとされている Cognitive Processing Therapy についても米国からの導入を図った。さらにこれらの治療法の有効性が実証されたとしても、心理臨床の現状から考えて、すべての場所にこれらの方法がすぐに導入可能であるとはいえないことから、一般的な心理臨床の中で犯罪被害者にどのように対応していくかについても聞き取り調査を行った。

地域精神保健のなかでどのように犯罪被害者に対応するかということが、今後の課題になってくると考えられることから、精神保健福祉センター、および保健所における研究を継続している。

A. 研究の目的

犯罪被害者等基本法と本研究

平成17年12月に決定された犯罪被害者等基本計画には5つの重点課題が示されており、その1つが「精神的・身体的被害の回復・防止への取組」である。経済的な問題、司法に関する問題とともに、医療や心身の回復に係る問題が犯罪被害者の権利の回復という課題の中で重要な地位を占める。

未だ犯罪被害者を対象とした研究、臨床の蓄積が十分ではない我が国において、犯罪被害者基本法の目指す保健医療、福祉の領域での適切な支援を構築するために、また今後の犯罪被害者の心理的外傷治療の向上のため、緊急に実態の調査や方法論の研究が必要とされている。犯罪被害者は、長年にわたり「忘れられた存在」としてその権利を侵害され、苦痛を強いられてきた。医療の対象としても十分に認められてこなかった。権利の回復の手段のひとつとして、有効な治療や支援システムを研究し、それを提供できるよう整備する必要がある。このような

見地から、本研究は直接的に社会への貢献を目指すものである。

犯罪被害者研究に存在する困難

しかしながら、犯罪被害者の実態を調べることには、方法論的に複数の困難がある。一つは犯罪被害者等基本法が指し示しているような犯罪被害者等という母集団について、標本を偏りなく切り取ることが、実際上困難であるということである。もう一つは、法的な切り取りによって定義される犯罪被害の質あるいは量と、精神的な打撃やメンタルヘルスにおける支援の必要度は一致しておらず、そのこと自体が調査の課題に含まれるということである。

殺人、強姦などの被害は、司法統計で見ると限りでは未遂も含めて年間それぞれ全国で1400件、2000件程度（平成17年次統計、平成18年犯罪白書）であり、比較的少数の集団であると言える。しかし、先行研究の結果や社会からの要望にも見られるように、支援の必要性が叫ばれてきた対象は必ずしも、ここで

示されているような刑事事件の被害者であるとは限らない。事件事故の遺族は、自分自身が被害を受けた者ではなく、殺人や傷害致死や業務上過失致死などを含めた犯罪被害者の家族であり、また、強姦の被害者やドメスティックバイオレンスの被害者については、実際に被害を受けた者のかなりの部分は司法にかかわらないままになっていると見られる。つまり、精神医療や精神保健的な支援を必要としている犯罪被害者等がどのくらい存在しているのかということが、犯罪被害者研究の基礎となるべきだが、それについて簡単に特定することは困難なのである。調査を行うとしても、偏りのない標本をコミュニティから採るとすると、二千人程度の規模の調査では上記のような犯罪被害者を的確に抽出することが出来ないことが、これまでの研究からわかっている。

一方、犯罪被害者のグループに所属したり、司法や裁判にかかわったり、医療場面に現れたりする犯罪被害者は、犯罪被害者の集団全体から見れば、それぞれある特徴を持った集団である。このような対象には、これまでもそれぞれの場所で少数ながら調査が行われてきたが、その結果には限界がある。

今回の研究では、そのことを意識しつつ、複数の角度から犯罪被害者のメンタルヘルスについての実態を知り、同時に犯罪被害者への対応方法についても研究を進めるという手法をとっている。したがって、各分担研究がどのような特徴を持った対象についておこなわれたのか、また回収率とその意味するものを常に考慮していくことが必要である。

実際には精神保健福祉センター、精神科医療機関、犯罪被害者自助グループ、それぞれから見える犯罪被害者のニーズやそれにかかわる変数を明らかにするべく、ここまでの調査を行ってきた。例えば、今年度は医療機関にかかわる調査を行った。犯罪被害者のすべてが精神保健的支援を必要としているわけではないし、一方、医療機関に現れる犯罪被害者は、必要とする人の全体でもない。後藤¹⁾は、外傷体験

者における治療ニーズに関して文献レビューを行い、help-seekingに関して被害者を4つのグループに分けている(引用表)。

引用表：症状・援助・治療ニーズの自覚による被害者の分類(後藤, 2006)¹⁾

PTSD関連症状	help-seeking	治療ニーズ自覚
①症状なし	しない	認めない
②症状あり	する	認める
③症状あり	しない	認める
④症状あり	しない	認めない

今回の調査は、精神科医療機関を受診する群、つまり②の群がどのような医療機関を受診するのかという特徴を、医療機関側の調査から明らかにしたい。②の部分の現状を把握することで、②への対応をより適切に行うために必要な事項を検討することが可能となり、また治療ニーズがあるものの受診しない③の群が、より受診しやすい状況を作り出すために必要な事項が明らかにされる可能性がある。

また犯罪被害者の活動団体に所属する犯罪被害者に対して行った調査では、①から④の全てのタイプがこの集団に所属している可能性がある。が、対象集団は、被害者の問題に関心が高く、その団体の活動に共鳴している、また、お互いの支援を必要としているなどの特性を有する被害者であり、その値は、他の犯罪被害者標本で測定する場合とは異なっている可能性がある。したがって、この研究における受診率や治療ニーズ自覚の結果の解釈には慎重が必要である。しかしこの集団内部における特性の比較は、犯罪被害者のどのような特性がメンタルヘルスに関連しているのかということをも明らかに出来ると考えられる。

本研究の今年度の目的

具体的には(1)犯罪被害者の精神医学的状況、犯罪被害者の精神医学的治療の現状を把握し、(2)心理

的外傷治療についての実証的知見を得て、精神保健福祉センターや保健所、あるいは一般精神医療の現場で犯罪被害者が適正な治療や回復手段を得られるようにする、(3)主として心理的外傷の治療を目的とした実践的なモデルを作成する、(4)犯罪被害者と医療と法の接点についての知見を得るという4つの目的を掲げ、それに沿って研究を進めている。

初年度である平成17年度には、知識の蓄積を行い、今後の犯罪被害者支援のネットワーク形成の一つの核になると考えられる精神保健福祉センターを対象として、犯罪被害者支援に関する経験について調査を行った。医療機関調査に関しては、一県でのパイロット調査を行った。また地域の弁護士を対象として、被害者の精神医療の実態に関する調査を行った。また被害者治療研究に関しては、海外において効果の実証されている認知行動療法を、被害者治療に実際に導入した。さらに、すでに多数の被害者の心理治療を行っている施設において、その被害者の現状の把握を行った。

今年度はこれに引き続き、以下の目標を設定した。

(1) 初年度に得られた知見、すなわち犯罪被害者の支援にかかわってきた当事者、専門家、担当者からの現状の聴取、精神保健福祉センターでの被害者調査、弁護士会調査などの結果の解析を進める。さらに、医療機関における医師の犯罪被害者の診療状況を明らかにすることを目的として全国医療機関の医師に調査を行う。またメンタルヘルスに関して、ハイリスクな状態にある犯罪被害者が多いと考えられる犯罪被害者グループを対象に、精神保健的指標とメンタルヘルスの状況の関連を知る。さらに犯罪被害者とかわる全国弁護士を対象に、被害者支援に係る調査を行う。(2) また治療研究においては、犯罪被害者の心理的外傷治療としてProlonged Exposure 法の実践の導入を進め、その効果を測定する。また特殊な治療法を用いない場合に、犯罪被害者に対し、より良い心理臨床を行うための経験的

なポイントを明らかにする、さらに一種類だけでなく他の心理治療についても、導入や検証を進める。

(3) 地域での支援モデルについて、精神保健福祉センターにおける犯罪被害者支援についてのガイドラインの案を作成する。また、犯罪被害者等支援において自助グループの重要性が指摘されているため、被害者の精神保健ニーズを踏まえた犯罪被害者等のための自助グループ支援のあり方について、検討を進める。また、宇和島保健所で行われた、アメリカ海軍原子力潜水艦による県立水産高校実習船「えひめ丸」沈没事故による生還者、また遺族へのPTSD対策について検討し、この経験とマスコミなどで大きく取り上げられた全国の保健所での事件・事故・災害時のPTSD対策を比較し、犯罪被害者への支援を可能にする要件について検討する。

B. 研究の方法と成果

今年度は、3年計画の2年目にあたる。精神保健福祉センターにおける調査結果の解析、パイロットスタディをもとにした病院医師を対象とした全国調査の開始、全国弁護士会の調査および結果の解析、犯罪被害者グループにおける質問紙調査、専門施設における認知行動療法研究等を計画し、一部の研究を除いて、おおむねこの計画を順調に進められた。以下、目的での分類にしたがって研究の方法と成果を述べる。

(1) 犯罪被害者の精神医学的状況、犯罪被害者の精神医学的治療の現状把握

1-1. 精神科医療機関における犯罪被害者への治療及び司法的関与の実態に関する研究

本研究は全国の精神科医療機関を対象とし、犯罪被害者の受診の実態と実際に行われている治療、精神科医の司法的関与がどのようなものであるかを明らかにし、これらを促進あるいは妨げる要因を抽出する。平成17年度に行った(1)全国精神保健福祉

センターを対象とした調査及び(2)の予備調査としてのI県の精神科医療機関を対象にした調査結果を踏まえ、全国の精神科医療機関を対象とした調査を行った。日本精神科病院協会に所属する1190機関、日本精神科診療所協会1347機関、国公立大学病院41機関、私立大学病院69機関、国立病院機構64機関、公立病院145機関、労働者健康福祉機構の中で精神科を有するもの23機関、計2879機関に調査票を郵送した。調査票は精神科医局長あるいはそれに準ずる精神科医1名に回答を依頼した。840人から回答を得(回収率29.2%)、欠損値を除いた828人(経験年数10-29年が62.1%を占める)を分析の対象とした。

回答者の50.6%は、平成17年度に被害者の診療を行っており、17.9%は平成17年度以外に被害者の診療を行っていた。平成17年度の1年間で診療した被害者の平均人数は2.4人だった。被害内容としては配偶者間暴力、性暴力の被害が比較的多かった。被害者を診療した経験のある人の半数以上が法的な問題へ関与した経験を有し、内容としては裁判のための診断書・意見書の作成、民間の保険のための診断書の作成が多かった。被害者に関わる他の機関(警察、児童虐待相談機関、配偶者暴力相談機関、民間被害者支援団体)のいずれかと連携を持っていると回答した人は全体の36.0%であった。回答者の35.9%は、被害が疑われるものの自らは被害について話さない患者を診察した経験があり、その8割がそのような患者に被害体験について尋ねた経験があった。患者が被害体験を認めた場合、被害体験に焦点を当てずに治療を行うという治療方針をとることが多いことがわかった。

診療経験と有意に関連する因子として、性別、被害者に関連した施設での勤務経験、PTSDや犯罪被害者の研修やワークショップへの参加経験、日本トラウマティックストレス学会への登録、被害者に関わる他の機関(警察、児童虐待相談機関、配偶者暴力

相談機関、民間被害者支援団体)があげられた。医療機関の形態、標榜科、勤務地域によって診療した被害者の合計数に有意差はなかった。

被害者を多く診ている精神科医の特徴を明らかにするために、平成17年度に被害者の診療をしたと回答した人(n=419)が診療した被害者数の合計と各因子の関係を調査したところ、診療した被害者の合計数と関連のある因子として、平均外来担当患者数、被害者に関連した施設での勤務経験、PTSDや犯罪被害者に関連した研修やワークショップへの参加、警察・児童虐待相談機関・配偶者暴力相談機関・民間被害者支援団体との連携、司法的関与の経験があげられた。

診療経験の有無によって診療の特徴を統計的に比較すると、被害者の診療経験がある人は、より被害者の治療に興味や関心を持ち、研修への参加や被害者に関わる機関での勤務経験など医療機関以外での活動を行い、被害者に関わる他の機関との連携を行っていた。被害者の診療経験がない人は、より治療や支援に必要な知識や情報(治療の知識・技術、法的な知識、他機関の情報など)が不足していると感じていた。

以上の結果から、現状としては多くの精神科医は日常診療の中で受診してきた被害者の診療を行っているが、積極的に関与を行っているのは一部の精神科医であることがわかった。このことより、今後被害者への的確な対応を進めるためには、①被害者診療を行っていないことに関連している因子を改善すること、②現在被害者に関わっている精神科医が必要を感じている点について改善することの2つの視点が必要と考えられる。

まず①について取り上げる。現状では、多くの精神科医が治療に関する知識・技術不足、被害者に関わる他の機関の情報不足、司法関連の知識不足を感じていた。しかし、研修やワークショップへの参加経験のある人は、これらの不足感をより感じていな

い傾向にあった。このことより、研修やワークショップの機会が知識や情報の不足を解消して、より積極的に被害者に関わる一因となる可能性がある。ここで獲得されるべき知識や情報としては、受診される被害内容として多い、配偶者間暴力や性暴力被害について優先されることが必要である。また、他機関との連携をもつことでより被害者の診療が促進され、役割分担がなされた適切な支援ができると考えられる。しかし、現時点では回答者の約8割が被害者に関わる他機関の情報不足を感じている。今後連携を進めるには、他機関の情報不足を解消することと、実践的な連携のモデルが必要と考えられる。

次に②については、現在、被害者を診療している精神科医は「犯罪被害者・家族への保険外治療費に関する補助制度」「認知行動療法等時間を要する精神療法の診療報酬の引き上げ」と感じていることがわかった。これらはいずれも経済的な問題である。また、被害体験に焦点を当てることに消極的になることと関連して、時間不足が上げられていた。今後、被害者診療に伴う経済的問題への対策が進められることで、被害者の診療がより積極的になる可能性がある。

最後に、診療を行う中で生じてくる burn out や代理受傷といった、治療者側の精神的な負担についても対策が講じられる必要があると考えられた。

本調査の限界としては、まず対象者の選択の問題がある。個人情報入手することが困難であったため、調査票は一般に公開されている精神科医療機関に発送した。送付先は精神科病院協会など主な団体に所属する精神科医療機関であり、全国の精神科医療機関の多くが網羅されていると考えられる。しかし、医療機関の医局長宛としており、無作為性は確保されていない。次に回収率の問題がある。回収率が約3割にとどまり、また本調査の内容に関心のある回答者が返信している可能性があり、結果が対象全体の結果を反映していない可能性がある。

1-2. 犯罪被害者及びその家族における重度ストレス 反応支援プログラムの構築に関する研究

研究デザインは、観察的横断研究である。対象となる犯罪被害者のリクルートには、日本全国に会員がいる被害者当事者団体に協力を依頼した。会員数は総数275名であり、被害者本人が56名、被害者の家族・遺族が219名の団体である。会員数の多い被害者当事者団体であることと、一定の地域に偏っていないこと、従来あまり調査されてこなかった身体暴力の被害者や殺人の遺族が多いことから、この団体に協力を依頼した。調査対象者は、この団体の会員と会員の家族で、18歳以上の犯罪被害者およびその家族と遺族（被害者本人からみて2親等以内の親族）とした。調査票は会員とその家族分をあわせて3通郵送しており、配布数は735部であった。返送数は193通で、会員の回収率は53.1%、全体の回収率は26.3%であった。回答者のうち、遺族が80.8%と最も多く、ついで被害者本人(13.3%)、家族(9.6%)であった。遺族や家族で自身も直接の被害にあっている人は6人であった。

対象者のうち加害者が逮捕されているものが77.7%であり、被害後に何も補償を受けていない人が30%であった。犯罪被害者等給付金や生命保険を受けた人が約36%であった。民事裁判を行った人は80人(42.6%)と約半数おり、現在も行っている人は11人(5.9%)であった。対象者の約80%が刑事・民事等司法と関わりを持っていた。

気分障害および不安障害のハイリスクとされるK10のカットオフ値(25点)以上のもの(K10高得点群)の割合は、全体で76人(40.9%)であった。K10高得点群の割合は、被害者本人が最も高く(68.4%)、ついで遺族(41.5%)、家族(16.5%)であった($p < 0.01$)。K10の高得点群に有意に関連のあった項目は、女性、裁判における意見陳述の経験、被害時の強い恐怖と戦慄、主観的健康の不良、事件から調査時点までの2週間以上の精神的不調と精神科

医療機関の受診、主観的二次被害得点の高さであった。本調査の結果からは、犯罪被害者の精神健康を改善するためには、上記にあげられた因子を踏まえた介入を行うことが必要であるといえる。しかし、これらの因子が精神健康に直接関連しているのか、あるいは他の因子を介して影響しているのかは明らかではない。この点については、被害者を対象とした面接調査によって明らかにしていく予定である。

また、犯罪からの経過時間は長く、被害から時間が経過することで、精神健康が改善する傾向はみられなかった。この集団はメンタルヘルスの問題が慢性的状況にあるといえる。がまた、本調査では、対象者の偏りの課題があり、精神疾患の有病率等について明らかにすることができなかった。それについては、本調査の結果をもとに、今後、より偏りの少ないサンプリングの手法に基づいた大規模の犯罪被害者の精神健康についての実態調査を検討していくことが必要である。

1-3. 犯罪被害者の心理的支援に関する弁護士調査—

— 司法と保健医療との連携について —

全国の犯罪被害者支援に関わっている日本弁護士連合会所属弁護士 945 名を対象にアンケート調査を行なった。86 名から回答が得られた(回収率 9.1%)。

受任時点で司法以外の支援を受けていたケースは 18.6%で、支援機関は民間犯罪被害者支援団体や警察(犯罪被害者対策室など)が関与していた。これまでに支援機関等で受けた二次被害は 16%に認められ多機関にわたっていた。被害者の犯罪被害内容は DV が最も多かった。受任後に心理的ケアが必要と思われたケースは 21.6%あり、法的プロセスが進められないなどの事態が起こっていることが明らかとなった。治療が必要と思われた時に、治療紹介機関を持っている弁護士は 44.2%で、52.3%が治療紹介機関がないと回答し、その理由として近くに治療機関がない、あるいは紹介方法が分からないなど、

医療機関等の情報の得にくさが指摘された。また、ボランティアベースの相談機関と治療機関の区別が、治療紹介機関のある弁護士でも、つきにくくなっていることが示唆された。精神科医療の専門家にとっては、これらの区別ははっきりしていると考えられるのに、司法関係者には明らかでないということは連携に当たっては問題となるのではないかと思われる。

当初から比較的被害者問題について関心が高いと思われる弁護士を対象とした調査であったが、回答率は低くとどまり、弁護士回答者の 89.5%がこれまでに犯罪被害者関連事案の受任経験を持っていた。このため本調査の結果は偏っている可能性がある。

(2) 心理的外傷治療についての実証的知見

2-1. PTSD 患者を対象にした認知行動療法

本研究については、前年度より引き続き、PTSD 症状の軽減を目的とした認知行動療法である Prolonged Exposure Therapy (以下;PE 療法)を PTSD を持つ犯罪被害者に施行し、その有効性を検証することを目的とした。またこの方法の研究を進めるために、米国で PE 療法の教授法、スーパーバイズなどについて学び、Foa 教授を招聘してワークショップを行った。具体的には、武蔵野大学心理臨床センター及び単科精神科病院に来室・来院した犯罪被害女性 12 名を対象に、PE 療法を施行した。治療効果を測定するために、治療の前後に CAPS (PTSD 臨床診断面接尺度)、IES-R (改訂版出来事インパクト尺度日本語版)、SDS、日本語版 DES を用いた。対象者のうち、9 名は PE 療法完遂、2 名は継続中、1 名は PE 療法を中断し通常カウンセリングに移行した。PE 療法を完遂した 9 名の治療結果をみると、PTSD が改善したものは 4 名、PTSD 症状が軽減したものは 3 名、症状に変化が見られなかったものは 2 名であった。

PE 療法前後で各心理尺度得点に差があるかどうかを調べるために完遂ケース 9 名を対象に Wilcoxon

の順位和検定を行ったところ、PE療法は犯罪被害の影響で生じた PTSD 症状 ($p=0.024$)、抑うつ症状 ($p=0.038$)、解離症状 ($p=0.012$) に効果が認められた。さらに PE療法後のフォローアップ面接時では PTSD 症状 ($p=0.019$) と解離症状 ($p=0.008$) がともに軽減しており効果の持続が認められた。抑うつ症状においては有意な差が得られなかったが、症状の低下傾向は見られた。

本研究では着実に PTSD の軽減が見られ、米国と同様の有効性が日本でも見られるものと推測されるが、有効性について確証を得るためには RCT を開始することが要求されよう。対象となる PTSD 患者の数は 8 例増えて 12 例となったが、当初の目標には達していない。

今後は、犯罪被害者のための専門的な心理療法として専門家に PE療法のトレーニングを行い、PE療法を普及していくとともに、日本における PE療法の知見を積み上げ、犯罪被害者にとって有効な心理療法をさらに検討していく。治療方法の普及のためには、その実証的研究とともに、教授法、普及法についても、研究を重ねていく必要がある。

2-2. 心理相談室における犯罪被害者への心理的支援

の方法・技法について—相談員に対するインタビュー調査—

対象は武蔵野大学心理臨床センターに勤務する心理相談員 8 名、調査期間は 2007 年 1 月から 2 月である。インタビュアーは、外部の臨床家 2 名のうちいずれか 1 名が担当した。方法は、質問項目を用意し、質問内容を中心にインタビューをする半構造化面接である。特別な専門的手法を使わない場合でも、相談者が何を求めているのか希望や動機をつかむようにする、被害体験を話し始めた場合には聞くことを基本としつつも、安全な場所で安心して話せる状態にあるのかも確認し、心身の状態が悪い場合には早めに止めるなどいくつかのポイントが犯罪被害

者の心理臨床を行ううえで役に立つと考えられた。この研究には方法論上の限界も多いが、現場の心理臨床家が犯罪被害者に接する場合には、まずこのような状況で接することが多いと考えられる。心理臨床は薬物治療と異なり、ガイドラインや十分な情報があれば、エビデンスのある方法をすぐに誰でも選択できるというものではない。心理療法の普及は研究者レベルでは十分知識がいきわたっていると思われる米国でも大きな課題となっており、当面のギャップを埋める試みも必要である。

2-3. PTSD の心理治療—認知処理療法の導入

PTSD への介入法の中から、さらに Cognitive Processing Therapy (CPT: 認知処理療法) に特化して検討を行った。昨年展望した PTSD への介入方法の中で、効果の面で際立っていた 2 つの療法は、PE療法と CPT である。共にエビデンスに基づいた十分な治療効果が報告されている。2-1 で研究中である PE療法だけでなく、さらに犯罪被害者へのケアの幅を広げるためにも、CPT の日本への導入を行うこととした。CPT は認知療法にもとづく 12 セッションからなる PTSD 治療法であるが、その研修を受け、マニュアルを訳出した。

(3) 精神保健福祉センターや保健所、一般精神医療の現場における犯罪被害者への、主として心理的外傷の治療を目的とした実践的なモデルの作成

3-1. 地域精神保健福祉機関における犯罪被害者支援 手引き案の内容は以下の通りとした。

1. 犯罪被害者支援の歩み
2. 犯罪被害者等基本法と犯罪被害者等支援基本計画
3. 犯罪被害者と司法制度
4. 犯罪被害者等における精神保健相談 (電話・面接)
5. 精神障害者の受ける犯罪被害
6. 福祉制度等の利用
7. 関係機関との連携
8. 自助グループ紹介
9. 資料

今年度の研究では、手引き案としてまとめたが、より活用しやすくするために、事例の収集や関係機関連携など、さらなる検討が必要と考えている。来年度は、研究班全体からの意見も取り入れて、手引きとしてまとめる予定である。

3-2. 自助グループ支援のあり方に関する調査

自助グループ支援のあり方を検討するため、社団法人京都犯罪被害者支援センターの協力を得て、継続して活動している、TAV 交通死被害者の会事務局、少年犯罪被害者の会代表者との意見交換を行った。自助グループへの支援の可能性について、示唆が得られたが、実際に運用するにはさらに検討を深める必要がある。

3-3. 保健所における事件・事故・災害時の PTSD 対策の事例検討について

保健所における PTSD 対策の状況について担当者から聞き取り調査を行った。

18年10月6日 和歌山市毒物混入事件
(和歌山県和歌山市保健所)

18年11月2日 JR 福知山線列車脱線事故
(兵庫県尼崎市保健所)

18年12月8日 新潟県中越地震
(新潟県長岡保健所)

19年2月13日 西鉄高速バス乗っ取り事件
(佐賀県唐津保健所)

保健所における犯罪被害者のこころのケアが可能かどうか考えた時、今後の対策として、以下の充実が望まれた。また今年度の調査を踏まえた犯罪被害者支援システムを提示した。

- ①保健所は現状では被害者との接点は少なく、警察、児童相談所、病院等との連携が必要である。
- ②担当者のスキルアップ 保健師への専門的な研修、代理受傷対策も必要である。
- ③後送機関 県内に一箇所 PTSD 治療機関が必要。保健所だけでは完結できない。

④専門家のバックアップ体制 事件・事故・災害に際しても、専門家による適切な時期に適切な支援があった。国レベルで体制を組む必要がある。

⑤市民への啓発が必要である。保健所で相談ができる事を知ってもらう。

⑥被害者支援ネットワーク (NPO) 活動の実情把握が要求される。

⑦精神保健福祉センターと保健所連携の強化が課題として挙げられる。

C. 結論

①本年度も、昨年度から継続した計画に基づき、多角的に犯罪被害者およびその精神科医療の実態を明らかにしようと試みた。その結果、複数の結果から共通の側面が浮き上がってきた。精神科医師が犯罪被害者の診療経験を持つためのキーワードは「連携」「専門研修」である。

医療機関の調査からは、回答者の約半数が平成17年度に被害者の診療を行っており、回答者の約7割が、これまで被害者の診療を行った経験を有していた。被害者の診療経験がある人の半数以上に、法的な問題に関与した経験があることがわかった。

何らかの形で、犯罪被害者にかかわる機関(警察・児童虐待相談機関・配偶者暴力相談機関・民間被害者支援団体など)との連携を持っている一部の精神科医師は、多くの犯罪被害者の診療を行っており、その連携のあり方はそのような機関で働いた経験も含められ、その医師の所属する医療機関の携帯によるわけではない。また、犯罪被害者の診療経験を持つことが、さらに連携を深めることにもなると推測される。また司法的な知識を含めた専門的知識を得ることが、犯罪被害者の治療を経験することと関連があり、また専門知識は犯罪被害者にかかわるために必要であるという意識は、医療機関調査のみならず、昨年度に行った精神保健福祉センター調査でも示されていた。精神保健福祉センターの調査では、

犯罪被害者等の治療は重要であると考えているが、治療技術や司法関連、支援機関等の知識の不足があることをあげられていた。

これらのことから、医療機関の形態や経験年数、勤務地域などにかかわらず、何らかの形で犯罪被害者に関わる機関との連携を持つこと、専門的知識を得ることが、犯罪被害者の診療を行うことに繋がると期待される。

②しかし、犯罪被害者の診療経験がある精神科医師が、被害体験を訴えない患者において被害体験を確認した場合は、治療方針としては「被害体験の焦点を当てず治療する」が6割を占めていた。患者から積極的な被害体験の開示がなかった場合にはあるが、エビデンスに基づく心理治療の全てで被害体験は積極的に扱われていることから考えると、この点は改善されるべきである。このことには技術や知識の不足や治療の時間が十分に取れないことなどが関わっていた。専門研修などによる知識の獲得によってこの一部は解消されるだろうが、犯罪被害者治療には長期間が必要になる場合も多いことを考えると、十分に時間を取ることの出来る治療体制をどのように確保するかも次の問題となろう。弁護士調査では、回収率が低くその結果には限界があった。精神科医療の専門性があまり理解されておらず、弁護士は精神的問題に関して専門的な紹介先がないと感じていた。

③犯罪被害からの経過年数の平均が約7.8年である犯罪被害者自助団体の会員の調査では、精神健康の不調を訴える者が多く、K10の cutoff 値である25点以上の人は76人(40.9%であった)。PTSDのハイリスク群とされているIES-R25点以上の人は145人(79.9%)であった。この団体は、司法での犯罪被害者の権利獲得に緘して活発に活動する団体であり、標本の偏りを考慮する必要がある。医療機関への受診については、調査時点においては気分障害、不安障害のハイリスク者の割合が約40%であるのに対し、

精神科医療機関を受診しているものは16%にすぎないことが明らかになった。K10高得点群の割合は、被害者本人が最も高く(68.4%)、ついで遺族(41.5%)、家族(16.5%)であった($p < 0.01$)。K10の高得点群に有意に関連のあった項目は、女性、裁判における意見陳述の経験、被害時の強い恐怖と戦慄、主観的健康の不良、事件から調査時点までの2週間以上の精神的不調と精神科医療機関の受診、主観的二次被害得点の高さであった。すなわち、主としてPTSD発症のハイリスク要因ともなるような要因が、精神健康全般の状況にも影響していると考えられる。この調査は質問紙による限定的なものであり、今後、了承を得られた被害者に対して面接調査を行う予定である。

④犯罪被害女性12名を対象に、PTSD症状の軽減を目的とした認知行動療法であるProlonged Exposure Therapy(以下;PE療法)を施行した。PE療法を完遂した9名の治療結果(2名は、継続中)をみると、PTSDが改善したものは4名、PTSD症状が軽減したものは3名、症状に変化が見られなかったものは2名であった。PE療法前後で各心理尺度得点に差があるかどうかを調べるためにPE完遂ケース9名を対象にWilcoxonの順位和検定を行ったところ、PE療法は犯罪被害の影響で生じたPTSD症状($p=0.024$)、抑うつ症状($p=0.038$)、解離症状($p=0.012$)に効果が認められた。

⑤また、現在専門的に犯罪被害者に対する相談活動を行っている心理相談員が、どのようなことに配慮し、どのようなことに着目しているか、またどのように疲弊や事故を防いでいるかを調査し、内容を分析した。特別な継続研修(スーパービジョンも含むような)を必要としないレベルで、きわめて習熟しているとはいえない一般的なセラピストであっても大過なく相談活動ができるよう、相談にあたって念頭に置くべき点について面接を行い調査した。

さらにPEと異なる方法だが、同程度の強力なエビ

デンスのある治療法 CPT についてその導入をおこなった。

⑥最後に精神保健福祉センターにおける犯罪被害者対応の手引き案を、以下の項目で作成した。

1. 犯罪被害者支援の歩み 2. 犯罪被害者等基本法と犯罪被害者等支援基本計画 3. 犯罪被害者と司法制度 4. 犯罪被害者等における精神保健相談(電話・面接) 5. 精神障害者の受ける犯罪被害 6. 福祉制度等の利用 7. 関係機関との連携 8. 自助グループ紹介 9. 資料

また保健所における近年の犯罪被害に対する地域での支援活動に関して比較検討を行った。保健所における犯罪被害者のこころのケアが可能かどうか考えた時、今後の対策として、以下の充実が望まれた。

原則として保健所単独だけで地域でのケアが完結することはない。①警察、児童相談所、病院等との連携が必要である。②担当者のスキルアップ 保健師への専門的な研修、代理受傷対策も必要である。③後送機関が必要であり、場合によっては国レベルで体制を組む必要がある。⑤市民への啓発活動を行う。⑥全国被害者支援ネットワーク (NPO) 活動の実情把握が必要である。⑦精神保健福祉センターと保健所連携の強化が望まれる。

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

分担研究報告書

研究課題名：犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究

分担研究課題名：精神科医療機関における犯罪被害者への治療及び

司法的関与の実態に関する研究

分担研究者 辰野文理 国士舘大学法学部

中島聡美 国立精神・神経センター精神保健研究所

研究協力者 橋爪きょう子 筑波大学人間総合科学研究科

研究主旨：犯罪被害者およびその家族の精神科医療機関の治療の実態を明らかにするために全国の精神科医療機関 2879 機関の医局長宛に調査票を郵送した。840 人から回答を得た（回収率 29.2%）。回答者の 50.6%は、平成 17 年度に被害者の診療を行っており、17.9%は平成 17 年度以外に被害者の診療を行っていた。平成 17 年度の 1 年間で診療した被害者の平均人数は 2.4 人だった。被害内容としては配偶者間暴力、性暴力の被害が比較的多かった。被害者を診療した経験のある人の半数以上が法的な問題へ関与した経験を有し、内容としては裁判のための診断書・意見書の作成、民間の保険のための診断書の作成が多かった。被害者に関わる他の機関（警察、児童虐待相談機関、配偶者暴力相談機関、民間被害者支援団体）のいずれかと連携を持っていると回答した人は全体の 36.0%であった。回答者の 35.9% は、被害が疑われるものの自らは被害について話さない患者を診察した経験があり、その 8 割がそのような患者に被害体験について尋ねた経験があった。患者が被害体験を認めた場合、被害体験に焦点を当てずに治療を行うという治療方針をとることが多いことがわかった。被害者の診療経験がある人は、より被害者の治療に興味や関心を持ち、研修への参加や被害者に関わる機関での勤務経験など医療機関以外での活動を行い、被害者に関わる他の機関との連携を行っていた。被害者の診療経験がない人は、より治療や支援に必要な知識や情報（治療の知識・技術、法的な知識、他機関の情報など）が不足していると感じていた。これらの結果から、今後被害者の診療をより促進するためには、研修への参加や他機関との連携をすすめることが必要である。さらに、診療を実際に行っている医師が必要を感じている、診療に伴う経済的な支援等の施策について実施されることが望まれる。

1. 背景と目的

これまでの研究では、災害や事故、暴力被害の影響で、被害者には PTSD を始めとしたさまざまな精神症状が出現することが明らかになっている。しかし、その一方で、実際に精神医療機関を受診する被害者の数は多くないことが報告されている。このような背景を踏まえて、本研究では医療機関側の調査を通して、医療機関が被害者の受療行動に与える影響と被害者に対して行っている司法的関わりを明らかにするものである。

本研究は全国の精神科医療機関を対象としている。犯罪被害者の受診の実態と実際に行われている治療、精神科医の司法的な関与がどのようなものであるかを明らかにし、これらを促進あるいは妨げる要因を抽出する。研究のより詳細な目的は以下の3つに分けられる。

- (1) 精神保健福祉センターにおける犯罪被害者支援活動、精神科医の犯罪被害者治療に関する意識の特徴及び、司法的関わりの程度とそれに対する認識の特徴を明らかにする。
- (2) 全国の精神科医療機関（精神保健福祉センター含む）における犯罪被害者の実態を受診状況から把握する。

平成 17 年度は、(1) 全国精神保健福祉センターを対象とした調査、及び、(2) の予備調査として I 県の精神科医療機関を対象にした調査を行った。

平成 18 年度は、平成 17 年度の予備調査を踏まえて、全国の精神科医療機関を対象とした調査を行ったので報告する。

2. 対象と方法

2-1. 対象・調査期間

日本精神科病院協会に所属する 1190 機関、日本精神科診療所協会 1347 機関、国公立大学

病院 41 機関、私立大学病院 69 機関、国立病院機構 64 機関、公立病院 145 機関、労働者健康福祉機構の中で精神科を有するもの 23 機関、計 2879 機関に調査票を郵送した。調査票は精神科医局長あるいはそれに準ずる精神科医 1 名に回答を依頼した。840 人から回答を得（回収率 29.2%）、欠損値を除いた 828 人を分析の対象とした。調査期間は平成 18 年 6 月 6 日～7 月 25 日であった。

2-2. 方法

2-2-1. 手続き

調査票には、調査の目的と共に、調査票は無記名で行い、個人を特定できるような情報は含まれていないこと、また情報は厳重に保管されることを明記した。調査票の返送をもって研究への同意とみなすことを併記した。

（倫理面への配慮）

調査協力者には上述の配慮を行った。また、本調査の実施にあたり、国立精神・神経センター及び筑波大学の倫理委員会の承認を得た。

2-2-2. 調査項目

(1) 個人属性

- ・ 性別
- ・ 年齢
- ・ 臨床経験年数
- ・ 勤務医療機関の形態（単科精神病院、それ以外の病院、診療所）
- ・ 勤務医療機関の標榜科（精神科・神経科、心療内科、その他）
- ・ 勤務医療機関の設立基盤
- ・ 勤務地域
- ・ 回答者の担当する 1 ヶ月の外来患者数平均

(2) 医療機関勤務以外で被害者に関わる活動についての項目

- ・ 被害者に関連する施設での勤務経験
- ・ 犯罪被害者や PTSD に関連する研修への参加経験
- ・ 日本トラウマティック・ストレス学会への登録

(3) 被害者の診療に関する項目

- ・ 被害者の診療経験の有無
- ・ 診療経験がある場合過去 1 年間に診療した被害者の人数（男性、女性、合計）
- ・ 診療した被害者の被害内容
- ・ 被害者に関わることになったきっかけ
- ・ 診療経験がある場合、法的問題への関与の有無と内容
- ・ 他の機関（警察、児童虐待相談機関、配偶者暴力相談機関、民間被害者支援団体）との連携の有無
- ・ 被害について自らは話さない患者の診療経験と、治療の方針

(4) 被害者に関わることについての意識調査
被害者に関わることへの、意欲や関心の度合い、技術や知識について 10 項目の質問を行い、「全くそうである」「どちらかといえばそうである」「どちらともいえない」「どちらかというところではない」「全くそうではない」の 5 段階での回答を得た。

(5) 被害者の治療を推進するために必要な事項

今後、被害者の治療を行うに当たって必要と思われる事項について、6 項目の質問を行い「非常に必要」「どちらかというところが必要」「どちらともいえない」「どちらかというところが必要でない」「全く必要でない」の 5 段階での回答を得た。

2-2-3. 分析方法

各評価項目について、対象全体の集計結果を

出すと共に、被害者の診療経験がある群とない群について比較を行った。統計解析には SPSS for Windows ver 14.0 を用いた。

3. 結果

3-1. 単純集計結果

(1) 回答者の属性

回答者の属性を表 1 に示す。平均年齢は 51.6 ± 11.6 歳 (26~84 歳)、臨床経験年数は平均 23.8 ± 11.6 年であった。回答者の勤務している医療機関の属性を表 2 に示す。

(2) 医療機関勤務以外の被害者に関わる活動

被害者に関連した施設での勤務経験（非常勤を含む）については、被害者に関わる何らかの施設への勤務経験があるものは 169 人 (20.4%) であった。また、これまで、犯罪被害者や PTSD に関連した研修やワークショップへ参加した経験がある人は 244 人 (29.5%) であった。22 人 (2.7%) がトラウマティック・ストレス学会に会員として登録していた。

(3) 被害者の診療と法的な問題への関与

平成 17 年度に被害者を診療したと回答したのは 419 人 (50.6%) で、平成 17 年度に限らなければ診療経験があると回答した人は 148 人 (17.9%)、261 人 (31.5%) はこれまで診療経験がないと回答した。

平成 17 年度の 1 年間に診療した被害者の合計人数の平均は 2.4 人 (SD6.0) であった (表 3, 図 1)。また、平成 17 年度に被害者を診療した人の、被害者の被害内容を表 4 に示す。平成 17 年度に被害者の診療をした人の約半数が性的暴力、配偶者間暴力の被害者の診療を行っていた。

表 1 : 回答者の属性

	n(%)
性別	
男性	712(86.0)
女性	116(14.0)
年齢	
20代	5(0.6)
30代	119(14.4)
40代	264(31.9)
50代	256(30.9)
60代	93(11.2)
70歳以上	91(11.0)
臨床経験年数	
9年以下	64(7.7)
10～19年	255(30.8)
20～29年	266(32.1)
30～39年	129(15.6)
40～49年	89(10.7)
50年以上	19(2.3)
1ヶ月の平均外来担当患者数	
100人以下	135(16.3)
101～200人	154(18.6)
201～300人	137(16.5)
301～400人	94(11.4)
401人以上	304(36.7)
勤務地域	
北海道	42(5.1)
東北	65(7.9)
関東	197(23.8)
甲信越	28(3.4)
北陸	24(2.9)
中部	64(7.7)
近畿	143(17.3)
中国	75(9.1)
四国	39(4.7)
九州・沖縄	151(18.2)

表 2 : 回答者の勤務医療機関の属性

	n(%)
形態	
病院(精神科単科)	320(38.6)
病院(精神科単科以外)	142(17.1)
診療所	366(44.2)
標榜科(複数回答)	
精神科・神経科	818(98.8)
心療内科	289(34.9)
その他	102(12.3)
設立基盤	
国立病院機構	30(3.6)
大学	46(5.6)
地方自治体	53(6.4)
労働者健康福祉機構	4(0.5)
医療法人・個人	667(80.6)
その他	28(3.4)

表 3 : 平成 17 年度 1 年間に診療した被害者数
(n=828)

	男性	女性	合計
平均値	0.5	1.9	2.4
中央値	0.0	0.0	0.0
最頻値	0	0	0
標準偏差	1.6	4.8	6.0
最小値	0	0	0
最大値	20	90	100

図 1: 診療した患者数(合計)

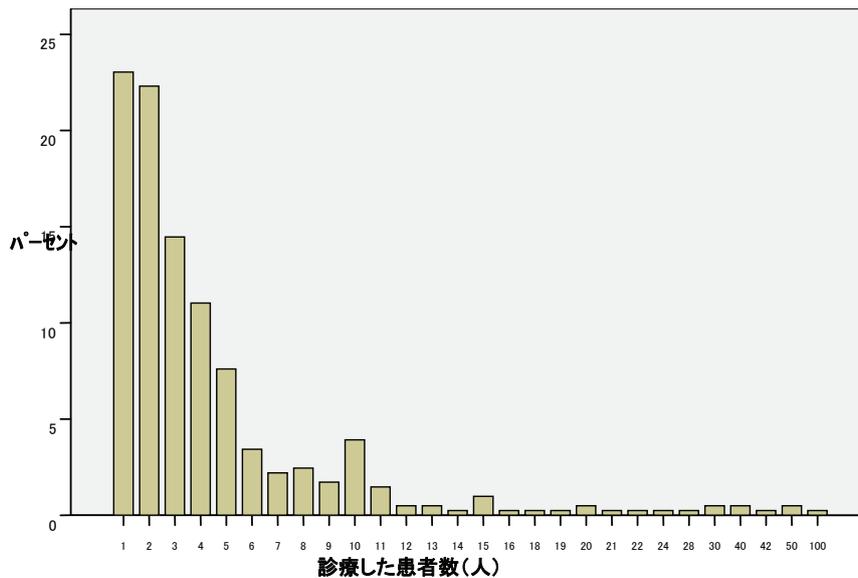


表 4: 診療した被害者の被害内容 (n=419)

被害内容	診療した被害者の数	
	1~4 人 n(%)	5 人以上 n(%)
殺人	33(7.9)	0(0)
暴行・傷害	137(33.7)	7(1.7)
性的暴力	192(45.8)	18(4.3)
児童虐待	98(23.4)	22(5.3)
配偶者間暴力	202(48.2)	25(6.0)
その他	103(24.6)	4(1.0)

表 5: 法的な問題への関与の内容 (n=567)

	n(%)
民間の保険の診断書作成	142(45.4)
裁判の診断書・意見書作成	149(47.6)
証人として裁判所へ出廷	19(6.1)
警察や検察に口頭で意見	61(25.6)
裁判・取調への付き添い	9(2.9)
警察・児童相談所に通報・通告	61(19.5)
その他	41(13.1)
いずれかの経験あり	313(55.2)

平成 17 年度もしくは平成 17 年度に限らなければ被害者の診療経験があると回答した 567 人のなかで、何らかの法的な問題への関与をしたことがあるのは 313 人(55.2%)であった。関与の内容を表 5 に示す。

全回答者において、他の機関からケースを紹介された、自らがケースの相談をした経験（以下連携とする）を表 6 に示す。全回答者の 36.0% が他機関（警察、児童虐待相談機関、配偶者暴力相談機関、民間被害者支援団体）のいずれかと連携を持っていた。

表 6：他機関との連携（n=828）

	n(%)
警察	145(17.5)
児童虐待相談機関	171(20.7)
配偶者暴力相談機関	125(15.1)
民間被害者支援団体・自助グループ	44(5.3)
いずれかの連携あり	298(36.0)

全回答者のうち 297 人(35.9%)は、「被害に遭ったことが疑われるが、被害について自ら話さない人の診療をしたことがある」と回答した。そのなかの 46 人(15.1%)は被害について尋ねることが「よくあった」とし、213 人(71.1%)は「ときどきあった」、38 人(12.8%)は「尋ねたことはない」と回答した。さらに、被害について尋ねたことが「よくあった」「ときどきあった」と回答した人で、患者が被害について認めた場合の治療方針としては「被害には積極的に焦点を当てずに治療を継続する」人が多かった（表 7）。

表 7：患者が被害を認めた場合の治療方針（n=259）

	n(%)
被害経験に焦点を当てて治療継続	54(20.8)
被害経験に焦点を当てずに治療継続	169(65.9)
自らは治療しない(専門家へ紹介など)	8(3.1)

また、全回答者に被害について尋ねない場合、その理由を尋ねたところ、「尋ねることにより症状が増悪する」(35.1%)、「尋ねることで患者を傷つける」(28.6%)と回答した人が多かった(表 8)。

表 8：被害について尋ねない理由（n=828）

	n(%)
症状が増悪する	291(35.1)
患者を傷つける	237(28.6)
その後の対処がわからない	157(19.0)
受け止められない	146(17.6)
治療に関心がない	27(3.3)
対応する時間がない	175(21.1)
その他	167(20.2)

(4) 被害者に関わることについての意識調査結果を図 2 に示す。「全くそうである」「どちらかといえばそうである」を肯定的な回答とした場合、「治療に意義ややりがいを感じる」「治療や支援に関心をもっている」とした人はそれぞれ 46.7%、48.6%と半数近くになった。また、「治療についての知識や技術が不足している」と感じている人は 62.2%、「被害者に関わるほかの機関の情報が不足している」と感じている人は 78.1%、「被害者を治療しているほかの医療機関の情報が不足している」と感じている人が 79.1%存在した。「司法関係の知識が不足している」と感じている人は 71.7%であった。

(5) 被害者の診療を推進するための必要事項結果を図 3 に示す。「非常に必要」「どちらかといえば必要」を必要性があるとみなすと、「被害者・家族の医療費の補助制度」「被害者・家族の保険外費用の補助制度」「時間を要する精神療法の診療報酬の引き上げ」「対応・治療のマニュアル・治療ガイドライン」「犯罪被害者の治療や支援に特化した研修」のいずれも 7 割以上の回答者が必要性を感じていた。

図 2：被害者に関わることについての意識

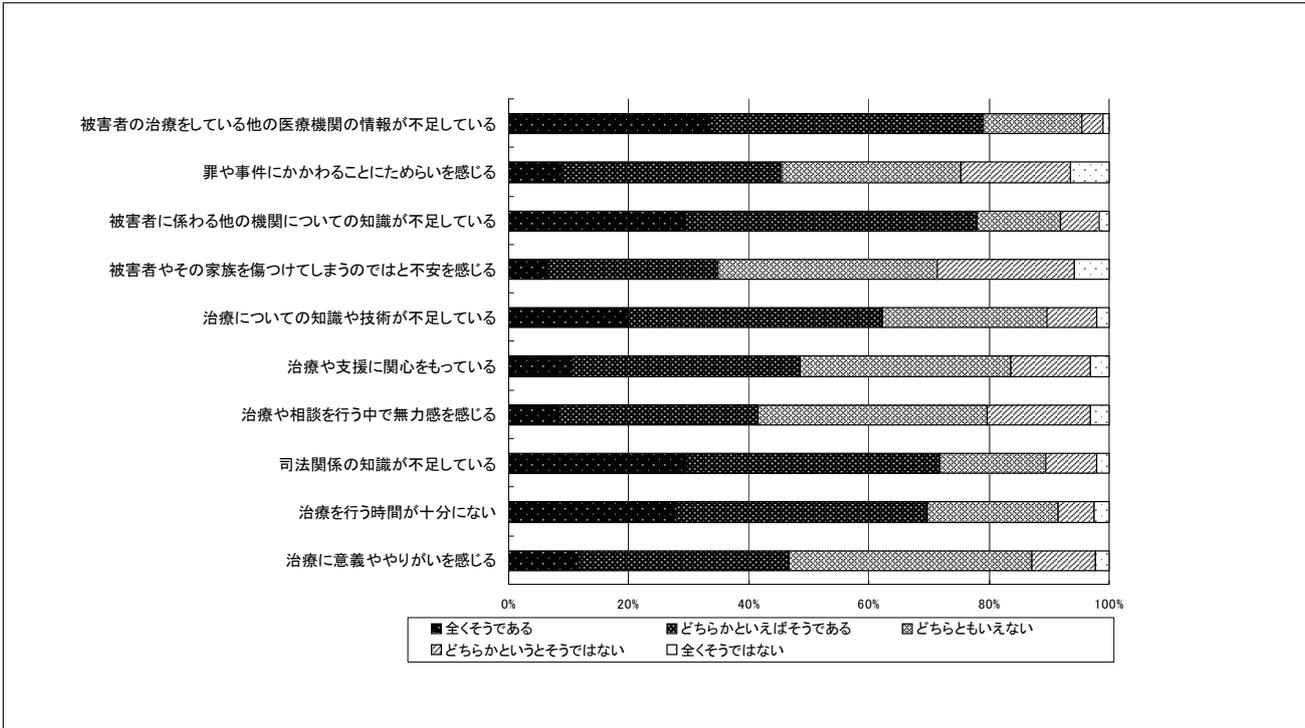
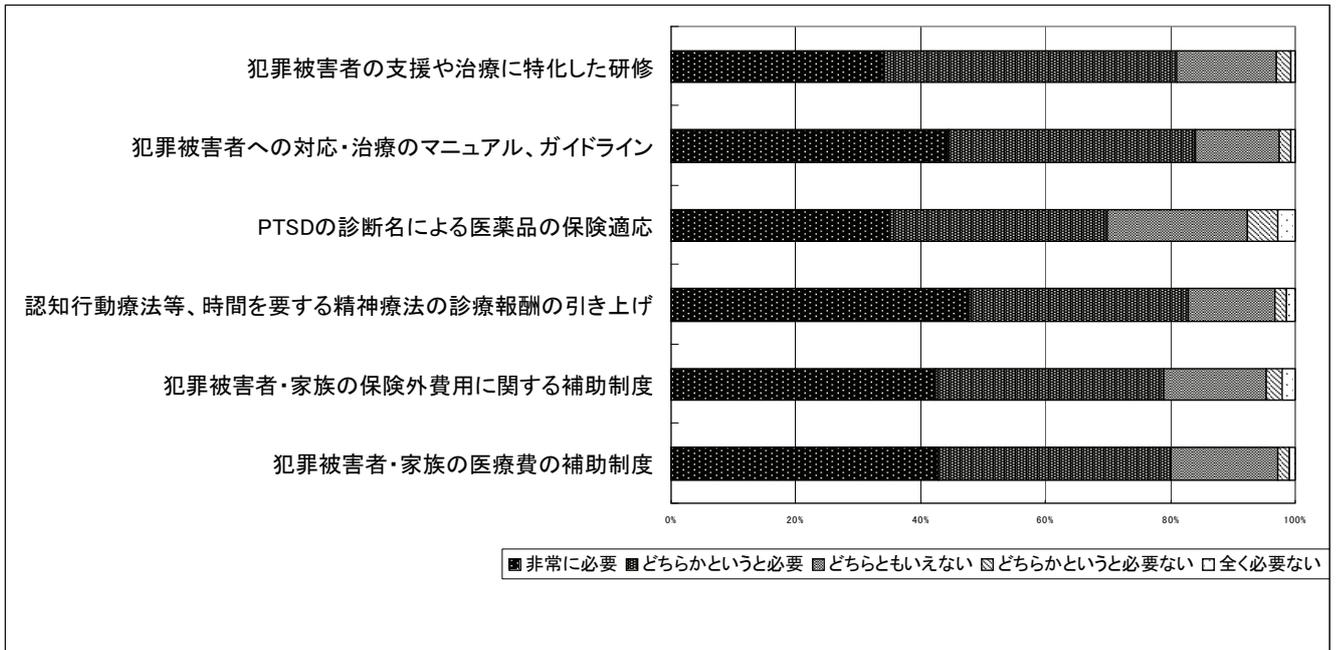


図 3：被害者の診療を推進するための必要事項



3-2.平成 17 年度に診療経験がある群とない群の比較

被害者の診療を行っている医療機関の特徴を把握するために、平成 17 年度に被害者の診療をした経験のある群とない群の比較を行った（表 9）。平成 17 年度に診療経験のある群はそうでない群と比較して、単科精神科病院の割合が低く、診療所の割合が高かった。また、心療内科を標榜している機関の割合が多かった。さらに、回答者の平成 17 年度の平均外来担当患者数は、平成 17 年度に診療経験がある群はなし群と比較して有意に多かった。勤務地域には差が見られなかった。

表 9：平成 17 年度の被害者の診療経験有無による医療機関の比較

	H17 年度の診療経験		有意 確率
	あり (n=419)	なし (n=409)	
医療機関形態			
病院(精神科単科)	116(27.7)	204(49.9)	
病院(上記以外)	71(16.9)	71(17.4)	0.000
診療所	232(55.4)	134(32.8)	
標榜科			
精神科標榜なし	8(1.9)	2(0.5)	0.058
標榜あり	411(98.1)	407(99.5)	
心療内科標榜なし			
	228(54.4)	311(76.0)	0.000
標榜あり	191(45.6)	98(24.0)	
外来担当患者数			
～100 人	40(9.6)	95(23.4)	
101～200 人	60(14.4)	94(23.2)	
201～300 人	72(17.2)	65(16.0)	0.000
301～400 人	45(10.8)	49(12.1)	
401 人～	201(48.1)	103(25.4)	

勤務医療機関形態，診療科は χ^2 検定
外来担当患者数は Mann-Whitney 検定

3-3.これまでに診療経験がある群とない群の比較

被害者の診療経験がある医師の特徴を明らかにするために、平成 17 年度に被害者の診療経験がある、とした回答者と平成 17 年度に限らなければ診療した経験があるとした回答者と、これまでに診療経験がないとした回答者の比較を行った（表 10）。

診療経験と有意に関連する因子として、性別、被害者に関連した施設での勤務経験、PTSD や犯罪被害者の研修やワークショップへの参加経験、JSTSS への登録、被害者に関わる他の機関（警察、児童虐待相談機関、配偶者暴力相談機関、民間被害者支援団体）があげられた。

表 10：被害者の診療経験有無による医師の特性の比較

	これまでの診療経験		有意 確率
	あり (n=567)	なし (n=261)	
性別			
男性	465(82.0)	247(94.6)	0.000
女性	102(18.0)	14(5.4)	
年齢			
	51.2±10.8	52.4±13.2	0.191
臨床経験年数			
	23.4±10.7	24.4±10.7	0.304
関連施設での勤務			
	140(24.7)	29(11.1)	0.000
研修へ参加経験			
	214(38.0)	349(11.5)	0.000
JSTSS の会員			
	21(3.7)	1(0.4)	0.002
他機関との連携			
警察	121(22.8)	24(9.8)	0.000
児童虐待相談機関	160(30.1)	11(4.5)	0.000
配偶者暴力相談	123(23.2)	2(1.6)	0.000
民間被害者支援	44(8.3)	0(0)	0.000

年齢・臨床経験年数については t 検定，平均外来担当患者数は Mann-Whitney 検定，それ以外は χ^2 検定または Fisher の直接確率検定，

3-4.平成 17 年度診療した被害者の数と各因子の関係

被害者を多く診ている医療機関の特徴を明らかにするために、平成 17 年度に被害者の診療をしたと回答した人 (n=419) が診療した被害者数の合計と医療機関の特性の関係を調査した。医療機関の形態、標榜科、勤務地域によって診療した被害者の合計数に有意差はなかった。

次に、被害者を多く診ている精神科医の特徴を明らかにするために、平成 17 年度に被害者の診療をしたと回答した人 (n=419) が診療した被害者数の合計と各因子の関係を調査した (表 11)。診療した被害者の合計数と関連のある因子として、平均外来担当患者数、被害者に関連した施設での勤務経験、PTSD や犯罪被害者に関連した研修やワークショップへの参加、警察・児童虐待相談機関・配偶者暴力相談機関・民間被害者支援団体との連携、司法的関与の経験があげられた。

3-5.診療経験と被害者に関わることへの意識

これまで被害者の診療経験がある人となない人で被害者に関わることに対する意識を比較した。診療した経験のない人は経験のある人と比較して、より「治療について知識や技術が不足している」「被害者やその家族を傷つけてしまうのではないかと不安を感じる」「被害者に関わる他の機関の知識が不足している」(以上 $p < 0.01$)「犯罪や事件に関わることにためらいを感じる」($p < 0.05$)と感じており、また、より治療に意義ややりがいを感じておらず、治療や支援に関心をもっていない傾向にある ($p < 0.01$) ことがわかった。

表 11: 診療した被害者数合計と各因子の関係

		n	診療人数 平均(SD)	有意 確率
性別	男性	333	4.8(8.2)	0.603
	女性	75	5.3(5.6)	
平均外来担当患者数				
～100 人		39	2.8(2.6)	0.001
101～200 人		59	3.6(5.3)	
201～300 人		69	4.7(7.1)	
301 人～400 人		44	3.6(3.3)	
401 人～		196	6.1(9.7)	
関連施設での勤務				
経験有		110	6.8(9.1)	0.007
経験無		298	4.2(7.1)	
研修への参加有				
有		165	6.2(10.2)	0.010
無		240	4.0(5.4)	
他機関との連携				
警察	有	96	7.9(13.2)	0.004
	無	290	3.9(4.7)	

児童虐待相談機関有	有	136	7.3(9.1)	0.000
	無	250	3.6(6.9)	

配偶者暴力相談機関有	有	103	6.8(7.9)	0.003
	無	283	4.1(7.8)	

民間被害者支援団体有	有	38	12.1(12.5)	0.000
	無	348	4.1(6.8)	

司法的関与の経験有	有	247	5.9(9.2)	0.000
	無	142	3.0(3.3)	

外来担当患者数は Kruskal-Willis 検定, 他は t 検定,
n.s. : no significant, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

3-6. 被害体験を尋ねることに関わる因子

被害体験が疑われるが自らは被害について話さない患者に会った際に、被害体験があるか自ら尋ねた経験が「よくあった」群を積極確認群、「ときどきあった」群を消極確認群、「なか

った」を未確認群とし、各因子との関連を分析した。回答者の属性や研修の経験、勤務経験、司法的関与の経験、他機関との連携の有無と有意な関連はみられなかった。

未確認群は他の群と比較して、また消極確認群は積極確認群と比較してより「司法的知識が不足している」「被害者やその家族を傷つけてしまうのではないかと不安」(以上 $p < 0.05$)「治療についての知識や技術が不足している」「被害者に関わるほかの機関の知識が不足している」「犯罪や事件に関わることにためらいを感じる」(以上 $p < 0.01$) 傾向にあった。また、積極確認群は他の群と比較して、より「治療に意義ややりがいを感じている」「治療や支援に関心をもっている」(以上 $p < 0.01$) 傾向にあった。

3-7. 被害体験がある患者への治療方針に関わる因子

被害体験があると患者が認めた場合の対処法として「被害体験に焦点をあてて治療を継続する」群を積極治療群、「被害体験には焦点を当てず治療を継続する」群を消極治療群、「自らは治療しない(専門家に紹介するなど)」群を治療中断群とし、各因子の関連を分析した。回答者の属性や研修の経験、勤務経験、司法的関与の経験、他機関との連携の有無と有意な関連はみられなかった。

意識調査においては、治療中断群は他の群と比較して、また消極治療群は積極治療群と比較して、より「治療を行う時間が十分でない」「治療や相談を行うなかで無力感を感じる」「治療についての知識や技術が不足している」(以上 $p < 0.05$)、「司法関係の知識が不足している」「被害者に関わるほかの機関の知識が不足している」「犯罪や事件に関わることにためらいを感じる」(以上 $p < 0.01$) 傾向にあった。積極治療群

は他の群と比較して、より「治療や支援に関心をもっている」($p < 0.05$)「治療に意義ややりがいを感じる」($p < 0.01$) 傾向にあった。

3-8. 被害者の診療経験者が治療に必要性を感じている事項

これまで被害者の診療経験がある人とない人で、今後被害者の治療を推進するために必要と思われる事項を比較した。診療経験のある人はそうでない人と比較して、より「犯罪被害者・家族への保険外治療費に関する補助制度」「認知行動療法等時間を要する精神療法の診療報酬の引き上げ」(以上 $p < 0.05$) を感じていた。

3-9. 研修経験と被害者に関わることの意識

これまで PTSD や犯罪被害者に関連した研修やワークショップへ参加したことがある(研修経験がある)人とない人で、被害者に関わることへの意識を比較した。研修経験がある人はそうでない人と比較して、より「治療に意義ややりがいを感じている」「治療や支援に関心をもっている」と回答していた ($p < 0.01$)。また、研修経験のない人は、より「司法関係の知識が不足している」「治療について知識や技術が不足している」「被害者に関わる他の機関の情報が不足している」「犯罪や事件に関わることにためらいを感じる」「被害者の治療をしているほかの医療機関の情報が不足している」(以上 $p < 0.01$)、「被害者やその家族を傷つけてしまうのではないかと不安を感じる」($p < 0.05$) と感じていた。

4. 考察

4-1. 本調査の位置づけ

後藤¹⁾は、外傷体験者における治療ニーズに関して文献レビューを行い、help-seeking に関して被害者を4つのグループに分けた(引用表)。

引用表：症状・援助・治療ニーズの自覚による被害者の分類（後藤，2006）¹⁾

	PTSD 関連症状	help-seeking	治療ニーズ自覚
①	症状なし	しない	認めない
②	症状あり	する	認める
③	症状あり	しない	認める
④	症状あり	しない	認めない

今回調査は、精神科医療機関を受診する群、つまり②の群がどのような医療機関を受診するのかという特徴を医療機関側の調査から明らかにしたといえる。②の部分の現状を把握することで、②への対応をより適切に行うために必要な事項を検討することが可能となり、また治療ニーズがあるものの受診しない③の群が、より受診しやすい状況を作り出すために必要な事項が明らかにされる可能性がある。

4-2.被害者の診療と法的な問題への関与の実態

被害者の診療経験がある精神科医は、平成 17 年度の 1 年間であれば約半数、平成 17 年度に限らなければ約 7 割であった。また、診療経験がある人の約半数に法的問題への関与の経験があり、受診する被害者の被害内容としては配偶者間暴力、性暴力被害者が比較的多いことがわかった。これらのことより、精神科医療機関の外来において被害者に会うことは、数は少ないが、稀ではなく、いずれの機関においても被害者が受診した際に適切に対応できるような準備が必要であるといえる。

また、7 割以上の回答者が、被害者に関わる他の機関の知識不足、被害者の治療を行っている医療機関の情報不足、司法関連の知識の不足を感じ、6 割以上の回答者が治療に関する知識や技術の不足を感じていた。

つまり、多くの精神科医が被害者の診療に必

要な知識や情報が不足している、との実感を持っているのにも関わらず、被害者を診療する機会は決して稀ではなく、治療や法的な問題へ関与することが求められている現状が明らかになった。

4-3.被害者の診療経験と診療数に関与する因子

本調査により、外来患者数が多い機関、診療所や心療内科を標榜する機関では、被害者がより受診していることが明らかになった。これらの因子は犯罪被害者の診療を促進している因子と考えることができる。外来患者数に関しては、診療した被害者数と外来患者数が関連していることから、外来患者の一定割合に被害者が含まれている可能性があると考えられる。また、診療所や心療内科を標榜している機関については、外来患者数が多いという影響の他に、狭義の精神病治療を行っているイメージが少なく、不安障害や気分障害などが出現することが多い被害者であっても受診しやすいことが推測される。

被害者を診療している精神科医は、より治療や支援に関心ややりがいを感じており、医療機関以外で被害者に関わる活動（PTSD や犯罪被害者に関する研修会やワークショップへの参加、被害者に関わる機関での勤務経験、JSTSS への登録）を行っていた。これらの因子もやはり犯罪被害者の診療を促進している因子と考えることができる。この関連には 2 つの可能性が考えられる。まず、ひとつめとしては一部のモチベーションの高い精神科医が被害者に関わっている可能性である。被害者の診療を行った人の約 8 割は年間 5 人以下の診療であったが、一部それ以上、中には数十人の診療を行っている人がおり、これらの回答者は積極的に関与を行っているかと推測される。ふたつめとしては、診療や

医療機関以外での活動を行ったことで被害者への関心ややりがいを持った可能性が考えられる。この場合、被害者に実際に関わる機会があれば、より被害者に関わる知識や情報などを獲得しようとする意識が変化する可能性があることを示唆している。さらに、被害者に関わる他機関との連携を持っている医師は、より被害者の診療を行っていた。このことは、被害者の診療のなかで他機関との連携が必要となり連携を持つことと、他機関が被害者の医療機関受診の窓口となるという二つの可能性が考えられた。

4-4.被害者の診療の積極性に関わる因子

ー特にスクリーニング，治療方針の観点から

被害者の診療経験がない人は、より治療の知識・技術不足、被害者に関わる他の機関の知識不足を感じていた。こういった知識や情報の不足感が被害者への関与を消極的にしている一因と考えられる。

被害者を被害者として認識するには、その被害体験を認識することが前提となる。Kelliら²⁾は、医療機関がDV (domestic violence) 被害者を発見して治療する場であるにもかかわらず、そのスクリーニングの割合が低いことを指摘している。この報告では、一般医にスクリーニングに関する実態調査を行い、その実施にはDVに関する教育を受けた経験、DVの支援サービスについての知識、対応できるかどうかの主観的な能力などが関連しているとされている。これと同様、被害者を診療したことがないとした回答者のなかには、被害者が受診してもスクリーニングを行わないため、被害者を被害者として認識していない人が含まれている可能性がある。

本調査の結果では、被害者をスクリーニングするかどうかには、医療機関以外で被害者に関

わる活動の有無や他機関との連携の有無とは関連がなく、被害者に関わる意識のみと関連していた。つまり関与に興味ややりがいを感じている回答者は積極的にスクリーニングを行っている一方で、診療や支援を行うために必要な知識や情報が不足していると感じている人はスクリーニングを行わない傾向にあった。また、被害者について患者に尋ねない理由としては、尋ねることで症状が増悪する、患者が傷つくと、尋ねたときの患者の反応への不安を感じている人が3割、尋ねてもその後の対処がわからないと回答した人が2割存在した。これらのことは、Kelliら²⁾の報告と共通するところであり、被害者に対応することができるという感覚の乏しさが、スクリーニングを消極的にしている現状が明らかになったといえる。

2005年の犯罪被害実態(暗数)調査³⁾では、性的暴行は事件の重大性の認識が高いにもかかわらず、申告率が低いという報告がなされているが、これと同様のことが診療場面でも起こることは容易に推測される。具体的には被害後に不眠や抑うつなどといった精神症状を主訴に医療機関を受診していても、被害については自ら話さない場合である。性暴力被害後には恥辱感や自責感が出現する⁴⁾が、このような被害者によくみられる心理的な反応が、被害について自ら語ることを妨げている場合もあると考えられる。他方、診療を行う精神科医は、病態を正確に理解したうえで治療を行い、加えて必要な支援を提供するために、患者の被害体験について把握しておく必要があるだろう。

また、スクリーニングに加えて、被害者が被害体験を認めた場合の治療が適切に行われることも重要である。被害体験を治療の中で扱う場合には、聞く側の聞く力が必要であると指摘される⁵⁾。被害体験について焦点を当てて適切に

治療を行うには、そのための知識と技術が必要であるということである。本調査では、患者が被害体験を認めた場合に、被害体験について焦点を当てないで治療を継続する人は6割ほど存在した。診療や支援を行うために必要な知識や技術、情報が不足していると感じている人は、被害体験を積極的に扱わない傾向が明らかになり、これが関与を消極的にしている一因といえる。これは、治療の知識や技術、情報が獲得されることで、治療方針が変わる可能性を示唆している。

また、治療を消極的にすることと関連するものとして、治療を行う時間が十分でないことがあげられた。被害体験に焦点を当てて治療を行うということを短時間で行うことは困難であり、ここには多忙な日常診療の中で適切に被害者の治療を行うことの物理的な困難さが現れているといえるだろう。さらに、治療や相談を行うなかで無力感を感じることも、治療に消極的になる要素のひとつであることが明らかになった。実際、被害者の治療は長期にわたることが多く、治療者の代理受傷や治療者の burn out⁵⁾ も問題として指摘されている。今後被害者の診療をより積極的にするためにはこのような問題への対策も必要になると考えられる。

治療方針の質問では、3%の人は自ら治療を行わず専門家へ紹介するという回答をしている。治療には知識や技術が必要であることを考えると、積極的に治療を行っている機関へ紹介を行うということも選択されるべき対応のひとつであると考えられる。この場合に必要になるのは、最初に受診した医療機関においてスクリーニングを行うことと、治療を行う医療機関の存在、そして機関同士での連携ということになるだろう。

4-5. 今後被害者の診療を積極的に・適切に行うために必要な事項

以上のことより、今後被害者の診療をより適切に、より積極的にすすめるために必要なことについて提言を行う。これまでの結果から、現状としては多くの精神科医は日常診療の中で受診してきた被害者の診療を行っているが、積極的に関与を行っているのは一部の精神科医であることがわかった。このことより、今後被害者への的確な対応をすすめるためには、①被害者診療を行っていないことに関連している因子を改善すること、②現在被害者に関わっている精神科医が必要を感じている点について改善することの2つの視点が必要と考えられる。

まず①について取り上げる。現状では、多くの精神科医が治療に関する知識・技術不足、被害者に関わる他の機関の情報不足、司法関連の知識不足を感じていた。しかし、研修やワークショップへの参加経験のある人は、これらの不足感をより感じていない傾向にあった。このことより、研修やワークショップの機会が知識や情報の不足を解消して、より積極的に被害者に関わる一因となる可能性がある。このことより、精神科医が参加する機会を増加させる、医学教育の中で被害者について取り上げることなどが有用であると考えられる。ここで獲得されるべき知識や情報としては、受診される被害内容として多い、配偶者間暴力や性暴力被害について優先されることが必要である。被害者に関わると法的な問題へ関与する機会も生じるため、例えばDV防止法や性被害に関する届出などについての必要最低限の法的な知識が必要となるだろう。また、児童虐待の通告や配偶者間暴力の通報など、児童相談所や配偶者暴力相談機関の機能を含めて情報が提供される必要がある。同様に、他の被害についてもそれぞれ関わる法規

や機関が異なるため、これらについて知識や情報を得る機会が必要となる。

また、他機関との連携をもつことでより被害者の診療が促進され、役割分担がなされた適切な支援ができると考えられる。しかし、現時点では回答者の約8割が被害者に関わる他機関の情報不足を感じている。今後連携を進めるには、他機関の情報不足を解消することと、実践的な連携のモデルが必要と考えられる。また、今回調査では連携の内容は詳細には明らかにならなかったため、今後は連携を進めるために必要な事項を明らかにするさらなる調査が必要と考えられる。

さらに、以上のような対策が、被害者がより受診する機関（心療内科や診療所、外来患者数が多い機関）で、積極的にすすめられることにより、受診した被害者が適切な診療を受ける機会が増加すると考えられる。

次に②について取り上げる。現在、被害者を診療している精神科医は「犯罪被害者・家族への保険外治療費に関する補助制度」「認知行動療法等時間を要する精神療法の診療報酬の引き上げ」と感じていることがわかった。これらはいずれも経済的な問題である。被害者の治療として代表的なものとして、カウンセリングや認知行動療法があげられる。しかし、短時間で症状改善は困難であり治療が長期に及ぶことも稀でない。被害体験に焦点を当てることに消極的になることと関連して時間不足が上げられており、これと共通する。今後、被害者診療に伴った経済的問題への対策が進められることで、被害者の診療がより積極的になる可能性がある。

最後に、診療を行う中で生じてくる burn out や代理受傷といった、治療者側の精神的な負担についても対策が講じられる必要があると考えられた。

4-6.調査の限界

本調査の限界としてはまず対象者の選択の問題がある。個人情報を入力することが困難であったため、アンケート用紙は一般に公開されている精神科医療機関に調査票を発送した。送付先は精神科病院協会など主な団体に所属する精神科医療機関であり、全国の精神科医療機関の多くが網羅されていると考えられる。しかし、医療機関の医局長宛としており無作為性は確保されていない。次に回収率の問題がある。回収率が約3割にとどまり、また本調査の内容に関心のある回答者が返信している可能性があり、結果が対象全体の結果を反映していない可能性がある。

5. まとめ

全国の精神科医療機関の医局長宛に調査票を送付した結果、回答者の約半数が平成17年度に被害者の診療を行っており、回答者の約7割がこれまで被害者の診療を行った経験を有していた。被害者の診療経験がある人の半数以上に法的な問題に関与した経験があることがわかった。また、一部の精神科医は多くの被害者を診療しており、被害者の診療をより積極的に行っている群が存在することが推測された。

6. 文献

- 1) 後藤豊実：外傷体験者地震における治療ニーズの捉え方と専門的な援助を求める傾向。日本社会精神医学会雑誌 15(1)；12-23, 2006.
- 2) Kelli J W, Dean V C, et al. : Screening for Domestic Violence : Practice Patterns , Knowledge, and Attitudes of Physicians in Arizona. Southern Medical Journal 97(11) ; 1049-1054, 2004.
- 3) 法務総合研究所：第2回犯罪被害実態（暗

数) 調査. 2005.

4) Burgess AW, Holmstrom L H : Rape Trauma Syndrome. Am J Psychiatry 131(9) ; 981-986, 1974.

5) 外傷後ストレス関連障害に関する研究会編:心的トラウマの理解とケア第2版.じほう, 2006.

7. 健康危険情報

特記すべきことなし

8. 研究発表

1)中島聡美, 白井明美:犯罪被害者の精神的被害の実態と医療現場における支援のあり方. 第41回日本アルコール薬物医学会総会, 京都, 2006.7.27

2)橋爪きょう子, 辰野文理, 中島聡美, 中谷陽二, 小西聖子:精神科医療機関における犯罪被害者への診療の実態. 第6回日本トラウマティック・ストレス学会, 東京, 2007.3.9

9. 論文発表

中島聡美:犯罪被害者支援と医療. 心と社会 125, pp70-74, 2006.

10. 学会発表

1)橋爪きょう子, 小西聖子, 中谷陽二:被害者のPTSD鑑定—多要因による病態形成. 第2回司法精神医学会, 東京, 2006.

2)橋爪きょう子, 小西聖子, 中谷陽二:殺人未遂を行ったDV被害者の一鑑定例. 第6回日本トラウマティック・ストレス学会, 東京, 2007.3.9

11. 知的財産権の出願・登録状況

なし

平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
「犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究」分担研究報告書

研究課題名：犯罪被害者及びその家族における重度ストレス反応
支援プログラムの構築に関する研究

分担研究者 中島聡美 国立精神・神経センター 精神保健研究所
小西聖子 武蔵野大学 人間関係学部
辰野文理 国士舘大学 法学部
研究協力者 白井明美 国立精神・神経センター 精神保健研究所
真木佐知子 国立精神・神経センター 精神保健研究所
堀口逸子 順天堂大学医学部 公衆衛生学教室
金吉晴 国立精神・神経センター 精神保健研究所

研究主旨

犯罪被害者の精神健康にかかわる因子を明らかにするために、犯罪被害者当事者の会に所属する被害者（275名）とその家族を対象に、郵送による自記式のアンケート調査を行った。193人から回答を得た（配布数に対する回収率 26.3%、会員からの回収率 53.1%）。対象者は、女性が 67.6%、平均年齢 52.1 歳であった。被害からの平均経過月数は 93.6 ヶ月であった。記載者の被害体験は、被害者本人が 25 人（13.3%）、致死ではない被害者の家族 18 人（9.6%）、遺族 151 人（80.3%）と遺族が多かった（複数回答）。罪種は殺人等故意の犯罪による致死が最も多く（70.7%）、ついで傷害等故意の犯罪による負傷（15.4%）であった。気分障害および不安障害のハイリスクとされる K10 のカットオフ値（25 点）以上のもの（K10 高得点群）の割合は、全体で 76 人（40.9%）であった。K10 高得点群の割合は、被害者本人が最も高く（68.4%）、ついで遺族（41.5%）、家族（16.5%）であった（ $p < 0.01$ ）。K10 の高得点群に有意に関連のあった項目は、女性、裁判における意見陳述の経験、被害時の強い恐怖と戦慄、主観的健康の不良、事件から調査時点までの 2 週間以上の精神的不調と精神科医療機関の受診、主観的二次被害得点の高さであった。本調査の結果からは、犯罪被害者の精神健康を改善するためには、上記にあげられた因子を踏まえた介入を行うことが必要であるといえる。しかし、これらの因子が精神健康に直接関連しているのか、あるいは他の因子を介して影響しているのかは明らかではない。この点については、被害者を対象とした面接調査によって明らかにしていく予定である。また、本調査では、対象者の偏りの課題があり、精神疾患の有病率等について明らかにすることはできなかった。それについては本調査の結果をもとに、今後、より偏りの少ないサンプリングの手法に基づいた大規模な犯罪被害者の精神健康についての実態調査を検討していくことが必要である。

A. 研究の背景と目的

2005年に施行された犯罪被害者等基本法では、被害者等（犯罪被害者およびその遺族、本研究では以下犯罪被害者等）の精神的被害の回復を国や地方公共団体、国民の責務として定めている。これらの施策の実施のためには、回復のために有効な支援の推進を検討することが求められている。そのためには、以下の4点における研究が必要である。

- ① 犯罪被害者等の精神健康の実態の把握
- ② 精神健康の回復を妨げる要因あるいは、回復を促進する要因の分析
- ③ 現在のメンタルヘルスサービスの利用状況の把握
- ④ 現在利用されているメンタルヘルスサービスの有効性の評価

①の精神健康の実態について、国外では一般住民を対象にした大規模実態調査が行われ、犯罪の被害者や遺族において精神疾患の有病率が高いことが示されている^{3) 16) 26)}。日本では今まで、犯罪被害者等の精神健康の実態について、警察庁や法務省の研究（警察庁による犯罪被害者実態調査^{21) 10) 11)}、国際犯罪被害実態調査^{9) 12)}や個々の研究者による研究（性暴力被害者⁸⁾、交通事故遺族³¹⁾、自助グループの遺族²⁷⁾等）などが行われてきた。しかし省庁によるものは、主に刑事司法関係機関が主体となった調査であるため、精神疾患の有病率、障害の程度などの医療情報が不足している。また個々の医療関係者による調査では、対象者数も少なく、特定の医療機関の受診者であるなど対象が限られ一般化しにくい。またPTSD（外傷後ストレス障害）に焦点を当てたものが多く、精神疾患全般の有病率の報告がないことや、社会生活機能レベルまで含めた包括的な研究は乏しいこと等が問題であ

った。

上記の先行研究の結果を踏まえ、今後国内における研究の方向性として必要なのは以下の2点である。一つは無作為抽出した一般住民を対象に、犯罪被害の体験率および被害による精神疾患の有病率を評価するための疫学調査である。もう一つは、被害後の回復および増悪要因を探索するために、PTSDだけではなく気分障害やPTSD以外の不安障害、アルコール・薬物関連障害、また遺族にみられる複雑性悲嘆などを含む精神健康全般を指標として、被害前・被害時・被害後の様々な心理社会的要因がどのように影響するかを明らかにする犯罪被害者コホートを対象にした観察的横断及び縦断研究である。

本研究では、被害者の支援プログラムの構築を行うため、精神健康に関連する要因を明らかにする方向性で研究を検討した。最初の段階として、国内の抽出可能な犯罪被害者等をリクルートし、その母集団における被害状況および精神保健に関する横断調査を実施することとした。今年度は、国内の被害者当事者団体を通じて募集した犯罪被害者・被害者家族・被害者遺族を対象に精神健康や社会生活機能、医療機関の受療状況などを明らかにするための質問紙調査を行い、次年度にこの結果をもとに特に被害後長期の精神健康の悪化に関連する因子を明確にするための面接調査を実施するものである。

本研究の結果により、犯罪被害者の精神健康に関連する因子、特に被害後に起る出来事との関連が明らかになることで、実証に基づいた被害者の支援プログラムを構築することが可能になるとと思われる。

B. 研究方法

1. 調査対象と調査方法

研究デザインは、観察的横断研究である。対

象となる犯罪被害者のリクルートには、日本全国に会員のいる被害者当事者団体に協力を依頼した。会員数は総数 275 名であり、被害者本人が 56 名、被害者の家族・遺族が 219 名の団体である。会員数の多い被害者当事者団体であることと、一定の地域に偏っていないこと、従来あまり調査されてこなかった身体暴力の被害者や殺人の遺族が多いことからこの団体に協力を依頼した。

調査対象者は、この団体の会員と会員の家族で、18 歳以上の犯罪被害者およびその家族と遺族（被害者本人からみて 2 親等以内の親族）とした。調査にあたり、当事者団体に調査趣旨を説明し、調査実施の承認を得た。

当事者団体を通して、その会員と家族に自記式の質問票を郵送にて送付、回収を行った。調査時期は、2006 年 10 月 20 日から 11 月 22 日である。調査票は会員とその家族分をあわせて 3 通郵送しており、配布数は 735 部であった。返送数は 193 通で、会員の回収率は 53.1%、全体の回収率は 26.3%であった。

2. 調査項目

1) 社会人口学的項目

年齢、性別、会員の有無、家族構成、配偶者の有無、教育歴、就労状況を尋ねた。これらの項目は、国民生活基礎調査の項目を参考に改変した。

2) 犯罪被害の概要

本調査対象者は、被害者本人、被害者の家族、遺族など立場の異なる人が含まれ、かつ、被害者家族や遺族の場合、自分自身も被害を受けているなど複雑な属性を有していることが予測された。そのため、これらの属性をできるだけ明確にするように、まず記載者自身の被害の有無と家族の被害の有無について尋ねた。この場合

の「被害」については、「直接に事件の現場に遭遇して、加害者にけがを負わされたり、脅されたりなど危害を加えられたこと」という限定を記載した。また、自身が被害にあったと回答した場合には、受傷の有無、内容、事件から 1 年以内の医療機関での治療、治療期間について尋ねた。また家族が被害にあったと回答している場合には、被害にあった家族の人数、被害の通知のされ方、被害者の属性（記載者と被害者の関係、性別、事件時の年齢、生存、けがの有無、現在のけがの状態）について尋ねた。これらの項目は比較検討のため、犯罪被害者実態調査の調査項目を参考に作成した。また被害内容については、人が死亡した事件か、傷害が発生した事件か、性暴力被害であるか、業務上過失の事件（交通事故の有無）を明確にするため、刑法の罪種をもとに以下の罪名とした：殺人、傷害致死、強盗致死、交通事故および危険運転による致死、交通事故以外の業務上過失による致死、その他の致死、殺人未遂、傷害、交通事故及び危険運転による致傷、交通事故以外の業務上過失による致傷、暴行、強姦・強制わいせつ等の性犯罪、強盗、誘拐、監禁、放火、詐欺、窃盗、その他）。これらは複数回答とし、また用語が難しいと思われる罪名については用語の説明を記載した。

加害者については被害者と加害者の関係と逮捕の有無を尋ねた。

3) 司法制度との関わり

司法制度との関わりが精神健康に与える影響を評価するために司法制度との関わりについて以下の項目を尋ねた：加害者の起訴の有無、現在の刑事裁判の執行、刑事裁判での証言および意見陳述の有無、現在の民事裁判の執行、補償給付の有無と種類。これらの項目は犯罪被害実

態調査を参考に作成した。

4) 身体健康

主観的身体健康観と現在の医療機関の通院の有無について尋ねた。現在の健康観は「非常に健康である」・「健康なほうだと思う」・「あまり健康ではない」・「健康ではない」の4段階での評価とした。

5) 精神健康状態

従来の研究から犯罪被害者に多くみられるPTSD、不安障害、気分障害、また遺族については複雑性悲嘆を自記式の質問表で評価した。

不安障害および気分障害の評価には、K10を使用した。K10は、Kesslerら¹⁵が開発した精神疾患(抑うつ性障害; 大うつ病、気分変調症、不安障害; パニック障害、広場恐怖、社会恐怖、全般性不安障害、PTSD)のスクリーニングのための尺度である。10項目で、症状の出現頻度を1~5段階で評価する。日本では古川ら⁶が日本語版を作成し、信頼性、妥当性を評価しており、有病率10%程度である集団において精神疾患である確立が50%以上の検査後確率の集団を得るためのカットオフ値として25点を推奨している。日本人の12ヶ月有病率はいずれかの不安障害5-6%、気分障害3%、いずれかの精神障害で8-9%とされている¹⁴。犯罪被害者では一般集団および当事者団体、医療機関受診者のいずれにおいてもPTSDや他の精神疾患の有病率は一般人口より高いことから、本調査の対象者でも25点のカットオフ値を適応した。

PTSD症状の評価には、IES-R (impact of event scale-revised) を用いた。IES-Rは、Weissら³³によって開発された自記式のPTSD症状評価尺度である。22項目で各項目の症状出現頻度を0~4点で評価し、合計点によって重症度をみる。日本語版は飛鳥井ら²によって標準化されてお

り、PTSDのスクリーニングとして使用する場合25点以上を推奨している。しかし、飛鳥井らの研究対象には、本調査に多い犯罪被害者遺族が含まれていないこと、また、原著者であるWeiss³²が、IES-Rをcutoff値を使用したスクリーニングとして用いることに否定的であることから、本調査は、PTSDのスクリーニングとしては使用しなかった。しかし、日本での既存の研究の多くが、25点のcut-off値を用いて評価していることから、既存の研究のとの比較のためIES-R25点以上をPTSDハイリスク群として検討を行った。

遺族の複雑性悲嘆の評価には、ITG (Inventory of Traumatic Grief) を用いた(英語の直訳では外傷性悲嘆であるが、Prigersonらは現在同様の症候群に対して複雑性悲嘆という用語を用いているので、本稿では複雑性悲嘆としている)。ITGは2001年にPrigersonら²⁵が開発した複雑性悲嘆反応を評価する30項目、5件法から構成されている自記式質問紙であり、下位尺度のうち一定の基準に達した場合Prigersonの提唱する複雑性悲嘆を評価することが可能である。英語版は信頼性、妥当性が検証されている。日本語版の作成は加藤ら²³によって行われている。本調査では、Prigersonの基準に従い、分離の苦痛症状(アンケート項目: 問30 イ, ウ, オ, ニが4点以上)があることと、外傷性の苦痛があること(問30 エ, キ, ク, サ, ス, セ, チ, ナ, ヌ, ハが4点以上)、症状により社会的、職業的機能が損なわれていること(問30 フが4点以上)を満たす場合に複雑性悲嘆の診断が該当するとした。Prigersonらは、さらにこの症状の持続期間が2ヶ月以上であることを求めているが、症状の持続期間については諸研究者で一定していないことから今回持続期間は評価しなかった。

そのほかに、事件時の衝撃、現在の精神科医療機関への通院と過去の2週間以上の精神的不調および、その際の精神科の通院の有無を尋ねた。

6) 主観的支援

ここでは、主観的に支援を受けたと感じている頻度を評価した。被害後記載者が関わった人（家族、親戚、友人、近隣の住民、職場の上司、警察官等、裁判官等、医療従事者、弁護士、民間被害者支援団体職員、当事者団体、報道関係者、その他）が事件から調査時点までに支えや助けになったと感じる頻度を1～5の5段階で尋ねた。係わりのなかった場合には0とした。すべての項目を加算した合計点を主観的支援得点として分析に用いた。

7) 主観的二次被害

ここでは二次被害を「係わる人の言動によって気持ちが傷つけられた経験」という定義をし、さらにそれを感じた頻度で主観的に評価した。支援と同様に記載者が関わった人からの言動で気持ちが傷ついたと感じた頻度を1～5の5段階で尋ねた。係わりのなかった場合には0とした。すべての項目を加算した合計点を主観的二次被害得点として分析に用いた。

3. 分析方法

返送された回答のうち、個人属性の未記入のもの、被害内容の不明なもの、50%以上の回答が空欄のものを除いた188部を有効回答とし、分析の対象とした。

統計解析は、各項目の記述統計のほか、事件からの年数とIES-R、K10の相関係数を求めた。また、対象者すべてについてK10の推奨されるcut-off値を用いて2群に分け（25点以上を高得点群、24点未満を低得点群）これを目的変数

とし、社会人口学的項目、犯罪被害項目、司法との関わりの項目、主観的支援と二次被害を説明変数として関連性を調べた。また、対象者を被害者との関係により、①遺族（殺人や傷害致死で家族を失ったもの）、②家族（傷害等家族が被害にあったもの）、③被害者本人（自身が傷害等の被害を被ったもの）に分けて他の項目との関連性を見た。3群での比較の分析の際には、被害者、家族、遺族の属性が重複するもの6名を除いた182名で行った。カテゴリ変数については χ^2 検定、連続変数の2群の平均値の比較についてはStudent-T検定、3群の比較には一元配置分散分析を行った。

調査分析にはSPSS12.0Jを用い、全ての分析は両側検定、有意水準を $p=0.05$ とした。

（倫理面への配慮）

本調査は、無記名のアンケート調査であり、個人を特定できる情報は含まれない。また、回答は任意であり、回答しないことによりなら不利益が生じないことと、返送をもって調査への同意とすることを記載した説明文書を同封した。また本研究は、国立精神・神経センター倫理委員会武蔵地区部会の承認を得て実施した。

C. 結果

1. 対象者全体

1-1. 対象者の属性（表1）

対象者の平均年齢は、52.1歳であった。また年齢分布をみると、30～49歳が31.4%、50～59歳が48.4%であり、中高年が多くなっていた。性別では、女性が約7割であった。既婚者が61.2%、単身者が11.2%であった。

1-2. 被害内容（表2）

被害からの平均経過月数は、93.6ヶ月（約8年）であり最も短い人で10ヶ月、最長で455

ヶ月（約 38 年）であった。分布は、3 年以上 10 年未満が約 80%、10 年以上の人でも 22.9%であり、事件から長期に時間が経過した人が多かった。

罪種別にみると殺人や傷害致死などの故意の犯罪による致死の被害者（遺族）が 70.7%と最も多く、ついで、傷害等故意の犯罪による負傷の被害者が 15.4%であった。交通事故等の業務上過失による被害者（10.7%）や性暴力犯罪の被害者（3.2%）は少なかった。また、記載者を直接生命や身体の危機を被った被害者（以下被害者本人）と、死に至らない被害者の家族（以下家族）と死に至った被害者の家族（以下遺族）に分けると、遺族が 80.3%と最も多く、ついで被害者本人（13.3%）、家族（9.6%）であった。遺族や家族で自身も直接の被害にあっている人は 6 人であった。

対象者のうち加害者が逮捕されているものが 77.7%と多いが、18.6%は逮捕されていなかった。被害後になにも補償を受けていない人が 30%であった。補償を受けている場合でも、加害者から賠償金を受けたものは、15.4%と少なく、犯罪被害者等給付金や生命保険金を受けた人が約 36%と多くなっていた。

1-3. 司法との関わり(表 3)

加害者が起訴されたものは 71.3%であり、逮捕された場合のほとんどは起訴されていた。また、刑事裁判（あるいは少年審判）については既に終了している人が 61.7%であり、現在進行中の人は 8%であった。刑事裁判で証人となるあるいは、意見陳述を行うなどの直接的な関与を経験した人は 61 人（32.4%）であった。

民事裁判を行った人は 80 人（42.6%）と約半数おり、現在も行っている人は 11 人（5.9%）であった。対象者の約 80%が刑事・民事等司法と関わりを持っていた。

1-4. 健康状態と通院状況(表 4)

調査時点の主観的な健康状態について、「健康である」（「非常に健康」/「健康」の合計）と回答した人は 60.3%であり、「健康でない」（「あまり健康ではない」/「健康ではない」）と回答した人（38.3%）を上回っていた。調査時点でなんらかの医療機関に通っていた人は 47.3%と約半数であった。調査時点で精神科医療機関に通院していた人は 16.0%であったが、被害から調査時点までの期間に精神科医療機関に通院した経験がある人は 34.6%と約 2 倍であった。また、事件から今までに 2 週間以上眠れない、気持ちが落ち込む、不安になるなどの精神的不調を経験した人は、78.2%と高い割合を示した。また、精神的不調を経験をしたが精神科医療機関を受診しなかった人は 80 人（54.8%）であった。

1-5. 精神健康状態(図 1、図 2、図 3)

調査時点の精神健康の状態を K10、IES-R、ITG で評価した。K10 の平均得点は、23.5(SD10.6)で、cutoff 値である 25 点以上の人は 76 人（40.9%）であった。得点の分布を図 1 に示した。IES-R の平均得点は、40.6 (SD19.0) であり、PTSD のハイリスク群とされている 25 点以上の人は 145 人（79.9%）であった。ITG (ITG についての分析はすべて遺族のみを対象とした。以下同じ) の平均得点は 85.6(SD27.4)であり、複雑性悲嘆の診断基準に該当するものは、28 人（遺族の 18.5%）であった。

また、各健康尺度の相互の相関をみたところすべてに高い有意な相関があった（相関係数：K10と IES-R .68(p<.01)、K10と ITG .72((p<.01)、IES-R と ITG .70(p<.01))。

1-6. 主観的支援(図 4)

事件から今まで関わった人から支援を受けたと感じた頻度について評価した(図 4)。支援を

受けた感じた頻度の多い（支援を受けたと感じることが「非常にあった」、「かなりあった」）のは、家族（81.2%）であり、ついで当事者の集まりや団体（53.5%）、友人（48.8%）であった。専門家では、警察官や裁判官・検察官等の刑事司法関係者では20%程度であるが、医療従事者は36%、弁護士では42.5%が「非常に/かなり」支援があったと感じていた。一方関わりはあったが、「支えや助けになったと感じなかった」人の割合が最も高かったのは、裁判官・検察官等（44.4%）であり、ついで警察官・警察職員（38.4%）であった。民間の被害者支援団体の職員については、「非常に/かなり支援があったと感じた」人が44.4%である一方、「支援と感じなかった」人も28.4%おり、評価にばらつきがみられた。

1-7. 主観的二次被害（図5）

関わりがあった人の言動に傷つけられたと感じた経験の頻度について尋ねた。傷つけられたと感じたことが「非常に/かなりあった」と回答した人の割合が高いのは、裁判官・検察官等（38.4%）、警察官・警察職員（33.7%）、報道関係者（31.7%）、弁護士（30.1%）であり、司法関係者や報道関係者に対して多くみられた。一方、「傷つけられたことがなかった」割合が高かったのは、当事者団体（66.9%）、民間被害者支援団体職員（65.9%）、医療関係者（58.7%）、家族（56.7%）であった。家族や友人などの身近な人の中では、近隣の住民は34.6%とやや低い値を示した。

2. 精神健康に関連する因子の分析（表5）

被害者の精神健康にどのような因子に関連するのかについて、K10の得点を目的変数として他の項目との関連について分析を行った。

被害から時間の経過に伴う精神症状の軽減を

見るために、K10得点を連続変数として、被害からの経過月数との相関を見た。Pearsonの相関係数は.04であり、有意ではなかった($p=.59$)。つまり、被害から時間が経過することで、精神健康が改善する傾向はみられなかった。

次に、精神疾患の有無に関連する因子を調べるために、K10のカットオフ値25点を高得点群、24点以下を低得点群として他の項目との関連を調べた。社会人口学的属性では、性別に有意な関連性がみられ、高得点群では女性が多かった($\chi^2(1, N=186)=4.32, p=.04$)が、年齢や教育歴、同居者の有無、就労状況には差がなかった。

被害内容や司法との関わりでは、被害体験と、意見陳述の経験に有意な関連があった。高得点群では、被害者本人、遺族の割合が高く、家族の割合が低く($\chi^2(2, N=180)=15.17, p<.01$)、裁判で意見陳述を経験した割合が高かった($\chi^2(1, N=123)=6.01, p=.017$)。加害者の逮捕や起訴、公判中であるかどうか、賠償・補償の有無、被害者本人である場合の負傷の有無や治療期間には関連性がなかった。

主観的支援及び、主観的二次被害について、各項目の合計点の平均値を比較したところ、K10高得点群では2次被害を受けたと感じる頻度得点の平均が有意に高かった($t(140)=-3.00, p=.003$)。

主観的健康観や精神科医療機関の受診、他の精神健康尺度等の項目とは有意な関連性が見られた。K10高得点群では、現在の精神科通院の割合($\chi^2(1, N=87)=22.3, p<.01$)、被害から調査時点まで2週間以上の精神的不調を感じた割合($\chi^2(1, N=161)=8.1, p<.01$)、被害から調査時点までの精神科受診者の割合($\chi^2(1, N=176)=8.52, p<.01$)が有意に高かったが、医療機関

全体の通院歴には関連がなかった。心的外傷症状との関連では、K10 高得点群で IES-R の平均点が有意に高く ($t(179)=-8.40, p < .01$)、IES-R 高得点者の割合が高かった ($\chi^2(1, N=181)=20.7, p < .01$) ことから K10 高得点群に PTSD 症状を持つ人が多く含まれていることが示された。また、被害時の衝撃の項目との関連性は、強い恐怖 ($\chi^2(1, N=168)=9.57, p < .01$) と戦慄 ($\chi^2(1, N=163)=7.80, p < .01$) の感覚を感じた割合が有意に多かったが、無力感ではみられなかった。

複雑性悲嘆症状との関連については、K10 高得点群では、ITG の平均得点 ($t(142)=-8.73, p < .01$) と、複雑性悲嘆の診断を満たす人の割合 ($\chi^2(1, N=146)=17.2, p < .01$) が有意に高かった。

したがって、精神疾患のハイリスクグループでは、PTSD 症状および、複雑性悲嘆症状の強い人が高い割合で存在することが明らかにされた。

3. 被害体験の違いと他の因子との関係

直接の被害を被った本人とその家族や遺族では被害内容や司法への関わり、精神的反応が異なることが考えられるため、被害者本人、被害者家族、遺族の 3 群に分けて他の項目との関係を分析した。

3-1. 被害体験の違いと社会人口学的因子、被害状況との関係 (表 6)

社会人口学的因子で 3 群に有意な差があったのは、平均年齢と婚姻状況であった。被害者本人は家族に比べ、有意に若く ($F(179)=3.43, P=0.03$)、既婚者の割合が低かった ($\chi^2(2, N=180)=8.5, p=.014$)。被害状況では異なる点が多くみられた。被害からの経過年数は、被害者本人が、遺族に比べ有意に長かった

($F(179)=3.43, P=0.03$)。また、加害者が顔見知りである割合は遺族が有意に少なく ($\chi^2(2, N=150)=10.8, p < .01$)、加害者の逮捕されている割合 ($\chi^2(2, N=161)=8.1, p < .01$) は、逆に遺族が有意に高かった。加害者が起訴されている率は、遺族や家族が約 60~80%であるのに比べ被害者本人は 26.3%と少なかった ($\chi^2(2, N=142)=11.7, p < .01$)。また、賠償や補償を受けている率も、被害者本人は半数に満たず、遺族や家族が 75~82%であるのに比べ少なかった ($\chi^2(2, N=171)=17.4, p < .01$)。被害者本人では、加害者が顔見知りであることが多いにもかかわらず、逮捕や起訴の率が低く、かつ補償が十分でないという状況が示された。

3-2. 被害体験の違いと医療機関の受診、精神健康との関係

被害体験と医療機関の受診と精神健康尺度の関連について表 7 に示した。医療機関への受診では、調査時点での医療機関全体の受診および精神科医療機関への受診の割合は、被害者本人において高かったが、3 群に有意差はなかった。しかし、事件から現在までの 2 週間以上の精神的不調の経験や精神科への受診の割合は、被害者本人が他の 2 群に比べ、有意に高かった ($\chi^2(2, N=158)=9.9, p < .01$;

$\chi^2(2, N=172)=11.1, p < .01$)。また、K10 及の平均点、高得点者の割合は、被害者本人が最も高く、家族が他の 2 群に比べ有意に低かった ($F(177)=8.8, p < .01, \chi^2(2, N=180)=15.2, p < .01$)。IES-R は、平均点は被害者本人が家族、遺族より有意に高かった ($F(175)=5.2, p < .01$) が、高得点者の割合は 3 群で差がなかった。被害者本人は家族や遺族に比べ、事件から現在までの精神的不調の経験や精神科受診率、現在の

精神健康状態がよくないことが示された。また、これらの3群においては家族の精神健康が最も良好であった。

D. 考察

1. 本研究の対象者の特徴

本研究の対象者は、ある被害者当事者団体の会員とその家族に限られており、日本の犯罪被害者全体を母集団としているわけではない。対象集団は、被害者の問題に関心が高く、その団体の活動に共鳴している、また、お互いの支援を必要としているなどの特性を有する被害者であると言える。したがって本調査では、対象集団内部の比較を行うことで、精神健康に関連する因子を明らかにすることを目的とした。

人口背景因子については、女性の割合が高い（約70%）ことと、30代から50代の年代が多い（約80%）ことがあげられる。犯罪被害の内容では、特に、殺人等故意の犯罪における遺族が約70%と多い。また、犯罪被害からの経過年数の平均が約7.8年、被害から5年以上経過している割合が57.5%であり、犯罪被害実態調査が被害から5年以内の被害者を対象としていることと比較して、より長期経過した事例である。

したがって本報告書では、広義の犯罪被害者として、被害者本人、家族、遺族全体を含む対象者全体の分析をまず行ったが、この結果は事件から長期経過した殺人等故意の犯罪の遺族の状態の影響が強かったと考えられる。

2. 被害者の精神健康に関連する因子

対象者全体におけるK10のカットオフ値（25点）以上の高得点者の割合は40.9%であり、被害体験別にみると、被害者本人68.4%、家族6.3%、遺族41.5%であった。K10高得点者の割合を不安障害（PTSD含む）と気分障害の有病率として、

構造化面接を用いて精神疾患の有病率を評価している他の研究と比較検討した。日本人の一般住民の12ヶ月有病率（いずれかの不安障害5-6%、いずれか気分障害3%、いずれかの精神障害8-9%）¹⁴に比べると被害者本人、遺族においては、かなり高い値といえる。犯罪被害者を対象とした他の研究は、PTSDのみを対象とした調査が多いため、PTSDの有病率で比較した。医療機関を受診した性暴力の被害者の調査時点PTSD有病率が69.6%⁸、事故の遺族の調査時点PTSD有病率64.3%、大うつ病21.3%、気分変調症7.1%²³、自助グループに所属する殺人・交通事故遺族のPTSD有病率40%²⁷～58.8%³¹と報告されていることから、精神科医療機関を受診している犯罪被害者よりはやや低く、自助グループに参加している遺族のPTSD有病率に近いと思われる。また海外の研究でも、Kaltmanら¹³が、事故・殺人・自殺で配偶者を失った遺族において25ヶ月時点でのPTSD有病率は40%としていることから、一般住民の有病率よりは高いものの、犯罪被害者としては他の研究の集団と同等であると思われる。

本調査では、IES-Rを用いて心的外傷症状を評価した。IES-Rの平均得点は40.5であり、被害体験別にみると被害者本人53.3、家族33.4、遺族40.3であった。この値は特に遺族については、犯罪被害者実態調査¹⁰の遺族の平均点（44.1）に近かった。被害者本人については、犯罪被害者実態調査における性犯罪被害者（42.5）や身体犯被害者（26.6）より高い値を示していた。

IES-Rによる心的外傷症状については、PTSDのスクリーニングのカットオフとして推奨されている25点のカットオフ値を適応すると、高得点群の割合は約80%であり、K10の高得点群の約

2倍を示した。K10高得点群におけるIES-Rの平均得点が高いことや、K10とIES-Rの得点の間に有意な相関があることから、対象者の有する精神疾患としてPTSD等心的外傷反応を呈する疾患の割合は高いと考えられる。しかし、IES-Rのカットオフを用いた場合の有病率がK10の2倍近く高かった理由としては、PTSDにおけるA基準の評価が含まれないことからより広い心的外傷反応をとらえる可能性があることがあげられる。また、飛鳥井ら²の研究は遺族を対象としたものではないことから、遺族については25点という値は必ずしも適していない可能性があり、遺族における適応については今後検討する必要がある。

複雑性悲嘆については、本調査では症状の持続期間と社会機能障害を評価していないので、実際より多く診断されている可能性がある。しかし、本調査における複雑性悲嘆と推定される遺族の割合は、18.5%と他の研究(42.9%²³、32.4%²⁷)に比べると低い値を示した。その理由として、中井ら²³および白井ら²⁷の調査は面接によるもので、サンプルサイズも小さく、対象者が精神症状を持つ人の多い集団になっているため、複雑性悲嘆を持つ人の割合が高いことが考えられる。また、もう一つの理由として、本調査では被害からの経過年数が長いことがあげられる。中井ら²³の研究の対象者は被害から4年以内、白井ら²⁷の対象者においては平均69ヶ月であり、本調査の平均88.1ヶ月(遺族のみ)より短い。複雑性悲嘆者の割合が、時間の経過に伴い有意に減少したという報告¹もあり、事件からの年月の影響は考慮する必要がある。

3. 医療機関の受診

本調査の調査時点での医療機関および精神科医療機関の通院者の割合はそれぞれ47.3%、

16.0%であり、被害から調査時点までに精神科医療機関への通院経験のあるものは34.6%であった。一般住民を対象とした研究(平成16年の国民生活基礎調査¹⁸)と比較すると、すべての疾患における通院者率は325.4(人口千人あたり)、精神病で6.5、神経症で6.3であった。川上ら¹⁴の調査では、過去12ヶ月の精神科医の受診率は1.2%であった。一般住民に対する調査の結果と比較すると、本調査の対象者の医療機関の受診、特に精神科の受診は高いといえる。

犯罪被害者が医療やメンタルヘルスサービスの利用が高いことは他の研究でも指摘されている。Norrisら²²は、被害後約3ヶ月でメンタルヘルスの専門家に接触した犯罪被害者は12%であり、やはり一般住民(4.3%)より高いとしている。法務省の調査¹¹では、加害者が長期刑で入院した被害者(N=94)を対象としているが、精神的な病気で入院や通院をしたものは18.8%で本調査の利用者よりは低い値であった。この調査では被害者本人が最も医療機関を利用した割合が高かった(40.0%)が、これは本調査と同様である(本人63.2%、家族12.5%、遺族12.9%)。本調査における受診率の高さは、K10での不安障害・気分障害の有病率を反映したものと考えられる。Garvrilovicら⁷も外傷体験者のメンタルヘルスサービスの利用を促進する要因として精神病理レベルの高さ、外傷体験が暴力的で重度であること、女性をあげており、これらの項目は本調査の対象者に多くみられるものであった。しかし、本調査では通院している人が多く回答したというバイアスの存在も考慮する必要がある。

調査時点の精神疾患の有病率に比べると精神科医療機関の通院者率は半数に満たない。川上らの調査¹⁴で、4週間以上受診の必要性を感じ

ながら受診しなかった者が多くあげた理由として「問題がひとりで改善すると思った」、「交通手段等治療に行くことの支障」、「どこに行ったらよいのかわからない」、「自力で対処したかった」を示している。被害者にもこれらの理由が当てはまると思われる。また、特に被害者においては人に知られたくない、あるいは理解されないことへの不安、司法手続きや生活の再建が優先するためになかなか受診できないというような犯罪被害者特有の理由も影響すると思われる、今後の調査の課題である。

4. 精神健康に関連する因子

K10 の高得点群に有意に関連した項目は、性別（女性）、事件時の衝撃（強い恐怖、戦慄）、被害体験のちがひ、意見陳述の経験、主観的二次被害の多さ、事件から調査時点までの2週間以上の精神的不調と精神科医療機関の受診、主観的健康観であった。女性であることや事件時の衝撃が強いことは、外傷体験者における PTSD の予測因子である^{4:24}。Kilpatrick ら¹⁷も犯罪被害者の PTSD のリスクとして、強姦既遂、事件時の生命の脅威の自覚、身体的負傷をあげている。このことは、本調査で K10 高得点群で IES-R 得点が高いものが多かったことに関連していると思われる。

本調査では、司法制度関連については、意見陳述の経験のみが関連していた。犯罪被害者実態調査¹⁰では事情聴取の際に「事件のことをきかれることで苦痛がました」と回答した場合に IES-R の得点が高くなる傾向が見られたと報告している。このことから意見陳述体験そのものだけでなく、そのことによる苦痛の強い被害者において PTSD を含む精神疾患のリスクが高くなると考えられる。また、加害者の逮捕や起訴、刑事裁判の終了や、民事裁判の実施などの他の

司法関連の項目が精神健康に影響しなかった理由として、出来事そのものより出来事への認知が関連していた可能性があげられる。Sprang³⁰は飲酒運転事故遺族186人を対象に PTSD および司法制度の満足度を評価しているが、司法制度への不満があることが、女性、健康状態の悪さ、身体損傷が激しいことなどとともに PTSD の発症を予測するとしている²⁹。本調査では、司法制度に対する満足度は評価しておらず司法的関わりの影響を評価するためには、今後満足度を評価することが必要であろう。

また、被害後の周囲の関わりの影響については、犯罪被害者へのソーシャルサポートの不足が PTSD やうつなどの精神疾患の発症を予測するという研究報告^{28:30}があるが、今回の調査では事件後にかかわった人から支援を受けたと感じる体験ではなく、言動で傷ついたと感じる体験が多いことが K10 の高得点に関連していた。主観的支援感が、関連しなかった要因として、今回の対象者では、家族や友人、当事者団体からなんらかの支援を受けたと回答した人が 80% であり、対象者における支援の差が少なかったことが考えられる。

また二次被害があることが、PTSD を含む精神的予後の不良を予測する因子として明らかにされている^{5:19:20}。本調査では、主観的な二次被害を評価しており、このことは司法的関わりや生活の中で被害体験の否定的な認知を強化することで、精神健康の改善が妨げられたのではないかと考えられる。また、傷ついた体験に関連するような生活上のストレス体験が多かったり、そのことによって社会的孤立が生じたり、また被害者自身の受け止め方などの影響も考えられる。被害後の体験がどのように精神健康に影響しているかは、支援や介入のあり方を考え

る上で重要な要素であることから、今後の調査で、被害後のストレス体験やそれによる生活や行動の変化などを評価し、明らかにする予定である。

5. 本調査の限界と課題

本研究は、今まで日本で行われてきた犯罪被害者の調査における2つの問題①大規模調査であるが精神健康を主眼としていないため精神健康についての情報が少ない、②精神健康の評価を主な目的にしているがサンプル数が少ない、をクリアするために、サンプル数を多くし、複数の精神健康尺度を用いて、精神健康に関してより詳細な分析を行う調査として実施した。しかし、対象者が当事者団体の参加者とその家族に限定されるために、母集団の偏りが生じていることが最も大きな問題である。また、今回の対象者は80%が遺族であり、被害から長期経過したものが多いため、犯罪被害者本人と被害から間もない被害者の状況を明らかにすることはできなかった。このような問題を解決するためには、一般住民を対象にして被害体験者をリクルートする、あるいは産婦人科や救命救急など精神的問題以外で被害者が多く訪れる機関を対象に連続サンプリングを行うような調査を実施することが必要である。

また、本調査で明らかにすることのできなかった具体的な精神疾患の診断評価、刑事手続きや裁判への満足度、被害後のストレスイベントは、今後面接調査において行う予定である。

E. 結論

犯罪被害者当事者の会に所属する被害者(275名)とその家族を対象に郵送による自記式のアンケート調査を行い、193人から回答を得た(回収率26.3%、会員からの回収率53.1%)。

対象者は、女性が67.6%、平均年齢52.1歳であった。記載者の被害体験は、被害者本人が25人(13.3%)、致死ではない被害者の家族18人(9.6%)、遺族151人(80.3%)と遺族が多かった(複数回答)。罪種は殺人等故意の犯罪による致死が最も多く(70.7%)、ついで傷害等故意の犯罪による負傷(15.4%)であった。気分障害および不安障害のハイリスクとされるK10のカットオフ値(25点以上)のもの(K10高得点群)の割合は、全体で76人(40.9%)であった。K10高得点群の割合は、被害者本人が最も高く(68.4%)、ついで遺族(41.5%)、家族(16.5%)であった($p<0.01$)。その他、K10の高得点群に有意に関連する因子は、女性、裁判における意見陳述の経験、被害時の強い恐怖、戦慄、主観的健康の不良、事件から今までの2週間以上の精神的不調と精神科医療機関の受診、主観的二次被害得点の高さであった。本調査の結果からは、犯罪被害者の精神健康を改善するためには、上記にあげられた因子を踏まえた介入を行うことが必要であるといえる。しかし、これらの因子が精神健康に直接関連しているのか、あるいは他の因子を介して影響しているのかは明らかではない。この点については、被害者を対象とした面接調査によって明らかにしていく予定である。また、本調査では、対象者の偏りの課題があり、精神疾患の有病率等について明らかにすることができなかった。それについては本調査の結果をもとに、今後、より偏りの少ないサンプリングの手法に基づいた大規模の犯罪被害者の精神健康についての実態調査を検討していくことが必要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

文献

- 1 有園博子, 加藤寛, 煙崎久子: 突然の事故により家族と死別した遺族の経年的な心理状態の変化. 心的トラウマ研究 2:31-39, 2006
- 2 Asukai N, Kato H, Kawamura N, et al.: Reliability and validity of the Japanese-language version of the impact of event scale-revised (IES-R-J): four studies of different traumatic events. J Nerv Ment Dis 190:175-82, 2002
- 3 Boudreaux E, Kilpatrick DG, Resnick HS, et al.: Criminal victimization, posttraumatic stress disorder, and comorbid psychopathology among a community sample of women. J Trauma Stress 11:665-78, 1998
- 4 Brewin CR, Andrews B, Valentine JD: Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. J Consult Clin Psychol 68:748-66, 2000
- 5 Freedy JR, Resnick HS, Kilpatrick DG, et al.: The psychological adjustment of recent crime victims in the criminal justice system. J of Interpersonal Violence 9:450-468, 1994
- 6 古川壽亮, 大野裕, 宇田英典, 中根充文: 一般人口中の精神疾患の簡便なスクリーニングに関する研究; 主任研究者川上憲人, 厚生労働科学研究費補助金 厚生労働科学特別研究事業平成 14 年度総括・分担研究報告書 心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究, 2003, pp 127-130.
- 7 Gavrilovic JJ, Sch?tzwohl M, Fazel M, et al.: Who Seeks Treatment After a Traumatic Event and Who Does Not? A Review of Findings on Mental Health Service Utilization. Journal of Traumatic Stress 18:595-605, 2005
- 8 廣幡小百合, 小西聖子, 白川美也子, 浅川千秋, 森田展彰, 中谷陽二: 性暴力被害者における外傷後ストレス障害—抑うつ、身体症状との関連で. 精神神経学雑誌 104:529-550, 2002
- 9 法務省法務総合研究所編: 平成 12 年度版 犯罪白書 —経済犯罪の現状と対策—, 大蔵省印刷局, 東京, 2000
- 10 犯罪被害実態調査研究委員会: 犯罪被害者実態調査報告書, 東京, 2003
- 11 法務総合研究所: 平成 11 年度版 犯罪白書—犯罪被害者と刑事司法—, 大蔵省印刷局, 東京, 2001
- 12 法務総合研究所: 平成 16 年度版 犯罪白書, 国立印刷局, 東京, 2004
- 13 Kaltman S, Bonanno GA: Trauma and bereavement: examining the impact of sudden and violent deaths. J Anxiety Disord 17:131-47, 2003
- 14 川上憲人, 大野裕, 宇田英典, 中根充文, 竹島正: 地域住民における心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究: 3 地区の総合解析結果; 主任研究者川上憲人, 厚生労働科学研究費補助金 厚生労働科学特別研究事業平成 14 年度総括・分担研究報告書 心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究, 2003, pp 11-44.
- 15 Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, et al.: Short screening scales to monitor

- population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med* 32:959-76, 2002
- 16 Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, et al.: Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 52:1048-60, 1995
- 17 Kilpatrick DG, Saunders BE, Amick-McMullan A, et al.: Victim and crime factors associated with the development of crime-related post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy* 20:199-214, 1989
- 18 厚生労働省大臣官房統計情報部: 平成 16 年国民生活基礎調査 第 2 巻全国編, 厚生労働省大臣官房統計情報部, 東京, 2006
- 19 Murphy SA, Das Gupta A, Cain KC, et al.: Changes in parents' mental distress after the violent death of an adolescent or young adult child: a longitudinal prospective analysis. *Death Stud* 23:129-59, 1999
- 20 Murphy SA, Johnson LC, Chung I-J, et al.: The prevalence of PTSD following the violent death of a child and predictors of change 5 years later. *Journal of Traumatic Stress* 16:17-25, 2003
- 21 宮澤浩一 田口守一, 高橋則夫(編): 犯罪被害者の研究, 成文堂, 東京, 1996
- 22 Norris FH, Kaniasty KZ, Scheer DA: Use of mental health services among victims of crime: frequency, correlates, and subsequent recovery. *J Consult Clin Psychol* 58:538-47, 1990
- 23 中井久夫 加, 藤井千太: 犯罪、事故などにより家族、肉親を失った遺族の心理的影響とケアのあり方に関する研究, (財) 21 世紀ヒューマンケア機構こころのケア研究所, 神戸, 2004
- 24 Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, et al.: Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull* 129:52-73, 2003
- 25 Prigerson HGaJ, S.C.: Traumatic Grief as a distinct disorder: a rationale, consensus criteria, and preliminary empirical test. 613-645, *American psychological association*, Washington, 2001
- 26 Resnick HS, Kilpatrick DG, Dansky BS, et al.: Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *J Consult Clin Psychol* 61:984-91, 1993
- 27 白井明美, 木村弓子, 小西聖子: 外傷的死別における PTSD. *トラウマティック・ストレス* 3:181-187, 2005
- 28 Sporeen DJ, Henderick H, Jannes C: Survey description of stress of parents bereaved from a child killed in a traffic accident. A retrospective study of a victim support group. *Omega: Journal of Death and Dying* 42:171-185, 2000
- 29 Sprang G: PTSD in surviving family members of drunk driving episodes: victim and crime related factors. *Families in Society* 78:632-641, 1997
- 30 Sprang G, McNeil J: Post-homicide reactions: Grief, mourning and post-traumatic stress disorder following a drunk driving fatality. *Omega: Journal of Death and Dying* 37:41-58, 1998

- 31 佐藤志保子: 死別者における PTSD-交通事故
遺族 34 人の追跡調査. 臨床精神医学
27:1575-1586, 1998
- 32 Weiss DS: The impact of the Event Scale-
Revised. J. P. Wilson, Keane, T.M., (ed):
Assessing psychological trauma and PTSD
Second Edition. p. 168-189, Guilford Press,
New York, 2004
- 33 Weiss DS, Marmar, C.R.: The impact of the
Event Scale- Revised. J. P. Wilson, Keane,
T.M., (ed): Assessing psychological trauma
and PTSD: A practitioner's handbook. p.
399-411, Guilford Press, New York, 1997

表1 対象者の属性

		(n=188)	
平均年齢(SD)	52.1 (15.0)歳		
年齢幅	19~90		
		n	%
性別	男性	61	32.4
	女性	127	67.6
婚姻状態	未婚	30	16.0
	配偶者あり	115	61.2
	死別・離別	41	21.9
家族の同居	同居者なし	21	11.2
教育歴	高校以上卒業	146	77.7
就労状況	無職/家事専業/学生	77	41.0
	常勤・自営	68	36.2
	非常勤	38	20.2
当事者団体の会員		144	76.6

表2 被害内容

		n=188	
被害からの平均経過月数(SD)		93.6 (60.8)カ月	
幅		10~455ヶ月	
		n	%
被害からの経過月数	1年未満	6	3.2
	1年以上3年未満	12	6.4
	3年以上5年未満	39	20.7
	5年以上10年未満	88	46.8
	10年以上	43	22.9
罪種	故意の犯罪 ¹⁾ による致死	133	70.7
	業務上過失罪による致死	18	9.6
	故意の犯罪による負傷	29	15.4
	業務上過失による負傷	2	1.1
	性暴力犯罪(強姦・強制わいせつ等)	6	3.2
記載者の被害体験 ²⁾ (複数回答)	被害者本人	25	13.3
	家族	18	9.6
	遺族	151	80.3
加害者との関係	家族・親族	7	3.7
	知人 ³⁾	58	30.9
	見知らぬ人	91	48.4
	その他・不明	23	12.2
加害者の逮捕	逮捕された	146	77.7
	逮捕されていない	35	18.6
被害後の補償 (複数回答)	なし	30	16
	加害者からの賠償金	29	15.4
	犯罪被害者等給付金	69	36.7
	自動車保険	19	10.1
	生命保険	67	35.6
	労災保険	23	12.2
	遺族年金	16	8.5
その他	11	5.9	

1)ここでいう故意の犯罪とは、業務上過失以外の殺人、傷害等の犯罪をさす

2)記載者が被害にあつたか家族も被害を受けたか(2人)は被害者本人、家族に重複して分類した。同様に遺族であつて記載者の家族が亡くなった人(4人)は、被害者本人、遺族に重複して分類した。

3)ここでは、友人、近所の人、同じ職場や学校に通っている人、その他の知人を含む

表3 司法との関わり

		n=188	
		n	%
加害者の起訴	起訴された	134	71.3
	起訴されていない/不明	14	7.5
刑事裁判/少年審判	終了(刑確定)	116	61.7
	現在行われている	15	8.0
	不明	2	1.1
証人として証言した経験	有	43	22.9
	有	56	29.8
民事裁判	終了(中断・取り下げ含む)	69	36.7
	現在行っている	11	5.9
	行っていない	61	32.4

表4 健康状態と通院状況

		n=188	
		n	%
現在の主観的健康観	非常に健康/健康	113	60.3
	あまり健康ではない/健康でない	72	38.3
現在の通院状況	医療機関の通院	89	47.3
	精神科医療機関の通院	31	16.0
事件から今までの2週間以上の精神的不調の経験		147	78.2
事件から今までの精神科医療機関の通院経験		65	34.6

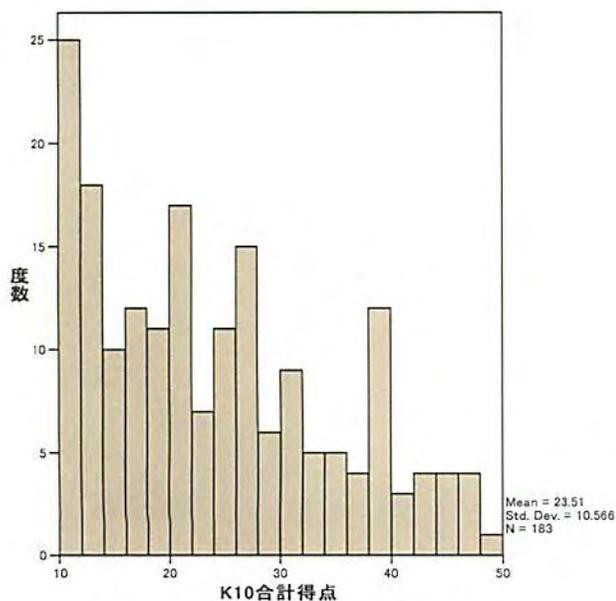


図1 K10 合計得点の分布

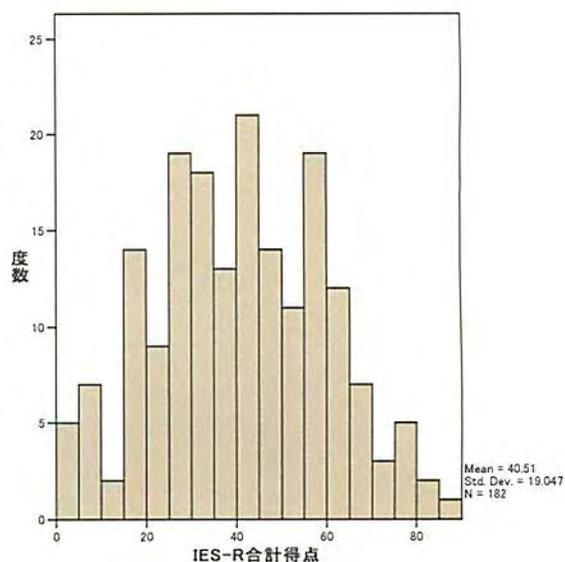


図2 IES-Rの得点分布

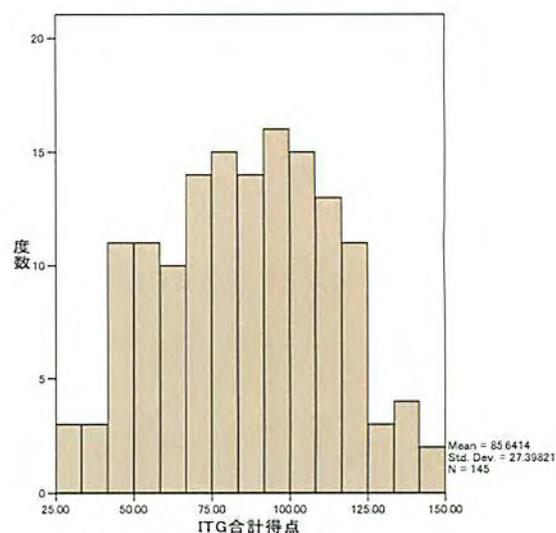


図3 ITGの得点分布

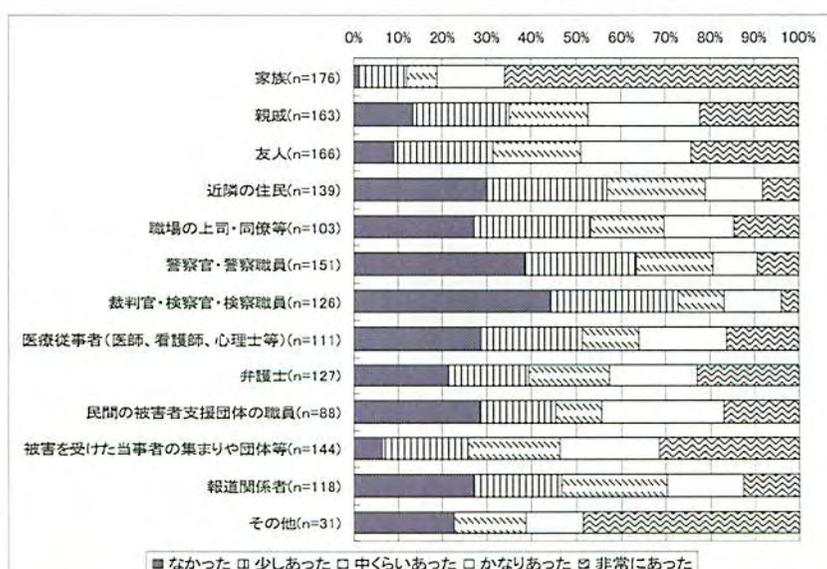


図4 主観的支援

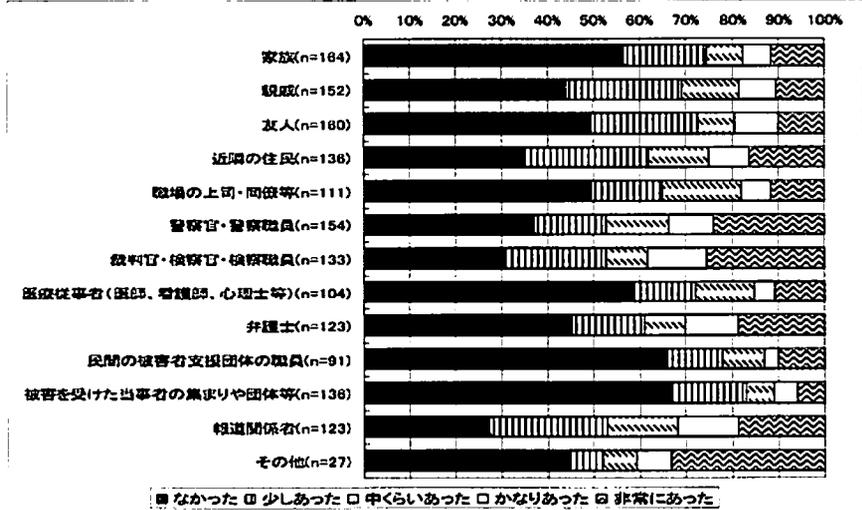


図5 主観的二次被害

表5 K10得点と他の因子との関連

		k10低得点群(n=110)		K10高得点群(n=76)		p
性別	男性	42	38.2%	18	23.7%	0.04
	女性	68	61.8%	58	76.3%	
年齢(平均年齢)		52.0	±15.7	51.8	±14.0	0.92
配偶者	有	64	58.2%	50	65.8%	0.20
教育歴	高卒以上	87	79.1	62	81.6%	0.34
就労状況	常勤/非常勤	60	54.6	46	60.5	0.48
被害からの経過年数		90.9	±15.7	98.0	±70.4	0.46
罪種	故意の犯罪による致死	81.0	73.6%	51.0	67.1%	0.12
	故意の犯罪による負傷	19.0	17.3%	9.0	11.8%	
	性犯罪	2.0	1.8%	4.0	5.3%	
	業務上過失による致死	8.0	7.3%	10.0	13.2%	
	業務上過失による負傷	0.0	0	2.0	2.6%	
	被害体験	被害者本人	5	4.6%	13	
	家族	15	13.6%	1	1.3%	
	遺族	85	77.3%	61	80.3%	
加害者の逮捕	有	85	77.3%	59	77.6%	0.85
加害者の起訴	有	79	71.8%	54	71.1%	0.75
賠償・補償等	有	87	79.1%	58	76.3%	0.74
刑事裁判	現在実施	10	9.1%	5	6.6%	0.59
民事裁判	現在実施	7	6.4%	4	5.3%	1.00
証言経験	有	23	31.1%	19	35.8%	0.70
意見陳述経験	有	26	35.6%	29	58.0%	0.02
強い恐怖	有	76	76%	64	94.1%	<0.01
無力感	有	89	91.8%	67	95.7%	0.36
戦慄	有	79	83.2%	66	97.1%	<0.01
主観的健康	非常に健康/健康	82	75.9%	31	41.3%	<0.01
	あまり健康でない/健康でない	26	24.1%	44	58.6	
医療機関の通院	有	49	45.8%	38	52.1%	0.45
精神科医療機関の通院	有	7	14.3%	24	63.2%	<0.01
事件から現在までの2週間以上の精神的不調	有	81	85.3%	65	98.5%	0.05
事件から現在までの精神科医療機関の通院	有	30	28.3%	35	50.0%	<0.01
IES-R平均得点(SD)		32.2	±16.2	52.7	±16.2	<0.01
IES-R高得点群		73	68.2%	71	95.9%	<0.01
ITG平均得点(SD)		72	±23.8	105.1	±19.8	<0.01
複雑性悲嘆該当者		7	8%	21	35.6%	<0.01
主観的支援得点(SD)		26	±11.3	26.7	±11.1	0.72
主観的二次被害得点(SD)		17.7	±10.5	22.8	±12.3	<0.01

表6 被害体験と社会人口背景因子、司法との関わりとの関連

		被害者本人 (n=19)	家族 (n=16)	遺族 (n=147)	P
性別	男	9 47.4%	5 31.3%	45 30.6%	
平均年齢(SD)		45.3 (16.9)	58.1 (14.2)	51.7 (14.1)	0.03
婚姻状況	既婚	7 36.8%	14 87.5%	91 61.9%	0.01
教育歴	高校以上卒	16 84.2%	11 68.8%	121 82.3%	0.29
就労状況	常勤・自営	5 26.3%	3 18.8%	59 40.1%	
	非常勤	4 22.2%	3 18.8%	31 21.1%	0.38
	家事専業/学生/無職	9 47.4%	10 62.5%	53 36.1%	
事件からの経過年数(SD)		128.1 (102.6)	97.0 (37.1)	88.1 (54.7)	0.03
被害内容	故意の犯罪による致死			129 87.8	
	業務上過失による致死			18 12.2	
	故意の犯罪による負傷	12 63.2	15 93.8		
	業務上過失による負傷	2 10.5	0 0		
	性犯罪	5 26.3	1 6.2		
加害者の逮捕	有	7 36.8%	14 25.0%	123 83.7%	0.01>
加害者との関係	既知	14 73.7%	13 81.3%	63 42.9%	0.01>
加害者の起訴	有	5 26.3%	10 62.5%	117 79.6%	0.01>
現在の刑事裁判	有	1 5.0%	2 12.5%	12 10.3%	0.74
証人の経験	有	2 40.0%	2 18.2%	37 33.3	0.55
意見陳述の経験	有	2 40.0%	3 30.0%	50 46.3%	0.6
現在の民事裁判	有	1 5.3%	2 12.5%	8 5.4%	0.52
補償・給付等の有無	有	9 47.4%	12 75.0%	121 82.3%	0.01>
支援の認識		20.7 (10.1)	29.8 (14.8)	26.9 (10.3)	0.03
2次被害の認識		20.8 (14.5)	17.1 (14.1)	19.9 (10.6)	0.58

表7 被害体験と医療機関の受診、精神健康尺度

		被害者本人 (n=19)	家族 (n=16)	遺族 (n=147)	P
現在の医療機関の受診		13 68.4%	5 31.3%	66 46.8%	0.08
現在の精神科医療機関の受診		7 36.8%	0 0%	23 15.7%	0.1
事件から現在までの2週間以上の精神的不調		16 84.2%	10 65.2%	116 78.9%	0.01>
事件から現在までの精神科受診歴		12 63.2%	2 12.5%	49 12.9%	0.01>
K10	合計得点の平均(SD)	31.3 (11.7)	16.5 (5.2)	23.5 (10.4)	0.01>
	高得点(25≤)者の割合	13 68.4%	1 6.3%	61 41.5%	0.01>
	低得点(≤24)者の割合	5 26.3%	15 93.8%	85 57.8%	
IES-R	合計得点の平均(SD)	53.3 (17.5)	33.4 (19.1)	40.3 (18.6)	0.01>
	高得点(25≤)者の割合	16 84.2%	10 62.5%	116 78.9%	0.07
	低得点(≤24)者の割合	1 5.3%	6 37.5%	27 18.4%	

平成18年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究
分担研究報告書

地域精神保健福祉機関における犯罪被害者支援

分担研究者 山下俊幸（京都市こころの健康増進センター）

研究要旨

目的：1) 平成17年度の研究結果によれば、精神保健福祉センターなどの地域精神保健福祉機関が犯罪被害者等支援に果たすことのできる役割としては、精神保健福祉相談、医療機関などの関係機関についての情報提供、関係機関職員への研修や技術援助、関係機関や関係団体との連携等が考えられた。そこで、平成18年度研究では、「犯罪被害者等支援のための地域精神保健活動の手引き（案）－精神保健福祉センター・保健所・市町村における支援－」（以下、手引き案）を作成することを目的とした。2) また、犯罪被害者等支援において自助グループの重要性が指摘されている。そこで、今年度は大阪市にある自助グループの代表者や事務局との意見交換を実施し、被害者の精神保健ニーズを踏まえた犯罪被害者等のための自助グループ支援のあり方について検討を進めることとした。

方法：1) 班会議において手引き案の内容について検討し、研究協力者により分担執筆し、分担研究者がとりまとめた。2) 自助グループ支援のあり方を検討するため、社団法人京都犯罪被害者支援センターの協力を得て、継続して活動している、TAV交通死被害者の会事務局、少年犯罪被害者の会代表者との意見交換を行った。3) 事例については個人が特定されないようにした。また自助グループとの意見交換報告については、報告前に了承を得ることで、倫理面に配慮した。

結果：1) 手引き案の内容は以下の通りとした。1. 犯罪被害者支援の歩み 2. 犯罪被害者等基本法と犯罪被害者等支援基本計画 3. 犯罪被害者と司法制度 4. 犯罪被害者等における精神保健相談（電話・面接） 5. 精神障害者の受ける犯罪被害 6. 福祉制度等の利用 7. 関係機関との連携 8. 自助グループ紹介 9. 資料 2) 自助グループの意義とともに、以下のような意見も出された。「会合を開催するときに、冷静な第三者にいてもらいたいと思うことがある。個別相談だけでなく、各分科会のグループにもカウンセラーに入ってほしいが、なかなか続く人がみつからない。」「運営している人のケアもほしい。相談を受けるこちらも当事者なので、内容にあまり感情移入しないように努めて冷静に対応しているが、そのために相談相手から、『あんたにはわからない』と言われ傷ついたり、そう解釈されるのは自分の体験を忘れて冷たい対応をしてしまったのかと悩んだりする。」「自分とやり方が違うと、会員どうしが非難しあうようになることがある。問題点や考え方は違うのがあたりまえで、それを攻撃材料にしないということを約束事にした。突然の事件をきっかけに知り合うと、急速に親しくなり、何もかも同じ方向に行けると錯覚する。急激に親しくなった人に限って、相違点を見つ

けた時よけいに幻滅する。」「とにかく、まずはよく知ってもらうことが必要ではないか。今のところは保健所でも、まだ知識や技術がなく、被害者の相談には応じられない。世間の人、被害者は特別な人と思っていて何も知らない。腫れ物に触るように特別扱いされていてはだめで、自然に話を聞いてもらい、知ってもらう。」

考察と結論：1) 今年度の研究では、手引き案としてまとめたが、より活用しやすくするために、事例の収集や関係機関連携などさらなる検討が必要と考えている。来年度は、研究班全体からの意見も取り入れて、手引きとしてまとめる予定である。2) 自助グループへの支援の可能性について示唆が得られたが、実際に運用するにはまだ検討を深める必要がある。自助グループは、本来、自発的な当事者の集まりである。グループへの支援が、その自主性を犯すことになってはならない。そのあたりの配慮についても、今後なお検討していく必要がある。

なお、本研究報告「地域精神保健福祉機関における犯罪被害者支援」は3部から構成されており、本報告書を補完するものとして、後掲する

- 1) 犯罪被害者等支援のための地域精神保健福祉活動の手引き(案)ー精神保健福祉センター・保健所・市町村における支援ー
 - 2) 研究協力報告書「自助グループ支援のあり方に関する調査報告」
- の二つの報告書を含むものである。

研究協力者

川島道美（千葉県精神保健福祉センター）
酒井ルミ（兵庫県立精神保健福祉センター）
長楽鉄乃祐（香川県精神保健福祉センター）
寺田 倫（静岡市こころの健康センター）
富永秀文（鹿児島県精神保健福祉センター）

A. 研究目的

平成17年度の研究結果によれば、精神保健福祉センターなどの地域精神保健福祉機関が犯罪被害者等支援に果たすことのできる役割としては、精神保健福祉相談、医療機関などの関係機関についての情報提供、関係機関職員への研修や技術援助、関係機関や関係団体との連携等が考えられる。その一方で、PTSDをはじめとした診療については十分に行うことは困難であり、その点から考えると医療機関の体制の充実が求められた。

したがって、精神保健福祉センターなど地域精神保健福祉機関が犯罪被害者支援に取り組

むために、司法制度の紹介なども含んだ支援のための手引きの作成を進めるとともに、手引きに基づいた精神保健福祉関係職員を対象とした研修の充実、医療機関、民間団体を含めた関係機関との連携について検討を進めていくことが必要である。

そこで、平成18年度研究では、「犯罪被害者等支援のための地域精神保健活動の手引き(案)ー精神保健福祉センター・保健所・市町村における支援ー」（以下、手引き案）を作成することを目的とした。

また、犯罪被害者等支援において自助グループの重要性が指摘されているが、自助グループ支援については、昨年度の研究結果によると、精神保健福祉センターとして必ずしも優先度は高いものではなかった。これは、相談件数がまだ少ない状況であることと密接に関連しているものと推定される。今後、相談件数が増えることになれば、優先度も変化する可能性がある。

そこで、今年度は大阪市にある自助グループの代表者や事務局との意見交換を実施し、被害者の精神保健ニーズを踏まえた犯罪被害者等のための自助グループ支援のあり方について検討を進めることとした。

B. 研究方法

1) 手引き案の作成

班会議において手引き案の内容について検討し、研究協力者により分担執筆し、班会議で検討の上、分担研究者が手引き案としてとりまとめることとした。

2) 自助グループ支援検討

自助グループ支援のあり方を検討するため、社団法人京都犯罪被害者支援センターの協力を得て、継続して活動している、TAV 交通死被害者の会事務局、少年犯罪被害者の会代表者との意見交換を行った。

3) 倫理面への配慮

手引き案の作成においては、「事例紹介」において事例を扱うこととなるが、主旨が損なわれず、個人が特定されないように改変した。自助グループ支援検討においては、報告内容について公表前に自助グループの参加者に確認を行い必要な訂正を行って、本報告書に掲載した。

C. 研究結果

1) 手引き案の作成（資料）

班会議での検討の結果、以下の内容で手引き案を作成することとなり、分担して作成し、分担研究者がとりまとめた。

1. 犯罪被害者支援の歩み
2. 犯罪被害者等基本法と犯罪被害者等支援基本計画
3. 犯罪被害者と司法制度

4. 犯罪被害者等における精神保健相談（電話・面接）

- 1) 犯罪被害者等の心理的な反応
- 2) 被害者支援の実際
- 3) 外傷後ストレス障害（PTSD）
- 4) PTSDの治療
- 5) 事例紹介

5. 精神障害者の受ける犯罪被害

6. 福祉制度等の利用

7. 関係機関との連携

- 1) 警察
- 2) 検察庁・法務省
- 3) 裁判所
- 4) 児童相談所
- 5) 婦人相談所
- 6) 日本司法支援センター（法テラス）
- 7) 犯罪被害者支援民間団体
- 8) 弁護士会・司法書士会
- 9) その他

8. 自助グループ紹介

9. 資料

2) 自助グループ支援検討

意見交換は大阪市にある「TAV 交通死被害者の会」及び「少年犯罪被害者の会」と平成 18 年 12 月 12 日（火）午後 6 時 30 分から午後 9 時 20 分まで行った。

(1) 「TAV 交通死被害者の会」について

設立の趣旨は、交通事故による被害者や遺族が、苦しみを超えていくために支えあう場をつくること。平成 5 年ころ、東京での全国交通事故遺族の会で会っていた五家族が、地元である京都で会うことにしたのが始まりである。入会対象は、交通事故で死亡または重度障害を被った人の家族としている。

定例会は隔月に1回開催し、その間の月に交流会を開いている。現在155人会員がいるが、定例会に参加するのは50人くらいである。定例会では、時々のテーマ別（刑事裁判、民事裁判、事故形態、亡くなった方の続柄、年齢など）に分かれて参加者同士が話し合う分科会を開いている。また、別室で、弁護士による法律、カウンセラーによるカウンセリングの個別相談をしている。課題として以下のような意見が出された。

- ・全体で50人というところかなり大きな場所が必要となり、なかなか会場が見つからない。行政で会場の斡旋をしてもらえると助かる。
- ・会合を開催するときに、冷静な第三者にいてもらいたいと思うことがある。個別相談だけでなく、各分科会のグループにもカウンセラーが入ってほしいが、なかなか続く人がみつからない。
- ・交通事故被害というと、賠償請求と捉えられたり、また、「運が悪かった」と言われたりするのが辛い。
- ・TAVは、交通事故による死亡と重度障害（ねたきり）を対象にしているが、重度障害といってもいろいろある。また死亡事故でも、子どもを亡くした人、つれあいを亡くした人でも違う。「悲しみは比べるな」と言うようにしている。
- ・運営している人のケアもほしい。相談を受けるこちらも当事者なので、内容にあまり感情移入しないように努めて冷静に対応しているが、そのために相談相手から、「あんたにはわからない」と言われ傷ついたり、そう解釈されるのは自分の体験を忘れて冷たい対応をしてしまったのかと悩んだりする。
- ・何かをしてもらおう会ではなく、互いに協力しあう会だと考えている。

(2) 「少年犯罪被害者の会」について

平成8年に息子が殺されたが、加害者が少年だったということもあって、事件後、被害者家族には何も情報がもらえず、おかしいと思った。同じような体験をした家族と話し合いたいと思い探したが、なかなかみつからなかった。平成9年に神戸で少年による連続殺傷事件がおこり、これをきっかけにして、息子の事件もマスコミに取り上げられ、他の三家族と知り合った。お互いに共通点が多く、現状を話し合いたいということで、四家族で会をつくった。現在、会員としてはだいたい30家族くらい参加している。会としてのイベント（WILL）は年一回開催している。遺族だけでなく、他の専門家やマスコミにも入ってもらおうオープンな会としてきた。自分の家族は名前や顔を出してもよいと思ってきたし、他の家族も意向を確かめて、可能ならできるだけオープンにしてきた。課題として以下のような意見が出された。

- ・自分とやり方が違うと、会員どうしが非難しあうようになることがある。問題点や考え方は違うのがあたりまえで、それを攻撃材料としないということを約束事にした。突然の事件をきっかけに知り合うと、急速に親しくなり、何もかも同じ方向に行けると錯覚する。急激に親しくなった人に限って、相違点を見つけた時はよけいに幻滅する。
- ・日本には、死んだ子のことをいつまでも言っていてはいけないという社会通念があるように思う。しかし、忘れられることが一番辛い。WILLは、年に一度くらいは亡くなった子を主役とし、思い出し、そういう子たちのために過ごそうという気持ちから始めた。命日などに声をかけてもらったり、カード送付などで様子を聞いてもらえたら嬉しい。
- ・被害者に兄弟がいると、その子は忘れられて

いることがよくある。子ども自身は助けを求められない。親は余裕がなく、また、この子は生きているから大丈夫だと思ってしまう。学校などとも連携をして、残された子どものケアをする必要がある。

・自分の場合は事件後、周囲の人に相談にのってもらったり話を聞いてもらったりできたので助かった。被害者支援は、当初から自然な形で日常的に関わってくれる人があるといいと思う。自分たちは病気ではないと思っているので、精神保健福祉センターや心の専門家のところへ相談に行くのは抵抗がある。

・相談窓口はたくさんあって自分に合ったところを選べるほうがいい。しかし自分から動ける人は自分で選べるが、動けない人をどうするかが課題である。たとえば命日に、連絡が来るといった形もよいのではないかと。

・とにかく、まずはよく知ってもらうことが必要ではないか。今のところは保健所でも、まだ知識や技術がなく、被害者の相談には応じられない。世間の人には、被害者は特別な人と思っていて何も知らない。腫れ物に触るように特別扱いされていてはだめで、自然に話を聞いてもらい、知ってもらう。

D. 考察と結論

1) 手引き案作成

今年度の研究では、手引き案としてまとめたものが、より活用しやすくするために、さらなる検討が必要と考えている。検討事項としては、相談事例や精神保健福祉センターとしての危機介入的な取り組み事例の収集、関係機関との連携のあり方についての検討などがあげられる。来年度は、研究班全体からの意見も取り入れて、手引きとしてまとめる予定である。

2) 自助グループ支援検討

今回の聞き取りから、センターが行いうる自助グループ支援として、次のような方策があると考えた。

1 情報提供

- ① 同様の体験をされた家族に対し、自助グループの紹介をする。
- ② グループに対し、相談窓口や支援体制、法律、医療機関情報など、必要な情報を提供する。

2 グループ運営における支援

- ① 会場の斡旋、通信費・会場費・印刷費など運営費用の補助。
- ② 例会の場に専門職が第三者として参加し、会の円滑化をはかる。
- ③ 個別事例や、グループの事業展開などに対して、必要に応じて専門職から助言する。
- ④ 運営者自身に対する助言やケアを行う。

3 啓発

- ① 犯罪被害やその支援について、広く世間一般に対して啓発を行う。
- ② 被害者支援に携わる関係者に対しての啓発や技術指導を行う。また関係者の連携を深める。
- ③ 他の被害者に対して、自助グループの存在や行政の相談体制などを知らせる。

自助グループは各種あり、その活動のしかたもいろいろである。たとえば例会の持ち方も、あくまでもクローズドとしたいグループもあるかもしれない。グループによって、その必要とするものには違いがあるであろう。上記は、今回示唆いただいたことから考えられる支援方法の可能性であるが、実際に運用するにはまだ検討を深める必要がある。自助グループは、本来、自発的な当事者の集まりである。グループへの支援が、その自主性を犯すことになって

はならない。そのあたりの配慮についても、今後なお検討していく必要がある。

E. 研究発表

第6回日本トラウマティック・ストレス学会発表

山下俊幸 1), 中島聡美 2), 橋爪きょう子 3), 辰野文理 4), 小西聖子 5)

1) 京都こころの健康増進センター、2) 国立精神・神経センター 精神保健研究所、3) 筑波大学大学院人間総合科学研究科、4) 国土舘大学法学部、5) 武蔵野大学人間科学研究科

「犯罪被害者の精神的健康の回復支援における精神保健福祉センターの現状と課題 (1)」、2007

F. 知的財産権の出願・登録状況

なし

犯罪被害者等支援のための 地域精神保健福祉活動の手引き(案)

—精神保健福祉センター・保健所・市町村における支援—

厚生労働科学研究「犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究」

分担研究「地域精神保健福祉機関における犯罪被害者支援」研究班

分担研究者 山下 俊 幸（京都市こころの健康増進センター）

研究協力者 川 島 道 美（千葉県精神保健福祉センター）

酒 井 ル ミ（兵庫県立精神保健福祉センター）

長 楽 鉄乃祐（香川県精神保健福祉センター）

寺田 倫（静岡市こころの健康センター）

富 永 秀 文（鹿児島県精神保健福祉センター）

目 次

1. 犯罪被害者支援の歩み
2. 犯罪被害者等基本法と犯罪被害者等支援基本計画
3. 犯罪被害者と司法制度
4. 犯罪被害者等における精神保健相談（電話・面接）
 - 1) 犯罪被害者等の心理的な反応
 - 2) 被害者支援の実際
 - 3) 外傷後ストレス障害（PTSD）
 - 4) PTSD の治療
 - 5) 事例紹介
5. 精神障害者の受ける犯罪被害
6. 福祉制度等の利用
7. 関係機関との連携
 - 1) 警察
 - 2) 検察庁・法務省
 - 3) 裁判所
 - 4) 児童相談所
 - 5) 婦人相談所
 - 6) 日本司法支援センター（法テラス）
 - 7) 犯罪被害者支援民間団体
 - 8) 弁護士会・司法書士会
 - 9) その他
8. 自助グループ紹介
9. 資料

1. 犯罪被害者支援の歩み

最近、日本における犯罪被害者対策は、積極的な進展を見せている。最初に、世界における歴史的な流れを解説し、日本における犯罪被害者支援の歩みを説明する。

1) 世界の被害者対策の流れ

刑事政策の中での被害者への対応には、歴史的に時代を三期に分ける必要がある。

「被害者の黄金時代」：古代・中世で、部族間での復讐が認められていた時代である。

「被害者の衰退時代」：刑事責任と民事責任の分化が進み、処罰権が国家に移行し、犯罪者の改善更生が重視されて、被害者が放置されていた時代である。

「被害者の復活時代」：1960年代から、忘れられた被害者の存在を放置する状況を批判する主張が高まり、被害者支援に目を向け始めた時代である。この時代が、現在も続いている。

2) 1960年代からの世界での被害者支援の流れ

①第1段階（1960年代～1970年代）

犯罪被害者補償制度を導入し、被害者支援に目を向け始めた段階で、まず1963年には、ニュージーランドにおいて、続いて1964年には、イギリスにおいて被害者補償制度が導入された。その後は、国際的にも被害者補償制度が認められるようになり、多くの国において導入されることとなった。1960年代後半に、オーストラリア、アメリカ合衆国、カナダ、1970年代には、スウェーデン、オーストリア、フィンランド、ドイツ、オランダ、フランスなどヨーロッパ大陸諸国で相次いで、この制度を導入した。

また、被害者支援のための民間ボランティア組織が、ドイツ、アメリカ合衆国、イギリスなどで1970年代半ばに誕生した。

②第2段階（1980年代）

刑事手続きにおける被害者の法的地位の問題が提起された段階である。主に三つの問題が提起された。

「捜査や公判で被害者への配慮の欠けた対応（特に性犯罪の被害者に証言を強いる）が行われているのではないか？」

「現在の刑事司法制度では被害者の意思が全く反映されないのではないか？」

「刑事司法制度において被害者を保護・支援する必要があるのではないか？」

③第3段階（1990年代）

刑事司法システムのあらゆる場面で、被害者支援の充実が模索されていた段階である。例えば、欧米では、被害者の証人尋問を、ビデオ装置を接続した別室で行うビデオリンク方式の導入とか、刑事和解プログラムの運用とかである。

3) わが国における被害者支援の流れ

日本において、犯罪被害者支援に向けた動きが本格化したのは、1990年代半ばに入ってからである。長きにわたって、犯罪被害者は「忘れられた存在」の地位に余儀なくされてきたのであった。わが国の歴史を振り返ってみる。

①始動期（1970年代）

1970年代に高まった、被害者補償制度の立法化運動に始まる。1966年には「殺人犯罪の撲滅を推進する遺族会」が設立され、「被害者補償制度を促進する会」などの運動は存在した。しかし、犯罪被害者対策についての社会的関心の高まりには到らなかった。

1974年、こうした状況を一変させる出来事が発生したのである。「三菱重工ビル爆破事件」である。死者8名、重軽傷者380名に及ぶ被害が発生した。当時のわが国には、何らの救済措置も存在しなかったのである。国家的な救済の必要性が叫ばれ、1980年に国会において「犯罪被害者等給付金支給法」（昭和55年法律第36号）が制定され、翌年1月1日より施行されるようになった。（1980年～）

②模索期（1980年代）

犯罪被害者等給付金支給法の制定後は、被害者対策支援整備の機運は、急速に鎮静化してしまっただが、次の時代へと繋がる注目すべき動きもあった。

第1は、性犯罪の被害者保護の動きである。例えば、1983年には、東京強姦救済センターが設立されて、電話や郵便による被害者からの相談を開始した。

第2は、性犯罪被害者についての、「第二次被害者化・第三次被害者化」の問題が論じられるようになり、1990年代の刑事司法機関の性犯罪被害者対策の改善の契機となった。

*「第二次被害者化」とは、刑事司法機関等の配慮に欠けた対応により、被害者の犯罪被害を更に深いものにすることを指す。例えば、性犯罪では、それまでの被害者の異性関係や私生活などがむやみに暴露され、プライバシーが侵害されること。「セカンド・レイプ」とも呼ばれるものである。

*「第三次被害者化」とは、第一次、第二次被害者化により、被害者は心身ともに苦悩を負ってしまうのであるが、そのような被害者に何ら適切な対応がなされずに放置されると、その被害者は更に自己破滅的な道をたどることがある。例えば、性犯罪の被害者が、親や周囲の人からの勧めで加害者を告訴することを断念させられ、悔しい思いをし、自閉状態に陥り、自己破壊的な行動に出るようなことである。

③拡大・発展期（1990年代）

犯罪被害者の精神的な支援を行う専門組織として、1992年に、東京医科歯科大学難治疾患研究所に、犯罪被害者相談室が開設された。

また、民間ボランティアによる被害者支援組織も相次いで設立され、1998年には、「全国被害者支援ネットワーク」が結成された。

被害者やその遺族らによる自助グループ結成も進み、1991年には「全国交通事故遺族の会」が、1997年には、「少年犯罪被害者当事者の会」が結成された。

一方、刑事司法関係機関においても、被害者支援体制の強化が図られている。警察庁が1996年に、「犯罪被害者対策要綱」を制定し、全国の警察において被害者対策室の設置や、性的犯罪の被害者を担当する女性警察官の配置などを実施した。被害者に対する情報提供を目的とした「被害者連絡制度」も導入された。

④法的整備期（現在～）

2004年12月、「犯罪被害者等基本法」が公布され、2005年4月1日から施行された。
また、2005年12月27日には、犯罪被害者等基本計画が閣議決定され、現在、計画に基づき、様々な施策が整備されつつある。

4) 我が国での被害者支援のまとめの年表

資料として、犯罪被害者支援にかかわる、主な事件や法律制定の流れを示した。

資料：警察による被害者支援の経緯を年表に従って記載する

年 月 日	出 来 事
昭和49年8月30日	三菱重工ビル爆破事件
55年5月1日	犯罪被害者等給付金支給法成立
56年1月1日	犯罪被害者等給付金支給法施行
5月21日	財団法人犯罪被害救援基金設立
60年8月26日	「犯罪防止及び犯罪者の処遇に関する第7回国際連合会議」 「犯罪及び権力濫用の被害者のための司法の基本原則」採択
平成3年10月3日	犯罪被害者給付制度発足10周年記念シンポジウム開催 被害者の方自身により、精神的援助の必要性を指摘される
4年4月	犯罪被害者実態調査研究会による調査（7年3月報告書提出）
7年3月20日	地下鉄サリン事件
8年2月1日	警察庁において「被害者対策要綱」策定
5月11日	警察庁に犯罪被害者対策室設置
10年5月9日	「全国被害者支援ネットワーク」設立
11年5月15日	全国被害者支援ネットワークによる「犯罪被害者の権利宣言」
5月26日	児童買春、児童ポルノに係る行為等の処罰及び児童の保護に関する法律公布（11月1日施行）
12年5月19日	いわゆる犯罪被害者保護のための二法を公布 「刑事訴訟法及び検察審査会法の一部を改正する法律」 「犯罪被害者等の保護を図るための刑事手続きに付随する措置に関する法律」
5月24日	児童虐待の防止等に関する法律公布（11月20日施行） ストーカー行為等の規制等に関する法律公布（11月24日施行）
12月6日	少年法等の一部を改正する法律公布（13年4月1日施行）
13年4月13日	犯罪被害者等給付金支給法の一部を改正する法律公布 配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律公布
平成13年7月1日	犯罪被害者等給付金の支給等に関する法律（重傷病給付金の創設等）

14年 1月 31日	警察本部長等による犯罪の被害者等に対する援助の実施に関する指針公布（4月1日施行）
16年 6月 2日	改正DV法公布(12月2日施行)
12月 8日	犯罪被害者等基本法公布（平成17年4月1日施行）
17年12月27日	犯罪被害者等基本計画が閣議決定
18年 4月 1日	犯罪被害給付制度改正（重傷病給付金支給要件緩和等）

2. 犯罪被害者等基本法と犯罪被害者等基本計画

平成16年12月1日、犯罪被害者等基本法が第161回国会において成立し、12月8日に公布された。（平成17年4月1日から施行） また、平成17年12月27日、犯罪被害者等基本法の規定を受けて、政府は、犯罪被害者等基本計画を閣議決定した。

1) 犯罪被害者等基本法の概要（平成16年12月8日法律第161号）

第一条（目的）：犯罪被害者等の権利利益を保護

犯罪被害者等のための施策に関する理念を規定

国・地方公共団体・国民の責務、施策の基本事項を規定

→犯罪被害者等のための施策を総合的かつ計画的に推進

第二条(定義)：犯罪等とは犯罪及びこれに準ずる心身に有害な影響を及ぼす行為

「犯罪被害者等」とは、犯罪等により害を被った者及びその家族・遺族

第三条(基本理念)：

犯罪被害者等は個人の尊厳が尊重され、その尊厳にふさわしい処遇を保障される権利を有する

被害の状況及び原因、犯罪被害者等が置かれている状況等の事情に応じた適切な施策を講じる

再び平穏な生活を営めるまでの間、途切れることなく支援を行う

第四条～第七条（国・地方公共団体・国民の責務、関係団体も含めた連携協力等）

第八条～第十条（犯罪被害者等基本計画、法制上の措置等、政府の年次報告）

第十一条（相談及び情報の提供等）

第十二条（損害賠償の請求についての援助等）

第十三条（給付金の支給に係る制度の充実等）

第十四条（保健医療サービス及び福祉サービスの提供）

第十五条（犯罪被害者等の再被害防止及び安全確保）

第十六条～第十七条（居住及び雇用の安定）

第十八条（刑事に関する手続きへの参加に機会を拡充するための制度の整備等）

第十九条（保護、捜査、公判等の過程における配慮等）

第二十条（国民の理解の増進）

第二十一条（調査研究の推進等）

第二十二條（民間の団体に対する援助）

第二十三條（意見の反映及び透明性の確保）

第二十四條～第三十條（犯罪被害者等施策推進会議）

附則(抄)

第一條(施行期日)：公布の日から六月を超えない範囲内で政令の定める日から施行

（平成十七年政令第六十七号により平成十七年四月一日から施行）

2) 犯罪被害者等基本計画（平成 17 年 12 月 27 日、閣議決定）

基本計画は、計画期間を平成 22 年末までの約 5 年間とし、盛り込まれた施策の中で、実施可能なものは速やかに実施することとする一方、検討を要するものについては、検討の方向性を明示し、1～3 年以内に結論を出すことにしている。

この基本計画の策定に当たっては、犯罪被害者やその支援に携わる者からの要望を聴取し、それらの要望を満たすための施策を、可能な限り基本計画に盛り込んでいる。

4 つの基本方針と 5 つの重点課題の下、合計 2 5 8 (再掲を除けば 2 1 8) の施策を掲げている。

[4 つの基本方針]

- ☆ 尊厳にふさわしい処遇を権利として保障すること
- ☆ 個々の事情に応じて適切に行われること
- ☆ 途切れることなく行われること
- ☆ 国民の総意を形成しながら展開されること

[5 つの重点課題]

- 損害回復・経済的支援等への取り組み（4 2 施策）
- 精神的・身体的被害の回復・防止への取り組み（6 9 施策）
- 刑事手続きへの関与拡充への取り組み（4 3 施策）
- 支援等のための体制整備への取り組み（7 5 施策）
- 国民の理解の増進と配慮・協力の確保への取り組み（2 9 施策）

次に重点課題の主だった施策について解説する。

①損害回復・経済的支援等への取組（基本法第 12・13・16・17 条関係）：42 施策

□ 損害賠償請求に関し刑事手続きの成果を利用する制度を新たに導入する方向での検討及び施策の実施(附帯私訴、損害賠償命令、没収・追徴を利用した損害回復等、損害賠償の請求に刑事手続きの成果を利用できる我が国にふさわしい制度を新たに導入する方向で、2 年以内に検討し、施策を実施)	(法務省)
□ 犯罪被害給付制度における重傷病給付金の支給範囲等の拡大(犯罪被害給付制度における支給範囲について、拡大の必要があることを前提に、1 年以内に調査し、施策を実施)	(警察庁)

□ 経済的支援を手厚くするための制度のあるべき姿及び財源に関する検討並びに施策の実施（犯罪被害者等に対する経済的支援制度について、現状より手厚くする必要があることを前提に、社会保障・福祉制度全体の中のあるべき姿や財源を、推進会議の下に有識者、内閣府、警察庁、法務省、厚生労働省からなる検討のための会を配置して、2年以内に検討し、施策を実施）	(検討のための会①)
□ 公営住宅への優先入居等（自宅に住めないなどの事情のある犯罪被害者等に対する公営住宅への優先入居等に資する措置の実施）	(国土交通省)
□ 事業主等の理解の増進（犯罪被害者等に対する理解に基づき、公共職業安定所におけるきめ細やかな就職支援等を実施）	(厚生労働省)

等

②精神的・身体的被害の回復・防止への取組（基本法第14・15・19条関係）69 施策

□ 重度のPTSD(外傷後ストレス障害)等重度ストレス反応の治療のための高度な専門家の養成及び体調整備に資する施策の検討及び実施(犯罪被害者等のPTSD等について、診断・治療を行う専門家が不足していることを前提に、高度な専門家の養成等に資する施策を3年以内に検討し、実施)	(厚生労働省)
□ PTSDの診断及び治療に係る医療保険適用の範囲の拡大(PTSDの治療等に係る医療保険適用範囲の拡大について、平成18年度の診療報酬改定で措置の実施)	(厚生労働省)
□ 犯罪被害者に係る司法関連の医学的知識と技術について精通した医療関係者の在り方及びその養成のための施策の検討(犯罪被害者に係る司法関連の医学知識と技術について精通し、捜査・裁判等を見通したケア、検査等を行うことのできる専門家の養成のための施策を3年以内に検討し、実施)	(厚生労働省)
□ 加害者に関する情報提供の拡充(更生保護官署と保護司の協働態勢により、加害者の釈放予定等を含む刑事裁判終了後の加害者に関する情報を犯罪被害者等に提供できるよう、更生保護官署に被害者支援専任の担当官を配置することを含め検討し、2年以内に実施)	(法務省)
□ 犯罪被害者等に関する情報の保護(①公開の法廷において被害者の氏名等を明らかにしないようにする制度、②証拠開示の際に被害者の氏名等関係者に知られないように求めることができる制度の導入にむけ2年以内に検討し、実施)(「住民基本台帳の閲覧制度のあり方に関する検討会」の報告書を踏まえ、犯罪被害者等の保護の観点も含め住民基本台帳の閲覧制度等の抜本的見直しを行う)	(法務省)
□ 職員等に対する研修の充実等(関係省庁において、二次被害を防止し、犯罪被害者等への適切な対応を確実にするため、職員への研修を更に充実)	(総務省)

等

③刑事手続への関与拡充への取組(基本法第 18 条関係) : 43 の施策

<input type="checkbox"/> 犯罪被害者等が刑事裁判に直接関与することのできる制度の検討及び施策の実施(公訴参加制度を含め、犯罪被害者等が刑事裁判手続に直接関与することのできる我が国にふさわしい制度を新たに導入する方向で、2年以内に検討し、施策を実施)	(法務省)
<input type="checkbox"/> 冒頭陳述等の内容を記載した書面の交付についての検討と施策の実施(犯罪被害者等に冒頭陳述等に内容を記載した書面を交付することについて、1年以内に検討し、施策を実施)	(法務省)
<input type="checkbox"/> 少年保護事件に関する犯罪被害者等の意見・要望を踏まえた制度の検討及び施策の実施(平成12年の改正少年法施行後5年を経過した際に行う検討において、犯罪被害者等の意見・要望を踏まえた検討を行い、施策を実施)	(法務省)
<input type="checkbox"/> 犯罪被害者等の意見を踏まえた仮釈放審理の検討及び施策の実施(仮釈放の審理をより犯罪被害者等の意見を踏まえたものとするについて、犯罪被害者等の意見陳述の機会を設けることを含め検討し、2年以内に施策を実施)	(法務省)

等

④支援等のための体制整備への取組(基本法第 11・12・22 条関係) : 75 の施策

<input type="checkbox"/> どの関係機関・団体等を起点としても、必要な情報提供・支援等を途切れることなく受けることのできる体制作りのための検討及び施策の実施(犯罪被害者等が、どの関係機関・団体等を起点としても、必要な情報の提供、支援等を途切れることなく受けることのできる体制作りについて、推進会議の下に有識者、内閣府、警察庁、総務省、法務省、文部科学省、厚生労働省、国土交通省からなる検討のための会を設置して、2年以内に検討し、施策を実施)	(検討のための会②)
<input type="checkbox"/> 犯罪被害者団体等専用ポータルサイト(インターネットへの入り口として、ユーザーが接続時に最初に表示し利用するウェブサイトのこと)の開設(犯罪被害者等の出会いや、各団体の活動紹介のため、犯罪被害者団体専用ポータルサイトを開設)	(内閣府)
<input type="checkbox"/> 更生保護官署と保護司との協働による刑事裁判終了後の支援についての検討及び施策の実施 (更生保護官署が、保護司との協働態勢の下、犯罪被害者等に対し、刑事裁判終了後の支援を行うことについて、犯罪被害者等の支援に適する保護司の配慮も含め、2年以内に検討し、施策を実施)	(法務省)
<input type="checkbox"/> 犯罪被害者等の状況把握等のための継続的調査の実施	

(犯罪被害類型別、被害者との関係別に、犯罪被害者等の置かれた状況やその経過を把握するため、一定の周期で継続的調査を実施)	(内閣府)
□ 民間の団体に対する財政的援助の在り方の検討及び施策の実施 (民間の団体に対する財政的援助について、現状より手厚くする必要のあることを前提に、財源も含めた総合的な在り方を、推進会議の下に有識者、内閣府、警察庁、総務省、法務省、厚生労働省からなる検討のための会を設置して、2年以内に調査し、施策を実施)	(検討のための 会③)

等

⑤国民の理解の増進と配慮・協力の確保への取組（基本法第20条関係）：29の施策

□ 学校における生命のかけがえのなさ等に関する教育の推進 (学校教育の中で、生命のかけがえのなさ等を積極的に取り上げる教育を推進するため、事業の実施、教材開発等)	(文部科学省)
□ 「犯罪被害者週間」にあわせた集中的な啓発活動の実施 (「犯罪被害者週間(11月25日から12月1日まで)」を設定し、当該週間にあわせて、啓発事業を集中的に実施)	(内閣府)
□ 犯罪被害者等の置かれた状況等について国民理解の増進を図るための啓発事業の実施 (国民が犯罪等による被害について考える機会として、様々なテーマを議論する啓発事業を開催)	(内閣府)
□ 犯罪被害者等に関する個人情報の保護 (警察による発表については、犯罪被害者等のプライバシーの保護、発表することの公益性等の事情を総合的に勘案しつつ、個別具体的な案件ごとに適切な発表内容となるよう配慮)	(警察庁)

等

3. 犯罪被害者と司法制度

犯罪被害者等に関連する司法機関としては、警察庁（警察署）、検察庁、裁判所、矯正施設と保護観察所、少年法関連施設、などの関係機関がある。

まず、犯罪被害者保護関連二法の成立や、少年法の改正、犯罪被害者等給付金支給法の改正などにより、従来と大きく変化した内容について解説する。

1) 犯罪被害者保護関連二法

「刑事訴訟法及び検察審査会法の一部を改正する法律」（以下「刑訴法等改正法」と記載する）及び「犯罪被害者等の保護を図るための刑事手続きに付随する措置に関する法律」（以下「犯罪被害者保護法」と記載する）は、いずれも平成12年（2000）5月19日に公布され、現在施行されている。重要な事項について説明する。

「刑事訴訟法等改正」

①性犯罪の告訴期間の撤廃（刑事訴訟法 235 条 1 項 1 号）：

改正前には、性犯罪の被害者（強姦、強制わいせつ等）は、犯人を知った日から 6 か月以内に告訴をしなければならず、それ以後の起訴は無効となっていた。しかし、性犯罪被害者にとって、犯行の直接的被害自体が身体的苦痛や心痛であった。またその上、被害者自身の告訴をするかしないかの非常に困難な選択は、事件が公になった後の公判での尋問での精神的苦痛や、プライバシーが侵害されることへの恐れも考慮したうえでの悲痛な決断であるといえるものである。従って、この 6 か月という告訴期間には合理性に欠けていると考えられ、結果的に犯人に不当に利することとなっていたため撤廃されたのである。

②証人尋問の際の証人への付き添い（刑事訴訟法 157 条の 2）：

性犯罪の被害者や年少者が証人として尋問を受けるときには、証言中、被害者の不安や緊張を和らげるのに適切な者（例えば、親や心理カウンセラー）が証人に付き添うことが認められた。やはり、証人尋問がさらなる精神的被害を加えることが懸念され（二次被害の防止の観点から）、被害者の緊張や強い不安感を軽減する目的がある。

③証人尋問の際の証人への遮蔽措置（刑事訴訟法 157 条の 3）：

公判において、被害者等が証人として被告人や傍聴人の前で証言する場合、一定の要件の下に、証人と被告人又は傍聴人との間に、スクリーン(衝立)を置くなどの措置を採ることが認められた。これは、被害者等が証人として証言する場合、非常に強い精神的圧迫を受けることが多いためであり、その心理的プレッシャーを軽減するためである。尚要件としては、証人と被告人との間の遮蔽の方が、証人と傍聴人との間の遮蔽要件より、厳しくなっている。

④ビデオリンク方式による証人尋問（刑事訴訟法 157 条の 4）：

法廷での証人尋問の際、証人を法廷外の別室に在室させ、法廷にいる裁判官や検察官、被告人・弁護士がテレビモニターを通じ、映像で証人の姿を見て、音声を聞きながら証人尋問を行うビデオリンク方式による証人尋問を認めたのである。これは、性犯罪の被害者（特に年少の被害者の場合）は、法廷で証言する場合は、非常に強い精神的圧迫を受け、これが二次被害となることがあるからであり、それを予防する目的もある。この方式は、暴力団等による組織的犯罪の被害者や目撃者が法廷で証言する場合でも適用される。

⑤ビデオリンク方式による証人尋問の録画（刑事訴訟法 157 条の 4、321 条の 2）：

性犯罪の被告人が複数いて、各被告人の公判が分離されている場合、被害者は証言の繰り返しを避けるために、ビデオリンク方式による証人尋問の状況を録画し、訴訟記録に添付して調書の一部として、後の公判で一定の条件の下に証拠能力を認めることが認められた。これも、被害者の証言での精神的苦痛を、繰り返すことを防止する目的がある。

⑥被害者等の意見陳述権（刑事訴訟法 292 条の 2）：

公判において、被害者に、事件の当事者としての意見（被害感情や被告人に対する処罰感情等の意見）を述べる事が認められた。その意見は、量刑上の一資料とすることがで

きる。それまでは、被害者は単に証人として、事実を聞かれるだけの存在であったが、この意見陳述制度は、被害者の意見をふまえた上で刑事司法が運営されることを明確にしたものである。被害者や国民の信頼を確保し、同時に被告人に、被害者の意見を認識させて反省を深め、その更生にも資することができるものと期待されている。

⑦ 検察審査会の審査申立権の範囲の拡大（検察審査会法第2条、第30条）：

被害者だけでなく、その遺族(死亡した被害者の配偶者、直系の親族又は兄弟姉妹)も、不起訴処分になった事件の処分の当否の審査を申し立てることができるようになった。また、審査申立人は検察審査会に対して意見書又は資料を提出できる。(同38条の2)

「犯罪被害者保護法」

① 公判手続の優先的傍聴（犯罪被害者保護法第2条）：

裁判長は、刑事被告事件の公判において、被害者等から申し出があれば、被害者等を優先的に傍聴できるよう配慮しなければならないこととされた。このことにより、憲法第37条や82条にあるように、裁判は公開され誰でも傍聴できるが、被害者やその遺族は直接の被害者として事件の審理に高い関心を持っており、他の傍聴者とは同列に扱うことは適当でないと判断されたのである。

② 公判記録の閲覧・謄写（犯罪被害者保護法第3条）：

被害者が損害賠償請求訴訟を起こした場合、刑事被告事件の訴訟記録の閲覧又は謄写を一定の要件の下に認められることとなった。従来までは、公判係属中の訴訟書類の閲覧については、公判に支障が生じたり、関係者のプライバシーが侵害されたりする恐れのあることより、検察官、弁護士等の訴訟関係者以外は許可されないものと解されていた。

③ 民事上の争いの刑事訴訟における和解(犯罪被害者保護法第4条)：

刑事被告事件の被告人と被害者等は、両者の間における民事上の争いについて合意が成立した場合には、当該被告事件の係属する第一審裁判所又は控訴裁判所に対し、共同して当該合意の公判調書への記載を求める申立てをすることができる。また、裁判所がその合意内容を公判調書に記載したときは、その記載は裁判上の和解と同一の効力を有するものとされた。

この意義は、両者の合意内容を記載した公判調書に民事執行法上の債務名義性が与えられたことにある。そのことで、被告人が約束を果たさない場合には、前述の公判調書によって、ただちに強制執行することが可能になり、被害者等は、費用や時間をかけずに、損害回復の実現を図ることが期待できるのである。

2) 改正少年法

改正少年法で、特に被害者の保護に関係している部分を説明する。

① 保護者の責任の明確化（改正少年法第25条の2）

家庭裁判所は、必要があると認めるときは、保護者に対し、少年の監護に関する責任を

自覚させ、その非行を防止するため、調査又は審判において、自ら訓戒、指導その他の適当な措置をとり、又は家庭裁判所調査官に命じてこれらの措置をとらせることができる。

少年の再非行を防止し、その健全育成を図るための保護者の役割が重要なことは言うまでもないが、従来から実務的に行われていた措置を明文化したものである。被害者等にとっても、意義深いことである。

②審判の方式（改正少年法第 22 条第 1 項）：

審判は、親切を旨として、和やかに行うとともに、非行のある少年に対し自己の非行について内省を促すものとしなければならない。（下線部分が追加された）非行少年に十分な反省が見られない場合には、毅然とした態度でその点を指摘する必要性を明記したものである。

③被害者通知制度（改正少年法第 31 条の 2 第 1 項）：

家庭裁判所は、被害者等の申出がある場合、事件に係る少年の健全な育成を妨げるおそれがないと認められる場合④少年及びその法定代理人の氏名および住所、⑤（事件の終結の）決定の年月日、主文及び理由の要旨を通知することとした。

被害者等の事件内容やその処分結果を知りたいという正当な要求に答えたものである。

④記録の閲覧・謄写（改正少年法第 5 条の 2）：

被害者等が損害賠償請求訴訟を提起する等正当な理由のある場合に、審判確定後のみならず審判中においても、一定の条件の下で少年保護事件の非行事実に係る記録の閲覧又は謄写を認めることとした。

⑤被害者等の意見の聴取（改正少年法第 9 条の 2）：

被害者等が事件に関する意見の陳述の申出をした場合、家庭裁判所は、相当でないとする以外は、その意見を聴取しなければならない。

被害者等の意見は、少年の処分を決定する一資料となるし、また、少年が被害者等の心情や意見を受け止め、反省し、その更生にも資することが期待されている。

3) 改正犯罪被害者等給付金支給法

故意の犯罪により、不慮の死を遂げた被害者の遺族又は身体に重大な傷害を負った被害者に対して、国が遺族給付金又は障害給付金を支給する犯罪被害者等給付金支給制度は、昭和 56 年（1981）1 月から始まっている。平成 13 年 12 月末までの 21 年間では、約 5 千人の遺族等に対して、約 119 億円を支給してきたものである。平成 13 年 4 月の改正により一層の充実が図られた。また、平成 18 年 4 月以降に発生した犯罪被害については、重傷病給付金の支給範囲が拡大している。平成 17 年度でみると、申請者数 465 人、裁定に係る被害者数は 412 人（遺族給付金：209 人、重傷病給付金：114 人、障害給付金：71 人）であった。また平均支給額は、遺族給付金では約 454 万円、重傷病給付金では約 14.5 万円、障害給付金では約 235 万円であった。ここ数年は毎年 500 人前後の申請者数である。

①支給範囲の拡大：

従来は、死亡及び重傷害（障害等級1級から4級の後遺障害）が支給対象とされていたが、次第に拡大され、平成18年4月以降に発生した犯罪被害者からは、障害給付金は障害等級1級から14級になり、重傷病の要件も緩和された。重傷病の要件は、療養の期間1月以上で3日以上入院することを要したこと（精神疾患の場合は、症状の程度が3日以上労務に服することができない程度であったこと）となった。また、重傷病給付金の支給対象期間が、犯罪行為により負傷し（又は疾病にかかった日から）、1年間となった。

親族犯の支給制度も緩和され、夫婦間の親族間犯罪でも（DV法に基づく保護命令が出されているなどの犯罪に係る事情により、考慮される）、何分の一かの減額支給がなされることになった。

②支給金額の引き上げ：

支給法施行時に比べ賃金水準や物価の上昇が著しく、その最低額及び最高額についても根本的な見直しが行われている。

例えば、1999年では、遺族給付金の最高額は最低が220万、最高が1079万であったが、2005年度の実績では、遺族給付金の平均支給額は約454万円で、最高額は約1500万円であった。

③犯罪被害者等早期援助団体への指定：

公安委員会が、一定の条件の下に、犯罪被害者等への早期支援（例えば、犯罪被害者等給付金の支給を受けるための裁定の申請の援助など）を行うために、特定団体を指名できる制度で、現在全国で十数か所の被害者支援団体が指定を受けている。

4）各機関における犯罪被害者関連の司法制度

犯罪被害者支援のための、司法制度における最近の新しい取組については、すでに詳述しているので、それ以外の各関連機関における司法制度（犯罪被害者支援への対策等）について説明する。

（1）「警察における対策」

警察は、犯罪被害者と事実上最も密接にかかわる機関である。警察はもっぱら、国民（公共）の安全と秩序の維持のための施設であるとの認識があり、国民の権利・自由の保護のために存在しているといっても過言ではない。

警察のほとんどの活動は、被害者ないし潜在的な被害者でもある一般市民の保護のためのものである。現在、被害者の権利や自由を保護することを本来的な任務としている行政機関の中心は警察なのである。

しかし、従来、被害者が警察からの事情聴取等によりその対応の不手際から、二次被害を受けることも多く、被害者側の不満は小さくなかった。

この「忘れ去られた存在」であった犯罪被害者の対策に、警察が本格的に取り組みだしたのは、「被害者対策要綱」が制定された平成8年からであろう。この制定により、各都道

府県警察に被害者支援の取組が広がっていったのである。

これは、当時の警察庁長官であった國松孝次氏の強力なリーダーシップの影響も大きい。犯罪の被害者の人権を尊重し、適切な処遇と各種の支援の必要性を重視し主張したことが、犯罪の質的悪化と量的増大に危惧した国民に受け入れられたのである。

①「被害者対策要綱」：要旨説明

警察における被害者対策の基本的な考え方は、次の三点である。

a) 警察の設置目的の達成：

警察は、「個人の権利と自由を保護」することを目的に設置された機関であり、犯罪によって個人の利益が侵害されることを防ぐとともに、侵害された状況を改善していくことは、自らの設置目的を達成するために当然に行うべき事柄である。それゆえ、被害者のための活動は、単なるサービスや警察の他の目的達成のための付随的なものではなく、被害者の人権を守るという自らの任務を全うする上での基本的なものとして位置づけられる。

b) 捜査活動への被害者の協力確保：

犯罪の通報や被疑者の特定等に資する重要な証拠の提供は、当然犯罪の被害者によりなされる場合が大半であり、捜査活動を進めるに当たっては、こうした被害者の協力を得る必要がある。被害後の不安かつ混乱した状況にある被害者に対し、適切な被害者支援を行い、被害者の警察に対する信頼を早期に得ることは、事情聴取等の捜査活動を円滑に推進するための基本である。

c) 捜査過程における被害者の人権の尊重：

犯罪捜査を行うに当たり、何人の人権も尊重しなければならないことは当然であるが、犯罪被害により精神的打撃を受けている被害者への対応には、特別の配慮が必要である。被害者の人権の尊重は、国連の被害者の人権宣言（資料1）においても、「被害者は、同情と彼らの尊厳に対する敬意を持って処遇されなければならない。」とされている。

次は、警察における被害者対策推進上の基本的留意事項についてであるが、五点を簡単に説明する。

a) 被害者ニーズへの対応：

被害者の信頼と期待にこたえる活動でなくてはならず、その推進に当たっては、被害者の視点に立ち、被害者のニーズに合理的に対応する形で行っていくことが基本である。

b) 総合的な施策の推進：

被害者のニーズは極めて多岐にわたるため、警察部内においても、犯罪捜査部門だけでなく、地域部門、少年部門、生活安全部門、広報担当部門など、様々な分野で密接に連携しながら対応していく必要がある。組織全体による総合的施策を推進することが重要である。そのため、警察庁や都道府県警察本部に「犯罪被害者対策室」等が設置されている。

c) 重点的な施策の推進：

この要綱で対象としている被害者は、刑法犯罪による被害はもとより、交通事故、悪質商法、家庭内暴力、ストーカー等の被害も含まれている。しかし、一番深刻な精神的・身体的被害を受けている、女性の性犯罪被害者や、殺人及び傷害致死被害者の遺族であり、まずそこに重点を置いた支援から推進することとした。

d) 他機関、民間団体等との連携：

被害者の支援は独り警察だけでなし得るものではない。国連の被害者の人権宣言においても、「被害者は、政府、ボランティア、自治体、地域から、物質的、医療的、精神的、社会的に必要な援助を受けることができる。」とあるように、社会全体の支援の必要性を言及している。そこで、警察では、行政機関、法曹界、医師会、臨床心理士会、被害者支援民間ボランティア団体等とのネットワークを構築して連携を強め、協力し合って被害者の幅広いニーズに応えている。

e) 各都道府県警察における独自施策の推進：

この要綱は、全国警察が行うべき被害者対策の基本的指針と、推進すべき施策を示したものであるが、各都道府県では、その趣旨を十分理解し、要綱の確実な実践とともに、各地域にふさわしい独自施策を立案・実施し、多彩な支援が全国で展開されるように推進する。

②被害者支援施策：現在実施されている施策を（すでに詳述したものは除く）極簡単に紹介する。

a) 被害者に対する情報提供：

「被害者の手引き」というリーフレットが作成されていて、被害者等の必要な情報として、配布されている。また、捜査状況、被疑者の検挙・処分状況を連絡してくれる被害者連絡制度が実施されている。被害防止や不安解消を求める被害者の要望に応じて、交番等の地域警官による訪問・連絡活動も行われている。

b) 二次被害の防止・軽減：

被害者が最初に出会う警察官の対応の重要性から、警察職員に対する教養の徹底、性犯罪の被害者に対応する性犯罪捜査指導官や性犯罪捜査指導係が設置されている。また、女性捜査官の配置等により性犯罪捜査体制が整備され、警察署内に、被害者のプライバシーを配慮した落ち着いた事情聴取室も整備されている。

c) 精神的被害の回復：

カウンセリングの知識や臨床心理士の資格を有する者の警察職員の採用等により、カウンセリング体制の整備や、被害少年に対するサポート体制の推進が行われている。

d) 「指定被害対策要員制度」の実施：

捜査員とは別に、被害直後の危機介入に対応できる専門的訓練を受けた指定被害者対策要員制度が実施されている。

e) 再被害の防止：

被害者周辺の重点的パトロール、緊急通報装置の貸出し、身辺警護などが行われてい

る。

f) 被害者支援ネットワークの構築：

各都道府県に地域レベルや警察署レベルでの被害者支援ネットワークを構築し、多彩な被害者のニーズに応えるべく、各界の関係機関、団体、企業等の参加を得て地域社会全体での被害者支援の進展を図り、民間ボランティア団体との協力・連携体制をとっている。

(2) 「検察における対策」

平成6年4月からは全国統一の制度として、「被害者等通知制度実施要領について」(刑事局長依命通達)が策定され、被害者や目撃者からの希望があるときは、検察官から被害者等に対して事件の処理結果、公判期日、刑事裁判の結果等を通知することとなった。被害者保護や新しい刑事立法についてはすでに紹介している。

①被害者等通知制度：

公訴権を有する検察が被害者の心情を真摯に受け止め、これを検察活動に反映させて、国民の期待と信頼に応えるとともに、刑事処分の結果等の情報を被害者等に提供することによりその理解を得ることは、被害者等に対する刑事政策的配慮の一環として極めて重要であるとの認識のもと、行われるようになった。

通知の対象者は、**㉓**被害者及びその親族又はこれに準ずる者、**㉔**目撃者その他の参考人、**㉕**被害者等が代理人として弁護士を依頼した場合には、委任状を徴するなど委任の有無を確認した上でその弁護士、である。

通知の内容は、事件の処理結果、公判期日、刑事裁判の結果、公訴事実の要旨、不起訴裁定の主文、不起訴裁定の理由の骨子、拘留及び保釈等の身柄の状況、並びに公判状況等の事件の処理結果に準ずる事項である。

「裁判所における対策」、「保護観察所における対策」

これは、すでに紹介している。

(参考文献： 講座「被害者支援」Ⅰ～Ⅴ巻、東京法令出版、2000 年より)

Ⅰ巻：「犯罪被害者支援の基礎」、宮澤浩一・國松孝次、監修

Ⅱ巻：「犯罪被害者対策の現状」、同上

Ⅲ巻：「犯罪被害者支援と弁護士」、同上

Ⅳ巻：「被害者学と被害者心理」、同上

Ⅴ巻：「犯罪被害者に対する民間支援」、同上

：「犯罪被害者の研究」、宮澤浩一・田口守一・高橋則夫編、成文堂、1996年

：警察庁・法務省・厚生労働省・内閣府などのホームページ)

上記参考文献よりの資料や内容から多数引用させていただきました。この場を借りて各関係機関・関係者に深謝いたします。

4. 犯罪被害者等における精神保健相談

1) 犯罪被害者等の心理的な反応

私たちは、無意識のうちに「自分は安全だ」、「自分は価値ある存在だ」という認識を持って生きているが、犯罪で外傷を体験するとこれらの仮説が覆されることになる。犯罪による心理的影響の中心となるのは、「自己と世界に対する基本的な仮説の崩壊」⁵⁾と言えよう。犯罪被害者の心理を認知的にみると、「外傷が引き起こした膨大な量の情報を、それを認知する期間と途絶する期間を交互に繰り返すことによって脳が処理しようとしている」⁴⁾ことになる。犯罪被害者の基本症状として、①外傷的出来事の再体験、②外傷に関連した刺激からの回避、または反応性の麻痺や無感覚、③覚醒の亢進状態の3つの症状が挙げられる。外傷体験が繰り返し侵入し再体験する、意識や行動を狭め麻痺させて再体験を回避する、という一見相反する症状が同時に出現することが特徴である。

①再体験

再体験は、出来事を思い出したくないのに思い出してしまい、それを自分でコントロールできない状態になることである。単に思い出すのではなく、その時に体験した感覚と感情が蘇り、非常に苦痛な思いをする。覚醒時に起こるだけでなく、睡眠時は悪夢という形で再体験が起こる。実際の症状として、恐怖、不安などの強い感情と、その時体験した痛い、苦しいなどの感覚が生じ、その時見たものが見えたり、聞いたことが聞こえたりする。同時に、汗をかく、からだが震える、動悸がするなどの身体症状もみられる。フラッシュバックという形で再体験が起きることがあるが、フラッシュバックとは、思い出される内容が現実のことと感じられ、事件の起きた時と現実の区別がわからない、見当識障害のような症状を呈する状態である。

再体験やフラッシュバックの引き金となるものは、事件と関連するものだけでなく、個人が体験から得られた様々な刺激が引き金になる。例えば地下鉄サリン事件により PTSD を呈した患者にとって引き金となるものは、「オウムに関するニュース、3月20日という日そのもの、帽子とマスクをした人、網棚の新聞、電車内や路地のビンや缶や水溜り、眩しさや暗さ、異臭、煙草や香水や排気ガスの臭い、叫び声、救急車の音、ヘリコプターの音など限りなく存在し、生活すべてに拡大する傾向がある」⁶⁾。

②回避・麻痺

回避は、外傷となる出来事を思い出させるものを避けることである。例えば、電車事故に遭遇した場合、電車に乗ることを避ける。これが電車だけでなくすべての交通機関を使用することを避けるようになると、日常生活に大きな影響を及ぼすことになる。

麻痺は、外傷時に受けた感情を閉ざすことである。感情の麻痺が起こると周囲のことに対する興味や関心がなくなり、外界との接触を絶ち、無気力で無関心な抑うつ状態に陥る。正常な知覚が働かなくなり、一見知覚が鈍麻し知覚麻痺のような状態になる。

また健忘という形であらわれると、外傷となる出来事についての記憶がなくなったり、一部を思い出せなかったりすることがある。

③覚醒の亢進状態

犯罪被害者の「脳と身体は『いつも危険だ』というメッセージを送り続け、過度に緊張し驚愕反応と興奮を伴って反応する」⁵⁾、これが覚醒の亢進状態の原因である。症状は、些細な出来事にもすぐ驚いたり、周囲の環境の変化や他者の言動に敏感になったり、不安定な状態になったりする。身体症状として、息苦しくなる、呼吸困難を起こす、心臓がドキドキする、発汗などが挙げられる。

以上特徴的な3つの症状の他に、解離状態やパニック発作、記憶と注意の障害、時に錯覚や幻覚がみられる。自分が悪いから事件に遭った、自分は価値のない人間だからこのような目に遭ったなど強い罪責感が生じることもある。

2) 被害者支援の実際

ここでは、被害者面談の際のいくつかのポイント、支援者がもたらす二次被害、支援者のストレスについて述べる。

① 被害者面談の際のポイント

信頼関係を築くためには

被害者は「自分が安全である」という信念が損なわれているため、人を信用することが難しくなっている。支援者と被害者の間のほんの些細な行き違いや誤解によってさらに不信感は強くなるため、支援者は自分のできることとできないことをあらかじめきちんと伝え、難しいと思うことを安易に引き受けないことに注意する。特に、「プライバシーを保持する」ことに関しては、支援者と被害者の間で保持の範囲が異なることがあるため、きちんと話し合って被害者から了解してもらおう。被害者は、支援者との関係や言動に対して不満や不信感があっても、その気持ちを表現できないため、支援者はその不信感に気付かないことがある。関係がうまくできていると感じる時も常に言動に配慮し謙虚な気持ちを持ち続けることが必要である。「被害者は『わかってくれている』と言っても、『わかってももらえない』と感じている面もあるし、『わかってももらえない』『言いたくない』と言っても『わかってほしい』と思っている」⁹⁾。被害者に「あなたにはわかってももらえない」と言われたり、「自分が悪いから事件に遭った」といつまでも自責的な表現をされたりすることによって支援者は落胆することもあるが、これも被害者から信頼を得にくくさせる一つの要因となる。被害者の言動に翻弄されず信念を持って対応することである。

事件の話はいつ聞いたらいいのか

支援者が最も悩む問題の一つとして、被害者から事件の話を経率的に聞いたほうがいい

のか、被害者がためらっている場合は聞かないほうがいいのか、事件の話はいつ聞いたらいいのか、まったく聞かなくてもいいのか、のような事件の話を書くことについての問題がある。被害者が話したくないときはあえて聞かず、話したいときにきちんと聞くことが根本的な対応であるが、「生活も治療関係も安定しないまま、負担の高いトラウマ性記憶に関する作業を行うことは望ましくない」⁸⁾。被害者自身が最初から事件について詳しく話そうとする時は、「感情を扱いきれる程度に患者が安定しているかどうかを評価し、またその時々患者の状態を確かめながら進めねばならない」⁸⁾。また、被害者が「話そうとするが、侵入症状によって言葉がつまりがちであったり、話す途中で不安や恐怖が充進してコントロールできない場合は無理に話させない。話すことがたいへん苦痛を伴うものであること、安定して扱うにはまだ時間が必要であることを治療者から話しておく」⁸⁾こともポイントとなる。一方、「事件の記憶を扱わないで対処療法を漫然と続けることは、回復を遅延させたり、治療中断につながる」⁸⁾ことも常に念頭に置く。

身体面や生活についての留意

身体や生活についての話題は抵抗が少なく自然に聞きやすく、精神的な状況に関する情報より多くのことがわかることがある。被害者の中には、気持ちを態度や言葉に出さず何事も淡々と振る舞い、落ち着いてみえる人がいる。また何度かかわっても気持ちを語ってくれない被害者もいる。きちんと眠れているか、食事はおいしくとれているか、規則正しい生活ができているか、お酒を多量に飲んでいないか、お風呂には入っているか、など生活面のことを尋ねたり、頭痛、腹痛、肩こり、しびれ、疲れやすさ、身体のだるさ、便秘などの身体的な症状について尋ねると、意外に様々な症状が明らかになったり、気持ちについて話すきっかけとなることがある。このように生活する上で何に一番困っているかを十分聞くことも大切である。

② 支援者がもたらす二次被害

二次被害というのは、事件から受けた被害ではなく、事件後、被害者が社会との関わりのなかで受ける被害のことで、二次被害を与える者として、マスコミ、司法関係者、医師、心理カウンセラー、警察官、家族などが挙げられる。

二次被害の原因となるものに、まず「犯罪被害者に対する知識の不足」⁸⁾によるものがある。PTSDに関する精神医学的知識だけに限らず、「例えば殺人事件の遺族が関わる司法システムについて、また性暴力犯罪やドメスティックバイオレンスの現実と被害者の心理について、無知であるために、誤った指導がなされることが多い」⁸⁾。性暴力被害では被害者の多くが女性で、加害者のほとんどが男性のため、「男性に対して恐怖心を抱いたり、あるいは男性の存在そのものがフラッシュバックや恐怖障害のトリガーになっていることも少なくない」⁸⁾。このような場合支援者が男性というのは難しくなるだろう。また「男女にかかわりなく性差別や偏見を持っている場合、例えば強姦の被害にあうのは女性の側に問題があ

り、責任があると考えている」⁸⁾支援者も二次被害を起こす危険性がある。

③ 支援者のストレス

支援者は、「被害者から話を詳しく聞くことで被害者の悲惨な経験の一種の目撃者となる」⁷⁾ため、不安、恐怖、自責感など被害者が呈するような症状が認められることがある。また、「支援の難しさ、訴訟との関わりの多さ、被害者の理不尽な要求などから」⁷⁾支援が嫌になったり、強い無力感が出現したりすることがある。大切なことは、困っていることを抱え込まないで、他の支援者や専門家とケース検討などを行い、支援者が孤立しないことである。また、「自分のできる範囲を知ること」⁷⁾も重要である。支援資源、時間や能力がどの程度あるかを踏まえ、自分がどれだけできるかを考えながら支援をすることである。

3) 外傷後ストレス障害 PTSD : Post Traumatic Stress Disorder

1995年阪神淡路大震災、地下鉄サリン事件などの被災者のケアが問題になってから、PTSDという言葉がわが国で頻繁に使われ始め、その後 PTSD に対する社会的関心はますます高くなっている。しかし、PTSD の正確な知識が広がっていると云えないのが現状である。まず、PTSD の診断で問題になるのは、「外傷的な出来事」の定義について、つまり発症する契機となった出来事が PTSD の診断基準を満たす程度の出来事かどうか、である。ICD-10 は「誰にでも大きな苦痛を引き起こすような、並はずれた驚異的な、または破壊的な性質の出来事・状況」¹¹⁾としているのに対し、DSM-IV では「誰にでも」ではなく「その人の反応は強い恐怖、無力感または戦慄に関するもの」¹⁾とトラウマの概念に幅を持たせている。ICD-10 と DSM-IV で「外傷的な出来事」に関する記述が異なっていることも、診断する際に混乱する原因であろう。「ただ、DSM-IV-TR では、外傷的な出来事について例示されているのは、戦闘、暴行（性的暴行、身体的暴行、強盗）、誘拐・拉致、人質、テロ攻撃、拷問、捕虜収容所や強制収容所監禁、自然災害、人為災害、重度の自動車事故、生命的脅威を及ぼす病気の告知などであり、どれも深刻な体験であることには違いない」³⁾。

その出来事が、明確に診断基準に相当しない程度の比較的軽い出来事にもかかわらず、予想できないほど強い PTSD 様の症状を呈する場合があるが、その場合は、もともと「精神的脆弱性という心因的素因が存在すると想定」³⁾され、診断は PTSD ではなく「適応障害と診断される」³⁾のが適当であろう。最近では災害や事件と PTSD はよく並べられて報道されていることが多く、専門家の中でも外傷体験を拡大して解釈する傾向があることも事実で、安易な判断は危険だとする意見もある。このように「PTSD の診断をめぐっては、それをより広く捉えようとする論者と、なるべく限局して捉えようとする論者の間で、司法の場も含めて論議が巻き起こされており、今後の問題として残されるどころである」³⁾。

外傷的な出来事は PTSD 発症の一次的要因であるが、すべての人が外傷的な出来事を体験した後に PTSD になるわけではない。従来は PTSD の症状は、外傷的な出来事のストレス因子の強さと直接関係し、外傷的な出来事のストレスが強ければ強いほど出現する症状が重症にな

ると考えられてきたが、近年では症状はストレスの強さだけでなく、外傷的出来事に対する個人の主観的な反応にも大きく関連するとされている。PTSD を発症させたり、遷延させたりする危険因子として、「①児童期に外傷体験があること、②境界性、妄想性、依存性、反社会性人格傾向、③不適切な支持体制、④精神障害に対する遺伝的、体質的脆弱性があること、⑤ストレスの多い最近の生活上の変化」⁴⁾などが主な因子として挙げられている。

PTSD の DSM-IV による診断基準¹⁾を表 1 に呈示した。PTSD の症状は DSM-IV の診断基準(表 1) の B, C, D に記載されているように、再体験、回避・麻痺、覚醒亢進が 1 ヶ月以上持続し、それにより日常生活で支障を来していることである。

表 1 PTSD の診断基準 (DSM-IV)¹⁾

- A. その人は以下の 2 つが共に認められる外傷的な出来事に暴露されたことがある
- (1) 実際にまたは危うく死ぬまたは重症を負うような出来事を、1 度または数度、または自分または他人の身体の保全に迫る危険を、その人が体験し、目撃し、または直面した
 - (2) その人の反応は強い恐怖、無力感または戦慄に関するものである
- (注) 子供の場合はむしろ、まとまりのないまたは興奮した行動によって表現されることがある
- B. 外傷的な出来事が、以下の 1 つ (またはそれ以上) の形で再体験され続けている
- (1) 出来事の反復的で侵入的で苦痛な想起で、それは心像、思考、または知覚を含む
- (注) 小さい子供の場合、外傷の主題または側面を表現する遊びを繰り返すことがある
- (2) 出来事についての反復的で苦痛な夢
- (注) 子供の場合は、はっきりとした内容のない恐ろしい夢であることがある
- (3) 外傷的な出来事が再び起こっているかのように行動したり、感じたりする (その体験を再体験する感覚、錯覚、幻覚、および解離性フラッシュバックのエピソードを含む、また、覚醒時または中毒時に起こるものを含む)
- (注) 小さい子供の場合、外傷特異的な再演が行われることがある
- (4) 外傷的出来事の 1 つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに暴露された場合に生じる、強い心理的苦痛
 - (5) 外傷的出来事の 1 つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに暴露された場合の生理学的反応性
- C. 以下の 3 つ (またはそれ以上) によって示される、(外傷以前には存在していなかった) 外傷と関連した刺激の持続的回避と、全般的反応性の麻痺
- (1) 外傷と関連した思考、感情または会話を回避しようとする努力
 - (2) 外傷を想起させる活動、場所または人物を避けようとする努力
 - (3) 外傷の重要な側面の想起不能
 - (4) 重要な活動への関心または参加の著しい減退
 - (5) 他の人から孤立している、または疎遠になっているという感覚

- (6) 感情の範囲の縮小（例：愛の感情を持つことができない）
- (7) 未来が短縮した感覚（例：仕事、結婚、子供、または正常な一生を期待しない）
- D. （外傷前には存在していなかった）持続的な覚醒亢進症状で、以下の2つ（またはそれ以上）によって示される
 - (1) 入眠、または睡眠維持の困難
 - (2) 易刺激性または怒りの爆発
 - (3) 集中困難
 - (4) 過度の警戒心
 - (5) 過剰な驚愕反応
- E. 障害（基準B, C, およびDの症状）の持続期間が1ヶ月以上
- F. 障害は、臨床上著しい苦痛または、社会的、職業的または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている

▶該当すれば特定せよ：

急性 症状の持続期間が3ヶ月未満の場合

慢性 症状の持続期間が3ヶ月以上の場合

▶該当すれば特定せよ：

発症遅延 症状の始まりがストレス因子から少なくとも6ヶ月の場合

4) PTSD の治療

治療の目標は、「自分には価値があるという感覚を取り戻し、自分自身と自分の生活をコントロールしていると再び感じ、粉碎された仮説を再び有効に働かせること」⁵⁾である。外傷性記憶が日常生活を左右しなくなり、外傷体験に自己肯定的な意味付けができるようになること、つまり過去の衝撃的な経験も自分の一部として受け入れることが回復である。治療を行う前提として、自分は安全で二度と同じような怖い思いをすることがないと確信できる環境を作ることである。治療は薬物治療と精神療法がある。薬物療法として、抗不安薬は不安、不眠などに、また抗うつ薬は抑うつや再体験症状に対して有効と考えられている。両者を併用しても症状が軽減しないことが多いため、精神療法などの他の治療と併用されることが多い。

精神療法は主に2つの方向がある。その1つは、「想像技法あるいは実験的暴露法によって外傷的出来事に暴露することである。いくつかの種類 of 行動療法（脱感作法、曝露療法）の有効性が報告されているが、心的外傷のもとになっている実物にさらされる方法は逆に症状が悪化する危険性」⁴⁾もあるため、それを考慮に入れ慎重に行う必要がある。

もう1つの方法は、「ストレスに対応するために、リラクゼーションや認知的接近法のようなストレスマネジメント法を教育することである。過去の外傷体験を慎重に焦らずに見つめ直し、現実認識や自分の責任について誤った不合理な認知を矯正していく、認知

療法的なカウンセリングが有効とされている」⁴⁾。フラッシュバックが起こった時の混乱状況の対処法も認知療法的アプローチで軽減できる。自分の身体状態の変化に対する反応をどのように受け止めると症状の苦しみがどのように軽減するかを体験してもらうことが有効となる。

近年 CPT と PE がその有効性を示唆されている。Cognitive Processing Therapy (CPT) は「強姦被害者を対象にして開発された療法で、情報処理理論を基盤に刺激被爆療法を組み合わせる」¹⁰⁾行われるものであるが、PTSD 全般にも応用可能になり、マニュアルが作成されつつある。また、Prolonged Exposure (PE) は「PTSD に対する長時間想像暴露と実生活内現実暴露両方の exposure を取り入れた短期認知行動療法」²⁾で、今後日本で普及されることが望まれている。

症状が重篤なときや、希死念慮や興奮、暴力行為などの症状がみられるときは入院治療も必要になる。

参考文献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th ed. American Psychiatric Press, Washington D. C.、1994 (高橋三郎、大野 裕、染谷俊幸訳 : DSM-IV 精神疾患の診断・統計マニュアル 医学書院、東京、1996)
- 2) 浅井真理子 「第4回トラウマテック・ストレス学会」に参加して 日本サイコオンコロジー学会ニューズレター、2005
- 3) 飛鳥井望 PTSD の診断基準をめぐる問題点 精神神経学雑誌 108、2006
- 4) Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock, Jack A. Grebb カプラン臨床精神医学テキスト DSM-IV 診断基準の臨床への展開 井上令一、四宮磁子 監訳 メディカル・サイエンス・インターナショナル、1996
- 5) James L. Jacobson, Alan M. Jacobson 精神科シークレット 四宮磁子、四宮雅博 監訳 メディカル・サイエンス・インターナショナル、2003
- 6) 金吉晴、笠原敏彦 地下鉄サリン事件 臨床精神医学講座 S6 外傷後ストレス障害 (PTSD)、中山書店、2002
- 7) 小西聖子 第3章「犯罪被害者のトラウマ」講座被害者支援 第4巻 被害者学と被害者心理 東京法令出版、2001
- 8) 小西聖子 犯罪被害者 臨床精神医学講座 S6 外傷後ストレス障害 (PTSD)、中山書店、2002
- 9) 大山みち子 第4章「被害者支援と被害者心理」講座被害者支援 第4巻 被害者学と被害者心理 東京法令出版、2001
- 10) 田崎美弥子 認知行動療法 臨床精神医学講座 S6 外傷後ストレス障害 (PTSD)、中山書店、2002

11) World Health Organization(融道男、中根允文、小宮山実、訳) : The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders Clinical descriptions and diagnostic guidelines、1993

5) 事例紹介

事例紹介に際しては、プライバシーに配慮し改変している。

PTSD 事例 性犯罪被害者

20 歳女性

2人同胞の長女、明るく真面目な性格。小学校時代は学級委員を務め「元気でみんなを引っ張っていくような」子供だった。中学校時バスケット部に所属し、友人は多く成績もよかった。事件のため中学3年時はほとんど学校に行けなかったが何とか卒業した。高校は数日登校したが退学になった。現在、3歳年下の弟、両親と4人暮らし、無職。

現病歴

X-4年8月(中学2年時)夏休みの夕方、クラブ活動から帰宅途中に、自宅近くで見知らぬ男性に車に連れ込まれた。ガムテープで口を塞がれ、上下肢を縛られた状態で山奥に連れて行かれ強姦され、自宅近くで脅かされた後解放された。帰宅し警察に通報、事情聴取を受けた。警察に勧められ、心療内科クリニックに定期的に通院しながら6ヶ月は学校に登校し、自宅でも特に変わった様子はなかった。X-3年2月頃より突然大きな声で叫んだり、興奮し物を投げたりする行動がみられるようになった。また疲れやすく何事も集中してできなくなった。学校は行けず、友人と話をしたり電話することができない、怖くて外出できず、母親の傍から離れられなくなった。フラッシュバックが頻回に出現し、不眠、「怖い夢をみる」、「男の人の声を聞いたり、テレビで男性の姿を見たりすると落ち着かない」、「事件のことを思い出せない」「事件前後のこと、学校で学んだことなどが思い出せない」と語った。食欲はなく、意欲低下、不安、焦燥が強く、何度も紐で首を吊ろうとした。身体症状として、頭痛、手足のしびれ、めまい、胸が苦しくなる、呼吸ができなくなる、身体が重くて動かない、などの症状が認められた。また、「自分が悪いからこんなことになった」「自分は殺されていたほうがよかった」など罪責感もみられた。X-3年4月精神科病院受診、2階から飛び降りようとする、包丁で自分の胸を突くような行動がみられたため緊急入院となった。入院後しばらくは興奮や希死念慮が強く、食事も摂取できないため四肢拘束し点滴で抗精神病薬を投与する状態が3ヶ月続いた。その後徐々に食事が摂取でき、他患やスタッフとの交流も出てきた。薬物治療は、強い不安や興奮に対しレボメプロマジンとリスペリドン、抑うつ気分やフラッシュバックに対しクロミプラミン、不眠に対し睡眠薬が投与された。10ヵ月後のX-2年2月自宅に退院し、通院治療になった。約2年精神科病院に通院したが、近い病院を希望され、X年6月より、女性の医師が勤務している当センター

に転院となった。

現症

初診時、母親から離れようとせず、診察室に一人で入らなかった。身だしなみは整っているが幼い印象。質問に対して母親の顔を見るだけで答えることができず、面接中急に大きな声で「死んでやる」と叫び診察から飛び出しセンターから出ようとした。睡眠は不規則で熟睡はできない、食事はやや過食傾向、便秘、胸部不快感、頭痛などの身体症状があった。月経は不規則。「人が怖い」ためほとんど外出できず、また自宅でも母親の傍を離れられず、夜寝るときも母親と同じ布団で寝た。幻覚・妄想などの病的体験は否定。希死念慮があり、リストカットを頻回に行っていたが、過量服薬はなかった。抑うつ気分、意欲低下があり、「何もする気持ちがわからない」「本を集中して読めない」「音楽を聴く気持ちになれない」、ほぼ臥床している生活だった。不安焦燥は強く「いらいらして母親にあたってしまう」。事件のことはほぼ毎日思い出し、急にその場面が出てきて自分でコントロールすることはできなかった。犯人の顔は「顔だけ白く抜いてみえてわからない」。同席している母親は抑うつの表情で本人の被害に対し自責感が強く、本人にかかりきりで、外出は行っておらず、他の家族及び外部との関わりがほとんどない状態であった。

なお、犯人は逮捕され現在服役中である。

治療経過

まず、「一人で診察室に入る」ことを目標とした。最初は数分から始め、徐々に時間を長くし、3ヶ月後には30分の診察時間中一人でいることができるようになった。自宅でも母親と離れて一人でいる時間を作るようにした。次に自分の気持ちを伝えることを目標とし、自宅でのつらい気持ちを書くように伝えた。事件の時の怖い気持ち、事件に遭ったことへのつらさ、そのような気持ちをコントロールできないつらさを語った。事件の話をするときは最後までゆっくり時間をかけて傾聴することを心がけた。気持ちをコントロールできない時は、目の前にあるものを5つ挙げる、数を数える、など具体的にコントロールする方法を考え少しずつ対応できるようになった。

また、母親は罪責感が強く、本人に対する関わり方に偏りがみられたため、本人とは別に、母親に対しても定期的に面談の時間を設けた。

X+1年9月頃より母親とは別の部屋で寝るようになり、日中も別の部屋でなるべく過ごすようにした。同年11月自転車で近くのコンビニに行ったり、雑誌や本を読むこともできた。月に1回、事件の時の気持ちが思い出され不安が強くなって落ち着かなくなることがある。投与薬物は漸減あるいは変更し、現在不安の症状に対し抗不安薬のロラゼパム1.5mg、抑うつ症状やフラッシュバックの症状に対し抗うつ薬のパロキセチン75mgである。今後は生活支援センターのディケアに参加することから社会復帰を開始することを考えている。

5. 精神障害者の受ける犯罪被害

【はじめに】

犯罪と精神障害者との関係は、これまで加害者の立場で語られることが多く、犯罪被害の弱者という側面について焦点が当てられることは少なかった。そのため、この点についての日本での調査研究は少なく、統計的な実態は明らかではない現状にある。脱施設化が進み、多くの精神障害者が地域生活を送っているアメリカでの、調査研究によれば、過去一年間に 691 例の対象患者のうち 16%が暴力犯罪の被害を受けているという Walsh 等¹⁾の報告や、936 例の対象患者の四分の一以上が過去一年間に暴力犯罪の被害を受け、これは対象とした一般住民の被害率の 11 倍高く、暴力犯罪の種類によっては 6 から 23 倍高いことが、Teplin 等²⁾により報告されており、地域で生活を送る精神障害者にとって、犯罪被害は重要な保健上の問題であることが強調されている。他方、フィンランドでの Honkonen 等³⁾の調査では、670 例の退院した統合失調症患者を 3 年間追跡したところ、英米と比べて著しく低い 5.6%の暴力被害率であったことから言えるように、それぞれの社会状況によって、犯罪被害率は大きな差異があるのは確かである。主に暴力犯罪に関してだが、現在の日本で欧米と同様の高い犯罪被害率が存在するとは言い難いが、日本型社会も徐々に変容し、また障害者の地域生活への移行が促進されている状況を踏まえると、今後は欧米の状況が決して無縁ではないとも言えるし、地域精神保健福祉活動を推進していく際に、関係者が適切な注意を常に払って行かねばならない問題となる可能性が高い。

【犯罪被害の種類】

ここでは、児童虐待や配偶者間暴力等の広い範囲の犯罪と偶発的に遭遇する犯罪は除外し、一般刑法犯罪のなかで、犯罪被害を受ける背景に精神障害の存在が想定され、地域精神保健福祉活動を担っていく際に留意すべき事例を中心に述べるが、事例や当センター精神保健福祉相談員の体験事例をもとにしているため、限られた範囲での記述になっていることをお断りしておく。

1) 財産被害：

詐欺、横領、窃盗等が挙げられるが、そのうち前二者は、単身あるいは障害者だけで同居する地域生活が増えていくこれからは、特に留意しておかなければならない犯罪被害である。すでに、高齢者や軽度認知症の単身生活者に対する、リフォーム詐欺、高額な布団や商品の購入等の悪質商法の問題が取り沙汰されているが、精神障害者に対しても同じ問題が認められている。ひっそりと暮らす中で、寂しさにつけ込む巧妙な親切に騙されたり、あるいは拒否することができないまま強引に勧められて契約を次から次にしてしまうケースも稀ではない。また、訪問販売の場合だけではなく、同じような心理状態に付け込んでくるキャッチセールスや宗教活動をかたった靈感商法等の財産被害に遭うことが街中で起きている。次に、横領も頻度の高い被害であり、留意しておかなければならない問題である。高額の預貯金や土地・家屋等の資産を有している精神障害

者が、精神状態の悪化や単身生活が困難になり、施設入所や入院をするさいに、それまで疎遠であった親族に頼らざる得なくなったりして、預けた資産が横領されることが起きやすい。親族による横領だけではなく、施設・病院に入り、財産管理を委託する場合、内部のチェックシステムが全ての処でしっかりしているとは限らないので、関係者による横領が起りえることにも留意が必要である。

窃盗や強盗に精神障害者が街中で遭遇する頻度は、日本の場合はまだ少ないと思われるが、相当な資産を有しながらも、銀行などに預金することを嫌って、現金を床下などに隠している精神障害者で、一戸建てに住んでいるような場合、その筋の犯罪者に目をつけられ、盗みに入られることも稀ではない。

2) 暴力犯罪被害

殺人、傷害致死、心中といった悲惨な事件の被害者になる場合、通常は親族間で発生することが多い。被害者の精神状態が悪化する中で、暴力行為などの問題行動が発生するも、家庭内だけで留まっている場合、警察、保健所、医療機関等に相談してもなかなか埒が明かず、また医療機関に家族だけで連れて行けないまま、家庭内の介護に疲れ果て、追い詰められた家族が手を下してしまう事例は、高齢化した親が介護に当たっている場合に起りやすい。

傷害や暴行は、ホームレスへの襲撃事件で明るみに出る場合があるが、アメリカほど治安や住環境の悪化はまだ到来していないので、精神障害者がこの種の犯罪に巻き込まれる割合は日本では少ないと推測される。しかし、その一方、施設や病院内で傷害・暴行、最悪の場合は殺人の被害に遭う精神障害者は稀ではなく、平成18年4月に施行された「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者の支援等に関する法律」でも養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止が謳われているように、精神科病院や施設においても身体的虐待（暴行・傷害）が起りえることに留意しておく必要がある。しかし、その実態は、職員の内部告発などでしか表に出てこないため明らかではないが、氷山の一角的に暗数が相当あると思われる。開放的な処遇を中心にした施設では、稀なことと思われるが、長期入院患者を閉鎖的環境で処遇し、乏しいスタッフ数で管理しているところでは、不適切な管理体制により、患者間での傷害や暴行、職員による暴力的制圧が発生しやすい。

3) 性犯罪被害

男性の場合、児童・思春期の男児以外は、強姦、強制わいせつの被害者になることは少ないが、女性の場合は全ての年齢層で性犯罪被害者になりうる。とりわけ、若い女性の精神障害者の場合、精神状態の悪化時に深夜路上を徘徊していたり、佇立していたりして、通りがかりの車に押し込まれ、監禁されて強姦、強制わいせつの被害者となることがある。また、日中の街中においても、犯罪と言ひ難いところがあるが、男性に声を掛けられ、強く拒否することが出来ないまま、ホテルに連れ込まれ、その挙句、妊娠させられてしまった事例もある。こういった場合、本人の口から被害体験が語られることが少なく、体型が変化してきても、周囲からは、単に太ってきたと見過ごされやすく、中

絶の機会を逃してしまうことが起きやすい。

家庭内においても、近親相姦的な対象にされて、性暴力の被害者となることも起こりえる。このような場合、口外されないまま長年が過ぎ、妊娠によって、表沙汰になったり、もし語られることがあっても、家族から否認されると、被害妄想かと思過ごされてしまうことが起きやすい。

これらの場合以上に、性犯罪被害が起こりやすい状況として、施設や病院内が挙げられる。時に、留置場内で同種の事件が発生しているように、密室性が高く、拘禁的な環境である病院施設内で、職員によって凌辱的に起こされる場合もあるし、女性患者が脱抑制といった精神状態により、誘惑的な言動を示した場合に、本来保護の任に当たるべき職員がそれに応じて、わいせつ行為に及んでしまうといった場合もある。また、単身生活をしている女性患者宅を何らかの職権で訪れる関係者が同様の問題を起こすことも想定しておかなければならない。

4) その他

業務上過失致死傷罪等の不慮の事故の被害として、交通事故がまず挙げられる。通常は、偶発的に発生するので、障害特性との関係は薄いと思われるが、認知症等に伴う徘徊癖のある障害者や事故傾性のある障害者の場合には、被害に遭う頻度が高い。また、交通事故に絡んで起きる事案として、当初は加害者の立場だったのが、事故処理の対応に困惑してしまい、相手方の不当、過剰な請求を拒否できずに、借金を重ねてしまったり、あるいは精神状態を悪化させてしまうといった、二次的に派生する被害を蒙ることがある。この場合、自動車事故の場合は通常、保険会社等が介入するので、起こりにくいが、自転車の走行中や、あるいは歩行中の不注意が原因で発生し、警察官や救急隊を呼ぶほどではない事故の場合、相手方と本人との間で示談を進めるために、一人悩んで、そういった事態に追い込まれることがある。

一般的な犯罪被害とは異なるが、医療過誤による被害もさまざまあり、その中でも、高齢者や抗精神病薬により嚥下困難気味の人に対する食事介助や見守りが不適切なために、窒息死する事故は相当数発生していると思われるが、この場合、全ての事故が異状死として届けられてはいないので、実態を把握するのは難しいが、留意しておく必要がある。

【地域精神保健福祉活動時の留意点】

安全と水はただという意識をこれまで長年持ち続けてきたように、治安の良さを誇ってきた日本社会も、凶悪事件を始めとして種々の犯罪が横行し、検挙率の低下もアメリカ並みになってくるなど、地域生活が安全なものとは決して言えない状況を迎えている。さらに、犯罪の多様化によって、全ての人がこれまで以上に、何らかの犯罪に遭遇する可能性も高まっている。例えば、従来の詐欺は、相手の欲や見栄につけ込むため、対象者がある程度限定されていたが、善良な人の不安や優しさにつけ込む近年の振り込め詐

欺などは、電話によって無作為抽出的に対象を選択し、多くの被害者が生まれている。また、犯罪とまでは言えないが、人々の不安をターゲットに怪しい商売がはびこっており、これに引っかかって、多額の商品等を買ってしまったりする事は、既に身近に起きている現象である。

さて、こういった状況にある地域社会に、地域生活中心の施策の推進が図られ、これまで以上に多くの障害者を迎え入れるに当たって、犯罪加害の可能性のみ言及されてきていたが、むしろ自己防御の能力に乏しい障害者の方が犯罪被害に遭う可能性が高い事を、地域精神保健福祉活動により障害者を支援する立場にある関係者は想定しておく必要がある。

「犯罪被害の予防対策」

- 一次予防：安全対策・危機管理の上で、なんと言っても重要なのは、犯罪被害に遭わないための事前対策である。そのためには、支援関係者が犯罪被害に対する危機管理意識をもつ事が重要である。次に、多種多様な犯罪に対する備えをすることは困難であるが、上述の事例にあるように、精神障害の特性、生活環境、支援体制等により想定される犯罪被害は限定されるであろうから、それぞれに応じた対策を用意しておく必要がある。例えば、財産被害のばあい、心理教育や一般的な話題などを通じて、障害者にも防犯意識を高めてもらうことや、状況によっては、成年後見制度や社会福祉協議会等が行っている財産保全や財産管理サービスの導入を考慮する。また、Fitzgerald 等⁴⁾によれば、統合失調症圏の患者が受ける犯罪被害の主要な要因は、有意義な日常生活活動が欠如していることであると報告しているように、生活全般の見直しを図っておくことも必要である。
- 二次予防：図らずも起きてしまった犯罪被害に対する応急対策である。如何に早期発見し、早期の対応が出来るかであるが、傷害などは目に見える明らかな事態であるので、自ら状況を語ってくれたり、関係者が尋ねることで、見過ごされることは少ないが、その他の犯罪被害の場合には、なかなか語りにくい事案であったり、怖れや不安、あるいは困惑によって語れなくなっているため、関係者に気づかれないことも起きうる。その場合でも、何らかの兆しが、日常生活上の行動の変化や精神状態の変化として現れる事が多いので、関係者がその背景にある何らかの被害体験を想定できるかが鍵を握っている。また、もし語られることが有っても、精神症状の悪化に伴っての場合には、被害妄想の増悪など見誤れる可能性があるため、注意が必要である。また同時に、一般的な犯罪被害者支援にあるような、法的な支援や相談体制の確保を図る対応が求められる。
- 三次予防：事後対策として、個々の事例に則した安全対策の見直しを中心に介入する必要がある。財産被害の場合には何度も標的にされる可能性が高く、犯罪被害の再発防止のために安全対策が早急に求められるし、また犯罪被害の体験が、精神症状や生活の質に影響を与え、これらが遷延化している場合が多いので、安全感の保

障のために、医療機関、支援関係者との間で連携を図りながら安全対策を構築する必要がある。

【おわりに】

社会復帰が促進され地域生活中心に進んでいく精神保健福祉の在り方は、望ましい事であるが、その一方、受け入れる地域が必ずしも安全な社会とは言えない時代状況になってきているし、社会体験に乏しい慢性期の精神障害者や、あるいは在院日数の短縮化による早期退院が進められる中で精神状態が不安定化しやすい急性期型の精神障害者は自己防御能力に乏しく、支援する体制も十分なものとは言えない現状を踏まえると、これからは、加害のおそれではなく、被害を受けるおそれの視点を支援していく際に持つておく必要がある。ここでは、網羅的にすべての安全対策・危機管理に触れることは困難なので、個々の事例に則した安全対策・危機管理を現場において講じられることを願っている。

文献

- (1) Walsh E, Moran P, Scott C, et al.: Prevalence of violent victimization in severe mental illness. Br J Psychiatry. 2003 Sep; 183:233-8
- (2) Teplin LA, McClelland GM, et al.: Crime victimization in adults with severe mental illness: comparison with the National Crime Victimization Survey.: Arch Gen Psychiatry. 2005 Aug; 62(8):911-21
- (3) Honkonen T, Henriksson M, et al.: violent victimization in schizophrenia.: Soc Psychiatr Epidemiol. 2004 Aug; 39(8):606-12
- (4) Fitzgerald PB, de Castella AR, et al.: Victimization of patients with schizophrenia and related disorders.: Aust N Z Psychiatry. 2005 Mar; 39(3):169-74

6. 福祉サービスの利用

1 早期の支援

事件発生から早期は特に、全国警察本部内に設置された被害者対策室を拠点とするサポートが主体となる。

捜査員とは別の指定された警察職員が、各種被害者支援活動を行う「指定被害者支援要員制度」が各都道府県警察で導入されている。対象事件は殺人、傷害、強姦等の身体犯、ひき逃げ事件、交通死亡事故、その他被害者支援が必要と認められる事件である。

事件発生後、警察通報すると、事件捜査員とともに初期支援要員が来て、捜査手順を説明するなど被害者支援にあたる。

A) 犯罪発生直後の病院や警察への送迎、つきそい

警察の指定被害者支援要員が行う

B) 犯罪現場の清掃、宿泊場所の確保、鍵とりかえなど

全国被害者支援ネットワークに各種関連団体が加入しているので、便宜がはかられる場合がある。(地域によってネットワーク構成メンバーは異なる。) 窓口は、警察本部内の被害者相談窓口や支援要員

C) 安全確保 (警察の巡回強化、相談)

窓口は、交番、全国警察本部被害者相談窓口

D) マスコミ対策

自粛申し合わせ → 日本新聞協会 民放連 新聞各社

テレビ、ラジオの人権侵害に対する異議申し立て → 窓口は「放送と人権等権利に関する委員会機構 (BRO)」

雑誌の人権侵害に対する異議申し立て → 窓口は「雑誌人権ボックス」(日本雑誌協会内に設置)

弁護士にマスコミ対応を一任する方法もある → 全国弁護士会による犯罪被害者支援窓口

E) その他の相談、関連団体の紹介など

窓口は、民間被害者支援団体 (犯罪被害者支援センター)

2 経済的支援、損害補償

A) 示談交渉

示談を受けるかどうかの相談も含めて、全国弁護士会による犯罪被害者支援窓口、法律相談で相談することができる。

B) 損害賠償請求

加害者に対して治療費、慰謝料などの請求をする。以下の3つの方法がある。

- ① 自主的な話し合いで決める方法 (加害者・被害者間)
- ② 弁護士による仲裁手続きや裁判所の調停手続きを利用する方法
- ③ 民事裁判手続きによるもの

窓口は、全国弁護士会による犯罪被害者支援窓口、法律相談

C) 民事法律扶助 (弁護士報酬立て替え)

被害者に経済的な余裕がない場合に、示談交渉、損害賠償請求など民事裁判に限り、日

本司法支援センター（法テラス）が弁護士報酬を立て替える制度がある。要件は、月収等資力が一定以下であること、勝訴の見込みがあることで、返済は毎月の分割返済が原則だが、賠償を受けた後にまとめて返済する方法もある。

窓口は日本司法支援センター

D) 犯罪被害者給付金の支給

加害者に損害賠償をする能力がなく賠償が受けられない場合の救済制度として制定された。

窓口は最寄りの警察署

対象となるのは、日本国籍を有するか日本国内に住所がある人が日本国内等で生命、身体を害する犯罪被害を受けた場合。故意犯による被害者への給付が前提で、交通事故など過失犯（不注意で起きた場合）は除く。

以下の3種がある。

① 遺族給付金

被害者が死亡した場合の遺族に給付。被害者の年齢や収入に基づいて金額が決まる。320万～1573万円。被害者がなくなる前に救命措置を受けた場合その治療費の自己負担額も合わせて給付される。

法で定めた順位のうち「第一順位」の遺族に給付される。

I 配偶者（内縁を含む）

II 被害者の収入によって生計を維持していた者

i 子 ii 父母 iii 孫 iv 祖父母 v 兄弟姉妹

III 被害者の収入によって生計を維持していない者

i 子 ii 父母 iii 孫 iv 祖父母 v 兄弟姉妹

② 重傷病給付金

3日以上入院+1ヶ月以上の治療を要する障害を負った場合。最大3ヶ月までの医療費自己負担分が支給される。

③ 障害給付金

②の要件を満たしさらに障害（1級～14級）が残った被害者に給付される。被害者の年齢や収入と障害等級に基づいて金額が決まる。18万～1849万2000円

請求方法：

申請書に、証明に必要な書類（死亡被害者の戸籍謄本、後遺障害診断書、診療報酬明細書など）を添えて最寄りの警察署に提出する。都道府県公安委員会で判定し結果を被害者に通知。通知をうけて国に支払いを請求する。

支払いまでの期間：

申請があった場合、公安委員会はすみやかに給付金の支給についての裁定を行わなければならないとされるが、調査等により裁定まで6ヶ月以上かかるのが現状。裁定後、公

安委員会から交付される支払い請求書を国に提出し、その後 1~2 ヶ月で口座に振り込み送金される。通常 1 年以内に一括して支払いされる。

仮給付：

加害者が不明の場合や、被害者の障害程度が明らかにならないなど、公安委員会の裁定に時間がかかり支給が遅れる場合は、仮給付金が支給される場合がある。支給されるであろう額の 1/3 相当額を仮支給できる。

時効：

犯罪行為による死亡、重傷病、障害の発生を知ってから 2 年、または被害の発生した日から 7 年経過すると時効が成立し申請できない。

さらに、公安委員会の裁定によって得た給付を受ける権利も 2 年の消滅時効が定められている。

支給制限：

被害者と加害者の間に親族関係がある場合、被害者が犯罪を誘発したなど被害者にも責任がある場合は、全部または一部が支給されない。(具体的内容は国家公安委員会が定める細則による。)

また、他の法令による給付(労災など)が優先し、他の給付金を受け取った場合はその限度で減額される。

E) 労働者災害補償保険法(労災)による保険給付

勤務中や通勤途上に犯罪被害にあった場合などで労災要件を満たせば給付される。通勤途上で交通事故にあったときや、警備員が犯罪にまきこまれるなど、業務と傷病との間に一定の因果関係が必要。(天災など突発的なものは含まれない)

請求窓口は労働基準監督署

- ① 通勤災害 労働者が通勤により被った負傷、疾病、障害又は死亡
- ② 業務災害 業務中に業務が原因となって起こった負傷、疾病、障害又は死亡

保険給付の種類：

療養給付(医療機関での診療を受ける費用)

休業給付(賃金を受けない場合の補償)

障害給付(身体に障害が残った場合の補償)

遺族給付(労働者が死亡した場合に遺族への補償)

葬祭給付(葬祭料を補償)

傷病年金(療養開始後 1 年 6 ヶ月経過しても傷病が治癒しない場合の補償)

介護給付(介護を要する状態にある場合)

請求方法：

請求書に必要事項を記入し、必要書類(診療報酬明細や後遺障害診断書など)とともに労働基準監督署に請求する。請求書には請求者(被害者)と勤務先の両者の印鑑が

必要。通常は勤務先が記入を代行するが、請求者自身が記入、請求することも可能。

F) 政府の自動車損害賠償保障事業

交通事故加害者の車両が自動車損害賠償責任保険に加入していない場合（車検切れ車両やバイクなど）や、ひき逃げの場合（加害車両が判明していない場合）、加害車両が盗難車である場合などに、自賠責と同様の補償をする。

支給制限：

被害者に過失があれば過失相殺される

労災や健康保険からの給付があればその分減額

法定限度額：

てん補金の法定限度額は自賠責保険の限度額と同一。

※ 傷害 120 万円、死亡 3,000 万円、後遺障害 3,000 万（重度後遺障害 4,000 万）

時効：

事故から 2 年経過すると時効となる。（後遺障害の場合は後遺障害認定から 2 年）

請求方法：

各損害保険会社を經由して損害保険料率算出機構に請求書を提出。国土交通大臣の審査を受ける。請求できるのは被害者のみ（加害者は請求できない）。

支払いまでの期間：

政府（国土交通省）がてん補額を決定し、保険会社等を通して支払われるまで、およそ 6 ヶ月から 1 年以上かかる。

この保障事業は、各種保険制度によっても救済しきれない被害者に対する最終的救済措置であるので、被害者が損害賠償義務者から損害の賠償を受けたとき、あるいは健康保険法、労災、その他の給付を受けられる場合は、その額に相当する部分は「救済措置」が済まされたものとして保障事業てん補額の法定限度額より控除され、法定限度額までに余裕があればその範囲内で残損害部分をてん補することになっている。また、過失相殺も厳密に行われるため、**健康保険使用が必須**となる。

交通事故と社会保障

交通事故の被害者となった場合、健康保険や労災などの社会保障制度を利用できる。交通事故被害者が健康保険を利用するには、加入している健康保険機関（市区町村、健康保険組合など）に対して「第三者行為による傷病届」という書類を提出する。これによって、健康保険機関は、健康保険給付分を、過失割合に応じて損害を負担すべき第三者に請求し回収する。

交通事故に健康保険を利用すると、過失相殺されたときの自己負担額を軽減できること、自賠責の傷害補償限度額は 120 万円であるが、これを有効利用できること、また、任意保険での査定は保険会社側の判断によるため、自賠責保険で支払われる慰謝料や休業補償などの額の比率を高くしておく方が有利な材料となること、などのメリットがある。

G) 独立行政法人日本スポーツ振興センター法による災害共済給付制度

義務教育諸学校、高等学校、高等専門学校、幼稚園及び保育所の管理下における児童・生徒の災害（負傷、疾病、障害又は死亡）に対し、災害共済給付（医療費、障害見舞金又は死亡見舞金）を行う。窓口は学校。

請求書を学校へ提出し、学校が災害報告書を作成して学校の設置者（教育委員会など）を経て日本スポーツ振興センターへ請求する。

H) 生活保護制度

日本国憲法に基づき、国が、生活に困窮している国民に、その困窮の程度に応じ必要な保護を行い、その最低限度の生活を保障するとともに、その自立の助長を図ることを目的とする制度。保護は、生活扶助、教育扶助、住宅扶助、医療扶助、介護扶助、出産扶助、生業扶助及び葬祭扶助から構成されている。保護の要否は世帯を単位として判定し、厚生労働大臣が定める基準で測定される最低生活費と収入を比較して、収入が最低生活費に満たない場合に保護を適用する。収入は、就労によるものの他、年金等社会保障の給付、親族による援助、交通事故の補償等、預貯金、保険の払戻金、不動産等の資産の売却収入等を認定する。最低生活費から収入を差し引いた差額が保護費として支給される。

住所地の福祉事務所に申請する。

D) 児童扶養手当制度

父母が離婚した児童の他、父が死亡した児童、父が重度の障害（国民年金の障害等級1級相当）にある児童、父の生死が明らかでない児童等を養育している母に対して、扶養手当を支給する制度。所得に応じて手当額が定められる。

窓口は住所地の市区町村

J) 障害児福祉手当

20歳未満で身体または精神に重度の障害がある障害児（身体障害者手帳1～2級相当）に対して支給される。所得による制限あり。また障害児が障害年金を受けていたり、児童福祉施設に入所している場合は支給されない。

窓口は住所地の市区町村

K) 特別障害者手当

20歳以上で身体または精神に著しい重度の障害があるために、日常生活において常時特別の介護が必要な在宅障害者に支給される。障害程度は、おおむね、身体障害者手帳1～2級程度の障害に重度の精神障害や知的障害が重複している、もしくはそれと同等の疾病・精神障害。本人または扶養義務者の所得制限あり。また、社会福祉施設等に入所

している場合や、病院に継続して3ヶ月を超えて入院している場合は支給されない。
窓口は住所地の市区町村

L) 児童手当

12歳到達後の最初の3月31日までの間にある児童（小学校修了前の児童）を養育している人に支給される。月額 第1子5,000円、第2子5,000円、第3子以降10,000円。ただし、前年（1月から5月までの月分の手当については前々年）の所得が一定額以上の場合には支給されない。

窓口は住所地の市区町村

M) 母子寡婦福祉資金貸付制度

母子家庭の母及び児童、寡婦等に対し、その経済的自立の助成と生活意欲の助長を図り、あわせてその扶養している児童（子）の福祉をはかるため、各種資金の貸付けを行う制度。

修学資金、就学支度資金、技能習得資金、修業資金、就職支度資金、医療介護資金、生活資金、住宅資金、転宅資金、事業開始資金、事業継続資金、結婚資金など

窓口は住所地の市区町村

N) 年金制度

① 国民年金 → 窓口は市区町村の国民年金窓口

i 障害基礎年金

国民年金加入中にかかった病気や怪我がもとで一定以上の障害が残り、年金を受けられる保険料の納付要件を満たしているとき（拠出制）、または年金に加入せず保険料を納付していないが20歳以前に初診日があるなど一定の要件を満たしているとき（無拠出制）に受給できる。1級と2級があり障害の程度によって決められる。

ii 遺族基礎年金

国民年金加入中の人または老齢基礎年金の資格期間を満たした人が死亡したとき、死亡した人に生計を支えられていた妻や子（18歳に達する日以降の最初の3月31日までの間にあるか、または、20歳未満の子であって障害等級の1級または2級の障害の状態にある）がいる場合に支給される。ただし死亡した人の保険料納付済み期間が加入期間の2/3以上あることが必要。

② 厚生年金 → 窓口は社会保険事務所

i 障害厚生（共済）年金

厚生年金保険に加入中にかかった病気や怪我がもとで一定の障害が残り、障害年金を受けられる保険料の納付要件を満たしているときに受給できる。1～3級が

あり障害程度によって決定される。

ii 遺族厚生（共済）年金

厚生年金に加入中の人死亡したとき、または被保険者期間中の傷病がもとで初診の日から5年以内に死亡したとき遺族に支給される。（ただし、遺族基礎年金と同様、死亡した者について、保険料納付済期間が年金加入期間の3分の2以上あること。）

対象となる遺族は、妻、子、55歳以上の夫・父母・祖父母(60歳から支給)、孫(18歳の誕生日の属する年度の年度末を経過していない者 または20歳未満で1・2級の障害者)

0) その他の経済的支援

都道府県警察によっては、次のような制度を導入している場合がある。

① 司法解剖後の遺体修復に係る経費の負担

司法解剖による切開痕等を目立たせないようにする措置に要する経費を公費で負担する。

② 司法解剖後の遺体搬送にかかる経費の負担

司法解剖後、遺体を専門の民間業者に委託して、遺族の希望する場所まで搬送するための経費を公費で負担する。

③ 性犯罪被害者に係る緊急避妊等に要する経費の負担

性犯罪被害者の診断書料、初診料、検査費用、緊急避妊費用等を公費で負担する。

④ 身体犯被害者の刑事手続における経費の負担

身体犯被害者の初診料、診断書料や、被害者が亡くなった場合、埋葬に必要な検案書を作成するための経費を公費で負担する。

3 その他

A) 情報開示

① 逮捕や起訴、裁判の経過、結果、加害者の出所情報などの通知

被害者が希望すれば連絡を受けることができる。検察庁に書面で申請する。

② 裁判記録の閲覧、コピー

検察庁に請求する。弁護士に依頼することもできる。ただし裁判所又は検察庁の事務に支障が生じる場合等、一部または全部の閲覧が許可されないこともある。

B) DV被害者の避難、保護

① 一時保護施設（シェルター）の紹介

相談窓口は福祉事務所、配偶者暴力相談支援センター、婦人相談所
婦人相談所一時保護所への保護や、一次保護委託契約施設への保護。原則 2 週間
程度の利用をめやすとする。

夜間などの突発的緊急な場合は警察へ（婦人保護施設への緊急一時保護）

- ② 婦人保護施設（売春防止法第 36 条に基づく）の利用
窓口は福祉事務所、婦人相談所
- ③ 母子生活支援施設（児童福祉法 38 条に基づく）
窓口は福祉事務所
母子世帯で入所可（子供は 18 歳未満）
- ④ ステップハウス（被害者の自立に向けた生活指導や精神的なケアを行う、一時保護
から自立した生活への橋渡しの場のこと）
窓口は配偶者暴力相談支援センター
- ⑤ 公営住宅入居
母子家庭などの優先入居枠がある場合もある。窓口は市区町村
- ⑥ DV に対する保護命令（接近禁止命令、退去命令）の申し立て
被害者または配偶者の住居地かあるいは DV が行われた場所の管轄の地方裁判所
に申請する

7. 関係機関との連携

1) 警察

警察本部 被害者対策室（各県の犯罪被害者支援センターの近くに設置されていることも多い）

各警察署 被害者支援係、また、DV、ストーカー被害に関しては県警の生活安全企画課の電話・
面接相談を行っている。

具体的支援としては

- ①被害者連絡制度・・・捜査過程、被疑者検挙、処分結果を必要に応じて連絡してくれる制度
- ②犯罪被害者給付制度の周知、手続きの手伝い
- ③民事上の損害賠償、請求制度の周知
- ④専門的な被害者支援が必要とされる場合は指定被害者支援要員が事件直後より付き添
い、ヒアリング、説明、連絡、民間支援団体、カウンセラー等の紹介、引き継ぎを行
っている。
- ⑤性犯罪に対しては、交番、鉄道警察隊に「女性相談交番」「女性被害相談所」設置され
女性の警察官が相談に応じる。
- ⑥少年犯罪に対しては「被害少年カウンセリングアドバイザー」「被害少年サポーター」
などが支援活動をしている。
- ⑦交通事故被害者

- ・ひき逃げ事件の被害者遺族や交通死亡事故の遺族を対象として担当捜査員が捜査状況、検挙状況及び処分状況について連絡を行っている。
- ・保険請求、損害賠償請求制度の説明、示談調停、訴訟の手続き等の説明を行っている。

2) 検察庁・法務省

検察庁：「犯罪にあわれた方へ」HP

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

法務省：ホームページアドレス

<http://www.moj.go.jp/KEIJI/keiji11.html>

法務局（人権擁護委員会）

3) 裁判所

4) 児童相談所

児童虐待

児童虐待通告受理しだい立ち入り調査、状況に応じ児童の一時保護のうえ虐待児・養育者のアセスメント、被害児の診察、必要に応じ施設入所を行い、親権停止または喪失処分など家庭裁判所への通告等を行う。

5) 婦人相談所

DV・ストーカー被害

現在各都道府県により名称の違いはあるが配偶者暴力相談支援センターとして、男女共同参画センター、婦人相談所が設置されている。

支援の流れとしては、警察、配偶者暴力相談支援センター、地方裁判所等の関係機関が連携して、以下のように支援を行っている。

①暴力を許さない社会づくり（啓発活動）

②被害者の安心と安全の確保

一時保護、母子生活支援施設、婦人保護施設、民間シェルターによる保護

③安心して相談できる体制づくり

男女共同参画センター、婦人相談所、警察、福祉事務所、保健所、市町村保健センター等

④被害者の生活の再建を果たすための支援

・心身のケア ・経済面の支援 ・就労支援 ・住宅確保 ・子育て支援 ・司法手続きに関する支援

⑤被害者である子どもや若者への支援

・婦人相談所、母子生活支援施設、児童相談所などによる子どもの支援
 ・デートDVの防止と被害者に対するケアも行われている。

⑥被害者支援の視点に立った加害者更正

内閣府「配偶者からの暴力被害者支援情報サイト」

<http://www.gender.go.jp/e-vaw/index.htm>

6) 日本司法支援センター（法テラス）

ホームページ

<http://www.moj.go.jp/SHIHOUSHIEN>

平成 18 年 10 月 2 日全国 500 ヶ所で一斉オープン

直接の相談に対応するのではなく、解決に役立つ法制度の紹介や適切な相談機関を紹介する機関。

TEL 0570-078374（固定電話）

時間 平日 9:00～21:00

土曜 9:00～17:00

TEL 03-6745-5600（PHS、IP電話）

有料 3分 8.5円程度

7) 犯罪被害者支援民間団体

NPO法人全国被害者支援ネットワーク（資料2）

東京で開設された犯罪被害者相談室の活動より始まり、警察庁や（財）犯罪被害救援基金の支援を受けて、各地における民間被害者援助団体が設立を推進して、1998年5月最初は8団体で「全国被害者支援ネットワーク」が設立された。その後、加盟団体が年々増加し、2006年9月現在、40都道府県42組織と発展している。（なお、富山県は加盟申請中である）業務内容としては、団体により若干の違いはあるが概ね以下のとおりである。

- ① 電話相談、面談相談
- ② 付き添いなどの直接的支援・・・希望に応じて直接支援は法廷、病院等へ付き添うことができる。
- ③ 関係機関・団体等との連携による支援・・・警察、弁護士会、医師会、心理士会等と連携をとり支援している。
- ④ 相談員、被害者支援ボランティアの養成及び研修
- ⑤ 広報・啓発活動
- ⑥ 被害者グループ（自助グループ）への援助
自助グループが設立を援助し、設立された地域では交流場所の提供や活動の支援を行う。

8) 弁護士会・司法書士会

被害支援委員会等が設置され司法的アドバイスを行っている。

9) その他

- ・臨床心理士会に被害者支援担当心理士をおき、カウンセリング、PTSD の治療などを行っている都道府県等も多い。
- ・全国クレジット・サラ金被害者連絡協議会

TEL 03-3774-1717

ホームページ <http://www.cre-sara.gr.jp>

8 自助グループ紹介

名称	HPアドレス	連絡先	代表
全国犯罪被害者の会 NAVS 「あすの会」	http://www.navs.jp/index.html	〒100-869 東京都中央郵便局私書箱 1646 号 TEL:03-5319-1773 FAX:03-5319-1774	岡村 勲
NPO犯罪被害者支援の会アピユイ	http://www.npo-appui.com/		飯島 京子
少年犯罪被害当事者の会	http://www005.upp.so-net.ne.jp/hanzaihigaisha/welcome.htm		
全国交通事故遺族の会	http://www.kik-izoku.com/	〒103-0008 東京都中央区日本橋中州 5-1 日本橋浜町マンション 703 号 TEL:03-3664-1065	井出 渉
TAV交通死被害者の会	http://www.wai-y.com/~tav/top.htm	〒530-0047 大阪市北区西天満 4 丁目 7 番 12 号昭和ビル別館 305 号 TELFAX 06-6362-7225	西浦 義朗
MADD JAPAN	http://www.maddjapan.org	千葉県鎌ヶ谷市南初富 5-8-8 TELFAX 047-444-9824	飯田 和代

9 資料

(資料 1) 警察庁ホームページより

国連宣言

犯罪およびパワー濫用の被害者のための司法の基本原則宣言

G.A.決議 40/35(1985)

A. 犯罪被害者

1. 犯罪被害者とは、個人であれ集団であれ、加盟国で施行されている、犯罪的パワー濫用を禁止する法律を含むところの刑事法に違反する作為または不作為により、身体的または精神的傷害、感情的苦痛、経済的損失、または基本的人権に対する重大な侵害などの被害を受けた者をいう。
2. この宣言においては、加害者が特定されているか、逮捕されているか、告訴されているか、あるいは有罪判決を受けているかに関係なく、また加害者と被害者の間の親族関係の有無に関係なく、被害者と見なすことができる。

被害者という用語には、妥当であれば、直接の被害者の直近の家族または被扶養者、および苦しんでいる被害者を助けたり、被害を防止したりして介入した際に被害を受けた者も含まれる。

3. この宣言に記載されている条項は、人種、肌の色、性別、年齢、言語、宗教、国籍、政治的またはその他の信条、文化的信念または慣習、財産、出生または身分、民族または社会的素性、障害などにより、いかなる種類の差別も行なれず、すべての者に適用されるものとする。

司法へのアクセスおよび公正な扱い

4. 被害者は、同情と彼らの尊厳に対する尊敬の念をもって扱われなければならない。被害者は、受けた被害について、国内法の規定に従って、裁判制度にアクセスし速やかな回復を受ける権利がある。

5. 被害者に対し、必要な場合には、費用がかからず、かつ迅速で公平に利用できる、公式または非公式の手続きによって被害回復が受けられるように、裁判制度や行政制度を制定し、強化しなければならない。

被害者には、そうした制度を通じて被害回復を請求できる権利があることを知らせなければならない。

6. 被害者のニーズに対する司法および行政の対応は、次のような方法によって促進されなければならない。

(a) 訴訟手続きにおける被害者の役割とその範囲、タイミングと進行状況、および訴訟の処分決定について、知らせる。重大犯罪が関係していて、被害者がそうした情報を求めている場合は、特にそうである。

(b) 被害者の個人的利益が影響を受ける場合には、被告人に不利益を与えることなく、また該当する国内の刑事司法制度に従って、彼らの意見や関心事を訴訟手続きの適切な段階で表明させたり考慮したりする。

(c) 法的処理全体を通じて被害者に適切な援助を与える。

(d) 必要に応じて被害者の不便を最低限にとどめ、かつそのプライバシーを保護する措置を講じ、また嫌がらせや報復を受けないように、被害者に代わって、被害者だけでなく、その家族や証人の安全も保障する。

(e) 訴訟の処分決定や、被害者に裁定額を認めた命令や判決の行使については、不要な遅れを避けなければならない。

7. 和解や被害者の立ち直りに適している場合には、調停、仲裁、習慣法、または事実たる慣習慣行など、非公式な紛争解決方法を採用すべきである。

被害弁償 (Restitution)

8. 自己の行為に責任のある犯罪者またはその関係者は、妥当な場合には、被害者、その家族または被扶養者に、公正な被害弁償を行わなければならない。この被害弁償に含まれるのは、財産の返還、発生した被害または損害に対する支払い、被害の結果発生した費用の弁済、サービスの提供、権利の回復である。

9. 加盟国政府は、刑事裁判における量刑選択の際に、従来の刑事制裁以外にも、新たに適用できるような被害弁償を考慮して、慣行、規則、法律の見直しを行なうべきである。

10. 環境にかなりの被害が発生し、被害弁償を命ぜられた場合に、その被害弁償に含められるべきものとして、環境の原状回復、インフラストラクチャーの再建、公共施設の建て替え、さらに、その被害のためにコミュニティの移転が必要になった場合には、その移転費用の弁済などである。

11. 公務または準公務を行う公務員またはその代理人が国内の刑法に違反した場合には、被害者は、発生した被害に責任のある公務員またはその代理人が所属する国から弁償を受けることができる。侵害的作為または不作為が発生した時に政権の座にあった政府がすでに存在しない場合には、その国家または政府の権利を継承した者が、被害者に弁償をしなければならない。

被害補償 (Compensation)

12. 次の被害者が、犯罪者またはそれ以外から十分な弁償を得られない場合には、国家は、経済的補償を行なうよう努力しなければならない。

(a) 重大な犯罪の結果、身体にかなりの被害を受け、または身体や精神の健康に損傷を受けた被害者

(b) そうした被害のために死亡した者または身体的および精神的不能になった者の家族、特に被扶養者

13. 被害者補償基金の創設、強化および拡充の努力をする必要がある。自国民が被害者になった国家がその被害を補償する立場にない場合などでは、適切であれば、補償目的のために、これ以外の基金を創設する方法も考えられる。

被害者援助 (Assistance)

14. 被害者は、政府・ボランティア・コミュニティに基礎をおく機関、および地域固有の機関などから、物質的、医療的、精神的、社会的に必要な援助を受けることができる。

15. 被害者には、医療サービスや社会福祉サービス、その他の関連援助について知らせ、すぐにご利用できるようにしておかなければならない。

16. 警察、司法、健康、社会サービス、その他の関係担当者は、被害者のニーズに適切に対応し、適切な援助を迅速に行なうためのガイドラインについて、トレーニングを受けなければならない。

17. 被害者にサービスや援助を提供する場合には、受けた被害の内容や第3条に定める特別なニーズに、特に配慮しなければならない。

B. パワー濫用の被害者

18. パワー濫用による被害者とは、個人であれ集団であれ、国内の刑事法には違反していないものの、人権に関して国際的に認められた基準に違反する作為または不作為により、身体的または精神的傷害、感情的苦痛、経済的損失、または基本的人権に対する重大な侵害などの被害を被った者をいう。

19. 国家は、パワー濫用を禁止する基準やパワー濫用の被害者を救済する基準を、国内法に組み込むことについて検討すべきである。特に、こうした救済には、被害弁償および(または)被害補償、および必要な物質的、医療的、精神的、社会的援助や支援を盛り込むべきである。

20. 第18条で規定されているように、国家は被害者に関わる多国間の条約について交渉を行なうことを考慮すべきである。

21. 国家は、変化する環境に対応できるように、既存の法律や慣行について、定期的に見直しを行ない、必要に応じて政治的パワーないし経済的パワーの重大な濫用となる行為を禁止し、そうした行為を防止する政策や対策を促す法律を制定施行し、またそうした行為の被害者には、直ちに適切な権利と救済を与えるべきである。

(資料2) 全国被害者支援ネットワーク加盟組織一覧表(平成18年9月現在)

所在地	団体名	相談電話
北海道	北海道被害者相談室	011-232-8740 月～金
北海道	オホーツク被害者相談室	0157-25-1137 月～金
岩手	いわて被害者支援センター	019-621-3751 火・金
宮城	社団法人みやぎ被害者支援センター	022-301-7830 火・水・木・金
秋田	社団法人秋田被害者支援センター	018-832-8010 月～金
山形	被害者支援センターやまがた	023-642-7830 火・土
茨城	社団法人いばらき被害者支援センター	029-232-2736 月～金
千葉	千葉犯罪被害者支援センター	043-221-3010 月～金
東京	社団法人被害者支援都民センター	03-5287-3336 月～金
埼玉	社団法人埼玉犯罪被害者援助センター	048-834-8080 月～金
神奈川	NPO法人神奈川被害者支援センター	045-440-0212 月・水・土
新潟	にいがた被害者支援センター	025-281-7870 月・水・金
石川	NPO法人石川被害者サポートセンター	076-234-7830 火・木・金・土
福井	NPO法人福井被害者支援センター	0776-32-5111 火・土
長野	NPO法人長野犯罪被害者支援センター	026-233-7830 月～金
群馬	NPO法人被害者支援ネットすてっぷぐんま	027-231-9990 月～金
栃木	社団法人被害者支援センターとちぎ	028-643-3940 月～金
静岡	NPO法人静岡犯罪被害者支援センター	054-209-5533 月～金
愛知	社団法人被害者サポートセンターあいち	052-232-7830 月～金
三重	みえ犯罪被害者総合支援センター	059-221-7830 月～金
滋賀	NPO法人おうみ犯罪被害者支援センター	077-514-1650 水・金・土・日
京都	社団法人京都犯罪被害者支援センター	075-451-7830 月・火・木・金
大阪	NPO法人大阪被害者支援アドボカシーセンター	06-6871-6365 月～金
兵庫	NPO法人ひょうご被害者支援センター	078-367-7833 火・土
奈良	なら犯罪被害者こころの支援センター	0742-24-0783 年中無休
和歌山	NPO法人紀の国被害者支援センター	073-427-1000 月～金
岐阜	ぎふ犯罪被害者支援センター	058-268-8700 火・木
島根	島根犯罪被害者相談室	0120-556-491 月～日
岡山	被害者サポートセンターおかやま(VSCO)	086-223-5562 水・土
広島	広島犯罪被害者・心の支援センター	082-240-7830 水・土
広島	社団法人広島被害者支援センター	082-544-1110 月・水・木・土
山口	被害者支援センターハートラインやまぐち	083-974-5115 火・木
愛媛	NPO法人被害者こころの支援センターえひめ	089-905-0150 木・土

香川	被害者支援センターかがわ	087-823-1733 月～金
福岡	NPO法人福岡犯罪被害者支援センター	092-738-1550 月・土
佐賀	NPO法人被害者支援ネットワーク佐賀 VOISS	0952-41-2535 月～金
長崎	NPO法人長崎被害者支援センター	095-820-4977 火・土
熊本	社団法人熊本犯罪被害者支援センター	096-386-1033 月～金
大分	大分被害者支援センター	097-532-7711 火・水・木
宮崎	社団法人宮崎犯罪被害者支援センター	0985-38-7830 月～金
鹿児島	社団法人かごしま犯罪被害者支援センター	099-226-8341 火～土
沖縄	社団法人沖縄被害者支援センター	098-866-7830 月～金

全国被害者支援ネットワーク事務局 東京医科歯科大学難治疾患研究所内

〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台 2-3-10

Tel:03-5280-8403 Fax:03-5280-8440

平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究

分担研究「地域精神保健福祉機関における犯罪被害者支援」

研究協力報告書

自助グループ支援のあり方に関する調査報告

研究協力者 酒井ルミ（兵庫県立精神保健福祉センター）

分担研究者 山下俊幸（京都市こころの健康増進センター）

1. 研究目的

現在活動されている犯罪被害者自助グループに、その活動内容や実態、必要とされているものなどについて聞き取り調査を行い、自助グループの現況を把握し、今後、全国の精神保健福祉センターに求められる自助グループ支援体制構築のための基礎資料とする。

2. 日時と方法

平成 18 年 12 月 12 日（火）18:30~21:20

TAV 交通死被害者の会事務局、少年犯罪被害者当事者の会代表に、それぞれのグループ活動の現況等について聞き取りを行った。

（倫理面への配慮）

報告内容について公表前に自助グループの参加者に確認を行い必要な訂正を行って、本報告書に掲載した。

3. 聞き取り内容の要旨

① TAV 交通死被害者の会

会設立の趣旨は、交通事故による被害者や遺族が、苦しみを超えていくために支えあう場をつくること。平成 5 年ころ、東京での全国交通事故遺族の会で会っていた五家族が、地元である京都で会うことにしたのが始まりである。入会対象は、交通事故で死亡または重度障害を被

った人の家族としている。

定例会は隔月に 1 回開催し、その間の月に交流会を開いている。現在 155 人会員がいるが、定例会に参加するのは 50 人くらいである。定例会では、時々のテーマ別（刑事裁判、民事裁判、事故形態、亡くなった方の続柄、年齢など）に分かれて参加者同士が話し合う分科会を開いている。また、別室で、弁護士による法律、カウンセラーによるカウンセリングの個別相談をしている。全体で 50 人というとかなり大きな場所が必要となり、なかなか会場が見つからない。行政で会場の斡旋をしてもらえると助かる。

分科会では、お互いの体験を話し合う。被害者の気持ちとしては、自分の話を一から十まで聞いて欲しいところがある。専門家相手だと途中でさえぎられるが、当事者どうしだとそれを聞くことができる。

しかし交通事故被害という共通点はあっても、それぞれ状況は違うので、当事者どうしのぶつかり合いになってしまうこともある。会合を開催するときに、冷静な第三者にいてもらいたいと思うことがある。個別相談だけでなく、各分科会のグループにもカウンセラーが入ってほしいが、なかなか続く人が見つからない。

会員は関西の広い地区にまたがっているの

で、交流会は、各地を巡回して開催することになっている。交流会には30人くらい参加する。交流会は地元で気楽に集まれるような会にして、それが核となって活動が広がって欲しいという思いがある。

「交通死被害者の会」という名称を使うと、当事者自身も抵抗を感じて入りにくいので、通常はTAVという略称を使っている。

交通事故被害というと、賠償請求と捉えられたり、また、「運が悪かった」と言われたりするのがつらい。入会するときには、被害者どうしが支えあう会で、賠償などのトラブルを解決する場ではないことを説明している。弁護士など専門家が相談に応じるときにも、カウンセリングマインドをもって対応してほしい。

事故被害者は、事故後離婚する家庭が多い。特に、子どもが亡くなった場合に離婚が多い。自分がしっかりしないといけないと思い、家族の前で努めて悲しみを見せないようにしている父親の真意を、妻が理解できないなど、夫婦が互いに相手を思いやりながらも、ボタンの掛け違いで傷つけあうこともよくある。また、亡くなった子に兄弟がいると、残された子は、亡くなった方の子が立派で、かわりに自分が死んだほうがよかったと思ったりする。兄弟も遺族である事が忘れられがちである。

TAVは、交通事故による死亡と重度障害(ねたきり)を対象にしているが、重度障害といってもいろいろある。また死亡事故でも、子どもを亡くした人、つれあいを亡くした人でも違う。「悲しみは比べるな」と言うようにしている。支えあうという意味で会は必要だが、被害の形態をそろえないと、当事者どうし話し合いにくいこともある。今は、死亡事故と重度障害の被害者が共に活動する事の難しさを痛感している。「被害者」という以外には共通点のない家

族が集まっているので、衝突があつてあたりまえ。他の団体以上に衝突が多いと思う。細分化することは分裂ではなく、自立だと捉えるべきである。

運営している人のケアもほしい。相談を受けるこちらも当事者なので、内容にあまり感情移入しないように努めて冷静に対応しているが、そのために相談相手から、「あなたにはわからない」と言われ傷ついたり、そう解釈されるのは自分の体験を忘れて冷たい対応をしてしまったのかと悩んだりする。

事務局運営はストレスが多いので、3年が限度だと思っていたが、もう4年目に入る。後継者を育成するというわけにもいかない。運営がたいへんで、できるだけ人手を増やすようにしているが、人材確保もなかなか難しい。何かをしてもらおう会ではなく、互いに協力しあう会だと考えている。

② 少年犯罪被害者当事者の会

平成8年に息子が殺されたが、加害者が少年だったということもあって、事件後、被害者家族には何も情報がもらえず、おかしいと思った。同じような体験をした家族と話し合いたいと思い探したが、なかなかみつからなかった。平成9年に神戸で少年による連続殺傷事件がおこり、これをきっかけにして、息子の事件もマスコミに取り上げられ、他の三家族と知り合った。お互いに共通点が多く、現状を話し合いたいということで四家族で会をつくった。

会を結成したときは、会として特に取り決めはしなかった。ところが、1年くらい経ったところでトラブルがあり、そこで初めて会としての約束事を決めた。入会対象は、少年犯罪で家族を亡くした人に限るようにした。しかし、対象を限定しても、それぞれの状況が違う。亡く

なるまでに何日か看病できた場合もあれば、それどころか、事件現場さえどこかわからない人もいる。自分とやり方が違うと、会員どうしが非難しあうようになることがある。問題点や考え方は違うのがあたりまえで、それを攻撃材料としないということを約束事にした。突然の事件をきっかけに知り合うと、急速に親しくなり、何もかも同じ方向に行けると錯覚する。急激に親しくなった人に限って、相違点を見つけた時よけいに幻滅する。

現在、会員としてはだいたい30家族くらい参加している。

会としてのイベント（WILL）は年一回開催している。遺族だけでなく、他の専門家やマスコミにも入ってもらおうオープンな会としてきた。自分の家族は名前や顔を出してもよいと思ってきたし、他の家族も意向を確かめて、可能ならできるだけオープンにしてきた。

日本には、死んだ子のことをいつまでも言っていないといけないという社会通念があるように思う。しかし、忘れられることが一番つらい。WILLは、年に一度くらいは亡くなった子を主役とし、思い出し、そういう子たちのために過ごそうという気持ちから始めた。命日などに声をかけてもらったり、カード送付などで様子を聞いてもらえたら嬉しい。

先日、性被害にあった娘の母から相談があった。事件後、警察の相談員が被害者の娘にずっと付き添ってくれ、娘と信頼関係を作ってくれた。しかしその相談員が転勤することになり、不安になった母が信頼できる病院や相談先など探していた。事件当初から、警察、病院、他の専門家などが連携して関わってくれていたら、ひとり欠けても大丈夫だったのと思う。また、母自身の相談やケアをする人も必要であったと思う。

被害者に兄弟がいると、その子は忘れられていることがよくある。子ども自身は助けを求められない。親は余裕がなく、また、この子は生きているから大丈夫だと思ってしまう。学校などとも連携をして、残された子どものケアをする必要がある。

自分の場合は事件後、周囲の人に相談にのってもらったり話を聞いてもらったりできたので助かった。被害者支援は、当初から自然な形で日常的に関わってくれる人があるといいと思う。自分たちは病気ではないと思っているので、精神保健福祉センターや心の専門家のところに相談に行くのは抵抗がある。

残された兄弟に対しては、学校で、いつも顔をのぞかせることができ話ができる場があったらいいと思う。休み時間などに気軽に行ける場所とか。

相談窓口はたくさんあって自分に合ったところを選べるほうがいい。しかし自分から動ける人は自分で選べるが、動けない人をどうするかが課題である。たとえば命日に、連絡が来るといった形もよいのではないか。

とにかく、まずはよく知ってもらうことが必要ではないか。今のところは保健所でも、まだ知識や技術がなく、被害者の相談には応じられない。世間の人には、被害者は特別な人と思っていて何も知らない。腫れ物に触るように特別扱いされていてはだめで、自然に話を聞いてもらい、知ってもらおう。

4. 考察

同じ悩みをもつ人たちが集まって支えあう自助グループは、こころゆくまで悩みをうちあけて心を解放することができ、また必要な情報交換もできて、たいへん心強い支援グループとなりうる。しかしその反面、つながりの要とな

る共通体験の、それぞれ個別の差違が溝を生み、その結果、お互いに傷つけあうこともある。そのような経験は、今回お話戴いた二つのグループに共通していた。被害者の自助グループは、「悲しみ」というつながりを基にしているために、より、感情的な渦にまきこまれやすいのかもしれない。TAV 代表の、「悲しみを比べるな」という言葉は、体験から生まれた至言だと思う。

当事者だからこそできることもあるが、当事者ゆえに生じるグループ運営の難しさもある。専門職としての第三者がグループに関わることで、グループの安定性を増し、本来の活動目的をいっそう推進できる可能性がある。

今回の聞き取りから、精神保健福祉センターが行いうる自助グループ支援として、次のような方策があると考えた。

1 情報提供

- ① 同様の体験をされた家族に対し、自助グループの紹介をする
- ② グループに対し、相談窓口や支援体制、法律、医療機関情報など、必要な情報を提供する

2 グループ運営における支援

- ① 会場の斡旋、通信費・会場費・印刷費など運営費用の補助
- ② 例会の場に専門職が第三者として参加し、会の円滑化をはかる。
- ③ 個別事例や、グループの事業展開などに対して、必要に応じて専門職から助言する。
- ④ 運営者自身に対する助言やケアを行う

3 啓発

- ① 犯罪被害やその支援について、広く世間一般に対して啓発を行う
- ② 被害者支援に携わる関係者に対しての啓発や技術指導を行う。また関係者の

連携を深める。

- ③ 他の被害者に対して、自助グループの存在や行政の相談体制などを知らせる

自助グループは各種あり、その活動のしかたもいろいろである。たとえば例会の持ち方も、あくまでもクローズドとしたいグループもあるかもしれない。グループによって、その必要とするものには違いがあるであろう。上記は、今回示唆いただいたことから考えられる支援方法の可能性であるが、実際に運用するにはまだ検討を深める必要がある。自助グループは、本来、自発的な当事者の集まりである。グループへの支援が、その自主性を犯すことになってはならない。そのあたりの配慮についても、今後なお検討していく必要がある。

保健所における事件・事故・災害時の PTSD 対策の事例検討について

分担研究者：竹之内直人 愛媛県宇和島保健所

研究協力者：永井尚子 和歌山県和歌山市保健所

鈴 道幸 兵庫県尼崎市保健所

I. 目的

保健所の業務としてテロ対策や感染症、食中毒などの健康危機管理が重要となっているが、初期の対応とともに、中長期的対応である被害者のこころのケア（メンタルヘルス）についても地域精神保健活動の立場から重要である。

宇和島保健所では平成 13 年 2 月 10 日にハワイ沖で発生した、アメリカ海軍原子力潜水艦による県立水産高校実習船「えひめ丸」沈没事故による生還者、また遺族への PTSD 対策を実施してきた。この経験から、マスコミなどで大きく取り上げられた全国の保健所での事件・事故・災害時の PTSD 対策を比較し、犯罪被害者への支援を可能にする要件について検討した。

II. 方法

現地にて分担研究班会議を開催した。保健所における PTSD 対策の状況について担当者から聞き取り調査を行った。

18 年 10 月 6 日 和歌山市毒物混入事件（和歌山県和歌山市保健所）

18 年 11 月 2 日 JR 福知山線列車脱線事故（兵庫県尼崎市保健所）

18 年 12 月 8 日 新潟県中越地震（新潟県長岡保健所）

19 年 2 月 13 日 西鉄高速バス乗っ取り事件（佐賀県唐津保健所）

（倫理面への配慮）

被害者個人の情報が特定されないように、情報処理には配慮した。

III. 結果（表 1）

それぞれの事例について発生順に以下にまとめた。

1. 和歌山市毒物混入事件（平成 10 年 7 月 25 日発生）

（1）概要

初動は、自治会主催の夏祭りの夕食（カレーライス）による食中毒として調査を開始、その後毒物（ヒ素）混入が判明し、被害者の救命のため医療機関への対応が中心となった。また犯罪のため、事実関係の解明は警察が主体となる。被害者は 67 名（死亡 4 名）であるが、子供からお年寄り、さらに妊婦まで幅が広い。毒物による直接被害と後遺症、さらに胎児への影響と心身両面の長期的ケアが必要であった。毒物の知識が乏しいにもかかわらず相談に応じなければならぬ苦勞もあった。犯人が特定されるまでの数ヶ月、近隣住民に疑心暗鬼が拡大し極限状態であった。犯人逮捕後もその動機をめぐり心の安定は見えず、翌年 2 月の警察の現場検証後落ち着きを見せ始めるが、犯人が自白していない中でこころの葛藤は遷延化した。マスコミ攻勢による住

民日常生活への多大な影響がみられた。地域住民と距離の近い市型保健所ゆえに住民の不安の声は多数寄せられ、議会対応も必要であった。

保健所の保健師などスタッフにとって PTSD 対策は初めての経験であった。研修会を急遽開催し PTSD 対策について勉強する。

当初は市としても、「地震などの災害でない、犯罪による PTSD 対策は保健所の業務なのか」との反対の声もあったが、住民に対する地域精神保健活動として開始し、結果として良かった。全国から押し寄せる取材記者などマスコミ対応も業務に多大な影響を与えた。

(2) 支援に役立ったこと

- ① 地域住民の健康被害については、感染症や食中毒など発生時に保健所が担う業務であったこと。
- ② 阪神淡路大震災、堺市の 0-157 事件など、健康危機管理の概念が保健所に定着しつつあった。
- ③ 被災者の支援にメンタルヘルス、特に PTSD 対策が重要とされ中長期的に継続した援助が必要との認識があった。
- ④ 日ごろの地域精神保健福祉活動のノウハウが応用できた。
- ⑤ 国内の PTSD 専門家による適切なバックアップがあった。代理受傷対策にも効果的である。
- ⑥ 国からの専門家派遣や県の応援があった。

(3) 犯罪被害者への支援が可能か（現場の感想）

- ① 被害者との接点： 保健所に窓口を開設しても、まだ社会的認知度が低いので相談に来るとは思えない。警察や病院、児童相談所、学校と連携し相談先

として紹介される。あるいは警察や病院に専任の担当者がいて通常の業務として相談やカウンセリングの体制をとり、その次に保健所に紹介されるほうが現実的ではないかと思う。児童虐待については、母子保健事業での関わりの中で、被虐待歴のある母親に出会うことは多い。親へのケアということで支援開始することはスムーズに行えると思われる。性的被害などは、思春期相談事業や HIV 抗体検査事業の中で把握される場合がある。

- ② 担当者のスキルアップ： 臨床心理士を置いている保健所は少なく、保健師が対応することになれば専門的な研修を十分に積まないと自信を持ってできない。代理受傷対策も必要である。
- ③ 後送機関： 県内に一箇所 PTSD 専門機関が必要。保健所だけでは完結できないので、専門家が配置され治療ができる場所がなければできない。専門家の養成が必要。
- ④ 専門家のバックアップ体制： 大学をはじめ全国の専門家による適切な時期に適切な支援があったから、それを心の支えにして何とかやれた。国レベルで体制を組んで欲しい。

2. 西鉄高速バス乗っ取り事件（平成 12 年 5 月 3 日発生）

(1) 概要

福岡行き高速バス内において、精神科入院中（一時帰宅）の 17 歳の少年が高速バスを乗っ取り、乗員乗客 21 人を人質にとり、佐賀→福岡→山口→広島と移動した。犯行は 15 時間以上におよび少年は包丁で人質を脅し、切りつけられた女性が死亡す

る。少年と捜査員との交渉時、人質の少女（6歳）は首に刃渡り30～40cmの包丁を突きつけられていた。人質は広島県福山市近郊の高速道路パーキングエリアで開放された。被害者は子供1人、中高生1人、大学生1人、成人18人（1人死亡・5人外傷）。救急医療のため広島県立病院へ2名入院する。メンタルヘルス初動は精神保健福祉センターにおいて、定期の「心の相談」の枠を広げて随時対応、さらに被害者支援にあたる警察職員に対する研修を実施した。担当は精神保健福祉センター所長・嘱託医・保健師・スクールカウンセラーである。アウトリーチは被害者に対して、警察支援要員をとおしてリーフレットの配布を行った。また、被害者支援ネットワーク佐賀「VOISS」による西鉄高速バス乗取り事件被害者・家族のための電話相談を開設（5月15日から6回）した。啓発事業として「佐賀県精神保健福祉センターの相談のご案内～犯罪被害にあわれた方に～」被害後のストレス反応の理解と回復に向けて」のリーフレットを配布した。フォローは個別カウンセリングを実施した。専門家の支援として武蔵野女子大学の臨床心理士、佐賀女子短期大学の臨床心理士、国立肥前療養所の医師があたった。職員の研修は被害者支援研修会（5月15日）、犯罪被害者支援に関する基本的考え方（5月29日）等を実施した。

（2）支援に役立ったこと

保健所は、犯人が入院していた精神科病院による一時帰宅の判断に対する調査に迫られた。マスコミが殺到し混乱した状況のなかで、被害者の個別相談など、プライバシーに配慮できる環境ではなかった。佐賀

県精神保健福祉センターが、定期的に県警と犯罪被害者への支援の連絡会議を開催していたので、センターが被害者の相談に応じた。

また、被害者支援ネットワーク佐賀（VOISS）が4月19日に立ちあがった直後の事件であり記者発表：「報道における2次被害の防止」、「事件被害者・家族のための臨時電話相談開設」、「カウンセリングのためのミニレクチャー」、公開講演会（講師：大久保恵美子）、被害者支援セミナー（講師：小西聖子）等を実施した。NPO活動は今後も被害者支援の重要な役割を担うと考えられる。

保健所において被害者の支援をおこなう場合は、警察等の犯罪被害者と関わりのある機関との定期的な連絡会議、県内のNPO活動の実態などを把握する必要がある。

3. えひめ丸事故（平成13年2月10日発生）

（1）概要

水産高校実習船（えひめ丸）が、ハワイ沖にてアメリカ海軍の原子力潜水艦に衝突され沈没する。被害者は生徒、乗組員、指導教官など35名（死亡9名）、全員男性であった。特徴として海外での原因究明、軍事上の制約、国際的課題、遺体の確認まで喪の作業が進まない、長期の遠洋航海で被災者の凝集性（仲間意識）、連鎖反応が強い、思春期の生徒であることなどである。帰国後生還者、特に生徒達は直後の健康調査時から不調を訴え、さらにメンタルヘルス調査の結果、罪責感情による自殺念慮が強い重症のPTSDと診断され、自殺防止対策が活動の中心となった。事故が世界的な話題となり個別取材が激しく、2次的被害によるPTSD対策のためにも報道協定を結ぶ。

県立高校なので教育委員会との役割分担について混乱したが、PTSD対策は保健所が担当することになった。半年後の船体引き揚げ・遺体確認後も状況は改善せず、頻回の家庭訪問により関係性を構築し、治療を継続しながら、喪の作業、慰霊祭と進行する中で3年後には全員がPTSDから回復した。とりわけ保健所のリハビリケアについては、個別性の高いケアを集団で実施し効果を上げたことは特筆される。輸送災害は今なお後を絶たないが、被災者達への支援についてのこのような長期的なフォローはあまり例を見ない。

議会対策、補償交渉などは県庁が対応。以下に平成13年2月10日の事故発生から、18年3月31日「えひめ丸ケア対策班」解散まで5年間の保健所の活動をまとめた。

- ① 帰国直後からの対応（平成13年2月13～27日）A. 生徒、乗組員への健康調査（2月16日）B. 水産高校への臨床心理士等の派遣（2月16～27日）C. 生還者・行方不明者家族へ電話連絡や訪問による被災者支援「アウトリーチ」（2月17日～）D. 生徒、乗組員、家族への心理教育（2月22日～）E. 地域啓発活動（研修会、リーフレットの作成配布、2月16日～）
- ② 「えひめ丸沈没事故被災者等支援のための連絡協議会」開催以降（平成13年2月28日～18年3月31日の間計18回開催）A. 24時間ホットラインの設置（13年3月16日～16年8月31日）及びパンフレットの作成 B. メンタルヘルス調査の開始（13年4月～17年8月生徒6回、乗組員3回） C. 医師、保健師のハワイ派遣（平成

13年船体引き揚げ、平成14年慰霊碑除幕式、平成15年慰霊祭計3回）

D. 被災者支援（ケア）対策会議（13年10月10日から計78回）

- ③ 「えひめ丸ケア対策班」設置以降（平成14年4月1日～18年3月31日）A. 生徒達への社会復帰プログラム「リハビリケア」（平成13年4月1日から平成15年3月31日 計10回実施） B. ワドル元艦長来県（12月5日） C. 新「えひめ丸」出航（生還者再乗船）の対応（平成15年5月7日～16年11日） D. 脱感作療法実施 E. 「追想の日」の集い参加（平成14年2月～ 計5回）
- ④ 遺族への支援 A. 家庭訪問・カウンセリング（平成13年2月17日～） B. 健康調査（平成16年11月、平成17年6月 計2回）
- ⑤ 支援者の代理受傷対策（平成16年9月3日～）

(2) 支援に役立ったこと

行政の政策として事業が行われ、予算の確保、専従班の配置、対象者の多くが宇和島市在住者であったことが考えられる。さらに全国の専門家、県内の関係機関の協力で支援が可能であった。対策班解散後も相談窓口を開設し、専従保健師2名によりフォローを行っている。

4. 新潟県中越地震（平成16年10月23日発生）

(1) 概要

発生直後は事態の把握に追われる。震度7、県内で死者59名、重軽傷者約5,000名。被災者支援はライフラインの確保や、衣食住など生活支援が中心となった。保健

所は県庁と市町村との連絡調整や、県外からの多数の応援隊の被災地への避難所振り分け、救援物資の配給を担当した。住民への直接対応は応援隊が受け持った。

こころのケアはホットラインが10月24日開設した。以後新潟県精神保健福祉協会こころのケアセンターが中心となってフォローした。

事件や事故のPTSD対策と異なり、まず災害により破壊された生活基盤への支援が優先される。落ち着きを取り戻すにつれてこころのケアが必要となった。やはり直後から中長期的な課題として対策の中に取り込まなければならない。中越地震の支援は阪神淡路大震災の経験がある神戸の応援があったので、PTSD対策含めて住民への支援活動は効果的に実施されたと考えられた。狭い車内での避難によるエコノミー症候群など新たな問題も発生したが、仮設住宅への入居が集落ごとであったことは被災者には幸いした。また自然災害では市町村の役割が極めて大きいことから日ごろから準備しておくことの必要性を痛感した。

(2) 支援に役立ったこと

- ① 同年夏に起きた水害への対応の経験
- ② 神戸市はじめ全国からの応援
- ③ 県庁が国への支援要請や、マスコミ対応を担う

5. JR 福知山線列車脱線事故（平成17年4月25日発生）

(1) 概要

事故直後から対策がとられ、災害対策本部設置・限定第1号指令（災害応急対策及び復旧対策要員限定）（4月25日から5月9日）発令、当日は医療機関や医師会への救急医療対策、救護活動、遺体安置所設営

が中心となる。死者107名、重軽傷者549名。翌日の26日保健所、6保健センター「こころのケア相談窓口」を設置した。JR、警察の協力が得られず、対象者の把握が困難であった。尼崎市在住の乗客は6名と少なく、市内8医療機関に入院中の負傷者の中で、こころのケアが必要な患者の紹介を依頼する。大部分を占める市外の乗客は県の保健所へケアを依頼した。事故現場周辺企業、住民、被災マンション住人、救出活動従事者に相談窓口設置広報とトラウマのパンフレットの配布した。事故後1ヶ月、3ヶ月後に健康チェックを実施。相談実数139名（延べ171名）。相談は4月、5月に集中。相談者は女性が7割、電話と訪問がそれぞれ4割、来所が2割であった。住所は市内が7割、市外1割、不明が2割。乗客および家族が3名ずつと少なく、多くはマンション住民や近隣の人、救援に駆けつけた工場などの従業員であった。年齢は20歳未満から65歳以上まで幅広い。相談主訴は精神症状96件（睡眠障害、不安感、PTSD症状）、身体症状15件。相談数の減少、継続事例の状況から、おおむね落ち着き深刻な影響は少ないと考えられるが、マンション住民など一部には回復途上の人もいる。

消防隊員のケアは消防署が対応した。予算はすべて市の事業費でまかないJRとの役割分担など協議はなかった。補償が解決していないのでその窓口と混同されないようにした。

特徴をまとめると安否・救急医療情報把握、救護・検死トリアージ活動、遺体安置所の設置などである。こころのケア・健康チェックの対象としては、周辺住民や工場の従

業員など多数が救助活動に従事し、また救助活動が4日間にわたり、救助活動従事者の心的外傷が課題となった。列車事故被災者が県内にとどまらず広域にまたがるなど、PTSDを念頭に継続した長期のケアが必要である。

(2) 事故現場の状況

マンション1階とブロック状に区切られた地下駐車場に突っ込んだ2両の電車からの乗客の救出は困難を極めたことが理解できた。マンション住民は全員移転し、JR職員1名と警備員4名がマンションと献花台の警備を担当していた。この対応は和歌山市での事件で犯人宅がいたずら、放火されたことを教訓にしていると考えられた。献花台は焼香と献花が絶えない様子だった。現場の線路越しの正面に別のマンションがあり、事故直後から4日間にわたる救出活動を目撃する位置にあった。その他周辺は中小の工場が立ち並んでいた。

(3) 支援に役立ったこと

- ① 阪神淡路大震災の経験：PTSD対策、救急対応、検死
- ② 市内の被災者は限定され即日対応が可能な人数
- ③ 市型保健所のメリット：住民との距離が近いので子供、障害者、要介護世帯の把握が容易
- ④ 保健所と保健センターの協力体制
- ⑤ 県の保健所の応援体制：大半の乗客は市外
- ⑥ 県立こころのケアセンターのバックアップ

IV. まとめ

保健所における犯罪被害者のこころのケア

が可能かどうか考えた時、今後の対策として、以下の充実が望まれた。また図1に今年度の調査を踏まえた犯罪被害者支援システムを提示した。

- ① 現状では被害者との接点は少なく、警察、児童相談所、病院等との連携が必要。
- ② 担当者のスキルアップ 保健師への専門的な研修、代理受傷対策も必要。
- ③ 後送機関 県内に一箇所 PTSD 治療機関が必要。保健所だけでは完結できない。
- ④ 専門家のバックアップ体制 事件・事故・災害に際しても、専門家による適切な時期に適切な支援があった。国レベルで体制を組んで欲しい。
- ⑤ 市民への啓発 保健所で相談ができる事を知ってもらう。
- ⑥ 被害者支援ネットワーク (NPO) 活動の実情把握
- ⑦ 精神保健福祉センターと保健所連携の強化

V. 学会発表

竹之内直人「海難事故における保健所の被災者支援活動～えひめ丸沈没事故から～」

第65回日本公衆衛生学会総会 2006年(富山)

竹之内直人「えひめ丸事故被災者への中・長期的支援について」第6回トラウマティック・ストレス学会シンポジウム 2007年(東京)

VI. 参考文献

- 1) 和歌山市：和歌山市毒物混入事件報告

平成 12 年 3 月

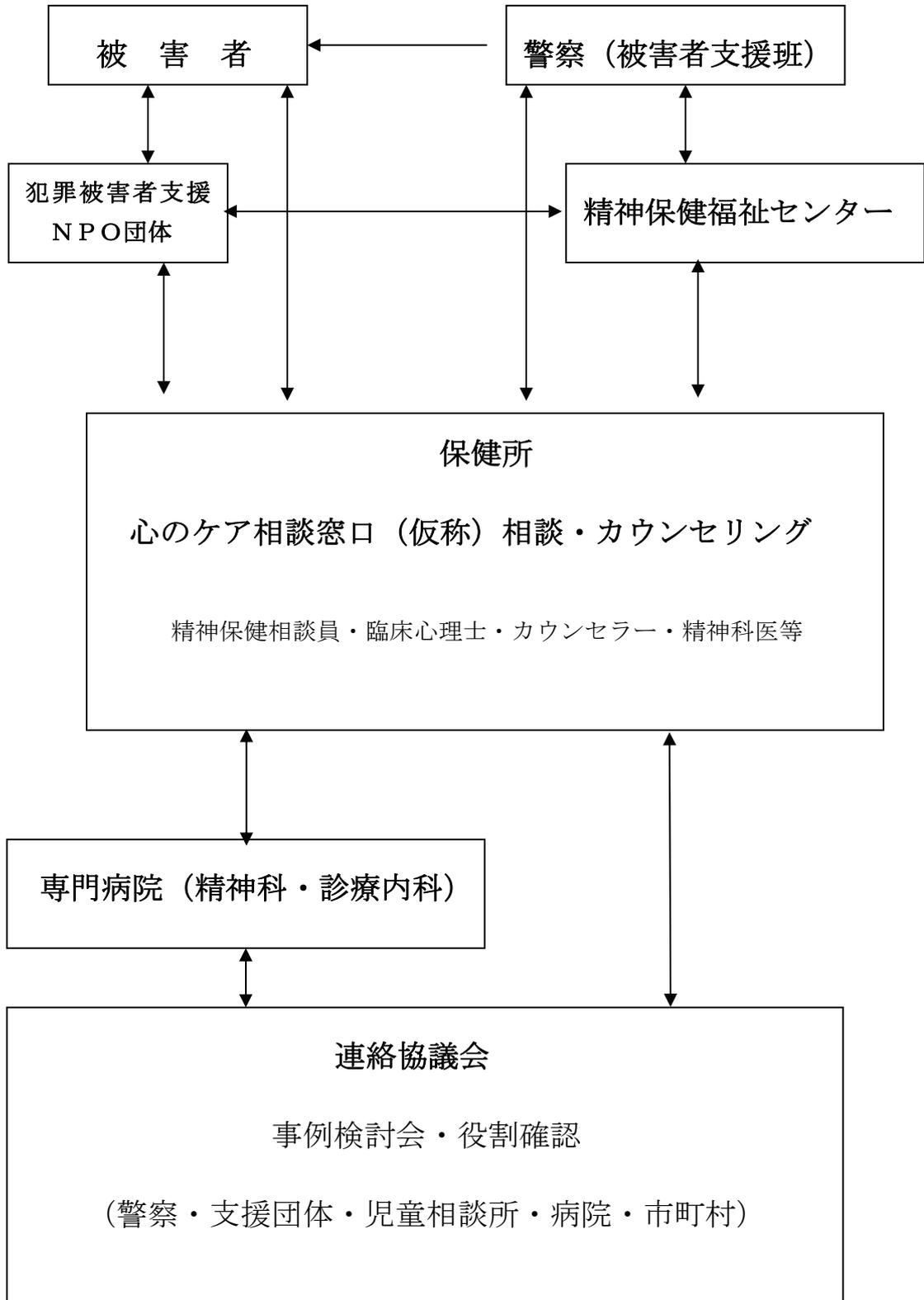
- 2) 愛媛県宇和島保健所：平成 14 年度地域保健総合推進事業「保健所におけるこころのケア事業に関する研究」平成 15 年 3 月
- 3) 新潟県長岡地域振興局健康福祉環境部：中越大震災における長岡地域振興局健康福祉環境部活動報告 平成 18 年 3 月
- 4) 高岡道雄：平成 17 年度厚生科学研究（こころの健康科学研究事業）「JR 福知山線列車事故に係る、こころのケアに関する報告」平成 18 年 3 月
- 5) 愛媛県：災害等による外傷性ストレスマネジメントのために、えひめ丸事故被害者こころのケア対策活動記録 p45 平成 18 年 3 月

(表1) 事件・事故・災害時のPTSD対策の比較

		和歌山市毒物混入事件	西鉄高速バス乗取り事件	えひめ丸沈没事故	中越地震災	JR福知山線列車脱線事故
発生月日		平成10年7月25日	平成12年5月3日	平成13年2月10日	平成16年10月23日	平成17年4月25日
場 所		和歌山市園部	福岡行き高速バス内	ハワイ沖	新潟県中越地方(中山間地)	尼崎市久々知西町3丁目線路上
内 容		自治会が企画した夏祭りで住民が調理したカレーにヒ素が混入され、急性中毒をひきおこした 健康被害者 67人(うち4人死亡) (ヒ素が特定されたのは8/2)	精神科入院中(一時帰宅)の17歳の少年が高速バスを乗取り、乗員乗客21人を人質に佐賀→福岡→山口→広島と移動。犯人は15時間以上に及び少年は包丁で人質を脅し、切りつけられた女性が死亡。少年と捜査員との交渉時、人質の少女(6歳)は首に刃渡り30~40cmの包丁を突きつけられていた。	ハワイオフ島沖合海上で宇和島水産高校実習船「えひめ丸」が米国原子力潜水艦「グリーンビル」に衝突され、35名中9名が死亡した。	地震マグニチュード6・8 震度7	JR宝塚駅発上り快速列車(JR福知山線7両編成、乗客約580人)が脱線転覆。建物に接触1・2両目が圧縮大破する。
対象者	直接被災	子供	0-14 23人(1人死亡10歳)	1人		死者107人(男159人・女性48人) [うち県内死者98人] 負傷者549人(内重傷者149人)
		中高生	15-19 10人(1人死亡16歳)	1人	生徒13名(内4名死亡)	
		大学		1人		
		成人	20-59 29人(1人死亡53歳)	18人(1人死亡・5人外傷)	乗組員20名(内3名死亡) 指導教官2名(死亡)	
	老人	60- 7人(1人死亡65歳)				
二次被災						救出活動住民・従事者 近隣住民
救急医療		市内12医療機関 入院35人 当初は食中毒疑い→青酸化合物混入疑い→ 8/2ヒ素検出(県警)確定	広島県立病院 2名入院	現地(ハワイ)		死者107人+傷者549 2時間後救護活動(救急医療対策・救護活動・遺体 安置所設置<市保健所医師と小田保健センター保 健師>) 市の窓口(約7時間後遺体安置所の総合体育館に 職員を派遣、24時間体制)
身 体		総合検診 (10/24~11年7/18 3回)		生徒:校医のいる病院受診(H13.2/14.15) 健康診断・心理相談(H13.2/16) 乗組員:健康診断(H13.2月) 遺族家族:健康調査(H16.11月・H17.6月・7月)		健康チェック 2回
メンタルヘルス初動		「心の相談窓口」開設(7/29~ 初期AM9:30 ~PM9:00) 「心の相談室便り」 (7/29~11年7/18 7回) 巡回相談(7/29~) 保健師による巡回相談・退院時面接(7/29~ 遺族は8/1~)	精神保健福祉センター定期の心の健康相 談の枠を広げて随時対応。 被害者支援にあたる警察職員に対する研 修	県はただちに対策本部を設置、心のケア体制を 取ると決定し、宇和島中央保健所長に指示が下 ろされた。 アウトリーチ・ホットライン・パンフレット配布	こころのケアホットライン10/24~ こころのケアチーム初動 10/26山古志村 10/30三島町 11/1長岡市 栃尾市 11/30越路町	心のケア相談窓口を開設(4/26 市保健所と6保健 センター) 心のケアのチラシを作成、配布(小田保健セン ター)・ホームページ公開(市保健所)4/28 トラウマによる心の相談窓口のチラシの配布(市保 健所)5/2 医療機関に通知文書(心のケアの必要な入院患者 紹介依頼)・県保健所に市外の乗客のケアを依頼 (5/3) 1ヶ月後と3ヶ月に健康チェック(市保健所)
担当スタッフ	専従			所長・健康増進課長 精神保健福祉係4名	初動期 こころのケアチーム(10/26~12/25) 中長期 こころのケアセンター(17.8/~	
	兼任		精神保健福祉センター所長・嘱託医・保健 師・スクールカウンセラー	臨床心理士の派遣(1名) (精神保健福祉センター・児童相談所の交代制) 保健師の派遣(2名) (御荘支所・精神保健福祉センター)	長岡保健所精神保健福祉相談員3人 県健康対策課 事務職員・精神保健福祉相談 員 精神保健福祉センター 精神保健福祉相談員	保健所・保健センターの保健師・精神保健相談員
初動内容	アウトリーチ		被害者へ対して警察支援要員をとおして リーフレットの配布。被害者支援ネットワーク 佐賀「VOISS」による西鉄高速バス乗取り 事件被害者・家族のための電話相談開設 (5月15日~6回)	まず、遺族に対して行い、帰還生徒・乗組員にも 実施	<こころのケアチーム> 避難所巡回相談 自宅訪問医療チームとの同行訪問 健康調査要フォロー者訪問及びスクリーニン グ 仮説住宅訪問	
	電話			同上		
	訪問	保健師による巡回訪問(2人×6組)			同上	避難所訪問 仮説住宅訪問

啓発事業	被災者	「心の相談室便り」発行	リーフレット配布。 「佐賀県精神保健福祉センターの相談のご案内」 「被害者のストレス反応の理解と回復に向けて」	24時間ホットラインの開設(H13.3月～H16.8月) パンフレットの配布(H13.3月) 生徒・家族の集い(13.4月～H16.8月まで7回開催)	* ころのケアチームによる研修会 長岡市医師 長岡市避難者・職員講話 長岡市教員対象ミニ講話 長岡市支援スタッフミニ講話 栃尾市在宅介護支援センター職員 越路町避難所ミニ講話 * 保健所による研修会 支援者のためのころのケア研修会 長岡市民生委員協議会 長岡市四郎丸地区福祉会 越路町保健福祉会 越路町民生委員協議会 栃尾市地区リーダー * ころのケアセンター設置後は被災各所で啓発事業が行われている。 * チラシの配布	相談窓口
	市民	ヒ素中毒に関する講演会(11/28)		PTSDに関するリーフレットの配布(H13.11月)及び健康教育(講座)の開催(H14.8月・H15.10月)		相談窓口の広報 尼崎市のホームページ掲載(4/26) チラシの配布(第1回4月27日・第2回5月2日) 日刊紙、テレビ放映
他の保健所の応援		市長から県へ保健師、精神保健福祉相談員の応援依頼 県保健師2人派遣(8/4～24まで)		乗組員遺族及び乗組員が帰郷していた住所地管轄の保健所	3回/週 県内他保健所から精神保健福祉相談員の応援を受ける。 (平成16年11月中旬～同年12月上旬)	県保健所の協力あり(住民の訪問等を行う。)
対策会議		関係医療機関の主治医との意見交換会(8/3～12/5 5回) 県被害者対策連絡協議会(8/8) 園部集団急性中毒症例に関する長期健康観察委員会(9/24～11年8/10 5回)		えひめ丸沈没事故被災者等支援のための連絡協議会の開催(H13.2月～H18.3月まで19回実施)	中越大震災における心のケア対策会議	市・保健所・医療機関・医師会・消防署等(JR・警察の協力得られない)
対策本部		7/26「園部第14自治会食中毒様症状対策本部」(本部長:市長) →7/29「園部毒物混入事件和歌山市対策協議会」11年9/30解散 初期:地元同名の対策本部設置		H13.2月に設置し、H18.3月に解散	ころのケア対策会議	市対策本部(4/25(事故後1時間15分)～5/9)
フォロー年数		対策本部:1年2ヶ月	個別カウンセリング	対策班としては5年だが、班解散後も相談窓口は残し、必要な人へ関わりを継続中	復興基金事業により「ころのケアセンター」設置。5年～10年目途。	対象者の把握が困難(市内の乗客6人のみ)。
PTSD回復状況		1年後成人被害者39人中 PTSD4人、partial PTSD3人		生徒:5年目には回復 乗組員:5年までに回復 遺族:現在も回復していない人あり		不明
予算		地域保健推進特別事業 義援金		県の予算(米国からの賠償金)	中越大震災復興基金事業	尼崎市
PTSD認知		総合検診時 (10/24～11年7/18 3回)		メンタルヘルス調査(生徒:H13.4月～H17.8月まで6回・乗組員:H13.5月～H15.1月まで3回・遺族:H16.7月～H17.7月まで3回実施) 専門医の診断(随時)		健康チェック(PTSDスクリーニング) <1回目5月19～21日と5月27日・2回目7月21日>
専門家の支援		県立医科大学より精神科医師の派遣(7/30～「心の相談窓口」へ) 県及び県精神医学ソーシャルワーカー協会より精神保健福祉相談員派遣(8/6～12/19「心の相談窓口」へ) 聖マリアンナ医科大学 医師(ヒ素中毒に関して) 和歌山県立医大・保健所非常勤医師・国立精神・神経センター・東京都精神医学総合研究所	武蔵野女子大:臨床心理士 佐賀女子短期大学:臨床心理士 国立肥前療養所:医師	兵庫県のケアセンター:医師 久留米大学:医師 武蔵野大学:医師・カウンセラー 武庫川女子大学:臨床心理士 正光会宇和島病院:医師・臨床心理士	ころのケアセンター	県立心のケアセンター
職員の研修		犯罪被害者に関する研修会(9/1)	被害者支援研修会(5月15日) 犯罪被害者支援に関する基本的考え方(5月29日)	メンタルヘルス研修会(H13.2月) カウンセリング研修会(H13.3月)	ころのケアセンターで実施	
PTSD研修		心のケア推進事業研修会 (8/25～12年3/27 5回)		ころのケアに関する研修会(H13.5月) ころの健康づくり研修会(H14.8月・H15.10月)	ころのケアセンターで実施	
代理受傷対策				支援者のためのワークショップ(H14.8月) 支援者支援検討会(H16.9月～H18.2月6回)		救助活動者が心的外傷(PTSDを念頭においた継続ケア必要)

犯罪被害者支援システム（案）



PTSD 患者を対象にした認知行動療法

分担研究者 小西 聖子¹⁾

研究協力者 吉田 博美^{2) 3)}

- 1) 武蔵野大学 人間関係学部
- 2) 武蔵野大学心理臨床センター
- 3) 武蔵野大学大学院

研究要旨：

武蔵野大学心理臨床センター及び単科精神科病院に来室・来院した犯罪被害女性 12 名を対象に、PTSD 症状の軽減を目的とした認知行動療法である Prolonged Exposure Therapy（以下；PE 療法）を施行した。治療効果を測定するために、治療の前後に CAPS（PTSD 臨床診断面接尺度）、IES-R（改訂版出来事インパクト尺度日本語版）、SDS、日本語版 DES を用いた。対象者のうち、9 名は PE 完遂、2 名は継続中、1 名は PE を中断し通常カウンセリングに移行した。PE 療法を完遂した 9 名の治療結果をみると、PTSD が改善したものは 4 名、PTSD 症状が軽減したものは 3 名、症状に変化が見られなかったものは 2 名であった。

PE 療法前後で各心理尺度得点に差があるかどうかを調べるために PE 完遂ケース 9 名を対象に Wilcoxon の順位和検定を行ったところ、PE 療法は犯罪被害の影響で生じた PTSD 症状 ($p=0.024$)、抑うつ症状 ($p=0.038$)、解離症状 ($p=0.012$) に効果が認められた。さらに PE 療法後のフォローアップ面接時では PTSD 症状 ($p=0.019$) と解離症状 ($p=0.008$) がともに軽減しており効果の持続が認められた。抑うつ症状においては有意な差が得られなかったが、症状の低下は見られた。PE 療法後も PTSD 症状の再発が少なく、日常生活に支障をきたしていた各症状が改善し、日常生活を過ごしやすくなったクライアントが多かった。

PE 療法は短期間であるが、クライアントにとって精神的にも、時間的にも負担のかかる療法である。情動処理を行うには、犯罪被害者の臨床を行う上での基本的な臨床能力を持っている臨床家が行う必要がある。しかし一定の臨床能力があり、各施設での事例検討及びスーパーヴィジョン制度が整えば、日常臨床でも使用できる効果的な心理療法である。今後は、犯罪被害者のための専門的な心理療法として専門家に PE 療法のトレーニングを行い、PE 療法を普及していくとともに、日本における PE 療法の知見を積み上げ、犯罪被害者にとって有効な心理療法をさらに検討していく。

A 研究目的

犯罪被害者の心理療法に認知行動療法が有効であることは、海外の多くの研究で実証されている。日本においても PTSD に焦点を当てた認知行動療法や EMDR の効果は認められているが、PTSD の治療効果研究の実証的な報告は少ない。

本研究班で行った昨年度の調査の結果でも、PTSD に焦点を当てた認知行動療法は有効であることがわかった。しかし、被験者は 4 名であり事例数としては少ない。そこで本年度は被験者を増やし、通常の臨床機関で PTSD に焦点を当てた認知行動療法の有効性を確かめることを目的に調査を行った。

B 研究方法

2004 年 5 月～2007 年 3 月に、武蔵野大学心理臨床センター、単科精神科病院に来室・来院した PTSD 患者 12 名を Prolonged Exposure Therapy 対象にした。

本研究で用いた治療技法は、慢性の PTSD 症状の軽減を目的にした Prolonged Exposure Therapy (以下 PE 療法)を用いた。PE 療法は PTSD 症状の軽減のみならず、PTSD とよく併存されるうつ症状、不安症状の軽減にも有効な認知行動療法である。担当セラピストは 6 年以上犯罪被害者の臨床を行っている精神科医 1 名、臨床心理士 2 名であり、この技法の開発者である Edna B.Foa からトレーニングを受けた。

PE 療法の除外基準は a)統合失調症、躁鬱病、器質性の精神障害、b)アルコール・薬物依存、c)6 ヶ月以内に顕著な自殺念慮があるもの、d)加害者との脅迫的な関係が継続していること、e)知的障害(自記式質問紙の

回答が困難な者)である。

PE 治療前後の心理検査は担当セラピスト以外の独立した評価者が実施した。

(倫理面への配慮)

研究の同意については、対象者に研究の目的と治療の内容について文書を用いながら口頭で説明し、書面による同意を得た。

治療技法

Prolonged Exposure Therapy

PE 療法は 10 セッション～15 セッション行い、1 セッションを 90 分から 120 分で行う。偶数回に IES-R と SDS を行った。

セッション 1 では、治療原理や概要、呼吸法の説明を行う。セッション 2 ではトラウマ反応に対する心理教育、現実曝露法の説明、不安階層表の作成、現実曝露法の宿題を設定する。セッション 3 では、イメージの中でトラウマ記憶に直面するための原理を説明し、40 分から 60 分間想像曝露法を行う。セッション 4 から 9(または 14)では、宿題の確認を行い、30 分から 40 分間トラウマ記憶に直面し、宿題を設定する。

最終セッションでは、クライアントと一緒に PE 療法の振り返りを行い、今後の計画や対応策などを話し合う。

心理尺度

PTSD 臨床診断面接尺度 (Clinician-Administered PTSD Scale; 以下 CAPS)

CAPS は米国の National Center for PTSD の研究グループによって開発された構造化診断面接法であり、面接時点より遡る 1 ヶ月間の症状評価(現在診断)と、外傷的出来事後から最近までの期間の症状評価(生涯診

断)が可能である[1]。日本語版は飛鳥井らによって標準化されており、海外の研究でも多く用いられている構造化面接である。

改訂版出来事インパクト尺度日本語版 (Japanese-Language Version of the Impact of Event Scale-Revised;以下 IES-R)

Weissらにより作成された PTSD の自記式症状スケールである。侵入的想起症状、回避症状、過覚醒症状を下位尺度とした 22 項目からなる質問紙である。日本語版は Asukaiらによって作成され、信頼性と妥当性が検証されている[2]。

日本版 SDS(Self-rating Depression Scale;以下 SDS)

Zung によって開発された抑うつ状態を測定する自記式質問紙である[3]。20 項目、4 件法で構成されている。日本語版は福田らによって開発され、信頼性と妥当性が検証されている。

日本語版 DES (Dissociative Experience Scale;以下 DES)

本研究では、田辺(1994)日本語版 DES (Dissociative Experience Scale)を使用した[4]。アルコールなどの薬物の影響下でない場合に、それぞれの項目にあるような体験の頻度がどれくらいかを直観的に答えるように教示した。

C 研究結果

1) 対象者

対象者は平均年齢 26.45±8.1 歳の PTSD 女性患者である。犯罪被害の内訳はレイプ 3 名、レイプ未遂(性交渉なし)2 名、性的虐待

1 名、監禁事件 3 名、DV2 名、交通事故 1 名であった。事前の精神科通院歴があったものは 5 名、そのうち 2 名は精神科入院歴があった。12 名の主診断は PTSD であるが、他の精神疾患も併存していた。併存している症状は大うつ病 9 名、BPD2 名、DDNOS1 名、摂食障害 1 名であった。

PE 施行時に薬物療法を併用していたものは 8 名であった。PE 療法を武蔵野大学心理臨床センターにて 9 名、単科精神科病院で 3 名に施行した。

2) PE 治療結果

PE セッションは隔週 1 回、90 分から 120 分のセッションを合計 11 回～14 回行った。PE 療法の結果は、治療を完遂したものが 9 名、PE 治療継続中が 2 名、PE 治療の途中で中断したものが 1 名であった(セッション 5 で中断)。PE 治療を完遂した 9 名のうち PTSD 症状が改善したものは 4 名、治療前より症状が軽快した者が 3 名、症状が悪化したものは 2 名であった。

3) PE 療法の PTSD 症状に対する効果

PE 療法を完遂した 9 名を対象に、治療前後で CAPS 得点及び IES-R 得点に差があるかどうか調べるために Wilcoxon の順位和検定を行ったところ、PE 療法前後で治療効果に差があることがわかった。よって PE 治療を行うことで PTSD 症状に差がみられた(表 1 参照)。

4) PE 療法の抑うつ症状に対する効果

PE 療法を完遂した 9 名を対象に、治療前後で SDS 得点に差があるかどうかを調べるために Wilcoxon の順位和検定を行ったとこ

ろ、PE 療法前後で治療効果に差があることがわかった。よって PE 治療を行うことで抑うつ症状に差がみられた(表1参照)。

5) PE 療法の解離症状に対する効果

PE 療法を完遂した9名を対象に、治療前後で DES 得点に差があるかどうか調べるために Wilcoxon の順位和検定を行ったところ、PE 療法前後で治療効果に差があることがわかった。よって PE 治療を行うことで解離症状に差がみられた(表1参照)。

表1 PE 治療前後の治療効果

	治療前	治療後	p値
CAPS	85.30	54.78	0.024
IES-R	62.10	36.22	0.021
SDS	60.40	52.67	0.038
DES	34.23	19.89	0.012

N=9

6) PE 療法効果の持続について

PE 療法後の効果の持続を検証するために、Freidman の検定を行った。その結果、3ヶ月後の CAPS 得点、IES-R 得点、DES 得点ともに有意な差が認められた。よって、治療後3ヶ月の時点でも PTSD 症状、解離症状については治療効果が持続していた。(表2参照)。

表2 PE 療法効果の持続

	治療前	治療後	3ヶ月	P 値
CAPS	87.67	53.33	44.00	0.019
IES-R	58.00	34.83	30.17	0.032
SDS	59.67	51.50	47.83	0.115
DES	30.86	15.15	9.94	0.008

N=6

D 考察

1) PTSD 患者の心理療法について

犯罪被害者には高い確率で PTSD や大うつ病の疑いがあることが、日本においても明らかになっている[5, 6]。PTSD の心理療法としては、認知行動療法が推奨されている。中でも長時間曝露療法 (Prolonged Exposure Therapy) [7]、認知処理療法 (Cognitive Processing Therapy) [8]、ストレス予防訓練 (Stress Inoculation Training) などは PTSD に対する効果が欧米の実証的研究で明らかにされている[9-11]。

さらに、本研究で用いた PE 療法は PTSD 症状のみならず、PTSD と同時に合併する抑うつ症状、不安症状、解離症状にも効果があると多くの研究で証明されている[7, 12-16]。本研究の結果からも、PE 療法は PTSD 症状だけでなく、合併していた抑うつ症状、解離症状も軽減し、PE 療法は有効であることが明らかになった。

PE を終了した9名のうち4名は PTSD 症状が改善し、抑うつ症状、解離症状も同時に軽減した。PTSD が改善した4名は出来事から2年以内の PTSD 患者であった。残りの3名は治療前よりも PTSD 症状、抑うつ症状、解離症状が軽減していた。

9名中2名は、PE 療法開始後よりも PTSD 症状に変化はなかった。PTSD 症状に変化がなかったものは、事件前から感情の麻痺が強く、出来事を語る際に情動的な関わりを持つことが難しかったこと。また、出来事の際に感じていた感情が出来事以前の外傷体験と結びついており、限られたセッションの中では治療者が扱いきれなかったことも考えられる。PE の最終セッションで PTSD 症状の得点が治療前に比べて高くなったクライエン

トの感想を聞くと、「自分では PE 療法を始めの前に比べて少しよくなったと思う」「今まで出来事のことを考えないようにしてきたけど、すごい出来事だったということを実感できるようになった」と感想を述べている。これは担当セラピストの臨床的な印象とも一致している。治療後に得点が高くなったのは、治療前の得点は解離症状、回避症状が強く、実際の症状よりも評価得点が低い可能性があったこと、さらに、PE 療法を行うことで出来事の直面化を行ったため、馴化が起こる前にセッションが終わってしまったことなどが考えられる。

また PE 療法はクライアントが出来事の話をする際に感情を伴って話ができるようにサポートすることが大切である。クライアントの情動的な関わり方を調整することはセラピストの臨床的技術力が求められる部分である。しかし、今後日本で犯罪被害者の治療として PE 療法を推進していくためには、情動処理をする際の臨床技術についても出来る限り明確にし、トレーニングを行うシステムを整備する必要があるだろう。本研究班では今年度、PE 療法のワークショップを実施したが、来年度は継続研修及び、スーパーヴィジョン制度を充実させ PE 療法の普及活動を行う予定である。

PE 療法の普及については Foa らが研究を行っており、性暴力被害者の治療を行っている地域レイプクライシスセンター (Women Organized Against Rape; WOAR) の臨床家に PE 療法を導入し、治療転帰を調べた。その結果、認知行動療法の専門家と WOAR のカウンセラーの治療効果は同等であった。これは、認知行動療法の経験が最低限あり、PE 療法のトレーニング及びスーパーヴィジ

ョンの制度を整えれば公的機関及び地域のクリニックでも PE 療法を施行できることを示している。[15]

この結果は、日本で犯罪被害者に対する専門治療を一般的に普及していくためにも重要な知見である。今後は、日本人にあった PE 療法を考慮していくとともに、使用しやすく、かつわかりやすいマニュアルを作成し、スーパーヴィジョンの体制も整えることが課題として残されている。

2) PE 療法の効果の持続、再発防止

PE 療法は1週1回 90 分から 120 分の治療を全部で 10 回から 15 回行うものであり、セッションだけでなく宿題も行う。通常の心理療法と比較すると出来事に触れる時間や精神的負担が大きい治療法である。しかし、PTSD のクライアントは再体験症状によって出来事に関与している時間が長い。

心理療法の中で、外傷体験の記憶を整理し、コントロールできるようになると外傷体験を過去体験として受け止め、記憶を思い出しても危険ではなく、自分は大丈夫であるという感覚を身につけることができる。PE 療法を行う前は、記憶に支配されているように感じていたものも、自分で記憶をコントロールできるようになるとさらに安全感を取り戻し、対処法を身につけることで自尊心を少しずつ取り戻すことができる。

また、犯人が捕まって警察から連絡がくるなど外傷体験と強く関わっており、出来事を思い出す状況があっても、「動揺したり症状の悪化はあるもののクライアント本人が自分で対処したり、一時的に悪化しただけで再発したわけではない」と思えるようになることも多くのクライアントが語る感想である。この

ように、PE 療法後の PTSD 症状の再発が少ないことや薬物治療で変化が見られなかった後でも治療効果があることは、PE 療法の大きな特徴である。

来年度は PE の施行ケースをさらに増やして治療待機群と PE 療法の治療効果比較研究を行い、犯罪被害者にとって有効な心理療法を検討していく必要がある。

E 結論

本研究では、12 名の犯罪被害者女性を対象に PTSD に焦点を当てた Prolonged Exposure Therapy を実施した。

前年度の結果と同様に、PE 療法は犯罪被害の影響で生じた PTSD 症状、抑うつ症状、解離症状に効果があることが明らかになった。さらに、PE 療法後のフォローアップ時でも治療効果は持続していることが認められた。PTSD 症状の再発が少なく、日常生活に支障をきたしていた各症状が改善し、対処法が増えると、徐々に活動範囲も広がり、日常生活を過ごしやすくなったクライアントが多かった。

また、一時的にはあるにせよ、PE 療法はクライアントにとって精神的にも、時間的にも負担がかかる療法である。効果のある療法であるからこそ、犯罪被害者の臨床を行う上での基本的な臨床能力を持っている臨床家が行う必要がある。しかし、一定の臨床能力があり、施設での事例検討及びスーパーヴィジョン制度が整えば日常臨床でも使用できる効果的な心理療法である。

今後は、犯罪被害者のための専門的な心理療法として専門家にトレーニングを行い、普及していくとともに、PE 療法の施行ケースを増やして日本における PE 療法の知見を

積み上げ、犯罪被害者にとって有効な心理療法を検討していくことが重要であると考えられる。

F 参考文献

1. Blake, D.D., Weathers, F.W., Nagy L.M., et al, *The development of a Clinician-Administered PTSD Scale*. Journal of Trauma Stress, 1995. 8: p. 75-90.
2. Asukai, N., Kato, H., Kawamura, N., et al, *Reliability and validity of the Japanese-language version the Impact Event Scale-Revised (IES-R-J) : Four studies of different traumatic events*. Journal of Nervous and Mental Disease, 2002. 190(3): p. 175-182.
3. 福田一彦ら, *SDS—自己評価式抑うつ性尺度(使用手引き)*. 三京房, 1983.
4. 田辺肇ら, *解離性体験と心的外傷体験との関連—日本版 DES (Dissociative Experiences Scale) の構成概念妥当性の検討—*. 催眠学研究, 1994. 39(2): p. 1-10.
5. 広幡小百合ら, *性暴力被害者における外傷後ストレス障害 抑うつ、身体症状との関連で*. 精神神経学雑誌, 2002. 104 巻 6 号: p. 529-550.
6. 佐藤志穂子, *死別者における PTSD—交通事故遺族 34 人の追跡調査—*. 臨床精神医学, 1998. 27(12): p. 1575-1586.

7. Foa, E.B.R., *Treating the Trauma of Rape: Cognitive Behavioral Therapy for PTSD*. 1998, New York, NY: Guilford Press.
 8. Resick, P.A., P. Nishith, and M.G. Griffin, *How well does cognitive-behavioral therapy treat symptoms of complex PTSD? An examination of child sexual abuse survivors within a clinical trial*. *CNS Spectr*, 2003. 8(5): p. 340-55.
 9. 大野裕、金吉晴, エキスパートコンセンサスガイドラインシリーズ PTSD. 2005, アルタ出版: 東京.
 10. エドナ・B・フォア、テレンス・M・キーン、マシュー・J・フリッドマン, PTSD 治療ガイドライン—エビデンスに基づいた治療戦略—. 2005, 東京: 金剛出版.
 11. Association, A.P., *American Psychiatric Association Practice Guidelines—Practice Guideline for the Treatment of Patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder*. 2004.
 12. Foa, E.B., B.O. Rothbaum, D.S. Riggs, et al., *Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling*. *J Consult Clin Psychol*, 1991. 59(5): p. 715-23.
 13. Foa, E.B., C.V. Dancu, E.A. Hembree, et al., *A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims*. *J Consult Clin Psychol*, 1999. 67(2): p. 194-200.
 14. Edna B.Foa., T.M.K., Matthew J.Friedman, ed. *Effective Treatments for PTSD*. 2000, The Guilford Press.
 15. Foa, E.B., E.A. Hembree, S.P. Cahill, et al., *Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: outcome at academic and community clinics*. *J Consult Clin Psychol*, 2005. 73(5): p. 953-64.
 16. Rothbaum, B.O., M.C. Astin, and F. Marsteller, *Prolonged Exposure versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims*. *J Trauma Stress*, 2005. 18(6): p. 607-16.
- G 論文発表**
- 小西聖子:精神医学におけるPTSD概念の変遷—それはどのように司法とかかわっているか—. In 犯罪の多角的検討. 田口守一、井上正仁、井田良、椎橋隆幸編 有斐閣:東京, pp. 425-439, 2006
- 小西聖子: 犯罪被害者の心の傷[増補新版]. 白水社:東京, 2006.

吉田 博美、小西 聖子:外傷後ストレス障害のための心理療法に関する最新の知見—Prolonged Exposure therapyを中心に—. 武蔵野大学心理臨床センター紀要 第6号, p1-8, 2006.

小西聖子: 精神的・身体的被害の回復・防止への取組——精神科医から見た犯罪被害者等基本計画. 法律のひろば vol.59 no.4; 24-30, 2006.

小西聖子: 暴力被害の体験とPTSD. こころの科学 129; 71-76, 2006.

小西聖子: 犯罪被害者等基本法と日本におけるトラウマティック・ストレス研究の進展. トラウマティック・ストレス 第4巻第2号; 145-153, 2006.

小西聖子: 修復的司法と被害者支援—犯罪被害者にかかわる精神科医の立場から—. 法律時報 78 巻 12 号; 60-66, 2006.

大山みち子、吉田博美: 犯罪被害者の心理的支援の基礎. 心と社会, vol.126, 37 巻 4 号, p76-80, 2006.

H 学会発表

吉田博美、小西聖子、井口藤子: 性暴力被害者の心理療法研究—Prolonged Exposure therapyの適応について—. 第25回日本心理臨床学会, 関西大学, 大阪, 2006.

Kim Y, Konishi T, Motomura N, et al: Intervención en desastres masivos y salud mental en Japón (symposium).

World Congress on Traumatic Stress, Buenos Aires, Argentina, 2006.

Miyaji N, Kamo T, Konishi T, et al.: Victimización de mujeres en Japón (symposium). World Congress on Traumatic Stress, Buenos Aires, Argentina, 2006.

加藤寛、小西聖子、藤森和美、司会・大山みち子: 犯罪被害とトラウマの心理的ケア. 日本トラウマティック・ストレス学会プレシンポジウム 武蔵野大学 東京, 2006.

Hiromi Yoshida、Takako Konishi、Sachiko Nosaka : Mental Illness of Intimate Partner Violence in JAPAN (poster) . International Society for Traumatic Stress Studies 22st Annual Meeting , Hollywood,California,USA , 2006.

Sachiko Nosaka, Hiromi Yoshida : Sexual Victimization in Japanese Childhood (poster) . International Society for Traumatic Stress Studies 22st Annual Meeting , Hollywood,California,USA, 2006.

野坂祐子、岩切昌宏、吉田博美、小西聖子、藤森和美: 学校現場における緊急対応—養護教諭の対応とニーズについて—. 第25回日本心理臨床学会, 関西大学, 大阪, 2006.

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
分担研究報告書

＝犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究＝

心理相談室における犯罪被害者への心理的支援の方法・技法について
－相談員に対するインタビュー調査－

分担研究者：大山みち子（武蔵野大学）

研究協力者：道家木綿子（東京大学ハラスメント相談所）

研究要旨：

日本でも、犯罪被害者への心理的援助の必要性が広く認識され、犯罪被害者のための機関が一応の普及をみるようになった。現在の段階をふまえ、本研究は、犯罪被害者を特に対象としない、種々の心理相談機関においても、また被害者に対象を特化した心理療法の訓練を受けていない臨床家であっても、よりよく相談を行うことができるように図ることが必要である、との問題意識から行ったものである。

平成17年度には、武蔵野大学心理臨床センターで新規に受理し面接を行った事例の記録を全数調査し、内容を検討した。該当する382名の相談者の過半数が犯罪被害者であり、その中で最も多い被害内容は性暴力の73名で、19%を占めていた。そこで得た知見をもとに、本年度は下記の調査を実施した。

目的

犯罪被害者に対する相談活動を行っている心理相談員が、どのようなことに配慮し、どのようなことに着目しているか、またどのように疲弊や事故を防いでいるかを調査し、内容を分析する。それによって、きわめて習熟しているとはいえない一般的なセラピストであっても大過なく相談活動ができるよう、相談にあたって念頭に置くべき点について指針を示す。

方法

対象は、武蔵野大学心理臨床センターに勤務する心理相談員8名、調査期間は2007年1月から2月である。インタビュアーは、外部の臨床家2名のうちいずれか1名が担当した。

方法は、質問項目を用意し、質問内容を中心にインタビューをする半構造化面接である。これらの回答から得られた内容を、個人が特定できないように質問項目ごとに分析を行った。

結果

たとえば電話相談においては、基本的な情報は聴取しつつも、できるだけやわらかい

トーンでゆっくりはっきり話し、慎重にことばを選ぶ、相談者が何を求めているのか希望や動機をつかむようにする、被害体験を話し始めた場合には聞くことを基本としつつも、安全な場所で安心して話せる状態にあるのかも確認し、心身の状態が悪い場合には早めに止めるなどの、臨床上有益と思える点が列挙された。この内容を元に、次年度は、通常の心理相談活動の経験はあっても、犯罪被害者の相談に長けてはおらず、また特別な技能を持たない臨床家に対して、配慮することが望ましい点について、提言したい。

<平成18年度の研究成果について>

はじめに

わが国の犯罪被害者への心理的支援の状況は、ここ15年ほどの間に、それまでには想像できなかった速さで、大きな発展を遂げている。

1992年に東京医科歯科大学難治疾患研究所に、犯罪被害者相談室が開室され、電話心理相談活動を開始したことを端緒に、1995年茨城県に水戸被害者援助センター（現いばらき被害者支援センター）が、1996年に大阪府に大阪被害者相談室（現大阪被害者支援アドボカシーセンター）が発足するなど、全国に犯罪被害者を支援する団体が生まれ、活動するようになった。そこでの活動内容は、ボランティアによる電話相談や、臨床心理士・医師による心理療法、裁判への同行、自助グループの運営の補助など、多岐にわたっている。その後、それらの団体によって1998年には全国被害者支援ネットワークが結成され、2005年の時点で参加団体は40を数えるまでになっている。

またこうした流れに続いて、2005年にいわゆる犯罪被害者等基本法が成立するなど、法的な分野でも大きく前進した。2002年に日本トラウマティック・ストレス学会が発足したことはひとつの転換点であり、すでにあった各心理学・精神医学の学会でも、

犯罪被害者の心理・症状やその援助について、さまざまな形で改めて取り上げられるようになってきている。このほかにも、報道・教育・司法矯正などの各分野で、犯罪被害者の現状と対応について、着目されるようになってきている。

しかし、その一方で、現在もなお、心理臨床を専門業務とするものであっても、経験・研修不足のためか、犯罪被害者を対象とすることに戸惑いがみられる。たとえば、犯罪被害者に対しては、何らかの特化した技法を会得しないと心理的援助が行えないと感じ、現在会得している技法や、活動している臨床の場の枠内で専門的援助を行うことに消極的な例が見受けられる。

したがって、より多くの犯罪被害者が、よりよい心理的支援を受けられるようにするためには、これらの状況を打開することが不可欠である。その一助として、実際に犯罪被害者を対象として、大過なく心理的援助を行っているところでの実践を調査し、有形無形のくふうについて知見を得て、実用的な提言を行うことが必要であるという認識が、本研究の背景にある。

目的

本研究の大きな目的は、被害者支援を中心としないさまざまな心理臨床の場でも、通常の業務の一環として、無理なく、臆せず、よ

り円滑に援助できるように図ることである。

そのための指針となる、特別な技法の習得などを必要としない、現実的な範囲から離れない情報を提供することを目的とする。

実際には、被害者への心理的援助の事例を多く抱えながら、比較的円滑に運営している施設の実情を調査し、もって実現可能な方策を提言する。

方法

犯罪被害者に対して相談活動を行っている機関の相談員に、どのようなことに配慮しているか半構造化面接によるインタビュー調査を行い、その録音逐語記録から、質問項目ごとに内容を分析する。面接時間は1時間から1時間半程度。

対象：武蔵野大学心理臨床センターの相談員（常勤教員を除く）。9名在籍しているうち、8名に実施することができた。なお、武蔵野大学心理臨床センターは、犯罪被害者のみを対象とした相談機関ではなく、他の心理的な悩みを持つ人々についても広く対象としている。

調査場所：武蔵野大学心理臨床センター面接室

インタビュアー：外部の臨床家2名のうち、いずれか1名

調査期間：2007年1月～2月

質問項目：以下のとおり。

I 個人データ

①年齢、②性別、③資格、④最終学歴、⑤臨床経験、⑥犯罪被害者への心理的支援の臨床経験年数および心理的支援以外の犯罪被害者支援の経験年数、⑦武蔵野大学心理臨床センター（以下センターと略）での現在の勤務状況（週あたりの勤務日数と勤務時間、常

勤・非常勤の別）、⑧センターで現在担当しているケース数、⑨センターで今までに担当したケース数（概算）

II 電話相談 犯罪被害者の電話相談を受けている場合について

①電話相談で留意していること、②電話相談の目的についての考え、③電話相談の中で聞き取る内容、④電話相談の中で、被害体験について相談者が話し始めた場合、留意していること、⑤医療機関など他の機関との連携のしかた

III 面接相談 犯罪被害者の心理面接相談を受けている場合について

①どのような事例が心理面接に向いていると考えるか、②インテークで聞く内容、③インテークで被害体験についてどの程度聞くか、またその際どのような点に留意しているか、④医療機関など他の機関との連携のしかた、⑤心理面接で留意していること、⑥セラピストとして相談者に助言すること、⑦心理面接での目標、⑧心理面接の中で、回復に寄与している点についての考え

IV 犯罪被害者に対する相談一般について

①犯罪被害者の心理的支援のために、主体機関に求めること、②これまでに受けた研修などで、犯罪被害者支援に役に立ったと考える内容、③（外部の者による）スーパービジョンの有無、④よってたつ理論や技法、⑤相談活動で困った場合や迷った場合の方策、⑥犯罪被害者の心理的支援に必要な知識や技術についての考え、⑦犯罪被害者支援に携わるために留意・工夫している点、など

（倫理面への配慮）

本研究は、武蔵野大学倫理審査委員会の承認を得ている。また相談員の個人が特定され

ないように、調査データは匿名化した。

結果

現在、内容の分析を進めているところであるが、基礎データなどをいくつかここに掲載する。

個人属性

- ①平均年齢 35.8歳 (SD10.6)
- ②資格 臨床心理士(5名)、精神保健福祉士(1名)、医師(1名)、特になし(1名)
- ③最終学歴 大卒(1名)、大学院修士(4名)、大学院博士課程在籍(3名)
- ④臨床経験 平均6.8年 (SD5.6)
- ⑤犯罪被害者への心理的支援の臨床経験 平均5.5年 (SD3.7)
- ⑥心理支援以外の犯罪被害者支援の経験あり(3名) 内訳：自助グループ、意見書・鑑定書作成、裁判所付き添いなど
- ⑦センターでの現在の勤務状況 平均1.9日 (SD1.1)
- ⑧センターで現在担当しているケース数 面接：平均5.5ケース (SD4.9)、継続電話相談：平均0.3ケース (SD0.5)
- ⑨センターで今までに担当したケース数 面接：平均25.1ケース (SD42.9)
(注：経験の長さが大きく異なることから、経験しているケース数にも大きなばらつきがある) 継続電話相談：平均0.9ケース (SD2.1)

回答内容まとめ

経験の多寡に幅があるが、比較的多く得られた回答などをまとめると以下のとおりである。心理相談の端緒となる、電話相談に関するものを中心に述べる。

電話相談の目的

- ・ アセスメント
- ・ スクリーニング
- ・ 面接に来られない人へのサポートティブなかかわり
- ・ 相談者の話を整理して落ち着かせる
- ・ 情報提供

聞き取る内容

- ・ 年齢・性別・職業・既往歴など基本情報
- ・ 主訴
- ・ 現在の症状・状態像、現在の適応状況
- ・ 被害の内容
- ・ 来談経路
- ・ 医療やカウンセリング、他機関の援助の有無
- ・ 動機

留意していること

- ・ 電話なので、ゆっくりはっきり話し、慎重に言葉を選ぶ
- ・ 生活状況や体調、睡眠や食事のことなど、具体的なことも聞く
- ・ 二次被害を与えないように注意する
- ・ 相談者が何を求めて電話しているのか、希望・動機をつかむ

被害体験について話し始めた場合、留意している点

- ・ 基本的には受け止める
- ・ 相談者が尋問されているような気持ちにならないよう、柔らかいトーンで話す
- ・ 今、安全な場所において、安心して話せる状態であるのか確認する
- ・ 具合が悪いことが想像される場合、早めに止める

考察

<本研究の意義>

ひろく一般の心理相談も引き受けている心理臨床機関において、本研究の調査対象となった機関のように犯罪被害者関連の相談が中心となっているところは、ほとんど類をみないといつてよいだろう。

共通の事例を多く扱っているでは、おのずとその事例に合わせた臨床技法の研鑽・研究が効果的に行われていることが期待できる。また、ここでの相談活動の方法が、他の場においても応用可能なものであれば、臨床技法の発展のためにきわめて有用であると考えられる。

犯罪被害者に対する心理的援助をよりよく行うには、熟達者による臨床活動を見て学ぶ、あるいは特化した技法を体得することも重要であるが、そればかりではなく、その機会に恵まれない多くの臨床家に参考となるような、より現実的なヒントが必要である。

武蔵野大学心理臨床センターで行われている相談活動は、いわゆる名人芸的な心理療法や特別な技法を用いたものばかりではないが、これまで一般の相談であっても被害者相談であっても、比較的順調に現在に至っているといつてよいだろう。そこでの臨床上のくふうは、一般の相談機関で被害者相談を行うのに利する、現実的で応用の利くものであることが期待できる。

また、本邦において、被害者相談を活発に行っている心理臨床機関の実態を明らかにしたことに限っても、本調査は意義あるものであると考える。

今回の回答内容を見ると、そのまま、犯罪被害者相談中心の臨床活動に限らず参考になり得る留意点であるが、換言すれば、実はこれらに留意することが、犯罪被害者に対しても比較的問題なく心理的支援を行うこと

に寄与するといつてよいだろう。

ことに、今回のインタビューの属性でも紹介したように、彼らは必ずしもベテランばかりではなく、経験年数にもばらつきがある。それでもインタビューから有効であると認識され自発的に語られる要素は、示唆に富むものとして考える価値があるだろう。

なお、前年度の面接記録をもとにした調査では、内部の当事者のみでの調査という限界があったことを踏まえ、今回は、インタビューを外部の者とし、回答内容で個人が特定できないように図るなど、管理者とスタッフという関係性によるバイアスや、内部の調査による客観性の乏しさをできるだけ排除するよう配慮した。

<本研究の課題>

しかしこれらの配慮を行った本年度の研究においても、いくつかの課題が残り、調査の限界にも触れねばならない。

分析の不足

まず経験の長さによって心がけるべき点や可能な方法も異なるだろうし、あくまで彼らインタビューから得た、現時点での回答であつて、ここに掲げた現状がすなわち成功への方向を示すとは限らない。また、今回の方法は、質問項目ごとの分析であり、各々のインタビューを分析したものではない。したがって、それぞれの方策の組み合わせは検討されておらず、中には望ましくない技法や配慮の組み合わせもあるかもしれない。

いずれにせよ、今回の報告の段階では情報は羅列的なものであり、分析が十分なものではない。したがって、これらの情報について、そのまますべてを同じように行うことを推

奨めるものではない。

客観的・批判的な検討の不足

本年度の調査は、前年度の考察を踏まえて、外部の者によるインタビューなど、より客観的な方法を試みた。しかし、たとえばこれらの回答内容すなわち心がけている配慮等についての、クライアント自身による評価はなされておらず、相談員の配慮が的を射たものであるとは断言できない。

また、一機関についての検討である限界はあり、特に、そこにある環境たとえば面接室の構造や気候、地理などのノンヒューマンな要因や、心理臨床センターや相談員に関するハロー効果など、今回の調査結果の内容とは別の要因が回復に寄与していることも否定できない。

しかしながら、これらの限界を念頭におきつつ、必ずしも熟達した者でなくとも心理的援助を行うことができるように実用的な指針を提言する、という本来の目的にかなう分析が今後可能であると考えている。

展望

今回の調査内容をもとに臨床経験の多寡や年齢などさまざまな違いを持つ相談員であっても、有用であると認める点を中心に、実際の相談活動に携わる者にとって有効であるような、指針を示す資料を作成する予定である。

文献

エマーソン、R. ら (1998)、方法としてのフィールドノート、佐藤郁哉ら訳、新曜社、Emerson, R. M. et. al (1995), Writing Ethnographic Fieldnotes, The University of

Chicago Press, Chicago

大山みち子 (2000)、被害者相談に置ける事例検討の重要性 ブリーフサイコセラピー研究 9、pp. 166-173

大山みち子 (2000)、性犯罪被害者の心的外傷臨床 臨床心理学大系17巻 11章 心的外傷の臨床、河合隼雄ら編、金子書房、pp. 213-229

大山みち子 (2002)、性犯罪被害女性の心理療法の経過 特集 PTSDの理論と治療の実際 こころの臨床ア・ラ・カルト 21 (2)、星和書店、pp. 203-207

大山みち子 (2002)、被害者支援と被害者心理、講座被害者支援第4巻 第4章、諸澤英道・小西聖子編、東京法令出版、pp. 122-148

大山みち子 (2003)、犯罪・災害の被害者への心理的援助とその周辺 長崎純心大学心理教育相談センター紀要2、pp. 3-12

大山みち子 (2003)、「児童虐待へのブリーフセラピー」 虐待をめぐる心理療法とブリーフセラピーについてのささやかな覚書 宮田敬一編、金剛出版、pp. 89-104

大山みち子 (2004)、被害者相談における連携について 臨床心理学4 (6)、pp. 748-752

大山みち子 (2004)、「より効果的な心理療法を目指して—ブリーフサイコセラピー

- の発展-2」 第2章 被害に対する治療・援助・支援のあり方 日本ブリーフサイコセラピー学会編、金剛出版、pp. 97-107、
- 武蔵野女子大学心理臨床センター活動報告 (2002)、武蔵野女子大学心理臨床センター紀要第2号、pp. 29-36
- 大山みち子(2005)、「心理療法ハンドブック」 被害者ケア 乾吉佑ら編、創元社、pp. 458-463
- 武蔵野女子大学心理臨床センター活動報告 (2003)、武蔵野女子大学心理臨床センター紀要第3号、pp. 53-55
- 大山みち子 (2005)、こころのケアの行方-被害者相談から援助の方法を考える、外来精神医療 5 (1)、pp. 64-67
- 武蔵野女子大学心理臨床センター活動報告 (2004)、武蔵野女子大学心理臨床センター紀要第4号、pp. 69-71
- 大山みち子、吉田博美 (2006)、犯罪被害者への心理的支援の基礎、心と社会 No. 126、日本精神衛生会、pp. 76-80
- 無藤隆ら編 (2004) 質的心理学、新曜社
- 大山みち子 (2006)、家族と被害者支援、家族療法研究 23 (3)、pp. 253-257
- 佐藤郁哉 (1992) フィールドワーク、新曜社
- 奥村正雄 (2005)、犯罪被害者のニーズ-2回の犯罪被害者実態調査をとおして-、被害者学研究 (15)、日本被害者学会、pp. 21-33
- 山上皓 (1999)、被害者の心のケア、ジュリスト1163号、有斐閣、pp. 80-86
- 東京都犯罪被害者支援連絡会 (2003)、犯罪被害者支援ガイドブック (改訂版)、pp. 20-24
- 山上皓 (2000)、犯罪被害者支援の必要性と精神保健政策についてのその意義、心と社会 No. 99、日本精神衛生会、pp. 58-63
- 中島聡美 (1997)、犯罪被害者の心のケアをめぐる問題 法律のひろば、ぎょうせい、pp. 37-44
- 山上皓 (2003)、被害者支援の歩み 被害者支援ボランティアのための研修マニュアル 全国被害者支援ネットワーク、pp. 1-13
- 武蔵野女子大学心理臨床センター活動報告 (2002)、武蔵野女子大学心理臨床センター紀要第1号、pp. 39-43
- 学会発表
大山みち子 「犯罪被害者支援をめぐる諸問題」 日本コミュニティ心理学会第8回大会公開シンポジウム 2005

大山みち子 「犯罪被害者相談から援助の方法を考える」 日本外来精神医療学会第5回
大会シンポジウム 2005

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
分担研究報告書

「心的外傷後ストレス障害に対する効果的な介入について

－ 認知処理療法（Cognitive Processing Therapy）の我が国への導入 －

分担研究者 堀越 勝 筑波大学大学院人間総合科学研究科

研究協力者 福森崇貴 筑波大学大学院人間総合科学研究科
檉村正美 筑波大学大学院人間総合科学研究科

1. 研究課題

我が国における犯罪による被害者のメンタルなケア、特にトラウマティックな体験が引き金となって発症する外傷後ストレス障害（以下 PTSD）への効果的な介入を特定し、検討、また日本文化に適合した形に改良し、導入することが課題である。さらに、その介入方法が十分な効果を発揮するかどうかについて検証するとともに、分かり易いマニュアルの作成など介入法をなるべく多くの専門家が活用することが出来るように配慮し、総合的な訓練のシステムを構築する。また、治療だけではなく、予防や予後も被害者に対するケアの大切な一部と考え、心理教育の充実を図る。

2. 研究の背景

本研究班では犯罪被害者のメンタルケアについて取り組んでおり、本分担研究では昨年度、こうした非日常の危機的な状況から生まれるメンタルな問題、特に PTSD に対するケアについて、広く介入法を探り、効果研究の結果などを参考に検討を行い、日本に導入するのに適すると思われる幾つかの方法に絞り込む作業をおこなった。その結果については昨年度の研究報告で紹介した。

本年度は、効果研究の結果などを踏まえて幾つかに絞り込んだ PTSD への介入法の中から、さらに Cognitive Processing Therapy (CPT: 認知処理療法) に特化して、検討を行った。昨年絞り込んだ PTSD への介入方法の中で、効果の面で際立っていた療法は、フォア (Foa) らが行っている Prolonged Exposure Therapy (長期間曝露療法: 以下 PE) とレイシック (Resick) らの認知処理療法 (Cognitive Processing Therapy: 以下 CPT) であった。効果の点でこの両者は甲乙つけ難く、共にエビデンスに基づいた十分な治療効果が報告されている。しかし、PE に関しては、既に日本国内で紹介されているだけでなく、本研究班においてもトライアルが進められているため、さらに犯罪被害者へのケアの幅を広げるべく、本研究ではもう一方の CPT に注目し、将来的にはこの介入法を日本に導入することを決定した。本研究班は、被害者に対する効果的な介入であれば、特定の介入法に囚われず、幅広く効果のあるものを紹介し、多様な被害者に対しそれぞれに適する介入法を実施することを目指しているため、CPT の日本への導入は本研究班の研究目的とも合致している。

3. PTSDに対する認知的な介入：認知処理療法

● 認知処理療法について

先述のように、本年度は、PTSD への介入法の内、効果があると考えられるものに焦点をあて、より具体的な研究に着手する計画であった。PTSD に対する既存の効果研究の結果によれば、PTSD に対する介入方法で確かな効果を上げているものの一つとして、認知行動療法 (CBT) がある。CBT は非現実的な認知の変容を認知的また行動的な方略を用いて行う介入法の総称とされることが多いが、これら介入法の中でも、PTSD 治療という点で近年特に注目を浴びているのは、PE と CPT である。今年度は認知療法と曝露療法の統合型の介入と考えられる CPT に注目し、その介入方法の日本への紹介、マニュアルの翻訳などに取り組んだ。この介入方法は対象をレイプ被害者と特化してきた点、効果研究がそれほど多く行われていない点などから、検討の余地があるとされていたが (Foa et. al, 2000)、ここ数年間の研究成果は目覚しく、現時点ではレイプ被害者だけではなく、その他の PTSD のケースにも応用可能なものとなっている。最近の効果研究では、その手続き、そして結果においても特筆すべきものがある。また、これまで、一般が手にすることの出来る CPT のマニュアルはレイプ被害者を対象にしたものしか存在しなかったが (Cognitive Processing Therapy for Rape Victims, Resick & Schnicke, 1996)、現在では、他のケースにも応用できるように全般的なマニュアルも作られている (最新の物としては、2007 年の 1 月に発行された従軍者・軍関係者用のマニュアルが存在する)。また、臨床家の間では定番とされている、Barlow の Clinical Handbook of Psychological Disorders: Step by Step Treatment Manual における、

PTSD への介入の章は (2 章)、CPT であることから判るように、PTSD の治療という点では海外での CPT に対する評価は非常に高い。

CPT の効果については、2002 年に報告されたレイプ被害者における PE と CPT の比較では、CAPS、その他のスコアの比較において、CPT は PE とほぼ同等または、それ以上の効果を上げている (Resick, Nishith, Weaver, Astin & Feuer, 2002)。具体的には、治療前、治療後、3 ヶ月後、そして 9 ヶ月後の結果比較を行っているが、結果としては、3 ヶ月後では CPT が、そして、9 ヶ月後では PE が CAPS (後述) の平均得点でやや優位な結果を示している。また、レイシックらの 5 年間のフォローアップでは両者は CAPS の得点において、ほぼ同レベルのスコアを記録している。また、CAPS の得点はどちらも、治療終了の段階から、PTSD と診断できる基準値を下回っている。興味深い点は、認知面、特に罪悪感については CPT が PE に比べ良い結果を残している点である。比較に用いられた査定ツールは、インタビュー形式の査定方法として、Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS)、Structured Interview for DSM-IV-Patient Version (SCID)、Standardized Trauma Interview の 3 つと、自己申告型のものとして PTSD Symptom Scale (PSS)、Beck Depression Inventory (BDI)、そして Trauma-Related Guilt Inventory (TRGI) の 3 つであった。実際の介入は、CPT はレイシックに、PE はフォアに直接指導を受けてそれぞれの療法に精通した同レベルの心理士によって行われている。また、セッションは全て録画されて第三者によって評価され、それぞれの療法がきちんと行われているかどうかを確認する作業も含まれている。

図1は、治療を完了した者のCAPSのスコアの推移を5年間追跡したものである。

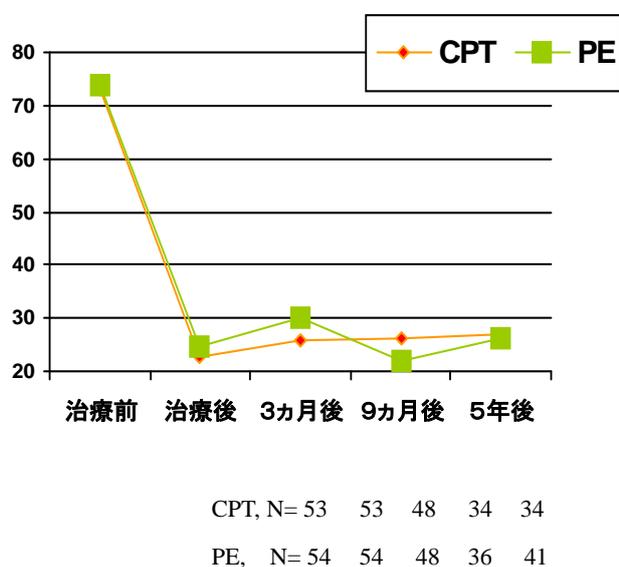


図1 CAPS スコア による CPT と PE の比較:5年間のフォローアップ

(注:この表はレイシック博士の許可を頂き、一部を日本語に変えた形で掲載している。)

紙面の都合で、細かいデータを掲載することはしないが、2002年の報告だけでなく、そのほかの研究結果を見る限り、CPTはPEと同等かそれ以上の効果を上げていることが分かる。しかし、ここで、PEかCPTかのどちらがより有効かについての議論に囚われて本質を見失わないように注意したい。本研究班の目指すところは、PEと同格の介入法を日本に紹介することによってPTSDに対する介入法の選択肢がさらに広げることである。結果的にPTSDに苦しむ被害者が利益を受けられるようにしなければならない。また、どの療法を介入に用いるかはもちろん重要であるが、誰がそれを行うのかという点も忘れてはならない。今後、CPTの導入に際しても、方法論や有効性を云々するだけに留まらず、訓練システムとスーパービジョンシステムの構築が必要不可欠である。

●CPTの特徴

<筆記を用いる>

CPTがユニークである点を幾つか挙げたいと思う。ひとつは、筆記をトラウマティックな出来事への曝露のためや宿題などに応用する点である。臨床現場で臨機応変に筆記を介入に用いることは、それほど珍しいことではないが、CPTにははじめから筆記が重要なコンポーネントとして組み込まれている。筆記を治療に用いることは文化的にも日本人に適應するのではないと思われる。筆者はクリニカルサイコロジストとして、米国で長年仕事をしてきたが、帰国後に気付く臨床上の違いの一つは、日本の患者の多くが自然に筆記を自分自身の治療に取り入れている点である。筆者の米国における臨床経験の中で、患者が出された課題や宿題以外で自発的にノートを持ってきたり、自分で紙に書いたリストを持ってオフィスに現れることは希なことであった。このことは、文化的な特徴として説明することが出来る。米国では、幼少のときから、自分の思うこと、主張などを言葉で表現するように教育される。そのことは、教育全般に渡って一貫しており、高等教育に至っては、授業中にどれだけ発表したかが、クラスの評価につながることになる。つまり、言葉で発表することが、クラスの中で半ば強いられるのである。こうした文化背景を持つ米国では、こと「こころの問題」になると、薬物療法か、もしくは「トーキング・セラピー」(会話による治療)がメインになる。言い換えると、はじめから会話による療法に慣れた国民性を持ち合わせているのである。一方、日本には、奥ゆかしさなどに代表される独特のマナリズムがあり、言語外でのコミュニケーションが頻繁に用いられる。顔色を読む、腹芸などはその際たるものである。つまり、日本人は言語で

表現しないことによる表現に長けた国民性を持っていると言っても過言ではない。こうした、文化的な違いを考えると、筆記を用いたりする CPT はより日本文化に対してフレンドリーなのではないだろうか。さらに、今後の研究を通して、文化の違いを考えた CPT の応用性という側面にも光を当ててみたい。

<時間制限療法である>

次に、時間制限の中で行われる点も CPT の特徴ということが出来る。CPT は 12 セッションで行われ、それら 12 回の面談で行われることがほとんど定まっている。ある意味でマニュアル通りに行われることになる。言い換えれば、心理療法の基礎をきちんと身につけた者であれば誰でも、マニュアルを習得することによって実行可能な介入法なのである。はじめに心理教育を行い、毎回出される宿題、特定の認知について扱ったモジュール（簡単な講義）、毎回まとめを兼ねて最後に振り返りの時間を持つなど体系化されたプログラムで、患者側からすると予め地図を渡された旅にでるようなもので、突飛なことや、予想外のことが起こることが少ない。また、介入側も決められた道を患者と一緒に歩むことになる。この点は、スーパービジョンや効果研究においても有益で、マニュアルから逸脱した行動や介入を行った場合には CPT がそこでは行われていないことになり、指導を受ける側も、指導を行う側も、共通の物差しを持つことができる。

<特定の認知に介入する>

また、特定の認知に焦点を当てて介入する点も CPT の特徴ということが出来る。CPT の背後にあるものは、認知処理理論で、認知的な情報処理の問題から PTSD が発症すると考える。CPT では、トラウマティッ

クな経験が、異常な状態 (PTSD) を作り出すと考えるよりも、トラウマティックな出来事を経験した者は誰しも異常な状態になるのが普通で、問題はその状態から回復することが出来ない点だと考える。一般には、再体験、過覚醒、回避などの PTSD 様症状があったとしても、ある一定の時間が経つと次第に回復していくが、ある一部の者は回復することなく、症状を持った状態のまま回復せずに Stuck(くっつく、または引っかかる)してしまう。この引っかかってしまっている点(スタックポイント)、つまり問題の継続要因となる認知的なこだわりを特定し、12 回のセッションの中で、1 つずつその引っかかりから患者を開放する作業を行う。

スタックポイントは実生活の中では以前持っていた考え方と相反する考え方や、過度に否定的な考え方という形で体験されることになる。つまり、新しい情報が以前からの情報とぶつかり合い、頭の中で処理しきれない状態で、引っかかったままである状態である。そして、結果的にスタックポイントは、不快感や不健康な行動を生むことになる。それらのスタックポイントは、以下の 2 つの状況のなかで形作られる。(1) 事件以前に持っていた考え方と全く異なった考えを持たざるを得ない状況に追い込まれたとき。たとえば、知人にレイプされることはないという考えを持っていたが、知人にレイプされてしまったなど。(2) 事件以前に持っていた否定的な考え方を強める、または証明する出来事に遭遇した場合。たとえば、男性は皆レイプ魔だと考えていたところ、やはり男性にレイプされたなど。それらスタックポイントは、安全性 (Safety)、信頼 (Trust)、力とコントロール (Power & Control)、尊厳 (Esteem)、親密性 (Intimacy) の 5 つ分野内に出来あがっていると考えられ、それ

らの分野を一つずつセッションで扱って吟味し、スタックポイントを発見して介入を行う。セッションでは、これらの5つの認知の分野について、心理教育を行ったり、宿題が出されたり、モジュールというミニ講義を行うことによって介入を行う。PEが患者の認知については治療過程で自然に変化することを期待するのに対し、CPTでは意図的に特定の認知にターゲットが絞られ介入が行われる点が特徴的な面と言ってもよい。

結果的には、前述のPEとの効果比較研究でも明らかのように、認知面、特に罪悪感についての改善が特徴として挙げられており、そのことは、結果的にうつ状態への改善にもつながると思われる。

<グループにも応用できる>

CPTは個人介入だけではなく、グループへの応用も可能である。CPTの特色とし、レイプ被害者などへのグループで用いることが出来ることを挙げられる。レイプ被害者の場合、(1)そのはじめのアセスメントが出来事から3ヶ月以上経ってからであること、(2)PTSD症状と共に、他に大きな精神的な障害や、現行の薬物依存を持っていないこと、また、(3)長期間に及ぶ家族内での性的な虐待の経験がないことの3つの条件が揃った場合にはCPTのグループ療法に参加することが出来る。参加者は全過程の中で4度アセスメントを受ける。治療前のプリトリートメント、治療後のポストトリートメント、そして、3ヵ月後と6ヵ月後の4回である。効果研究の結果は治療前と、治療後では、PTSD症状だけではなく、認知的な変容だけでなく、うつ症状などのその他の精神的症状の面でも改善が見られている(Cognitive Processing Therapy for Rape Victims, Resick & Schnicke, 1996

参照)。このように、CPTは応用面でも柔軟性を持っており、今後、多様なPTSD患者に対して用いられることが期待される。CPTのグループによる介入に関しては、CPTマニュアルの最新版:従軍者や軍関係用(2007年1月発行)に、その手順や参加メンバーの選択や査定の仕方、グループCPTを行う際の注意事項、その手順などが記載されている。このマニュアルのCPTグループのセクションは主に、シンシナチ大学、及びシンシナチ従軍病院のキャスリーン・チャード博士(Kathleen M. Chard, Ph.D.)によって、構築された部分が多いことを記しておきたい。

<関係性を重視する>

最後に、CPTは関係性を重要視する。CPTは認知行動療法の1つと数えられているが、実際に行ってみると、その効果は、患者側と介入者側の間に築かれる、治療関係の質に因っている部分が多いことに気付く。前述の<特定の認知に介入する>のセクションでも述べたが、CPTで特に問題とされる、安全性(Safety)、信頼(Trust)、力とコントロール(Power & Control)、尊厳(Esteem)、親密性(Intimacy)の5つの分野は、他人との関係の中で、育まれたり、傷ついたりすると思われる。PTSDで苦しむ者の多くは、他人に傷つけられるというトラウマ体験を持っており、信頼し、安心できる関係のない環境での治療は二次的なトラウマに匹敵すると言ってもよい。したがって、介入者側には相手側への感情的な配慮や共感能力が問われることになる。CPTが属するCBTの基本的な治療スタンスは患者との共同作業(コラボレーション)である。無理強いではなく、話し合いと合意の精神が必要不可欠である。CPTも同様に、患者との共同作業によって各セッションを進めていくスタンスを取っている。

● CPT の概要

CPT の実施方法は、1993 年にレイシックとシェニックによってマニュアルが書かれているが、現在までに、幾つかのマニュアルが対象となる人々、また問題に応じて調整された形で書かれている。どのマニュアルも 12 回のセッションから構成された介入法を採用し、セッションで用いる用紙（たとえば、A-B-C シートなど）や宿題なども用意されている。

第 1 セッションでは、まず PTSD についての心理教育、CPT の全体像についての説明を行う。この回では「インパクト・ステイトメント」と呼ばれる宿題が出される。この宿題は、自分が体験したトラウマティックな出来事に対する個人的な意味づけ、具体的にはその出来事が自分にとってどのような意味を持つのかについて書いて来てもらうことになる。第 2 回目のセッションでは、宿題として書いてきてもらった記録、インパクト・ステイトメントをセッションの中で朗読してもらった後に、出来事、認知、感情がどのように影響しあっているかについて認知モデルの考え方が紹介される。第 3 セッションの最後では、新たな筆記による宿題が出される。それは、自分が経験したトラウマティックな出来事の詳細な記録を書いてもらうことで、そこには、体感した感覚、考え、感情についても細かく描写してもらうことも含まれる。患者はその際に自分で書いた記録を読み返し十分に感情を味わうように勧められる。第 4 セッションは、詳細に書かれた記録をカウンセラー（セラピスト）向かって朗読することから始まり、この回から認知療法的な手法であるソクラテス式問答法を用いて、特に本人が持つ自分自身を責める考え、自責の念と更に非現実的と思われる考え方への挑戦が開始される。

第 5 セッションでは、認知への介入の成果を見るために、もう一度、記録を書いてもらう。ここで、介入の焦点は、患者が個人的な意味づけを持っているその体験の意味づけの部分や本人がそのことによって変えられてしまった生活行動などに向けられ、本人がそうした考え方やその考えから発生する行動を変容するように認知療法の手法を用いて教え、挑戦されることになる。それらは、幾つかの決められた質問を自分自身に問いかけることや、幾つかの宿題を通して行われる。第 5、6 セッションは、そうした認知への挑戦とトラウマティックな出来事が引き金となって出来上がった、スタックポイントと呼ばれる、固定化した認知の歪みのパターンを同定する作業が行われる。

第 7 セッションからのセッションでは、用意された用紙、ワーク・シートを用いて、自分自身をどのように見るかについて以前の歪められたものから、なるべく異なった現実的なものへと変える練習が行われる。第 7 セッションからは、毎回のセッションに 1 つずつ、特定の認知について扱うことになる。それらは、安全について、信頼について、力とコントロールについて、尊厳について、そして最後に親密になることについての 5 つである。そして、各セッションでは、これらのテーマに関することで、認識が歪んで正確でない場合には、矯正する作業を行っていく。第 11 セッションでは、これまでにセッションや宿題を通して学んだことを踏まえて、新たなステイトメントを書いてもらうことになる。この新しく書かれた記録をもとに最後のセッションでは、治療前と変わったところ、また変わっていないところなどを共に検討、評価する患者がこれから克服したい部分について明らかにする。

● CPTの12セッションの各セッションのレビュー

ここで、先のCPTの概要に加え、CPTの各セッションで行われることについて、簡単に説明を行うことで、CPTの全体像を明らかにしたいと思う。

セッション1： 導入と教育の段階

このセッションは、(1) 患者、またはクライアント（以下CL）にPTSDや抑うつ症状についての教育をすること、(2) 情報処理理論を用いてそれらの症状の説明を行い、治療の論拠を示すこと、(3) 治療方針を提示すること、(4) 治療への応諾を得ること、を目的として行われる。このセッションを通じて、CLは自らの頭の中に、自分の体験を位置づけるためのカテゴリーを形成していくのである。また、他のセラピー同様、ラポールの形成は今後のセッションに向けて不可欠である。次回までの宿題は、トラウマティックな出来事が自分に起こった意味についての筆記、「インパクト・ステイトメント」である。同時に、その出来事がCLの自分自身に対する信念、他者に対する信念、世界に対する信念に及ぼす影響について、また、安全、信頼、力と能力、尊厳、親密というトピックについても考えてくることを求める。

セッション2： 出来事の意味

このセッションではまず、(1) PTSDや抑うつが認知-行動的にどのように形成されるのかについて復習し、次いで、(2) 出来事の意味の記述について話し合いながらスタックポイントを探索し、その出来事から自然に回復してこなかった理由

について、明確にしていく。そして、(3) CLが出来事や思考、感情の関連性について同定し、理解するように援助することを開始する。その中では、思考を変えることが体験された感情のレベルや種類を変化させようという考え方が紹介される。またセッションの最後には、A-B-Cシート（認知行動モデルの考えに基づく自己モニター用紙）の説明がなされる。

次回までの宿題は、出来事、思考、感情、行動の間にある関連性に気づくため、毎日最低1枚のA-B-Cシートを完成させてくることである。

セッション3： 思考や感情の特定

このセッションにおいてはまず、(1) 前回課された宿題を検討しながら、CLが出来事に対する思考や感情をラベル付けするのを援助する。その中では、繰り返し生起している主要な感情や、状況に関わらず繰り返されている特定の思考に着目し、思考と感情との適合についても探索を行う。また、(2) 思考を変えることで、体験された感情の強度や種類は変化しうる、という考え方を紹介し、(3) ソクラテス式問答法を通して、CLの外傷的な出来事に関する自責や罪悪感に対してのチャレンジを始める。

最後に、次回までの宿題として、出来事の詳細な（光景、音、臭いなど感覚的な部分や出来事の中に生じた思考、感情を含む）記録の筆記およびそれを読み返すことを求める。

セッション4： 外傷的な出来事の想起

このセッションでは、最初に、(1) CL

自身に、筆記してきた記録を読ませ、感情表出を図ることから始める。CL が感情を表出した場合には、それを妨げるようなことはせず、逆に感情が表出されない場合には、感情を抑えているのかどうか、そうであるとすればそれは何故かについて尋ねる。また、(2) CL が記入を止める箇所に注意し、それが CL の記憶において特に困難な箇所（スタックポイント）であるかどうかを配慮する。そしてまた、(3) ソクラテス式問答法を用い、自責や他の同化にチャレンジすることを始める。

この段階での CL の筆記は、事実の記述に過ぎないようなものも多い。よって、(4) 省略されていると思われる、より詳細な事柄を記録に再び書いてもらうことが求められる。次回までの宿題はそれである。更なる詳細な記述と共に、CL は、記録している際の思考や感情といった、現在の思考や感情について括弧に入れて書き、それを毎日読み返すことが求められる。

セッション5：スタックポイントの特定

このセッションではまず、(1) CL に出來事一番新しい記録を読ませ、検討させることから始められる。その中で、(2) 新たに加わったこと（削除されていたこと）に着目し、1度目に筆記し読み返した後と比べ、感じ方はどのように異なるかについても考える。また、(3) 感情表出や自責／罪悪感の進行状況をチェックすること、(4) 出来事に関するスタックポイントに対して認知療法を継続すること、(5) CL が自分自身に対してソクラテス式問答法を用いられるよう、チャレン

ジングな質問のシート（不適応的な自分への発言やスタックポイントを尋ねるもの）を導入すること、などを目的としてセッションは行われる。

次回までの宿題としては、毎日1つのスタックポイントを選び、それに関して、チャレンジングな質問シート（抵抗があるが挑戦すべき事柄についてリストした用紙）にある質問に答えてくることを求める。また、トラウマティックな出来事の記述が終わっていない場合には、その作業を継続させる。

セッション6：チャレンジングな質問

このセッションでは、前回の宿題として課された、(1) チャレンジングな質問シートを見直すこと、がなされる。そしてその上で、(2) CL が回答に困難を示した質問に答えられるよう援助していく。また、(3) CL がチャレンジしようとしているスタックポイントに関する認知療法は継続される。またこのセッションでは、(4) 誤った思考パターンのワークシートが導入される。このワークシートでは、特定の非生産的な思考パターンを有しているかどうかを尋ねられ、セラピストはこのようなパターンがいかにして自動的になり、ネガティブな感情をもたらすのか、といったことについて説明を行う。

次回までの宿題としては、同定されたスタックポイントについて考え、シートにリストアップされた各々の誤った思考パターンの例を見つけること、また、トラウマティックな出来事に対する反応が、習慣化されたパターンにより影響を受けているような、特定のあり方を探すこと

が求められる。

セッション7： 誤った思考パターン

このセッションは、前回の課題の検討から始められ、その中で、(1) 誤った思考パターンについての検討が行われる。また、(2) 何らかの特に強い非生産的なパターン傾向の有無を見出せるよう援助がなされる。その後、セラピーの残り時間を用いて、(3) チャレンジングビリーフシートが導入される。このワークシートには、CL がこれまでのセッションで学習してきた認知的なスキルのすべてが含まれている。最後に、(4) 安全性モジュールの資料を用いて、これ以降のセッションで扱われる5つの領域のひとつである、自己や他者の安全性について話し合われる。

次回までの宿題としては、信念へのチャレンジングワークシートを用いて、自分のスタックポイントのうち最低1つを分析、直面することが求められる。また、自己、あるいは他者に関する安全性に問題を持っている場合には、そうした信念に直面するために少なくとも1枚のワークシートを行うことも求められる。

セッション8： 安全の問題

このセッションではまず、(1) ワークシートを用いながら、安全の問題に関して困難な事柄を振り返り、そこにおけるスタックポイントに注意を向ける。そしてまた、(2) 別のワークシートを用いて、CL が自らの安全の問題についての誤った認知に直面することを援助し、代替的な信念を生み出す手助けをする。その後、

(3) 5つの問題の内の2番目である、信頼の問題について、資料を用いながら、信頼とは何か、自分と他者における信頼関係のコンセプトを提示する。またそこでは、トラウマ体験の後には、他者に対する信頼は失われることが多いことを説明し、事前、事後において、自分、他者における信頼がどのように変化したのかを比較する。

次回までの宿題は、信頼に関連するスタックポイントを特定することである。そしてまた、CL はワークシートを用いて、毎日それらに直面することが求められる。

セッション9： 信頼の問題

このセッションでは、(1) 自分および他者に対する信頼を、ワークシートを用いて振り返る。そして、トラウマに関連した、信頼の問題についてのスタックポイントに注意を向け、代替的な思考を生み出す手助けをする。そして、(2) 信頼に関連したスタックポイントから生じるかも知れない、信頼する際の判断の問題について話し合う。それは例えば、信頼といっても、レベルや種類は様々であり、従って、色々な面に対しての信頼をみていく方がよい、等といったことである。また、CL の周りにあるソーシャルサポートについても話し合う。その後、(3) 5つの問題の内の3番目である、力とコントロールの問題について、資料を用いながら紹介する。そこには、問題を解決し、乗り越える力について、また、トラウマを体験した人は、状況や感情をすべてコントロールしようとしたり、逆に全くコントロールができなくなる、ということ

についての内容が含まれる。

次回までの宿題は、力とコントロールに関連するスタックポイントの特定、およびワークシートを用いたそれらへの直面である。

セッション10：力／コントロールの問題

このセッションでは、(1) 力とコントロールの問題を、ワークシートを用いて振り返り、CL が、力とコントロールのバランスある見方を得られるよう援助する。また、誤った認知に関連した自責についても扱い、話し合う。そして、(2) 5つの問題の内の4番目である、尊厳の問題について、資料を用いて紹介する。自分および他者に対する尊厳について、また、トラウマティックな出来事がどのような影響を及ぼしているかを話し合う。出来事の起こる以前のCLの尊厳に焦点を当てることも重要である。またこのセッションでは、(3) どのような仮定がCLに適用できるかを決定するための自記式のワークシートを導入し、いくつかの事柄に共通性があれば、それらが抑うつ／不安／低い尊厳にどのようにつながりうるのかについて探求していく。

次回までの宿題は、尊厳の問題に関連するスタックポイントの特定と、ワークシートを用いたそれらへの直面である。またさらに、毎日自分と他者に敬意を払い、受けること、最低1つは自分に対してよいことをすることを練習する。

セッション11：尊厳の問題

このセッションではまず、(1) 他者に敬意を払い、他者から敬意を受ける、ま

た、何か喜ばしい行動に従事する、という宿題を振り返り、どのようにやったか、やってみてどうであったか等、CLの反応について話し合う。また、(2) ワークシートを用い、自分と他者に対する尊厳の問題や、仮定が特定できるようCLを援助する。そして、(3) 自分と他者とがどのように親密になるのかということをお教えした上で、5つの問題の内の5番目である、親密性の問題を紹介する。そこでは、トラウマによって、人間関係はどのように影響を受けたか、また、事前と事後での変化にも目を向ける。

次回までの宿題は、親密さの問題に関連するスタックポイントの特定、およびそれらへの直面である。さらに、何故自分にトラウマティックな出来事が起こったのか、またその意味やそれが自分の考え方や世界観に及ぼす影響について筆記することを求める。前回につづき、自分と他者に敬意を払い、受けること、最低1つは自分に対してよいことをすることの練習も継続して行う。

セッション12：親密さの問題

この最後のセッションではまず、(1) いくつかの残されたスタックポイントと共に、親密性の問題と仮定を特定できるようCLを援助し、他者との関係を築き、保持していく上での気になる問題を解決する手助けをしていく。また同時に、アルコールや浪費などによって自らを慰める行為における欠損に目を向けさせる。そして、(2) 前回の宿題で筆記したものをCLに読んでもらい、その意味を検討していく。また、最初に筆記したものと

比較を通して、CL 自身の信念の変化に着目する。また、(3) これまでやってきたことと CL の進歩に目を向け、困難やトラウマティックな出来事に直面し、扱ったことに対して、CL の功を認める。そして (4) 未来の目標を CL が設定できるように援助し、そのための戦略を詳細に考えていく。最後に、(5) 今後は CL がひとりでこれまでやってきたことを引き継いでいくこと、また学んできたスキルを使い続けることを求める。

5. CPT研修会への参加

平成 18 年度の研究計画の一部として、米国マサチューセッツ州ボストンで行われた CPT のワークショップに参加した。CPT を導入するに際し、実際に CPT のやり方を本家本元から学ぶ必要がある。そこで、平成 18 年 9 月 27 日、28 日にボストン近郊のジャマイカプレインにある、VA ホスpital内の National Center For PTSD の主催で行われたワークショップに参加したのである。日本からの参加者は、小西主任研究者と本分担研究チーム 3 名（堀越、福森、檜村）の計 4 名であった。このワークショップはメンタルヘルスに関わる専門家および、ボストン大学大学院生などを対象に行われたもので、一般には開放されていなかったが、レイシック博士のご好意によって、特別参加を許された。ワークショップは考案者のレイシック博士とその協力者であるマンソン博士 (Candice M. Manson, Ph.D) の 2 名によって行われた。二日間に渡る、ワークショップでは、はじめに CPT の基本的概念、最近の効果研究の結果、他の PTSD への介入法（主に PE と認知療法）との比較などが話され、残りの時間は、12 セッションで行われること、またそれらセッ

ションで扱われるメインポイントなどが話された。加えて、実際にレイシック博士が CPT を実施している様子をビデオで撮ったもの 2 ケースをスクリーンに映しながら、解説を行った。最後には参加者が、それぞれ治療者と患者の役を交互に体験しながら、ロールプレイを行った。

6. CPTマニュアルの作成と心理教育

CPT の考案者である、レイシック博士のご好意で、CPT の全般的マニュアル（英語版）を入手した。これまでに、CPT のマニュアルとしては、レイプ犠牲者に特化された Cognitive Processing Therapy for Rape Victims: A Treatment Manual (Resick, Schnick, 1996) が出版されているが、そのタイトル通りにレイプ犠牲者のために書かれたものであり、その他の PTSD 患者に応用できないと思われてきた。しかし、現在はレイシック博士によって、一般化された CPT マニュアルが作られている。その全般的マニュアルはまだ出版されていないが、そのマニュアルを入手し、邦訳に取り組んできた。現在、全訳が完了し、最終的なチェックを行っているところである。また、出版に関しても、小学館プロダクションが出版する話が進んでいる。来年度には出版する計画である。それに先駆けて、CPT のレビュー原稿を学会誌に投稿することを計画している。また、今年度中に CPT を用いた介入トライアルを行う計画を立て、現在までに 3 名のインタビューを行った。これは、来年度行う予定の本研究のために布石となるものである。さらに、PTSD に対する予防的な教育や複数を対象とした介入法（グローバルな介入）についても考えているが、この点ではレイシック博士を通して、米国の National Center For PTSD の協力を得られることになった。今後、様々な教育資源の輸入を考えている。

7. まとめと来年度の課題

18年度は、昨年度の調査結果を踏まえ、PTSD に対して効果のある介入法として、レイシック博士の CPT に特定し、その導入を試みた。そのために、最新マニュアルをレイシック本人から入手し、邦訳を行った。また、2006年9月にボストンで行われた、CPT のワークショップへの参加を行った。それにともない、CPT の効果研究を行うべく、まずトライアルを計画している。現時点では3名のインタビューを終えたが、DSM-IV の PTSD 診断基準に該当すると思われる患者は1名のみで、トライアルに必要な標本数が満たされていないのが現状である。19年度は、トライアルだけでなく、本格的な効果研究の施行を計画している。そのための標本として、現在以下の候補が挙げられている。筑波大学人間総合科学研究科の森田展彰医師と協力体制を築いたことによって、可能性のある対象者が数名リストされている。個人だけではなく、グループによる介入も念頭に置いて現在計画を練っている。また、前述のように19年度の計画のひとつとして、CPT のマニュアルの出版を計画している。形態などについては、考案者であるレイシック博士を交えて考案中である。また、19年度中には、レイシック博士本人を日本に招待し、いくつかのワークショップを行うことが出来ればと思っている。また、CPT グループのやり方をマスターする必要があることに伴い、可能性としてシンシナチ大学及び、シンシナチ従軍病院のキャスリーン・チャード博士を訪ねる計画も浮上してきている。

Cognitive Processing Therapy (CPT) References

- Ahrens, J., & Rexford, L. (2002). Cognitive processing therapy for incarcerated adolescents with PTSD. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 6, 201 – 216.
- Calhoun, K. S., & Resick, P. A. (1993). Treatment of PTSD in rape victims. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders*, (pp. 48 – 98). New York: Guilford Press.
- Chard, K. M. (2005). An evaluation of cognitive processing therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 965-971.
- Chard, K. M., Resick, P. A., & Wertz, J. J. (1999). Group treatment of sexual assault survivors. In B. H. Young & D. D. Blake (Eds.), *Group treatments for post-traumatic stress disorders: Conceptualization, themes, and processes*. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.
- Chard, K. M., Weaver, T. L., & Resick, P. A. (1997). Adapting cognitive processing therapy for child sexual abuse survivors. *Cognitive and Behavioral Practice*, 4, 31 – 52.
- Ellis, L. F., Black, L. D., & Resick, P. A. (1992). Cognitive-behavioral treatment approaches for victims of crime. In P. A. Keller & S. R. Heyman (Eds.), *Innovations in clinical practice: A source book* (11, pp. 23 – 38). Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Falsetti, S. A., Resnick, H. S., Davis, J., & Gallagher, N. G. (2001). Treatment of posttraumatic stress

- disorder with comorbid panic attacks: Combining cognitive processing therapy with panic control treatment techniques. *Group Dynamics*, 5(4), 252 – 260.
- Hall, C. A., & Henderson, C. M. (1996). Cognitive processing therapy for chronic PTSD from childhood sexual abuse: A case study. *Counseling Psychology Quarterly*, 9(4), 359 – 371.
- Messman-Moore, T.L., & Resick, P.A. (2002). Brief Treatment of complicated PTSD and peritraumatic responses in a client with repeated sexual victimization. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 89 – 99.
- Monson, C.M., Price, J.L., & Ranslow, E. (2005, October). Treating combat PTSD through cognitive processing therapy. *Federal Practitioner*, 75-83.
- Nishith, P., Resick, P.A., & Griffin, M.G. (2002). Pattern of Change in Prolonged Exposure and Cognitive Processing Therapy for Female Rape Victims with Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 880 – 886.
- Owens, G. P., Pike, J. L., & Chard, K. M. (2001). Treatment effects of cognitive processing therapy on cognitive distortions of female child sexual abuse survivors. *Behavior Therapy*, 32(3), 413 – 424.
- Petrak, J. (1996). Current trends in the psychological assessment and treatment of victims of sexual violence. *Sexual and Marital Therapy*, 11, 37 – 45.
- Resick, P. A. (1992). Cognitive treatment of crime-related post-traumatic stress disorder. In R. D. Peters, R. J. McMahon, & V. L. Quinsey (Eds.), *Aggression and violence throughout the life span* (pp. 171 – 191). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Resick, P. A. (2001). Cognitive therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 15(4), 321 – 329.
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(5), 748 – 756.
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual*. Newbury Park, CA: Sage Publications
- Resick, P.A. & Calhoun, K.S. (2001). PTSD. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders, Second Edition*. (pp. 60 – 113). New York, NY: Guilford Press.
- Resick, P.A., Nishith, P., Weaver, T.L., Astin, M.C., & Feuer, C.A. (2002). A comparison of cognitive processing therapy, prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 867 – 879.
- Resick, P.A., Nishith, P., & Griffin, M.G. (2003). How well does cognitive-behavioral therapy treat symptoms of complex PTSD? An examination of child sexual abuse survivors within a clinical trial. *CNS Spectrums*, 8, 340 – 355.

- Schulz, P.M., Resick, P.A., Huber, L.C., & Griffin, M.G. (in press). The Effectiveness of Cognitive Processing Therapy for PTSD with Refugees in a Community Setting. *Cognitive and Behavioral Practice*.
- Schulz, P.M., Huber, L.C. & Resick, P.A. (in press). Practical Adaptations of Cognitive Processing Therapy for Treating PTSD with Bosnian Refugees: General Implications for Adapting Practice to a Multicultural Clientele. *Cognitive and Behavioral Practice*.
- Westwell, C. A. (1998). Cognitive processing therapy in the treatment of marital rape. *Psychotherapy in Private Practice*, 17(2), 63 – 77.

H18年度 厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)
分担研究報告書

犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究
犯罪被害者の心理的支援に関する弁護士調査
—司法と保健医療との連携について—

分担研究者 有園 博子 兵庫県こころのケアセンター研究部主任研究員

研究要旨

弁護士の支援を受けている犯罪被害者がおかれている現状の把握を行うことおよび心理的治療や支援を必要とする方の保健医療機関等での治療や支援の実態を明らかにすることを目的として、全国の犯罪被害者支援に関わっている日本弁護士連合会所属弁護士 945 名を対象にアンケート調査を行なった。86 名から回答が得られた（回収率 9.1%）。回答者の 89.5%がこれまでに犯罪被害者関連事案の受任経験を持っていた。

受任時点で司法以外の支援を受けていたケースは 18.6%で、支援機関は民間犯罪被害者支援団体や警察（犯罪被害者対策室など）が関与していた。これまでに支援機関等で受けた二次被害は 16%に認められ多機関にわたっていた。被害者の犯罪被害内容はDVが最も多かった。受任後に心理的ケアが必要と思われたケースは 21.6%あり、法的プロセスが進められないなどの事態が起こっていることが明らかとなった。治療が必要と思われた時に、治療紹介機関を持っている弁護士は 44.2%で、52.3%が治療紹介機関がないと回答し、その理由として近くに治療機関がないあるいは紹介方法が分からないなど、医療機関等の情報の得にくさが指摘された。治療紹介機関のある弁護士でも、治療機能と相談・支援機能を持つ機関の区別がつきにくくなっていることが示唆された。精神科受診ケースでは、本人の希望による者が 66.7%、周囲（家族、弁護士、犯罪被害者団体、警察被害者対策室）からの受診を勧められての者が 79.5%と、周囲からの勧めが精神科への受診行動につながっていることが示された。

今後の課題としては、関連支援機関の共通情報の不足が指摘され、システムとしての紹介網の整備が望まれていた。また、今後の支援体制構築に関するもの（早期に経済的・心理的ケアが受けられる体制づくりや、法的支援・医療支援を含む他業種ネットワークの構築など）、支援関係者への教育研修による質の向上の必要性が挙げられた。

今後、心理的治療や支援を必要とする方の保健医療機関受診を促すには、まずは支援関係者へ研修の参加を促し、支援関係専門職相互の情報交換にて各支援機関の役割と限界を理解しあうことから始める事が必要である。さらに、支援関係者が被害者の状態を適切に見極め、被害者に受診の必要性がある場合にはそれを伝えていき、その地域の関連支援機関の役割と支援内容を熟知した者が適切な支援機関につないでいくことが、中・長期的な被害者支援に有効であろうと考えられた。

I. 背景と目的

犯罪被害者にとって犯罪による精神的影響性
が大きいことや、精神的症状を呈する方への心理
的支援の必要性が指摘されている。しかし、保健
医療機関等で精神的治療や支援を受けている犯
罪被害者は少ないのが現状であると報告されて
いる。^{1)~4)}

そこで、本調査では、司法の側面から医療機関
と司法との間にいる犯罪被害者の現状を明らか
にすることを目的に、司法領域の中で弁護士が接
している被害者の調査を行うこととした。

研究目的は以下の2点である。

- (1) 弁護士支援を受けている犯罪被害者のう
ち、心理的ケアを必要とする方への保健医
療機関等での治療や支援の実態を明らか
にすること
- (2) 弁護士支援を受けている犯罪被害者への
心理的支援の現状と今後の課題へのニー
ズを明らかにすること

平成17年度には、兵庫県弁護士会犯罪被害者
支援委員会の協力を得て、兵庫県弁護士会所属弁
護士全員を対象とした「司法における犯罪被害者
への心理的支援に関するアンケート調査」を行っ
た。その結果、弁護士が扱う犯罪被害内容はDV
による傷害、暴行・脅迫、強姦、強制わいせつ等
女性に対する暴力被害が多い事、および、心理的
な継続支援については心理的ケアや精神科医療
機関へのニーズはあるが現実には充足していな
いことが明らかになった。また、今後の課題として
司法と精神科医療機関やカウンセリング機関と
の連携・ネットワークづくりの必要性が指摘され
た。

平成18年度は、平成17年度の予備調査を踏ま
えて、全国の犯罪被害者支援に携わる弁護士を対
象とした調査を行なったので報告する。

II. 対象と方法

II-1. 調査対象と調査期間

調査対象者は、何らかの形で犯罪被害者支援に
関連する活動等を行っている日本弁護士連合会

所属弁護士945名とした。内訳は、日弁連犯罪被
害者支援委員会委員50名、日弁連両性の平等に
関する委員会委員31名、犯罪被害者相談常設窓
口を持つ全国31ヵ所単位の犯罪被害者支援委
員864名である。この各単位の犯罪被害者支援
委員は、業務として犯罪被害者相談常設窓口での
相談を受けている弁護士である。調査期間は、平
成18年9月28日～10月31日である。

II-2. 方法

調査方法は無記名郵送法を原則とし、一部、メ
ール上で調査用紙および解答用紙のPDFファイ
ルを添付する方法で、各委員会および各都道府
県弁護士会を介して各個人へアンケート用紙の配布
を行った。回収方法は、回答用紙をfaxあるいは
郵送にて、原則として個別に調査者へ返送する方
法をとった。アンケート協力の再要請は、調査期
間の後半の時期に1回、各委員会および各都道府
県弁護士会に対して行った。

(倫理面への配慮)日本弁護士連合会の犯罪被害
者支援委員会および両性の平等に関する委員会
で調査内容および倫理面での配慮等に関する検
討を戴き、調査対象者に対しては調査票にて、研
究趣旨・個人情報保護・研究協力同意確認等の説
明文を記載し同意を得た。回答は無記名であるが、
調査結果報告書を希望する場合は連絡先と氏名
を記入するように求めた。

II-3. 調査項目

調査項目は、以下の通りである。

1) 個人属性

- ・ 性別
- ・ 年齢
- ・ 弁護士経験年数
- ・ 他の職種の経験
- ・ よく手がけている分野
- ・ 所属弁護士会

2) 犯罪被害者(またはその遺族)からの相談・ 受任の経験と受任経路

- ・ 犯罪被害者案件取り扱い経験

- ・ 犯罪被害者の相談や受任の経路

3) 初期支援の現状

- ・ 受任時点での支援状況
- ・ 受任時点での司法以外の関連分野からの支援状況
- ・ これらの支援機関での二次被害の現状

4) 受任後のケース実態

- ・ 被害内容と件数
- ・ 心理的支援が必要なケースの実態
- ・ 心理的支援が必要になった場合に弁護士から紹介する機関
- ・ 弁護士は依頼者がどのような状態になったときに心理的支援が必要と思うのかについて自由記述

5) 心理的ケアが必要なケースへの他機関の紹介

- ・ 受任後の他機関利用勧奨先
- ・ 紹介する治療機関の有無とその理由

6) 精神科受診ケースの実態

- ・ 精神科医療機関の受診動機
- ・ 精神科等で発行された診断書または意見書に記載された病名と事件区分分類

7) 現状および今後の課題

- ・ 被害者の心理的支援に関する連携への課題は、8項目の設問に対して、「非常に必要」「どちらかといえば必要」「どちらともいえない」「どちらかといえば必要ない」「全く必要ない」の5段階で評価するよう求めた。また、自由記載にて意見を求めた。
- ・ 支援者として被害者支援に関わる上での意識と課題は、10項目の設問に対して、「全くそうである」「どちらかといえばそうである」「どちらともいえない」「どちらかといえばそうではない」「全くそうではない」の5段階で評価するよう求めた。また、自由記載にて意見を求めた。

II-4. 分析方法

各項目についての集計結果を示した。統計解析

には SPSS 11.5 J for Windows を用いた。

III. 結果

III-1. 回答者の属性

調査対象者 945 名のうち、86 名から回答が得られた（回収率 9.1%）。

回答者の性別は、男性 61 名（70.9%）、女性 25 名（29.1%）であった（表 1）。2000 年・2004 年・2005 年度の日弁連資料^{5)~7)}によると女性弁護士の割合はそれぞれ 8.2%、12.5%、13.0%となっており、これと比較すると本調査の女性回答者の占める割合は 2.2~3.5 倍となっている。年度は異なるものの母集団比率より、本調査では女性弁護士からの回答が多い傾向があると推定された。

回答者の平均年齢は、41.0±11.7 歳（レンジ：28~80 歳）で、年齢構成を見ると、30 歳代が 52.3%、40 歳代 16.3%、50 歳代 14.0%となっており、30~50 歳代が 83.5%を占める（表 1）。弁護士全体の年齢構成では、日弁連正会員総数のうち 30~50 歳代の占める割合は、2000 年 64.5%（内訳：30 歳代 16.8%、40 歳代 23.0%、50 歳代 24.7%）、2004 年 61.7%（内訳：30 歳代 22.0%、40 歳代 18.1%、50 歳代 21.6%）であるが⁵⁾これと比較すると、本調査では 30~50 歳代の占める割合は高く、特に 30 歳代の回答が多い傾向が認められた。

表 1 回答者の性別・年齢分布

		N(人)	%
性別	男性	61	70.9
	女性	25	29.1
年齢	20-29 歳	5	5.8
	30-39 歳	45	52.3
	40-49 歳	14	16.3
	50-59 歳	12	14.0
	60-69 歳	8	9.3
	80-89 歳	1	1.2
	未記入	1	1.2
合計		86	100.0

回答者の地域別比率は表 2 に示すとおりであった。2000 年の日弁連の調査⁵⁾に弁護士居住地別の母集団比率が記載されており、これによると、東京 46.3%、大阪・名古屋 18.7%、高裁所在地

(東京・大阪・名古屋を除く高裁所在地) 8.3%、高裁不所在地 26.3%となっている。これと同じ区分で本調査での割合をみると、東京 15.1%、大阪・名古屋 13.9%、高裁所在地 11.7%、高裁不所在地 59.3%であった。

2004年・2005年の日弁連による「弁護士人口全国地図(弁護士10人を1マスとして日本地図を作成し、弁護士の地域分布を表示)」^{6) 7)}によると、東京・大阪・福岡・愛知が上位4位を占め大都市に集中している。本調査では、大都市圏(東京・愛知・大阪・福岡)の回答者は28名(32.5%)であった。

表2 回答者の所属弁護士会

所属弁護士会	N(人)	%
金沢	10	11.6
岡山	9	10.5
愛知	7	8.1
札幌	6	7.0
横浜	5	5.8
大阪	5	5.8
東京(第二)	5	5.8
東京(第一)	4	4.7
東京	4	4.7
宮崎	3	3.5
京都	3	3.5
青森	3	3.5
福岡	3	3.5
岐阜	2	2.3
熊本	2	2.3
埼玉	2	2.3
滋賀	2	2.3
秋田	2	2.3
新潟	2	2.3
栃木	2	2.3
広島	1	1.2
三重	1	1.2
静岡	1	1.2
島根	1	1.2
奈良	1	1.2
大分	0	0.0
鹿児島	0	0.0
千葉	0	0.0
徳島	0	0.0
兵庫	0	0.0
山形	0	0.0
合計	86	100.0

注1) 常設の犯罪被害者相談窓口を設置している弁護士会 31 単位会

注2) 高等裁判所所在地: 札幌、仙台、東京、名

古屋、大阪、広島、高松、福岡の8ヶ所(うち、仙台・高松は、犯罪被害者相談常設窓口なし)

弁護士経験年数は、平均9.9±9.7年(レンジ: 1~36年)で、「1-5年」が41.9%、「5-9年」が16.3%、「10-19年」が15.1%となっており、経験年数5年未満は48.9%、10年未満が65.2%を占める(表3)。日弁連が2000年に行なった弁護士登録年数の調査⁵⁾では、5年未満18.4%、5年以上10年未満13.5%、10年以上20年未満23.9%、20年以上30年未満23.3%、30年以上40年未満15.2%となっており、10年未満を合計すると31.9%となっている。これと比較すると本調査回答者は、弁護士経験年数の10年未満、とりわけ5年未満の経験年数の方からの回答が多いことに特徴がある。

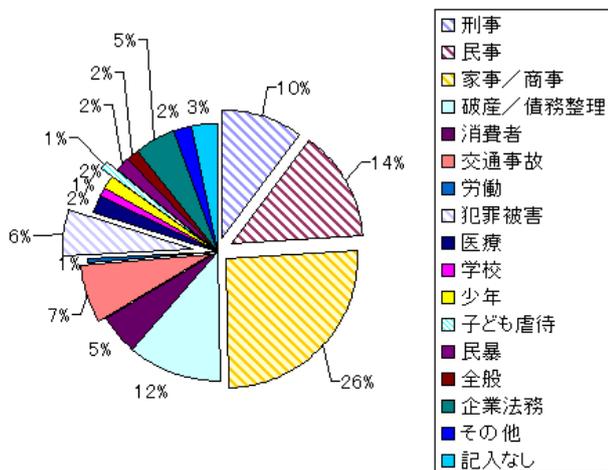
表3 回答者の弁護士経験年数

	N(人)	%
1年未満	6	7.0
1-5年	36	41.9
5-9年	14	16.3
10-19年	13	15.1
20-29年	10	11.6
30-39年	7	8.1
計	86	100.0

弁護士以外の経験が「ある」と回答した者は14名(16.2%)、「ない」67名(77.9%)、「無回答」5名(5.8%)で、その他の職種経験年数は平均9.7±9.2年(レンジ: 1-33年)であった。弁護士以外の職種経験者のうち11名(78.5%)は司法関連の職種、公務員2名(2.3%)、私企業勤務者1名(1.2%)であった。日弁連による2000年の調査では⁵⁾、前職なし49.1%、司法関連職種19.9%、公務員11.6%、私企業勤務者14.5%であり、これと比較すると、本調査の回答者は、弁護士や司法関連領域の職種に特化した経験を持つ者であるという事が出来る。

弁護士の職務は、弁護士白書によると、刑事・民事・家事(夫婦関係調節事件; 離婚・遺産分割等)・商事・行政・破産・企業法務の項目に分類

される。犯罪被害者事案が関与すると思われる分野は、刑事・民事・家事・その他の分野に広く関連していると思われるため限定が困難である。本調査が対象としている「犯罪被害者」は、犯罪被害者等基本法に記載されている「犯罪等により害を被った者及びその家族又は遺族」を指すため、個人の対象者に限定されるであろう。したがって、回答者が手がけている分野で、犯罪被害と関連しない分野のみを記載した者（企業法務等のみ）は9名（10.5%）、記入なし6名（7.0%）であり、これらを除く82.5%は何らかの形で犯罪被害と関連する分野を担当しているものと推定されるが、その詳細は定かではない。



注1) 「犯罪被害」は5.6%
 注2) MA% (MA: Multiple Answer 複数回答可)

図1 回答者が通常手がけている相談内容の内訳

回答者が日常多く手がけている分野について、弁護士白書^{6) 7)}の分類を参照し詳細項目で分類すると、「家事」「不動産」「損害賠償請求」「債権・債務」「倒産」「労働」「サラ金・クレジット」「消費者」「民暴」「交通事故」「刑事」「少年事件」「その他」の13項目に分けられ、これと本調査の回答者の“よく手がける分野”として示したのが図1である。ここでは、本調査に特徴的なものとしては、「犯罪被害者」5.6%、「DV」2.8%、「子ども虐待」1.1%などが表記されている。これらを合わせると、9.5%であった。日弁連による2005年の調査⁶⁾では、「サラ金・クレジット」の占める

割合が最も多く35~46%であり、次に「家事」14~22%、最も少ないのは「刑事」1.1~2.6%となっている。これと本調査の回答とを比較すると、「家事」はほぼ同じ割合（26%）であるが、「サラ金・クレジット」の占める割合が少なく（約17%）、「刑事」の割合が多い（10%）傾向が見られた。

III-2. 受任経験と受任経路

犯罪被害者からの相談・受任経験では、「あり」77名（89.5%）、「なし」9名（10.5%）と、約90%が犯罪被害者関連事案の受任経験があった。

弁護士の受任経路は、図2に示すように、「弁護士会からの紹介（法律相談センターなどの相談からの紹介を含む）」28.2%、「紹介者なしで本人からの直接依頼」20.1%、「依頼者の知人からの紹介」11.5%、「民間の犯罪被害者支援団体からの紹介」11.5%、「司法関係者からの紹介」10.9%、「女性問題相談機関（女性センター、男女共同参画センター、婦人相談所、配偶者暴力相談機関等）」6.9%となっている。このように、司法関連（弁護士会や司法関係者）からの紹介が39.1%で最も多く、次に個人的なつながりを頼って（知人や知人など）のもの31.5%、これに比して司法以外の関連機関（女性問題相談機関、シェルター、医療機関、カウンセリング機関等）からの紹介経路は合わせて12.6%となっている。

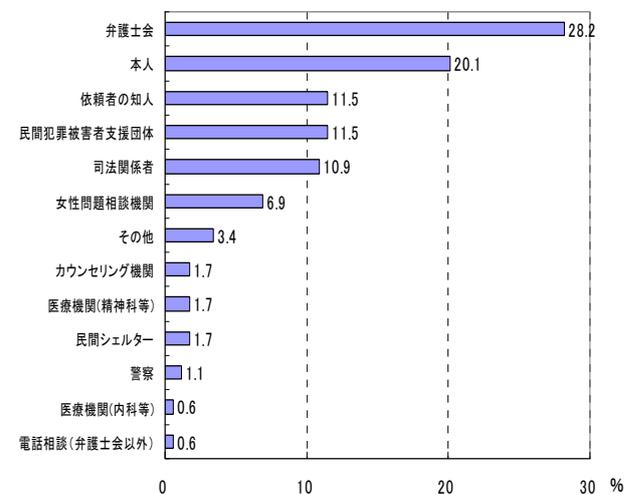


図2 犯罪被害者にかかわったきっかけについて

2000年の日弁連調査⁵⁾にある《民事ケース依頼者初回経路別構成比》では、33.3%が「顧客先または顧客からの紹介」となっており、次に多いのが「他の事件の依頼者・相手方当事者からの紹介」20.7%となっている。これらはいずれも相互の信頼関係の下に継続的な人的つながりを基本としていることが伺える。他には「公的相談機関からの紹介」10.2%、「法律関連職業者からの紹介」2.3%、「紹介者なしのとびこみ」2.8%などとなっている。犯罪被害者ケースと一般民事ケースと比較するのはあまり適切ではないかもしれないが、本調査では、「弁護士会からの紹介」と「紹介者なしの本人からの直接依頼」が非常に多いことが特徴である。

III-3. 初期支援の現状

受任時点での支援の現状では、「司法以外の支援を受けていた」のは18.6%で、「司法以外の支援のなかったケース」は44.2%であった(図3)。

このうち、「司法以外の支援を受けていた」ケースでの支援機関の内訳は、民間の犯罪被害者支援団体20.5%、警察17.9%、精神科医療機関15.4%、女性問題相談機関12.8%、心理カウンセラー10.3%の順であった(図4)。弁護士への依頼以前の時期に、民間の犯罪被害者支援団体や警察(犯罪被害者対策室など)がよく機能していることがわかる。

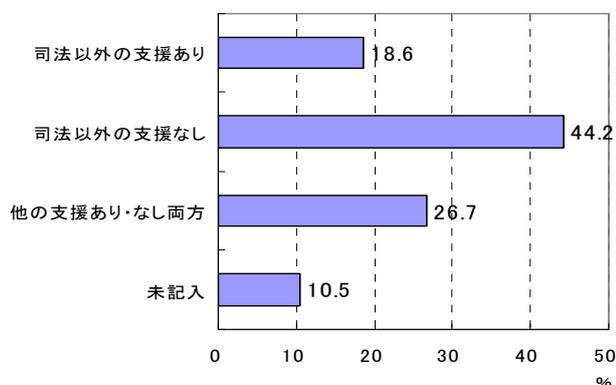


図3 受任時点での支援状況

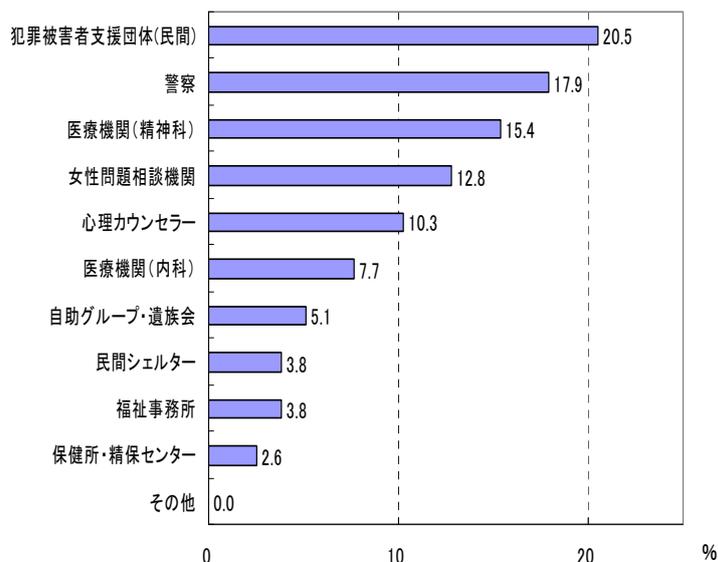


図4 受任時点での司法以外の支援機関

注) MA% (MA: Multiple Answer 複数回答可)

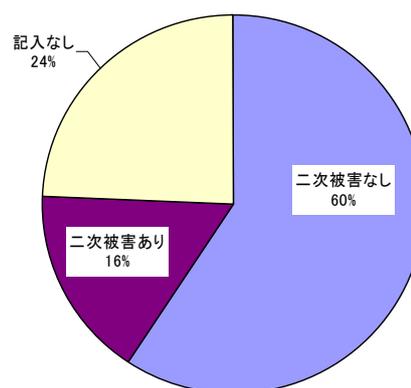


図5 支援機関からの二次被害状況

これまでの支援機関等での二次被害の状況は、「二次被害がなかった」60.0%、「二次被害があった」16.3%となっており、半数以上に二次被害はみられていない(図5)。

しかし、少数ながら二次被害を与えた支援機関は存在していた。具体的内容は、以下に示すとおりであった。

<警察> 8.9%

- 被害者の心情を理解しない発言。共感性のなさ

- ・ 被害者のプライバシーを第三者に暴露
- ・ 遺族の落ち度を責める
- ・ 「被害者が事件に巻き込まれたのは、被害者の不安定な生活状況に理由がある」との発言
- ・ 「被害者にも悪いところがあったのでは？」との発言
- ・ 加害者側から電話や嫌がらせがあったときに、相談したが対応してくれない
- ・ 加害者側からカミソリが送られてきたが、脅迫ではないと言う
- ・ 性被害者が風俗業従業員だったので「刑事犯罪は成立しないかもしれない」と断定的に説明

<弁護士> 2.2%

- ・ 被害者の落ち度を責める
- ・ 被害者の心情を理解しない発言
- ・ 説明不足や突き放す態度をする
- ・ 被害者を諦める方向に仕向ける

<被害者支援センター> 2.2%

- ・ 一方的な打ち切り
- ・ 声を上げる当事者は相談を受け付けない
- ・ 同情するかわいそうな被害者を探している
- ・ 被害を「格付け」する
- ・ 傷ついた者同士の行き違いが高じての攻撃性のぶつけあい

<女性問題相談機関> 1.1%

- ・ 相談機関側の説明不足
- ・ 自己決定をすることで正当化する

<検察> 1.1%

- ・ 言葉や対応に共感性がない

<医療機関> 1.1%

- ・ 言葉や対応に共感性がない

<保険会社> 1.1%

- ・ 被害者の落ち度を責める

Ⅲ-4. 受任後のケース実態

受任時点での犯罪被害内容は、DV 197件、事故 108件、暴行・脅迫 97件、性被害 85件、子ども虐待 48件、ストーキング 37件などであった(図6)。被害者家族からの被害内容は、事故 91件、殺人 63件、性被害 35件などとなっている。

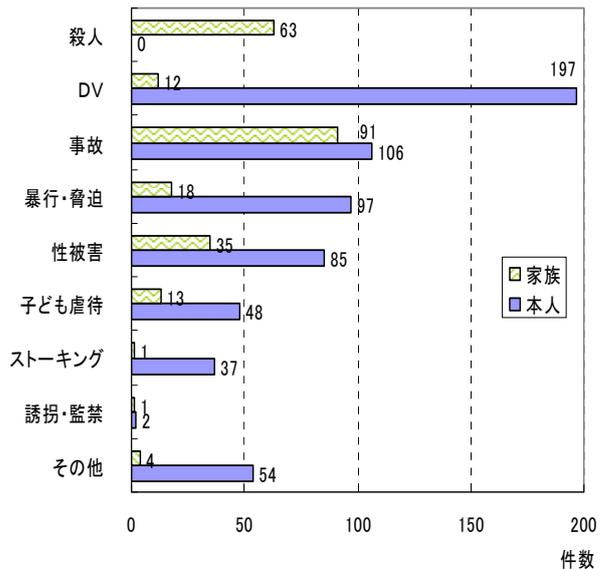


図6 受任(犯罪被害)内容(過去3年間)

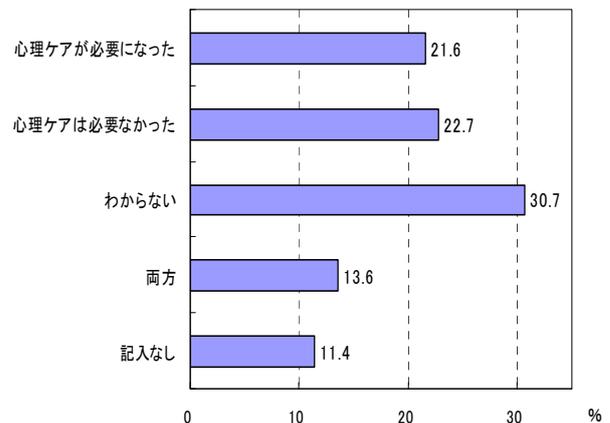


図7 受任後に心理的ケアが必要になったか?

受任後の実態としては、『受任時点では他の支援がなかったケースで受任後に心理的ケア(=治療的介入)が必要だと思ったケースがあったかどうか』の質問で、「心理的ケアは必要なかった」22.7%、「必要となった」21.6%であった(図7)。

心理的ケアが必要かどうかの判断の根拠について自由記述式回答を求めたところ、以下のような事柄が挙げられた。

<心理的ケアが必要であると判断した理由>

①法的なプロセスがすすめられない

- ・ 被害者と急に連絡が取れなくなる
- ・ 詳細に述べられない。裁判中にフラッシュバックを起し証言できなくなる

- ・ 選択しなければならない時に選択できない
- ・ 自己決定が出来ない

②事件内容より

- ・ 殺人事件遺族・性犯罪被害
- ・ 避難する場所がない場合
- ・ 手続きをする上で、本人が耐えられなくなりそうとき

③心理的变化

- ・ 極端な自己嫌悪・自己否定・依存・攻撃的になるなど
- ・ 被害を受けた時点から一切の時間が止まってしまっている

④精神症状・精神的不安定さ

- ・ うつ・解離
- ・ 睡眠薬の乱用・通院しない
- ・ 明らかに理解不能な対応で、説明しても理解が得られない状態
- ・ 弁護士が依頼者に振り回されてしまう（精神症状等が関与している可能性）

⑤日常生活の変化

- ・ 外出困難（時間経過後も持続する）
- ・ 事件後のショックで、退職・引越しなどを繰り返す
- ・ 放置すれば、明らかに日常生活が送れなさそうな状況

⑥家族の変化

- ・ 被害者本人よりも家族の方が精神的に不安定になる
- ・ 家族が話に割り込んでくるため、被害者と話せない
- ・ カウンセリングは「恥」だと言い、支援を受けるのをじゃまする

Ⅲ-5. 心理的ケアが必要なケースへの他機関の紹介

受任後に司法以外の支援が必要と思われた場合の「他機関利用勧奨先」は図8に示すように、精神科 20.4%、心理カウンセラー16.7%、民間犯罪被害者支援センター16.7%、警察 11.1%などとなっている。このように、治療機能を持っている機関が上位に位置し、相談・支援機能を持つ機関が加わっている。

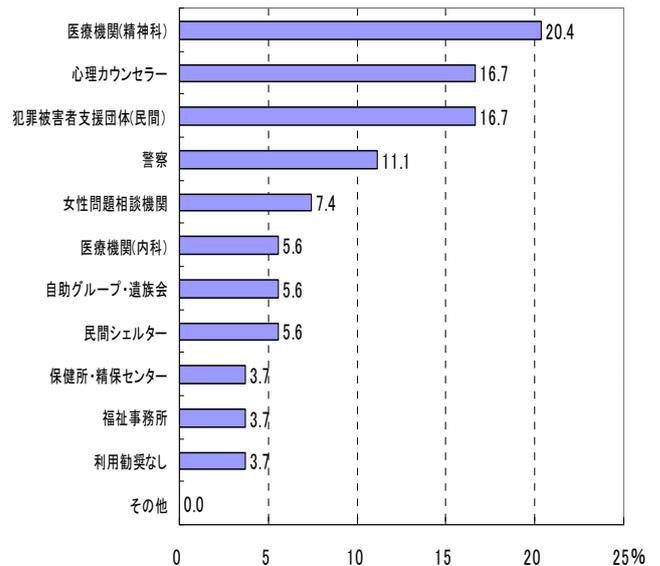


図8 受任後の他機関利用勧奨先

注) MA% (MA: Multiple Answer 複数回答可)

治療が必要と思われた時に『紹介できる治療機関があるかどうか』については、「ある」44.2%、「ない」52.3%であった(図9)。

紹介治療機関の有無に地域差(都市部か地方か)が関与するかどうかについて、2000年の日弁連の調査⁵⁾の弁護士居住地別の区分に従い、「東京」「大阪・名古屋」「高裁所在地」「高裁不所在地」の4群をそれぞれ紹介治療機関の有無で分析したところ、地域差は認められなかった(図10)。

『治療紹介機関がないと答えた理由』の内訳は、「治療機関が近隣にない」が最も多く56.1%、「紹介方法が分からないあるいは判断できない」29.3%、「治療機関を知らない」9.8%、「適切な治療機関がない」2.4%であった(図11)。一方、『紹介治療機関がある』と回答した弁護士の紹介先は、「精神科」22.7%、「(民間)犯罪被害者支援センター」21.6%、「カウンセリング機関」14.4%、「女性問題相談機関」12.4%、「警察」8.2%などとなっている(図12)。このように、医療・福祉関連施設の両方があげられており、治療機能を持っている機関と相談・支援機能を持つ機関の混在が見られた。

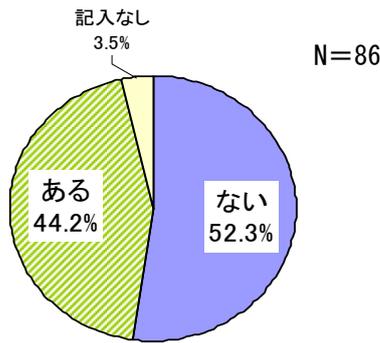


図9 治療必要と思われたときに 紹介治療機関があるか？

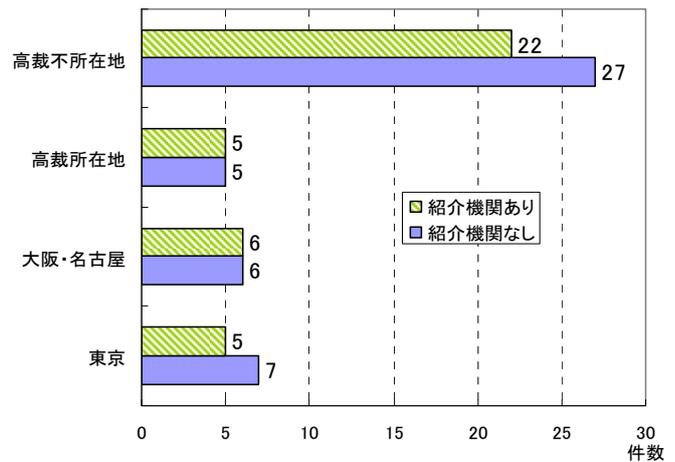


図10 紹介治療機関の地域差

注) χ^2 検定にて有意差なし

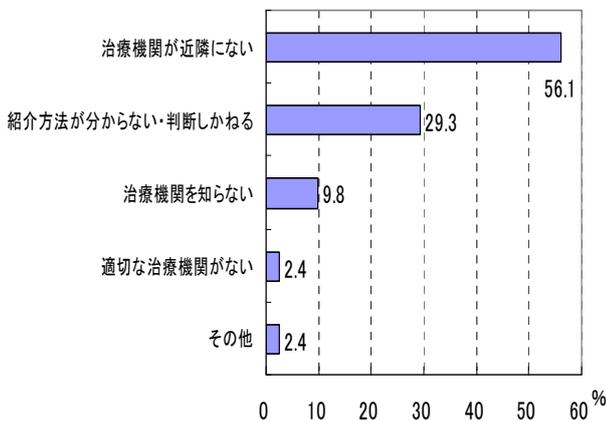


図11 治療紹介機関がないと答えた理由(N=42)

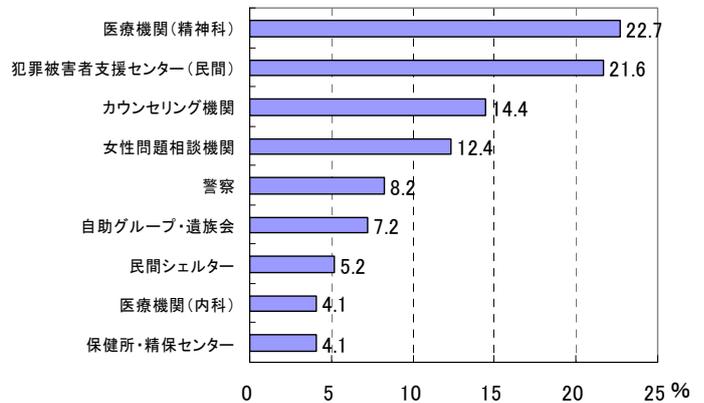


図12 治療紹介機関あると回答した弁護士の紹介先(N=38)

注) MA% (MA: Multiple Answer 複数回答可)

III-6. 精神科受診ケースの実態

受任ケースのうちで、精神科医療機関を何らかの形で受診していた(あるいは受診した)ケースは45.3%、受診者なしは29.1%であった。受診していた被害者の“受診動機”は、「本人の希望」66.7%と最も多く、次に「家族や周囲の勧め」43.6%、「弁護士や司法関係者の勧め」25.6%、「犯罪被害者団体の勧め」7.7%、「警察・被害者対策室の勧め」2.6%など、周囲からの受診を勧められていたのは、合わせて79.5%を占めている。一方、書類等が必要なための受診は、「裁判のための診断書が必要」20.5%、「裁判のための意見書が必要」12.8%であった。

表4 精神科受診動機

	N	%
記入あり	64	74.4
未記入	22	25.6
	86	100.0
受診者なし	25	29.1
受診していた	39	45.3
本人の希望	26	66.7
家族や周囲の勧め	17	43.6
弁護士・司法関係者の勧め	10	25.6
裁判のための診断書必要	8	20.5
裁判のための意見書必要	5	12.8
犯罪被害者支援団体の勧め	3	7.7
警察・被害者対策室の勧め	1	2.6
民間保険で診断書必要	0	0.0

注) MA% (複数回答可のため100%を超える)

弁護士の手元に届いた医療機関で発行された診断書および意見書に記載された病名についての記入があったのは、全体の39.5%（N=34）であった。内訳は、図13に示すように、「うつ病・うつ状態」「PTSD」が多い。全体数が非常に少ないことと、「多数あり」の記載があったため、表示件数は正確ではないため、これらの結果は全体を必ずしも反映してはいないと思われるが、参考までに以下に示す。

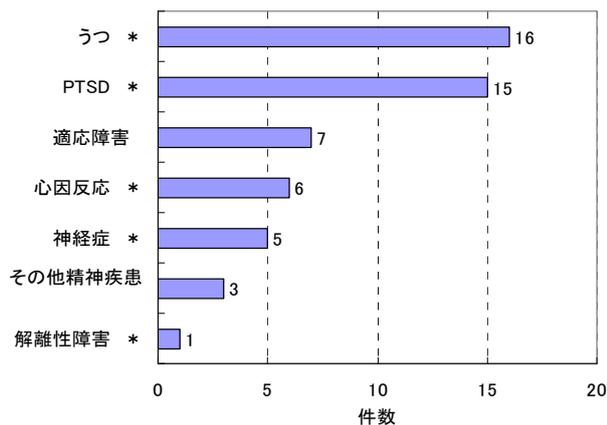


図13 診断書および意見書に記載された病名
*「多数あり」との記載含む

この病名を事件分類との関連で見ると、図14に示すように、「性被害」「DV」に「うつ状態・うつ病」「PTSD」が多くなっている。

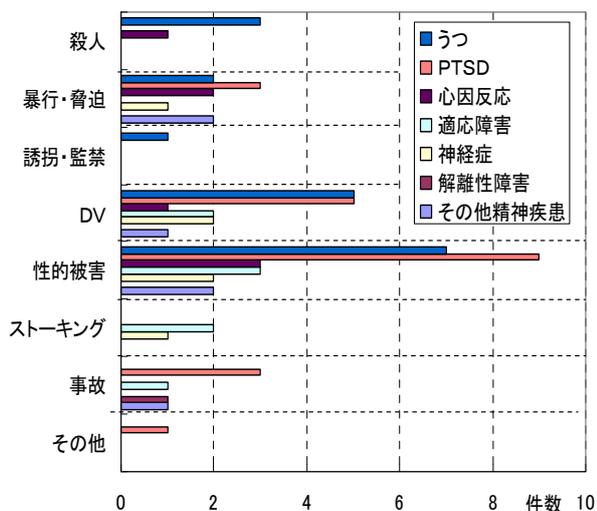


図14 病名と事件分類

III-7. 現状と今後の課題

7-1. 被害者の心理的支援に関する連携への課題

結果を図15に示す。「非常に必要」との回答では、「犯罪被害者が利用しやすい相談アクセスの整備」67.4%、「早期に心理的ケアが受けられる体制づくり」「関係者の心理的支援への理解」がいずれも65.1%、「関係諸機関相互のネットワークの構築」55.8%、「被害者だけでなく家族（子ども等）も含めた心理的ケア」54.7%、「民間シェルター・自助グループ等と心理カウンセラーとの連携」51.2%、「弁護士と心理カウンセラー（臨床心理士など）との連携」50.5%、「弁護士と精神科医療機関との連携」47.7%と、ほとんどが50%を超える必要性を強く感じている。

以下に、自由記述欄に記入されたものを現状での問題点、現体制での工夫、新たなシステムづくりの3項目に分けて示す。

① 現状での問題点

(ア) 被害者の現状

- ・ 被害者遺族や当事者は地域で孤立している
- ・ 地方では、性的被害を受けた方への精神的ケアを頼める場所の情報がない
- ・ 精神科医、カウンセラーへの受診は、本人の抵抗感が強く、勧めても本人が行かない
- ・ 弁護士会に相談にこられる方の大部分は、被害の回復を求めているわけではなく、加害者への報復である。したがって、本当に弁護士等の支援を必要としている人は、自力で相談に来られる状況にないのかもしれない

(イ) 法律家の立場

- ・ 法律家は被害者支援の知識がない者も多い
- ・ 司法での被害者関与には限界がある
- ・ 法律家の立場は、心理的ケアの立場とは異なる
- ・ 弁護士、検事、裁判官の養成課程と心理ケアとは異質なものの。結果として心理ケアを強調することは付け焼刃と感じる
- ・ 法律的な事務処理と心理的ケアを峻別し過ぎるのは非現実的と思う
- ・ 「被害者支援＝加害者の厳罰化」という図式には疑問を持っており、被害者の権利と加害者の権利が両立するものだという実践

と対外的な主張も必要

- ・ 本人の精神状態の不安定さから互いの意思疎通や共同作業に困難が生じる場合もあり、弁護士の立場としてもサポートがほしいと思う時がある
- ・ 弁護士は（心理的ケアの）トレーニングを受けていないので、転移・逆転移に直面すると右往左往してしまう
- ・ 法律家が、非専門の領域に踏み込みすぎるのは危険で、被害者に多大な迷惑をかけかねない
- ・ 法律専門職として、被害者の自己決定の尊重を丁寧に積み重ねていくことが、結果として心理的な効果をクライアントに及ぼしていく。そういう治療的效果を伴わない弁護士の支援は実は、支援になっていないと思う

(ウ) 心理的ケアへの疑問

- ・ 心理的ケアの要否・程度・適応が分からない
- ・ 犯罪被害によるものか、他の精神疾患によるものか分からない
- ・ 精神医療者やカウンセラーにも色々な方がいるので、心理ケアスタッフに法律家が全て依存するのも間違いなのではないか
- ・ PTSD を安易に判断しているように思う
- ・ 心理への理解は必要だが、心理に傾倒しすぎるのも禁物なのではないか

(エ) 紹介先・連携に関して

- ・ 費用が一番の問題である。複数の異なる専門職によるチームが理想だが、これをやろうとすると各専門職への報酬が大変になる
- ・ 事前に信頼できる場所へ紹介したいが見当たらない
- ・ すぐに引き受けてもらえなければ、結局は相談を受けたものが一人で悩むことになり、解決に至らない

②現状の体制の中での工夫

(ア) 情報の集約・共有

- ・ 弁護士会の相談センターに精神科医療機関のパンフレット、医療機関に弁護士会の相談センターのパンフを置く
- ・ 各専門職の会（弁護士、精神科医、臨床心理士）がどのような支援活動をしているか分かりやすくする
- ・ 情報が得られる場所がほしい
- ・ ネットワークの構築は重要

- ・ 犯罪被害者支援の成功例・失敗例などの情報の共有
- ・ 被害者の生の声の集約（制度の改善等の提言）
- ・ 関係各機関の日常の活動報告
- ・ 弁護士に対する要望事項等の情報の共有

(イ) 業種間の相互理解と連携

- ・ 各職種間の役割分担が必要
- ・ 他業種に幅広くまたがるため、各機関の相互理解が必要
- ・ 弁護士と医療機関との連携のための紹介システムの構築
- ・ 弁護士会を介した組織的な連携が必要
- ・ 弁護士会・県警・支援センターの共同に、精神科医・臨床心理士が加わる形などがよいのではないか
- ・ 警察を中心として組織されている関係諸機関のネットワークを強化してはどうか
- ・ システムとしての紹介網や知識は必要
- ・ 十分に信頼できる紹介先の確保

(ウ) 関連支援機関の担当者の質の向上

- ・ 二次被害がないように
- ・ 犯罪被害者の特殊性への理解をすすめる
- ・ 多職種で関わる場合、チームをうまく機能させるためのスキルの蓄積が必要（見解の相違で被害者を混乱させないため）
- ・ 支援する側が自信を持って支援に取り組むことができ、困ったら相談できる支援者同士のネットワーク体制作りが必要

(エ) 研修会・交流会

- ・ 研修会や専門学会への参加
- ・ 他の専門職との交流の機会の設定が定期的にあるとよい
- ・ 弁護士向け研修会の開催
- ・ 研修は、ケーススタディーによるスキルの共有化が必要

③ 新たな紹介システムの構築

- ・ ここに相談すれば、法的支援・医療支援、全て対応できるという他業種ネットワークが必要
- ・ 窓口の一本化により、適切に配転できるようなシステム
- ・ 現状では、各機関の特徴や役割がよくわからないので、各機関の役割が分かっている「中心センター」のようなものが適切に振り分けるシステム
- ・ 早期段階での経済的・心理的支援が受けられる全国的体制作り

- ・ 専門家へつなぐアクセスルートが分かりやすいこと
- ・ 各専門職の中で厳格な「精通」専門職のリストを作る
- ・ 各地域でどこの医療機関等に紹介をして良いのかリストがほしい
- ・ 相談したらすぐに引き受けてもらえる体制の整備
- ・ 精神保健センター、保健所などを拠点に自助グループが活動でき、専門家チームがその拠点から訪問支援（ACTのように）する体制により、被害者の孤立化が防げるのではないか
- ・ 精神科医、臨床心理士、保健師などが、地域で孤立している被害者遺族、当事者の声をきちんと聴くことのできるネットワーク作りにもっと積極的にのりだしてほしい
- ・ 自死遺族支援のネットワークと共通する基盤もあり、グリーフワークの視点からのサポートもひとつの方法かと思う

7-2. 支援者として被害者支援に関わる上での意識と課題

結果を図 16 に示す。「全くそうである」「どちらかといえばそうである」の回答を合わせると、支援者として現状に不足していると感じている項目としては、「被害者に関する精神医学的知識の不足」82.6%、「被害者の心理的ケアに関する知識（被害者心理や関わり方など）が不足」72.1%、「心理的ケアや治療を行う機関が不足」61.6%、「被害者に関わる他の機関（支援団体等）が不足」54.7%となっている。支援する者としての意識としては、73.3%が「被害者支援への関心を持っており」、「意義ややりがいを感じている人」は54.7%、「被害者やその家族を傷つけてしまう不安」は52.3%が感じている。

また、「どちらかといえばそうではない」「全くそうではない」の回答を合わせると、「犯罪被害者やその家族に関わることにためらいを感じる」55.8%のみ半数を超えた回答があった。

7-3. 犯罪被害支援全般への意見

以下に、自由記述欄に記入されたものを示す。

①被害補償の充実

- ・ 加害者に対する民事責任の追及を容易にするような制度（付帯私訴、損害賠償命令等）の充実
- ・ 被害者補償で、早期の仮給付に重点を置くことが望ましい
- ・ 被害補償額の増加と大幅なスピードアップが不可欠
- ・ 現在の被害者給付金の2年は短かすぎるので、時効による制限が厳しくないものを
- ・ 治療のためのカウンセリング費用

② 経済補償や支援

- ・ 就業や補償等の経済的支援の充実
- ・ 経済的損害の賠償が急務
- ・ 国費による支援制度をもうけ、経済的負担なく被害者が権利の回復等を図れるように

③ 支援者

- ・ 支援者への報酬の増額
- ・ 良い人材を集めるためにも、被害者支援に関わる者への社会的報償の充実

④ 教育

- ・ 法教育システムの中で、生徒、学生に被害者支援の意識の教育が必要
- ・ 支援マニュアルの作成
- ・ 新人弁護士への研修が効果的
- ・ 法テラスの職員への研修
- ・ 検察庁、裁判所の被害者支援活動への理解
- ・ 地方自治体は、被害者支援は警察がやるべきものとの考えが強い。自治体職員への啓発、教育が必要
- ・ 各種機関の支援担当者の教育

⑤ 情報関連

- ・ 報道に対するプライバシー保護
- ・ メディアスクラムからの保護
- ・ 遺族について捜査情報ないし、裁判資料（特に家裁）の情報開示

⑥ 体制づくり

- ・ 裁判期日の通告制度がありながら裁判の場でケア制度が全く不足している
- ・ 裁判を傍聴することによる二次被害が防げていない
- ・ 裁判所としての物的（待機室など）人的（案内や解説などの）整備が必要

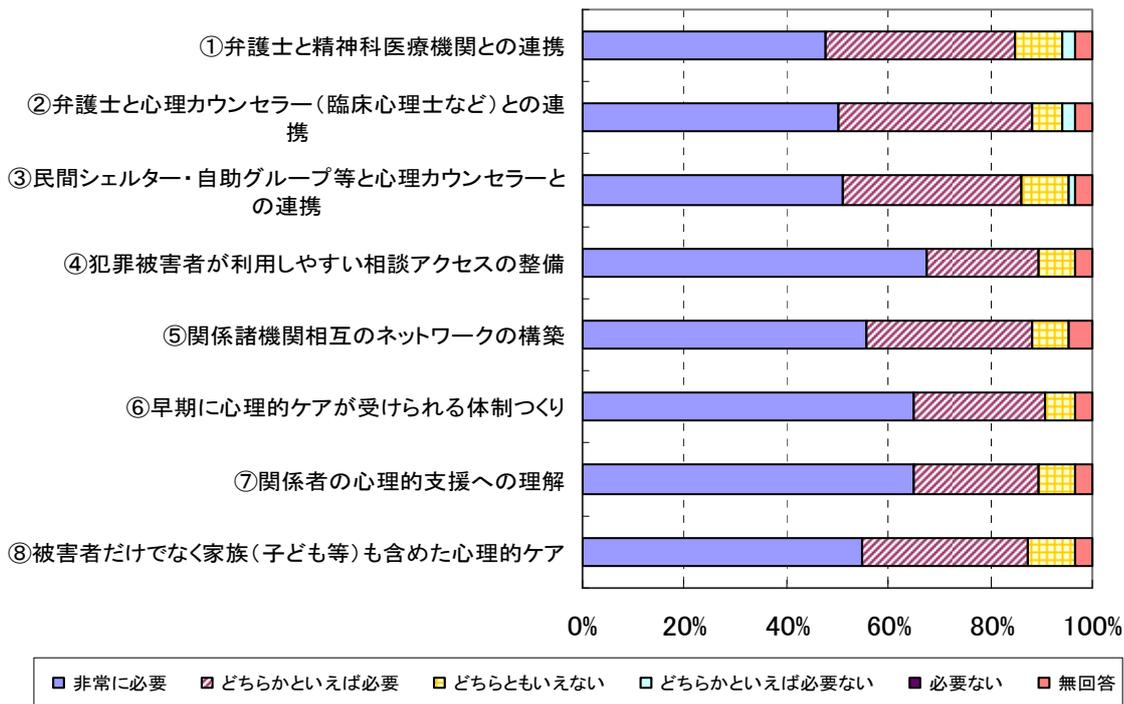


図 15 被害者への心理的支援に必要な事項

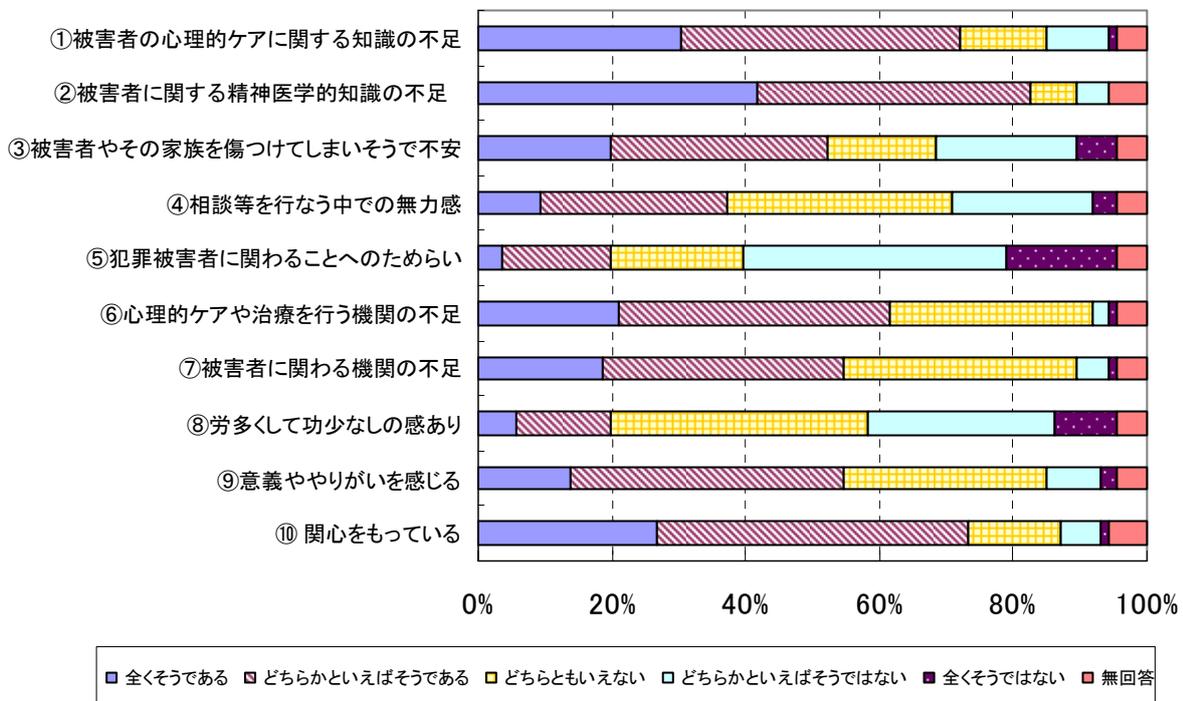


図 16 被害者支援に関わる上での意識と課題

IV. 考 察

IV-1. 回答者特性と結果への影響性

今回の調査では、犯罪被害者支援に関連する活動をしている弁護士に限定して調査を行ったが、回収率が低かったため、必ずしも全体の意見を反映しているとは言えない結果となった。一方で、結果報告書の返送希望は53.5%であったことから、犯罪被害者支援により関心の高い層が多く回答していると考えられた。

また、本調査の回答者の特性として、女性弁護士の回答が多かったこと、最も回答率の高い年齢層は30歳代であったこと、弁護士経験年数が10年未満、特に経験年数5年未満の方からの回答が多かったこと、前職を含めても司法関連の職種に特化した経験を持つ方々であること、居住地域は大都市圏よりも地方の割合が高かったこと、日ごろ担当している分野としては、弁護士全体の担当分野割合に比して「刑事」の割合が高いことなどが確認された。また、約90%が犯罪被害者関連事案の受任経験を持っていた。これらの回答者の特性は、今回の調査回答者の偏りなのか、そもそも犯罪被害者支援を行う弁護士集団の特性なのかは、今回の結果では明らかにはならなかった。

したがって、本調査結果を見る際には、これらの特性の方々の意見を反映している傾向が高いことを念頭に見る必要がある。

IV-2. 弁護士が関与する犯罪被害者の特徴

本調査結果から推定できる被害者の特徴は、受任経路の動向から、少なくとも弁護士会主催の相談窓口を訪れたり、本人から直接弁護士へ依頼をしてきたなど、被害者本人が何らかの形で弁護士の援助を求めてきた方が多いことである。これは、弁護士全体の受任経路傾向と比して大きな違いがある。2005年の犯罪被害実態（暗数）調査¹⁰では、一般人口において性的被害は犯罪被害の重大性の認識の高さと比べて申告率がかなり低いと報告されていることなどと比べても、本調査の被害者は、これらの障壁を越えて弁護士のところへ支援を求めて来た方々であるという事になる。

一方で、自由記述にもあるように「弁護士会に相談にこられる方の大部分は、被害の回復を求めているわけではなく・・・(中略)・・・したがって、本当に弁護士等の支援を必要としている人は、自力で相談に来られる状況にないのかもしれない」。つまり、何がしかの援助を求める行動を起こすことが出来た方と、これらの行動を起す事が出来ない見えない被害者が存在するという事とも考慮しておく必要があると思われた。

IV-3. 関係支援機関による心理的支援と現状

初期段階での支援は、民間犯罪被害者支援センターや警察（被害者対策室など）がよく機能していることが確認された。ただし、16%に関連支援機関からの二次被害の報告があった。二次被害内容としては、支援の基本であるはずのことがなされていない現状が示された。今後、支援者養成課程や継続研修等で被害者支援の教育や研修を行い、支援者の質の向上がなされることでこれらの問題を防ぐ事が出来ると思われた。

また、受任経路として最も利用が多いことから、弁護士会の相談窓口は法律支援の入り口としてよく機能していることが確認された。

受任したケースの被害内容はDVが最も多かった。受任ケースのうち、心理的ケアが必要と判断されたのは21.6%あり、法的プロセスが進められないなどの事態が起こっている場合があることが明らかとなった。弁護士が対面している被害者の中には、確かに心理的なケアが必要なケースが存在している。法的サポートの前に心理的ケアが必要なケース、中長期的な介入や治療が必要であるケース、家族への心理教育が必要なケース、被害者を取りまく環境整備等の対外的支援（ケースワーク等）が必要なケース、今後の発症予防対策として心理的ケアをしておいた方がよいケースなど、治療やケースワークを含む様々な支援の方法について適切に判断することが求められている。しかし、現状ではこうした判断を受任した弁護士が担当している。担当弁護士がスムーズにかつ適切に被害者への心理的支援を行なうため

には、被害者の精神状態に対する判断をある程度適切に行う事が出来、これに加えてその地域の関連支援機関の役割と支援内容を熟知していることが望ましく、これらが満たされないと支援に困難が伴うと予想される。このような支援内容は、弁護士の方々が担うには専門外の領域であると考えられる。そこで、少なくとも、弁護士が判断に困ったときに当該専門家に相談できるシステムがあれば、専門職相互の役割分担も明確になり、ケースに対しての総合的な支援も向上するであろうと思われた。

IV-4. 治療専門機関の有効な利用

治療紹介機関を持っていない弁護士は約5割であった。その理由として近くに治療機関がないあるいは紹介方法が分からないなど、医療機関等の情報の得にくさが指摘された。治療紹介機関を持っている弁護士でも、治療機能と相談・支援機能を持つ機関の区別がつきにくくなっていることが示唆された。あるいはこれは、現状での治療紹介先の少なさが影響し、このような混同が起きているのかもしれない。

そこで専門機関を有効に利用するには、まず、犯罪被害者の治療が可能な医療機関の情報を集約して共有化し、支援者がいつでもその情報を得る事が出来るようにすることが必要である。また、次の段階として、支援関係専門職相互の情報交換を行い各支援機関の役割と限界を理解しあうことが必要である。

IV-5. 今後被害者への支援を適切につないでいくために必要なこと

本調査結果では、精神科を受診していた者の約80%が周囲（家族、弁護士、犯罪被害者団体、警察被害者対策室など）から受診を勧められて受診しており、自発的に受診を希望した者も67%であったことから、心理的治療や支援を必要とする方の受診行動を促している要因として、周囲からの受診勧奨が挙げられるのではないかと推測された。

今後、心理的治療や支援を必要とする方に対して保健医療機関等への受診を促すには、支援関係者が被害者の状態を適切に見極め、被害者に受診の必要性がある場合にはそれを伝えていき、同時にその地域の関連支援機関の役割と支援内容を熟知した者が適切な支援機関を紹介しつないでいくことが、中・長期的な被害者支援に有効であろうと考えられた。

犯罪被害に関する法律相談は、「従来の法律相談では扱ってこなかった相談としてDVや犯罪被害者に対する援護の問題が出てきている」¹¹⁾というように新しい分野として認識され始めたところであり、現状では「一部の熱心な弁護士を除いて、犯罪被害者の心理に精通している弁護士は少ない」¹²⁾と指摘されてように、被害者への適切な支援はまだまだ始まったばかりの段階にある。

弁護士の支援を離れた後も必要に応じて被害者への支援がつながっていく社会的な支援体制が今後望まれている。

IV-6. 本調査の限界

今回の調査では回収率が低かったため、調査結果の信頼性は充分ではなかった。日弁連主催で実施された弁護士を対象とする弁護士業務実態調査での回収率は、1980年41.3%、1990年25.8%、2000年17.1%と年々低下している。^{5) 8) 9)} このような全体の傾向からも、今後、弁護士を対象とした調査の方法には工夫と検討が必要である。

V. まとめ

全国の犯罪被害者支援にかかわっている日本弁護士連合会所属弁護士にアンケートを行なった結果、回答者の約90%がこれまでに犯罪被害者関連事案の受任経験を持っていた。受任時点で司法以外の支援を受けていたケースは18%で、関連支援機関からの二次被害も16%に認められた。受任後に心理的ケアが必要と思われたケースは21%あり、治療紹介機関を持っている弁護士は44%、半数以上が治療紹介機関を持っておらず、近くに治療機関がないと答えていた。医療機関等

の情報の得にくさが指摘された。精神科への受診に至ったケースでは、周囲からの勧めが受診行動につながっていることが示された。

VI. 謝 辞

本研究にあたっては、日本弁護士連合会にご協力をいただき調査を実現させる事ができた。日本弁護士連合会ご所属の弁護士の皆さまならびに全国の弁護士会事務局御担当者の方々へ改めて感謝の意を表したい。

文 献

- 1) 法務総合研究所：平成 11 年版 犯罪白書、法務省、2001
- 2) 犯罪被害実態研究会編：犯罪被害実態調査報告書、警察庁犯罪被害者対策室、2002
- 3) 警察庁犯罪被害者対策室監修、被害者対策研究会編：新版 警察の犯罪被害者対策、立花書房、2004
- 4) 日本弁護士連合会犯罪被害者支援委員編：犯罪被害者の権利の確立と総合的支援を求めて、明石書店、2004
- 5) 日本弁護士連合会 弁護士業務対策委員会編：弁護士業務の経済的基盤に関する実態調査報告書、自由と正義、53(13)、2002
- 6) 日本弁護士連合会編：弁護士白書 2005 年版、日本弁護士連合会、2005
- 7) 日本弁護士連合会編：弁護士白書 2006 年版、日本弁護士連合会、2006
- 8) 日本弁護士連合会 弁護士業務対策委員会編：弁護士業務の経済的基盤に関する実態調査基本報告書、自由と正義、32(10)、1981
- 9) 日本弁護士連合会 弁護士業務対策委員会編：弁護士業務の経済的基盤に関する実態調査報告書、自由と正義、42(13)、1991
- 10) 法務総合研究所編：第 2 回犯罪被害実態（暗数）調査、2005

- 11) 法律相談の現在と未来、21 世紀の法律相談—リーガルカウンセリングの試み—、現代のエスプリ 415、5-31、至文堂 2002
- 12) 山田齋編：犯罪被害者支援の理論と実務、民事法研究会 2006

司法における犯罪被害者への心理的支援に関する調査 ご協力のお願い

各位殿

貴殿に置かれましては、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

犯罪被害者等基本法が成立し、犯罪被害者およびその家族・遺族に対する司法・保健医療・福祉の各領域での支援体制の構築や連携がますます必要になってくると考えられます。これまでの犯罪被害者・遺族への実態調査では、犯罪被害者・遺族の多くは大きな精神的影響を受けているとの報告がなされていますが、現状ではこれら犯罪被害者・遺族への精神的被害の回復に対する保健医療・福祉サービスは徐々に取り組まれてきてはいるものの必ずしも十分ではない状況にあります。

そこで、今回の調査では、弁護士の皆様方が司法領域で関わっておられる犯罪被害者および家族における心理的支援や精神的回復のための治療的介入の現状とその必要性、および司法と保健医療・福祉サービス関連機関との連携の現状を把握させていただき、今後の司法領域と連携した心理的支援の方法を検討することを目的としております。

このアンケートは、御所属の弁護士会の犯罪被害者支援委員会あるいは両性の平等に関する委員会のご協力を得て皆さま方へお送りしております。ご回答いただきました調査票の内容は、統計学的に処理し、兵庫県こころのケアセンター研究部にて厳重に管理します。なお、調査票のご回答をもちまして、本調査への同意をいただいたものとさせていただきます。結果につきましては、以下の調査研究報告書として公表する予定です。報告書送付のご希望をいただきました方には後日お送りいたします。

なお、この調査は、平成17年度（3ヵ年研究）厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業 委託研究として、「犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究」（主任研究者 武蔵野大学教授 小西聖子）研究班の分担研究の一環として行われるものです。

ご多忙中まことに恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただきまして、ご協力いただけますようよろしくお願い申し上げます。

2006年9月

財) ひょうご震災記念21世紀研究機構 兵庫県こころのケアセンター 研究部
主任研究員 有園博子（医学博士、臨床心理士）
〒651-0073 神戸市中央区脇浜海岸通1-3-2
TEL(代表) 078-200-3010 FAX(代表) 078-200-3026
HP : <http://www.j-hits.org> E-mail : care-victim@j-hits.org

※ 兵庫県こころのケアセンターは、阪神・淡路大震災より約9年間被災された方々のこころのケアに取り組んできた経験を生かし、2004年4月に設立しました。災害・事件・事故・犯罪被害・子ども虐待・DV等によって引き起こされるトラウマ・PTSDに関する専門機関として、研究・診療・相談・専門家研修等を行っております。

<ご記入と返送について>

調査票のご記入および返送につきまして以下のようにお願い申し上げます。

1. **調査票** : A4表裏3枚(本票)
2. **記入方法** : 該当する数字を○で囲むものと、直接記入いただくものとがあります。
 - ※ なお、ここでいう“**犯罪被害者**”とは、犯罪被害者等基本法に記載されているとおり、**犯罪等により害を被った者及びその家族又は遺族**を指します。
 - ※ この調査票で使用している「**心理的ケア**」とは、精神的ダメージに対する回復のための心理的支援および治療的介入を指します。
3. **返送方法** : 回答用紙のみ(A4表3枚)、FAX または **e-mail** にてご返送ください。(返信用封筒同封の場合は、郵送でも可。)

FAX 078-200-3026 E-mail care-victim@j-hits.org
4. **返送期限** : 2006年10月10日(火)

<調査の内容>

以下の質問にお答えください。回答は、回答用紙にご記入ください。

I. アンケートをご記入いただいている回答者の属性についてお伺いします。

- 1) ご年齢 性別
- 2) 弁護士としての現在までの経験年数
- 3) 司法関連でのその他のご経験の有無
- 4) よく手がけている分野
- 5) ご所属の都道府県弁護士会名

II. 犯罪被害者の相談・受任経験についてお伺いします。

- 6) これまでに、犯罪被害者・家族・遺族からの相談を受けたり、または事件を受任したことはありますか。 1.ある 2.ない →16)へ
- 7) 犯罪被害者およびその家族・遺族に関わったきっかけについてお答えください。(該当する番号を○で囲んでください。複数選択可)

- | | |
|--|-----------------|
| 1. 紹介者なしで本人からの直接依頼 | 2. 依頼者の知人からの紹介 |
| 3. 弁護士会からの紹介 | 4. 司法関係者からの紹介 |
| 5. 女性問題相談機関からの紹介 (女性センター/男女共同参画センター,婦人相談所/配偶者暴力相談機関など) | |
| 6. 民間の犯罪被害者支援団体等からの紹介 | 7. 民間シェルターからの紹介 |
| 8. 医療機関からの紹介 (精神科以外の診療科) 9. 医療機関からの紹介 (精神科・心療内科など) | |
| 10. カウンセリング機関 (臨床心理士やカウンセラー) からの紹介 11. その他 (具体的に) | |

8) 犯罪被害者・家族・遺族の相談・受任ケースに出会った時に、司法以外の支援（心理的ケアや福祉の支援など）はなされていきましたか？（該当する番号を1つ選んでください。）

- 1. 司法以外の支援－あり
- 2. 司法以外の支援－なし
- 3. 1.2.両方のケースがある場合、どちらが多いですか？ 他の支援あり > 他の支援なし
- 4. 1.2.両方のケースがある場合、どちらが多いですか？ 他の支援あり < 他の支援なし

9) 上記8)で「1. 司法以外の支援－あり」と回答した方にお伺いします。

それはどの機関でしたか。あてはまる番号すべてに○をつけてください。（複数選択可）

- 1. 警察（生活安全課、犯罪被害者対策室など）
- 2. 女性問題相談機関（女性センター／男女共同参画センター、婦人相談所／配偶者暴力相談機関など）
- 3. 福祉事務所
- 4. 保健所・精神保健福祉センター
- 5. 民間の犯罪被害者支援団体など
- 6. 民間シェルターなど
- 7. 自助グループ・遺族会など
- 8. 医療機関（精神科以外の診療科：内科など）
- 9. 医療機関（精神科・心療内科など）
- 10. 心理カウンセラー（臨床心理士など）
- 11. その他（具体的に)

10) 犯罪被害者・家族・遺族の相談・受任ケースで、受任当初は司法以外の支援がなされておらず、その後、心理的ケアが必要と思われたケースはありましたか。（該当する番号を1つ選んでください。）

（注）「心理的ケア」とは、精神的ダメージに対する回復のための心理的支援および治療的介入を指します。

- 1. あり－心理的ケアが必要
- 2. ない－心理的ケアは必要なかった
- 3. わからない
- 4. 1.2.両方のケースがある場合、どちらが多いですか？ 心理ケア必要 > 必要ない
- 5. 1.2.両方のケースがある場合、どちらが多いですか？ 心理支ケア必要 < 必要ない

11) 上記10)で、「1. あり－心理的ケアが必要」と回答した方にお伺いします。

- 1. 心理的ケアが必要と思われた理由、あるいはお困りなご経験をお書きください。
- 2. その時に、どのように対処されましたか？
- 3. その後、関連機関の相談や支援を利用した方、あるいは利用を勧めたケースはありましたか。あてはまる番号すべてに○をつけてください。（複数選択可）

- 1. 特に他機関の紹介はしなかった
- 2. 警察（生活安全課、犯罪被害者対策室など）
- 3. 女性問題相談機関（女性センター／男女共同参画センター、婦人相談所／配偶者暴力相談機関など）
- 4. 福祉事務所
- 5. 保健所・精神保健福祉センター
- 6. 民間の犯罪被害者支援団体など
- 7. 民間シェルターなど
- 8. 自助グループ・遺族会など
- 9. 医療機関（精神科以外の診療科：内科など）
- 10. 医療機関（精神科・心療内科など）
- 11. 心理カウンセラー（臨床心理士など）
- 12. その他（具体的に)

1 2) 相談・支援機関での二次被害はありましたか？

(注) 二次被害=相談担当者の不適当な言葉や対応によって、被害者がさらに傷ついてしまうこと。

- 1. なし
- 2. あり (二次被害の内容；具体的にお書きください。)

III. 犯罪被害者のケース実態について

1 3) あなたがこの3年ほどの間に相談を受けたまたは受任した事件(継続事件を含む)の人数をお答えください。

注1) 1つの案件で、複数の被害項目にあたる場合は、最も大きな被害をもたらしたと思われる内容をご記入ください。

注2) 該当しない項目については、空欄にせず、数字の0をご記入ください。

分類	事件内容	本人(人数)	遺族・家族(人数)
	法的分類		
① 殺人	殺人・傷害致死など		人
	※上記のうち、以下に当てはまるものがあれば○印をつけてください。 (ストーキング・性的被害・配偶者間暴力・子ども虐待)		
② 暴行・脅迫	傷害・殺人未遂・恐喝・強盗など	人	人
③ 誘拐・人質・監禁	誘拐・人質・監禁など	人	人
④ 性的被害	強姦・強制わいせつなど	人	人
⑤ ストーキング	ストーキング	人	人
⑥ 配偶者間暴力	傷害致死・殺人未遂・傷害・恐喝など	人	人
⑦ 子ども虐待	傷害致死・殺人未遂・傷害・恐喝など	人	人
⑧ 事故	業務上過失致死・業務上過失傷害など	人	人
⑨ その他	放火、詐欺、窃盗、空き巣など [具体的に:]	人	人

IV. 診断書・意見書について

1 4) 関わりのあった犯罪被害者・家族・遺族のうち、精神科医療機関を受診した方の受診動機は何でしたか。あてはまる番号すべてに○をつけてください。(複数選択可)

- 1. 受診者はいなかった
- 2. 本人自らの希望で
- 3. 家族や周囲の人の勧め
- 4. 弁護士・司法関係者から勧めた
- 5. 民間の犯罪被害者支援団体等からの勧めで
- 6. 警察の被害者対策室からの勧めで
- 7. 裁判のため診断書が必要
- 8. 裁判のため意見書が必要
- 9. 民間の保険のための診断書が必要
- 10. その他(具体的に)

1 5) 関わりのあった犯罪被害者・家族・遺族のうち、精神科等で発行された診断書または意見書の病名と件数をお答えください。あてはまる番号すべてに○をつけてください。(複数選択可)

※ちなみに、分類は以下の通りとします。 <※記入例(分類④-2件)>

- ① 殺人、② 暴行・脅迫、③ 誘拐・人質・監禁、④ 性的被害、⑤ ストーキング、⑥ 配偶者間暴力、⑦ 子ども虐待、⑧ 事故、⑨ その他(放火、詐欺、窃盗、空き巣など)

- | | |
|----------------------|----------|
| 1. 心因反応 | (分類 ー 件) |
| 2. 神経症 | (分類 ー 件) |
| 3. うつ病・うつ状態 | (分類 ー 件) |
| 4. 適応障害 | (分類 ー 件) |
| 5. PTSD(心的外傷後ストレス障害) | (分類 ー 件) |
| 6. 解離性障害 | (分類 ー 件) |
| 7. その他の精神疾患 (疾患名:) | (分類 ー 件) |

V. 現状の課題および今後の課題について

16) 犯罪被害者・家族・遺族に心理的ケアが必要と思われたときに、あなたが紹介する治療機関はありますか。

(注)「心理的ケア」とは、精神的ダメージに対する回復のための心理的支援および治療的介入を指します。

1. ない → 17)へ 2. ある (_____ヶ所) → 18)へ

17) 上記16)で「1. ない」と答えた方にお伺いします。

その理由についてあてはまる番号すべてに○をつけてください。(複数選択可)

- 1. 治療機関を知らない
- 2. 近隣に(遠距離であるため)紹介できる治療機関がない
- 3. 治療機関への紹介方法がわからない
- 3. どのような状態で治療機関に紹介するか判断しかねる
- 4. 適切なあるいは引き受けてくれそうな治療機関がない
- 5. その他(具体的に _____)

18) 上記16)で「2. ある」と答えた方にお伺いします。

それはどのような機関ですか。あてはまる番号すべてに○をつけてください。(複数選択可)

- 1. 警察(心理カウンセラーのいる犯罪被害者対策室など)
- 2. 女性問題相談機関(女性センター/男女共同参画センター、婦人相談所/配偶者暴力相談機関など)
- 3. 保健所・精神保健福祉センター
- 4. 民間の犯罪被害者支援団体など
- 5. 民間シェルターなど
- 6. 自助グループ・遺族会など
- 7. 医療機関(精神科以外の診療科:内科など)
- 8. 医療機関(精神科・心療内科など)
- 9. カウンセリング機関(臨床心理士やカウンセラー)
- 10. その他(具体的に _____)

19) 今後の犯罪被害者・家族・遺族への心理的ケアに関して、以下の項目の必要性についてお伺いします。

次の各項目のあてはまる数字にそれぞれ1つ○をつけてください。	非常に必要	ええ必要 どちらかとい	ええ ない どちらともい	ええ 必要 ない どちらかとい	全く必要 ない
① 弁護士と精神科医療機関との連携	1	2	3	4	5

② 弁護士と心理カウンセラー（臨床心理士など）との連携	1	2	3	4	5
③ 民間シェルター・自助グループ等との連携	1	2	3	4	5
④ 犯罪被害者が利用しやすい相談アクセスの整備 (精神科医療機関やカウンセリング機関を知るためのネットワーク等)	1	2	3	4	5
⑤ 関係諸機関相互のネットワークの構築	1	2	3	4	5
⑥ 早期にかつ継続的に心理的ケアが受けられる体制づくり	1	2	3	4	5
⑦ 関係者の心理的ケアへの理解	1	2	3	4	5
⑧ 被害者だけでなく家族（子ども等）も含めた心理的ケア	1	2	3	4	5

20) 犯罪被害者・家族・遺族への心理的ケアに関することや、精神科医療機関との連携に関してのご意見がありましたらご記入ください。

21) あなたは、犯罪被害者等の相談や支援を行う上でどのようなことを感じていらっしゃいますか。

次の各項目のあてはまる数字にそれぞれ1つ○をつけてください。担当を経験していない方は、もし担当することになったらという仮定でお答えください。	全く そう で ない	ほとんど ない	どちら か	どちら も ない	ほとんど そう で ない	全く そう で ない
① 被害者の心理的ケアに関する知識（被害者心理や関わり方など）が不足している	1	2	3	4	5	
② 被害者に関する精神医学的知識（疾患や病態等に関して）が不足している	1	2	3	4	5	
③ 被害者やその家族を傷つけてしまうのではと不安を感じる	1	2	3	4	5	
④ 相談等を行なう中で無力感を感じる	1	2	3	4	5	
⑤ 犯罪被害者やその家族に関わることにためらいを感じる	1	2	3	4	5	
⑥ 心理的ケアを行う専門機関が不足している	1	2	3	4	5	
⑦ 被害者に関わる他の機関（支援団体等）が不足している	1	2	3	4	5	
⑧ 労多くして功少なしの感がある	1	2	3	4	5	
⑨ 意義ややりがいを感じる	1	2	3	4	5	
⑩ 関心をもっている	1	2	3	4	5	

22) 犯罪被害者への支援全般に関して、今後どのようなものが必要だと思いますか。ご提案等がありましたらご記入ください。（例えば、被害補償・司法関係者の研修会・各種機関の支援担当者の教育 etc.）

VI. 結果送付について

23) 結果報告書の送付ご希望をお伺いします。 1. 送付希望の有無 2. 送付先住所・氏名

ご協力どうもありがとうございました。

司法における犯罪被害者への心理的支援に関する調査 回答用紙

FAX 078-200-3026 E-mail care-victim@j-hits.org

〒651-0073 神戸市中央区脇浜海岸通1-3-2 兵庫県こころのケアセンター研究部 有園宛

I. 属 性	1) 年齢 性別		歳 男・女	2) 経験年数		年						
	3) その他のご経験		1.なし 2.あり (: 年)									
	4) よく手がけている分野											
	5) 都道府県弁護士会名											
II. 受 任 経 験	6) 受任の有無		1.ある 2.ない									
	7) きっかけ		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
			11 その他 (具体的に)									
	8) 司法以外の支援		1.あり 2.なし 3. 4.									
	9) 支援機関		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
			11 その他 (具体的に)									
	10) 1. あり 2. ない 3.わからない 4. 5.											
	11) 1.理由・経験											
	2.対処											
	3. 相談・支援機関 利用の勧奨		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		11 12 その他 (具体的に)										
12) 相談・支援機関での二次被害 1.なし 2.あり (以下に具体的に書きください。)												
機関： 内容：												
III. ケ ー ス 実 態	13) この3年間に相談・受任した案件											
	分類	法的分類					本人 (人数)	遺族・家族 (人数)				
	① 殺人	殺人・傷害致死など					—	人				
		※上記のうち、以下に当てはまるものがあれば○印をつけてください。 (ストーキング ・ 性的被害 ・ 配偶者間暴力 ・ 子ども虐待)										
	② 暴行・脅迫	傷害・殺人未遂・恐喝・強盗など					人	人				
	③ 誘拐・人質・監禁	誘拐・人質・監禁など					人	人				
	④ 性的被害	強姦・強制わいせつなど					人	人				
⑤ ストーキング	ストーキング					人	人					

Ⅲ. ケース 実態	分類	法的分類		本人 (人数)	遺族・家族 (人数)					
	⑥ 配偶者間暴力	傷害致死・殺人未遂・傷害・恐喝など		人	人					
	⑦ 子ども虐待	傷害致死・殺人未遂・傷害・恐喝など		人	人					
	⑧ 事故	業務上過失致死・業務上過失傷害など		人	人					
	⑨ その他	放火、詐欺、窃盗、空き巣など 〔具体的に： 〕		人	人					
Ⅳ. 診断書・ 意見書	14) 受診動機	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	15) 診断書または意見書の 病名と件数 ※記入例(分類④－2件) ① 殺人、 ② 暴行・脅迫、 ③ 誘拐・人質・監禁 ④ 性的被害、 ⑤ ストーカー、 ⑥ 配偶者間暴力、 ⑦ 子ども虐待、 ⑧ 事故、 ⑨ その他 (放火、詐欺、 窃盗、空き巣など)	10 その他 (具体的に)								
Ⅴ. 現状と 今後の 課題	16) 紹介治療機関	1.ない 2.あり (ヶ所)								
	17) 治療紹介先なしの方	1	2	3	4	5	その他 (具体的に)			
	18) 治療紹介先ありの方	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	19) 今後の心理的ケアの 必要性	10 その他 (具体的に)								
		非常に必要	どちらかとい えば必要	どちらとも いええない	どちらかとい えば必要 ない	全く必要な い				
	① 精神科医療との連携	1	2	3	4	5				
	② カウンセラーとの連携	1	2	3	4	5				
	③ シェルター・自助G等連携	1	2	3	4	5				
	④ 相談アクセスの整備	1	2	3	4	5				
	⑤ ネットワークの構築	1	2	3	4	5				
⑥ 早期・継続的ケアの体制	1	2	3	4	5					
⑦ 心理的ケアへの理解	1	2	3	4	5					
⑧ 家族も含む心理的ケア	1	2	3	4	5					
20) 心理的ケアや精神科医療機関との連携に関してのご意見										

V. 現 状 と 今 後 の 課 題	21) 今後の心理的ケアの必要性	全くそうである	どちらかといえばそうである	どちらともいえない	どちらかといえばそうではない	全くそうではない
	① 被害者心理に関する知識不足	1	2	3	4	5
	② 被害者に関する精神医学的知識不足	1	2	3	4	5
	③ 被害者を傷つける不安	1	2	3	4	5
	④ 相談実施上の無力感	1	2	3	4	5
	⑤ 関わることへのためらい	1	2	3	4	5
	⑥ 心理的ケアを行う専門機関の不足	1	2	3	4	5
	⑦ 支援団体の不足	1	2	3	4	5
	⑧ 労多くして功少なし	1	2	3	4	5
	⑨ 意義ややりがい	1	2	3	4	5
	⑩ 関心	1	2	3	4	5
22) 今後必要な支援ご意見						
VI. 結 果 送 付	23) 1. 結果報告書送付希望 (○印をお付けください)		送付希望 ・ 希望しない			
	送付希望の方は以下にご記入ください。					
	2 送付先	〒				
ご住所						
ご氏名						

平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金 (こころの健康科学研究事業)
「犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究」 分担研究報告書

分担研究課題名：イギリスにおける犯罪被害者支援制度の研究

分担研究者 柑本美和 城西大学現代政策学部

研究要旨

本研究は、我が国において、犯罪被害者の精神健康回復のために、どのような制度構築が望ましいかについて、比較法的な視点から考察を行うものである。本年度は、我が国と比べ手厚い被害者補償制度を有するイギリスで、精神的な支援サービスの提供という観点から、未だ何が不備とされ、何が新たな施策として進められているのかの検討を行った。イギリスでは、性犯罪被害が被害者個人の身体的・精神的健康にもたらす甚大な影響が再認識され、「性暴力と性的虐待の被害者のための支援及び保健サービスへのアクセス拡大」を目的とした施策が講じられつつある。我が国でも、犯罪被害者基本計画の下で実施すべき施策として、厚生労働省により、「性暴力被害者のための医療体制の整備に資する施策の検討及び実施」が掲げられている。諸外国の経験に学びつつ、我が国に相応しい制度のあり方は何かについて、検討を開始すべきであると思われる。

A. 研究目的

本研究は、我が国において、犯罪被害者の精神健康回復のために、どのような制度構築が望ましいかについて、比較法的な視点から考察を行うものである。

昨年度は、主に、我が国の犯罪被害者給付制度を検討し、犯罪被害者が心身の回復を図るのに十分な経済的援助がなされていないことを確認した。他方、被害者支援の先進国とされるイギリス(以下、特に断らない限り、イングランド及びウェールズを指すものとするが、この制度では、スコットランドも含まれている)には、1964 年に開始された「犯罪被害者補償制度(Criminal Injuries Compensation Scheme)」が存在するが、EU 諸国の中で、年間に支出される被害者への補償額は最も多く(約 1 億 7 千

万ポンド)、個人への補償最高額も 50 万ポンド(約 1 億円)と極めて高額である。補償額には、被害による障害の内容、被害を受けた部位・程度により、障害等級表に従って自動的に決められる補償金の他に、被害者が被害の結果、少なくとも 28 週以上動けなくなった場合に支払われうる逸失利益の保障と特別の医療費保障も含まれる。特別の医療費とは、国民保健サービス(National Health Service)による医療費負担を超える部分である。なお、イギリスでの医療費は国民保健サービスを利用する限り無料であるため、「国民保健サービスによる医療負担を超える」というのは、例えば薬代の自己負担分などである。

このように、我が国と比べ手厚い被害者補償制度を有するイギリスでも、これまで

刑事司法制度における被害者への対応改善が重視されてきた一方で、実際的かつ精神的な支援サービスの提供が十分でなかったことへの反省が促され、新たな施策が講じられつつある。そして、精神的な支援サービスの提供という観点から、イギリスで未だ何が不備とされ、何が新たな施策として進められているのかを知る事は、わが国の今後の支援のあり方を考える上で重要だと思われる。

B. 研究方法

犯罪被害者の精神健康回復に向けたよりよい制度のあり方を模索するために、イギリスの以下の機関を視察し、情報交換を行った。

- ・ Victim Support London
- ・ Home Office, Victims of Crime Unit
- ・ Victim Witness Service Southwark
- ・ Victim Support Southwark

C. 研究結果

(1)イギリスにおける最近の被害者支援改革

イギリス（以下では、イングランド及びウェールズを指すものとする）では、『2004年 DV、犯罪及び被害者法』が制定され、犯罪被害者への情報の提供、「犯罪被害者実務規範(The Code of Practice for Victims of Crime)」制定(32 条)、被害者・証人長官(Commissioner for Victims and Witnesses)の任命(48 条)、被害者審議会(Victim's Advisory Panel)の創設(55 条)、国務大臣から被害者・証人支援団体への補助金交付(56 条)などに関する規定が盛り込まれた。とりわけ、1990 年に作成され、その

後 1996 年、2001 年に 2 度の改変を経た『被害者憲章(Victim's Charter)』に法律上の根拠が与えられ、新たに、『犯罪被害者実務規範』が制定されたことについては、被害者の権利を明確にしたという意味で、イギリス国内でも高く評価されている。

実務規範は 2006 年 4 月 1 日から施行され、犯罪行為の直接的な被害者(但し、警察へ申立てが行われたものに限られる § 3.1)に対して警察や検察庁(Crown Prosecution Service)、裁判所などといった刑事司法機関が提供を義務付けられた最低限のサービスを具体的に規定している(§ 1.5)。例えば、警察には、次のような義務が課されている。警察は犯罪の通報がなされた後、少なくとも休業日を除く 5 日以内に、被害者が地域の被害者支援情報にアクセスできるよう取り計らわなければならない(§ 5.3)。さらに、警察は被害者が拒否しない限り、被害の詳細情報が、その地域の Victim Support(以下、VS という)と呼ばれる被害者支援団体に提供されることを、被害者に明確に説明しなければならない。その上で、被害通報が行われてから 2 業務日以内に、被害者のコンタクト情報を VS に提供しなければならない(§ 5.4)。但し、性犯罪や DV の被害者の情報、殺人の情報については、被害者が明確な同意を与えた場合でなければ、VS に提供してはならない(§ 5.6)。その他、各手続きの進捗状況について情報を提供すべきこと(§ 5.19)等が具体的に定められている。

警察と検察庁によって創設された共同証人保護ユニット(Joint Police/Crown Prosecution Service Witness Care Units)には、被害者に対して刑事裁判の審理日程の通知や(§ 6.4)、手続きを説明したリーフ

レットの配布(§ 6.5)等を行うことが求められている。検察庁には、起訴手続きの開始、証拠不十分による手続きの打ち切りを行った場合等に、被害者への通知を行う義務が課されている(§ 7.2、7.3)。また、裁判所のスタッフは、審理日程が決定した場合、共同証人保護ユニットに、その旨を通知しなければならない(§ 8.2)等とされた。

このように、刑事司法制度の枠内で、特に情報提供という観点から、被害者、さらには証人に対して最低限どのようなサービスがなされなければならないかについては、実務規範に詳細な定めが置かれた。しかし、これらの規定に違反したからといって、直ちに、当該担当者が法的責任を問われるわけではない(§ 1.3)。被害者が、実務規範に規定された義務が履行されていないと考えれば、まず当該機関に苦情を申立てる。申立てを受けた当該機関では、内部で定められた手続きに従い、苦情に対する回答を行う。被害者がその回答に満足できない場合には、議会オンブズマン(parliamentary ombudsman)による調査、報告が行われうることになった(§ 1.4)。

(2)さらなる改革の必要性

イギリスの最近の制度改革は、刑事司法手続きにおける被害者への対応改善、特に情報提供、証人保護を中心に行われてきた。これらは、かなりの成果をあげてきたと評されているが、被害者支援は刑事手続きにおける援助に留まるものではない。被害者は、被害直後から犯罪によって崩壊させられた生活の建て直しに直面することになるが、イギリス政府は、そのための支援が未だ十分に行われているとは言えないと考え

た。そこで、内務省は、2005年12月に『生活再建－犯罪被害者支援(Rebuilding Lives – supporting victims of crime)』という諮問文書を発表し、とりわけ、被害者に対する被害直後の実際的な支援提供のあり方と、犯罪被害者補償制度の適正化を更なる課題に掲げた。

イギリスは最も進んだ犯罪被害者補償制度を有する国の一つであり、毎年約35,000～40,000人の暴力犯罪の被害者に約1億7千万ポンドを補償金として支出し、各被害者への支給は1,000ポンドから50万ポンドの間で行われる。しかし、一連の被害者支援制度見直しの過程で政府は、最高補償額である50万ポンドが、2005年7月にロンドンで起きたバス爆破テロ事件の52名の死亡被害者、何百人という負傷者の被害に十分なものであるのかという疑問を投げかけた。そして、比較的軽傷の被害者については、少額の補償金を支給するよりは、むしろ、実際的そして精神的な支援を手厚くすべきではないかとの提案を行った。

イギリスではこれまでも、VSが犯罪被害に遭った直後から、被害者に対する実際的な支援を行ってきた。VSは、また、このような実際的な支援に加え、刑事法院(crown court)や治安判事裁判所(magistrate's court)にスタッフを常駐させ、証人支援サービスも行っている。これらの支援活動に対して、内務省は年間約3,000万ポンドの補助金をVSのNational Officeに交付している。ただ、VSによる支援は、例えば、被害に遭った人の話し相手になる、買い物を代行する、子どもの世話をする、保険金や犯罪被害者補償金の申請を手伝う等といった実際的なものが多く、専門的なカウンセリ

ングの提供にまでは至っていない。もちろん、自らの経験を安心して語ることで、VS のスタッフのような話し相手が存在することで、被害者の精神的な負担は相当軽減しうる。しかし、性暴力の被害者や暴力的犯罪の被害者、その遺族など、専門的なカウンセリングを必要とする被害者が存在することは否定できない。そこで政府は、将来的にそのような被害者へ、**Post-traumatic stress** への対応を含む、専門的なカウンセリングを提供すべきだと考えたのである。

さらに、イギリス政府は、2006年7月に、『法律を遵守する大多数の市民のための刑事司法制度のリバランス計画－犯罪減少、再犯抑止、公衆の保護(Rebalancing the criminal justice system in favour of the law-abiding majority – cutting crime, reducing reoffending and protecting the public)』と題する報告書を発表し、非常に重大な犯罪への対応と、危険で暴力的な犯罪から公衆を保護することの重要性を強調した。その取り組みのひとつが、省庁間の共同プランとして 2007年4月に発表された『性暴力と性的虐待に関する行動計画(The Action Plan on Sexual Violence and Abuse)』である。この行動計画は、①最大限、性暴力と性的虐待を防止すること、②性暴力と性的虐待の被害者のための支援及び保健サービスへのアクセスを拡大すること、③性暴力と性的虐待への刑事司法による対応を改善することを目的に策定された。特に、「性暴力と性的虐待の被害者のための支援及び保健サービスへのアクセス拡大」が目的とされたのは、性暴力と性的虐待が、被害者本人と社会全体に対して甚大な被害

をもたらすことが認識されたためである。すなわち、被害者本人には、PTSD、不安神経症、パニック発作、うつ病、対人恐怖、物質乱用、病的肥満、摂食障害、自傷、自殺、DV などといった長期的な精神保健上の問題が生じ、社会全体においては、こうした被害者の長期的な精神保健上の問題から、保健サービスの費用負担増加が引き起こされる。そこで、政府は 2007年～2008年にかけての主要な取組みとして、性暴力を受けた被害者に医療的ケア、司法検査、専門的なカウンセリングを提供する「性暴力相談センター」(Sexual Assault Referral Centers。以下、SARC とする)創設の全国的な拡大を掲げた。現時点で全国に 16箇所しかないセンターを、2008年の終わりまでに約 40箇所に増やすという計画である。内務省内に新たに設置された犯罪被害者課の担当者によれば、この SARC の発展は、内務省と保健省による犯罪被害者の精神健康回復のための初の共同作業であり、これにより、犯罪被害者の支援には医療上のサービス、すなわち保健省との協力関係が不可欠であるとの認識が確固たるものになったとのことであった。

(3) 「性暴力相談センター」(Sexual Assault Referral Center)について

内務省犯罪被害者課の担当者を通じて、ロンドン市内の SARC 訪問の依頼を行っていたのだが、調整がつかず視察・意見交換を行うことはできなかった。その代わりに、内務省の担当者から SARC に関する話を伺い、また資料も入手したので、以下、SARC の概要について説明する。

①SARCの起源とその発展

イギリスで最初の SARC は、強姦その他の性暴力を受けたマンチェスター在住の成人被害者に対し、司法検査、医療的措置、カウンセリングなどを提供するために、1986年にマンチェスターのセントメアリー病院(St Mary's Hospital)内に創設された。このセントメアリーセンターは、マンチェスター警察(Greater Manchester Police)と中央マンチェスター Health Authority が共同で設立したもので、運営にかかる費用も共同で拠出されている(1年間にかかる運営費用約 400,000 ポンドのうち、271,555 ポンドがマンチェスター警察、108,440 ポンドが国民保健サービス(Children's University Hospitals National Health Service)により支出されている)。センターでは、司法検査(forensic medical examination)、感情的・実地的サポート、個人カウンセリング、性交後避妊と妊娠検査、STD 検査、24 時間相談情報提供電話、刑事司法手続きにおける支援などのサービスを被害者に提供しており、2006 年からは、児童と少年へのサービス提供も開始された。セントメアリーセンターでは、特にカウンセリングに力を入れており、カウンセリングに関する独立したリーフレットを作成している。そのリーフレットによれば、カウンセリングを希望する被害者は、週に一度、病院内の相談室で 50 分間のカウンセリングを受けられる。回数に上限はなく、被害者の希望と必要性によって決められる。カウンセリングに要する費用は全てセンターが負担し、被害者が支払う必要はない。センターのスタッフは、常勤スタッフとして、センター責任者 1 名、カウンセラー 3 名、性暴力被害者支援専門看護師 (Sexual Assault Nurse

Examiner) 1 名、サポートワーカー 1 名、研究スタッフ 1 名を置き、その他に、非常勤の臨床ダイレクター 1 名、オンコールの危機介入支援者 9 名と女性の司法検査医 11 名を擁している。

セントメアリーセンターをモデルとして、1991年にノーザンブリアに、1994年には西ヨークシャーにもセンターが設立された。ロンドンでは、2000年5月にキャンバーウェル(ロンドン南東部)にあるキングスカレッジ病院(King's College Hospital)内に、ロンドン最初の SARC である The Haven Centre が開設された。その後、2004年にはパディントン(ロンドン西部)とホワイトチャペル(ロンドン東部)に、それぞれ Haven Centre が設置され、ロンドン全体では3つのセンターが16歳以上の被害者のケアを行うことになった。各 Haven Centre の開設費用は約 300,000 ポンド、年間の運営費用は被害者 1,000 件あたり約 100 万ポンドであり、ロンドン警察と国民保健サービスとが共同で拠出している。なお、現在、イギリス全体でのセンター総数は 16 である。

イギリス同様の取り組みは、既に、北米やカナダ、オーストラリアなどでも行われている。例えば、アメリカ合衆国のカリフォルニア州サンフランシスコ市/郡では、サンフランシスコ総合病院がトラウマ・リカバリー・レイプ・トリートメントセンター(Trauma Recovery and Rape Treatment Center)を病院近くに開設し、性的暴行、DV、身体的暴力などの成人の被害者に、危機介入、精神療法、薬物療法などの精神保健サービスを提供している。また、18歳未満の児童・少年の被害者には、サンフランシスコ総合病院内の Child and Adolescent

Sexual Abuse Resource Center (CASARC) で、司法面接や危機介入、カウンセリングなどを行っている。

②イギリスにおける SARC 発展の背景

既に述べたように、近年、イギリス政府は SARC の全国的な展開を推進しているが、具体的な理由は以下の通りである。イギリスでは、2001 年の英国犯罪被害調査 (British Crime Survey) に、対人暴力に関する自記式の質問項目を設けたところ、女性回答者の 7% に、これまでの人生において 1 度以上の強姦その他の重大な性被害体験があることが明らかになった。性暴力によって被害者には、身体的外傷、性感染症への罹患、望まない妊娠、PTSD、うつ、パニック障害などの精神保健上の問題が生じることが考えられる。イギリスでは、強姦被害者 1 人に要する医療関連費用は 73,487 ポンドと試算されているが、適切なサービスが適時に被害者に提供されなければ治療に長期間を要し、さらに医療費等の支出が増大することが認識されるようになった。

さらに、前述の 2001 年の英国犯罪被害調査において、強姦被害者の 15% しか警察に被害を届け出していないこと、また、強姦被害者の 40% については、誰にも被害を打ち明けていないことも判明した。2003-2004 年におけるイギリスでの強姦の認知件数は 13,247 件であるが、犯罪被害調査で明らかになった通報率の低さを併せて考えると、極めて多数の被害者が自らの被害を訴え出られずにいることは明白である。こうしてイギリスでは、性犯罪が保健サービスにもたらす影響の深刻さ、適切なサービスを提供するためのネットワーク整備の重要性、

被害申告と捜査を容易にするための刑事手続における被害者支援の必要性が強く認識されるようになり、その解決策として、SARC の全国的な展開が推進されることとなった。そのために、内務省は 2004 年から 2007 年にかけて、「被害者基金 (Victims Fund)」として、性犯罪の被害者支援を行っているコミュニティグループに対し、サービス拡大のための補助金として総額 525 万ポンドを交付しており、そのうち、約 200 万ポンドが SARC 拡大のための資金として使用されている。内務省は、2007 年から 2008 年にかけても、SARC 展開のために、さらに 125 万ポンドの補助金支出を決定している。

なお、イギリスの SARC は、既に諸外国で提供されている同様のサービスを参考にしながらも、独自のあり方を追求している。その特徴は、国民保健サービスと警察との共同事業の形態で、病院をベースとしたサービスの提供、特に被害者へのカウンセリング実施を重視している点にある。

③SARC 展開のための全英サービスガイドライン (National Service Guidelines for Developing Sexual Assault Referral Centres)

SARC は、性暴力の被害者が医療的ケアとカウンセリングを受けるのと同時に、司法検査などといった警察の捜査への協力も行える「ワンストップ・サービス」と定義づけられている。そして、SARC がこのような機能をフルに発揮できるようにするために、保健省と内務省は、SARC の関係者との協力関係のもと、SARC が提供すべき

最小限のサービス内容を発表している。

- ・病院サービスに統合された、専用の設備
- ・1日24時間実施可能な司法検査（急を要する場合には4時間以内に実施可能なこと）
- ・警察から紹介を受けた被害者だけではなく、自ら助けを求めてきた被害者のための設備（司法検査を受ける機会の確保、検査結果の匿名での保管と利用）
- ・被害者への、医師/司法検査医/適切な訓練を受けた性暴力被害者支援専門看護師（Sexual Assault Nurse Examiner）の性別選択の機会の付与
- ・司法検査前、検査中、検査直後に、被害者、司法検査医、警察官をサポートする危機介入支援者（crisis workers）の存在
- ・HIVを含む性感染症防止のための薬剤支給、緊急避妊への即時アクセス
- ・精神的・社会的サポート/カウンセリング/刑事司法手続きにおけるサポートを含む、総合的なフォローアップサービス
- ・継続的な被害者のケア、職員配置、スタッフの訓練などを保証する基盤施設の整備
- ・収集データの使用方法、モニタリングシステムなどに配慮したサービスの提供

但し、各SARCが提供するサービスは、設置された地域の事情により多少異なってくる。

D. 考察

我が国では、平成13年7月1日から「犯罪被害者等給付金の支給等に関する法律」が施行され、犯罪行為により重大な負傷又は疾病を受けた被害者に対して「重傷病給付金」が支給されるようになっていたが、犯罪被害者等基本法（平成17年4月1日施

行）および犯罪被害者等基本計画（平成17年12月閣議決定）を受けて、重傷病給付金の支給要件が緩和され、支給対象期間も延長されるなど、被害者の医療費負担を軽減する方向での、「犯罪被害者等給付金の支給等に関する法律施行規則」改正が行われた。特に、性暴力被害者のように、身体的な損傷よりも精神的被害のほうが重いとされる被害者の存在を視野に入れ、入院を支給要件とすることなく、3日以上労務に服することができない程度である場合にも給付金を支給可能としたことは（犯罪被害者等給付金の支給等に関する法律施行令第1条）、被害者の実情を的確に捉えたものとして評価できよう。

さらに、性犯罪被害者との関係では、警察庁が平成18年度から、性犯罪被害者の緊急避妊薬、性感染症検査、人工妊娠中絶に関する費用について、一定の条件の下で国費支出することとしたが、これも性犯罪被害者の経済的負担のみならず、精神的負担をも軽減する施策として注目できる。また、性暴力被害者が利用しやすく、十分な治療・配慮等を受けることができるような医療体制の構築をめざして、平成18年6月に「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法の一部を改正する法律」が制定され、患者が医療に関する情報を十分に得た上で適切な医療を選択できるよう、医療機関管理者に対して医療に関する一定の情報の報告義務を課し、その報告をもとに、都道府県が医療機関に関する情報を集約し、住民にインターネット等で提供する仕組みも整備された。このように、犯罪被害者等基本計画の下、被害者の身体的・精神的健康回復を図るための施策が講じられつつあ

るが、性犯罪被害者との関係では、さらに検討を行う余地があるように思われる。

ここで考えなければならないのは、我が国よりも手厚い犯罪被害補償制度を整備し、犯罪被害に関する医療費については、国民保健サービス制度により国家予算ではば賄われ、さらに、それを超える負担分についても、犯罪被害保障制度によってカバーされるようなイギリスにおいて、なぜ、性犯罪の被害者について特別の医療的な取り組みを開始したのかという点である。

性暴力被害による精神的被害は極めて重く、PTSDの発症率も高い。また、自責の念や羞恥心などから性被害の通報率は低く、たとえ被害を訴え出たとしても、司法関係者あるいは医療関係者から2次被害を受ける可能性もある。さらに、適時に適切な介入がなされないことによって、被害者の身体的・精神的被害は長期化し、それは翻って、国の保健サービスへの負担という形で表れる。そこで、性暴力被害者に望ましい保健サービスのあり方として、24時間対応可能な専門医療機関で、性被害・性犯罪被害者に関する専門的な訓練を受けた医師、看護師、カウンセラーなどの医療スタッフ及びサポートスタッフが被害者の緊急治療や処置にあたる制度の構築が、進められたのである。性被害に関する専門的な訓練の中には、一連の刑事手続きについての法的知識の習得も含まれるため、適切な証拠採取が可能となれば、通報率、有罪率の増加にもつながる。「保健サービスのさらなる改革が、性犯罪被害者の身体的・精神的健康の一層の回復のみならず、潜在的な被害者の減少をももたらす」という、内務省犯罪被害者課の担当者の言葉は傾聴に値する。

我が国では、先に示したように、犯罪被害者基本計画の下で実施すべき施策として、厚生労働省が、「性暴力被害者のための医療体制の整備に資する施策の検討及び実施」を掲げ、平成18年に、医療に関する適切な情報提供とそれに基づく患者の医療選択を可能とする法改正を行った。しかし、性被害に精通する医師・看護師・カウンセラーなどのスタッフを備えた医療体制の整備にまでは至っていない。

このような制度の整備が必要なことは、現在のイギリスの取組みからだけでなく、アメリカ、カナダ、オーストラリアなど諸外国の経験からも明らかであろう。ただ、日本での実施を考える際には、どのような専門機関をどこに設置するのか(医療観察法病棟のように、国立病院、独立行政法人国立病院機構の病院とするのか)、対象をどうするのか(成人だけに限るのか、子どもも含めるのか)、スタッフの教育訓練をどうするのか(イギリスでは、今年から、保健省による費用拠出のもと、医師・看護師に向けた性被害に関する法医学コースがマンチェスター大学で開講された)、さらに、医療費の負担をどうするのか(イギリスでもアメリカでも、検査費用、カウンセリング費用等は、ほぼ無料である)、警察との連携はどうかなど検討すべき課題は多い。今後は、性犯罪被害者への医療的ケアに関する日本の現状についてより一層適確に把握するとともに、制度を既に実施している諸外国の状況等を、詳細に調査する必要があると思われる。

E. 結論

本年度の研究では、現在のイギリスにお

ける被害者対策に関する視察・情報交換・文献調査を通じて、我が国でも必要と思われる犯罪被害者の精神健康回復に向けた取り組みについて検討を行った。

我が国では、性犯罪被害者の精神的健康回復の問題がクローズアップされたことにより、刑事手続きにおける被害者への対応改善は推し進められたが、専門的な医療体制を整備するまでには至っていない。しかし、諸外国での経験から明らかのように、我が国でも、その問題を具体的に取り上げる時期が来ているように思われる。ただ、諸外国と医療制度の異なる我が国に、それらの制度をそのまま輸入することは困難である。我が国に相応しい制度のあり方については、医療観察制度の整備の時のように、法律的な面も含めて丁寧に検討される必要がある。

なお、以上のような性犯罪被害者の精神的回復の問題のみならず、その他の被害者への対応の問題について、法律によって解決されるべき問題が残されていないか、それらをどのように解決すべきかは、今後の検討課題としたい。

F. 参考文献

Jo Lovett, Linda Regan and Liz Kelly, Sexual Assault Referral Centres: developing good practice and maximizing potentials(2004).

Sylvia Walby and Jonathan Allen, Domestic violence, sexual assault and stalking: Findings from the British Crime Survey(2004).

Elizabeth Lawson et al. Balckstone's Guide to the Domestic Violence, Crime and Victims Act 2004(2005).

Home Office, CPS and Department for Constitutional Affairs, Rebuilding Lives – supporting victims of crime(2005).

Home Office, NIMH in England and Department of Health, National Service Guidelines for Developing Sexual Assault Referral Centres(SARCs) (2005).

ACPO, Sexual Assault Referral Centres(SARCs) – Getting Started Guide(2005).

Richard Dubourg and Joe Hamed, The economic and social costs of crime against individuals and households 2003/04 (2005).

Home Office, NIMH in England and Department of Health, Tackling the Health and Mental Health Effects of Domestic and Sexual Violence and Abuse (2006).

Home Office, Rebalancing the criminal justice system in favour of the law-abiding majority – cutting crime, reducing reoffending and protecting the public(2006).

HM Government, Cross Government Action Plan on Sexual Violence and Abuse (2007).

HM Government, Sexual Violence and Abuse Action Plan – Implementation Guide (2007).

全国犯罪被害者の会ヨーロッパ調査団、ヨーロッパ調査報告書-犯罪被害者補償制度(2005).

内閣府、平成 18 年版 犯罪被害白書(2006).

G. 研究結果
なし