

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

平成17－19年度 総合研究報告書

主任研究者 小西 聖子

平成20（2008）年 4月

平成 17-19 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」総合研究報告

目 次

I. 犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究-----	3
小西 聖子	
II. 各研究分野の研究成果	
1. メンタルヘルス領域における犯罪被害者の相談、治療、連携の現状について	
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-----	20
中島 聡美・山下 俊幸・小西 聖子	
1.2 臨床心理士における犯罪被害者およびその家族の相談に関する調査-----	30
大山 みち子・堀越 勝	
1.3 地域精神保健福祉機関における犯罪被害者支援-----	32
山下 俊幸	
1.4 保健所における事件・事故・災害時の PTSD 対策について-----	39
竹之内 直人	
2. 犯罪被害者遺族の重度トラウマ反応と回復に関連する要因について 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-----	40
小西 聖子・中島 聡美	
3. 犯罪被害者の重度ストレス反応の治療について	
3.1 PTSD 患者を対象にした認知行動療法-----	46
小西 聖子	
3.2 PTSD に特化した心理療法：認知処理療法-----	48
堀越 勝	
4. メンタルヘルス領域における犯罪被害者等にかかわる司法の問題	
4.1 犯罪被害者の心理的支援に関する司法と保健医療との連携について-----	50
有園 博子	

4.2	犯罪被害者の心身の回復に関わる経済的支援に関する研究 及びイギリス・アメリカにおける犯罪被害者支援制度の研究-----	52
	柑本 美和	
5.	研究成果の伝達と利用	
5.1	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 ー精神保健福祉センター・保健所等における支援-----	54
	山下 俊幸	
5.2	実践ガイドライン (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；概要版-----)	147
	山下 俊幸	
5.3	Webサイト「犯罪被害者のメンタルヘルス情報ページ」見本-----	157

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

本研究は2004年に成立した犯罪被害者等基本法及びその基本計画に従って、メンタルヘルス領域の専門家が有効な犯罪被害者等支援を行うための知見を得ることを目的として、平成17年度から19年度まで、3年間行われた。精神的・身体的な被害の回復は、犯罪被害者支援の重点課題の一つであり、犯罪被害者自身からの要望も高い。しかしながら、本研究を開始した時点では、有効な支援を行うためには、どのような犯罪被害者等がどのようなメンタルヘルスにかかわる支援を必要としていて、実際にどのように対応が行われているのか、その問題点はどこにあるのか、等についての情報は限られたものであった。また、犯罪被害者の精神的被害については、それが長期にわたり、中には高率でPTSD等の重度トラウマ反応をもたらす犯罪被害があることは知られているが、どのように回復を図っていくかについての実証的研究はない状態であった。支援を適切に行うためには、これらについて情報を得ることが必要である。

本総合報告書では、3年間に行った研究を総合し、まずメンタルヘルス領域における犯罪被害者の実態を知り、その対応を研究し、実際の支援に役立てるという流れに沿って、以下のテーマ別に成果を報告した。

1. メンタルヘルス領域における犯罪被害者の相談、治療、連携の現状について
2. 犯罪被害者遺族の重度トラウマ反応と回復に関連する要因について
3. 犯罪被害者の重度ストレス反応の治療について
4. メンタルヘルス領域における犯罪被害者等にかかわる司法の問題
5. 研究成果の伝達と利用：地域精神保健機関、すなわち精神保健福祉センターや保健所等における犯罪被害者等支援のためのマニュアル、ガイドラインの作成、書籍、ウェブサイトの作成

※本報告書の総括部分では、犯罪被害者等基本法の対象である「犯罪被害者等」を指す場合に、犯罪被害者という言葉を使った。特にどの範囲を指すか特定することが必要な時にはそれぞれの場所で限定をつけた。

1. メンタルヘルス領域では、現在表面に表れている犯罪被害者の数は、全体の臨床や相談から見れば少数であったが、それでも、過去一年間に、精神科医師、臨床心理士の約半数が犯罪被害者の相談、治療を経験していた。「連携」が行えているかどうか、犯罪被害者支援のカギを握っているが、実際には特定の関係、特定の個人レベルに連携が限られていることが結果から推測された。精神科医師も臨床心理士も、多くが司法関係の知識不足を実感しており、また紹介先や犯罪被害者に関わる他機関の情報が不足していると感じていた。

災害時の危機介入に関しては、これまでの経験が蓄積されつつあるが、地域で生じた犯罪被害に対しても、地域精神保健機関が介入していく必要があり、アウトリーチや、時期に応じた介入が必要であり、その準備として研修や専門家との連携が必要であることが示された。

2. 犯罪被害者遺族に対する調査から、被害から長期間経過していても、精神疾患に該当するレベルの状態にある被害者・遺族の割合は、一般住民より高いことが伺われた。

自記式アンケート調査の結果では、被害から平均 8 年経過して、約 40%がうつ病および不安障害のハイリスク群であった。面接調査では、対象の約 60%が PTSD、部分 PTSD、大うつ病、小うつ病のいずれかの疾患に該当する時期があった。また、精神症状の持続には、二次被害など被害後の処遇が関わっていることが示唆された。

3. Prolonged Exposure 法（以下 PE 療法）は、わが国においても慢性 PTSD に有効でかつ実施可能な治療法であると考えられた。本療法を専門家にトレーニングし、臨床家が本療法を身につけ、多くの臨床施設で提供できるようになれば、犯罪被害者の治療がさらに拡充すると思われる。また、PEに加えて、有力な治療法である Cognitive Processing Therapy 法（以下 CPT）について、米国から導入を図り、マニュアルを作成し出版の予定である。

4. 司法とのかかわりは、メンタルヘルス領域における犯罪被害者支援のポイントのひとつであることが複数の研究から明らかになった。

「連携」は本研究班で行われた複数の研究の考察におけるキーワードであった。しかし現実にはまだごく一部でしか連携は進んでいないことが明らかとなった。困難を解決するためには、精神科医師やメンタルヘルス専門家らが犯罪被害者を理解し診療や援助を行うための知識と技術の向上、連携のための具体的な地域のサービスの情報提供、具体的な支援事例についての情報交換などが必要となると考えられた。

なお、これらの研究のうち、3 年間を通じて行われた研究で、各年次報告書を具体的にまとめたほうが本研究の趣旨がわかりやすいと思われるものについては、総合報告のまとめのあとに、各研究の 3 年間の総括した研究報告を添付した。また、手引き書などの具体的成果についても添付した。本報告書に記載していない、さらに具体的な研究成果については、これらの報告書かあるいは各年次の総括報告書を参照されたい。

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。

本研究は 2004 年に成立した犯罪被害者等基本法及びその基本計画に従って、メンタルヘルス領域の専門家が有効な犯罪被害者等支援を行うための知見を得ることを目的として、平成 17 年度から 19 年度まで、3 年間行われた。本研究を開始した時点では、有効な支援を行うためには、どのような犯罪被害者等がどのようなメンタルヘルスにかかわる支援を必要としているのか、実際にどのように対応が行われているのか、その問題点はどこにあるのか、等についての情報は限られたものであった。また、犯罪被害者の精神的被害については、それが長期にわたり、中には高率で PTSD 等の重度トラウマ反応をもたらす犯罪被害があることは知られているが、どのように回復を図っていくかについての実証的研究はない状態であった。支援を適切に行うためには、これらについて情報を得ることが必要であった。

さらに得られた成果を、普及していく取り組みがこの研究では重要となる。多くの人アクセスでき、日本におけるメンタルヘルス領域における犯罪被害者支援の対応を少しでも前進させることが必要である。

メンタルヘルス領域における犯罪被害者等支援の対象と目的の設定

犯罪被害者等基本計画では「基本法にいう「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又

は遺族を指し（基本法第 2 条）、

- 加害者の別、害を被ることとなった犯罪等の種別、故意犯・過失犯の別、事件の起訴・不起訴の別、解決・未解決の別、犯罪等を受けた場所その他による限定を一切していない。
- 当然ながら、個別具体の施策の対象については、その施策ごとに、それぞれ適切に設定され、判断されるべきである。

となっている。これによると「犯罪被害者」等は極めて広い範囲に設定されていることになる。

司法の領域における犯罪被害者支援は、平成 8 年に、警察庁が被害者対策要綱を策定し、平成 11 年に検察庁において、裁判結果などを犯罪被害者等に対して通知する、被害者等通知制度が導入されるなどして、前進してきた。また平成 12 年には「犯罪被害者等保護二法」が制定され、刑事手続における被害の回復に役立つ措置の導入が図られた。これらの犯罪被害者支援にかかわる法律の改正、特に刑事訴訟法の改正などにおいて、中心的な対象として念頭に置かれてきたのは、犯罪被害者の遺族や、性犯罪の被害者であるといえよう。経済的支援のみならず犯罪被害者等支援の一つの焦点と考えられる犯罪被害者等給付金も、制度成立の経緯から見ても、犯罪被害者遺族を考慮したものであることは間違いない。メンタルヘルスの視点から見ても、これらの被害者の打撃が大きく支援が必要であることは、被害の当事者からの要望や、専門家の経験、海外での知見などで知られているし、その実態も報告されてきた。

司法の側から眺めた場合、メンタルヘルスの領域からの支援の対象としては、犯罪被害者の遺族と性犯罪被害者が中心的に考慮されていると言えるだろう。

一方メンタルヘルス領域の対象者の中で犯罪被害者はどのような位置づけにあるのだろうか。司法にかかわる犯罪被害者がどの程度メンタル

ヘルスに関して受診、相談しているか、という問題もあり、一方に司法にかかわらないままの犯罪被害者等が、どのような状況にあり、どの程度メンタルヘルス領域に表れているのかという問題もある。

研究開始時点では、犯罪被害者等の全体像はこれらの問題のどれをとっても明らかでなく、一つの調査でとらえられるものとは考えられなかった。このため、本研究では複数の視点から、犯罪被害者の像を検証し、さらにその成果に基づいて治療や啓発活動についても検討していくという、構成となったのである。ここでは、これまでの研究報告とは異なった切り分けで研究成果の全体

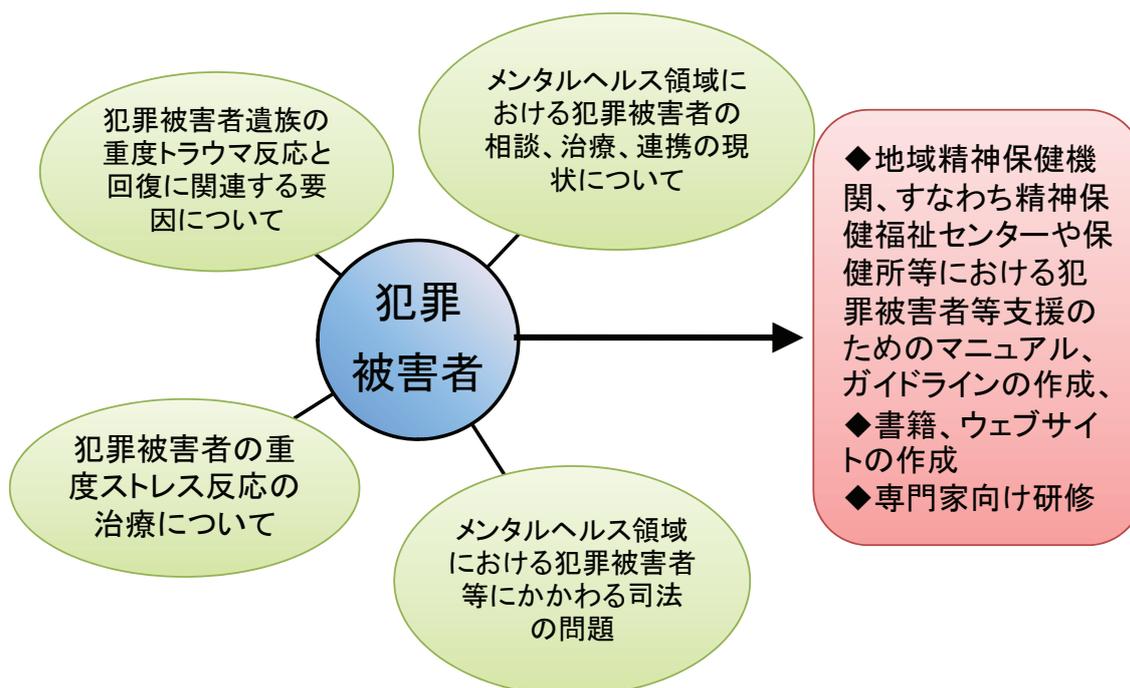
を要約することにする。

切り取りの視点は

1. メンタルヘルス領域における犯罪被害者の相談、治療、連携の現状について
2. 犯罪被害者遺族の重度トラウマ反応と回復に関連する要因について
3. 犯罪被害者の重度ストレス反応の治療について
4. メンタルヘルス領域における犯罪被害者等にかかわる司法の問題

の4つにまとめられた。4つの関連を図1に示す。

図1. 研究の構成と目的



本研究の目的はこの4つの視点から犯罪被害者の像を描くことにあるといえる。さらにその成果を犯罪被害者支援のためのさまざまな啓発活動に生かしていくために、

5. 地域精神保健機関、すなわち精神保健福祉センターや保健所等における犯罪被害者等支援のためのマニュアル、ガイドラインの作成、書籍、ウェブサイトの作成

も、目的となる。

以下、この順番に従って具体的な目的をあげる。

1. メンタルヘルス領域における犯罪被害者の 相談、治療、連携の現状について

犯罪被害者に対する精神科医療・福祉サービスをより適切なものにするための基礎的資料とすることを目的として、全国精神保健福祉センター(平成17年度;調査1)、及び精神科医療機関(平成18年度;調査2)、民間被害者支援団体(平成19年度;調査3)、臨床心理士(平成19年度;調査4)を対象として調査を行った。

これらにより、精神保健福祉センター、精神科医療機関で犯罪被害者の診療を促進させる要因または妨げる要因を明らかにし、犯罪被害者に対する精神科医療・福祉サービスをより適切なものにするための基礎的な資料とすることを目的とした。また、これらの調査の結果、サービスの提供には、犯罪被害者に関わる機関の連携が重要なポイントとなることが明らかになったため、連携についての現状を明らかにすることを目的として、民間被害者支援団体に対する調査(調査3)を追加して行った。また、今後心理の専門家による犯罪被害者支援が大きな役割を果たすと思われることから、臨床心理士の団体にも、精神科医療機関と対比しながら相談経験やそれを促進あるいは妨げる要因について聞くことにした(調査4)。

また、メディアによっておおきく取り上げられるような犯罪が地域で起こった場合には、被害者のメンタルケアを地域の精神保健機関が担うことが多い。精神保健福祉センターや保健所などは一定の経験を蓄積しつつあり、それは災害時支援や自殺遺族の支援とも重なる部分の多い領域である。これまでの介入経験からわかったことを分析する。

2. 犯罪被害者遺族の重度トラウマ反応と回復に

関連する要因について

犯罪被害者遺族は、「犯罪被害者等」に含まれる人たちの中で、犯罪被害者等基本法の成立において、当事者として最も大きな役割を果たしたと言える。遺族の発言や運動が、法律制定を促進した。犯罪被害者遺族のメンタルヘルスの問題は、司法から見た時には、「精神的・身体的回復」という重点課題の、中心的問題であると言えよう。

しかし、殺人事件の遺族数は、他の犯罪被害者等に比べて圧倒的に少ない。交通事故遺族も心理的に深刻な打撃を受けることが研究から示されているが、両者を足し、未遂事件も加えても件数は年間1万件には達さない。

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や個々の研究者による研究(性暴力被害者、交通事故遺族、自助グループの遺族等)などが行われてきたが、これらの調査は、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た。それは遺族に関しても同様である。一方、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。

司法の側から追跡していくなら、正確な有病率やリスクファクターを求めるためには、被害直後からの縦断研究が必須であるが、犯罪被害という極めて強い衝撃を受ける体験をした被害者に、直後から調査を依頼することは倫理的にも問題があり、実施は困難である。そこで、今回われわれは、被害者当事者団体の協力を得て、できるだけ多くの被害者の状態を把握し、PTSDや複雑性悲嘆等トラウマによる精神疾患の発症や維持に関

わる要因を明らかにすることとした。最終的には、この研究によって、特に被害後の要因（支援、二次被害、対処行動等）を明らかにすることで、被害者への有効な支援や介入プログラムの開発を行うことを目的としている。

3. 犯罪被害者の重度ストレス反応の治療について

実際にメンタルヘルスにかかわる諸機関において次に課題となるのは、犯罪被害者への対応である。特にその中核となり、またこれまでの治療法だけでは対応が困難であるのは PTSD である。PTSD の治療法の効果について、海外では各種検証されている。特に、PTSD の治療法の中でも Prolonged Exposure 法（以下 PE 療法）は最も多くのエビデンスがある治療法である。わが国においても PTSD に焦点を当てた認知行動療法や EMDR を用いた治療が導入されつつあるが、PTSD の治療効果に関する実証的な報告は少ない。そこで本研究では、PE 療法の我が国における実施可能性と治療効果を確かめることを目的に臨床研究を行った。また PE 療法以外にも数ある効果的と思われる介入方法の中から、認知処理療法 (Cognitive Processing Therapy: 以下 CPT) を選択し、日本で実施することを目指した準備を進めた。

4. メンタルヘルス領域における犯罪被害者等にかかわる司法の問題

司法とのかかわりは犯罪被害者の大きな特徴である。刑事事件の被害者は捜査や刑事裁判の過程を通じて、日常では体験しない、事情聴取、裁判の傍聴、意見陳述、場合によっては弁護士とかかわったり、メディア対応を迫られたりする。広義の犯罪被害者等に含まれる DV の被害者や性暴力の被害者も、離婚に関する調停や裁判、民事訴訟などで裁判とかかわる機会が多い。このような

犯罪被害者の特性により、メンタルヘルス領域でも司法とかかわる対応が迫られることが多くなり、それが犯罪被害者等を臨床から遠ざける原因ともなる。ここでは、一つは弁護士がどのように犯罪被害者のメンタルヘルスの問題をとらえ、対応しているかについて調査し、また、海外の犯罪被害者支援制度を法制度から見た場合に日本の制度の特徴と問題点について調査した。

5. 地域精神保健機関、すなわち精神保健福祉センターや保健所等における犯罪被害者等支援のためのマニュアル、ガイドラインの作成、書籍、ウェブサイトの作成

研究班で得られた成果を社会に還元し、実際に役立てていくために、積極的にその成果の公表、研修などへの応用をはかることが必要である。このため研修内容への反映、マニュアルの作成、web サイトの作成、書籍の刊行などを計画した。

B. 研究の方法と成果

3 年間の成果をまず、目的であげた、それぞれの項目ごとに述べる。全体からわかることについては結論部分で考察したい。

1. メンタルヘルス領域における犯罪被害者の相談、治療、連携の現状について

3 年間に以下の 4 つの調査対象に犯罪被害者の実態について調査を行った。

◎ 精神保健福祉センター

(H17: 63 機関 全数調査

回収率 88.9% N=53)

◎ 精神科医療機関医師

(H18: 全国 2879 機関の医局長クラス医師を対象 回収率 29.2% N=840)

◎ 臨床心理士

(H19: 臨床心理士会会員から無作為抽出 回収率 31.1% N=230)

- ◎ 民間支援団体
(H19：犯罪被害者支援ネットワーク加盟 41 団体の全数調査)
精神保健福祉センター、民間支援団体において

は、ほぼ全数の調査ができたが、精神科医療機関 医師、及び臨床心理士においては、約 3 割の回収率であった。それぞれについて主な結果をまとめると以下の表 1，2 のようである。

表 1 精神保健福祉センター及び精神科医療機関医師における犯罪被害者への治療と司法的関与

平成 17 年度 精神保健福祉センター実態調査	平成 18 年度 全国精神科医療機関実態調査
<ul style="list-style-type: none"> ・犯罪被害者相談は電話・面接ともに全体の約 1% ・犯罪被害者事例数は、センターの相談体制規模と被害者関連機関との連携に関連 ・職員の知識や情報の不足 	<ul style="list-style-type: none"> ・約 7 割は過去に被害者の診療経験があり ・年間診療数 平均 2.4 人 ・診療をした人の 6 割が法的問題へ関与 ・被害者を多く診ている医師の特徴：女性、診療所、心療内科、研修参加や関連機関との連携など
結果からの提言	
<ul style="list-style-type: none"> ・被害者関連他機関との連携の推進 ・被害者への支援・治療のためのガイドラインと研修 	<ul style="list-style-type: none"> ・被害者の診療に関する情報、特に司法知識の提供・研修 ・被害者関連機関からの円滑な紹介や連携の推進

表 2 臨床心理士及び民間被害者支援団体における犯罪被害者相談と連携に関する研究結果

平成 19 年度 臨床心理士による犯罪被害者支援の実践 ・意識に関する調査	平成 19 年度 民間被害者支援団体と精神科医療機関との 連携に関する調査
<ul style="list-style-type: none"> ・68.9%が犯罪被害者の相談経験あり ・回答者の 7 割以上が「司法関係の知識」「相談についての知識や技術の不足」を感じている ・85.1%が犯罪被害者の相談のマニュアルやガイドラインの必要性を感じている ・94.3%が犯罪被害者の支援・相談に特化した研究の必要性を感じている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・1 年間の精神科への平均紹介人数は 4.3 人、性被害や身体暴力の被害者の紹介が多い ・紹介先の約半数は心療内科 ・75%は連携精神科医療機関あり ・連携の問題：精神科の情報不足。PTSD に詳しい医師、女性医師、犯罪被害者に理解ある医師が少ない、児童精神科が少ない
結果からの提言	
<ul style="list-style-type: none"> ・心理臨床従事者を対象にした犯罪被害者支援のためのマニュアル作成 ・研修プログラムの開発・実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科医療機関情報の提供 ・支援者の精神疾患に対する理解と紹介の仕方についての実践的研修

精神科医師や臨床心理士では、犯罪被害者の診療、相談を経験したことがあると答えたものが約7割であった。この結果は比較的多数の専門家が犯罪被害者の対応を経験しているとも考えられるが、これらの調査の対象となった医師、臨床心理士が、経験が豊富で中核として働いている者が多いことを考えれば、例えば医師の平均2.4人という値は、年間の臨床の中で占める割合は決して高くない。精神保健福祉センターでの面接相談総数の1%という結果も、また民間支援団体の紹介が全相談総数の1%にすぎないという結果も、このことと矛盾しないと言えよう。

メンタルヘルス領域では、現在見えている犯罪被害者の数は、全体の臨床や相談から見れば、少数であり、連携が行えるかどうか、犯罪被害者支援のカギを握っているが、民間支援団体は医療との連携には慎重であり、適切な治療者を見つけられないという現状があり、連携が行われにくい原因となっている。

また被害の内容も、精神保健福祉センター、精神科医療機関、臨床心理士とも、配偶者間暴力、虐待、性暴力などが多くなっており、遺族の相談は少なかった。

さらに、治療や相談に関わる人たちの知識不足、情報不足があげられる。いずれの調査においても、回答者の多くが司法関係の知識不足を実感しており、また紹介先や犯罪被害者に関わる他機関の情報が不足していると感じていた。このことより、被害者が相談や治療に来て、知識不足や情報不足を抱えながら対応せざるを得ない現状があると推測される。

今回の調査では、被害者の潜在的なニーズはあることが示唆されており、これらの潜在ニーズを満たしていくためには、被害者に対する精神医療の必要性についての啓蒙や、民間被害者支援団体の相談員が紹介のための情報やスキルの向上、紹

介先となりうる精神科医療機関の増加、民間被害者支援団体と精神科医療機関が、事例についての相談や情報のやり取りなど双方向の連携を深めていくことなどがあげられる。

地域での介入経験の分析については、表の事件を対象とした。

表3. 研究の対象とした地域における危機介入

地域での危機介入	
平成18年度	和歌山市毒物混入事件、西鉄高速バスのつとり事件、えひめ丸沈没事故、中越大地震、JR 福知山線列車脱線事故
平成19年度	秋田県児童連続殺害事件、滋賀県（園児殺害事件、四万十川水難事故、エキスポランド事故）、長崎県（児童殺害事件、スポーツ施設銃撃事件）。北海道（佐呂間町竜巻災害、北見ガス事故）

今後の対策として以下の点が重要であると考えられた。

- ①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。
- ②後送機関：県内に一箇所専門的な PTSD 治療機関が必要だろう。犯罪被害者の PTSD 治療は保健所だけでは完結できない。
- ③専門家のバックアップ体制：これらの事件・事故・災害に際しては、適切な時期に適切な支援があった。国レベルで体制を組まないと、専門家やアドバイザーが不足する。
- ④市民への啓発：保健所で相談ができる事を知ってもらう。
- ⑤被害者支援ネットワーク（NPO）活動の実情把握。
- ⑥精神保健福祉センターと保健所連携の強化。

2. 犯罪被害者遺族の重度トラウマ反応と回復に関連する要因について

平成18年度および平成19年度に被害者当事者団体、自助グループに所属している犯罪被害者とその家族を対象に、郵送によるアンケート調査（研究1）と面接調査（研究2）を行った。研究1では、ある被害者当事者団体を対象に自記式アンケート調査を行い、188人の有効回答を得た。その結果からは、対象者は被害から平均8年経過しているにも関わらず、約40%がうつ病および不安障害のハイリスク群であることがわかった。またハイリスク群ではそうでない群に比べ、女性の割合が高い、被害時に強い衝撃を受けたことが多い、二次被害を受けた頻度が多いなどの特徴が見られた。研究2では、5つの当事者団体あるいは自助グループに所属する犯罪被害者遺族（73名）を対象に自記式調査票、唾液中コルチゾールの測定および構造化面接を用いた面接調査を行った。対象者は事件から今までの間に約60%がPTSD、部分PTSD、大うつ病、小うつ病のいずれかの疾患に該当する時期があったが、調査時点でも上記の疾患および複雑性悲嘆に該当したものは、32人（43.8%）であり、26%は複数の疾患を抱えていた。

本調査の対象者は、特定の当事者団体に所属している犯罪被害者であることから、犯罪被害者全般の結果を反映したものと位置づけることはできない。しかし、従来日本では研究されることの少なかった殺人等の犯罪被害者遺族を多く含む調査であることと、構造化面接を用いて精神疾患の評価を行ったこと、精神疾患・症状だけでなく生活機能や医療機関の受診、唾液中コルチゾールによる生理学的反応の評価を行なった包括的な研究であること、二次被害や支援、ソーシャルサポート、対処行動など被害後の要因に焦点を当てて調べたことなど、従来の研究にない要素を含ん

だものであるといえる。

3. 犯罪被害者の重度ストレス反応の治療について

1) Prolonged Exposure法（PE療法）

もっとも効果の実証されているPE療法について、オープン試験による効果研究を行い、さらにCPTについて導入の活動をおこなった。

2004年5月～2008年2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23名をPE療法の対象にした。

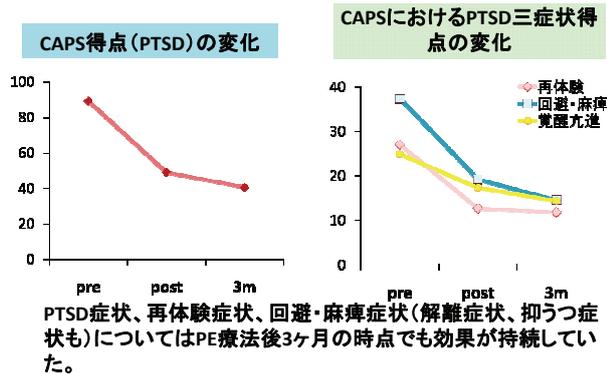
PE療法の除外基準は a) 統合失調症、躁鬱病、器質性の精神障害、b) アルコール・薬物依存、c) 6ヶ月以内に顕著な自殺念慮があるもの、d) 加害者との脅迫的な関係が継続していること、e) 知的障害（自記式質問紙の回答が困難な者）である。

PE療法前後の心理検査は、担当セラピスト以外の独立した評価者が実施した。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。

PE療法を完遂した17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対応のある両側t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。さらにPTSDの主要三症状についても治療効果に差があることがわかった。図1に示すようにPE療法を行うことでPTSD症状に差がみられ、それは、3か月後も持続していた。

図1 PE療法の効果の持続

(LSD法による多重比較検定 N=9)



また、表4に示すように、治療効果が示された。

表4. PE療法終了後の治療転帰(N=17)

治療転帰	人数	%
PTSD診断消失	11名	64.8%
PTSD症状軽快	5名	29.3%
不変	1名	5.9%
悪化 (CAPS得点10%以上増加)	0名	0.0%

何らかの効果のあった13名中10名が就労、就学ができなくなっていたが、うち8名が何らかの形で復帰した。

本研究では、わが国における PE 療法の実施可能性と治療効果を検証し、PE 療法は日本でも実施可能であり、有効な治療法であることが明らかになった。

PE 療法後に 64.7%の PTSD 診断が消失し、社会機能に影響があった者のうち 76.9%が社会復帰したという結果は、PTSD 症状が遷延化し、症状に苦しんでいるクライアントやセラピストにとっても意義がある結果といえよう。

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し続けることが重要となる。出来事に対する感情の関わりを調整することがこの療法で臨床家に求められる臨床的技術力である。本研究班では、PE 療法のワークショップや継続研修、スーパービ

ジョンを実施したが、PE 療法の専門家を育成するという視点で見れば継続して教育を行う必要があるだろう。今後、我が国で犯罪被害者に対する専門治療を一般的に普及させていくためには、専門家の育成が社会的にも求められている。PE 療法は、PTSD の臨床経験があり、トレーニングやスーパービジョンの制度が整えば、公的機関及び地域のクリニックでも施行可能な療法である。

2) Cognitive Processing Therapy 法 (CPT)

また、他の実証的知見が示されている療法として Resick の認知療法の導入を図った。3年間を通じて、PTSD に対する効果的な介入の検証と、新たな心理療法の紹介を試みた。

平成17年度、18年度、19年度の3ヶ年を通して、日本に紹介されていない有効な介入法を選択し、その介入法を日本に紹介することを目的として下記の通り、活動を行ってきた。そのことは、PTSD に対する介入法の選択肢を広げることに繋がり、結果的に犯罪被害者のケアに直結するものと考えられる。

- ① 文献研究
- ② 考案者レイシックとの連絡
- ③ 資料収集： 文献研究を行う中で、PTSDに特化した介入法や査定についての論文を50以上集め、目を通してPTSDに対する効果的な介入法と査定法について調査を行った。その結果については、平成17年度の研究報告の中で報告している。
- ④ CPTに決定： CPTは情報処理理論から派生した、社会認知モデルを基礎にして考案された介入法で、現在では米国の帰還兵病院 (VA Hospital) などで採用されているが、日本にはまだ紹介されていない。
- ⑤ 研修参加・マニュアル翻訳： 日本からボストンで開催された2日間のCPTワークショップに参加した。レイシック博士から最新のマニ

アルを入手したことを期にそのマニュアルの翻訳に着手した。100ページ以上のマニュアルを18年中に大半を訳し終え、19年度に完成した。

⑥ レビュー論文執筆：平成18年度に研修に参加し、考案者から最新の改定マニュアルを入手したことで、CPTの全貌が明らかになった。

⑦ 介入研究の準備：分担研究班は実際にCPTが日本でも使えるものであるのか、また日本でも米国と同様な効果を発揮するのかどうかを探るために、日本でも介入研究を実施することにした。

⑧ グループCPT 視察の準備：CPTの特色の一つとして挙げられるのが、グループによる介入である。特にCPTのグループを盛んに行っているのは、米国シンシナチのVAメディカルセンターのキャサリン・チャード博士である。堀越らは、CPTの実際を知るために、現場見学を希望し、チャード博士とのコンタクトを開始した。

4. メンタルヘルス領域における犯罪被害者等にかかわる司法の問題

このことについては1. であげた、各専門家に対する調査においても設問を設け、犯罪被害者支援を行うにあたり、司法に関わることが、メンタルヘルスの専門家に高頻度で生じ、それが支援の課題となっていることが明らかにされた。さらにこの領域では、以下の二つの調査を行った。

ひとつは弁護士に対して犯罪被害者のメンタルヘルスにかかわる調査を行い、平成17年度は一地域の弁護士の調査、18年度は全国を対象とした弁護士調査を行った。また、3年間で日本およびイギリス、アメリカの犯罪被害者支援の制度とその課題について現地調査を行い研究した。順に述べる。

1) 弁護士を対象とした調査

平成17年度および平成18年度には、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、アンケート調査（研究1・2）「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—」を行なった。平成19年度には、研究1・2の調査を踏まえ、犯罪被害者および遺族の受けている支援実態について弁護士と精神科医療機関での支援実態把握のための聞き取り調査（研究3）「犯罪被害者に対する弁護士および精神科医療機関での支援実態と他機関との連携」を行った。

研究1は、プレ調査として、弁護士の立場からみた犯罪被害者の心理的支援の現状についての把握と、司法領域での支援とその他の心理的支援機関との継続支援の実態把握を目的として、県弁護士会所属弁護士全員を対象とした無記名郵送法による調査を実施した。

研究2では、日本弁護士連合会の協力を得て、全国の犯罪被害者支援に関わっている弁護士を対象にアンケート調査を行なった。結果、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。課題としては、関連支援機関の共通情報の不足とシステム整備（紹介網の整備や支援体制構築等）が示された。

研究3では、弁護士と精神科医療機関とでの支援実態との比較を行った。犯罪被害者支援に関わっている弁護士5地域10名の協力を得て、犯罪被害者および遺族の受けている支援実態の聞き取り調査を行った。精神科医療機関での支援実態では、兵庫県こころのケアセンター附属診療所となされた他機関との連携支援活動を分析対象とした。結果、弁護士の支援実態から、4つの犯罪

被害種類別に共通する今後の支援特徴が明らかとなった。①PTSD症状の起こりやすい状況の想定可能性の強化と、②信頼関係を持った専門家同士のつながりの強化、この2つが今後強化されることでより良い支援活動になる可能性があることが示された。

2) 英米との法制度の比較

制度の研究に関しては、平成17年度は日本の制度、平成18年度は、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)での聞き取り調査、19年度は比較法的観点からアメリカの聞き取り調査を主にカリフォルニア州で行った。

平成17年度の報告書では、重傷病給付金の問題点として以下の2点を挙げた。第1点は、療養期間が1ヶ月以上(改正前の犯罪被害者等給付金の支給等に関する法律第2条3項)、「14日以上入院」(改正前の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)及び「疾病時から3月の期間」(改正前の犯罪被害者等給付金の支給等に関する法律施行令第6条)が要件とされていたため、怪我の程度は比較的軽いのに心的外傷などは重いという被害、あるいは、3ヶ月以上の治療を要する被害が、支給対象から外されてしまう可能性があったという点である。しかし、この点は、犯罪被害者等基本計画が、「犯罪被害給付制度における重症病給付金支給範囲及び親族間犯罪の被害に係る支給拡大」を推進すべき施策の一つに掲げたことで制度が拡充された。ただ、重度の精神障害に罹患したような場合、また、重傷を負ったことで何度も手術を行わなければならないような場合、1年間という短い期間の給付では不十分なことは明らかである。

第2点は、重傷病給付金とは、犯罪行為により

生じた傷病の療養について、被害者が負担した保険診療による医療費の自己負担部分に相当する額を支給するものであるため、保険診療外で支出した費用、例えば、現実に支出を余儀なくされた医療関係の費用、カウンセリングの費用、保険の対象とならない薬物療法などについては、支給対象とならないことが問題とされていた。現在臨床心理士等によるカウンセリングについては、都道府県において予算措置を講じるべきであるとするに留められている。

さらに、もう1つ、犯罪被害者給付制度の問題点として、被害者と加害者との間に一定の親族関係があることを理由に支給が制限されることが原則であり(改正前の犯罪被害者等給付金の支給等に関する法律第6条第1号及び、これを受けた犯罪被害者等給付金の支給等に関する法律施行規則第2条)、給付金を支給しないことが社会通念上適切でないと認められる特段の事情がある場合にのみ、3分の1が支給されるにすぎない点を挙げた。しかし、既に夫婦関係の破綻したDV被害者や全く行き来のない親戚から被害を受ける場合も十分考えられ、この点についても見直しの余地があると指摘していた。この点については、その後、制度が改正され、給付金が支給されない親族は、夫婦、直系血族そして兄弟姉妹という狭い範囲に限定され、ただ、犯罪行為が行われたときに、加害者にDVの保護命令が出されているなど、犯罪に係る事情を勘案して特に必要と認められる場合には規定された額の3分の2を支給することとされた(犯罪被害者等給付金の支給等に関する法律規則2条、10条2項)。

このように、犯罪被害給付制度については、重傷病給付金の支給範囲を拡大し、支給制限者を縮小するなど、犯罪被害者の実情に見合った改革が行われつつある。

このような我が国の課題についてイギリス・アメ

リカの制度を検討した。

5. 地域精神保健機関、すなわち精神保健福祉センターや保健所等における犯罪被害者等支援のためのマニュアル、ガイドラインの作成、書籍、ウェブサイトの作成

さらに地域における支援への反映、国立精神神経センターの専門研修「犯罪被害者メンタルケア研修」に内容を反映した。現在、分担研究員中島により2回が行われている。また、マニュアルの作成、webサイトの作成、書籍の刊行などを計画した。

これらの成果については以下の通りである。

① 「犯罪被害者等支援のための地域精神保健活動の手引ー精神保健福祉センター・保健所等における支援ー」地域精神保健福祉機関における犯罪被害者支援の作成

班会議において手引き案の内容について検討し、研究協力者の協力を得て分担執筆し、分担研究者が主任研究者等の意見を踏まえて「犯罪被害者等支援のための地域精神保健活動の手引ー精神保健福祉センター・保健所等における支援ー」としてとりまとめることとした。今年度は研究班においてさらに検討を加え完成させた。手引きは資料も含めた93ページの冊子であるので、目次の概要のみ以下に挙げておく。

- 1 犯罪被害者等における精神保健相談 8
 - 2 支援サービス等の利用 28
 - 3 危機介入における精神保健福祉センターの役割 38
 - 4 関係機関・団体との連携 43
 - 5 自助グループへの支援 53
 - 6 犯罪被害者等の支援に係る研修 56
 - 7 精神障害者の受ける犯罪被害 58
 - 8 Q & A 63
- 資料 82

これの実践概要版としての実践ガイドラインも作成した。(A4版10ページ)

これらは資料として添付する。

② 犯罪被害者メンタルケア研修への内容の反映
精神保健研究所における「犯罪被害者メンタルケア研修」を分担研究者中島が2回実施した平成20年1月22日ー24日に行われたプログラムを表5に示す。

表5. 精神保健研究所における「犯罪被害者メンタルケア研修」の実施(平成20年1月22日ー24日)

日時	タイトル	日時	タイトル	日時	タイトル
1月22日	開講式	1月23日	犯罪被害者の心理アセスメント	1月24日	PTSDの治療
	犯罪被害者等基本法および基本計画における精神医療の役割		犯罪被害者と刑事司法		犯罪被害者への治療対応
	警察による犯罪被害者対策		犯罪被害者の声：犯罪被害者・遺族そして精神科医として		犯罪被害者の事例提示
	犯罪被害者の心理(精神疾患を中心に)		犯罪被害者の心理アセスメント		犯罪被害者治療の実際・ロールプレイ
	犯罪被害者遺族の心理		犯罪被害者と刑事司法		

③ Web サイト

メンタルヘルス専門家、および当事者向けにwebサイト「犯罪被害者のメンタルヘルス情報ページ」を開発した。



<http://www.ncnp.go.jp/nimh/seijin/www/index.html>で見ることができる。

サイトマップを示す。

被害にあわれた方、ご家族の方へ

犯罪被害後の心理的影響
ひとりで苦しまないで
トラウマとは
被害から間もない時期に起こりやすいこと
長期的な反応 1 PTSD

長期的な反応2 うつ病その他の精神疾患
長期的な反応3 体や気持ちの変化
遺族の方に表れる反応 —悲嘆反応—
被害にあわれた方のご家族・関係者へ
被害者にしてあげられること
被害者への接し方
家族や友人が気をつけること
心の回復のためにできること
回復のステップ
回復のために自分でできること
こんなときは専門機関へ
早めに診察を
心のケア（治療）はこのように行われます
子どもの反応と対応
事件の後によく見られる子どもの心と身体の反応
PTSD とは？
トラウマを受けた子どもへの対応の仕方
専門的なケアが必要なとき
保護者のメンタルヘルス

医療、心理関係者の方へ

犯罪被害者の診療にあたっての留意点
被害後急性期の治療
心理面接の留意点
PTSD などの精神科治療
PTSD に対する特別な心理療法
様々な犯罪の被害者への治療・対応
遺族のメンタルヘルスと対応
性暴力被害者のメンタルヘルスと治療
ドメスティック・バイオレンス被害者のメンタルヘルスと対応
虐待被害をうけた人のメンタルヘルスと治療
地域精神保健における犯罪被害者の支援
被害者の診断書・意見書・鑑定書を依頼された時に
支援をする人の傷つきとその対応

犯罪被害者の声
参考文献・資料
リンク
サイトマップ（このページです）

④ 書籍の刊行

書籍「犯罪被害者のメンタルヘルス」小西聖子編著（誠信書房）を研究班の研究者で分担執筆した。現在、編集し校正中であり、間もなく出版される予定である。

C. 結論

1. メンタルヘルス領域における犯罪被害者の相談、治療、連携の現状について

- メンタルヘルス領域では、現在表面にあらわれている犯罪被害者の数は、全体の臨床や相談から見れば少数である。
- 過去一年間に精神科医師、臨床心理士の約半数が犯罪被害者を経験していた。
- 連携が行えるかどうか、犯罪被害者支援のカギを握っているが、ところが、実際に行われている連携は特定の関係、特定の個人レベルに限られていることが結果から推測される。民間支援団体も医療との連携には慎重であり、適切な治療者を見つけられないという現状が、連携が行われにくい原因となっている。
- 治療や相談に関わる人たちの知識不足、情報不足があげられる。いずれの調査においても、回答者の多くが司法関係の知識不足を実感しており、また紹介先や犯罪被害者に関わる他機関の情報が不足していると感じていた。
- 犯罪被害者のニーズを満たしていくためには、被害者に対する精神医療の必要性についての啓蒙や、民間被害者支援団体の相談員が紹介のための情報やスキルの向上、紹介先と

なりうる精神科医療機関の増加が必要である。

- 具体的には民間被害者支援団体と精神科医療機関が、事例についての相談や情報のやり取りなど双方向の連携を深めていくことなどが必要である。
- 事件後の地域への介入については、精神保健福祉センターや保健所の経験は蓄積されつつある。
- 大きな犯罪事件が起こった場合には、地域全体が事件の影響を受けるが、その際には、住民との距離が近く、心身の状況を総合的に扱うことができること、訪問システムを持つことは保健所の大きな利点である。
- 現状では被害者との日常的な接点は少なく、犯罪被害者支援を行う場合には、警察、児童相談所、病院等との連携が必要である。

2. 犯罪被害者遺族の重度トラウマ反応と回復に関連する要因について

- 犯罪被害者遺族に対する郵送と面接の2つの調査から、被害から長期経過していても、精神疾患に該当するレベルの状態にある被害者・遺族の割合は、一般住民より高いことが伺われた。
- 自記式アンケート調査の結果では、被害から平均8年経過して、約40%がうつ病および不安障害のハイリスク群であった。面接対象の約60%がPTSD、部分PTSD、大うつ病、小うつ病のいずれかの疾患に該当する時期があったが、調査時点でも上記の疾患および複雑性悲嘆に該当したものは、32人(43.8%)であり、26%は複数の疾患を抱えていた。この結果から、精神症状の持続に二次被害など被害後の処遇が関わっていることが示唆された。

3. 犯罪被害者の重度ストレス反応の治療について

- PE療法の対象者23名のうち、17名はPE療法を完遂し、4名は継続中、2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17名の治療結果は、PTSDが改善したものは10名、PTSD症状が軽減したものは6名、症状に変化が見られなかったものは1名であった。
- PE療法前後でPTSD症状、抑うつ症状、解離症状に効果が認められた。さらにPTSDの主要三症状についても、再体験症状、回避・麻痺症状、覚醒亢進症状ともに有意に症状の改善が見られた。
- PE療法後もPTSD症状の再発が少なく、PE療法開始時点で、社会機能に支障をきたしていた13名中10名(76.9%)は社会復帰した。
- PE療法はわが国においても慢性PTSDに有効かつ実施可能な治療法であると考えられた。本療法を専門家にトレーニングし、臨床家が本療法を身につけ、多くの臨床施設で提供できるようになれば犯罪被害者の治療がさらに拡充すると思われる。

4. メンタルヘルス領域における犯罪被害者等にかかわる司法の問題

- 司法とのかかわりは、メンタルヘルス領域における犯罪被害者支援のポイントのひとつである。
- 弁護士もメンタルヘルス領域の支援が必要だと感じているが、実際の連携は一部にとどまっている。
- 法制度については、英米の犯罪被害者支援と比べてみると、給付金の支給の範囲、財源などに違いがある。一概に比較はできな

いが、メンタルヘルス領域、特に心理的支援における支援には、現在の日本の制度と実態は、これらの国に比べて十分ではない。

5. 地域精神保健機関、すなわち精神保健福祉センターや保健所等における犯罪被害者等支援のためのマニュアル、ガイドラインの作成、書籍、ウェブサイトの作成

▶ それぞれ計画どおり、あるいは当初の計画を越えて作成した。一部継続中である。

6. まとめと考察

メンタルヘルス領域に現れる犯罪被害者の像

3年間にわたる研究により、犯罪被害者支援のメンタルヘルス領域における現状がかなり明らかにされた。

司法の過程において見える犯罪被害者像と、メンタルヘルスにかかわる諸機関、専門家が見る犯罪被害者の像はかなり違ったものである。メンタルヘルス領域においては、刑事司法で認識された犯罪の被害者ではない「犯罪被害者等」も少なくない。それでも、民事裁判や調停を含む司法とのかかわりは、他の対象に比べると高頻度で生じており、それが支援を困難にする理由の一つとなっている。

犯罪被害者支援は、これまで警察庁や法務省など司法関係の省庁が主導してきた。刑事司法の領域において、犯罪被害者支援の対象となる犯罪被害者の数は、例えば犯罪被害者等給付法の一年間の給付数が約500件であり、平成18年の殺人、強盗、放火、強姦の被害者は約9000人強である。国民全体からみれば司法統計にカウントされる犯罪の被害者はごく少数である。一方、厚生労働省の平成17年度患者調査 [厚生労働省]によれば、精神疾患全体での推計患者数は約303万人であり、国民の2.55%が精神あるいは行動の障害で入院

し、1.76%が通院していると考えられる。

この巨大な集団の中でとらえられる刑事犯罪の被害者や遺族が、少数者であることは当然のことと言ってもよいであろう。

実際には、警察に認知されていない配偶者暴力、虐待、性暴力などのケースが、メンタルヘルス領域に現れ、その人たちが、メンタルヘルス専門家の犯罪被害者経験の主要な部分を占めていると研究の結果から推測される。しかし、この人たちも、「裁判とのかかわり」は頻度が高く、弁護士とのつながりも必要な人が多い。

一方で、刑事事件の被害者は少数派であるから、比較的良好に治療されているかというところではなく、平成17年の中島らの本研究によれば、犯罪被害者自助グループに属している人の調査でも、精神的不調を経験したが精神科医療機関を受診しなかった人が過半数を占めていたことなど、すべての犯罪被害者が受診しているわけではない。

メンタルヘルス領域における支援の対象とすべき犯罪被害者

これらの結果を全体に見渡すと、メンタルヘルス領域における支援の対象には、第一に、比較的少数の刑事犯罪となった事件の被害者、遺族の人たちがおり、さらにそうではないが裁判と高頻度でかかわりを持つ犯罪被害者等がいると考えられる。

犯罪被害と関連が深いと思われる外傷後ストレス障害の12ヶ月有病率は川上によれば、0.64であり、20歳以上人口にあてはめると、過去12ヶ月間に64万人が外傷後ストレス障害を経験していることになる。外傷後ストレス障害を含む不安障害の受診率は18.7%であり、やはり低い。他の精神障害と同様に、犯罪被害者等のなかで重度ストレス反応を示している人たちの数もかなり多く、その受診率は押し並べて高くはないと考えるのが自然であろう。

支援を必要としている人たちと、連携の問題

以上のことから考えると、犯罪被害者の支援は、二つのルートを通って行われることが考えられる。ひとつは司法機関や弁護士、あるいはそれと連携を持って早期支援などを行う民間支援団体からの紹介ルートであり、もうひとつは、精神保健福祉センター、保健所、そのほかの地域精神保健に関わる機関、児童相談所、配偶者暴力相談支援センター、女性相談、そのほかの地域相談機関からの紹介、あるいは医療機関が起点となった支援のルートである。前者は刑事司法にかかわる犯罪被害者、後者はそれ以外の支援を必要とする犯罪被害者が対象となることが考えられる。

「連携」は本研究班で行われた複数の研究におけるキーワードであった。他と連携を取っている専門家、機関が高い活動性を持っているが、多くは連携はこれからの課題となっている。他の機関を紹介する一文字にすれば簡単なことだが、実際に犯罪被害者を紹介しようとする、民間支援団体の実情が示しているように慎重にならざるを得ず、特に、犯罪被害者にふさわしい医療を行える医師が見つからないということがネックとなっている。また医師の側から見ると、連携すべき機関を経験していれば、紹介することができるが、そうでないと紹介が困難である、という状況である。相互にその職務の内容を知ることが必要であり、さらに顔が見えるようでないと連携は進まない。

この双方にある困難を解決するためには、以下のことが必要となろう。

1. 精神科医師やメンタルヘルス専門家の犯罪被害者を理解し診療するための知識と技術の向上
2. 連携のための具体的な地域のサービスの情報提供
3. 具体的な支援事例についての情報交換

以上の点から、本研究では、メンタルヘルス専門家の研修の実施や、具体的な地域の情報の伝達、

Web や書籍による啓蒙などについて、研究の成果を生かして具体的な犯罪被害者支援に対する貢献を行った。地域精神保健機関向けの手引きもこのような視点から具体的な情報を重視している。web の情報も書籍の情報も同じく地域で実践的に使えることを目指して作られている。これらを少しでも現実の犯罪被害者支援に使用していただくことを、研究班では望んでいる。

平成 17-19 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）
総合研究報告書

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 中島聡美 国立精神・神経センター精神保健研究所
山下俊幸 京都市こころの健康増進センター
小西聖子 武蔵野大学 人間関係学部
研究協力者 橋爪きょう子 とよさと病院
辰野文理 国士舘大学法学部
元木恭志郎 武蔵野大学大学院 人間社会・文化研究科
井上麻衣子 武蔵野大学大学院 人間社会・文化研究科

研究主旨：犯罪被害者の診療および他機関との連携の実態を明らかにし、犯罪被害者に対する精神科医療・福祉サービスをより適切なものにするための基礎的資料とすることを目的として、全国の精神保健福祉センター（平成 17 年度；調査 1）、及び精神科医療機関（平成 18 年度；調査 2）、民間被害者支援団体（平成 19 年度；調査 3）を対象とした調査を行った。調査 1 と 2 の結果から、現在、精神保健福祉センターおよび精神科医療機関での犯罪被害者の受診者数は多くはないが、年に数例を治療する可能性があること、犯罪被害者が相談する先が偏在していること、他機関（警察、配偶者暴力相談機関、児童虐待相談機関、民間被害者支援団体）との連携が相談・診療数と関連していること、治療や相談に関わる人たちの多くが知識や情報の不足を感じていることがあげられた。また、調査 3 からは、現在民間被害者支援団体から精神科医療機関への紹介は全相談の約 1%であり、紹介先の医療機関の数も少ないことが明らかにされた。犯罪被害者の診療や相談の経験やその数には、連携の有無が関わっていることより、偏在しているサービスの提供先を増加させるには、他機関との連携を構築する必要があると考えられた。また、提供するサービスの質を向上させるために、支援する側の知識や情報の取得が必要であると考えられた。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人は、知識や情報不足をより感じていない傾向にあったことから、今後、被害者の心理や対応、PTSD の治療等犯罪被害者の治療に必要な知識やスキルを学ぶことのできる研修の機会を増やし、これらの研修を受けた医師や医療機関と他の被害者支援団体との連携を促進することが必要と考えられる。

A. 背景と目的

犯罪被害者への注目が高まるなか、平成16年に犯罪被害者等基本法が成立し、更に平成17年12月には犯罪被害者等基本計画が施行された。この基本計画では、重点課題のひとつとして“精神的・身体的被害の回復・防止への取組”が含まれており、心身の状況に応じた適切な保健医療サービスの提供、特に、犯罪被害者団体等からは、PTSDや行為障害、女性・少年被害者に対する医療・福祉サービス体制の充実が求められている。

これらの施策は、被害者及び当事者団体からの要望に応じて策定されたものであり、現時点では必要なサービス提供が十分でないことを示唆している。しかし、実際に現在どの程度犯罪被害者に対する保健医療サービスが行われているのか、サービス提供が十分でないとするならば、どのような点を改善すればより充実したものになるのかは明らかでない。

そこで本研究では、犯罪被害者の診療の実態を明らかにするために、平成17年度に地域の精神保健・福祉サービスの中核である精神保健福祉センター(調査1)を、平成18年度には精神科医療機関(調査2)を対象に調査を行った。これらにより、精神保健福祉センター、精神科医療機関で犯罪被害者の診療を促進させる要因または妨げる要因を明らかにし、犯罪被害者に対する精神科医療・福祉サービスをより適切なものにするための基礎的な資料とすることを目的とした。また、これらの調査の結果、サービスの提供には犯罪被害者に関わる機関の連携が重要なポイントとなることが明らかになったため、連携についての現状を明らかにすることを目的として民間被害者支援団体に対する調査(調査3)を追加して行った。

B. 3つの研究の概要

1 調査1 精神保健福祉センター調査

1.1 対象と方法

全国の都道府県及び政令指定都市の精神保健福祉センター63機関を対象とし、調査票を郵送し(2005年12月)、1ヶ月後に郵送で回収した。56機関より回答を得た(回収率88.9%)。

1.2 結果

電話相談はすべての機関、来所相談は54機関で実施しており、他の相談業務も半数以上の機関が実施していた。

平成16年度の電話相談の件数は、年間平均2,917.2件(328件から8,811件)であり、機関によって差がみられた。平成16年10月の1ヶ月の電話相談における犯罪被害相談は、1ヶ月の全電話相談件数の1.1%であった。また犯罪被害相談が1つもなかった機関が21(38.2%)あった。相談内容は、身体的暴力関係の相談が68件(50.7%)と半数以上であり、次いで心理的虐待29件(21.6%)、性的虐待8件(6.0%)であった。遺族の相談は3件(2.2%)と少なかった。犯罪被害相談数と1ヶ月間の電話相談全件数の間には有意な正の相関(Pearsonの相関係数0.639, $p < 0.01$)が見られた。

平成16年度の面接相談件数(事例数)は、平均290件(0件から902件)であり、電話相談同様に機関による差がみられた。面接の年間事例数に占める犯罪被害相談割合は1.1%で、年間平均は3.9人(SD6.3)であった。面接相談の事例の被害内容は、児童虐待が38人(21.2%)、配偶者間暴力69人(38.5%)、その他の犯罪被害72人(40.2%)であった。犯罪被害者の面接相談件数は、相談や治療が精神保健福祉センターの業務として重要という意識と正の相関(Pearsonの相関係数0.462, $p < 0.01$)を持ち、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)との連携をもっていることと正の相関を持っていた(Pearsonの相関係数0.310, $p < 0.05$)。

犯罪被害者の相談については、「関心がある」、「精神保健福祉センターの業務の1つである」と回答した機関は50%を超えていた。一方、被害者の相談・治療を妨げるような項目として、「無力感を感じている」、「傷つけるのではと不安」、「診療報酬にみあわない」などに対する回答は30%未満であり、「時間の不足」や「技術や知識の不足」をあげた機関は50%以上であった。特に回答が多かった項目は、「司法関係の知識の不足」、「精神科医療機関の不足」であり、被害者の治療や相談をするうえで必要な知識・技術と専門的な医療機関の不足を感じている機関が多いことがわかった。

2 研究2 全国精神科医療機関調査

2.1 対象と方法

関東圏内 I 県における精神科医師 178 人に調査票を郵送して予備調査を行い(2005年12月)、1ヶ月後に郵送で回収した(回収率18.8%)。この結果を元に調査票を作成し、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機関を対象として全国調査を行った。調査票を郵送し(2006年6月)、1ヵ月後に郵送で回収した。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人から回答を得た(回収率29.2%)。

2.2 結果

平成17年度に犯罪被害者を診療した人は419人(50.6%)、平成16年度以前または平成18年度に診療した人は148人(17.9%)であり、全体の

68.7%に犯罪被害者の診療経験があった。診療経験のある人のうち、法的な問題へ何らかの関与をしたことがあるのは313人(55.2%)であった。平成17年度の1年間に診療した被害者の平均人数は2.4人(SD6.0)であり、回答者の半数以上は1年間犯罪被害者の診療をしておらず、診療をした人の約8割は1年間の診療人数が5人以下だった。また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。

犯罪被害者の診療について「意義ややりがいを感じる」、「関心がある」とした人はそれぞれ半数近くになった。一方、回答者の7割以上が「他機関の情報が不足している」、「司法関係の知識が不足している」と感じていた。

被害者の診療経験がある医師の勤務先としては、単科精神科病院の割合が低く診療所の割合が高い、心療内科を標榜している機関の割合が高いという特徴があった。また、被害者の診療をしている医師は、より治療や支援に関心ややりがいを感じている、知識不足や情報不足をより感じていない、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)を行っている、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)と連携を有するという特徴があった。

診療した被害者の合計数と関連のある因子としては、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、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)との連携、司法的な問題への関与の経験、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があげられた。

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」(積極確認群)とし、213人(71.1%)は「ときどきあった」(消極確認群)、38人(12.8%)は「尋ねたことはない」(未確認群)と回答した。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、より司法関連の知識や治療の知識が不足しており不安を感じている傾向にあった。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人はそうでない人と比較して、より治療や司法的知識の不足を感じていない傾向にあった。

3 研究3 民間被害者支援団体調査

3.1 対象

全国犯罪被害者支援ネットワークに加盟している民間犯罪被害者支援センター46機関のうち、平成18年度に活動実績のあった41機関を対象にした。

3.2 方法

平成19年11月～平成20年1月に自記式の調査票を各被害者支援センターに郵送にて送付、回収を行った。41機関より返信が得られた(回収率100%)。調査票の内容についてより詳しい情報を求めるために、連絡の許可の得られた機関に対しては、その後電話による聞き取りを行った。

3.3 結果

平成18年度に精神科医療機関を紹介した事例は、合計176件、平均4.3件(0-23件)であり、全相談数(17,136件)に占める割合は、1.0%であった。精神科への紹介件数と相談件数との間には有意な相関($r=.492$, $p=.001$)があった。事例の被害種別では性被害が最も多く、

ついで暴行・強盗・傷害であった。性別では女性の事例の方が多かった。紹介先の精神科医療機関数は 2.4 ± 1.7 機関であり52.9%の機関は2機関以下と、比較的限られた医療機関に紹介していることがわかった。また紹介先として最も多かったのは民間の精神科診療所であり、公的医療機関や病院は少なかった。また、紹介先の医療機関の47.0%は心療内科を標榜していた。精神科医療機関へ紹介の際に重要視する内容として多かったのは、「PTSDに詳しい医師がいる」、「女性の医師がいる」、「カウンセリングを行っている」、「相談者が通いやすい場所にある」であった。また、紹介を行う際には、「事前に紹介先の病院や医師へ連絡を行う」、「面接相談を行ってから病院を紹介する」、「受診の有無など相談者へのフォローを行っている」がよく行われており、事前の医療機関への連絡や面接などかなり慎重に紹介が行われていた。精神科医療機関となんらかの連携を行っていた民間被害者支援団体が75.6%であったが、内容としては、相談員に精神医療一般についての研修を実施し、その講師を精神科医療機関に依頼するというものが多かった。また、支援センターのパンフレットを送付したり、協力依頼をしたりということも多く行われていたが、実際の事例について検討したり、訪問したり、会合を行うなどお互いが顔をあわせて事例について検討する試みは少なかった。被害者の紹介先として精神科医療機関に望まれる条件では、「犯罪被害者を理解している医師の存在」、「患者の話を十分に聞く医師の存在」、「PTSDに詳しい医師の存在」が多く、多くの機関から非常に重要だとあげられており、このような精神科医師の養成が必要であると考えられた。

C. 3つの研究の結果からの考察と提言、研究の限界

1 犯罪被害者の help-seeking に関する先行研究と本調査の位置づけ

これまでの研究では、犯罪被害者は PTSD をはじめとしたさまざまな精神疾患に罹患することが報告されている。Kessler ら¹⁾は、NCS (National Comorbidity Survey) の調査結果から災害、事故、暴力の目撃を含むなんらかのトラウマ体験をした人では、女性の 20.4%、男性の 8.6%が PTSD を発症した可能性があるとしている。この調査では事故や災害に比し、犯罪被害の PTSD の有病率が高いことも示されているため、犯罪被害者における PTSD の発症率はこの値より高いことが推測される。日本では災害なども含めた一般人口における PTSD の生涯有病率は約 1%であることが示されている²⁾。

このように犯罪被害者には精神症状が出現することが稀でないにも関わらず、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いくつかの調査報告から示されている。犯罪被害者実態調査委員会の報告³⁾では、カウンセリングをもとめる被害者遺族の割合は 28.8%であるが、実際に受けているものは男性で 1.9%、女性で 4.1%にとどまっている。Norris ら⁴⁾の調査では、成人の犯罪被害者で被害後 3 ヶ月以内に精神医療の専門家に接触したものは 12%であった。被害者の受療率と関連しているのは、抑うつ症状の存在と暴力犯罪の被害者であることであった。暴力犯罪の被害者についての分析からは、都会の在住、高い社会的支援の受療、内的統制の高さ、過去の犯罪被害の体験があげられており、リソースへのアクセスのしやすさも要因であることが示されている。つまり、犯罪被害者の help-seeking には、被害者側の要因に加えて医療機関側の要因も関与していること

が推測される。しかしこれまでのところ、犯罪被害者にサービスを提供する側の調査はなされていない。

後藤⁵⁾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)⁵⁾

	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

今回の調査では、help-seeking する群(表中②の群)に関して、サービスを提供する側(精神保健福祉センター、精神科医療機関)からの現状を調査したものといえる。これにより、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 help-seeking しない③の群が、より相談しやすい状況を作り出すために必要な事項が明らかになる可能性がある。

2 犯罪被害者の help-seeking 先の現状

医療機関調査では約半数、精神保健福祉センターでは約 4 割が過去 1 年間に犯罪被害者の診療・相談をしていないと回答している一方、一部の回答者や回答機関では非常に多くの被害者の相談や診療を受けていた。これより、精神保健福祉センター、精神科医療機関の調査を通して共通して言えることのひとつとして、犯罪被害者の help-seeking 先の偏在があるといえる。このことより、診療や相談に積極的に関与して

いる一部の群、受動的に関与している群、ほとんど関与しない群と大まかに分かれている現状があると推測された。

2つ目の共通点として、他機関(警察、配偶者暴力相談機関、児童虐待相談機関、民間被害者支援団体)との連携が相談・診療数と関連していたことがある。このことは、他機関との連携を通じて、精神科医療が必要とされる犯罪被害者が治療や相談に訪れる、もしくは相談や治療のなかで連携が必要となり他機関と連絡を取り合う2つの背景があると考えられた。

3つ目の共通点としては、治療や相談に関わる人たちの知識不足、情報不足があげられる。いずれの調査においても、回答者の多くが司法関係の知識不足を実感しており、また紹介先や犯罪被害者に関わる他機関の情報が不足していると感じていた。このことより、被害者が相談や治療に来て、知識不足や情報不足を抱えながら対応せざるを得ない現状があると推測された。

3 民間被害者支援団体との精神科医療機関の連携

民間被害者支援団体からの精神科医療機関への事例の紹介は、相談件数全体および、相談員が紹介を必要と考えている相談事例数と比較するとかなり少ない現状にあった。また、紹介先も、現在なんらかの連携を行っている精神科医療機関に限られており、民間被害者支援団体からの紹介は、よく状況がわかっている医療機関に慎重に行っている状況がうかがわれた。

このように民間被害者支援団体からの紹介件数が少ない要因としては、①相談してくる被害者からの積極的な精神科医療機関への紹介の求めが少ない、②紹介先としての条件(犯罪被害者への理解やPTSDについて詳しい医師、女性

医師、患者の話を十分聞いてくれる医師)を備えている医療機関が少ない、③日頃から連携している精神科医療機関の数が少ないなど、精神科医療機関の情報が乏しいため紹介できる事例に限られるなどのことが考えられる。

今回の調査では、被害者の潜在的なニーズがあることが示唆されており、これらの潜在ニーズを満たしていくためには、被害者に対する精神医療の必要性についての啓蒙や、民間被害者支援団体の相談員が紹介のための情報収集やスキルの向上、紹介先となりうる精神科医療機関の増加、民間被害者支援団体と精神科医療機関が、事例についての相談や情報のやり取りなど双方向の連携を深めていくことなどがあげられる。

特に、被害者支援、被害者の心理やPTSDの治療などの知識の不足は精神保健福祉センターおよび精神科医療機関を対象とした調査からも指摘されていることであり、このような知識やスキルについての研修の重要性が示されたと言える。

4 犯罪被害者のメンタルヘルスサービスを改善するために今後必要な事項

犯罪被害者等基本法では、「犯罪被害者等が、被害を受けたときから再び平穏な生活を営むことができるようになるまでの間、必要な支援等を途切れることなく受けることができる」ことを求めている。これに基づき、精神科医療機関、精神保健福祉センターにおいて今後必要となる事項を検討すると、まず「途切れることなく」支援を提供するには相談先の偏在を軽減することが必要になるだろう。つまり、診療や相談をより積極的に受ける機関や精神科医が増加し、サービスを提供する母数が増える必要がある。

診療や相談の経験やその数には、連携の有無

が関わっていることから、サービスの提供先を増加させるには他機関との連携を構築する必要がある。しかし、日常臨床の中では犯罪被害者に関わる他機関と関わる機会が少ない。どの機関がどのような役割を担っているのか、どういった手続きで連携を持つのかといった基本的な情報さえ不足しているのが現状である。今後は、実際に連携の地域モデルを作成し、その有効性についての研究を行う必要がある。

次に、「必要な支援」を適切に提供するためには、提供するサービスの質を向上させる必要がある。ここでいうサービスの質の向上とは、PTSD などの精神症状に対する治療はもちろんのこと、司法的な問題に関わっていくことも含まれる。精神科医療機関の調査では、治療や司法に関連することの知識・情報の不足感と診療経験、診療数、司法的な問題への関与経験には関連があった。また、治療や司法関連の知識不足がより少ない回答者が積極的に被害について尋ねていた。これらのことから、知識や情報を持っていることが、被害者を被害者として認識して必要な治療を導入する、司法的な問題への関与を含めて介入を行うことにおいて重要であることがわかる。治療や司法に関連することの知識・情報の不足感は診療経験や犯罪被害者の診療人数とも関連しており、知識や情報の取得はサービスを提供する母数を増やす可能性もある。

医療機関調査において、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人は、知識不足・情報不足をより感じていない傾向にあったことより、これらへの参加が知識不足・情報不足の解消の手段となりうるといえる。また、サービス提供側の意識が犯罪被害者に関わっていることが示されており、精神保健福祉センターや医師が犯罪被害者に関する事柄につい

て触れる機会(例えば授業や研修で導入するなど)を提供することが必要であるといえる。

最後に、精神保健福祉センターと精神科医療機関それぞれにおいて今後必要となる事項をいくつか具体的に提示したい。精神保健福祉センターでは、現在不足している機関間の連携を確立するために行政機関と精神科医療機関の架け橋となることや、犯罪被害者に精神科医療機関や行政機関の情報を提供すること、専門職に向けた教育や啓蒙活動を行うことが求められているといえるだろう。医療機関では、特に、被害者が訪れることの比較的多い診療所や心療内科の標榜がある機関、外来患者の多い機関において、犯罪被害者が受診した場合の準備が必要となる。また、精神科医は犯罪被害者の支援に関する一般的な知識に加え、より触れることの多い被害である性暴力被害や DV に関する知識をより優先して獲得する必要があるといえる。

D. 調査の限界

精神科医療機関の調査の限界として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る。このことより、結果は精神科医の意見全体を反映しておらず、全国の精神科医療機関に勤務するいわゆる中堅医師の一部の意見を反映していると考えられる。

E. まとめ

犯罪被害者の診療の実態を明らかにするために、全国精神保健福祉センター(平成17年度;調査1)、及び精神科医療機関(平成18年度;調査2)を対象に調査を行った。この調査では、精神保健福祉センター、精神科医療機関で犯罪被害者の診療を促進させる要因または妨げる要因を明らかにし、犯罪被害者に対する精神科医療・福祉サービスをより適切なものにするための基礎的資料とすることを目的とした。また、これらの調査結果から、サービスの提供には犯罪被害者に関わる機関の連携が重要であることが示されたため、連携についての現状を明らかにすることを目的として民間被害者支援団体を対象とした調査(平成19年度;調査3)を実施した。調査1と2の結果から、現在、精神保健福祉センターおよび精神科医療機関での犯罪被害者の受診者数は多くはないが、年に数例を治療する可能性があること、犯罪被害者が相談する先が偏在していること、他機関(警察、配偶者暴力相談機関、児童虐待相談機関、民間被害者支援団体)との連携が相談・診療数と関連していること、治療や相談に関わる人たちの多くが知識や情報の不足を感じていることがあげられた。また、調査3からは、現在民間被害者支援団体から精神科医療機関への紹介は全相談の約1%であり、紹介先の医療機関の数も少ないことが明らかにされた。民間被害者支援団体が紹介先として精神科医療機関に望むこととして、「犯罪被害者を理解している医師の存在」、「患者の話を十分に聞く医師の存在」、「PTSDに詳しい医師の存在」が多くあげられた。診療や相談の経験やその数には、連携の有無が関わっていることから、偏在しているサービスの提供先を増加させるには、他機関との連携を構築する必要があると考えられた。また、提供するサービスの質

を向上させるために、支援する側の知識や情報の取得が必要であると考えられた。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した人は、知識や情報不足をより感じていない傾向にあったことより、今後、被害者の心理や対応、PTSDの治療等犯罪被害者の治療に必要な知識やスキルを学ぶことのできる研修の機会を増やし、これらの研修を受けた医師や医療機関と他の被害者支援団体との連携を促進することが必要と考えられる。

F. 文献

- 1) Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* 1995;52(12):1048-1060.
- 2) Kawakami N, Takeshima T, Ono Y, et al. Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002-2003. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2005;59(4):441-452.
- 3) 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.
- 4) Norris FH, Kaniasty KZ, Scheer DA. Use of mental health services among victims of crime: frequency, correlates, and subsequent recovery. *J Consult Clin Psychol.* 1990;58(5):538-547.
- 5) 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.

G. 健康危険情報

特記すべきことなし

H. 研究発表

1 論文発表

- 1) 川瀬英理, 松岡豊, 中島聡美, 西大輔, 大友康裕, 金吉晴: 三次救急医療における精神医学的問題の検討. 精神保健研究 51, p65-70, 2005.
- 2) 山田幸恵, 中島聡美: 外傷反応と悲嘆反応 - 外傷的死別研究の展望. 精神保健研究 51, p71-80, 2005.
- 3) 白井明美, 中島聡美: 犯罪や事故による死別の精神的影響 - PTSD と複雑性悲嘆 -. 看護技術 51, p38-39, 2005.
- 4) Nishi D, Matsuoka Y, Kawase E, Nakajima S, Kim Y; The magnitude of mental health service in a Japanese medical center emergency department. Emerg Med J. 2006;23(6):468-469.
- 5) 辰野文理: 被害者化予防の戦略。被害者学調査 15, 2005.
- 6) 細井洋子, 西村春夫, 樫村志郎, 辰野文理 編著: 修復的司法の総合的研究. 風間書, 2006.
- 7) 辰野文理: 被害者と裁判. 『刑事裁判を見る目に確かさを』, 成文堂, 2005.
- 8) 橋爪きょう子, 小西聖子, 広幡小百合, 浅川千秋, 中谷陽二: 性暴力被害者の精神鑑定 - 鑑定の役割を中心に. 臨床精神医学 34 (6), pp813-821, 2005.
- 9) 橋爪きょう子, 小西聖子, 柑本美和, 中谷陽二: 司法に関連した PTSD-類型化の試み. トラウマティック・ストレス 4(1), pp31-37, 2006.
- 10) 橋爪きょう子, 小西聖子: 外傷後ストレス

関連の刑事(民事)の精神鑑定に関わる診断の問題. 司法精神医学 2 刑事事件と精神鑑定. 中山書店, 東京, pp175-180, 2006.

- 11) 中島聡美: 犯罪被害者支援と医療. 心と社会 125, pp70-74, 2006.
- 12) 中島聡美, 白井明美: 犯罪被害者の精神健康とメンタルヘルスサービス. 日本アルコール・薬物医学会誌 42, 22-31, 2007.
- 13) 中島聡美: 犯罪被害者への精神医療に関する検討会報告の役割と課題. ジュリスト 1351, 28-33, 2008.
- 14) 橋爪きょう子, 辰野文理, 中島聡美, 小西聖子, 中谷陽二: 精神科医による犯罪被害者の診療と法的な問題に対する関与-全国精神科医療機関調査から-. 司法精神医学雑誌(印刷中)
- 15) 中島聡美, 橋爪きょう子, 辰野文理, 小西聖子: 精神科医療機関における犯罪被害者の診療の実態と今後の課題. 被害者学研究 18号(印刷中)

2 学会発表

- 1) Kyoko Hashizume, Takako Konishi, Yoji Nakatani: PTSD in forensic setting - recent trend in Japan. International Academy of Law & Mental Health, July2-8, 2005, Paris.
- 2) 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.
- 3) 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
- 4) 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.

- 5) 山下俊幸, 中島聡美, 橋爪きょう子, 辰野文理, 小西聖子: 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. 第6回日本トラウマティック・ストレス学会, 東京, 2007.
- 6) 中島聡美, 山下俊幸, 橋爪きょう子, 辰野文理, 小西聖子: 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 2-犯罪被害者等の相談・治療に影響を与える要因の分析-. 第6回日本トラウマティック・ストレス学会, 東京, 2007.
- 7) 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.
- 8) 中島聡美, 橋爪きょう子, 辰野文理, 小西聖子: 精神科医療機関における犯罪被害者の診療の実態-全国精神科医療機関のアンケート調査から-. 日本被害者学会第18回学術大会, 埼玉, 2007.6.9.
- 9) Satomi Nakajima, Kyoko Hashizume, Bunri Tastuno, & Takako Konishi: Experiences and attitudes toward treatment of crime victims among psychiatrists in Japan. WPA 2007, Melbourne, 2007.

I. 知的財産権の出願・登録状況

なし

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
「臨床心理士における犯罪被害者およびその家族の相談に関する調査」

分担研究者：大山みち子（武蔵野大学）

堀越勝（筑波大学）

研究協力者：吉川麻衣子（浦和神経サナトリウム）、中島聡美（国立精神・神経センター精神保健研究所）、道家木綿子（東京大学ハラスメント相談所）、磯辺花映（武蔵野大学大学院人間社会・文化研究科）木下留美子（同）、星崎裕子（同）、福森崇貴（つくば国際大学）、檜村正美（筑波大学大学院人間総合科学研究科）、丹羽まどか（同）、片岡玲子（立正大学）、富永良喜（兵庫教育大学）

目的: 全国の臨床心理士による犯罪被害者の相談の実態、犯罪被害者支援活動とそれに関する意識の特徴を明らかにし、それらの結果から、犯罪被害者の臨床心理士への相談を促進するための情報を明らかにし、今後の犯罪被害者への関わり方を実態に基づいて提言する。

本調査は、大山を分担研究者として平成 17 年度に行った「犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究－犯罪被害者支援の現状－」での武蔵野大学心理臨床センター新規面接受理事例の期間を区切っての全数調査、平成 18 年度の「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－」での研究結果をそれぞれ踏まえて行う。初年度の調査では、来談の契機がなんらかのきっかけである者が過半数であるなどの結果を得たこと、次年度では犯罪被害者を多く受け持つカウンセラーが配慮している点などを具体的に得たことなどが成果であり、それを発展させ、わが国の臨床心理士の現状を知るためにより大規模に調査する。

方法: 2007 年 10 月 5 日、平成 14 年（2002 年）度版「臨床心理士」登録名簿全数 8,338 名から無作為抽出した 1,000 名のうち、海外在住者 6 名を除いた 994 名に、調査票を郵送し分析した。

結果: 男性 71 名（30.9%）、女性 158 名（68.7%）、無回答 1 名（0.4%）計 230 名から回答があった。転居先不明などによる対象者不達が少なくとも 255 通、それらを考慮した回収率は 31.1% である。回答者は 30 歳代 57 名（24.8%）、40 歳代 63 名（27.4%）、50 歳代 62 名（27.0%）、60 歳代 32 名（13.9%）、70 歳代 12 名（5.2%）、80 歳以上 1 名（0.4%）、無回答 1 名（0.4%）である。臨床経験年数は 10～19 年と 20～29 年がそれぞれ 72 名（31.3%）で最も多い。

主な結果は以下のとおりである。犯罪被害者およびその家族の相談を受けた経験は、ある 98 名（42.6%）、平成 18 年度に限らなければある 56 名（24.8%）、受けたことがない 63 名（27.4%）である。前年度に限っても 4 割以上、過去の経験では約 67%が犯罪被害者の相談受理事験ありと回答している。内訳は、児童虐待が最多、ついで性的暴力あるいは配偶者間暴力

の順である。相談を受理した場合は、小・中・高等学校が最も多く 32 名 (32.7%)、ついで大学と医療機関 (精神科単科) が同数の 19 名 (19.4%) である。その他と回答した者も 30 名と約 3 割ある。

相談経験者の司法的関与の経験は、警察等への通報が 17% (複数回答)、裁判や取調の付き添い、裁判のためや保険のための文書作成、口頭での意見陳述などの回答があった。他機関との連携経験は、教育機関 111 (48.3%)、各種相談機関や医療機関、警察などである。

今後の犯罪被害者・家族の相談の推進に必要な事項に関する質問に対して、非常に必要という回答が最も多くかつ 6 割を超えたものは、犯罪被害者・家族の医療費の補助制度、同じくカウンセリング等保険外費用に関する補助制度についてである。犯罪被害者の支援や相談・治療に特化した研修については、非常に必要とどちらかというとな必要を合わせると、94.3%を占める。

考察: 犯罪被害者からの相談の経験は決して珍しくない。教育機関で多く受理していること、精神科単科をはじめとした医療機関が、臨床心理士の相談の場として認知され犯罪被害者の対応にも機能していることがうかがわれる。また、臨床心理士も司法的な関与を伴う可能性が示唆され、教育機関をはじめに、多方面の連携経験の回答があった。

これらのかかわりの中で、臨床心理士は、犯罪被害者や家族への心理的支援に対して、やりがいを感じているが、知識や情報の不足を感じており、経済的な補助制度と適切な評価、マニュアルやガイドライン、研修の必要性を強く感じていることがわかった。適切な体制に支えられれば、臨床心理学の専門家として機能する現状と可能性が示唆できる。

限界として、調査票の名簿と送付先は、最新の情報ではないため、現在臨床心理士資格を取

得したばかりの者は含まれず、20 歳代はいない。

ただし、中堅以上の第一線で働いている臨床心理士の現実的な問題を中心に取り上げることができた。また、本研究が参照した、平成 18 年度の分担研究である中島聡美・辰野文理による医療機関への調査「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」の結果と今後比較検討することで、心理的援助の専門家の実態がより理解できる。

また、これまで犯罪被害者と臨床心理士の組み合わせで、今回のような規模で均質なデータ取得を試みた調査はわが国にはなく、貴重な資料である。

提言: 今後臨床心理士による被害者相談のさらなる充実のためには、「経済的基盤の強化」「臨床心理士を対象とした研修の充実」「関連分野についての学習の推進」「子どもを対象とする施設での体制の強化」「医療機関など他機関との連携の強化」が重要である。より具体的には、研修に伴う費用を援助すること、臨床心理士にとって専門外であり変化の多いこれらの法的な分野の知識に、必要に応じてアクセスできるようにすること、医療機関や司法機関など他機関の実態を知る機会を増やすことなどが必要である。

また、犯罪被害者支援を主な業務としない、児童相談所や小中学校など臨床心理士の在籍するさまざまな機関でも、無理なく対応できるよう、継続した研修や人的配置の強化などが重要である。臨床心理士が、犯罪被害者に対する心理的支援を行う機会は多く、意欲もみられるが、無理なく適切に業務を継続するためには、これらの支えが欠かせない。

平成 17-19 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
総合研究報告書

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（前香川県立精神保健福祉センター）
辻 本 哲 士（滋賀県立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）
松 浦 玲 子（大阪府こころの健康総合センター）
清 野 百 合（大阪府こころの健康総合センター）

**研究 1
精神保健福祉センターにおける犯罪被害者等への支援のあり方に関する研究**

目的

平成 16 年 12 月、犯罪被害者等基本法が成立し、平成 17 年 12 月 27 日には、「犯罪被害者等基本計画」が閣議決定され、今後、司法・保健医療・福祉の各領域での支援体制の構築や連携の必要性が求められるようになった。

「犯罪被害者等基本計画」においては、「厚生労働省において、精神保健福祉センター、保健所等が犯罪被害者等支援に係る諸機関・団体等との連携・協力を充実・強化し、犯罪被害者

等支援に係る諸機関・団体等の犯罪被害者等支援に関する諸制度等に関する案内書・申込書等を常備し、提供等していくことを含め、犯罪被害者等の支援等に関する情報提供、相談等を適切に行うことを推進する」と定められている。

したがって、犯罪被害者等支援において、地域精神保健福祉の技術的中核機関である精神保健福祉センターにも一定の役割が期待されていることとなる。そこで、本研究では、精神保健福祉センターにおける犯罪被害者等支援の取り組みの現状を明らかにするとともに、今後、精神保健福祉センターでどのような犯罪被害者等への支援が可能か、その場合の課題は何かということを検討することとした。

方法

全国の精神保健福祉センターにおける犯罪被害者等支援の現状と今後の支援のあり方について質問紙調査を実施した。犯罪被害者等支援における精神保健福祉センターの役割を明らかにするために、電話相談、面接相談及び診療、「相談や治療をする上で感じていること」等の単純集計に加えて、職員数及び診療機能の有無を元にしたクロス集計を実施し、より詳細な分析を行った。

結果

精神保健福祉センターを対象とした調査では、精神保健福祉センターの概況（人口規模、職員体制、診療体制等が大きく異なること）、現在の取組状況（精神保健福祉相談、技術援助、教育研修等が中心であること）、今後の課題（職員研修や医療体制の充実の必要性）などが明らかとなった。63カ所のうち56カ所から回答があり、相談はほとんどが実施していたが、診療実施は35カ所（62.5%）であった。犯罪被害者等からの相談・診療が電話相談、面接相談（診療を含む）に占める割合は、1.14%、1.06%であった。取り組み状況は、相談、講師派遣、研修会の開催、関係機関連携などがあげられた。

電話相談については、有効回答56ヶ所の内55ヶ所が実施していた。面接相談及び診療の実施状況については、「医師以外による面接相談を行っている」49ヶ所（89.1%）、「医師によ

る面接相談を行っている」40ヶ所（72.7%）、「診療を行っている」34ヶ所（61.8%）、「面接相談を行っていない」1ヶ所（1.8%）であった。

「相談や治療をする上で感じていること」については、「全くそうである」「どちらかといえばそうである」を加えた結果が50%を超えていた設問は、「相談や治療の知識が不足（58.5%）」「相談や治療を行う時間が十分でない（56.6%）」「司法関係の知識が不足している（83.0%）」「治療を行う他の精神科医療機関が不足（81.1%）」「相談や治療に関心を持っている（60.4%）」「相談や治療は重要な業務の一つである（56.6%）」であった。

職員数とのクロス集計から、「被害者支援に関する今後の課題」（優先度の高い事業と低い事業：問7（1））については、職員数が14人以下の場合は、「精神保健福祉相談」や「関係機関や団体との連携」を優先度が高いと考えていた。職員数15人以上の場合は、これらに加えて、「技術援助」、「教育研修」、「普及啓発」についても優先度が高いと考えていた。

診療機能の有無とのクロス集計から、「被害者支援に関する今後の課題」（優先度の高い事業と低い事業：問7（1））については、「関係機関や団体との連携」が診療機能の有無にかかわらず優先度が高かった。また「診療機能あり」の場合、「精神保健福祉相談」「相談・診療」の優先度が高いのに対し、「診療機能なし」の場合、「関連機

関への技術援助」「専門家や支援者への教育研修」の優先度が高かった。

今後の課題としては、相談への関心は高く、相談・治療の技術・知識、司法関係や関係機関の知識の不足とするものが多く、ガイドライン開発、犯罪被害者相談に関する研修会開催、医療機関の充実等の希望が多かった。

考察と結論

今後は、支援のためのガイドラインの作成、精神保健福祉関係職員を対象とした研修の充実、民間団体を含めた関係機関との連携、自助グループについて検討を進めていくことが必要と思われた。

犯罪被害者等支援における精神保健福祉センターの役割として、それぞれのセンターの規模や診療機能の有無により、重点の置き方に若干の違いを認めるが、「精神保健福祉相談」、「関係機関や団体との連携」、「関係機関への技術援助」、「関係機関等職員への教育研修」、「普及啓発」などが考えられる。そして、犯罪被害者等支援を円滑に進めていくためには、精神保健福祉センター職員の研修体制、精神保健福祉センター機能、PTSD等の精神科医療体制の充実も同時に求められていることが明らかとなった。

研究2

精神保健福祉センターにおける自助グループ支援のあり方に関する研究

目的

精神保健福祉センターにおいては、これまで断酒会やAA、NAなど様々な自助グループ支援を行ってきた。本研究では、今日その重要性が指摘されている、犯罪被害者等の自助グループ支援のあり方について検討することとした。

そこで、平成18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。

また、平成19年度は兵庫県にある自助グループ等との意見交換を実施し、自助グループのニーズを知ること、今後の自助グループ支援に生かすとともに、その内容を手引に盛り込むこととした。

方法

平成17年度は、全国の犯罪被害者等に関連した自助グループの活動内容等をインターネットによるホームページ検索により把握し、自助グループ支援を検討するための基礎資料を収集した。

自助グループ支援のあり方を検討するため、平成18年度は、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。平成19年度は兵庫県こころのケアセンターにおいて、ひょうご被害者

支援センターの協力を得て、全国学校事故・事件を語る会、六甲友の会との意見交換を行った。

自助グループとの意見交換報告については、報告書作成時にその内容について了承を得ることで、プライバシー保護など倫理面に配慮した。

結果

自助グループ支援のための基礎調査では、ホームページを通して自助グループの概況が明らかとなった。

平成 18 年度の自助グループとの意見交換では、以下のような意見が出された。「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が入ってほしいが、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」「自分とやり方が違くと、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」「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。」

平成 19 年度の自助グループとの意見交換においては、以下のような意見が出された。「学校での事件は、一般に、その事件の実態が明らかにされにくいことが特徴である。時には CRT が事実の隠蔽に使われることもある。カウンセラーを配置しても、子どもたちに影響を及ぼさないようにということで、調査も行われず、事実が解明されないこともある。事実が解明できないということは、遺族にとって被害となる。また、何があったのか事実を解明しないと、長期的なケアもできないと思う。これまでは被害者は声を上げることもままならなかった。被害者支援は、被害者が何を望んでいるのかを知ること、まずはそこからではないか」「六甲友の会は、立ち上げの時から、臨床心理の専門家が入っているのが特徴かと思う。立ち上げてから 1 年間はクローズドで行ってきたが、2 年目以降はセンター職員なども参加し、最近では、少年院指導員など被害者や加害者に関わる外部機関の人が参加することもある。他の自助グループでも、わかちあいの場に、専門職が入っているところは少ない。専門職を入れると、

研究対象にされるのではないかと考え敬遠するのかもしれない。しかし、被害者同士では、摩擦がおこることがある。自分のところのほうがたいへんだと、他の人と比べたりしてしまう。自分の痛みをある程度克服してからでないと、相手の痛みはわからない。そういう摩擦を和らげるために、専門職が入っているほうが、集会が安定する。保健師の訪問などでもケアできるのではないか。保健所や精神保健福祉センターが、犯罪被害者支援センターといっしょに関わってもらえるとありがたい。遺族は、本当にひどいときはヘルプのサインも出せない。集会に出てこられる人はまだいいので、出てこられない人にどうアクセスするかが重要であると思う。」

考察と結論

自助グループへの支援の可能性について多くの示唆が得られたが、実際に運用するには十分に検討を深める必要がある。なぜなら、自助グループは、本来、自発的な当事者の集まりであり、グループへの支援が、その自主性を犯すことにならないよう配慮が求められるからである。

自助グループは各種あり、その活動のしかたや体制もいろいろである。グループによって必要とするものには違いがある。実際に必要としているものは何か、グループのニーズを知ることが、まずは基本であろう。

精神保健福祉センターにおける取組を考える上で、自助グループ4団体

との意見交換はたいへん貴重なものであったと考えている。被害者のニーズは、自助グループの運営支援にとどまらず、被害者へ自助グループ等の情報を提供すること、犯罪被害者のところのケアについて地域住民へ普及啓発すること、関係機関と連携して支援することなど地域精神保健福祉活動とも密接につながるものであったからである。

研究3

「犯罪被害者等支援のための地域精神保健活動の手引ー精神保健福祉センター・保健所等における支援ー」の作成に関する研究

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ー精神保健福祉センター・保健所等における支援ー」（案）（以下、手引案）を作成することを目的とした。平成19年度の研究では、平成18年度の研究結果を基に内容の充実を図り、「犯罪被害者等支援のための地域精神保健活動の手引ー精神保健福祉センター・保健所等における支援ー」を作成することを目的とした。

方法

平成 18 年度は分担研究会議において手引案の構成について検討し、研究協力者の協力を得て分担執筆し、分担研究者がとりまとめた。平成 19 年度は分担研究会議において手引案の内容の充実について検討し、研究協力者の協力を得て分担執筆し、分担研究者が主任研究者等の意見を踏まえて「犯罪被害者等支援のための地域精神保健活動の手引ー精神保健福祉センター・保健所等における支援ー」としてとりまとめることとした。なお、事例については個人が特定されないよう必要に応じて改変しプライバシーに配慮した。

結果

手引の内容は以下の通りとした。
はじめに

1. 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
 - 2) 被害者支援の実際
 - 3) 外傷後ストレス障害 (PTSD)
 - 4) 外傷後ストレス障害 (PTSD) の治療
 - 5) 事例紹介
2. 支援サービス等の利用
 - 1) 早期の支援
 - 2) 経済的支援
 - 3) その他の支援
3. 危機介入における精神保健福祉センターの役割
 - 1) 緊急支援に対する考え方
 - 2) 支援の実際

- 3) その他の役割
 4. 関係機関との連携
 - 1) 警察
 - 2) 検察庁
 - 3) 裁判所
 - 4) 保護観察所
 - 5) 児童相談所
 - 6) 婦人相談所
 - 7) 日本司法支援センター (法テラス)
 - 8) 犯罪被害者支援民間団体
 - 9) 弁護士会
 - 10) 臨床心理士会等
 - 11) 自助グループ
 5. 自助グループへの支援
 - 1) 情報提供
 - 2) グループ運営における支援
 - 3) 啓発
 - 4) 連携
 6. 犯罪被害者等の支援に係る研修
 - 1) 研修の企画
 - 2) 研修・啓発のための講座内容
 - 3) 参考資料
 7. 精神障害者の受ける犯罪被害
 - 1) 精神障害者と犯罪被害
 - 2) 犯罪被害の類型
 - 3) 地域精神保健福祉活動時の留意点
 8. Q&A
- 参考
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
- 資料
1. 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」

2. 都道府県・政令指定都市 犯罪被害者等施策担当窓口部局等一覧
3. NPO 法人全国被害者支援ネットワーク加盟団体一覧

平成 18 年度に作成した手引案に「危機介入における精神保健福祉センターの役割」「自助グループへの支援」「犯罪被害者等の支援に係る研修」「Q&A」を加え、内容の充実を図るとともに、図表の活用等を行い「犯罪被害者等支援のための地域精神保健活動の手引ー精神保健福祉センター・保健所等における支援ー」として作成した。

考察と結論

平成 18 年度の研究では、手引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た。平成 19 年度は、研究班全体からの意見も取り入れて、手引としてまとめることとした。

当初は「精神保健福祉相談の手引」とすることも考えたが、被害者との意見交換等を行う中で、精神保健福祉センターや保健所の機能を生かすためには、地域精神保健福祉活動としての取組が不可欠であると考えて「地域精神保健福祉活動の手引」とした。というのは、自助グループ 4 団体との意見交換において、被害者のニーズは、自助グループの運営支援にとどまらず、

被害者へ自助グループ等の情報を提供すること、犯罪被害者のこころのケアについて地域住民へ普及啓発すること、関係機関と連携して支援することなど地域精神保健福祉活動とも密接につながるものであったからである。本手引きが、精神保健福祉相談や地域精神保健福祉活動に活用されることで、犯罪被害者の精神健康の回復に寄与できるものと期待している。

平成 17-19 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」

総合研究報告書

研究課題名：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 愛媛県西条保健所

研究協力者：竹内 豊 愛媛県西条保健所

目的：宇和島保健所における「えひめ丸」沈没事故の事例をはじめ、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、日本において実際に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。

方法：事例調査

平成 18 年度：和歌山市毒物混入事件、西鉄高速バスのつとり事件、えひめ丸沈没事故、中越大震災、JR 福知山線列車脱線事故

平成 19 年度：秋田県児童連続殺害事件、滋賀県（園児殺害事件、四万十川水難事故、エキスポランド事故）、長崎県（児童殺害事件、スポーツ施設銃撃事件）、北海道（佐呂間町竜巻災害、北見ガス事故）

結果：

平成 18 年度、19 年度の事例調査から以下の点が認められた。

- ①事件・事故の規模により、対策本部・窓口が保健所から市町へ
- ②保健所の役割：精神保健福祉センター・県庁や、大学など専門機関との連絡調整

③地域・社会の変化：犯罪被害者対策連絡会議（警察署開催）、犯罪被害者支援ネットワーク（NPO など）支援団体が発足

④住民の変化 マスコミ攻勢などによる事件・事故発生地域の被害対策が必要

まとめ：

①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。

②後送機関：県内に一箇所専門的な PTSD 治療機関が必要だろう。犯罪被害者の PTSD 治療は保健所だけでは完結できない。

③専門家のバックアップ体制：これらの事件・事故・災害に際しては、適切な時期に適切な支援があった。国レベルで体制を組まないと、専門家やアドバイザーが不足する。

④市民への啓発：保健所で相談ができる事を知ってもらう。

⑤被害者支援ネットワーク（NPO）活動の実情把握。

⑥精神保健福祉センターと保健所連携の強化。

平成 18-19 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」総合研究報告書

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	小西聖子	武蔵野大学 人間関係学部
	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	白井明美	武蔵野大学大学院 人間社会・文化研究科
	真木佐知子	国立精神・神経センター 精神保健研究所
	石井良子	武蔵野大学 心理臨床センター
	高橋麻奈	武蔵野大学 心理臨床センター
	清水里菜	武蔵野大学 人間関係学部
	永岑光恵	国立精神・神経センター 精神保健研究所
	辰野文理	国士舘大学 法学部
	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

研究要旨：平成 18 年度および平成 19 年度に被害者当事者団体、自助グループに所属している犯罪被害者とその家族を対象に、郵送によるアンケート調査（研究 1）と面接調査（研究 2）を行なった。研究 1 ではある被害者当事者団体を対象に自記式アンケート調査を行い、188 人の有効回答を得た。結果から、対象者は被害から平均 8 年経過しているにも関わらず、約 40%がうつ病および不安障害のハイリスク群であった。またハイリスク群ではそうでない群に比べ、女性の割合が高い、被害時に強い衝撃を受けたことが多い、二次被害を受けた頻度が多いなどの特徴が見られた。研究 2 では、5 つの当事者団体あるいは自助グループに所属する犯罪被害者遺族（73 名）を対象に自記式調査票、唾液中コルチゾールの測定および構造化面接を用いた面接調査を行なった。対象者は事件から今までの間に約 60%が PTSD、部分 PTSD、大うつ病、小うつ病のいずれかの疾患に該当する時期があったが、調査時点でも上記の疾患および複雑性悲嘆に該当したものは、32 人（43.8%）であり、26%は複数の疾患を抱えていた。

本調査の対象者は、特定の当事者団体に所属している犯罪被害者であることから、犯罪被害者全般の結果を反映したものと位置づけることはできないが、従来日本では研究されることの少なかった殺人等の犯罪被害者遺族を多く含む調査であることと、構造化面接を用いて精神疾患の評価を行なったこと、精神疾患・症状だけでなく生活機能や医療機関の受診、唾液中コルチゾールによる生理学的反応の評価を行なった包括的な研究であること、二次被害や支援、ソーシャルサポート、対処行動など被害後の要因に焦点を当てて調べたことなど従来の研究にない要素を含んだものである。これらの評価項目は、犯罪被害者への支援を検討する上で重要なものであり、その意味で意義ある研究である。今後は結果の詳細な分析から被害者への有効な支援についての提言を行う。

A. 研究の背景と目的

日本では、長い間犯罪被害者の支援やメンタルヘルスの問題には関心が払われない状態が続いていたが、2004年に犯罪被害者等基本法が成立し、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が国や地方公共団体および国民の責務として定められたことから被害者等へメンタルヘルスサービスに関する施策が策定されるようになった。更に、犯罪被害者等基本法に基づいて犯罪被害者等基本計画で、PTSDの専門治療の推進や、犯罪被害者に関わる司法知識に精通した医師の養成など様々な施策が策定された。しかし、現在日本では、これらの施策の実施のための実証的なデータが不足している。このような実証的なデータを得るためには、以下の研究が必要とされている。

- 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

特に、①、②は、犯罪被害者の抱える精神疾患を把握し、介入や支援のプログラムを構築するために必須である。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。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や個々の研究者による研究（性暴力被害者、交通事故遺族、自助グループの遺族等）などが行われてきた。これらの調査は、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た。一方、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。

正確な有病率やリスクファクターを求めるためには、被害直後からの縦断研究が必須であるが、犯罪被害という極めて強い衝撃を受ける体験をした被害者に、直後から調査を依頼することは倫理的にも問題があり、実施は困難である。そこで、今回われわれは、被害者当事者団体の協力を得て、できるだけ多くの被害者の状態を把握し、PTSDや複雑性悲嘆等トラウマによる精神疾患の発症や維持に関わる要因を明らかにすることとした。最終的には、この研究によって、特に被害後の要因（支援、二次被害、対処行動等）が明らかにすることで、被害者への有効な支援や介入プログラムの開発を目的としている。

調査は、2段階に分けて行なった。研究1では、自記式調査票によって主に暴力犯罪による被害者およびその家族・遺族の二次被害と精神健康における全体的な状況を探的に検討した。研究2では被害者遺族に焦点を当て、構造化面接を用いた精神症状の評価と二次被害、再被害の状況についても聞き取りを行い、二次被害および再被害が精神健康に与える影響について分析を行なった。

B. 研究1 被害者当時者団体の会員とその家族を対象にしたアンケート調査

1. 対象

ある日本全国に会員をもつある犯罪被害者

当事者団体に所属する 18 歳以上の犯罪被害者本人、家族、および遺族（家族、遺族については被害者本人からみて 2 親等以内の親族）を対象とした。対象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。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。

2. 研究方法

研究デザインは、観察的横断研究である。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。

調査項目は、以下である。①社会人口学的項目（年齢、性別、教育歴、就労状況等）、②犯罪被害の概要（被害者の属性、負傷の有無、罪種等）、③司法制度との関わり（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等）、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）、⑤精神健康状態（K10、IES-R（Impact Event of Scale-Revised）、ITG（Inventory of Traumatic Grief）、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）、⑥主観的支援、⑦主観的二次被害

有効回答数 188 を対象に分析を行なった。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。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。

3. 倫理面への配慮

この調査は、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、実施にあたっては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。

4. 結果

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ことが示された。

C. 犯罪被害者遺族を対象とした面接調査

1. 対象

平成 18 年度調査の結果を踏まえてより詳細な情報を得るために、平成 19 年度に更なる調査を実施した。

対象は、犯罪被害者当事者団体に所属している犯罪（対人暴力犯罪及び、交通関係業過等業過、危険運転致死傷罪、テロ）の直接の影響によって家族が死亡した遺族（被害者本人（故人）から見て 2 親等以内）で、死別から 1 年以上経過した 18 歳以上の人とした。

2. 調査方法

調査は、全国に会員のいる当事者団体と、都市部および地方の 4 つの犯罪被害者遺族自助グループに協力を依頼し、2007 年 6 月～8 月にかけて会員（330 名）およびその家族に調査面接の依頼書を送付した（会員 1 名につき、3 通配布、合計 990 通）。調査希望返信があったものは 87 人であった（回収率 8.8%、会員回収率 20.9%）であった。このうち同意をいただいたのは 74 名であった。2007 年 6 月から 2008 年 1 月にかけて面接調査を実施した 73 名を分析の対象とした。

調査内容は、事前に自記式の調査票を記入してもらい、その後面接と唾液の採取を行なった。調査にあたっては事前に予備調査を行い、対象者に二次被害を与えないようにマニュアルを作成した。調査者は犯罪被害者の治療経験をもつ精神科医、臨床心理士 2 名が行ない、事前に研修を行なった。更に調査終了の約 1 週間後に電話にて、調査後の精神的不調などがないかどうかについて確認を行った。

調査項目は以下である。

① 自記式質問票：BDI-II（Beck Depression Inventory）、SF-36、CD-RISC（Connor-Davidson Resilience Scale）、JPTCI（Japanese version of Posttraumatic Cognitive Inventory）、SSQ（Social Support Questionnaire）short version、被害後の支援の有無とその有用度、二次被害を受けた対象と苦痛を感じた強さ、⑧被害後の対処行動

② 面接調査；被害の概要、被害後の生活の変化、精神・身体の不調と医療機関の受診、M.I.N.I.（Mini International Neuropsychiatric Interview）（大うつ病および小うつ病）、CAPS（Clinician-Administered PTSD Scale）（PTSD 及び部分 PTSD）、複雑性悲嘆の構造化面接。

③ 生理学的検査：2 日間にわたり 1 日 4 回（8 時、11 時、15 時、20 時）唾液を採取し、唾液中のコルチゾールの分析を行なった。

3. 結果

対象者は、女性が 48 人（65.8%）、平均年齢は 50.7 歳（±14.0）であった。死別からの経過年数は最短が 19 ヶ月、最長が 514 ヶ月であった。

被害別では、殺人や傷害致死や強盗致死など故意の暴力犯罪による死亡が 65.8%と多く、故人との関係では子どもを喪失している遺族（61.0%）が最も多かった。

調査時点で精神疾患の診断に該当した人は、PTSD13 人（17.8%）、部分 PTSD10 人（13.7%）、大うつ病 9 人（12.3%）、小うつ病 8 人（11.0%）、複雑性悲嘆 16 人（21.9%）であった。これらの 3 つの精神疾患のいずれかに該当した人が 32 人（43.8%）であり、26%は複数の疾患を抱えていた。一方、生涯（調査時点まで）では PTSD 37 人（50.7%）、部分 PTSD16 人（21.9%）、大うつ

病（64.4%）、小うつ病4人（5.5%）であった。

SF-36によるQOLの評価では、8つの下位尺度すべてにおいて標準値を下回っていた。特に、「日常役割機能（身体および精神）」（身体的、心理的な理由で日常役割機能が果たせない）、「社会生活機能」（家族や知人との社会的付き合いが妨げられる）の3つの尺度の得点が低下しており、被害による身体的、精神的影響が生活機能の低下をもたらしていた。

唾液中コルチゾールの測定ができたのは、44名であった。そのうちはずれ値の1例をのぞいた43名を対象に分析を行なった（男性16名、女性27名）。顕著な概日リズムの平坦化は示されなかったが、特に朝の低コルチゾール値がBDI、IRS-R高群において特徴づけられた。

本調査の結果から、この研究の対象者となった犯罪被害者遺族では、被害から長期経過しているにもかかわらず、一般住民に比べPTSD、うつ病、複雑性悲嘆において有病率が高く、QOLの低下があった。

D. 考察および結論

平成18年度および平成19年度に被害者当事者団体、自助グループに所属している犯罪被害者とその家族を対象に、郵送によるアンケート調査と面接調査を行なった。

本調査の対象者は、特定の当事者団体に所属している犯罪被害者であることから、犯罪被害者全般の結果を反映したものと位置づけることはできないが、従来日本では研究されることの少なかった殺人等の犯罪被害者遺族を多く含む調査であることと、構造化面接を用いて精神疾患の評価を行なったこと、精神疾患・症状だけでなく生活機能や医療機関の受診、唾液中コルチゾールによる生理学的反応の評価を行なった包括的な研究であること、二次被害や支援、ソ

ーシャルサポート、対処行動など被害後の要因に焦点を当てて調べたことなど従来の研究にない要素を含んだものである。これらの評価項目は、犯罪被害者への支援を検討する上で重要なものであり、その意味で意義ある研究である。

平成18年度の自記式アンケート調査の結果からは、被害から平均8年経過しているにも関わらず、約40%がうつ病および不安障害のハイリスク群であった。またハイリスク群ではそうでない群に比べ、女性の割合が高い、被害時に強い衝撃を受けたことが多い、二次被害を受けた頻度が多いなどの特徴が見られた。

平成19年度では、犯罪被害者遺族を対象とした構造化面接を用いた面接調査を行なった。対象者の多くは事件から今までの間に約60%がPTSD、部分PTSD、大うつ病、小うつ病のいずれかの疾患に該当する時期があったが、調査時点でも上記の疾患および複雑性悲嘆に該当したものは、32人（43.8%）であり、26%は複数の疾患を抱えていた。

この2つの調査から、被害から長期経過していても、精神疾患に該当するレベルの状態にある被害者・遺族の割合は、一般住民より高かった。アンケート調査の結果からは、精神症状の持続に二次被害など被害後の処遇が関わっていることが示唆された。今後は、面接調査の結果について詳細な分析を行い、精神症状の持続に関わる要因を明らかにすることで、被害者への支援プログラムを構築していく予定である。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文

1) 中島聡美：犯罪被害者への精神医療に

関する検討会報告の役割と課題. ジュリスト
1351, 28-33, 2008.

2) 中島聡美: 犯罪被害者の心理と支援. ケ
ース研究 293, pp131-142, 2007

3) 中島聡美: 犯罪被害者の心理と司法関
係者に求められる対応. 家庭裁判所月報 (印
刷中)

4) 中島聡美, 小西聖子, 辰野文理, 白井
明美. 犯罪被害者等の二次被害及び再被害の
予防荷関する研究. 季刊「社会安全」. (印刷
中)

2. 学会発表

1) 中島聡美, 白井明美, 真木佐知子, 小
西聖子. 犯罪被害者の精神健康の回復に関わ
る要因の分析. 第7回日本トラウマティッ
ク・ストレス学会シンポジウム「犯罪被害者
の精神健康とその回復」. 福岡. 2008. 4. 19.

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

研究課題名：PTSD 患者を対象にした認知行動療法

分担研究者：小西聖子 武蔵野大学人間関係学部
研究協力者：吉田博美 武蔵野大学心理臨床センター、武蔵野大学大学院

本研究は犯罪被害の後によく生じる精神疾患の一つである外傷後ストレス障害(以下 PTSD)を対象にした Prolonged Exposure Therapy(以下；PE 療法)の効果研究を実施した。本療法は PTSD に対する効果が海外の多くの論文で実証されている療法であり、治療の回数も 10 回（最大 15 回）と約 3 ヶ月間で終了する治療パッケージである。

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。本療法がわが国の PTSD 患者にも効果的であることが明らかになれば、犯罪被害者に対する専門的な治療法の選択肢が増えることとなるだろう。

【PE 療法の PTSD に対する効果について】

2004 年 5 月～2008 年 2 月に、武蔵野大

学心理臨床センター及び単科精神科病院に来院・来院した PTSD 患者 23 名を対象に PE 療法を実施した。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～15 回行った。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。心理テストの評価は PTSD の臨床経験がある臨床家が 2 名で実施し、主評価者は PE 療法の担当セラピスト以外の評価者が実施した。

対象者 23 名のうち、17 名は PE を完遂し、4 名は継続中、2 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 17 名の治療結果は、PTSD 診断が消失したものは 10 名、PTSD 症状が軽減したものは 6 名、症状に変化が見られなかったものは 1 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 17 名を対象に対応のある両側 t 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($p=0.001$)、抑うつ症状($p=0.019$)、解離症状($p=0.007$)に効果が認められた。さらに PTSD の主要三症状についても、再体験症状($p=0.001$)、回避・麻痺症

状($p=0.001$)、覚醒亢進症状($p=0.001$)ともに有意に症状の改善が見られた。PE 療法後も PTSD 症状の再発が少なく、PE 療法開始時点で、社会機能に支障をきたしていた 13 名中 10 名(76.9%)は社会復帰した。

PE 療法はわが国においても慢性 PTSD に有効でかつ実施可能な治療法であると考えられた。PTSD 症状だけでなく、付随して生じる抑うつ症状や解離症状にも効果があり、PE 療法後に 76.9%の人が社会復帰したという結果は、長期間症状に悩まされている被害者にとっても本療法が有効な治療法であると考えられる。著効が期待され、症状の回復の早い治療法を受けることはクライアントにとっても利点といえるだろう。

【PE 療法の普及について】

本研究でわが国の PTSD 患者にも治療効果があると明らかになったが、犯罪被害者の専門治療として多くの臨床施設で提供できるようにするためには、専門家にトレーニングし、臨床家に本療法を習得してもらう必要がある。本研究班では、本療法をわが国の専門家に習得してもらうことを目的に 2006 年度に本療法の開発者である Edna.B.Foa を招き、4 日間の集中トレーニングを実施した。さらに 2007 年度には、著者による 4 日間のトレーニング及び継続研修を実施した。2 年間で 50 人の専門家である受講者にトレーニングを行ない、継続研修には 20 名が参加した。また、PE 療法を効果的に実施するために欠かせない要素の一つである PE 療法のケースカンファレンスを毎週 1 回継続的に行った。今後さらに本療法を普及させていくためには、専門家へのトレーニングやスーパービジョンの体制を整える必要があるだろう。

研究課題名：犯罪被害者の PTSD 治療（分担研究項目）

「PTSD に特化した心理療法：認知処理療法」

堀越勝（分担研究者） 福森崇貴 檜村正美 丹羽まどか

<研究の目的と研究概要>

本研究班は、犯罪被害者の PTSD に特化した心的な介入方法に焦点を当てることによって、効果的な犯罪被害者援助の方策を探ることを目的として研究調査を行ってきた。そして、3年間の初年度、平成 17 年度においては先行研究やエビデンスを洗い直し、PTSD に対して効果があるとされる介入法の特徴、日本に紹介されているか否か、PTSD に対する査定ツールの調査などを実施した。そして、数ある介入方法の中から、現在までに日本に紹介されていない PTSD に特化された介入法として認知処理療法（Cognitive Processing Therapy: 以下 CPT）を選択し、日本に紹介することにした。

次年度からは CPT の考案者であるレイシック博士（Patricia Resick）とコンタクトを取りながら、CPT を日本に紹介する準備を行ってきた。平成 18 年にはボストンの U. S. Center For PTSD にレイシック博士を訪ね、CPT の研修を直接受けるとともに、CPT のマニュアルの翻訳に着手した。最終年度の平成 19 年度には、CPT を日本国内で実践すべく、その効果測定を行う計画をスタートさせた。さらに CPT の特徴の一つでもあるグループによる CPT についても調査を開始し、特に CPT グループに力を注いでいるチャード博士（Chathleen Chard）とコンタクトを取りながらグループ CPT についての検討も行ってきた。そして、平成 19 年には、米国シンシナチにチャード博士を訪ね、PTSD に対する CPT によるグループ介入の実態を見ることができた。

<研究の成果>

3年間の成果として、以下の幾つかの点を挙げることができる。1. 体制作り：まず、PEやEMDRに並んで効果があるとされているCPTを日本に導入する目処がたったことが成果として重要な点だと考える。また、この介入法の創始者であるレイシック博士、及び、グループCPTのチャード博士と密にコンタクト取り、スーパーバイズを依頼するなどCPTの創始者からの協力を得ることが出来る体制作りが出来た点は評価に値すると思われる。2. CPTのマニュアル翻訳：今回の成果の一つはCPTのマニュアルを完成させることができた点である。マニュアルが完成した点は、今後のためにも大きな一歩となったと思われる。3. 学会発表など：第7回日本トラウマティックストレス学会におけるシンポジウム「トラウマティックストレスとストレスマネジメント—対立から統合への可能性を探る」において、「PTSDに対する統合的な介入—CPTを中心として7週間の統合的介入プログラムの実際—」と題して話題提供を行った。また、学会誌「トラウマティックストレス」(Vol. 6. No. 1, 67-74, 2008)に「認知処理療法」と題して、そのレビュー論文が掲載された。こうした、一連の発表は、専門家の間のCPTに対する認知度向上に貢献したと思われる。4. 勉強会の立ち上げ：平成 18 年から、新たに数名の専門家を加えて毎週水曜日に勉強会を開催し、ロールプレイなどを用いて翻訳した日本語マニュアルに従って実践訓練、日本語版マニュアルの不備な点、不明な点などに修正を加えるなどを

行っている。

<今後の課題>

CPT の日本における実践について、今後
トライアルと効果研究を実施し、日本の臨
床現場で用いることが可能なように、分か
りやすいマニュアルの作成、研修会など
を開いて専門家に CPT を知らせていくこと
を考えている。

犯罪被害者の心理的支援に関する司法と保健医療との連携について

分担研究者 有園 博子 兵庫教育大学大学院

精神的影響を受けている犯罪被害者への支援充実のための方法模索のために3年にわたり調査を行った。

平成17年度および平成18年度には、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、アンケート調査（研究1・2）「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—」を行った。平成19年度には研究1・2の調査を踏まえ、犯罪被害者および遺族の受けている支援実態について、弁護士と精神科医療機関での支援実態把握のための聞き取り調査（研究3）

「犯罪被害者に対する弁護士および精神科医療機関での支援実態と他機関との連携」を行った。

研究1は、プレ調査として、弁護士の立場からみた犯罪被害者の心理的支援の現状についての把握と、司法領域での支援とその他の心理的支援機関との継続支援の実態把握を目的として、県弁護士会所属弁護士全員を対象とした無記名郵送法による調査を実施した。結果、弁護士が扱う犯罪被害内容はDVによる傷害が最も多く、女性に対する暴力被害相談が多い実態が示された。心理的な継続支援では、弁護士側からは、心理的ケアや精神科医療機関へのニーズはあるが現実では充足していないことの指摘や、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あげられた。

研究2では、日本弁護士連合会の協力を得て、全国の犯罪被害者支援に関わっている弁護士を対象にアンケート調査を行なった。結果、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。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、法的プロセスを進められないなどの事態が起き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%は治療紹介機関がないと回答し、その理由として医療機関等の情報の得にくさが指摘された。精神科への受診については、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。課題としては、関連支援機関の共通情報の不足とシステム整備（紹介網の整備や支援体制構築等）が示された。

研究3では、犯罪被害者および遺族の受けている支援実態について犯罪被害種別にどのような違いがあるかを明らかにするために、弁護士と精神科医療機関での支援実態の比較を行った。犯罪被害者支援に関わっている弁護士5地域10名の協力を得て、犯罪被害者および遺族の受けている支援実態の聞き取り調査を行った。精神科医療機関での支援実態では、兵庫県こころのケアセンター附属診療所でなされた他機関との連携支援活動を分析対象とした。結果、弁護士の支援実態から、4つの犯罪被害種類別に共通する今後の支援特徴が明らかとなった。①PTSD症状の起こりやすい状況の想定可能性の強化と、②信頼関係を持った専門家同士のつながりの強化、この2つが今後強化されることでより良い支援活動になる可能性があることが示された。また、精神科医療機関での支援特徴では、被害者やその家族の環境調整がかなり大きな役割を果たしており、これらは治療と並行して行われることが有効であることが示された。これは司法と医療に共通した支援

方法でもあり、ソーシャルワーク的な活動を含む環境調節支援の重要性が再確認された。

3 ヶ年での本研究の成果としては、司法や医療という専門分化した分野では、双方の実態を互いに十分に理解しておらず、そのため、連携が機能しにくくなっていることが考えられた。今回の研究により、司法および精神科医療機関の支援実態を一部ではあるが知ることが出来たことで、双方向性の支援がなされることが期待できる。また、精神的影響を受けている犯罪被害者の方々が適切な支援を受けることができ、また必要な支援が途切れないような支援活動のための資料となると思われた。

今後の課題としては、想定されるリスクへの予測と対処があげられた。これは、司法・医療・福祉の各領域に共通していることで、個々の一見事情の異なるケースのなかでいかに早くリスク予測し、関連機関と連絡を取りあってリスク回避させることができるかが今後の被害者支援にとって重要であると考えられた。

平成 17-19 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」総合研究報告書

研究課題名：犯罪被害者の心身の回復に関わる経済的支援に関する研究
及びイギリス・アメリカ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

1：研究課題

諸外国の制度との比較検討を行いながら、被害者の心身の回復に対する望ましい経済支援のあり方を考察する。

2：国内の問題の検討

・犯罪被害給付制度における重傷病給付金の問題点の検討および他給付との関係についての問題点
・犯罪被害と健康保険利用の問題点
・DV被害者及び児童虐待被害者のケアと施策上の問題点

3：イギリスの犯罪被害者援助制度の研究・検討

・精神的支援サービスの提供について、イギリスで何が不備とされ、新たに施策が講じられたか
→「性暴力相談センター」(Sexual Assault Referral Center)を全国に設置し、専門的な医療体制の整備を図った →特にカウンセリングの充実→我が国での実現可能性

4：アメリカの犯罪被害者援助制度の研究・検討

・被害者が、加害者の仮出獄決定の際、保護観察中、釈放の際など再び精神的健康が害される場合に、どのようにカウンセリ

ングサービスを提供するか

・特別の配慮を必要とする被害者（児童、DV被害者、精神障害者による犯罪に巻き込まれた被害者、少年事件の被害者など）に、どのようにカウンセリングサービスを提供すべきか、そのための制度はどうあるべきか

<研究要旨>

本研究では、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という問題設定のもと、比較法的観点から、イギリスの犯罪被害者支援制度およびアメリカの犯罪被害者支援制度、特にカリフォルニア州サンフランシスコ市・郡を取り上げ研究・検討を行った。その結果、特に、性犯罪被害者の支援に関し、新たな取り組みが行われていることが明らかにされた。

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」が掲げられているが、専門的な医療体制を整備するまでには至っていない。この点、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。その一環として、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 と言う)が全国的に創設されるに至っている。性暴力相談センターは、現在 20 箇所設立されているが、2008 年中にはさらに 18 箇所が開設されるという。我が国では、いわゆる性暴力である強姦、強制わいせつの認知件数は、年間 10,000~12,000 件の間で推移しており、これに捜査機関に通報されない被害をも含めるとかなりの数に上る。これらの被害者に、適時に適切な介入がなされることによって、被害者の身体的・精神的被害が長期化することを防ぐことは可能である。そのためにも、躊躇無く自らの被害の相談ができる、治療に専念できる専門機関が、是非とも必要と思われる。

次に、カリフォルニア州では、「犯罪被害者補償制度 (victim compensation program)」の下、被害者本人のみでなく被害者遺族等にも、犯罪被害を受けたことで要した精神科治療・カウンセリング費用が支給される制度が整備されていることが明らかになった。さらに、最近、その精神的・身体的発達への影響が問題とされている「DV を目撃した子どもたち」への精神科治療・カウンセリング体制、および性暴力被害者およびその他の犯罪被害者への精神的・心理的支援体制が整えられていることも明らかにされた。我が国がアメリカの制度をそのまま導入することは現実的ではな

いが、どのような思想のもとにそれらの制度設計がなされたかを探ることは、今後の日本の取り組みを考えていく上で極めて有益であると思われる。

平成 17-19 年度厚生労働科学研究

犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究

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

—精神保健福祉センター・保健所等における支援—

「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

平成 20（2008）年 3 月

目次

序.....	57
編集にあたって.....	59
はじめに：犯罪被害者とは.....	60
1. 犯罪被害者等における精神保健相談.....	61
1) 犯罪被害者等の心理的な反応.....	61
2) 被害者支援の実際.....	63
3) 外傷後ストレス障害 PTSD: Post Traumatic Stress Disorder.....	67
4) 外傷後ストレス障害 (PTSD) の治療.....	70
5) 事例紹介.....	71
2. 支援サービス等の利用.....	81
1) 早期の支援.....	82
2) 経済的支援.....	83
3) その他.....	89
3 危機介入における精神保健福祉センターの役割.....	91
1) 緊急支援に対する考え方.....	92
2) 支援の実際 (1) 支援対象.....	92
3) その他の役割.....	95
4. 関係機関・団体との連携.....	96
1) 警察.....	100
2) 検察庁.....	100
3) 裁判所.....	100
4) 保護観察所.....	102
5) 児童相談所 (児童虐待).....	102
6) 婦人相談所 (DV・ストーカー被害).....	102
7) 日本司法支援センター (法テラス).....	103
8) 犯罪被害者支援民間団体.....	103
9) 弁護士会.....	104
10) 臨床心理士会等.....	104
11) 自助グループ.....	104
5 自助グループへの支援.....	106
1) 情報提供.....	106
2) グループ運営における支援.....	106

3) 啓発.....	107
4) 連携.....	107
6 犯罪被害者等の支援に係る研修.....	109
1) 研修の企画.....	109
2) 研修・啓発のための講座内容.....	109
3) 参考資料.....	110
7 精神障害者の受ける犯罪被害.....	111
1) 精神障害者と犯罪被害.....	111
2) 犯罪被害の種類.....	111
3) 地域精神保健福祉活動時の留意点.....	113
8 Q & A.....	116
参 考.....	118
1. 犯罪被害者支援の歩み.....	119
2. 犯罪被害者等基本法と犯罪被害者等基本計画.....	122
3. 犯罪被害者と司法制度.....	126
資 料.....	135
資料1 国連宣言(警察庁ホームページ).....	136
資料2 都道府県・政令指定都市 犯罪被害者等施策担当窓口部局等一覧(平成19年版犯罪被害者白書).....	139
資料3 NPO法人全国被害者支援ネットワーク加盟団体一覧(平成19年版犯罪被害者白書).....	143

序

このガイドラインは、精神保健福祉センターにおいて、犯罪被害者等を支援するために必要な知識、資料をまとめたものである。作成者は、いずれも精神保健福祉センターの実務に携わっており、日常の業務の中での犯罪被害者支援について考えてきた人たちである。精神保健福祉センターの活動の中で、現実的に使用できるように、犯罪被害者等支援に必要な多くの情報がハンドブックには組み込まれている。また支援実践の手順に関しては、ハンディな概要版を作成しているので、そちらも使用可能である。

このようなハンドブックを作成することになった経緯について少し触れておきたい。犯罪被害者等の被害の後の回復に関して、「こころ」の問題が重要な意味を持つことは論をまたない。犯罪被害者等基本法に基づいて策定された「犯罪被害者等基本計画」も、5つの重点課題の一つとして、被害者の「精神的・身体的被害の回復・防止への取組」を挙げ、次のように述べている。

「多くの犯罪被害者等は、犯罪等により、当該犯罪等が意図した直接的な精神的・身体的・財産的被害を受けるのみならず、犯罪等という攻撃の対象にされたということ自体から精神的被害を受ける。また、再被害あるいは再被害を受けることに対する恐怖・不安からも精神的・身体的被害を受け、さらには、犯罪被害者等が必要にかかわらざるを得ない手続の過程で、また治療や回復の過程でかかわらざるを得ない関係機関において、配慮に欠けた対応をされることで二次的被害を受ける。犯罪被害者等が犯罪等により直接的に心身に受けた被害から回復できるように支援するのみならず、その負担を軽減し、二次的被害を受けることを防止するとともに、再被害を防止し、安全を確保することが必要である。」

これを受けて平成17年度より3年間にわたって厚生労働省こころの健康科学研究事業「犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究」の研究班では、精神保健領域における犯罪被害者等の支援にかかわる研究を行った。その複数の研究結果から、専門家における研修と連携の重要性、二次被害防止の重要性などが示されている。一方、精神医療や精神保健にかかわる領域において、犯罪被害者等の支援にかかわる知識や技術が十分に浸透しているわけではなく、今後の努力が必要であることも分かった。研究班では、web、書籍などにより、犯罪被害者等支援に関する知見を普及させたいと考えている。

しかし、そのような知見を実践にまで結びつけ、犯罪被害者等の精神保健に関わる支援のレベルを上げていくには、各地域における連携が必要であることは言うまでもない。犯罪被害後の地域全体を対象として、地域の諸機関と連携

を持ちながら、支援を行っていくには、精神保健福祉センターがそのひとつの要として考えられよう。地域住民の精神的健康の保持増進、精神障害の予防、精神障害者の自殺予防等、精神保健福祉センターの対象とする領域は広く多彩になっている。それらの一つとして犯罪被害者等への精神保健についての支援と他機関との連携を進めていただければと願っている。

平成 20 年 3 月

平成 17-19 年度厚生労働科学研究「犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究」

主任研究者 小西 聖子

編集にあたって

わが国において、犯罪被害者は長い間「忘れられた存在」として、法制度や社会から放置され、犯罪被害そのものに加えて、精神的苦痛、経済的負担に苦しんでいた。このような中で、昭和49年8月に発生した三菱重工ビル爆破事件を契機として、被害者に対する補償制度を求める声が高くなり、昭和55年に犯罪被害者等給付金支給法が制定され、生命・身体犯の被害者に対し一定の給付金が支給されるようになった。しかし、十分な支援は行われないうままであった。

平成3年10月に犯罪被害給付制度発足10周年記念シンポジウムが開催され、交通事故被害者から被害者に対する支援の必要性が強く指摘されたことがきっかけとなり、いくつかの法整備が行われた。しかし、既存の法律の改正では、被害者の被害回復や生活支援などさまざまなニーズに応えることができず、平成16年12月、被害者のための施策の基本理念を明らかにし、総合的・計画的に施策を推進し、犯罪被害者等の権利利益を保護することを目的として、犯罪被害者等基本法が成立した。

その後、平成17年12月27日には、「犯罪被害者等基本計画」が閣議決定され、司法・保健医療・福祉の各領域での支援体制の構築や連携の必要性が求められるようになった。「犯罪被害者等基本計画」においては、「厚生労働省において、精神保健福祉センター、保健所等が犯罪被害者等支援に係る諸機関・団体等との連携・協力を充実・強化し、犯罪被害者等支援に係る諸機関・団体等の犯罪被害者等支援に関する諸制度等に関する案内書・申込書等を常備し、提供等していくことを含め、犯罪被害者等の支援等に関する情報提供、相談等を適切に行うことを推進する。」と定められた。

このような中で、平成17年度より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)がスタートし、その一環として本書が作成された。本書は、精神保健福祉センター、保健所等が犯罪被害者支援に係る諸機関・団体と連携し、相談、情報提供、危機介入、自助グループ支援、教育研修等の地域精神保健福祉活動を通して被害者支援に取り組む際に、実際の支援に役立つことを目指して作成された手引である。本手引が被害者支援の推進と犯罪被害者の精神的健康の回復に少しでも寄与できることを願っている。

平成20年3月

平成17-19年度厚生労働科学研究「犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究」

分担研究者 山下 俊幸

本書の作成にあたって、主任研究者 小西聖子先生、分担研究者 中島聡美先生に数多くのご助言をいただいたことに、深く感謝申し上げます。

はじめに：犯罪被害者とは

犯罪被害者と言うときの犯罪被害に明確な基準があるわけではないが、犯罪被害者等基本法においては、「犯罪等」を「犯罪及びこれに準じる心身に有害な影響を及ぼす行為をいう」とし、警察に認知されているかどうかを問うていない。また「犯罪被害者等」を、「犯罪等により害を被った者及びその家族又は遺族をいう」としている。すなわち、加害者の別、害を被ることとなった犯罪等の種別、故意犯・過失犯の別、事件の起訴・不起訴の別、解決・未解決の別、犯罪等を受けた場所その他による限定を一切していないことになる。と同時に、「当然ながら、個別具体の施策の対象については、その施策ごとに、それぞれ適切に設定され、判断されるべきである。」としている。本手引においても、犯罪被害者等基本法と同様に、「犯罪被害者」を幅広く捉えて記載することとした。

一方、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」(巻末資料1)によれば、「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。」とされ、「刑事法に違反する作為または不作為」とより厳密に規定している。

1. 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
- 2) 被害者支援の実際
- 3) 外傷後ストレス障害 (PTSD) : Post Traumatic Stress Disorder
- 4) 外傷後ストレス障害 (PTSD) の治療

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。

犯罪被害者の心理的な反応は、大きく分けると①外傷後ストレス障害 (PTSD) の症状に含まれるもの、②感情の変化、③身体の変化、④人間関係の変化、などがある。

①PTSD の症状

特徴は、i) 外傷的出来事の再体験、ii) 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、iii) 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。

PTSD症状

再体験
回避・麻痺
覚醒の亢進

i) 再体験・フラッシュバック

「再体験・フラッシュバック」 事件のとき体験した感覚がよみがえる

再体験は、出来事を思い出した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、など解離性の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⁾。

ii) 回避・麻痺

「回避」 事件を思い出させるものを避ける 「麻痺」 感情を閉ざす

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。

iii) 覚醒の亢進状態

「覚醒の亢進」 常に緊張し不安定な状態になる

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。

②感情の変化

感情の変化の特徴として、何をしても楽しく思えない、何もする気力がない、集中して考えられない、決断することができない、強い不安が続く、焦燥感がある、などの抑うつ症状や、大切なものが失われてしまった悲哀感・喪失感がみられる。事件や世間に対する強い怒りや無力感のため、気分が変動しやすく、自分の気持ちがコントロールできなくなることもある。

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や自分を恥じる気持ちが生じ、この気持ちが強い場合は、生きていくのがつらくなり、希死念慮が生じる。

自分の身体から抜け出して外から自分をみているような離人感、起こっていることが現実には感じられない現実感の消失、事件前後のことに対する記憶がない、自分でやっていることを覚えていないなどの解離状態や記憶の障害が生じることがある。また、錯覚、幻聴、幻視などの幻覚が認められることがある。

③身体の変化

睡眠障害、食欲の異常（食欲低下、過食など）、疲れやすさ、身体のだるさがみられる。また、不安からくる身体症状として、動悸、呼吸困難、手のふるえ、しびれ、頭痛、身体の痛み、吐気など多彩な症状が出る。これらの症状がパニック発作のような形で出現することがある。

④人間関係の変化

人を信用することができない、自分を含め何を信じていいのかわからないため、対人関係で孤立が生じる。外出や人と連絡をとることを避け引き籠もりの生活になったり、周囲の状況にそぐわない行動をとる、自傷行為がみられる、他人に対する強い怒りや攻撃性がみられる、など人格障害様の変化が出てくることがある。

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

被害者面談のポイント

a.信頼関係を築くためには

- ・何ができるかをしっかり伝えましょう。また、できないことはできないと伝え、安易に抱え込まないようにしましょう
- ・「わかってくれない」の言葉の裏には「わかってほしい」が隠れています
- ・プライバシーに対する考え方が違う場合があることも考えておきましょう
- ・常に言動に配慮し謙虚な気持ちで対応しましょう
- ・被害者の言動に翻弄されないようにしましょう

b.事件の話はいつ聞いたらいいのか

- ・被害者の意思によって話すか話さないかを決めるのが基本ですが、事件について話せるようなら話してみてもどうか、と声をかけてみましょう
- ・事件の話をしてどうだったか必ず尋ね、気持ちをフォローしましょう
- ・事件の話は遮らないようにしましょう
- ・事件の話をよく聞くことが治療の第一歩です

c.身体面や生活についての留意

- ・生活で何に困っているのか尋ねましょう
- ・身体に何か症状がないか忘れないように尋ねましょう

a. 信頼関係を築くために

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『わかってきている』と言っても、『わかってもらえない』と感じている面もあるし、『わかってもらえない』『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。

b. 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積極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、など事件の話聞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、自分から言い出せず、聞いてもらいたい、聞いてもらうのを待っている場合も少なくない。初期の段階から、「話せるようなら話してみてもどうか」と声をかけ、話すきっかけをつくることも必要になる。「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⁾ため、被害者が望んでいない時に、こころの準備がない状態でトラウマを詳細に語らせるような精神療法は控える。ただ、どのような事件だったのか、その事件に対してどんな反応を示した、どう感じているかについては、トラウマに焦点をあてた精神療法的な治療とは別のものとして、被害者に確認しておかなければいけない。また、事件について話してもらった後は必ず本人に「話してみてどうだったか」を尋ね、気持ちをサポートする時間を十分とることも必要であろう。

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。「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。

c. 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が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中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。

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。

二次被害となりうる言葉は

「命があるだけよかったです」
「早く元気になりましょう」
「辛いことは忘れましょう」
「強く生きてきましょう」
「あなたの辛さはよくわかります」
「時間が解決します」
「もっと辛いことを経験した人もいますよ」
「あなたにも原因があったのかもしれませんが」
「泣かないでください」
「終わったことはもう考えないようにしましょう」
「ちゃんと用心していたら起きなかったかもしれませんね」

サポートイブになりうる言葉は

(人と状況により傷つけてしまうこともあります)

「今日はよくここまで来てくださいました。」
「つらかったですね。」
「あなたは悪くありません。」
「これらの症状は、あなたが悪いから、弱いから出るものではありません。」
「あなたのお気持ちは十分わかっていませんが、わかりたいと思っています。」
「お話して下さってお疲れになったでしょう。」

(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」¹²⁾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 の診断をめぐるのは、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⁾。

トラウマの定義

「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」(ICD-10)

「強い恐怖、無力感または戦慄に関するもの、例えば、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」(DSM-IV-TR)

診断基準に相当しない軽い出来事で強い PTSD 様の症状がある場合、診断は「PTSD」ではなく、「適応障害」が妥当

外傷的出来事は 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、外傷的出来事のストレス因子の強さと直接関係し、外傷的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 7 つの予測因子として、①過去のトラウマ体験、②過去の心理的不適応体験、③精神疾患の家族歴、④トラウマのときに生命の脅威を体験したこと、⑤トラウマ後のソーシャルサポートの不足、⑥トラウマ周辺期の強い情緒的反応、⑦トラウマ周辺期の解離、が報告されている¹¹⁾。

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) 外傷的な出来事の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) 外傷的な出来事の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) 外傷後ストレス障害 (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、抗うつ薬のSSRIが第一選択とされ、次にその他の抗うつ薬、気分安定薬が効果的とされている。なお、PTSD薬物療法アルゴリズムが国立精神・神経センター精神保健研究所成人精神保健部のホームページに掲載されている。

PTSD の治療

まず

安全を確保すること

(1) 薬物治療

① 選択的セロトニン再取込阻害薬 (SSRI)

SSRIは第一選択薬とされる治療薬である。PTSDの症状全般の治療に効果が高いとされ、PTSDそのものの症状だけでなく、合併症や回復力を高める上でも有効とされる。

② その他の抗うつ薬

SSRIで効果が得られない時に第二選択薬として使用されるが、低血圧、抗コリン性の副作用、過沈静、覚醒症状などの副作用が生じることがある。

③ 気分安定薬

カルバマゼピンは再体験と過覚醒、バルプロ酸は回避・麻痺、過覚醒の症状に有効とされている。

④ 抗精神病薬

PTSDの中核症状そのものに効果はなく、第一、第二選択薬に抵抗性があり、特に過剰な警戒心、妄想症状、興奮、精神病症状に対しては効果が期待できる。

⑤ 抗不安薬・睡眠薬

不眠時や不安時など対処療法的に最小限に使用する。

(2) 精神療法

トラウマ体験に対する曝露を含む認知行動療法

PE (Prolonged Exposure) 長時間曝露療法

CPT (Cognitive Processing Therapy) 認知処理療法

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曝露法によって外傷的出来事に曝露することである。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曝療法を組み合わせて」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曝露と実生活内現実曝露療法の 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。

5) 事例紹介

事例については、プライバシーに配慮して改変していることをお断りしておきたい。

事例1 20代女性 Aさん DV被害

支援のポイント

- ① 治療（相談）初期から外傷体験に焦点を当てた精神療法を行わない。
- ② 安全・安心感の確立を優先させる。
- ③ 身体及び精神症状が出現している場合は医療機関の受診を勧める。

主訴 吐気、過換気発作

生育歴

2人同胞の第1子。両親と弟の4人家族の中で育った。明るくて世話好きな性格だった。両親が共働きであったため、弟の面倒をよく見ていた。短大卒業後、小さな会社の事務の仕事に就き数年働いた後、会社員の男性と見合い結婚をし、専業主婦となった。

現病歴

夫は、明るく社交的なAとは対照的な性格で、無口で人付き合いが少なく、Aとの会話もあまり多くはなかった。それでも結婚当初は二人で外出するなどしていたが、2年後Aが妊娠した頃から夫の態度が急速に変化した。最初は些細なことでAを執拗になじるなど、言葉での攻撃だったが、次第にAの眼前で家具を壊すなど、脅しの様相を呈するようになった。Aはまず実家の母親に相談したが、心配はしてくれたものの、「親になる」ということでお互い少し不安定になっているのではないかと言われたのみだった。暫く様子を見たものの夫の脅すような態度が続くため、Aは次に夫の母親に夫の様子を伝えた。すると夫の母親からは逆に「息子を支えていない」とAを非難する内容の手紙が毎日のように届くようになった。更に「母に余計なことを言った」と逆上した夫がAの上に馬乗りになってAを何度も殴るという事態に至った。この暴力事件の後、Aは全身の震えが止まらなくなる、突然強烈な吐気に襲われるなどの症状が出現し、実家に戻り、実家で出産した。産後も自宅へ戻る気になれず、家族からも離婚を勧められた。弁護士に相談のうえ、協議離婚に至った。その際、夫からの暴力の話になると激しい吐気に襲われたり、過換気発作が出現したため、弁護士から医療機関へかかることを勧められ、当院を受診した。

現症

初診時、表情は硬く緊張気味であった。それまでの経過や離婚に至った経緯などを淡々と話したが、暴力を受けたことに話が及ぶと口ごもり、吐気を訴えた。また、夜間眠るために電灯を消すと、夫が馬乗りになった時の重みと罵声、全身が震える感覚が蘇るため、電灯を消して横になることが出来ず、電灯をつけたままソファで眠っていること、そのために育児に支障を来していることが明らかになった。

治療経過

まずは顕著なフラッシュバックや身体化症状を軽減するために SSRI を中心とした薬物療法を開始した。同時に精神療法を行ったが、最初は、暴力や結婚生活に関する記憶を無理に語らせることは避け、現在の生活で困っていること、育児に関する不安などを A が強い焦燥感を伴って語るのを傾聴した。症状が軽減し生活のリズムがある程度安定すると、A は少しずつ以前の結婚生活について語るようになった。夫の執拗ななじりに対して最初は A も言い返していたが、次第に恐怖感とともに「何を言っても無駄だ」と無力感が強くなり、夫が怒鳴ったり物を壊している間、感覚が麻痺したようになっていたことなどを想起した。また、実生活で実母に対し些細なことで A が攻撃的になることがあったが、夫からの暴力を実母に訴えた時に実母が真剣に耳を傾けてくれず、A が孤立してしまったことについての実母への怒りや、一方で離婚して実家に戻って育児を手伝ってもらっていることの申し訳なさなどを言語化してからは、実母への攻撃は治まった。

現在はフラッシュバックや身体化症状は殆ど治まったため、薬物は漸減中である。しかし、もうすぐ 3 歳になる子どもに対して将来どのように夫のことを説明するべきかなどを考えると抑うつ的となり、「もっと早くに離婚しなかった自分が悪かった」など自責的な発言も見られており、自己評価の回復にはまだ時間がかかるだろうと考えられる。

事例 2 PTSD 症例 20 代女性 性犯罪被害者

支援のポイント

- ①外傷体験は本人が話すまで強制しない。外傷体験を話し始めたら話を避けないできちんと聞く。
- ②精神症状・身体症状ともに症状をきちんと把握し、それに対する対応策を検討する。
- ③被害者の家族の精神状態も配慮する。

生育歴

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的な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イ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。

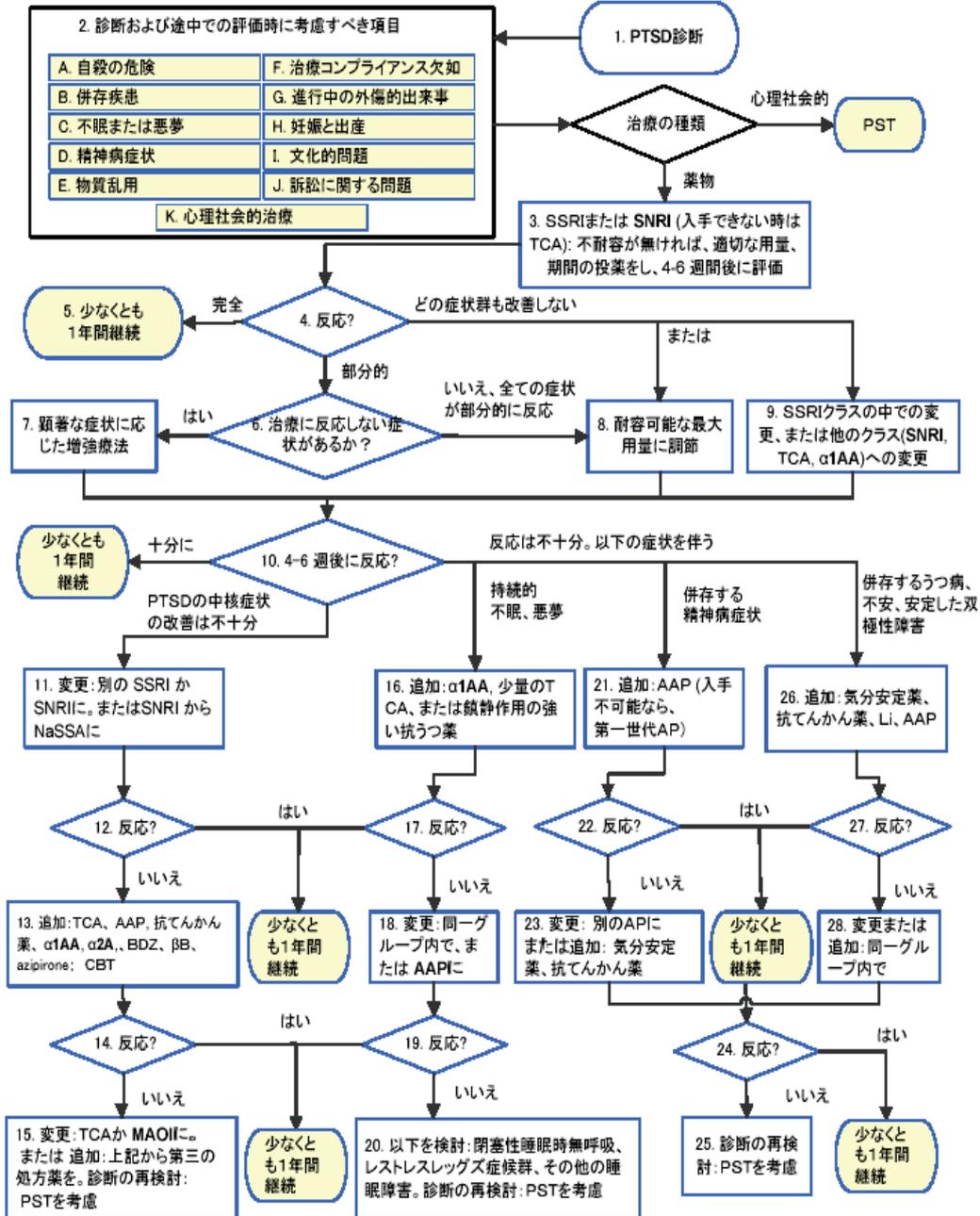
参考文献

- 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) 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
- 12) 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

IPAP Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) アルゴリズム v. 1.0

専門家による使用に限る。患者が使用するものではない。



KEY: α1AA=α¹-adrenergic antagonist; α2A=α²-agonist; AP=antipsychotic; AAP=atypical antipsychotic; βB=beta-blocker; BDZ=benzodiazepine; CBT=cognitive behavioral therapy; Dx=Diagnosis; Li=Lithium; MAOI = monamine oxidase inhibitor; NaSSA = noradrenergic and selective serotonergic antidepressant; PST=Psychosocial Treatment; Resp=Response; SNRI = serotonin and noradrenaline reuptake inhibitor; SSRI = selective serotonin reuptake inhibitor; Sx=Symptoms; TCA = tricyclic antidepressant

チェックリスト 1 IES-R (改訂 出来事インパクト尺度)

お名前 (男・女 歳)

記入日 H 年 月 日

下記の項目はいずれも、強いストレスを伴うような出来事にまきこまれた方々に、後になって生じることのあるものです。 この1週間では、それぞれの項目の内容について、どの程度強く悩まされましたか。あてはまる欄に○をつけて下さい。(なお答に迷われた場合は、不明とせず、もっとも近いと思うものを選んでください。)

	(この1週間の状態についてお答えください)	0 全くなし	1 少し	2 中くらい	3 かなり	4 非常に
1	どんなきっかけでも、そのことを思い出すと、そのときの気持ちがぶりかえしてくる					
2	睡眠の途中で目が覚めてしまう					
3	別のことをしていても、そのことが頭から離れない					
4	イライラして、怒りっぽくなっている					
5	そのことについて考えたり思い出すときは、なんとか気を落ち着かせるようにしている					
6	考えるつもりはないのに、そのことを考えてしまうことがある					
7	そのことは、実際には起きなかったことか、現実のことではなかったような気がする					
8	そのことを思い出させるものには近よらない					
9	そのときの場面が、いきなり頭にうかんでくる					
10	神経が敏感になっていて、ちょっとしたことでどきっとしてしまう					
11	そのことは考えないようにしている					
12	そのことについては、まだいろいろな気持ちがあるが、それには触れないようにしている					
13	そのことについての感情は、マヒしたようである					
14	気がつくと、まるでそのときにもどってしまったかのように、ふるまったり感じたりすることがある					
15	寝つきが悪い					

16	そのことについて、感情が強くこみあげてくる ことがある					
17	そのことを何とか忘れようとしている					
18	ものごとに集中できない					
19	そのことを思い出すと、身体が反応して、汗ば んだり、息苦しくなったり、むかむかしたり、 どきどきすることがある					
20	そのことについての夢を見る					
21	警戒して用心深くなっている気がする					
22	そのことについては話さないようにしている					

作成：東京都精神医学総合研究所

注)IES-R(Weiss & Marmar,1997)は、PTSD の侵入症状、回避症状、覚醒亢進症状の3症状から構成されており、災害や犯罪ならびに事件・事故の被害など、ほとんどの外傷的出来事について使用可能な心的外傷性ストレス症状尺度である。日本語版では、心的外傷性ストレス症状の高危険者をスクリーニングする目的では、24/25 のカットオフポイントが奨励される。

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

再体験：1, 2, 3, 6, 9, 14, 16, 20

回避・麻痺：5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22

過覚醒：4, 10, 15, 18, 19, 21

チェックリスト 2 MPSC(武蔵野式 PTSD 症状 check list for victims)

MPSC は米国のレイブクライシスセンターなどで使われているチェックリストを参考にしつつ、日本の被害者の実情を考慮して作成されたものである。このチェックリストは判定のためのものではないが、おおよそ20以上あるときには要注意であり、専門機関への相談をすすめる。PTSDと診断される場合には25,6項目以上がチェックされる人が少なくない。

	事件のことが頭について離れない
	事件についての夢を見る
	ときどき無感覚になってしまう
	他人に自分の気持ちを分かってもらうのがむずかしい
	気持ちが落ち込みやすい
	突然その時の光景がよみがえる

	死にたくなることがある
	恋人、夫(妻)、子供、親や他の家族となんとなく溝ができてしまった
	近所づきあいがわずらわしい
	事件を思い出させるようなことをさけてしまう
	生活が楽しめない
	緊張して、神経質になった
	物事などに対して感覚が過敏になっている
	しじゅうあたりを見渡して警戒したり、身構えたりしている
	よく眠れない
	忘れっぽくなった
	なかなか集中できない
	お酒や薬を飲まないと、寝たり、何も用事をする事ができない
	怒りっぽくなった
	我を忘れてしまいそうで怖い
	いらいらするがその原因がわからない
	日常生活をするのがやっつである
	今の自分が情けない
	自分を責めてしまう
	人が信じられなくなった
	立ち直れないのではないかと心配である
	似たような出来事があるとつらい
	性に関することに対する態度が変わった
	起こったことを忘れてしまいたい
	加害者のことを考えるとこわくてしかたがない

出典:武蔵野大学心理臨床センター所有 心的トラウマの理解とケア じほう p315

2. 支援サービス等の利用

	項 目	窓 口
早期支援	直接的支援（病院・警察等へのつきそい、犯罪現場の清掃、宿泊場所の確保など）	警察の被害者対策室 被害者支援ネットワーク
	安全確保（警察の巡回強化、相談）	交番、警察の被害者対策室
	マスコミ対策	日本新聞協会 民放連 新聞各社 放送と人権等権利に関する委員会機構（BRO） 雑誌人権ボックス
経済的支援	示談交渉、損害賠償請求の相談	全国弁護士会による犯罪被害者支援窓口、法律相談
	民事法律扶助（弁護士報酬立て替え）	日本司法支援センター（法テラス）
	犯罪被害者等給付金	最寄りの警察署
	労災による保険給付	労働基準監督署
	政府の自動車損害賠償保障事業	各損害保険会社
	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
	生活保護制度	住所地の福祉事務所
	児童扶養手当制度	住所地の市区町村
	障害児福祉手当	住所地の市区町村
	特別障害者手当	住所地の市区町村
	児童手当	住所地の市区町村
	母子寡婦福祉資金貸付制度	住所地の市区町村
	年金制度	市区町村の国民年金窓口 社会保険事務所
各種経費負担 司法解剖後の遺体修復、遺体搬送 性犯罪被害者の緊急避妊等に要する経費 身体犯被害者の刑事手続における経費（初診料、診断書料等）	都道府県警察	
情報開示 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 裁判記録の閲覧	検察庁	

D V 被 害 者 支 援	一時保護施設（シェルター）の紹介	福祉事務所 配偶者暴力相談支援センター 婦人相談所
	婦人保護施設の利用	福祉事務所 婦人相談所
	母子生活支援施設の利用	福祉事務所
	ステップハウスの利用	配偶者暴力相談支援センター
	公営住宅入居	市区町村
	DVに対する保護命令（接近禁止命令、退去命令）の申し立て	管轄の地方裁判所

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。

(1) 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

(2) 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

(3) 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

(4) 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

→ 都道府県弁護士会による犯罪被害者支援窓口

(5) 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

(1) 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。

(2) 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

(3) 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

(4) 犯罪被害者等給付金の支給

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（平成20年1月現在）。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の「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日以上の入院+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（平成20年1月現在）。

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。

(5) 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。

(6) 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：

各損害保険会社を経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（健康保険法施行規則第六十五条、国民健康保険法施行規則第三十二条の六〔第三者の行為による被害の届出〕）。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分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。

(7) 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。

(8) 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。

(9) 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

(10) 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

(11) 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

(12) 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 3歳未満は一律10,000円、3歳以上は第1子5,000円、第2子5,000円、第3子以降10,000円（平成20年1月現在）。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

(13) 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

(14) 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)

(15) 社会福祉協議会

① 離職者支援資金

失業により生計の維持が困難となった世帯に対し、再就職までの間の生活資金として離職者支援資金を貸し付けることにより、失業世帯の自立を支援する。

② 生活福祉資金

所得の少ない世帯、障害を持つ人や介護を要する高齢者が同居している世帯に対して、経済的自立と生活意欲の助長、社会参加の促進を図るための資金。

(16) 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

(1) 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。

(2) 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的な場合は警察へ（婦人保護施設への緊急一時保護）

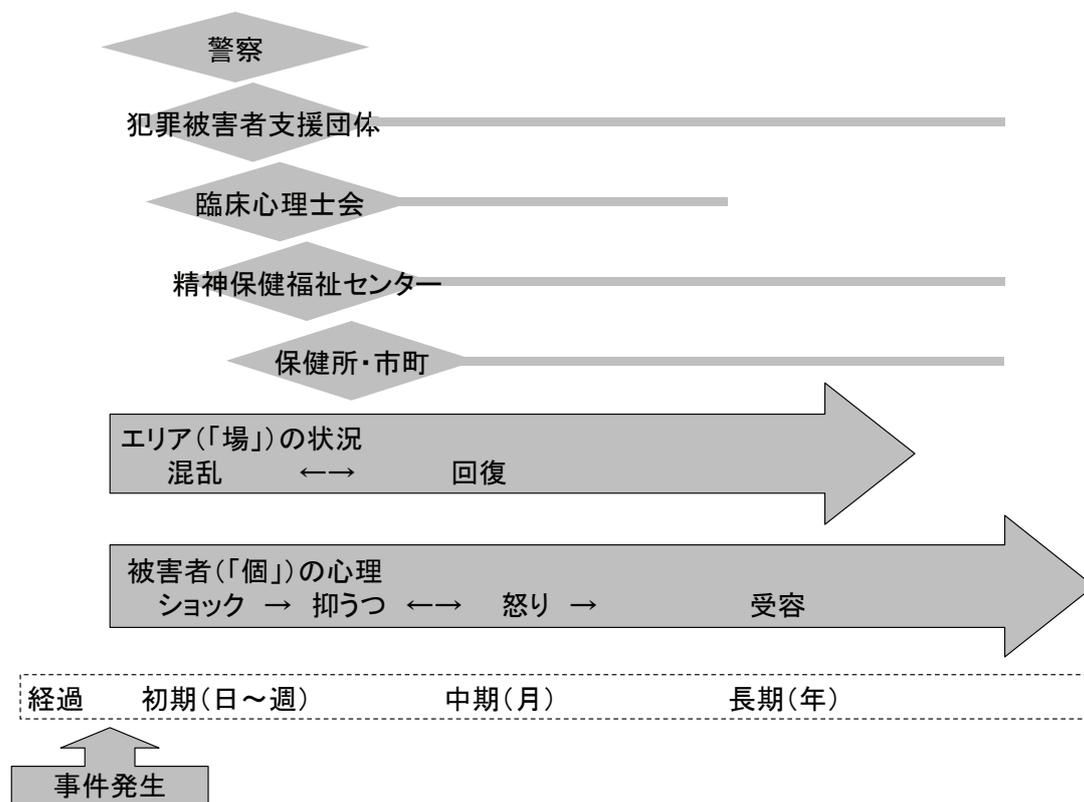
② 婦人保護施設（売春防止法第 36 条に基づく）の利用

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

3 危機介入における精神保健福祉センターの役割

危機介入における関係機関の連携の例



危機介入におけるポイント

- ・ 犯罪被害者の心のケアには精神的危機が深刻化する前にリスクの軽減措置をとることが重要である。
- ・ 危機介入においては犯罪被害者の気持ちを最優先にすることが大原則である。
- ・ 犯罪事件は個人（「個」）に精神的なダメージを与えるだけでなく、そのエリア（「場」）に対しても甚大な影響を与える。「場」の機能回復を図る一方で、「個」へのケアを行う。
- ・ 精神保健福祉センターが早期から被害者支援の関係機関として加わり、中長期にわたる視点を持った支援チームを構成し、個別支援や二次被害の拡大防止等を行う。
- ・ 重要なアウトリーチ活動として心理教育の実施がある。専門職として急性ストレス反応や PTSD などに関する医学的知識と具体的な対応法について説明する。
- ・ 支援者・支援機関のネットワークの充実には日常の関係性こそ大切で、普段の業務を通じて「顔の見える関係」を構築しておく。

精神保健福祉センターは、通常業務における犯罪被害者からの相談に応じるだけでなく、突発的に起こる犯罪に対して、心のケアを中心とした緊急支援が求められる。試行錯誤の段階ではあるが、現状での支援のあり方について検討してみる。

1) 緊急支援に対する考え方

犯罪事件の全てが緊急の対象になるわけではない。犯罪事件に巻き込まれた被害者は「異常な状況に対する正常な反応」として精神的な危機状態に陥る。ソーシャルサポートの不足によって、回復するための十分な環境が保証されず心的外傷をさらに悪化させてしまう。精神的危機が深刻化する前に、予測される事態に対して先手を打ってリスクの軽減措置をとることが、地域精神保健福祉機関の犯罪被害者支援には重要になる。危機介入においては犯罪被害者の気持ちを最優先にすることが大原則である。

犯罪事件が発生後、すぐに精神保健福祉の相談窓口を開設しても利用するケースは少ない。被害者自身に相談するといった発想がなく、病気ではないとも思っているため精神と名のつくところに行くことに抵抗感を持つ。一方で犯罪被害者・遺族は、心のケアを心底望んでいる。事件後、周囲から腫れ物に触るような扱いをされたり、逆に無視されることで孤立している。誰かに苦しい心情を話して、少しでも楽になりたいという気持ちを持っている。信頼できる支援者と巡り会えた被害者は、悲しみ、怒り、絶望感など否定的な感情を表現でき、ようやく安堵感を取り戻せる。そこから心のケアが始まる。支援者が被害者とどのように関わりを持ちケアしていくのか、援助法を丁寧に組み立てていく必要がある。

犯罪事件は個人（「個」）に精神的なダメージを与えるだけでなく、そのエリア（「場」）に対しても甚大な影響を与える。対人関係の混乱、風評被害、責任問題、マスコミの取材等で、「場」の社会機能は著しく低下する。事件・事故後に「心のケアが必要」と強調されながら、対応の全般を取り仕切る専属機関は存在しない。事件が起こった現場の管理責任者も予想外の事態に右往左往し、問題を大きくさせたくない思いからどうしても閉鎖的になる。短期的には終息したように見えても、実際には支援されるべき人々が置き去りにされてしまう。したがって緊急支援は、これら「個」と「場」の両方に対して敢行する。「場」の機能回復を図る一方で、精神保健福祉のニーズをもつ「個」へのケアを手厚く続け、より重篤な心的外傷を負った被害者と適切な時期に接点を持つことをめざす。

2) 支援の実際

(1) 支援対象

支援を受ける対象者はいくつかのサブグループに分けられる。直接心的外傷を受けた被害者や遺族、現場に居合わせて事件を目撃した人、事件の発生した地域で生活する住民、支援者自体も代理受傷を負ってフォローが必要になるかもしれない。支援対象によってアプローチの方法や重みは当然異なってくる。

(2) 組織の連携とその体制

早期に関係機関が積極的に関与して支援チームを立ち上げ、個別支援と二次被害の拡大を防ぐことが重要である。精神保健福祉センターが関係機関に入ること、初期介入とともに地域精神保健活動の立場から中長期にわたる視点を持った支援チームを組織できる。関係機関としては保健所、市町村役場、県・市教育委員会、警察、臨床心理士会、地域医師会、犯罪被害者支援団体等があげられる。どの機関が支援チームに入るかは、犯罪の内容、被害の規模、マスメディアへの影響度などから異なってくるが、「将来的には関係が生じるかもしれない」と推察される機関には参加を促す。DVが関連している事件であれば婦人相談所、親子心中など虐待問題も含んでいけば児童相談所や県虐待対策部署も関連してくる。メンバーの職種も医師、保健師、心理士、行政、警察、ボランティア等と様々となる。検討会議には初回は管理者と実務担当者が参加することが望ましく、「支援者同士、互いの顔を知った」連携作りが大切になる。多機関、多職種で情報の共有、状況分析を行ったうえで方針を共通理解し、それぞれの特徴を生かした総合的な支援計画を立案する。各機関が持っている支援のメニューを出し合い、どの機関がどの時期に誰の支援をしていくか検討していく。犯罪被害者の支援は限られた機関で対応するには無理がある。逆に支援組織が大きくなりすぎると責任の所在が不明確となり、タイムリーな行動も取れなくなる。バランスのとれたチームで活動することが肝要である。被害者は誰を味方だと思っているかを推察することも重要である。公的機関が加害者的な立場になった事件では、その機関が表に出て支援していくことは難しくなる（犯罪被害者支援団体はどのような事件でも被害者の味方になれるため大きな役割を持つ）。警察の存在は重要である。犯罪被害者対策室が最も早く甚大な被害を受けた人と対面するため、「個」への関わりとして支援チームの最前線に立つこととなる。重大事件では被害者への聴き取り調査もすぐに始められるので、警察側に二次的被害を最小限にするよう協力を求める。検討会議は定期的開催し、支援の進行状況の確認とその後の支援について意見・情報交換を行なっていく。

（3）「場」のケア

「場」への支援は、混乱状態から脱してより早く本来業務を果たせることが目標となる。事件現場で事後対応を行なうスタッフへの助言、エンパワーメントが中心となる。精神保健福祉センターが担える重要なアウトリーチ活動として心理教育の実施がある。専門職として急性ストレス反応やPTSDなどに関する医学的知識と具体的な対応法について、リーフレット等を用いて短時間で簡潔に説明する。犯罪被害者に対する知識の不足からくる二次被害を予防するだけでなく、そのエリアにいる人々にメンタルヘルス対策の重要性についても啓発できる。その結果、精神保健に対する心理的な抵抗感を減らすことができる。心理教育は「場」に対しても「個」に対しても有用である。

学校で犯罪事件が起こったことを想定すると、学校長や教育委員会を中心に、精神保健福祉センターを含む医療・福祉・行政機関、臨床心理士会、警察（犯罪支援対策室）、犯罪被害者支援団体、児童相談所等が構成メンバーとして支援チームが立ち上げられる。

- ・被害者の人権尊重、
- ・正確な情報の開示・管理、
- ・スクールカウンセラーの派遣、
- ・子供たちへのケア・心理教育、
- ・保護者への助言・ケア・心理教育、
- ・電話相談窓口開設、
- ・地域への巡回相談、
- ・被害状況の把握、
- ・心のケア体制の整備、
- ・教職員への助言・ケア・心理教育、
- ・クラスや保健室のサポート、
- ・マスコミ対応、
- ・リーフレット配布、
- ・心の健康アンケート調査等の支援策

関係機関で役割を分担し、葬儀、保護者説明会、記者会見、保安体制整備、授業再開などを協力して執り行い、早期に学校が日常活動に戻れるよう支援する。教職員も強いストレスに曝され身体的・精神的に疲弊していく。ケース検討を行うなどして孤立しないよう助言する。「心の健康アンケート調査」は不調を言語化しづらい被害者をリストアップするには優れているが、アンケート内容による二次被害については注意する。

（４）「個」のケア

事件によって被害者は安心感の欠如や人間不信から対人交流を避けるようになる。家族や友人、職場職員など周囲にいる被害者のサポーターも、対応に戸惑い困惑していることが多い。支援者は心理教育を活用してサポーターに「被害者への関わり方」のノウハウとメンタルケアの必要性を伝え、ケアが必要な被害者が精神保健福祉相談を受けられるよう下準備をしていく。被害者にとって信頼できるサポーターからメンタルケアをすすめられると相談の場に出て行きやすくなる。「場」が安定しメンタルヘルスを意識する気運が高まると、「個」のケアも進みやすくなる。とは言っても日本ではまだまだ精神科に対する偏見は強い。相談窓口でも、身体ケア、健康チェックとしてアプローチしていくほうが心理的抵抗感も少なく無難である。まず、睡眠、食事、日中活動などについて尋ねる。頭痛、腹痛、肩こり、しびれ、倦怠感など身体症状が聞き出せるようになったら二次被害を引き起こさないよう配慮しながら精神的な状況についても聞いていく。専門的な心理カウンセリングは臨床心理士等カウンセラーが行う。症状が重く薬物療法が必要と思われるケースは、必要に応じて医療機関を紹介するが、あくまでも希望があつての診察とする（ただし、自傷他害のある場合は精神保健福祉法による措置対応に準じる）。

（５）中長期の支援

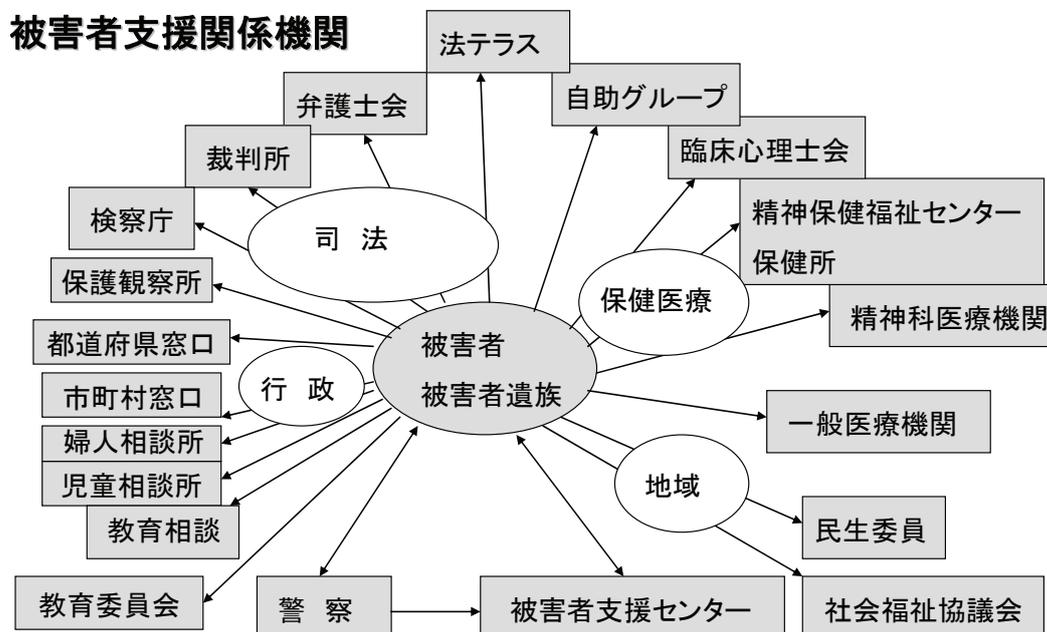
「場」と「個」の支援が十分行なわれ、ともに安定性が回復されれば、中長期支援に移行していく。検討会議が継続的に開催されることで、新たに生じる問題に対して善処でき、切れ目のない支援も提供できる。会そのものの存在が支援者チームを活性化させる。継続

的な支援は、保健師による訪問等、長期的な関わりを続けられる地域保健活動にシフトしていく。精神保健福祉センターとしては被害者のニーズがなくなるまでコーディネート、コンサルテーション、バックアップ機能を果たしていく。いくつかの犯罪事件に関していくうちに支援者・支援機関のネットワークは充実し、情報伝達経路、緊急時人員確保、役割分担なども整備されていく。いざというときの協力には日常の関係性こそ大事で、普段の業務を通じて「顔の見える関係」を構築しておく。貴重な経験を生かして実践的なマニュアル・モデルを作ること、犯罪事件の発生・再発の予防も重要である。

3) その他の役割

現時点では、精神保健福祉センターの業務の優先度やマンパワーの問題から、犯罪被害の危機介入に対するスタンスは様々であろう（インテンシブなケアを行うクライシスレスポンスチームを組織する県もいくつかある）。精神保健福祉センターがどのレベルで緊急支援をするにしても、被害者支援の関係者に対する技術指導・教育研修、地域住民に対する啓発活動、相談窓口や医療体制の整備等の実施は必須である。事件によっては支援チームが結成されない場合もある。そのときでも精神保健福祉センターは地域精神保健の技術的中核として被害者や関係機関を積極的に支援していく責務を果たすことが求められている。

4. 関係機関・団体との連携

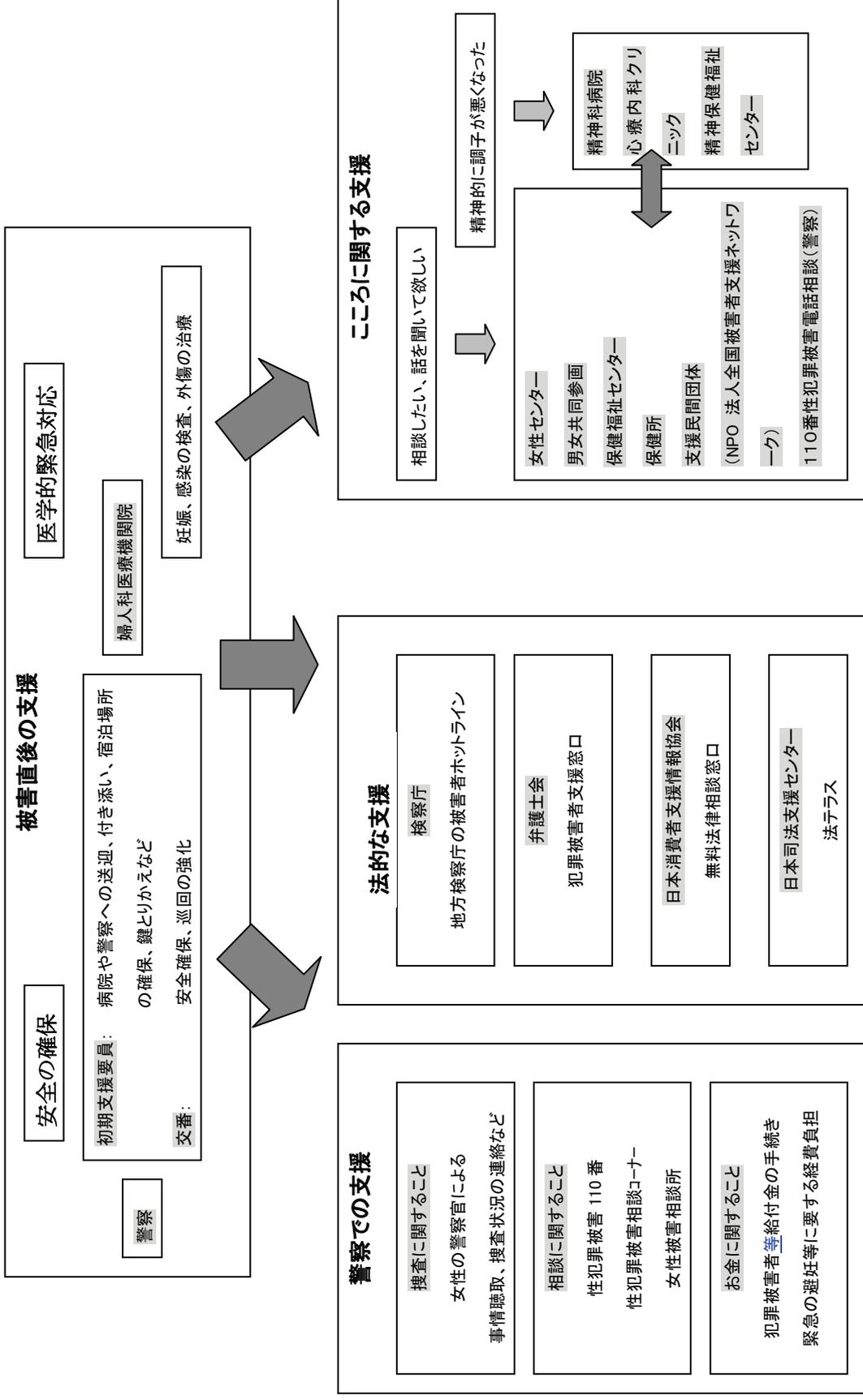


本章では関係機関や団体との連携について述べる。犯罪被害者は、精神的ケアだけではなく、生活上、経済上そして社会生活においても様々な困難を抱え、「切れ目のない支援」を求めている。一つの機関だけで支援するのではなく、他機関との連携が求められていると言える。各機関や団体の支援内容を理解し、被害者の求めている多様なニーズに応じていくことが必要である。

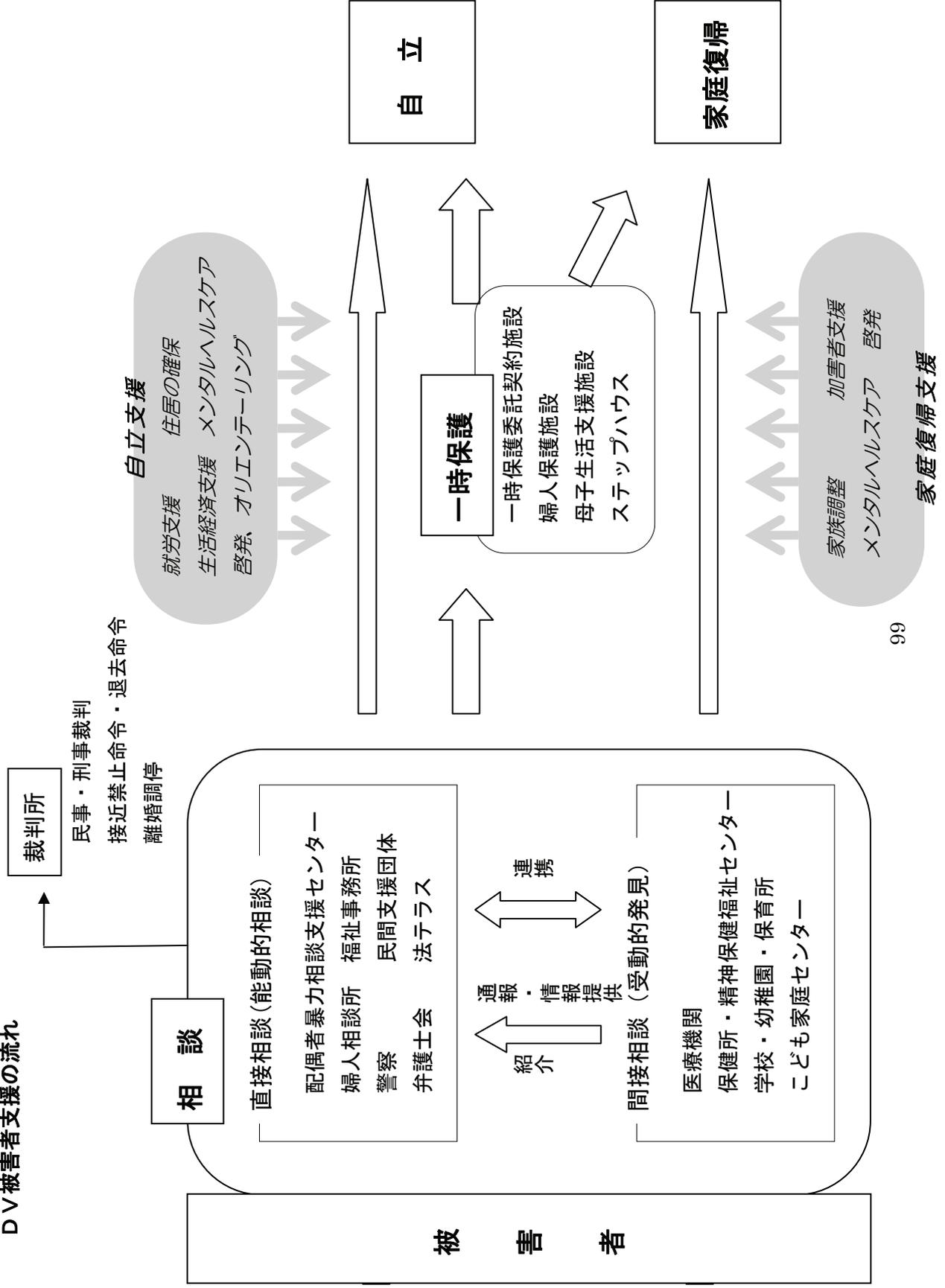
	項目	関係機関・団体
総合窓口	情報提供など	都道府県・指定都市担当窓口（資料2）
	被害者連絡制度（捜査過程，被疑者検挙，加害者処分など） 犯罪被害給付制度，民事上の損害賠償請求制度の周知等	警察本部被害者対策室 各警察署被害者支援係
	電話相談，面接相談，法廷・病院等への付き添い 関係機関・団体等との連携をとる	全国被害者支援ネットワーク（NPO 法人又は社団法人）（資料）
	各種福祉制度の申請窓口	市町村

直 接 支 援	各種福祉制度の相談	福祉事務所，民生委員
	健康相談	市町村保健センター，保健所，精神保健福祉センター
	DV被害者の一時保護，婦人保護施設 母子生活支援施設，民間シェルターの紹介	婦人相談所 配偶者暴力相談支援センター
	被虐待児の一時保護，施設入所 親権停止・喪失の家裁への通告	児童相談所
	医療（投薬，カウンセリング） ：ASD，PTSDなどに対して	医療機関，医師会 精神科，心療内科 産婦人科，小児科
	カウンセリング：PTSDなどに対して	臨床心理士会
法 的 支 援	解決に役立つ法制度や相談機関の紹介 弁護士費用立替制度	日本司法支援センター（法テラス）
	司法アドバイス，弁護士活動	弁護士会，司法書士会 （被害者支援委員会）
	加害者の逮捕，起訴，裁判の経過情報，出所情報	検察庁
	DVに対する保護命令，接近禁止命令，退去命令	地方裁判所
	1. 加害者の仮釈放・仮退院について意見を述べる。 2. 保護観察中の加害者に，被害者の方の心情を伝える。 3. 加害者の保護観察の状況などを知る。 4. 専任の担当者に不安や悩み事を相談する。	保護観察所
多重債務，過払い利息の返還	全国クレジット・サラ金被害者連絡協議会	
犯 罪 被 害 者 団 体	・ピアミーティング ピアカウンセリング ピアサポート ・啓発活動など	全国犯罪被害者の会（あすの会），少年犯罪被害者当事者の会，TAV 交通死被害者の会，全国学校事故・事件を語る会，六甲友の会 他多数(資料)

性暴力被害者支援の流れ



DV被害者支援の流れ



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

・被害者支援員制度

全国の地方検察庁に配置され、被害者からの様々な相談への対応、法廷への案内・付き添い、事件記録の閲覧、証拠品の返還などの各種手続きの支援などを行う。被害者の状況に応じて、関係機関や団体等を紹介する。

・被害者ホットライン

被害者が検察庁へ気軽に被害相談や事件に関する問い合わせを行えるように専用電話として全国の地方検察庁に設けている。電話だけでなく、FAX の利用も可能である。夜間や休日の場合でも留守番電話や FAX での利用が可能となっている。

・被害者等通知制度

被害者や参考人等に対し、できる限り事件の処分結果、刑事裁判の結果などに関する情報を提供する制度。

参考資料「犯罪被害者の方々へ」（検察庁）

3) 裁判所

傍聴

優先的に裁判を傍聴する制度が設けられている。

証人尋問

証人への精神的な負担を軽くするため、証人への付添い、証人の遮へい、ビデオリンク方式での証人尋問がある。

被害者の意見陳述制度

被害者や遺族が法廷で意見を述べる制度。

刑事和解

刑事手続においても、民事裁判での和解と同じ効力を与える制度。こうすることで、被告人が和解(示談)した約束を守らずにお金を払わない場合には、被害者や遺族等は、別に民事裁判を起こさなくても、この公判調書を利用して、強制執行の手続をとることができる。

少年審判手続における被害者支援

被害者の意見聴取制度、少年事件の記録の閲覧・コピー、被害者通知制度(家庭裁判所から少年の氏名や審判の結果などを通知するもの)がある。

心神喪失者等医療観察法の審判段階における被害者支援

被害者等による審判の傍聴の制度、被害者等に対する審判結果の通知の制度がある。これらは裁判所に申し出る。また、審判の申立てをしたことについての情報提供する場合は、検察庁に相談する。

新しい刑事司法 - 被害者参加制度と損害賠償命令制度 -

平成 19 年 6 月 20 日、被害者参加制度などを含む「犯罪被害者等の権利利益の保護を図るための刑事訴訟法等の一部を改正する法律」が成立し、同 6 月 27 日に公布され、公布後 1 年 6 ヶ月以内に施行されることとなった。法律案の提案理由として、「犯罪被害者等の権利利益の一層の保護を図るため、犯罪被害者等が刑事裁判に参加する制度、犯罪被害者等による損害賠償請求について刑事手続の成果を利用する制度及び刑事手続において犯罪被害者等の氏名等の情報を保護するための制度を創設するとともに、刑事訴訟における訴訟記録の閲覧及び謄写の範囲を拡大するほか、民事訴訟におけるビデオリンク等の措置を導入するための規定を整備する必要がある」とされている。

この改正により、1) 刑事裁判の手続を利用して民事の損害賠償請求ができる制度、2) 公判記録の閲覧・謄写の条件の緩和及び範囲の拡大、3) 性犯罪被害者等の実名等特定事項が法廷等に顕出しない制度、4) 被害者が刑事裁判に参加できる制度が新設された。施行は平成 20 年の秋頃とされており、実際の運用が注目されている。

4) 保護観察所

(1) 意見等聴取制度

地方更生保護委員会が行う加害者の仮釈放・仮退院の審理において、意見等を述べることができる。

(2) 心情等伝達制度

被害に関する心情等を聴き、これを保護観察中の加害者に伝える。

(3) 加害者に関する情報の通知

加害者の保護観察の状況等に関する情報を、希望する被害者や遺族等に通知する。

(4) 相談・支援

- ・保護観察所の被害者専任の担当者が相談に応じる。
- ・被害者や遺族等のための制度や手続等に関する情報提供。また、相談に応じて関係機関・団体等の紹介等。
- ・希望がある場合は、電話等で問い合わせる。

5) 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。

6) 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

配偶者暴力防止法の改正(平成 20 年 1 月 11 日施行)

保護命令制度が拡充され、1) 生命・身体に対する脅迫を受けた被害者も保護命令の申し立てが可能 2) 被害者に対する電話・電子メール等を禁止することができる 3) 被害者等の親族等も接近禁止命令の対象となる。

7) 日本司法支援センター (法テラス)

平成 18 年 10 月 2 日全国 500ヶ所で一斉オープン

法テラスは「全国どこでも法的トラブルを解決するための情報やサービスを受けられる社会の実現」という理念の下に、国民向けの法的支援を行う中心的な機関として設立された。法テラスは、「司法制度改革」の三本柱のひとつであり、正式名称は「日本司法支援センター」。

犯罪被害者やその家族などが、そのとき最も必要な支援が受けられるよう、支援制度や相談窓口等の案内をしている。直接の支援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 (固定電話) 0570-078374(一般)

0570-079714(犯罪被害者支援)

時間 平日 9:00~21:00

土曜 9:00~17:00

通話料 全国一律 3分8.5円

TEL (PHS, IP電話) 03-6745-5600

8) 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 3)

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、平成19年10月1日現在、45都道府県46団体と発展している。

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

自助グループの設立を援助し、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。

9) 弁護士会

日本弁護士連合会は1999年10月12日「犯罪被害者に対する総合的支援に関する提言」を発表し、犯罪被害者相談窓口の開設等を提言し、各地の弁護士会で専用相談窓口を開設している。相談内容としては「刑事手続きがどのように進むのか知りたい」「刑事裁判や捜査の進行状況について知りたい」「証人に呼ばれているが不安だ」「裁判官に自分の気持ちを伝えたい」などである。

10) 臨床心理士会等

・臨床心理士会

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がある。

・全国クレジット・サラ金被害者連絡協議会

全国41都道府県86団体で構成され、1982年に創立以来弁護士・司法書士・学者・労組・消費者団体・商工団体の協力を得ながら、ボランティアでクレジット・サラ金被害の予防と救済運動を行う団体。(平成20年2月現在)

連絡先(事務局) 〒101-0047 東京都千代田区内神田2-7-2 育文社ビル3階

TEL 03-5207-5507 FAX 03-5207-5521

・全国クレジット・サラ金問題対策協議会 1978年11月結成

メンバー：弁護士261名、司法書士319名、被害者の会65団体、他34名

活動内容：総会、拡大幹事会（年4回）、実務研究会、被害者交流集会、全国110番、書籍出版

連絡先：大阪市中央区北浜2-1-23 日本文化会館6階

tel：06-6222-0186

fax：06-6222-2302

11) 自助グループ

各地で自助グループが活動しているが、活動内容はさまざまである。自助グループ支援については、第5章を参照。

犯罪被害者団体(自助グループ含む)(内閣府HPより)

団体名
青森被害者語りの会

<u>あひる一会 あひるのいちえ</u>
<u>生命のメッセージ展</u>
<u>NPO法人KENTO</u>
<u>NPO法人交通事故後遺障害者家族の会</u>
風通信舎
<u>交通事故調書の開示を求める会</u>
佐賀犯罪被害・交通事故被害者遺族の会自助グループ「一歩の会」
<u>Japan Victim Assistance Ring (JVAR)</u>
<u>安心安全な社会をめざす事故遺族の会</u>
全国交通事故遺族の会
<u>全国犯罪被害者の会（あすの会）</u>
<u>全国犯罪被害者の会（あすの会） 関西集会</u>
全国犯罪被害者の会（あすの会）九州集会
地下鉄サリン事件被害者の会
<u>TAV交通死被害者の会</u>
<u>犯罪被害者団体ネットワーク</u>
被害者支援を創る会
<u>北海道交通事故被害者の会</u>
三重県交通事故遺児を励ます会
六甲友の会

5 自助グループへの支援

全国各地に、被害者自らが立ち上げた犯罪被害者自助グループがあり、被害者への支援活動をされている。現在活動中の自助グループに対して、精神保健福祉センター等地域精神保健福祉機関が行いうる支援方策としては、以下のことが考えられる。

- 1) 情報提供
 - ① 他の被害者に対しての情報提供
 - ② 自助グループに対しての情報提供
- 2) グループ運営における支援
 - ① 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
 - ③ 専門職からのコンサルテーション
 - ④ 運営者自身へのケア
- 3) 啓発
 - ① 広く世間一般に対しての啓発
 - ② 関係者に対しての啓発や技術指導
 - ③ 被害者に対しての啓発
- 4) 連携

1) 情報提供

① 他の被害者に対しての情報提供

相談等で来所された犯罪被害者に対し、同様の体験をされた被害者自助グループの紹介をする。また、行政の相談体制や利用しうる資源などについての情報を提供する。

② 自助グループに対しての情報提供

自助グループに対し、行政や関連機関の相談窓口や支援体制、法律、福祉、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 運営費用の補助

例会会場の斡旋や、通信費・会場費・印刷費など運営費用の補助を行う。

② 例会の場に専門職が第三者として参加

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、心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、お互いに傷つけあうこともある。犯罪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。医師、心理職、PSW、保健師など専門職が例会の場に参加して、必要に応じ調整役となり、グループの安定化をはかる。

③ 専門職からのコンサルテーション

個別事例への対応や、グループの運営、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 運営者自身へのケア

自助グループは、運営者自身も犯罪被害の当事者である。当事者だからこそできるメリットもあるが、反面、相談を受ける時にあまりにも感情移入しないように適度な距離をとることの難しさなど、当事者ゆえの負担もある。運営者へのケアや助言を行う。

3) 啓発

① 広く世間一般に対しての啓発

世間一般的には、犯罪被害者は「特別な人で自分とは関係がない」という意識や、誤解・偏見がある。犯罪被害者の自助グループやその他被害者支援の体制についても、その存在があまり知られていない。犯罪被害者が当初から、悩みを自然な形で周囲に打ち明け、相談でき、周囲から日常的な関わりや支援が得ることができたら、それこそが真に効果的な被害者支援であろう。また、周囲の個人的なつながりから、専門機関への紹介がされれば、被害者も安心して専門相談機関にかかることができる。

広く世間一般に対して、犯罪被害やその支援、また PTSD や心のケアについて、啓発を行う。

② 関係者に対しての啓発や技術指導

地域保健福祉機関、行政の相談窓口、医療機関、警察、学校、民間支援団体、自助グループスタッフなど、被害者支援に携わる関係者に対して、犯罪被害やその支援、PTSD や心のケアについての啓発や技術指導を行う。それぞれの機関で、犯罪被害者と接するときに、適切な関わりができ、二次被害をもたらさない様に、正しい知識を伝える。また、自助グループスタッフに対して、ファシリテーターとしての技術など、グループ運営上の技術を伝える。

③ 被害者に対しての啓発

被害者の心の揺れ、感覚麻痺、不安、恐怖感、不信感、身体症状などは、トラウマを受けた人の心理的な反応として説明できる部分もある。PTSD の心理的反応（異常な体験をした場合の正常な反応）と、具体的な対応法を知ってもらうことで、ある程度安心を得られる。被害者に対して、PTSD や対応方法についての啓発を行う。

4) 連携

被害者が地域で孤立し、日常生活にも支障をきたすような状態であっても、自らは助

けを求めることすらできない場合もある。保健所や市町村等と連携し、自ら相談しづらい被害者への訪問も含めた支援の調整をする。犯罪被害者の支援は、心のケアだけではなく、地域精神保健活動の視点からの支援が必要である。自助グループも含めた関係諸機関との連携を図り、支援チームについて調整し、連携システムを構築する。

また、被害者は、事件の事実関係が明らかにされていないためにつらい思いをしている場合もある。その点にも十分配慮した支援のあり方が求められる。

自助グループは各種あり、活動のしかたや体制もいろいろである。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、必要とするものには違いがある。実際に必要としているものは何か、そのグループのニーズを知ることが、まずは基本であろう。

6 犯罪被害者等の支援に係る研修

これまで、精神保健福祉センターでは、保健所、市町村、福祉事務所、社会復帰施設等の精神保健福祉業務に従事する関係機関職員への教育研修や一般住民、ボランティア、民生委員等を対象にした啓発普及のために、さまざまな講座、講演会等を実施してきている。その一環として、「犯罪被害者等の支援」をテーマにした研修等の企画が、今後ますます要請されると思われるので、それに資するために、基本的な資料等を整理し、例示する。

1) 研修の企画

以下を踏まえて、各センターの事情に応じた企画内容を創意工夫する。

【目的・対象】

- ① さまざまな相談を受ける関係機関職員が、犯罪被害者等に対して 2 次被害・3 次被害を与えることなく、適切な相談対応を行い、適切な支援を提供するために関係機関との連携を図れることを目的とした教育研修。
- ② 地域で、身近に接する一般住民、ボランティア、民生委員等が、犯罪被害者等が抱えている問題や苦悩を理解し、適切な接し方や相談機関を紹介できることを目的とした啓発普及。

【時間の枠組み】

- ①、②の目的によって、2 時間から 4 時間の範囲が想定されるが、限られた時間設定の中なので、目的・対象に応じた内容を取捨選択する必要がある。

【講師の手配】

- ① 分野毎の専門家（医師・弁護士・臨床心理士等）
- ② 地域の犯罪被害者支援センター
- ③ 犯罪被害当事者等
- ④ 精神保健福祉センター職員

2) 研修・啓発のための講座内容

◎：必須 ○：必要時、盛り込む

項目	目的	研修	啓発
①犯罪被害者等の支援の歩みと現状	被害者支援の歴史と動向を知ること で、支援の意義を理解する	◎	◎
②犯罪被害者等基本法、犯罪被害者等支援基本計画、司法制度	各種法制度の趣旨を知ること で、支援の意義を理解する	◎	◎
③関係機関の役割と活動内容 〔警察、検察、裁判所、弁護士会、日本司法支援センター、犯罪被害者支援センター、その他〕	各関係機関の役割・活動内容を知ること で、連携や紹介を適切に行える 事を狙いとする	◎	◎

④犯罪被害者等の心理的反応と精神的な援助	被害者等の心理的特徴、PTSD・うつ病等のメンタルヘルス上の問題を理解し、適切な支援と危機介入の在り方・留意点を学ぶ	◎	◎
⑤各種犯罪被害の事例	殺人、性犯罪、虐待等の事例を通して、支援の実際を理解する	○	○
⑥被害者等の権利と支援に関わる福祉サービス	犯罪被害者補償制度、各種経済的支援の制度等について知る	◎	○
⑦メンタルヘルス上の問題を抱えた被害者等の支援	PTSD、うつ病、不安性障害等の治療について知る	○	○
⑧当事者の講話	犯罪被害者・遺族の経験談に触れることで、理解を深める	○	○

3) 参考資料

- ① 犯罪被害者のメンタルヘルスー精神医療現場での治療と対応ー 誠信書房(平成20年3月現在校正中)
- ② 心的トラウマの理解とケア(第二版) じほう、2006
- ③ [講座 被害者支援 全5巻] 東京法令出版、2000
 - 第1巻 犯罪被害者支援の基礎：上記①、②の項目を掲載
 - 第2巻 犯罪被害者対策の現状：上記③のうち、警察・検察・裁判所について掲載
 - 第3巻 犯罪被害者支援と弁護士：上記③、⑤、⑥の項目を掲載
 - 第4巻 被害者学と被害者心理：上記④、⑦の項目を掲載
 - 第5巻 犯罪被害者に対する民間支援；上記③の項目を掲載
- ④ [犯罪被害者の研究：犯罪被害者実態調査研究会] 成文堂

犯罪被害者・刑事司法関係実務家に対するアンケート調査をもとに、犯罪被害者の心理・援助、被害者・遺族の実態が掲載されている
- ⑤ 政府機関のホームページ

この内、内閣府のホームページ：政策「共生社会」の「犯罪被害者等施策」に、最新版の犯罪被害者白書が掲載されており、上記①、②、③、⑥の項目についての資料を入手できる

7 精神障害者の受ける犯罪被害

地域精神保健福祉活動と犯罪被害について

- 変容しつつある地域社会で、多様な犯罪被害に遭遇するリスクから精神障害者を守る危機管理的視点が求められる
- 地域生活支援時に、犯罪被害に対する事例に応じた種々の予防策を考慮しておく
- 地域生活支援時や精神保健相談時に、平素と異なった精神症状や身体症状の変化が認められた場合、何らかの犯罪被害が背景にある可能性も考慮する
- 地域福祉権利擁護事業の利用等、関係機関との連携を図る

1) 精神障害者と犯罪被害

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とも言えるように、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。

2) 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、自験例や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。高額の前貯金や土地・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、預けた資産を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、施設等に入り、財産管理を委託する場合、内部のチェックシステムが整えられていない場合は、関係者による横領が起これることに留意が必要である。

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、加害者に目をつけられ、盗みに入られることも起これる。

(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、すなわち保健所、医療機関、警察等に相談に至らず、家族だけでは医療機関を受診させることができないまま経過している等、家庭内の介護等に疲れ果て、追い詰められた家族が加害者となる事例は、高齢化した親が介護に当たっている場合に起これやすい。

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がいたことも事実で、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」でも要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）が起これないように留意しておく必要がある。過去の例に拠れば、開放的な処遇を中心とした施設に比べて、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、職員による暴力が発生しやすいと言える。

(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、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、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行き、妊娠させられた事例もある。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、中絶の機会を逃してしまうことも起こり得る。

家庭内においても、近親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、被害妄想かと思われてしまうことが起きやすい。

さらに、性犯罪被害が起こる状況として、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、職員によって引き起こされた場合や、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、強制わいせつに及んでしまった場合もある。また、単身生活をしている女性患者宅を何らかの職務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。こうしたことは、自動車事故の場合は通常保険会社等が介入するので、起こりにくいですが、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行き届かないために、窒息死する事故も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。

3) 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的に対象を選択し、多くの被害者が生まれている。また、リフォーム詐欺や靈感商法など人々の不安をターゲットにした犯罪に巻き込まれ、だまされ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あっても、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ら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。

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・安心な社会とは言えない時代状況になってきている。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、「他害のおそれ」よりもむしろ「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であるが、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ていくことが求められる。

文献

- (1) Walsh E, Moran P, Scott C, et al.:Prevalence of violent victimisation 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 Psychiatry 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

8 Q & A

(相談)

Q1 事件のことをいつどのように聞いたらいいですか。

A1 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基本的な姿勢ですが、自分から言い出せず、聞いてもらいたい、聞いてもらうのを待っている場合も少なくありません。初期の段階から、「話せるようなら話してみてもどうか」と声をかけ、話すきっかけをつくることも必要となります。もちろん被害者が望んでいない時に、気持ちが不安定な状態でトラウマを詳細に語らせるような治療法は控えなければなりません。しかし、どのような事件で、どのような衝撃を受けたか、どう感じているかについては、トラウマに焦点をあてた精神療法的な治療とは別のものとして、被害者が話せる範囲で、確認しておくほうがよいでしょう。また、事件について話した後は必ず本人に「話してみてもどうだったか」を尋ね、気持ちをサポートする時間を十分に確保することも大切です。多くの場合、被害者が話したくて話す時には、苦痛を感じたとしても、問題は少なく、むしろ聞いてもらえないほうがショックや不信感につながると言われています。

Q2 相談者による二次被害を防ぐにはどうしたらいいですか。

A2 被害者に対する言葉で、必ず安心する、嬉しいと思う言葉はありませんが、「あなたの言うことを信じている」「あなたの力になりたい、あなたは一人ではない」「あなたは悪くありません」というメッセージを伝えることが大切です。被害者を傷つける言葉として、以下のようなものがあります。

「気持ちのもちよう」「がんばれ」「早く忘れて元気になるよう」などの励まし、

「派手な生活をしているから」「日ごろから夜遊びしているから」など被害者にも責任があると示唆するような発言、

「これからいいことがある」「絶対大丈夫」など根拠のないなぐさめ、などです。

(経済的支援)

Q3 犯罪被害者に対する経済的な給付制度はあるのですか。

A3 犯罪被害者の損害は、本来は加害者が賠償しなければなりません。しかし、加害者に損害賠償をする能力がないなど、賠償が受けられない場合には、犯罪被害者等給付金の支給を受けられることがあります。また、犯罪被害者のための固有の制度ではありませんが、生活保護制度や、母子支援制度、児童扶養手当制度、年金制度など、一般の福祉制度が利用できる場合があります。犯罪被害者等給付金及び福祉制度については、第2章を参照してください。

(連携)

Q 4 種々の支援を必要としている事例の場合、総合的に対応してくれる機関はありますか、あるいは、どこの機関がイニシアティブをとったらいですか。

A 4 被害者は「切れ目のない支援」を求めていますので、適切な支援機関や団体を紹介するなど、関係機関等の連携が必要です。どこへ相談に行っても、そこから継続的な支援につながる事が大切です。すべてをカバーする機関はありませんが、民間団体の犯罪被害者支援センターでは、ボランティアを中心に直接的支援など公的機関では困難な支援を行っているところもあります。平成 19 年 10 月 1 日現在、45 都道府県 46 団体が活動しています。支援内容に応じて、最寄の支援センターとも連携しながら支援していくとよいでしょう。

Q 5 事例によっては警察に不満があったり、利害関係が生じている場合はどうしたらいいでしょうか。

A 5 まず被害者がどのような支援を望んでいるか、被害者の話をじっくりと聞いて見極める事が大切です。気持ちの整理がつかずにどう対処してよいか混乱している場合もあるからです。担当の刑事等への不満であれば、各都道府県の「犯罪被害者対策室」にまず相談してみるのがいいと思います。また、民間被害者支援団体も警察の事情をわかっているので、配慮してもらうように言うこともできます。法的な問題であることが明らかになれば、最寄の弁護士会の被害者支援担当窓口にご相談することができます。

Q 6 保健所、市町村と協働しながら地域でのケア体制（継続性を持たせた関わり）をどう構築するのですか

A 6 ケースバイケースですが、身近な相談機関としては市町村窓口や保健センターがあり、総合的な相談窓口としては都道府県の相談窓口や犯罪被害者支援センターがあります。必要に応じ、保健所、福祉事務所、精神保健福祉センター、弁護士会、臨床心理士会、医療機関等が協働していくことになると思います。

(自助グループ)

Q 7 犯罪被害者自助グループの活動を支援していくために、何が必要とされていますか？

A 7 自助グループへの支援策としては、相談窓口や支援体制などの情報提供、グループの広報や紹介、グループ運営に対する経済的な補助、例会への専門職としての参加、個別事例やグループ運営に対する専門職としての助言、運営スタッフへの技術支援やケア、関係機関との連携体制づくり、犯罪被害者について広く一般的な啓発を行うこと、などが考えられます。個々のグループの活動のしかたや体制、地域や保健関係施設のあり方によっても、必要とされるものは変わってくるでしょう。一方的に決めるのではなく、グループの実際のニーズをまず知ることが大切です。本文の第 5 章を参照してください。

参 考

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に欠けた対応（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）

第二十二条（民間の団体に対する援助）

第二十三条（意見の反映及び透明性の確保）

第二十四条～第三十条（犯罪被害者等施策推進会議）

附則(抄)

第一条(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 258 (再掲を除けば 218) 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（42 施策）
- 精神的・身体的被害の回復・防止への取り組み（69 施策）
- 刑事手続きへの関与拡充への取組み（43 施策）
- 支援等のための体制整備への取組み（75 施策）
- 国民の理解の増進と配慮・協力の確保への取組み（29 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

<input type="checkbox"/> 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・福祉制度全体の中で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	(法務省)

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)	(総務省)
□ 職員等に対する研修の充実等(関係省庁において、二次的被害を防止し、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)	(関係省庁)

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

□ 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き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)
□ 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)
□ 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)
□ 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

□ 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)
□ 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)

□ 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)
□ 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があることを前提に、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(第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、これが第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により、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、相当でないと認める以外は、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給付制度は、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、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。

3) 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おけるその対応の不手際から、二次的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、被害者の視点が立ち、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のは、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、被害者等へ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、④被害者及びその親族又はこれに準ずる者、⑤目撃者その他の参考人、⑥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
：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。

資 料

資料1 国連宣言(警察庁ホームページ)

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、その被害弁償に含ま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 都道府県・政令指定都市 犯罪被害者等施策担当窓口部局等一覧(平成19年版犯罪被害者白書)

(H19.10.1 現在)		
地方公共団体名	施策担当窓口部局名	総合的 対応窓口
北海道	環境生活部生活局くらし安全課安全安心人権グループ	○
青森県	環境生活部県民生活文化課県民生活・ボランティア支援グループ	○
岩手県	環境生活部環境生活企画室	
宮城県	環境生活部生活・文化課調整企画班	
秋田県	生活環境文化部安全・安心まちづくり推進課調整・まちづくり推進班	○
山形県	総務部危機管理室生活安全調整課	
福島県	生活環境部人権男女共生グループ	○
茨城県	生活環境部生活文化課安全なまちづくり推進室	○
栃木県	県民生活部くらし安全安心課生活安全担当	○
群馬県	総務局人権男女共同参画課人権男女同和グループ	○
埼玉県	総務部県民防犯推進室	○
千葉県	環境生活部県民生活課生活安全室	
東京都	総務局人権部企画課	
神奈川県	安全防災局安全・安心まちづくり推進課	○
新潟県	県民生活・環境部県民生活課安全・安心なまちづくり班	
富山県	知事政策室消防・危機管理課危機管理班	
石川県	県民文化局県民生活課	
福井県	安全環境部県民安全課交通安全・県民安全グループ	○

山梨県	企画部県民室県民生活課安全・安心まちづくり担当	○
長野県	企画局人権・男女共同参画課	○
岐阜県	環境生活部環境生活政策課生活・交通安全担当	○
静岡県	県民部県民生活局県民生活室	○
愛知県	県民生活部地域安全課安全なまちづくりグループ	
三重県	生活部生活総務室安全安心まちづくりグループ	
滋賀県	県民文化生活部県民活動課	○
京都府	府民労働部安心・安全まちづくり推進室	○
大阪府	生活文化部安全なまちづくり推進課犯罪被害者支援グループ	○
兵庫県	県民政策部地域協働局地域安全課企画係	○
奈良県	生活環境部人権施策課	○
和歌山県	環境生活部共生推進局県民生活課	○
鳥取県	総務部人権局人権推進課	
島根県	環境生活部環境生活総務課安全安心スタッフ	○
岡山県	生活環境部県民生活課安全・安心まちづくり推進室	○
広島県	県民生活部総務管理局人権・男女共同参画室	
山口県	環境生活部県民生活課総務企画班	
徳島県	県民環境部県民環境政策課県民くらし安全室	
香川県	総務部県民活動・男女共同参画課県民室	○
愛媛県	県民環境部管理局人権対策課	
高知県	文化環境部県民生活課	
福岡県	生活労働部生活文化課消費者班	

佐賀県	くらし環境本部くらしの安全安心課	○
長崎県	県民生活部県民安全課	○
熊本県	環境生活部交通・くらし安全課	○
大分県	生活環境部県民生活・男女共同参画課	
宮崎県	地域生活部人権同和对策課	
鹿児島県	環境生活部生活・文化課	
沖縄県	文化環境部県民生活課	○
札幌市	市民まちづくり局市民生活部男女共同参画室男女共同参画課	
仙台市	企画市民局市民生活部市民生活課地域安全係	
さいたま市	市民局市民部交通防犯課	
千葉市	市民局市民部地域安全課	
横浜市	都市経営局政策課/市民活力推進局経営企画課	
川崎市	市民局人権・男女共同参画室	
新潟市	市民生活部市民総務課安心・安全推進室	
静岡市	生活文化局市民生活部市民生活課	
浜松市	生活文化部市民生活課くらしのセンター	○
名古屋市	市民経済局企画経理課	
京都市	文化市民局市民生活部地域づくり推進課	
大阪市	市民局人権室	
堺市	市民人権局市民生活部地域活動促進課	
神戸市	危機管理室/保健福祉局人権推進課	
広島市	市民局市民安全推進課	

北九州市	総務市民局安全・安心課	
福岡市	市民局生活安全課	

注1 内閣府から各都道府県・政令指定都市に対し、平成19年10月1日時点における窓口部局等の確認を行い、とりまとめたものである。

注2 施策担当窓口部局は、犯罪被害者等からの相談を受けたり、犯罪被害者等への情報提供を行う窓口には必ずしもなっていない。

注3 総合的対応窓口とは、犯罪被害者等から相談や問い合わせがあった場合に、適切な情報提供など総合的な対応を行う窓口をいう。

資料3 NPO 法人全国被害者支援ネットワーク加盟団体一覧（平成19年版犯罪被害者白書）

(H19.10.1 現在 45 都道府県 46 団体)			
都道府県	団体名	相談電話	相談対応曜日
北海道	社団法人北海道家庭生活総合カウンセリングセンター(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
青森	社団法人あおもり被害者支援センター	017-721-0783	火・木・第3土
岩手	いわて被害者支援センター	019-621-3751	火・水・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 0120-62-8010	月～金
山形	社団法人やまがた被害者支援センター	023-642-7830	月～金
福島	ふくしま被害者支援センター	024-533-9600	月～金
茨城	社団法人いばらき被害者支援センター	029-232-2736	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
群馬	NPO 法人被害者支援ネットすてっぷぐんま	027-243-9991	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
千葉	社団法人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
神奈川	NPO 法人神奈川被害者支援センター	045-440-0212	月・水・金・土
新潟	NPO 法人にいがた被害者支援センター	025-281-7870	月・水・金
富山	とやま被害者支援センター	076-413-7830	月～金

石川	NPO 法人石川被害者サポートセンター	076-234-7830	火・水・木・金・土
福井	NPO 法人福井被害者支援センター	0776-32-5111	火・水・金・土
山梨	社団法人被害者支援センターやまなし	055-228-8622	月～金
長野	NPO 法人長野犯罪被害者支援センター	026-233-7830 長野地区相談室 0263-73-0783 中信地区相談室 0265-53-0783 飯田地区相談室	月～金
岐阜	ぎふ犯罪被害者支援センター	058-268-8700	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	社団法人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	日・水・金・土
京都	社団法人京都犯罪被害者支援センター	075-451-7830 0120-60-7830 (京都府全域)	月～金
大阪	NPO 法人大阪被害者支援アドボカシーセンター	06-6774-6365	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	社団法人なら犯罪被害者支援センター	0742-24-0783	月～金
和歌山	NPO 法人紀の国被害者支援センター	073-427-1000	月～金

島根	島根犯罪被害者相談室	0120-556-491	月～金
岡山	社団法人被害者サポートセンターおかやま (VSCO)	086-223-5562	月～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	NPO 法人被害者支援センターハートライン やまぐち	083-974-5115	火・木
香川	被害者支援センターかがわ	087-823-1733	月～金
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
高知	NPO 法人こうち被害者支援センター	088-854-7867	月～金
福岡	NPO 法人福岡犯罪被害者支援センター	092-477-3156	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	社団法人大分被害者支援センター	097-532-7711	月～金
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ゆいセンター	098-866-7830	月～金

は、犯罪被害者等早期援助団体

NPO 法人全国被害者支援ネットワーク事務局

〒113-0033 東京都文京区本郷 2-14-10 東京外国語大学本郷サテライト 6F

電話 03-3811-8315(月～金 10時～17時)

FAX03-3811-8317

本手引は、平成 17-19 年度厚生労働科学研究「犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究」(主任研究者 小西聖子)の分担研究「地域精神保健福祉機関における犯罪被害者支援」の一環として作成したものである。

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(前香川県立精神保健福祉センター)
辻本哲士(滋賀県立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)
松浦玲子(大阪府こころの健康総合センター)
清野百合(大阪府こころの健康総合センター)

本手引の作成にあたっては、「TAV 交通死被害者の会」「少年犯罪被害当事者の会」「全国学校事故・事件を語る会」「六甲友の会」「京都犯罪被害者支援センター」「ひょうご被害者支援センター」より、貴重なご意見をいただきました。この場をお借りして深く御礼申し上げます。

平成 17-19 年度厚生労働科学研究

犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究

主任研究者 小西聖子(武蔵野大学)

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

—精神保健福祉センター・保健所等における支援—

編集 「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)

〒604-8845 京都市中京区壬生東高田町 1-15

事務局 ACプランニング内

〒612-8369 京都市伏見区村上町 406

TEL 075-611-2008 FAX 075-603-3816

E-mail:seishinhoken@acplan.jp

発行 平成 20(2008)年 3 月

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

－精神保健福祉センター・保健所等における支援－

実践ガイドライン

はじめに☛HB73

犯罪被害者等基本法とは

平成 16 年 12 月、犯罪被害者等の権利利益の保護を図るべく「犯罪被害者等基本法」が制定された。犯罪被害者等基本法には、地方公共団体は、基本理念にのっとり、犯罪被害者等の支援等に関し、国との適切な役割分担を踏まえて、その地方公共団体の地域の状況に応じた施策を策定し、及び実施する責務を有すること（第 5 条）が述べられている。そして同法に基づいた総合的長期的な犯罪被害者等のための施策の大綱として、「犯罪被害者等基本計画」が、平成 17 年 12 月に閣議決定され、我が国における犯罪被害者等のための施策は、総合的、長期的な取組に向けてその第一歩を踏み出した。

犯罪被害者等とは

この法律において「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をいい、「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又は遺族をいう（第一条）。基本計画における「犯罪被害者等」とは、基本法における定義のとおり、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、加害者の別、害を被ることとなった犯罪等の種別、故意犯・過失犯の別、事件の起訴・不起訴の別、解決・未解決の別、犯罪等を受けた場所その他による限定を一切していない。当然ながら、個別具体の施策の対象については、その施策ごとに、それぞれ適切に設定され、判断されるべきであるとされる。

犯罪被害者基本計画の 4 つの基本方針

- ①尊厳にふさわしい処遇を権利として保障すること
- ②個々の事情に応じて適切に行われること
- ③途切れることなく行われること
- ④国民の総意を形成しながら展開されること

「犯罪被害者等基本計画」における精神保健福祉センター・保健所の位置づけ

基本計画においては「厚生労働省において、精神保健福祉センター、保健所等が犯罪被害者等支援に係る諸機関・団体等との連携・協力を充実・強化し、犯罪被害者等支援に係る諸機関・団体等の犯罪被害者等支援に関する諸制度等に関する案内書・申込書等を常備し、提供等していくことを含め、犯罪被害者等の支援等に関する情報提供、相談等を適切に行うことを推進する」と定められている。精神保健福祉センター、保健所等が犯罪被害者支援に係る諸機関・団体と連携し、相談、情報提供、危機介入、自助グループ支援、教育研修等の地域精神保健福祉活動を通して被害者支援に取り組む際に、実際の支援に役立つことを目指してこの「地域精神保健福祉活動の手引」および概要は作成された。

ガイドラインの使いかた

この実践ガイドラインは、「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」の必要な部分を抽出し、一部加筆して、精神保健福祉センター・保健所等を犯罪被害者等が訪れた時の実践的なガイドラインを示したものである。より詳細な解説や資料については、当該個所にある🔍を見てほしい。また必要度の高い資料は添付してある。

ガイドラインの内容には

1. 犯罪被害者等における精神保健相談・・・個別の犯罪被害者の相談があった場合の対応のポイント
2. 支援サービス等の利用・・・犯罪被害者等に対するサービスにどのようなものがあり、どこと連携が可能かについての情報

が含まれている。地域への危機介入、自助グループなどは重要な課題だが、ここには入れていない。これについては手引を参照してほしい。🔍HB39,53

囲み記事は支援の実践的ポイントを示す

★確認すべきこと

🔍GLO このガイドラインのページ参照

🔍HBO 手引きの〇ページ参照

🔍MH〇 研究班作成の『犯罪被害者のメンタルヘルスー精神医療現場での治療と対応ー』の第〇章を参照（平成20年3月現在 校正中）

1. 犯罪被害者等における精神保健相談

1) 相談を始める前に確認しておくこと (🔍MH5)

精神医療は被害者の回復のための様々な支援の一つとして位置づける。

被害者の治療では安心や安全の確立、現実的な問題への対処と被害者に二次被害を与えない共感的な態度が必要である。

急性期では、安全や安心の確立に焦点をおいた心理学的応急処置が望ましい。

被害者の抱える問題は多様であり、警察や被害者支援団体など多様な機関との連携が重要である。

★各地域での具体的な連携先（警察、児童相談所、配偶者暴力相談支援センター、民間被害者支援センター、自助グループ等🔍GL8-11,HB43-52,86,90）についてあらかじめ調べておく

★被害者の相談内容を確認する。どのような支援を求めているのか、どこに相談すればよいか。具体的な支援体制🔍GL8-11,HB42-52

★いつ犯罪被害が起こったのか、確認する。

2) 犯罪被害者等の心理的な反応を把握する

(1) 安全と安心を確立する ◀MH5

★安全な環境を確保する

犯罪被害者は、再被害の危険にさらされていることがしばしばある。加害者と同居していたり、加害者からの脅しが継続していないかどうか確認する。

危険がある場合には、まず被害者に安全を確立することが最優先であることを伝え、警察（各都道府県警察にある被害者相談窓口など）や専門機関（配偶者暴力相談支援センターや児童相談所）等に相談することを勧めるべきである。 ▶GL8-11,HD47,49

★身体的安全を確保する：

性暴力被害者では性病や妊娠の危険があるほか、被害の証拠としても受診記録が重要になる場合があるので、産婦人科の受診や治療は必要である。警察に被害届けを出した場合には、初診料、診断書料、緊急避妊費用等の費用を都道府県警察で負担してくれる制度もある（都道府県によって異なるので、地元の警察に確認する必要がある）。 ▶GL9

被害の衝撃に圧倒されていたり、希望を失っているような場合には、健康状態に対して関心を払わなくなっており、身体疾患が疑われるにもかかわらず医療機関を受診していないこともある。

★急な対応を要する精神症状の評価をおこなう：

自殺念慮や自殺企図などの自殺行動のリスクについて把握することが必要である。また、PTSDやASDが注目されがちであるが、うつ病やパニック障害など被害者に多く見られる他の精神疾患のほか、躁うつ病や、統合失調症あるいは幻覚や妄想を伴うような精神病性の障害についても注意を払う必要がある。精神病性の疾患では既に存在している場合や、犯罪被害を契機に発症する場合もある。

PTSDには併存疾患が多い。その中でもアルコールや薬物の乱用・依存が少なくない。被害以前から存在している場合もあるが、被害者では、PTSD症状の緩和や精神的な苦痛をまぎらわすための一種の自己治療として、それらを用いることがある。治療者側が尋ねることが必要である。

★加害者の存在、司法とのかかわりを確認する。

加害者が不明であったり、逮捕されていない状況では再被害や報復の不安が持続する。加害者が逮捕され、起訴、公判になったとしても、事情聴取、証言や意見陳述による出廷、民事裁判などでの賠償も含めて一連の法律的な手続きが終了するには数年かかることが少なくない。その間、被害者はその経過に影響を受け続ける。法廷で証言や意見陳述を行なう

際には付き添いが認められている。☛GL48,50 意見書診断書が必要とされる場合もある。☛MH17,18

(2) 犯罪被害者の心理的反応の確認

★PTSD 症状

PTSD 症状チェックのためには診断基準や質問紙を利用できる。☛HB25-27

特徴的な症状

「再体験・フラッシュバック」 事件のとき体験した感覚がくりかえしよみがえる
「回避・麻痺」 事件を思い出させるものを避ける、感情を閉ざす、感じないようにする、記憶を遠ざける
「覚醒の亢進」 常に緊張し不安定な状態になる。

★そのほかの心理的变化

抑うつ症状

何をしても楽しく思えない、何もする気力がない、集中して考えられない、決断することができない、強い不安が続く、焦燥感がある。

喪失に伴う症状

大切なものが失われてしまった悲哀感・喪失感がみられる。事件や世間に対する強い怒りや無力感のため、気分が変動しやすく、自分の気持ちがコントロールできなくなる。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や自分を恥じる気持ちが生じ、この気持ちが強い場合、希死念慮が生じることもある。

解離症状と幻覚

自分の身体から抜け出して外から自分をみているような離人感、起こっていることが現実には感じられない現実感の消失、事件前後のことに対する記憶がない、自分でやっていることを覚えていないなどの解離状態や記憶の障害が生じることがある。また、錯覚や、幻聴幻視などの幻覚が認められることがある。

★身体の変化

睡眠障害、食欲の異常（食欲低下、過食など）、疲れやすさ、身体のだるさがみられる。また、不安からくる身体症状として、動悸、呼吸困難、手のふるえ、しびれ、頭痛、身体の痛み、吐気など多彩な症状が出る。これらの症状がパニック発作のような形で出現することがある。

★人間関係の変化

人を信用することができない、自分を含め何を信じていいのかわからないため、対人関係で孤立が生じる。外出や人と連絡をとることを避けて引き籠もりの生活になったり、周囲の状況にそぐわない行動をとる、自傷行為がみられる、他人に対する強い怒り、攻撃性がみられるなど、人格障害様の変化が出てくることがある。

(3) 被害者支援の実際

被害者面談のポイント

a.信頼関係を築くためには

- ・何ができるかをしっかり伝えましょう。また、できないことはできないと伝え、安易に抱え込まないようにしましょう
- ・「わかってくれない」の言葉の裏には「わかってほしい」が隠れています
- ・プライバシーに対する考え方が違う場合があることも考えておきましょう。そのことについて話し合います
- ・常に言動に配慮し謙虚な気持ちで対応しましょう
- ・被害者の言動に翻弄されないようにしましょう

b.事件の話はいつ聞いたらいいのか

- ・被害者の意思によって話すか話さないかを決めるのが基本ですが、事件について話せるようなら話してみてもどうか、と声をかけてみましょう
- ・事件の話をしてどうだったか必ず尋ね、気持ちをフォローしましょう
- ・事件の話は遮らないようにしましょう
- ・事件の話をよく聞くことが治療の第一歩です

c.身体面や生活についての留意

- ・生活で何に困っているのか尋ねましょう
- ・身体に何か症状がないか忘れないように尋ねましょう

★支援者がもたらす二次被害に気をつける

二次被害の原因

「犯罪被害者に対する知識の不足」が大きいと思われる。

精神医学的知識●HB14-27・司法システム●MH16・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●MH9-11 などについて確認されたい。

二次被害となりうる言葉は

「命があるだけよかったです」
「早く元気になりましょう」
「辛いことは忘れましょう」
「強く生きていきましょう」
「あなたの辛さはよくわかります」
「時間が解決します」
「もっと辛いことを経験した人もいますよ」
「あなたにも原因があったのかもしれませんが」
「泣かないでください」
「終わったことはもう考えないようにしましょう」
「ちゃんと用心していたら起きなかったかもしれませんね」

(4) 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」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」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。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。●HB14

3) 外傷後ストレス障害 PTSD : Post Traumatic Stress Disorder の診断と治療

(1) 診断

トラウマの定義

「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」(ICD-10)

「強い恐怖、無力感または戦慄に関するもの、例えば、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」(DSM-IV-TR)

診断基準に相当しない重大でない出来事で強い PTSD 様の症状がある場合、診断は「PTSD」ではなく、「適応障害」が妥当

外傷的出来事は 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。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、遷延させたりする主な予測因子を確認する

①過去のトラウマ体験、②過去の心理的不適応体験、③精神疾患の家族歴、④トラウマのときに生命の脅威を体験したこと、⑤トラウマ後のソーシャルサポートの不足、⑥トラウマ周辺期の強い情緒的反応、⑦トラウマ周辺期の解離、等が報告されている。

★PTSD の DSM-IV による診断基準¹⁾を参照。☛HB14

PTSD の症状は DSM-IV の診断基準（HB15 の表 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。

（2）治療

治療は薬物治療と精神療法がある。薬物療法として、抗うつ薬の SSRI が第一選択とされ、次にその他の抗うつ薬、気分安定薬が効果的とされている。なお、PTSD 薬物療法アルゴリズムが国立精神・神経センター精神保健研究所成人精神保健部のホームページ☛HB24 に掲載されている。

薬物治療

1. 選択的セロトニン再取込阻害薬（SSRI）
2. その他の抗うつ薬
3. 気分安定薬
4. 抗精神病薬
5. 抗不安薬・睡眠薬※

※不眠時や不安時など対処療法的に最小限に使用する。

精神療法☛MH6,7

PE（Prolonged Exposure：長時間曝露療法）などトラウマ体験に対する曝露を含む認知行動療法が有効とされている。☛MH7

精神療法のポイント

- ・外傷的出来事への安全な曝露が有効である。ただし、症状が悪化する危険性もあるため、それを考慮に入れ慎重に行う必要がある。
- ・ストレスマネジメント法を教育する。
- ・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。☛HB18☛MH7
- ・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。

2. 支援サービス等の利用

1) 支援サービス●HB29-42

	項 目	窓 口	地域の機関・連絡方法
早期支援	直接的支援（病院・警察等へのつきそい、犯罪現場の清掃、宿泊場所の確保など）	警察の被害者対策室 被害者支援ネットワーク	
	安全確保（警察の巡回強化、相談）	交番、警察の被害者対策室	
	マスコミ対策	日本新聞協会 民放連 新聞各社 放送と人権等権利に関する委員会機構（BRO） 雑誌人権ボックス	
経済的支援	示談交渉、損害賠償請求の相談	全国弁護士会による犯罪被害者支援窓口、法律相談	
	民事法律扶助（弁護士報酬立て替え）	日本司法支援センター（法テラス）	
	犯罪被害者等給付金	最寄りの警察署	
	労災による保険給付	労働基準監督署	
	政府の自動車損害賠償保障事業	各損害保険会社	
	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	
	生活保護制度	住所地の福祉事務所	
	児童扶養手当制度	住所地の市区町村	
	障害児福祉手当	住所地の市区町村	
	特別障害者手当	住所地の市区町村	
	児童手当	住所地の市区町村	
母子寡婦福祉資金貸付制度	住所地の市区町村		

	年金制度	市区町村の国民年金窓口 社会保険事務所	
	各種経費負担 司法解剖後の遺体修復、 遺体搬送 性犯罪被害者の緊急避 妊等に要する経費 身体犯被害者の刑事手 続における経費（初診料、 診断書料等）	都道府県警察	
情 報 開 示	情報開示 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 裁判記録の閲覧	検察庁	
D V 被 害 者 支 援	一時保護施設（シェルタ ー）の紹介	福祉事務所 配偶者暴力相談支援センタ ー 婦人相談所	
	婦人保護施設の利用	福祉事務所 婦人相談所	
	母子生活支援施設の利用	福祉事務所	
	ステップハウスの利用	配偶者暴力相談支援センタ ー	
	公営住宅入居	市区町村	
	DVに対する保護命令（接 近禁止命令、退去命令）の 申し立て	管轄の地方裁判所	

2) 関係機関・団体との連携 ◀HB43-53

	項目	関係機関・団体	地域の機関・連絡 番号
総 合	情報提供など	都道府県・指定都市 担当窓口（資料）	

窓 口	被害者連絡制度(捜査過程, 被疑者検挙, 加害者処分など) 犯罪被害給付制度, 民事上の損害賠償請 求制度の周知等	警察本部被害者対策 室 各警察署被害者支援 係	
	電話相談, 面接相談, 法廷・病院等への 付き添い 関係機関・団体等との連携をとる	全国被害者支援ネッ トワーク (NPO 法人 又は社団法人) (資料)	
直 接 支 援	各種福祉制度の申請窓口	市町村	
	各種福祉制度の相談	福祉事務所, 民生委 員	
	健康相談	市町村保健センタ ー, 保健所, 精神保 健福祉センター	
	DV被害者の一時保護, 婦人保護施設 母子生活支援施設, 民間シェルターの紹 介	婦人相談所 配偶者暴力相談支援 センター	
	被虐待児の一時保護, 施設入所 親権停止・喪失の家裁への通告	児童相談所	
	医療 (投薬, カウンセリング) : ASD, PTSDなどに対して	医療機関, 医師会 (精神科, 心療内科 産婦人科, 小児科)	
カウンセリング : PTSDなどに対して	臨床心理士会		
法 的 支 援	解決に役立つ法制度や相談機関の紹介 弁護士費用立替制度	日本司法支援センタ ー (法テラス)	
	司法アドバイス, 弁護士活動	弁護士会, 司法書士 会 (被害者支援委員 会)	
	加害者の逮捕, 起訴, 裁判の経過情報, 出所情報	検察庁	
	DVに対する保護命令, 接近禁止命令, 退去命令	地方裁判所	

	<p>1. 加害者の仮釈放・仮退院について意見を述べる。</p> <p>2. 保護観察中の加害者に，被害者の方の心情を伝える。</p> <p>3. 加害者の保護観察の状況などを知る。</p> <p>4. 専任の担当者に不安や悩み事を相談する。</p>	保護観察所	
	多重債務，過払い利息の返還	全国クレジット・サラ金被害者連絡協議会	
犯罪被害者団体	<ul style="list-style-type: none"> ・ピアミーティング ピアカウンセリング ピアサポート ・啓発活動など 	全国犯罪被害者の会（あすの会），少年犯罪被害者当事者の会，TAV 交通死被害者の会，全国学校事故・事件を語る会，六甲友の会 他多数（資料）	

Web サイト「犯罪被害者のメンタルヘルス情報ページ」

見本

<http://www.ncnp.go.jp/nimh/seijin/www/index.html>