

基調講演

「犯罪被害者のメンタルヘルスとその支援・治療の発展、今後の課題」

講演者：武蔵野大学人間科学部 人間社会研究科 教授 中島 聡美氏

皆様、こんにちは。ただ今ご紹介をいただきました、武蔵野大学の
中島と申します。

このたびは、犯罪被害者支援30年、
犯罪被害給付制度および救援基金40
年の記念式典でもあります。このよ
うな記念すべき日にお話しする機会
を与えていただきましたこと、御礼
申し上げます。

まずは、この長きにわたり犯罪被害者の支援にかかわられてきた皆様に、心からの敬意を表
します。

私のような者が基調講演をしていいのかという気持ちもございますけれども、全国被害者支
援ネットワークの設立前よりも被害者支援にかかわらせていただいた経緯がございますので、
その歴史も振り返りつつ、皆様のお役に少しでも立てればよいかと思っております。

最初に少し厳しい話になりますが、私はこの挨拶をする時に「30年、40年の記念式典おめで
とうございます」と言うかどうかということで非常に考えました。「おめでとう」というのは
一体誰に対して言う言葉なのかということを考えてたんですね。そうすると、この「おめでとう」
という言葉を使うことはできないなというふうに思ったのです。

被害者の方にとって「おめでとう」という言葉は、被害に遭われた以上、使えないというこ
ともございますし、もう一つは、私たちにとっての30年、40年ではなく、被害者の方にとって、
これがいかに充実したものであるかどうかということで評価されるべきと感じておりましたの
で、「おめでとう」という言葉を使うことはできなかったということを最初に申し添えさせて
いただきます。

本日の話の内容としましては、私事ではございますが、犯罪被害者支援との出会いから振り
返り、犯罪被害者のメンタルヘルスの課題と、その心理的支援のあり方。そして、犯罪被害者
等施策との関連についての推進、現状の精神科医療と支援団体等の連携について、お話をさせ

ていただきたいと思います。

犯罪被害者支援の歴史については、もう皆様よくご存じで、私がお話するようなことではないと思いますが、少し振り返らせていただきますと、今回40年を迎える犯罪被害給付制度ができるに当たって非常に尽力された方は、ご遺族である市瀬朝一さんではないかと思っています。

被害者支援というものが無いという現状は、被害当事者およびご遺族でなければわからない苦痛だったのではないかと思っています。

残念ながら市瀬さんは給付制度が作られる前にお亡くなりになってしまいましたが、その功績は色あせるものでないと思います。

そしてまた、犯罪被害給付制度の10周年記念シンポジウムの時に、全国ネットワークの顧問でいらっしゃる大久保恵美子さんの発言が非常に大きな役割を果たしたというふうに皆さんも感じていらっしゃると思いますし、私も思っております。

そのあと、山上先生が、その声に応じて犯罪被害者相談室を設立されたということが、引き続きあり、国としては警察庁が共に活動を行われてきました。その記念すべき節目が、このシンポジウムなんだということを、この講演の準備をしながら私は、あらためて感じさせていただきました。

私自身がかかわったのはいつからかという話になります。

常磐大学に就任する1年前に、今のいばらき被害者支援センターの前身、水戸被害者支援センターが作られまして、精神科医であるということで、ぜひこちらにかかわったらどうかというお話をいただきまして、ご協力できればということで始めさせていただきました。

その後、全国被害者支援ネットワークが作られ、犯罪被害者等基本法ができ、今このような30年、40年という時を迎えています。

今日お話しするのは、その中でも、犯罪被害者の方の心の回復に、私たちはどのようなことを今までしてきたか、どのようなことができるようになってきたのか。また、足りないものは何なのかということを考えていけたらと思っております。

水戸被害者支援センターができたのは1995年で、全国被害者支援ネットワークの加盟団体として恐らく2番目というふうに聞いております。

いばらき被害者支援センターの創設に当たっては常磐大学の教員の方々が多くかかわっていらっしゃいました。全国ネットワークの顧問の富田先生も中心的に活躍されていらっしゃいました。

私はその中で教えていただきながらかかわっていたというような状況でした。水戸被害者支援センターには、アメリカの「NOVA」という被害者支援団体の設立メンバーでもあるジョン・ドゥーシッチ先生がいらっしゃいました。

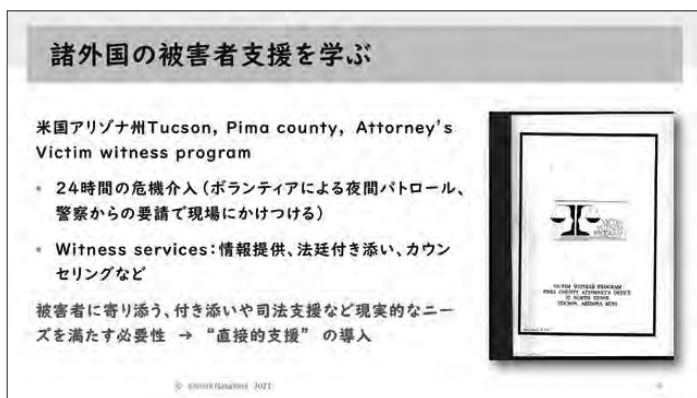
この時は、まだ日本でも被害者支援とは何ぞやという状況でございましたので、欧米の活動を参考にしながら進まざるを得なかった時期であります。

ドゥーシッチ先生がいたおかげで、私はアメリカやヨーロッパのいろいろな被害者支援の団

体を見学させていただきました。そこで、お話を伺うことができたのが非常に大きな機会だったというふうに思っております。

被害者支援というものが、司法支援を含むアドボカシー活動であることを諸外国の活動を見て学ばせていただきました。

いろいろ諸外国を見させていただいた中でも特に私の記憶に残っているのが、ここにパンフレットが載っているんですが、アリゾナ州トゥーソンの「ピマ カウンティ」というところの検察局にある被害者支援プログラムです。そこで、私たちも数日間、研修を受けさせていただきました。



「ピマ カウンティ」のプログラムというのは全米でも非常に貴重な活動で、どのようなことをしていたかといえますと、24時間の危機介入です。特に夜間、2台の車でボランティアの方がパトロールをしまして、警察の連絡を受けて、すぐその場に駆けつけるという、本当に危機介入をするプログラムを実施されていたんですね。それを

行っているのは、民間の方が研修を受けてボランティアで行っていました。

実際に車にも乗せていただきましたが、私が乗った晩、交通事故が1件ございまして、警察から連絡があってボランティアの方が駆けつけると、被害者の方は幸い、お怪我はなかったんですけども、本当に茫然としてらっしゃったんですね。そこにボランティアの支援員の方が駆けつけられて声をかけて、すごくほっとされていた様子を覚えております。

これはすごいなと思いました。被害者の方が本当に今一番困っている時に支援を提供できるこのシステムは本当にすごいとは思ったんですけども、アメリカでもそれはここぐらいしかやっていないところだったと思うので、大変な労力がかかることでもありました。

また、検察局のプログラムでしたので司法支援に関しては非常に充実しており、その研修も非常に丁寧に行っていました。

当時、日本の被害者支援の中では、付き添いであるとか傍聴のサービスはなかったと思います。私たちができるところは何かを考えた時に、まず司法に関する付き添いであろうということで、その研修を早速、水戸被害者支援センターで始めた記憶がございます。

今、皆さんこういったアドボカシー活動のことを「直接的支援」と呼んでらっしゃると思うんですけども、私たちがここで、そういう活動を何ていうかなと、みんなで話し合った記憶があります。ウィットネスというわけにもいきませんし、アドボケートもちょっとなじまないということで、直接的支援と取りあえず言おうかというふうになりました。たぶん今もその言葉が使われるきっかけではないかと思います。

私の専門であるメンタルヘルスに関しては、その当時は日本ではPTSDに関する治療や研究はほとんどない状況でした。

そのころ、(その分野で) 一番進んでいたのがアメリカです。アメリカの中でも「National Center for PTSD」という施設があり、そこは退役軍人局が作ったPTSDの研究機関ですが、恐らく当時は一番(研究が) 進んでいたところだと思います。

当時、東京の犯罪被害者相談室の室長であった小西聖子先生がお声をかけてくださり、犯罪被害者や被災者の支援をしていた精神科医の人たちが一緒に行って、そこで学ぶ機会を得ました。

私たちは、PTSDというものがどういうものかということ把握するレベルだったのですが、もうここでは様々な治療の研究が進められておりまして、大変参考になったのを覚えています。

その後、私自身は国立精神・神経医療研究センターで犯罪被害者等支援研究室長という立場で仕事をするようになりましたが、そこでPTSDの治療や犯罪被害者の方のメンタルヘルス、そして、少しお話ししますが、複雑性悲嘆と呼ばれる悲嘆の問題を研究、あるいは実際の臨床として行うようになりました。

手前味噌で恐縮ですが、国立精神・神経医療研究センターにいた時に少しさせていただいた研究の成果として「犯罪被害者のメンタルヘルス情報ページ」の作成がございまして。現在これは武蔵野大学の心理臨床センターのホームページに置かれており、被害者の方、また支援者の方が様々な情報を見られるようにしております。



また、書籍として『犯罪被害者のメンタルヘルス』という本、これは専門家の方向け、支援者の特に心理、精神科医療の関係者向けに作成したものです。当時、心理の現場、精神科医療の現場では犯罪被害者について知る機会がほとんどございませんでしたので、こういった書籍を通して理解してもらおうということで作成いたしました。

現在は、遺族の方の悲嘆の中でも複雑性悲嘆、遷延性悲嘆と呼ばれている状態についての治療の研究を行っておりまして、こちらホームページがございまして。アメリカのコロンビア大学のシア先生という方の作ったプログラムを日本のご遺族の方に提供することをしております。

それでは、犯罪被害者の方のメンタルヘルスと、その治療や支援についてこれからお話ししていきたいと思っております。

ここはもう皆さんよくご存じだと思うんですが、犯罪被害に遭うとどんな心理的な影響を受けるかということです。一つは、ここにあるように、恐怖の体験によってトラウマ反応が生じるというもの。そして、喪失によって生じる悲嘆や、うつ症状。

また、犯罪被害には、直接のこういった被害にとどまらない二次的なストレスが非常に大き

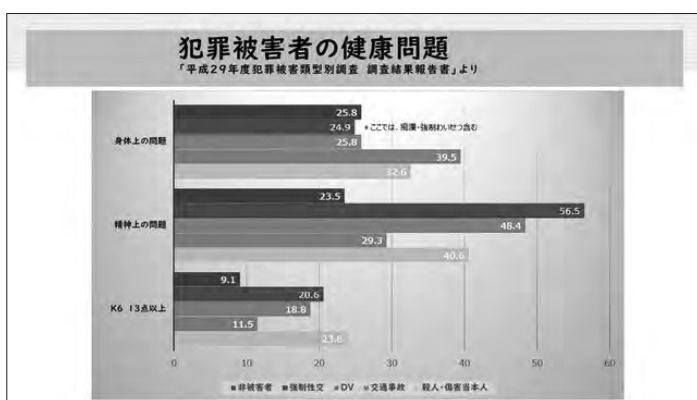
いことがわかっています。

司法とのかかわりだけでなく、生活をしていくことや、場合によっては、被害者自身の病気あるいはご家族の看護などで様々な福祉制度の利用を必要とすることもあります。生活困難になることもあります。

この二次的なストレスこそが、恐らく支援員の方々の一番かかわる部分ではないかと思いますが、様々な精神健康の問題を引き起こします。

もちろん、すべての方が精神障害になるわけではなく、適切なケアあるいはご自身の力によって回復されていく方も多いです。しかし、長期的に見ると精神障害の問題、特に心的外傷後ストレス障害であるとか、うつ病、先ほど言った遷延性悲嘆の問題が大きいことがわかっています。

実際に被害者の方に精神健康の問題が多いことは様々な研究で言われています。大規模なものとしては警察庁が行っている犯罪被害類型別調査というのがございます。何年かおきに行われているもので、一番最近のものが平成29年度の調査になるかと思います。(この調査では) Web上で、被害経験がある方と、そうでない方に質問をしています。



過去1カ月の体の健康の問題は、被害者の方が多くは多いですが、これは結構、被害のない方にも見られます。

ところが、精神的な問題になると、明らかに被害者の方が多くなっています。

さらに、これはK6という、精神健康のスクリーニング調査ですが、13点

以上という医療が必要なレベルなんです。そういう方の割合は、被害のない方が9.1%に対して、性暴力被害者、DV被害者では20%、殺人・傷害等の被害の方では23%と顕著に多くなっています。

やはり長期的に見た時に精神健康の問題は非常に重要であることが、こういう調査からも示唆されると思います。

こちらオーストラリアの調査で、実際にどういった精神健康の問題があるかというのを大規模な調査で調べたものです。これは(対象が)女性だけの調査ですが、被害を経験された方で何らかの精神健康の問題、精神障害を抱えた方が実に64%いらっしゃる。これは被害を受けていない方の4倍以上であることがわかりました。

気分障害、不安障害、先ほど言ったPTSDだけでなく、薬物関連障害も多いです。薬物関連障害って何でだろうと思われるかもしれないですが、日本ではたぶんアルコール関連障害が多いんじゃないかと思います。

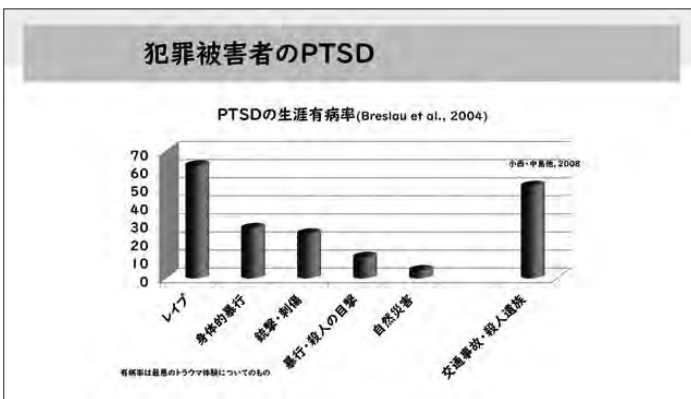
皆さんもそうだと思いますが、何か心の苦痛があったり眠れない時に、すぐに精神科に行ける人は少ないと思います。

それは被害者の方も同じで、特にPTSDとなりますと非常に深刻な不眠になります。そうしますと、お酒で緩和しよう、この苦しさを紛らわそうとした時に、こういった薬物関連障害のリスクが上がってくることが考えられると思います。

PTSDに関して言うならば、被害ごとに見ていく研究もあります。国によって多少、有病率は異なってきますが、多くの研究が、やはりレイプ、強姦性交等によるPTSDの割合が非常に高くなるということを報告しております。これは自然災害に比べると非常に高い割合です。

また、身体的な暴行や、銃撃でもPTSDとなる割合が高いです。また、それだけでなく目撃、例えば、DVの家庭における子どもの目撃などもここに入るわけですがPTSDになります。そういった対人暴力におけるPTSDの割合が非常に高いです。

また、これは私どもの調査研究のデータですが、犯罪被害当事者の団体の方に調査したのですが、60%ぐらいの方がPTSDを経験したという、深刻な結果があることがわかりました。



犯罪被害者の方の平穏な生活あるいは回復のためには、やはり精神健康の問題にアプローチすることが重要であると思います。

それでは日本で犯罪被害者の心のケアや治療はどのように進んできたのかを見ていきたいと思っています。

こちらは先ほどもお話しした犯罪被害給付制度10周年記念シンポジウムで、

顧問の大久保さんがお話しになられた言葉です。この1991年の時と今と、どれぐらい変わったのか。これが私たちが検証すべきことであるというふうに考えます。

(犯罪被害者についての) 施策には、やはり犯罪被害者等基本法の影響が大変大きいと思います。皆さんはもちろん条文に一回は目を通されていることと思います。

犯罪被害者等基本法の中でメンタルヘルスに関係するのは14条になります。「保健医療サービス及び福祉サービスの提供」です。

私はあらためて条文を今日見直してきましたが、条文では「国や地方公共団体が、心理的外傷とその他の犯罪等により心身に受けた影響から回復できるようにするための施策を講じるべきである」、ちょっと簡略化しましたが、こう言っているわけです。

はっきりここで「心理的外傷」という言葉まで入っています。ですから、法律の中でも精神健康の回復がとても重視されていると私は感じました。

そしてまた基本法は骨格ですから、それを実施するために基本計画があるわけです。基本計画の基本方針と重点課題を見ていただきますと、五つの重点課題の中の一つは、やはり「精神的・身体的被害の回復」という言葉になっております。

またそれは、被害者の方の「個々の事情に応じて」かつ「途切れなく」。この「途切れなく」というのは単に切れないという意味ではなく、私の理解では「回復するまでの間ずっと」とい

う意味もあると思っていますが、「提供すべきこと」だということで、とても力を入れたテーマであるというふうに思います。

今までお話ししたような、犯罪被害者の方の深刻な心の傷、精神的な苦痛に対して、どのような支援が提供できるのかということですが、3段階の提供できるものがあるのではないかと思います。

一つは、被害者になった方全員が必要としているもの。その上に、より専門的などいいますか、より心のケアに特化した支援を求めている方がいらっしゃるであろう。最終的に、PTSDであるとか、うつ病のような精神疾患を抱えられた方に提供するものがあると思いますので、この3段階でお話をしていきたいと思っています。

まず、被害者の方全員に必要なとされていることです。もちろん傾聴は、どんな方も必要かもしれないと思いますが、それ以前に、被害者の方が今求めているものがあると思います。

こちらはPFA、Psychological First Aidと呼ばれる、心理的応急処置と日本語ではいいますが、これが定めている急性期の心のケアの原則です。PFAはテロや災害のような、どちらかというところと集団の被害に対して作られたプログラムですが、個々の犯罪被害者の方にも該当する重要な指針であるというふうに思っています。

ここで何を言っているかというところ、急性期においては、苦しんでいる人、助けを必要としている人にまず、その人が必要としている支援を提供することが最も重要であるということです。

これはむしろ皆さんは当たり前のことというふうに思うかもしれませんが、意外に専門家になると、特に私たちのようなメンタルヘルスの専門家になると、災害の現場でもカウンセリングしようとか考えちゃうんです。このイラストじゃないですけど、猫の手も借りたいような時に、カウンセリングしましょうではないというのわかりますよね。

この方が必要としているのは、もしかしたら荷物を一緒に運ぶことかもしれないと思います。被害者の方は情報であったり、大事な家族の安否であったり、様々な必要としていることがあって、まずそこに焦点を当てなければいけません。

そして、その方の話したいことは傾聴するけれども無理強いほしくないこと、何よりも安心してできるようにすること、必要としている資源に結びつけていくこと、そして、それ以上、危害を受けないということ。そういうことに配慮すべきだという指針があります。

このことによって被害者の方は、ご自身の回復する力、これをレジリエンスといいます、それを強化することができます。ですから、急性期において私たちが行うことは、被害者自身の方が回復できるように、そして、被害者の方々が安心できるように、そういう広い支援であるということが言えます。

先ほども言ったようにPFAは集団の災害等に適用するものなので、若干、個別の被害に適用しにくいところがあります。そこで、私たちのほうで「急性期心理社会支援ガイドライン」を作成しました。この作成に当たっては、全国ネットワークの団体の方に大変ご協力いただいたと思います。

PFAと大体は同じですが、例えばその中でも被害者に特有の問題、二次被害等に配慮する

被害後急性期の心のケアの原則について

- ・ 苦しんでいる人、助けを必要としている人にまず、その人が必要としている支援を提供する。
 - ・ 実際に役立つケアや支援の提供（被害者のニーズや心配事への対応）
 - ・ 生きていくうえで基本的なニーズ（食糧、水、情報など）を満たす手伝い
 - ・ 非侵襲的な対応を行う。
 - ・ 支援を押し付けない。
 - ・ 話を聞くが、ただし話すことを無理強いしない。
 - ・ 安心し、心を落ち着けるように手助けする。
 - ・ その人が情報やサービス、社会的支援を得るための手助けをする。
 - ・ それ以上の危害を受けないようにする。
- このような介入を心理的応急処置（Psychological First Aid, PFA）と言います
被害者のレジリエンス（自ら回復する力）を促進します



© Satomi Nakajima 2021

18

ことなどを入れてあります。こちらのほうは先ほどの「犯罪被害者のメンタルヘルス情報ページ」からダウンロードできますので、よかったら見ていただきたいと思います。

このような急性期の支援は、私が最初にお話しした「ピマ カウンティ」のプログラムが、まさにそうなんですね。日本でも犯罪被害者等早期援助団体が

作られるようになり、このニーズに応えられるようになったというふうに思っております。

現在は全国で47団体もあります。しかし、47団体もあるけれども、県に1カ所しかないのに急性期に届けるのは、非常に実は難しい問題ではないかと私は思っており、十分かといわれると、まだまだきっと十分ではないところがあると思います。

日本で進展してきた急性期介入のもう一つの柱は性暴力被害者に対する支援です。欧米では1970年代からレイプクライシスセンターとあって、性暴力被害者に対する被害者支援が先行していますが、日本はどういうわけだかこれが遅れていたという印象があります。

しかし、近年ようやく、推進されるようになり、特に内閣府の男女共同参画局が中心になっていると思いますが、現場の支援者の方とタッグを組みまして、2017年には支援交付金もでき、現在は47都道府県に53団体が作られています。全国ネットワークの団体も、両方行ってらっしゃるところがあるというふうに聞いております。

このワンストップ支援センターというのは、まさに急性期の性暴力被害者のニーズに応えるものです。こちらでお示したのは、その草分けである、大阪の「SACHICO」という団体で、加藤先生とおっしゃる産婦人科の先生がご自身の努力で始められていたものを、団体として確立していったところです。

ここでは24時間のホットラインと、性暴力被害者のためのケアや証拠採取等も行っています。ここにメンタルヘルスを行う方が連携しているという構図になっています。

こちらは病院設置型というものですが、なかなかそこまでできるところはまだ少なく、地域で連携しながら提供しているというところが多いと思います。

被害者の方が今必要としているニーズに応えたいうえで、さらに心のケアを必要とされる方に対して提供しているのが、皆さんが行っていらっしゃるカウンセリング等ではないかと思えます。

支援機関でのカウンセリング体制については、まず警察での進展があると思います。私が調べたところ、45都道府県警で185人の専門職員が配置されており、うち臨床心理士が105人ですから、専門職の方が携わるようになっていて、民間の被害者支援団体の方が入れない部分でも警察のほうで提供されているところがあると思います。

こちらは、武蔵野大学が厚生労働省からの委託で一昨年度に行った調査ですが、ワンストップ支援センターや全国被害者支援ネットワークの加盟団体に聞き取ったところ、臨床心理士や

公認心理師が半数以上の団体でいらっしゃるということがわかりました。

もちろん専門施設のようなサービスを提供するのは難しいかもしれませんが、被害者の方の心のケアが、こういった団体の中でもできるようになってきていると思います。

もちろん一般の支援員の方も、研修の中で基本的なスキルを身につけられているのではないかと思います。

ただ、被害者の方が実際にそういうところにアクセスできているかということ、それは難しいということがあります。その問題に対して、全国ネットで「こころちゃん」というアプリを作られたんですね。

恐らく、被害者支援団体に電話をするということに対しても、性暴力被害者の方とか、すごく障壁があると思います。そういう方々のためには、自分で探せる情報は、とても大事ではないかと思っておりますし、これを被害者の方だけでなく、周りの方が見ることによって二次被害の防止にもつながるのではないかと思います。

最後の段階、精神疾患を有する被害者に対するケア、これが私たちの専門になるわけですが、ここは医療や心理専門機関が関係してくる部分ではないかと思えます。

最初に、私たちが支援を始めた時にはPTSDについてほとんど知らなかったという話をさせていただきました。その問題はたぶん、だいぶ変わってきたとは思っています。例えば、日本でもPTSDに関する薬の保険適用がなされておりますし、これからお話ししますが、心理療法についても実施できる方が増えたり、研究も進められてきています。

こちらに、国際トラウマティック・ストレス学会の一番新しい「PTSD治療のガイドライン」を示しました。

ここで1カ所ミスがありまして、薬物療法で「推奨レベルの薬物はない」と書いてしまったんですけど、これは「強い推奨レベル」の「強い」が抜けていまして、推奨はしております。ただ、効果は小さいですね。

これは国際的な学会で提示されているものですが、この中でも、パロキセチンやサートラリンについてPTSDの医療保険の適用に日本でもなっておりますし、特に強く推奨されている治療、認知処理法やEMDR、そして、子どものトラウマフォーカスト認知行動療法、持続エクスポージャー療法は日本でも実施ができるようになっております。

そういう意味では1990年代の頃、何もなかった状況に比べると随分、手駒といいますか、スキルとしては増えたのではないかと思います。

特に心理療法の中でも、理事の飛鳥井先生も中心になって普及や研究されていらっしゃいますが、持続エクスポージャー療法、Prolonged Exposure TherapyなのでPEと私たちは呼んでいますけれども、これについては日本でも医療保険の適用になっております。確か都民センターではセンターの中で、こちらを提供されているのではないかと思います。

もう一つ大事なことは、このような治療を使うに当たって経済的な支援があるかどうかということだと思います。

犯罪被害給付制度については、実は最初の頃はメンタルヘルスに関して給付制度は使いにくかったんです。ここにあるように、重傷病給付金では、こちらは「入院3日以上」が条件だっ

たんですね。精神疾患では、あんまり被害者の方、入院はしないんです。PTSDでも入院されることはめったにないです。


そうすると、非常に深刻な精神的ダメージを負っているにもかかわらず、給付制度の対象にならないという問題がありまして、2006年の改正の時に、精神疾患に対しては「加療1カ月、3日間の労務不能」となりました。これであれば多くの方が該当します。

このことによって、ようやく精神疾患に関して犯罪被害給付制度が使えるようになりました。今、皆さん当たり前のようにご紹介されているかもしれないですが、結構最近の話なんです。

しかし、これはあくまでも医療に対して行われるものであって、例えば、心理師（心理士）の方が単独で行うカウンセリング等には支払われません。例えば、武蔵野大学の心理臨床センターの費用では、これが使えないんです。

カウンセリング費用の公費負担というのが、（メンタルヘルスにとって）ずっと、基本計画の中の大事な焦点だったのですが、ようやく2016年に、警察庁のほうで公費負担制度を作っていただいて、カウンセリングでも公費負担ができるようになりました。

また、いろいろな地方自治体でカウンセリング費用の助成を行っています。例えば東京都では、性暴力・性犯罪被害者に対して助成を行っています。



このようなメンタルヘルスを行う人たちの育成も非常に重要です。基本計画の中では公認心理師や臨床心理士の教育の中でとりあげられています。

公認心理師の教育課程では、かなり犯罪被害者について学ぶところがあります。試験にも問題が出たりするぐらい、公認心理師や臨床心理士の方はしっかり学べるようになりました。

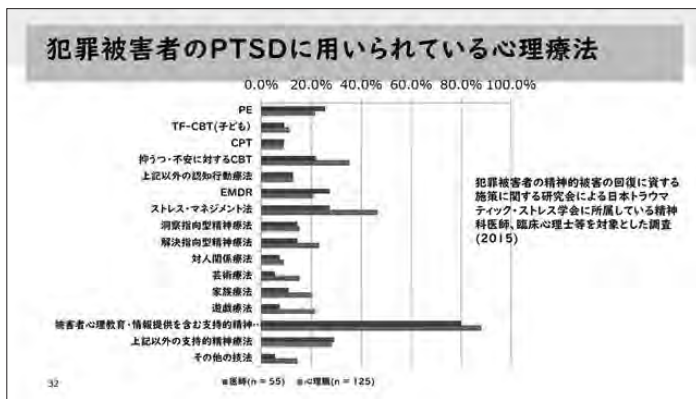
医療関係者については私が在籍中は国立精神・神経医療研究センターで研修をずっと行っていました。現在は厚生労働省がPTSD等の治療専門家の育成ということで研修を継続して行っています。

このような形で、1990年代の初めに比べると様々な支援が進んできたわけですが、一番大事なことは、最初に私が言ったこと、これが被害者の方にとってどうかということです。私たちがいくら（制度を）作っても、（被害者の方に）届いていなかったら何の意味もないんです。実際に、こういった精神医療やケアは被害者に届いているのかということを調べてみました。

平成21年度の犯罪被害者類型別調査を見ると、被害者の方で相談・カウンセリングや医療保険を使っているのは8%以下なんです。本当にわずかの人しか使っていませんでした。

それが増えたかということ、平成29年度の調査では、地方自治体・福祉機関・医療機関の支援を受けた人は5.5%でした。それほど進んでないんです。これは大変ショックなことだというふうに感じています。

それを反映してか、被害者の方が望む施策として3割近い人が、メンタルヘルスの専門家を育成してほしいと回答しています。支援が被害者に届いていないんですね。



これは、警察庁と日本トラウマティック・ストレス学会が共同して行った調査で、(メンタルヘルス専門家が)犯罪被害者のPTSDに、先ほど述べたような専門的な治療をどれくらい使っているかを調べた結果です。一般的なカウンセリングが圧倒的に多く、Prolonged Exposure (PE) は2割ちょっとなんです。

実は同じような調査を2005年にトラウマティック・ストレス学会がやっています。その時の調査で、EMDRで比較すると、約30%でした。これは少ししか増えていない状況です。

(支援の)駒はできたけど、行う人がそんなに増えていない、提供できてないというのが、ここからも見て取れます。

そして、先ほどお話しした、武蔵野大学が行った調査で精神科医療機関になかなか紹介できない理由の一つは、子どもの被害者に対応する医療機関がないことがあります。そのほかには、PTSDの専門的な治療を受けられないとか、犯罪被害者に理解がある医者がないということがあげられました。

「(被害者に適切な)医療機関の情報が少ない」ということは改善できると思いますが、先ほど述べたような問題が残っていることがわかりました。

まとめです。本日の話を振り返り、今後どのようにつなげていくかということなんです。犯罪被害者支援の中で、精神的な健康の回復と、その支援や治療は非常に重要なものです。

日本でもPTSDの専門治療を行う人も増えました。その費用の公費負担制度もできました。しかし、それがどうもまだ届いていない。特に児童精神科の不足が被害者の問題だけではありませんが、指摘されています。

また、被害者支援団体から精神科医療機関への紹介が、まだ進んでいないという現状があります。これをどのように改善していったらいいのでしょうか。

この話は、たぶん10年ぐらい前にも私は被害者学会でお話しした記憶があるんです。もちろん進んではきています。進んではいるけれども個々の連携で進んでいる感じがあって、組織的に進んでいるというところまでは、ちょっとまだ行っていないような印象があります。これは私たちのような医療者側の問題も非常に大きいとは思っております。

ですので、今後についてどのようにしていったらいいかということについては、個々の団体の連携は非常に重要だと思います。皆さんの地域の中でメンタルヘルスの専門家がいなくて終わるのでなくて、(皆さんが)育てるというところまで持っていっていただきたいと思う気持ちがあります。

しかし、それだけではやはり個々の努力にとどまってしまうので、メンタルヘルスに関する学術団体や行政機関との連携の仕組みが必要です。例えば、PTSDの治療拠点病院が必要ではないかということは結構提案されていますが、なかなか実現していません。そういったことについても皆さんのような支援団体が、必要だという声をあげてくださったりとか、このよ

うな被害者支援にかかわる団体が、学術団体と組織として連携していくことが必要ではないかと思います。

少し、今足りない部分についてばかりお話をしてしまいましたが、(被害者支援は)昔に比べて本当に進んではきていて、支援につながった方たちにとっては、とても密なサービスが提供できる状況にはなっていると思います。

支援につながっていない方々にどう対応するのかというのは、たぶんどこでも言われることだと思いますが、私たちのような医療や心理の関係者と皆さんとが共に手を携えて行っていけたらよいのではないかと思っております。

以上で私の話を終わらせていただきます。長時間ご清聴ありがとうございました。