

表19 裁判の有無

	度数	%
刑事裁判	3	2.8
民事裁判	4	3.7
裁判なし	77	72.0
不明	21	19.6

治療について表20に示した。特に治療を行わない相談のみが半数を占めていた。治療の中では、薬物療法が32.7%と最も多く、ついで支持的精神療法であった。PTSDやうつ病に有効とされている認知行動療法を行っていた機関はなかった。

表20 治療の種類(複数回答) n=107

	度数	%
薬物療法	35	32.7
支持的精神療法	21	19.6
認知行動療法	0	0.0
遊戯療法	3	2.8
家族療法	4	3.7
相談のみ	55	51.4
その他	9	8.4

転帰を表21に示した。年度内に相談・治療を終結したものが約30%であった。相談・治療中のものを含めると55.2%が、センターが中心に相談・治療を行っていた。他の医療機関への紹介は15.9%にとどまっており、F3やF4のような診断でもセンターで治療を行っている事例が多かった。

表21 転帰

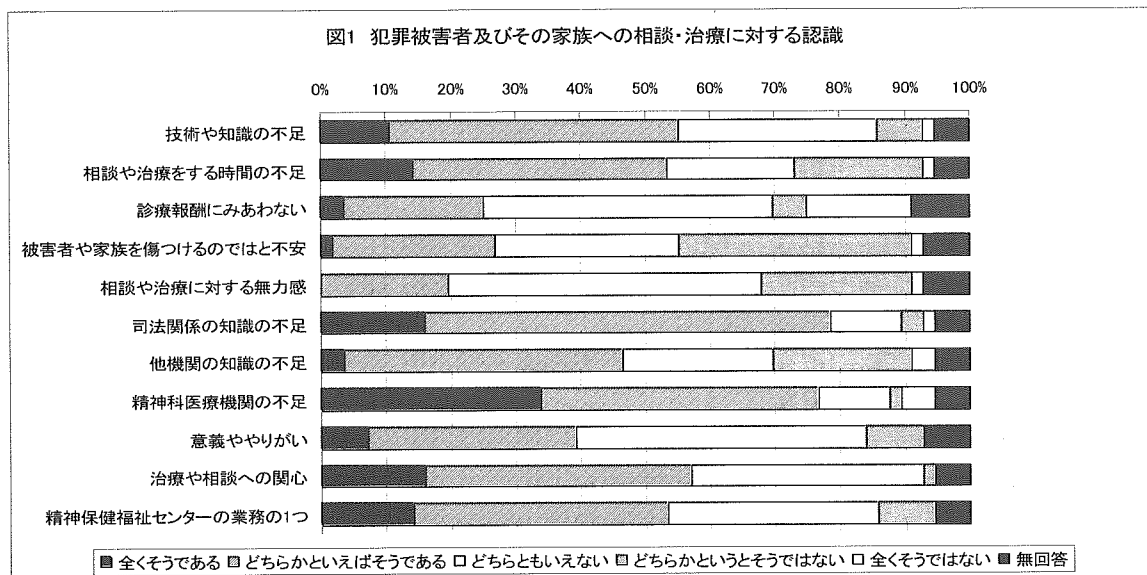
	度数	%
相談・治療終結	31	29.0
相談・治療継続中	28	26.2
相談・治療中断	13	12.1
他医療機関への紹介	17	15.9
他機関への紹介	15	14.0
その他	1	0.9
無回答	2	1.9
合計	107	100.0

2.5. 被害者の相談・治療への認識

被害者の相談や治療をする上でどのように感じているかを5段階で評価してもらっ

た結果を、図1に示した。(被害者の相談を経験していない機関には、相談を受けた場合にどのように感じるかということで記入してもらった)。

犯罪被害者の相談や治療について「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。



3. 考察

犯罪被害者等基本法第14条では「国及び地方公共団体は、犯罪被害者等が心理的外傷その他犯罪被害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、その心身の状況等に応じた適切な保健医療サービス及び福祉医療サービスが提供されるよう必要な施策を講ずるものとする」と定めており、地方自治体によって運営されている精神保健福祉センターは上記施策において重要な役割を果たすことが考えられる。

本調査では現在の精神保健福祉センターにおける犯罪被害者相談の実態を把握することで、今後どのような施策が可能かについて検討を行った。

3.1. 精神保健福祉センターの相談における犯罪被害相談事例

精神保健福祉センターでは主に電話による相談と面接相談が行われている。これらの相談で犯罪被害者の相談がどれくらいの割合を占めているかを検討した。通常犯罪

被害者という枠組みで相談が分類されていないため、この調査では事例の記録にあたって確認してもらうこととなった。従って件数の多い電話については1年ではなく、比較的行事などが少ないと考えられる10月の1ヶ月間の相談だけを調べてもらった。平成16年度に開設していなかった1機関を除くすべての機関が電話相談を実施していた。その54機関の1ヶ月の全電話相談件数に占める犯罪被害者相談の件数(134件)の割合は、1.06%であった。実はこれは平成16年度1年間の面接相談に占める犯罪被害相談者数の割合1.14%にきわめて近い値であった。このことから、現在の精神保健福祉センターでの犯罪被害者相談の割合は、約1%であるといえるだろう。この値は果たして多いのか、少ないのかについては、日本国内における同様の研究がないためにわからないが、アルコール相談など他の相談に比べると著しく少ないとはいえる。理由としては犯罪被害がまれなものであるために、相談者が少ないのではないかということが考えられる。しかし、一般住民を対象とし

た国際犯罪被害実態調査⁶では、過去1年での暴行・脅迫や性暴力の被害は1.5%であり、決して少ない数字ではない。配偶者間暴力については過去1年間に身体に対する暴行を受けた被害者は男2.1%、女性3.6%と更に多い。このように警察に届けられていない暗数までを含めた一般人口における犯罪被害者の割合は、数%に上っている。また精神科医療機関の受診者の中には犯罪被害者の割合が高いことが、諸外国の研究から明らかにされている。Walshら²⁶は、精神科入院歴のある患者の16%が暴力犯罪の被害を経験していると報告しており、Teplinら²⁵も大規模な精神科患者調査において25.3%が過去1年間になんらかの犯罪被害にあっており、これはNCVS (National Crime Victimization Survey) における一般住民の被害率の11倍であった。つまり、精神疾患を有する人においては一般住民より被害率は高いことが伺われることから、1%という数字は少ないのではないかということがいえる。警察や児童相談所等被害を確認している機関からの紹介以外は、本人の自己申告であることから、本人があえて被害体験を言わない場合にはわからないままになるであろう。Friedmanら¹は、配偶者間暴力の被害者のうち7%、性暴力被害者のうちの6%しか内科受診の際に被害体験を問われていないことを示した。またこの調査では、配偶者間暴力被害者では78%が、性暴力犯罪被害者では68%が質問されることを望んでいるとも報告している。これは内科受診の場合であり、一概に精神科受診の被害者と同等に扱うことはできないが、精神科においてもやはり本人が問われることを望んでいる事例も存在しているのではないかと

思われる。しかし、Suggら²²は、配偶者間暴力について内科医に調査し、内科医がスクリーニングをしない理由として、18%の内科医が「パンドラの箱」という例えを用いていたとした。39%の内科医は身近な問題すぎて不安を感じるとし、55%は加害者からの報復の恐れがある、71%は時間が無い、50%は適切な介入ができないと回答していた。必要性はあっても対処能力や時間的な問題が妨げているといえる。

現在精神保健福祉センターにおいては積極的な犯罪被害のスクリーニングを行っていないため低い割合の相談にとどまっているが、スクリーニングして潜在的な犯罪被害者をほりおこすかどうかは、各機関の対応能力、リソース、時間、相談に対応できる人員の問題が存在すると思われる。

3.2. 精神保健福祉センターを受診した犯罪被害者の特徴

平成16年度の犯罪被害者本人および遺族の相談事例159人のうち事例シートに記載されていた107事例から、精神保健福祉センターに受診した事例の特徴を以下にあげた。

- ① 女性が男性の5倍と多い。
- ② 20代から30代の比較的若い成人が多い。
- ③ 被害内容は、身体的暴力が圧倒的に多く(57.9%)、次いで心理的虐待(39.4%)、性的暴力(15.9%)である。
- ④ 被害内容が複数にわたるものは27例(25%)であった。
- ⑤ 加害者との関係は家族や顔見知りが多い(80%以上)。
- ⑥ 診断は、うつ病、PTSDが多いが、F分類ではF4(不安障害圏)が35例(32.7%)と最も多かった。

- ⑦ なんらかの機関からの紹介事例が多い(80%)。
- ⑧ 警察へ届けている事例は30.8%、裁判を抱えているものは6.5%であり、刑事司法と関連している被害者はあまり多くない
- ⑨ 治療では薬物療法が多いが、半数は相談のみで終わっている。
- ⑩ 精神保健福祉センターで治療を終了・継続している事例が過半数であり、他医療機関への紹介は15%と少ない。

このような特徴から次のようなことがいえるであろう。事例の主要なものは比較的若い女性であり、身体的暴力や性暴力、児童虐待やDVによる心理的虐待の被害者である。また、身内からの被害が多いことから特にDVの被害者の相談が多いことがうかがわれる。したがって、精神保健福祉センターではこれらの被害者の特有の心理を把握する必要がある。特に、DVの場合では「加害者からの安全」といった事項も確認したり、配偶者間暴力相談機関との連携が必要となるであろう。治療については、精神保健福祉センターには他機関から紹介されてくる事例が多く、ここで治療が行われることが求められているようである。診断では、大うつ病やPTSDに代表される不安障害が多いので、通常は投薬による対応が可能であるが、PTSDやうつ病に対し専門的な精神療法を実施する場合には、CBTの技術などが必要であろう。

3.3. 精神保健福祉センターの犯罪被害者及びその家族の相談・治療への認識

犯罪被害者の治療や相談に、無力感や2次被害の恐れなど関わること自体の不安を

抱えているところは少なく、過半数はこれらの相談が重要な仕事と考えていることがわかった。しかし、対応するための時間、知識、紹介先である医療機関の数が少ないことから、現実的にはすぐに多くの事例に対応することは困難な現状であると言える。

しかし、精神保健福祉センターの相談員が適切な研修を受けることで知識や技術の不足についてはカバーできる。また、管轄地域にPTSD等の専門治療が可能な医療者が育成されることで、必ずしも精神保健福祉センターで治療を行う必要はなくなるため人員や時間の問題が相談を妨げる要因にはならなくなるのではないかと思われる。

3.4. 今後の精神保健福祉センターに必要な施策

精神保健福祉センターにおいて、現状では犯罪被害者等の相談の占める割合はきわめて少なく、特別な対応の必要性をあまり感じていないものと思われる、しかし、犯罪被害者等基本法が国民に広く周知され、基本計画が推進されるようになると、相談件数は増えることが予測される。今回の調査から、精神保健福祉センターが被害者相談・治療について抱えている不安や問題がある程度明らかになった。これらを踏まえて、今後必要な施策についてまとめた。

- ① 犯罪被害者およびその家族のケアに必要な情報の提供、特に、司法や支援関連機関について。
- ② 犯罪被害者およびその家族の治療・相談に関する研修。
- ③ 犯罪被害者の心理やPTSDの専門治療に精通した精神科医療従事者の育成。
- ④ 地方自治体としての犯罪被害者支援の

取組の推進。

これらの施策が推進されることにより、精神保健福祉センターが犯罪被害者の相談を積極的に受け入れる体制が充実し、潜在的な被害者へも介入していくことが可能になるものと思われる。

E 調査2 I県の精神科医療機関を対象とした調査

1. 研究方法

I県内の精神科を有する大学病院、国立病院機構所属病院、公立病院、私立病院、同県内の精神科病院協会、精神科診療所協会に所属する医療機関の計 47 施設にアンケート調査を送付した。対象はこれらの施設に勤務する常勤の精神科医 178 人とした。アンケートは個人ごとの封筒による匿名での回答、返送とした。

2. 結果

178 人中 35 人から回答があった（回収率：18.8%）

2.1 回答者の属性と所属医療機関の形態

回答者は 35 人（男性 30 人、女性 5 人）で、回収率 18.8%であった。回答者の平均年齢は 47.1 歳（29～80 歳）。平成 16 年度に勤務していた医療機関の形態は表 1、その設立母体を表 2、精神科病床数を表 3 に示す。医療機関の所在地は、94.3%（33 人）が I 県、5.7%（2 人）は I 県以外である。臨床経験年数の平均は 20.2 年（SD=12.1）、1 週間の平均的な勤務日数は 5.1 日（SD=4.7）であった。1 日の外来患者数を表 4 に示す。1 ヶ月の平均的外来担当患者数は平均 251.2 人（SD=212.3）であった。

表 1：病院の形態

	度数	%
①病院(精神科単科)	21	60.0
②病院(①以外)	9	25.7
③診療所(精神科・神経科または心療内科)	5	14.3
合計	35	100.0

表 2：勤務医療機関の設立母体

	度数	%
①国立病院機関	2	5.7
②大学	6	17.1
③地方自治体	7	20.0
④医療法人・個人病院	18	51.4
⑤その他	2	5.7
合計	35	100.0

表 3：勤務医療機関の精神科病床数

	度数	%
0	7	20.0
100 床未満	9	25.7
100～199 床	4	11.4
200～299 床	7	20.0
300～399 床	1	2.9
400～499 床	6	17.1
600 床以上	1	2.9
合計	35	100.0

表4：1日の担当外来患者数

	度数	%
①～19人	4	11.4
②20人～49人	8	22.9
③50人～99人	11	31.4
④100人以上	12	34.3
合計	35	100.0

2.2 平成16年度に被害者に関わった経験

ここでは、平成16年度に児童虐待、配偶者間暴力、犯罪被害等の被害者やその家族の治療に主治医として関わった経験を調査した。平成16年度にこれら3つの項目のいずれかを体験した医師は、34.3%（12人）だった。この1年間に担当した事例は、合計1～2例である人が17.1%（6人）、4事例が8.6%（3人）、46事例、10事例、8事例が各2.9%（1人）であった。

①児童虐待への関与

児童虐待の被害児童または家族に関わったことがある医師は15%（6人）で、関わったケースが1～3件という回答が5人、患者が30件との回答が1人であった。被害の内容は、回答者が関わった被害児童の23.5%（8人）が身体的虐待、20.6%（7人）が性的虐待、47.0%（16人）が心理的虐待、8.8%（3人）であった。家族への関わりでは、2件が身体的虐待、性的虐待、心理的虐待、ネグレクトの被害児童の家族が各1件であった。

②配偶者間暴力への関与

配偶者間暴力の被害者またはその家族に

関わったことがある医師は12人（34.2%）で、関わったケースが1～3件という回答が11人、11件との回答が1人であった。被害内容は、回答者が関わった被害者の54.1%（13人）が身体的虐待であり、残る37.5%が心理的虐待（9人）であり、被害者全員が女性であった。家族への関わりでは、身体的虐待の被害者の家族（男性）への関わりが1件のみであった。

③犯罪被害者への関与

犯罪被害者に関わったことがある医師は12人（34.2%）で、1人が1～5件のケースを経験していた。被害内容は、被害者の22.7%（5人）が不慮の事故（明らかな過失を除くもの）、同じく22.7%（5人）が身体的暴力被害、18.1%（4人）が財産被害、10%（2人）がストーキング被害、その他が4.5%（1人）であった。家族へのかかわりは、傷害致死の被害者の家族が1件（女性）、身体的暴力の被害者の家族が2件（男性、女性）、ストーキングの被害者の家族が1件（女性）であった。

④児童虐待、配偶者暴力、犯罪の被害者に対してのこれまでの経験

平成16年度に限らず、上記の被害者に主治医として関与した経験の有無を尋ねたところ、57.1%（20人）が関与の経験があり、22.9%（8人）の回答者が経験なく、無回答が20.0%（7人）であった。

⑤事例の詳細

34.3%（12人）の回答者が事例の詳細を報告し、合計38事例であった。32例（84.2%）が女性、5例（13.8%）が男性、1例（2.6%）は

性別不明であった。初診時年齢は 20 歳代が 14 例(36.8)と最も多く、続いて 50 歳代が 9 例(23.7%)であった(表 5)。被害の内容は、身体的暴力、心理的虐待が多く報告された(表 6)。

加害者との関係は親、配偶者・恋人、見知らぬ人との回答が多かった(表 7)。診断は 18 例(47.4%)が ICD-10 の「重度ストレスへの反応および適応障害」に含まれる障害と診断され、そのなかでも 12 例(31.6%)が外傷後ストレス障害の診断だった。また、うつ病エピソードを含む気分障害と診断された事例が 15 例 (39.5%)、4 例(10.5%)が解離性(転換性)障害、2 例(5.3%)が統合失調症と報告された。

被害者の受診経路としては、7 例(18.4%)が精神科以外の医療機関からの紹介、5 例(13.2%)が精神科医療機関からの紹介であった一方、15 例(39.5%)は紹介なしに受診をしていた(表 8)。医療費については、通院医療費公費負担制度を利用している事例が 7 例(18.4%)、障害年金を受給しているものが 1 例(2.6%)、生活保護を受給している例が 6 例(15.8%)あった一方で、17 例(44.7%)は公的扶助を受けていなかった。被害者への治療は、34 例(89.4%)が薬物療法、33 例(86.8%)が支持的精神療法、6 例(15.8%)が認知行動療法、5 例(13.2%)が家族療法を受けていた。治療の転帰は、22 例 (57.9%) が治療継続中であり、10 例(26.3%)は治療終結であった(表 9)。

警察への届出をしていたのは 13 例(34.2%)であり、届出をしていない事例が 24 例(63.2%)、不明が 1 例(2.6%)であった。刑事裁判のある事例は 6 例(15.8%)、民事裁判のある事例は 3 例(7.9%)であった。

表 5：事例初診時年齢

	度数	パーセント
10 歳未満	1	2.6
10～19 歳	3	7.9
20～29 歳	14	36.8
30～39 歳	5	13.2
40～49 歳	5	13.2
50～59 歳	9	23.7
80 歳以上	1	2.6
合計	38	100.0

表 6：被害内容 (のべ数)

被害内容	度数	%
殺人・傷害致死	1	2.6
不慮の事故による身体的・精神的被害	4	10.5
交通事故・鉄道事故	4	10.5
身体的暴力(殺人未遂・傷害・強盗傷害等)	20	52.6
強姦・強姦未遂	2	5.3
強姦・強姦未遂以外の性的暴行	6	15.8
財産被害	2	5.3
ストーキング	1	2.6
ネグレクト	2	5.3
心理的虐待	13	34.2
その他	1	2.6

*ネグレクトと心理的虐待の重複が 1 例
 身体的暴力とネグレクトの重複が 1 例
 身体的暴力と心理的暴力の重複が 4 例
 身体的暴力、心理的虐待、ネグレクトの重複が 1 例
 身体的暴力、強姦・強姦未遂以外の性的暴力、心理的虐待の重複が 3 例

表 7：加害者との関係

	度数	%
親	10	26.3
子供	2	5.3
同胞	5	13.2
配偶者・恋人	12	31.6
親戚	1	2.6
友人・知人	2	5.3
見知らぬ人	10	26.3

表 8：被害者の受診経路

	度数	%
① 医療機関(精神科・神経科・心療内科)	5	13.2
②医療機関(上記以外)	7	18.4
④保健センター	2	5.3
⑦民間被害者支援団体	3	7.9
⑨教育関係機関	2	5.3
⑩警察	1	2.6
⑫その他	3	7.9
⑬紹介なし	15	39.5
合計	38	100.0

表 9：治療の転帰

	度数	%
①相談・治療終結	10	26.3
②相談・治療継続中	22	57.9
③相談・治療中断	2	5.3
④他医療機関への紹介	1	2.6
⑤他機関への紹介	2	5.3
⑥その他	1	2.6
合計	38	100.0

2.3 研修及び被害者の治療に関連した活動

①被害者や PTSD に関連した研修会への参加

被害者や PTSD に関連した研修への参加については、85.3% (29 人) が経験有と回答し、14.7% (5 人) が経験なしと回答した。経験有のうち、2 人が日本精神科病院協会主催の「こころの健康づくり対策研修会」に参加した経験があり、3 人がその他海外での研修会や PTSD の専門治療の講習会に参加していた。

②被害者や加害者に関連した施設への勤務の経験

被害者に接する機会のある施設への勤務経験をたずねたところ、14.3% (5 人) の回答者が何らかの機関で勤務を経験していた。児童相談所と児童養護施設・乳児院の勤務を経験した人が 2 人、児童養護施設と市町村相談窓口で勤務した経験がある人が 1 人、児童相談所、母子生活支援寮と大学の相談機関の勤務の経験が 1 人、児童相談所のみで勤務を経験した人が 1 人であった。

③「児童虐待防止法」と児童虐待への介入

児童虐待防止法について、内容を「よく知っている」と回答したのは全体の 8.8% (3 人) で、「少し知っている」と回答したのは 70.6% (24 人)、「知らない」と答えたのは 20.6% (7 人) であった。これまで児童虐待に関連して、児童相談所へ通告をおこなった経験については、73.5% (25 人) が「経験がない」とし、26.5% (9 人) は「経験がある」と回答した。児童虐待に関連して、関係者に児童相談所の情報を提供した経験

は、65.7% (23 人) が「ない」と回答し、31.4% (11 人) は「ある」と回答した。

④「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」(以下 DV 防止法) と配偶者間暴力への介入

DV 防止法について、内容を「よく知っている」と回答したのは全体の 5.9% (2 人) で、「少し知っている」と回答したのは 70.6% (24 人)、「知らない」と答えたのは 23.5% (9 人) であった。これまで DV に関連して警察あるいは配偶者暴力相談支援センターに通報をした経験がある回答者はいなかった。DV に関連して、関係者に婦人相談所等関連機関の情報を提供した経験は、76.5% (26 人) が「ない」と回答し、23.5% (8 人) は「ある」と回答した。

⑤「犯罪被害者等基本法」

「犯罪被害者等基本法」について、「知らない」と答えたのは 52.9% (18 人) で、「少し知っている」と答えたのは 47.1% (16 人) だった。

⑥被害者に対する司法的な関与の経験

民間の保険のための診断書を作成した経験のある医師は 28.6% (10 人)、裁判のための診断書を作成した医師は 17.1% (6 人)、裁判のための意見書や鑑定書を作成したのは 14.3% (5 人)、証人として裁判所へ出廷したのは 8.6% (3 人)、警察や検察に口頭で意見を述べた、裁判や取調べに付き添いとして同行したのが各々 2.9% (1 人) であった。司法的関与を行ったことはないとは回答したのは 48.6% (17 人) だった (すべてのべ人数)。何らかの司法的な関与の経験を

した人数は 28.6% (10 人) で、そのうち 8 人が複数の経験を重複していた。

2.4 他機関との連携の実態

ここでは、犯罪被害者や家族への対応で他の機関 (警察、児童相談所、婦人相談所、民間被害者支援団体) と連携をもっているかどうかをたずねた。

①警察との連携

警察と何らかの連携をもっていると回答したのは 22.8% (8 人) であった。内容別には、警察から患者の紹介を受けたと答えた人が 17.1% (6 人)、ケースの相談を受けたと回答した人が 5.7% (2 人)、症例検討会をしたと回答した人、被害者や家族に警察の情報提供をしたと回答した人がそれぞれ 2.7% (1 人) であった。

②児童相談所との連携

児童相談所と何らかの連携をもっていると回答したのは 28.6% (10 人) であった。内容別には、児童相談所からケースの紹介を受けた、ケースの相談を受けた、症例検討会をしたと回答した人がそれぞれ 8.6% (3 人)、被害者や家族に児童相談所の情報提供をしたと回答した人が 17.1% (6 人) であった。

③婦人相談所との連携

婦人相談所と何らかの連携をもっていると回答したのは 11.4% (4 人) であった。内容別には、婦人相談所からケースの紹介を受けたと答えた人が 2.9% (1 人)、ケースの相談を受けたと回答した人が 2.9% (1 人)、患者を紹介されたと回答したとした人は 0%、症例検討会をしたと回答した人が

5.7% (2人)、被害者や家族に婦人相談所の情報提供をしたと回答した人がそれぞれ8.6% (3人)であった。

④民間被害者支援団体との連携

民間被害者支援団体と何らかの連携もっていると回答したのは11.4% (4人)であった。内容別には、民間被害者支援団体から患者を紹介されたと回答したのは11.4% (4人)、ケースの相談を受けた、症例検討会をした、被害者や家族に機関の情報提供をしたと回答した人がそれぞれ2.9% (1人)であった。

⑤上記以外の機関との連携

上記以外の機関との連携については、市町村役場から患者の紹介とケースの相談を受けたと回答した人が1人、検察庁から患者の紹介とケースの相談を受けたと回答した人が1人、保健所からケースの紹介された人が1人、同じく保健所から患者を紹介され、また保健所の情報提供をした回答者が1人いた(のべ人数)。

2.5 被害者やその家族への治療への認識

ここでは、被害者やその家族の治療をすることをどう感じているかを質問した。結果を図1に示した。

『治療についての技術や知識が不足している』『治療を行う時間が十分でない』『司法関係(警察や裁判に関連する事項)の知識が不足している』という問いに関しては、「全くそうである」「どちらかといえばそうである」と回答した人が80%を越えた。また、『被害者に係わる他の機関についての知識が不足している』『診療報酬にみあわな

い』との問いに、「全くそうである」「どちらかといえばそうである」と答えた人は60%以上存在した。一方、『被害者やその家族を傷つけてしまうのではと不安を感じる』『相談や治療を行う中で無力感を感じる』『治療に意義ややりがいを感じている』『治療や支援に関心をもっている』といった質問に対しては、回答が分かれた。

2.6 今後被害者やその家族の治療や支援をするにあたって必要な事項

今後、被害者やその家族の治療をするにあたって必要と思われることについて質問を行った。結果を図2に示す。『被害者の精神的支援についての行政的施策の推進』『犯罪被害者およびその家族の支援や治療のガイドライン』『犯罪被害者支援やPTSDの治療に関する専門的知識の情報提供を行う機関』『時間のかかる精神療法の診療報酬の引き上げ』『犯罪被害者の支援や治療・相談に関する研修会』については、70%以上の回答者がその必要性について「全くそう思う」「ややそう思う」と回答していた。『所属医療機関が犯罪被害者への治療により関心を持つこと』については60.6% (20人)が「全くそう思う」「ややそう思う」と回答したが、「どちらともいえない」と回答した人が30.3% (10人)、「ややそう思わない」と回答した人が9.1% (3人)であった。『被害者および遺族の医療費の無料化や補助制度』『被害者および遺族のカウンセリング費用に関する補助制度』については、半数以上が「全くそう思う」「ややそう思う」と回答したが、「どちらともいえない」との回答が30%程度、「ややそう思わない」「全くそう思わない」との回答も一部見られた。『PTSDの診断名で治療薬が保険適応になること』

の問いには、66.7%の人が「全くそう思う」「ややそう思う」と回答したが、「どちらともいえない」との回答が15.2%（5人）、「ややそう思わない」「まったくそう思わない」との回答も18.2%（6人）見られた。

図1 被害者等の治療への認識

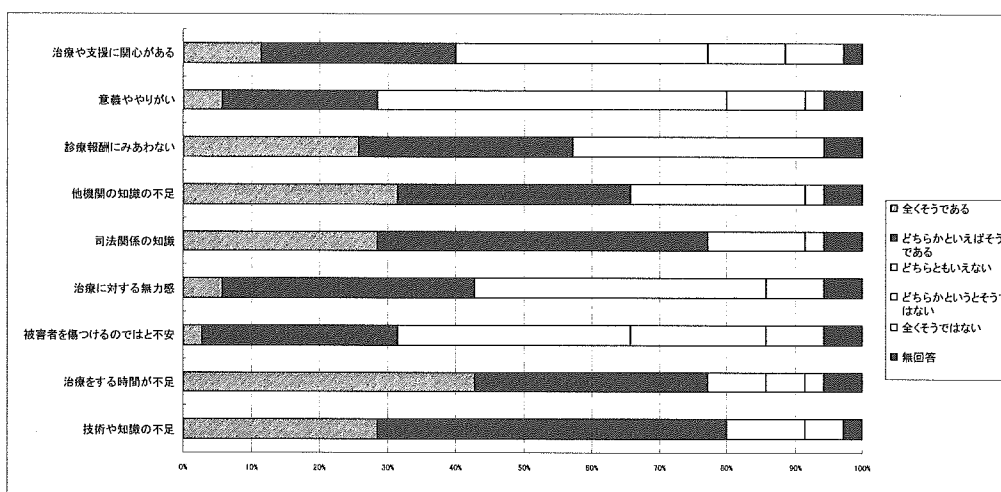
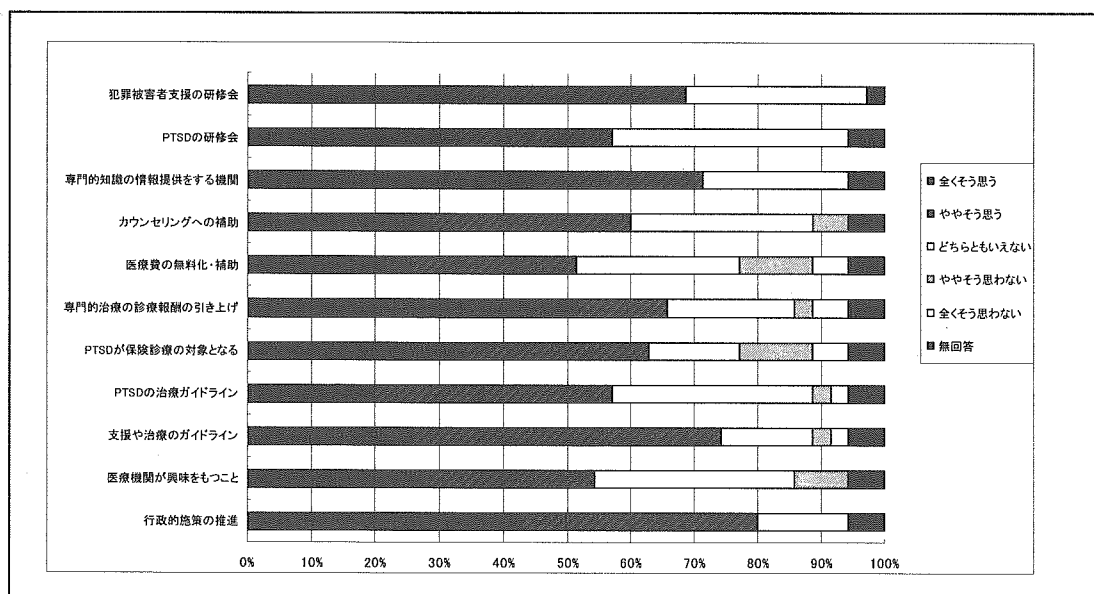


図2 今後被害者等の支援・治療をするうえで必要と考えられる事項



2.7 多くの被害者に関与している回答者の調査結果

最後に、被害者等への関わりを促進する因子を探る目的で、事例報告の中でも比較的多くの事例を報告した回答者について、各回答を別個記載する。多くの回答者は事例の経験がないか、5件未満であり、5件以上（実際は10件以上）を経験している回答者は比較的多くの被害者の治療経験があるとみなした。このような回答者は、3人確認された。勤務する医療機関は精神科単科病院が2人、クリニックが1人で、いずれも設立母体は個人病院・医療法人であった。性別は2人が男性、1人が女性であった。

これまで行った取り組みとしては、2人は被害者相談セミナーを受講する、PTSDの認知行動療法の講習会に参加するなど、専門的な研修を受けていた。また、児童相談所や乳児院、一時保護所、心理相談機関での勤務経験があった。3人いずれも児童相談所への通告を行ったことがあった。また2人は司法的な関与の経験をもっていた。

被害者等の治療への認識調査では、3人とも被害者の治療や支援に興味・関心、意義ややりがいを持っている、診療報酬には見合わないとの項目に肯定的に回答した。2人は治療に対する無力感を感じており、治療や支援についての知識不足、時間の不足を認識していた。今後必要な事項としては、『PTSDの診断名で治療薬が保険適応になること』『犯罪被害者およびその家族の支援や治療のガイドライン』の2項目で意見が分かれたが、その他は全員肯定的な回答を行っていた。

3. 考察

児童虐待・配偶者間暴力、犯罪の被害者やその家族に主治医として関わったことのある医師は、平成16年度では34.3%（12人）であり、平成16年度に限定をしない場合で、57.1%（20人）だった。これより、被害者等に関わっている医師は決して少なくないことがわかるものの、多くの事例を担当している医師は一部であり、医師の間で差が大きい傾向にあることがわかった。

報告された被害内容で多いものとしては、不慮の事故、身体的な暴力であった。Norrisらの調査¹⁸では、被害者の受療率と暴力犯罪の関連が指摘されているが、本研究結果はこれと矛盾しない。事例を詳細に検討すると、被害内容は交通事故と心理的な虐待を受けた事例の報告が多い。ただしひとりの回答者が複数の虐待の事例を報告していることにより、特定の回答者状況を比較的多く反映している点を考慮する必要がある。被害者の性別はほとんどが女性であり、加害者は見知らぬ人が多い、との結果もこれまでの欧米の報告と一致している（Golding,1989）²。他方、加害者が親である事例が多かった点が本研究の特徴である。これはひとりの回答者が複数の児童虐待の被害者の報告をしていることに関係していると考えられた。また、被害者の半数近くが他の医療機関や警察・民間被害者支援団体からの紹介で医療機関を受診しており、関係機関が互いに連携をもつことで患者の医療機関受診につながる可能性が示唆された。なお、これら事例の特徴は、38事例と少数で限界があるため、医療機関を受診する被害者の特徴を把握するためには、被害者を対象としたさらなる調査が必要と考え

られる。

被害者や PTSD に関連した研修への参加については、85.3% (29 人) が経験有と回答している。一方で、被害者等への「治療や支援に興味や関心を持っている」という認識をもっている回答者は 40% (14 人) であり、関心や興味は強くはないものの、研修会等には参加している回答者がいることが明らかになった。これより、医師の求める研修会のニーズを十分に検討したうえで研修会を行うことにより、被害者への認識や治療への興味が改善される可能性があると考えられた。

被害者に関連した法律（児童虐待防止法、配偶者間暴力防止法、犯罪被害者等基本法）に関しては、熟知している医師は少なかった。特に犯罪被害者等基本法は多くの回答者が知らないと回答しており、同法が現時点では周知されていないことが示唆された。また、診断書の提出やその他司法的関与の経験は回答者の半数近くに上っている一方で、「司法関係（警察や裁判に関連する事項）の知識が不足している」と感じている回答者は 80% を越えていた。これらにより、日常診療のなかで司法的関与をする機会は少なくないが、それに関して知識不足を自覚している医師が多いことがわかる。被害者の治療・支援を行うためには法律の理解が不可欠であり、今後法律の知識と運用について改善する対策が必要であるかもしれない。

他の機関（警察、児童相談所、婦人相談所、民間被害者支援団体）との連携については、連携をもっているとした回答した人は 3 割に満たなかった。連携をもっていると回答した者は、複数の連携を有しており、

ごく限られた医師のみが他の機関との連携をもっていることがわかった。

被害者への治療への認識の調査では、60%以上の回答者が『治療の知識や技術の不足』『司法関係の知識の不足』『他の機関の情報不足』との認識をもっている。これらにより、被害者等への支援や治療に必要な知識や技術を習得する機会が必要であることがわかる。また、被害者等を治療するに当たって、これまで指摘されてきたような、治療者側の傷つきとして捉えられる『治療に対する無力感』や、『意義ややりがい』という項目は「どちらでもない」との回答が 40% を超えた。これは、実際に被害者等の治療を行っている回答者が少ないため、中間的な回答が増えた可能性があると考えられた。このほか、『診療報酬に見合わない』と感じている回答者も 50% を越えている。

今後被害者等の治療をするにあたって必要な事項については、すべての項目に対して 50% 以上の人が「全く思う」「ややそう思う」との肯定的な回答をした。特に 70% 以上の回答者が必要性があると考えているのが、『被害者の精神的支援についての行政的施策の推進』『犯罪被害者およびその家族の支援や治療のガイドライン』『犯罪被害者支援や PTSD の治療に関する専門的知識の情報提供を行う機関』であり、治療や支援に取り組むにあたって行政や中心となる機関のイニシアチブが求められていることがわかった。一方、『被害者および遺族の医療費の無料化や補助制度』『PTSD の診断名で治療薬が保険適応になること』といった医療機関受診に関連する経済的問題に関しては、「ややそう思わない」「全くそう思わない」との回答も比較的多く、回答者によっ

て意見が分かれる結果となった。経済的な問題に関しては、今後議論を重ねる必要があることが示唆された。

最後に、被害者等に多く関与していた3人に関して考察を加える。まず、他の回答者との違いは、他の機関との連携の多さである。いずれの回答者も他の機関との連携を複数持っており、これが被害者に多く関わっていることと関連していることが考えられた。また、これらの回答者はいずれも児童相談所や一時保護所、児童養護施設、心理相談機関といった医療機関以外への勤務経験を複数有しており、これが他機関との連携につながっている可能性があると考えられた。また、被害者等に多く関わっている回答者にとって、この分野への興味や関心は強いものの、診療報酬には見合わない、時間が不足していると感じていることが明らかになった。被害者の治療は一回の治療に時間を要し、さらに治療が長期に及ぶことが一般的に知られており、実際に関与をしている医師の回答はこれを裏付けているだろう。

この調査研究の限界としては、第一に対象者数が少ないことと回収率が低いことが挙げられる。さらに、限定された地域での結果であるので、結果を一般化することはできない。わが国の被害者等の治療について、さらに正確な結論を得るには全国的な調査が必要である。第二に、回答者の偏りがある。児童虐待の事例を持つ回答者が多くの事例の詳細を報告したように、回答者によって担当した事例の数に大きな差があるため、結果的に多くの事例をもつ個人の調査結果が全体の結果に大きく影響することとなっている。また、回答は比較的この

分野に興味や関心をもっている人から回収された可能性がある。よって、結果を分析する際には、これらの点に留意する必要があると考えられた。

4. 結論

I 県の精神科医療機関に勤務する医師の調査で、平成16年度には3割強、これまでの経験では半数以上の医師が被害者等の治療に関わったことがあることが明らかになった。しかし、医師によってその担当事例数に大きな差があることが示された。医療機関を受診する被害者で医師に認識されている半数は、他の医療機関や相談機関からの紹介であった。また被害者を多くみている医師は他の機関との連携を持っており、これらのことより精神科医療機関と他の機関の連携が、被害者等の受診を促進する要因である可能性が示唆された。多くの回答者は、治療や技術の不足、関係機関の知識不足、司法関係の知識不足を認識していた。被害者への経済的な支援に対しては意見が分かれた。

この後、わが国での現在の精神科医師の被害者への関わりの実態を把握するため、全国規模でのさらなる調査が必要である。

F 文献

1. Friedman LS, Samet JH, Roberts MS, Hudlin M, Hans P. Inquiry about victimization experiences. A survey of patient preferences and physician practices. Arch Intern Med. Jun 1992;152(6):1186-1190.
2. Golding, J, Siegel, J, Sorenson, S., Burnam, A., Stein, J. Social support

- sources following sexual assault. *J Community Psychol.* 1989;17:93-107.
3. Herman JL. The mental health of crime victims: impact of legal intervention. *J Trauma Stress.* Apr 2003;16(2):159-166.
 4. 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.
 5. 法務総合研究所. 平成 11 年度版 犯罪白書—犯罪被害者と刑事司法—. 東京: 大蔵省印刷局; 2001.
 6. 法務総合研究所. 平成 16 年度版 犯罪白書. 東京: 国立印刷局; 2004.
 7. 岩井圭司. 民事賠償裁判における精神的被害の評価. *精神科治療学.* 2002;17:417-424.
 8. 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.* Aug 2005;59(4):441-452.
 9. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* Dec 1995;52(12):1048-1060.
 10. Koenen KC, Goodwin R, Struening E, Hellman F, Guardino M. Posttraumatic stress disorder and treatment seeking in a national screening sample. *J Trauma Stress.* Feb 2003;16(1):5-16.
 11. 黒木宣夫. PTSD と補償.: 中根充史, 飛鳥井望, 編. 臨床精神医学講座 S6 外傷後ストレス障害. 東京: 中山書店; 2000:327-336.
 12. 黒木宣夫. PTSD の診断と補償—特に精神科医の診断をめぐる問題点. *日本社会精神医学雑誌.* 2003;11:355-359.
 13. 黒木宣夫. PTSD の労災認定. *精神療法.* 2004;30:528-524.
 14. 黒木宣夫 岡田幸之. PTSD の精神鑑定ガイドライン.: 金吉晴, 編. 心的トラウマの理解とケア. 東京: じほう; 2001:229-234.
 15. 松尾浩也. 法と犯罪被害者支援. *臨床心理学.* 4:716-719. 2004
 16. 内閣府男女共同参画局. 配偶者等からの暴力に関する調査. 東京: 内閣府男女共同参画局推進課; 2003.
 17. 中谷陽二, 上原美樹. 心的外傷後ストレス障害(PTSD)の法的問題—最近の動向—. *法と精神科臨床* 第 4 卷. 東京; 2001:pp99-107.
 18. Norris FH, Kaniasty KZ, Scheer DA. Use of mental health services among victims of crime: frequency, correlates, and subsequent recovery. *J Consult Clin Psychol.* Oct 1990;58(5):538-547.
 19. 岡田幸之. PTSD と犯罪被害. *臨床精神医学.* 2001;30:357-363.
 20. 岡田幸之、安藤久美子、佐藤親次. 司法精神医学と PTSD. *臨床精神医学増刊号.* 2002:118-123.
 21. Simon, I.R. POST TRAUMATIC

- STRESS DISORDER IN
LITIGATION guidelines for
forensic assessment. Washington,
DC: American Psychiatric Press;
2000.
22. Sugg NK, Inui T. Primary care
physicians' response to domestic
violence. Opening Pandora's box.
Jama. Jun 17
1992;267(23):3157-3160.
23. 杉田雅彦. 日本における PTSD 民
事・刑事訴訟. 精神経誌.
2002;104:1207-1214.
24. 杉田雅彦. PTSD 裁判の動向と問題点
－混迷を深める「PTSD 概念」から脱
却の兆し－. 判例タイムズ.
2004;No.1138:22-30.
25. Teplin LA, McClelland GM, Abram
KM, Weiner DA. Crime
victimization in adults with severe
mental illness: comparison with the
National Crime Victimization
Survey. Arch Gen Psychiatry. Aug
2005;62(8):911-921.
26. Walsh E, Moran P, Scott C, et al.
Prevalence of violent victimisation
in severe mental illness. Br J
Psychiatry. Sep 2003;183:233-238.
27. Wilson, J.P. M, T. A. Forensic/Cli
nical Assessment of Psychological
Trauma and PTSD in Legal Setti
ngs. . In: Wilson, J.P. K, T.M., ed
. Assessing Psychological Trauma
and PTSD 2nd edition. New York:
Guilford Press; 2004:603-636.
- G 健康危険情報
特記すべきことなし
- H 研究発表
なし
- I 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. Emergency medicine
Journal(in press).
 - 5) 中島聡美, 山田幸恵, 金吉晴: 被害者
遺族の心理と支援. 山内俊夫, 山上皓,
中谷陽二編: 司法精神医学 3 犯罪と
犯罪者の精神医学. 中山書店, 東京,
pp295-300, 2006.
 - 6) 中島聡美, 金吉晴: 犯罪被害. 金吉晴
編: 心的トラウマの理解とケア第 2 版.
じほう, 東京, pp235-247, 2006.
 - 7) 柳田多美, 中島聡美: 突然の死の告知.
金吉晴編: 心的トラウマの理解とケア
第 2 版. じほう, 東京, pp265-275,
2006.
 - 8) 辰野文理: 被害者化予防の戦略. 被害

- 者学研究 15, 2005.
- 9) 細井洋子, 西村春夫, 檜村志郎, 辰野文理編著: 修復的司法の総合的研究. 風間書, 2006.
 - 10) 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.
 - 11) 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.
 - 12) 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.
 - 13) 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.

J 学会発表

Kyoko Hashizume, Takako Konishi, Yoji Nakatani : PTSD in forensic setting — recent trend in Japan. International Academy of Law & Mental Health, July2-8, 2005, Pari

K 知的財産権の出願・登録状況

なし

L. 謝辞

この研究にご協力いただいた精神保健福祉センターの職員の皆様、I県の精神科医の皆様にご心より感謝申し上げます。また、また本研究は、研究助手金井智恵子さん、真木佐知子さんの援助を得て実施されました。

精神科医療機関における犯罪被害者及びその家族の受療に関する調査

調査票の記入と返送について

調査票の記入，返送につきまして以下のようにお願い申し上げます。

各問について，あてはまる番号に○をつけて下さい。また，設問によっては，（ ）内や□内に数字や回答のご記入をお願いします。

また，問3でお伺いする事例については，事例シート（別紙1）にご記入いただくようお願い申し上げます。

調査票の返送について

ご記入いただきました調査票と事例シート（別紙1）を，同封の返信用封筒に入れ，平成18年1月16日までにご投函くださいますようお願い申し上げます。

調査に関するお問い合わせ，ご質問は下記にお願い申し上げます。

〒186-8502 東京都小平市小川東町 4-1-1
国立精神・神経センター精神保健研究所 中島聡美
TEL 042-346-1983, FAX 042-346-1986
E-mail:nakajima@ncnp-k.go.jp

可能な限り，FAX または E-mail にてお願いいたします。

お忙しいところ恐縮ですが，よろしくご協力お願い申し上げます。

なお，ここでいう「犯罪被害者及びその家族」とは，犯罪被害にあった被害者本人および，遺族・家族を指し，犯罪の内容には，一般刑法犯罪の他，業務上過失，児童虐待，配偶者間暴力を含みます。

それでは，次のページよりご記入お願いいたします。

問 2. 記入者の方についてお伺いします。

(1) あなたの性別について当てはまる番号に○をつけてください。

1. 男性
2. 女性

(2) 現在の年齢をご記入下さい。

() 歳

(3) 精神科の現在までの臨床経験年数（精神科医としての勤務年数）をご記入下さい。

() 年

(4) 平成 16 年度の所属医療機関における 1 週間の平均的な勤務日数をお答えください。

1 週間に () 日

(5) 平成 16 年度の所属医療機関における 1 ヶ月の平均的な担当患者数をお答えください。

外来患者：1 ヶ月に () 人

入院患者：1 ヶ月に () 人

(6) 現在、あなたが関心をお持ちの精神科疾患領域のうち上位 3 つの番号に○をつけてください。

1. 症状性を含む器質性精神障害
2. 精神作用物質使用による精神及び行動の障害
3. 統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害
4. 気分障害
5. 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害
6. 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群
7. 成人の人格及び行動の障害
8. 知的障害
9. 心理的発達の障害
10. 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害
11. その他（具体的に：)