

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

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）  
分担研究報告書

心的外傷後ストレス障害に対する効果的な介入について

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

分担研究者 堀越 勝 筑波大学大学院人間総合科学研究科

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

### 1. 研究課題

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

### 2. 研究の背景

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

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

### 3. PTSD に対する認知的な介入：認知処理療法

#### ●認知処理療法について

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

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

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

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

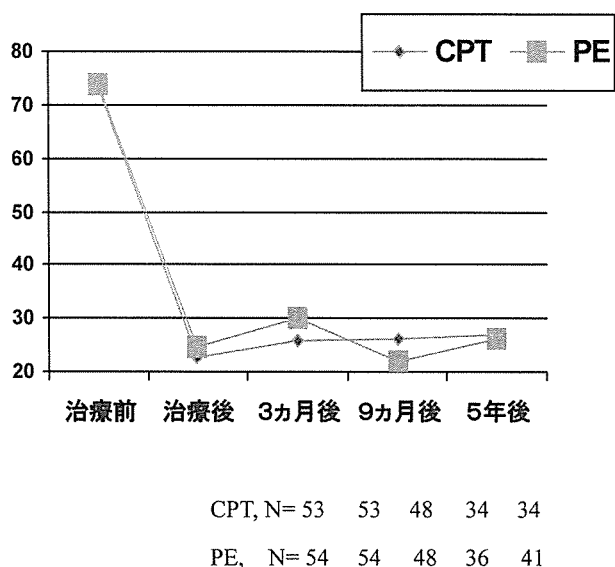


図1 CAPS スコア による CPT と PE の比較:5年間のフォローアップ

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

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

### ●CPTの特徴

＜筆記を用いる＞

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

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

#### <時間制限療法である>

次に、時間制限の中で行われる点も CPT の特徴ということが出来る。CPT は 12 セッションで行われ、それら 12 回の面談で行われることがほとんど定まっている。ある意味でマニュアル通りに行われることになる。言い換えれば、心理療法の基礎をきちんと身につけた者であれば誰でも、マニュアルを習得することによって実行可能な介入法なのである。はじめに心理教育を行い、毎回出される宿題、特定の認知について扱ったモジュール（簡単な講義）、毎回まとめを兼ねて最後に振り返りの時間を持つなど体系化されたプログラムで、患者側からすると予め地図を渡された旅にでるようなもので、突飛なことや、予想外のことが起こることが少ない。また、介入側も決められた道を患者と一緒に歩むことになる。この点は、スーパービジョンや効果研究においても有益で、マニュアルから逸脱した行動や介入を行った場合には CPT がそこでは行われていないことになり、指導を受ける側も、指導を行う側も、共通の物差しを持つことができる。

#### <特定の認知に介入する>

また、特定の認知に焦点を当てて介入する点も CPT の特徴ということが出来る。CPT の背後にあるものは、認知処理理論で、認知的な情報処理の問題から PTSD が発症すると考える。CPT では、トラウマティッ

クな経験が、異常な状態 (PTSD) を作り出すと考えるよりも、トラウマティックな出来事を経験した者は誰も異常な状態になるのが普通で、問題はその状態から回復することが出来ない点だと考える。一般には、再体験、過覚醒、回避などの PTSD 様症状があったとしても、ある一定の時間が経つと次第に回復していくが、ある一部の者は回復することなく、症状を持った状態のまま回復せずに Stuck(くっつく、または引っかかる)してしまう。この引っかかってしまっている点(スタックポイント)、つまり問題の継続要因となる認知的なこだわりを特定し、12 回のセッションの中で、1 つずつその引っかかりから患者を開放する作業を行う。

スタックポイントは実生活の中では以前持っていた考え方や相反する考え方や、過度に否定的な考え方という形で体験されることになる。つまり、新しい情報が以前からの情報とぶつかり合い、頭の中で処理しきれない状態で、引っかかったままである状態である。そして、結果的にスタックポイントは、不快感や不健康な行動を生むことになる。それらのスタックポイントは、以下の 2 つの状況のなかで形作られる。(1) 事件以前に持っていた考え方と全く異なった考えを持たざるを得ない状況に追い込まれたとき。たとえば、知人にレイプされることはないという考えを持っていたが、知人にレイプされてしまったなど。(2) 事件以前に持っていた否定的な考え方を強める、または証明する出来事に遭遇した場合。たとえば、男性は皆レイプ魔だと考えていたところ、やはり男性にレイプされたなど。それらスタックポイントは、安全性 (Safety)、信頼 (Trust)、力とコントロール (Power & Control)、尊厳 (Esteem)、親密性 (Intimacy) の 5 つ分野内に出来あがっていると考えられ、それ

らの分野を一つずつセッションで扱って吟味し、スタックポイントを発見して介入を行う。セッションでは、これらの5つの認知の分野について、心理教育を行ったり、宿題が出されたり、モジュールというミニ講義を行うことによって介入を行う。PEが患者の認知については治療過程で自然に変化することを期待するのに対し、CPTでは意図的に特定の認知にターゲットが絞られ介入が行われる点が特徴的な面と言ってもよい。

結果的には、前述のPEとの効果比較研究でも明らかのように、認知面、特に罪悪感についての改善が特徴として挙げられており、そのことは、結果的にうつ状態への改善にもつながると思われる。

#### <グループにも応用できる>

CPTは個人介入だけではなく、グループへの応用も可能である。CPTの特色とし、レイプ被害者などへのグループで用いることが出来ることを挙げられる。レイプ被害者の場合、(1) そのはじめのアセスメントが出来事から3ヶ月以上経ってからであること、(2) PTSD症状と共に、他に大きな精神的な障害や、現行の薬物依存を持っていないこと、また、(3) 長期間に及ぶ家族内での性的な虐待の経験がないことの3つの条件が揃った場合にはCPTのグループ療法に参加することが出来る。参加者は全過程の中で4度アセスメントを受ける。治療前のプリトリートメント、治療後のポストトリートメント、そして、3ヵ月後と6ヵ月後の4回である。効果研究の結果は治療前と、治療後では、PTSD症状だけではなく、認知的な変容だけでなく、うつ症状などのその他の精神的症状の面でも改善が見られている(Cognitive Processing Therapy for Rape Victims, Resick & Schnicke, 1996

参照)。このように、CPTは応用面でも柔軟性を持っており、今後、多様なPTSD患者に対して用いられることが期待される。CPTのグループによる介入に関しては、CPTマニュアルの最新版:従軍者や軍関係用(2007年1月発行)に、その手順や参加メンバーの選択や査定の方法、グループCPTを行う際の注意事項、その手順などが記載されている。このマニュアルのCPTグループのセクションは主に、シンシナチ大学、及びシンシナチ従軍病院のキャスリーン・チャード博士(Kathleen M. Chard, Ph.D.)によって、構築された部分が多いことを記しておきたい。

#### <関係性を重視する>

最後に、CPTは関係性を重要視する。CPTは認知行動療法の1つと数えられているが、実際に行ってみると、その効果は、患者側と介入者側の間に築かれる、治療関係の質に因っている部分が多いことに気付く。前述の<特定の認知に介入する>のセクションでも述べたが、CPTで特に問題とされる、安全性(Safety)、信頼(Trust)、力とコントロール(Power & Control)、尊厳(Esteem)、親密性(Intimacy)の5つの分野は、他人との関係の中で、育まれたり、傷ついたりすると思われる。PTSDで苦しむ者の多くは、他人に傷つけられるというトラウマ体験を持っており、信頼し、安心できる関係のない環境での治療は二次的なトラウマに匹敵すると言ってもよい。したがって、介入者側には相手側への感情的な配慮や共感能力が問われることになる。CPTが属するCBTの基本的な治療スタンスは患者との共同作業(コラボレーション)である。無理強いではなく、話し合いと合意の精神が必要不可欠である。CPTも同様に、患者との共同作業によって各セッションを進めていくスタンスを取っている。

## ● CPT の概要

CPT の実施方法は、1993 年にレイシックとシェニックによってマニュアルが書かれているが、現在までに、幾つかのマニュアルが対象となる人々、また問題に応じて調整された形で書かれている。どのマニュアルも 12 回のセッションから構成された介入法を採用し、セッションで用いる用紙（たとえば、A-B-C シートなど）や宿題なども用意されている。

第 1 セッションでは、まず PTSD についての心理教育、CPT の全体像についての説明を行う。この回では「インパクト・ステイトメント」と呼ばれる宿題が出される。この宿題は、自分が体験したトラウマティックな出来事に対する個人的な意味づけ、具体的にはその出来事が自分にとってどのような意味を持つのかについて書いて来てもらうことになる。第 2 回目のセッションでは、宿題として書いてきてもらった記録、インパクト・ステイトメントをセッションの中で朗読してもらった後に、出来事、認知、感情がどのように影響しあっているかについて認知モデルの考え方が紹介される。第 3 セッションの最後では、新たな筆記による宿題が出される。それは、自分が経験したトラウマティックな出来事の詳細な記録を書いてもらうことで、そこには、体感した感覚、考え、感情についても細かく描写してもらうことも含まれる。患者はその際に自分で書いた記録を読み返し十分に感情を味わうように勧められる。第 4 セッションは、詳細に書かれた記録をカウンセラー（セラピスト）向かって朗読することから始まり、この回から認知療法的な手法であるソクラテス式問答法を用いて、特に本人が持つ自分自身を責める考え、自責の念と更に非現実的と思われる考え方への挑戦が開始される。

第 5 セッションでは、認知への介入の成果を見るために、もう一度、記録を書いてもらう。ここで、介入の焦点は、患者が個人的な意味づけを持っているその体験の意味づけの部分や本人がそのことによって変えられてしまった生活行動などに向けられ、本人がそうした考え方やその考えから発生する行動を変容するように認知療法の手法を用いて教え、挑戦されることになる。それらは、幾つかの決められた質問を自分自身に問いかけることや、幾つかの宿題を通して行われる。第 5、6 セッションは、そうした認知への挑戦とトラウマティックな出来事が引き金となって出来上がった、スタックポイントと呼ばれる、固定化した認知の歪みのパターンを同定する作業が行われる。

第 7 セッションからのセッションでは、用意された用紙、ワーク・シートを用いて、自分自身をどのように見るかについて以前の歪められたものから、なるべく異なった現実的なものへと変える練習が行われる。第 7 セッションからは、毎回のセッションに 1 つずつ、特定の認知について扱うことになる。それらは、安全について、信頼について、力とコントロールについて、尊厳について、そして最後に親密になることについての 5 つである。そして、各セッションでは、これらのテーマに関することで、認識が歪んで正確でない場合には、矯正する作業を行っていく。第 11 セッションでは、これまでにセッションや宿題を通して学んだことを踏まえて、新たなステイトメントを書いてもらうことになる。この新しく書かれた記録をもとに最後のセッションでは、治療前と変わったところ、また変わっていないところなどを共に検討、評価する患者がこれから克服したい部分について明らかにする。

## ● CPT の 1 2 セッションの各セッションのレビュー

ここで、先の CPT の概要に加え、CPT の各セッションで行われることについて、簡単に説明を行うことで、CPT の全体像を明らかにしたいと思う。

### セッション 1： 導入と教育の段階

このセッションは、(1) 患者、またはクライアント（以下 CL）に PTSD や抑うつ の症状についての教育をすること、(2) 情報処理理論を用いてそれらの症状の説明を行い、治療の論拠を示すこと、(3) 治療方針を提示すること、(4) 治療への応諾を得ること、を目的として行われる。このセッションを通じて、CL は自らの頭の中に、自分の体験を位置づけるためのカテゴリーを形成していくのである。また、他のセラピー同様、ラポールの形成は今後のセッションに向けて不可欠である。次回までの宿題は、トラウマティックな出来事が自分に起こった意味についての筆記、「インパクト・ステートメント」である。同時に、その出来事が CL の自分自身に対する信念、他者に対する信念、世界に対する信念に及ぼす影響について、また、安全、信頼、力と能力、尊厳、親密というトピックについても考えてくることを求める。

### セッション 2： 出来事の意味

このセッションではまず、(1) PTSD や抑うつが認知-行動的にどのように形成されるのかについて復習し、次いで、(2) 出来事の意味の記述について話し合いながらスタックポイントを探索し、その出来事から自然に回復してこなかった理由

について、明確にしていく。そして、(3) CL が出来事や思考、感情の関連性について同定し、理解するように援助することを開始する。その中では、思考を変えることが体験された感情のレベルや種類を変化させうるという考え方が紹介される。またセッションの最後には、A-B-C シート（認知行動モデルの考えに基づく自己モニター用紙）の説明がなされる。

次回までの宿題は、出来事、思考、感情、行動の間にある関連性に気づくため、毎日最低 1 枚の A-B-C シートを完成させてくることである。

### セッション 3： 思考や感情の特定

このセッションにおいてはまず、(1) 前回課された宿題を検討しながら、CL が出来事に対する思考や感情をラベル付けするのを援助する。その中では、繰り返し生起している主要な感情や、状況に関わらず繰り返されている特定の思考に着目し、思考と感情との適合についても探索を行う。また、(2) 思考を変えることで、体験された感情の強度や種類は変化しうる、という考え方を紹介し、(3) ソクラテス式問答法を通して、CL の外傷的な出来事に関する自責や罪悪感に対してのチャレンジを始める。

最後に、次回までの宿題として、出来事の詳細な（光景、音、臭いなど感覚的な部分や出来事の中に生じた思考、感情を含む）記録の筆記およびそれを読み返すことを求める。

### セッション 4： 外傷的な出来事の想起

このセッションでは、最初に、(1) CL



自身に、筆記してきた記録を読ませ、感情表出を図ることから始める。CL が感情を表出した場合には、それを妨げるようなことはせず、逆に感情が表出されない場合には、感情を抑えているのかどうか、そうであるとすればそれは何故かについて尋ねる。また、(2) CL が記入を止める箇所に注意し、それが CL の記憶において特に困難な箇所（スタックポイント）であるかどうかにかんして配慮する。そしてまた、

(3) ソクラテス式問答法を用い、自責や他の同化にチャレンジすることを始める。

この段階での CL の筆記は、事実の記述に過ぎないようなものも多い。よって、

(4) 省略されていると思われる、より詳細な事柄を記録に再び書いてもらうことが求められる。次回までの宿題はそれである。更なる詳細な記述と共に、CL は、記録している際の思考や感情といった、現在の思考や感情について括弧に入れて書き、それを毎日読み返すことが求められる。

#### セッション5：スタックポイントの特定

このセッションではまず、(1) CL に出来事の一つ新しい記録を読ませ、検討させることから始められる。その中で、(2) 新たに加わったこと（削除されていたこと）に着目し、1度目に筆記し読み返した後と比べ、感じ方はどのように異なるかについても考える。また、(3) 感情表出や自責／罪悪感の進行状況をチェックすること、(4) 出来事に関するスタックポイントに対して認知療法を継続すること、(5) CL が自分自身に対してソクラテス式問答法を用いられるよう、チャレン

ジングな質問のシート（不適応的な自分への発言やスタックポイントを尋ねるもの）を導入すること、などを目的としてセッションは行われる。

次回までの宿題としては、毎日1つのスタックポイントを選び、それに関して、チャレンジングな質問シート（抵抗があるが挑戦すべき事柄についてリストした用紙）にある質問に答えてくることを求める。また、トラウマティックな出来事の記述が終わっていない場合には、その作業を継続させる。

#### セッション6：チャレンジングな質問

このセッションでは、前回の宿題として課された、(1) チャレンジングな質問シートを見直すこと、がなされる。そしてその上で、(2) CL が回答に困難を示した質問に答えられるよう援助していく。また、(3) CL がチャレンジしようとしているスタックポイントに関する認知療法は継続される。またこのセッションでは、(4) 誤った思考パターンのワークシートが導入される。このワークシートでは、特定の非生産的な思考パターンを有しているかが尋ねられ、セラピストはこのようなパターンがいかにして自動的になり、ネガティブな感情をもたらすのか、といったことについて説明を行う。

次回までの宿題としては、同定されたスタックポイントについて考え、シートにリストアップされた各々の誤った思考パターンの例を見つけること、また、トラウマティックな出来事に対する反応が、習慣化されたパターンにより影響を受けているような、特定のあり方を探すこと

が求められる。

#### セッション7： 誤った思考パターン

このセッションは、前回の課題の検討から始められ、その中で、(1) 誤った思考パターンについての検討が行われる。また、(2) 何らかの特に強い非生産的なパターン傾向の有無を見出せるよう援助がなされる。その後、セラピーの残り時間を用いて、(3) チャレンジングビリーフシートが導入される。このワークシートには、CL がこれまでのセッションで学習してきた認知的なスキルのすべてが含まれている。最後に、(4) 安全性モジュールの資料を用いて、これ以降のセッションで扱われる5つの領域のひとつである、自己や他者の安全性について話し合われる。

次回までの宿題としては、信念へのチャレンジングワークシートを用いて、自分のスタックポイントのうち最低1つを分析、直面することが求められる。また、自己、あるいは他者に関する安全性の問題を持っている場合には、そうした信念に直面するために少なくとも1枚のワークシートを行うことも求められる。

#### セッション8： 安全の問題

このセッションではまず、(1) ワークシートを用いながら、安全の問題に関して困難な事柄を振り返り、そこにおけるスタックポイントに注意を向ける。そしてまた、(2) 別のワークシートを用いて、CL が自らの安全の問題についての誤った認知に直面することを援助し、代替的な信念を生み出す手助けをする。その後、

(3) 5つの問題の内の2番目である、信頼の問題について、資料を用いながら、信頼とは何か、自分と他者における信頼関係のコンセプトを提示する。またそこでは、トラウマ体験の後には、他者に対する信頼は失われることが多いことを説明し、事前、事後において、自分、他者における信頼がどのように変化したのかを比較する。

次回までの宿題は、信頼に関連するスタックポイントを特定することである。そしてまた、CL はワークシートを用いて、毎日それらに直面することが求められる。

#### セッション9： 信頼の問題

このセッションでは、(1) 自分および他者に対する信頼を、ワークシートを用いて振り返る。そして、トラウマに関連した、信頼の問題についてのスタックポイントに注意を向け、代替的な思考を生み出す手助けをする。そして、(2) 信頼に関連したスタックポイントから生じるかも知れない、信頼する際の判断の問題について話し合う。それは例えば、信頼といっても、レベルや種類は様々であり、従って、色々な面に対しての信頼をみていく方がよい、等といったことである。また、CL の周りにあるソーシャルサポートについても話し合う。その後、(3) 5つの問題の内の3番目である、力とコントロールの問題について、資料を用いながら紹介する。そこには、問題を解決し、乗り越える力について、また、トラウマを体験した人は、状況や感情をすべてコントロールしようとしたり、逆に全くコントロールができなくなる、ということ

についての内容が含まれる。

次回までの宿題は、力とコントロールに関連するスタックポイントの特定、およびワークシートを用いたそれらへの直面である。

#### セッション 10：力／コントロールの問題

このセッションでは、(1) 力とコントロールの問題を、ワークシートを用いて振り返り、CL が、力とコントロールのバランスある見方を得られるよう援助する。また、誤った認知に関連した自責についても扱い、話し合う。そして、(2) 5つの問題の内の4番目である、尊厳の問題について、資料を用いて紹介する。自分および他者に対する尊厳について、また、トラウマティックな出来事がどのような影響を及ぼしているかを話し合う。出来事の起こる以前のCLの尊厳に焦点を当てることも重要である。またこのセッションでは、(3) どのような仮定がCLに適用できるかを決定するための自記式のワークシートを導入し、いくつかの事柄に共通性があれば、それらが抑うつ／不安／低い尊厳にどのようにつながりうるのかについて探求していく。

次回までの宿題は、尊厳の問題に関連するスタックポイントの特定と、ワークシートを用いたそれらへの直面である。またさらに、毎日自分と他者に敬意を払い、受けること、最低1つは自分に対してよいことをすることを練習する。

#### セッション 11：尊厳の問題

このセッションではまず、(1) 他者に敬意を払い、他者から敬意を受ける、ま

た、何か喜ばしい行動に従事する、という宿題を振り返り、どのようにやったか、やってみてどうであったか等、CLの反応について話し合う。また、(2) ワークシートを用い、自分と他者に対する尊厳の問題や、仮定が特定できるようCLを援助する。そして、(3) 自分と他者とがどのように親密になるのかということをお教えした上で、5つの問題の内の5番目である、親密性の問題を紹介する。そこでは、トラウマによって、人間関係はどのように影響を受けたか、また、事前と事後での変化にも目を向ける。

次回までの宿題は、親密さの問題に関連するスタックポイントの特定、およびそれらへの直面である。さらに、何故自分にトラウマティックな出来事が起こったのか、またその意味やそれが自分の考え方や世界観に及ぼす影響について筆記することを求める。前回につづき、自分と他者に敬意を払い、受けること、最低1つは自分に対してよいことをすることの練習も継続して行う。

#### セッション 12：親密さの問題

この最後のセッションではまず、(1) いくつかの残されたスタックポイントと共に、親密性の問題と仮定を特定できるようCLを援助し、他者との関係を築き、保持していく上での気になる問題を解決する手助けをしていく。また同時に、アルコールや浪費などによって自らを慰める行為における欠損に目を向けさせる。そして、(2) 前回の宿題で筆記したものをCLに読んでもらい、その意味を検討していく。また、最初に筆記したものとの

比較を通して、CL 自身の信念の変化に着目する。また、(3) これまでやってきたことと CL の進歩に目を向け、困難やトラウマティックな出来事に直面し、扱ったことに対して、CL の功を認める。そして (4) 未来の目標を CL が設定できるように援助し、そのための戦略を詳細に考えていく。最後に、(5) 今後は CL がひとりでこれまでやってきたことを引き継いでいくこと、また学んできたスキルを使い続けることを求める。

### 5. CPT 研修会への参加

平成 18 年度の研究計画の一部として、米国マサチューセッツ州ボストンで行われた CPT のワークショップに参加した。CPT を導入するに際し、実際に CPT のやり方を本家本元から学ぶ必要がある。そこで、平成 18 年 9 月 27 日、28 日にボストン近郊のジャマイカプレインにある、VA ホスピタル内の National Center For PTSD の主催で行われたワークショップに参加したのである。日本からの参加者は、小西主任研究者と本分担研究チーム 3 名（堀越、福森、樫村）の計 4 名であった。このワークショップはメンタルヘルスに関わる専門家および、ボストン大学大学院生などを対象に行われたもので、一般には開放されていなかったが、レイシック博士のご好意によって、特別参加を許された。ワークショップは考案者のレイシック博士とその協力者であるマンソン博士 (Candice M. Manson, Ph.D) の 2 名によって行われた。二日間に渡る、ワークショップでは、はじめに CPT の基本的概念、最近の効果研究の結果、他の PTSD への介入法（主に PE と認知療法）との比較などが話され、残りの時間は、12 セッションで行われること、またそれらセッ

ションで扱われるメインポイントなどが話された。加えて、実際にレイシック博士が CPT を実施している様子をビデオで撮ったもの 2 ケースをスクリーンに映しながら、解説を行った。最後には参加者が、それぞれ治療者と患者の役を交互に体験しながら、ロールプレイを行った。

### 6. CPT マニュアルの作成と心理教育

CPT の考案者である、レイシック博士のご好意で、CPT の全般的マニュアル（英語版）を入手した。これまでに、CPT のマニュアルとしては、レイプ犠牲者に特化された Cognitive Processing Therapy for Rape Victims: A Treatment Manual (Resick, Schnick, 1996) が出版されているが、そのタイトル通りにレイプ犠牲者のために書かれたものであり、その他の PTSD 患者に応用できないと思われてきた。しかし、現在はレイシック博士によって、一般化された CPT マニュアルが作られている。その全般的マニュアルはまだ出版されていないが、そのマニュアルを入手し、邦訳に取り組んできた。現在、全訳が完了し、最終的なチェックを行っているところである。また、出版に関しても、小学館プロダクションが出版する話が進んでいる。来年度には出版する計画である。それに先駆けて、CPT のレビュー原稿を学会誌に投稿することを計画している。また、今年度中に CPT を用いた介入トライアルを行う計画を立て、現在までに 3 名のインタビューを行った。これは、来年度行う予定の本研究のために布石となるものである。さらに、PTSD に対する予防的な教育や複数を対象とした介入法（グローバルな介入）についても考えているが、この点ではレイシック博士を通して、米国の National Center For PTSD の協力を得られることになった。今後、様々な教育資源の輸入を考えている。

## 7. まとめと来年度の課題

18年度は、昨年度の調査結果を踏まえ、PTSD に対して効果のある介入法として、レイシック博士の CPT に特定し、その導入を試みた。そのために、最新マニュアルをレイシック本人から入手し、邦訳を行った。また、2006年9月にボストンで行われた、CPT のワークショップへの参加を行った。それにともない、CPT の効果研究を行うべく、まずトライアルを計画している。現時点では3名のインタビューを終えたが、DSM-IV の PTSD 診断基準に該当すると思われる患者は1名のみで、トライアルに必要な標本数が満たされていないのが現状である。19年度は、トライアルだけでなく、本格的な効果研究の施行を計画している。そのための標本として、現在以下の候補が挙げられている。筑波大学人間総合科学研究科の森田展彰医師と協力体制を築いたことによって、可能性のある対象者が数名リストされている。個人だけではなく、グループによる介入も念頭にいれて現在計画を練っている。また、前述のように19年度の計画のひとつとして、CPT のマニュアルの出版を計画している。形態などについては、考案者であるレイシック博士を交えて考案中である。また、19年度中には、レイシック博士本人を日本に招待し、いくつかのワークショップを行うことが出来ればと思っている。また、CPT グループのやり方をマスターする必要があることに伴い、可能性としてシンシナチ大学及び、シンシナチ従軍病院のキャスリーン・チャード博士を訪ねる計画も浮上してきている。

Cognitive Processing Therapy (CPT)

References

- Ahrens, J., & Rexford, L. (2002). Cognitive processing therapy for incarcerated adolescents with PTSD. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 6, 201 – 216.
- Calhoun, K. S., & Resick, P. A. (1993). Treatment of PTSD in rape victims. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders*, (pp. 48 – 98). New York: Guilford Press.
- Chard, K. M. (2005). An evaluation of cognitive processing therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 965-971.
- Chard, K. M., Resick, P. A., & Wertz, J. J. (1999). Group treatment of sexual assault survivors. In B. H. Young & D. D. Blake (Eds.), *Group treatments for post-traumatic stress disorders: Conceptualization, themes, and processes*. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.
- Chard, K. M., Weaver, T. L., & Resick, P. A. (1997). Adapting cognitive processing therapy for child sexual abuse survivors. *Cognitive and Behavioral Practice*, 4, 31 – 52.
- Ellis, L. F., Black, L. D., & Resick, P. A. (1992). Cognitive-behavioral treatment approaches for victims of crime. In P. A. Keller & S. R. Heyman (Eds.), *Innovations in clinical practice: A source book* (11, pp. 23 – 38). Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Falsetti, S. A., Resnick, H. S., Davis, J., & Gallagher, N. G. (2001). Treatment of posttraumatic stress

- disorder with comorbid panic attacks: Combining cognitive processing therapy with panic control treatment techniques. *Group Dynamics*, 5(4), 252 – 260.
- Hall, C. A., & Henderson, C. M. (1996). Cognitive processing therapy for chronic PTSD from childhood sexual abuse: A case study. *Counseling Psychology Quarterly*, 9(4), 359 – 371.
- Messman-Moore, T.L., & Resick, P.A. (2002). Brief Treatment of complicated PTSD and peritraumatic responses in a client with repeated sexual victimization. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 89 – 99.
- Monson, C.M., Price, J.L., & Ranslow, E. (2005, October). Treating combat PTSD through cognitive processing therapy. *Federal Practitioner*, 75-83.
- Nishith, P., Resick, P.A., & Griffin, M.G. (2002). Pattern of Change in Prolonged Exposure and Cognitive Processing Therapy for Female Rape Victims with Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 880 – 886.
- Owens, G. P., Pike, J. L., & Chard, K. M. (2001). Treatment effects of cognitive processing therapy on cognitive distortions of female child sexual abuse survivors. *Behavior Therapy*, 32(3), 413 – 424.
- Petrak, J. (1996). Current trends in the psychological assessment and treatment of victims of sexual violence. *Sexual and Marital Therapy*, 11, 37 – 45.
- Resick, P. A. (1992). Cognitive treatment of crime-related post-traumatic stress disorder. In R. D. Peters, R. J. McMahon, & V. L. Quinsey (Eds.), *Aggression and violence throughout the life span* (pp. 171 – 191). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Resick, P. A. (2001). Cognitive therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 15(4), 321 – 329.
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(5), 748 – 756.
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual*. Newbury Park, CA: Sage Publications
- Resick, P.A. & Calhoun, K.S. (2001). PTSD. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders, Second Edition*. (pp. 60 – 113). New York, NY: Guilford Press.
- Resick, P.A., Nishith, P., Weaver, T.L., Astin, M.C., & Feuer, C.A. (2002). A comparison of cognitive processing therapy, prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 867 – 879.
- Resick, P.A., Nishith, P., & Griffin, M.G. (2003). How well does cognitive-behavioral therapy treat symptoms of complex PTSD? An examination of child sexual abuse survivors within a clinical trial. *CNS Spectrums*, 8, 340 – 355.

Schulz, P.M., Resick, P.A., Huber, L.C., & Griffin, M.G. (in press). The Effectiveness of Cognitive Processing Therapy for PTSD with Refugees in a Community Setting. *Cognitive and Behavioral Practice*.

Schulz, P.M., Huber, L.C. & Resick, P.A. (in press). Practical Adaptations of Cognitive Processing Therapy for Treating PTSD with Bosnian Refugees: General Implications for Adapting Practice to a Multicultural Clientele. *Cognitive and Behavioral Practice*.

Westwell, C. A. (1998). Cognitive processing therapy in the treatment of marital rape. *Psychotherapy in Private Practice*, 17(2), 63 – 77.

犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究

犯罪被害者の心理的支援に関する弁護士調査

—司法と保健医療との連携について—

分担研究者 有園 博子 兵庫県こころのケアセンター研究部主任研究員

研究要旨

弁護士の支援を受けている犯罪被害者がおかれている現状の把握を行うことおよび心理的治療や支援を必要とする方の保健医療機関等での治療や支援の実態を明らかにすることを目的として、全国の犯罪被害者支援に関わっている日本弁護士連合会所属弁護士 945 名を対象にアンケート調査を行なった。86 名から回答が得られた (回収率 9.1%)。回答者の 89.5%がこれまでに犯罪被害者関連事案の受任経験を持っていた。

受任時点で司法以外の支援を受けていたケースは 18.6%で、支援機関は民間犯罪被害者支援団体や警察 (犯罪被害者対策室など) が関与していた。これまでに支援機関等で受けた二次被害は 16%に認められ多機関にわたっていた。被害者の犯罪被害内容はDVが最も多かった。受任後に心理的ケアが必要と思われたケースは 21.6%あり、法的プロセスが進められないなどの事態が起こっていることが明らかとなった。治療が必要と思われた時に、治療紹介機関を持っている弁護士は 44.2%で、52.3%が治療紹介機関がないと回答し、その理由として近くに治療機関がないあるいは紹介方法が分からないなど、医療機関等の情報の得にくさが指摘された。治療紹介機関のある弁護士でも、治療機能と相談・支援機能を持つ機関の区別がつきにくくなっていることが示唆された。精神科受診ケースでは、本人の希望による者が 66.7%、周囲 (家族、弁護士、犯罪被害者団体、警察被害者対策室) からの受診を勧められての者が 79.5%と、周囲からの勧めが精神科への受診行動につながっていることが示された。

今後の課題としては、関連支援機関の共通情報の不足が指摘され、システムとしての紹介網の整備が望まれていた。また、今後の支援体制構築に関するもの (早期に経済的・心理的ケアが受けられる体制づくりや、法的支援・医療支援を含む他業種ネットワークの構築など)、支援関係者への教育研修による質の向上の必要性が挙げられた。

今後、心理的治療や支援を必要とする方の保健医療機関受診を促すには、まずは支援関係者へ研修の参加を促し、支援関係専門職相互の情報交換にて各支援機関の役割と限界を理解しあうことから始める事が必要である。さらに、支援関係者が被害者の状態を適切に見極め、被害者に受診の必要性がある場合にはそれを伝えていき、その地域の関連支援機関の役割と支援内容を熟知した者が適切な支援機関につないでいくことが、中・長期的な被害者支援に有効であろうと考えられた。



## I. 背景と目的

犯罪被害者にとって犯罪による精神的影響性が大きいことや、精神的症状を呈する方への心理的支援の必要性が指摘されている。しかし、保健医療機関等で精神的治療や支援を受けている犯罪被害者は少ないのが現状であると報告されている。<sup>1)~4)</sup>

そこで、本調査では、司法の側面から医療機関と司法との間にいる犯罪被害者の現状を明らかにすることを目的に、司法領域の中で弁護士が接している被害者の調査を行うこととした。

研究目的は以下の2点である。

- (1) 弁護士支援を受けている犯罪被害者のうち、心理的ケアを必要とする方への保健医療機関等での治療や支援の実態を明らかにすること
- (2) 弁護士支援を受けている犯罪被害者への心理的支援の現状と今後の課題へのニーズを明らかにすること

平成17年度には、兵庫県弁護士会犯罪被害者支援委員会の協力を得て、兵庫県弁護士会所属弁護士全員を対象とした「司法における犯罪被害者への心理的支援に関するアンケート調査」を行った。その結果、弁護士が扱う犯罪被害内容はDVによる傷害、暴行・脅迫、強姦、強制わいせつ等女性に対する暴力被害が多い事、および、心理的な継続支援については心理的ケアや精神科医療機関へのニーズはあるが現実には充足していないことが明らかになった。また、今後の課題として司法と精神科医療機関やカウンセリング機関との連携・ネットワークづくりの必要性が指摘された。

平成18年度は、平成17年度の予備調査を踏まえて、全国の犯罪被害者支援に携わる弁護士を対象とした調査を行なったので報告する。

## II. 対象と方法

### II-1. 調査対象と調査期間

調査対象者は、何らかの形で犯罪被害者支援に関連する活動等を行っている日本弁護士連合会

所属弁護士945名とした。内訳は、日弁連犯罪被害者支援委員会委員50名、日弁連両性の平等に関する委員会委員31名、犯罪被害者相談常設窓口を持つ全国31ヵ所単位会の犯罪被害者支援委員864名である。この各単位会の犯罪被害者支援委員は、業務として犯罪被害者相談常設窓口での相談を受けている弁護士である。調査期間は、平成18年9月28日～10月31日である。

### II-2. 方法

調査方法は無記名郵送法を原則とし、一部、メール上で調査用紙および解答用紙のPDFファイルを添付する方法で、各委員会および各都道府県弁護士会を介して各個人へアンケート用紙の配布を行った。回収方法は、回答用紙をfaxあるいは郵送にて、原則として個別に調査者へ返送する方法をとった。アンケート協力の再要請は、調査期間の後半の時期に1回、各委員会および各都道府県弁護士会に対して行った。

(倫理面への配慮) 日本弁護士連合会の犯罪被害者支援委員会および両性の平等に関する委員会で調査内容および倫理面での配慮等に関する検討を戴き、調査対象者に対しては調査票にて、研究趣旨・個人情報保護・研究協力同意確認等の説明文を記載し同意を得た。回答は無記名であるが、調査結果報告書を希望する場合は連絡先と氏名を記入するように求めた。

### II-3. 調査項目

調査項目は、以下の通りである。

#### 1) 個人属性

- ・ 性別
- ・ 年齢
- ・ 弁護士経験年数
- ・ 他の職種の経験
- ・ よく手がけている分野
- ・ 所属弁護士会

#### 2) 犯罪被害者(またはその遺族)からの相談・受任の経験と受任経路

- ・ 犯罪被害者案件取り扱い経験

- ・ 犯罪被害者の相談や受任の経路

### 3) 初期支援の現状

- ・ 受任時点での支援状況
- ・ 受任時点での司法以外の関連分野からの支援状況
- ・ これらの支援機関での二次被害の現状

### 4) 受任後のケース実態

- ・ 被害内容と件数
- ・ 心理的支援が必要なケースの実態
- ・ 心理的支援が必要になった場合に弁護士から紹介する機関
- ・ 弁護士は依頼者がどのような状態になったときに心理的支援が必要と思うのかについて自由記述

### 5) 心理的ケアが必要なケースへの他機関の紹介

- ・ 受任後の他機関利用勧奨先
- ・ 紹介する治療機関の有無とその理由

### 6) 精神科受診ケースの実態

- ・ 精神科医療機関の受診動機
- ・ 精神科等で発行された診断書または意見書に記載された病名と事件区分分類

### 7) 現状および今後の課題

- ・ 被害者の心理的支援に関する連携への課題は、8項目の設問に対して、「非常に必要」「どちらかといえば必要」「どちらともいえない」「どちらかといえば必要ない」「全く必要ない」の5段階で評価するよう求めた。また、自由記載にて意見を求めた。
- ・ 支援者として被害者支援に関わる上での意識と課題は、10項目の設問に対して、「全くそうである」「どちらかといえばそうである」「どちらともいえない」「どちらかといえばそうではない」「全くそうではない」の5段階で評価するよう求めた。また、自由記載にて意見を求めた。

## II-4. 分析方法

各項目についての集計結果を示した。統計解析

には SPSS 11.5 J for Windows を用いた。

## III. 結果

### III-1. 回答者の属性

調査対象者 945 名のうち、86 名から回答が得られた（回収率 9.1%）。

回答者の性別は、男性 61 名（70.9%）、女性 25 名（29.1%）であった（表 1）。2000 年・2004 年・2005 年度の日弁連資料<sup>5)~7)</sup>によると女性弁護士の割合はそれぞれ 8.2%、12.5%、13.0%となっており、これと比較すると本調査の女性回答者の占める割合は 2.2~3.5 倍となっている。年度は異なるものの母集団比率より、本調査では女性弁護士からの回答が多い傾向があると推定された。

回答者の平均年齢は、41.0±11.7 歳（レンジ：28~80 歳）で、年齢構成を見ると、30 歳代が 52.3%、40 歳代 16.3%、50 歳代 14.0%となっており、30~50 歳代が 83.5%を占める（表 1）。弁護士全体の年齢構成では、日弁連正会員総数のうち 30~50 歳代の占める割合は、2000 年 64.5%（内訳：30 歳代 16.8%、40 歳代 23.0%、50 歳代 24.7%）、2004 年 61.7%（内訳：30 歳代 22.0%、40 歳代 18.1%、50 歳代 21.6%）であるが<sup>5)</sup>これと比較すると、本調査では 30~50 歳代の占める割合は高く、特に 30 歳代の回答が多い傾向が認められた。

表 1 回答者の性別・年齢分布

		N(人)	%
性別	男性	61	70.9
	女性	25	29.1
年齢	20-29 歳	5	5.8
	30-39 歳	45	52.3
	40-49 歳	14	16.3
	50-59 歳	12	14.0
	60-69 歳	8	9.3
	80-89 歳	1	1.2
	未記入	1	1.2
合計		86	100.0

回答者の地域別比率は表 2 に示すとおりであった。2000 年の日弁連の調査<sup>5)</sup>に弁護士居住地別の母集団比率が記載されており、これによると、東京 46.3%、大阪・名古屋 18.7%、高裁所在地

(東京・大阪・名古屋を除く高裁所在地) 8.3%、高裁不所在地 26.3%となっている。これと同じ区分で本調査での割合をみると、東京 15.1%、大阪・名古屋 13.9%、高裁所在地 11.7%、高裁不所在地 59.3%であった。

2004年・2005年の日弁連による「弁護士人口全国地図(弁護士10人を1マスとして日本地図を作成し、弁護士の地域分布を表示)」<sup>6) 7)</sup>によると、東京・大阪・福岡・愛知が上位4位を占め大都市に集中している。本調査では、大都市圏(東京・愛知・大阪・福岡)の回答者は28名(32.5%)であった。

**表2 回答者の所属弁護士会**

所属弁護士会	N(人)	%
金沢	10	11.6
岡山	9	10.5
愛知	7	8.1
札幌	6	7.0
横浜	5	5.8
大阪	5	5.8
東京(第二)	5	5.8
東京(第一)	4	4.7
東京	4	4.7
宮崎	3	3.5
京都	3	3.5
青森	3	3.5
福岡	3	3.5
岐阜	2	2.3
熊本	2	2.3
埼玉	2	2.3
滋賀	2	2.3
秋田	2	2.3
新潟	2	2.3
栃木	2	2.3
広島	1	1.2
三重	1	1.2
静岡	1	1.2
島根	1	1.2
奈良	1	1.2
大分	0	0.0
鹿児島	0	0.0
千葉	0	0.0
徳島	0	0.0
兵庫	0	0.0
山形	0	0.0
合計	86	100.0

注1) 常設の犯罪被害者相談窓口を設置している弁護士会31単位会

注2) 高等裁判所所在地：札幌、仙台、東京、名

古屋、大阪、広島、高松、福岡の8ヶ所(うち、仙台・高松は、犯罪被害者相談常設窓口なし)

弁護士経験年数は、平均9.9±9.7年(レンジ：1~36年)で、「1-5年」が41.9%、「5-9年」が16.3%、「10-19年」が15.1%となっており、経験年数5年未満は48.9%、10年未満が65.2%を占める(表3)。日弁連が2000年に行なった弁護士登録年数の調査<sup>5)</sup>では、5年未満18.4%、5年以上10年未満13.5%、10年以上20年未満23.9%、20年以上30年未満23.3%、30年以上40年未満15.2%となっており、10年未満を合計すると31.9%となっている。これと比較すると本調査回答者は、弁護士経験年数の10年未満、とりわけ5年未満の経験年数の方からの回答が多いことに特徴がある。

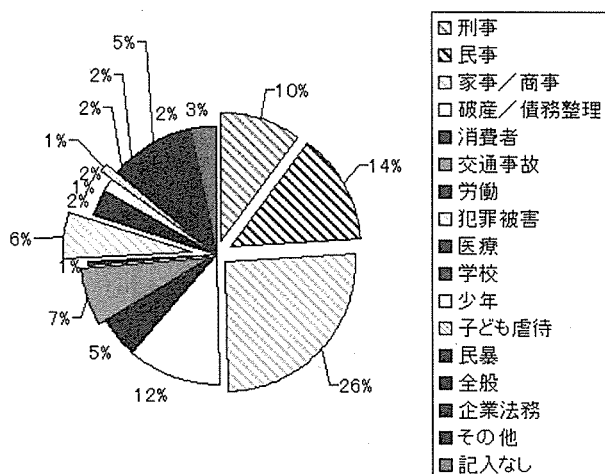
**表3 回答者の弁護士経験年数**

	N(人)	%
1年未満	6	7.0
1-5年	36	41.9
5-9年	14	16.3
10-19年	13	15.1
20-29年	10	11.6
30-39年	7	8.1
計	86	100.0

弁護士以外の経験が「ある」と回答した者は14名(16.2%)、「ない」67名(77.9%)、「無回答」5名(5.8%)で、その他の職種経験年数は平均9.7±9.2年(レンジ：1-33年)であった。弁護士以外の職種経験者のうち11名(78.5%)は司法関連の職種、公務員2名(2.3%)、私企業勤務者1名(1.2%)であった。日弁連による2000年の調査では<sup>5)</sup>、前職なし49.1%、司法関連職種19.9%、公務員11.6%、私企業勤務者14.5%であり、これと比較すると、本調査の回答者は、弁護士や司法関連領域の職種に特化した経験を持つ者であるという事が出来る。

弁護士の職務は、弁護士白書によると、刑事・民事・家事(夫婦関係調節事件；離婚・遺産分割等)・商事・行政・破産・企業法務の項目に分類

される。犯罪被害者事案が関与すると思われる分野は、刑事・民事・家事・その他の分野に広く関連していると思われるため限定が困難である。本調査が対象としている「犯罪被害者」は、犯罪被害者等基本法に記載されている「犯罪等により害を被った者及びその家族又は遺族」を指すため、個人の対象者に限定されるであろう。したがって、回答者が手がけている分野で、犯罪被害と関連しない分野のみを記載した者（企業法務等のみ）は9名（10.5%）、記入なし6名（7.0%）であり、これらを除く82.5%は何らかの形で犯罪被害と関連する分野を担当しているものと推定されるが、その詳細は定かではない。



注1) 「犯罪被害」は5.6%

注2) MA% (MA: Multiple Answer 複数回答可)

図1 回答者が通常手がけている相談内容の内訳

回答者が日常多く手がけている分野について、弁護士白書<sup>6) 7)</sup>の分類を参照し詳細項目で分類すると、「家事」「不動産」「損害賠償請求」「債権・債務」「倒産」「労働」「サラ金・クレジット」「消費者」「民暴」「交通事故」「刑事」「少年事件」「その他」の13項目に分けられ、これと本調査の回答者の“よく手がける分野”として示したのが図1である。ここでは、本調査に特徴的なものとしては、「犯罪被害者」5.6%、「DV」2.8%、「子ども虐待」1.1%などが表記されている。これらを合わせると、9.5%であった。日弁連による2005年の調査<sup>6)</sup>では、「サラ金・クレジット」の占める

割合が最も多く35~46%であり、次に「家事」14~22%、最も少ないのは「刑事」1.1~2.6%となっている。これと本調査の回答とを比較すると、「家事」はほぼ同じ割合（26%）であるが、「サラ金・クレジット」の占める割合が少なく（約17%）、「刑事」の割合が多い（10%）傾向が見られた。

### III-2. 受任経験と受任経路

犯罪被害者からの相談・受任経験では、「あり」77名（89.5%）、「なし」9名（10.5%）と、約90%が犯罪被害者関連事案の受任経験があった。

弁護士の受任経路は、図2に示すように、「弁護士会からの紹介（法律相談センターなどの相談からの紹介を含む）」28.2%、「紹介者なしで本人からの直接依頼」20.1%、「依頼者の知人からの紹介」11.5%、「民間の犯罪被害者支援団体からの紹介」11.5%、「司法関係者からの紹介」10.9%、「女性問題相談機関（女性センター、男女共同参画センター、婦人相談所、配偶者暴力相談機関等）」6.9%となっている。このように、司法関連（弁護士会や司法関係者）からの紹介が39.1%で最も多く、次に個人的なつてを頼って（知人や知人など）のもの31.5%、これに比して司法以外の関連機関（女性問題相談機関、シェルター、医療機関、カウンセリング機関等）からの紹介経路は合わせて12.6%となっている。

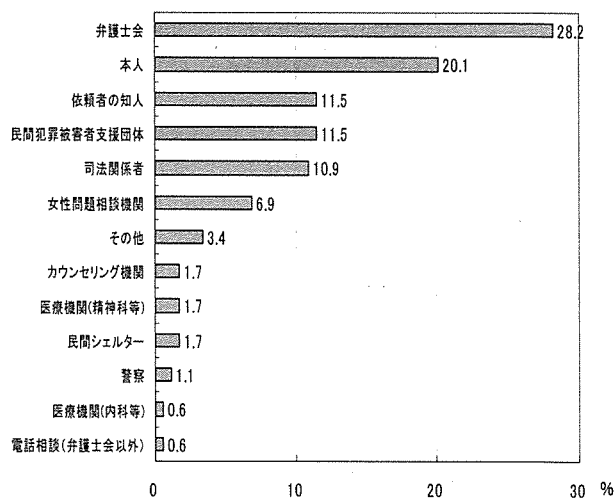


図2 犯罪被害者にかかわったきっかけについて