

13 警察

主たる役割	<p>①警察は、個人の生命、身体及び財産の保護に任じ、犯罪の予防、鎮圧及び捜査、被疑者の逮捕、交通の取締その他公共の安全と秩序の維持にあたる。</p> <p>②警察官は、異常な挙動等その他周囲の事情から合理的に判断して何らかの犯罪を犯していると認められる者等への質問、応急の救護を要すると信ずるに足りる相当な理由のある者を発見したときの保護、人の生命若しくは身体に危険を及ぼすおそれがある場合の避難の措置、犯罪の予防のための警告及び制止を行うことができる。</p>
設置主体	国・都道府県
法的根拠	警察法、警察官職務執行法、DV防止法第8条
DV被害者に対する支援機能	<p>①警察官は、通報等により配偶者からの暴力が行われていると認めるときは、警察法、警察官職務執行法その他の法令の定めるところにより、暴力の制止に当たるとともに、被害者を保護する。また、被害者の意思を踏まえ、加害者を検挙するほか、加害者への指導警告を行うなど配偶者からの暴力による被害の発生を防止するために必要な措置を講ずる。</p> <p>②警視総監若しくは道府県警察本部長又は警察署長は、被害者から、配偶者からの暴力による被害を自ら防止するための援助を受けたい旨の申出を受け、その申出を相当と認めた場合は、被害者に対し、国家公安委員会規則で定めるところにより、被害を自ら防止するための措置の教示等被害の発生を防止するために必要な援助を行う。</p> <p>③保護命令の発令について裁判所書記官から通知を受けた警視総監又は道府県警察本部長は、申立人である被害者及び接近禁止命令が発出された親族等の被害を防止するために必要な措置を講じる。具体的には、速やかに被害者と連絡を取り、被害者の意向を確認した上で被害者の住所又は居所を訪問するなどして、配偶者からの暴力による被害を防止するための留意事項及び緊急時の迅速な通報等について教示する。</p> <p>④保護命令が発令された配偶者に対して、保護命令の趣旨及び保護命令違反が罪に当たることを認識させ、保護命令が確実に遵守されるよう指導警告等を行う。</p> <p>⑤保護命令違反のほか、配偶者が、被害者に対し、暴行、傷害、脅迫、住居侵入、器物損壊、ストーカー行為等刑罰法令に触れる行為を行った場合には被害者の意思を踏まえ、各種法令を適用した措置を厳正に講ずる。</p>
他の機関が連携する際の留意点	都道府県警察の本部として警察庁又は都道府県警察本部が、また、都道府県内の各地域を管轄する警察署が置かれており、相談はいずれの機関でも受理するが、捜索願の不受理、被害届の提出等は警察署が望ましい。

2. ワンストップ支援の紹介(久留米市)

はじめに

久留米市におけるDV問題に関するとりくみは、福祉事務所に配属されている婦人相談員により、婦人保護事業の枠組みの中でDV被害者を緊急保護し自立支援してきた歴史があります。その実績をふまえ、女性政策の中でDV問題に焦点を当ててとりくみを始めたのは1995年頃からです。その頃は、DVについてはまだ明確な根拠法もなく、手探り状態でしたが、1998年に市民23万人・9万世帯に向けて、DVと性暴力を啓発する広報チラシを全戸配布する一方、母子・単身者を問わない緊急一時保護を母子生活支援施設で独自に開始しました。

その後は「久留米市男女共同参画行動計画」(2001年策定・性暴力防止に関する施策を明記)、「久留米市男女平等をすすめる条例」(2002年施行)を根拠に、2001年5月にオープンした「男女平等推進センター」(以下「センター」と略す)による調査研究・啓発等の事業、センター相談室における女性の生き方支援の相談を通してのDV被害者への現実的解決に向けた支援を開始しました。さらにシェルターを拠点としたDV被害者への支援活動を行う民間団体(2002年発足)と、婦人相談員が配置されている「家庭子ども相談課」(公的一時保護の相談窓口)が、他の多様な公的機関と連携しながら活動しています。

併せて、これらの支援の現場で遭遇する問題や見えてきた課題を政策化したり、総合調整を行いながら施策の充実を図る役目を、全市的な男女平等推進の要である「男女平等政策室」が担っています。

ワンストップサービスを中心とするDV被害者支援システムは、このような体系の中で構築されたシステムですが、紹介に入る前に、その背景である久留米市におけるDV被害者支援のとりくみの歴史とその内容について、もう少し詳しく紹介します。

久留米市におけるDV被害者支援の展開

(1) 男女平等政策室における主なとりくみ

- ①DV、性暴力啓発のための広報紙(A3版2つ折)全戸配布(1998年)
- ②男女平等推進のための久留米市民意識調査の中で、家庭内暴力について調査を実施(1999年、2005年)
- ③「久留米市男女共同参画行動計画」に、性暴力防止に向けた施策の充実を明記
- ④「久留米市男女平等をすすめる条例」公布(2002年)
- ⑤DV被害者支援対策会議設置(2006年)…具体的に必要とされる施策について、官民で検討することを目的とする

(2) 久留米市男女平等推進センターにおける主なDV関連事業

- ①相談事業における支援(相談員として嘱託2名、専任非常勤2名配置)

相談事業におけるコンセプトは、男性からの暴力被害者が抱える問題の現実的、具体的な解決につながる支援を行うこと(ソーシャルワーク技法により、アセスメントし、情報提供を行い、保護命令の申立て、離婚等法的支援も行う)
- ②DV被害者支援を行う民間団体の活動支援
 - ・研修室など施設・設備利用料の免除
 - ・「DV被害女性相談支援ボランティアスタッフ養成講座(全14回)」等の共催
- ③全市的なDV被害者支援システム構築を目的に、調査研究のためのワーキンググループ(DV問題に関する

知識・経験豊富な外部の研究者とセンター職員で構成)を設置

- ・DV防止カードの作成(公共機関、民間病院、デパートなどの女子トイレの個室ごとに配置)
- ・DV啓発パネル(13枚)作成(センターでは常設掲示)・ワンストップ化のための相談共通シート検討・DV被害者支援対応マニュアルの作成支援など

④ネットワーク会議の開催(事務局はセンター相談室)

- ・庁内相談ネットワーク会議(関係28部署で構成)、相談関係機関ネットワーク会議(庁内28部署、13庁外関係機関、7民間支援団体で構成)を年に1回ずつ開催
- ・相談関係機関ネットワーク会議においてそれぞれの業務を紹介するネットワークシートを作成・配布し、情報の共有化を図る

⑤ワンストップサービスシステムの事務局…2004年4月から実施。DV被害者が複数の行政手続きをする場合の安全確保と迅速な対処、精神的負担の軽減のために、指定した場所に各関係機関の担当者が出向いて必要な手続きを行う／ワンストップ化のための相談共通シート利用

⑥DV被害者支援対応マニュアルの作成(被害者支援システムの構築)／2006年6月実施

庁内の被害者支援に関わる部署のDV対応の実態を、ワーキンググループで聴き取って確認したものを覚書としてまとめ、関係部署で所持。これにより組織的対応を確立

(3) 久留米市家庭子ども相談課におけるDV関連事業

①久留米市母子生活支援施設における緊急一時保護事業実施

②相談事業(婦人相談員として嘱託1名配置)

DV被害女性の相談窓口であると同時に、久留米市母子生活支援施設への緊急一時保護措置、女性相談所への緊急一時保護依頼の窓口、国民健康保険、住宅、生活保護などの関係窓口などと連携して自立支援を実施

③民間支援団体への補助金交付

- ・2002年に、シェルター利用者への貸付基金として60万円を交付
- ・2004年からシェルター運営補助金38万円を交付(2007年4月50万円に増額)

(4) その他

- ・DV被害者支援資金作り目的のリサイクルショップ運営団体への支援

センターを含む複合施設「え〜るピア久留米」内の空きスペースを、運営するリサイクルショップの売上金を被害者支援団体に資金提供する民間団体に無償貸与。2004年4月オープン

※当リサイクルショップの運営により、支援資金の提供の他に、利用者及び品物の提供者の中にDV被害者支援への参加意識が生まれる、配偶者からの追及の危険性が去ったサバイバーが販売ボランティアをする中で、社会とのつながりを回復するという成果も生まれている

久留米市DV対策における成果

- (1) 現場の最前線で活動する民間支援団体は、被害者にとって必要な支援内容をもっとも把握しやすい立場にあり、また、利用可能な支援策を実際に活用しながらさらに発展させていく役割を担っています。そのような民間支援団体と、センター相談室、行政のDV担当窓口が支援の現場で連携を組み合わせながら、現場で見えてくる問題や課題を、男女平等政策室に持ち上げ、そこで市役所内の関係窓口と協議・検討する場に民間団体も参加するシステムが構築されることで、現場の課題が行政の支援策として反映され、支援策が現場にフィードバックされていく回路が定着しつつあります。

(2) 市役所内の関係機関・窓口において、安全への配慮と支援のあり方の研究が進みつつあり、安全迅速に利用できる支援が増えつつあります。

(3) 官・民の支援システムの構築と機能の充実

必要な支援手続きに際して、担当者個人の裁量ではなく、機関としての対応が可能になってきており、スムーズに手続きが行われています。

支援システムとワンストップ化のためのDV被害者相談共通シート (以下「相談共通シート」と略す。)を活用したワンストップサービスの展開

久留米市の行政においては、2006年4月からDV被害者へのワンストップサービスが始動しました。

この制度は、被害者が、例えば国民健康証の交付申請をする、保育所の入所の相談をする、転校の相談をするなど行政サービスを求めて市役所の関係部署の窓口をあちこち尋ねる間に、探し回る配偶者やその家族と遭遇するのを避けることと、速やかな対応を行って被害者の負担を少しでも軽くすることを目的に、安全確保と迅速処理をめざして発足しました。

その際に、同じ内容を幾度も説明する負担の軽減と事務処理の迅速化を図るツールとして相談共通シートが考案されました。

民間支援団体が日頃使用していた相談受付シートを参考に、センターのワーキンググループで検討・整理しなおし、2005年の庁内相談ネットワーク会議に提案しました。庁内相談ネットワーク会議では、それぞれの部署独自の項目は盛り込まずに、必ず聴き取る共通する項目に絞る方向で検討を加え、シンプルながら別紙のようなシートを作り上げました。

その後、このシートは市役所内で公的な申請を行うときのDV相談の実績証明としても使われるようになりつつあり、さらに事務処理の簡素化が図られています。

ワンストップサービスの具体的な流れは、相談共通シートをセンター相談室や家庭子ども相談課が相談を受けている被害者について、具体的な行政サービスが必要になった場合に作成します。その場合必ず本人に説明して作成しますが、最終的には本人の申請という形式を取っています。被害者がこれを持っていくつかあるサービスの窓口の一箇所を尋ねれば、そこに他の窓口や関係する部署の担当者が出向いて相談を受け、速やかに手続きを行うようになっていきます。1つの窓口での手続きが終わったなら、次のサービスの担当者にバトンタッチしていくので、被害者が市役所の中でウロウロする必要はなく、安全に必要な支援策にたどり着きます。心理的にも物理的にも負担が軽くてすみます。また、もし、市役所内に足を踏み入れることが危険と判断される場合は、市役所の外に相談場所を設定します。その場合の場所の設定役は、相談を受けた部署が独自に行っても良いのですが、これまでは専ら男女平等政策室が担ってきました。

また、当然ながらセンター相談室にも家庭子ども相談課にも相談したことがない被害者が、関係窓口で直接サービスを求めることがあります。その場合、サービスを求められた窓口はセンター相談室か、家庭子ども相談課のどちらかにフィードバックします。相談者にとっては少し時間と手間がかかりますが、DV相談を専門に受ける部署がきちんと聴き取った内容に基づいて相談共通シートを作成することで、当事者に必要なサービスは開始されます。

このように、ワンストップサービスを有効に行うためには、その前提としてDV被害者支援をこの方法によって実施するという関係機関相互の意志確認が重要です。役所は、「申請主義だから個人が窓口まで行くのが当然」と考えるところが多く、窓口まで行かなければサービスを受けられないのが実態です。けれども、避難する前も後も、DV被害者にとって安全確保は絶対要件です。また、これまでの生活の場から離れてきている場合は、なおさら行政対応の迅速処理が必要です。

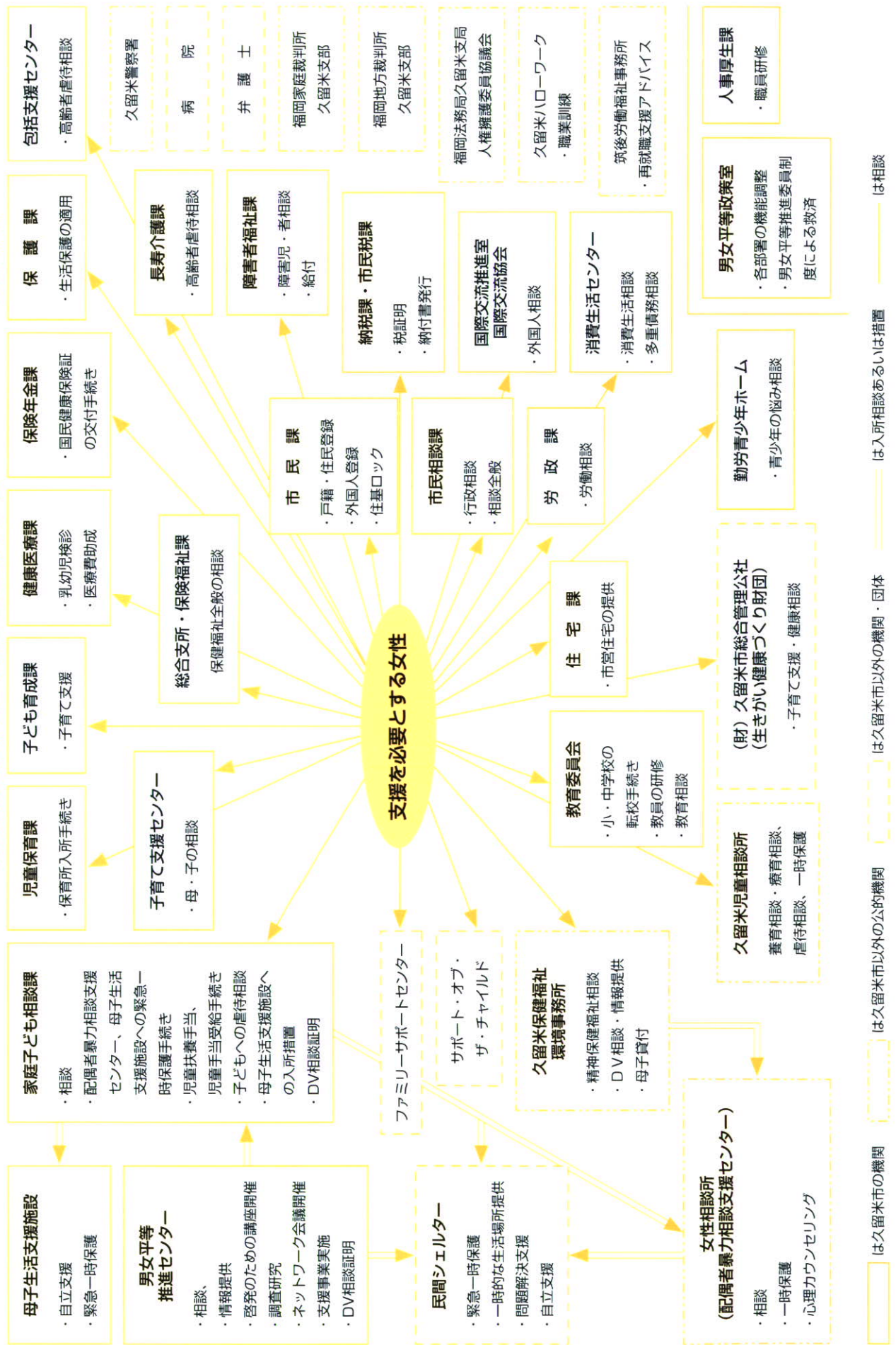
よく、担当者が出向くことに抵抗を示す自治体の話を耳にしますが、どうしてもその姿勢を変えられないなら、

せめてどこに行っても同じことを話さなければならないという負担だけでも取り除いてほしいと思います。DV被害者はいろいろな苦痛な体験をしてきています。必要なこととはいえ、何が起こったのか、どう対応したのかなど、自分の尊厳を傷つけられた経験を幾度も聞かれ、幾度も同じ話をしなければならないのは、さらに苦痛なものでしょう。費用がかかることはありません。要は、行政内の共通認識を獲得する意思と手続きの問題です。幾度も他人に自分をさらして話をする負担が、相談共通シート1枚で軽減されるのですから、それぞれの自治体での研究と活用が望まれます。

最後に、DV被害者への支援については、安全な情報管理の徹底など課題山積です。国の法律や制度の改正を待たなければ解決できないこともたくさんあります。厳しい状況は多々ありますが、久留米市で相談業務を担う一人として、これからも、DV被害者の意思と自己決定を尊重し、できることは何かを考えながら、支援に努めたいと思っています。

久留米市におけるDV被害者支援システム

2007.11.1



ワンストップ化のためのDV被害者相談共通シート

※必要事項のみ記入

番号	受付 年 月 日 / 初回受付部署		受付者		
相談者	氏名		生年月日		
			年 月 日 (歳)		
	住民票所在地	(連絡先)			
	居所	(連絡先)			
	勤務先 / 学校	(連絡先)		職種 / 学年	
家族構成	続柄	氏名	生年月日	勤務先・学校	備考
	相手		年 月 日 (歳)	(職種)	
			年 月 日 (歳)		
			年 月 日 (歳)		
			年 月 日 (歳)		
			年 月 日 (歳)		
これまでの相談機関	警察署・家庭子ども相談課・市民相談課・男女平等推進センター・県保健福祉環境事務所 その他 ()				
相談概要			家族関係図		
以上の事情により、私は久留米市民として住民登録はできませんが、久留米市内で 住居を定めて生活していますので、支援をお願いします。 氏名 _____ 印 _____			◎ ——— □		
証明欄	上記のとおり、相談を受けたことを証明します。 年 月 日 所属長・印 _____ (担当)				
相談ニーズ			対応(詳細は別紙)		
<input type="checkbox"/> 母子生活支援施設入所 <input type="checkbox"/> 緊急一時保護 <input type="checkbox"/> 市営住宅申込 <input type="checkbox"/> 国保加入 <input type="checkbox"/> 転・就園 <input type="checkbox"/> 保育料 <input type="checkbox"/> 就園奨励金申請 <input type="checkbox"/> 所得証明 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本発行 <input type="checkbox"/> 住民票発行 <input type="checkbox"/> 外国人登録 <input type="checkbox"/> 転校・就学 <input type="checkbox"/> 校費免除 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳発行 <input type="checkbox"/> 乳幼児医療証発行 <input type="checkbox"/> 母子医療証発行 <input type="checkbox"/> 予防接種 <input type="checkbox"/> 老人福祉施設入所 <input type="checkbox"/> 障害者福祉制度利用 <input type="checkbox"/> 生活保護申請 <input type="checkbox"/> 出生証明 <input type="checkbox"/> 婚姻・離婚届の不受理届 <input type="checkbox"/> 印鑑登録 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳の閲覧、住民票等交付制限申請 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> その他()			家庭子ども相談課 月 日受付(担当) 市民課 月 日受付(担当) 児童保育課 月 日受付(担当) 保険年金課 月 日受付(担当) 健康医療課 月 日受付(担当) 学務課 月 日受付(担当) 住宅課 月 日受付(担当) 保護課 月 日受付(担当) 月 日受付(担当) 月 日受付(担当)		
※このシートは、最後は家庭子ども相談課または男女平等推進センターで保管します。					

第6章

被害者への 心理療法・介入プログラム

DV被害者の支援に関するガイドライン作成に関する研究



1. DV被害者への支援における留意点

はじめに

DV被害者は、落ち込んだり、不安を感じたり、怒ったり、恨んだり、いろいろな気持ちを体験しています。しかも、そうした気持ちが非常に強いために、感情が動揺することが多く、支援者がその感情に巻き込まれてしまうこともあります。助けてほしいという気持ちが強く支援者に頼り切っているかと思うと、支援者がさりげない気持ちで言った言葉に反応して激怒するなど、感情がひどく不安定になって、安定した関係を保ちにくくなることも稀ではありません。

DVのストレスが体調の変化として現れることも多く、それが精神的なストレスによるものだと被害者が気づいていないこともよくあります。被害者は、つらい気持ちが強くなって、自分を傷つけたり、アルコールや薬物に依存したり、無茶食いをしたり、浪費をしたりといった、いわゆる問題行動が現れてくることが少なくありません。

そのようなとき、支援者は、被害者の性格に問題があるのではないかと考えてしまいがちです。しかし、被害にあった人は、こうした行動を意図的にしているわけではなく、つらい気持ちを少しでも軽くしたいと考え、それがうまくいかないために混乱して、そのような態度をとるようになっていくのです。ですから、そのようなときには、性格だと性急に決めつけず、被害者の心の内面に目を向け、その人がどのような気持ちでいて、どのようなことを考えているのかを一緒に考えていくようにしてください。

被害者の心に目を向ける

被害者の心の内面に目を向けるためにまず必要なことは、被害者の話にじっくりと耳を傾けることです。話がよくわからないときには、わかりにくい点を具体的に挙げて、少し詳しく説明してもらっても良いでしょう。また、早急に対策が必要なことは具体的に相談する必要がありますが、押しつけにならないように、被害者の気持ちを尊重しながら行うようにします。

被害者は、それまでの体験から、相手が本当には信頼できないのではないかと懐疑的になりやすく、配偶者と同じように支援者も自分を裏切ったり、暴力的になったりするのではないかと考えて、怯えています。そのようなときには、まずじっくりと被害者の話に耳を傾けることで、被害者は、支援者が自分の立場に立って相談に乗ってもらえるという安心感を持つことができるようになります。

しかし、そのようなにしても、被害者の不安や怯えが強い場合には、支援者を信頼しることができず、あるときには理想化して完全に頼り切っていたかと思うと、逆に支援者を激しく攻撃すると行ったことを繰り返すこともあります。

そのような場合、支援者はつい、腫れ物に触るように被害者に接してしまうようになりがちですが、それでは、被害者は本当に自分のことを考えてもらえていると感じることができません。孤独感を強く感じ、支援者に対する不信感を強めることにもなりかねません。また、支援者は、被害者が依存的になると、自分が助けなくてはいけないという気持ちになって、何でも自分の手で処理しようとしがちになります。それでは、被害者は自分の力で問題を処理しようとする気持ちを持てなくなり、ますます自信をなくすことになっていきます。

ですから、頼り切られているときには少しずつ被害者自身が自分で考え判断できるように手助けすることが必要です。また、攻撃的になっている場合には、何を不満に思っているのかについて具体的に話し合うようにする必

要があります。支援者もまた、1人で頑張りすぎずに周囲の助けを求めることも必要ですが、その場合にはプライバシーを十分に尊重して、被害者と相談しながら支援のネットワークを広げていくようにします。その場合も、被害者の力を信じて、被害者が自分で問題に気づき、自分が持っている力を生かすことができる環境を作り出すことが大事です。

何を考えているかに注目する

私たちが、問題に気づき解決する力を発揮できるようにするためには、現実目を見るのが大切になります。そのときに、私たちは現実を現実のままに見ているわけではなく、自分のフィルターを通して現実を解釈している部分があるということ認識しておくことが大事です。これは誰でもそうなのですが、DVの被害者の場合には、つらい体験が記憶として残っているだけにそのつらい気持ちに引きずられる形で、現実を判断してしまいがちになります。支援者の、ちょっとした仕草から、「自分のことを本当には思ってくれていないんだ」と悲しくなったり、「私のしたことに対して怒っているんじゃないだろうか」と不安になったりします。また、そう考えて引きこもってしまうと、自分の考えが現実とそったものかどうか判断する機会を失ってしまうことにもなります。考えが、悲しみや不安という感情を生み、引きこもりという行動を引き出して、自分の考えにしばられるようになり、問題がますます大きく感じられることになるという悪循環が生まれてくるのです。

怒りも同じです。相手の行動から自分なりの推理をして、「もっと自分のことを考えてくれてもいいのに」と不満を感じると、腹立たしくなります。それが現実かどうか分からないままに相手に怒りをぶつけてしまうと、人間関係がギクシャクしてきます。周囲の人の助けが必要なときに、引きこもったり怒りをぶつけたりする結果、本当に必要な助けが得られなくなってしまうのです。

こうしたときには、精神疾患に対する効果が実証されている認知行動療法の手法を活用して、そのとき頭に浮かんでいる考えに目を向けるようにします。

一般に、うつときには喪失感に関連した考え、不安ときには危険に関連した考え、怒りには不満や不当だという考えが浮かんでいます。その考えが、どれだけ現実とそったものであるかどうかを、被害者と支援者が一緒に考えていくことで、適応的でない自動思考や行動を修正し、問題に対処していける心の状態を作り出すようにします。

もちろん、まだDVを受けているときや、逃げ出して間がないときには、現実目を見るのがつらく、かえって心の傷を深めてしまう可能性があります。そのようなときには無理強いをしないで、つらい気持ちに寄り添いながら、被害者の話に耳を傾けるようにします。被害者が、「私が悪いんです。ダメな人間だから・・・」と言ったときに、「そんなことはないでしょう」とすぐに否定せず、まずその気持ちに共感しながら、どの点が良くないと考えているのかを具体的にゆっくりと考えていくようにします。

そのようなときに、支援者は「なぜそう思うんですか」と聞きたくくなります。しかし、「なぜ」「どうして」という言葉は、相手から責められているように感じられることがあります。自分でもどうしてそのように考えるのか、その理由がわかっていないことが多く、そのようなときに理由を問いただされると、わかっていない自分が責められているように感じるからです。子どもの頃、「あなたはなぜそんなことをするの」と親から叱られたときの体験を、思い出すからかもしれません。

あくまでも被害者の気持ちに添いながら、焦らずゆっくりと問題に目を向けていくことが大事です。

現実に入っていく

問題に目を向け問題に対処していくためには、現実の生活のリズムを立て直すことも大事になります。最初はまず休養することが大切ですが、心身のエネルギーが回復してきたら、少しずつ実生活の中で可能なことをして

いくようにします。

何もしないでいると、かえって自信をなくしますし、前向きの気力もわいてきません。日程表などを作って、焦らずしかし着実に生活のリズムを整えていくように手助けします。そのときに可能な範囲で、運動や趣味など、いくらかでも楽しめる可能性のある予定を入れるようにすると良いでしょう。

もう少しエネルギーが出てくれば、問題を具体的に解決していくように手助けをします。被害者は、「どうして自分だけがこんな目に遭うのだろう」と考え、「もうダメだ」とあきらめたり、逆に「一気に解決しないと」と焦ったりしています。そのようなときには、問題は対処可能だということを伝えて、ひとつひとつ具体的な問題に取り組んでいくように勧めます。ここでも被害者と支援者が力を合わせる事が大事で、そこで、できるだけ多くの解決策を考え、実効性のある方法を試していってもらうようにします。

おわりに

被害者は、つらさのあまり、何もかも放り出してしまいたいと考えがちになります。死んでしまいたいと考えることも稀ではありません。そのようなときには、被害者が亡くなると、自分を含めて悲しみ苦しむ人がいるということを伝えるようにします。そして、あきらめてしまうと現実に何も起こらなくなるので決してあきらめないようにしてほしいということ、そのために支援者が一緒にいて手助けをするつもりであることを伝え、命を粗末にしないこと、死にたくなったらすぐに連絡をすることを約束してもらいます。

寄り添ってもらえる人がいると感じられることは、被害者の大きな力になります。

2. 被害女性への心理療法

これまでの内外の先行研究によれば、DVは被害者に身体的・精神的に深刻な影響を及ぼしています。特に繰り返し暴力を受けてきた被害女性は、心的外傷後ストレス障害（Posttraumatic stress disorder: PTSD）や抑うつ症状を有することが多いため、健康を回復するためのケア介入技法はいくつかあります。欧米では、クバニイ Kubany ら（2004）、やティツウティ Tutty（1993）らにより、PTSD症状を有したDV被害女性への認知行動療法的アプローチを適用した心理療法及びグループ療法の有効性について報告がなされています。各DV被害者支援施設では、その部分的試行を含めそれらのプログラムが実践されています。ここでは、既にDV支援機関で実施されており、安全でかつ現場の支援者が実施でき有効性の高い心理療法について記述します。

1) 被害女性への心理療法—認知行動療法的アプローチを用いて

まずは、被害者が安全で安心できる場所を確保することが重要です。また可能であれば、加害者との関係は断たれていることが望ましいです。具体的な介入標的は、PTSD及び抑うつ症状とし、同時にDV被害女性の「自責感」や「低い自己効力感」などの認知へ働きかけることとします。はじめに、DV及び精神健康についての心理教育を導入していきます。

心理教育を個人精神療法の中で丁寧に扱うことは、個人の抱えているPTSD、不安や抑うつ症状において有効であるといわれています。被害者はしばしば、これらの精神症状のために被害前の自分と被害後の自分がまったく別の人間ようになってしまい、自分は、どこかおかしくなってしまったのではないだろうか悩んでいることが少なくないからです。

葛藤場面においても相手を尊重しながら自分の意見を述べるができるように自己主張訓練（アサーティブスキルトレーニング）を教示していきます。また筋弛緩法などのリラクゼーション（6章：介入プログラム 表8を参照）及び、マインドフルネス・スキルトレーニング（今、ここでの自分の身体感覚と感情に気づくトレーニング）（<http://www.abct.org> 参照）も教示していくといいでしょう。これまで理不尽な暴力を受けても何も感じないようにしてきた被害者は、感情や身体感覚が鈍麻していることが少なくありません。PTSD症状の回避、麻痺の症状を軽減するには、リラクゼーションやマインドフルネス・スキルトレーニングなどの身体感覚を取り戻す訓練を実施することで、自身の感情に対して、今どんな気持ちであるかを言語化できるようになり、身体感覚も豊かになり、PTSDや抑うつ、不安症状が軽減していきます。

認知行動療法的アプローチを用いたDV被害女性への個人心理療法プログラム

（全5セッション、週1回、1セッション50分）

セッション1：DV及び精神健康（うつ病、不安障害：PTSD、パニック障害など）についての心理教育

セッション2：「自責感」や「低い自己効力感」等のDV被害女性の認知に対する働きかけ—アサーティブスキルトレーニング

セッション4：筋弛緩法などのリラクゼーションの教示及び自分の感情や感覚に気づくためのマインドフルネス・スキルトレーニングの教示

セッション5：これまでの振り返りと今後について（プログラムについての不明な点や疑問点について話し合う）

2. グループ療法

DV被害女性のグループ療法は、わが国においてもいくつかの支援機関で独自のプログラムが実施されています。グループ療法の導入は、不安をもたらす孤立感への対応、DV被害の客観化、自分の気持ちを言語化することをうながすことを目的とします。しばしば被害者は、子どもと安定した生活を望んで加害者から避難してきたものの、加害者である夫を捨てていいのか、自分がいなくなったら暮らしていけないのではないかと、また子どもを父親のいない子にして良いのだろうか思い悩み、再び加害者の元に戻ろうかと考えてしまうことがあります。またDV被害者の失ったものは、衣服や家電製品などの日用品だけではありません。被害者にとって最もつらい喪失体験としては、それまでに築いてきた仕事を通しての社会的地位や、友人・知人及び親兄弟に至るまで全ての交流を断ち切って跡形もなく消え去らなくてはならないことです。この苦痛な喪失体験が被害者の孤立感を導き、加害者の元に戻らせてしまう理由といえます。グループ療法では、被害者は自分の被害体験を語ることによってDV被害に飲み込まれることなく距離をもって語れるようになります。また他のグループ参加者の体験を聞くことによって、「DV被害を受けて苦しんでいたのは、自分ひとりではない」と勇気づけられる被害者は、少なくありません。

ここでは、民間シェルターで実施し、その有用性が得られた、社会への自立をめざしたグループ療法のプログラムを紹介します。

本プログラムは、短期プログラムと長期プログラムからなります。長期プログラムへの参加は、短期プログラム修了を必須とします。短期プログラムは、週1回120分のグループ療法です。プログラムは全6セッションとし、トラウマに関する心理教育、適切な怒りの感情表出を獲得するためのスキルトレーニングである怒りのコントロールスキルトレーニング、アサーションスキルトレーニングの3つの治療モードから構成されています。一方、長期プログラムは月1回120分のグループ療法とし、スキルの振り返りなどを実施します。以下がそのプログラムの詳細です。

短期プログラム

セッション1：導入・心理教育

自己紹介：ファシリテーターを含め全体のメンバーがする。

心理教育：DV被害が身体と精神に及ぼす影響についてなどを以下の項目にそって具体的に説明し、またその対処法も伝える。

- 加害者を思い出させるようなものや人や場所などのために身体的な不調がおこる、怖くて遠回りをしてでも避けようとしたりする。
- いらいらしたり、爆発的に怒ったりする。
- ちょっとしたことでびくっとする。
- 人が信用できない。
- 呼吸法について教示する。
- 解離（感覚が切り離されてしまうこと、症状としては強いフラッシュバックが起こったり、現実感覚がなくなったりするなど）が起こりそうになったときの対処の仕方（冷たいタオルをあてる、ストレッチなども役に立つ、周囲の人は本人の視線をとらえて働きかけることが必要など）を伝える。

通常の生活ができないほどの不具合が長期（1ヶ月以上）に続いた場合は専門医にみせるなどを説明する。

トレーニングの内容、なぜこうしたトレーニングをするのか、その意味と効果について説明する。

グループの枠組み、すなわちグループとしてのルールを伝え、説明する。

ルールは以下の通りである。

1. 6回全部参加が原則とする。

2. どうしても参加ができないときには連絡すること。
欠席のときにはこちらから電話で内容を連絡する。
3. 時間を厳守することを伝える。
4. セッション内での話は外でしないことを説明する。
5. 質問や意見などこのセッションで解決すべきことは、セッション内で実施する。
6. お互いの発言を批判、非難しない。

毎回そのセッションで取り上げたスキルを実生活に生かすことが課題として出され、次のセッションで検討していくことを伝える。

アイスブレイクの実施：メンバーがうちとけあうためのもので、誰でも参加できるゲームなどをする。

課題：通常の生活の中でかっとなったこと、そのときの自分の行動を記録する。

感想、質問、ティータイム＝毎回実施する。

セッション2：怒りの感情について

ディスカッション：「怒りのメリット、デメリット」について検討する。

- メリット＝メンタルヘルスのバランスを保つために必要なこと等を説明する。
- デメリット＝人間関係がスムーズにいかなくなる等を説明する。

怒りをうまく表現するために以下のような工夫が必要であると教示する。

- 怒りの対処法として 1) 感情を言葉で説明する。 2) すぐに反応せず一呼吸おく。 3) クールダウン＝その場をはずす、水を飲む、風にあたる、一服する等の例を提示する。 がある。

課題：今日のセッションの中から使える方法を試してみる。結果をメモする。

次回の予告：怒りの表現方法についてであると伝える。

セッション3：怒りの感情表出について

怒りの表出方法－3パターン

- 直接表現＝ばかやろう、だまってるなど
- 直接報告＝私は怒っている、私は困っているなど
- 間接表現＝あんたのせいで怒っている

表現と報告のちがいは報告は自分をクールダウンして伝えている。

直接表現は怒りをそのままぶつけているので、衝突を生み出す。

間接表現は直接表現より相手を責めており、自分を表現していない。

直接報告は冷静になる。相手の配慮も生み出す効果がある。

怒りのランク付けのワークを実施する。自己チェック、結果をシェアする。

怒りの表出の4段階

- 準備＝深呼吸、そしてリラックスをする。
- 直面化＝問題に向き合う、何をなぜ怒っているのか、解決に向かっての見とおしを持つ、合理的にどうするかを考える。
- 対処＝クールダウン、相手を攻撃せず、皮肉を言わず対応する。
- 成功＝解決できたことを自分にフィードバックし、次への強化をはかる。

段階を踏むことで自分も相手も冷静になり、配慮を促すことも可能になることを教示する。

課題：自己表現、自己主張をするときにはどんな配慮や工夫をしているかを記録する。

次回の予告：アサーティブトレーニングに入ることを伝える。

セッション4：怒りのコントロールとアサーションスキルトレーニング

- 怒りは率直に報告する。
- 怒りは冷静に伝える。

アサーション自己チェックを実施する。

アサーティブとは相互尊重の上で自己主張することである。つまり自己を押し通すことではなく、相手の意見も聞きながら自分の意見も述べること。

例えば、ドラえもんを例にとると

- のび太＝自己主張できない、文句ばかり言ってぼやいている存在。
- ジャイアン＝攻撃的、心からの友人がいない、ストレスがある。
- しずかちゃん＝相手の意見も聞きながら自分の意見も主張する。

しずかちゃんはアサーティブな存在である。

自己チェックの説明の後、自分のグラフを見直す。感想をシェアする。

アサーティブにおける問題解決方法DESCの説明をする。

- D=Describe：今の問題を具体的に描写する。
- E=Explain：どんな気持ちか説明する、Empathize：相手の気持ちに共感する。
- S=Specify：具体的なアイデアについて提案をする。
- C=Choose：相手も自分も選択し、提示する。

実際の事例をいくつか挙げてみてDESCに当てはめてみる。

課題：実生活の中でDESCを使ってみる。

次回の予告：アサーティブを使ったロールプレイを実施することを伝える。

セッション5：アサーションスキルトレーニング－DESC

今回はDESCを使ってみるという方法であるためフィードバックを丁寧に実施する。うまくいかなかったところに対し、参考となるように質問やヒントを提示する。DESCを使ったロールプレイを試みる。

例題として「友人にベビーシッターを頼まれるが忙しい、友人も忙しいし、また自分もその友人にベビーシッターを頼むことがある。」この場合、どうやってアサーティブに自分と相手の納得できる解決を見出したら良いか」などを体験してみる。

感想をシェアし、ディスカッションする。

- 共感できない場合はうまくいかない。
- 提案、共感は有効に働く。
- うまく行かない相手もある。そんな時には第三者を入れる、ワンクッションおくことでのりきる。

課題：怒りのコントロールを使ってみて生かした体験を記録する。

さらにアサーティブのDESCを使ってみた体験を記録する。

次回の予告：最終回。このプログラムのまとめ。

セッション6：まとめ

課題の発表は、今回は特に二つの課題を体験してみることで未消化な部分が見出せたり、気づかなかった自分の問題が見えてくるなどの感想が出る。ファシリテーターからは各々の体験について短い感想を伝える。それはこれらの方法がうまくいくためのヒントや提案やアドバイスなどの内容である。

怒りのコントロールとアサーティブについて実生活に役立てられそうな点、逆に実際に生活の中で生かしていくのが難しいと思われた点などについてディスカッションをする。以下の内容である。

- 怒りのコントロールは子どもへの対応に役だった。
- アサーティブスキルトレーニングはまだ課題を残している、共感の部分が難しい。
- 相手に対して怒っていると共感ができない。
- 共感ができないと提案ができない。

まとめとして

- 怒りのコントロールとアサーティブが組み合わせて使えるとさらに役立つのではと伝える。
- 意識的に今回のトレーニングを使ってみる。
- アサーティブが通用しない相手もいる。その時には工夫が必要になる。

(第三者や公的な資源を利用する、引くことも大切なこともあり)

などを伝える。

今後希望者には月一度、グループが継続されることを説明して終了する。

長期プログラム

長期プログラムでは、特に話し合うテーマを設けません。テーマは毎回参加者が決定します。短期プログラムの内容の振り返りや実践についての検討のほか、各人の現在の状況やまた病院や学校、福祉サービスなどの情報交換なども行われます。グループには、主セラピストと副セラピストを配置しますが、オブザーバーとして参加します。このプログラムは、被害者が社会への自立に向けた生活を再構築する際の支えとして機能します。参加については、任意とします。

参考文献

- Baer, J. . How to be assertive (Not Aggressive) Women in Life, in love, and on the Job: A total guide to self-assertiveness. New York; New American Library. (1976)
- Kubany E.S., Hill, E.E., Owens, J.A., Iannce-Spencer, C., McCaig, M.A., Tremayne K.J. & Williams, P.L. Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD (CTT-BW) . Journal of Consulting and Clinical Psychology (2004) 72:3-18.
- Hayes, S.C., Follette, V. M., & Linehan M.M. (2004) . Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition. New York: Guilford Press.
- Hyer, L., Davis, H., Albrecht W., Bowdewyns, P., & Woods, G. Cluster analysis of MCMI and MCMI-II on chronic PTSD victims.. J Clin Psychol. Jul; (1994) 50 (4) :502-515.
- Hyer, L., Braswell, L., Albrecht, B., Boyd, S., Bowdewyns, P., & Talbert, S. Relationship of NEO-PI to personality styles and severity of trauma in chronic PTSD victims;J Clin Psychol: Sep; (1994) 50 (5) : 699 -707.
- Tutty, L.M., Bidgood, B.A., & Rothery, M. A. Support groups for battered women: Research on their efficacy. Journal of Family Violence, (1993) 8, 325-343

3. 被害女性への心理介入プログラム ～うつと不安障害を中心に～

はじめに

DVは、被害者にさまざまな心理的・精神的な問題をもたらします。特に、気分障害（特にうつ病）、不安障害（特にPTSD）が多いです。しかし、心理的・精神的に悩む人の中で、みずから医療機関を受診する人は少なく、医療機関を受診することをためらっていたり、中には自分の悩みが医学的に治療できることを知らなかったりする人もいます。したがって、こういった心のケアが必要な人に対して、適切に専門機関に紹介する方法や、専門機関につながるまでの危機的状況に対応する方法を身につけることは、DV被害者の支援において大変重要です。ここでは、心のケアへの初期対応（メンタルヘルス・ファーストエイド）について解説します。¹

心の問題への初期対応（ファースト・エイド）

心のケアの初期対応は、5段階のステップに分けて考えましょう。

表1. 心のケアの5ステップ²

- | |
|---|
| <p>ステップ1. 自傷・他害のリスクをチェックしましょう</p> <p>ステップ2. 批判・判断せずに話を聞きましょう</p> <p>ステップ3. 安心と情報を与えましょう</p> <p>ステップ4. 適切な専門家のもとへ行くように伝えましょう</p> <p>ステップ5. 自分で対応できる対処法（セルフ・ヘルプ）を勧めましょう</p> |
|---|

この5段階にそって、うつ病と不安障害にわけて解説します。

1 この方法は、オーストラリアで開発されたMental Health First Aid (MHFA) というプログラムを参考にしています。土地が広くて医療機関へのアクセスが遠いオーストラリアでは、市民が医学的なFirst Aid（応急処置）を身につけるといふ発想が普及しており、メンタル・ヘルスにも拡充されつつあります。現時点では警察官、教師、保健師など、医療・福祉・教育に携わる職種の人が主たる対象となっています。香港、シンガポール、カナダ、スコットランドにも広がっています。日本でも、文部科学省の科学研究補助金で開発が始まりました。参考文献：平成19年文部科学研究費補助金（基盤研究（C））「精神科的早期介入と偏見除去のための臨床研修医への短期教育法の効果に関する介入研究」報告書「こころの救急マニュアル（メンタルヘルス・ファーストエイド）」

2 原版のMHFAでは、頭文字をとってALGEE“アルジー”と覚えるよう推奨されています（Assess Risk of Suicide or Harm：Listen non-judgmentally：Give Reassurance and Information：Encourage Person to Get Appropriate Professional Help：Encourage Self-help Strategies）。

うつ病への初期対応（ファースト・エイド）

STEP1：自傷・他害のリスクをチェックしましょう

うつ病は重症になると、自殺の危険を伴います。次の2つの場合、自殺の危険が特に高いと考えられ、早急に対応する必要があります。

- ①自殺の手段や日時について、具体的な計画を立てている
- ②過去に自殺未遂をしたことがある、または、身近な人が自殺をしている

表2のような症状が見られた時は要注意です。

表2. 自殺の危険信号

- ・ 死にたい、もう生きていたくない、この苦しみを終わりにしたい、などと言う
- ・ 身の整理をしたり、持ち物（財産など）を手放し始める
- ・ 外見や行動の急激な変化（急に元気になった場合も危険です）
- ・ （家族などの）将来の計画を話す中に、本人の計画が含まれていない
- ・ 周囲とのコンタクトをとらなくなって自分の殻にひきこもる

自殺の危険が疑われた場合、その意思を本人にはっきりと直接的に尋ねることが勧められます。

「もしかして、死のうと思っていないですか？」

「自殺を考えているのではないですか？」などと尋ねます。

自殺の意思について尋ねたり、自殺の話をするだけで、当事者をかえって自殺に追いやる心配はありません。

自殺の意思について話し合うことは、むしろその人の自殺の危険を減らすと考えられています。

その人が自殺の意思を口にしたとき、むやみに否定したり、叱咤してはいけません。かえってその人を追い込んでしまう危険があります。表3のように対応しましょう。

表3. 自殺の危機にある人への初期対応（ファースト・エイド）

- 1) 自殺の危険が切迫している人に対して、むやみに身体接触してはいけません。
- 2) 一人にさせないこと - 危機的状況が過ぎるまでは必ず誰かがそばにいますようにします。
- 3) 早急に助けを求めましょう：
精神科・神経科・心療内科に行くよう勧めましょう。できれば受診につきそいましょう。
 - ・ 精神保健福祉センター (<http://www.ncnp.go.jp/ikiru-hp/center.htm>)
 - ・ 保健所 (<http://www.phcd.jp/HClis/HClis-top.html>)
 - ・ 日本いのちの電話 (<http://www.find-j.jp/>) などに相談することもできます。きわめて切迫しているときは、救急（119）または警察（110）に電話をします。
- 4) アルコールやドラッグ（不法薬物）を服用しているなら、やめるよう話しましょう。
- 5) 自殺の道具となるような物を遠ざけて、身近に置かないようにしましょう。
- 6) 話せる環境をつくりましょう。良い悪いを言わずに話を聞きましょう。相手の感情を否定せずに対応しましょう。無理にアドバイスをしようとするのが大切です。
- 7) 状況は必ず好転する、と伝えて安心を与えましょう。

自傷・他害の初期対応がすんだら、または、そのおそれが高いと判断されたら、STEP2に進みます。

STEP2：批判・判断せずに話を聞きましょう。

その人の気持ちを批判、批評せずに聞きましょう。うつ病は心の弱さや怠惰からくるものではありません。当人はなんとかしようと必死なのであり、一見、不器用にも見える症状も、うつ病の症状のせいかもしれません。「しっかりしろ」「頑張れ」などといった軽率な励ましは、かえって本人を追いこんでしまうことになりかねません。

STEP3：安心と情報を教えましょう

希望を持ってもらえる手助けをします。次のような内容を伝えます。

- ★ うつ病は医学的な問題であること（“病気”であり、治療可能であること）
- ★ うつ病は珍しくない病気であること
- ★ うつ病は弱さや性格の問題ではないこと
- ★ うつ病には効果的な治療法があること
- ★ 医師やカウンセラーからよい助けが得られること
- ★ うつ病は怠け病ではないこと — うつ病は人のやる気をなくさせる病気なのです
- ★ 少し時間がかかるけれども、適切な治療を受ければ早くきちんと良くなること

STEP4：適切な専門家のもとへ行くように伝えましょう

うつ病の治療に携わる専門家には以下のような人たちがいます。

精神科（神経科や心療内科と標榜している場合もあります）

精神科クリニック（診療所）、総合病院の精神科、精神科専門病院には、いずれも精神科医がいます。ほとんどの人は外来治療で快方に向かいます。入院治療が必要なのは、重症のうつ病か、自傷のおそれが高い場合だけです。

うつ病に似た身体の病気（例：ホルモン異常、がん、など）や、薬の副作用の相談にもものってくれます。精神科医は、じっくりと話を聞いて、気分が楽になる薬を処方してくれるほか、カウンセラーを紹介してくれる場合もあります。

精神科を受診することに抵抗があれば、保健所（健康相談）、職場内の産業医・医務室・健康相談センター、学校内の医務室・保健センター・スクールカウンセラーなどに相談することもできます。

家族や友人には、次のようにお願いします：「特別扱いせず、自然に接してください。過度に励ましすぎず、あせらずゆっくり治すよう伝えます。お見舞いに行く、電話をするなど、さりげなく気にかけていることを伝え、必要なことがあれば相談に乗ることを伝えましょう。また、患者さんが自分ひとりで出来ないことを手伝ってあげてください。」また、支援者自身もそのように対応してください。

STEP5：自分で対応できる対処法（セルフ・ヘルプ）を勧めましょう

うつ病が疑われた時には、できるだけ早く医師にかかることが大切ですが、医師にかかるまでの間、また、医師にかかってからも、補助的に表4のような方法を試してみてもよいでしょう。これらの方法はうつ病に効果がある可能性があります、あくまで医学的治療の補助的なものと考えてください。

表4 うつ病に対するセルフ・ヘルプ

<ul style="list-style-type: none">●うつ病に対する本を読む うつ病に対する有効性が確かめられているカウンセリングを自分で読めるようにした本が出版されています。その一部を紹介します：<ul style="list-style-type: none">●こころが晴れるノート（大野裕著：創元社）●いやな気分よさようなら（DDバーンズ著：野村総一郎訳：星和書店） （以上は、認知行動療法というカウンセリングに基づくセルフガイド本です）●自分でできる対人関係療法（水島広子著：創元社） （対人関係療法というカウンセリングに基づくセルフガイド本です）●アルコールをやめること（アルコールの問題がある人の場合）●運動●マッサージ●なるべく日光を浴びる●リラクゼーション●鍼灸治療●ヨガの呼吸法	など
--	----

不安障害への初期対応（ファースト・エイド）

不安は、身体・心理・行動といったさまざまな症状として現れます。（表5）

表5. 不安の症状

<p>身体症状</p> <p>心血管系：動悸、胸痛、貧脈、紅潮</p> <p>呼吸器系：過呼吸、息切れ感</p> <p>自律神経系：めまい、頭痛、発汗、刺痛、しびれ</p> <p>呼吸器系：窒息感、口渇、嘔気、嘔吐、下痢</p> <p>筋骨格系：筋肉の鈍痛と疼痛（特に頸・肩・腰）、そわそわした落ち着きのなさ、身震い・震え</p> <p>心理症状</p> <p>非現実感、過度の恐怖と心配、気持ちの空回り、考えが真っ白になる、空虚感、集中力と記憶力の減退、決断力の低下、イライラ、あせり、怒りっぽさ、困惑、落ち着かなさ、疲労感、不眠、鮮明な夢</p> <p>行動面の症状</p> <p>ある状況を避ける、ひきこもり、強迫行為、社会的場面を避ける、特定の事物に対する恐怖症</p>
--

STEP1：自傷・他害のリスクをチェックしましょう

不安障害、特にうつ病に合併した不安障害は、自殺の危険性が高いです。自殺の危険が疑われたときは、前述の「自殺の危機にある人への初期対応（ファースト・エイド）」を参照してください。

不安が強い時に「パニック発作」を起こすことがあります。パニック発作とは、自律神経の亢進症状で、動悸、呼吸苦、窒息感、腹痛、手足のしびれ、冷感、めまい、「気が狂いそうな感じ」などが、突然に起こる現象です。表6にその初期対応を示します。