

表3 PCIT群とTAU群の治療開始前ベースラインデータの比較（子どもデータ）

		PCIT group		TAU group		p
		7		17		
		mean	SD	mean	SD	
Children	Age of children	5.6	1.9	4.8	2.0	0.383
	ECBI Intensity scores	146.0	30.8	-	-	
	Problem scores	18.4	9.1	-	-	
CBCL	T scores internalized	67.1	12.9	56.8	13.0	0.114
	T scores externalized	67.3	15.7	57.4	11.9	0.166
	T scores total	61.6	7.7	57.3	11.7	0.418
ADHD-RS	Attention deficit	11.2	6.0	4.5	6.0	0.016*
	Hyperactivity	10.5	7.6	5.1	5.8	0.052
	Total	21.7	11.5	12.9	14.3	0.101
Mogura-zu	Correct answer rate	67.4	26.8	74.1	18.1	0.449

Mann-Whitney's U \* p<0.05

表 4 PCIT 群と TAU 群の治療開始前ベースラインデータの比較 (母親データ)

			PCIT group		TAU group		p	
			n		n			
			7	7	17	17		
			mean	SD	mean	SD		
Mothers	IES-R	Intrusion	15.6	9.7	13.4	6.8	0.576	
		Avoidance	19.9	7.7	17.6	7.2	0.619	
		Hyperarousal	13.9	6.8	11.5	5.5	0.349	
		Total	49.3	21.4	42.5	16.3	0.234	
	GHQ-30	Total	13.9	10.2	-	-		
		BDI-II	Total	27.8	17.0	-	-	
			DES-II	mean %	18.4	13.6	7.5	6.9
Parental Stress	PSI-SF	Parental Distress	32.7	7.7	-	-		
		Parent-Child Dysfunctional Interaction	44.9	6.1	-	-		
		Difficult Child	34.6	6.7	-	-		
		Total	112.1	11.5	-	-		

Mann-Whitney's U \* p<0.05

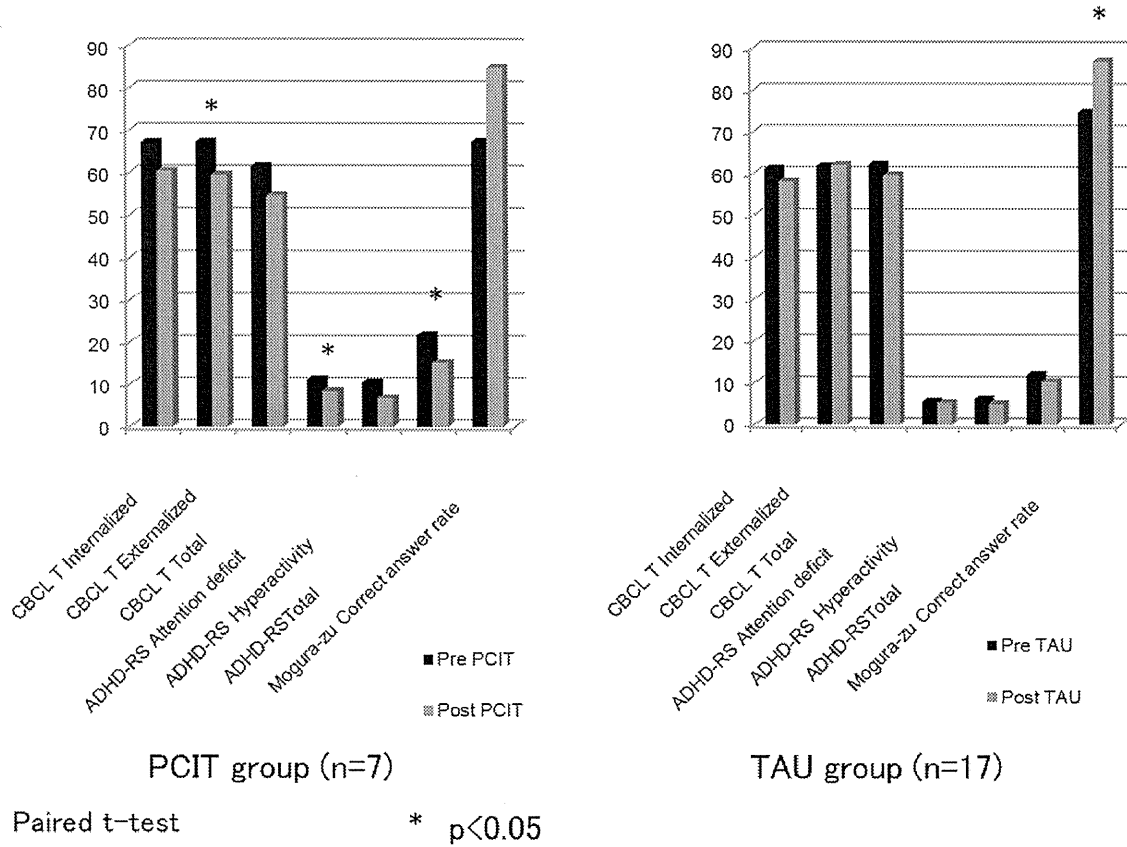


図3 PCIT 群と TAU 群の治療前後の子どもデータ (CBCL, ADHD-RS) の変化

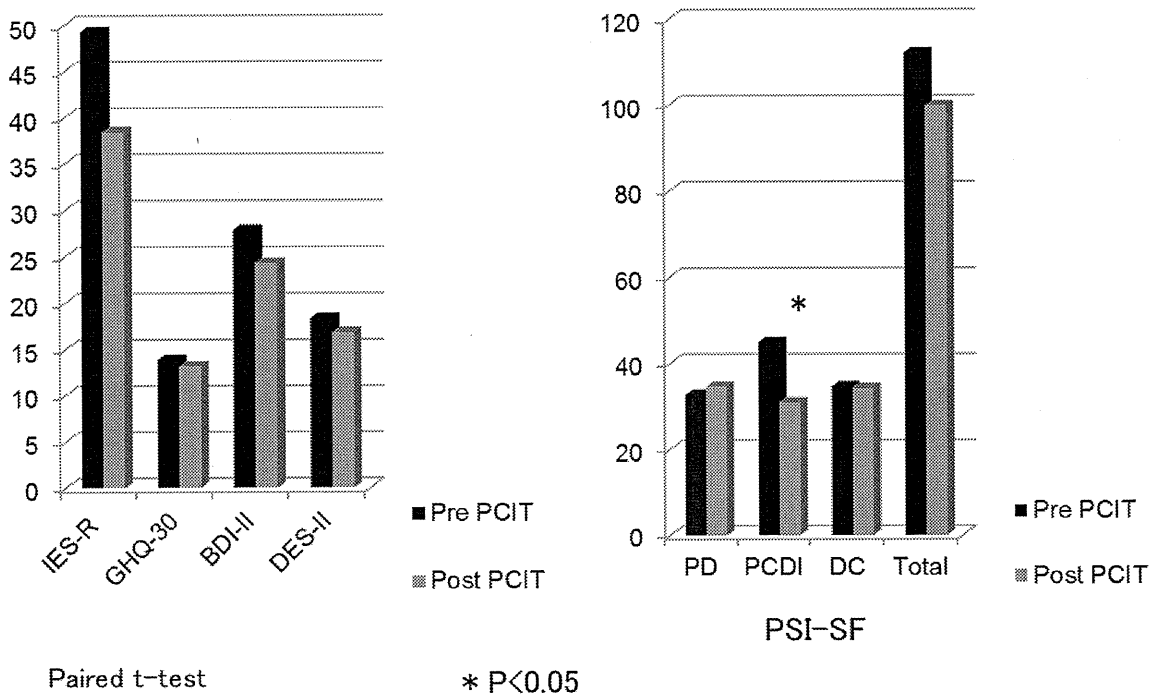


図4 PCIT 群母親の精神健康状態と育児ストレスの治療前後の変化

## 犯罪被害者の急性期心理ケアプログラムの構築に関する研究

分担研究者 中島聡美 1)、加茂登志子 2)、鈴木友理子 1)、金吉晴 1)、  
小西聖子 3)

研究協力者 中澤直子 4)、成澤知美 1)、浅野敬子 5)、深澤舞子 1)

- 1) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
- 2) 東京女子医科大学附属女性生涯健康センター
- 3) 武蔵野大学人間関係学部
- 4) 東京厚生年金病院 産婦人科
- 5) 武蔵野大学大学院人間社会研究科

研究要旨：本研究は犯罪被害者に対し支援者が急性期にどのように心理的側面に配慮したケアを行うべきかについて系統的に専門家の意見を集約し、「犯罪被害者に対する急性期心理社会支援ガイドライン」の開発と有用性の評価を目的とした。本年度は、昨年度に作成したガイドライン（案）をについて、急性期の犯罪被害者の支援経験が豊富である民間犯罪被害者支援団体相談員、警察の犯罪被害者支援室に所属する臨床心理士、精神科医師、臨床心理士等の専門家の他、自助グループに所属する犯罪被害者遺族にガイドラインを利用することが想定される支援者の最終的な意見を求め、内容の洗練を行うとともに、研修教材としてどの部分を利用すべきかについて意見を求めた。ガイドライン開発時の調査協力者 88 名に調査依頼し、72 名からの意見を得た（回収率 81.8%）。その結果、全 11 項目（100%）について研修に取り上げるべきという合意が得られた。

今後は、実際に犯罪被害者に対応する警察官、民間被害者支援機関職員、行政の被害者相談窓口職員、精神科医師や臨床心理士など精神保健専門家、地域保健・医療保健に携わる専門家（他科医師・看護師・保健師など）、弁護士、検察職員とした研修を行って本ガイドラインの有用性についての検証を行い、より支援の現場に即したものに洗練を行っていく予定である。

### A. 研究目的

日本では 2004 年の犯罪被害者等基本法の施行以降、刑事司法をはじめ様々な分野で犯罪被害者の支援が勧められてきた。2010 年にははじめての警察による性被害者の one stop center であるハートフルステーション・あいちと産婦人科医らによる民間の団体である性暴力救援センター・大阪（SACHICO）が設立されるなど、被害後急性期の被害者に司法、医療などを包括的提供する支援がすすめられるようになってきている。

このような急性期において、PTSD の予

防を目的とする単回の心理的デブリーフィングのような精神的問題にのみ焦点を当てた介入は適切でないとされており、トラウマを体験した人の現実的な問題や安心や安全の確保を中心とした介入が推奨されている<sup>5) 1)</sup>。

このような包括的な介入としては、災害やテロなどの大規模の犯罪を対象とした、Psychological First Aid(PFA)<sup>4)</sup>や TENTS ガイドライン<sup>2)</sup>が推奨されているが、個人の犯罪被害者に対するこのようなマニュアルやガイドラインでコンセンサスを得ているものはない。

そこで、我々は、実証的な犯罪被害者に対する急性期の心理社会的介入のガイドラインの開発を行うこととした。しかし、犯罪被害直後の被害者を対象として、無作為化比較試験による介入の有効性を評価するようなことは困難であることから、犯罪被害者の支援の経験が豊富な支援者や精神科・心理専門家、被害者当事者の意見を集約したいわゆるエキスパートコンセンサスによるガイドラインを作成することとした。既に国内外の先行研究とフォーカスグループによって犯罪被害急性期後の支援および心理対応項目を抽出し、更にその内容の適切性について精神保健の専門家、犯罪被害者支援者、および当事者によって評価し、デルフィ法を用いてマニュアル項目内容の洗練と合意形成を行った<sup>3)</sup>。今回、デルフィ法の最終意見集約で得られたコメントから項目の解説部分を補足して最終的なガイドラインを開発することと、本ガイドラインの有用性についての検証を行うため、本ガイドラインが被害者の支援に関わる可能性の高い専門家を対象とした研修において特に扱うべき項目であるかについて、検討することを目的として研究を行った。

## B. 研究方法

### (1) 対象

マニュアル開発時の対象者を本研究の対象者とした。具体的には、犯罪被害者の支援や臨床経験について十分な経験を有している専門家等であり、項目抽出に際し聞き取りを行ったフォーカスグループ参加者に加え、以下の集団から参加者を募った：①全国犯罪被害者支援ネットワーク加盟団体のうち早期援助団体の犯罪被害者支援員および臨床心理士・精神科医師、②犯罪被害者支援に詳しい日本トラウマティック・ストレス学会理事、③武蔵野大学心理臨床センターで犯罪被害者治療の経験豊富な臨床心理士・医師、④都道府県警察の犯罪被害者支援に係る臨床心理士、⑤研究者らがこれまでに関わりをもってきた被害者支援経験の豊富な精神科医師・臨床心理士、精神保健福祉士。これらの対象者約 100 名に文書による研究協力依頼状を送付し、89 名より承諾を得た。本研究では、調査協力を辞退した 1 名を除く 88 名を対象者とした。

### (2) 方法

マニュアル開発時に実施されたデルフィ法の第 3 ラウンドの調査において、平均点が 7 点以上かつ 7 点以上の得点をつけた者が 7 割以上のマニュアル項目について、必要な場合には第 3 ラウンドで得られたコメントをもとに解説部分に修正を加え、「犯罪被害者に対する急性期心理社会支援ガイドライン（案）」としてまとめた。そして、本ガイドライン案について、用語の修正および全体に関する最終的な意見を求めるとともに、今後の犯罪被害者の急性期における支援者向け研修プログラムの開発にあたり、本ガイドラインの項目のなかで、研修において特に取り扱うべき項目について、マニュアル案の項目に従って分類した全 11 項目（Ⅰ．犯罪被害者支援の基本的姿勢、Ⅱ．被害から間もない時期の被害者への接し方、Ⅲ．急性期の支援：1. アセスメント、2. 付き添い支援、3. 情報提供、4. 心理教育、5. 他機関との連携・コーディネート、6. マスメディアへの対応、7. 生活や家族への支援、Ⅳ．支援者に対するケア・サポート、1. 支援者全般に対するケア・サポート、2. サバイバーである支援者に対するケア・サポート）を対象に、1 点（研修の必要はない）、2 点（どちらかというとな研修の必要はない）、3 点（どちらともいえない）、4 点（研修に取り入れることが望ましい）、5 点（研修は必須である）の 5 段階のリッカートスケールで回答を求めた。なお、研修の主な対象者は、犯罪被害者に対応する警察官、民間被害者支援機関職員、行政の被害者相談窓口職員、精神科医師や臨床心理士など精神保健専門家、地域保健・医療保健に携わる専門家（他科医師・看護師・保健師など）、弁護士、検察職員とし、3 時間程度で実施するプログラムを想定して回答を求めた。

### (3) 倫理的配慮

本研究計画は国立精神・神経医療研究センター倫理委員会にて承認された。調査の開始にあたって、研究の趣旨を文書で個別に送付および公告し、書面およびメールで同意を得てから調査を実施した。

## C. 結果

### (1) 対象者の属性

本研究への参加は第3ラウンドへの調査協力依頼した者のうち、調査を辞退した者1名を除く88名に依頼した。そのうち72名（依頼者に対する回収率81.8%）から回答を得た。平均年齢は52.0歳（標準偏差：12.0，レンジ：28-76歳）であり、男性10名（13.9%）、女性62名（86.1%）と女性が8割以上を占めた（表1）。

背景となる専門職種としては、民間支援者団体相談員38人（52.8%）が過半数を超え、以下、臨床心理士23人（31.9%）、精神科医9人（12.5%）の順であった（表2）。

### (2) ガイドライン（案）の修正

ガイドライン（案）に対しての意見を踏まえて、解説の修正、語句の修正を行った。更に、指針（ガイドライン）と具体的な対応（マニュアル）に分け、各指針項目に対応した具体的な対応を配置し、より使用しやすい構成に変更した。更に、非合意項目については、参考として提示した。（附録1）さらに、このガイドラインを支援者が利用しやすいよう e-learning 教材を作成した（附録2）。

### (3) 研修において特に扱うべき項目

各項目の平均点が4点以上で4点以上の回答率が70%以上の項目を合意が得られたものとした。調査を行った全11項目は、平均点が4点以上および4点以上の回答率が70%以上となり、11項目全てについて合意が得られた。

平均点が4.5点以上となったのは、「Ⅰ. 犯罪被害者支援の基本的姿勢」（平均点4.74）、「Ⅱ. 被害から間もない時期の被害者への接し方」（平均点4.64）、「Ⅲ. 4. 心理教育」（平均点4.56）であった。4点以上の回答率が95%以上となったのは、「Ⅰ. 犯罪被害者支援の基本的姿勢」（98.6%）、「Ⅱ. 被害から間もない時期の被害者への接し方」（98.6%）、「Ⅲ. 3. 情報提供」（97.2%）、「Ⅲ. 5. 他機関との連携・コーディネート」（98.6%）、「Ⅳ. 1. 支援者全般に対するケア・サポート」（97.2%）であった（表3）。

## D. 考察

### 1) 研修で扱うべき項目

本研究では、提示した項目の全11項目が合意基準に達していた。特に、平均点が4.5点以上であり、かつ、4点以上の回答率が95%以上となったのは「Ⅰ. 犯罪被害者支援の基本的姿勢」、「Ⅱ. 被害から間もない時期の被害者への接し方」の二項目であり、これらの項目は、職種を越えて、被害者支援に携わる者に対する研修項目として特に扱われるべき項目として評価された。これら二項目を含むすべての項目が合意基準に達しており、合意形成を経てまとめられた「犯罪被害者に対する急性期心理社会支援ガイドライン」の項目が、犯罪被害者に対応する警察官、民間被害者支援機関職員、行政の被害者相談窓口職員、精神科医師や臨床心理士など精神保健専門家、地域保健・医療保健に携わる専門家（他科医師・看護師・保健師など）、弁護士、検察職員に対する研修プログラムとして必要とされることが、被害者支援の経験が豊富な支援者より支持された。本調査は、「犯罪被害者に対する急性期心理社会支援ガイドライン（案）」策定プロセスの合意形成を図った者を対象に行っているため、研修において特に取り扱うべき項目の合意率も高くなる可能性が高く限界はあるものの、わが国において、急性期の被害者支援に関係する多職種によって系統的に合意形成された研修プログラムは皆無であり、経験知に基づいた犯罪被害者の急性期における支援者向け研修プログラムの策定が有効であることが示されたことは意義がある。今後は、「犯罪被害者に対する急性期心理社会支援ガイドライン」に基づいて効果的な教授法に基づく研修プログラムの教材を開発し、研修を実施して研修プログラムの有効性を検証するとともに、研修プログラムの充実を図ることが必要である。

### E. まとめ

本研究では犯罪被害者に対し支援者が急性期にどのように心理的側面に配慮したケアを行うべきかについて専門家の意見をデルフィ法を用いて集約した「犯罪被害者に対する急性期心理社会支援ガイドライン」とその e-learning 資料を開発した。さらに、このガイドラインを利用した研修において特に扱うべき項目についてガイドラインを開発した支援者・専門家に

よって評価を行った。デルフィ法の対象者として、急性期の犯罪被害者の支援経験が豊富である民間犯罪被害者支援団体相談員、警察の犯罪被害者支援室に所属する臨床心理士、精神科医師、臨床心理士等の専門家の他、自助グループに所属する犯罪被害者遺族を取り上げ、マニュアルを利用することが想定される支援者の意見の反映を行った。マニュアル開発時の調査協力者88名に調査依頼し、72名からの意見を得た（回収率81.8%）。その結果、全11項目（100%）の合意が得られた。

この結果に対し、フォーカスグループでの意見およびデルフィ法の際に集められたコメントを含めた解説を補足し、Web上で支援者が閲覧できるマニュアルを作成した。今後は、実際に犯罪被害者に対応する警察官、民間被害者支援機関職員、行政の被害者相談窓口職員、精神科医師や臨床心理士など精神保健専門家、地域保健・医療保健に携わる専門家（他科医師・看護師・保健師など）、弁護士、検察職員とした研修を行って本マニュアルの有用性についての検証を行い、より支援の現場に即したものに洗練を行っていく予定である。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

- 1) 中島聡美：犯罪被害者・長期間の虐待被害者に対する治療マネジメント。精神科治療学(26)増刊号。神経症性障害の治療ガイドライン。319-323, 2011.
- 2) 浅野敬子, 小西聖子, 中島聡美：痴漢被害の援助要請志向に影響を与える要因の検討。武蔵野大学心理臨床センター紀要(11), 1-11, 2011.
- 3) 中島聡美：犯罪被害者支援。飛鳥井望編：最新医学別冊 新しい診断と治療のABC70 心的外傷後ストレス障害(PTSD)。最新医学社, 東京, pp50-59, 2011.

##### 2. 学会発表

- 1) 中島聡美：日本の犯罪被害者支援の軌跡と今後の課題。国際犯罪学会第16回国際大会日本被害者学会シンポジウム, 兵庫, 2011.8.7.
- 2) Nakajima S., Narisawa T., Asano K.,

Suzuki Y., Fukasawa M., Kim Y.: Development of early psychosocial care manual for crime victims. (Poster), International Society for Traumatic Stress Studies 27th Annual Meeting, Baltimore, Maryland USA, 2011. 11. 5.

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

#### <引用文献>

- 1) Australian Centre for Posttraumatic Mental Health: Australian guidelines for the treatment of adult with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder Australian Centre for Posttraumatic Mental Health, Melbourne, 2007.
- 2) Bisson, J. I., B. Tavaokoly, et al.: TENTS guidelines: development of post-disaster psychosocial care guidelines through a Delphi process. Br J Psychiatry 196(1): 69-74
- 3) 中島聡美, 加茂登志子他: 性暴力被害者への急性期心理ケアプログラムの構築に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金障害対策総合研究事業(精神障害分野)大規模災害や犯罪被害等による精神科疾患の実態把握と介入手法の開発に関する研究平成22年度総括・分担研究報告書(研究代表者 金吉晴): 79-96, 2011.
- 4) National Child Traumatic Stress Network, National Center for PTSD. Psychological First Aid: Field Operation Guide, 2nd Edition, National Child Traumatic Stress Network, National Center for PTSD, 2006.
- 5) National Institute for Health and Clinical Excellence: Post-traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Gaslell and British Psychological Society, London/Leicester, 2005.



表 1. 調査回答者の属性 (N=72)

性別	n (%)
男性	10( 13.9 )
女性	62( 86.1 )
年齢 歳	
平均年齢(SD)	52.0( 12.0)
範囲	28 - 76

表 2. 調査回答者 (72 人) の所属

職種	人	(%)
精神科医師	9	12.5
精神科医以外の医師	1	1.4
保健師	1	1.4
看護師	1	1.4
警察の支援窓口担当	3	4.2
行政の支援窓口担当	2	2.8
当事者団体会員	2	2.8
民間支援者団体相談員	38	52.8
臨床心理士	23	31.9
精神保健福祉士	4	5.6
事務職	0	0.0
その他	8	11.1

(複数回答)

表 3. 研修において特に扱うべき項目の平均点および 4 点以上回答率

項目	平均点	4 点以上 回答率 (%)
I. 犯罪被害者支援の基本的姿勢	4.74	98.6
II. 被害から間もない時期の被害者への接し方	4.64	98.6
III. 急性期の支援		
1. アセスメント	4.39	93.0
2. 付き添い支援	4.32	91.5
3. 情報提供	4.48	97.2
4. 心理教育	4.56	94.4
5. 他機関との連携・コーディネート	4.35	98.6
6. マスメディアへの対応	4.06	83.1
7. 生活や家族への支援	4.21	90.1
IV. 支援者に対するケア・サポート		
1. 支援者全般に対するケア・サポート	4.48	97.2
2. サバイバーである支援者に対するケア・サポート	4.21	83.1



TOP > 犯罪被害時こころのケアのあり方

## 犯罪被害時こころのケアのあり方

「犯罪被害時こころのケアのあり方」は、下記の10項目から構成されます。それぞれの内容はリンク先のページをご確認ください。

- I 犯罪被害者支援の原則
- II 被害者への接し方の基本姿勢
- III 精神保健専門家の役割
- IV アセスメント
- V 付き添い支援
- VI 情報提供
- VII 心霊教育
- VIII 連携およびコーディネート
- IX マスメディアへの対応



TOP > 犯罪被害時こころのケアのあり方 > I 犯罪被害者支援の原則

### I 犯罪被害者支援の原則

1.被害者支援は、原則として、被害者のニーズや意思に基づいて行うべきである。

▶ 支援にあたっては、犯罪被害者の意思を尊重することが重要である。しかし、被害者の状態(精神的混乱が著しい、解離状態など)によっては、自分の意思やニーズを十分把握できない状況が存在する。その場合には、支援者が被害者の潜在的ニーズを検討し、支援者の主導で支援を提供することが必要である。また、被害者の意思やニーズが社会通念上不適切であったり(例:加害者への復讐的行為など)、支援者(支援機関)の能力や業務内容を超えているような場合は支援を提供することは困難である。被害者の希望が社会通念上不適切である場合には、そのようなことを実施することが被害者にとって有益なものか、被害者が本当にそれを望んでいるのかについて、被害者と話し合い、被害者が本当にそれを望んでいるのかを確認することが必要である。支援者(支援機関)が、被害者の要望に応えることができない場合には、それを行える機関に紹介することが必要である。

## 犯罪被害者に対する急性期心理社会支援ガイドライン

平成 23 年 11 月 18 日 作成 ver. 1

## はじめに

傷害や殺人、性暴力などの犯罪は、被害者とその家族に深い心の傷を与えます。特に被害の直後では、精神的な衝撃により茫然自失し、混乱状態をきたしたりすることが少なくありません。そのような状況では、被害者はどのように対処したらよいかわからないことが多いと思われます。このような被害直後のこころの反応は人によってそれぞれであり、時間の経過とともに回復をしていく方もいれば、回復に時間がかかったり、日常生活を送るのに困難を感じる方もいます。被害者の回復のためには、被害直後から、被害者の方が少しでも安心でき、落ち着きを取り戻せるような支援が重要です。

近年、日本でも、犯罪発生後に警察の犯罪被害者支援員や民間の被害者支援機関の相談員などが「こころのケア」を行うようになってきていますが、その対応方法は様々であり、内容の適切性について「エビデンス（科学的根拠）」が得られているものはあまりありません。そして、このような取り組みの多くは欧米で開発され、効果が検討されたものではありますが、わが国の社会構造や文化的側面に配慮して、これらの方針やプログラムを導入する必要があります。また、「こころのケア」を効果的に提供するためには、支援者の技法の向上のみならず、支援者を支える警察、検察、裁判所などの刑事司法を含めた支援体制を整えておくことが重要です。

本研究では、国内外の先行研究を検討した上で、フォーカスグループおよびそれに基づくインターネットによる調査を用いてわが国における被害者支援経験について体系的に情報収集を行いました。そして、これら犯罪被害者の急性期の心理社会的支援方針の適切性について被害者の方や民間被害者支援機関の相談員、警察の被害者支援員、精神保健の専門家を含む多方面の支援者によって評価し、合意形成を進める取り組み（デルフィ法）を行いました。それぞれの支援者の現場の状況に応じて、本ガイドラインを参考としてご利用いただければ幸いです。

中島聡美、成澤知美、浅野敬子、深澤舞子、鈴木友理子、金吉晴

独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター

精神保健研究所 成人精神保健研究部

## 目 次

はじめに .....	1
本ガイドラインの位置づけ .....	3
本ガイドライン作成方法について .....	3
用語解説 .....	4
I. 犯罪被害者支援の原則 .....	6
II. 被害者への接し方の基本姿勢 .....	10
III. 精神保健専門家の役割 .....	16
IV. アセスメント .....	18
V. 付き添い支援 .....	20
VI. 情報提供 .....	24
VII. 心理教育 .....	29
VIII. 連携およびコーディネート .....	31
IX. マスメディアへの対応 .....	33
X. 支援者に対するケア・サポート .....	35
参考資料 .....	40
支援機関情報 .....	40

## 本ガイドラインの位置づけ

本ガイドラインの利用者は、犯罪被害者に対応する警察官、民間被害者支援機関職員、行政の被害者相談担当職員、精神科医師や臨床心理士など精神保健専門家、地域保健・医療保健に携わる専門家（他科医師・看護師・保健師など）、弁護士、検察職員を想定している。本ガイドラインでは、犯罪被害後急性期において、これらの職種の人びとが、円滑に「こころのケア」を提供できることを目的に、I. 犯罪被害者支援の原則、II. 被害者への接し方の基本姿勢、III. 精神保健専門家の役割、IV. アセスメント、V. 付き添い支援、VI. 情報提供、VII. 心理教育、VIII. 連携およびコーディネート、IX. マスメディアへの対応、X. 支援者に対するケア・サポートについて、犯罪被害者の支援経験者および被害者の意見を集約したものである。なお、犯罪被害者の心理的反応や種々の精神障害の治療については、既出のガイドラインや成書を参照されたい。

## 本ガイドライン作成方法について

本ガイドラインを作成するにあたって、わが国の犯罪被害者支援の経験が豊富な支援者および被害者の合意形成を試みた。犯罪被害者の急性期支援経験が豊富と考えられる全国被害者支援ネットワーク早期援助団体相談員、警察犯罪被害者支援員、および支援機関や自助グループで支援にあたっている被害者の方々、そして犯罪被害者支援経験の豊富な精神保健福祉センター、保健所職員、日本トラウマティック・ストレス学会理事、精神科医療機関、心理相談機関の精神科医師などに調査への参加を依頼した（89名）。

合意形成のプロセスとしては、デルフィ法を用いた。具体的には、急性期の犯罪被害者の心理社会支援のあり方や方針について記載した各項目についてどのくらい適切と思うかについて、1点（非常に不適切）から9点（非常に適切）のリッカートスケールにて回答を求めた。その結果、平均点が7点未満であった項目、もしくは、7点以上の得点をつけた者が7割に満たなかった項目について、各項目の得点分布および平均点と、各項目についての意見を求めた自由記載欄に記載されたコメントを200字程度にまとめたものを再度提示し、評価を求めた。このプロセスを3回繰り返し、平均点が7点以上かつ7点以上の得点をつけた者が7割以上だったものを、専門家による合意項目として本ガイドラインに含めた。さらに、項目のうち、具体的な対応について書かれているものは、関連するガイドライン項目の下位項目と位置づけ、「具体的な対応」として提示した。

なお、デルフィ法を実施した際、合意の得られなかった項目についても、研究者らの予想以上に、様々な現場の経験を語る意見が数多く寄せられた。これらは、現場での判断に役立つ情報が多かったために、本ガイドラインでは非合意項目については、囲み記事で参考意見として提示した。

## 用語解説

### 1) 被害者

本ガイドラインにおける「被害者」とは、犯罪被害者等基本法第2条にならい、「犯罪等により害を被った者及びその家族または遺族」を意味する。

### 2) 精神保健専門家

犯罪被害後では、警察や検察、弁護士等司法専門家や地域や家族内での自助・共助、地域保健・医療・福祉領域における専門家による支援、そして精神保健専門家による支援といった多層的な支援体制が求められる。ここで精神保健専門家とは、精神科医師、精神科看護師、精神保健福祉士、精神保健を専門とする保健師、心理職を意味する。

### 3) 解離症状（反応）

強いストレスにさらされた場合などに、意識、記憶、同一性や感覚など通常は統合されている機能が破綻してしまう状態を指す。症状としては、現実感の喪失、心因性健忘、離人感（自分が自分でないような感覚）などが挙げられる。犯罪被害のようなトラウマ体験直後にはしばしばトラウマ周辺期解離状態や急性ストレス障害として解離反応がみられる。

### 4) アセスメント

本ガイドラインにおけるアセスメントとは、被害者の被害状況や精神・身体の健康状態、社会機能、生活状態、ストレス状況など支援に必要な情報を収集し、その程度や影響について客観的に評価・判断することを意味する。

### 5) 心理教育

本ガイドラインでは、「被害者に対して、犯罪被害によって生じやすい反応や症状及びその理由、それに対する対処方法や今後の見通し等について専門的な見解を説明すること」の意味で用いている。適切な心理教育によって一般的な症状やそれに対する対処法や経過を理解することで、不安の緩和や適切な対処が可能になることが期待できる。また、被害者の同意が得られた場合に家族に対しても心理教育を行い、症状を理解することで、家族の精神状態の悪化防止や被害者へのサポートにつながることも期待できる。

### 6) 犯罪被害者等早期援助団体

## 資料

「犯罪被害者等給付金の支給等による犯罪被害者等の支援に関する法律」に基づき、都道府県公安委員会が犯罪被害者に対しての援助活動を適正、かつ確実に行えるところとして指定する法人のこと。被害直後の被害者の多くは、事件・事故のショックにより混乱状態に陥り、その後の日常生活にも支障が出ることがあるため、そのような事件を取り扱った警察が支援を必要と判断した場合には、被害者や遺族の方々の同意を得て、各団体に被害者の氏名及び住所その他犯罪被害に関する概要に関する情報を連絡ができる。2011年6月15日現在、39団体が各都道府県の公安委員会から指定を受けている。

### 7) バーンアウト（燃え尽き）

長期間にわたり人に援助を行う過程で、心的なエネルギーを過度に要求された結果生じる極度に心身が疲弊し、感情が枯渇してしまうような状態。特徴としては、自己評価の低下や仕事に対する嫌悪感や意欲の低下、思いやりがもてなくなるなどが挙げられる(Maslach, 1981)。

### 8) 二次受傷

トラウマとなる出来事を体験した人の体験を聞いたり知ったりすることにより精神的打撃を受け、不安、抑うつ、罪責感、無力感、不眠、食欲不振などさまざまな反応が生じること。

### 9) 二次被害

事件による直接の被害ではなく、事件後被害者が社会との関わりのなかで受ける心理的苦痛となる言動。



## 犯罪被害者支援の原則

### 1) 被害者支援は、原則として、被害者のニーズや意思に基づいて行うべきである。

支援にあたっては、犯罪被害者の意思を尊重することが重要である。しかし、被害者の状態（精神的混乱が著しい、解離状態など）によっては、自分の意思やニーズを十分把握できない状況が存在する。その場合には、支援者が被害者の潜在的ニーズを検討し、支援者の主導で支援を提供することが必要である。また、被害者の意思やニーズが社会通念上不適切であったり（例：加害者への復讐的行為など）、支援者（支援機関）の能力や業務内容を超えているような場合は支援を提供することは困難である。被害者の希望が社会通念上不適切である場合には、そのようなことを実施することが被害者にとって有益なものか、被害者が本当にそれを望んでいるのかについて、被害者と話し合い、確認することが必要である。支援者（支援機関）が、被害者の要望に応えることができない場合には、それを行える機関に紹介することが必要である。

### 2) 急性期では、被害者の現状やニーズに即した具体的な支援を提供することが重要である。

被害者のニーズに即した支援を提供するためには、被害者の意思を確認（被害者自身がどうしたいのか）し、支援にあたり被害者の了解を得るなど被害者の意思を尊重することが重要である。その一方で、被害者が自分の現状やそれに即したニーズを把握できないことも多いので、本人の訴えがない場合でも、支援者側から積極的に支援のメニューを提示したり、やや多めにニーズを見積もるなど、対処に工夫があるとよい。また、あとで当事者に悔いが残らないような配慮をした支援を検討することは有益である。

#### ➤ 具体的な対応

#### 2) - 1 被害後間もない時期では、支援の要望を待つのではなく、支援機関から被害者に連絡し、支援の準備があることや支援情報を伝えることが望ましい。

急性期では被害者は混乱し、どこに支援を求めたらよいかわからないことが多くみられるため、積極的に支援機関から情報を提供されることが必要な場合がある。しかし、その際2つの点に注意する必要がある。一つは、被害者が“被害情報の漏れ”を心配することがないようにすることである。主に、警察情報で支援にあたる民間の被害者早期援助団体がこの対象となる可能性があるが、先に警察から、支援機関から連絡が行くことを被害者に伝えてもらったり、被害者に接する際に、どのような形で情報を知り得たかをきちんと説明することが必要である。もう一つは、支援の押しつけにならないようにすることである。

また、被害者が相談したいと思えるようになるには時間がかかる場合が多いため、最初の段階では情報提供に留め、時期を見計らって連絡を入れ、いつでも被害者の相談に乗ることができることを伝えるなどの工夫が役に立つ。

**3) 支援者は、被害者の自己決定を重視しなくてはならない。**

支援者は被害者の自己決定を重視して支援することが原則である。しかし、非常に混乱状態にあるときに重大な決断を下そうとしている場合は、少し時間をおくことを勧めるとうい。また、被害者がショックのために適切な決定ができなくなっている場合には、被害者の決定に従った場合、どのような結果になるか被害者とともに考えあう時間をもつなどの対応が必要である。

**4) 支援者は、被害者が適切に自己決定や判断ができるように支援することが重要である。**

被害者が自分の意思で判断したり決定できるようにするための支援としては、情報提供を行う、精神的安定をはかる、意見をまとめられるように相談に乗るなどが必要である。

➤ **具体的な対応**

**4) - 1 何かを選択したり決定しなければならない場合には、被害者の意思の確認を行うことが必要である。**

被害者にとって負担と思われることであっても、被害者が希望する場合もあるため（例、御遺体の確認を行うことやマスコミの取材など）、被害者の意思を確認することが必要である。その際、選択や決定の結果によって起こると予想される事態について話し合い、その上で意思の確認を行うことが必要である。また、選択や決定にあたっては、その結果によるメリットやデメリットを話し合うなど被害者が様々な点について考えられるような場を設けることが、被害者の意思決定において有益となる。

**4) - 2 支援者は、話し合いの中で被害者が現実の問題に優先順位をつけて対処できるように手助けすることが重要である。**

被害者が現実の問題に対応できるように手助けすることは、被害者の自律感を取り戻す上で重要である。実際に支援を行う場合には、状況にあわせて適切に行うことが必要である。具体的には、被害者の混乱が強く、優先順位を付けられないような状況であれば支援者が優先順位を付けられるように話し合い、被害者が「まず何から」と語れる状況であれば、すべきことを区分けする手伝いをするのである。いずれの場合も被害者のペースにあわせて徐々に行うべきであり、優先順位を早くつけることを無理強いしないように注意するなどの配慮が必要である。

**5) 被害者に生命等の危険がある場合、あるいは、被害者が意思決定や判断ができない状況にあるときは、支援者の判断に基づいて介入を行うことが必要である。**

ここで挙げた状況は、被害者に自殺の危険性があったり、精神的な混乱が著しく自分の身の安全や利益を守ることが困難な状況を指している。また、被害者の怒りの感情が強く、加害者関係者への報復行動の危険性がある場合も含まれる。このような場合には、

被害者の意思によらず、最終的には支援者の判断に基づいて介入することもあるが、可能な限り被害者の意思を尊重すべきである。具体的には、例えば、「ハイ、イエエ」で答えることの出来る問いかけで意思を確認したり、時間をおいて再度話し合うようにする、家族などの意思を確認するなどの方法を取ることが考えられる。このような自傷他害の恐れなどを判断すること自体の難しさもあり、支援者が判断できる技量を身につける研修等が必要である。

➤ **具体的な対応**

**5) -1 被害者自身の生命の危険や他者への危害の危険がある場合、支援者は、被害者の意思に反しても関係者（保護者、警察、主治医等）に連絡し、対応することが望ましい。**

自傷行為や他者へ危害を加える危険がある被害者に対して、支援の初期の段階でこのような対応を取る可能性があることを被害者に通知し、可能な限り同意を得ておくことが望ましい。その際、誰に通知するべきかについても十分話し合っておく。通知の際には、通知先の機関に対して守秘情報であることを通知し、情報の守秘には細心の注意を払うことが必要である。また、支援機関に所属している支援者では、このような緊急的対応については、支援機関の承諾のもとに行うことが必要である。このような判断や対応については、事前に支援機関内で定めておくことが望ましい。

**6) 原則的には、被害者が望まないのに支援を強要するべきではない。**

支援者が支援が必要であると判断した場合でも、被害者が望まないのに支援を強要すると、被害者がその後支援を受け入れることが困難になる可能性があるため、支援を強要すべきではない。ただし、急性期には被害者は混乱していたり、現実の問題に追われているために支援の必要性を感じていない場合もある。支援のニーズが本当にかどうかについて十分に検討を行うことが重要である。そのような被害者の状況を判断した上で、支援の必要性を感じていない被害者に対しては、後述の I.7)-1 に示したように再度接触を行うことを検討したり、支援についての情報提供を行ったり、いつでも支援できる用意があることなどを被害者に伝えることが必要である。特に、虐待事例や認知症や発達障害などのように認知の障害があるときは配慮が必要である。また、被害者に対する情報提供が不十分であると被害者のニーズが出ないこともあるので、被害者の保護者も対象とした十分な情報提供が前提として必要である。被害者の状況を踏まえた柔軟な姿勢が重要である。

**7) 支援者は、自分のペースではなく、被害者のペースに合わせて支援をすることが必要である。**

被害者が自分の判断によって物事を進めていけると感じられることは自律感を取り戻し、支援者との信頼関係の形成のために重要なことである。被害者は集中力の低下など

によって、物事を理解したり、判断することが難しい場合があり、司法的な関与などでは簡単に決められない場合も多いが、できるだけ被害者のペースにあわせて支援を行うことが必要である。

➤ **具体的な対応**

**7) - 1 最初は支援を断った被害者等に対しても、支援を断った理由や相手の状況を踏まえて、再度接触することを検討することが必要である。**

被害者は、特に急性期においては、支援の申し出を受けても、なかなか受け入れられず断る場合がある。理由としては、支援者や支援機関に対して信頼感がない、人に知られたくない、余裕がなくて受け入れられない、支援のニーズを感じるができないなどの理由が考えられる。しかし、その後の経過の中で、被害者は生活や法律、あるいは精神面の支援の必要性を感じる場合があるため、最初は支援を断った被害者に対しても、時間を置いて再度接触することが有用な場合がある（例、いったん支援を断った遺族であっても、時間を置いて自助グループに誘うと前向きに参加することもある、など）。再度接触する際には、接触の必要性や、当該機関の支援が本当に被害者にとって有用なのかについて十分に検討することが必要である。

**8) 被害者は被害以前の生活やバックグラウンド、被害の状況、現在の状況がそれぞれ異なっているため、個々の被害者の実情に合わせた柔軟な対応が必要である。**

被害者支援にあたって、対応する被害者の個々の実情をよく把握し、被害者の実情に沿った支援を行うことが重要である。その際、支援者側の力量や支援の範囲を見極めて対応することも必要である。

**9) 支援者は、原則として、支援で知りえた情報を被害者の許可なく他者に伝えてはならない。**

被害者支援にあたって、被害者のプライバシーの保護は重要であり、職種にかかわらず支援者は守秘義務を負うべきである。しかし、例外として I. 5)-1 のような場合がある。

【例外： I. 5)-1 を参照】

参考) 支援者は、広く問題に対応しようとする姿勢で被害者に接することが重要である。

この項目については最終的に合意が得られなかったが、「適切でない」という回答は 1.3%と少なく、全体としては、「どちらともいえない」、「非常に適切とまでは言えない」とする回答が多かった。「適切である」とする回答では、支援者は自分の専門だけでなく被害者の抱える問題に広い視野を持つことが重要であり、被害者と一緒に考え、自分の専門範囲を超える部分については、他機関と連携して行うことが望ましいとする意見が多かった。「適切ではない」