

「第 59 回女性に対する暴力に関する専門調査会」議事録

○林会長代理 皆さんおはようございます。ただいまから、第 59 回「女性に対する暴力に関する専門調査会」を開催させていただきます。本日は辻村会長が御都合により御欠席とのことですので、女性に対する暴力に関する専門調査会運営規則第 8 条に基づき、会長代理として林が司会進行を務めさせていただきます。

本日は被害者支援について、先進的な取り組みをしていらっしゃる 3 名の有識者の方から、それぞれの取り組みと課題について御説明いただき、意見交換を行いたいと思います。

初めに、武蔵野大学教授の小西聖子先生から、「精神科医療における性暴力被害者支援について」、お話をいただきます。時間の関係上、40 分程度でご説明をお願いいたします。その後に、約 15 分程度質疑応答の時間を予定しております。

小西先生、よろしくお願いいたします。

○小西氏 武蔵野大学の小西でございます。

それでは、今、お話いただきました精神科診療、それから、私のやっています精神科診療は、大学の心理臨床の施設と連動させて、ようよう成り立っているというところがありますので、その 2 つについてお話ししたいと思っています。

私、精神科医と臨床心理士と両方持っております、どちらの仕事もしております。「精神科臨床における性暴力被害者への取組」ということでお話ししたいと思います。ふだん大学に勤めておりますので、精神科臨床を私は週 1 回やっております。現在は単科病院にありますが、今年の 3 月まで精神科外来クリニックで診療しております、そちらの経験を中心にお話ししようと思います。

【精神科外来クリニックにおける経験】

状況は東京都下にあります精神科のクリニックで週 1 回の保険診療、ごく普通の保険診療です。「開設後 2 年」と書いてありますが、今、もう 3 年になりますけれども、精神科単科病院のサテライトのクリニックです。サテライトというのは単科病院と連携を持ったクリニックでやっております。スタッフが精神科の医師が 1、看護師が 1、心理士が 1、受付が 1 ということでやっています。

【精神科医療における性暴力被害者】

こういう診療の中で性暴力被害者を診るといのはなかなか難しいことです。何が一番難しいかということ、保険診療というものに性暴力の被害者のための必要なことを乗せていくのがなかなか難しい点があります。

私は被害者の問題をやっているということは何となく周りにはわかっていることですので、実際にやりますと、約 9 割ぐらいの患者さんが何らかの被害者です。一番多いのは DV の被害者です。ちょっとその数をお示しできればよかったです、今、統計がないです。その次が性暴力の被害者です。

保険診療内で行いますので、そうしますと、初診が実際にはインテークや心理検査、初診面接をやるのですが、保険診療で取れる点数というのはかなり限られています。

再診は投薬と精神療法ということになります、ここに頭から書くのははばかられたの

で書かなかったのですが、実際に保険診療でこれだけの人数の人のクリニックを採算がとれるように成り立たせようと思うと、30人前後の患者さんを一日に診ないといけません。そうしますと、一人の方の再診に割ける時間はほぼ10分ぐらいになってしまうわけです。10分では実際にはここに書いてあることの、初診のときに30分から1時間とれますけれども、10分でできることは非常に少なくなってしまいます。例えば、ここに「必要に応じて」の中に心理教育やリラクゼーションなど、「必要に応じて、サポーターシップカウンセリング、エクスポージャー技法を応用」と書いてありますが、このすべてが保険点数には乗りませんので、ある意味ではサービスとして提供するということになります。そのサービスとしての提供を臨床心理士、心理のところで受け持ってもらう。要するに彼女は収入はないんだけど、そういう人を雇うという形でようようやっているという感じです。

しかし、それではお一人ひとりに30分つけて、私が10分しか診療しないとしたら、当然心理のところで詰まってしまいますから、もっと非採算のことについては、大学の心理診療センターのほうに紹介しています。例えばそれはどういうことかということ、認知行動療法をやったり、かなり長い期間かかるサポーターシップカウンセリングをやったりということは、大学の心理臨床センターに紹介するという形でやっています。

もう一つ、かなり問題があるのが、裁判や調停等への協力を依頼されることが多いということなのですが、保険の診療の中でできるのはいわゆる診断書です。病名が書いてある診断書をつくるということはできますけれども、例えばよく弁護士などから依頼される意見書や鑑定書、そういうものを診療の中でつくることはできないのです。これをどうするかというのは、多くの普通に保険診療をしている医者にとっては難題なのですが、私の場合は、そういうときには、本人に資料提供に同意していただいた上で大学のほうに持って行って、更にそちらで個人契約するという形で何とか鑑定書や意見書は書くようにしています。ただ、そういうことについての枠組みがないことがとても難しいです。かつ、枠組みがないところでやりますから、例えば自分の近所にいる若い先生などにやっていただくとうとすると、そういうことをやって、お金もあまりついてこないで、裁判に呼び出されて、例えば加害者の前で証言しなくてはいけないとか、そういうことになるとうとあまりやりたくないと言われる人がいるのも実情です。ここのところはなかなか難題なところなんです。

【参考:性暴力被害者のPTSD(廣幡ら、2001)】

以前、古いデータになりますが、私のところで、廣幡先生というのは私の後輩なのですが、性暴力被害者のPTSDについて研究した結果がここにございます。今でもあまり状況は変わらないと思うので、これは精神科の臨床機関6施設に治療、援助を求めて来院し、調査に対して同意の得られた性暴力被害者46名を面接調査したものなのですが、平均が28.0歳。

イベントからの経過時間が、何とこのとき94.5か月、非常に長い時間がかかって来られている。早い方は2か月ぐらいというような、これも今でもあまり変わりません。1か月、2か月で来られる方もいますが、一方で性的虐待の被害者などは25年や30年、それぐら

いかかって来られる方もいらっしゃるのが実情です。

治療期間の平均が大体 14.6 か月。

対象者のこのときは 69.6%（7割）現在時点で PTSD があります。

PTSD 群の方は、非 PTSD 群に比べて性被害からの期間が短く、性交を伴う被害が多かったことがわかっております。

【典型事例】

最近見ている典型事例の方を 1 つ御紹介しようと思います。22 歳の強姦被害者の方で、被害後 3 か月で来院。NPO の紹介でした。

体が震えて止まらない。感情がない。

その他の自覚症状としては、電車に乗れない。吐き気がひどく食べられない。悪夢で眠れない。事件のことが切れ切れにしか思い出せない。語れない。この状態で会社へ行けるわけがないですから、会社休職中です。

典型的な PTSD でこういう方をどうやって治療していくかという、初診のときに、今の状態についてお話したり、安定してもらうことが一番大事になります。どうしても 1 時間ぐらいかかってしまいます。あまり事件のことを扱い過ぎると家に帰れなくなったり、要するに具合が悪くなっておうちに帰ることができなくなったりすることもあるので、鎮静させながら様子を見ながら聞けることを聞いていく。かなりこの辺は専門的な技量が必要です。

その後、3 か月間、ちょっとしたサポーターシップカウンセリングと投薬と心理教育を中心にその臨床心理士さんと私で精神科のクリニックでやりました。落ちつかれてきたところで、認知行動療法を大学のセンターのほうで導入しまして、3 か月間インテンシブにやっていただきまして、これが事件についてある程度話してもパニックにならないとか、日常生活が保てるとか、かなりインテンシブな治療しても通って来れるとか、そのくらいの安定が前提として必要ですので、そういうことをしてから、大学のセンターで定式の PTSD の認知行動療法 prolonged exposure 法をやりました。これでかなりよくなりました。性暴力被害者の PTSD は、認知行動療法が導入できればかなりよくなります。症状ゼロになる方も珍しくありません。

この方も大分よくなりました。現在はもう一度クリニックに戻して、職場復帰のための調整や説明をしたり、計画を産業医と話したりしているところです。こういう定式の職場復帰ですとか、例えば補償なんかをもらうための公的書類はまたクリニックでないと書けないのです。医療が前提ですから、そうすると非採算のところを持ち出しながら、医療のほうで、世の中の要求される書類などを整えていくというような形式でやるという形になっています。

この方が、今、訴訟についていろいろ考えていらっしゃるのですけれども、これは警察にも被害を申告していらっしゃるのです。刑事のほうが始まるか、あるいは民事裁判を本人がする気になれば、その支援もしていきたいと思っているケースです。

こういうやり方が、今の私のところでできる最良のというか、一番早く扱えて、本人も早くよくできるというケースはこういうケースです。ただ、認知行動療法をやるというところに持っていくまでの時間がなかなかとれないとか、さっき言ったように、こういう治療をやるためには人手がたくさんかかりますけれども、このクリニックでは、1年間ぐらいやった後も、私のところは詰まってしまって、全くお受けできない状況になっておりました。ですから需要はたくさんあるのだけれども、受け皿が非常に少ない。こういう治療をできるところは東京都でも数か所、私の知っている範囲では2か所ですけれども、そういうところしかできないということで、やれることはあるのに、人と場所がない。枠組みができてないというのが私が問題に思うことです。

【参考:DV 被害者に関する連携の実態】

次の4ページからのところは、ちょうどこのクリニックで、性暴力を調べていけばよかったですけれども、DV 被害者に関する調査をしております、例えば来院経路とか紹介先についての調査をしておりますので、御参考までに見ていただこうと思います。

2年間で、この期間に初診となったDV 被害女性、最初からわかっていた者、途中でわかった者含めて40名いらっしゃいました。2年間でDV だけで初診が40名。週1回ですから、これは非常に多い値ではあります。

【来院経路】

来院経路を見ますと、医療機関紹介が10、公的機関（配偶者暴力支援センター、女性センター）からの御紹介が10。保健所とか児童相談所のような、そういう公的な機関からが9、大学の心理臨床センター、要するに心理臨床センターのほうに先に来られて、医療が必要だと判断した方が3、自分で探したという方が5という形になっています。

後でもう一回、別の資料でお示ししたいのですが、いずれにしても精神科は性暴力の被害を受けた方に非常に敷居の高いところですよ。まだ産婦人科には行っていただくこともやりやすいかもしれませんが、今まで精神科というところにかかったことがない方はまず来られません。

こういう紹介の機能で、ここは専門にやってくれるからとか、先生はそういうことを知っている人だからという御紹介があつて初めて来られる。これはDV のいいところだと思いますが、配暴センターなどができてきて、たくさんの方が相談しているということで、個人で見つけるのではなくて、そういう機関からお送りいただくことが増えていることは事実です。

【紹介先】

紹介先ですが、そういう人たちが来られたときに、私のほうでどこに紹介しているかといいますと、他の医療機関、大学心理臨床センターが10、公的機関にまだ行ってない人が時どきいます。まずは夫から逃げるのが先決だというような、そういうことをやらなくてはいけない場合には公的機関にうちのほうからご紹介するという形になります。それから、とてもここまでは通えないという方もいらっしゃるの、そういう方はご近所で、な

るべく大丈夫なところを紹介したりします。でも、「なし」が22なんですね。そういう意味では、私がやっているクリニックは専門機関として紹介の末端といえますか、最終的に治療を引き受けるところとして機能していると。にもかかわらず、その中で安定した採算のとれる診療になかなか得ないというところが問題になっています。

実は、今、私、診療日の関係で、このサテライトのものの単科の病院に変わったのですが、そうすると今この診療ができなくなっています。というのは、患者さんがたくさん来ていて、その中で心理士さんが少数しか使えないのです。自由に自分で何もできないのです。そうしますと、私一人がいろんな心理教育などもやるとすると、1日に診られる人は今20ぐらい無理無理診ているのですが、10とかぐらいになってしまいます。1日に、例えば10人の診療でやったら採算などは全くとれない。例えば認知行動療法をやると1人2時間ぐらいかかるのです。2時間かかったら4人しか診られませんか、8時間実際にはできません。そういう点ではいろんな隙間を縫って、いろんな条件が整わないと今のところではなかなか成り立たないものだというのも現実としてあります。

【2. 心理臨床機関における性暴力被害者支援への取組】

では、そういう非採算の人たちを心理臨床機関に振ったときにどういうことをしているかというのが次のところから書いております。

武蔵野大学の心理臨床センター、そこに写真が出ていますけれども、こういう建物の3階の一角、大体300㎡ぐらい使って活動しております。

【武蔵野大学心理臨床センター】

実は臨床心理士というのは、指定大学院というのがありまして、実習センターを置かなくてはいけないという決まりがあるものですから、それを使って大学の心理臨床センター、だから教育施設でもあるのですけれども、社会貢献ということをして1つ大きな目標としておいて、こういうセンターとして大きくやっていると思います。

一般相談と子ども相談というのを持っていて、大体年間最近が1,500面接ぐらいやっております、ケースとしては、新ケースが大体100ケースぐらい1年に来られる。医療に比べれば非常に小さいですけれども、時間のかかる心理臨床としては非常にたくさん来られているところだと思っていただくといいと思います。こちら3分の2程度が性的な暴力、DV、虐待、遺族など被害者の臨床です。

やっている者は、私は専任教員でやっているのですが、ほかにももう一人、二人、実際にかかわりながら臨床もやっている者がおりまして、それに相談員がおります。非常勤なんですけど、臨床心理士を20名程度雇用しております。ここも全く採算は合っていないで、大学が社会貢献として持ち出しているということで成り立っている施設です。

【武蔵野大学心理臨床センターにおける性暴力被害者に関わる実践】

やっていますことは、電話相談も一応あるのですが、最近は電話は受付で、その後の専門的な面接に重点を置いております。

サポートイブカウンセリング、ごく普通のものは大体1時間2,000円ですが、払えない

方も被害者の中にはたくさんいらっしゃいますので、減免制度を持っています。

それから、母子相談、子どものプレイセラピー、こちらもトラウマがある方がかなりたくさんいらっしゃいます。

それから、心理アセスメントで、PTSDの構造化面接などをしております。それから、認知行動療法をPTSDに対してやっているのと、子ども部門のほうでは、母子の関係を、例えば虐待を受けた人やDVの被害を受けた人の母子の関係を改善していくというPCITというのですけれども、そういう新プログラムもやっております。

それから、先ほど言いました意見書、鑑定書などの個人契約でのそれを書くということもやっております。

こういうことをやっているのと、いつも私はお金のことがすごく気になってくるので、そればかりで申し訳ないのですが、大学の社会貢献活動として運営しております。人件費のみでも、恐らく実収入、1時間2,000円の実収入の10倍程度の費用が必要だと思います。

【紹介先としての心理臨床センター】

ここに、どういう形で人が来られて、どういう形で出ていくかという調査がございます。1年間の調査なのですが、大学心理臨床センターでこの期間に初回面接を行った119名の方、女性97名、男性22名ですけれども、被害経験を持つ方がそのうち61名。ここでは約半数です。

【61名の被害経験（重複あり）】

その方たちの内容を聞いております。そうしますと重複がある方がありますが、DV、虐待、性被害、ここが多い。これは毎年このくらいの割合で来られます。始めて以来ずっとそうだと思います。

【メンタルヘルスの専門家を訪れる「犯罪被害者等」の被害の内容】

これは調査です。厚労省の科研費で、犯罪被害者について1回調査をいたしまして、そのときに全国の精神科医療機関の医師がどういう被害者を診ているか。全国の臨床心理士がどういう人たちを診ているかというのを調査いたしました。

そこで医療機関の5人以上というところを見ていただきますと、DV、児童虐待、性的暴力が多くなっております。臨床心理士のほうは、DV、児童虐待、性暴力。少し割合は違いますけれども、この3つが一番多いのだということはわかっていただけたと思います。武蔵野大学心理臨床センターの中で、ほぼこれに似たような形でクライアントさんが来られるのだと考えています。

【来所経路 紹介先】

ほとんど紹介がだんだん増えてきておりまして、3分の2がここでは紹介ということになっています。

【クリニックと心理臨床センターの連携の比較】

心理臨床センターのほうは、更に最後の受け皿機関というような感じが強くなっていて、外から紹介されて、ここで治療をじっくりやっているという感じになっています。紹

介先「なし」が非常に多い。心理の期間は医療機関からの紹介がかなり多く、クリニックのほうは、緑のところですから、公的機関からの紹介が多い形になってはいますが、結局これはどう流れているかというところ保健所や配暴センター、公的な機関というのは医療機関ですと紹介しやすいのです。大学のセンターは実際どんなことをやっているか、非常にわかりにくいので、そういうところがクリニックのほうを紹介してこられて、最終的にやれる治療は心理臨床センターのほうに持って行って流れている、そういう流れが見えると思います。

【連携の中の医療機関と心理臨床センターの位置づけ】

ここは今お話ししたことのまとめです。要するに他機関との連携がなくては成り立たないということは1つ言えると思います。

【心理臨床センターにおける各被害別の調査（性暴力被害者の特徴）】

これはごく最近やったものですが、2008年～2011年の3年間の初回面接者194人いらっしゃるのですが、そのうち記録が揃っている方が実際にどういうところから紹介されてきているかを被害別に検討してみました。

【対象者】

ちょっと見にくいグラフになって申し訳ありませんが、11ページ、client groupと書いてあるところですが、IPVというのは、親密なパートナー、Intimate Partner Violence、です。DVのことだと思ってください。DVの被害者、性暴力の被害者、それ以外のトラウマを持っている方、そういう被害ではない方みたいに分けて調査をしています。ここでも年齢層がDVは38歳、性暴力は29歳、さっきと比較的似た値ですけれども、年齢層が多少違うということがわかります。

【性比】

これはちょっとひっくり返っています。下にIPVがきて、下から2番目に性暴力がきていますけれども、DVの被害者の方はほぼ全員女性でしたけれども、性暴力については少ないながら男性があるということがわかります。一定数いつも男性が来られていて、約1割弱ぐらいというのが私の印象と共通しています。

【被害者のアクセス方法】

12ページのアクセス方法を見てください。これを見てみますと、ここが実はわかりにくくなっていて申し訳ないのですが、性暴力とDVには有意差があります。どういう差があるかというところ、DVの被害者の方は社会的な機関からの紹介が多いのですが、性暴力の被害者の方は個人で探して来られる方、インターネットやいろんな書籍で探して来られる方が多い。これは恐らく支援システムの差がここに出ているのであろうと思います。

【支援の結果（2011年8月現在）】

これで見てくださいますと、DVの被害者の方が途中で中断してしまった。これはあまり治療としてはいいことではないのですが、そういう方が2人、性暴力の被害者の方が真ん中に4人ある以外は、終結か継続ということになってはいます、来ていただければ、それ

なりに支援はしていけるのだという感じは持っております。

【3. PROLONGED EXPOSURE 法】

これが多分日本の多くのところではまだやられていない、実際に先ほどから何回か出てきています認知行動療法です。現在多くの医学治療ガイドラインでエビデンスが最も確実な治療法として推奨されているものです。

【実施方法】

ここは私どものところで、前にまだ中途の段階で実施した結果をとったものを少し持ってきました。今はもっと数はあります。

治療者は、臨床心理士3名、精神科医2名で、いずれも PTSD 臨床経験があり、Foa という方がこの方法を始めた研究者ですけれども、私、Foa 先生のところへ行って習ってきておりますので、4日間のトレーニングを受けた者ということです。

これがなかなか技術が難しくて一遍に教えていくことができないという状況にあって、よく効くのはわかっているのだけれども、なかなか広められない。それから、使う場所、採算、そういう問題も難しいということがあります。

次を見てください。

【研究の対象】

研究の対象となった方はここでは19名中の15名ということなんですけれども、何の被害者として来られたかというのはインデックス・トラウマ、指標外傷です。DVの被害者の方が4名、強姦、ほかの性暴力の被害者の方が6名、性虐待の方が2名、暴力、性暴力を含む監禁というのが、ちょうどこのとき3名あったので、いずれにしても性暴力というのは、この治療法には非常に親和性が高いというか、対象となる方であることがわかります。かなり重い方が多いです。

【対象】

下を見ていただきますと、年齢が28.5歳。薬物療法併用者が半分以上。それから指標外傷以外の外傷体験歴も3分の2ぐらいの方にあります。ですから複数のいろいろな被害を受けている方が多いです。父からの虐待、性被害、結構こちらも大きな問題であることが多い。こういう方が実際に臨床では困っていらっしやって来られるわけです。精神科既往歴がついている方も3分の1あります。

【対象者15名の各要因の分析】

対象者15名の今お話した要因の分布は15ページの上の図のようになっています。いろんなものが重なってあるという状態です。

【結果】

途中でドロップアウトされた方がこの段階では2名、治療が終わった方が13名。13名中の PTSD 診断消失が8名、症状軽快が5名、不変は0名ということで、とてもよい結果になっております。

次のページがそのグラフです。

【結果 2 . CAPS, IES-R, BDI-II, D E S の変化】

ちょっと見にくい絵になって申し訳ありませんが、一番左のほうの CAPS (ブルー)、プレとポスト、治療のやった前と後の評価です。見ていただきますと、81.9~42.2 となっております、星が4つついておりますが、星4つというのは0.0001 ですからよくわかりません。1万対1 ぐらいの危険率でこれは効いているということが統計的に言えるということです。そんなこと云わなくても、81 点ある方はほぼ日常生活ができていない。例えば職場に行けない。家から出られないという方がほとんどですけれども、42 点というのは、大体50 点以下だと臨床的な介入はちょっと待って様子を見てもいいというレベルですので、そういう点では劇的によくなっていることがおわかりいただけると思います。

【結果 4 . 治療後の経過】

グラフを見ていただきますと、この段階ではまだ数が揃ってなかったのですが、治療の結果はずっと半年たっても維持できるということが言えます。これは別にそんなに驚くべく結果ではなくて、諸外国でもこの治療法を使った場合にはほぼ同じような結果が出ています。

【結果 5 . 他の外傷体験有無による比較】

シングルトラウマ、例えばレイプの被害だけというような方ですと、最初の点数が 75 点で、終わったところの点数が 20 点台ぐらいになるということで、晴れ晴れという感じの方も結構たくさんいらっしゃいます。

【結論】

こういう点で、この治療法が本当に確実に効くのだけれども、なかなか使えないというのが今の私のところの悩みです。あと 10 分なので、もう一つ、最近やっていることを少しお話ししようと思います。

【4 . 被害者の司法に関わる活動への心理的専門的サポート (予備的研究)】

【裁判、調停等は被害者にとって困難な壁である】

まだ予備的な研究の段階でやっていますけれども、こういう被害を受けた方にかかわっていると、例えば裁判、調停が非常に困難に壁になっていることがよくあります。ところが、この場で手続が進められないとか、意見が主張できないということは本人の不利になって権利がちゃんと行使できないという状態になってしまうわけです。しかも心理的にいっても、その後の生活に法的にも経済的にも直接の影響を及ぼすだけでなく、人から誤解される体験とか、自分自身の無力を痛感する体験、孤立する体験となって、本人の心理的健康にも影響を及ぼす。これは皆様御了解のことだと思います。

そうすると、今まで医者はどう言ってきたかという、裁判などやると、大変だから、具合が悪くなるからやめなさいというのが今までの言い方にどうしてもなっていたわけです。でも本当にそれだと被害者の人権擁護という観点から考えたときにいいのだろうかというのが私などには問題としてありまして、そうだったら、こういう人たちを心理的な、いろんな困難があってもできないわけですから、裁判支援というものも、これは医療に全然の

りませんから、心理臨床センターのほうでやることなのですけれども、裁判ができるように支援していくというのはどうなんだろうと思って、そういうことを今やっております。

【PTSD 症状等がある被害者の抱える具体的な困難】

PTSD の症状などがありますと、調停や裁判が不安なため具合が悪くなってしまいます。その場でうまく言いたいことが言えない。相手がいると思うと、それだけで怖い。弁護士さんが怖いというのも結構あります。弁護士が怖いので、電話がかかってきても返事しないとか、そうすると弁護士さんのほうがどう思っているかという、この人、やる気がないのではないかと思われているとか、そういうことが結構あります。実際に怖いわけではないと思うんですが、本当にそういう人はたくさんいます。それから、自分の意見を書くことができないとか、相手の陳述書が読めない。弁護士事務所から封筒が来たり、裁判所から封筒が来たりすると怖くて開けられない。持ったまま歩いているとか、なかなか一般の方には想像できないと思うんですけれども、そういう不合理なことがたくさん起こっています。それから、陳述書を見ても、読んでも読んでも字しか見えなくて中身がわからないとか、これは症状ですけれども、そういうようなこともあります。

【前期のような困難が生じる理由】

基本的に今みたいなことがどうして起こるかというのは、PTSD をやっている者にはすごくよくわかることで、これは PTSD 症状のために、再体験症状があり、回避症状が起こり、解離症状が起こるのでこうなっているわけです。そこに書いたような症状をこういうことを起こします。

【対象】

去年、予備的な研究をしてみました。精神科クリニックと大学心理臨床センターに暴力被害の相談で来所して裁判中または1年以内に調停裁判を経験した女性で、研究参加に同意をいただいた方にやりました。

【被害者が抱える調停・裁判、裁判の準備や手続など司法に関する困難】

下の一覧表がこの人たちが持っていた困難です。弁護士や司法関係者に理解してもらえない。被害について順序立ててきちんと説明できない。男性弁護士との面接で緊張してしまう。それが相手にはわからない。弁護士との打ち合わせで解離してしまった後で内容を全く覚えていない。陳述書が書けない。法律事務所や裁判所からの封筒が開封できない。夫からの陳述書・反論書を読めない。裁判・調停で顔を合わせるのが怖い。夫の前で意見が言えない。そういうことがあると、その後、家事ができなくなってしまう。こういうようなことがあります。

【心理的サポートの一覧と実施後の評価】

それに対してサポートを行っていて、常識的なサポートとあまり常識的でないサポートとあります。

常識的なサポートは、例えば調停・裁判のときに臨床心理士が付き添ったり、男性で怖いと思っている弁護士さんが来るというときに一緒につき合っ、途中で本人が解離する

ことがわかるので、弁護士さんに今解離しているんです。本人には解離をこういうときに下げるにはどうしたらいいとか、あなたのその声が大き過ぎてだめなんですみたいなことです。本当に具体的にその場で通訳しながらやっていくということをやったりします。

一方、あまり常識的でないほうは、先ほどお話した認知行動療法の技術を使って、例えば読めない被害者の方に相手の陳述書を読んでいただいて、音読して、それを録音してもう一回家でも宿題で聞いていただくとか、上手に向き合っていく方法というのでトレーニングをしていただきました。

この表は何人かの方にやっていただいて、5点満点評価でどれくらい役に立ったかというのを伺ったものです。大変好評というか、喜んでいただきまして、なかなか PTSD の支援というのは難しいので、経験がない人にできないのですけれども、これは比較的そんなに難しくないので、例えばうちの大学院生などでも、今まで自分は被害者支援したいと思ってきたけど、結局ここでできることは、まだ面接も一人では持てなくて支援ができないと言っている人などが、一緒に入ると見る見る役に立っていくのがわかるので、支援するほうも結構やりやすいという感じを持っています。

1 つつけ加えますと、ここ弁護士さんが何人かいらっしゃるの、弁護士さんからも非常に好評でした。特に法テラスで被害者支援の精通弁護士として紹介される方の中には、やる気はあるし、親切なんだけれども、被害者とどうかわかっていいかわからない方が結構たくさんいらっしゃいます。自分では一生懸命やりたいのだけれども、その一生懸命が裏目に出て声がすごく大きくて、被害者はそこで解離しているとか、それから熱心に電話をかけられるのだけれども、それが怖くてとれないんだけど、わからなくて、この人、何でこんなにやる気がないのだと言って弁護士さんが悩んでいらっしゃるのか、実際にそういう事例に当たるんですね。そういう方にはすぐに皆さん、次にもう一人やってくださいと言われるので、多分に役に立ったのだと思います。

ただ、これも今できる数が非常に少なく、これから少し拡大してやっていきたいとは思っていますけれども、また予備研究の段階です。

【まとめと課題】

ここまでのまとめと課題ですけれども、性暴力被害者の精神科の医療では高い専門性が要求されると思います。少なくとも2次被害を与えないということぐらいはできないと全く次からは来ていただけないのが普通で、多くの医療機関から紹介があるのも、扱いきれないという気持ちがあるからです。それでも今の保険診療の枠でやれと言われると本当にいろんな工夫が必要で、またほかの機関、専門家との連携が必須になります。

今、私のところでは非採算のことは心理臨床センターが比較的自由に使えるので多様な領域で専門的な支援を行っていますが、問題は採算がとれていないということです。

性暴力被害者は DV 被害者に比べると、心理的支援につながるのに、個人的努力を要している。このことは大きいなと思っています。

認知行動療法は、PTSD 治療にも有効なのは本当にわかっていることです。中長期の性暴

力被害者支援には必須だと思われませんが、これは今度はどうやって広げて、どういうところで実施していくかということに大きな問題があると思います。

裁判や調停への支援の領域は被害者のニーズは高いにもかかわらず、精神医学や臨床心理学の領域ではほとんど無視されてきたというより、むしろ忌避されて、今も忌避されていると思います。そういうことに関してかかわりたくないということが多くの医療関係者が思っていることだと思います。でもその領域が落ちているために、被害者が非常に苦しんでいる状況がありまして、アドボケートの活動としてもこここのところは結構大きな問題はあるのではないかと考えています。

私が愚痴を言いたいこととしては、専門的な人材を広く育てるシステムがなかなかない。結構みんな専門的な技術を要することですので、そういう人を育てることが、例えば研修会1回やってどうなるものではないわけです。オン・ザ・ジョブ・トレーニングしないとできないことがたくさんあるのですけれども、そういうことができる場所が少ないということですね。

それから、実は心理臨床センターも、これくらいケースを受けていてももういっぱいになって1年ほど閉めております。外からのケースを受けておりませんでした。需要に全く応じきれていないという現状があります。私としては同じような活動ができるところがほかにももっとあるといいのになと思っています。

時間になりましたので、以上です。

○林会長代理 どうもありがとうございました。

では、今から小西先生の御発表について質問と意見交換の時間といたします。約15分くらい時間をとっておりますので、どうぞお願いいたします。どなたからでも。

○種部委員 私は産婦人科医です。性暴力被害の支援もDVの支援も診療の中でやっている者です。今、お話を聞いて、日常の中でこれだけのエネルギーを割かれるというのは大変な苦労があることと、それを継続していくということが非常に難しいということ、なるほどと思って聞いていました。

お聞きしたいことが4点ございます。まず1点目は、資料の3ページ目の上のスライドにあるように、高い敷居を越えて来られた方というのは相当勇気のある方で、いろいろ調べた上で、何らかの苦しい症状があるから来られたのだと思うんですが、現在非PTSD群とPTSD群で比較されているということは、PTSDではないという方はどういう症状でいらっしやったのかというのが1点目です。

2点目は、心理臨床センターというのは、本当に不採算部門を全部引き受けてやっていらっしゃるボランティアだと思うんですが、こういう施設があるところは非常に恵まれている一方で、全国でこういう活動をやっていかないと広がっていかないのも事実だと思いますので、全国にはどのぐらい、そういう不採算部門を引き受けておられるところがあるか。例えば精神保健センターなどで代用できるのか、既存の支援施設は全く機能していないのかという点を教えてください。

3点目は、やはり精神科の先生と連携をしないとどうしてもやっていけないのですが、小西先生がやっていらっしゃる手法とは違うかもしれませんが、ある程度効果が期待できる認知行動療法をやってくれる精神科医、PTSDに対する治療をやってくれる精神科医をどうやって見つけたらいいか教えてください。例えばそういう視点のある人たちが加入されている学会やグループはどうやって見つければいいでしょうか。

もう一点、最後ですが、この認知行動療法、非常に効果が高いことに感銘いたしました。被害というイベントがあってから認知行動療法を受けるまでの期間が短くても長くても効果は一緒かどうかということをお教えてください。

○小西氏 1番からいきます。非 PTSD 群になる人はどんな人かということですが、PTSD はつかないけれども、解離性障害という診断になったり、それからうつで気分障害、双極性障害も含めて気分障害圏の診断がつく方が結構いらっしゃいます。あと PTSD までいかないレベルで不安がある方は適応障害か不安障害がついてくるので、そのあたりが大体こういうケースでの診断名ということになります。PTSD がなければ全然 OK のわけでは全くありません。むしろそういう方のほうが難しいというところもたくさんある。

○種部委員 一般臨床でもしかすると見逃しているものもあるかもしれない。

○小西氏 あります。解離などはほとんど見逃されていると言ってもいいくらいだと思います。

それから、不採算部門が全国でこういうものがいくつあるかということですが、中長期に関してかなり自由にやれるところというのは、例えば対象、被害ということに絞ると、今、私が思いつくのは兵庫県の「こころのケアセンター」ぐらいですね。

○種部委員 1つ。

○小西氏 1つ。例えば東京女子医大の女性生涯健康センターというところがあります。これは加茂登志子先生がやっているんですけど、こちらは医療ベースにのっけて、何とかこういう心理のことをいろいろつけて集団療法やったりしながらやっていらっしゃいますね。だけど、非採算許されないところなので、うちよりかなりきついと思います。そういう点ではないですと言ってもいいのかもしれないです。もし何かほかにあったら教えてもらいたいです。

それから、認知行動療法で精神科医でやってくれる人はということなんですが、今、精神科で認知行動療法は保険点数がついているのはうつです。うつに関する認知療法は保険点数がついていますけれども、それでさえできる人はすごく少ないのが実情です。PTSD の認知行動療法は全く保険点数はありませんので、これはただのサービスでやることになりますね。普通の医師はみんな採算をとらなくてはいけない外来でやっていることが多いと思いますし、そうではない公立の病院でも、2時間1人の人に割くことはほとんど許されないと思います。そういう点では、認知行動療法をやってくれる医療機関を紹介してくれと言われると、ほとんど研究でやっている加茂先生のところ、それから研究でやっている国立精神・神経センターの病院、それから兵庫県「こころのケアセンター」、それから多分

研究でやってくれるかもしれない久留米大学、こちらは今やっっていらっしゃらないかもしれない。そのくらいしか本当に思いつかないですね。

もう一つ、EMDR という方法も PTSD には有効だと言われています。こちらのほうが少し人数は多いでしょうけど、多分やると自由診療でしかできないのだと思うんですね。この前、加茂先生が自由診療の点数を計算していました。医者がやっても1人1回5万円もらって、10回やって50万円、医者がやっても採算がとれるのではないかと。25万円ぐらいもらえれば臨床心理士がやっても採算がとれるのではないかと。今は私たちはそれを研究を使えば、研究費として支出しながらやっています。ほとんどただとか、うちのセンターであれば、1回5,000円でやっているという状況なので、それができる人というのはなかなか難しい状況にあります。

ただ、こういうトラウマの、トラウマのというか、被害者の治療ということに熱心な先生はもちろんいらっしゃる、みんな保険診療の中で苦勞しているのですけれども、それなりにはいると思います。そういう先生も、いつも、その人はどこにいますか、その人はどこにいますかというのをしょっちゅう聞かれているという状況ですね。こういうことに熱心な人がどこにいるかと言われるのもなかなか難しいのですが、私が所属している日本トラウマティック・ストレス学会というのがあります。これは PTSD を中心とした学会ですので、ここにいる理事ぐらいはみんな治療はやっているかなという感じです。若い人はとても関心があるんです。だけど、そういう若い人を育てて、そういうことができるようにしていくシステムも、その人たちがお金を取りながらやっていくシステムもなかなかないというのが現状だと思います。前よりはいいとは思いますが、でもまだまだですね。

それから、4番目、認知行動療法を受けるまでの期間ですけれども、もし1か月で来られたら、状況によりますが、比較的力のある人なら待っていると思います。というのは自然回復が結構まで見込める時期だからです。この治療法は大体3か月以上、要するに症状が固定して介入しなければ、きつこのままになってしまうかなということがわかった段階からやりますので、3か月より前にやることはないです。でも急性期に似たような手法で介入すれば、PTSD が予防できるという研究はあるのでできるのですが、本当に急性期に来られたときは私は心理教育とその後の様子を見るということととりあえずはやっていることが多いです。

3か月以降はいつでもできます。30年経っていてもできます。もちろん30年経っていると、その間の2次障害で、例えばずっと職業を持たないで低収入の人は、そのことでまた具合が悪くなっていくわけですね。そういうことがたくさん絡んできますから、例えば人格障害みたいになっている人とか、そういう人もいるわけですが、それでもある程度条件が満たされれば、要するに毎週来て、こういうものを受けようという気になれるぐらいの安定があれば、それなりにはできていくということですね。

もちろんこれは除外基準とかありまして、今日詳しくはお話できないのですが、

例えば精神病のある方にはもちろんできませんし、それから直近に自殺の危険がある方なんかにはもっと安定化を先にして、それからやっていくという感じになります。

○林会長代理 明快なお答えをありがとうございました。ほかに、あとお一人かお二人、ご質問はいかがでしょうか。

○阿部委員 この21ページの「心理サポートの一覧と実施後の評価」ということで、ほとんど対象は成人の方だと思いますが、10代で父親からの性虐待を受けたなどの被害者もこういった治療方法を実施されているのでしょうか。

○小西氏 一番若い方は17歳の方をやっています。14歳以上が対象です。むしろ10代の方は、言語化があまりできない方が多いのですけれども、この治療法は割と訓練に近いので、そういう方でもできるのが特徴です。

○阿部委員 ありがとうございます。

○林会長代理 ほかにいかがでしょうか。

○番委員 お話ありがとうございます。私は被害者の支援をしている弁護士で、先生にもいつも御協力いただいています。確かにおっしゃるように裁判とかを行うと、そのときにせつかくよくなっていた状態がまた悪くなるということで、私たちも主治医の先生とご相談する、あるいは裁判の前後に受診していただくということをしているんですね。おっしゃるように、書類もぼんと送りつけると見られないとかということもあって、あまりひどい人の場合は私のほうで基本的には行い、お呼びしてお話ししてというようなこともやっているのによくわかるのですが、本当は私たちは法律家の専門家であってカウンセリングのようなことはできないので、先生がおっしゃるように、ぜひ専門を少しでも学んでいらっしゃる学生さんにでも一緒についてきていただいて面談のサポートとかしていただきたいと思うのですが、費用の問題とかございますよね。そこがネックになります。

○小西氏 これは本当にプレリミナリーにやってみたことなので、採算なんかまるっきりないんです。そういうシステムも全くないので、この支援が有効だとすると、両方の間に落ちている領域ですよ。だからそこに何かやるシステムをつくらないといけないということになります。そんなに難しくないので、全くないところでやる新しい仕事なので、ちょっとそれを考えることが必要だと思っています。

○番委員 それができるで大分弁護士も必要以上の気遣いが不要となります。私はそういう事件ばかりやっているのそれが普通だと思うのですが、なかなか一般の弁護士は理解しなかつたりするところがあるので。いろいろ研修をして被害者の状況とかお話しはするし、先生にも研修に来ていただいたこともありますけれども、ぜひそういうシステム、被害者に関する連携のシステムをつくって、全体でサポートしていただけると、司法的な支援も充実するのではないかと思います。

○林会長代理 ありがとうございます。平川委員から最後の御質問ということでお願いします。

○平川委員 ありがとうございます。私は小西先生にPEのトレーニングを受けて、これ

までに2人の方に試してみました。先生のスーパービジョンも受けていないのでお叱りを受けそうですが、確かによく効きました。20代の後半で、仕事をしていた方たちですが、あるきっかけで仕事ができなくなり、以前にも私のところにカウンセリングに来ていらっしたのですが、今回もこういうことがあったので相談にいらっしたんです。2人とも、経済的に余裕があり、それから両親のサポートもあったということで、やってみましたが、1クールで仕事に復帰できました。

この会議の文脈の中でのことに話を戻しますと、PTSDなど大変な症状をもつ性暴力被害者を抱えている心理職というのは多いわけですが、こうした心理職が亜流としてのPEをやっているものかどうかについて、どのようにお考えでしょうか。

○小西氏 要するに本当のPEのフルのワンセットをやるためにはいろんな条件が必要になってきますよね。うちで比較的できているのは、正直言って、私が医者としてバックについていたり、それからサポーターシップカウンセリングを両方並行して入れたりというようにいろんな安全弁をつけているのでできているところもあると思うんです。一般に臨床心理士さんが、それぞれの臨床の中でやるとすると、もうちょっとマイルドにせざるを得ないのかなというのは思っています。そういう使い方も十分できるとは思うんですね。ただ、医療の世界で言いますと、治療のエビデンスということがどうしても問われてしまうものですから、この形だとはっきりエビデンスがあるんですよ。薬よりもこちらのほうが確実なぐらいエビデンスがある治療法なので強く押せるんですね。

でも心理療法の世界はそういうエビデンスがあるものはむしろまれで、今まで臨床的にいいからという形でやられてきた。そのレベルで言うのだったら、エクスポージャー法なんかをある程度知っているだけで随分いろんな応用の仕方はあるのだと思います。司法に関する支援などもそういう形でエクスポージャーの中のエッセンスを使いながらやっていく。それで効果は十分上がっているわけですから、それは大丈夫だと思うんですね。

ただ、私が心配しているのは、むしろあまりPTSDや被害者の臨床経験のない方が、魔法の小槌みたいに、これさえ知れば全部きれいに治るという感じでやられると非常に怖いなという気がします。2次被害とそういう意味では隣り合わせのところにあるので、ちゃんとした教育が必要だろうと思います。

平川先生みたいに実際に被害者臨床の長い方が、何か間違った使い方をされるとは全然思わないのでいいんですけど、むしろ世の中はそういう人ばかりではないので、それはちょっと心配なところもあります。

○林会長代理 ありがとうございます。以上で小西先生からのご説明を終わりにさせていただきまして、次に「性暴力の相談について」、男女共同参画センター横浜の納米恵美子さんからお話を伺います。よろしくお願ひいたします。

○納米氏 男女共同参画センター横浜の館長をしております納米と申します。どうぞよろしくお願ひいたします。

今日は横浜市男女共同参画センターに性暴力についての相談がどのように入ってきて

いるのか、そのことについて、どのようなことはできているのかについて御報告させていただきたいと思えます。

本題に入る前に、私どもの相談事業の枠組みについてまず御説明をしたいと思います。

枠組みとしては3つございます。お手元にカラーの資料、一番小さいパンフレットです。それから紫色のチラシ、それから黄色いチラシをお配りしております。

「こんにちは 横浜市男女共同参画センターフォーラムの相談室です」というパンフレットの内容が「(1) 心とからだと生き方の総合相談」という枠組みです。総合相談では、まず電話で相談をお受けしまして、必要に応じて面接の予約をとり面接を設定します。それで更に必要があれば、弁護士、そして精神科医の相談をこれも予約制でやっていく、そのような枠組みでっております。

心とからだと生き方の総合相談には年間で延べ5,000件くらいの相談があります。そのうち電話相談件数が4,000件くらい、面接相談件数が1,000件くらいです。面接のケース数は、大体300ケースくらいというのがここ数年の状況です。

続きまして、紫色のチラシですが、これは始まったばかりの業務です。横浜市がDV法に基づく配暴センターの業務を今年の9月に開始いたしました。電話相談の窓口が2つございまして、そのうちの1つを男女共同参画センターで担当しています。

3つ目の枠組みが性別による差別等の相談という枠組みで、これは横浜市の男女共同参画推進条例に基づきまして、性差別を受けたと思う市民が申し出ることができる。その申し出の窓口を私どもでやっているということです。専門の相談員の方たちの合意で、その申し出を受けて、先に進む場合には、相手方に調査に入り、改善の指導が必要となった場合には要請や指導ができるという枠組みです。ただし、こちらは15歳以上であることということと、過去1年間に起きた被害についてという限定がかかっています。

このような3つの枠組みで相談を受けています。

同じセンターでっておりますので、例えば総合相談に入ってきた相談がDVセンターの案件として受けたほうがよいと、そのほうがいろいろな制度が使えるという場合にはそのようなつながりもしますし、同じように性差別の申し出の窓口に入ってきた相談で条例に基づく申し出としては扱いにくいけれども、総合相談で継続相談を受けるほうが適切なのではないかというケースについてはそういうつながりをする、そういうやり方をとっています。相談体制、以上の3つの枠組みがどういう体制でやっているかということなのですが、総合相談とDVセンターの業務は指定管理業務として実施しており、相談員が11人います。条例に基づく性差別の相談申し出は横浜市からの委託業務で、担当は職員は1人です。管理職は1人で指定管理業務と委託業務の両方を所管しています。このような職員体制は、男女共同参画センターの中ではかなり相談部門が大きいほうではないかと思えます。

相談員11人ですが、5人が正規雇用で、後の6人が期限に定めがあるという雇用の形態をとらざるを得ないという状況ではございます。他の男女共同参画センターなどでは相談業務自体をすべて委託している場合ということもございまして、当センターでは全員直

接雇用です。

それから、横浜市の男女共同参画センターは指定管理制度が導入されておりまして、市内に3館あるセンターを公益財団法人横浜市男女共同参画推進協会が指定管理を受けています。

電話相談では大体1回当たり20分から30分ぐらいお話を聞きます。それで必要な場合には面接相談に進み、面接相談の初回は90分、その後は一応60分としています。

このような相談の枠組みに性暴力についての相談がどのように入ってきているかということなのですが、5つの類型に分けて整理してみました。1つは、レイプ被害直後の相談です。これは件数は非常に少ないです。直後といいますと、翌日という場合、それから数週間、1か月以内くらいのイメージです。訴えの内容としては警察に届けようとしたのだけれども、思うように取り扱ってもらえなかった。どうすれば被害届を受け取ってもらえるのか、手続を進めてもらえるのだろうかということについての相談が入ってまいりました。

それから、もう一つは、被害の翌日に、面接相談は通常は予約制なんですけど、予約なしでセンターに飛び込んでいらっしゃるということがございました。しかしこういったことは非常にまれです。飛び込んでいらした方の訴えは、まず体のことが心配なので医療を受診したい。妊娠が心配であるということと、性病をうつされていないかということが心配である。こうしたケアをどこに行けば受けられるだろうかということについて情報を求められた。そして、被害を訴えるかどうかについてはまだ決められない。でも後になって被害を訴えたいというときに訴えられるようにはしておきたいというお話がございました。

それで、最寄りの警察署から警察官に来ていただいて一緒に対応をお願いいたしました。その結果、後で訴えるかもしれないというような場合には、警察官の立ち会いのもとに証拠を採取しておく必要があるということをおっしゃりました。ところがそこで問題が起きて、その被害が起こった土地は神奈川県ではなかったんですね。警察官から、被害の発生地が神奈川県外の場合、神奈川県警では所管できないので、被害が起こった地の警察に行って訴えないと、司法に結びつく手続に進めないということのお話がありました。飛び込んでいらした方は被害を受けた近隣の警察署に行かれるということに非常に抵抗があり、ハードルが高くなりました。どうするかということで非常に迷われたんですね。センターから警察官に、被害の発生地を所管する警察署まで同行していただけないでしょうかとお願いしたのですが、それはできないということでした。

これは本当に悔やんでいるのですが、イレギュラーな扱いですが、センターの職員が同行すべきであったと思います。その方は、被害発生地所管の警察に行くということを選択されて、警察官が鉄道の最寄り駅までは同行するということはやっていただけました。

〈課題〉ということで、①被害者へのケアと証拠の保全や被害届の手続両方を一緒に行える仕組みがなくはないのかもしれないのですが、とてもハードルが高いと思いま

す。

②といたしまして、被害を受けた場所が被害者居住県以外の場合、住所地の最寄りの警察ではなくて、被害を受けた場所を所管する警察に届けることになっているということで、これもハードルが高いと思います。

2つ目の類型としましては、強制わいせつの行為やストーキングについての御相談です。

加害者は医師であったり、整体師、子どもの担任の教諭と個人面談の際での被害であったり、専門学校の講師であったりといったように、顔見知りの人である場合が多いです。性暴力は、加害者と被害者の距離が近い状況で起きることですので、加害者が顔見知りの人である場合が多いということになるのだと思います。

訴えの内容としては、(3) に書いた心身の具合が悪いというようなことももちろんあるのですが、どうやって身を守ったらいいのか、その具体的なやり方について一緒に考えてほしいといった御相談があります。どうやって距離をとったらいいかといったことです。具体的に、例えばメールアドレスを変えるとか、どこどこには近づかないほうが安全ですねというような安全プランを練ったり、そういった対応になります。

それから、訴えて慰謝料を請求するためにはどうしたらいいのだろうという御相談も入ってまいります。

3つ目の類型としては、被害からかなり時間が経過してからの御相談です。幼少期から思春期ぐらいにかけて、多くの場合には身近な人、父親、義父、兄弟、親戚などから性暴力を受けてずっとその被害の影響に苦しんできている方からの相談です。通院していて、投薬も受けているという場合も少なくありません。被害の直後に適切なケアがなかったために非常に長期間にわたって苦しんでいらっしゃいます。心療内科や精神科医から、男女共同参画センターでしたら継続的に面接を受けてくれるはずなのでという形で紹介されていらっしゃる場合もあります。

〈訴えの内容〉としては、心身の具合が悪い、フラッシュバックに苦しんでいる。とにかく話を聞いてほしい。働きに行けない。生活が成り立たない。家に引きこもっている。何年も何十年も前のことなんだけれども、加害者から謝罪をさせたい。加害者を訴えたい。被害を受けたときに味方になってくれなかった母親への怒り。今も味方をしてくれない場合もある母親への怒りがあって、それをどう処理していいかわからないといったことについての訴えがあります。

4つ目としては、性虐待についての相談です。相談者自身は DV 被害を受けていて、DV の加害者がお子さんに性虐待をしているという場合ですとか、兄から妹への性虐待が明らかになったというようなことでの御相談があります。

〈訴えの内容〉ということなのですが、性虐待の疑いがあるという状況は、相談者の方から語られるのですが、必ずしもそのことで悩んでいらっしゃるという訴えがないという場合があります。例えば、自分は DV の被害者で、夫から DV を受けていて、小学校の高学年から中学生ぐらいのお嬢さんがいる。それで父親と子ども（娘）は仲がよ

くて、自分と夫とは寝室は別だけれども、夫とお嬢さんは寝室が一緒だというようなお話がなされます。それを相談員が聞きますと、性虐待の危険性があるのではないかと思うわけですが、そのことについて、相談者から悩みとして訴えはない場合もあります。性虐待の疑いがある状況であっても、いろいろな事情があって、DVの加害者でもある夫から離れられないといったような状況にある場合もあります。

兄弟からの性虐待の場合は、被害を受けた娘をどうケアしていけばよいのかという相談ではなくて、性虐待をしてしまった息子にどう対応していけばよいのかということが悩みとして語られ、相談員は、どうして相談者が被害を受けた娘ではなくて、息子のことの方を心配するのだろうと、違和感を覚えるといったこともあります。

それから、次の類型は、性犯罪の加害者の配偶者からの相談です。夫が性犯罪を犯して捕まった。それで離婚するかどうか迷っている。子どもがいる。本当のことをどういうふうに子どもに話したらいいだろうか。話すとしたら、いつ、どのように話すのがよいだろうかといったことについての相談です。

その他ということで、被害者の周囲の人からコンサルテーションを求められるという場合がございます。

こうした相談に対して、「現在、行えている支援」と書きましたけれども、できていることは、そんなに多くありません。できているのは、相談者の話を聞いて受け止めるということです。継続で大体3回から5回ぐらいは面接を受けています。初回の面接で一連の面接で何を扱っていくのかということについて、相談者と相談員が話し合いをして、今回はこのことについて、例えば生活が立ち行かないということであったら、そのことをどうしていくかということについてといった具合に、面接相談で扱う課題についての的を絞ります。その課題の解決の方向性について見通しがつくまで、3回から5回ぐらいの面接をいたします。

相談員は相談者に被害を受けたのは「あなたのせいではない」というメッセージを繰り返して伝えます。それから、心身のケアを提案する。医療にかかっていっしやらなかったら、医療を受けるようにお勧めする。ここで、医療の受診について、先ほど小西先生は、公的機関からのリファラーで先生のところ結びつく場合が結構あるというふうにおっしゃったのですが、公的機関側としては医療を紹介することについては実は課題があります。というのは、個別の医療機関を、たとえその医療機関がとても専門性が高いということがわかって、そこだけを紹介することができないという事情があります。そこで、医療機関のリストを渡して、このリストの中で、あなたに合うところをどうぞ見つけてくださいというような形でしかできません。それから紹介したくても専門性を持ってやってくださるところが少ないというのは、小西先生がおっしゃられているとおりです。

そのほか、頑張りすぎないように、とにかく心と体を休める方法を一緒に検討しましょうと提案し、休職、福祉の制度の利用などについて一緒に考えていったりいたします。

このほか、弁護士相談と、精神科医相談の枠を持っております。いずれも無料です。弁

護士相談では、加害者を実際に訴えることになるのは本当にまれです。被害を受けてから何年も何十年もたってからの方もいらっしゃるのですが、そういった場合には弁護士相談では、現実に訴えるということに関しての実現可能性がテーマになります。個人的に弁護士に相談に行き、証拠がないので扱えないと言われた、理解してもらえなかったとか、弁護士の対応に傷ついたという相談が寄せられることがあります。センターで改めて弁護士相談を設定して、訴えることが難しいのはなぜなのか、法律的にできることの限界について弁護士から解説していただく場合もあります。

精神科医相談では、性暴力によるトラウマ治療に詳しい専門家に来ていただいていますので、助言をいただいたり、その場所で呼吸法の練習などをすることもございます。1回の相談時間は50分と、十分な時間をとって丁寧にやっています。

もう一つは、私どものセンターでは、自助グループのミーティングがかなり多数行われております。現在、13のグループがミーティングを行っています。その中に1つ、参加対象者を「性に関して傷ついた体験を分かち合って回復を望んでいる女性」としているグループがありまして、相談者にグループについて情報提供して、参加を希望される場合にはグループと参加希望者をつなぐことを行っています。

最後には、神奈川県内で最近どのような動きがあるかということについて触れます。

性暴力対応のネットワークをつくって、将来的にはワンストップのセンターをつくっていきたいという動きが出始めております。

横浜市においては、次年度、犯罪被害者等支援相談窓口を立ち上げる予定があります。これは人権課の所管で立ち上げると聞いております。

最後ですが、DV被害者との重複と、それから、どこが違うのかということですが、DV被害者は暴力の種類の一つとして性暴力を受けているという方が非常に多いです。それから、DV被害者の中で生育歴の中で性暴力の被害に遭った方がいるという方がいらっしゃいます。ただ、DV被害者の中だけに多いのかどうかということにはわかりません。過去に親から性被害を受けた方の場合には、DVを受けても親からの支援は望めないということがありまして、より困難な状況に置かれます。

それとDV被害者で性虐待を受けている子どもの母親であるという立場の方がいらっしゃるという点で重複しています。

DV被害者と性暴力被害者の支援で異なる点ですが、DVについては法律が制定されてから支援がシステムティックになりました。DV法はDVの防止と被害者の保護についての法律ですので、それにのっとった被害者支援ができます。性暴力につきましても、性暴力の被害者の保護、被害者の支援という枠組みでの法律が見当たらないということで、被害者支援が難しいと思います。

最後ですが、当センターでは、年に1回は小西先生に来ていただいて、スーパービジョンをお願いしております。精神科医相談を受け持ってくださいているのは、宮地尚子先生です。

弁護士先生も、暴力被害を受けた方の状況に理解があって、女性の権利回復に理解がある横浜弁護士会の女性の弁護士の方たちの御協力をいただいておりますので、そういう専門家の御協力があって成り立っているということでございます。

以上でございます。

○林会長代理 どうもありがとうございました。

時間が短くて申し訳ありませんが、5分程度、質疑の時間をとりたいと思います。どうぞ御質問がある方、お願いいたします。原委員、お願いします。

○原委員 ありがとうございます。私も相談室を管理・運営していますので、とても参考になりました。いくつかお尋ねしたいのですが、相談員さんが11人おられて、常勤・非常勤の資格要件のようなものを設けていらっしゃるのかということと、それと同行支援などはどの程度行っているのかということのを聞きたいのと、それともう一点、自助グループが13グループもあるということで、これは自然発生的に出てきているものなのか、何らかの形で支援をしてでき上がっていったものかということをお尋ねしたいと思います。

○納米氏 ありがとうございます。

○林会長代理 初めに御質問だけ受けたいので、ありがとうございます。原委員以外に御質問ある方、いらっしゃいますか。よろしいでしょうか。ではお答えをお願いします。

○納米氏 資格要件は今のところは設けておりません。で現在1名、相談員の欠員がございまして、1名補充の予定です。その採用からは、資格があるか、もしくは女性の相談に携わった経験が2年以上あることを要件にしようと考えています。

同行支援ですが、これまでのところ行えていません。ですが、DVセンターになりましたので、保護命令の申立てのときには地方裁判所への同行をすべきなのではないかということで、実際に案件が出たら同行支援を行いたいというふうに考えています。

自助グループにつきましては、もともとはアディクション系、アルコール依存や、ギャンブル依存などからの回復を目指す自助グループが横浜ではかなり活発に活動していました。それらのグループが集まって、「アディクションフォーラム」という、年に1回の大会のようなものを当センターでやっていたのですね。そのことがきっかけになりまして、自助グループというのは非常に大事だし、大切な社会資源だし、センターとしてその活動を支援をしていくべきなのではないかということになりまして、支援事業が始まりました。支援をするグループの決め方は、年に一度、センターで自助グループのミーティングをしたいというグループから申し込みを受けて、いくつかの要件をクリアしているかということを確認して、ミーティングの場所を無料で提供するという。それからDVのグループですとか、性暴力のグループなど、一般にオープンにしてしまつては危ない場合には、センターの相談室が仲介する形で参加希望者をグループにつなぐということ。あとセンターで提供している保育が利用できるということ。広報に協力して、グループとグループに参加したいという希望者をつなぐといった支援を行っています。

○林会長代理 ありがとうございます。時間が限られている中で、申し訳ありませんが、

以上をもちまして、納米さんからの御報告を終わりにさせていただきます。

今のお話ですと、横浜市では来年から犯罪被害者と支援相談窓口が発足予定ということですが、先駆的にそのような相談窓口を地方自治体として開いている中野区役所から、今日は稲吉久乃さんにおいでいただきました。では次に、稲吉さんからの御説明をよろしくお願いいたします。

○稲吉氏 皆さんこんにちは。自治体での支援というのは本当に今ありましたように、ほとんどやれていない現状です。東京都内 62 自治体があるうちに、直接支援窓口、さっきから同行支援という話が出ていましたが、同行も含めた支援が行えている自治体は 3 か所しかないのですね、東京都内でも。全国的に見ても多分そんなないだろうということがあります。条例とかを持っていますとか、お見舞金の制度はありますといっても、実際に同行支援までできているというのは本当に少ないのだろうと思っています。

その中でどういうことをやるべきというのは実は決まっていないということの中野区は強みとしまして、被害に遭われた方を中心にどんな支援が必要かというところを積極的に考えつつやっているような状況です。

私ども今日、性暴力被害の支援についてということと呼ばれたわけですがけれども、中野区は性暴力に特化した窓口ではないんですね。私どもが依って立つ法律は犯罪被害者等基本法ですので、そちらには単に被害に遭われた方やそのご遺族、御家族というふうな被害者の定義ですので、警察に届けているかどうかということは問われていないということで、中野区としては広く被害に遭われた方の支援をしているというところではあります。

【犯罪被害者等基本法】

犯罪被害者等基本法には被害に遭われた方が受けた被害者を回復していくまで途切れない支援をなささいとうたわれているのですね。それに対して国の責務、地方公共団体の責務、国民の責務ということが書かれているわけですが、なかなか自治体の窓口が進まないということが何でなのかというのはいつも疑問に思っています。

例えば先ほどから出ています DV に関しては法律の中で配偶者暴力相談支援センターみたいなのがうたわれているせいなのか、もしくはよくわからないですが、子どもの虐待にしる高齢の虐待にしる、自治体の責務というふうに認識されて、窓口等があったりするのですが、なかなか犯罪被害者については窓口ができ上がらないのは何でかなと思いつつ、市区町村ならできる、小さな自治体ならではの支援ができると思って私どもはやっております。

【地域でのネットワーク】

犯罪被害に遭われた方への支援というのは、皆さん御存じのとおり、直後から始まって、もちろん多岐にわたってずっと長期間かかるということで、市区町村だけではとても無理ということなんです。よく言われることですがけれども、加害者にとっては刑が終了する、もしくは裁判が終わってしまったら、そこで事件が終わりというところがありますけれども、被害に遭われた方にはもちろん終わりはないと。一生被害を抱えて生きていくということ

になります。警察の仕事かというのと警察の仕事ではなく、お住まいの地域でしっかり受け入れられる仕組みをどういうふうにつくっていくかということを考えていかなければならないということで、地域でのネットワークというのが必要になってきます。

【自治体での支援】

後でお話ししますが、平成 20 年の 4 月から窓口ができて、窓口があるということが周知されるにつれ、相談される方は増えてきています。被害の種類としては、殺人、放火、強姦、痴漢被害、傷害、住居侵入、デート DV、ストーカー被害、絵画商法の詐偽とかいろいろな方が相談においでになります。

事件の直後というのは混乱して置かれた状況を把握することすら難しい状況で、もし区役所にいらしても正しい窓口に向かうことは難しいということです。福祉制度があるということは何となくわかっているけど、どういうふうに運用していくかというのはもちろん区民の方、御存じないわけですし、被害に遭われた方が頑張って要求したりとか、事件・事故で疲れ切っている中に区役所の中をぐるぐる歩き回って細かい手続までするのかというと、それはとても不可能だということで、最初からあきらめてしまっている方も多くいらっしゃると。何だかわからないうちに警察からも呼ばれるし、検察からも呼ばれるし、同じような話をさせられたり、具合が悪くなっても、どこの医療機関で診てもらえるかもわからない。

被害者参加というふうに聞くけれども、どういうふうな弁護士さんが協力してくれるかもわからないといった中で、もし窓口があれば、御本人と御相談の上、必要な制度を考えたりとか、これから起こり得る問題に対してもあらかじめ対処する方法なども考えることができるということで、とにかく大事なものはきちんと御本人に向き合って最初から関係をつくるということです。被害後、できるだけ早く、御本人にしっかり寄り添うということ意識して窓口の職員としてやっています。

支援の終わりというのは、中野区であれば、区内にお住まいの限り、ずっと支援は続くというふうに思っています。ただ、ほかの、今言った 62 自治体のうち 3 か所しかないわけなので、ほかのところには引越したら終わりだよというのはなかなか言えません、どこかに引越しても中野区の窓口がずっとかかわりを持っている方というのをもたくさんいらっしゃいますし、ほかの市町村に住んでいても、だからだめですとは言えなくて付き添い支援もやっっている現状があります。

【中野区の支援の仕組み】

中野区の支援の仕組みですけれども、条例ではありません。要綱なんですね。条例となりますと、逆にしほりもあるので要綱で十分に私どもはやれていると思っています。

リーフレットに書いてある相談、手続、情報提供等が要綱に書かれているものです。これはついでに言いますとすごく工夫してつくってありまして、もちろん絵柄とかそういうのがかわいいとかというだけではなくて、これは皆さんコピーなので四角いんですけども、ここを丸くしてあったりして力を込めてリーフレットをつくってみました。内容もか

なり被害に遭われた方にお渡ししても「いい感じ」というふうに承っています。

【相談体制】

非常勤の専門相談支援員というのが月 14 日勤務しています。彼女は前職が民間の犯罪被害者支援センターでしたので、司法関係のさまざまなことを支援の経験からよく知っていて本当に助かりました。私自身は保健師です。問題を抱える方に寄り添うということは今までの仕事でずっと行ってきたことでしたので、特に犯罪被害に遭われたからといって特別なことがあるわけではありません。今後、専門相談員がずっと一生ここに勤めてくださるかかわからないので、もしさっきの資格要件ではないですけれども、資格を設けたら、たまたま彼女も私も精神保健福祉士とかを持っていますけれども、特に資格要件ではなくて、今まで寄り添った経験なり、寄り添う気持ちがあれば十分だろうと思っています。

窓口設置自体は 18 年に一般質問がありました。これは実は区議さんの中に殺人被害のご遺族の方がいらっしやいまして、その方が発言されて、先駆的な自治体の取り組みなどを参考に 20 年 4 月に設置をいたしました。

【相談】

リーフレットをごらんになりながら聞いていただきたいのですが、まずは相談ということですね。一番最初に御本人とかかわる場面ということで、「事情聴取ではないので、ゆっくりお気持ちを伺い」と書いていますけれども、面接も電話も被害に遭われた方が優先の相談室というのがありまして、そちらでお話を伺います。被害直後で外に出ることが難しいという場合には御自宅を訪問してお話を伺うということもあります。引っ越し荷物をまとめながらお話を伺うようなこともありました。メールというふうに書いてありますけれども、最近ではメールも重要な通信のツールとなっています。夜中にふと思いついたり、職場のトイレがよくわかりませんが、ピピピッと送ってくれて、気持ちを書いてくださったりということで、最近ではかなりメールという手段も重要です。

お話を伺いつつ、「相談」というふうに書いてありますけれども、例えば事件後に気持ちが落ちつかなくなったり眠れなくなったりするのは当然だというような心理教育というんですか、お伝えしたりとか、今後起こり得る問題についてあらかじめお話し合いをしたりとか、それに基づいてどのような支援が必要かというような計画を一緒に立てたりということをしています。

【情報提供】

ご本人のニーズに応じて、保健医療サービスや福祉などいろいろなサービスや使える制度についてお伝えしていきます。先ほど来、小西先生もおっしゃっていましたし、納米さんもおっしゃっていましたけれども、まだまだ精神的な不安定な状況について理解のある医療機関が少なく、本当に小西先生のところか加茂先生のところかというところになってしまうわけですね。都の制度で「ひまわり」という医療情報提供の制度があるわけですが、そこを検索して PTSD というとは実はいっぱい出てくるんです。でも実際に私どもが

一緒に被害に遭われた方と行って2次被害を受けてしまったような医療機関もちゃんと出てくるので、これではいけないなと思って、東京都のほうに伺ったら、この「ひまわり」の制度にのるのは手挙げ方式だと言われまして、結局自分ではできるというふうに手を挙げたお医者さんがのってくるわけですね。そうするとそれをネットでいろいろ検索をされて、個人的につながる人が多いと小西先生おっしゃっていましたが、危険が大変あると思っていて、都のほうには精神保健福祉センター等に、そういった状況をちゃんとできるお医者さんを教えてほしいというような無茶なお願いをしたりしているのですけれども、本当に医療機関については難しいところがあります。

どういうふうに行っているかということ、精神科的な不安とか眠れないというだけではなくて、胃が痛いとか、御飯食べられなくなっちゃったとか、要するに精神科だけではなくて、内科的にもぼつぼつがいっぱいできちゃったとか、じんま疹ができたとか、いろいろ不調を訴える方は多いので、特に区内、区外、中野区は新宿が近いので、大学病院とか大きな病院を1つひとつ足を使って回って、このリーフレットを持ちながら、こういうことをやっているの、協力してくださるお医者さんいらっしゃいませんかみたいなことで、私も「セールス」と呼んでいるのですけれども、足で回って御協力いただけるお医者さんを探しているようなところもあります。

弁護士さんも、番先生、今日おいでになっていますけれども、精通をしている弁護士さんというのも本当にまだまだ数が少ないというところでいろいろなところで情報をつかみながら協力していただける方を探しているところです。

情報提供ということ、情報提供だけにとどまってしまうかということ、これは必ず同行することにしています。先ほど小西先生が陳述書や告訴状を書くのも大変だという話でしたけれども、私も別に慣れていないわけではないのですけれども、一緒に何がしたいのかということ、そういう必要があれば一緒に陳述書や告訴状を書いたりとかというお手伝いをしたりすることもあります。必ず同行ということが基本です。

【付き添い支援】

例えば病院、警察署、検察。病院は風邪引いたら行くというのはあるかもしれないのですが、先ほど小西先生もおっしゃっていましたが、なかなか精神科とか、産婦人科にしる敷居は高いということで、とても不安な中、ためらっていらっしゃる方の場合には一緒に行くということで大分敷居を低くすることができます。特に警察、検察、裁判所というのはテレビの中の世界の話で、検察とか警察はどう違うのというところから御存じない。私も実はこの仕事をするまではよくわからなかったのですけれど、そういう方が多いです。事件の捜査とか起訴・不起訴の判断をするということ、とても必要なことではあっても、同じことを何度も何度も聞かれる。また検察で被害感情とかを聞かれると、今までそういうことを考えないことで生活してきたのに、自分の感情を述べるということが逆に苦しくなる原因になったりしているということで、私たちが寄り添ったりということが行く勇気が出るということもありますし、また使われる日本語がとても日本語と思えない

ような日本語が使われていて、理解自体が難しいという場合には、その言葉を私たちの言葉に通訳してお話しするということがあります。

【緊急生活サポート事業】

緊急生活サポート事業というのが今年から始まっています。被害後は、日常生活がすごく難しくなりますね。皆さん御存じかとは思いますが、精神的にもとても大変な、3か月というのはすごく大変で、捜査とか検察、警察の調べだとか、いろいろあるという中で精神的にも大変な時期だと。これは被害に遭われた方の声から始まった事業なのですね。ご遺族の方だったのですけれども、ご葬儀とかいろいろ大変な中、区役所などで次々といろいろな手続があるし、警察の捜査とか検察への協力などがあったり、裁判があったりということで本当に3か月があつという間に過ぎたけれど、とても家事をする元気がありません。でも日々の生活は回していかなければいけない。自分はとても食事をする気にはなれないけれども、子どもたちには食事をさせなければいけないし、洗濯はたまってくるし、おばあちゃんは整形外科にマッサージに連れていかなければいけないしとかということで、そういう時期にだれかに手伝ってもらいたいと思っても、だれにお願いしていいかわからない。全部自分でこなしてきたけれども、だれかに手伝ってもらったらとてもよかったというような声をいただいて、何か区としてお手伝いすることができないのかというふうに考えて、これまでセールスに回っていた社会福祉協議会に、「ほほえみサービス」というのがあったのです。もともと家事とか外出、育児支援をしていたという制度があったことを思い出しまして、社会福祉協議会と相談させていただいて、こういった事業を立ち上げています。これについては資料3のようにチラシが入っています。

【顔の見える関係作り】

顔の見える関係づくりということで、先ほどもお伝えしましたがけれども、私たち自身が情報を集めるためにどんなところと関係をつくってきたかということなのですけれども、まだまだ理解のあるところがとても少ないというのが現状です。区役所の外ではもちろん医療機関、先ほどお伝えしたような医療機関や弁護士さんたち、もちろん警察、検察、医師会、シルバー人材センター、女性センター、被害者支援の都民センターとか、使えるサービスを教えていただいたり、協力をいただくということをしてきました。

それから庁内では、男女共同参画センター、子ども家庭支援センター、福祉事務所、保健所、保健福祉センターなどとの関係をつくっています。具体的には委員さん限り、委員の方にしかお配りしていませんけれども、委員限り①というところで、例が3例出ていますけれども、こういったケースの概要の方に、一番右、連携する機関がそれぞれある。主訴は、こういった、例えば緊急避妊について教えてほしいとか、医療費が心配ですとか、すぐにでも引っ越したいとか、引っ越し先が決まるまで身を寄せる場所がほしいということがあって、それぞれ連携する機関がそういったところにあります。

一斉に会議を持って連携するというのも考えたことはあるのですが、なかなか区役所の仕事の中で一斉に会議を持つということは具体的には難しいことが多いです。と

というのは要するに形骸化しやすいというんですか、会議は持っているけれども、連携しているつもりはなかったりとか、逆にケースを通じてですと、こういうことはこういった運用ができるということが具体的に見えてきますので、一人ひとりのニーズに合わせて担当と交渉しつつ、仕事に1つしていくというようなやり方を今しています。

後は連携づくりとしまして、自治体、今、数少ない自治体ですけれども、連絡会を持っていたり、それも仕事としてなかなか認められないので夜に集まったりということもあります。

それから、「各種勉強会」と書いてありますが、後でこれをお伝えしますけれども、とにかく意識して多くの勉強会などに参加して、より多くの情報を集めると同時に、たくさんの人と出会って関係をつくって、その中で仕事をしていくということを今まで意識してやってきました。

【性暴力被害の勉強会】

性暴力被害の勉強会ということが、今の性暴力被害についてはかなり勉強になっているところなのですが、平川先生のいらっしゃる女性の安全と健康のための支援教育センターや強姦救援センター、いろいろな方々と勉強会で知り合いました。とにかくこの中で自治体は何をするのかということをお問われてきました。性暴力被害に遭われた方というのは、警察に届けるのもためらわれることが多い。それは長い間、日本の女性自体が置かれてきた立場というのも影響しているかと思うんですが、「強姦神話」というのは何回か前の調査会の中でも話されていたようですけれども、必死に抵抗したら逃げられるはずとか、強姦をされるのは女性にも隙があったからだとか、強姦の加害者は見ず知らずの人間であるとかということが強姦神話といわれるものですが、実際には加害者は、家族とか親族、近隣の方も多くて、被害に遭っていてもそれを届けたら報復されるかもしれないということで届けられなかったりする。それから、抵抗したら殺されるかもしれないというふうに思ったときに抵抗ができるかどうかということですね。届け出てもセカンドレイプがあったり、警察の中でセカンドレイプがあったということも性暴力犯罪被害に遭われた相談者から伺ったこともあります。

警察への届出をしないとか、できない被害者の存在があるということは、窓口にはいらっしゃる相談者の中ですごくよくわかります。届出はしたくないけれども、妊娠の検査はしたいとか、性感染症の検査はしたいといったときに行ける場所というのはそんなにあるものではありません。性感染症の検査は匿名、無料で、自治体の中で行いますし、もし自治体の窓口があれば、そこにかかわりのある産婦人科医にお願いすることもできます。性暴力犯罪に関して支援というのは自治体で担えることが多いと思う理由です。

【性暴力被害の勉強会】

今年の1月に、区で支援をしてきた性暴力に遭った方の勉強会というのを行って、別紙にまとめてあります。これも委員さんにしか配っていません。かなり本当に個人情報というか、個人のお話です。これを読んでいただくとすごくよくわかるのですが、

ここに出すということは了解済みです。なぜかという、支援の仕組みというのがきちんとできていないので、支援の仕組みをきちんとつくってほしいということで、この記録を出すということを了解していただきました。この記録を見ると、いかにすぐに寄り添ってくれる立場の人間が必要かということがよくわかります。

【お話し会】

お話し会というところで、これはさっと思いきいますけれども、犯罪被害に遭われたことについて、国民の責務もあるということで、理解を得るための活動ということが基本法の 20 条にうたわれています。これの啓発活動については中野区はかなり力を入れてきています。

【職員研修 区民向け講演会】

職員研修や、区民向け講演会を行っています。また今年も 11 月 25 日に区民向け講演会がありますので、そちらに置いておきますので、後でいらっしゃる方は取っていただきたいと思います。

【公立小中学校でのお話し会】

それから、中野区の特徴として、公立の小中学校でのお話し会というのを 20 年度から窓口のできたときからやっています。いろいろな方々に来ていただきましたけれども、今年平成 23 年度は教育委員会と連携して、区内の中学校全校で性暴力被害についてのお話し会をするということになって、今まだずっと続いています。

【平成 23 年度】

これは平成 20 年度に窓口ができたときから、ずっと協力的な中学校が 1 校ありまして、そちらで昨年デート DV について取り組みたいということで、レジリエンスさんの方をお呼びしてお話を聞いてもらったんですね。その取り組みを教育委員会と一緒に考えて、性暴力被害も含めた「より良い人間関係をつくるために」というようなテーマで、今年は 9 校取り組んでくださいました。それから産婦人科医だったり、助産婦さんだったりということで、12 校中全部それでお話を聞いてもらいました。

【学校でのお話し会の意味】

学校でのお話し会の意味なのですけれども、以前、小学校のお話し会のときに、子どもたちに殺すゲームをしたことがない子、というふうに聞いたところ、4 分の 1 しかない。要するに 4 分の 3 の子は殺すゲームをしたことがあるということだったんですね。殺したり、殺されたりするゲームというのは、本当にバーンと撃っちゃうだけではなくて、何かステージで戦っていて、ぴゅっと落っこってしまうようなゲームもあります。落っこったら普通はリアルな世界だったら死んでしまうと思うんですけれども、その中では死んでないんですね。またしばらくすると、雲の上からぴゅっとおりてきて、ゲームがまた再開できると、全然死んでないんですね。でも実際は死んじゃう。

こういうバーチャルな世界のゲームがそのまま子どもたちに理解されているとは思いたくもないのですが、でも今のいろいろな少年事件とかというのを見たり、聞いたり、いじめのことだとかいろいろ聞くと、あまりにも死が軽んじられているのではないかという

ことで、平成 20 年度から、最初から明確に子どもは子どもたちにお話をし、「生と死」だとか、そういうことをきちんと伝えていきたいと思ったんですね。そのお話を聞いてもらうということで、加害者には少なくともならないという選択をしてほしいし、被害に遭っても、それで終わりではないということをきちんとわかってもらいたかったということです。性暴力犯罪について、自分の体を守ることや体を傷つけるということだけでなく、性的に不快なことをされるのも暴力であるとか、嫌なことは嫌と伝える手段とかということや学校という場できちんと子どもたちに伝えることはとても大事だということです。

【今後必要な取組】

今後、必要な取り組みについて、今まで中野区で支援してきた性暴力被害に遭った方や勉強会メンバーに聞いたことについて、性暴力に特化した必要な取り組みについて、こちらに書いてあります。共通ダイアル「パープルライン」ということやワンストップ支援センター、先ほど言いました「ひまわり」のように手挙げ式ではなく、きちんとやれる医療機関をちゃんと調べられる検索のシステム、小西先生もおっしゃっていましたが、診断治療ができるお医者さんを増やしてほしいとか、親告罪であるために告訴が大きな壁になっていたとすると、そういうことの見直しも必要でしょうし、一般の方への啓発、緊急避妊ピルについてなどもまだまだ一般の方も御存じない方もとてもあるということで、一般の方への啓発なども必要だと思っています。

【きめ細やかな支援】

最後です。中野区というのは実は 23 区中 16 位の財政規模ということで、下から数えたほうが早いんですね。確かに体力はないのですけれども、だから支援ができないというふうに思ったことは 1 回もないんです。緊急サポート事業の制度がないときには、先ほども言いましたけれども、被害に遭われた方の引っ越しのお手伝いをしながら、じっくりお話を伺うようなこともできました。

大切なことは、悲嘆とか混乱の最中にある被害に遭われた方のお話を伺って受け止めることだとか、共に考えたり、解決のための努力を惜しまないということだと思っています、それはお金がなくてもできると思っています。

しっかりかかわるといことがすっかり失われた社会への信頼感や安心感を少し取り戻すということがつながると思います。後は将来的には、先ほど PTSD の話が出ましたけれども、精神状態が悪化して仕事にも行けないとかということが少しでもなくなるのではないかなと思っています。

皆さんにお願いしたいことは、被害に遭われた御本人のお話を聞いていただきたいということで、それを中心に取り組みをつくっていただければというふうに思っています。大藪順子さんとか小林美佳さんとか、中島幸子さんなども私たちの勉強会に協力してくださっていますし、小さい場ではお話をできるという、先ほどの勉強会でお話してくれた方なども、小さい場だったらお話はできますというふうにおっしゃっています。

ぜひ小さな自治体ではどうしようもないということを内閣府の皆さんにはできると思

っていますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。

すみません、ちょっと超過しました。

○林会長代理 貴重なお話をありがとうございます。時間の関係上、御質問があればお一人から受けたいのですけれども、どなたかございますか。木村委員、お願ひします。

○木村委員 どうもありがとうございます。最後のほうで、私、実は刑事法が専門なものですから、司法のハードルというのが気になったのですけれども、告訴があるということによって相当被害者にとっては苦痛になるというか、障害になるということがあるのでしょうか。実は先ほどの納米さんのお話の中では、今は訴えたくないと。でも後で訴えられるような補償はしてほしいというお話があったので、実際にどんな被害者のお気持ちなのかというのをもしよろしければ教えていただきたいと思ひます。よろしくお願ひします。

○稲吉氏 告訴、警察に行くのがまずは怖い。警察っていういろんな場で、私お話しさせてもらうのですが、警察に最近1か月の中で行った人という、行った人はほとんど手が上がらない。私自身も警察は別に悪いことをしているのではないんだけど、避けて通れば通りたいみたいなどころ。であるのに、自分が被害を受けたからすんなりと警察に行けるかという、そこがすごく難しい、まずはそこだと思ひます。被害届＝告訴ではないというところを皆さん御存じないし、警察に届けるということと証拠を保全するということもまたばらばらですよ。証拠保全ができる医療機関もまだ少ないというような、ないことづくしなので、証拠がなければ裁判闘えないということになりますので、なかなか全部がうまくかみ合っていないのだからと思ひます。

私どもの区役所の近くに警察病院が飯田橋から移転してきたんです。そこでそういう証拠保全も含めてそういった協力というのはできるのでしょうかと、それも飛び込みで行っている。そうしたら「できない」と簡単に言われました。簡単に「できない」と言われても困るのですが、少なくとも警察署と隣同士で、私どもの隣なので、何とかしてほしいと思ったのですが、できませんと簡単に言われる。だから告訴だけのもちろん問題ではないというふうには思ひます。でも全部がうまくいってなくて、みんな苦しんでいるのかなというのは理解ができます。

そんなお答えでいいでしょうか。

○木村委員 ありがとうございます。

○林会長代理 どうもありがとうございます。大変重要な問題が最後のころ出てまいりましたので、本当は議論を続けたいところですが、時間ですので、有識者3名の方からのヒアリングを終わらせていただきます。どうもありがとうございます。

今日のお話の中で、性暴力被害者を支援していく法律の枠組みがないこと、枠組みがないために、それを支援していく専門家の育成や関係機関の連携ができにくいといった現状などが少し明るみに出てきたのではないかと思ひます。

最後に皆様のお手元の資料4の議事録を御覧ください。これは前回の第58回の会合の議事録をまとめたものですが、これにつきましてはこのとおり決定し、内閣府のホームペ

ージ等で公表することとしてよろしいでしょうか。

(「はい」と声あり)

○林会長代理 御異議がないとのことですので、そのような取り扱いをさせていただきます。速やかに公開いたします。

では時間となりましたので閉会したいと思います。次回の専門調査会について、事務局からの御連絡をお願いします。

○原暴力対策推進室長 次回の専門調査会ですけれども、11月28日(月曜日)10時30分から12時30分まで、場所は会議室変わります。中央合同庁舎の4号館の共用108会議室で開催を予定しております。番先生からの報告をいただきますとともに、アメリカで被害に遭われた大藪さんからお話を伺うことを予定しております。

以上です。