

「犯罪被害者等に対する心理療法の費用の公費負担に関する検討会」

最終取りまとめ

平成25年1月

目次

I. はじめに一本検討会の前提	1
II. 本検討会での検討の流れ	1
III. 犯罪被害者等の現状	2
A. 犯罪被害者等の精神的な被害回復のための心理的支援・治療の必要性 ..	2
B. 心理療法・カウンセリングの有効性	3
C. 犯罪被害者が心理療法・カウンセリングを受けるに当たっての支障	4
IV. 犯罪被害者等へ心理療法・カウンセリングを提供する側の現状	5
A. 心理療法・カウンセリングが提供されている枠組み	5
1. 心理的苦痛の原因が犯罪被害であることを主たる要件とする制度	5
2. 原因は犯罪被害に限られない制度のある公的機関等	5
3. その他個別の支援事例	5
B. 心理療法・カウンセリングの担い手	5
1. 資格	5
2. 実施者の適性の問題	6
C. 費用負担の状況	6
1. 医療保険	6
2. 犯罪被害給付制度	7
3. その他の公費による心理的支援	8
V. 公費負担の在り方についての検討状況	9
A. 公費負担のあるべき姿について	9
B. 医療保険の適用拡大の可否	10
1. 診療報酬	10
2. 療養費	10
3. 保険外併用療養費	11
C. 公費負担による新たな制度の導入の可否	11
1. 公費負担の対象とされるべき犯罪被害者等	11
2. 当該犯罪被害者に対する心理療法・カウンセリングの必要性判断	11
3. 公費負担の対象とされるべき心理療法・カウンセリング	12
D. カウンセリング給付金（仮称）についての検討	12
1. 犯罪被害者に対する心理療法・カウンセリングの必要性判断	13
2. 負担対象となる心理療法・カウンセリング	14
E. 現物給付の充実の必要性	14
VI. 経済的給付以外の問題点	15
A. 担い手の育成・質の維持	15
B. 連携の問題	15
VII. 提言	16

I. はじめに 本検討会の前提

1. 第2次犯罪被害者等基本計画（平成23年3月25日閣議決定、以下、「第2次基本計画」という。）に盛り込むべき施策を検討する段階では、かねて犯罪被害者等が長期にわたって精神的な苦痛を負っていること及びこの回復のための心理療法・カウンセリングの有用性が指摘され、精神的苦痛からの回復のための専門的治療やカウンセリングのニーズが高かった。また、現状の精神・心理的支援状況にかんがみると、医療保険の適用範囲が限られていること等から、保険診療とは異なる社会的支援としてのカウンセリングを公費で負担することが必要である旨の指摘もなされた。
2. これらを受け、「V 重点課題に係る具体的施策」の第1の2.(3)「カウンセリング等心理療法の費用の公費負担についての検討」において、犯罪被害者等に対する臨床心理士等によるカウンセリング等心理療法の費用の公費負担について必要な調査及び検討を行い、2年以内を目途に結論を出し、必要な施策を実施することが施策として策定された。これを実施するため、平成23年3月25日付犯罪被害者等施策推進会議において「犯罪被害者等に対する心理療法の費用の公費負担に関する検討会（以下、「本検討会」という。）」の開催が決定された。
3. 第2次基本計画においては、本検討会と並列し、犯罪被害者等への経済的給付全般に関して制度の見直し等の要否を検討する「犯罪被害給付制度の拡充及び新たな補償制度の創設に関する検討会（以下、「検討会1」という。）」についても同時に盛り込まれ、開催が決定されている。第2次基本計画策定時には、カウンセリング等心理療法費用についても、犯罪被害者等への経済的給付の一部として検討会1の中で扱うことも議論された。しかし、基本計画策定時にすでにある程度具体的な議論がなされていることや、専門的な検討を要すること、カウンセリングの公費負担については、警察への届出をしない犯罪被害者を含めた検討が要望として出されており、警察への届出を前提とする検討会1とは別に検討すべきである旨の意見が有識者から出されたことなどを踏まえ、他の経済的給付の論点とは分けて議論されることが相当とされた。
4. 他方、検討会1の開催期間は3年間であることから、本検討会は検討会1よりも前に結論を出すこととなる。前述のように、心理療法・カウンセリング費用の公費負担についても検討会1の論点の中に含まれるが、検討会1は、本検討会での結論を検討会1での議論と矛盾しない限り取り入れ、尊重することとされている。ただし、検討会1の議論が本検討会の結論と矛盾する可能性が出てきた場合は、検討会1において、調整の上結論を出すこととなる。

II. 本検討会での検討の流れ

5. 第2次基本計画策定時の議論を踏まえ、また我が国で犯罪被害者支援の制度が始まって以来、心理療法・カウンセリング費用の公費負担の制度が、常に犯罪被害者等に必要とされている支援の領域として挙げられ続けていることを認識し、犯罪被害者の現状に見合った現実的な議論を行い、制度を設計しその実現を図りたいと考えた。しかし、その現状、課題について十分に把握する必要があることから以下の手順に従って、検討を進め

た。

- まず、犯罪被害者等における精神的被害の状態、心理療法・カウンセリングがどのように行われているかの現状を調査した。また国内、また海外において誰がどのような心理的支援をどの範囲の犯罪被害者に対して、どのような費用負担で実施しているのか、現状を把握することとした。またそのような支援制度の課題、不足がどこにあるのかについて明らかにすることとした。
- 以上のことを踏まえて心理療法・カウンセリングの公費負担の実現に向けて複数の制度を検討することとなった。
- しかし、結論としては、本検討会の目標は期間内には達成されなかった。新しい制度設計に当たって、複数の解決すべき課題が見いだされたからである。そこで、本検討会では議論の取りまとめに当たり、乗り越えるべき課題がどのようなものであるか検討してきた経緯を明らかにすることにした。多くの犯罪被害者が、このような心理療法・カウンセリングの公費負担制度の実現を望んでいることを本検討会は認識しており、本検討会では時間が足りず、克服できなかった課題については、提言に述べた研究会等でさらに検討されることが望まれる。

III. 犯罪被害者等の現状

A. 犯罪被害者等の精神的な被害回復のための心理的支援・治療の必要性

6. 本検討会では、犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する既存の研究成果¹から、犯罪被害者等が、臨床上問題となるレベルで精神的な健康が

¹ 厚生労働科学研究「犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究」（平成 17～19 年度）

- 平成 17 年度「犯罪被害者遺族の PTSD と複雑性悲嘆に関する研究（主任研究者：小西聖子）」：自助グループ 3 団体に所属する犯罪被害者遺族のうち、調査協力の了承を得られた 56 名に対する面接調査及び質問紙調査。56 名中、調査時点で PTSD 発症率が約 40%、またそのうち 55%が複雑性悲嘆を、95%が抑うつ症状を併発している。なお、83%超は、犯罪被害者との死別前に心的外傷体験及び精神科受診歴の双方がない。本検討会構成員より、日本人一般人口における PTSD 有病率が 1%程度である旨の補足があった。
- 平成 18 年度「犯罪被害者及びその家族における重度ストレス反応支援プログラムの構築に関する研究（分担研究者：中島聡美、小西聖子、辰野文理）」：会員総数（当時）275 名の犯罪被害者当事者団体の会員及びその家族に対する質問紙調査。有効回答 188 通（人）。全体として 40%を超える調査対象者（犯罪被害者本人では約 68%、家族約 6%、遺族約 42%）が臨床上問題となる精神健康状態を示している。犯罪被害者本人としては、性犯罪被害者が多い（他の研究結果における日本人一般住民の 12 か月有病率：いずれかの不安障害 5～6%、いずれかの気分障害 3%、いずれかの精神障害 8～9%）。
- 平成 19 年度「犯罪被害者及びその家族における重度ストレス反応支援プログラムの構築に関する研究（分担研究者：小西聖子、中島聡美）」：犯罪被害者当事者団体及び遺族自助グループ会員（合計 330 名）並びにその家族のうち、調査協力を得られた 74 名に面接調査及び質問紙調査を実施し、面接調査を実施できた 73 名が対象。調査時点で、被害から平均約 8 年経過していたが、67 名（91.8%）が精神的な不調を経験し、精神科等、何らかの相談機関に通院・入院・相談した者が 45 名（67.2%）であった。被害前の既往歴を有していた者は 8 名（11.0%）。

- 障害された状態を示す割合が、日本人一般に比し著しく高いこと、また、被害後長期にわたりかかる精神症状が残っていることについて概観した。
7. 上記研究は、主として遺族に焦点を当てているものが多かったが、本検討会は、東京女子医科大学附属女性生涯健康センター（以下、「女性生涯健康センター」という。）から、同センターの受診者であるDV（ドメスティックバイオレンス）、性犯罪等の被害者計193名に関し、PTSD診断率が、DVで32.5%、幼少時の性的虐待の場合100%、職場内でのレイプに準じるセクシャルハラスメントで57.1%、性犯罪被害（単回被害）78%、拉致監禁被害100%、と極めて高い率を示していること、またDVではうつ病も発症率が高いこと等について報告を受けた。同様にDV、性犯罪などの被害者について対応しているウィメンズカウンセリング京都からの報告においても、ASD（急性ストレス障害）、PTSD(心的外傷後ストレス障害)が主たる精神障害としてあげられたが、ASD,PTSDがない場合でも、うつ病、パニック障害、アルコール依存もみられるとのことであった。
 8. 本検討会でヒアリングを行うことのできた、性犯罪被害者及びDV被害者各1名からは²、被害後、自分のことを大切に思えないといった状態になったほか、記憶が飛ぶ、電車など人が周囲にいる状態が怖く、外出ができない又は雨戸も開けられなくなるといったように、いずれも就業その他社会生活を送る上での具体的な支障が生じたことが挙げられた。
 9. 警察からの嘱託臨床心理士からは、事件が起きた直後の危機介入段階での犯罪被害者がショック状態、困惑、精神的混乱、話にまとまりがない、感情麻痺、集中力の低下といった状態にあることについて報告を受けた。警察では、専門的知識や技術を有する警察職員によるカウンセリングを約1,400人に対して約4,000回実施しているのに加え、警察から委嘱された精神科医や臨床心理士等によるカウンセリングが約130人に対して約340回実施されている（いずれも平成22年中）。また、支援団体に対する調査結果³を見ると、平成18年度中に受けた全相談内容中、心の問題に関する相談が40%以上を占める団体は約半数にも上った。さらにほぼ全ての団体（97.4%）において、精神科医療機関の紹介が必要だと感じる相談が20%以上あった。

B. 心理療法・カウンセリングの有効性

10. 本検討会においては、PTSD治療に関し、認知行動療法、特に、PE法（持

なお、平成20年度内閣府「犯罪被害類型別調査」においても、同趣旨の結論が報告されている（同調査報告書）。

²1名は、医療機関でのカウンセリング（研究協力名目で無料）及び認知行動療法（自己負担額約2000円）を受けている。もう1名については、医療機関の中での10回程度のカウンセリング後（1回自己負担2000円程度）、紹介を受けたカウンセリング機関でのカウンセリング（月2回4000円）を継続中である。ヒアリング形式としては、事前に準備した質問票を前提に、1名は、有識者構成員及び事務局においてヒアリングを、もう1名については、同一質問票を前提に、臨床施設で、非公開の形でヒアリングを行った。

³平成19年度「民間被害者支援団体と精神科医療機関との連携に関する研究（分担研究者：中島聡美）」なお、実際に精神科医療機関に紹介された事案は全相談件数中1%程度にとどまるが、性被害者等のPTSD等の精神疾患に関してハイリスクと思われる被害者が対象となっている。

続エクスポージャー療法（Prolonged exposure therapy）については、治療効果についての実証研究が蓄積されてきていること⁴、また、その他いくつか効果検証の進んでいる療法もあるとのことについて報告を受けた。

11. 加えて、過去の研究報告や、本検討会構成員の臨床経験から犯罪被害者の精神的問題は、PTSDのみではないことや、また、PTSDなどの精神障害の発症の予防や自然回復の促進のためにも、犯罪被害についての適切な知識を有している臨床心理士、精神保健福祉士などの適切な助言・カウンセリングも有用であるという報告があった。カウンセリングの回数について、本検討会においてヒアリングを行った警察からの嘱託臨床心理士からは、当該臨床心理士が受ける嘱託の回数上限である3回だけでは、犯罪被害者側も多く不足を感じており、症状の安定のためには、一人あたり10回程程度の継続が望ましいとの意見があった⁵。
12. 他方、精神的問題があって、カウンセリング機関に電話での相談行う犯罪被害者の場合でも、症状の説明を受ける等の心理教育で改善が見られる場合もあるとの報告もあり、犯罪被害者の不安・混乱を軽減するに有益な心理的支援のレベルは多岐にわたることがうかがえた。
13. 精神障害の治療を目的としていない広い意味でのカウンセリングについては、その有効性に関しての科学的な実証研究は難しいとされたが、東日本大震災の被災者支援の現状等をも、トラウマとなるような被災経験に対し、カウンセリングが有効であるとの指摘がなされた。本検討会においても、犯罪被害者等に対して、同様にカウンセリングの有効性が認められているものと考えられた。

C. 犯罪被害者が心理療法・カウンセリングを受けるに当たっての支障

14. 本検討会においてヒアリングを行った犯罪被害者からの報告内容からは、最終的に効果が感じられる心理療法を受けることができた機関と出会う前に、そもそもどこに相談にいけばいいのかが分からなかったこと、実際に相談に赴いた先での警察や男女共同参画センターなどから必ずしも適切な情報提供を受けられていない場合があることがうかがえた。
15. さらに、医師から犯罪被害者が精神的に苦痛を感じるような言動があったことなど、医療機関も犯罪被害者の状態に必ずしも適切に対応することができていないことへの言及もあった。ウィメンズカウンセリング京都の報告からも、1995年の開設当時からは減っているとはいえ、他の精神科医等で二次被害を受けてから同カウンセリングルームの支援を求めてくるレイプ被害者がいることがうかがえる。
16. 犯罪被害者の方から、回復に十分なPE法などのPTSDの専門的治療を受けることができたのは、通常の医療保険で診療が提供されたり、研究の参加によって費用が著しく軽減されるなどの状況があったからであり、治療

⁴ 性的暴行被害者11名、性的虐待被害者3名、DV被害者4名、交通事故被害者2名、監禁・（性的・身体的）暴行被害者4名、計24名中、PE治療により、途中で治療から抜けた5名を除く全員に何らかの症状軽減がみられ、11名については、相当な改善を感じていることが報告された。

⁵ 嘱託臨床心理士から精神科医等に紹介した後、症状が悪化しているケースもあるとの報告がなされた。

費が月1万円以上であった場合には継続が困難であるという意見が述べられた。また犯罪被害者の方からは、就労ができていたためなんとか支払いができていたことなどもあげられ、就労が困難な犯罪被害者にとっては、医療保険の対象とならないカウンセリング費用の負担はかなり大きなものとなり、継続に支障をきたす可能性が大きいことが示唆された。また、医療保険であっても、専門治療機関が乏しく近所にないため、交通費がかなりかかっていることから長期の通院の場合は、負担が大きいことも指摘された。

17. ウィメンズカウンセリング京都や、女性生涯健康センターからも、精神状態の悪化に伴い、就労不能となり、収入がなくなる犯罪被害者、DV被害者で幼少の子供を連れて逃げている者等、経済的にカウンセリング費用を負担できない犯罪被害者も少なくないとの意見があった。

IV. 犯罪被害者等へ心理療法・カウンセリングを提供する側の現状

A. 心理療法・カウンセリングが提供されている枠組み

18. 本検討会では、犯罪被害者に心理療法・カウンセリングを提供している側の事情についても現状認識をするため、以下のような枠組みについてのヒアリングを行った⁶。

1. 心理的苦痛の原因が犯罪被害であることを主たる要件とする制度

- (A) 警察内部有資格者又は警察から外部有資格者に委嘱して提供されるカウンセリング
- (B) 民間犯罪被害者支援団体に業務委託されているカウンセリング

2. 原因は犯罪被害に限られない制度のある公的機関等

- (C) 配偶者暴力相談支援センター等
- (D) 児童相談所
- (E) 精神保健福祉センター
- (F) スクールカウンセラー

3. その他個別の支援事例

- (G) フェミニストカウンセリング等の団体によるカウンセリング（ウィメンズカウンセリング京都）
- (H) 医療機関によって提供される心理療法・カウンセリング（東京女子医科大学附属女性生涯健康センター）

B. 心理療法・カウンセリングの担い手

1. 資格

19. 医療保険の適用範囲内であれば、医師でなければできない療法などの基準が明らかであるが、医療保険の適用範囲診療外の分野については、医師が

⁶その他、犯罪被害者等のための制度ではないが、裁判員のためのカウンセリングに関する制度、エイズ患者に対するカウンセリングに関する制度についても参考聴取した。

行わなければならない医業に相当するか否かについての基準は明確ではない。

20. 他方、実際に、これらの心理療法・カウンセリングについては、医療機関の内外を問わず、臨床心理士等、民間資格の心理職によっても担われていることが通常である。本検討会では、心理職の例として臨床心理士の養成過程、勤務状況等についてヒアリングを行ったところ、臨床心理士が専門的なバックグラウンドや訓練を受けており、医療や学校教育の現場で実績がある一方で、国家資格化されていない現状を認識することができた。
21. 本検討会は、フェミニストカウンセラーについても、その認定及び資格取得後の研修等について、高度の専門性が要求されている旨の資料提供を受けているが、多数存在するとされている他の民間心理職資格についての網羅的な調査は行っていない。

2. 実施者の適性の問題

22. 実施者の適性として、資格だけでなく、犯罪被害者に精通していることが求められる。しかし、現在医師等の教育、研修で犯罪被害者の治療や対応を義務付けているものではなく、関連学会等における研修は個人の希望に任されている。これは臨床心理士会においても同様である。したがって現状では、犯罪被害者に精通した医師等を客観的に評価することは困難である。他方、2004年時点での調査であるが、トラウマ治療に精通している専門家が多数参加していると思われる日本トラウマティック・ストレス学会会員に対する調査⁷においては、半数超の医師（57%）及び心理職（51%）が今後習得したい技術の筆頭として認知行動療法をあげており、認知行動療法のような専門的治療については、実施可能な医師・心理職が限られている状況がうかがえる。

C. 費用負担の状況

1. 医療保険

23. 犯罪被害者等が受ける心理療法・カウンセリングは、医療保険の対象となる場合、犯罪被害者等において負担すべき費用は、原則としてその3割で足りる。また、医療費の自己負担分については、犯罪被害給付制度⁸（以下、「犯給制度」という。）によって自己負担額相当額の給付金が支給される余地があるほか（後述）、自立支援医療費（障害者自立支援法第54条）等によって一部減額があり得る。
24. 精神疾患等に対する治療法として医療保険の適用が認められているもののうち、犯罪被害者等が示す症状に対応する上で主に参考となると思われるのは、「I 002 通院・在宅精神療法」⁹及び「I 003-2 認知療法・認

⁷ 「PTSD 治療に関する会員アンケート調査報告」トラウマティック・ストレス第3巻第2号（PTSD 治療に関する検討委員会結果）：正会員約500名中インターネット上アンケートの回答352名（うち、医師174名、心理職171名）

⁸ 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（昭和五十五年五月一日法律第三十六号。以下、「支援法」という。）に基づく。

⁹ 「診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）」では、1回につき、①区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、地域の精神科救急医療体制を

知行動療法」¹⁰である。

25. 認知行動療法については、うつ病等の気分障害の患者に対し、厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業の下、関係有識者によって作成された「うつ病の認知療法・認知行動療法治療用マニュアル」に従って行ったものに限って算定が可能となる。よって、うつ病などの気分障害に該当する以外、犯罪被害者等への活用が想定される PTSD に対する認知療法・認知行動療法については、通院・在宅精神療法として算定されると考えられる。
26. 他方、PTSD の認知行動療法を保険診療として実施するのは、困難ではないかとの指摘があった。これは、PTSD の認知行動療法は、医師が平均的には 90 分以上施療することを要するとされていること、上記両療法の算出される診療報酬額が安いこと、及びうつ病に関しての認知行動療法が 30 分を基準に算定されていることによる。
27. なお、本検討会では、臨床心理技術者¹¹が単独で行うカウンセリングは診療報酬対象とはならないことから、医療機関で実施する場合には、診療報酬外の事実上のサービスとなっていることについての指摘があった。
28. 以上のような診療点数の評価の低さ及び臨床心理技術者によるカウンセリングが診療報酬対象ではないことが、医療機関にとって PTSD 治療・カウンセリングを保険診療として取り組むインセンティブを低下させ、ひいてはこれらを自由診療として受診することとなる犯罪被害者の負担が高額となる要因であることがヒアリング等からうかがえた。
29. 精神疾患等に対する治療法は、限定されているとはいえ、医療保険の適用が認められているものがあるため、より多くの犯罪被害者等が当該治療（あるいは治療に向けての導入的なカウンセリング）を受けられるようにすることが現実的な解決策ではないかとの指摘もあった。

2. 犯罪被害給付制度

30. 犯給制度のうち、重傷病給付金¹²は、医療保険制度を前提とし、給付の要

確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医等が通院・在宅精神療法を行った場合700点、②①以外の場合、イ30分以上の場合400点、ロ30分未満の場合330点とされている。

¹⁰「診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）」等では、診療報酬算定上の所定点数は、1回につき、①地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合500点、②①以外の場合420点（ただし、①、②いずれの場合であっても、うつ病等の気分障害の患者に対して、厚生労働科学研究班作成の「うつ病の認知療法・認知行動療法マニュアル」（平成21年度厚生労働省こころの健康科学研究事業「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」）に従って行った場合であって、診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。）とされている。

¹¹心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律に基づく指定医療機関等に関する省令（平成十七年七月十四日厚生労働省令第百十七号）で「心理学に関する専門的知識及び技術により、心理に関する相談に応じ、助言、指導その他の援助を行う能力を有すると認められる者」と定義づけられている（同令第2条第4号ホ）。

¹² なお、犯給制度には、重傷病給付金のほか、障害給付金（支援法第4条第3号）及び遺族給付金（同条第1号）がある。前者については、精神障害についてもその障害の程度を既定の等級に当てはめて算出される支給額が一時金として支払われ得る。しかし、本検討会で対象とする心理療法・カウンセリングは、むしろ犯罪被害者等の被害体験が精神障害

件（勤務不能3日間等）等を満たす限り，医療費の自己負担額相当額を一時金として支給するものである¹³。したがって，心理療法・カウンセリングが保険診療の対象となる場合は重傷病給付金の対象となるが，自由診療扱いとされている場合は，対象とならない。犯給制度に共通する犯罪被害者に対する支援の制約として，以下の点が指摘された。

- 犯罪被害者等給付金の支給を受けようとする者は，都道府県公安委員会に申請し，その裁定を受けなければならないところ¹⁴，都道府県公安委員会は警察等に対する照会により犯罪被害状況等の確認を行っているため，警察への被害申告を躊躇する性犯罪被害者等の犯罪被害者には，犯給制度は利用し難い
 - 侵入盗等，身体犯以外にも犯罪被害者が受ける精神的被害の大きい罪種は存在するところ，犯給制度における犯罪行為は「人の生命又は身体を害する罪に当たる行為」に限定されている¹⁵
31. 重傷病給付金については，犯罪被害者等が心理療法・カウンセリングを保険診療として受けた場合，以下の点について，支援の制約があると指摘された。
- 犯罪被害による精神的被害の回復支援は，殺人事件の遺族等，犯罪被害者の家族等も必要としているところ，重傷病給付金の支給対象は「犯罪行為により重傷病を負った者」限定されており¹⁶，犯罪被害者の家族等は支給対象に含まれない
 - 重傷病給付金は，医療費の自己負担額を基礎として支給額が算定されるため，支給されるまでの間，犯罪被害者は医療費を一時的に自己負担する必要がある
 - 支給額の算定の対象となるのは，犯罪行為により負傷し，又は疾病にかかった日から起算して1年の間に生じた医療費の自己負担額に限られるところ¹⁷，当該期間内において必ずしも治療が終了していない可能性がある。

3. その他の公費による心理的支援

32. 上記IV.A.1の(A)～(F)の各枠組みにおけるカウンセリングは，無償で提供されている。1回ごとのカウンセリング費用を公費において補てんするのではなく，カウンセリングを行っている者への人件費又は委嘱費の形で計上されている。本検討会においては，「現物支給」型として言及した。

として症状固定する前の段階に提供されるべきものであることから，障害給付金の支給は本検討会で想定する犯罪被害者等への支援ではない。

また，遺族給付金については，政令で定めるところにより算定する遺族給付基礎額に，遺族の生計維持の状況を勘案して政令で定める倍数を乗じて得た額が一時金として支給されるものである。支給額の算定において，遺族が精神疾患を患ったかどうかは考慮されない。

¹³ 支援法第9条第2項。なお，休業補償も含む（同条第3項）。

¹⁴ 支援法第10条第1項。

¹⁵ 支援法第2条第1項。

¹⁶ 支援法第4条第2号。

¹⁷ 支援法第9条第2項，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施行令（昭和五十五年十一月四日政令第二百八十七号）第7条。

33. (A)警察職員又は警察から委嘱された外部臨床心理士等（全国で部内カウンセラーが 222 人（平成 24 年 4 月 1 日現在）、外部委嘱が 198 人。平成 23 年末現在））によって提供されるカウンセリングについて、本検討会は、その果たしている役割は重要であると認識した。しかし、都道府県警察ごとにカウンセリング体制には差違があり、また、外部委嘱により提供されるカウンセリングの回数については、地域によっては上限が設定されている。
34. 同じく、犯罪被害者へのカウンセリングを警察から委託されている、(B)民間犯罪被害者支援団体についても、実際に提供しているカウンセリングの状況などは団体毎に異なっている。連携の観点からも、民間支援団体がカウンセリングを提供する役割は大きいとの意見があった。
35. また、精神保健福祉センター¹⁸についても、少ないとはいえ現実に犯罪被害者が相談に訪れていることから、犯罪被害者のニーズに対応できる体制にあることが望ましいことがうかがえた。
36. その他の枠組みについても、カウンセリング実施者の資格、技量、カウンセリングの回数等について地域によるばらつきがあり、全国一律のサービス内容とはなっていない。
37. 本検討会でヒアリングを行った犯罪被害者のうち 1 名は、公立の女性相談窓口を利用している。提供されるカウンセリングの頻度などについて不足は感じたとのことであるが、こういった相談の機会があること自体は、被害を受けてから探すのは大変であるから、日ごろから周知をはかるべきであるとの意見であった。

V. 公費負担の在り方についての検討状況

A. 公費負担のあるべき姿について

38. 以上のように、犯罪被害者の現状からは、犯罪被害者等において精神健康の問題が深刻であり、PTSD の専門治療や広くカウンセリングに対するニーズが高いことが明らかになった。一方、これらの心理療法・カウンセリングは、現在、そのすべてが医療保険の枠組みで提供されているわけではないことから、重傷病給付金の対象とはならない部分が存在する。また、警察が認知していない犯罪被害者や、犯罪被害者の家族・遺族は重傷病給付金の支給を受けられないこととなるが、これらの犯罪被害者等も現在診療やカウンセリングを利用しており、その費用負担が大きいことが示された。
39. これらの報告を踏まえて、本検討会では公費負担のあるべき姿として犯罪被害者等基本法の理念に基づき、犯罪被害者の回復に十分な支援を提供すべきであるという共通認識を得た。そのためには、警察への届出の有無を

¹⁸平成 17 年度「精神科医療機関における犯罪被害者への治療及び司法的関与の実態に関する研究（分担研究者・中島聡美、辰野文理）」によれば、精神保健福祉センターが受けた全相談件数のうち、犯罪被害相談事例数は約 1%に留まるが、うつ病や PTSD 等症状として重いケースが多い。また、犯罪被害者のうち、警察に届けている事例は 30.8%に留まり、警察など他機関を経ないで精神保健福祉センターに相談に来ている場合が、少数ながら、ある。

問わず、犯罪被害者及びその家族・遺族が精神的被害から回復するために必要な心理療法・カウンセリングを十分に受けられるような支援が理想であるということが提示された。

40. 本検討会では、大きく分けて、犯罪被害による何らかの疾病に対する医療（治療）としての心理療法及び治療に向けての導入的なカウンセリングと、疾病の治療ではないが、犯罪被害者の精神的苦痛・混乱等の心理的状态の緩和・回復のための社会的支援としてのカウンセリングについてそのあり方を検討した。

B. 医療保険の適用拡大の可否

41. 医療保険による柔軟な対応が可能であれば、少なくとも犯罪被害者の自費負担が3割にまで抑えられることから、本検討会では、医療保険制度内での支援拡大の可否について以下のように検討した。

1. 診療報酬

42. 現在 PTSD に有効な治療としてニーズの高まっている PE 法や EMDR（眼球運動による脱感作と再処理）については、かかる療法の科学的評価の検証も踏まえ、その手厚い診療内容に見合った診療報酬の改定に向けた必要な措置を講じるべきであるという点については、本検討会以前から指摘されているところである¹⁹。
43. 本検討会においては、診療報酬の改定は、中央社会保険医療協議会（以下、「中医協」という。）で議論されることであるため、本検討会において結論づけることができないとしてそもそも本検討会の論点に含めることに疑問が出された。他方、すでに本検討会でも把握したように、医療機関にとって PTSD 治療のための認知行動療法を保険診療としやすくすることが、被害者の費用負担の軽減につながることに改めて指摘する必要があるとの意見があった。

2. 療養費

44. さらに本検討会においては、臨床心理士等において実施するカウンセリング費用に関しても、かかる心理職が国家資格となることで、あんま、鍼灸、マッサージ、柔道整復等の「医業類似行為」同様、療養費扱いに含めることはできないかとの提案があった。この点に関しては、歴史的経緯から、「医業類似行為」が医療保険制度に含まれているところ、医療保険制度が本来「医療」のための制度であることから、新たな「医業類似行為」を認めることが難しいことの説明がなされた。

¹⁹平成 19 年に取りまとめられた経済的支援に関する検討会においても、「PTSD に対する長時間暴露法等の精神的被害に有効とされる療法について、診療報酬上の評価が、その手厚い診療内容に見合ったものになっていないとの指摘があることから、当該療法についての科学的評価を踏まえ、診療報酬改定の際に必要な応じて措置を講ずるべきである」との提言が出されている。

また、第 2 次基本計画においても「PTSD の診断及び治療に係る医療保険適用の範囲の拡大については、有効性・安全性に関する科学的評価が得られたものについて、診療報酬改定時に必要な応じて措置を講ずる」とされている。

3. 保険外併用療養費

45. 本来、保険診療と保険外診療を併用した場合、いわゆる混合診療として全額保険外診療として患者の自己負担となるところ、保険外の療養であっても保険診療との併用を認める制度（「保険外併用療養費」）があり、臨床心理士等によるカウンセリングについても、保険外併用療養費の仕組みが使えないかとの問題提起がされた。しかしながら、当該制度は療養の対象範囲が限定されており、保険外併用療養費の仕組みを使うことは難しい、また、臨床心理士等によるカウンセリングについては、その性格を踏まえても、保険外併用療養費の仕組みを使うことは極めて困難との説明がなされた。

C. 公費負担による新たな制度の導入の可否

46. 上記のように、医療保険の適用拡大が直ちには期待出来ない現状を踏まえ、本検討会としては、犯罪被害者の心理療法・カウンセリング費用に関する負担軽減は、医療保険制度や犯給制度を前提としない、新しい制度設計を要すると考えた。他方、犯罪被害者の負担軽減のために公費を用いるとすれば、無限定な支出が認められない以上、どのような制度の枠組みを設けることで、最も犯罪被害者のニーズに応じることができるか、以下のように検討した。

1. 公費負担の対象とされるべき犯罪被害者等

47. 公費負担される対象者の範囲としては、犯罪被害者等基本法に基づく施策として、「犯罪等により害を被った者及びその家族又は遺族」であり、「犯罪等」とは、「犯罪及びこれに準ずる心身に有害な影響を及ぼす行為」と解することが望ましいとの意見があった。他方、この定義のうち、どの範囲まで実際に制度として取り込むことができるのか、という点については、財源及び公費支出の適格性、他制度とのバランス等との兼ね合いにおいて、何らかの枠を設けざるを得ないのではないかと意見もあり、その要素として、警察への届出を要するか、罪種、帰責性、資力、犯罪被害者本人に限るか家族・遺族も含めるか、といった点が挙げられた。

2. 当該犯罪被害者に対する心理療法・カウンセリングの必要性判断

48. 警察への届出を要するか、という点については、誰が公費負担の対象である「犯罪被害者」であることの認定をするのか、という議論とも関連した。本検討会で見てきたように、心理療法・カウンセリングのニーズの高い犯罪被害者類型の一つとして性犯罪被害者があげられるところ、性犯罪被害者は、一般に警察への届け出をためらいがちとされることから、警察への届け出を心理的支援への公費支出要件とすることで、最もニーズの高い犯罪被害者が救済されないのではないかと懸念が示された。その観点から、精神科医など、犯罪被害者の精神状況を判断する者が同時に犯罪被害者性も判断できないか、等の意見が出されたが、医師又は臨床心理士等の立場において、犯罪被害者にかかる精神医学的・心理学的判断を超えた判断を行うことは難しいとの意見があった。
49. 公費負担の制度であることから、なんらかの行政機関による認定が必要で

あろうとの意見が出され、犯給制度において裁定を行っている都道府県公安委員会が一案として示されたが、都道府県公安委員会は心理療法・カウンセリングの必要性判断に不可欠な精神医学又は心理学的知見を有していないため、不相当だと指摘がなされた。そこで、医学的・心理学的知見と、犯罪被害認定機能を有する認定機関の創設が必要ではないかとの意見が出された。

3. 公費負担の対象とされるべき心理療法・カウンセリング

50. 現行制度以外に新しく公費負担の制度を創設するとした場合には、医療行為としての心理療法・カウンセリングに限定される必要はないとの指摘があった。他方、とりわけ社会的支援としてのカウンセリングについては、犯罪被害者にとって必要となるカウンセリングの明確な定義が存在しないことから、ひいては、公費負担の範囲が不明瞭となるとの指摘があった。
51. 東日本大震災等の被災者に対して公費負担による心のケアが提供されているが、これはどのように公費支出されているのかとの問いも出されたが、復興基金を活用しての時限的な取組であることや、心のケアセンターでカウンセリングを提供しているもので個々のカウンセリングに対する公費負担ではない旨の説明があった。

(A) 担い手による限定の可否

52. そのため、心理療法・カウンセリングを実施する者の専門的知見からの必要性判断を信頼する形での制度設計が可能かどうか議論された。この点、本検討会としては、現在臨床心理士等現実に犯罪被害者支援に携わっている各種心理職が公費負担としての心理療法・カウンセリングも提供できるようになることが望ましいとの意見が多かった。他方、制度設計上、各種民間資格を網羅することが困難であることや、そもそも現状においても臨床心理士や精神科医であれば全て犯罪被害者のケアに相応しい経験を有しているとは限らないなどの指摘がなされた。そのため、各資格者の質の確保・維持について、どのように責任ある制度を設けることができるか疑問であるとの指摘がなされた。結局、カウンセリングの担い手自体を認定する新たな枠組みを創設する必要があるとの意見が出されたが、更に誰が何を基準として担い手を認定するのか、という点について、意見のまとまりを見るには至らなかった。

(B) 予算枠としての限定の可否

53. また、治療費や回数の上限、一人頭の金額の上限を設ける等によって支出拡大を防ぐことができるのではないかとの意見も出された。

D. カウンセリング給付金(仮称)についての検討

54. 以上のように、様々な論点に関し、多様な意見が出されたが、全くの新しい制度枠組みを提案することは、本検討会の時間的制約等にかんがみ、難しいとの結論に至った。
55. そこで、既存の犯給制度において、重傷病給付金に支給要件を追加するなどの改正をし、又は遺族給付金、重傷病給付金、障害給付金の他に新たな

類型の犯罪被害者等給付金を設けることで（改正された重傷病給付金又は新類型の犯罪被害者等給付金を総称して以下「カウンセリング給付金（仮称）」という。）、支援範囲の拡大が可能か否か、検討することとした。犯給制度には、前述のように、都道府県公安委員会への申請が要件とされているなど、支援の範囲に制約があるとの意見があったが、制約の範囲内においては有効に機能している制度であり、新制度の構築が難しい中、少なくとも警察への被害申告を行い、かつ、犯罪被害の事実が確認されているが、症状の緩和・治癒に必要な心理療法・カウンセリングの費用について公費負担が受けられず、自己負担することとなっている犯罪被害者については、犯給制度により当該費用を公費負担できるようにし、その支援の範囲を少しでも拡大すべきであると判断されたからである。

56. 犯給制度により心理療法・カウンセリングに要する費用を公費負担するに際しては、当該心理療法・カウンセリングの範囲を明らかにする必要があるところ、以下のとおり、心理療法・カウンセリングの必要性を判断する者及び心理療法・カウンセリングの類型の二方向から、当該範囲の明確化について議論がなされた。

1. 犯罪被害者に対する心理療法・カウンセリングの必要性判断

57. 犯給制度における重傷病給付金は、前述のように医療費の自己負担額を基礎として支給額が算出され、医療保険制度内において、有効性・安全性が確認された医療行為を医師が実施していることを前提としていることから、実際に当該犯罪被害者に対して医師が採るべき医療行為の要否・適否について事前又は事後に認定・確認は行われていない。
58. カウンセリング給付金（仮称）においては、保険診療とは異なる心理療法・カウンセリングの要否・適否についての判断が必要とされる場所、当該判断に不可欠な精神医学又は心理学的知見を有していない都道府県公安委員会が判断することは困難であるとの指摘があった。
59. そこで、犯罪被害者等への心理療法・カウンセリングに精通した医師において作成した診断書に沿い、医療機関において実施した心理療法・カウンセリングについては、当該犯罪被害者にとって必要な医療行為であったと認定する制度の構築が可能かどうかを検討したが、その過程で以下のような問題点が指摘された。
 - 精神科医は、標榜資格であり、精神科医であることのみでは直ちに犯罪被害者治療に精通したとの評価は困難である。他方、精神保健医療に特化した医師であることが推認できる法令上の名称としては、「精神保健指定医」があるが、心的外傷治療についての精通度とは直結していない。
 - 厚生労働省において、精神保健医療福祉業務に従事する医師、看護師、保健師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等に PTSD 対策専門研修を行っており、この修了者である医師を診断医とすることを検討するも、1年に2日間の研修が、全国2か所において開催されているに留まることから、全国に適用されるべき制度の担い手としては、まだ不足である。また、この研修は PTSD に焦点化されており、犯罪被害者にとって必要な治療や対応に特化したものではないため、この研修の受講をもって犯罪被害者の治療に精通したとみなすことは困難と考えられる。

60. 以上のように、現状においては、犯罪被害者の心理的支援に知見を有する専門家を限定できる特段の枠組みは存在していないことから、カウンセリング給付金（仮称）創設に当たっても、何らかの形で、犯罪被害者等への心理療法・カウンセリングに精通した医師を選ぶ枠組みが創設される必要が認められた。

2. 負担対象となる心理療法・カウンセリング

61. さらに、カウンセリング給付金（仮称）を創設する上では、どの範囲の心理療法・カウンセリングが公費負担されるべきなのかという制度の外縁についての限定が必要であるとの意見が出された。構成員からは、前述のように医師が診断したということで治療行為としての有効性・安全性は担保されており、更に基準を設ける必要性について疑問が出された。
62. これに対し、カウンセリング給付金（仮称）が、自由診療部分に公費支出を拡大している制度であることから、ほかの身体的被害に係る医療行為においても、保険診療以上の治療を望む犯罪被害者も存在するであろうことが想像できる中で、なぜ心理療法・カウンセリングについてだけ、自由診療部分も費用負担すべきなのか、という理由づけが必要であるとの説明がなされた。
63. また、自由診療においては、症状と医療行為及びその対応関係に限定がなく、かつ医療行為の報酬に関しても参考となる基準が見当たらないところ、公費支出の枠組みとして、一定の限定は必要であるとの意見が出された。
64. また、当該限定された範囲があらかじめ基準として明らかとなっていないと、診断書に記載されている治療行為が当該範囲に含まれるのかどうかについて、都道府県公安委員会は判断し得ないとの指摘がなされた。
65. うつ病等の気分障害の患者に対する治療としての認知行動療法が、前述した「うつ病の認知療法・認知行動療法治療用マニュアル」に従って行ったものに限って算定が可能となる仕組みと同様に、犯罪被害者等の治療のため、カウンセリング給付金（仮称）によって公費負担されるべき心理療法についても、都道府県公安委員会が個々の診療行為についてカウンセリング給付金(仮称)の支給の申請に対する裁定を行うに当たっての基準が、精神医学的見地及び実際の犯罪被害者の心理的支援の臨床現場の知見なども踏まえた科学研究に基づき、明確化される必要があるとの意見が出された。
66. 他方、精神的苦痛からの回復のためのカウンセリングについても、上記医療行為と同様に、カウンセリングの内容を特定する等、制度としての支出対象の外縁を明確化できれば、必ずしも制度上排除される必要はないのではないかとの意見が出された。ただし、医師が、診断書において精神回復のためのカウンセリングについての指示を出す権限を有するのかについては検討の余地があるとも思われた。

E. 現物給付の充実の必要性

67. 上記カウンセリング給付金（仮称）が実際に創設されたとしても、前述のように、支給対象が警察への届出をした犯罪被害者のみに限定され、犯罪被害者の家族・遺族は含まれないこと等、犯給制度を基礎としているがゆ

- えの制約が多いことから、引き続き、ここから漏れた犯罪被害者等の心理的支援のニーズに応える方向での検討は必要であるとの指摘がなされた。
68. 特に、都道府県警察職員又は警察から委嘱された臨床心理士等が提供しているカウンセリング及び民間被害者支援団体の相談事業への補助が、カウンセリング給付金（仮称）の支給対象に含まれない犯罪被害者の家族、過失致死犯遺族、海外での犯罪被害者等についてもセーフティネットとして機能することを希望する意見が出された。
 69. また、現在、性犯罪被害者の緊急避妊費用を補助する仕組みを各都道府県において有しているように、警察職員又は警察から委嘱された臨床心理士等に限定せず、犯罪被害者が自ら選んだ臨床心理士等で受けたカウンセリング費用を補助することが可能かどうかについても検討を求める意見が出された。
 70. さらに、警察に届け出ることを躊躇する性犯罪被害者については、第3次男女共同参画基本計画（平成22年12月17日）において、男女共同参画センターにおける中長期的なカウンセリング等の性犯罪被害者支援の取組が促進されるよう、先進的な好事例の収集・提供に努める旨掲げられていることを踏まえ、この観点からの施策の進展も期待する。

VI. 経済的給付以外の問題点

A. 担い手の育成・質の維持

71. 本検討会においては、心理療法・カウンセリングの経済的負担を中心に検討してきたものであるが、公費において犯罪被害者の負担を軽減できる措置が整ったとしても、現実には、カウンセラー過疎ともいべき地域が少なくないことから、そもそも担い手の不足について懸念が指摘された。
72. また、精神科医あるいは臨床心理士等の心理職であれば誰でもいいというものではないとの指摘もなされた。その場合、マニュアルを作成して渡せば足りるのか、何らかの研修制度が必要なのか、研修を要とした場合、研修が普及するまでの間の対応等、カウンセリング給付金（仮称）の創設に際しても、整理を要するであろうとの論点が指摘された。
73. 特に、現状では、医療の現場においては、精神科だけではなく、心療内科、小児科、さらに医師と協力して、看護師や精神保健福祉士、あるいは保健師によって心理療法・カウンセリング等が提供されている。加えて本検討会でもヒアリングを行った、臨床心理士やフェミニストカウンセラーのような、いわゆる国家資格ではない心理の専門家が提供するカウンセリング・相談支援についても、犯罪被害者の心理的支援ニーズに応える全体像の中で、どのように位置づけられるのか、特にそれぞれの民間資格を認定する学会などで個別に犯罪被害者支援の研修などを行ったとした場合に、これら研修の質、有効性等をどのように検証できるのか、ということも今後検討される必要がある。

B. 連携の問題

74. 本検討会では、犯罪被害直後に、警察等で提供される早期回復とか被害軽減のためのカウンセリングも、ある程度症状が進行した犯罪被害者についての医学的、専門的な心理療法・カウンセリングもいずれも犯罪被害者の

精神的苦痛からの回復のために重要であると考えるところ、現状、犯罪被害者が必ずしも適切な支援を受けるに至っていない理由として、経済的負担のほかにも、そもそもどこに行けばいいのかわからない、又は、そもそも自分の症状に対してカウンセリング等が意味があることなのかわからないという情報不足に陥っている問題点が認識された。

75. 今後、犯罪被害者の経済的負担が緩和されることによって、犯罪被害者自らの受診行動などが変わる余地もあるが、上述のように、担い手の育成の問題とも関連し、犯罪被害者の症状に気づいたより早期の段階での心理的支援の従事者が、必要に応じてさらに専門的な治療者につなげる連携体制の構築が望まれる。
76. さらに、現状においては、心理的支援に限らず、犯罪被害者への経済的支援一般が、主に公的制度において行われることから、民間の支援団体等犯罪被害者から相談を受け付ける可能性のある多様な機関においては、必要に応じ、公的制度へ犯罪被害者をつなげるための一層の連携が望まれる。

VII.提言

77. 本検討会は、治療を主に目的とする心理療法だけでなく、社会的支援のためのカウンセリングについても、犯罪被害者等からのニーズが高くその必要性、有益性を認めているところである。
78. 現状において、社会的支援のためのカウンセリングのニーズに直接答えることができるのは、既存の機関・団体等が無償で提供している保険診療とは異なる心理療法・カウンセリングの機会であることから、これらを実施する人材の育成等が図られ、犯罪被害者がその地域を問わず一層充実した心理療法・カウンセリングが受けられるようになるための措置が執られるべきであると提言する。
79. 心理療法・カウンセリングに係る犯罪被害者等の自己負担を軽減する上で、心理療法・カウンセリングに要する費用の公費負担について、例えば犯給制度においてカウンセリング給付金（仮称）を新設するなど、法制度として整備することが必要と認められるが、法制度の整備に当たっては、制度の対象として相当と認められる心理療法・カウンセリングの範囲を、心理療法・カウンセリングの必要性を判断する者、心理療法・カウンセリングの類型及び心理療法・カウンセリングの実施者等の観点から明らかにすることが不可欠となる。このため、本検討会として、精神医療をはじめとする医療、心理療法・カウンセリング及び犯罪被害者の治療に精通した医師等について知見を有する機関、有識者による研究会の設置を提言する。これらの研究を踏まえ、心理療法・カウンセリングの公費負担制度が導入されることを期待する。併せて、診療報酬における対応の検討にも資するよう、今後関連学会等においてPTSDの専門治療(PE法等の認知行動療法等)について、治療の安全性、有効性等に係る実証研究が推進され、その研究成果が被害者の需要を満たすように広く普及されていくことを期待する。