

## 第2回 犯罪被害者の精神的被害の回復に資する施策に関する研究会 議事要旨

### 1 日時

平成26年6月4日(水) 午前10時30分から午後0時30分まで

### 2 場所

警察総合庁舎第11会議室

### 3 出席者

(座長)

中島 聡美 (独)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犯罪被害者等支援研究室長(座長)

(有識者構成員)

飛鳥井 望 (公財)東京都医学総合研究所副所長  
新 恵里 京都産業大学法学部法政策学科准教授  
大山 みち子 武蔵野大学人間科学部人間科学科教授  
木村 光江 首都大学東京法科大学院教授

(関係府省庁)

鈴木 基久 警察庁長官官房審議官  
滝澤 依子 警察庁長官官房給与厚生課犯罪被害者支援室長  
及川 京子 内閣府犯罪被害者等施策推進室参事官  
丹藤 昌治 厚生労働省保険局医療課課長補佐

### 4 配付資料

- (1) PTSD等治療に係る医療保険制度について(厚生労働省資料)(資料1)
- (2) 実態調査(ウェブアンケート)案<医師対象>(資料2-1)
- (3) 実態調査(ウェブアンケート)案<心理職対象>(資料2-2)

### 5 議事要旨

#### (1) 概要説明

費用負担の現状について(PTSD等治療に係る医療保険制度について)

【厚生労働省説明(資料1)】

(討議)

構成員：臨床心理士の国家資格化が検討されているが、臨床心理士が国家資格化されようがされまいが、現在の医療保険制度上の枠組みでは、臨床心理士が行う精神療法の取扱いは同じであると理解してよいか。

厚労省：そのとおり。

構成員：資料1の18頁に記載されている「臨床心理技術者」について定義はあるのか。

厚労省：医療従事者については様々な学会が様々な認定基準を設けて認定を行っている段階であり、当省として具体的な定義は申し上げられない。診療報酬制度上はそうい

った様々な資格全体をひっくるめて臨床心理技術者等という言い方をしている。

現在、国会で、臨床心理士の国家資格化の議論が行われている。診療報酬上どのように変えていくかというのは、これらの議論を踏まえた上で検討されるのだと思う。

構成員：資料1の18頁の下の方について、「臨床心理技術者等が行った精神療法が今後の診療報酬制度の対象となるかどうかについても中央社会保険医療協議会において議論される必要がある。」との記載があるが、臨床心理技術者が単独で行う精神療法が診療報酬の対象となる可能性はあるということか。

厚労省：もちろん、中医協において医学的な安全性、有効性が議論された上での話だと思うが、そういった可能性はないわけではないと思う。

しかし、現状、看護師や薬剤師等の検査、処置等についても「医師の指示によるもの」という要件が課されていることから、臨床心理技術者が単独で行うといった場合にどこまで認められるかは、今後の議論によるかなと思う。

構成員：「単独」という言葉が何を意味するのかということか。臨床心理技術者が医師と並行して治療することを指すのか、あるいは医師の指示の下で治療を行うことを指すのか。そうすると、臨床心理士が単独で行うといっても、もちろん医療の範囲で行われる必要があるということか。

厚労省：そのとおり。

構成員：今の説明は、あくまで厚生労働省の所掌事務の範囲内の話であり、例えば教育相談等別の制度枠組みで行われていることは、診療報酬制度とは関係がないという理解でよいか。

厚労省：そのとおり。今の説明は診療報酬制度上の話である。

構成員：資料1の17頁中「精神科リエゾンチーム加算」に「専門性の高い」という文言に関して質問したい。臨床心理士の国家資格化の議論では、学部、修士・博士課程卒等の経歴要件についてもある程度検討が行われているところだが、国家資格となった場合に、その経歴要件がどの程度かということによっても検討される内容が変わってくる可能性はあるのか。

厚労省：そのとおり。

構成員：臨床心理技術者が単独で行う精神療法が診療報酬の対象として認められたと仮定した場合、例えば整体師等が療養を行う場合に保険適用が認められるように、例えば、病院にいない臨床心理士がカウンセリング機関において、医師の指示や処方箋等に基づいてカウンセリングを行った場合に保険適用が認められるという可能性はあるのか。

厚労省：医師の指示といったものをどういった形で捉えるかということになる。医師と同一建物内で行うのか、あるいは別の建物で行うのか、そこはどこまで医師の指示の枠内として捉えるのかということになる。また、もちろん他の職種も沢山ある中で、何かあったときに医師がどうすべきか等の判断ができるような位置にいないければ、当然その指示の下で行っていたということはなかなか言えない。

他の職種、特に放射線技師等についても、同じ建物の中に入れていいのかとか、あるいは違う病棟でもいいのかとか、そういった議論も別個にある中で、これは全

体の問題として考えなくてはならない問題であると思う。

構成員：自由診療の範囲・どこからを自由診療とするのかということに関して質問したい。資料1の5頁「我が国の医療保険制度の基本的考え方」において、「必要な医療は基本的に保険診療で行われるべきである。」、「保険適用となるのは治療の有効性・安全性が確認された医療である。」とあることから、ある療法について有効性・安全性が確認されていない段階においては、当然保険適用はされないという考え方があるものと思う。

P T S Dに対する認知行動療法は、診療報酬の対象となっていないため、通院・在宅精神療法の枠内で行われている。例えば前回の診療報酬改定で、新たに診療報酬の対象として認められたうつ病に対する認知行動療法は、本来90分以上かかるようなかなり特殊性の高いものだと考えられるが、そういった療法について、有効性・安全性が検証されつつある段階であったとしても「診療報酬の対象として認められている通院・在宅精神療法の枠内でやるべき。」という判断がなされるのか、あるいは「本来これはかなり特殊な治療であって、有効性・安全性はまだ確立されていないものだから、通院・在宅精神療法の枠内でやるべきものではない。」という判断がなされるのか。少し微妙な問題であるが、どちらの判断の方が現状として妥当だと考えるか。

厚労省：現在の考え方では、診療報酬制度上は後者の考え方になっている。ただし、医学が進歩し様々なデータが集められていく中で、医学的に安全性・有用性が確認されるものについては保険診療の中で見ていかなければならないと思う。

御指摘の精神療法が診療報酬の対象となるかどうかについては、学会を通じていろいろ御意見をいただいているところであり、中医協の調査専門組織である医療技術評価分科会等において医学的安全性や有用性を確認している段階である。つまり、先ほどの御質問について、必ずしも後者の考え方でそのままいくというわけではなく、場合によっては議論の中で前者の考え方になり、いずれは保険診療の中で診ていくということもあり得ると考えている。

構成員：これは今後の検討の根幹に関わる問題である。結局、「保険診療の範囲内に入る療法については医師が当然保険で行うべきであり、自由診療の対象とすること自体があまり適切でない。」という考え方になってしまうと、犯罪被害者の自由診療部分について公費負担をするというのはあまり妥当ではないということになる。他方、有効性・安全性がまだ完全に確立されていない段階で「今の医療保険制度の下では自由診療となってしまってもやむを得ない。」という考え方になるのであれば、その費用を公費負担の対象として考えるというような議論になってくるかと思う。

もちろん、最終的に、うつ病に対する認知行動療法のように保険診療として認められれば全く問題はないが、保険診療又は自由診療のどちらの枠組みの中で検討するかということが大きな問題となっている。現段階では、これが自由診療になっていたとしてもやむを得ないという理解でもよいか。

厚労省：そのとおり。

警察庁：医療保険制度上、治療の有効性・安全性が確認されて中医協で認められたものが保険診療の対象となっているという仕組みになっているが、これはつまり、中医協

で認められてないものは治療の有効性・安全性が確立していないということになるのか。あるいは、もしかしたら客観的、科学的には有効で安全なのかもしれないけれども、まだそれが中医協で確認されていないということになるのか。制度の建前としてはどう考えるのかという点を伺いたい。

厚生労働省：建前としては前者の方になる。あくまで、保険診療として認められてないものは医療保険上医学的な有用性・安全性が認められていないというのが厚生労働省保険局医療課の立場である。

ただ、もちろんそうは言っても医学は日進月歩であり、診療報酬の点数表についても2年に一度の見直しが行われるほか、ほぼ毎週のように解釈に係る通知等を発出しているような状況であることから、現状では前者の考え方ではあるが、最新の議論を踏まえられるように我々も努力をしているところである。

警察庁：平成26年度の診療報酬改定において、通院・在宅精神療法のうち在宅で行った長時間の診療の評価が新設されたとのことだが、通院ではない在宅の精神療法というのは一般的なものであるのか。

厚生労働省：手元にデータを持っていないので正確にお答えできないが、まさにケースバイケースであり、「何が在宅精神療法に該当するのか。」という個別の審査支払機関の判断も実は入ってくる。現状について、これまでも調査はしているが、結果的に在宅精神療法として何がどう認められているのかというのは把握し切れていない。

警察庁：どのようなものを在宅精神療法というのかについても、通達にもよるのかと思うが、審査支払機関の認定の問題に係るということか。

厚生労働省：そのとおり。

(2) 実態調査(アンケート)案について

【事務局説明(資料2-1、2-2)】

(討議)

構成員：この調査はあくまでも制度設計のための調査なので、どういうデータが知りたいということが一番大事なところであって、それができるだけ正確に把握できることが目的だと認識している。

資料2-1、2-2の問9(前問(問8))で答えられた患者の診療形態別の人数、自由診療分の1回の平均面接時間、面接料、主に実施している療法についてお答えください。)で療法について尋ねているが、この点について事務局に伺いたい。私は医療を専門としていることから、どの療法が日本でどの程度普及しているかということも既に把握をしているが、細かい療法まで本当に調査したいのだろうか。

日本では、これから徐々に、より有効な療法が広まっていくところなので、細かい療法まで質問するのは時期尚早であると思う。今の段階で療法まで調査しても、もちろんEMDR(眼球運動による脱感作と再処理法)等は、ある程度の実施者数は上がってくるだろうが、それでもまだ草分けとして定着し始めた段階での数だと思う。

むしろ、とにかく制度を立ち上げて、あまり療法で限定せず、それなりの資格の

ある人が助成を受けてケアをするといった形であれば、何もしないよりは良いだろうということだと思う。ただ、その中で徐々にいろいろな療法によって差は出てくると思うので、それは時間とともに広まっていけばいいかなと思う。

それから、いろいろな療法で限定してという考えも理解できるが、とりあえずは、それよりももう少し大まかに把握をした方が良いと思う。

警察庁：最終的な制度の形については、この実態調査の結果も踏まえて御議論いただかなくてはいけないと思うが、元々の内閣府の検討会（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）でも議論されていたとおり、まず保険診療という枠組みを前提として、犯罪被害給付制度上の重傷病給付金があり、それに加える形で新たなものを作るときに、制度設計上、療法について、犯罪被害者にとって有効性・安全性・必要性が確認でき、かつ、きちんと特定できるものにするということが必要となってくる可能性があると思う。

御指摘のとおり、求めるデータによっては前提となる質問事項がもう少し大まかなものになるという可能性もあるが、最も詳細なデータが必要となる議論のパターンを想定すると、療法についても細かく質問する必要がある。仮にはあるが、犯罪被害給付制度の中に新たなものを作ろうとなった場合には、相当厳密な議論が要求される可能性はあるだろう。

そうなった場合の議論に資するためにも、実態の数としては療法別のものについても把握をさせていただければというふうに考えている。

最終的な制度設計を行う上でいろいろな選択肢が出てくるだろうと思うので、療法についてもやはり知っておきたいと考えている。

構成員：確かに療法は重要だが、例えばPE（長時間曝露療法）であれば、研修を受けただけで何となく一人で実施しているような、少し危ない人も見受けられるので、その療法を正しく実施できる人材を確保しなければならないことを考えると、療法で限定するのは困難があると思う。

さらに、療法以上に重要なことは、被害者支援の中で治療が行われているかどうかである。先ほど厚生労働省から、平成26年度の診療報酬改定において、通院・在宅精神療法、心身医学療法の20歳未満加算の評価を充実させたとの説明があったが（資料1・11頁）、それは児童相談所等との連携や保護者等に対する指導を行った上で加算するという仕組みになっている。

今我々が検討している被害者のカウンセリングは、被害者が発症するPTSDの治療として有用性が高いから必要というだけでなく、被害者支援の一環であるので、民間被害者支援団体や警察等の関係機関ときちんと連携を図った上で行われているかどうか重要である。

私は、そういう過程も加味した上での助成・公費負担というものを検討しないといけないかなと考えており、一定の治療技術を持った上でいろいろな機関との連携もこなしてくれる人を認定したり助成したりするといったイメージを抱いていたが、資料2-1・2-2を見ると、どうも初めに療法ありきという印象がある。将来的には療法についても調査・検討したいが、現時点では、特に日本では困難かなと思う。

警察庁：追々御議論いただくべきところかと思うが、現行の犯罪被害給付制度では、例えば重傷病給付金の裁定に当たって、被害者心理に詳しい精神科医の治療といったことを要件とはしていない。内閣府の検討会では、被害者が受けた治療の費用について、後からきちんと給付するという選択肢があるべきだということが議論されていたと記憶している。

そういう方法ではなくて、先生が今御指摘されたように、被害者支援に詳しい方を認定するといった方法になるのかどうかということも議論いただくべきものと考えている。現在、都道府県警察の中には、外部の精神科医の先生に委嘱をして、被害者に対するカウンセリングを一定回数まで無料で提供しているところも多数あることから、こうした取組を充実させていくという方法もあるだろうと思う。犯罪被害給付制度に新たなものを盛り込むということではなくて、実際に被害者支援としてのカウンセリングに取り組まれている方の、いわゆる顔ぶれを見て検討していくということであり、おそらく構成員のイメージの方法と同じものだと思う。

一方で、誰がどの医師にかかっても一定の要件をクリアすれば費用が公費で賄われるという仕組みを可能にするためには、おそらく、療法による限定なり医師等の資格による限定なり、客観的に限定したり枠付けしたりするものがないと、法制度としての組立てはなかなか厳しいところが出てくるだろうと思う。

よって、既存の精神科医の委嘱制度等を更に充実させていく方向になるのか、それとも法制度を作るのかということも見据えながら、これから御検討いただくということになってくるかと思うが、療法について現段階で調査することは、その検討の材料にもなるのではないかと考えている。

構成員：実際には、海外でのエビデンスも含めて有効だと言われている療法は、PE（長時間曝露療法）、TF-CBT（トラウマフォーカスト認知行動療法）、CPT（認知処理療法）くらいしかないので、療法について調査してみても、データが思い通りにならないということがあり得るのではないかと懸念している。

その療法を実施者はまだ数が少ないので、調査してみても、ほとんどいないという結果になるが、データとしては出てくる。その場合に、「ほとんどいない。」というデータを基に話を組み立てていくことができるのかということをお心配している。

警察庁：資料2-1・2-2の問9については、仮に、おしなべて自由診療となっているような療法があった場合に、当該療法を犯罪被害給付制度の対象とするかという議論になるのであれば、やはり、療法の限定なり、当該療法を実施できる医師についての認定制度なり、そういうものが必要になってくるであろうということで設けた問である。

そういった法制度ではなく、一定の者に対する助成制度のようなものを作る方向での議論になった場合でも、最終的には予算を要求していくための説明が必要となってくる。療法を調査した結果、仮に実施者の数が少なかったとしても、そうした説明を充実させていく上での材料とはなり得ると想定している。

療法については実施者数が少ないものもあると思うが、一方で詳しく調査をすることで、費用・治療時間の多寡、被害者の声等についての全体の傾向が判明すると

思うので、そうしたデータも活用していければと思っている。

構成員：了解した。私が心配したのは、療法で限定する制度というのは非常に硬直化してしまうので、制度を作り運用する流れの中で、徐々に有効性の高い療法に限定していくという方が自然かなと考えていた。

確かに、より有効性の高いきちんとした療法を実施するとやはり時間もかかる。一方で、カウンセリングといっても15分程度で済まる人もいる。そういうところも含めて大体の実態を把握されたいということであれば了解した。

構成員：確かに、税金で負担する、あるいは診療報酬制度のようにある程度批判に耐え得る内容にするという意味では、どこからも文句がつかないエキスパートがいると、制度として訴える力はあると思うが、全国でお困りになっている犯罪被害者の方が、「どこかに相談に行きたいが、もう少し専門的に話を聞いてくれる人のところに安心して行きたい。」というときに、例えば、PE（長時間曝露療法）やEMDR（眼球運動による脱感作と再処理法）というのが日本中どこでも受けられる療法かという、やはり少し難しい。それから、実施者が少ししかいないということでは困る。

私が調べたところによると、例えば、学生相談室やスクールカウンセラー等の心理職のところでカウンセリングを受けているという方は結構いる。ただ、これらの場合は報酬のことを心配する必要がないが、被害者が学校を卒業した後はどこでカウンセリングを受けに行けばいいんだとなったときに、心理職の人間としては、気持ちの上ではカウンセリングを提供したいけれども、さすがに経済的な裏付けがなければいつまでもは提供できないし、推薦したい場所があったとしても費用がかかるといった状態になる。こうした状態を何とかしたいという思いがまず根本の大事なところであると思う。

よって、そういう人たちがこのアンケートによってある程度数値として出てくれば、説得力がある。ある種のピラミッドという言い方は妥当ではないかもしれないが、特殊な治療法のエキスパートも一定数いて、当該療法が必要なものであるということが分かる一方で、そうした療法ではなく、今私が申し上げたような話を聞くことも必要であるということが分かるようなアンケート結果が必要となるのではないか。

ただ、ここで問題となる可能性があるのは、このアンケートの回答者が、クライアントが犯罪被害に遭った事実を確認していないとすると、回答者が主観的に犯罪被害者であると思った人についての結果が得られるということである。実際には、回答者が主観的に犯罪被害者であると思った人全てを公費で手当するわけにはいかないの、この辺りを国民に対し説得力あるものにする必要はあるだろう。

だから、同じアンケートでも、制度を構築する際に訴える力のある、ピンポイントのエキスパートがどれだけいるのかということと、「このくらい需要がある。」ということが数値として知りたい。

また、例えば、日本トラウマティック・ストレス学会においても、アンケートに記載されている特殊な療法を全ての会員が把握しているわけではない。なぜこうした療法を始めたかということ、おそらく、「その必要性を感じたから。」ということだと思うので、そうした者が皆「自分はこの療法を実施した経験がある。」という

ふうには答えられるような調査の構成という面でも考えなくてはいけないと思う。

警察庁：御指摘のとおりかと思う。全体の人数や時間・費用がどのくらいかかるのかということも併せて調査したいと考えている。

専門的な診療を実施する前の段階で、症状が落ち着く被害者の方も相当数いると思うが、それでも時間や費用がかかったりすることもあるだろうと考えており、このアンケートを行えばその部分も判明すると思う。

よって、アンケート全体の分量や回答者の負担度についても勘案しつつ、いわゆるエキスパートのところでのどの程度専門的に保険診療等が行われているかを確認したい。

これから検討する制度が保険診療に限定されるわけではないが、現在、保険診療を前提として組み立てられている制度と並び立つものとして考えることができるものがあるのかどうかをこの研究会で確認していくということで、最終的な制度としては、専門的な療法の部分についてはすぐに制度化ということではないが、重要なものであるので、専門的な療法以前の比較的一般的なカウンセリング等と併せてどのように対応していくのかという選択肢も検討の過程で入ってくるのではないかと思う。

構成員：こういう調査で起こりがちな問題点は、問9のような特殊な療法が並んでいると、回答者が「私が実施しているのは心理療法ではない。」と感じてしまうということがあると思う。というのも、実際は犯罪被害者の方に対する療法・面接を行っているにもかかわらず、犯罪被害者に対する療法について何か特別なものだという意識があるために、そうした療法・面接を実施しているということを自分で認識していないということが専門家でも時々見受けられることから、問9のような尋ね方で、実際に療法・面接を実施している者が回答し損ねて、集計結果が弱まってしまうということが心配である。このアンケートを通じて、犯罪被害者支援についてアピールしたいというねらいも若干あるので、今申し上げたことを心配している。

さらにもう一点。例えば、児童相談所や警察等の機関との連携をしたことがあるかということも、手間としては結構かかっているはずなので、本当は尋ねてみたいと思うが、アンケートの分量の関係で難しいだろうと思う。

構成員：私もそれは尋ねてみたい。確かに、分量は多くなってしまうので、せめて犯罪被害給付制度を知っているかどうかだけは押さえておこうという意図で問16を設けることを提案した。この制度すら知らなかったら、警察等との連携なんて何もやってないということが推測できるだろうという考えである。

療法について話を戻すと、例えば、PE（長時間曝露療法）については被害者支援都民センターでも何十例と非常に熱心の実施しているが、割合としては大人の心理相談面接者全体の3分の1ぐらいである。残る3分の2の人は普通の心理教育やリラクゼーション法指導とか、もっと軽いもので症状が治まることが多い。

だから、問9で主に実施している療法を尋ねられると、その3分の2に当たる者は非常に答えにくいという問題が出てくる。

また、前回の研究会でも議論されたが、リソースがないという問題がある。都会であれば専門的な治療が受けられるところもある程度はあるが、地方にはほとんど

人材がない。しかも、地方では、治療の方法に疑問を抱いてしまうような例がある。今後の制度設計では、制度の施行に伴い人材を育てるという意味もあると思う。

初めからこういう人材でこういう制度を、ということではなく、何らかの形でいろいろな機関と連携しながらカウンセリングを提供しているような専門職の人たちが助成を受けられるような制度を作り、そこから徐々にケアの内容をより高め、あるいはより有効性が高いケアにシフトしていくといった計画しかないかなと思う。

警察庁：研修自体を警察が実施するのは困難だと思うが、専門性の向上という観点での支援ということはできるかもしれない。例えば、そういう専門性の高い先生が実施する際は若干多めに支払ったり、既にある委嘱制度において専門性のある先生を中心に委嘱したりといった、専門性をさらに備え付けられた場合にプラスアルファするという支援はあり得る。

ただ、今は、予算の裏付けがないままに申し上げているので、まだまだこれから検討が必要であるが、選択肢としては、そのような考え方というのもあり得ると考えている。

御指摘のとおり地方には人材がないということもあって、結局大都市の著名な先生に御相談することになるというのが現実であるが、一方で、どのようにすれば研修ができるのかということもこれから検討する必要があると思う。この辺りの話は、もしかすると経済的な支援・助成とは別の議論となるかもしれないが、併せて考えていかななくてはならないかなと感じている。

構成員：そこは是非お願いしたい。療法について云々言う前に、例えば、被害者の心理療法について一定の研修を受けることを条件として医師に対する助成を行うといった制度を実現すれば、研修を受けることについてのインセンティブが付与され、人材育成という意味では、おそらく非常に役に立つと思う。

警察庁：医療技術の分野について何か申し上げるつもりではないが、犯罪被害者支援における警察の取組や関係機関が実施している施策等犯罪被害者支援に関する基礎的知識の観点も含めて考えていく必要があると思う。

また、先ほどの構成員から、自分が行っていることが犯罪被害者に対するカウンセリングではないと誤解して回答を躊躇してしまうのではないかと御指摘があったが、問9・13・15において「支持的精神療法」という選択肢を設けている。素人理解ではあるが、この選択肢には「対象の話をよく聞く。」といったことも含まれるだろうと考えているがいかがだろうか。

構成員：個人的には、「支持的精神療法」に丸を付けると思うが、これに補足して「一般的なカウンセリング」といった説明が書かれていないと、例えば、自信がない実施者のうち「自分の行っているカウンセリングはこの選択肢に当てはまるということでもいいのかな。」とってしまう者も一定数いるのではないかなと思う。学会や研修等での経験を踏まえるとそう感じる。

PE（長時間曝露療法）やCPT（認知処理療法）のところに丸を付けるときと同じような思いで、この「支持的精神療法」という選択肢に堂々と丸を付けられる自信がない者がいると思うので、全国規模でこのアンケートを実施した場合に懸念がある。

警察庁：では、「支持的精神療法」の後ろに、「一般的なカウンセリングを含む。」という文言をつけるという修正はいかがか。

構成員：その程度の文言だと思う。どうしたら良いだろうか。

構成員：このような場合によく行う手法であるが、「非特異的な精神療法」とか「折衷的精神療法」という文言を入れておくと、ほとんどの人はそこに丸を付けられる。「非特異的」という言い方がちょうどいいと思うが。

構成員：全国各地にいる、あまり自信のない心理職の人間がそこに丸を付けてくれるだろうか。少し悲観的過ぎるかもしれないが、とにかく何か自分が行っていることに丸を付けてもらえたらいいなと思っている。

構成員：そういうところで迷いが出ると回答が面倒になって回答率が下がってしまう。ぱっぱと答えられるような選択肢にしておかないと、いろいろと考え込ませてしまい、結局は時間がないから回答をやめようということになるので、できるだけシンプルな選択肢にした方がいいと思う。

警察庁：「非特異的精神療法」はどうだろうか。

構成員：それでも難しいだろうか。

構成員：少し難しいかなと思う。

警察庁：「折衷的精神療法」はどうだろうか。

構成員：例えば、「支持的精神療法・カウンセリング等」はどうだろうか。

構成員：「一般的心理カウンセリング」はどうだろうか。

構成員：臨床心理士ではない者も含まれるとすると、特に資格のない学部卒の相談員のような者も回答の対象に入ってくるということが考えられる。誰を今回のアンケートのサンプルにするのかということとも関係してくる。日本トラウマティック・ストレス学会でもどうかなと思う。回答できそうな者をサンプリングするのかなど、少しテクニックの問題になってくるがその辺りはどう考えるか。

警察庁：その結果、実施していない者が多くなってしまうと本来調査したいところからずれると思う。医師については心配する必要はないと考えてよいか。

構成員：このような選択肢であれば、大体の人は「支持的精神療法」に丸を付けると思う。

構成員：私もそうだと思う。この療法の書き方は細かすぎると思う。PE（長時間曝露療法）、TF-CBT（トラウマフォーカスト認知行動療法）、CPT（認知処理療法）等は全て一つにまとめたのでいいと思う。

それからその他の支持的精神療法プラス非特異的なカウンセリングといった程度の選択肢でいいのではないか。

警察庁：今後の制度設計について、現時点では、療法から考えるという案も残しておきたいと考えており、PE（長時間曝露療法）がその療法の一つの候補かなと思っているが、これをアンケートの結果として浮かび上がらせるためにも、療法の尋ね方については原案を維持したい。確かに選択肢としては細かいが、療法について詳しく把握をしたいと考えている。

構成員：それはなぜか。なぜ知りたいのかをもう少し説明してほしい。

警察庁：先ほどからの説明と重複するが、内閣府の検討会（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)において、一つ提案されたのが、自由診療とされているもので犯罪被害給付制度に盛り込めるものがあるかどうかを療法から検討するという課題である。これを踏まえると、自由診療とされている療法の中から切り分けて犯罪被害給付制度に盛り込むことができるかどうかという観点からの検討もさせていただきたい。

そうすると、その療法の切り分けの方法について、「自由診療で被害者の役に立つものならとりあえず何でもいい。」というのでは制度論として成り立たないと考えており、実態的な裏付けとして科学的な有用性等のほか、実施方法や費用のかかり方等のデータが不可欠となる。

しかし、それ以外の道も当然あるだろうとは思っている。療法等は問わずに、また、自由診療という医師が行うものに限らず、臨床心理士やその他それなりの有資格者等が行うものも含めて考えていく方法というのも選択肢としてあり得るものだと思う。本研究会では、警察庁としてその点についても考えていきたいと思っているが、元々の課題は、簡単にまとめて申し上げると、自由診療とされている療法で犯罪被害給付制度に入れられるものはあるかどうかというところを検討するという事なので、やはりそこを確認しておきたいと思う。

構成員：海外で療法を細かく限定している制度はあるのか。

構成員：内閣府の検討会について、出席していた私からも補足する。元々は、構成員御指摘のとおり、療法を限定するということはしたくないと考えていた。犯罪被害者が必要としているものを広く提供するために、どのような枠組みが考えられるかと検討していったところ、結局、どこで犯罪被害給付制度に落とせるかという議論になってしまったという経緯がある。

現状、犯罪被害給付制度では、医療保険が適用されるもの以外は支給が認められないということを絶対に乗り越えることができない中で、微かに残されていたのが、「本来、医療保険が適用されてしかるべきものではあるが、例えばあまりにも長時間かかってしまって採算がとれないというような特殊な事情があり、現状として自由診療でしか行われていない療法について、被害者のニーズの高さを背景として、犯罪被害給付制度に入れ込むことができないか。」という非常に狭い範囲での議論だった。

もちろん本研究会においてこれだけを検討することは意味がないと思うが、犯罪被害給付制度に何を入れ込むかといったときに、例えば、厚生労働省からPTSDの治療ガイドラインといったものが出ていればいいのだが、現状そうしたものはない。そうすると、よりどころとしては、日本において論文等でエビデンスが辛うじて評価できる療法ということになってしまう。構成員も御存知のように、それができるのは結局PE、もしかするとCPT(認知処理療法)もできるかもしれないという程度であり、その結果、療法についての非常に細かい議論が起こっているのが現状であると私は理解している。

だから、療法について詳細に調査することが望ましいという意味ではなく、犯罪被害給付制度に入れ込む場合の根拠というものをどのように求めるかということ

このような議論になっているのだと思う。

警察庁：そのように理解している。もちろん、犯罪被害給付制度についてだけ考えなくてはいけないというわけではなく、既存の支援に更に加えていくためにはどうしたらいいのかという観点でも、このアンケートは非常に有用であると思っている。集計結果については、そういう点も含めてまとめてまいりたいと考えており、療法についても一つの選択肢として把握したいと思っている。

構成員：現在エビデンスがあるのは、PE（長時間曝露療法）、CPT（認知処理療法）及びEMDR（眼球運動による脱感作と再処理法）だけであるが、「そうしたエビデンスが出ているものしか認めない。」となると、対象があまりにも狭くなる。では、調査対象としたその他の普通のサポートティブなカウンセリングは全然効果がないかということ、何もしない人と比較すると、やはり効果はある。ただ、それよりも、PE等のトラウマに焦点を当てた治療の方が効果はある。要するに、エビデンスというのは、何と何を比較したエビデンスであるのかということである。

何もしないよりも、何か非特異的な普通のサポートティブなカウンセリングをした方がいい。更に言えば、それよりも、トラウマに焦点を当てた治療をした方がいいということになるので、「現状において、エビデンスが最も強固な治療であれば犯罪被害給付制度の枠内に取り込める。」といった考え方をしてしまうと、そうした治療と比較してエビデンスが弱く、裾野に位置付けられているようなものは公費負担の対象となる途が閉ざされてしまう。

だからこそ、この研究会の趣旨は、被害者が少なくとも専門職による一般的、サポートティブな心理カウンセリングが安心して受けられるようにしようということを考えていくということかと思っていた。そうではなく、ある療法を技術的に犯罪被害給付制度に盛り込むためにはどうしたらいいかということ議論していくことであれば、どんだんぎこちない形になってしまうのではないかと心配している。

警察庁：本研究会としては、先生がおっしゃられたように、全体としての最も良い方法を考えていく必要があるだろうと思っている。

よって、例えば心理職の方が行っている一般的なカウンセリングを犯罪被害給付制度の中に取り込むということは困難であるが、同制度にこだわらなくても構わないということであれば、医師が行う治療については、少なくとも当面は重傷病給付金の枠内で考えるという方法もあるし、医師以外の臨床心理士等が行う心理療法、カウンセリングについては、例えば警察や学校等の公的機関が提供しているものもあると思う。

ただし、支援が抜けている部分もあるだろうと思う。では、足りない部分があるのであれば、現状の制度をどうやって拡充していくかというのも一つの考え方であるし、完全に抜け落ちている部分があるのであれば、それについてどうしていくのかということも考えなくてはならないと思う。

構成員：先ほど私が述べた問13について、回答者が、選択肢の13（支持的精神療法）に該当すると思うと答えづらくなるのではないかと懸念は、療法を細分化して選択肢として掲載するかという今の話とも恐らく関連すると思う。

問 13 の集計結果がどのような分布になるのかを想像したとき、多くの人が選択肢の 13 (支持的精神療法) にチェックし、選択肢の 1 (長時間暴露療法 (PE))、2 (トラウマフォーカスト認知行動療法 (TF-CBT))、3 (認知処理療法 (CPT))、4 (抑うつ・不安に対する認知行動療法)、5 (1~4 以外の認知行動療法)、6 (眼球運動による脱感作と再処理法 (EMDR)) にチェックした人が僅かであったとしても構わないということだろうか。その僅かな部分の内訳を把握したいということであれば、細かな療法について質問する意義もあるかもしれないが、1~6 の選択肢に該当する者が多くはないということは確かなことだと思う。

構成員：問 13 「犯罪被害による PTSD に対して最も重きを置いて実施している心理治療技法についてお答えください。」の「重き」という言葉をどう解釈するか。例えば、「全クライアントのうち、3分の2 は支持的精神療法を行っているが、深刻な PTSD に対しては PE (長時間曝露療法) を実施している。」といった場合、「重き」というのは 3分の2 の部分を聞いているのか、それとも症状が一番重い人に対して行っていることを聞いているのか迷うことになると思う。

また、いきなり PE 等の特殊な療法を導入して効果を得る被害者もいれば、今の状態ではそうした特殊な療法は導入できないということで、まずサポートティブなカウンセリングを 20 回ほど実施する被害者もいる。後者のカウンセリングも非常に重要な役割を果たしている。

療法の選択というのは、非常にフレキシブルなもので、対象者に合わせてどういう療法がいいかということを考えて選択しているのだから、それをデータとして集計すると、「 の療法を実施している人が何人」、「××の療法を実施している人が何人」という形で数としては出てくるが、(どうしてその療法を選択したかという) その背景にあるものが分かりにくくなるという懸念がある。それがアンケート調査の怖いところだと思う。

警察庁：確かに、被害者一人についていろいろな段階があるというのは御指摘のとおりかと思うが、今回のアンケートで医師に聞く部分については、保険診療と自由診療を区別しており、自由診療で実施する複雑な療法は時間も費用もかかっているのではないかという考えの下この選択肢を設けている。よって、実施者が僅かしかいない療法もあると思うが、集計結果全体を見たときに、「自由診療で難しい療法を用いており、非常に費用がかかった。」ということがいづらか分かるのであれば、それはデータとして使えるだろうと思う。

御指摘のとおり、「どういう療法を実施しているか。」と尋ねた場合、回答としては、支持的精神療法が非常に多く、他の選択肢は、例えば、全体の 5 パーセントとか 10 パーセントといった割合になるであろうということは想定できるが、現状がそうであるということ把握することも、実態把握の一つという意味では重要であると思っている。

その結果をもって、何も手を打たないかということ、そうではない。ただ、そのデータを根拠として、直ちに内閣府の検討会の最終取りまとめにおける提言を受けた研究ができるかどうかということ、それは更なる検討を要することになるのかもしれないと考えているが、支持的精神療法が非常に大きな役割を果たしていて、

かつ、時間も要するというのであれば、やはりその充実を行っていかなくてはならないという結論が導き出されることになるのではないかと思う。

構成員：恐らくこういうアンケートを実施するのは初めてだと思うが、内閣府の検討会からの経緯を伺っていると、詳しい療法の区分を聞かないとなると、これから集計結果を発信していくに当たって、「どんな調査をしたんだ。」と指摘されてしまうかなという気がする。警察庁からの説明のとおり、その療法を実施している者の数が分かるということ自体が非常に重要だと思う。

あと二点伺いたい。一つは、アンケートは、医師も心理職も学会所属の者が対象ということによいか。

警察庁：そのとおり。

構成員：対象人数についても伺いたい。

もう一点は、問9、10で、実際の期間は分かると思うが、被害者一人にかかる治療の平均期間といったことは、この設問から分かるのだろうか。あるいは尋ねる必要はないのだろうか。

構成員：学会の登録人数は1,000人くらいである。

警察庁：学会の正会員は946人と承知している。

構成員：医師、臨床心理士、その他の者がいる。恐らく半分が医師だと思う。対象を日本トラウマティック・ストレス学会会員としたのは、過去の研究からでも、一般の医師に比べて、同学会会員の医師の方が圧倒的に犯罪被害者を診ているということが判明しており、今回の実態把握のためのアンケートでは、診ている人に尋ねないと分からないという前提があったためである。

構成員：その人数ならば、アンケートとしてかなり意味があると思う。多くの方に答えていただくと非常にありがたい。

警察庁：もう一点の質問について、最終的に何年かかるのかということは、現在のアンケート案では知ることができないので、尋ねた方がいいかもしれない。問10で頻度を尋ねているが、この前に設問を設けるか、あるいは問10に枝番を付して尋ねることとするか。

構成員：先ほど言ったとおり、犯罪被害給付制度の重傷病給付金の支給対象期間の延長が認められる余地が多少残っているのであれば、御指摘のように、治療に要した期間をある程度尋ねた方がいいと思う。厳密に調べなくてもいいのであれば、平均的にどのくらいの期間の人が多いのかといった程度のことは容易に尋ねられるのではないか。

警察庁：では、問10と同じような並びで、この半年間という期間に限定しない聞き方としたい。

構成員：無制限に延々と治療を実施するという事はないと思う。公費負担するとしても20～30回までというのが落とし所だと思う。来院する被害者は、最初は、犯罪被害に遭ったことを原因とする悩みから出発するだろうが、その後、犯罪被害とは関係のない家庭内の問題に関する悩み等がどんどん出てくるものである。よって、治療に長期間かかったとしても、そうした家庭の悩み等について公費負担制度が使えるわけではないと思うので、常識的な回数を設定する必要がある。ただ、それを10

回とするのか、20、30回くらいとする必要があるのかどうかは、もう少しデータを見て検討したい。

警察庁：制度設計について、現段階では確たることは申し上げられないが、確かに構成員の御指摘のとおり、重傷病給付金の支給対象期間を現行の1年から延長するという可能性も選択肢としてはないわけではない。支給対象期間の延長を検討するのであれば、現状行われている心理療法、カウンセリングの大体の回数や期間を調査する必要がある。質問の方法を工夫するとして、「主に犯罪被害に起因する症状に対する心理療法、カウンセリングにどのくらいの期間を要したか。」といった設問を追加するという事も検討させていただきたい。

構成員：問6に関連する質問として、期間が1年以内の人が何人くらいで、1年を超える人が何人くらいということを知るのであれば、「1年を超える人が大半だ。」などというように、簡単に回答できるのではないか。

構成員：それは、犯罪被害の問題だけでなく、その他のいろいろな問題が出てくるので、犯罪被害に起因するものとそうでないものとを区切られるのかどうか悩んでしまうのではないだろうか。「どう答えればいいのか。」と。

構成員：そこはあまり厳密でない方がいいかもしれない。

構成員：生真面目な人は、考え込んでしまう。

警察庁：制度を変えるにしても、根拠がないとなかなか変えにくいところもある。重傷病給付金の1年という支給対象期間についても、被害者の7、8割は、1年間で治癒しているという根拠に基づいて設定されている。

構成員：治癒までにどのくらいかかるかは、実は療法によって異なる。

構成員：結局お金を払える人は長期間診てもらえる。

また、経験年数と治療期間とをクロス集計すれば自明だと思うが、経験年数5年くらいの人が10年間診ているということはある得ないし、転勤がある職場の場合でも同じ人が長期間診るということはなく、担当者を変えて長期間かかっているという被害者もいる。

さらに、期間が長くなった場合でも、最初は被害者の抱える辛さに焦点を当てて話を聞かすが、ある程度回復したら、今度はその人が持っている認知的な問題に手を入れ、現実生活をもっとうまくできるようにするといった切り替えを行うことがある。また、あらかじめタイムリミットを設けて行う療法もある。どちらにしても、「税金で賄う範囲として国民が認めるものはどこまでか。」ということに基づいて検討するというのであれば、別の選択肢が出てくるという可能性はある。

よって、期間を質問することに意味はあると思うが、長期間治療が必要だったのにお金がないから止めたというケースもあるだろうし、集計結果をどのように読むかということには、重要なファクターがいろいろ絡んでくる。

警察庁：今の議論はアンケートにどう反映させたらよいか。期間についての質問を追加することも視野に入れながら、質問の方法に関して御意見があれば伺いたい。

構成員：回答率を上げるためには、質問は少なければ少ないほどいい。また、集計結果のデータの意味がよく分からなくなりそうなものは質問しない方がいい。

構成員：集中して犯罪被害を診ることができる場所は別として、地方の医療機関におい

て、精神療法を用いて、被害者の症状を安定化させようとしたケースでは、きっちりと期間が切れないうらうと思う。

現状、犯罪被害給付制度の重傷病給付金の支給対象者の大半がそういう人たちだとした場合、「実際の治療期間が、給付金の支給対象期間である1年を超える人が多いかどうか。」という程度のこと把握できるというのが一つの目安にはなるのではないかなと思う。この点は、議論が必要なところかもしれない。

構成員：このアンケートの対象は、日本トラウマティック・ストレス学会に所属する者が大半であるということだが、これらの者にたどり着けない地方の被害者や、一般の精神科で受診した被害者が抱える経済的問題等の実態を把握しようとするのであれば、あまり対象を広げすぎるとも良くないのかもしれないが、例えば、地方の大学病院や同学会以外の医師等に対しても実態調査ができないらうかと思う。

警察庁：地方の実態というのは、研究をしていく上で把握していかないといけないらうと思っている。ただ、このアンケートは、やはり実際に被害者に接している方を念頭に置いており、診療等の扱いが現状どのようになっているのかを中心に考えていければと思っている。

普段、それほど専門的には被害者を診ていないけれど、たまに診ることがあったという方に対してアンケートを行うことは、なかなか厳しい面もあるのではないかと考えており、アンケートの対象としては、今のところ、こういう形らうと思っている。

他方で、地方も含めて、体制が十分でないとは認識していることから、構成員の皆様御指導いただきながら、警察が委嘱している精神科医の先生方に診療についてのお話やその地方の実態を伺うということも併せて実施し、支援の必要性についても検討していかなくてはならないと思っている。

構成員：今の話は重要である。この実態調査はサンプル調査ではないので、口コミでできるだけいろいろな人をお願いした方がいい。もちろん、各都道府県警察において、犯罪被害者のカウンセリングを依頼したことがある医師や臨床心理士については網羅してもらい、それ以外にも調査の対象を広げていった方がいい。

というのは、今回の実態調査において、日本トラウマティック・ストレス学会は大変期待されているが、10年程前に行った調査では、全13問の質問で約7割の回答率であった。場合によっては回答率が非常に下がってしまうこともあると考えられるので、安全策として、情報を収集して、実際に犯罪被害者のカウンセリングに関わっている方にも対象を広げた方がいいのではないかとと思う。

警察庁：今のところ、まず、警察や民間の被害者支援センターが委嘱している先生方にはアンケートへの協力をお願いしたいと考えているが、それ以外の方については、協力をお願いするための伝手があるのかどうかも含め、考えてみたい。

治療等の期間に関する質問についてはどのようにすればよいらうか。現時点までにいただいた御意見としては、質問事項として掲載し、先ほど御指摘のあった、集計結果をどのように読み取るかに当たって重要となるファクターも踏まえて分析をするということにするか、それとも、回答しにくい点もあるので質問事項として掲載するのはやめておくかという2択だと思らうが、いかがらうか。

制度設計をする段階において、当該制度は一定の期間が経過するまで、効果的に使われる仕組みであるという説明をするのであれば、治療等の期間を調査した上で制度設計をしていく必要があると思う。

ただ、もちろん、このアンケートによらない別の調査方法があるかもしれないと思っているので、必ずしも質問として掲載しなければならないというものでもないと思う。

構成員：治療等の期間を聞くとした場合、例えば、問6（あなたがこれまで精神療法やカウンセリングを実施したことのある犯罪被害者の患者の人数をお答えください。）において、「あなたがこれまで精神療法やカウンセリングを実施したことのある犯罪被害者の患者の人数のうち、1年以上かかった者の人数をお答えください。」というふうに聞いていくということか。

警察庁：問6で聞くこととするか、あるいは、問10（犯罪被害者の患者に自由診療を行った場合の平均的な面接頻度についてお答えください。）又は問11（この半年（平成26年1月1日から今まで）に、あなたが犯罪被害者の患者の精神療法・カウンセリングを実施していた職場をすべてお答えください。）の前に質問を設けて聞くこととするかのいずれかだと思う。

構成員：この半年間で精神療法・カウンセリングを実施した犯罪被害者のうち、1年以上かかっている者の人数を聞くということか。

警察庁：問10は、「この半年間で精神療法・カウンセリングを実施した犯罪被害者」というよりは、自由診療を行った場合の平均的な面接の頻度を尋ねる質問である。そもそも、問10は、「自由診療を行った場合の」という限定が設けられているので、ここで期間を尋ねることがいいのかわからないが。

構成員：「この半年間で精神療法・カウンセリングを実施した犯罪被害者のうち、1年以上かかっている者」というのは正確ではない。かといって、「これまで診た犯罪被害者のうち1年以上かかった者」とすると、回答者がうなってしまう回答しづらくなるので、聞き方が非常に難しい。この半年間で診た犯罪被害者について、後から聞けば1年以上かかった人というのは分かるが、遡って質問する場合にうまく聞くことができるだろうか。

警察庁：なかなか難しいということか。

構成員：そうだと思う。

警察庁：どう質問すればいいのか具体的な案はないが、例えば、おそらく重傷病給付金受給者の治療期間を調査するとなった場合には、医師に診断書ベースの治療期間を聞くのではなく、受給者本人に着目して、「実際にはどれくらいかかったのか。」ということを確認することが必要になってくるだろうと思うので、今回の実態調査でも必ずしも期間について聞かなくてもいいのかもしれないと思う。ただ、後で調査するとした場合、議論の材料が出てくる時期がばらばらになる可能性はある。

構成員：今回の実態調査で期間について聞くとすると、1年以上かかっているかどうかというのは、カルテを調べなければ分からないと思うが、回答者は調べてくれない。回答者にどのくらいの作業を強いるのかということを考えて質問を組まないといけない。問10の中で1年以上かかった者の人数を聞いても、正確な数は出てこない。

内閣府：確かに、問 10 の中で聞いたとしても、非常に答えづらいかなと思う。

犯罪被害給付制度における重傷病給付金は、支給対象期間が1年間であるということ的前提として、ではPTSDについてはどのくらいの期間を給付するのかという発想で議論が進んでいるが、むしろ、PTSD等の治療についてはある程度期間がかかるものだとして、期間ではなく、何回くらい必要なのかという発想で制度設計をした方が分かりやすいのではないかなと思う。ただ、この発想でも、何回くらい治療・カウンセリングを実施したのかということをお返答してもらうために、カルテを調べていただく必要がある。

構成員：それは難しい。

内閣府：ただ、制度を作るときには、どこまで公費負担するかという枠を決めなければならないと思う。「何をもって制度の外縁を決めるのか。」という話になったときに、回数又は期間のどちらかで決めるしかないと思うが、やはり、そのどちらかについては、ある程度の平均的な数値を出さざるを得ないのではないかな。

警察庁：重傷病給付金の支給対象期間に限定した話をする、回数ではなく期間で規定しているので、どちらにしても期間は考えなければならないということになるが、今回の実態調査でなくてもよいのではないかなということは実務的には考えている。

構成員：「どのくらい必要か。」とか「実施回数はどのくらいですか。」と聞いても、短期間で終わる人もいれば数年にわたる人までばらばらであり、正確なデータというのは出せないのだから、1年間なら1年間と期間を決めて、どのくらいの密度の治療・カウンセリングが必要なのかということで検討すればいいのかなと思うが。

警察庁：その方向でよいだろうか。重傷病給付金の支給対象期間の在り方については、内閣府の別の検討会（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）でも議論があったところであり、これについては別途検討させていただきたいと考えている。では、期間については、今回の実態調査では質問はせず、原案のとおりとする。

もう一点、療法について、問9における「支持的療法」の書きぶりはこのままでよいだろうか。

構成員：資料2-2の心理職対象アンケートの問6には「心理療法やカウンセリング」という記載があるが、「支持的療法」という言い方が、例えば、一般的な心理療法やカウンセリングも含まれているというイメージであれば回答しやすいと思う。

構成員：先生の御意見を反映するとしたら、例えば、「支持的療法」の後に「（一般的な心理カウンセリングを含む。）」と書けばいいのではないかなと思う。ただ、正しく書くのであれば、「一般的な心理カウンセリング(支持的療法を含む。）」、となるのだが。

構成員：はい。それで。

警察庁：では、資料2-2の心理職対象アンケートについては、そのような形がよいだろうか。

構成員：資料2-1の医師対象アンケートも同じにすればよい。

警察庁：医師対象アンケートも同様の形で修正したい。

構成員：先ほど御提案のあった意見のうち、問9の「主に実施している療法」という書き

ぶりについて、確かに「主な」と付けてしまうと、いくらPE（長時間曝露療法）を実施していても、ほとんどの回答者が「支持的精神療法」を選択してしまうという可能性があるのも、いっそのこと「主な」を削除して複数回答可とすればよいのではないか。

構成員：実施しているかどうか一つ一つ聞いていくという方法はある。

それと、問9に記載されているトラウマフォーカスト認知行動療法（TF-CBT）について、トラウマフォーカスト認知行動療法という言葉には、トラウマ焦点全体を指すものと、子供だけを対象にしたものの二つの意味があるので、子供を対象にしているものを指しているのであれば、その旨を書いた方がいい。

警察庁：子供を対象にしたものとして記載しているので、そのように修正したい。

構成員：それから、長時間曝露療法（PE）についても、ナラティブ・エクスポージャー等を細かく実施して、そこから1本のものだけ使っている（場合はどう回答するか）など、言い始めると非常に細かい話になってくる。

構成員：「その他」を選択していただくしかない。

構成員：結局そうなる。なので、問9の療法の区分けについてはもう少し検討した方がいい。

警察庁：細かい部分について、また皆様方の御指導を仰ぎたい。

一点確認したい。問7～9では、平成26年1月1日からの半年で診た犯罪被害者について思い出していただくということを前提にしている。この期間について、3年や3か月という案も出たが、3年は長く、3か月はよほどの専門家でない限り患者の実数が出てこないのではないかという意見もあり、お配りした原案のとおり半年ということになった。この半年という期間については妥当だろうか。

また、年度替わりで転勤される方もおられる中で、年度をまたぐことになるが、他方で、3か月とすると短過ぎるのではという懸念もある。検討の過程で、平成25年度1年間とする案もあったが、思い出しづらいのではないかと考えた。

この点について、御意見をいただければと思う。

構成員：私は当初3か月案だった。どちらにしても正確な数字が分からないので、統計として、3か月間の割合だけ見られればいだろうと考えていた。

ばらつきが出るものなので、割合だけ見るのであれば、3か月とした方が思い出しやすいし、延ばすとしても半年が限界だろうと思う。

ただ、問8で人数を思い出したとしても、「0人」、「1～9人」、「10人以上」と、人数ではなくカテゴリーで回答させることにしており、問9でもカテゴリーを選択して回答させることとしているので実際の割合は分からなくなるが、それでも構わないのだろうか。3か月とすれば、具体的な人数も思い出せるだろうから、そのうち性犯罪が何人、生命・身体を脅かす犯罪が何人ということが分かり、さらに、問9の回答で保険診療が何人、自由診療が何人ということも分かるので、きちりと犯罪種別と人数が分かるかなと思った。

確かに、3か月という案では、普段多くの犯罪被害者を診ているのに、調査対象の3か月で診た犯罪被害者がたまたまいなかった場合に、回答がゼロになるということは起こりえるが、アンケートなのでばらつきがあってもいいと思う。

半年くらいであれば何とか記憶喚起ができるだろうが、問8・問9のそれぞれで3択で回答させるという調査方法で、集計結果から何が出てくるのかと思う。

警察庁：正確な実数が出ることは期待しづらく、回答もしづらいただろうと考え、問8については、「0人」、「1～9人」、「10人以上」という3択にしている。原案の問8・問9の集計結果を足し合わせたとしても、全体的な傾向は分かるのではないかと考えており、答えやすさとの兼ね合いを含め、幅を持たせた回答形式にしている。

構成員：とすると、逆に、実人数を尋ねることとしている問7は不要ではないか。問7は回答するために頭を使う。

警察庁：御指摘のとおりかもしれないが、半年のことについて思い出していただき、実数で答えていただいて、それをさらに性犯罪等犯罪類型ごとに分類してもらうとなると、やはり負担が非常に大きくなってくると考え、全体の数を実数で回答していただいた後に、犯罪類型ごとの人数については、幅を持った形3択にしているというのが検討の経緯である。もちろん、全て実数を尋ねても構わないが、負担としては非常に大変なものとなる。

構成員：期間を短くすると負担が減る。

警察庁：期間を短くするという決断ができなかった。地方の実態も明らかにしていきたいと思っているが、調査期間を短くして0人という回答があまりにも多くなったり、東京と大阪辺りだけが突出した数が出たりということになると、そもそも調査として疑問を持たざるを得なくなるのではないかと考えている。

構成員：「0人」、「1～9人」、「10人以上」という3択は、元々の案では調査期間を1年間としており、人数を回答するのはほぼ不可能だろうという考えから設けられたものである。構成員御指摘のとおり、3か月であれば、おそらく実数を聞いても何とか回答できると思う。

構成員：半年にするとしても実数を聞けばいいと思う。半年くらいであれば思い出せる。

構成員：問8の3択は調査期間を1年とした際に出てきたものに過ぎないので、実数で聞けるのであればそうした方がいい。

警察庁：では実数を聞くことにしても構わないだろうか。

構成員：頑張って実数にしてみるか。

構成員：本調査を実施する前にトライアルはするのか。

警察庁：御相談させていただきたい。

構成員：完成版でなくドラフト版でもトライアルは是非の方がいいと思う。どの程度答えやすいか、答えづらいかということが実際に分かると思う。

構成員：調査期間の話について、私が厚生労働省の研究班で実施した調査では、1年間に診た人数は1人というのが大半だった。これを踏まえると、5人以上診たというのは特殊な人に限られてしまう。いかに日本トラウマティック・ストレス学会の会員であっても、3か月間で1人以上診たかと問われると非常に難しいかもしれないという考えがあって、半年という案を提出させていただいた。

構成員：半年でも2、3人とかそういう回答になるだろう。

構成員：御指摘のとおり。かろうじて半年でも調査できるということか。

構成員：とすると、半年ということで人数を聞けばいいと思う。

構成員：半年であれば人数を答えられるだろうという考えは妥当だと思う。

警察庁：ではそうさせていただく。

構成員：アンケート案については、修正して最終的な検討を行うので、御意見があれば今のうちに是非いただければ。

構成員：問 15（あなたが参加した研修の内容についてお答えください。）では療法に関する研修を尋ねているが、問 14（あなたはこれまで犯罪被害者の支援や精神的ケアに関する研修や講義を受けたことがありますか。）を踏まえ、被害者支援制度に関する研修等も選択肢として加えれば、特に心理職の方はいろいろな研修を受けているだろうし、回答しやすくなるのではないか。「14 その他」に入ることになると思うが。

警察庁：「14 その他」で回答していただくつもりでいたが、支援制度に関する研修についても選択肢として明記した方がよければそうしたい。

構成員：日本トラウマティック・ストレス学会も研修を行っているし、ここで選択肢が増えたからといって影響はないと思うので、構成員の御提案のとおり、追加することとしたい。単に「14 その他」とするのではなく、今御提案のあったような支援制度に関する研修について記載してもいいということが分かるように、記載例を挙げるのがいいかもしれない。

警察庁：では、「犯罪被害者支援制度等に関する研修」等という記載を加えることとし、「14 その他」のところに記載例として何か書くといった案についてはもう少し検討をするということでもいいだろうか。

構成員：書き方はまた御相談させていただくことにする。

構成員：問 5（あなたはこれまで犯罪被害者に対して精神療法やカウンセリングを実施した経験がありますか。）で「いいえ」と答えた人は問 14 以下の質問に進むが、問 14 以下でも記載例を挙げてもらえると思い出しやすいと思う。

警察庁：では、「14 その他」のところに記載例として何か追記するというのも検討するというところでよろしいか。

（一同うなずく。）

構成員：問 5 で「いいえ」と回答した人に、問 17（あなたがこれまで治療を行った犯罪被害者である患者の方から、精神療法の治療費に関する公的支援制度がないことへの困惑や意見を聞いたことがありますか。）や、問 18（あなたがこれまで治療を行った犯罪被害者である患者の方のうち、精神療法の治療費用がネックとなり、痛院をやめたり、本来受けた方がよい治療を受けられなかった方はいらっしゃいましたか。）を回答させるというのはどういう意味か。

警察庁：御指摘のとおり、妥当ではないので問の順番を変更したい。

構成員：順番を変えて前の方に持って行くなど、工夫していただいた方がいいと思う。

警察庁：承知した。

内閣府：一点確認したい。問 8 で記載されている生命・身体を脅かす犯罪について、これはいわゆる交通事故とかそういうものは含まれないという整理になるのか。

警察庁：その整理についても書かないといけないかもしれない。

構成員：回答者でも含める人とそうでない人が出てくると思う。

内閣府：交通事故の方も多数いらっしゃると思う。

構成員：「3 その他の犯罪」に交通事故、業務上過失等を含めるとして、例示してしまうというのはどうか。

警察庁：「3 その他の犯罪」の例示でよいだろうか。

構成員：アンケート案の冒頭に「「犯罪の被害を受けた」とあなたが判断した人…」との記載があるので、回答者の判断に任せるということでいいのではないか。

内閣府：検討過程でどのように考えたかということだと思うが、やはりそこは整理してはつきり分けた方がいいのかなと思う。

警察庁：整理させていただきたい。

構成員：とすると、最初に「交通事故は含みません。」と書くということか。

警察庁：「含まない。」と言っていいのかどうか。

構成員：私としては、「3 その他の犯罪」のところに業務上過失を例示して、そこに含めるようにした方がいいかなと思う。

警察庁：では、「2 生命・身体を脅かす故意の犯罪」として、「3 その他の犯罪」の後に「（交通死亡事故、業務上過失傷害等）」といったような形で。

構成員：時間が押しているので、アンケート案について、追加の御意見があれば、改めて事務局に送付いただくということではよろしいか。

警察庁：構わない。本日御指摘いただいた点を修正したアンケート案については再度送付させていただきたい。修正したアンケート案について、再度研究会を開催しなくてもよろしいか。

構成員：確認だが、今回、細かい点については御指摘があったと思うが、おおむねこのアンケート案の内容の方向性で了承ということで、再度研究会を開催して検討まではしなくてもいいということではよろしいか。また今日以降お気付きの点も含めて、練り直してフィードバックするということではよろしいか。

（一同うなずく。）

構成員：それでは、アンケート案の全体像については皆様から御了解いただいたので、これを基に調査を実施したいと思う。本日あった御指摘については再検討して後日御報告させていただくとともに、本調査は日本トラウマティック・ストレス学会との共同研究となるので、同学会にもフィードバックされるということではよろしいか。

（一同うなずく。）

警察庁：修正したアンケート案を構成員の皆様にご確認いただいた後、日本トラウマティック・ストレス学会にご確認させていただきたい。具体的には、同学会の被害者支援委員会の先生方に御覧いただくことになると思うが、また御指摘・御意見があるだろうと考えている。

これらを踏まえた上で、実態調査のスケジュールとしては、おそらく7月か8月頃から1か月かけてアンケートを実施し、業者に集計作業を依頼して、秋頃の次回研究会に結果を踏まえて御報告させていただくという形にしたい。

構成員：それでは、そのようにさせていただきたい。

[了]