

【基調講演】

性暴力被害者の現状と課題 — 精神医学的、心理学的視点から

小西 聖子

武蔵野大学教授 心理臨床センター長

皆さま、こんにちは。武蔵野大学の小西と申します。このシンポジウムは所長の田村先生がご発案なされたものですが、現在、大変タイミングのいい話題であり、被害者支援の中での大きな問題があることを取り上げていただいております。

先ほどもお話があったように、田村先生とはもう四半世紀以上の知り合いです。今も精神医学的な支援はあまり広がっていないイメージと言われると、本当にそのとおりなのですが、一方、すごく変わったと思うところもあります。私が始めたときには、世の中に PTSD という名前もなければ、DV という名前もなければ、日本では虐待はすごく少ないという言説があったり、そういう時代だったことを考えますと、問題はもちろんあるのだけれども、変わったのも事実でしょう。

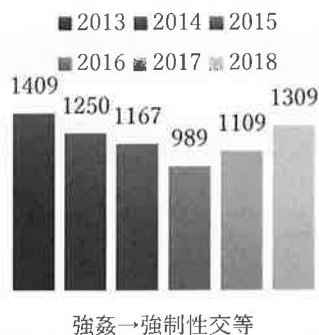
私と与えられたお題は、性暴力被害者の現状と課題ですので、自分の分野だけだと、このシンポジウム全体の構造としては適切でないと思いますので、私の分かる範囲での全体の現状と課題について、それから、それぞれの分野で私の専門分野、私は精神科医ですので、治療などにも直接関わっています。そちらからも少しという形で、まずはお話しさせていただこうかと思います。ご質問がありましたら、答えられるものは何でも答えたいと思いますので、お聞きください。

<統計からみる現状>

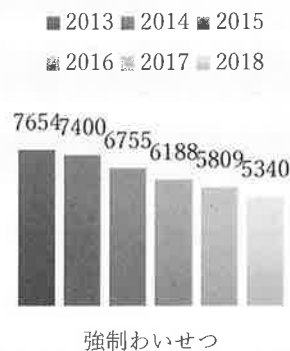
最近変わったこと、変わらないこと

まずは統計から見る現状で、犯罪白書に載っている性犯罪の認知件数で見たものです。

強姦→強制性交等



強制わいせつ



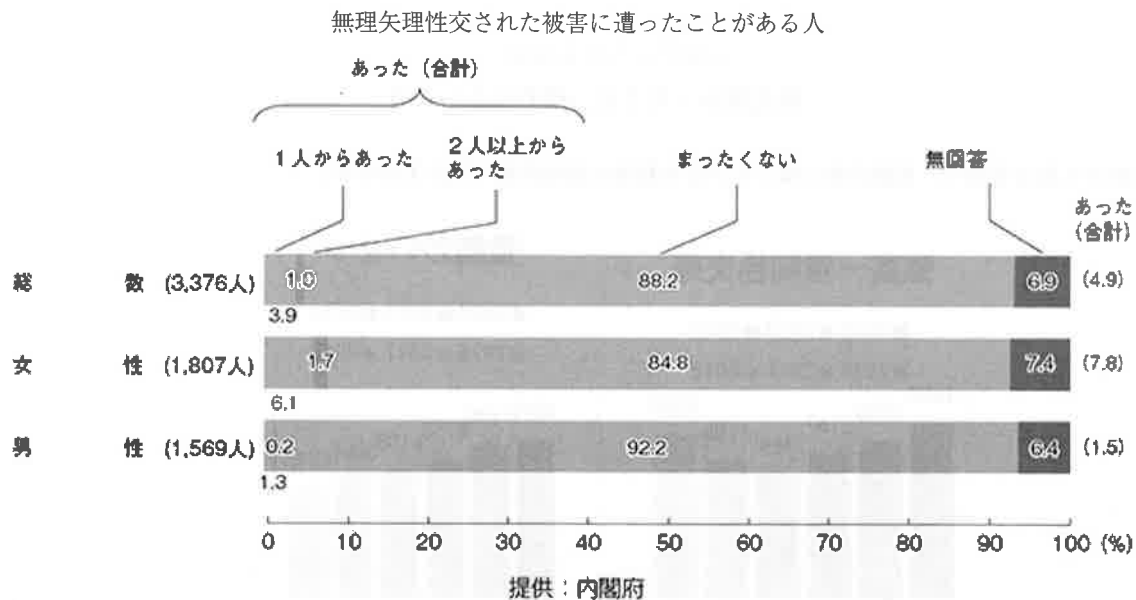
※ 2017年における男性被害者15件、監護者性交等の認知件数は16件

犯罪被害者ということになれば、当然ここにいらっしゃる皆さまは当然ご存じだと思いますが、性犯罪は、おそらく起こっている件数全体の中で、警察に認知される数は一部分であることが犯罪としての一つの特徴です。2017年に刑法の改正があって、強姦罪が強制性交等罪になりました。なので、この統計はなかなか見るのが難しい統計だということになります。例えば、今までは男性の被害、例えばオーラルセックスやアナルセックスなどはここに入っていませんでしたが、それも途中から入ってきています。監護者性交等罪が出来たということは、それに当たって、今までは入らなかったものも入ってきたかもしれません。

ですから一概に増えたとは言いきれないのですが、実は日本の刑法犯は本当にすごいきおいでと言っていけるくらいですけれども、減ってきています。全てのものが減ってきています。その中では、性犯罪に関する、特に強制性交等に関するこのグラフは特異な動きをしています。日本の人口はどんどん減ってきていますし、性犯罪そのものが、70代、80代ではなかなか起こりません。起こらないわけではないのですが、そういうところでは少ない、高齢者に少ない被害だと考えますと、基本的には減り方は大きいはずなのですが、性犯罪は人口減とはかなり違う動きをしています。

例えば、2017年から2018年にかけて200件近く増えていますけれども、この中の内訳が見られています。男性の性被害はそんなにたくさんあるわけではありません。正確な数は今は忘れましたが、最初の年のカウントは十数件です。そういう意味では、刑法改正を一つの起点として、性犯罪に関する意識が少し変わってきていることが示されている可能性が高いです。もう少し見なければ、まだ分かりません。強制わいせつは減っている感じですが、実は刑法犯全体の減り方からすると、これも減り方が少ないです。そういうところが統計から見るといえます。私より法務省の方が説明したほうがずっと正確にできそうですが、今日はとりあえず私の分析で説明させていただきます。

次は内閣府の男女間における暴力に関する調査の統計です。こちらはランダムサンプリングで、ナショナルサンプルと言いますが、日本人を代表性を持ってサンプリングした調査です。医学でいう疫学調査ですね。この調査は3年に1回なされています。

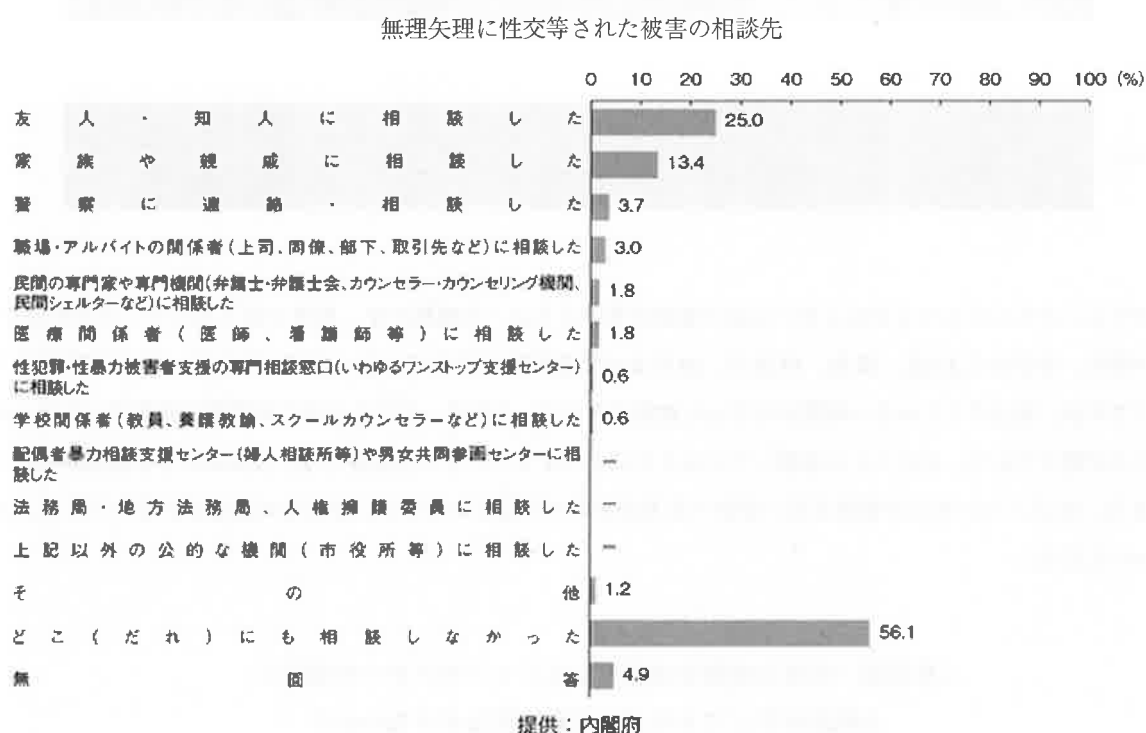


平成29年度のものをしてみると、無理やり性交された被害に遭ったことがある人、これは昔からずっとこの形で聞かれています。女性1,807人に聞いたところで、1人から遭ったと答えた人が6.1%です。2人以上から遭ったと答えた人は1.7%です。「遭った」と答えた人の数を足しますと7.8%ですが、この値はこの調査がされるようになってから、あまり変わっていません。安定した値だと言っていきたいと思います。一方、男性にこの被害を聞くことは、刑法改正を受けて

今回初めて作られました。男性 1,569 人に聞いたところ、1 人から遭った人が 1.3%で、2 人以上から遭った人は 0.2%で、男性も 1.5%です。ただ、例えば 2,000 人と考えても、1.5%となりますと 30 人ぐらい、実際の数はそれよりもっと少ないです。そのぐらいの数で、中身についてまだ詳しく言えるような状況ではないのかもしれませんが、少なくともこのように男性の被害が国の統計に出てきたことが分かります。

これは生涯の被害人数です。要するに、今までの間にそういうことがあったかどうかと聞いているので、何歳の方に聞いても、すごく昔のことが聞かれたりするわけですから、例えば政策の変化や支援の変化などを、どちらかというて反映はしにくい、ゆっくりしか変わらない統計と思っていただくといいと思います。その中で、被害率については、これまで比較的安定した数が出ています。

こちらは同じ調査の中の、無理やりに性交等されたという人たちに聞いている値ですけれども、被害の相談先はどういうところですかというものです。



被害者支援をされている方は、このグラフはきっとどこかで見たことがあると思いますけれども、この中で非常に目立つのは、「どこにも誰にも相談しなかった」。「警察に連絡・相談した」は 3.7% になっていまして、医療関係者などは 1.8% しかいません。今日は学校のお話があるかもしれませんが、学校の教員や養護教諭、スクールカウンセラーに相談した人は 0.6% です。100 人に 1 人もいない状況がここには出ています。

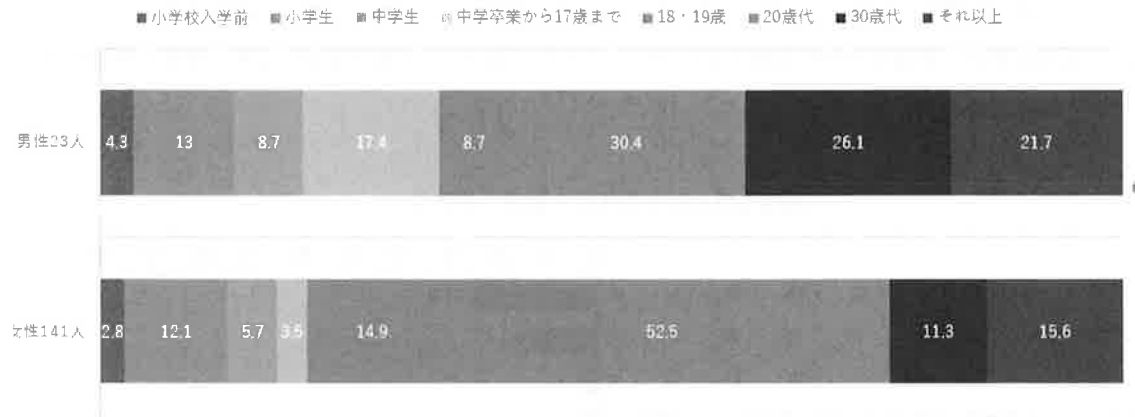
このグラフも、被害に遭ったときは昔のこともあるわけですから、あまり動かないかと思っているのですが、実は「誰にも相談しなかった」というものが今回 10% くらい減りました。長い間それほど変わっていなかった数字です。この調査の 3 年前は 67.5% が「どこにも相談しない」となっています。そこから考えると、10% ぐらい減ったことが、もしかしたら社会が変わってきていることの表れかもしれませんし、1 回だけ刑法改正でたくさんマスコミにそういう報道が出て、その影響を受けているなどということもあるのかもしれないので、実は今度、この調査は今年もう一回なされます。私は、それはどうなのかをぜひ見てみたいと思っています。でも、現在でも過半数の人が誰にも相談しません。DV も、最初は相談しない人が多かったのですが、DV の相談しない人もだんだん減ってきています。これと同じような調査の仕方でも DV

も聞いているのですが、性暴力被害の相談も似たような動きをとっているようです。

もう一つ、今日のお話の中で実は焦点になると思っているのが、子どもの被害の事です。なぜ焦点かということはこの後お話ししていきたいと思いますが、これは内閣府の調査で、やはり被害に遭ったとお答えになった女性 141 人、男性は 23 人の中で被害に遭った時期を聞いているものです。

子どもの性被害

被害に遭った時期(年齢・複数回答)



そうしますと、どちらにしてもかなり若い時期の被害が多いことは一目瞭然です。男性で見ると、小学校入学前、小学生、中学生、中学から17歳、18歳、19歳で、20代までで過半数を超えてしまいます。女性も、20代が男性よりも少し多いのですが、実はすごく小さい時期からずっと被害があって、それを、少なくともこの調査の形式でいうと、被害を受けた本人が覚えていて、そのことを記載していることになります。そういう意味では、大体私たちが性犯罪被害者というと、20代、30代ぐらいの人の被害を思い浮かべる方が多いかと思うのですが、子どもの部分はかなりたくさんあることが一ついえます。

<性犯罪・性暴力被害者支援ワンストップセンターの現状>

全都道府県にできたが、活動実質はどうか？

こういう性犯罪、性暴力被害者支援の現状と課題を考えるのであれば、どうしても性犯罪、性暴力被害者支援ワンストップセンター(以下ワンストップセンター)の現状を考えてみなければならないと思います。国の施策としては、ワンストップセンターを各都道府県に設置することが一つ大きな目標でした。内閣府の目標では、平成32年までに全都道府県に性犯罪・性暴力被害者支援のワンストップセンターをつくらせていました。それが国の目標としては珍しく前倒しに達成されています。内閣府の女性に関する政策は、その他のものは結構成績の悪いものが多いのです。ジェンダー開発指数はご存じでしょうが、相変わらず百二十何位で、日本は世界中のビリの方にあるわけですが、ワンストップセンターは本当に前倒しで平成30年までに全部設置されました。

ただ、今のところの問題は、このワンストップセンターの活動の内容に非常に大きな幅があることだと思います。名前とはにかくできたけれども、比較的小規模なところの中には、犯罪被害者支援センターとの関連という中で、看板は2つ掛かっていますが、内容的にはほぼ同じでやっていますといったところも結構あります。別にそれはサブでやっているということではなく、結局そこにしか人材がなくて、お金もないとなると、新しいものをもう一つ建てることは難し

いわけです。一方、大きな都道府県の中には、犯罪被害者支援センターとワンストップセンターが全く別個で立ち上がっているところもあります。

今日、この後にお話しいただく名古屋のなごみのワンストップセンターは、こういうでき方とはまた違って、最初は名古屋の、第二日赤病院の中で、かなり自発的に始められたところから今の形になってきているところもあります。都道府県が音頭を取ってつくろうという形でやっているわけではありません。そういうところもあります。東京、大阪、名古屋はそれぞれ完全に別立てになっています。別立てのところが他にも幾つかあります。

実は私は今年、民間犯罪被害者支援団体、犯罪被害者支援センターという名前になっているところが多いですが、そことワンストップセンターの調査をさせていただきまして、何を調査したかという、医療連携に関する調査をさせていただきました。まだ調査中で、ついこの前も京都に来て、うちのグループの者がインタビューをさせていただいたのですが、やってみて、本当にいろいろなところがあることが分かりました。規模の大小にかかわらず、大きいところはそれなりに外と連携しなければやれないので、やっているのですが、小さくても医療連携などをかなり積極的にやっているセンターもあります。

一方で、そうでないセンターもあるのです。本当に多様だと。これを全部ひっくめて全国にワンストップセンターができましたと言っているのは少し乱暴だというのが、調査してみた気持ちです。実は、犯罪被害者支援団体とワンストップセンターの2つは一体で、統計も分けられないところが結構あるのです。だから、この際、両方を合わせて見てみました。多くの犯罪被害者支援センターの一番多い相談が性暴力被害者の相談です。ワンストップセンターは、もちろん性犯罪に特化しています。そういう形で少し違いはあるけれども、全部合わせてみたときに、いろいろと分析をかけてみました。人口の規模と相談件数、認知件数と相談件数や連携件数など、いろいろやってみました。

まずは2分化されます。人口の少ない県と、比較的多い都道府県があって、人口200万人までぐらいの、割と小規模なところで、そうすると、相談件数が0件から1,000件です。0から1,000というのもすごく幅広すぎますけれども、年間の電話の相談件数がそれぐらいのところが多数を占めています。聞いてみると、この中にも定常的な支援のお金は全く出ない、全くとは言わないのですが、相談に当たる人たちが皆ボランティアだというようなところもあれば、きちんと雇用されていて、ある程度の安定したお金が出ているところもありました。

しかし、人口200万人程度でも相談件数が2,000件近い、要するに、すごく小さいけれどもよく活動しているところも2~3カ所ありました。「京都は」と言われそうですけれども、京都はすごくよく頑張っているというのが私たちの評価です。評価と、そのように偉そうなことを言うてはいけませんが、伺ってきた者はとても感心していました。

逆に、1,000万近い人口があっても、相談件数がそれほど伸びていないところもあります。中にはワンストップといえるのか、例えば電話相談を受けて警察が必要だとなれば、もちろん警察には振るけれども、弁護士や医療などとの連携があまり十分ではなく、「医療相談はどうしていますか」「精神保健福祉センターに振っています」というところもありました。それは振っているだけです。なかなかワンストップとはいえません。ワンストップではなくて、最初の相談を受けるところといった感じになっているところもありました。

ワンストップというからには、少なくとも警察・弁護士・医療との連携は皆必要だと思います。けれども、そういう連携は必須ですが、医療連携は全部警察に任せている、実質的にそうだとするところもありますし、3人しか人がいないのに本当に積極的に出て行ってやっているところもあります。均一ではないことが一つの特徴だといった言い方もされているのですが、やはりもう少し全国的に平均を上げていくことが必要ではないかと思えます。

それから、上げていくノウハウです。連携をどうしたらいいか、どうやったらできるのかは、いろいろ伺ってみると動き方のコツがあるように思います。自分で待っていては絶対にできてこないの、そういうことも示していけると、具体的にどうすればいいかを示していくことも必要ではないかと今は思っています。

ワンストップセンターに関わる話を、今度は私の経験として少しお話ししたいと思います。今は私は東京のワンストップセンターのSARC東京というところとそこから紹介される連携の精神科を、連携の産婦人科の中に開けている形になっています。これから話されるなごみのほうは病院の中であって、産婦人科がすぐそばにあり、かつメインで働いていらっしゃる方は専門看護師です。だから、私の方はそういう仕組みとはかなり違う形になっています。東京は犯罪被害者支援都民センターという犯罪被害者支援団体と、SARC東京というワンストップセンターが、どちらも年間5,000件以上ぐらい相談を受けています。東京なので、それぐらいの需要もあり、供給できるだけの人もいるということです。だからといって全然楽に動いているわけではないけれども、そういう規模でやっています。

そういう形の中で、私はSARC東京からのケースを診ています。大体週1回診て、1日に20人ぐらいの、全員性暴力被害、性的虐待の被害の患者さんを診ています。ときどきSARCからではない患者さんが病院経由の紹介などでなどでいらしゃいます。私の専門はPTSD治療で、しかもその中でも心理治療です。後でお話ししますが、PTSDに一番確実に効く方法は今のところ認知行動療法の決まった形のもので、それをやるところまで持っていきたいのですが、20人を外来で診ていては、1人せいぜい15分ぐらいですので、とてもできませんし、病院でやれば、カウンセリングなどを入れればこれでも赤字になります。そこで少し苦心して、大学の心理臨床センターを使って、ここだと少し赤字になっても社会貢献ということで大学が目をつぶってくればできますので、そこに持って行って認知行動療法をやる形にしています。

もちろん、SARC東京は産婦人科紹介や弁護士紹介なども行っていますし、その他の連携も持っています。精神科は連携先の一つです。SARCに来られた5,000件の相談のうちの、恐らく200ぐらいが新規の面接のケース数だと思うのですが、そのうちで年間に20ケースぐらいの方が私のところに来られます。だから、来られる方はかなりセレクトされていることになります。

ワンストップセンターのほうは2012年6月にできたのですが、精神科は9月から始めました。2012年9月から17年11月、5年と少しの間に初診となった性暴力の被害者の状況について、ご本人に承諾を取ることができた方の統計を取っただけのものですが、実際にはそこまでに100人ぐらいの方が来ていたと思いますが、同意をいただけた方68名で、3分の2ぐらいですね。産婦人科と併設なので、ここの患者さんは女性が100%です。SARC紹介が8割で、その他は、私のところがPTSD専門だということは知っている先生も多いので、ほかの精神科医から診療情報提供書で紹介されたケースなどが入ってきています。それから、少し例外的ですが、SARCだけではなくて近隣の県でご紹介されて来られるケースもあります。

扱った年齢が9歳から52歳です。あまり広くはありません。もっと小さい子はたくさんあると思うのですが、私は専門が成人なので、小学校低学年から幼稚園ぐらいだと、私のところではなくて東京都内でPTSDを専門とする児童精神科、そちらに行ってもらっているのです。私のところはこれぐらいです。未成年が23%です。この後、さらに未成年が増えました。現在まで取れば、もっと多いと思います。

やはり画期的なことは、急性期、被害後3カ月以内に来た方が43%（不明4名を除く64名中）、約半数であるということです。どこでもお話ししているのですが、2000年代の前半に、自分関わっているような臨床機関で性暴力の被害者の方が被害後に平均でどれくらい来ているかを調べたときには、被害から初診まで7年ぐらいかかっていました。7年と、やはり半数が3カ月以内というのは大きな違いだと思います。警察に何らかの形で相談した人、こんなにセレクトされてきて、具合も悪い人たちなのですが、それでも警察に何らかの形で、別に被害届を出したまでいってなくても、とにかく相談した人（カルテで把握している者）が26.5%で、おそらく警察の方が思っているよりは低いのではないかと思います。

国でやっている犯罪被害者調査では、大体十数%という値が出ていますけれども、かなり選んでこれだけで、先ほどの内閣府の疫学調査では、警察に相談した人が3%ぐらいでしたよね。だから、どういう標本を採るかで結果も当然変わってくるのですが、私のところに来ている人などは、警察に行けば、これは何かの形で動くかもしれないという方もいれば、

それから、警察だと少し無理だと。無理だと私が決めることではないのですが、なかなか難しいだろうと思う方もいます。でも、警察に全部が見えているわけではないことは間違いないと思います。

ちなみに、この人たちの診断名ですが、8割ぐらいは大体 PTSD 圏内です。圏内というのは、PTSD や急性ストレス障害、あるいは、トラウマ関連の解離性障害、PTSD というには少し症状が足りないということで適応障害になっているようなケースなどで、8割以上を占めている感じです。そういう意味では、性暴力被害者の外来、医療を始めますと、PTSD 専門外来と言ってもいいくらいです。恐らく、性暴力被害に関する支援策がきちんと進んでいけば、数はきつとずっと増えていくはずですが、DV も虐待もそういうルートをこれまでたどってきたと思いますので、性暴力被害もたくさん見つけられるようになったり、あるいは社会の認識が変わってきたりすれば、もっと増えるはずだと思います。増えていった人たちに、急性期に医療として産婦人科医療はもちろん必要です。産婦人科医療と、もう一つ必要なのは PTSD の治療であるといえるのではないかと考えています。

<若年被害者の状況>

私が実際に 2012 年からやっていて、その中で思うことは、若年の被害者がどんどん増えてきていることです。それから、もう一つ挙げるとすれば、男性や、男性といっても男の子の被害が割と多いのですが、そういう男の子の被害や、性的マイノリティの人たちの被害が、やはり最近になって本当に相談にかかってくるようになったということです。そういうところは変わってきていると思います。

若年被害は、実は性暴力の構造から考えてもたくさんあったけれども、今まで出てきていなかったのかと思います。今や被害者は本当に若い人が多いです。ティーンの人を診ることも多いです。その人たちが被害を受けている時期は、小さいときからの性的虐待もありますし、それから、いじめや、虐待や、家族との離別や、少し脆弱（ぜいじゃく）性をもたらず背景があって、その上に例えば 15 歳、16 歳、その辺りの年齢で性的な被害を受けることもあります。本当にさまざまです。

ここには書いていませんが、もう一つこの若い被害者の特徴を挙げるとすれば、回避的ということです。被害者はとても多いのに、そもそも病院に来てくれる人がすごく少ないのです。それは、例えば SARC から紹介してくれて初診を入れます。初診の予約が入っているのに来ない人などに若い人が結構いますし、1 回初診で会って、この人は治したほうがいいと思いながら、次の回に来ない人もいます。それはあなたが下手なのだと言われそうですけども、かなり注意して診ていても、年齢がもう少し高い人に比べると、そこでおしまいになってしまう率が結構高いです。そもそも、回復したから医療に来るんだと思いますが、事件のことは考えたくないし、認めたくない、だからそれが前提になっているところには、来れないんですね。具合が悪くて学校に行けなくなって来ているのに、診療の場面で会って、「何が一番困っていますか」と聞くと、「何も困っていません」といったことを言われてしまうこともあります。何も話したくないのです。そういう人がたくさんいます。

特に、性被害を受けて精神科に紹介される人の中には、性的虐待、その他の虐待、それから、この被害より前に性被害があった人や、十分な保護を幼少期に得られなかった人が結構多いのです。これはとても分かりやすいことで、一回そういう被害に遭って、全然ケアも何もされていなければ、自己評価はすごく下がりますし、自分は汚れてしまっているという気持ちは性暴力被害者にはすごく共通のものです。そういう状況で、誰にも言わずに支援もなく、人との対人関係が悪くなれば、何か自分の意見を言って、いいことがあるとはますます思えませんよね。虐待の被害を受けた人もそうですが、何か自分が思っていることを話すことが、ちっとも自分の幸せにつながる状況を経験して長年経験していますので、「嫌だ」と言うのもすごく下手くそです。感情が不安定でカッと怒ったりするので、結構こういう人たちは反動的だと思っている

方もいるかもしれませんが、むしろ意見をきちんと言うことは本当に下手な人が多いです。

それから、もう一つ、元々発達障害や心身の障害があって、そういう人が被害に巻き込まれているけれども、どう具合が悪いかも自分で上手に言えなくて、怒ってしまうだけだったりします。あるいは、知的な障害がある人も結構被害に巻き込まれやすいと私は思っていますけれども、そういう十分な話をできなかつたりという人が当然目立ちます。このところはぜひ、警察の方もいらっしゃるので知っていただきたいと思うんですが、すごくピュアな被害者がいて、その人たちはほかには何の問題もなく、本当に被害を受けただけだという感じで、最初から自分の被害について泣いて話せる人たちだけが本物の被害者で、元々障害があつたり、他の被害があつたりした人はそうではないと考えていたら、それは大きな間違いだと思います。うまく話せていない人こそ被害に遭いやすいのです。性暴力被害者の中にこういう人たちが高い確率でいるのは当然のことだと思います。

特に若い人の中には、性的被害を受けた後の反応として、むしろ性的に非常に危なっかしくなってしまう、性的過活動といわれたりしますが、そういうことが起きている人も多いです。例えば若い子だと、何らかの形の売春、今はSNSで、出会い系サイトでといったものがすごく多いわけですが、そういうことをやっていたり、あるいは性に関わる仕事で、働いていることもあります。ノーと言えず、自分を守るすべがない人たちが頼っていく場所、お金が稼げて、何とか暮らしていける場所はそういうところなので、若年の被害者のこういう状況は本当になんとかしなければならぬことが、性暴力被害者を診ていると感じられます。

ワンストップセンターと連携する前は、私はかなり自覚的な被害者しか診ていなかったと思うのです。だから、性的虐待を受けて、そのことでうんと苦勞して、でも20代後半、30代になって、もう治療をしなければ私の人生は変わらないと思って来られるような方が多かつたと思うのです。そういう人たちだけを診ていると、やはり少し誤解はあつたと自分で思うところがあります。もっと積極的にこちらから関わっていかなければ、こういう若年の人たちは救えません。若年の被害者が見えてきたという気がします。

< 2019年から特に生じていること >

もう一つは、これは去年からの話ですが、簡単にしか書かなかつたのですが、複数の性犯罪事件で、一般常識で考えると、これは有罪だろうと思うものが一審無罪判決が相次いで出まして、このことが大きな問題になりました。私は鑑定もするものですから、要するに、こういう被害者はどういう症状が起きていて、それから、被害のときにどういう心理状態にあつたかということも、検討します。似たような事件を幾つか自分で精神鑑定をしました。基本的には抗拒不能の問題と、同意の認識の2つの問題があると思います。認識というのは加害者のです。抗拒不能—抵抗できないということの原因やその具体的な在り方はどうなのか、加害者が相手が同意していないと認識すると認定するのはどういう場合なのか、そこが問題になっています。

こういう点では、2017年の刑法改正は大きな意義がありました。それは法律が変わつたことだけでなく、それを機に性暴力のことがたくさん報道されるようになったり、あるいは実情がある程度知られてきたり、そういう社会全体の動きとして、一種の起点になっていると思います。このあたりの議論には来年以降に行われる刑法改正が被害者支援に関しても、やはり一つ大きな鍵を担っていると考えています。この問題は、話し出すとこれだけで終わってしまうので、そのくらいにしておきたいと思っています。

＜ここから見えてくる課題＞ 基本計画よりさらに長期的に考える

ここから見えてくる課題のほうに刑法改正を入れるべきだったかもしれないのですが、基本計画よりさらに長期的にどのような問題があるのかについてお話ししたいと思います。

課題1 誰にも相談しない人の数を減らす

長い目で見てみると、一つは、まずは支援としては、誰にも相談しない人の数を減らすことがすごく大事だと思います。まだ半分以上の人は誰にも相談していません。もしかしたら少し減っているかもしれないということは先ほど申し上げました。次の調査に注目しています。それから、社会の啓発や支援の充実、広報、特にマスメディアやネットの情報です。若い人はネットの情報しか見ませんので、新聞もテレビも見えていないのがうちの大学でも大半です。そういうことを考えると、啓発方法もかなりいろいろ考えなければならないと思います。子どもや若い人への教育、被害防止のための教育です。

若い人への教育をと考えると、これは学校という組織を抜きにはできないと思うようになりました。学校というところは、例えば医療の側から、あるいは支援という立場から、人権擁護という立場からやっている者にとっては、すごく壁が厚いところなのです。その中になかなか入っていけないし、政策も文科省を巻き込んでやるのがなかなか難しいのですが、少なくともこういう人たちの被害を防ぐ、例えば SNS で被害に遭った人は本当にたくさんいますが、あまり知られていません。中学生ぐらいの子だと、SNS で会う相手が、自分のしょっちゅう会っている人たちとは質が違うかもしれないなどということはほとんど考えていません。そういうこともやはり知らせたいし、それから、もっと小さい子だと、胸を触られたり、性器を触られたりして、それがよくないことだということを知らず、そのまま被害を受け続けていることが、小学校の低学年などでもよくあります。被害減少のために、そういうことはしてはならない、されたら早く相談したほうがいいということを、子どもにも教えたいです。今後、相談しない人の数を減らすためには、そういうことが必要だと思っています。

課題2 若年層のニーズにこたえる支援

次ですが、若年者のニーズに応える支援が大事だと思っています。まず、SNS 等による相談入り口における回避的対応を減らすことです。こういう被害を受けた子どもは大体とても回避的で、大人のことを信用していません。大人に悪いことをされていますので、そうですね。その中で、どうやって来てもらうか。避けているのは自分の責任だと言っているのは始まらないので、それをどうするか。それから、生活の支援です。結構生活が貧しくて問題が起きていることが多いです。例えば高校を中退して、家では虐待されていて、家に帰るところがなく、家出をしたらもう、東京であれば行く場所はほとんど決まっています。例えば音楽系サイトとうたっているながら、実は出会い系サイトなどたくさんあるようですが、若い女の子の性風俗系の仕事をしながら生活しているとか、あるいはまた社会に適応しないような暴力的な男性と一緒にあって、DV をされながら、風俗で働いている人もいます。本当にそういう形になってしまう人が多いです。さらにその中で、望まない妊娠をしたりすることも多いので、そういう望まない妊娠があると、次は貧困、失業、育児困難、こういうものが待っています。そういう生活の支援も必要だし、幼少期のリスクを減らす支援と書きましたけども、虐待を防ぐ親への支援も、生活の困難を抱える子供から教育を剥奪しないことが必要です。何人か、親も性被害や虐待を若いころに経験していたに違いないと思われる子どもに臨床で会ったのですが、義務教育さえ満足に受けていない人がいます。小学校の中学年から先は実質的には学校に行けていないけれども、義務教育なので出たことになっている人が何人もいました。教育を剥奪しない支援や、いじめ対策など、そういうことがさまざまに必要になってくると思います。

課題3 男性・性的マイノリティ・外国籍などの少数グループの被害者への支援

もう一つは、やはり最近出てきた男性や性的マイノリティや外国人などの少数グループの被害者への支援です。もちろ

ん、昔からあったことです。そうですけども、ようようそういうことが報道されたり、法律の中に書かれたりすることで、実際に出てきたと思います。SARC 東京でも、未成年の男の子からの直接の相談が、今まではなかなかなかったけれども出てきていると聞いています。そういう意味では、どのような性的アイデンティティにも、どのような性的被害にも対応できる支援を長期的には目指していかなければならないと思います。

身体被害の問題にも応えられる医療連携は、なかなか難しいです。名古屋は男性の被害者のケースをとでも上手にやっ
ていらっしゃるんですけども、例えば SARC では男性被害者をどこで診るかは、産婦人科ではもちろん診られません
ので、別の病院に紹介することになります。私のところも実質、産婦人科の中にあるために、男性の被害者を診る気はも
ちろんあるのですが、今のところ男性の被害者の PTSD が診られません。特に LGBT の人となると、また考えなければな
りません。例えば同性愛の人の間での性的被害も最近では実際に見るようになりました。本当にそういうケースが出てくる
のは、支援する側としてはとても進んだという感じを持つのですが、それでも被害を受けた人たちはなかなか言いにくい
ようです。このようなことを信用してもらえらるだろうかといったところで、本当に恐る恐るお話しされることがあります。

それから、マイナーな言語への対応です。東京だと、英語を話すお医者さんはたくさんいると思いますし、中国語や韓
国語ぐらいならば対応する医師がいますが、私が一度すごく困ったのが、西アジアの国の女性の性被害を診ることがあ
って、英語でも日本語でもあまり通じず、それなのに、診断は治療にも心理療法が必要な解離性同一性障害だということに
なって本当に困りました。故国にいるときに性的虐待の被害があったようです。これはむしろ、コンピューターがもう少
し進んでくれて、自動翻訳などが入ったほうがいいのかもかもしれませんけれども、そういうこともだんだん増えてくるだ
ろうと思います。

さらに、例えばイスラム文化の中で、あるいはインドの文化の中でこういう性被害を扱うときに、どう扱えばいいの
でしょうか。やはり今、そういう方が来られても、本当にその人の気持ちに沿った支援になっているかどうか自信がありま
せん。恐らく捜査なども同じだと思いますが、そういうところからの問題もあると思っています。

課題4 PTSD 治療

最後に、これが私の専門ですけども、PTSD 治療に関して、先ほど、「2000 年の前半ぐらいには、これから治療者がど
んどん増えるかと思ったけれども、全然増えない」と田村さんに言われたお話をしましたが、そういう大きな問題があり
ます。今や国際的に有名な PTSD の治療ガイドラインが幾つか出ています。例えばアメリカの軍と退役軍人局が持つ
ている治療ガイドラインもありますし、アメリカ心理学会が持っているものもあります。きちんとしたエビデンスベース
の方法で治療ガイドラインを作っているのですが、そのほぼ全てが PTSD に関しては特定の CBT、認知行動療法を一番に推
奨していて、薬は 2 番手ぐらいです。効果量という量がありますけれども、それでいっても薬は特定の CBT の大体半分
ぐらいの感じですか。2 番手として挙げてあるのは、薬とサポーターティブカウンセリング、などです。

レイプ被害者全体を見ても、PTSD の罹患率は、いろいろなトラウマ体験の中で、恐らく相対的に一番高いぐらいだ
と思います。そうだとすると、PTSD を治療できると、レイプの被害者の全員がよくなるわけではないけれども、その後の
長い人生の大きなリスクを減らすことができるのは間違いないと思います。しかも、実際に自分でこういうことをやっ
ているのですが、とてもよく治ると言い方をここでするのはよくないかもしれませんが、他の精神科の精神障害に比べ
ると、とてもきれいに治る人もたくさんいます。大体 CBT の有効率は、どのくらいの人の診断がなくなるかを研究した
ものだと、50%から 70%ぐらいはよくなって、半分ぐらいの人の診断が消えるという研究が多いと思います。診断が消
えるというのは、つくほどの症状がないということです。

だったら、それを広めればいいのではないかとされているのですが、現在の医療状況下で簡単に CBT を普及できてい
ないことが本当に残念ながら私の今の状況です。1995 年代ぐらいから、こういう研究が開始して、自分がその技術を手
入れたのは 2000 年代の前半ですけども、それから毎年ずっとワークショップなどをやってきて、もう 15 回目になって

います。少しずつやる人が増えてきているのですが、全国の状況からしたら、今でもそのような専門家はないに等しいです。そこを増やしていくことはとても難しいと思っています。一番の障害はお金の問題だと思います。医療として引き合わないことが問題だと思います。

もう一ついうと、PTSD 治療に関して、心理療法だけやっても駄目だということを、先ほど若い人の話をしましたが、そういう人たちに対しては思います。

今、私が治療で、何が一番苦労しているかという、CBT をやることではなくて、CBT の入り口にまで患者さんを持っていくことです。CBT に持って行ったら、今、うちはセラピストが複数いるので、その人たちに預ければ私の仕事は終わりなのです。預ければ確実に良くなります。私が一番苦労しているところは、回避的な状況で来て、「何でもなし」と言い張っている人から、「私は PTSD で、治療をすればよくなるかもしれない」というところまで考え直してもらい、そこがが一番大変です。

そういう意味では、やはり最初に本人の話を真剣に聞く人がいること、批判・評価をしないで、本当に被害者支援の最初にいわれることですが、そういうことをやってくれる人がどこにもいることが必要です。関係を築き、感情を安定化させ、感情の言語化ができるようにしてもらえたら大変ありがたいと思います。若い人は感情の言語化が下手な人が多いので、自分は苦しいのか、寂しいのか、痛いのか、そういうようなことさえなかなか説明できない人もいます。そういうことをしていかなければならないけれども、それを支援の中でやっていかなければならないのではないかと思います。自分から外来に来ることができる人たちは、被害の終了後、時間を経て自分の力で、こういうことを達成しているので、やはり 20 代後半から 30 代、40 代になっている人が多いです。

トラウマ治療は実際に役に立つのですが、そこまで持ってくるのがなかなか大変で、そこが必要だと思います。ちなみに今、私のところの外来で治療に要する時間は、大体初診から平均で、性的虐待などだと 600 日程度で、単純な 1 回だけの被害というような場合は 300 日程度が治療日数の平均です。でも、終わりがあることだけでもすごいと思います。一生ものの精神障害もなかなか多い中で、きちんと終わりがある治療であることは大きいと思います。

課題5 治療だけでは回復できない

複数の支援者の息の長い支援が必要

これは今日ある程度すでにお話ししていますが、治療だけでは回復できないということです。20 代で生活能力を身に付けず、1 人で社会に放り出されても適応できないし、家族もいない、孤独や孤立があるという人が多いし、大体家族とうまくいかないでいる人や、被害の話を全然家族にできていない大学生などがたくさんいるのです。アパートに住んでいて被害に遭ったけれども、実家には絶対にこのことは言いませんといった人もいます。それから、先ほどお話ししたような、高校ぐらいで学校にも適応しなくなってしまっている人は、本当に生活能力がなくて、PTSD だけ治して出すと、本当に 1 人で社会に放り出すという感じです。それではとてもできませんよね。たとえ健康な人でも、例えば 19 歳、20 歳ぐらいで、これから 1 人で生きていきなさいと放り出したら、うまくいかないというのは、例えば養護施設などでもよくいわれていることですが、とても難しいです。対人関係を築く能力がないし、精神障害に対して脆弱だし、トラウマやストレスにも脆弱だし、先ほどお話ししたように非正規雇用の単身者が貧困に陥りやすいし、複数の支援者の長い支援が必要だということも PTSD が治ってみると、こういう問題はすごく大事だと改めて感じます。

経済的な支援や就業の支援やそれらを結びつけるケースワークが長期的に必要なのです。車の両輪というか、何台も車が要るのですが、総合的に支援していかない限り、人生をよくすることができません。18 歳ですって悪いままなのか、そこからもう少し幸せや希望を持てる世界に変わるのかは、一生を考えたらすごく違います。そういう意味では、積極的ないろいろな人の支援が必要であると思っています。

すみません。少し時間過ぎたかもしれませんが、私の話はここまでです。どうもありがとうございました。

