

厚生労働科学研究研究費補助金

こころの健康科学研究事業

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年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 小西 聖子

平成18（2006）年 3月

目 次

I. 総括研究報告	
犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究-----	3
小西 聖子	
II. 分担研究報告	
1. 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-----	9
中島 聡美・辰野 文理	
(資料)・「精神科医療機関における犯罪被害者及びその家族の受療に関する調査」の	
アンケート調査用紙	
2. 精神保健福祉センターにおける犯罪被害者等への支援のあり方に関する研究-----	48
山下 俊幸・中島 聡美・辰野 文理	
(資料)・「精神保健福祉センターにおける犯罪被害者及びその家族への支援に	
ついで取り組みの現状と今後の支援のあり方に関する調査」のアンケート用紙	
・犯罪被害者等当事者団体 一覧表	
・犯罪被害者等支援団体 一覧表	
3. 犯罪被害者の PTSD 臨床—評価と治療-----	87
小西 聖子	
1) 犯罪被害者遺族の PTSD と複雑性悲嘆に関する研究-----	88
小西 聖子	
2) 犯罪被害者を対象にした認知行動療法-----	115
小西聖子	
4. 犯罪被害者支援の現状-----	122
大山 みち子	
5. 犯罪被害者の PTSD 治療に関する文献研究-----	129
堀越 勝	
6. JR 福知山線列車事故に係る、こころのケアに関する研究-----	148
高岡 道雄	

7. 司法領域における犯罪被害者への心理的支援に関する調査----- 155
有園 博子
(資料)・「司法における犯罪被害者への心理的支援に関する調査」のアンケート調査用紙
8. 犯罪被害者の心身の回復に関わる経済的支援に関する研究----- 178
柑本 美和

Ⅲ. 講演会 講演録

1. 専門家による講演会 第1回 報告
「犯罪被害者支援の現状と、回復のための支援について」----- 182
講師：山上 皓 先生（東京医科歯科大学 教授）
2. 専門家による講演会 第2回報告
「警察における犯罪被害者支援について」----- 185
講師：廣田 耕一氏（警察庁 犯罪被害者対策室長）
3. 専門家による講演会 第3回 報告
「Meeting the Mental Health Needs
of Crime Victims: What Research Tells Us」----- 188
講師：デーン・キルパトリック 先生
(サウスキャロライナ医科大学 教授、全米犯罪被害者研究・治療センター所長)

犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究

主任研究者 小西 聖子 武蔵野大学

研究主旨

犯罪被害者は長年にわたり司法手続きのなかでの「忘れられた存在」として、そしてさらに社会からも「忘れられた存在」として、その権利を侵害され、苦痛を強いられてきた。医療の対象としても認知されることさえなかったといえよう。しかしここ十年ほど、犯罪被害者等の苦痛や二次被害の体験が認知されるようになり、心的外傷研究の進展ともあいまって、支援の必要性への認識が広まってきた。

そのような変化の到達点の一つとして、2004年12月に犯罪被害者等基本法が成立し、同法に従って、犯罪被害者等支援の基本計画が2005年12月に決定された。これに従い、保健医療、福祉の領域からの支援体制の構築が急務となっている。特に、「切れ目のない支援」を行うためには、犯罪被害者等の保健医療、福祉的側面における現状を把握し、被害者等の回復のための支援体制を整えることが必要であるが、現状把握、支援体制の構築の両者ともに、充分に行われていない現状にある。

本研究は3カ年の予定であり、本年度はその初年度に当たるが、（1）犯罪被害者支援の現状と連携の現状、犯罪被害者の精神医学的状況、犯罪被害者の精神医学的治療の現状を把握し、（2）心理的外傷治療についての実証的知見を得て、（3）精神保健福祉センターや保健所、あるいは一般精神医療の現場で犯罪被害者が適正な治療や回復手段を得られるようにするために、主として心理的外傷の治療を目的とした実践的なモデルを作成し、（4）犯罪被害者と医療と法の接点についての知見を得るという4つの目的に従い、それぞれの研究を開始した。犯罪被害者等の現状について文献調査等で把握し、不明な点について複数の実態調査へと進め、支援と治療法について必要な技法等の取得を行い、実証的な知見を得てモデルを構築するという方針で3年間の研究を進める。（1）については、今年度は全国精神保健福祉センターでの調査、および次年度調査のパイロットスタディとなる医療者調査を行った。また犯罪被害者の遺族に対して構造化面接を用いて精神保健的指標における現状を把握した。さらに犯罪被害者とかかわる弁護士を対象に被害者支援に関する調査を行った。（2）心理治療については、最も実証的に有効とされているPTSDの認知行動療法の一つを米国から導入し、犯罪被害者に対してその治療を実際に開始した。（3）地域精神保健からの介入の実践として、尼崎保健所におけるJR福知山線列車事故における地域の事件被害者への介入について実態分析を行った。（4）また被害者の医療的支援、心理的支援と深く関連する犯罪被害給付制度について、被害者の心身の回復と経済的支援のあり方を探るべく比較的研究を行った。

平成 17 年度の調査では、被害者団体の調査で事件後平均 6 年経った遺族においても現在の PTSD 診断率が 4 割に達するが、精神科医療にかかったことのない者も多く、一方精神保健福祉センターでは犯罪被害者は相談ケースの 1 %程度に過ぎないことが示された。このことは、犯罪被害者の回復に必要な「切れ目のない支援」のシステムが機能する現状にないことを示しているだろう。一方大規模事故後の「こころのケア」は地域精神保健の資源を使って比較的積極的に運営されている。このことは、災害や大規模事故と異なる、個人的犯罪被害体験についての対処が日本では遅れていることを示唆している。さらに犯罪被害者等の精神保健的評価についてまた治療についても、研究を開始し、成果を得て、次年度に継続、発展させる予定である。

分担研究者氏名・所属施設および所属施設における職名

中島 聡美 ・ 国立精神・神経センター 精神保健研究所 室長
大山 みち子 ・ 武蔵野大学 人間関係学部 助教授
堀越 勝 ・ 筑波大学大学院 人間総合科学研究科 講師
辰野 文理 ・ 国士舘大学 法学部 助教授
山下 俊幸 ・ 京都市こころの健康増進センター 所長
高岡 道雄 ・ 兵庫県尼崎市保健所 尼崎市医務監兼保健所長
有園 博子 ・ 兵庫県こころのケアセンター 研究部 主任研究員
柑本 美和 ・ 国立精神・神経センター 精神保健研究所 研究員

A. 研究の目的

平成17年12月に決定された内閣府犯罪被害者等施策推進会議による犯罪被害者等基本計画（以下基本計画とする）には、犯罪被害者に関する多くの課題が盛り込まれている。計画に示された5つの重点課題のうちの1つが「精神的・身体的被害の回復・防止への取組」である。経済的な問題、司法に関する問題とともに、医療や心身の回復に係る問題が犯罪被害者の権利の回復という課題の中で重要な地位を占めるものであることは、異論のないところであろう。

被害者の心理的外傷の回復に際して、精神科医療や周辺領域の専門家の果たす役割は大きなものであるはずだが、現実には、犯罪被害者についての日本の専門家の知識、臨床能力、治療システムが、犯罪被害者が必要とする水準に達しているとは言い難い現状である。

本研究は、(1) 犯罪被害者支援の現状と連携の現状、犯罪被害者の精神医学的状況、犯罪被害者の精神医学的治療の現状を把握し、(2) 心理的外傷治療についての実証的知見を得て、(3) 精神保健福祉センターや保健所、あるいは一般精神医療の現場で犯罪被害者が

適正な治療や回復手段を得られるようにするために、主として心理的外傷の治療を目的とした実践的なモデルを作成し、(4) 犯罪被害者と医療と法の接点についての知見を得るという4つの目的を持っている。

本研究は、いまだ犯罪被害者を対象とした研究、臨床の蓄積が十分ではない我が国において、犯罪被害者等基本法の目指す保健医療、福祉の領域での適切な支援を構築するために、また今後の犯罪被害者の心理的外傷治療において、緊急に必要とされているものとする。

B. 研究の方法と成果

ここでは、当初の目的の設定(1)から(4)にしたがって、方法と成果について概略を述べたい。

(1) 犯罪被害者支援の現状と連携の現状、犯罪被害者の精神医学的状況、犯罪被害者の精神医学的治療の現状の把握

この領域では複数の研究を開始した。犯罪被害者等基本法で対象とされるような犯罪被害者は、法律等で全数が補足されるわけでもなく、時には警察にも医療にも現れない。現状を把握する必要があるが、この領域では、調査の設定自体が容易ではないのである。現状では、設定可能なさまざまな切り口から部分的に犯罪被害者という集団の特性を調査し、その結果を再構成するという作業が必要となる。

精神保健福祉センター、および地方医師という二つの医療機関関係者の調査(p9-47)、(p48-86)、犯罪被害者遺族の調査(p88-114)、さらに犯罪被害者にかかわる弁護士調査(p155-177)をこの領域では行った。

1) 精神保健にかかわる機関の対応の現状

今年度は①全国精神保健福祉センター(63機関)及び、②I県の精神科医療機関(47機関)に勤務する精神科常勤医師(178人)を対象とし、犯罪被害者の相談事例数や犯罪被害者やその家族の治療についての認識等についてアンケート調査を行った。全国精神保健福祉センター調査では、56機関より回答があった(回収率88.9%)。犯罪被害者およびその家族の相談・治療が電話相談および面接相談に占める割合は、それぞれ1.14%、1.06%であった。また、面接に訪れた事例の特徴としては、女性や身体暴力の被害が多く、また診断については大うつ病やPTSDが多いことが示された。精神保健福祉センターは、犯罪被害者等の治療は重要であると考えているが、治療技術や時間の不足、司法関係の知識の不足、精神科医療機関の不足などを感じていることが示された。

また、精神保健福祉センターの概況(人口規模、職員体制、診療体制等が大きく異なること)、現在の取組状況(精神保健福祉相談、技術援助、教育研修等が中心であること)、今後の課題(職員研修や医療体制の充実の必要性)などが明らかとなった。

さらに、I県における精神科医療機関調査では、35人から回答があった(回収率18.8%)。これらの対象者のうち、過去1年間に犯罪被害者等の治療を経験した医師は12人(34.3%)であり、過去に関わった経験のある医師は約半数であった。被害者を多く治療している医師は他機関とよく連携している傾向があった。

回答者の多くは、精神保健福祉センターと同様に、治療や技術の不足、関係機関の知識の不足、司法関係の知識の不足を認識していた。今回の調査では回収率も低く、また一都道府県の実態にとどまるため、今後全国の精

精神科医療機関を対象とした調査を実施して、我が国の現在の精神科医療者の被害者への関わりを明らかにし、より相談体制を充実させるための施策を提言することを検討している。

さらに、これまでの犯罪被害者支援制度とその実態については (p182-184) (p185-187) (p188-190)、このような活動に公的機関として先鞭をつけた警察庁、および民間被害者支援組織の担当者の講演を行った。また、米国の犯罪被害者支援研究の第一人者を招へいし、専門家向けの研究のスーパービジョン及び講演会を行い、その内容をまとめた。

2) 犯罪被害当事者（遺族）の精神健康の現状

本研究では、49名の犯罪被害者遺族を対象に CAPS、BDI-II、Inventory of Traumatic Grief(=ITG：複雑性悲嘆尺度)を施行した。調査時期は2004年1月～10月までであった。死別前に精神科を受診経験のないものが93.9%であるが、死別後に精神科を受診したものが40.8%であり、家族との外傷的な死別体験が精神的不調を引き起こすきっかけになったと考えられる。

現在 PTSD と評価された者は20名(40.8%)であった。6年以上 PTSD 症状が持続している者は9名(現在症 PTSD 診断者の45.0%)であった。ITGにおいて複雑性悲嘆と評価された者は16名(32.7%)であった。

また PTSD 群は非 PTSD 群より PTSD、抑うつ、悲嘆に高値を示した。

3) 犯罪被害者にかかわる弁護士の調査

弁護士の立場からみた犯罪被害者の心理的支援の現状についての把握と、司法領域での支援及びその他の心理的支援機関（精神科医

療機関やカウンセリング機関など）への継続支援の実態把握を目的とした。県弁護士会所属弁護士に対して、無記名郵送法による質問紙調査を行なった。回収数48名であるが、回収率は9.8%と低く、弁護士業務の把握と合わせて今後の課題である。弁護士が扱う犯罪被害内容は、DVによる傷害が最も多く、暴行・脅迫、強姦、強制わいせつの順であり、女性に対する暴力被害が多い事が示された。心理的な継続支援では、弁護士側からは、心理的ケアや精神科医療機関へのニーズはあるが、現実は充足していないことが指摘された。

(2) 心理的外傷治療についての実証的知見

ここでは治療の方法について研究し、さらに犯罪被害者に対する有効な専門的治療 (p115-121) や実践的治療の効果 (p122-128) や方法 (p129-147) を研究する。被害者支援を中心としない心理臨床機関においてどのような取組みが可能か検討した。

1) 米国で効果が実証されている PTSD の認知行動療法 (Prolonged Exposure :PE) について、米国研究者の援助を得つつ、日本での犯罪被害者への適用の実践を行った。本年度は4例にとどまったが、今後さらに例数が増えれば、日本における適用について知見が得られるものと期待できる。一方、本研究の結果、犯罪被害者に対して専門治療を行う前のラポールの形成や関連機関との調整、クライアントの PE に対する治療動機が重要であること、また、日本においても PE 治療が有効であることが示唆された。

2) 1) のような専門治療も必要であるが、実施のためにはさまざまなトレーニングや機材が必要であることから、日本で多くの治療

者が実施するようになることは、ここ数年の間では現実的とは言えないだろう。しかも、実践的な支援を行うにも大きな困難があることから、現に犯罪被害者支援を行っている施設の心理的支援方法について実態の分析を行い、一般の心理臨床現場への応用に関する提言の検討を今後も継続していくこととした。

3) また治療についての文献研究をおこなった。米国の危機介入の現状、多く用いられている介入法、査定に用いられる尺度などについて調査をおこない、被害者への介入は様々で、その効果にも幅があることが判明した。中でも、CBTによるPTSD介入は効果的である。さらに、介入方法だけではなく、介入を行う側の熟練度が介入効果に影響していることは非常に興味深い点である。今後の研究には、介入の方策だけでなく、介入に当たる側の訓練の充実という点も考える必要がある。

(3)精神保健福祉センターや保健所、一般精神医療の現場における犯罪被害者への、主として心理的外傷の治療を目的とした実践的なモデルの作成

1) 先述した精神保健福祉センターを対象とした調査に加え、犯罪被害者の自助グループ支援に関する基礎調査(p48-86)も行った。実際の取組みはまだ少数にとどまるが、研修などが必要とする声は多く、また治療についても関心をもたれていた。多様な業務を行う精神保健福祉センターの中での取組みについて十分に考える必要があるが、今後は、支援のためのガイドラインの作成、関係職員を対象とした研修の充実、民間団体を含めた関係機関との連携、自助グループについての情報収集と情報提供などについて、さらに検討を

進めていくことが望まれる。

2) 尼崎保健所管轄において発生したJR福知山線列車事故における過失致死事件被害者への介入について(p148-154)、地域精神保健福祉の視点での実態分析を行った。今回の列車事故では、乗客だけでなく、列車が激突したマンション住民や、事故を目撃したり救出作業にあたった周辺の住民や企業職員など、多くの尼崎市民もまた被災者となった。積極的な訪問を含む早期介入が、被害者となった住民に対しては有効であると考えられる。このような大規模な犯罪被害者等に対する支援は、災害後対策と個人的な犯罪被害対策の中間的な領域に位置するものであろう。米国でのテロリズム被害なども考慮しつつ、今後も1つの領域として展開する必要がある。

(4)犯罪被害者の医療と法の接点

犯罪被害給付制度の問題点について文献調査を行い(p178-181)、さらに、DV被害者・被虐待児童への援助のあり方については聞き取り調査を行った上で、問題点の把握に努めた。その結果、我が国の犯罪被害給付制度では、犯罪被害者が心身の回復を図るのに十分なほどの経済的援助はなされていないこと、そして、DV被害者・被虐待児童への援助についても様々な点で検討が必要なことが明らかとなった。

C. 結論

最初に述べたように、本研究では複数の切り口から犯罪被害者の現状を明らかにしようと考えている。現在は、その目的実現の途上にあるが、それでも、複眼的視点が必要であることは明らかになりつつある。たとえば、

精神保健福祉センターでの犯罪被害者の相談の割合は、電話でも面接でもほぼ1%に過ぎなかった。医療、精神保健の中だけを見たのでは、犯罪被害者の姿はほとんどなく、ニーズは見えてこない。一方、遺族団体の調査では、事件後6年経っても、PTSD 現在診断の値は4割を越え、抑うつも重度であることが示された。またこれらの人の94%が事前に精神科通院歴のない人たちである。また、民間相談機関が相当数の犯罪被害者を集めているという現状が分かった。

犯罪被害者支援の医療のシステムを構築するときに考慮しなくてはならないのは、個人レベルで被害を受けた人たちのほとんどは、精神科に行ったこともなく、おそらく精神保健福祉センターの存在も知らず、保健所にもほとんど行かないような人たちである、ということだろう。

今後、さらに犯罪被害者の調査、医療における実態調査を進める予定であるので、実態がより明らかになってくると考えられるが、集団の介入とは異なった個人支援の方法を考慮する必要があるだろう。この点は日本で先行して実践されるようになった、災害におけるマスを対象とした地域精神保健の取組み—いわゆる「事件事故後のこころのケア」—とは異なる部分である。

一方、PTSD の認知行動療法は日本においても有望であることが示唆された。これについては今後の蓄積を待つとともに、複数の選択肢の中から、日本において現実的で安全で効果的である方法を選択し、あるいは形成していかなくてはならないだろう。犯罪被害者等基本計画では、PTSD 治療の専門家の養成が具体的な施策として、2年という年限をつけて決定されている。具体的な形でこの施策実

行の一助となる必要がある。さらに現実的な要望として、「専門家ではないが、犯罪被害者等の心理治療、精神科医療ができる治療者」の養成が急務であると思われるが、このためには、これまでの実践を検討することも必要である。警察庁、民間支援組織、大学心理相談機関などの取組みは今後の実践の参考になろう。

来年度より、犯罪被害者についての縦断調査を開始する予定である。多くの犯罪被害者や遺族が何年も症状を抱える現状を考えると、この調査は長期にわたるものになると考えられるが、今年度の結果と合わせ、実態について、また支援の取組みについて、より多くの情報を得られるものと期待している。

本研究の推進にあたり、多くの犯罪被害の当事者、遺族の方々、司法関係者、民間支援の先達者などのご協力をいただいたことを感謝し、犯罪被害者にとって役に立つ調査研究となるよう、また今後ともご協力をいただけるよう努めたい。

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

分担研究報告書

研究課題名：犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究

分担研究課題名：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 国立精神・神経センター精神保健研究所

辰野文理 国士舘大学法学部

研究協力者 橋爪きょう子 筑波大学人間総合科学研究科

研究趣旨：犯罪被害者およびその家族の精神科医療機関における治療や相談の実態を明らかにするために、平成17年度に①全国精神保健福祉センター（63機関）及び、②I県の精神科医療機関（47機関）に勤務する精神科常勤医師（178人）を対象とし、犯罪被害者およびその家族の相談事例数や治療についての認識等に関するアンケート調査を行った。全国精神保健福祉センター調査では、56機関より回答があった（回収率88.9%）。犯罪被害者およびその家族の相談・治療が電話相談および面接相談に占める割合は、それぞれ1.14%、1.06%であった。また、面接に訪れた事例の特徴としては、女性や身体暴力の被害が多く、また診断については大うつ病やPTSDが多いことが示された。精神保健福祉センターは、犯罪被害者等の治療は重要であると考えているが、治療技術や司法関連、支援機関等の知識の不足があることをあげており、これら不足している情報や技術の提供が行われることなどの施策が重要である。また、I県における精神科医療機関調査では、35人から回答があった（回収率18.8%）。これらの対象者のうち過去1年間に犯罪被害者等の治療を経験した医師は12人（34.3%）であり、過去に関わった経験のある医師は約半数であった。被害者を多く治療している医師は他機関とよく連携している傾向があった。回答者の多くは、精神保健福祉センターと同様に、治療や技術の不足、関係機関の知識の不足、司法関係の知識の不足を認識していた。今回の調査では回収率も低く、また一都道府県の実態にとどまるため、今後全国の精神科医療機関を対象とした調査を実施して、我が国の現在の精神科医療者の被害者への関わりを明らかにし、より相談体制を充実するための施策を提言することを検討している。

A はじめに

平成 15 年に人が被害者となった一般刑法犯の認知件数は、240 万 7,457 件であり、人口 10 万人あたりの被害発生率は男性が 2,566.7 件、女性が 1,237.5 件である。被害者数では、死傷者（死者、重傷者、軽症者）48,097 人（女性 28.9%）、死傷に至る被害の発生率は人口 10 万人あたり 37.7 人である⁶。この結果は、USA の統計から見るときわめて少ない。FBI による Uniform Crime Report(UCR)によると、1997 年の警察の扱った犯罪の件数は 13,100,000 件である。これは日本の 5.4 倍に該当する。10 万人あたりの犯罪の発生率は 4,922.7 件であり、日本の 2.6 倍となる。これらは警察に通報された被害における比較である。しかし、犯罪被害には暗数の存在が指摘されており、家庭内暴力における警察への相談は 2.2%¹⁶、性暴力被害の通報は約 10%程度にとどまっているという推計がある⁵。また犯罪白書には危険運転致死傷罪をはじめ交通業過による死傷者、児童福祉法違反のみによる児童虐待など、一般刑法犯以外は含まれていないことにも留意する必要がある。暗数を含めた実態を把握するために法務総合研究所では国連犯罪司法研究所を中心におこなわれている 2000 年国際犯罪被害実態調査（International Crime Victimization Survey: ICVS）に参加する形で調査を行っている⁵。この調査では調査に該当する犯罪（自転車盗難などの盗難、不法侵入、強盗、窃盗、性的暴行、暴行・強迫など 11 罪種）の被害経験率は 14.6%であり、通報されている被害に比べると著しく高いことがわかる。この調査では過去 5 年の犯罪被害の経験率は 41%にのぼってお

り、犯罪被害というものがまれな問題ではないことを示している。

犯罪被害者の精神保健医療のあり方を検討するためには、被害者の中で精神保健医療を必要とする症状を呈する人の割合がどれほどであるかということを検討する必要がある。Kessler ら⁹は、NCS（National Comorbidity Survey）の調査結果から災害、事故、暴力の目撃を含むなんらかのトラウマ体験をした人では、女性の 20.4%、男性の 8.6%が PTSD を発症した可能性があるとしている。この調査では事故や災害に比し、犯罪被害の PTSD の有病率が高いことも示されているため、犯罪被害者における PTSD の発症率はこの値より高いことが推測される。日本ではこのような総合的な調査はないために、犯罪被害者の PTSD の有病率は明確ではない。災害なども含めた一般人口における生涯有病率は約 1%であることが示されている⁸。また、交通業過を含む犯罪の被害者、遺族における IES-R 得点の平均値は遺族が 44.1、身体犯被害者が 26.6、性犯罪被害者が 42.5、財産犯被害者が 15.4 となっており、暴力の被害者においては有病率が高いことが考えられる⁴。PTSD のみを考えてもほぼ統合失調症に匹敵する有病率であり、精神医療を求める人の潜在的な数はかなり多いことが考えられる。

しかし、実際に精神医療機関を受診する被害者の数は多くないことがいくつかの調査報告から示されている。犯罪被害者実態調査委員会の報告⁴では、カウンセリングをもとめる被害者遺族の割合は 28.8%であるが、実際に受けているものは男性で 1.9%、女性で 4.1%にとどまっている。また、配偶

者から治療が必要なレベルの身体的な暴行被害を受けた人で医師に相談したものは約4%で、やはり低い割合を示していた。Norris らの調査¹⁸では、成人の犯罪被害者で被害後3ヶ月以内に精神医療の専門家に接触したものは12%(財産犯被害者で6.9%、暴力犯罪の被害者でも22.7%)であった。この研究においては、精神科医療機関への受診は、司法関係者への接触より少ない。被害者の受療率と関連しているのは、抑うつ症状の存在と暴力犯罪の被害者であることであった。暴力犯罪の被害者についての分析からは、都会の在住、高い社会的支援の受療、内的統制の高さ、過去の犯罪被害の体験があげられており、リソースへのアクセスのしやすさも要因であることが示されている。Koenen ら¹⁰は、PTSD 症状を有している人では、他の不安障害の患者より精神医療を受けておらず、受診を妨げている要因として、周囲の目を恐れる、どこで医療が受けられるかわからない、(金銭的)余裕がないということを示唆しており、必要性があるにもかかわらず医療を受けにくい現状があることを示唆している。犯罪の被害者においては治療が必要なレベルでありながら治療を受けていない実態がうかがわれる。この問題は、被害者を対象とした調査によって主に、被害者側の要因について分析されてきており、医療機関を対象とした研究はなされてきていない。

もう一つ、犯罪被害者をめぐる精神科医療の問題として、司法とのかかわりがあげられる。最近では、精神的な被害に関連して、刑事司法における被害者の取扱いの問題、被害者への補償や賠償の問題など司法的な問題の議論がなされている^{11, 15, 17, 20, 23}。

精神医学においては、被害者のメンタルヘルスには法的なプロセスが関与しているといわれており^{3, 21, 27}、被害者を対象としたアプローチを行う場合に法的視点を無視することは不可能で、むしろ法律との接点に実践上の多くの問題が存在し、臨床家を悩ますことになる⁷との指摘もある。その中でもこれまでの研究では PTSD が多く取り上げられてきており^{13, 14, 17, 19, 20, 23, 24}、民事訴訟や刑事訴訟の中で被害者の PTSD が問題となった場合には、精神科医に法的なプロセスへのかかわりを要請されることが多くなっているとされる¹⁹。黒木¹²は全国の精神科医師に PTSD と法的書類に関してアンケート調査を行ったが、その結果、日常臨床上 PTSD の診断を下したことのある精神科医は53%、PTSD の法的書類を書いたことのある精神科医は22%ということが明らかになった。

一方、日常の診療や相談業務の中で、精神科医から被害後の精神症状についての法的な書類作成を拒まれた、と被害者から聞くことはまれではなく、司法に関連した精神医学の必要性があるにも関わらず、それが十分に満たされていない状態であると考えられる。またこれまでの被害者と司法に関連する精神医学の研究は、PTSD についてのものがほとんどであり、今後は PTSD 以外の被害者の精神的被害に関する議論が必要であると考えられる。

以上のような点を踏まえて、本研究では医療機関側の調査を通して、医療機関が被害者の受療行動に与える影響と被害者に対して行っている司法的関わりを明らかにするものである。

B 研究の構成と目的

全国の精神科医療機関を対象とし、犯罪被害者の受診の実態と実際に行われている治療、精神科医の司法的な関与がどのようなものであるかを明らかにし、これらを促進あるいは妨げる要因を抽出する。研究のより詳細な目的は以下の3つに分けられる。

- (1) 精神保健福祉センターにおける犯罪被害者支援活動、精神科医の犯罪被害者治療に関する意識の特徴及び、司法的関わりとの程度とそれに対する認識の特徴を明らかにする。
- (2) 全国の精神科医療機関(精神保健福祉センター含む)における犯罪被害者の実態を受診状況、診断、治療状況を通して把握する。

1、2の結果より、犯罪被害者の精神科医療機関の受診を妨げる要因及び促進する要因を明らかにし、今後の犯罪被害者への精神科医療のあり方について提言する。

平成17年度は、(1)全国精神保健福祉センターを対象とした調査(調査1)及び、(2)の予備調査としてI県の精神科医療機関を対象にした調査(調査2)を行ったので、その結果を報告する。

C 倫理面への配慮

本調査では、調査票には、記載した個人及び、調査項目に含まれる事例について個人を特定できる情報は含まれていない。精神保健福祉センター調査においては、機関名・担当者名の記載項目があるが、これらは原本にとどめ、分析のためのデータには入力しないものとする。調査票の原票は、国立精神・神経センター精神保健研究所成人精神保健部において厳重に管理する。ま

た研究結果の公表にあたっては、個々の機関が特定されるような情報は発表しない。本調査では、対象となる個人は匿名のため、記載者の同意文書を得ることはできない。そのため、調査票郵送時に研究目的、背景、倫理的配慮、情報の保護について記載した説明文書を添付し、調査票の返信をもって調査同意とした。また本研究については国立精神・神経センター倫理審査委員会にて承認を受けている。

D 調査1 精神保健福祉センターにおける犯罪被害者及びその家族への支援についての取組の現状と今後の支援のあり方に関する調査

1. 対象と方法

全国の都道府県及び政令指定都市の精神保健福祉センター63機関を対象とし、独自に作成した自記式の調査票を郵送し(2005年12月)、1ヶ月後に郵送で回収した。56機関より返信が得られた(回収率88.9%)。

調査の実施及び調査の内容については事前に全国精神保健福祉センター長会議にて検討してもらい、承認を得た。

調査票の項目は以下である。①センターの属性(管轄地域の人口、職員数、事業内容)、②過去の大規模災害、事故の経験、③電話(平成16年度10月)および面接相談(平成16年度)における犯罪被害者事例の数、④面接相談事例の特徴、⑤被害者及び家族の相談・治療についての認識、⑥平成14年度から16年度についての被害者支援についての取組、⑦他機関との連携、⑧被害者支援に関する今後の課題。

本調査では犯罪被害者の定義を、犯罪被

害者等基本法 の概念に基づき、「犯罪被害者本人、及びその家族（遺族含む）」とした。また、対象犯罪についても同法の定義に従い、より広い犯罪等（犯罪及びこれに準ずる心身に有害な影響を及ぼす行為）の概念を適応し、一般刑法犯罪のほか、児童虐待、配偶者間暴力、戦争・テロ等トラウマを引き起こすような他者による有害な行為を含めた。対象犯罪は、以下の3つのカテゴリーに分けた。①一般刑法犯罪等：殺人・傷害致死、不慮の事故（業務上過失によるもので本人の明らかな過失によるものを除く）、身体的暴力（殺人未遂、傷害、強盗傷害等）、性的暴力（強姦、強姦未遂、強制わいせつ等）、財産被害（窃盗・詐欺・横領等）、誘拐・監禁・人質、ストーキング、戦争・テロ、その他の犯罪被害、②児童虐待：児童虐待防止法の定義に基づくもの（18歳未満の子どもに対し、保護者から身体的、性的、心理的虐待およびネグレクトが行われたもの）、③配偶者間暴力：配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律の定義によるもの（配偶者（内縁関係含む）から加えられる心身に有害な影響を及ぼす行為をさす）。

調査結果について、各項目の回答について単純集計を行い、全体的傾向について分析を行った。なお、本調査は分担研究者山下俊幸との合同調査であるため、著者らは、主に、調査項目①から⑤について報告する。また調査票についても重複するため添付しない。

2. 結果

2.1. 対象機関の属性（表1、表2）

各センターの管轄する地域の人口は71万

人から616万人、平均220.1万人であった。100万～200万未満が50%と最多を占めており、これは都道府県の人口を反映したものである。職員数も10名以下のところから、100名を超えるものまで、機関の規模に応じて多様であった。医師の数は、1名が21（37.5%）と最も多く、3名以下が91.1%とほとんどであった。技術職では、精神保健福祉士が平均4.7名と最も多く配置されていた。

このようにセンターの規模は様々であるにもかかわらず、業務内容をみると、電話相談はすべての機関（1機関は平成16年度には開設されていない）、来所相談は54機関で実施しており、他の相談業務も半数以上の機関が実施しているところから、職員配置の少ない機関では1人の職務が非常に多くなっていることがうかがわれる。

また所轄地域で犯罪被害者やその家族の相談治療、PTSD治療に詳しい医師のいる医療機関について、13機関（23.2%）は不明と回答されていた。また22機関（39.3%）は0であり、過半数においてそのような機関が存在しないあるいは把握できていない現状にあった。またそのような医療機関があると回答した機関でも、6機関以下がほとんどであるが、1機関のみ74機関と非常に多いところがあった。紹介先としての医療機関は、全般的には少ないといえる。

過去10年間での所管地域内での大規模災害、犯罪、事故については32機関（57.1%）が経験していた。内容で最も多いのは自然災害（地震、水害など）で、27の災害が経験されていた。犯罪被害も21事件と多いがこれは大規模犯罪というより、新聞で大きく話題となったものが取り上げられていた。

表1 対象機関の属性

管轄地域の人口	度数	パーセント		
100万人未満	5	8.9		
100～199万人	28	50.0		
200～299万人	10	17.9		
300～399万人	4	7.1		
400～499万人	2	3.6		
500～599万人	4	7.1		
600万人以上	2	3.6		
職員数	最大	最小	平均	標準偏差
全職員数				
常勤職員数	90	5	17.3	15.45
非常勤職員数	0	50	7.6	8.49
技術職員数(常勤)				
医師	0	8	2.2	1.59
保健師	0.0	10.0	3.0	2.20
精神保健福祉士	0.0	27.0	2.4	4.71
臨床心理技術者	0.0	12.0	2.1	2.25
その他相談担当職員	0.0	45.0	2.8	6.34
平成16年度の事業内容	実施機関数	%		
電話相談	55	98.2		
来所相談	54	96.4		
診療	35	62.5		
思春期相談	49	87.5		
アルコール相談	43	76.8		
アルコール依存及び薬物依存のミーティング、グループ	35	62.5		
ひきこもりのミーティング、グループ	44	78.6		
デイケア等リハビリテーション	29	51.8		
その他	25	44.6		

表2 犯罪被害者及び家族の相談等に詳しい医療機関

機関数	度数	パーセント
0	22	39.3
1	7	12.5
2	3	5.4
3	4	7.1
4	2	3.6
5	2	3.6
6	1	1.8
7	1	1.8
74	1	1.8
不明	13	23.2
合計	56	100.0

2.2. 電話相談における犯罪被害者事例 (表3-表6)

平成16年に開設されていなかった1機関を除く55のセンターが電話相談業務を行っていた。平成16年度における平均的な電話相談時間をみると、平均37.2時間でほぼ毎日勤務時間に実施されていることがわかるが、実際の分布では、40時間以上(最大92.

5時間)の機関が27(49%)あり、一日8時間以上の電話対応がなされていることがわかる。また電話相談の件数は、平均が2,917.2件であり、328件から8,811件と機関によって件数はかなり差がみられた。これらの件数は開設時間や相談スタッフの数と関連していると思われる。電話相談の中で多いものは、「その他」や「こころの健康づくり」であり、特定できない多様な相談が多い。

表3 平成16年度電話相談業務の概要

	平均	SD	最小	最大
1週間の平均電話相談開設時間	37.2	14.1	9	93
1年間の電話相談全件数	2917.2	2158.3	328	8811
電話相談内容				
老人精神保健	48.8	111.2	0	800
社会復帰	458.2	1033.9	0	6165
アルコール	58.9	76.7	0	396
薬物	29.9	43.3	0	203
思春期	184.3	193.5	0	798
こころの健康づくり	823.8	975.1	0	3790
その他	941.2	1337.8	0	5413
平成16年10月1ヶ月間の電話相談全件	230.5	174.3	23	748

電話相談における犯罪被害相談(表4、5、6)を見ると、平成16年10月の1ヶ月の相談件数は、児童虐待が31件、配偶者間暴力が68件、その他の犯罪被害が35件、合計134件であった。この時期の全電話相談件数は、12,679件であることから、犯罪被害相談件数は、1ヶ月の全電話相談件数の1.06%であった。また犯罪被害相談が1つもなかった機関が21(38.2%)あり、1～5件が29(52.6%)と相談件数が少ないことがわかる。一方で10件以上という機関も3つあった。犯罪被害相談数と1ヶ月間の電話相談全件数の間には有意な正の相関(Pearsonの相関係数0.639、 $p < 0.01$)が見られたことから、犯罪被害相談のももとの件数が少ないために、ある程度多い相談件数を受けられる機関でないと経験しないことが推測される。

相談者の属性をみると、性別では、134件中男性が21件(15.7%)、女性が110(82.1%)と女性が男性の5倍であった。本人、家

族、友人等その他のすべての相談において女性が多くなっていた。特に配偶者間暴力の本人の相談では、女性が男性の23倍と顕著に多くなっていた。性暴力被害は必ずしも電話では女性の割合が高いとはいえなかった。また、相談者は被害者本人からが75（56.0%）と最も多く、次いで家族から42件（31.3%）、その他14件（10.4%）となっていた。

電話相談では、家族の相談が多いのではないかという予想に反した結果であった。

相談内容を全体を通してみると、身体的暴力関係の相談が68件（50.7%）と半数以上であり、ついで心理的虐待29件（21.6%）、性的虐待8件（6.0%）であった。遺族の相談は3件（2.2%）と少なかった。

表4 児童虐待に関連する相談件数

相談内容	相談件数(件)		の相談件数(件)		どからの相談件数		詳細不明(件)	合計(件)
	男性	女性	男性	女性	男性	女性		
①殺人・傷害致死			0	0	0	0		0
②身体的虐待	0	2	1	10	0	1		14
③性的虐待	2	0	1	0	0	0		3
④心理的虐待	1	2	0	5	0	1		9
⑤ネグレクト(養育放棄)	0	0	1	0	0	3		4
⑥その他	0	0	0	0	0	0	1	1
合計	3	4	3	15	0	5	1	31

表5 配偶者間暴力に関連する相談件数

相談内容	相談件数		被害者本人(件)		被害者の家族(件)		その他(件)		詳細不明(件)	合計(件)
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性		
①殺人・傷害致死			0	0	0	0	0	0		0
②身体的虐待	1	26	3	7	2	3				42
③性的虐待	0	0	0	0	0	0				0
④心理的虐待	1	18	0	1	0	0				20
⑤その他	0	2	1	0	1	0	2			6
合計	2	46	4	8	3	3	2			68

表6 児童虐待および配偶者間暴力以外の犯罪や事故の被害に関連する相談件数

相談内容	相談件数		被害者本人(件)		被害者の家族(件)		その他(件)		合計(件)
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	
①殺人・傷害致死			0	0	0	0	0	1	1
不慮の事故	②死亡		0	2	0	0	0	0	2
	③死亡以外	2	1	0	1	0	0	0	4
④身体的暴力	1	5	1	5	0	0	0	0	12
⑤性的暴力	1	2	0	1	0	1	0	1	5
⑥財産被害	0	0	0	0	0	0	0	0	0
⑦誘拐・監禁・人質	0	0	0	0	0	0	0	0	0
⑧ストーキング	1	5	0	0	0	0	0	0	6
⑨戦争・テロ	0	0	0	0	0	0	0	0	0
⑩その他の犯罪被害	0	2	0	2	0	0	1	0	5
合計	5	15	1	11	0	3	0	1	35

2.3. 面接相談における犯罪被害者事例 (表7～表9)

平成16年度に開設していた機関で、面接相談を行っていなかったのは1機関のみであった。54機関がなんらかの形で面接相談を行っていた。そのうち医師による面接・治療は34機関(60.7%)が行っていた。

1週間の平均面接時間は23.8時間であり、40時間未満が約70%であったが、17機関は40時間以上であった。これは複数の面接者による延べ時間が記入されたのではないかと思われる。平成16年度の面接相談件数の総数は71,260件(平均1,319.6件、29件～7,056件)、事例総数は15,671人(平均290件、0件から902)であった。機関によって面接時間、事例数に大きなばらつきがあった。

事例の相談内容では、その他が最も多く、ついで、思春期、社会復帰、こころの健康づくりであり、電話相談の傾向とは異なっていた。

面接による犯罪被害相談事例数は、179人であった。年間事例数にしめる犯罪被害相談割合は、1.14%であった。

うちわけは、児童虐待が38人(21.2%)、配偶者間暴力69人(38.5%)、その他の犯罪被害72人(40.2%)であった。相談者は、被害者本人が113人(63.1%)と最も多く、次いで家族46人(25.7%)、その他20人(11.2%)であった。相談者の性別は男性28人(15.6%)、女性151人(84.4%)と女性が男性の5.4倍となっていた。被害者本人の相談が多いこと、女性が多いことは電話相談と同じであるが、面接における相談内容では、児童虐待や配偶者間暴力以外の相談の割合が高くなっていたことが異なっている。被害内容は、やはり身体的暴力が86人(48%)と最も多く、次いで、心理的虐待37人(20.7%)、性的虐待・性被害25人(14.0%)であった。電話相談と異なり、性的被害の相談事例の割合が増加し、かつ成人女性本人の相談が多くなっていた。遺族の相談事例は3例(1.7%)と極めて少なかった。

表7 平成16年度面接相談業務の概要

	平均	SD	最小	最大
1週間の平均面接相談開設時間	25.8	18.4	0	76
1年間の面接相談全件数	1319.6	1484.6	29	7056
面接相談内容				
老人精神保健	6.9	16.5	0	98
社会復帰	104.5	201.9	0	1057
アルコール	66.4	165.5	0	1028
薬物	39.5	136.2	0	940
思春期	243.7	323.9	0	1551
こころの健康づくり	180.1	268.7	0	1462
その他	384.7	601.1	0	2985

表8 児童虐待に関連する面接相談事例数

相談事例数 相談内容	被害者本人からの相談事例数(人)		被害者の家族からの相談事例数(人)		その他(友人、教師など)からの相談事例数(人)		合計(人)
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	
①殺人・傷害致死			1	0	0	0	1
②身体的虐待	2	2	1	9	1	1	16
③性的虐待	0	2	0	1	0	0	3
④心理的虐待	1	2	1	8	1	0	13
⑤ネグレクト(養育放棄など)	0	2	0	3	0	0	5
⑥その他	0	0	0	0	0	0	0
合計	3	8	3	21	2	1	38

表9 配偶者間暴力に関連する面接相談事例数

相談人数 相談内容	被害者本人からの相談事例数(人)		被害者の家族からの相談事例数(人)		その他(友人、教師など)からの相談事例数(人)		合計(人)
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	
①殺人・傷害致死			0	0	0	0	0
②身体的虐待	0	29	2	6	2	3	42
③性的虐待	0	2	0	0	0	0	2
④心理的虐待	0	22	1	1	0	0	24
⑤その他	0	0	0	0	0	1	1
合計	0	53	3	7	2	4	69

2.4. 事例シートの分析

犯罪被害者(本人および家族のみ)の相談の経験があった機関には、個々の事例について詳細(受診時期、被害内容、加害者との関係、治療、裁判の有無等)を記入してもらった。本調査票で本人及び家族の相談事例数は、159人であった。このうち、事例シートの記載があったのは107事例であった。

事例の背景をみると、平成16年度の初診が84例(78.5%)であり、継続する事例より、新規の相談が多いことがわかる。

性別は男性18例(16.8%)、女性88例(82.2%)であった。初回来所時の平均年齢は37.2(SD16.4)、最小6~最高72歳であった。年齢分布を表11に示した。年齢は児童から高齢者まで広い分布を示しているが、20代から30代の比較的若い年代が40.2%と多くなっていた。

表11 初回来所時年齢

	度数	%
10歳未満	3	2.8
10～19歳	16	15.0
20～29歳	18	16.8
30～39歳	25	23.4
40～49歳	16	15.0
50～59歳	18	16.8
60～69歳	7	6.5
70～79歳	2	1.9
無回答	2	1.9
合計	107	100.0

相談担当者を表12に示した。主に医師や臨床心理技術者が面接にあっていたが、弁護士が相談にあたった事例が7例あり、必要に応じて職員以外の専門家が対応していた。

表12 相談担当者(複数回答) n=107

	度数	%
医師	35	32.7
保健師	10	9.3
精神保健福祉士	15	14.0
臨床心理技術者	40	37.4
弁護士	7	6.5
その他	4	3.7

被害内容を表13に示した。

表13 被害内容(複数回答) n=107

被害内容	度数	%
殺人・傷害致死	0	0.0
交通事故・鉄道事故による死亡	2	1.9
交通事故・鉄道事故による身体的・精神的	4	3.7
身体的暴力(殺人未遂・障害・強盗傷害等)	62	57.9
強姦・強姦未遂	6	5.6
強姦・強姦未遂以外の性的暴行	11	10.3
財産被害	2	1.9
誘拐・監禁・人質	0	0.0
ストーキング	0	0.0
ネグレクト	5	4.7
心理的虐待	42	39.3
その他	5	4.7

被害内容の分布は、面接相談事例の分析と同様であるが、事例シートから複数の被害をうけていた事例が存在することがわかった。2種類の被害を受けていたものが21例、3種類の被害を受けていたものが5例、計26例において2種類以上の被害がみられた。

以下に重複の内容をしめす。

- ・ 身体的暴力&心理的虐待 ……18例
- ・ 身体的暴力&強姦・強姦未遂以外の性的暴行
&心理的虐待 ……2例
- ・ 身体的暴力&ネグレクト&心理的虐待 ……2例
- ・ 身体的暴力&財産被害&心理的虐待 ……1例
- ・ 身体的暴力&強姦・強姦未遂以外の性的暴行 ……1例
- ・ 強姦・強姦未遂以外の性的暴行&心理的虐待 ……1例
- ・ 身体的暴力&ネグレクト ……1例

身体的暴力と心理的虐待の重複が最も多く、また性的被害と他の犯罪の合併もみられるなど、複数の重度の被害が重なった事例が少なくないことがわかった。

加害者との関係を表14に示した。児童虐待と配偶者間暴力を反映して、親と配偶者・恋人が多くなっていた。見知らぬ人による犯罪は11.2%にすぎず、80%以上が家族や顔見知りによる犯罪であった。

表14 加害者との関係(複数回答) n=107

	度数	%
親	27	25.2
子ども	3	2.8
同胞	1	0.9
配偶者・恋人	50	46.7
親戚	2	1.9
友人・知人	9	8.4
見知らぬ人	12	11.2
その他	6	5.6

事例のICD-10による診断を表15に示した。診断はF1からF7まで多岐にわたっていたが、もっとも多かったのは、F43重度ストレス反応及び適応障害(20例、24%)であり、ついでF32うつ病エピソード(14例、16.9%)であった。外傷的出来事の反応としての疾患が多いことが特徴であろう。家族の相談も対象としたためか、診断に該当しない事例も24例あった。

診断分類	度数	%
F10 アルコール使用による精神および行動の障害	1	1.2
F12 大麻類使用による精神および行動の障害	1	1.2
F20 統合失調症	3	3.6
F23 急性一過性精神病性障害	1	1.2
F2 (下位コード不明)	1	1.2
F31 躁うつ病	2	2.4
F32 うつ病エピソード	14	16.9
F3 (下位コード不明)	1	1.2
F40 恐怖症性不安障害	1	1.2
F41 他の不安障害	2	2.4
F42 強迫性障害	1	1.2
F43 重度ストレス反応および適応障害	2	2.4
F43.1 外傷後ストレス障害	10	12.0
F43.2 適応障害	8	9.6
F44 解離性障害	6	7.2
F45 身体表現性障害	1	1.2
F4 (下位コード不明)	3	3.6
F50 摂食障害	1	1.2
F60 パーソナリティおよび行動の障害	4	4.8
F7 (下位コード不明)	1	1.2
該当せず	24	28.9
なし	1	1.2
不明	1	1.2

※推定含む

紹介経路(表16)は、紹介なしが20例(18.7%)と最も多く、直接来所している被害者が多い。紹介があるものでは、治療機関である精神科医療機関から(15例、14.0%)が多く、精神保健福祉センターに対して何をもとめて紹介しているのかの検討が必要である。警察や民間被害者支援団体など犯罪被害関連の機関からの紹介は10%に満たなかった。また、他の児童相談所や婦人相談所などの専門機関からの紹介が約1割あり、これらの多様な紹介経路から、精神保健福祉センターが犯罪被害者に対して様々な機関から精神的問題の専門機関として期待されていることがうかがわれた。

表16 紹介経路

	度数	%
医療機関(精神科・神経科・心療内科)	15	14.0
医療機関(上記以外)	7	6.5
保健所	6	5.6
保健センター	3	2.8
児童相談所、児童養護施設	6	5.6
婦人相談所及び関連施設	6	5.6
民間被害者支援団体	5	4.7
警察	4	3.7
教育関係機関	5	4.7
その他	28	26.2
紹介なし	20	18.7
無回答	2	1.9
合計	107	100.0

被害者の社会保障制度の利用を見るために、公的扶助の利用を調べた(表17)。61%は特に利用していなかった。約1割の人が通院医療費公費負担制度を利用していた。生活保護の利用は5.6%であったが、一般人口で保護率が10.5%(2003年)であることから、一般よりは低い値にとどまっている。

表17 公的扶助の利用 n=107

	度数	%
通院医療費公費負担制度	11	10.3
障害年金	1	0.9
生活保護	6	5.6
その他	6	5.6
公的扶助なし	66	61.7
不明	14	13.1

刑事司法制度とのかかわり(表18,19)では、警察へ届出があったのは約3分の1であり、刑事及び民事裁判の関わりがわかっているものは6.5%にすぎなかった。精神保健福祉センターに来る事例は、警察へ届出でることが困難な背景を抱えた事例が多いことがわかる。

表18 警察への届出

	度数	%
あり	33	30.8
なし	53	49.5
不明	16	15.0
無回答	5	4.7
合計	107	100.0

表19 裁判の有無

	度数	%
刑事裁判	3	2.8
民事裁判	4	3.7
裁判なし	77	72.0
不明	21	19.6

治療について表20に示した。特に治療を行わない相談のみが半数を占めていた。治療の中では、薬物療法が32.7%と最も多く、ついで支持的精神療法であった。PTSDやうつ病に有効とされている認知行動療法を行っていた機関はなかった。

表20 治療の種類(複数回答) n=107

	度数	%
薬物療法	35	32.7
支持的精神療法	21	19.6
認知行動療法	0	0.0
遊戯療法	3	2.8
家族療法	4	3.7
相談のみ	55	51.4
その他	9	8.4

転帰を表21に示した。年度内に相談・治療を終結したものが約30%であった。相談・治療中のものを含めると55.2%が、センターを中心に相談・治療を行っていた。他の医療機関への紹介は15.9%にとどまっており、F3やF4のような診断でもセンターで治療を行っている事例が多かった。

表21 転帰

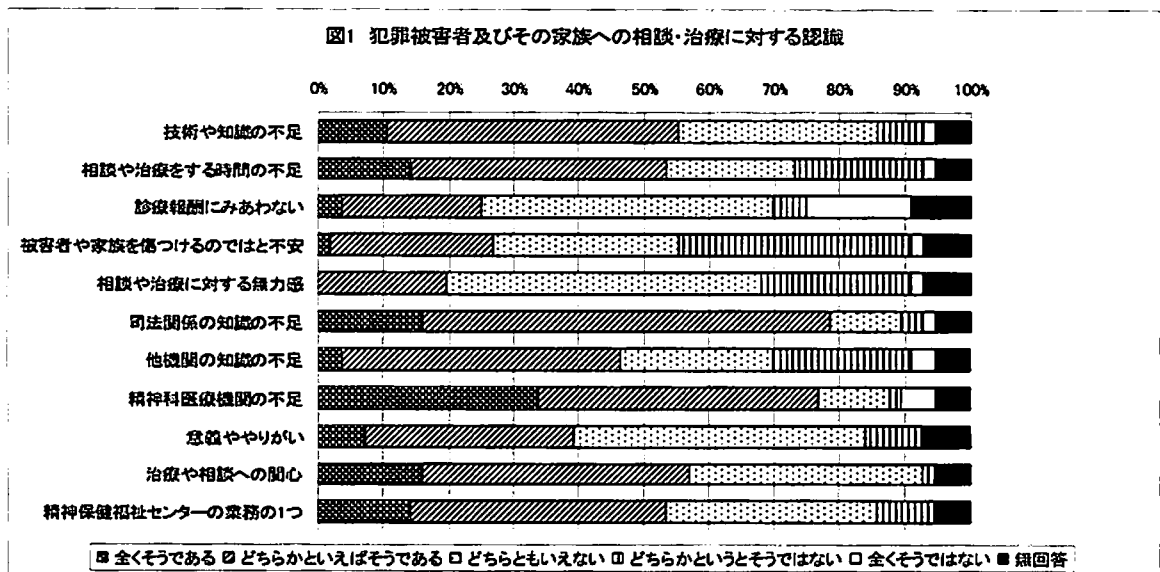
	度数	%
相談・治療終結	31	29.0
相談・治療継続中	28	26.2
相談・治療中断	13	12.1
他医療機関への紹介	17	15.9
他機関への紹介	15	14.0
その他	1	0.9
無回答	2	1.9
合計	107	100.0

2.5. 被害者の相談・治療への認識

被害者の相談や治療をする上でどのように感じているかを5段階で評価してもらった

た結果を、図1に示した。(被害者の相談を経験していない機関には、相談を受けた場合にどのように感じるかということで記入してもらった)。

犯罪被害者の相談や治療について「関心がある」「精神保健福祉センターの業務の1つである」と回答した機関は、50%を超えていた。一方、被害者の相談・治療を妨げるような項目として、「無力感を感じている」「傷つけるのではと不安」「診療報酬にみあわない」などに対する回答は30%未満であり、「時間の不足」や「技術や知識の不足」をあげた機関は50%以上であった。特に回答が多かった項目は、「司法関係の知識の不足」「精神科医療機関の不足」であり、被害者の治療や相談をするうえで必要な知識・技術と専門的な医療機関の不足を感じている機関が多いことがわかった。



3. 考察

犯罪被害者等基本法第14条では「国及び地方公共団体は、犯罪被害者等が心理的外傷その他犯罪被害等により心身に受けた影響から回復できるようにするため、その心身の状況等に応じた適切な保健医療サービス及び福祉医療サービスが提供されるよう必要な施策を講ずるものとする」と定めており、地方自治体によって運営されている精神保健福祉センターは上記施策において重要な役割を果たすことが考えられる。

本調査では現在の精神保健福祉センターにおける犯罪被害者相談の実態を把握することで、今後どのような施策が可能かについて検討を行った。

3.1. 精神保健福祉センターの相談における犯罪被害相談事例

精神保健福祉センターでは主に電話による相談と面接相談が行われている。これらの相談で犯罪被害者の相談がどれくらいの割合を占めているかを検討した。通常犯罪

被害者という枠組みで相談が分類されていないため、この調査では事例の記録にあたって確認してもらうこととなった。従って件数の多い電話については1年ではなく、比較的行事などが少ないと考えられる10月の1ヶ月間の相談だけを調べてもらった。平成16年度に開設していなかった1機関を除くすべての機関が電話相談を実施していた。その54機関の1ヶ月の全電話相談件数に占める犯罪被害者相談の件数(134件)の割合は、1.06%であった。実はこれは平成16年度1年間の面接相談に占める犯罪被害相談者数の割合1.14%にきわめて近い値であった。このことから、現在の精神保健福祉センターでの犯罪被害者相談の割合は、約1%であるといえるだろう。この値は果たして多いのか、少ないのかについては、日本国内における同様の研究がないためにわからないが、アルコール相談など他の相談に比べると著しく少ないとはいえる。理由としては犯罪被害がまれなものであるために、相談者が少ないのではないかということが考えられる。しかし、一般住民を対象とし

た国際犯罪被害実態調査⁶では、過去1年での暴行・脅迫や性暴力の被害は1.5%であり、決して少ない数字ではない。配偶者間暴力については過去1年間に身体に対する暴行を受けた被害者は男2.1%、女性3.6%と更に多い。このように警察に届けられていない暗数までを含めた一般人口における犯罪被害者の割合は、数%に上っている。また精神科医療機関の受診者の中には犯罪被害者の割合が高いことが、諸外国の研究から明らかにされている。Walshら²⁶は、精神科入院歴のある患者の16%が暴力犯罪の被害を経験していると報告しており、Teplinら²⁵も大規模な精神科患者調査において25.3%が過去1年間になんらかの犯罪被害にあっており、これはNCVS (National Crime Victimization Survey) における一般住民の被害率の11倍であった。つまり、精神疾患を有する人においては一般住民より被害率は高いことが伺われることから、1%という数字は少ないのではないかということがいえる。警察や児童相談所等被害を確認している機関からの紹介以外は、本人の自己申告であることから、本人があえて被害体験を言わない場合にはわからないままになるであろう。Friedmanら¹は、配偶者間暴力の被害者のうち7%、性暴力被害者のうちの6%しか内科受診の際に被害体験を問われていないことを示した。またこの調査では、配偶者間暴力被害者では78%が、性暴力犯罪被害者では68%が質問されることを望んでいるとも報告している。これは内科受診の場合であり、一概に精神科受診の被害者と同等に扱うことはできないが、精神科においてもやはり本人が問われることを望んでいる事例も存在しているのではないかと

思われる。しかし、Suggら²²は、配偶者間暴力について内科医に調査し、内科医がスクリーニングをしない理由として、18%の内科医が「パンドラの箱」という例えを用いていたとした。39%の内科医は身近な問題すぎて不安を感じるとし、55%は加害者からの報復の恐れがある、71%は時間がない、50%は適切な介入ができないと回答していた。必要性はあっても対処能力や時間的な問題が妨げているといえる。

現在精神保健福祉センターにおいては積極的な犯罪被害のスクリーニングを行っていないため低い割合の相談にとどまっているが、スクリーニングして潜在的な犯罪被害者をほりおこすかどうかは、各機関の対応能力、リソース、時間、相談に対応できる人員の問題が存在すると思われる。

3.2. 精神保健福祉センターを受診した犯罪被害者の特徴

平成16年度の犯罪被害者本人および遺族の相談事例159人のうち事例シートに記載されていた107事例から、精神保健福祉センターに受診した事例の特徴を以下にあげた。

- ① 女性が男性の5倍と多い。
- ② 20代から30代の比較的若い成人が多い。
- ③ 被害内容は、身体的暴力が圧倒的に多く (57.9%)、次いで心理的虐待 (39.4%)、性的暴力 (15.9%) である。
- ④ 被害内容が複数にわたるものは27例 (25%) であった。
- ⑤ 加害者との関係は家族や顔見知りが多い (80%以上)。
- ⑥ 診断は、うつ病、PTSDが多いが、F分類ではF4 (不安障害圏) が35例 (32.7%) と最も多かった。

- ⑦ なんらかの機関からの紹介事例が多い(80%)。
- ⑧ 警察へ届けている事例は30.8%、裁判を抱えているものは6.5%であり、刑事司法と関連している被害者はあまり多くない
- ⑨ 治療では薬物療法が多いが、半数は相談のみで終わっている。
- ⑩ 精神保健福祉センターで治療を終了・継続している事例が過半数であり、他医療機関への紹介は15%と少ない。

このような特徴から次のようなことがいえるであろう。事例の主要なものは比較的若い女性であり、身体的暴力や性暴力、児童虐待やDVによる心理的虐待の被害者である。また、身内からの被害が多いことから特にDVの被害者の相談が多いことがうかがわれる。したがって、精神保健福祉センターではこれらの被害者の特有の心理を把握する必要がある。特に、DVの場合では「加害者からの安全」といった事項も確認したり、配偶者間暴力相談機関との連携が必要となるであろう。治療については、精神保健福祉センターには他機関から紹介されてくる事例が多く、ここで治療が行われることが求められているようである。診断では、大うつ病やPTSDに代表される不安障害が多いので、通常は投薬による対応が可能であるが、PTSDやうつ病に対し専門的な精神療法を実施する場合には、CBTの技術などが必要であろう。

3.3. 精神保健福祉センターの犯罪被害者及びその家族の相談・治療への認識

犯罪被害者の治療や相談に、無力感や2次被害の恐れなど関わること自体の不安を

抱えているところは少なく、過半数はこれらの相談が重要な仕事と考えていることがわかった。しかし、対応するための時間、知識、紹介先である医療機関の数が少ないことから、現実的にはすぐに多くの事例に対応することは困難な現状であると言える。

しかし、精神保健福祉センターの相談員が適切な研修を受けることで知識や技術の不足についてはカバーできる。また、管轄地域にPTSD等の専門治療が可能な医療者が育成されることで、必ずしも精神保健福祉センターで治療を行う必要はなくなるため人員や時間の問題が相談を妨げる要因にはならなくなるのではないかと思われる。

3.4. 今後の精神保健福祉センターに必要な施策

精神保健福祉センターにおいて、現状では犯罪被害者等の相談の占める割合はきわめて少なく、特別な対応の必要性をあまり感じていないものと思われる、しかし、犯罪被害者等基本法が国民に広く周知され、基本計画が推進されるようになると、相談件数は増えることが予測される。今回の調査から、精神保健福祉センターが被害者相談・治療について抱えている不安や問題がある程度明らかになった。これらを踏まえて、今後必要な施策についてまとめた。

- ① 犯罪被害者およびその家族のケアに必要な情報の提供、特に、司法や支援関連機関について。
- ② 犯罪被害者およびその家族の治療・相談に関する研修。
- ③ 犯罪被害者の心理やPTSDの専門治療に精通した精神科医療従事者の育成。
- ④ 地方自治体としての犯罪被害者支援の

取組の推進。

これらの施策が推進されることにより、精神保健福祉センターが犯罪被害者の相談を積極的に受け入れる体制が充実し、潜在的な被害者へも介入していくことが可能になるものと思われる。

E 調査2 I県の精神科医療機関を対象とした調査

1. 研究方法

I県内の精神科を有する大学病院、国立病院機構所属病院、公立病院、私立病院、同県内の精神科病院協会、精神科診療所協会に所属する医療機関の計 47 施設にアンケート調査を送付した。対象はこれらの施設に勤務する常勤の精神科医 178 人とした。アンケートは個人ごとの封筒による匿名での回答、返送とした。

2. 結果

178 人中 35 人から回答があった（回収率：18.8%）

2.1 回答者の属性と所属医療機関の形態

回答者は 35 人（男性 30 人、女性 5 人）で、回収率 18.8%であった。回答者の平均年齢は 47.1 歳（29～80 歳）。平成 16 年度に勤務していた医療機関の形態は表 1、その設立母体を表 2、精神科病床数を表 3 に示す。医療機関の所在地は、94.3%（33 人）が I 県、5.7%（2 人）は I 県以外である。臨床経験年数の平均は 20.2 年（SD=12.1）、1 週間の平均的な勤務日数は 5.1 日（SD=4.7）であった。1 日の外来患者数を表 4 に示す。1 ヶ月の平均的外来担当患者数は平均 251.2 人（SD=212.3）であった。

表 1：病院の形態

	度数	%
①病院(精神科単科)	21	60.0
②病院(①以外)	9	25.7
③診療所(精神科・神経科または心療内科)	5	14.3
合計	35	100.0

表 2：勤務医療機関の設立母体

	度数	%
①国立病院機関	2	5.7
②大学	6	17.1
③地方自治体	7	20.0
④医療法人・個人病院	18	51.4
⑤その他	2	5.7
合計	35	100.0

表 3：勤務医療機関の精神科病床数

	度数	%
0	7	20.0
100 床未満	9	25.7
100～199 床	4	11.4
200～299 床	7	20.0
300～399 床	1	2.9
400～499 床	6	17.1
600 床以上	1	2.9
合計	35	100.0

表 4：1 日の担当外来患者数

	度数	%
①～19人	4	11.4
②20人～49人	8	22.9
③50人～99人	11	31.4
④100人以上	12	34.3
合計	35	100.0

2.2 平成 16 年度に被害者に関わった経験

ここでは、平成 16 年度に児童虐待、配偶者間暴力、犯罪被害等の被害者やその家族の治療に主治医として関わった経験を調査した。平成 16 年度にこれら 3 つの項目のいずれかを体験した医師は、34.3% (12 人) だった。この 1 年間に担当した事例は、合計 1～2 例である人が 17.1% (6 人)、4 事例が 8.6% (3 人)、46 事例、10 事例、8 事例が各 2.9%(1 人)であった。

①児童虐待への関与

児童虐待の被害児童または家族に関わったことがある医師は 15%(6 人)で、関わったケースが 1～3 件という回答が 5 人、患者が 30 件との回答が 1 人であった。被害の内容は、回答者が関わった被害児童の 23.5% (8 人) が身体的虐待、20.6% (7 人) が性的虐待、47.0% (16 人) が心理的虐待、8.8% (3 人) であった。家族への関わりでは、2 件が身体的虐待、性的虐待、心理的虐待、ネグレクトの被害児童の家族が各 1 件であった。

②配偶者間暴力への関与

配偶者間暴力の被害者またはその家族に

関わったことがある医師は 12 人(34.2%)で、関わったケースが 1～3 件という回答が 11 人、11 件との回答が 1 人であった。被害内容は、回答者が関わった被害者の 54.1% (13 人) が身体的虐待であり、残る 37.5%が心理的虐待 (9 人) であり、被害者全員が女性であった。家族への関わりでは、身体的虐待の被害者の家族 (男性) への関わりが 1 件のみであった。

③犯罪被害者への関与

犯罪被害者に関わったことがある医師は 12 人(34.2%)で、1 人が 1～5 件のケースを経験していた。被害内容は、被害者の 22.7% (5 人) が不慮の事故 (明らかな過失を除くもの)、同じく 22.7% (5 人) が身体的暴力被害、18.1% (4 人) が財産被害、10% (2 人) がストーキング被害、その他が 4.5% (1 人) であった。家族へのかかわりは、傷害致死の被害者の家族が 1 件 (女性)、身体的暴力の被害者の家族が 2 件 (男性、女性)、ストーキングの被害者の家族が 1 件 (女性) であった。

④児童虐待、配偶者暴力、犯罪の被害者に対するのこれまでの経験

平成 16 年度に限らず、上記の被害者に主治医として関与した経験の有無を尋ねたところ、57.1% (20 人) が関与の経験があり、22.9% (8 人) の回答者が経験なく、無回答が 20.0% (7 人) であった。

⑤事例の詳細

34.3%(12 人)の回答者が事例の詳細を報告し、合計 38 事例であった。32 例(84.2%)が女性、5 例(13.8%)が男性、1 例(2.6%)は

性別不明であった。初診時年齢は 20 歳代が 14 例(36.8)と最も多く、続いて 50 歳代が 9 例(23.7%)であった(表 5)。被害の内容は、身体的暴力、心理的虐待が多く報告された(表 6)。

加害者との関係は親、配偶者・恋人、見知らぬ人との回答が多かった(表 7)。診断は 18 例(47.4%)が ICD-10 の「重度ストレスへの反応および適応障害」に含まれる障害と診断され、そのなかでも 12 例(31.6%)が外傷後ストレス障害の診断だった。また、うつ病エピソードを含む気分障害と診断された事例が 15 例 (39.5%)、4 例(10.5%)が解離性(転換性)障害、2 例(5.3%)が統合失調症と報告された。

被害者の受診経路としては、7 例(18.4%)が精神科以外の医療機関からの紹介、5 例(13.2%)が精神科医療機関からの紹介であった一方、15 例(39.5%)は紹介なしに受診をしていた(表 8)。医療費については、通院医療費公費負担制度を利用している事例が 7 例(18.4%)、障害年金を受給しているものが 1 例(2.6%)、生活保護を受給している例が 6 例(15.8%)あった一方で、17 例(44.7%)は公的扶助を受けていなかった。被害者への治療は、34 例(89.4%)が薬物療法、33 例(86.8%)が支持的精神療法、6 例(15.8%)が認知行動療法、5 例(13.2%)が家族療法を受けていた。治療の転帰は、22 例 (57.9%) が治療継続中であり、10 例(26.3%)は治療終結であった(表 9)。

警察への届出をしていたのは 13 例(34.2%)であり、届出をしていない事例が 24 例(63.2%)、不明が 1 例(2.6%)であった。刑事裁判のある事例は 6 例(15.8%)、民事裁判のある事例は 3 例(7.9%)であった。

表 5：事例初診時年齢

	度数	パーセント
10 歳未満	1	2.6
10～19 歳	3	7.9
20～29 歳	14	36.8
30～39 歳	5	13.2
40～49 歳	5	13.2
50～59 歳	9	23.7
80 歳以上	1	2.6
合計	38	100.0

表 6：被害内容 (のべ数)

被害内容	度数	%
殺人・傷害致死	1	2.6
不慮の事故による身体的・精神的被害	4	10.5
交通事故・鉄道事故	4	10.5
身体的暴力(殺人未遂・傷害・強盗傷害等)	20	52.6
強姦・強姦未遂	2	5.3
強姦・強姦未遂以外の性的暴行	6	15.8
財産被害	2	5.3
ストーキング	1	2.6
ネグレクト	2	5.3
心理的虐待	13	34.2
その他	1	2.6

*ネグレクトと心理的虐待の重複が 1 例
 身体的暴力とネグレクトの重複が 1 例
 身体的暴力と心理的暴力の重複が 4 例
 身体的暴力、心理的虐待、ネグレクトの重複が 1 例
 身体的暴力、強姦・強姦未遂以外の性的暴力、心理的虐待の重複が 3 例

表 7：加害者との関係

	度数	%
親	10	26.3
子供	2	5.3
同胞	5	13.2
配偶者・恋人	12	31.6
親戚	1	2.6
友人・知人	2	5.3
見知らぬ人	10	26.3

表 8：被害者の受診経路

	度数	%
① 医療機関(精神科・神経科・心療内科)	5	13.2
②医療機関(上記以外)	7	18.4
④保健センター	2	5.3
⑦民間被害者支援団体	3	7.9
⑨教育関係機関	2	5.3
⑩警察	1	2.6
⑫その他	3	7.9
⑬紹介なし	15	39.5
合計	38	100.0

表 9：治療の転帰

	度数	%
①相談・治療終結	10	26.3
②相談・治療継続中	22	57.9
③相談・治療中断	2	5.3
④他医療機関への紹介	1	2.6
⑤他機関への紹介	2	5.3
⑥その他	1	2.6
合計	38	100.0

2.3 研修及び被害者の治療に関連した活動

①被害者や PTSD に関連した研修会への参加

被害者や PTSD に関連した研修への参加については、85.3% (29 人) が経験有と回答し、14.7% (5 人) が経験なしと回答した。経験有のうち、2 人が日本精神科病院協会主催の「こころの健康づくり対策研修会」に参加した経験があり、3 人がその他海外での研修会や PTSD の専門治療の講習会に参加していた。

②被害者や加害者に関連した施設への勤務の経験

被害者に接する機会のある施設への勤務経験をたずねたところ、14.3% (5 人) の回答者が何らかの機関で勤務を経験していた。児童相談所と児童養護施設・乳児院の勤務を経験した人が 2 人、児童養護施設と市町村相談窓口で勤務した経験がある人が 1 人、児童相談所、母子生活支援寮と大学の相談機関の勤務の経験が 1 人、児童相談所のみで勤務を経験した人が 1 人であった。

③「児童虐待防止法」と児童虐待への介入

児童虐待防止法について、内容を「よく知っている」と回答したのは全体の 8.8% (3 人) で、「少し知っている」と回答したのは 70.6% (24 人)、「知らない」と答えたのは 20.6% (7 人) であった。これまで児童虐待に関連して、児童相談所へ通告をおこなった経験については、73.5% (25 人) が「経験がない」とし、26.5% (9 人) は「経験がある」と回答した。児童虐待に関連して、関係者に児童相談所の情報を提供した経験

は、65.7% (23 人) が「ない」と回答し、31.4% (11 人) は「ある」と回答した。

④「配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律」(以下 DV 防止法) と配偶者間暴力への介入

DV 防止法について、内容を「よく知っている」と回答したのは全体の 5.9% (2 人) で、「少し知っている」と回答したのは 70.6% (24 人)、「知らない」と答えたのは 23.5% (9 人) であった。これまで DV に関連して警察あるいは配偶者暴力相談支援センターに通報をした経験がある回答者はいなかった。DV に関連して、関係者に婦人相談所等関連機関の情報を提供した経験は、76.5% (26 人) が「ない」と回答し、23.5% (8 人) は「ある」と回答した。

⑤「犯罪被害者等基本法」

「犯罪被害者等基本法」について、「知らない」と答えたのは 52.9% (18 人) で、「少し知っている」と答えたのは 47.1% (16 人) だった。

⑥被害者に対する司法的な関与の経験

民間の保険のための診断書を作成した経験のある医師は 28.6% (10 人)、裁判のための診断書を作成した医師は 17.1% (6 人)、裁判のための意見書や鑑定書を作成したのは 14.3% (5 人)、証人として裁判所へ出廷したのは 8.6% (3 人)、警察や検察に口頭で意見を述べた、裁判や取調べに付き添いとして同行したのが各々 2.9% (1 人) であった。司法的関与を行ったことはないと回答したのは 48.6% (17 人) だった (すべてのべ人数)。何らかの司法的な関与の経験を

した人数は 28.6% (10 人) で、そのうち 8 人が複数の経験を重複していた。

2.4 他機関との連携の実態

ここでは、犯罪被害者や家族への対応で他の機関(警察、児童相談所、婦人相談所、民間被害者支援団体)と連携をもっているかどうかをたずねた。

①警察との連携

警察と何らかの連携をもっていると回答したのは 22.8% (8 人) であった。内容別には、警察から患者の紹介を受けたと答えた人が 17.1% (6 人)、ケースの相談を受けたと回答した人が 5.7% (2 人)、症例検討会をしたと回答した人、被害者や家族に警察の情報提供をしたと回答した人がそれぞれ 2.7% (1 人) であった。

②児童相談所との連携

児童相談所と何らかの連携をもっていると回答したのは 28.6% (10 人) であった。内容別には、児童相談所からケースの紹介を受けた、ケースの相談を受けた、症例検討会をしたと回答した人がそれぞれ 8.6% (3 人)、被害者や家族に児童相談所の情報提供をしたと回答した人が 17.1% (6 人) であった。

③婦人相談所との連携

婦人相談所と何らかの連携を持っていると回答したのは 11.4% (4 人) であった。内容別には、婦人相談所からケースの紹介を受けたと答えた人が 2.9% (1 人)、ケースの相談を受けたと回答した人が 2.9% (1 人)、患者を紹介されたと回答したとした人は 0%、症例検討会をしたと回答した人が

5.7% (2人)、被害者や家族に婦人相談所の情報提供をしたと回答した人がそれぞれ8.6% (3人)であった。

④民間被害者支援団体との連携

民間被害者支援団体と何らかの連携をもっているとは回答したのは11.4% (4人)であった。内容別には、民間被害者支援団体から患者を紹介されたと回答したのは11.4% (4人)、ケースの相談を受けた、症例検討会をした、被害者や家族に機関の情報提供をしたと回答した人がそれぞれ2.9% (1人)であった。

⑤上記以外の機関との連携

上記以外の機関との連携については、市町村役場から患者の紹介とケースの相談を受けたと回答した人が1人、検察庁から患者の紹介とケースの相談を受けたと回答した人が1人、保健所からケースの紹介された人が1人、同じく保健所から患者を紹介され、また保健所の情報提供をした回答者が1人いた(のべ人数)。

2.5 被害者やその家族への治療への認識

ここでは、被害者やその家族の治療をすることをどう感じているかを質問した。結果を図1に示した。

『治療についての技術や知識が不足している』『治療を行う時間が十分でない』『司法関係(警察や裁判に関連する事項)の知識が不足している』という問いに関しては、「全くそうである」「どちらかといえばそうである」と回答した人が80%を越えた。また、『被害者に係わる他の機関についての知識が不足している』『診療報酬にみあわな

い』との問いに、「全くそうである」「どちらかといえばそうである」と答えた人は60%以上存在した。一方、『被害者やその家族を傷つけてしまうのではと不安を感じる』『相談や治療を行う中で無力感を感じる』『治療に意義ややりがいを感じている』『治療や支援に関心をもっている』といった質問に対しては、回答が分かれた。

2.6 今後被害者やその家族の治療や支援をするにあたって必要な事項

今後、被害者やその家族の治療をするにあたって必要と思われることについて質問を行った。結果を図2に示す。『被害者の精神的支援についての行政的施策の推進』『犯罪被害者およびその家族の支援や治療のガイドライン』『犯罪被害者支援やPTSDの治療に関する専門的知識の情報提供を行う機関』『時間のかかる精神療法の診療報酬の引き上げ』『犯罪被害者の支援や治療・相談に関する研修会』については、70%以上の回答者がその必要性について「全くそう思う」「ややそう思う」と回答していた。『所属医療機関が犯罪被害者への治療により関心を持つこと』については60.6% (20人)が「全くそう思う」「ややそう思う」と回答したが、「どちらともいえない」と回答した人が30.3% (10人)、「ややそう思わない」と回答した人が9.1% (3人)であった。『被害者および遺族の医療費の無料化や補助制度』『被害者および遺族のカウンセリング費用に関する補助制度』については、半数以上が「全くそう思う」「ややそう思う」と回答したが、「どちらともいえない」との回答が30%程度、「ややそう思わない」「全くそう思わない」との回答も一部見られた。『PTSDの診断名で治療薬が保険適応になること』

の問いには、66.7%の人が「全くそう思う」「ややそう思う」と回答したが、「どちらともいえない」との回答が15.2% (5人)、「ややそう思わない」「まったくそう思わない」との回答も18.2% (6人) 見られた。

図1 被害者等の治療への認識

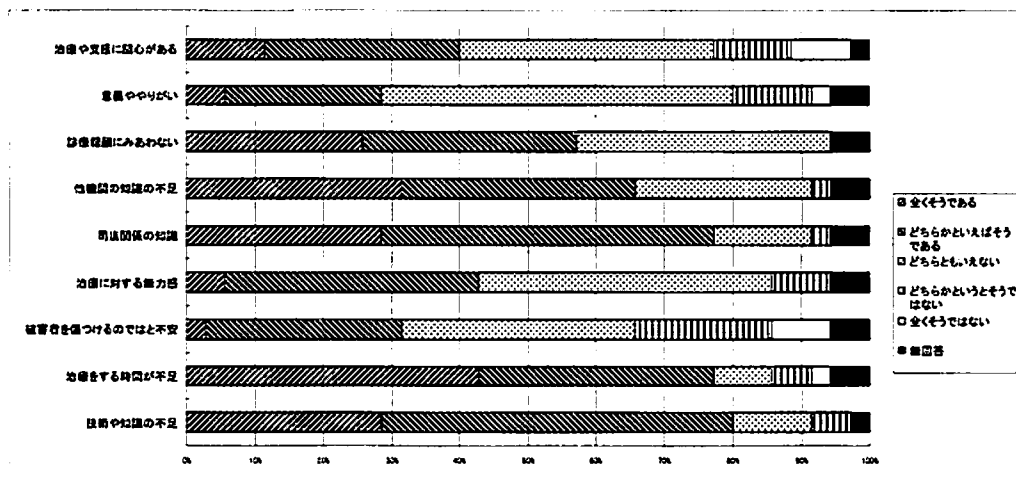
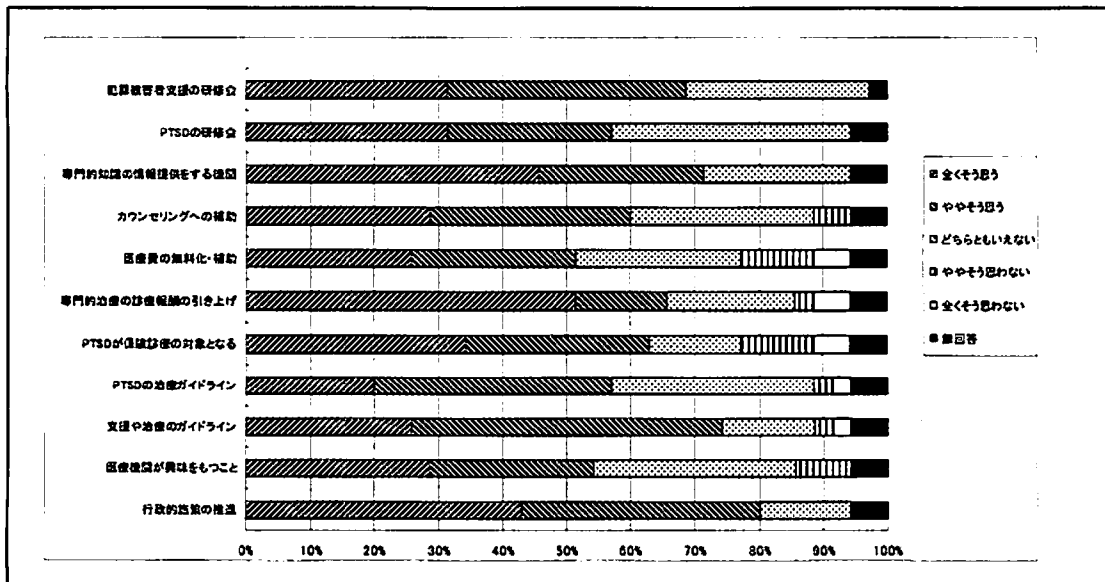


図2 今後被害者等の支援・治療をするうえで必要と考えられる事項



2.7 多くの被害者に関与している回答者の調査結果

最後に、被害者等への関わりを促進する因子を探る目的で、事例報告の中でも比較的多くの事例を報告した回答者について、各回答を別個記載する。多くの回答者は事例の経験がないか、5件未満であり、5件以上（実際は10件以上）を経験している回答者は比較的多くの被害者の治療経験があるとみなした。このような回答者は、3人確認された。勤務する医療機関は精神科単科病院が2人、クリニックが1人で、いずれも設立母体は個人病院・医療法人であった。性別は2人が男性、1人が女性であった。

これまで行った取り組みとしては、2人は被害者相談セミナーを受講する、PTSDの認知行動療法の講習会に参加するなど、専門的な研修を受けていた。また、児童相談所や乳児院、一時保護所、心理相談機関での勤務経験があった。3人いずれも児童相談所への通告を行ったことがあった。また2人は司法的な関与の経験をもっていた。

被害者等の治療への認識調査では、3人とも被害者の治療や支援に興味・関心、意義ややりがいを持っている、診療報酬には見合わないとの項目に肯定的に回答した。2人は治療に対する無力感を感じており、治療や支援についての知識不足、時間の不足を認識していた。今後必要な事項としては、『PTSDの診断名で治療薬が保険適応になること』『犯罪被害者およびその家族の支援や治療のガイドライン』の2項目で意見が分かれたが、その他は全員肯定的な回答を行っていた。

3. 考察

児童虐待・配偶者間暴力、犯罪の被害者やその家族に主治医として関わったことのある医師は、平成16年度では34.3%（12人）であり、平成16年度に限定をしない場合で、57.1%（20人）だった。これより、被害者等に関わっている医師は決して少なくないことがわかるものの、多くの事例を担当している医師は一部であり、医師の間で差が大きい傾向にあることがわかった。

報告された被害内容で多いものとしては、不慮の事故、身体的な暴力であった。Norrisらの調査¹⁸では、被害者の受療率と暴力犯罪の関連が指摘されているが、本研究結果はこれと矛盾しない。事例を詳細に検討すると、被害内容は交通事故と心理的な虐待を受けた事例の報告が多い。ただしひとりの回答者が複数の虐待の事例を報告していることにより、特定の回答者状況を比較的多く反映している点を考慮する必要がある。被害者の性別はほとんどが女性であり、加害者は見知らぬ人が多い、との結果もこれまでの欧米の報告と一致している（Golding,1989）²。他方、加害者が親である事例が多かった点が本研究の特徴である。これはひとりの回答者が複数の児童虐待の被害者の報告をしていることに関係していると考えられた。また、被害者の半数近くが他の医療機関や警察・民間被害者支援団体からの紹介で医療機関を受診しており、関係機関が互いに連携をもつことで患者の医療機関受診につながる可能性が示唆された。なお、これら事例の特徴は、38事例と少数で限界があるため、医療機関を受診する被害者の特徴を把握するためには、被害者を対象としたさらなる調査が必要と考え

られる。

被害者や PTSD に関連した研修への参加については、85.3% (29 人) が経験有と回答している。一方で、被害者等への「治療や支援に興味や関心を持っている」という認識をもっている回答者は 40% (14 人) であり、関心や興味は強くはないものの、研修会等には参加している回答者がいることが明らかになった。これより、医師の求める研修会のニーズを十分に検討したうえで研修会を行うことにより、被害者への認識や治療への興味や関心が改善される可能性があると考えられた。

被害者に関連した法律 (児童虐待防止法、配偶者間暴力防止法、犯罪被害者等基本法) に関しては、熟知している医師は少なかった。特に犯罪被害者等基本法は多くの回答者が知らないと回答しており、同法が現時点では周知されていないことが示唆された。また、診断書の提出やその他司法的な関与の経験は回答者の半数近くに上っている一方で、「司法関係 (警察や裁判に関連する事項) の知識が不足している」と感じている回答者は 80% を越えていた。これらにより、日常診療のなかで司法的な関与をする機会は少なくないが、それに関して知識不足を自覚している医師が多いことがわかる。被害者の治療・支援を行うためには法律の理解が不可欠であり、今後法律の知識と運用について改善する対策が必要であるかもしれない。

他の機関 (警察、児童相談所、婦人相談所、民間被害者支援団体) との連携については、連携をもっているとした回答した人は 3 割に満たなかった。連携をもっていると回答した者は、複数の連携を有しており、

ごく限られた医師のみが他の機関との連携をもっていることがわかった。

被害者への治療への認識の調査では、60%以上の回答者が『治療の知識や技術の不足』『司法関係の知識の不足』『他の機関の情報不足』との認識をもっている。これらにより、被害者等への支援や治療に必要な知識や技術を習得する機会が必要であることがわかる。また、被害者等を治療するに当たって、これまで指摘されてきたような、治療者側の傷つきとして捉えられる『治療に対する無力感』や、『意義ややりがい』という項目は「どちらでもない」との回答が 40% を超えた。これは、実際に被害者等の治療を行っている回答者が少ないため、中間的な回答が増えた可能性があると考えられた。このほか、『診療報酬に見合わない』と感じている回答者も 50% を越えている。

今後被害者等の治療をするにあたって必要な事項については、すべての項目に対して 50% 以上の方が「全く思う」「ややそう思う」との肯定的な回答をした。特に 70% 以上の回答者が必要性があると考えているのが、『被害者の精神的支援についての行政的施策の推進』『犯罪被害者およびその家族の支援や治療のガイドライン』『犯罪被害者支援や PTSD の治療に関する専門的知識の情報提供を行う機関』であり、治療や支援に取り組むにあたって行政や中心となる機関のイニシアチブが求められていることがわかった。一方、『被害者および遺族の医療費の無料化や補助制度』『PTSD の診断名で治療薬が保険適応になること』といった医療機関受診に関連する経済的問題に関しては、「ややそう思わない」「全くそう思わない」との回答も比較的多く、回答者によっ

て意見が分かれる結果となった。経済的な問題に関しては、今後議論を重ねる必要があることが示唆された。

最後に、被害者等に多く関与していた3人に関して考察を加える。まず、他の回答者との違いは、他の機関との連携の多さである。いずれの回答者も他の機関との連携を複数持っており、これが被害者に多く関わっていることと関連していることが考えられた。また、これらの回答者はいずれも児童相談所や一時保護所、児童養護施設、心理相談機関といった医療機関以外への勤務経験を複数有しており、これが他機関との連携につながっている可能性があると考えられた。また、被害者等に多く関わっている回答者にとって、この分野への興味や関心は強いものの、診療報酬には見合わない、時間が不足していると感じていることが明らかになった。被害者の治療は一回の治療に時間を要し、さらに治療が長期に及ぶことが一般的に知られており、実際に関与をしている医師の回答はこれを裏付けているだろう。

この調査研究の限界としては、第一に対象者数が少ないことと回収率が低いことが挙げられる。さらに、限定された地域での結果であるので、結果を一般化することはできない。わが国の被害者等の治療について、さらに正確な結論を得るには全国的な調査が必要である。第二に、回答者の偏りがある。児童虐待の事例を持つ回答者が多くの事例の詳細を報告したように、回答者によって担当した事例の数に大きな差があるため、結果的に多くの事例をもつ個人の調査結果が全体の結果に大きく影響することとなっている。また、回答は比較的この

分野に興味や関心をもっている人から回収された可能性がある。よって、結果を分析する際には、これらの点に留意する必要があると考えられた。

4. 結論

I 県の精神科医療機関に勤務する医師の調査で、平成16年度には3割強、これまでの経験では半数以上の医師が被害者等の治療に関わったことがあることが明らかになった。しかし、医師によってその担当事例数に大きな差があることが示された。医療機関を受診する被害者で医師に認識されている半数は、他の医療機関や相談機関からの紹介であった。また被害者を多くみている医師は他の機関との連携を持っており、これらのことより精神科医療機関と他の機関の連携が、被害者等の受診を促進する要因である可能性が示唆された。多くの回答者は、治療や技術の不足、関係機関の知識不足、司法関係の知識不足を認識していた。被害者への経済的な支援に対しては意見が分かれた。

この後、わが国での現在の精神科医師の被害者への関わりの実態を把握するため、全国規模でのさらなる調査が必要である。

F 文献

1. Friedman LS, Samet JH, Roberts MS, Hudlin M, Hans P. Inquiry about victimization experiences. A survey of patient preferences and physician practices. Arch Intern Med. Jun 1992;152(6):1186-1190.
2. Golding, J, Siegel, J, Sorenson, S., Burnam, A., Stein, J. Social support sources

- following sexual assault. J Community Psychol. 1989;17:93-107.
- 3 Herman JL. The mental health of crime victims: impact of legal intervention. J Trauma Stress. Apr 2003;16(2):159-166.
4. 犯罪被害実態調査研究委員会. 犯罪被害者実態調査報告書. 東京; 2003.
5. 法務総合研究所. 平成 11 年度版 犯罪白書—犯罪被害者と刑事司法—. 東京: 大蔵省印刷局; 2001.
6. 法務総合研究所. 平成 16 年度版 犯罪白書. 東京: 国立印刷局; 2004.
7. 岩井圭司. 民事賠償裁判における精神的被害の評価. 精神科治療学. 2002;17:417-424.
8. Kawakami N, Takeshima T, Ono Y, et al. Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002-2003. Psychiatry Clin Neurosci. Aug 2005;59(4):441-452.
9. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. Dec 1995;52(12):1048-1060.
10. Koenen KC, Goodwin R, Struening E, Hellman F, Guardino M. Posttraumatic stress disorder and treatment seeking in a national screening sample. J Trauma Stress. Feb 2003;16(1):5-16.
11. 黒木宣夫. PTSD と補償. : 中根充史, 飛鳥井望, 編. 臨床精神医学講座 S6 外傷後ストレス障害. 東京: 中山書店; 2000:327-336.
12. 黒木宣夫. PTSD の診断と補償—特に精神科医の診断をめぐる問題点. 日本社会精神医学雑誌. 2003;11:355-359.
13. 黒木宣夫. PTSD の労災認定. 精神療法. 2004;30:528-524.
14. 黒木宣夫 岡田幸之. PTSD の精神鑑定ガイドライン. : 金吉晴, 編. 心的トラウマの理解とケア. 東京: じほう; 2001:229-234.
15. 松尾浩也. 法と犯罪被害者支援. 臨床心理学. 4:716-719. 2004
16. 内閣府男女共同参画局. 配偶者等からの暴力に関する調査. 東京: 内閣府男女共同参画局推進課; 2003.
17. 中谷陽二, 上原美樹. 心的外傷後ストレス障害(PTSD)の法的問題—最近の動向—. 法と精神科臨床 第 4 巻. 東京: 2001:pp99-107.
18. Norris FH, Kaniasty KZ, Scheer DA. Use of mental health services among victims of crime: frequency, correlates, and subsequent recovery. J Consult Clin Psychol. Oct 1990;58(5):538-547.
19. 岡田幸之. PTSD と犯罪被害. 臨床精神医学. 2001;30:357-363.
20. 岡田幸之、安藤久美子、佐藤親次. 司法精神医学と PTSD. 臨床精神医学増刊号. 2002:118-123.
21. Simon, I.R. POST TRAUMATIC

- STRESS DISORDER IN
LITIGATION guidelines for
forensic assessment. Washington,
DC: American Psychiatric Press;
2000.
22. Sugg NK, Inui T. Primary care
physicians' response to domestic
violence. Opening Pandora's box.
Jama. Jun 17
1992;267(23):3157-3160.
23. 杉田雅彦. 日本における PTSD 民
事・刑事訴訟. 精神経誌.
2002;104:1207-1214.
24. 杉田雅彦. PTSD 裁判の動向と問題点
－混迷を深める「PTSD 概念」から脱
却の兆し－. 判例タイムズ.
2004;No.1138:22-30.
25. Teplin LA, McClelland GM, Abram
KM, Weiner DA. Crime
victimization in adults with severe
mental illness: comparison with the
National Crime Victimization
Survey. Arch Gen Psychiatry. Aug
2005;62(8):911-921.
26. Walsh E, Moran P, Scott C, et al.
Prevalence of violent victimisation
in severe mental illness. Br J
Psychiatry. Sep 2003;183:233-238.
27. Wilson, J.P. M, T. A. Forensic/Cli
nical Assessment of Psychological
Trauma and PTSD in Legal Setti
ngs. . In: Wilson, J.P. K, T.M., ed
. Assessing Psychological Trauma
and PTSD 2nd edition. New York:
Guilford Press; 2004:603-636.
- G 健康危険情報
特記すべきことなし
- H 研究発表
なし
- I 論文発表
- 1) 川瀬英理, 松岡豊, 中島聡美, 西大輔,
大友康裕, 金吉晴: 三次救急医療にお
ける精神医学的問題の検討. 精神保
健研究 51, p65-70, 2005.
 - 2) 山田幸恵, 中島聡美: 外傷反応と悲嘆
反応 –外傷的死別研究の展望. 精神
保健研究 51, p71-80, 2005.
 - 3) 白井明美, 中島聡美: 犯罪や事故によ
る死別の精神的影響 –PTSDと複雑
性悲嘆－. 看護技術 51, p38-39, 2005
 - 4) Nishi D, Matsuoka Y, Kawase E,
Nakajima S, Kim Y; The magnitude
of mental health service in a
Japanese medical center emergency
department. Emergency medicine
Journal(in press).
 - 5) 中島聡美, 山田幸恵, 金吉晴: 被害者
遺族の心理と支援. 山内俊夫, 山上皓,
中谷陽二編: 司法精神医学 3 犯罪と
犯罪者の精神医学. 中山書店, 東京,
pp295-300, 2006.
 - 6) 中島聡美, 金吉晴: 犯罪被害. 金吉晴
編: 心的トラウマの理解とケア第2版.
じほう, 東京, pp235-247, 2006.
 - 7) 柳田多美, 中島聡美: 突然の死の告知.
金吉晴編: 心的トラウマの理解とケア
第2版. じほう, 東京, pp265-275,
2006.
 - 8) 辰野文理: 被害者化予防の戦略. 被害

- 者学研究 15, 2005.
- 9) 細井洋子, 西村春夫, 檜村志郎, 辰野文理編著: 修復的司法の総合的研究. 風間書, 2006.
 - 10) 辰野文理: 被害者と裁判. 『刑事裁判を見る目に確かさを』, 成文堂, 2005.
 - 11) 橋爪きょう子, 小西聖子, 広幡小百合, 浅川千秋, 中谷陽二: 性暴力被害者の精神鑑定—鑑定の役割を中心に. 臨床精神医学 34 (6), pp813-821, 2005.
 - 12) 橋爪きょう子, 小西聖子, 柑本美和, 中谷陽二: 司法に関連した PTSD-類型化の試み. トラウマティック・ストレス 4 (1), pp31-37, 2006.
 - 13) 橋爪きょう子, 小西聖子: 外傷後ストレス関連の刑事(民事)の精神鑑定に関わる診断の問題. 司法精神医学 2 刑事事件と精神鑑定. 中山書店, 東京, pp175-180, 2006.

J 学会発表

Kyoko Hashizume, Takako Konishi, Yoji Nakatani : PTSD in forensic setting - recent trend in Japan. International Academy of Law & Mental Health, July2-8, 2005, Pari

K 知的財産権の出願・登録状況

なし

L. 謝辞

この研究にご協力いただいた精神保健福祉センターの職員の皆様、I県の精神科医の皆様にご心より感謝申し上げます。また、また本研究は、研究助手金井智恵子さん、真木佐知子さんの援助を得て実施されました。

精神科医療機関における犯罪被害者及びその家族の受療に関する調査

調査票の記入と返送について

調査票の記入，返送につきまして以下のようにお願い申し上げます。

各問について，あてはまる番号に○をつけて下さい。また，設問によっては，（ ）内や□内に数字や回答のご記入をお願いします。

また，問3でお伺いする事例については，事例シート（別紙1）にご記入いただくようお願い申し上げます。

調査票の返送について

ご記入いただきました調査票と事例シート（別紙1）を，同封の返信用封筒に入れ，平成18年1月16日までにご投函くださいますようお願い申し上げます。

調査に関するお問い合わせ，ご質問は下記にお願い申し上げます。

〒186-8502 東京都小平市小川東町 4-1-1
国立精神・神経センター精神保健研究所 中島聡美
TEL 042-346-1983, FAX 042-346-1986
E-mail:nakajima@ncnp-k.go.jp

可能な限り，FAX または E-mail にてお願いいたします。

お忙しいところ恐縮ですが，よろしくご協力お願い申し上げます。

なお，ここでいう「犯罪被害者及びその家族」とは，犯罪被害にあった被害者本人および，遺族・家族を指し，犯罪の内容には，一般刑法犯罪の他，業務上過失，児童虐待，配偶者間暴力を含みます。

それでは，次のページよりご記入お願いいたします。

問 1. あなたが平成 16 年度に勤務されていた医療機関についてお伺いします。

(1) 平成 16 年度にあなたが勤務していた医療機関について当てはまる番号に○をつけてください。

1. 病院（精神科単科）
2. 病院（1 以外）
3. 診療所（精神科・神経科または心療内科）
4. 診療所（3 以外）
5. その他（ ）

(2) 設立母体について当てはまる番号に○をつけてください。

1. 国立病院機構
2. 大学
3. 地方自治体（都道府県立、市町村立）
4. 医療法人・個人病院
5. その他（ ）

(3) 所在地をお答えください。

1. 茨城県
2. 茨城県以外の都道府県

(4) 精神科病床数をお答えください。

（ ） 床

(5) 1 日の外来患者数のおおよそをお答えください。

1. ～19 人
2. 20 人～49 人
3. 50 人～99 人
4. 100 人以上

問 3. 平成 16 年度に主治医として治療にかかわった犯罪（児童虐待、ドメスティック・バイオレンス含む）の被害者及びその家族についてお伺いします。

(1) 平成 16 年度に主治医として治療に関わった事例で、児童虐待に関連する事例が何人あったかお伺いします。以下の内容に当てはまる相談が何人あったかについて相談者の男女別の人数をご記入ください。なお、ここでいう児童虐待は、児童虐待防止法の定義により、18 歳未満の子どもに対し、保護者から身体的、性的、心理的虐待およびネグレクト（養育放棄）がおこなわれたものをさします。

* 相談の内容が複数の被害項目にわたる場合は、最も大きな被害をもたらしていると思われる内容を選んでください。

被 害 内 容 事 例 数	被害者本人 (人)		被害者の家族 (人)		合計 (人)
	男性	女性	男性	女性	
①殺人・傷害致死					
②身体的虐待					
③性的虐待					
④心理的虐待					
⑤ネグレクト（養育放棄など）					
⑥その他（ ）					

(2) 平成 16 年度に主治医として関わった事例で、配偶者間暴力に関連する事例が何人あったかお伺いします。以下の内容に当てはまる相談が何人あったかについて相談者の男女別の人数をご記入ください。なお、ここでいう配偶者間暴力は、「配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律」の定義により、配偶者(内縁関係を含む)から加えられる心身に有害な影響を及ぼす行為を指します。

* 相談の内容が複数の被害項目にわたる場合は、最も大きな被害をもたらしていると思われる内容を選んでください。

被 害 内 容 事 例 数	被害者本人 (人)		被害者の家族 (人)		合計 (人)
	男性	女性	男性	女性	
①殺人・傷害致死					
②身体的虐待					
③性的虐待					
④心理的虐待					
⑤その他（ ）					

別紙 1

(3) 平成 16 年度に主治医として治療を行った事例で、児童虐待および配偶者間暴力以外の犯罪や事故の被害に関連する事例が何人あったかお伺いします。以下の内容に当てはまる相談が何人あったかについて相談者の男女別の人数をご記入ください。*相談の内容が複数の被害項目にわたる場合は、最も大きな被害をもたらしていると思われる内容を選んでください。

被害内容		被害者本人 (人)		被害者の家族 (人)		合計 (人)
		男性	女性	男性	女性	
①殺人・傷害致死						
不慮の事故 注2)	②死亡					
	③死亡以外 (身体的・精神的な被害)					
④身体的暴力 (殺人未遂, 傷害, 強盗傷害等)						
⑤性的暴力 (強姦, 強姦未遂, 強制わいせつ等)						
⑥財産被害 (窃盗・詐欺・横領等)						
⑦誘拐・監禁・人質						
⑧ストーキング						
⑨戦争・テロ						
⑩その他の犯罪被害						

注 1) 子どもから親への暴力や学校でのいじめについては被害者がけがを負ったり、警察へ通報のあった事例についてお書きください。

注 2) ここでいう事故とは、自動車事故、鉄道事故、放射能漏れ事故などの不慮の事故 (いわゆる業務上過失) で、明らかに本人の過失によるものは除きます。

注 3) その他の内容については下記に具体的内容をお書きください。

(具体的内容 : _____)

(4) (1)、(2)、(3)で被害者本人と遺族 (表 部分) の治療の経験があると回答した方は、個々の事例について事例シート (別紙 1) にご記入ください。大変お手数をおかけします。

平成 16 年度に被害者およびその家族の治療経験がない方は以下の問いにお答えください。

平成 16 年度に限らず、これまで前述のような被害者およびその家族の治療に関わったことがありますか。

<p>1. ない</p> <p>2. ある</p>

問 4. 被害者およびその家族の治療に関連した研修等についてお伺いします。

(1) これまでに被害者や PTSD に関連した研修会（ワークショップ）に参加したことがありますか。

1. ない
2. ある → a. 「こころの健康づくり対策研修会」（日本精神科病院協会主催）
b. 「外傷性ストレス反応過程研修」（国立精神・神経センター精神保健研究所主催）
c. その他（ ）

(2) これまでに以下のような施設で勤務したことはありますか（嘱託・非常勤含む）（複数回答可）。

1. 児童相談所
2. 婦人相談所・女性センター
3. 児童養護施設・乳児院
4. 母子生活支援施設
5. 被害者支援団体
6. 刑務所
7. 少年院
8. 児童自立支援施設
9. 鑑別所
10. 警察及び関連機関
11. その他・・・ a.被害者に関連した機関（ ）
b.加害者に関連した機関（ ）

(3) 「児童虐待の防止等に関する法律」（「児童虐待防止法」）の内容を知っていますか。

1. 知らない
2. 少し知っている
3. よく知っている

(4) これまでに児童虐待に関連して児童相談所へ通告を行ったことがありますか。

1. ない
2. ある

(5) これまでに児童虐待に関連して、関係者（被害児童、虐待の加害者、その他家族など）に児童相談所の情報を提供したことがありますか。

1. ない
2. ある

(6) 「配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律」（「DV 防止法」）の内容を知っていますか。

1. 知らない
2. 少し知っている
3. よく知っている

(7) これまでに配偶者間暴力（以下 DV）に関連して警察あるいは配偶者暴力相談センターに通報をしたことがありますか。

1. ない
2. ある

別紙 1

(8) これまでに DV に関連して、関係者（被害者、加害者、その他家族など）に婦人相談所等関連機関の情報を提供したことがありますか。

1. ない 2. ある

(9) 「犯罪被害者等基本法」の内容を知っていますか。

1. 知らない 2. 少し知っている 3. よく知っている

(10) これまでに被害者およびその家族について司法的な関与を行ったことがありますか（複数回答可）。

1. 民間の保険のための診断書を作成した 2. 裁判のための診断書を作成した 3. 裁判のための意見書や鑑定書を作成した 4. 証人として裁判所へ出廷した 5. 警察や検察に口頭で意見を述べた 6. 裁判や取調べに付き添いとして同行した 7. その他（具体的に： _____） 8. 特に司法的関与は行ったことはない

問 5. 他機関との連携についてお伺いします。

(1) これまでに下記の団体と、犯罪被害者及びその家族への対応で連携したことがありますか。当てはまる番号に○を記入してください（複数回答可）

機関	連携の内容			
	患者を紹介された	ケースの相談を受けた	症例検討会をした	患者にこの機関の情報提供をした
①警察	1	2	3	4
②児童相談所	1	2	3	4
③婦人相談所	1	2	3	4
④民間被害者支援団体	1	2	3	4
⑤その他 (_____)	1	2	3	4

(2) 上記（1）の内容以外の連携を行っている場合には、連携について具体的な内容をお書き下さい。

問 6. 被害者及びその家族の治療をするうえで、どのようなことを感じられているかについて
 お伺いします。治療を経験していない方は、もし治療をすることになったらという仮定で
 教えてください

被害者の治療を行ううえでどのようなことを感じられているか、次の各項目のあてはまる番号に○をつけてください。

	全くそうである	どちらかといえば そうである	い どちらともいえな い	どちらかという と そうではない	全くそうではない
① 治療についての技術や知識が不足している	1	2	3	4	5
② 治療を行う時間が十分でない	1	2	3	4	5
③ 被害者やその家族を傷つけてしまうのではと不安を感じる	1	2	3	4	5
④ 相談や治療を行う中で無力感を感じる	1	2	3	4	5
⑤ 司法関係（警察や裁判に関連する事項）の知識が不足している	1	2	3	4	5
⑥ 被害者に係わる他の機関についての知識が不足している	1	2	3	4	5
⑦ 診療報酬にみあわない	1	2	3	4	5
⑧ 治療に意義ややりがいを感じている	1	2	3	4	5
⑨ 治療や支援に関心をもっている	1	2	3	4	5

問 7. 今後、被害者及びその家族の治療をするにあたって、どのようなものが必要かについて
お伺いします。

あなたが将来、犯罪被害者等の治療をより積極的に行う場合、以下の事項の必要性について、あなたのお考えで最もあてはまる番号に○をつけてください。

	全く そう 思う	やや そう 思う	どちら とも いえ ない	やや そう 思 わ な い	全く そう 思 わ な い
① 被害者の精神的支援についての行政的施策の推進	1	2	3	4	5
② 所属医療機関が犯罪被害者への治療により関心を持つこと	1	2	3	4	5
③ 犯罪被害者およびその家族の支援や治療のガイドライン	1	2	3	4	5
④ PTSDの治療ガイドライン	1	2	3	4	5
⑤ PTSDの診断名で治療薬が保険適応になること	1	2	3	4	5
⑥ 認知行動療法やEMDR等の時間のかかる精神療法の診療報酬のひきあげ	1	2	3	4	5
⑦ 被害者および遺族の医療費の無料化や補助制度	1	2	3	4	5
⑧ 被害者および遺族のカウンセリング費用に関する補助制度	1	2	3	4	5
⑨ 犯罪被害者支援やPTSDの治療に関する専門的知識の情報提供を行う機関	1	2	3	4	5
⑩ PTSDの専門治療（認知行動療法等）やアセスメントに関する研修会	1	2	3	4	5
⑪ 犯罪被害者の支援や治療・相談に関する研修会	1	2	3	4	5

その他、今後被害者の治療をするにあたって必要と思われることがありましたらご記入ください。

問 8. 犯罪の被害者とその家族の治療に関連してご意見がありましたらご自由にお書きください

最後にご記入漏れがないかご確認下さい。ご協力ありがとうございました

事例シートの記入にあたって

調査票 問 3 (1) (2) (3) で児童虐待、配偶者間暴力および一般刑法犯罪の被害者本人、遺族(問 3 表 部分) の相談の経験があると回答した方は、ご経験されたすべての事例について、事例シート一枚に 1 事例ずつご記入下さい。

事例シートは 5 枚お送りしておりますが、もし不足する場合には、恐縮ですが、シートをコピーしてご記入下さい。

記入されました事例シートは、調査票と一緒に返信用封筒でご返送下さい。

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究
分担研究報告書

精神保健福祉センターにおける犯罪被害者等への支援のあり方に関する研究

分担研究者 山下俊幸（京都市こころの健康増進センター）
中島聡美（国立精神・神経センター精神保健研究所）
辰野文理（国士舘大学）

研究要旨

平成 16 年 12 月、犯罪被害者等基本法が成立し、平成 17 年 12 月 27 日には、「犯罪被害者等基本計画」が閣議決定され、今後、司法・保健医療・福祉の各領域での支援体制の構築や連携の必要性が求められるようになった。

「犯罪被害者等基本計画」においては、「厚生労働省において、精神保健福祉センター、保健所等が犯罪被害者等支援に係る諸機関・団体等との連携・協力を充実・強化し、犯罪被害者等支援に係る諸機関・団体等の犯罪被害者等支援に関する諸制度等に関する案内書・申込書等を常備し、提供等していくことを含め、犯罪被害者等の支援等に関する情報提供、相談等を適切に行うことを推進する」と定められている。

したがって、犯罪被害者等支援において、地域精神保健福祉の技術的中核機関である精神保健福祉センターにも、一定の役割が期待されていることとなる。そこで、本研究では、精神保健福祉センターにおける犯罪被害者等支援の取り組みの現状を明らかにするとともに、今後、精神保健福祉センターでどのような犯罪被害者等への支援が可能か、その場合の課題は何かということを検討することとした。また、近年その必要性が高いと言われている、犯罪被害者等の自助グループ支援のあり方についても検討することとした。

そこで、平成 17 年度は、1) 全国の精神保健福祉センターにおける犯罪被害者等支援の現状と今後の支援のあり方について質問紙調査を実施した。2) 全国の犯罪被害者等に関連した自助グループの活動内容等をインターネットによるホームページ検索により把握し、自助グループ支援を検討するための基礎資料を収集した。

精神保健福祉センターを対象とした調査では、精神保健福祉センターの概況（人口規模、職員体制、診療体制等が大きく異なること）、現在の取組状況（精神保健福祉相談、技術援助、教育研修等が中心であること）、今後の課題（職員研修や医療体制の充実の必要性）などが明らかとなった。今後は、支

援のためのガイドラインの作成、精神保健福祉関係職員を対象とした研修の充実、民間団体を含めた関係機関との連携、自助グループについての情報収集と情報提供などについて、さらに検討を進めていくことが必要である。

自助グループ支援のための基礎調査では、ホームページを通して自助グループの概況が明らかとなった。今後は、自助グループ支援に関する先行研究（交通事故被害者）のレビュー及び犯罪被害者等のための自助グループ支援のあり方について検討が必要である。

研究協力者

川島道美（千葉県精神保健福祉センター）
富永秀文（鹿児島県精神保健福祉センター）
橋爪きょう子（筑波大学）
細矢幸子（ACプランニング）

A. 研究目的

平成16年12月、犯罪被害者等基本法が成立し、平成17年12月27日には、「犯罪被害者等基本計画」が閣議決定され、今後、司法・保健医療・福祉の各領域での支援体制の構築や連携の必要性が求められるようになった。これまでの犯罪被害者や遺族への調査では、多くの被害者や遺族が深刻な精神的影響を受けているにもかかわらず、保健医療領域の支援を十分に受けていない状況にあることが示唆されている。

しかし、これまで精神保健医療領域においては犯罪被害者等を対象とした調査が行われていないため、犯罪被害者及びその家族の置かれている現状および精神的状態とそれに応じた支援体制についての調査を実施し、実状に基づいた犯罪被害者等支援の具体化を目指すことが求められている。

「犯罪被害者等基本計画」においては、「厚生労働省において、精神保健福祉センター、保健所等が犯罪被害者等支援に係る諸機関・団体等との連携・協力を充実・強

化し、犯罪被害者等支援に係る諸機関・団体等の犯罪被害者等支援に関する諸制度等に関する案内書・申込書等を常備し、提供等していくことを含め、犯罪被害者等の支援等に関する情報提供、相談等を適切に行うことを推進する」と定められている。

したがって、地域精神保健福祉の技術的中核機関である精神保健福祉センターにも、一定の役割が期待されていることとなる。そこで、本研究では、精神保健福祉センターにおける犯罪被害者等支援の取り組みの現状を明らかにするとともに、今後、精神保健福祉センターでどのような犯罪被害者等への支援が可能か、その場合の課題は何かということを検討することとした。また、近年その必要性が高いと言われている、犯罪被害者等の自助グループ支援のあり方についても検討することとした。

そこで、平成17年度は、1) 全国の精神保健福祉センターにおける犯罪被害者等支援の現状と今後の支援のあり方について調査検討すること、2) 全国の犯罪被害者等に関連した自助グループの活動内容等を把握し、自助グループ支援を検討するための基礎資料を収集すること、を目的とする。

B. 研究方法

I 全国精神保健福祉センター調査

全国 63 ヲ所の精神保健福祉センターを対象に郵送により質問紙調査「精神保健福祉センターにおける犯罪被害者及びその家族への支援についての取り組みの現状と今後の支援のあり方に関する調査」を実施した。本調査研究は、国立精神・神経センター倫理審査委員会の承認を得た。調査の実施に当たっては、全国精神保健福祉センター長会の協力を得て実施した。(資料 1)平成 17 年 12 月中旬に郵送し、平成 18 年 1 月 16 日を返送の締め切りとした。未回答のセンターには再度回答を依頼した。調査内容は、資料 2, 3 のとおりであるが、大きく分けて、①センターの概要(問 1)、②電話及び面接による相談業務について(問 2、3、4)、③教育研修・技術援助等の実施状況について(問 5)、④他機関との連携について(問 6)、⑤今後の課題について(問 7)、調査した。②については、平成 16 年度を対象とし、③については、平成 14~16 年度を対象とした。調査結果の分析については、②を主に中島聡美分担研究者が担当し、③、④、⑤を主に筆者が担当した。②については、中島聡美分担研究報告書として報告した。

II 自助グループ支援のための基礎調査

インターネットによるホームページの検索を通して、犯罪被害者等に関連した自助グループについて、ホームページを開設しているグループを中心に調査した。合わせて、犯罪被害者支援を行っている民間支援団体について調査した。

III 倫理面への配慮

調査 I では、調査票記載の担当者名につ

いては、分析のためのデータには入力しないものとした。調査票の原票は、国立精神・神経センター精神保健研究所成人精神保健部において厳重に管理することとした。研究結果の報告にあたっては個々の機関が特定されるような情報は公表しないものとした。調査票郵送時に研究目的、背景、倫理的配慮、情報の保護について記載した説明文書を添付し、調査票の返信をもって調査同意とした。また本研究については国立精神・神経センター倫理審査委員会で承認を受けた。

調査 II では、インターネット上ですでに公開されたデータに基づいて調査することで、倫理面への配慮とした。

C. 研究結果

I 全国精神保健福祉センター調査

1) 精神保健福祉センターの概況

(1) 回収率

63 ヲ所のうち 56 ヲ所の精神保健福祉センターから回答があり、回収率は 88.9%であった。以下の百分率%は、有効回答に対するものである。

(2) 管内人口規模(図 1)

最大値は 616 万人、最小値は 71 万人で約 9 倍の開きがあった。100~199 万人が 28 ヲ所(50.9%)と半数を占め、200~299 万人が 10 ヲ所(18.2%)であった。

(3) 常勤職員数(図 2~6)

最大値は 90 名、最小値は 5 名、平均値は 17.3 名、最頻値 8 名 7 ヲ所(12.5%)、次が 9 名 6 ヲ所(10.7%)であった。医師数は最大値 8 名、最小値 1 名で、1 名が 21 ヲ所(37.5%)、2 名が 20 ヲ所(35.7%)で、両者で 73.2%を占めた。保健師は 2 名 17

カ所(30.4%)、3名14カ所(25.0%)で、両者で55.4%を占めた。精神保健福祉士は0名28カ所と半数を占め、1名8カ所(14.3%)、2名6カ所(10.7%)の両者で25%を占めた。臨床心理技術者は0名11カ所(19.6%)、1名15カ所(26.8%)、2名15カ所(26.8%)であった。

(4) 事業内容

電話相談、来所相談はほとんど実施していたが、診療については実施35カ所(62.5%)にとどまった。思春期相談49カ所(87.5%)、アルコール相談43カ所(76.8%)、アルコール依存症、薬物依存症等のミーティング35カ所(62.5%)、ひきこもり等のミーティング44カ所(78.6%)が実施していた。デイ・ケア等のリハビリテーションは29カ所(51.8%)が実施していた。

(5) 犯罪被害者等、PTSDに詳しい管内の医療機関の数

有効回答43センターのうち、0カ所が22センター(51.2%)、1カ所が7センター(16.3%)、2カ所が3センター(7.0%)で、3カ所が4センター(9.3%)で、以上で83.7%となった。

(6) 管内の大規模災害、犯罪、事故の有無

32カ所(57.1%)が経験していた。

2) 被害者支援への取組状況(平成14-16年度)

(1) 会議等の開催、参加(図7)

平成14年度39カ所、平成15年度46カ所で、平成16年度は44カ所(80.0%)が参加等していた。

(2) 支援計画策定等への参画(図8)

平成14年度3カ所、平成15年度3カ所

で、平成16年度は5カ所(9.3%)であった。

(3) 技術援助(図9)

平成14年度11カ所、平成15年度12カ所で、平成16年度は14カ所(25.5%)が実施していた。

(4) 教育研修(図10)

平成14年度5カ所、平成15年度6カ所で、平成16年度は10カ所(18.2%)が実施していた。

(5) 普及啓発(図11)

平成14年度2カ所、平成15年度2カ所で、平成16年度は5カ所(9.1%)であった。

(6) 調査研究(図12)

平成14年度1カ所、平成15年度0カ所で、平成16年度は2カ所(3.6%)と、極めて少なかった。

(7) 自助グループ等(図13)

平成14年度1カ所、平成15年度3カ所で、平成16年度は2カ所(3.6%)と、極めて少なかった。

3) 関係機関との連携

都道府県警察ごとに開催されている犯罪被害者支援連絡協議会には84.9%が参加していた。(図14)

(1) 警察(図15)

情報提供が32カ所、ケースの相談7カ所、ケースの紹介8カ所、事例検討1カ所であった。

(2) 児童相談所(図16)

情報提供が28カ所、ケースの相談12カ所、ケースの紹介15カ所、事例検討10カ所であった。

(3) 婦人相談所(図17)

情報提供が35カ所、ケースの相談9カ所、ケースの紹介15カ所、事例検討5カ所であ

った。

(4) 民間被害者支援団体(図 18)

情報提供が 26 ヶ所、ケースの相談 1 ヶ所、ケースの紹介 8 ヶ所、事例検討 0 ヶ所であった。

4) 今後の取り組みの優先度

この設問は、限られた体制や財源の中では、優先度の高い事業から取り組まざるをえないという精神保健福祉センターのおかれている状況を考慮して作成したもので、優先度が低いものは不要という意味ではないことに注意しなければならない。

(1) 優先度の高い事業(図 19)

精神保健相談 33 ヶ所、関係機関等との連携 32 ヶ所、技術援助と教育研修は各 22 ヶ所、相談・診療 21 ヶ所、自助グループ 8 ヶ所であった。

(2) 優先度の低い事業(図 20)

調査研究 40 ヶ所、企画立案 33 ヶ所、被害者等への情報提供 22 ヶ所、普及啓発 21 ヶ所であった。

5) 被害者等支援を行う場合に必要な事項(図 21~34)

これは、将来的に被害者等のこころのケアをより積極的に行うことになった場合の必要性について尋ねたものである。「全くそう思う」、「ややそう思う」を加えたものを高い順に並べると、「職員のための研修の充実」が 92.5%と最も多く、「犯罪被害者の支援や治療・相談に関する研修会の開催」が 92.4%、「治療に詳しい医療機関の充実」が 90.5%と続いた。以下、「行政的施策の推進」88.7%、「専門治療やアセスメントに関する研修会の開催」86.7%、「職員の増員」84.9%、

「犯罪被害者等の支援や治療のガイドラインの開発」83.0%、「犯罪被害者等の医療費の負担軽減」71.1%であった。最も低かったのは「センター運営要領に業務として盛り込む」39.6%であった。

6) 自由記載意見

(1) これらの取り組みを急がねばならない現状はあるが、当センターは精神科救急業務のため、相談体制システムの整備が弱くなっている。

(2) 当センターでは、精神保健福祉相談や電話相談の他にアルコールや思春期などの特定相談や事業各種の研修、うつ病対策やひきこもり対策、さらには自殺予防対策等、時代のニーズに応じて事業を展開しているが、現在の少ない陣容で、さらに犯罪の被害者および家族の支援という面で中心に関わっていくということは不可能であり、現段階では側面的な援助や支援の段階ではないかと思われる。

(3) 自助グループでなければできないような相談が多く、その役割は非常に重要なので、何らかの形で自助グループでの活動を支援してゆけばよいと思う。そのためにも、センターとしても広報・研修相談等での取り組みをより充実する必要があると考える。

(4) 警察が支援を行う際の使命の周知と、他機関連携が必要な場合の実質的な連携のあり方を共有しておく必要がある。

(5) 職員の中に被害者及び家族支援の経験がないため着手出来ないでいるが、重要な支援対象であることは認識している。研修の受講により、各職員が持つ既存の技術で十分対応出来ると確認出来たので、是非

関わって行きたい。研修の効果も非常に大きいと思われる。

(6) 現在、相談業務が縮小傾向であり、他の相談も含め少しずつしか受けがたい状況なので、犯罪被害者の方への支援が足りないと感じつつも、なかなかふみきれずにいる。また、医薬品や医療器具も全くなく、少し心配である。

II 自助グループ支援のための基礎調査 (資料 4-5)

ホームページを開設している自助グループを中心にインターネットにより調査し、一覧表を作成した。被害者自身の体験などは多数検索されたが、ここでは、自助グループとして活動していると推定されているものを掲載した。犯罪被害者を中心とした 8 団体、交通事故被害者を中心とした 5 団体、DV 被害者等を中心とした 1 団体であった。インターネットによる検索のみで、個々のグループに当たって調査しているわけではない。したがって、これらはすべての自助グループを網羅しているわけではなく、また必ずしも代表的なものばかりとは限らない。また、犯罪被害者等支援団体は 42 団体であった。

D. 考察

I 全国精神保健福祉センター調査

1) 精神保健福祉センターの概況

管内人口、職員体制ともに大きな開きがあり、診療業務については、精神保健福祉センター間の違いが少なくなかった。平均的などころでは、管内人口 100-199 万人、常勤職員数 8-9 名で、電話相談、来所相談を実施していた。診療については、実施し

ているところは 2/3 にとどまり、1/3 は実施していなかった。一方、過去 10 年間における管内における大規模災害、犯罪、事故の有無を尋ねたところ、半数以上が経験しており、今後、対応が求められることも十分考えられる。このような状況を考慮すると、今後の取り組みを考える場合、全国一律に犯罪被害者等への支援を実施するのは困難で、地域の状況を踏まえて、それぞれのセンターが判断していくことが現実的と推定される。したがって、本研究では支援のあり方についての標準的なガイドラインを示すことで、今後の支援に寄与することができると考える。

2) 被害者支援への取組状況 (平成 14-16 年度)

精神保健福祉センター運営要領に記載された「センターの業務」のうち、精神保健福祉相談を除くと、取り組んでいるところは少数であったが、講師派遣などの技術援助や研修会開催などの教育研修として取り組んでいるところが多くみられた。また、年度ごとに漸増傾向にあり、今後は、技術援助や教育研修を中心に取り組みが進む可能性が示唆された。このことは、ガイドラインを作成する上でも留意すべき点と考える。

3) 関係機関との連携

関係機関との連携では、児童相談所や婦人相談所とのつながりが強く、次に警察が続き、民間支援団体との連携は少数であった。今後、センターの取り組みを考える上で、民間支援団体との連携のあり方について、検討していく必要があると考えられる。

4) 今後の取り組みの優先度

精神保健福祉センターの限られた体制や予算の中で取り組みを進めていくためには、必要度の高いものから優先的に進めていくことが求められている。優先度が高いと考えられたものから、精神保健相談 33 ヲ所、関係機関等との連携 32 ヲ所、技術援助と教育研修は各 22 ヲ所、相談・診療 21 ヲ所となっている。この結果から、精神保健相談や技術援助、教育研修を通じて相談支援体制の充実を図るとともに、関係機関等との連携を図りつつ取り組もうとしている姿勢が示されている。この結果についても、ガイドラインの作成に当たって留意すべきと考える。

5) 被害者等支援を行う場合に必要な事項

今後取り組みを進めていく上での必要性として、「職員のための研修の充実」が 92.5%と最も多く、「犯罪被害者の支援や治療・相談に関する研修会の開催」も 92.4%と多かった。このことは、精神保健福祉センター職員をはじめとして、地域精神保健福祉業務に係わる職員への研修の必要性を示している。現在、厚生労働省の委託事業として研修会が開催されているが、その内容や実施方法等について、地域精神保健福祉関係職員がより参加しやすいものとしていくことが求められるのではないかとと思われる。

また、「治療に詳しい医療機関の充実」が 90.5%と高く、医療体制の充実も合わせて必要と考えられていた。これは、相談機能を充実させたとしても、医療体制の充実がなければ一貫した支援ができないためと考えられる。これは、概ね半数のセンターが、

管内に被害者等支援団体や PTSD に詳しい医療機関がないと答えていることとも関連しているものと推定される。

以下、「行政的施策の推進」88.7%、「専門治療やアセスメントに関する研修会の開催」86.7%、「職員の増員」84.9%、「犯罪被害者等の支援や治療のガイドラインの開発」83.0%、「犯罪被害者等の医療費の負担軽減」71.1%と続き、多くの課題が提示された。犯罪被害者等支援は、国の基本計画にも示されているとおり、大変広範囲にわたるものであり、相談等に限定されず、総合的な支援が求められているためと思われる。

6) 自由記載意見

自由記載意見は少数であったが、精神保健福祉センターの現状を反映した意見が示されたものと考えられる。犯罪被害者等への相談支援の重要性、研修の必要性は十分認識しながらも、他の業務との兼ね合いや障害者自立支援法の下での精神保健福祉センターの今後の方向性などを考慮したうえでの意見と考えられる。

II 自助グループ支援のための基礎調査

今回の調査は、インターネットによるホームページの検索であり、自助グループの詳細な内容は把握できていない。今後は、交通事故被害者の自助グループに関する先行研究等を参考に、犯罪被害者等からの聞き取りなどを含め、自助グループ支援のあり方についてさらに検討を進めたい。

E. 結論

精神保健福祉センターを対象とした調査では、精神保健福祉センターの概況、技術

援助や教育研修を中心とした現在の取組状況、精神保健相談、関係機関等との連携、技術援助、教育研修等の優先的に取り組む事業、精神保健福祉センターの機能強化等の課題等が明らかとなった。今後は、支援のためのガイドラインの作成、精神保健福祉センター職員を含めた関係職員を対象とした研修の充実、民間団体を含めた関係機関との連携、自助グループについての情報収集と情報提供などについてさらに検討を進めていく必要がある。

自助グループ支援のための基礎調査では、ホームページを通して自助グループの概況が明らかとなった。今後は、自助グループ支援に関する先行研究（交通事故被害者）のレビューを踏まえて、犯罪被害者等のための自助グループ支援のあり方について検討が必要である。

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

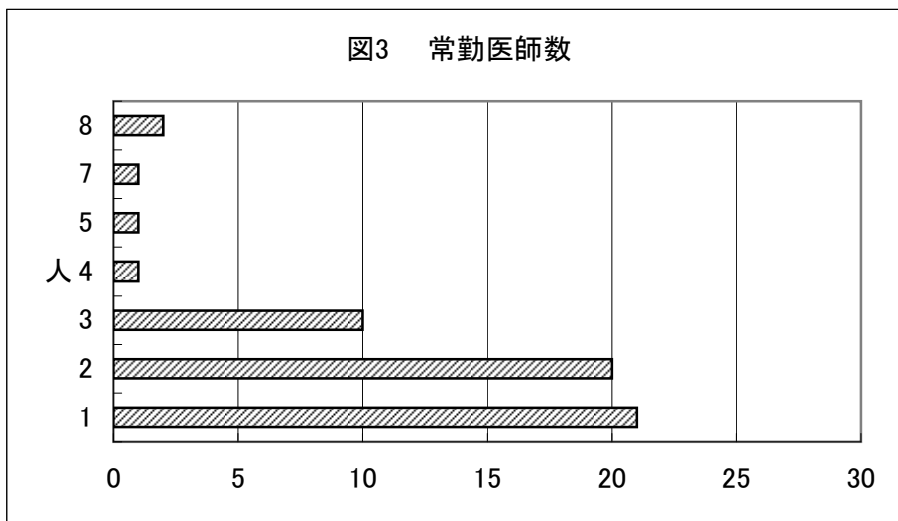
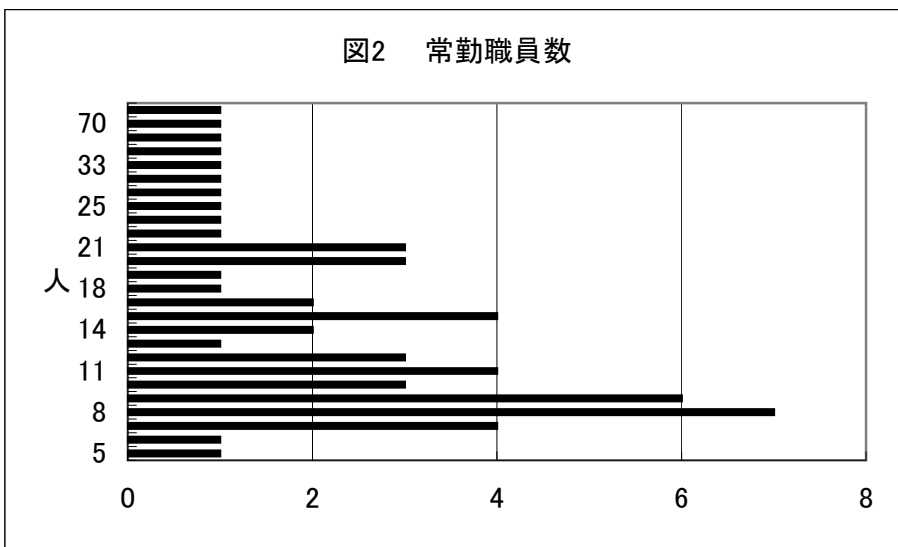
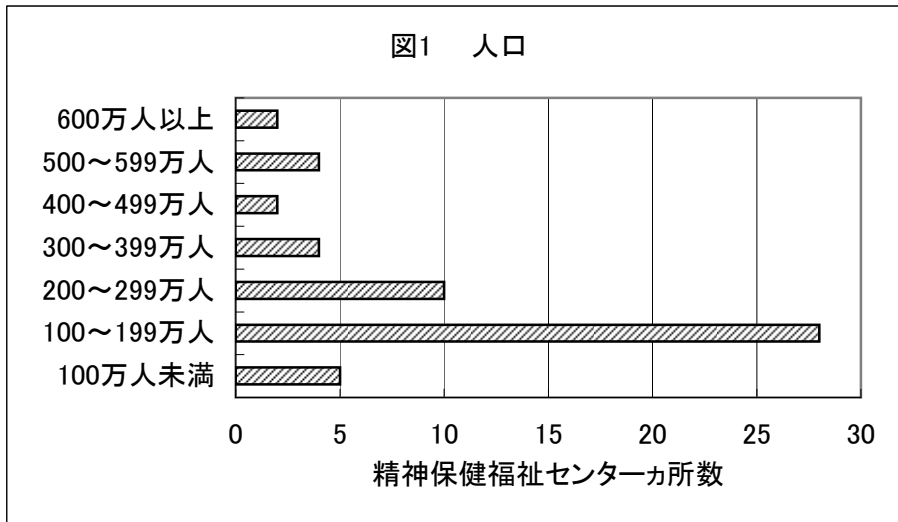


図4 常勤保健師数

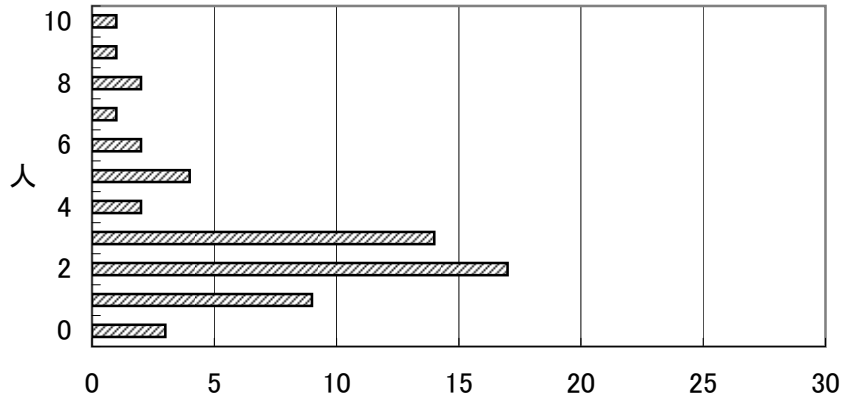


図5 常勤精神保健福祉士数

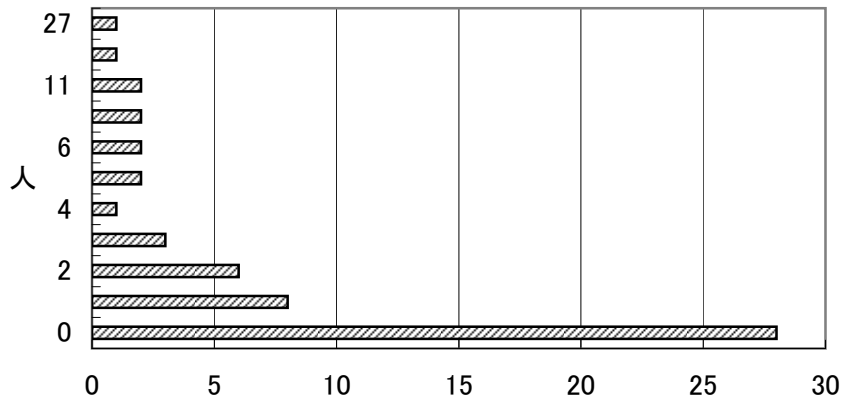


図6 常勤臨床心理技術者

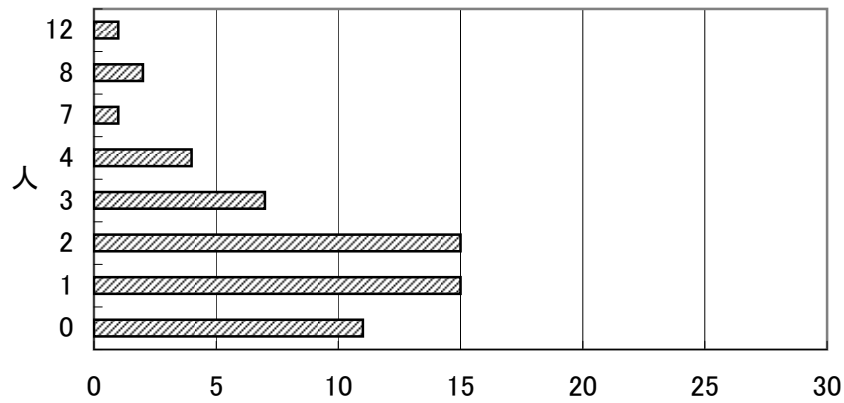


図7

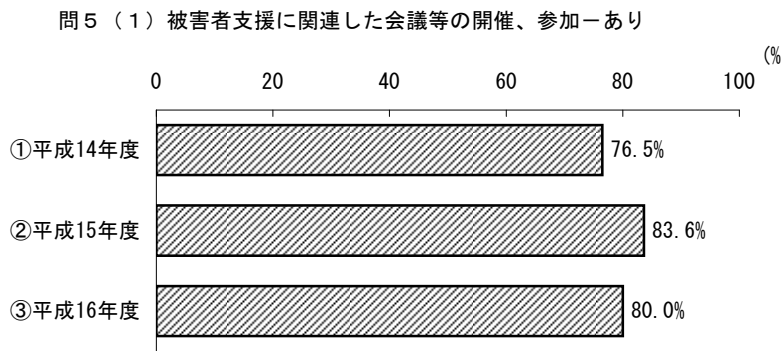


図8

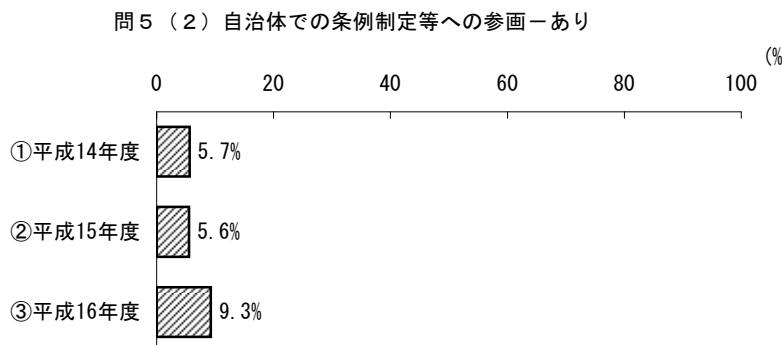


図9

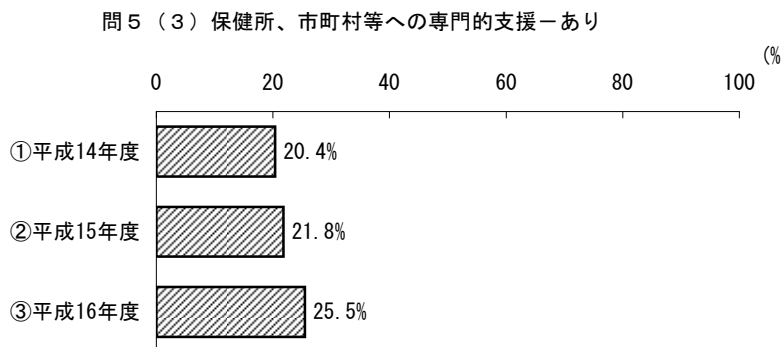


図10

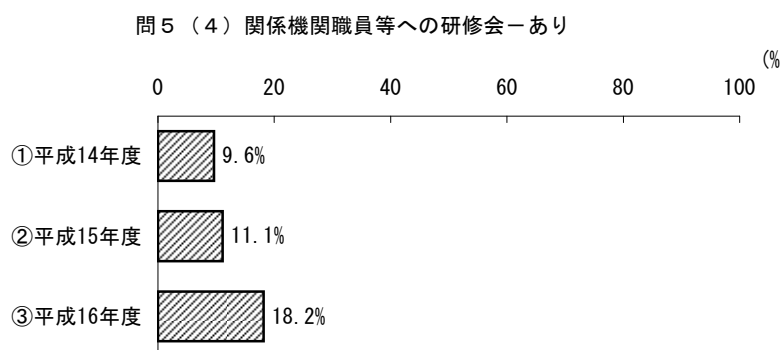


図11

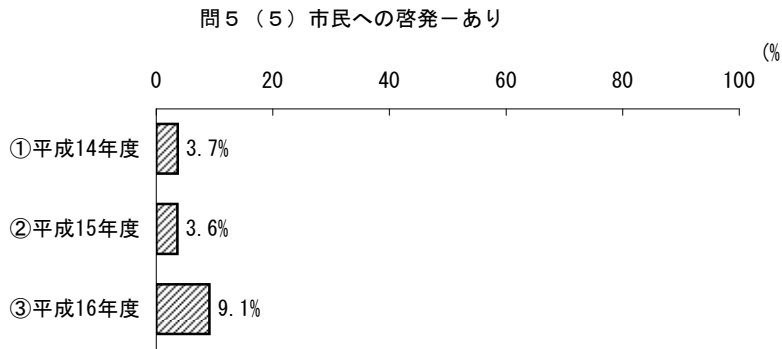


図12

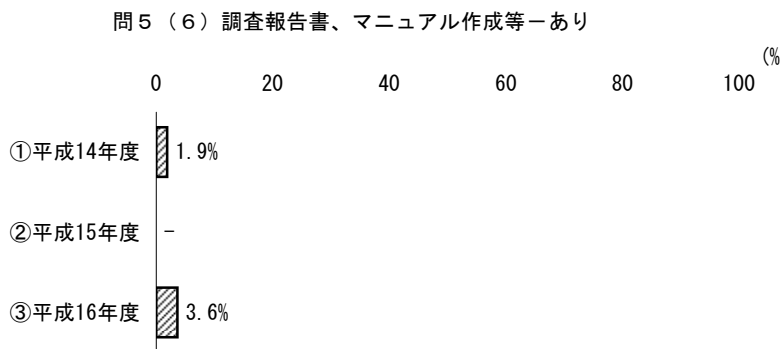


図13

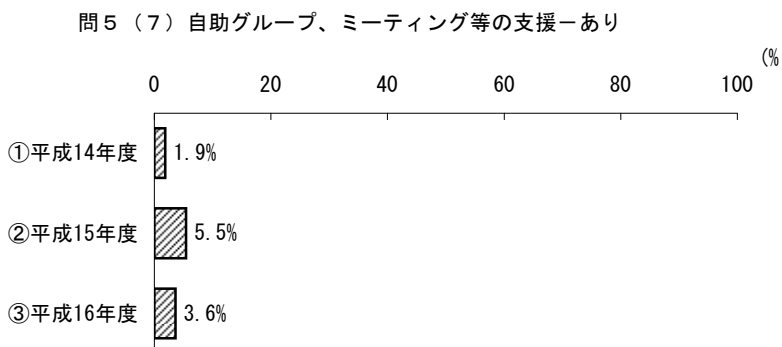


図 14

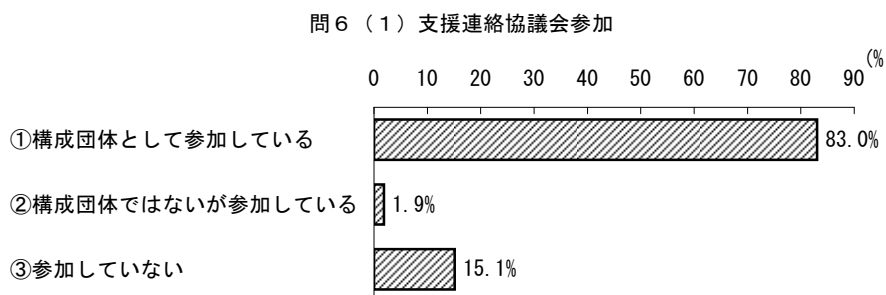


図 15

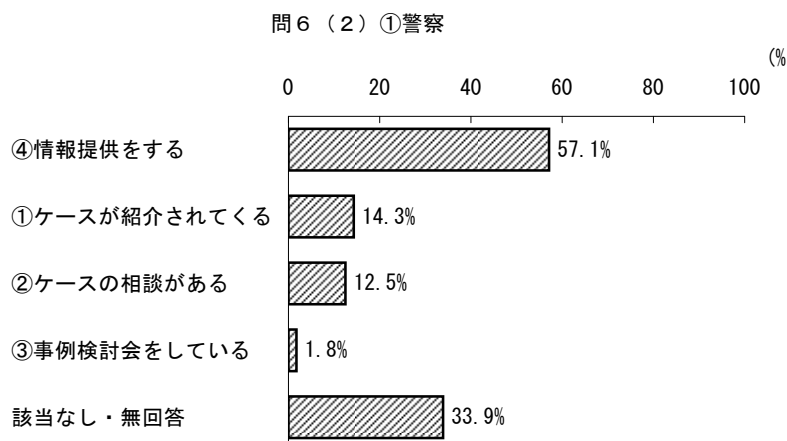


図 16

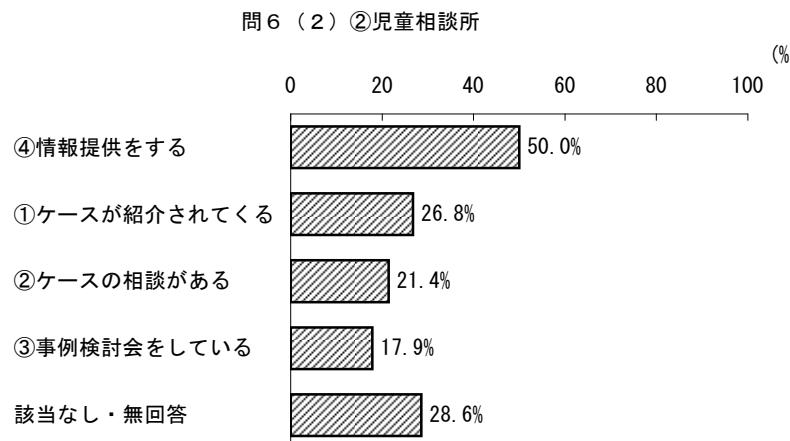


図17

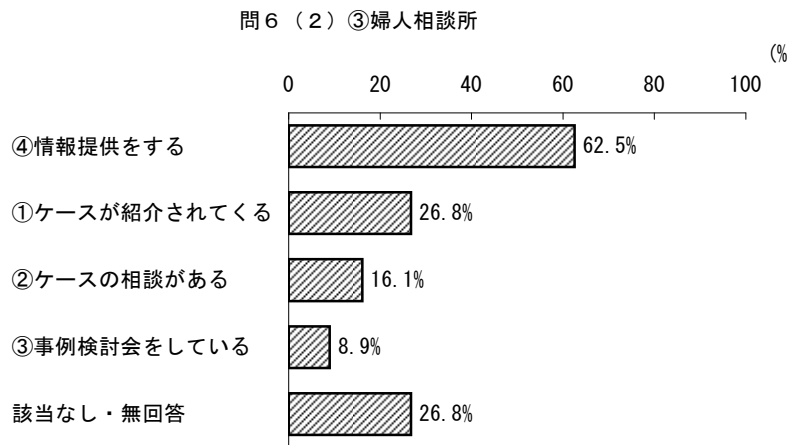


図18

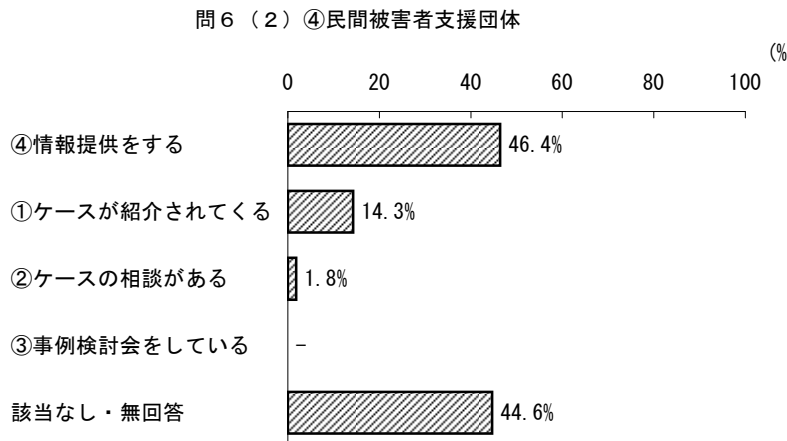


図19

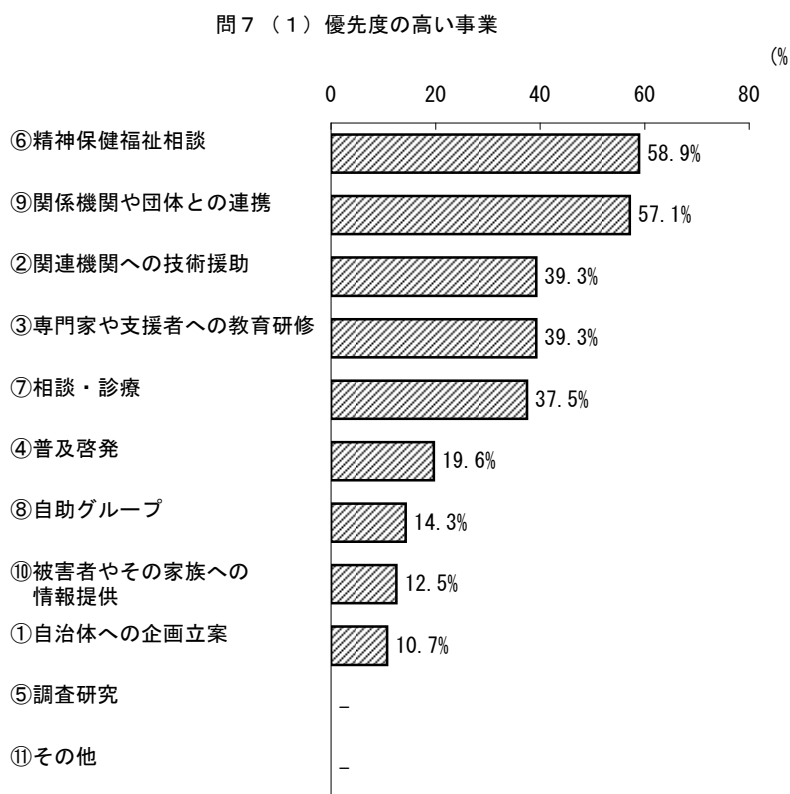


図20

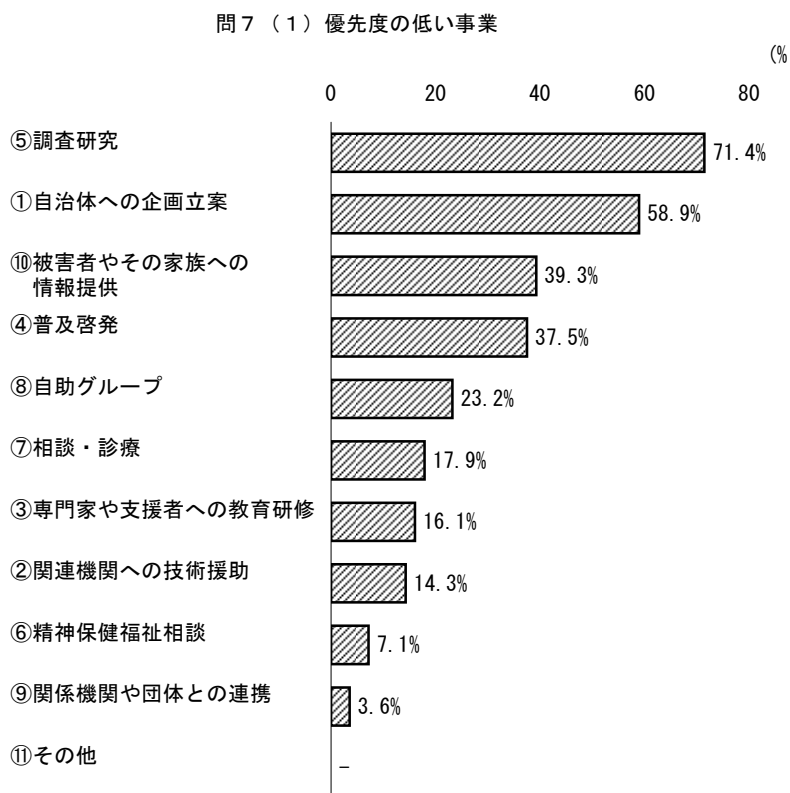


図21

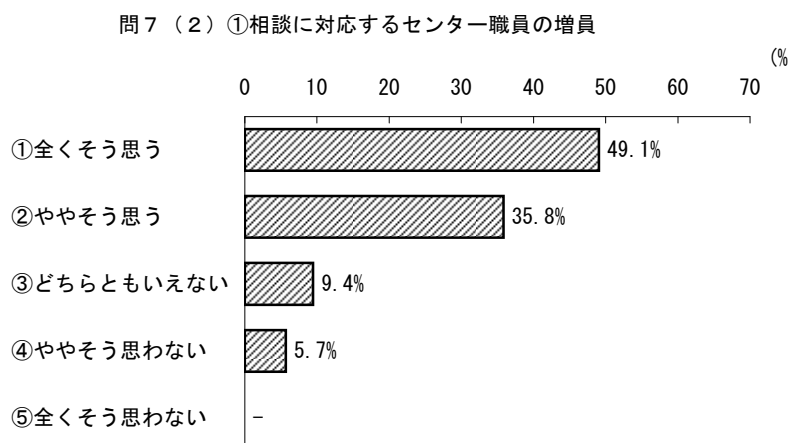


図22

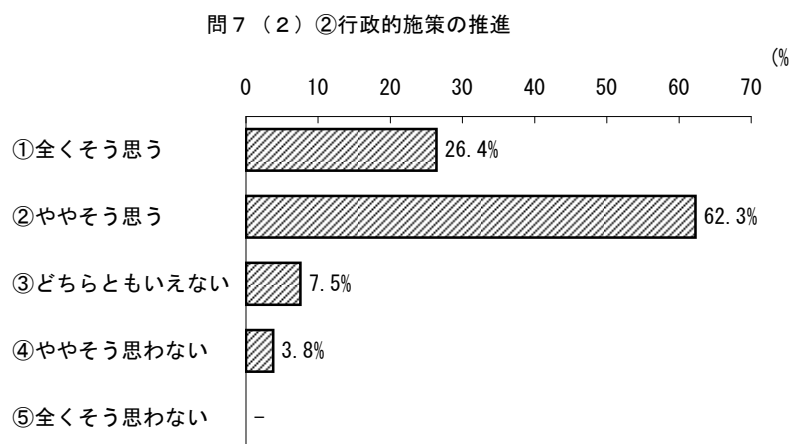


図23

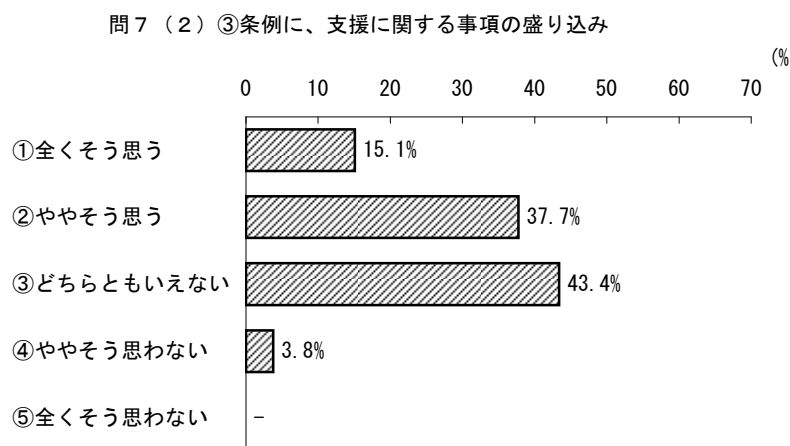


図24

問7(2)④犯罪被害者支援の業務としての盛り込み

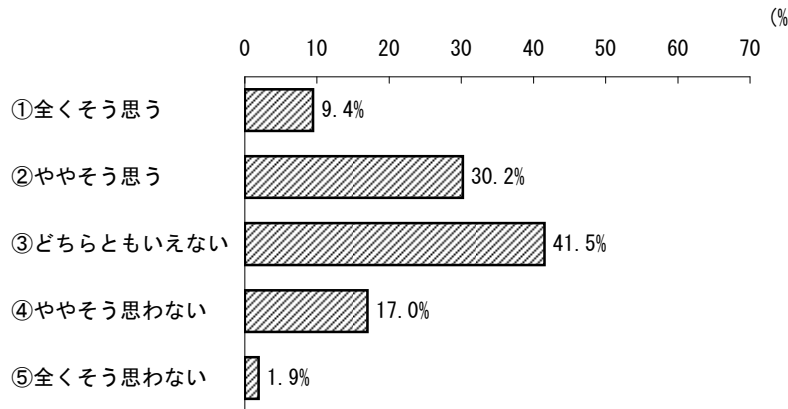


図25

問7(2)⑤職員のための研修の充実

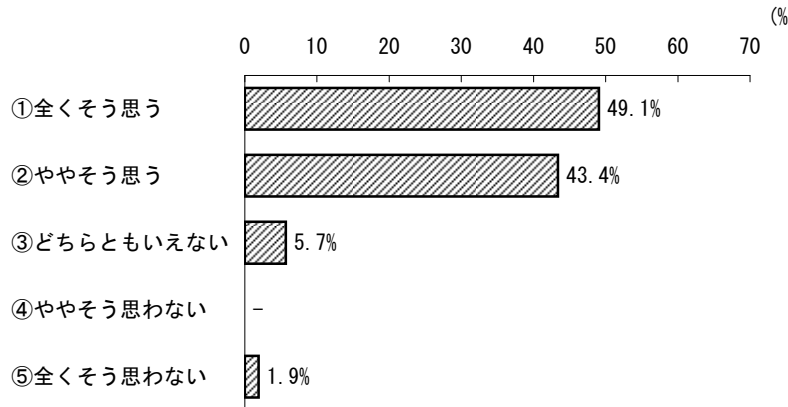


図26

問7(2)⑥PTSDの治療ガイドラインの開発

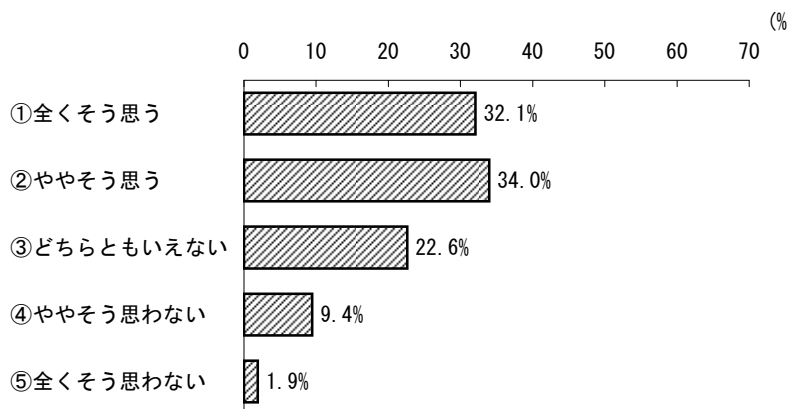


図27

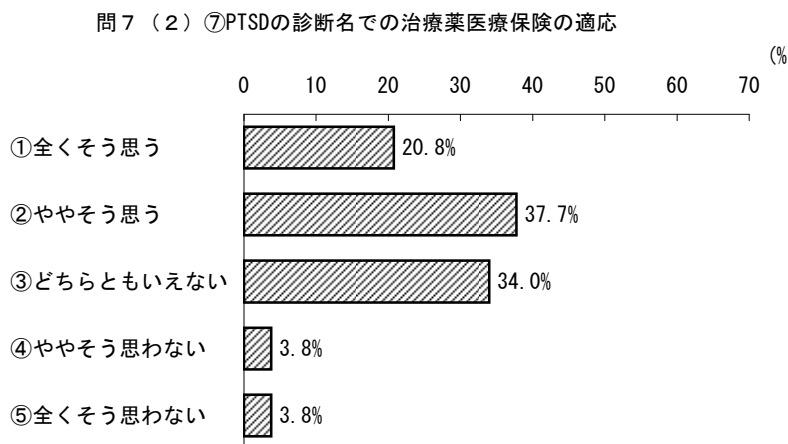


図28

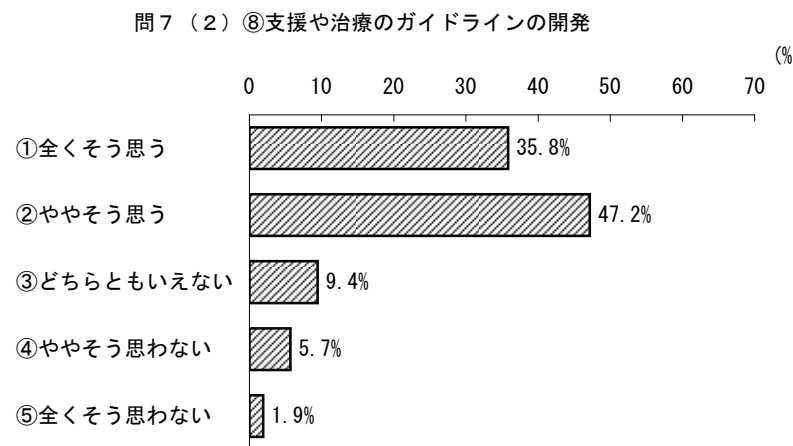


図29

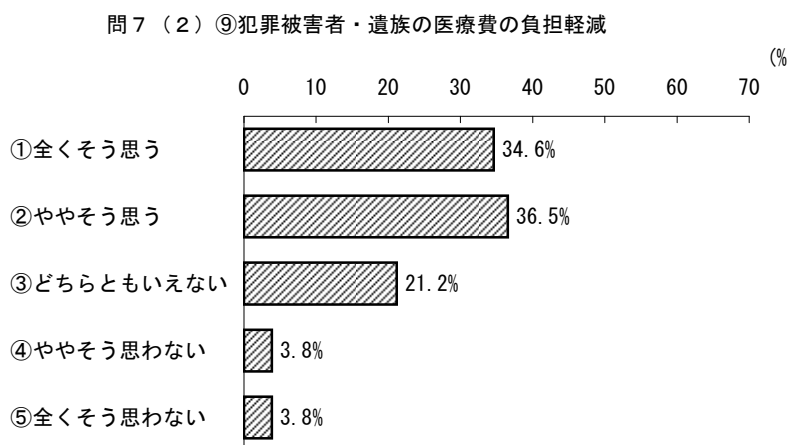


図30

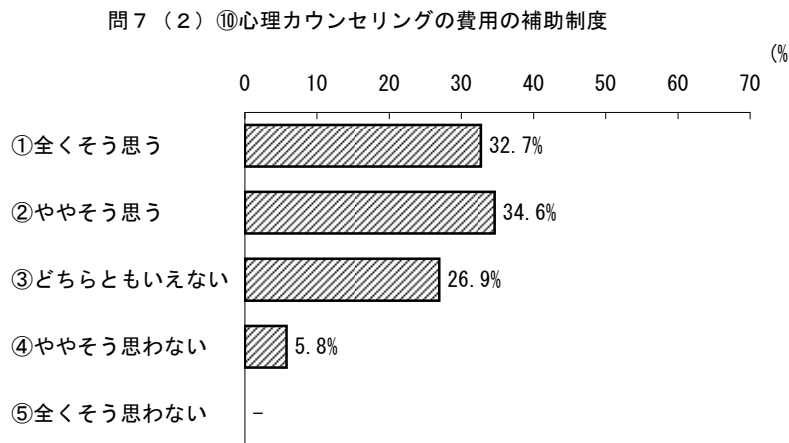


図31

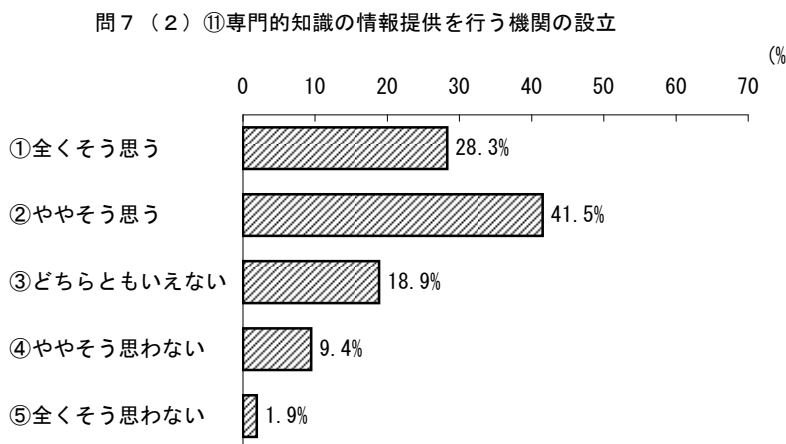


図32

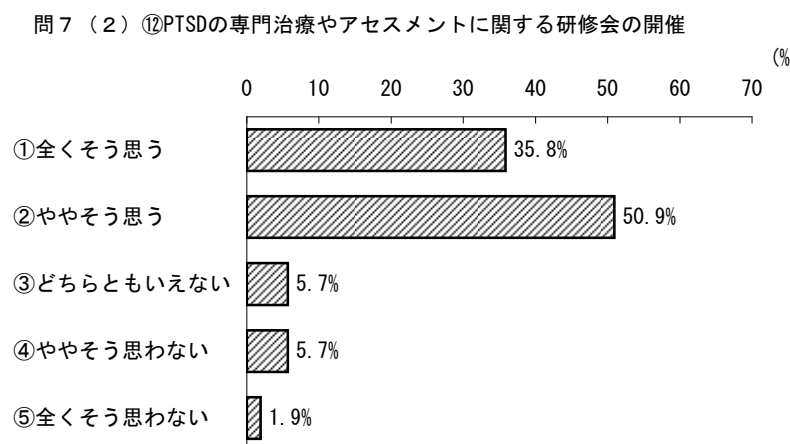


図33

問7(2) ⑬犯罪被害者の支援や治療・相談に関する研修会の開催

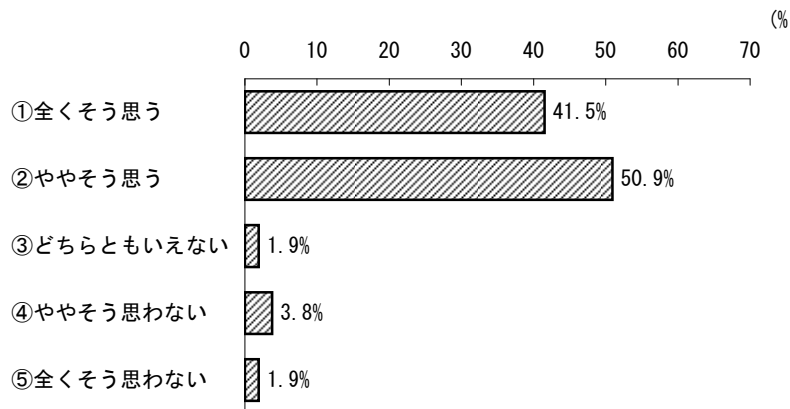
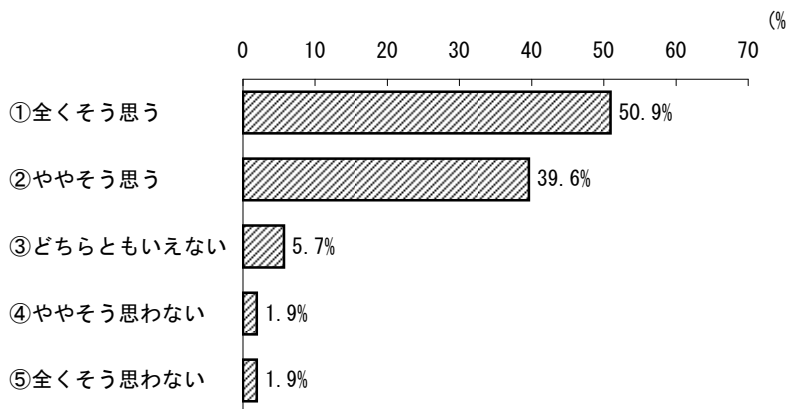


図34

問7(2) ⑭治療に詳しい医療機関の充実



全精セ京第 21 号
平成 17 年 12 月 14 日

会員各位

全国精神保健福祉センター長会
会長 山下 俊 幸

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」における調査へのご協力をお願い

寒冷の候、会員の皆様におかれましては、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。日頃は、たいへんお世話になっております。自立支援医療施行準備等でたいへんご多忙なところと推察いたします。

さて、本年 4 月 1 日犯罪被害者基本法が施行され、現在内閣府において犯罪被害者等基本計画の策定が進められています。このような中、すでにご承知のとおりセンター長会において、今年度の厚生労働科学研究「犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究」(主任研究者：小西聖子)の分担研究に取り組んでおります。

このたび、精神保健福祉センターにおける取り組みの現状等につきまして別添のとおり調査を行なうこととなりました。たいへんご多忙のところ誠に恐縮ですが、特段のご配慮をいただき、ご協力いただきますようお願いいたします。

全国精神保健福祉センター長会事務局

〒604-8845

京都市中京区壬生東高田町1-15

京都市こころの健康増進センター(加賀山)

TEL 075-314-0355

FAX 075-314-0504

精神保健福祉センターにおける犯罪被害者及びその家族への支援に
ついての取り組みの現状と今後の支援のあり方に関する調査

調査票の記入と返送について

調査票の記入、返送につきまして以下のようにお願い申し上げます。

各問について、あてはまる番号に○をつけて下さい。また、設問によっては、()内や□内に数字や回答のご記入をお願いします。

また、問3でお伺いする事例については、事例シート(別紙1)にご記入いただくようお願い申し上げます。

(1) 調査票の返送について

ご記入いただきました調査票と事例シート(別紙1)を、同封の返信用封筒に入れ、**平成18年1月16日まで**にご投函くださいますようお願い申し上げます。

(2) 資料等の送付

調査内容に関連し、貴センターで作成されました報告書、資料等をお送りいただけます場合には、同封した郵パックのラベルをお使いいただき、着払いにてお送りいただけますようお願い申し上げます。

調査に関するお問い合わせ、ご質問は下記にお問い合わせ申し上げます。

〒186-8502 東京都小平市小川東町 4-1-1

国立精神・神経センター精神保健研究所 中島聡美

TEL 042-436-1983, FAX 042-436-1986

E-mail:nakajima@ncnp-k.go.jp

可能な限り、FAXまたはE-mailにてお願いいたします。

お忙しいところ恐縮ですが、よろしくご協力お願い申し上げます。

なお、ここでいう「犯罪被害者及びその家族」とは、犯罪被害にあった被害者本人および、遺族・家族を指し、犯罪の内容には、一般刑法犯罪の他、業務上過失、児童虐待、配偶者間暴力を含みます。

調査票は全部で14ページ(このページ含む)あります。
それでは、次のページよりご記入お願いいたします。

問1. はじめに、貴センターの状況等についてお伺いします。

(1) 貴機関名

--

(2) こちらから、この調査に関する問い合わせをすることがあります。その際の担当者のお名前と電話番号をお書きください。

お名前	電話番号
-----	------

(3) 管轄地域の人口（平成16年10月時点）[小数点以下四捨五入]

万人

(4) 貴センターの職員の数

(a)	事務職を含む全職員数	常勤	_____人	、	非常勤	_____人
(b)	技術職員数					
	医師	常勤	_____人	、	非常勤	_____人
	保健師	常勤	_____人	、	非常勤	_____人
	精神保健福祉士	常勤	_____人	、	非常勤	_____人
	臨床心理技術者	常勤	_____人	、	非常勤	_____人
	その他相談等に当たる職員	常勤	_____人	、	非常勤	_____人

(5) 下記事業のうち、平成16年度に貴センターで行った事業の番号に○をつけてください（複数回答可）。

1. 電話相談 2. 来所相談 3. 診療 4. 思春期相談 5. アルコール相談 6. アルコール依存または薬物依存等の本人または家族のミーティング、グループ 7. ひきこもりの本人または家族のミーティング、グループ 8. デイ・ケア等のリハビリテーション 9. その他（具体的に： _____）

(6) 貴センターの所管地域における犯罪被害者及びその家族の相談や治療あるいは、PTSD治療に詳しい医師のいる医療機関はいくつありますか。

機関の数→ _____ 機関

(7) 過去 10 年間に貴センターの所管地域内で大規模災害・犯罪・事故などがありましたか。

1. なかった	
2. あった→	具体的に[例 JR 福知山線脱線事故]

問 2. 平成 16 年度の電話相談業務についてお伺いします。

(1) 貴センターでは、電話による相談を行っていますか。あてはまる番号に○をつけて、該当する設問におすすみください。

1. はい	→	問 2 (2) へおすすみください
2. いいえ	→	問 3 へおすすみください

(2) 貴センターの平成 16 年度の平均的な 1 週間の電話相談開設時間をお書きください。

1 週間に () 時間

(3) 平成 16 年度の電話相談の全件数は、何件でしたか。

() 件

(4) 平成 16 年度の電話相談内容の内訳をお教えてください。

① 老人精神保健	件
② 社会復帰	件
③ アルコール	件
④ 薬物	件
⑤ 思春期	件
⑥ こころの健康づくり	件
⑦ その他	件

(5) 平成 16 年 10 月の 1 ヶ月間の電話相談の全件数は、何件でしたか。

() 件

(6) 平成 16 年 10 月の 1 ヶ月間の電話相談で、児童虐待に関連する相談が何件あったかお伺いします。以下の内容に当てはまる相談が何件あったかについて相談者の男女別の件数をご記入ください。なお、ここでいう児童虐待は、児童虐待防止法の定義により、18 歳未満の子どもに対し、保護者から身体的、性的、心理的虐待およびネグレクト（養育放棄）がおこなわれたものをさします。

* 相談の内容が複数の被害項目にわたる場合は、最も大きな被害をもたらしていると思われる内容を選んでください。

被害内容 相談件数	被害者本人からの相談件数 (件)		被害者の家族からの相談件数 (件)		その他 (近隣, 教師など)からの相談件数 (件)		合計 (件)
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	
① 殺人・傷害致死							
② 身体的虐待							
③ 性的虐待							
④ 心理的虐待							
⑤ ネグレクト (養育放棄など)							
⑥ その他 ()							

(7) 平成 16 年 10 月の 1 ヶ月間の電話相談で、配偶者間暴力に関連する相談が何件あったかお伺いします。以下の内容に当てはまる相談が何件あったかについて相談者の男女別の件数をご記入ください。なお、ここでいう配偶者間暴力は、「配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律」の定義により、配偶者(内縁関係含む)から加えられる心身に有害な影響を及ぼす行為をさします。

* 相談の内容が複数の被害項目にわたる場合は、最も大きな被害をもたらしていると思われる内容を選んでください。

被害内容 相談件数	被害者本人からの相談件数 (件)		被害者の家族からの相談件数 (件)		その他 (友人, 教師など)からの相談件数 (件)		合計 (件)
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	
① 殺人・傷害致死							
② 身体的虐待							
③ 性的虐待							
④ 心理的虐待							
⑤ その他 ()							

(8) 平成16年10月の1ヶ月間の電話相談で児童虐待および配偶者間暴力以外の犯罪や事故の被害に関連する相談が何件あったかお伺いします。以下の内容に当てはまる相談が何件あったかについて相談者の男女別の件数をご記入ください。

*相談の内容が複数の被害項目にわたる場合は、最も大きな被害をもたらしていると思われる内容を選んでください。

被害内容		相談件数		被害者本人からの相談件数(件)		被害者の家族からの相談件数(件)		その他(友人, 教師など)からの相談件数(件)		合計(件)
		男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	
①殺人・傷害致死										
不慮の事故 注2)	②死亡									
	③死亡以外(身体的・精神的な被害)									
④身体的暴力(殺人未遂, 傷害, 強盗傷害等)										
④性的暴力(強姦, 強姦未遂, 強制わいせつ等)										
⑤財産被害(窃盗・詐欺・横領等)										
⑥誘拐・監禁・人質										
⑦ストーキング										
⑧戦争・テロ										
⑨その他の犯罪被害										

注1) 子どもから親への暴力や学校でのいじめについては被害者がけがをおったり、警察へ通報のあった事例についてお書きください。

注2) ここでいう事故とは、自動車事故、鉄道事故、放射能漏れ事故などの不慮の事故(いわゆる業務上過失)で、あきらかな本人の過失によるものを除きます。

注3) その他の内容については下記に具体的内容をお書きください。

(具体的内容 :

)

問 3 . 平成 1 6 年度の面接による相談業務についてお伺いします。

- (1) 貴センターでは、面接相談（医師による面接相談，医師以外による面接相談）及び診療を行っていますか。あてはまる番号に○をつけて，該当する設問へおすすめください。（複数回答可）

1. 医師による診療を行っている	}	→	問 3(2)へおすすめ ください
2. 医師による面接相談を行っている			
3. 医師以外による面接相談を行っている			
4. 面接相談はおこなっていない	→	問 4へおすすめ ください	

- (2) 貴センターの平成 16 年度における平均的な 1 週間の面接相談及び診療業務時間をお書きください。

1 週間に () 時間

- (3) 平成 16 年度の面接相談（診療を含む以下同様）の件数及び事例数をお書きください。

のべ相談件数 () 件，事例数 () 人

- (4) 平成 16 年度の面接相談内容の内訳（のべ相談件数）をお教えてください。

① 老人精神保健	件
② 社会復帰	件
③ アルコール	件
④ 薬物	件
⑤ 思春期	件
⑥ こころの健康づくり	件
⑦ その他	件

(9) 平成 16 年度の面接相談及び診療で児童虐待に関連する事例が何人あったかお伺いします。以下の内容に当てはまる相談が何人あったかについて相談者の男女別の人数をご記入ください。なお、ここでいう児童虐待は、児童虐待防止法の定義により、18 歳未満の子どもに対し、保護者から身体的、性的、心理的虐待およびネグレクト（養育放棄）がおこなわれたものをさします。

* 相談の内容が複数の被害項目にわたる場合は、最も大きな被害をもたらしていると思われる内容を選んでください。

事例数 被害内容	被害者本人 (人)		被害者の家族 (人)		その他 (近隣, 教師など) (人)		合計 (人)
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	
① 殺人							
② 身体的虐待							
③ 性的虐待							
④ 心理的虐待							
⑤ ネグレクト (養育放棄など)							
⑥ その他 ()							

(10) 平成 16 年度の面接相談及び診療で、配偶者間暴力に関連する相談事例が何人あったかお伺いします。以下の内容に当てはまる相談が何人あったかについて相談者の男女別の人数をご記入ください。なお、ここでいう配偶者間暴力は、「配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律」の定義により、配偶者(内縁関係含む) から加えられる心身に有害な影響を及ぼす行為をさします。

* 相談の内容が複数の被害項目にわたる場合は、最も大きな被害をもたらしていると思われる内容を選んでください。

事例数 被害内容	被害者本人 (人)		被害者の家族(人)		その他 (友人, 教師など) (人)		合計 (人)
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	
① 死亡							
② 身体的虐待							
③ 性的虐待							
④ 心理的虐待							
⑤ その他 ()							

(11)平成16年度の面接相談及び診療で児童虐待および配偶者間暴力以外の犯罪や事故の被害に関連する相談事例が何人あったかお伺いします。以下の内容に当てはまる相談が何人あったかについて相談者の男女別の件数をご記入ください。

*相談の内容が複数の被害項目にわたる場合は、最も大きな被害をもたらしていると思われる内容を選んでください。

被害内容		事例数		被害者本人(人)		被害者の家族(人)		その他(友人, 教師など)(人)		合計(人)
		男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	
①殺人・傷害致死										
不慮の事故 注2)	②死亡									
	③死亡以外(身体的・精神的な被害)									
④身体的暴力(殺人未遂, 傷害, 強盗傷害等)										
④性的暴力(強姦, 強姦未遂, 強制わいせつ等)										
⑤財産被害(窃盗・詐欺・横領等)										
⑥誘拐・監禁・人質										
⑦ストーキング										
⑧戦争・テロ										
⑨その他の犯罪被害										

注1) 子どもから親への暴力や学校でのいじめについては被害者がけがをおったり、警察へ通報のあった事例についてお書きください。

注2) ここでいう事故とは、自動車事故、鉄道事故、放射能漏れ事故などの不慮の事故(いわゆる業務上過失)で、あきらかな本人の過失によるものを除きます。

注3) その他の内容については下記に具体的内容をお書きください。

(具体的内容:)

(12) 上記(8), (9), (10)で被害者本人と遺族(表 部分)の相談の経験があると回答したセンターは、個々の事例について事例シート(別紙1)にご記入ください。大変お手数をおかけします。遺族や犯罪被害者事例の相談経験がないセンターは、設問4へおすすみください。

問 4. 被害者及びその家族の相談や治療上をするうえでどのようなことを感じられているかについてお伺いします。相談を経験していないセンターでは、もし相談をすることになったらという仮定で記載してください。

(1) 被害者の相談や治療を行う上でどのようなことを感じられているかについて、次の各項目のあてはまるところに○をつけてください。

	全く そう である	ど ち ら か と い え	ど ち ら か と い え	ど ち ら か と い え	い 全 く そ う で は な
① 相談や治療の技術や知識が不足している	1	2	3	4	5
② 相談や治療を行う時間が十分でない	1	2	3	4	5
③ 被害者やその家族の相談・治療は診療報酬にみあわない	1	2	3	4	5
④ 相談や治療の中で被害者やその家族を傷つけてしまうのではと不安を感じる	1	2	3	4	5
⑤ 相談や治療を行う中で無力感を感じる	1	2	3	4	5
⑥ 司法関係（警察や裁判に関連する事項）の知識が不足している	1	2	3	4	5
⑦ 被害者に係わる他の機関（児童相談所，民間被害者援助団体等）についての知識が不足している	1	2	3	4	5
⑧ 治療を行う他の精神科医療機関が不足している	1	2	3	4	5
⑨ 相談や治療に意義ややりがいを感じている	1	2	3	4	5
⑩ 治療や相談に関心を持っている	1	2	3	4	5
⑪ 被害者やその家族の相談や治療は精神保健福祉センターの重要な業務の1つである	1	2	3	4	5

(2) その他，被害者及びその家族の相談や治療をする上でお感じになられていることがございましたら，以下にお書きください。

()

問 5. 貴センターの被害者支援への取り組みについておうかがいします。

(1)～(7)については、過去3年間（平成14～16年度）についてお答えください。

- (1) 被害者支援に関連した会議等の開催，参加がありますか。ある場合はその内容をご記入ください。

年度	有無	内容（主催機関，会議の名称，主な参加団体，年間の開催数）
①平成14年度	1 あり 2 なし	
②平成15年度	1 あり 2 なし	
③平成16年度	1 あり 2 なし	

- (2) 被害者及びその家族に対する自治体での条例制定，支援計画策定等に参画しましたか，ある場合はその内容をご記入ください。

年度	有無	内 容
①平成14年度	1 あり 2 なし	
②平成15年度	1 あり 2 なし	
③平成16年度	1 あり 2 なし	

- (3) 被害者及びその家族への対応に関連して，保健所，市町村等への専門的支援（講師派遣，事例検討，情報提供など）を行っていますか。行っている場合はその内容をご記入ください。

年度	有無	内 容
①平成14年度	1 あり 2 なし	
②平成15年度	1 あり 2 なし	
③平成16年度	1 あり 2 なし	

- (4) 被害者及びその家族の対応に関連して関係機関職員等への研修会の開催（講義，グループワーク，事例検討など）を行っていますか。行っている場合はその内容をご記入ください。

年度	有無	内 容
①平成14年度	1 あり 2 なし	
②平成15年度	1 あり 2 なし	
③平成16年度	1 あり 2 なし	

- (5) 被害者及びその家族に関連して、市民への啓発(講演会、機関紙、リーフレット作成、ホームページ作成など)を行っていますか。行っている場合はその内容をご記入ください。

年度	有無	内 容
①平成14年度	1 あり 2 なし	
②平成15年度	1 あり 2 なし	
③平成16年度	1 あり 2 なし	

- (6) 被害者及びその家族の対応に関して調査報告書、マニュアル作成等を行っていますか。行っている場合はその内容をご記入ください。

年度	有無	内 容
①平成14年度	1 あり 2 なし	
②平成15年度	1 あり 2 なし	
③平成16年度	1 あり 2 なし	

*たいへんお手数ですが、報告書、マニュアル等があれば御恵与ください。

- (7) 被害者及びその家族の自助グループ、ミーティング等の支援を行っていますか。行っている場合、その内容をご記入ください。

年度	有無	対象者	開催頻度	センターのかかわり方
①平成14年度	1 あり 2 なし			
②平成15年度	1 あり 2 なし			
③平成16年度	1 あり 2 なし			

- (8) これまで自治体としてまたはセンターとして取り組んだ犯罪被害者及びその家族への支援活動がありましたらご記入ください。

対象となる被害者・被害内容	支援期間	支援内容

*たいへんお手数ですが、報告書等があれば御恵与ください。

- (9) 平成 17 年度に新たに予算化または実施予定の被害者及びその家族に関連した事業がありますか。ある場合、内容をご記入ください。

事業名	内容

問 6 . 他機関との連携についてお伺いします。

- (1) 都道府県警察本部が組織している犯罪被害者支援連絡協議会に参加していますか。あてはまる番号に○をつけてください。

- | |
|--------------------|
| 1. 構成団体として参加している |
| 2. 構成団体ではないが参加している |
| 3. 参加していない |

- (2) 警察，児童相談所，婦人相談所，民間被害者支援団体などと，被害者及びその家族の対応で連携をもっていますか。各機関ごとにあてはまる番号に○をつけてください（複数回答可）。

連携の内容 機関・団体	ケースが紹介 されてくる	ケースの相談 がある	事例検討会 をしている	相談者等に対 してこの機関 についての情 報提供をする
① 警 察	1	2	3	4
② 児童相談所	1	2	3	4
③ 婦人相談所	1	2	3	4
④ 民間被害者支援団体	1	2	3	4
⑤ その他 ()	1	2	3	4

- (3) その他上記内容以外の連携を行っている場合には，連携内容をお書きください。

問 7. 被害者支援に関する今後の課題についてお伺いします。

- (1) 今後の貴センターの被害者支援への取り組みとして、優先度の高い事業 3 つと、優先度の低い事業 3 つに○をつけてください。

事業内容	優先度の高い事業 (3つに○)	優先度の低い事業 (3つに○)
1. 自治体への企画立案(犯罪被害者支援計画の策定など)		
2. 関連機関への技術援助(講師派遣, 事例検討など)		
3. 専門家や支援者への教育研修(研修会の開催など)		
4. 普及啓発(住民への啓発, 講演会, リーフレットなど)		
5. 調査研究(調査報告, マニュアル作成など)		
6. 精神保健福祉相談		
7. 相談・診療		
8. 自助グループ(被害者のグループ, 遺族のグループなど)への支援(場所の提供, 助言等)		
9. 関係機関や団体(警察, 被害者支援民間団体等)との連携		
10. 被害者やその家族への情報提供(ホームページやパンフレット等)		
11. その他 ()		

(2) 貴センターにおいて、将来的に被害者およびその家族のこころのケアをより積極的に行うことになった場合、以下の事項の必要性について貴センターのお考えで最もあてはまるところに○をつけて下さい。

	全く そう 思う	やや そう 思う	な い ど ち ら と も い え	い や や そ う 思 わ な	い 全 く そ う 思 わ な
① 相談に対応するセンター職員の増員	1	2	3	4	5
② 被害者およびその家族の精神的支援についての行政的施策の推進	1	2	3	4	5
③ 地方自治体の条例に犯罪被害者へのこころのケアを含む支援に関する事項を盛り込む	1	2	3	4	5
④ 精神保健福祉センター運営要領に犯罪被害者支援を精神保健福祉センターの業務として盛り込む	1	2	3	4	5
⑤ 被害者の支援や治療に関する精神保健福祉センター職員のための研修の充実	1	2	3	4	5
⑥ PTSDの治療ガイドラインの開発	1	2	3	4	5
⑦ PTSDの診断名で治療薬が医療保険の適応になること	1	2	3	4	5
⑧ 犯罪被害者およびその家族の支援や治療のガイドラインの開発	1	2	3	4	5
⑨ 犯罪被害者・遺族の医療費の負担軽減（補助金、無料化など）	1	2	3	4	5
⑩ 被害者および遺族の心理カウンセリングの費用の補助制度	1	2	3	4	5
⑪ 犯罪被害者支援やPTSDの治療に関する専門的知識の情報提供を行う機関の設立	1	2	3	4	5
⑧ PTSDの専門治療（認知行動療法等）やアセスメントに関する研修会の開催	1	2	3	4	5
⑨ 犯罪被害者の支援や治療・相談に関する研修会の開催	1	2	3	4	5
⑨ PTSDをはじめとする犯罪被害者及びその家族の治療に詳しい医療機関の充実	1	2	3	4	5

問 8 . 犯罪の被害者および家族の支援に関連してご意見がございましたら、ご自由にお書きください。

最後に記入漏れがないかご確認下さい。ご協力ありがとうございました。



当てはまる番号に○をつけていただくか、あてはまる数字、語句を記入して下さい。

注1) 診断が明確でない場合には、診断名のあとに（推定）とご記入下さい。精神疾患に該当しない場合には、「該当せず」と書いて最も主要な問題（不登校等）をお書き下さい。

①初回来所時期		②性別	③初回来所時年齢
1. 平成16年度	2. 平成15年度以前	1. 男 2. 女	____歳
④相談担当者			
1. 医師 2. 保健師 3. 精神保健福祉士 4. 臨床心理技術者 5. その他（ ）			
⑤被害内容（複数回等可）			
1. 殺人・傷害致死 2. 不慮の事故による死亡 2-a. 交通事故、鉄道事故 2-b. 有害物質（アスベスト、放射能等） 2-c. その他（ ） 3. 不慮の事故による身体的・精神的被害 3-a. 交通事故、鉄道事故 3-b. 有害物質（アスベスト、放射能等） 3-c. その他（ ） 4. 身体的暴力 （殺人未遂、傷害、強盗傷害等）		5. 強姦・強姦未遂 6. 強姦・強姦未遂以外の性的暴行 （強制わいせつなど） 7. 財産被害（窃盗・詐欺・横領等） 8. 誘拐・監禁・人質. 9. ストーカー 10. ネグレクト 11. 心理的虐待 12. 戦争・テロ 13. その他の犯罪被害 （具体的に： ）	
⑥加害者との関係		⑦診断（F分類）（複数回等可）注1）	
1. 親（実父母・義父母） 2. 子ども 3. 同胞 4. 配偶者、恋人 5. その他親戚		6. 友人・知人 7. 見知らぬ人 8. その他（ ） 9. 不明	
例：うつ病エピソード→F32、 外傷性ストレス障害→F43.1 （ ）			
⑧紹介経路		⑨公的扶助の有無（複数回答可）	
1. 医療機関（精神科・神経科・心療内科） 2. 医療機関（上記以外） 3. 保健所 4. 保健センター 5. 児童相談所、児童養護施設 6. 婦人相談所及び関連施設 7. 民間被害者支援団体 8. 心理相談機関 9. 警察 10. 弁護士 11. 教育関係機関 12. その他（ ） 13. 紹介なし		1. 通院医療費公費負担制度 2. 障害年金 3. 生活保護 4. その他（ ） 5. 公的扶助なし 6. 不明	
		⑩治療の種類（複数回答可）	
		1. 薬物療法 2. 支持的精神療法 3. 認知行動療法 4. 遊戯療法 5. 家族療法 6. 相談のみ 7. その他（ ）	
⑪警察への届出	⑫裁判（複数回答可）	⑬転帰	
1. あり 2. なし 3. 不明	1. 刑事裁判あり 2. 民事裁判あり 3. 裁判なし 4. 不明	1. 相談・治療終結 2. 相談・治療継続中 3. 相談・治療中断 4. 他医療機関への紹介 5. 他機関（ ）への紹介	

		6. その他 ()
--	--	------------

資料4

資料4: 犯罪被害者等当事者団体

No.	団体名	ホームページのURL	連絡先	設立年月日 相談開始日	代表者 (責任者)
-----	-----	------------	-----	----------------	--------------

犯罪被害者

1	NPO 犯罪被害者支援の会アピユイ	www.npo-appui.com			代表理事: 飯島京子
2	全国犯罪被害者の会NAVS「あすの会」	www.navs.jp/index.html	03-5319-1773	平成11年10月	代表幹事: 岡村 勲
3	少年犯罪被害当事者の会のホームページ	www.005.upp.so-net.ne.jp/hanzaihigaisha/welco			
4	犯罪被害者きょうだいの会 B&S	www.nmt.ne.jp/~micino/b&s/			
5	地下鉄サリン事件被害者の会				
6	犯罪被害者自助グループ「緒あしす」				
7	小さな家				
8	横浜ストーキング被害者の会		横浜中央郵便局留		

交通事故被害者

9	全国交通事故遺族の会	www.kik-izoku.com/	03-3664-1065	平成3年4月	会長 井手 渉
10	北海道交通事故被害者の会	homepage2.nifty.com/hk-higaisha/	011-233-5130	平成11年9月	
11	TAV交通死被害者の会	www.wai-y.com/~tav/	06-6362-7225	平成11年3月	代表: 西浦義朗
12	MADD JAPAN	www.maddjapan.org	本部 047-444-9824		代表: 飯田和代
13	NPO法人 交通事故後遺障害者家族の会	www.koisvo.com			

児童虐待・性犯罪・DV被害者

14	シーラの会(福岡のセルフヘルプグループ)	www.h2.dion.ne.jp/%7Esheila/		平成11年6月	
----	----------------------	------------------------------	--	---------	--

資料5:犯罪被害者等支援団体 一覧表

所在地	番号	団体名	設立年月日 相談開始日	相談電話	代表者(責任者)	ホームページ URL
北海道	1	北海道被害者相談室	平成9年5月1日 平成9年5月8日	011-232-8740 月～金 10時～16時	善養寺圭子 (北海道家庭生活総合カウンセリングセンター理事長)	
	2	オホーツク被害者相談室	平成9年11月12日 同上	0157-25-1137 月～金 9時30分～16時	会長 大内 政恵 (北見市婦人相談職親会会長)	
岩手	3	いわて被害者支援センター	平成13年10月24日 平成13年11月2日	019-621-3751 火・金 14時～18時	代表 村田 源一郎	http://www.iwate-vsc.jp/
宮城	4	社団法人 みやぎ被害者支援センター	平成12年4月27日 平成12年5月9日 平成15年3月7日 社団法人化	022-301-7830 火・水・木・金 10時～16時	相澤 宏邦 (東北会病院院長 精神科医)	http://www.5c.biglobe.ne.jp/~vscm/
秋田	5	社団法人 秋田被害者支援センター	平成13年4月20日 平成13年5月1日 平成15年8月15日 社団法人化	018-832-8010 月～金 12時～16時	会長 佐藤 怜 (秋田大学名誉教授)	http://www.av.s.or.jp/
山形	6	被害者支援センターやまがた	平成16年5月20日 平成16年5月25日	023-642-7830 火・土 13時～19時		http://www.yvsc.jp/
茨城	7	社団法人 いばらき被害者支援センター	平成7年7月22日 平成7年7月26日 平成13年11月1日 社団法人化・改称	029-232-2736 月～金 10時～16時	会長 後藤 武一郎 (茨城新聞社会長)	http://www.ivac.or.jp/
千葉	8	千葉犯罪被害者支援センター	平成16年2月4日 平成16年4月1日	043-221-3010 月～金 10時～16時		http://www.chibacvs.gr.jp/
東京	9	社団法人 被害者支援都民センター	平成12年4月1日 平成12年4月3日	03-5287-3336 月・木・金 9時30分～17時30分 火・水 9時30分～19時	理事長 宮澤 浩一 (中央大学教授)	http://www.shien.or.jp/
埼玉	10	社団法人 埼玉犯罪被害者援助センター	平成14年2月22日 平成14年5月13日 平成16年4月1日 社団法人化	048-834-8080 月～金 10時～16時	理事長 今野 義孝 (文京大学教授・ 埼玉県臨床心理士会会長)	http://www.svsc8080.jp/
神奈川	11	NPO法人 神奈川被害者支援センター	平成13年5月11日 平成13年5月12日 平成14年10月7日 NPO法人化	045-440-0212 月・水・土 10時～16時	会長 水木 初彦 (神奈川新聞社代表取締役社長)	http://www.kanagawa-vsc.npo-jp.net/
石川	12	NPO法人 石川被害者サポートセンター	平成9年3月15日 平成9年5月20日 平成15年11月7日 NPO法人化	076-234-7830 火・木 18時～21時 金・土 12時～18時	会長 中村 栄一郎 (金沢商工会議所副会頭)	http://www6.ocn.ne.jp/~icsv7830/
福井	13	NPO法人 福井被害者支援センター	平成13年11月10日 平成14年1月8日 平成14年2月26日 NPO法人化	TEL 0776-32-5111 火 15時～19時 土 13時～19時	代表 松原 六郎 (福井松原病院院長)	http://info.pref.fukui.jp/danken/npo/npo-syoukai/data/31-40/40-1.htm
長野	14	NPO法人 長野犯罪被害者支援センター	平成11年5月22日 平成11年6月22日 平成15年6月9日 NPO法人化	026-233-7830 長野地区相談室 0263-73-0783 中信地区相談室 0265-53-0783 飯田地区相談室 月～金 15時～19時	会長 筒井 健雄 (信州大学教育学部教授)	http://www13.ocn.ne.jp/~naganovs/
岐阜	15	ぎふ犯罪被害者支援センター	平成16年6月1日 平成16年7月6日	058-268-8700 火・木 13時～16時		http://www.k2.dion.ne.jp/%7Egvs/
静岡	16	NPO法人 静岡犯罪被害者支援センター	平成10年5月18日 平成10年5月19日 平成13年9月27日 NPO法人化	054-209-5533 月～金10時～16時	松井 純 (静岡新聞社社長)	http://www.shizuoka-hhsc.jp/
愛知	17	社団法人 被害者サポートセンターあいち	平成10年2月20日	052-232-7830 月～金10時～16時	会長 蔭山 英順 (名古屋大学教授)	http://www.higai7830.or.jp/
滋賀	18	NPO法人 おうみ犯罪被害者支援センター	平成12年6月7日 平成12年7月1日 平成13年10月9日 NPO法人化	077-514-1650 日・水・金 13時～17時 土 10時～17時	会長 野田 正人 (立命館大学教授)	http://ovsc.soc.or.jp/index.o.htm
京都	19	社団法人 京都犯罪被害者支援センター	平成10年5月27日 平成10年6月2日 平成12年4月1日 社団法人化	075-451-7830 月・火・木・金 13時～18時	理事長 大谷 實 (同志社大学教授)	http://web.kyoto-inet.or.jp/org/kvsc7830/
大阪	20	NPO法人 大阪被害者支援 アドボカシーセンター	平成8年4月13日 平成8年4月15日 平成14年1月日 法人化・改称	06-6871-6365 月～金 10時～16時	堀河 昌子 (大阪YWCA副会長)	http://www.h6.dion.ne.jp/~ovsac/
兵庫	21	NPO法人	平成14年1月12日	078-367-7833	理事長 中井 久夫	http://www.supporthyogo.o

		ひょうご被害者支援センター	平成14年 4月15日 平成14年 6月 3日 法人化	資力 火・土 10時～16時	(神戸大学名誉教授・精神科医)	rg/
奈良	22	なら犯罪被害者 こころの支援センター	平成13年 9月27日	0742-24-0783 0743-61-3410 毎日 10時～15時	会長 西口 廣宗 (南都銀行頭取)	http://www.police.pref.nara.jp/higaisyataisaku/mokuji.htm
和歌山	23	NPO法人 紀の国被害者支援センター	平成 9年 5月30日 平成 9年 6月 3日 平成13年12月 3日 NPO法人化	073-427-1000 月～金 13時～16時 木のみ 18時～21時も可	理事長 岩崎 延直 (和歌山いのちの電話理事長)	http://www.geocities.jp/kvscwakayama/
島根	24	島根犯罪被害者相談室	平成13年10月29日 平成13年10月29日	0120-556-491 月～金 9時～22時 土 9時～24時 日 0時～22時	理事長 角南 謙	http://www2.pref.shimane.jp/police/keimu/keimu/mamoru/net.html
岡山	25	被害者サポートセンターおかやま	平成15年11月29日 平成15年12月 3日	086-223-5562 FAX 086-223-5564 水・土 13時～16時	理事長 高原 勝哉 (弁護士)	http://vsco.info/
広島	26	広島犯罪被害者・心の支援センター	平成 9年 6月 6日 平成 9年 6月26日	082-240-7830 木 10時～17時 土 10時～19時	会長 景山 崇人 (広島市社会福祉協議会会長)	http://www.d6.dion.ne.jp/~hpsc/
広島	27	社団法人広島被害者支援センター	平成16年 2月13日 平成16年 4月 1日	082-544-1110 月・水・木・土 10時～16時		http://www13.plala.or.jp/vach2-13/
山口	28	被害者支援センター ハートラインやまぐち	平成12年10月20日 平成12年10月31日 平成16年 5月 8日改称	083-974-5115 火 10時～13時 木 18時～21時	代表 橋本 朋子	http://www.h2.dion.ne.jp/~heart-l/index.html
愛媛	29	NPO法人 被害者こころの支援センターえひめ	平成13年 3月14日 平成13年 4月 5日 平成14年 6月10日 NPO法人化	089-905-0150 木・土 10時～16時	会長 紅谷 博美 (愛媛大学教育学部教授)	
香川	30	被害者支援センターかがわ	平成15年4月3日 平成15年4月9日	087-898-9783 水 15時～18時 087-823-1733 月～金 13時～16時		http://www4.ocn.ne.jp/~kagawa/
福岡	31	NPO法人 福岡犯罪被害者支援センター	平成12年 4月15日 平成12年 5月13日 平成14年11月 1日 NPO法人化	092-738-1550 月 19時～21時 土 13時～16時	会長 内川 昭司	http://www.fvoc.gr.jp/topics_iroiro/hanzai/onayami.html
佐賀	32	NPO法人 被害者支援ネットワーク佐賀VOISS	平成12年 4月19日 平成14年 4月15日 平成14年 5月30日 NPO法人化	0952-41-2535 月～金 10時～17時 水のみ 13時～17時	会長 田口 香津子 (佐賀女子短大助教授)	http://www.f3.dion.ne.jp/~voiss/
長崎	33	NPO法人 長崎被害者支援センター	平成15年 3月20日 平成15年 4月 1日	095-820-4977 火・土 13時～16時		http://www.npp-unet.ocn.ne.jp/a14keimu/b04sien/sien05.htm
熊本	34	社団法人 熊本犯罪被害者支援センター	平成15年 4月 1日 平成15年 4月 1日	096-386-1033 月～金 10時～16時		http://www.k-v-support.jp/links/index.php
大分	35	大分被害者支援センター	平成15年 7月30日 平成15年 9月 1日	097-532-7711 木 19時～21時		http://www.ovsc.jp/
宮崎	36	社団法人 宮崎犯罪被害者支援センター	平成16年 2月 4日 平成16年 4月 1日 平成16年 4月 1日	0985-38-7830 月～金 10時～16時		http://www.miyazaki-shien.or.jp/
沖縄	37	社団法人 沖縄被害者支援ゆいセンター	平成14年 4月10日 平成14年 4月15日 平成16年 3月30日 社団法人化	098-866-7830 月～金 10時～16時		http://www.vsco.jp/ (準備中)
東京	38	全国被害者支援ネットワーク事務 (犯罪被害者相談室)	平成10年 5月 9日 (平成 4年 3月) (平成 4年 4月)	03-5280-8058 月・火・木・金 10時～17時	代表 山上 皓 (東京医科歯科大学教授)	http://www.nnvs.org/

栃木	39	(社)被害者支援センターとちぎ		028-643-3940 月～金 9:00-16:00		www.pref.tochigi.jp/keisatu/osirase/osirase-higaishasien.html
鹿児島	40	かごしま被害者支援センター		099-226-8341 法律相談:第2、第4木曜日 心療カウンセリング:第1、第3土曜日		www.pref.kagoshima.jp/police/senter-2005.8.htm
富山	41	砺波被害者支援相談室(こころの窓)	設立 平成11年9月	0763-33-7730 月～金:9:00～16:00	北野 喜行 (市立砺波総合病院)	
岡山	42	おかやま犯罪被害者サポートファミリーズ		086-245-7831 土10時～16時	発起人代表: 川崎政宏	www17.ocn.ne.jp/~families/

犯罪被害者の PTSD 臨床—評価と治療

主任研究者 小西 聖子 武蔵野大学

研究要旨

本研究は、研究犯罪被害者を直接の対象にした二つの研究からなっている。「犯罪被害者を対象とした認知行動療法」「犯罪被害者遺族の PTSD と複雑性悲嘆に関する研究」である。いずれも評価には、PTSD の構造化面接 CAPS を使っている。海外の研究によっても、また日本における臨床的経験からも、さまざまな種類の犯罪被害のうち、毎年多数の被害者が生じていて、かつ PTSD あるいはうつ病などの発生が高いのは、性暴力被害者、事件事故の遺族、DV の被害者、虐待の被害者などであると考えられる。実際に犯罪被害者臨床を行っている、これらの被害が一人の人に重なっていることも少なくない。これらは犯罪被害者臨床のニーズが高い種類の被害であり、これからの治療専門家養成にあたって重要度の高い被害である。

本グループの研究では、個人面接によるインタビューで犯罪被害者の実情を明らかにし、また治療の効果を測定することを目的としている。犯罪被害者は、傷つきやすく二次被害を受けやすいため、なかなか直接の調査をすることが難しい対象である。また通常精神科医療に係ることが少ないため、面接による評価を行った数量的な研究はごく少数しか行われていない。

実態の解明と治療方法の開発は、本研究班全体の研究目的のうちの二つであるが、本グループの研究はそれらの基礎となる研究であると考えられる。

最初の研究では、犯罪被害によって家族を喪った遺族 49 名の精神健康に関して面接調査を行った。特に PTSD だけでなく、「複雑性悲嘆反応」の視点から分析した。被験者は、国内の犯罪被害者の団体等に所属する犯罪被害者遺族、および臨床場面に現れた犯罪被害者遺族であるが、この人たちの PTSD の有病率は、現在症に限っても 4 割を超えていた。現在症 PTSD と複雑性悲嘆を併発している者は 11 名であった。本研究の対象は限られており、当然偏りもあるものと思われるが、遺族の PTSD 症状の特徴が示されており、おおむね海外での研究と一致していた。

二番目の研究では、比較的 PTSD を多く扱っている臨床機関に来室・来院した犯罪被害女性 4 名を対象に、PTSD 症状の軽減を目的とした認知行動療法である Prolonged Exposure（以下；PE）を施行した。治療効果を測定するために、治療の前後に CAPS（PTSD 臨床診断面接尺度）、IES-R（改訂版出来事インパクト尺度日本語版）、SDS、日本語版 DES を用いた。PE 治療を終了したケースは治療前に比べて、PTSD 症状、抑うつ症状、解離症状が改善し、犯罪被害者にも PE の効果があることが示唆された。

以下に、研究を二つに分けて記述する。

厚生労働科学研究費補助金 (こころの健康科学研究事業)

分担研究報告書

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：武蔵野大学 人間関係学部

小西聖子

研究協力者：国立精神・神経センター精神保健研究所成人精神保健部

白井明美

研究要旨：

2005年12月の犯罪被害者等基本法の施行にともない、犯罪被害者等への精神的な支援が急務の課題となった。しかし国内における犯罪被害者等の実情については、公的機関における調査を除いて明らかにされていない。

本研究では、犯罪被害によって家族を喪った遺族の精神健康に関して実証的な調査研究を国内で行った。具体的には、犯罪被害者遺族の精神健康の実態を PTSD と複雑性悲嘆反応の視点から分析した。

本研究では、49名の犯罪被害者遺族を対象に CAPS、BDI-II、Inventory of Traumatic Grief(=ITG：複雑性悲嘆尺度)を施行した。調査時期は2004年1月～10月までであった。対象者の性別は男性16名、女性33名で、平均年齢は52.4歳であった。死別から調査時までの経過月数は平均69ヶ月であった。死別対象は子ども40名(81.6%)、配偶者5名(10.2%)、親・兄弟4名(8.2%)であった。死別内容は、交通事故が46名(93.9%)、殺人事件3名(6.1%)であった。死亡を知った状況は89.8%が伝聞によるものであった。死別前に精神科の受診経験のないものが93.9%であるが、死別後に精神科を受診したものが40.8%であり、家族との外傷的な死別体験が精神的不調を引き起こすきっかけになったと考えられる。

CAPSによって現在症 PTSD と評価された者は20名(40.8%)であった。6年以上 PTSD 症状が持続している者は9名(現在症 PTSD 診断者の45.0%)であった。ITGにおいて複雑性悲嘆と評価された者は16名(32.7%)であった。

現在症 PTSD と複雑性悲嘆を併発している者は11名であった。死別からの経過期間が3年未満の群は、3年以上の群より侵入症状が高得点であった。

また PTSD 群は非 PTSD 群より PTSD、抑うつ、悲嘆に高値を示した。

PTSD3 症状と抑うつ、悲嘆との関係については、回避/麻痺症状、過覚醒症状と抑うつ、悲嘆に有意な相関が示された。また PTSD、抑うつ、悲嘆の3者の症状の重複を除外しても回避/麻痺—うつ、回避/麻痺—悲嘆の相関が示された。

今後は縦断研究や、外傷への曝露の程度の高い群と低い群との比較検討など詳細な研究が必要である。

はじめに

平成 16 年犯罪白書¹⁾によれば、平成 15 年の生命・身体に被害を受けた犯罪被害者数は約 123 万人である。

犯罪被害者のなかには、精神医療や心理的な支援を必要としている人も多い。しかし、精神保健上の課題となるが、適切な治療や相談が行われる場が充分であるとは言いがたい。一方、近年我が国でも家族が犯罪被害に遭った遺族らが社会に向けて自らの心情を語るようになり、このような死別における苦痛の強さがいくらかは社会で認識されるようになった。

2005 年 4 月に施行された犯罪被害者等基本法の基本計画には、被害者や遺族への心理的支援や、有効な相談活動への要望が盛り込まれている。

また犯罪被害者の回復への支援の一環として、犯罪被害者遺族の精神症状に対する適切な治療や相談が行われる場を広げることが緊急に必要であると考えられており、本研究はその対策立案のための基礎的資料を提示することも目的としている。

1 先行研究の概観

1.1 暴力的な死別体験と精神健康に関する疫学研究

海外では、政府主体、あるいは政府の資金等で全国規模の犯罪被害者の疫学研究が行われており、その中で犯罪被害の体験率が定期的に調査されている。

例えばアメリカでは National Crime Victim Survey²³⁾ (NCVS) として、連邦国勢調査局が連邦司法省司法統計局の協力のもと、全米 5 万世帯、10 万人を対象に調査票に基づくインタビュー形式での調査が定期的に行われている。調査内容は個人特性、犯罪被害経験の有無、被害形態の被害発生状況などであり、犯罪に関する多くの資料も提供している。イギリス、カナダ等でもこのような調査が行われている。我が国でも国際被害調査 (ICVS) の一貫として被害者調査が行われているが、規模は小さく約 2000 名を対象としており、NCVS に比べると殺人や性暴力被害については有効でない。

次に一般住民サンプルを基にした犯罪を含む外傷的出来事の体験率と精神健康への影響について行われた研究を示す。ここでは、犯罪被害による死別体験と精神健康の関連について列記する。

Amick-McMullan¹⁾ (1991) は、12,500

人の住民サンプルから206人の交通事故遺族(住民全体の9.3%)を抽出し、電話調査を行った。結果は、対象者の23.3%が生涯いずれかの時期にPTSD診断が可能であり、6ヶ月以内では4.8%がPTSDの診断基準を満たした。殺人事件遺族115人、飲酒交通事故遺族91人中のPTSD有病率は殺人19.1%、交通27.5%であった。現場を目撃した割合は殺人6%、交通事故11%であった。

Resnick²⁰⁾(1993)は一般住民調査において、6ヶ月以内の被害体験がどのくらいあるかを4,008名の女性に対して電話による調査を行った。結果は、何らかの外傷的出来事への遭遇が69%であった。そのうち、家族の殺人被害の体験率は13.4%であった。PTSD有病率は、生涯では12.3%、過去6ヶ月間では4.6%であった。家族の殺人被害体験とPTSD診断の両方があった者は現在診断で8.9%、生涯診断で22.1%であった。

Kessler¹³⁾(1995)は15歳から54までの一般住民5877人のうち男性の60.7%、女性の51.2%がDSM-IVに該当する外傷的出来事に暴露していたことをあきらかにした。またPTSD有病率は7.8%(男性5.0%、女性10.4%)であると報告している。PTSDを発症している者の88%は大うつ病、

アルコール依存、薬物依存等の合併疾患を有していた。

Breslau⁶⁾(1998)は一般住民2,181人に電話調査を行い、DSM-IVに準拠したPTSDと外傷体験の有無について聴取した。人生上なんらかのトラウマに暴露した割合は89.6%であり、そのうち「親族や友人らの突然の予期せぬ死」は全体の60%に体験され、最も重視された外傷的な出来事とされた。またそのような出来事を体験した人の14%にPTSDの発症がみられた。

以上のように、多くの米国民は外傷的出来事に暴露する経験を有しており、その中でも親族の突然の暴力的死別を体験している者は6~7割を占めている。またそうした体験を持つ者のPTSDの有病率は1割以上であることが報告されている。犯罪率の相違はあっても、恐らく日本においても同様の調査が行われることがあれば、被害者遺族の数10%程度がPTSDの有病率を示すことが予想できる。

しかし現在国内において犯罪被害者遺族の精神的健康に焦点をあてた疫学研究は行われていない。

1.2 国内の犯罪被害者遺族の実態

警察庁の統計による「2003年度の犯罪動向」によれば、人が被害者になった一般刑法犯の認知件数 240万7,457件のうち、生命・身体に被害を受けた犯罪の被害者人数は4万8,097人であった¹¹⁾。その中で死亡にいたった被害者数が1,432人で、被害者全体からみた死亡にいたる被害者の割合は0.6%程度になり、非常に少数であることがわかる。また人口10万人当たりの被害者数においては37.7人であり、一般住民からも犯罪被害による死別とは非常にまれな出来事であると認識されているのも頷けることである。

犯罪白書においては、交通事故による死亡は、年間の犯罪被害による死亡件数には含まれていない。法律上では交通事故は偶発的な現象であるため、加害者の殺意はなく、意図を持った殺人等の犯罪被害とは区別されると考えられてきた。しかし平成15年の交通事故による死亡者(発生から1日～30日以内の死亡者)は16,579人に上っており背後に多数の遺族の存在がある。

また死亡者数は明らかではないが、心神喪失者による殺人・傷害致死の罪名別

人員は117人に上っており、その程度の死亡者がいることが予想される。

交通事故・心神喪失者による殺人・傷害致死は刑法犯の犯罪被害とは法律上は区別されるとはいえ、遺族にとっては突然に家族を暴力的な状況で喪うという事態に相違はない。犯罪被害者等基本法の犯罪被害者等の定義では刑法犯以外の犯罪被害による被害者として、事件化されていない性暴力被害者やドメスティック・バイオレンスの被害者等も対象とされている。交通事故被害者遺族・心神喪失者による殺人被害者遺族・少年法による被害者遺族など、犯罪被害による死亡遺族の対象範囲の拡大化も求められている。

日本における犯罪被害者遺族の実情については、犯罪被害者実態調査研究会⁹⁾(1994)による犯罪被害者実態調査、法務総合研究所¹⁰⁾による犯罪被害実態調査(暗数)などが行われてきた。

これらの研究から、犯罪被害者遺族においては事件後の精神的後遺症が大きいことが伺える。またマスコミや近所の人などから二次的な被害を~~も~~受けていることも示されている。また必要とされる支援については生活上の支援に関わるものが多く出されていた。

1.3 国内における突然死の遺族研究

現在日本では、事件化された犯罪被害者及び生命・身体に及ぼす犯罪による死亡者の実数については例年調査が行われているが、精神的健康への影響については定期的な調査は行われておらず実態が把握できていない。

日本での犯罪被害者遺族に関する実証的研究は、ごく近年始まったばかりである。

佐藤²²⁾(1998)の交通事故遺族に対して PTSD 臨床診断尺度(CAPS)などを用いた研究の結果では、遺族の 58.8%が PTSD の状態にあり、抑うつ状態も神経症レベルであることが示された。

また藤田⁸⁾(2003)の GHQ20 と複雑性悲嘆反応尺度(Inventory Complicated Grief)の抜粋を併用した交通事故遺族の研究によると、GHQ20 では 76%以上が精神健康に問題を持っており、交通事故遺族の精神的後遺症においては PTSD と ICG における悲嘆反応の項目得点との相関が高いことが示された。

国内の PTSD 研究については、1995 年の阪神・淡路大震災以降、大規模災害の被害者の研究が始まり、その後種々の被害者研究に発展していった。また被害別

の視点で考えるならば、性暴力被害や虐待の被害者の精神健康についての報告は多く存在するが、遺族について焦点を絞った報告は少数に留まっている。

その理由としては、個別の犯罪被害者に接触する機会を持つのは非常に困難であることが挙げられる。また交通事故遺族に精神的な二次被害を与えることなく、倫理的配慮をして面接方法での研究調査を施行することができる心理・医療的専門家が少なかったことも背景にある。

こうしたことから、犯罪被害者遺族の精神的健康に関する研究は少数に留まっているのが現状である。

2 目的と方法

2.1 目的

先行研究の知見、予備調査結果を踏まえて、本研究は国内における犯罪被害者遺族の心理的反応について、人口統計学的・精神医学的・臨床心理学的な既存の客観的指標を用いて検討することを目的とした。

具体的には犯罪被害者遺族の PTSD 症状の有病率と抑うつ症状、複雑性悲嘆反応の関連について検討する。また PTSD

と診断される群と診断されない群で、他の併発疾患との関連を比較する。また PTSD 症状の三主症状群(再体験症状・回避/麻痺症状・覚醒亢進症状)と抑うつと複雑性悲嘆の関連を検討する。

2.2 対象

分析対象は犯罪被害者遺族群 56 名中、すべての尺度の回答を満たした 49 名(有効回答率 87.5%)とした。

自助グループの選択に関して付言する。2005 年現在国内の犯罪被害者自助グループは数十団体に上っており、その活動は犯罪被害者・遺族に関する社会運動・心理的な相互サポート・一般市民への被害者支援の広報啓発・裁判傍聴支援など多岐にわたっている。本来これらの団体すべてに調査協力依頼が可能であれば多数の標本を得ることができるが、実際には考慮すべき事項がいくつかある。

まず調査協力の対象者に自助グループ会員を選択する場合、団体の活動目標が母集団の特色に影響する可能性がある。例えば精神的サポートに力を入れている団体は、医療機関で継続的に治療を行っている者の割合が高く、結果として PTSD など精神疾患の有病率が高まる可

能性がある。一方、自助グループの活動目標に精神的サポートの要素がない団体に、精神的健康に関する調査研究の協力を得るのは困難であることが予想される。

また被害者遺族に直接に長時間の面接調査を行う研究の場合は、調査協力者への心理的侵襲度についても十分配慮する必要がある。そのため対象者に対し調査後に必要に応じて精神的サポートの提供及び利用可能な機関への紹介、情報提供ができることを事前に周知するなど、調査だけではなく事後の支援の可能性も提示して協力者の安心感を保障する必要がある。

これらの現状を勘案した結果、本研究における対象の自助グループの選択に関しては①調査対象者と調査施行者との協力関係が円滑に進行すること、②自助グループの活動内容に心理的サポートが組み込まれているという 2 点を重視した。

その結果、本研究では上記の 3 団体を選択した。その理由は 1996 年より筆者が会員へのコンサルテーションや事務所訪問による心理療法を定期的に継続していた団体であり、一定の協力関係を既に構築していたという点と、これらの

自助グループ活動目標に会員相互の心理的サポートが組み込まれていたという点からである。

対象者の募集は 2003 年 1 月より国内の複数の被害者遺族自助グループ代表者あてに文書で研究協力の依頼を行った。グループ内で調査協力に関して検討された結果、調査協力の返答を得た。2004 年より自助グループ定期会合時に筆者が訪問し、参加者全員に調査協力の趣旨説明を行い返信用葉書付の書類を配布した。返信用葉書受領後、個別に調査者が折り返し調査趣旨の説明と協力の意思確認の電話連絡を行った。

一方、心理相談機関や医療機関での調査協力者は、研究者間のネットワークの中で本研究に協力できる相談者の募集を行ったところ相談者本人の了解を得られた、相談者および患者であった。

(倫理面への配慮)

本研究では、対象者に調査前に趣旨説明を行い、同意書正副 2 通を取り交わして同意(インフォームド・コンセント)を確認した。また今回の調査結果を対象者自身が精神健康度の目安に活用できるように、平易な文章による本調査結果の心理学的所見を調査終了後に全員に郵送した。また、医療機関の受診希望のあ

った者に本人の同意を得た上で、本調査の心理学所見を記した紹介状を添付し医療機関を紹介した。また、研究結果の概要について協力者全員に郵送した。

2.3 方法

調査協力の了承が得られた 56 名に面接調査を施行し、すべての尺度の回答を満たした 49 名(有効回答率 87.5%)を本研究の分析対象とした。調査開始前の中断者は 2 名であった。対象者への謝礼は無償とした。調査時期は 2004 年 1 月～10 月までであった。

面接調査における調査施行者は、心的外傷の臨床経験があり、PTSD 臨床診断面接尺度⁵⁾による評価の経験数 30 例以上の経験を持つ臨床心理士ら 2 名で行った。

質問紙調査は、面接時に記入方法の説明を行い後日郵送にて返送を依頼した。調査会場は対象者の希望に応じて対象者自宅、相談機関、自助グループ事務所、公的会議室などで個別に調査を施行した。調査を施行した地域は日本国内 14 都道府県にわたった。面接調査施行時間は平均 2 時間であった。家族内で複数調査協力が得られた場合は同日に全員の調査を施行した。

2.4 尺度

調査方法は、面接調査と質問紙調査の2つの調査で構成されている。

調査票は①プロフィール②PTSD 臨床診断面接尺度⁵⁾③ベック抑うつ質問票(Beck Depression Inventory-Second Edition; BDI-II⁴⁾)④複雑性悲嘆尺度(Inventory of Traumatic Grief; ITG¹⁹⁾)から構成されている。

①プロフィールは5つに分類され、各下位項目は以下の通りである。(1)対象者の背景は(i)性別(ii)年齢(iii)職業(iv)現在の家族構成(v)小学校からの教育年数(vi)宗教から構成されている。(2)死別対象は(i)続柄(ii)死別から調査時までの月数について質問した。(3)事件・事故内容は(i)事件種類:交通事故・殺人・ほか(ii)突然か予測可能か(iii)加害者との関係の有無(iv)事件事故に関する訴訟の現状(刑事・民事)について聴取した。(4)事件・事故当時の状況については(i)①死者の身体的状態(即死・死亡までに時間があり)、(ii)死者身体的外傷の有無(iii)死亡告知の状況(重傷時・死亡直後・死亡後時間経過あり)の下位項目を作成した。

(5)対象者の身体・精神的既往は(i)事

件、事故以前の身体的・精神的疾患による病院・相談機関の受診の有無、及び(ii)事件、事故後の身体的・精神的疾患による病院・相談機関の受診の有無について聴取した。

②CAPS⁵⁾は米国退役軍人局 National Center for PTSD において開発された、PTSD 診断のための構造化面接法である。面接時より遡る1ヶ月間の症状評価(現在診断)と、外傷から最近までの期間の症状評価(生涯診断)が可能である。PTSD の17中核症状(再体験症状5項目、回避/麻痺症状7項目、覚醒亢進症状5項目)、関連症状5項目において頻度と強度(5段階のリッカートスケール)を評価する。

CAPS は PTSD 診断の有無について評価できるだけでなく、頻度と強度の得点を合計した総得点(0-136点)を PTSD 症状の重症度評価の数量的指標として使用できる。

CAPS は再測定間の信頼性、内的一貫性、他の PTSD 測定法との相関性、SCID(Structured Clinical Interview for DSM-IV)を基準とした場合の感度、特異度の高率が確認されている。CAPS は PTSD 症状の強度と頻度の両者を評価するための基準を持っており、連続量による指標と2分法による指標の両方を得る

ことができる。

CAPS 調査者に対するトレーニングは、ビデオテープによるレクチャーおよび実際の評価場面において上級者によるスーパービジョンが 2 日間行われる。CAPS の使用に関しては PTSD 臨床経験があり、かつトレーニングの受講が要求されているため、国内では調査者の育成が限られている現状がある。CAPS はその厳密さを活かして、治療薬の効果判定や縦断研究、司法精神鑑定における PTSD 診断法として使用されている。

本研究では飛鳥井³⁾の翻訳した日本語版を使用した。本研究における α 係数は、CAPS 全体では $\alpha = .73$ 、再体験症状群 $\alpha = .75$ 、回避/麻痺症状群 $\alpha = .73$ 、覚醒亢進症状群 $\alpha = .75$ であった。

③BDI-II は、Beck が開発した抑うつ症状の重症度を測定する 21 項目、4 件法の質問紙法である。本研究における BDI-II の α 係数は $\alpha = .75$ であり、内的一貫性が確認された。

④ITG は、Prigerson らが開発した複雑性悲嘆反応を評価する自記式質問紙である。30 項目、5 件法から構成されている(表 1)。下位尺度のうち一定の基準に達した場合は Prigerson の提唱する複雑性悲嘆を評価することが可能である。

悲嘆反応を測定する尺度には、他に Texas Revised Inventory of Grief⁷⁾ などがあるが、これらは悲嘆反応全般を測定する目的で開発された尺度である。本研究では悲嘆の長期慢性化に特化した症状を測定することを目的としているため、複雑性悲嘆反応を測定する尺度として開発された本尺度を採用することとした。ITG は国外では尺度の内的一貫性が実証されている(α 係数 = .95)。日本では現在標準化されていない。

本研究では加藤¹²⁾、白井らが原著者に対して訳出の許可を得たのち、共同で日本語訳の確認を行い同一の内容を用いた。なお ITG は元来死別者の長期慢性化した悲嘆反応の評価を目的としており、死別時の状況や主観的認識が外傷的かどうかということについては限定していないため、原語では traumatic grief となっているが本研究では「複雑性悲嘆」と邦訳した。 $\alpha = .75$ であり内的一貫性が確認された。

解析は、CAPS による現在診断で PTSD と診断されたものを PTSD 群、診断されなかった者を非 PTSD 群と分類して行った。また CAPS の各下位尺度(再体験症状・回避/麻痺症状・覚醒亢進症状)の得点を PTSD 症状の再体験症状得点、回避/

麻痺症状得点、覚醒亢進症状得点として統計解析に用いた。

また各尺度間の関連を調べるために Pearson の相関係数を求めた。さらに BDI-II 得点と ITG 得点(目的変数)をよく説明するのは PTSD 症状のどの下位尺度であるのかを検討するため、再体験・回避/麻痺・覚醒亢進症状及び対象者年齢・死別からの経過期間を説明変数として重回帰分析を行った。

統計学的解析は、2 群間の尺度得点の比較には t 検定又は Mann-Whitney 検定を、比率の比較には χ^2 検定、又は Fisher の直接確立検定を用いた。いずれの場合も、5%未満を有意と判定した。回収した質問票の結果の統計学的検定は SPSS for Windows ver.12 日本語版を用いた。

3. 結果

3.1. 対象者の特性

対象者の特性を表 2 に示した。性別は男性 16 名 (32.7%)、女性 33 名 (67.3%)、平均年齢は 52.4 ± 11.1 歳 (26 歳～72 歳) であった。死別から調査時までの経過月数は平均 69.0 ± 46.0 ヶ月 (6 ヶ月～20 年 8 ヶ月) であった。死別対象は子ども 40 名 (81.6%)、配偶者 5 名 (10.2%)、親・兄弟 4 名 (8.2%) であった。複数の死者(複

数の子ども、複数の親)がいる例が存在したが、統計上は年長者の方の 1 名を計上した。死亡者の平均年齢は 23.7 ± 14.4 歳 (6～72 歳) であった。

死別内容は、交通事故が 46 名 (93.9%)、殺人事件 3 名 (6.1%) であった。死者の身体的状態では即死者が 40%を占めているが、重傷者の場合の死亡までの時間は数時間～数ヶ月までにわたっている。ただし全員が本件の事故・事件に遭遇したことが死亡に直結した原因である。死者の身体的外見は、外傷変形あり 32 名 (65.3%)、外傷変形なし 17 名 (34.7%) であった。交通事故が多い関係上、直接の死亡原因は脳挫傷が多数存在した。死亡を知った状況は、伝聞による 44 名 (89.8%)、目撃あり 5 名 (10.2%) であった。多くは電話で重傷若しくは死亡の知らせを聞いている。目撃者は車両に同乗していた者や一緒に歩行中に事故に遭遇した者などが含まれる。

事故以前には PTSD 診断の A 基準による心的外傷体験のないものが 43 名 (87.8%) であった。死別以前の身体的・精神的既往については表 2 に示した。精神科に限る場合、死別前の受診経験のあるものが 3 名 (6.1%) であったが、死別後には 20 名 (40.8%) に増加している。この

ことから家族との外傷的な死別体験が精神的不調を引き起こすきっかけになったと考えられる。

3.2. 各尺度平均得点

CAPS 総得点は 43.9 ± 20.4 、再体験症状群得点 10.9 ± 6.1 、回避/麻痺症状群得点 19.5 ± 10.9 、覚醒亢進症状群得点 13.3 ± 8.0 であった。

BDI-II 総得点は 25.2 ± 11.4 であった。

BDI-II では、20 点以上の中等度以上のうつ状態と判断される者は 36 名 (73.5%) であった。ITG 総得点は 92.2 ± 27.2 であった。また Prigerson らが提唱する複雑性悲嘆反応ありと診断された者は 16 名 (32.7%) であった (表 3)。

3.3. PTSD有病率及び合併率

CAPS によって現在症 PTSD と評価された者は 20 名 (40.8%)、現在は PTSD 診断が確定するまでには至らないが、死別後調査時までのいずれかの時期に PTSD 診断が可能であったと考えられる生涯診断のある者が 17 名 (34.7%)、どの時期にも診断されなかった者が 12 名 (24.5%) であった。全員が外傷的出来事の基準 (A1) を満たし、基準 (A2) の「出来事への強い

恐怖あるいは無力感」を有したと述べている。外傷的出来事から 6 ヶ月以上の遅延発症は 0 名であった。6 年以上 PTSD 症状が持続した者は 9 名 (現在症 PTSD 診断者の 45.0%) であった。

以下、現在診断のつかなかった者 (生涯診断のみを含む) 29 名 (59.2%) を「診断なし群」と命名し、「診断あり群」20 名 (40.8%) と比較を行った。

次に、ITG において複雑性悲嘆と診断された者は 16 名 (全体の 32.7%) であった。PTSD 現在症と複雑性悲嘆を併発している者は 11 名 (PTSD 診断あり群の 55.0%) であった。

また、BDI-II において 20 点以上を中程度以上の抑うつ状態と評価していることから、20 点以上を抑うつ高群、以下を抑うつ低群と定義して PTSD 診断との合併を調べた。抑うつ高群は 36 名 (全体の 73.5%) であり、PTSD 現在症と併発しているものは 19 名 (PTSD 診断あり群の 95.0%) であった (表 4)。

3.4. 対象の属性による比較

次に対象者の属性を 2 群に分けて各尺度 (CAPS 総得点、再体験症状群得点、回避/麻痺症状群得点、覚醒亢進症状群得

点、BDI-II 総得点、ITG 総得点) 平均点の差について検定を行った。各尺度得点が正規分布を示していないために Mann-Whitney 検定を用いて比較を行った。

①死別対象②死別内容③死別の目撃/伝聞④遺体の外傷変形の有無⑤加害者の既知⑥死別以前の外傷体験の有無においては 2 群間に差は見られなかった。

一方、得点差がみられた特性は、⑦死別からの経過月数⑧即死か死別まで時間があつたかの 2 点であつた。

また死別後から調査時までの期間については 3 年以上と 3 年未満の 2 群にわけて比較したところ、CAPS 再体験症状得点及び、CAPS 総得点において平均得点の有意差が認められた(表 5)

即死群(20 名)の ITG 得点は 103.9 ± 21.2 であり、看取りあり群(29 名)の 84.2 ± 27.8 よりも有意に高得点であつた ($p < .01$) (表 6)。

3.5. PTSD 群と非 PTSD 群との比較

CAPS において現在症で PTSD と診断された者を PTSD 群(20 名、40.8%)、診断されなかった者を非 PTSD 群(29 名、59.2%)として、二群間の差異を求めるために

Mann-Whitney 検定を行った。この方法は各尺度得点が正規性を仮定していないための選択である。被害・症状に関わる変数では、対象者の年齢、死別からの経過時間における差は認められなかった(表 8)。

各評価尺度別では、CAPS、BDI-II、ITG すべてにおいて PTSD 群が有意に高かつた(表 8)また両群で下位項目の合致率を比較すると、有意差が認められた項目は、再体験症状では B4 きっかけによる心理的苦痛、B5 きっかけによる生理学的苦痛の 2 項目、回避/麻痺症状では C2 活動・場所・人物の回避、C4 興味・活動の減退、C 5 疎隔感、C7 未来の短縮感 4 項目、覚醒亢進症状では D1 睡眠障害、D2 易刺激性と怒り、D3 集中困難、D4 過剰な警戒心、D5 驚愕反応の 5 項目であつた(表 9)。

3.6. BDI-II 得点、ITG 得点と PTSD 各尺度の相関

次に、PTSD・抑うつ・複雑性悲嘆の関連を検討するために、PTSD 三主症状群(再体験症状群、回避/麻痺症状群、覚醒亢進症状群)と BDI-II 得点および ITG 得点における相関、また BDI-II 得点と ITG 得点との相関を調べた(表 10)。

BDI-II 得点と有意な相関が見られたのは回避/麻痺症状と覚醒亢進症状であった(回避/麻痺症状; $r=0.614$, $p<.01$, 覚醒亢進症状; $r=0.488$, $p<.01$)。

また ITG 得点と有意な相関が見られたのも回避/麻痺症状と覚醒亢進症状であった(回避/麻痺症状; $r=0.538$, $p<.01$, 覚醒亢進症状; $r=0.329$, $p<.05$)。

また BDI-II 得点と ITG 得点の両者には相関が認められた($r=0.728$, $p<.01$)。

このことから再体験症状は抑うつ、複雑性悲嘆とは関連が見出されず独立した症状群であることが示唆された。

3.7. BDI-II 得点と PTSD 各下位尺度の重回帰分析

つぎに、犯罪被害者遺族群において BDI-II 得点をよく説明するのは PTSD 症状のどの下位尺度得点であるかを検討するために、BDI-II 得点を目的変数、再体験・回避/麻痺・覚醒亢進の各得点を説明変数として重回帰分析を行った。対象者の年齢、死別からの経過時間についての差は認められなかった。その結果、回避/麻痺症状のみが関連のある要因として選択され、偏回帰係数は.535 であった。また重相関係数(R)は.668、説明率

は 44.7%であり有意であった($p<.001$) (表 11)。

一方、この解析では PTSD と大うつ病の重複部分があるために、両者の相関が高まる可能性も考えられる。そのため CAPS 下位尺度から PTSD と大うつ病の重複する項目を除外した(表 12)。

その後、対象者本人の年齢・死別から調査時までの期間・再体験症状・回避/麻痺症状・覚醒亢進症状の各得点を説明変数として重回帰分析を行ったところ、回避/麻痺症状が関連のある要因として選択され偏回帰係数は.621 であった。重相関係数(R)は 0.583、説明率は 34.0%であり有意であった($p<.01$) (表 11)。

3.8. ITG 総得点と PTSD 各下位尺度の重回帰分析

一方、犯罪被害者遺族群において ITG 得点をよく説明するのは PTSD 症状のどの下位尺度得点であるかを検討するために、ITG 得点を目的変数、再体験・回避/麻痺・覚醒亢進の各得点を説明変数として重回帰分析を行った。その結果、回避/麻痺症状が関連のある要因として選択され、偏回帰係数は.620 であった。また対象者本人の年齢も関連ある要因として選択され、偏回帰係数は.207 であ

った。重相関係数(R)は.592、説明率は35.1%であり両群ともに有意であった($p < .01$) (表 11)。

一方、この解析ではPTSDと複雑性悲嘆の重複部分があるために、両者の相関が高まる可能性が考えられる。

そのためCAPS下位尺度からPTSDと複雑性悲嘆に重複する項目を除外した(該当項目は表12を参照)。そして対象者本人の年齢・死別から調査時までの期間・再体験症状・回避/麻痺症状・覚醒亢進症状の各得点を説明変数として重回帰分析を行ったところ、回避/麻痺症状が関連のある要因として選択され、偏回帰係数は.523であった。また対象者本人の年齢も関連ある要因として選択され、偏回帰係数は.152であった。重相関係数(R)は.504、説明率は25.4%であり有意であった($p < .01$) (表 11)。

そこでCAPSにおける回避症状「活動・場所・人物の回避」項目の叙述内容から、抑うつ・悲嘆の相違について検討した。同高得点(8点中4点以上)の15名中8名(53.3%)が「現場や加害者の接触を避ける」と回答した。その理由の多くは現場や加害者が恐怖や脅威の存在だからではなく、「現場に行くと家族が亡くなったことを再認識するので辛いから」

というものであった。このことから遺族において「活動・場所・人物の回避」が生じる背景には、「恐怖や脅威からの回避」よりも「喪失感を意識する苦痛からの回避」があることが示唆される。

一方、同項目の低得点者(3点以下)の34名中12名(35.3%)は「死別に関することは避けずに逆に自分から近づこうとする」と述べていた。

つまり回避症状が低い遺族には複雑性悲嘆反応の「死者への思慕、探索行動」への志向が強い場合があると理解することができる(複雑性悲嘆反応の表1を参照)。

3.9. 目撃群の叙述例

当初の仮説としては、外傷的死別への暴露の程度の高い目撃群の方が精神症状は重篤であると考えられたが、実際には目撃なし群とはどの尺度の平均得点でも有意差がみられなかった。これには現場を目撃した者は5名と全体の10.2%しか占めておらず、死別からの経過時間が5~6年と長期であることが原因として考えられる。しかし、PTSD17症状の叙述において精査したところ、他の遺族群とは異なる叙述が見られ、目撃群特有の

症状と考えられるため、表 13 に示した。

再体験症状においては、侵入的想起のきっかけとなる例として「悲鳴」「頭を打った音」「遺体の状態」などであり、外傷的出来事に直結した内容となっている。一方、覚醒亢進症状においては、「車にぶつかったような感じ」が切実感を伴って体験されるために、過剰に驚愕してしまうことが述べられていた。これら 2 つの下位症状に挙げられた「車にぶつかること」「身体がぶつかる音や悲鳴」は、目撃群特有の直接体感する感覚であると考えられる。

4. 考察

4.1. 対象の特徴

本研究では、犯罪被害者遺族群の PTSD 症状および複雑性悲嘆反応・抑うつ症状について、人口統計学的変数及び精神医学的・臨床心理学的な既存の客観的指標を用いて検討することを目的とした。

具体的には、PTSD 群及び非 PTSD 群と診断に分類した上で、他の併発疾患との関連を比較した。また PTSD 症状の 3 主症状群(再体験症状・回避/麻痺症状・覚醒亢進症状)と抑うつと複雑性悲嘆の関連を検討した。

対象者の 81.6%が、子どもと死別した

中高年の親世代であった。先行研究からも、子どもとの死別は他の対象よりも精神的打撃が大きいことが実証されている⁴⁶⁾。このことから死別対象の特性が結果に影響を与えた可能性も考えられる。また 93.9%が交通事故による死別であった。そして交通事故が直接の死因となっており、殺人事件と同様に交通事故も大きな心的外傷を伴う出来事と判断することができる。また交通事故遺族が多かった背景には、協力を依頼した自助グループのひとつが交通事故遺族を対象としていたことによると考えられる。

つぎに、全体の 46 名(93.9%)が刑事裁判、民事裁判の経験があり、他の死別者と異なり死別の後に法的関与がある割合が高いことが特徴といえる。そして刑事裁判・民事裁判のどちらかを係争中の者は 12 名(24.5%)であり実務的多忙が推測される。このため病死の遺族よりも数年にわたって、十分に死者を悼むゆとりがもてないと感じている。

また死別前に心的外傷体験と精神科受診歴の両方がない者が 41 名(83.7%)である一方、死別後に受診・相談をした者が 20 名(40.8%)であった。このことから死別前は心理社会的適応が良好であっ

たが、事件事故による突然の死別をきっかけに精神的不調が生じている者が多いと考えられる。

また調査時点で精神科治療やカウンセリングを継続しているものは6名(12.2%)にとどまっている。本研究では、医療や心理支援を受けている者は相対的に少ない。そのため本研究の対象者の精神健康の状態が著しく良くなっているとは考えられない。このことから精神科における治療等が結果に影響を及ぼしたとは考えにくい。

4.2. PTSD有病率

CAPSによって現在症PTSDと評価された者は20名(40.8%)であった。6年以上の長期持続しているものは現在診断者の45%、対象者全体の18.4%である。また本研究におけるPTSD生涯診断率は75.5%であった。

つまり、本研究においては、死別1ヵ月後より約8割の対象者がある時期においてPTSDと診断される状態を経験しており、死別後6年以上においてもまだ約2割が重篤なPTSD症状を持続していると考えられる。暴力的な死別を経験した遺族が死別後長期間にわた

ってPTSD症状を呈しているという先行研究の結果とも共通している^{2) 14) 16) 21) 22)}。

本研究での生涯診断率75.5%は、海外の疫学的研究²⁾での23.3%より高率である。一方現在診断の割合は40.8%であり、国内のCAPSの遺族研究におけるPTSD発症率58.8%²²⁾、64.3%¹²⁾という報告とは同等の割合である。女性の割合が高く、子どもを亡くした人が多く法的関与の割合が高い群は、先行研究によれば、PTSDの発生率が相対的に高くなるはずであり、国内での研究対象はその要素を一部あるいは全部持っている可能性がある。

4.3. 複雑性悲嘆、抑うつとの合併

PTSD診断群の55.0%が複雑性悲嘆を、95.0%が抑うつ症状を併発していた。

Melhem¹⁵⁾(2001)は、外傷性悲嘆の症候論に基づく治療をうけている23人の遺族に外傷性悲嘆を測定する尺度とDSM-IVの構造化面接を用いてその重症度を測定したところ、大うつ病とPTSDの合併がみられたと報告している。

一方、Prigerson^{17) 18)}らは、複雑性悲嘆と抑うつ、PTSDが重複しないことを多くの臨床データから述べている。しかし本研究では、それと異なる結果となった。

その理由は明らかでないが、本研究では PTSD の発症率が高いと予想される犯罪被害者遺族群を対象としているのに対し、Prigerson らは中高年の配偶者の病死遺族を対象としており、このような対象の相違が異なる影響を及ぼした可能性もある。

4.4. 死別からの経過年数と再体験症状との関連

PTSD 三主症状群のうち、再体験症状のみが死別からの経過年数と関連があることが結果として得られた。このことから、再体験症状に関しては時間経過とともに改善する可能性があることが示唆される。その理由としては、対象者の中でなんらかの医療機関や相談機関への受診相談者の 20 名 (40.8%) のうち、継続した薬物治療や精神療法、カウンセリングを行っているものは 6 名 (12.2%) にすぎないことから、この改善は特別な治療がもたらしたと考えるよりも、自然軽快による改善や自助グループが治療的効果を及ぼしたと考えるほうが妥当であろう。

4.5. PTSD群と非PTSD群との比較

さらに PTSD 群は非 PTSD 群よりも再体

験、回避/麻痺、覚醒亢進、抑うつ、悲嘆のいずれにおいても有意な差があり高値をしめした。

4.6. 回避/麻痺症状と抑うつ・複雑性悲嘆との関連

回避/麻痺症状、覚醒亢進症状は抑うつ症状、複雑性悲嘆反応のそれぞれと有意な相関を示した。この結果は、回避/麻痺症状、覚醒亢進症状が抑うつ症状と関連すると報告した先行研究とも共通する。一方再体験症状は、うつ症状や複雑性悲嘆との関連は少なく PTSD 固有の症状である可能性が高いと考えられる。

つぎに PTSD3 症状の中から抑うつ、悲嘆を説明する要因を探索するために、重回帰分析を行った。CAPS、BDI-II、ITG の重複する質問項目を除外してデータを分析した結果、最も関連ある要因として回避/麻痺症状が選択された。つまり、回避/麻痺症状と抑うつ、悲嘆は関連が深く、併発・重複する可能性が高いことが結果として得られた。

いずれの場合においても治療場面では、回避/麻痺症状の背景となる感情を追加質問で吟味する必要があるといえる。

5. 結論

本研究の限界としては、犯罪被害者遺族群は犯罪被害者遺族群全体を代表しておらず、対象者の多数が自助グループに参加している特殊性をもった群であることがあげられる。多くの犯罪被害者遺族群は特定の社会的支援を受けておらず地域で孤立していることも少なくないと考えられる。

また、本研究の意図としては、自助グループ、医療機関、相談機関など犯罪被害者遺族に接触できる可能性のある場所に広く対象を募集することが狙いであったが、実質的に調査可能者が得られる人数にばらつきが生じ、医療機関・相談機関からはごく少数の対象者しか得ることができなかった。このことは医療機関への受診を行っていない遺族が多く存在するという現状の反映とも考えられる。

結果として、調査対象集団は女性が多く子どもを失った人が8割を占め、中高年の親世代が多かった。犯罪被害者遺族の75.5%が事故後のある時期にPTSDの状態になっており、40.8%が現在もPTSDと診断された。暴力的な死別を経験した遺族は、死後長期間にわたってPTSD症状

を呈しているといえる。PTSD群は非PTSD群に比べ下位三症状、抑うつ、複雑性悲嘆のいずれも高値であった。PTSD診断がつく人のうち、55.0%が複雑性悲嘆を、95.0%が抑うつ症状を併発していた。

PTSD三症状のうち再体験症状は抑うつ、複雑性悲嘆との関連は見られず、時間経過とともに減少することが示唆された。また回避/麻痺症状については抑うつや悲嘆反応を併発しながら遷延化すると考えられる。回避/麻痺症状を治療する際は、根底の喪失の否認としての回避や、死者へのとらわれ、思慕による探索行動に留意する必要がある。

おわりに—今後の課題

今後の課題としては、対象者数を増やした上で目撃の有無・死別対象者・死別内容による比較を行い、犯罪被害者遺族群の特徴を詳細に分析する必要がある。

また犯罪被害者遺族の死別後数ヶ月から数年後までの縦断的経過を追跡する研究は国外では増えてきているが、国内ではまだ行われておらず、今後は長期間の縦断研究の必要性が高いといえる。

謝辞

面接調査にご協力くださいました、ご遺族の皆様に深く御礼申し上げます。

表 1 複雑性悲嘆に関する研究

Traumatic Grief
(Prigerson, 2001) ⁷¹⁾

注：2003 年以降は Complicated Grief

A 基準：(分離の苦痛)

1. その人は重要な他者の死を経験し、以下の 4 つの症状のうち 3 つ以上が日常に著しい程度に体験されている
 1. 死者に対する再体験的思考
 2. 死者への切望
 3. 死者への探索
 4. 死による過剰な寂しさ

B 基準：(外傷の苦痛)

死後の反応の中に、以下の 11 症状のうち 6 以上が日常に著しい程度に体験されている

1. 無目的、将来への無益な感情
2. 主観的な麻痺、疎隔感、または感情的制御の不在
3. 死の承認の困難(不信)
4. 人生は空虚または無意味という感情
5. 自分自身の一部が死んだような感覚
6. 世界観の粉砕
(安全感、信頼感、コントロールの喪失)
7. 死者に関連する害になる行動や症状を真似する
8. 死に関連する怒りやいらいら感、痛烈さ
9. 喪失を思い出させるきっかけへの回避
10. 喪失により呆然とする、ショックを受けている、ボーっとする
11. 死者なしには人生は充実していない

C 基準：(期間)

少なくとも 6 ヶ月以上の妨害の持続(表に挙げた症状の)

D 基準：(社会機能障害)

その妨害は臨床的には、社会的、職業上の、また他の重要な分野の重要な損傷を引き起こす

表 2 対象者の特性

特性		Mean±SD. (range)	
年 齢		52.4±11.1 歳(26~72)	
死亡者の年齢		23.7±14.4 歳(6~72)	
死別から調査時までの経過月数		69 ヶ月±46.0(6 ヶ月~20 年 8 ヶ月)	
教育歴		13.8±2.0 年(9~18 年)	
		人数	(%)
性 別	男性	16	(32.7)
	女性	33	(67.3)
婚姻状況	未婚	2	(4.7)
	既婚	47	(95.7)
雇用状態	有職	26	(53.1)
	パート	5	(10.2)
	家庭内専業	4	(8.2)
	なし	14	(28.6)
宗 教	仏教	9	(18.4)
	キリスト教	0	
	神道	5	(10.2)
	創価学会	2	(4.1)
	その他 特に信仰なし	0 33	 (67.3)
死別対象	配偶者	5	(10.2)
	子ども	40	(81.6)
	親・兄弟姉妹	4	(8.2)
事件事故内容	交通事故	46	(93.9)
	殺人	3	(6.1)
加害者との関係	知っている	10	(20.8)
	知らない	38	(79.2)
刑事裁判	現在係争中	3	(6.1)
	判決確定	43	(87.8)
	不起訴	3	(6.1)
民事裁判	まだ行っていない	6	(12.1)
	現在係争中	9	(18.4)
	判決確定	22	(44.9)
	不起訴	1	(2.0)
死者の身体的状態	即死	20	(40.8)
	死亡までに時間があり	29	(59.2)
死者身体的外傷	外傷変形あり	32	(65.3)
	外傷変形なし	17	(34.7)
死亡告知の状況	重傷を聞き病院で看取る	33	(67.3)
	亡くなった直後	7	(14.3)
	亡くなってしばらくした	4	(8.2)
事件、事故以前の 身体的/精神的既往	身体のみあり	15	(30.2)
	精神のみあり	0	
	身体・精神ともにあり	3	(6.1)
	身体・精神ともになし	31	(63.3)
事件、事故後の 身体的/精神的既往	身体のみあり	11	(22.4)
	精神のみあり	11	(22.4)
	身体・精神ともにあり	9	(18.4)
	身体・精神ともになし	18	(36.7)

表 3 各尺度の結果

評価尺度		Mean ± SD
CAPS	総得点	43.9 ± 20.4
	再体験症状	10.9 ± 6.1
	回避/麻痺症状	19.5 ± 10.9
	覚醒亢進症状	13.3 ± 8.0
BDI-II	総得点	25.2 ± 11.4
ITG	総得点	92.2 ± 27.2
		人数 (n=49) (%)
CAPS	現在診断あり	20 (40.8)
BDI-II	20点以上の中等度以上群	36 (73.5)
ITG	ITG 診断あり	16 (32.7)

表 4 CAPSによるPTSD診断とBDI-IIによるうつ症状、ITGによる複雑性悲嘆の評価

	PTSD あり群 (n=20)		PTSD なし群 (n=29)		χ ² 検定
	人数	(%)	人数	(%)	
BDI-II 20点以上 (n=36)	19	(95.0)	17	(58.6)	*
ITG 診断あり (n=16)	11	(55.0)	5	(17.2)	*

*p<0.05

表 5 死別から3年未満群と3年以上群の比較—各尺度得点

	3年未満 (n=12)	3年以上 (n=37)	Mann-Whitney の
	Mean ± SD	Mean ± SD	U 検定
CAPS 総得点	56.2 ± 22.1	39.9 ± 18.4	*
再体験症状群	16.5 ± 5.7	9.1 ± 5.1	***
回避/麻痺症状群	22.6 ± 12.4	18.5 ± 10.2	n. s.
覚醒亢進症状群	17.1 ± 6.5	12.1 ± 8.1	n. s.
BDI-II 総得点	25.4 ± 10.7	25.2 ± 11.8	n. s.
ITG 総得点	88.8 ± 35.5	93.4 ± 24.0	n. s.

n. s not significant, * p<0.05, ***p<0.001

表 6 即死群と看取りあり群の比較—各尺度得点

	即死群 (n=20) Mean ± SD	看取りあり群 (n=29) Mean ± SD	Mann-Whitney の U 検定
CAPS 総得点	56.2 ± 22.1	39.9 ± 18.4	n. s.
再体験症状群	16.5 ± 5.7	9.1 ± 5.1	n. s.
回避/麻痺症状群	22.6 ± 12.4	18.5 ± 10.2	n. s.
覚醒亢進症状群	17.1 ± 6.5	12.1 ± 8.1	n. s.
BDI-II 総得点	25.4 ± 10.7	25.2 ± 11.8	n. s.
ITG 総得点	88.8 ± 35.5	93.4 ± 24.0	**

**p<0.01, n. s not significant

表 7 研究 1 PTSD群と非PTSD群の比較—被害・症状に関わる変数

	PTSD 群 (n=20) Mean ± SD	非 PTSD 群 (n=29) Mean ± SD	Mann-Whitney の U 検定
協力者本人の年齢	50.8 ± 8.0	53.5 ± 12.8	n. s.
死別から調査までの月数	63.3 ± 54.0	73.1 ± 40.1	n. s.
教育年数	13.9 ± 1.8	13.7 ± 2.2	n. s.
	人数 (%)	人数 (%)	χ ² 検定
外傷変形あり群 (n=32)	13 (65.0)	19 (65.5)	n. s.
即死群 (n=20)	8 (40.0)	12 (41.4)	n. s.

N. s not significant

協力者年齢・調査までの月数・教育年数については、Mann-Whitney の U 検定を行い、外傷変形群・即死群については χ² 検定または Fisher の直接確率検定を使用した。

表 8 PTSD群と非PTSD群の比較—各尺度得点

	PTSD 群 (n=20) Mean ± SD	非 PTSD 群 (n=29) Mean ± SD	Mann-Whitney の U 検定
CAPS 総得点	62.1 ± 14.3	31.3 ± 13.3	***
再体験症状群	15.0 ± 5.9	8.1 ± 4.5	***
回避/麻痺症状群	27.2 ± 7.8	14.1 ± 9.2	***
覚醒亢進症状群	19.9 ± 4.9	8.8 ± 6.5	***
BDI-II 総得点	30.8 ± 9.8	21.4 ± 11.1	**
ITG 総得点	103.5 ± 18.1	84.5 ± 29.5	**

p<0.01, *p<0.001

表 9 PTSD群と非PTSD群の比較—CAPS各下位項目の合致率

PTSD 各症状	PTSD17 項目	PTSD 群 (n=20) 人数 (%)	非 PTSD 群 (n=29) 人数 (%)	χ^2 検定
B 再体験	1 再体験性想起	14 (70.0)	11 (37.9)	n. s.
	2 悪夢	2 (10.0)	0 (0.0)	n. s.
	3 再体験(身体感覚の再体験)	1 (5.0)	1 (3.4)	n. s.
	4 きっかけによる心理的苦痛	20 (100.0)	11 (37.9)	***
	5 きっかけによる生理学的反応	15 (75.0)	10 (34.5)	**
C 回避/麻痺	1 考え・感情・会話の回避	9 (45.0)	10 (34.5)	n. s.
	2 活動・場所・人物の回避	11 (55.0)	4 (13.8)	**
	3 重要な側面の想起不能	8 (40.0)	6 (20.7)	n. s.
	4 興味・活動の減退	17 (85.0)	12 (41.4)	**
	5 疎隔感	15 (75.0)	11 (37.9)	*
	6 感情麻痺	12 (60.0)	9 (31.0)	n. s.
	7 未来の短縮感	1 (5.0)	0 (0.0)	**
D 覚醒亢進	1 睡眠障害	14 (70.0)	11 (37.9)	**
	2 易刺激性と怒り	17 (85.0)	13 (44.8)	***
	3 集中困難	14 (70.0)	5 (17.2)	***
	4 過剰な警戒心	14 (70.0)	7 (24.1)	***
	5 驚愕反応	3 (15.0)	2 (6.9)	n. s.

n. s. not significant, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

χ^2 検定または Fisher の直接確率検定

表 10 CAPS下位尺度得点、BDI-II得点、ITG得点との相関

	BDI-II	ITG
再体験症状	.132	.093
回避/麻痺症状	.614**	.538**
覚醒亢進症状	.488**	.329*
BDI-II		.728**

Pearson の相関係数* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

表 11 BDI-II 得点、ITG得点を目的変数とした重回帰分析

	目的変数：BDI-II 総得点		目的変数：ITG 総得点	
	標準回帰係数		標準回帰係数	
対象者本人の年齢	-.010	(.039) ¹	.207*	(.152*) ²
死別から調査までの期間	-.007	(-.045) ¹	-.092	(-.104) ²
再体験症状	-.249	(-.220) ¹	-.177	(-.066) ²
回避/麻痺症状	.535***	(.621***) ¹	.620**	(.523**) ²
覚醒亢進症状	.306	(.145) ¹	.063	(-.010) ²
重相関係数 R	.668	(.583) ¹	.592	(.504) ²
R2	.447***	(.340**) ¹	.351**	(.254*) ²

* p < 0.05 ** p < 0.01, *** p < 0.001

()¹内は C4 興味活動の減退、C7 未来への短縮感、D3 集中困難、D2 易刺激性、D1 睡眠障害を除外して行った解析結果

()²内は C2 活動、場所、人物の回避、C5 疎隔感、C7 未来への短縮感、D1 睡眠障害、D2 易刺激性、D4 過剰な警戒心を除外して行った解析結果

表 12 CAPS下位項目、BDI-II、ITGにおいて重複もしくは類似する質問項目

CAPS 各下位項目 (質問番号)	BDI-II (質問番号)	ITG (質問番号)
2 活動・場所・人物の回避		13 その人が死んでしまったことを思い出させるものを避けるために遠回りをする
4 興味・活動の減退	12 他の人や活動に関心を失った	
回避 麻痺 5 疎隔化・疎遠化		11 その人が亡くなって以来ずっと他人を気遣うことができなくなったまたは思いやるべき人の間に距離を感じるようになった
7 未来の短縮感	2 将来について悲観している	21 その人なしには自分の未来には何の意味も目的もないように感じる ----- 25 その死によって私の世界観は変わった ----- 14 その人がいないと人生は空っぽで無意味のような感じがする
8 不眠	16 普段より睡眠時間が長い/短い	30 その死から睡眠が損なわれている
覚醒 亢進 9 イライラ・怒りの爆発	17 普段よりイライラしやすい	29 その死からとてもイライラしたり過敏になっていたたり、些細なことで驚きやすくなった
10 集中困難	19 何事にも集中できない	
11 過剰な警戒心		26 その人が死んでから安全感や安心感が持てなくなった

表 13 目撃あり群の記述例

		1	2	3	4	5
年代		40～50歳台				
経過年数		5年	5年	6年	5年	8年
過去の外傷体験		なし				
死別後の受診・相談歴		有	有	無	有	有
CAPS 総得点		75	57	49	41	32
再体験		17	13	12	8	15
回避		33	29	24	19	10
過覚醒		25	15	13	14	7
PTSD 現在診断		有	有	有	有	なし
BDI 総得点		31	24	25	22	22
ITG 総得点		110	77	99	93	97
再体験 症状群	再体験的想起	悲鳴、頭を打った音	遺体の状態、色	事故の場面、考えると頭が痛くなる	事故直後の衝撃的な映像・現場が目の前なので通るたびに	事故の場面、人の動き、救急車が来たことなど
	きっかけ心理	バス、車に乗ったとき、子供の泣き声	急ブレーキの音	事故のニュースを聞くと	同じ車種が通る、音でわかる	-
	きっかけ身体	自分が運転している間中からだが固くなる	心臓がどきどきする。他のことが手につかない	心臓がキューっと痛くなる、頭が痛くなる	-	同じシチュエーションにパニックに。バイク、救急車の音
回避/ 麻痺 症状群	考え回避	-	なるべく考えないようにする。考えなくて悪いと思う位	一度考えるとそればかりになりそうなので、すべて考えないように	運転中は場面を思い出すのはやめラジオに耳を傾け、注意集中	同じくらいの子どもを見たり、知り合い、その道にさしかかる買い物
	活動回避	-	加害者と同じ車種、音に対して	事故の場所には一度も行っていない	-	人付き合い悪く、ごみ捨てでも目を合わせたくない
	想起不能	-	車の色はずっと何年も勘違いしていた	警察が来るまでの間、葬式後数日間	加害車両の記憶	-
	興味減退	-	楽しんではいけな気持ち。笑ってはいけない、喜んで申し訳ない 意欲がない。人の中にいくのがいやだった。	活字、楽しみのための読書、大勢の場でのおしゃべり	カラオケしない、ドラマ見ない	-
	疎隔	-	子どもを突然亡くす経験のない人にはわからない	話題を避けるためにその人との隔たりを感じる	仕事仲間の話し合いですんなり入れず	人に会いたくない買い物も時間による
回避/ 麻痺 症状群	感情幅	-	子どもの成長を喜ぶ気持ちが今はある	夫婦間の感情、自分は親だけでありたいと思っていた	幸福感について	人と会うこと、会話する、子どもの話
	人生	-	今の方がむしろ強くなった。あくせく仕事をしてどうするとう感じ	早く年を取って、もういいやという気持ちが強い 病気になっても罰という気がする	もう私の命だった子がいなから私の存在感そのものが希望もなく今死んでもいいやという感じ	-
過覚醒 症状群	怒り	-	しょっちゅう言葉に出したり物に当たる	どうして自分にと いう気持ちが強い、考えを締め出してしま	配偶者ともめる	-
	警戒	バスの中、運転中		車するとき、通学の行き帰りが気になり送り迎えもする外では一人で遊ばせない	-	-
	驚愕	子どもの悲鳴、車にぶつかったような、頭の中に浮かぶ	車がぶつかってくるような感じがして避けようとスピード下げたという	事故後に運転をやめた	-	-

文献

1. Amick-McMullan, A., D.G. Kilpatrick, and H.S. Resnick, *Homicide as a risk factor for PTSD among surviving family members*. Behav Modif, 1991. **15**(4): p. 545-59.
2. Amick-McMullan, A., D.G. Kilpatrick, and H.S. Resnick, *Homicide as a risk factor for PTSD among surviving family members*. Behavior Modification, 1991. **15**(4): p. 545-549.
3. Asukai, et al., *外傷後ストレス障害(PTSD)の疫学ならびに診断アセスメントに関する研究*, in *平成10年度厚生省精神・神経疾患研究委託費による研究報告集*. 1998. p. 233.
4. Beck, A.T., R.A. Steer, and G.K. Brown, *日本版BDI-II手引き*. 2003, 東京: 日本文化科学社.
5. Blake DD, W.F., Nagy LM et al., *The development of a clinician-administered PTSD scale*. J Trauma Stress, 1995. **8**: p. 75-90.
6. Breslau, N., et al., *Trauma and posttraumatic stress disorder in the community*. Arch Gen Psychiatry, 1998. **55**: p. 626-632.
7. Faschingbauer, T., S. Zisook, and R. DeVaul, *The Texas Revised Inventory of Grief*. Biopsychosocial aspects of bereavement, 1987: p. 109-124.
8. 藤田悟郎, *死別6.4年後の交通事故遺族の精神的後遺症*. 日本心理学会67回大会発表論文集, 2003: p. 328.
9. 犯罪被害者実態調査研究会, *犯罪被害者の実態調査報告書*. 1995.
10. 法務総合研究所, *第1回犯罪被害実態(暗数)調査*, in *法務総合研究所研究部報告10*. 2000. p. 79-80.
11. 法務総合研究所, *平成16年犯罪白書 -犯罪者の処遇-*. 2005.
12. 加藤寛・藤井千太, *犯罪、事故などにより家族、肉親を失った遺族の心理的影響とケアのあり方に関する研究*, in *財)21世紀ヒューマンケア研究機構こころのケア研究所平成15年度調査研究報告書*. 2004.
13. Kessler, R.C., Sonnega, A., Brone, E., *Post traumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey*. Arch Gen Psychiatry, 1995. **52**: p. 1048~1060.
14. Lehman DR, W.C., Williams A, *Long-term effects of losing a spouse or child in a Motor Vehicle Crash*. Journal of Pers Soc Psychol, 1987. **52**(1): p. 218-231.
15. Melhem, N.M., et al., *Comorbidity of axis I disorders in patients with traumatic grief*. J Clin Psychiatry, 2001. **62**(11): p. 884-7.
16. Murphy, S.A., et al., *The prevalence of PTSD following the violent death of a child and predictors of change 5 years later*. J Traumatic Stress, 2003. **16**(1): p. 17-25.
17. Prigerson, H.G., et al., *Complicated grief as a disorder distinct from bereavement-related depression*

- and anxiety: a replication study.* Am J Psychiatry, 1996. **153**(11): p. 1484-6.
18. Prigerson, H.G., et al., *Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses.* Am J Psychiatry, 1995. **152**(1): p. 22-30.
19. Prigerson, H. G. and S. C. Jacobs, *Traumatic grief as a distinct disorder: a rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test,* in *Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care, 1st ed.* 2001, American Psychological Association: Washington. p. 613-645.
20. Resnick, H. S., et al., *Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women.* J Consult Clin Psychol, 1993. **61**(6): p. 984-91.
21. Rynearson, E. K., *Bereavement after homicide: a descriptive study.* Am J Psychiatry, 1984. **141**(11): p. 1452-4.
22. 佐藤志穂子, *死別者における PTSD —交通事故遺族 34 人の追跡調査—.* 臨床精神医学, 1998. **27**(12): p. 1575-1586.
23. Statistics, B. o. J. *National Crime Victimization Survey (NCVS)* <http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/cvict.htm>. 2005.
- 発表
白井明美 「外傷的死別における遺族のトラウマ反応の評価」第4回日本トラウマティック・ストレス学会 平成17年.
- 論文
白井明美・木村弓子・小西聖子：外傷的死別における PTSD トラウマティック・ストレス, 3(2), P63-70, 2005.

犯罪被害者を対象にした認知行動療法

分担研究者 小西 聖子¹⁾

研究協力者 吉田 博美^{2) 3)}

1) 武蔵野大学 人間関係学部

2) 武蔵野大学心理臨床センター

3) 武蔵野大学大学院

研究要旨：

武蔵野大学心理臨床センター及び単科精神科病院に来室・来院した犯罪被害女性4名を対象に、PTSD症状の軽減を目的とした認知行動療法であるProlonged Exposure（以下；PE）を施行した。治療効果を測定するために、治療の前後にCAPS（PTSD臨床診断面接尺度）、IES-R（改訂版出来事インパクト尺度日本語版）、SDS、日本語版DESを用いた。PE治療を終了したケースは治療前に比べて、PTSD症状、抑うつ症状、解離症状が改善し、犯罪被害者にもPEの効果があることが示唆された。

一方PEを中断したケースについては、出来事前から精神科既往歴があり、入退院を繰り返していたこと、急性のPTSD（出来事から1ヶ月）であり、症状が安定していなかったことなどが中断理由として考えられた。PEは慢性のPTSDの症状軽減のために開発された治療法であることから、急性期のPTSD患者にはPEは適切でないと考えられる。

よってPEを行う際には、PE治療の説明を丁寧に行い治療の原理を理解してもらうこと、その上で、犯罪被害者の求めていることを確認し、心理療法の目標を明確に設定し、共同作業を行っていくことが大切である。ラポールを形成し、PEを安全に実施できる環境を整えること、クライアントの治療動機を確認し、動機を高めることも治療を行う前の重要な回復要素であると考えられた。

本研究は、治療効果研究の予備的段階であることに加え、通常の臨床現場に訪れた犯罪被害者に対して専門治療を行っているため、対象者や研究の条件を整えることができないという欠点もある。しかし、統制された対象者ではなく、日常の臨床場面に来室した人にPE治療を行うことが日本においても有効であろうという結果は、今後犯罪被害者に対する専門治療を考慮していく上で重要な知見であると考えられる。

今後はPEの施行ケースを増やして、犯罪被害者の専門治療として認知行動療法の治療効果を把握すると同時に、知見を積み上げ、犯罪被害者にとって有効な心理療法を検討していくことが重要であると考えられた。

A 研究目的

2005年に犯罪被害者等基本法が成立し、犯罪被害者の心理的外傷の回復及び心理療法の求められている。欧米のガイドラインでは、犯罪被害者の心理療法に認知行動療法が有効であると実証されている。しかし、我が国においては、犯罪被害者を対象にした治療効果研究はほとんどない。そこで本研究では、対人暴力犯罪被害者を対象に認知行動療法を行い、日本における犯罪被害者を対象とした認知行動療法の適応を検証し、犯罪被害者に対して有効かつ専門的な心理療法を検討することを目的とする。

B 研究方法

2005年4月～2006年2月に、武蔵野大学心理臨床センター、単科精神科病院に入室・来院した対人暴力犯罪被害者4名を対象とした。本研究では対人暴力被害者を性暴力被害、監禁事件、虐待、親密なパートナーからの暴力（恋人からの暴力も含む）などの被害者とする。

本研究で用いた治療技法は、慢性のPTSD症状の軽減を目的にしたProlonged Exposure法（以下PE）という認知行動療法である。PEはPTSD症状の軽減のみならず、PTSDとよく併存されるうつ症状、不安症状の軽減にも有効であることが海外の研究で示されている。PEを担当した治療者は精神科医1名、臨床心理士2名であり、この技法の開発者であるEdna Foaからトレーニングを受けた。

PE治療の除外基準は a)統合失調症、躁鬱病、器質性の精神障害、b)アルコール・薬物依存、c)6ヶ月以内に顕著な自殺念慮があるもの、d)加害者との脅迫的な関係が

継続していること、e)知的障害（自記式質問紙の回答が困難な者）である。

治療技法及び各使用尺度の説明を、次に述べる。

治療技法

Prolonged Exposure

PEは10セッション～15セッション行い、1セッションを90分から120分で行う。偶数回にIES-RとBDI-IIを行った。

セッション1では、治療原理や概要、呼吸法の説明を行う。セッション2ではトラウマ反応に対する心理教育、現実曝露法の説明、不安階層表の作成、現実曝露法の宿題を設定する。セッション3では、イメージの中でトラウマ記憶に直面するための原理を説明し、40分から60分間想像曝露法を行う。セッション4から9（または14）では、宿題の確認を行い、30分から40分間トラウマ記憶に直面し、宿題を設定する。最終セッションでは、クライアントにこの治療法で学んだことについて話し合い、今後の計画やもし症状が悪化したらどうするかなどについて話し合う。

使用尺度

PTSD臨床診断面接尺度（Clinician-Administered PTSD Scale；以下CAPS）

CAPSは米国のNational Center for PTSDの研究グループによって開発された構造化診断面接法であり、面接時点より遡る1ヶ月間の症状評価（現在診断）と、外傷的出来事後から最近までの期間の症状評価（生涯診断）が可能である。日本語版は飛鳥井らによって標準化されており、海外の研究でも多く用いられている構造化面接

である。

改訂版出来事インパクト尺度日本語版 (Japanese-Language Version of the Impact of Event Scale-Revised ; 以下 IES-R)

Weiss らにより作成された PTSD の自記式症状スケールである。侵入的想起症状、回避症状、過覚醒症状を下位尺度とした 22 項目からなる質問紙である。日本語版は Asukai らによって作成され、信頼性と妥当性が検証されている。

日本版 SDS (Self-rating Depression Scale ; 以下 SDS)

Zung によって開発された抑うつ状態を測定する自記式質問紙である。20 項目、4 件法で構成されている。日本語版は福田らによって開発され、信頼性と妥当性が検証されている。

日本語版 DES (Dissociative Experience Scale : 以下 DES)

本研究では、田辺 (1994) 日本語版 DES (Dissociative Experience Scale) を使用した。アルコールなどの薬物の影響下でない場合に、それぞれの項目にあるような体験の頻度がどれくらいかを直観的に答えるように教示した。

(倫理面への配慮)

本研究では、対象者に対して研究の目的と治療の内容について文書を用いながら口頭で説明し、書面による同意を得た。

C 研究結果

1) 対象者

対象者の犯罪被害の内訳はレイプ 1 名、監禁被害者 3 名であった。事前の精神科通院歴があったものは 3 名、そのうち 2 名は精神科入院歴があった。4 名の精神科診断は PTSD であるものの、他の精神疾患も併存していた。併存している症状は大うつ病 3 名、BPD 2 名、DDNOS1 名、摂食障害 1 名であった。PE 施行時に薬物療法を併用していたものは 3 名であった。PE を武蔵野大学心理臨床センターにて 3 名、単科精神科病院で 1 名を施行した。

2) PE 治療結果

PE セッションは隔週 1 回、90 分から 120 分のセッションを合計 11 回～14 回行った。PE 治療の結果は、PTSD 症状改善 2 名、やや軽快した者が 1 名、中断が 1 名であった (セッション 5 で中断)。

対象者の心理尺度結果を治療前後で比較したところ、PE 治療を終えた 3 名は治療前よりも PTSD 症状、抑うつ症状、解離症状ともに症状が軽減した (表 1～4 参照)。

D 考察

(1) 犯罪被害者の心理療法について

犯罪被害者には高い確率で PTSD や大うつ病の疑いがあることが、日本においても明らかになっている。さらに欧米の疫学研究では PTSD の有病率が男性 5%、女性 10% と報告されている。認知行動療法は PTSD に対する最も有効な心理療法である。中でも長時間曝露療法 (Prolonged Exposure)、認知処理療法 (Cognitive Processing Therapy)、ストレス予防訓練 (Stress

Inoculation Training)などはPTSDに対する効果が欧米の実証的研究で明らかにされている。

PEはPTSD、抑うつ、全般性不安、解離の症状を改善するのに有効であることが証明されており、本研究の結果からも、犯罪被害者に対してPEは有効であると考えられる。PEを終了したケースは、症状が改善し日常生活の支障が改善されたものは2名、若干軽快したものが1名であり、PTSD症状のみならず、併存していたうつ症状、解離症状ともに改善した。

日常生活に多少の支障が残っている1名についても、3ヶ月という短期間のプログラムで対処法を身につけ、アルバイトができる状態になったことは、通常のサポートタイプカウンセリングではあまり見ることのない結果である。本研究は、治療効果研究の予備的段階であることに加え、通常の臨床現場に訪れた犯罪被害者に対して専門治療を行っているため、対象者や研究の条件を整えることができないという欠点もある。しかし、統制された対象者ではなく、日常の臨床場面に来室した人にPE治療を行うことが日本においても有効であろうという結果は、今後犯罪被害者に対する専門治療を考慮していく上で重要な知見であると考えられる。

また、FoaらはPEの普及に関する研究を行っており、性暴力被害者の治療を行っている地域レイプクライシスセンター(Women Organized Against Rape; WOAR)の修士レベルの臨床家にPEを導入し、治療転帰を調べた。その結果、博士レベルの認知行動療法のエキスパートとWOARのカウンセラーでは、治療効果は同

等であった。認知行動療法の専門家でなくとも、認知行動療法の経験が最低限あり、PEのトレーニング及びスーパービジョンを受けることで地域のクリニックでもPEの治療効果が認められたことは、今後わが国で犯罪被害者に対する専門治療を日常臨床に広めていく上でも重要な知見である。

一方PEを中断したケースについては、出来事前から精神科既往歴があり、入退院を繰り返していたこと、急性のPTSD(出来事から1ヶ月)であり、症状が安定していなかったことなどが中断理由として考えられた。欧米の研究では、自然治癒も考慮し、出来事から少なくとも3ヶ月以上経過していることを治療の条件としている。PEは慢性のPTSDの症状軽減のために開発された治療法であることから、急性期のPTSD患者にはPEは適切でないと考えられる。

また、PEは1週1回90分から120分の治療を全部で10回から15回行うものであり、セッションだけでなく宿題も行うことから、治療を受けている期間に出来事に触れる時間及び精神的負担が大きい。しかし症状の再発が少ないことや薬物治療と同等の効果があることは、PEの大きな特徴である。

よって、PEを行う際には、PE治療の説明を丁寧に行い治療の原理を理解してもらうこと、その上で、犯罪被害者の求めていることを確認し、心理療法の目標を明確に設定し、共同作業を行っていくことが大切である。ラポールを形成し、PEを安全に実施できる環境を整えること、クライアントの治療動機を確認し、動機を高めることも治療を行う前の重要な回復要素であると考えられる。

今後は PE の施行ケースを増やして犯罪被害者の専門治療として認知行動療法の治療効果を把握すると同時に、知見を積み上げ、犯罪被害者にとって有効な心理療法を検討していくことが重要であると考えられた。

E 結論

本研究では、犯罪被害後によく生じる精神疾患である PTSD 症状の軽減に焦点を当てた認知行動療法を行った。

本研究の結果、犯罪被害者に対して専門治療を行う前のラポールの形成や関連機関との調整、クライアントの PE に対する治療動機が重要であること、また、日本においても PE 治療が有効であることが示唆された。PE は犯罪被害の影響で生じた PTSD や抑うつ、解離などの症状に効果があった。日常生活に支障をきたしていた症状が改善し、対処法を身につけることで活動範囲が広がることは被害者にとって重要であると考えられた。

本研究は、治療効果研究の予備的段階であることに加え、通常の臨床現場に訪れた犯罪被害者に対して専門治療を行っているため、対象者や研究の条件を整えることができないという欠点もある。しかし、統制された対象者ではなく、日常の臨床場面に来室した人に PE 治療を行うことが日本においても有効であろうという結果は、今後犯罪被害者に対する専門治療を考慮していく上で重要な知見であると考えられる。

今後は PE の施行ケースを増やして犯罪被害者の専門治療として認知行動療法の治療効果を把握すると同時に、知見を積み上げ、犯罪被害者にとって有効な心理療法を

検討していくことが重要であると考えられた。

【文献】

Asukai, N., Kato, H., Kawamura, N., et al. : Reliability and validity of the Japanese-language version the Impact Event Scale-Revised (IES-R-J) : Four studies of different traumatic events. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(3), 175-182. 2002.

Barbara Olasov Rothbaum., Millie C. Astin., Fred Marsteller: Prolonged Exposure Versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for PTSD Rape Victims. *Journal of Traumatic Stress*, vol 18, No6, 607-616, December 2005.

Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., et al., The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *Journal of Trauma Stress*, 8: p. 75-90. 1995.

Elizabeth A. Hembree., Shawn P. Cahill., Edna B. Foa. Impact of Personality Disorders on Treatment Outcome for Female Assault Survivors with Chronic Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 117-127, 2004.

Edna B. Foa., Terence M. Keane & Matthew J. Friedman: Effective treatments for PTSD : Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. New York: Guilford Press. 2000. (飛鳥井望、西

園文、石井朝子訳；PTSD 治療ガイドライン：エビデンスに基づいた治療戦略。金剛書房，東京，2005。）

Edna B.Foa, Constance V.Dancu., Elizabeth A.Hembree., et al: A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(2), 194-200, 1999.

Edna B.Foa, Elizabeth A.Hembree, Shawn P.Cahill ., et al: Randomized Trial of Prolonged Exposure for Posttraumatic Stress Disorder With and Without Cognitive Restructuring: Outcome at Academic and Community Clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 73, No. 5, 953-964. 2005.

福田一彦, 小林重雄: SDS—自己評価式抑うつ性尺度(使用手引き). 三京房, 京都, 1983.

広幡小百合、石井朝子、白井明美ら: 性暴力被害者における PTSD: 構造化面接を用いた調査から. *臨床精神医学*, vol. 30, 625-634, 2001.

Kessler RC, Sonnega A, Bromet EJ., et al: Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Surver. *Arch Gen Psychiatry*, 52, 1048-1060, 1995.

Patricia A.Resick, Monica K.Schnicke: Cognitive Processing Therapy for Sexual Assault Victims. *Journal of Consulting*

and *Clinical Psychology*, vol 60, No 5, 748-756, 1992.

Patricia A.Resick, Pallavi Nishith, Terii L. Weaver et al: A comparison of cognitive - processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 70, No 4, 867-879, 2002.

Patricia A.Resick, Pallavi Nishith., Michael G.Griffin.: How Well Dose Cognitive-Behavioral Therapy Treat Symptoms of Complex PTSD? An Examination of Child Sexual Abuse Survivors Within A Clinical Trial. *CNS Spectrums*, vol 8, No 5, 340-355, 2003.

田辺肇: 解離性体験と心的外傷体験との関連—日本版 DES (Dissociative Experiences Scale) の構成概念妥当性の検討—。 *催眠学研究*, 39 (2) , 1-10, 1994.

表 1 CAPS 結果

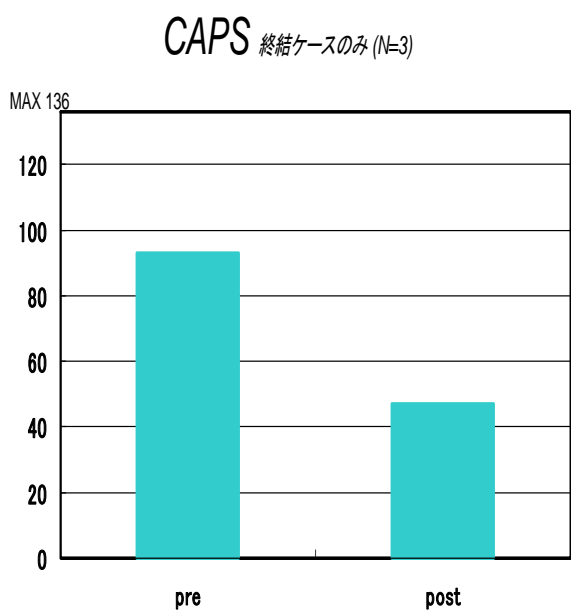


表 3 SDS 結果

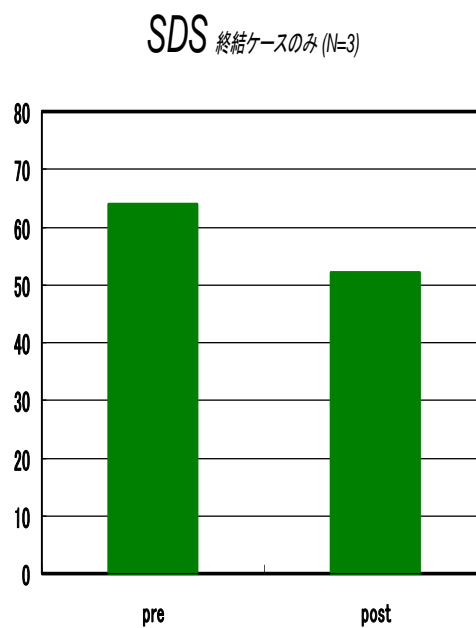


表 2 IES-R 結果

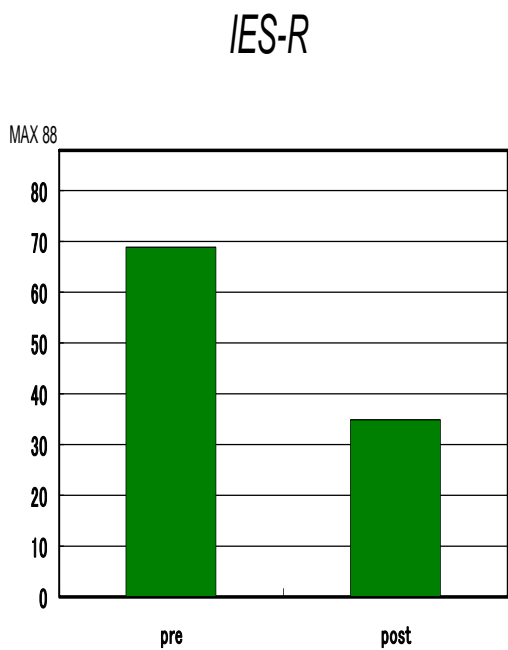
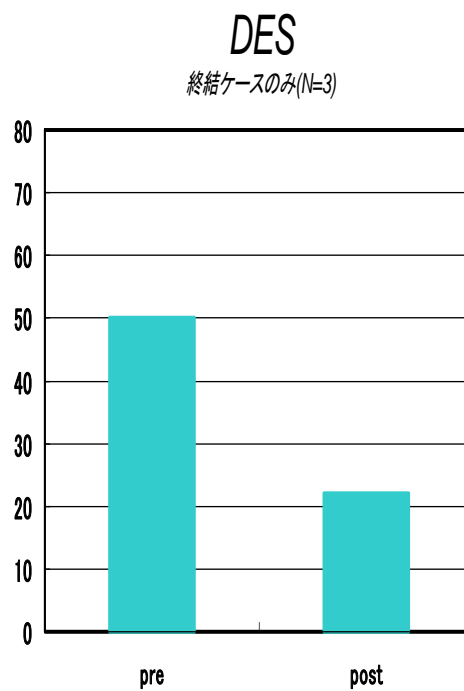


表 4 DES 結果



厚生労働科学研究費助成金（こころの健康科学研究事業）
分担研究報告書

＝犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究＝
犯罪被害者支援の現状

分担研究者：大山みち子（武蔵野大学）

研究協力者：道家木綿子（東京大学ハラスメント相談所）、
吉田博美（武蔵野大学大学院）、小西聖子（武蔵野大学）

研究要旨：

日本でも、犯罪被害者への心理的援助の必要性が広く認識され、犯罪被害者のための機関が一応の普及をみるようになった。現在の段階をふまえ、本研究は、犯罪被害者を特に対象としない、種々の心理相談機関においても、また被害者に対象を特化した心理療法の訓練を受けていない臨床家であっても、よりよく相談を行うことができるように図ることが必要である、との問題意識から行ったものである。

平成17年度と18年度にわたって、本研究を行う予定であり、本稿は平成17年度分の中間報告である。

方法

平成17年度には、武蔵野大学心理臨床センターで新規に受理し面接を行った事例の記録を全数調査し、内容を検討した。また、担当セラピストに聞き取りを行い、それらについて確認を行った。調査対象は、1999年4月1日から2005年12月31日までに新規に面接を受理した者であり、調査期間は、2006年1月から2月である。

結果と考察

分析の途中であるが、結果についていくつか述べる。

1999年4月1日から2005年12月31日までに、新規に面接を受理した者は382名である。これらのうち、来談の契機となる出来事がなんらかの被害に関連している例が過半数である。最も多いのは「性暴力」の73名であり、全体の19%であった。ついで「児童虐待」(13%)、「犯罪被害者の遺族」(9%)、「配偶者間の暴力」(8%)、「家族の性被害」(5%)となっている。

年度として最新の、2004年4月1日から2005年3月31日までの1年間については、新規に面接を受理した人数は68名である。面接頻度は、隔週が29名、毎週が6名、月1回が7名、1回のみが20名、不定期が3名、不明が3名である。来談経路は、さまざまな分野の機関や専門家からの紹介があるが、その一方で、「本やインターネットで知った」という、自分で探して到達した例も3割以上みられる。料金は無料

27名、有料36名、不明5名であり、有料で最も多い料金は2000円である。転帰は、調査した時点で継続している者19%、中断33%、終結26%となっている。これら中断、終結の定義については課題が残り、内容の再検討を経て修正の可能性もある。アセスメントのみの1回で終えた例も約15%ある。主訴としては、家族関係についてのものが19%、対人関係についてのものが10%、抑うつ・不安症状を訴えるものが15%となっている。

ひろく一般の心理相談を行っている心理臨床機関において、このように犯罪被害関連の相談が中心となっているところはほとんど類をみないといつてよいだろう。ここでの臨床上のくふうが他の場においても応用可能なものであれば、臨床技法の発展のために有用と考える。本研究は、縦断的検討がなされていないこと、また、内部の者による検討であるため、客観的・批判的視点が不足していることによる限界があることは否めないが、今後の被害者支援の発展のために、有用な情報を提示し、提言するべく、次年度にも本研究を継続することを計画している。

<平成17年度の研究成果について>

はじめに

わが国の犯罪被害者への心理的支援の状況は、ここ15年ほどの間に、それまでには想像できなかった速さで、大きな発展を遂げている。

1992年に東京医科歯科大学難治疾患研究所に、犯罪被害者相談室が開室され、電話心理相談活動を開始したことを端緒に、1995年茨城県に水戸被害者援助センター（現いばらき被害者支援センター）が、1996年に大阪府に大阪被害者相談室（現大阪被害者支援アドボカシーセンター）が発足するなど、全国に犯罪被害者を支援する団体が生まれ、活動するようになった。そこでの活動内容は、ボランティアによる電話相談や、臨床心理士・医師による心理療法、裁判への同行、自助グループの運営の補助など、多岐にわたっている。その後、それらの団体によって1998年には全国被害者支援ネット

ワークが結成され、2005年の時点で参加団体は40を数えるまでになっている。

またこうした流れに続いて、2005年にいわゆる犯罪被害者等基本法が成立するなど、法的な分野でも大きく前進した。2002年に日本トラウマティック・ストレス学会が発足したことはひとつの転換点であり、すでにあつた各心理学・精神医学の学会でも、犯罪被害者の心理・症状やその援助について、さまざまな形で改めて取り上げられるようになってきている。このほかにも、報道・教育・司法矯正など各分野で、犯罪被害者の現状と対応について、着目されるようになってきている。

しかし、その一方で、現在もなお、心理臨床を専門業務とするものであっても、経験・研修不足のためか、犯罪被害者を対象とすることに戸惑いがみられる。犯罪被害者に対しては、特化した技法を会得しないと心理的援助が行えないと感じ、進んで専門的援助を行おうとしない例は少なくない。

そこで、実際に犯罪被害者を対象として、大過なく心理的援助を行っているところでの実践を調査し、有形無形のくふうについて知見を得て、実用的な提言を行うことが必要であるという認識が、本研究の背景にある。

目的

本研究の大きな目的は、被害者支援を中心としないさまざまな心理臨床の場でも、通常の業務の一環として、無理なく、臆せず、より円滑に援助できるように図ることである。

そのための指針となる、特別な技法の習得などを必要としない、現実的な範囲から離れない情報を提供することを目的とする。

実際には、被害者への心理的援助の事例を多く抱えながら、比較的円滑に運営している施設の実情を調査し、もって実現可能な方策を提言する。

方法

以下の3つのステップで行う。

<その1>

相談記録を閲覧し、記録をもとに資料を作成するとともに、直接面接担当者に聞き取りをした。

対象：武蔵野大学心理臨床センターの来談者。1999年4月1日から2005年12月の間に新規に相談を受理したクライアントである。なお、武蔵野大学心理臨床センターは、犯罪被害者のみを対象とした相談機関ではなく、他の心理的な悩みを持つ人々についても広く対象としている。

調査期間：2006年1月～2月

質問項目：性別、主訴、出来事の内容、面接の頻度、転帰など。

記録の内容、聞き取りの内容などから、次

のステップとなる次年度の調査項目を検討した。

<その2>

武蔵野大学心理臨床センターをとりまく治療構造あるいは治療環境で、回復に寄与すると思われる要素をとり上げ、検討する。

<その3>

その1、その2を参照し、犯罪被害者の心理相談を行う実務者向けの、具体的なガイドを作成する。

本年度は、主に、方法<その1>を中心とした基礎データの収集を実施した。

(倫理面への配慮)

相談者の個人情報特定されないように、調査データは全て統計的に処理を行った。

結果

現在、分析を進めているところであり、数値などは、内容の再検討を経て修正の可能性はあるが、いくつかをここに掲載する。

1. 1999年4月1日から2005年12月31日までに受理した面接相談

<受理件数>

上記期間に面接相談を受理した者は38名であった。

ここで新規の相談を受理する流れについて、簡単に述べる。通常の手続きでは、まずすべての相談を電話相談の枠組みの中で受けつける。その後、電話相談として継続する場合もあるが、面接相談への移行を検討すべきであると判断すると、定期的に行っているケース・カンファレンスに提出し、検討する。そこで面接相談がふさわしいと判断した場

合、改めて電話を通じて来所を勧め予約を整え、来所による面接へとつなぐことになる。上記は、このプロセスで実際に来所し、面接の段階まで進んだ者の人数である。

<出来事の種類>

新規に相談を受理した全382名のうち、犯罪・災害に関連した相談は過半数であり、そのうち最も多いものは、「性暴力」の73名で全体の19%であった。次いで、「児童虐待」(13%)、「犯罪被害者遺族」(9%)、「配偶者間の暴力」(8%)、「家族の性被害」(5%)などの順となっている。

「犯罪被害」以外の内容であるものは17%で、「不明」、「その他」と合わせても33%である。

単純に計算すると、調査期間の中では、毎月約5名の新規の面接相談を受け付け、そのうち約3名がなんらかの被害に関連した相談ということになる。

2. 2004年度に受理した面接相談

データ収集期間に2005年度が終了していなかったため、年度としては最新の2004年度に受理した相談の内容を以下に紹介する。

<受理件数>

2004年度に新たに面接相談を受理した件数は、68件であった。

<面接頻度>

隔週 29名、
毎週 6名、
月1回 7名、
1回のみ 20名、

不定期 3名、
不明 3名

隔週あるいは毎週が半数以上を占めている一方で、一回のみの面接も20名いた。

<来談経路>

医療機関(9%)、女性センター(12%)、司法(4%)など、さまざまな分野の機関や専門家からの紹介で来談しているが、その一方で、本やインターネットで知った(6%)という、自分で探して到達した例もみられる。

<料金>

無料27名、有料36名、不明5名であった。有料の場合、料金で最も多いものは1回につき2000円である。

無料での面接が認められた理由は、生活保護受給者であるなど、経済的理由によるものがほとんどである。犯罪被害者は、収入の途を絶たれるなど経済的に余裕がないことが多く、当センターのように、専門的援助を無料あるいは安価で受けられる場は貴重であると言える。

<主訴>

家族関係についてのものが19%、対人関係についてのものが10%、抑うつ・不安症状を訴えるものが15%…となっている。

出来事の内容と主訴、診断名等は元来異なるものである。初回にクライアントの述べる悩みや不調は、対人関係にまつわるものが多くあることがわかる。これらは、すでに述べているように、犯罪被害以外の相談も含まれており、この段階では何かを述べることはできない。

<転帰>

調査した時点で継続しているものが19%、中断が33%、終結が26%となっている。この数字については、後述するが、担当セラピストの判断であり、判断の基準によって大きく異なってくる可能性がある。たとえば生活の改善と症状の消退が認められ、終結とみなしてもよい例や、仕事の都合による中断も、これら中断に含まれている。

またアセスメントのみの1回で終えた事例も15%ほどあり、これらは、他機関で継続しているクライアントやセラピストに対してセカンドオピニオンを述べる役割であった場合など、さまざまな事情があつたものである。

考察

<本研究の意義>

ひろく一般の心理相談も引き受けている心理臨床機関において、このように犯罪被害者関連の相談が中心となっているところは、ほとんど類をみないといつてよいだろう。

このように多くの犯罪被害者の事例を扱っている現場では、臨床技法の研鑽・研究も集中的・効果的に行われていることが期待できる。また、ここでの相談活動の方法が、他の場においても応用可能なものであれば、臨床技法の発展のためにきわめて有用であると考ええる。

犯罪被害者に対する心理的援助をよりよく行うには、熟達の者による臨床活動を見て学ぶ、あるいは特別な訓練を行って新しい技法を体得することも重要であるが、そればかりではなく、より現実的な、現在ある多くの臨床家に参考となるヒントが必要である。

武蔵野大学心理臨床センターで行われて

いる相談活動は、いわゆる名人芸的な心理療法や特別な技法を用いたものばかりではないが、これまで一般の相談であつても被害者相談であつても、比較的順調に現在に至っている。そこでの臨床上のくふうは、一般の相談機関で被害者相談を行うのに利する、現実的で応用の利くものであることが期待できる。

また、本邦において、被害者相談を活発に行っている心理臨床機関の実態を明らかにしたことに限っても、本調査は意義あるものであると考える。

<本研究の課題>

しかし本研究では、いくつかの課題が残り、調査の限界にも触れねばならない。

縦断的な検討の不足

わが国の被害者支援が、積極的に行われるようになっていまだ歴史が浅く、心理的な援助の研究も緒についたばかりである。また実際の事例についても、各々の援助の枠組みで一旦は終結をみたとしても、長い目でみれば経過の途上であり、今後の精神健康や生活の質については、結論づけることはできない。本研究は、あくまで現在の時点での検討であり、縦断的な追跡や歴史的検討を受けていないことが指摘できる。

客観的・批判的な検討の不足

今回の調査は、関与した者による観察の記録をもとにしたものである。したがって、セラピストクライアント関係を介しての検討であること、また武蔵野大学心理臨床センターに関わる当事者による検討であることが限界として挙げられる。事例に深く触れる

ため、倫理上、内部の者による検討にとどまることは避けられないが、よい点を看過するおそれ、また自画自賛になってしまうおそれも否めない。

悪化事例、中断事例の追跡・検討

悪化した事例について十分に追跡・検討できないことは、避けられない限界である。これに関連した課題として、転帰につき、現時点では、機械的に継続・中断・終結に分類しているため、「中断」の臨床的意味を深く検討できていない点がある。中断については、いわゆるブレイクとドロップアウトの異同、学派や立場、構造による終結の定義範囲など、詳細に検討すれば際限がない。しかし、実用的で必ずしも熟達した者でなくとも心理的援助を行うことができるようにする指針を検討する、という今回の目的を考慮すれば、あまりに厳格であることは、本来の目的を逸脱するものともいえるかもしれない。これらは次年度にかけての課題である。

さらに、回復に資する要素が抽出できたとしても、各々の事例にとって個別のものであり、さらに武蔵野大学心理臨床センターに固有の事情によるものであるかもしれない。これらが、応用可能で提言にふさわしいものかどうかは未知数である。しかしながら、今後の検討の材料としても、本研究を進める意義があると考えられる。

結論

本年度は、犯罪被害者に対する支援の現状の調査として、犯罪被害者への心理療法を中心的に行っている、武蔵野大学心理臨床センターでの事例を調査した。来年度も、本研究

をさらに継続する予定である。

本年度は、記録をもとにクライアントの側を中心に調査したが、来年度は、これをより詳細に行うとともに、セラピストの側の調査や、環境についての調査も行いたい。この場合、現在検討している項目は、

- ・スタッフの疲弊を防いでいると思われる要素
- ・大きな事故・行動化を防いでいると思われる要素
- ・このほか、回復に寄与すると思われる要素などである。

文献

大山みち子（2000）、被害者相談における事例検討の重要性 ブリーフサイコセラピー研究 9、pp. 166-173

大山みち子（2000）、性犯罪被害者の心的外傷臨床 臨床心理学大系17巻 11章 心的外傷の臨床、河合隼雄ら編、金子書房、pp. 213-229

大山みち子（2002）、性犯罪被害女性の心理療法の経過 特集 PTSDの理論と治療の実際 こころの臨床ア・ラ・カルト 21（2）、星和書店、pp. 203-207

大山みち子（2002）、被害者支援と被害者心理、講座被害者支援第4巻 第4章、諸澤英道・小西聖子編、東京法令出版、pp. 122-148

大山みち子（2003）、犯罪・災害の被害者への心理的援助とその周辺 長崎純心大学心理教育相談センター紀要2、pp. 3-12

大山みち子(2003)、「児童虐待へのブリーフセラピー」 虐待をめぐる心理療法とブリーフセラピーについてのささやかな覚書 宮田敬一編、金剛出版、pp. 89-104

大山みち子(2004)、「被害者相談における連携について」 臨床心理学4(6)、pp. 748-752

大山みち子(2004)、「より効果的な心理療法を目指してーブリーフサイコセラピーの発展ー2」 第2章 被害に対する治療・援助・支援のあり方 日本ブリーフサイコセラピー学会編、金剛出版、pp. 97-107、

大山みち子(2005)、「心理療法ハンドブック」 被害者ケア 乾吉佑ら編、創元社、pp. 458-463

大山みち子(2005)、「こころのケアの行方ー被害者相談から援助の方法を考える、外来精神医療」 5(1)、pp. 64-67

奥村正雄(2005)、「犯罪被害者のニーズー2回の犯罪被害者実態調査をとおしてー、被害者学研究」(15)、日本被害者学会、pp. 21-33

東京都犯罪被害者支援連絡会(2003)、「犯罪被害者支援ガイドブック(改訂版)」、pp. 20-24

中島聡美(1997)、「犯罪被害者の心のケアをめぐる問題」 法律のひろば、ぎょうせい、pp. 37-44

武蔵野女子大学心理臨床センター活動報告(2002)、「武蔵野女子大学心理臨床センター紀要第1号」、pp. 39-43

武蔵野女子大学心理臨床センター活動報告(2002)、「武蔵野女子大学心理臨床センター紀要第2号」、pp. 29-36

武蔵野女子大学心理臨床センター活動報告(2003)、「武蔵野女子大学心理臨床センター紀要第3号」、pp. 53-55

武蔵野女子大学心理臨床センター活動報告(2004)、「武蔵野女子大学心理臨床センター紀要第4号」、pp. 69-71

山上皓(1999)、「被害者の心のケア、ジャーナリスト」1163号、有斐閣、pp. 80-86

山上皓(2000)、「犯罪被害者支援の必要性と精神保健政策についてのその意義、こころと社会」No. 99、日本精神衛生会、pp. 58-63

山上皓(2003)、「被害者支援の歩み」 被害者支援ボランティアのための研修マニュアル 全国被害者支援ネットワーク、pp. 1-13

学会発表

大山みち子 「犯罪被害者支援をめぐる諸問題」 日本コミュニティ心理学会第8回大会 公開シンポジウム 2005

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
分担研究報告書

＝犯罪被害者の精神的健康の状況とその回復に関する研究＝
犯罪被害者の PTSD 治療に関する文献研究

分担研究者 堀越 勝 筑波大学大学院人間総合科学研究科

1. 研究課題

我が国における犯罪被害者とその家族に対するメンタルな部分へ介入、危機介入を統合的な見地から考察し、それに基づいた危機介入モデルを構築する。そのために、海外、特に米国において、既に始動している危機介入プログラムの長所、短所を検討し、我が国の現状に最も適したモデルを考案する。

2. 研究の背景

本研究班は犯罪被害者のメンタルケアについて取り組んでいる。犯罪などに巻き込まれることは非日常の危機的な状況であり、その状況から生まれるメンタルな問題（たとえば PTSD）に対するケアには、予防的な介入（心理教育などを通じて広く情報提供を行うなど）、その出来事の直後または継続的に行われる介入、さらには出来事からはるか後になって発現する問題への介入など様々な側面があると思われる。こうした被害者に対する様々な介入ということでは、危機介入や被害者への援助の先進国である米国に学ぶ部分は多い。

<米国における現場介入の実際>

1999年4月20日、米国デンバー州のコロンバインで、当地のコロンバイン高校に通う男子生徒2名が、自分たちの高校に自動小銃を数丁と手作り爆弾何十発を持って登校し、生徒12名と教師1名を射殺するという事件が起こった。当日、構内に設置されていたビデオカメラは事件の一部始終を捕らえていた。さらに、このビデオには秒単位の時間表示があり、結果的に事件の詳細な映像記録

が残されたことになった。この事件を担当した、管轄のジェファーソン州保安官事務所は、後にこのビデオの画像の一部と、事件発生の第一報を受けてから自分たちが行ったことを書き記した報告書（ポリスレポート）を公にしている。その報告書には事件が起こっていた校内と、事件の解決に向けて働く外部の活動が、図解入りで詳細に記されている。また、その中にはこの事件を巡ってどのような危機介入がなされたかについても言及されている。

報告書のその部分には『事件の勃発にともない、学生、親、教員、スタッフに対するカウンセリングと危機介入を行うために、警察および各機関がただちに動き始めた。初めの危機介入は、通報があった数分後で、ビクティム・サービス・スタッフの中からボランティア（専門家ではなく）のところに連絡が届いた。そして、12時15分、事件が進行している最中、ビクティム・サービスのユニットの責任者カレン・マクマホンがカウンセラーと一緒に現場に向った』と書かれている。そして、15分後にはこのビクティム・サービスの二人が現場に到着し、そして、最初の危機介入チームが現場に向かってから30分後には、150名が危機介入のために現場に向かったと報告されている。

この報告書が伝えるところは驚くべきことで、米国では、事件発生を知らせる通報が入ってから、それ程の時間が経たない内に被災者の心のケアのためのチームが現場に向かい、事件がまだ進行している最中にボランティアたちが心のケアのためにぞくぞくと集まって来るといのである。このような体制を作るには、コミュニティーの中に普段から危機介入

に対して備えている人たちが相当量存在していなければならない。残念ながら、現在の日本では地方自治体や国単位でもこの様なシステムは構築されておらず、今後の見える目標の一つとして、こうした援助体制の構築が考えられるのではないだろうか。しかし、2005年9月、ニューオーリンズを襲ったハリケーン・カトリーナは、米国とて危機介入や被害者援助について磐石ではないことを露呈したといえる。こうした、現実を謙虚に受けとめ、わが国の被害者に対するメンタルケアの充実を目指す必要がある。

さて、被害者への援助についてであるが、基本的な考え方として押さえておかなければならない点がある。この分野の第一人者である米国の National Crime Victims Research and Treatment Center のディーン・キルパトリック博士 (Dean G. Kilpatrick) が強調する次の2点に注目したい。第1点目は、「その介入法が安全であるかどうか」である。既に打ちのめされ、傷ついている被害者を相手に援助を行う場合、介入自体が安全でなければならないことは言うまでもないが、安全性はその介入を施行する者によっても影響されることも覚えておかなければならない。つまり、安全性を考えた場合、どのような介入を行うかは当然のこととして、一体誰がそれを実行するのかという点にも配慮しなければならないということである。

キルパトリック博士の第2点目は、「その介入が効果的なものかどうか」である。安全性もさることながら、最も効果があると思われる介入法を選択することは、人道的、また倫理的な面から考えても被害者援助に必要不可欠な部分となる。効果を測るには、まずは、査定方法に目を向ける必要がある。測る物差しが適当であるかどうかは、効果研究にとって非常に重要な点である。さらに、実際に効果があるかどうかについては、既存の効果研究の結果の検討と、実際にその療法に挑戦して効果を確かめるといった作業が必要となる。以上、キルパトリック博士の示した点などを考慮した上で、わが国の現状に合致した被害

者援助のシステムを構築する一端を担うことが出来ればと思う。

3. 研究計画

前セクションで述べたように、日本の現状と比較すると、米国では犯罪だけではなく、自然災害も含めた様々な状況に対する被害者援助の体制がより一般に定着しているように見える。そこで、米国の現状から学びながら、最終的には日本の風土に合う「安全」で「効果的」な被害者援助策、特に心理的な介入法に辿りつきたいと思う。

米国における、危機に際しての心理的な介入方法は大きく二つに分けられる。一つは「グローバルな介入」と呼ばれるもので、(1)心理教育と、(2)ピアカウンセリング(仲間による)の二つが代表的なものとして挙げられる。これらは、予防、または予後への介入としても効果を期待することが出来る。心理的な介入のもう一方は、「個人的な介入」である。個人的な介入には、様々なものが含まれる。精神分析、認知行動療法から、身体的な介入のリラクゼーション、バイオフィードバックなどと多種多様で、個人対個人をベースに行われる介入方法のことを指している。個人的な介入の利点は、それぞれの問題に合わせた介入が望めることで、グローバルな介入と合わせて用いることでさらなる効果が期待できる。本分担研究では、被害者に対する心理的な介入(グローバルな介入と個人的な介入)について、調査検討を重ね、日本の風土に合う介入プログラムを組み立てていくことを目的とする。

その研究目的は以下の幾つかのステップ踏んで実現するものとする。まず、危機介入や被害者援助のモデルとして、犯罪、自然災害、事故などで危機に遭遇した者に対して、その分野での先進国である米国ではどのようなことが行われているのかについて調査を行い、現状を把握したい。

そこで、第1のステップは文献研究を通じて米国での危機介入や被害者援助の現状を把握することとする。将来的には、このステッ

プに米国での実地見学や研修なども含みたい。さらに、米国だけでなく、日本における、危機介入の現状調査も行いたい。日本の被害者援助における査定方法（PTSDの診断など）や介入方法を検討することは、日本の風土に合う危機介入を考えるときには必要不可欠である。

第2のステップは、犯罪被害者に対する危機介入スペシャリストのための基礎訓練マニュアル作りに着手することである。先述のキルパトリック博士が示したように、安全性が高く、効果がある介入法は、まず、介入を施行する者が十分な訓練と知識を身につけることから始まるといっても過言ではない。言い換えるならば、危機的な状況に遭遇した被害者を効果的に援助するには、特別な訓練が必要だということである。そうした訓練には、基本的なコミュニケーションスキルのレベルから、状況に合わせた様々な介入方法を学ぶことも含まれる。なぜならば、被害者が介入する者によって2次的なダメージを受けることを最小限に食い止めるためである。

被害者を援助する者は、スペシャリストとして、トラウマ焦点型の介入だけでなく、サポートティブ（支持的）な介入にも精通していることが望ましい。したがって、共感的なコミュニケーションの技法などを徹底的に身につける必要がある。このステップで合わせて考えておきたいことに、二次的外傷性ストレスの問題がある。危機に際して、援助に当たる者の側が時にはPTSDを発症することは周知のところである。日本において、危機介入のプログラムを構築する時には、援助を行う側も援助を得られるように、そうした部分も盛り込んだプログラムを構築する必要がある。基礎的な実力を付けた人々が、具体的な危機介入のツールを身につければ、応用力も増し、様々な危機対応に活躍することが出来ると考えられる。そのようなツールとしては、様々な介入方法があり、初めから特定のものに絞る必要はないが、既存の効果研究の結果から考えると、認知行動療法（CBT）は候補として挙げるべきであろう。

最後のステップとしては、幾つかの療法について実際に介入研究を行うとともに、援助者の訓練を行い、さらなる効果の査定を重ねて改善を加えながら、日本の現状に合った、統合的なアプローチを模索していく作業となる。たとえば、欧米の認知行動療法を基盤としたグループプログラムの多くはディスカッションに参加することを前提に組み立てられたものが多いが、果たしてそうした参加型のプログラムが日本での危機介入法や被害者援助の方法として適切なかどうかなどについても検討する必要がある。可能であれば、介入研究には質問票だけでなく、生理指標（ストレスホルモンなど）も用いることにも挑戦したいと思う。また、グローバルな介入として、心理教育の教材、また資源作りにも着手しなければならない。同様に、ピアカウンセリングのためにマニュアル作りなども同様に重要である。以上のように、大まかには3つのステップを踏んで、犯罪被害者への精神的／心理的な介入のプログラムを構築していきたい。しかし、他の分担研究グループでは既に特定の療法を用いた介入研究を行っている関係上、比較を目的として介入研究を行う以外はなるべく重複することがないように心がけるつもりである。時間的なことを考慮して、それぞれのステップに1年を当てて、3年でこれらのことを実現出来ればと考えている。

4. 17年度の研究成果報告

研究計画のセクションで示したように、平成17年度は計画に沿って、主に文献研究による、情報採取を行った。危機における問題の一つとして挙げられるものに、外傷後ストレス障害（PTSD）があるが、本年度は米国の危機対策、特にPTSDに対する介入を中心に文献研究をおこなった。紙面の都合で、本報告書では、主にこのPTSDへの介入に関して報告することとする。

< PTSD発症の危険性について >

表1は、米国での研究結果をもとに、PTSDを発症する危険性の高い事柄をまとめたもの

である。特定のトラウマ、または危機的な状況に遭遇する以前から持っている要素で、個人を PTSD に導く可能性の高い事柄、またトラウマ体験時に個人を 1 ヶ月後に PTSD に導く可能性の高い要素、最後に、トラウマ体験後に考えられる物事で PTSD 発症を促す、または継続させると思われる危険要素に分けてリストにした。こうした情報は、予防的な措置や介入、また PTSD の診断などに役立つものと思われる。しかし、米国での PTSD の発症率などが、我が国のものと異なることも考えられる。その場合には、違いの原因を探る必要がある。一つは文化の違いから、そうした違いが発生する可能性をまったく否定することは出来ない。PTSD は、文化特有のストレス要因を考慮に入れていない欧米的な概念であるとして、比較文化的観点から批判されている (Marsella, Friedman, Kinzie, Gusman, Stamm など)。一見犯罪や暴力による心的外傷からのストレスに見える場合でも、伝統的な文化背景がストレスの原因となっている場合もある。たとえば、ラテンアメリカでは “calor” や “ataques de nervios” という文化特有の診断をされる現象は、臨床的には心的外傷後の苦痛から発生する症状のように見えるが、厳密には DSM-IV の診断基準には合致していない。我が国における PTSD についても、文化的な見地からの考察を加える必要があるかもしれない。

<PTSD の査定について>

表 2 は、PTSD の査定に用いられる尺度をリストにしたものである。米国で PTSD の症状の有無や、重度を調べたり、診断に用いられたりする尺度は非常に多いことが分る。成人用に作られたものと小児用に用意されたものの 2 種類に大別できる。また、それらは、トラウマに暴露した経験を問うもの、PTSD の診断に用いられるもの、そして、PTSD 症状の重さを量るものの 3 種類に分けることが出来る。表 2 はそれらをまとめたものである。これらの尺度をどのように組み合わせるかは、効果研究を行う上でも非常に重

要になってくる。

<米国における危機介入>

米国における「危機介入」の定義は、人命を脅かしたり、個人の人格や名誉を著しく汚すような出来事に直接遭遇するか、または愛する者がそうした事件に遭遇したことを知ったときに、救命だけではなく、本人が機能できる (生活できる) ようにメンタルな部分やその他の方面から援助することである。危機介入は丁度、誰かが足を骨折した場合に似ている。医師はまず骨折の状態が悪化するのを避けるためギブスを付けて固定する。それ以上の痛みを感じたり、ダメージが起こらないように守るためである。そして、骨が元通りになりギブスが外れば、今度は足を元通りの機能のレベルに戻るようリハビリを行う。さらに、今度は松葉杖を使って自分 1 人で歩けるように訓練を行う。危機介入も丁度こうした段階を踏んで行くことになる。大きな危機に見舞われ、心に傷を受けた人物には、さらなるダメージが起こらないように工夫し、ある程度の回復を見た段階で、今度は元の生活の機能レベルに戻すためのリハビリを行う。さらに後の段階では、自分 1 人で立てるように、松葉杖に相当する、色々な情報や具体的な方策を持たせて実生活に戻すという段階を踏むことになる。危機に遭遇した人々の問題として PTSD が取り沙汰されるが、実際に PTSD で苦しむ者はトラウマ経験者の 2 割程で、その他の者たちはその他の問題で苦しむことになる。米国の 107 箇所の危機介入センターで治療した 60 万人の患者を調べたところ、危機に際してもっとも頻繁に表れる症状は、(1) うつ、(2) 薬物などへの依存、(3) 希死念慮や自殺未遂、そして (4) 夫婦関係の歪みの順番であった。こうした問題に苦しむ人々を援助するためには、何らかの事件や出来事に巻き込まれた時を起点とした時間的な流れの中で、時期に叶った介入を行うことが望まれる。時間的な段階として (1) 事件発生直後から 2 週間までぐらいの早期介入、(2) 一ヶ月後ぐらいの中期介入、そして、

(3) 後期介入、または予後のための介入の3つのタイプに分けることが出来る危機介入は、以下の幾つかの目的を果たすために援助する作業だと考えられている。それらは、(1) 危機による症状を軽減、緩和する、(2) 本人が普段持っていた生活のレベルに戻す手伝いをする、(3) 危機に導くに至った要因、出来事等を特定する。(4) 必要な治療措置を見極め、適応出来る様に手配する、(5) 本人が過去にストレスに対して行ってきた方策を現時点のストレスに応用出来るように助ける、(6) 本人が将来使えるようなストレスに対する対処法を本人が見つけ出すのを援助する、の6点である。

<初期段階の危機介入>

初期段階での危機介入では、援助者は二つの役割を果たす。その役割とは(1) カウンセラー(またはセラピスト)と(2) アドボケイト(代理人)である。カウンセラーは次に述べる、何らの危機介入の方法を用いて、被災者の心のケアを行う専門家、または訓練を受けたボランティアである。一方、アドボケイトは取り乱したり、怯えたりしている被災者の代わりに、車の手配、連絡係、マスコミ対策など具体的な面を手伝う役目を担い、被災者から24時間何時でも連絡ができるように、通常は時間を分担した2名1組で行う。アドボケイトに関しては、本人の属した会社の人であったり、訓練を受けたボランティアであったりする。アドボケイトの仕事は、死者が出た場合ではその葬儀が終了するまでとされるのが一般的である。

初期段階の具体的な危機介入方法には(1) トリアージ法、(2) ディブリーフィング法、そして、(3) 認知行動療法など、最近考案された新しい幾つかの方法がある。トリアージ法(クライシス・インターベンションとも呼ばれる)は、伝統的な医療モデルで、医学的な考え方からの危機介入法である。この方法では、まず医師などの専門家が被害者の持つ問題の大きさを査定して、それに似合った介入を行う。トリアージ法の目的は、危機に遭

遇した人物をなるべく早く安定させることで、刺激しないように早く本人を現場から離すようにする。この方法の問題点は専門家にしか出来ない介入法であるため、集団を巻き込む大事件の場合、専門家が相当数必要になることである。他に、人によっては事件直後には問題を感じることがなく、後程悪化したり、意図的に全てを話さない人がいるなど、はじめの段階で問題が全て把握できるとは限らない点、また、被害者を孤立させてしまうことでかえって白昼夢などによって、事件を再体験させてしまう点などが挙げられている。この方法は患者自身が問題を自覚して、自分から助けを求めて来る場合には最適な方法だと思われる。実際、精神科救急などでは現在でもこの方法で危機管理を行っている。

一方、ディブリーフィング法は1983年にミッチェル(Mitchell)によって考案された方法で、最近まで、アメリカにおける初期段階での危機介入の主流になっていた。それまでに戦闘ストレスに対する解決と後のPTSDの予防に効果を上げていた危機介入法である「フロントライン・トリートメント」の特徴、(1) 事件が起こった場所の近くで行う、(2) 事件が起こってからなるべく早い時期に行う、(3) 事件のために急性のストレス症状を起こすことは自然なことだと教育することの3点を発展させて、7段階の危機介入モデルを構築した。この方法は、人々が危機に遭遇した場合、将来起こってくると思われる反応を先に想定し、早い時期に被害者を教育することや、集団で同じ経験を話すことによって事実をより正確に把握し、ミステリー、つまり未知であるが故に生じる不安を最小限に押さえる予防的な介入を目的としている。系統立てた方法で行われるので、正式な訓練さえ受ければボランティアでも出来る点は大きな利点であるが、効果については、50-90%のケースで効果を上げたという報告がある反面、状態が悪化したとする報告もあるので、万能の方法では無いことも覚えておかなければならない。効果のばらつきについては、ディブリーフィングの方法自体よりも、

それを行う者の熟練度が効果に影響しているのではないかという考えもある。最近、注目を浴びている初期の危機介入方法に、認知行動療法による介入がある。ブライアントとハービー (Bryant & Harvey) は、急性ストレス障害を持つ患者に対して、認知行動療法を用いて5回のセッションを行ったところ、治療を受けない67%が PTSD を発症したのに比べ、治療を受けた者の20%だけが PTSD を発症したと報告している。その他にも、認知行動療法を用いた初期の危機介入が奏効しているとする報告がある。

＜中期の危機介入＞

前述のように、人々がトラウマに遭遇した時に発生する問題に PTSD がある。この問題は古くはシェークスピアのヘンリー四世などの古典にも類似した症状が登場することなどから、以前から存在していた問題であったことがわかる。しかし、近年では、ベトナム戦争の帰還兵、レイプや虐待の犠牲者、地震など天災の被害者などの間に頻繁に見られる問題として取り沙汰されるようになってきた。

PTSDはトラウマ体験に遭遇してから一ヶ月を経過した時点で、特定の症状が発症している場合に診断される。危機的な体験をした人々が全て PTSD を経験する訳ではなく、米国の調査では男性で約8%、女性で20%と、トラウマ体験から PTSD を発症する人の数は限られている。そこには、もともと個人の持った「打たれ強さ」(Resilience、または Hardiness) が関わっているという説もある。最近では、家庭環境、特に家族の親密度が高い方が PTSD の発生率は低いとする報告もある (La Greca など)。

PTSD の症状は、大きく3種類の症状に分かれる。(1) 再体験と呼ばれるグループの症状で、体験した出来事を望まないのに思い出してしまったり、悪夢を見たり、その光景が突然頭の中に戻って来るようなフラッシュバックという現象、トラウマに関する思い出や強い感情的な反応が精神的に苦しめるだけでなく、心臓がドキドキしたり、発汗したり、

呼吸が荒くなる等の身体的な変化をもたらすこともある。

(2) 回避、また麻痺症状であるが、トラウマ的な出来事に関する思い出、場所、活動、人々などを避ける行動や、時にはその出来事に関する記憶が抜け落ちる、精神的記憶喪失が起こることもある。また、再体験から来る激しい恐れなどの感情や思い出、不安、パニック発作を避けるために、不快な感情だけでなく愛情などの肯定的なものも含めたあらゆる感情が麻痺してしまうこともある。結果的に興味や現実感が失せたり、将来に対する期待をなくすことがある。

(3) 過覚醒であるが、睡眠障害、いらいら、集中困難、非常に高い警戒心などが挙げられる。これらの他にも、衝動的な行動や身体化など他にも問題が出ることもある。

PTSD への介入は、精神科による薬物療法や心理療法が考えられるが、最近では、リラクゼーションなどの行動的な介入を組み込んだ認知行動療法が奏効している。その他に、目の動きを誘導することでトラウマに関係した記憶や感情をプログラムしなおす EMDR、グループによる治療など様々である。どの方法にも一長一短があり絶対的な方法はない。

PTSD に関することで、最近の課題として挙げられるのは次の4点である。(ア) 複合トリートメント：PTSD に対する治療で最も効果を上げているのは、複合トリートメント(薬物療法と認知行動療法の組み合わせなど)であることから、どのような組み合わせが最も効果的かを探る必要がある。(イ) 共存症の扱い方：PTSD はうつ病、その他の共存する問題 (Comorbidity) を伴うことが多い。したがって、純粋に PTSD だけのケースと、こうした共存型の PTSD では当然のこととして、介入法を変えなければならない。(ウ) コンプレックス PTSD (Complex PTSD)：最近、PTSD の中にも新たな特徴をもった下位グループの存在が報告されている。コンプレックス PTSD は、一般的な PTSD とは異なり、やや境界性人格障害と似た特徴を持っている。このタイプの PTSD に対しては、何らかの異な

った介入が求められている。(エ) 回復記憶 (Recovered Memories) : リカバードメモリーは、患者自身が幼少の頃に性的な虐待を受けた記憶等が蘇ってくる現象をいうが、かなり信憑性に問題がある。しかし、患者の中には、記憶の無い時代のトラウマをPTSDの引き金として主張するケースがある。

<後期の危機介入>

後期の危機介入の一つは、危機に出会った人々が安心して参加し、自分の心の葛藤などを分かち合う場所を提供することである。そのために適した活動として考えられるのは自助グループである。この働きは、専門家でなくても、守秘義務、また基本的なルールをグループに徹底して、安心出来るグループ活動をすることが出来るように訓練を受ければ、ボランティアの方々でも十分に運営出来る活動である。その他の可能性としては、やはり今後どのような問題に直面するかなどを事前に教える(心理教育)ことによって、将来の再発を防ぐ手立てもある。また、事件や事故にともなう愛する人を失うなどの問題から来る、悲嘆についての対策も必要になる場合もある。その場合には、やはりカウンセラーなどの専門家を紹介する必要がある。

<具体的な介入方法とその効果>

●認知行動療法

認知行動療法 (Cognitive Behavioral Therapy・CBT) は、近年PTSDに対して最もその効果があるとされている治療法である。後に簡単に触れるが、これまでに精神分析や精神力動療法を用いたPTSDに対する介入も行われているが、それらは介入の性質上、CBTと同じ土俵の上で介入研究をすることが出来ない。その点、CBTは、効果を数量化しやすい特性を持っているため、効果研究を行いやすいといえる。厳密にはCBTが効くという場合は、対症療法としての症状緩和を意味している。

「クラシック CBT」と呼ばれている) によって考案されたが、現在ではCBT的な方略の総称となっている。PTSD治療ということになると、それらの異なる方略には効果の面での違いが存在する。通常、CBT治療には治療マニュアルが用意されており、通常9~16回のセッションを必要とする。以下のCBTの効果研究の結果は、広範囲なレビューからいくつか異なった方略のものを拾い上げてみた。

暴露療法…暴露療法を用いたPTSDへの介入研究は比較的多い。それらの研究結果の大半は、3つのPTSD主症状において60%以上改善したことを示している。13の研究では、26~80%のケースで症状が低減され、2つの研究結果では、改善は6ヶ月維持され、1つの研結果では1年間維持されたと報告されている。

認知療法…認知療法と暴露療法を比較した2つの研究により、両者とも等しく効果的であることが示され、PTSD症状においては60~70%の改善がみられたと報告されている。

暴露療法+認知療法…それぞれの療法の効果を組み合わせると、より良い結果を生むように思われるが、実際はそうではない。暴露療法と認知療法を組み合わせた結果は、どちらかの療法を個別に用いたときと同様の成功率で60~70%の症状の低減をみたと報告されている。

認知過程療法 (CPT) …レイプによってPTSDを発症した患者に対して行った3つのCPT研究がある。1つの研究では、CPTは暴露療法と同様な結果を示し、別の2つの研究では3つのPTSDの主症状において全ての患者の症状がかなり改善され、その後6ヶ月間、誰もPTSDの診断基準に合致する症状を維持することがなかったと報告されている。

ストレス予防訓練 (SIT) …レイプからPTSDを発症した女性に、SITのみと暴露療法を組み

CBTはもともとアロン・ベック(現在では

合わせたものを実験した4つの研究が見つかった。すべての研究において、SITの結果は暴露療法と等しく、PTSD症状の60～70%が改善された。3ヵ月後の査定では、1つの研究では改善が維持され、他の研究では暴露療法の方がSITよりわずかに結果が優位であることが示されている。

系統的脱感作療法…この方法についてはこれまでに6つの研究結果が報告されている。多くはベトナム戦争からの帰還兵についてだが、レイプや対人関係暴力にさらされた患者についても行われている。これらの結果のほとんどは1990年以前に出版されている。なぜなら、多くのCBT臨床家は系統的脱感作療法の短期間の暴露より、暴露療法の長期間の暴露の方が効果があると、現在は考えるからと思われる。さらに、暴露療法はPTSDの治療に関して系統的脱感作療法よりもより大きな効果があることが証明されている。

バイオフィードバックとリラクゼーション訓練…これはPTSDの治療として単独に用いられてはおらず、他の方略との組み合わせによって行われている。3つの研究結果では、これらのアプローチを片側だけ、または両方与えられた患者は、何も治療を与えられていない比較グループにくらべ、効果の面で優れていたとは言えない。しかし、臨床家の多くはこの二つの治療法を他のCBT療法との組み合わせで用いるものにとらえ、補助的に用いられる場面ではそれなりの効果を発揮し、どのCBT療法とも組み合わせて用いることが出来る。

アサーショントレーニング…レイプからPTSDを発症したケースに対し行われた研究が1件見つかったが、効果の面ではわずかにSITに劣っている(40～60%のPTSD症状の低減)。しかし、この差異は統計的に有意なものではない。アサーションはSITやCBTの構成要素としてしばしば含まれるが、独立した治療としてアサーショントレーニングの有効性を査定するためには、さらなる研究が必要とされている。

●精神分析療法

精神分析は100年にわたってトラウマ障害の治療に用いられている。精神分析家は、PTSD症状の表出には抑圧された記憶による異常な心理的バランスと症状構造があることを仮定している。精神分析治療は12セッションから7年またはそれ以上と、その治療期間には幅がある。長期の精神分析治療は、精神バランスの根本的变化を求めるが、一方近年盛んになってきている短期間精神分析法(12～15セッション)は、改善された自己理解と自我の強さを育成することを目的としている。短期間の精神分析療法(BPP)は、12～15セッション内で行われ、トラウマそれ自体に焦点をあてる。臨床家がトラウマの話を持論に、共感的に聞き、患者は話すことによって、より良い自己統合を成し遂げ、より適応的な防衛とコーピングスキルを身につけ、治療の中で明らかになった激しい感情をうまく調整することが出来るように導かれる。トラウマ記憶を徹底操作する一方で、臨床家はトラウマの苦痛と現在の生活のストレスとの間のつながりにも取り組む。患者は現在の生活状況や、トラウマ記憶をひきおこしPTSD症状を悪化させる環境的引き金に気づくようになる。

精神力学的療法は主に精神医学の症状よりも、精神的過程に焦点をあてる。無作為に抽出したケースから、この療法はPTSDの症状を緩和することが判明している。この研究ではBPPが18のセッション行われ、催眠療法や系統的脱感作とその効果が比べられている。BPPは効果的にPTSDを弱め、侵入と回避について約40%低減効果がある。しかし、PTSDへの効果を証明するためには、今後さらなる研究が期待される。

●EMDR

この治療法の提案者は、脳機能によるサッカード現象の書き換えが、トラウマの感情的な衝撃を完全に解決すると考えている。いくつかの研究は、何の治療も受けないクライエント達に比べ、EMDRを受けているクライエ

ント達の3分の2はPTSD症状が改善したことを示している。しかし、無作為抽出でPTSDを持つ患者に対して、CBTとEMDRのどちらかを行った比較研究の結果では、CBTの方が良い結果を残している。3ヵ月を経た時点では、CBTの58%、EMDRの18%が、症状が快方に向かっているという報告がある。

●集団療法

集団療法は、精神力動、CBT、または支持的なアプローチから行われることが多い。また、他の心理療法と併用することもある。どのアプローチの集団療法を用いる場合でも、参加者たちは、PTSDについて学び、プロの臨床家の援助のもとで互いに助け合うことになる。

集団療法は効果的で、同じタイプのトラウマ（戦争、レイプ、苦痛、テロによる爆破など）を経験した者が集まる自助グループの評判がよい。メンバーはトラウマ経験を共有することで、共に持っている弱さ、罪悪感、恥かしさなどを認識し、つながりあえるようになる。臨床家の指導を通して、こうした考えや感情を受け入れて標準化する段階から、より適応的なコーピング方略を得て、症状が改善し、トラウマ経験から得られた意味を導き出すというように発展すると考えられている。集団療法は、それぞれ何を中心に据えるかによって以下の3タイプに分けられる。

精神力動的集団療法

集団のメンバーは、他のメンバーがトラウマ経験によって、自分自身についての考えがどのように形成され、またゆがめられているか（例えば、弱い、恥ずべきだ、罪深い、価値がないなど）を理解する手助けをする。安全性が確保された集団の中でこのようなことを見直すことによって、トラウマ体験や自己について新たな洞察を得て、こうした体験に直面できるようになる。また、そのような知識を実際の生活に結びつけることができるようになると考えられている。個人の成長は、

自我の強さや自己理解に由来する。症状の緩和や減少が治療の主な目標ではないが、結果的にトラウマに関連した心的プロセスの解決を期待して、PTSDからの回復を促す。（トラウマについて再び話すうちに感情が動き出し、うまくいけば患者は深いカタルシスか「解除反応」を経験する。カタルシスに到ることは、この治療的アプローチにおいて回復への重要な目標である。）

PTSDの治療に関して、精神力動的集団療法の効果を裏付ける研究はほとんどなく、報告された研究も決定的ではない。幼少期の性的虐待サバイバーに対する精神力動的集団療法について、ある研究では、深刻なPTSD症状が18%低下していると報告されている。

認知行動的集団療法

あるグループは、暴露法や認知療法からのアプローチを用いる。このような場では、臨床家が暴露法のセッションとその後の認知再構成を通して、メンバーをリードする。暴露法のセッション中は、グループのメンバーは、互いのためにソーシャルサポートだけでなく、それ以上のことをすることになる。彼らは、他のメンバーの心的外傷反応を受け入れ、PTSDに関連した問題に対処してきた苦しみを共有する。そして他のメンバーの不適切なコーピング反応に対し、建設的な意見を提供する。グループの時間は限られているため、宿題が課せられる。この宿題は、書くことでトラウマ経験に暴露する練習をするとか、自分自身のトラウマ的出来事にさらされた体験を前もって録音したオーディオテープを繰り返し聴く、などという形でおこなわれる。

認知行動的集団療法の効果については、膨大で確かな裏づけがあると言える。幼少期や成人してからの性的虐待によって、心的外傷を抱えた女性を対象にしたCBT集団療法に関する3つの研究（CPT、アサーティブトレーニング、SITを含む）では、PTSD症状が30-60%低減している。このように改善された状態は、どの研究においても最低6か月は持続していると報告されている。長期にわたる

PTSDの改善をめざしたCBT集団療法では、重篤なPTSD症状が20%低減している。

<今後の課題>

●共存症の問題

PTSD治療の実際は厳しく、近年様々な問題が指摘されている。文化的な問題、コンプレックスPTSDの問題、中でも重要なこととして考えられるのは、先にも少し触れた、他の精神疾患との併発（コモビディティ）問題である。表3はPTSDと併発すると思われる精神的な問題をリストにしたものである。この問題は、今後、日本においても、治療に際して間違いなく問題となると予想される。PTSDと同様に、不安症（DSM-IVの診断による）に属する強迫性障害（OCD）の治療においても、近年、暴露反応妨害法が奏効しているが、OCDとPTSDが併発している場合には、暴露療法が効果的でないという報告がある。言い換えると、逆にPTSDと他の精神疾患（この場合はOCD）が重複している場合には、暴露法が効果的ではないということなのかもしれない。こうしたコモビディティの問題については、今後研究を重ねる必要があり、査定の段階でスクリーニングアウトして、データを蓄積していく必要がある。また、コモビディティの問題に敏感な査定バッテリーの組み上げや、訓練や教育による臨床家の査定能力の向上も望まれる。

●安全性の向上について

もう一点の課題として挙げたい点は、介入の安全性の向上についてである。近年、興味深い研究結果がいくつか報告されている。それは、エビデンスを用いた介入研究の結果のばらつきに注目したものである。たとえば、2005年に発表されたデルベイス（Derubeisなど）らの研究は、CBTと薬物療法を用いて中程度から重度のうつ患者に対する介入を行い、両者の効果を比較するものであった。ペンシルベニア州立大学とバンダービルト大学の2箇所で、ほとんどマッチングした患者にマニュアル通りのCBTと薬物療法を介入法とし

て試み、その効果を比較したものである（後にもう一校加わることになる）。その結果、介入法については、CBTは薬物療法と同等、またはそれ以上の効果を持っていることが示された。しかし、非常に興味深いのは、大学間で効果に有意差が生じていることである。この差異について研究者たちは、介入を行った臨床家のレベルと熟練度によると結論付けている。つまり、どのような介入を行うかと同時に、誰がそれを施行するかが問われるということである。言い換えれば、介入を実施する者のレベルが高く、熟練していれば、介入はさらに「安全」で「効果」のあるものになるということである。

最近こうした研究が多くなされているが、米国心理学会（APA）の29部会「心理療法」の特別委員会が行った研究は記憶に新しい。ジョン・ノークロス（John Norcross）を中心としたAPAの29部会の特別委員会は心理療法の効果について、エビデンスに基づいた方法で調査を行った。その研究結果によると、療法の種類や方法よりも、治療的な関係自体の方がクライアントの回復に多大な影響を与えているというのである。特定の療法や技術の部分が人々を助けている割合は、実に15%程度であったと報告している（Lambert, 1992）。具体的には、治療外の変化：援助者側ではなく、クライアント側がもっているもの。つまり、社会的な援助、偶然や幸運な出来事、自己の強さや自分に備わった自然治癒力などが治癒に影響する割合は40%、共通要素：セラピストの理論的背景に関係なく重要だとされているもの（例：共感、温かさ、受容、リスクをとって新しいことを始めることを励ますなど）が治療効果に与える影響は全体の30%、テクニック：その援助者が用いる介入モデルに独特な介入の技術（例：認知行動療法のセルフモニタリング、ゲシュタルトセラピーのエンプティチェアー、行動療法の暴露療法やフラッディングなど）が効果に影響している部分は15%、プラシボ効果：クライアント側の良くなりたいたいと思う気持ち。自分がこれまでとは違う方法で扱われ、治療的な

ことをしているという思いが治療効果に及ぼす影響は15%であった。

これらの研究結果から分かることは、被害者援助を行う者が介入の際に、相手と良い治療関係を築き、共感し、安全な環境を作るだけでも、介入の効果を大幅にアップさせることが出来るということである。これらは、前述の援助者側の持つ「共通要素」に当たる部分と考えられる。その上で、最も効果的と目される介入方法が選択されれば、さらなる効果が期待できるものとする。共通要素は一見、本人が生まれ持った性格であったり、自然に身についた社交術のように感じるが、実際には訓練することによって改善し向上させることが出来る。今後の課題として、援助者側の共通要素の強化も含めたマニュアル作りが考えられる。

● 援助者側の訓練について

前述の援助者側の訓練についてであるが、米国ではその点をどのように行っているのだろうか。米国（英国、カナダなどの欧米諸国においても）では、心理援助職養成のシステムが確立しており、免許・ライセンスを持っているということは、規定（ライセンス管理と法的な面は州で、訓練内容の認可は米国心理学会/APAが行う）の訓練を受け、それをパスしてきたことを意味している。その訓練の課程で先に述べた、共通要素の向上への働きかけが行われる。つまり、免許保持者は、免許を取るまでの過程で、共感訓練、コミュニケーション訓練、教育分析、徹底的なスーパービジョンなどを通過し、個人差はあるにせよ、ある一定のレベルに近づくように教育されている。そういう意味では、免許保持者と限定することで、介入側はある一定の質を確保することが出来る。米国では臨床家のタイトル(身分)が、即その人物の臨床に関する情報を知らせる看板となっている。たとえば、米国の「臨床心理士」(Clinical Psychologist)はライセンスを持ったドクターレベルの心理職名で、修士レベルの臨床心理士は存在しない。また、州

によっては投薬も許されている。米国の臨床心理士は日本の「臨床心理士」と同じものではなく、臨床心理士を英訳する際に認定協会は「臨床心理士」をそれに当てているが、厳密な英訳はサードパーティド(認可された)「サイコセラピスト」、または「カウンセラー」とするのが妥当である。米国では「臨床心理士」という名称は職業タイトルで、そのタイトルは、医師、看護師などと同様に有資格者のみに与えられており、無資格者がその名称を用いた場合には詐称という罪となる。つまり、医師資格がない者が自分を「メディカルドクター」と呼ぶことはできないと同様である。それは、その身分を社会的に守るためであると同時に、職業の質を安定させるためでもある。医師という名称は即ち、医学的な訓練をマスターしていることを示し、看護師は看護分野での訓練を終えていることを伝えている。しかし、日本では、心理職に関しては、質の向上と安定を図るための認定制度が最近始まり、国家資格の話がようやく出始めたところである。現時点では統一されたものはなく、臨床心理士、認定心理士、臨床発達心理士など、様々な一般の資格が用意されており、現状において訓練の面でも米国のそれとは大幅に異なっている。しかし、それは、日本の心理臨床が劣っているという意味ではなく、外側から質が見え難いという状況がそこにあるということである。守秘義務に守られてドアの向こうで何が起きているかが不鮮明な仕事である以上、公に質を表示するシステムが必要なのである。当然のことながら、日本には非常に優れた臨床家もいるが、そうでない者もあり、玉石混合状態にあるといえる。

さて、こうした状況を考慮に入れて、援助者側の訓練を組み立てる必要があると思われる。日本の心理職養成のシステムを一朝一夕に変えることは難しい。したがって、それぞれの現場での訓練とスーパービジョンをさらに充実させる方法が一番適切なのかもしれない。

<まとめと来年度の課題>

平成17年度の分担研究では主に文献研究から、米国の危機介入の現状、多く用いられている介入法、査定に用いられる尺度などについて調査をおこなった。被害者への介入は様々で、その効果にも幅があることが判明した。中でも、CBTによるPTSD介入は効果的であるが、CBTと一口に言っても様々な方略があり、それぞれに効果の面で違いがある。さらに、介入方法だけではなく、介入を行う側の熟練度が介入効果に影響していることは非常に興味深い点である。今後の研究には、介入の方策だけでなく、介入に当たる側の訓練の充実という点も考える必要がある。それは、キルパトリック博士の指摘にもあるように、「安全」で「効果的」な介入の実現のために

は必要不可欠で、特に対象者が他でもない被害者である以上、二次的なダメージを最小限に止めるためにも重要な課題だと思われる。

さて、次年度は、今年度の調査結果を踏まえ、介入、査定、また心理教育の分野で実際的な研究作業に移って行きたいと思う。現在、幾つかの介入研究の可能性を探っているところであるが、可能であればレズニック (Resick) のCognitive Processing Therapy (CPT) をレイプ被害者以外に応用することなどに挑戦してみたいと思う。また、援助者側の訓練について更なる研究を重ねたいと思う。

表 1

PTSD 発症の危険要素		
トラウマ体験前の危険要素	トラウマ時の危険要素	トラウマ後の危険要素
<p>●性別： 人生のどこかの時点において、女性の方が男性よりも 2 倍 PTSD になりやすい</p> <p>●年齢： 25 歳以下の成人</p> <p>●教育： 大学教育を受けていない者</p> <p>●幼児期のトラウマ経験： 性的虐待を受けた者など</p> <p>●幼児期の困難： 経済的苦難、10 歳以前に親の別居、あるいは離婚を経験した者など</p> <p>●児童期のトラウマ経験： 児童虐待、レイプ、戦争、交通事故への体験、または暴露。</p> <p>●精神疾患の存在</p> <p>●ADHD や学習問題</p> <p>●人格障害の存在</p> <p>●成人後のトラウマ体験</p> <p>●望ましくない人生経験： 離婚、リストラ、学業上の失敗</p> <p>●身体問題、経済問題： 多額の借金、突然の経済的困難などを経験した者</p> <p>●家族の精神病歴、遺伝的脆弱性/耐性： トラウマに暴露した時、遺伝的に PTSD に弱い者、強い者がいることが研究により判明している</p>	<p>●トラウマの重大さ： トラウマが重大であるほど PTSD の可能性は高くなる。深刻なトラウマは人生を脅かし深刻な心的外傷となる。</p> <p>●トラウマの性質： 対人暴力(レイプ、身体攻撃、拷問、戦争体験)、つまり加害者となる人間が存在する場合の方が、非人間的な出来事(天災)よりも PTSD を生みやすい</p> <p>●残虐行為への参加や目撃：ベトナム戦争などの戦争体験者に危険性がある。</p>	<p>●社会的援助の欠如</p> <p>●急性精神病の発症：危険要素として現在研究されている。</p> <p>●直接のトラウマ/後トラウマ反応：解離、身体的覚醒や回避、麻痺傾向などの存在は PTSD 発症の危険性を高める可能性がある。</p>

表 2

PTSD の査定尺度 (PTSD Assessment Scales)		
トラウマの暴露経験を査定する	PTSD を診断する	PTSD 症状の重度を査定する
<ul style="list-style-type: none"> ●Traumatic Stress Schedule(TSS) ・・・全般 ● Potential Stressor Experiences Inventory (PSEI)・・・全般 ●Traumatic Events Questionnaire (TEQ) ・・・全般 ●Evaluation of Lifetime Stressors (ELS)・・・全般 ● Child Abuse and Trauma Scale ・・・幼児虐待 ●Childhood Trauma Questionnaire ・・・幼児虐待 ●Familial Experiences Inventory ・・・幼児虐待 ● Retrospective Assessment of Traumatic Experiences (RATE) ・・・幼児虐待 ●Early Trauma Inventory (ETI) ・・・幼児虐待 ●Conflict Tactics Scale (CTS) ・・・家庭内暴力 ●Abusive Behavior Inventory (ABI) ・・・家庭内暴力 ●Sexual Experiences Survey (SES) ・・・家庭内暴力 ● Wyatt Sex History Questionnaire (WSHQ)・・・家庭内暴力 ●Combat Exposure Scale (CES) ・・・戦場トラウマ ●Women's Wartime Stressor (WWSS) ・・・戦場トラウマ ●Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) ・・・拷問 	<ul style="list-style-type: none"> ● Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) ● Clinician Administered PTSD Scale (CAPS) ●PTSD-Interview ●The Davidson Self - Rating PTSD Scale ● Composite International Diagnostic Interview (CIDI) ● Diagnostic Interview Schedule (DIS-IV) 	<ul style="list-style-type: none"> ●PTSD Checklist (PCL) : ●PTSD Symptom Scale (PSS) : ●PK-Scale of the MMPI-2 ●PS-Scale of the MMPI-2 ●SCL-PTSD ●Impact of Event Scale - Revised (IES-R) ● Mississippi Scale for Combat Related PTSD (M-PTSD) ●Civilian Mississippi Scale ●Penn Inventory ● Trauma Symptom Checklist -40 (TSC-40) ● Trauma Symptom Inventory (TSI)
<p style="text-align: center;">小 児 用</p> <ul style="list-style-type: none"> ●My Worst Experience Survey (MWES) ●My Worst School Experience Survey (MWSES) ●Traumatic Event Screening Instrument (TESI) ●When Bad Things Happen Scale (WBTHS) : ●Children's Sexual Behavior Inventory 3 (CSBI-3) ●Child Rating Scales of Exposure to Interpersonal Abuse (CRS-EIA) ●Angie/Andy CRS (A/A CRS) ●My Exposure to Violence (My-ETV) 	<ul style="list-style-type: none"> ●Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Rivised (DICA-R) ●Clinician Administered PTSD Scale for Children (CAPS-C) ●Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) 	<ul style="list-style-type: none"> ●Child Post-Traumatic Stress Reaction Index (CPTS-RI) ● Child's Reaction to Traumatic Events Scale (CRTES) ● Children's Impact of Traumatic Events Scale (CITES) ● Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) ● Child Dissociative Checklist (CDC)

表 3

PTSD と併発する精神疾患	
診断	発症率（一生の内）
大うつ病	48%（男女とも同じ）
気分変調障害	22%（男女とも同じ）
全般性不安症	16%（男女とも同じ）
単純恐怖症	30%（男女とも同じ）
社会恐怖	28%（男女とも同じ）
パニック障害	12.6%（女）・7.3%（男）
広場恐怖	22.4%（女）・16.1%（男）
アルコール依存	51.9%（男）・27.9%（女）
薬物依存	34.5%（男）・26.9%（女）
問題行動	43.3%（男）・15.4%（女）

文献

<PTSD について>

American Psychiatric Committee on Nomenclature and Statistics (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Kilpatrick, D.G. & Acierno, R. (2003). Mental Health Needs of Crime Victims: Epidemiology and Outcomes. *Journal of Traumatic Stress*, 16, Apr. pp.119-132

Friedman, M.J. & Schnurr, P.P. (1995). The Relationship between trauma and physical health. In M.J. Friedman, D.S. Charney, & A.Y. Deutch (Eds), *Neurobiological and clinical consequences of stress: From normal adaptation to post-traumatic stress disorder* (pp.507-526). Philadelphia: Lippincott Raven.

Yehuda, R. & McFarlane, A.C. (1995). Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1705-1713

Yehuda R, Halligan SL, Grossman R, Golier JA, Wong C. (2002) The cortisol and glucocorticoid receptor response to low dose dexamethasone administration in aging combat veterans and holocaust survivors with and without posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*. Sep ; 52 (5): 393-403.

<PTSD の査定に関して>

Davidson, J.R.T., Book, S.W., Colket, J.T. Tupler, L.A. Roth, S., David, D., Hertzberg, M., Mellman, T., Beckham, J.C., Smith, R.D. Davidson, R.M., Katz, R. & Feldman, M.E. (1997). Assessment of a new self-rating scale for posttraumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 27, 153-160.

Kilpatrick, D.G., Veronen, L.J. & Resick, P.A. (1982). Psychological sequelae to rape: Assessment and treatment

strategies. In D.M. Dolays & R.L., Meredith (Eds.) *Behavioral Medicine: Assessment and treatment strategies* (pp. 473-497). New York: Plenum.

Robins, L.N., Cottler, L., Bucholz, K. (1995). PTSD assessment with a structures interview: Reliability and concordance with standard clinical interview. *International Journal of Methods & Psychiatric Research*, 7, 121-127. 459-474.

Foa E., Riggs, D., Dancu, C. & Rothbaum, B. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*.

Wilson, J.P. & Keane, T.M. (1996). *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford.

<PTSD への介入>

[一般]

Bryant, R.A. & Harvey, A.G. (2000). *Acute stress disorder: A handbook of theory, assessment and treatment*. Washington D.C: American Psychological Association.

Foa, E.B., Keane, T.M. & Friedman, M.J. (2000). *Effective Treatment for PTSD: Practice Guideline from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford.

Kinzie, D. (1989). Therapeutic approaches to traumatized Cambodian refugees. *Journal of Traumatic Stress Studies*.

Scurfield, R. (1993). Treatment of PTSD in Vietnam veterans. In J.P. Willson & B. Rapheal (Eds.). *The international handbook of traumatic stress syndromes*. New York: Plenum Press

[比較介入研究]

Brewin, C.R., Dalgesi, T. & Joseph, S. (1996). A dual representational theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*. 103, 670-686.

Tarrier, N., Pilgrim, H., Sommerfield, C., Faragher, B., Reynolds, M., Graham, E., & Barrowelough, C. (1999). A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic post-traumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 13-18.

[CBT]

Foa, E.B. & Rothbaum, B.O. (1997). Treating the trauma of rape: A cognitive-behavioral therapy for PTSD. New York: Guilford.

Follette, V.M. Ruzek, J.I. & Abueg, F.R. (1998). Cognitive-behavioral therapies for trauma. New York: Guilford

Rothbaum, B.O. Meadows, E.A., Resick, P. & Foy, D. W. (2000). Cognitive-behavior treatment. In E.B. Foa, T.M. Keane & M.J. Freedman (Eds.) *Effective Treatment for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford.

[Debriefing]

Bisson, J.I., McFarlane, A.C. & Rose, S. (2000). Psychological debriefing. In E.B. Foa, T.M. Keane & M.J. Freedman (Eds.) *Effective Treatment for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford

Dyregrov, A. (1989). Caring for helpers in disaster situations: Psychological debriefing. *Disaster Management, 2*, 25-30.

Mitchell, J.T. (1983). When disaster strikes. *Journal Of Emergency Medical Services, 8*, 36-39

Neria, Y. & Solomon, Z. (1999). Prevention of post traumatic reactions: Debriefing and frontline treatment. In P.A. Saigh & J.D. Brenner (Eds.). *Posttraumatic stress disorder: A comprehensive text*. (pp. 309-336). Boston: Allyn & Bacon

[Exposure]

Foa, E.B. & Kozak, M.J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99*. 20-35.

Foa, E.B. Riggs, D.S., Massie, E.G. & Yarczwer, M. (1995). The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for PTSD. *Behavior Therapy, 26*. 487-499.

Marks, I., Lovell, K., Noshivani, H., Livanon, M. & Thrasher, S. (1998). Treatment of post-traumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: A control study. *Archives of General Psychiatry, 55*. 317-325.

[CPT]

Bryant, R.A., Sackville, T., Dang, S.T. Moulds., & Guthrie, R. (1999). Treating acute stress disorder: An evaluation of cognitive therapy and supportive counseling techniques. *American Journal of Psychiatry, 156*, 1780-1786.

Resick, P.A. & Schnicke, M.K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*. 748-756.

Resick, P.A. & Schnicke, M.K. (1993). Cognitive processing therapy for rape victims: Treatment manual. Newbury Park: SAGE Publications.

[グループ療法・家族療法]

Foy, D.W., Glynn, S.W. Schnurr, P.P., Wess, D.S. Wattenberg, M.S. Marmar, C.R., Kankowski, M.K. & Gusman., F.D. (2000). Group psychotherapy for posttraumatic stress disorder. In E.B. Foa, T.M. Keane & M.J. Freedman (Eds.) *Effective Treatment for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford.

Harris, C.J. (1991). A family crisis-intervention model for the treatment of post traumatic stress reaction. *Journal of Traumatic Stress, 4*.

195-207.

Lubin, H., Loris, M., Burt, J. & Johnson, D.R. (1998). Efficacy of Psychoeducational group therapy in reduction symptoms of posttraumatic stress disorder among multiply traumatized women. *American Journal of Psychiatry*, 155. 1172-1177.

Resick, P.A., Jordan, C.G., Girelli, S.A., Hutter, C.K. & Marthoefer-Dvork, S. (1988). A comparative victim study of behavioral group therapy for sexual assault victims. *Behavior Therapy*, 19. 385-401.

[精神分析・精神力動療法]

Brom, D., Kleber, R.J. & Defares, P.B. (1988). Brief psychotherapy for post-traumatic stress disorders. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 57. 607-612.

Kudler, H., Blank, A. & Krupnick, J. (2000). The psychoanalytic psychotherapy of posttraumatic stress disorder. In E.B. Foa, T.M. Keane & M.J. Freedman (Eds.) *Effective Treatment for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford.

Lindy, J. (1996). Psychoanalytic psychotherapy of post-traumatic stress disorder. In B. van der Kolk, A. McFarlane & L. Weisaeth (Eds.) *Traumatic Stress* (pp. 525-536). New York: Guilford Press.

Marmar, C. & Freeman, M. (1988). Brief dynamic psychotherapy for post-traumatic stress disorders: Management of narcissistic regression. *Journal of Traumatic Stress*.

[EMDR]

Deville, G.J. & Spence, S.H. (1999). The relative efficacy and treatment distress of EMDR and cognitive behavioral trauma treatment protocol in amelioration of post traumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 13.131-158.

Hyer, L. & Brandsma, J.M.(1997). EMDR minus eye movement equals good psychotherapy. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 515-522.

McNally, R.J. (1999) Research on eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) as a treatment for PTSD. *Research Quarterly*, 10, 1-7.

Shapiro, F. (1989). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 211-217.

Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford.

<PTSD と文化の違いに関して>

Berliner, L. & Saunders, B.E. (1996). Treating fears and anxiety in sexually abused children: Results of a controlled two year study. *Journal of Maltreatment*.

Gusman, F.D., Stewart, J., Young, B.H., Riney, S.J., Abueg, F.R. & Blake, D.D. (1996). A multicultural developmental approach for treating trauma. In A. J. Marsella, M.J. Friedman, E.T. Gerrity & R.M. Scurfield (Eds), *Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder: Issues research, and clinical applications* (pp.439-458). Washington, DC: American Psychological Association.

Stamm, B.H. & Friedman, M.J. (2001). Transcultural perspectives on post-traumatic stress disorder and other reactions to extreme stress. In A. Shalev, R. Yehude & A. McFarlane (Eds.) *Human response to trauma across cultural, gender, and life course*. New York: Plenum Press.

Riggs, D.S. (2001). Marital and Family therapy. In E.B. Foa, T.M. Keane & M.J. Friedman (Eds.) *Effective Treatment for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic*

Stress Studies. New York: Guilford.

<PTSDに関する最近の話題に関して>

Chu, J.A., Frey, L.M. Ganzel, B.L. & Mathews, J.A. (1999). Memories of childhood abuse: Dissociation, amnesia, and corroboration. *American Journal of Psychiatry*, 156. 749-755.

Goenjian, A.K., Pynoos, R.S., Steinberg, A.M., et al. (1995). Psychiatric comorbidity in children after the 1988 earthquake in Armenia. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 34, 1174-1184.

Harman, J.L. & Schatzow, E. (1987). Recovery and verification of memories of childhood sexual trauma. *Psychoanal Psychol*, 4, 1-14.

Herman, J. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.

Hertman, J.L.(1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5. 377-391.

Kessler, R.C., Sonnega, A., Broment, E., Hughes, M., & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 52. 1048-1060.

Lindsay, D.S., Read, J.D. (1994). Psychotherapy and memories of childhood sexual abuse: A cognitive perspective. *Applied Cognitive Psychology*, 8. 281-338.

Loftus, E.F. (1993). The reality of repressed memories. *American Psychology*. 48, 518-537.

Loftus, E.F., Polonsky, S. & Fullilove, M.T. (1994). Memories of childhood sexual abuse: Remembering and repressing. *Psychology of Women Quarterly*, 18. 67-84.

Schooler, J.W., Bendiksen, M. & Ambadar, Z. (1997). Taking the middle line: Can we accommodate both fabric

and recovered memories of sexual abuse? In I.M.Conway (Ed.), *False and recovered memories* (pp. 251-292). Oxford: Oxford University Press.

Pope, K.S (1996). Memory, abuse and science: Questioning claims about the false memory syndrome epidemic. *American Psychologist*. 51. 957-974.

<PTSDへの介入側の問題について>

Danieli, Y. (1984). Psychotherapists' participation in the conspiracy of silence about the Holocaust. *Psychoanalytic Psychology*. 1, 23-42.

DeRubeis,R.J.,Hollon, S.D.,Amsterdam, J.D.,Shelton, R.C., Young,B.L.,Gallop.R. (2005). Cognitive Therapy vs Medications in the Treatment of Moderate to Sever Depression. *Archives of General Pyschiatry*.62 (4) Apr. 409-416.

Figley, C.R. (1995). *Compassion fatigue: Secondary traumatic stress disorders from treating the traumatized*. New York: Brunner/Mazel.

Norcross, J.C., Purpose, Processes, and Products of the Task Force on Empirically Supported Therapy Relationships, *Psychotherapy*, 2001, Vol.38, No. 4, 345-356.

Wilson, J. & Lindy, J. (1994). *Countertransference in the treatment of PTSD*. New York: Guilford Press.

Waysman, M., Mikulincer, M., Solomon, A., et. al. (1993). Secondary traumatization among wives of posttraumatic combat veterans: A family typology. *Journal of Family Psychology*, 7. 104-118.

Yassan, J. (1993). Group work with clinicians who have a history of trauma. *NCP Clinical Newsletter*. 3, 10-11.

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
分担研究報告書

JR福知山線列車事故に係る、こころのケアに関する研究

The Mental Care Of Amagasaki City Health Centre to The Train
Derailment Accident in JR Fukutiyama Line

分担研究者：高岡道雄¹⁾

研究協力者：酒井ルミ¹⁾、鈴 道幸¹⁾、浅田智一²⁾、丸山ありさ²⁾、阿部政博³⁾

Michio TAKAOKA¹⁾、Rumi SAKAI¹⁾、Michiyuki SUZU¹⁾、
Eiichi ASADA²⁾、Arisa MARUYAMA²⁾、Masahiro ABE³⁾

1) 尼崎市保健所、2) 小田保健センター、3) 武庫川女子大学心理・社会福祉学科

¹⁾Amagasaki City Health Center, ²⁾ Amagasaki City Oda Public Health Center,

³⁾Department of Mental and Social Well-being, Mukogawa College

キーワード：救護班、健康チェック、こころのケア

Key Words : Relief party、Health examination、Mental care

1. はじめに

4月25日(月)の午前9時18分頃に発生したJR事故は死者107名、負傷者549名と、大量輸送時代の交通機関の事故としても想像を超える悲惨な事態となった。兵庫県内でも今までに小規模な列車事故は発生しており、大手私鉄やJRが競争を繰り広げる関西で、何時かは大規模な列車事故が起きるのではないかと危惧していたものの、尼崎で起きるとは考えていなかった。

過去に、神戸市北区で起きた神戸電鉄の電車が車と接触脱線を起こした事故では、負傷者の搬送先医療機関の確保に、兵庫県広域災害救急医療情報システムの緊急搬送先要請が機能したと仄聞していた。このことから鉄道事故など多数の負傷者が発生する事態が生じた場合に、保健所がまず行うべきことは、医療機関の負傷者受け入れ状況の確認と緊急搬送先要請システムに医療機関からの入力を依頼することであると考えていた。また、明石市の花火大会における陸橋での圧死事故や阪神淡路大震災の経験から、被害者へのこころのケアが保健所の役割として重要とも考えていた。本研究の目的は、こうし

た知見や経験に基づき、今回のJR福知山線列車事故において、保健所が行った被害者や地域住民へのこころのケア活動に関する実態分析を行うことである。

2. 事故の概要¹⁾

事故種別：列車脱線事故

発生日時：平成17年4月25日(月)午前9時18分頃

発生場所：尼崎市久々知西町3丁目線路上
列車：JR宝塚駅午前9時3分発上り快速電車が脱線し、7階建マンションに激突、7両編成の前2両が脱線した
被害概要：死亡者107名(医療機関搬送後死亡7名含む)、負傷者549名(重傷者139名、軽傷者410名)

3. 事故への対応

(1) 市対策本部

4月25日(月)午前10時30分に市災害対策本部を設置し、併せて第1号防災指令を発令した。5月の連休明けの6日(金)に廃止を検

討するが県警等の現場検証が終了していないことなどから、5月9日(月)午後3時10分に市災害対策本部を廃止することとした。併せて限定第1号防災指令(災害応急対策及び復旧対策要員限定)を解除した。

(2) 保健所・保健センター

(情報面の活動)

兵庫県広域災害救急医療情報システムの緊急搬送要請画面に医療機関が入力するように要請することや、市内医療機関への負傷者受け入れ状況の確認などを行った。

(こころのケア活動)

保健所と6保健センターにこころのケア相談窓口を設置するとともに、事故現場周辺の企業、住民、被災マンション住民への訪問活動を行った。また救助活動を行った事故現場周辺の企業従業員、住民、被災マンション住民に対し健康チェックを実施した。

(救護活動)

保健所医師と小田保健センター保健師で救護班を編成し、現地で軽症者の応急処置や乗客の待機用テントの確保、遺体の応急安置場所の整理を行った。

(遺体安置所関係)

遺体安置所となった総合体育館に職員を派遣し、24時間体制で市の窓口となった。

4. こころのケア相談

(1) 相談窓口設置の経過

4月25日(月)事故当日、「こころのケア相談窓口」を翌日から設置することを決定し、翌26日より、平日9:00~17:30の間、保健所と市内6か所の保健センターに「こころのケア相談窓口」を開設した。5月末までは土日祝日も保健所で相談を受けつけた。相談は、主に保健所・保健センターの保健師、精神保健福祉相談員が対応し、現在(H18年3月)も通常の体制で引き続き相談を受けている。

(2) 相談窓口の広報

事故当日、設置を決定後、日刊紙に記者発表し、翌26日(火)に尼崎市のホームページに掲載した。4月27日(水)に、小田保健センターがホームページ掲載内容を元にしたチラシを作成し、保健所・各保健センターの窓口に置くと共に、28日に、小田保健センター職員が周辺住民や周辺企業に配布した。チラシを配布する目的で各戸訪問し、訪問時に、状況を聞き、情報収集にも努めた。

被災マンションはすでにながりの住民がホテルに避難されていたので、理事長宅を訪問し、マンション住民の様子を聞くとともに、住民集会でチラシを配布してもらうよう依頼した。

さらに5月1日(日)に保健所が県の啓発パンフレットを元にした新たなチラシ(別添1)を作成し2日(月)に小田保健センター職員が他の保健センター職員の協力も得て、チラシを周辺住民に再度訪問配布した。また日刊紙、テレビニュース等でも時折、相談窓口の広報がなされた。

(倫理面への配慮)

相談者には個人情報の守秘を確約し、個人情報特定されないように、データ処理上も配慮した。

(3) 事故直後のこころのケア相談

こころのケア相談窓口を事故の翌日から設置したが、26日(火)は12件、27日(水)は8件と予想に反して相談が少なかった。このため、28日(木)は小田保健センター保健師による現場地域の住民への訪問活動を行った結果、35件の相談があった。

しかし29日(祝)は2件、30日(土)は1件と少ない状況が続いた。このため、再度、被災マンションの住民の方を中心に、5月2日(月)にこころのケアの相談を受け付けていることを別添1のチラシによりお知らせした。しかし被災マンション住民の多くの方が、JR西日本が用意したホテルに転居されていたため、直接にチラシを手渡せた方は少なかった。

表1 事故直後の心のケア相談状況

相談日	相談者					相談内容			救助活動歴あり
	乗客	家族	マンション住民	周辺住民等	合計	身体症状	精神症状	その他	
26日			5	7	12	3	3	6	3
27日				8	8		4	4	3
28日			1	34	35	2	9	24	4
29日			2		2		2		2
30日			1		1		1		1
合計			9	49	58	5	19	34	13

注) 空欄は、相談数ゼロである

事故直後の相談内容では、救助活動に従事しない場合でも事故を目撃したことなどにより心的外傷を受け、急性反応として不眠、イライラ感、何もする気がしない、家を出られない、現場を避ける、電車に乗れない、などの精神症状や口渇、震え、血圧変動、鼻血などの身体症状を相談者は訴えている。

この相談内容は、心的外傷後のストレス反応に該当している。心的外傷後ストレス障害の多数の症状は、3つのカテゴリーに分けることができる。第1は、過覚醒—些細なことで驚愕し、些細な挑発にも苛立たしく反応し睡眠の質が下がる。第2は、侵入—外傷をこうむった人はその事件を何度も再体験する。何の誘因がなくても意識に現れ、覚醒時にフラッシュバックとして現れることもあり、睡眠中に外傷性悪夢となって現れることもある。第3は狭窄—危険から逃れられないという状況が精神的なマヒを生む。無関係感、感情的超絶感、そして、その人の気概のすべてを消失させるような深い受け身感が起こる。²⁾

相談内容でその他が多いのは、事故現場周辺

住民への訪問により相談窓口設置説明や被災マンション理事長、自治会長等へのチラシ配布の依頼などを事故直後に行ったためである。特に26日、27日と相談件数が少なく相談窓口のPRが不足していると考えられたので、事故現場地域の住民への訪問活動を28日に行った。

(4) 医療機関入院患者へのこころのケア相談
負傷して医療機関に入院している乗客の方のこころのケアをどう進めるかについては、市内の医療機関にこころのケアのチラシを送付し、ケアの必要な方が入院されている場合には情報提供をお願いし、入院患者が希望されれば、訪問相談などでこころのケアに応じる体制とした。

しかし尼崎市内居住の乗客の方が6名しかおられず、医療機関に入院されている方がいないこともあって医療機関からこころのケアについての要望はなく、多くは自院で対応可能という連絡があった。

(5) 9月30日までのこころのケア相談

5月31日までは、休日も保健所での窓口を開き相談を受けた。5月中の相談件数は102件、6月からは平日のみの受付となったが6月が7件、7月0件、8月2件、9月1件となっている。

4月の5日間の相談件数が59件と、9月30日現在での相談件数171件の35%を占めている。

171件の相談が寄せられているが、性別では女性が103名(60%)となっている。相談者の内訳では乗客が3名、家族が3名と最も少なく、被災マンション住民が53名(31%)と最も多くなっている。

被災マンション住民については、4月中は9名と少なく、5月に40名の相談があった。

乗客については、尼崎市内在住者が6名と少なく、居住地の保健所等に相談されたためと考えられる。

一方、被災マンション住民は、住居の損壊や負傷者の救助活動などによりこころの健康の被

害者となっていると予測され、こころのケアが必要とされた結果、相談が多いと考えられる。

また相談内容では、不安感やうつ状態、さらには急性ストレス反応・PTSD 症状などの精神症状が 96 件 (56%) と最も多かった。身体症状では、頭痛・吐き気などがみられた。その他には、医療費などの経済的な相談や身体面の健康状態の相談などがあった。

なお誰のことに関する相談かをみると、自分のことが 151 件 (88%) と最も多く、家族のことが 7 件 (4%)、乗客のことが 3 件 (2%)、友人のことが 1 件 (1%)、となっている。その他 9 件 (5%) あるが、例えば被災マンションに居住する中学生が登校している中学校の教師から当該中学生に関する相談、近隣企業事業主や診療所看護師から従業員の健康に関する相談などである。

表 2 こころのケア相談状況 (9月30日現在)

1) 相談者性別

女性	103
男性	67
不明	1
総計	171

2) 相談者居住地別

市内	121
市外	14
不明	36
総計	171

3) 相談者内訳

乗客	3
家族	3
マンション住民	53
近隣住民	57
企業職員	24
その他	31
総計	171

4) 相談内容

精神症状	96
身体症状	15
その他	60
総計	171

5. 健康チェックについて

現場周辺の企業従業員や地域住民の方で直接救助活動に携わり、血液を介しての感染症について不安を抱える方を対象とした「健康チェック」を 2 回実施した。1 回目を 5 月 19 日 (木) ~ 21 日 (土) と 27 日 (金) に保健所と周辺企業で実施した。チラシを作成し、被災マンション及び近隣の住民や周辺企業に配布した。

「健康チェック」の際に、12 項目からなるチェックリスト (別添 2 スクリーニング質問票) を実施し、参加者のこころの状態についての把握につとめた。19 日~21 日は保健所で実施した。参加者は 13 人であった。27 日は周辺企業現場へ出向いて実施し、参加者は 152 人であった。

チェックリストは、保健所実施の際には問診担当者が聞き取りで行い、27 日の周辺企業で実施の際は自記式で行った。

2 回目の「健康チェック」は 7 月 21 日に企業現場に出向いて実施した。その際、1 回目チェックリストで PTSD またはうつ状態と判断された 22 名に再度チェックリストを行った。また、5 月 19~21 日に保健所に来所された地域住民については、9~10 月に電話により状況を聞き取り、チェックリストも実施した。

なお、地域住民で血液検査 (HBV、HCV、HIV) を希望されたのは 13 人中 3 人で、その 3 人の 2 回目の採血は 7 月 25・27・29 日に実施している。周辺企業従業員については 140 人が希望し、2 回目の採血を 7 月 21 日に実施した。血液検査の結果は、全員が陰性であった。

表3 チェックリストの結果

	調査 回数	調査 人数 (人)	PTSD+		PTSD		うつ状態	
			うつ状態 (人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
地域 住民	1回	13	8	61.5	1	7.7	0	0
	2回	9	2	22.2	1	11.1	0	0
企業	1回	152	5	3.3	12	7.9	5	3.3
	2回	22	1	4.5	2	9.1	4	18.2

聞き取りと自記と、チェックリストの実施のしかたに違いはあるものの、被災マンション住民と周辺企業職員とでは、ストレス反応の状態に違いが大きい。1回目の時点で、マンション住民では PTSD またはうつ状態と判断される人が13名中9名(69.2%)であったのに対して、企業職員は152名中22名(14.5%)であった。

企業職員に2ヵ月後に行った調査で、7名が PTSD またはうつ状態と判断されたが、このうち5名は、事故以前から不眠症状を訴えていたり、仕事上のストレスの影響が大きいと答えており、事故とは関連性が薄いと考えられる。

それに対してマンション住民は、まだ現在も通院服薬中の人もあり、事故直後に比べると症状は軽くなっているものの、なんらかの PTSD 症状を持つ人もあり、事故だけでなく、転居や経済的な不安など、その後も続く慢性的なストレス状態におかれている。

6. まとめ—大規模緊急事態が発生し大量 PTSD が予測される時の保健所の対応—

列車事故災害の被災者は、通常は、さまざまな地域の住民であり、一保健所に留まらず広く県域、全国域での対応を求められる。今

回の事故も、列車乗客については、兵庫県内県外と広い地域の住民であり、対応は県が主体となり多くの保健所が協力して行った。

しかし、今回の列車事故では、乗客だけでなく、列車が激突したマンション住民や、事故を目撃したり救出作業にあたった周辺の住民、企業職員など、多くの尼崎市民もまた被災者となった。

事故直後、管轄保健センター職員が現場訪問をし、状況の確認を行った。こころのケアの必要性を早くから認識しており、子ども、障害者、高齢者など、要介護世帯の把握に努めるとともに、こころのケア相談窓口を立ち上げ、その窓口の広報もすばやく行った。

尼崎市保健所には、平成7年の阪神淡路大震災の経験があったことと、通常の列車事故被災者とは違って、尼崎市民の被災者は管轄地域がある程度限定されていたことが、今回のすばやいアウトリーチを実現させたと考えられる。

PTSD は、経過や症状を説明し、「異常な事態に対する正常な反応」であると伝えることが、早期介入において重要である。今回、その啓発は、市のホームページや日刊紙に掲載すると共に、啓発用のチラシ(相談窓口の紹介も兼ねている)を作成し、被災マンションや周辺住民、周辺企業に配布することによって行った。

このチラシ配布は、各戸を保健センター職員がチラシを持って訪問する形で行ったため、PTSD の啓発だけでなく、要介護世帯の把握ができ、必要な場合にはその場で相談に応じることができた。また、保健センター職員と被災市民との関係づくりにも役立ち、後日、被災市民から保健センターに相談のため来所されたり、継続支援につながった例もある。

相談数の減少、継続事例の状況から考えて、現在はおおむね落ち着き深刻な影響は少ないと考えられるが、一部には、まだ電車に乗れ

ない、踏切や電車がこわいなどの、事故の影響が残っている方もいる。

チラシ配布のための各戸訪問は、事故現場の担当保健センター職員だけでなく他の保健センター職員も協力して行ったが、事故に関しての訪問相談業務はどうしても事故現場の担当保健センターに集中しがちであった。通常業務への影響を考え、日頃から、緊急事態時の保健所・保健センターの協力体制を予測検討しておく必要がある。

緊急事態の規模によっては、電話相談専用回線の設置や、臨時の専用職員の配置も検討する必要がある。

別添 1 こころのケア相談窓口チラシ

平成17年5月2日

小田地区管内のみなさまへ

JR福知山線脱線事故にかかる「心のケア相談」について

今回のJR列車脱線事故を目撃されたり、負傷者の救助に携わられて、お身体に変化はございませんか。大変な出来事がおこると、誰でもトラウマ（心的外傷）を受け、不安、恐怖、再体験といった症状があらわれます。

起こりやすい変化には次のようなものがあります。

1 気持ちの変化

（大人の場合）

- ・些細なことでイライラする。
- ・夜眠れない。
- ・その時の光景が何度も思い浮かぶ。
- ・その時の夢を繰り返し見る。
- ・誰とも話す気にならない。
- ・何もする気にならない。
- ・ちょっとしたことに驚く。

（子どもの場合）

- ・自分でできていたのに、親に食べさせてもらおうとしたり、着せてもらおうとする。
- ・親の気を引こうとしたり、しがみついたりする。
- ・ちょっとしたことでめそめそしたり、泣いたりする
- ・すでにやめていた癖を、再びしはじめる。
- ・皮膚や目をかゆがったり、こすったりする。
- ・怖い夢をみたり、夜中に突然飛び起きる。

2 からだの変化

頭痛・吐き気・めまい・耳鳴り・息苦しさ・動悸・便秘や下痢など

これらの変化は、誰にでも起こりうる「自然な反応」です。一般には長く続くことはありません。気持ちやからだの変化は、少しずつ回復していくものですが、それらが長引いたり、強い場合は注意が必要です。

回復のために・・・こんなことに気をつけましょう

- ・気持ちやからだの変化を、自分なりに見つめてみましょう。
- ・家族や友人など信頼できる人に、気持ちを聞いてもらうのも役に立つことがあります。

周囲の方々へ

- ・被害にあった方の気持ちを、しっかりと受け止めてあげましょう。
- ・からかったり、ちゃかしたりせずじっくりと聞いてあげましょう。
- ・やさしい言葉かけをしましょう。
- ・回復の速さは人それぞれちがいます。なかなか立ち直れない人がいても、せかさないうで見守ってあげましょう。
- ・子どもの場合、抱きしめたり、スキンシップも重要です。

尼崎市では、みなさまの不安なお気持ちを少しでもやわらげていただくために、「心のケア相談窓口」を開設しています。

小田保健センター（電話 6 4 0 1 - 5 5 1 5）は、平日の午前9時から午後5時30分まで、ご相談を受付しております。

また、尼崎市保健所（4 8 6 9 - 3 0 1 6）では、8日までの祝日を含む毎日午前9時から午後5時30分まで、ご相談を受付しております。ひとりで悩まず、お電話してください。

(注1)再体験症状：4, 9, 11、回避症状：8, 10, 12
過覚醒症状：3, 6, 7、うつ症状：1, 2, 3, 5, 6, 10

(注2)PTSD 判定基準：3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12
の内5個以上が存在し、4, 9, 11のどれか一つは必ず含まれている。

うつ状態判定基準：1, 2, 3, 5, 6, 10の内、4個以上が存在し、5, 10のどちらか一方が必ず含まれている。

別添 2 PTSD 簡易スクリーニング質問票
(兵庫県こころのケアセンター作成資料を改変)

1 食欲はどうか。普段と比べて減ったり、増えたりしていますか。	はい いいえ
2 いつも疲れやすく、身体がだるいですか。	はい いいえ
3 睡眠はどうか。寝付けなかったり途中で目が覚めることが多いですか。	はい いいえ
4 事故に関する不快な夢を見ることはありますか。	はい いいえ
5 憂鬱で気分が沈みがちですか。	はい いいえ
6 イライラしたり、怒りっぽくなっていますか。	はい いいえ
7 ささいな音や揺れに、過敏に反応してしまうことがありますか。	はい いいえ
8 事故を思い出させる場所や人や話題などを避けてしまうことがありますか。	はい いいえ
9 思い出したくないのに事故のことを思い出すことはありますか。	はい いいえ
10 以前は楽しんでいたことが楽しめなくなっていますか。	はい いいえ
11 何かのきっかけで事故を思い出して気持ちが動揺することはありますか。	はい いいえ
12 事故についてはもう考えないようにしたり、忘れようと努力していますか。	はい いいえ

参考文献

1) 尼崎市消防局；JR 福知山線列車脱線事故消防活動概要，報告書，p9, 2005, 9.

2) ジュデイス・L・ハーマン；「心的外傷と回復」，みすず書房，pp49-69, 1999

厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)
分担研究報告書

＝犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究＝
司法領域における犯罪被害者への心理的支援に関する調査

分担研究者 有園 博子 兵庫県こころのケアセンター研究部主任研究員

研究要旨

弁護士の立場からみた犯罪被害者の心理的支援の現状についての把握と、司法領域での支援とその他の心理的支援機関（精神科医療機関やカウンセリング機関など）への継続支援の実態把握を目的とした。県弁護士会所属弁護士に対して、無記名郵送法による質問紙調査を行なった。

実態としては、弁護士が扱う犯罪被害内容は、DVによる傷害が最も多く、暴行・脅迫、強姦、強制わいせつの順であり、女性に対する暴力被害が多い事が示された。また、DV被害者では自ら精神科医療機関への受診行動をとる者が多く、反面、強姦被害者では自らでは受診行動に至らない傾向が見られた。心理的な継続支援では、弁護士側からは、心理的ケアや精神科医療機関へのニーズはあるが、現実は充足していないことが指摘された。また、司法と精神科医療機関やカウンセリング機関との連携・ネットワークづくりの必要性があげられた。これは支援する側の支援の意義も含んでおり、今後への展開が望まれる。

I. はじめに

犯罪被害者への実態調査は、警察庁犯罪被害者対策室により平成4～6年に実施され、犯罪被害者の精神的被害の状況、被害直後の精神状態、二次的被害について報告された。その後も数年ごとに継続調査が行われている^{6) 9)}。また、法務省により、平成9～11年に有罪判決の言い渡しのあった事件の被害者1,132人に対して、犯罪被害者のおかれている状況把握のため、大規模実態調査が行われ、平成11年犯罪白書に報告されている⁸⁾。

一方、司法関係者への調査としては、平成5年に宮沢ら¹⁰⁾により、犯罪被害者遺族への聞き取り調査と刑事司法関係実務家（警察官137名、検察官38名、弁護士72名、裁判官53名、保護監察官40名）への認識状況調査が行われ、被害者

の精神的影響性についての言及がなされている。平成15年には、日本弁護士連合会により被害者代理人である弁護士53人への調査が行われ¹³⁾、被害者遺族や性犯罪の被害者の症状としてPTSD 3大症状にも言及し、さらに心理的支援の必要性についても触れられている。

PTSD有病率に関する疫学調査によると²⁾、被害内容によって異なるが、性的暴力被害者ではアメリカ30～80%、日本15%～89%、DV被害者では日米共に40～50%、事故遺族では50%以上と報告されており、自然災害など他の被害に比べて、高いPTSD発症率が報告されている。

このように犯罪被害者実態調査の成果が広まるにつれ、犯罪被害者の精神的被害に対する認識も広まりつつある状況にある。しかし、司法と医

療との連携の実態については、いまだ十分に把握されていない。したがって、医療や司法領域での犯罪被害者支援の現状を把握することで、今後、精神医療や精神保健の専門家にどのような支援が要請されるのかを把握することができると考えられる。

II. 研究目的

本研究では、犯罪被害者への心理的支援について司法専門家の意見を把握することとした。

- ① 弁護士の立場からみた犯罪被害者の心理的支援の現状についての把握。
- ② 司法領域から心理的支援機関（精神科医療機関やカウンセリング機関等）への継続支援の実態を把握。

III. 研究の方法

1. 対象

兵庫県弁護士会犯罪被害者支援委員会の協力を得て、兵庫県弁護士会所属弁護士 492 名（男性 87.8%、女性 12.2%）を対象とした。

（倫理面への配慮）

調査に当たっては、兵庫県弁護士会犯罪被害者支援委員会で調査内容および倫理面での配慮等に関する検討を行った。対象者個人に対しては、調査票にて、研究趣旨・個人情報保護・研究協力同意確認等の説明を記載した。

2. 調査期間と方法

調査期間：2006 年 1 月 12 日～2 月 28 日

調査方法：無記名郵送法による質問紙調査

調査票内容：

- ① 過去 3 年間の犯罪被害者またはその遺族からの事件受任（または相談）の有無。
ここでいう受任とは、刑事・民事事件として案件を受けたものとした。また、「金銭的解決のみの事件を除く」と表記

することで、より暴力犯罪被害に限定されるようにした。

② 受任した被害内容

精神医学的分類基準と法的分類基準との比較を可能にするために、『出来事チェックリスト』（CAPS : Clinician - Administered PTSD Scale for DSM-IV : PTSD 臨床診断面接尺度³⁾の中に含まれる強いストレスとなる出来事の実験の有無を評価するリスト）の項目を元に、一覧表を作成し、それぞれ、必要なものは致死と傷害に分けて記載することとした。

③ 関連機関への相談や支援の利用状況

④ 精神科医療機関への受診動機

⑤ 医療機関から発行された診断書の病名と件数（弁護士の手元にある書類をもとに）

⑥ 弁護士が心理的ケアを受けたほうが良いと判断したもの（件数と内容）

⑦ 心理的ケアや精神科的治療が必要な場合の紹介機関の有無

⑧ 治療が必要であると判断する症状

⑨ 相談や支援を行う上での困難点

⑩ 心理的ケアや精神科医療との連携について

以上の内容について、調査票を作成した。（資料 1）

なお、統計解析には SPSS for Windows ver.11.5 日本語版を使用した。

IV. 結果

1. 対象者の属性

回収率 9.8%（492 名中 48 名）、有効回答数 47 名、うち男性 35 名（72.9%）、女性 11 名（22.9%）、回答なし 2 名（4.2%）であった。年齢層は、表 1 に示すとおりである。平均勤続年数 17.6±15.0 年（1 年～56 年）であった。

2. 犯罪被害内容

図 1 に示すように、DV による傷害が最も多

く、凶器を用いた暴行・脅迫、強姦の順となっている。特に、DVによる傷害と強制わいせつは、受任件数「多数」との記載があり、女性に対する暴力被害の取り扱い件数が多くなっている。

3. 治療が必要であると判断する症状

図2に示すように、自殺・抑うつ症状が上位にあり、不安・恐怖、PTSD3大症状の侵入症状、過覚醒症状、回避・麻痺症状が多くあげられている。

4. 受任した事件のうち、心理的ケアを受けたほうが良いと思われたケース

表2に示すように、DVによる傷害、強姦、ストーキング、殺人、暴行傷害、業務上過失傷害の順となっている。

5. 紹介できる治療機関が身近にあるかどうか

「心理的ケアや精神科的治療が必要と思われたときに、あなたが紹介する治療機関はありますか」という質問に対して、あり17名(36.2%)、ない30名(63.8%)であった。

また、「あり」と回答した者が紹介した治療機関は、精神科医療機関 11名(57.8%)、心理的ケア(カウンセリング)のみの機関 5名(26.3%)、その他(内科医など) 3名(15.8%)であった。紹介先機関の数は、表3に示すとおり、1ヶ所のみの方が多かった。

自由記述欄では、

- ・ 犯罪被害を取り扱ってくれる精神科医療機関が少ない。
- ・ 心理の方も精神科医も忙しそうでなかなか積極的に紹介できない。
- ・ 事務所の隣に精神科医がほしい。
- ・ 適切なカウンセラーや精神的医療の設備がきわめて少ない。担当した事件についてとくに痛切に感じる。
- ・ 紹介窓口があると助かる。
- ・ カウンセリング機関を知るためのネットワー

クがほしい。

- ・ 現実には精神的医療よりも心理的ケアについて、より一層の充実と弁護士との連携が望まれる。心理的ケアの重要性について国、自治体その他の機関の認識の早急な改善が望まれる。

心理的ケアや精神科医療機関へのニーズはあるが、現実には充足していないことが指摘されている。

6. 実際に受けたケースで、関連機関を利用したもの

表4に示したように、DVケースでは、民間支援者団体の利用件数が多い。民間支援者団体では法廷付き添い等のケースも含まれており、弁護士と被害者支援センターなどの民間支援者団体との連携は比較的良く取れていると考えられる。

7. 精神科医療機関の受診動機

表5に示すように、自ら受診を希望するのはDVケースに多く見られる特徴となっている。しかし、少数ではあるがDVケースでも周囲からの勧めや、裁判上の必要性から受診するケースもみられる。また、強姦被害者では、ほとんどが周囲からの勧めや裁判上の必要性のいずれかがあった場合に受診となっており、性的被害者の特徴的な行動であると考えられる。

8. 診断書の病名と件数

弁護士の手元にある医療機関から発行された書類における診断名は、表6に示すとおりである。損害賠償請求等を取り扱うことの多い司法領域では、診断書の病名にはPTSDが多い現状にあると推測される。この診断名の割合は、精神科医療の中での割合とは大きく異なると考えられ、精神科医療と司法領域では、対象者層に違いがある可能性がある。この点については、今後、医療機関での比較調査が必要であろう。

9. 犯罪被害者事件の受任経験の有無による支

援上の困難点の違い

犯罪被害者事件の取り扱い経験の有無と担当者が感じている犯罪被害者への支援上の困難点を比較したところ、 χ^2 検定の結果、「被害者の心理的ケアの知識不足」($\chi^2(3)=6.946, .05 < p < .10$)で有意傾向、「報酬に見合わない」($\chi^2(4)=9.995, p < .05$)は5%水準で有意であった。残差分析を行った結果、犯罪被害者事件を担当したことのない方は心理的ケアの知識不足を感じる傾向にあり、また、事件を担当している方は、その大変さに比して報酬が見合わないと感じていることが示された(表7)。

関係者の支援に必要な知識の獲得および負担感の減少のためには、今後何らかの対策が必要であると思われた。

10. 治療紹介機関を持っているかどうかによる支援上の困難点の違い

心理的ケアが必要な状態の方に対して、紹介できる治療機関を持っているかどうかと犯罪被害者への支援上の困難点を比較したところ、 χ^2 検定の結果、「精神医学的知識不足」($\chi^2(3)=9.187, . p < .05$)は5%水準で有意、「関心を持っている」($\chi^2(4)=8.025, .05 < p < .10$)は有意傾向であった(表8)。残差分析を行った結果、治療紹介機関を持っている方は、精神科的知識をある程度獲得している自負があり、かつ、犯罪被害者への関心も高い傾向が示された。

ケースを治療機関に紹介することに伴い、精神科医との情報交換がなされた結果とも推測される。

11. 心理的ケアや精神科医療との連携について自由記述欄に以下のものがあつた。

(専門知識の必要性)

- ・ 犯罪被害者と接する場合、聞き役を努めることは何とかできるだろうが、解決の方向を見出すためには、心理的ケア・精神科医療等の知識が必要であり、その方面の専門家との連

携は当然要請される。

- ・ 我々自身が個々に知識を得るため勉強することも大切。
- ・ 精神科医師による研修。
- ・ 性的被害に対する裁判所の理解が遅れていると感じる。研修会、交流会等が必要。

(ネットワークや連携)

- ・ 専門家・専門医をすぐに紹介できるよう、弁護士会とのネットワークを構築することも大切だと思う。
- ・ 精神科医療の諸機関も相互にネットワークを構築して緊急の場合にすぐに受診ができるようなシステムがあれば有難い。
- ・ 連携のためのネットワークづくりがまず先決。どこが音頭をとってネットワークづくりをするか検討すべき。
- ・ 裁判所の求める意見書を書いて頂ける機関、医師が限られているように思う。医療の側での支援体制を求めたい。
- ・ 弁護士会と医療機関の連携が必要。
- ・ 弁護士と心理的カウンセラー(例えば臨床心理の充実)とより一層の連携。

(支援体制づくり)

- ・ 被害者に対する情報提供の場を拡張することが大切だと思う。例えば、弁護士からはもちろん、警察や検察庁からも支援団体を紹介するなど。
- ・ 手軽に駆け込み相談ができる場所・機関が存在することが大事。市や区の庁舎で法律相談・行政相談等の行事が設けられているが、さしあたってそのような相談、いわば悩み事相談ができる場所を考えられないか。
- ・ 気軽に相談のできる常設機関の設置が有効と考える。
- ・ 相談者にとって、一つの所に相談に行けば、具体的な中身にふみこんで相談できるのか、いかなる支援を受けられるのかを分かりやすくする必要はある。そのための相談ネットワ

ークが必要である。

- ・ 犯罪被害者の相談アクセスの整備。
- ・ シェルター、警察等関係諸機関と精神医療施設との連携が必要だと思う。
- ・ 各地域に兵庫県こころのケアセンターと同様の専門機関が必要。

(被害者への情報提供)

- ・ 犯罪被害者の不要な不安を解消するための情報提供の必要性。きちんと説明がなされるべき。
- ・ 軽微と思われる事件でも「被害者支援のパンフはどんな軽微事件でも必ず渡す」等、捜査当初からの支援がのぞましい。
- ・ ケアの機会の提供。
- ・ 被害者の刑事裁判への参加。

(経済的支援)

- ・ 被害補償をうけられないために、経済的に苦境にたたされるケースが多い。経済的にバックアップする支援が必要。
- ・ カウンセリングの費用のサポート。
- ・ 刑事被告人については、現在国費で国際弁護士が付されている。しかるに犯罪被害者については、資力の乏しい人もいるのであるから、国選で弁護士をつけ、加害者に対する損害賠償等を請求できる制度をつくるべきである。
- ・ 支援にたずさわる方々への報酬、実費を国及び自治体で行うなどの支援。
- ・ 行政による物心両面の支援。

(支援者への支援)

- ・ 被害者の対応に対して、こちらがふりまわされることや、精神的に消耗すると感じる人が多い。被害者を支援していきたいと思うが、応対する方の精神的疲労をどうやって回避していくかについて、もっと啓発すべきだと考える。現在の取り組みは、この点についてあまりに無防備と感じている。特に、行政の女性相談員らの待遇を見ていると、応対す

る側の精神衛生に対して、全くといってよいほど配慮がないのには、危険さえ感じる。精神的に問題をかかえている犯罪被害者の心理状態、それに対する対応方法について、科学的医療的知識がないままに支援することは、支援者側の健康に対して危険を及ぼすことにもなりかねない。支援の前提として、支援者側の精神衛生に対する啓発は不可欠と考えている。

(注意警鐘)

- ・ 最近では精神的ダメージ等につき過剰な報道がなされ、精神的な疾患をもっていない人まで自己暗示にかかっている人が出てきている。素人が精神医学について中途半端な知識を持つとかえって、誤った結論を導くことになる。社会全体がもう少し冷静に対応していくべきと思う。
- ・ 被害者の援助＝犯罪者への制裁という風潮には注意が必要。
- ・ 犯罪被害者を支援することと、刑事弁護との関係を明確にし、その理解を広める取り組みが必要だと思う。

V. 考 察

1. 弁護士業務での支援と心理的支援機関や医療機関との連携

被害者に対する弁護士から他の心理的支援機関への紹介経路は、自由記述での意見にあるように、まだまだ体制整備が不十分であることが指摘されている。専門家とのネットワークづくりの必要性については今後の課題と思われた。

また、調査結果(表7、表8)にも示されたように、関係者の支援に必要な知識の獲得については、今後の課題と思われた。犯罪被害者の支援過程には、様々な精神状態を経過することが知られており^{15) 17)}、裁判等の一連の経過中に精神科的治療を要するレベルに至るケースも存在してい

る可能性がある。精神科領域の専門家と司法領域の専門家との連携を図ることで、支援に必要な知識の共通理解と担当者が感じている大変さの解消に役立つ可能性があるだろうと思われる。

精神科・心理臨床においても、身の安全の確保や経済的基盤その他、被害者を取り巻く環境を整えることが精神状態安定のために必要とされるケースは数多く見受けられ、このような場合には医療以外の司法や福祉の知識・連携が必要となる。

したがって、双方の専門家同士が連携することによって、問題減少につながる方法を見出すことが出来るのではないかと思われた。

2. 被害者がとる自発行動

弁護士受任ケースにおいては、自発行動の点で被害内容により異なる対処行動がみられることが示された。

性犯罪被害者では、従来より、警察への被害届出数には暗数がかなり含まれることが指摘されている。殺人事件や傷害致死事件では事件発生が認知されやすいこともあり、暗数は少ないとされるが、性犯罪被害では警察への申告率は9.7%と、窃盗などのその他の犯罪被害の申告率が20-70%であるのに比して極端に少ない⁷⁾。申告した方は「犯人を捕まえて欲しい。処罰して欲しい」100%と、その申告理由を述べている。一方、申告しなかった方はその理由として「証拠がない。警察は何も出来ない。」「報復の恐れ」などをあげ、あきらめや恐れ、二次的被害の危惧、その場（事件場面）で社会的に非難されない適切な行動が取れなかったことに対する自己の行動への罪責感などから、自発行動をとることはさらに少なくなると考えられている⁴⁾。今回の調査でも、性犯罪被害者が自ら心理的支援を受けられる機関へ行こうとはしないことが示された。これは、心理臨床場面で性暴力被害者が初診時に多く示す「自己の行動への罪責感＝私に落ち度があったから被害を受けたんだ」との観念と、犯罪被害不申告の理由の一つである自己への罪責感とは同じであり、こ

の観念が少なからず対処行動へ影響していると考えられる。

DV被害者は、今回の調査では性犯罪被害者とは異なり、自ら進んで心理的支援機関への受療行動をとっていた者が多かった。平成17年の男女共同参画白書によると¹²⁾、配偶者からの暴力を一度でも受けたことのある女性のうち42.1%がだれ（どこ）にも相談していないと報告されており、やはり、暗数としての被害者は多く存在している。しかし、弁護士への相談に至る被害者では、自ら心理的ケアを受けることを望む者が多いという事が出来る。これは、平成13年に配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律（通称：DV防止法）が制定され、DV被害者保護の認識が社会的にも被害者自身にもある程度浸透してきたため、DV被害者の「自己の行動への罪責感」が変化したためとも考えられるが、DV防止法施行前後での比較を行なってみなければ詳細は不明である。

3. 犯罪被害者への短期的および長期的支援

警察庁犯罪被害者対策室の報告⁹⁾によると、犯罪被害直後にしてほしい援助として「そばで話を聞いてくれること」「身の安全を守ってもらえること」「警察や病院への付き添い」「カウンセリング」の順であげられている。また、事件から一定期間経過後にしてほしい援助では「そばで話を聞いてくれること」「身の安全を守ってもらえること」「カウンセリング」となっている。ドイツの調査でも⁵⁾「経済的保証」の次に「精神的な支え」があがっており、特に暴力犯罪被害者は精神的援助を非常に求めており、その他の犯罪被害でも深刻な被害の場合は精神的援助を期待すると報告されている。このように、事件直後からの心理的支援は、傾聴を基本としたカウンセリングを中心に、「精神的支え」となるものが求められている。一方で、前述したように事件直後からはじまる精神的混乱状態に対する適切な判断と支援も必要であり、より専門的な関与が求められている。

一定期間後の精神的支援については、殺人の被害者遺族への聞き取り調査で事件から3年経過後にようやく話すことを必要とする段階になったケースの報告¹⁸⁾や、数ヶ月から数年経過後もPTSDが確認されている報告¹⁾などからも、犯罪被害者への長期的・専門的な心理的支援が必要であると思われる。

米田¹⁴⁾は、被害者遺族が求めているものについて、弁護士への金銭的賠償請求依頼の背景には「事実解明」「加害者への罰を求め」「きちんとした謝罪を受けたい」「事件についてやるだけのことをしなければ気がすまない」などの複合的な気持ちがあることを理解すること、そしてこれをふまえた上で被害者の話を聞く姿勢を持つべきであると指摘している。また、心のケアが持つスティグマ性（犯罪被害者は弱く傷ついている人であり、支援を受け入れる必要があるという思い込み）への指摘もあり¹⁵⁾、支援を行なう者は注意が必要である。

被害者学における被害者政策には、被害を受けた直後の援助とともに、被害者の立ち直りへの援助があるとされている¹¹⁾。心理的支援を考える場合、今後は、被害者の立ち直りへの援助について長期的に考えていく必要があると思われる。

4. 支援者への支援の必要性

今回の調査では自由記述にて、支援者の二次受傷についてあげられている。このことについては従来からも指摘がなされており¹⁶⁾、今後対策が望まれる。

5. 本研究の限界

今回の調査は回収率がかなり低かった。このため、必ずしも弁護士らが接する犯罪被害者の実態を反映しているとは言いがたい。反面、今回の調査協力者は、この領域に対する関心が高い集団であろうと推察される。今後の対策として、調査協力者からいただいた意見を参考に、質問内

容についての検討を重ねていきたいと考えている。

今回の調査意義をあえて挙げるとすれば、専門領域が異なる我々心理的支援を行う者からは司法領域での犯罪被害者の実態が見えにくい現状があるが、今回の調査により司法領域での犯罪被害者実態の一端を知ることができたことは意義があったと思う。今後、医療側と司法領域側双方から連携に向けて展開していく事が望まれる。

VI. 謝 辞

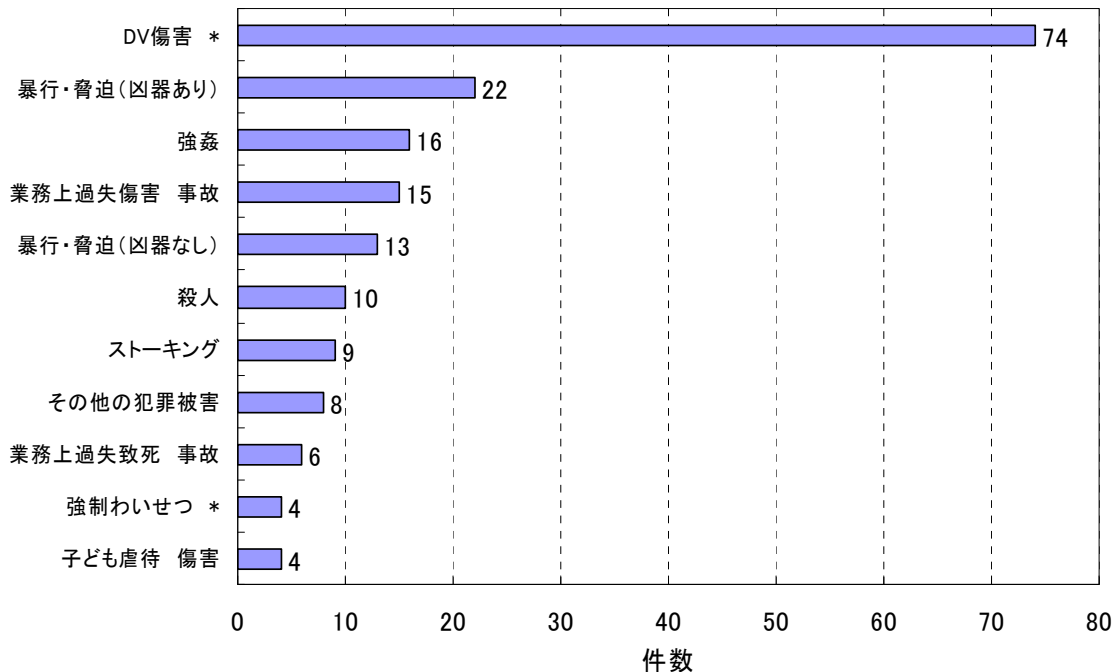
本研究にあたっては、兵庫県弁護士会犯罪被害者支援委員会の多大なるご協力をいただき調査を実現させる事ができた。兵庫県弁護士会犯罪被害者支援委員会の皆さまならびに調査協力者の皆さま方へ改めて感謝の意を表したい。

文 献

- 1) Asukai, Nozomu, Kato, Hiroshi, et.al., : Reliability and validity of the Japanese-language version of the Impact of Event Scale-Revised (IES-R-J): four studies of different traumatic events., *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(3): 175-182, 2002
- 2) 飛鳥井望 : PTSD の臨床疫学、臨床精神医学 34 (7)、893-898、2005
- 3) Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, et al., : The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *J Trauma Stress*. 8(1), 75-90, 1995
- 4) Burgess AW, Holmstrom LL.: Coping behavior of the rape victim., *Am J Psychiatry*.133(4),413-8, 1976
- 5) ギュンター・カイザー 宮沢浩一 : 犯罪被害者と刑事司法、成文堂 1995
- 6) 犯罪被害実態研究会編 : 犯罪被害実態調査報告書、警察庁犯罪被害者対策室、2002

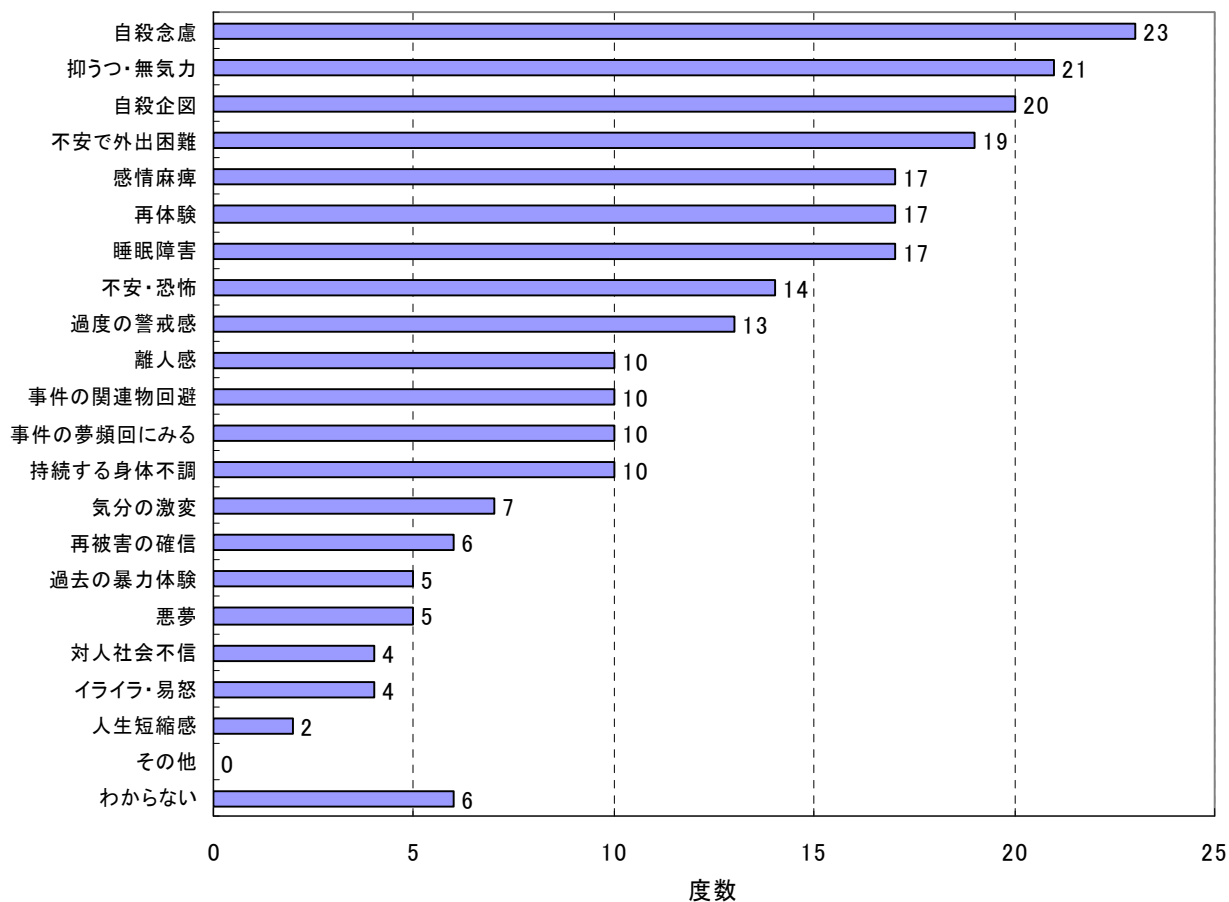
- 7) 法務総合研究所：犯罪被害実態（暗数）調査の概要、法務省、<http://www.moj.go.jp/>, 2000
- 8) 法務総合研究所：平成 11 年版 犯罪白書、法務省、2001
- 9) 警察庁犯罪被害者対策室監修、被害者対策研究会編：新版 警察の犯罪被害者対策、立花書房、2004
- 10) 宮沢浩一、田口守一、高橋則夫ら：犯罪被害者の研究、成文堂、1996
- 11) 諸澤英道：被害者に対する刑事政策；宮沢浩一、藤本哲也ら編：犯罪学、青林書店、1995
- 12) 内閣府：平成 17 年版 男女共同参画白書、内閣府、2005
- 13) 日本弁護士連合会犯罪被害者支援委員編：犯罪被害者の権利の確立と総合的支援を求めて、明石書店、2004
- 14) 大谷実 山上皓：講座被害者支援－犯罪被害者支援と弁護士－ 第 3 卷、東京法令出版 2000
- 15) 酒井肇 酒井智恵ら：犯罪被害者支援とは何か 附属池田小事件の遺族と支援者による共同発信、(Arizona Homicide Survivors, INC.より p 104)、ミネルヴァ書房 2004
- 16) スタム、B.、ハドノール、小西聖子他訳：二次的外傷性ストレス臨床家、研究者、教育者のためのセルフケアの問題、誠信書房 2003
- 17) Williams, T., : Trauma in the workplace, 925-933 ; In Wilson, John P. , Raphael, B. *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes .*, Plenum Pub, New York, 1993
- 18) 山上皓、穴田富美子ら：犯罪被害者の心理と援助についての調査研究 平成 10 年度社会安全研究財団調査研究報告書、被害者心理研究会、1999

図1. 受任した犯罪被害内容



注1) *印は、DV傷害・強制わいせつには「多数」の記載あるため、実数は加算される。
 注2) 「その他の犯罪被害」は、空き巣、詐欺、私文書・公文書偽造が上げられた。

図2. 治療が必要であると判断する症状



注1) 複数回答可としたため、延べ数で表示

表1. 回答者の階層別年齢

年代	人数	%
20代	2	4.2
30代	14	29.2
40代	6	12.5
50代	6	12.5
60代	9	18.8
70以上	10	20.8
回答なし	1	2.1
合計	48	100

表2. 心理的ケアを受けたほうが良いと思われた人

	あり	件数	人数
① 殺人	1	1	4
② 暴行・脅迫（刃物や凶器を用いた）			
③ 暴行・脅迫（殴る蹴るなど凶器を用いない）	1	1	2
④ 強盗・強盗傷害（身体的危害なし）			
⑤ 誘拐・人質・監禁			
⑥ 性的被害：強姦	2	4	
⑦ 性的被害：強制わいせつ			
⑧ ストーカー	2	2	2
⑨ DVによる死亡			
⑩ DVによる傷害等	4	12	12
⑪ 子ども虐待による死亡			
⑫ 子ども虐待による傷害等			
⑬ 放火			
⑭ 業務上過失致死：事故による死亡			
⑮ 業務上過失傷害：事故による傷害	1	2	2
⑯ 業務上過失致死：有害物質曝露による死亡			
⑰ 業務上過失傷害：有害物質への曝露			
⑱ その他の犯罪被害（空き巣、財産被害等）			
計	11	22	22

表 3. 紹介できる治療機関の数

	精神科医療機関	カウンセリング機関	その他	計
1ヶ所のみ	5	3	3	11
3ヶ所以下	6	1		7
5ヶ所以下				0
10ヶ所以下		1		1
10ヶ所以上				0
計	11	5	3	19
%	57.8%	26.3%	15.8%	100.0%

表 4. 関連機関を利用した方（件数）

	民間支援 団体	心理カウ ンセラー	精神科	その他関 連機関	わからない	計
① 殺人		1				1
② 暴行・脅迫（凶器あり）			1			1
③ 暴行・脅迫（凶器なし）	1		1			2
④ 強盗・強盗傷害						0
⑤ 誘拐・人質・監禁						0
⑥ 強姦		2	4	1	1	8
⑦ 強制わいせつ						0
⑧ ストーカー					1	1
⑨ DVによる死亡						0
⑩ DVによる傷害等	43	4	13	3		63
⑪ 子ども虐待による死亡						0
⑫ 子ども虐待による傷害						0
⑬ 放火						0
⑭ 業務上過失致死：事故死亡		1				1
⑮ 業務上過失傷害：事故傷害			1			1
⑯ 業務上過失致死：有害物質 曝露による死亡						0
⑰ 業務上過失傷害：有害物質 曝露						0
⑱ その他の犯罪被害					1	1
不明	4		1	1		6
計	48	8	21	5	3	85

注)「その他関連機関」は、警察、精神科以外の病院など

表 5. 精神科医療機関を受診した方の受診動機（件数）

	本人の希望	家族や周囲の人の勧め	裁判で意見書が必要	裁判で診断書が必要	その他	わからない	計
① 殺人						1	1
② 暴行・脅迫（凶器あり）							0
③ 暴行・脅迫（凶器なし）	1						1
④ 強盗・強盗傷害							0
⑤ 誘拐・人質・監禁							0
⑥ 強姦		2	2		2		6
⑦ 強制わいせつ							0
⑧ ストーカー							0
⑨ DVによる死亡							0
⑩ DVによる傷害等	10	2	1	1	1		15
⑪ 子ども虐待：死亡							0
⑫ 子ども虐待：傷害							0
⑬ 放火							0
⑭ 業過致死：事故死							0
⑮ 業過傷害：事故傷害	1						1
⑯ 業過致死：有害物質曝露死亡							0
⑰ 業過傷害：有害物質曝露							0
⑱ その他の犯罪被害							0
不明	1						1
計	13	4	3	1	3	1	25

注)「その他」は、講習会で知った、弁護士からの勧めがあがっている。

表 6. 医療機関で発行された診断書の病名（件数）

	心因反応	神経症	うつ病	PTSD	解離性障害	統合失調症	その他	計
① 殺人								0
② 暴行・脅迫（凶器あり）								0
③ 暴行・脅迫（凶器なし）	1							1
④ 強盗・強盗傷害								0
⑤ 誘拐・人質・監禁								0
⑥ 強姦			1	3				4
⑦ 強制わいせつ								0
⑧ ストーカー								0
⑨ DVによる死亡								0
⑩ DVによる傷害等	1	2	5	8	1		1	18
⑪ 子ども虐待：死亡								0
⑫ 子ども虐待：傷害								0
⑬ 放火								0
⑭ 業過致死：事故死				1				1
⑮ 業過傷害：事故傷害				1				1
⑯ 業過致死：有害物質曝露死亡								0
⑰ 業過傷害：有害物質曝露								0
⑱ その他の犯罪被害								0
不明	1		1			1		3
計	3	2	7	13	1	1	1	28

表 7. 受任経験の有無と支援上感じていることとの関連

	N	受任経験	1	2	3	4	5	χ^2	自由度	P
① 被害者の心理的ケアに関する知識(被害者心理等)が不足している	19	あり	21.1%	47.4%	21.1%	10.5%		6.946	3	0.074 †
	25	なし	60.0%	24.0%	8.0%	8.0%				
② 被害者に関する精神医学的知識(疾患や病態等に関して)が不足している	19	あり	31.6%	47.4%	10.5%	10.5%		4.267	3	0.234
	26	なし	53.8%	38.5%	0.0%	7.7%				
③被害者を傷つけてしまうのではと不安を感じる	19	あり	5.3%	47.4%	31.6%	15.8%	0.0%	6.862	4	0.143
	25	なし	28.0%	40.0%	12.0%	12.0%	8.0%			
④ 無力感を感じる	19	あり	5.3%	31.6%	42.1%	15.8%	5.3%	4.367	4	0.359
	25	なし	16.0%	44.0%	16.0%	20.0%	4.0%			
⑤ 十分に接する時間がない	18	あり	5.6%	38.9%	33.3%	22.2%	0.0%	6.65	4	0.156
	23	なし	17.4%	39.1%	8.7%	21.7%	13.0%			
⑥ 心理的ケアや治療を行う機会が不足している	19	あり	15.8%	42.1%	36.8%	5.3%		5.737	3	0.125
	24	なし	33.3%	54.2%	8.3%	4.2%				
⑦ 被害者に関わる他の機関についての知識が不足している	19	あり	26.3%	47.4%	21.1%	5.3%		5.208	3	0.157
	25	なし	56.0%	36.0%	8.0%	0.0%				
⑧報酬にみあわない	19	あり	21.1%	47.4%	21.1%	10.5%	0.0%	9.995	4	0.041 *
	23	なし	13.0%	21.7%	52.2%	0.0%	13.0%			
⑨意義ややりがいを感じる	19	あり	15.8%	42.1%	36.8%	0.0%	5.3%	2.062	4	0.724
	24	なし	16.7%	41.7%	37.5%	4.2%	0.0%			
⑩関心をもっている	19	あり	31.6%	57.9%	5.3%	0.0%	5.3%	6.857	4	0.144
	25	なし	24.0%	40.0%	28.0%	8.0%	0.0%			

表 8. 心理的ケアが必要な場合に紹介機関があるかどうかと支援上感じていることとの関連

	N	紹介機関	1	2	3	4	5	χ^2	自由度	P
① 被害者の心理的ケアに関する知識(被害者心理等)が不足している	19	あり	37.5%	31.3%	12.5%	18.8%		3.031	3	0.387
	29	なし	48.3%	34.5%	13.8%	3.4%				
② 被害者に関する精神医学的知識(疾患や病態等に関して)が不足している	16	あり	43.8%	31.3%	0.0%	25.0%		9.187	3	0.027 *
	30	なし	46.7%	46.7%	6.7%	0.0%				
③被害者を傷つけてしまうのではと不安を感じる	16	あり	12.5%	50.0%	18.8%	18.8%	0.0%	2.231	4	0.693
	29	なし	20.7%	41.4%	20.7%	10.3%	6.9%			
④ 無力感を感じる	16	あり	6.3%	43.8%	18.8%	25.0%	6.3%	2.109	4	0.716
	29	なし	13.8%	37.9%	31.0%	13.8%	3.4%			
⑤ 十分に接する時間がない	15	あり	6.7%	33.3%	26.7%	33.3%	0.0%	5.008	4	0.286
	27	なし	18.5%	40.7%	14.8%	14.8%	11.1%			
⑥ 心理的ケアや治療を行う機関が不足している	16	あり	18.8%	50.0%	18.8%	12.5%		4.095	3	0.251
	28	なし	28.6%	46.4%	25.0%	0.0%				
⑦ 被害者に関わる他の機関についての知識が不足している	16	あり	37.5%	37.5%	18.8%	6.3%		2.621	3	0.454
	29	なし	44.8%	44.8%	10.3%	0.0%				
⑧報酬にみあわない	16	あり	18.8%	37.5%	37.5%	6.3%	0.0%	2.064	4	0.724
	27	なし	14.8%	33.3%	37.0%	3.7%	11.1%			
⑨意義ややりがいを感じる	16	あり	18.8%	43.8%	31.3%	0.0%	6.3%	2.854	4	0.583
	28	なし	14.3%	39.3%	42.9%	3.6%	0.0%			
⑩関心をもっている	16	あり	43.8%	43.8%	6.3%	0.0%	6.3%	8.025	4	0.091 †
	29	なし	17.2%	48.3%	27.6%	6.9%	0.0%			

資料1. 調査票

— 「司法における犯罪被害者への心理的支援に関する調査」 へのご協力のお願い —

各位

貴殿に置かれましては、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

近年、犯罪被害者およびその家族・遺族に関しましては、社会的にも大きな関心もたれるようになってまいりました。

「犯罪被害者等基本法」が成立し、今後、司法・保健医療・福祉の各領域での支援体制の構築や連携が必要となると考えられます。これまでの犯罪被害者・遺族への実態調査では、犯罪被害者・遺族の多くは大きな精神的影響を受けているとする報告がなされています。しかし現状では、これら犯罪被害者・遺族の大部分は、保健医療領域の支援を受けていない状況にあります。

そこで、このような犯罪被害者・遺族の置かれている現状および心理的状态とそれに応じた支援体制についての実態調査をおこない、実状に基づいた犯罪被害者支援の具体化を目指すことが必要と考えております。

ところで、このような研究を進めるためには、犯罪被害者に接する機会のある各分野の専門家の方々のご意見もお聞きすることがぜひとも必要であると考えております。今回の調査では、司法領域での犯罪被害者への心理的支援に関する取り組みの現状と他関係機関との連携の現状を把握させていただき、今後必要とされる心理的支援の方法について検討するために、アンケート調査を企画いたしました。

このアンケートは、兵庫県弁護士会のご承諾を得てご所属の皆さま方へお送りしております。回答は無記名でお願いしております。ご回答いただきました内容は、まとめて集計され統計学的に処理されますので、貴殿および事例のプライバシーに関することは厳重に守られます。

ご多忙中、まことに申し訳ありませんが、調査の趣旨をご理解いただきまして、どうかご協力の程お願い申し上げます。

なお、この調査は、平成17年度 厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業 からの委託研究として、「犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究」（主任研究者 武蔵野大学教授 小西聖子）研究班の分担研究の一環として行われるものです。

平成18年1月

研究代表：兵庫県こころのケアセンター研究部
主任研究員 有園博子（医学博士、臨床心理士）

ご記入に当たってのお願い

1. ご回答は、あてはまる項目の番号に○をつけていただくものと、()内に数字またはご意見を自由に記入していただくものがあります。
なお、ここでいう“**犯罪被害者**”とは、犯罪被害者等基本法に記載されているとおり、**犯罪等により害を被った者及びその家族又は遺族**を指します。
2. ご記入いただいたアンケート用紙は、同封の返送用封筒に入れて、平成18年2月20日(月)までにご投函いただけますよう、お願いいたします。
3. ご返送いただきましたアンケート用紙の内容につきましては、統計学的に処理いたしますので、貴殿および事例のプライバシーに関することは厳重に守られます。調査票のデータは、兵庫県こころのケアセンター研究部にて厳重に管理いたします。調査の結果は、学会・論文等で報告することがありますが、個別の情報が公にされることはございません。なお、調査票のご回答をもちまして、本調査への同意をいただいたものとさせていただきます。
4. ご回答いただきました本アンケート結果につきましては、別途お問い合わせくだされば、後日お送りさせていただきます。
5. 本アンケートについてのご不明な点やお問い合わせにつきましては、下記にお願いいたします。

〒651-0073 神戸市中央区脇浜海岸通1-3-2

兵庫県こころのケアセンター 研究部 有園博子

TEL(代表) 078-200-3010 FAX(代表) 078-200-3026

E-mail vs-research@j-hits.org

※ 兵庫県こころのケアセンター (<http://www.j-hits.org>) は、阪神・淡路大震災を契機として被災された方のこころのケアに取り組んでまいりました。平成16年4月にその機能を拡充し、災害・事件・事故・犯罪被害・子ども虐待・DV等によって引き起こされるトラウマ・PTSDに関する全国初のこころのケアの専門機関(拠点施設)として、研究・診療・相談・専門研修等を行っております。

それでは、次のページよりご記入をお願いします。

最初にあなたご自身についてお伺いします。

問1. 職種について（複数回答可）

1. 弁護士 2. その他の職業資格等もお持ちであればご記入ください（職種： ）

問2. 現在の職業の勤続年数をお答えください。 約（ ）年

問3. ご年齢

1. 20歳代 2. 30歳代 3. 40歳代 4. 50歳代 5. 60歳代 6. 70歳以上

問4. 性別

1. 男性 2. 女性

つぎの問5以降は、日常業務でのことについてお答えください。

問5. これまでに犯罪被害者またはその遺族からの相談または事件を受任したことはありますか。

1. ある
2. なし（「なし」と回答された方は問11へお進みください。↓印へ）

問5-1. 上記で「ある」にお答えいただいた方は、下記の表にこの3年間の相談または受任した事件（継続事件を含む）についてお答えください。ただし、金銭的解決のみの事件を除くこととします。

事件内容		件数	本人（人数）		遺族・家族（人数）	
法的分類	精神医学的分類		男性	女性	男性	女性
殺人・傷害致死・強盗 殺人・強姦殺人	① 殺人	件			人	人
傷害・殺人未遂・恐喝・ 強盗・強盗傷害	② 刃物や凶器を用いた 暴行・脅迫					
傷害・殺人未遂・恐喝・ 強盗・強盗傷害	③ 殴る蹴るなど凶器を 用いない暴行・脅迫					
強盗・強盗傷害	④ 身体的危害が加わら ない強盗・強盗傷害					
誘拐・人質・監禁	⑤ 誘拐・人質・監禁					
強姦	⑥ 性的被害： 強姦（未遂含む）					
強制わいせつ	⑦ 性的被害： 意に反した性的体験					

事件内容		件数	本人（人数）		遺族・家族（人数）	
法的分類	精神医学的分類		男性	女性	男性	女性
ストーキング	⑧ ストーキング	件	人	人	人	人
殺人・傷害致死	⑨ DV（配偶者間暴力）による死亡					
傷害・恐喝・殺人未遂	⑩ DV（配偶者間暴力）による傷害等					
殺人・傷害致死	⑪ <u>子ども虐待</u> による死亡					
傷害・殺人未遂	⑫ <u>子ども虐待</u> による傷害等					
放火	⑬ 放火					
業務上過失致死	⑭ 事故（自動車事故、鉄道事故などの不慮の事故など）による死亡					
業務上過失傷害	⑮ 事故（自動車事故、鉄道事故などの不慮の事故など）による傷害					
業務上過失致死	⑯ 有害物質（放射能、毒物、アスベストなど）への曝露による死亡					
業務上過失傷害	⑰ 有害物質（放射能、毒物、アスベストなど）への曝露					
	⑱ その他の犯罪被害（空き巣、財産被害等）					

注1) 1つの案件で、複数の被害項目にあたる場合は、最も大きな被害をもたらしたと思われる内容をチェックしてください。

注2) 該当しない項目については、空欄にせず、数字の0をご記入ください

注3) 「⑱ その他の犯罪被害」に関しては、下記に具体的にお書きください。

その他の犯罪の具体的内容：

[]

問6. 上記(問5-1)の被害者・遺族・家族のうち、最も印象に残った事例(1事例)の呈した身体症状・精神症状をお書きください。案件の進行経過による症状の変遷がある場合は、最もピークであったときの状態を中心にご記入ください。

<回答例>

(1) 事例内容区分 (⑤)

(2) 被害者 女性 18歳

(3) 主な身体症状・精神症状

事件から3年経つが、事件以来、常に周りを警戒し、もの音に敏感に反応している。現在も一人では外出も困難である。また、非常に落ち着いているときがあるかと思うと、急に泣き始めたり叫び始め、話ができる状態ではなくなる。本人も「事件以前の頃ような落ち着きをとり戻すことがなかなかできない。」と言っている。

(1) 事例内容区分 (①～⑱:)

(2) 被害者・遺族・家族 (どれかに○)、性別: 男・女、 年齢: 歳

(3) 主な身体症状・精神症状

()

問7. 上記(問5-1)の被害者・遺族・家族のうち、事件のことがきっかけで関連機関の相談や支援を利用した方は何人いらっしゃいましたか。(複数選択可) (事例内容区分(①～⑱)と件数を「例)①-2件-3人」の要領でご記入ください。ない場合は「0件」とご記入ください。)

1. 民間被害者支援団体の支援を受けた

(区分 - 件 人、)

2. 心理カウンセラーのところへ相談に行った

(区分 - 件 人、)

3. 精神科医療機関へ受診した

(区分 - 件 人、)

4. その他の関連機関(機関名:)

(区分 - 件 人、)

5. わからない

問 8. 上記(問 5-1)の被害者・遺族・家族のうち、精神科医療機関を受診した方の受診動機は何でしたか。(複数選択可) また、件数がお分かりでしたら()内にご記入ください。

(事件内容区分(①~⑱)と件数を「例)①-2件-3人」の要領でご記入ください。ない場合は「0件」とご記入ください。)

1. 本人の希望 (区分 _____ 件 _____ 人、_____)
2. 家族や周囲の人の勧めで (区分 _____ 件 _____ 人、_____)
3. 裁判のため意見書が必要 (区分 _____ 件 _____ 人、_____)
4. 裁判のため診断書が必要 (区分 _____ 件 _____ 人、_____)
5. 受診者はいなかった
6. その他(_____) (区分 _____ 件 _____ 人、_____)
7. わからない


問 9. 上記(問 5-1)の被害者・遺族・家族のうち、精神科で発行された診断書の病名と件数は何件ありましたか。(複数選択可) (事件内容区分(①~⑱)と件数を「例)①-2件-3人」の要領でご記入ください。ない場合は「0件」とご記入ください。)

1. 心因反応 (区分 _____ 件 _____ 人、_____)
2. 神経症 (区分 _____ 件 _____ 人、_____)
3. うつ病 (区分 _____ 件 _____ 人、_____)
4. PTSD(心的外傷後ストレス障害) (区分 _____ 件 _____ 人、_____)
5. 解離性障害 (区分 _____ 件 _____ 人、_____)
6. 統合失調症 (区分 _____ 件 _____ 人、_____)
7. その他(_____) (区分 _____ 件 _____ 人、_____)

問 10. 上記(問 5-1)の被害者・遺族・家族のうち、あなたから見て心理的ケアを受けたほうが良いと思われた方はいましたか。(事件内容区分(①~⑱)と件数を「例)①-2件-3人」の要領でご記入ください。)

1. いた (区分 _____ 件 _____ 人、_____)
2. いなかった



……問5で「なし」の方はここから再度お答えください。……………

問11. 犯罪被害者等の相談や支援を行ううえでどのようなことを感じていらっしゃいますか。
 次の各項目のあてはまる数字に○をつけてください。担当を経験していない方は、もし担当することになったらという仮定でお答えください。

	全くそうである	どちらかといえ そうである	どちらとも いえない	どちらかといえ そうではない	全くそうではない
① 被害者の心理的ケアに関する知識（被害者心理等）が不足している	1	2	3	4	5
② 被害者に関する精神医学的知識（疾患や病態等に関して）が不足している	1	2	3	4	5
③ 被害者を傷つけてしまうのではと不安を感じる	1	2	3	4	5
④ 無力感を感じる	1	2	3	4	5
⑤ 十分に接する時間がない	1	2	3	4	5
⑥ 心理的ケアや治療を行う機関が不足している	1	2	3	4	5
⑦ 被害者に関わる他の機関についての知識が不足している	1	2	3	4	5
⑧ 報酬にみあわない	1	2	3	4	5
⑨ 意義ややりがいを感じる	1	2	3	4	5
⑩ 関心をもっている	1	2	3	4	5

問12. 心理的ケアや精神科的治療が必要と思われたときに、あなたが紹介する治療機関はありますか。

1. ない
2. ある（_____ヶ所）（具体的に_____）

問12-1. 上記で「ある」と応えた方にお伺いします。それは、以下のどれですか。（重複回答可）

1. 精神科医療機関（保険診療） _____ヶ所
2. 心理的ケア（カウンセリング）のみの機関 _____ヶ所
3. その他（_____） _____ヶ所

問13. あなたは、犯罪被害者・遺族・家族に見られる状態のうち、以下のどの状態が見られた場合に、心理的ケアあるいは精神科的治療が必要と考えますか。当てはまる番号を5つ選び、番号に○をつけてください。

- | | |
|---|---|
| 1. 持続する身体の不調（胃腸の具合が悪い、頭痛、肩こりなど） | 14. 些細なことでビクビクしたり警戒感が強まる |
| 2. 持続する睡眠の不調（寝つきが悪い、睡眠の途中で起きるなど） | 15. 感情の麻痺（感情を何も感じないなど） |
| 3. すぐにイライラして怒りっぽくなる | 16. 自分としての実感がない（自分が自分でない気がする、自分がここにいる実感がないなど） ことが度々ある |
| 4. 持続する抑うつ感・無気力 | 17. 他人や社会が信じられない |
| 5. 気分の変化が激しい | 18. 過去に虐待や暴力を受けた経験がある |
| 6. すぐに不安・恐怖を感じやすい | 19. 再び被害に遭うだろうとの確信 |
| 7. 不安・恐怖等による外出困難 | 20. 今後の人生は長生きしないとの確信 |
| 8. 自殺を考える（自殺念慮） | 21. その他（具体的にご記入ください）
() |
| 9. 自殺しようとする（自殺企図） | |
| 10. 悪夢にうなされる | |
| 11. 事件に関する夢を頻回に見る | |
| 12. 事件に関連するもの（人・物・場所・ニュース等）を避ける | |
| 13. あたかも今、目の前で事件当時のことが再び起こっているかのような状態になることがある | |

注) 以下の「22. わからない」を選んだ方は、○印1つの選択で結構です

22. わからない

問14. 犯罪被害者・遺族・家族を担当する上で、心理的ケアに関することや精神科医療との連携に関してのご意見がありましたら、以下にご記入ください。

[]

問15. 犯罪被害者への支援全般に関して、今後どのようなものが必要だと思いますか。ご提案等がありましたらご記入ください。（例えば、行政的施策の推進・被害補償・研修会 etc. ）

[]

問16. その他、ご意見がありましたら自由にお書きください。

[]

ご協力どうもありがとうございました。

最後に、ご記入漏れがないかどうかご確認ください。
同封の封筒に入れてご返送ください。(切手は不要です)



主催：兵庫県こころのケアセンター研究部 有園博子

協力：兵庫県弁護士会

犯罪被害者支援委員会

＝犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究＝

犯罪被害者の心身の回復に関わる経済的支援に関する研究

分担研究者 柑本美和

国立精神・神経センター精神保健研究所司法精神医学研究部

研究要旨

本研究は、被害者の心身の回復と経済支援のあり方についての比較法的研究である。諸外国の制度と我が国の既存の制度とを比較検討しながら、被害者の心身の回復に対する望ましい経済支援のあり方を考察することを目的とする。本年度は、犯罪被害給付制度の問題点について文献調査を行い、さらに、DV 被害者・被虐待児童への援助のあり方については聞き取り調査を行った上で問題点の把握に努めた。その結果、我が国の犯罪被害給付制度では、犯罪被害者が心身の回復を図るのに十分なほどの経済的援助はなされていないこと、そして、DV 被害者・被虐待児童への援助についても様々な点で検討が必要ながことが明らかとなった。これら我が国の現状を踏まえた上で、来年度の比較法研究においては、問題点克服のために、何ができるかを検討したいと考える。

A. 研究の目的

現在、我が国には、犯罪被害者補償制度として犯罪被害給付制度が存在する（根拠法は、「犯罪被害者等給付金の支給等に関する法律」である）。

犯罪被害給付制度とは、殺人・傷害等の故意の犯罪行為によって被害を受けたにもかかわらず、加害者が無資力であるなどの理由から、損害賠償を受けられない被害者に対して、社会の連帯共助の精神に基づき国が一時金の給付を行うものであり、損害の一部填補を含む見舞金と位置づけられている。しかし、国の一般会計を財源とする見舞金という性質上、他の公的給付に比べて支給額が少ない、親族間犯罪の被害者には支給が行われない、適用対象犯罪が故意犯に限定されているなどの問題点が指摘されている。また、被害者の身体及び精神の回復に関して言えば、本制度においては、治療費や療養保障は給付の対象外とされており、長期にわたって治療が必要な被害者に対して十分な援助がなされているとは言い難い。そのため、これまでも、犯罪被害給付制度を国家補償として再構成すべきで

あるといった主張がなされてきている。

損害回復の手段としての損害賠償制度が十分機能せず、また、犯罪被害給付制度の支給対象犯罪や支給額が制限されている現状を考えると、被害者に対する手厚い経済支援制度のあり方を検討する必要がある。特に、諸外国の制度においては、被害者の治療費等について経済支援の対象とされることが多く、我が国においてそのような支援をどう行っていくかを考えることは急務の課題であると考え

る。本研究は、このような問題意識の下、諸外国の制度との比較検討を行いながら、被害者の心身の回復に対する望ましい支援のあり方を考察するものである。例えば、経済支援については、犯罪被害給付制度のような国家による支援システムが望ましいのか、犯罪被害給付制度とは別の支援システムが必要となるのか、その支援システムの性格はどのようなものであるべきか（見舞金的なものか、損害賠償型かなど）、財源の確保はどうするのか、罪種との関係をどうするのかなどといった問題を一つずつ明らかにしていきたいと考える。

B. 研究方法

被害者への主要な経済支援制度として、我が国には犯罪被害給付制度が存在するのみである。本研究は、被害者の心身の回復と経済支援のあり方をその主要な課題に据えており、我が国においてその制度が存在しない以上、諸外国における同様の制度との比較研究を行うことは不可欠であると思われる。今年度は、まず、我が国の犯罪被害給付制度の問題点の詳細な検討を行い、問題の所在を検討することとした。

さらに、個別具体的な被害者支援システムとして、DV被害者の保護を行っている女性相談所、さらに被虐待児童の保護を行っている児童相談所などの視察を行い、現場が抱えている問題点の把握に努めた。

C. 結果

1：犯罪被害給付制度に関する問題点

1) 重傷病給付金の問題点

①療養費の被害者負担額が支給されるようになったが、「療養期間が1ヶ月以上」（犯罪被害者給付金の支給等に関する法律第2条3項）、「14日以上入院」（犯罪被害者給付金の支給等に関する法律施行令第1条）及び「疾病時から3ヶ月の期間」（犯罪被害者給付金の支給等に関する法律施行令第6条）が要件とされているため、怪我の程度は比較的軽いのに心的外傷などは重いという被害、あるいは、3ヶ月以上の治療を要する被害が、支給対象から外されてしまう可能性がある。

②重傷病給付金は、犯罪行為により生じた傷病の療養について、被害者が負担した保険診療による医療費の自己負担部分に相当する額を支給するものである。そのため、現実に支出を余儀なくされた保険診療外の医療関係の費用（但し、3ヶ月を超えた保険診療分についても同様）、カウンセリングの費用などについては、支給対象とならない。

2) 他の給付との関係について

犯罪被害者等給付金が「収入」とみなされ、生活保護費全額の返還を求められた例が存在する（埼玉県熊谷市 2003年3月）。

3) 親族間犯罪に対する給付金支給制限

被害者と加害者との間に一定の親族関係があることを理由に支給が制限されることが原則となっている（犯罪被害者給付金の支給等に関する法律第6条第1号及び、これを受けた犯罪被害者給付金の支給等に関する法律施行規則第2条）。

最近、家族間の犯罪に対して遺族給付金が支払われたケースでは、主婦が実弟に刺殺された事件で、弟は主婦一家と殆ど付き合いがなかったため、通り魔的犯行と判断されたようである（2006年2月 鹿児島県警察及び鹿児島県公安委員会）。

4) 過失犯による犯罪被害者の問題

過失犯による被害としては、交通事故に代表される業務上過失致死傷がその多くを占めるものと思われ、交通事故であれば保険制度の普及により、被害者に対しても一定の保障はなされるものと考えられる。しかし、それ以外の過失犯罪において、被害の程度が故意犯と変わらないにもかかわらず、何らの保障もなされない点は問題ではないかと思われる。

2：その他、各論的問題点

1) DV被害者に関する問題

女性相談所での一時保護がどのように行われているかについて、東京都女性相談センター、千葉サポートセンター、青森県女性相談所で聞き取り調査を行った。

- ・居所なしの被害者は、長く医療機関にかかっていないので、疾患を持ち合わせていることが多い（東京）。

- ・医学的判定に係る費用は無料であるが、医療費自体は自己負担となる。但し、生活保護の枠で措置が講じられることが多い（東京）。

- ・女性相談センターの一時保護所において、判定業務を超えて治療まで行う必要性はあるかという質問に対して、センターはあくまでも、相談・緊急センターにとどめておくべきであり、むしろ、福祉事務所の機能を拡充した方がいいとのことであった（東京）。

- ・社会福祉法人等が実施している、生活困窮者が経済的な理由により必要な医療を受ける機会を制限されることのないよう、無料又は

低額な料金で診療する無料低額診療事業という制度が存在する。専門的検査は対象外であるが、国籍を問わず、また入管法の適法・不法の別なく適用されるため、外国人のDV被害者女性、人身売買の被害者にとっても有効である(東京)。

・常勤の医長(内科医)、非常勤の精神科医が医療面を支えてくれており、また、女子医大と国立医療センターと提携しているため、地域の医療機関につなぐことはそれほど困難ではない(東京)。

・相談所で受ける一時保護ケースには、精神的・知的に厳しい人も多く存在する(千葉)。

・DV対策にとって、就労と保育はとても重要な問題である。さあ働きなさいといっても、保育園も空いておらず、子どもを預ける先がないと、それは全く無理である。母子生活支援施設に預けることができればいいのだが、絶対的に数が足りない状況である(千葉)。

・女性相談所の一時保護所で保護しているときは、学齢児を同伴していても学校に通わせることはできない。長期にわたるようなケースでは職員と一緒にドリルをやったりするようにしているが、児童相談所の子どもへの指導を参考にして、何か行わなくてははいけないと思っている(千葉)。

・DV被害者である母親が一時保護所で保護されている場合、例えば、同伴児童が12歳以上の男児であるときには、母親は一時保護所、子どもは児童相談所の一時保護施設というように、母子分離をせざるを得ない状況にある。ただ、母子で一緒にいたほうが良いということになると、センターで今度どうしていかを考えていかなくてはいけない。空きがあれば、分離せず、母子支援施設に入ってもらおうという方法は考えられる(千葉)。

・一時保護中の医療的ケアは、原則として本人の負担である(青森)。

・青森県には、婦人保護施設はないため、一時保護委託は行われていない。また、昨年是一時保護所が満床となることはなかった(青森)。

・青森県では、就職の供給も少ないし、実際の就職に結びつかないということが多くある。自立支援のあり方が難しい(青森)。

2) 被虐待児童に関する問題

児童相談所で被虐待児の保護がどのように行われているかについて、千葉県の児童相談所と、青森県の児童相談所で聞き取り調査を行った。

・千葉県の虐待相談件数の1割前後で、児童は親子分離されて施設に入る。里親委託は3%程度であるが、全国的に見れば多いほうだと思われる。千葉県では、現在、施設が満杯なので、出来る限り里親を探そうとしている(千葉)。

・養護施設は、現在、こんなに被虐待児が入所してきているのに、施設基準などは昔から変わっていない。とにかく、直接処遇職員が少なすぎる(千葉)。

・現在の虐待対応について、行政機関が広範な裁量を与えられている一方で、スタッフが少ないという状況はかなりきつい。できれば、児童虐待防止センターのようなところが分離まで行ってくれて、その後のサービス提供を児童相談所という体制はとれないだろうか(千葉)。

・児童相談所で、一時保護している子どもの中にも、ADHDやアスペルガーと診断される子どもたちがかなりいる(千葉)。

・司法関与で困っているのは、児童福祉法28条1項の措置を行った場合に、2年毎に更新しなければならなくなった点である(同法28条2項)。親子を再統合させるために、2年という期間を設けたのはいいが、そもそも28条申し立てを行うのは難しいケースのみである。それを、2年ごとに繰り返せというのはかなり難しい(千葉)。

・青森県の児童虐待の特徴としては、経済的な要因を抱えている人が多い傾向にある。県内の調査を行ったところ、サラ金、生活保護など経済的な背景が多いという結果が出た(青森)。

・青森県では、女性相談所と児童相談所が同じ建物の1階と2階に位置している。意識的に、児童相談所と女性相談所を一緒に建設したというわけではないが、DV被害者に同伴児童がいる場合には、同じ建物の中の児童相談所の一時保護所に預けられるなど、とても機能的である(青森)。

D. まとめと考察

我が国の犯罪被害給付制度では、犯罪被害者が心身の回復を図るのに十分なほどの経済的援助はなされていない。しかし、例えば、アメリカ合衆国カリフォルニア州サンフランシスコ郡では、**victims of crime compensation program** によって、40セッションまでは、個人カウンセリングの費用がカバーされ、セラピストが必要と考えれば、州に申立てを行うことによってさらなるセッションへの費用給付が認められるケースもあるという。今年度は行えなかったこのような比較法研究については、財源等の問題も含め、来年度に詳細な検討を行いたいと考える。

さらに、施設での聞き取り調査を行うことによって、特に、厚生労働省における被害者支援のどこに問題が存在するかが、かなり明らかになったと思われる。これらの点についても、来年度に比較法研究を行うことで、これらの問題点を補うためには、どのような制度であれば、我が国で適用可能かを検討したいと考える。

E. 研究発表

なし。

F. 参考文献

- (1)高井康行・番敦子編著: 犯罪被害者保護法制解説、三省堂、東京、2005、
- (2) 日本弁護士連合会犯罪被害者支援委員会 編:犯罪被害者の権利の確立と総合的支援を求めて、明石書店、東京、2004.
- (3)後藤弘子編著：犯罪被害者と少年法、明石書店、東京、2005.

犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究

専門家による講演会 第1回 報告

「犯罪被害者支援の現状と、
回復のための支援について」

講師：山上皓先生

(東京医科歯科大学 教授)

まず、日本における犯罪被害者支援の現状につき、これまでの経過を概観する。

1967年、息子を少年に殺害された市瀬朝一氏(故人)が、横浜において「殺人犯罪撲滅推進遺族会」(後の「被害者補償制度を促進する会」)を結成し、その後も被害者補償制度の必要性を訴え続けた。一方で、1974年の三菱重工ビル爆破事件以降、公的な犯罪被害者補償制度の確立の必要性が、国会、マスコミ等で大きく論議されるようになり、1975年には衆議院法務委員会において、市瀬氏が、参考人として補償制度の必要性を強調する陳述を行っている。これらの流れを経て、1980年に犯罪被害者等給付金支給法が制定され、1981年に施行されている。しかしその後も、被害者の精神的支援についての施策は不足し、多くの犯罪被害者や遺族が苦痛を強いられてきた。

1990年、大久保恵美子氏は、長男を飲酒ひき逃げ事件で奪われたことから、被害者の人権が守られていないことを痛感し、1991年の「犯罪被害給付制度10周年記念シンポジウム」で、被害者を精神的に支える支援体制の必要性を強く訴えた。その後、1993年に日本で初めて、東京医科歯科大学に「犯罪被害者相談室」(室長：山上皓)が設置された。

大久保氏は、2000年4月から「社団法人被害者支援都民センター」において被害者支援活動を行う一方、富山県の自宅を開放し、被害者自助グループ「小さな家」を主宰している。また、特定非営利活動法人「犯罪被害者支援の会 appui」では、犯罪被害者自身が会の運営や活動に参加し、被害者へのサポートや普及啓発のための活動を行っている。鈴木共子氏(息子を飲酒、無免許運転の加害者によって奪われた)を中心として2001年に始まった「生命

のメッセージ展」は、亡くなったご家族の等身大のパネルと遺品を展示する催しであり、現在、全国に展開し、理不尽に命を奪われた被害者の声を社会に伝えている。1991年に井手渉氏によって創設された「全国交通事故遺族の会」では、交通事故遺族の自助的活動を中心とした相互サポート活動、及び交通事故減少に向けての様々な活動を行っている。

これらの犯罪被害者や遺族の声をふまえ、実効的な犯罪被害者援助の必要性が高まるなか、2001年「犯罪被害者等給付金の支給等に関する法律」が施行され、2004年には犯罪被害者等基本法が制定、2005年4月に施行されている。

次に、犯罪被害者支援の先進国であるアメリカ、イギリスにおける被害者支援について述べる。

アメリカにおける犯罪被害者支援は、1960年代に始まっている。1966年の政府による被害者調査の結果を踏まえ、1975年にNOVA(被害者援助機構)が設立され、1984年にはVictim of Crime Act(犯罪被害者法)が制定された。1985年には4500万ドルの予算が計上されている。2002年までに、2億ドル以上の予算が、犯罪被害者支援のプログラムに投入されている。

性犯罪被害については、1970年代以降、フェミニズム運動の台頭を背景に、ニューヨーク市警に性犯罪捜査班が設立され(1972年)、全米各地にレイプ・クライシス・センターが作られた。レイプ・クライシス・センターにおいては、被害者のための24時間のホット・ラインであるクライシス・ラインの設置、被害直後の病院や警察等への付き添いサービス、カウンセリング、情報提供、助言等の活動が行われている。

初期の被害者支援サービスは、生活支援を含む直接的支援が中心となる。傾聴と ventilation、自責感の軽減も重要な課題となる。警察には被害者支援カウンセラーが置かれ、被害者と連絡を取り、被害者が適切なサービスを受けられるよう、ソーシャルワークに近い活動を行っている。

一方、イギリスの犯罪被害者援助活動は、1974年、ブリストルで始まった。1979年には内務省の出

資により被害者支援組織（Victim Support Schemes ;VSS、後のVictim Support ;VS）が設立され、1987年には全州へと拡大した。2002年には、年間50億円の政府財政援助のもと、900人の有給職員と16000人の民間ボランティアが援助活動に携わるようになった。VSのスタッフは、警察からの情報を得て、被害者への援助のボランティアを手配する活動をしている。VSの早期支援においては、被害者への直接援助を中心に、現場の清掃、生活支援、家族への説明（心理教育）等、多岐にわたる援助を行っている。

アメリカ、イギリスの犯罪被害やそのほかの被害のサバイバーの経験からは、感情の共有の重要性を学ぶことができる。たとえば1960年以降、ベトナム戦争においては、ゲリラ戦の多い戦闘形態に加え、新たな帰還制度 DEROS system（一人で戦場に入り、一人で帰還する制度）の影響により、PTSDが多くの兵士に見られた。それまでの戦争では、戦場からの帰還途上において同僚との感情共有の場があったが、上記システムの導入がトラウマを癒すプロセスを奪ったため、悲惨な体験を表出する場が存在せず、個々の兵士が孤立することが起こったのではないかと推測される。

MADD（Mothers against Drunk Driving；飲酒運転に反対する母の会；600以上の支部を持ち、300万人以上のボランティアを擁する）における、援助者のための研修ガイドによると、被害者に必要なことは、起こったことについて何度も話せることであるとされており、自助グループの利点はそこにあると考えられる。このグループでは、援助者となれるのは、被害体験があって、原則として被害から2年以上を経過している人であり、援助者は被害者の話をよく聞く。自助グループにおいて、被害者や遺族は、孤立感や感情の抑圧等の問題を軽減させることができると考えられているのである。

日本においては、民間の組織として、1998年に設立された「全国被害者支援ネットワーク」（38都道府県、40組織）が電話相談サービスや面接相談サービスを行っており、一部組織では、付き添い等の直

接的支援サービスの試みがされている。民間支援における今後の課題としては、組織を全都道府県に設置すること、スタッフの質を向上させること、被害者に提供するサービスを向上させること、等があげられる。

犯罪被害者等基本法の制定前後より、国家的な施策も進展しつつあるものの十分とは言えない。地方においては、杉並区が、独自の検討を重ねている例としてあげられよう。2005年10月には「杉並区犯罪被害者等支援条例」が制定されている。相談や付き添い・住居・生活・経済支援などの総合的な支援体制を整備した全国初の条例である。他の10数カ所の自治体も犯罪被害者支援に関連する条例を検討しているが、杉並区の条例は実情に合うよう調整されたものであり、このような条例が全国に普及することが望まれる。

わが国に限ったことではないが、司法・法務関係者は、加害者の権利を保護するという職務の性質や、中立性と公正さを保った態度によって、被害者に冷たい壁に向かって話している印象を与えてしまうことがある。その結果、被害者は本心を話すことができないということが起こりうる。被害者の声は聴こうとする人の耳にしか聴こえず、被害者の姿は見ようとする人の目にしか見えてこないことを、常に意識すべきである。

被害者の感情に関する調査では、たとえば、加害者の恩赦が上申された時に感じられた、母を殺害されたある遺族の心情が示されている。加害者への手厚い処遇と比較して、被害者が受ける援助はあまりにも少ないことへの憤り、被害者の無念さが表されており、被害者や遺族の、加害者への感情の複雑さを読み取ることができる。

被害者感情に影響を及ぼす要素として、加害者側の問題には、加害者の謝罪の意思、更正の内容、慰謝の措置等があり、一方で、被害者側には、被害の影響、犠牲者への思い、現在の生活等の要素が考えられる。

犯罪被害者等基本法が成立、施行され、今後必要とされている制度改革は、経済的支援（給付制度の

充実、損害賠償訴訟への支援等)、医療、福祉、社会生活面での支援、司法参加である。

また、民間援助団体への財政的支援、及び、PTSD等の研究活動の推進も必要である。

研究について

犯罪被害者の支援は、医療とは異なった形態を取る。被害者が被害に取り組む際に、被害者自身の内面的な対処を行うより、何らかの行動によって対処し、その行動がうまくいくことで回復していくというケースも多くあることを念頭に、研究を行ってほしい。

また、被害者支援には努力と時間が必要である。疲れやすい等のダメージを受けている被害者が、研究協力によって傷つけられることのないよう、十分に配慮をしてほしい。

質疑応答より

医療や精神保健の分野における被害者支援の課題としては、医療機関の受診によって、被害者がかえって傷つけられることを防ぐため、適切に対応できる専門機関の充実が必要であると考え。本研究の成果を被害者の役に立つよう、被害者への対応だけでなく、機能する連携等の形で、還元してほしい。

また、ボランティアの育成に関しては、理想的には、更生保護と同程度の予算を付けて全国に展開すべきであるが、現状においては、専門家とボランティアが役割分担して共に成熟していけばよいのではないかと。遺族にとっては、医療等の専門的な支援よりも自助グループが役に立つ可能性もある。

(2005年6月18日 東京八重洲ホール)

犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究
専門家による講演会 第2回報告
「警察における犯罪被害者支援について」
講師：廣田耕一氏
(警察庁 犯罪被害者対策室長)

日本における犯罪被害者支援は、最初から組織的に行なわれてきたわけではない。昭和49年、三菱重工ビル爆破事件がきっかけとなり、犯罪被害者への経済的支援制度を早急に整備すべきとの議論が盛り上がった。背景には、公務災害や労務災害の公的な保障制度が拡大されつつあったことや、犯罪被害者に対する経済的保障が、先進諸国に比して遅れていたことを挙げることができる。昭和55年に制定され、翌年施行された犯罪被害給付制度が、日本における犯罪被害者への支援の最初の一步である。ただし、この制度は、経済的な側面における支援を主眼としており、精神的な支援、医療、健康、福祉などの側面、裁判、刑事手続きなどの支援については、十分ではなかった。

平成3年の犯罪被害給付制度発足10周年記念シンポジウムにて、ある被害者から、犯罪被害者の精神的な支援の必要性の訴えがあったことにより、警察をはじめとした関係機関の被害者支援は、大きく進展する。翌年には、犯罪被害者相談室が東京医科歯科大学に設置され、民間の被害者支援も始まった。

平成8年には、被害者対策要綱の制定により、警察の被害者支援が、包括的、組織的に行なわれるようになった。平成13年、犯罪被害給付制度の改正により、犯罪被害者の給付金の金額が引き上げられ、対象も拡大され、被害者支援の一層の充実が図られている。

犯罪被害給付制度は、犯罪被害者が死亡した場合、後遺障害が残った場合、大きなけがを受けた場合に、国から、一時金の形で、それぞれ遺族給付金、障害給付金、重傷病給付金として、給付金が支給されるという仕組みである。犯罪被害者等給付金については、給付金の支給額、支給水準が不十分ではないか、年金という形で支給すべきではないか、重傷病給付

金の要件が厳しすぎるのではないか、等の意見もあり、犯罪被害給付制度のあり方、犯罪被害者への経済的保障のあり方は、現在検討中の、犯罪被害者等基本計画の中でも非常に大きな検討課題となっている。

被害者対策要綱には、警察の設置目的の達成、捜査活動への被害者の協力確保、捜査過程における被害者の人権の尊重、といった被害者対策の基本的考え方が盛り込まれている。すなわち、警察法1条では、「個人の権利と自由を保護」することが、警察の設置目的とされていることから、被害者支援は警察の本来の業務であると言える。また、警察が捜査を遂行するためには、被害者からの被害申告、あるいは告訴の必要があり、犯罪の立証には被害者の協力が欠かせない。警察の活動によって、被害者を傷つけるようなことはあってはならないことであり、捜査過程における被害者の二次的被害を軽減することは、非常に重要である。

平成11年、犯罪捜査規範の一部改正時には、被害者に対する際の心構え、二次的被害の防止、被害者への情報提供、被害者等の保護、といった項目が、新たに付け加えられている。

これらをふまえた具体的施策の中では、被害者の特性に応じた支援、また被害者への情報提供の充実のための施策を進めている。警察では、どのような支援を受けられるか、警察としてどのような協力を被害者に求めていくことになるのか等の情報を、殺人、傷害、性犯罪といった身体犯の被害者、交通死亡事故とひき逃げ事故等の被害者等、被害の内容別に記した「被害者の手引」を交付しており、刑事手続きの概要、被害者が利用することのできる様々な支援制度を紹介している。

また、もう一つの、被害者への情報提供の仕組みとして、被害者連絡制度を実施している。殺人、傷害、性犯罪といった身体犯の被害者や、死亡事故、ひき逃げ等の被害者に対し、当該犯罪の被疑者を検挙した場合には、被疑者の氏名、住所、検察庁における処分の結果を連絡するという制度である。おおむね2ヶ月を経て、犯人が逮捕されない場合でも、

捜査状況は連絡されるようになっており、更に被害者から要望がある場合は、刑事係から地域警察に連絡をし、随時、訪問・連絡活動を行うこととなっている。ただし、現在のところ、対応にはバラつきがあり、確実に実施するための検討を行なっている。

精神的被害の回復のための支援については、初期的な段階において各種支援が出来るよう、臨床心理士等の採用により、警察内にカウンセリングの体制を整えている。また、部外の臨床心理士などの協力を得て、委嘱をするという形で連携を取る等をして対応を行っている場合もある。教育研修の分野においては、被害者支援についての教育研修を、全職員に行なう他、専門職に対する研修も行なっている。ただ、これで十分というわけではなく充実させるべきところはあると考えている。

その他の施策としては、民間の被害者支援団体の相談員に警察が謝金を払い、相談を委嘱したり、また犯罪被害者等早期援助団体に、生活上の支援、裁判所、医療機関への付き添い、買い物、子どもの送迎の手伝い、防犯機器の物品の貸与・提供などのような直接支援業務を委託したり、精神科医や臨床心理士を委嘱するという形で、長期的なケアを必要とする被害者にカウンセリング等を行なったりしている。しかし、警察は、危機介入、及び初期段階の支援が中心であるため、中・長期的なケアが難しいことが、警察における被害者支援の一つの限界になっている。

捜査過程における被害者の負担の軽減については、警察活動を原因として、被害者がさらに傷つくことがないように、力を入れている。事情聴取時の部屋の配慮や、被害者対策用車両の使用等である。被害者対策用車両は、被害者が警察施設に心理的抵抗があって行けない場合、マスコミの目から守る場合、葬儀場への搬送など色々な活用がなされている。全都道府県警察に配備しており、さらに今年度から増強をしている。

警察において、性犯罪被害者への二次被害は、特に留意すべき問題である。各都道府県警察本部には、性犯罪捜査指導官を置き、性犯罪捜査の指導、調整、

性犯罪専門捜査官の育成を行っている。また、性犯罪捜査を担当する部署への女性警察官の配置、指定被害者支援要員制度等の対策が講じられている。

平成 10 年に導入された、指定被害者支援要員制度は、捜査員とは別に、被害者、その家族のサイドに立ち支援をするというもので、捜査係、捜査担当部門との間に立って被害者の要望を伝える、調整をする、事情聴取、実況見分に一緒に立ち会う、病院の手配、送迎をする、マスコミ対応、等、色々な相談に対応している。早期の危機介入、早期の支援の意味合いから、概ね 1 週間から 10 日の期間であることが多い。

その他に、司法解剖後の遺体に関する取り扱いについて、遺体の傷跡を目立たせないようにする措置に要する経費の公費負担制度を、平成 15 年から導入し、司法解剖後の遺体搬送の経費を公費として負担する制度を、平成 16 年から導入している。診断書料、検案書料、初診料の支給については、身体犯や性犯罪の被害者の診断書料、初診料を公費で負担するという制度が取られている。被害者が死亡した場合には、埋葬に必要な検案書を作成するための検案書料が支給される。導入には地域による差があるため、警察庁では、このような制度を全ての県で導入するよう指導を行っている。これに加え、性犯罪被害者の性病等の検査費用、緊急避妊に要する費用、中絶の費用等を公費で負担すべきではないかという要望があり、現在検討中である。

加害者の出所後の、被害者の安全確保については、平成 13 年に再被害防止要綱が制定され、法務省（具体的には行刑施設等）から加害者の出所情報等をもらい、再被害の蓋然性が高いようなケースには、被害者に情報を提供し、防犯指導をする、あるいは再被害防止に向けた措置を取るといった仕組みを作っている。

実効的な犯罪被害者支援のための施策には、警察と関係機関団体との連携が必要であり、各都道府県警察及び警察署では、被害者支援連絡協議会を作っている。民間被害者支援団体と、司法、医療、福祉の各関係機関がネットワークを作り、何らかの事案

があった際には、警察が事務局となり、関係機関に協力を要請する仕組みである。平成16年12月末現在、37の民間の被害者支援団体と連携を取り、警察だけでは困難な、きめ細かな被害者支援、あるいは中・長期的な被害者支援を依頼している。

平成13年の犯罪被害者等給付金支給法の改正により、民間の被害者支援団体を初めて法律的に位置づけた。一定の要件に該当する非営利法人を、都道府県公安委員会が犯罪被害者等早期援助団体として指定する事ができる枠組みを作ったもの。現在、全国で8団体が指定されており、この団体に対しては、警察は被害者の同意を得て、犯罪被害の概要、被害者の氏名、住所、連絡先などを提供する事ができる。この情報の提供を受けた団体から、被害者に積極的に働きかけをし、早期の危機介入が可能となっている。犯罪被害者等早期援助団体に対しては、寄付金控除等の対象となる特定公益増進法人の認定がされる。現在、早期援助団体の中で2団体が特定公益増進法人に認定されている。

以上のような現状から、警察の犯罪被害者支援における今後の課題は、被害者への情報提供の実効性を高め、より有効な支援を確実に実施していくということ、当事者や関係者からの指摘を踏まえ、それに基づいた改善を行うこと、基本計画で求められている新しい施策を実施すること、と考えられる。

また、警察の被害者支援は、初期的な段階が中心となり、中・長期的な支援は難しい面もあるが、被害者等基本法においては、途切れの無い支援が理念となっている。関係機関団体との連携は、中・長期的な支援には重要である。警察だけではなく関係機関、団体が連携し、それぞれの責任で取り組むことができるよう、現在、働きかけを行っている状況である。犯罪被害者の支援のため、市町村等の自治体を含めての、より一層の対策の充実が望まれる。

質疑応答より

児童虐待の被害者が、警察で事情聴取をされる際は、生活安全課の少年係ないし、少年課の捜査員が事情を聞いている。捜査員への教育は、児童虐待の

聴取に専門化したレベルまでは至っていないのが実情である。

DV相談について、DVのある家庭の子どものDVの目撃や、DVと虐待の併発に関して、被害状況を把握することは難しく、今後の課題と考える。

関係機関との連携について、最初の段階は警察が接触し、警察だけでは対応が難しい場合には、警察が直接関係機関に依頼するケース、民間の被害者支援団体に依頼するケースがある。被害者支援要員が行っている業務のかなりの部分は、民間が適している。民間の団体が成熟し、警察とお互いに検討し、役割分担を行いながら援助を行うことが、理想的な形である。

医療がどう関わるかということについては、初期からの医療が必要な人もおり、メンタルヘルス、医療の領域が、その中でどう加わっていくかを、この研究の中で考えていく必要があると思われる。

被害者には、医療や生活の支援など、多様な援助が必要であるが、どのような支援を受けられ、どのような支援が必要なのかということについて、現在あまり知らされていないのが実状である。被害者は市町村、民間、病院などの身近な場所で、コーディネーターから情報提供を受け、自分の必要な支援を選んで受けられるようなシステムの整備が必要であると考えられる。

(2005年7月23日 東京八重洲ホール)

犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究

専門家による講演会 第3回 報告

「Meeting the Mental Health Needs
of Crime Victims: What Research Tell Us」

講師：ディーン・キルパトリック 先生

(サウスキャロライナ医科大学 教授

全米犯罪被害者研究・治療センター所長)

私は1974年から、犯罪の発生率や、犯罪が被害者に与える精神的影響について研究を行ってきた。全米犯罪被害者研究・治療センター（NCBC）において我々が行っている研究は、アカデミックな価値だけではなく、臨床に関わる人々が臨床の場で利用できるものになりたいと考えている。今回お話しする研究は、アメリカで行なわれたものであり、文化的影響の大きさを考えると、その結果がどの程度日本に当てはまるのかについては留保をつけねばならないが、世界中の人間に共通する側面については、これからお話しすることが、日本にも当てはまるのではないかと考えている。

犯罪に関連する精神的外傷は、国民の健康及び公衆衛生の観点からも、非常に重要な問題である。アメリカの刑法制度が、犯罪被害者の精神面での治療を重要視するようになった理由は、犯罪被害者が、精神的な問題だけでなく身体的問題をも発生させるということが研究からわかってきたためである。また、精神面・身体面で問題を抱えた被害者の、刑法上の手続きへの協力を得るためにも、被害者への援助は必要不可欠である。

精神健康状態に特に悪影響を与えるものとして、次の3つの犯罪を挙げることができる。殺人(飲酒運転による交通事故も含む)、強姦及び性的暴行、重度の暴力である。

暴力犯罪の発生を知るための調査方法は、警察に通報されたものの調査、医療機関におけるリスク集団の調査、医療機関における専門家を対象とした定点調査などがあり、どの方法を選択するかによって、犯罪被害率は異なる。

社会において、①実際に発生した犯罪の件数、②被害者もしくは加害者によって認識された犯罪の件数、③犯罪発生を、本人以外の誰かが知っている犯罪の件数、④

専門家が知っている犯罪の件数、⑤当局に通報があった犯罪の件数、という順で、認知される件数は減少していく。どの部分に焦点付けをするかによって、犯罪被害者の率は大きく異なる。我々は、当局に通報があった場合しか犯罪被害者と認識しないかもしれないが、実際はそれよりはるかに多い数の犯罪が存在しているのである。

National women's study と National Survey of Adolescents の2つの研究を示す。National women's study は犯罪被害者の発見のための研究で、4,000人を超える女性に対し、全米で面接を行い、過去に犯罪の被害にあったことがあるか、どのような犯罪だったか、今はどのような精神状態にあるかを調査した。National Survey of Adolescents は、4,000例を越える12歳～17歳までの思春期の男女に対し、無作為抽出によって調査を行った。

National women's study では、強姦は女性の12.6%に被害経験があり、8人に1人が強姦の被害を経験していることが明らかになった。それ以外の性的暴行は14%、身体的暴力は10%、家族、友人に殺人の被害が発生しているのは13%となっている。これらのどれか1つを経験した人は35.5%であり、ひどい被害にあった一般女性が多いということが示されている。

National Survey of Adolescents では、対象者の4人に1人は性的、身体的暴力、暴力的な罰を受けていることが示されており、複数の種類の暴力の犠牲になった人が非常に多いことがわかる。また、40%近い人が、家、学校、近所で暴力を目撃したと回答している。

National women's study におけるPTSDの発生率は、生涯PTSDが12.3%、現在症PTSDは5%近くであった。National Survey of Adolescents では、生涯PTSDが、女子10%、男子6%、現在症PTSDは女子6%、男子4%となっている。治療を受けに来た集団ではなく、一般の成人女性及び思春期の男女を対象とした調査で、このような結果が得られたことは注目に値する。

National women's study では、犯罪被害者はそれ以外のトラウマの被害者に比べPTSDの発症率が高いという結果が得られている。また、強姦の被害にあった女性は、マリファナ、コカインなどの使用率が高く、また、処方薬の乱用率も高いことがわかっている。

National Survey of Adolescents においても、性的な暴力の被害にあった人は、あっていない人に比べ、過去1年間におけるアルコール、マリファナの乱用または依存、不良行為等が多いという結果が得られている。この調査では、7~8年後に最初の調査の対象者の追跡調査を行ない、最初の調査と2回目の調査との間の被害歴、また、PTSD、大うつ病、物質乱用についても調べている。

1回目と2回目の調査の間に、7%の人が強姦もしくは準強姦(酩酊状態にして強姦、または既に酩酊状態にあった人を強姦)の被害にあっていたことが明らかになった。また、身体的暴力の被害にあった人は約16%みられた。暴力の被害にあっていた人は少なくないこと、また、暴力が一種類だけである場合は稀であることもまた、明らかになった。第2回の調査時、PTSDであった人は7.4%、うつ病は12.9%、アルコール、薬物の乱用が24.6%であった。暴力の種類と上記疾患の関連をみると、受けた暴力の種類が多いほど、現在の障害の頻度が高くなることが示されている。

以上の結果から、思春期・青年期には暴力の被害が少なくないこと、しかも、暴力が複合的に起きていることがわかる。被害を受けた人の多くには、PTSD、うつ病、物質乱用が多発し、comorbidity(並存障害)も多い。

グッドマンらは、5つの州の公的な機関でサービスを受けた800人の重症精神疾患の患者たちに、小児期の性的暴力、身体的暴力について、また過去1年間での性的・身体的暴力の経験について面接調査を行なった。その結果、男女ともに87%近くが、身体的・性的暴力を経験しており、1/3以上が、過去1年間に身体的・性的な暴力被害にあっていた。重症の精神疾患を有する人は、一生の間に暴力を受けた頻度が高いだけでなく、新たな被害を受けやすいようである。また、重症な精神疾患を有する女性は、一般の女性に比べ、過去1年間の被害率が16倍であった。幼少期の身体的・性的虐待や、ホームレスであること、アルコールや薬物の乱用によって、再び暴力被害を受ける率が高まると考えられる。これらのことから、慢性精神疾患の患者への介入が求められており、リスクの高い人達が再び犠牲にならないような対策が必要であるといえる。

我々の関わる被害者には、犯罪被害者であることが明らかである人と、実は犯罪被害にあっているが我々がそれを知らない人の2種類が存在する。被害者が、犯罪の被害体験を明らかにしない理由としては、恥ずかしいという思いや、不名誉なレッテルを貼られる感覚、あなたが悪いと責められるのではないかとという恐れ、現在抱えている問題は、過去の犯罪被害体験と関係がないと思っていること、等が挙げられるが、中でも一番多い理由は、聞かれなかったから言わなかった、という理由である。患者は、医師の質問だけに答えればよいと思っており、医師は、患者全員に犯罪被害の経験について尋ねるわけではないのである。医師が尋ねない理由としては、患者にどのように聞いたらよいか分からない、犯罪の被害を打ち明けられたらどうしたらよいか分からない、という理由が挙げられる。しかし、我々の研究においては、電話を用いて、顔を見たこともない、一度も会ったことのない人に、聞きにくいとされる質問をしてきた。このような質問に対し騒ぎ立てる人はなく、尋ねられれば、対象となった人たちは答えてくれた。むしろ、聞いてくれて嬉しいという反応の方が多かった。臨床の場でもこのようなことは可能であるはずである。

犯罪被害によるPTSDの治療に際しては、全ての治療法に対して、それが安全であるのかどうか、効くかどうか、この2つの側面から考えなくてはならない。PTSDに関しては治療効果の安全性に関するデータが数多くあり、このような治療法が、犯罪被害者にも用いられてきた。

最近では、フォアらによる、2000年のISTSSのPTSD治療ガイドラインや、ヘンブリーらによる、アメリカ犯罪被害者局の委託研究等が、注目に値する。これらの研究では、以下に示す認知行動療法(CBT)、及び薬物療法が、安全であり効果的であると示されている。

1つは、フォアのProlonged Exposure(PE; 長期間暴露法)であり、もう1つは、レジックらが開発した認知処理法である。ストレス免疫療法もまた、有効性、安全性が認められている。EMDRは、実効性、及び眼球運動の効果を疑問視する声があり、暴露だけでよいのではないかと、との論議も起こっている治療法である。

薬に関しては、SSRIが、薬物治療法における第一選

択である。

PTSD の治療に関しては、多くの研究課題が残されている。第一に、これまでの無作為抽出による研究結果を、臨床現場の患者にどこまで適用できるか、ということ。第二に、PTSD の治療は、犯罪被害によって生じた他の症状や問題の改善を促進するか、ということ。第三に、これまでのアメリカの研究結果を日本の状況に一般化出来るのかということ。そして、治療に関して、100% 完璧な研究データがない状況で、目の前の犯罪被害者を治療しなければならない、そのような時はどうしたらよいか、という問題である。

これらの課題解決のために、より良い研究が次々に施行されることは必要である。では、臨床研究で得られた効果と、実際に臨床で応用した効果との間にギャップがある場合はどうしたらよいか。犯罪被害者の PTSD 治療に関して、CBT には多くの実証的な研究成果が存在する。また、研究に参加してくれた犯罪被害者は、実際の臨床現場に現れる犯罪被害者と、それ程異なっていない。レジックらによると、犯罪被害者において、PTSD の治療を行い PTSD が改善すると、併発症にもかなり改善が見られるとされている。

今後の犯罪被害者支援における課題としては、次のようなことが挙げられる。

犯罪被害者の PTSD に関しては、既にある有効な治療法を、犯罪被害者が利用できるよう、有効な治療へのアクセスの確保が必要である。また、医療従事者と、犯罪被害者の支援者との間で、良好なパートナーシップを確立していくことも重要である。実証的に効果が検証されている治療法については、我々治療者側はトレーニングを受けていくことが必要であり、アメリカで開発研究された治療法に関して、日本でも同様に、有効かつ安全であるのかという評価を行い、導入に備えたトレーニングを行うことが重要だと考える。

質疑応答より

- ・アジア人の性暴力被害の報告は少ない。National women's study の調査においても報告は少ないが、その理由が、実際の被害が少ないのか、被害を明

らかにしないためなのかは不明である。ただ、性暴力被害に関する調査では、質問やスクリーニングをどのように行うかによって、結果が大きく異なることはたしかである。

- ・被害者の関わる、警察、検察等の機関と、医療機関との連携については、アメリカにおいても、今後解決すべき課題は多い。我々精神医療の専門家が、この問題をしっかり理解し、対処法を知ること、被害者に対応する準備ができていて、そのうえで警察や医療機関への援助を行っていくことが必要である。
- ・PTSD 症状がある人とならない人を比べると、PTSD 症状がある人は再び被害にあう可能性が高い。これは被害者が、PTSD の症状によって過去に起こったことのみ警戒心が向き、現在自分が置かれている状況に注意が向けられず、危険の兆候を見逃してしまうことによると考えられる。たとえば、PTSD によって、アルコールや薬物の乱用の確率が上昇し、酩酊状態になることは、新たな被害のリスクを高めることとなる。
- ・また、加害者が発生しやすい社会的状況があれば、加害者が増えることにより、被害者の数も増える。社会環境の中で起きる様々な被害に対しては、社会環境の改善、ソーシャルワーク的サポートが重要になると考えられる。

(2006年3月8日 新宿NSビル)