

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19年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 小西 聖子

平成20（2008）年 4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-----	2
小西 聖子	
II. 分担研究報告	
1. 犯罪被害者及びその家族における重度ストレス反応支援プログラムの 構築に関する研究-----	13
小西 聖子・中島 聡美	
2. 民間被害者支援団体と精神科医療機関との連携に関する研究-----	40
中島 聡美	
3. 臨床心理士における犯罪被害者およびその家族の相談に関する調査-----	58
大山 みち子・堀越 勝	
4. PTSD 患者を対象にした認知行動療法-----	82
小西 聖子	
5. PTSD に特化した心理療法：認知処理療法-----	89
堀越 勝	
6. 地域精神保健福祉機関における犯罪被害者支援-----	118
山下 俊幸	
精神保健福祉センターにおける自助グループ支援のあり方	
酒井 ルミ・山下 俊幸	
7. 保健所における事件・事故・災害時の PTSD 対策の事例検討について-----	132
竹之内 直人	
8. 犯罪被害者に対する弁護士および精神科医療機関での 支援実態と他機関との連携-----	147
有園 博子	
9. アメリカにおける犯罪被害者支援制度の研究-----	160
柑本 美和	

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

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。さらに平成19年12月には、基本計画においてさらに検討が必要とされた項目についても最終とりまとめが行われ、了承された。精神的な被害の回復は、犯罪被害者支援の重点課題の一つであり、犯罪被害者自身からの要望も高い。しかしながら、犯罪被害者等基本法が述べているように、犯罪被害者等に含まれる対象者は刑事事件の被害者から、誰にも事件のことを話していない児童虐待の被害者まで多種多様である。特に、精神保健の領域からの支援や専門的治療を強く必要としている「犯罪被害者等」に含まれるのは、刑事事件の被害者本人だけであるとは限らない。精神科医療、あるいは地域精神保健の対象としてはこの集団を捉える必要がある。

本研究は3ヵ年の予定であり、本年度はその最終年次に当たるが、(1)犯罪被害者およびその精神医療とのかかわりの現状を把握し、(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、それぞれの研究を継続した。(5)さらに研究の成果を広く提供し、支援に役立てることが目的であるので様々な活動を行った。

(1)については、「犯罪被害者およびその家族における重度ストレス反応支援プログラムの構築に関する研究」を行い、昨年度に行った質問紙調査に引き続き、自助グループ5団体の殺人・暴力事件遺族48名、交通事故遺族22名、そのほか3名の計74名の協力を得て構造化面接および生理学的検査を行った。対象において何らかの精神疾患及び臨床的問題になる症状を有している人が4割以上であり、一般住民に比べてPTSD、うつ病、複雑性悲嘆において有病率が高くQOLの低下があった。殺人事件遺族を対象とする、構造化面接による調査は本研究が初めてである。

「民間被害者支援団体と精神科医療機関の連携に関する研究」では、平成18年度に相談を行っていた民間被害者支援団体41機関すべてから回答を得たが、活動にはかなり幅があった。全相談件数に対する精神科医療機関への紹介は1%に過ぎず、精神科医療が必要と考えられる相談件数に比べて少ない傾向があった。適切な医療機関が見つけれられないこと、すなわち児童精神科の少なさ、犯罪被害者に理解のある医師の少なさ、PTSDに詳しい医師の少なさ、女性医師の少なさなどが、連携上の課題として挙げられていた。次に臨床心理士を対象とした「犯罪被害者およびその家族の相談に関する調査」においては、名簿よりの無作為抽出による1000名の臨床心理士中230名が回答したが、犯罪被害者の面接経験率は一年間に42.6%であった。児童虐待の被害者の面接経験が多かった。犯罪被害者への対応について研修の必要性があるとするものが9割を超えた。

(2) 治療に関しては、海外において有効性が実証されている PTSD 治療の認知行動療法 Prolonged Exposure 法の導入と効果測定を図ってきたが、昨年度より蓄積を継続し、PTSD と診断された犯罪被害者 23 名に実施した。4 名は継続中であり、完遂者 17 名、中断 2 名であった。PE 療法を完遂した 17 名のうち PTSD 診断が消失したものは 11 名(64.7%)、治療前より症状が軽快した者が 5 名(29.4%)、症状に変化がみられなかったものは 1 名(5.9%)であった。さらに、PE 療法開始時点で、社会機能に支障をきたしていた 13 名中 10 名(76.9%)は社会復帰した。日本においても PE が適用できると言える。もうひとつの PTSD 心理治療、Cognitive Processing Therapy については、マニュアルの翻訳を完成させ、日本において試験的に適用する段階に至った。

(3) 精神保健福祉センターや保健所など地域精神保健福祉機関で使うことのできる、資料も備えた「犯罪被害者等支援のための地域精神保健福祉活動の手引ー精神保健福祉センター・保健所等における支援ー」を作成した。PTSD の診断を含むメンタルヘルスの問題への対応のポイントと、関連機関や可能な支援の情報を具体的に掲載した。資料も含め 93 ページとなったので、すぐに使えることを目指してさらに概要版(11 ページ)を作成した。手引きそのものは、3 年間の総合報告書に添付する。

(4) 犯罪被害者と医療と法の接点についての知見を得る、については、アメリカ特にカリフォルニア州の犯罪被害者支援制度について研究した。日本より医療補償の色合いが濃く、カウンセリングの無料給付が家族も対象に含めて行われていた。また司法とのかかわりが多く、特別な対応や知識を要求されることは、メンタルヘルスの専門家にとって犯罪被害者を適切に支援する障害となっている場合もあることが分かったため、書籍の中にその知識を反映させた。また、平成 17 年度から行った弁護士調査については、今年度は犯罪被害者および遺族の受けている支援実態について犯罪被害種別にどのような違いがあるかを明らかにするために、犯罪被害者支援に関わっている弁護士 5 地域 10 名の協力を得て、犯罪被害者および遺族の受けている支援実態の聞き取り調査を行った。① PTSD 症状の起こりやすい状況の想定可能性の強化と、②信頼関係を持った専門家同士のつながりの強化、この 2 つが強化されることでより良い支援活動になる可能性があることが示された。

(5) 情報提供の活動については、これまでも機会をとらえて行ってきたが、今年度はさらに力を入れて行った。国立精神神経センターの「犯罪被害者メンタルケア研修」に成果を活かした。「PE ワークショップ」を 4 日間行った。また国立精神神経センターで行われた同研修にも成果を活かした。さらに、本研究班の知見を盛り込んで、メンタルヘルスの専門家向けの書籍『犯罪被害者のメンタルヘルスー精神医療現場での治療と対応ー』を作成中であり(平成 19 年度末現在初校段階)、さらに WEB 上に犯罪被害者とメンタルヘルス専門家のためのページを開発し(完了)、平成 20 年度に公開予定である。

A. 研究の目的

犯罪被害者等基本法と本研究

平成 17 年 12 月に決定された犯罪被害者等基本計画には 5 つの重点課題が示されており、その 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。

未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の向上のため、緊急に実態の調査や方法論の研究が必要とされている。犯罪被害者は、長年にわたり「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十分に認知されてこなかった。権利の回復の手段のひとつとして、有効な治療や支援システムを研究し、それを提供できるよう整備する必要がある。

さらに得られた成果を、普及していく取り組みがこの研究では重要となる。多くの人アクセスでき、日本におけるメンタルヘルス領域での犯罪被害者支援の対応を少しでも前進させることが必要である。

犯罪被害者という対象について

これまでの報告書にも述べたように、「犯罪被害者」の実態を調べることには、方法論的に困難がある。犯罪被害者等基本計画における犯罪被害者の定義を見ると、「犯罪被害者等」とは、「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、加害者の別、害を被ることとなった犯罪等の種別、故意犯・過失犯の別、事件の起訴・不起訴の別、解決・未解決の別、犯罪等を受けた場所その他による限定を一切していない。当然ながら、個別具体の施策の対象については、その施策ごとに、それぞれ適切に設定され、判断されるべきである」となっていて、犯罪被害者支援の概念の全体像を示すためにはこのようなあいまいな切り取り方法をとるしかないということが、研究対象を明確に絞りきれないことを如実に示しているともいえる。精神医療、地域の保健サービスの対象とする犯罪被害者がどのような人であるのかは、調べてみて初めて対象がわかることであり、それが研究の課題のひとつであると考えられる。

前年度の全国医療機関調査では、精神科医師が経験する犯罪被害者のうち最も多い被害は配偶者間暴力であり、ついで性暴力であった。どちらも、司法にはかわりを持っていないケースが極めて多いことが推測される集団である。

一方、犯罪被害者のグループに所属したり、司法や裁判にかかわったり、医療場面に現れたりする犯罪被害者は、犯罪被害者の集団全体から見れば、小さい集団である。少数の集団ではあっても、例えば犯罪被害給付制度の対象となり、司法手続きへの参加を積極的考える犯罪被害者の一群は、犯罪被害者等基本法を生み出す原動力ともなった人たちであり、この人たちが犯罪被害者支援の中核となる対象であると考えられる。その実態を知ることも重要であろう。

一方、PTSD という診断名で切り取れば、また別の様相が見えてくる。PTSD に関してはここ 30 年で診断名として確立したと言えるが、近年では治療に関しての実証性が厳しく問われ始めているからである。現在のところ曝露法が最も確実なエビデンスを持つとされており、心理療法という文化と関連の深いと考えられる治療法がどのように日本で応用できるのか、検証する必要がある。

さらにこれらを踏まえて地域精神保健ではどのようなことが可能なのか検討する必要がある。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。精神保健福祉センター、保健所等が犯罪被害者支援に係る諸機関・団体と連携し、相談、情報提供、危機介入、自助グループ支援、教育研修等の地域精神保健福祉活動を通して被害者支援に取り組むための支えとなるものが必要である。

さらに前年までの調査から、司法に関するかわりがメンタルヘルス領域で被害者の支援をする際の障害となる可能性があることが示されており、それに

についても検討を進める必要がある。

研究の今年度の目的

今年度は4つの目的に沿って以下の研究を設定した。さらに最終年度に当たるため、研究の成果を活かして、広く情報を提供することも使命であると考え、いくつかの活動を行った。

(1) 犯罪被害者およびその精神医療とのかかわりの現状を把握する

被害者にいかに有効にメンタルヘルスサービスを提供していくかが課題である。平成17年度、18年度に我々が行った調査でも、被害者関連機関との連携が被害者の治療数に関連があると示されており、犯罪被害者を精神科医療に結びつける上では、他の被害者関連機関との連携を検討することが必要と考えられた。

①昨年度行った郵送による被害者遺族のアンケート調査に続いて、遺族に焦点を当て、構造化面接を用いた精神症状の評価と二次被害、再被害の状況についても聞き取りを行い、二次被害および再被害が精神健康に与える影響について分析を行なう。

②犯罪被害者支援の中核である民間被害者支援団体を対象に、精神科医療機関への紹介状況、精神科医療機関との連携、精神科医療機関との連携や紹介に関する問題を明らかにするために調査を行う。

③また精神科医療とともに重要な役割を果たすと期待される臨床心理士について、全国の臨床心理士による犯罪被害者の相談の実態、犯罪被害者支援活動とそれに関する意識の特徴を明らかにし、それらの結果から、犯罪被害者の臨床心理士への相談を促進するための情報を明らかにし、今後の犯罪被害者への関わり方を実態に基づいて提言する。

(2) 心理的外傷治療についての実証的知見を得る

①先述した曝露法による心理治療のわが国における実施可能性と治療効果を確認することを目的に調査を行う。

②認知処理療法(Cognitive Processing Therapy: 以下CPT)を選択し、CPTを日本に紹介する準備を行う。

(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する

①昨年度の研究において、「犯罪被害者等支援のための地域精神保健活動の手引き(案)ー精神保健福祉センター・保健所・市町村における支援ー」(以下、手引)を作成したが、さらにその内容の充実を図ることを目的とした。また、自助グループのニーズを知ることで、今後の自助グループ支援に活かすとともに、その内容を手引に盛り込むこととした。

②宇和島保健所における「えひめ丸」沈没事故の事例をはじめ、マスコミなどで大きく取り上げられた全国の保健所での事件・事故・災害時のPTSD対策を比較し、日本において実際に犯罪被害者への支援を可能にする要件についてさらに蓄積し検討した。

(4) 犯罪被害者と医療と法の接点についての知見を得る

我が国において、犯罪被害者の精神健康回復のために、どのような制度構築が望ましいかについて、比較法的な視点から考察を行ってきた。昨年はイギリスについて調査を行ったが、今年度はアメリカにおける犯罪被害者支援について法的に分析し、日本の被害者支援の問題点について探る。また前年までに引き続き、弁護士と精神科医療機関とでの支援実態にどのような違いがあるかを明らかにする。

(5) 研究成果の提供

研究成果を広くメンタルヘルスの専門家、犯罪被害者に提供し、直接的に支援に役立てる。

B. 研究の方法と成果

以下、目的での分類にしたがって研究の方法と成果を述べる。3年間の成果は総合報告書において検討

するのでここでは本年度の成果を述べる。

(1) 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把握

①犯罪被害者およびその家族における重度ストレス反応支援プログラムの構築に関する研究本調査は、全国に会員のいる当事者団体と、都市部および地方の4つの犯罪被害者遺族自助グループに協力を依頼し、2007年6月～8月にかけて会員(330名)およびその家族に調査面接の依頼書を送付した(会員1名につき、3通配布、合計990通)。調査希望返信があったものは87人であった(回収率8.8%、会員回収率20.9%)であった。このうち同意をいただいたのは74名であった。2007年6月から2008年1月にかけて面接調査を実施した73名を分析の対象とした。調査内容は、事前に自記式の調査票を記入してもらい、その後面接と唾液の採取を行なった。調査者は犯罪被害者の治療経験をもつ精神科医、臨床心理士2名で、事前に研修を行なった。調査項目は

(1) 自記式質問票：BDI-II、SF-36、CD-RISC、JPTCI、SSQshort version、被害後の支援の有無とその有用度、二次被害を受けた対象者と苦痛を感じた強さ、被害後の対処行動 (2) 面接調査；被害の概要、被害後の生活の変化、精神・身体の不調と医療機関の受診、M.I.N.I.(大うつ病および小うつ病)、CAPS (Clinician-Administered PTSD Scale) (PTSD及び部分PTSD)、複雑性悲嘆の構造化面接。

(3) 生理学的検査：2日間にわたり4回、唾液中のコルチゾールの分析を行なった。

対象者は、女性が48人(65.8%)、平均年齢は50.7歳(±14.0)であった。被害別では、殺人や傷害致死や強盗致死など故意の暴力犯罪による死亡が65.8%と多く、故人との関係では子どもを喪失している遺族(61.0%)が最も多かった。

対象者の約60%が、事件から今までの間にPTSD、部分PTSD、大うつ病、小うつ病のいずれかの疾患

に該当する時期があったが、調査時点でも上記の疾患および複雑性悲嘆に該当したものは、32人(43.8%)であり、26%は複数の疾患を抱えていた。

SF-36によるQOLの評価では、8つの下位尺度すべてにおいて標準値を下回っていた。特に、「日常役割機能(身体および精神)」(身体的、心理的な理由で日常役割機能が果たせない)、「社会生活機能」(家族や知人との社会的付き合いが妨げられる)の尺度の得点が低下しており、被害による身体的、精神的影響が生活機能の低下をもたらしていた。

本調査の対象者は、特定の当事者団体に所属している犯罪被害者であることから、犯罪被害者全般の結果を反映したものと位置づけることはできないが、本調査は、従来日本では研究されることの少なかった殺人等の犯罪被害者遺族を多く含む調査であることと、構造化面接を用いて精神疾患の評価を行なったこと、精神疾患・症状だけでなく生活機能や医療機関の受診、唾液中コルチゾールによる生理学的反応の評価を行なった包括的な研究であること、二次被害や支援、ソーシャルサポート、対処行動など被害後の要因に焦点を当てて調べたことなど従来の研究にない要素を含んだものである。これらの評価項目は、犯罪被害者への支援を検討する上で重要なものであり、その意味で意義ある研究である。

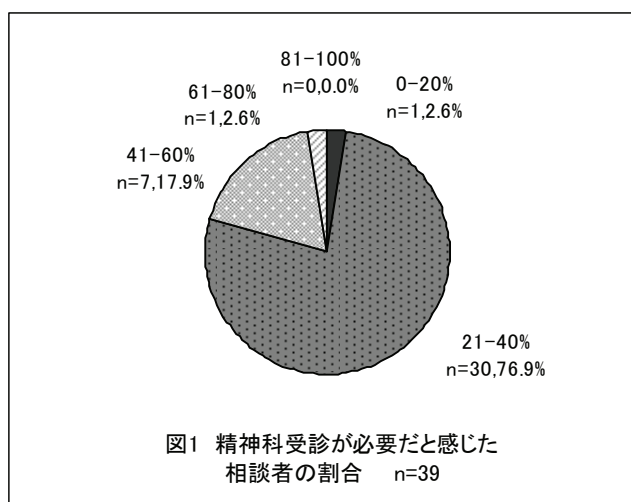
②民間被害者支援団体と精神科医療機関との連携に関する研究

全国被害者支援ネットワークに所属する民間被害者支援団体は、犯罪被害者等基本計画においても司法とメンタルヘルスにかかわる諸機関との連携の中核的役割を果たすことが期待されているが、組織による差が大きいのが現状である。この団体を対象に精神科医療機関との連携に関する自記式質問票と聞き取りによる調査(平成19年11月～平成20年1月)を行った。平成18年度に相談業務を行っていた全41機関から回答を得た(回収率100%)。

今回対象とした民間被害者支援団体の平成18年度

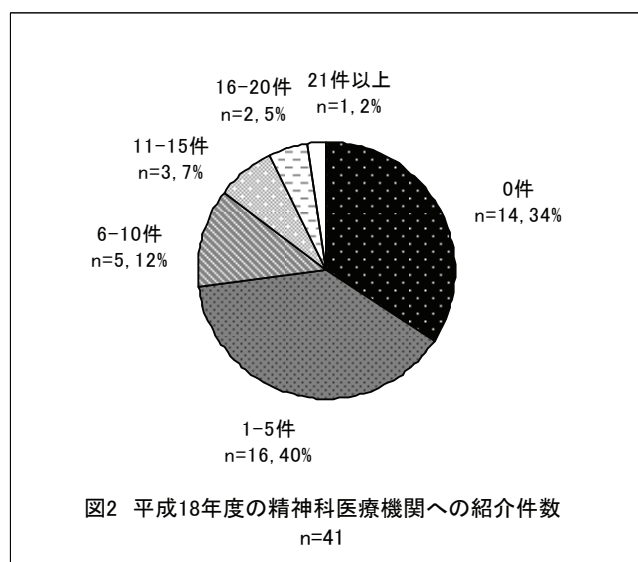
における平均相談受付時間は、24.78 時間±11.94 (以下標準偏差を±で表示) であり、おそらく、週 3～4 日開設している機関が多いものと考えられる。平均相談員数は 24.5±14.82 人であり、勤務日数ごとの相談員数の割合を見ると、週 1 日未満の相談員が 70.1%と最も多く、実際にセンターの中心となって活動していると思われる週 4 日以上勤務の相談員は、9.5%にとどまっており、人数も平均約 2 人であった。被害種別では、性被害、消費者・財産的被害、交通被害、暴行・強盗・傷害による相談が多く、児童虐待、ストーカーによる相談は少なかった。

平成 18 年度の相談のうち、精神科医療機関の紹介が必要だと感じた相談の割合を図 1 に示した。



21%～40%と回答した民間支援団体が 76.9%と最も多かった。実際に精神科医療機関を紹介した事例は、合計 176 件、平均 4.29±5.96 件 (0-23 件) であり、全相談数 (17,136 件) に占める割合は、1.0%であった。精神科への紹介件数と相談件数との間には有意な相関 ($r=0.492, p=0.001$) があつた。

図 2 に示すように紹介件数は、年間 1～5 件の機関が 39.0%と最も多く、0 件のところも 34.1%あり、多くの機関が数件にとどまっていることが示された。



紹介した事例では性暴力被害や、傷害・暴行などの被害者が多くなつていた。紹介先医療機関は平均 2.44 件であり、民間の診療所が最も多く、約半数は心療内科を標榜していた。これらの特徴は何らかの連携を行つていた医療機関と一致しており、連携している医療機関への紹介が多いことが考えられた。紹介上の問題として、児童精神科の少なさ、犯罪被害者の理解のある医師の少なさ、PTSD に詳しい医師の少なさ、女性医師の少なさあげられており、特に犯罪被害者に理解ある医師、PTSD に詳しい医師、女性医師は、被害者の紹介先として望ましい条件と一致していた。

(まとめ)

- 1) 精神科医療機関への紹介は面接等によって相手の状況を十分把握した上で行うなどかなり慎重に行われており、現在の各相談機関の紹介に対する考え方や、面接相談機能の影響がある。
- 2) 週 4 日以上勤務の相談員や、メンタルヘルス専門の相談員の数が少ないため、相談者に紹介の希望がないような事例において紹介の必要性を判断したり、勧めることが難しい。
- 3) 紹介先医療機関としては、なんらかの連携を行っている医療機関が対象とされていることが多いと考えられるが、基本的に連携医療機関数が少ないため、紹介にあつての医療機関の情報が乏しい。

4) 紹介先として必要と考えられる犯罪被害者の心理や PTSD に詳しい医師が少ないため、簡単に紹介できない状況がある。

5) 相談する被害者自身に治療の必要性に対する意識が乏しく、訴えが少ない。あるいは、被害者支援センターにそのような情報をあまり求めている。

③臨床心理士における犯罪被害者およびその家族の相談に関する研究

平成 14 年（2002 年）度版「臨床心理士」登録名簿（財団法人日本臨床心理士資格認定協会発行）記載者全数である 8,338 名から無作為抽出した 1,000 名のうち、海外在住者 6 名を除いた 994 名を対象に調査票（「臨床心理士における犯罪被害者及びその家族の相談に関する調査」）を平成 19 年 10 月から 11 月にかけて送付、回収した。

有効配布数は最大で 754 通と判断される。返送された調査票は 230 名で、754 名からでは 30.5%の回収率であった。経験が 10 年以上の者が 9 割と、臨床活動の中核をなす者が回答していた。

児童相談所と児童養護施設・乳児院に勤務すると回答した者は複数選択可の設問で全体の 4 割以上であり、臨床心理士の活動の場が子どもを対象とする施設に多いことがわかる。

平成 18 年度に、犯罪被害者およびその家族の相談を受けた経験があるか、という質問に対して、ある 98 名（42.6%）、平成 18 年度に限らなければある 56 名（24.8%）、これまで相談を受けたことがない 63 名（27.4%）であり、前年度に限っても 4 割以上、これまでの経験の範囲では約 67%があると回答している。その被害内容の内訳は、児童虐待が最も多く、ついで性的暴力あるいは配偶者間暴力の順であった。

臨床心理士による犯罪被害者に関する司法的な関与の経験を尋ねたところ、警察等への通報が 17%（複数回答）あり、裁判や取調の付き添い、裁判のためや保険のための文書作成、口頭での意見陳述などの

回答があった。

本調査は昨年度の全国の中核的な精神科医師調査を参照して行われている。臨床心理士も一年に半数弱が犯罪被害者に接していた。勤務先に子どもの相談施設が多いために臨床心理士は児童虐待を多く見ており、虐待については司法的な関与も多いと思われるが、全体として精神科医師と類似した状況にあった。

（2）心理的外傷治療についての実証的知見

①PTSD 患者を対象にした認知行動療法

前年度までに、PTSD 症状の軽減を目的とした認知行動療法である Prolonged Exposure Therapy（以下；PE 療法）を実際に PTSD を持つ犯罪被害者に施行できるようになり、本年度はその研究システムの構築と事例の蓄積を目指した。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 12 名を対象に、PE 療法を施行した。PE 療法の除外基準は 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。

PE 治療前後の心理検査は、担当セラピスト以外の独立した評価者が実施した。研究の同意については、対象者に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。

対象者は、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。対象者 23 名のうち、17 名は PE を完遂し、4 名は継続中、2 名は PE を中断し通常カウンセリングに移行した。表 1 に示すように、PE 療法を完遂した 17 名のうち PTSD 診断が消失したものは 11 名(64.7%)、治療前より症状が軽快した者が 5 名(29.4%)、症状に変化がみられなかったものは 1

名(5.9%)であった。さらに、PE療法開始時点で、社会機能に支障をきたしていた13名中10名(76.9%)は社会復帰した。

表1 PE治療前後の治療効果

		治療前	治療後	p値
C	全体	80.6	45.9	0.001
A	再体験	22.8	10.1	0.001
P	回避・麻痺	33.7	20.1	0.001
S	覚醒亢進	24.8	15.7	0.001
IES-R		54.6	28.2	0.001
SDS		59.4	52.1	0.019
DES		30.2	17.7	0.003

N=17

本研究の結果より、わが国でもPE療法は犯罪被害の影響で生じたPTSD症状、抑うつ症状、解離症状に効果があることが明らかになった。さらに、PE療法後、日常生活に支障をきたしていた各症状が改善し、対処法が増えると、徐々に活動範囲も広がり、日常生活を過ごしやすくなったクライアントが多かった。犯罪被害の影響で日常生活に支障をきたし、PTSD症状が遷延化し、症状に悩まされている被害者は多いこのような状況の中で、約3ヶ月間という短期間で症状が改善し、かつ著効が期待されるPE療法が、我が国の被害者にとっても有効であることがわかった。

本研究では着実にPTSDの軽減が見られ、スーパービジョンのシステマティックな実施も可能になった。米国と同様の有効性が日本でも見られるものと推測されるが、有効性について確証を得るためにはRCTを開始することが必要であろう。

さらに研究施設内だけでなく、犯罪被害者のための専門的な心理療法として、専門家にPE療法のトレーニングを行う必要があるだろう。

②PTSDの心理治療—認知処理療法の導入

PTSDへの介入法の中から、さらにCognitive

Processing Therapy(CPT:認知処理療法)に特化して検討を行った。CPTは認知療法に抛り、レイシック博士から最新のマニュアルを入手し、そのマニュアルの翻訳は19年度に完成した。

本研究を行う前に実際にCPTを行えるように訓練をする必要が生じてきた。そこで、精神科医(森田)を含めたメンバーで、毎週水曜日に「CPT勉強会」を立ち上げ、ロールプレイを中心にCPTを練習する機会を設け、その後の介入研究のための準備を開始した。

CPTは個人だけではなくグループ単位でも行える。そこで、CPTのグループ介入を中心に行っている、米国シンシナチのVAメディカルセンターのチャード(Kathleen Chard)博士を訪ね、グループによるCPTの実際を見学して資料の収集を行った。翻訳したマニュアルを用いての介入研究が次の課題となる。20年3月の時点では性犯罪関連の患者1名に対して数セッションを試みたところである。

(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地域精神保健福祉機関における犯罪被害者支援
班会議において手引き案の内容について検討し、研究協力者の協力を得て分担執筆し、分担研究者が主任研究者等の意見を踏まえて「犯罪被害者等支援のための地域精神保健活動の手引—精神保健福祉センター・保健所等における支援—」としてとりまとめることとした。今年度は研究班においてさらに検討を加え完成させた。手引きは資料も含めた93ページの冊子であるので、目次の概要のみ以下に挙げておく。

- 1 犯罪被害者等における精神保健相談 8
- 2 支援サービス等の利用 28
- 3 危機介入における精神保健福祉センターの役割

4	関係機関・団体との連携	43
5	自助グループへの支援	53
6	犯罪被害者等の支援に係る研修	56
7	精神障害者の受ける犯罪被害	58
8	Q&A	63
	資料	82

また平成 19 年度は、現在活動されている犯罪被害者自助グループに、その活動内容や実態、必要とされているものなどについて聞き取り調査を行い、自助グループの現況を把握し、今後、精神保健福祉センターに求められる自助グループ支援体制構築のための基礎的な考え方について検討することとした。全国学校事故・事件を語る会の代表 2 人、六甲友の会の代表 1 人に、それぞれのグループ活動の現況等について聞き取りを行った。また、これらの自助グループを支援しているひょうご被害者支援センターからも同席いただいた。精神保健福祉センターが行う自助グループ支援としては、次のような方策があると考えます。

- 1 情報提供
- 2 グループ運営における支援
- 3 啓発
- 4 連携

②保健所における事件・事故・災害時の PTSD 対策の事例検討について

保健所における PTSD 対策の状況について今年度も担当者から聞き取り調査を行った。

19 年 2 月 13 日 西鉄高速バス乗っ取り事件 (佐賀県唐津保健所)

保健所における犯罪被害者のこころのケアが可能かどうか考えた時、今後の対策として、以下の充実が望まれた。また今年度の調査を踏まえた犯罪被害者支援システムを提示した。

- ①担当者のスキルアップ:保健師への専門的な研修、代理受傷対策も必要である。
- ②後送機関:県内に一箇所専門的な PTSD 治療機関が

必要だろう。犯罪被害者の PTSD 治療は保健所だけでは完結できない。

- ③専門家のバックアップ体制:これらの事件・事故・災害に際しては、適切な時期に適切な支援があった。国レベルで体制を組まないと、専門家やアドバイザーが不足する。
- ④市民への啓発:保健所で相談ができる事を知ってもらう。
- ⑤被害者支援ネットワーク (NPO) 活動の実情把握。
- ⑥精神保健福祉センターと保健所連携の強化。

(4) 犯罪被害者と医療と法の接点についての知見を得る

①アメリカにおける犯罪被害者支援制度の研究

平成 17 年度、18 年度に行った調査結果を踏まえつつ、さらに、比較法的観点からアメリカの犯罪被害者支援制度の研究・検討を行うこととした。カリフォルニア州サンフランシスコ市・郡の以下の機関を以前視察した際に得られた人脈を通じて、情報交換を行った。

- ・児童および青少年のための性的虐待リソースセンター (Child and Adolescent Sexual Abuse Resource Center)
- ・児童保護センター (Child Protection Center)
- ・地方検察局 (District Attorney's Office Resource Center)
- ・児童保護センター (Child Protection Center)
- ・地方検察局 (District Attorney's Office)

カリフォルニア州では、「犯罪被害者補償制度 (victim compensation program)」の枠内で治療費が支払われる仕組みが整備されている。犯罪被害者補償制度とは、原則として、州内で発生した暴力犯罪の被害者および被害者遺族が被った経済的損失を補償するための制度である。1 件あたりの支給最高額は、カリフォルニア州では 70,000 ドルと定められている (したがって、被害者が死亡した場合の遺族、

障害が残った被害者には、我が国の犯罪被害給付制度の方が手厚い)。ただ、この犯罪被害者補償制度は、個人が加入している民間保険制度やその他の公的給付制度等で支払われない経済的損失をカバーするためのものであるため、それらの制度による支給が可能な場合には、そちらでの手当てが第一に考えられなければならない。特に、精神科治療費に関する給付の詳細を見ると、給付対象者には、暴力犯罪の被害者となった本人のみならず、被害者が死亡した場合には、その両親、兄弟姉妹、子ども、配偶者、婚約者なども含まれる。被害者の中には、ドメスティック・バイオレンスを目撃した子どもも含まれている。そして、原則として、被害者およびその遺族(成人・未成年ともに)には、総額で 10,000 ドルを超えない範囲で原則 40 セッションまでの精神科治療費用が支給されることになる。この精神科治療には、精神科医によるものだけでなく、心理療法士やレイブクライシスセンターといった民間団体によるカウンセリングサービスも含まれている。

被害者が死亡していない場合にも、その家族についてもある程度の無料セッションが認められうる仕組みになっている。財源は加害者から徴収された金銭が被害者の損害回復に充てられている。

②犯罪被害者支援に関わっている弁護士 5 地域 10 名の協力を得て、犯罪被害者および遺族の受けている支援実態の聞き取り調査を行った。精神科医療機関での支援実態では、兵庫県こころのケアセンター附属診療所でなされた他機関との連携支援活動を分析対象とした。結果、弁護士の支援実態から、4 つの犯罪被害種類別に共通する今後の支援特徴が明らかとなった。① PTSD 症状の起こりやすい状況の想定可能性の強化と、②信頼関係を持った専門家同士のつながりの強化、この 2 つが今後強化されることでより良い支援活動になる可能性があることが示された。また、精神科医療機関での支援特徴は、被害者やその家族の環境調整がかなり大きな役割を果た

しており、これらは治療と並行して行われることが有効であることが示された。これは司法と医療に共通した支援方法でもあり、ソーシャルワーク的な活動を含む環境調節支援の重要性が再確認された。

(5) 研究成果の提供

国立精神神経センターの「犯罪被害者メンタルケア研修」に成果を活かした。「PE ワークショップ」を 4 日間行った。また国立精神神経センターで行われた同研修にも成果を活かした。さらに、本研究班の知見を盛り込んで、メンタルヘルスの専門家向けの書籍『犯罪被害者のメンタルヘルスー精神医療現場での治療と対応ー』を作成中であり(平成 19 年度末現在初校段階)、さらに WEB 上に犯罪被害者とメンタルヘルス専門家のためのページを開発し(完了)、平成 20 年度に公開予定である。

C. 結論

(1) 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把握

昨年度の質問紙調査対象となった犯罪被害者遺族 73 名に対して、生理学的指標を含む構造化面接を行った。対象者は事件から 19-514 カ月という長期経過をもっていたが、それでも今までの間に約 60%が PTSD、部分 PTSD、大うつ病、小うつ病のいずれかの疾患に該当する時期があった。調査時点でも上記の疾患および複雑性悲嘆に該当したものは、32 人(43.8%)であり、26%は複数の疾患を抱えており、精神障害のみに限っても、一般人口に比べて有病率が高かった。日常生活も、一般人口に比べて障害されていた。

被害者支援の民間団体(回収率 100%)と臨床心理士(送付可能先からの回収率 30.5%)に対して相談と連携について質問紙調査を実施した。民間支援団体の調査では医療機関との「連携」も必要性は感じられているが、進んでいないことがわかった。実際

に精神科医療機関を紹介した事例は、合計 176 件、平均 4.29±5.96 件（0-23 件）であり、全相談数（17,136 件）に占める割合は 1.0%であった。課題は、専門性が高く、二次被害を受けない安心感のある紹介先が少ないことである、と認識されている。臨床心理士も前年の医師調査と類似した割合（一年間に 42.6%）で犯罪被害者面接を経験しており、司法関与の率も低くなかった（警察等への通報が 17%など）が、子どもの被害者を扱うことが多いのが特徴であった。

（2）心理的外傷治療についての実証的知見を得る PE 治療の効果（完遂者 17 名）の研究から、わが国でも PE 療法は犯罪被害の影響で生じた PTSD 症状、抑うつ症状、解離症状に効果があることが明らかになった。DV 被害者、性暴力被害者などの遷延化した PTSD 症状に対しても、約 3 ヶ月間という短期間で症状が改善し、かつ著効が期待される PE 療法は我が国の被害者にとっても有効な治療法である可能性が示された。さらに CPT についても実施のための翻訳マニュアルが完成し、国内で試行を始めた。

（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
精神保健福祉センターや保健所での犯罪被害者対応に関する手引きを完成した。「犯罪被害者等支援のための地域精神保健福祉活動の手引ー精神保健福祉センター・保健所等における支援ー（93 ページ）である。またその概要版（11 ページ）を作成し、実践により役立つものにした。

また、保健所における PTSD 対策の状況について今年度も地域担当者から聞き取り調査を行った。

（4）犯罪被害者と医療と法の接点について
今年度はアメリカ、特にカリフォルニアの犯罪被害者支援制度について検討した。治療費については日本と異なり保障の意味合いが強く心理カウンセリングの給付も行われている。

弁護士の支援実態と精神科医療機関での支援実態との比較では、4 つの犯罪被害の種別ごとに異なる支援が確認された。被害者遺族支援では、まず何よりも被害者遺族を孤立させない支援が目標であり、性犯罪被害支援では、裁判か治療かのどちらを優先させるのかの決断が必要とされる場合もあるが、司法手続きならびに治療の進行が並行して行われるためには、当事者とその家族・司法・医療双方の専門家での話し合いの場を持つ支援活動が有効であると考えられた。DV 被害者支援での目標は、最終的には被害者の精神的回復プロセスの一部を担っていることの認識を持つことと、子どもが関連する場合には子どもの意思の判断といった問題が関与してくること、などが挙げられた。

（5）研究成果を書籍、WEB、研修、ワークショップ等広く提供した（一部継続中）。

平成 19 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）

「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

**研究課題名：犯罪被害者及びその家族における
重度ストレス反応支援プログラムの構築に関する研究**

分担研究者：小西聖子 武蔵野大学 人間関係学部
中島聡美 国立精神・神経センター 精神保健研究所
研究協力者：白井明美 武蔵野大学大学院 人間社会・文化研究科
真木佐知子 国立精神・神経センター 精神保健研究所
石井良子 武蔵野大学 心理臨床センター
高橋麻奈 武蔵野大学 心理臨床センター
清水里菜 武蔵野大学 人間関係学部
永岑光恵 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

研究要旨：過去の研究から犯罪被害者遺族は PTSD やうつ病、複雑性悲嘆などの有病率が高く、かつ被害から長期経過しても中々改善しないことが指摘されてきた。このような精神疾患の長期慢性化のリスク要因を検討することを目的に調査を行った。2007 年 5 月から 10 月にかけて犯罪被害者当事者団体及び、自助グループ合計 5 団体に協力を依頼し、犯罪被害者遺族 74 名から調査協力を得た。調査は、事前送付による自記式調査と構造化面接（CAPS、M. I. N. I.、複雑性悲嘆構造化面接）を含む面接および生理学的検査（唾液中コルチゾール）を実施した。調査協力者のうち、面接調査の協力の得られた 73 名（男性 25 人、女性 48 人、平均年齢 50.8 歳（±13.9）、被害からの平均経過月数 95.5 ヶ月）を対象として分析を行った。対象者の被害内容は、殺人・暴力による致死 48 人（65.7%）、交通業過・危険運転致死 22 人（30.1%）、その他 3 人（4.2%）であった。調査時点で精神疾患の診断に該当した人は、PTSD13 人（17.8%）、部分 PTSD10 人（13.7%）、大うつ病 9 人（12.3%）、小うつ病 8 人（11.0%）、複雑性悲嘆 16 人（21.9%）であった。これらの 3 つの精神疾患のいずれかに該当した人が 32 人（43.8%）であり、26%は複数の疾患を抱えていた。SF-36 による QOL の評価では、8 つの下位尺度すべてにおいて標準値を下回っていた。特に、「日常役割機能（身体および精神）」（身体的、心理的な理由で日常役割機能が果たせない）、「社会生活機能」（家族や知人との社会的付き合いが妨げられる）の 3 つの尺度の得点が低下しており、被害による身体的、精神的影響が生活機能の低下をもたらしていた。

本調査の結果から、この研究の対象者となった犯罪被害者遺族では、被害から長期経過しているにもかかわらず、一般住民に比べ PTSD、うつ病、複雑性悲嘆において有病率が高く、QOL の低下があった。今後は、これらの精神疾患の発症・維持に関わる要因を分析することで、犯罪被害者遺族の精神健康の回復に寄与する支援プログラムを構築していくことが重要である。

A 研究の背景と目的

これまで暴力犯罪の被害者においては、事件後の精神疾患の有病率が高いことが内外の多くの研究で報告されてきた^{1 2 3}。その中でも特に強姦被害や身体暴力被害の被害者では、PTSDや大うつ病、不安障害の有病率が高いことが知られている^{4 5}。

しかし、実際に犯罪被害に曝露していない親族も、被害者同様にさまざまな精神疾患を呈しており、特に、暴力的な死別体験の目撃やその伝聞体験（心理的直面）がDSM-IVでPTSDの診断基準に含まれるようになった1994年以降は海外で被害者遺族についてのPTSDの研究報告が増えてきている。現在死別遺族の精神健康の研究が多く行われている分野は、①犯罪被害や自然災害等の被害者を対象としたトラウマ研究分野と②がんや心臓疾患等の病死遺族を対象に行われてきた死別研究の分野の両方においてである。研究内容は①犯罪被害を含む暴力的死別遺族のPTSDやうつ病、複雑性悲嘆などの精神疾患の有病率に関する研究、②精神健康を悪化させるリスクファクターを同定する研究、③悲嘆の長期慢性化を呈した遺族に対する治療法の開発の研究、などである。被害者遺族の精神疾患については、いくつかの米国での疫学研究において、PTSD生涯有病率が14-23%と報告されている^{6 7 8}。また、暴力的死別遺族のみを対象とした研究ではPTSDの調査時点有病率は、2ヶ月時点で36%⁹、14ヶ月時では40%¹⁰であり、5年を経過した時点では母親28%、父親13%¹¹がPTSD診断を満たしていると報告されている。国内では、死別後約5年以内の被害者遺族の生涯PTSD有病率は40~60%を示しており、海外の研究よりも高い割合を示していた^{12 13}。また、罪種別では殺人遺族では、PTSDの調査時点有病率が、事故や自殺遺族の2倍であった¹⁴。

うつ病に関しては、死別から平均10年を経過した遺族（外来受診者）の50%が大うつ病であ

り、物質依存15%、双極性障害11%、強迫性障害20%と報告されている¹⁵。病死よりも交通事故死の方がより重篤な抑うつと自責感を生む^{16, 17}ことが報告されており、国内の被害者遺族を構造化面接によって評価した報告では大うつ病の有病率は22%と一般人口に比べ高い割合を示した¹²。

また、複雑性悲嘆（悲嘆反応の長期化・慢性化）については、犯罪被害者遺族における有病率は7~40%程度であり、病死遺族とあまり差はなかった^{18 19 20 21 22 15, 23}。国内の報告でも、死別から5年以内の被害者遺族の場合で32~43%であり海外の結果と同様であった¹²、犯罪被害者遺族においては、これらの精神疾患が単独ではなく、合併するケースが多い。例えば911テロ被害者遺族を対象とした調査では、全体の62%が大うつ病やPTSD、複雑性悲嘆などの1つ以上の合併を示しており、特に複雑性悲嘆の該当者の32%は大うつ病、PTSDの診断にも該当していた²⁴。

他にも大規模テロ被害者遺族における物質依存の問題が多いこと²⁵が指摘されており、犯罪被害による死別遺族はさまざまな精神健康上の問題を抱えていると言える。

われわれが平成18年度に行った犯罪被害者を対象とした調査でも、遺族の41.5%が気分障害、不安障害のリスクを有しており、特定の当事者団体に所属している遺族という限定ではあるが、一般住民に比べ高い有病率を示していた²⁶。

これらの精神疾患の有病率の高さがどのような要因に起因するかについての研究も多くなされている。たとえば、被害者を対象とした調査では、被害直後の心理的反応の強さ²⁷や二次被害（事件後の周囲からの心ない対応など）のあること²⁸がPTSD等のリスクファクターであるとされている。

被害者遺族では大きくは以下の3分野の要因が報告されている。①被害内容の要因：事件そのものの危険さや事件時の衝撃が強いこと：²⁹、

同居していた子どもの死¹⁷、②遺族自身の特性：過去に外傷体験があること³⁰、母親であること^{11, 14, 17}、死別したものと愛着が強いこと³¹、治療を求めていること^{32, 33} ③事件後の生活の困難さに関わる要因：二次被害や報道被害があること^{34, 35, 36}、司法制度への不満³⁷、社会的孤立があること³⁸、QOLの低さ³⁹。一方、被害後の精神的苦痛や精神症状を緩和する要因としてはソーシャルサポートがあること^{40, 41}が報告されている。

しかし、従来の研究では、対象者が交通事故遺族に限られていたり、被害者と遺族の関係が親子に限定されているなど、特定の遺族の研究が多かった。また、精神疾患の有病率についても評価方法によりかなり違いが見られる可能性がある³⁶。例えば、遺族の PTSD については、自記式だけでは故人の思い出に対する苦痛な想起などが PTSD の再体験症状にだぶってしまい、正確に評価することが困難であり、このような症状の重複に配慮した構造化面接を行うことが必要であると思われる。また、日本でもいくつかの遺族の調査はあるが、自記式質問紙のみの施行であったり、PTSD 以外は評価されていないなど、遺族の複雑な精神状態を配慮したものは少ない^{42, 43, 13}。唯一、中井ら¹²が構造化面接を用いて疾患の評価を行っているが、これはサンプルが 14 人と少なすぎ、医療機関の受診者であるため、有病率が極めて高く、一般の被害者遺族を反映してはいない。

また、精神疾患に関連する要因についても、司法制度、二次被害、支援の程度等、被害後の出来事を細かく評価した研究はない。しかし、これらの要因の影響が被害者への支援や介入を考える上で重要である。

われわれが昨年度行った研究では、被害から約 8 年たった被害者遺族において気分障害、不安障害のリスクがある割合が高く、司法制度や主観的二次被害などが影響を与えていることが示唆された。また、このようなハイリスク群でも精神科医療機関を受診していないものが多い

ことも明らかにされた²⁶。

また、従来の研究では、遺族の身体的影響を生体のストレス反応系（視床下部—脳下垂体—副腎皮質系）の最終放出ホルモンであるコルチゾール値により評価し、遺族が高いコルチゾール値を示すことが報告されてきた⁴⁴。しかし、最近の PTSD 研究では、ある一時点のコルチゾール値ではなく、コルチゾール分泌の概日リズムにより評価し、そのリズムの平坦化が PTSD を特徴づける生理的症状として取り上げられるようになってきた⁴⁵。さらに、従来の遺族研究では、比較的被害後短期間でのコルチゾール値評価が多く、長期的影響に関しては明らかにされていない。そこで、本研究では犯罪被害者遺族の身体的影響を、従来の研究で対象者とされていた遺族よりも被害後の経過年数が長い対象者において身体的影響を検討することを目的とした。

被害者遺族の支援を行う上では、どのような精神疾患が多く、また、何がこれらの症状を持続させ、あるいは悪化させているかの要因を探ることが重要であろう。このためには、被害後からの縦断研究が不可欠である。しかし、被害によって衝撃を受けている遺族から直後に同意を得ることや、特定の地域である一定のサンプル数を得ることはかなり難しい。したがって、横断調査ではあるが、面接によって過去の状態を聞き取ることで回復過程について推測することが可能になるであろう。

このようなことを踏まえて、今回、面接による被害者遺族の調査を実施した。この調査の目的は以下である。

- ① 犯罪被害者遺族の精神健康の回復の状況を、PTSD 等の生涯診断と現在診断を調べることで推測する。
- ② 調査時点で精神疾患を有する群と有さない群を比較することで、犯罪被害者遺族の精神健康に影響を与えている要因を明らかにする。
- ③ 唾液中コルチゾールを測定することで、遺族のストレスの身体的影響を明らかにする。

- ④ 被害者遺族の医療機関の受療状況を把握し、また受療を困難にする要因を明らかにする。
- ⑤ 被害者遺族に二次被害を与えない調査方法を探るため、調査の影響について調査後および6ヶ月後に評価を行う。

B 研究方法

1. 対象

犯罪被害者当事者団体及び自助グループに所属している犯罪被害者遺族を対象とした。リクルートは昨年度研究のアンケートを依頼した当事者団体のほか、より広い対象者を得るために、都市部および地方の4つの遺族の自助グループに協力を依頼し、そこに所属する会員と家族に調査を依頼した。

適格基準としては、①対人暴力及び、交通関係業過等業過およびその他の業過等の犯罪による死亡の遺族であること、②被害者本人から見て2親等以内であること、③死別から1年以上経過していること、④日本語を母国語とすること、⑤18歳以上でインフォームド・コンセントが得られるもの、とした。除外基準としては、①直接の犯罪被害によらない死別の遺族（被害を苦にした自殺など）および犯罪として成立していない事案（民事あるいは刑事裁判において加害者の存在が明らかになっていない事案）の遺族であること、②調査の遂行が困難な身体疾患、精神疾患を有すること、③文書の理解が困難なもの、また調査に必要なコミュニケーション能力を欠いていること、とした。

なお、唾液中コルチゾールの採取に対しては、コルチゾール値への影響の大きい要因①現在の副腎皮質系疾患、甲状腺疾患、自己免疫疾患、現在症状を有するアレルギー性疾患の存在、②妊娠、③現在のステロイド系の薬の服用、塗布、④抗精神病薬の服用、⑤昼夜逆転などの生活リズムの障害を除外基準とした。

2007年6月～2007年10月にかけて5つの被害者当事者団体に依頼し、会員（330人）およびその家族に調査面接の依頼書を送付した。会

員1名につき、3通調査説明の希望書を郵送したので、配布数は990通であった。調査希望返信があったものは87人であった。配布数に対する回収率は8.8%であったが、そのうち会員からの返信は69人であり会員の回収率は20.9%であった。調査希望者のうち調査対象となったものは74人であった。調査除外となった13人の理由の内訳は以下であった：被害者本人（2人）、死因が犯罪被害でない（1人）、健康不良（5人）、調査拒否（2人）、日程調整不能のため辞退（2人）、連絡不能（1人）。本報告書ではこのうち面接調査を施行できた73名を対象として分析を行った。

また、唾液中コルチゾール調査については、上記対象者のうち、除外基準や仕事の都合等で実施できなかった29名を除いた44名が対象となった。

2. 調査方法

本調査の対象者は、犯罪により家族を失うという非常に深刻な体験をした方達であることを踏まえて、調査の実施手順や対応の仕方、個人情報等の管理等を十分検討し、二次被害を与えないよう細心の注意を払った。調査票の内容や、面接時の対応等について、2007年3月から4月にかけて当事者団体の遺族および、被害者支援団体の職員数名に依頼し、予備調査を施行した。その結果を踏まえて、調査票の内容、面接の仕方についてのマニュアルを作成した。

当事者団体および自助グループに協力を依頼し、会員とその家族に対して、調査依頼書、説明書、および調査説明のための連絡票を送付した。これらの書類は家族に渡してもらうために1会員あたり3部同封した。調査説明のための連絡票を返信してくれた遺族に対し、あらためて調査説明書を送付し、更に電話で説明書に基づいて調査説明を行ったうえで、口頭で調査同意を得た。また、面接調査の実施前に、文書に基づいて調査説明を行い、あらためて文書同意を得た上で、面接調査を実施した。

面接調査対象者には調査1週間前に自記式の

調査票を郵送し、当日面接時に回収した。また、調査終了後約1週間後に電話にて、調査後の精神的不調などがどうかについてフォローを行った。

調査は、犯罪被害者や遺族の治療・相談経験を有する臨床心理士および、精神科医師が2名で行った。調査者に対しては、事前に調査マニュアルを配布し、研修会を行った。M. I. N. I. は事前に研修を行った主調査者2名のみが施行し、CAPSは、CAPSの実施についての研修経験および臨床での実施経験のある調査者のみが行った。スコアリングが不明確な部分については同席した調査者2名が検討して、一致をみたスコアをつけた。

調査場所は対象者の希望に従い、対象者宅、近隣の会議場、大学の心理臨床センターなどで行った。対象者には当事者団体の希望もあり、謝金を支払わず、交通費等実費のみを支払った。

3. 調査尺度

自記式質問票では以下の尺度を用いた。

- ①BDI-II (Beck Depression Inventory) : BDI-IIは Beck によって開発された抑うつ重症度を評価する21項目の自記式質問票である。日本語版は小嶋らによって作成され、信頼性、妥当性が検証されている⁴⁶。
- ②KAST (久里浜式アルコール症スクリーニングテスト) : KASTは、アルコール依存症のスクリーニングに広く用いられており、信頼性、妥当性について検証されている。14項目の合計得点が、2点以上を重篤問題飲酒群、2~0点を問題飲酒群、0~-5点を問題飲酒予備群、-5点以下を正常飲酒群と分類しており、2点以上はアルコール依存症の可能性が高いとされている。
- ③SF-36 : SF-36は、8つの下位尺度から構成された身体・精神健康を評価する尺度である⁴⁷。日本版の信頼性、妥当性は古川らによって検証されている⁴⁸。
- ④CD-RISC (Connor-Davidson Resilience

Scale) : CD-RISCはDavidsonらが開発したレジリエンス特性を評価する25項目、5件法から成る自記式尺度である⁴⁹。日本語版は、中島らによって作成されている。レジリエンスとは深刻な危険性を伴う状況(例えば外傷的体験)であっても適応的な機能を維持しようとする個人の心理的弾力性と定義され、合計得点が高いことで、PTSDの発症を抑制すると考えられている。

- ⑤LOC (Locus of Control) : LOCは、Rotter⁵⁰が自分の行動とその結果に付随する強化(原因)が随伴しているかどうか、またその強化を統制できるかどうかという信念を評価するために開発した尺度である。本調査では、鎌原ら⁵¹がRotterの尺度をもとに開発したものをを用いた。この尺度は、18項目で4件法により構成されており、合計得点が高いほど「内的統制 (Internal Control) : 自分の行動と強化が随伴しており、自分の能力等によって強化をコントロールできるという信念」が強いことを示している。この得点が高い場合、目標に向かって積極的に働きかける行動方略をとることが多い。
- ⑥K10 : Kesslerらが開発した精神疾患(抑うつ性障害および不安障害)のスクリーニングのための尺度である。10項目で、症状の出現頻度を1~5段階で評価する。日本語版の信頼性、妥当性は検証されており、精神疾患のスクリーニングとしては25点以上が推奨されている。
- ⑦IES-R (impact of event scale-revised) : IES-Rは、Weissらによって開発された自記式のPTSD症状評価尺度である。DSM-IVに従って22項目の症状尺度で構成されており、各症状の出現頻度を0~4点で評価し、合計点によって重症度をみる。日本語版は飛鳥井らによって標準化されており、PTSDのスクリーニングとして使用する場合25点以上を推奨している。

- ⑧ JPTCI (Posttraumatic Cognitive Inventory)
: JPTCI は、Foa ら⁵²により作成された外傷的出来事に対する認知についての評価尺度である PTCI の日本語版である。原版同様に 36 項目からなる自己記入式質問票であり、「自己に対する否定的な認知」、「自己非難」、「世界への否定的な認知」の 3 つのサブカテゴリーで評価され、日本語版の信頼性・妥当性も確立されている⁵³。
- ⑨ SSQ (Social Support Questionnaire) short version : SSQ は、Sarason ら⁵⁴によって作成され、支援してくれる人数とその満足度によってソーシャルサポートの程度を評価するものである。日本語版の信頼性・妥当性も確立されている。Full scale は 27 項目存在するが、今回は 6 項目の short version を使用した⁵⁵。
- ⑩ 支援有用感尺度 : 犯罪被害者に特有の支援(法廷への付き添いなど)を評価するための尺度で、独自に作成した。16 種類の支援内容をあげ、これらについて主観的な有用感を「ほとんど役にたたなかった」から「非常に役にたった」まで 5 件法で評価したものである。得点が高いほど多様な支援を受け、かつそれに対する満足度が高いことを示している。
- ⑪ 二次被害苦痛度尺度 : 二次被害については、犯罪被害後の体験として、さまざまな専門職(警察・検察・弁護士(自らおよび加害者側)・医療従事者、民間被害者支援団体、自助グループ参加者)や報道関係者、加害者関係者、親戚、家族あるいは近隣の住民、友人、親戚など 16 種類の関係者から傷つけられる体験があった場合の苦痛の程度について「全く苦痛でなかった」から「とても苦痛だった」の 5 件法で評価した。この評価は被害者遺族の主観的な傷つきの程度であるため、主観的二次被害強度尺度として 16 項目の苦痛を合計した結果を使用した。
- ⑫ 被害後の対処行動 : 被害後の対処行動につい

ては、既存の尺度がなかったため、被害者遺族に多く見られる対処行動として大和田の先行研究³⁶を元に著者らが作成した。家族や信頼できる他者との会話や仕事など社会生活への没頭、故人を弔う活動や供養などの具体的行動のほか、死を受け入れることや新たな信念を持つことなど心理的な態度について 22 項目を選び、これらの行動を「全く行なわなかった」「あまり行なわなかった」「やや行なった」「多く行なった」の 4 件法で尋ねた。

面接調査

基礎調査票 : 年齢・性別等の心理社会的な人口統計学的背景、被害概要(事件の状況、急性期の反応、加害者との関係等)、刑事司法および民事裁判の影響(公判期間、意見陳述、証人出廷、事情聴取、公判結果への満足度、謝罪、補償など)、被害後の生活の変化、精神健康・身体健康の現況、医療機関の受療の状況、精神疾患・身体疾患の既往、再被害の状況等(時期、内容)。

M. I. N. I. (Mini International Neuropsychiatric Interview) は、DSM-IV と ICD-10 の主要な第 I 軸精神疾患を診断するための簡易構造化面接法である⁵⁶。M. I. N. I. の妥当性と信頼性は Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID) と Composite International Diagnostic Interview (CIDI) を比較することによりなされており、高い妥当性と信頼性を有し、SCID や CIDI より短時間で施行可能である。日本語版の信頼性・妥当性も確立されている⁵⁷。今回は大うつ病(現在および過去)と自殺行動の評価を用いた。なお、大うつ病過去については、原法では、現在のエピソードを満たす場合のみ評価しているが、今回は現在診断を満たさない場合でも、過去に症状を満たす時期があったかを確認して過去の診断を行なった。自殺行動についても同様に今までにそのような行動を行なったかについて尋ねた。また、うつ病については、DSM-IV-TR の研究用

診断基準に従ってうつ病の評価も行なった。

CAPS (Clinician-Administered PTSD Scale) :、米国の National Center for PTSD の研究グループによって 1990 年に開発された PTSD の構造化診断面接法である⁵⁸。CAPS は、PTSD17 症状項目のそれぞれについて調査者が構造化された面接の中で質問し、頻度と強度の両方を一定のアンカーポイントにそって評価するものである。日本語版の信頼性と妥当性は実証されている⁵⁹。今回は頻度 1 点以上、強度 2 点以上の場合に症状があると評価した。また、Breslau ら⁶⁰の先行研究から完全に診断基準に一致している (full PTSD) 場合だけでなく、サブカテゴリーの B、C、D 症状を 1 つ以上満たしている場合 (partial PTSD、以下部分 PTSD) においてもこれらの診断を満たさない対象者より、生活機能への影響や強い苦痛がみられるとされていることから、B、C、D の各サブカテゴリー症状が 1 つ以上存在し、合計点が 20 点以上の場合を部分 PTSD と診断した。

複雑性悲嘆：複雑性悲嘆については、Prigerson らの提唱する外傷性悲嘆 (Traumatic Grief) の 2001 年での診断基準に基づいて、中井ら¹²が作成した構造化面接を使用した。

つらさと支障の寒暖計 (Distress and Impact Thermometer) : 全体的な精神的苦痛と生活機能への影響を見るため「つらさの支障の寒暖計」を用いた。これはがん患者のうつ病と適応障害をスクリーニングするために作成された指標であり、精神的苦痛と生活機能への影響を寒暖計の絵に示した 0-10 の尺度で評価するものである。スクリーニング尺度としての信頼性、妥当性は検証されている⁶¹。適応障害あるいはうつ病と精神医学的診断のつかない症例の区分にはつらさ点数 4 点以上かつ支障の点数 3 点以上のカットオフ値が推奨されている。

唾液中コルチゾール：ストレスの生理学的評価として、唾液中コルチゾールを 4 回 (8:00、11:00、15:00、20:00)、2 日間連続測定し、日内変動を調べた。唾液採取には salivette

(SARSTEDT 社製) を使用した。被験者には、容器内の脱脂綿を口の中に入れて唾液を採取してもらった (約 2ml)。採取を正確に行うため、採取マニュアルを提示するとともに、実際に採取方法についてデモンストレーションを行った。正確な時間に採取を行うため、採取時間の数分前に調査担当者が電話をかけて、忘れずに採取してもらうようにした。採取した容器は、郵送で返送してもらったが、夏季は変質予防のため、クール便を利用した。届けられた唾液は容器ごと、精神保健研究所内のマイナス 80 度の冷凍庫にて一度保存し、全検体がそろったところで、トリア大学心理生物学科に委託して濃度を測定した。測定には時間分解蛍光法を用いた。

4. 分析方法

各項目についての記述的統計分析のほか、full PTSD、部分 PTSD の現在、生涯診断、大うつ病、小うつ病の現在、生涯診断、複雑性悲嘆について対象者における割合を評価した。唾液中コルチゾールでは精神症状の関連を見るため、BDI 得点、IES-R 得点、K10 得点のそれぞれ得点に従って対象者を 2 群 (BDI : 20 点未満軽症群、20 点以上重症群、IES-R : 25 点未満低群、25 点以上高群、K10 : 25 点未満低群、25 点以上高群) に分け、コルチゾール分泌変化の群差を検討するため、2 要因の繰り返しのある分散分析を行った。調査分析には SPSS14.0J を用い、全ての分析は両側検定、有意水準を $p=0.05$ とした。

5. 倫理的配慮

調査の同意にあたっては、調査概要を電話で説明した際に口頭で得た上に、調査時にあらためて説明文書を用いて説明し、文章同意を得た。対象者の個人情報はすべて原本のみに記載し、原本は鍵のかかるキャビネットに保存した。データの入力にあたっては個人情報を除いた情報を用いインターネットに接続していないパーソナルコンピューターを用いて外部メモリーに保存するなど個人情報の管理には細心の注意を払

った。また、対象者への心理的影響を考慮し、調査担当者を被害者の診療・相談経験のある精神科医、臨床心理士に限り、かつ2名で行なうようにした。また、事務局の専用電話を用意するとともに、調査後約1週間の時点で調査の影響を確認するためのフォローの電話を行なった。調査の結果、精神疾患が疑われる対象者や自ら希望する対象者には文書および口答にて状態を説明し、医療機関の受診をすすめた。医療機関の受診にあたっては、医療機関の紹介等を希望に応じて行った。なお本調査は、記録の管理および調査事務局を武蔵野大学においたため、武蔵野大学の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

C 結果

1. 対象者の属性 (表1)

対象者の性別は、女性が48人(65.8%)とや女性の割合が多かった。平均年齢は50.7歳(±14.0)であった。既婚者が79.5%であり、平均の同居家族数は3.3人であった。教育歴は、平均教育年数が13.5年であり、高校卒業以上が87.7%であった。就労状況は、有職者が64.4%であった。また、なんらかの被害者団体に所属している人が66人(90.4%)であり、今回の調査は、当事者団体に所属している人の状態がよく反映されたものとなっている。

死別からの経過年数は最短が19ヶ月、最長が514ヶ月であった。5年以上10年未満の群が32(43.8%)と最も多く、15年以上の人11.0%おり、本調査の対象者は、悲嘆から長期経過した人が多いと言える。

被害別では、殺人や傷害致死や強盗致死など故意の暴力犯罪による死亡が65.8%と多く、従来の研究に比べ交通犯罪(交通業過・危険運転)による死亡は30.1%と少なかった。故人との関係では、子どもを喪失している遺族が61.0%と最も多かった。被害者(故人)の性別は男性が68.8%、平均年齢は27.5歳(2歳~71歳)であった。

2. 被害内容 (表2)

事件の際現場にいたり、自身も負傷するなど遺族自身が生命の危機にさらされた遺族は4人(5.5%)であった。また、傷ついた現場の目撃や損傷のひどい遺体の目撃、検死等悲惨な光景を目撃したものは、34人であった。被害者が即死あるいは、遺族が間に合わないなどの理由で看取りの時間のなかった遺族が63.0%と多く、見取りがあったものでも、12人(44.4%)が24時間以内であり、突然の出来事で十分な見取りがなく死別にいたっていることがわかる。

被害から1週間くらいの時期の遺族の状態、気持ちを尋ねたところ、多かったのが、「現実のような気がしなかった」、「感情が麻痺したようだった」、「そのときの記憶がない」であり、強い衝撃により感情の麻痺などの解離状態を呈していた可能性があった。

3. 司法との関係 (表3)

今回の対象者では94.5%が加害者を特定できていた。加害者数は1名が71.2%であったが、複数存在する遺族も23.3%であり、最も加害者が多い場合は10人であった。被害者と主犯に相当する加害者との関係では、56.2%が見知らぬ人であり、家族・親族が2.7%、知人が32.9%であった。

90.4%の対象者では、加害者が逮捕されており、うち95.5%は起訴されていたが4.5%は不起訴であった。不起訴の理由としては被疑者死亡、少年、精神障害者などであった。起訴された66名のうち、公判が開かれた遺族は63人であり、現在まで公判が終了しているものが58人であった。5人は控訴などのため調査時点でも刑事裁判が継続していた。刑事裁判の期間(裁判が終了したもののみ)は、平均で12.7ヶ月と約1年であったが、長い人では6年以上であった。

また公判にいたった遺族で、証人の経験は15人(23.8%)と少なかったが、意見陳述は34人(54.0%)と多く、調査対象者が行わない場

合でもほとんどの場合、他の家族が行っていた。公判の傍聴は50人(79.4%)の遺族が行っており、このうち多くの遺族はほとんどすべての公判を傍聴するようにしていた。

加害者のうち死刑を求刑されたのは、5人であったが、公判が実施された遺族の81.0%は公判の結果に満足していなかった。この不満足は量刑の重さだけでなく、公判で事実など遺族の知りたいことが明らかにならなかったことや、加害者が反省を示さなかったことなども理由として述べられた。また、これらの気持ちが、民事裁判を起こす動機にもつながっている場合もあった。

民事裁判を行った遺族(継続中含む)は37人(50.6%)であった。民事裁判の被告人は、加害者だけでなく、加害者の家族や所属機関である場合もあった。民事裁判を起こす理由としては、金銭的な保証だけではなく、事件を至らしめたものへの責任の追及や故人の名誉の回復(故人の過失でなかったことを明らかにしたい)、事件の詳細をもっと知りたいなど様々な理由があった。しかし、半数は民事でも気持ちを納得させることはできていなかった。調査時点では、加害者の34.3%は服役中(少年院教育含む)であったが、42.5%はすでに刑期が終了し、社会にもどっていた。

4. 加害者等の謝罪、損害賠償、補償(表4)

加害者本人からなんらかの謝罪があったのは、40人(58.0%:加害者が判明している対象者における割合)であったが、今回の調査は被害者死亡にいたるきわめて重篤なものであるにもかかわらず、37.7%は加害者や加害者の家族から全く謝罪を受けていなかった。

なんらかの損害賠償が支払われたものは、68.1%であったが、全額の支払いがあったもののほとんどは交通業過などで保険会社からであった。現在の加害者への気持ちを自由記述できいたところ、憎しみや怒りもあるが、むしろ「これ以上かかわっても加害者は反省しない」など

「あきらめ」、「考えたくない」、「かかわりたくない」という気持ちを示した加害者も多かった。

なんらかの経済的補償があったものは、58人(79.5%)であったが、半数近く(46.6%)は不足を感じていた。補償の内容は、犯罪被害者等給付金や故人の生命保険、学童・学生の被害者では学校の障害保険などがあった。また故人に配偶者がいる場合の親や、きょうだいなど故人との関係によっては、補償を受けられない場合もあった。

5. 二次被害の対象者とその苦痛(図1、2)

今回の調査ではどのような人から二次被害を受け、どの程度苦痛だったかを尺度化した。また、聞き取りの中で特に苦痛だった二次被害の内容について聞いた。

二次被害を受けたと感じたことが多かったのは、「加害者」、「加害者家族」、「加害者側の弁護士」などの加害者関係者のほか、「警察」「裁判官」などの司法関係の専門家であり、刑事司法の手続きの中で二次被害を感じる人が多いことがわかった。身近な人では、親戚や近所の人から苦痛な言動を受けたと回答する割合が高かった。また、苦痛の程度が大きかったのは、「加害者」、「加害者家族」、「加害者側弁護士」など加害者関係者であった。「医療関係者」は、二次被害を受けたとした割合は低かったが、苦痛は高く、被害者に対する配慮を求められる医療関係者の場合は苦痛が大きかったのではないかと考えられる。二次被害の具体的内容としては、加害者関係者では、法廷の場で反省のないことや、故人をおとしめるような発言をするなど直接的に被害者や遺族を侵害するような行為があげられていた。また、近所の人や、知人、親戚などでは、「早く忘れるように言われる」、「保険金等が入ったことを言われる」、「いつまでも泣いてはいけないと言われる」など被害者の気持ちに無理解な言動が多くあげられた。特に理解してほしいと思っている家族などからでは、たった一言でも、許せないと感じてその後関係

をとらなくなってしまうような場合もあった。また加害者が同一地域にいたり、権力があったり、知人や交友が多いなどの場合には、遺族に対する直接的な中傷が行われ、遺族が引越さざるを得ないようなこともあった。警察や検察などの司法関係者によるものでは、遺族の話をきちんと聴いてもらえない、尊大な態度、故人の尊厳に乏しい、捜査等をきちんとしてもらえないなど司法手続きの中で受けるものが多かった。

医療関係者や支援者団体のスタッフでは、直接的に傷つけるよりは被害者の気持ちを理解できていなかったり、期待を裏切られるということも多かった。しかし、救急医療の現場においては「遺族のいる隣で笑い声や大きな声で話す」、「死に直面しているのに歯ブラシ等身の回りのものを持ってくるように言われた」など配慮にかけた言動があげられており、医療関係者の配慮が求められる。

6. 被害後の支援とソーシャルサポート (図3、4)

支援を受けた内容で多かったのは、「お通夜や葬式の準備、当日の手伝い、後片付け」「自分の話を聞いてくれたり、気持ちを受け止めてくれた」などであった。一方「経済的援助」、「家族の世話」、「プライバシーを守ること」などの支援は受けている人が少なかった。有用だと回答した割合が多かった支援は、「そばにいてくれた」、「相談相手になってくれた」、「お通夜や葬式の準備、当日の手伝い、後片付けなどの手伝い」、「警察や病院、裁判所、役所などに付き添ってくれた」、「被害直後の手伝い」「プライバシーを守ることが手伝わってくれた」であった。遺族の状況や心情に理解のある言動や、特に他の家族のケアや司法的な問題の対処など、その遺族にとって困難な問題を積極的に助けてくれるというものが有用であった。

カウンセリング等精神的な支援を受けていた人は39.4%であり、受けた人では、有用だとす

る割合が低かった。

SSQ (Social Support Questionnaire) で、現在のソーシャルサポートの状態を調べたところ、現在の支援者の数の平均 (SSQN) は3.4人 (SD±3.3)、満足度 (SSQS) は4.6点 (SD±1.0) であり、比較的ソーシャルサポートに対する満足度は高かった。

7. 事件後の生活の変化 (表5)

事件後の生活は多くの面で見られた。変化があったと回答した割合が高かったのは、「家族の関係の変化」、「楽しみごとの変化」、「周囲との人間関係の変化」であった。就労の変化では、休職や休学など一時的に中断した人が31.0%であり、退職や退学した人も40.5%であった。ただ、退職は定年によるものなどもあり、必ずしもすべて被害によるものではなかった。家族との関係の変化では、親密になったという人が24.1%であり、逆に疎遠になったという人も27.6%と同じくらいであった。知人や近所の人などの周囲の人間関係では84.8%が疎遠になったと回答していた。ただ、自由回答の中で、周囲からというより、自分から遠ざかったと回答した人も多かった。経済面の変化があった人は42.5%であった。配偶者の喪失や自分自身が主たる収入者であるにもかかわらず仕事ができない状態にあるような場合では生活の困難が生じており、変化があったと回答した人の中で約半数が生活が苦しくなったと回答していた。

事件前に行なっていた楽しみごとの変化があった人が74.0%と多く、特に家族でしていた行事や旅行など故人の不在を感じさせるような出来事をしなくなったという回答が多かった。

嗜好品の変化では、事件後飲酒量が変化した人は、34.2%であり、そのうち増加した人は48.0%であった。飲酒はもともと飲む習慣のある人で増える傾向があった。喫煙量の変化あった人は、17.8%と飲酒よりは変化が少なかったものの、変化があった人のほとんどが増加していた。

8. 身体健康状態 (表6)

事件以降なんらかの身体的不調を経験した人は59人(80.8%)と多くの遺族にみられた。しかし、不調を経験した遺族で、治療に行かなかった遺族が27.1%いた。通院しなかった理由としては、「通院するほどではないと思った」、「病気とは思わなかった」など通院するような病気ではないという認識に基づく回答が多かった。また、現在も身体的不調を抱えていた人は74.0%であったが、実際に通院していた人はそのうちの70.4%であった。一方事件以前からの身体疾患があった人では、事件後悪化した人も10人(35.7%)いた。

9. 精神健康状態 (表7、表8)

事件から、現在までの間になんらかの精神的不調を経験した人は67人(91.8%)とほとんどの人が経験していた。症状としては、「不眠」、「感情不安定」、「気力のなさ」などが多くあげられた。また、事件後に精神科やあるいはなんらかの相談機関に通院・入院・相談した人は45人(67.2%)であった。通院・入院・相談先で最も多かったのは、精神科25人(55.6%)であり、ついで心療内科11人(24.4%)であった。また、内科への通院も7人(15.6%)あり、その他の機関は被害者支援センターや当事者団体などであった。医療機関等へ相談にいくきっかけは「症状の苦しさ」が33.3%と多く、ついで「友人や家族のすすめ」(17.8%)であった。また、実際受診した場合には改善が見られた人が25人(55.6%)であった。症状があるにもかかわらず医療機関等へ通院・入院・相談しなかった人は22人(32.8%)であった。このように相談しなかった理由では、「相談するほどではないと思った」、「自分で何とかできると思った」が多かった。また、既往歴(事件以前に精神的問題での通院や入院の経験のある人)は8人(11.0%)のみであり、事件によって精神健康を障害した人がほとんどであった。

調査時点でも、精神的不調が存在すると回答した人は47人(64.4%)であり、そのうち医療機関等へ通院・入院・相談している人は19人(40.4%)であった。

10. PTSD、うつ病、複雑性悲嘆

調査時点でPTSDの診断(CAPSによる、CAPSが施行できなかった3名はM.I.N.Iで診断)に該当した人は、13人(17.8%)であり、部分PTSDの診断に該当した人は、10人(13.7%)であった。事件から今までの間にPTSDに該当した人(M.I.N.Iによる診断2名、通院精神科医による診断1人含む)は37人(50.7%)、部分PTSDに該当した人が16人(21.9%)であった。CAPS得点は、調査時点の平均得点が30.5点(±20.8)、生涯(事件から今まで)が50.5点(±28.8)であった。したがって事件後半数以上の人がPTSDに該当する状態であったが、治療あるいは自然回復によってその約3分の2が回復したことになる。

調査時点で、大うつ病の診断基準を満たしたのは9人(12.3%)、小うつ病の診断基準に該当したのは8人(11.0%)あった。生涯診断では、過去に大うつ病の時期があったものは47人(64.4%)、小うつ病4人(5.5%)であった。なお、DSM-IV-Rでは、大うつ病および小うつ病の診断にあたって死別反応によると考えられるものは診断しないとされているが、本調査ではうつ症状の存在を評価するために、死別反応との区別は行なわなかった。抑うつ症状の重症度を示すBDI-IIの平均得点は20.8点(±12.2)であり、中等度以上(20-28点)が18人(25.7%)、重症(29-63点)が18人(25.7%)であった。大うつ病の診断基準を満たした人でのBDI得点の平均点は30.5点(±10.5)であった。

調査時点で複雑性悲嘆に該当した人は、16人(21.9%)であった。

調査時点で、なんらかの精神疾患(部分PTSD、小うつ病含む)に該当していた人は32人(43.8%)であった。PTSD、うつ病、複雑性悲

嘆の3疾患の合併は5人(6.8%)、2疾患の合併は14人(19.2%)であり、26.0%は複数の疾患を抱えていた。

BDI と CAPS 得点には、有意な正の相関 ($r=.51, p<.001$) がみられ、抑うつ症状と PTSD 症状の重症さに関連があった。

11. アルコール依存症

KAST (久里浜式アルコール症スクリーニングテスト) で、アルコール依存症の疑いが高い群 (6点以上) は4人(6.1%)、重篤問題飲酒群 (2点~5.9点) が4人(6.1%)、問題飲酒群 (0~1.9点) は3人(4.5%)であった。多く(83.3%)の遺族では、正常あるいは正常範囲の飲酒行動であったが、16.7%は飲酒問題を抱えていた。

12. 外傷的出来事による認知の変化

PTCI 全得点の平均は、3.8点 (± 1.1)、自己に対する否定的認知 (PTCI-I) の平均得点 (カテゴリーの合計を項目数で除したもの) は、3.8点 (± 1.2)、トラウマに対する自責の念 (PTCI-II) の平均得点は、13.1点 (± 7.8)、世界に対する否定的認知 (PTCI-III) の平均得点は、4.6点 (± 1.3) であった。

13. 精神的苦痛と QOL

SF-36 のサブカテゴリーの平均は、「身体的機能」が 47.4 点 (± 11.8)、「日常役割機能 (身体)」が 40.3 点 (± 14.5)、「体の痛み」が 46.9 点 (± 12.1)、「全体的健康感」が 43.0 点 (± 11.3)、「活力」が 41.2 点 (± 12.2)、「社会生活機能」が 40.7 点 (± 14.6)、「日常役割機能 (精神)」は 39.5 点 (± 14.2)、「心の健康」が 40.5 点 (± 11.6) であった。また、精神的 QOL の平均は 43.7 点 (± 13.2)、身体的 QOL の平均は 41.6 点 (± 10.9) であった。いずれも日本人の標準よりやや低く、特に「日常役割機能」(身体及び精神)、社会生活機能が低くなっていた。

「つらさと寒暖計」で総合的な精神的苦痛と

生活機能を評価した。精神的苦痛の平均は 4.2 点 (± 2.8) であり、生活の支障の平均は 2.4 点 (± 2.6) であった。生活の障害に比べ、精神的苦痛の程度が高かった。精神的苦痛の平均値はカットオフの基準を上回っており、うつ病や PTSD などの臨床的症状による影響が示唆された。

14. 対処行動、回復力と内的統制力

22 項目の対処行動で、回答者の 60%以上が、「よく行った」「ややよく行った」と回答した項目は、「新しい観念や信念、目標を持つようにした」、「つらさをお酒やタバコでまぎらわそうとした」、「社会貢献の活動やボランティア活動を行った」、「亡くなった家族の分まで生きようとした」、「人生における試練だと思ふようにした」、「仕事や学業に没頭した」「余暇や自分が楽しんだり、リラックスできる活動をした」であった。

また、CD-RISC (回復力) の平均得点は 44.7 点 (± 7.9) であった。LOC の合計得点は 48.4 点 (± 16.6) であった。CD-RISC と LOC の間には有意な正の相関 ($r=.48, p<.001$) があり、回復力と内的統制力の間には関連性があることが示された。

15. 唾液中コルチゾール

44 名の対象者のうち、1 名のデータは、外れ値 (高濃度) を示したため解析から除外した。その結果、解析対象者は男性 16 名、女性 27 名となった。また、1~2 回分のサンプルにおいて十分な唾液量が得られなかった対象者は 4 名いたが、それらの欠損値は、2 日間連続採取したデータを用いて補完した。

まず、唾液中コルチゾールの日内変動パターンを調べた。正常の変動パターン (8時から11時にかけて減少) は 39 人(90.7%)であった。また、8時から11時への減少を示さなかったものは 9.3%であり、男女ではそれぞれ 2 名ずつ (男性 13%、女性 7%) であった。

コルチゾール値の生データを用いて、2 要因の繰り返しのある分散分析 (時間×性別) を行

った結果、有意な時間の主効果のみ示された ($F[3, 123]=56.2, p<.001$)。下位検定の結果、コルチゾール値は8時から11、15、20時にかけて有意に減少し、さらに11時から15時、20時への減少および15時から20時への減少も有意であることが明らかになった (図6)。

精神健康と唾液中コルチゾールの関係

BDI 得点により対象者を2群 (20点未満：軽症群18名；20点以上：重症群24名) に分け、コルチゾール分泌変化の群差を検討した。2要因の繰り返しのある分散分析 (時間×BDI 得点による群) を行った結果、時間とBDI 得点群に有意な主効果が示された ($F[3, 120]=59.12, p<.001$; $F[1, 40]=4.83, p<.05$)。下位検定の結果、コルチゾール値は8時から11、15、20時にかけて有意に減少し、さらに11時から20時への減少および15時から20時への減少も有意であるが、重症群は軽症群に比して有意にコルチゾール値が低いことが明らかになった (図7)。なお、BDI 得点により分類した2群間に、睡眠時間および起床から8時まで (第1回目の唾液採取) の時間に有意差はなかった。

次に、IES-R 得点により対象者を2群 (24点以下：低群13名；25点以上：高群29名) に分け、上述の分析と同様の2要因の繰り返しのある分散分析 (時間×IES-R 得点による群) を行った。その結果、時間とIES-R 得点群に有意な主効果が示された ($F[3, 117]=64.4, p<.001$; $F[1, 39]=5.13, p<.05$)。下位検定の結果、コルチゾール値は8時から11、15、20時にかけて有意に減少し、さらに11時から20時への減少および15時から20時への減少も有意であるが、高群は低群に比して有意にコルチゾール値が低いことが明らかになった (図8)。なお、IES-R 得点により分類した2群間に、睡眠時間および起床から8時まで (第1回目の唾液採取) の時間に有意差はなかった。

最後にK10 得点による IES-R 得点により対象者を2群 (24点以下：低群21名；25点以上：

高群22名) に分け、上述の分析と同様の2要因の繰り返しのある分散分析 (時間×K10 得点による群) を行った。その結果、時間にのみ有意な主効果が示された ($F[3, 120]=58.94, p<.001$) (図9)。下位検定の結果、コルチゾール値は8時から11、15、20時にかけて有意に減少し、さらに11時から20時への減少および15時から20時への減少も有意であった。なお、K10 得点により分類した2群間に、睡眠時間および起床から8時まで (第1回目の唾液採取) の時間に有意差はなかった。

以上より、BDI および IES-R の得点の高い者は低い者に比してコルチゾール値が低いことが明らかになった。顕著な概日リズムの平坦化は示されなかったが、特に朝の低コルチゾール値がBDI、IRS-R 高群において特徴づけられた。

D. 考察

1. 本調査の位置づけと対象者の代表性

本研究の対象者の特徴としては、殺人や暴力犯罪による死亡の遺族の割合が65.8%と高いことがあげられる。このような暴力犯罪による遺族を多く含む研究は国内外でも少なく、これまでこのような遺族の精神健康や関連要因については明らかになってこなかった。Thompson ら⁶² は、殺人の遺族において他のトラウマ体験者よりも高いレベルの精神症状を示したと報告していることから殺人等の遺族を対象とした研究は重要であると言える。

もう一つの特徴は、死別からの経過期間が長いことである。本調査では、死別からの経過期間は、5年以上が73%と多く、長期経過しても改善できない精神症状についての要因を分析することが可能である。

しかし、本調査の対象者は、被害者当事者団体や自助グループに所属している犯罪被害者遺族であり、必ずしも、被害者遺族全般を代表しているわけでない。海外の研究では、一般住民からリクルート⁶ や死別者のリストからのリクルート^{32 63} などによる代表性の高い研究がある

が、日本では実施されていない。中井ら¹²は臨床事例（病院の自験例）であり、佐藤ら⁴²、大和田³⁶、白井ら¹³の研究は自助グループの参加者である。医療機関の受診や自助グループへの参加の理由の一つが精神的苦痛によるものと考え、これらの臨床群や自助グループ参加者は被害者遺族全体と比較した場合、精神疾患の有病率は高いと言える。調査時期の影響もあるが、PTSDの有病率は臨床群64.3%¹²、自助グループ群58.8%⁴²、40.8%¹³と臨床群において最も高かった。海外の研究では、一般住民からリクルートしたもので23.3%⁶、死別者リストによるフォロー研究で父親14%、母親21%（死別後2年）¹⁴であった。本調査の調査時点でのPTSD有病率は、17.8%であり、当事者団体所属者でありながら、かなり低い有病率であった。この理由としては、最も母集団が多い当事者団体が社会活動を中心としており精神的ケアを中心としていないことから、ここに所属する会員では精神的ケアのニーズの低い人が多く含まれていたことが考えられる。また、長時間の面接調査であることからそれに耐えられるだけに回復した遺族が多く含まれていたとも言えるであろう。実際、面接時の印象でもほとんどの遺族が就労、家事などの社会機能はかなり回復していた。また、今回はCAPSの診断にあたって、再体験症状を非常に厳密に評価したために診断基準に該当することが減っている可能性もある。遺族の場合、通常の質問だけでは、外傷体験ではない故人の想起に対する苦痛（複雑性悲嘆の症状）を回答することがあるが、本調査は回答内容が外傷体験であることを確認している。実際、PTSD及び部分PTSD該当者の52.2%は、複雑性悲嘆を合併しており、これらの症状を区分することが必要である。

これらの要素を踏まえると、本調査の対象者は、臨床群や精神的ケアを中心とした自助グループ所属者と一般住民を対象とした調査の中間に位置づけられるものと思われる。また、PTSDの有病率から検討しても極端に症状が強い集団

あるいは逆に症状に乏しい群のどちらでもないことから特定の遺族ではなく、様々な状態の遺族が混在していることが考えられ、極端に偏った集団ではないと言える。

2. 対象者の健康と生活機能

前述したように本研究対象者においては、他の研究よりもPTSDの有病率は低かった。しかし、これは日本の一般住民の30日有病率が0.1%であった⁶⁴ことに比べ著しく高い値であった。生涯有病率も50.7%であり、やはり一般住民(0.9%)⁶⁴に比べ著しく高いと言える。生涯有病率と調査時点有病率の比較から、35.1%はPTSDが改善しておらず、部分PTSDまで含めると43.4%に症状の持続がみられた。この傾向はうつ病でも同様であった。調査時点で大うつ病に該当した人は12.3%であり、一般住民の30日有病率の0.3%に比べ著しく高かった。同様に生涯有病率では64.4%と一般住民(6.3%)に比べ高かった。ただし、DSM-IVによるうつ病の診断の際には死別反応を除くとしているため、本調査よりは低くはなると思われる。また、本調査では、なんらかの精神疾患および臨床上前問題になる症状を有している人が、32人(43.8%)と半数近くであり、かつ合併している人も19人(26%)であったことから、一見通常の生活に復帰しているようではあるが、精神症状を抱えながらであることが推測された。

また本調査では、被害者においてストレスや不眠等の対処として飲酒行動が増加する結果、アルコール依存症等のリスクが高くなるという先行研究を踏まえ、遺族においてもアルコール依存のリスクが高いかどうかを調べるため、KASTによる評価を行った。一般住民においてアルコール依存の30日有病率は0%⁶⁴であったが、本調査ではアルコール依存が疑われる重度問題飲酒群が6.1%あり、やはり一般住民よりリスクが高かった。また事件後飲酒が増加した人が16.4%であったことから事件がなんらかの影響を与えた可能性は高い。

一方、身体的な健康においても大きな影響があったことが伺われた。事件後なんらかの身体的不調を訴えた人は80.8%にのぼり、調査時点でも74%がなんらかの健康上の問題があった。これらの人のうち70.4%は医療機関に通院していることから、単なる訴えにとどまらない人が多いことがわかる。実際事件以前から身体疾患を抱えていた人で35.7%は悪化していた。身体健康に与える影響については従来あまり研究されてこなかったが、今後は必要な分野と言える。

このような精神健康や身体健康を反映して、QOLの低下が見られた。今回SF-36を用いたが、8つの下位尺度すべてにおいて標準値を下回っていた。特に、「日常役割機能(身体および精神)」(身体的、心理的な理由で日常役割機能が果たせない)、「社会生活機能」(家族や知人との社会的付き合いが妨げられる)の3つの尺度が低下していた。PTSDやうつ病において日常役割機能の果たせない日数が増加することが報告されており、本研究の対象者でもPTSDやうつ病の有病率の高さが生活機能の低下に結びついたのでないかと思われた。また、身体的な理由による日常役割機能の低下は前述した身体健康の不良に関連しており、やはり身体健康にも目を向けることが重要であると言える。

3. 生理的影響

本調査の特徴は、生理的指標を評価することで、犯罪被害の身体的影響を調べていることである。遺族についてのコルチゾールを調べた研究はいくつか存在しているが、日内変動を調べたのは本調査が初めてである。本研究の対象者では、ほとんどが正常パターンであり、顕著な概日リズムの平坦化は示されなかったが、特にBDI、IRS-R高群において朝の低コルチゾール値が示された。通常うつ病患者においてはコルチゾールの基礎値は上昇しており、Royら⁶⁵の研究においても、うつ病の遺族では、うつ病のない遺族に比べ血中のコルチゾール基礎値が上昇

していた。しかし、PTSD患者については、コルチゾール値の低下を報告している研究も多い⁶⁶⁶⁷⁶⁸。また、Pfefferら⁶⁹は、子どもを対象とした研究ではあるがSep11で家族を失った子どもでPTSDのある子どもはなし子どもに比べ唾液中コルチゾールの基礎値が有意に低下していたことを報告している。これらの先行研究から、本研究の対象者では、PTSDの合併率が高いためコルチゾールの低下が見られた可能性がある。しかし、現在の分析は自記式尺度の結果のみであり、診断に基づいた分析が必要であろう。

4. 本調査の限界と今後の課題

本研究は、死別から長期経過した犯罪被害遺族を対象に、精神健康、身体健康および社会機能の状態を調べ、それに関わる要因の分析を目的として行なわれたものである。

本研究の限界は前述したように当事者団体および自助グループに所属している被害者遺族であり、犯罪被害者遺族としての代表性や無作為性は保たれておらず、有病率として評価することはできない。しかし、精神病理を有する群と有さない群を比較することで、PTSD等の疾患の維持や逆に回復に関わる要因の分析を行なうことは可能である。

但し、横断研究であることから、正確な予測因子、関連因子を特定することはできず、推測されるにとどまる。

また、サンプルサイズが73人と少なく、特にコルチゾールの採取できた人数は44人であったため、結果の一般化には慎重を要するであろう。しかし、犯罪被害者遺族そのものが決して多い集団ではないことと、精神的打撃を被っている遺族に研究としてアプローチすることの困難があり、大きなサンプルによる研究は困難な現状がある。

今後はこのような問題を解決するために、諸外国で行なわれているように、遺族を連続的にリクルートして縦断研究を行なう必要がある。そのためには、救命救急や観察医務院、あるいは

は警察の協力を得ることが必要である。また、特に死別直後の遺族に研究を要請できるだけ倫理性と有害事象を発生させないための慎重な研究手法の開発が求められる。

今回の報告書では結果の記述的な分析にとどまっており、今後は、PTSD、うつ病、複雑性悲嘆に関連する要因についての分析を行なう予定である。

E. まとめ

犯罪被害者の長期的な精神健康への影響を調べるために、5つの当時者団体に所属する犯罪被害者遺族とその家族を対象に精神疾患の構造化面接を含む面接調査を行った。

調査時点で精神疾患の診断に該当した人は、PTSD13人(17.8%)、部分PTSD10人(13.7%)、大うつ病9人(12.3%)、小うつ病8人(11.0%)、複雑性悲嘆16人(21.9%)であった。これらの3つの精神疾患のいずれかに該当した人が32人(43.8%)であり、26%は複数の疾患を抱えていた。一方、生涯(調査時点まで)ではPTSD37人(50.7%)、部分PTSD16人(21.9%)、大うつ病(64.4%)、小うつ病4人(5.5%)であった。

SF-36によるQOLの評価では、8つの下位尺度すべてにおいて標準値を下回っていた。特に、「日常役割機能(身体および精神)」(身体的、心理的な理由で日常役割機能が果たせない)、「社会生活機能」(家族や知人との社会的付き合いが妨げられる)の3つの尺度の得点が低下しており、被害による身体的、精神的影響が生活機能の低下をもたらしていた。

本調査の結果から、この研究の対象者となった犯罪被害者遺族では、被害から長期経過しているにもかかわらず、一般住民に比べPTSD、うつ病、複雑性悲嘆において有病率が高く、QOLの低下があった。今後は、これらの精神疾患の発症・維持に関わる要因を分析することで、犯罪被害者遺族の精神健康の回復に寄与する支援プログラムを構築していくことが重要である。

謝辞

本報告書の研究データの一部は(財)社会安全研究財団研究助成による研究として行なわれたものである。本調査にご協力くださった被害者当時者団体、自助グループの方々、なによりも調査に快くご協力くださった犯罪被害者ご遺族の皆様にご協力いただき感謝申し上げます。また、調査の実施、分析に関わってくださった研究協力者の皆様に御礼申し上げます。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文

中島聡美, 小西聖子, 辰野文理, 白井明美. 犯罪被害者等の二次被害及び再被害の予防に関する研究. 季刊「社会安全」. (印刷中)

2. 学会発表

中島聡美, 白井明美, 真木佐知子, 小西聖子. 犯罪被害者の精神健康の回復に関わる要因の分析. 第7回日本トラウマティック・ストレス学会シンポジウム「犯罪被害者の精神健康とその回復」. 福岡. 2008. 4. 19.

H. 知的財産の出願・登録状況

なし

引用文献

1. Boudreaux E, Kilpatrick DG, Resnick HS, Best CL, Saunders BE. Criminal victimization, posttraumatic stress disorder, and comorbid psychopathology among a community sample of women. *J Trauma Stress*. Oct 1998;11(4):665-678.
2. Kilpatrick DG, Acierno R. Mental health needs of crime victims: epidemiology and outcomes. *J Trauma Stress*. Apr 2003;16(2):119-132.
3. 廣幡小百合, 小西聖子, 白川美也子, 浅川

- 千秋, 森田展彰, 中谷陽二. 性暴力被害者における外傷後ストレス障害—抑うつ、身体症状との関連で—. 精神神経学雑誌. 2002;104(6):529~550
4. 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.
 5. Saunders B-E, Kilpatrick D-G, Hanson R-F, Resnick H-S, Walker M-E. Prevalence, case characteristics, and long-term psychological correlates of child rape among women: A national survey. *Child Maltreatment: Journal of the American Professional Society on the Abuse of Children*. 1999;4(3):187-200.
 6. Amick-McMullan A, Kilpatrick DG, Resnick HS. Homicide as a risk factor for PTSD among surviving family members. *Behav Modif*. Oct 1991;15(4):545-559.
 7. Resnick HS, Kilpatrick DG, Dansky BS, Saunders BE, Best CL. Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *J Consult Clin Psychol*. Dec 1993;61(6):984-991.
 8. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry*. Jul 1998;55(7):626-632.
 9. Zisook S, Chentsova-Dutton Y, Shuchter SR. PTSD following bereavement. *Ann Clin Psychiatry*. Dec 1998;10(4):157-163.
 10. Kaltman S, Bonanno GA. Trauma and bereavement: examining the impact of sudden and violent deaths. *J Anxiety Disord*. 2003;17(2):131-147.
 11. Murphy SA, Johnson LC, Chung IJ, Beaton RD. The prevalence of PTSD following the violent death of a child and predictors of change 5 years later. *J Trauma Stress*. Feb 2003;16(1):17-25.
 12. 中井久夫, 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. 神戸: (財) 21 世紀ヒューマンケア機構こころのケア研究所; 2004.
 13. 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*. 2005;3(2):181-187.
 14. Murphy SA, Braun T, Tillery L, Cain KC, Johnson LC, Beaton RD. PTSD among bereaved parents following the violent deaths of their 12- to 28-year-old children: a longitudinal prospective analysis. *J Trauma Stress*. Apr 1999;12(2):273-291.
 15. Piper WE, Ogradniczuk JS, Azim HF, Weideman R. Prevalence of loss and complicated grief among psychiatric outpatients. *Psychiatric Services*. 2001;52(8):1069-1074.
 16. Cleiren M, Diekstra RF, Kerkhof AJ, van der Wal J. Mode of death and kinship in bereavement: focusing on "who" rather than "how". *Crisis*. 1994;15(1):22-36.
 17. Shanfield SB, Swain BJ. Death of adult children in traffic accidents. *J Nerv Ment Dis*. Sep 1984;172(9):533-538.
 18. Byrne GJ, Raphael B. A longitudinal study of bereavement phenomena in recently widowed elderly men. *Psychol Med*. May 1994;24(2):411-421.
 19. Middleton W, Burnett P, Raphael B, Martinek N. The bereavement response: a cluster analysis. *Br J Psychiatry*. 1996;169:167-171.

20. Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF, 3rd, et al. Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res.* Nov 29 1995;59(1-2):65-79.
21. Horowitz MJ, Siegel B, Holen A, Bonanno GA, Milbrath C, Stinson CH. Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *Am J Psychiatry.* Jul 1997;154(7):904-910.
22. Latham AE, Prigerson HG. Suicidality and bereavement: complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide Life Threat Behav.* Winter 2004;34(4):350-362.
23. Mitchell AM, Kim Y, Prigerson HG, Mortimer-Stephens M. Complicated grief in survivors of suicide. *Crisis.* 2004;25(1):12-18.
24. Shear KM, Jackson CT, Essock SM, Donahue SA, Felton CJ. Screening for complicated grief among Project Liberty service recipients 18 months after September 11, 2001. *Psychiatr Serv.* Sep 2006;57(9):1291-1297.
25. Pfefferbaum B, Vinekar SS, Trautman RP, et al. The effect of loss and trauma on substance use behavior in individuals seeking support services after the 1995 Oklahoma City bombing. *Ann Clin Psychiatry.* Jun 2002;14(2):89-95.
26. 中島聡美, 小西聖子. 犯罪被害者及びその家族における重度ストレス反応支援プログラムの構築に関する研究 2007.
27. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull.* Jan 2003;129(1):52-73.
28. Campbell R, Sefl T, Barnes HE, Ahrens CE, Wasco SM, Zaragoza-Diesfeld Y. Community services for rape survivors: enhancing psychological well-being or increasing trauma? *J Consult Clin Psychol.* Dec 1999;67(6):847-858.
29. Pynoos RS, Frederick C, Nader K, et al. Life threat and posttraumatic stress in school-age children. *Arch Gen Psychiatry.* Dec 1987;44(12):1057-1063.
30. Silverman GK, Johnson JG, Prigerson HG. Preliminary explorations of the effects of prior trauma and loss on risk for psychiatric disorders in recently widowed people. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2001;38(3-4):202-215.
31. Pynoos RS, Nader K, Frederick C, Gonda L, et al. Grief reactions in school age children following a sniper attack at school. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences.* 1987;24(1-2):53-63.
32. Rynearson EK. Bereavement after homicide. A comparison of treatment seekers and refusers. *Br J Psychiatry.* Apr 1995;166(4):507-510.
33. Stevens-Guille ME. Intersections of grief and trauma: family members' reactions to homicide. *Traumatology of grieving: conceptual, theoretical, and treatment foundations.* Philadelphia: Brunner/Mazel; 1999:53-69.
34. 犯罪被害者実態調査委員会. 犯罪被害者実態調査報告書. 東京: 警察庁; 2003.
35. Maercker A, Mehr A. What if Victims Read a Newspaper Report About Their Victimization? A Study on the Relationship to PTSD Symptoms in Crime Victims. *European Psychologist.* 2006;11(2):137-142.
36. 大和田攝子. 犯罪被害者遺族の心理と支援

- に関する研究. 東京: 風間書房; 2003.
37. Sprang G. PTSD in surviving family members of drunk driving episodes: victim and crime related factors. *Families in Society*. 1997;78(6):632-641.
 38. Dyregrov K, Nordanger D, Dyregrov A. Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents. *Death Stud*. Feb-Mar 2003;27(2):143-165.
 39. Silverman GK, Jacobs SC, Kasl SV, et al. Quality of life impairments associated with diagnostic criteria for traumatic grief. *Psychol Med*. Jul 2000;30(4):857-862.
 40. Sprang G, McNeil J. Post-homicide reactions: Grief, mourning and post-traumatic stress disorder following a drunk driving fatality. *Omega: Journal of Death and Dying*. 1998;37(1):41-58.
 41. Ott CH. The Impact Complicated Grief on Mental and Physical Health at Various Points in Life Bereavement Process. *Death Studies*. 2003;27:249~272
 42. 佐藤志保子. 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;27:1575-1586.
 43. 藤田悟郎. 交通事故遺族の心的反応. *上智大学臨床心理研究*. 2000;23:206-213.
 44. Hall M IM. Physiological indices of functioning in bereavement *Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care*, 1st ed. Washington: American Psychological Association; 2001:473-492.
 45. Yehuda R, Golier JA, Kaufman S. Circadian rhythm of salivary cortisol in Holocaust survivors with and without PTSD. *Am J Psychiatry*. May 2005;162(5):998-1000.
 46. Beck AT, Steer RA, Brown GK. 日本版 BDI-II 手引き. 東京: 日本文化科学社; 2003.
 47. Ware JE, Jr., Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. Jun 1992;30(6):473-483.
 48. Fukuhara S, Bito S, Green J, Hsiao A, Kurokawa K. Translation, adaptation, and validation of the SF-36 Health Survey for use in Japan. *J Clin Epidemiol*. Nov 1998;51(11):1037-1044.
 49. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003;18(2):76-82.
 50. Rotter J. Generalized expectations for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monograph*. 1966;80:1-28.
 51. 鎌原雅彦, 樋口一辰, 清水直治. Locus of Control に関する尺度の作成と、信頼性、妥当性の検討. *教育心理学研究*. 1982;30:302-307.
 52. Foa EB, Ehlers, A., Clark, D.M., Tokin, D.F. Orsillo, S.M. The posttraumatic cognitive inventory (PTCI) Development and validation. *Psychological Assessment*. 1999;11:303-314.
 53. 長江信和, 増田智美, 山田幸恵, 金築優, 根建金男, 金吉晴. 大学生を対象としたライフ・イベントの実態調査と日本語版外傷後認知尺度の開発. *行動療法研究*. 2004;30(2):113-124.
 54. Sarason IG, Sarason BR, Potter EH, 3rd, Antoni MH. Life events, social support, and illness. *Psychosom Med*. Mar-Apr 1985;47(2):156-163.
 55. Furukawa TA, Harai H, Hirai T, Kitamura

- T, Takahashi K. Social Support Questionnaire among psychiatric patients with various diagnoses and normal controls. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* Apr 1999;34(4):216-222.
56. Sheehan DV, Lecrubier Y. M. I. N. I. 精神疾患簡易構造面接法. 東京: 星和書店; 2003.
57. Otsubo T, Tanaka K, Koda R, et al. Reliability and validity of Japanese version of the Mini-International Neuropsychiatric Interview. *Psychiatry Clin Neurosci.* Oct 2005;59(5):517-526.
58. Blake DD WF, Nagy LM et al. The development of a clinician-administered PTSD scale. *J Trauma Stress.* 1995;8:75-90.
59. 飛鳥井望, 廣幡小百合, 加藤寛, 小西聖子. CAPS (PTSD 臨床診断面接尺度) 日本語版の尺度特性. *トラウマティック・ストレス.* 2003;1(1):47-53.
60. Young EA, Breslau N. Cortisol and Catecholamines in Posttraumatic Stress Disorder: An Epidemiologic Community Study. *Arch Gen Psychiatry.* April 1, 2004 2004;61(4):394-401.
61. Akizuki N YS, Akechi T. Development of an Impact Thermometer for use in combination with the Distress Thermometer as a brief screening tool for adjustment disorders and/or major depression in cancer patients. *J Pain Symptom Manage.* 2004.
62. Thompson MP, Norris FH, Ruback RB. Comparative distress levels of inner-city family members of homicide victims. *J Trauma Stress.* Apr 1998;11(2):223-242.
63. Vargas LA, Loya F, Hodde-Vargas J. Exploring the multidimensional aspects of grief reactions. *Am J Psychiatry.* Nov 1989;146(11):1484-1488.
64. 立森久照, 長沼洋一, 小山智典, 小山明日香, 川上憲人. こころの健康に関する地域疫学調査の成果の活用に関する研究: こころの健康に関する疫学調査の主要成果 2007.
65. Roy A, Gallucci W, Avgerinos P, Linnoila M, Gold P. The CRH stimulation test in bereaved subjects with and without accompanying depression. *Psychiatry Res.* Aug 1988;25(2):145-156.
66. Yehuda R, Southwick SM, Nussbaum G, Wahby V, Giller EL, Jr., Mason JW. Low urinary cortisol excretion in patients with posttraumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis.* Jun 1990;178(6):366-369.
67. Yehuda R, Kahana B, Binder-Brynes K, Southwick SM, Mason JW, Giller EL. Low urinary cortisol excretion in Holocaust survivors with posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry.* Jul 1995;152(7):982-986.
68. Goenjian AK, Yehuda R, Pynoos RS, et al. Basal cortisol, dexamethasone suppression of cortisol, and MHPG in adolescents after the 1988 earthquake in Armenia. *Am J Psychiatry.* Jul 1996;153(7):929-934.
69. Pfeffer CR, Altemus M, Heo M, Jiang H. Salivary cortisol and psychopathology in children bereaved by the september 11, 2001 terror attacks. *Biol Psychiatry.* Apr 15 2007;61(8):957-965.

図表

表1 対象者の属性

		(n=73)	
		n	%
性別	男性	25	34.2
	女性	48	65.8
婚姻状態	既婚者割合	58	79.5
		M(SD)	min-max
年齢		50.7(14.0)	18-78
同居家族数		3.3(1.6)	1-8
教育歴		13.5(2.6)	8-21
		n	%
就労状態	常勤	25	34.2
	非常勤	16	21.9
	自営業	6	8.2
	専業主婦	9	12.3
	無職	17	23.3
当事者団体の会員		66	90.4
罪種	殺人・傷害等致死	48	65.8
	交通業過・危険運転致死	22	30.1
	交通以外の業過致死	2	2.7
	その他	1	1.4
		n	%
死別経過年数	1年以上5年未満	19	26.0
	5年以上10年未満	32	43.8
	10年以上15年未満	14	19.2
	15年以上	8	11.0
故人との関係 (複数回答)	配偶者	8	10.4
	親	11	14.3
	子	47	61.0
	きょうだい その他	7 4	9.1 5.2
故人の性別 (複数回答)	男性	53	68.8
	女性	24	31.2
		M(SD)	min-max
故人の死亡時年齢		27.5(18.2)	2-71

表2 被害の概要

		(n=73)	
		n	%
自身のけが		4	5.5
事件の知らせ	現場にいた	5	6.8
	警察	14	19.2
	他の家族	24	32.9
	報道	1	1.4
	職場・学校関係者から	15	20.6
	病院等から	5	6.9
	発見者から	3	4.1
知人・友人から		4	5.5
	その他	2	2.7
看取りの有無		27	37.0
看取りの時間 ¹⁾	1日以下	12	44.4
	2~7日	2	7.4
	8日以上	7	25.9
	不明	6	22.2
		n	%
悲惨な光景の目撃	有	34	51.8
内容 (複数回答)	現場の目撃	14	16.9
	損傷のひどい被害者の目撃	21	25.3
	検視	6	7.2
	その他悲惨な光景の目撃	2	2.4
急性期の気持ち	感覚が麻痺したようだった	33	45.2
	現実のような感じがしなかった	44	60.3
	悲しみやつらさに圧倒された	6	8.2
	怒りや悲しみなど様々な感情がわいた	12	16.4
	その時の記憶がない	22	30.1

1)n=27, 看取りのあったもの

表3 加害者の特性・司法との関係

		n=73	
		n	%
加害者の数	1人	52	71.2
	2人以上	17	23.3
	不明	4	5.5
被害者と加害者の関係	見知らぬ人	41	56.2
	家族・親族	2	2.7
	知人	24	32.9
	加害者不明	4	5.5
	その他	2	2.7
加害者の特性	少年	13	17.8
	精神障害者	9	12.3
	薬物・アルコール状態依存	7	9.6
加害者の逮捕		66	90.4
起訴 ¹⁾	起訴	63	95.5
	不起訴	3	4.5
刑事裁判 ²⁾	裁判終了	58	92.1
	現在公判中	5	7.9
		M(SD)	min-max
刑事裁判の期間 ³⁾		12.7(18.0)	0-76
		n	%
刑事裁判での証人経験 ²⁾		15	23.8
意見陳述経験 ²⁾		34	54.0
公判傍聴 ²⁾		50	79.4
公判結果への満足度 ²⁾	あまり納得していない・納得していない	51	81.0
民事裁判を実施したもの		37	50.6
		n	%
民事裁判結果への満足度 ⁴⁾	あまり納得していない・納得していない	20	48.6
加害者の状況	死亡	5	6.9
	服役中	25	34.3
	拘留中	5	6.9
	保護観察中	0	0.0
	刑期終了	31	42.5
	その他・不明	7	9.6

1) n=66 加害者が逮捕されたもの

2) n=63 加害者が基礎されたもの

3) n=47 刑事裁判が終了し、かつ公判期間が明確であったもの

4) n=37 民事を行ったもの

表4 加害者の謝罪・損害賠償・補償

		n	%
加害者等からの謝罪 ¹⁾ (複数回答)	加害者	40	58.0
	加害者家族	28	40.6
	どちらからも謝罪はない	26	37.7
損害賠償 ¹⁾	全額支払い	20	29.0
	少しは支払いがあった	27	39.1
	全くない	19	27.5
	その他	3	4.3
被害後の補償の有無 ²⁾	有	58	79.5
	補償の内容 ³⁾ (複数回答)		
	犯罪被害者等給付金	21	28.8
	生命保険	39	53.4
	遺族年金	5	6.8
補償の十分さ ³⁾	全く十分ではない	15	25.9
	あまり十分ではない	12	20.7
	ある程度十分である	13	22.4
	十分である	12	20.7
	不明	6	10.3

1) n=69 加害者が判明しているもの

2) n=73

3) n=58 民事を行ったもの

表5 事件後の生活の変化

		n	%
就労状況の変化有		42	57.5
就労状況の変化の内容 ¹⁾ (複数回答)	休職・休学	13	31.0
	退職・退学	17	40.5
	転職・転校	8	19.0
	その他	11	26.2
住環境の変化有		23	31.5
住環境の変化内容 ²⁾	転居	19	82.6
	その他	4	17.4
家族の関係の変化有		58	79.5
家族の関係の変化内容 ³⁾ (複数回答)	親密	14	24.1
	疎遠	16	27.6
	病気	19	32.8
	離婚	3	5.2
	その他	14	24.1
周囲との人間関係変化有		46	63.0
周囲との人間関係変化内容 ⁴⁾ (複数回答)	疎遠	39	84.8
	親密	10	21.7
	その他	1	2.2
経済面での変化有		31	42.5
経済面での変化内容 ⁵⁾	苦しくなった	13	41.9
	苦しくはならなかった	16	51.6
	その他(不明)	2	6.5
楽しみごとの変化有		54	74.0
飲酒量の変化有		25	34.2
飲酒量の変化内容 ⁶⁾	増加	12	48.0
	減少	13	52.0
喫煙量の変化有		13	17.8
喫煙量の変化内容 ⁷⁾	増加	12	57.1
	減少	1	4.8

1) n=42 就労変化のあったもの 2) n=23 住環境変化のあったもの

3) n=58 家族関係の変化のあったもの 4) n=46 人間関係の変化のあったもの

5) n=31 経済面の変化のあったもの 6) n=25 飲酒量変化のあったもの

7) n=13 家族関係の変化のあったもの

表6 身体健康と医療機関の受療

		n=73	
		n	%
事件後の身体的不調有		59	80.8
事件後の通院・入院の有無 ¹⁾	治療に必要な期間通院した	38	64.4
	1回のみ・中断	5	8.5
	無	16	27.1
未受診の理由 ²⁾ (複数回答あり)		12	35.6
	通院するほどではないと思った	5	41.7
	自分で何とかできると思った	1	8.3
	その他	8	66.7
現在の健康上の問題有		54	74.0
現在の医療機関の通院・入院 ³⁾		38	70.4
事件以前の身体疾患有		28	38.4
事件による身体疾患の悪化 ⁴⁾	悪化	10	35.7
	不変	17	60.7
	不明	1	3.6

1) n=59 身体不調有のもの

2) n=12 未受診者16名のうち回答のあった12名

3) n=54 現在健康上の問題のあるもの

4) n=28 事件以前に身体疾患のあったもの

表7 精神健康状態と医療機関の受診

		n	%
事件後の精神的不調有		67	91.8
事件後の通院・入院・相談 ¹⁾	有	45	67.2
	無	22	32.8
相談機関の種類 ²⁾ (複数回答)	精神科入院	1	2.2
	精神科通院	25	55.6
	心療内科入院	0	0.0
	心療内科通院	11	24.4
	心理療法機関に相談	4	8.9
	内科等身体科に相談	7	15.6
	その他の機関	21	46.7
相談理由 ²⁾ (複数回答)	症状のため苦しかったから	15	33.3
	家族や友人にすすめられたから	8	17.8
	警察や弁護士、支援員などからすすめられたから	4	8.9
	他の家族が心配だったから	1	2.2
	その他	20	44.4
病状の改善 ²⁾	悪化	1	2.2
	不変	17	37.8
	改善	25	55.6
	不明	2	4.4
未受診理由 ³⁾ (複数回答)	相談するほどではないと思った	8	36.4
	自分で何とかできると思った	4	18.2
	どこに行ったらいいかわからなかった	1	4.5
	その他	12	54.5
現在の精神的不調有 対処 ⁴⁾		47	64.4
		28	59.6
		2	4.3
		7	14.9
		3	6.4
		4	8.5
		3	6.4
事件以前の精神疾患の有		8	11.0
事件による変化 ⁵⁾	悪化	5	62.5
	不変	2	25.0
	不明	1	12.5

1) n=67 精神的不調のあったもの

2) n=45 相談、通院、入院を行ったもの

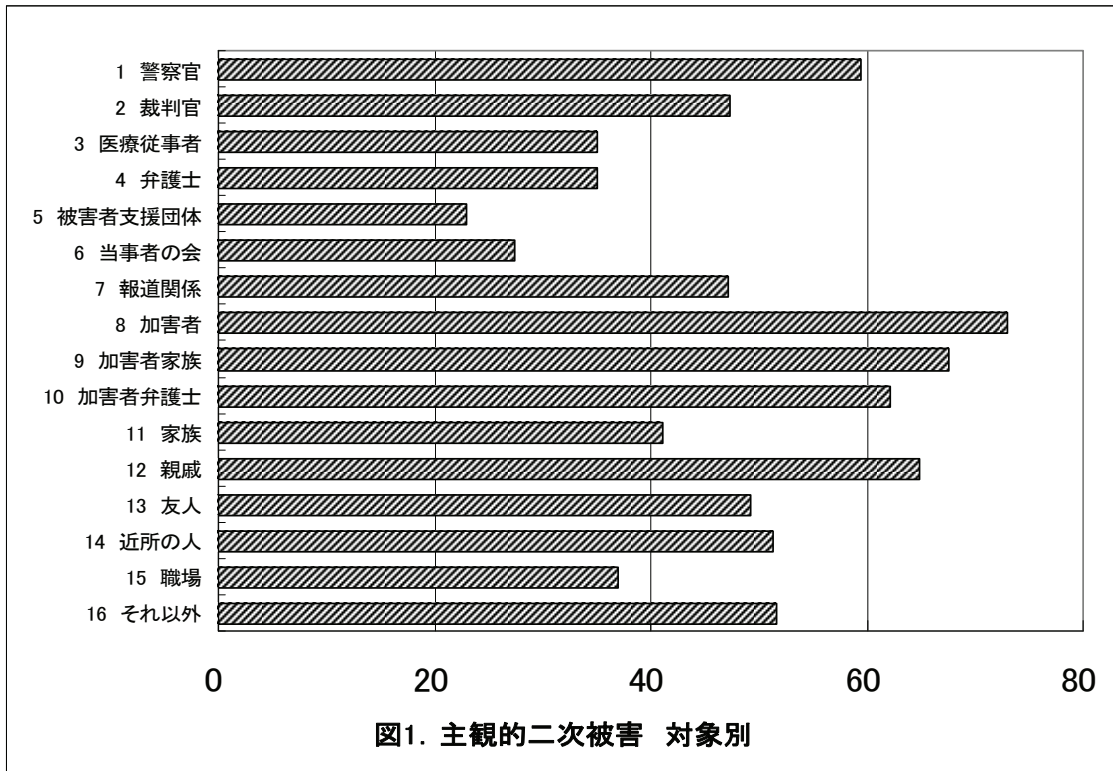
3) n=22 精神的不調があったのに相談、入院、通院を行わなかったもの

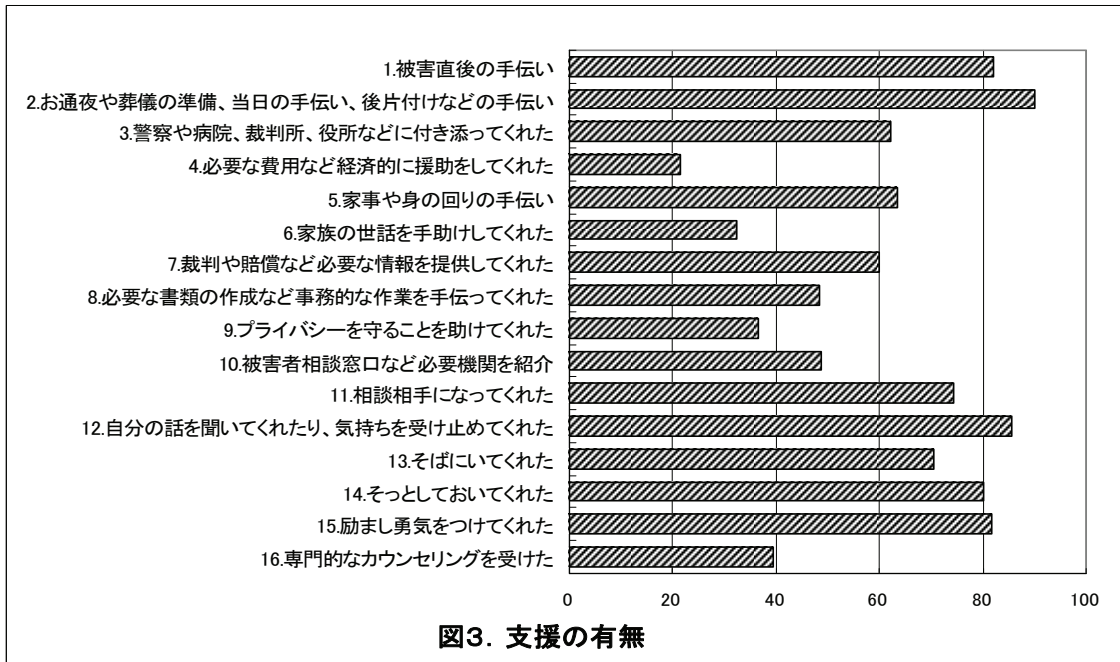
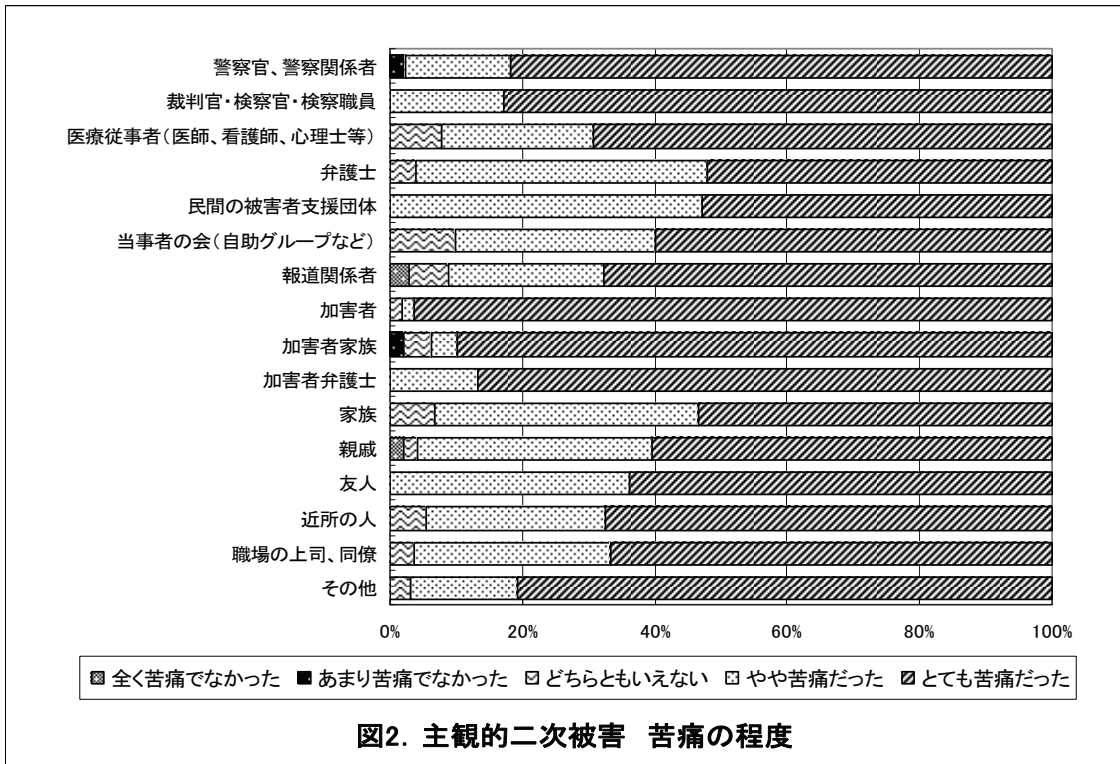
4) n=47 現在精神的不調があるもの

5) n=8 事件以前に精神疾患のあったもの

表8 PTSD、うつ病、複雑性悲嘆

疾患		調査時点		生涯	
		人	%	人	%
PTSD	PTSD	13	17.8	37	50.7
	部分 PTSD	10	13.7	16	21.9
うつ病	大うつ病	9	12.3	47	64.4
	小うつ病	8	11.0	4	5.5
複雑性悲嘆		16	21.9		
3疾患の合併		5	6.8		
2疾患の合併	PTSD+うつ病	5	6.8		
	PTSD+複雑性悲嘆	7	9.6		
	うつ病+複雑性悲嘆	2	2.7		
1疾患	PTSDのみ	6	8.2		
	うつ病のみ	5	6.8		
	複雑性悲嘆のみ	2	2.7		





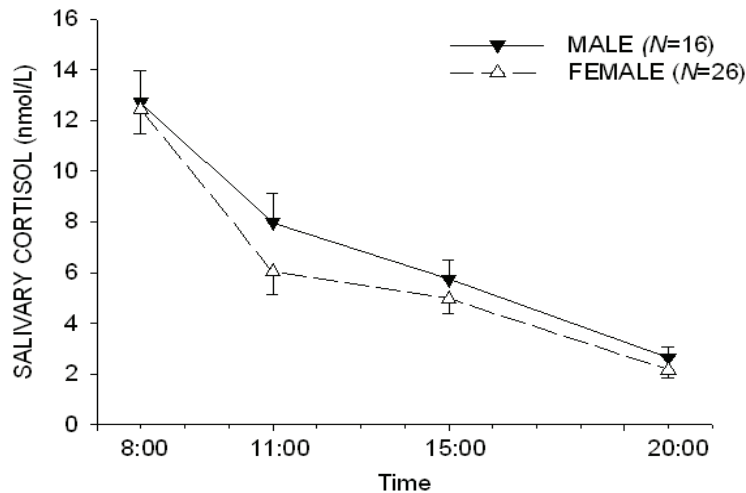
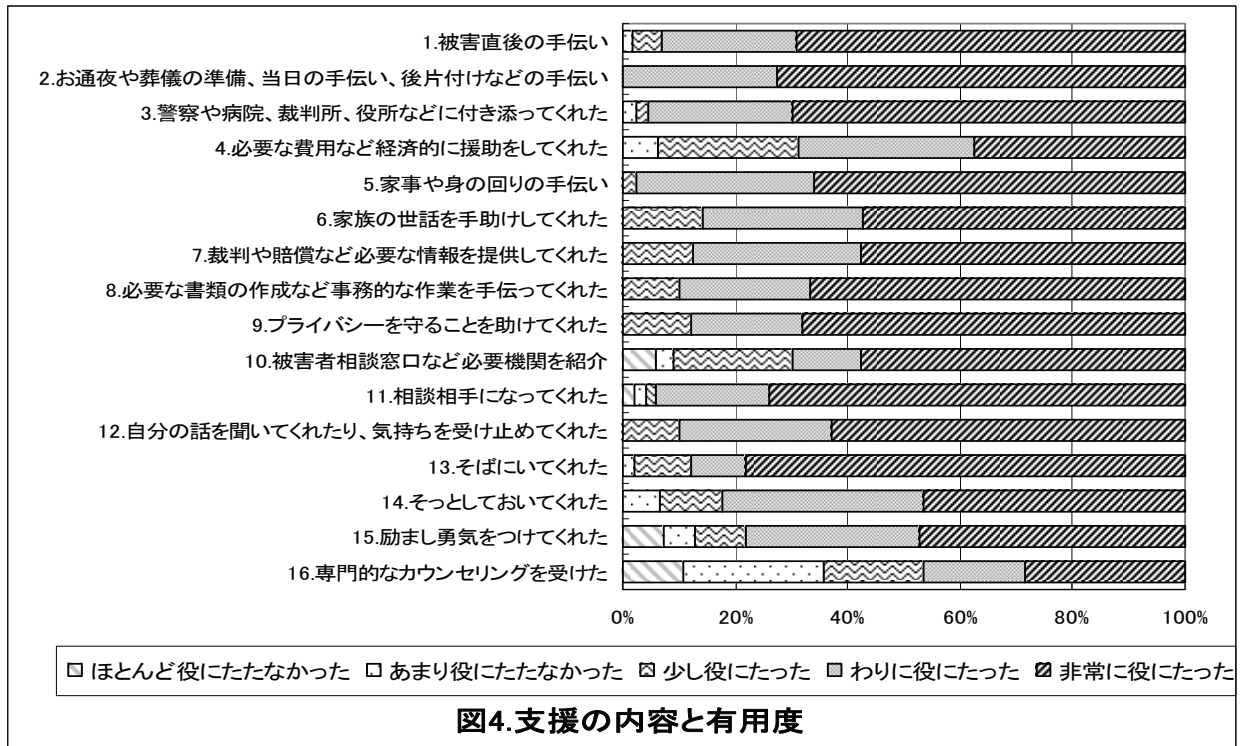


図6 唾液中コルチゾール の日内変動 (男女別)

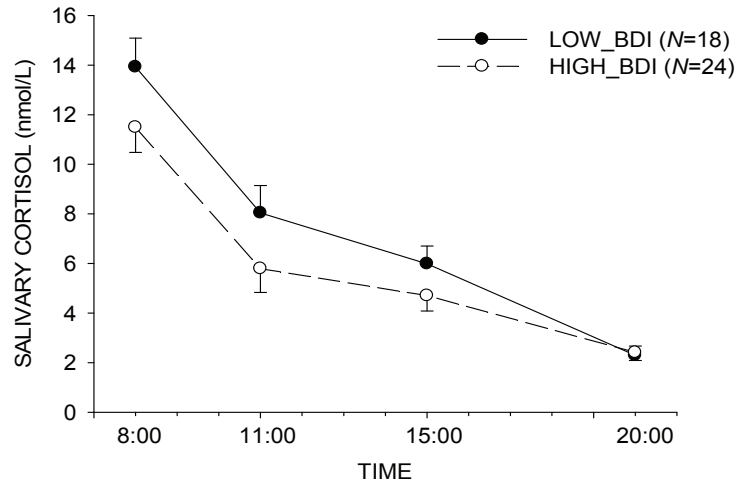


図7 唾液中コルチゾールの日内変動 (BDI)

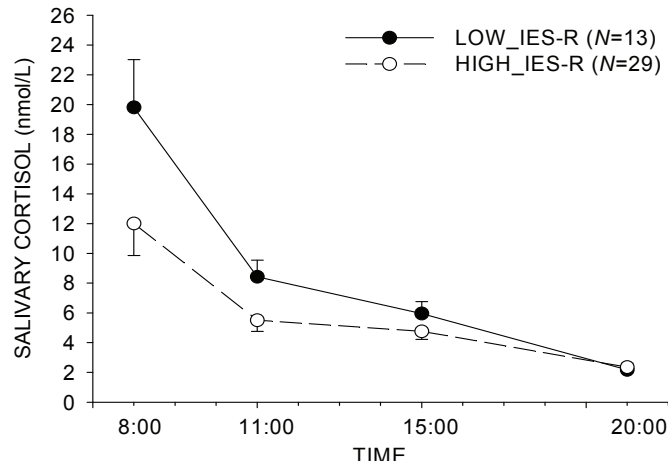


図8 唾液中コルチゾールの日内変動 (IES-R)

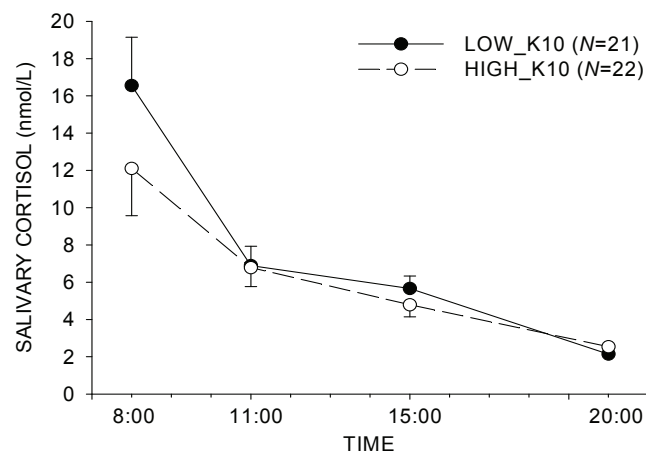


図9 唾液中コルチゾールの日内変動 (K10)

平成 19 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）

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：民間被害者支援団体と精神科医療機関との連携に関する研究

分担研究者	中島聡美	国立精神・神経センター精神保健研究所
研究協力者	元木恭志郎	武蔵野大学大学院 人間社会・文化研究科
	井上麻衣子	武蔵野大学大学院 人間社会・文化研究科
	橋爪きょう子	とよさと病院
	小西聖子	武蔵野大学 人間関係学部

研究主旨：

全国被害者支援ネットワークに所属する民間被害者支援団体を対象に精神科医療機関との連携に関する自記式質問票と聞き取りによる調査（平成 19 年 11 月～平成 20 年 1 月）を行った。平成 18 年度に相談業務を行っていた全 41 機関から回答を得た（回収率 100%）。その結果、平成 18 年度におけるこれらの被害者支援団体から精神科医療機関への紹介は、平均 4.29 件、全相談件数に対する割合は 1.0%と、紹介が必要と考えられた相談件数に比して少ない傾向があった。紹介した事例では性暴力被害や、傷害・暴行などの被害者が多くなっていた。紹介先医療機関は平均 2.44 件であり、民間の診療所が最も多く、約半数は心療内科を標榜していた。これらの特徴は何らかの連携を行っていた医療機関と一致しており、連携している医療機関への紹介が多いことが考えられた。紹介上の問題として、児童精神科の少なさ、犯罪被害者の理解のある医師の少なさ、PTSD に詳しい医師の少なさ、女性医師の少なさがあげられており、特に犯罪被害者への理解ある医師、PTSD に詳しい医師、女性医師は、被害者の紹介先として望ましい条件と一致していた。これらの結果を踏まえて、現在の民間被害者支援団体と精神科医療機関の連携の問題と今後のあり方について検討を行った。

1. 背景と目的

犯罪被害者における精神疾患の有病率が高いことは多くの研究(1-4)が報告しており、精神医療の必要性が高いことが推測される。しかし、このような精神的問題を抱えた犯罪被害者が必ずしも精神医療に結びついてはいないのではないか(5-7)という報告もなされており、被害者の精神的回復のためには、治療を必要とする被害者に有効にメンタルヘルスサービスを提供していくかが課題である。

どのような要因が、被害者をメンタルヘルスサービスにつなげているかについて、Norrisら(5)は、暴力犯罪の被害者において、早期のメンタルヘルスサービスの利用に関連していた因子として、都会在住、ソーシャルサポートの多さ、内的統制力の高さ、過去の被害体験を挙げているが、特にソーシャルサポートでは、家族や友人などからの直接的助言が関連していたと述べている。また、Koenenら(8)は、PTSD患者では他の不安障害の患者に比べて、「他人がどう思うかが心配」であることや「どこへ行ったらいいかわからない」と回答した割合が有意に多いことを述べている。これらのことは、周囲からの助言や、安心して利用できる医療機関の情報の提供などが被害者の精神科医療機関の利用しやすさの上で重要な要因であることを示唆している。

平成17年度、18年度に我々が行った調査でも、精神保健福祉センターや一般の精神科医療機関に勤務する精神科医師において、警察や民間犯罪被害者支援団体、配偶者間暴力相談支援センターなどの被害者関連機関との連携が被害者の治療数に関連があることを示しており、被害者を精神科医療に結びつける上では、他の被害者関連機関との連携を検討することが必要と考えられた。

そこで、今回、犯罪被害者支援の中核である民間被害者支援団体を対象に、①精神科医療機関への紹介状況、②精神科医療機関との連携、③精神科医療機関との連携や紹介に関する問題を明らかにするために調査を行った。

2. 対象と方法

2-1. 対象

全国犯罪被害者支援ネットワークに加盟している、民間犯罪被害者支援センター46機関のうち、平成18年度に活動実績のあった41機関を対象にした。

2-2. 調査方法

平成20年7月～8月にかけて、3箇所の民間被害者支援団体と全国被害者支援ネットワークに、民間被害者支援団体と精神科医療機関の連携に関する聞き取り調査を実施した。その結果をもとに、自記式の調査票を作成し、平成19年11月～平成20年1月に調査票を郵送にて送付、回収を行った。41機関より返信が得られた（回収率100%）。調査票の内容についてより詳しい情報を求めるために、連絡の許可の得られた機関に対しては、その後電話による聞き取りを行った。

2-3. 調査項目

調査票の内容は以下である。

- (1) 平成18年度の各団体の相談業務概要（1週間の平均相談業務時間、相談業務の種類、全体の相談件数および性別、被害種別相談件数）
- (2) センターの相談体制（総相談員数、勤務日数別人数、医療・保健・福祉関連の資格を持つ相談員数およびスーパーヴァイザー数）

- (3) こころの問題に関する相談の割合と対応（5項目、5件法、「まったく行わない」「あまり行わない」「時々行う」「かなり行う」「いつも行う」）
- (4) 平成18年度の精神科医療機関への紹介（受診が必要と思われる相談の割合、紹介件数、被害種別の紹介件数、紹介先精神科医療機関数と特性、うち、心療内科を標榜している医療機関数）
- (5) 精神科医療機関への紹介の判断について（4項目、5件法、「まったく行わない」「あまり行わない」「時々行う」「かなり行う」「いつも行う」）
- (6) 精神科医療機関の紹介する際重要視している内容（10項目、5件法「まったく重要ではない」「どちらかというと重要ではない」「どちらともいえない」「どちらかというと重要である」「非常に重要である」）
- (7) 紹介先精神科医療機関を探す際に参考にしている情報（9項目、5件法「参考にしない」「あまり参考にしない」「ときどき参考にする」「よく参考にする」「いつも参考にする」）
- (8) 医療機関の紹介方法（8項目、5件法「まったく行わない」「あまり行わない」「時々行う」「かなり行う」「いつも行う」）
- (9) 精神科医療機関を紹介する際の問題（10項目、5件法「全くそうではない」「あまりそうではない」「どちらともいえない」「かなりそうである」「全くそうである」）
- (10) 精神科医療機関との連携（精神科医療機関とセンターの間で行われている取り組み、連携を行っている精神科医療機

関数とその特性、うち、心療内科を標榜している医療機関数）

- (11) 紹介先の精神科医療機関として望ましい条件（10項目、5件法「まったく重要ではない」「あまり重要ではない」「どちらともいえない」「かなり重要である」「非常に重要である」）
- (12) 性犯罪被害の相談への対応（性犯罪被害者を精神科医療機関へ紹介する際に重要だと思われることについて、10項目の中から上位3項目を選択、センターでの取り組み）

2-4. 倫理的配慮

本調査の実施にあたり、全国被害者支援ネットワークの承認を得て、団体の送付先の情報を得た。調査票に、調査の目的と共に、調査票は無記名で行い、個々のセンターを公にすることはなく、また情報は厳重に保管されることを明記した。また、調査票の返送をもって研究への同意とみなすことを併記した。

2-5. 分析方法

各項目について、記述的分析を行った。相談件数と紹介件数の関係については相関係数を求めた。分析は、両側検定とし、有意水準を $p=0.05$ とした。統計解析には、SPSS for Windows ver. 14.0 を用いた。

3. 結果

3-1. 対象機関の属性

今回対象とした民間被害者支援団体（ $N=41$ ）の平成18年度における平均相談受付時間は、24.78時間±11.94（以下標準偏差を±で表示）であり、最も多い業務時間は、週25-32時間（18機関、43.9%）であった（図1）。おそらく、

週 3～4 日開設している機関が多いものと考えられる。

平均相談員数は 24.5 ± 14.82 人であり、勤務日数ごとの相談員数の割合を見ると、週 1 日未満の相談員が 70.1%と最も多く、実際にセンターの中心となって活動していると思われる週 4 日以上勤務している相談員は、9.5%にとどまっております。人数も平均約 2 人であった。(図 2、表 1) また、有資格の相談員では、臨床心理士(平均 1.56 ± 2.05 人)、看護職(平均 1.20 ± 1.47 人)が多く、組織外のスーパーヴァイザーでは、臨床心理士(平均 2.32 ± 1.92 人)、精神科医(平均 1.12 ± 1.40 人)が多かった(表 2)。

3-2. 平成 18 年度の相談概要

電話相談は、すべての機関が行っており、面接も約 9 割の機関が実施していた。メンタルヘルス専門家による相談では、臨床心理士による相談を行っている機関が 73.2%あり、精神科医によるものは、34.1%であった(表 3)。

平成 18 年度の相談件数の平均は、 417.9 ± 474.2 件(47 件～2742 件)であり、年間 100 件に満たない機関から 1000 件を超えるものまでかなりばらつきがあった。相談方法では電話によるものが最も多く(平均 328.0 件)、面接相談は平均 44.1 件と電話の約 7 分の 1 であった(表 4)。

相談者の性別は、女性からの平均相談件数は 246.9 件、男性からの平均相談件数が 119.7 件であり、女性からの相談件数は男性からの相談件数の約 2 倍であった。また、被害種別では、性被害、消費者・財産的被害、交通被害、暴行・強盗・傷害による相談が多く、児童虐待、ストーカーによる相談は少なかった(表 4)。

また、平成 18 年度の全相談のうち心の問題に関する相談の割合が 40%以上と答えた民間

被害者支援団体が 48.7%あり、こころの相談の割合がかなり高いことが示された。また、このような心の問題の相談に対してよく行われる対応としては、非専門家の相談員が対応することが多いと回答した機関が最も多く、専門職の相談員が対応することが多いと回答したところは 21.9%であった。また、臨床心理士や精神科医療機関への紹介を、「いつも・よく行う」機関は少なかったが、約 50%の機関は、「時々行う」と回答していた(図 3、図 4)。

3-3. 精神科医療機関への紹介

平成 18 年度の相談のうち、精神科医療機関の紹介が必要だと感じた相談の割合を図 5 に示した。21%～40%と回答した民間支援団体が 76.9%と最も多かった。

実際に精神科医療機関を紹介した事例は、合計 176 件、平均 4.29 ± 5.96 件(0～23 件)であり、全相談数(17,136 件)に占める割合は、1.0%であった。精神科への紹介件数と相談件数との間には有意な相関($r=.492, p=.001$)があった。紹介件数は、年間 1～5 件の機関が 39.0%と最も多く、0 件のところも 34.1%あり、多くの機関が数件にとどまっていることが示された(図 6)。

紹介した相談の被害種別でみると、性被害(平均 2.81 件)、暴行・強盗・傷害(平均 1.19 件)が多くなっていた。性被害や暴行・強盗・傷害に並んで相談件数の多かった殺人の平均紹介件数は 0.46 であり、消費者/財産的被害の紹介件数はなかった。被害の内容によって紹介件数に差が見られた(表 5)。

紹介先の精神科医療機関数は 2.44 ± 1.67 機関であり、最も多いところで 7 機関であった。52.9%の機関は 2 機関以下であり、比較的限られた医療機関に紹介していることがわかった

(図7)。また紹介先医療機関の種類では、民間の精神科診療所(42.4%)が最も多く、次いで民間の精神病院(19.7%)、精神保健福祉センター(21.2%)が多かった。一方、大学付属病院(3.0%)や、国公立精神病院は少なかった(図8)。これらのうち、そのうち心療内科を標榜していた医療機関数は47%と約半数であった。

精神科医療機関を相談者に紹介する際に重要な項目として、「非常に重要」「どちらかという重要」と回答した割合が70%を超えたものは、「PTSDに詳しい医師がいる」、「女性の医師がいる」、「カウンセリングを行っている」、「相談者が通いやすい場所にある」の項目であった(図9)。また、紹介先医療機関を探す場合に参考にした情報では、「いつも参考にする」「よく参考にする」と回答した割合が30%を超えたものは、「職員の個人的な人脈からの情報」、「精神保健福祉センターや保健所からの情報」、「警察からの情報」の項目であった(図10)。

精神科医療機関を紹介する際に行うことで、「いつも行う」、「かなり行う」との回答割合が40%を超えたものは「事前に紹介先の病院や医師へ連絡を行う」、「面接相談を行ってから病院を紹介する」、「受診の有無など相談者へのフォローを行っている」であった。また、逆に「紹介する病院の連絡先のみを教える」、「紹介する病院のパンフレットなどを相談者に渡す」、「病院につきそう」では、「全く行わない」、「あまり行わない」との回答した割合が40%以上であり、あまり行われていないことが示された(図11)。

3-4. 精神科医療機関を相談者に紹介する上で の問題点

実際に医療機関を紹介する際に問題と感じる項目で多かったのは(「全くそうである」「かなりそうである」との回答の割合が50%以上)は、「児童の精神科が少ない」、「PTSDについて詳しい医師が少ない」、「女性の医師が少ない」、「犯罪被害者に理解のある医師が少ない」、「精神科医療機関についての情報が少ない」、「相談者が病気であるという認識に乏しい」であった(図12)。

3-5. 精神科医療機関との連携

精神科医療機関とどのような取り組みを行っているかを表6に示した。多く行われていた取組としては、直接協力を依頼する(「精神科医療機関に協力依頼の実施(65.9%)」「精神科医療関係者へスーパーヴァイズの依頼(56.1%)」)他、精神科専門知識の向上のための研修の実施(「精神科医療関係者にセンター職員向けの研修の依頼(65.9%)」、「相談員に精神化医療一般についての研修を実施(73.2%)」、民間支援団体の存在を知らせる(「精神科医療機関への民間被害者支援団体のパンフレットの送付(63.4%)」)ことなどであったが、会合やケースカンファレンスなどの双方向の取組は少なかった(表6)。

連携を行っている精神科医療機関の数は平均 3.32 ± 7.75 機関であり、紹介先医療機関数より多かった。また、75.4%の民間団体はなんらかの連携を行っている精神科医療機関を有していた。連携先の医療機関の種類としては、民間の単科精神科(平均 1.63 ± 7.61 機関)が最も多く、この結果は紹介先精神科医療機関の種類とほぼ一致していた(図13)。

3-6. 紹介先精神科医療機関として望ましい条件

紹介先精神科医療機関として望ましい条件として、「非常に重要である」、「かなり重要である」と回答した割合が9割を超える項目は、「犯罪被害者を理解している医師」、「患者の話を十分に聞く医師」、「PTSDについて詳しい医師」など被害者および被害者によく見られる精神疾患（PTSD）の理解がある医師の存在であった。また、「非常に重要である」、「かなり重要である」と回答した割合が7割を超える項目は、「女性の医師がいる」、「カウンセリングを行っている」、「被害者相談用の窓口や担当者がある」であった。一方、紹介先として多かった「心療内科の標榜」を重要視していた機関は、約40%にすぎなかった。また、「国公立の機関である」を重要視していた機関は1割に満たなかった（図14）。

3-7. 性犯罪被害の相談

性犯罪被害者を精神科医療機関へ紹介する際重視すると回答した割合が高かった項目は、「性犯罪被害者に理解のある医師がいる」（80.5%）、「PTSDに詳しい医師」（43.9%）、「患者の話を十分に聞く医師」（43.9%）、「カウンセリングをしてくれる」（34.1%）であった。これはその他の犯罪被害者に対する希望と同様の結果であった。一方、「相談者の自宅から近い」（0%）、「心療内科を標榜している」（4.9%）などの項目は、ここでは最優先事項ではなかった（表7）。

各センターでの性犯罪被害者に対する取り組みにおいては、「センター内で研修を実施する」が80%以上のセンターで、「女性スタッフが相談を担当する」が90%以上の民間被害者支援団体で行われていた。一方、性犯罪被害者専用のパンフレットを用意しているセンターは、全体の5%未満であった。

4. 考察

本研究は、民間被害者支援団体から精神科医療機関への事例の紹介や連携の実態とその問題点を明らかにした本邦ではじめての研究である。

民間被害者支援団体には様々な団体が存在するが、今回は犯罪被害者を広く対象としており、全国に共通の目的を持って支援活動を行っている全国被害者支援ネットワークに所属している民間被害者支援団体を対象とした。回収率は100%であったことから、実態をよく反映した結果となっていると思われる。

4-1. 民間被害者支援団体の相談体制

今回対象となった民間被害者支援団体は、相談業務時間や相談員の数もかなりばらつきがあった。相談員の中でも、いわゆる常勤と考えられる週4日以上勤務者は少なく、相談活動全体をよく把握して、他機関と連携を行える相談員はあまり多くはないのではないかと考えられる。また、心理専門職による相談は73%と多いものの、精神科医による相談を行っている機関は34%であり、医療の助言を受けることができる機関は全体の3分の1であった。

相談方法では、特に面接相談の実施が、紹介に関連していると思われる。精神科医療機関の紹介の際に、「面接相談を行ってから病院を紹介する」ことを「かなりいつも」行うと回答した機関が48.1%と半数近く、聞き取りでは、「面接した事例しか紹介しない」と回答した機関もあった。面接相談で相手の状況やニーズを把握した上でなければ紹介しないという慎重な手続きを踏んでいることが伺われた。しかし、面接相談は全相談の約10%にすぎないことから、相談全体の中で紹介に至る事例は必然的に少なくなると考えられる。

4-2. 精神科医療機関への紹介の実態

平成 18 年度の 1 年間に精神科医療機関に紹介を行った事例数は、平均 4.29±5.96 件、多いところでも 23 件であり、全相談の約 1%と少ない割合にとどまっていた。一方、相談者が精神科医療機関への紹介が必要であると認知した相談の割合は、20%以上ある回答した機関がほとんど（97.4%）であった。平成 18 年度におけるすべての団体の相談件数の合計は 17,136 件であったことから、その 20%、約 3400 件は紹介の必要性があったと考えられるが、実際の紹介は 176 件と、これに比してかなり少なかったと言える。

実際にどのような事例が紹介されていたかということを見ると、性被害や暴行・強盗・傷害など PTSD 等精神疾患のハイリスクと思われる被害者の紹介が多かった。消費者・財産的被害では、相談件数に占める割合は 14%と多いが、精神疾患のリスクは低いものであり、紹介が行われた事例はなかった。このことは、精神症状の深刻さが紹介の一つの要因となっていることを示していると思われる。

4-3. 紹介先の医療機関の特徴

紹介先の医療機関は、平均で 2 機関であり、民間の精神科診療所が最も多かった。この特徴は、連携医療機関と一致していることから、紹介は日頃なんらかの連携を行っている機関に対して行われている可能性が高い。全体としては、病院よりは診療所に紹介することが多いが、これは精神科医療機関の分布を反映しているかもしれない。しかし、特に診療内科を標榜している機関が約半数であったことから、被害者の通いやすい機関が選ばれていることも考えられる。精神保健センターは比較的紹介先としては多い

ものであったが、国公立の精神科医療機関は少なく、国公立という理由で選ばれているということはないようであった。

実際、紹介先医療機関として重要視している項目は、機関の特徴より、「PTSD に詳しい」、「女性」、「被害者に理解ある」、「相談員が知っている」など個別の医師の特性を反映したものが多かった。機関の特性としては、「カウンセリングを行っている」、「相談者が通いやすい」などやはり話しをよく聞いてくれるかどうかが重要視されていた。現在存在している犯罪被害者支援連絡協議会の所属についてはあまり重要視されておらず、今後協議会のあり方について検討が必要かもしれない。

4-4. 精神科医療機関との連携

民間被害者支援団体と精神科医療機関が日ごろ行っている取り組みでは、相談員に精神医療一般についての研修を実施し、その講師を精神科医療機関に依頼するというものが多かった。また、支援センターのパンフレットを送付したり、協力依頼をしたりということも多く行われていたが、実際の事例について検討したり、訪問したり、会合を行うなどお互いが顔をあわせて事例について検討する試みは少なく、紹介を行う上では、このようにお互いをよく知るような取組が必要ではないかと思われる。

また、このような取組を行っている医療機関がない民間団体も 4 分の 1 あり、また行っているとしても 5 機関未満が 80%以上とそもそも、関わりを持っている医療機関の絶対的な数が少ないことがあげられる。実際に紹介する事例は少ないとしても、紹介リソースを広げる意味で、もっと連携医療機関を増やすことが望まれる。

4-5 紹介上の問題と紹介先として望まれる精

精神科医療機関の条件

現在の紹介上の問題を、「民間団体」、「精神科医療機関」、「相談者」の3つに分けて検討した。民間団体側の問題としては、相談員の精神科についての知識の不足はあまり感じていないが、精神科医療機関の情報が少ないことがあげられていた。これは前述した医療機関との連携の少なさにも関連することであり、積極的な情報の収集や連携の促進が必要と考えられる。医療機関側の問題では、児童精神科の少なさ、犯罪被害者の理解のある医師の少なさ、PTSDに詳しい医師の少なさ、女性医師の少なさがいずれも50%以上の機関でかなり問題だとされた。女性医師を増やすことは簡単ではないが、犯罪被害者やPTSDに詳しい医師を増やすことは研修等によってある程度可能であり、特に紹介先として多い、民間の、特に心療内科を標榜している精神科医師をターゲットとした研修が必要であろう。また、相談者自身の問題としては、病気であるという意識の認識の乏しさが多くあげられており、被害者に対するメンタルヘルスに関する知識についての啓発や、民間被害者支援団体の相談員の心理教育のスキルの向上などが検討される。

現在の紹介上の問題と、紹介先として望まれる精神科医療機関の条件はかなり一致していたが、望まれることとしては、更に、機関として被害者相談用の窓口や担当者の存在があげられており、このような機能を備えた地域の機関病院のような医療機関も必要ではないかと考えられる。

4-6. 精神科医療機関と民間被害者支援団体の連携の在り方について

本調査の結果から、現状では、民間被害者支援団体から精神科医療機関への紹介は相談件数

全体から見るとかなり少なく、また連携している医療機関も限られていることがわかった。この件数の少なさがどのような要因であるかについて、本調査から伺われることは以下の点である。

(1) 精神科医療機関への紹介は面接等によって相手の状況を十分把握した上で行うなどかなり慎重に行われており、現在の各相談機関の紹介に対する考え方や、面接相談機能の影響がある。

(2) 週4日以上勤務の相談員や、メンタルヘルス専門の相談員の数が少ないため、相談者の希望がないような事例において紹介の必要性を判断したり、勧めることが難しい。

(3) 紹介先医療機関としては、なんらかの連携を行っている医療機関が対象とされていることが多いと考えられるが、基本的に連携医療機関数が少ないため、紹介にあたっての医療機関の情報が乏しい。

(4) 紹介先として必要と考えられる犯罪被害者の心理やPTSDに詳しい医師が少ないため、簡単に紹介できない状況がある。

(5) 相談する被害者自身の治療の必要性に対する意識が乏しく、訴えが少ない。あるいは、被害者支援センターにそのような情報をあまり求めていない。

実際に犯罪被害者における精神医療や心理相談のニーズが低ければ、これらは問題とはならないが、多くの研究はそうではないことを示している。従って民間被害者支援団体を通して精神科医療を提供していくためには、今後以下の取組を行う必要があるだろう。

(1) 犯罪被害者の紹介を安心して行える医療機関を増やしていく。具体的には、女性医師や心療内科標榜機関、一般の精神科診療所に勤務する医師に対して、犯罪被害者の心理やPTSD

についての研修の機会を増やしていく。特に現在民間被害者支援団体が連携している医療機関に対しては上記のような研修を積極的に行う。

(2) 民間被害者支援団体と精神科医療機関において、お互いの顔の見える連携を増加させていく。具体的には、紹介事例や紹介の仕方等についてカンファレンスを行うなどである。

(3) 犯罪被害者に対し、精神科医療の必要な状態や医療機関での治療について積極的な情報の提供を推進する。

(4) 民間被害者支援団体の相談員がより精神科医療や医療機関、精神保健サービスについての知識を充実させるとともに、被害者の精神医療の必要性の把握や紹介についてのスキルを向上させる。

本調査では、すべての民間被害者支援団体を対象とはしておらず、特に児童虐待や配偶者間暴力に対応している機関について把握することはできていない。また、特に被害者の精神医療のニーズをどの程度把握できているかという問題については支援団体の意見によるものであり、客観的に評価したわけではないなどの限界が存在するが、精神科医療機関と被害者支援機関との連携の実態を把握した最初の調査であり重要な意義を持っていると思われる。今後この結果を踏まえて、よりよい連携のあり方について検討していきたい。

5. まとめ

全国被害者支援ネットワークに所属する民間被害者支援団体を対象に精神科医療機関との連携に関する自記式質問票と聞き取りによる調査を行った。平成 18 年度に相談業務を行っていた全 41 機関から回答を得た。その結果、平成 18 年度においてこれらの被害者支援団体から精神科医療機関への紹介は、平均 4.29 件、全相

談件数に対する割合は 1.0%と、紹介が必要と考えられた相談件数に比して少ない傾向があった。紹介した事例では性暴力被害や、傷害・暴行などの被害者が多くなっていた。紹介先医療機関は平均 2.44 件であり、民間の診療所が最も多く、約半数は、心療内科を標榜していた。これらの特徴は何らかの連携を行っていた医療機関と一致しており、連携している医療機関への紹介が多いことが考えられた。紹介上の問題として、児童精神科の少なさ、犯罪被害者の理解のある医師の少なさ、PTSD に詳しい医師の少なさ、女性医師の少なさがあげられており、特に犯罪被害者への理解ある医師、PTSD に詳しい医師、女性医師は、被害者の紹介先として望ましい条件でもあり、民間被害者支援団体が安心して精神科医療機関へ紹介できるような医療体制を作っていくことが重要である。

また現在の連携では、事例検討や会合などの双方向でのやり取りが少ないことから、今後は、事例検討会などお互いの意見を交換できるような場を設定していくことが必要だと思われる。

6. 文献

1. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB: Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1995; 52(12):1048-60.
2. Boudreaux E, Kilpatrick DG, Resnick HS, Best CL, Saunders BE: Criminal victimization, posttraumatic stress disorder, and comorbid psychopathology among a community sample of women. J Trauma Stress 1998; 11(4):665-78.
3. Kilpatrick DG, Best CL, Veronen LJ, Amick AE, Villeponteaux LA, Ruff GA:

Mental health correlates of criminal victimization: a random community survey. J Consult Clin Psychol 1985; 53(6):866-73.

4. Resnick HS, Kilpatrick DG, Dansky BS, Saunders BE, Best CL: Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. J Consult Clin Psychol 1993; 61(6):984-91.

5. Norris FH, Kaniasty KZ, Scheer DA: Use of mental health services among victims of crime: frequency, correlates, and subsequent recovery. J Consult Clin Psychol 1990; 58(5):538-47.

6. Freedy JR, Resnick HS, Kilpatrick DG, Dansky BS, Tidwell RP: The psychological adjustment of recent crime victims in the criminal justice system. J of Interpersonal Violence 1994; 9:450-468.

7. New M, Berliner L: Mental health service utilization by victims of crime. J Trauma Stress 2000; 13(4):693-707.

8. Koenen KC, Goodwin R, Struening E, Hellman F, Guardino M: Posttraumatic stress disorder and treatment seeking in a national screening sample. J Trauma Stress 2003; 16(1):5-16.

7. 健康危険情報

特記すべきことなし

8. 研究発表

なし

9. 論文発表

なし

10. 学会発表

なし

11. 知的財産権の出願・登録状況

なし

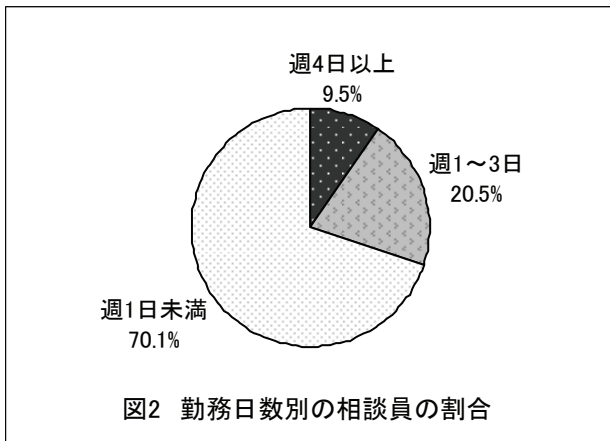
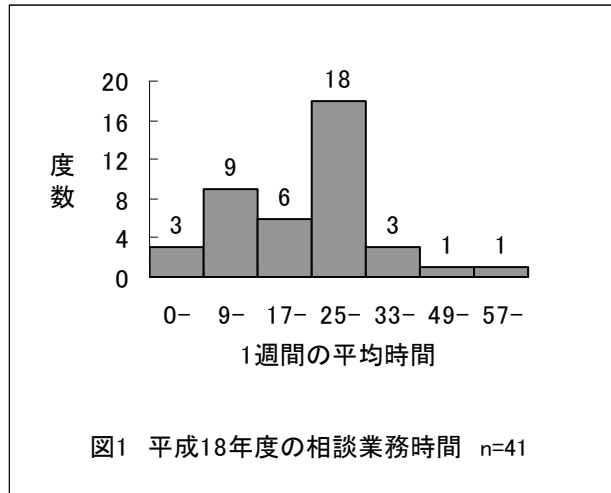


表1 平成18年度の勤務日数別相談員数

n=41				
	平均	標準偏差	最小値	最大値
4日以上/週	2.27	5.17	0	33
1~3日/週	4.85	6.67	0	24
1日未満/週	17.02	15.51	0	56

表2 医療・保健・福祉関連の資格者数

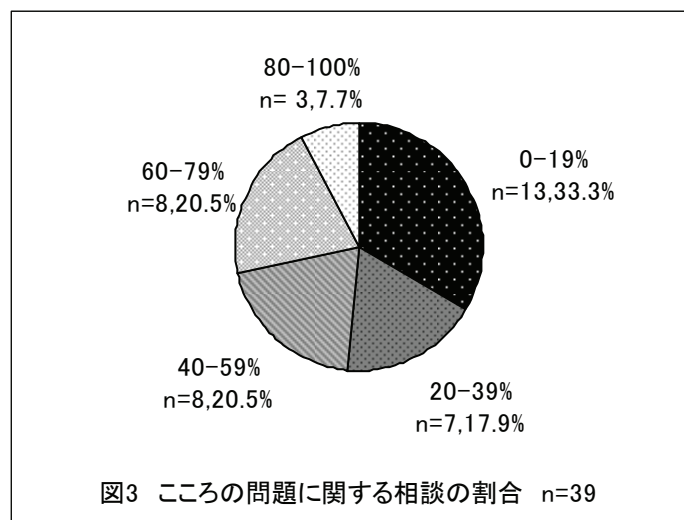
	相談員				スーパーヴァイザー等			
	平均	標準偏差	最小値	最大値	平均	標準偏差	最小値	最大値
精神科医	0.24	0.83	0	4	1.12	1.40	0	6
精神科以外の医師	0.05	0.22	0	1	0.34	0.69	0	3
臨床心理士	1.56	2.05	0	8	2.32	1.92	0	8
看護職	1.20	1.47	0	6	0.07	0.26	0	1
精神保健福祉士	0.41	1.36	0	8	0.07	0.26	0	1
精神保健福祉士以外の ソーシャルワーカー	0.41	0.84	0	3	0.15	0.42	0	2
その他	0.82	1.39	0	7	0.49	1.27	0	6

表3 平成17年度の相談の種類

相談業務		n=41
		%
相談方法	電話による相談	100.0
	面接による相談	90.2
	電話・面接以外による相談	51.2
専門家による相談	精神科医による相談	34.1
	心理専門職による相談	73.2
	その他の専門職による相談	78.0

表4 平成18年度の相談の概要

		平均	標準偏差	最小値	最大値
相談方法 (n=41)	電話	328.00	305.20	18	1568
	面接	44.12	76.44	0	426
	電話・面接以外	45.83	132.14	0	748
	合計	417.95	474.06	47	2742
性別 (n=35)	男性	119.66	111.50	5	439
	女性	246.89	225.88	26	858
	不明	11.12	46.80	0	273
被害内容 (n=39)	殺人	34.46	121.60	0	765
	暴行・強盗・傷害	43.15	59.91	0	304
	性被害	58.28	90.78	0	411
	D V	23.54	41.07	0	208
	児童虐待	3.21	8.55	0	49
	ストーカー	9.21	13.16	0	55
	交通被害	43.45	84.20	0	486
	消費者・財産的被害	54.89	65.51	0	248
	その他	115.90	115.66	0	500



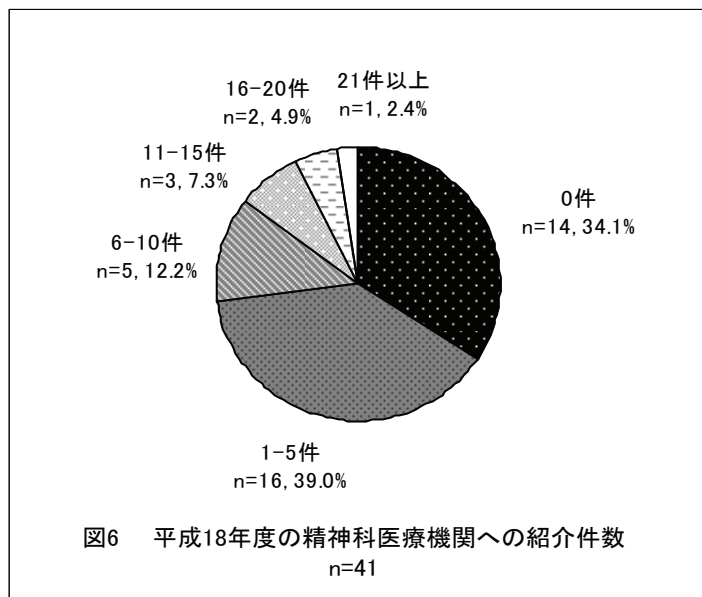
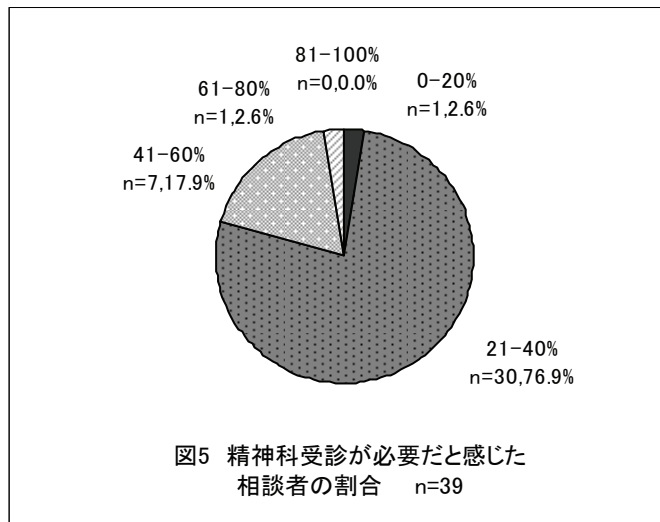
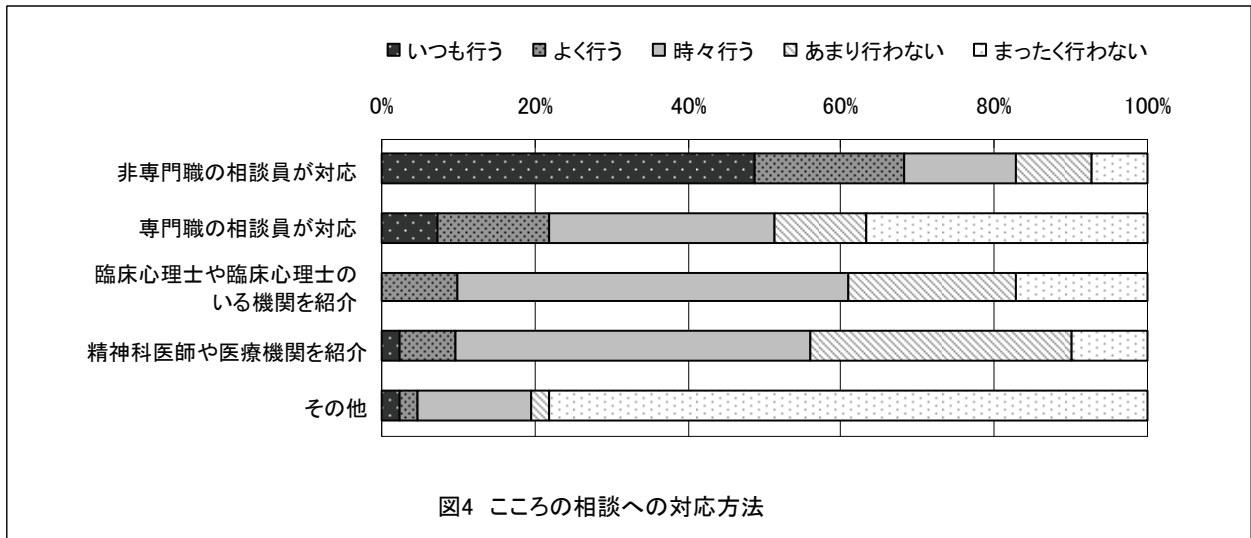
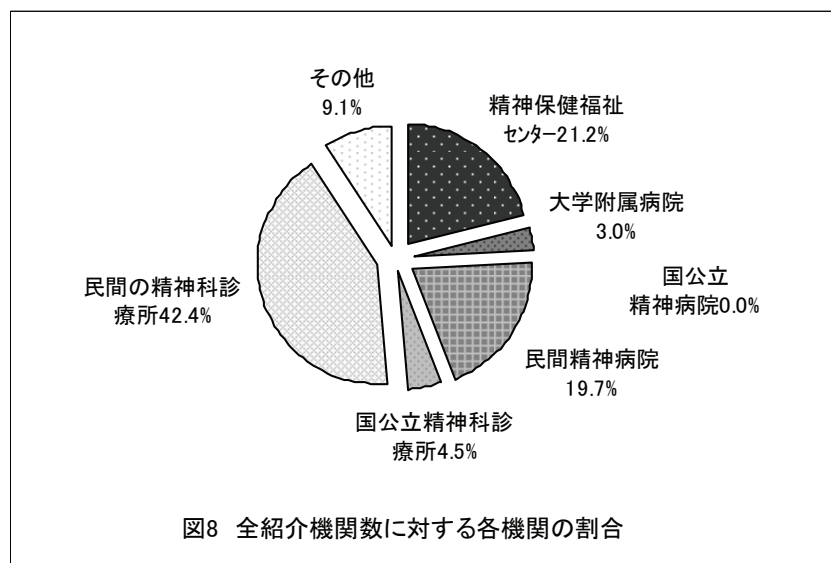
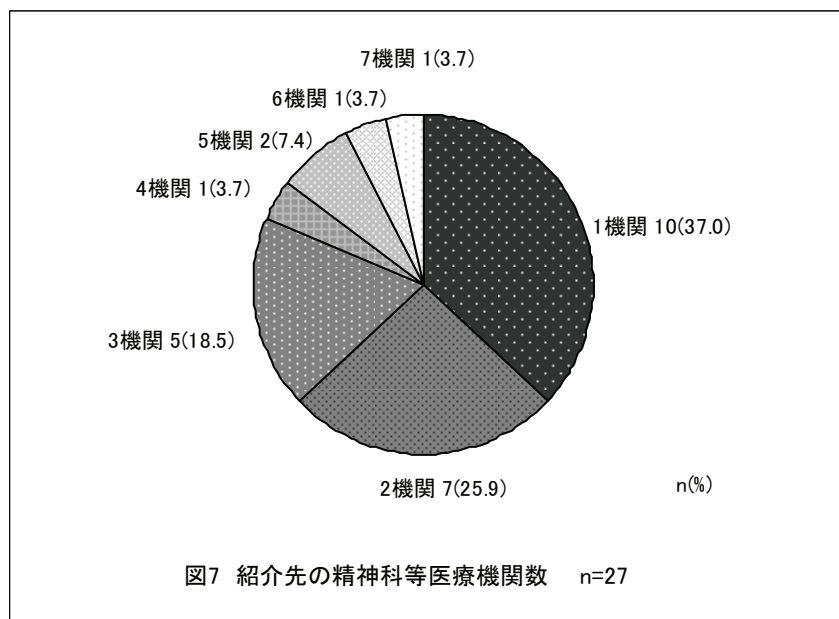


表5 平成18年度の精神科医療機関紹介事例の被害内容 n=26

被害種別	平均値	標準偏差	最小値	最大値
殺人	0.46	1.14	0	4
暴行・強盗・傷害	1.19	3.89	0	20
性被害	2.81	3.06	0	13
DV	0.38	0.85	0	3
児童虐待	0.23	0.99	0	5
ストーカー	0.23	0.82	0	4
交通被害	0.23	0.59	0	2
消費者/財産的被害	0.00	0.00	0	0
その他	1.19	2.68	0	11



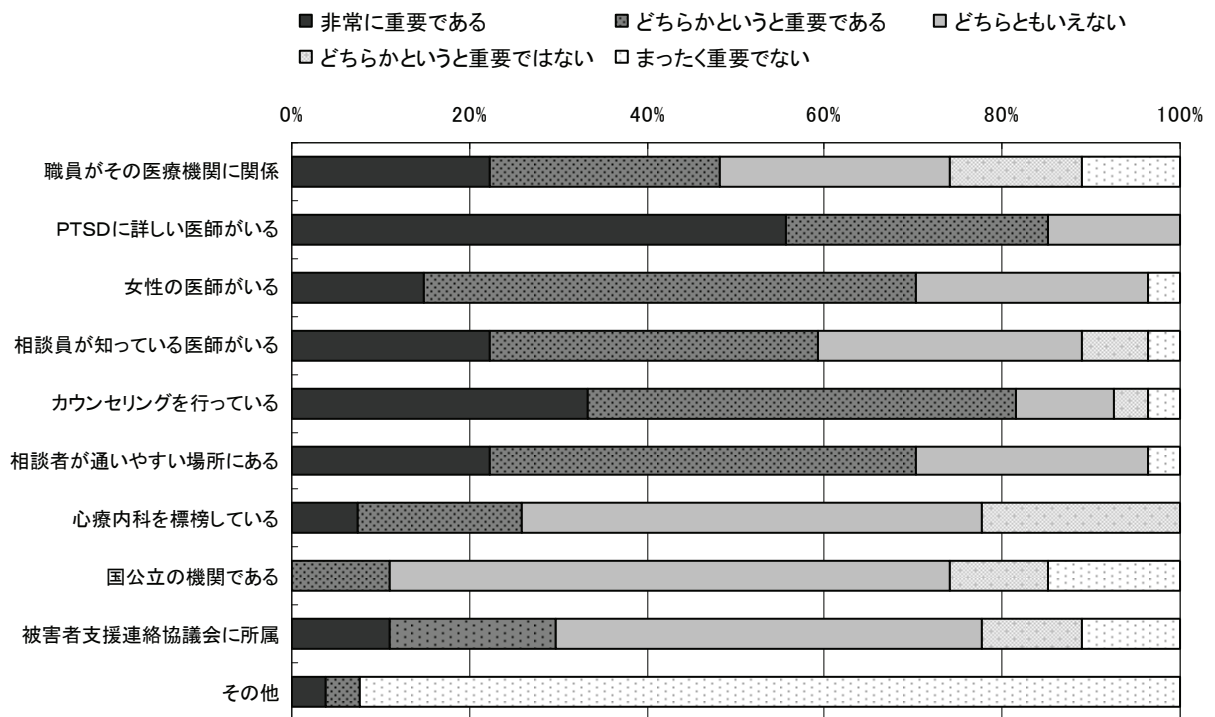


図9 精神科等医療機関を紹介する際に重要視している内容 n=27

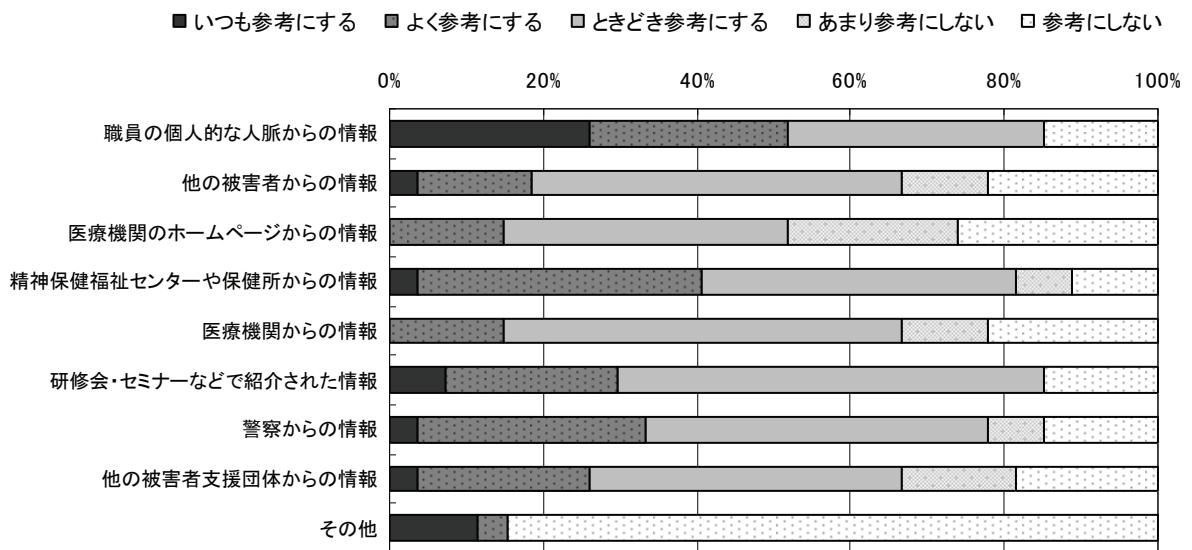


図10 医療機関紹介の際に参考にしてしている情報 n=27

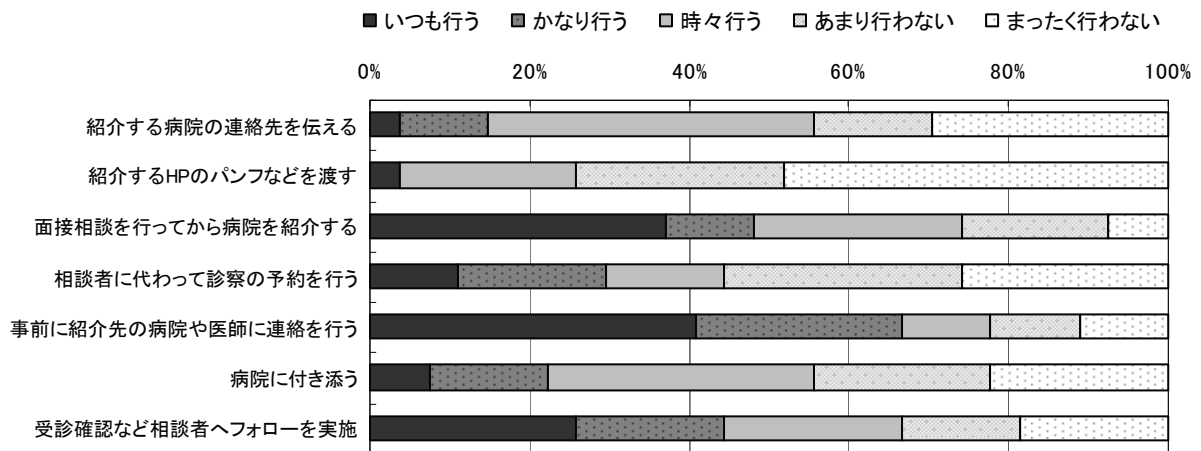


図11 精神科等医療機関を紹介する際に行うこと n=27

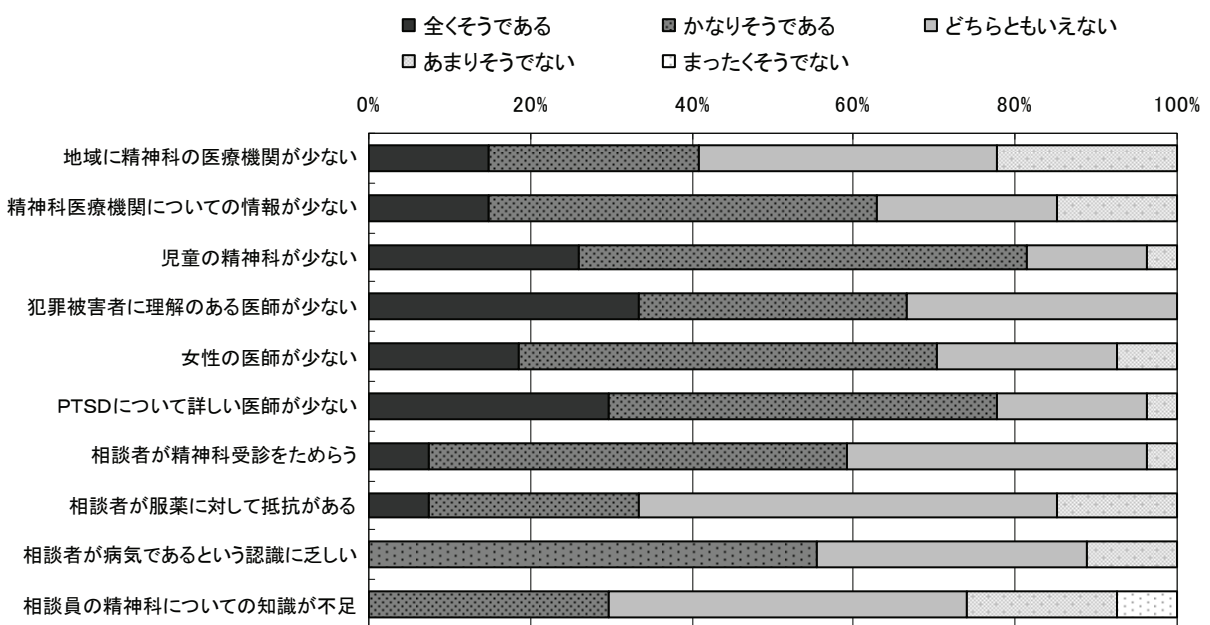


図12 精神科等医療機関紹介時における問題点 n=27

表6 精神科医療機関との取り組みについて

	n=41
	%
精神科医療機関へ貴センターのパンフ送付	63.4
精神科医療機関に協力依頼を実施	65.9
精神科医療関係者を対象とした講演、研修を実施	19.5
精神科医療関係者との会合を開く	26.8
精神科医療関係者にセンター職員向けの研修を依頼	65.9
相談員に精神医療一般についての研修を実施	73.2
精神科医療関係者にスーパーヴァイズを依頼	56.1
精神科医療機関への訪問や見学を実施	12.2
紹介した事例についてケースカンファレンスを実施	36.6

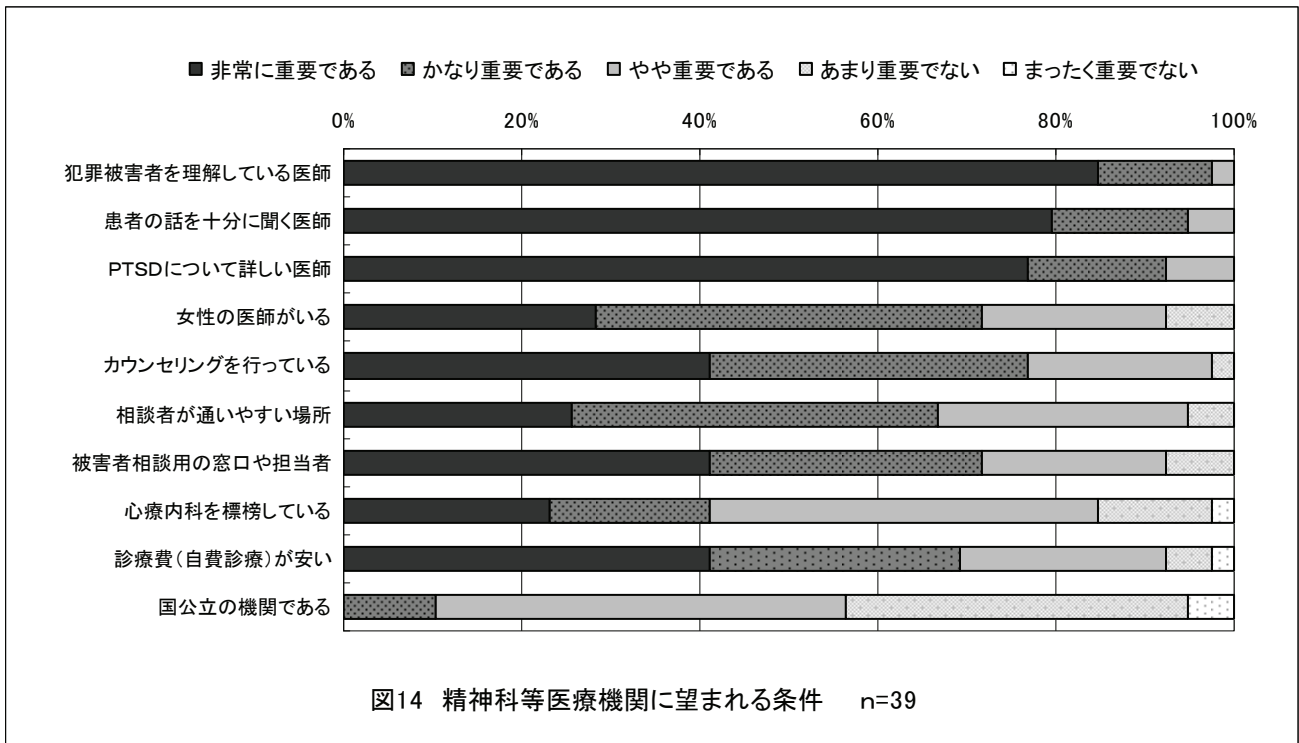
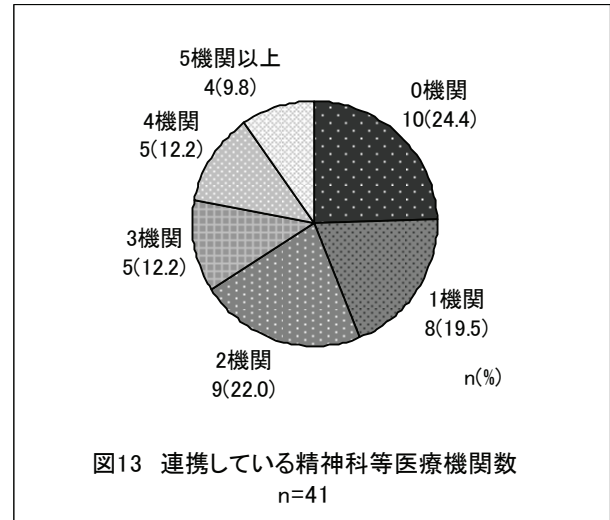


表7 性犯罪被害者における精神科医療機関の条件

望まれる条件	度数	割合
女性医師	11	26.8%
性犯罪被害者に理解がある医師	33	80.5%
患者の話を十分に聞く医師	18	43.9%
PTSDについて詳しい医師	18	43.9%
カウンセリングをしてくれる	14	34.1%
相談者に利便な場所にある	8	19.5%
相談者の自宅から近い	0	0.0%
心療内科を標榜している	2	4.9%
内科、産婦人科等も併設	12	29.3%
その他	1	2.4%

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

「臨床心理士における犯罪被害者およびその家族の相談に関する調査」

分担研究者：大山みち子（武蔵野大学）

堀越勝（筑波大学）

研究協力者：吉川麻衣子（浦和神経サナトリウム）、中島聡美（国立精神・神経センター精神保健研究所）、道家木綿子（東京大学ハラスメント相談所）、磯辺花映（武蔵野大学大学院人間社会・文化研究科）木下留美子（同）、星崎裕子（同）、福森崇貴（つくば国際大学）、樫村正美（筑波大学大学院人間総合科学研究科）、丹羽まどか（同）、片岡玲子（立正大学）、富永良喜（兵庫教育大学）

研究要旨

目的：全国の臨床心理士による犯罪被害者の相談の実態、犯罪被害者支援活動とそれに関する意識の特徴を明らかにし、それらの結果から、犯罪被害者の臨床心理士への相談を促進するための情報を明らかにし、今後の犯罪被害者への関わり方を実態に基づいて提言する。

方法：2007年10月5日、平成14年（2002年）度版「臨床心理士」登録名簿全数8,338名から無作為抽出した1,000名のうち、海外在住者6名を除いた994名に、調査票を郵送し分析した。

結果：男性71名（30.9%）、女性158名（68.7%）、無回答1名（0.4%）計230名から回答があった。犯罪被害者およびその家族の相談を受けた経験は、ある98名（42.6%）、平成18年度に限らなければある56名（24.8%）、受けたことがない63名（27.4%）である。前年度に限っても4割以上、過去の経験では約67%があると回答している。内訳は、児童虐待が最多、ついで性的暴力あるいは配偶者間暴力の順である。相談を受理した場合は、小・中・高等学校が最も多く32名（32.7%）、ついで大学と医療機関（精神科単科）が同数の19名（19.4%）である。その他と回答した者も30名と約3割ある。相談経験者の司法的関与の経験は、警察等への通報が17%（複数回答）、裁判や取調の付き添い、裁判のためや保険のための文書作成、口頭での意見陳述などの回答があった。他機関との連携経験は、教育機関111（48.3%）、各種相談機関や医療機関、警察などである。今後の犯罪被害者・家族の相談の推進に必要な事項に関する質問に対して、非常に必要という回答が最も多くかつ6割を超えたものは、犯罪被害者・家族の医療費の補助制度、同じくカウンセリング等保険外費用に関する補助制度についてである。犯罪被害者の支援や相談・治療に特化した研修については、非常に必要とどちらかという必要を合わせると、94.3%を占める。

考察：犯罪被害者からの相談の経験は決して珍しくない。教育機関で多く受理していること、精神科単科をはじめとした医療機関が、臨床心理士の相談の場として認知され犯罪被害者の対

応にも機能していることがうかがわれる。また、臨床心理士も司法的な関与を伴う可能性が示唆され、教育機関をはじめに、多方面の連携経験の回答があった。これらのかかわりの中で、臨床心理士は、犯罪被害者や家族への心理的支援に対して、やりがいは感じているが、知識や情報の不足を感じており、経済的な補助制度と適切な評価、マニュアルやガイドライン、研修の必要性を強く感じていることがわかった。適切な体制に支えられれば、臨床心理学の専門家として機能する現状と可能性が示唆できる。限界として、調査票の名簿と送付先は、最新の情報ではないため、現在臨床心理士資格を取得したばかりの者は含まれず、20歳代はいない。ただし、中堅以上の者、第一線で働いている臨床心理士の現実的な問題を取り上げることではできたと見える。また、これまで犯罪被害者と臨床心理士の組み合わせで、今回のような規模で均質なデータ取得を試みた調査はわが国にはなく、貴重な資料である。

A 目的

近年、犯罪被害者等に対する社会的関心が高まっている中、平成17年4月から犯罪被害者等基本法が施行された。この法律では、犯罪被害者等の心的外傷を代表とする精神的問題及び身体的問題からの回復を支援し、それを推進するための調査研究の実施が国及び地方自治体の責務として定められた。この基本法に従い、内閣府において犯罪被害者等施策推進会議が開催され、実際の施策を具体的に示した基本計画が策定された。本研究の主任研究者である小西も専門部会である基本計画検討委員会に専門委員として参加した。この委員会においても被害者の精神的回復をすすめる施策を検討するにあたり、その実態についての調査が乏しいことが指摘され、今後より具体化した施策を行うためには日本における犯罪被害者の精神的影響の広がりや深刻さ、医療機関への受療率などの実態研究が必須であると考えられた。

そのため、昨年度は本研究班の分担研究班のうち、中島聡美・辰野文理によって医師への調査が行われ、一定の成果を見た。

本分担研究においては、その流れをくみ、わが国での心理的援助において看過できない重要

な役割をもつ臨床心理士に対しても、犯罪被害者への心理的援助がどのように行われているか、実態調査を試みることにした。平成20年現在臨床心理士の登録者数は全国で一万人を超え、心理査定、心理面接、地域支援、研究を行っている。職域は、教育、司法・矯正・警察、医療、福祉、研究、産業、開業など多岐にわたり、その中で、スクールカウンセラー、家庭裁判所調査官、女性センター相談員、大学教員、病院の心理士などとして心理援助や処遇に関わっている。

彼ら臨床心理士の所属する日本臨床心理士会においても、被害者支援専門委員会をおくなど、犯罪被害者への心理的支援には力を注いでおり、継続して研修会も開かれている。しかし、個々の研修や事例検討などの積み重ねはあっても、実際に、どのような場に犯罪被害者やその家族が訪れ、どのような相談が行われているかは、客観的に俯瞰できていないのが現状である。犯罪被害者等基本法施行以降となる現在は、啓発の時期から発展し、当事者の必要に応えるべく、臨床家が効率的な研修や情報の交換を図る段階に進んでいるといえよう。本分担研究班では、横断調査による基礎情報を得てさらにその

結果から、これらの面に寄与できる提言をすることを目論見た。

すなわち、平成 18 年～19 年度の調査を基礎とし、より客観的で大規模な情報を得ることを目的とし、全国の臨床心理士に調査を実施することにした。過年度では、臨床心理士の犯罪被害者への心理的支援の実態をインタビュー調査し、一定の成果を得たが、客観的な検討が不足している面があり、それを補うべく今回の調査を計画した。この調査を通して、今まで系統的に把握されていなかった臨床心理士に心理的支援を求めている犯罪被害者の数と心理的問題のありよう、相談の実態等が把握されることになる。また、臨床心理士による相談受理数の分析により相談支援活動を促進する要因等についての知見が得られることから、犯罪被害者に対する給付金などの予算措置を策定するに当たって、積算上の根拠を提供することが可能となる。この結果は、今後の犯罪被害者の心理学的支援のあり方について施策を検討するための基礎資料となり、日本の被害者支援に貢献することができると思う。

具体的には、全国の臨床心理士を対象とし、犯罪被害者の相談の実態と実際に行われている方法、臨床心理士の関与がどのようなものであるかを明らかにし、これらを促進するための情報を得ることが目的であり、研究のより詳細な目的は以下の 3 つに分けられる。

- (1) 全国の臨床心理士による犯罪被害者の相談の実態を把握する。
- (2) 臨床心理士による犯罪被害者支援活動とそれに関する意識の特徴を明らかにする。
- (3) 1, 2 の結果から、犯罪被害者の臨床心理士への相談を促進するための情報を明らかにし、今後の犯罪被害者への関わり方を実態に基づいて提言する。

B 対象と方法

対象

平成 14 年（2002 年）度版「臨床心理士」登録名簿（財団法人日本臨床心理士資格認定協会発行）記載者全数である 8,338 名から乱数を用いて無作為抽出した 1,000 名のうち、海外在住者 6 名を除いた 994 名。

名簿記載者の内訳は、「昭和 63 年（1988 年）9 月 1 日から平成 14 年（2002 年）3 月 31 日までに、臨床心理士に認証し登録原簿に記載され、かつ平成 5 年（1993 年）度から平成 13 年（2001 年）度中に資格更新手続きを完了し、再登録された者」となっている。

なお、臨床心理士の名簿で、住所の記載された全国規模のものは、これが最新版である。

方法

調査票

自記式で多肢選択と自由記述を中心とする調査票（「臨床心理士における犯罪被害者及びその家族の相談に関する調査」）（別紙）。平成 18 年（2006 年）度の本研究の分担班のひとつである中島聡美・辰野文理による「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」で用いた調査票を参考とし、臨床心理士の特徴を勘案して作成した。内容の検討のため、2007 年 8 月に、被害者支援を専門としない経験豊富な臨床心理士を対象にパイロット版を直接配布し、回答と感想を得ている。

送付および回収

郵送による。詳しくは以下のとおりである。

2007 年 10 月 5 日、調査票等を郵送にて配布した。内容は、調査票本体のほか、依頼状（「調査ご協力をお願い」）（別紙）、料金受取人払の返信用封筒である。

さらに11月16日、該当者が送付先に不在と確認したものを除いた756名に葉書にて督促状を送付した(別紙)。なお本調査の方法では匿名での回答を採用しており、すでに回答した対象者にも督促状を送付せざるを得ないため、督促状にその旨も記載した。

11月30日を調査票回収の最終締切とした。

分析

調査結果について、各項目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。

倫理面への配慮

本調査は、武蔵野大学倫理審査委員会の承認を得ている。

本調査では、対象が特定されることのないよう匿名での回答とした。また、調査項目における犯罪被害者およびその家族についても、特定されることのないよう配慮した。さらに事例の個人情報に関わる事項を記載しないよう記入に関する注意事項に記載した。同意書は、匿名での回答のため省き、回答の返送をもって同意を得たものとした。

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。調査票の原票は、施錠されたデータ管理室にある、さらに施錠されたキャビネットに保管する。数値化されたデータファイルは、同室内の、パスワードによって保護された専用のパソコンおよび記憶媒体に保存される。データの解析にあたっては、パスワードによって管理されたコンピュータにて行う。また研究結果の公表にあたっては個々の機関を特定されるような情報は発表しない。各分担研究者、研究協力者には、個人情報を除いたデータを送付し、分析をおこなうこととするが、その際、インターネットに接続したコンピュータで

分析を行わない、データをコンピュータ上に保存せず、記録媒体に保存し、鍵のかかる場所で管理する、分担研究者および研究協力者以外のアクセスを制限するなどの処置を講ずるものとする。調査票郵送時には、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する。その文書の中で、調査票の返送をもって調査同意として扱う旨を明記している。

調査対象者への結果説明については、個別のデータについて回答は行わず(匿名のため不可能)、結果は、調査報告書によって公表するものとし、希望する機関には調査報告書を送る。

C 結果

あて先不明、該当者不在などによる郵送物の返送は初回送付時で231通、督促状の同様の返送は11通である。そのほか調査者あてに、転勤あるいは海外在住のため該当者不在であることの連絡、紛失の連絡、引退あるいは更新せず現在無資格を理由とする辞退の回答が、ファクス、電話、Eメールで6名分寄せられた。このほかの状況から、対象に配布できた数は最大で754通と判断される。

最終締切とした11月30日までに返送された調査票は230名である。総発送数994名では23.1%、上記754名からでは30.5%の回収率となる。

結果の主なものを以下に記す。

属性(表1, 2)

性別:男性71名(30.9%)、女性158名(68.7%)、無回答1名(0.4%)。

年齢:30歳代57名(24.8%)、40歳代63名(27.4%)、50歳代62名(27.4%)、60歳代32

名 (13.9%)、70 歳代 12 名 (5.2%)、80 歳以上 1 名 (0.4%)、無回答 1 名 (0.4%)。

臨床経験年数：9 年以下 23 名 (10.0%)、10~19 年 72 名 (31.3%)、20~29 年 72 名 (31.3%)、30~39 年 42 名 (18.3%)、40~49 年 12 名 (5.2%)、50 年以上 1 名 (0.4%)、無回答 4 名 (1.7%)。

1 ヶ月平均担当相談者数 (平成 18 年度)：10 人以下 45 名 (19.6%)、11~50 人 97 名 (42.2%)、51~100 人 60 名 (26.1%)、151 人以上 4 名 (1.7%)、無回答 8 名 (3.5%)。

20 歳代がおらず、30~50 歳代ではほぼ 8 割を占め、経験が 10 年以上の者が 9 割と、臨床活動の中核をなす者が回答していることがわかる。

なお今回、勤務施設を複数選択可としたのは、臨床心理士が非常勤の立場で複数の職場に勤務している現状からと、犯罪被害者が回答者の主な職場にだけ来談するとは限らないためである。児童相談所と児童養護施設・乳児院に勤務すると回答した者は全体の 4 割以上であり、臨床心理士の活動の場が子どもを対象とする施設に多くいることがわかる。

(1) 全国の臨床心理士による犯罪被害者の相談の実態

問 2 (1) (表 4) の、平成 18 年度に、犯罪被害者およびその家族の相談を受けた経験があるか、という質問に対して、ある 98 名 (42.6%)、平成 18 年度に限らなければある 56 名 (24.8%)、これまで相談を受けたことがない 63 名 (27.4%) である。前年度に限っても 4 割以上、これまでの経験の範囲では約 67% があると回答している。

その被害内容の内訳は、相談を受けた被害者の人数の多少に関わらず、児童虐待が最も多く、ついで性的暴力あるいは配偶者間暴力の順であ

る(表 5)。

さらに、その相談をどこで受理したかについては、小・中・高等学校が最も多く 32 名 (32.7%)、である。ついで大学と医療機関 (精神科単科) が同数の 19 名 (19.4%) 挙げられている。その他と回答した者も 30 名と約 3 割ある(表 6)。

次に、臨床心理士による犯罪被害者に関する司法的な関与の実態を述べる。問 2 (6) (表 7) では相談経験者に対しての質問項目として、司法的関与の経験を尋ねたところ、警察等への通報が 17% (複数回答) あり、裁判や取調の付き添い、裁判のためや保険のための文書作成、口頭での意見陳述などの回答があった。

他機関との連携の経験は、教育機関 111 (48.3%) を筆頭に、各種相談機関や医療機関、警察など多方面にわたる (表 8)。

(2) 臨床心理士による犯罪被害者支援活動とそれに関する意識の特徴

仮定の質問であり、若干答えにくいと思われる内容であるが、全員に質問したものとして、被害にあったことが疑われるがそれを自ら話さない人の相談経験と、それに対する態度がある。経験がある、と答えたのは 86 名 (37.4%) であり、4 割近くにのぼる(表 9)。また、ある、と答えた場合に、被害体験を尋ねたことがあるか、と質問したところ、時々あったという回答が最多であり、よくあったとあわせると、尋ねたこととはない、の回答の 3 倍となる(表 10)。尋ねない者の理由は、相談者を傷つける、症状の増悪のおそれ、その他が 3 割程度ずつであった(表 12)。

問 3 (図 1) の、被害者や家族の相談の中で、どのようなことを感じているかの設問の中で、全くそうであるという回答が最も多かった質問は、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、という問いであった。

問4(図2)の、今後の犯罪被害者・家族の相談の推進に必要な事項に関する質問に対して、非常に必要という回答が最も多くかつ6割を超えたものは、犯罪被害者・家族の医療費の補助制度、同じくカウンセリング等保険外費用に関する補助制度についてであった。また、犯罪被害者の支援や相談・治療に特化した研修については、非常に必要とどちらかという必要をあわせると、94.3%を占めた。

自由記述である問5「犯罪被害者・家族の相談(診療等を含む)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」への回答では、援助者のスキルアップやスーパービジョンの機会と、制度や金銭的な裏づけについての希望が中心であった。これらの例を抜粋して紹介する。「二次受傷の方が多いので、そのあたりのケアがもっと必要」

「この分野は端緒についたばかりだと思います。まだまだ試行錯誤の状態、特に資源の少ない地方では、スキルアップの機会も少なく、その傾向は他の分野同様、顕著だと思います」「継続したフォローには専門家が重要だが、一次的な関わりになりやすい職場に勤めている専門家にもある程度の技量の養成が必要だと思う」

「自立支援、保険医療とは別に『被害者支援』の制度が必要。但し治療費だけでなく実施する機関への人件費等補助が必要」

「きちんとした知識もないまま、臨床心理士だからといってだれもが被害者の支援ができるとは思いません。実際の支援の様子、やり方、特徴等、研修の場がもっとあってもよいと思います」

「何例か専門の機関に紹介したが、中断してしまった。専門家といわれる人たちの技量を上げること、養成することが急務だと思う」

「犯罪被害者や家族の方への相談は、本当に大切だと思いますし、すべての方がカウンセリングを受けられる環境になればと思います。しかし自分が相談を受けることを考えると、しっかりとしたスーパーバイザーがいないと、相談を受けてもそれを受けとめられないと思います」

「被害者が、さらに精神科を受診することは、もっと傷ついたり敷居が高いと感じるのかもしれない。医療のバックアップがありつつ最初は相談の形をとって対応できる機関(できれば公的に)やシステムが身近にできればいい」

D 考察

相談受理の経験

まず、犯罪被害者およびその家族の相談を受けた経験があるか、という質問に対して、前年度に限っても4割以上、これまでの経験の範囲では約67%があると回答しており、回答者全体のサンプルが仮に犯罪被害者の相談受理経験者に偏っているとしても、犯罪被害者からの相談の経験は決して珍しくないといえる。その内訳に、児童虐待や配偶者間暴力を含むと認識していることが前提でもあるが、臨床心理士の相談の対象者として、実際は犯罪被害者とその家族が、大きな位置を占めていることが判明した。こうした人々は、従前の教科書的イメージではカウンセリングないしは心理療法のクライアントとして十分視野に入れられ認識されていたとはいえず、現在進行形の臨床心理士の認識とのずれが指摘できる。

受理の場

次に、相談の受理の場が、小・中・高等学校が最も多く、ついで大学と医療機関(精神科単科)が同数挙がっていることについては、虐待の事例が関連して、教育機関が多くなっていると思われる。他の刑法犯や交通事故等の被害者

が、これらの事例と同様に臨床心理士に相談できる場があり、より機能するようになれば、今後この割合は変動することが予測される。

また「その他」の回答が比較的多いことは、臨床心理士が勤務していれば、どの機関、現場においても相談の入り口になり得る可能性を示唆している。これは、従来からある心理的援助の機関を、犯罪被害者支援の場に活用するヒントとなり得る。

一方、精神科単科の医療機関という、最も専門的である反面、一般の人々には敷居も高いと思われるがちな場でも、実際はその抵抗感を越えて少なからず相談につながっている結果も重要である。

いずれにせよ、教育機関において相談を多く受理している現実と、精神科単科をはじめとした医療機関が、臨床心理士の相談の受け皿として現在認知され、犯罪被害者の対応にも機能していることがうかがわれる。

司法的関与

思いのほか多く回答があったのは、司法的関与の経験である。相談経験者に限った複数回答の項目であるが、医師とは異なり診断書や精神鑑定を求められない臨床心理士も、相談を受けることで司法的な関与を伴う、あるいは迫られる可能性が示唆された。これらは、臨床心理学とは異なる専門的知識を必要とし、法改正など変化も多い分野である。それらの現実が、相談にともなって感じていることや推進のために必要な事項への回答につながっているといえよう。

他機関との連携

教育機関をはじめとして、多方面にわたる連携の経験の回答があった。これも司法的関与と同様に、さまざまな機関についての生きた知識を必要とする内容であり、回答者の意欲の高さうかがわれる。

臨床心理士の意識

これらのかかわりの中で、彼ら臨床心理士は、犯罪被害者や家族への心理的支援に対して、やりがいは感じているが、知識や情報の不足を感じており、経済的な補助制度と適切な評価、マニュアルやガイドライン、研修の必要性を強く感じていることがわかった。ためらいや不安はさほど意識しておらず、これらの支えがあれば、進んで対応しようとするようすが、回答からはうかがわれる。現在着目されてきているとはいえ、必ずしも臨床心理士の中心業務とはみなされない犯罪被害者への心理的支援であるが、適切な体制に支えられれば、臨床心理学の専門家として機能する現状と可能性が示唆できる。

このように今回の調査結果は、多くの示唆を得られ、さらに分析と検討を続ける価値がある情報であるが、課題として対象の限界があることは否めない。調査票の名簿と送付先は、2002年時点での登録に基づくものであり最新の情報ではないため、現在臨床心理士資格を取得したばかりの者は含まれない。したがって、現時点での集団全体の中から、若干経験年数の長い、年長のサンプルにずれているといえる。実際回答者の中に20歳代がおらず、最も経験の浅い者の抱える問題を拾うことができなかった。ただし、中堅以上の者についてはほぼ全体像をとらえたと考えられ、第一線で働いている臨床心理士の現実的な問題を取り上げることはできたといえる。また、これまで犯罪被害者と臨床心理士の組み合わせで、今回のような規模で均質なデータ取得を試みた調査はわが国にはなく、貴重な資料であると考えてよいだろう。さらに、今回は更新がなされていないため先であるため、対象者の転居など異動による不明が少なからずあり、回収率を減少させる要因となっている。

近年の臨床心理士等を対象とした調査は、非公式の範囲で回収率が 20%程度と言われており、今回は格別低いとはいえないが、あて先不明となり対象者に届かなかった数は返送で判明しただけでも 230 以上（約 23%）あった。個人情報保護の制約から、今回最新のあて先情報を入手することはできなかつたが、研究目的の同意があらかじめ得られたリストが作成されれば、今後は同様の調査を行っても、より正確に配布でき回収率も高まることが予測され、発展が期待できる。

E 結論

本調査から、わが国での犯罪被害者支援が効果的に行われるために以下の点が重要であると結論づけることができる。

経済的基盤の強化

以下に挙げる点は、いずれも個々人の努力の範囲で解決することではなく、無理なくできる体制と、研修講師派遣の person 費や研参加の助成などに必要な予算措置をはじめとした経済面での支えが前提となると考える。本調査においても、結果で示したように、犯罪被害者・家族の医療費の補助制度、同じくカウンセリング等保険外費用に関する補助制度について、非常に必要という回答が 6 割を超え、今後の犯罪被害者・家族の相談の推進に必要な事項、という質問に対して最も多い回答であった。

臨床心理士を対象とした、心理的支援のための研修の充実

より積極的な臨床心理士のための広報や研修が必要である。ひとつは、日常の臨床活動の範囲でも犯罪被害者の相談を積極的に受け入れることができるような啓発・研修、もうひとつは、被害者に特化した心理的援助の技法の検討と普及である。後者は、本分担研究者でもある堀越

勝による、他の分担研究で詳述しているため、ここでは省く。前者においては、日常の業務に加えてさらに大きな負担を強いる研修体制は現実的ではなく、これまでの臨床経験や訓練を応用することのできる、無理のない方法を広報することが望ましい。以前より増えたとはいえ、いまだ人口比からみても十分ではない臨床心理士のバーンアウトを招かないよう、業務の範囲内で行える方法を示すことが、彼らの積極的な取り組みにつながるといえる。いずれにせよ、研修に参加しやすい体制、アクセスしやすい媒体での広報、さらにそれを支える経済的支援が必要である。

子どもを対象とする施設での体制の強化

児童相談所や児童養護施設・乳児院などでは、以前から職員の負担が大きいといわれており、現在も専門的なケアを十分行う余裕があるとは言いがたい。これらの施設では、児童虐待や保護環境の問題に関連して、被害を体験した子どもや交通事故を含む遺児は、もとより対応の範囲に含まれ得る対象である。しかし、子どもやその家族について、犯罪被害を視野に入れて位置づけ対応する体制はいまだ十分ではない。また、受理した犯罪被害者の相談は、小・中・高等学校で認知したものが、受理施設別では最多であり、施設としては、医療機関を合わせたよりも多い。スクールカウンセラーの果たす役割が指摘でき、大学を含め学校内の相談で対応した事例が多くあることがわかる。全国に存在し、臨床心理士が多く勤務するこれらの施設で、犯罪被害に関連した事例に、研修をつんだ臨床心理士が余裕をもって援助できるよう、研修と職員の配置の強化が望まれる。これらは、人生早期からの支援、子育て支援としても考えられ、社会的にも意義が大きい。

医療機関など他機関との連携の強化、関連分野

についての学習の推進

連携の前提として、連携先となる他機関についての知識が必要である。医療機関、司法機関、支援団体など、他機関についての実態や法的根拠などについて、より知識を持つよう図ることが、効果的な連携を促進すると考える。司法的な関与も、知識が伴わないと適切に行えず社会的な期待に応えることが困難である。

F 成果の発表

平成 17 年度から 19 年度までの研究の結果は、総括報告として厚生労働科学研究成果データベースにおいて公開の予定である。本研究の分析をもとに、さまざまな心理臨床の場で無理なく円滑に犯罪被害者支援を行うための指針を作成中であり、ウェブサイトおよび書籍にて公開の予定である。また、さらに分析を深め、関連する内容について複数の学会で発表の予定である。

G 文献

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), pp. 1186-1190

外傷後ストレス関連障害に関する研究会編：心的トラウマの理解とケア第 2 版 (2006), じほう

Golding, J, Siegel, J, Sorenson, S., Burnam, A., Stein, J. Social support sources following sexual assault. *J Community Psychol.* (1989), 17, pp. 93-107

後藤豊実 (2006) 外傷体験者地震における治療ニーズの捉え方と専門的な援助を求める傾向, 日本社会精神医学会雑誌 15 (1), pp. 1

2-23

犯罪被害実態調査研究委員会 (2003), 犯罪被害者実態調査報告書, 東京

Herman JL. The mental health of crime victims: impact of legal intervention. *J Trauma Stress.* Apr (2003), 16 (2), pp. 159-166

法務総合研究所 (2001), 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

法務総合研究所 (2004), 平成 16 年度版犯罪白書, 東京: 国立印刷局

Kelli J W, Dean V C, et al. : Screening for Domestic Violence : Practice Patterns , Knowledge, and Attitudes of Physicians in Arizona. *Southern Medical Journal* (2004), 97 (11) pp. 1049-1054

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) pp. 5-16

松尾浩也 (2004), 法と犯罪被害者支援. *臨床心理学*, 4, pp. 716-719

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

- 内閣府男女共同参画局（2003），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
- 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
- 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) pp. 538-547
- 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
- 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），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（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（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），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
- 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
- Sugg NK, Inui T. Primary care physicians' response to domestic violence. *Opening Pandora's box. Jama.* Jun 17 (1992), 267 (23) pp. 3157-3160
- 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) pp. 911-921
- 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
- Walsh E, Moran P, Scott C, et al. Prevalence of violent victimisation in severe mental illness. *Br J Psychiatry.* Sep (2003), 183, pp. 233-238
- 山上皓（1999），被害者の心のケア，ジュリスト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とってのその意義，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

H 論文発表

大山みち子, 家族・友人が被害にあったとき. 金吉晴編: 心的トラウマの理解とケア第2版. じほう, 東京, pp293-297, 2006.

大山みち子, 犯罪被害者への心理的援助. 生島浩・村松励編: 犯罪心理臨床. 金剛出版, 東京, pp236-250, 2007.

I 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

Ohyama M., Crime and Trauma - Reflections on Psychotherapy for Crime Victims -, Japanese Society of Transcultural Psychiatry and World Psychiatric Association, Transcultural Psychiatry Section, World Association of Cultural Psychiatry Joint Meeting Plenary Symposium April 29, 2007, Kamakura

J 謝辞

本調査に協力していただきました日本臨床心理士会会員の皆様および関係者の方々に感謝申し上げます。

表1-1 回答者の属性①

	n(%)
性別	
男性	71 (30.9)
女性	158 (68.7)
無回答	1 (0.4)
年齢	
30代	57 (24.8)
40代	63 (27.4)
50代	62 (27.0)
60代	32 (13.9)
70代	12 (5.2)
80歳以上	1 (0.4)
無回答	1 (0.4)
臨床経験年数	
9年以下	23 (10.0)
10～19年	72 (31.3)
20～29年	72 (31.3)
30～39年	42 (18.3)
40～49年	12 (5.2)
50年以上	1 (0.4)
無回答	4 (1.7)
1ヵ月平均担当相談者数(平成18年度)	
10人以下	45 (19.6)
11～50人	97 (42.2)
51～100人	60 (26.1)
101～150人	16 (7.0)
151人以上	4 (1.7)
無回答	8 (3.5)

表1-2 回答者の属性②

	n(%)
勤務歴のある施設(複数回答)	
児童相談所	76 (33.0)
婦人相談所・女性センター	12 (5.2)
児童養護施設・乳児院	23 (10.0)
母子生活支援施設	1 (0.4)
民間被害者支援団体	6 (2.6)
その他の犯罪被害者に関与する機関	6 (2.6)
矯正保護・司法などに関与する機関	18 (7.8)
臨床心理士以外の資格取得者	
持っている	55 (23.9)
持っていない	166 (72.2)
無回答	9 (3.9)
所属学会(複数回答)	
日本心理臨床学会	207 (90.0)
日本トラウマティック・ストレス学会	9 (3.9)
日本心理学会	30 (13.0)
その他	142 (61.7)
犯罪被害・PTSDに関する研修参加歴	
ある	178 (77.4)
平均回数(平均値、カッコ内SD)	5.1 (6.5)
5回未満	99 (43.0)
5～10回	44 (19.1)
11～20回	6 (2.6)
21回以上	3 (1.3)
なし	50 (21.7)
無回答	2 (0.9)
犯罪被害・PTSDに焦点づけた技法使用歴	
ある	64 (27.8)
なし	161 (70.0)
無回答	5 (2.2)

表2 回答者の勤務機関の属性

	n (%)
形態(複数回答)	
病院・クリニック(精神科単科)	48(20.9)
病院・クリニック(心療内科)	11(4.8)
上記以外の医療機関	26(11.3)
小・中・高等学校	63(27.4)
大学	75(32.6)
児童相談所	13(5.7)
婦人相談所・女性センター	5(2.2)
児童養護施設	8(3.5)
教育相談所	21(9.1)
その他	102(44.3)
標榜科(医療機関勤務者のみ, 複数回答)	
精神科・神経科	64(57.1)
心療内科	13(11.6)
その他	35(31.3)
設立基盤	
国立病院機構	1(0.4)
大学	54(23.5)
地方自治体(都道府県立、市町村立)	74(32.2)
医療法人・個人	52(22.6)
その他	29(12.6)
無回答	20(8.7)
勤務機関の所在地	
北海道	8(3.5)
東北	12(5.2)
関東	81(35.2)
甲信越	7(3.0)
北陸	7(3.0)
中部	23(10.0)
近畿	42(18.3)
中国	18(7.8)
四国	2(0.9)
九州・沖縄	19(8.3)
無回答	11(4.8)

表3 平成18年度年間担当相談者数(犯罪被害相談経験者のみ)

	男性	女性	合計
平均値	5.9	8.3	12.7
中央値	2.0	3.0	4.0
最頻値	1	1	2
標準偏差	23.7	22.1	41.2
最小値	—	—	1
最大値	200	200	400

表4 問2(1) 相談経験

	n (%)
ある	98(42.6)
平成18年度に限らなければ, ある	56(24.3)
これまで相談を受けたことはない	63(27.4)

表5 問2(3) 相談を受けた被害者の被害内容

被害内容	対応した被害者の数	
	1~4人 n (%)	5人以上 n (%)
殺人	11(4.8)	0(0)
暴行・傷害	19(8.3)	2(0.9)
性的暴力	41(17.8)	7(3.0)
児童虐待	45(19.6)	23(10.0)
配偶者間暴力	39(17.0)	9(3.9)
その他	21(9.1)	1(0.4)

表6 問2(4) 相談受理施設(犯罪被害相談経験者のみ)

	n (%)
形態(複数回答)	
病院・クリニック(精神科単科)	19(19.4)
病院・クリニック(心療内科)	4(4.1)
上記以外の医療機関	10(10.2)
小・中・高等学校	32(32.7)
大学	19(19.4)
児童相談所	11(11.2)
婦人相談所・女性センター	6(6.1)
児童養護施設	7(7.1)
教育相談所	4(4.1)
その他	30(30.6)

表7 問2(6) 司法的な関与の内容

	n (%)
民間の保険のための文書作成	5 (2.2)
裁判のための文書作成	20 (8.7)
証人として裁判所へ出廷	0 (0)
警察や検察に口頭で意見	9 (3.9)
裁判・取調への付き添い	9 (3.9)
警察・児童相談所・婦人相談所へ通報・	39 (17.0)
その他	21 (9.1)

表8 問2(7) 他機関との連携

	n (%)
警察	60 (26.1)
児童虐待相談機関	87 (37.8)
配偶者暴力相談機関	56 (24.3)
民間犯罪被害者支援団体・自助グループ	30 (13.0)
クリニック・病院	77 (33.5)
その他の相談機関	46 (20.0)
教育機関 (小中高大) や幼稚園・保育園	111 (48.3)

表9 問2(8) 自ら被害を話さない人の相談

	n (%)
ある	86 (37.4)
ない	133 (57.8)

表10 問2(9) 被害の経験を尋ねたこと

	n (%)
よくあった	15 (6.5)
時々あった	53 (23.0)
尋ねたことはない	23 (10.0)

表11 問2(10) 相談者が被害を認めた場合の方針 (n=69)

	n (%)
被害経験に焦点を当てて相談継続	20 (29.0)
被害経験に焦点を当てずに相談継続	30 (43.5)
自らは相談を受けない (専門家へ紹介な	4 (5.8)

表12 被害について尋ねない理由(問2(11))

	n (%)
症状が憎悪する	73 (31.7)
相談者を傷つける	78 (33.9)
その後の対処が分からない	35 (15.2)
受け止められない	30 (13.0)
相談に関係がない	10 (4.3)
対応する時間がない	20 (8.7)
その他	82 (35.7)

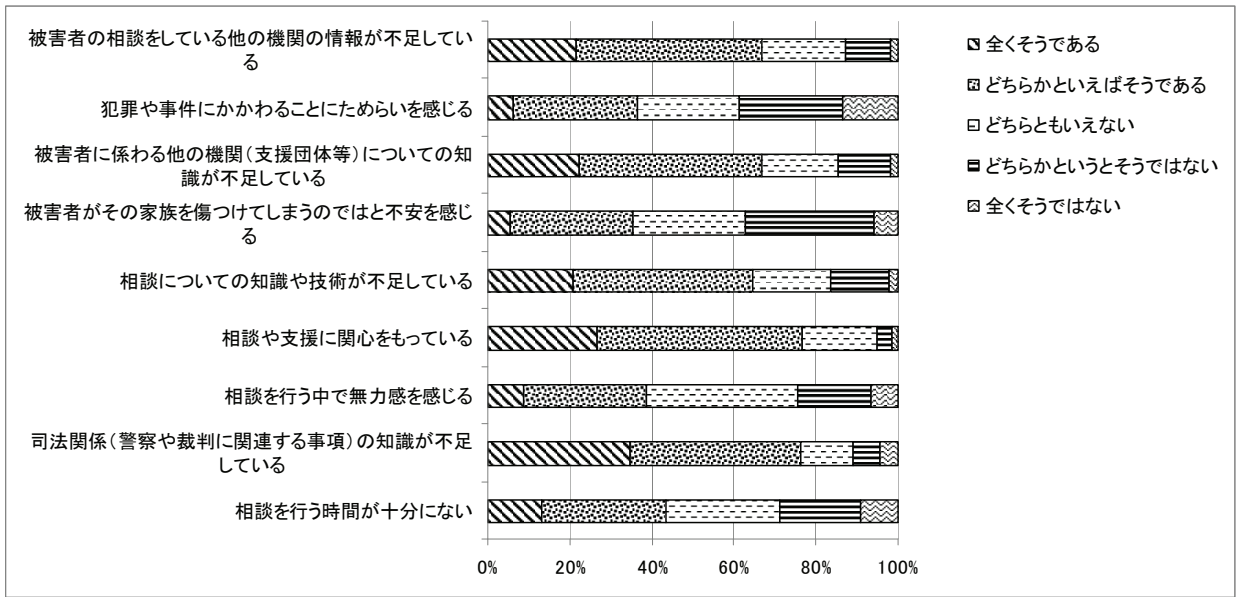


図1 問3 被害者に関わることについての意識

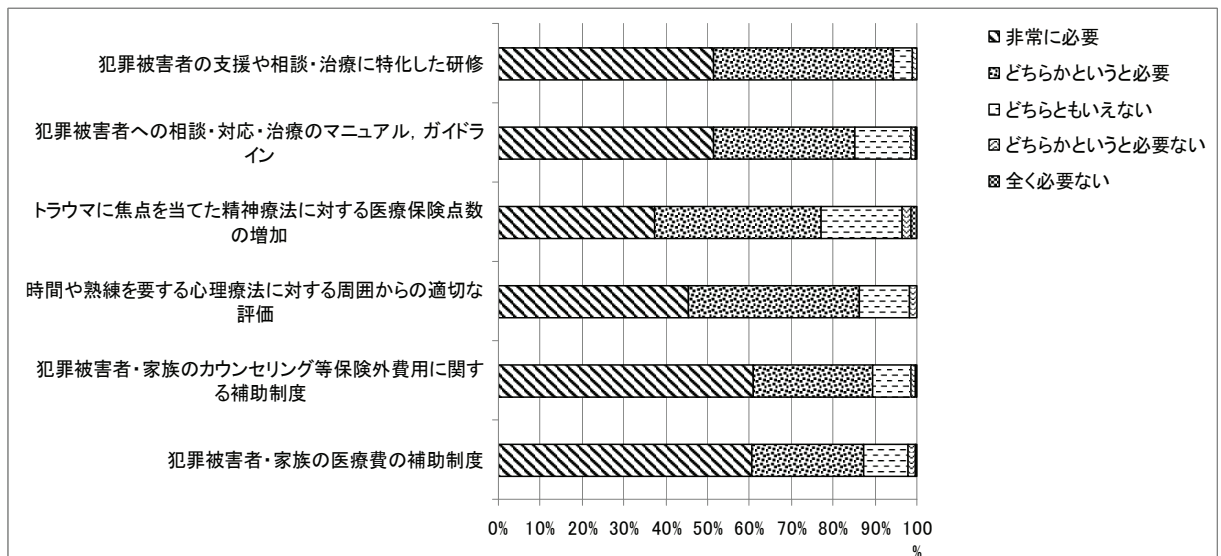


図2 問4 被害者の相談を推進するために必要な事項

調査ご協力のお願い

皆様ご清祥のこととお喜び申し上げます。

この調査（「臨床心理士による犯罪被害者およびその家族の相談に関する調査」）は、臨床心理士による犯罪被害者への心理相談活動の実態を知り、活動促進の一助とすることを目的とし、実施いたします。皆様のあて先につきましては、日本臨床心理士会に登録された連絡先をもとに無作為抽出いたしました。なお本調査の実施につきましては、日本臨床心理士会に報告しております。

臨床心理士の相談活動の実態を知るためのものですので、**お送りした方全員が対象となっております。被害者の相談の経験のない方も、回答をお願いいたします。**

回答は自由であり、ご回答いただかない場合でもなんら不利益は生じません。また、ご回答をもちまして、本調査への同意とさせていただきます。回答は、匿名化して統計学的に処理し、個人情報の保護を遵守いたしますが、回答にあたって、特にクライアントの個人情報を記入なさらないようお願いいたします。データは全て武蔵野大学で厳重に管理いたします。また、本調査は、武蔵野大学の倫理審査委員会の承認を受けております。

ご多用中恐れ入りますが、上記の趣旨をお汲み取りの上、ご協力くださいます場合は、同封の調査票にご回答のうえ10月20日までにご返送いただきたくお願い申し上げます。

この調査は、平成19年度厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学「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、課題番号17230901）」の分担研究として行っております。

過去2年における研究成果の班全体としての総括報告は、下記「厚生労働科学研究成果データベース」から同じ研究課題名で検索ができます（検索キーワード「犯罪被害者」）。

<http://mhlw-grants.niph.go.jp/index.html>

平成19年度「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とその回復～臨床心理士による犯罪被害者への心理相談活動の実態に関する研究～

分担研究者 大山みち子・堀越勝

研究協力者 吉川麻衣子・中島聡美・道家木綿子・磯部花映・
木下留美子・星崎裕子・福森崇貴・檜村正美・
丹羽まどか・片岡玲子・富永良喜

お問い合わせ先：E-メール 専用アカウント research@musashino-u.ac.jp

ファクス 042-468-8298

返送先 202-8585 東京都西東京市新町1-1-20 武蔵野大学人間関係学部
大山みち子研究室 宛

臨床心理士における犯罪被害者及びその家族の相談に関する調査

< 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。

○記入の仕方

各問について、あてはまる番号に○をつけて下さい。設問によって、**1つだけ**○をしていただくものや、**あてはまる番号すべてに**○をしていただくものがございます。

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。

回答は、問1から順番にお答えください。途中、回答によってお答えいただく設問が変わります。矢印等の指示に従ってお進みください。

○記入にあたっての注意

本調査では、犯罪被害者という特定されやすい事例を対象としております。調査票の記入にあたり、自由記載等（特に問2（4）や問5）で、ご経験されました事例の**個人情報**（例：個人名、地名など）**に関わる事項を記載されることがないように**、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を、同封の返信用封筒に入れ、**平成19年10月20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、ご質問は下記までお願いいたします。

ファクス 042-468-8298

E-mail research@musashino-u.ac.jp

臨床心理士による犯罪被害者への心理相談活動の実際に関する研究班
武蔵野大学 大山みち子研究室内

お忙しいところ恐縮ですが、ご協力の方よろしくお願い申し上げます。

※1 ここでの「犯罪被害者及びその家族」とは、犯罪被害にあわれた**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。立件の有無は問いません。

※2 今までに犯罪被害者の相談や治療に関わったことのない先生もご記入をお願いいたします。

それでは、次のページよりご記入ください。

問1. はじめに、このアンケートを記入されているご本人のことについてお伺いします。

(1) 性別について、当てはまる番号に **1つだけ** ○をつけてください。

- | | |
|------|------|
| 1 男性 | 2 女性 |
|------|------|

(2) 現在の年齢をご記入下さい (満年齢)。

	歳
--	---

(3) 現在までの臨床経験年数をご記入下さい (犯罪被害者及びその家族の相談に限りません)。

	年
--	---

(4) 現在勤務している施設/心理相談室について **当てはまる番号すべてに** ○をつけてください。また、複数の場合は、その内メインで勤務しているところ1つに◎をつけてください。

- | | | | |
|--------------------|-------------------|---------|---------|
| 1 病院・クリニック (精神科単科) | 2 病院・クリニック (心療内科) | | |
| 3 1・2以外、総合病院等 | 4 小・中・高等学校 | 5 大学 | 6 児童相談所 |
| 7 婦人相談所・女性センター | 8 児童養護施設 | 9 教育相談所 | |
| 10 その他 (具体的に : |) | | |

(5) 現在医療機関に勤務されている場合、勤務先の科について **当てはまる番号すべてに** ○をつけてください。
(複数回答可)

- | | | |
|-----------|--------|---------------|
| 1 精神科・神経科 | 2 心療内科 | 3 その他 (具体的に) |
|-----------|--------|---------------|

(6) 現在勤務している施設/心理相談室の設立基盤について当てはまる番号に **1つだけ** ○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 | | | | |
| 5 その他 (具体的に) | | | | |

(7) 現在勤務している施設/心理相談室のある地域について当てはまる番号に **1つだけ** ○をつけてください。

- | | | | | |
|-------|-------|------|------|----------|
| 1 北海道 | 3 関東 | 5 北陸 | 7 近畿 | 9 四国 |
| 2 東北 | 4 甲信越 | 6 中部 | 8 中国 | 10 九州・沖縄 |

(8) 平成18年度(平成18年4月1日～平成19年3月31日)の、ご自身の1ヶ月の平均担当相談者(患者)数(のべ人数)をお答えください。(どれか1つに○をつけてください)

1	10人以下	2	11～50人	3	51～100人	4	101～150人	5	151人以上
---	-------	---	--------	---	---------	---	----------	---	--------

(9) 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)。
勤務したことのある施設について、当てはまる番号すべてに○をつけて下さい。(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	民間被害者支援団体	
6	その他の犯罪被害者に関与する機関(具体的に)
7	矯正保護・司法などに関与する機関(具体的に)

(10) 臨床心理士以外の、相談・治療などに関わる資格をお持ちですか。(どちらか1つに○をつけてください)

1	はい(具体的に:)	2	いいえ
---	----------	---	---	-----

(11) 現在あなたが所属している学会について、当てはまる番号すべてに○をつけてください。

1	日本心理臨床学会	2	日本トラウマティック・ストレス学会	3	日本心理学会
4	その他	いくつでもご自由にお書きください			

(12) これまでに犯罪被害者やPTSDに関連した研修会やワークショップに参加したことがありますか。
(どちらか1つに○をつけてください)

1	あ	る(おおむね	回程度)	2	な	い
---	---	----	------	-----	---	---	---	---

(13) これまでに犯罪被害者やPTSDに焦点をあてた心理療法の技法を用いたことはありますか。
(どちらか1つに○をつけてください)

1	あ	る(具体的に:)	2	な	い
---	---	---------	---	---	---	---

→次ページ問2へお進みください

問 2. 犯罪被害者・家族の相談（診療を含む）経験についてお尋ねします。

(1) 平成 18 年度（平成 18 年 4 月 1 日～平成 19 年 3 月 31 日）に、下記*のような被害が続いていた、もしくは過去に下記*のような被害に遭った経験のある相談者で、被害が相談内容と密接に関係していたと考えられる犯罪被害者 および その家族（以降 犯罪被害者・家族 と記載します）の相談のご経験がありますか。
 （どれか 1 つに○をつけてください）。

*殺人・傷害致死、業務上過失（自動車事故、鉄道事故、放射能漏れ事故など。明らかに本人の過失によるものを除く）、身体的暴力（殺人未遂、傷害など）、性的暴力（強姦、強姦未遂、強制わいせつなど）、児童虐待、配偶者間暴力、財産被害（窃盗、詐欺、横領など）、ストーキング、テロ、など。

※本人の申告によるもので客観的な事実の確認は必要ありません。

1 ある	→	(2)へお進みください
2 平成 18 年度に限らなければ相談を受けたことがある	→	(5)へお進みください
3 これまで相談を受けたことはない	→	(7)へお進みください

(2) (1)で「1 ある」と回答した方に伺います。

平成 18 年度に相談を受けた犯罪被害者・家族の人数をお答えください。

男性 人 + 女性 人 = 合計 人

(3) (1)で「1 ある」と回答した方に伺います。

平成 18 年度に相談を受けた被害者のうち、特に下記の犯罪被害者・家族は何人いましたか。

ア～カそれぞれについて、当てはまる番号に 1 つだけ○ をしてください。

※ 2 つ以上の被害がある場合の記載 例：児童虐待で性的暴力の被害の場合には、性的暴力と児童虐待の両方に人数をカウントしてください。

ア. 殺人	1	0 人	2	1～4 人	3	5 人以上
イ. 暴行・傷害	1	0 人	2	1～4 人	3	5 人以上
ウ. 性的暴力（強姦・強制わいせつ等）	1	0 人	2	1～4 人	3	5 人以上
エ. 児童虐待	1	0 人	2	1～4 人	3	5 人以上
オ. 配偶者間暴力	1	0 人	2	1～4 人	3	5 人以上
カ. ア～オ. 以外の犯罪被害（具体的に）	1	0 人	2	1～4 人	3	5 人以上

(4) (1)で「1 ある」と回答した方に伺います。

平成 18 年度に犯罪被害者・家族の相談を受けた施設／心理相談室について、当てはまる番号すべてに○をつけてください。

1 病院・クリニック（精神科単科）	2 病院・クリニック（心療内科）		
3 1・2 以外、総合病院等	4 小・中・高等学校	5 大学	6 児童相談所
7 婦人相談所・女性センター	8 児童養護施設	9 教育相談所	
10 その他（具体的に：_____）			

(5) (1)で「1 ある」または「2 平成18年度に限らなければ相談を受けたことがある」と回答した方に伺います。
 犯罪被害者・家族の相談にかかわったきっかけについて、さしつかえない範囲でお書き下さい。

(6) (1)で「1 ある」または「2 平成18年度に限らなければ相談を受けたことがある」と回答した方に伺います。
 これまでに、犯罪被害者・家族について、下記のような司法的な関与を行ったことがありますか。
当てはまる番号すべてに○をつけてください。(複数回答可)

1 経験なし	6 裁判や取調べに付き添いとして同行した
2 民間の保険のための文書を作成した	7 警察や児童相談所、婦人相談所へ通報や 通告を行った
3 裁判のための文書を作成した	8 その他
4 証人として裁判所へ出廷した	(具体的に)
5 警察や検察に口頭で意見を述べた)

(7) 全員の方に伺います。

これまでに、犯罪被害者・家族について、以下の機関から相談者の紹介やケースの相談をされた、あるいはご自身が相談者を紹介したり相談をした、といった経験はありますか。
 ア～エそれぞれについて、当てはまる番号に1つだけ○をしてください。

ア. 警察	1	ある	2	ない
イ. 児童虐待相談機関（児童相談所、民間相談機関など）	1	ある	2	ない
ウ. 配偶者暴力相談機関（婦人相談所、配偶者間暴力相談センターなど）	1	ある	2	ない
エ. 民間犯罪被害者支援団体・自助グループ	1	ある	2	ない
オ. クリニック・病院	1	ある	2	ない
カ. その他の相談機関	1	ある	2	ない
キ. 教育機関（小・中学校、高等学校、大学）や幼稚園・保育園など	1	ある	2	ない

(8) 全員の方に伺います。

これまでに、**問2の(1)**で例として挙げたような、被害にあったことが疑われるものの、自ら被害について話さない人の相談を受けたことがありますか。**(どちらか1つに○をつけてください)**

1 ある	2 ない	→ (11)へお進みください
------	------	----------------

(9) (8)で「1 ある」と回答した方に伺います。

そのような相談者に対して、被害の経験について尋ねたことがありますか。

(どれか1つに○をつけてください)

1 よくあった	2 時々あった	3 尋ねたことはない	→ (11)へ
---------	---------	------------	---------

(10) (9)で「1 よくあった」または「2 時々あった」と回答した方に伺います。

被害の経験があることを相談者が認めた場合、どのように対処することが多いですか。

当てはまる番号に**1つだけ**○をつけてください。

1 被害経験に焦点を当てて相談を継続する
2 被害経験に積極的には焦点を当てずに相談を継続する
3 自らは相談を受けない(専門家に紹介する等)
4 その他 (具体的に)

(11) 全員の方に伺います(被害にあったことが疑われるものの、自ら被害について話さない人の相談を、受けた経験がない方も含みます)。

被害体験について尋ねない場合、その理由について**当てはまる番号すべてに○**をつけてください。

(複数回答可)

1 尋ねることで症状が増悪すると思う
2 尋ねることで相談者を傷つけると思う
3 尋ねてもその後の対処がわからないと思う
4 尋ねても受けとめられないと思う
5 相談に関係がないと思う
6 尋ねても対応する時間がないと思う
7 その他 (具体的に)

→次ページ問3へお進みください

問 3. 犯罪被害者・家族の相談（診療等を含む）を行う上で、どのようなことを感じておられるかについてお伺いします。相談の経験がない方は、もし相談を受けることになったらという仮定でお答えください。

次のア～コのそれぞれについて、当てはまる番号に 1つだけ 〇をつけてください。

	全くそうである	どちらかといえば そうである	どちらともいえない	どちらかという そうではない	全くそうではない
ア. 相談に意義ややりがいを感じる	1	2	3	4	5
イ. 相談を行う時間が十分でない	1	2	3	4	5
ウ. 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
エ. 相談を行う中で無力感を感じる	1	2	3	4	5
オ. 相談や支援に関心をもっている	1	2	3	4	5
カ. 相談についての知識や技術が不足している	1	2	3	4	5
キ. 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
ク. 被害者に係わる他の機関（支援団体等）についての知識が不足している	1	2	3	4	5
ケ. 犯罪や事件にかかわることにためらいを感じる	1	2	3	4	5
コ. 被害者の相談をしている他の機関の情報が不足している	1	2	3	4	5

問4. 今後の犯罪被害者・家族の相談の推進に必要な事項についてお伺いします。

あなたが将来、犯罪被害者・家族の相談をより積極的に行う場合、以下のア～カの事項の必要性について、あなたのお考えに最も当てはまる番号にそれぞれ1つだけ○をつけてください。

	非常に必要	どちらかという 必要	どちらともいえない	どちらかという 必要ない	全く必要ない
ア. 犯罪被害者・家族の医療費の補助制度	1	2	3	4	5
イ. 犯罪被害者・家族のカウンセリング等保険外費用に関する補助制度	1	2	3	4	5
ウ. 時間や熟練を要する心理療法に対する周囲からの適切な評価	1	2	3	4	5
エ. ト라우マに焦点を当てた精神療法に対する医療保険点数の増加	1	2	3	4	5
オ. 犯罪被害者への相談・対応・治療のマニュアル、ガイドライン	1	2	3	4	5
カ. 犯罪被害者の支援や相談・治療に特化した研修	1	2	3	4	5

問5. 犯罪被害者・家族の相談（診療等を含む）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

(別紙)

過日、標記の調査票をお送りした皆様に、今一度お願いいたします。

匿名でのお返事をお願いしておりますため、すでにお送りくださった方にも差し上げるご無礼をお許しください。ご協力を厚くお礼申し上げます。

お蔭様で10月22日現在、200通弱の返信を頂戴しておりますが、不達にて返送された調査票も多くございます。したがって今後、回答を頂戴するには、お手元に届いた皆様方のご協力が頼りとなります。そこで、当初は締め切りを10月20日といたしましたが、しばらくの間お待ち申し上げますことといたしました。

ご多用中まことに恐縮でございますが、ご協力いただける場合には、ご記入の上なるべくお早めに投函くださいますようお願い申し上げます。白い定形外の封筒で、中にはお願いの文書と、灰色の返信用封筒、調査票が同封されております。詳細はお願いの文書をご覧ください。なにとぞよろしくお願いいたします。

202-8585

平成19年度厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学

～「臨床心理士における犯罪被害者及びその家族の相談に関する調査」研究班

分担研究者 大山みち子・堀越勝

研究協力者 吉川麻衣子・中島聡美・道家木綿子・磯部花映・木下留美子・星崎裕子・福森崇貴・

樫村正美・丹羽まどか・片岡玲子・富永良喜

東京都西東京市新町1-1-20 武蔵野大学人間関係学部 大山みち子研究室内

E-メール research@musashino-u.ac.jp

ファクス 042-468-8298

PTSD 患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 PTSD 患者 23 名を対象に、Prolonged Exposure Therapy(以下；PE 療法)を施行した。対象者は、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。対象者 23 名のうち、17 名は PE を完遂し、4 名は継続中、2 名は PE を中断し通常カウンセリングに移行した。PE 療法を完遂した 17 名の治療結果は、PTSD が改善したものは 10 名、PTSD 症状が軽減したものは 6 名、症状に変化が見られなかったものは 1 名であった。

PE 療法前後で各心理尺度得点に差があるかどうかを調べるために PE 完遂ケース 17 名を対象に対応のある両側 t 検定を行ったところ、PE 療法は犯罪被害の影響で生じた PTSD 症状($p=0.001$)、抑うつ症状($p=0.019$)、解離症状($p=0.007$)に効果が認められた。さらに PTSD の主要三症状についても、再体験症状($p=0.001$)、回避・麻痺症状($p=0.001$)、覚醒亢進症状($p=0.001$)ともに有意に症状の改善が見られた。PE 療法後も PTSD 症状の再発が少なく、PE 療法開始時点で、社会機能に支障をきたしていた 13 名中 10 名(76.9%)は社会復帰した。

PE 療法はわが国においても慢性 PTSD に有効でかつ実施可能な治療法であると考えられた。PTSD 症状だけでなく、付随して生じる抑うつ症状や解離症状にも効果があり、PE 療法後に 76.9%の人が社会復帰したという結果は長期間症状に悩まされている被害者にとっても本療法が有効な治療法であると考えられる。著効が期待され、症状の回復の早い治療法を受けることはクライアントにとっても利点である。

本療法を専門家にトレーニングし、臨床家が本療法を身につけ、多くの臨床施設で提供できるようになれば犯罪被害者の治療がさらに拡充していくことだろう。

A 研究目的

近年、PTSD の治療法の中でも Prolonged Exposure Therapy が最も有効であることが海外の研究で実証されている。わが国においても PTSD に焦点を当てた認知行動療法や EMDR を用いた治療が導入されつつあるが、PTSD の治療効果に関する実証的な報告は少ない。

そこで本研究班では、Prolonged Exposure Therapy の我が国における実施可能性と治療効果を確認することを目的に調査を行った。

B 研究方法

2004年5月～2008年2月に、武蔵野大学心理臨床センター、単科精神科病院に来院・来院した PTSD 患者 23 名を Prolonged Exposure Therapy 対象にした。

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 Therapy (以下 PE 療法)を用いた。PE 療法は 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な認知行動療法である。担当セラピストは 6 年以上犯罪被害者の臨床を行っている精神科医 3 名、臨床心理士 4 名、心理カウンセラー 1 名であり、この技法の開発者である Edna B. Foa または小西聖子が実施した 4 日間のトレーニングを受けた。さらに、本研究の PE 担当セラピストは、PE 療法実施毎にグループスーパービジョンを受けながら PE 療法を実施した。

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。

PE 治療前後の心理検査は担当セラピスト以外の独立した評価者が実施した。研究の同意については、対象者に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。

治療技法

Prolonged Exposure Therapy

PE 療法は 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 SDS 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、クライアントと一緒に PE 療法の振り返りを行い、今後の計画や対応策などを話し合う。

心理尺度

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。

C 研究結果

1) 対象者

PE 対象者 23 名の平均年齢 29.04±8.01 歳の PTSD 女性 22 名、男性 1 名であった。犯罪被害の内訳はレイプ 6 名、レイプ未遂(性交渉なし)4 名、性的虐待 4 名、監禁事

件 3 名、DV4 名、交通事故 1 名、身体的暴行 1 名であった。事前の精神科通院歴があったものは 9 名、そのうち 1 名は精神科入院歴があった。23 名の主診断は PTSD であるが、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 12 名、BPD1 名、DDNOS1 名、摂食障害 2 名であった。

PE 施行時に薬物療法を併用していたものは 16 名であった。PE 療法を武蔵野大学心理臨床センターにて 20 名、単科精神科病院で 3 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～15 回行った。PE 療法の結果は、治療を完遂したものが 17 名、PE 治療継続中が 4 名、PE 治療の途中で中断したものが 2 名であった。PE 治療を完遂した 17 名のうち PTSD 診断が消失したものは 11 名(64.7%)、治療前より症状が軽快した者が 5 名(29.4%)、症状に変化がみられなかったものは 1 名(5.9%)であった。さらに、PE 療法開始時点で、社会機能に支障をきたしていた 13 名中 10 名(76.9%)は社会復帰した。

3) PE 療法の PTSD 症状に対する効果

PE 療法を完遂した 17 名を対象に、治療前後で CAPS 得点及び IES-R 得点に差があるかどうか調べるために対応のある両側 t 検定を行ったところ、PE 療法前後で治療効果に差があることがわかった。さらに PTSD の主要三症状についても治療効果に差があることがわかった。よって PE 療法を行うことで PTSD 症状に差がみられた(表1参照)。

4) PE 療法の抑うつ症状に対する効果

PE 療法を完遂した 17 名を対象に、治療前後で SDS 得点に差があるかどうかを調べるために対応のある両側 t 検定を行ったところ、PE 療法前後で治療効果に差があることがわかった。よって PE 治療を行うことで抑うつ症状に差がみられた(表 1 参照)。

5) PE 療法の解離症状に対する効果

PE 療法を完遂した 17 名を対象に、治療前後で DES 得点に差があるかどうか調べるために対応のある両側 t 検定を行ったところ、PE 療法前後で治療効果に差があることがわかった。よって PE 治療を行うことで解離症状に差がみられた(表 1 参照)。

表1 PE 治療前後の治療効果

		治療前	治療後	p値
C	全体	80.6	45.9	0.001
A	再体験	22.8	10.1	0.001
P	回避・麻痺	33.7	20.1	0.001
S	覚醒亢進	24.8	15.7	0.001
IES-R		54.6	28.2	0.001
SDS		59.4	52.1	0.019
DES		30.2	17.7	0.003

N=17

D 考察

1) PTSD 患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。現在 PTSD の治療法として、曝露療法が推奨されており、多くの実証研究で治療効果が明らかにされている。また、本研究で使用した PE 療法は PTSD 症状のみならず、PTSD と同時に合併する抑うつ症

状、不安症状、解離症状にも効果があることも証明されている。本研究では、わが国における PE 療法の実施可能性と治療効果を検証し、PE 療法は日本でも実施可能であり、有効な治療法であることが明らかになった。

PE 療法後に 64.7%の PTSD 診断が消失し、社会機能に影響があった者のうち 76.9%が社会復帰したという結果は PTSD 症状が遷延化し、症状に苦しんでいるクライアントやセラピストにとっても意義がある結果といえよう。

PE 療法を中断した 2 名はいずれも想像エクスポージャー後に中断希望を申し出たものである。「出来事の記憶を思い出したくない」「出来事の話をするとう具合が悪くなる」などの想像エクスポージャーに対して強い抵抗を示すことが主な理由であった。このような想像エクスポージャーに対する抵抗は PE 療法を行う際には常に生じる問題であり、中断したケースに限られたことではない。また、中断したケースの担当者は PE 療法を始めて施行したセラピストであり、想像エクスポージャーに対する抵抗を扱いきれなかったことも考えられる。

PE 療法はクライアントが出来事の話をする際に感情を伴って話ができるようにサポートし続けることが重要となる。出来事に対する感情の関わりを調整することがこの療法で臨床家に求められている臨床的技術力である。今後日本で犯罪被害者の治療として PE 療法を推進していくためには、感情処理をする際の臨床技術についても出来る限り明確にし、トレーニングを行うシステムを整備する必要があるだろう。本研究班では PE 療法のワークショップや継続研修、スーパービジョンを実施したが、PE 療法の専門家を育成する

という視点で見れば継続して教育を行う必要があるだろう。今後、我が国で犯罪被害者に対する専門治療を一般的に普及していくためには、専門家の育成が社会的にも求められている。PE 療法は、PTSD の臨床経験があり、トレーニングやスーパービジョンの制度を整えば公的機関及び地域のクリニックでも施行可能な療法である。また、PE療法は他の療法と比較しても著効が期待され、かつ短期間で PTSD が回復するというのが大きな利点である。犯罪被害者に専門的な治療法を提供していくためにも、わかりやすいマニュアルを作成し、専門家を育成するためのスーパービジョンの体制を整えることが課題として残されている。

2) PE 療法の効果の持続、再発防止

PE 療法は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。通常 of 心理療法と比較すると出来事に触れる時間や精神的負担が大きい治療法である。しかし、PTSD のクライアントは再体験症状によって出来事に関与している時間が多い。

心理療法の中で、外傷体験の記憶を整理することができれば、外傷体験を過去体験として受け止め、記憶を思い出しても危険ではなく、自分は大丈夫であるという感覚を身につけることができる。PE 療法を行う前は、記憶に支配されているように感じていたものも、自分で記憶をコントロールできるようになるとさらに安全感を取り戻し、対処法を身につけることで自尊心を少しずつ取り戻すことができる。

また、犯人が捕まって警察から連絡がくるなど外傷体験と強く関わっており、出来事を

思い出す状況があっても、「動揺したり症状の悪化はあるもののクライアント本人が自分で対処したり、一時的に悪化しただけで再発したわけではない」「出来事を思い出すけど、すぐに振り払い、ただ思い出しただけである」と多くのクライアントが語る。このように、PE 療法後の PTSD 症状の再発が少ないことや薬物治療で変化が見られなかった後でも治療効果があることは、PE 療法の大きな特徴である。

PTSD のクライアントは薬物療法を行っても症状が慢性化し長期間症状に悩まされているものが多い。このような状況でも PE 療法を行えばさらに症状が軽減することは海外の研究で明らかにされている。今後は我が国でも薬物療法との比較も含めた無作為割付試験を実施し、PE 療法の効果を検証し、知見を積み上げる必要があるだろう。

E 結論

本研究では、23 名の犯罪被害者を対象に PTSD に焦点を当てた prolonged Exposure Therapy を実施した。

本研究の結果より、わが国でも PE 療法は犯罪被害の影響で生じた PTSD 症状、抑うつ症状、解離症状に効果があることが明らかになった。さらに、PE 療法後、日常生活に支障をきたしていた各症状が改善し、対処法が増えると、徐々に活動範囲も広がり、日常生活を過ごしやすくなったクライアントが多かった。犯罪被害の影響で日常生活に支障をきたし、PTSD 症状が遷延化し、症状に悩まされている被害者は多いこのような状況の中で、約3ヶ月間という短期間で症状が改善し、かつ著効が期待される PE 療法は我が国の被害者にとっても有効な治療法であるとい

えるだろう。

このように PE 療法は有効な治療法であるが、一時的にはあるにせよ、クライアントにとって精神的にも、時間的にも負担がかかる療法である。効果のある療法であるからこそ、犯罪被害者の臨床を行う上での基本的な臨床能力を持っている臨床家が行う必要がある。しかし、一定の臨床能力があり、施設での事例検討及びスーパービジョン制度を整えば日常臨床でも使用できる効果的な心理療法である。

今後は、犯罪被害者ための専門的な心理療法として専門家にトレーニングを行い、普及していくとともに、PE 療法の施行ケースを増やして日本における PE 療法の知見を積み上げ、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。

F 参考文献

National Academy of Sciences ;
Treatment of Posttraumatic Stress
Disorder:An Assessment of the Evidence.
<http://www.nap.edu/> 2007

Seidler GH, Wagner FE: Comparing the
efficacy of EMDR and trauma-focused
cognitive-behavioral therapy in the
treatment of PTSD: a meta-analytic
study. *Psychol Med* 2006;
36(11):1515-22

Bisson JI, Ehlers A, Matthews R,
Pilling S, Richards D, Turner S:
Psychological treatments for chronic
post-traumatic stress disorder.

Systematic review and meta-analysis.
Br J Psychiatry 2007; 190:97-104

American Psychiatric Association:
American Psychiatric Association
Practice Guidelines-Practice
Guideline for the Treatment of Patients
With Acute Stress Disorder and
Posttraumatic Stress Disorder. 2004

Foa EB, Kozak MJ: Emotinal processing
of fear: Exposure to corrective
information. *Psychological Bulletin*
1986; 99:22-35

Foa EB, Zoellner LA, Feeny NC, Hembree
EA, Alvarez-Conrad J: Does imaginal
exposure exacerbate PTSD symptoms? *J
Consult Clin Psychol* 2002;
70(4):1022-8

Foa EB, Hembree EA, Cahill SP, Rauch SA,
Riggs DS, Feeny NC, Yadin E: Randomized
trial of prolonged exposure for
posttraumatic stress disorder with and
without cognitive restructuring:
outcome at academic and community
clinics. *J Consult Clin Psychol* 2005;
73(5):953-64

Foa EB, Rauch SA: Cognitive changes
during prolonged exposure versus
prolonged exposure plus cognitive
restructuring in female assault
survivors with posttraumatic stress
disorder. *J Consult Clin Psychol* 2004;

72(5):879-84

Rothbaum BO, Cahill SP, Foa EB, Davidson JR, Compton J, Connor KM, et al.: Augmentation of sertraline with prolonged exposure in the treatment of posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 2006; 19(5):625-38

Schnurr PP, Friedman MJ, Engel CC, Foa EB SM, Chow BK, Resick PA, et al.: Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in women: a randomized controlled trial. *The journal of the American Medical Association* 2007; 297(8):820-830

広幡小百合, 小西聖子, 白川美也子, 浅川千秋, 森田展彰, 中谷陽二: 性暴力被害者における外傷後ストレス障害 抑うつ、身体症状との関連で. *精神神経学雑誌* 2002; 104(6):529-550

飛鳥井望, 富永良喜, 笠原麻里, 廣常秀人, 元村直靖: PTSD 治療に関する会員アンケート調査報告. *トラウマティック・ストレス* 2005; 3(2):87-93

G 論文発表

吉田博美、小西聖子、加茂登志子; わが国における慢性外傷後ストレス障害に対する Prolonged Exposure Therapy の試み. *総合病院精神医学*, vol. 20 no1, pp55-62, 2008.

吉田博美、小西聖子、井口藤子、加茂登志

子; Prolonged Exposure Therapy の効果研究—暴力の被害を受けた女性 10 名に対して—. *心理臨床学研究* (印刷中)

吉田博美、小西聖子; 長時間曝露療法—prolonged exposure therapy—. *こころのりんしょう a・la・carte* vol26.No.3,pp477-483,2007.

吉田博美; 心理相談室における Prolonged Exposure Therapy の適用. *武蔵野大学心理臨床センター紀要* (印刷中)

H 学会発表

なし

研究課題名:犯罪被害者の PTSD 治療(分担研究項目)

「PTSD に特化した心理療法:認知処理療法」

分担研究者 堀越 勝 (筑波大学大学院人間総合科学研究科)

研究協力者 福森 崇貴 (つくば国際大学産業社会学部)

檜村 正美 (筑波大学大学院人間総合科学研究科)

丹羽 まどか(筑波大学大学院人間総合科学研究科)

1) 研究の概要

本分担研究班の目的は、犯罪被害者の PTSD 治療に焦点を当てることによって、効果的な犯罪被害者援助の方策を探るとともに、それを実践することである。本研究班はこれまで、初年度において先行研究やエビデンスを洗い直し、数ある効果的だと思われる介入方法の中から、認知処理療法(Cognitive Processing Therapy: 以下 CPT)を選択し、日本に紹介することを中心に活動を行って来た。さらに、次年度から現在に至るまでは、CPT の考案者であるレイシック博士 (Patricia Resick, Ph.D.) とコンタクトを取りながら、CPT を日本に紹介する準備を行ってきた。

平成18年度にはボストンの U.S.Center For PTSD にレイシック博士を訪ね、CPT の研修を直接受けるとともに、CPT のマニュアルの翻訳に着手した(付録写真1参照)。最終年度の平成19年度には、実際に CPT を日本国内で実践すべく、その効果測定を行う計画を実行している。さらに CPT の特徴の一つであるグループによる CPT 介入の可能性についても探ることを開始した。CPT の日本における実践については、現在進行形で、数名の専門家を加えて毎週水曜日に勉強会を開催し、ロールプレイなどを用いて既に翻訳が完了している日本語マニュアルに従って実際に CPT が使えるように練習するとともに、日本語版マニュアルの不備な点、不明な点などの修正を加え今後改訂版を作って行く予定である。また、グループ介入については、平成19年9月4日、5日の両日、グループ CPT の実践で知られ、CPT マニュアルのグループ介入のセクションを執筆している、米国オハイオ州シンシナチの VA メディカルセンター内にある『PTSD と不安症プログラム』のディレ

クターであるチャード博士 (Chathleen Chard, Ph.D.)を訪ね、グループによる CPT のやり方を実際にグループに参加する形で研修する機会を持つことが出来た(付録写真 2 参照)。加えて、センターのスタッフやプログラムに参加している患者との交流を通して PTSD に対するグループ介入についての情報を収集することができた。

その後の6日、7日の両日は昨年同様にボストンの U.S.Center for PTSD にレイシック博士を訪ね、グループ CPT と個人を対象にした CPT の違いをはじめ、最新の研究結果などを含めた関連情報を収集することが出来た(付録写真 3 参照)。また、新しい研究結果を反映して作られた、最新版のマニュアルを入手することが出来たので、最新マニュアルに照らして本研究班で作った日本語マニュアルの改訂すべき部分の修正や、付け加える必要のある部分などを加える改訂作業を行った。

また、CPT を正式な形で紹介するために、平成20年のトラウマティック・ストレス学会の学会誌に CPT のレビュー論文を投稿し掲載された(平成20年3月号)。また、4月に福岡で行われる第七回トラウマティック・ストレス学会の自主シンポジウムで、統合的な PTSD への介入の一例として CPT を紹介する予定である。このように、3年間を通じて、PTSD に対する効果的な介入の検証と、新たな心理療法の紹介を試みてきたが、大枠では目的を果たしといえると思う。また、同時に今後への課題も見えてきたことも確かである。犯罪被害者のケアのために、引き続き CPT の伝播に努めたいと思う。

2) 3年間の活動リスト

堀越班は平成17年度、18年度、19年度の3カ年を通して、外傷的な出来事を経験した者が発症

しやすい外傷後ストレス障害(PTSD)に特化した心理的介入についてももう一度調査し、日本に紹介されていない有効な介入法を選択し、その介入法を日本に紹介することを目的として活動を行ってきた。そのことは、PTSDに対する介入法の選択肢を広げることに繋がり、結果的に犯罪被害者のケアに直結するものとする。図1は、その3年間の活動内容を示したものである。目的の欄には、行った活動の内容、そして、それぞれの年に具体的に何が行われたか、また四角の大きさや位置によって行われた時期や費やされた時間を表わしている。以下、①から⑫の説明は、行われた活動の内容について示すものである。

① **文献研究**：平成17年度に行なわれた、PTSDに対する文献研究。先行研究をもう一度洗いなおし、PTSDに対して有効で、なおかつ日本にまだ紹介されていないものはないか、また、紹介されている介入法は実際に有効な介入方法なのかどうかについてチェックした。また、査定方法についても調査し、PTSDに対する査定法として適しているものは何かについて再考した。

② **考案者レイシックとの連絡**：先行研究を行う中から、CPTの効果研究の結果が著しく良いこと、また、認知療法としても確立しており、マニュアルなどもしっかりしていることが明らかになってきた。そこで、堀越班は、考案者のレイシック博士と連絡を取り、既に日本に紹介されているかどうかなどについて問い合わせを行った。その結果、まだ正式には日本に紹介されていないことが判明した。

③ **資料収集**：文献研究を行う中で、PTSDに特化した介入法や査定についての論文を50以上集め、目を通してPTSDに対する効果的な介入法と査定法について調査を行った。その結果につ

いては、平成17年度の研究報告の中で報告している。

④ **CPTに決定**：認知処理療法 (Cognitive Processing Therapy: CPTはレイシック (Patricia Resick)らによってレイブ犠牲者を対象に考案された、認知行動療法の一つである。CPTは情報処理理論から派生した、社会認知モデルを基礎にして考案された介入法で、現在では米国の帰還兵病院(VA Hospital)などで採用されているが、日本にはまだ紹介されていない。堀越班は、先行研究の中からCPTの効果研究に注目し、この介入法が記述を用いるなど日本に適している可能性があるなどの理由からCPTを選択し、これまでに紹介されている介入法に加えて日本でも使えるようにすることに決定した。

⑤ **研修参加・マニュアル翻訳**：堀越班はレイシック博士との連絡を取るなかで、年間数回、CPTワークショップが行われていることを知り、参加することを希望した。しかし、これらのワークショップは専門家を対象にしたもので一般に公開されていないということであった。しかし、交渉の結果、特別に日本からの参加を許可してくれることになった。日本からは、主任研究者の小西、分担研究者の堀越、研究協力者の福森、檜村の4名がボストンで開催された2日間のワークショップに参加した。マニュアルの翻訳についてであるが、堀越班は、レイシック博士から最新のマニュアルを入手したことを期にそのマニュアルの翻訳に着手した。100ページ以上のマニュアルを堀越班のメンバーで翻訳、18年中に大半を訳し終え、19年度に完成した。

⑥ **レビュー論文執筆**：平成18年度に研修に参加し、考案者から最新の改定マニュアルを入手し

たことで、CPTの全貌が明らかになった。そこで、堀越班ではCPTを日本に紹介すべく、レビュー論文の作成に取り組んだ(この論文は平成20年3月のトラウマティック・ストレス誌に掲載。)

⑦ **介入研究の準備:** 分担研究班は実際にCPTが日本でも使えるものであるのか、また日本でも米国と同様な効果を発揮するのかわかるかを探るために、日本でも介入研究を実施することにした。しかし、本研究を行う前に実際にCPTを行えるように訓練をする必要が生じてきた。そこで、堀越班では、精神科医(森田)を含めたメンバーで、毎週水曜日に「CPT勉強会」を立ち上げ、ロールプレイを中心にCPTを練習する機会を設け、その後の介入研究のための準備を開始した。ロールプレイはビデオ録画され、後に評価される。

⑧ **グループCPT 視察の準備:** CPT の特色の一つとして挙げられるのが、グループによる介入である。特にCPTのグループを盛んに行っているのは、米国シンシナチのVAメディカルセンターのキャサリン・チャード(Kathleen Chard)博士である。堀越班は、CPTの実際を知るために、現場見学を希望し、チャード博士とのコンタクトを開始した。

⑨ **研究参加・マニュアル完成:** 平成18年度に参加したワークショップ(ボストン)は対個人を想定したCPTのやり方を学ぶものであったが、CPTは個人だけではなくグループ単位でも行えることが判明した。そこで、堀越班は、CPTのグループ介入を中心に行っている、米国シンシナチのVAメディカルセンターのチャード博士を訪ね、グループによるCPTの実際を見学した資料の収集を行った。参加者は分担研究者の堀越、研究協力者の福森、丹羽、森田(精神科医)の4名であった。

⑩ **レビュー論文投稿:** 分担研究班の一つの目的はPTSDに対して効果のある介入法を紹介することである。平成18年度に執筆を始めたレビュー論文に、平成19年の研修(グループCPTの研修)から得たものをまとめ、レビュー論文をトラウマティック・ストレス学会の学会誌「トラウマティック・ストレス」に投稿しVol.6.No.1,67-74,2008 に「認知処理療法」と題して、また、第7回日本トラウマティック・ストレス学会におけるシンポジウム「トラウマティック・ストレスとストレスマネージメント—対立から統合への可能性を探る」において、「PTSDに対する統合的な介入—CPTを中心として7週間の統合的介入プログラムの実際—」と題して話題提供を行った。

⑪ **介入研究の開始:** 堀越班では、翻訳したマニュアルを用いて介入研究を計画している。まずはトライアルとして数名を対象に行い、その後に本研究(20名ぐらい)へと進めていく計画である。平成19年度の後半には、CPT介入研究のためのトライアルを計画していたが、患者のリクルートの問題と倫理委員会を通すことが必要であるため、実施が遅れている。平成20年3月の時点では、森田医師の性犯罪関連の患者1名に対して数セッションを試みたところである。

⑫ **グループCPT 視察の実施:** 前年度より連絡を取って来た、CPTのグループを視察するため、また情報収集のためシンシナチのチャード博士を訪れた。堀越班からの参加者は4名(堀越、福森、丹羽、森田)、この後、ボストンのレイシック博士を訪ね、第2回目の研修を実施した。

3) トラウマとPTSD

まず3年間の研究報告の導入として、PTSD に対する心理的介入に関して幾つかの点に触れてお

きたい。「トラウマ」という名称が正式に診断基準の中に登場したのは、1980年発行の精神疾患の診断・統計マニュアルの第三版(DSM-III)からである。その言葉の意味は外側からの、破滅的(Catastrophic)なストレスのことで、日常体験から逸脱した圧倒的な力を持つ出来事とされていた。例として、レイプ、拷問、暴行、戦闘、天災、交通事故、戦争やドメスティックな暴力行為などが挙げられていた。しかし、1994年に発行されたDSMの第四版(DSM-IV)では、トラウマとPTSDの関係において、出来事自体の持つインパクトの強さよりも、個人の出来事に対する反応に重点が移行するようになる。その理由の一つとして、稀な出来事とされていたトラウマだが、実際にはそれほど珍しいことではないことが分かってきたことが挙げられる。銃社会といわれる米国での統計だが、国民の約半数(男性60.7%、女性51.2%)は一生の内に最低1回は衝撃的な出来事に遭遇すると報告されている。また、外傷的な出来事に遭遇した者が全てPTSDを発症する訳ではないことも理由の一つに数えられている。これも米国での報告であるが、レイプ体験女性の54%はPTSDを発症しなかったり、事故に巻き込まれた女性の91%はPTSDを発症しないと報告されている。同じ事件を体験しても、受け皿の違いによってPTSDを発症する場合とそうでない場合がある。PTSDの診断には外傷的な出来事への直接的または間接的な出会いが必要不可欠な条件となっているが、その出来事を単に体験しただけでは個人が「トラウマ体験」をしたことにはならず、極度の感情的な反応(恐怖、無力感、おびえなど)を伴う必要がある。つまり、PTSDには激しい感情が関与していること、特にPTSDへの心理療法を行う際には、そこに介在する感情に注目すること、そしてその扱い方が重要な鍵となる。

4) PTSDの基本的三症状群

ここで、DSMの診断基準を基に、PTSDとは何かについて確認しておきたい。PTSDは外傷的な体験をしてから一ヶ月経過した時点で、下記の3種類の症状群の中から必要とされるだけの症状が揃った場合に診断が下される。PTSDの診断に必要な症状は、以下の3つの症状群から選ばれる。図2は、DSM-IV-TRの診断基準を基に作成したものである。まず、診断基準Aに示されるように、外傷的な出来事に直接、または間接的に遭遇し、そのことから強い感情反応が喚起されること。そして、診断基準BからDまで(再体験症状、回避・麻痺症状、覚醒亢進症状)のリストから定まった数以上の症状が揃う場合にPTSDの診断が下される。

(A)再体験症状:体験した出来事を望まないのに思い出したり、悪夢を見たり、その光景が突然頭の中に戻って来るフラッシュバック現象。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、動悸、発汗、呼吸の乱れ等の身体的な再体験症状を伴うこともある。

(B)回避、また麻痺症状:回避には、行動としてトラウマに関する場所、活動、人々などを避ける場合と、内面での回避、たとえばその出来事に関する思い出、時にはその記憶自体が抜け落ち、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。

(C)覚醒亢進症状:睡眠障害、簡単にいらいらするなどの怒り易さ、集中困難、非常に高い警戒心、些細なことに驚くなどが挙げられる。これらの他にも、衝動的な行動や身体化などの問題が出ることがある。

5) PTSDに対する臨床的ワーキングモデル

PTSDを前述のDSMの見方で捕らえるのも一つの方法であるが、症状を心理療法的な見方から分類し直したワーキングモデルを作ることもできる。DSMはPTSDを再体験症状、回避・麻痺症状、覚醒亢進症状の3種類の症状群で説明しているが、図3に示したように引き金によって発生するPTSD症状を身体的症状、認知的症状、感情的症状の3分野に分類し、それらの症状を緩和、または回避するために逃避行動(内的逃避行動も含む)が起こると捉えれば心理的介入についての全体像を理解しやすい。図3の①は、一連のPTSDの症状を引き起こす、外的、または内的な刺激、「引き金」である。②は引き金に反応して表出した警鐘、「不快症状」である。これらの症状は、身体的な症状(②A)、認知的症状(②B)、感情的症状(②C)の三つの分野に分けられる。これらは、本人にとって不快なものであるために何らかの行動を起こして不快症状の緩和を図ることになるが、それが、③の「逃避、または回避行動」で、PTSDの逃避、回避症状と重なる。②に挙げられた症状を自分かまたは周りをコントロールすることによって軽減するか、またはその症状が起こらないように引き金を回避する逃避行動ととらえることで②の不快症状の緩和を図っており、結果的に、悪循環が発生することになる。心理的介入の殆んどは、前述の引き金、不快な症状の三分野、そして統制・逃避行動のどこかから介入することになり、その介入する場所のどこに力点を置くかの違いが、それぞれの心理療法モデルの特徴となっている。

6) PTSDに対する心理的介入方法の全体像

(1) 2種類の心理的介入方法

PTSDに対する心理的介入方法は大きく二つ

に大別することができる。それらは、予防や予後を念頭に置いた、教育的な「全体的な介入」と、治療的な意味合いの強い「個人的な介入」の二つである。まず、全体的な介入には、心理教育と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、PTSDについての正しい知識の提供や、予後の支持的ネットワークの確立が目的となる。心理的介入のもう一方は、「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まで多種多様で、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。療法モデルによってはグループによる介入も行われるが、自助グループとは異なり、個人の問題をターゲットとした治療的なグループ介入ということになる。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、全体的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。図4は、PTSD反応に対する、症状と、様々な介入方が特にどの部分に介入の焦点を当てているかについて表わしたものである。

(2) 心理的介入のステージ

PTSDへの心理的介入の実施には、どの心理療法モデルを用いるにせよ、大まかに次の3つのステージを踏むことになる。まず、第一ステージは「信頼関係と安全な環境の構築」である。前述のように、PTSDと感情との間には強い関係性が見られ、PTSDに苦しむ人々は、内外からの感情的な高まりを回避、また過敏に反応する傾向をもっている。したがって、介入者は、早い時期に信頼関係の構築と感情的に安全な場所作りをする必要がある。それを実現させるには、介入側が適切な共感の技術を身につけている必要がある。

第二ステージは「トラウマ焦点型か支持型かの介入モデルの選択」である。トラウマ焦点型の心理療法は、本人が外傷的体験に関する材料に直面化することで、症状をコントロールすることが出来るように援助する方法である。しかし、PTSD に苦しむ者の全てが、トラウマ焦点型を希望するわけではなく、支持的な心理療法は直面化を望まない人々には適しているといえる。支持的な心理療法の目指すところは、PTSDを持ちながらも日常生活の問題対処ができるように援助することである。トラウマ焦点型の心理療法としては、長時間曝露療法(PE)、眼球運動による脱感作と再処理法(EMDR)、認知処理療法(CPT)などが挙げられる。支持型では来談者中心のカウンセリング、ある意味では主張訓練法も支持型に入れることが出来る。

第三ステージは、「再統合」のステージである。これまで、PTSD の症状に悩まされてきた個人は、結果的に社会的な引きこもりや活動の制約などを経験している。しかし、症状からある程度解放されるに伴い、家族、友人、職場などに再び適応できるように生活の色々な部分を統合していく必要がある。その中には、再発防止のプラン、治療的、また支持的なネットワーク作りなどが含まれている。

7) PTSDに特化した心理療法

PTSD に特化した心理療法は、その性質から大まかに3つの種類に分けることができる。それらは、集中型グループ、統合型グループ、それから、その他のグループである。集中型は引き金、不快症状、逃避行動のいずれか一箇所(たとえば、不快症状)に集中して介入を行い、間接的にその効果を全体に及ぼそうとする方法である。一方、統合型は同時に幾つかの分野(引き金対処方行動など)に対して介入が行われるようにデザインされている。PTSD に対する集中型心理療法の代表的な

ものとしては、認知療法、系統的脱感作法、ストレス免疫法、主張訓練法、バイオフィードバック訓練、リラクゼーションなどが挙げられる。統合型では、長時間曝露療法、認知処理療法、眼球運動による脱感作法などが挙げられる。その他のグループとしては支持的な心理療法、精神分析、催眠療法などがそれに当たると思われる。次に、それらのグループの中からいくつか絞って概要を述べることにするが、図の4はそれらの介入法がどのような位置づけになっているかについて図式化したものである。

<集中型系介入法>

集中型の介入法として、以下に5つの介入法を紹介したい。それらは、特化した分野への介入を行い、その効果を他の部分へ波及することで総合的な問題解決を目指す方法である。集中型の中で、もっとも PTSD 治療に効果を上げているのは認知療法で、他の介入法は単独ではそれほどの効果を期待することはできない。

●認知療法(Cognitive Therapy: CT)

理論と介入法: CT はクライエントが自分自身や世界をどう評価するかに合わせて外傷的な出来事を解釈することに注目し、その解釈の仕方を変容させることで PTSD に介入する心理療法である。曝露療法が、外傷的な出来事によって作り上げられた、不安などの感情的なネットワークに焦点を当てるのに対して、CTはPTSDクライエントのほとんどが自分自身を無力な犠牲者、また世界は常に危険に満ちていると考えていることに注目する。クライエントが自分自身や世界を否定的に考え、外傷的な出来事はそれを証明する役目を果たすという認知の悪循環を断ち切るために、CTではクライエントの認知の再構成が必要であると考える。

歪んだ認知のネットワークを変容させるために、CT では、まず第1ステップとして、自動思考の同定からスタートする。自動思考は事ある毎に自動的に浮かびあがる、自分自身や他人、また世界に対する思いである。たとえば、「自分はどうせ負け犬だ」、「やっても無駄だ」などである。こうした考えは、クライアントの適応能力を大幅に妨げる。第2ステップは、自動思考を探る事によって浮き彫りにされる中核的な信念に挑戦し、変容するために、正確な、または現実的な情報を用いて、否定的な自動思考や非機能的な思考のパターンを機能的な考え方と置き換える作業を行う。結果的に、自動的に自分を否定的に、また世界を危険な場所と見るのではなく、状況に応じて現実的に判断する力を持つ事ができるようになる。

●系統的脱感作法(Systematic Desensitization:SD)

理論と介入法:SD の基本的な考え方は、不安反応をリラクゼーション反応と置き換えることである。PTSD の症状を引き起こす外傷的な出来事に関する事柄に対して過敏に反応するように学習してしまったクライアントに、それらの「引き金」に触れても過敏に反応しないように学習し直す作業を行わせ、それを習慣化することで PTSD 症状を緩和しようと試みる。この習慣化が SD の治療的な土台となっている。

SD では、クライアントに外傷的な出来事に関する事柄に曝露してもらい(ほとんどの場合は、イメージの中で行うことになる)、「引き金」に反応しなくなるまでリラクゼーション技法を繰り返し行ってもらう。習慣的に引き金に対して不安を喚起させていたものを、リラクゼーションと入れ替える事で、引き金に遭遇しても不安を生み出さなくなる。不安反応とリラクゼーション反応を入れ替えさせ、それを習慣化するために、比較的簡単な曝露から始め、階層的に難しい課題へと移行して行く方法

を用いることが多い。曝露療法との違いは、曝露療法に比べ、SD が曝露時間が短く、リラクゼーションを身体的に覚える行動療法と考えられているのに対し、曝露療法は長時間の曝露と認知的な再構成を目指していることから認知行動療法の範疇に数えられている点、また、SD が比較的楽な課題からスタートするのに対し、曝露療法は最も困難な課題からスタートする事が多い点、SD には SUDS(不快感を自己申告する方法)を用いない点などがその差とされている。しかし、実際の臨床現場では、階層的なアプローチを曝露療法に用いたり、SUDS を SD に用いたりすることがあるので、厳密な差は見え難くなって来ていると言える。また、最近では、PTSD に対しては、長時間の曝露法の方が効果を上げていることから、PTSD に対して SD を使う事が少なくなって来ていることも付け加えておきたい。

●ストレス免疫法(Stress Inoculation Training: SIT)

理論と介入法:元々はレイプ被害者のために考案された方法で、幾つかの対処法を事前に学習させることで、クライアントが外傷的な出来事に関する事柄などの不安を高める状況に遭遇しても対処出来る様になると考える。つまり、ストレスフルな状況に対する免疫を構築することで、将来的なストレス要因にも対処出来るとする。効果を上げるために、SIT は、バイオフィードバック、主張訓練、リラクゼーションなどと併用されることが多い。

以下の3つの介入法を用いて、ある意味での心の免疫機構を構築する。まず、ソーシャル・スキル・トレーニング(SST)である。ある特定の状況(人間関係)を想定し、より良い関係作りのためのスキルを学ぶ。二つ目はロールプレイである。SST と併用して用いられることが多い。特定の状況で実際に何が出来るか、役割を演じる事で学習する方法である。最後に、妨害法(Distraction

techniques)である。症状が出て来た時に、自分自身に「ストップ」と言ったり、他の事を考えたりする方法である。これら3つのスキルを用いて、ストレスfulな場面に対処するように訓練する。実際には、SIT は PTSD には奏効していないと報告されており、現在では特に PTSD に対して用いられることは少ない。

● バイオフィードバック訓練法 (Biofeedback Training: BFK)

理論と介入法: 不安に対して筋肉リラクゼーション、呼吸訓練、自律訓練法、瞑想、イメージ療法などが効果を上げるということから、身体的な反応を電気信号化し、コンピューター通した映像で自らモニターしながらリラックス訓練を行う方法。

筋電図 (EMG)、体温、心拍数、脳波、皮膚抵抗 (EDR)などを、実際にモニター装置で見ながら、様々なリラクゼーション(自律訓練法など)を試み、実際の変化を目で追う事で、身体の状態を自分自身にフィードバックさせることで変化を促す。PTSD に対して、BFK のみが用いられる事はほとんど無く、他の療法(特に SIT や SD)との抱き合わせで用いられることが多い。

● 主張訓練(Assertive training: AST)

理論と介入法: ASTはウォルピ (Wolpe) によって考案された、望ましくない不安に対処する不安拮抗法である。「断行」訓練法と訳されることもあるが、対人場面において、主張的に行動することを身につけ発展させる訓練技法で、クライアントが感じていること、考えている事を正直に相手に伝えるスキル訓練を行う。PTSD の治療に用いられる場合には、他の心理療法の中(特に認知行動療法)に組み込まれていることがほとんどで、単独で PTSD 治療に用いられる事はほとんどない。多くの場合、AST は実際の状況を設定したロールプレイで行

われる事が多い。前述の様に、他の療法(認知処理療法など)の中で、訓練が行われたり、宿題として実際の場面で、実行出来る様に練習したりするが、AST のみを用いて PTSD の症状が軽減したという報告はほとんどない。

<統合型系介入法>

PTSD に対する統合型介入法の代表的なもの3つについて紹介したい。長時間曝露療法、認知処理療法、EMDR の3つである。先の二つは、公儀においては認知行動療法に属す。EMDR についても行われていることから判断して、同様に認知行動療法の一部に属すと考える専門家も多い。これら3つは、ともに、認知、行動、感情など、多面的な介入を行う点で、集中型と異なっている。介入研究は、他に比べ、以下の3つの介入法は PTSD 治療に効果を上げていることを報告している。

● 長期間曝露療法(Prolonged Exposure Therapy: PE)

理論と介入法: 情報処理論から派生したラングの感情処理論に基づき、フォア (Foa)らによって考案された広義での認知行動療法である。人々は誰でも危険を察知した時に恐怖反応を体験する。恐怖反応には、過覚醒などの身体的な症状も含まれる。そうした体験を基に内面的アラームシステムが作り上げられる。考案者が恐怖の構造と呼んでいる仕組みで、同様の問題に再び陥らないように、類似した出来事や状況に遭遇する毎に、不安感情というアラームが鳴ることになる。トラウマ体験があまりに衝撃的であった場合、情報処理に不具合が生じ、アラームシステムが暴走するようになる。結果的に、アラームは実際に起こっていることに正確に反応しない、安全な状況でも鳴り出す、過敏なアラームが正常な生活機能を妨げる、安全な状況や物事を危険ととらえるなどの

不具合が生じるようになる。そうした状態では、アラームを止めるため、または鳴らさないために、内的、また外的な逃避・回避行動が行われようになる。PEでは、安全な状況を作り、逃避・回避のパターンに曝露法を用いて挑戦してもらうことで、アラーム感情の調整を行う。その名が示すように、先述のSDが短時間の曝露を用いて恐怖刺激自体に慣れることを目標としているのに対し、PEは長時間の曝露で、自分のアラーム(主に不安感情)に慣れることでアラームシステムを正常に戻すことを目標としている。過敏な感情が調整、また統合されるにしたがって、結果的に認知的な統合も行われると考える。

PEは週1回から2回、10から15セッションで実施される。セッションはマニュアル化されており、セッションごとの宿題や資料が用意されている。患者側も資料などの納められたワークブックを受け取り、それに従って治療を進めていく。毎セッションは録音され、自宅での復習のために用いられる。また、呼吸法を用いたリラクゼーションを習得してもらい、曝露に備える。治療は、まずPTSDと治療について確かな理解を持つことから始め(心理教育)、3セッションぐらいから、曝露(想像曝露)を行い、次第に外傷的な体験の一番辛い部分(ホットスポットと呼ぶ)に焦点を当てていく。治療が進むにつれ、曝露時の体験に変化が見られるようになる。こうした変化は自己申告法(SUDSと呼ばれる)でモニターするが、クライアント側はモニターすることによって、自らの感情への対決と習慣を実現していくことになる。

●認知処理療法 (Cognitive Processing Therapy: CPT)

理論と介入法: 認知処理療法は情報処理理論の応用である社会認知理論に基づいて、レイシック(Resick)らによって考案された認知行動療法の

一つである。人々は様々な情報を処理しているが、外からの情報と社会通念などによって出来上がった考え方(スキーマ)との間に不一致が生じると次の3つのどれかの情報処理を行う。非現実的なスキーマであってもそれを保って、現実の方を歪めて解釈する(同化)、現実に対して正確にスキーマを調整する(適応)、または、スキーマの方を現実に合わせて極端に変容する(過剰適応)の3つの情報処理である。理想的な情報処理は適応であるが、同化や過剰適応は現実から逃げる内的、または外的な逃避・回避行動や認知的なこだわり、スタック・ポイントを作る。CPTでは外傷的な出来事を体験した者は、強度の差はあれ一様に危機的反応や恐怖反応を体験するが、ある一定の期間を経ても回復しない場合にPTSDが発症すると考える。その維持要素である回避行動や認知分野でのこだわり(スタック・ポイントと呼ぶ)に対して集中的な介入を行う。問題となる認知分野は、安全性、信頼、コントロールと力、尊厳、親密さの5つである。CPTは筆記による曝露と認知療法を用いて逃避・回避行動、抑制されている感情とスタック・ポイントに対して介入を行う。効果研究の結果によると、その効果はPEと同等で、罪悪感に対して特に奏功している。

12回で1クール of 曝露療法と認知療法の要素を併せ持った介入法で、マニュアルを用いたプロトコル式介入法でもある。筆記を用いた曝露と5つの特定された認知への働きかけ、また個人だけではなくグループを対象とした介入も可能な点が特徴的である。介入はマニュアル化されており(治療者用と患者用マニュアルがある)全セッションはマニュアルを用いて行われる。治療コースは、まず心理教育から始まり、7回目までに曝露を重点的に行って回避行動、特に抑制されている感情に対する介入を行う。7回目からは5つの認知の問題分野を1セッションに1つずつ扱っていく。

マニュアルには各種の用紙が用意され、それらを用いた宿題、ミニ講義などがトピック毎に用意されている。

● 眼球運動による脱感作と再処理法(Eye Movement Desensitization Restructuring:EMDR)

理論と介入法:EMDR はシャピロ(F.Shapiro)によって考案された情報処理療法で、様々な介入法(精神力動療法、認知行動療法、体験学習、身体中心療法など)を統合的に用いて、適切に処理しきれない情報の再処理を行うことで問題の解決を図る。認知的なレベルだけでなく、身体的な情報処理も含めて考える独特の情報処理理論に基づいている。人間は様々な情報を処理し、その情報を記憶のネットワークの中に適応する形に変えて記憶している。丁度、消化器官が食物を消化し、栄養や脂肪に変えて身体各部に貯蔵するのと似ている。新しい情報は既存の記憶ネットワークと結び付き適応する形に変えられて記憶される。その記憶のネットワークは出来事に関連した感情、考え、イメージ、身体感覚なども結び付いており、新しい情報はそれらすべての部分と結び付くことでその処理を完了することになる。しかし、外傷的な出来事を体験した折に、強い否定的な感情や解離によって情報の処理が不完全になり、既存のネットワークに結びつかず不完全で非機能的な形で記憶されてしまうことがある。PTSD はこうした情報処理の問題で発症すると考える。シャピロは、人間に備わった情報を適応出来るように変えることが出来る能力に注目するとともに、刺激によってその能力を活性化し、情報の再処理を促すことができると考える。

治療は8段階に分かれている。初めの2セッションは準備段階で、生活史、適性の査定、ターゲットの同定、治療計画立案、またリラクゼーションの技法の習得、治療関係を築くともに治療の説明を

行うなど、治療の安定性の確保と治療への準備を行う。3から6セッションにおいて、同定されたターゲットに対してEMDRの手続きが行われる。まず、出来事に関するもっとも鮮明なイメージ、自分についての否定的な考え、出来事に関する感情や身体感覚を知る。また、望ましいと思う肯定的な考えについても同定する。これらの肯定的、否定的な認知や感情についての妥当性が問われる。そうしたイメージや否定的感情、身体感覚に集中しながら、眼球運動を用いた脱感作、新しい考えを既存の認知と結び付ける植え込み、身体感覚のスキャンなどの作業が行われ、情報の再処理が行われる。7、8セッションは、治療効果の確認と再発防止などが行われる。

<その他の介入法>

PTSD に対する、その他の介入法である。この種の代表格として、精神分析法と集団療法を取り上げてみたい。集団療法に関しては、精神分析的な集団療法と認知行動的な集団療法の2種類について概要を紹介することにする。

● 精神分析療法と精神力動療法

理論と介入法: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変化を求めるが、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当てる。トラウマの話を冷静に、共感的に聞き、

個人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。個人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や関係に焦点をあてる。無作為に抽出したケースからこの療法が 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差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% 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。

●集団療法

集団療法は、精神力動、認知行動療法、または支持的なアプローチから行われることが多い(最近では CPT のグループの効果を上げている)。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標準化する段階から、より適応的なコーピング方略、症状の改善、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。集団療法については、以下の2タイプについて報告しておきたいと思う。

1) 精神力動的集団療法

理論と介入: 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)について理解する手助けをする。安全性が確保された集団の中で、現実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、外傷的な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も考えられている。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葛藤の解決を期待して、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、個人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。

2) 認知行動的集団療法 (CBT 集団療法)

理論と介入: CBT のグループでは、曝露療法や認知療法のアプローチを用いることもある。この場合グループリーダーは曝露療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。曝露療法セッション中は、グループのメンバ

一は、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、肯定的なものが多い。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%低減したという報告もある。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。

<PTSD に対する介入前の配慮>

最近、外傷的な出来事に巻き込まれたことで個人が PTSD の症状を訴えている場合、なぜ援助を求めているのかは明白であるが、何年間も慢性的に PTSD 症状に悩まされていた個人が急に援助を求めて来た場合には、その人物の人生の何か突然変化して、これまで保って来たバランスが失われている可能性が高い。そのバランスとは、長期間 PTSD の症状を何らかの方法で上手く操作してきた部分であったり、家族や友人、職場、地域社会などとの間のバランスである場合も多い。したがって、治療者は、現在の臨床的な症状と結びつくような過去のトラウマ体験、またはそれに関連した問題についても気を配る必要がある。やみくも

に PTSD 治療を始めるのではなく、以下の幾つかの問題が併存している場合には、PTSD 治療を行う前に、それらの問題について先に手を施す必要がある。(1)精神科領域の危機状態がある場合。(2)アルコールや薬物の依存が認められる場合。(3)共存する精神疾患が認められる場合。(4)家族や環境からの問題が存在する場合。

<介入側が抱える問題について>

実際に PTSD に悩む個人の援助を行った者は、誰もが現場で直面すると思われる幾つかの問題に気付く筈である。それらの代表的なものを幾つか挙げておきたい。まず、第一に治療的中立性(Therapeutic Neutrality)と擁護(Advocacy)に関するジレンマである。通常、トラウマに関する介入を行う場合、事例の多くは暴力や不正に関わるものであるため、心理療法の原則として古くから受け入れられてきたセラピストの中立性に対する挑戦を強いられる。そうした不条理を目の当たりにした時に、擁護的な役割に移行したり、弁護的な行動に出ることは人間的に自然なことかもしれない。しかし、擁護的な役割を担うことによる弊害があることも知っておく必要がある。介入側が肩代わりをしたり、活動的に代弁をすればするほど、当事者は依存的になって、回復から遠のくことが報告されている。しかし、擁護性を大いに発揮すべき時もあることを付け加えておきたい。特に、他の専門家や紹介先を探す時や、自治体、国などを通してコミュニティの援助を得るための交渉などにおいては代弁の必要がある場合がある。

次に、代理的トラウマ化(Vicarious Traumatization)の問題である。PTSD に苦しむ者の衝撃的な体験談を聞くことは、しばしば介入を行う者の中に強い感情を呼び起こす。特に相手が未成年者や子供など、自分を守ることに困窮を覚えている相手であるほど無力感や罪悪感を感じたりす

ることがある。結果的に、日常の生活の中で話の内容を執拗に思い出したり、悪夢に悩まされたり、不適切な行動を導き出す場合もある。たとえば、トラウマに関する事柄を避ける、感情的な麻痺状態などによって、通常の臨床業務に支障を来すことがある。この問題は同情疲労 (Compassion Fatigue) とも呼ばれる。

三番目の問題として挙げられるのは、精神分析の用語として知られる、逆転移の問題である。前述の代理的トラウマ化が、実際には過去に同類のトラウマを体験したことのない専門家間で起こる現象であるのに対し、逆転移はクライアントの報告を聞くことによって、介入を行う者自身が持つ過去の体験に触れてしまう場合で、特に体験の類似度が高い場合には逆転移が起こり易い。対応策としては、介入側のセルフ・ケアが必要不可欠である。

最後に、介入を行う者のセルフ・ケアの問題を挙げておきたい。代理的トラウマ化であれ、逆転移であれ、個人的、また専門家としての生活に支障をきたすことになる。こうした問題を放置することは、結果的に不健全な悪循環を生むことにつながる。こうした状況下で求められることをリストしておきたい。(1) 定期的スーパーヴィジョン、(2) 援助的、支持的な職場環境、(3) 担当ケース数に対する制限(特にトラウマのケース)、(4) 個人と専門家としての仕事の間の線引き、(5) ケースに対する、個人、結婚、家族など優先順位の明確化、(6) 定期的な運動、趣味、友人との活動などの日常生活における緩衝材の充実を図ること。以上が、PTSD への心理的な介入を行う際に重要な事柄である。

8) 認知処理療法について

本研究班は、PTSD に対する既存の効果研究の結果から、PTSD に対して確かな効果を上げているものの一つとして認知処理療法 (Cognitive

Processing Therapy: 以後 CPT) に注目し、過去3年間に渡って、その介入方法の日本への紹介、マニュアルの翻訳などに取り組んできた。この介入方法はこれまで対象をレイプ被害者に特化してきた点、効果研究がそれほど多く行われていない点などから、検討の余地があるとされていたが (Foa et. al, 2000)、ここ数年間の研究成果は目覚しく、現時点ではレイプ被害者だけではなく、その他の PTSD のケースにも応用可能なものとなっている。最近の効果研究では、その手続き、そして結果においても特筆すべきものがある。また、米国の心理臨床家の間では定番マニュアルとされている、Barlow の Clinical Handbook of Psychological Disorders: Step by Step Treatment Manual における、PTSD への介入の章は(2章)、CPT であることから判るように、PTSD の治療という点では米国での CPT に対する評価は非常に高い。米国の復員軍人病院 (VA Hospital) において PTSD 治療プログラムに CPT が採用されている事実などから、米国の臨床現場での CPT に対する評価は、現在日本で知られている以上に高いと言っても過言ではない。

CPT は Resick と Schnicke によって考案された PTSD に特化された心理療法である。CPT はその名称が示す通り、認知療法の認知再構成や行動療法的手法である曝露などを組み合わせた統合的な認知行動療法(以後、CBT)である。12セッションで行われるプロトコル型式の介入法で、PTSD に特有な認知面と行動面の問題に焦点を当てて実施される。

CPT の効果については、現在までに考案者の Resick らによって、無作為割り付けによる効果研究が幾つか行われているが、いずれの研究においても CPT が PTSD に対して奏効していることが報告されている (Resick & Schnick, 1992, 1993)。たとえば、2002 年に報告されたレイプ被害者における 長期間曝露療法 (Prolonged Exposure: 以後 PE) との比較研究では、CAPS および、その他の PTSD の査定尺度においてはほぼ同等、または、それ以上の効果を上げている (Resick, Nishith, Weaver, Astin & Feuer, 2002)。その研究では、治療前、治療後、3ヵ月後、9ヵ月後、そして5年後の PTSD 症状の比較を行っているが、結果として、9

ヶ月後ではCPTがやや優位にあり、5年後では両者はほぼ同レベルのスコアを記録している。認知面、特に罪悪感については、CPTがPEに比べ良い結果を残している点が興味深い。いずれにせよ、CPTがPTSDに対する効果的な介入法の一つと数えられるとするならば、PTSDに対する介入の選択肢が広がることになり、日本におけるトラウマワークの充実にもつながるものと考えられる。

<認知処理療法の基本的な考え方>

PTSDの発生を認知的な角度から説明する理論としては、情動処理理論(emotional processing theory)と社会認知理論(social-cognitive theory)が代表的なものとして挙げられる。これらは、共に情報処理理論(Lang, 1977)を土台に構築されているため類似点は多いが、強調点の違いや応用される臨床モデルが異なっている。前者はFoaらが情報処理理論を土台にPTSDに特有の感情(特に不安感情)に焦点を当てて考案した実践的な理論であり、PEの理論的な裏付けとなっている。外傷的な体験は人の記憶の中に不安ネットワーク(fear network)を作り上げる。そのネットワークはアラーム装置のように、トラウマに関連する出来事などに反応して強い不安感情を喚起する。その不安感情を緩和、または避けるために逃避や回避などの問題行動が導き出される。PTSD症状は、不安ネットワークの過敏な反応で、本人が逃避している不安の引き金となる思い出や事柄に対して、安全な環境の元で曝露することで、不安感情に対する習慣化と認知の再構成が促され、結果的にPTSD症状が改善するとしている(Foa et al, 1989)。

一方、CPTは後者の社会認知理論を用いてPTSDを理解する。CPTは不安ネットワークに焦点を当てるのではなく、認知の内容、解釈の仕方とその考え方が生み出す感情に着目している。社会認知理論からPTSDの発生の仕組みを考えると以下のようなになる。社会的に学習した認知、例え

ば、「真面目に生きていれば、痛い目には遭わない」などの社会通念に代表される考え方と外傷的な体験から来る情報との間に不一致が生じた場合、人々は以下の3つのどれかの情報処理を行って認知的な折り合いをつけようと試みる。まず同化(Assimilation)であるが、この情報処理法は入って来た情報を既存の認知の枠組み(スキーマ)に合わせて変容することを指す。例えば、「真面目に生きていれば痛い目に遭わない筈なのに、痛い目にあつたということは、自分は真面目に生きていない」という具合に、白か黒かというような非現実的なスキーマであっても、それを保持して現実の受け入れを拒むようになる。

適応(Accommodation)はもう一つの情報処理法で、入って来た情報に照らして既存のスキーマを現実的なものへと変化させることをいう。例えば、「真面目に生きていても、不運な出来事に巻き込まれることもある」というように、より現実的に出来事を解釈する。心理療法はこの適応を目指すことになる。しかし、激しい感情に苛まされるなど、厳しい現実を受け入れることが出来ない場合には過剰適応(Overaccommodation)が起こることもあり、自分自身、または周りの世界や人物に対して持っていたスキーマを極端に変容し「真面目に生きる意味が無い」、「人々は全く信じられない」、「自分は良いことを受けるに値しない」などと結論づけてしまうことがある。CPTでは、同化、または過剰適応によって作られた認知の歪み、「こだわり点(Stuck Point)」が、PTSDからの回復を妨げている大きな維持要因と考える。CPTは、外傷的な出来事を経験した者が、ある一定の期間、様々な危機反応を持つことは自然なことであって、問題なのは、その危機状態から元の状態に回復出来ずに、継続的に危機反応(侵入的な思考、イメージ、悪夢、過覚醒など)を体験し続けている場合であると考え。トラウマ体験者の全てがPTSDを持つ訳ではなく、

ある一定の時間が経過しても回復することのない一握りの者たちが、スタック(引っかかる)して戻れない状態、PTSDを経験する。そこで、CPTは、セッションを通して、1つずつその引っかかりから患者を開放する作業を行う。

<認知処理療法の特徴>

① 筆記を用いる

まずCPTの特徴として、筆記を介入に用いる点を挙げる事が出来る。CPTでは認知療法の常套手段である自己モニターをはじめ、行動療法の曝露課題などを筆記を通して行う。用意された筆記課題をこなすことで自分の持つパターンを見つけたり、PTSDからの回復を妨げる認知的な「こだわり点(スタック・ポイント)」を探し当て、筆記と朗読による曝露作業を通してその「こだわり点」に直面化するとともに、感情の発露や認知再構成の技法を用いて「こだわり点」をより現実的な考え方へと変容する。こうした維持要素を取り除くことでPTSDの症状から解放されることになる。また、トラウマ体験の持つ意味や起ったことの詳細を書くことは、逃避行動に挑戦したり、内側に溜め込まれた感情を表出することにも役立っている。言語化に慣れている欧米人に比べ、一般に口で表現することに苦手意識のある日本人にとっては、こうした一連の筆記による作業は口頭で行うよりも可能性として、親しみ易いかもしれない。

② 時間制限療法である

CPTは1クール12セッションで行われる。その12回の面談で行われることはほとんど定まっており、心理療法の基礎をきちんと身につけた者であれば誰でも実行可能な介入法である。全体的には、まず確かな治療関係を築き、治療同盟を結んだ上でゴールを設定し、心理教育から始めて最終回までほぼマニュアル通りに実施される。それぞれセッションでは、前回の宿題の確認とその日の予定から始め、自己モニターの方法を学習したり、特定の認知についての簡単な講義(モジュール)などが行われた上で、最後に次回までの宿題

の説明とまとめを兼ねた振り返りの時間を持つ。悲嘆の問題がある場合にのみ、悲嘆のセッションを1、2回追加することがあるが、その他は12回で終了し延長は行わない。必要に応じて、2、3回のブースターセッションを一旦コースを終えてから行うか、または3ヶ月後、半年後などにフォローアップセッションを行うこともある。プロトコル型の介入法に違和感を感じる臨床家も少なくないが、トラウマ体験者にとっては、予期せぬ事態が起ることが少ない分、より安全であること、また不健全な依存関係に発展しないなどのメリットも多い。

③ 特定の認知と感情に介入する

特定の認知に焦点を当てて介入する点もCPTの特徴ということが出来る。CPTの目標の一つはPTSDからの回復を妨げる歪んだ認知である「こだわり点」を同定し、その認知を再構成することにある。先行研究は、PTSDに苦しむ者がこだわりを持つ事柄を以下の5つの問題領域に絞り込んでいる(McCann, 1988)。それらは、安全(safety)、信頼(trust)、力とコントロール(power & control)、尊厳(esteem)、そして親密関係(intimacy)の5つであり、「こだわり点」はそれらに関連した考え方の中に発見することができる。そこで、セッションでは、心理教育や、筆記課題を繰り返すことによって、それらを一つずつの事柄を吟味し、「こだわり点」を発見して対処することになる。こうした作業を進める上で、感情の表出が非常に重要になる。なぜなら、歪んだ認知や「こだわり点」は結果的に否定的な感情と対になって記憶されているからである。また、治療の効果を考える時に、感情の変化は認知の再構成が適切に行われているかを知る最高の手がかりとなる。

④ グループにも応用可能である

CPTは個人を対象とするだけではなく、グループで実施することが出来る。グループCPTは個人CPTと同様に12セッションで行われ、個人のセッションと平行して行われることが多い。グループと個人での大きな違いは、筆記による曝露の使い方にある。個人の場合には、トラウマ体験を詳細

に筆記し、それをセッションの中で読むことで、忌まわしい体験をしたときに味わった激しい感情を安全な環境下で体験したり、その出来事についての新しい見地を得たりするが、グループの場合、メンバーは自分で書いた記事を他のメンバーの前で読むことはしない。それは、二次的なトラウマ体験が起ることを回避するためである。グループでは、出来事の内容ではなく、その課題を記述している際に味わった感情や身体感覚、考えたことや思い出したことなどについて扱う。

CPT グループはクローズドグループで、途中から新しいメンバーが加わることはない。通常、個人のセッションが5、60分なのに対して、グループでは90分のセッションを行う。参加資格であるが、たとえばレイプ被害者の場合、グループ参加の為には、(1) 査定を行った時点で事件発生から3ヶ月以上経っていること、(2) PTSD 症状の他に大きな精神的な障害や、現行の薬物依存がないこと、また、(3) 長期間に及ぶ家族内での性的な虐待の経験がないことの3つの条件が満たされる必要である。CPT グループは、入院プログラムの一環として、週に2度、再発防止グループなどと平行して行われることが多い。CPT グループだけを単独に行うことも可能であるが、メンバーの招集や欠席や脱落などの問題を調整し易いことから入院プログラムの中で行うことが多い。

⑤ 関係性を重視する

最後に、CPT は関係性を重要視する。CPT は CBT の1つと数えられているが、その効果は、治療関係の質に因っている。CPT で問題とされる5つの事柄、安全性、信頼、力とコントロール、尊厳、親密関係は、それぞれ他人との関係の中で育まれるものである。また PTSD で苦しむ者の多くは、他人に傷つけられるというトラウマ体験を持っており、安心できる関係のない環境での治療は二次的なトラウマを生みかねない。したがって、介入者側には相手側への十分な感情的な配慮や共感能力が問われることになる。CPT の基本的な治療スタンスが患者との共同作業(コラボレーション)である以上、無理強いではなく、話し合いと合意の精

神が必要になる。また、CPT では、感情を表現することが治療の重要な要素となっているが、安心できる関係の無いところで否定的な感情を吐露することは非常に困難なことである。以上のことから、健全で感情的に安全な治療関係が重視されることになる。

<CPTの12セッションの概要>

① セッション1: 導入と教育の段階

第1回目では、(1)クライアント(以後、CL)に PTSD や抑うつ症状についての教育を行う、(2) 社会認知理論を用いて PTSD についての説明を行い、治療の論拠を示す、(3) 治療方針を提示する、(4) 治療への応諾を得る、の4点がセッションの目的となる。宿題は、外傷的な出来事の持つ意味(自分にとって、その出来事が起った意味は何か、その出来事の意味するものは何かなど)について記述し、書いた物を次回セッションに持参する。

② セッション2: 出来事の意味

(1) PTSD や抑うつがどのように形成されるのかについての復習。(2) 出来事の意味について筆記したものについて話し合いながらこだわり点を探索。(3) 出来事や思考、感情の関連性について同定し理解する。その中で、思考を変えることで、感情の強さや種類を変えることができることを伝える。またセッションの最後には、ABC シート(認知行動モデルの考えに基づく自己モニター用紙)の説明がなされる。宿題は、出来事、認知、感情、行動のそれぞれがどのような関係にあるかに気づくため、毎日最低1枚の ABC シートを完成させる。

③ セッション3: 思考や感情の特定

(1) 前回課された宿題の検討を行い、CL が自分の体験した出来事に対する認知や感情を同定する過程を援助する。その中で、繰り返し生起している主要な感情や特定の認知に着目し、認知と

感情が共に適合しているかを探る。また、(2)認知を変えることで、感情の強さや種類を変えることが出来ることを伝える、(3)ソクラテス式問答を用いて、CLの外傷的な出来事に関する自責感や罪悪感に対して挑戦し始める。宿題として、体験した外傷的な出来事について詳細に記述(光景、音、臭いなど感覚的な部分や出来事の間を生じた思考、感情も含む)する。それを繰り返し読むように勧める。

④ セッション4: 外傷的な出来事の想起

(1)CL自身が記述した記録を読ませ、感情表出を促す。CLが感情を表出した場合には、それを妨げず、逆に表出されない場合には、感情を抑制していないかどうか、抑制しているならそれは何故かについて尋ねる。また、(2)CLが筆記課題を行う際に、躊躇したり書けなかった箇所に注目し、それがCLのこだわり点に関連しているかどうかを探る。そして、(3)ソクラテス式問答を用い、自責の念やその他の同化からくる認知の歪みへの挑戦を始める。この段階で書かれた物は、単に事実を羅列したようなものが多い。よって、(4)省略されていると思われる事柄を次回までに詳細に記述してきてもらう。筆記課題を行っている際に表出した認知や感情については括弧に入れて書くように指導する。また、毎日読み返すように勧める。

⑤ セッション5: こだわり点の特定

(1)外傷的な出来事について新しく書いた記録を読ませ、検討する。その中で、(2)新たに加わった事柄に着目し、初めに書いた物を読み返した後と比べて今回の感じ方に変化があったかについて考えてもらう。また、(3)感情表出や自責感/罪悪感についての変化もチェックする。(4)出来事に関するこだわり点に対して認知的介入を継続する。(5)CLが自分に対してソクラテス式問答を行う

のを補助するために「チャレンジ・クエッション・シート」(不適応的な自分への発言やこだわり点を発見するための用紙)が渡される。宿題は、毎日1つのこだわり点を選び、それに関して、「チャレンジ・クエッション・シート」にある質問に答えるように指導する。また、外傷的な出来事の記述が終わっていない場合には、その作業を継続させる。

⑥ セッション6: 挑戦的な質問

(1)前回の宿題「チャレンジ・クエッション・シート」を見直す。その上で、(2)CLが回答するのに困難を覚えた質問に対して答えられるよう援助していく。また、(3)CLが挑戦しようとしているこだわり点に対する認知的介入は継続される。また、(4)誤った思考パターンに働きかける「フォルティ・シンキング・シート」が渡される。この用紙は特定の誤った思考パターンを見つけ出し、そのパターンがどのように自動化して否定的な感情をもたらすのかについて学習するためのものである。宿題は、同定されたこだわり点について考え、前述のシートにリストされた典型的な誤った思考パターンを見つけ出すこと、また、外傷的な出来事に対する反応が、習慣化されたパターンに影響を受けていないかを探る。

⑦ セッション7: 誤った思考パターン

(1)前回の課題の検討を行い、誤った思考パターンについて理解する。また、(2)非機能的な思考パターンについても、その有無を見出せるよう援助する。残り時間を用いて、(3)「チャレンジ・ビリーブ・ワークシート」が渡される。このワークシートには、CLがこれまでのセッションで学習してきた認知的なスキルのすべてが含まれている。最後に、(4)安全性モジュールの資料を渡し、自己や他者への安全性について話し合われる。宿題は、「チャレンジ・ビリーブ・ワークシート」を用いて、自

分のこだわり点のうち最低1つを分析、直面することが求められる。また、自己、あるいは他者に関する安全性に問題を持っている場合には、そうした信念に直面するために少なくとも1枚の筆記課題を行うことも求められる。

⑧ セッション8: 安全性の問題

(1)「チャレンジ・ビリーブ・ワークシート」を用いながら、安全の問題に関して困難は無いかを振り返り、安全性に関連したこだわり点に注意を向ける。また、(2)ワークシートを用いて、CL が自らの安全の問題について持っている誤った認知に直面することを援助し、代替的な信念に到達する手助けをする。その後、(3)5つの問題領域の2番目である、信頼の問題について、資料を用いながら、自分と他者における信頼関係について学習する。そこで、外傷的な出来事の体験後は、他者に対する信頼は失われることが多いことを説明し、事件の前後において、自分、また他者に対する信頼がどのように変化したか比較する。宿題は、信頼に関連するこだわり点を特定すること、そして、ワークシートを用いて、毎日それらに直面することである。

⑨ セッション9: 信頼の問題

(1)自分および他者に対する信頼を、「チャレンジ・ビリーブ・ワークシート」を用いて振り返る。外傷的な出来事に関連した信頼性の問題についてのこだわり点に注意を向け、代替的な思考を生み出す手助けをする。(2)信頼性についてのこだわり点が、信頼するかどうかの判断に及ぼす影響について話し合う。また、信頼のレベルや種類についても学習する。CL の持つ社会的なサポートについても話し合う。その後、(3)力とコントロールの問題について、資料を用いて紹介する。ここでは、問題を解決し乗り越える力について、また、ト

ラウマ体験者は、状況や感情をすべてコントロールしようとしたり、逆に全くコントロールができなくなるなどについて触れられる。宿題は、力とコントロールに関連するこだわり点の特定、およびワークシートを用いたそれらへの直面である。

⑩ セッション10: 力/コントロールの問題

(1)力とコントロールの問題について「チャレンジ・ビリーブ・ワークシート」を用いて振り返り、CL が力とコントロールについてバランスある見方が出来るように援助する。また、誤った認知に関連した自責についても話し合う。そして、(2)次の問題領域である尊厳について、資料を用いて紹介する。自分および他者に対する尊厳について、また、外傷的な出来事がそのことにどのような影響を及ぼしているかを話し合う。同時に出来事の起こる以前のCLの尊厳がどうだったかについても考える。またこのセッションでは、(3)「アサンプション・シート」を渡し、この問題領域に関連した思い込みを発見し、それらが抑うつ/不安/低い尊厳にどのようにつながりうるのかについて探求していく。宿題は、尊厳の問題に関連するこだわり点の同定と、「アサンプション・シート」と「チャレンジ・ビリーブ・ワークシート」を用いたそれらへの直面である。さらに、毎日自分と他者に敬意を払い、また受けること、最低1つは自分に対して良いことをすることを練習する。

⑪ セッション11: 尊厳の問題

(1)他者に敬意を払い、他者から敬意を受ける、また何か自分に良いことをするという前回の宿題を振り返り、結果の評価とCLの反応について話し合う。また、(2)ワークシートを用い、自分と他者に対する尊厳の問題や、仮定が特定できるようCLを援助する。そして、(3)自分と他者とがどのように親密になるのかということを教えた上で、最後の

トピック、親密性の問題を紹介する。外傷的な出来事によって、人間関係がどのように影響を受けたか、また、事件の前後での変化にも目を向ける。宿題は、親密さの問題に関連するこだわり点の同定、およびそれらへの直面である。さらに、第1回で行った宿題、何故自分にその出来事が起こったのか、またその意味やそれが自分の考え方や世界観に及ぼす影響について再度筆記課題を行う。引き続き、自分と他者に敬意を払い、受けること、最低1つは自分に対して良いことをすることの練習も継続する。

⑫ セッション12: 親密さの問題

最後のセッションでは、(1)いくつかの残されたこだわり点と共に、親密性の問題と仮定を特定できるようにCLを援助し、他者との関係を築き、保持していく上で気になる問題を解決する手助けをしていく。また同時に、アルコールや浪費などによって自らを慰める行為による損失に目を向けさせる。そして、(2)前回の宿題で筆記したものをCLに朗読してもらい、その事件の意味を検討していく。また、最初に筆記したものととの比較を通して、CL自身の信念の変化に着目する。また、(3)これまでやってきたこととCLの進歩に目を向け、困難や外傷的な出来事に直面し、扱ったことに対して、CLの功を認める。そして(4)未来の目標をCLが設定できるように援助し、そのための戦略を詳細に考えていく。最後に、(5)今後はCLがひとりでこれまでやってきたことを引き継いでいくこと、また学んできたスキルを使い続けることを勧める。

<グループCPTの実際>

CPTはPTSDへの介入法として情報処理理論を基礎に構築された、プロトコル式の認知行動療法である。実施回数は12回と限定され、特定の認知(罪悪感、安全感、コントロール、親密感、など)に対して意識的に介入を行ったり、自分が経験し

たトラウマティックな出来事に対する曝露を筆記を用いて行うなど、他の方法に比べ特異な部分も多い。特徴についての詳細は昨年度の研究報告の中でリストしたが、中でも、筆記を用いた曝露とグループによる介入は特にCPTのユニークな部分と言える。

今年度はCPTを日本に紹介する場合に特に注目されると思われる部分の一つであるCPTのグループ介入について特に注目し情報収集などを行っている。その調査の一環として、本研究班から3名(堀越、福森、丹羽)と協力者の精神科医1名(森田)の4名は、本年9月に、米国シンシナチのVAメディカルセンターでPTSD治療プログラムに積極的にグループCPTを取り組み、目覚ましい実績をあげているチャード博士を訪ね、2日間を費やして情報を収集することが出来た。また、PTSDに対する入院プログラムの実際をスタッフや入院患者との交流の中から学ぶことが出来た。以下、グループCPTについての情報について報告したいと思う。

①グループCPT

CPTは、グループによる介入であっても個人間のCPTと同様の結果を生むことがわかっている。CPTグループはこれまでに、様々な背景を持つPTSDに試されてきたが、対個人のCPTとほぼ同様の効果を示している。それらの背景には、レイプ被害者、幼児期における性的虐待経験者、戦闘経験者、軍での性的トラウマ経験者たちが含まれる。CPTグループは、入院プログラムの一環として、その他のスキル訓練などと一緒に行われることが多く、普通、7週間の入院治療プログラムのなかで、週に2度、再発防止グループなどと平行して行われる場合が多い。グループCPTは個人のものと同様に12セッションで1クールになっている。CPTグループだけを単独に行う(週に一回など)ことも可能であるが、メンバーを集めたり、メンバーの欠席やドロップアウトのことなどを考えると、入院プログラムの中で一気に行う方が良い。参加者は全過程の中で4度アセスメントを受ける。治療前のプリトリートメント、治療後のポストトリート

メント、そして、3ヵ月後と6ヵ月後の4回である。効果研究の結果は治療前と、治療後では、PTSD 症状だけではなく、認知的な変容だけでなく、うつ症状などのその他の精神的症状の面でも改善が見られている(Cognitive Processing Therapy for Rape Victims, Resick & Schnicke, 1996 参照)。

②グループCPTと個人CPTの違い

実際に各セッションで行われることは、グループも個人もさほどの差はないが、大きな違いは、筆記による曝露の使い方にある。個人の場合には、自分のトラウマ体験について、何が起きたのかについて事細かに書き、その書いた物をセッションの中で読むことによって、ある意味で、トラウマティックな体験をしたときに味わった激しい感情を再体験する時をもつことになるが、グループの場合、メンバーは書いて来たトラウマに関して記載したものを他のメンバーの前で読むことはしない。他人の詳細でグラフィックな体験談を聞くことで、二次的なトラウマ体験をすることになりかねないからである。グループのセッションでは、出来事の内容ではなく、その記事を書いているときにどのような感情を味わったか(このことで、きちんと記事が書けているかがわかる)、その記事には身体感覚についての詳細、考えたことや感じた感情が細かく書かれているか、その作業をすることで何か他のことを思い出したということはなかったかなどについて問われるが、トラウマティックな出来事の内容については一切話されることはない。グループの中では、プロトコルに従って、毎回、トピックが決まっており、メンバーは自分が記事を書いた時に持った感情を吐露する場所としてグループを用い、お互いのやりとりの中から、自分が持っている歪んだ認知や極端な解釈の仕方などに気づくことになる。結果的に、こだわってひっかかっている点(スタックポイント)を見つけ出す作業を行うことになる。セラピストは、書いてもらった物をコピーして、次のセッションまでの間に、メンバー一人一人のスタックポイントがどこにあるかを探るとともに、もし記述が警察のレポートの様であったり、ある部分を避けているなどに気づいたりした場合には、

励ましやその他のコメントと一緒に記事を返却する時にその記事にノートとして書き込んでおく。グループ形式ではあるが、記事の部分を個人に任せずに、グループとは別に個別にセッションを持ち、記事を読む部分だけを別個に行うことも出来る。しかし、CPTのグループを行っている期間は、グループをリードしているセラピストとだけ会うようにする。なぜならば、同時に同じトラウマ体験について二つのセラピーを行うことはほとんどの場合、良い結果を生まないからである。

③誰がグループCPTを受けるのか

個人でもグループでもどちらも選択出来る場合は、クライアントに自分の参加したい形態を選んでもらうことになる。しかし、実際には、なかなか選べないというケースも出て来る。似た経験を持つグループの他のメンバーと話したり、聞いたりすることは、認知的に感情的に成長する機会を与えてくれるものであるが、それだけでなく、その他にもグループにしかない利点もある。まず、面談費用が数名で分担することから、比較的安価でサービスを受けられる点、グループメンバーと親しくなることから社会的なサポートシステムを構築することが出来る点、他にも自分と似た人間がいることに気づくことで、自分だけという考えに気づき、問題を一般化することが出来る点、色々な作業や宿題などを一緒に行うことにより励ましや動機付けされる点などが挙げられる。反面、グループにおける問題点もある。まず、必要なだけのメンバーを集めることは簡単なことではない。また、メンバーそれぞれに都合の良い時間を決めることなども難しい問題の一つである。さらに、グループ時間を独り占めしようとする者がいたり、人格障害をもつメンバーのマネージメントも難しい。そのようなことから、中には、個人とグループの両方を行うことも出て来る。グループの時間はなるべく全体のメンバーが使えるようにし、特に問題を持っているメンバーの個人的な問題は個人セッションで扱うようにするなどの工夫が必要な場合もある。

④グループの形態

CPT グループはクローズドグループである。オープングループとは異なって、12回のグループメンバーは固定されており、一旦グループが始まってしまうと新しいメンバーが加わることはない。通常、対個人の CPT セッションが50分から60分なのに対して、グループではメンバーが特定の問題について十分に話すことが出来るように90分のセッションを行う。メンバーの数は理想的には5名から9名で(セラピストが特段に優れている場合には10名から12名の場合もある)、5名が最低ラインだと考えられている。4名の場合、ペアが出来やすいことや、欠席者やドロップアウトがおこった場合のこともあるので、出来れば7名ぐらゐはメンバーを確保したい。8人以上になると、一人のセラピストでは手にあまるほか、メンバーが十分に話す時間が取れないなどの問題が生じることが多い。構成メンバーの持つトラウマ体験を揃える必要があるかどうかであるが、必ずしも合わせる必要はないが、合わせた方がセッションでの経験が深いものとなる。しかし、同じ問題を持ったクライアントを揃えることは難しい場合が多く、全く同じでなくても、グループを行うことは出来る。細かな部分に関しては、個人セッションで扱うことで、そうした問題はクリア出来ると報告されている。

⑤グループリーダー

セラピストの主な役割は12回のセッションをきちんとこなしていくことにある。プロトコールにそって、決められたことをこなしていくことが出来るように、また宿題をきちんと完了して来られるように動機づけるなどが一番重要な役割といえる。セラピストの数は2名が望ましい。グループCPTを実際に行っている者の多くは、2名でグループをリードする方がより効果的であると報告している。一人のセラピストがグループをリードしている間に、もう一人がグループの力動などをチェックすることが出来る。また、そうした第三者的な観察からもたらされるコメントが役立つことがは周知のところである。話し合う問題の性格上、どうしてもあるメンバーが感情的になって收拾が付かなくなるときもあり、そのような場合には、片方がその特定のメンバーの

必要に応じている間、もう一人のセラピストが引き続きグループをリードしていくことが出来る。また、重要なこととして、特にこの介入法は宿題を提出してもらったり、逆に資料を提供したりすることが多い関係上、2名でグループをリードしていく方がよいと思われる。書いたものの添削をしたり、コメントを書いたりする為の時間を考えると一人でグループをリードするよりも複数の方が運営しやすい。また、片方が病気などの理由で休む場合もあるので、そのときには残ったどちらかがグループを開くことが出来る。グループのリーダーは、個人のセッションとは異なり、かなり積極的に振る舞う必要がある。二人だけでは話せることが、他のメンバーの前では話しづらいというのは、極普通のリアクションである。従って、受け身のリーダーがグループをリードした場合には、十分に感情が出てこないなど様々な問題が生じることになる。

<CPTについてのその他の情報>

今回の訪米で新たにわかったことで非常に興味深い点の一つは、CPT の記述曝露を行わなくても、十分な効果が現れることである。EMDR の眼球運動の効果と似た部分があるかもしれないが、記述曝露なし、つまり認知療法だけでも、十分に効果があることが判明したことを付け加えておきたい。

レイシックらは、2005年に、12回の CPT を、3つの異なった形態で試し、その効果を比較した。その3種類とは、まず ① CPT (これまで通りのCPT)、② CPT-C(これまでのCPT から、筆記曝露を抜いた形)、③ CPT-W(これまでの曝露から認知療法を抜いて、曝露のみにしたものである)。被験者の治療前の状態はほとんど同じであったが、治療効果のたどる道筋が異なることが判明した。CPT-C(CPT の認知療法部分のみ)が最も早く治療効果を見せ、CPT-W(CPT の曝露部分のみ)が効果が現れるのが一番遅かった。しかし、CPT-W も治療結果を見る限り、他とほとんど同じ位置に行き着いていることがわかる。また、CPT-C は、CPT よりも早く良くなる傾向が見られ、CPT が二度目の筆記による曝露を行う時点までは、CPT よりも高いレベルで効果を見せている。

しかし、結果的にはどれも、ほとんど同じぐらいの効果結果を示している。また、CPT-C は、途中脱落者の数も少なく(15%)、CPTとCPT-Wがそれぞれ26%なのに比べ、かなり脱落者がいないことになる。レイシックは、予想に反して、記述曝露を行わないタイプの CPT でも充分効果を上げていることから、どうしても記述曝露が出来ない、またはやりたくないというケースでは、CPT-C が十分に奏効することを報告している。このことは、ある意味では、CPT の可能性をさらに広げたとっても良い。

9) まとめと今後の予定など

3年間のまとめと今後であるが、まとめとしては、厚生科研費と主任研究者(小西)のご理解により、犯罪被害に遭われた方々へのケアの一環としての PTSD 対策の一つの選択肢として、認知処理療法を日本に導入するための準備が進んだという感触をもっている。今後は継続的に CPT のトライアルに向けて患者のリクルートを行うこと、毎週の CPT 勉強会を通して、スキルの構築を続けることが課題となる。また、新しい情報を入れ、使用者にとって分かりやすいマニュアルの改訂版を作り、発行まで漕ぎ着けることが出来ればと思っている。また、グループ CPT についても、その効果を検証するためにも、トライアルを行うとともに、今後、実際に臨床現場で実施できるようになることを希望している。

数回の訪米を通し、レイシック博士とも関係作りを行うことが出来たことは、この3年間の大きな収穫の一つだと思う。また、レイシック博士から日本に CPT を正式に研究するグループを立ち上げることの許可をもらったので、CPT 研究会(仮名)を発足し、マニュアルの提供、訓練会などを通して、CPT を日本に紹介していけるようにしたいと思っている。これらすべてのことの背後には、厚生労働省による経済的、その他の援助によるところが大きい。最後に、厚労省のご理解に対し深く感謝の意を表したいと思う。

付録:写真1 ●レイシック博士を 2006 年9月、ボストンに訪ねる。



写真2 ●2007 年 9 月 5 日:米国シンシナチ VA メディカルセンターの PTSD プログラムのスタッフたちと撮影。中央の黒髪と黒のジャケットが、チャード博士。

ここでは、7週間の PTSD 入院治療プログラムを行っており、CPT のグループがそのメインな部分として用意されている。CPT グループは月曜と木曜日の週に2回行われており、その他の日には、再発予防プログラムなど、その他のプログラムが平行して行われている。患者は入院すると、大きな CPT マニュアルをもらい、それに沿って、7週間のコースをこなしていくことになる。そのマニュアルの中には、CPT のグループで用いる宿題なども全て含まれている。スタッフは、ディレクターの他に精神科医1名、薬物の処方のできるナースプラクティショナー(修士卒の看護師)が2名、臨床心理サイコジストが3名(ライセンスを持ったドクターレベルの心理士)



写真3 ●2007 年 9 月 7 日に THE US CENTER FOR PTSD のレイシック博士を訪ねた。実際のケースのビデオを見ながら、CPT の実際について半日研修を受けることが出来た。



引用文献

- Foa, E. B., Keane, T. M., & Friedman, M. J. (ed.). (2000) *Effective Treatment for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Trumatic Stress Studies*. New York, The Guilford Press (日本版: PTSD 治療ガイドライン: エビデンスに基づいた治療戦略 飛鳥井望、西園文、石井朝子訳、金剛出版 2005年)
- Foa, E. B., Stektee, G. S., & Rothbaum, B. O. (1989) Behavioral / cognitive conceptualizations of posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155 -176.
- Foa.E.B. & Rothbaum, B.O. (1997). *Treating the trauma of rape: A cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York, Guilford Press
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromnet, E., Hughes, M., & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 52. 1048-1060.
- Kilpatrick, D.G., Vernon, 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: Guilford.
- Lang, P.L.(1977). *Imagery in Therapy: An information processing analysis of fear*. *Behavior Therapy*, 8, 862-886.
- McCann,I.L.,Sakheim,D.K.,&Abrahamson,D.J. (1988). Trauma and victimization; A model of psychological adaption. *The Counseling Psychologist*, 16,531-594.
- Monson,C.M.,Schnurr,P.P.,Resick,P.A.,Friedman, M.J.,Young-Xu,Y.,&Stevens,S.P.(2006). Cognitive processing therapy fo veterans with military-related posttrumatic stress disorder. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 74, 898-907
- Nishith, P., Resick, P.A., & Griffin, M.G. (2002). Pattern of Change in Prolonged Exposure and Cognitive Processing Therapy for Female Rape Victims with Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 880 - 886.
- Resick, P.A.(1992). Cognitive treatment of crime-related post-traumatic stress disorder. In R. D. Peters, R. J. McMahon, & V. L. Quinsey (Eds.), *Aggression and violence throughout the life span* (pp. 171 - 191). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual*. Newbury Park, CA: Sage Publications
- Resick, P.A., Nishith, P., Weaver, T.L., Astin, M.C., & Feuer, C.A. (2002). A comparison of cognitive processing therapy, prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 867 - 879.
- Shapiro,F.(1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford
- Silver.S.M.,Brooks.A.,&Obenchain,J.(1995). Treatment of Vietnam war veterans with PTSD: A comparison of eye movement desensitization and reprocessing, biofeedback and relaxation training. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 337-342
- Wolpe,J.(1958). *Psychotherapy for reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford Press.
- Wolpe. J. (1969). *The practice of behavior therapy* Oxford: Peregamon Press

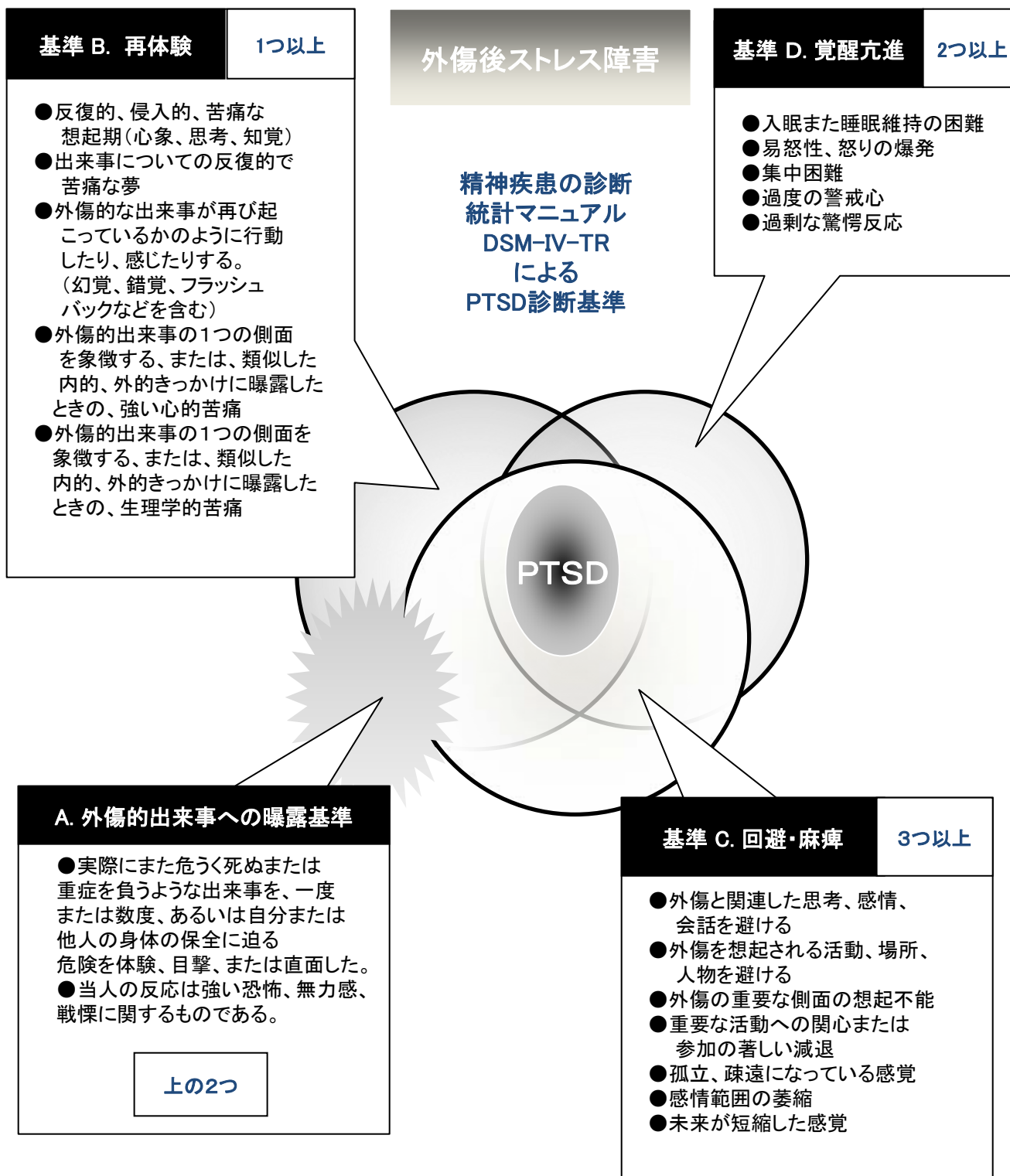
参考文献

- Ahrens, J., & Rexford, L. (2002). Cognitive processing therapy for incarcerated adolescents with PTSD. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 6, 201 - 216
- Calhoun, K. S., & Resick, P. A. (1993). Treatment of PTSD in rape victims. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological*

- disorders, (pp. 48 – 98). New York: Guilford Press.
- Chard, K. M. (2005). An evaluation of cognitive processing therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 965–971.
- Chard, K. M., Resick, P. A., & Wertz, J. J. (1999). Group treatment of sexual assault survivors. In B. H. Young & D. D. Blake (Eds.), *Group treatments for post-traumatic stress disorders: Conceptualization, themes, and processes*. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.
- Chard, K. M., Weaver, T. L., & Resick, P. A. (1997). Adapting cognitive processing therapy for child sexual abuse survivors. *Cognitive and Behavioral Practice, 4*, 31 – 52.
- Ellis, L. F., Black, L. D., & Resick, P. A. (1992). Cognitive-behavioral treatment approaches for victims of crime. In P. A. Keller & S. R. Heyman (Eds.), *Innovations in clinical practice: A source book* (11, pp. 23 – 38). Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Falsetti, S. A., Resnick, H. S., Davis, J., & Gallagher, N. G. (2001). Treatment of posttraumatic stress disorder with comorbid panic attacks: Combining cognitive processing therapy with panic control treatment techniques. *Group Dynamics, 5*(4), 252 – 260.
- Hall, C. A., & Henderson, C. M. (1996). Cognitive processing therapy for chronic PTSD from childhood sexual abuse: A case study. *Counseling Psychology Quarterly, 9*(4), 359 – 371.
- Messman-Moore, T.L., & Resick, P.A. (2002). Brief Treatment of complicated PTSD and peritraumatic responses in a client with repeated sexual victimization. *Cognitive and Behavioral Practice, 9*, 89 – 99.
- Monson, C.M., Price, J.L., & Ranslow, E. (2005, October). Treating combat PTSD through cognitive processing therapy. *Federal Practitioner, 75*–83.
- Owens, G. P., Pike, J. L., & Chard, K. M. (2001). Treatment effects of cognitive processing therapy on cognitive distortions of female child sexual abuse survivors. *Behavior Therapy, 32*(3), 413 – 424.
- Petrak, J. (1996). Current trends in the psychological assessment and treatment of victims of sexual violence. *Sexual and Marital Therapy, 11*, 37 – 45.
- Resick, P. A. (2001). Cognitive therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 15*(4), 321 – 329.
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(5), 748 – 756.
- Resick, P.A. & Calhoun, K.S. (2001). PTSD. In D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders, Second Edition*. (pp. 60 – 113). New York, NY: Guilford Press.
- Resick, P.A., Nishith, P., & Griffin, M.G. (2003). How well does cognitive-behavioral therapy treat symptoms of complex PTSD? An examination of child sexual abuse survivors within a clinical trial. *CNS Spectrums, 8*, 340 – 355.
- Schulz, P.M., Resick, P.A., Huber, L.C., & Griffin, M.G. (in press). The Effectiveness of Cognitive Processing Therapy for PTSD with Refugees in a Community Setting. *Cognitive and Behavioral Practice*.
- Schulz, P.M., Huber, L.C. & Resick, P.A (in press). Practical Adaptations of Cognitive Processing Therapy for Treating PTSD with Bosnian Refugees: General Implications for Adapting Practice to a Multicultural Clientele. *Cognitive and Behavioral Practice*.
- Westwell, C. A. (1998). Cognitive processing therapy in the treatment of marital rape. *Psychotherapy in Private Practice, 17*(2), 63 – 77.

目的	平成17年度	平成18年度	平成19年度
犯罪被害者のPTSD の査定と治療の現状 の把握	文献研究 ①	CPT に 決定 ④	
効果的なPTSD治療 CPTの日本への導入 CPTの日本への適応 可能性の検討	考案者 レイシック との連絡 ②	研修参加 ⑤ マニュアル翻訳 レビュー 論文執筆 ⑥	研修参加 ⑨ マニュアル完成 レビュー 論文投稿 ⑩
CPTを用いたPTSD治療 とグローバルな介入	資料 収集 ③	介入研究 の準備 ⑦ グループ CPT 1 ⑧	介入研究 開始 ⑪ グループ CPT 2 ⑫

図1 3年間活動計画



**図2 精神疾患の診断統計マニュアル
DSM-IV-TRによるPTSD診断基準**

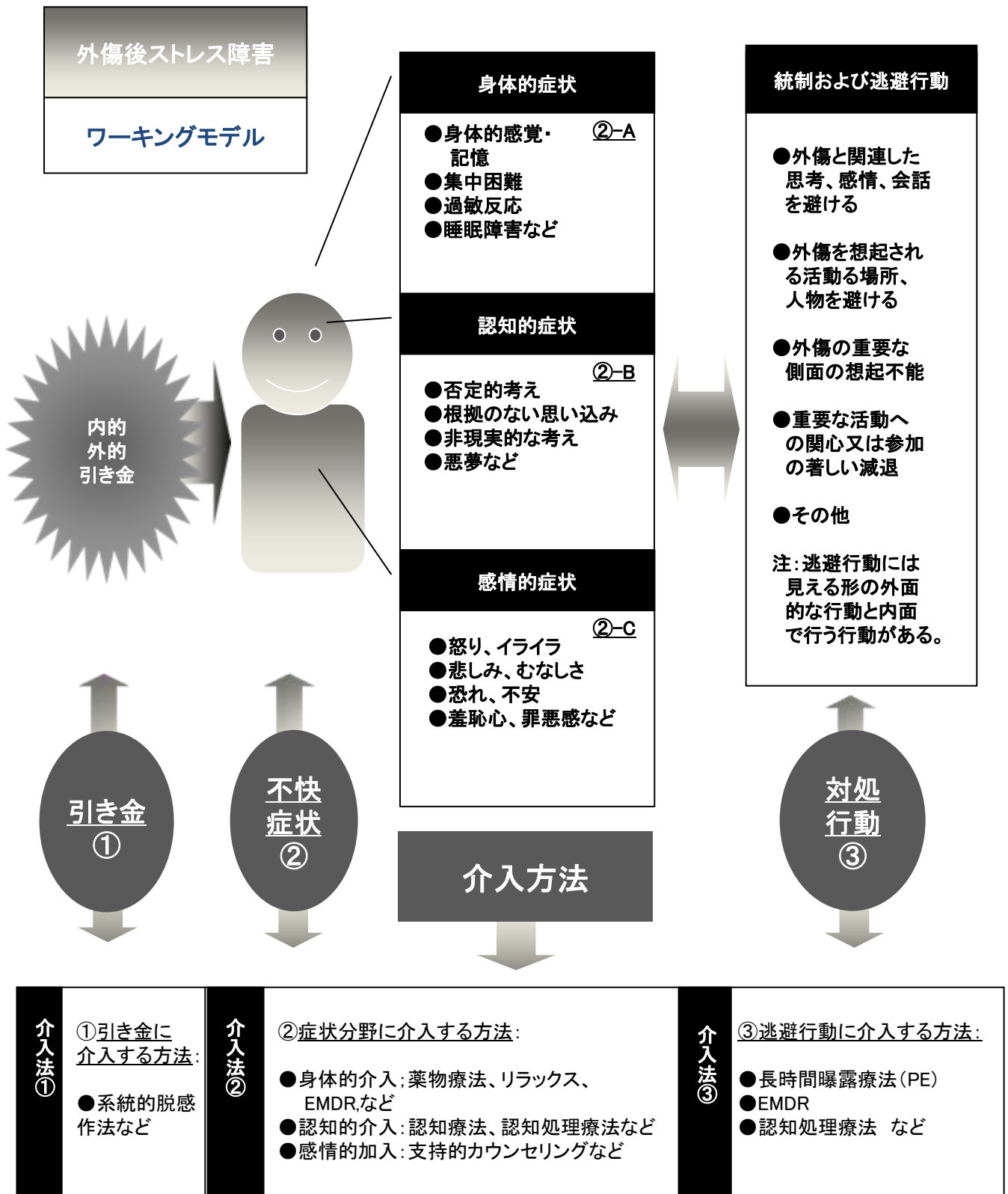


図3 外傷後ストレス障害 ワーキングモデル

PTSD症状とその介入

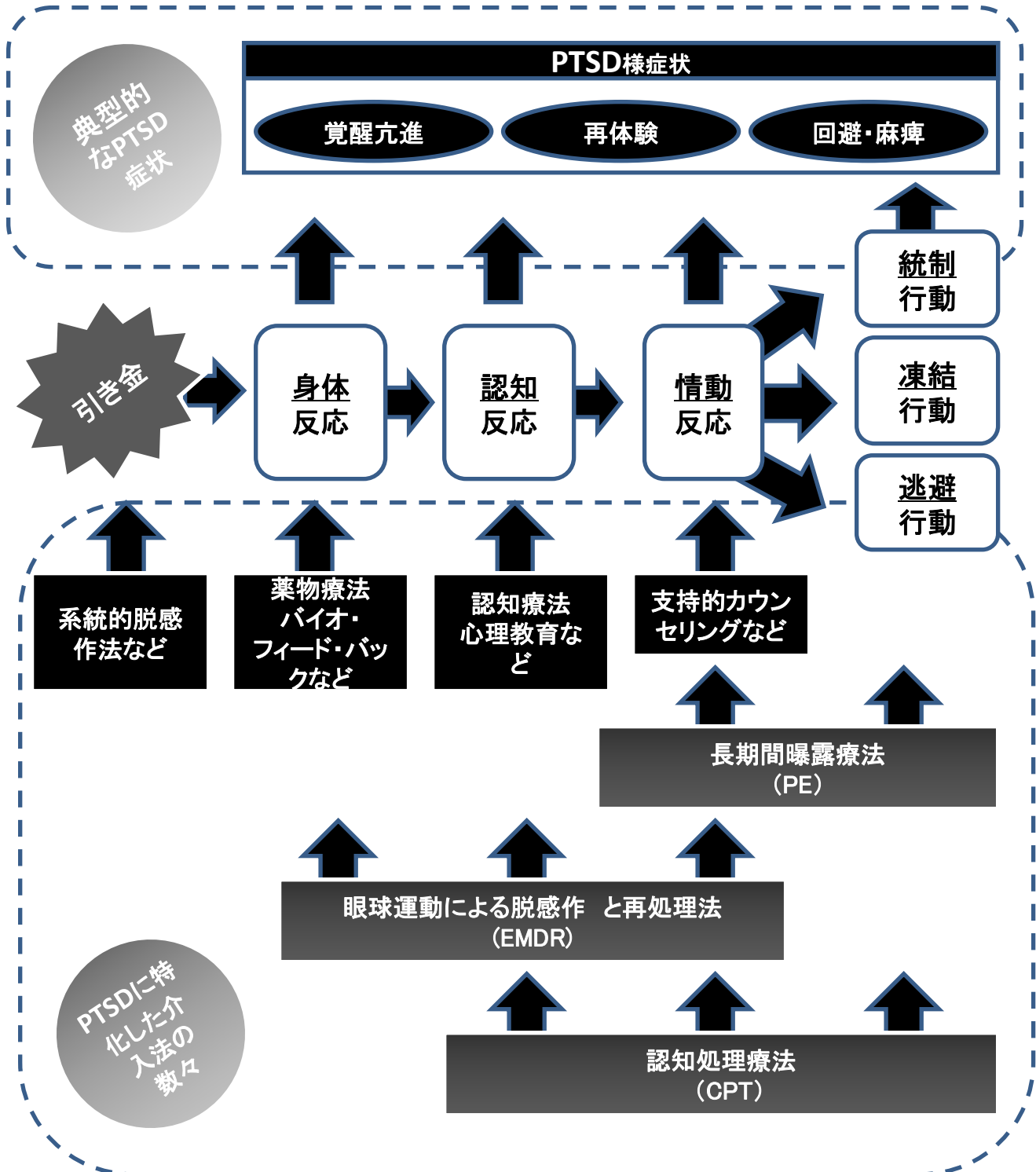


図4 PTSDとその介入

平成 19 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）
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

地域精神保健福祉機関における犯罪被害者支援
分担研究者 山下俊幸（京都市こころの健康増進センター）

研究要旨

目的：平成 18 年度の研究において、「犯罪被害者等支援のための地域精神保健活動の手引き（案）－精神保健福祉センター・保健所・市町村における支援－」（以下、手引）を作成したが、平成 19 年度の研究では内容の充実を図ることを目的とした。また、兵庫県にある自助グループ等との意見交換を実施し、自助グループのニーズを知ることで、今後の自助グループ支援に生かすとともに、その内容を手引に盛り込むこととした。

方法：班会議において手引き案の内容について検討し、研究協力者の協力を得て分担執筆し、分担研究者が主任研究者等の意見を踏まえて「犯罪被害者等支援のための地域精神保健活動の手引－精神保健福祉センター・保健所等における支援－」としてとりまとめることとした。

昨年度に続き自助グループ支援のあり方を検討するため、兵庫県こころのケアセンターにおいて、ひょうご被害者支援センターの協力を得て、全国学校事故・事件を語る会、六甲友の会との意見交換を行った。

結果：手引き案に「危機介入における精神保健福祉センターの役割」「自助グループへの支援」「犯罪被害者等の支援に係る研修」「Q&A」を加え、「犯罪被害者等支援のための地域精神保健活動の手引」を作成した（別添資料）。自助グループとの意見交換においては、以下のような意見が出された。「学校での事件は、一般に、その事件の実態が明らかにされにくいことが特徴である。時にはCRTが事実の隠蔽に使われることもある。カウンセラーを配置しても、子どもたちに影響を及ぼさないようにということ、調査も行われず、事実が解明されないこともある。事実を解明できないということは、遺族にとって被害となる。また、何があったのかという事実を解明しないと、長期的なケアもできないと思う。これまでは被害者は声を上げることもままならなかった。被害者支援は、被害者が何を望んでいるのか知ること、まずはそこからではないか」「六甲友の会は、立ち上げの時から、臨床心理の専門家が入っているのが特徴かと思う。立ち上げてから 1 年間はクローズドで行ってきたが、2 年目以降はセンター職員なども参加し、最近では、少年院指導員など被害者や加害者に関わる外部機関の人が参加することもある。他の自助グループでも、わかちあいの場に、専門職が入っているところは少ない。専門職を入れると、

研究対象にされるのではないかと考え敬遠するのかもしれない。しかし、被害者同士では、摩擦がおこることがある。自分のところのほうがいへんだと、他の人と比べたりしてしまう。自分の痛みをある程度克服してからでないと、相手の痛みはわからない。そういう摩擦を和らげるために、専門職が入っているほうが、集会が安定する。保健師の訪問などでもケアできるのではないか。保健所や精神保健福祉センターが、犯罪被害者支援センターといっしょに関わってもらえるとありがたい。遺族は、本当にひどいときはヘルプのサインも出せない。集会に出てこられる人はまだいいので、出てこられない人にどうアクセスするかが重要であると思う。」

考察と結論：当初は「精神保健福祉相談の手引」とすることも考えたが、被害者との意見交換等を行う中で、精神保健福祉センターや保健所の機能を生かすためには、地域精神保健福祉活動としての取組が不可欠であると考えて「地域精神保健福祉活動の手引」とした。その点においても自助グループ4団体との意見交換はたいへん貴重なものであったと考えている。被害者のニーズは、自助グループの運営支援にとどまらず、被害者へ自助グループ等の情報を提供すること、犯罪被害者のこころのケアについて地域住民へ普及啓発すること、関係機関と連携して支援することなど地域精神保健福祉活動とも密接につながるものであったからである。本手引きが、精神保健福祉相談や地域精神保健福祉活動に活用されることで、犯罪被害者の精神健康の回復に寄与できるものと期待している。

研究協力者

川島道美

(千葉県精神保健福祉センター)

酒井ルミ

(兵庫県立精神保健福祉センター)

辻本哲士

(滋賀県立精神保健福祉センター)

寺田 倫

(静岡市こころの健康センター)

富永秀文

(鹿児島県精神保健福祉センター)

松浦玲子

(大阪府こころの健康総合センター)

清野百合

(大阪府こころの健康総合センター)

平成18年度の研究において、「犯罪被害者等支援のための地域精神保健活動の手引き(案)－精神保健福祉センター・保健所・市町村における支援－」(以下、手引)を作成したが、より見やすく、使いやすくするとともに、「危機介入」「自助グループ支援」「事例紹介」などを加え、内容の充実を図ることを目的とした。

また、平成18年度は、大阪市にある自助グループの代表者や事務局との意見交換を実施し、被害者の精神保健ニーズを踏まえた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したが、平成19年度においても、兵庫県にある自助グループ等との意見交換を実施することとした。

A. 研究目的

自助グループのニーズを知ることで、今後の自助グループ支援に生かすとともに、その内容を手引に盛り込むこととした。

B. 研究方法

1) 手引の作成

班会議において手引き案の内容について検討し、研究協力者の協力を得て分担執筆し、班会議で検討の上、分担研究者が主任研究者等の意見を踏まえて「犯罪被害者等支援のための地域精神保健活動の手引ー精神保健福祉センター・保健所等における支援ー」としてとりまとめることとした。

2) 自助グループ支援検討

引き続き自助グループ支援のあり方を検討するため、兵庫県こころのケアセンターにおいて、ひょうご被害者支援センターの協力を得て、全国学校事故・事件を語る会の代表 2 人、六甲友の会の代表 1 人との意見交換を行った。

3) 倫理面への配慮

手引の作成においては、「事例紹介」において事例を扱うこととなるが、主旨が損なわれず、個人が特定されないように改変した。また自助グループ支援検討においては、報告内容について自助グループとの意見交換参加者に確認を行い、研究協力報告書に掲載した。

C. 研究結果

1) 犯罪被害者等支援のための地域精神保健活動の手引の作成 (別添資料)

班会議での検討の結果、手引き案に「危機介入における精神保健福祉センターの役割」「自助グループへの支援」「犯罪被害者等の支援に係る研修」「Q&A」を加えることとなり、研究協力者の協力を得て、分担研究者がとりまとめた。また、見やすくわかりやすくするために図表の挿入、要点(ポイント)の挿入、全体の構成の見直し等を行った。目次は下記の通りである。

1. 犯罪被害者等における精神保健相談

- 1) 犯罪被害者等の心理的な反応
- 2) 被害者支援の実際
- 3) 外傷後ストレス障害 (PTSD)
- 4) 外傷後ストレス障害 (PTSD) の治療
- 5) 事例紹介

2. 支援サービス等の利用

- 1) 早期の支援
- 2) 経済的支援
- 3) その他の支援

3. 危機介入における精神保健福祉センターの役割

- 1) 緊急支援に対する考え方
- 2) 支援の実際
- 3) その他の役割

4. 関係機関との連携

- 1) 警察
- 2) 検察庁
- 3) 裁判所
- 4) 保護観察所
- 5) 児童相談所
- 6) 婦人相談所
- 7) 日本司法支援センター (法テラ)

- ス)
- 8) 犯罪被害者支援民間団体
- 9) 弁護士会
- 10) 臨床心理士会等
- 11) 自助グループ
- 5. 自助グループへの支援
 - 1) 情報提供
 - 2) グループ運営における支援
 - 3) 啓発
 - 4) 連携
- 6. 犯罪被害者等の支援に係る研修
- 7. 精神障害者の受ける犯罪被害
- 8. Q&A

参考

- 1. 犯罪被害者支援の歩み
- 2. 犯罪被害者等基本法と犯罪被害者等支援基本計画
- 3. 犯罪被害者と司法制度

資料

- 1. 国連宣言「犯罪およびパワー濫用の被害者のための司法の基本原則宣言」
- 2. 都道府県・政令指定都市 犯罪被害者等施策担当窓口部局等一覧
- 3. NPO 法人全国被害者支援ネットワーク加盟団体一覧

2) 自助グループ支援検討

意見交換は兵庫県を中心に活動している「全国学校事故・事件を語る会」の代表2人、六甲友の会の代表1人と研究班員との間で平成19年11月10日（土）午後1時30分から午後5時まで行った。これらの自助グループを支援しているひょうご被害者支援センターに同席を依頼した。

(1) 全国学校事故・事件を語る会
 ○全国学校事故・事件を語る会は、被害者同士のネットワークであり、参加しているのは全国で100～130家族である。2ヶ月に1回、集会を開き、当事者同士でケアをしている。年1回シンポジウムも開催している。実際の活動の基本は、毎日の相談支援であり、メールでも相談を行っている。1994年12月に、遺族4家族で活動を開始した。現在は、自殺・事故・虐待の3つのグループに分かれている。
 ○学校での事件は、一般に、その事件の実態が明らかにされにくいことが特徴である。学校は、PTAや地域組織ともつながりがあり、遺族が、子どもに何があったのか知ろうとしても、実態が明らかにならないばかりか、地域と対立して、孤立、離散、転居してしまうこともある。遺族は、人間不信、社会不信に陥り、まったく発言できない状態になってしまう。
 ○学校での自殺も、子どもの遺書がないと自殺とは断定できないとされ、事故とされることも多い。文科省は実際の4割くらいしか自殺と認めていないのではないかと。何があったか解明されず、子どもの自殺についての実態も明らかにせず、再発予防もされないままに、一般論として論議され、カウンセラーを配置する。しかし、実際に何があったのかという実態を明らかにせず、現状をそのままにして心のケアをしようとしても無理だと思う。
 ○時にはCRTが事実の隠蔽に使われることもある。カウンセラーを配置し

でも、子どもたちに影響を及ぼさないようにということで、調査も行われず、事実が解明されないこともある。事実が解明できないということは、遺族にとって被害となる。また、何があったのか事実を解明しないと、長期的なケアもできないと思う。いじめなどの加害者が事実と向き合い、受け入れることが必要である。

○サポートとはどうあるべきか。その人を「助けてあげる」ことはできない。本人が自ら立ち上がるのを援助する。共感をもって、その人が何をすべきなのかを具体的に提示しながら、いっしょに活動していくことだと思う。怒りや悲しみのプロセスを共有することが大切だと思う。

○集会には、臨床心理士など、専門職も入ってくれるほうが安心して語れると思うが、学校事件は事案が重く、専門職のかかわりを求めにくい。

○被害者支援は、カウンセリングすべき領域と、ケースワークすべき領域とがあると思う。初期には、自分の体験を話したり、書いたりすることが有効である。しかしある時期を過ぎると、話をするだけではいったん楽にはなっても、同じことの繰り返しになると思う。こういう専門家や制度があると紹介するなど、ケースワークが必要である。また、初期には、ことばではうまく語れない、理屈ではわかってもらうにもならない時期もある。

○単に話を聴くだけ、投棄するだけでは駄目。真摯に思いを共有してほしい。不用意な言葉はいけないが、かといっ

て、聴いているだけでも駄目で、自分の話が受け入れられているという反応がほしい。

○また事件直後は家事や育児ができない。家事などの直接援助をしてくれる人がいると助かる。

○これまでは被害者は声を上げることもままならなかった。被害者支援は、被害者が何を望んでいるのか知ること、まずはそこからではないか。

(2) 六甲友の会（ひょうご犯罪被害者支援センター）

○兵庫県は震災の相談窓口はあったが、犯罪被害者を支援する体制がないということで、平成14年4月にひょうご犯罪被害者支援センターを設立した。犯罪被害者支援センターとしては全国で25番目で、遺族が運営に関わったセンターとしては初めてである。

○支援センターの設立とともに、六甲友の会も立ち上げた。現在、会員は15～6人で、すべて犯罪被害の遺族である。その中に2名の臨床心理士がコーディネーターとして入って集会を行う。月に1回、3時間くらい、ただただ話をする。同じことを言ってもいいし、泣いても、何を言ってもいいという場である。同じ事件でも、男性と女性とでは違う。男性にはたてまえがあると思う。話し合うことで、温度差を縮めてきたと思う。

○六甲友の会は、立ち上げの時から、臨床心理の専門家が入っているのが特徴かと思う。立ち上げてから1年間はクローズドで行ってきたが、2年目

以降はセンター職員なども参加し、最近は、少年院指導員など被害者や加害者に関わる外部機関の人が参加することもある。いろいろな立場の人がいるので、良い情報交換の場でもある。弁護士や検事などを講師として呼んで勉強会をすることもある。マスコミともよい関係を持っている。

○他の自助グループでも、わかちあいの場に、専門職が入っているところは少ない。専門職を入れると、研究対象にされるのではないかと考え敬遠するのもかもしれない。しかし、被害者同士では、摩擦がおこることがある。自分のところのほうがたいへんだと、他の人と比べてたりしてしまう。自分の痛みをある程度克服してからでないと、相手の痛みはわからない。そういう摩擦を和らげるために、専門職が入っているほうが、集会が安定する。六甲友の会は、波もあるが、ほぼ安定している。メンバーがやめたいとか他に変わりたいとかいうことがあまりない。ある特定の個人と合わないということはあるが。

○保健師の訪問などでもケアできるのではないか。保健所や精神保健福祉センターが、犯罪被害者支援センターといっしょに関わってもらえるとありがたい。遺族は、本当にひどいときはヘルプのサインも出せない。集会に出てこられる人はまだいいので、出てこられない人にどうアクセスするかが重要であると思う。

D. 考察と結論

精神保健福祉センター等における犯罪被害者支援はまだ始まったばかりであり、地域精神保健福祉活動の一環としてどのように進めていくべきか、とまどうことも多かった。平成17年度に実施した精神保健福祉センターにおける取組の現状調査結果から得られた課題を踏まえるとともに、実際に経験した事例や地域における危機介入の取組を基に「犯罪被害者等支援のための地域精神保健活動の手引」を作成した。当初は「精神保健福祉相談の手引」とすることも考えたが、精神保健福祉センターや保健所の機能を生かすためには、地域精神保健福祉活動としての取組が不可欠であると考えて「地域精神保健福祉活動の手引」とした。

その点では、自助グループ4団体との意見交換はたいへん貴重なものであったと考えている。被害者のニーズは、自助グループの運営支援にとどまらず、被害者へ自助グループ等の情報を提供すること、犯罪被害者のこころのケアについて地域住民へ普及啓発すること、関係機関と連携して支援することなど地域精神保健福祉活動とも密接につながるものであった。

また「事実を解明できないということは、遺族にとって被害となる。また、何があったのかという事実を解明しないと、長期的なケアもできないと思う」「これまでは被害者は声を上げることもままならなかった。被害者支援は、被害者が何を望んでいるのか知ること、まずはそこからではないか」と

の被害者のことばに寄り添う支援が求められている。

なお、本手引の「被害者支援の実際」の中で「事件の話をいつ聞いたらよいか」ということについて、「被害者の意思によって話すか話さないかを決めるのが基本ですが、事件について話せるようなら話してみてもどうか、と声をかけてみましょう」「事件の話をしてどうだったか必ず尋ね、気持ちをフォローしましょう」とまとめたが、この点は最後まで検討したところである。

当初は、「被害者が話したくないときはあえて聞かず、話したいときにきちんと聞くことが基本的な対応」と考え、「被害者の意思によって話すか話さないか決めるのが基本です」「信頼が得られたら自然に話してくれます」としていた。この場合、被害者が自ら話すことができる時はよいが、話したくても話せない場合も多いとの意見が出された。

始めは、当然のことながら「話したくないときに無理に話す」ようなことは避けるべきと考えて、「事件については被害者の話を待つ」としていたが、「(自分から言い出せず、聞いてもらうのを待っていたのに)聞いてもらえなかった」ということで却って不信感にもつながることがあるため、上記の表現とした。この場合も、被害者の意思を尊重することは言うまでもないことで、被害者自身が話したいと思っ

て話すことが基本である。たいへんデリケートなところであるが、信頼関係

を作り上げていく上で大切なことと考

えている。

また、被害者遺族へのアンケート調査結果(社団法人被害者支援都民センター2007年3月)に書かれているように、被害者遺族が今後受けたい支援として「時間がたつことで当初とは違った被害者感情や悩みがあっても、なかなか打ち明けられる場所がありません」「自分の気持ちを話せる場がほしい」「継続的に心の内を話せる環境」を望んでいることにも留意する必要があると言える。

本手引きが、精神保健福祉相談や地域精神保健福祉活動に活用されることで、犯罪被害者の精神健康の回復に寄与できるものと期待している。

E. 研究発表

- 1) 第7回日本トラウマティック・ストレス学会(2008.4)
演題「精神保健福祉センターにおける犯罪被害者支援の取組」(発表予定)

F. 知的財産権の出願・登録状況

なし

平成 19 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）
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「地域精神保健福祉機関における犯罪被害者支援」

研究協力報告書

精神保健福祉センターにおける自助グループ支援のあり方

研究協力者 酒井ルミ（兵庫県立精神保健福祉センター）

分担研究者 山下俊幸（京都市こころの健康増進センター）

1. 研究目的

現在活動されている犯罪被害者自助グループに、その活動内容や実態、必要とされているものなどについて聞き取り調査を行い、自助グループの現況を把握し、今後、精神保健福祉センターに求められる自助グループ支援体制構築のための基礎的な考え方について検討する。

2. 日時と方法

日時：平成 19 年 11 月 10 日（土）

13:30~17:00

場所：兵庫県こころのケアセンター会議室

全国学校事故・事件を語る会の代表 2 人、六甲友の会の代表 1 人に、それぞれのグループ活動の現況等について聞き取りを行った。また、これらの自助グループを支援しているひょうご被害者支援センターからも同席いただいた。

3. 聞き取り内容の要旨

1) 全国学校事故・事件を語る会

全国学校事故・事件を語る会は、被

害者同士のネットワークであり、参加しているのは全国で 100~130 家族である。2 ヶ月に 1 回、集会を開き、当事者同士でケアをしている。年 1 回シンポジウムも開催している。実際の活動の基本は、毎日の相談支援であり、メールでも相談を行っている。1994 年 12 月に、遺族 4 家族で活動を開始した。現在は、自殺・事故・虐待の 3 つのグループに分かれている。

代表者の一人は、94 年に、学校教員から暴行を受けた直後の自殺で長男を亡くした。もう一人の代表者は、99 年の夏、部活中の熱中症で長男を亡くした。

子どもの自殺は年間 300 件をこえる。また学校管理下での事故・災害は年間 100 万件をこえる。学校での事故に対する災害給付制度があり、治療費 5000 円以上のときに給付を求めるが、その申請件数が年間 100 万件以上あり、この 10 年で倍増している。そのうち、死亡事故は二十数件。水死、転落、激突、熱中症、落雷、サッカーゴールなどの下敷きなど。多くは学校が注意義務を果たさなかったことで起

こる。

学校での事件は、一般に、その事件の実態が明らかにされにくいことが特徴である。学校は、PTA や地域組織ともつながりがあり、遺族が、子どもに何があったのか知ろうとしても、実態が明らかにならないばかりか、地域と対立して、孤立、離散、転居してしまうこともある。遺族は、人間不信、社会不信に陥り、まったく発言できない状態になってしまう。

代表者の一人も熱中症で長男を亡くしたが、部活の担当教員は、倒れた息子に罵声を浴びせ1時間以上そのまま放置した。適切な処置をせず、救急搬送も遅れたということで、結果的には業務上過失致死という刑事罰を受けた。これは学校事件では珍しいことである。

代表者自身も妻も現職の教員で、相手の教員とも同じ地域に住んでいる。同じ地域、同じ職業で、民事、刑事訴訟を行うことになったが、教育委員会は事実を調べようとせず、相手教員を守る立場にたち、地域でも相手教員を守ろうという署名活動も起こった。地域からも職場からも孤立し、たいへんつらい経験をした。

学校での自殺も、子どもの遺書がないと自殺とは断定できないとされ、事故とされることも多い。文科省は実際の4割くらいしか自殺と認めていないのではないか。何があったか解明されず、子どもの自殺についての実態も明らかにせず、再発予防もされないまま

に、一般論として論議され、カウンセラーを配置する。しかし、実際に何があったのかという実態を明らかにせず、現状をそのままにして心のケアをしようとしても無理だと思う。

時には CRT が事実の隠蔽に使われることもある。カウンセラーを配置しても、子どもたちに影響を及ぼさないようにということで、調査も行われず、事実が解明されないこともある。

事実が解明できないということは、遺族にとって被害となる。また、何があったのか事実を解明しないと、長期的なケアもできないと思う。いじめなどの加害者が事実と向き合い、受け入れることが必要である。

子どもが死んだ直後は、現実感がなく、葬儀でも涙も出ない。少したってからようやく現実感がもどってくる。なぜ、わが子が死ななくてはならなかったのかという思いと、怒りやむなしさが溢れ、自分で自制がきかない。家庭内でもいろいろな感情があり、葛藤や責め合いになることもある。子どもを亡くすことは未来をなくすことであると思う。

遺族サポートとして集会を開いている。同じ体験をした人どうして話し合う。初めて参加した遺族は、遺族どうしが話し合って笑えるのが不思議に感じる。しかし、いずれは事実を受け入れ、顔を上げて同じようにできるようになる。事実を受け入れられるように、また人や社会を信じられるよう

にしてあげたいと考えている。

最近ようやく遺族が発言できるようになってきた。遺族がもう一度顔を上げて生活できるようになるにはどうしたらいいかということのを常に考えている。

サポートとはどうあるべきか。その人を「助けてあげる」ことはできない。本人が自ら立ち上がるのを援助する。共感をもって、その人が何をすべきなのかを具体的に提示しながら、いっしょに活動していくことだと思う。怒りや悲しみのプロセスを共有することが大切だと思う。

グループとしては、まず事実を明らかにしようとしている。事実を隠すことは被害者に対する加害行為である。犯罪被害は、通常は警察が立件し裁判となって事実が明らかにされる。しかし、学校事件の場合は多くは刑事事件にならず、事実がわからず、遺族はつらいままではないといけない。事実を明らかにするために、民事訴訟をおこなっている。学校問題は、行政と対立関係になるところが苦しいし、問題解決も遅れるのだと思う。

集会には、臨床心理士など、専門職も入ってくれるほうが安心して語れると思うが、学校事件は事案が重く、専門職のかかわりを求めにくい。

被害者支援は、カウンセリングすべき領域と、ケースワークすべき領域とがあると思う。初期には、自分の体験を話したり、書いたりすることが有効である。しかしある時期を過ぎると、

話をするだけではいったん楽にはなっても、同じことの繰り返しになると思う。こういう専門家や制度があると紹介するなど、ケースワークが必要である。また、初期には、ことばではうまく語れない、理屈ではわかってもどうにもならない時期もある。

ケースの支援は、時間経過によって分けている。1年未満の人のケアを3年未満の人が行い、3年未満の人のケアを5年未満の人が行い、というふうに、2重3重の円のような形で支援する。自分が直接話を聞くのではなく、他の人を紹介する、支援のネットワークを作っている。

当事者同士だとわかりあえるので、初めから、プライバシーにかかわるようなことでも話しやすい。それが当事者グループのメリットだと思う。

CRT や初期のカウンセリングも必要だと思うが、何があったのかという事実解明を抜きにして支援やケアはできない。

被害者は不眠や怒りを抱えていることも多く、精神科医療が必要なこともある。必要な状態なら、受診もすすめるようにしている。

単に話を聴くだけ、投薬するだけでは駄目。真摯に思いを共有してほしい。不用意な言葉はいけないが、かといって、聴いているだけでも駄目で、自分の話が受け入れられているという反応がほしい。

マスコミは、一番の加害者にも一番

の援助者にもなりうる。危ういところもあると思うが、社会問題化していくのもマスコミであり、特に、足を運んで取材してくれた人は理解してくれる。裁判経過などでつきあいが長くなると事件報道から社会問題へと切り口が変わって、それが被害者への支援になることもある。ここ数年で、マスコミはずいぶん変わったとも思う。関東と関西、地域によって温度差もある。

話を聞いてくれることで支援になるし、マスコミ、警察、地域、いろいろな人がかかわってくれることは大きい。弁護士を紹介されるなど情報提供に役立つこともある。

また事件直後は家事や育児ができない。家事などの直接援助をしてくれる人がいると助かる。

これまでは被害者は声を上げることもままならなかった。被害者支援は、被害者が何を望んでいるのか知ること、まずはそこからではないか。

2) 六甲友の会（ひょうご犯罪被害者支援センター）

兵庫県は震災の相談窓口はあったが、犯罪被害者を支援する体制がないということで、平成14年4月にひょうご犯罪被害者支援センターを設立した。犯罪被害者支援センターとしては全国で25番目で、遺族が運営に関わったセンターとしては初めてである。

支援センターの活動の基本は電話相談である。弁護士による相談やカウンセラーの面接も行っている。また、2年前から、裁判の傍聴などの直接支援も行っている。啓発として、年2回シンポジウムも開催している。活動は、ボランティアグループが行っているが、ボランティアは現在60名ほど。5日間の養成研修をしたあと、研修受講生のなかからボランティアになってもらっている。

支援センターの設立とともに、六甲友の会も立ち上げた。現在、会員は15～6人で、すべて犯罪被害の遺族である。その中に2名の臨床心理士がコーディネーターとして入って集会を行う。月に1回、3時間くらい、ただただ話をする。同じことを言ってもいいし、泣いても、何を言ってもいいという場である。同じ事件でも、男性と女性とでは違う。男性にはたてまえがあると思う。話し合うことで、温度差を縮めてきたと思う。

支援センターとしては、場の提供、会場の設営と、茶菓子代などの経済的バックアップをおこなっている。

六甲友の会は、立ち上げの時から、臨床心理の専門家が入っているのが特徴かと思う。立ち上げてから1年間はクローズドで行ってきたが、2年目以降はセンター職員なども参加し、最近では、少年院指導員など被害者や加害者に関わる外部機関の人が参加することもある。いろいろな立場の人がいるので、良い情報交換の場でもある。

弁護士や検事などを講師として呼んで勉強会をすることもある。マスコミともよい関係を持っている。

他の自助グループでも、わかちあいの場に、専門職が入っているところは少ない。専門職を入れると、研究対象にされるのではないかと考え敬遠するのもかもしれない。しかし、被害者同士では、摩擦がおこることがある。自分のところのほうがいへんだと、他の人と比べたりしてしまう。自分の痛みをある程度克服してからでないと、相手の痛みはわからない。そういう摩擦を和らげるために、専門職が入っているほうが、集会が安定する。六甲友の会は、波もあるが、ほぼ安定している。メンバーがやめたいとか他に変わりたいとかいうことがあまりない。ある特定の個人と合わないということはあるが。

私は息子を、少年 10 人の集団リンチで殺されて丸 10 年になる。加害者 10 人のうち、5 人は、今でも誰なのか知らない。学校事件と同様、少年事件の場合も事実を知らされない。加害者が誰なのかすら知らされない。しかたなく和解するという手段をとって、加害者と会う人もいる。自分の場合も、事実を知りたくて民事訴訟をおこした。加害者は 13 歳～15 歳で、親の監督責任を問いたかったが、13 歳以上では親に責任はないと言われた。それでも加害者である少年を法廷に呼び質問することができた。事実を知りたい思いとともに、質問をすることで相

手が忘れないだろうと思った。

事件直後は、葬儀を終わらせるのに必死で、涙も出ず、傍からみると強い母に見えたかもしれない。後になってからだんだん悲しみがわいてきた。葬儀後、買い物などに行っても、周囲の目が冷たく、孤立し、買い物ひとつでも遠くまで行ったりした。残された兄弟や祖父母なども傷ついている。残された兄弟は、「(亡くなった子に代わって) あんたが親を支えないと」と言われたりする。

保健師の訪問などでもケアできるのではないか。保健所や精神保健福祉センターが、犯罪被害者支援センターといっしょに関わってもらえるとありがたい。遺族は、本当にひどいときはヘルプのサインも出せない。集会に出てこられる人はまだいいので、出てこられない人にどうアクセスするかが重要であると思う。

4. 考察

学校事件や少年犯罪の実態が明らかになりにくいことなど、学校事件の特性と課題、自助グループの意味など聞かせていただいた。当事者だからこそできる自助グループのメリットと、反面、当事者ゆえに生じる摩擦、運営の難しさとは前回の聞き取りとも共通していた。前回と同様、専門職としての第三者がグループに関わることで、グループの安定性を増し、本来の活動目的をいっそう推進できる可能性があると感じた。

今回は、事実解明の必要性と、事実

が明らかにならないことによって遺族が受けるさらなる被害のことが強調されていた。家族がどういう状況で亡くなったのか、その事実を知りたいという気持ちは、遺族としてあたりまえの気持ちだと思う。

トラウマの治療として、記憶の想起があまりに苦痛を伴う場合には、事件について無理に話させず、時間をおくことが基本的な対応である一方で、回復のためには、トラウマにかかわることを明らかにし、事件の話をよく聴くことが大切である。事実を蓋をすることが、治療的なわけでは決してないと思う。事実を明らかにしないままそっとしておくことが他の関係者の心のケアでもない。もしも、そういう誤解があって、それがさらに遺族を傷つけているとしたら、そのあたりの誤解をとくこと、PTSD やその治療の知識を広めることが、遺族支援としても必要と思われる。

また、遺族の心の揺れ、感覚麻痺、不安、不信感・孤立感や身体症状などでも、トラウマを受けた人の心理的な反応として説明できる部分もある。PTSD の心理的反応（異常な体験をした場合の正常な反応）と、具体的な対応法を知ってもらうことで、安心を得られる部分もあるのではないか。

また、犯罪被害者の支援は、心のケアだけではなく、いろいろな機関の連携が必要であり、精神保健福祉センターとしては、保健所などとのつなぎ役や、関連機関との連携システム作りの役割もあるのかと思った。

前回の聞き取り結果ともあわせて、精神保健福祉センターが行いうる自助グループ支援としては、次のような方策があると考ええる。

1 情報提供

① 同様の体験をされた家族に対し、自助グループの紹介をする。また、行政の相談体制などを知らせる。

② グループに対し、相談窓口や支援体制、法律、医療機関情報など、必要な情報を提供する

2 グループ運営における支援

会場の斡旋、通信費・会場費・印刷費など運営費用の補助

① 例会の場に専門職が第三者として参加し、会の円滑化をはかる。

② 個別事例や、グループの事業展開などに対して、必要に応じて専門職から助言する。

③ 運営者自身に対する助言やケアを行う

3 啓発

① 広く世間一般に対して、犯罪被害やその支援、また PTSD や心のケアについて、啓発を行う

② 被害者支援に携わる関係者に対しての啓発や技術指導を行う。

③ 遺族に対して、PTSD や対応方法についての啓発を行う。

4 連携

① 保健所や市町村などとの連携により、自ら相談しづらい被害者への訪問も含めた支援の調

整をする。

- ② 自助グループも含めた関係諸機関との連携を図り、支援チームについて調整し、地域精神保健活動の視点から支援する。

(支援の留意点)

学校での事故・事件等において、事故・事件の事実関係が明らかにされていないために、被害者がつらい思いをしている場合がある。その点を踏まえた支援のあり方が求められる。

自助グループは各種あり、その活動のしかたや体制もいろいろである。グループによって必要とするものには違いがある。実際に必要としているものは何か、グループのニーズを知ることが、まずは基本であろう。

犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究
保健所における事件・事故・災害時の PTSD 対策の事例検討について

分担研究者：竹之内直人 愛媛県西条保健所
研究協力者：竹内 豊 愛媛県西条保健所

I. はじめに

保健所はより地域に根差したメンタルヘルスの活動を行っている。犯罪被害者支援だけでなく、保健所の業務としてテロ対策や感染症、食中毒などの健康危機管理が重要となっている。これらには重なる部分も多く、初期の対応とともに、中長期的対応である被害者のこころのケア（メンタルヘルス）が地域精神保健活動の立場から重要である。また、犯罪の中には、ニューヨーク同時多発テロや世界各地における爆破テロに代表されるような集団的な被害もある。このような被害をマス・バイオレンスの被害ともいう。このような領域における健康被害への支援では、おそらく地域の保健所は中核としての動きを持たざるを得ないだろう。

そうすると、保健所では、地域のネットワークや支援をマネージする役割とともに、実際の被害者に個別に接することの両方が要求され、職員は両方の情報を必要とすることになる。

宇和島保健所における「えひめ丸」沈没事故の事例をはじめ、マスコミなどで大きく取り上げられた全国の保健所での事件・事故・災害時の PTSD 対策を比較し、日本において実際に犯罪被害者への支援を可能にする要件について検討した。

II. 方法

現地にて分担研究班会議を開催した。保健所における PTSD 対策の状況について担当者から調査票に基づき聞き取り調査を行った。

事例調査

平成 18 年度：和歌山市毒物混入事件、西鉄高速バスのつとり事件、えひめ丸沈没事故、中越大震災、JR 福知山線列車脱線事故
平成 19 年度：秋田県児童連続殺害事件、滋賀県（園児殺害事件、四万十川水難事故エキスポランド事故）、長崎県（児童殺害事件、スポーツ施設銃撃事件）。北海道（佐呂間町竜巻災害、北見ガス事故）

III. 結果

（次頁へ）

Ⅲ. 結果

(1) 秋田県児童連続殺害事件

発生日		平成 18 年 4 月 9 日 (小 4 女児) 平成 18 年 5 月 17 日 (小 1 男児)
場 所		秋田県 A 郡 B 町
内 容		H18. 4. 9 町営住宅に住む母親が自分の子供 (小 4 女児)、H18. 5. 17 に近所に住む下校途中の小 1 男児を殺害遺棄。H18. 6. 4 に犯人逮捕、6. 26 に再逮捕される。事件直後から長期にわたり静かな山村に多数のマスコミが押しかけ、事件のショックに加え報道被害が生じたもの。
対象者	直接被災	子供 2 名死亡 (小 4 女児 小 1 男児)
	二次被災	被害男児家族 4 名、近隣住民及び容疑者・被害児と直接間接に接触のあった子供や住民 対象世帯 1 4 2 世帯 対象人員 3 2 2 名他 (H18. 6. 21 現在)
メンタルヘルス初動		被害男児家族 4 名、近隣住民及び容疑者・被害児と直接間接に接触のあった子供や住民メンタルヘルス初動相談窓口 (H18. 5. 30～保健所・町役場) PTSD についての全戸広報 (H18. 5. 30) 家庭訪問 (H18. 6. 2～保健所・町役場) 事件現場集落への個別訪問 (H18. 6. 21～) 地区別座談会と個別相談 (H18. 8. 6～) 相談所 (H18. 7. ～)
担当 スタッフ	兼任	保健所長、職員、町職員
初動内容	アウト リーチ	PTSD のちらしの全戸配布 (町)
	電話	団地全世帯 (2 6 世帯) への個別訪問の周知など (町)
	訪問	家庭訪問 (町保健師または保健所保健師) 個別訪問 (保健所・町職員のペア訪問 2 人×3 組)
啓発事業	被災者	個別相談 地区別座談会、ケース検討会
	町民	全戸配布の PTSD の対応のちらし配布 (町) 保健協力員研修会 (町) 講演会 (全町民) 元気づくり事業 (学童)
他の保健所の応援		なし (個別訪問の規模による応援要請を検討したが、所内で対応可となったため)
対策会議		地域ケア会議 (①H18. 7. 3 13 機関 27 名 ②H18. 11. 20 15 機関 32 名 ③ H19. 7. 18 16 機関 26 名) / 全体会 (H19. 3. 28 5 機関 11 名)

(2)大阪エキスポランド事故

発生日	H19年5月5日	
場 所	大阪 エキスポランド	
内 容	立ちのり型ジェットコースターの2両目が脱線し、1名が死亡、19人が重軽傷を負ったもの	
対象者	直接被災	滋賀県の会社の仲間遊びに来ていたのは6人 うち、1人死亡、1人は2ヶ月の重傷、他4人は軽傷で自宅療養 軽傷者4人中1人：A保健所管内、3人：B保健所管内 遺族はA保健所管内
救急医療	現地で	
メンタルヘルス初動	県警 軽傷だった被災者4人に対し、カウンセリング対応（重傷者・遺族を除く） 6/6 検討会開催（B保健所・県警等） 6/21 A保健所へ被災者支援について協力要請 8/13 検討会（第2回）遺族支援について	
担当スタッフ	兼任	兼任
啓発事業	被災者	遺族へのパンフ作成 心のケアパンフ作成
他の保健所の応援	A保健所とB保健所	
PTSD認知	精神保健福祉センター	
専門家の支援	精神保健福祉センター	
職員の研修	精神保健福祉センター	
PTSD研修	精神保健福祉センター	

(3)四万十川水難事故

発生日	H19年7月31日		
場 所	高知県四万十町		
内 容	市教育委員会公民館主催の野外体験講座 高知県四万十川へキャンプに行き、活動中の遊泳で、小学生2人が水死した。		
対象者	直接被災	小学生	10名
		中学生	2名
		大人	引率者5名（うち職員2名）
	二次被災 （被害児童）	幼児	2名
		小学生	1名（参加児童）

対象者	の家族	中高生	2名（中学生1名 高校生1名）
		成人	7名（うち高齢者3名）
	二次被災 (参加児童の家族)		参加児童の保護者9家族
	二次被災(被害児童と 同じ町内の小・中学校 およびその家族)		7家族
二次被災 (対応関係者)		○被害児童の小学校の担任等、教職員 ○遺族の兄弟が通う保育園・中学校・高校の教職員 ○公民館職員5人（引率職員除く） ○対応職員 遺族担当職員 学校ケア担当職員 （教育委員会職員と心理士）教育委員会関係者約10名	
救急医療		現地病院：被害児童2名救急搬送 地元病院：引率職員、参加児童等受診 県立精神医療センター 引率職員および参加家族（二人）受診	
身 体		被害児童の小学校で 5～6年生対象に健康調査	
メンタルヘルス初動		8/2 ケア関係者勉強会 8/8 ケアサポート担当者会議 8/9・10 健康相談窓口の紹介	
担当スタッフ		市教育委員会事故対策本部員（3人）	
		市教育委員会学校教育課（2人）	
		市健康推進課・保健センター（2人他）	
		市総務部職員課（1人）	
		保健所（1人）	
		県立精神保健センター（3人）	
初動内容		関係者の勉強会	
		遺族・参加児童の家族への説明会で配布する啓発チラシの作成	
		地域医師会・校医等への説明と協力依頼	
		参加児童のケア連絡・訪問（学校教育課）	
啓発事業		遺族向け、参加児童の保護者向け、その他の保護者向け、職員向けのチラシ配布（説明会等時に）	
他の保健所の応援		なし	
対策会議		事故対策本部会議（8/8、8/17、9/13、9/25）	
		ケアサポート担当者会議（8・8、8/22、9/14、10/12）	
		ケアサポート実務者会議（8/29、9/18、10/9）	
フォロー年数		2ヶ月（10/1時点）	

専門家の支援	県教育委員会からスクールカウンセラーの派遣（主に児童・生徒の面接）
	県立精神保健福祉センターから保健師・医師の派遣（住民・職員の面接）
職員の研修	8/2 ケア関係者勉強会 8/27 学校・保育園関係者の説明および研修会 10/5 事故後の PTSD 対策研修
P T S D 研修	上記に同じ

(4) 長浜園児殺害事件

発生日	平成18年 2月17日	
場 所	長浜市内の農道（幼稚園から約2km）	
内 容	市立幼稚園に通う園児2人が、送迎担当していた保護者に車中で殺害され、農道の側溝近くで遺棄される	
対 象 者	直接被災	子 供 幼稚園児2人（6才）
	二次被災	子 供 殺害現場（車に同乗）を目撃していた加害者の子ども（殺害された園児と同級生）
		成 人 現場を通りかかり、殺害された園児を発見した人
救急医療	園児1人は搬送された病院で救命処置を受けたが死亡	
メンタルヘルス 初動	2/18 1)「相談窓口の開設」（長浜市保健センター）県保健師2名、市保健師2名で対応 2)「関係者会議への出席」精神保健総合センター地区担当医師 3)NHK放送テロップで、相談窓口を紹介 2/19 精神保健福祉センター地域保健部長：相談窓口への支援	
担当 スタッフ	兼任	県健康対策課長、長浜保健所健康推進課長、保健師、 長浜市健康推進課長、保健師、精神保健福祉センター医師、保健師
啓発事業	被災者	相談窓口（幼稚園）：臨床心理士会（スクールカウンセラー）が対応
	市民	相談窓口（幼稚園または保健センター）
他の保健所の応援	なし	
対策会議	長浜市	
対策本部	長浜市	

(5) 長崎県小学校児童殺害事件（平成16年6月1日）

校内で起きた同級生による殺人事件で、特別教室内に呼び出した女兒を同級生の女兒が殺害する。ネットへの中傷の書き込みが原因とされる恨みの犯行。山口県精神保健福祉センターのCRTが援助する。学校が中心に対応した。事件直後を目撃した子どもたちに影響が大きか

った。事件後の経過は長いが、保健所と子ども発達センターで児童をフォロー中。

(6) 長崎県散弾銃乱射事件（平成 19 年 12 月 14 日）

スポーツクラブ内で、利用者がインストラクターの女性と、呼び出した友人を散弾銃で殺傷。犯人は翌朝自殺体で発見される。保健所は、現場に居合わせた、スイミングスクールの子ども 20 名・成人と施設の職員 80 名を対象に、さらに事件の特異性から、地域住民（犯人居住地域・現場居住地域）も含めてケアを実施。市民の動揺を防止するため、市長から市民向けにメッセージが送られた。事件後間もないので慎重にフォローしている。（4）の事件の経験から迅速な対応ができた。

(7) 北海道佐呂間町竜巻災害（平成 18 年 11 月 7 日）

竜巻発生、死者 9 名、負傷者 31 名、トンネル工事作業員（北海道の各地から従事）60 名・住民 8 名が避難。保健所の対応－①被害状況の把握②医療体制の調整③避難所の衛生管理、健康管理④被災者の健康管理など実施。⑤メンタルヘルスケアについては

- ・こころのケア応援要請、道立精神保健福祉センターの精神科医・保健師の派遣（9-11 日）
- ・こころのケア対策連絡協議会の設置 町・保健所・精神保健福祉センターが連携
- ・帰宅した作業員の心のケアのフォローアップ 道内の保健所が相談体制を組む、また会社側にもフォローを要請。
- ・こころのケア講演会・個別相談実施
- ・中・長期のメンタルヘルスケア－遺族・工事作業員、地域住民・消防団・消防職員・町職員（10 月の風水害で 369 名の避難者が出た直後、災害が重複し疲弊）
- ・有珠山噴火災害対策の際に北海道全保健所が協力体制を取った経験が役に立った。

発生日	平成 18 年 11 月 7 日
場 所	北海道佐呂間町若佐地区
内 容	13 時 20 分頃、Fujita Scale 3 と推定される竜巻が、最大幅 200～300m 長さ 1 km の細長い帯状の範囲に集中して被害を出した。
対象者	直接被災 ○人的被害 死者 9 名 負傷者 31 名（重傷者 6 名 軽傷者 25 名） ○住宅被害 全壊 7 棟 57 世帯 61 名 半壊 7 棟 7 世帯 15 名 一部損壊 27 棟 55 世帯 104 名
救急医療	北見赤十字病院他数カ所へ搬送
メンタルヘルス 初動	H18 年 11 月 9 日精神保健福祉センター避難所到着 佐呂間町保健師による住宅被害を受けた住民の健康状況把握訪問 H18 年 11 月 10～11 日若佐地区住民の健康状況調査訪問（62 世帯）町保健師と保健所保健師 2 人ペア訪問 H18 年 11 月 10～11 日精神科医による個別相談及び訪問

担当 スタッフ	兼 任	保健師 2 人（延べ 10 人）
初動内容	ア ウ ト リ 一 チ	H18 年 11 月 8～9 日避難所での健康状況聞き取り調査 H18 年 11 月 9 日 住宅被害を受けた住民の健康状況聞き取り H18 年 11 月 10～11 日被災地区住民の健康状況把握訪問（総数：10 組×町・保健所 2 人ペア）訪問 精神科医による訪問及び個別相談 H18 年 11 月 17 日全道保健所に、被災された方々、遺族の方々へのこころのケア相談窓口開設 H18 年 12 月 15 日こころのケア個別相談会開催
	訪 問	同上
啓発事業	被 災 者	○企業体被災者：11 月末鹿島 JV をとおし 13 社へパンフレット配布。 配布先会社から被災者本人へ配付 ○被災地区住民：H18 年 12 月 15 日 講話「こころのケア～被災のあとで」 チラシ「災害によるこころの影響」配付
	市 民	平成 19 年 2 月町広報「こころもケガをします」掲載
他の保健所の 応援		初動：北見保健所（保健師 2 名 2 日） 網走保健所（保健師 2 名 1 日）
対策会議		佐呂間町竜巻災害こころのケア対策連絡会議（平成 18 年 12 月 15 日設置～平成 19 年 12 月 4 日解散） 会議構成～佐呂間町保健福祉課 紋別保健所 精神保健福祉センター 開催回数 3 回（12/15, 2/20, 12/4）
フォロー年数		1 年
P T S D 回復状況		被災地区住民：ほぼ回復 企業体従業員・遺族：事業所数 13、被災者等は全道及び道外に居住しており、状況把握は十分にできていない→道障害福祉課を窓口にし話し合いの結果、鹿島本社産業医が被災者及び遺族に対する対応を実施する事になった。
P T S D 認知		3 ヶ月後状況確認訪問（町保健師）、実施結果を検討。ほぼ改善しており、日常業務の中で状況確認をしていく事となる
専門家の支援		北海道精神保健福祉センター
職員の研修		H18 年 11 月 9 日、精神保健福祉センターの協力を得て、「こころのケアへの取り組みの必要性について」町関係者と学習する。 H19 年 12 月 4 日町職員全体を対象とした研修「こころのケアについて」開催

PTSD研修	H18年12月15日精神保健福祉センター医師による講演 対策会議毎に個別事例の検討等を通して学習
代理受傷対策	平成18年11月9日及び12月15日：精神保健福祉センター医師による町保健師への個別面接実施。 平成19年5月町職員アンケート実施。結果のまとめとこころのケアに関するチラシ配布

(8) 北見市内でのガス漏れ事故（平成19年1月19日）

地下に埋設されたガス管から都市ガスが漏れ、3名死亡、負傷者11名、避難住民77世帯179名、避難期間19日。

保健所、北見市、北見日赤病院、ガス会社と対策会議を開催し、役割分担を決定。

原因が特定され、拡大の恐れがないことから一般的な保健指導、こころのケア（ガス中毒による後遺症の可能性も考慮）、市保健師のバックアップを保健所の活動の中心とした。活動は1月20日から4月13日までの間実施した。

IV. 考察

18年度、19年度の事例調査から以下の点が認められた。

- ①事件・事故の規模により、対策本部・窓口が保健所から市町へ
- ②保健所の役割 精神保健福祉センター・県庁や、大学など専門機関との連絡調整
- ③地域・社会の変化 犯罪被害者対策連絡会議（警察署開催）、犯罪被害者支援ネットワーク（NPO など）支援団体が発足
- ④住民の変化 マスコミ攻勢などによる事件・事故発生地域の被害対策が必要
全体的に 保健所機能としては、関係機関との調整や、適切な情報提供（特に PTSD と代理受傷に関して）が求められている。

以上の点を踏まえて、介入時の活動モデル、時系列の活動、活動の際のチェックポイントを考察した。

（1）事件・事故後の地域メンタルヘルスケアのための保健所活動モデル（表1）

（2）時系列による活動のありかた

A、直後～2日

A-1 心理的応急措置

～危機からの緊急避難と、精神的ケアの第一歩

- ①被害の拡大防止・救出、身体の安全、快適環境の確保、尊厳の維持
- ②家族、友人、近親者との再会といった安心が提供できる場への誘導

A-2 体制確保と情報収集

～対策会議の立ち上げ

（災害の規模により対策本部）

- ①支援活動の役割分担
アウトリーチ活動のケア班
関係機関との連絡調整班・ホットライン対

応班

広報情報担当班

②外部応援の要請の検討

予想される精神的被害の範囲、深刻さの推定

所内のスタッフ・精神保健福祉センター以外の専門家の派遣要請の必要性

③事態の変化に合わせた支援提供体制

支援者のローテーション再編

④精神科救護所設置の検討

大規模災害で多数の被災者に医療を提供

独立したあるいは、総合診療に一部門として、精神疾患で通院治療中の人のみならず、精神的問題が顕在化するニーズに対しプライマリーケアを行う

A-3 アウトリーチによる早期介入

～孤立感が芽生えないタイミング

被災・被害者の精神状態の特徴

自分の状態に気づかない、相談しようという発想が起きない、

罪責感から支援を受けることに抵抗がある、麻痺・無感覚で何も考えられない、

精神科への偏見や誤解

A-4 メディア対応

～速報性のある最新情報を瞬時に多くの人に伝達媒体／過剰な取材活動や報道は被災者や地域にとり2次的ストレス

「個人情報保護」や「精神医学的な配慮」

を重視しながら、自粛要請と一方で公開の報道協定、事件の規模により専任の報道担当者を配置

A-5 情報提供・心理教育

日常性が混乱し、不安や絶望の中にいる当事者にたいして、これからの目途を予想するため、全体的状況について正確な情報を伝える。

精神的な安定のために心理教育が有効

アウトリーチの際口頭で、あるいは冊子配布、集会を利用する

被災・被害者に会うことで心身の変化の察知、「あなたのせいではない」

回復のためのヒントを与える、

相談窓口の設置、メニューの説明など

A-6 ホットライン設置

電話相談窓口：即時性・任意性・匿名性、携帯電話などの24時間体制も検討

相談窓口：準治療的空間としての面接による相談窓口

B, ~1週間

B-1 スクリーニング（メンタルヘルス調査）

過去の追跡調査では精神障害としての出現率20から80%

自記式質問紙（1から2週の介入初期は対象者を見落とさないように）

大規模な災害は一般健康診断も併用

精神症状があるときは IES-R「改定出来事インパクト尺度」25点以上

症状が強いときは CAPS 等構造化面接による専門診断を実施

B-2 精神科治療

深刻な精神症状の持続、ASD あるいは PTSD と診断されたら治療が必要

薬物療法～向精神薬（抗うつ薬・抗不安薬）、非薬物療法～認知行動療法

~1ヶ月

B-3 支援者のメンタルヘルス（代理受傷対策）

休養が採れる勤務シフト

定期的に担当者会を開催し支援方針の確認課題の整理を実施

C, 1ヶ月～

C-1 長期にわたる支援対策

- ①平常時の地域精神保健活動への移行
- ②疎外感を抱かせないために、アウトリーチの継続
- ③時期を考慮しながら健康調査・診断による集団として回復度をチェック
- ④自助集団活動を組織、企画、援助
- ⑤癒しコンサート、温泉保養など娯楽要素を含んだサービスの考慮

C-2 継続性と区切り

特別体制の解除は時期を見て決断されなければならない。その中で、メモリアルデイの取り扱いや、精神的癒痕としての外傷体験へのまなざしなど、被災・被害者の尊重を、通常の体制での支援と、ケアという直接支援の延長として考える。

(3) 活動時のチェックリスト

(3) - 1 被災者へのこころのケア

- ①被災後、経時的に適切な介入を図り、時期に応じたケアを提供できているか
- ②現場へのアウトリーチに重点を置いているか
- ③生活全般の支援活動を行い、被災者が求めていることに対応できているか
- ④被災地域の特性を把握し、互助機能を尊重し利用できているか
- ⑤関係する機関（行政、医療機関）と相互の連携を図れているか
- ⑥被災者の心の安定のため、家族・友人との会話、快適な衣食住の確保、災害や復興に関する確かな情報提供ができているか
- ⑦災害によって新たにもたらされた疾患は約1ヵ月時点で確定するが、その把握はできているか

⑧ハイリスク者の把握はできているか—他のトラウマ的出来事との合併、家屋や職業基盤の喪失、精神疾患の既往のある者、要支援者（乳幼児、高齢者、障害者など）

（3）－2 支援者へのこころのケア

- ①業務ローテーションと役割分担の明確化はできているか
災害直後の先行きが見えないときは難しいが、できるだけ早期に、支援者の活動の期間、交代時期、責任・業務内容を明確にする必要がある
- ②「支援者へのストレス」についての教育はできているか
支援者に生ずるストレスは、正常な反応であり、適切に対処すべきことだという認識が持てるように教育が必要である
- ③心身のチェックと相談体制はできているか
心身の変調についてチェックリスト（参考文献、心の指標3様式「心的トラウマの理解とケア：じほう）を支援者本人に手渡し必要があれば健康相談に結びつけるなどの体制が必要である
- ④住民の心理的な反応についての教育はできているか
支援活動において、住民からの心理的な反応として、怒りなどの強い感情を向けられることがある。予測できるものに対する準備がストレスを防ぐ手立てになるため、研修などを通して知識を持つことは有効である
- ⑤被災現場のシミュレーションはできているか
災害が起こったとき、被害の当事者だけでなく支援者（目撃した者）も衝撃を受けるため、シミュレーション的な研修を行っておくことは必要である

⑥業務の価値付けはできているか

支援活動の業務について、意義、効果について個々人が組織の中でしかるべき立場の担当者から、支援活動の価値を明確に認めて労をねぎらってもらうことが必要である

（3）－3 えひめ丸事故から

その1 《効果的な支援を行うためにも、仲間同士でシェアを行うことが大切》

1日の活動の終わりに、活動中の体験したことや感じたことを話し合う。特に事故当初、被害者から聞き手である保健師自身に直接、いわれのない「理不尽な怒り」をぶつけられることがある。そんな時その体験を仲間同士で話し合い、気持ちを共有することでずいぶん気持ちが楽になる。

その2 《支援者を見守り、スーパーバイズしてもらうため、災害支援に詳しい専門家が最初から必要》

専門家によれば、「理不尽な怒り」は、しばしばこのような事故などの被害後に表出するものだと言われ、被害者の心理を理解する知識の必要性を感じた。専門家（臨床心理士）を招聘して「支援者支援検討会」を開催し、支援者自身に起こっている反応、被害者自身の反応を整理しながらケアを実施することができた。

その3 《平常時から研修を行う》

心のケアについて事前の知識や準備によって、心身に起こるストレス反応や影響が違うことを学ぶ。

V. 結論

保健所における犯罪被害者のこころのケアが可能かどうか考えた時、今後の対策として、以下

の充実が望まれた。また図1に今年度の調査を踏まえた犯罪被害者支援システムを提示した。

大きな犯罪事件が起こった場合には、地域全体が事件の影響を受ける。その際には、住民との距離が近く、心身の状況を総合的に扱うことができること、訪問システムを持つことは保健所の大きな利点である。

現状では被害者との接点は少なく、犯罪被害者支援を行う場合には、警察、児童相談所、病院等との連携が必要である。ただしそれぞれの事件で、それぞれの地域で関連を持つべき機関は異なる。柔軟な対応が必要だろう。

- ①担当者のスキルアップ 保健師への専門的な研修、代理受傷対策も必要である。
- ②後送機関 県内に一箇所専門的な PTSD 治療機関が必要だろう。犯罪被害者の PTSD 治療は保健所だけでは完結できない。
- ③専門家のバックアップ体制 これらの事件・事故・災害に際しては、適切な時期に適切な支援があった。国レベルで体制を組まないと、専門家やアドバイザーが不足する。
- ④市民への啓発 保健所で相談ができる事を知ってもらう。
- ⑤被害者支援ネットワーク (NPO) 活動の実情把握。
- ⑥精神保健福祉センターと保健所連携の強化。

VI. 謝辞

調査にご協力をいただいた関係機関の皆様には感謝を申し上げます。

VII. 学会発表

竹之内直人「海難事故における保健所の被災者支援活動～えひめ丸沈没事故から～」第65回日本公衆衛生学会総会 2006年(富山)
竹之内直人「えひめ丸事故被災者への中・

長期的支援について」

第6回トラウマティック・ストレス学会シンポジウム 2007年(東京)

竹之内直人「全国保健所の事件・事故・災害時の PTSD 対策～えひめ丸事故を経験して」第66回日本公衆衛生学会 公衆衛生研修フォーラム 「健康危機管理の体制と機能強化」 2008年(松山)

竹之内直人「わが国での理想的な報道への模索」

健康危機管理・テロリズム対策システム研究事業「健康危機管理におけるクライシスコミュニケーションのあり方の検討」ワークショップ 2008年(東京)

竹之内直人「全国保健所の事件・事故・災害時の PTSD 対策」

第7回トラウマティック・ストレス学会シンポジウム 2008年(福岡)

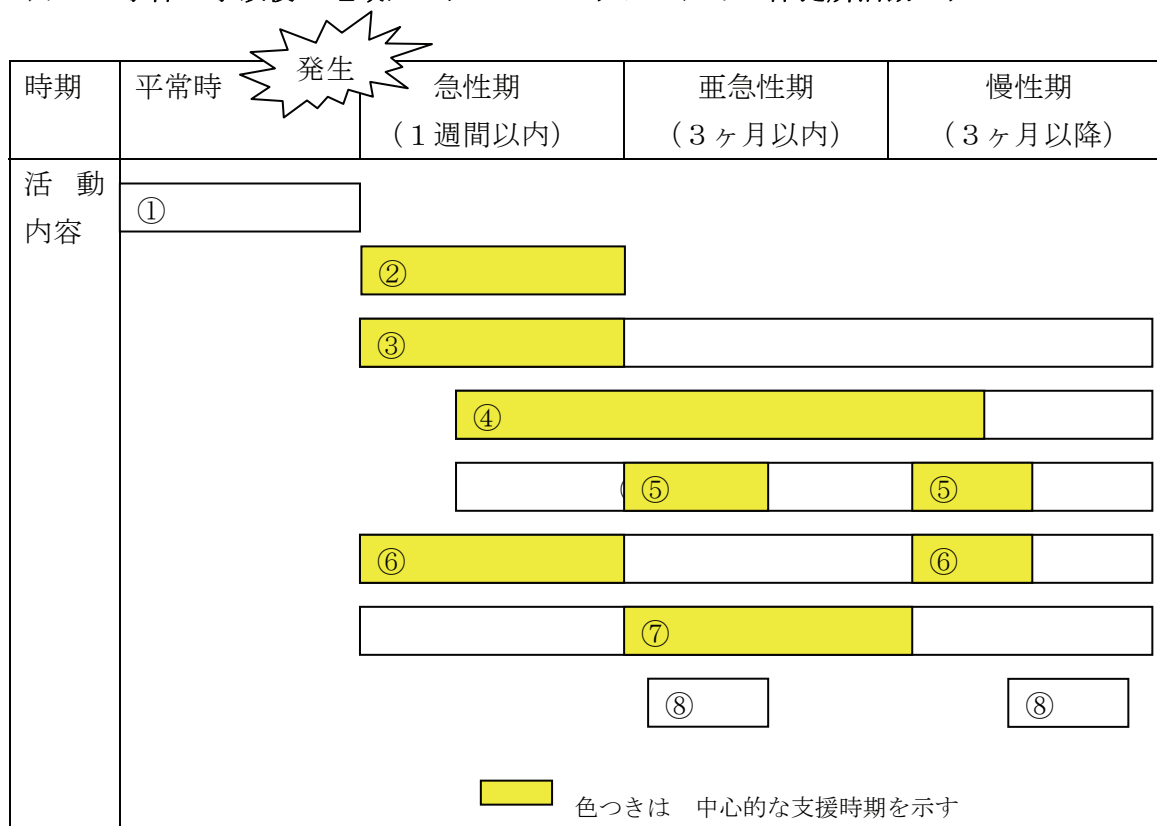
VIII. 参考文献

- 1) 和歌山市：和歌山市毒物混入事件報告 平成12年3月
- 2) 愛媛県宇和島保健所：平成14年度地域保健総合推進事業「保健所におけるこころのケア事業に関する研究」平成15年3月
- 3) 新潟県長岡地域振興局健康福祉環境部：中越大震災における長岡地域振興局健康福祉環境部活動報告 平成18年3月
- 4) 高岡道雄：平成17年度厚生労働科学研究(こころの健康科学研究事業)「JR福知山線列車事故に係る、こころのケアに関する報告」平成18年3月
- 5) 愛媛県：災害等による外傷性ストレスマネジメントのために、えひめ丸事故

被害者こころのケア対策活動記録 p45
平成 18 年 3 月

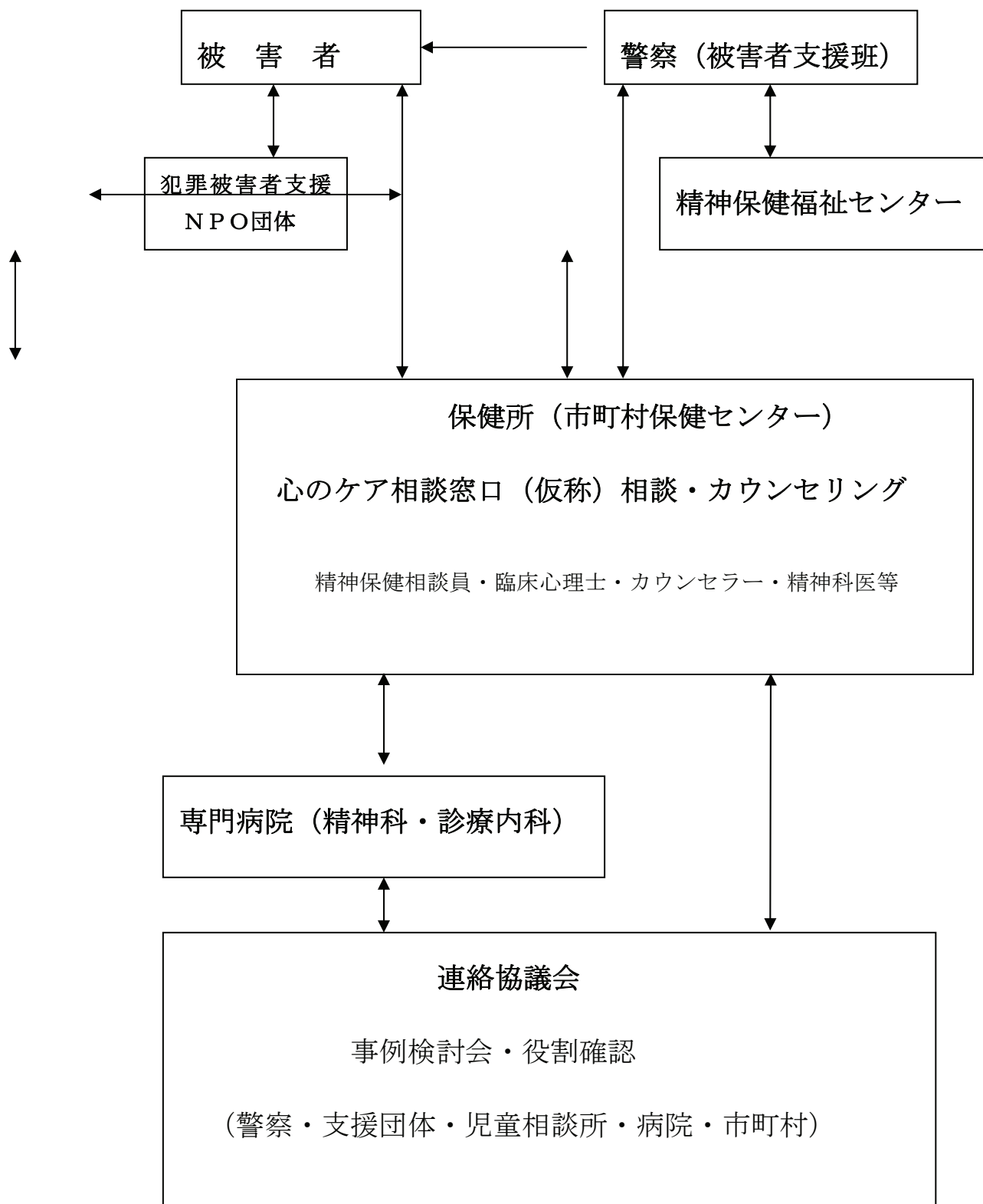
- 6) 平成 18 年度愛媛県職員自主研究グループ調査研究活動成果報告書～すぐ使える・役立つ～災害時保健活動マニュアル プロジェクト U H C
- 7) 秋田県・秋田県山本地域振興局：藤里町児童殺害事件における住民のこころのケア・支援報告書 平成 19 年 3 月
- 8) 金吉晴他：心的トラウマの理解とケア、厚生労働省精神・神経疾患研究委託費外傷ストレス関連障害の病態と治療ガイドラインに関する研究、じほう、2001 年

表1 事件・事故後の地域メンタルヘルスケアのための保健所活動モデル



No	活動内容	説明
①	平常時の活動 (備え)	地域のメンタルヘルス危機を想定した連携の確認(担当者の確認)
②	状況の認識	被害状況(対象者)の確認 連絡調整会議の開催
③	支援の体制作り	関係機関(警察・市町村・精神保健センター等の専門機関など)の役割分担の調整
④	訪問活動	保健師訪問(原則2名体制)
⑤	地区自治会等との 連携	地域を含む見守りの確立(地域との連携)
⑥	窓口開設と周知	被害者相談窓口と一般相談窓口(適切な情報提供)
⑦	積極的な情報提供	パンフレット配布や研修会(PTSD・代理受傷対策など)開催
⑧	PTSD 認知	心の健康調査による評価

図1 犯罪被害者支援システム



犯罪被害者に対する弁護士および精神科医療機関での支援実態と他機関との連携

分担研究者 有園 博子 兵庫教育大学大学院
研究協力者 福原 真紀 兵庫県こころのケアセンター
加藤 寛 兵庫県こころのケアセンター

研究要旨

精神的影響を受けている犯罪被害者への支援充実のために、司法機関と精神科医療機関とで実際に行われている支援実態を調査した。犯罪被害者および遺族の受けている支援実態について犯罪被害種別にどのような違いがあるかを明らかにするために、弁護士と精神科医療機関とでの支援実態の比較を行い、①支援上の留意点を明らかにすること、②今後の司法と医療およびその他の関連機関間でのスムーズな連携のための資料とすることを目的とした。司法での支援実態は、犯罪被害者支援に関わっている弁護士10名から聞き取り調査を行なった。精神科医療機関での支援実態は、トラウマ・PTSD治療を専門にしている兵庫県こころのケアセンター附属診療所でなされた他機関との連携支援活動を分析対象とした。分析にあたっては、犯罪被害種類（被害者遺族、性犯罪被害、DV被害、子ども虐待被害）毎に記述し、共通する支援に関しては「支援活動の方向性」としてまとめた。

結果、弁護士の支援実態の特徴には、4つの犯罪被害種類に共通する支援特徴が明らかとなった。①PTSD症状の起こりやすい状況の想定可能性の強化と、②信頼関係を持った専門家同士のつながりの強化、この2つが今後強化されることでより良い支援活動になる可能性があることが示された。また、精神科医療機関での支援特徴は、被害者やその家族の環境調整がかなり大きな役割を果たしており、これらは治療と並行して行われることが有効であることが示された。これは司法と医療に共通した支援方法でもあり、ソーシャルワーク的な活動を含む環境調節支援の重要性が再確認された。さらに、弁護士および精神科医療機関に共通の支援方法として、犯罪被害の種類ごとに次のような支援方法が確認された。①被害者遺族支援では、まず何よりも被害者遺族を孤立させない多層的な支援、②性犯罪被害支援では、司法手続きならびに治療の進行が並行して行われるために、4者（当事者とその家族、司法・医療双方の専門家）での話し合いの場を持つ支援活動が有効であるだろう事、③DV被害者支援では、その支援目標として被害者の精神的回復プロセスの一部を担っていることの認識を持つこと等であった。

本研究の成果としては、司法および精神科医療機関の支援実際を知ることで、双方向性の支援がよりよくなされることが期待できる。また、精神的影響を受けている犯罪被害者の方々が適切な支援を受けることが出来、また必要な支援が途切れないような支援活動のための資料となると思われた。今後の課題としては、想定されるリスクへの予測と対処があげられた。これは、司法・医療・福祉の各領域に共通していることで、個々の一見事情の異なるケースのなかでいかに早くリスク予測し、関連機関と連絡を取りあってリスク回避させることができるかが今後の被害者支援にとって重要である。

I. 背景と目的

精神的影響を受けている犯罪被害者への支援の充実のために、弁護士の支援を受けている犯罪被害者がおかれている現状の実態把握を目的として調査を過去2年間行ってきた。

平成17年度には、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全員を対象とした「司法における犯罪被害者への心理的支援に関するアンケート調査」を行った。その結果、弁護士が扱う犯罪被害内容はDVによる傷害、暴行・脅迫、強姦、強制わいせつ等女性に対する暴力被害が多い事、および、心理的な継続支援について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には充足していないことが明らかになった。

平成18年度は、平成17年度の予備調査を踏まえて、日本弁護士連合会の協力を得て全国の犯罪被害者支援に携わる弁護士を対象とした調査を行った。結果、受任時点で司法以外の支援を受けていたケースは18.6%で、支援機関として民間犯罪被害者支援団体や警察が多く関与していたこと、受任後に心理的ケアが必要と思われたケースは約22%で、法的プロセスが進められないなどの事態が起っていた。また、治療紹介機関を持っていない弁護士は約52%で、近くに治療機関がないあるいは紹介方法が分からないなど、医療機関の情報の得にくさが指摘された。精神科受診ケースでは、周囲からの勧めが受診行動につながっていることが示された。今後の課題として、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指摘された。具体的には、専門職や支援機関相互の情報交換、各支援機関の役割と限界の共通理解、被害者への適切な受診勧奨、その地域での関連支援機関の役割と支援内容を熟知した者が適切な支援機関につないでいくことなどが、中・長期的な被害者支援に有効であると考えられた。

そこで、3年目の本研究では、弁護士の支援実態と精神科医療機関での支援実態との比較を行

い、①事例実態から支援上の留意点を明らかにすること、②今後の司法と医療およびその他の関連機関間でのスムーズな連携のための資料とすることを目的とした。

II. 対象と方法

調査対象は、調査趣旨に同意し協力の得られた犯罪被害者支援を行っている弁護士10名と、精神科医療機関の代表としてトラウマ・PTSDを中心に診療活動を行っている兵庫県こころのケアセンター附属診療所とした。

調査方法は、弁護士に関しては、1人当たり約60分の個別聞き取り方式にて実施した。聞き取り手続きとしては、「支援にあたり工夫を要した事例あるいは支援や連携がうまく行った事例について」の問いかけを行いこれに答えていただく形で行った。兵庫県こころのケアセンター附属診療所に関しては、少なくとも1年以上前までに相談を受け何らかの関連機関とのケースワークを行ない、現在は終結している事例を相談担当者2名（精神保健福祉士、臨床心理士各1名）が抽出した。

倫理面への配慮としては、いずれも個人情報が特定されないような配慮をした上で、聞き取り調査および事例抽出を行った。

分析方法としては、弁護士および精神科医療機関それぞれで得られた事例を、犯罪被害種類別に分類した（被害者遺族、性犯罪被害、DV被害、子ども虐待被害）。共通する支援に関しては支援活動の方向性としてまとめた。なお、記載している事例は、実際聞き取った同様の事例数例をまとめて編集しているため実際の事例とは異なる。

III. 結果

III-1. 弁護士の被害者支援

以下は、5地域（札幌・東京・名古屋・兵庫・岡山）10人の弁護士からの聞き取り調査に基づ

き、弁護士の立場で語られたものを報告者が犯罪被害種類別に分類してまとめたものである。したがって、地域によっては状況が異なる場合もあることを前提としている。

1. 被害者支援活動の方向性

弁護士には依頼者の意思に従って法的作業を進める役割がある。この時もし、被害者や遺族が、何も決められない、あるいは弁護士からの説明も頭に入らない状態であれば、この役割を遂行することができない。

そこで、このような状態の場合は、クッションの役割になってくれる被害者と支援者間での信頼関係がある人がいて欲しい。この第三者がいると、弁護士と依頼者の2者関係ではなく、複線的な関わりができ、息苦しさも無く有益であるだろうと思われる。

弁護士が戸惑うことが多いのは、依頼者が怒りのコントロールできない方の場合や、一方向のみで判断する方の場合、事件から一定の時間がたち人生の振り返りをして自責の念が強すぎる場合などである。このような時にも、クッションの役割のある第三者がいるとよいだろうと思われる。

2. 犯罪被害種類別対応と事例

【遺族への支援】

1) 支援の方向性

遺族への支援の基本は、プリベンション（一般の方への予防啓発活動）とインターベンション（当事者と支援者をつなぐ活動）、ポストベンション（遺族への支援活動）である。この3つの段階それぞれに、何らかの支援があることが望ましいと考えられる。

この具体的な展開の一例として、岡山県では民間支援団体と行政との協働事業が実現し、精神保健福祉センターでの自殺対策事業とのつながりもできたとのことであった。前述の3つの段階に照らしてみると、プレベンションは、県・県警・

教育委員会・民間団体・遺族の自助グループとの協働、ポストベンションでは、県・民間団体・遺族の自助グループ・学校との協働があてはまる。

民間団体は、当事者性を持った支援者が含まれていることが大事である。これらの当事者性を持った支援者の働きかけによって、当事者自身の主体的なかかわりがグリーフワークを展開させる。この協働事業（自死遺族、犯罪被害者遺族を含む）では、危機介入から始まり、電話相談事業、そして啓発活動へと広がりを持って展開している。電話相談では地域の自助グループへのつながりをつけることで地域に点在化している当事者を遺族同士のつながりで結ぶことが出来ており、危機介入とその後のケアの役割を果たしている。一方、啓発活動では特に学校で当事者の話を聴いてもらう「命の授業」活動を教育委員会も協力して行っている。「命の授業」活動は、遺族でない子どもたちには予防的な啓発活動としての意義があり、自死遺族である子どもたちや、とりわけこれまで遺族支援から抜け落ちることが多かった犯罪被害者遺族の子どもにも支援が届くようになった。この活動の二次的効果としては、保護者と学校との連携が学校教師にも意識されるようになったことである。「命の授業」の内容は、当事者遺族が亡くなった子どもの誕生から子育て、成長の話をするのだが、聞いている子どもたちに命の大切さや自分もこれまで大切にされてきたんだと言う思いを伝えると同時に、当事者遺族にとっても自分自身の自尊感情を回復するのに役に立っているように見受けられる。

2) 事例：殺人未遂被害者 PTSD症状が疑われたケース

（相談経緯および経過）

被害者とともに法廷傍聴に行った時、被害者が開廷前に「加害者と同じ空間にはいられない」と急に言い出すので、すぐ近くの休憩できる部屋にいるように伝え法廷から出てもらった。ところが、法廷終了後廊下に出てみると、被害者がそのまま

その場所にいた。驚いてたずねると、「法廷を出てから気になって、法廷ドアののぞき窓から中を見たら、丁度、入廷してくる加害者と目が合ってしまった。そうしたら、そのまま身体が凍り付いてしまい動けなくなった」との事だった。裁判後は、普通に生活しているとの事である。

（支援の工夫と考察） 口頭で安全な場所への退避を指示したのはよかったが、できれば安全な場所までの同行をする必要があったかもしれない。

3) 事例：殺人被害者遺族① PTSD症状が疑われたケース

（連携機関）民間被害者支援センター

（相談経緯および経過）被害者は命を奪われたあと自宅高層マンションの部屋に放火されたため、遺体の半分は原形をとどめない程に激しく焼け焦げた状態であった。事件半年後に、民間被害者支援センターから依頼を受け、弁護士が母親を支援することになり、初回は民間被害者支援センターで会った。事件後、被害者遺族は引きこもり状態になっていた。その後司法手続きが進み、それに伴う被告人質問の同行、陳述書の提出などを行った。印象的だったのは、判決公判時、被害者遺族は被告人が退廷するまでその姿をずっと見ていたことだった。2ヶ月後に結審し刑が確定した。その後の情報はないので今どうしているのか分からない。

（支援の工夫と考察） 当初、遺体の状態がひどかったことで、遺体の写真等を遺族に見せるのはためらわれたが、遺族は「しっかり見たい」と希望され、逆にこちらが戸惑った。しかし今は、家族だから見たいという気持ちを理解できていなかったことを反省している。陳述書の作成に当たって、被害者遺族は「裁判官には知ってほしいが傍聴人には聞かれたくない」と希望したので工夫を要した。母親は想像上に気丈だったが、「(娘が居住していたのと同じような)高層マンションを見ると泣けてしまう」「裁判を傍聴するたびに落ち込むんですよね。そうすると、普段でも突然涙が

出てくるようになるんです」と繰り返し言っていた。PTSDの症状ではなかったらどうかと思う。この事例では、特に精神科医等の紹介はしなかった。現実問題として、遺族にこちらから精神科医やカウンセラーを勧めることは躊躇されて（「あなたは病気です」と言っているようで）なかなか出来ない。

遺族支援ケースでは、当事者性を持った支援者が中心になって運営している自助グループ（殺人被害者遺族の会）に紹介して継続的なメンタル面でのフォローをお願いすることもあるが、このケースでは紹介はしたがつながらなかった。

※医療従事者の立場としては、このような場合、症状が出ている段階で紹介をしてもらえると、この方の症状はもう少し変化した可能性があると思われる。ここではやはり、医療機関への勧め方「今の辛いお気持ちが病院に受診することで少し変わるかもしれませんよ」などが良いかもしれない。ただし、当事者が納得しないと受診は実現しないことが多い。

4) 事例：殺人被害者遺族② 連携がうまくいったほしかったケース

（連携機関）民間被害者支援センター、自助グループ

（相談経緯および経過）子どもの命を奪われた被害者遺族。事件2年後から弁護士の支援開始となった。この時点では刑事裁判が終結しており、民事裁判の3年の時効も迫っていた。民間犯罪被害者支援センターが、弁護士の紹介と裁判への同行支援をしていた。最初の顔合わせは支援センターの仲介で行った。しかし、弁護士への紹介直後に支援センターは支援を打ち切ってしまった。複数の遺族相互間において、被害感情の表現について際だった相違があり、また、そこに起因する遺族相互間の心情的な依存関係の兼ね合いもあり、一つ間違ると「仲間割れ」的な事態を招きかねないおそれが感じられた。そのため対応が非常に難しく、弁護士の負担が大きかったため、第3者の支援が欲しかった。そこで、自助グループ（殺人被害者遺族の会）について情報提供および紹介をし

たが、参加されなかった。被害者遺族は加害者に強い嫌悪感を示していたため、民事裁判中の加害者の答弁書や民事確定後に送付された加害者からのお詫びの手紙について遺族に報告する場面では、特に配慮が必要だった。

民事確定後も損害賠償金の回収で関わっているが、はたして遺族はどういう事件の終わりに向かうのか、それとも終わりは来ないのか予想が付かない。

（支援の工夫と考察） 意思決定時に弁護士は「さてどうしますか？」と問うが、第3者の支援者なら「弁護士は〇〇と言っているが、さて、どうしたらいいんでしょうね。困りましたね」と言うだろう。決断を迫らない人や場所があるのは一見遠回りでも、後で後悔が残らないだろうと思われる。遺族と支援弁護士という対面関係だけでは遺族が気詰まりになる面がどうしても出てくるので、遺族が第3者と一緒になって弁護士を対象として批評できるような場もあれば遺族にとって有益と思われる。

遺族でない他の場合と比べて、被害者や遺族の場合、①自己決定がむずかしいため、決断し決定するのに時間がかかる ②弁護士が通常使用する表現の仕方が被害者や遺族にとって抵抗感を持つ場合があるため表現に注意して話さなければならないなどのことがある。

5) 事例：傷害致死遺族③ 事件後の時間経過が長いケース

（連携機関）民間被害者支援センター、自助グループ

（相談経緯および経過）子どもの命を奪われた被害者遺族は無念の思いが非常に強く、事件後家族で引きこもり状態になり、他人を信用できない状態が続いていた。十数年たった後も被害者遺族は、一見周囲には理解しにくい言動になったり、場合によっては怒りの感情をあらわにしたりすることもあり、周囲は戸惑っていた。

（支援の工夫と考察） まずは、民間被害者支援

センターの個別支援で「思い」を受けとめる働きかけを中心とし、徐々に被害者遺族自身の気持ちが始まると自助グループでの活動へと広がっていった。被害者遺族にとっては、思いを語り受け止めてもらえる場が必要で、これが被害者遺族の「孤独感」を癒すことになったようだ。したがって、被害者遺族支援には、個別支援と自助グループの両方の支援が必要と思われる事例であった。

6) 事例：少年事件／リンチ死亡事件

（相談経緯および経過）思春期の子どもを同年代の少年数人から集団リンチで亡くした遺族。少年審判が終わりその後刑事裁判開始され、遺族の法廷での傍聴や尋問への付き添い等も弁護士が行った。民事裁判で被害者遺族は「加害者と直接話がしたい」との希望だったが一審ではみとめられなかった。

（支援の工夫と考察） 事件後被害者遺族は、加害少年たちが「どうして自分の子を殺したのか」を知りたいとの強い思いがあり、弁護士に加害少年たちへ被害者遺族の気持ちを伝えることを強く希望した。被害者遺族は、気持ちを少年たちに伝え、加害少年の一部は、被害者遺族の気持ちと向き合い、徐々に被害者遺族への態度が変わってきた者もいた。

加害者少年の一部とその保護者、被害者遺族、弁護士複数名が同席し話し合いの場を持った。その後も、被害者遺族は「今後も加害少年たちを見届けたい」との思いがあるため、定期的な情報が欲しいとの希望である。その数年後から、被害者遺族は民間支援団体での支援活動を始めた。加害者と被害者の面会は、当事者と支援弁護士も含めた信頼関係がある時に初めて成立するのではないかと思われる。

【性犯罪被害への支援】

1) 支援の方向性

概して、弁護士としては性犯罪被害の支援に苦

慮することが多い。性被害やDVで症状が著しいケースでは、弁護士のところに来たときには、すでに精神科医やカウンセラー（臨床心理士）のケアがなされていることが多い。

地域にある制度としては、最初に県警から、カウンセリングアドバイザー制度によりカウンセラーのところ（無料のカウンセリングが受けられる）へ紹介される。いずれも顔の見える関係性がある場合にうまくいくように思う。その後の個別の支援では、PTSD ケースは特定の顔見知りの精神科医やカウンセラーとの協働作業にすることが多い。

2) 事例：強制わいせつ① 精神科治療を受けているケース

（連携機関）精神科クリニック

（相談経緯および経過） 刑事告訴が不起訴になり、検察審査会への申し立てが行われた段階で民間組織の支援が打ち切れ、弁護士とのかかわりが生じた。今後の方針について、被害者とその母親そして弁護士とで話し合いがなされたが、被害者は体調が極めて芳しくない状態であった。

（支援の工夫と考察） 精神科医も一緒に立ち会いクリニックにて、4者（被害者とその母親、弁護士、精神科医）で話し合いが数回もたれた。精神科医からは裁判に移行した場合の治療上のメリット・デメリットについて説明がなされ、弁護士からは民事リスクの説明がなされた。その場の話し合いでは、民事はもう少し精神的に落ちた時期にした方がよいだろう事が話し合われ、最終決定は本人に委ねられた。その後、被害者本人から治療に専念したいとの意向が伝えられた。

治療と裁判が並行すると予測される場合は、被害者とその家族に治療と裁判のリスクを説明した上で、どうするのかを自ら判断してもらうことが大切である。もし、判断できる状態でないのなら、判断できるようになるまで精神科医やカウンセラー（臨床心理士）の支援が必要である。

3) 事例：強制わいせつによる傷害事件② 裁判上での2次被害

（相談経緯および経過） 刑事事件としては、加害者が強気に出ると被害者の言い分が通らないことが多く、納得できる処分ではなかった。民事でも白黒付けられず、金銭的にも納得がいかない結果となった。ここでも加害者は「被害者が嘘をついている」としか言わずしかも被害者は加害者の言い分を繰り返し聞かされるため、法的な手続き段階を進める毎に症状が悪くなる状態であった。症状としては、事件現場にあったエレベーターには乗れなくなり、夫以外の男性とは一緒にいられなくなるなどのことがおこっていた。被害者は、裁判開始前より精神科クリニックに自ら通院していたが、第1回公判後より、眠剤でも眠れなくなり体調不良も持続した。

（支援の工夫と考察） 被害者が何をどうすれば前向きな気持ちになるのかが弁護士には分からない。主治医である精神科医は、「裁判中はカウンセリングを勧められない」と言っていた。他のケースでも精神科医からこのように言われることは良くある。

※このような場合のカウンセリング適応についてであるが、裁判中は洞察的なカウンセリング手法はできない可能性はあるが、現実面での具体的な心理サポートはある程度は可能かもしれない。

4) 事例：民事で損害賠償が成立したケース

被害者は事件後、失声症になり弁護士相談に来たときも筆談であった。

（支援の工夫と考察） 筆談のため通常よりも多くの相談時間を要した。相談の初期の聞き取り段階から何度も涙ぐみ、待つことを何回も繰り返した。裁判では、被害者の性格や通院歴に基づく素因減額を主張された。裁判で本人尋問を行うことになり、かなり心配したが、何とか耐えることができた。判決確定後、被害者が「これで区切りが付きまして」と語ったのが印象的だった。被害者にとって自らの回復のための区切りとなったこ

とがわかり安心した。

【DV被害者への支援】

1) 支援の方向性

DV ケースでの弁護士の役割は、初期には加害者からのガードの役割を取ることが多い。保護命令や離婚、親権・養育費問題などで関わることになる。相談依頼は、DV支援機関の連携ネットワーク（女性センター、母子相談、福祉、シェルターなど）からが多いが、中には弁護士の講演等を聞いて直接相談に来ることもある。このような方は、1人で動くことの出来る力のある人・怒りの強い人が多い。

初期の関係機関との連携は、主に母親を中心とした支援となる。母親が揺れるときは、各機関で連携して母親を支えながら、母親自身に各機関が連携しているところが見えてくるようにすると安心し落ち着いてくることが多い。機関連携としては、DVシェルターや女性支援団体などにサポートをお願いすることが多く、これらの支援者には、各種機関（裁判所や役所など）に手続き等で出向く時の同行や、その間の子どもの遊び相手などの支援をしてもらおうが、これが非常に役に立つ。

面接交渉に入ると、知り合いの精神科医やカウンセラー（臨床心理士）と連携するほうが良い。DVケースでは裁判所は原則的に「父親に会わせること」という結論を出すことが多いため、子どもに対しては、DV目撃についての心理アセスメントを臨床心理士に依頼し裁判所へ意見書を提出することが多い。一方で、母親には精神科通院で母親の不安を支える関わりをしてもらい、同時に必要に応じて通院医療費公費負担制度を利用できるようにしてもらおう。精神科は低額でも利用可能だが、臨床心理士の支援には費用の問題が付きまとう。無料あるいは低額での利用保障がなされるのが望ましい。生活保護ケースでは、児童相談所のカウンセラーや福祉での相談員に月に1回は面接をしてもらおうようにすると比較的う

まくいくことが多い。

法的問題解決後は、関わりが切れることがほとんどであるが、たまに、数年後に子どもの問題で再び相談に来るケースもある。

DV ケース支援の最終目標は、被害者本人の「回復のプロセス」を、訴訟を通してサポートすることであると考えている。

2) 事例：DV① 司法関係者同士の連携

（連携機関）家庭裁判所、双方弁護士

（相談経緯および経過）被害者はこれまでに夫から胸を刺されたりなどして警察に保護を求めることが数回あったが、中学生の子どもがいたためシェルターには入所しなかった。友人が家を用意してくれたのでそこで子どもとともに暮らすことになった。生活保護の受給を受け精神科にも受診していた。

しかし、夫がいるのではと思うと恐くて外へ出られず、恐さが募り弁護士へ電話しては泣いてばかりいた。この間、夫は興信所に依頼して調べたため妻子の居場所が分かってしまった。相手方弁護士から妻側（被害者）の弁護士に連絡があり、被害者にどうするか聞くと「保護命令は出したい。家は自営業なので夫を犯罪者にすると従業員の生活が成り立たなくなる」とのことであった。

（支援の工夫と考察）夫はすぐに怒りやすくキレるタイプの人であると夫側弁護士、妻側弁護士、家庭裁判所調査官の3者で同じように確認されたため、方針としては調停で行うこととなった。裁判所に行くときは、妻側弁護士と裁判所とで連絡を取り合い、夫とはすれ違うことのないように時間や出入り口、面接の部屋の階等を変え対応した。一方、夫側弁護士はこの時間帯には妻に接触しないように夫に必ず同伴した。

3) 事例：DV② 子どもが中高生の場合

（連携機関）母子相談員、学校、児童相談所、弁護士

（相談経緯および経過）地域の福祉関連母子相

談員から母親をかばう行動をとるために息子が父親からの攻撃の対象になっているとの相談が弁護士へあった。地域ネットワーク（学校・児童相談所・弁護士）でサポートし、法的には複数回の保護命令を出し、警察に居住地および生活圏周辺のパトロール依頼も行っていった。しかし、中学高校はあまり転校したくない（させたくない）との母子の希望があったため前居住地近くに居住していた。ところが、父親に母子の居場所が分かり、母子の近くに来てしまったため父親が逮捕される事態になった。

（支援の工夫と考察） 逃げ出してすぐの時期に、弁護士と一緒に警察に行きパトロール依頼をすると警察は比較的スムーズに動いてくれるように思う。住民票の閲覧停止手続きは、警察署に申出をしたことを証明する書面が必要なので早めに行っておくほうが良い。保護命令は軽いケースではなかなか出ず、ひどいケースではこの事例のようにあまり有効に使えない。このためやはりひどいケースでは地域を変えて逃がすことがどうしても必要となる。

4) 事例：DV③ 子どもの面接交渉で難航したケース

（連携機関）児童相談所、精神科クリニック、学校

（相談経緯および経過）長期間のDV被害および第1子への身体的虐待が行われた。別居後すぐに弁護士支援が開始され、離婚が成立したものの、父親から子への面会交渉権について申し立てが行われ調停開始となった。調停はなかなか進まず、3年後に審判に移行したが審判結果に不服があったため高裁に抗告。高裁では、子どもは母親の意思に左右されているため子どもの意見について裁判所としては認めないという判断で棄却となった。

いよいよ子どもと父親との面接を行わなければならないとなったが、この時点で母親は弁護士への不信感が強く、弁護士も3人目の依頼となって

いた。そこで、弁護士は、子どもはすでに14歳と11歳になっており子どもたちには独自の意思がある年齢になっていると考えられたため、子どもの状態に関する第三者判定を児童相談所や精神科クリニックに求めた。

児童相談所では、母親の記憶が未整理でいくつかの暴力時期のものが混同していたことや、暴力について「思い出した」との発言を繰り返すなどのことがあったため、確かに暴力はひどかったが母親の自分たち親子のことを分かってほしい気持ち非常に強いため、子どもたちは遠慮して母親には本心を話せないのではないか、また、子どもが就学前に落ち着かないなどの行動が見られていたがこれは母親の不安が子どもたちへ影響したのではないかと判断を行った。

そこで、子どもたちが安心して父親と会うことの出来る場所が必要であるとの判断が弁護士によってなされ、学校がこの場所を提供し子どもが信頼していた担任が面会に立ち会った。児童相談所の後に継続支援を行っていた精神科クリニックでは、第1子第2子ともに父親との面会のたび毎に子どもの調子が悪くなることを確認した。裁判所は、継続的に支援している第三者機関の判断は認める方向であった。弁護士は担任教員から提出された面会時の子どもの様子や子ども自身が弁護士に伝えたことなどもまとめ裁判所に提出し、面会延期を要求した。

（支援の工夫と考察） 調停期間が長期にわたり、結果として母親の安心感はなかなか得られず、弁護士や相談機関をいくつか転々としていた。

裁判所は、子どもの意思や感情について認めないことが多く、母親の子どもとの面接拒否は加害者への復讐とも取れるため慎重な態度の場合が多い。そのため、子どもの言葉の代弁をする必要があった。対策としては、当初、離婚時点での妻や子どもへの夫の暴力評価がきちんとなされていると、このように長期化することは少なくなると思われる。加害者は、司法という権威が判断することに従う傾向が強いので、暴力の再開は無い

ことが多い。

被害者と同伴児童の物理的・心理的安全はきちんと保障される状況を作ることが必要だと思われる。特に心理的安全に関しては、被害者はきちんとと言えないことが多いため、どのような状態が被害者にとって安全と思えるのかについて支援者が代弁していくことも必要である。現在のところ、司法関係者に子どもの声をきちんと聞き取る技量が無いので、専門家にこれを担ってもらう必要がある。

司法関係者や支援者は、暴力の正確なアセスメントや適切な支援を行うためには、DVの支配-被支配の構造とジェンダーバイアスの視点を十分に理解しておく必要がある。

【子ども虐待への支援】

1) 支援の方向性

子ども虐待では、弁護士会の子ども権利委員会と児童相談所との連携がなされている地域がほとんどである。弁護士は子ども側の支援者として一時保護や親権喪失などの相談や手続きをする場合に参入する。連携は児童相談所・病院・学校・保健センター・福祉などである。特に、児童相談所のケース相談等で日ごろから臨床心理士やアドバイザーとも顔が見える関係を持っていると、互いに信頼でき、その後の業務も進めやすい。

関連機関に紹介するときには、「〇〇機関の〇〇さん」まで指定して紹介しないとうまくいかないことが多い。ケース紹介時には、最初は弁護士も同席で先方の面接に立会い、後半10分を法律相談に当てている。

2) 性的虐待の場合

性的虐待の場合は、子ども自らが弁護士会の行っている子どもの人権110番などに電話してくることも多くある。

思春期になると周囲の大人が、「あれ？おかしいな？」と気づくことが多い。この時に支援を拒否されると、後に暴力につながるケースが多く非

行がらみになってきやすい傾向がある。初期の危機介入としては、まず安全な場所に保護し、落ち着きを取り戻すことである。しかし落ち着くと次第に症状が出てくることが多い。この時点でようやく精神科医やカウンセラー（臨床心理士）に紹介することになる。

10代後半～20代前半の被害者の場合は大抵、最初は母親に話せないことが多い。事件が発覚した後は、母親が自らのダメージを子どもに向かって表出するため、子どもが精神的に押しつぶされる状態が起こっていることも良く見かける。特に母親へのダメージが強い場合は、子供と一体化して、怒りや自傷行為などもある。このようなケースでは、母親に精神科受診を勧め母親へのケアを行うとともに、落ち着いてもらいつつ、並行して子どもへの支援を行う工夫が必要である。

今後の問題として、18歳までなら施設入所できるが、18歳を超えた子どものための安全・安心を保障するシェルターはほとんど無い。子どもが安心して暮らすことが出来、自分ひとりで自立した生活を出来るまでの見守りを行う施設が必要とされている。

III-2. 精神科医療機関での被害者支援

ここでは、関連機関とのやり取りのあった事例を選択した。遺族支援では、治療者と被害者間のみ関わりが主であったため記載していない。

1. 犯罪被害種類別対応と事例

【性犯罪被害への支援】

1) 事例①：性被害(成人女性) PTSD

<被害内容> 性的強要、殴る蹴る等の暴行被害
<連携機関> 総合病院からの紹介。被害者支援センター⇔精神科クリニック⇔警察
<支援の中心> 被害者、関連機関との連絡調整
<受診経緯および経過> 身体救急の治療が終了した時点で精神科でのフォロー依頼があったケース。入院中は院内精神科がスポット的に眠剤

処方等の医療を提供していた。事件 2 週間後に紹介受診。初診時の症状は、自宅ドアを開ける際に中に誰か居るのではないか。暗闇が怖い等の恐怖感が持続。また、事件現場が自宅に近かったため事件を想起してしまい自宅でもゆっくりできない状況であった。その後裁判が開始となり、加害者が罪に問われることの予想はできていたが、出所後の報復についての不安が強まっていた。これらの症状へのカウンセリングを継続。同時に、現実的側面への支援として、出所情報について被害者支援センター等と連携し、出所者の情報はどこまで教えてもらえるのか、またこれまでの同様の事件ではどのような経過を取っているのか等についての情報提供を本人におこなった。また犯罪被害者給付金の申請に関しては、医療費証明書で申請するようにとのことだったが、手数料の発生による本人負担を考えて当方と警察とで調整をおこなった。

＜支援の工夫と考察＞

被害者へのアプローチだけでなく、安定化のための情報提供や、被害者の状態によっては、煩わしいと思われる書類の手続きの代行をおこなうなどのことが役に立つ場合もある。

2) 事例②: 性被害(未成年者) PTSD

＜被害内容＞ 成人男性からの性的嫌がらせ

＜連携機関＞ 警察被害者対策室からの紹介。警察

＜支援の中心＞ 被害者およびその家族

＜受診経緯および経過＞ 数年前より親の知人より性的嫌がらせを受け続けていた。高校の担任教師に打ち明けたことから事件が発覚、加害者による暴力的なリスクが高かったことと、被害者らが必要以上に恐怖感を感じていたため、家族の安全を考慮した警察が本人とその家族をシェルターに避難させた。初診時は、警察の事情聴取での状況説明がひどく苦痛であること、その苦痛は手の震えや気分の悪化、頭痛、吐気等として出現していること、これがまだ当面続くだろうことへの不安が語られていた。警察は受

診時常に送迎をし、本人らの不安を解消すべく対応した。事件は立件せず終結となった。

3) 事例③: 性被害(成人女性) PTSD

＜被害内容＞ 自宅に侵入した見知らぬ男性からのわいせつ行為

＜連携機関＞ 警察(事件担当刑事)からの紹介。警察

＜支援の中心＞ 被害者、警察

＜受診経緯および経過＞ 事件当日、犯人逃走後に被害者自ら警察に連絡し被害届を出した。事件直後は恐怖感が強く、外出も困難となり大学も休学せざるを得なくなった。睡眠はかろうじて取れていたが熟睡感もない状態であった。事件から約 1 か月後、被害者自らの意思で近医を受診し PTSD との診断で投薬加療が開始されていた。当クリニックには PTSD の専門機関として、被害者の状態についてより専門的な医学的根拠をもとめて来院された。加害者は住居侵入罪と強姦未遂罪で起訴された。

＜支援の工夫と考察＞

被害者本人は近医への通院で満足しており早く忘れたいため、立件に関してはあまり関心を示していなかった。警察としては犯人が同様の事件を複数起こしていたことから立件を視野に入れた受診勧奨であった。司法の流れで医療が勧められる場合、医療の立場としての協力について考えさせられた。

【DV への支援】

1) 事例①: DV 母子施設入所後の支援の必要性

＜被害内容＞ 夫からの暴力被害

＜連携機関＞ 母子生活支援施設より紹介、行政⇔入所施設⇔精神科クリニック

＜支援の中心＞ 被害者、入所施設

＜受診経緯および経過＞ 第 1 子出産後夫の暴力が激しくなり、子どもを連れて一時保護所へ避難、その後母子生活支援施設に入所した。母親は、不安定な生活環境で生育したこともあり気分の不安定さや将来に対する不安も強かった。クリニックとしては、医療と並行して、カウンセリングにて安心・安全

な人間関係を構築することと同時に、この母親への対応で困惑していた入所先の母子生活支援施設職員に対して、DV被害者に特徴的な症状や人間関係のとり方を伝えたり、個別ケースの対応の仕方についてサポートした。この間に、離婚成立し、子どもの親権も母親が取得、不定期だった仕事も定期的になってきた。ところが、施設入所から約2年が経過し、措置費を出している行政から、DV被害の危険性がないので施設を退所するようにとのことで、行政の担当職員が定期的に「施設退所の説得」に来るようになった。この頃から、再度気分不安定さが増した。

＜支援の工夫と考察＞ 被害者へのアプローチだけでなく、施設入所の場合、福祉担当者とのやりとりも必要になってくる場合がある。行政の職員に対しては、退所させた場合、高いリスクが予想されるケースに対しては、ある程度の準備期間がほしいこと、また、退所よりもむしろ今後の生活を作っていくための具体的な支援が先に提示されることが望ましいと思われた。

2) 事例②: 子どものDV目撃・PTSD 訴訟相手方弁護士からの照会への対応

＜被害内容＞ 夫からの暴力被害、子どものDV場面の目撃

＜連携機関＞ 担当弁護士より紹介。弁護士⇔精神科クリニック←相手方弁護士

＜支援の中心＞ 子ども、母親

＜受診経緯および経過＞ DV場面目撃による子ども(小学校低学年)への影響を心配して受診。そのため、当初は子どもに対してセラピーを開始していた。子どもは、当初、男性医師を見て身体が固まっていたが、次第に待合室や男性医師の前でも笑顔が見られるようになり、約1年後にはほとんど日常生活上の変化は見られなくなった。子どもが安定してくることで母親自身も安定を取り戻し、その後具体的な離婚にむけての動きをとるようになった。その後担当弁護士より「今後裁判が始まることで精神的不安定さが予測される」として、母親の受診依頼があり、子どもの受診から約1年後に母親の受診となった。その後、最高裁にて離婚が成立したが、面接交渉権で再び裁

判が開始された。この頃、子どもは、再び男性を見ると恐がるようになったとのが母親から報告されたが、セラピー室や診察室ではこのようなことは見られなかった。しかし、家庭裁判所調査官がクリニックに来た時には、男性調査官を見ると急に机の下にもぐりこんで下を向き全く動かなくなるなどのことが観察された。男性に対して子どもがおびえていることを家裁調査官および弁護士も確認した。ところが突然、相手方弁護士から弁護士法第23条の2による照会が届いたため、母親の弁護士と連絡を取りその処理について意見を聞き対処した。

＜支援の工夫と考察＞ 医療機関は、医療以外の分野とのやり取りについてあまり正確な知識を持ち合わせていない。このため、相手方弁護士からの照会などには、どこまでどのように対処していいのかわからないことが多い。司法的な支援がないと対応が難しいのが現状である。

【子ども虐待への支援】

1) 事例①: 性的虐待・PTSD 母親の協力あり

＜被害内容＞ 思春期の娘に対する養父からの性的虐待。行為は次第にエスカレートし、拒否すると包丁を突きつけ、性行為を強要した。しかし養父が母子へ経済的支援をしていたことから、娘は母親に言うことができなかった。ある日母親に事態が発覚、母親はすぐに相手との関係を解消し被害届を提出した。

＜連携機関＞ 警察被害者対策室→精神科クリニック⇔被害者支援センター、検察⇔精神科クリニック

＜支援の中心＞ 被害者、母親

＜受診経緯および経過＞ 警察や検察の事情聴取が繰り返され行われたため患者が精神的不安定となり事件発生8ヶ月後に警察被害者対策室からの紹介で受診となった。症状は、加害者からされたことが蘇る、夢でうなされる、男性が怖く女性専用車のない交通機関に乗れない、加害者にいつどこで出会うかと思うと不安でひとりでの外出ができない等の訴えがあった。また、自分は汚い、生きていても仕方ない存在とを感じるなどの価値観の変容もみられた。

裁判が開始されてからは、負担を最小限にすべく検事や被害者支援センターと調整を繰り返した。裁判の流れは被害者支援センターから説明しイメージしてもらった。公判では主治医が被害者の最近の状況について説明をおこなった。その後被害者の出廷が求められたがあまりにリスクが高いとの判断で、代替法として母親が証人台に立った。母親にとってもこの事件は大きな傷になっているため、その気持ちに寄り添いながらも証言していくことの意味について理解を求める支援をおこなった。同時に裁判所に対して、証言に立つにあたっては配慮を求めるべく調整をおこなった。

＜支援の工夫と考察＞

裁判開始に伴う状況変化に対応して、必要な情報提供先の調整や、被害者だけでなく家族の支援も必要になってくる場合がある。

2) 事例②: 性的虐待・PTSD 当初母親の協力なし

＜被害内容＞ 義父からの性被害

＜連携機関＞ 中学の養護教諭より紹介。児童相談所⇄養護教諭⇄精神科クリニック

＜支援の中心＞ 子ども、母親

＜受診経緯および経過＞ 母親の再婚により義父と同居。その直後より身体を触られるなどのことが始まり、その後エスカレートし性行為も強要されるようになった。その後母親に発覚するが、当初は「そんなことがあるはずがない」と信じてもらえなかった。この頃から、被害児に身体症状が出現(部屋に義父が入ってくるのではないかと不安、ビクビクして眠れない等)し勉強も手につかなくなった。養護教諭に相談したところ、義父から離れるように被害児に伝え、同時に児童相談所に連絡し一時保護となった。これきっかけに義父は別居するようになり安定を取り戻していた。しかしその後、母親が本人に隠れて義父と会っていることが判明、ふたたび不安定となり、養護教諭の紹介で来院となった。

＜支援の工夫と考察＞ 子どもと母親への治療およびカウンセリングを開始。母親は児童相談所から子どものことを考えない母親として責められていると

の思いがあることが判明。母親の気持ちの整理をはかった。母親が、母子で生活する決意を固め始めるとともに子どもは安定を取り戻した。

3) 事例③: 二次的な子ども虐待被害・PTSD 目撃

＜被害内容＞ 同胞への加害行為の目撃、立件のための子どもへの事情聴取

＜連携機関＞ 児童相談所からの紹介

＜支援の中心＞ 被害児童、警察

＜受診経緯および経過＞ 同胞が虐待されたことをきっかけに両親が逮捕され、本児は一時保護所に保護された。本児への虐待行為はなかった。警察から本児に対し、両親の同胞への虐待場面についての聞き取りがはじまるにあたり、本児の精神状態のチェック目的で来院となった。警察が、医師より本児への事情聴取に対して配慮すべき点についての説明を受けただけで受診は1回のみとなった。

＜支援の工夫と考察＞ 反省点としては、本児のニーズにはある程度対応できたが、以前から本児家族に関わりのあった児童相談所と今後のリスク回避に関しての連携が不十分であった。

IV. 考察および結論

弁護士による支援活動の実際を概観して、被害者遺族・性犯罪被害・DV被害・子ども虐待被害のいずれにも共通する今後の支援上の特徴が2点確認できる。一つ目には、PTSD症状の起こりやすい状況の想定可能性の強化、すなわちPTSD症状の起こりやすい状況を想定できるようになっておくことで、事前に症状が起らないような回避方法の支援をすることができること。これには、司法関係者へのPTSDの正確な知識の教育が必要であろう。二つ目には、信頼関係を持った専門家同士のつながりの強化、すなわちPTSD症状が重篤であればあるほど、専門家の支援を得ながら法的手続きを進める方が安全であるが、連携支援を求める専門家同士は顔見知りで互いに信頼感のある者同士であることが重要である。こ

れらは、従来、多く言われてきた事項であり、あらためてこれらの地道な支援活動の重要性が確認された。

精神科医療機関での支援の特徴で顕著なのは、被害者やその家族の環境調整がかなり大きな役割を果たしているということである。治療と並行してこれらの支援を行うことで、被害者の不安を低下させるために大いに役立っている。これは、司法と医療に共通しており、ソーシャルワーク的な活動を含む環境調節支援の重要性が再確認された。

弁護士の支援実態と精神科医療機関での支援実態との比較では、4つの犯罪被害の種別ごとに異なる支援が確認された。被害者遺族支援では、まず何よりも被害者遺族を孤立させない支援が目標であり、そのためには当事者性を持った支援者の存在や多層的な支援形態が望ましい。性犯罪被害支援では、裁判進行上どうしてもある程度の2次被害が想定されるため、これを最小限にするための工夫をすると同時に、現状では究極の選択として裁判か治療かのどちらかを優先させるのかの決断が必要とされる場合もあるが、司法手続きならびに治療の進行が並行して行われるためには、当事者とその家族・司法・医療双方の専門家での話し合いの場を持つ支援活動が有効であるだろう。DV被害者支援での目標は、最終的には被害者の精神的回復プロセスの一部を担っていることの認識を持つことと、子どもが関連する場合には子どもの意思の判断といった問題が関与してくること、などが挙げられた。

本研究の成果としては、司法および精神科医療機関の支援実態を知ることで、双方向性の支援がよりよくなされることが期待できる。また、精神的影響を受けている犯罪被害者の方々が適切な支援を受けることが出来、また必要な支援が途切れないような支援活動のための資料となると思

われた。今後の課題としては、想定されるリスクへの予測と対処をいかにしていくかがあげられる。これは、司法・医療・福祉の各領域に共通しており、個々の一見事情の異なるケースのなかでいかに早くリスク予測し、関連機関と連絡を取りあつてリスク回避（2次被害やリマインダー刺激をはじめとする）させることができるかが今後の被害者支援に重要である。

V. 参考文献

- ・ 英国内務省・英国保健省編 仲真知子訳：子どもの司法面接—ビデオ録画面接のためのガイドライン— 誠信書房 2007
- ・ K.S Douglas, C. D. Webster, S. D.Hart, et.al. : HCR-20 Violence Risk Management Companion Guide ; 吉川和男監訳 HCR-20 コンパニオン・ガイド暴力のリスク・マネジメント 星和書店 2007
- ・ 藤岡順子：性暴力の理解と治療教育 誠信書房 2006
- ・ 林 弘正：児童虐待Ⅱ—問題解決への刑事法的アプローチ— 成文堂 2007
- ・ 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
- ・ 東京第一弁護士会犯罪被害者保護に関する委員会編：ビクティム・サポート（VS）マニュアル—犯罪被害者支援の手引き— 東京法令 2007
- ・ 山田齋編：犯罪被害者支援の理論と実務、民法研究会 2006

【研究発表】

1. 学会発表
 - ・「司法領域における犯罪被害者の心理的支援の現状に関する弁護士調査」第6回トラウマスティック・ストレス学会シンポジウム 2007.3
 - ・「司法領域で支援を受けている犯罪被害者への心理的支援の現状—司法と保健医療との連携に関する弁護士全国調査より—」第26回日本社会精神医学会発表、2007.3
 - ・「弁護士支援を受けている犯罪被害者への心理的支援の現状と今後の司法と保健医療との連携について」第18回日本被害者学会発表 2007.6

平成 19 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)
「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

分担研究課題名：アメリカにおける犯罪被害者支援制度の研究

分担研究者 柑本美和 城西大学現代政策学部

研究要旨

本研究では、我が国において、犯罪被害者の精神健康回復のために、どのような制度構築が望ましいかという問題設定のもと、比較法的観点からアメリカの犯罪被害者支援制度、特にカリフォルニア州サンフランシスコ市・郡を取り上げ研究・検討を行った。その結果、カリフォルニア州では、「犯罪被害者補償制度(victim compensation program)」の下、被害者本人のみでなく被害者遺族等にも、犯罪被害を受けたことで要した精神科治療・カウンセリング費用が支給される制度が整備されていることが明らかになった。さらに、最近、その精神的・身体的発達への影響が問題とされている「DVを目撃した子どもたち」への精神科治療・カウンセリング体制、および性暴力被害者およびその他の犯罪被害者への精神的・心理的支援体制が整えられていることも明らかにされた。我が国がアメリカの制度をそのまま導入することは現実的ではないが、どのような思想のもとにそれらの制度設計がなされたかを探ることは、今後の日本の取り組みを考えていく上で極めて有益であると思われる。

A: 研究の目的

本研究は、我が国において、犯罪被害者の精神健康回復のために、どのような制度構築が望ましいかについて、比較法的な視点から考察を行うものである。平成 17 年度は、我が国の犯罪被害給付制度の問題点はどこにあるのかを検討し、さらに、国内の被害者支援施設で聞き取り調査を行うことで、現行制度上の問題点がどこに存在するのかを検討した。

平成 18 年度は、被害者支援の先進国とされるイギリス(以下、特に断らない限り、イングランド及びウェールズを指すものとするが、この制度では、スコットランドも含

まれている)での聞き取り調査を行った。イギリスでは、刑事司法制度における被害者への対応改善が重視されてきた一方で、実際的かつ精神的な支援サービスの提供が十分でなかったことが指摘されてきた。不十分だといわれる実際的かつ精神的な支援とは何か、そのためにどのような新たな施策が講じられているのかを、政府関係者、犯罪被害者支援者への聞き取り調査から明らかにした。

今年度は、平成 17 年度、18 年度に行った調査結果を踏まえつつ、さらに、比較法的観点からアメリカの犯罪被害者支援制度の研究・検討を行うこととした。アメリカ

では、1982年に「犯罪被害者に関する大統領諮問委員会」が、その提言の中で、犯罪被害者への精神的支援の重要性を訴えて以降、現在に至るまで、様々な取り組みが行われている。とりわけ、1984年に成立した犯罪被害者法(Victims of Crime Act)が、各州が連邦政府から補助金を受ける条件の一つとして、犯罪被害回復プログラムに「カウンセリング費用の支給」を含めるよう求めたことにより、各州が犯罪被害回復プログラムを規定する法律を改正したことは、犯罪被害者へのカウンセリングが全米で実施され、専門家が養成される大きな契機となった。

アメリカではその後、被害者が、加害者の仮出獄決定の際、保護観察中、釈放の際など、裁判からかなりの時間が経過した場合でも再び精神的健康が害されることが指摘されるようになり、そうした場合にどのようにカウンセリングサービスを提供するか、そのための制度設計をどうするかが議論され、さらに、特別の配慮を必要とする被害者(児童虐待被害者、DV被害者など)にどのようにカウンセリングサービスを提供すべきか、そのための制度はどうあるべきかなどについての議論も行われている。イギリスと同様、被害者支援の先進国とされるアメリカで、現在、被害者の精神的健康回復に向けた制度がどのように構築され、運用されているのかを調査することは、わが国の今後の支援のあり方を検討する上で極めて有益であると思われる。

B: 研究方法

カリフォルニア州サンフランシスコ市・郡の以下の機関を以前視察した際に得られ

た人脈を通じて、情報交換を行った。

- ・児童および青少年のための性的虐待リソースセンター (Child and Adolescent Sexual Abuse Resource Center)
- ・児童保護センター (Child Protection Center)
- ・地方検察局(District Attorney's Office)

C: 結果

1: 犯罪被害給付制度に関する問題点

平成17年度の報告書では、重傷病給付金の問題点として以下の2点を挙げた。第1点は、「療養期間が1ヶ月以上」(改正前の犯罪被害者等給付金の支給等に関する法律第2条3項)、「14日以上入院」(改正前の犯罪被害者等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月の期間」(改正前の犯罪被害者等給付金の支給等に関する法律施行令第6条)が要件とされていたため、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ったという点である。しかし、この点は、犯罪被害者等基本計画が、「犯罪被害給付制度における重症病給付金支給範囲及び親族間犯罪の被害に係る支給拡大」を推進すべき施策の一つに掲げたことで制度が拡充され、治療に1ヶ月以上かかり、かつ3日以上入院した場合には、給付金が支払われることになり、給付期間も3ヶ月から1年間に延長された。さらに、精神疾患の場合には入院は要件とされず、仕事が3日以上できないような症状であれば支給されることになり(改正後の犯罪被害者等給付金の支給等に関する法律2条3項、9条2項、犯罪被

害者等給付金の支給等に関する法律施行令 1 条、6 条)、少なくとも、精神科治療については、保険診療で支払った費用が 1 年間の限度としてではあるが給付されることとなった。ただ、重度の精神障害に罹患したような場合、また、重傷を負ったことで何度も手術を行わなければならないような場合、1 年間という短い期間の給付では不十分なことは明らかである。

第 2 点は、重傷病給付金とは、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ため、保険診療外で支出した費用、例えば、現実に支出を余儀なくされた医療関係の費用、カウンセリングの費用、保険の対象とならない薬物療法などについては、支給対象とならないことが問題とされていた。この点は、上記の給付期間延長の問題とともに、犯罪被害者等施策推進会議の下に設置された 3 つの検討会のうちの一つ「経済的支援に関する検討会」で議論が行われた。しかし、給付期間延長については当面の間、現行の運用を見守るとするにとどめられ、臨床心理士等によるカウンセリングについては、都道府県において予算措置を講じるべきであるとするに留められている。

さらに、もう 1 つ、犯罪被害給付制度の問題点として、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であり（改正前の犯罪被害者等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等給付金の支給等に関する法律施行規則第 2 条)、給付金を支給しないことが社会通念上

適切でないと認められる特段の事情がある場合にのみ、3 分の 1 が支給されるにすぎない点を挙げていた。しかし、既に夫婦関係の破綻した DV 被害者や全く行き来のない親戚から被害を受ける場合も十分考えられ、この点についても見直しの余地があると指摘していた。この点については、その後、制度が改正され、給付金が支給されない親族は、夫婦、直系血族そして兄弟姉妹という狭い範囲に限定され、ただ、犯罪行為が行われたときに、加害者に DV の保護命令が出されているなど、犯罪に係る事情を勘案して特に必要と認められる場合には規定された額の 3 分の 2 を支給することとされた(犯罪被害者等給付金の支給等に関する法律規則 2 条、10 条 2 項)。

このように、犯罪被害給付制度については、重傷病給付金の支給範囲を拡大し、支給制限者を縮小するなど、犯罪被害者の実情に見合った改革が行われつつある。ただ、重傷病給付金に限定して見てみれば、重傷病給付金が支払われるのは、重傷病を負った被害者本人のみである。つまり、被害者遺族が精神科治療を必要としている場合であっても、犯罪被害給付制度から治療費が支給されることはない。

また、先述したように、本制度の支給は本人が自己負担した 1 年分の保険診療による医療費に限られている。したがって、保険診療の対象となっていない薬物療法、心理療法、および、臨床心理士によるカウンセリングなどに要した費用は支給の対象とならないし、1 年以上治療に要する重篤な精神障害に罹患した被害者に十分な支給がなされているとは言い難い。

この点に関し、例えば、アメリカ合衆国カリフォルニア州では、「犯罪被害者補償制度(victim compensation program)」の枠内で治療費が支払われる仕組みが整備されている。犯罪被害者補償制度とは、原則として、州内で発生した暴力犯罪の被害者および被害者遺族が被った経済的損失を補償するための制度である。この制度で支給される費用は、医療費、就労不能のために失った収入、被害者が障害を負った・死亡したことによる生活費の手当て、葬儀費用、家事や育児の代行費、引越費用、犯罪現場の清掃費用、精神科入院治療費、精神科通院治療費など多岐にわたる。1件あたりの支給最高額は、カリフォルニア州では70,000ドルと定められている（したがって、被害者が死亡した場合の遺族、障害が残った被害者には、我が国の犯罪被害給付制度の方が手厚いことが分かる）。ただ、この犯罪被害者補償制度は、個人が加入している民間保険制度やその他の公的給付制度等で支払われない経済的損失をカバーするためのものであるため、それらの制度による支給が可能な場合には、そちらでの手当てが第一に考えられなければならない。例えば、医療費や精神科治療費については、個人加入の民間保険制度（アメリカには我が国の公的健康保険制度と同様の制度は存在しないため、個人で民間の保険に加入することになる）か、カリフォルニア州であれば低所得者層のための Medi-Cal という公的健康保険制度等で支払われない費用が給付対象となる。

ただし、精神科治療費に関する給付の詳細を見ると、給付対象者には、暴力犯罪の被害者となった本人のみならず、被害者が

死亡した場合には、その両親、兄弟姉妹、子ども、配偶者、婚約者なども含まれる（カリフォルニア政府法典（California Government Code）§ 13957(a)(2)(A)）。被害者の中には、ドメスティック・バイオレンスを目撃した子どもも含まれている。そして、原則として、被害者およびその遺族（成人・未成年ともに）には、総額で10,000ドルを超えない範囲で40セッションまでの精神科治療費用が支給されることになる。特別な事情があれば、セラピストが州に申立てを行うことによって、その範囲を超えた支給も可能とされている。この精神科治療には、精神科医によるものだけでなく、心理療法士やレイプクライシスセンターといった民間団体によるカウンセリングサービスも含まれている。

被害者が死亡していない場合にも、その両親、兄弟姉妹、子ども、配偶者、祖父母、孫、婚約者、同居人などに対して、成人については15セッション、未成年者については30セッションの精神科治療のための支出が認められうる。

なお、カリフォルニア州の犯罪被害者補償制度は、加害者から徴収される金銭を基盤とする賠償基金(Restitution Fund)を財源としている。カリフォルニア州では、「犯罪の結果、経済的損失を被った被害者は、その犯罪で有罪とされた被告人から直接に賠償を受けるべきである(カリフォルニア州刑法典(California Penal Code) § 1202.4(a)(1))」との考え方により、加害者から徴収された金銭が被害者の損害回復に充てられている。したがって、我が国のように一般財源から費用が支出されているわけではない。

損害回復基金には、以下の金銭が財源として活用される。

①賠償罰金 (restitution fine)

有罪とされた全ての犯罪者に原則として支払いが命じられる制裁金である。軽罪で有罪とされた場合には 100 ドルから 1,000 ドルの間で、重罪で有罪とされた場合には 200 ドルから 10,000 ドルの間で支払いが命じられる(カリフォルニア州刑法典 § 1202.4(b))。少年の場合には、軽罪であれば最高 100 ドルまで、重罪の場合は 100 ドルから 1,000 ドルの間で支払いが命じられる。この **restitution fines** が、基金の第一義的な財源となっている。

②ダイバージョン料 (diversion fees)

重罪あるいは軽罪で告発されたが、非刑罰的な処理(**diversion**)によって事件が終了した者には、裁判所によって、100 ドルから 1,000 ドルの間で **diversion restitution fee** の支払いが命じられる(カリフォルニア州刑法典 § 1001.90(b))。

③損害回復命令(**restitution orders**)

個々の犯罪で有罪とされた加害者が、自らの犯罪により被害者が負った経済的損失(医療費やカウンセリング費用など)を償うために裁判所の命令で被害者に金銭を支払うものである(カリフォルニア州刑法典 § 1202.4(f))。被害者が既に犯罪被害者補償制度を通じて援助を受けている場合、制度が費用負担した部分については、加害者から損害回復基金へ支払いが行われることになる。

④罰金 (penalties)

罰金刑の定めのある犯罪について、裁判所が加害者に罰金刑を言渡し、納付が行われるものである。

上記の金銭に加え、さらに、1984 年犯罪被害者法によって創設された合衆国連邦の犯罪被害者基金(**Crime Victims Fund**)から各州に支給される補助金も賠償基金に組み込まれている。犯罪被害者基金は、連邦法違反事件で有罪とされた者から徴収した罰金や特別賦課金(**special assessments**)等を財源としている。

現在、このような犯罪被害者補償制度は、アメリカの全ての州、コロンビア特別区、その他の領土で整備されており、その多くは、賠償罰金のような金銭、罰金等を主な財源としている。

2:各論的問題

(1)被虐待児童に関する問題

平成 17 年度に行った国内施設での聞き取り調査によって、DV シェルター(女性相談所の一時保護所を含む)や児童相談所の一時保護所、児童自立支援施設などで保護されている子どもの中には、精神的な治療を必要とする者が多く存在することが明らかになった。児童虐待を受けていた子ども達に精神科治療が必要なことは以前から繰り返し指摘されてはいたが、中でも、児童虐待と DV とが交錯する領域である「DV を目撃した児童」の精神的ケアについて語られだしたのは最近のことである。

我が国では、「DV を目撃した児童」については、2004 年 10 月 1 日から施行された改正「児童虐待の防止等に関する法律」(平

成 16 年法律第 30 号)で、心理的虐待の定義に「児童が同居する家庭における配偶者に対する暴力を行うこと」(2 条 4 項)が追加された。その結果、虐待児童の発見、通告、保護の全ての過程で、「DV を目撃した子ども」への対応も求められるようになってきている。

アメリカでは、既に、1990 年代後半から、「加害者から直接暴力は振るわれてはいないが、DV を日々目撃している子ども」の保護が課題となっている。「DV の目撃」とは、DV 被害者である母親に対して、加害者が殴る蹴るの暴力をふるったり、物を投げつけたりするのを見ること、その時の叫び声などを聞くこと、あるいは、被害者を助けに二人の間に入ったり、警察を呼んだりすること、そして、DV がおさまった後に、母親の傷や悲痛な様子を目にすることなどを指す。「DV の目撃」とは、必ずしも、物理的な DV の現場目撃に限られない。アメリカでは、子供にとって、父親が母親を殴る場面を目撃することの方が、身体的虐待以上に心の傷が大きいと、既に 1980 年代初めに指摘されていた。子どもにとって、DV を目撃することは、児童虐待の直接の被害者になるのと同様、トラウマティックな経験であり、その後の子ども達の精神的、身体的な発達に大きな影響を及ぼしうる。例えば、抑うつ、不安感、恐怖、不眠、自殺企図、夜尿などの内的な問題を抱えると同時に、他者に対して暴力的になったり、集中力に欠けたりなど行動面での問題を呈するとされている。それに加え、幼少時に親の暴力を目撃した男性は、成長してから DV の加害者になりやすいとの調査結果も

発表されている。

さらに、DV と虐待の併発率の高さについても、多くの研究がなされるようになってきている。1990 年に発表されたアメリカの全国調査では、妻を頻繁に殴る男性の 50%が、自分の子ども達も頻繁に虐待していると報告された。また、DV が行われている家庭で育った子ども達が身体的虐待やネグレクトを受けている割合は、一般平均家庭の約 15 倍であることも明らかになっている。そして、これらの数値の関連性からもわかるように、現在では、DV は、児童虐待とネグレクトの主要な前兆現象であると言われているのである。

このような調査結果を踏まえて、アメリカの各州では、子どもによる「DV の目撃」が、刑事的介入の対象、あるいは、保護的介入の対象、そして、監護権決定の要因となってきた。

①刑事的介入

例えば、ユタ州などは刑法を改正し、DV の目撃に対して積極的な刑事介入を行うために、1997 年に全米で初めて、DV の目撃そのものを「児童虐待罪」と規定した(U.C.A. § 76-5-109.1)。この規定により、子どもの面前で行われた殺人、殺人未遂、重傷害、危険な武器使用、その他の DV 行為が児童虐待として処罰可能となった。そして、「子どもの面前」とは、物理的に子どもが目の前に存在する場合の他に、加害者が、子どもが DV 行為を見聞きしうることを知っている場合も含むとした。さらに、「子どもによる DV の目撃」は、DV 犯罪の加重事由にもなりうる。例えば、カリフォルニア州では、DV 加害者が、被害者に対し、凶器

を用いて重傷害や傷害を負わせる行為、あるいは、それらの未遂行為が、子どもの面前行われるか、子どもに目撃されていた場合には、その事実を量刑に当たって加重すべき事由としている（カリフォルニア州刑法典 § 1170.76）。

②保護的介入

例えば、ミネソタ州は、1999年に法改正を行い、全米で初めて明文中、「DVの目撃」を、州の虐待通告法の対象となる「ネグレクト」に含めた。「ネグレクト」の定義に、親または子どものケアに責任を有する者が、①子どもの幸福への無関心さを示すような、重大な身体的・心理的・精神的傷害に至りうる暴力的行為を行う、②DVを繰り返す、③子どもが見聞きできる範囲で家族に故意に傷害を加える（加えようとする）、④家庭において、子どもを継続するDVにさらし、子どもの幸福に悪影響を及ぼしうる、ことを加えたのである（廃止された Minnesota Statute 626.556(2)(c)(8)）。このように虐待通告の対象を広げることによって、またこれに伴い拡大した通告義務者によって、虐待通告の件数は法改正前と比較して約100%増加したと報告されている（しかし、虐待通告件数は大幅に増加したにもかかわらず、そのための人的・物的資源の投入がなされたわけではなく、児童保護機関はこれらのケースに対応することができなかつたため、この規定は翌2000年に廃止されている）。

③監護権決定における考慮

現在、全米46州とコロンビア地区では、監護権をどちらの親に認めるかに関し、DV

の有無・程度を考慮に入れるよう求める規定が監護権法に置かれている。

例えば、カリフォルニア州では、配偶者やパートナーに対する暴力ばかりでなく、子どもに対する暴力もDVとされている。そして、子どもの監護権を求める者が、5年以内に、配偶者又はパートナー、子ども、あるいは子どもの他の兄弟姉妹に対してDVを行ったという事実は、その者に子どもの単独・共同監護権を与えることは子どもの最善の利益にはならないという「反証可能な推定」(rebuttable presumption)とされる。その上で、裁判所が適当と認めたペアレンティング・クラスの受講を終了したことは、裁判所が反証可能かを判断する際に考慮すべき事項の一つとされている(カリフォルニア家族法典(California Family Code) § 3044)。

監護権が決定されると、非監護親には訪問権が付与されるが、この場合、子どもの安全を第一に考慮し、「監督付き訪問」(supervised visitation)が裁判所によって命じられうる。ルイジアナ州などのように、裁判所が、監視付き訪問開始の条件として加害者処遇プログラムを命じ、終了すれば訪問が許されるという制度を有している地域もある。

④「子どもによるDVの目撃」と精神科治療

上述したように、アメリカでは、「DVの目撃」が子どもに及ぼす精神的・身体的発達への影響が深刻に捉えられた結果、その子どもへの精神科的治療についても目が向けられるようになってきている。

例えば、カリフォルニア州では、犯罪被害者補償制度に関して、DV 犯罪を目撃した子どもは身体的外傷を受けたものとみなされ、また、DV 犯罪の起きた家庭で生活していた子どもについても、DV を目撃していたか否かにかかわらず、身体的外傷を受けたものとみなすとされ(カリフォルニア州政府法典 § 13955(f)(1))、補償制度の支給対象である「被害者」とされている。したがって、子どもが、DV を目撃したことの影響で精神的治療を必要とする場合に、民間の健康保険制度や低所得者層のための公的医療制度などでその費用が支出されないときには、犯罪被害者補償制度から総額で 10,000 ドルを超えない範囲で 40 セッションまで支給されることになる。

では、DV を目撃した子どもたちの治療に、カリフォルニア州ではどのような機関が治療に関与しているのか。例えば、サンフランシスコ市・郡には、「児童および青少年のための性的虐待リソースセンター (Child and Adolescent Sexual Abuse Resource Center、以下、CASARC という)」が存在する。CASARC は性的虐待を受けた 18 歳以下の子どものために、司法インタビューや証拠収集、セラピー・カウンセリングを行う機関として 1977 年に開設された。現在のところ、性的虐待を受けた児童に加え、身体的虐待を受けた児童、DV を目撃した児童をも対象とし、司法インタビューよりも、セラピー・カウンセリングに重点を置いた活動を行っている。

CASARC は、サンフランシスコ総合病院内にあり、スタッフは、4 人の司法看護師 (forensic nurse)、サンフランシスコ市・郡の社会福祉省 (Department of Human

Services) の家族・子どもサービス課 (Family and Children Services Division) から派遣されたソーシャル・ワーカー、サイコロジスト、小児精神科医から成る。「司法看護師」とは、州の公的な資格ではなく、特別の訓練を受けた者に対する認定資格である。

ここでは 24 時間 365 日、いつでも子どもにケアを提供することが可能である。スタッフが常駐しているのは、月曜日から金曜日の午後 5 時までであるが、それ以外の時間はサンフランシスコ総合病院からのオンコールで対応する(デイトムであれば小児科医から、真夜中などであれば ER のトリアージを通してオンコールの連絡が入る)。センターへは、被害者本人、親、家族・子どもサービス課、警察など様々なルートから相談が入る。緊急介入、緊急検査等に要する費用は無料である。

メンタルヘルスサービスに関しては、トラウマに焦点を当てた心理療法を、問題の症状が消失するまで、あるいは治療目的が達成されるまで、被害者本人、家族に対して行っている。

(2)性犯罪被害者に関する問題

平成 18 年度の報告書で、イギリス政府は 2007 年～2008 年にかけての主要な取組みとして、性暴力を受けた被害者に医療的ケア、司法検査、専門的カウンセリングを提供する「性暴力相談センター」(Sexual Assault Referral Centers。以下、SARC という)を全国的に拡大するという目標を掲げたと報告した。2007 年のイギリス訪問時には全国で 16 箇所だったセンターは、現在 20 箇所に増えており、2008 年中にはさら

に18箇所が開設されるという。これは、イギリスでも、性犯罪被害者の長期的な精神保健上の問題が、被害者本人ばかりでなく、社会全体に対しても保健サービスの費用負担増加という被害をもたらすとの認識が広がった結果である。

なお、参考までにセンターでどのようなケアが行われているかであるが、例えば、マンチェスターのセントメアリー病院(St Mary's Hospital)内に創設されたセンターでは、カウンセリングを希望する被害者には、週に一度、病院内の相談室で50分間のカウンセリングを受けられる。回数に上限はなく、被害者の希望と必要性によって決められる。カウンセリングに要する費用は全てセンターが負担し、被害者が支払う必要はない。

同様の取り組みは、むしろアメリカではかなり以前から行われてきた。

例えば、カリフォルニア州サンフランシスコ市・郡では、1970年代に、サンフランシスコの行政機関の一部としてレイプ・トリートメントセンターがサンフランシスコ総合病院近くに設置され、

- ・性被害を受けた人へのカウンセリングサービス

- ・証拠採取

- ・医療上のケア

といった援助を、18歳以上の男女に対して無料で提供してきた。2001年8月に、レイプ・トリートメントセンターは、トラウマ・リカバリー・センター(Trauma Recovery Center)となり、18歳以上で、性被害を受けた被害者のみならず、DV、身体的暴力の被害者、刑事事件となった自動車事故の被害者、ギャングがらみの暴力事件の被害者、

殺人事件の被害者遺族など多岐にわたる対象に危機介入、精神療法、薬物療法などの精神保健サービスを提供するようになっている。センターでは、主に、約16週間にわたる短期療法(brief therapy)とケースマネジメントが、トラウマの治療を専門とする臨床ソーシャル・ワーカー(Clinical Social Worker)、マリッジ&ファミリーセラピスト(Marriage and Family Therapist)、サイコロジスト及び精神科医によって行われる。なお、2001年9月11日に起きたテロ事件の被害者および被害者遺族に対するサポートグループも開催している。

短期療法の具体的な内容としては、

- ・被害者および遺族に対する個人セラピー
- ・危機介入

- ・薬物乱用者に対するカウンセリング

- ・トラウマ、DV、性被害、うつ、不安、殺人事件の遺族など、それぞれに焦点を当てたグループ・セラピー

などがある。さらに、家族療法やカップル療法などが行われる場合もある。

被害者に対するこうした手厚い精神保健サービスを提供できるのは、このセンターがサンフランシスコ総合病院精神科の一部門だからである。そして、これらのサービスは無料で提供されている。なお、センターの運営に要する費用は、カリフォルニア州の損害回復基金から拠出されている。

D・E: 考察および結論

①まず、犯罪被害給付制度について考えてみる。アメリカの制度と日本の制度とを単純に比較することはできないが、アメリカの犯罪被害者補償制度の中で、被害者への

精神科治療費用だけでなく、被害者遺族への精神科治療費も補償の対象とされていること、さらに、精神科医による治療だけでなく、サイコロジストや民間団体によるカウンセリングも精神科治療費用と認められている点は、学ぶべきであると思われる。我が国でも、これらの点は、平成 19 年 11 月に犯罪被害者等施策推進会議で了承された「経済的支援に関する検討会」の「最終取りまとめ」において、

「臨床心理士、犯罪被害相談員等による民間被害者支援団体等における早期支援段階でのカウンセリング・相談について、都道府県における予算措置が着実になされ、さらには、早期支援後も継続してカウンセリング・相談が受けられるような予算措置がなされていくよう、国において、啓発・情報提供等の取組を行うべきである。なお、犯罪被害者本人のほか、家族（遺族）等に対するカウンセリングの必要性、重要性に鑑み、その充実を図るべきである」と指摘されている。

しかし、臨床心理士らによるカウンセリング・相談に関して都道府県における予算措置がなされるよう取り組む、家族（遺族）等に対するカウンセリングの充実を図るべきであるとするだけで、国による明確かつ具体的な財政措置を示さないままでは不十分ではないだろうか。特に、都道府県における予算措置については、国が指導・啓発するだけでは制度が動きださないことは、これまでの経験から明らかであろう。給付の対象を拡大するためには、財源の捻出は不可欠である。

検討会の中では、罰金を特定財源化し、被害者支援のために利用する可能性を探る

べきではないかとの議論も行われていた。また、罰金刑を特定財源化できれば、犯罪被害者等給付金の対象範囲を相当程度拡大できるのではないかとの意見もある。最終とりまとめでは、「罰金の特定財源化は、罰金が既に一般財源として運用されており、それを犯罪被害者等に関してだけ特定財源化する論拠を見つけ出すのは困難であり、また、一般的に特定財源枠を可能な限り縮小していこうとする国の大方針と逆行する感は否めない」として、「犯罪被害者等に対する経済的支援は、社会の連帯共助の精神に則り、一般財源からの給付を行うことをもって原則とすべきである」との結論が導かれた。

しかし、現在、国会で審議中の犯罪被害者等給付金の支給等に関する法律の一部を改正する法律案が成立すれば、遺族給付金、障害給付金の最高額は約 2 倍に引き上げられ、重傷病給付金に休業補償分も加算されることになる。2006 年度の支給総額は 12 億 7,000 万円であり、この金額が単純に 2 倍になると考えても 25 億近くの財政措置が必要である。最終とりまとめでは、「一般財源からの給付に当たっては、当該行政官庁の他の業務に関する財源に影響が出ることのないようにしながら給付額を確保できるよう、最大限の配慮がなされるべきであり、政府全体として、必要な財源措置を講ずる必要がある」とされているが、今後、給付額が増加していくことになれば、その確保のために新たな手立てが講じられる必要も出てこよう。罰金の特定財源化、あるいは、犯罪被害給付制度の支給対象となっている犯罪の加害者から徴収する課徴金制度の導入など、今後も引き続き検討が行わ

れることが期待される。特に、「罰金で得た収入を犯罪被害者の救済、支援に用いることに、大多数の国民は賛成するだろう」との意見は傾聴すべきであろう。こうして新たな財源が確保されれば、被害者への被害給付のみならず、アメリカ・イギリスのように、被害者支援へのための基金創設も可能となるように思われる。

②次に、被虐待児童、特に、DV を目撃した子どもたちの問題について検討する。

内閣府の調査によれば、何度も配偶者から DV を受けていた被害者の 57%が、「子どもに DV を目撃された」と回答している。そして、DV の目撃が精神面・行動面で子どもに与える影響が大きいことは、我が国でも度々指摘されている。しかし、これまで子どもを直接の対象とした研究は少なく、特に日本では殆どないようである。

確かに、我が国でも、犯罪被害者等基本計画が策定されて以降、思春期精神保健の専門家養成の研修課程で、児童虐待やドメスティック・バイオレンスなどに関するカリキュラムが実施され、あるいは、少年被害者のための治療等の体制の整備ということで、児童養護施設や乳児院、児童自立支援施設などに常勤の心理療法担当職員を配置したり、被虐待児個別対応職員を配置したりと、虐待された子どもの治療を行う制度整備が進みつつある。しかし、特に、DV を目撃した子どもたちに焦点を当てた治療への取り組み、支援の取り組みが行われているかという点必ずしもそうではないように思われる。DV を目撃した子どもが保護される可能性の高い女性相談所でも、被害女性に対しては心理的支援が行われている

ようであるが、同伴児童に関しては、おそらく、児童相談所に「DV の目撃」を理由に虐待通告し、相談所の援助が得られない限り、特に心理的支援がなされることはないのではないかと推察される。

そもそもの問題は、我が国では、同じ「家庭内暴力」(domestic violence) であるにもかかわらず、児童虐待と DV への法的対応が、全く別個のものとして二つに分離されてしまったことに起因する。そのため、児童虐待と DV の問題への対応が、有機的になされにくくなってしまっている。法が二つに分離されたことは仕方がないとしても、アメリカで明らかにされてきた DV と児童虐待の併発率の高さや、DV を目撃した子どもに及ぶ精神的・身体的影響を重く受け止めれば、DV 家庭で生活している子ども、DV を目撃した子どもの精神的被害の回復のために、何らかの有効な手立てが早急に講じられるべきである。

先に述べたように、カリフォルニア州では、DV を目撃した子どもは、身体的外傷を受けたものとみなされ、DV 犯罪の起きた家庭で生活していた子どもについても、DV を目撃していたか否かにかかわらず、身体的外傷を受けたものとみなされ、犯罪被害補償制度の支給対象である「被害者」とされているのである。どれだけ、子どもたちに及ぶ精神的・身体的被害が大きいかは、この事実からも明白であろう。

さらには、アメリカでの取り組みにならない、DV があつた場合の子どもの監護権の帰属、DV 加害配偶者の子どもからの引き離し、面会など、統合的に対処する手続を工夫する必要もあるように思われる。

③最後に、性犯罪被害者の精神的健康の問題について考察を行う。

我が国では、犯罪被害者基本計画の下で実施すべき施策として、厚生労働省が、「性暴力被害者のための医療体制の整備に資する施策の検討及び実施」を掲げ、平成18年6月には「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法の一部を改正する法律」が制定され、患者が医療に関する情報を十分に得た上で適切な医療を選択できるよう、医療機関管理者に対して医療に関する一定の情報の報告義務を課し、その報告をもとに、都道府県が医療機関に関する情報を集約し、住民にインターネット等で提供する仕組みが整備された。

しかし、「性暴力被害者のための医療体制の整備に資する施策」とするならば、やはり、性被害に精通する医師・看護師・カウンセラーなどのスタッフを備えた医療体制の整備を図ることは不可欠なのではないだろうか。我が国では、いわゆる性暴力である強姦、強制わいせつの認知件数は、年間10,000～12,000件の間で推移しており、これに捜査機関に通報されない被害をも含めるとかなりの数に上る。これらの被害者に、適時に適切な介入がなされることによって、被害者の身体的・精神的被害が長期化することを防ぐことは可能である。そのためにも、躊躇無く自らの被害の相談ができる、治療に専念できる専門機関が、是非とも必要と思われる。なお、性被害というと産科・婦人科で対応してもらえばいいという発想もあるかもしれない。しかし、妊婦が集まるような場所で、しかも、隣の診察室の音が筒抜けに聞こえるような場所で、被害や治療の相談を行うことは、性暴力という被

害の特異性から無理があるし、被害者の精神的健康がさらに悪化する可能性が高いことに注意すべきである。

なお、サンフランシスコ市・郡のトラウマ・リカバリー・センターでは、必ずしも警察に通報された事件の被害者だけを対象としているわけではない。ただ、センターでの治療を受けることによって、その後、警察に通報するなど、潜在的な被害者の掘り起こしにも役立っていることを付言しておきたい。センターの活動報告書によれば、警察への通報率は、センターの介入によって42%から71%に増加したとのことである。

F：参考文献

Amy Levin and Linda G.Mills, *Fighting for Child Custody When Domestic Violence Is at Issue: Survey for State Laws*, 48 SOCIAL WORK 463, 464(2003).

Joy D. Osofsky, *The Impact of Violence on Children*, FUTURE OF CHILDREN, Winter 1999, at 34

MURRAY A. STRAUS, PHYSICAL VIOLENCE IN AMERICAN FAMILIES: RISK FACTORS AND ADAPTAIONS TO VIOLENCE IN 8,145 FAMILIES,(1990).

Trauma Recovery Center, STATUS REPORT July 30 2001-December 31 2004, (2005).

Lois A Weithorn, *Protecting Children from Exposure to Domestic Violence: The*

Use and Abuse of Child Maltreatment Statutes, 53 HASTINGS LAW JOURNAL 1,106 (2001).

奥村正雄、犯罪被害者等基本計画の重点課題について—3つの検討会の最終取りまとめ、ジュリスト 1351号(2008年)18-27頁。

笠原麻理、DVと子ども虐待、治療 87巻12号(2005年)3251頁以下。

柑本美和、ドメスティック・バイオレンスを目撃した子どもたち、警察政策 7巻(2005年)。

柑本美和、アメリカにおける児童虐待への対応—カリフォルニア州サンフランシスコ郡・市の例、岩瀬徹編『児童虐待への法的介入：平成17年度～平成18年度科学研究費補助金(基盤研究(B))研究成果報告書』(2007年)。

小西聖子、被害母子の精神医学的・心理的評価と対策研究。DV被害者における精神保健の実態と回復のための援助研究、平成15年度研究報告書(2004年)。

小西聖子、精神的・身体的被害の回復・防止への取組—精神科医から見た犯罪被害者等基本計画、法律のひろば(2006年4月)24頁以下。

佐伯仁志、犯罪被害者への被害回復支援について、ジュリスト 1302号(2005年)44頁以下。

白川美也子、DV被害者とそれを目撃した子どものPTSD-その症状と期待される支援システム、へるす出版生活教育 46巻11号(2002年)29頁以下。

瀬川晃、経済的支援に関する検討会議事録における発言

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(2003年)。

内閣府、平成19年版 犯罪被害白書(2007年)。

中島聡美、犯罪被害者への精神医療に関する検討会報告の役割と課題、ジュリスト 1351号(2008年)28-33頁。

二宮恒夫、ドメスティック・バイオレンスの目撃による心的外傷の2例、子どもの虐待とネグレクト 3巻2号(2001)313頁以下。

誉田貴子他、DV(ドメスティックバイオレンス)被害と実態と子どもへの影響に関する調査研究—DV被害者とその子どもへの暴力内容と心身への影響、大阪市立大学短期大学部紀要 3巻(2001年)27頁以下。

町野朔、児童虐待防止システムの改善について、社会安全研究財団編『児童虐待への対応の実態と防止に関する研究』(2006年)。

G：研究報告

なし

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19年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 小西 聖子

平成20（2008）年 4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-----	2
小西 聖子	
II. 分担研究報告	
1. 犯罪被害者及びその家族における重度ストレス反応支援プログラムの 構築に関する研究-----	13
小西 聖子・中島 聡美	
2. 民間被害者支援団体と精神科医療機関との連携に関する研究-----	40
中島 聡美	
3. 臨床心理士における犯罪被害者およびその家族の相談に関する調査-----	58
大山 みち子・堀越 勝	
4. PTSD 患者を対象にした認知行動療法-----	82
小西 聖子	
5. PTSD に特化した心理療法：認知処理療法-----	89
堀越 勝	
6. 地域精神保健福祉機関における犯罪被害者支援-----	118
山下 俊幸	
精神保健福祉センターにおける自助グループ支援のあり方	
酒井 ルミ・山下 俊幸	
7. 保健所における事件・事故・災害時の PTSD 対策の事例検討について-----	132
竹之内 直人	
8. 犯罪被害者に対する弁護士および精神科医療機関での 支援実態と他機関との連携-----	147
有園 博子	
9. アメリカにおける犯罪被害者支援制度の研究-----	160
柑本 美和	

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

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。さらに平成19年12月には、基本計画においてさらに検討が必要とされた項目についても最終とりまとめが行われ、了承された。精神的な被害の回復は、犯罪被害者支援の重点課題の一つであり、犯罪被害者自身からの要望も高い。しかしながら、犯罪被害者等基本法が述べているように、犯罪被害者等に含まれる対象者は刑事事件の被害者から、誰にも事件のことを話していない児童虐待の被害者まで多種多様である。特に、精神保健の領域からの支援や専門的治療を強く必要としている「犯罪被害者等」に含まれるのは、刑事事件の被害者本人だけであるとは限らない。精神科医療、あるいは地域精神保健の対象としてはこの集団を捉える必要がある。

本研究は3ヵ年の予定であり、本年度はその最終年次に当たるが、(1) 犯罪被害者およびその精神医療とのかかわりの現状を把握し、(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、それぞれの研究を継続した。(5) さらに研究の成果を広く提供し、支援に役立てることが目的であるので様々な活動を行った。

(1) については、「犯罪被害者およびその家族における重度ストレス反応支援プログラムの構築に関する研究」を行い、昨年度に行った質問紙調査に引き続き、自助グループ5団体の殺人・暴力事件遺族48名、交通事故遺族22名、そのほか3名の計74名の協力を得て構造化面接および生理学的検査を行った。対象において何らかの精神疾患及び臨床的問題になる症状を有している人が4割以上であり、一般住民に比べてPTSD、うつ病、複雑性悲嘆において有病率が高くQOLの低下があった。殺人事件遺族を対象とする、構造化面接による調査は本研究が初めてである。

「民間被害者支援団体と精神科医療機関の連携に関する研究」では、平成18年度に相談を行っていた民間被害者支援団体41機関すべてから回答を得たが、活動にはかなり幅があった。全相談件数に対する精神科医療機関への紹介は1%に過ぎず、精神科医療が必要と考えられる相談件数に比べて少ない傾向があった。適切な医療機関が見つけれられないこと、すなわち児童精神科の少なさ、犯罪被害者に理解のある医師の少なさ、PTSDに詳しい医師の少なさ、女性医師の少なさなどが、連携上の課題として挙げられていた。次に臨床心理士を対象とした「犯罪被害者およびその家族の相談に関する調査」においては、名簿よりの無作為抽出による1000名の臨床心理士中230名が回答したが、犯罪被害者の面接経験率は一年間に42.6%であった。児童虐待の被害者の面接経験が多かった。犯罪被害者への対応について研修の必要性があるとするものが9割を超えた。

(2) 治療に関しては、海外において有効性が実証されている PTSD 治療の認知行動療法 Prolonged Exposure 法の導入と効果測定を図ってきたが、昨年度より蓄積を継続し、PTSD と診断された犯罪被害者 23 名に実施した。4 名は継続中であり、完遂者 17 名、中断 2 名であった。PE 療法を完遂した 17 名のうち PTSD 診断が消失したものは 11 名(64.7%)、治療前より症状が軽快した者が 5 名(29.4%)、症状に変化がみられなかったものは 1 名(5.9%)であった。さらに、PE 療法開始時点で、社会機能に支障をきたしていた 13 名中 10 名(76.9%)は社会復帰した。日本においても PE が適用できると言える。もうひとつの PTSD 心理治療、Cognitive Processing Therapy については、マニュアルの翻訳を完成させ、日本において試験的に適用する段階に至った。

(3) 精神保健福祉センターや保健所など地域精神保健福祉機関で使うことのできる、資料も備えた「犯罪被害者等支援のための地域精神保健福祉活動の手引ー精神保健福祉センター・保健所等における支援ー」を作成した。PTSD の診断を含むメンタルヘルスの問題への対応のポイントと、関連機関や可能な支援の情報を具体的に掲載した。資料も含め 93 ページとなったので、すぐに使えることを目指してさらに概要版(11 ページ)を作成した。手引きそのものは、3 年間の総合報告書に添付する。

(4) 犯罪被害者と医療と法の接点についての知見を得る、については、アメリカ特にカリフォルニア州の犯罪被害者支援制度について研究した。日本より医療補償の色合いが濃く、カウンセリングの無料給付が家族も対象に含めて行われていた。また司法とのかかわりが多く、特別な対応や知識を要求されることは、メンタルヘルスの専門家にとって犯罪被害者を適切に支援する障害となっている場合もあることが分かったため、書籍の中にその知識を反映させた。また、平成 17 年度から行った弁護士調査については、今年度は犯罪被害者および遺族の受けている支援実態について犯罪被害種別にどのような違いがあるかを明らかにするために、犯罪被害者支援に関わっている弁護士 5 地域 10 名の協力を得て、犯罪被害者および遺族の受けている支援実態の聞き取り調査を行った。① PTSD 症状の起こりやすい状況の想定可能性の強化と、②信頼関係を持った専門家同士のつながりの強化、この 2 つが強化されることでより良い支援活動になる可能性があることが示された。

(5) 情報提供の活動については、これまでも機会をとらえて行ってきたが、今年度はさらに力を入れて行った。国立精神神経センターの「犯罪被害者メンタルケア研修」に成果を活かした。「PE ワークショップ」を 4 日間行った。また国立精神神経センターで行われた同研修にも成果を活かした。さらに、本研究班の知見を盛り込んで、メンタルヘルスの専門家向けの書籍『犯罪被害者のメンタルヘルスー精神医療現場での治療と対応ー』を作成中であり(平成 19 年度末現在初校段階)、さらに WEB 上に犯罪被害者とメンタルヘルス専門家のためのページを開発し(完了)、平成 20 年度に公開予定である。

A. 研究の目的

犯罪被害者等基本法と本研究

平成 17 年 12 月に決定された犯罪被害者等基本計画には 5 つの重点課題が示されており、その 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。

未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の向上のため、緊急に実態の調査や方法論の研究が必要とされている。犯罪被害者は、長年にわたり「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十分に認知されてこなかった。権利の回復の手段のひとつとして、有効な治療や支援システムを研究し、それを提供できるよう整備する必要がある。

さらに得られた成果を、普及していく取り組みがこの研究では重要となる。多くの人がアクセスでき、日本におけるメンタルヘルス領域での犯罪被害者支援の対応を少しでも前進させることが必要である。

犯罪被害者という対象について

これまでの報告書にも述べたように、「犯罪被害者」の実態を調べることには、方法論的に困難がある。犯罪被害者等基本計画における犯罪被害者の定義を見ると、「犯罪被害者等」とは、「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、加害者の別、害を被ることとなった犯罪等の種別、故意犯・過失犯の別、事件の起訴・不起訴の別、解決・未解決の別、犯罪等を受けた場所その他による限定を一切していない。当然ながら、個別具体の施策の対象については、その施策ごとに、それぞれ適切に設定され、判断されるべきである」となっていて、犯罪被害者支援の概念の全体像を示すためにはこのようなあいまいな切り取り方法をとるしかないということが、研究対象を明確に絞りきれないことを如実に示しているともいえる。精神医療、地域の保健サービスの対象とする犯罪被害者がどのような人であるのかは、調べてみて初めて対象がわかることであり、それが研究の課題のひとつであると考えられる。

前年度の全国医療機関調査では、精神科医師が経験する犯罪被害者のうち最も多い被害は配偶者間暴力であり、ついで性暴力であった。どちらも、司法にはかかわりを持っていないケースが極めて多いことが推測される集団である。

一方、犯罪被害者のグループに所属したり、司法や裁判にかかわったり、医療場面に現れたりする犯罪被害者は、犯罪被害者の集団全体から見れば、小さい集団である。少数の集団ではあっても、例えば犯罪被害給付制度の対象となり、司法手続きへの参加を積極的考える犯罪被害者の一群は、犯罪被害者等基本法を生み出す原動力ともなった人たちであり、この人たちが犯罪被害者支援の中核となる対象であると考えられる。その実態を知ることも重要であろう。

一方、PTSD という診断名で切り取れば、また別の様相が見えてくる。PTSD に関してはここ 30 年で診断名として確立したと言えるが、近年では治療に関しての実証性が厳しく問われ始めているからである。現在のところ曝露法が最も確実なエビデンスを持つとされており、心理療法という文化と関連の深いと考えられる治療法がどのように日本で応用できるのか、検証する必要がある。

さらにこれらを踏まえて地域精神保健ではどのようなことが可能なのか検討する必要がある。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。精神保健福祉センター、保健所等が犯罪被害者支援に係る諸機関・団体と連携し、相談、情報提供、危機介入、自助グループ支援、教育研修等の地域精神保健福祉活動を通して被害者支援に取り組むための支えとなるものが必要である。

さらに前年までの調査から、司法に関するかかわりがメンタルヘルス領域で被害者の支援をする際の障害となる可能性があることが示されており、それに

についても検討を進める必要がある。

研究の今年度の目的

今年度は4つの目的に沿って以下の研究を設定した。さらに最終年度に当たるため、研究の成果を活かして、広く情報を提供することも使命であると考え、いくつかの活動を行った。

(1) 犯罪被害者およびその精神医療とのかかわりの現状を把握する

被害者にいかに有効にメンタルヘルスサービスを提供していくかが課題である。平成17年度、18年度に我々が行った調査でも、被害者関連機関との連携が被害者の治療数に関連があると示されており、犯罪被害者を精神科医療に結びつける上では、他の被害者関連機関との連携を検討することが必要と考えられた。

①昨年度行った郵送による被害者遺族のアンケート調査に続いて、遺族に焦点を当て、構造化面接を用いた精神症状の評価と二次被害、再被害の状況についても聞き取りを行い、二次被害および再被害が精神健康に与える影響について分析を行なう。

②犯罪被害者支援の中核である民間被害者支援団体を対象に、精神科医療機関への紹介状況、精神科医療機関との連携、精神科医療機関との連携や紹介に関する問題を明らかにするために調査を行う。

③また精神科医療とともに重要な役割を果たすと期待される臨床心理士について、全国の臨床心理士による犯罪被害者の相談の実態、犯罪被害者支援活動とそれに関する意識の特徴を明らかにし、それらの結果から、犯罪被害者の臨床心理士への相談を促進するための情報を明らかにし、今後の犯罪被害者への関わり方を実態に基づいて提言する。

(2) 心理的外傷治療についての実証的知見を得る

①先述した曝露法による心理治療のわが国における実施可能性と治療効果を確認することを目的に調査を行う。

②認知処理療法(Cognitive Processing Therapy: 以下CPT)を選択し、CPTを日本に紹介する準備を行う。

(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する

①昨年度の研究において、「犯罪被害者等支援のための地域精神保健活動の手引き(案)ー精神保健福祉センター・保健所・市町村における支援ー」(以下、手引)を作成したが、さらにその内容の充実を図ることを目的とした。また、自助グループのニーズを知ることで、今後の自助グループ支援に活かすとともに、その内容を手引に盛り込むこととした。

②宇和島保健所における「えひめ丸」沈没事故の事例をはじめ、マスコミなどで大きく取り上げられた全国の保健所での事件・事故・災害時のPTSD対策を比較し、日本において実際に犯罪被害者への支援を可能にする要件についてさらに蓄積し検討した。

(4) 犯罪被害者と医療と法の接点についての知見を得る

我が国において、犯罪被害者の精神健康回復のために、どのような制度構築が望ましいかについて、比較法的な視点から考察を行ってきた。昨年はイギリスについて調査を行ったが、今年度はアメリカにおける犯罪被害者支援について法的に分析し、日本の被害者支援の問題点について探る。また前年までに引き続き、弁護士と精神科医療機関とでの支援実態にどのような違いがあるかを明らかにする。

(5) 研究成果の提供

研究成果を広くメンタルヘルスの専門家、犯罪被害者に提供し、直接的に支援に役立てる。

B. 研究の方法と成果

以下、目的での分類にしたがって研究の方法と成果を述べる。3年間の成果は総合報告書において検討

するのでここでは本年度の成果を述べる。

(1) 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把握

①犯罪被害者およびその家族における重度ストレス反応支援プログラムの構築に関する研究本調査は、全国に会員のいる当事者団体と、都市部および地方の4つの犯罪被害者遺族自助グループに協力を依頼し、2007年6月～8月にかけて会員(330名)およびその家族に調査面接の依頼書を送付した(会員1名につき、3通配布、合計990通)。調査希望返信があったものは87人であった(回収率8.8%、会員回収率20.9%)であった。このうち同意をいただいたのは74名であった。2007年6月から2008年1月にかけて面接調査を実施した73名を分析の対象とした。調査内容は、事前に自記式の調査票を記入してもらい、その後面接と唾液の採取を行なった。調査者は犯罪被害者の治療経験をもつ精神科医、臨床心理士2名で、事前に研修を行なった。調査項目は

(1) 自記式質問票：BDI-II、SF-36、CD-RISC、JPTCI、SSQshort version、被害後の支援の有無とその有用度、二次被害を受けた対象者と苦痛を感じた強さ、被害後の対処行動 (2) 面接調査；被害の概要、被害後の生活の変化、精神・身体の不調と医療機関の受診、M.I.N.I.(大うつ病および小うつ病)、CAPS (Clinician-Administered PTSD Scale) (PTSD及び部分PTSD)、複雑性悲嘆の構造化面接。

(3) 生理学的検査：2日間にわたり4回、唾液中のコルチゾールの分析を行なった。

対象者は、女性が48人(65.8%)、平均年齢は50.7歳(±14.0)であった。被害別では、殺人や傷害致死や強盗致死など故意の暴力犯罪による死亡が65.8%と多く、故人との関係では子どもを喪失している遺族(61.0%)が最も多かった。

対象者の約60%が、事件から今までの間にPTSD、部分PTSD、大うつ病、小うつ病のいずれかの疾患

に該当する時期があったが、調査時点でも上記の疾患および複雑性悲嘆に該当したものは、32人(43.8%)であり、26%は複数の疾患を抱えていた。

SF-36によるQOLの評価では、8つの下位尺度すべてにおいて標準値を下回っていた。特に、「日常役割機能(身体および精神)」(身体的、心理的な理由で日常役割機能が果たせない)、「社会生活機能」(家族や知人との社会的付き合いが妨げられる)の尺度の得点が低下しており、被害による身体的、精神的影響が生活機能の低下をもたらしていた。

本調査の対象者は、特定の当事者団体に所属している犯罪被害者であることから、犯罪被害者全般の結果を反映したものと位置づけることはできないが、本調査は、従来日本では研究されることの少なかった殺人等の犯罪被害者遺族を多く含む調査であることと、構造化面接を用いて精神疾患の評価を行なったこと、精神疾患・症状だけでなく生活機能や医療機関の受診、唾液中コルチゾールによる生理学的反応の評価を行なった包括的な研究であること、二次被害や支援、ソーシャルサポート、対処行動など被害後の要因に焦点を当てて調べたことなど従来の研究にない要素を含んだものである。これらの評価項目は、犯罪被害者への支援を検討する上で重要なものであり、その意味で意義ある研究である。

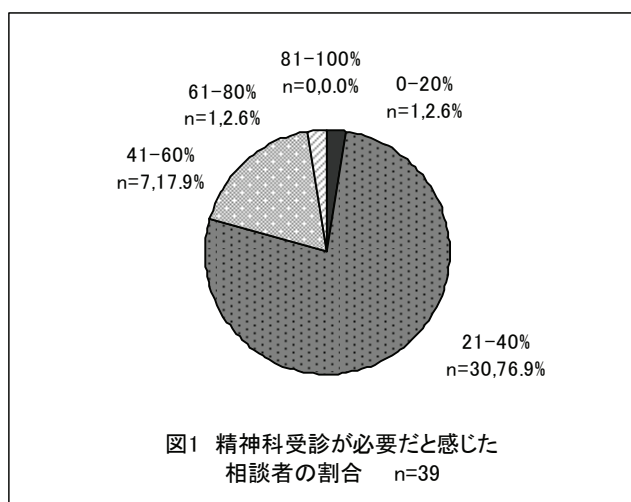
②民間被害者支援団体と精神科医療機関との連携に関する研究

全国被害者支援ネットワークに所属する民間被害者支援団体は、犯罪被害者等基本計画においても司法とメンタルヘルスにかかわる諸機関との連携の中核的役割を果たすことが期待されているが、組織による差が大きいのが現状である。この団体を対象に精神科医療機関との連携に関する自記式質問票と聞き取りによる調査(平成19年11月～平成20年1月)を行った。平成18年度に相談業務を行っていた全41機関から回答を得た(回収率100%)。

今回対象とした民間被害者支援団体の平成18年度

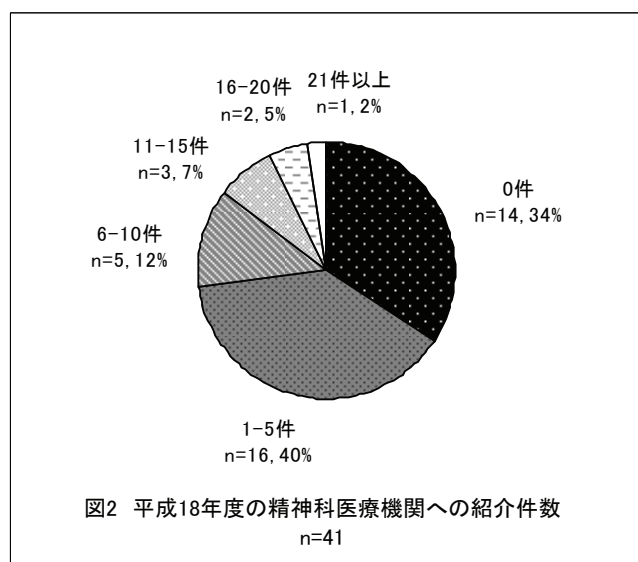
における平均相談受付時間は、24.78 時間±11.94 (以下標準偏差を±で表示) であり、おそらく、週3~4日開設している機関が多いものと考えられる。平均相談員数は24.5±14.82人であり、勤務日数ごとの相談員数の割合を見ると、週1日未満の相談員が70.1%と最も多く、実際にセンターの中心となって活動していると思われる週4日以上勤務の相談員は、9.5%にとどまっており、人数も平均約2人であった。被害種別では、性被害、消費者・財産的被害、交通被害、暴行・強盗・傷害による相談が多く、児童虐待、ストーカーによる相談は少なかった。

平成18年度の相談のうち、精神科医療機関の紹介が必要だと感じた相談の割合を図1に示した。



21%~40%と回答した民間支援団体が76.9%と最も多かった。実際に精神科医療機関を紹介した事例は、合計176件、平均4.29±5.96件(0-23件)であり、全相談数(17,136件)に占める割合は、1.0%であった。精神科への紹介件数と相談件数との間には有意な相関($r=0.492, p=0.001$)があった。

図2に示すように紹介件数は、年間1~5件の機関が39.0%と最も多く、0件のところも34.1%あり、多くの機関が数件にとどまっていることが示された。



紹介した事例では性暴力被害や、傷害・暴行などの被害者が多くなっていた。紹介先医療機関は平均2.44件であり、民間の診療所が最も多く、約半数は心療内科を標榜していた。これらの特徴は何らかの連携を行っていた医療機関と一致しており、連携している医療機関への紹介が多いことが考えられた。紹介上の問題として、児童精神科の少なさ、犯罪被害者の理解のある医師の少なさ、PTSDに詳しい医師の少なさ、女性医師の少なさあげられており、特に犯罪被害者に理解ある医師、PTSDに詳しい医師、女性医師は、被害者の紹介先として望ましい条件と一致していた。

(まとめ)

- 1) 精神科医療機関への紹介は面接等によって相手の状況を十分把握した上で行うなどかなり慎重に行われており、現在の各相談機関の紹介に対する考え方や、面接相談機能の影響がある。
- 2) 週4日以上勤務の相談員や、メンタルヘルス専門の相談員の数が少ないため、相談者に紹介の希望がないような事例において紹介の必要性を判断したり、勧めることが難しい。
- 3) 紹介先医療機関としては、なんらかの連携を行っている医療機関が対象とされていることが多いと考えられるが、基本的に連携医療機関数が少ないため、紹介にあたっての医療機関の情報が乏しい。

4) 紹介先として必要と考えられる犯罪被害者の心理や PTSD に詳しい医師が少ないため、簡単に紹介できない状況がある。

5) 相談する被害者自身に治療の必要性に対する意識が乏しく、訴えが少ない。あるいは、被害者支援センターにそのような情報をあまり求めていない。

③臨床心理士における犯罪被害者およびその家族の相談に関する研究

平成 14 年（2002 年）度版「臨床心理士」登録名簿（財団法人日本臨床心理士資格認定協会発行）記載者全数である 8,338 名から無作為抽出した 1,000 名のうち、海外在住者 6 名を除いた 994 名を対象に調査票（「臨床心理士における犯罪被害者及びその家族の相談に関する調査」）を平成 19 年 10 月から 11 月にかけて送付、回収した。

有効配布数は最大で 754 通と判断される。返送された調査票は 230 名で、754 名からでは 30.5%の回収率であった。経験が 10 年以上の者が 9 割と、臨床活動の中核をなす者が回答していた。

児童相談所と児童養護施設・乳児院に勤務すると回答した者は複数選択可の設問で全体の 4 割以上であり、臨床心理士の活動の場が子どもを対象とする施設に多いことがわかる。

平成 18 年度に、犯罪被害者およびその家族の相談を受けた経験があるか、という質問に対して、ある 98 名（42.6%）、平成 18 年度に限らなければある 56 名（24.8%）、これまで相談を受けたことがない 63 名（27.4%）であり、前年度に限っても 4 割以上、これまでの経験の範囲では約 67%があると回答している。その被害内容の内訳は、児童虐待が最も多く、ついで性的暴力あるいは配偶者間暴力の順であった。

臨床心理士による犯罪被害者に関する司法的な関与の経験を尋ねたところ、警察等への通報が 17%（複数回答）あり、裁判や取調の付き添い、裁判のためや保険のための文書作成、口頭での意見陳述などの

回答があった。

本調査は昨年度の全国の中核的な精神科医師調査を参照して行われている。臨床心理士も一年に半数弱が犯罪被害者に接していた。勤務先に子どもの相談施設が多いために臨床心理士は児童虐待を多く見ており、虐待については司法的な関与も多いと思われるが、全体として精神科医師と類似した状況にあった。

（2）心理的外傷治療についての実証的知見

①PTSD 患者を対象にした認知行動療法

前年度までに、PTSD 症状の軽減を目的とした認知行動療法である Prolonged Exposure Therapy（以下；PE 療法）を実際に PTSD を持つ犯罪被害者に施行できるようになり、本年度はその研究システムの構築と事例の蓄積を目指した。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 12 名を対象に、PE 療法を施行した。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。

PE 治療前後の心理検査は、担当セラピスト以外の独立した評価者が実施した。研究の同意については、対象者に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。

対象者は、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。対象者 23 名のうち、17 名は PE を完遂し、4 名は継続中、2 名は PE を中断し通常カウンセリングに移行した。表 1 に示すように、PE 療法を完遂した 17 名のうち PTSD 診断が消失したものは 11 名(64.7%)、治療前より症状が軽快した者が 5 名(29.4%)、症状に変化がみられなかったものは 1

名(5.9%)であった。さらに、PE療法開始時点で、社会機能に支障をきたしていた13名中10名(76.9%)は社会復帰した。

表1 PE治療前後の治療効果

		治療前	治療後	p 値
C	全体	80.6	45.9	0.001
A	再体験	22.8	10.1	0.001
P	回避・麻痺	33.7	20.1	0.001
S	覚醒亢進	24.8	15.7	0.001
IES-R		54.6	28.2	0.001
SDS		59.4	52.1	0.019
DES		30.2	17.7	0.003

N=17

本研究の結果より、わが国でもPE療法は犯罪被害の影響で生じたPTSD症状、抑うつ症状、解離症状に効果があることが明らかになった。さらに、PE療法後、日常生活に支障をきたしていた各症状が改善し、対処法が増えると、徐々に活動範囲も広がり、日常生活を過ごしやすくなったクライアントが多かった。犯罪被害の影響で日常生活に支障をきたし、PTSD症状が遷延化し、症状に悩まされている被害者は多いこのような状況の中で、約3ヶ月間という短期間で症状が改善し、かつ著効が期待されるPE療法が、我が国の被害者にとっても有効であることがわかった。

本研究では着実にPTSDの軽減が見られ、スーパービジョンのシステマティックな実施も可能になった。米国と同様の有効性が日本でも見られるものと推測されるが、有効性について確証を得るためにはRCTを開始することが必要であろう。

さらに研究施設内だけでなく、犯罪被害者のための専門的な心理療法として、専門家にPE療法のトレーニングを行う必要があるだろう。

②PTSDの心理治療—認知処理療法の導入

PTSDへの介入法の中から、さらにCognitive

Processing Therapy(CPT:認知処理療法)に特化して検討を行った。CPTは認知療法に抛り、レイシック博士から最新のマニュアルを入手し、そのマニュアルの翻訳は19年度に完成した。

本研究を行う前に実際にCPTを行えるように訓練をする必要が生じてきた。そこで、精神科医(森田)を含めたメンバーで、毎週水曜日に「CPT勉強会」を立ち上げ、ロールプレイを中心にCPTを練習する機会を設け、その後の介入研究のための準備を開始した。

CPTは個人だけではなくグループ単位でも行える。そこで、CPTのグループ介入を中心に行っている、米国シンシナチのVAメディカルセンターのチャード(Kathleen Chard)博士を訪ね、グループによるCPTの実際を見学して資料の収集を行った。翻訳したマニュアルを用いての介入研究が次の課題となる。20年3月の時点では性犯罪関連の患者1名に対して数セッションを試みたところである。

(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地域精神保健福祉機関における犯罪被害者支援
 班会議において手引き案の内容について検討し、研究協力者の協力を得て分担執筆し、分担研究者が主任研究者等の意見を踏まえて「犯罪被害者等支援のための地域精神保健活動の手引—精神保健福祉センター・保健所等における支援—」としてとりまとめることとした。今年度は研究班においてさらに検討を加え完成させた。手引きは資料も含めた93ページの冊子であるので、目次の概要のみ以下に挙げておく。

- 1 犯罪被害者等における精神保健相談 8
- 2 支援サービス等の利用 28
- 3 危機介入における精神保健福祉センターの役割

4	関係機関・団体との連携	43
5	自助グループへの支援	53
6	犯罪被害者等の支援に係る研修	56
7	精神障害者の受ける犯罪被害	58
8	Q&A	63
	資料	82

また平成 19 年度は、現在活動されている犯罪被害者自助グループに、その活動内容や実態、必要とされているものなどについて聞き取り調査を行い、自助グループの現況を把握し、今後、精神保健福祉センターに求められる自助グループ支援体制構築のための基礎的な考え方について検討することとした。全国学校事故・事件を語る会の代表 2 人、六甲友の会の代表 1 人に、それぞれのグループ活動の現況等について聞き取りを行った。また、これらの自助グループを支援しているひょうご被害者支援センターからも同席いただいた。精神保健福祉センターが行う自助グループ支援としては、次のような方策があると考えます。

- 1 情報提供
- 2 グループ運営における支援
- 3 啓発
- 4 連携

②保健所における事件・事故・災害時の PTSD 対策の事例検討について

保健所における PTSD 対策の状況について今年度も担当者から聞き取り調査を行った。

19 年 2 月 13 日 西鉄高速バス乗っ取り事件 (佐賀県唐津保健所)

保健所における犯罪被害者のこころのケアが可能かどうか考えた時、今後の対策として、以下の充実が望まれた。また今年度の調査を踏まえた犯罪被害者支援システムを提示した。

- ①担当者のスキルアップ:保健師への専門的な研修、代理受傷対策も必要である。
- ②後送機関:県内に一箇所専門的な PTSD 治療機関が

必要だろう。犯罪被害者の PTSD 治療は保健所だけでは完結できない。

- ③専門家のバックアップ体制:これらの事件・事故・災害に際しては、適切な時期に適切な支援があった。国レベルで体制を組まないと、専門家やアドバイザーが不足する。
- ④市民への啓発:保健所で相談ができる事を知ってもらう。
- ⑤被害者支援ネットワーク (NPO) 活動の実情把握。
- ⑥精神保健福祉センターと保健所連携の強化。

(4) 犯罪被害者と医療と法の接点についての知見を得る

①アメリカにおける犯罪被害者支援制度の研究

平成 17 年度、18 年度に行った調査結果を踏まえつつ、さらに、比較法的観点からアメリカの犯罪被害者支援制度の研究・検討を行うこととした。カリフォルニア州サンフランシスコ市・郡の以下の機関を以前視察した際に得られた人脈を通じて、情報交換を行った。

- ・児童および青少年のための性的虐待リソースセンター (Child and Adolescent Sexual Abuse Resource Center)

- ・児童保護センター (Child Protection Center)

- ・地方検察局 (District Attorney's Office Resource Center)

- ・児童保護センター (Child Protection Center)

- ・地方検察局 (District Attorney's Office)

カリフォルニア州では、「犯罪被害者補償制度 (victim compensation program)」の枠内で治療費が支払われる仕組みが整備されている。犯罪被害者補償制度とは、原則として、州内で発生した暴力犯罪の被害者および被害者遺族が被った経済的損失を補償するための制度である。1 件あたりの支給最高額は、カリフォルニア州では 70,000 ドルと定められている (したがって、被害者が死亡した場合の遺族、

障害が残った被害者には、我が国の犯罪被害給付制度の方が手厚い)。ただ、この犯罪被害者補償制度は、個人が加入している民間保険制度やその他の公的給付制度等で支払われない経済的損失をカバーするためのものであるため、それらの制度による支給が可能な場合には、そちらでの手当てが第一に考えられなければならない。特に、精神科治療費に関する給付の詳細を見ると、給付対象者には、暴力犯罪の被害者となった本人のみならず、被害者が死亡した場合には、その両親、兄弟姉妹、子ども、配偶者、婚約者なども含まれる。被害者の中には、ドメスティック・バイオレンスを目撃した子どもも含まれている。そして、原則として、被害者およびその遺族(成人・未成年ともに)には、総額で 10,000 ドルを超えない範囲で原則 40 セッションまでの精神科治療費用が支給されることになる。この精神科治療には、精神科医によるものだけでなく、心理療法士やレイブクライシスセンターといった民間団体によるカウンセリングサービスも含まれている。

被害者が死亡していない場合にも、その家族についてもある程度の無料セッションが認められうる仕組みになっている。財源は加害者から徴収された金銭が被害者の損害回復に充てられている。

②犯罪被害者支援に関わっている弁護士 5 地域 10 名の協力を得て、犯罪被害者および遺族の受けている支援実態の聞き取り調査を行った。精神科医療機関での支援実態では、兵庫県こころのケアセンター附属診療所でなされた他機関との連携支援活動を分析対象とした。結果、弁護士の支援実態から、4 つの犯罪被害種類別に共通する今後の支援特徴が明らかとなった。① PTSD 症状の起こりやすい状況の想定可能性の強化と、②信頼関係を持った専門家同士のつながりの強化、この 2 つが今後強化されることでより良い支援活動になる可能性があることが示された。また、精神科医療機関での支援特徴は、被害者やその家族の環境調整がかなり大きな役割を果た

しており、これらは治療と並行して行われることが有効であることが示された。これは司法と医療に共通した支援方法でもあり、ソーシャルワーク的な活動を含む環境調節支援の重要性が再確認された。

(5) 研究成果の提供

国立精神神経センターの「犯罪被害者メンタルケア研修」に成果を活かした。「PE ワークショップ」を 4 日間行った。また国立精神神経センターで行われた同研修にも成果を活かした。さらに、本研究班の知見を盛り込んで、メンタルヘルスの専門家向けの書籍『犯罪被害者のメンタルヘルスー精神医療現場での治療と対応ー』を作成中であり(平成 19 年度末現在初校段階)、さらに WEB 上に犯罪被害者とメンタルヘルス専門家のためのページを開発し(完了)、平成 20 年度に公開予定である。

C. 結論

(1) 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把握

昨年度の質問紙調査対象となった犯罪被害者遺族 73 名に対して、生理学的指標を含む構造化面接を行った。対象者は事件から 19-514 カ月という長期経過をもっていたが、それでも今までの間に約 60%が PTSD、部分 PTSD、大うつ病、小うつ病のいずれかの疾患に該当する時期があった。調査時点でも上記の疾患および複雑性悲嘆に該当したものは、32 人(43.8%)であり、26%は複数の疾患を抱えており、精神障害のみに限っても、一般人口に比べて有病率が高かった。日常生活も、一般人口に比べて障害されていた。

被害者支援の民間団体(回収率 100%)と臨床心理士(送付可能先からの回収率 30.5%)に対して相談と連携について質問紙調査を実施した。民間支援団体の調査では医療機関との「連携」も必要性は感じられているが、進んでいないことがわかった。実際

に精神科医療機関を紹介した事例は、合計 176 件、平均 4.29±5.96 件（0-23 件）であり、全相談数（17,136 件）に占める割合は 1.0%であった。課題は、専門性が高く、二次被害を受けない安心感のある紹介先が少ないことである、と認識されている。臨床心理士も前年の医師調査と類似した割合（一年間に 42.6%）で犯罪被害者面接を経験しており、司法関与の率も低くなかった（警察等への通報が 17%など）が、子どもの被害者を扱うことが多いのが特徴であった。

（2）心理的外傷治療についての実証的知見を得る PE 治療の効果（完遂者 17 名）の研究から、わが国でも PE 療法は犯罪被害の影響で生じた PTSD 症状、抑うつ症状、解離症状に効果があることが明らかになった。DV 被害者、性暴力被害者などの遷延化した PTSD 症状に対しても、約 3 ヶ月間という短期間で症状が改善し、かつ著効が期待される PE 療法は我が国の被害者にとっても有効な治療法である可能性が示された。さらに CPT についても実施のための翻訳マニュアルが完成し、国内で試行を始めた。

（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
精神保健福祉センターや保健所での犯罪被害者対応に関する手引きを完成した。「犯罪被害者等支援のための地域精神保健福祉活動の手引ー精神保健福祉センター・保健所等における支援ー（93 ページ）である。またその概要版（11 ページ）を作成し、実践により役立つものにした。

また、保健所における PTSD 対策の状況について今年度も地域担当者から聞き取り調査を行った。

（4）犯罪被害者と医療と法の接点について
今年度はアメリカ、特にカリフォルニアの犯罪被害者支援制度について検討した。治療費については日本と異なり保障の意味合いが強く心理カウンセリングの給付も行われている。

弁護士の支援実態と精神科医療機関での支援実態との比較では、4 つの犯罪被害の種別ごとに異なる支援が確認された。被害者遺族支援では、まず何よりも被害者遺族を孤立させない支援が目標であり、性犯罪被害支援では、裁判か治療かのどちらかを優先させるのかの決断が必要とされる場合もあるが、司法手続きならびに治療の進行が並行して行われるためには、当事者とその家族・司法・医療双方の専門家での話し合いの場を持つ支援活動が有効であると考えられた。DV 被害者支援での目標は、最終的には被害者の精神的回復プロセスの一部を担っていることの認識を持つことと、子どもが関連する場合には子どもの意思の判断といった問題が関与してくること、などが挙げられた。

（5）研究成果を書籍、WEB、研修、ワークショップ等広く提供した（一部継続中）。

平成 19 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）

「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

**研究課題名：犯罪被害者及びその家族における
重度ストレス反応支援プログラムの構築に関する研究**

分担研究者：小西聖子 武蔵野大学 人間関係学部
中島聡美 国立精神・神経センター 精神保健研究所
研究協力者：白井明美 武蔵野大学大学院 人間社会・文化研究科
真木佐知子 国立精神・神経センター 精神保健研究所
石井良子 武蔵野大学 心理臨床センター
高橋麻奈 武蔵野大学 心理臨床センター
清水里菜 武蔵野大学 人間関係学部
永岑光恵 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

研究要旨：過去の研究から犯罪被害者遺族は PTSD やうつ病、複雑性悲嘆などの有病率が高く、かつ被害から長期経過しても中々改善しないことが指摘されてきた。このような精神疾患の長期慢性化のリスク要因を検討することを目的に調査を行った。2007 年 5 月から 10 月にかけて犯罪被害者当事者団体及び、自助グループ合計 5 団体に協力を依頼し、犯罪被害者遺族 74 名から調査協力を得た。調査は、事前送付による自記式調査と構造化面接（CAPS、M. I. N. I.、複雑性悲嘆構造化面接）を含む面接および生理学的検査（唾液中コルチゾール）を実施した。調査協力者のうち、面接調査の協力の得られた 73 名（男性 25 人、女性 48 人、平均年齢 50.8 歳（±13.9）、被害からの平均経過月数 95.5 ヶ月）を対象として分析を行った。対象者の被害内容は、殺人・暴力による致死 48 人（65.7%）、交通業過・危険運転致死 22 人（30.1%）、その他 3 人（4.2%）であった。調査時点で精神疾患の診断に該当した人は、PTSD13 人（17.8%）、部分 PTSD10 人（13.7%）、大うつ病 9 人（12.3%）、小うつ病 8 人（11.0%）、複雑性悲嘆 16 人（21.9%）であった。これらの 3 つの精神疾患のいずれかに該当した人が 32 人（43.8%）であり、26%は複数の疾患を抱えていた。SF-36 による QOL の評価では、8 つの下位尺度すべてにおいて標準値を下回っていた。特に、「日常役割機能（身体および精神）」（身体的、心理的な理由で日常役割機能が果たせない）、「社会生活機能」（家族や知人との社会的付き合いが妨げられる）の 3 つの尺度の得点が低下しており、被害による身体的、精神的影響が生活機能の低下をもたらしていた。

本調査の結果から、この研究の対象者となった犯罪被害者遺族では、被害から長期経過しているにもかかわらず、一般住民に比べ PTSD、うつ病、複雑性悲嘆において有病率が高く、QOL の低下があった。今後は、これらの精神疾患の発症・維持に関わる要因を分析することで、犯罪被害者遺族の精神健康の回復に寄与する支援プログラムを構築していくことが重要である。

A 研究の背景と目的

これまで暴力犯罪の被害者においては、事件後の精神疾患の有病率が高いことが内外の多くの研究で報告されてきた^{1 2 3}。その中でも特に強姦被害や身体暴力被害の被害者では、PTSDや大うつ病、不安障害の有病率が高いことが知られている^{4 5}。

しかし、実際に犯罪被害に曝露していない親族も、被害者同様にさまざまな精神疾患を呈しており、特に、暴力的な死別体験の目撃やその伝聞体験（心理的直面）がDSM-IVでPTSDの診断基準に含まれるようになった1994年以降は海外で被害者遺族についてのPTSDの研究報告が増えてきている。現在死別遺族の精神健康の研究が多く行われている分野は、①犯罪被害や自然災害等の被害者を対象としたトラウマ研究分野と②がんや心臓疾患等の病死遺族を対象に行われてきた死別研究の分野の両方においてである。研究内容は①犯罪被害を含む暴力的死別遺族のPTSDやうつ病、複雑性悲嘆などの精神疾患の有病率に関する研究、②精神健康を悪化させるリスクファクターを同定する研究、③悲嘆の長期慢性化を呈した遺族に対する治療法の開発の研究、などである。被害者遺族の精神疾患については、いくつかの米国での疫学研究において、PTSD生涯有病率が14-23%と報告されている^{6 7 8}。また、暴力的死別遺族のみを対象とした研究ではPTSDの調査時点有病率は、2ヶ月時点で36%⁹、14ヶ月時では40%¹⁰であり、5年を経過した時点では母親28%、父親13%¹¹がPTSD診断を満たしていると報告されている。国内では、死別後約5年以内の被害者遺族の生涯PTSD有病率は40~60%を示しており、海外の研究よりも高い割合を示していた^{12 13}。また、罪種別では殺人遺族では、PTSDの調査時点有病率が、事故や自殺遺族の2倍であった¹⁴。

うつ病に関しては、死別から平均10年を経過した遺族（外来受診者）の50%が大うつ病であ

り、物質依存15%、双極性障害11%、強迫性障害20%と報告されている¹⁵。病死よりも交通事故死の方がより重篤な抑うつと自責感を生む^{16, 17}ことが報告されており、国内の被害者遺族を構造化面接によって評価した報告では大うつ病の有病率は22%と一般人口に比べ高い割合を示した¹²。

また、複雑性悲嘆（悲嘆反応の長期化・慢性化）については、犯罪被害者遺族における有病率は7~40%程度であり、病死遺族とあまり差はなかった^{18 19 20 21 22 15, 23}。国内の報告でも、死別から5年以内の被害者遺族の場合で32~43%であり海外の結果と同様であった¹²、犯罪被害者遺族においては、これらの精神疾患が単独ではなく、合併するケースが多い。例えば911テロ被害者遺族を対象とした調査では、全体の62%が大うつ病やPTSD、複雑性悲嘆などの1つ以上の合併を示しており、特に複雑性悲嘆の該当者の32%は大うつ病、PTSDの診断にも該当していた²⁴。

他にも大規模テロ被害者遺族における物質依存の問題が多いこと²⁵が指摘されており、犯罪被害による死別遺族はさまざまな精神健康上の問題を抱えていると言える。

われわれが平成18年度に行った犯罪被害者を対象とした調査でも、遺族の41.5%が気分障害、不安障害のリスクを有しており、特定の当事者団体に所属している遺族という限定ではあるが、一般住民に比べ高い有病率を示していた²⁶。

これらの精神疾患の有病率の高さがどのような要因に起因するかについての研究も多くなされている。たとえば、被害者を対象とした調査では、被害直後の心理的反応の強さ²⁷や二次被害（事件後の周囲からの心ない対応など）のあること²⁸がPTSD等のリスクファクターであるとされている。

被害者遺族では大きくは以下の3分野の要因が報告されている。①被害内容の要因：事件そのものの危険さや事件時の衝撃が強いこと：²⁹、

同居していた子どもの死¹⁷、②遺族自身の特性：過去に外傷体験があること³⁰、母親であること^{11, 14, 17}、死別したものと愛着が強いこと³¹、治療を求めていること^{32, 33} ③事件後の生活の困難さに関わる要因：二次被害や報道被害があること^{34, 35, 36}、司法制度への不満³⁷、社会的孤立があること³⁸、QOLの低さ³⁹。一方、被害後の精神的苦痛や精神症状を緩和する要因としてはソーシャルサポートがあること^{40, 41}が報告されている。

しかし、従来の研究では、対象者が交通事故遺族に限られていたり、被害者と遺族の関係が親子に限定されているなど、特定の遺族の研究が多かった。また、精神疾患の有病率についても評価方法によりかなり違いが見られる可能性がある³⁶。例えば、遺族の PTSD については、自記式だけでは故人の思い出に対する苦痛な想起などが PTSD の再体験症状にだぶってしまい、正確に評価することが困難であり、このような症状の重複に配慮した構造化面接を行うことが必要であると思われる。また、日本でもいくつかの遺族の調査はあるが、自記式質問紙のみの施行であったり、PTSD 以外は評価されていないなど、遺族の複雑な精神状態を配慮したものは少ない^{42, 43, 13}。唯一、中井ら¹²が構造化面接を用いて疾患の評価を行っているが、これはサンプルが 14 人と少なすぎ、医療機関の受診者であるため、有病率が極めて高く、一般の被害者遺族を反映してはいない。

また、精神疾患に関連する要因についても、司法制度、二次被害、支援の程度等、被害後の出来事を細かく評価した研究はない。しかし、これらの要因の影響が被害者への支援や介入を考える上で重要である。

われわれが昨年度行った研究では、被害から約 8 年たった被害者遺族において気分障害、不安障害のリスクがある割合が高く、司法制度や主観的二次被害などが影響を与えていることが示唆された。また、このようなハイリスク群でも精神科医療機関を受診していないものが多い

ことも明らかにされた²⁶。

また、従来の研究では、遺族の身体的影響を生体のストレス反応系（視床下部—脳下垂体—副腎皮質系）の最終放出ホルモンであるコルチゾール値により評価し、遺族が高いコルチゾール値を示すことが報告されてきた⁴⁴。しかし、最近の PTSD 研究では、ある一時点のコルチゾール値ではなく、コルチゾール分泌の概日リズムにより評価し、そのリズムの平坦化が PTSD を特徴づける生理的症状として取り上げられるようになってきた⁴⁵。さらに、従来の遺族研究では、比較的被害後短期間でのコルチゾール値評価が多く、長期的影響に関しては明らかにされていない。そこで、本研究では犯罪被害者遺族の身体的影響を、従来の研究で対象者とされていた遺族よりも被害後の経過年数が長い対象者において身体的影響を検討することを目的とした。

被害者遺族の支援を行う上では、どのような精神疾患が多く、また、何がこれらの症状を持続させ、あるいは悪化させているかの要因を探ることが重要であろう。このためには、被害後からの縦断研究が不可欠である。しかし、被害によって衝撃を受けている遺族から直後に同意を得ることや、特定の地域である一定のサンプル数を得ることはかなり難しい。したがって、横断調査ではあるが、面接によって過去の状態を聞き取ることで回復過程について推測することが可能になるであろう。

このようなことを踏まえて、今回、面接による被害者遺族の調査を実施した。この調査の目的は以下である。

- ① 犯罪被害者遺族の精神健康の回復の状況を、PTSD 等の生涯診断と現在診断を調べることで推測する。
- ② 調査時点で精神疾患を有する群と有さない群を比較することで、犯罪被害者遺族の精神健康に影響を与えている要因を明らかにする。
- ③ 唾液中コルチゾールを測定することで、遺族のストレスの身体的影響を明らかにする。

- ④ 被害者遺族の医療機関の受療状況を把握し、また受療を困難にする要因を明らかにする。
- ⑤ 被害者遺族に二次被害を与えない調査方法を探るため、調査の影響について調査後および6ヶ月後に評価を行う。

B 研究方法

1. 対象

犯罪被害者当事者団体及び自助グループに所属している犯罪被害者遺族を対象とした。リクルートは昨年度研究のアンケートを依頼した当事者団体のほか、より広い対象者を得るために、都市部および地方の4つの遺族の自助グループに協力を依頼し、そこに所属する会員と家族に調査を依頼した。

適格基準としては、①対人暴力及び、交通関係業過等業過およびその他の業過等の犯罪による死亡の遺族であること、②被害者本人から見て2親等以内であること、③死別から1年以上経過していること、④日本語を母国語とすること、⑤18歳以上でインフォームド・コンセントが得られるもの、とした。除外基準としては、①直接の犯罪被害によらない死別の遺族（被害を苦にした自殺など）および犯罪として成立していない事案（民事あるいは刑事裁判において加害者の存在が明らかになっていない事案）の遺族であること、②調査の遂行が困難な身体疾患、精神疾患を有すること、③文書の理解が困難なもの、また調査に必要なコミュニケーション能力を欠いていること、とした。

なお、唾液中コルチゾールの採取に対しては、コルチゾール値への影響の大きい要因①現在の副腎皮質系疾患、甲状腺疾患、自己免疫疾患、現在症状を有するアレルギー性疾患の存在、②妊娠、③現在のステロイド系の薬の服用、塗布、④抗精神病薬の服用、⑤昼夜逆転などの生活リズムの障害を除外基準とした。

2007年6月～2007年10月にかけて5つの被害者当事者団体に依頼し、会員（330人）およびその家族に調査面接の依頼書を送付した。会

員1名につき、3通調査説明の希望書を郵送したので、配布数は990通であった。調査希望返信があったものは87人であった。配布数に対する回収率は8.8%であったが、そのうち会員からの返信は69人であり会員の回収率は20.9%であった。調査希望者のうち調査対象となったものは74人であった。調査除外となった13人の理由の内訳は以下であった：被害者本人（2人）、死因が犯罪被害でない（1人）、健康不良（5人）、調査拒否（2人）、日程調整不能のため辞退（2人）、連絡不能（1人）。本報告書ではこのうち面接調査を施行できた73名を対象として分析を行った。

また、唾液中コルチゾール調査については、上記対象者のうち、除外基準や仕事の都合等で実施できなかった29名を除いた44名が対象となった。

2. 調査方法

本調査の対象者は、犯罪により家族を失うという非常に深刻な体験をした方達であることを踏まえて、調査の実施手順や対応の仕方、個人情報管理等を十分検討し、二次被害を与えないよう細心の注意を払った。調査票の内容や、面接時の対応等について、2007年3月から4月にかけて当事者団体の遺族および、被害者支援団体の職員数名に依頼し、予備調査を施行した。その結果を踏まえて、調査票の内容、面接の仕方についてのマニュアルを作成した。

当事者団体および自助グループに協力を依頼し、会員とその家族に対して、調査依頼書、説明書、および調査説明のための連絡票を送付した。これらの書類は家族に渡してもらうために1会員あたり3部同封した。調査説明のための連絡票を返信してくれた遺族に対し、あらためて調査説明書を送付し、更に電話で説明書に基づいて調査説明を行ったうえで、口頭で調査同意を得た。また、面接調査の実施前に、文書に基づいて調査説明を行い、あらためて文書同意を得た上で、面接調査を実施した。

面接調査対象者には調査1週間前に自記式の

調査票を郵送し、当日面接時に回収した。また、調査終了後約1週間後に電話にて、調査後の精神的不調などがどうかについてフォローを行った。

調査は、犯罪被害者や遺族の治療・相談経験を有する臨床心理士および、精神科医師が2名で行った。調査者に対しては、事前に調査マニュアルを配布し、研修会を行った。M. I. N. I. は事前に研修を行った主調査者2名のみが施行し、CAPSは、CAPSの実施についての研修経験および臨床での実施経験のある調査者のみが行った。スコアリングが不明確な部分については同席した調査者2名が検討して、一致をみたスコアをつけた。

調査場所は対象者の希望に従い、対象者宅、近隣の会議場、大学の心理臨床センターなどで行った。対象者には当事者団体の希望もあり、謝金を支払わず、交通費等実費のみを支払った。

3. 調査尺度

自記式質問票では以下の尺度を用いた。

- ①BDI-II (Beck Depression Inventory) : BDI-IIは Beck によって開発された抑うつ重症度を評価する21項目の自記式質問票である。日本語版は小嶋らによって作成され、信頼性、妥当性が検証されている⁴⁶。
- ②KAST (久里浜式アルコール症スクリーニングテスト) : KASTは、アルコール依存症のスクリーニングに広く用いられており、信頼性、妥当性について検証されている。14項目の合計得点が、2点以上を重篤問題飲酒群、2~0点を問題飲酒群、0~ -5点を問題飲酒予備群、-5点以下を正常飲酒群と分類しており、2点以上はアルコール依存症の可能性が高いとされている。
- ③SF-36 : SF-36は、8つの下位尺度から構成された身体・精神健康を評価する尺度である⁴⁷。日本版の信頼性、妥当性は古川らによって検証されている⁴⁸。
- ④CD-RISC (Connor-Davidson Resilience Scale) : CD-RISCはDavidsonらが開発したレジリエンス特性を評価する25項目、5件法から成る自記式尺度である⁴⁹。日本語版は、中島らによって作成されている。レジリエンスとは深刻な危険性を伴う状況(例えば外傷的体験)であっても適応的な機能を維持しようとする個人の心理的弾力性と定義され、合計得点が高いことで、PTSDの発症を抑制すると考えられている。
- ⑤LOC (Locus of Control) : LOCは、Rotter⁵⁰が自分の行動とその結果に付随する強化(原因)が随伴しているかどうか、またその強化を統制できるかどうかという信念を評価するために開発した尺度である。本調査では、鎌原ら⁵¹がRotterの尺度をもとに開発したものをを用いた。この尺度は、18項目で4件法により構成されており、合計得点が高いほど「内的統制 (Internal Control) : 自分の行動と強化が随伴しており、自分の能力等によって強化をコントロールできるという信念」が強いことを示している。この得点が高い場合、目標に向かって積極的に働きかける行動方略をとることが多い。
- ⑥K10 : Kesslerらが開発した精神疾患(抑うつ性障害および不安障害)のスクリーニングのための尺度である。10項目で、症状の出現頻度を1~5段階で評価する。日本語版の信頼性、妥当性は検証されており、精神疾患のスクリーニングとしては25点以上が推奨されている。
- ⑦IES-R (impact of event scale-revised) : IES-Rは、Weissらによって開発された自記式のPTSD症状評価尺度である。DSM-IVに従って22項目の症状尺度で構成されており、各症状の出現頻度を0~4点で評価し、合計点によって重症度をみる。日本語版は飛鳥井らによって標準化されており、PTSDのスクリーニングとして使用する場合25点以上を推奨している。

- ⑧ JPTCI (Posttraumatic Cognitive Inventory)
: JPTCI は、Foa ら⁵²により作成された外傷的出来事に対する認知についての評価尺度である PTCI の日本語版である。原版同様に 36 項目からなる自己記入式質問票であり、「自己に対する否定的な認知」、「自己非難」、「世界への否定的な認知」の 3 つのサブカテゴリーで評価され、日本語版の信頼性・妥当性も確立されている⁵³。
- ⑨ SSQ (Social Support Questionnaire) short version : SSQ は、Sarason ら⁵⁴によって作成され、支援してくれる人数とその満足度によってソーシャルサポートの程度を評価するものである。日本語版の信頼性・妥当性も確立されている。Full scale は 27 項目存在するが、今回は 6 項目の short version を使用した⁵⁵。
- ⑩ 支援有用感尺度 : 犯罪被害者に特有の支援(法廷への付き添いなど)を評価するための尺度で、独自に作成した。16 種類の支援内容をあげ、これらについて主観的な有用感を「ほとんど役にたたなかった」から「非常に役にたった」まで 5 件法で評価したものである。得点が高いほど多様な支援を受け、かつそれに対する満足度が高いことを示している。
- ⑪ 二次被害苦痛度尺度 : 二次被害については、犯罪被害後の体験として、さまざまな専門職(警察・検察・弁護士(自らおよび加害者側)・医療従事者、民間被害者支援団体、自助グループ参加者)や報道関係者、加害者関係者、親戚、家族あるいは近隣の住民、友人、親戚など 16 種類の関係者から傷つけられる体験があった場合の苦痛の程度について「全く苦痛でなかった」から「とても苦痛だった」の 5 件法で評価した。この評価は被害者遺族の主観的な傷つきの程度であるため、主観的二次被害強度尺度として 16 項目の苦痛を合計した結果を使用した。
- ⑫ 被害後の対処行動 : 被害後の対処行動につい

ては、既存の尺度がなかったため、被害者遺族に多く見られる対処行動として大和田の先行研究³⁶を元に著者らが作成した。家族や信頼できる他者との会話や仕事など社会生活への没頭、故人を弔う活動や供養などの具体的行動のほか、死を受け入れることや新たな信念を持つことなど心理的な態度について 22 項目を選び、これらの行動を「全く行なわなかった」「あまり行なわなかった」「やや行なった」「多く行なった」の 4 件法で尋ねた。

面接調査

基礎調査票 : 年齢・性別等の心理社会的な人口統計学的背景、被害概要(事件の状況、急性期の反応、加害者との関係等)、刑事司法および民事裁判の影響(公判期間、意見陳述、証人出廷、事情聴取、公判結果への満足度、謝罪、補償など)、被害後の生活の変化、精神健康・身体健康の現況、医療機関の受療の状況、精神疾患・身体疾患の既往、再被害の状況等(時期、内容)。

M. I. N. I. (Mini International Neuropsychiatric Interview) は、DSM-IV と ICD-10 の主要な第 I 軸精神疾患を診断するための簡易構造化面接法である⁵⁶。M. I. N. I. の妥当性と信頼性は Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID) と Composite International Diagnostic Interview (CIDI) を比較することによりなされており、高い妥当性と信頼性を有し、SCID や CIDI より短時間で施行可能である。日本語版の信頼性・妥当性も確立されている⁵⁷。今回は大うつ病(現在および過去)と自殺行動の評価を用いた。なお、大うつ病過去については、原法では、現在のエピソードを満たす場合のみ評価しているが、今回は現在診断を満たさない場合でも、過去に症状を満たす時期があったかを確認して過去の診断を行なった。自殺行動についても同様に今までにそのような行動を行なったかについて尋ねた。また、うつ病については、DSM-IV-TR の研究用

診断基準に従ってうつ病の評価も行なった。

CAPS (Clinician-Administered PTSD Scale) :、米国の National Center for PTSD の研究グループによって 1990 年に開発された PTSD の構造化診断面接法である⁵⁸。CAPS は、PTSD17 症状項目のそれぞれについて調査者が構造化された面接の中で質問し、頻度と強度の両方を一定のアンカーポイントにそって評価するものである。日本語版の信頼性と妥当性は実証されている⁵⁹。今回は頻度 1 点以上、強度 2 点以上の場合に症状があると評価した。また、Breslau ら⁶⁰の先行研究から完全に診断基準に一致している (full PTSD) 場合だけでなく、サブカテゴリーの B、C、D 症状を 1 つ以上満たしている場合 (partial PTSD、以下部分 PTSD) においてもこれらの診断を満たさない対象者より、生活機能への影響や強い苦痛がみられるとされていることから、B、C、D の各サブカテゴリー症状が 1 つ以上存在し、合計点が 20 点以上の場合を部分 PTSD と診断した。

複雑性悲嘆：複雑性悲嘆については、Prigerson らの提唱する外傷性悲嘆 (Traumatic Grief) の 2001 年での診断基準に基づいて、中井ら¹²が作成した構造化面接を使用した。

つらさと支障の寒暖計 (Distress and Impact Thermometer) : 全体的な精神的苦痛と生活機能への影響を見るため「つらさの支障の寒暖計」を用いた。これはがん患者のうつ病と適応障害をスクリーニングするために作成された指標であり、精神的苦痛と生活機能への影響を寒暖計の絵に示した 0-10 の尺度で評価するものである。スクリーニング尺度としての信頼性、妥当性は検証されている⁶¹。適応障害あるいはうつ病と精神医学的診断のつかない症例の区分にはつらさ点数 4 点以上かつ支障の点数 3 点以上のカットオフ値が推奨されている。

唾液中コルチゾール：ストレスの生理学的評価として、唾液中コルチゾールを 4 回 (8:00、11:00、15:00、20:00)、2 日間連続測定し、日内変動を調べた。唾液採取には salivette

(SARSTEDT 社製) を使用した。被験者には、容器内の脱脂綿を口の中に入れて唾液を採取してもらった (約 2ml)。採取を正確に行うため、採取マニュアルを提示するとともに、実際に採取方法についてデモンストレーションを行った。正確な時間に採取を行うため、採取時間の数分前に調査担当者が電話をかけて、忘れずに採取してもらうようにした。採取した容器は、郵送で返送してもらったが、夏季は変質予防のため、クール便を利用した。届けられた唾液は容器ごと、精神保健研究所内のマイナス 80 度の冷凍庫にて一度保存し、全検体がそろったところで、トリア大学心理生物学科に委託して濃度を測定した。測定には時間分解蛍光法を用いた。

4. 分析方法

各項目についての記述的統計分析のほか、full PTSD、部分 PTSD の現在、生涯診断、大うつ病、小うつ病の現在、生涯診断、複雑性悲嘆について対象者における割合を評価した。唾液中コルチゾールでは精神症状の関連を見るため、BDI 得点、IES-R 得点、K10 得点のそれぞれ得点に従って対象者を 2 群 (BDI : 20 点未満軽症群、20 点以上重症群、IES-R : 25 点未満低群、25 点以上高群、K10 : 25 点未満低群、25 点以上高群) に分け、コルチゾール分泌変化の群差を検討するため、2 要因の繰り返しのある分散分析を行った。調査分析には SPSS14.0J を用い、全ての分析は両側検定、有意水準を $p=0.05$ とした。

5. 倫理的配慮

調査の同意にあたっては、調査概要を電話で説明した際に口頭で得た上に、調査時にあらためて説明文書を用いて説明し、文章同意を得た。対象者の個人情報はすべて原本のみに記載し、原本は鍵のかかるキャビネットに保存した。データの入力にあたっては個人情報を除いた情報を用いインターネットに接続していないパーソナルコンピューターを用いて外部メモリーに保存するなど個人情報の管理には細心の注意を払

った。また、対象者への心理的影響を考慮し、調査担当者を被害者の診療・相談経験のある精神科医、臨床心理士に限り、かつ2名で行なうようにした。また、事務局の専用電話を用意するとともに、調査後約1週間の時点で調査の影響を確認するためのフォローの電話を行なった。調査の結果、精神疾患が疑われる対象者や自ら希望する対象者には文書および口答にて状態を説明し、医療機関の受診をすすめた。医療機関の受診にあたっては、医療機関の紹介等を希望に応じて行った。なお本調査は、記録の管理および調査事務局を武蔵野大学においたため、武蔵野大学の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

C 結果

1. 対象者の属性 (表1)

対象者の性別は、女性が48人(65.8%)とや女性の割合が多かった。平均年齢は50.7歳(±14.0)であった。既婚者が79.5%であり、平均の同居家族数は3.3人であった。教育歴は、平均教育年数が13.5年であり、高校卒業以上が87.7%であった。就労状況は、有職者が64.4%であった。また、なんらかの被害者団体に所属している人が66人(90.4%)であり、今回の調査は、当事者団体に所属している人の状態がよく反映されたものとなっている。

死別からの経過年数は最短が19ヶ月、最長が514ヶ月であった。5年以上10年未満の群が32(43.8%)と最も多く、15年以上の人11.0%おり、本調査の対象者は、悲嘆から長期経過した人が多いと言える。

被害別では、殺人や傷害致死や強盗致死など故意の暴力犯罪による死亡が65.8%と多く、従来の研究に比べ交通犯罪(交通業過・危険運転)による死亡は30.1%と少なかった。故人との関係では、子どもを喪失している遺族が61.0%と最も多かった。被害者(故人)の性別は男性が68.8%、平均年齢は27.5歳(2歳~71歳)であった。

2. 被害内容 (表2)

事件の際現場にいたり、自身も負傷するなど遺族自身が生命の危機にさらされた遺族は4人(5.5%)であった。また、傷ついた現場の目撃や損傷のひどい遺体の目撃、検死等悲惨な光景を目撃したものは、34人であった。被害者が即死あるいは、遺族が間に合わないなどの理由で看取りの時間のなかった遺族が63.0%と多く、見取りがあったものでも、12人(44.4%)が24時間以内であり、突然の出来事で十分な見取りがなく死別にいたっていることがわかる。

被害から1週間くらいの時期の遺族の状態、気持ちを尋ねたところ、多かったのが、「現実のような気がしなかった」、「感情が麻痺したようだった」、「そのときの記憶がない」であり、強い衝撃により感情の麻痺などの解離状態を呈していた可能性があった。

3. 司法との関係 (表3)

今回の対象者では94.5%が加害者を特定できていた。加害者数は1名が71.2%であったが、複数存在する遺族も23.3%であり、最も加害者が多い場合は10人であった。被害者と主犯に相当する加害者との関係では、56.2%が見知らぬ人であり、家族・親族が2.7%、知人が32.9%であった。

90.4%の対象者では、加害者が逮捕されており、うち95.5%は起訴されていたが4.5%は不起訴であった。不起訴の理由としては被疑者死亡、少年、精神障害者などであった。起訴された66名のうち、公判が開かれた遺族は63人であり、現在まで公判が終了しているものが58人であった。5人は控訴などのため調査時点でも刑事裁判が継続していた。刑事裁判の期間(裁判が終了したもののみ)は、平均で12.7ヶ月と約1年であったが、長い人では6年以上であった。

また公判にいたった遺族で、証人の経験は15人(23.8%)と少なかったが、意見陳述は34人(54.0%)と多く、調査対象者が行わない場

合でもほとんどの場合、他の家族が行っていた。公判の傍聴は50人(79.4%)の遺族が行っており、このうち多くの遺族はほとんどすべての公判を傍聴するようにしていた。

加害者のうち死刑を求刑されたのは、5人であったが、公判が実施された遺族の81.0%は公判の結果に満足していなかった。この不満足は量刑の重さだけでなく、公判で事実など遺族の知りたいことが明らかにならなかったことや、加害者が反省を示さなかったことなども理由として述べられた。また、これらの気持ちが、民事裁判を起こす動機にもつながっている場合もあった。

民事裁判を行った遺族(継続中含む)は37人(50.6%)であった。民事裁判の被告人は、加害者だけでなく、加害者の家族や所属機関である場合もあった。民事裁判を起こす理由としては、金銭的な保証だけではなく、事件を至らしめたものへの責任の追及や故人の名誉の回復(故人の過失でなかったことを明らかにしたい)、事件の詳細をもっと知りたいなど様々な理由があった。しかし、半数は民事でも気持ちを納得させることはできていなかった。調査時点では、加害者の34.3%は服役中(少年院教育含む)であったが、42.5%はすでに刑期が終了し、社会にもどっていた。

4. 加害者等の謝罪、損害賠償、補償(表4)

加害者本人からなんらかの謝罪があったのは、40人(58.0%:加害者が判明している対象者における割合)であったが、今回の調査は被害者死亡にいたるきわめて重篤なものであるにもかかわらず、37.7%は加害者や加害者の家族から全く謝罪を受けていなかった。

なんらかの損害賠償が支払われたものは、68.1%であったが、全額の支払いがあったもののほとんどは交通業過などで保険会社からであった。現在の加害者への気持ちを自由記述できいたところ、憎しみや怒りもあるが、むしろ「これ以上かかわっても加害者は反省しない」など

「あきらめ」、「考えたくない」、「かかわりたくない」という気持ちを示した加害者も多かった。

なんらかの経済的補償があったものは、58人(79.5%)であったが、半数近く(46.6%)は不足を感じていた。補償の内容は、犯罪被害者等給付金や故人の生命保険、学童・学生の被害者では学校の障害保険などがあった。また故人に配偶者がいる場合の親や、きょうだいなど故人との関係によっては、補償を受けられない場合もあった。

5. 二次被害の対象者とその苦痛(図1、2)

今回の調査ではどのような人から二次被害を受け、どの程度苦痛だったかを尺度化した。また、聞き取りの中で特に苦痛だった二次被害の内容について聞いた。

二次被害を受けたと感じたことが多かったのは、「加害者」、「加害者家族」、「加害者側の弁護士」などの加害者関係者のほか、「警察」「裁判官」などの司法関係の専門家であり、刑事司法の手続きの中で二次被害を感じる人が多いことがわかった。身近な人では、親戚や近所の人から苦痛な言動を受けたと回答する割合が高かった。また、苦痛の程度が大きかったのは、「加害者」、「加害者家族」、「加害者側弁護士」など加害者関係者であった。「医療関係者」は、二次被害を受けたとした割合は低かったが、苦痛は高く、被害者に対する配慮を求められる医療関係者の場合は苦痛が大きかったのではないかと考えられる。二次被害の具体的内容としては、加害者関係者では、法廷の場で反省のないことや、故人をおとしめるような発言をするなど直接的に被害者や遺族を侵害するような行為があげられていた。また、近所の人や、知人、親戚などでは、「早く忘れるように言われる」、「保険金等が入ったことを言われる」、「いつまでも泣いてはいけないと言われる」など被害者の気持ちに無理解な言動が多くあげられた。特に理解してほしいと思っている家族などからでは、たった一言でも、許せないと感じてその後関係

をとらなくなってしまうような場合もあった。また加害者が同一地域にいたり、権力があったり、知人や交友が多いなどの場合には、遺族に対する直接的な中傷が行われ、遺族が引越さざるを得ないようなこともあった。警察や検察などの司法関係者によるものでは、遺族の話をきちんと聴いてもらえない、尊大な態度、故人の尊厳に乏しい、捜査等をきちんとしてもらえないなど司法手続きの中で受けるものが多かった。

医療関係者や支援者団体のスタッフでは、直接的に傷つけるよりは被害者の気持ちを理解できていなかったり、期待を裏切られるということも多かった。しかし、救急医療の現場においては「遺族のいる隣で笑い声や大きな声で話す」、「死に直面しているのに歯ブラシ等身の回りのものを持ってくるように言われた」など配慮にかけた言動があげられており、医療関係者の配慮が求められる。

6. 被害後の支援とソーシャルサポート (図3、4)

支援を受けた内容で多かったのは、「お通夜や葬式の準備、当日の手伝い、後片付け」「自分の話を聞いてくれたり、気持ちを受け止めてくれた」などであった。一方「経済的援助」、「家族の世話」、「プライバシーを守ること」などの支援は受けている人が少なかった。

有用だと回答した割合が多かった支援は、「そばにいてくれた」、「相談相手になってくれた」、「お通夜や葬式の準備、当日の手伝い、後片付けなどの手伝い」、「警察や病院、裁判所、役所などに付き添ってくれた」、「被害直後の手伝い」「プライバシーを守ることが手伝わってくれた」であった。遺族の状況や心情に理解のある言動や、特に他の家族のケアや司法的な問題の対処など、その遺族にとって困難な問題を積極的に助けてくれるというものが有用であった。

カウンセリング等精神的な支援を受けていた人は39.4%であり、受けた人では、有用だとす

る割合が低かった。

SSQ (Social Support Questionnaire) で、現在のソーシャルサポートの状態を調べたところ、現在の支援者の数の平均 (SSQN) は3.4人 (SD±3.3)、満足度 (SSQS) は4.6点 (SD±1.0) であり、比較的ソーシャルサポートに対する満足度は高かった。

7. 事件後の生活の変化 (表5)

事件後の生活は多くの面で見られた。変化があったと回答した割合が高かったのは、「家族の関係の変化」、「楽しみごとの変化」、「周囲との人間関係の変化」であった。就労の変化では、休職や休学など一時的に中断した人が31.0%であり、退職や退学した人も40.5%であった。ただ、退職は定年によるものなどもあり、必ずしもすべて被害によるものではなかった。家族との関係の変化では、親密になったという人が24.1%であり、逆に疎遠になったという人も27.6%と同じくらいであった。知人や近所の人などの周囲の人間関係では84.8%が疎遠になったと回答していた。ただ、自由回答の中で、周囲からというより、自分から遠ざかったと回答した人も多かった。経済面の変化があった人は42.5%であった。配偶者の喪失や自分自身が主たる収入者であるにもかかわらず仕事ができない状態にあるような場合では生活の困難が生じており、変化があったと回答した人の中で約半数が生活が苦しくなったと回答していた。

事件前に行なっていた楽しみごとの変化があった人が74.0%と多く、特に家族でしていた行事や旅行など故人の不在を感じさせるような出来事をしなくなったという回答が多かった。

嗜好品の変化では、事件後飲酒量が変化した人は、34.2%であり、そのうち増加した人は48.0%であった。飲酒はもともと飲む習慣のある人で増える傾向があった。喫煙量の変化あった人は、17.8%と飲酒よりは変化が少なかったものの、変化があった人のほとんどが増加していた。

8. 身体健康状態 (表6)

事件以降なんらかの身体的不調を経験した人は59人(80.8%)と多くの遺族にみられた。しかし、不調を経験した遺族で、治療に行かなかった遺族が27.1%いた。通院しなかった理由としては、「通院するほどではないと思った」、「病気とは思わなかった」など通院するような病気ではないという認識に基づく回答が多かった。また、現在も身体的不調を抱えていた人は74.0%であったが、実際に通院していた人はそのうちの70.4%であった。一方事件以前からの身体疾患があった人では、事件後悪化した人も10人(35.7%)いた。

9. 精神健康状態 (表7、表8)

事件から、現在までの間になんらかの精神的不調を経験した人は67人(91.8%)とほとんどの人が経験していた。症状としては、「不眠」、「感情不安定」、「気力のなさ」などが多くあげられた。また、事件後に精神科やあるいはなんらかの相談機関に通院・入院・相談した人は45人(67.2%)であった。通院・入院・相談先で最も多かったのは、精神科25人(55.6%)であり、ついで心療内科11人(24.4%)であった。また、内科への通院も7人(15.6%)あり、その他の機関は被害者支援センターや当事者団体などであった。医療機関等へ相談にいくきっかけは「症状の苦しさ」が33.3%と多く、ついで「友人や家族のすすめ」(17.8%)であった。また、実際受診した場合には改善が見られた人が25人(55.6%)であった。症状があるにもかかわらず医療機関等へ通院・入院・相談しなかった人は22人(32.8%)であった。このように相談しなかった理由では、「相談するほどではないと思った」、「自分で何とかできると思った」が多かった。また、既往歴(事件以前に精神的問題での通院や入院の経験のある人)は8人(11.0%)のみであり、事件によって精神健康を障害した人がほとんどであった。

調査時点でも、精神的不調が存在すると回答した人は47人(64.4%)であり、そのうち医療機関等へ通院・入院・相談している人は19人(40.4%)であった。

10. PTSD、うつ病、複雑性悲嘆

調査時点でPTSDの診断(CAPSによる、CAPSが施行できなかった3名はM.I.N.Iで診断)に該当した人は、13人(17.8%)であり、部分PTSDの診断に該当した人は、10人(13.7%)であった。事件から今までの間にPTSDに該当した人(M.I.N.Iによる診断2名、通院精神科医による診断1人含む)は37人(50.7%)、部分PTSDに該当した人が16人(21.9%)であった。CAPS得点は、調査時点の平均得点が30.5点(±20.8)、生涯(事件から今まで)が50.5点(±28.8)であった。したがって事件後半数以上の人がPTSDに該当する状態であったが、治療あるいは自然回復によってその約3分の2が回復したことになる。

調査時点で、大うつ病の診断基準を満たしたのは9人(12.3%)、小うつ病の診断基準に該当したのは8人(11.0%)あった。生涯診断では、過去に大うつ病の時期があったものは47人(64.4%)、小うつ病4人(5.5%)であった。なお、DSM-IV-Rでは、大うつ病および小うつ病の診断にあたって死別反応によると考えられるものは診断しないとされているが、本調査ではうつ症状の存在を評価するために、死別反応との区別は行なわなかった。抑うつ症状の重症度を示すBDI-IIの平均得点は20.8点(±12.2)であり、中等度以上(20-28点)が18人(25.7%)、重症(29-63点)が18人(25.7%)であった。大うつ病の診断基準を満たした人でのBDI得点の平均点は30.5点(±10.5)であった。

調査時点で複雑性悲嘆に該当した人は、16人(21.9%)であった。

調査時点で、なんらかの精神疾患(部分PTSD、小うつ病含む)に該当していた人は32人(43.8%)であった。PTSD、うつ病、複雑性悲

嘆の3疾患の合併は5人(6.8%)、2疾患の合併は14人(19.2%)であり、26.0%は複数の疾患を抱えていた。

BDI と CAPS 得点には、有意な正の相関 ($r=.51, p<.001$) がみられ、抑うつ症状と PTSD 症状の重症さに関連があった。

11. アルコール依存症

KAST (久里浜式アルコール症スクリーニングテスト) で、アルコール依存症の疑いが高い群 (6点以上) は4人(6.1%)、重篤問題飲酒群 (2点~5.9点) が4人(6.1%)、問題飲酒群 (0~1.9点) は3人(4.5%)であった。多く(83.3%)の遺族では、正常あるいは正常範囲の飲酒行動であったが、16.7%は飲酒問題を抱えていた。

12. 外傷的出来事による認知の変化

PTCI 全得点の平均は、3.8点 (± 1.1)、自己に対する否定的認知 (PTCI-I) の平均得点 (カテゴリーの合計を項目数で除したもの) は、3.8点 (± 1.2)、トラウマに対する自責の念 (PTCI-II) の平均得点は、13.1点 (± 7.8)、世界に対する否定的認知 (PTCI-III) の平均得点は、4.6点 (± 1.3) であった。

13. 精神的苦痛と QOL

SF-36 のサブカテゴリーの平均は、「身体的機能」が 47.4 点 (± 11.8)、「日常役割機能 (身体)」が 40.3 点 (± 14.5)、「体の痛み」が 46.9 点 (± 12.1)、「全体的健康感」が 43.0 点 (± 11.3)、「活力」が 41.2 点 (± 12.2)、「社会生活機能」が 40.7 点 (± 14.6)、「日常役割機能 (精神)」は 39.5 点 (± 14.2)、「心の健康」が 40.5 点 (± 11.6) であった。また、精神的 QOL の平均は 43.7 点 (± 13.2)、身体的 QOL の平均は 41.6 点 (± 10.9) であった。いずれも日本人の標準よりやや低く、特に「日常役割機能」(身体及び精神)、社会生活機能が低くなっていた。

「つらさと寒暖計」で総合的な精神的苦痛と

生活機能を評価した。精神的苦痛の平均は 4.2 点 (± 2.8) であり、生活の支障の平均は 2.4 点 (± 2.6) であった。生活の障害に比べ、精神的苦痛の程度が高かった。精神的苦痛の平均値はカットオフの基準を上回っており、うつ病や PTSD などの臨床的症状による影響が示唆された。

14. 対処行動、回復力と内的統制力

22 項目の対処行動で、回答者の 60%以上が、「よく行った」「ややよく行った」と回答した項目は、「新しい観念や信念、目標を持つようにした」、「つらさをお酒やタバコでまぎらわそうとした」、「社会貢献の活動やボランティア活動を行った」、「亡くなった家族の分まで生きようとした」、「人生における試練だと思ふようにした」、「仕事や学業に没頭した」「余暇や自分が楽しんだり、リラックスできる活動をした」であった。

また、CD-RISC (回復力) の平均得点は 44.7 点 (± 7.9) であった。LOC の合計得点は 48.4 点 (± 16.6) であった。CD-RISC と LOC の間には有意な正の相関 ($r=.48, p<.001$) があり、回復力と内的統制力の間には関連性があることが示された。

15. 唾液中コルチゾール

44 名の対象者のうち、1 名のデータは、外れ値 (高濃度) を示したため解析から除外した。その結果、解析対象者は男性 16 名、女性 27 名となった。また、1~2 回分のサンプルにおいて十分な唾液量が得られなかった対象者は 4 名いたが、それらの欠損値は、2 日間連続採取したデータを用いて補完した。

まず、唾液中コルチゾールの日内変動パターンを調べた。正常の変動パターン (8時から11時にかけて減少) は 39 人(90.7%)であった。また、8時から11時への減少を示さなかったものは 9.3%であり、男女ではそれぞれ 2 名ずつ (男性 13%、女性 7%) であった。

コルチゾール値の生データを用いて、2 要因の繰り返しのある分散分析 (時間×性別) を行

った結果、有意な時間の主効果のみ示された ($F[3, 123]=56.2, p<.001$)。下位検定の結果、コルチゾール値は8時から11、15、20時にかけて有意に減少し、さらに11時から15時、20時への減少および15時から20時への減少も有意であることが明らかになった (図6)。

精神健康と唾液中コルチゾールの関係

BDI 得点により対象者を2群 (20点未満：軽症群18名；20点以上：重症群24名) に分け、コルチゾール分泌変化の群差を検討した。2要因の繰り返しのある分散分析 (時間×BDI 得点による群) を行った結果、時間とBDI 得点群に有意な主効果が示された ($F[3, 120]=59.12, p<.001$; $F[1, 40]=4.83, p<.05$)。下位検定の結果、コルチゾール値は8時から11、15、20時にかけて有意に減少し、さらに11時から20時への減少および15時から20時への減少も有意であるが、重症群は軽症群に比して有意にコルチゾール値が低いことが明らかになった (図7)。なお、BDI 得点により分類した2群間に、睡眠時間および起床から8時まで (第1回目の唾液採取) の時間に有意差はなかった。

次に、IES-R 得点により対象者を2群 (24点以下：低群13名；25点以上：高群29名) に分け、上述の分析と同様の2要因の繰り返しのある分散分析 (時間×IES-R 得点による群) を行った。その結果、時間とIES-R 得点群に有意な主効果が示された ($F[3, 117]=64.4, p<.001$; $F[1, 39]=5.13, p<.05$)。下位検定の結果、コルチゾール値は8時から11、15、20時にかけて有意に減少し、さらに11時から20時への減少および15時から20時への減少も有意であるが、高群は低群に比して有意にコルチゾール値が低いことが明らかになった (図8)。なお、IES-R 得点により分類した2群間に、睡眠時間および起床から8時まで (第1回目の唾液採取) の時間に有意差はなかった。

最後にK10 得点による IES-R 得点により対象者を2群 (24点以下：低群21名；25点以上：

高群22名) に分け、上述の分析と同様の2要因の繰り返しのある分散分析 (時間×K10 得点による群) を行った。その結果、時間にのみ有意な主効果が示された ($F[3, 120]=58.94, p<.001$) (図9)。下位検定の結果、コルチゾール値は8時から11、15、20時にかけて有意に減少し、さらに11時から20時への減少および15時から20時への減少も有意であった。なお、K10 得点により分類した2群間に、睡眠時間および起床から8時まで (第1回目の唾液採取) の時間に有意差はなかった。

以上より、BDI および IES-R の得点の高い者は低い者に比してコルチゾール値が低いことが明らかになった。顕著な概日リズムの平坦化は示されなかったが、特に朝の低コルチゾール値がBDI、IRS-R 高群において特徴づけられた。

D. 考察

1. 本調査の位置づけと対象者の代表性

本研究の対象者の特徴としては、殺人や暴力犯罪による死亡の遺族の割合が65.8%と高いことがあげられる。このような暴力犯罪による遺族を多く含む研究は国内外でも少なく、これまでこのような遺族の精神健康や関連要因については明らかになってこなかった。Thompson ら⁶² は、殺人の遺族において他のトラウマ体験者よりも高いレベルの精神症状を示したと報告していることから殺人等の遺族を対象とした研究は重要であると言える。

もう一つの特徴は、死別からの経過期間が長いことである。本調査では、死別からの経過期間は、5年以上が73%と多く、長期経過しても改善できない精神症状についての要因を分析することが可能である。

しかし、本調査の対象者は、被害者当事者団体や自助グループに所属している犯罪被害者遺族であり、必ずしも、被害者遺族全般を代表しているわけでない。海外の研究では、一般住民からリクルート⁶ や死別者のリストからのリクルート^{32 63} などによる代表性の高い研究がある

が、日本では実施されていない。中井ら¹²は臨床事例（病院の自験例）であり、佐藤ら⁴²、大和田³⁶、白井ら¹³の研究は自助グループの参加者である。医療機関の受診や自助グループへの参加の理由の一つが精神的苦痛によるものと考え、これらの臨床群や自助グループ参加者は被害者遺族全体と比較した場合、精神疾患の有病率は高いと言える。調査時期の影響もあるが、PTSDの有病率は臨床群64.3%¹²、自助グループ群58.8%⁴²、40.8%¹³と臨床群において最も高かった。海外の研究では、一般住民からリクルートしたもので23.3%⁶、死別者リストによるフォロー研究で父親14%、母親21%（死別後2年）¹⁴であった。本調査の調査時点でのPTSD有病率は、17.8%であり、当事者団体所属者でありながら、かなり低い有病率であった。この理由としては、最も母集団が多い当事者団体が社会活動を中心としており精神的ケアを中心としていないことから、ここに所属する会員では精神的ケアのニーズの低い人が多く含まれていたことが考えられる。また、長時間の面接調査であることからそれに耐えられるだけに回復した遺族が多く含まれていたとも言えるであろう。実際、面接時の印象でもほとんどの遺族が就労、家事などの社会機能はかなり回復していた。また、今回はCAPSの診断にあたって、再体験症状を非常に厳密に評価したために診断基準に該当することが減っている可能性もある。遺族の場合、通常の質問だけでは、外傷体験ではない故人の想起に対する苦痛（複雑性悲嘆の症状）を回答することがあるが、本調査は回答内容が外傷体験であることを確認している。実際、PTSD及び部分PTSD該当者の52.2%は、複雑性悲嘆を合併しており、これらの症状を区分することが必要である。

これらの要素を踏まえると、本調査の対象者は、臨床群や精神的ケアを中心とした自助グループ所属者と一般住民を対象とした調査の中間に位置づけられるものと思われる。また、PTSDの有病率から検討しても極端に症状が強い集団

あるいは逆に症状に乏しい群のどちらでもないことから特定の遺族ではなく、様々な状態の遺族が混在していることが考えられ、極端に偏った集団ではないと言える。

2. 対象者の健康と生活機能

前述したように本研究対象者においては、他の研究よりもPTSDの有病率は低かった。しかし、これは日本の一般住民の30日有病率が0.1%であった⁶⁴ことに比べ著しく高い値であった。生涯有病率も50.7%であり、やはり一般住民(0.9%)⁶⁴に比べ著しく高いと言える。生涯有病率と調査時点有病率の比較から、35.1%はPTSDが改善しておらず、部分PTSDまで含めると43.4%に症状の持続がみられた。この傾向はうつ病でも同様であった。調査時点で大うつ病に該当した人は12.3%であり、一般住民の30日有病率の0.3%に比べ著しく高かった。同様に生涯有病率では64.4%と一般住民(6.3%)に比べ高かった。ただし、DSM-IVによるうつ病の診断の際には死別反応を除くとしているため、本調査よりは低くはなると思われる。また、本調査では、なんらかの精神疾患および臨床上前問題になる症状を有している人が、32人(43.8%)と半数近くであり、かつ合併している人も19人(26%)であったことから、一見通常の生活に復帰しているようではあるが、精神症状を抱えながらであることが推測された。

また本調査では、被害者においてストレスや不眠等の対処として飲酒行動が増加する結果、アルコール依存症等のリスクが高くなるという先行研究を踏まえ、遺族においてもアルコール依存のリスクが高いかどうかを調べるため、KASTによる評価を行った。一般住民においてアルコール依存の30日有病率は0%⁶⁴であったが、本調査ではアルコール依存が疑われる重度問題飲酒群が6.1%あり、やはり一般住民よりリスクが高かった。また事件後飲酒が増加した人が16.4%であったことから事件がなんらかの影響を与えた可能性は高い。

一方、身体的な健康においても大きな影響があったことが伺われた。事件後なんらかの身体的不調を訴えた人は80.8%にのぼり、調査時点でも74%がなんらかの健康上の問題があった。これらの人のうち70.4%は医療機関に通院していることから、単なる訴えにとどまらない人が多いことがわかる。実際事件以前から身体疾患を抱えていた人で35.7%は悪化していた。身体健康に与える影響については従来あまり研究されてこなかったが、今後は必要な分野と言える。

このような精神健康や身体健康を反映して、QOLの低下が見られた。今回SF-36を用いたが、8つの下位尺度すべてにおいて標準値を下回っていた。特に、「日常役割機能(身体および精神)」(身体的、心理的な理由で日常役割機能が果たせない)、「社会生活機能」(家族や知人との社会的付き合いが妨げられる)の3つの尺度が低下していた。PTSDやうつ病において日常役割機能の果たせない日数が増加することが報告されており、本研究の対象者でもPTSDやうつ病の有病率の高さが生活機能の低下に結びついたのでないかと思われた。また、身体的な理由による日常役割機能の低下は前述した身体健康の不良に関連しており、やはり身体健康にも目を向けることが重要であると言える。

3. 生理的影響

本調査の特徴は、生理的指標を評価することで、犯罪被害の身体的影響を調べていることである。遺族についてのコルチゾールを調べた研究はいくつか存在しているが、日内変動を調べたのは本調査が初めてである。本研究の対象者では、ほとんどが正常パターンであり、顕著な概日リズムの平坦化は示されなかったが、特にBDI、IRS-R高群において朝の低コルチゾール値が示された。通常うつ病患者においてはコルチゾールの基礎値は上昇しており、Royら⁶⁵の研究においても、うつ病の遺族では、うつ病のない遺族に比べ血中のコルチゾール基礎値が上昇

していた。しかし、PTSD患者については、コルチゾール値の低下を報告している研究も多い⁶⁶⁶⁷⁶⁸。また、Pfefferら⁶⁹は、子どもを対象とした研究ではあるがSep11で家族を失った子どもでPTSDのある子どもはなし子どもに比べ唾液中コルチゾールの基礎値が有意に低下していたことを報告している。これらの先行研究から、本研究の対象者では、PTSDの合併率が高いためコルチゾールの低下が見られた可能性がある。しかし、現在の分析は自記式尺度の結果のみであり、診断に基づいた分析が必要であろう。

4. 本調査の限界と今後の課題

本研究は、死別から長期経過した犯罪被害遺族を対象に、精神健康、身体健康および社会機能の状態を調べ、それに関わる要因の分析を目的として行なわれたものである。

本研究の限界は前述したように当事者団体および自助グループに所属している被害者遺族であり、犯罪被害者遺族としての代表性や無作為性は保たれておらず、有病率として評価することはできない。しかし、精神病理を有する群と有さない群を比較することで、PTSD等の疾患の維持や逆に回復に関わる要因の分析を行なうことは可能である。

但し、横断研究であることから、正確な予測因子、関連因子を特定することはできず、推測されるにとどまる。

また、サンプルサイズが73人と少なく、特にコルチゾールの採取できた人数は44人であったため、結果の一般化には慎重を要するであろう。しかし、犯罪被害者遺族そのものが決して多い集団ではないことと、精神的打撃を被っている遺族に研究としてアプローチすることの困難があり、大きなサンプルによる研究は困難な現状がある。

今後はこのような問題を解決するために、諸外国で行なわれているように、遺族を連続的にリクルートして縦断研究を行なう必要がある。そのためには、救命救急や観察医務院、あるいは

は警察の協力を得ることが必要である。また、特に死別直後の遺族に研究を要請できるだけ倫理性と有害事象を発生させないための慎重な研究手法の開発が求められる。

今回の報告書では結果の記述的な分析にとどまっており、今後は、PTSD、うつ病、複雑性悲嘆に関連する要因についての分析を行なう予定である。

E. まとめ

犯罪被害者の長期的な精神健康への影響を調べるために、5つの当時者団体に所属する犯罪被害者遺族とその家族を対象に精神疾患の構造化面接を含む面接調査を行った。

調査時点で精神疾患の診断に該当した人は、PTSD13人(17.8%)、部分PTSD10人(13.7%)、大うつ病9人(12.3%)、小うつ病8人(11.0%)、複雑性悲嘆16人(21.9%)であった。これらの3つの精神疾患のいずれかに該当した人が32人(43.8%)であり、26%は複数の疾患を抱えていた。一方、生涯(調査時点まで)ではPTSD37人(50.7%)、部分PTSD16人(21.9%)、大うつ病(64.4%)、小うつ病4人(5.5%)であった。

SF-36によるQOLの評価では、8つの下位尺度すべてにおいて標準値を下回っていた。特に、「日常役割機能(身体および精神)」(身体的、心理的な理由で日常役割機能が果たせない)、「社会生活機能」(家族や知人との社会的付き合いが妨げられる)の3つの尺度の得点が低下しており、被害による身体的、精神的影響が生活機能の低下をもたらしていた。

本調査の結果から、この研究の対象者となった犯罪被害者遺族では、被害から長期経過しているにもかかわらず、一般住民に比べPTSD、うつ病、複雑性悲嘆において有病率が高く、QOLの低下があった。今後は、これらの精神疾患の発症・維持に関わる要因を分析することで、犯罪被害者遺族の精神健康の回復に寄与する支援プログラムを構築していくことが重要である。

謝辞

本報告書の研究データの一部は(財)社会安全研究財団研究助成による研究として行なわれたものである。本調査にご協力くださった被害者当時者団体、自助グループの方々、なによりも調査に快くご協力くださった犯罪被害者ご遺族の皆様にご協力いただき感謝申し上げます。また、調査の実施、分析に関わってくださった研究協力者の皆様に御礼申し上げます。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文

中島聡美, 小西聖子, 辰野文理, 白井明美. 犯罪被害者等の二次被害及び再被害の予防に関する研究. 季刊「社会安全」. (印刷中)

2. 学会発表

中島聡美, 白井明美, 真木佐知子, 小西聖子. 犯罪被害者の精神健康の回復に関わる要因の分析. 第7回日本トラウマティック・ストレス学会シンポジウム「犯罪被害者の精神健康とその回復」. 福岡. 2008. 4. 19.

H. 知的財産の出願・登録状況

なし

引用文献

1. Boudreaux E, Kilpatrick DG, Resnick HS, Best CL, Saunders BE. Criminal victimization, posttraumatic stress disorder, and comorbid psychopathology among a community sample of women. *J Trauma Stress*. Oct 1998;11(4):665-678.
2. Kilpatrick DG, Acierno R. Mental health needs of crime victims: epidemiology and outcomes. *J Trauma Stress*. Apr 2003;16(2):119-132.
3. 廣幡小百合, 小西聖子, 白川美也子, 浅川

- 千秋, 森田展彰, 中谷陽二. 性暴力被害者における外傷後ストレス障害—抑うつ、身体症状との関連で—。精神神経学雑誌. 2002;104(6):529~550
4. 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.
 5. Saunders B-E, Kilpatrick D-G, Hanson R-F, Resnick H-S, Walker M-E. Prevalence, case characteristics, and long-term psychological correlates of child rape among women: A national survey. *Child Maltreatment: Journal of the American Professional Society on the Abuse of Children*. 1999;4(3):187-200.
 6. Amick-McMullan A, Kilpatrick DG, Resnick HS. Homicide as a risk factor for PTSD among surviving family members. *Behav Modif*. Oct 1991;15(4):545-559.
 7. Resnick HS, Kilpatrick DG, Dansky BS, Saunders BE, Best CL. Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *J Consult Clin Psychol*. Dec 1993;61(6):984-991.
 8. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry*. Jul 1998;55(7):626-632.
 9. Zisook S, Chentsova-Dutton Y, Shuchter SR. PTSD following bereavement. *Ann Clin Psychiatry*. Dec 1998;10(4):157-163.
 10. Kaltman S, Bonanno GA. Trauma and bereavement: examining the impact of sudden and violent deaths. *J Anxiety Disord*. 2003;17(2):131-147.
 11. Murphy SA, Johnson LC, Chung IJ, Beaton RD. The prevalence of PTSD following the violent death of a child and predictors of change 5 years later. *J Trauma Stress*. Feb 2003;16(1):17-25.
 12. 中井久夫, 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. 神戸: (財) 21 世紀ヒューマンケア機構こころのケア研究所; 2004.
 13. 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*. 2005;3(2):181-187.
 14. Murphy SA, Braun T, Tillery L, Cain KC, Johnson LC, Beaton RD. PTSD among bereaved parents following the violent deaths of their 12- to 28-year-old children: a longitudinal prospective analysis. *J Trauma Stress*. Apr 1999;12(2):273-291.
 15. Piper WE, Ogradniczuk JS, Azim HF, Weideman R. Prevalence of loss and complicated grief among psychiatric outpatients. *Psychiatric Services*. 2001;52(8):1069-1074.
 16. Cleiren M, Diekstra RF, Kerkhof AJ, van der Wal J. Mode of death and kinship in bereavement: focusing on "who" rather than "how". *Crisis*. 1994;15(1):22-36.
 17. Shanfield SB, Swain BJ. Death of adult children in traffic accidents. *J Nerv Ment Dis*. Sep 1984;172(9):533-538.
 18. Byrne GJ, Raphael B. A longitudinal study of bereavement phenomena in recently widowed elderly men. *Psychol Med*. May 1994;24(2):411-421.
 19. Middleton W, Burnett P, Raphael B, Martinek N. The bereavement response: a cluster analysis. *Br J Psychiatry*. 1996;169:167-171.

20. Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF, 3rd, et al. Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res.* Nov 29 1995;59(1-2):65-79.
21. Horowitz MJ, Siegel B, Holen A, Bonanno GA, Milbrath C, Stinson CH. Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *Am J Psychiatry.* Jul 1997;154(7):904-910.
22. Latham AE, Prigerson HG. Suicidality and bereavement: complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide Life Threat Behav.* Winter 2004;34(4):350-362.
23. Mitchell AM, Kim Y, Prigerson HG, Mortimer-Stephens M. Complicated grief in survivors of suicide. *Crisis.* 2004;25(1):12-18.
24. Shear KM, Jackson CT, Essock SM, Donahue SA, Felton CJ. Screening for complicated grief among Project Liberty service recipients 18 months after September 11, 2001. *Psychiatr Serv.* Sep 2006;57(9):1291-1297.
25. Pfefferbaum B, Vinekar SS, Trautman RP, et al. The effect of loss and trauma on substance use behavior in individuals seeking support services after the 1995 Oklahoma City bombing. *Ann Clin Psychiatry.* Jun 2002;14(2):89-95.
26. 中島聡美, 小西聖子. 犯罪被害者及びその家族における重度ストレス反応支援プログラムの構築に関する研究 2007.
27. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull.* Jan 2003;129(1):52-73.
28. Campbell R, Sefl T, Barnes HE, Ahrens CE, Wasco SM, Zaragoza-Diesfeld Y. Community services for rape survivors: enhancing psychological well-being or increasing trauma? *J Consult Clin Psychol.* Dec 1999;67(6):847-858.
29. Pynoos RS, Frederick C, Nader K, et al. Life threat and posttraumatic stress in school-age children. *Arch Gen Psychiatry.* Dec 1987;44(12):1057-1063.
30. Silverman GK, Johnson JG, Prigerson HG. Preliminary explorations of the effects of prior trauma and loss on risk for psychiatric disorders in recently widowed people. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2001;38(3-4):202-215.
31. Pynoos RS, Nader K, Frederick C, Gonda L, et al. Grief reactions in school age children following a sniper attack at school. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences.* 1987;24(1-2):53-63.
32. Rynearson EK. Bereavement after homicide. A comparison of treatment seekers and refusers. *Br J Psychiatry.* Apr 1995;166(4):507-510.
33. Stevens-Guille ME. Intersections of grief and trauma: family members' reactions to homicide. *Traumatology of grieving: conceptual, theoretical, and treatment foundations.* Philadelphia: Brunner/Mazel; 1999:53-69.
34. 犯罪被害者実態調査委員会. 犯罪被害者実態調査報告書. 東京: 警察庁; 2003.
35. Maercker A, Mehr A. What if Victims Read a Newspaper Report About Their Victimization? A Study on the Relationship to PTSD Symptoms in Crime Victims. *European Psychologist.* 2006;11(2):137-142.
36. 大和田攝子. 犯罪被害者遺族の心理と支援

- に関する研究. 東京: 風間書房; 2003.
37. Sprang G. PTSD in surviving family members of drunk driving episodes: victim and crime related factors. *Families in Society*. 1997;78(6):632-641.
 38. Dyregrov K, Nordanger D, Dyregrov A. Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents. *Death Stud*. Feb-Mar 2003;27(2):143-165.
 39. Silverman GK, Jacobs SC, Kasl SV, et al. Quality of life impairments associated with diagnostic criteria for traumatic grief. *Psychol Med*. Jul 2000;30(4):857-862.
 40. Sprang G, McNeil J. Post-homicide reactions: Grief, mourning and post-traumatic stress disorder following a drunk driving fatality. *Omega: Journal of Death and Dying*. 1998;37(1):41-58.
 41. Ott CH. The Impact Complicated Grief on Mental and Physical Health at Various Points in Life Bereavement Process. *Death Studies*. 2003;27:249~272
 42. 佐藤志保子. 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;27:1575-1586.
 43. 藤田悟郎. 交通事故遺族の心的反応. *上智大学臨床心理研究*. 2000;23:206-213.
 44. Hall M IM. Physiological indices of functioning in bereavement *Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care*, 1st ed. Washington: American Psychological Association; 2001:473-492.
 45. Yehuda R, Golier JA, Kaufman S. Circadian rhythm of salivary cortisol in Holocaust survivors with and without PTSD. *Am J Psychiatry*. May 2005;162(5):998-1000.
 46. Beck AT, Steer RA, Brown GK. 日本版 BDI-II 手引き. 東京: 日本文化科学社; 2003.
 47. Ware JE, Jr., Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. Jun 1992;30(6):473-483.
 48. Fukuhara S, Bito S, Green J, Hsiao A, Kurokawa K. Translation, adaptation, and validation of the SF-36 Health Survey for use in Japan. *J Clin Epidemiol*. Nov 1998;51(11):1037-1044.
 49. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003;18(2):76-82.
 50. Rotter J. Generalized expectations for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monograph*. 1966;80:1-28.
 51. 鎌原雅彦, 樋口一辰, 清水直治. Locus of Control に関する尺度の作成と、信頼性、妥当性の検討. *教育心理学研究*. 1982;30:302-307.
 52. Foa EB, Ehlers, A., Clark, D.M., Tokin, D.F. Orsillo, S.M. The posttraumatic cognitive inventory (PTCI) Development and validation. *Psychological Assessment*. 1999;11:303-314.
 53. 長江信和, 増田智美, 山田幸恵, 金築優, 根建金男, 金吉晴. 大学生を対象としたライフ・イベントの実態調査と日本語版外傷後認知尺度の開発. *行動療法研究*. 2004;30(2):113-124.
 54. Sarason IG, Sarason BR, Potter EH, 3rd, Antoni MH. Life events, social support, and illness. *Psychosom Med*. Mar-Apr 1985;47(2):156-163.
 55. Furukawa TA, Harai H, Hirai T, Kitamura

- T, Takahashi K. Social Support Questionnaire among psychiatric patients with various diagnoses and normal controls. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* Apr 1999;34(4):216-222.
56. Sheehan DV, Lecrubier Y. M. I. N. I. 精神疾患簡易構造面接法. 東京: 星和書店; 2003.
57. Otsubo T, Tanaka K, Koda R, et al. Reliability and validity of Japanese version of the Mini-International Neuropsychiatric Interview. *Psychiatry Clin Neurosci.* Oct 2005;59(5):517-526.
58. Blake DD WF, Nagy LM et al. The development of a clinician-administered PTSD scale. *J Trauma Stress.* 1995;8:75-90.
59. 飛鳥井望, 廣幡小百合, 加藤寛, 小西聖子. CAPS(PTSD 臨床診断面接尺度) 日本語版の尺度特性. *トラウマティック・ストレス.* 2003;1(1):47-53.
60. Young EA, Breslau N. Cortisol and Catecholamines in Posttraumatic Stress Disorder: An Epidemiologic Community Study. *Arch Gen Psychiatry.* April 1, 2004 2004;61(4):394-401.
61. Akizuki N YS, Akechi T. Development of an Impact Thermometer for use in combination with the Distress Thermometer as a brief screening tool for adjustment disorders and/or major depression in cancer patients. *J Pain Symptom Manage.* 2004.
62. Thompson MP, Norris FH, Ruback RB. Comparative distress levels of inner-city family members of homicide victims. *J Trauma Stress.* Apr 1998;11(2):223-242.
63. Vargas LA, Loya F, Hodde-Vargas J. Exploring the multidimensional aspects of grief reactions. *Am J Psychiatry.* Nov 1989;146(11):1484-1488.
64. 立森久照, 長沼洋一, 小山智典, 小山明日香, 川上憲人. こころの健康に関する地域疫学調査の成果の活用に関する研究: こころの健康に関する疫学調査の主要成果 2007.
65. Roy A, Gallucci W, Avgerinos P, Linnoila M, Gold P. The CRH stimulation test in bereaved subjects with and without accompanying depression. *Psychiatry Res.* Aug 1988;25(2):145-156.
66. Yehuda R, Southwick SM, Nussbaum G, Wahby V, Giller EL, Jr., Mason JW. Low urinary cortisol excretion in patients with posttraumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis.* Jun 1990;178(6):366-369.
67. Yehuda R, Kahana B, Binder-Brynes K, Southwick SM, Mason JW, Giller EL. Low urinary cortisol excretion in Holocaust survivors with posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry.* Jul 1995;152(7):982-986.
68. Goenjian AK, Yehuda R, Pynoos RS, et al. Basal cortisol, dexamethasone suppression of cortisol, and MHPG in adolescents after the 1988 earthquake in Armenia. *Am J Psychiatry.* Jul 1996;153(7):929-934.
69. Pfeffer CR, Altemus M, Heo M, Jiang H. Salivary cortisol and psychopathology in children bereaved by the september 11, 2001 terror attacks. *Biol Psychiatry.* Apr 15 2007;61(8):957-965.

図表

表1 対象者の属性

		(n=73)	
		n	%
性別	男性	25	34.2
	女性	48	65.8
婚姻状態	既婚者割合	58	79.5
		M(SD)	min-max
年齢		50.7(14.0)	18-78
同居家族数		3.3(1.6)	1-8
教育歴		13.5(2.6)	8-21
		n	%
就労状態	常勤	25	34.2
	非常勤	16	21.9
	自営業	6	8.2
	専業主婦	9	12.3
	無職	17	23.3
当事者団体の会員		66	90.4
罪種	殺人・傷害等致死	48	65.8
	交通業過・危険運転致死	22	30.1
	交通以外の業過致死	2	2.7
	その他	1	1.4
		n	%
死別経過年数	1年以上5年未満	19	26.0
	5年以上10年未満	32	43.8
	10年以上15年未満	14	19.2
	15年以上	8	11.0
故人との関係 (複数回答)	配偶者	8	10.4
	親	11	14.3
	子	47	61.0
	きょうだい その他	7 4	9.1 5.2
故人の性別 (複数回答)	男性	53	68.8
	女性	24	31.2
		M(SD)	min-max
故人の死亡時年齢		27.5(18.2)	2-71

表2 被害の概要

		(n=73)	
		n	%
自身のけが		4	5.5
事件の知らせ	現場にいた	5	6.8
	警察	14	19.2
	他の家族	24	32.9
	報道	1	1.4
	職場・学校関係者から	15	20.6
	病院等から	5	6.9
	発見者から	3	4.1
知人・友人から		4	5.5
	その他	2	2.7
看取りの有無		27	37.0
看取りの時間 ¹⁾	1日以下	12	44.4
	2~7日	2	7.4
	8日以上	7	25.9
	不明	6	22.2
		n	%
悲惨な光景の目撃	有	34	51.8
内容 (複数回答)	現場の目撃	14	16.9
	損傷のひどい被害者の目撃	21	25.3
	検視	6	7.2
	その他悲惨な光景の目撃	2	2.4
急性期の気持ち	感覚が麻痺したようだった	33	45.2
	現実のような感じがしなかった	44	60.3
	悲しみやつらさに圧倒された	6	8.2
	怒りや悲しみなど様々な感情がわいた	12	16.4
	その時の記憶がない	22	30.1

1)n=27, 看取りのあったもの

表3 加害者の特性・司法との関係

		n=73	
		n	%
加害者の数	1人	52	71.2
	2人以上	17	23.3
被害者と加害者の関係	不明	4	5.5
	見知らぬ人	41	56.2
	家族・親族	2	2.7
	知人	24	32.9
	加害者不明	4	5.5
	その他	2	2.7
加害者の特性	少年	13	17.8
	精神障害者	9	12.3
	薬物・アルコール状態依存	7	9.6
加害者の逮捕		66	90.4
	起訴 ¹⁾	63	95.5
不起訴		3	4.5
	刑事裁判 ²⁾	58	92.1
現在公判中		5	7.9
			M(SD)
刑事裁判の期間 ³⁾		12.7(18.0)	0-76
		n	%
刑事裁判での証人経験 ²⁾		15	23.8
意見陳述経験 ²⁾		34	54.0
公判傍聴 ²⁾		50	79.4
公判結果への満足度 ²⁾	あまり納得していない・納得していない	51	81.0
民事裁判を実施したもの		37	50.6
		n	%
民事裁判結果への満足度 ⁴⁾	あまり納得していない・納得していない	20	48.6
加害者の状況	死亡	5	6.9
	服役中	25	34.3
	拘留中	5	6.9
	保護観察中	0	0.0
	刑期終了	31	42.5
	その他・不明	7	9.6

1) n=66 加害者が逮捕されたもの

2) n=63 加害者が基礎されたもの

3) n=47 刑事裁判が終了し、かつ公判期間が明確であったもの

4) n=37 民事を行ったもの

表4 加害者の謝罪・損害賠償・補償

		n	%
加害者等からの謝罪 ¹⁾ (複数回答)	加害者	40	58.0
	加害者家族	28	40.6
	どちらからも謝罪はない	26	37.7
損害賠償 ¹⁾	全額支払い	20	29.0
	少しは支払いがあった	27	39.1
	全くない	19	27.5
	その他	3	4.3
被害後の補償の有無 ²⁾	有	58	79.5
補償の内容 ³⁾ (複数回答)	犯罪被害者等給付金	21	28.8
	生命保険	39	53.4
	遺族年金	5	6.8
補償の十分さ ³⁾	全く十分ではない	15	25.9
	あまり十分ではない	12	20.7
	ある程度十分である	13	22.4
	十分である	12	20.7
	不明	6	10.3

1) n=69 加害者が判明しているもの

2) n=73

3) n=58 民事を行ったもの

表5 事件後の生活の変化

		n	%
就労状況の変化有		42	57.5
就労状況の変化の内容 ¹⁾ (複数回答)	休職・休学	13	31.0
	退職・退学	17	40.5
	転職・転校	8	19.0
	その他	11	26.2
住環境の変化有		23	31.5
住環境の変化内容 ²⁾	転居	19	82.6
	その他	4	17.4
家族の関係の変化有		58	79.5
家族の関係の変化内容 ³⁾ (複数回答)	親密	14	24.1
	疎遠	16	27.6
	病気	19	32.8
	離婚	3	5.2
	その他	14	24.1
周囲との人間関係変化有		46	63.0
周囲との人間関係変化内容 ⁴⁾ (複数回答)	疎遠	39	84.8
	親密	10	21.7
	その他	1	2.2
経済面での変化有		31	42.5
経済面での変化内容 ⁵⁾	苦しくなった	13	41.9
	苦しくはならなかった	16	51.6
	その他(不明)	2	6.5
楽しみごとの変化有		54	74.0
飲酒量の変化有		25	34.2
飲酒量の変化内容 ⁶⁾	増加	12	48.0
	減少	13	52.0
喫煙量の変化有		13	17.8
喫煙量の変化内容 ⁷⁾	増加	12	57.1
	減少	1	4.8

1) n=42 就労変化のあったもの 2) n=23 住環境変化のあったもの

3) n=58 家族関係の変化のあったもの 4) n=46 人間関係の変化のあったもの

5) n=31 経済面の変化のあったもの 6) n=25 飲酒量変化のあったもの

7) n=13 家族関係の変化のあったもの

表6 身体健康と医療機関の受療

		n=73	
		n	%
事件後の身体的不調有		59	80.8
事件後の通院・入院の有無 ¹⁾	治療に必要な期間通院した	38	64.4
	1回のみ・中断	5	8.5
	無	16	27.1
未受診の理由 ²⁾ (複数回答あり)		12	35.6
		5	41.7
		1	8.3
		8	66.7
現在の健康上の問題有		54	74.0
現在の医療機関の通院・入院 ³⁾		38	70.4
事件以前の身体疾患有		28	38.4
事件による身体疾患の悪化 ⁴⁾	悪化	10	35.7
	不変	17	60.7
	不明	1	3.6

1) n=59 身体不調有のもの

2) n=12 未受診者16名のうち回答のあった12名

3) n=54 現在健康上の問題のあるもの

4) n=28 事件以前に身体疾患のあったもの

表7 精神健康状態と医療機関の受診

		n	%
事件後の精神的不調有		67	91.8
事件後の通院・入院・相談 ¹⁾	有	45	67.2
	無	22	32.8
相談機関の種類 ²⁾ (複数回答)	精神科入院	1	2.2
	精神科通院	25	55.6
	心療内科入院	0	0.0
	心療内科通院	11	24.4
	心理療法機関に相談	4	8.9
	内科等身体科に相談	7	15.6
	その他の機関	21	46.7
相談理由 ²⁾ (複数回答)	症状のため苦しかったから	15	33.3
	家族や友人にすすめられたから	8	17.8
	警察や弁護士、支援員などからすすめられたから	4	8.9
	他の家族が心配だったから	1	2.2
	その他	20	44.4
病状の改善 ²⁾	悪化	1	2.2
	不変	17	37.8
	改善	25	55.6
	不明	2	4.4
未受診理由 ³⁾ (複数回答)	相談するほどではないと思った	8	36.4
	自分で何とかできると思った	4	18.2
	どこに行ったらいいかわからなかった	1	4.5
	その他	12	54.5
現在の精神的不調有 対処 ⁴⁾		47	64.4
		28	59.6
		2	4.3
		7	14.9
		3	6.4
		4	8.5
		3	6.4
事件以前の精神疾患の有		8	11.0
事件による変化 ⁵⁾	悪化	5	62.5
	不変	2	25.0
	不明	1	12.5

1) n=67 精神的不調のあったもの

2) n=45 相談、通院、入院を行ったもの

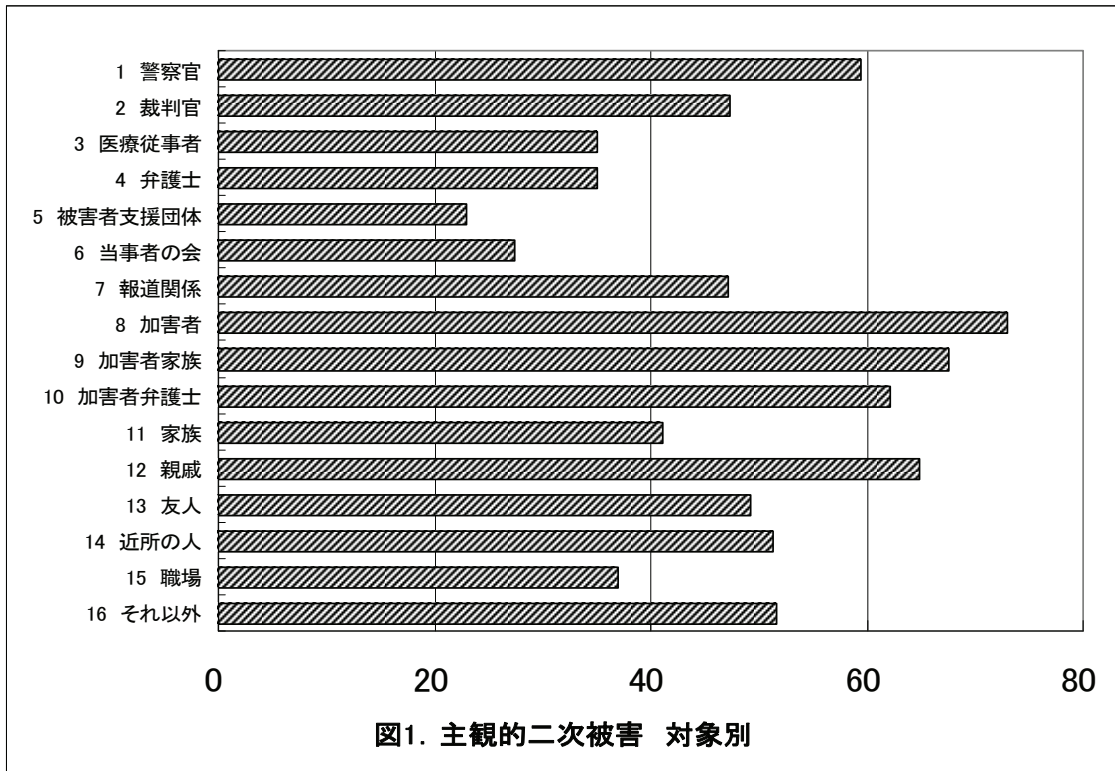
3) n=22 精神的不調があったのに相談、入院、通院を行わなかったもの

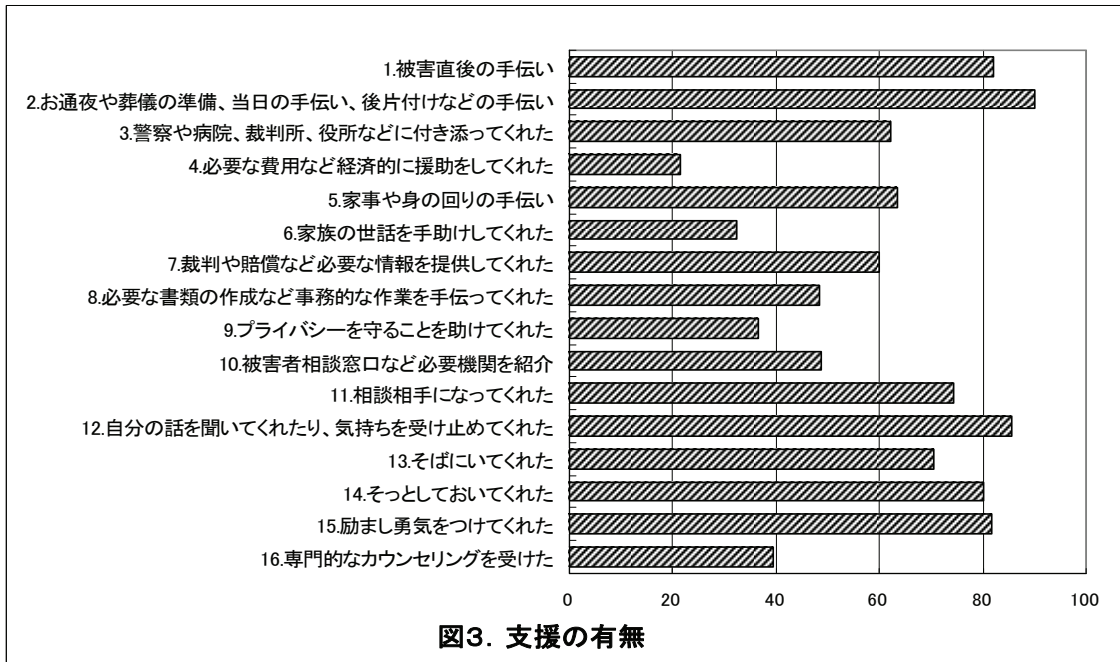
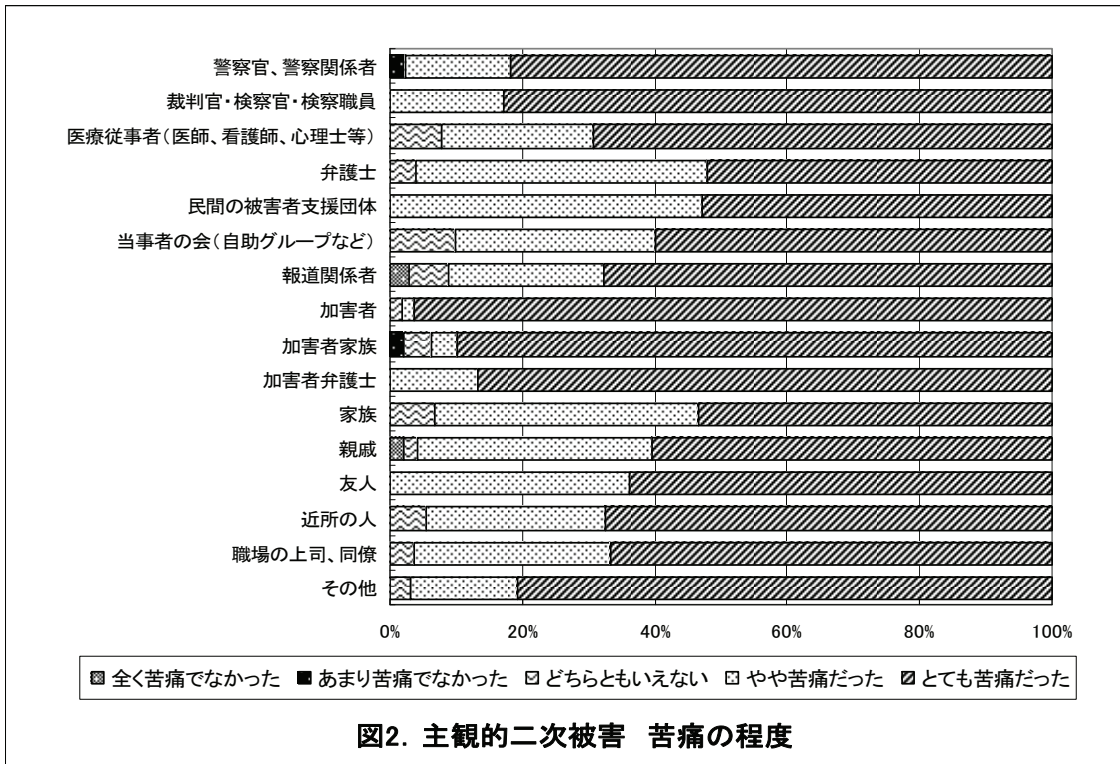
4) n=47 現在精神的不調があるもの

5) n=8 事件以前に精神疾患のあったもの

表8 PTSD、うつ病、複雑性悲嘆

疾患		調査時点		生涯	
		人	%	人	%
PTSD	PTSD	13	17.8	37	50.7
	部分 PTSD	10	13.7	16	21.9
うつ病	大うつ病	9	12.3	47	64.4
	小うつ病	8	11.0	4	5.5
複雑性悲嘆		16	21.9		
3疾患の合併		5	6.8		
2疾患の合併	PTSD+うつ病	5	6.8		
	PTSD+複雑性悲嘆	7	9.6		
	うつ病+複雑性悲嘆	2	2.7		
1疾患	PTSDのみ	6	8.2		
	うつ病のみ	5	6.8		
	複雑性悲嘆のみ	2	2.7		





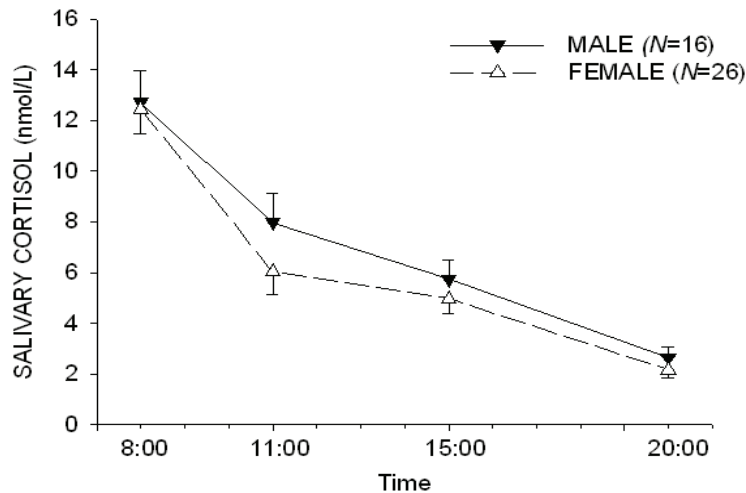
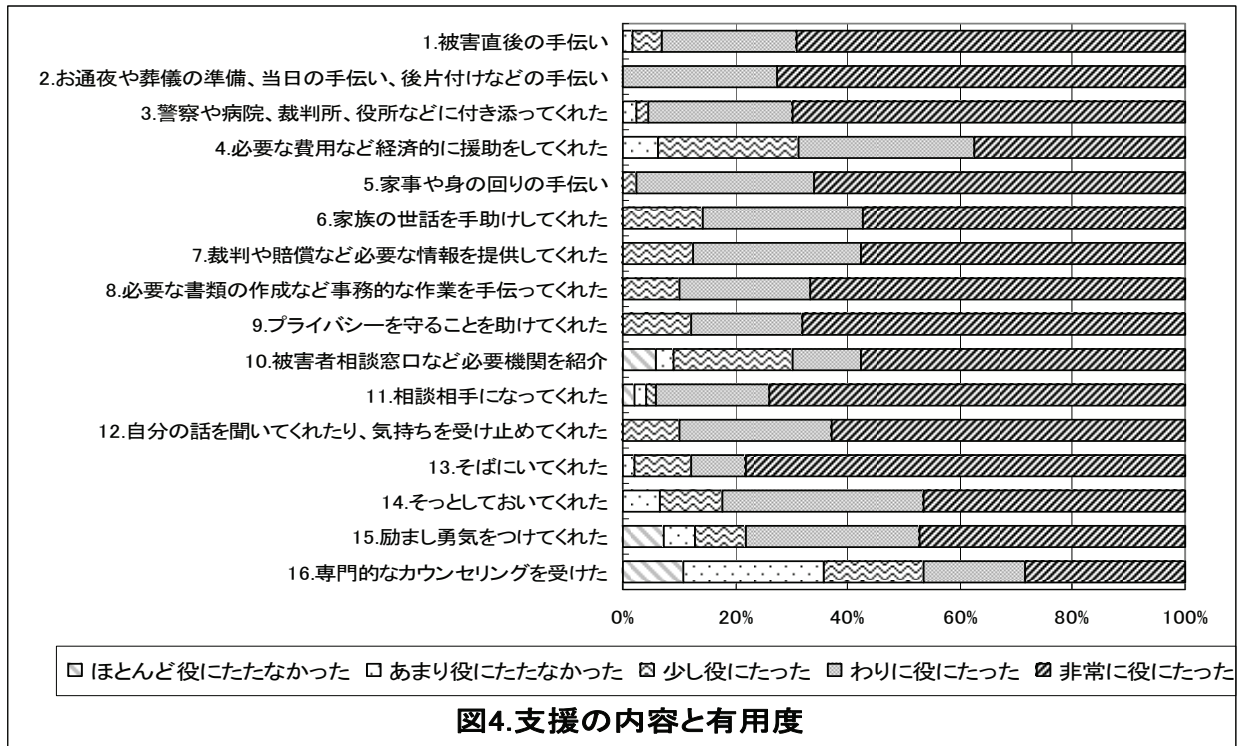


図6 唾液中コルチゾール の日内変動 (男女別)

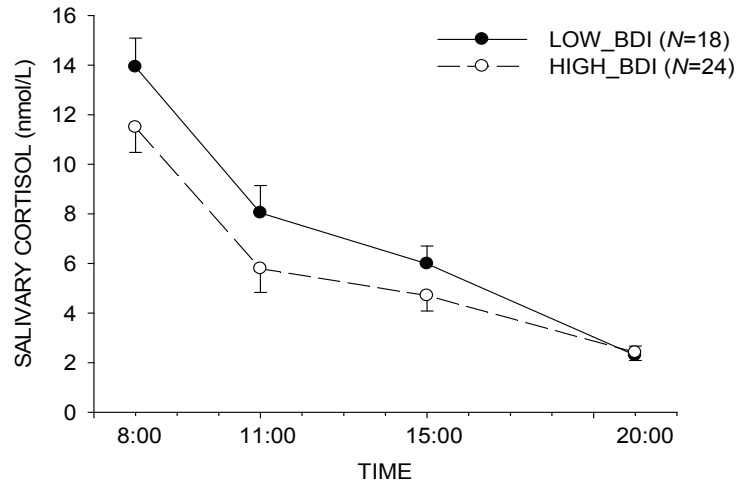


図7 唾液中コルチゾールの日内変動 (BDI)

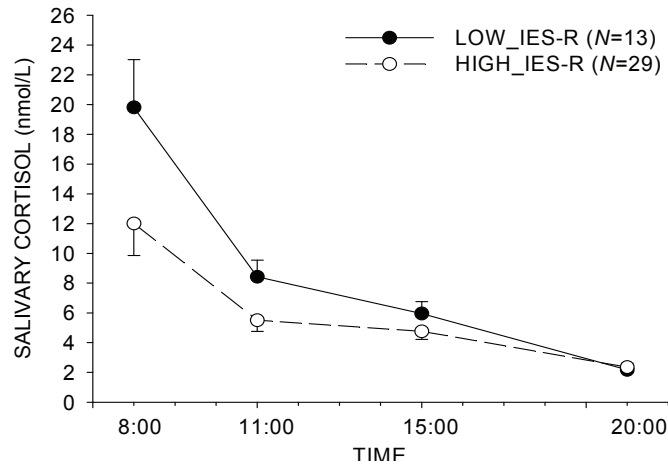


図8 唾液中コルチゾールの日内変動 (IES-R)

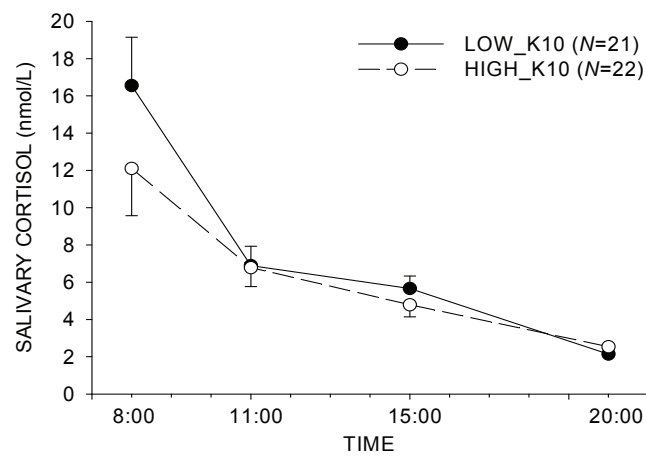


図9 唾液中コルチゾールの日内変動 (K10)

平成 19 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）

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：民間被害者支援団体と精神科医療機関との連携に関する研究

分担研究者	中島聡美	国立精神・神経センター精神保健研究所
研究協力者	元木恭志郎	武蔵野大学大学院 人間社会・文化研究科
	井上麻衣子	武蔵野大学大学院 人間社会・文化研究科
	橋爪きょう子	とよさと病院
	小西聖子	武蔵野大学 人間関係学部

研究主旨：

全国被害者支援ネットワークに所属する民間被害者支援団体を対象に精神科医療機関との連携に関する自記式質問票と聞き取りによる調査（平成 19 年 11 月～平成 20 年 1 月）を行った。平成 18 年度に相談業務を行っていた全 41 機関から回答を得た（回収率 100%）。その結果、平成 18 年度におけるこれらの被害者支援団体から精神科医療機関への紹介は、平均 4.29 件、全相談件数に対する割合は 1.0%と、紹介が必要と考えられた相談件数に比して少ない傾向があった。紹介した事例では性暴力被害や、傷害・暴行などの被害者が多くなっていた。紹介先医療機関は平均 2.44 件であり、民間の診療所が最も多く、約半数は心療内科を標榜していた。これらの特徴は何らかの連携を行っていた医療機関と一致しており、連携している医療機関への紹介が多いことが考えられた。紹介上の問題として、児童精神科の少なさ、犯罪被害者の理解のある医師の少なさ、PTSD に詳しい医師の少なさ、女性医師の少なさがあげられており、特に犯罪被害者への理解ある医師、PTSD に詳しい医師、女性医師は、被害者の紹介先として望ましい条件と一致していた。これらの結果を踏まえて、現在の民間被害者支援団体と精神科医療機関の連携の問題と今後のあり方について検討を行った。

1. 背景と目的

犯罪被害者における精神疾患の有病率が高いことは多くの研究(1-4)が報告しており、精神医療の必要性が高いことが推測される。しかし、このような精神的問題を抱えた犯罪被害者が必ずしも精神医療に結びついてはいないのではないか(5-7)という報告もなされており、被害者の精神的回復のためには、治療を必要とする被害者に有効にメンタルヘルスサービスを提供していくかが課題である。

どのような要因が、被害者をメンタルヘルスサービスにつなげているかについて、Norrisら(5)は、暴力犯罪の被害者において、早期のメンタルヘルスサービスの利用に関連していた因子として、都会在住、ソーシャルサポートの多さ、内的統制力の高さ、過去の被害体験を挙げているが、特にソーシャルサポートでは、家族や友人などからの直接的助言が関連していたと述べている。また、Koenenら(8)は、PTSD患者では他の不安障害の患者に比べて、「他人がどう思うかが心配」であることや「どこへ行ったらいいかわからない」と回答した割合が有意に多いことを述べている。これらのことは、周囲からの助言や、安心して利用できる医療機関の情報の提供などが被害者の精神科医療機関の利用しやすさの上で重要な要因であることを示唆している。

平成17年度、18年度に我々が行った調査でも、精神保健福祉センターや一般の精神科医療機関に勤務する精神科医師において、警察や民間犯罪被害者支援団体、配偶者間暴力相談支援センターなどの被害者関連機関との連携が被害者の治療数に関連があることを示しており、被害者を精神科医療に結びつける上では、他の被害者関連機関との連携を検討することが必要と考えられた。

そこで、今回、犯罪被害者支援の中核である民間被害者支援団体を対象に、①精神科医療機関への紹介状況、②精神科医療機関との連携、③精神科医療機関との連携や紹介に関する問題を明らかにするために調査を行った。

2. 対象と方法

2-1. 対象

全国犯罪被害者支援ネットワークに加盟している、民間犯罪被害者支援センター46機関のうち、平成18年度に活動実績のあった41機関を対象にした。

2-2. 調査方法

平成20年7月～8月にかけて、3箇所の民間被害者支援団体と全国被害者支援ネットワークに、民間被害者支援団体と精神科医療機関の連携に関する聞き取り調査を実施した。その結果をもとに、自記式の調査票を作成し、平成19年11月～平成20年1月に調査票を郵送にて送付、回収を行った。41機関より返信が得られた（回収率100%）。調査票の内容についてより詳しい情報を求めるために、連絡の許可の得られた機関に対しては、その後電話による聞き取りを行った。

2-3. 調査項目

調査票の内容は以下である。

- (1) 平成18年度の各団体の相談業務概要（1週間の平均相談業務時間、相談業務の種類、全体の相談件数および性別、被害種別相談件数）
- (2) センターの相談体制（総相談員数、勤務日数別人数、医療・保健・福祉関連の資格を持つ相談員数およびスーパーヴァイザー数）

- (3) こころの問題に関する相談の割合と対応（5項目、5件法、「まったく行わない」「あまり行わない」「時々行う」「かなり行う」「いつも行う」）
- (4) 平成18年度の精神科医療機関への紹介（受診が必要と思われる相談の割合、紹介件数、被害種別の紹介件数、紹介先精神科医療機関数と特性、うち、心療内科を標榜している医療機関数）
- (5) 精神科医療機関への紹介の判断について（4項目、5件法、「まったく行わない」「あまり行わない」「時々行う」「かなり行う」「いつも行う」）
- (6) 精神科医療機関の紹介する際重要視している内容（10項目、5件法「まったく重要ではない」「どちらかというと重要ではない」「どちらともいえない」「どちらかというと重要である」「非常に重要である」）
- (7) 紹介先精神科医療機関を探す際に参考にしている情報（9項目、5件法「参考にしない」「あまり参考にしない」「ときどき参考にする」「よく参考にする」「いつも参考にする」）
- (8) 医療機関の紹介方法（8項目、5件法「まったく行わない」「あまり行わない」「時々行う」「かなり行う」「いつも行う」）
- (9) 精神科医療機関を紹介する際の問題（10項目、5件法「全くそうではない」「あまりそうではない」「どちらともいえない」「かなりそうである」「全くそうである」）
- (10) 精神科医療機関との連携（精神科医療機関とセンターの間で行われている取り組み、連携を行っている精神科医療機

関数とその特性、うち、心療内科を標榜している医療機関数）

- (11) 紹介先の精神科医療機関として望ましい条件（10項目、5件法「まったく重要ではない」「あまり重要ではない」「どちらともいえない」「かなり重要である」「非常に重要である」）
- (12) 性犯罪被害の相談への対応（性犯罪被害者を精神科医療機関へ紹介する際に重要だと思われることについて、10項目の中から上位3項目を選択、センターでの取り組み）

2-4. 倫理的配慮

本調査の実施にあたり、全国被害者支援ネットワークの承認を得て、団体の送付先の情報を得た。調査票に、調査の目的と共に、調査票は無記名で行い、個々のセンターを公にすることはなく、また情報は厳重に保管されることを明記した。また、調査票の返送をもって研究への同意とみなすことを併記した。

2-5. 分析方法

各項目について、記述的分析を行った。相談件数と紹介件数の関係については相関係数を求めた。分析は、両側検定とし、有意水準を $p=0.05$ とした。統計解析には、SPSS for Windows ver. 14.0 を用いた。

3. 結果

3-1. 対象機関の属性

今回対象とした民間被害者支援団体（ $N=41$ ）の平成18年度における平均相談受付時間は、24.78時間±11.94（以下標準偏差を±で表示）であり、最も多い業務時間は、週25-32時間（18機関、43.9%）であった（図1）。おそらく、

週 3～4 日開設している機関が多いものと考えられる。

平均相談員数は 24.5±14.82 人であり、勤務日数ごとの相談員数の割合を見ると、週 1 日未満の相談員が 70.1%と最も多く、実際にセンターの中心となって活動していると思われる週 4 日以上勤務している相談員は、9.5%にとどまっております、人数も平均約 2 人であった。(図 2、表 1) また、有資格の相談員では、臨床心理士(平均 1.56±2.05 人)、看護職(平均 1.20±1.47 人)が多く、組織外のスーパーヴァイザーでは、臨床心理士(平均 2.32±1.92 人)、精神科医(平均 1.12±1.40 人)が多かった(表 2)。

3-2. 平成 18 年度の相談概要

電話相談は、すべての機関が行っており、面接も約 9 割の機関が実施していた。メンタルヘルス専門家による相談では、臨床心理士による相談を行っている機関が 73.2%あり、精神科医によるものは、34.1%であった(表 3)。

平成 18 年度の相談件数の平均は、417.9±474.2 件(47 件～2742 件)であり、年間 100 件に満たない機関から 1000 件を超えるものまでかなりばらつきがあった。相談方法では電話によるものが最も多く(平均 328.0 件)、面接相談は平均 44.1 件と電話の約 7 分の 1 であった(表 4)。

相談者の性別は、女性からの平均相談件数は 246.9 件、男性からの平均相談件数が 119.7 件であり、女性からの相談件数は男性からの相談件数の約 2 倍であった。また、被害種別では、性被害、消費者・財産的被害、交通被害、暴行・強盗・傷害による相談が多く、児童虐待、ストーカーによる相談は少なかった(表 4)。

また、平成 18 年度の全相談のうち心の問題に関する相談の割合が 40%以上と答えた民間

被害者支援団体が 48.7%あり、こころの相談の割合がかなり高いことが示された。また、このような心の問題の相談に対してよく行われる対応としては、非専門家の相談員が対応することが多いと回答した機関が最も多く、専門職の相談員が対応することが多いと回答したところは 21.9%であった。また、臨床心理士や精神科医療機関への紹介を、「いつも・よく行う」機関は少なかったが、約 50%の機関は、「時々行う」と回答していた(図 3、図 4)。

3-3. 精神科医療機関への紹介

平成 18 年度の相談のうち、精神科医療機関の紹介が必要だと感じた相談の割合を図 5 に示した。21%～40%と回答した民間支援団体が 76.9%と最も多かった。

実際に精神科医療機関を紹介した事例は、合計 176 件、平均 4.29±5.96 件(0～23 件)であり、全相談数(17,136 件)に占める割合は、1.0%であった。精神科への紹介件数と相談件数との間には有意な相関($r=.492, p=.001$)があった。紹介件数は、年間 1～5 件の機関が 39.0%と最も多く、0 件のところも 34.1%あり、多くの機関が数件にとどまっていることが示された(図 6)。

紹介した相談の被害種別でみると、性被害(平均 2.81 件)、暴行・強盗・傷害(平均 1.19 件)が多くなっていた。性被害や暴行・強盗・傷害に並んで相談件数の多かった殺人の平均紹介件数は 0.46 であり、消費者/財産的被害の紹介件数はなかった。被害の内容によって紹介件数に差が見られた(表 5)。

紹介先の精神科医療機関数は 2.44±1.67 機関であり、最も多いところで 7 機関であった。52.9%の機関は 2 機関以下であり、比較的限られた医療機関に紹介していることがわかった

(図7)。また紹介先医療機関の種類では、民間の精神科診療所(42.4%)が最も多く、次いで民間の精神病院(19.7%)、精神保健福祉センター(21.2%)が多かった。一方、大学付属病院(3.0%)や、国公立精神病院は少なかった(図8)。これらのうち、そのうち心療内科を標榜していた医療機関数は47%と約半数であった。

精神科医療機関を相談者に紹介する際に重要な項目として、「非常に重要」「どちらかという重要」と回答した割合が70%を超えたものは、「PTSDに詳しい医師がいる」、「女性の医師がいる」、「カウンセリングを行っている」、「相談者が通いやすい場所にある」の項目であった(図9)。また、紹介先医療機関を探す場合に参考にした情報では、「いつも参考にする」「よく参考にする」と回答した割合が30%を超えたものは、「職員の個人的な人脈からの情報」、「精神保健福祉センターや保健所からの情報」、「警察からの情報」の項目であった(図10)。

精神科医療機関を紹介する際に行うことで、「いつも行う」、「かなり行う」との回答割合が40%を超えたものは「事前に紹介先の病院や医師へ連絡を行う」、「面接相談を行ってから病院を紹介する」、「受診の有無など相談者へのフォローを行っている」であった。また、逆に「紹介する病院の連絡先のみを教える」、「紹介する病院のパンフレットなどを相談者に渡す」、「病院につきそう」では、「全く行わない」、「あまり行わない」との回答した割合が40%以上であり、あまり行われていないことが示された(図11)。

3-4. 精神科医療機関を相談者に紹介する上で の問題点

実際に医療機関を紹介する際に問題と感じる項目で多かったのは(「全くそうである」「かなりそうである」との回答の割合が50%以上)は、「児童の精神科が少ない」、「PTSDについて詳しい医師が少ない」、「女性の医師が少ない」、「犯罪被害者に理解のある医師が少ない」、「精神科医療機関についての情報が少ない」、「相談者が病気であるという認識に乏しい」であった(図12)。

3-5. 精神科医療機関との連携

精神科医療機関とどのような取り組みを行っているかを表6に示した。多く行われていた取組としては、直接協力を依頼する(「精神科医療機関に協力依頼の実施(65.9%)」「精神科医療関係者へスーパーヴァイズの依頼(56.1%)」)他、精神科専門知識の向上のための研修の実施(「精神科医療関係者にセンター職員向けの研修の依頼(65.9%)」、「相談員に精神化医療一般についての研修を実施(73.2%)」、民間支援団体の存在を知らせる(「精神科医療機関への民間被害者支援団体のパンフレットの送付(63.4%)」)ことなどであったが、会合やケースカンファレンスなどの双方向の取組は少なかった(表6)。

連携を行っている精神科医療機関の数は平均 3.32 ± 7.75 機関であり、紹介先医療機関数より多かった。また、75.4%の民間団体はなんらかの連携を行っている精神科医療機関を有していた。連携先の医療機関の種類としては、民間の単科精神科(平均 1.63 ± 7.61 機関)が最も多く、この結果は紹介先精神科医療機関の種類とほぼ一致していた(図13)。

3-6. 紹介先精神科医療機関として望ましい条件

紹介先精神科医療機関として望ましい条件として、「非常に重要である」、「かなり重要である」と回答した割合が9割を超える項目は、「犯罪被害者を理解している医師」、「患者の話を十分に聞く医師」、「PTSDについて詳しい医師」など被害者および被害者によく見られる精神疾患（PTSD）の理解がある医師の存在であった。また、「非常に重要である」、「かなり重要である」と回答した割合が7割を超える項目は、「女性の医師がいる」、「カウンセリングを行っている」、「被害者相談用の窓口や担当者がある」であった。一方、紹介先として多かった「心療内科の標榜」を重要視していた機関は、約40%にすぎなかった。また、「国公立の機関である」を重要視していた機関は1割に満たなかった（図14）。

3-7. 性犯罪被害の相談

性犯罪被害者を精神科医療機関へ紹介する際重視すると回答した割合が高かった項目は、「性犯罪被害者に理解のある医師がいる」（80.5%）、「PTSDに詳しい医師」（43.9%）、「患者の話を十分に聞く医師」（43.9%）、「カウンセリングをしてくれる」（34.1%）であった。これはその他の犯罪被害者に対する希望と同様の結果であった。一方、「相談者の自宅から近い」（0%）、「心療内科を標榜している」（4.9%）などの項目は、ここでは最優先事項ではなかった（表7）。

各センターでの性犯罪被害者に対する取り組みにおいては、「センター内で研修を実施する」が80%以上のセンターで、「女性スタッフが相談を担当する」が90%以上の民間被害者支援団体で行われていた。一方、性犯罪被害者専用のパンフレットを用意しているセンターは、全体の5%未満であった。

4. 考察

本研究は、民間被害者支援団体から精神科医療機関への事例の紹介や連携の実態とその問題点を明らかにした本邦ではじめての研究である。

民間被害者支援団体には様々な団体が存在するが、今回は犯罪被害者を広く対象としており、全国に共通の目的を持って支援活動を行っている全国被害者支援ネットワークに所属している民間被害者支援団体を対象とした。回収率は100%であったことから、実態をよく反映した結果となっていると思われる。

4-1. 民間被害者支援団体の相談体制

今回対象となった民間被害者支援団体は、相談業務時間や相談員の数もかなりばらつきがあった。相談員の中でも、いわゆる常勤と考えられる週4日以上勤務者は少なく、相談活動全体をよく把握して、他機関と連携を行える相談員はあまり多くはないのではないかと考えられる。また、心理専門職による相談は73%と多いものの、精神科医による相談を行っている機関は34%であり、医療の助言を受けることができる機関は全体の3分の1であった。

相談方法では、特に面接相談の実施が、紹介に関連していると思われる。精神科医療機関の紹介の際に、「面接相談を行ってから病院を紹介する」ことを「かなりいつも」行うと回答した機関が48.1%と半数近く、聞き取りでは、「面接した事例しか紹介しない」と回答した機関もあった。面接相談で相手の状況やニーズを把握した上でなければ紹介しないという慎重な手続きを踏んでいることが伺われた。しかし、面接相談は全相談の約10%にすぎないことから、相談全体の中で紹介に至る事例は必然的に少なくなると考えられる。

4-2. 精神科医療機関への紹介の実態

平成 18 年度の 1 年間に精神科医療機関に紹介を行った事例数は、平均 4.29±5.96 件、多いところでも 23 件であり、全相談の約 1%と少ない割合にとどまっていた。一方、相談者が精神科医療機関への紹介が必要であると認知した相談の割合は、20%以上ある回答した機関がほとんど（97.4%）であった。平成 18 年度におけるすべての団体の相談件数の合計は 17,136 件であったことから、その 20%、約 3400 件は紹介の必要性があったと考えられるが、実際の紹介は 176 件と、これに比してかなり少なかったと言える。

実際にどのような事例が紹介されていたかということを見ると、性被害や暴行・強盗・傷害など PTSD 等精神疾患のハイリスクと思われる被害者の紹介が多かった。消費者・財産的被害では、相談件数に占める割合は 14%と多いが、精神疾患のリスクは低いものであり、紹介が行われた事例はなかった。このことは、精神症状の深刻さが紹介の一つの要因となっていることを示していると思われる。

4-3. 紹介先の医療機関の特徴

紹介先の医療機関は、平均で 2 機関であり、民間の精神科診療所が最も多かった。この特徴は、連携医療機関と一致していることから、紹介は日頃なんらかの連携を行っている機関に対して行われている可能性が高い。全体としては、病院よりは診療所に紹介することが多いが、これは精神科医療機関の分布を反映しているかもしれない。しかし、特に診療内科を標榜している機関が約半数であったことから、被害者の通いやすい機関が選ばれていることも考えられる。精神保健センターは比較的紹介先としては多い

ものであったが、国公立の精神科医療機関は少なく、国公立という理由で選ばれているということはないようであった。

実際、紹介先医療機関として重要視している項目は、機関の特徴より、「PTSD に詳しい」、「女性」、「被害者に理解ある」、「相談員が知っている」など個別の医師の特性を反映したものが多かった。機関の特性としては、「カウンセリングを行っている」、「相談者が通いやすい」などやはり話しをよく聞いてくれるかどうか重要視されていた。現在存在している犯罪被害者支援連絡協議会の所属についてはあまり重要視されておらず、今後協議会のあり方について検討が必要かもしれない。

4-4. 精神科医療機関との連携

民間被害者支援団体と精神科医療機関が日ごろ行っている取り組みでは、相談員に精神医療一般についての研修を実施し、その講師を精神科医療機関に依頼するというものが多かった。また、支援センターのパンフレットを送付したり、協力依頼をしたりということも多く行われていたが、実際の事例について検討したり、訪問したり、会合を行うなどお互いが顔をあわせて事例について検討する試みは少なく、紹介を行う上では、このようにお互いをよく知るような取組が必要ではないかと思われる。

また、このような取組を行っている医療機関がない民間団体も 4 分の 1 あり、また行っているとしても 5 機関未満が 80%以上とそもそも、関わりを持っている医療機関の絶対的な数が少ないことがあげられる。実際に紹介する事例は少ないとしても、紹介リソースを広げる意味で、もっと連携医療機関を増やすことが望まれる。

4-5 紹介上の問題と紹介先として望まれる精

精神科医療機関の条件

現在の紹介上の問題を、「民間団体」、「精神科医療機関」、「相談者」の3つに分けて検討した。民間団体側の問題としては、相談員の精神科についての知識の不足はあまり感じていないが、精神科医療機関の情報が少ないことがあげられていた。これは前述した医療機関との連携の少なさにも関連することであり、積極的な情報の収集や連携の促進が必要と考えられる。医療機関側の問題では、児童精神科の少なさ、犯罪被害者の理解のある医師の少なさ、PTSDに詳しい医師の少なさ、女性医師の少なさがいずれも50%以上の機関でかなり問題だとされた。女性医師を増やすことは簡単ではないが、犯罪被害者やPTSDに詳しい医師を増やすことは研修等によってある程度可能であり、特に紹介先として多い、民間の、特に心療内科を標榜している精神科医師をターゲットとした研修が必要であろう。また、相談者自身の問題としては、病気であるという意識の認識の乏しさが多くあげられており、被害者に対するメンタルヘルスに関する知識についての啓発や、民間被害者支援団体の相談員の心理教育のスキルの向上などが検討される。

現在の紹介上の問題と、紹介先として望まれる精神科医療機関の条件はかなり一致していたが、望まれることとしては、更に、機関として被害者相談用の窓口や担当者の存在があげられており、このような機能を備えた地域の機関病院のような医療機関も必要ではないかと考えられる。

4-6. 精神科医療機関と民間被害者支援団体の連携の在り方について

本調査の結果から、現状では、民間被害者支援団体から精神科医療機関への紹介は相談件数

全体から見るとかなり少なく、また連携している医療機関も限られていることがわかった。この件数の少なさがどのような要因であるかについて、本調査から伺われることは以下の点である。

(1) 精神科医療機関への紹介は面接等によって相手の状況を十分把握した上で行うなどかなり慎重に行われており、現在の各相談機関の紹介に対する考え方や、面接相談機能の影響がある。

(2) 週4日以上勤務の相談員や、メンタルヘルス専門の相談員の数が少ないため、相談者の希望がないような事例において紹介の必要性を判断したり、勧めることが難しい。

(3) 紹介先医療機関としては、なんらかの連携を行っている医療機関が対象とされていることが多いと考えられるが、基本的に連携医療機関数が少ないため、紹介にあたっての医療機関の情報が乏しい。

(4) 紹介先として必要と考えられる犯罪被害者の心理やPTSDに詳しい医師が少ないため、簡単に紹介できない状況がある。

(5) 相談する被害者自身の治療の必要性に対する意識が乏しく、訴えが少ない。あるいは、被害者支援センターにそのような情報をあまり求めていない。

実際に犯罪被害者における精神医療や心理相談のニーズが低ければ、これらは問題とはならないが、多くの研究はそうではないことを示している。従って民間被害者支援団体を通して精神科医療を提供していくためには、今後以下の取組を行う必要があるだろう。

(1) 犯罪被害者の紹介を安心して行える医療機関を増やしていく。具体的には、女性医師や心療内科標榜機関、一般の精神科診療所に勤務する医師に対して、犯罪被害者の心理やPTSD

についての研修の機会を増やしていく。特に現在民間被害者支援団体が連携している医療機関に対しては上記のような研修を積極的に行う。

(2) 民間被害者支援団体と精神科医療機関において、お互いの顔の見える連携を増加させていく。具体的には、紹介事例や紹介の仕方等についてカンファレンスを行うなどである。

(3) 犯罪被害者に対し、精神科医療の必要な状態や医療機関での治療について積極的な情報の提供を推進する。

(4) 民間被害者支援団体の相談員がより精神科医療や医療機関、精神保健サービスについての知識を充実させるとともに、被害者の精神医療の必要性の把握や紹介についてのスキルを向上させる。

本調査では、すべての民間被害者支援団体を対象とはしておらず、特に児童虐待や配偶者間暴力に対応している機関について把握することはできていない。また、特に被害者の精神医療のニーズをどの程度把握できているかという問題については支援団体の意見によるものであり、客観的に評価したわけではないなどの限界が存在するが、精神科医療機関と被害者支援機関との連携の実態を把握した最初の調査であり重要な意義を持っていると思われる。今後この結果を踏まえて、よりよい連携のあり方について検討していきたい。

5. まとめ

全国被害者支援ネットワークに所属する民間被害者支援団体を対象に精神科医療機関との連携に関する自記式質問票と聞き取りによる調査を行った。平成 18 年度に相談業務を行っていた全 41 機関から回答を得た。その結果、平成 18 年度においてこれらの被害者支援団体から精神科医療機関への紹介は、平均 4.29 件、全相

談件数に対する割合は 1.0%と、紹介が必要と考えられた相談件数に比して少ない傾向があった。紹介した事例では性暴力被害や、傷害・暴行などの被害者が多くなっていた。紹介先医療機関は平均 2.44 件であり、民間の診療所が最も多く、約半数は、心療内科を標榜していた。これらの特徴は何らかの連携を行っていた医療機関と一致しており、連携している医療機関への紹介が多いことが考えられた。紹介上の問題として、児童精神科の少なさ、犯罪被害者の理解のある医師の少なさ、PTSD に詳しい医師の少なさ、女性医師の少なさがあげられており、特に犯罪被害者への理解ある医師、PTSD に詳しい医師、女性医師は、被害者の紹介先として望ましい条件でもあり、民間被害者支援団体が安心して精神科医療機関へ紹介できるような医療体制を作っていくことが重要である。

また現在の連携では、事例検討や会合などの双方向でのやり取りが少ないことから、今後は、事例検討会などお互いの意見を交換できるような場を設定していくことが必要だと思われる。

6. 文献

1. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB: Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1995; 52(12):1048-60.
2. Boudreaux E, Kilpatrick DG, Resnick HS, Best CL, Saunders BE: Criminal victimization, posttraumatic stress disorder, and comorbid psychopathology among a community sample of women. J Trauma Stress 1998; 11(4):665-78.
3. Kilpatrick DG, Best CL, Veronen LJ, Amick AE, Villeponteaux LA, Ruff GA:

Mental health correlates of criminal victimization: a random community survey. J Consult Clin Psychol 1985; 53(6):866-73.

4. Resnick HS, Kilpatrick DG, Dansky BS, Saunders BE, Best CL: Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. J Consult Clin Psychol 1993; 61(6):984-91.

5. Norris FH, Kaniasty KZ, Scheer DA: Use of mental health services among victims of crime: frequency, correlates, and subsequent recovery. J Consult Clin Psychol 1990; 58(5):538-47.

6. Freedy JR, Resnick HS, Kilpatrick DG, Dansky BS, Tidwell RP: The psychological adjustment of recent crime victims in the criminal justice system. J of Interpersonal Violence 1994; 9:450-468.

7. New M, Berliner L: Mental health service utilization by victims of crime. J Trauma Stress 2000; 13(4):693-707.

8. Koenen KC, Goodwin R, Struening E, Hellman F, Guardino M: Posttraumatic stress disorder and treatment seeking in a national screening sample. J Trauma Stress 2003; 16(1):5-16.

7. 健康危険情報

特記すべきことなし

8. 研究発表

なし

9. 論文発表

なし

10. 学会発表

なし

11. 知的財産権の出願・登録状況

なし

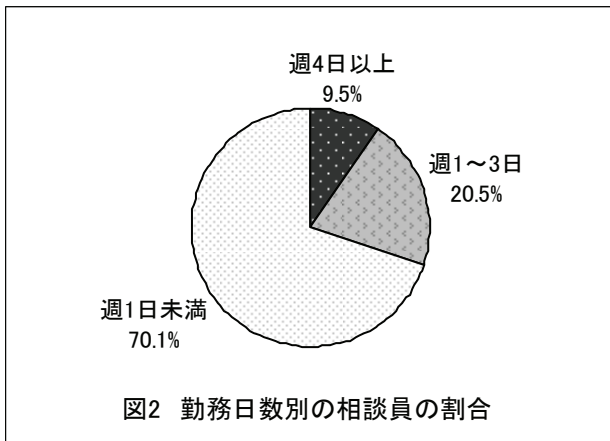
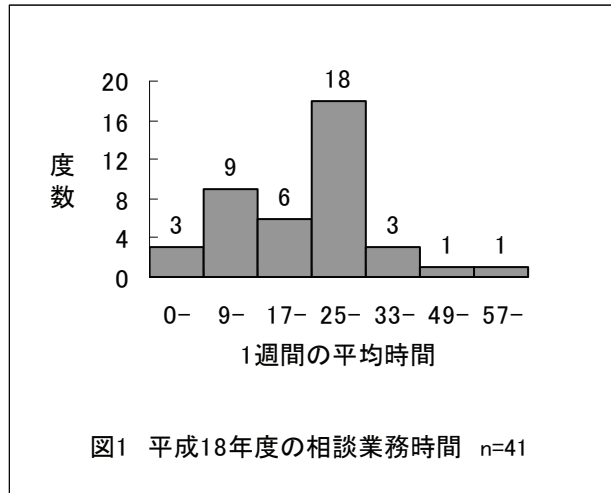


表1 平成18年度の勤務日数別相談員数

n=41				
	平均	標準偏差	最小値	最大値
4日以上/週	2.27	5.17	0	33
1~3日/週	4.85	6.67	0	24
1日未満/週	17.02	15.51	0	56

表2 医療・保健・福祉関連の資格者数

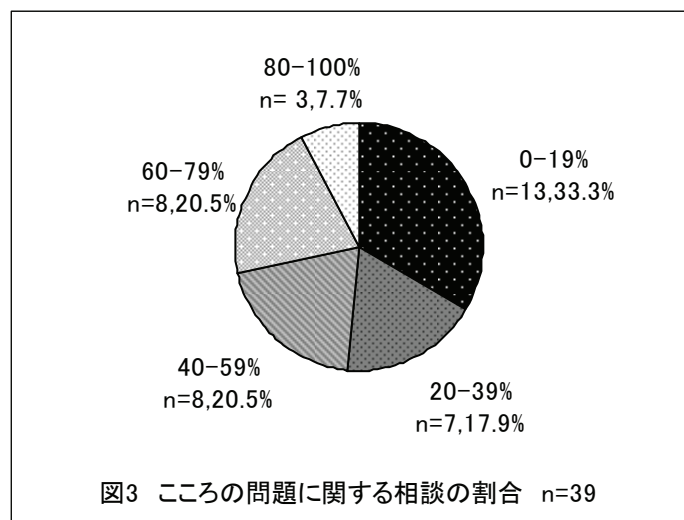
	相談員				スーパーヴァイザー等			
	平均	標準偏差	最小値	最大値	平均	標準偏差	最小値	最大値
精神科医	0.24	0.83	0	4	1.12	1.40	0	6
精神科以外の医師	0.05	0.22	0	1	0.34	0.69	0	3
臨床心理士	1.56	2.05	0	8	2.32	1.92	0	8
看護職	1.20	1.47	0	6	0.07	0.26	0	1
精神保健福祉士	0.41	1.36	0	8	0.07	0.26	0	1
精神保健福祉士以外の ソーシャルワーカー	0.41	0.84	0	3	0.15	0.42	0	2
その他	0.82	1.39	0	7	0.49	1.27	0	6

表3 平成17年度の相談の種類

相談業務		n=41
		%
相談方法	電話による相談	100.0
	面接による相談	90.2
	電話・面接以外による相談	51.2
専門家による相談	精神科医による相談	34.1
	心理専門職による相談	73.2
	その他の専門職による相談	78.0

表4 平成18年度の相談の概要

		平均	標準偏差	最小値	最大値
相談方法 (n=41)	電話	328.00	305.20	18	1568
	面接	44.12	76.44	0	426
	電話・面接以外	45.83	132.14	0	748
	合計	417.95	474.06	47	2742
性別 (n=35)	男性	119.66	111.50	5	439
	女性	246.89	225.88	26	858
	不明	11.12	46.80	0	273
被害内容 (n=39)	殺人	34.46	121.60	0	765
	暴行・強盗・傷害	43.15	59.91	0	304
	性被害	58.28	90.78	0	411
	D V	23.54	41.07	0	208
	児童虐待	3.21	8.55	0	49
	ストーカー	9.21	13.16	0	55
	交通被害	43.45	84.20	0	486
	消費者・財産的被害	54.89	65.51	0	248
	その他	115.90	115.66	0	500



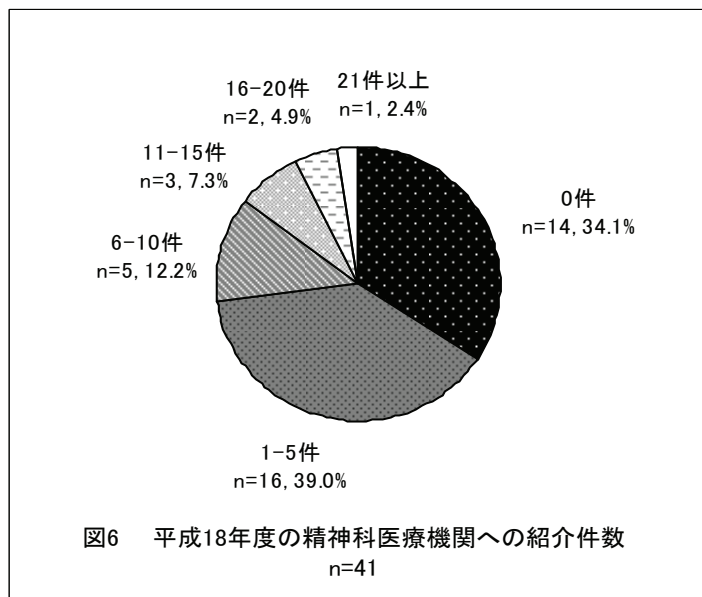
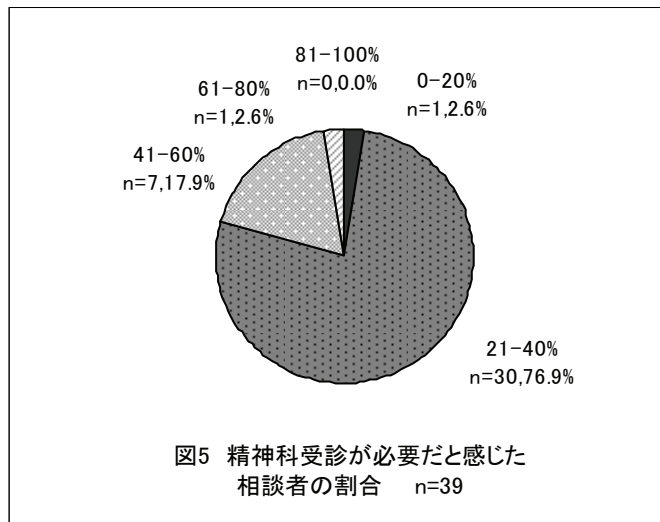
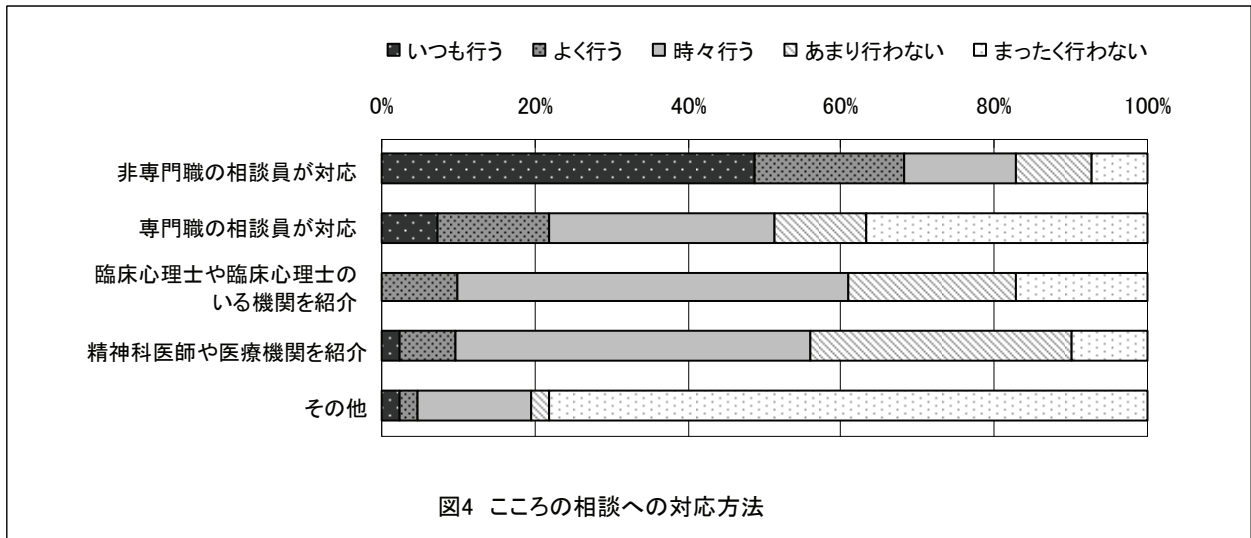
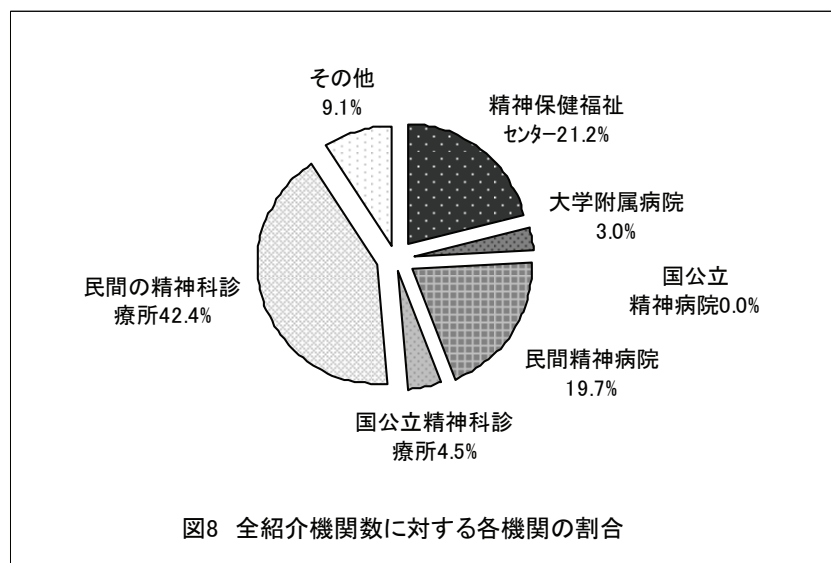
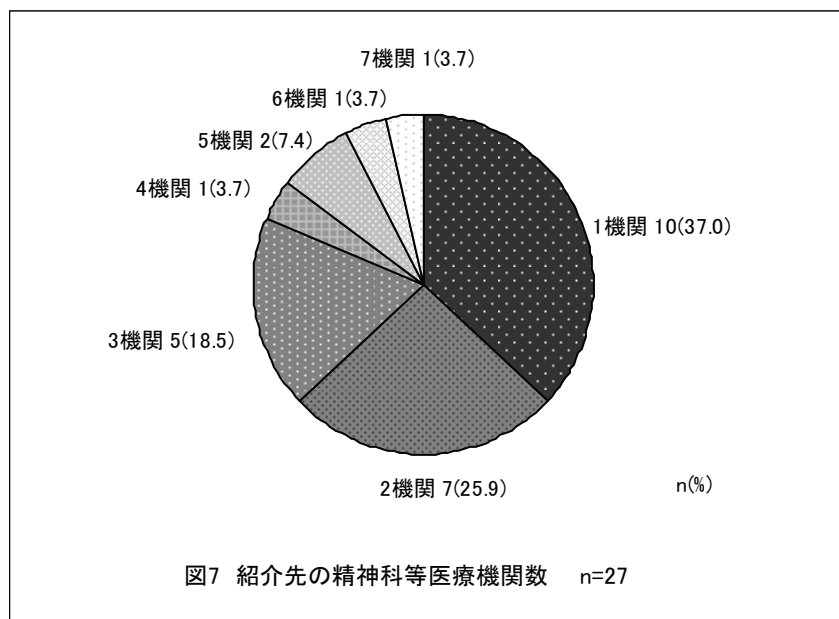


表5 平成18年度の精神科医療機関紹介事例の被害内容 n=26

被害種別	平均値	標準偏差	最小値	最大値
殺人	0.46	1.14	0	4
暴行・強盗・傷害	1.19	3.89	0	20
性被害	2.81	3.06	0	13
DV	0.38	0.85	0	3
児童虐待	0.23	0.99	0	5
ストーカー	0.23	0.82	0	4
交通被害	0.23	0.59	0	2
消費者/財産的被害	0.00	0.00	0	0
その他	1.19	2.68	0	11



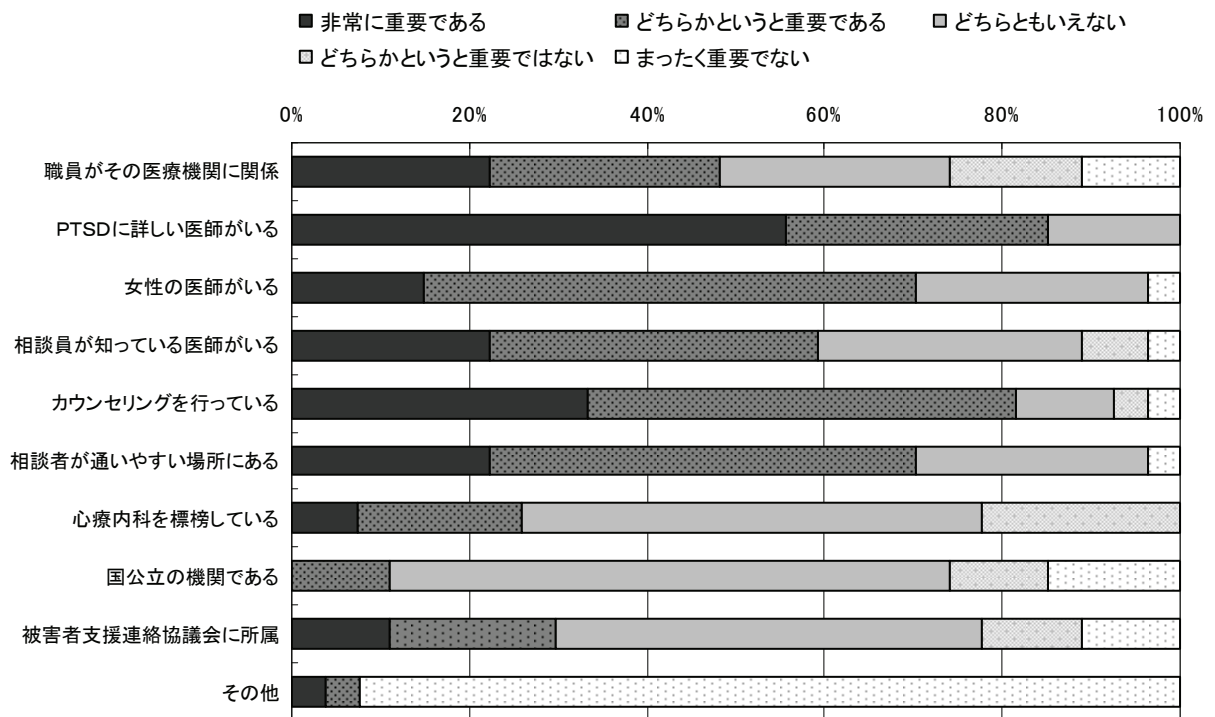


図9 精神科等医療機関を紹介する際に重要視している内容 n=27

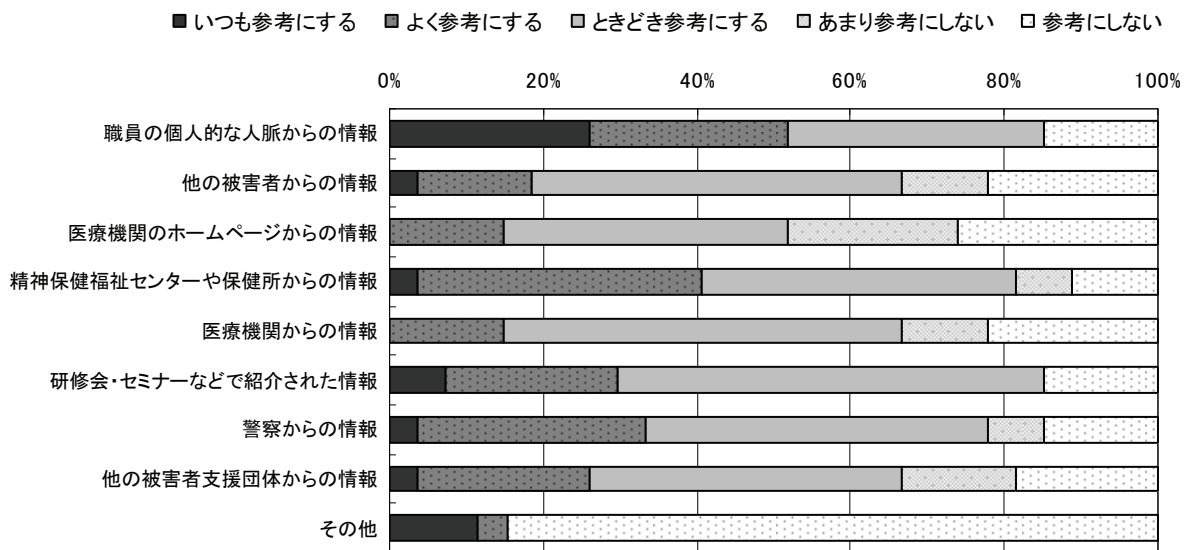


図10 医療機関紹介の際に参考にしてしている情報 n=27

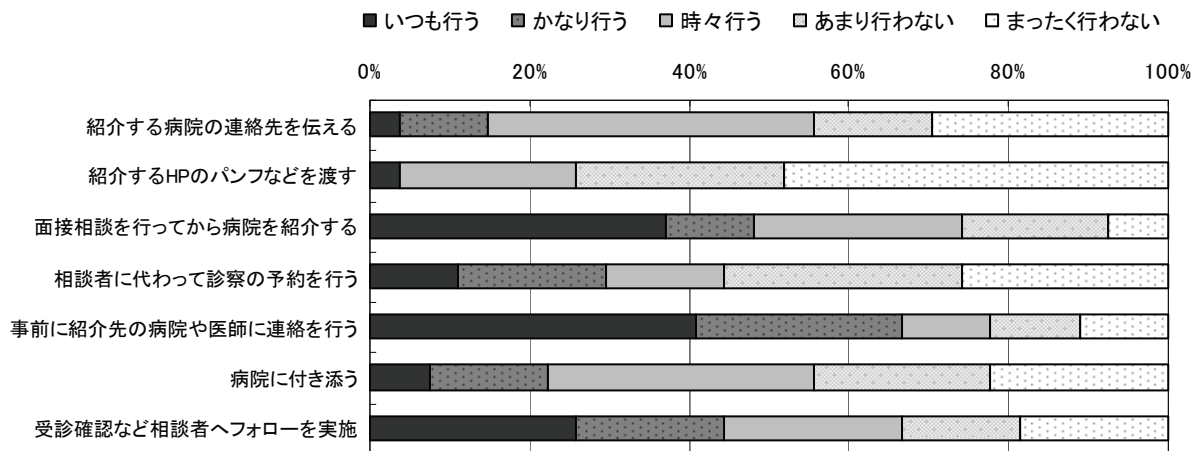


図11 精神科等医療機関を紹介する際に行うこと n=27

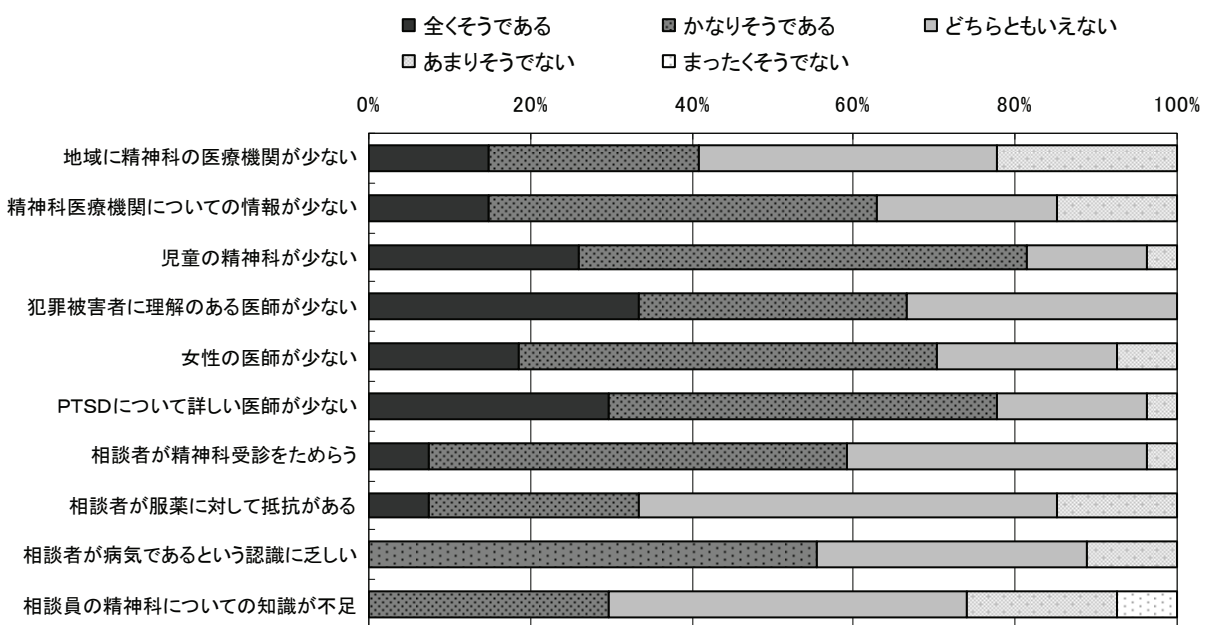


図12 精神科等医療機関紹介時における問題点 n=27

表6 精神科医療機関との取り組みについて

	n=41
	%
精神科医療機関へ貴センターのパンフ送付	63.4
精神科医療機関に協力依頼を実施	65.9
精神科医療関係者を対象とした講演、研修を実施	19.5
精神科医療関係者との会合を開く	26.8
精神科医療関係者にセンター職員向けの研修を依頼	65.9
相談員に精神医療一般についての研修を実施	73.2
精神科医療関係者にスーパーヴァイズを依頼	56.1
精神科医療機関への訪問や見学を実施	12.2
紹介した事例についてケースカンファレンスを実施	36.6

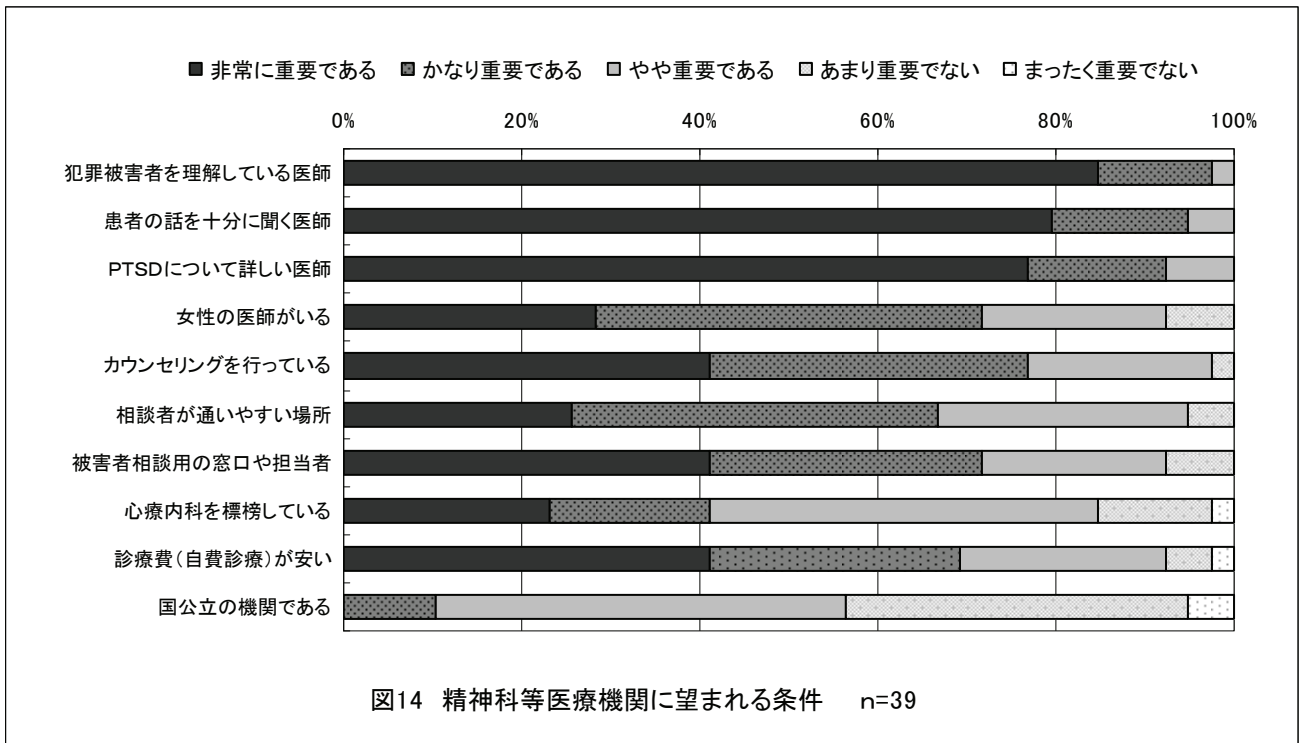
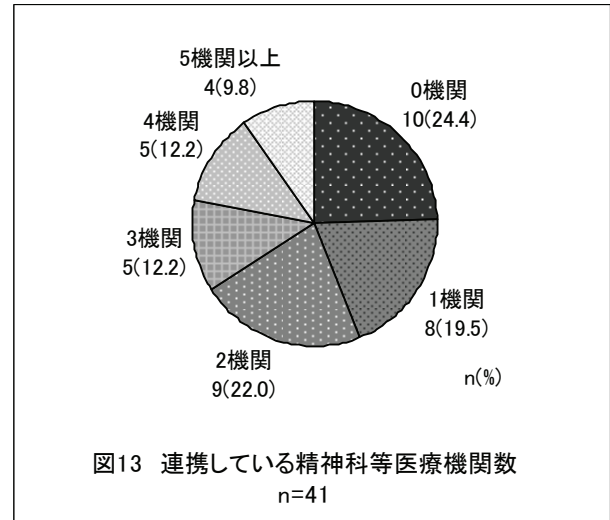


表7 性犯罪被害者における精神科医療機関の条件

望まれる条件	度数	割合
女性医師	11	26.8%
性犯罪被害者に理解がある医師	33	80.5%
患者の話を十分に聞く医師	18	43.9%
PTSDについて詳しい医師	18	43.9%
カウンセリングをしてくれる	14	34.1%
相談者に利便な場所にある	8	19.5%
相談者の自宅から近い	0	0.0%
心療内科を標榜している	2	4.9%
内科、産婦人科等も併設	12	29.3%
その他	1	2.4%

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

「臨床心理士における犯罪被害者およびその家族の相談に関する調査」

分担研究者：大山みち子（武蔵野大学）

堀越勝（筑波大学）

研究協力者：吉川麻衣子（浦和神経サナトリウム）、中島聡美（国立精神・神経センター精神保健研究所）、道家木綿子（東京大学ハラスメント相談所）、磯辺花映（武蔵野大学大学院人間社会・文化研究科）木下留美子（同）、星崎裕子（同）、福森崇貴（つくば国際大学）、樫村正美（筑波大学大学院人間総合科学研究科）、丹羽まどか（同）、片岡玲子（立正大学）、冨永良喜（兵庫教育大学）

研究要旨

目的：全国の臨床心理士による犯罪被害者の相談の実態、犯罪被害者支援活動とそれに関する意識の特徴を明らかにし、それらの結果から、犯罪被害者の臨床心理士への相談を促進するための情報を明らかにし、今後の犯罪被害者への関わり方を実態に基づいて提言する。

方法：2007年10月5日、平成14年（2002年）度版「臨床心理士」登録名簿全数8,338名から無作為抽出した1,000名のうち、海外在住者6名を除いた994名に、調査票を郵送し分析した。

結果：男性71名（30.9%）、女性158名（68.7%）、無回答1名（0.4%）計230名から回答があった。犯罪被害者およびその家族の相談を受けた経験は、ある98名（42.6%）、平成18年度に限らなければある56名（24.8%）、受けたことがない63名（27.4%）である。前年度に限っても4割以上、過去の経験では約67%があると回答している。内訳は、児童虐待が最多、ついで性的暴力あるいは配偶者間暴力の順である。相談を受理した場合は、小・中・高等学校が最も多く32名（32.7%）、ついで大学と医療機関（精神科単科）が同数の19名（19.4%）である。その他と回答した者も30名と約3割ある。相談経験者の司法的関与の経験は、警察等への通報が17%（複数回答）、裁判や取調の付き添い、裁判のためや保険のための文書作成、口頭での意見陳述などの回答があった。他機関との連携経験は、教育機関111（48.3%）、各種相談機関や医療機関、警察などである。今後の犯罪被害者・家族の相談の推進に必要な事項に関する質問に対して、非常に必要という回答が最も多くかつ6割を超えたものは、犯罪被害者・家族の医療費の補助制度、同じくカウンセリング等保険外費用に関する補助制度についてである。犯罪被害者の支援や相談・治療に特化した研修については、非常に必要とどちらかという必要を合わせると、94.3%を占める。

考察：犯罪被害者からの相談の経験は決して珍しくない。教育機関で多く受理していること、精神科単科をはじめとした医療機関が、臨床心理士の相談の場として認知され犯罪被害者の対

応にも機能していることがうかがわれる。また、臨床心理士も司法的な関与を伴う可能性が示唆され、教育機関をはじめに、多方面の連携経験の回答があった。これらのかかわりの中で、臨床心理士は、犯罪被害者や家族への心理的支援に対して、やりがいは感じているが、知識や情報の不足を感じており、経済的な補助制度と適切な評価、マニュアルやガイドライン、研修の必要性を強く感じていることがわかった。適切な体制に支えられれば、臨床心理学の専門家として機能する現状と可能性が示唆できる。限界として、調査票の名簿と送付先は、最新の情報ではないため、現在臨床心理士資格を取得したばかりの者は含まれず、20歳代はいない。ただし、中堅以上の者、第一線で働いている臨床心理士の現実的な問題を取り上げることではできたと見える。また、これまで犯罪被害者と臨床心理士の組み合わせで、今回のような規模で均質なデータ取得を試みた調査はわが国にはなく、貴重な資料である。

A 目的

近年、犯罪被害者等に対する社会的関心が高まっている中、平成17年4月から犯罪被害者等基本法が施行された。この法律では、犯罪被害者等の心的外傷を代表とする精神的問題及び身体的問題からの回復を支援し、それを推進するための調査研究の実施が国及び地方自治体の責務として定められた。この基本法に従い、内閣府において犯罪被害者等施策推進会議が開催され、実際の施策を具体的に示した基本計画が策定された。本研究の主任研究者である小西も専門部会である基本計画検討委員会に専門委員として参加した。この委員会においても被害者の精神的回復をすすめる施策を検討するにあたり、その実態についての調査が乏しいことが指摘され、今後より具体化した施策を行うためには日本における犯罪被害者の精神的影響の広がりや深刻さ、医療機関への受療率などの実態研究が必須であると考えられた。

そのため、昨年度は本研究班の分担研究班のうち、中島聡美・辰野文理によって医師への調査が行われ、一定の成果を見た。

本分担研究においては、その流れをくみ、わが国での心理的援助において看過できない重要

な役割をもつ臨床心理士に対しても、犯罪被害者への心理的援助がどのように行われているか、実態調査を試みることにした。平成20年現在臨床心理士の登録者数は全国で一万人を超え、心理査定、心理面接、地域支援、研究を行っている。職域は、教育、司法・矯正・警察、医療、福祉、研究、産業、開業など多岐にわたり、その中で、スクールカウンセラー、家庭裁判所調査官、女性センター相談員、大学教員、病院の心理士などとして心理援助や処遇に関わっている。

彼ら臨床心理士の所属する日本臨床心理士会においても、被害者支援専門委員会をおこなうなど、犯罪被害者への心理的支援には力を注いでおり、継続して研修会も開かれている。しかし、個々の研修や事例検討などの積み重ねはあっても、実際に、どのような場に犯罪被害者やその家族が訪れ、どのような相談が行われているかは、客観的に俯瞰できていないのが現状である。犯罪被害者等基本法施行以降となる現在は、啓発の時期から発展し、当事者の必要に応えるべく、臨床家が効率的な研修や情報の交換を図る段階に進んでいるといえよう。本分担研究班では、横断調査による基礎情報を得てさらにその

結果から、これらの面に寄与できる提言をすることを目論見た。

すなわち、平成18年～19年度の調査を基礎とし、より客観的で大規模な情報を得ることを目的とし、全国の臨床心理士に調査を実施することにした。過年度では、臨床心理士の犯罪被害者への心理的支援の実態をインタビュー調査し、一定の成果を得たが、客観的な検討が不足している面があり、それを補うべく今回の調査を計画した。この調査を通して、今まで系統的に把握されていなかった臨床心理士に心理的支援を求めている犯罪被害者の数と心理的問題のありよう、相談の実態等が把握されることになる。また、臨床心理士による相談受理数の分析により相談支援活動を促進する要因等についての知見が得られることから、犯罪被害者に対する給付金などの予算措置を策定するに当たって、積算上の根拠を提供することが可能となる。この結果は、今後の犯罪被害者の心理学的支援のあり方について施策を検討するための基礎資料となり、日本の被害者支援に貢献することができると思う。

具体的には、全国の臨床心理士を対象とし、犯罪被害者の相談の実態と実際に行われている方法、臨床心理士の関与がどのようなものであるかを明らかにし、これらを促進するための情報を得ることが目的であり、研究のより詳細な目的は以下の3つに分けられる。

- (1) 全国の臨床心理士による犯罪被害者の相談の実態を把握する。
- (2) 臨床心理士による犯罪被害者支援活動とそれに関する意識の特徴を明らかにする。
- (3) 1,2の結果から、犯罪被害者の臨床心理士への相談を促進するための情報を明らかにし、今後の犯罪被害者への関わり方を実態に基づいて提言する。

B 対象と方法

対象

平成14年(2002年)度版「臨床心理士」登録名簿(財団法人日本臨床心理士資格認定協会発行)記載者全数である8,338名から乱数を用いて無作為抽出した1,000名のうち、海外在住者6名を除いた994名。

名簿記載者の内訳は、「昭和63年(1988年)9月1日から平成14年(2002年)3月31日までに、臨床心理士に認証し登録原簿に記載され、かつ平成5年(1993年)度から平成13年(2001年)度中に資格更新手続きを完了し、再登録された者」となっている。

なお、臨床心理士の名簿で、住所の記載された全国規模のものは、これが最新版である。

方法

調査票

自記式で多肢選択と自由記述を中心とする調査票(「臨床心理士における犯罪被害者及びその家族の相談に関する調査」)(別紙)。平成18年(2006年)度の本研究の分担班のひとつである中島聡美・辰野文理による「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」で用いた調査票を参考とし、臨床心理士の特徴を勘案して作成した。内容の検討のため、2007年8月に、被害者支援を専門としない経験豊富な臨床心理士を対象にパイロット版を直接配布し、回答と感想を得ている。

送付および回収

郵送による。詳しくは以下のとおりである。

2007年10月5日、調査票等を郵送にて配布した。内容は、調査票本体のほか、依頼状(「調査ご協力をお願い」)(別紙)、料金受取人払の返信用封筒である。

さらに11月16日、該当者が送付先に不在と確認したものを除いた756名に葉書にて督促状を送付した(別紙)。なお本調査の方法では匿名での回答を採用しており、すでに回答した対象者にも督促状を送付せざるを得ないため、督促状にその旨も記載した。

11月30日を調査票回収の最終締切とした。

分析

調査結果について、各項目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。

倫理面への配慮

本調査は、武蔵野大学倫理審査委員会の承認を得ている。

本調査では、対象が特定されることのないよう匿名での回答とした。また、調査項目における犯罪被害者およびその家族についても、特定されることのないよう配慮した。さらに事例の個人情報に関わる事項を記載しないよう記入に関する注意事項に記載した。同意書は、匿名での回答のため省き、回答の返送をもって同意を得たものとした。

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。調査票の原票は、施錠されたデータ管理室にある、さらに施錠されたキャビネットに保管する。数値化されたデータファイルは、同室内の、パスワードによって保護された専用のパソコンおよび記憶媒体に保存される。データの解析にあたっては、パスワードによって管理されたコンピュータにて行う。また研究結果の公表にあたっては個々の機関を特定されるような情報は発表しない。各分担研究者、研究協力者には、個人情報を除いたデータを送付し、分析をおこなうこととするが、その際、インターネットに接続したコンピュータで

分析を行わない、データをコンピュータ上に保存せず、記録媒体に保存し、鍵のかかる場所で管理する、分担研究者および研究協力者以外のアクセスを制限するなどの処置を講ずるものとする。調査票郵送時には、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する。その文書の中で、調査票の返送をもって調査同意として扱う旨を明記している。

調査対象者への結果説明については、個別のデータについて回答は行わず(匿名のため不可能)、結果は、調査報告書によって公表するものとし、希望する機関には調査報告書を送る。

C 結果

あて先不明、該当者不在などによる郵送物の返送は初回送付時で231通、督促状の同様の返送は11通である。そのほか調査者あてに、転勤あるいは海外在住のため該当者不在であることの連絡、紛失の連絡、引退あるいは更新せず現在無資格を理由とする辞退の回答が、ファクス、電話、Eメールで6名分寄せられた。このほかの状況から、対象に配布できた数は最大で754通と判断される。

最終締切とした11月30日までに返送された調査票は230名である。総発送数994名では23.1%、上記754名からでは30.5%の回収率となる。

結果の主なものを以下に記す。

属性(表1, 2)

性別:男性71名(30.9%)、女性158名(68.7%)、無回答1名(0.4%)。

年齢:30歳代57名(24.8%)、40歳代63名(27.4%)、50歳代62名(27.4%)、60歳代32

名 (13.9%)、70 歳代 12 名 (5.2%)、80 歳以上 1 名 (0.4%)、無回答 1 名 (0.4%)。

臨床経験年数：9 年以下 23 名 (10.0%)、10~19 年 72 名 (31.3%)、20~29 年 72 名 (31.3%)、30~39 年 42 名 (18.3%)、40~49 年 12 名 (5.2%)、50 年以上 1 名 (0.4%)、無回答 4 名 (1.7%)。

1 ヶ月平均担当相談者数 (平成 18 年度)：10 人以下 45 名 (19.6%)、11~50 人 97 名 (42.2%)、51~100 人 60 名 (26.1%)、151 人以上 4 名 (1.7%)、無回答 8 名 (3.5%)。

20 歳代がおらず、30~50 歳代ではほぼ 8 割を占め、経験が 10 年以上の者が 9 割と、臨床活動の中核をなす者が回答していることがわかる。

なお今回、勤務施設を複数選択可としたのは、臨床心理士が非常勤の立場で複数の職場に勤務している現状からと、犯罪被害者が回答者の主な職場にだけ来談するとは限らないためである。児童相談所と児童養護施設・乳児院に勤務すると回答した者は全体の 4 割以上であり、臨床心理士の活動の場が子どもを対象とする施設に多くいることがわかる。

(1) 全国の臨床心理士による犯罪被害者の相談の実態

問 2 (1) (表 4) の、平成 18 年度に、犯罪被害者およびその家族の相談を受けた経験があるか、という質問に対して、ある 98 名 (42.6%)、平成 18 年度に限らなければある 56 名 (24.8%)、これまで相談を受けたことがない 63 名 (27.4%) である。前年度に限っても 4 割以上、これまでの経験の範囲では約 67% があると回答している。

その被害内容の内訳は、相談を受けた被害者の人数の多少に関わらず、児童虐待が最も多く、ついで性的暴力あるいは配偶者間暴力の順であ

る(表 5)。

さらに、その相談をどこで受理したかについては、小・中・高等学校が最も多く 32 名 (32.7%)、である。ついで大学と医療機関 (精神科単科) が同数の 19 名 (19.4%) 挙げられている。その他と回答した者も 30 名と約 3 割ある(表 6)。

次に、臨床心理士による犯罪被害者に関する司法的な関与の実態を述べる。問 2 (6) (表 7) では相談経験者に対しての質問項目として、司法的関与の経験を尋ねたところ、警察等への通報が 17% (複数回答) あり、裁判や取調の付き添い、裁判のためや保険のための文書作成、口頭での意見陳述などの回答があった。

他機関との連携の経験は、教育機関 111 (48.3%) を筆頭に、各種相談機関や医療機関、警察など多方面にわたる (表 8)。

(2) 臨床心理士による犯罪被害者支援活動とそれに関する意識の特徴

仮定の質問であり、若干答えにくいと思われる内容であるが、全員に質問したものとして、被害にあったことが疑われるがそれを自ら話さない人の相談経験と、それに対する態度がある。経験がある、と答えたのは 86 名 (37.4%) であり、4 割近くにのぼる(表 9)。また、ある、と答えた場合に、被害体験を尋ねたことがあるか、と質問したところ、時々あったという回答が最多であり、よくあったとあわせると、尋ねたこととはない、の回答の 3 倍となる(表 10)。尋ねない者の理由は、相談者を傷つける、症状の増悪のおそれ、その他が 3 割程度ずつであった(表 12)。

問 3 (図 1) の、被害者や家族の相談の中で、どのようなことを感じているかの設問の中で、全くそうであるという回答が最も多かった質問は、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、という問いであった。

問4(図2)の、今後の犯罪被害者・家族の相談の推進に必要な事項に関する質問に対して、非常に必要という回答が最も多くかつ6割を超えたものは、犯罪被害者・家族の医療費の補助制度、同じくカウンセリング等保険外費用に関する補助制度についてであった。また、犯罪被害者の支援や相談・治療に特化した研修については、非常に必要とどちらかという必要をあわせると、94.3%を占めた。

自由記述である問5「犯罪被害者・家族の相談(診療等を含む)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」への回答では、援助者のスキルアップやスーパービジョンの機会と、制度や金銭的な裏づけについての希望が中心であった。これらの例を抜粋して紹介する。「二次受傷の方が多いので、そのあたりのケアがもっと必要」

「この分野は端緒についたばかりだと思います。まだまだ試行錯誤の状態、特に資源の少ない地方では、スキルアップの機会も少なく、その傾向は他の分野同様、顕著だと思います」「継続したフォローには専門家が重要だが、一次的な関わりになりやすい職場に勤めている専門家にもある程度の技量の養成が必要だと思う」

「自立支援、保険医療とは別に『被害者支援』の制度が必要。但し治療費だけでなく実施する機関への人件費等補助が必要」

「きちんとした知識もないまま、臨床心理士だからといってだれもが被害者の支援ができるとは思いません。実際の支援の様子、やり方、特徴等、研修の場がもっとあってもよいと思います」

「何例か専門の機関に紹介したが、中断してしまった。専門家といわれる人たちの技量を上げること、養成することが急務だと思う」

「犯罪被害者や家族の方への相談は、本当に大切だと思いますし、すべての方がカウンセリングを受けられる環境になればと思います。しかし自分が相談を受けることを考えると、しっかりとしたスーパーバイザーがいないと、相談を受けてもそれを受けとめられないと思います」

「被害者が、さらに精神科を受診することは、もっと傷ついたり敷居が高いと感じるのかもしれない。医療のバックアップがありつつ最初は相談の形をとって対応できる機関(できれば公的に)やシステムが身近にできればいい」

D 考察

相談受理の経験

まず、犯罪被害者およびその家族の相談を受けた経験があるか、という質問に対して、前年度に限っても4割以上、これまでの経験の範囲では約67%があると回答しており、回答者全体のサンプルが仮に犯罪被害者の相談受理経験者に偏っているとしても、犯罪被害者からの相談の経験は決して珍しくないといえる。その内訳に、児童虐待や配偶者間暴力を含むと認識していることが前提でもあるが、臨床心理士の相談の対象者として、実際は犯罪被害者とその家族が、大きな位置を占めていることが判明した。こうした人々は、従前の教科書的イメージではカウンセリングないしは心理療法のクライアントとして十分視野に入れられ認識されていたとはいえず、現在進行形の臨床心理士の認識とのずれが指摘できる。

受理の場

次に、相談の受理の場が、小・中・高等学校が最も多く、ついで大学と医療機関(精神科単科)が同数挙がっていることについては、虐待の事例が関連して、教育機関が多くなっていると思われる。他の刑法犯や交通事故等の被害者

が、これらの事例と同様に臨床心理士に相談できる場があり、より機能するようになれば、今後この割合は変動することが予測される。

また「その他」の回答が比較的多いことは、臨床心理士が勤務していれば、どの機関、現場においても相談の入り口になり得る可能性を示唆している。これは、従来からある心理的援助の機関を、犯罪被害者支援の場に活用するヒントとなり得る。

一方、精神科単科の医療機関という、最も専門的である反面、一般の人々には敷居も高いと思われるがちな場でも、実際はその抵抗感を越えて少なからず相談につながっている結果も重要である。

いずれにせよ、教育機関において相談を多く受理している現実と、精神科単科をはじめとした医療機関が、臨床心理士の相談の受け皿として現在認知され、犯罪被害者の対応にも機能していることがうかがわれる。

司法的関与

思いのほか多く回答があったのは、司法的関与の経験である。相談経験者に限った複数回答の項目であるが、医師とは異なり診断書や精神鑑定を求められない臨床心理士も、相談を受けることで司法的な関与を伴う、あるいは迫られる可能性が示唆された。これらは、臨床心理学とは異なる専門的知識を必要とし、法改正など変化も多い分野である。それらの現実が、相談にともなって感じていることや推進のために必要な事項への回答につながっているといえよう。

他機関との連携

教育機関をはじめとして、多方面にわたる連携の経験の回答があった。これも司法的関与と同様に、さまざまな機関についての生きた知識を必要とする内容であり、回答者の意欲の高さうかがわれる。

臨床心理士の意識

これらのかかわりの中で、彼ら臨床心理士は、犯罪被害者や家族への心理的支援に対して、やりがいは感じているが、知識や情報の不足を感じており、経済的な補助制度と適切な評価、マニュアルやガイドライン、研修の必要性を強く感じていることがわかった。ためらいや不安はさほど意識しておらず、これらの支えがあれば、進んで対応しようとするようすが、回答からはうかがわれる。現在着目されてきているとはいえ、必ずしも臨床心理士の中心業務とはみなされない犯罪被害者への心理的支援であるが、適切な体制に支えられれば、臨床心理学の専門家として機能する現状と可能性が示唆できる。

このように今回の調査結果は、多くの示唆を得られ、さらに分析と検討を続ける価値がある情報であるが、課題として対象の限界があることは否めない。調査票の名簿と送付先は、2002年時点での登録に基づくものであり最新の情報ではないため、現在臨床心理士資格を取得したばかりの者は含まれない。したがって、現時点での集団全体の中から、若干経験年数の長い、年長のサンプルにずれているといえる。実際回答者の中に20歳代がおらず、最も経験の浅い者の抱える問題を拾うことができなかった。ただし、中堅以上の者についてはほぼ全体像をとらえたと考えられ、第一線で働いている臨床心理士の現実的な問題を取り上げることはできたといえる。また、これまで犯罪被害者と臨床心理士の組み合わせで、今回のような規模で均質なデータ取得を試みた調査はわが国にはなく、貴重な資料であると考えてよいだろう。さらに、今回は更新がなされていないため先であるため、対象者の転居など異動による不明が少なからずあり、回収率を減少させる要因となっている。

近年の臨床心理士等を対象とした調査は、非公式の範囲で回収率が 20%程度と言われており、今回は格別低いとはいえないが、あて先不明となり対象者に届かなかった数は返送で判明しただけでも 230 以上（約 23%）あった。個人情報保護の制約から、今回最新のあて先情報を入手することはできなかつたが、研究目的の同意があらかじめ得られたリストが作成されれば、今後は同様の調査を行っても、より正確に配布でき回収率も高まることが予測され、発展が期待できる。

E 結論

本調査から、わが国での犯罪被害者支援が効果的に行われるために以下の点が重要であると結論づけることができる。

経済的基盤の強化

以下に挙げる点は、いずれも個々人の努力の範囲で解決することではなく、無理なくできる体制と、研修講師派遣の person 費や研参加の助成などに必要な予算措置をはじめとした経済面での支えが前提となると考える。本調査においても、結果で示したように、犯罪被害者・家族の医療費の補助制度、同じくカウンセリング等保険外費用に関する補助制度について、非常に必要という回答が 6 割を超え、今後の犯罪被害者・家族の相談の推進に必要な事項、という質問に対して最も多い回答であった。

臨床心理士を対象とした、心理的支援のための研修の充実

より積極的な臨床心理士のための広報や研修が必要である。ひとつは、日常の臨床活動の範囲でも犯罪被害者の相談を積極的に受け入れることができるような啓発・研修、もうひとつは、被害者に特化した心理的援助の技法の検討と普及である。後者は、本分担研究者でもある堀越

勝による、他の分担研究で詳述しているため、ここでは省く。前者においては、日常の業務に加えてさらに大きな負担を強いる研修体制は現実的ではなく、これまでの臨床経験や訓練を応用することのできる、無理のない方法を広報することが望ましい。以前より増えたとはいえ、いまだ人口比からみても十分ではない臨床心理士のバーンアウトを招かないよう、業務の範囲内で行える方法を示すことが、彼らの積極的な取り組みにつながるといえる。いずれにせよ、研修に参加しやすい体制、アクセスしやすい媒体での広報、さらにそれを支える経済的支援が必要である。

子どもを対象とする施設での体制の強化

児童相談所や児童養護施設・乳児院などでは、以前から職員の負担が大きいといわれており、現在も専門的なケアを十分行う余裕があるとは言いがたい。これらの施設では、児童虐待や保護環境の問題に関連して、被害を体験した子どもや交通事故を含む遺児は、もとより対応の範囲に含まれ得る対象である。しかし、子どもやその家族について、犯罪被害を視野に入れて位置づけ対応する体制はいまだ十分ではない。また、受理した犯罪被害者の相談は、小・中・高等学校で認知したものが、受理施設別では最多であり、施設としては、医療機関を合わせたよりも多い。スクールカウンセラーの果たす役割が指摘でき、大学を含め学校内の相談で対応した事例が多くあることがわかる。全国に存在し、臨床心理士が多く勤務するこれらの施設で、犯罪被害に関連した事例に、研修をつんだ臨床心理士が余裕をもって援助できるよう、研修と職員の配置の強化が望まれる。これらは、人生早期からの支援、子育て支援としても考えられ、社会的にも意義が大きい。

医療機関など他機関との連携の強化、関連分野

についての学習の推進

連携の前提として、連携先となる他機関についての知識が必要である。医療機関、司法機関、支援団体など、他機関についての実態や法的根拠などについて、より知識を持つよう図ることが、効果的な連携を促進すると考える。司法的な関与も、知識が伴わないと適切に行えず社会的な期待に応えることが困難である。

F 成果の発表

平成 17 年度から 19 年度までの研究の結果は、総括報告として厚生労働科学研究成果データベースにおいて公開の予定である。本研究の分析をもとに、さまざまな心理臨床の場で無理なく円滑に犯罪被害者支援を行うための指針を作成中であり、ウェブサイトおよび書籍にて公開の予定である。また、さらに分析を深め、関連する内容について複数の学会で発表の予定である。

G 文献

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), pp. 1186-1190

外傷後ストレス関連障害に関する研究会編：心的トラウマの理解とケア第 2 版 (2006), じほう

Golding, J, Siegel, J, Sorenson, S., Burnam, A., Stein, J. Social support sources following sexual assault. *J Community Psychol.* (1989), 17, pp. 93-107

後藤豊実 (2006) 外傷体験者地震における治療ニーズの捉え方と専門的な援助を求める傾向, 日本社会精神医学会雑誌 15 (1), pp. 1

2-23

犯罪被害実態調査研究委員会 (2003), 犯罪被害者実態調査報告書, 東京

Herman JL. The mental health of crime victims: impact of legal intervention. *J Trauma Stress.* Apr (2003), 16 (2), pp. 159-166

法務総合研究所 (2001), 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

法務総合研究所 (2004), 平成 16 年度版犯罪白書, 東京: 国立印刷局

Kelli J W, Dean V C, et al. : Screening for Domestic Violence : Practice Patterns , Knowledge, and Attitudes of Physicians in Arizona. *Southern Medical Journal* (2004), 97 (11) pp. 1049-1054

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) pp. 5-16

松尾浩也 (2004), 法と犯罪被害者支援. *臨床心理学*, 4, pp. 716-719

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

- 内閣府男女共同参画局（2003），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
- 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
- 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) pp. 538-547
- 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
- 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），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（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（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），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
- 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
- Sugg NK, Inui T. Primary care physicians' response to domestic violence. *Opening Pandora's box. Jama.* Jun 17 (1992), 267 (23) pp. 3157-3160
- 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) pp. 911-921
- 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
- Walsh E, Moran P, Scott C, et al. Prevalence of violent victimisation in severe mental illness. *Br J Psychiatry.* Sep (2003), 183, pp. 233-238
- 山上皓（1999），被害者の心のケア，ジュリスト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とってのその意義，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

H 論文発表

大山みち子, 家族・友人が被害にあったとき. 金吉晴編: 心的トラウマの理解とケア第2版. じほう, 東京, pp293-297, 2006.

大山みち子, 犯罪被害者への心理的援助. 生島浩・村松励編: 犯罪心理臨床. 金剛出版, 東京, pp236-250, 2007.

I 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

Ohyama M., Crime and Trauma - Reflections on Psychotherapy for Crime Victims -, Japanese Society of Transcultural Psychiatry and World Psychiatric Association, Transcultural Psychiatry Section, World Association of Cultural Psychiatry Joint Meeting Plenary Symposium April 29, 2007, Kamakura

J 謝辞

本調査に協力していただきました日本臨床心理士会会員の皆様および関係者の方々に感謝申し上げます。

表1-1 回答者の属性①

	n(%)
性別	
男性	71 (30.9)
女性	158 (68.7)
無回答	1 (0.4)
年齢	
30代	57 (24.8)
40代	63 (27.4)
50代	62 (27.0)
60代	32 (13.9)
70代	12 (5.2)
80歳以上	1 (0.4)
無回答	1 (0.4)
臨床経験年数	
9年以下	23 (10.0)
10～19年	72 (31.3)
20～29年	72 (31.3)
30～39年	42 (18.3)
40～49年	12 (5.2)
50年以上	1 (0.4)
無回答	4 (1.7)
1ヵ月平均担当相談者数(平成18年度)	
10人以下	45 (19.6)
11～50人	97 (42.2)
51～100人	60 (26.1)
101～150人	16 (7.0)
151人以上	4 (1.7)
無回答	8 (3.5)

表1-2 回答者の属性②

	n(%)
勤務歴のある施設(複数回答)	
児童相談所	76 (33.0)
婦人相談所・女性センター	12 (5.2)
児童養護施設・乳児院	23 (10.0)
母子生活支援施設	1 (0.4)
民間被害者支援団体	6 (2.6)
その他の犯罪被害者に関与する機関	6 (2.6)
矯正保護・司法などに関与する機関	18 (7.8)
臨床心理士以外の資格取得者	
持っている	55 (23.9)
持っていない	166 (72.2)
無回答	9 (3.9)
所属学会(複数回答)	
日本心理臨床学会	207 (90.0)
日本トラウマティック・ストレス学会	9 (3.9)
日本心理学会	30 (13.0)
その他	142 (61.7)
犯罪被害・PTSDに関する研修参加歴	
ある	178 (77.4)
平均回数(平均値、カッコ内SD)	5.1 (6.5)
5回未満	99 (43.0)
5～10回	44 (19.1)
11～20回	6 (2.6)
21回以上	3 (1.3)
なし	50 (21.7)
無回答	2 (0.9)
犯罪被害・PTSDに焦点づけた技法使用歴	
ある	64 (27.8)
なし	161 (70.0)
無回答	5 (2.2)

表2 回答者の勤務機関の属性

	n (%)
形態(複数回答)	
病院・クリニック(精神科単科)	48(20.9)
病院・クリニック(心療内科)	11(4.8)
上記以外の医療機関	26(11.3)
小・中・高等学校	63(27.4)
大学	75(32.6)
児童相談所	13(5.7)
婦人相談所・女性センター	5(2.2)
児童養護施設	8(3.5)
教育相談所	21(9.1)
その他	102(44.3)
標榜科(医療機関勤務者のみ、複数回答)	
精神科・神経科	64(57.1)
心療内科	13(11.6)
その他	35(31.3)
設立基盤	
国立病院機構	1(0.4)
大学	54(23.5)
地方自治体(都道府県立、市町村立)	74(32.2)
医療法人・個人	52(22.6)
その他	29(12.6)
無回答	20(8.7)
勤務機関の所在地	
北海道	8(3.5)
東北	12(5.2)
関東	81(35.2)
甲信越	7(3.0)
北陸	7(3.0)
中部	23(10.0)
近畿	42(18.3)
中国	18(7.8)
四国	2(0.9)
九州・沖縄	19(8.3)
無回答	11(4.8)

表3 平成18年度年間担当相談者数(犯罪被害相談経験者のみ)

	男性	女性	合計
平均値	5.9	8.3	12.7
中央値	2.0	3.0	4.0
最頻値	1	1	2
標準偏差	23.7	22.1	41.2
最小値	—	—	1
最大値	200	200	400

表4 問2(1) 相談経験

	n (%)
ある	98(42.6)
平成18年度に限らなければ、ある	56(24.3)
これまで相談を受けたことはない	63(27.4)

表5 問2(3) 相談を受けた被害者の被害内容

被害内容	対応した被害者の数	
	1~4人 n (%)	5人以上 n (%)
殺人	11(4.8)	0(0)
暴行・傷害	19(8.3)	2(0.9)
性的暴力	41(17.8)	7(3.0)
児童虐待	45(19.6)	23(10.0)
配偶者間暴力	39(17.0)	9(3.9)
その他	21(9.1)	1(0.4)

表6 問2(4) 相談受理施設(犯罪被害相談経験者のみ)

	n (%)
形態(複数回答)	
病院・クリニック(精神科単科)	19(19.4)
病院・クリニック(心療内科)	4(4.1)
上記以外の医療機関	10(10.2)
小・中・高等学校	32(32.7)
大学	19(19.4)
児童相談所	11(11.2)
婦人相談所・女性センター	6(6.1)
児童養護施設	7(7.1)
教育相談所	4(4.1)
その他	30(30.6)

表7 問2(6) 司法的な関与の内容

	n (%)
民間の保険のための文書作成	5 (2.2)
裁判のための文書作成	20 (8.7)
証人として裁判所へ出廷	0 (0)
警察や検察に口頭で意見	9 (3.9)
裁判・取調への付き添い	9 (3.9)
警察・児童相談所・婦人相談所へ通報・	39 (17.0)
その他	21 (9.1)

表8 問2(7) 他機関との連携

	n (%)
警察	60 (26.1)
児童虐待相談機関	87 (37.8)
配偶者暴力相談機関	56 (24.3)
民間犯罪被害者支援団体・自助グループ	30 (13.0)
クリニック・病院	77 (33.5)
その他の相談機関	46 (20.0)
教育機関 (小中高大) や幼稚園・保育園	111 (48.3)

表9 問2(8) 自ら被害を話さない人の相談

	n (%)
ある	86 (37.4)
ない	133 (57.8)

表10 問2(9) 被害の経験を尋ねたこと

	n (%)
よくあった	15 (6.5)
時々あった	53 (23.0)
尋ねたことはない	23 (10.0)

表11 問2(10) 相談者が被害を認めた場合の方針 (n=69)

	n (%)
被害経験に焦点を当てて相談継続	20 (29.0)
被害経験に焦点を当てずに相談継続	30 (43.5)
自らは相談を受けない (専門家へ紹介な	4 (5.8)

表12 被害について尋ねない理由(問2(11))

	n (%)
症状が憎悪する	73 (31.7)
相談者を傷つける	78 (33.9)
その後の対処が分からない	35 (15.2)
受け止められない	30 (13.0)
相談に関係がない	10 (4.3)
対応する時間がない	20 (8.7)
その他	82 (35.7)

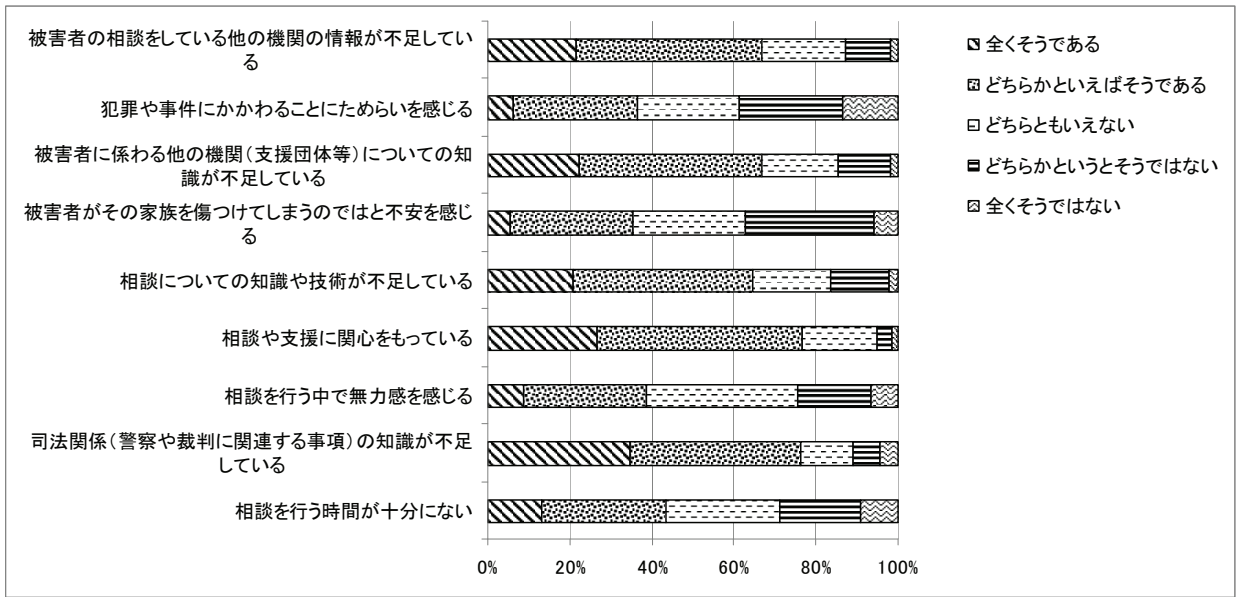


図1 問3 被害者に関わることについての意識

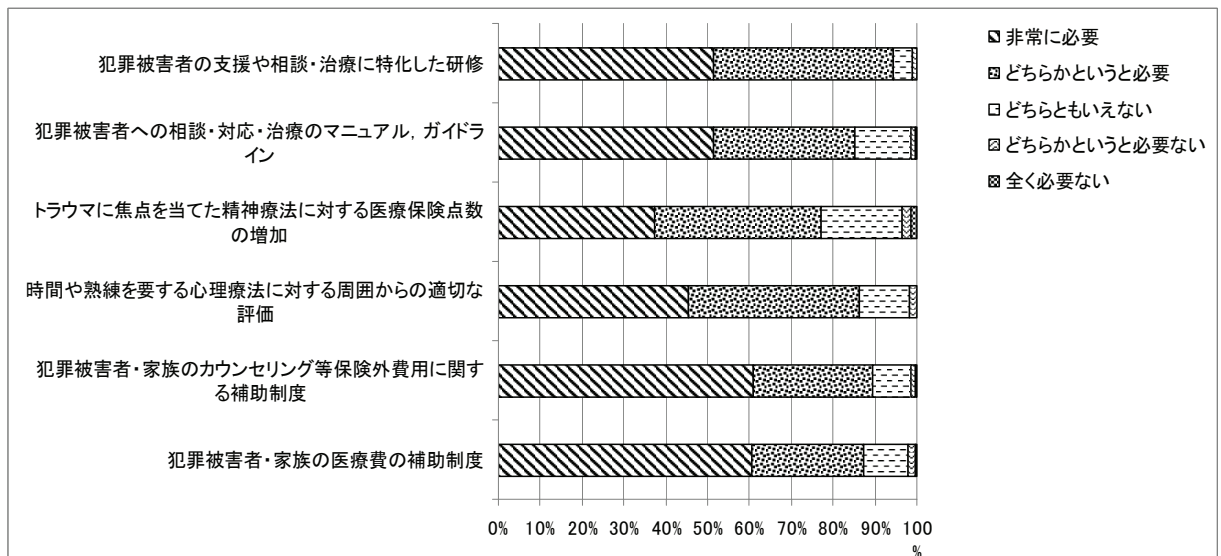


図2 問4 被害者の相談を推進するために必要な事項

調査ご協力のお願い

皆様ご清祥のこととお喜び申し上げます。

この調査（「臨床心理士による犯罪被害者およびその家族の相談に関する調査」）は、臨床心理士による犯罪被害者への心理相談活動の実態を知り、活動促進の一助とすることを目的とし、実施いたします。皆様のあて先につきましては、日本臨床心理士会に登録された連絡先をもとに無作為抽出いたしました。なお本調査の実施につきましては、日本臨床心理士会に報告しております。

臨床心理士の相談活動の実態を知るためのものですので、**お送りした方全員が対象となっております。被害者の相談の経験のない方も、回答をお願いいたします。**

回答は自由であり、ご回答いただかない場合でもなんら不利益は生じません。また、ご回答をもちまして、本調査への同意とさせていただきます。回答は、匿名化して統計学的に処理し、個人情報の保護を遵守いたしますが、回答にあたって、特にクライアントの個人情報を記入なさらないようお願いいたします。データは全て武蔵野大学で厳重に管理いたします。また、本調査は、武蔵野大学の倫理審査委員会の承認を受けております。

ご多用中恐れ入りますが、上記の趣旨をお汲み取りの上、ご協力くださいます場合は、同封の調査票にご回答のうえ10月20日までにご返送いただきたくお願い申し上げます。

この調査は、平成19年度厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学「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、課題番号17230901）」の分担研究として行っております。

過去2年における研究成果の班全体としての総括報告は、下記「厚生労働科学研究成果データベース」から同じ研究課題名で検索ができます（検索キーワード「犯罪被害者」）。

<http://mhlw-grants.niph.go.jp/index.html>

平成19年度「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とその回復～臨床心理士による犯罪被害者への心理相談活動の実態に関する研究～

分担研究者 大山みち子・堀越勝

研究協力者 吉川麻衣子・中島聡美・道家木綿子・磯部花映・
木下留美子・星崎裕子・福森崇貴・樫村正美・
丹羽まどか・片岡玲子・富永良喜

お問い合わせ先：E-メール 専用アカウント research@musashino-u.ac.jp

ファクス 042-468-8298

返送先 202-8585 東京都西東京市新町1-1-20 武蔵野大学人間関係学部
大山みち子研究室 宛

臨床心理士における犯罪被害者及びその家族の相談に関する調査

< 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。

○記入の仕方

各問について、あてはまる番号に○をつけて下さい。設問によって、**1つだけ**○をしていただくものや、**あてはまる番号すべてに**○をしていただくものがございます。

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。

回答は、問1から順番にお答えください。途中、回答によってお答えいただく設問が変わります。矢印等の指示に従ってお進みください。

○記入にあたっての注意

本調査では、犯罪被害者という特定されやすい事例を対象としております。調査票の記入にあたり、自由記載等（特に問2（4）や問5）で、ご経験されました事例の**個人情報**（例：個人名、地名など）**に関わる事項を記載されることがないように**、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を、同封の返信用封筒に入れ、**平成19年10月20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、ご質問は下記までお願いいたします。

ファクス 042-468-8298

E-mail research@musashino-u.ac.jp

臨床心理士による犯罪被害者への心理相談活動の実際に関する研究班
武蔵野大学 大山みち子研究室内

お忙しいところ恐縮ですが、ご協力の方よろしくお願い申し上げます。

※1 ここでの「犯罪被害者及びその家族」とは、犯罪被害にあわれた**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。立件の有無は問いません。

※2 今までに犯罪被害者の相談や治療に関わったことのない先生もご記入をお願いいたします。

それでは、次のページよりご記入ください。

問1. はじめに、このアンケートを記入されているご本人のことについてお伺いします。

(1) 性別について、当てはまる番号に 1つだけ○をつけてください。

1 男性	2 女性
------	------

(2) 現在の年齢をご記入下さい (満年齢)。

--

 歳

(3) 現在までの臨床経験年数をご記入下さい (犯罪被害者及びその家族の相談に限りません)。

--

 年

(4) 現在勤務している施設/心理相談室について 当てはまる番号すべてに○をつけてください。また、複数の場合は、その内メインで勤務しているところ1つに◎をつけてください。

1 病院・クリニック (精神科単科)	2 病院・クリニック (心療内科)		
3 1・2以外、総合病院等	4 小・中・高等学校	5 大学	6 児童相談所
7 婦人相談所・女性センター	8 児童養護施設	9 教育相談所	
10 その他 (具体的に : _____)			

(5) 現在医療機関に勤務されている場合、勤務先の科について 当てはまる番号すべてに○をつけてください。(複数回答可)

1 精神科・神経科	2 心療内科	3 その他 (具体的に _____)
-----------	--------	---------------------

(6) 現在勤務している施設/心理相談室の設立基盤について当てはまる番号に 1つだけ○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		
5 その他 (具体的に : _____)		

(7) 現在勤務している施設/心理相談室のある地域について当てはまる番号に 1つだけ○をつけてください。

1 北海道	3 関東	5 北陸	7 近畿	9 四国
2 東北	4 甲信越	6 中部	8 中国	10 九州・沖縄

(8) 平成18年度(平成18年4月1日～平成19年3月31日)の、ご自身の1ヶ月の平均担当相談者(患者)数(のべ人数)をお答えください。(どれか1つに○をつけてください)

1	10人以下	2	11～50人	3	51～100人	4	101～150人	5	151人以上
---	-------	---	--------	---	---------	---	----------	---	--------

(9) 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)。
勤務したことのある施設について、当てはまる番号すべてに○をつけて下さい。(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	民間被害者支援団体	
6	その他の犯罪被害者に関与する機関(具体的に)
7	矯正保護・司法などに関与する機関(具体的に)

(10) 臨床心理士以外の、相談・治療などに関わる資格をお持ちですか。(どちらか1つに○をつけてください)

1	はい(具体的に:)	2	いいえ
---	----------	---	---	-----

(11) 現在あなたが所属している学会について、当てはまる番号すべてに○をつけてください。

1	日本心理臨床学会	2	日本トラウマティック・ストレス学会	3	日本心理学会
4	その他	いくつでもご自由にお書きください			

(12) これまでに犯罪被害者やPTSDに関連した研修会やワークショップに参加したことがありますか。
(どちらか1つに○をつけてください)

1	あ	る(おおむね	回程度)	2	な	い
---	---	----	------	-----	---	---	---	---

(13) これまでに犯罪被害者やPTSDに焦点をあてた心理療法の技法を用いたことはありますか。
(どちらか1つに○をつけてください)

1	あ	る(具体的に:)	2	な	い
---	---	---------	---	---	---	---

→次ページ問2へお進みください

問 2. 犯罪被害者・家族の相談（診療を含む）経験についてお尋ねします。

(1) 平成 18 年度（平成 18 年 4 月 1 日～平成 19 年 3 月 31 日）に、下記*のような被害が続いていた、もしくは過去に下記*のような被害に遭った経験のある相談者で、被害が相談内容と密接に関係していたと考えられる犯罪被害者 および その家族（以降 犯罪被害者・家族 と記載します）の相談のご経験がありますか。
 （どれか 1 つに○をつけてください）。

*殺人・傷害致死、業務上過失（自動車事故、鉄道事故、放射能漏れ事故など。明らかに本人の過失によるものを除く）、身体的暴力（殺人未遂、傷害など）、性的暴力（強姦、強姦未遂、強制わいせつなど）、児童虐待、配偶者間暴力、財産被害（窃盗、詐欺、横領など）、ストーキング、テロ、など。

※本人の申告によるもので客観的な事実の確認は必要ありません。

1 ある	→	(2)へお進みください
2 平成 18 年度に限らなければ相談を受けたことがある	→	(5)へお進みください
3 これまで相談を受けたことはない	→	(7)へお進みください

(2) (1)で「1 ある」と回答した方に伺います。

平成 18 年度に相談を受けた犯罪被害者・家族の人数をお答えください。

男性 人 + 女性 人 = 合計 人

(3) (1)で「1 ある」と回答した方に伺います。

平成 18 年度に相談を受けた被害者のうち、特に下記の犯罪被害者・家族は何人いましたか。

ア～カそれぞれについて、当てはまる番号に 1 つだけ○をしてください。

※ 2 つ以上の被害がある場合の記載 例：児童虐待で性的暴力の被害の場合には、性的暴力と児童虐待の両方に人数をカウントしてください。

ア. 殺人	1	0 人	2	1～4 人	3	5 人以上
イ. 暴行・傷害	1	0 人	2	1～4 人	3	5 人以上
ウ. 性的暴力（強姦・強制わいせつ等）	1	0 人	2	1～4 人	3	5 人以上
エ. 児童虐待	1	0 人	2	1～4 人	3	5 人以上
オ. 配偶者間暴力	1	0 人	2	1～4 人	3	5 人以上
カ. ア～オ. 以外の犯罪被害（具体的に）	1	0 人	2	1～4 人	3	5 人以上

(4) (1)で「1 ある」と回答した方に伺います。

平成 18 年度に犯罪被害者・家族の相談を受けた施設／心理相談室について、当てはまる番号すべてに○をつけてください。

1 病院・クリニック（精神科単科）	2 病院・クリニック（心療内科）		
3 1・2 以外、総合病院等	4 小・中・高等学校	5 大学	6 児童相談所
7 婦人相談所・女性センター	8 児童養護施設	9 教育相談所	
10 その他（具体的に： <input type="text"/>)			

(5) (1)で「1 ある」または「2 平成18年度に限らなければ相談を受けたことがある」と回答した方に伺います。
 犯罪被害者・家族の相談にかかわったきっかけについて、さしつかえない範囲でお書き下さい。

(6) (1)で「1 ある」または「2 平成18年度に限らなければ相談を受けたことがある」と回答した方に伺います。
 これまでに、犯罪被害者・家族について、下記のような司法的な関与を行ったことがありますか。
当てはまる番号すべてに○をつけてください。(複数回答可)

1 経験なし	6 裁判や取調べに付き添いとして同行した
2 民間の保険のための文書を作成した	7 警察や児童相談所、婦人相談所へ通報や通告を行った
3 裁判のための文書を作成した	8 その他
4 証人として裁判所へ出廷した	(具体的に)
5 警察や検察に口頭で意見を述べた)

(7) 全員の方に伺います。

これまでに、犯罪被害者・家族について、以下の機関から相談者の紹介やケースの相談をされた、あるいはご自身が相談者を紹介したり相談をした、といった経験はありますか。
 ア～エそれぞれについて、当てはまる番号に1つだけ○をしてください。

ア. 警察	1	ある	2	ない
イ. 児童虐待相談機関（児童相談所、民間相談機関など）	1	ある	2	ない
ウ. 配偶者暴力相談機関（婦人相談所、配偶者間暴力相談センターなど）	1	ある	2	ない
エ. 民間犯罪被害者支援団体・自助グループ	1	ある	2	ない
オ. クリニック・病院	1	ある	2	ない
カ. その他の相談機関	1	ある	2	ない
キ. 教育機関（小・中学校、高等学校、大学）や幼稚園・保育園など	1	ある	2	ない

(8) 全員の方に伺います。

これまでに、**問2の(1)**で例として挙げたような、被害にあったことが疑われるものの、自ら被害について話さない人の相談を受けたことがありますか。**(どちらか1つに○をつけてください)**

1 ある	2 ない	→ (11)へお進みください
------	------	----------------

(9) (8)で「1 ある」と回答した方に伺います。

そのような相談者に対して、被害の経験について尋ねたことがありますか。

(どれか1つに○をつけてください)

1 よくあった	2 時々あった	3 尋ねたことはない	→ (11)へ
---------	---------	------------	---------

(10) (9)で「1 よくあった」または「2 時々あった」と回答した方に伺います。

被害の経験があることを相談者が認めた場合、どのように対処することが多いですか。

当てはまる番号に**1つだけ**○をつけてください。

1 被害経験に焦点を当てて相談を継続する
2 被害経験に積極的には焦点を当てずに相談を継続する
3 自らは相談を受けない(専門家に紹介する等)
4 その他 (具体的に)

(11) 全員の方に伺います(被害にあったことが疑われるものの、自ら被害について話さない人の相談を、受けた経験がない方も含みます)。

被害体験について尋ねない場合、その理由について**当てはまる番号すべてに○**をつけてください。

(複数回答可)

1 尋ねることで症状が増悪すると思う
2 尋ねることで相談者を傷つけると思う
3 尋ねてもその後の対処がわからないと思う
4 尋ねても受けとめられないと思う
5 相談に関係がないと思う
6 尋ねても対応する時間がないと思う
7 その他 (具体的に)

→次ページ問3へお進みください

問 3. 犯罪被害者・家族の相談（診療等を含む）を行う上で、どのようなことを感じておられるかについてお伺いします。相談の経験がない方は、もし相談を受けることになったらという仮定でお答えください。

次のア～コのそれぞれについて、当てはまる番号に 1つだけ 〇をつけてください。

	全くそうである	どちらかといえば そうである	どちらともいえない	どちらかという そうではない	全くそうではない
ア. 相談に意義ややりがいを感じる	1	2	3	4	5
イ. 相談を行う時間が十分でない	1	2	3	4	5
ウ. 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
エ. 相談を行う中で無力感を感じる	1	2	3	4	5
オ. 相談や支援に関心をもっている	1	2	3	4	5
カ. 相談についての知識や技術が不足している	1	2	3	4	5
キ. 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
ク. 被害者に係わる他の機関（支援団体等）についての知識が不足している	1	2	3	4	5
ケ. 犯罪や事件にかかわることにためらいを感じる	1	2	3	4	5
コ. 被害者の相談をしている他の機関の情報が不足している	1	2	3	4	5

問4. 今後の犯罪被害者・家族の相談の推進に必要な事項についてお伺いします。

あなたが将来、犯罪被害者・家族の相談をより積極的に行う場合、以下のア～カの事項の必要性について、あなたのお考えに最も当てはまる番号にそれぞれ1つだけ○をつけてください。

	非常に必要	どちらかという 必要	どちらともいえない	どちらかという 必要ない	全く必要ない
ア. 犯罪被害者・家族の医療費の補助制度	1	2	3	4	5
イ. 犯罪被害者・家族のカウンセリング等保険外費用に関する補助制度	1	2	3	4	5
ウ. 時間や熟練を要する心理療法に対する周囲からの適切な評価	1	2	3	4	5
エ. ト라우マに焦点を当てた精神療法に対する医療保険点数の増加	1	2	3	4	5
オ. 犯罪被害者への相談・対応・治療のマニュアル、ガイドライン	1	2	3	4	5
カ. 犯罪被害者の支援や相談・治療に特化した研修	1	2	3	4	5

問5. 犯罪被害者・家族の相談（診療等を含む）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

(別紙)

過日、標記の調査票をお送りした皆様に、今一度お願いいたします。

匿名でのお返事をお願いしておりますため、すでにお送りくださった方にも差し上げるご無礼をお許しください。ご協力を厚くお礼申し上げます。

お蔭様で10月22日現在、200通弱の返信を頂戴しておりますが、不達にて返送された調査票も多くございます。したがって今後、回答を頂戴するには、お手元に届いた皆様方のご協力が頼りとなります。そこで、当初は締め切りを10月20日といたしましたが、しばらくの間お待ち申し上げますことといたしました。

ご多用中まことに恐縮でございますが、ご協力いただける場合には、ご記入の上なるべくお早めに投函くださいますようお願い申し上げます。白い定形外の封筒で、中にはお願いの文書と、灰色の返信用封筒、調査票が同封されております。詳細はお願いの文書をご覧ください。なにとぞよろしくお願いいたします。

202-8585

平成19年度厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学

～「臨床心理士における犯罪被害者及びその家族の相談に関する調査」研究班

分担研究者 大山みち子・堀越勝

研究協力者 吉川麻衣子・中島聡美・道家木綿子・磯部花映・木下留美子・星崎裕子・福森崇貴・

樫村正美・丹羽まどか・片岡玲子・富永良喜

東京都西東京市新町1-1-20 武蔵野大学人間関係学部 大山みち子研究室内

E-メール research@musashino-u.ac.jp

ファクス 042-468-8298

PTSD 患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 PTSD 患者 23 名を対象に、Prolonged Exposure Therapy(以下；PE 療法)を施行した。対象者は、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。対象者 23 名のうち、17 名は PE を完遂し、4 名は継続中、2 名は PE を中断し通常カウンセリングに移行した。PE 療法を完遂した 17 名の治療結果は、PTSD が改善したものは 10 名、PTSD 症状が軽減したものは 6 名、症状に変化が見られなかったものは 1 名であった。

PE 療法前後で各心理尺度得点に差があるかどうかを調べるために PE 完遂ケース 17 名を対象に対応のある両側 t 検定を行ったところ、PE 療法は犯罪被害の影響で生じた PTSD 症状($p=0.001$)、抑うつ症状($p=0.019$)、解離症状($p=0.007$)に効果が認められた。さらに PTSD の主要三症状についても、再体験症状($p=0.001$)、回避・麻痺症状($p=0.001$)、覚醒亢進症状($p=0.001$)ともに有意に症状の改善が見られた。PE 療法後も PTSD 症状の再発が少なく、PE 療法開始時点で、社会機能に支障をきたしていた 13 名中 10 名(76.9%)は社会復帰した。

PE 療法はわが国においても慢性 PTSD に有効でかつ実施可能な治療法であると考えられた。PTSD 症状だけでなく、付随して生じる抑うつ症状や解離症状にも効果があり、PE 療法後に 76.9%の人が社会復帰したという結果は長期間症状に悩まされている被害者にとっても本療法が有効な治療法であると考えられる。著効が期待され、症状の回復の早い治療法を受けることはクライアントにとっても利点である。

本療法を専門家にトレーニングし、臨床家が本療法を身につけ、多くの臨床施設で提供できるようになれば犯罪被害者の治療がさらに拡充していくことだろう。

A 研究目的

近年、PTSD の治療法の中でも Prolonged Exposure Therapy が最も有効であることが海外の研究で実証されている。わが国においても PTSD に焦点を当てた認知行動療法や EMDR を用いた治療が導入されつつあるが、PTSD の治療効果に関する実証的な報告は少ない。

そこで本研究班では、Prolonged Exposure Therapy の我が国における実施可能性と治療効果を確かめることを目的に調査を行った。

B 研究方法

2004 年 5 月～2008 年 2 月に、武蔵野大学心理臨床センター、単科精神科病院に来院・来院した PTSD 患者 23 名を Prolonged Exposure Therapy 対象にした。

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 Therapy (以下 PE 療法)を用いた。PE 療法は 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な認知行動療法である。担当セラピストは 6 年以上犯罪被害者の臨床を行っている精神科医 3 名、臨床心理士 4 名、心理カウンセラー 1 名であり、この技法の開発者である Edna B. Foa または小西聖子が実施した 4 日間のトレーニングを受けた。さらに、本研究の PE 担当セラピストは、PE 療法実施毎にグループスーパービジョンを受けながら PE 療法を実施した。

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。

PE 治療前後の心理検査は担当セラピスト以外の独立した評価者が実施した。研究の同意については、対象者に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。

治療技法

Prolonged Exposure Therapy

PE 療法は 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 SDS 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、クライアントと一緒に PE 療法の振り返りを行い、今後の計画や対応策などを話し合う。

心理尺度

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。

C 研究結果

1)対象者

PE 対象者 23 名の平均年齢 29.04±8.01 歳の PTSD 女性 22 名、男性 1 名であった。犯罪被害の内訳はレイプ 6 名、レイプ未遂(性交渉なし)4 名、性的虐待 4 名、監禁事

件 3 名、DV4 名、交通事故 1 名、身体的暴行 1 名であった。事前の精神科通院歴があったものは 9 名、そのうち 1 名は精神科入院歴があった。23 名の主診断は PTSD であるが、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 12 名、BPD1 名、DDNOS1 名、摂食障害 2 名であった。

PE 施行時に薬物療法を併用していたものは 16 名であった。PE 療法を武蔵野大学心理臨床センターにて 20 名、単科精神科病院で 3 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～15 回行った。PE 療法の結果は、治療を完遂したものが 17 名、PE 治療継続中が 4 名、PE 治療の途中で中断したものが 2 名であった。PE 治療を完遂した 17 名のうち PTSD 診断が消失したものは 11 名(64.7%)、治療前より症状が軽快した者が 5 名(29.4%)、症状に変化がみられなかったものは 1 名(5.9%)であった。さらに、PE 療法開始時点で、社会機能に支障をきたしていた 13 名中 10 名(76.9%)は社会復帰した。

3)PE 療法の PTSD 症状に対する効果

PE 療法を完遂した 17 名を対象に、治療前後で CAPS 得点及び IES-R 得点に差があるかどうか調べるために対応のある両側 t 検定を行ったところ、PE 療法前後で治療効果に差があることがわかった。さらに PTSD の主要三症状についても治療効果に差があることがわかった。よって PE 治療を行うことで PTSD 症状に差がみられた(表1参照)。

4) PE 療法の抑うつ症状に対する効果

PE 療法を完遂した 17 名を対象に、治療前後で SDS 得点に差があるかどうかを調べるために対応のある両側 t 検定を行ったところ、PE 療法前後で治療効果に差があることがわかった。よって PE 治療を行うことで抑うつ症状に差がみられた(表 1 参照)。

5) PE 療法の解離症状に対する効果

PE 療法を完遂した 17 名を対象に、治療前後で DES 得点に差があるかどうか調べるために対応のある両側 t 検定を行ったところ、PE 療法前後で治療効果に差があることがわかった。よって PE 治療を行うことで解離症状に差がみられた(表 1 参照)。

表1 PE 治療前後の治療効果

		治療前	治療後	p値
C	全体	80.6	45.9	0.001
A	再体験	22.8	10.1	0.001
P	回避・麻痺	33.7	20.1	0.001
S	覚醒亢進	24.8	15.7	0.001
IES-R		54.6	28.2	0.001
SDS		59.4	52.1	0.019
DES		30.2	17.7	0.003

N=17

D 考察

1) PTSD 患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。現在 PTSD の治療法として、曝露療法が推奨されており、多くの実証研究で治療効果が明らかにされている。また、本研究で使用した PE 療法は PTSD 症状のみならず、PTSD と同時に合併する抑うつ症

状、不安症状、解離症状にも効果があることも証明されている。本研究では、わが国における PE 療法の実施可能性と治療効果を検証し、PE 療法は日本でも実施可能であり、有効な治療法であることが明らかになった。

PE 療法後に 64.7%の PTSD 診断が消失し、社会機能に影響があった者のうち 76.9%が社会復帰したという結果は PTSD 症状が遷延化し、症状に苦しんでいるクライアントやセラピストにとっても意義がある結果といえよう。

PE 療法を中断した 2 名はいずれも想像エクスポージャー後に中断希望を申し出たものである。「出来事の記憶を思い出したくない」「出来事の話をするとう具合が悪くなる」などの想像エクスポージャーに対して強い抵抗を示すことが主な理由であった。このような想像エクスポージャーに対する抵抗は PE 療法を行う際には常に生じる問題であり、中断したケースに限られたことではない。また、中断したケースの担当者は PE 療法を始めて施行したセラピストであり、想像エクスポージャーに対する抵抗を扱いきれなかったことも考えられる。

PE 療法はクライアントが出来事の話をする際に感情を伴って話ができるようにサポートし続けることが重要となる。出来事に対する感情の関わりを調整することがこの療法で臨床家に求められている臨床的技術力である。今後日本で犯罪被害者の治療として PE 療法を推進していくためには、感情処理をする際の臨床技術についても出来る限り明確にし、トレーニングを行うシステムを整備する必要があるだろう。本研究班では PE 療法のワークショップや継続研修、スーパービジョンを実施したが、PE 療法の専門家を育成する

という視点で見れば継続して教育を行う必要があるだろう。今後、我が国で犯罪被害者に対する専門治療を一般的に普及していくためには、専門家の育成が社会的にも求められている。PE 療法は、PTSD の臨床経験があり、トレーニングやスーパービジョンの制度を整えば公的機関及び地域のクリニックでも施行可能な療法である。また、PE療法は他の療法と比較しても著効が期待され、かつ短期間で PTSD が回復するということが大きな利点である。犯罪被害者に専門的な治療法を提供していくためにも、わかりやすいマニュアルを作成し、専門家を育成するためのスーパービジョンの体制を整えることが課題として残されている。

2) PE 療法の効果の持続、再発防止

PE 療法は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。通常の心理療法と比較すると出来事に触れる時間や精神的負担が大きい治療法である。しかし、PTSD のクライアントは再体験症状によって出来事に参与している時間が多い。

心理療法の中で、外傷体験の記憶を整理することができれば、外傷体験を過去体験として受け止め、記憶を思い出しても危険ではなく、自分は大丈夫であるという感覚を身につけることができる。PE 療法を行う前は、記憶に支配されているように感じていたものも、自分で記憶をコントロールできるようになるとさらに安全感を取り戻し、対処法を身につけることで自尊心を少しずつ取り戻すことができる。

また、犯人が捕まって警察から連絡がくるなど外傷体験と強く関わっており、出来事を

思い出す状況があっても、「動揺したり症状の悪化はあるもののクライアント本人が自分で対処したり、一時的に悪化しただけで再発したわけではない」「出来事を思い出すけど、すぐに振り払い、ただ思い出しただけである」と多くのクライアントが語る。このように、PE 療法後の PTSD 症状の再発が少ないことや薬物治療で変化が見られなかった後でも治療効果があることは、PE 療法の大きな特徴である。

PTSD のクライアントは薬物療法を行っても症状が慢性化し長期間症状に悩まされているものが多い。このような状況でも PE 療法を行えばさらに症状が軽減することは海外の研究で明らかにされている。今後は我が国でも薬物療法との比較も含めた無作為割付試験を実施し、PE 療法の効果を検証し、知見を積み上げる必要があるだろう。

E 結論

本研究では、23 名の犯罪被害者を対象に PTSD に焦点を当てた prolonged Exposure Therapy を実施した。

本研究の結果より、わが国でも PE 療法は犯罪被害の影響で生じた PTSD 症状、抑うつ症状、解離症状に効果があることが明らかになった。さらに、PE 療法後、日常生活に支障をきたしていた各症状が改善し、対処法が増えると、徐々に活動範囲も広がり、日常生活を過ごしやすくなったクライアントが多かった。犯罪被害の影響で日常生活に支障をきたし、PTSD 症状が遷延化し、症状に悩まされている被害者は多いこのような状況の中で、約3ヶ月間という短期間で症状が改善し、かつ著効が期待される PE 療法は我が国の被害者にとっても有効な治療法であるとい

えるだろう。

このように PE 療法は有効な治療法であるが、一時的にはあるにせよ、クライアントにとって精神的にも、時間的にも負担がかかる療法である。効果のある療法であるからこそ、犯罪被害者の臨床を行う上での基本的な臨床能力を持っている臨床家が行う必要がある。しかし、一定の臨床能力があり、施設での事例検討及びスーパービジョン制度が整えば日常臨床でも使用できる効果的な心理療法である。

今後は、犯罪被害者ための専門的な心理療法として専門家にトレーニングを行い、普及していくとともに、PE 療法の施行ケースを増やして日本における PE 療法の知見を積み上げ、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。

F 参考文献

National Academy of Sciences ;
Treatment of Posttraumatic Stress
Disorder:An Assessment of the Evidence.
<http://www.nap.edu/> 2007

Seidler GH, Wagner FE: Comparing the
efficacy of EMDR and trauma-focused
cognitive-behavioral therapy in the
treatment of PTSD: a meta-analytic
study. *Psychol Med* 2006;
36(11):1515-22

Bisson JI, Ehlers A, Matthews R,
Pilling S, Richards D, Turner S:
Psychological treatments for chronic
post-traumatic stress disorder.

Systematic review and meta-analysis.
Br J Psychiatry 2007; 190:97-104

American Psychiatric Association:
American Psychiatric Association
Practice Guidelines-Practice
Guideline for the Treatment of Patients
With Acute Stress Disorder and
Posttraumatic Stress Disorder. 2004

Foa EB, Kozak MJ: Emotinal processing
of fear: Exposure to corrective
information. *Psychological Bulletin*
1986; 99:22-35

Foa EB, Zoellner LA, Feeny NC, Hembree
EA, Alvarez-Conrad J: Does imaginal
exposure exacerbate PTSD symptoms? *J
Consult Clin Psychol* 2002;
70(4):1022-8

Foa EB, Hembree EA, Cahill SP, Rauch SA,
Riggs DS, Feeny NC, Yadin E: Randomized
trial of prolonged exposure for
posttraumatic stress disorder with and
without cognitive restructuring:
outcome at academic and community
clinics. *J Consult Clin Psychol* 2005;
73(5):953-64

Foa EB, Rauch SA: Cognitive changes
during prolonged exposure versus
prolonged exposure plus cognitive
restructuring in female assault
survivors with posttraumatic stress
disorder. *J Consult Clin Psychol* 2004;

72(5):879-84

Rothbaum BO, Cahill SP, Foa EB, Davidson JR, Compton J, Connor KM, et al.: Augmentation of sertraline with prolonged exposure in the treatment of posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 2006; 19(5):625-38

Schnurr PP, Friedman MJ, Engel CC, Foa EB SM, Chow BK, Resick PA, et al.: Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in women: a randomized controlled trial. *The journal of the American Medical Association* 2007; 297(8):820-830

広幡小百合, 小西聖子, 白川美也子, 浅川千秋, 森田展彰, 中谷陽二: 性暴力被害者における外傷後ストレス障害 抑うつ、身体症状との関連で. *精神神経学雑誌* 2002; 104(6):529-550

飛鳥井望, 富永良喜, 笠原麻里, 廣常秀人, 元村直靖: PTSD 治療に関する会員アンケート調査報告. *トラウマティック・ストレス* 2005; 3(2):87-93

G 論文発表

吉田博美、小西聖子、加茂登志子; わが国における慢性外傷後ストレス障害に対する Prolonged Exposure Therapy の試み. *総合病院精神医学*, vol. 20 no1, pp55-62, 2008.

吉田博美、小西聖子、井口藤子、加茂登志

子; Prolonged Exposure Therapy の効果研究—暴力の被害を受けた女性 10 名に対して—. *心理臨床学研究* (印刷中)

吉田博美、小西聖子; 長時間曝露療法—prolonged exposure therapy—. *こころのりんしょう a・la・carte* vol26.No.3,pp477-483,2007.

吉田博美; 心理相談室における Prolonged Exposure Therapy の適用. *武蔵野大学心理臨床センター紀要* (印刷中)

H 学会発表

なし

研究課題名:犯罪被害者の PTSD 治療(分担研究項目)

「PTSD に特化した心理療法:認知処理療法」

分担研究者 堀越 勝 (筑波大学大学院人間総合科学研究科)

研究協力者 福森 崇貴 (つくば国際大学産業社会学部)

檜村 正美 (筑波大学大学院人間総合科学研究科)

丹羽 まどか(筑波大学大学院人間総合科学研究科)

1) 研究の概要

本分担研究班の目的は、犯罪被害者の PTSD 治療に焦点を当てることによって、効果的な犯罪被害者援助の方策を探るとともに、それを実践することである。本研究班はこれまで、初年度において先行研究やエビデンスを洗い直し、数ある効果的だと思われる介入方法の中から、認知処理療法(Cognitive Processing Therapy: 以下 CPT)を選択し、日本に紹介することを中心に活動を行って来た。さらに、次年度から現在に至るまでは、CPT の考案者であるレイシック博士 (Patricia Resick, Ph.D.) とコンタクトを取りながら、CPT を日本に紹介する準備を行ってきた。

平成18年度にはボストンの U.S.Center For PTSD にレイシック博士を訪ね、CPT の研修を直接受けるとともに、CPT のマニュアルの翻訳に着手した(付録写真1参照)。最終年度の平成19年度には、実際に CPT を日本国内で実践すべく、その効果測定を行う計画を実行している。さらに CPT の特徴の一つであるグループによる CPT 介入の可能性についても探ることを開始した。CPT の日本における実践については、現在進行形で、数名の専門家を加えて毎週水曜日に勉強会を開催し、ロールプレイなどを用いて既に翻訳が完了している日本語マニュアルに従って実際に CPT が使えるように練習するとともに、日本語版マニュアルの不備な点、不明な点などの修正を加え今後改訂版を作って行く予定である。また、グループ介入については、平成19年9月4日、5日の両日、グループ CPT の実践で知られ、CPT マニュアルのグループ介入のセクションを執筆している、米国オハイオ州シンシナチの VA メディカルセンター内にある『PTSD と不安症プログラム』のディレ

クターであるチャード博士 (Chathleen Chard, Ph.D.)を訪ね、グループによる CPT のやり方を実際にグループに参加する形で研修する機会を持つことが出来た(付録写真 2 参照)。加えて、センターのスタッフやプログラムに参加している患者との交流を通して PTSD に対するグループ介入についての情報を収集することができた。

その後の6日、7日の両日は昨年同様にボストンの U.S.Center for PTSD にレイシック博士を訪ね、グループ CPT と個人を対象にした CPT の違いをはじめ、最新の研究結果などを含めた関連情報を収集することが出来た(付録写真 3 参照)。また、新しい研究結果を反映して作られた、最新版のマニュアルを入手することが出来たので、最新マニュアルに照らして本研究班で作った日本語マニュアルの改訂すべき部分の修正や、付け加える必要のある部分などを加える改訂作業を行った。

また、CPT を正式な形で紹介するために、平成20年のトラウマティック・ストレス学会の学会誌に CPT のレビュー論文を投稿し掲載された(平成20年3月号)。また、4月に福岡で行われる第七回トラウマティック・ストレス学会の自主シンポジウムで、統合的な PTSD への介入の一例として CPT を紹介する予定である。このように、3年間を通じて、PTSD に対する効果的な介入の検証と、新たな心理療法の紹介を試みてきたが、大枠では目的を果たしといえると思う。また、同時に今後への課題も見えてきたことも確かである。犯罪被害者のケアのために、引き続き CPT の伝播に努めたいと思う。

2) 3年間の活動リスト

堀越班は平成17年度、18年度、19年度の3カ年を通して、外傷的な出来事を経験した者が発症

しやすい外傷後ストレス障害(PTSD)に特化した心理的介入についてももう一度調査し、日本に紹介されていない有効な介入法を選択し、その介入法を日本に紹介することを目的として活動を行ってきた。そのことは、PTSDに対する介入法の選択肢を広げることに繋がり、結果的に犯罪被害者のケアに直結するものとする。図1は、その3年間の活動内容を示したものである。目的の欄には、行った活動の内容、そして、それぞれの年に具体的に何が行われたか、また四角の大きさや位置によって行われた時期や費やされた時間を表わしている。以下、①から⑫の説明は、行われた活動の内容について示すものである。

① **文献研究**:平成17年度に行なわれた、PTSDに対する文献研究。先行研究をもう一度洗いなおし、PTSDに対して有効で、なおかつ日本にまだ紹介されていないものはないか、また、紹介されている介入法は実際に有効な介入方法なのかどうかについてチェックした。また、査定方法についても調査し、PTSDに対する査定法として適しているものは何かについて再考した。

② **考案者レイシックとの連絡**:先行研究を行う中から、CPTの効果研究の結果が著しく良いこと、また、認知療法としても確立しており、マニュアルなどもしっかりしていることが明らかになってきた。そこで、堀越班は、考案者のレイシック博士と連絡を取り、既に日本に紹介されているかどうかなどについて問い合わせを行った。その結果、まだ正式には日本に紹介されていないことが判明した。

③ **資料収集**:文献研究を行う中で、PTSDに特化した介入法や査定についての論文を50以上集め、目を通してPTSDに対する効果的な介入法と査定法について調査を行った。その結果につ

いては、平成17年度の研究報告の中で報告している。

④ **CPTに決定**:認知処理療法(Cognitive Processing Therapy: CPTはレイシック(Patricia Resick)らによってレイブ犠牲者を対象に考案された、認知行動療法の一つである。CPTは情報処理理論から派生した、社会認知モデルを基礎にして考案された介入法で、現在では米国の帰還兵病院(VA Hospital)などで採用されているが、日本にはまだ紹介されていない。堀越班は、先行研究の中からCPTの効果研究に注目し、この介入法が記述を用いるなど日本に適している可能性があるなどの理由からCPTを選択し、これまでに紹介されている介入法に加えて日本でも使えるようにすることに決定した。

⑤ **研修参加・マニュアル翻訳**:堀越班はレイシック博士との連絡を取るなかで、年間数回、CPTワークショップが行われていることを知り、参加することを希望した。しかし、これらのワークショップは専門家を対象にしたもので一般に公開されていないということであった。しかし、交渉の結果、特別に日本からの参加を許可してくれることになった。日本からは、主任研究者の小西、分担研究者の堀越、研究協力者の福森、樫村の4名がボストンで開催された2日間のワークショップに参加した。マニュアルの翻訳についてであるが、堀越班は、レイシック博士から最新のマニュアルを入手したことを期にそのマニュアルの翻訳に着手した。100ページ以上のマニュアルを堀越班のメンバーで翻訳、18年中に大半を訳し終え、19年度に完成した。

⑥ **レビュー論文執筆**:平成18年度に研修に参加し、考案者から最新の改定マニュアルを入手し

たことで、CPTの全貌が明らかになった。そこで、堀越班ではCPTを日本に紹介すべく、レビュー論文の作成に取り組んだ(この論文は平成20年3月のトラウマティック・ストレス誌に掲載。)

⑦ **介入研究の準備:** 分担研究班は実際にCPTが日本でも使えるものであるのか、また日本でも米国と同様な効果を発揮するのかわかるかを探るために、日本でも介入研究を実施することにした。しかし、本研究を行う前に実際にCPTを行えるように訓練をする必要が生じてきた。そこで、堀越班では、精神科医(森田)を含めたメンバーで、毎週水曜日に「CPT勉強会」を立ち上げ、ロールプレイを中心にCPTを練習する機会を設け、その後の介入研究のための準備を開始した。ロールプレイはビデオ録画され、後に評価される。

⑧ **グループCPT 視察の準備:** CPT の特色の一つとして挙げられるのが、グループによる介入である。特にCPTのグループを盛んに行っているのは、米国シンシナチのVAメディカルセンターのキャサリン・チャード(Kathleen Chard)博士である。堀越班は、CPTの実際を知るために、現場見学を希望し、チャード博士とのコンタクトを開始した。

⑨ **研究参加・マニュアル完成:** 平成18年度に参加したワークショップ(ボストン)は対個人を想定したCPTのやり方を学ぶものであったが、CPTは個人だけではなくグループ単位でも行えることが判明した。そこで、堀越班は、CPTのグループ介入を中心に行っている、米国シンシナチのVAメディカルセンターのチャード博士を訪ね、グループによるCPTの実際を見学した資料の収集を行った。参加者は分担研究者の堀越、研究協力者の福森、丹羽、森田(精神科医)の4名であった。

⑩ **レビュー論文投稿:** 分担研究班の一つの目的はPTSDに対して効果のある介入法を紹介することである。平成18年度に執筆を始めたレビュー論文に、平成19年の研修(グループCPTの研修)から得たものをまとめ、レビュー論文をトラウマティック・ストレス学会の学会誌「トラウマティック・ストレス」に投稿しVol.6.No.1,67-74,2008 に「認知処理療法」と題して、また、第7回日本トラウマティック・ストレス学会におけるシンポジウム「トラウマティック・ストレスとストレスマネージメント—対立から統合への可能性を探る」において、「PTSDに対する統合的な介入—CPTを中心として7週間の統合的介入プログラムの実際—」と題して話題提供を行った。

⑪ **介入研究の開始:** 堀越班では、翻訳したマニュアルを用いて介入研究を計画している。まずはトライアルとして数名を対象に行い、その後に本研究(20名ぐらい)へと進めていく計画である。平成19年度の後半には、CPT介入研究のためのトライアルを計画していたが、患者のリクルートの問題と倫理委員会を通すことが必要であるため、実施が遅れている。平成20年3月の時点では、森田医師の性犯罪関連の患者1名に対して数セッションを試みたところである。

⑫ **グループCPT 視察の実施:** 前年度より連絡を取って来た、CPTのグループを視察するため、また情報収集のためシンシナチのチャード博士を訪れた。堀越班からの参加者は4名(堀越、福森、丹羽、森田)、この後、ボストンのレイシック博士を訪ね、第2回目の研修を実施した。

3) トラウマとPTSD

まず3年間の研究報告の導入として、PTSD に対する心理的介入に関して幾つかの点に触れてお

きたい。「トラウマ」という名称が正式に診断基準の中に登場したのは、1980年発行の精神疾患の診断・統計マニュアルの第三版(DSM-III)からである。その言葉の意味は外側からの、破滅的(Catastrophic)なストレスのことで、日常体験から逸脱した圧倒的な力を持つ出来事とされていた。例として、レイプ、拷問、暴行、戦闘、天災、交通事故、戦争やドメスティックな暴力行為などが挙げられていた。しかし、1994年に発行されたDSMの第四版(DSM-IV)では、トラウマとPTSDの関係において、出来事自体の持つインパクトの強さよりも、個人の出来事に対する反応に重点が移行するようになる。その理由の一つとして、稀な出来事とされていたトラウマだが、実際にはそれほど珍しいことではないことが分かってきたことが挙げられる。銃社会といわれる米国での統計だが、国民の約半数(男性60.7%、女性51.2%)は一生の内に最低1回は衝撃的な出来事に遭遇すると報告されている。また、外傷的な出来事に遭遇した者が全てPTSDを発症する訳ではないことも理由の一つに数えられている。これも米国での報告であるが、レイプ体験女性の54%はPTSDを発症しなかったり、事故に巻き込まれた女性の91%はPTSDを発症しないと報告されている。同じ事件を体験しても、受け皿の違いによってPTSDを発症する場合とそうでない場合がある。PTSDの診断には外傷的な出来事への直接的または間接的な出会いが必要不可欠な条件となっているが、その出来事を単に体験しただけでは個人が「トラウマ体験」をしたことにはならず、極度の感情的な反応(恐怖、無力感、おびえなど)を伴う必要がある。つまり、PTSDには激しい感情が関与していること、特にPTSDへの心理療法を行う際には、そこに介在する感情に注目すること、そしてその扱い方が重要な鍵となる。

4) PTSDの基本的三症状群

ここで、DSMの診断基準を基に、PTSDとは何かについて確認しておきたい。PTSDは外傷的な体験をしてから一ヶ月経過した時点で、下記の3種類の症状群の中から必要とされるだけの症状が揃った場合に診断が下される。PTSDの診断に必要な症状は、以下の3つの症状群から選ばれる。図2は、DSM-IV-TRの診断基準を基に作成したものである。まず、診断基準Aに示されるように、外傷的な出来事に直接、または間接的に遭遇し、そのことから強い感情反応が喚起されること。そして、診断基準BからDまで(再体験症状、回避・麻痺症状、覚醒亢進症状)のリストから定まった数以上の症状が揃う場合にPTSDの診断が下される。

(A)再体験症状:体験した出来事を望まないのに思い出したり、悪夢を見たり、その光景が突然頭の中に戻って来るフラッシュバック現象。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、動悸、発汗、呼吸の乱れ等の身体的な再体験症状を伴うこともある。

(B)回避、また麻痺症状:回避には、行動としてトラウマに関する場所、活動、人々などを避ける場合と、内面での回避、たとえばその出来事に関する思い出、時にはその記憶自体が抜け落ち、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。

(C)覚醒亢進症状:睡眠障害、簡単にいらいらするなどの怒り易さ、集中困難、非常に高い警戒心、些細なことに驚くなどが挙げられる。これらの他にも、衝動的な行動や身体化などの問題が出ることがある。

5) PTSDに対する臨床的ワーキングモデル

PTSDを前述のDSMの見方で捕らえるのも一つの方法であるが、症状を心理療法的な見方から分類し直したワーキングモデルを作ることもできる。DSMはPTSDを再体験症状、回避・麻痺症状、覚醒亢進症状の3種類の症状群で説明しているが、図3に示したように引き金によって発生するPTSD症状を身体的症状、認知的症状、感情的症状の3分野に分類し、それらの症状を緩和、または回避するために逃避行動(内的逃避行動も含む)が起こると捉えれば心理的介入についての全体像を理解しやすい。図3の①は、一連のPTSDの症状を引き起こす、外的、または内的な刺激、「引き金」である。②は引き金に反応して表出した警鐘、「不快症状」である。これらの症状は、身体的な症状(②A)、認知的症状(②B)、感情的症状(②C)の三つの分野に分けられる。これらは、本人にとって不快なものであるために何らかの行動を起こして不快症状の緩和を図ることになるが、それが、③の「逃避、または回避行動」で、PTSDの逃避、回避症状と重なる。②に挙げられた症状を自分かまたは周りをコントロールすることによって軽減するか、またはその症状が起こらないように引き金を回避する逃避行動ととらえることで②の不快症状の緩和を図っており、結果的に、悪循環が発生することになる。心理的介入の殆んどは、前述の引き金、不快な症状の三分野、そして統制・逃避行動のどこかから介入することになり、その介入する場所のどこに力点を置くかの違いが、それぞれの心理療法モデルの特徴となっている。

6) PTSDに対する心理的介入方法の全体像

(1) 2種類の心理的介入方法

PTSDに対する心理的介入方法は大きく二つ

に大別することができる。それらは、予防や予後を念頭に置いた、教育的な「全体的な介入」と、治療的な意味合いの強い「個人的な介入」の二つである。まず、全体的な介入には、心理教育と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、PTSDについての正しい知識の提供や、予後の支持的ネットワークの確立が目的となる。心理的介入のもう一方は、「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まで多種多様で、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。療法モデルによってはグループによる介入も行われるが、自助グループとは異なり、個人の問題をターゲットとした治療的なグループ介入ということになる。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、全体的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。図4は、PTSD反応に対する、症状と、様々な介入方が特にどの部分に介入の焦点を当てているかについて表わしたものである。

(2) 心理的介入のステージ

PTSDへの心理的介入の実施には、どの心理療法モデルを用いるにせよ、大まかに次の3つのステージを踏むことになる。まず、第一ステージは「信頼関係と安全な環境の構築」である。前述のように、PTSDと感情との間には強い関係性が見られ、PTSDに苦しむ人々は、内外からの感情的な高まりを回避、また過敏に反応する傾向をもっている。したがって、介入者は、早い時期に信頼関係の構築と感情的に安全な場所作りをする必要がある。それを実現させるには、介入側が適切な共感の技術を身につけている必要がある。

第二ステージは「トラウマ焦点型か支持型かの介入モデルの選択」である。トラウマ焦点型の心理療法は、本人が外傷的体験に関する材料に直面化することで、症状をコントロールすることが出来るように援助する方法である。しかし、PTSD に苦しむ者の全てが、トラウマ焦点型を希望するわけではなく、支持的な心理療法は直面化を望まない人々には適しているといえる。支持的な心理療法の目指すところは、PTSDを持ちながらも日常生活の問題対処ができるように援助することである。トラウマ焦点型の心理療法としては、長時間曝露療法(PE)、眼球運動による脱感作と再処理法(EMDR)、認知処理療法(CPT)などが挙げられる。支持型では来談者中心のカウンセリング、ある意味では主張訓練法も支持型に入れることが出来る。

第三ステージは、「再統合」のステージである。これまで、PTSD の症状に悩まされてきた個人は、結果的に社会的な引きこもりや活動の制約などを経験している。しかし、症状からある程度解放されるに伴い、家族、友人、職場などに再び適応できるように生活の色々な部分を統合していく必要がある。その中には、再発防止のプラン、治療的、また支持的なネットワーク作りなどが含まれている。

7) PTSDに特化した心理療法

PTSD に特化した心理療法は、その性質から大まかに3つの種類に分けることができる。それらは、集中型グループ、統合型グループ、それから、その他のグループである。集中型は引き金、不快症状、逃避行動のいずれか一箇所(たとえば、不快症状)に集中して介入を行い、間接的にその効果を全体に及ぼそうとする方法である。一方、統合型は同時に幾つかの分野(引き金対処方行動など)に対して介入が行われるようにデザインされている。PTSD に対する集中型心理療法の代表的な

ものとしては、認知療法、系統的脱感作法、ストレス免疫法、主張訓練法、バイオフィードバック訓練、リラクゼーションなどが挙げられる。統合型では、長時間曝露療法、認知処理療法、眼球運動による脱感作法などが挙げられる。その他のグループとしては支持的な心理療法、精神分析、催眠療法などがそれに当たると思われる。次に、それらのグループの中からいくつか絞って概要を述べることにするが、図の4はそれらの介入法がどのような位置づけになっているかについて図式化したものである。

<集中型系介入法>

集中型の介入法として、以下に5つの介入法を紹介したい。それらは、特化した分野への介入を行い、その効果を他の部分へ波及することで総合的な問題解決を目指す方法である。集中型の中で、もっとも PTSD 治療に効果を上げているのは認知療法で、他の介入法は単独ではそれほどの効果を期待することはできない。

●認知療法(Cognitive Therapy: CT)

理論と介入法: CT はクライエントが自分自身や世界をどう評価するかに合わせて外傷的な出来事を解釈することに注目し、その解釈の仕方を変容させることで PTSD に介入する心理療法である。曝露療法が、外傷的な出来事によって作り上げられた、不安などの感情的なネットワークに焦点を当てるのに対して、CTはPTSDクライエントのほとんどが自分自身を無力な犠牲者、また世界は常に危険に満ちていると考えていることに注目する。クライエントが自分自身や世界を否定的に考え、外傷的な出来事はそれを証明する役目を果たすという認知の悪循環を断ち切るために、CTではクライエントの認知の再構成が必要であると考えられる。

歪んだ認知のネットワークを変容させるために、CT では、まず第1ステップとして、自動思考の同定からスタートする。自動思考は事ある毎に自動的に浮かびあがる、自分自身や他人、また世界に対する思いである。たとえば、「自分はどうせ負け犬だ」、「やっても無駄だ」などである。こうした考えは、クライアントの適応能力を大幅に妨げる。第2ステップは、自動思考を探る事によって浮き彫りにされる中核的な信念に挑戦し、変容するために、正確な、または現実的な情報を用いて、否定的な自動思考や非機能的な思考のパターンを機能的な考え方と置き換える作業を行う。結果的に、自動的に自分を否定的に、また世界を危険な場所と見るのではなく、状況に応じて現実的に判断する力を持つ事ができるようになる。

●系統的脱感作法(Systematic Desensitization:SD)

理論と介入法:SD の基本的な考え方は、不安反応をリラクゼーション反応と置き換えることである。PTSD の症状を引き起こす外傷的な出来事に関する事柄に対して過敏に反応するように学習してしまったクライアントに、それらの「引き金」に触れても過敏に反応しないように学習し直す作業を行わせ、それを習慣化することで PTSD 症状を緩和しようと試みる。この習慣化が SD の治療的な土台となっている。

SD では、クライアントに外傷的な出来事に関する事柄に曝露してもらい(ほとんどの場合は、イメージの中で行うことになる)、「引き金」に反応しなくなるまでリラクゼーション技法を繰り返し行ってもらう。習慣的に引き金に対して不安を喚起させていたものを、リラクゼーションと入れ替える事で、引き金に遭遇しても不安を生み出さなくなる。不安反応とリラクゼーション反応を入れ替えさせ、それを習慣化するために、比較的簡単な曝露から始め、階層的に難しい課題へと移行して行く方法

を用いることが多い。曝露療法との違いは、曝露療法に比べ、SD が曝露時間が短く、リラクゼーションを身体的に覚える行動療法と考えられているのに対し、曝露療法は長時間の曝露と認知的な再構成を目指していることから認知行動療法の範疇に数えられている点、また、SD が比較的楽な課題からスタートするのに対し、曝露療法は最も困難な課題からスタートする事が多い点、SD には SUDS(不快感を自己申告する方法)を用いない点などがその差とされている。しかし、実際の臨床現場では、階層的なアプローチを曝露療法に用いたり、SUDS を SD に用いたりすることがあるので、厳密な差は見え難くなって来ていると言える。また、最近では、PTSD に対しては、長時間の曝露法の方が効果を上げていることから、PTSD に対して SD を使う事が少なくなって来ていることも付け加えておきたい。

●ストレス免疫法(Stress Inoculation Training: SIT)

理論と介入法:元々はレイプ被害者のために考案された方法で、幾つかの対処法を事前に学習させることで、クライアントが外傷的な出来事に関する事柄などの不安を高める状況に遭遇しても対処出来る様になると考える。つまり、ストレスフルな状況に対する免疫を構築することで、将来的なストレス要因にも対処出来るとする。効果を上げるために、SIT は、バイオフィードバック、主張訓練、リラクゼーションなどと併用されることが多い。

以下の3つの介入法を用いて、ある意味での心の免疫機構を構築する。まず、ソーシャル・スキル・トレーニング(SST)である。ある特定の状況(人間関係)を想定し、より良い関係作りのためのスキルを学ぶ。二つ目はロールプレイである。SST と併用して用いられることが多い。特定の状況で実際に何が出来るか、役割を演じる事で学習する方法である。最後に、妨害法(Distraction

techniques)である。症状が出て来た時に、自分自身に「ストップ」と言ったり、他の事を考えたりする方法である。これら3つのスキルを用いて、ストレスfulな場面に対処するように訓練する。実際には、SIT は PTSD には奏効していないと報告されており、現在では特に PTSD に対して用いられることは少ない。

● バイオフィードバック訓練法 (Biofeedback Training: BFK)

理論と介入法: 不安に対して筋肉リラクゼーション、呼吸訓練、自律訓練法、瞑想、イメージ療法などが効果を上げるということから、身体的な反応を電気信号化し、コンピューター通した映像で自らモニターしながらリラックス訓練を行う方法。

筋電図 (EMG)、体温、心拍数、脳波、皮膚抵抗 (EDR)などを、実際にモニター装置で見ながら、様々なリラクゼーション(自律訓練法など)を試み、実際の変化を目で追う事で、身体の状況を自分自身にフィードバックさせることで変化を促す。PTSD に対して、BFK のみが用いられる事はほとんど無く、他の療法(特に SIT や SD)との抱き合わせで用いられることが多い。

● 主張訓練(Assertive training: AST)

理論と介入法: ASTはウォルピ (Wolpe) によって考案された、望ましくない不安に対処する不安拮抗法である。「断行」訓練法と訳されることもあるが、対人場面において、主張的に行動することを身につけ発展させる訓練技法で、クライアントが感じていること、考えている事を正直に相手に伝えるスキル訓練を行う。PTSD の治療に用いられる場合には、他の心理療法の中(特に認知行動療法)に組み込まれていることがほとんどで、単独で PTSD 治療に用いられる事はほとんどない。多くの場合、AST は実際の状況を設定したロールプレイで行

われる事が多い。前述の様に、他の療法(認知処理療法など)の中で、訓練が行われたり、宿題として実際の場面で、実行出来る様に練習したりするが、AST のみを用いて PTSD の症状が軽減したという報告はほとんどない。

<統合型系介入法>

PTSD に対する統合型介入法の代表的なもの3つについて紹介したい。長時間曝露療法、認知処理療法、EMDR の3つである。先の二つは、公儀においては認知行動療法に属す。EMDR についても行われていることから判断して、同様に認知行動療法の一部に属すと考える専門家も多い。これら3つは、ともに、認知、行動、感情など、多面的な介入を行う点で、集中型と異なっている。介入研究は、他に比べ、以下の3つの介入法は PTSD 治療に効果を上げていることを報告している。

● 長期間曝露療法(Prolonged Exposure Therapy: PE)

理論と介入法: 情報処理論から派生したラングの感情処理論に基づき、フォア (Foa)らによって考案された広義での認知行動療法である。人々は誰でも危険を察知した時に恐怖反応を体験する。恐怖反応には、過覚醒などの身体的な症状も含まれる。そうした体験を基に内面的アラームシステムが作り上げられる。考案者が恐怖の構造と呼んでいる仕組みで、同様の問題に再び陥らないように、類似した出来事や状況に遭遇する毎に、不安感情というアラームが鳴ることになる。トラウマ体験があまりに衝撃的であった場合、情報処理に不具合が生じ、アラームシステムが暴走するようになる。結果的に、アラームは実際に起こっていることに正確に反応しない、安全な状況でも鳴り出す、過敏なアラームが正常な生活機能を妨げる、安全な状況や物事を危険ととらえるなどの

不具合が生じるようになる。そうした状態では、アラームを止めるため、または鳴らさないために、内的、また外的な逃避・回避行動が行われようになる。PEでは、安全な状況を作り、逃避・回避のパターンに曝露法を用いて挑戦してもらうことで、アラーム感情の調整を行う。その名が示すように、先述のSDが短時間の曝露を用いて恐怖刺激自体に慣れることを目標としているのに対し、PEは長時間の曝露で、自分のアラーム(主に不安感情)に慣れることでアラームシステムを正常に戻すことを目標としている。過敏な感情が調整、また統合されるにしたがって、結果的に認知的な統合も行われると考える。

PEは週1回から2回、10から15セッションで実施される。セッションはマニュアル化されており、セッションごとの宿題や資料が用意されている。患者側も資料などの納められたワークブックを受け取り、それに従って治療を進めていく。毎セッションは録音され、自宅での復習のために用いられる。また、呼吸法を用いたリラクゼーションを習得してもらい、曝露に備える。治療は、まずPTSDと治療について確かな理解を持つことから始め(心理教育)、3セッションぐらいから、曝露(想像曝露)を行い、次第に外傷的な体験の一番辛い部分(ホットスポットと呼ぶ)に焦点を当てていく。治療が進むにつれ、曝露時の体験に変化が見られるようになる。こうした変化は自己申告法(SUDSと呼ばれる)でモニターするが、クライアント側はモニターすることによって、自らの感情への対決と習慣を実現していくことになる。

●認知処理療法 (Cognitive Processing Therapy: CPT)

理論と介入法: 認知処理療法は情報処理理論の応用である社会認知理論に基づいて、レイシック(Resick)らによって考案された認知行動療法の

一つである。人々は様々な情報を処理しているが、外からの情報と社会通念などによって出来上がった考え方(スキーマ)との間に不一致が生じると次の3つのどれかの情報処理を行う。非現実的なスキーマであってもそれを保って、現実の方を歪めて解釈する(同化)、現実に対して正確にスキーマを調整する(適応)、または、スキーマの方を現実に合わせて極端に変容する(過剰適応)の3つの情報処理である。理想的な情報処理は適応であるが、同化や過剰適応は現実から逃げる内的、または外的な逃避・回避行動や認知的なこだわり、スタック・ポイントを作る。CPTでは外傷的な出来事を体験した者は、強度の差はあれ一様に危機的反応や恐怖反応を体験するが、ある一定の期間を経ても回復しない場合にPTSDが発症すると考える。その維持要素である回避行動や認知分野でのこだわり(スタック・ポイントと呼ぶ)に対して集中的な介入を行う。問題となる認知分野は、安全性、信頼、コントロールと力、尊厳、親密さの5つである。CPTは筆記による曝露と認知療法を用いて逃避・回避行動、抑制されている感情とスタック・ポイントに対して介入を行う。効果研究の結果によると、その効果はPEと同等で、罪悪感に対して特に奏功している。

12回で1クール of 曝露療法と認知療法の要素を併せ持った介入法で、マニュアルを用いたプロトコル式介入法でもある。筆記を用いた曝露と5つの特定された認知への働きかけ、また個人だけではなくグループを対象とした介入も可能な点が特徴的である。介入はマニュアル化されており(治療者用と患者用マニュアルがある)全セッションはマニュアルを用いて行われる。治療コースは、まず心理教育から始まり、7回目までに曝露を重点的に行って回避行動、特に抑制されている感情に対する介入を行う。7回目からは5つの認知の問題分野を1セッションに1つずつ扱っていく。

マニュアルには各種の用紙が用意され、それらを用いた宿題、ミニ講義などがトピック毎に用意されている。

● 眼球運動による脱感作と再処理法(Eye Movement Desensitization Restructuring:EMDR)

理論と介入法:EMDR はシャピロ(F.Shapiro)によって考案された情報処理療法で、様々な介入法(精神力動療法、認知行動療法、体験学習、身体中心療法など)を統合的に用いて、適切に処理しきれない情報の再処理を行うことで問題の解決を図る。認知的なレベルだけでなく、身体的な情報処理も含めて考える独特の情報処理理論に基づいている。人間は様々な情報を処理し、その情報を記憶のネットワークの中に適応する形に変えて記憶している。丁度、消化器官が食物を消化し、栄養や脂肪に変えて身体各部に貯蔵するのと似ている。新しい情報は既存の記憶ネットワークと結び付き適応する形に変えられて記憶される。その記憶のネットワークは出来事に関連した感情、考え、イメージ、身体感覚なども結び付いており、新しい情報はそれらすべての部分と結び付くことでその処理を完了することになる。しかし、外傷的な出来事を体験した折に、強い否定的な感情や解離によって情報の処理が不完全になり、既存のネットワークに結びつかず不完全で非機能的な形で記憶されてしまうことがある。PTSD はこうした情報処理の問題で発症すると考える。シャピロは、人間に備わった情報を適応出来るように変えることが出来る能力に注目するとともに、刺激によってその能力を活性化し、情報の再処理を促すことができると考える。

治療は8段階に分かれている。初めの2セッションは準備段階で、生活史、適性の査定、ターゲットの同定、治療計画立案、またリラクゼーションの技法の習得、治療関係を築くともに治療の説明を

行うなど、治療の安定性の確保と治療への準備を行う。3から6セッションにおいて、同定されたターゲットに対してEMDRの手続きが行われる。まず、出来事に関するもっとも鮮明なイメージ、自分についての否定的な考え、出来事に関する感情や身体感覚を知る。また、望ましいと思う肯定的な考えについても同定する。これらの肯定的、否定的な認知や感情についての妥当性が問われる。そうしたイメージや否定的感情、身体感覚に集中しながら、眼球運動を用いた脱感作、新しい考えを既存の認知と結び付ける植え込み、身体感覚のスキャンなどの作業が行われ、情報の再処理が行われる。7、8セッションは、治療効果の確認と再発防止などが行われる。

<その他の介入法>

PTSD に対する、その他の介入法である。この種の代表格として、精神分析法と集団療法を取り上げてみたい。集団療法に関しては、精神分析的な集団療法と認知行動的な集団療法の2種類について概要を紹介することにする。

● 精神分析療法と精神力動療法

理論と介入法: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変化を求めるが、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当てる。トラウマの話を冷静に、共感的に聞き、

個人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。個人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や関係に焦点をあてる。無作為に抽出したケースからこの療法が 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差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% 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。

●集団療法

集団療法は、精神力動、認知行動療法、または支持的なアプローチから行われることが多い(最近では CPT のグループの効果を上げている)。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標準化する段階から、より適応的なコーピング方略、症状の改善、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。集団療法については、以下の2タイプについて報告しておきたいと思う。

1) 精神力動的集団療法

理論と介入: 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)について理解する手助けをする。安全性が確保された集団の中で、現実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、外傷的な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も考えられている。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葛藤の解決を期待して、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、個人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。

2) 認知行動的集団療法 (CBT 集団療法)

理論と介入: CBT のグループでは、曝露療法や認知療法のアプローチを用いることもある。この場合グループリーダーは曝露療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。曝露療法セッション中は、グループのメンバ

一は、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、肯定的なものが多い。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%低減したという報告もある。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。

<PTSD に対する介入前の配慮>

最近、外傷的な出来事に巻き込まれたことで個人が PTSD の症状を訴えている場合、なぜ援助を求めているのかは明白であるが、何年間も慢性的に PTSD 症状に悩まされていた個人が急に援助を求めて来た場合には、その人物の人生の何か突然変化して、これまで保って来たバランスが失われている可能性が高い。そのバランスとは、長期間 PTSD の症状を何らかの方法で上手く操作してきた部分であったり、家族や友人、職場、地域社会などとの間のバランスである場合も多い。したがって、治療者は、現在の臨床的な症状と結びつくような過去のトラウマ体験、またはそれに関連した問題についても気を配る必要がある。やみくも

に PTSD 治療を始めるのではなく、以下の幾つかの問題が併存している場合には、PTSD 治療を行う前に、それらの問題について先に手を施す必要がある。(1)精神科領域の危機状態がある場合。(2)アルコールや薬物の依存が認められる場合。(3)共存する精神疾患が認められる場合。(4)家族や環境からの問題が存在する場合。

<介入側が抱える問題について>

実際に PTSD に悩む個人の援助を行った者は、誰もが現場で直面すると思われる幾つかの問題に気付く筈である。それらの代表的なものを幾つか挙げておきたい。まず、第一に治療的中立性(Therapeutic Neutrality)と擁護(Advocacy)に関するジレンマである。通常、トラウマに関する介入を行う場合、事例の多くは暴力や不正に関わるものであるため、心理療法の原則として古くから受け入れられてきたセラピストの中立性に対する挑戦を強いられる。そうした不条理を目の当たりにした時に、擁護的な役割に移行したり、弁護的な行動に出ることは人間的に自然なことかもしれない。しかし、擁護的な役割を担うことによる弊害があることも知っておく必要がある。介入側が肩代わりをしたり、活動的に代弁をすればするほど、当事者は依存的になって、回復から遠のくことが報告されている。しかし、擁護性を大いに発揮すべき時もあることを付け加えておきたい。特に、他の専門家や紹介先を探す時や、自治体、国などを通してコミュニティの援助を得るための交渉などにおいては代弁の必要がある場合がある。

次に、代理的トラウマ化(Vicarious Traumatization)の問題である。PTSD に苦しむ者の衝撃的な体験談を聞くことは、しばしば介入を行う者の中に強い感情を呼び起こす。特に相手が未成年者や子供など、自分を守ることに困窮を覚えている相手であるほど無力感や罪悪感を感じたりす

ることがある。結果的に、日常の生活の中で話の内容を執拗に思い出したり、悪夢に悩まされたり、不適切な行動を導き出す場合もある。たとえば、トラウマに関する事柄を避ける、感情的な麻痺状態などによって、通常の臨床業務に支障を来すことがある。この問題は同情疲労 (Compassion Fatigue) とも呼ばれる。

三番目の問題として挙げられるのは、精神分析の用語として知られる、逆転移の問題である。前述の代理的トラウマ化が、実際には過去に同類のトラウマを体験したことのない専門家間で起こる現象であるのに対し、逆転移はクライアントの報告を聞くことによって、介入を行う者自身が持つ過去の体験に触れてしまう場合で、特に体験の類似度が高い場合には逆転移が起こり易い。対応策としては、介入側のセルフ・ケアが必要不可欠である。

最後に、介入を行う者のセルフ・ケアの問題を挙げておきたい。代理的トラウマ化であれ、逆転移であれ、個人的、また専門家としての生活に支障をきたすことになる。こうした問題を放置することは、結果的に不健全な悪循環を生むことにつながる。こうした状況下で求められることをリストしておきたい。(1) 定期的スーパーヴィジョン、(2) 援助的、支持的な職場環境、(3) 担当ケース数に対する制限(特にトラウマのケース)、(4) 個人と専門家としての仕事の間の線引き、(5) ケースに対する、個人、結婚、家族など優先順位の明確化、(6) 定期的な運動、趣味、友人との活動などの日常生活における緩衝材の充実を図ること。以上が、PTSD への心理的な介入を行う際に重要な事柄である。

8) 認知処理療法について

本研究班は、PTSD に対する既存の効果研究の結果から、PTSD に対して確かな効果を上げているものの一つとして認知処理療法 (Cognitive

Processing Therapy: 以後 CPT) に注目し、過去3年間に渡って、その介入方法の日本への紹介、マニュアルの翻訳などに取り組んできた。この介入方法はこれまで対象をレイプ被害者に特化してきた点、効果研究がそれほど多く行われていない点などから、検討の余地があるとされていたが (Foa et. al, 2000)、ここ数年間の研究成果は目覚しく、現時点ではレイプ被害者だけではなく、その他の PTSD のケースにも応用可能なものとなっている。最近の効果研究では、その手続き、そして結果においても特筆すべきものがある。また、米国の心理臨床家の間では定番マニュアルとされている、Barlow の Clinical Handbook of Psychological Disorders: Step by Step Treatment Manual における、PTSD への介入の章は(2章)、CPT であることから判るように、PTSD の治療という点では米国での CPT に対する評価は非常に高い。米国の復員軍人病院 (VA Hospital) において PTSD 治療プログラムに CPT が採用されている事実などから、米国の臨床現場での CPT に対する評価は、現在日本で知られている以上に高いと言っても過言ではない。

CPT は Resick と Schnicke によって考案された PTSD に特化された心理療法である。CPT はその名称が示す通り、認知療法の認知再構成や行動療法的手法である曝露などを組み合わせた統合的な認知行動療法(以後、CBT)である。12セッションで行われるプロトコル型式の介入法で、PTSD に特有な認知面と行動面の問題に焦点を当てて実施される。

CPT の効果については、現在までに考案者の Resick らによって、無作為割り付けによる効果研究が幾つか行われているが、いずれの研究においても CPT が PTSD に対して奏効していることが報告されている (Resick & Schnick, 1992, 1993)。たとえば、2002 年に報告されたレイプ被害者における 長期間曝露療法 (Prolonged Exposure: 以後 PE) との比較研究では、CAPS および、その他の PTSD の査定尺度においてはほぼ同等、または、それ以上の効果を上げている (Resick, Nishith, Weaver, Astin & Feuer, 2002)。その研究では、治療前、治療後、3ヵ月後、9ヵ月後、そして5年後の PTSD 症状の比較を行っているが、結果として、9

ヶ月後ではCPTがやや優位にあり、5年後では両者はほぼ同レベルのスコアを記録している。認知面、特に罪悪感については、CPTがPEに比べ良い結果を残している点が興味深い。いずれにせよ、CPTがPTSDに対する効果的な介入法の一つと数えられるとするならば、PTSDに対する介入の選択肢が広がることになり、日本におけるトラウマワークの充実にもつながるものと考えられる。

<認知処理療法の基本的な考え方>

PTSDの発生を認知的な角度から説明する理論としては、情動処理理論(emotional processing theory)と社会認知理論(social-cognitive theory)が代表的なものとして挙げられる。これらは、共に情報処理理論(Lang, 1977)を土台に構築されているため類似点は多いが、強調点の違いや応用される臨床モデルが異なっている。前者はFoaらが情報処理理論を土台にPTSDに特有の感情(特に不安感情)に焦点を当てて考案した実践的な理論であり、PEの理論的な裏付けとなっている。外傷的な体験は人の記憶の中に不安ネットワーク(fear network)を作り上げる。そのネットワークはアラーム装置のように、トラウマに関連する出来事などに反応して強い不安感情を喚起する。その不安感情を緩和、または避けるために逃避や回避などの問題行動が導き出される。PTSD症状は、不安ネットワークの過敏な反応で、本人が逃避している不安の引き金となる思い出や事柄に対して、安全な環境の元で曝露することで、不安感情に対する習慣化と認知の再構成が促され、結果的にPTSD症状が改善するとしている(Foa et al, 1989)。

一方、CPTは後者の社会認知理論を用いてPTSDを理解する。CPTは不安ネットワークに焦点を当てるのではなく、認知の内容、解釈の仕方とその考え方が生み出す感情に着目している。社会認知理論からPTSDの発生の仕組みを考えると以下のようなになる。社会的に学習した認知、例え

ば、「真面目に生きていれば、痛い目には遭わない」などの社会通念に代表される考え方と外傷的な体験から来る情報との間に不一致が生じた場合、人々は以下の3つのどれかの情報処理を行って認知的な折り合いをつけようと試みる。まず同化(Assimilation)であるが、この情報処理法は入って来た情報を既存の認知の枠組み(スキーマ)に合わせて変容することを指す。例えば、「真面目に生きていれば痛い目に遭わない筈なのに、痛い目にあつたということは、自分は真面目に生きていない」という具合に、白か黒かというような非現実的なスキーマであっても、それを保持して現実の受け入れを拒むようになる。

適応(Accommodation)はもう一つの情報処理法で、入って来た情報に照らして既存のスキーマを現実的なものへと変化させることをいう。例えば、「真面目に生きていても、不運な出来事に巻き込まれることもある」というように、より現実的に出来事を解釈する。心理療法はこの適応を目指すことになる。しかし、激しい感情に苛まされるなど、厳しい現実を受け入れることが出来ない場合には過剰適応(Overaccommodation)が起こることもあり、自分自身、または周りの世界や人物に対して持っていたスキーマを極端に変容し「真面目に生きる意味が無い」、「人々は全く信じられない」、「自分は良いことを受けるに値しない」などと結論づけてしまうことがある。CPTでは、同化、または過剰適応によって作られた認知の歪み、「こだわり点(Stuck Point)」が、PTSDからの回復を妨げている大きな維持要因と考える。CPTは、外傷的な出来事を経験した者が、ある一定の期間、様々な危機反応を持つことは自然なことであって、問題なのは、その危機状態から元の状態に回復出来ずに、継続的に危機反応(侵入的な思考、イメージ、悪夢、過覚醒など)を体験し続けている場合であると考え。トラウマ体験者の全てがPTSDを持つ訳ではなく、

ある一定の時間が経過しても回復することのない一握りの者たちが、スタック(引っかかる)して戻れない状態、PTSDを経験する。そこで、CPTは、セッションを通して、1つずつその引っかかりから患者を開放する作業を行う。

<認知処理療法の特徴>

① 筆記を用いる

まずCPTの特徴として、筆記を介入に用いる点を挙げる事が出来る。CPTでは認知療法の常套手段である自己モニターをはじめ、行動療法の曝露課題などを筆記を通して行う。用意された筆記課題をこなすことで自分の持つパターンを見つけたり、PTSDからの回復を妨げる認知的な「こだわり点(スタック・ポイント)」を探し当て、筆記と朗読による曝露作業を通してその「こだわり点」に直面化するとともに、感情の発露や認知再構成の技法を用いて「こだわり点」をより現実的な考え方へと変容する。こうした維持要素を取り除くことでPTSDの症状から解放されることになる。また、トラウマ体験の持つ意味や起ったことの詳細を書くことは、逃避行動に挑戦したり、内側に溜め込まれた感情を表出することにも役立っている。言語化に慣れている欧米人に比べ、一般に口で表現することに苦手意識のある日本人にとっては、こうした一連の筆記による作業は口頭で行うよりも可能性として、親しみ易いかもしれない。

② 時間制限療法である

CPTは1クール12セッションで行われる。その12回の面談で行われることはほとんど定まっており、心理療法の基礎をきちんと身につけた者であれば誰でも実行可能な介入法である。全体的には、まず確かな治療関係を築き、治療同盟を結んだ上でゴールを設定し、心理教育から始めて最終回までほぼマニュアル通りに実施される。それぞれセッションでは、前回の宿題の確認とその日の予定から始め、自己モニターの方法を学習したり、特定の認知についての簡単な講義(モジュール)などが行われた上で、最後に次回までの宿題

の説明とまとめを兼ねた振り返りの時間を持つ。悲嘆の問題がある場合にのみ、悲嘆のセッションを1、2回追加することがあるが、その他は12回で終了し延長は行わない。必要に応じて、2、3回のブースターセッションを一旦コースを終えてから行うか、または3ヶ月後、半年後などにフォローアップセッションを行うこともある。プロトコル型の介入法に違和感を感じる臨床家も少なくないが、トラウマ体験者にとっては、予期せぬ事態が起ることが少ない分、より安全であること、また不健全な依存関係に発展しないなどのメリットも多い。

③ 特定の認知と感情に介入する

特定の認知に焦点を当てて介入する点もCPTの特徴ということが出来る。CPTの目標の一つはPTSDからの回復を妨げる歪んだ認知である「こだわり点」を同定し、その認知を再構成することにある。先行研究は、PTSDに苦しむ者がこだわりを持つ事柄を以下の5つの問題領域に絞り込んでいる(McCann, 1988)。それらは、安全(safety)、信頼(trust)、力とコントロール(power & control)、尊厳(esteem)、そして親密関係(intimacy)の5つであり、「こだわり点」はそれらに関連した考え方の中に発見することができる。そこで、セッションでは、心理教育や、筆記課題を繰り返すことによって、それらを一つずつの事柄を吟味し、「こだわり点」を発見して対処することになる。こうした作業を進める上で、感情の表出が非常に重要になる。なぜなら、歪んだ認知や「こだわり点」は結果的に否定的な感情と対になって記憶されているからである。また、治療の効果を考える時に、感情の変化は認知の再構成が適切に行われているかを知る最高の手がかりとなる。

④ グループにも応用可能である

CPTは個人を対象とするだけでなく、グループで実施することが出来る。グループCPTは個人CPTと同様に12セッションで行われ、個人のセッションと平行して行われることが多い。グループと個人での大きな違いは、筆記による曝露の使い方にある。個人の場合には、トラウマ体験を詳細

に筆記し、それをセッションの中で読むことで、忌まわしい体験をしたときに味わった激しい感情を安全な環境下で体験したり、その出来事についての新しい見地を得たりするが、グループの場合、メンバーは自分で書いた記事を他のメンバーの前で読むことはしない。それは、二次的なトラウマ体験が起ることを回避するためである。グループでは、出来事の内容ではなく、その課題を記述している際に味わった感情や身体感覚、考えたことや思い出したことなどについて扱う。

CPT グループはクローズドグループで、途中から新しいメンバーが加わることはない。通常、個人のセッションが5、60分なのに対して、グループでは90分のセッションを行う。参加資格であるが、たとえばレイプ被害者の場合、グループ参加の為には、(1) 査定を行った時点で事件発生から3ヶ月以上経っていること、(2) PTSD 症状の他に大きな精神的な障害や、現行の薬物依存がないこと、また、(3) 長期間に及ぶ家族内での性的な虐待の経験がないことの3つの条件が満たされる必要である。CPT グループは、入院プログラムの一環として、週に2度、再発防止グループなどと平行して行われることが多い。CPT グループだけを単独に行うことも可能であるが、メンバーの招集や欠席や脱落などの問題を調整し易いことから入院プログラムの中で行うことが多い。

⑤ 関係性を重視する

最後に、CPT は関係性を重要視する。CPT は CBT の1つと数えられているが、その効果は、治療関係の質に因っている。CPT で問題とされる5つの事柄、安全性、信頼、力とコントロール、尊厳、親密関係は、それぞれ他人との関係の中で育まれるものである。また PTSD で苦しむ者の多くは、他人に傷つけられるというトラウマ体験を持っており、安心できる関係のない環境での治療は二次的なトラウマを生みかねない。したがって、介入者側には相手側への十分な感情的な配慮や共感能力が問われることになる。CPT の基本的な治療スタンスが患者との共同作業(コラボレーション)である以上、無理強いではなく、話し合いと合意の精

神が必要になる。また、CPT では、感情を表現することが治療の重要な要素となっているが、安心できる関係の無いところで否定的な感情を吐露することは非常に困難なことである。以上のことから、健全で感情的に安全な治療関係が重視されることになる。

<CPTの12セッションの概要>

① セッション1: 導入と教育の段階

第1回目では、(1)クライアント(以後、CL)に PTSD や抑うつ症状についての教育を行う、(2) 社会認知理論を用いて PTSD についての説明を行い、治療の論拠を示す、(3) 治療方針を提示する、(4) 治療への応諾を得る、の4点がセッションの目的となる。宿題は、外傷的な出来事の持つ意味(自分にとって、その出来事が起った意味は何か、その出来事の意味するものは何かなど)について記述し、書いた物を次回セッションに持参する。

② セッション2: 出来事の意味

(1) PTSD や抑うつがどのように形成されるのかについての復習。(2) 出来事の意味について筆記したものについて話し合いながらこだわり点を探索。(3) 出来事や思考、感情の関連性について同定し理解する。その中で、思考を変えることで、感情の強さや種類を変えることができることを伝える。またセッションの最後には、ABC シート(認知行動モデルの考えに基づく自己モニター用紙)の説明がなされる。宿題は、出来事、認知、感情、行動のそれぞれがどのような関係にあるかに気づくため、毎日最低1枚の ABC シートを完成させる。

③ セッション3: 思考や感情の特定

(1) 前回課された宿題の検討を行い、CL が自分の体験した出来事に対する認知や感情を同定する過程を援助する。その中で、繰り返し生起している主要な感情や特定の認知に着目し、認知と

感情が共に適合しているかを探る。また、(2)認知を変えることで、感情の強さや種類を変えることが出来ることを伝える、(3)ソクラテス式問答を用いて、CLの外傷的な出来事に関する自責感や罪悪感に対して挑戦し始める。宿題として、体験した外傷的な出来事について詳細に記述(光景、音、臭いなど感覚的な部分や出来事の間を生じた思考、感情も含む)する。それを繰り返し読むように勧める。

④ セッション4: 外傷的な出来事の想起

(1)CL自身が記述した記録を読ませ、感情表出を促す。CLが感情を表出した場合には、それを妨げず、逆に表出されない場合には、感情を抑制していないかどうか、抑制しているならそれは何故かについて尋ねる。また、(2)CLが筆記課題を行う際に、躊躇したり書けなかった箇所に注目し、それがCLのこだわり点に関連しているかどうかを探る。そして、(3)ソクラテス式問答を用い、自責の念やその他の同化からくる認知の歪みへの挑戦を始める。この段階で書かれた物は、単に事実を羅列したようなものが多い。よって、(4)省略されていると思われる事柄を次回までに詳細に記述してきてもらう。筆記課題を行っている際に表出した認知や感情については括弧に入れて書くように指導する。また、毎日読み返すように勧める。

⑤ セッション5: こだわり点の特定

(1)外傷的な出来事について新しく書いた記録を読ませ、検討する。その中で、(2)新たに加わった事柄に着目し、初めに書いた物を読み返した後と比べて今回の感じ方に変化があったかについて考えてもらう。また、(3)感情表出や自責感/罪悪感についての変化もチェックする。(4)出来事に関するこだわり点に対して認知的介入を継続する。(5)CLが自分に対してソクラテス式問答を行う

のを補助するために「チャレンジ・クエッション・シート」(不適応的な自分への発言やこだわり点を発見するための用紙)が渡される。宿題は、毎日1つのこだわり点を選び、それに関して、「チャレンジ・クエッション・シート」にある質問に答えるように指導する。また、外傷的な出来事の記述が終わっていない場合には、その作業を継続させる。

⑥ セッション6: 挑戦的な質問

(1)前回の宿題「チャレンジ・クエッション・シート」を見直す。その上で、(2)CLが回答するのに困難を覚えた質問に対して答えられるよう援助していく。また、(3)CLが挑戦しようとしているこだわり点に対する認知的介入は継続される。また、(4)誤った思考パターンに働きかける「フォルティ・シンキング・シート」が渡される。この用紙は特定の誤った思考パターンを見つけ出し、そのパターンがどのように自動化して否定的な感情をもたらすのかについて学習するためのものである。宿題は、同定されたこだわり点について考え、前述のシートにリストされた典型的な誤った思考パターンを見つけ出すこと、また、外傷的な出来事に対する反応が、習慣化されたパターンに影響を受けていないかを探る。

⑦ セッション7: 誤った思考パターン

(1)前回の課題の検討を行い、誤った思考パターンについて理解する。また、(2)非機能的な思考パターンについても、その有無を見出せるよう援助する。残り時間を用いて、(3)「チャレンジ・ビリーブ・ワークシート」が渡される。このワークシートには、CLがこれまでのセッションで学習してきた認知的なスキルのすべてが含まれている。最後に、(4)安全性モジュールの資料を渡し、自己や他者への安全性について話し合われる。宿題は、「チャレンジ・ビリーブ・ワークシート」を用いて、自

分のこだわり点のうち最低1つを分析、直面することが求められる。また、自己、あるいは他者に関する安全性に問題を持っている場合には、そうした信念に直面するために少なくとも1枚の筆記課題を行うことも求められる。

⑧ セッション8: 安全性の問題

(1)「チャレンジ・ビリーブ・ワークシート」を用いながら、安全の問題に関して困難は無いかを振り返り、安全性に関連したこだわり点に注意を向ける。また、(2)ワークシートを用いて、CL が自らの安全の問題について持っている誤った認知に直面することを援助し、代替的な信念に到達する手助けをする。その後、(3)5つの問題領域の2番目である、信頼の問題について、資料を用いながら、自分と他者における信頼関係について学習する。そこで、外傷的な出来事の体験後は、他者に対する信頼は失われることが多いことを説明し、事件の前後において、自分、また他者に対する信頼がどのように変化したか比較する。宿題は、信頼に関連するこだわり点を特定すること、そして、ワークシートを用いて、毎日それらに直面することである。

⑨ セッション9: 信頼の問題

(1)自分および他者に対する信頼を、「チャレンジ・ビリーブ・ワークシート」を用いて振り返る。外傷的な出来事に関連した信頼性の問題についてのこだわり点に注意を向け、代替的な思考を生み出す手助けをする。(2)信頼性についてのこだわり点が、信頼するかどうかの判断に及ぼす影響について話し合う。また、信頼のレベルや種類についても学習する。CL の持つ社会的なサポートについても話し合う。その後、(3)力とコントロールの問題について、資料を用いて紹介する。ここでは、問題を解決し乗り越える力について、また、ト

ラウマ体験者は、状況や感情をすべてコントロールしようとしたり、逆に全くコントロールができなくなるなどについて触れられる。宿題は、力とコントロールに関連するこだわり点の特定、およびワークシートを用いたそれらへの直面である。

⑩ セッション10: 力/コントロールの問題

(1)力とコントロールの問題について「チャレンジ・ビリーブ・ワークシート」を用いて振り返り、CL が力とコントロールについてバランスある見方が出来るように援助する。また、誤った認知に関連した自責についても話し合う。そして、(2)次の問題領域である尊厳について、資料を用いて紹介する。自分および他者に対する尊厳について、また、外傷的な出来事がそのことにどのような影響を及ぼしているかを話し合う。同時に出来事の起こる以前のCLの尊厳がどうだったかについても考える。またこのセッションでは、(3)「アサンプション・シート」を渡し、この問題領域に関連した思い込みを発見し、それらが抑うつ/不安/低い尊厳にどのようにつながりうるのかについて探求していく。宿題は、尊厳の問題に関連するこだわり点の同定と、「アサンプション・シート」と「チャレンジ・ビリーブ・ワークシート」を用いたそれらへの直面である。さらに、毎日自分と他者に敬意を払い、また受けること、最低1つは自分に対して良いことをすることを練習する。

⑪ セッション11: 尊厳の問題

(1)他者に敬意を払い、他者から敬意を受ける、また何か自分に良いことをするという前回の宿題を振り返り、結果の評価とCLの反応について話し合う。また、(2)ワークシートを用い、自分と他者に対する尊厳の問題や、仮定が特定できるようCLを援助する。そして、(3)自分と他者とがどのように親密になるのかということを教えた上で、最後の

トピック、親密性の問題を紹介する。外傷的な出来事によって、人間関係がどのように影響を受けたか、また、事件の前後での変化にも目を向ける。宿題は、親密さの問題に関連するこだわり点の同定、およびそれらへの直面である。さらに、第1回で行った宿題、何故自分にその出来事が起こったのか、またその意味やそれが自分の考え方や世界観に及ぼす影響について再度筆記課題を行う。引き続き、自分と他者に敬意を払い、受けること、最低1つは自分に対して良いことをすることの練習も継続する。

⑫ セッション 12: 親密さの問題

最後のセッションでは、(1)いくつかの残されたこだわり点と共に、親密性の問題と仮定を特定できるようにCLを援助し、他者との関係を築き、保持していく上で気になる問題を解決する手助けをしていく。また同時に、アルコールや浪費などによって自らを慰める行為による損失に目を向けさせる。そして、(2)前回の宿題で筆記したものをCLに朗読してもらい、その事件の意味を検討していく。また、最初に筆記したものととの比較を通して、CL自身の信念の変化に着目する。また、(3)これまでやってきたこととCLの進歩に目を向け、困難や外傷的な出来事に直面し、扱ったことに対して、CLの功を認める。そして(4)未来の目標をCLが設定できるように援助し、そのための戦略を詳細に考えていく。最後に、(5)今後はCLがひとりでこれまでやってきたことを引き継いでいくこと、また学んできたスキルを使い続けることを勧める。

<グループCPTの実際>

CPTはPTSDへの介入法として情報処理理論を基礎に構築された、プロトコル式の認知行動療法である。実施回数は12回と限定され、特定の認知(罪悪感、安全感、コントロール、親密感、など)に対して意識的に介入を行ったり、自分が経験し

たトラウマティックな出来事に対する曝露を筆記を用いて行うなど、他の方法に比べ特異な部分も多い。特徴についての詳細は昨年度の研究報告の中でリストしたが、中でも、筆記を用いた曝露とグループによる介入は特にCPTのユニークな部分と言える。

今年度はCPTを日本に紹介する場合に特に注目されると思われる部分の一つであるCPTのグループ介入について特に注目し情報収集などを行っている。その調査の一環として、本研究班から3名(堀越、福森、丹羽)と協力者の精神科医1名(森田)の4名は、本年9月に、米国シンシナチのVAメディカルセンターでPTSD治療プログラムに積極的にグループCPTを取り組み、目覚ましい実績をあげているチャード博士を訪ね、2日間を費やして情報を収集することが出来た。また、PTSDに対する入院プログラムの実際をスタッフや入院患者との交流の中から学ぶことが出来た。以下、グループCPTについての情報について報告したいと思う。

①グループCPT

CPTは、グループによる介入であっても個人間のCPTと同様の結果を生むことがわかっている。CPTグループはこれまでに、様々な背景を持つPTSDに試されてきたが、対個人のCPTとほぼ同様の効果を示している。それらの背景には、レイプ被害者、幼児期における性的虐待経験者、戦闘経験者、軍での性的トラウマ経験者たちが含まれる。CPTグループは、入院プログラムの一環として、その他のスキル訓練などと一緒に行われることが多く、普通、7週間の入院治療プログラムのなかで、週に2度、再発防止グループなどと平行して行われる場合が多い。グループCPTは個人のものと同様に12セッションで1クールになっている。CPTグループだけを単独に行う(週に一回など)ことも可能であるが、メンバーを集めたり、メンバーの欠席やドロップアウトのことなどを考えると、入院プログラムの中で一気に行う方が良い。参加者は全過程の中で4度アセスメントを受ける。治療前のプリトリートメント、治療後のポストトリート

メント、そして、3ヵ月後と6ヵ月後の4回である。効果研究の結果は治療前と、治療後では、PTSD 症状だけではなく、認知的な変容だけでなく、うつ症状などのその他の精神的症状の面でも改善が見られている(Cognitive Processing Therapy for Rape Victims, Resick & Schnicke, 1996 参照)。

②グループCPTと個人CPTの違い

実際に各セッションで行われることは、グループも個人もさほどの差はないが、大きな違いは、筆記による曝露の使い方にある。個人の場合には、自分のトラウマ体験について、何が起ったのかについて事細かに書き、その書いた物をセッションの中で読むことによって、ある意味で、トラウマティックな体験をしたときに味わった激しい感情を再体験する時をもつことになるが、グループの場合、メンバーは書いて来たトラウマに関して記載したものを他のメンバーの前で読むことはしない。他人の詳細でグラフィックな体験談を聞くことで、二次的なトラウマ体験をすることになりかねないからである。グループのセッションでは、出来事の内容ではなく、その記事を書いているときにどのような感情を味わったか(このことで、きちんと記事が書けているかがわかる)、その記事には身体感覚についての詳細、考えたことや感じた感情が細かく書かれているか、その作業をすることで何か他のことを思い出したということはなかったかなどについて問われるが、トラウマティックな出来事の内容については一切話されることはない。グループの中では、プロトコルに従って、毎回、トピックが決まっており、メンバーは自分が記事を書いた時に持った感情を吐露する場所としてグループを用い、お互いのやりとりの中から、自分が持っている歪んだ認知や極端な解釈の仕方などに気づくことになる。結果的に、こだわってひっかかっている点(スタックポイント)を見つけ出す作業を行うことになる。セラピストは、書いてもらった物をコピーして、次のセッションまでの間に、メンバー一人一人のスタックポイントがどこにあるかを探るとともに、もし記述が警察のレポートの様であったり、ある部分を避けているなどに気づいたりした場合には、

励ましやその他のコメントと一緒に記事を返却する時にその記事にノートとして書き込んでおく。グループ形式ではあるが、記事の部分を個人に任せずに、グループとは別に個別にセッションを持ち、記事を読む部分だけを別個に行うことも出来る。しかし、CPTのグループを行っている期間は、グループをリードしているセラピストとだけ会うようにする。なぜならば、同時に同じトラウマ体験について二つのセラピーを行うことはほとんどの場合、良い結果を生まないからである。

③誰がグループCPTを受けるのか

個人でもグループでもどちらも選択出来る場合は、クライアントに自分の参加したい形態を選んでもらうことになる。しかし、実際には、なかなか選べないというケースも出て来る。似た経験を持つグループの他のメンバーと話したり、聞いたりすることは、認知的に感情的に成長する機会を与えてくれるものであるが、それだけでなく、その他にもグループにしかない利点もある。まず、面談費用が数名で分担することから、比較的安価でサービスを受けられる点、グループメンバーと親しくなることから社会的なサポートシステムを構築することが出来る点、他にも自分と似た人間がいることに気づくことで、自分だけという考えに気づき、問題を一般化することが出来る点、色々な作業や宿題などを一緒に行うことにより励ましや動機付けされる点などが挙げられる。反面、グループにおける問題点もある。まず、必要なだけのメンバーを集めることは簡単なことではない。また、メンバーそれぞれに都合の良い時間を決めることなども難しい問題の一つである。さらに、グループ時間を独り占めしようとする者がいたり、人格障害をもつメンバーのマネージメントも難しい。そのようなことから、中には、個人とグループの両方を行うことも出て来る。グループの時間はなるべく全体のメンバーが使えるようにし、特に問題を持っているメンバーの個人的な問題は個人セッションで扱うようにするなどの工夫が必要な場合もある。

④グループの形態

CPT グループはクローズドグループである。オープングループとは異なって、12回のグループメンバーは固定されており、一旦グループが始まってしまうと新しいメンバーが加わることはない。通常、対個人の CPT セッションが50分から60分なのに対して、グループではメンバーが特定の問題について十分に話すことが出来るように90分のセッションを行う。メンバーの数は理想的には5名から9名で(セラピストが特段に優れている場合には10名から12名の場合もある)、5名が最低ラインだと考えられている。4名の場合、ペアが出来やすいことや、欠席者やドロップアウトがおこった場合のこともあるので、出来れば7名ぐらゐはメンバーを確保したい。8人以上になると、一人のセラピストでは手にあまるほか、メンバーが十分に話す時間が取れないなどの問題が生じることが多い。構成メンバーの持つトラウマ体験を揃える必要があるかどうかであるが、必ずしも合わせる必要はないが、合わせた方がセッションでの経験が深いものとなる。しかし、同じ問題を持ったクライアントを揃えることは難しい場合が多く、全く同じでなくても、グループを行うことは出来る。細かな部分に関しては、個人セッションで扱うことで、そうした問題はクリア出来ると報告されている。

⑤グループリーダー

セラピストの主な役割は12回のセッションをきちんとこなしていくことにある。プロトコールにそって、決められたことをこなしていくことが出来るように、また宿題をきちんと完了して来られるように動機づけるなどが一番重要な役割といえる。セラピストの数は2名が望ましい。グループCPTを実際に行っている者の多くは、2名でグループをリードする方がより効果的であると報告している。一人のセラピストがグループをリードしている間に、もう一人がグループの力動などをチェックすることが出来る。また、そうした第三者的な観察からもたらされるコメントが役立つことがは周知のところである。話し合う問題の性格上、どうしてもあるメンバーが感情的になって收拾が付かなくなるときもあり、そのような場合には、片方がその特定のメンバーの

必要に応じている間、もう一人のセラピストが引き続きグループをリードしていくことが出来る。また、重要なこととして、特にこの介入法は宿題を提出してもらったり、逆に資料を提供したりすることが多い関係上、2名でグループをリードしていく方がよいと思われる。書いたものの添削をしたり、コメントを書いたりする為の時間を考えると一人でグループをリードするよりも複数の方が運営しやすい。また、片方が病気などの理由で休む場合もあるので、そのときには残ったどちらかがグループを開くことが出来る。グループのリーダーは、個人のセッションとは異なり、かなり積極的に振る舞う必要がある。二人だけでは話せることが、他のメンバーの前では話しづらいというのは、極普通のリアクションである。従って、受け身のリーダーがグループをリードした場合には、十分に感情が出てこないなど様々な問題が生じることになる。

<CPTについてのその他の情報>

今回の訪米で新たにわかったことで非常に興味深い点の一つは、CPT の記述曝露を行わなくても、十分な効果が現れることである。EMDR の眼球運動の効果と似た部分があるかもしれないが、記述曝露なし、つまり認知療法だけでも、十分に効果があることが判明したことを付け加えておきたい。

レイシックらは、2005年に、12回の CPT を、3つの異なった形態で試し、その効果を比較した。その3種類とは、まず ① CPT (これまで通りのCPT)、② CPT-C(これまでのCPT から、筆記曝露を抜いた形)、③ CPT-W(これまでの曝露から認知療法を抜いて、曝露のみにしたものである)。被験者の治療前の状態はほとんど同じであったが、治療効果のたどる道筋が異なることが判明した。CPT-C(CPT の認知療法部分のみ)が最も早く治療効果をみせ、CPT-W(CPT の曝露部分のみ)が効果が現れるのが一番遅かった。しかし、CPT-W も治療結果を見る限り、他とほとんど同じ位置に行き着いていることがわかる。また、CPT-C は、CPT よりも早く良くなる傾向が見られ、CPT が二度目の筆記による曝露を行う時点までは、CPT よりも高いレベルで効果を見せている。

しかし、結果的にはどれも、ほとんど同じぐらいの効果結果を示している。また、CPT-C は、途中脱落者の数も少なく(15%)、CPTとCPT-Wがそれぞれ26%なのに比べ、かなり脱落者がいないことになる。レイシックは、予想に反して、記述曝露を行わないタイプの CPT でも充分効果を上げていることから、どうしても記述曝露が出来ない、またはやりたくないというケースでは、CPT-C が十分に奏効することを報告している。このことは、ある意味では、CPT の可能性をさらに広げたと言っても良い。

9) まとめと今後の予定など

3年間のまとめと今後であるが、まとめとしては、厚生科研費と主任研究者(小西)のご理解により、犯罪被害に遭われた方々へのケアの一環としての PTSD 対策の一つの選択肢として、認知処理療法を日本に導入するための準備が進んだという感触をもっている。今後は継続的に CPT のトライアルに向けて患者のリクルートを行うこと、毎週の CPT 勉強会を通して、スキルの構築を続けることが課題となる。また、新しい情報を入れ、使用者にとって分かりやすいマニュアルの改訂版を作り、発行まで漕ぎ着けることが出来ればと思っている。また、グループ CPT についても、その効果を検証するためにも、トライアルを行うとともに、今後、実際に臨床現場で実施できるようになることを希望している。

数回の訪米を通し、レイシック博士とも関係作りを行うことが出来たことは、この3年間の大きな収穫の一つだと思う。また、レイシック博士から日本に CPT を正式に研究するグループを立ち上げることの許可をもらったので、CPT 研究会(仮名)を発足し、マニュアルの提供、訓練会などを通して、CPT を日本に紹介していけるようにしたいと思っている。これらすべてのことの背後には、厚生労働省による経済的、その他の援助によるところが大きい。最後に、厚労省のご理解に対し深く感謝の意を表したいと思う。

付録:写真1 ●レイシック博士を 2006 年9月、ボストンに訪ねる。



写真2 ●2007 年 9 月 5 日:米国シンシナチ VA メディカルセンターの PTSD プログラムのスタッフたちと撮影。中央の黒髪と黒のジャケットが、チャード博士。

ここでは、7週間の PTSD 入院治療プログラムを行っており、CPT のグループがそのメインな部分として用意されている。CPT グループは月曜と木曜日の週に2回行われており、その他の日には、再発予防プログラムなど、その他のプログラムが平行して行われている。患者は入院すると、大きな CPT マニュアルをもらい、それに沿って、7週間のコースをこなしていくことになる。そのマニュアルの中には、CPT のグループで用いる宿題なども全て含まれている。スタッフは、ディレクターの他に精神科医1名、薬物の処方のできるナースプラクティショナー(修士卒の看護師)が2名、臨床心理サイコジストが3名(ライセンスを持ったドクターレベルの心理士)



写真3 ●2007 年 9 月 7 日に THE US CENTER FOR PTSD のレイシック博士を訪ねた。実際のケースのビデオを見ながら、CPT の実際について半日研修を受けることが出来た。



引用文献

- Foa, E. B., Keane, T. M., & Friedman, M. J. (ed.). (2000) *Effective Treatment for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Trumatic Stress Studies*. New York, The Guilford Press (日本版: PTSD 治療ガイドライン: エビデンスに基づいた治療戦略 飛鳥井望、西園文、石井朝子訳、金剛出版 2005年)
- Foa, E. B., Stektee, G. S., & Rothbaum, B. O. (1989) Behavioral / cognitive conceptualizations of posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155 -176.
- Foa.E.B. & Rothbaum, B.O. (1997). *Treating the trauma of rape: A cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York, Guilford Press
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromnet, E., Hughes, M., & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 52. 1048-1060.
- Kilpatrick, D.G., Vernon, 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: Guilford.
- Lang, P.L.(1977). *Imagery in Therapy: An information processing analysis of fear*. *Behavior Therapy*, 8, 862-886.
- McCann,I.L.,Sakheim,D.K.,&Abrahamson,D.J. (1988). Trauma and victimization; A model of psychological adaption. *The Counseling Psychologist*, 16,531-594.
- Monson,C.M.,Schnurr,P.P.,Resick,P.A.,Friedman, M.J.,Young-Xu,Y.,&Stevens,S.P.(2006). Cognitive processing therapy fo veterans with military-related posttrumatic stress disorder. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 74, 898-907
- Nishith, P., Resick, P.A., & Griffin, M.G. (2002). Pattern of Change in Prolonged Exposure and Cognitive Processing Therapy for Female Rape Victims with Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 880 - 886.
- Resick, P.A.(1992). Cognitive treatment of crime-related post-traumatic stress disorder. In R. D. Peters, R. J. McMahon, & V. L. Quinsey (Eds.), *Aggression and violence throughout the life span* (pp. 171 - 191). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual*. Newbury Park, CA: Sage Publications
- Resick, P.A., Nishith, P., Weaver, T.L., Astin, M.C., & Feuer, C.A. (2002). A comparison of cognitive processing therapy, prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 867 - 879.
- Shapiro,F.(1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford
- Silver.S.M.,Brooks.A.,&Obenchain,J.(1995). Treatment of Vietnam war veterans with PTSD: A comparison of eye movement desensitization and reprocessing, biofeedback and relaxation training. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 337-342
- Wolpe,J.(1958). *Psychotherapy for reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford Press.
- Wolpe. J. (1969). *The practice of behavior therapy* Oxford: Peregamon Press

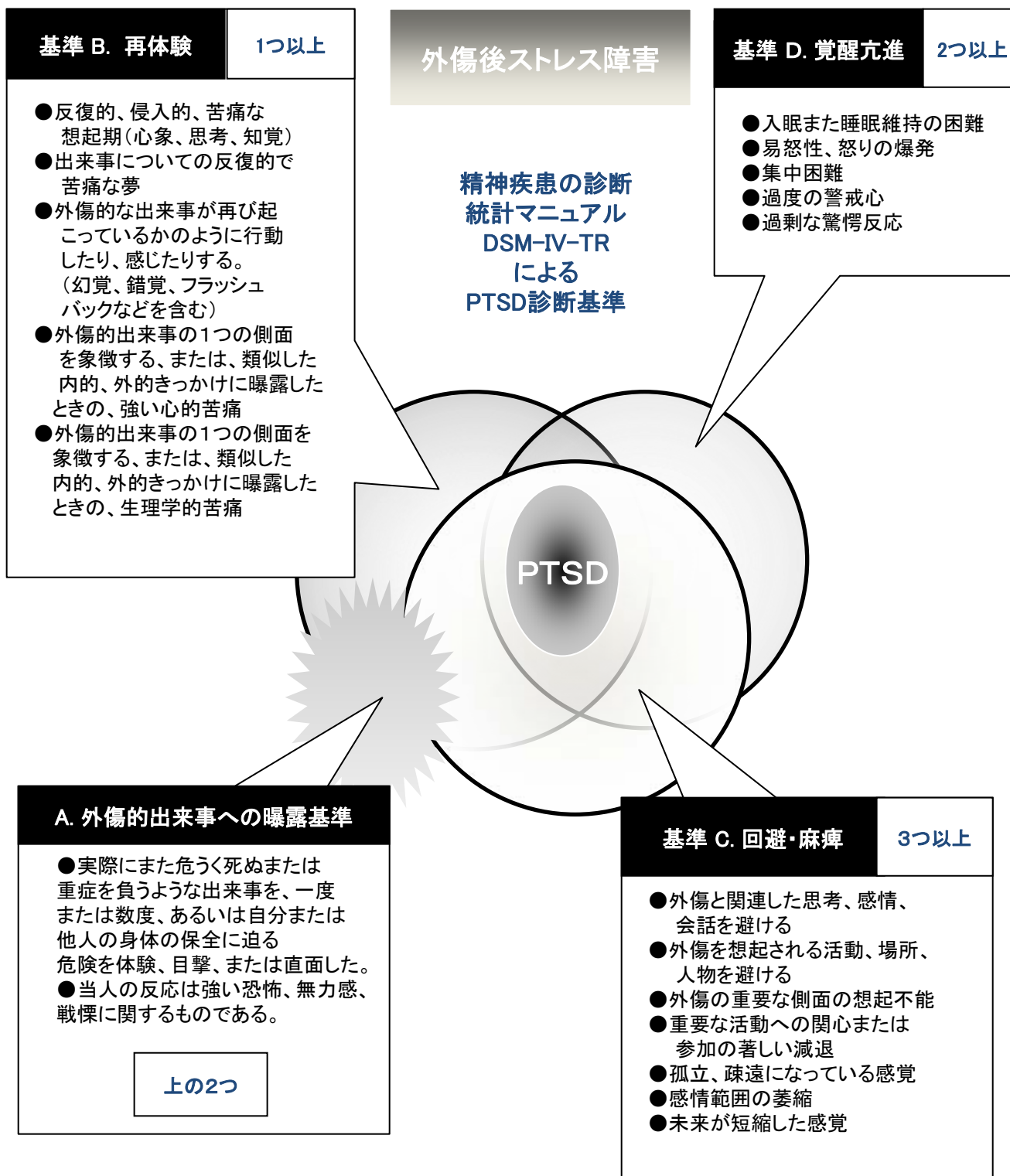
参考文献

- Ahrens, J., & Rexford, L. (2002). Cognitive processing therapy for incarcerated adolescents with PTSD. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 6, 201 - 216
- Calhoun, K. S., & Resick, P. A. (1993). Treatment of PTSD in rape victims. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological*

- disorders, (pp. 48 – 98). New York: Guilford Press.
- Chard, K. M. (2005). An evaluation of cognitive processing therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 965–971.
- Chard, K. M., Resick, P. A., & Wertz, J. J. (1999). Group treatment of sexual assault survivors. In B. H. Young & D. D. Blake (Eds.), *Group treatments for post-traumatic stress disorders: Conceptualization, themes, and processes*. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.
- Chard, K. M., Weaver, T. L., & Resick, P. A. (1997). Adapting cognitive processing therapy for child sexual abuse survivors. *Cognitive and Behavioral Practice, 4*, 31 – 52.
- Ellis, L. F., Black, L. D., & Resick, P. A. (1992). Cognitive-behavioral treatment approaches for victims of crime. In P. A. Keller & S. R. Heyman (Eds.), *Innovations in clinical practice: A source book* (11, pp. 23 – 38). Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Falsetti, S. A., Resnick, H. S., Davis, J., & Gallagher, N. G. (2001). Treatment of posttraumatic stress disorder with comorbid panic attacks: Combining cognitive processing therapy with panic control treatment techniques. *Group Dynamics, 5*(4), 252 – 260.
- Hall, C. A., & Henderson, C. M. (1996). Cognitive processing therapy for chronic PTSD from childhood sexual abuse: A case study. *Counseling Psychology Quarterly, 9*(4), 359 – 371.
- Messman-Moore, T.L., & Resick, P.A. (2002). Brief Treatment of complicated PTSD and peritraumatic responses in a client with repeated sexual victimization. *Cognitive and Behavioral Practice, 9*, 89 – 99.
- Monson, C.M., Price, J.L., & Ranslow, E. (2005, October). Treating combat PTSD through cognitive processing therapy. *Federal Practitioner, 75*–83.
- Owens, G. P., Pike, J. L., & Chard, K. M. (2001). Treatment effects of cognitive processing therapy on cognitive distortions of female child sexual abuse survivors. *Behavior Therapy, 32*(3), 413 – 424.
- Petrak, J. (1996). Current trends in the psychological assessment and treatment of victims of sexual violence. *Sexual and Marital Therapy, 11*, 37 – 45.
- Resick, P. A. (2001). Cognitive therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 15*(4), 321 – 329.
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(5), 748 – 756.
- Resick, P.A. & Calhoun, K.S. (2001). PTSD. In D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders, Second Edition*. (pp. 60 – 113). New York, NY: Guilford Press.
- Resick, P.A., Nishith, P., & Griffin, M.G. (2003). How well does cognitive-behavioral therapy treat symptoms of complex PTSD? An examination of child sexual abuse survivors within a clinical trial. *CNS Spectrums, 8*, 340 – 355.
- Schulz, P.M., Resick, P.A., Huber, L.C., & Griffin, M.G. (in press). The Effectiveness of Cognitive Processing Therapy for PTSD with Refugees in a Community Setting. *Cognitive and Behavioral Practice*.
- Schulz, P.M., Huber, L.C. & Resick, P.A (in press). Practical Adaptations of Cognitive Processing Therapy for Treating PTSD with Bosnian Refugees: General Implications for Adapting Practice to a Multicultural Clientele. *Cognitive and Behavioral Practice*.
- Westwell, C. A. (1998). Cognitive processing therapy in the treatment of marital rape. *Psychotherapy in Private Practice, 17*(2), 63 – 77.

目的	平成17年度	平成18年度	平成19年度
犯罪被害者のPTSD の査定と治療の現状 の把握	文献研究 ①	CPT に 決定 ④	
効果的なPTSD治療 CPTの日本への導入 CPTの日本への適応 可能性の検討	考案者 レイシック との連絡 ②	研修参加 ⑤ マニュアル翻訳 レビュー 論文執筆 ⑥	研修参加 ⑨ マニュアル完成 レビュー 論文投稿 ⑩
CPTを用いたPTSD治療 とグローバルな介入	資料 収集 ③	介入研究 の準備 ⑦ グループ CPT 1 ⑧	介入研究 開始 ⑪ グループ CPT 2 ⑫

図1 3年間活動計画



**図2 精神疾患の診断統計マニュアル
DSM-IV-TRによるPTSD診断基準**

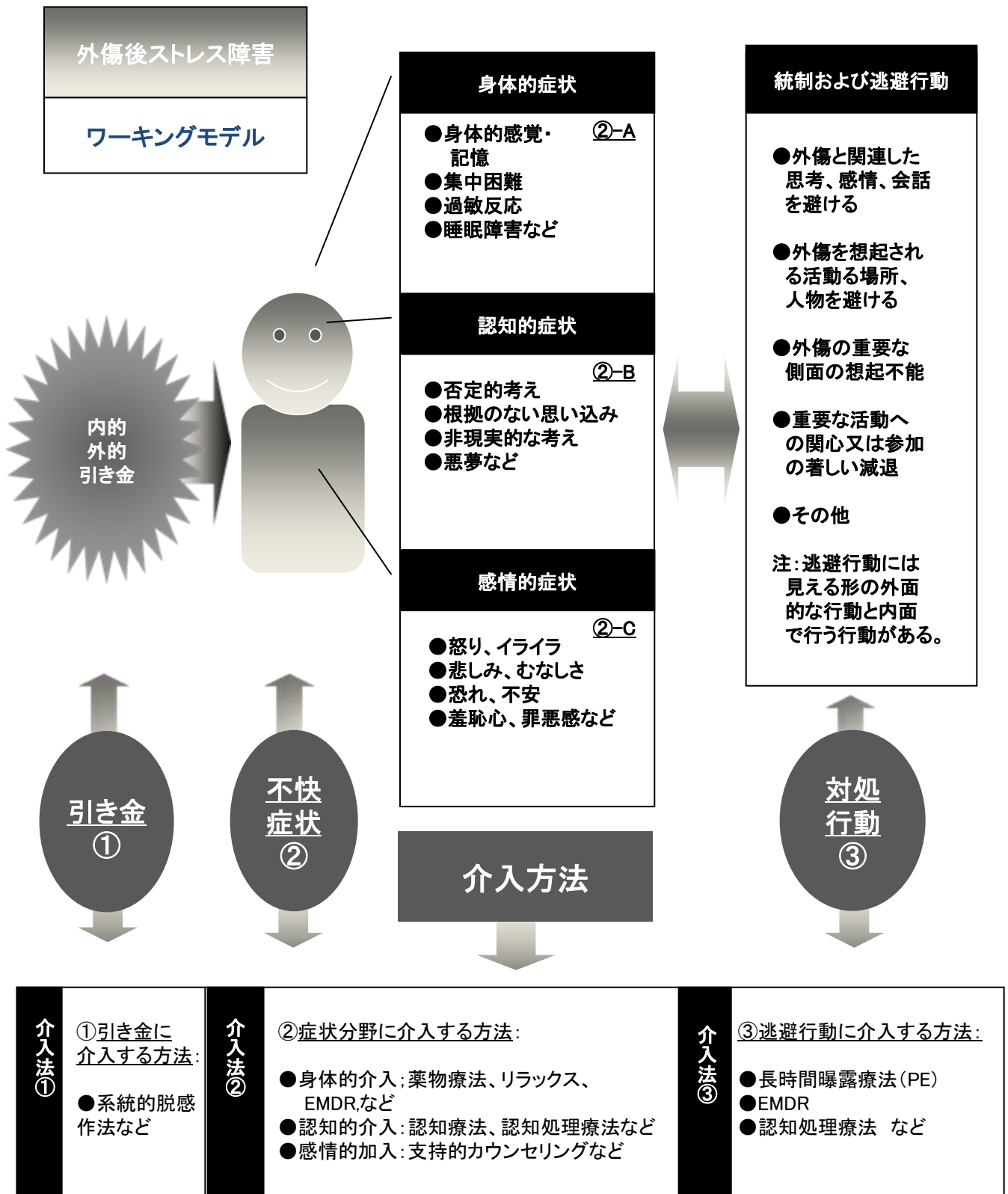


図3 外傷後ストレス障害 ワーキングモデル

PTSD症状とその介入

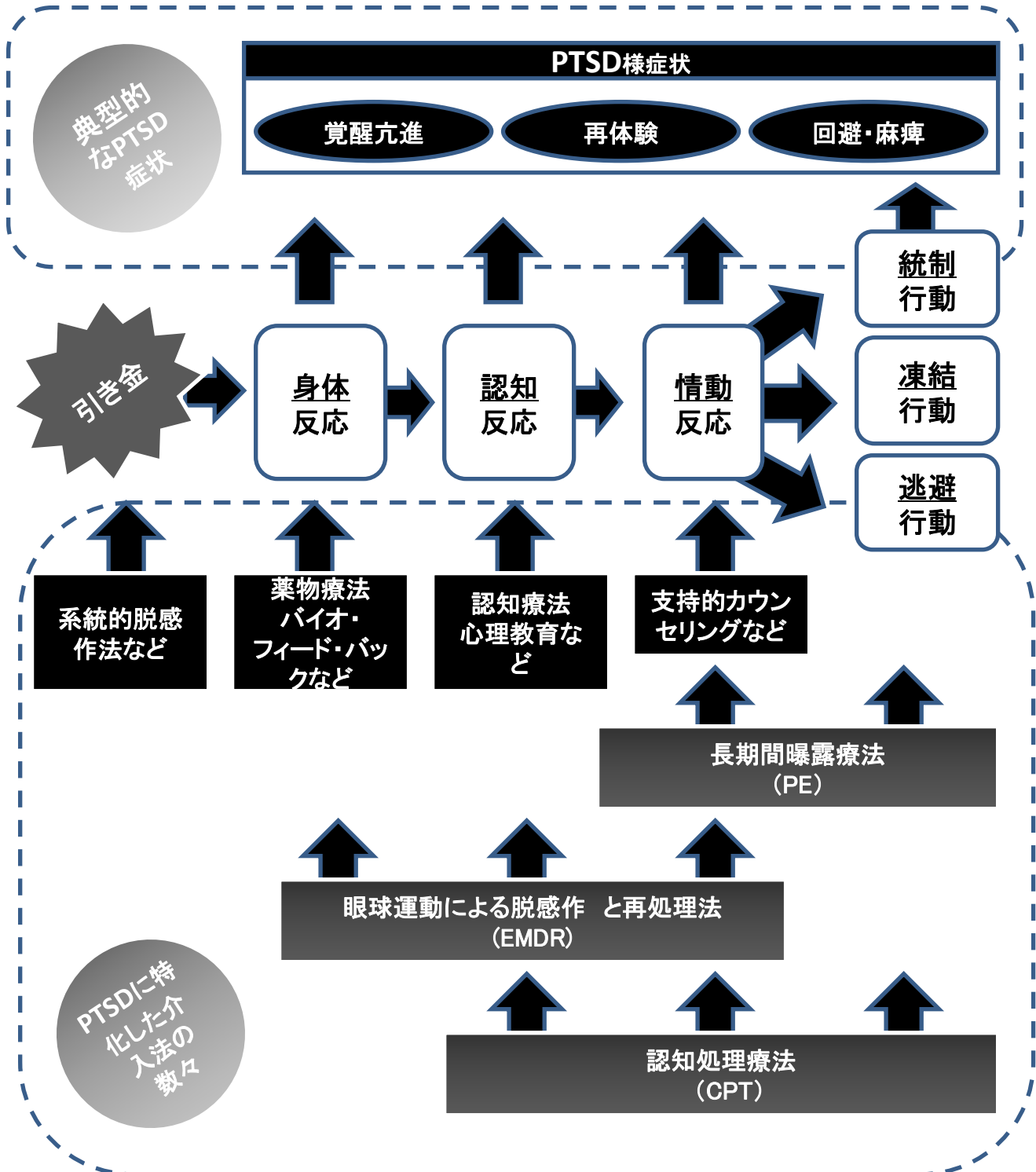


図4 PTSDとその介入

平成 19 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）
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

地域精神保健福祉機関における犯罪被害者支援
分担研究者 山下俊幸（京都市こころの健康増進センター）

研究要旨

目的：平成 18 年度の研究において、「犯罪被害者等支援のための地域精神保健活動の手引き（案）－精神保健福祉センター・保健所・市町村における支援－」（以下、手引）を作成したが、平成 19 年度の研究では内容の充実を図ることを目的とした。また、兵庫県にある自助グループ等との意見交換を実施し、自助グループのニーズを知ることで、今後の自助グループ支援に生かすとともに、その内容を手引に盛り込むこととした。

方法：班会議において手引き案の内容について検討し、研究協力者の協力を得て分担執筆し、分担研究者が主任研究者等の意見を踏まえて「犯罪被害者等支援のための地域精神保健活動の手引－精神保健福祉センター・保健所等における支援－」としてとりまとめることとした。

昨年度に続き自助グループ支援のあり方を検討するため、兵庫県こころのケアセンターにおいて、ひょうご被害者支援センターの協力を得て、全国学校事故・事件を語る会、六甲友の会との意見交換を行った。

結果：手引き案に「危機介入における精神保健福祉センターの役割」「自助グループへの支援」「犯罪被害者等の支援に係る研修」「Q&A」を加え、「犯罪被害者等支援のための地域精神保健活動の手引」を作成した（別添資料）。自助グループとの意見交換においては、以下のような意見が出された。「学校での事件は、一般に、その事件の実態が明らかにされにくいことが特徴である。時にはCRTが事実の隠蔽に使われることもある。カウンセラーを配置しても、子どもたちに影響を及ぼさないようにということで、調査も行われず、事実が解明されないこともある。事実を解明できないということは、遺族にとって被害となる。また、何があったのかという事実を解明しないと、長期的なケアもできないと思う。これまでは被害者は声を上げることもままならなかった。被害者支援は、被害者が何を望んでいるのか知ること、まずはそこからではないか」「六甲友の会は、立ち上げの時から、臨床心理の専門家が入っているのが特徴かと思う。立ち上げてから 1 年間はクローズドで行ってきたが、2 年目以降はセンター職員なども参加し、最近では、少年院指導員など被害者や加害者に関わる外部機関の人が参加することもある。他の自助グループでも、わかちあいの場に、専門職が入っているところは少ない。専門職を入れると、

研究対象にされるのではないかと考え敬遠するのかもしれない。しかし、被害者同士では、摩擦がおこることがある。自分のところのほうがいへんだと、他の人と比べたりしてしまう。自分の痛みをある程度克服してからでないと、相手の痛みはわからない。そういう摩擦を和らげるために、専門職が入っているほうが、集会が安定する。保健師の訪問などでもケアできるのではないか。保健所や精神保健福祉センターが、犯罪被害者支援センターといっしょに関わってもらえるとありがたい。遺族は、本当にひどいときはヘルプのサインも出せない。集会に出てこられる人はまだいいので、出てこられない人にどうアクセスするかが重要であると思う。」

考察と結論：当初は「精神保健福祉相談の手引」とすることも考えたが、被害者との意見交換等を行う中で、精神保健福祉センターや保健所の機能を生かすためには、地域精神保健福祉活動としての取組が不可欠であると考えて「地域精神保健福祉活動の手引」とした。その点においても自助グループ4団体との意見交換はたいへん貴重なものであったと考えている。被害者のニーズは、自助グループの運営支援にとどまらず、被害者へ自助グループ等の情報を提供すること、犯罪被害者のこころのケアについて地域住民へ普及啓発すること、関係機関と連携して支援することなど地域精神保健福祉活動とも密接につながるものであったからである。本手引きが、精神保健福祉相談や地域精神保健福祉活動に活用されることで、犯罪被害者の精神健康の回復に寄与できるものと期待している。

研究協力者

川島道美

(千葉県精神保健福祉センター)

酒井ルミ

(兵庫県立精神保健福祉センター)

辻本哲士

(滋賀県立精神保健福祉センター)

寺田 倫

(静岡市こころの健康センター)

富永秀文

(鹿児島県精神保健福祉センター)

松浦玲子

(大阪府こころの健康総合センター)

清野百合

(大阪府こころの健康総合センター)

平成18年度の研究において、「犯罪被害者等支援のための地域精神保健活動の手引き(案)ー精神保健福祉センター・保健所・市町村における支援ー」(以下、手引)を作成したが、より見やすく、使いやすくするとともに、「危機介入」「自助グループ支援」「事例紹介」などを加え、内容の充実を図ることを目的とした。

また、平成18年度は、大阪市にある自助グループの代表者や事務局との意見交換を実施し、被害者の精神保健ニーズを踏まえた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したが、平成19年度においても、兵庫県にある自助グループ等との意見交換を実施することとした。

A. 研究目的

自助グループのニーズを知ることで、今後の自助グループ支援に生かすとともに、その内容を手引に盛り込むこととした。

B. 研究方法

1) 手引の作成

班会議において手引き案の内容について検討し、研究協力者の協力を得て分担執筆し、班会議で検討の上、分担研究者が主任研究者等の意見を踏まえて「犯罪被害者等支援のための地域精神保健活動の手引ー精神保健福祉センター・保健所等における支援ー」としてとりまとめることとした。

2) 自助グループ支援検討

引き続き自助グループ支援のあり方を検討するため、兵庫県こころのケアセンターにおいて、ひょうご被害者支援センターの協力を得て、全国学校事故・事件を語る会の代表 2 人、六甲友の会の代表 1 人との意見交換を行った。

3) 倫理面への配慮

手引の作成においては、「事例紹介」において事例を扱うこととなるが、主旨が損なわれず、個人が特定されないように改変した。また自助グループ支援検討においては、報告内容について自助グループとの意見交換参加者に確認を行い、研究協力報告書に掲載した。

C. 研究結果

1) 犯罪被害者等支援のための地域精神保健活動の手引の作成 (別添資料)

班会議での検討の結果、手引き案に「危機介入における精神保健福祉センターの役割」「自助グループへの支援」「犯罪被害者等の支援に係る研修」「Q&A」を加えることとなり、研究協力者の協力を得て、分担研究者がとりまとめた。また、見やすくわかりやすくするために図表の挿入、要点(ポイント)の挿入、全体の構成の見直し等を行った。目次は下記の通りである。

1. 犯罪被害者等における精神保健相談

- 1) 犯罪被害者等の心理的な反応
- 2) 被害者支援の実際
- 3) 外傷後ストレス障害 (PTSD)
- 4) 外傷後ストレス障害 (PTSD) の治療
- 5) 事例紹介

2. 支援サービス等の利用

- 1) 早期の支援
- 2) 経済的支援
- 3) その他の支援

3. 危機介入における精神保健福祉センターの役割

- 1) 緊急支援に対する考え方
- 2) 支援の実際
- 3) その他の役割

4. 関係機関との連携

- 1) 警察
- 2) 検察庁
- 3) 裁判所
- 4) 保護観察所
- 5) 児童相談所
- 6) 婦人相談所
- 7) 日本司法支援センター (法テラ)

- ス)
- 8) 犯罪被害者支援民間団体
- 9) 弁護士会
- 10) 臨床心理士会等
- 11) 自助グループ
- 5. 自助グループへの支援
 - 1) 情報提供
 - 2) グループ運営における支援
 - 3) 啓発
 - 4) 連携
- 6. 犯罪被害者等の支援に係る研修
- 7. 精神障害者の受ける犯罪被害
- 8. Q&A

参考

- 1. 犯罪被害者支援の歩み
- 2. 犯罪被害者等基本法と犯罪被害者等支援基本計画
- 3. 犯罪被害者と司法制度

資料

- 1. 国連宣言「犯罪およびパワー濫用の被害者のための司法の基本原則宣言」
- 2. 都道府県・政令指定都市 犯罪被害者等施策担当窓口部局等一覧
- 3. NPO 法人全国被害者支援ネットワーク加盟団体一覧

2) 自助グループ支援検討

意見交換は兵庫県を中心に活動している「全国学校事故・事件を語る会」の代表2人、六甲友の会の代表1人と研究班員との間で平成19年11月10日（土）午後1時30分から午後5時まで行った。これらの自助グループを支援しているひょうご被害者支援センターに同席を依頼した。

(1) 全国学校事故・事件を語る会
 ○全国学校事故・事件を語る会は、被害者同士のネットワークであり、参加しているのは全国で100～130家族である。2ヶ月に1回、集会を開き、当事者同士でケアをしている。年1回シンポジウムも開催している。実際の活動の基本は、毎日の相談支援であり、メールでも相談を行っている。1994年12月に、遺族4家族で活動を開始した。現在は、自殺・事故・虐待の3つのグループに分かれている。
 ○学校での事件は、一般に、その事件の実態が明らかにされにくいことが特徴である。学校は、PTAや地域組織ともつながりがあり、遺族が、子どもに何があったのか知ろうとしても、実態が明らかにならないばかりか、地域と対立して、孤立、離散、転居してしまうこともある。遺族は、人間不信、社会不信に陥り、まったく発言できない状態になってしまう。
 ○学校での自殺も、子どもの遺書がないと自殺とは断定できないとされ、事故とされることも多い。文科省は実際の4割くらいしか自殺と認めていないのではないかと。何があったか解明されず、子どもの自殺についての実態も明らかにせず、再発予防もされないままに、一般論として論議され、カウンセラーを配置する。しかし、実際に何があったのかという実態を明らかにせず、現状をそのままにして心のケアをしようとしても無理だと思う。
 ○時にはCRTが事実の隠蔽に使われることもある。カウンセラーを配置し

でも、子どもたちに影響を及ぼさないようにということで、調査も行われず、事実が解明されないこともある。事実が解明できないということは、遺族にとって被害となる。また、何があったのか事実を解明しないと、長期的なケアもできないと思う。いじめなどの加害者が事実と向き合い、受け入れることが必要である。

○サポートとはどうあるべきか。その人を「助けてあげる」ことはできない。本人が自ら立ち上がるのを援助する。共感をもって、その人が何をすべきなのかを具体的に提示しながら、いっしょに活動していくことだと思う。怒りや悲しみのプロセスを共有することが大切だと思う。

○集会には、臨床心理士など、専門職も入ってくれるほうが安心して語れると思うが、学校事件は事案が重く、専門職のかかわりを求めにくい。

○被害者支援は、カウンセリングすべき領域と、ケースワークすべき領域とがあると思う。初期には、自分の体験を話したり、書いたりすることが有効である。しかしある時期を過ぎると、話をするだけではいったん楽にはなっても、同じことの繰り返しになると思う。こういう専門家や制度があると紹介するなど、ケースワークが必要である。また、初期には、ことばではうまく語れない、理屈ではわかってものにもならない時期もある。

○単に話を聴くだけ、投棄するだけでは駄目。真摯に思いを共有してほしい。不用意な言葉はいけないが、かといっ

て、聴いているだけでも駄目で、自分の話が受け入れられているという反応がほしい。

○また事件直後は家事や育児ができない。家事などの直接援助をしてくれる人がいると助かる。

○これまでは被害者は声を上げることもままならなかった。被害者支援は、被害者が何を望んでいるのか知ること、まずはそこからではないか。

(2) 六甲友の会（ひょうご犯罪被害者支援センター）

○兵庫県は震災の相談窓口はあったが、犯罪被害者を支援する体制がないということで、平成14年4月にひょうご犯罪被害者支援センターを設立した。犯罪被害者支援センターとしては全国で25番目で、遺族が運営に関わったセンターとしては初めてである。

○支援センターの設立とともに、六甲友の会も立ち上げた。現在、会員は15～6人で、すべて犯罪被害の遺族である。その中に2名の臨床心理士がコーディネーターとして入って集会を行う。月に1回、3時間くらい、ただただ話をする。同じことを言ってもいいし、泣いても、何を言ってもいいという場である。同じ事件でも、男性と女性とでは違う。男性にはたてまえがあると思う。話し合うことで、温度差を縮めてきたと思う。

○六甲友の会は、立ち上げの時から、臨床心理の専門家が入っているのが特徴かと思う。立ち上げてから1年間はクローズドで行ってきたが、2年目

以降はセンター職員なども参加し、最近は、少年院指導員など被害者や加害者に関わる外部機関の人が参加することもある。いろいろな立場の人がいるので、良い情報交換の場でもある。弁護士や検事などを講師として呼んで勉強会をすることもある。マスコミともよい関係を持っている。

○他の自助グループでも、わかちあいの場に、専門職が入っているところは少ない。専門職を入れると、研究対象にされるのではないかと考え敬遠するのもかもしれない。しかし、被害者同士では、摩擦がおこることがある。自分のところのほうがたいへんだと、他の人と比べたりしてしまう。自分の痛みをある程度克服してからでないと、相手の痛みはわからない。そういう摩擦を和らげるために、専門職が入っているほうが、集会が安定する。六甲友の会は、波もあるが、ほぼ安定している。メンバーがやめたいとか他に変わりたいとかいうことがあまりない。ある特定の個人と合わないということはあるが。

○保健師の訪問などでもケアできるのではないか。保健所や精神保健福祉センターが、犯罪被害者支援センターといっしょに関わってもらえるとありがたい。遺族は、本当にひどいときはヘルプのサインも出せない。集会に出てこられる人はまだいいので、出てこられない人にどうアクセスするかが重要であると思う。

D. 考察と結論

精神保健福祉センター等における犯罪被害者支援はまだ始まったばかりであり、地域精神保健福祉活動の一環としてどのように進めていくべきか、とまどうことも多かった。平成17年度に実施した精神保健福祉センターにおける取組の現状調査結果から得られた課題を踏まえるとともに、実際に経験した事例や地域における危機介入の取組を基に「犯罪被害者等支援のための地域精神保健活動の手引」を作成した。当初は「精神保健福祉相談の手引」とすることも考えたが、精神保健福祉センターや保健所の機能を生かすためには、地域精神保健福祉活動としての取組が不可欠であると考えて「地域精神保健福祉活動の手引」とした。

その点では、自助グループ4団体との意見交換はたいへん貴重なものであったと考えている。被害者のニーズは、自助グループの運営支援にとどまらず、被害者へ自助グループ等の情報を提供すること、犯罪被害者のこころのケアについて地域住民へ普及啓発すること、関係機関と連携して支援することなど地域精神保健福祉活動とも密接につながるものであった。

また「事実を解明できないということは、遺族にとって被害となる。また、何があったのかという事実を解明しないと、長期的なケアもできないと思う」「これまでは被害者は声を上げることもままならなかった。被害者支援は、被害者が何を望んでいるのか知ること、まずはそこからではないか」と

の被害者のことばに寄り添う支援が求められている。

なお、本手引の「被害者支援の実際」の中で「事件の話をいつ聞いたらよいか」ということについて、「被害者の意思によって話すか話さないかを決めるのが基本ですが、事件について話せるようなら話してみてもどうか、と声をかけてみましょう」「事件の話をしてどうだったか必ず尋ね、気持ちをフォローしましょう」とまとめたが、この点は最後まで検討したところである。

当初は、「被害者が話したくないときはあえて聞かず、話したいときにきちんと聞くことが基本的な対応」と考え、「被害者の意思によって話すか話さないか決めるのが基本です」「信頼が得られたら自然に話してくれます」としていた。この場合、被害者が自ら話すことができる時はよいが、話したくても話せない場合も多いとの意見が出された。

始めは、当然のことながら「話したくないときに無理に話す」ようなことは避けるべきと考えて、「事件については被害者の話を待つ」としていたが、「(自分から言い出せず、聞いてもらうのを待っていたのに)聞いてもらえなかった」ということで却って不信感にもつながることがあるため、上記の表現とした。この場合も、被害者の意思を尊重することは言うまでもないことで、被害者自身が話したいと思っ

て話すことが基本である。たいへんデリケートなところであるが、信頼関係

を作り上げていく上で大切なことと考

えている。

また、被害者遺族へのアンケート調査結果(社団法人被害者支援都民センター2007年3月)に書かれているように、被害者遺族が今後受けたい支援として「時間がたつことで当初とは違った被害者感情や悩みがあっても、なかなか打ち明けられる場所がありません」「自分の気持ちを話せる場がほしい」「継続的に心の内を話せる環境」を望んでいることにも留意する必要があると言える。

本手引きが、精神保健福祉相談や地域精神保健福祉活動に活用されることで、犯罪被害者の精神健康の回復に寄与できるものと期待している。

E. 研究発表

- 1) 第7回日本トラウマティック・ストレス学会(2008.4)
演題「精神保健福祉センターにおける犯罪被害者支援の取組」(発表予定)

F. 知的財産権の出願・登録状況

なし

平成 19 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）
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「地域精神保健福祉機関における犯罪被害者支援」

研究協力報告書

精神保健福祉センターにおける自助グループ支援のあり方

研究協力者 酒井ルミ（兵庫県立精神保健福祉センター）

分担研究者 山下俊幸（京都市こころの健康増進センター）

1. 研究目的

現在活動されている犯罪被害者自助グループに、その活動内容や実態、必要とされているものなどについて聞き取り調査を行い、自助グループの現況を把握し、今後、精神保健福祉センターに求められる自助グループ支援体制構築のための基礎的な考え方について検討する。

2. 日時と方法

日時：平成 19 年 11 月 10 日（土）

13:30~17:00

場所：兵庫県こころのケアセンター会議室

全国学校事故・事件を語る会の代表 2 人、六甲友の会の代表 1 人に、それぞれのグループ活動の現況等について聞き取りを行った。また、これらの自助グループを支援しているひょうご被害者支援センターからも同席いただいた。

3. 聞き取り内容の要旨

1) 全国学校事故・事件を語る会

全国学校事故・事件を語る会は、被

害者同士のネットワークであり、参加しているのは全国で 100~130 家族である。2 ヶ月に 1 回、集会を開き、当事者同士でケアをしている。年 1 回シンポジウムも開催している。実際の活動の基本は、毎日の相談支援であり、メールでも相談を行っている。1994 年 12 月に、遺族 4 家族で活動を開始した。現在は、自殺・事故・虐待の 3 つのグループに分かれている。

代表者の一人は、94 年に、学校教員から暴行を受けた直後の自殺で長男を亡くした。もう一人の代表者は、99 年の夏、部活中の熱中症で長男を亡くした。

子どもの自殺は年間 300 件をこえる。また学校管理下での事故・災害は年間 100 万件をこえる。学校での事故に対する災害給付制度があり、治療費 5000 円以上のときに給付を求めるが、その申請件数が年間 100 万件以上あり、この 10 年で倍増している。そのうち、死亡事故は二十数件。水死、転落、激突、熱中症、落雷、サッカーゴールなどの下敷きなど。多くは学校が注意義務を果たさなかったことで起

こる。

学校での事件は、一般に、その事件の実態が明らかにされにくいことが特徴である。学校は、PTA や地域組織ともつながりがあり、遺族が、子どもに何があったのか知ろうとしても、実態が明らかにならないばかりか、地域と対立して、孤立、離散、転居してしまうこともある。遺族は、人間不信、社会不信に陥り、まったく発言できない状態になってしまう。

代表者の一人も熱中症で長男を亡くしたが、部活の担当教員は、倒れた息子に罵声を浴びせ1時間以上そのまま放置した。適切な処置をせず、救急搬送も遅れたということで、結果的には業務上過失致死という刑事罰を受けた。これは学校事件では珍しいことである。

代表者自身も妻も現職の教員で、相手の教員とも同じ地域に住んでいる。同じ地域、同じ職業で、民事、刑事訴訟を行うことになったが、教育委員会は事実を調べようとせず、相手教員を守る立場にたち、地域でも相手教員を守ろうという署名活動も起こった。地域からも職場からも孤立し、たいへんつらい経験をした。

学校での自殺も、子どもの遺書がないと自殺とは断定できないとされ、事故とされることも多い。文科省は実際の4割くらいしか自殺と認めていないのではないか。何があったか解明されず、子どもの自殺についての実態も明らかにせず、再発予防もされないまま

に、一般論として論議され、カウンセラーを配置する。しかし、実際に何があったのかという実態を明らかにせず、現状をそのままにして心のケアをしようとしても無理だと思う。

時には CRT が事実の隠蔽に使われることもある。カウンセラーを配置しても、子どもたちに影響を及ぼさないようにということで、調査も行われず、事実が解明されないこともある。

事実が解明できないということは、遺族にとって被害となる。また、何があったのか事実を解明しないと、長期的なケアもできないと思う。いじめなどの加害者が事実と向き合い、受け入れることが必要である。

子どもが死んだ直後は、現実感がなく、葬儀でも涙も出ない。少したってからようやく現実感がもどってくる。なぜ、わが子が死ななくてはならなかったのかという思いと、怒りやむなしさが溢れ、自分で自制がきかない。家庭内でもいろいろな感情があり、葛藤や責め合いになることもある。子どもを亡くすことは未来をなくすことであると思う。

遺族サポートとして集会を開いている。同じ体験をした人どうして話し合う。初めて参加した遺族は、遺族どうしが話し合って笑えるのが不思議に感じる。しかし、いずれは事実を受け入れ、顔を上げて同じようにできるようになる。事実を受け入れられるように、また人や社会を信じられるよう

にしてあげたいと考えている。

最近ようやく遺族が発言できるようになってきた。遺族がもう一度顔を上げて生活できるようになるにはどうしたらいいかということを常に考えている。

サポートとはどうあるべきか。その人を「助けてあげる」ことはできない。本人が自ら立ち上がるのを援助する。共感をもって、その人が何をすべきなのかを具体的に提示しながら、いっしょに活動していくことだと思う。怒りや悲しみのプロセスを共有することが大切だと思う。

グループとしては、まず事実を明らかにしようとしている。事実を隠すことは被害者に対する加害行為である。犯罪被害は、通常は警察が立件し裁判となって事実が明らかにされる。しかし、学校事件の場合は多くは刑事事件にならず、事実がわからず、遺族はつらいままではないといけない。事実を明らかにするために、民事訴訟をおこなっている。学校問題は、行政と対立関係になるところが苦しいし、問題解決も遅れるのだと思う。

集会には、臨床心理士など、専門職も入ってくれるほうが安心して語れると思うが、学校事件は事案が重く、専門職のかかわりを求めにくい。

被害者支援は、カウンセリングすべき領域と、ケースワークすべき領域とがあると思う。初期には、自分の体験を話したり、書いたりすることが有効である。しかしある時期を過ぎると、

話をするだけではいったん楽にはなっても、同じことの繰り返しになると思う。こういう専門家や制度があると紹介するなど、ケースワークが必要である。また、初期には、ことばではうまく語れない、理屈ではわかってもどうにもならない時期もある。

ケースの支援は、時間経過によって分けている。1年未満の人のケアを3年未満の人が行い、3年未満の人のケアを5年未満の人が行い、というふうに、2重3重の円のような形で支援する。自分が直接話を聞くのではなく、他の人を紹介する、支援のネットワークを作っている。

当事者同士だとわかりあえるので、初めから、プライバシーにかかわるようなことでも話しやすい。それが当事者グループのメリットだと思う。

CRT や初期のカウンセリングも必要だと思うが、何があったのかという事実解明を抜きにして支援やケアはできない。

被害者は不眠や怒りを抱えていることも多く、精神科医療が必要なこともある。必要な状態なら、受診もすすめるようにしている。

単に話を聴くだけ、投薬するだけでは駄目。真摯に思いを共有してほしい。不用意な言葉はいけないが、かといって、聴いているだけでも駄目で、自分の話が受け入れられているという反応がほしい。

マスコミは、一番の加害者にも一番

の援助者にもなりうる。危ういところもあると思うが、社会問題化していくのもマスコミであり、特に、足を運んで取材してくれた人は理解してくれる。裁判経過などでつきあいが長くなると事件報道から社会問題へと切り口が変わって、それが被害者への支援になることもある。ここ数年で、マスコミはずいぶん変わったとも思う。関東と関西、地域によって温度差もある。

話を聞いてくれることで支援になるし、マスコミ、警察、地域、いろいろな人がかかわってくれることは大きい。弁護士を紹介されるなど情報提供に役立つこともある。

また事件直後は家事や育児ができない。家事などの直接援助をしてくれる人がいると助かる。

これまでは被害者は声を上げることもままならなかった。被害者支援は、被害者が何を望んでいるのか知ること、まずはそこからではないか。

2) 六甲友の会（ひょうご犯罪被害者支援センター）

兵庫県は震災の相談窓口はあったが、犯罪被害者を支援する体制がないということで、平成14年4月にひょうご犯罪被害者支援センターを設立した。犯罪被害者支援センターとしては全国で25番目で、遺族が運営に関わったセンターとしては初めてである。

支援センターの活動の基本は電話相談である。弁護士による相談やカウンセラーの面接も行っている。また、2年前から、裁判の傍聴などの直接支援も行っている。啓発として、年2回シンポジウムも開催している。活動は、ボランティアグループが行っているが、ボランティアは現在60名ほど。5日間の養成研修をしたあと、研修受講生のなかからボランティアになってもらっている。

支援センターの設立とともに、六甲友の会も立ち上げた。現在、会員は15～6人で、すべて犯罪被害の遺族である。その中に2名の臨床心理士がコーディネーターとして入って集会を行う。月に1回、3時間くらい、ただただ話をする。同じことを言ってもいいし、泣いても、何を言ってもいいという場である。同じ事件でも、男性と女性とでは違う。男性にはたてまえがあると思う。話し合うことで、温度差を縮めてきたと思う。

支援センターとしては、場の提供、会場の設営と、茶菓子代などの経済的バックアップをおこなっている。

六甲友の会は、立ち上げの時から、臨床心理の専門家が入っているのが特徴かと思う。立ち上げてから1年間はクローズドで行ってきたが、2年目以降はセンター職員なども参加し、最近では、少年院指導員など被害者や加害者に関わる外部機関の人が参加することもある。いろいろな立場の人がいるので、良い情報交換の場でもある。

弁護士や検事などを講師として呼んで勉強会をすることもある。マスコミともよい関係を持っている。

他の自助グループでも、わかちあいの場に、専門職が入っているところは少ない。専門職を入れると、研究対象にされるのではないかと考え敬遠するのもかもしれない。しかし、被害者同士では、摩擦がおこることがある。自分のところのほうがいへんだと、他の人と比べたりしてしまう。自分の痛みをある程度克服してからでない、相手の痛みはわからない。そういう摩擦を和らげるために、専門職が入っているほうが、集会が安定する。六甲友の会は、波もあるが、ほぼ安定している。メンバーがやめたいとか他に変わりたいとかいうことがあまりない。ある特定の個人と合わないということはあるが。

私は息子を、少年 10 人の集団リンチで殺されて丸 10 年になる。加害者 10 人のうち、5 人は、今でも誰なのか知らない。学校事件と同様、少年事件の場合も事実を知らされない。加害者が誰なのかすら知らされない。しかたなく和解するという手段をとって、加害者と会う人もいる。自分の場合も、事実を知りたくて民事訴訟をおこした。加害者は 13 歳～15 歳で、親の監督責任を問いたかったが、13 歳以上では親に責任はないと言われた。それでも加害者である少年を法廷に呼び質問することができた。事実を知りたい思いとともに、質問をすることで相

手が忘れないだろうと思った。

事件直後は、葬儀を終わらせるのに必死で、涙も出ず、傍からみると強い母に見えたかもしれない。後になってからだんだん悲しみがわいてきた。葬儀後、買い物などに行っても、周囲の目が冷たく、孤立し、買い物ひとつでも遠くまで行ったりした。残された兄弟や祖父母なども傷ついている。残された兄弟は、「(亡くなった子に代わって) あんたが親を支えないと」と言われたりする。

保健師の訪問などでもケアできるのではないか。保健所や精神保健福祉センターが、犯罪被害者支援センターといっしょに関わってもらえるとありがたい。遺族は、本当にひどいときはヘルプのサインも出せない。集会に出てこられる人はまだいいので、出てこられない人にどうアクセスするかが重要であると思う。

4. 考察

学校事件や少年犯罪の実態が明らかになりにくいことなど、学校事件の特性と課題、自助グループの意味など聞かせていただいた。当事者だからこそできる自助グループのメリットと、反面、当事者ゆえに生じる摩擦、運営の難しさとは前回の聞き取りとも共通していた。前回と同様、専門職としての第三者がグループに関わることで、グループの安定性を増し、本来の活動目的をいっそう推進できる可能性があると感じた。

今回は、事実解明の必要性と、事実

が明らかにならないことによって遺族が受けるさらなる被害のことが強調されていた。家族がどういう状況で亡くなったのか、その事実を知りたいという気持ちは、遺族としてあたりまえの気持ちだと思う。

トラウマの治療として、記憶の想起があまりに苦痛を伴う場合には、事件について無理に話させず、時間をおくことが基本的な対応である一方で、回復のためには、トラウマにかかわることを明らかにし、事件の話をよく聴くことが大切である。事実を蓋をすることが、治療的なわけでは決してないと思う。事実を明らかにしないままそっとしておくことが他の関係者の心のケアでもない。もしも、そういう誤解があって、それがさらに遺族を傷つけているとしたら、そのあたりの誤解をとくこと、PTSD やその治療の知識を広めることが、遺族支援としても必要と思われる。

また、遺族の心の揺れ、感覚麻痺、不安、不信感・孤立感や身体症状などでも、トラウマを受けた人の心理的な反応として説明できる部分もある。PTSD の心理的反応（異常な体験をした場合の正常な反応）と、具体的な対応法を知ってもらうことで、安心を得られる部分もあるのではないかと。

また、犯罪被害者の支援は、心のケアだけではなく、いろいろな機関の連携が必要であり、精神保健福祉センターとしては、保健所などとのつなぎ役や、関連機関との連携システム作りの役割もあるのかと思った。

前回の聞き取り結果ともあわせて、精神保健福祉センターが行いうる自助グループ支援としては、次のような方策があると考えます。

1 情報提供

① 同様の体験をされた家族に対し、自助グループの紹介をする。また、行政の相談体制などを知らせる。

② グループに対し、相談窓口や支援体制、法律、医療機関情報など、必要な情報を提供する

2 グループ運営における支援

会場の斡旋、通信費・会場費・印刷費など運営費用の補助

① 例会の場に専門職が第三者として参加し、会の円滑化をはかる。

② 個別事例や、グループの事業展開などに対して、必要に応じて専門職から助言する。

③ 運営者自身に対する助言やケアを行う

3 啓発

① 広く世間一般に対して、犯罪被害やその支援、また PTSD や心のケアについて、啓発を行う

② 被害者支援に携わる関係者に対しての啓発や技術指導を行う。

③ 遺族に対して、PTSD や対応方法についての啓発を行う。

4 連携

① 保健所や市町村などとの連携により、自ら相談しづらい被害者への訪問も含めた支援の調

整をする。

- ② 自助グループも含めた関係諸機関との連携を図り、支援チームについて調整し、地域精神保健活動の視点から支援する。

(支援の留意点)

学校での事故・事件等において、事故・事件の事実関係が明らかにされていないために、被害者がつらい思いをしている場合がある。その点を踏まえた支援のあり方が求められる。

自助グループは各種あり、その活動のしかたや体制もいろいろである。グループによって必要とするものには違いがある。実際に必要としているものは何か、グループのニーズを知ることが、まずは基本であろう。

犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究
保健所における事件・事故・災害時の PTSD 対策の事例検討について

分担研究者：竹之内直人 愛媛県西条保健所
研究協力者：竹内 豊 愛媛県西条保健所

I. はじめに

保健所はより地域に根差したメンタルヘルスの活動を行っている。犯罪被害者支援だけでなく、保健所の業務としてテロ対策や感染症、食中毒などの健康危機管理が重要となっている。これらには重なる部分も多く、初期の対応とともに、中長期的対応である被害者のこころのケア（メンタルヘルス）が地域精神保健活動の立場から重要である。また、犯罪の中には、ニューヨーク同時多発テロや世界各地における爆破テロに代表されるような集団的な被害もある。このような被害をマス・バイオレンスの被害ともいう。このような領域における健康被害への支援では、おそらく地域の保健所は中核としての動きを持たざるを得ないだろう。

そうすると、保健所では、地域のネットワークや支援をマネージする役割とともに、実際の被害者に個別に接することの両方が要求され、職員は両方の情報を必要とすることになる。

宇和島保健所における「えひめ丸」沈没事故の事例をはじめ、マスコミなどで大きく取り上げられた全国の保健所での事件・事故・災害時の PTSD 対策を比較し、日本において実際に犯罪被害者への支援を可能にする要件について検討した。

II. 方法

現地にて分担研究班会議を開催した。保健所における PTSD 対策の状況について担当者から調査票に基づき聞き取り調査を行った。

事例調査

平成 18 年度：和歌山市毒物混入事件、西鉄高速バスのつとり事件、えひめ丸沈没事故、中越大震災、JR 福知山線列車脱線事故
平成 19 年度：秋田県児童連続殺害事件、滋賀県（園児殺害事件、四万十川水難事故エキスポランド事故）、長崎県（児童殺害事件、スポーツ施設銃撃事件）。北海道（佐呂間町竜巻災害、北見ガス事故）

III. 結果

（次頁へ）

Ⅲ. 結果

(1) 秋田県児童連続殺害事件

発生日		平成 18 年 4 月 9 日 (小 4 女児) 平成 18 年 5 月 17 日 (小 1 男児)
場 所		秋田県 A 郡 B 町
内 容		H18. 4. 9 町営住宅に住む母親が自分の子供 (小 4 女児)、H18. 5. 17 に近所に住む下校途中の小 1 男児を殺害遺棄。H18. 6. 4 に犯人逮捕、6. 26 に再逮捕される。事件直後から長期にわたり静かな山村に多数のマスコミが押しかけ、事件のショックに加え報道被害が生じたもの。
対象者	直接被災	子供 2 名死亡 (小 4 女児 小 1 男児)
	二次被災	被害男児家族 4 名、近隣住民及び容疑者・被害児と直接間接に接触のあった子供や住民
		対象世帯 1 4 2 世帯 対象人員 3 2 2 名他 (H18. 6. 21 現在)
メンタルヘルス初動		被害男児家族 4 名、近隣住民及び容疑者・被害児と直接間接に接触のあった子供や住民メンタルヘルス初動相談窓口 (H18. 5. 30～保健所・町役場) PTSD についての全戸広報 (H18. 5. 30) 家庭訪問 (H18. 6. 2～保健所・町役場) 事件現場集落への個別訪問 (H18. 6. 21～) 地区別座談会と個別相談 (H18. 8. 6～) 相談所 (H18. 7. ～)
担当 スタッフ	兼任	保健所長、職員、町職員
初動内容	アウト リーチ	PTSD のちらしの全戸配布 (町)
	電話	団地全世帯 (2 6 世帯) への個別訪問の周知など (町)
	訪問	家庭訪問 (町保健師または保健所保健師) 個別訪問 (保健所・町職員のペア訪問 2 人×3 組)
啓発事業	被災者	個別相談 地区別座談会、ケース検討会
	町民	全戸配布の PTSD の対応のちらし配布 (町) 保健協力員研修会 (町) 講演会 (全町民) 元気づくり事業 (学童)
他の保健所の応援		なし (個別訪問の規模による応援要請を検討したが、所内で対応可となったため)
対策会議		地域ケア会議 (①H18. 7. 3 13 機関 27 名 ②H18. 11. 20 15 機関 32 名 ③ H19. 7. 18 16 機関 26 名) / 全体会 (H19. 3. 28 5 機関 11 名)

(2)大阪エキスポランド事故

発生日	H19年5月5日	
場 所	大阪 エキスポランド	
内 容	立ちのり型ジェットコースターの2両目が脱線し、1名が死亡、19人が重軽傷を負ったもの	
対象者	直接被災	滋賀県の会社の仲間遊びに来ていたのは6人 うち、1人死亡、1人は2ヶ月の重傷、他4人は軽傷で自宅療養 軽傷者4人中1人：A保健所管内、3人：B保健所管内 遺族はA保健所管内
救急医療	現地で	
メンタルヘルス初動	県警 軽傷だった被災者4人に対し、カウンセリング対応（重傷者・遺族を除く） 6/6 検討会開催（B保健所・県警等） 6/21 A保健所へ被災者支援について協力要請 8/13 検討会（第2回）遺族支援について	
担当スタッフ	兼任	兼任
啓発事業	被災者	遺族へのパンフ作成 心のケアパンフ作成
他の保健所の応援	A保健所とB保健所	
PTSD認知	精神保健福祉センター	
専門家の支援	精神保健福祉センター	
職員の研修	精神保健福祉センター	
PTSD研修	精神保健福祉センター	

(3)四万十川水難事故

発生日	H19年7月31日		
場 所	高知県四万十町		
内 容	市教育委員会公民館主催の野外体験講座 高知県四万十川へキャンプに行き、活動中の遊泳で、小学生2人が水死した。		
対象者	直接被災	小学生	10名
		中学生	2名
		大人	引率者5名（うち職員2名）
	二次被災 （被害児童）	幼児	2名
		小学生	1名（参加児童）

対象者	の家族	中高生	2名（中学生1名 高校生1名）
		成人	7名（うち高齢者3名）
	二次被災 （参加児童の家族）		参加児童の保護者9家族
	二次被災（被害児童と 同じ町内の小・中学校 およびその家族）		7家族
二次被災 （対応関係者）		○被害児童の小学校の担任等、教職員 ○遺族の兄弟が通う保育園・中学校・高校の教職員 ○公民館職員5人（引率職員除く） ○対応職員 遺族担当職員 学校ケア担当職員 （教育委員会職員と心理士）教育委員会関係者約10名	
救急医療		現地病院：被害児童2名救急搬送 地元病院：引率職員、参加児童等受診 県立精神医療センター 引率職員および参加家族（二人）受診	
身 体		被害児童の小学校で 5～6年生対象に健康調査	
メンタルヘルス初動		8/2 ケア関係者勉強会 8/8 ケアサポート担当者会議 8/9・10 健康相談窓口の紹介	
担当スタッフ		市教育委員会事故対策本部員（3人）	
		市教育委員会学校教育課（2人）	
		市健康推進課・保健センター（2人他）	
		市総務部職員課（1人）	
		保健所（1人）	
		県立精神保健センター（3人）	
初動内容		関係者の勉強会	
		遺族・参加児童の家族への説明会で配布する啓発チラシの作成	
		地域医師会・校医等への説明と協力依頼	
		参加児童のケア連絡・訪問（学校教育課）	
啓発事業		遺族向け、参加児童の保護者向け、その他の保護者向け、職員向けのチラシ配布（説明会等時に）	
他の保健所の応援		なし	
対策会議		事故対策本部会議（8/8、8/17、9/13、9/25）	
		ケアサポート担当者会議（8・8、8/22、9/14、10/12）	
		ケアサポート実務者会議（8/29、9/18、10/9）	
フォロー年数		2ヶ月（10/1時点）	

専門家の支援	県教育委員会からスクールカウンセラーの派遣（主に児童・生徒の面接）
	県立精神保健福祉センターから保健師・医師の派遣（住民・職員の面接）
職員の研修	8/2 ケア関係者勉強会 8/27 学校・保育園関係者の説明および研修会 10/5 事故後の PTSD 対策研修
P T S D 研修	上記に同じ

(4) 長浜園児殺害事件

発生日	平成18年 2月17日	
場 所	長浜市内の農道（幼稚園から約2km）	
内 容	市立幼稚園に通う園児2人が、送迎担当していた保護者に車中で殺害され、農道の側溝近くで遺棄される	
対 象 者	直接被災	子 供 幼稚園児2人（6才）
	二次被災	子 供 殺害現場（車に同乗）を目撃していた加害者の子ども（殺害された園児と同級生）
		成 人 現場を通りかかり、殺害された園児を発見した人
救急医療	園児1人は搬送された病院で救命処置を受けたが死亡	
メンタルヘルス 初動	2/18 1)「相談窓口の開設」（長浜市保健センター）県保健師2名、市保健師2名で対応 2)「関係者会議への出席」精神保健総合センター地区担当医師 3)NHK放送テロップで、相談窓口を紹介 2/19 精神保健福祉センター地域保健部長：相談窓口への支援	
担当 スタッフ	兼任	県健康対策課長、長浜保健所健康推進課長、保健師、 長浜市健康推進課長、保健師、精神保健福祉センター医師、保健師
啓発事業	被災者	相談窓口（幼稚園）：臨床心理士会（スクールカウンセラー）が対応
	市民	相談窓口（幼稚園または保健センター）
他の保健所の応援	なし	
対策会議	長浜市	
対策本部	長浜市	

(5) 長崎県小学校児童殺害事件（平成16年6月1日）

校内で起きた同級生による殺人事件で、特別教室内に呼び出した女兒を同級生の女兒が殺害する。ネットへの中傷の書き込みが原因とされる恨みの犯行。山口県精神保健福祉センターのCRTが援助する。学校が中心に対応した。事件直後を目撃した子どもたちに影響が大きか

った。事件後の経過は長いが、保健所と子ども発達センターで児童をフォロー中。

(6) 長崎県散弾銃乱射事件（平成 19 年 12 月 14 日）

スポーツクラブ内で、利用者がインストラクターの女性と、呼び出した友人を散弾銃で殺傷。犯人は翌朝自殺体で発見される。保健所は、現場に居合わせた、スイミングスクールの子ども 20 名・成人と施設の職員 80 名を対象に、さらに事件の特異性から、地域住民（犯人居住地域・現場居住地域）も含めてケアを実施。市民の動揺を防止するため、市長から市民向けにメッセージが送られた。事件後間もないので慎重にフォローしている。（4）の事件の経験から迅速な対応ができた。

(7) 北海道佐呂間町竜巻災害（平成 18 年 11 月 7 日）

竜巻発生、死者 9 名、負傷者 31 名、トンネル工事作業員（北海道の各地から従事）60 名・住民 8 名が避難。保健所の対応－①被害状況の把握②医療体制の調整③避難所の衛生管理、健康管理④被災者の健康管理など実施。⑤メンタルヘルスケアについては

- ・こころのケア応援要請、道立精神保健福祉センターの精神科医・保健師の派遣（9-11 日）
- ・こころのケア対策連絡協議会の設置 町・保健所・精神保健福祉センターが連携
- ・帰宅した作業員の心のケアのフォローアップ 道内の保健所が相談体制を組む、また会社側にもフォローを要請。
- ・こころのケア講演会・個別相談実施
- ・中・長期のメンタルヘルスケア－遺族・工事作業員、地域住民・消防団・消防職員・町職員（10 月の風水害で 369 名の避難者が出た直後、災害が重複し疲弊）
- ・有珠山噴火災害対策の際に北海道全保健所が協力体制を取った経験が役に立った。

発生日	平成 18 年 11 月 7 日
場 所	北海道佐呂間町若佐地区
内 容	13 時 20 分頃、Fujita Scale 3 と推定される竜巻が、最大幅 200～300m 長さ 1 km の細長い帯状の範囲に集中して被害を出した。
対象者	直接被災 ○人的被害 死者 9 名 負傷者 31 名（重傷者 6 名 軽傷者 25 名） ○住宅被害 全壊 7 棟 57 世帯 61 名 半壊 7 棟 7 世帯 15 名 一部損壊 27 棟 55 世帯 104 名
救急医療	北見赤十字病院他数カ所へ搬送
メンタルヘルス 初動	H18 年 11 月 9 日精神保健福祉センター避難所到着 佐呂間町保健師による住宅被害を受けた住民の健康状況把握訪問 H18 年 11 月 10～11 日若佐地区住民の健康状況調査訪問（62 世帯）町保健師と保健所保健師 2 人ペア訪問 H18 年 11 月 10～11 日精神科医による個別相談及び訪問

担当 スタッフ	兼 任	保健師 2 人（延べ 10 人）
初動内容	ア ウ ト リ 一 チ	H18 年 11 月 8～9 日避難所での健康状況聞き取り調査 H18 年 11 月 9 日 住宅被害を受けた住民の健康状況聞き取り H18 年 11 月 10～11 日被災地区住民の健康状況把握訪問（総数：10 組×町・保健所 2 人ペア）訪問 精神科医による訪問及び個別相談 H18 年 11 月 17 日全道保健所に、被災された方々、遺族の方々へのこころのケア相談窓口開設 H18 年 12 月 15 日こころのケア個別相談会開催
	訪 問	同上
啓発事業	被 災 者	○企業体被災者：11 月末鹿島 JV をとおし 13 社へパンフレット配布。 配布先会社から被災者本人へ配付 ○被災地区住民：H18 年 12 月 15 日 講話「こころのケア～被災のあとで」 チラシ「災害によるこころの影響」配付
	市 民	平成 19 年 2 月町広報「こころもケガをします」掲載
他の保健所の 応援		初動：北見保健所（保健師 2 名 2 日） 網走保健所（保健師 2 名 1 日）
対策会議		佐呂間町竜巻災害こころのケア対策連絡会議（平成 18 年 12 月 15 日設置～平成 19 年 12 月 4 日解散） 会議構成～佐呂間町保健福祉課 紋別保健所 精神保健福祉センター 開催回数 3 回（12/15, 2/20, 12/4）
フォロー年数		1 年
PTSD 回復状況		被災地区住民：ほぼ回復 企業体従業員・遺族：事業所数 13、被災者等は全道及び道外に居住しており、状況把握は十分にできていない→道障害福祉課を窓口にし話し合いの結果、鹿島本社産業医が被災者及び遺族に対する対応を実施する事になった。
PTSD認知		3 ヶ月後状況確認訪問（町保健師）、実施結果を検討。ほぼ改善しており、日常業務の中で状況確認をしていく事となる
専門家の支援		北海道精神保健福祉センター
職員の研修		H18 年 11 月 9 日、精神保健福祉センターの協力を得て、「こころのケアへの取り組みの必要性について」町関係者と学習する。 H19 年 12 月 4 日町職員全体を対象とした研修「こころのケアについて」開催

PTSD研修	H18年12月15日精神保健福祉センター医師による講演 対策会議毎に個別事例の検討等を通して学習
代理受傷対策	平成18年11月9日及び12月15日：精神保健福祉センター医師による町保健師への個別面接実施。 平成19年5月町職員アンケート実施。結果のまとめとこころのケアに関するチラシ配布

(8) 北見市内でのガス漏れ事故（平成19年1月19日）

地下に埋設されたガス管から都市ガスが漏れ、3名死亡、負傷者11名、避難住民77世帯179名、避難期間19日。

保健所、北見市、北見日赤病院、ガス会社と対策会議を開催し、役割分担を決定。

原因が特定され、拡大の恐れがないことから一般的な保健指導、こころのケア（ガス中毒による後遺症の可能性も考慮）、市保健師のバックアップを保健所の活動の中心とした。活動は1月20日から4月13日までの間実施した。

IV. 考察

18年度、19年度の事例調査から以下の点が認められた。

- ①事件・事故の規模により、対策本部・窓口が保健所から市町へ
- ②保健所の役割 精神保健福祉センター・県庁や、大学など専門機関との連絡調整
- ③地域・社会の変化 犯罪被害者対策連絡会議（警察署開催）、犯罪被害者支援ネットワーク（NPO など）支援団体が発足
- ④住民の変化 マスコミ攻勢などによる事件・事故発生地域の被害対策が必要
全体的に 保健所機能としては、関係機関との調整や、適切な情報提供（特に PTSD と代理受傷に関して）が求められている。

以上の点を踏まえて、介入時の活動モデル、時系列の活動、活動の際のチェックポイントを考察した。

（1）事件・事故後の地域メンタルヘルスケアのための保健所活動モデル（表1）

（2）時系列による活動のありかた

A、直後～2日

A-1 心理的応急措置

～危機からの緊急避難と、精神的ケアの第一歩

- ①被害の拡大防止・救出、身体の安全、快適環境の確保、尊厳の維持
- ②家族、友人、近親者との再会といった安心が提供できる場への誘導

A-2 体制確保と情報収集

～対策会議の立ち上げ

（災害の規模により対策本部）

- ①支援活動の役割分担
アウトリーチ活動のケア班
関係機関との連絡調整班・ホットライン対

応班

広報情報担当班

②外部応援の要請の検討

予想される精神的被害の範囲、深刻さの推定

所内のスタッフ・精神保健福祉センター以外の専門家の派遣要請の必要性

③事態の変化に合わせた支援提供体制

支援者のローテーション再編

④精神科救護所設置の検討

大規模災害で多数の被災者に医療を提供

独立したあるいは、総合診療に一部門として、精神疾患で通院治療中の人のみならず、精神的問題が顕在化するニーズに対しプライマリーケアを行う

A-3 アウトリーチによる早期介入

～孤立感が芽生えないタイミング

被災・被害者の精神状態の特徴

自分の状態に気づかない、相談しようという発想が起きない、

罪責感から支援を受けることに抵抗がある、麻痺・無感覚で何も考えられない、

精神科への偏見や誤解

A-4 メディア対応

～速報性のある最新情報を瞬時に多くの人に伝達媒体／過剰な取材活動や報道は被災者や地域にとり2次的ストレス

「個人情報保護」や「精神医学的な配慮」

を重視しながら、自粛要請と一方で公開の報道協定、事件の規模により専任の報道担当者を配置

A-5 情報提供・心理教育

日常性が混乱し、不安や絶望の中にいる当事者にたいして、これからの目途を予想するため、全体的状況について正確な情報を伝える。

精神的な安定のために心理教育が有効

アウトリーチの際口頭で、あるいは冊子配布、集会を利用する

被災・被害者に会うことで心身の変化の察知、「あなたのせいではない」

回復のためのヒントを与える、

相談窓口の設置、メニューの説明など

A-6 ホットライン設置

電話相談窓口：即時性・任意性・匿名性、携帯電話などの24時間体制も検討

相談窓口：準治療的空間としての面接による相談窓口

B, ~1週間

B-1 スクリーニング（メンタルヘルス調査）

過去の追跡調査では精神障害としての出現率20から80%

自記式質問紙（1から2週の介入初期は対象者を見落とさないように）

大規模な災害は一般健康診断も併用

精神症状があるときは IES-R「改定出来事インパクト尺度」25点以上

症状が強いときは CAPS 等構造化面接による専門診断を実施

B-2 精神科治療

深刻な精神症状の持続、ASD あるいは PTSD と診断されたら治療が必要

薬物療法～向精神薬（抗うつ薬・抗不安薬）、非薬物療法～認知行動療法

~1ヶ月

B-3 支援者のメンタルヘルス（代理受傷対策）

休養が採れる勤務シフト

定期的に担当者会を開催し支援方針の確認課題の整理を実施

C, 1ヶ月～

C-1 長期にわたる支援対策

- ①平常時の地域精神保健活動への移行
- ②疎外感を抱かせないために、アウトリーチの継続
- ③時期を考慮しながら健康調査・診断による集団として回復度をチェック
- ④自助集団活動を組織、企画、援助
- ⑤癒しコンサート、温泉保養など娯楽要素を含んだサービスの考慮

C-2 継続性と区切り

特別体制の解除は時期を見て決断されなければならない。その中で、メモリアルデイの取り扱いや、精神的癒痕としての外傷体験へのまなざしなど、被災・被害者の尊重を、通常の体制での支援と、ケアという直接支援の延長として考える。

(3) 活動時のチェックリスト

(3) - 1 被災者へのこころのケア

- ①被災後、経時的に適切な介入を図り、時期に応じたケアを提供できているか
- ②現場へのアウトリーチに重点を置いているか
- ③生活全般の支援活動を行い、被災者が求めていることに対応できているか
- ④被災地域の特性を把握し、互助機能を尊重し利用できているか
- ⑤関係する機関（行政、医療機関）と相互の連携を図れているか
- ⑥被災者の心の安定のため、家族・友人との会話、快適な衣食住の確保、災害や復興に関する確かな情報提供ができているか
- ⑦災害によって新たにもたらされた疾患は約1ヵ月時点で確定するが、その把握はできているか

⑧ハイリスク者の把握はできているか—他のトラウマ的出来事との合併、家屋や職業基盤の喪失、精神疾患の既往のある者、要支援者（乳幼児、高齢者、障害者など）

（3）－2 支援者へのこころのケア

- ①業務ローテーションと役割分担の明確化はできているか
災害直後の先行きが見えないときは難しいが、できるだけ早期に、支援者の活動の期間、交代時期、責任・業務内容を明確にする必要がある
- ②「支援者へのストレス」についての教育はできているか
支援者に生ずるストレスは、正常な反応であり、適切に対処すべきことだという認識が持てるように教育が必要である
- ③心身のチェックと相談体制はできているか
心身の変調についてチェックリスト（参考文献、心の指標3様式「心的トラウマの理解とケア：じほう）を支援者本人に手渡し必要があれば健康相談に結びつけるなどの体制が必要である
- ④住民の心理的な反応についての教育はできているか
支援活動において、住民からの心理的な反応として、怒りなどの強い感情を向けられることがある。予測できるものに対する準備がストレスを防ぐ手立てになるため、研修などを通して知識を持つことは有効である
- ⑤被災現場のシミュレーションはできているか
災害が起こったとき、被害の当事者だけでなく支援者（目撃した者）も衝撃を受けるため、シミュレーション的な研修を行っておくことは必要である
- ⑥業務の価値付けはできているか

支援活動の業務について、意義、効果について個々人が組織の中でしかるべき立場の担当者から、支援活動の価値を明確に認めて労をねぎらってもらうことが必要である

（3）－3 えひめ丸事故から

その1 《効果的な支援を行うためにも、仲間同士でシェアを行うことが大切》
1日の活動の終わりに、活動中の体験したことや感じたことを話し合う。特に事故当初、被害者から聞き手である保健師自身に直接、いわれのない「理不尽な怒り」をぶつけられることがある。そんな時その体験を仲間同士で話し合い、気持ちを共有することでずいぶん気持ちが楽になる。

その2 《支援者を見守り、スーパーバイズしてもらうため、災害支援に詳しい専門家が最初から必要》
専門家によれば、「理不尽な怒り」は、しばしばこのような事故などの被害後に表出するものだと言われ、被害者の心理を理解する知識の必要性を感じた。専門家（臨床心理士）を招聘して「支援者支援検討会」を開催し、支援者自身に起こっている反応、被害者自身の反応を整理しながらケアを実施することができた。

その3 《平常時から研修を行う》
心のケアについて事前の知識や準備によって、心身に起こるストレス反応や影響が違うことを学ぶ。

V. 結論
保健所における犯罪被害者のこころのケアが可能かどうか考えた時、今後の対策として、以下

の充実が望まれた。また図1に今年度の調査を踏まえた犯罪被害者支援システムを提示した。

大きな犯罪事件が起こった場合には、地域全体が事件の影響を受ける。その際には、住民との距離が近く、心身の状況を総合的に扱うことができること、訪問システムを持つことは保健所の大きな利点である。

現状では被害者との接点は少なく、犯罪被害者支援を行う場合には、警察、児童相談所、病院等との連携が必要である。ただしそれぞれの事件で、それぞれの地域で関連を持つべき機関は異なる。柔軟な対応が必要だろう。

- ①担当者のスキルアップ 保健師への専門的な研修、代理受傷対策も必要である。
- ②後送機関 県内に一箇所専門的な PTSD 治療機関が必要だろう。犯罪被害者の PTSD 治療は保健所だけでは完結できない。
- ③専門家のバックアップ体制 これらの事件・事故・災害に際しては、適切な時期に適切な支援があった。国レベルで体制を組まないと、専門家やアドバイザーが不足する。
- ④市民への啓発 保健所で相談ができる事を知ってもらう。
- ⑤被害者支援ネットワーク (NPO) 活動の実情把握。
- ⑥精神保健福祉センターと保健所連携の強化。

VI. 謝辞

調査にご協力をいただいた関係機関の皆様には感謝を申し上げます。

VII. 学会発表

竹之内直人「海難事故における保健所の被災者支援活動～えひめ丸沈没事故から～」第65回日本公衆衛生学会総会 2006年(富山)
竹之内直人「えひめ丸事故被災者への中・

長期的支援について」

第6回トラウマティック・ストレス学会シンポジウム 2007年(東京)

竹之内直人「全国保健所の事件・事故・災害時の PTSD 対策～えひめ丸事故を経験して」第66回日本公衆衛生学会 公衆衛生研修フォーラム 「健康危機管理の体制と機能強化」 2008年(松山)

竹之内直人「わが国での理想的な報道への模索」

健康危機管理・テロリズム対策システム研究事業「健康危機管理におけるクライシスコミュニケーションのあり方の検討」ワークショップ 2008年(東京)

竹之内直人「全国保健所の事件・事故・災害時の PTSD 対策」

第7回トラウマティック・ストレス学会シンポジウム 2008年(福岡)

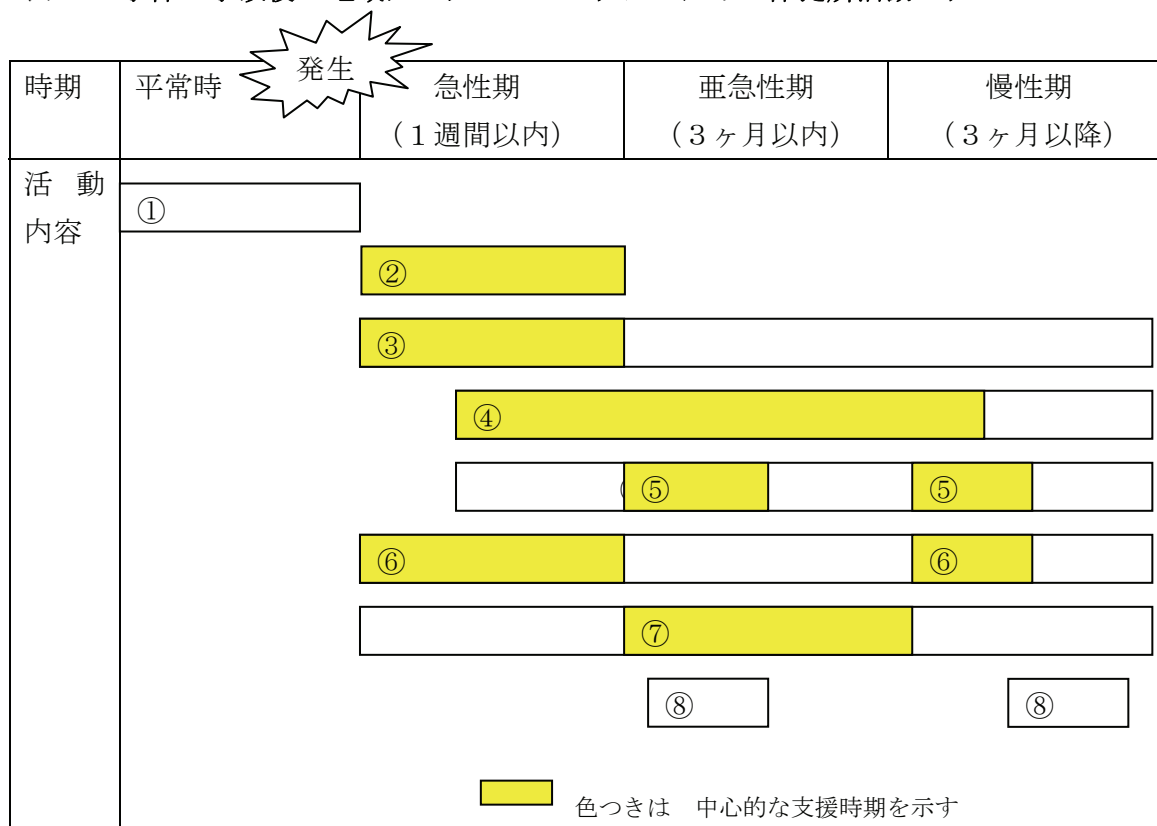
VIII. 参考文献

- 1) 和歌山市：和歌山市毒物混入事件報告 平成12年3月
- 2) 愛媛県宇和島保健所：平成14年度地域保健総合推進事業「保健所におけるこころのケア事業に関する研究」平成15年3月
- 3) 新潟県長岡地域振興局健康福祉環境部：中越大震災における長岡地域振興局健康福祉環境部活動報告 平成18年3月
- 4) 高岡道雄：平成17年度厚生労働科学研究(こころの健康科学研究事業)「JR福知山線列車事故に係る、こころのケアに関する報告」平成18年3月
- 5) 愛媛県：災害等による外傷性ストレスマネジメントのために、えひめ丸事故

被害者こころのケア対策活動記録 p45
平成 18 年 3 月

- 6) 平成 18 年度愛媛県職員自主研究グループ調査研究活動成果報告書～すぐ使える・役立つ～災害時保健活動マニュアル プロジェクト U H C
- 7) 秋田県・秋田県山本地域振興局：藤里町児童殺害事件における住民のこころのケア・支援報告書 平成 19 年 3 月
- 8) 金吉晴他：心的トラウマの理解とケア、厚生労働省精神・神経疾患研究委託費外傷ストレス関連障害の病態と治療ガイドラインに関する研究、じほう、2001 年

表1 事件・事故後の地域メンタルヘルスケアのための保健所活動モデル



No	活動内容	説明
①	平常時の活動 (備え)	地域のメンタルヘルス危機を想定した連携の確認(担当者の確認)
②	状況の認識	被害状況(対象者)の確認 連絡調整会議の開催
③	支援の体制作り	関係機関(警察・市町村・精神保健センター等の専門機関など)の役割分担の調整
④	訪問活動	保健師訪問(原則2名体制)
⑤	地区自治会等との 連携	地域を含む見守りの確立(地域との連携)
⑥	窓口開設と周知	被害者相談窓口と一般相談窓口(適切な情報提供)
⑦	積極的な情報提供	パンフレット配布や研修会(PTSD・代理受傷対策など)開催
⑧	PTSD 認知	心の健康調査による評価

犯罪被害者に対する弁護士および精神科医療機関での支援実態と他機関との連携

分担研究者 有園 博子 兵庫教育大学大学院
研究協力者 福原 真紀 兵庫県こころのケアセンター
加藤 寛 兵庫県こころのケアセンター

研究要旨

精神的影響を受けている犯罪被害者への支援充実のために、司法機関と精神科医療機関とで実際に行われている支援実態を調査した。犯罪被害者および遺族の受けている支援実態について犯罪被害種別にどのような違いがあるかを明らかにするために、弁護士と精神科医療機関とでの支援実態の比較を行い、①支援上の留意点を明らかにすること、②今後の司法と医療およびその他の関連機関間でのスムーズな連携のための資料とすることを目的とした。司法での支援実態は、犯罪被害者支援に関わっている弁護士10名から聞き取り調査を行なった。精神科医療機関での支援実態は、トラウマ・PTSD治療を専門にしている兵庫県こころのケアセンター附属診療所でなされた他機関との連携支援活動を分析対象とした。分析にあたっては、犯罪被害種類（被害者遺族、性犯罪被害、DV被害、子ども虐待被害）毎に記述し、共通する支援に関しては「支援活動の方向性」としてまとめた。

結果、弁護士の支援実態の特徴には、4つの犯罪被害種類に共通する支援特徴が明らかとなった。①PTSD症状の起こりやすい状況の想定可能性の強化と、②信頼関係を持った専門家同士のつながりの強化、この2つが今後強化されることでより良い支援活動になる可能性があることが示された。また、精神科医療機関での支援特徴は、被害者やその家族の環境調整がかなり大きな役割を果たしており、これらは治療と並行して行われることが有効であることが示された。これは司法と医療に共通した支援方法でもあり、ソーシャルワーク的な活動を含む環境調節支援の重要性が再確認された。さらに、弁護士および精神科医療機関に共通の支援方法として、犯罪被害の種類ごとに次のような支援方法が確認された。①被害者遺族支援では、まず何よりも被害者遺族を孤立させない多層的な支援、②性犯罪被害支援では、司法手続きならびに治療の進行が並行して行われるために、4者（当事者とその家族、司法・医療双方の専門家）での話し合いの場を持つ支援活動が有効であるだろう事、③DV被害者支援では、その支援目標として被害者の精神的回復プロセスの一部を担っていることの認識を持つこと等であった。

本研究の成果としては、司法および精神科医療機関の支援実際を知ることで、双方向性の支援がよりよくなされることが期待できる。また、精神的影響を受けている犯罪被害者の方々が適切な支援を受けることが出来、また必要な支援が途切れないような支援活動のための資料となると思われた。今後の課題としては、想定されるリスクへの予測と対処があげられた。これは、司法・医療・福祉の各領域に共通していることで、個々の一見事情の異なるケースのなかでいかに早くリスク予測し、関連機関と連絡を取りあってリスク回避させることができるかが今後の被害者支援にとって重要である。

I. 背景と目的

精神的影響を受けている犯罪被害者への支援の充実のために、弁護士の支援を受けている犯罪被害者がおかれている現状の実態把握を目的として調査を過去2年間行ってきた。

平成17年度には、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全員を対象とした「司法における犯罪被害者への心理的支援に関するアンケート調査」を行った。その結果、弁護士が扱う犯罪被害内容はDVによる傷害、暴行・脅迫、強姦、強制わいせつ等女性に対する暴力被害が多い事、および、心理的な継続支援について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には充足していないことが明らかになった。

平成18年度は、平成17年度の予備調査を踏まえて、日本弁護士連合会の協力を得て全国の犯罪被害者支援に携わる弁護士を対象とした調査を行った。結果、受任時点で司法以外の支援を受けていたケースは18.6%で、支援機関として民間犯罪被害者支援団体や警察が多く関与していたこと、受任後に心理的ケアが必要と思われたケースは約22%で、法的プロセスが進められないなどの事態が起きている。また、治療紹介機関を持っていない弁護士は約52%で、近くに治療機関がないあるいは紹介方法が分からないなど、医療機関の情報の得にくさが指摘された。精神科受診ケースでは、周囲からの勧めが受診行動につながっていることが示された。今後の課題として、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指摘された。具体的には、専門職や支援機関相互の情報交換、各支援機関の役割と限界の共通理解、被害者への適切な受診勧奨、その地域での関連支援機関の役割と支援内容を熟知した者が適切な支援機関につないでいくことなどが、中・長期的な被害者支援に有効であると考えられた。

そこで、3年目の本研究では、弁護士の支援実態と精神科医療機関での支援実態との比較を行

い、①事例実態から支援上の留意点を明らかにすること、②今後の司法と医療およびその他の関連機関間でのスムーズな連携のための資料とすることを目的とした。

II. 対象と方法

調査対象は、調査趣旨に同意し協力の得られた犯罪被害者支援を行っている弁護士10名と、精神科医療機関の代表としてトラウマ・PTSDを中心に診療活動を行っている兵庫県こころのケアセンター附属診療所とした。

調査方法は、弁護士に関しては、1人当たり約60分の個別聞き取り方式にて実施した。聞き取り手続きとしては、「支援にあたり工夫を要した事例あるいは支援や連携がうまく行った事例について」の問いかけを行いこれに答えていただく形で行った。兵庫県こころのケアセンター附属診療所に関しては、少なくとも1年以上前までに相談を受け何らかの関連機関とのケースワークを行ない、現在は終結している事例を相談担当者2名（精神保健福祉士、臨床心理士各1名）が抽出した。

倫理面への配慮としては、いずれも個人情報が特定されないような配慮をした上で、聞き取り調査および事例抽出を行った。

分析方法としては、弁護士および精神科医療機関それぞれで得られた事例を、犯罪被害種類別に分類した（被害者遺族、性犯罪被害、DV被害、子ども虐待被害）。共通する支援に関しては支援活動の方向性としてまとめた。なお、記載している事例は、実際聞き取った同様の事例数例をまとめて編集しているため実際の事例とは異なる。

III. 結果

III-1. 弁護士の被害者支援

以下は、5地域（札幌・東京・名古屋・兵庫・岡山）10人の弁護士からの聞き取り調査に基づ

き、弁護士の立場で語られたものを報告者が犯罪被害種類別に分類してまとめたものである。したがって、地域によっては状況が異なる場合もあることを前提としている。

1. 被害者支援活動の方向性

弁護士には依頼者の意思に従って法的作業を進める役割がある。この時もし、被害者や遺族が、何も決められない、あるいは弁護士からの説明も頭に入らない状態であれば、この役割を遂行することができない。

そこで、このような状態の場合は、クッションの役割になってくれる被害者と支援者間での信頼関係がある人がいて欲しい。この第三者がいると、弁護士と依頼者の2者関係ではなく、複線的な関わりができ、息苦しさも無く有益であるだろうと思われる。

弁護士が戸惑うことが多いのは、依頼者が怒りのコントロールできない方の場合や、一方向のみで判断する方の場合、事件から一定の時間がたち人生の振り返りをして自責の念が強すぎる場合などである。このような時にも、クッションの役割のある第三者がいるとよいだろうと思われる。

2. 犯罪被害種類別対応と事例

【遺族への支援】

1) 支援の方向性

遺族への支援の基本は、プリベンション（一般の方への予防啓発活動）とインターベンション（当事者と支援者をつなぐ活動）、ポストベンション（遺族への支援活動）である。この3つの段階それぞれに、何らかの支援があることが望ましいと考えられる。

この具体的な展開の一例として、岡山県では民間支援団体と行政との協働事業が実現し、精神保健福祉センターでの自殺対策事業とのつながりもできたとのことであった。前述の3つの段階に照らしてみると、プレベンションは、県・県警・

教育委員会・民間団体・遺族の自助グループとの協働、ポストベンションでは、県・民間団体・遺族の自助グループ・学校との協働があてはまる。

民間団体は、当事者性を持った支援者が含まれていることが大事である。これらの当事者性を持った支援者の働きかけによって、当事者自身の主体的なかかわりがグリーフワークを展開させる。この協働事業（自死遺族、犯罪被害者遺族を含む）では、危機介入から始まり、電話相談事業、そして啓発活動へと広がりを持って展開している。電話相談では地域の自助グループへのつながりをつけることで地域に点在化している当事者を遺族同士のつながりで結ぶことが出来ており、危機介入とその後のケアの役割を果たしている。一方、啓発活動では特に学校で当事者の話を聴いてもらう「命の授業」活動を教育委員会も協力して行っている。「命の授業」活動は、遺族でない子どもたちには予防的な啓発活動としての意義があり、自死遺族である子どもたちや、とりわけこれまで遺族支援から抜け落ちることが多かった犯罪被害者遺族の子どもにも支援が届くようになった。この活動の二次的効果としては、保護者と学校との連携が学校教師にも意識されるようになったことである。「命の授業」の内容は、当事者遺族が亡くなった子どもの誕生から子育て、成長の話をするのだが、聞いている子どもたちに命の大切さや自分もこれまで大切にされてきたんだと言う思いを伝えると同時に、当事者遺族にとっても自分自身の自尊感情を回復するのに役に立っているように見受けられる。

2) 事例：殺人未遂被害者 PTSD症状が疑われたケース

（相談経緯および経過）

被害者とともに法廷傍聴に行った時、被害者が開廷前に「加害者と同じ空間にはいられない」と急に言い出すので、すぐ近くの休憩できる部屋にいるように伝え法廷から出てもらった。ところが、法廷終了後廊下に出てみると、被害者がそのまま

その場所にいた。驚いてたずねると、「法廷を出てから気になって、法廷ドアののぞき窓から中を見たら、丁度、入廷してくる加害者と目が合ってしまった。そうしたら、そのまま身体が凍り付いてしまい動けなくなった」との事だった。裁判後は、普通に生活しているとの事である。

（支援の工夫と考察） 口頭で安全な場所への退避を指示したのはよかったが、できれば安全な場所までの同行をする必要があったかもしれない。

3) 事例：殺人被害者遺族① PTSD症状が疑われたケース

（連携機関）民間被害者支援センター

（相談経緯および経過）被害者は命を奪われたあと自宅高層マンションの部屋に放火されたため、遺体の半分は原形をとどめない程に激しく焼け焦げた状態であった。事件半年後に、民間被害者支援センターから依頼を受け、弁護士が母親を支援することになり、初回は民間被害者支援センターで会った。事件後、被害者遺族は引きこもり状態になっていた。その後司法手続きが進み、それに伴う被告人質問の同行、陳述書の提出などを行った。印象的だったのは、判決公判時、被害者遺族は被告人が退廷するまでその姿をずっと見ていたことだった。2ヶ月後に結審し刑が確定した。その後の情報はないので今どうしているのか分からない。

（支援の工夫と考察） 当初、遺体の状態がひどかったため、遺体の写真等を遺族に見せるのはためらわれたが、遺族は「しっかり見たい」と希望され、逆にこちらが戸惑った。しかし今は、家族だから見たいという気持ちを理解できていなかったことを反省している。陳述書の作成に当たって、被害者遺族は「裁判官には知ってほしいが傍聴人には聞かれない」と希望したので工夫を要した。母親は想像上に気丈だったが、「(娘が居住していたのと同じような)高層マンションを見ると泣けてしまう」「裁判を傍聴するたびに落ち込むんですよね。そうすると、普段でも突然涙が

出てくるようになるんです」と繰り返し言っていた。PTSDの症状ではなかったらと思う。この事例では、特に精神科医等の紹介はしなかった。現実問題として、遺族にこちらから精神科医やカウンセラーを勧めることは躊躇されて（「あなたは病気です」と言っているようで）なかなか出来ない。

遺族支援ケースでは、当事者性を持った支援者が中心になって運営している自助グループ（殺人被害者遺族の会）に紹介して継続的なメンタル面でのフォローをお願いすることもあるが、このケースでは紹介はしたがつながらなかった。

※医療従事者の立場としては、このような場合、症状が出ている段階で紹介をしてもらえると、この方の症状はもう少し変化した可能性があると思われる。ここではやはり、医療機関への勧め方「今の辛いお気持ちが病院に受診することで少し変わるかもしれませんよ」などが良いかもしれない。ただし、当事者が納得しないと受診は実現しないことが多い。

4) 事例：殺人被害者遺族② 連携がうまくいったほしかったケース

（連携機関）民間被害者支援センター、自助グループ

（相談経緯および経過）子どもの命を奪われた被害者遺族。事件2年後から弁護士の支援開始となった。この時点では刑事裁判が終結しており、民事裁判の3年の時効も迫っていた。民間犯罪被害者支援センターが、弁護士の紹介と裁判への同行支援をしていた。最初の顔合わせは支援センターの仲介で行った。しかし、弁護士への紹介直後に支援センターは支援を打ち切ってしまった。複数の遺族相互間において、被害感情の表現について際だった相違があり、また、そこに起因する遺族相互間の心情的な依存関係の兼ね合いもあり、一つ間違ると「仲間割れ」的な事態を招きかねないおそれが感じられた。そのため対応が非常に難しく、弁護士の負担が大きかったため、第3者の支援が欲しかった。そこで、自助グループ（殺人被害者遺族の会）について情報提供および紹介をし

たが、参加されなかった。被害者遺族は加害者に強い嫌悪感を示していたため、民事裁判中の加害者の答弁書や民事確定後に送付された加害者からのお詫びの手紙について遺族に報告する場面では、特に配慮が必要だった。

民事確定後も損害賠償金の回収で関わっているが、はたして遺族はどういう事件の終わりに向かうのか、それとも終わりは来ないのか予想が付かない。

（支援の工夫と考察） 意思決定時に弁護士は「さてどうしますか？」と問うが、第3者の支援者なら「弁護士は〇〇と言っているが、さて、どうしたらいいんでしょうね。困りましたね」と言うだろう。決断を迫らない人や場所があるのは一見遠回りでも、後で後悔が残らないだろうと思われる。遺族と支援弁護士という対面関係だけでは遺族が気詰まりになる面がどうしても出てくるので、遺族が第3者と一緒になって弁護士を対象として批評できるような場もあれば遺族にとって有益と思われる。

遺族でない他の場合と比べて、被害者や遺族の場合、①自己決定がむずかしいため、決断し決定するのに時間がかかる ②弁護士が通常使用する表現の仕方が被害者や遺族にとって抵抗感を持つ場合があるため表現に注意して話さなければならないなどのことがある。

5) 事例：傷害致死遺族③ 事件後の時間経過が長いケース

（連携機関）民間被害者支援センター、自助グループ

（相談経緯および経過）子どもの命を奪われた被害者遺族は無念の思いが非常に強く、事件後家族で引きこもり状態になり、他人を信用できない状態が続いていた。十数年たった後も被害者遺族は、一見周囲には理解しにくい言動になったり、場合によっては怒りの感情をあらわにしたりすることもあり、周囲は戸惑っていた。

（支援の工夫と考察） まずは、民間被害者支援

センターの個別支援で「思い」を受けとめる働きかけを中心とし、徐々に被害者遺族自身の気持ちが始まると自助グループでの活動へと広がっていった。被害者遺族にとっては、思いを語り受け止めてもらえる場が必要で、これが被害者遺族の「孤独感」を癒すことになったようだ。したがって、被害者遺族支援には、個別支援と自助グループの両方の支援が必要と思われる事例であった。

6) 事例：少年事件／リンチ死亡事件

（相談経緯および経過）思春期の子どもを同年代の少年数人から集団リンチで亡くした遺族。少年審判が終わりその後刑事裁判開始され、遺族の法廷での傍聴や尋問への付き添い等も弁護士が行った。民事裁判で被害者遺族は「加害者と直接話がしたい」との希望だったが一審ではみとめられなかった。

（支援の工夫と考察） 事件後被害者遺族は、加害少年たちが「どうして自分の子を殺したのか」を知りたいとの強い思いがあり、弁護士に加害少年たちへ被害者遺族の気持ちを伝えることを強く希望した。被害者遺族は、気持ちを少年たちに伝え、加害少年の一部は、被害者遺族の気持ちと向き合い、徐々に被害者遺族への態度が変わってきた者もいた。

加害者少年の一部とその保護者、被害者遺族、弁護士複数名が同席し話し合いの場を持った。その後も、被害者遺族は「今後も加害少年たちを見届けたい」との思いがあるため、定期的な情報が欲しいとの希望である。その数年後から、被害者遺族は民間支援団体での支援活動を始めた。加害者と被害者の面会は、当事者と支援弁護士も含めた信頼関係がある時に初めて成立するのではないかと思われる。

【性犯罪被害への支援】

1) 支援の方向性

概して、弁護士としては性犯罪被害の支援に苦

慮することが多い。性被害やDVで症状が著しいケースでは、弁護士のところに来たときには、すでに精神科医やカウンセラー（臨床心理士）のケアがなされていることが多い。

地域にある制度としては、最初に県警から、カウンセリングアドバイザー制度によりカウンセラーのところ（無料のカウンセリングが受けられる）へ紹介される。いずれも顔の見える関係性がある場合にうまくいくように思う。その後の個別の支援では、PTSD ケースは特定の顔見知りの精神科医やカウンセラーとの協働作業にすることが多い。

2) 事例：強制わいせつ① 精神科治療を受けているケース

（連携機関）精神科クリニック

（相談経緯および経過） 刑事告訴が不起訴になり、検察審査会への申し立てが行われた段階で民間組織の支援が打ち切れ、弁護士とのかかわりが生じた。今後の方針について、被害者とその母親そして弁護士とで話し合いがなされたが、被害者は体調が極めて芳しくない状態であった。

（支援の工夫と考察） 精神科医も一緒に立ち会いクリニックにて、4者（被害者とその母親、弁護士、精神科医）で話し合いが数回もたれた。精神科医からは裁判に移行した場合の治療上のメリット・デメリットについて説明がなされ、弁護士からは民事リスクの説明がなされた。その場の話し合いでは、民事はもう少し精神的に落ちた時期にした方がよいだろう事が話し合われ、最終決定は本人に委ねられた。その後、被害者本人から治療に専念したいとの意向が伝えられた。

治療と裁判が並行すると予測される場合は、被害者とその家族に治療と裁判のリスクを説明した上で、どうするのかを自ら判断してもらうことが大切である。もし、判断できる状態でないのなら、判断できるようになるまで精神科医やカウンセラー（臨床心理士）の支援が必要である。

3) 事例：強制わいせつによる傷害事件② 裁判上での2次被害

（相談経緯および経過） 刑事事件としては、加害者が強気に出ると被害者の言い分が通らないことが多く、納得できる処分ではなかった。民事でも白黒付けられず、金銭的にも納得がいかない結果となった。ここでも加害者は「被害者が嘘をついている」としか言わずしかも被害者は加害者の言い分を繰り返し聞かされるため、法的な手続き段階を進める毎に症状が悪くなる状態であった。症状としては、事件現場にあったエレベーターには乗れなくなり、夫以外の男性とは一緒にいられなくなるなどのことがおこっていた。被害者は、裁判開始前より精神科クリニックに自ら通院していたが、第1回公判後より、眠剤でも眠れなくなり体調不良も持続した。

（支援の工夫と考察） 被害者が何をどうすれば前向きな気持ちになるのかが弁護士には分からない。主治医である精神科医は、「裁判中はカウンセリングを勧められない」と言っていた。他のケースでも精神科医からこのように言われることは良くある。

※このような場合のカウンセリング適応についてであるが、裁判中は洞察的なカウンセリング手法はできない可能性はあるが、現実面での具体的な心理サポートはある程度は可能かもしれない。

4) 事例：民事で損害賠償が成立したケース

被害者は事件後、失声症になり弁護士相談に来たときも筆談であった。

（支援の工夫と考察） 筆談のため通常よりも多くの相談時間を要した。相談の初期の聞き取り段階から何度も涙ぐみ、待つことを何回も繰り返した。裁判では、被害者の性格や通院歴に基づく素因減額を主張された。裁判で本人尋問を行うことになり、かなり心配したが、何とか耐えることができた。判決確定後、被害者が「これで区切りが付きまして」と語ったのが印象的だった。被害者にとって自らの回復のための区切りとなったこ

とがわかり安心した。

【DV被害者への支援】

1) 支援の方向性

DV ケースでの弁護士の役割は、初期には加害者からのガードの役割を取ることが多い。保護命令や離婚、親権・養育費問題などで関わることになる。相談依頼は、DV支援機関の連携ネットワーク（女性センター、母子相談、福祉、シェルターなど）からが多いが、中には弁護士の講演等を聞いて直接相談に来ることもある。このような方は、1人で動くことの出来る力のある人・怒りの強い人が多い。

初期の関係機関との連携は、主に母親を中心とした支援となる。母親が揺れるときは、各機関で連携して母親を支えながら、母親自身に各機関が連携しているところが見えてくるようにすると安心し落ち着いてくることが多い。機関連携としては、DVシェルターや女性支援団体などにサポートをお願いすることが多く、これらの支援者には、各種機関（裁判所や役所など）に手続き等で出向く時の同行や、その間の子どもの遊び相手などの支援をしてもらおうが、これが非常に役に立つ。

面接交渉に入ると、知り合いの精神科医やカウンセラー（臨床心理士）と連携するほうが良い。DVケースでは裁判所は原則的に「父親に会わせること」という結論を出すことが多いため、子どもに対しては、DV目撃についての心理アセスメントを臨床心理士に依頼し裁判所へ意見書を提出することが多い。一方で、母親には精神科通院で母親の不安を支える関わりをしてもらい、同時に必要に応じて通院医療費公費負担制度を利用できるようにしてもらおう。精神科は低額でも利用可能だが、臨床心理士の支援には費用の問題が付きまとう。無料あるいは低額での利用保障がなされるのが望ましい。生活保護ケースでは、児童相談所のカウンセラーや福祉での相談員に月に1回は面接をしてもらおうようにすると比較的う

まくいくことが多い。

法的問題解決後は、関わりが切れることがほとんどであるが、たまに、数年後に子どもの問題で再び相談に来るケースもある。

DV ケース支援の最終目標は、被害者本人の「回復のプロセス」を、訴訟を通してサポートすることであると考えている。

2) 事例：DV① 司法関係者同士の連携

（連携機関）家庭裁判所、双方弁護士

（相談経緯および経過）被害者はこれまでに夫から胸を刺されたりなどして警察に保護を求めることが数回あったが、中学生の子どもがいたためシェルターには入所しなかった。友人が家を用意してくれたのでそこで子どもとともに暮らすことになった。生活保護の受給を受け精神科にも受診していた。

しかし、夫がいるのではと思うと恐くて外へ出られず、恐さが募り弁護士へ電話しては泣いてばかりいた。この間、夫は興信所に依頼して調べたため妻子の居場所が分かってしまった。相手方弁護士から妻側（被害者）の弁護士に連絡があり、被害者にどうするか聞くと「保護命令は出したい。家は自営業なので夫を犯罪者にすると従業員の生活が成り立たなくなる」とのことであった。

（支援の工夫と考察）夫はすぐに怒りやすくキレるタイプの人であると夫側弁護士、妻側弁護士、家庭裁判所調査官の3者で同じように確認されたため、方針としては調停で行うこととなった。裁判所に行くときは、妻側弁護士と裁判所とで連絡を取り合い、夫とはすれ違うことのないように時間や出入り口、面接の部屋の階等を変え対応した。一方、夫側弁護士はこの時間帯には妻に接触しないように夫に必ず同伴した。

3) 事例：DV② 子どもが中高生の場合

（連携機関）母子相談員、学校、児童相談所、弁護士

（相談経緯および経過）地域の福祉関連母子相

談員から母親をかばう行動をとるために息子が父親からの攻撃の対象になっているとの相談が弁護士へあった。地域ネットワーク（学校・児童相談所・弁護士）でサポートし、法的には複数回の保護命令を出し、警察に居住地および生活圏周辺のパトロール依頼も行っていった。しかし、中学高校はあまり転校したくない（させたくない）との母子の希望があったため前居住地近くに居住していた。ところが、父親に母子の居場所が分かり、母子の近くに来てしまったため父親が逮捕される事態になった。

（支援の工夫と考察） 逃げ出してすぐの時期に、弁護士と一緒に警察に行きパトロール依頼をすると警察は比較的スムーズに動いてくれるように思う。住民票の閲覧停止手続きは、警察署に申出をしたことを証明する書面が必要なので早めに行っておくほうが良い。保護命令は軽いケースではなかなか出ず、ひどいケースではこの事例のようにあまり有効に使えない。このためやはりひどいケースでは地域を変えて逃がすことがどうしても必要となる。

4) 事例：DV③ 子どもの面接交渉で難航したケース

（連携機関）児童相談所、精神科クリニック、学校

（相談経緯および経過）長期間のDV被害および第1子への身体的虐待が行われた。別居後すぐに弁護士支援が開始され、離婚が成立したものの、父親から子への面会交渉権について申し立てが行われ調停開始となった。調停はなかなか進まず、3年後に審判に移行したが審判結果に不服があったため高裁に抗告。高裁では、子どもは母親の意思に左右されているため子どもの意見について裁判所としては認めないという判断で棄却となった。

いよいよ子どもと父親との面接を行わなければならないとなったが、この時点で母親は弁護士への不信感が強く、弁護士も3人目の依頼となって

いた。そこで、弁護士は、子どもはすでに14歳と11歳になっており子どもたちには独自の意思がある年齢になっていると考えられたため、子どもの状態に関する第三者判定を児童相談所や精神科クリニックに求めた。

児童相談所では、母親の記憶が未整理でいくつかの暴力時期のものが混同していたことや、暴力について「思い出した」との発言を繰り返すなどのことがあったため、確かに暴力はひどかったが母親の自分たち親子のことを分かってほしい気持ち非常に強いため、子どもたちは遠慮して母親には本心を話せないのではないか、また、子どもが就学前に落ち着かないなどの行動が見られていたがこれは母親の不安が子どもたちへ影響したのではないかとの判断を行った。

そこで、子どもたちが安心して父親と会うことの出来る場所が必要であるとの判断が弁護士によってなされ、学校がこの場所を提供し子どもが信頼していた担任が面会に立ち会った。児童相談所の後に継続支援を行っていた精神科クリニックでは、第1子第2子ともに父親との面会のたび毎に子どもの調子が悪くなることを確認した。裁判所は、継続的に支援している第三者機関の判断は認める方向であった。弁護士は担任教員から提出された面会時の子どもの様子や子ども自身が弁護士に伝えたことなどもまとめ裁判所に提出し、面会延期を要求した。

（支援の工夫と考察） 調停期間が長期にわたり、結果として母親の安心感はなかなか得られず、弁護士や相談機関をいくつか転々としていた。

裁判所は、子どもの意思や感情について認めないことが多く、母親の子どもとの面接拒否は加害者への復讐とも取れるため慎重な態度の場合が多い。そのため、子どもの言葉の代弁をする必要があった。対策としては、当初、離婚時点での妻や子どもへの夫の暴力評価がきちんとなされていると、このように長期化することは少なくなると思われる。加害者は、司法という権威が判断することに従う傾向が強いので、暴力の再開は無い

ことが多い。

被害者と同伴児童の物理的・心理的安全はきちんと保障される状況を作ることが必要だと思われる。特に心理的安全に関しては、被害者はきちんとと言えないことが多いため、どのような状態が被害者にとって安全と思えるのかについて支援者が代弁していくことも必要である。現在のところ、司法関係者に子どもの声をきちんと聞き取る技量が無いので、専門家にこれを担ってもらう必要がある。

司法関係者や支援者は、暴力の正確なアセスメントや適切な支援を行うためには、DVの支配-被支配の構造とジェンダーバイアスの視点を十分に理解しておく必要がある。

【子ども虐待への支援】

1) 支援の方向性

子ども虐待では、弁護士会の子ども権利委員会と児童相談所との連携がなされている地域がほとんどである。弁護士は子ども側の支援者として一時保護や親権喪失などの相談や手続きをする場合に参入する。連携は児童相談所・病院・学校・保健センター・福祉などである。特に、児童相談所のケース相談等で日ごろから臨床心理士やアドバイザーとも顔が見える関係を持っていると、互いに信頼でき、その後の業務も進めやすい。

関連機関に紹介するときには、「〇〇機関の〇〇さん」まで指定して紹介しないとうまくいかないことが多い。ケース紹介時には、最初は弁護士も同席で先方の面接に立会い、後半10分を法律相談に当てている。

2) 性的虐待の場合

性的虐待の場合は、子ども自らが弁護士会の行っている子どもの人権110番などに電話してくることも多くある。

思春期になると周囲の大人が、「あれ？おかしいな？」と気づくことが多い。この時に支援を拒否されると、後に暴力につながるケースが多く非

行がらみになってきやすい傾向がある。初期の危機介入としては、まず安全な場所に保護し、落ち着きを取り戻すことである。しかし落ち着くと次第に症状が出てくることが多い。この時点でようやく精神科医やカウンセラー（臨床心理士）に紹介することになる。

10代後半～20代前半の被害者の場合は大抵、最初は母親に話せないことが多い。事件が発覚した後は、母親が自らのダメージを子どもに向かって表出するため、子どもが精神的に押しつぶされる状態が起こっていることも良く見かける。特に母親へのダメージが強い場合は、子供と一体化して、怒りや自傷行為などもある。このようなケースでは、母親に精神科受診を勧め母親へのケアを行うとともに、落ち着いてもらいつつ、並行して子どもへの支援を行う工夫が必要である。

今後の問題として、18歳までなら施設入所できるが、18歳を超えた子どものための安全・安心を保障するシェルターはほとんど無い。子どもが安心して暮らすことが出来、自分ひとりで自立した生活を出来るまでの見守りを行う施設が必要とされている。

III-2. 精神科医療機関での被害者支援

ここでは、関連機関とのやり取りのあった事例を選択した。遺族支援では、治療者と被害者間のみ関わりが主であったため記載していない。

1. 犯罪被害種類別対応と事例

【性犯罪被害への支援】

1) 事例①：性被害(成人女性) PTSD

<被害内容> 性的強要、殴る蹴る等の暴行被害
<連携機関> 総合病院からの紹介。被害者支援センター⇄精神科クリニック⇄警察
<支援の中心> 被害者、関連機関との連絡調整
<受診経緯および経過> 身体救急の治療が終了した時点で精神科でのフォロー依頼があったケース。入院中は院内精神科がスポット的に眠剤

処方等の医療を提供していた。事件 2 週間後に紹介受診。初診時の症状は、自宅ドアを開ける際に中に誰か居るのではないか。暗闇が怖い等の恐怖感が持続。また、事件現場が自宅に近かったため事件を想起してしまい自宅でもゆっくりできない状況であった。その後裁判が開始となり、加害者が罪に問われることの予想はできていたが、出所後の報復についての不安が強まっていた。これらの症状へのカウンセリングを継続。同時に、現実的側面への支援として、出所情報について被害者支援センター等と連携し、出所者の情報はどこまで教えてもらえるのか、またこれまでの同様の事件ではどのような経過を取っているのか等についての情報提供を本人におこなった。また犯罪被害者給付金の申請に関しては、医療費証明書で申請するようにとのことだったが、手数料の発生による本人負担を考えて当方と警察とで調整をおこなった。

＜支援の工夫と考察＞

被害者へのアプローチだけでなく、安定化のための情報提供や、被害者の状態によっては、煩わしいと思われる書類の手続きの代行をおこなうなどのことが役に立つ場合もある。

2) 事例②: 性被害(未成年者) PTSD

＜被害内容＞ 成人男性からの性的嫌がらせ

＜連携機関＞ 警察被害者対策室からの紹介。警察

＜支援の中心＞ 被害者およびその家族

＜受診経緯および経過＞ 数年前より親の知人より性的嫌がらせを受け続けていた。高校の担任教師に打ち明けたことから事件が発覚、加害者による暴力的なリスクが高かったことと、被害者らが必要以上に恐怖感を感じていたため、家族の安全を考慮した警察が本人とその家族をシェルターに避難させた。初診時は、警察の事情聴取での状況説明がひどく苦痛であること、その苦痛は手の震えや気分の悪化、頭痛、吐気等として出現していること、これがまだ当面続くだろうことへの不安が語られていた。警察は受

診時常に送迎をし、本人らの不安を解消すべく対応した。事件は立件せず終結となった。

3) 事例③: 性被害(成人女性) PTSD

＜被害内容＞ 自宅に侵入した見知らぬ男性からのわいせつ行為

＜連携機関＞ 警察(事件担当刑事)からの紹介。警察

＜支援の中心＞ 被害者、警察

＜受診経緯および経過＞ 事件当日、犯人逃走後に被害者自ら警察に連絡し被害届を出した。事件直後は恐怖感が強く、外出も困難となり大学も休学せざるを得なくなった。睡眠はかろうじて取れていたが熟睡感もない状態であった。事件から約 1 か月後、被害者自らの意思で近医を受診し PTSD との診断で投薬加療が開始されていた。当クリニックには PTSD の専門機関として、被害者の状態についてより専門的な医学的根拠をもとめて来院された。加害者は住居侵入罪と強姦未遂罪で起訴された。

＜支援の工夫と考察＞

被害者本人は近医への通院で満足しており早く忘れたいため、立件に関してはあまり関心を示していなかった。警察としては犯人が同様の事件を複数起こしていたことから立件を視野に入れた受診勧奨であった。司法の流れで医療が勧められる場合、医療の立場としての協力について考えさせられた。

【DV への支援】

1) 事例①: DV 母子施設入所後の支援の必要性

＜被害内容＞ 夫からの暴力被害

＜連携機関＞ 母子生活支援施設より紹介、行政⇔入所施設⇔精神科クリニック

＜支援の中心＞ 被害者、入所施設

＜受診経緯および経過＞ 第 1 子出産後夫の暴力が激しくなり、子どもを連れて一時保護所へ避難、その後母子生活支援施設に入所した。母親は、不安定な生活環境で生育したこともあり気分の不安定さや将来に対する不安も強かった。クリニックとしては、医療と並行して、カウンセリングにて安心・安全

な人間関係を構築することと同時に、この母親への対応で困惑していた入所先の母子生活支援施設職員に対して、DV被害者に特徴的な症状や人間関係のとり方を伝えたり、個別ケースの対応の仕方についてサポートした。この間に、離婚成立し、子どもの親権も母親が取得、不定期だった仕事も定期的になってきた。ところが、施設入所から約2年が経過し、措置費を出している行政から、DV被害の危険性がないので施設を退所するようにとのことで、行政の担当職員が定期的に「施設退所の説得」に来るようになった。この頃から、再度気分不安定さが増した。

＜支援の工夫と考察＞ 被害者へのアプローチだけでなく、施設入所の場合、福祉担当者とのやりとりも必要になってくる場合がある。行政の職員に対しては、退所させた場合、高いリスクが予想されるケースに対しては、ある程度の準備期間がほしいこと、また、退所よりもむしろ今後の生活を作っていくための具体的な支援が先に提示されることが望ましいと思われた。

2) 事例②: 子どものDV目撃・PTSD 訴訟相手方弁護士からの照会への対応

＜被害内容＞ 夫からの暴力被害、子どものDV場面の目撃

＜連携機関＞ 担当弁護士より紹介。弁護士⇄精神科クリニック←相手方弁護士

＜支援の中心＞ 子ども、母親

＜受診経緯および経過＞ DV場面目撃による子ども(小学校低学年)への影響を心配して受診。そのため、当初は子どもに対してセラピーを開始していた。子どもは、当初、男性医師を見て身体が固まっていたが、次第に待合室や男性医師の前でも笑顔が見られるようになり、約1年後にはほとんど日常生活上の変化は見られなくなった。子どもが安定してくることで母親自身も安定を取り戻し、その後具体的な離婚にむけての動きをとるようになった。その後担当弁護士より「今後裁判が始まることで精神的不安定さが予測される」として、母親の受診依頼があり、子どもの受診から約1年後に母親の受診となった。その後、最高裁にて離婚が成立したが、面接交渉権で再び裁

判が開始された。この頃、子どもは、再び男性を見ると恐がるようになったとのことが母親から報告されたが、セラピー室や診察室ではこのようなことは見られなかった。しかし、家庭裁判所調査官がクリニックに来た時には、男性調査官を見ると急に机の下にもぐりこんで下を向き全く動かなくなるなどのことが観察された。男性に対して子どもがおびえていることを家裁調査官および弁護士も確認した。ところが突然、相手方弁護士から弁護士法第23条の2による照会が届いたため、母親の弁護士と連絡を取りその処理について意見を聞き対処した。

＜支援の工夫と考察＞ 医療機関は、医療以外の分野とのやり取りについてあまり正確な知識を持ち合わせていない。このため、相手方弁護士からの照会などには、どこまでどのように対処していいのかわからないことが多い。司法的な支援がないと対応が難しいのが現状である。

【子ども虐待への支援】

1) 事例①: 性的虐待・PTSD 母親の協力あり

＜被害内容＞ 思春期の娘に対する養父からの性的虐待。行為は次第にエスカレートし、拒否すると包丁を突きつけ、性行為を強要した。しかし養父が母子へ経済的支援をしていたことから、娘は母親に言うことができなかった。ある日母親に事態が発覚、母親はすぐに相手との関係を解消し被害届を提出した。

＜連携機関＞ 警察被害者対策室→精神科クリニック⇄被害者支援センター、検察⇄精神科クリニック

＜支援の中心＞ 被害者、母親

＜受診経緯および経過＞ 警察や検察の事情聴取が繰り返され行われたため患者が精神的不安定となり事件発生8ヶ月後に警察被害者対策室からの紹介で受診となった。症状は、加害者からされたことが蘇る、夢でうなされる、男性が怖く女性専用車のない交通機関に乗れない、加害者にいつどこで出会うかと思うと不安でひとりでの外出ができない等の訴えがあった。また、自分は汚い、生きていても仕方ない存在とを感じるなどの価値観の変容もみられた。

裁判が開始されてからは、負担を最小限にすべく検事や被害者支援センターと調整を繰り返した。裁判の流れは被害者支援センターから説明しイメージしてもらった。公判では主治医が被害者の最近の状況について説明をおこなった。その後被害者の出廷が求められたがあまりにリスクが高いとの判断で、代替法として母親が証人台に立った。母親にとってもこの事件は大きな傷になっているため、その気持ちに寄り添いながらも証言していくことの意味について理解を求める支援をおこなった。同時に裁判所に対して、証言に立つにあたっては配慮を求めるべく調整をおこなった。

＜支援の工夫と考察＞

裁判開始に伴う状況変化に対応して、必要な情報提供先の調整や、被害者だけでなく家族の支援も必要になってくる場合がある。

2) 事例②: 性的虐待・PTSD 当初母親の協力なし

＜被害内容＞ 義父からの性被害

＜連携機関＞ 中学の養護教諭より紹介。児童相談所⇄養護教諭⇄精神科クリニック

＜支援の中心＞ 子ども、母親

＜受診経緯および経過＞ 母親の再婚により義父と同居。その直後より身体を触られるなどのことが始まり、その後エスカレートし性行為も強要されるようになった。その後母親に発覚するが、当初は「そんなことがあるはずがない」と信じてもらえなかった。この頃から、被害児に身体症状が出現(部屋に義父が入ってくるのではないかと不安、ビクビクして眠れない等)し勉強も手につかなくなった。養護教諭に相談したところ、義父から離れるように被害児に伝え、同時に児童相談所に連絡し一時保護となった。これきっかけに義父は別居するようになり安定を取り戻していた。しかしその後、母親が本人に隠れて義父と会っていることが判明、ふたたび不安定となり、養護教諭の紹介で来院となった。

＜支援の工夫と考察＞ 子どもと母親への治療およびカウンセリングを開始。母親は児童相談所から子どものことを考えない母親として責められていると

の思いがあることが判明。母親の気持ちの整理をはかった。母親が、母子で生活する決意を固め始めるとともに子どもは安定を取り戻した。

3) 事例③: 二次的な子ども虐待被害・PTSD 目撃

＜被害内容＞ 同胞への加害行為の目撃、立件のための子どもへの事情聴取

＜連携機関＞ 児童相談所からの紹介

＜支援の中心＞ 被害児童、警察

＜受診経緯および経過＞ 同胞が虐待されたことをきっかけに両親が逮捕され、本児は一時保護所に保護された。本児への虐待行為はなかった。警察から本児に対し、両親の同胞への虐待場面についての聞き取りがはじまるにあたり、本児の精神状態のチェック目的で来院となった。警察が、医師より本児への事情聴取に対して配慮すべき点についての説明を受けただけで受診は1回のみとなった。

＜支援の工夫と考察＞ 反省点としては、本児のニーズにはある程度対応できたが、以前から本児家族に関わりのあった児童相談所と今後のリスク回避に関しての連携が不十分であった。

IV. 考察および結論

弁護士による支援活動の実際を概観して、被害者遺族・性犯罪被害・DV被害・子ども虐待被害のいずれにも共通する今後の支援上の特徴が2点確認できる。一つ目には、PTSD症状の起こりやすい状況の想定可能性の強化、すなわちPTSD症状の起こりやすい状況を想定できるようになっておくことで、事前に症状が起らないような回避方法の支援をすることができること。これには、司法関係者へのPTSDの正確な知識の教育が必要であろう。二つ目には、信頼関係を持った専門家同士のつながりの強化、すなわちPTSD症状が重篤であればあるほど、専門家の支援を得ながら法的手続きを進める方が安全であるが、連携支援を求める専門家同士は顔見知りで互いに信頼感のある者同士であることが重要である。こ

れらは、従来、多く言われてきた事項であり、あらためてこれらの地道な支援活動の重要性が確認された。

精神科医療機関での支援の特徴で顕著なのは、被害者やその家族の環境調整がかなり大きな役割を果たしているということである。治療と並行してこれらの支援を行うことで、被害者の不安を低下させるために大いに役立っている。これは、司法と医療に共通しており、ソーシャルワーク的な活動を含む環境調節支援の重要性が再確認された。

弁護士の支援実態と精神科医療機関での支援実態との比較では、4つの犯罪被害の種別ごとに異なる支援が確認された。被害者遺族支援では、まず何よりも被害者遺族を孤立させない支援が目標であり、そのためには当事者性を持った支援者の存在や多層的な支援形態が望ましい。性犯罪被害支援では、裁判進行上どうしてもある程度の2次被害が想定されるため、これを最小限にするための工夫をすると同時に、現状では究極の選択として裁判か治療かのどちらかを優先させるかの決断が必要とされる場合もあるが、司法手続きならびに治療の進行が並行して行われるためには、当事者とその家族・司法・医療双方の専門家での話し合いの場を持つ支援活動が有効であるだろう。DV被害者支援での目標は、最終的には被害者の精神的回復プロセスの一部を担っていることの認識を持つことと、子どもが関連する場合には子どもの意思の判断といった問題が関与してくること、などが挙げられた。

本研究の成果としては、司法および精神科医療機関の支援実態を知ることで、双方向性の支援がよりよくなされることが期待できる。また、精神的影響を受けている犯罪被害者の方々が適切な支援を受けることが出来、また必要な支援が途切れないような支援活動のための資料となると思

われた。今後の課題としては、想定されるリスクへの予測と対処をいかにしていくかがあげられる。これは、司法・医療・福祉の各領域に共通しており、個々の一見事情の異なるケースのなかでいかに早くリスク予測し、関連機関と連絡を取りあつてリスク回避（2次被害やリマインダー刺激をはじめとする）させることができるかが今後の被害者支援に重要である。

V. 参考文献

- ・ 英国内務省・英国保健省編 仲真知子訳：子どもの司法面接—ビデオ録画面接のためのガイドライン— 誠信書房 2007
- ・ K.S Douglas, C. D. Webster, S. D.Hart, et.al. : HCR-20 Violence Risk Management Companion Guide ; 吉川和男監訳 HCR-20 コンパニオン・ガイド暴力のリスク・マネジメント 星和書店 2007
- ・ 藤岡順子：性暴力の理解と治療教育 誠信書房 2006
- ・ 林 弘正：児童虐待Ⅱ—問題解決への刑事法的アプローチ— 成文堂 2007
- ・ 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
- ・ 東京第一弁護士会犯罪被害者保護に関する委員会編：ビクティム・サポート（VS）マニュアル—犯罪被害者支援の手引き— 東京法令 2007
- ・ 山田齋編：犯罪被害者支援の理論と実務、民法研究会 2006

【研究発表】

1. 学会発表
 - ・「司法領域における犯罪被害者の心理的支援の現状に関する弁護士調査」第6回トラウマスティック・ストレス学会シンポジウム 2007.3
 - ・「司法領域で支援を受けている犯罪被害者への心理的支援の現状—司法と保健医療との連携に関する弁護士全国調査より—」第26回日本社会精神医学会発表、2007.3
 - ・「弁護士支援を受けている犯罪被害者への心理的支援の現状と今後の司法と保健医療との連携について」第18回日本被害者学会発表 2007.6

平成 19 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)
「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

分担研究課題名：アメリカにおける犯罪被害者支援制度の研究

分担研究者 柑本美和 城西大学現代政策学部

研究要旨

本研究では、我が国において、犯罪被害者の精神健康回復のために、どのような制度構築が望ましいかという問題設定のもと、比較法的観点からアメリカの犯罪被害者支援制度、特にカリフォルニア州サンフランシスコ市・郡を取り上げ研究・検討を行った。その結果、カリフォルニア州では、「犯罪被害者補償制度(victim compensation program)」の下、被害者本人のみでなく被害者遺族等にも、犯罪被害を受けたことで要した精神科治療・カウンセリング費用が支給される制度が整備されていることが明らかになった。さらに、最近、その精神的・身体的発達への影響が問題とされている「DVを目撃した子どもたち」への精神科治療・カウンセリング体制、および性暴力被害者およびその他の犯罪被害者への精神的・心理的支援体制が整えられていることも明らかにされた。我が国がアメリカの制度をそのまま導入することは現実的ではないが、どのような思想のもとにそれらの制度設計がなされたかを探ることは、今後の日本の取り組みを考えていく上で極めて有益であると思われる。

A: 研究の目的

本研究は、我が国において、犯罪被害者の精神健康回復のために、どのような制度構築が望ましいかについて、比較法的な視点から考察を行うものである。平成 17 年度は、我が国の犯罪被害給付制度の問題点はどこにあるのかを検討し、さらに、国内の被害者支援施設で聞き取り調査を行うことで、現行制度上の問題点がどこに存在するのかを検討した。

平成 18 年度は、被害者支援の先進国とされるイギリス(以下、特に断らない限り、イングランド及びウェールズを指すものとするが、この制度では、スコットランドも含

まれている)での聞き取り調査を行った。イギリスでは、刑事司法制度における被害者への対応改善が重視されてきた一方で、実際的かつ精神的な支援サービスの提供が十分でなかったことが指摘されてきた。不十分だといわれる実際的かつ精神的な支援とは何か、そのためにどのような新たな施策が講じられているのかを、政府関係者、犯罪被害者支援者への聞き取り調査から明らかにした。

今年度は、平成 17 年度、18 年度に行った調査結果を踏まえつつ、さらに、比較法的観点からアメリカの犯罪被害者支援制度の研究・検討を行うこととした。アメリカ

では、1982年に「犯罪被害者に関する大統領諮問委員会」が、その提言の中で、犯罪被害者への精神的支援の重要性を訴えて以降、現在に至るまで、様々な取り組みが行われている。とりわけ、1984年に成立した犯罪被害者法(Victims of Crime Act)が、各州が連邦政府から補助金を受ける条件の一つとして、犯罪被害回復プログラムに「カウンセリング費用の支給」を含めるよう求めたことにより、各州が犯罪被害回復プログラムを規定する法律を改正したことは、犯罪被害者へのカウンセリングが全米で実施され、専門家が養成される大きな契機となった。

アメリカではその後、被害者が、加害者の仮出獄決定の際、保護観察中、釈放の際など、裁判からかなりの時間が経過した場合でも再び精神的健康が害されることが指摘されるようになり、そうした場合にどのようにカウンセリングサービスを提供するか、そのための制度設計をどうするかが議論され、さらに、特別の配慮を必要とする被害者(児童虐待被害者、DV被害者など)にどのようにカウンセリングサービスを提供すべきか、そのための制度はどうあるべきかなどについての議論も行われている。イギリスと同様、被害者支援の先進国とされるアメリカで、現在、被害者の精神的健康回復に向けた制度がどのように構築され、運用されているのかを調査することは、わが国の今後の支援のあり方を検討する上で極めて有益であると思われる。

B: 研究方法

カリフォルニア州サンフランシスコ市・郡の以下の機関を以前視察した際に得られ

た人脈を通じて、情報交換を行った。

- ・児童および青少年のための性的虐待リソースセンター (Child and Adolescent Sexual Abuse Resource Center)
- ・児童保護センター (Child Protection Center)
- ・地方検察局(District Attorney's Office)

C: 結果

1: 犯罪被害給付制度に関する問題点

平成17年度の報告書では、重傷病給付金の問題点として以下の2点を挙げた。第1点は、「療養期間が1ヶ月以上」(改正前の犯罪被害者等給付金の支給等に関する法律第2条3項)、「14日以上入院」(改正前の犯罪被害者等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月の期間」(改正前の犯罪被害者等給付金の支給等に関する法律施行令第6条)が要件とされていたため、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ったという点である。しかし、この点は、犯罪被害者等基本計画が、「犯罪被害給付制度における重症病給付金支給範囲及び親族間犯罪の被害に係る支給拡大」を推進すべき施策の一つに掲げたことで制度が拡充され、治療に1ヶ月以上かかり、かつ3日以上入院した場合には、給付金が支払われることになり、給付期間も3ヶ月から1年間に延長された。さらに、精神疾患の場合には入院は要件とされず、仕事が3日以上できないような症状であれば支給されることになり(改正後の犯罪被害者等給付金の支給等に関する法律2条3項、9条2項、犯罪被

害者等給付金の支給等に関する法律施行令 1 条、6 条)、少なくとも、精神科治療については、保険診療で支払った費用が 1 年間の限度としてではあるが給付されることとなった。ただ、重度の精神障害に罹患したような場合、また、重傷を負ったことで何度も手術を行わなければならないような場合、1 年間という短い期間の給付では不十分なことは明らかである。

第 2 点は、重傷病給付金とは、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ため、保険診療外で支出した費用、例えば、現実に支出を余儀なくされた医療関係の費用、カウンセリングの費用、保険の対象とならない薬物療法などについては、支給対象とならないことが問題とされていた。この点は、上記の給付期間延長の問題とともに、犯罪被害者等施策推進会議の下に設置された 3 つの検討会のうちの一つ「経済的支援に関する検討会」で議論が行われた。しかし、給付期間延長については当面の間、現行の運用を見守るとするにとどめられ、臨床心理士等によるカウンセリングについては、都道府県において予算措置を講じるべきであるとするに留められている。

さらに、もう 1 つ、犯罪被害給付制度の問題点として、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であり（改正前の犯罪被害者等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等給付金の支給等に関する法律施行規則第 2 条)、給付金を支給しないことが社会通念上

適切でないと認められる特段の事情がある場合にのみ、3 分の 1 が支給されるにすぎない点を挙げていた。しかし、既に夫婦関係の破綻した DV 被害者や全く行き来のない親戚から被害を受ける場合も十分考えられ、この点についても見直しの余地があると指摘していた。この点については、その後、制度が改正され、給付金が支給されない親族は、夫婦、直系血族そして兄弟姉妹という狭い範囲に限定され、ただ、犯罪行為が行われたときに、加害者に DV の保護命令が出されているなど、犯罪に係る事情を勘案して特に必要と認められる場合には規定された額の 3 分の 2 を支給することとされた(犯罪被害者等給付金の支給等に関する法律規則 2 条、10 条 2 項)。

このように、犯罪被害給付制度については、重傷病給付金の支給範囲を拡大し、支給制限者を縮小するなど、犯罪被害者の実情に見合った改革が行われつつある。ただ、重傷病給付金に限定して見てみれば、重傷病給付金が支払われるのは、重傷病を負った被害者本人のみである。つまり、被害者遺族が精神科治療を必要としている場合であっても、犯罪被害給付制度から治療費が支給されることはない。

また、先述したように、本制度の支給は本人が自己負担した 1 年分の保険診療による医療費に限られている。したがって、保険診療の対象となっていない薬物療法、心理療法、および、臨床心理士によるカウンセリングなどに要した費用は支給の対象とならないし、1 年以上治療に要する重篤な精神障害に罹患した被害者に十分な支給がなされているとは言い難い。

この点に関し、例えば、アメリカ合衆国カリフォルニア州では、「犯罪被害者補償制度(victim compensation program)」の枠内で治療費が支払われる仕組みが整備されている。犯罪被害者補償制度とは、原則として、州内で発生した暴力犯罪の被害者および被害者遺族が被った経済的損失を補償するための制度である。この制度で支給される費用は、医療費、就労不能のために失った収入、被害者が障害を負った・死亡したことによる生活費の手当て、葬儀費用、家事や育児の代行費、引越費用、犯罪現場の清掃費用、精神科入院治療費、精神科通院治療費など多岐にわたる。1件あたりの支給最高額は、カリフォルニア州では70,000ドルと定められている（したがって、被害者が死亡した場合の遺族、障害が残った被害者には、我が国の犯罪被害給付制度の方が手厚いことが分かる）。ただ、この犯罪被害者補償制度は、個人が加入している民間保険制度やその他の公的給付制度等で支払われない経済的損失をカバーするためのものであるため、それらの制度による支給が可能な場合には、そちらでの手当てが第一に考えられなければならない。例えば、医療費や精神科治療費については、個人加入の民間保険制度（アメリカには我が国の公的健康保険制度と同様の制度は存在しないため、個人で民間の保険に加入することになる）か、カリフォルニア州であれば低所得者層のための Medi-Cal という公的健康保険制度等で支払われない費用が給付対象となる。

ただし、精神科治療費に関する給付の詳細を見ると、給付対象者には、暴力犯罪の被害者となった本人のみならず、被害者が

死亡した場合には、その両親、兄弟姉妹、子ども、配偶者、婚約者なども含まれる（カリフォルニア政府法典（California Government Code）§ 13957(a)(2)(A)）。被害者の中には、ドメスティック・バイオレンスを目撃した子どもも含まれている。そして、原則として、被害者およびその遺族（成人・未成年ともに）には、総額で10,000ドルを超えない範囲で40セッションまでの精神科治療費用が支給されることになる。特別な事情があれば、セラピストが州に申立てを行うことによって、その範囲を超えた支給も可能とされている。この精神科治療には、精神科医によるものだけでなく、心理療法士やレイプクライシスセンターといった民間団体によるカウンセリングサービスも含まれている。

被害者が死亡していない場合にも、その両親、兄弟姉妹、子ども、配偶者、祖父母、孫、婚約者、同居人などに対して、成人については15セッション、未成年者については30セッションの精神科治療のための支出が認められる。

なお、カリフォルニア州の犯罪被害者補償制度は、加害者から徴収される金銭を基盤とする賠償基金(Restitution Fund)を財源としている。カリフォルニア州では、「犯罪の結果、経済的損失を被った被害者は、その犯罪で有罪とされた被告人から直接に賠償を受けるべきである(カリフォルニア州刑法典(California Penal Code) § 1202.4(a)(1))」との考え方により、加害者から徴収された金銭が被害者の損害回復に充てられている。したがって、我が国のように一般財源から費用が支出されているわけではない。

損害回復基金には、以下の金銭が財源として活用される。

①賠償罰金 (restitution fine)

有罪とされた全ての犯罪者に原則として支払いが命じられる制裁金である。軽罪で有罪とされた場合には 100 ドルから 1,000 ドルの間で、重罪で有罪とされた場合には 200 ドルから 10,000 ドルの間で支払いが命じられる(カリフォルニア州刑法典 § 1202.4(b))。少年の場合には、軽罪であれば最高 100 ドルまで、重罪の場合は 100 ドルから 1,000 ドルの間で支払いが命じられる。この **restitution fines** が、基金の第一義的な財源となっている。

②ダイバージョン料 (diversion fees)

重罪あるいは軽罪で告発されたが、非刑罰的な処理(**diversion**)によって事件が終了した者には、裁判所によって、100 ドルから 1,000 ドルの間で **diversion restitution fee** の支払いが命じられる(カリフォルニア州刑法典 § 1001.90(b))。

③損害回復命令(restitution orders)

個々の犯罪で有罪とされた加害者が、自らの犯罪により被害者が負った経済的損失(医療費やカウンセリング費用など)を償うために裁判所の命令で被害者に金銭を支払うものである(カリフォルニア州刑法典 § 1202.4(f))。被害者が既に犯罪被害者補償制度を通じて援助を受けている場合、制度が費用負担した部分については、加害者から損害回復基金へ支払いが行われることになる。

④罰金 (penalties)

罰金刑の定めのある犯罪について、裁判所が加害者に罰金刑を言渡し、納付が行われるものである。

上記の金銭に加え、さらに、1984 年犯罪被害者法によって創設された合衆国連邦の犯罪被害者基金(**Crime Victims Fund**)から各州に支給される補助金も賠償基金に組み込まれている。犯罪被害者基金は、連邦法違反事件で有罪とされた者から徴収した罰金や特別賦課金(**special assessments**)等を財源としている。

現在、このような犯罪被害者補償制度は、アメリカの全ての州、コロンビア特別区、その他の領土で整備されており、その多くは、賠償罰金のような金銭、罰金等を主な財源としている。

2:各論的問題

(1)被虐待児童に関する問題

平成 17 年度に行った国内施設での聞き取り調査によって、DV シェルター(女性相談所の一時保護所を含む)や児童相談所の一時保護所、児童自立支援施設などで保護されている子どもの中には、精神的な治療を必要とする者が多く存在することが明らかになった。児童虐待を受けていた子ども達に精神科治療が必要なことは以前から繰り返し指摘されてはいたが、中でも、児童虐待と DV とが交錯する領域である「DV を目撃した児童」の精神的ケアについて語られだしたのは最近のことである。

我が国では、「DV を目撃した児童」については、2004 年 10 月 1 日から施行された改正「児童虐待の防止等に関する法律」(平

成 16 年法律第 30 号)で、心理的虐待の定義に「児童が同居する家庭における配偶者に対する暴力を行うこと」(2 条 4 項)が追加された。その結果、虐待児童の発見、通告、保護の全ての過程で、「DV を目撃した子ども」への対応も求められるようになってきている。

アメリカでは、既に、1990 年代後半から、「加害者から直接暴力は振るわれてはいないが、DV を日々目撃している子ども」の保護が課題となっている。「DV の目撃」とは、DV 被害者である母親に対して、加害者が殴る蹴るの暴力をふるったり、物を投げつけたりするのを見ること、その時の叫び声などを聞くこと、あるいは、被害者を助けに二人の間に入ったり、警察を呼んだりすること、そして、DV がおさまった後に、母親の傷や悲痛な様子を目にすることなどを指す。「DV の目撃」とは、必ずしも、物理的な DV の現場目撃に限られない。アメリカでは、子供にとって、父親が母親を殴る場面を目撃することの方が、身体的虐待以上に心の傷が大きいと、既に 1980 年代初めに指摘されていた。子どもにとって、DV を目撃することは、児童虐待の直接の被害者になるのと同様、トラウマティックな経験であり、その後の子ども達の精神的、身体的な発達に大きな影響を及ぼしうる。例えば、抑うつ、不安感、恐怖、不眠、自殺企図、夜尿などの内的な問題を抱えると同時に、他者に対して暴力的になったり、集中力に欠けたりなど行動面での問題を呈するとされている。それに加え、幼少時に親の暴力を目撃した男性は、成長してから DV の加害者になりやすいとの調査結果も

発表されている。

さらに、DV と虐待の併発率の高さについても、多くの研究がなされるようになってきている。1990 年に発表されたアメリカの全国調査では、妻を頻繁に殴る男性の 50%が、自分の子ども達も頻繁に虐待していると報告された。また、DV が行われている家庭で育った子ども達が身体的虐待やネグレクトを受けている割合は、一般平均家庭の約 15 倍であることも明らかになっている。そして、これらの数値の関連性からもわかるように、現在では、DV は、児童虐待とネグレクトの主要な前兆現象であると言われているのである。

このような調査結果を踏まえて、アメリカの各州では、子どもによる「DV の目撃」が、刑事的介入の対象、あるいは、保護的介入の対象、そして、監護権決定の要因となってきた。

① 刑事的介入

例えば、ユタ州などは刑法を改正し、DV の目撃に対して積極的な刑事介入を行うために、1997 年に全米で初めて、DV の目撃そのものを「児童虐待罪」と規定した(U.C.A. § 76-5-109.1)。この規定により、子どもの面前で行われた殺人、殺人未遂、重傷害、危険な武器使用、その他の DV 行為が児童虐待として処罰可能となった。そして、「子どもの面前」とは、物理的に子どもが目の前に存在する場合の他に、加害者が、子どもが DV 行為を見聞きしうることを知っている場合も含むとした。さらに、「子どもによる DV の目撃」は、DV 犯罪の加重事由にもなりうる。例えば、カリフォルニア州では、DV 加害者が、被害者に対し、凶器

を用いて重傷害や傷害を負わせる行為、あるいは、それらの未遂行為が、子どもの面前行われるか、子どもに目撃されていた場合には、その事実を量刑に当たって加重すべき事由としている（カリフォルニア州刑法典 § 1170.76）。

②保護的介入

例えば、ミネソタ州は、1999年に法改正を行い、全米で初めて明文中、「DVの目撃」を、州の虐待通告法の対象となる「ネグレクト」に含めた。「ネグレクト」の定義に、親または子どものケアに責任を有する者が、①子どもの幸福への無関心さを示すような、重大な身体的・心理的・精神的傷害に至りうる暴力的行為を行う、②DVを繰り返す、③子どもが見聞きできる範囲で家族に故意に傷害を加える（加えようとする）、④家庭において、子どもを継続するDVにさらし、子どもの幸福に悪影響を及ぼしうる、ことを加えたのである（廃止された Minnesota Statute 626.556(2)(c)(8)）。このように虐待通告の対象を広げることによって、またこれに伴い拡大した通告義務者によって、虐待通告の件数は法改正前と比較して約100%増加したと報告されている（しかし、虐待通告件数は大幅に増加したにもかかわらず、そのための人的・物的資源の投入がなされたわけではなく、児童保護機関はこれらのケースに対応することができなかつたため、この規定は翌2000年に廃止されている）。

③監護権決定における考慮

現在、全米46州とコロンビア地区では、監護権をどちらの親に認めるかに関し、DV

の有無・程度を考慮に入れるよう求める規定が監護権法に置かれている。

例えば、カリフォルニア州では、配偶者やパートナーに対する暴力ばかりでなく、子どもに対する暴力もDVとされている。そして、子どもの監護権を求める者が、5年以内に、配偶者又はパートナー、子ども、あるいは子どもの他の兄弟姉妹に対してDVを行ったという事実は、その者に子どもの単独・共同監護権を与えることは子どもの最善の利益にはならないという「反証可能な推定」(rebuttable presumption)とされる。その上で、裁判所が適当と認めたペアレンティング・クラスの受講を終了したことは、裁判所が反証可能かを判断する際に考慮すべき事項の一つとされている(カリフォルニア家族法典(California Family Code) § 3044)。

監護権が決定されると、非監護親には訪問権が付与されるが、この場合、子どもの安全を第一に考慮し、「監督付き訪問」(supervised visitation)が裁判所によって命じられうる。ルイジアナ州などのように、裁判所が、監視付き訪問開始の条件として加害者処遇プログラムを命じ、終了すれば訪問が許されるという制度を有している地域もある。

④「子どもによるDVの目撃」と精神科治療

上述したように、アメリカでは、「DVの目撃」が子どもに及ぼす精神的・身体的発達への影響が深刻に捉えられた結果、その子どもへの精神科的治療についても目が向けられるようになってきている。

例えば、カリフォルニア州では、犯罪被害者補償制度に関して、DV 犯罪を目撃した子どもは身体的外傷を受けたものとみなされ、また、DV 犯罪の起きた家庭で生活していた子どもについても、DV を目撃していたか否かにかかわらず、身体的外傷を受けたものとみなすとされ(カリフォルニア州政府法典 § 13955(f)(1))、補償制度の支給対象である「被害者」とされている。したがって、子どもが、DV を目撃したことの影響で精神的治療を必要とする場合に、民間の健康保険制度や低所得者層のための公的医療制度などでその費用が支出されないときには、犯罪被害者補償制度から総額で 10,000 ドルを超えない範囲で 40 セッションまで支給されることになる。

では、DV を目撃した子どもたちの治療に、カリフォルニア州ではどのような機関が治療に関与しているのか。例えば、サンフランシスコ市・郡には、「児童および青少年のための性的虐待リソースセンター (Child and Adolescent Sexual Abuse Resource Center、以下、CASARC という)」が存在する。CASARC は性的虐待を受けた 18 歳以下の子どものために、司法インタビューや証拠収集、セラピー・カウンセリングを行う機関として 1977 年に開設された。現在のところ、性的虐待を受けた児童に加え、身体的虐待を受けた児童、DV を目撃した児童をも対象とし、司法インタビューよりも、セラピー・カウンセリングに重点を置いた活動を行っている。

CASARC は、サンフランシスコ総合病院内にあり、スタッフは、4 人の司法看護師 (forensic nurse)、サンフランシスコ市・郡の社会福祉省 (Department of Human

Services) の家族・子どもサービス課 (Family and Children Services Division) から派遣されたソーシャル・ワーカー、サイコロジスト、小児精神科医から成る。「司法看護師」とは、州の公的な資格ではなく、特別の訓練を受けた者に対する認定資格である。

ここでは 24 時間 365 日、いつでも子どもにケアを提供することが可能である。スタッフが常駐しているのは、月曜日から金曜日の午後 5 時までであるが、それ以外の時間はサンフランシスコ総合病院からのオンコールで対応する(デイトムであれば小児科医から、真夜中などであれば ER のトリアージを通してオンコールの連絡が入る)。センターへは、被害者本人、親、家族・子どもサービス課、警察など様々なルートから相談が入る。緊急介入、緊急検査等に要する費用は無料である。

メンタルヘルスサービスに関しては、トラウマに焦点を当てた心理療法を、問題の症状が消失するまで、あるいは治療目的が達成されるまで、被害者本人、家族に対して行っている。

(2)性犯罪被害者に関する問題

平成 18 年度の報告書で、イギリス政府は 2007 年～2008 年にかけての主要な取組みとして、性暴力を受けた被害者に医療的ケア、司法検査、専門的カウンセリングを提供する「性暴力相談センター」(Sexual Assault Referral Centers。以下、SARC という)を全国的に拡大するという目標を掲げたと報告した。2007 年のイギリス訪問時には全国で 16 箇所だったセンターは、現在 20 箇所に増えており、2008 年中にはさら

に 18 箇所が開設されるという。これは、イギリスでも、性犯罪被害者の長期的な精神保健上の問題が、被害者本人ばかりでなく、社会全体に対しても保健サービスの費用負担増加という被害をもたらすとの認識が広がった結果である。

なお、参考までにセンターでどのようなケアが行われているかであるが、例えば、マンチェスターのセントメアリー病院(St Mary's Hospital)内に創設されたセンターでは、カウンセリングを希望する被害者には、週に一度、病院内の相談室で 50 分間のカウンセリングを受けられる。回数に上限はなく、被害者の希望と必要性によって決められる。カウンセリングに要する費用は全てセンターが負担し、被害者が支払う必要はない。

同様の取り組みは、むしろアメリカではかなり以前から行われてきた。

例えば、カリフォルニア州サンフランシスコ市・郡では、1970 年代に、サンフランシスコの行政機関の一部としてレイプ・トリートメントセンターがサンフランシスコ総合病院近くに設置され、

- ・性被害を受けた人へのカウンセリングサービス

- ・証拠採取

- ・医療上のケア

といった援助を、18 歳以上の男女に対して無料で提供してきた。2001 年 8 月に、レイプ・トリートメントセンターは、トラウマ・リカバリー・センター(Trauma Recovery Center)となり、18 歳以上で、性被害を受けた被害者のみならず、DV、身体的暴力の被害者、刑事事件となった自動車事故の被害者、ギャングがらみの暴力事件の被害者、

殺人事件の被害者遺族など多岐にわたる対象に危機介入、精神療法、薬物療法などの精神保健サービスを提供するようになっている。センターでは、主に、約 16 週間にわたる短期療法 (brief therapy) とケースマネジメントが、トラウマの治療を専門とする臨床ソーシャル・ワーカー(Clinical Social Worker)、マリッジ&ファミリーセラピスト (Marriage and Family Therapist)、サイコロジスト及び精神科医によって行われる。なお、2001 年 9 月 11 日に起きたテロ事件の被害者および被害者遺族に対するサポートグループも開催している。

短期療法の具体的な内容としては、

- ・被害者および遺族に対する個人セラピー
- ・危機介入
- ・薬物乱用者に対するカウンセリング
- ・トラウマ、DV、性被害、うつ、不安、殺人事件の遺族など、それぞれに焦点を当てたグループ・セラピー

などがある。さらに、家族療法やカップル療法などが行われる場合もある。

被害者に対するこうした手厚い精神保健サービスを提供できるのは、このセンターがサンフランシスコ総合病院精神科の一部門だからである。そして、これらのサービスは無料で提供されている。なお、センターの運営に要する費用は、カリフォルニア州の損害回復基金から拠出されている。

D・E: 考察および結論

①まず、犯罪被害給付制度について考えてみる。アメリカの制度と日本の制度とを単純に比較することはできないが、アメリカの犯罪被害者補償制度の中で、被害者への

精神科治療費用だけでなく、被害者遺族への精神科治療費も補償の対象とされていること、さらに、精神科医による治療だけでなく、サイコロジストや民間団体によるカウンセリングも精神科治療費用と認められている点は、学ぶべきであると思われる。我が国でも、これらの点は、平成 19 年 11 月に犯罪被害者等施策推進会議で了承された「経済的支援に関する検討会」の「最終取りまとめ」において、

「臨床心理士、犯罪被害相談員等による民間被害者支援団体等における早期支援段階でのカウンセリング・相談について、都道府県における予算措置が着実になされ、さらには、早期支援後も継続してカウンセリング・相談が受けられるような予算措置がなされていくよう、国において、啓発・情報提供等の取組を行うべきである。なお、犯罪被害者本人のほか、家族（遺族）等に対するカウンセリングの必要性、重要性に鑑み、その充実を図るべきである」と指摘されている。

しかし、臨床心理士らによるカウンセリング・相談に関して都道府県における予算措置がなされるよう取り組む、家族（遺族）等に対するカウンセリングの充実を図るべきであるとするだけで、国による明確かつ具体的な財政措置を示さないままでは不十分ではないだろうか。特に、都道府県における予算措置については、国が指導・啓発するだけでは制度が動きださないことは、これまでの経験から明らかであろう。給付の対象を拡大するためには、財源の捻出は不可欠である。

検討会の中では、罰金を特定財源化し、被害者支援のために利用する可能性を探る

べきではないかとの議論も行われていた。また、罰金刑を特定財源化できれば、犯罪被害者等給付金の対象範囲を相当程度拡大できるのではないかとの意見もある。最終とりまとめでは、「罰金の特定財源化は、罰金が既に一般財源として運用されており、それを犯罪被害者等に関してだけ特定財源化する論拠を見つけ出すのは困難であり、また、一般的に特定財源枠を可能な限り縮小していこうとする国の大方針と逆行する感は否めない」として、「犯罪被害者等に対する経済的支援は、社会の連帯共助の精神に則り、一般財源からの給付を行うことをもって原則とすべきである」との結論が導かれた。

しかし、現在、国会で審議中の犯罪被害者等給付金の支給等に関する法律の一部を改正する法律案が成立すれば、遺族給付金、障害給付金の最高額は約 2 倍に引き上げられ、重傷病給付金に休業補償分も加算されることになる。2006 年度の支給総額は 12 億 7,000 万円であり、この金額が単純に 2 倍になると考えても 25 億近くの財政措置が必要である。最終とりまとめでは、「一般財源からの給付に当たっては、当該行政官庁の他の業務に関する財源に影響が出ることのないようにしながら給付額を確保できるよう、最大限の配慮がなされるべきであり、政府全体として、必要な財源措置を講ずる必要がある」とされているが、今後、給付額が増加していくことになれば、その確保のために新たな手立てが講じられる必要も出てこよう。罰金の特定財源化、あるいは、犯罪被害給付制度の支給対象となっている犯罪の加害者から徴収する課徴金制度の導入など、今後も引き続き検討が行わ

れることが期待される。特に、「罰金で得た収入を犯罪被害者の救済、支援に用いることに、大多数の国民は賛成するだろう」との意見は傾聴すべきであろう。こうして新たな財源が確保されれば、被害者への被害給付のみならず、アメリカ・イギリスのように、被害者支援へのための基金創設も可能となるように思われる。

②次に、被虐待児童、特に、DV を目撃した子どもたちの問題について検討する。

内閣府の調査によれば、何度も配偶者から DV を受けていた被害者の 57%が、「子どもに DV を目撃された」と回答している。そして、DV の目撃が精神面・行動面で子どもに与える影響が大きいことは、我が国でも度々指摘されている。しかし、これまで子どもを直接の対象とした研究は少なく、特に日本では殆どないようである。

確かに、我が国でも、犯罪被害者等基本計画が策定されて以降、思春期精神保健の専門家養成の研修課程で、児童虐待やドメスティック・バイオレンスなどに関するカリキュラムが実施され、あるいは、少年被害者のための治療等の体制の整備ということで、児童養護施設や乳児院、児童自立支援施設などに常勤の心理療法担当職員を配置したり、被虐待児個別対応職員を配置したりと、虐待された子どもの治療を行う制度整備が進みつつある。しかし、特に、DV を目撃した子どもたちに焦点を当てた治療への取り組み、支援の取り組みが行われているかという点必ずしもそうではないように思われる。DV を目撃した子どもが保護される可能性の高い女性相談所でも、被害女性に対しては心理的支援が行われている

ようであるが、同伴児童に関しては、おそらく、児童相談所に「DV の目撃」を理由に虐待通告し、相談所の援助が得られない限り、特に心理的支援がなされることはないのではないかと推察される。

そもそもの問題は、我が国では、同じ「家庭内暴力」(domestic violence) であるにもかかわらず、児童虐待と DV への法的対応が、全く別個のものとして二つに分離されてしまったことに起因する。そのため、児童虐待と DV の問題への対応が、有機的になされにくくなってしまっている。法が二つに分離されたことは仕方がないとしても、アメリカで明らかにされてきた DV と児童虐待の併発率の高さや、DV を目撃した子どもに及ぶ精神的・身体的影響を重く受け止めれば、DV 家庭で生活している子ども、DV を目撃した子どもの精神的被害の回復のために、何らかの有効な手立てが早急に講じられるべきである。

先に述べたように、カリフォルニア州では、DV を目撃した子どもは、身体的外傷を受けたものとみなされ、DV 犯罪の起きた家庭で生活していた子どもについても、DV を目撃していたか否かにかかわらず、身体的外傷を受けたものとみなされ、犯罪被害補償制度の支給対象である「被害者」とされているのである。どれだけ、子どもたちに及ぶ精神的・身体的被害が大きいかは、この事実からも明白であろう。

さらには、アメリカでの取り組みにならない、DV があつた場合の子どもの監護権の帰属、DV 加害配偶者の子どもからの引き離し、面会など、統合的に対処する手続を工夫する必要もあるように思われる。

③最後に、性犯罪被害者の精神的健康の問題について考察を行う。

我が国では、犯罪被害者基本計画の下で実施すべき施策として、厚生労働省が、「性暴力被害者のための医療体制の整備に資する施策の検討及び実施」を掲げ、平成18年6月には「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法の一部を改正する法律」が制定され、患者が医療に関する情報を十分に得た上で適切な医療を選択できるよう、医療機関管理者に対して医療に関する一定の情報の報告義務を課し、その報告をもとに、都道府県が医療機関に関する情報を集約し、住民にインターネット等で提供する仕組みが整備された。

しかし、「性暴力被害者のための医療体制の整備に資する施策」とするならば、やはり、性被害に精通する医師・看護師・カウンセラーなどのスタッフを備えた医療体制の整備を図ることは不可欠なのではないだろうか。我が国では、いわゆる性暴力である強姦、強制わいせつの認知件数は、年間10,000～12,000件の間で推移しており、これに捜査機関に通報されない被害をも含めるとかなりの数に上る。これらの被害者に、適時に適切な介入がなされることによって、被害者の身体的・精神的被害が長期化することを防ぐことは可能である。そのためにも、躊躇無く自らの被害の相談ができる、治療に専念できる専門機関が、是非とも必要と思われる。なお、性被害というと産科・婦人科で対応してもらえばいいという発想もあるかもしれない。しかし、妊婦が集まるような場所で、しかも、隣の診察室の音が筒抜けに聞こえるような場所で、被害や治療の相談を行うことは、性暴力という被

害の特異性から無理があるし、被害者の精神的健康がさらに悪化する可能性が高いことに注意すべきである。

なお、サンフランシスコ市・郡のトラウマ・リカバリー・センターでは、必ずしも警察に通報された事件の被害者だけを対象としているわけではない。ただ、センターでの治療を受けることによって、その後、警察に通報するなど、潜在的な被害者の掘り起こしにも役立っていることを付言しておきたい。センターの活動報告書によれば、警察への通報率は、センターの介入によって42%から71%に増加したとのことである。

F：参考文献

Amy Levin and Linda G.Mills, *Fighting for Child Custody When Domestic Violence Is at Issue: Survey for State Laws*, 48 SOCIAL WORK 463, 464(2003).

Joy D. Osofsky, *The Impact of Violence on Children*, FUTURE OF CHILDREN, Winter 1999, at 34

MURRAY A. STRAUS, PHYSICAL VIOLENCE IN AMERICAN FAMILIES: RISK FACTORS AND ADAPTAIONS TO VIOLENCE IN 8,145 FAMILIES,(1990).

Trauma Recovery Center, STATUS REPORT July 30 2001-December 31 2004, (2005).

Lois A Weithorn, *Protecting Children from Exposure to Domestic Violence: The*

Use and Abuse of Child Maltreatment Statutes, 53 HASTINGS LAW JOURNAL 1,106 (2001).

奥村正雄、犯罪被害者等基本計画の重点課題について—3つの検討会の最終取りまとめ、ジュリスト 1351号(2008年)18-27頁。

笠原麻理、DVと子ども虐待、治療 87巻12号(2005年)3251頁以下。

柑本美和、ドメスティック・バイオレンスを目撃した子どもたち、警察政策 7巻(2005年)。

柑本美和、アメリカにおける児童虐待への対応—カリフォルニア州サンフランシスコ郡・市の例、岩瀬徹編『児童虐待への法的介入：平成17年度～平成18年度科学研究費補助金(基盤研究(B))研究成果報告書』(2007年)。

小西聖子、被害母子の精神医学的・心理的評価と対策研究。DV被害者における精神保健の実態と回復のための援助研究、平成15年度研究報告書(2004年)。

小西聖子、精神的・身体的被害の回復・防止への取組—精神科医から見た犯罪被害者等基本計画、法律のひろば(2006年4月)24頁以下。

佐伯仁志、犯罪被害者への被害回復支援について、ジュリスト 1302号(2005年)44頁以下。

白川美也子、DV被害者とそれを目撃した子どものPTSD-その症状と期待される支援システム、へるす出版生活教育 46巻11号(2002年)29頁以下。

瀬川晃、経済的支援に関する検討会議事録における発言

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(2003年)。

内閣府、平成19年版 犯罪被害白書(2007年)。

中島聡美、犯罪被害者への精神医療に関する検討会報告の役割と課題、ジュリスト 1351号(2008年)28-33頁。

二宮恒夫、ドメスティック・バイオレンスの目撃による心的外傷の2例、子どもの虐待とネグレクト 3巻2号(2001)313頁以下。

誉田貴子他、DV(ドメスティックバイオレンス)被害と実態と子どもへの影響に関する調査研究—DV被害者とその子どもへの暴力内容と心身への影響、大阪市立大学短期大学部紀要 3巻(2001年)27頁以下。

町野朔、児童虐待防止システムの改善について、社会安全研究財団編『児童虐待への対応の実態と防止に関する研究』(2006年)。

G：研究報告

なし