

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

事業名	内容

**問 6 . 他機関との連携についてお伺いします。**

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

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

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

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

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

[ ]

**問 7. 被害者支援に関する今後の課題についてお伺いします。**

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

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

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

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

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

最後に記入漏れがないかご確認下さい。ご協力ありがとうございました。



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

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

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

資料4: 犯罪被害者等当事者団体

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

犯罪被害者

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

交通事故被害者

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

児童虐待・性犯罪・DV被害者

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

## 資料5

資料5: 犯罪被害者等支援団体 一覧表

所在地	番号	団体名	設立年月日 相談開始日	相談電話	代表者(責任者)	ホームページ URL
北海道	1	北海道被害者相談室	平成9年5月1日 平成9年5月8日	011-232-8740 月～金 10時～16時	善養寺 圭子 (北海道家庭生活総合カウンセリングセンター理事長)	
	2	オホーツク被害者相談室	平成9年11月12日 同上	0157-25-1137 月～金 9時30分～16時	会長 大内 政恵 (北見市婦人相談組織会会長)	
岩手	3	いわて被害者支援センター	平成13年10月24日 平成13年11月2日	019-621-3751 火・金 14時～18時	代表 村田 源一郎	<a href="http://www.iwate-vsc.jp/">http://www.iwate-vsc.jp/</a>
宮城	4	社団法人 みやぎ被害者支援センター	平成12年4月27日 平成12年5月9日 平成15年3月7日 社団法人化	022-301-7830 火・水・木・金 10時～16時	相澤 宏邦 (東北会病院院長 精神科医)	<a href="http://www5c.biglobe.ne.jp/~vscm/">http://www5c.biglobe.ne.jp/~vscm/</a>
秋田	5	社団法人 秋田被害者支援センター	平成13年4月20日 平成13年5月1日 平成15年8月15日 社団法人化	018-832-8010 月～金 12時～16時	会長 佐藤 伶 (秋田大学名誉教授)	<a href="http://www.av.s.or.jp/">http://www.av.s.or.jp/</a>
山形	6	被害者支援センターやまがた	平成16年5月20日 平成16年5月25日	023-642-7830 火・土 13時～19時		<a href="http://www.yvsc.jp/">http://www.yvsc.jp/</a>
茨城	7	社団法人 いばらき被害者支援センター	平成7年7月22日 平成7年7月26日 平成13年11月1日 社団法人化・改称	029-232-2736 月～金 10時～16時	会長 後藤 武一郎 (茨城新聞社会長)	<a href="http://www.ivac.or.jp/">http://www.ivac.or.jp/</a>
千葉	8	千葉犯罪被害者支援センター	平成16年2月4日 平成16年4月1日	043-221-3010 月～金 10時～16時		<a href="http://www.chibacvs.gr.jp/">http://www.chibacvs.gr.jp/</a>
東京	9	社団法人 被害者支援都民センター	平成12年4月1日 平成12年4月3日	03-5287-3336 月・木・金 9時30分～17時30分 火・水 9時30分～19時	理事長 宮澤 浩一 (中央大学教授)	<a href="http://www.shien.or.jp/">http://www.shien.or.jp/</a>
埼玉	10	社団法人 埼玉犯罪被害者援助センター	平成14年2月22日 平成14年5月13日 平成16年4月1日 社団法人化	048-834-8080 月～金 10時～16時	理事長 今野 義孝 (文京大学教授・ 埼玉県臨床心理士会会長)	<a href="http://www.svsc8080.jp/">http://www.svsc8080.jp/</a>
神奈川	11	NPO法人 神奈川被害者支援センター	平成13年5月11日 平成13年5月12日 平成14年10月7日 NPO法人化	045-440-0212 月・水・土 10時～16時	会長 水木 初彦 (神奈川新聞社代表取締役社長)	<a href="http://www.kanagawa-vsc.npo-jp.net/">http://www.kanagawa-vsc.npo-jp.net/</a>
石川	12	NPO法人 石川被害者サポートセンター	平成9年3月15日 平成9年5月20日 平成15年11月7日 NPO法人化	076-234-7830 火・木 18時～21時 金・土 12時～18時	会長 中村 栄一郎 (金沢商工会議所副会頭)	<a href="http://www6.ocn.ne.jp/~icsv7830/">http://www6.ocn.ne.jp/~icsv7830/</a>
福井	13	NPO法人 福井被害者支援センター	平成13年11月10日 平成14年1月8日 平成14年2月26日 NPO法人化	TEL 0776-32-5111 火 15時～19時 土 13時～19時	代表 松原 六郎 (福井松原病院院長)	<a href="http://info.pref.fukui.jp/danken/npo/npo-syukai/data/31-40/40-1.htm">http://info.pref.fukui.jp/danken/npo/npo-syukai/data/31-40/40-1.htm</a>
長野	14	NPO法人 長野犯罪被害者支援センター	平成11年5月22日 平成11年6月22日 平成15年6月9日 NPO法人化	026-233-7830 長野地区相談室 0263-73-0783 中信地区相談室 0265-53-0783 飯田地区相談室 月～金 15時～19時	会長 筒井 健雄 (信州大学教育学部教授)	<a href="http://www13.ocn.ne.jp/~naganovs/">http://www13.ocn.ne.jp/~naganovs/</a>
岐阜	15	ぎふ犯罪被害者支援センター	平成16年6月1日 平成16年7月6日	058-268-8700 火・木 13時～16時		<a href="http://www.k2.dion.ne.jp/%7Egvs/">http://www.k2.dion.ne.jp/%7Egvs/</a>
静岡	16	NPO法人 静岡犯罪被害者支援センター	平成10年5月18日 平成10年5月19日 平成13年9月27日 NPO法人化	054-209-5533 月～金 10時～16時	松井 純 (静岡新聞社社長)	<a href="http://www.shizuoka-hhsc.jp/">http://www.shizuoka-hhsc.jp/</a>
愛知	17	社団法人 被害者サポートセンターあいち	平成10年2月20日	052-232-7830 月～金 10時～16時	会長 藤山 英順 (名古屋大学教授)	<a href="http://www.higai7830.or.jp/">http://www.higai7830.or.jp/</a>
滋賀	18	NPO法人 おうみ犯罪被害者支援センター	平成12年6月7日 平成12年7月1日 平成13年10月9日 NPO法人化	077-514-1650 日・水・金 13時～17時 土 10時～17時	会長 野田 正人 (立命館大学教授)	<a href="http://cvssc.or.jp/indexo.htm">http://cvssc.or.jp/indexo.htm</a>
京都	19	社団法人 京都犯罪被害者支援センター	平成10年5月27日 平成10年6月2日 平成12年4月1日 社団法人化	075-451-7830 月・火・木・金 13時～18時	理事長 大谷 實 (同志社大学教授)	<a href="http://web.kyoto-inet.or.jp/org/kvsc7830/">http://web.kyoto-inet.or.jp/org/kvsc7830/</a>
大阪	20	NPO法人 大阪被害者支援 アドボカシーセンター	平成8年4月13日 平成8年4月15日 平成14年1月日 法人化・改称	06-6871-6365 月～金 10時～16時	堀河 昌子 (大阪YWCA副会長)	<a href="http://www.h6.dion.ne.jp/~ovsac/">http://www.h6.dion.ne.jp/~ovsac/</a>

兵庫	21	NPO法人 ひょうご被害者支援センター	平成14年1月12日 平成14年4月15日 平成14年6月3日 法人化	078-367-7833 火・土 10時～16時	理事長 中井 久夫 (神戸大学名誉教授・精神科医)	<a href="http://www.supportyogo.org/">http://www.supportyogo.org/</a>
奈良	22	なら犯罪被害者 こころの支援センター	平成13年9月27日	0742-24-0783 0743-61-3410 毎日 10時～15時	会長 西口 廣宗 (南都銀行頭取)	<a href="http://www.police.pref.nara.jp/higaisyataisaku/mokuji.htm">http://www.police.pref.nara.jp/higaisyataisaku/mokuji.htm</a>
和歌山	23	NPO法人 紀の国被害者支援センター	平成9年5月30日 平成9年6月3日 平成13年12月3日 NPO法人化	073-427-1000 月～金 13時～16時 木のみ 18時～21時可	理事長 岩崎 延直 (和歌山いのちの電話理事長)	<a href="http://www.geocities.jp/kvscwakayama/">http://www.geocities.jp/kvscwakayama/</a>
島根	24	島根犯罪被害者相談室	平成13年10月29日 平成13年10月29日	0120-556-491 月～金 9時～22時 土 9時～24時 日 0時～22時	理事長 角南 譲	<a href="http://www2.pref.shimane.jp/police/keimu/keimu/mamoru/net.html">http://www2.pref.shimane.jp/police/keimu/keimu/mamoru/net.html</a>
岡山	25	被害者サポートセンターおかやま	平成15年11月29日 平成15年12月3日	086-223-5562 FAX 086-223-5564 水・土 13時～16時	理事長 高原 勝哉 (弁護士)	<a href="http://vsco.info/">http://vsco.info/</a>
広島	26	広島犯罪被害者・心の支援センター	平成9年6月6日 平成9年6月26日	082-240-7830 木 10時～17時 土 10時～19時	会長 景山 崇人 (広島市社会福祉協議会会長)	<a href="http://www.d6.dion.ne.jp/~hvsco/">http://www.d6.dion.ne.jp/~hvsco/</a>
広島	27	社団法人広島被害者支援センター	平成16年2月13日 平成16年4月1日	082-544-1110 月・水・木・土 10時～16時		<a href="http://www13.plala.or.jp/vach2-13/">http://www13.plala.or.jp/vach2-13/</a>
山口	28	被害者支援センター ハートラインやまぐち	平成12年10月20日 平成12年10月31日 平成16年5月8日改称	083-974-5115 火 10時～13時 木 18時～21時	代表 橋本 朋子	<a href="http://www.h2.dion.ne.jp/~heart-l/index.html">http://www.h2.dion.ne.jp/~heart-l/index.html</a>
愛媛	29	NPO法人 被害者こころの支援センターえひめ	平成13年3月14日 平成13年4月5日 平成14年6月10日 NPO法人化	089-905-0150 木・土 10時～16時	会長 紅谷 博美 (愛媛大学教育学部教授)	
香川	30	被害者支援センターかがわ	平成15年4月3日 平成15年4月9日	087-898-9783 水 15時～18時 087-823-1733 月～金 13時～16時		<a href="http://www4.ocn.ne.jp/~kagawa/">http://www4.ocn.ne.jp/~kagawa/</a>
福岡	31	NPO法人 福岡犯罪被害者支援センター	平成12年4月15日 平成12年5月13日 平成14年11月1日 NPO法人化	092-738-1550 月 19時～21時 土 13時～16時	会長 内川 昭司	<a href="http://www.fvoc.gr.jp/topic_s_iroiro/hanzai/onayami.html">http://www.fvoc.gr.jp/topic_s_iroiro/hanzai/onayami.html</a>
佐賀	32	NPO法人 被害者支援ネットワーク佐賀VOISS	平成12年4月19日 平成14年4月15日 平成14年5月30日 NPO法人化	0952-41-2535 月～金 10時～17時 水のみ 13時～17時	会長 田口 香津子 (佐賀女子短大助教授)	<a href="http://www.f3.dion.ne.jp/~voiss/">http://www.f3.dion.ne.jp/~voiss/</a>
長崎	33	NPO法人 長崎被害者支援センター	平成15年3月20日 平成15年4月1日	095-820-4977 火・土 13時～16時		<a href="http://www.npp-unet.ocn.ne.jp/a14keimu/b04sien/sien05.htm">http://www.npp-unet.ocn.ne.jp/a14keimu/b04sien/sien05.htm</a>
熊本	34	社団法人 熊本犯罪被害者支援センター	平成15年4月1日 平成15年4月1日	096-386-1033 月～金 10時～16時		<a href="http://www.k-v-support.jp/links/index.php">http://www.k-v-support.jp/links/index.php</a>
大分	35	大分被害者支援センター	平成15年7月30日 平成15年9月1日	097-532-7711 木 19時～21時		<a href="http://www.ovsc.jp/">http://www.ovsc.jp/</a>
宮崎	36	社団法人 宮崎犯罪被害者支援センター	平成16年2月4日 平成16年4月1日 平成16年4月1日	0985-38-7830 月～金 10時～16時		<a href="http://www.miyazaki-shien.or.jp/">http://www.miyazaki-shien.or.jp/</a>
沖縄	37	社団法人 沖縄被害者支援ゆいセンター	平成14年4月10日 平成14年4月15日 平成16年3月30日 社団法人化	098-866-7830 月～金 10時～16時		<a href="http://www.vsco.jp/">http://www.vsco.jp/</a> (準備中)
東京	38	全国被害者支援ネットワーク事務局 (犯罪被害者相談室)	平成10年5月9日 (平成4年3月) (平成4年4月)	03-5280-8058 月・火・木・金 10時～17時	代表 山上 皓 (東京医科歯科大学教授)	<a href="http://www.nnvs.org/">http://www.nnvs.org/</a>

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

犯罪被害者の PTSD 臨床—評価と治療

主任研究者 小西 聖子 武蔵野大学

研究要旨

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

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

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

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

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

以下に、研究を二つに分けて記述する。



厚生労働科学研究費補助金 (こころの健康科学研究事業)

分担研究報告書

犯罪被害者遺族の PTSD と複雑性悲嘆に関する研究

主任研究者：武蔵野大学 人間関係学部

小西聖子

研究協力者：国立精神・神経センター精神保健研究所成人精神保健部

白井明美

研究要旨：

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

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

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

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

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

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

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

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

はじめに

平成 16 年犯罪白書<sup>11)</sup>によれば、平成 15 年の生命・身体に被害を受けた犯罪被害者数は約 123 万人である。

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

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

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

## 1 先行研究の概観

### 1.1 暴力的な死別体験と精神健康に関する疫学研究

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

例えばアメリカでは National Crime Victim Survey<sup>23)</sup>(NCVS)として、連邦国勢調査局が連邦司法省司法統計局の協力のもと、全米 5 万世帯、10 万人を対象に調査票に基づくインタビュー形式での調査が定期的に行われている。調査内容は個人特性、犯罪被害経験の有無、被害形態の被害発生状況などであり、犯罪に関する多くの資料も提供している。イギリス、カナダ等でもこのような調査が行われている。我が国でも国際被害調査(ICVS)の一貫として被害者調査が行われているが、規模は小さく約 2000 名を対象としており、NCVS に比べると殺人や性暴力被害については有効でない。

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

Amick-McMullan<sup>1)</sup>(1991)は、12,500

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

Resnick<sup>20)</sup>(1993)は一般住民調査において、6ヶ月以内の被害体験がどのくらいあるかを4,008名の女性に対して電話による調査を行った。結果は、何らかの外傷的出来事への遭遇が69%であった。そのうち、家族の殺人被害の体験率は13.4%であった。PTSD有病率は、生涯では12.3%、過去6ヶ月間では4.6%であった。家族の殺人被害体験とPTSD診断の両方があった者は現在診断で8.9%、生涯診断で22.1%であった。

Kessler<sup>13)</sup>(1995)は15歳から54までの一般住民5877人のうち男性の60.7%、女性の51.2%がDSM-IVに該当する外傷的出来事に暴露していたことをあきらかにした。またPTSD有病率は7.8%(男性5.0%、女性10.4%)であると報告している。PTSDを発症している者の88%は大うつ病、

アルコール依存、薬物依存等の合併疾患を有していた。

Breslau<sup>6)</sup>(1998)は一般住民2,181人に電話調査を行い、DSM-IVに準拠したPTSDと外傷体験の有無について聴取した。人生上なんらかのトラウマに暴露した割合は89.6%であり、そのうち「親族や友人らの突然の予期せぬ死」は全体の60%に体験され、最も重視された外傷的な出来事とされた。またそのような出来事を体験した人の14%にPTSDの発症がみられた。

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

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

## 1.2 国内の犯罪被害者遺族の実態

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

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

また死亡者数は明らかではないが、心神喪失者による殺人・傷害致死の罪名別

人員は117人に上っており、その程度の死亡者がいることが予想される。

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

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

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

### 1.3 国内における突然死の遺族研究

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

日本での犯罪被害者遺族に関する実証的研究は、ごく近年始まったばかりである。

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

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

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

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

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

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

## 2 目的と方法

### 2.1 目的

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

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

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

## 2.2 対象

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### (倫理面への配慮)

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

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

### 2.3 方法

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

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

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

## 2.4 尺度

調査方法は、面接調査と質問紙調査の2つの調査で構成されている。

調査票は①プロフィール②PTSD 臨床診断面接尺度<sup>5)</sup>③ベック抑うつ質問票(Beck Depression Inventory-Second Edition; BDI-II<sup>4)</sup>)④複雑性悲嘆尺度(Inventory of Traumatic Grief; ITG<sup>19)</sup>)から構成されている。

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

(5)対象者の身体・精神的既往は(i)事

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

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

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

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



ことができる。

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

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

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

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

悲嘆反応を測定する尺度には、他に Texas Revised Inventory of Grief<sup>7)</sup> などがあるが、これらは悲嘆反応全般を測定する目的で開発された尺度である。本研究では悲嘆の長期慢性化に特化した症状を測定することを目的としているため、複雑性悲嘆反応を測定する尺度として開発された本尺度を採用することとした。ITG は国外では尺度の内的一貫性が実証されている( $\alpha$  係数 = .95)。日本では現在標準化されていない。

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

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

麻痺症状得点、覚醒亢進症状得点として統計解析に用いた。

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

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

### 3 結果

#### 3.1 対象者の特性

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

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

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

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

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

### 3.2 各尺度平均得点

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

BDI-II 総得点は  $25.2 \pm 11.4$  であった。

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

### 3.3 PTSD 有病率及び合併率

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

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

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

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

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

### 3.4 対象の属性による比較

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

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

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

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

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

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

### 3.5 PTSD 群と非 PTSD 群との比較

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

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

各評価尺度別では、CAPS、BDI-II、ITG すべてにおいて PTSD 群が有意に高かつた(表 8)。また両群で下位項目の合致率を比較すると、有意差が認められた項目は、再体験症状では B4 きっかけによる心理的苦痛、B5 きっかけによる生理学的苦痛の2項目、回避/麻痺症状では C2 活動・場所・人物の回避、C4 興味・活動の減退、C5 疎隔感、C7 未来の短縮感4項目、覚醒亢進症状では D1 睡眠障害、D2 易刺激性と怒り、D3 集中困難、D4 過剰な警戒心、D5 驚愕反応の5項目であつた(表 9)。

### 3.6 BDI-II 得点、ITG 得点と PTSD 各尺度の相関

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