

<まとめと来年度の課題>

平成17年度の分担研究では主に文献研究から、米国の危機介入の現状、多く用いられている介入法、査定に用いられる尺度などについて調査をおこなった。被害者への介入は様々で、その効果にも幅があることが判明した。中でも、CBTによるPTSD介入は効果的であるが、CBTと一口に言っても様々な方略があり、それぞれに効果の面で違いがある。さらに、介入方法だけではなく、介入を行う側の熟練度が介入効果に影響していることは非常に興味深い点である。今後の研究には、介入の方策だけでなく、介入に当たる側の訓練の充実という点も考える必要がある。それは、キルパトリック博士の指摘にもあるように、「安全」で「効果的」な介入の実現のためには必要不可欠で、特に対象者が他でもない被害者である以上、二次的なダメージを最小限に止めるためにも重要な課題だと思われる。

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

表 1

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

表 2

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

表 3

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

## 文献

### <PTSD について>

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

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

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

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

Yehuda R, Halligan SL, Grossman R, Golier JA, Wong C. (2002) The cortisol and glucocorticoid receptor response to low dose dexamethasone administration in aging combat veterans and holocaust survivors with and without posttraumatic stress disorder.

*Biological Psychiatry*. Sep ; 52 (5): 393-403.

### <PTSD の査定に関して>

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

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

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

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

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

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

### <PTSD への介入>

#### [一般]

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

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

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

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

#### [比較介入研究]

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

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

[CBT]

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

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

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

[Debriefing]

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

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

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

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

[Exposure]

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

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

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

[CPT]

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

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

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

[グループ療法・家族療法]

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

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

195-207.

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

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

[精神分析・精神力動療法]

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

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

Lindy, J. (1996). Psychoanalytic psychotherapy of post-traumatic stress disorder. In B. van der Kolk, A. McFarlane & L. Weisaeth (Eds.) *Traumatic Stress* (pp. 525-536). New York: Guilford Press.

Marmar, C. & Freeman, M. (1988). Brief dynamic psychotherapy for post-traumatic stress disorders: Management of narcissistic regression. *Journal of Traumatic Stress*.

[EMDR]

Deville, G.J. & Spence, S.H. (1999). The relative efficacy and treatment distress of EMDR and cognitive behavioral trauma treatment protocol in amelioration of post traumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 13.131-158.

Hyer, L. & Brandsma, J.M.(1997). EMDR minus eye movement equals good psychotherapy. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 515-522.

McNally, R.J. (1999) Research on eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) as a treatment for PTSD. *Research Quarterly*, 10, 1-7.

Shapiro, F. (1989). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 211-217.

Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford.

<PTSDと文化の違いに関して>

Berliner, L. & Saunders, B.E. (1996). Treating fears and anxiety in sexually abused children: Results of a controlled two year study. *Journal of Maltreatment*.

Gusman, F.D., Stewart, J., Young, B.H., Riney, S.J., Abueg, F.R. & Blake, D.D. (1996). A multicultural developmental approach for treating trauma. In A. J. Marsella, M.J. Freidman, E.T. Gerrity & R.M. Scurfield (Eds), *Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder: Issues research, and clinical applications* (pp.439-458). Washington, DC: American Psychological Association.

Stamm, B.H. & Freidman, M.J. (2001). Transcultural perspectives on post-traumatic stress disorder and other reactions to extreme stress. In A. Shalev, R.Yehude & A. McFarlane (Eds.) *Human response to trauma across cultural, gender, and life course*. New York: Plenum Press.

Riggs, D.S. (2001). Marital and Family therapy. In E.B. Foa, T.M. Keane & M.J. Fredman (Eds.) *Effective Treatment for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic*

Stress Studies. New York: Guilford.

<PTSDに関する最近の話題に関して>

Chu, J.A., Frey, L.M. Ganzel, B.L & Mathews, J.A. (1999). Memories of childhood abuse: Dissociation, amnesia, and corroboration. *American Journal of Psychiatry*, 156. 749-755.

Goenjian, A.K., Pynoos, R.S., Steinberg, A.M., et al. (1995). Psychiatric comorbidity in children after the 1988 earthquake in Armenia. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 34, 1174-1184.

Harman, J.L. & Schatzow, E. (1987). Recovery and verification of memories of childhood sexual trauma. *Psychoanal Psychol*, 4, 1-14.

Herman, J. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.

Hertman, J.L.(1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5. 377-391.

Kessler, R.C., Sonnega, A., Broment, E., Hughes, M., & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 52. 1048-1060.

Lindsay, D.S., Read, J.D. (1994). Psychotherapy and memories of childhood sexual abuse: A cognitive perspective. *Applied Cognitive Psychology*, 8. 281-338.

Loftus, E.F. (1993). The reality of repressed memories. *American Psychology*. 48, 518-537.

Loftus, E.F., Polonsky, S. & Fullilove, M.T. (1994). Memories of childhood sexual abuse: Remembering and repressing. *Psychology of Women Quarterly*, 18. 67-84.

Schooler, J.W., Bendixen, M. & Ambadar, Z. (1997). Taking the middle line: Can we accommodate both fabric

and recovered memories of sexual abuse? In I.M.Conway (Ed.), *False and recovered memories* (pp. 251-292). Oxford: Oxford University Press.

Pope, K.S (1996). Memory, abuse and science: Questioning claims about the false memory syndrome epidemic. *American Psychologist*. 51. 957-974.

<PTSDへの介入側の問題について>

Danieli, Y. (1984). Psychotherapists' participation in the conspiracy of silence about the Holocaust. *Psychoanalytic Psychology*. 1, 23-42.

DeRubeis, R.J., Hollon, S.D., Amsterdam, J.D., Shelton, R.C., Young, B.L., Gallop, R. (2005). Cognitive Therapy vs Medications in the Treatment of Moderate to Sever Depression. *Archives of General Psychiatry*. 62 ( 4 ) Apr. 409-416.

Figley, C.R. (1995). *Compassion fatigue: Secondary traumatic stress disorders from treating the traumatized*. New York: Brunner/Mazel.

Norcross, J.C., Purpose, Processes, and Products of the Task Force on Empirically Supported Therapy Relationships, *Psychotherapy*, 2001, Vol.38, No. 4, 345-356.

Wilson, J. & Lindy, J. (1994). *Countertransference in the treatment of PTSD*. New York: Guilford Press.

Waysman, M., Mikulincer, M., Solomon, A., et al. (1993). Secondary traumatization among wives of posttraumatic combat veterans: A family typology. *Journal of Family Psychology*, 7. 104-118.

Yassan, J. (1993). Group work with clinicians who have a history of trauma. *NCP Clinical Newsletter*. 3, 10-11.



**JR福知山線列車事故に係る、こころのケアに関する研究**  
The Mental Care Of Amagasaki City Health Centre to The Train  
Derailment Accident in JR Fukutiyama Line

分担研究者：高岡道雄<sup>1)</sup>

研究協力者：酒井ルミ<sup>1)</sup>、鈴 道幸<sup>1)</sup>、浅田智一<sup>2)</sup>、丸山ありさ<sup>2)</sup>、阿部政博<sup>3)</sup>

Michio TAKAOKA<sup>1)</sup>、Rumi SAKAI<sup>1)</sup>、Michiyuki SUZU<sup>1)</sup>、  
Eiichi ASADA<sup>2)</sup>、Arisa MARUYAMA<sup>2)</sup>、Masahiro ABE<sup>3)</sup>

1) 尼崎市保健所、2) 小田保健センター、3) 武庫川女子大学心理・社会福祉学科

<sup>1)</sup>Amagasaki City Health Center, <sup>2)</sup>Amagasaki City Oda Public Health Center,

<sup>3)</sup>Department of Mental and Social Well-being, Mukogawa College

キーワード：救護班、健康チェック、こころのケア

Key Words :Relief party、Health examination、Mental care

## 1. はじめに

4月25日(月)の午前9時18分頃に発生したJR事故は死者107名、負傷者549名と、大量輸送時代の交通機関の事故としても想像を超える悲惨な事態となった。兵庫県内でも今までに小規模な列車事故は発生しており、大手私鉄やJRが競争を繰り広げる関西で、何時かは大規模な列車事故が起きるのではないかと危惧していたものの、尼崎で起きるとは考えていなかった。

過去に、神戸市北区で起きた神戸電鉄の電車が車と接触脱線を起こした事故では、負傷者の搬送先医療機関の確保に、兵庫県広域災害救急医療情報システムの緊急搬送先要請が機能したと仄聞していた。このことから鉄道事故など多数の負傷者が発生する事態が生じた場合に、保健所がまず行うべきことは、医療機関の負傷者受け入れ状況の確認と緊急搬送先要請システムに医療機関からの入力を依頼することであると考えていた。また、明石市の花火大会における陸橋での圧死事故や阪神淡路大震災の経験から、被害者へのこころのケアが保健所の役割として重要とも考えていた。本研究の目的は、こうし

た知見や経験に基づき、今回のJR福知山線列車事故において、保健所が行った被害者や地域住民へのこころのケア活動に関する実態分析を行うことである。

## 2. 事故の概要<sup>1)</sup>

事故種別：列車脱線事故

発生日時：平成17年4月25日(月)午前9時18分頃

発生場所：尼崎市久々知西町3丁目線路上

列車：JR宝塚駅午前9時3分発上り快速電車が脱線し、7階建マンションに激突、7両編成の前2両が脱線した

被害概要：死亡者107名(医療機関搬送後死亡7名含む)、負傷者549名(重傷者139名、軽傷者410名)

## 3. 事故への対応

### (1) 市対策本部

4月25日(月)午前10時30分に市災害対策本部を設置し、併せて第1号防災指令を発令した。5月の連休明けの6日(金)に廃止を検

討するが県警等の現場検証が終了していないことなどから、5月9日(月)午後3時10分に市災害対策本部を廃止することとした。併せて限定第1号防災指令(災害応急対策及び復旧対策要員限定)を解除した。

## (2) 保健所・保健センター

### (情報面の活動)

兵庫県広域災害救急医療情報システムの緊急搬送要請画面に医療機関が入力するように要請することや、市内医療機関への負傷者受け入れ状況の確認などを行った。

### (こころのケア活動)

保健所と6保健センターにこころのケア相談窓口を設置するとともに、事故現場周辺の企業、住民、被災マンション住民への訪問活動を行った。また救助活動を行った事故現場周辺の企業従業員、住民、被災マンション住民に対し健康チェックを実施した。

### (救護活動)

保健所医師と小田保健センター保健師で救護班を編成し、現地で軽症者の応急処置や乗客の待機用テントの確保、遺体の応急安置場所の整理を行った。

### (遺体安置所関係)

遺体安置所となった総合体育館に職員を派遣し、24時間体制で市の窓口となった。

## 4. こころのケア相談

### (1) 相談窓口設置の経過

4月25日(月)事故当日、「こころのケア相談窓口」を翌日から設置することを決定し、翌26日より、平日9:00~17:30の間、保健所と市内6か所の保健センターに「こころのケア相談窓口」を開設した。5月末までは土日祝日も保健所で相談を受けつけた。相談は、主に保健所・保健センターの保健師、精神保健福祉相談員が対応し、現在(H18年3月)も通常の体制で引き続き相談を受けている。

### (2) 相談窓口の広報

事故当日、設置を決定後、日刊紙に記者発表し、翌26日(火)に尼崎市のホームページに掲載した。4月27日(水)に、小田保健センターがホームページ掲載内容を元にしたチラシを作成し、保健所・各保健センターの窓口で置くと共に、28日に、小田保健センター職員が周辺住民や周辺企業に配布した。チラシを配布する目的で各戸訪問し、訪問時に、状況を聞き、情報収集にも努めた。

被災マンションはすでにかかなりの住民がホテルに避難されていたので、理事長宅を訪問し、マンション住民の様子を聞くとともに、住民集会でチラシを配布してもらうよう依頼した。

さらに5月1日(日)に保健所が県の啓発パンフレットを元にした新たなチラシ(別添1)を作成し2日(月)に小田保健センター職員が他の保健センター職員の協力も得て、チラシを周辺住民に再度訪問配布した。また日刊紙、テレビニュース等でも時折、相談窓口の広報がなされた。

### (倫理面への配慮)

相談者には個人情報の守秘を確約し、個人情報特定されないように、データ処理上も配慮した。

### (3) 事故直後のこころのケア相談

こころのケア相談窓口を事故の翌日から設置したが、26日(火)は12件、27日(水)は8件と予想に反して相談が少なかった。このため、28日(木)は小田保健センター保健師による現場地域の住民への訪問活動を行った結果、35件の相談があった。

しかし29日(祝)は2件、30日(土)は1件と少ない状況が続いた。このため、再度、被災マンションの住民の方を中心に、5月2日(月)にこころのケアの相談を受け付けていることを別添1のチラシによりお知らせした。しかし被災マンション住民の多くの方が、JR西日本が用意したホテルに転居されていたため、直接にチラシを手渡せた方は少なかった。

表1 事故直後の心のケア相談状況

相談日	相談者					相談内容			救助活動歴あり
	乗客	家族	マンション住民	周辺住民等	合計	身体症状	精神症状	その他	
26日			5	7	12	3	3	6	3
27日				8	8		4	4	3
28日			1	34	35	2	9	24	4
29日			2		2		2		2
30日			1		1		1		1
合計			9	49	58	5	19	34	13

注) 空欄は、相談数ゼロである

事故直後の相談内容では、救助活動に従事しない場合でも事故を目撃したことなどにより心的外傷を受け、急性反応として不眠、イライラ感、何もする気がしない、家を出られない、現場を避ける、電車に乗れない、などの精神症状や口渇、震え、血圧変動、鼻血などの身体症状を相談者は訴えている。

この相談内容は、心的外傷後のストレス反応に該当している。心的外傷後ストレス障害の多数の症状は、3つのカテゴリーに分けることができる。第1は、過覚醒—些細なことで驚愕し、些細な挑発にも苛立たしく反応し睡眠の質が下がる。第2は、侵入—外傷をこうむった人はその事件を何度も再体験する。何の誘因がなくても意識に現れ、覚醒時にフラッシュバックとして現れることもあり、睡眠中に外傷性悪夢となって現れることもある。第3は狭窄—危険から逃れられないという状況が精神的なマヒを生む。無関係感、感情的超絶感、そして、その人の気概のすべてを消失させるような深い受け身感が起こる。<sup>2)</sup>

相談内容でその他が多いのは、事故現場周辺

住民への訪問により相談窓口設置説明や被災マンション理事長、自治会長等へのチラシ配布の依頼などを事故直後に行ったためである。特に26日、27日と相談件数が少なく相談窓口のPRが不足していると考えられたので、事故現場地域の住民への訪問活動を28日に行った。

(4) 医療機関入院患者へのこころのケア相談  
負傷して医療機関に入院している乗客の方のこころのケアをどう進めるかについては、市内の医療機関にこころのケアのチラシを送付し、ケアの必要な方が入院されている場合には情報提供をお願いし、入院患者が希望されれば、訪問相談などでこころのケアに応じる体制とした。

しかし尼崎市内居住の乗客の方が6名しかおられず、医療機関に入院されている方がいないこともあって医療機関からこころのケアについての要望はなく、多くは自院で対応可能という連絡があった。

(5) 9月30日までのこころのケア相談

5月31日までは、休日も保健所での窓口を開き相談を受けた。5月中の相談件数は102件、6月からは平日のみの受付となったが6月が7件、7月0件、8月2件、9月1件となっている。

4月の5日間の相談件数が59件と、9月30日現在での相談件数171件の35%を占めている。

171件の相談が寄せられているが、性別では女性が103名(60%)となっている。相談者の内訳では乗客が3名、家族が3名と最も少なく、被災マンション住民が53名(31%)と最も多くなっている。

被災マンション住民については、4月中は9名と少なく、5月に40名の相談があった。

乗客については、尼崎市内在住者が6名と少なく、居住地の保健所等に相談されたためと考えられる。

一方、被災マンション住民は、住居の損壊や負傷者の救助活動などによりこころの健康の被

害者となっていると予測され、こころのケアが必要とされた結果、相談が多いと考えられる。

また相談内容では、不安感やうつ状態、さらには急性ストレス反応・PTSD 症状などの精神症状が 96 件 (56%) と最も多かった。身体症状では、頭痛・吐き気などがみられた。その他には、医療費などの経済的な相談や身体面の健康状態の相談などがあった。

なお誰のことにに関する相談かをみると、自分のことが 151 件 (88%) と最も多く、家族のことが 7 件 (4%)、乗客のことが 3 件 (2%)、友人のことが 1 件 (1%)、となっている。その他 9 件 (5%) あるが、例えば被災マンションに居住する中学生が登校している中学校の教師から当該中学生に関する相談、近隣企業事業主や診療所看護師から従業員の健康に関する相談などである。

表 2 こころのケア相談状況 (9月30日現在)

1) 相談者性別

女性	103
男性	67
不明	1
総計	171

2) 相談者居住地別

市内	121
市外	14
不明	36
総計	171

3) 相談者内訳

乗客	3
家族	3
マンション住民	53
近隣住民	57
企業職員	24
その他	31
総計	171

4) 相談内容

精神症状	96
身体症状	15
その他	60
総計	171

5. 健康チェックについて

現場周辺の企業従業員や地域住民の方で直接救助活動に携わり、血液を介しての感染症について不安を抱える方を対象とした「健康チェック」を 2 回実施した。1 回目を 5 月 19 日 (木) ~ 21 日 (土) と 27 日 (金) に保健所と周辺企業で実施した。チラシを作成し、被災マンション及び近隣の住民や周辺企業に配布した。

「健康チェック」の際に、12 項目からなるチェックリスト (別添 2 スクリーニング質問票) を実施し、参加者のこころの状態についての把握につとめた。19 日~21 日は保健所で実施した。参加者は 13 人であった。27 日は周辺企業現場へ出向いて実施し、参加者は 152 人であった。

チェックリストは、保健所実施の際には問診担当者が聞き取りで行い、27 日の周辺企業で実施の際は自記式で行った。

2 回目の「健康チェック」は 7 月 21 日に企業現場に出向いて実施した。その際、1 回目チェックリストで PTSD またはうつ状態と判断された 22 名に再度チェックリストを行った。また、5 月 19~21 日に保健所に来所された地域住民については、9~10 月に電話により状況を聞き取り、チェックリストも実施した。

なお、地域住民で血液検査 (HBV、HCV、HIV) を希望されたのは 13 人中 3 人で、その 3 人の 2 回目の採血は 7 月 25・27・29 日に実施している。周辺企業従業員については 140 人が希望し、2 回目の採血を 7 月 21 日に実施した。血液検査の結果は、全員が陰性であった。

表3 チェックリストの結果

	調査 回数	調査 人数 (人)	PTSD+		PTSD		うつ状態	
			人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)
地域 住民	1回 目	13	8	61.5	1	7.7	0	0
	2回 目	9	2	22.2	1	11.1	0	0
企業	1回 目	152	5	3.3	12	7.9	5	3.3
	2回 目	22	1	4.5	2	9.1	4	18.2

聞き取りと自記と、チェックリストの実施のしかたに違いはあるものの、被災マンション住民と周辺企業職員とでは、ストレス反応の状態に違いが大きい。1回目の時点で、マンション住民では PTSD またはうつ状態と判断される人が13名中9名(69.2%)であったのに対して、企業職員は152名中22名(14.5%)であった。

企業職員に2ヵ月後に行った調査で、7名が PTSD またはうつ状態と判断されたが、このうち5名は、事故以前から不眠症状を訴えていたり、仕事上のストレスの影響が大きいと答えており、事故とは関連性が薄いと考えられる。

それに対してマンション住民は、まだ現在も通院服薬中の人もあり、事故直後に比べると症状は軽くなっているものの、なんらかの PTSD 症状を持つ人もあり、事故だけでなく、転居や経済的な不安など、その後も続く慢性的なストレス状態におかれている。

## 6. まとめ—大規模緊急事態が発生し大量 PTSD が予測される時の保健所の対応—

列車事故災害の被災者は、通常は、さまざまな地域の住民であり、一保健所に留まらず広く県域、全国域での対応を求められる。今

回の事故も、列車乗客については、兵庫県内県外と広い地域の住民であり、対応は県が主体となり多くの保健所が協力して行った。

しかし、今回の列車事故では、乗客だけでなく、列車が激突したマンション住民や、事故を目撃したり救出作業にあたった周辺の住民、企業職員など、多くの尼崎市民もまた被災者となった。

事故直後、管轄保健センター職員が現場訪問をし、状況の確認を行った。こころのケアの必要性を早くから認識しており、子ども、障害者、高齢者など、要介護世帯の把握に努めるとともに、こころのケア相談窓口を立ち上げ、その窓口の広報もすばやく行った。

尼崎市保健所には、平成7年の阪神淡路大震災の経験があったことと、通常の列車事故被災者とは違って、尼崎市民の被災者は管轄地域がある程度限定されていたことが、今回のすばやいアウトリーチを実現させたと考えられる。

PTSD は、経過や症状を説明し、「異常な事態に対する正常な反応」であると伝えることが、早期介入において重要である。今回、その啓発は、市のホームページや日刊紙に掲載すると共に、啓発用のチラシ(相談窓口の紹介も兼ねている)を作成し、被災マンションや周辺住民、周辺企業に配布することによって行った。

このチラシ配布は、各戸を保健センター職員がチラシを持って訪問する形で行ったため、PTSD の啓発だけでなく、要介護世帯の把握ができ、必要な場合にはその場で相談に応じることができた。また、保健センター職員と被災市民との関係づくりにも役立ち、後日、被災市民から保健センターに相談のため来所されたり、継続支援につながった例もある。

相談数の減少、継続事例の状況から考えて、現在はおおむね落ち着いた深刻な影響は少ないと考えられるが、一部には、まだ電車に乗れ

ない、踏切や電車がこわいなどの、事故の影響が残っている方もいる。

チラシ配布のための各戸訪問は、事故現場の担当保健センター職員だけでなく他の保健センター職員も協力して行ったが、事故に関しての訪問相談業務はどうしても事故現場の担当保健センターに集中しがちであった。通常業務への影響を考え、日頃から、緊急事態時の保健所・保健センターの協力体制を予測検討しておく必要がある。

緊急事態の規模によっては、電話相談専用回線の設置や、臨時の専用職員の配置も検討する必要がある。

## 別添1 こころのケア相談窓口チラシ

平成17年5月2日

小田地区管内のみなさまへ

J R福知山線脱線事故にかかる「心のケア相談」について

今回のJ R列車脱線事故を目撃されたり、負傷者の救助に携わられて、お身体に変化はございませんか。大変な出来事がおこると、誰でもトラウマ（心的外傷）を受け、不安、恐怖、再体験といった症状があらわれます。

起こりやすい変化には次のようなものがあります。

### 1 気持ちの変化

（大人の場合）

- ・些細なことでイライラする。
- ・夜眠れない。
- ・その時の光景が何度も思い浮かぶ。
- ・その時の夢を繰り返し見る。
- ・誰とも話す気にならない。
- ・何もする気にならない。
- ・ちょっとしたことに驚く。

（子どもの場合）

- ・自分でできていたのに、親に食べさせてもらおうとしたり、着せてもらおうとする。
- ・親の気を引こうとしたり、しがみついたりする。
- ・ちょっとしたことでめそめそしたり、泣いたりする。
- ・すでにやめていた癖を、再びしはじめる。
- ・皮膚や目をかゆがったり、こすったりする。
- ・怖い夢をみたり、夜中に突然飛び起きる。

### 2 からだの変化

頭痛・吐き気・めまい・耳鳴り・息苦しさ・動悸・便秘や下痢など

これらの変化は、誰にでも起こりうる「自然な反応」です。一般には長く続くことはありません。気持ちやからだの変化は、少しずつ回復していくものですが、それらが長引いたり、強い場合は注意が必要です。

回復のために・・・こんなことに気をつけましょう

- ・気持ちやからだの変化を、自分なりに見つめてみましょう。
- ・家族や友人など信頼できる人に、気持ちを聞いてもらうのも役に立つことがあります。

周囲の方々へ

- ・被害にあった方の気持ちを、しっかりと受け止めてあげましょう。
- ・からかったり、ちゃかしたりせずじっくりと聞いてあげましょう。
- ・やさしい言葉かけをしましょう。
- ・回復の速さは人それぞれちがいます。なかなか立ち直れない人がいても、せかさなで見守ってあげましょう。
- ・子どもの場合、抱きしめたり、スキンシップも重要です。

尼崎市では、みなさまの不安なお気持ちを少しでもやわらげていただくために、「心のケア相談窓口」を開設しています。

小田保健センター（電話6401-5515）は、平日の午前9時から午後5時30分まで、ご相談を受付しております。

また、尼崎市保健所（4869-3016）では、8日までの祝日を含む毎日午前9時から午後5時30分まで、ご相談を受付しております。ひとりで悩まず、お電話してください。

（注1）再体験症状：4,9,11、回避症状：8,10,12  
過覚醒症状：3,6,7、うつ症状：1,2,3,5,6,10

（注2）PTSD 判定基準：3,4,6,7,8,9,10,11,12  
の内5個以上が存在し、4,9,11のどれか一つは必ず含まれている。

うつ状態判定基準：1,2,3,5,6,10の内、4個以上が存在し、5,10のどちらか一方が必ず含まれている。

別添2 PTSD 簡易スクリーニング質問票  
(兵庫県こころのケアセンター作成資料を改変)

1 食欲はどうか。普段と比べて減ったり、増えたりしていますか。	はい いいえ
2 いつも疲れやすく、身体がだるいですか。	はい いいえ
3 睡眠はどうか。寝付けなかったり途中で目が覚めることが多いですか。	はい いいえ
4 事故に関する不快な夢を見ることありますか。	はい いいえ
5 憂鬱で気分が沈みがちですか。	はい いいえ
6 イライラしたり、怒りっぽくなっていますか。	はい いいえ
7 ささいな音や揺れに、過敏に反応してしまうことがありますか。	はい いいえ
8 事故を思い出させる場所や人や話題などを避けてしまうことがありますか。	はい いいえ
9 思い出したくないのに事故のことを思い出すことはありますか。	はい いいえ
10 以前は楽しんでいたことが楽しめなくなっていますか。	はい いいえ
11 何かのきっかけで事故を思い出して気持ちが動揺することはありますか。	はい いいえ
12 事故についてはもう考えないようにしたり、忘れようと努力していますか。	はい いいえ

参考文献

- 1) 尼崎市消防局；JR 福知山線列車脱線事故消防活動概要，報告書，p9,2005,9.
- 2) ジュデイス・L・ハーマン；「心的外傷と回復」，みすず書房，pp49-69，1999

厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)  
分担研究報告書

＝犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究＝  
司法領域における犯罪被害者への心理的支援に関する調査

分担研究者 有園 博子 兵庫県こころのケアセンター研究部主任研究員

研究要旨

弁護士立場からみた犯罪被害者の心理的支援の現状についての把握と、司法領域での支援とその他の心理的支援機関（精神科医療機関やカウンセリング機関など）への継続支援の実態把握を目的とした。県弁護士会所属弁護士に対して、無記名郵送法による質問紙調査を行なった。

実態としては、弁護士が扱う犯罪被害内容は、DVによる傷害が最も多く、暴行・脅迫、強姦、強制わいせつの順であり、女性に対する暴力被害が多い事が示された。また、DV被害者では自ら精神科医療機関への受診行動をとる者が多く、反面、強姦被害者では自らでは受診行動に至らない傾向が見られた。心理的な継続支援では、弁護士側からは、心理的ケアや精神科医療機関へのニーズはあるが、現実には充足していないことが指摘された。また、司法と精神科医療機関やカウンセリング機関との連携・ネットワークづくりの必要性があげられた。これは支援する側の支援の意義も含んでおり、今後への展開が望まれる。

I. はじめに

犯罪被害者への実態調査は、警察庁犯罪被害者対策室により平成4～6年に実施され、犯罪被害者の精神的被害の状況、被害直後の精神状態、二次的被害について報告された。その後も数年ごとに継続調査が行われている<sup>6) 9)</sup>。また、法務省により、平成9～11年に有罪判決の言い渡しのあった事件の被害者1,132人に対して、犯罪被害者のおかれている状況把握のため、大規模実態調査が行われ、平成11年犯罪白書に報告されている<sup>8)</sup>。

一方、司法関係者への調査としては、平成5年に宮沢ら<sup>10)</sup>により、犯罪被害者遺族への聞き取り調査と刑事司法関係実務家（警察官137名、検察官38名、弁護士72名、裁判官53名、保護監察官40名）への認識状況調査が行われ、被害者の精神的影響性についての言及がなされている。

平成15年には、日本弁護士連合会により被害者代理人である弁護士53人への調査が行われ<sup>13)</sup>、被害者遺族や性犯罪の被害者の症状としてPTSD 3大症状にも言及し、さらに心理的支援の必要性についても触れられている。

PTSD有病率に関する疫学調査によると<sup>2)</sup>、被害内容によって異なるが、性的暴力被害者ではアメリカ30～80%、日本15%～89%、DV被害者では日米共に40～50%、事故遺族では50%以上と報告されており、自然災害など他の被害に比べて、高いPTSD発症率が報告されている。

このように犯罪被害者実態調査の成果が広まるにつれ、犯罪被害者の精神的被害に対する認識も広まりつつある状況にある。しかし、司法と医療との連携の実態については、いまだ十分に把握されていない。したがって、医療や司法領域での



犯罪被害者支援の現状を把握することで、今後、精神医療や精神保健の専門家にどのような支援が要請されるのかを把握することができると思われる。

## II. 研究目的

本研究では、犯罪被害者への心理的支援について司法専門家の意見を把握することとした。

- ① 弁護士の立場からみた犯罪被害者の心理的支援の現状についての把握。
- ② 司法領域から心理的支援機関（精神科医療機関やカウンセリング機関等）への継続支援の実態を把握。

## III. 研究の方法

### 1. 対象

兵庫県弁護士会犯罪被害者支援委員会の協力を得て、兵庫県弁護士会所属弁護士 492 名（男性 87.8%、女性 12.2%）を対象とした。

（倫理面への配慮）

調査に当たっては、兵庫県弁護士会犯罪被害者支援委員会で調査内容および倫理面での配慮等に関する検討を行った。対象者個人に対しては、調査票にて、研究趣旨・個人情報保護・研究協力同意確認等の説明を記載した。

### 2. 調査期間と方法

調査期間：2006 年 1 月 12 日～2 月 28 日

調査方法：無記名郵送法による質問紙調査

調査票内容：

- ① 過去 3 年間の犯罪被害者またはその遺族からの事件受任（または相談）の有無。

ここでいう受任とは、刑事・民事事件として案件を受けたものとした。また、「金銭的解決のみの事件を除く」と表記することで、より暴力犯罪被害に限定されるようにした。

### ② 受任した被害内容

精神医学的分類基準と法的分類基準との比較を可能にするために、『出来事チェックリスト』（CAPS：Clinician - Administered PTSD Scale for DSM-IV：PTSD 臨床診断面接尺度<sup>3)</sup>の中に含まれる強いストレスとなる出来事の経験の有無を評価するリスト）の項目を元に、一覧表を作成し、それぞれ、必要なものは致死と傷害に分けて記載することとした。

- ③ 関連機関への相談や支援の利用状況
- ④ 精神科医療機関への受診動機
- ⑤ 医療機関から発行された診断書の病名と件数（弁護士の手元にある書類をもとに）
- ⑥ 弁護士が心理的ケアを受けたほうが良いと判断したもの（件数と内容）
- ⑦ 心理的ケアや精神科的治療が必要な場合の紹介機関の有無
- ⑧ 治療が必要であると判断する症状
- ⑨ 相談や支援を行う上での困難点
- ⑩ 心理的ケアや精神科医療との連携について

以上の内容について、調査票を作成した。（資料 1）

なお、統計解析には SPSS for Windows ver.11.5 日本語版を使用した。

## IV. 結果

### 1. 対象者の属性

回収率 9.8%（492 名中 48 名）、有効回答数 47 名、うち男性 35 名（72.9%）、女性 11 名（22.9%）、回答なし 2 名（4.2%）であった。年齢層は、表 1 に示すとおりである。平均勤続年数 17.6±15.0 年（1 年～56 年）であった。

### 2. 犯罪被害内容

図 1 に示すように、DV による傷害が最も多く、凶器を用いた暴行・脅迫、強姦の順となっている。特に、DV による傷害と強制わいせつ

は、受任件数「多数」との記載があり、女性に対する暴力被害の取り扱い件数が多くなっている。

### 3. 治療が必要であると判断する症状

図2に示すように、自殺・抑うつ症状が上位にあり、不安・恐怖、PTSD3大症状の侵入症状、過覚醒症状、回避・麻痺症状が多くあげられている。

### 4. 受任した事件のうち、心理的ケアを受けたほうが良いと思われたケース

表2に示すように、DVによる傷害、強姦、ストーキング、殺人、暴行傷害、業務上過失傷害の順となっている。

### 5. 紹介できる治療機関が身近にあるかどうか

「心理的ケアや精神科的治療が必要と思われたときに、あなたが紹介する治療機関はありますか」という質問に対して、あり17名(36.2%)、ない30名(63.8%)であった。

また、「あり」と回答した者が紹介した治療機関は、精神科医療機関 11名(57.8%)、心理的ケア(カウンセリング)のみの機関 5名(26.3%)、その他(内科医など) 3名(15.8%)であった。紹介先機関の数は、表3に示すとおり、1ヶ所のみの者が多かった。

自由記述欄では、

- ・ 犯罪被害を取り扱ってくれる精神科医療機関が少ない。
- ・ 心理の方も精神科医も忙しそうでなかなか積極的に紹介できない。
- ・ 事務所の隣に精神科医がほしい。
- ・ 適切なカウンセラーや精神的医療の設備がきわめて少ない。担当した事件についてとくに痛切に感じる。
- ・ 紹介窓口があると助かる。
- ・ カウンセリング機関を知るためのネットワークがほしい。
- ・ 現実には精神的医療よりも心理的ケアについて、

より一層の充実と弁護士との連携が望まれる。心理的ケアの重要性について国、自治体その他の機関の認識の早急な改善が望まれる。

心理的ケアや精神科医療機関へのニーズはあるが、現実には充足していないことが指摘されている。

### 6. 実際に受けたケースで、関連機関を利用したもの

表4に示したように、DVケースでは、民間支援者団体の利用件数が多い。民間支援者団体では法廷付き添い等のケースも含まれており、弁護士と被害者支援センターなどの民間支援者団体との連携は比較的良く取れていると考えられる。

### 7. 精神科医療機関の受診動機

表5に示すように、自ら受診を希望するのはDVケースに多く見られる特徴となっている。しかし、少数ではあるがDVケースでも周囲からの勧めや、裁判上の必要性から受診するケースもみられる。また、強姦被害者では、ほとんどが周囲からの勧めや裁判上の必要性のいずれかがあった場合に受診となっており、性的被害者の特徴的な行動であると考えられる。

### 8. 診断書の病名と件数

弁護士の手元にある医療機関から発行された書類における診断名は、表6に示すとおりである。損害賠償請求等を取り扱うことの多い司法領域では、診断書の病名にはPTSDが多い現状にあると推測される。この診断名の割合は、精神科医療の中での割合とは大きく異なると考えられ、精神科医療と司法領域では、対象者層に違いがある可能性がある。この点については、今後、医療機関での比較調査が必要であろう。

### 9. 犯罪被害者事件の受任経験の有無による支援上の困難点の違い

犯罪被害者事件の取り扱い経験の有無と担当

者が感じている犯罪被害者への支援上の困難点とを比較したところ、 $\chi^2$ 検定の結果、「被害者の心理的ケアの知識不足」( $\chi^2(3)=6.946, .05 < p < .10$ )で有意傾向、「報酬に見合わない」( $\chi^2(4)=9.995, p < .05$ )は5%水準で有意であった。残差分析を行った結果、犯罪被害者事件を担当したことのない方は心理的ケアの知識不足を感じる傾向にあり、また、事件を担当している方は、その大変さに比して報酬が見合わないと感じていることが示された(表7)。

関係者の支援に必要な知識の獲得および負担感の減少のためには、今後何らかの対策が必要であると思われた。

#### 10. 治療紹介機関を持っているかどうかによる支援上の困難点の違い

心理的ケアが必要な状態の方に対して、紹介できる治療機関を持っているかどうかと犯罪被害者への支援上の困難点とを比較したところ、 $\chi^2$ 検定の結果、「精神医学的知識不足」( $\chi^2(3)=9.187, .p < .05$ )は5%水準で有意、「関心を持っている」( $\chi^2(4)=8.025, .05 < p < .10$ )は有意傾向であった(表8)。残差分析を行った結果、治療紹介機関を持っている方は、精神科的知識をある程度獲得している自負があり、かつ、犯罪被害者への関心も高い傾向が示された。

ケースを治療機関に紹介することに伴い、精神科医との情報交換がなされた結果とも推測される。

#### 11. 心理的ケアや精神科医療との連携について 自由記述欄に以下のものがあつた。

##### (専門知識の必要性)

- ・ 犯罪被害者と接する場合、聞き役を努めることは何とかできるだろうが、解決の方向を見出すためには、心理的ケア・精神科医療等の知識が必要であり、その方面の専門家との連携は当然要請される。
- ・ 我々自身が個々に知識を得るため勉強するこ

とも大切。

- ・ 精神科医師による研修。
  - ・ 性的被害に対する裁判所の理解が遅れていると感じる。研修会、交流会等が必要。
- (ネットワークや連携)
- ・ 専門家・専門医をすぐに紹介できるよう、弁護士会とのネットワークを構築することも大切だと思う。
  - ・ 精神科医療の諸機関も相互にネットワークを構築して緊急の場合にすぐに受診ができるようなシステムがあれば有難い。
  - ・ 連携のためのネットワークづくりがまず先決。どこが音頭をとってネットワークづくりをするか検討すべき。
  - ・ 裁判所の求める意見書を書いて頂ける機関、医師が限られているように思う。医療の側での支援体制を求めたい。
  - ・ 弁護士会と医療機関の連携が必要。
  - ・ 弁護士と心理的カウンセラー(例えば臨床心理の充実)とより一層の連携。

##### (支援体制づくり)

- ・ 被害者に対する情報提供の場を拡張することが大切だと思う。例えば、弁護士からはもちろん、警察や検察庁からも支援団体を紹介するなど。
- ・ 手軽に駆け込み相談ができる場所・機関が存在することが大事。市や区の庁舎で法律相談・行政相談等の行事が設けられているが、さしあたってそのような相談、いわば悩み事相談ができる場所を考えられないか。
- ・ 気軽に相談のできる常設機関の設置が有効と考える。
- ・ 相談者にとって、一つの所に相談に行けば、具体的な中身にふみこんで相談できるのか、いかなる支援を受けられるのかを分かりやすくする必要がある。そのための相談ネットワークが必要である。
- ・ 犯罪被害者の相談アクセスの整備。

- ・ シェルター、警察等関係諸機関と精神医療施設との連携が必要だと思う。
- ・ 各地域に兵庫県こころのケアセンターと同様の専門機関が必要。

#### (被害者への情報提供)

- ・ 犯罪被害者の不要な不安を解消するための情報提供の必要性。きちんと説明がなされるべき。
- ・ 軽微と思われる事件でも「被害者支援のパンフはどんな軽微事件でも必ず渡す」等、捜査当初からの支援がのぞましい。
- ・ ケアの機会の提供。
- ・ 被害者の刑事裁判への参加。

#### (経済的支援)

- ・ 被害補償をうけられないために、経済的に苦境にたたされるケースが多い。経済的にバックアップする支援が必要。
- ・ カウンセリングの費用のサポート。
- ・ 刑事被告人については、現在国費で国際弁護士が付されている。しかるに犯罪被害者については、資力の乏しい人もいるのであるから、国選で弁護士をつけ、加害者に対する損害賠償等を請求できる制度をつくるべきである。
- ・ 支援にたずさわる方々への報酬、実費を国及び自治体で行うなどの支援。
- ・ 行政による物心両面の支援。

#### (支援者への支援)

- ・ 被害者の対応に対して、こちらがふりまわされることや、精神的に消耗すると感じる人が多い。被害者を支援していきたいと思うが、応対する方の精神的疲労をどうやって回避していくかについて、もっと啓発すべきだと考える。現在の取り組みは、この点についてあまりに無防備と感じている。特に、行政の女性相談員らの待遇を見ていると、応対する側の精神衛生に対して、全くといってよいほど配慮がないのには、危険さえ感じる。精

神的に問題をかかえている犯罪被害者の心理状態、それに対する対応方法について、科学的医療的知識がないままに支援することは、支援者側の健康に対して危険を及ぼすことにもなりかねない。支援の前提として、支援者側の精神衛生に対する啓発は不可欠と考えている。

#### (注意警鐘)

- ・ 最近では精神的ダメージ等につき過剰な報道がなされ、精神的な疾患をもっていない人まで自己暗示にかかっている人が出てきている。素人が精神医学について中途半端な知識を持つとかえって、誤った結論を導くことになる。社会全体がもう少し冷静に対応していくべきと思う。
- ・ 被害者の援助＝犯罪者への制裁という風潮には注意が必要。
- ・ 犯罪被害者を支援することと、刑事弁護との関係を明確にし、その理解を広める取り組みが必要だと思う。

## V. 考 察

### 1. 弁護士業務での支援と心理的支援機関や医療機関との連携

被害者に対する弁護士から他の心理的支援機関への紹介経路は、自由記述での意見にあるように、まだまだ体制整備が不十分であることが指摘されている。専門家とのネットワークづくりの必要性については今後の課題と思われた。

また、調査結果(表7、表8)にも示されたように、関係者の支援に必要な知識の獲得については、今後の課題と思われた。犯罪被害者の支援過程には、様々な精神状態を経過することが知られており<sup>15)</sup><sup>17)</sup>、裁判等の一連の経過中に精神的治療を要するレベルに至るケースも存在している可能性がある。精神科領域の専門家と司法領域の専門家との連携を図ることで、支援に必要な知