

図 2：被害者に関わることについての意識

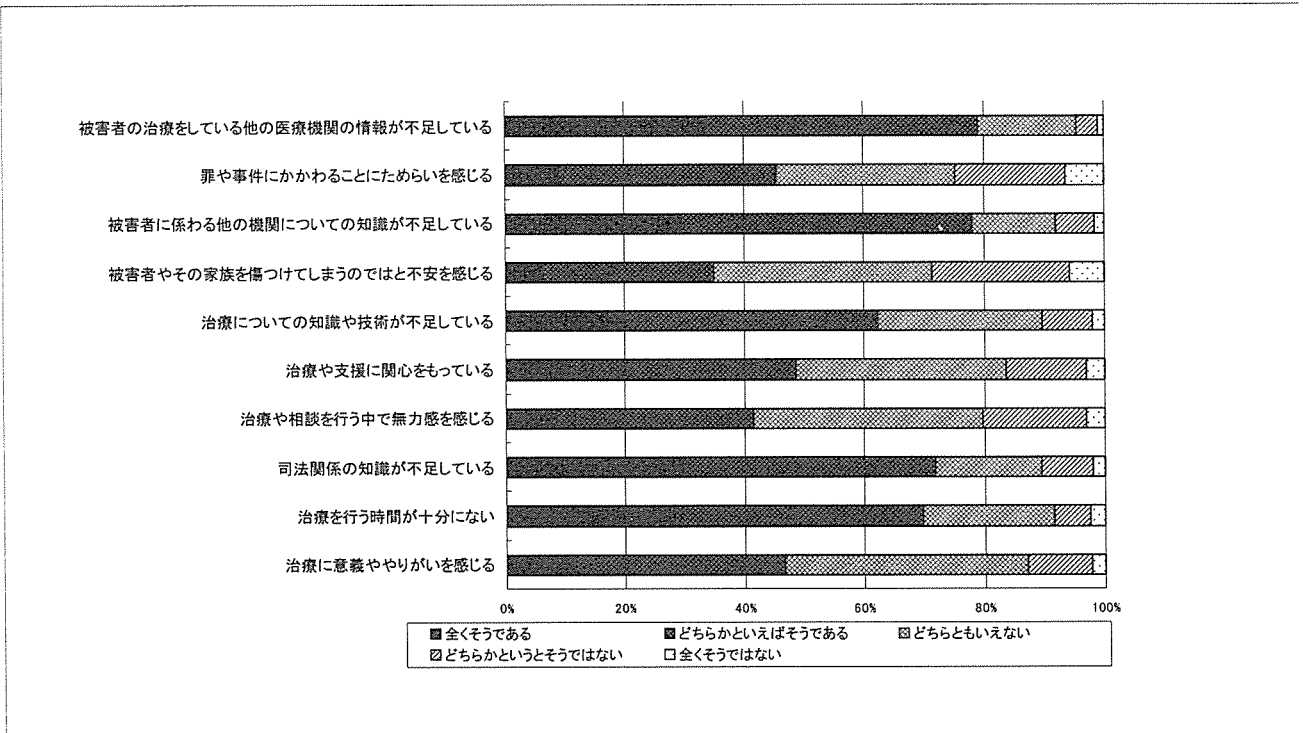
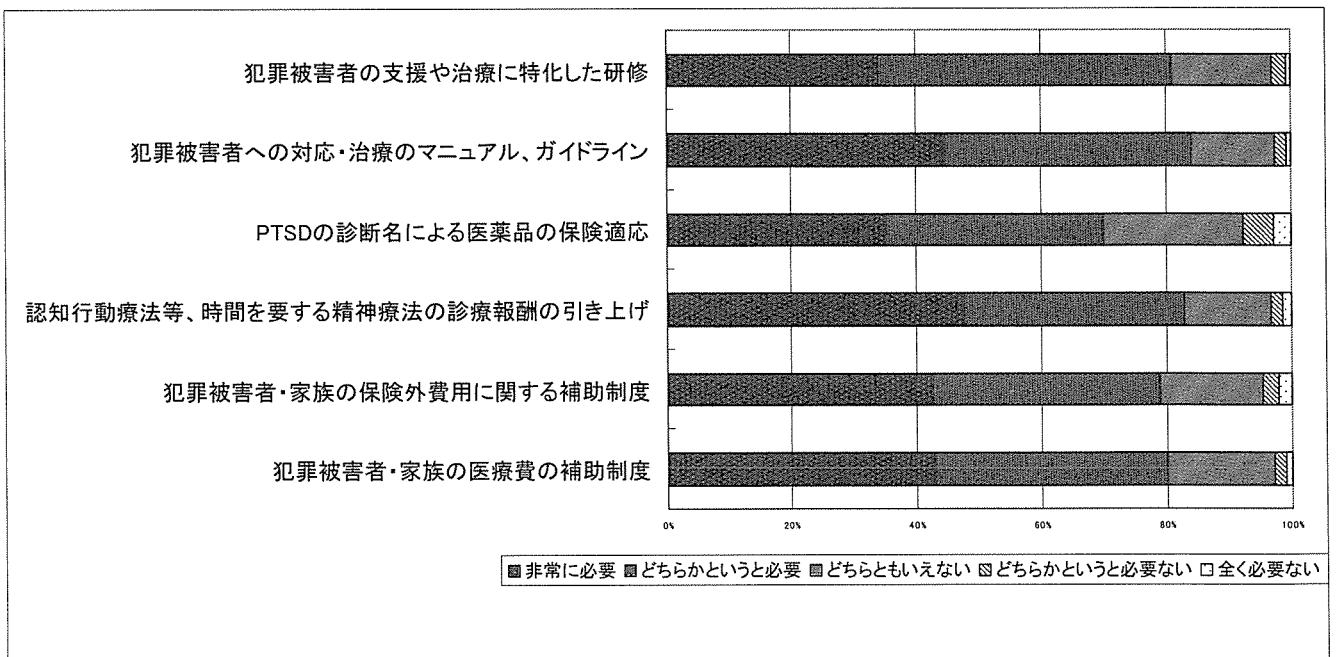


図 3：被害者の診療を推進するための必要事項



### 3-2.平成 17 年度に診療経験がある群とない群の比較

被害者の診療を行っている医療機関の特徴を把握するために、平成 17 年度に被害者の診療をした経験のある群とない群の比較を行った（表 9）。平成 17 年度に診療経験のある群はそうでない群と比較して、単科精神科病院の割合が低く、診療所の割合が高かった。また、心療内科を標榜している機関の割合が多かった。さらに、回答者の平成 17 年度の平均外来担当患者数は、平成 17 年度に診療経験がある群はない群と比較して有意に多かった。勤務地域には差が見られなかった。

表 9：平成 17 年度の被害者の診療経験有無による医療機関の比較

	H17 年度の診療経験		有意 確率
	あり (n=419)	なし (n=409)	
医療機関形態			
病院(精神科単科)	116(27.7)	204(49.9)	
病院(上記以外)	71(16.9)	71(17.4)	0.000
診療所	232(55.4)	134(32.8)	
標榜科			
精神科標榜なし	8(1.9)	2(0.5)	0.058
標榜あり	411(98.1)	407(99.5)	
心療内科標榜なし	228(54.4)	311(76.0)	0.000
標榜あり	191(45.6)	98(24.0)	
外来担当患者数			
～100 人	40(9.6)	95(23.4)	
101～200 人	60(14.4)	94(23.2)	
201～300 人	72(17.2)	65(16.0)	0.000
301～400 人	45(10.8)	49(12.1)	
401 人～	201(48.1)	103(25.4)	

勤務医療機関形態、診療科は  $\chi^2$  検定

外来担当患者数は Mann-Whitney 検定

### 3-3.これまでに診療経験がある群とない群の比較

被害者の診療経験がある医師の特徴を明らかにするために、平成 17 年度に被害者の診療経験がある、とした回答者と平成 17 年度に限らなければ診療した経験があるとした回答者と、これまでに診療経験がないとした回答者の比較を行った（表 10）。

診療経験と有意に関連する因子として、性別、被害者に関連した施設での勤務経験、PTSD や犯罪被害者の研修やワークショップへの参加経験、JSTSS への登録、被害者に関わる他の機関（警察、児童虐待相談機関、配偶者暴力相談機関、民間被害者支援団体）があげられた。

表 10：被害者の診療経験有無による医師の特性の比較

	これまでの診療経験		有意 確率
	あり (n=567)	なし (n=261)	
性別			
男性	465(82.0)	247(94.6)	0.000
女性	102(18.0)	14(5.4)	
年齢	51.2±10.8	52.4±13.2	0.191
臨床経験年数	23.4±10.7	24.4±10.7	0.304
関連施設での勤務	140(24.7)	29(11.1)	0.000
研修へ参加経験	214(38.0)	349(11.5)	0.000
JSTSS の会員	21(3.7)	1(0.4)	0.002
他機関との連携			
警察	121(22.8)	24(9.8)	0.000
児童虐待相談機関	160(30.1)	11(4.5)	0.000
配偶者暴力相談	123(23.2)	2(1.6)	0.000
民間被害者支援	44(8.3)	0(0)	0.000

年齢・臨床経験年数については t 検定、平均外来担当患者数は Mann-Whitney 検定、それ以外は  $\chi^2$  検定または Fisher の直接確率検定、

### 3-4.平成 17 年度診療した被害者の数と各因子の関係

被害者を多く診ている医療機関の特徴を明らかにするために、平成 17 年度に被害者の診療をしたと回答した人 (n=419) が診療した被害者数の合計と医療機関の特性の関係を調査した。医療機関の形態、標榜科、勤務地域によって診療した被害者の合計数に有意差はなかった。

次に、被害者を多く診ている精神科医の特徴を明らかにするために、平成 17 年度に被害者の診療をしたと回答した人 (n=419) が診療した被害者数の合計と各因子の関係を調査した (表 11)。診療した被害者の合計数と関連のある因子として、平均外来担当患者数、被害者に関連した施設での勤務経験、PTSD や犯罪被害者に関連した研修やワークショップへの参加、警察・児童虐待相談機関・配偶者暴力相談機関・民間被害者支援団体との連携、司法的関与の経験があげられた。

### 3-5.診療経験と被害者に関わることへの意識

これまで被害者の診療経験がある人となない人で被害者に関わることに対する意識を比較した。診療した経験のない人は経験のある人と比較して、より「治療について知識や技術が不足している」「被害者やその家族を傷つけてしまうのではないかと不安を感じる」「被害者に関わる他の機関の知識が不足している」(以上  $p < 0.01$ )「犯罪や事件に関わることにためらいを感じる」( $p < 0.05$ )と感じており、また、より治療に意義ややりがいを感じておらず、治療や支援に関心をもっていない傾向にある ( $p < 0.01$ ) ことがわかった。

表 11: 診療した被害者数合計と各因子の関係

		n	診療人数 平均(SD)	有意 確率
性別	男性	333	4.8(8.2)	0.603
	女性	75	5.3(5.6)	
平均外来担当患者数				
～100 人		39	2.8(2.6)	0.001
101～200 人		59	3.6(5.3)	
201～300 人		69	4.7(7.1)	
301 人～400 人		44	3.6(3.3)	
401 人～		196	6.1(9.7)	
関連施設での勤務				
経験有		110	6.8(9.1)	0.007
経験無		298	4.2(7.1)	
研修への参加有				
有		165	6.2(10.2)	0.010
無		240	4.0(5.4)	
他機関との連携				
警察	有	96	7.9(13.2)	0.004
	無	290	3.9(4.7)	
児童虐待相談機関有				
有		136	7.3(9.1)	0.000
無		250	3.6(6.9)	
配偶者暴力相談機関有				
有		103	6.8(7.9)	0.003
無		283	4.1(7.8)	
民間被害者支援団体有				
有		38	12.1(12.5)	0.000
無		348	4.1(6.8)	
司法的関与の経験有				
有		247	5.9(9.2)	0.000
無		142	3.0(3.3)	

外来担当患者数は Kruskal-Willis 検定, 他は t 検定, n.s. : no significant, \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$

### 3-6. 被害体験を尋ねることに関わる因子

被害体験が疑われるが自らは被害について話さない患者に会った際に、被害体験があるか自ら尋ねた経験が「よくあった」群を積極確認群、「ときどきあった」群を消極確認群、「なか

った」を未確認群とし、各因子との関連を分析した。回答者の属性や研修の経験、勤務経験、司法的関与の経験、他機関との連携の有無と有意な関連はみられなかった。

未確認群は他の群と比較して、また消極確認群は積極確認群と比較してより「司法的知識が不足している」「被害者やその家族を傷つけてしまうのではないかと不安」(以上  $p < 0.05$ )「治療についての知識や技術が不足している」「被害者に関わるほかの機関の知識が不足している」「犯罪や事件に関わることにためらいを感じる」(以上  $p < 0.01$ ) 傾向にあった。また、積極確認群は他の群と比較して、より「治療に意義ややりがいを感じている」「治療や支援に関心をもっている」(以上  $p < 0.01$ ) 傾向にあった。

### 3-7. 被害体験がある患者への治療方針に関わる因子

被害体験があると患者が認めた場合の対処法として「被害体験に焦点をあてて治療を継続する」群を積極治療群、「被害体験には焦点を当てず治療を継続する」群を消極治療群、「自らは治療しない(専門家に紹介するなど)」群を治療中断群とし、各因子の関連を分析した。回答者の属性や研修の経験、勤務経験、司法的関与の経験、他機関との連携の有無と有意な関連はみられなかった。

意識調査においては、治療中断群は他の群と比較して、また消極治療群は積極治療群と比較して、より「治療を行う時間が十分でない」「治療や相談を行うなかで無力感を感じる」「治療についての知識や技術が不足している」(以上  $p < 0.05$ )、「司法関係の知識が不足している」「被害者に関わるほかの機関の知識が不足している」「犯罪や事件に関わることにためらいを感じる」(以上  $p < 0.01$ ) 傾向にあった。積極治療群

は他の群と比較して、より「治療や支援に関心をもっている」( $p < 0.05$ )「治療に意義ややりがいを感じる」( $p < 0.01$ ) 傾向にあった。

### 3-8. 被害者の診療経験者が治療に必要性を感じている事項

これまで被害者の診療経験がある人とならない人で、今後被害者の治療を推進するために必要と思われる事項を比較した。診療経験のある人はそうでない人と比較して、より「犯罪被害者・家族への保険外治療費に関する補助制度」「認知行動療法等時間を要する精神療法の診療報酬の引き上げ」(以上  $p < 0.05$ ) を感じていた。

### 3-9. 研修経験と被害者に関わることの意識

これまで PTSD や犯罪被害者に関連した研修やワークショップへ参加したことがある(研修経験がある)人とならない人で、被害者に関わることへの意識を比較した。研修経験がある人はそうでない人と比較して、より「治療に意義ややりがいを感じている」「治療や支援に関心をもっている」と回答していた ( $p < 0.01$ )。また、研修経験のない人は、より「司法関係の知識が不足している」「治療について知識や技術が不足している」「被害者に関わる他の機関の情報が不足している」「犯罪や事件に関わることにためらいを感じる」「被害者の治療をしているほかの医療機関の情報が不足している」(以上  $p < 0.01$ )、「被害者やその家族を傷つけてしまうのではないかと不安を感じる」( $p < 0.05$ ) と感じていた。

## 4. 考察

### 4-1. 本調査の位置づけ

後藤<sup>1)</sup>は、外傷体験者における治療ニーズに関して文献レビューを行い、help-seeking に関して被害者を4つのグループに分けた(引用表)。

引用表：症状・援助・治療ニーズの自覚による被害者の分類（後藤，2006）<sup>1)</sup>

	PTSD 関連症状	help-seeking	治療ニーズ自覚
①	症状なし	しない	認めない
②	症状あり	する	認める
③	症状あり	しない	認める
④	症状あり	しない	認めない

今回調査は、精神科医療機関を受診する群、つまり②の群がどのような医療機関を受診するのかという特徴を医療機関側の調査から明らかにしたといえる。②の部分の現状を把握することで、②への対応をより適切に行うために必要な事項を検討することが可能となり、また治療ニーズがあるものの受診しない③の群が、より受診しやすい状況を作り出すために必要な事項が明らかにされる可能性がある。

#### 4-2.被害者の診療と法的な問題への関与の実態

被害者の診療経験がある精神科医は、平成17年度の1年間であれば約半数、平成17年度に限らなければ約7割であった。また、診療経験がある人の約半数に法的問題への関与の経験があり、受診する被害者の被害内容としては配偶者間暴力、性暴力被害者が比較的多いことがわかった。これらのことより、精神科医療機関の外來において被害者に会うことは、数は少ないが、稀ではなく、いずれの機関においても被害者が受診した際に適切に対応できるような準備が必要であるといえる。

また、7割以上の回答者が、被害者に関わる他の機関の知識不足、被害者の治療を行っている医療機関の情報不足、司法関連の知識の不足を感じ、6割以上の回答者が治療に関する知識や技術の不足を感じていた。

つまり、多くの精神科医が被害者の診療に必

要な知識や情報が不足している、との実感を持っているのにも関わらず、被害者を診療する機会は決して稀ではなく、治療や法的な問題へ関与することが求められている現状が明らかになった。

#### 4-3.被害者の診療経験と診療数に関与する因子

本調査により、外來患者数が多い機関、診療所や心療内科を標榜する機関では、被害者がより受診していることが明らかになった。これらの因子は犯罪被害者の診療を促進している因子と考えることができる。外來患者数に関しては、診療した被害者数と外來患者数が関連していることから、外來患者の一定割合に被害者が含まれている可能性があると考えられる。また、診療所や心療内科を標榜している機関については、外來患者数が多いという影響の他に、狭義の精神病治療を行っているイメージが少なく、不安障害や気分障害などが出現することが多い被害者であっても受診しやすいことが推測される。

被害者を診療している精神科医は、より治療や支援に関心ややりがいを感じており、医療機関以外で被害者に関わる活動（PTSDや犯罪被害者に関する研修会やワークショップへの参加、被害者に関わる機関での勤務経験、JSTSSへの登録）を行っていた。これらの因子もやはり犯罪被害者の診療を促進している因子と考えることができる。この関連には2つの可能性が考えられる。まず、ひとつめとしては一部のモチベーションの高い精神科医が被害者に関わっている可能性である。被害者の診療を行った人の約8割は年間5人以下の診療であったが、一部それ以上、中には数十人の診療を行っている人がおり、これらの回答者は積極的に関与を行っていると推測される。ふたつめとしては、診療や

医療機関以外での活動を行ったことで被害者への関心ややりがいを持った可能性が考えられる。この場合、被害者に実際に関わる機会があれば、より被害者に関わる知識や情報などを獲得しようという意識が変化する可能性があることを示唆している。さらに、被害者に関わる他機関との連携を持っている医師は、より被害者の診療を行っていた。このことは、被害者の診療のなかで他機関との連携が必要となり連携を持つことと、他機関が被害者の医療機関受診の窓口となるという二つの可能性が考えられた。

#### 4-4.被害者の診療の積極性に関わる因子

##### ー特にスクリーニング、治療方針の観点から

被害者の診療経験がない人は、より治療の知識・技術不足、被害者に関わる他の機関の知識不足を感じていた。こういった知識や情報の不足感が被害者への関与を消極的にしている一因と考えられる。

被害者を被害者として認識するには、その被害体験を認識することが前提となる。Kelliら<sup>2)</sup>は、医療機関がDV (domestic violence) 被害者を発見して治療する場であるにもかかわらず、そのスクリーニングの割合が低いことを指摘している。この報告では、一般医にスクリーニングに関する実態調査を行い、その実施にはDVに関する教育を受けた経験、DVの支援サービスについての知識、対応できるかどうかの主観的な能力などが関連しているとされている。これと同様、被害者を診療したことがないとした回答者のなかには、被害者が受診してもスクリーニングを行わないため、被害者を被害者として認識していない人が含まれている可能性がある。

本調査の結果では、被害者をスクリーニングするかどうかには、医療機関以外で被害者に関

わる活動の有無や他機関との連携の有無とは関連がなく、被害者に関わる意識のみと関連していた。つまり関与に興味ややりがいを感じている回答者は積極的にスクリーニングを行っている一方で、診療や支援を行うために必要な知識や情報が不足していると感じている人はスクリーニングを行わない傾向にあった。また、被害者について患者に尋ねない理由としては、尋ねることで症状が増悪する、患者が傷つくと、尋ねたときの患者の反応への不安を感じている人が3割、尋ねてもその後の対処がわからないと回答した人が2割存在した。これらのことは、Kelliら<sup>2)</sup>の報告と共通するところであり、被害者に対応することができるという感覚の乏しさが、スクリーニングを消極的にしている現状が明らかになったといえる。

2005年の犯罪被害実態(暗数)調査<sup>3)</sup>では、性的暴行は事件の重大性の認識が高いにもかかわらず、申告率が低いという報告がなされているが、これと同様のことが診療場面でも起こることは容易に推測される。具体的には被害後に不眠や抑うつなどといった精神症状を主訴に医療機関を受診していても、被害については自ら話さない場合である。性暴力被害後には恥辱感や自責感が出現する<sup>4)</sup>が、このような被害者によくみられる心理的な反応が、被害について自ら語ることを妨げている場合もあると考えられる。他方、診療を行う精神科医は、病態を正確に理解したうえで治療を行い、加えて必要な支援を提供するために、患者の被害体験について把握しておく必要があるだろう。

また、スクリーニングに加えて、被害者が被害体験を認めた場合の治療が適切に行われることも重要である。被害体験を治療の中で扱う場合には、聞く側の聞く力が必要であると指摘される<sup>5)</sup>。被害体験について焦点を当てて適切に

治療を行うには、そのための知識と技術が必要であるということである。本調査では、患者が被害体験を認めた場合に、被害体験について焦点を当てないで治療を継続する人は6割ほど存在した。診療や支援を行うために必要な知識や技術、情報が不足していると感じている人は、被害体験を積極的に扱わない傾向が明らかになり、これが関与を消極的にしている一因といえる。これは、治療の知識や技術、情報が獲得されることで、治療方針が変わる可能性を示唆している。

また、治療を消極的にすることと関連するものとして、治療を行う時間が十分でないことがあげられた。被害体験に焦点を当てて治療を行うということを短時間で行うことは困難であり、ここには多忙な日常診療の中で適切に被害者の治療を行うことの物理的な困難さが現れているといえるだろう。さらに、治療や相談を行うなかで無力感を感じることも、治療に消極的になる要素のひとつであることが明らかになった。実際、被害者の治療は長期にわたることが多く、治療者の代理受傷や治療者の burn out<sup>5)</sup>も問題として指摘されている。今後被害者の診療をより積極的にするためにはこのような問題への対策も必要になると考えられる。

治療方針の質問では、3%の人は自ら治療を行わず専門家へ紹介するという回答をしている。治療には知識や技術が必要であることを考えると、積極的に治療を行っている機関へ紹介を行うということも選択されるべき対応のひとつであると考えられる。この場合に必要になるのは、最初に受診した医療機関においてスクリーニングを行うことと、治療を行う医療機関の存在、そして機関同士での連携ということになるだろう。

#### 4-5. 今後被害者の診療を積極的に・適切に行うために必要な事項

以上のことより、今後被害者の診療をより適切に、より積極的にすすめるために必要なことについて提言を行う。これまでの結果から、現状としては多くの精神科医は日常診療の中で受診してきた被害者の診療を行っているが、積極的に関与を行っているのは一部の精神科医であることがわかった。このことより、今後被害者への的確な対応をすすめるためには、①被害者診療を行っていないことに関連している因子を改善すること、②現在被害者に関わっている精神科医が必要を感じている点について改善することの2つの視点が必要と考えられる。

まず①について取り上げる。現状では、多くの精神科医が治療に関する知識・技術不足、被害者に関わる他の機関の情報不足、司法関連の知識不足を感じていた。しかし、研修やワークショップへの参加経験のある人は、これらの不足感をより感じていない傾向にあった。このことより、研修やワークショップの機会が知識や情報の不足を解消して、より積極的に被害者に関わる一因となる可能性がある。このことより、精神科医が参加する機会を増加させる、医学教育の中で被害者について取り上げることなどが有用であると考えられる。ここで獲得されるべき知識や情報としては、受診される被害内容として多い、配偶者間暴力や性暴力被害について優先されることが必要である。被害者に関わると法的な問題へ関与する機会も生じるため、例えばDV防止法や性被害に関する届出などについての必要最低限の法的な知識が必要となるだろう。また、児童虐待の通告や配偶者間暴力の通報など、児童相談所や配偶者暴力相談機関の機能を含めて情報が提供される必要がある。同様に、他の被害についてもそれぞれ関わる法規

や機関が異なるため、これらについて知識や情報を得る機会が必要となる。

また、他機関との連携をもつことでより被害者の診療が促進され、役割分担がなされた適切な支援ができると考えられる。しかし、現時点では回答者の約8割が被害者に関わる他機関の情報不足を感じている。今後連携を進めるには、他機関の情報不足を解消することと、実践的な連携のモデルが必要と考えられる。また、今回調査では連携の内容は詳細には明らかにならなかったため、今後は連携を進めるために必要な事項を明らかにするさらなる調査が必要と考えられる。

さらに、以上のような対策が、被害者がより受診する機関（心療内科や診療所、外来患者数が多い機関）で、積極的にすすめられることにより、受診した被害者が適切な診療を受ける機会が増加すると考えられる。

次に②について取り上げる。現在、被害者を診療している精神科医は「犯罪被害者・家族への保険外治療費に関する補助制度」「認知行動療法等時間を要する精神療法の診療報酬の引き上げ」と感じていることがわかった。これらはいずれも経済的な問題である。被害者の治療として代表的なものとして、カウンセリングや認知行動療法があげられる。しかし、短時間で症状改善は困難であり治療が長期に及ぶことも稀でない。被害体験に焦点を当てることに消極的になることと関連して時間不足が上げられており、これと共通する。今後、被害者診療に伴った経済的問題への対策が進められることで、被害者の診療がより積極的になる可能性がある。

最後に、診療を行う中で生じてくる burn out や代理受傷といった、治療者側の精神的な負担についても対策が講じられる必要があると考えられた。

#### 4-6.調査の限界

本調査の限界としてはまず対象者の選択の問題がある。個人情報を入力することが困難であったため、アンケート用紙は一般に公開されている精神科医療機関に調査票を発送した。送付先は精神科病院協会など主な団体に所属する精神科医療機関であり、全国の精神科医療機関の多くが網羅されていると考えられる。しかし、医療機関の医局長宛としており無作為性は確保されていない。次に回収率の問題がある。回収率が約3割にとどまり、また本調査の内容に関心のある回答者が返信している可能性があり、結果が対象全体の結果を反映していない可能性がある。

#### 5. まとめ

全国の精神科医療機関の医局長宛に調査票を送付した結果、回答者の約半数が平成17年度に被害者の診療を行っており、回答者の約7割がこれまで被害者の診療を行った経験を有していた。被害者の診療経験がある人の半数以上に法的な問題に関与した経験があることがわかった。また、一部の精神科医は多くの被害者を診療しており、被害者の診療をより積極的に行っている群が存在することが推測された。

#### 6. 文献

- 1) 後藤豊実：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)；12-23, 2006.
- 2) Kelli J W, Dean V C, et al. : Screening for Domestic Violence : Practice Patterns , Knowledge, and Attitudes of Physicians in Arizona. Southern Medical Journal 97(11) ; 1049-1054, 2004.
- 3) 法務総合研究所：第2回犯罪被害実態（暗



数) 調査. 2005.

4) Burgess AW, Holmstrom L H : Rape Trauma Syndrome. Am J Psychiatry 131(9) ; 981-986, 1974.

5) 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.じほう, 2006.

## 7. 健康危険情報

特記すべきことなし

## 8. 研究発表

1)中島聡美, 白井明美: 犯罪被害者の精神的被害の実態と医療現場における支援のあり方. 第41回日本アルコール薬物医学会総会, 京都, 2006.7.27

2)橋爪きょう子, 辰野文理, 中島聡美, 中谷陽二, 小西聖子: 精神科医療機関における犯罪被害者への診療の実態. 第6回日本トラウマティック・ストレス学会, 東京, 2007.3.9

## 9. 論文発表

中島聡美: 犯罪被害者支援と医療. 心と社会 125, pp70-74, 2006.

## 10. 学会発表

1)橋爪きょう子, 小西聖子, 中谷陽二: 被害者のPTSD 鑑定—多要因による病態形成. 第2回司法精神医学会, 東京, 2006.

2)橋爪きょう子, 小西聖子, 中谷陽二: 殺人未遂を行ったDV被害者の一鑑定例. 第6回日本トラウマティック・ストレス学会, 東京, 2007.3.9

## 11. 知的財産権の出願・登録状況

なし

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 中島聡美 国立精神・神経センター 精神保健研究所  
小西聖子 武蔵野大学 人間関係学部  
辰野文理 国士舘大学 法学部  
研究協力者 白井明美 国立精神・神経センター 精神保健研究所  
真木佐知子 国立精神・神経センター 精神保健研究所  
堀口逸子 順天堂大学医学部 公衆衛生学教室  
金吉晴 国立精神・神経センター 精神保健研究所

研究主旨

犯罪被害者の精神健康にかかわる因子を明らかにするために、犯罪被害者当事者の会に所属する被害者（275名）とその家族を対象に、郵送による自記式のアンケート調査を行った。193人から回答を得た（配布数に対する回収率 26.3%、会員からの回収率 53.1%）。対象者は、女性が 67.6%、平均年齢 52.1 歳であった。被害からの平均経過月数は 93.6 ヶ月であった。記載者の被害体験は、被害者本人が 25 人（13.3%）、致死ではない被害者の家族 18 人（9.6%）、遺族 151 人（80.3%）と遺族が多かった（複数回答）。罪種は殺人等故意の犯罪による致死が最も多く（70.7%）、ついで傷害等故意の犯罪による負傷（15.4%）であった。気分障害および不安障害のハイリスクとされる K10 のカットオフ値（25 点）以上のもの（K10 高得点群）の割合は、全体で 76 人（40.9%）であった。K10 高得点群の割合は、被害者本人が最も高く（68.4%）、ついで遺族（41.5%）、家族（16.5%）であった（ $p < 0.01$ ）。K10 の高得点群に有意に関連のあった項目は、女性、裁判における意見陳述の経験、被害時の強い恐怖と戦慄、主観的健康の不良、事件から調査時点までの 2 週間以上の精神的不調と精神科医療機関の受診、主観的二次被害得点の高さであった。本調査の結果からは、犯罪被害者の精神健康を改善するためには、上記にあげられた因子を踏まえた介入を行うことが必要であるといえる。しかし、これらの因子が精神健康に直接関連しているのか、あるいは他の因子を介して影響しているのかは明らかではない。この点については、被害者を対象とした面接調査によって明らかにしていく予定である。また、本調査では、対象者の偏りの課題があり、精神疾患の有病率等について明らかにすることはできなかった。それについては本調査の結果をもとに、今後、より偏りの少ないサンプリングの手法に基づいた大規模な犯罪被害者の精神健康についての実態調査を検討していくことが必要である。

## A. 研究の背景と目的

2005年に施行された犯罪被害者等基本法では、被害者等（犯罪被害者およびその遺族、本研究では以下犯罪被害者等）の精神的被害の回復を国や地方公共団体、国民の責務として定めている。これらの施策の実施のためには、回復のために有効な支援の推進を検討することが求められている。そのためには、以下の4点における研究が必要である。

- ① 犯罪被害者等の精神健康の実態の把握
- ② 精神健康の回復を妨げる要因あるいは、回復を促進する要因の分析
- ③ 現在のメンタルヘルスサービスの利用状況の把握
- ④ 現在利用されているメンタルヘルスサービスの有効性の評価

①の精神健康の実態について、国外では一般住民を対象にした大規模実態調査が行われ、犯罪の被害者や遺族において精神疾患の有病率が高いことが示されている<sup>3; 16; 26</sup>。日本では今まで、犯罪被害者等の精神健康の実態について、警察庁や法務省の研究（警察庁による犯罪被害者実態調査<sup>21;10;11</sup>、国際犯罪被害実態調査<sup>9 12</sup>）や個々の研究者による研究（性暴力被害者<sup>8</sup>、交通事故遺族<sup>31</sup>、自助グループの遺族<sup>27</sup>等）などが行われてきた。しかし省庁によるものは、主に刑事司法関係機関が主体となった調査であるため、精神疾患の有病率、障害の程度などの医療情報が不足している。また個々の医療関係者による調査では、対象者数も少なく、特定の医療機関の受診者であるなど対象が限られ一般化しにくい。またPTSD（外傷後ストレス障害）に焦点を当てたものが多く、精神疾患全般の有病率の報告がないことや、社会生活機能レベルまで含めた包括的な研究は乏しいこと等が問題であ

った。

上記の先行研究の結果を踏まえ、今後国内における研究の方向性として必要なのは以下の2点である。一つは無作為抽出した一般住民を対象に、犯罪被害の体験率および被害による精神疾患の有病率を評価するための疫学調査である。もう一つは、被害後の回復および増悪要因を探索するために、PTSDだけではなく気分障害やPTSD以外の不安障害、アルコール・薬物関連障害、また遺族にみられる複雑性悲嘆などを含む精神健康全般を指標として、被害前・被害時・被害後の様々な心理社会的要因がどのように影響するかを明らかにする犯罪被害者コホートを対象にした観察的横断及び縦断研究である。

本研究では、被害者の支援プログラムの構築を行うため、精神健康に関連する要因を明らかにする方向性で研究を検討した。最初の段階として、国内の抽出可能な犯罪被害者等をリクルートし、その母集団における被害状況および精神保健に関する横断調査を実施することとした。今年度は、国内の被害者当事者団体を通じて募集した犯罪被害者・被害者家族・被害者遺族を対象に精神健康や社会生活機能、医療機関の受療状況などを明らかにするための質問紙調査を行い、次年度にこの結果をもとに特に被害後長期の精神健康の悪化に関連する因子を明確にするための面接調査を実施するものである。

本研究の結果により、犯罪被害者の精神健康に関連する因子、特に被害後に起る出来事との関連が明らかになることで、実証に基づいた被害者の支援プログラムを構築することが可能になると思われる。

## B. 研究方法

### 1. 調査対象と調査方法

研究デザインは、観察的横断研究である。対

象となる犯罪被害者のリクルートには、日本全国に会員のいる被害者当事者団体に協力を依頼した。会員数は総数 275 名であり、被害者本人が 56 名、被害者の家族・遺族が 219 名の団体である。会員数の多い被害者当事者団体であることと、一定の地域に偏っていないこと、従来あまり調査されてこなかった身体暴力の被害者や殺人の遺族が多いことからこの団体に協力を依頼した。

調査対象者は、この団体の会員と会員の家族で、18 歳以上の犯罪被害者およびその家族と遺族（被害者本人からみて 2 親等以内の親族）とした。調査にあたり、当事者団体に調査趣旨を説明し、調査実施の承認を得た。

当事者団体を通して、その会員と家族に自記式の質問票を郵送にて送付、回収を行った。調査時期は、2006 年 10 月 20 日から 11 月 22 日である。調査票は会員とその家族分をあわせて 3 通郵送しており、配布数は 735 部であった。返送数は 193 通で、会員の回収率は 53.1%、全体の回収率は 26.3%であった。

## 2. 調査項目

### 1) 社会人口学的項目

年齢、性別、会員の有無、家族構成、配偶者の有無、教育歴、就労状況を尋ねた。これらの項目は、国民生活基礎調査の項目を参考に改変した。

### 2) 犯罪被害の概要

本調査対象者は、被害者本人、被害者の家族、遺族など立場の異なる人が含まれ、かつ、被害者家族や遺族の場合、自分自身も被害を受けているなど複雑な属性を有していることが予測された。そのため、これらの属性をできるだけ明確にするように、まず記載者自身の被害の有無と家族の被害の有無について尋ねた。この場合

の「被害」については、「直接に事件の現場に遭遇して、加害者にけがを負わされたり、脅されたりなど危害を加えられたこと」という限定を記載した。また、自身が被害にあったと回答した場合には、受傷の有無、内容、事件から 1 年以内の医療機関での治療、治療期間について尋ねた。また家族が被害にあったと回答している場合には、被害にあった家族の人数、被害の通知のされ方、被害者の属性（記載者と被害者の関係、性別、事件時の年齢、生存、けがの有無、現在のけがの状態）について尋ねた。これらの項目は比較検討のため、犯罪被害者実態調査の調査項目を参考に作成した。また被害内容については、人が死亡した事件か、傷害が発生した事件か、性暴力被害であるか、業務上過失の事件（交通事故の有無）を明確にするため、刑法の罪種をもとに以下の罪名とした：殺人、傷害致死、強盗致死、交通事故および危険運転による致死、交通事故以外の業務上過失による致死、その他の致死、殺人未遂、傷害、交通事故及び危険運転による致傷、交通事故以外の業務上過失による致傷、暴行、強姦・強制わいせつ等の性犯罪、強盗、誘拐、監禁、放火、詐欺、窃盗、その他)。これらは複数回答とし、また用語が難しいと思われる罪名については用語の説明を記載した。

加害者については被害者と加害者の関係と逮捕の有無を尋ねた。

### 3) 司法制度との関わり

司法制度との関わりが精神健康に与える影響を評価するために司法制度との関わりについて以下の項目を尋ねた：加害者の起訴の有無、現在の刑事裁判の執行、刑事裁判での証言および意見陳述の有無、現在の民事裁判の執行、補償給付の有無と種類。これらの項目は犯罪被害実

態調査を参考に作成した。

#### 4) 身体健康

主観的身体健康観と現在の医療機関の通院の有無について尋ねた。現在の健康観は「非常に健康である」・「健康なほうだと思う」・「あまり健康ではない」・「健康ではない」の4段階での評価とした。

#### 5) 精神健康状態

従来の研究から犯罪被害者に多くみられるPTSD、不安障害、気分障害、また遺族については複雑性悲嘆を自記式の質問表で評価した。

不安障害および気分障害の評価には、K10を使用した。K10は、Kesslerら<sup>15</sup>が開発した精神疾患(抑うつ性障害; 大うつ病、気分変調症、不安障害; パニック障害、広場恐怖、社会恐怖、全般性不安障害、PTSD)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。日本では古川ら<sup>6</sup>が日本語版を作成し、信頼性、妥当性を評価しており、有病率10%程度である集団において精神疾患である確立が50%以上の検査後確率の集団を得るためのカットオフ値として25点を推奨している。日本人の12ヶ月有病率はいずれかの不安障害5-6%、気分障害3%、いずれかの精神障害で8-9%とされている<sup>14</sup>。犯罪被害者では一般集団および当事者団体、医療機関受診者のいずれにおいてもPTSDや他の精神疾患の有病率は一般人口より高いことから、本調査の対象者でも25点のカットオフ値を適応した。

PTSD症状の評価には、IES-R (impact of event scale-revised) を用いた。IES-Rは、Weissら<sup>33</sup>によって開発された自記式のPTSD症状評価尺度である。22項目で各項目の症状出現頻度を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<sup>2</sup>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。しかし、飛鳥井らの研究対象には、本調査に多い犯罪被害者遺族が含まれていないこと、また、原著者であるWeiss<sup>32</sup>が、IES-Rをcutoff値を使用したスクリーニングとして用いることに否定的であることから、本調査は、PTSDのスクリーニングとしては使用しなかった。しかし、日本での既存の研究の多くが、25点のcut-off値を用いて評価していることから、既存の研究のとの比較のためIES-R25点以上をPTSDハイリスク群として検討を行った。

遺族の複雑性悲嘆の評価には、ITG (Inventory of Traumatic Grief) を用いた(英語の直訳では外傷性悲嘆であるが、Prigersonらは現在同様の症候群に対して複雑性悲嘆という用語を用いているので、本稿では複雑性悲嘆としている)。ITGは2001年にPrigersonら<sup>25</sup>が開発した複雑性悲嘆反応を評価する30項目、5件法から構成されている自記式質問紙であり、下位尺度のうち一定の基準に達した場合Prigersonの提唱する複雑性悲嘆を評価することが可能である。英語版は信頼性、妥当性が検証されている。日本語版の作成は加藤ら<sup>23</sup>によって行われている。本調査では、Prigersonの基準に従い、分離の苦痛症状(アンケート項目: 間30イ, ウ, オ, ニが4点以上)があることと、外傷性の苦痛があること(間30エ, キ, ク, サ, ス, セ, チ, ナ, ヌ, ハが4点以上)、症状により社会的、職業的機能が損なわれていること(間30フが4点以上)を満たす場合に複雑性悲嘆の診断が該当するとした。Prigersonらは、さらにこの症状の持続期間が2ヶ月以上であることを求めているが、症状の持続期間については諸研究者で一定していないことから今回持続期間は評価しなかった。

そのほかに、事件時の衝撃、現在の精神科医療機関への通院と過去の2週間以上の精神的不調および、その際の精神科の通院の有無を尋ねた。

#### 6) 主観的支援

ここでは、主観的に支援を受けたと感じている頻度を評価した。被害後記載者が関わった人（家族、親戚、友人、近隣の住民、職場の上司、警察官等、裁判官等、医療従事者、弁護士、民間被害者支援団体職員、当事者団体、報道関係者、その他）が事件から調査時点までに支えや助けになったと感じる頻度を1～5の5段階で尋ねた。係わりのなかった場合には0とした。すべての項目を加算した合計点を主観的支援得点として分析に用いた。

#### 7) 主観的二次被害

ここでは二次被害を「係わる人の言動によって気持ちが傷つけられた経験」という定義をし、さらにそれを感じた頻度で主観的に評価した。支援と同様に記載者が関わった人からの言動で気持ちが傷ついたと感じた頻度を1～5の5段階で尋ねた。係わりのなかった場合には0とした。すべての項目を加算した合計点を主観的二次被害得点として分析に用いた。

### 3. 分析方法

返送された回答のうち、個人属性の未記入のもの、被害内容の不明なもの、50%以上の回答が空欄のものを除いた188部を有効回答とし、分析の対象とした。

統計解析は、各項目の記述統計のほか、事件からの年数とIES-R、K10の相関係数を求めた。また、対象者すべてについてK10の推奨されるcut-off値を用いて2群に分け（25点以上を高得点群、24点未満を低得点群）これを目的変数

とし、社会人口学的項目、犯罪被害項目、司法との関わりの項目、主観的支援と二次被害を説明変数として関連性を調べた。また、対象者を被害者との関係により、①遺族（殺人や傷害致死で家族を失ったもの）、②家族（傷害等家族が被害にあったもの）、③被害者本人（自身が傷害等の被害を被ったもの）に分けて他の項目との関連性を見た。3群での比較の分析の際には、被害者、家族、遺族の属性が重複するもの6名を除いた182名で行った。カテゴリ変数については $\chi^2$ 検定、連続変数の2群の平均値の比較についてはStudent-T検定、3群の比較には一元配置分散分析を行った。

調査分析にはSPSS12.0Jを用い、全ての分析は両側検定、有意水準を $p=0.05$ とした。

（倫理面への配慮）

本調査は、無記名のアンケート調査であり、個人を特定できる情報は含まれない。また、回答は任意であり、回答しないことによってなんら不利益が生じないことと、返送をもって調査への同意とすることを記載した説明文書を同封した。また本研究は、国立精神・神経センター倫理委員会武蔵地区部会の承認を得て実施した。

## C. 結果

### 1. 対象者全体

#### 1-1. 対象者の属性（表1）

対象者の平均年齢は、52.1歳であった。また年齢分布をみると、30～49歳が31.4%、50～59歳が48.4%であり、中高年が多くなっていた。性別では、女性が約7割であった。既婚者が61.2%、単身者が11.2%であった。

#### 1-2. 被害内容（表2）

被害からの平均経過月数は、93.6ヶ月（約8年）であり最も短い人で10ヶ月、最長で455

ヶ月（約 38 年）であった。分布は、3 年以上 10 年未満が約 80%、10 年以上の人も 22.9%であり、事件から長期に時間が経過した人が多かった。

罪種別にみると殺人や傷害致死などの故意の犯罪による致死の被害者（遺族）が 70.7%と最も多く、ついで、傷害等故意の犯罪による負傷の被害者が 15.4%であった。交通事故等の業務上過失による被害者（10.7%）や性暴力犯罪の被害者（3.2%）は少なかった。また、記載者を直接生命や身体の危機を被った被害者（以下被害者本人）と、死に至らない被害者の家族（以下家族）と死に至った被害者の家族（以下遺族）に分けると、遺族が 80.3%と最も多く、ついで被害者本人（13.3%）、家族（9.6%）であった。遺族や家族で自身も直接の被害にあっている人は 6 人であった。

対象者のうち加害者が逮捕されているものが 77.7%と多いが、18.6%は逮捕されていなかった。被害後になにも補償を受けていない人が 30%であった。補償を受けている場合でも、加害者から賠償金を受けたものは、15.4%と少なく、犯罪被害者等給付金や生命保険金を受けた人が約 36%と多くなっていた。

#### 1-3. 司法との関わり（表 3）

加害者が起訴されたものは 71.3%であり、逮捕された場合のほとんどは起訴されていた。また、刑事裁判（あるいは少年審判）については既に終了している人が 61.7%であり、現在進行中の人は 8%であった。刑事裁判で証人となるあるいは、意見陳述を行うなどの直接的な関与を経験した人は 61 人（32.4%）であった。

民事裁判を行った人は 80 人（42.6%）と約半数おり、現在も行っている人は 11 人（5.9%）であった。対象者の約 80%が刑事・民事等司法と関わりを持っていた。

#### 1-4. 健康状態と通院状況（表 4）

調査時点の主観的な健康状態について、「健康である」（「非常に健康」/「健康」の合計）と回答した人は 60.3%であり、「健康でない」（「あまり健康ではない」/「健康ではない」）と回答した人（38.3%）を上回っていた。調査時点でなんらかの医療機関に通っていた人は 47.3%と約半数であった。調査時点で精神科医療機関に通院していた人は 16.0%であったが、被害から調査時点までの期間に精神科医療機関に通院した経験がある人は 34.6%と約 2 倍であった。また、事件から今までに 2 週間以上眠れない、気持ちが落ち込む、不安になるなどの精神的不調を経験した人は、78.2%と高い割合を示した。また、精神的不調を経験をしたが精神科医療機関を受診しなかった人は 80 人（54.8%）であった。

#### 1-5. 精神健康状態（図 1、図 2、図 3）

調査時点の精神健康の状態を K10、IES-R、ITG で評価した。K10 の平均得点は、23.5(SD10.6)で、cutoff 値である 25 点以上の人は 76 人（40.9%）であった。得点の分布を図 1 に示した。IES-R の平均得点は、40.6 (SD19.0) であり、PTSD のハイリスク群とされている 25 点以上の人は 145 人（79.9%）であった。ITG (ITG についての分析はすべて遺族のみを対象とした。以下同じ) の平均得点は 85.6(SD27.4)であり、複雑性悲嘆の診断基準に該当するものは、28 人（遺族の 18.5%）であった。

また、各健康尺度の相互の相関をみたところすべてに高い有意な相関があった（相関係数：K10と IES-R .68(p<.01)、K10と ITG .72((p<.01)、IES-R と ITG .70(p<.01))。

#### 1-6. 主観的支援（図 4）

事件から今まで関わった人から支援を受けたと感じた頻度について評価した（図 4）。支援を

受けた感じた頻度の多い（支援を受けたと感じることが「非常にあった」、「かなりあった」）のは、家族（81.2%）であり、ついで当事者の集まりや団体（53.5%）、友人（48.8%）であった。専門家では、警察官や裁判官・検察官等の刑事司法関係者では20%程度であるが、医療従事者は36%、弁護士では42.5%が「非常に/かなり」支援があったと感じていた。一方関わりはあったが、「支えや助けになつたと感じなかった」人の割合が最も高かったのは、裁判官・検察官等（44.4%）であり、ついで警察官・警察職員（38.4%）であった。民間の被害者支援団体の職員については、「非常に/かなり支援があったと感じた」人が44.4%である一方、「支援と感じなかった」人も28.4%おり、評価にばらつきがみられた。

#### 1-7. 主観的二次被害（図5）

関わりがあった人の言動に傷つけられたと感じた経験の頻度について尋ねた。傷つけられたと感じたことが「非常に/かなりあった」と回答した人の割合が高いのは、裁判官・検察官等（38.4%）、警察官・警察職員（33.7%）、報道関係者（31.7%）、弁護士（30.1%）であり、司法関係者や報道関係者に対して多くみられた。一方、「傷つけられたことがなかった」割合が高かったのは、当事者団体（66.9%）、民間被害者支援団体職員（65.9%）、医療関係者（58.7%）、家族（56.7%）であった。家族や友人などの身近な人の中では、近隣の住民は34.6%とやや低い値を示した。

#### 2. 精神健康に関連する因子の分析（表5）

被害者の精神健康にどのような因子が関連するのかについて、K10の得点を目的変数として他の項目との関連について分析を行った。

被害から時間の経過に伴う精神症状の軽減を

見るために、K10得点を連続変数として、被害からの経過月数との相関を見た。Pearsonの相関係数は.04であり、有意ではなかった（ $p=.59$ ）。つまり、被害から時間が経過することで、精神健康が改善する傾向はみられなかった。

次に、精神疾患の有無に関連する因子を調べるために、K10のカットオフ値25点以上を高得点群、24点以下を低得点群として他の項目との関連を調べた。社会人口学的属性では、性別に有意な関連性がみられ、高得点群では女性が多かった（ $\chi^2(1, N=186)=4.32, p=.04$ ）が、年齢や教育歴、同居者の有無、就労状況には差がなかった。

被害内容や司法との関わりでは、被害体験と、意見陳述の経験に有意な関連があった。高得点群では、被害者本人、遺族の割合が高く、家族の割合が低く（ $\chi^2(2, N=180)=15.17, p<.01$ ）、裁判で意見陳述を経験した割合が高かった（ $\chi^2(1, N=123)=6.01, p=.017$ ）。加害者の逮捕や起訴、公判中であるかどうか、賠償・補償の有無、被害者本人である場合の負傷の有無や治療期間には関連性がなかった。

主観的支援及び、主観的二次被害について、各項目の合計点の平均値を比較したところ、K10高得点群では2次被害を受けたと感じる頻度得点の平均が有意に高かった（ $t(140)=-3.00, p=.003$ ）。

主観的健康観や精神科医療機関の受診、他の精神健康尺度等の項目とは有意な関連性が見られた。K10高得点群では、現在の精神科通院の割合（ $\chi^2(1, N=87)=22.3, p<.01$ ）、被害から調査時点まで2週間以上の精神的不調を感じた割合（ $\chi^2(1, N=161)=8.1, p<.01$ ）、被害から調査時点までの精神科受診者の割合（ $\chi^2(1, N=176)=8.52, p<.01$ ）が有意に高かったが、医療機関



全体の通院歴には関連がなかった。心的外傷症状との関連では、K10 高得点群で IES-R の平均点が有意に高く ( $t(179)=-8.40, p<.01$ )、IES-R 高得点者の割合が高かった ( $\chi^2(1, N=181)=20.7, p<.01$ ) ことから K10 高得点群に PTSD 症状を持つ人が多く含まれていることが示された。また、被害時の衝撃の項目との関連性は、強い恐怖 ( $\chi^2(1, N=168)=9.57, p<.01$ ) と戦慄 ( $\chi^2(1, N=163)=7.80, p<.01$ ) の感覚を感じた割合が有意に多かったが、無力感ではみられなかった。

複雑性悲嘆症状との関連については、K10 高得点群では、ITG の平均得点 ( $t(142)=-8.73, p<.01$ ) と、複雑性悲嘆の診断を満たす人の割合 ( $\chi^2(1, N=146)=17.2, p<.01$ ) が有意に高かった。

したがって、精神疾患のハイリスクグループでは、PTSD 症状および、複雑性悲嘆症状の強い人が高い割合で存在することが明らかにされた。

### 3. 被害体験の違いと他の因子との関係

直接の被害を被った本人とその家族や遺族では被害内容や司法への関わり、精神的反応が異なることが考えられるため、被害者本人、被害者家族、遺族の 3 群に分けて他の項目との関係を分析した。

#### 3-1. 被害体験の違いと社会人口学的因子、被害状況との関係 (表 6)

社会人口学的因子で 3 群に有意な差があったのは、平均年齢と婚姻状況であった。被害者本人は家族に比べ、有意に若く ( $F(179)=3.43, P=0.03$ )、既婚者の割合が低かった ( $\chi^2(2, N=180)=8.5, p=.014$ )。被害状況では異なる点が多くみられた。被害からの経過年数は、被害者本人が、遺族に比べ有意に長かった

( $F(179)=3.43, P=0.03$ )。また、加害者が顔見知りである割合は遺族が有意に少なく ( $\chi^2(2, N=150)=10.8, p<.01$ )、加害者の逮捕されている割合 ( $\chi^2(2, N=161)=8.1, p<.01$ ) は、逆に遺族が有意に高かった。加害者が起訴されている率は、遺族や家族が約 60~80%であるのに比べ被害者本人は 26.3%と少なかった ( $\chi^2(2, N=142)=11.7, p<.01$ )。また、賠償や補償を受けている率も、被害者本人は半数に満たず、遺族や家族が 75~82%であるのに比べ少なかった ( $\chi^2(2, N=171)=17.4, p<.01$ )。被害者本人では、加害者が顔見知りであることが多いにもかかわらず、逮捕や起訴の率が低く、かつ補償が十分でないという状況が示された。

#### 3-2. 被害体験の違いと医療機関の受診、精神健康との関係

被害体験と医療機関の受診と精神健康尺度の関連について表 7 に示した。医療機関への受診では、調査時点での医療機関全体の受診および精神科医療機関への受診の割合は、被害者本人において高かったが、3 群に有意差はなかった。しかし、事件から現在までの 2 週間以上の精神的不調の経験や精神科への受診の割合は、被害者本人が他の 2 群に比べ、有意に高かった ( $\chi^2(2, N=158)=9.9, p<.01$ ;  $\chi^2(2, N=172)=11.1, p<.01$ )。また、K10 及の平均点、高得点者の割合は、被害者本人が最も高く、家族が他の 2 群に比べ有意に低かった ( $F(177)=8.8, p<.01, \chi^2(2, N=180)=15.2, p<.01$ )。IES-R は、平均点は被害者本人が家族、遺族より有意に高かった ( $F(175)=5.2, p<.01$ ) が、高得点者の割合は 3 群で差がなかった。被害者本人は家族や遺族に比べ、事件から現在までの精神的不調の経験や精神科受診率、現在の

精神健康状態がよくないことが示された。また、これらの3群においては家族の精神健康が最も良好であった。

## D. 考察

### 1. 本研究の対象者の特徴

本研究の対象者は、ある被害者当事者団体の会員とその家族に限られており、日本の犯罪被害者全体を母集団としているわけではない。対象集団は、被害者の問題に関心が高く、その団体の活動に共鳴している、また、お互いの支援を必要としているなどの特性を有する被害者であると言える。したがって本調査では、対象集団内部の比較を行うことで、精神健康に関連する因子を明らかにすることを目的とした。

人口背景因子については、女性の割合が高い（約70%）ことと、30代から50代の年代が多い（約80%）ことがあげられる。犯罪被害の内容では、特に、殺人等故意の犯罪における遺族が約70%と多い。また、犯罪被害からの経過年数の平均が約7.8年、被害から5年以上経過している割合が57.5%であり、犯罪被害実態調査が被害から5年以内の被害者を対象としていることと比較して、より長期経過した事例である。

したがって本報告書では、広義の犯罪被害者として、被害者本人、家族、遺族全体を含む対象者全体の分析をまず行ったが、この結果は事件から長期経過した殺人等故意の犯罪の遺族の状態の影響が強かったと考えられる。

### 2. 被害者の精神健康に関連する因子

対象者全体におけるK10のカットオフ値（25点）以上の高得点者の割合は40.9%であり、被害体験別にみると、被害者本人68.4%、家族6.3%、遺族41.5%であった。K10高得点者の割合を不安障害（PTSD含む）と気分障害の有病率として、

構造化面接を用いて精神疾患の有病率を評価している他の研究と比較検討した。日本人の一般住民の12ヶ月有病率（いずれかの不安障害5-6%、いずれか気分障害3%、いずれか精神障害8-9%）<sup>14</sup>に比べると被害者本人、遺族においては、かなり高い値といえる。犯罪被害者を対象とした他の研究は、PTSDのみを対象とした調査が多いため、PTSDの有病率で比較した。医療機関を受診した性暴力の被害者の調査時点PTSD有病率が69.6%<sup>8</sup>、事故の遺族の調査時点PTSD有病率64.3%、大うつ病21.3%、気分変調症7.1%<sup>23</sup>、自助グループに所属する殺人・交通事故遺族のPTSD有病率40%<sup>27</sup>~58.8%<sup>31</sup>と報告されていることから、精神科医療機関を受診している犯罪被害者よりはやや低く、自助グループに参加している遺族のPTSD有病率に近いと思われる。また海外の研究でも、Kaltmanら<sup>13</sup>が、事故・殺人・自殺で配偶者を失った遺族において25ヶ月時点でのPTSD有病率は40%としていることから、一般住民の有病率よりは高いものの、犯罪被害者としては他の研究の集団と同等であると思われる。

本調査では、IES-Rを用いて心的外傷症状を評価した。IES-Rの平均得点は40.5であり、被害体験別にみると被害者本人53.3、家族33.4、遺族40.3であった。この値は特に遺族については、犯罪被害者実態調査<sup>10</sup>の遺族の平均点（44.1）に近かった。被害者本人については、犯罪被害者実態調査における性犯罪被害者（42.5）や身体犯被害者（26.6）より高い値を示していた。

IES-Rによる心的外傷症状については、PTSDのスクリーニングのカットオフとして推奨されている25点のカットオフ値を適応すると、高得点群の割合は約80%であり、K10の高得点群の約

2倍を示した。K10高得点群におけるIES-Rの平均得点が高いことや、K10とIES-Rの得点の間に有意な相関があることから、対象者の有する精神疾患としてPTSD等心的外傷反応を呈する疾患の割合は高いと考えられる。しかし、IES-Rのカットオフを用いた場合の有病率がK10の2倍近く高かった理由としては、PTSDにおけるA基準の評価が含まれないことからより広い心的外傷反応をとらえる可能性があることがあげられる。また、飛鳥井ら<sup>2</sup>の研究は遺族を対象としたものではないことから、遺族については25点という値は必ずしも適していない可能性があり、遺族における適応については今後検討する必要がある。

複雑性悲嘆については、本調査では症状の持続期間と社会機能障害を評価していないので、実際より多く診断されている可能性がある。しかし、本調査における複雑性悲嘆と推定される遺族の割合は、18.5%と他の研究(42.9%<sup>23</sup>、32.4%<sup>27</sup>)に比べると低い値を示した。その理由として、中井ら<sup>23</sup>および白井ら<sup>27</sup>の調査は面接によるもので、サンプルサイズも小さく、対象者が精神症状を持つ人の多い集団になっているため、複雑性悲嘆を持つ人の割合が高いことが考えられる。また、もう一つの理由として、本調査では被害からの経過年数が長いことがあげられる。中井ら<sup>23</sup>の研究の対象者は被害から4年以内、白井ら<sup>27</sup>の対象者においては平均69ヶ月であり、本調査の平均88.1ヶ月(遺族のみ)より短い。複雑性悲嘆者の割合が、時間の経過に伴い有意に減少したという報告<sup>1</sup>もあり、事件からの年月の影響は考慮する必要がある。

### 3. 医療機関の受診

本調査の調査時点での医療機関および精神科医療機関の通院者の割合はそれぞれ47.3%、

16.0%であり、被害から調査時点までに精神科医療機関への通院経験のあるものは34.6%であった。一般住民を対象とした研究(平成16年の国民生活基礎調査<sup>18</sup>)と比較すると、すべての疾患における通院者率は325.4(人口千人あたり)、精神病で6.5、神経症で6.3であった。川上ら<sup>14</sup>の調査では、過去12ヶ月の精神科医の受診率は1.2%であった。一般住民に対する調査の結果と比較すると、本調査の対象者の医療機関の受診、特に精神科の受診は高いといえる。

犯罪被害者が医療やメンタルヘルスサービスの利用が高いことは他の研究でも指摘されている。Norrisら<sup>22</sup>は、被害後約3ヶ月でメンタルヘルスの専門家に接触した犯罪被害者は12%であり、やはり一般住民(4.3%)より高いとしている。法務省の調査<sup>11</sup>では、加害者が長期刑で入院した被害者(N=94)を対象としているが、精神的な病気で入院や通院をしたものは18.8%で本調査の利用者よりは低い値であった。この調査では被害者本人が最も医療機関を利用した割合が高かった(40.0%)が、これは本調査と同様である(本人63.2%、家族12.5%、遺族12.9%)。本調査における受診率の高さは、K10での不安障害・気分障害の有病率を反映したものと考えられる。Garvrilovicら<sup>7</sup>も外傷体験者のメンタルヘルスサービスの利用を促進する要因として精神病理レベルの高さ、外傷体験が暴力的で重度であること、女性をあげており、これらの項目は本調査の対象者に多くみられるものであった。しかし、本調査では通院している人が多く回答したというバイアスの存在も考慮する必要がある。

調査時点の精神疾患の有病率に比べると精神科医療機関の通院者率は半数に満たない。川上らの調査<sup>14</sup>で、4週間以上受診の必要性を感じ

ながら受診しなかった者が多くあげた理由として「問題がひとりで改善すると思った」、「交通手段等治療に行くことの支障」、「どこに行ったらよいかわからない」、「自力で対処したかった」を示している。被害者にもこれらの理由が当てはまると思われる。また、特に被害者においては人に知られたくない、あるいは理解されないことへの不安、司法手続きや生活の再建が優先するためになかなか受診できないというような犯罪被害者特有の理由も影響すると思われる、今後の調査の課題である。

#### 4. 精神健康に関連する因子

K10 の高得点群に有意に関連した項目は、性別（女性）、事件時の衝撃（強い恐怖、戦慄）、被害体験のちがひ、意見陳述の経験、主観的二次被害の多さ、事件から調査時点までの2週間以上の精神的不調と精神科医療機関の受診、主観的健康観であった。女性であることや事件時の衝撃が強いことは、外傷体験者における PTSD の予測因子である<sup>4; 24</sup>。Kilpatrickら<sup>17</sup>も犯罪被害者の PTSD のリスクとして、強姦既遂、事件時の生命の脅威の自覚、身体的負傷をあげている。このことは、本調査で K10 高得点群で IES-R 得点が高いものが多かったことに関連していると思われる。

本調査では、司法制度関連については、意見陳述の経験のみが関連していた。犯罪被害者実態調査<sup>10</sup>では事情聴取の際に「事件のことをきかれることで苦痛がました」と回答した場合に IES-R の得点が高くなる傾向が見られたと報告している。このことから意見陳述体験そのものだけでなく、そのことによる苦痛の強い被害者において PTSD を含む精神疾患のリスクが高くなると考えられる。また、加害者の逮捕や起訴、刑事裁判の終了や、民事裁判の実施などの他の

司法関連の項目が精神健康に影響しなかった理由として、出来事そのものより出来事への認知が関連していた可能性があげられる。Sprang<sup>30</sup>は飲酒運転事故遺族 186 人を対象に PTSD および司法制度の満足度を評価しているが、司法制度への不満があることが、女性、健康状態の悪さ、身体損傷が激しいことなどとともに PTSD の発症を予測するとしている<sup>29</sup>。本調査では、司法制度に対する満足度は評価しておらず司法的関わりの影響を評価するためには、今後満足度を評価することが必要であろう。

また、被害後の周囲の関わりの影響については、犯罪被害者へのソーシャルサポートの不足が PTSD やうつなどの精神疾患の発症を予測するという研究報告<sup>28; 30</sup>があるが、今回の調査では事件後にかかわった人から支援を受けたと感じる体験ではなく、言動で傷ついたりと感じる体験が多いことが K10 の高得点に関連していた。主観的支援感が、関連しなかった要因として、今回の対象者では、家族や友人、当事者団体からなんらかの支援を受けたと回答した人が 80% であり、対象者における支援の差が少なかったことが考えられる。

また二次被害があることが、PTSD を含む精神的予後の不良を予測する因子として明らかにされている<sup>5; 19; 20</sup>。本調査では、主観的な二次被害を評価しており、このことは司法的関わりや生活の中で被害体験の否定的な認知を強化することで、精神健康の改善が妨げられたのではないかと考えられる。また、傷ついたり体験に関連するような生活上のストレス体験が多かったり、そのことによって社会的孤立が生じたり、また被害者自身の受け止め方などの影響も考えられる。被害後の体験がどのように精神健康に影響しているかは、支援や介入のあり方を考え