

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ないか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度度を評価する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

診断基準に従って小うつ病の評価も行った。

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ず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、権力があつたり、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、遺族が引っ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を手伝ってくれた」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、時間による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 higher 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、IES-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。Thompson⁶² 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はない。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たと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、これらの症状を区別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ていたのではないかと思われた。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⁶⁶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^{66, 67, 68}。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に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の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より感謝申し上げます。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荷関する研究. 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, Ogrodniczuk 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
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	7	9.1
	その他	4	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 起訴 ¹⁾		66	90.4
	起訴	63	95.5
刑事裁判 ²⁾	不起訴	3	4.5
	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
	無	15	20.5
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
	無(どこも行っていない)	28	59.6
	精神科標榜機関に入院	2	4.3
	精神科標榜機関に通院	7	14.9
	心療内科に通院	3	6.4
	内科など他科に受診	4	8.5
	その他の機関に相談	3	6.4
事件以前の精神疾患の有 事件による変化 ⁵⁾		8	11.0
	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		

