

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

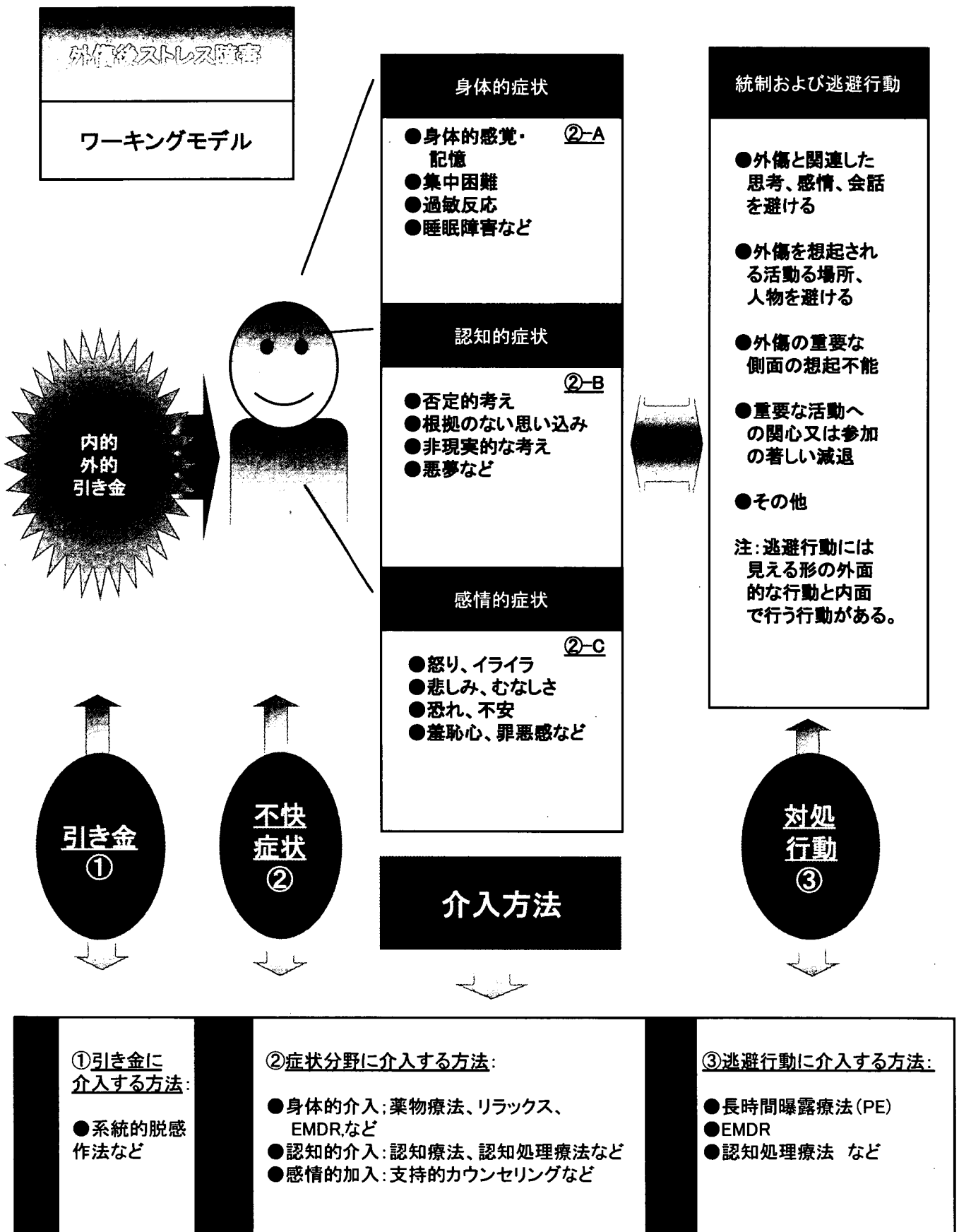


図3 外傷後ストレス障害 ワーキングモデル

PTSD症状とその介入

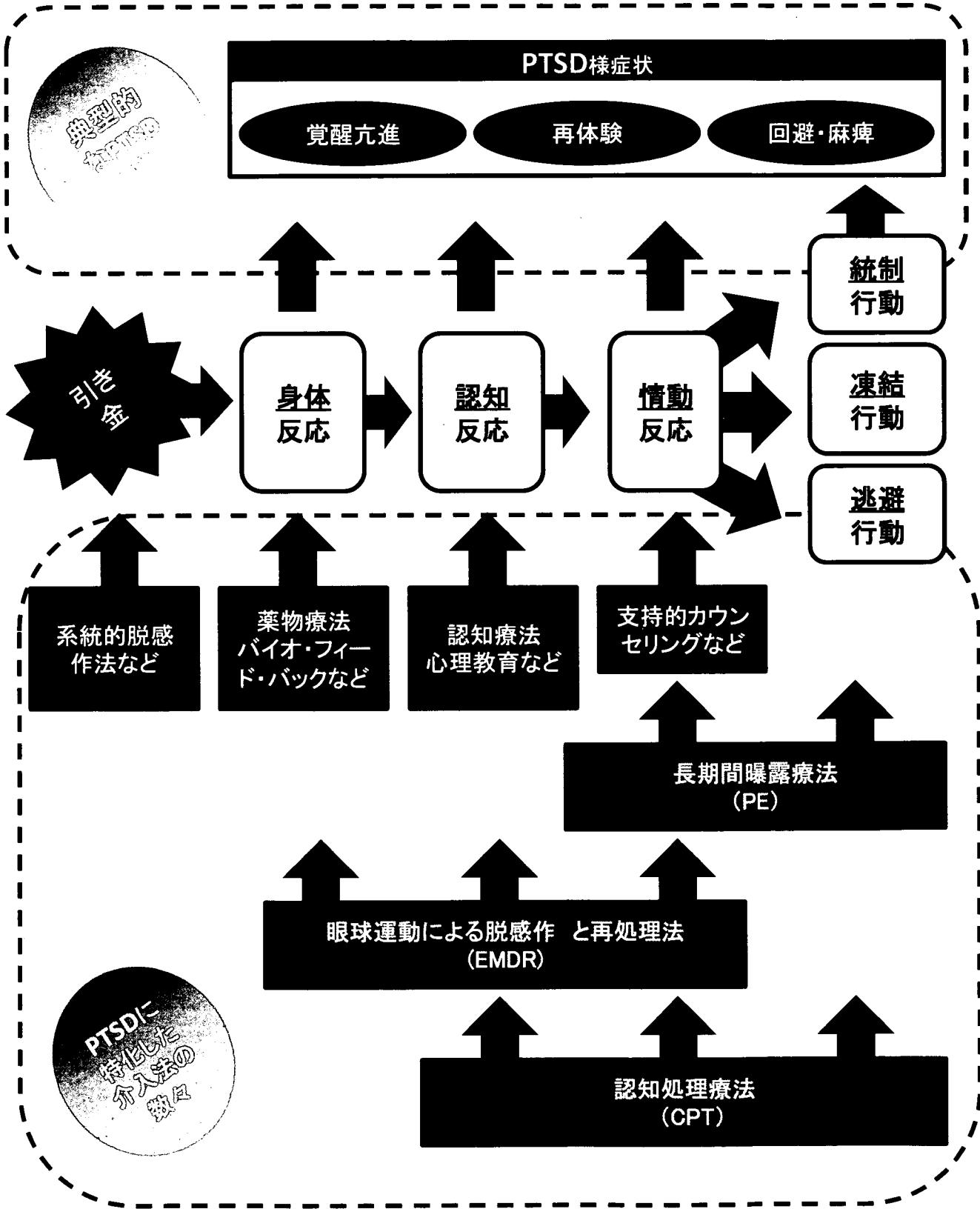


図4 PTSDとその介入

引用文献

- Foa, E. B., Keane, T. M., & Friedman, M. J. (ed.). (2000) *Effective Treatment for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Trumatic Stress Studies*. New York, The Guilford Press (日本版: PTSD 治療ガイドライン: エビデンスに基づいた治療戦略 飛鳥井望、西園文、石井朝子訳、金剛出版 2005年)
- Foa, E. B., Steklee, G. S., & Rothbaum, B. O. (1989) Behavioral / cognitive conceptualizations of posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155 -176.
- Foa.E.B. & Rothbaum, B.O. (1997). *Treating the trauma of rape: A cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York, Guilford Press
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromnet, E., Hughes, M., & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 52. 1048-1060.
- Kilpatrick, D.G., Vernon, L.J. & Resick, P.A. (1982). Psychological sequelae to rape: Assessment and treatment strategies. In D.M. Dolays & R.L.,Meredith(Eds.). *Behavioral medicine: Assessment and treatment strategies* (pp. 473-497) New York: Guilford.
- Lang, P.L.(1977). Imagery in Therapy: An information processing analysis of fear. *Behavior Therapy*, 8, 862-886.
- McCann,I.L.,Sakheim,D.K.,&Abrahamson,D.J. (1988). Trauma and victimization; A model of psychological adaption. *The Counseling Psychologist*, 16,531-594.
- Monson,C.M.,Schnurr,P.P.,Resick,P.A.,Friedman, M.J.,Young-Xu,Y.,&Stevens,S.P.(2006). Cognitive processing therapy fo veterans with military-related posttrumatic stress disorder. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 74, 898-907
- Nishith, P., Resick, P.A., & Griffin, M.G. (2002). Pattern of Change in Prolonged Exposure and Cognitive Processing Therapy for Female Rape Victims with Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 880 - 886.
- Resick, P.A.(1992). Cognitive treatment of crime-related post-traumatic stress disorder. In R. D. Peters, R. J. McMahon, & V. L. Quinsey (Eds.), *Aggression and violence throughout the life span* (pp. 171 - 191). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual*. Newbury Park, CA: Sage Publications
- Resick, P.A., Nishith, P., Weaver, T.L., Astin, M.C., & Feuer, C.A. (2002). A comparison of cognitive processing therapy, prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 867 - 879.
- Shapiro,F.(1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford
- Silver.S.M.,Brooks.A.,&Obenchain,J.(1995). Treatment of Vietnam war veterans with PTSD: A comparison of eye movement desensitization and reprocessing, biofeedback and relaxation training. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 337-342
- Wolpe,J.(1958). *Psychotherapy for reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford Press.
- Wolpe. J. (1969). *The practice of behavior therapy* Oxford: Peregamon Press

参考文献

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

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

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

分担研究課題名

地域精神保健福祉機関における犯罪被害者支援

分担研究者	山下 俊幸	京都市こころの健康増進センター
研究協力者	川島 道美	千葉県精神保健福祉センター
	酒井 ルミ	兵庫県立精神保健福祉センター
	辻本 哲士	滋賀県立精神保健福祉センター
	寺田 倫	静岡市こころの健康センター
	富永 秀文	鹿児島県精神保健福祉センター
	松浦 玲子	大阪府こころの健康総合センター
	清野 百合	大阪府こころの健康総合センター

平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究
分担研究報告書

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

研究要旨

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

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

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

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

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

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

研究協力者

川島道美

(千葉県精神保健福祉センター)

酒井ルミ

(兵庫県立精神保健福祉センター)

辻本哲士

(滋賀県立精神保健福祉センター)

寺田 倫

(静岡市こころの健康センター)

富永秀文

(鹿児島県精神保健福祉センター)

松浦玲子

(大阪府こころの健康総合センター)

清野百合

(大阪府こころの健康総合センター)

A. 研究目的

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

また、平成18年度は、大阪市にある自助グループの代表者や事務局との意見交換を実施し、被害者の精神保健ニーズを踏まえた犯罪被害者等のための自助グループ支援のあり方について検討したが、平成19年度においても、兵庫県にある自助グループ等との意見交換を実施することとした。

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

B. 研究方法

1) 手引の作成

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

2) 自助グループ支援検討

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

3) 倫理面への配慮

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

C. 研究結果

1) 犯罪被害者等支援のための地域精神保健活動の手引の作成 (別添資料)

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

1. 犯罪被害者等における精神保健相談

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

2. 支援サービス等の利用

- 1) 早期の支援
- 2) 経済的支援
- 3) その他の支援

3. 危機介入における精神保健福祉センターの役割

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

4. 関係機関との連携

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

ス)

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

参考

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

資料

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

2) 自助グループ支援検討

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

(1) 全国学校事故・事件を語る会

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

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

○学校での自殺も、子どもの遺書がないと自殺とは断定できないとされ、事故とされることも多い。文科省は実際の4割くらいしか自殺と認めていないのではないかと。何があったか解明されず、子どもの自殺についての実態も明らかにせず、再発予防もされないままに、一般論として論議され、カウンセラーを配置する。しかし、実際に何があったのかという実態を明らかにせず、現状をそのままにして心のケアをしようとしても無理だと思う。

○時には CRT が事実の隠蔽に使われることもある。カウンセラーを配置し

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

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

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

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

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

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

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

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

(2) 六甲友の会（ひょうご犯罪被害者支援センター）

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

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

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

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

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

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

D. 考察と結論

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

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

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

の被害者のことばに寄り添う支援が求められている。

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

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

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

て話すことが基本である。たいへんデリケートなところであるが、信頼関係

を作り上げていく上で大切なことと考

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

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

E. 研究発表

1) 第7回日本トラウマティック・ストレス学会(2008.4)

演題「精神保健福祉センターにおける犯罪被害者支援の取組」(発表予定)

F. 知的財産権の出願・登録状況

なし

平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究
分担研究「地域精神保健福祉機関における犯罪被害者支援」

研究協力報告書

精神保健福祉センターにおける自助グループ支援のあり方

研究協力者 酒井ルミ（兵庫県立精神保健福祉センター）

分担研究者 山下俊幸（京都市こころの健康増進センター）

1. 研究目的

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

2. 日時と方法

日時：平成 19 年 11 月 10 日（土）

13:30~17:00

場所：兵庫県こころのケアセンター会議室

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

3. 聞き取り内容の要旨

- 1) 全国学校事故・事件を語る会
全国学校事故・事件を語る会は、被

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

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

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

こる。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

にしてあげたいと考えている。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

マスコミは、一番の加害者にも一番

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

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

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

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

2) 六甲友の会 (ひょうご犯罪被害者支援センター)

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

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

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

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

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

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

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

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

手が忘れないだろうと思った。

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

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

4. 考察

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

今回は、事実解明の必要性と、事実

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

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

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

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

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

1 情報提供

- ① 同様の体験をされた家族に対し、自助グループの紹介をする。また、行政の相談体制などを知らせる。
- ② グループに対し、相談窓口や支援体制、法律、医療機関情報など、必要な情報を提供する

2 グループ運営における支援

会場の斡旋、通信費・会場費・印刷費など運営費用の補助

- ① 例会の場に専門職が第三者として参加し、会の円滑化をはかる。
- ② 個別事例や、グループの事業展開などに対して、必要に応じて専門職から助言する。
- ③ 運営者自身に対する助言やケアを行う

3 啓発

- ① 広く世間一般に対して、犯罪被害やその支援、また PTSD や心のケアについて、啓発を行う
- ② 被害者支援に携わる関係者に対しての啓発や技術指導を行う。
- ③ 遺族に対して、PTSD や対応方法についての啓発を行う。

4 連携

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

整をする。

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

(支援の留意点)

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

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