

持ちになられると思いますが、今は無理をするよりも、時間がかかっても確実に回復していくことが大切です」、など)が必要である。また、全ての被害者に伝えることが必要なのではなく、被害前の日常生活へ戻ることを焦っていると感じられる被害者に伝えるとよい。

1) - 3 事件について自分を責めている被害者に対して、「あなたは悪くない」と伝えることは大切である。

被害者はしばしば被害の原因が自分にあると思い、自分を責めることがある。特に子どもや性暴力の被害者は自責感を持つことが多い。そのような被害者に対して、実際に悪いのは加害者であり、被害者が悪いわけではないことを伝えることは、自責感の軽減に役立つこともある。その際、被害者が自責感を出すことをためらったり、被害者が支援者に理解されていないという印象を与えたりすることがないようにする。具体的には、被害者が自分を責めている理由を共感的に理解し、自責感を抱く被害者を受け止め、被害者が自責感をもつことも当然であることを伝えるなどの対応を行うことである。また、司法的な意味での有責(過失)の問題の意味ではないことも伝える必要がある。

1) - 4 刑事機関や諸機関での手続きが被害者に苦痛を与える可能性についても事前に被害者に伝えることが望ましい。

刑事機関や諸機関における手続き上で苦痛と感じられる場合があることを事前に伝えることは、被害者の苦痛(負担)を軽減するのに役立つ。伝える際には、マイナスの先入観を強くもたせないように配慮し、苦痛を伴った場合の対応方法に関する助言(例:苦痛と感じられる場合があれば、相手にそれを伝えてもよい、など)をすることも重要である。また、被害者は上記のような専門家と連絡をとることに躊躇したり、十分に聞きたいことを聞けないことがあるため、支援(例:相談窓口の確認、担当者への連絡、被害者がうまく質問できるように助言を行う、など)を提供することが有効であり、提供できる支援について伝えることも重要である。二次被害を全くなくすることはできないが、二次被害を最小限にするために、手続きに関する助言や支援を行うことが望ましい。

2) 被害者本人だけでなく、被害者の家族に対しても、被害者の変調は異常な事態への正常な反応であると伝えることが必要である。

被害者の家族は、被害後の急性期に見られる被害者の様々な反応に不安を抱くことが考えられ、家族に対しても心理教育(VII.1)を参照)することが必要である。伝える際には、本人だけでなく家族もショックを受けていることに配慮する必要がある。伝える内容に関して被害者と家族との間に理解の違いが生じないように注意する必要がある。また、家族に問題がある場合や性暴力被害者では家族に伝えるかどうか慎重に検討すべきである。

➤ 具体的な対応

2) - 1 被害者やその家族に対して、被害者(特に遺族)は、家族の中でも感じ方や反応が異なることを伝えることが必要である。

家族の中でも立場(親や子など)や被害者との関係性によって感じ方や反応は人それぞれであ

る。同じ家族内でも感じ方や反応が様々であることを伝えることは、家族間の誤解や不信感を軽減することが期待でき、被害者やその家族を支える力となる可能性があるため重要である。

2) - 2 被害者への二次被害を防ぐために、家族など被害者の周りの人に対しても、一般的な被害者の反応や関わり方を伝えることが必要である。

伝える際には、周囲の人が被害者へ安心して関わることができるようにすることや、過剰な心配を喚起しないようにすることが必要である。すでに二次被害となるような言動をした人は自責感を覚えるため、伝え方に配慮しながら、その場合の対応について伝えることも重要である。とくに、被害者の家族に伝える際には被害者の同意のもとに行うのが望ましく、そのような配慮をすることが二次被害を防ぐのに役立つ。

VIII. 連携およびコーディネート

1) 支援においては、他機関と連携を取るコーディネートの役割が重要である。

被害者の支援にあたっては多くの機関との連絡調整が必要となる場合が多くあり、他機関とのコーディネートの役割は重要である。司法関係機関とのコーディネートを行う機関としては、被害者支援センター等があるが、すべての機関でこのようなコーディネートができるわけではないので、各機関ではそれぞれができる範囲のコーディネートを行うと共に、他のコーディネートを行える機関（民間被害者支援団体）と連携することが望ましい。

➤ 具体的な対応

1) - 1 コーディネートを担当する支援者は、被害者が、警察官や検察官、弁護士、医師などの専門家や行政の担当者とうまく連絡をとったり相談ができるような手助けを行う必要がある。

被害者は上記のような専門家と連絡をとることに躊躇したり、また十分に聞きたいことを聞けないままになってしまうことがある。そのような場合には、相談窓口を確認したり、担当者に連絡することや、被害者が適切に質問できるように助言を行うなどの手助けが有効である。ただし、被害者の状況等によっては支援者が率先して連絡調整を行うことがよい場合や、長期的な回復を考えると被害者自身ができることは自分で行う方がよい場合もあり、被害者の状況や被害者の持っている力に配慮して対応することが重要である。

1) - 2 司法手続きの場が移る際（警察～検察～裁判等）、支援者は被害者に次にどこで何が行われるのかを説明し、被害者がとまどわないように手助けすることが必要である。

司法手続きは被害者の想像以上に時間がかかることがある。特に、司法手続きの過程では担当機関や担当者が変わることが多く、被害者が新しい機関で誰に聞いたらよいのか、どのようにしたらよいのかなど戸惑うことがある。したがって、支援者が事前に次の機関で行われることなどを説明することが、被害者の不安を和らげることに役立つ。しかし、まずは本来説明すべき立場の人（各機関の担当者）が責任を持って説明することが被害者の理解や不安解消にとって最も

重要であり、またそれらの立場の人からすでに説明を受けていることもあるため、支援者は必要に応じた説明を行うのがよい。

2) 相談を受けた機関での対応が困難な場合には、その支援を提供できる他機関につなぐことが必要である。

他機関につなぐ際には、たらい回しと感じられないよう、確実な情報のもとにつなぐことが大切である。また、可能であれば、被害者の了解を得て、相手機関に直接連絡を取り、被害者が連絡するなどの負担をできる限り軽減することが望ましい。

➤ **具体的な対応**

- 2) - 1 **被害者に他機関を紹介したが、そこで対応ができない、あるいは、被害者がそこに合わなかった場合、本人の希望や状況を確認した上で、再度他の支援機関に紹介することが必要である。**

実際に行う際には、他機関で対応できなかった理由や被害者がその機関に合わないと感じた理由を把握した上で別の機関に紹介することが必要である。このような場合には、最初に相談を受けた機関がもう一度丁寧に相談を受けることが役に立つ場合もある。

- 2) - 2 **被害者参加制度等のように、司法手続きにおいて被害者の選択が求められる際には、支援者は被害者が判断するのに必要な情報の提供あるいは、それを行うことができる専門機関を紹介することが必要である。**

急性期の被害者は混乱のため文章を読むことが困難である場合があり、また初めて聞く制度や手続きについて選択が可能なほど理解できないことが多くみられるため、このような支援が必要である。ただし、被害者は専門機関等から必要な情報を得て理解した場合でも、判断に際しては迷いや悩みが生じるものであり、支援者は被害者の気持ちに寄り添い、被害者が手続きを選択する手助け（例、メリット、デメリットについて話し合うなど）を行うことが、被害者が判断する上で役に立つ。

3) 支援者は、自分の専門性を越えた問題に対しては、他の専門機関と連携を行うことで対応することが望ましい。

支援者は自分で対応できない問題まで抱え込むことがないように、そのような問題に対しては、適切な専門家に紹介するなどそれが行える支援者や支援機関につなぐことが大切である。実際に他の専門家・機関に紹介するに当たっては、単にその機関を紹介するだけでなく、紹介先担当者と事前に連絡をとったり、初回面接の際には同行するなどのきめ細かい対応が必要である。

4) 生活機能の問題を抱える被害者には、食事や買い物などの生活支援、あるいはそれ

が行える機関の紹介が必要である。

生活支援が必要になる場合として、被害者の心身の健康問題のために食事の準備ができなかったり、家がメディアに囲まれて外出できない場合などが挙げられる。生活支援として行う内容については、被害者のニーズに合わせて情報提供を行うのがよい。また、依存関係となることを防ぐためには、所属機関で対応できる支援内容や期間を予め決めておき、被害者に伝えるとよい。

➤ **具体的な対応**

4) - 1 被害者が福祉や介護等の制度を必要としている場合は、市町村の各相談窓口あるいは被害者支援窓口と連携を行う。

被害者によっては、プライバシーの観点から連携機関へ情報を提供することに抵抗を示すことが考えられ、連携にあたっては情報を提供することについて被害者の同意に基づいて進める必要がある。実際の連携では、「被害者支援連絡票」（参考資料 c. 参照）を作り、民間被害者支援団体や県・市町村の担当窓口の連携を図るなどの方法が考えられる。

4) - 2 自宅が被害現場となった場合などでは、仮の住居を探す手伝いを行うことが重要である。

地域によっては被害者支援施策として公的住宅への優先入居が可能な場合があるため、地域の施策に合わせて利用できる制度について情報収集し、各機関で行うことができる支援について検討しておくもよい。

IX. マスメディアへの対応

社会的関心の高い事件の場合には、不本意な曝露やメディアスクラムなど、被害者への二次被害につながる状況となる可能性があるため、その支援は重要であるが、民間支援団体等に所属する一般的な支援者が直接マスメディアへの対応を行うことには限界がある。弁護士等の専門家や警察等の組織が対応するのが効果的である場合もあり、支援者は、その中で協力体制を築いて対応することが望ましい。

1) 支援者は、被害者をマスメディアへの不本意な曝露から保護することが必要である。

マスメディアに不本意に曝露されることにより、二次被害（例、話したくないのに聞かれる、メディアスクラムのように取り囲まれてしまうなど被害者の生活の安定を侵害することや、意図しない情報が流されてしまうこと）が増大し、更に傷つきが大きくなる可能性があるため重要である。実施にあたっては、支援者だけで対応するには限界があり、警察や弁護士などに相談し、互いに協力して行うことが適切であり、効果的である。

➤ **具体的な対応**

● 被害者のためには、メディア対応の代理人になることが必要であったり、それが支援の一環として選択肢にあることを、多くの支援者が知っていることと、どこが誰が代理人や窓口になりうるかの合意を得ておくことが重要と思われる。

● 支援機関が単独で行うのではなく、警察や弁護士と連携して行う方がよく、支援者個人というよりも組織として対応することが必要である。

「どちらでもない」とする代表的な意見は、支援者にとって負担が大きい、仲介程度ではないかと言う意見があった。代表的な意見を以下に示す。

● 支援者がマスメディア対応の経験があればよいが、そうでなければ被害者の希望があっても適切な機関に対応を依頼することが必要だと考える。

● 対応の窓口として機能できる機関であれば、良いと思われる。ただし、医師や心理ではできず、そこまでできる支援センターも少ないように思われる。実際には、弁護士等が対応したほうがよい場合もあるので、専門機関の紹介も視野に入れる必要があるだろう。

● メディアに関しては、支援者は慎重であるべきだと考える。病院や学校など被害者を保護する立場で仲介することは必要だが、警察や弁護士などの専門性や権威も必要である。

参考) 支援者は、被害者からメディア取材の付き添いの希望がある場合、可能であれば付き添いを行うことが望ましい。

この項目については、合意が得られなかった(平均6.7、適切と回答した者の割合74.3%)。適切でないとする意見としては、メディア取材の付き添いは、支援者の職種や所属機関によるという意見が多くみられた。代表的な意見を以下にあげる。

支援者の職種による。警察や弁護士であればこのような場面も想定されるが、その他の職種であれば、難しいのではないかと。

メディア取材の付き添いで、支援員の顔が出ることについて支援機関で協議しているか、支援員という専門家として自分の身は自分で守る手段を知っているかという点が問題になると思われる。法テラスを紹介して、そこから弁護士にメディア取材の委任や付き添いをしてもらう方が望ましいように思われる。

適切であるとする意見としては、「あくまでも付き添いに徹するべきで、マスメディアに対しての代弁はしない」と付き添い支援の内容を限定する意見や、被害者はマスメディアへの協力を断ってもかまわないことすら考えられなくなっている場合があるため付き添いが重要であるとする意見があった。

X. 支援者に対するケア・サポート

1) 支援機関は、各組織及び個人が行うことのできる支援の限界を把握し、マネーজে

ントを行うことが必要である。

支援機関は、機関および個人の限界を把握した上で、被害者支援上の問題の解決策について検討（例、既存の支援を超える部分に対する働きかけを行うこと、各機関や個人のそれぞれの限界をつなぎ合わせて支援すること、など）を行うことが必要であり、幅広い支援を可能にするためのマネジメントを行うことが求められる。

➤ 具体的な対応

1) - 1 被害者支援に当たる担当者は複数配置することが望ましい。

支援者が一人で支援に当たると業務面及び精神面での負荷が大きくなるため、傷つきの大きい被害者を支援するには特に複数の配置が支援者にとって望ましい。また、複数配置は支援の視点が偏ることを防ぐのに役立つため、被害者にとっても望ましい。担当者を複数配置するためには、支援機関がチームとして支援するということが普段から意識しておくことが必要である。ただし、被害者にとっては、支援者が一定していることが安心感につながるため、被害者と直接関わる担当者はある程度固定することが望ましい。

1) - 2 支援を行った後では、適宜休憩をとる等、気持ちを切り替えるための工夫が必要である。

気持ちを切り替えるための工夫は、個人の工夫だけでなく、組織として行うサポート（例、ねぎらい、支援の状況についての報告や意見交換、ケース検討、スーパーヴィジョン、機関内での支援や問題点の共有）などが重要である。

2) 支援機関は、支援に必要な知識を常にアップデートし、定期的に支援者へ情報提供することが必要である。

支援に関する政策や制度は更新されるため、知識や情報をアップデートすることは重要である。支援機関だけでなく、支援者自身が学習意欲を持ち、支援者同士で共有することが望ましい。

➤ 具体的な対応

2) - 1 支援機関は、現在の支援状況について組織内で共有し、支援者の不安を解消するために、定期的に研修やスーパーヴィジョンやケースカンファレンスを行うことが必要である。

実施にあたっては、個人情報の保護のため、守秘義務の遵守を定めるなどの対応が必要である。現実の問題としては、スーパーヴィジョンやカンファレンスの時間をとり、質を維持するのが難しいという意見もあり、各支援機関の実情に合わせて行う必要である。

2) - 2 研修やケースカンファレンスの実施においては、不必要な批判を受けないなど、各支援員が参加や発言をしやすいよう配慮する必要がある。

バーンアウトの兆候が見られる支援者の場合は、他支援者からの発言を必要以上に批判的に受け取る可能性が考えられるため、注意が必要である。また、批判的な発言であっても発言の内容

を検討できるようなチーム作りをすることが、外部からの批判に耐える仕事をするために役立つとも考えられる。

3) 支援機関は、支援における問題等について、弁護士、各科専門医師など専門家への相談ができるよう体制を整えることが必要である。

被害者のための支援には法律、医学を含んだ専門的な問題が多くあり、被害者に曖昧な情報を伝えないためにも常に専門家のアドバイスが受けられる状態にしておくことが重要である。

4) 支援機関は、支援員のバーンアウトや二次受傷などを防ぐため、支援員の心身の健康に配慮することが必要である。

➤ **具体的な対応**

4) - 1 メンタルヘルスの向上やバーンアウト防止のためには、支援について十分な労いを受けたり、また支援が有効であったと考えられる事例や支援方法について共有することが必要である。

継続した支援活動を行うためには支援者のメンタルヘルスの向上やバーンアウト防止の対策が重要であり、支援について十分な労い（声かけなど）を受けることがモチベーション維持につながり重要である。また、支援が有効であったと考えられる事例や支援方法についての共有は、支援者のスキルアップにもつながり重要である。

4) - 2 支援の対象が子どもである場合には、自分自身の気持ちの動揺に注意し、冷静に対処できるように気をつける必要がある。

子どもの被害者に対しては、支援者側の「支援しなければならない」という思いが無意識のうちに強くなりやすいためである。ただし、支援者が強い使命感を持って行動することは、支援の充実につながる面もあるので、過度の抱え込みやバーンアウトに注意しつつ支援を行うとよい。また、このように思いが強くなるのは子どもの被害者に限らないため、個々の支援者が自分にとって思いが強くなる対象を想定し、その場合は他の支援者の意見を聞いたり、スーパーヴァイズを受けながら支援を行うのが望ましい。

5) 各支援員が直面している困難について、職場や支援機関の中で気軽に相談や話ができるような雰囲気や体制作りの工夫が重要である。

6) 支援員のモチベーションやメンタルヘルスの向上のために、支援の目標・目的を明

らかにすることが重要である。

支援の内容は機関や支援者の経験年数等によって様々であるため、各機関や各個人で予め目標や目的を設定して支援することは過度な目標設定による無力感を防ぎ、自己効力感を高める上でも重要である。ただし、バーンアウトしないように過大な目標を設定しないことが求められる。

7) 支援者が、プライベートの確保・充実に努めることは、精神健康やバーンアウト防止などに有効である。

特に急性期の被害者支援は開始の予測がつかず、機関によっては人員不足などのために実現できない場合が考えられるが、プライベートの確保・充実の重要性について認識しておくことは重要である。

➤ **具体的な対応**

7) - 1 支援者は、支援活動あるいは支援活動による多忙などについての家族の理解を得ることが重要である。

急性期は急に支援が必要になることが多いことから、家族に影響を与えるほど多忙になる場合には、多忙な理由や期間等について家族に話し理解を得ることが支援者が支援を続ける上で重要である。ただし、家族に理解を得る場合には守秘義務を守ること（支援内容の詳細について話さない、など）が原則である。

7) - 2 支援活動以外の時間には、できるだけ支援のことを考えないなど気持ちの切り替えを意識することが必要である。

日常生活の中で支援活動以外のことを考えるなど気持ちを切り替える時間をもつことが、支援者のバーンアウトを防ぎ、継続した支援活動を行うために必要であり、多忙な中でも意識することが大切である。

8) 被害経験のある支援者とない支援者が連携して支援を行う場合、それぞれにしかでき得ない支援があることを理解し、助け合うことが必要である。

被害経験のある支援者には、被害者との心理的距離間が近いことによる安心感や、経験からのアドバイスなど、他の支援者にできない支援が提供できる。被害経験のない支援者は、被害者への配慮と同時に被害経験のある支援者への配慮を行うなどの役割を担うことができると考えられる。被害経験のある支援者とその他の支援者の信頼関係のもとで、これらの役割分担が自然と行われることが望ましいと考えられる。

参考) 犯罪被害を経験した人が支援を担当している場合、他の支援者がその支援者をサポートする体制が必要である。

この項目については、合意が得られなかった（平均点 6.6 点、「適切」と回答した人の割合

74.3%)。不適切とする回答は少なく(3点:1.3%、4点:2.6%)、「どちらでもない」とする回答が15.4%あったことから平均点が下がったと考えられる。合意に達しなかった理由として、解説にもあるように、「被害経験のある人自身が十分に回復してから支援にあたるべき」というものが複数挙げられた。また、被害経験のない支援者が被害経験のある支援者に対して「支援してあげている」という言葉を用いる場面が現実にあることを挙げ、ガイドラインにも適切な表現を求める意見もあった。さらに、提示した項目が被害経験のある人をサポートするのが被害経験のない人に限定されていることへの指摘や、「体制までは必要ない」という意見、被害経験があるかないかに関わらず、それぞれ支援者には衝撃を受けやすい場面があり、精神的・身体的疲労が蓄積することもあるため、各支援者間相互のサポートの必要性もコメントされた。以上のような意見から、過去に被害を経験した人が新たな被害者を支援しようとする場合には本人が十分に回復していることが求められ、被害経験のある支援者をサポートする必要がある場面はあるものの、それは全ての支援者にサポートが必要な場面がある可能性があることに少し注意深さが多く求められる程度とも考えられた。項目に対して肯定的な立場からは、被害経験のない支援者は、被害経験のある支援者に助けられることや学ばされることも多く、相互の尊敬・信頼関係とサポートから支援が成り立つという意見や、ひどい被害を目の当たりにした時には誰もが心揺れるものであり、被害経験があれば尚更サポートが必要との意見が挙げられた。

参考資料

- a. 「刑事手続きの流れと被害に遭われた方へのお願い」. 警察による犯罪被害者支援 (警察庁犯罪被害者支援室)
<http://www.npa.go.jp/higaisya/home.htm>
- b. 「被害から間もない時期に起こりやすいこと」. 犯罪被害者のメンタルヘルス情報ページ (平成 17~19 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」研究班)
<http://www.ncnp.go.jp/nimh/seijin/www/index.html>
- c. 「犯罪等被害申告票 (仮称)」書式 (内閣府 犯罪被害者支援ハンドブック・モデル案)
<http://www8.cao.go.jp/hanzai/shien/handbook/html/6-1.html>

支援機関情報

- 認定 NPO 法人 全国被害者支援ネットワーク
<http://www.nnvs.org/>
- 警察庁 警察による犯罪被害者支援ホームページ 各都道府県の被害相談窓口
<http://www.npa.go.jp/higaisya/home.htm>
- 内閣府 犯罪被害者団体等紹介サイト
<http://www8.cao.go.jp/hanzai/soudan/dantai/dantai.html#higaisyadantai>
- 法テラス 犯罪被害者支援
<http://www.houterasu.or.jp/higaishashien/>
- 日本弁護士連合会 犯罪被害者に対する支援 (犯罪被害者支援委員会)
<http://www.nichibenren.or.jp/activity/human/victim.html>
- 厚生労働省 全国の精神保健福祉センター一覧
<http://www.mhlw.go.jp/kokoro/support/mhcenter.html>

資料

平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））
大規模災害や犯罪被害等による精神疾患の実態把握と対応ガイドラインの
作成・評価に関する研究 分担研究報告書

心的外傷後ストレス障害のスクリーニングおよび症状評価のための

自記式調査票の開発、尺度特性の検討

分担研究者 鈴木友理子 1)

研究協力者 深澤舞子 1)、金吉晴 1)

1) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 成人精神保健研究部

研究要旨

【目的】PTSD のスクリーニング尺度 Trauma Screening Questionnaire (TSQ)、PTSD Checklist (PCL) の日本語版、および、K6 の PTSD 用モジュールとして独自に作成した 3 項目尺度の信頼性と妥当性を検討する。【方法】東京女子医科大学において対人被害によるトラウマを主訴として治療を受けている患者のうち、PTSD の診断のつく者 20 名、診断のつかない者 30 名を対象とする。尺度特性を検討する上記 3 つの尺度に加え、これらの並存妥当性を検討するため、SCID と IES-R を実施する。信頼性の検討として、Cronbach の α 係数による内的一貫性、再検査信頼性を検討する。妥当性の検討として、SCID との並存妥当性を検討する。SCID と比較して、感度、特異度、陽性的中率、陰性的中率を算出し、カットオフ値の妥当性を検討する。さらに PCL については合計点を算出し、IES-R 合計点との相関を検討することで並存妥当性を検討するとともに、SCID の対応する項目ごとに感度、特異度、陽性的中率、陰性的中率を算出し、PTSD の診断に使用することの可能性を探る。【結果】現在、症例集積中である。【考察】これら TSQ と PCL の日本語版、および PTSD 用モジュールを開発することにより、日本における PTSD の簡便なスクリーニングや症状評価が可能になるとともに、TSQ と PCL に関しては国際比較も可能となり、PTSD の研究の進展の一助となることが期待できる。

A. はじめに

近年実施された WHO の主導する国際的な精神・行動障害に関する疫学研究プロジェクト World Mental Health(WMH)の日本調査(WMHJ)によると、日本の一般人口における PTSD の生涯有病率は 1.4%、12 か月有病率は 0.6%と報告されており(川上、2007)、一般人口における PTSD の有病率はそれほど高くはない。しかし外傷的な出来事を経験した集団における PTSD の有病率は高く、飛鳥井(2005)によると、自然災害(阪神淡路大震災)や、地下鉄サリン事件や和歌山毒物混入事件などの集団被害、交通事故で 10%程度とまとめられており、民間シェルターへ入所したドメスティックバイオレンス被害女性の 40.0%が PTSD と診断されたという報告もある(石井ら、2005)。

特に大規模な災害等で多くのイベント曝露者が生じた場合、ハイリスク者の同定を行い、ハイリスク者への積極的なアプローチと、その他の者に対するポピュレーションアプローチという、2 つの異なった戦略を展開する必要がある。その際に PTSD を簡単にスクリーニングすることのできるツールは有用であると考えられる。また、ある大規模な集団の PTSD 症状の経過を長期間にわたって観察していく際には、簡便な自記式評価尺度が有用である。現在日本において使用されている自記式の PTSD のスクリーニング尺度、症状評価尺度としては、海外において開発された尺度を日本語に翻訳したものとして、Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS)(長江ら、2007)、Impact of Event Scale-Revised (IES-R)(Asukai et al., 2002)があるが、これらはそれぞれ 30 項目、22

項目で構成されており、やや回答者への負担が大きいという難点がある。

そこで本研究では、Trauma Screening Questionnaire (TSQ)の日本語版、PTSD Checklist (PCL)の日本語版、および、K6 に追加する PTSD 用モジュールとして独自に作成した 3 項目尺度の 3 つを開発する。

TSQ は自記式の PTSD のスクリーニング尺度で、項目数も 10 項目と少なく、回答も yes/no の 2 択式、得点の計算も単純加算であり、非常に簡便な尺度である。また開発者は感度 0.86、特異度 0.93 という十分な尺度特性を報告しており(Brewin et al., 2002)、近年の大規模災害後の疫学調査および公衆衛生的介入において広く用いられ、有用性が実証されている(Brewin et al., 2010; Walters et al., 2007)。

PCL は 17 項目の自記式の PTSD の症状評価尺度であり、DSM-IV に記載された PTSD の 17 の症状を 5 段階で評価するものである。Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-IV(CAPS)との相関は 0.929(SD=29.1)、Cronbach's alpha=0.939、カットオフ値を 50 とした場合の感度 0.778、特異度 0.864、カットオフ値を 44 へ下げた場合の感度 0.944、特異度 0.864 という十分な尺度特性をもっている(Blanchard et al., 1996)。

なお、これらの尺度は PTSD のスクリーニングだけを目的とした尺度であるが、実際にスクリーニング調査を行う場合、全般的な精神健康度の評価もあわせて実施されることが多い。その際に別の尺度を追加して実施することは、調査参加者の負担となる。そこで、負担を増加させることなく、PTSD のスクリーニングを実施するため、全般的

精神健康のスクリーニング尺度に追加するモジュールの開発を検討した。K6は6項目の全般的な精神健康に関するスクリーニング尺度であり(Kessler et al., 2002)、日本でも広く用いられている(川上ら、2004)。また、2011年3月11日に発生した東日本大震災後の厚生労働省による健康診断事業でも用いられた。このK6の6項目に加えるための、PTSDの再体験症状に関する3項目のPTSD用モジュールを作成した。これらの項目は、PTSDの診断基準における再体験症状、既存の複数の尺度の再体験症状に関する表現を参考として作成されており、十分なface validityを有する。

これらTSQとPCLの日本語版、およびK6に追加するPTSDモジュールを開発することにより、日本におけるPTSDの簡便なスクリーニングや症状評価が可能になるとともに、TSQとPCLに関しては国際比較も可能となり、PTSDの研究の進展の一助となることが期待できる。

B. 目的

イギリスにおいてBrewinら(2002)が開発した心的外傷後ストレス障害(post-traumatic stress disorder: PTSD)のスクリーニング尺度であるTrauma Screening Questionnaire (TSQ)と、アメリカにおいてNational Center for PTSD (Weathers, Litz, Herman, Huska and Keane, 1993)が開発したPTSDの自記式評価尺度であるPTSD Checklist (PCL)の日本語版、およびK6に追加するためのPTSD用モジュール3項目を開発し、既に日本語版の標準化がなされている診断尺度Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) (高橋ら、2010)と、PTSD

の自記式評価尺度であるImpact of Event Scale-Revised (IES-R) (Asukai et al., 2002)と比較することで、その信頼性と妥当性を検証する。

C. 方法

1) 対象

本研究の対象者は、対人被害によるトラウマを主訴として東京女子医科大学女性生涯健康センター精神科外来において治療を受けている患者とする。同科の臨床ルーチンとして施行されているSCIDによりPTSDの診断のつく者20名、PTSDに該当しない者30名をリクルートする。

選択基準は、(1)外傷体験は対人暴力(性暴力、配偶者間暴力、その他傷害など)、(2)外傷体験の経験時期は15歳以降、(3)性別は女性、(4)年齢は20歳以上65歳以下、(5)母国語は日本語、である。

除外基準は、(1)次の精神疾患の併存；統合失調症、双極性障害、アルコール・薬物関連障害、人格障害A群、(2)非識字等調査内容や説明の理解が困難、(3)研究責任者、研究分担医師が調査参加者として不適当と判断した患者(知的能力の低下、意識障害がある等)である。

2) 測定項目

原著者の許可を得て日本語への翻訳、逆翻訳を経たTrauma Screening Questionnaire (TSQ-J)、PTSD Checklist (PCL-J)、および、PTSD用モジュールと同時に、SCIDとIES-Rを実施する。また、外傷体験の種類、年齢等の基礎属性についての情報を取得する。

3) 調査実施手順

(1) 調査1回目

東京女子医科大学において治療を受けている患者に対し、主治医の診察時に主治医により、SCIDにてPTSDの診断を行う。その後、IES-R、PCL、TSQ、PTSD用モジュールを実施する。調査票にはあらかじめ、研究で使用するためのID番号を付し、無記名での回答を依頼、回収する。回答の依頼にあたっては、研究の目的や拒否による不利益が生じないことなどを文書を用いて説明し、同意書を得る。

(2) 調査2回目

PCL、TSQ、PTSD用モジュールに関して、再検査信頼性を検討するため、調査1回目の次の診察時、もしくは郵送により、再度調査を行う。1回目の実施時と同様にID番号を付し、無記名での回答を依頼、回収する。

(3) 回収したデータの入力

基礎属性等については、東京女子医科大学にて入力したデータを、国立精神・神経医療研究センターへ送付する。データ管理はすべて研究用に付したIDにて行い、個人が同定される情報は入力しない。

SCID、IES-R、PCL、TSQ、PTSD用モジュールについては、記入済みの調査票（個人情報含まれていない）を国立精神・神経医療研究センターへ送付し、国立精神・神経医療研究センターにおいて入力し、東京女子医科大学において入力されたデータとの連結を行う。

4) 分析計画

(1) TSQ-J

・内的一貫性を検討するため、Cronbachの

α 係数を算出する。

・再検査信頼性の検討のため、TSQ-Jの1回目と2回目の調査結果間の相関係数を算出する。

・TSQ-Jの1回目のデータと、同時に取得されたSCIDのデータを比較して、感度、特異度、陽性的中率、陰性的中率を算出し、カットオフ値の妥当性を検討する。

(2) PCL-J

・内的一貫性を検討するため、Cronbachの α 係数を算出する。

・再検査信頼性の検討のため、PCL-Jの1回目と2回目の調査結果間の相関係数を算出する。

・PCL-Jの1回目のデータと、同時に取得されたSCIDのデータを比較して、感度、特異度、陽性的中率、陰性的中率を算出し、カットオフ値の妥当性を検討する。

・PCL-JとIES-Rとの並存妥当性の検討のため、相関係数を算出する。

・PCL-JをPTSDの診断に使用することの可能性を探るため、PCL-Jの各項目とSCIDの対応項目とを比較して、感度、特異度、陽性的中率、陰性的中率を算出する。

(3) PTSD用モジュール

・内的一貫性を検討するため、Cronbachの α 係数を算出する。

・再検査信頼性の検討のため、1回目と2回目の調査結果間の相関係数を算出する。

・PTSD用モジュールの1回目のデータと、同時に取得されたSCIDのデータを比較して、感度、特異度、陽性的中率、陰性的中率を算出し、カットオフ値の妥当性を検討する。

・PTSD用モジュールとIES-Rとの並存妥当性の検討のため、相関係数を算出する。

D. 結果

現在、対象者のリクルート、調査実施、データの集積に関して、継続中である。

参考文献

- 1) 川上憲人. こころの健康についての疫学調査に関する研究. 平成 18 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)「こころの健康についての疫学調査に関する研究」総括研究報告書 (主任研究者: 川上憲人)
- 2) 飛鳥井望. PTSD の臨床疫学. 臨床精神医学; 34 : 893-898, 2005
- 3) 石井朝子、飛鳥井望、木村弓子ら. シェルター入所者におけるドメスティックバイオレンス被害の実態と精神健康に及ぼす影響. 精神科治療学; 20 : 183-191, 2005
- 4) 長江信和、廣幡小百合、志村ゆずら. 日本語版外傷後ストレス診断尺度作成の試み-一般の大学生を対象とした場合の信頼性と妥当性の検討-. トラウマティック・ストレス; 5 : 51-56, 2007
- 5) Nozomu Asukai, Hiroshi Kato, Noriyuki Kawamura et al. Reliability and validity of the Japanese-language version of the Impact of Event Scale-Revised (IES-R-J): Four studies of different traumatic events. J Nerv Ment Dis; 190: 175-182, 2002
- 6) R. C. Kessler, G. Andrews, L. J. Colpe et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. Psychological Medicine; 32: 959-976, 2002
- 7) 川上憲人、近藤恭子、柳田仁祐、古川壽亮. 成人期における自殺予防対策のあり方に関する精神保健的研究. 平成 16 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)「自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究」分担研究報告書
- 8) Chris R. Brewin, Suzanna Rose, Bernice Andrews et al. Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. British Journal of Psychiatry; 181: 158-162, 2002
- 9) James T. R. Walters, Jonathan I. Bisson and Jonathan P. Shepherd. Predicting post-traumatic stress disorder: validation of the Trauma Screening Questionnaire in victims of assault. Psychological Medicine; 37: 143-150, 2007
- 10) Chris R. Brewin, Nika Fuchkan and Zoe Huntley. Diagnostic accuracy of the Trauma Screening Questionnaire after the 2005 London bombings. Journal of Traumatic Stress; 23: 393-398, 2010
- 11) Chris R. Brewin, Nika Fuchkan and Zoe Huntley et al. Outreach and screening following the 2005 London bombings: usage and outcomes. Psychological Medicine; 40: 2049-2057, 2010
- 12) Edward B. Blanchard, Jacqueline Jones-Alexander, Todd C. Buckley et al. Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). Behav Res Ther; 34: 669-673, 1996
- 13) Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S. et al. The PTSD checklist: reliability, validity, & diagnostic utility. Paper presented at the Annual Meeting of the

International Society for Traumatic Stress
Studies, San Antonio, TX, 1993

- 14) 高橋三郎監修、北村俊則、岡野禎治訳.
精神科診断面接マニュアル(SCID)[第2
版] 使用の手引き・テスト用紙. 日
本評論社, 2010

平成23年度厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合 研究事業（精神障害分野）

（研究課題名）大規模災害や犯罪被害等による精神疾患の実態把握と対応ガイドラインの作成・評価に関する研究

総合病院のための虐待対応マニュアルと虐待防止教育用テキストの開発に関する研究
分担研究報告書

分担研究者 石郷岡純1)
研究協力者 加茂登志子2) 1) 内出容子1) 2)

- 1) 東京女子医科大学精神医学教室
- 2) 東京女子医科大学附属女性生涯健康センター

研究要旨：医療機関における虐待防止対応は重要事項である。児童虐待防止法の制定、施行以来自治体のみならず医療機関においても虐待防止組織の整備や虐待防止に関する啓蒙が進められてきた。本研究では総合病院での運用を想定したすべての虐待（児童、DV関連、高齢者、障害者）に対応するための虐待防止マニュアルと、教育用テキスト、研修プログラムを開発する。児童、DV、高齢者、さらに障害者虐待までが法制化されるにあたり、医療機関における虐待防止は今後包括的に対応することが求められる。開発したツールの有用性についても検討していく予定である。

A 背景

医療機関はすべての虐待症例、事例発見の窓口であり、発見後に適切な対応が求められることについては論を俟たない。特に複数の診療科を有する総合病院においては、虐待症例に遭遇することがより多くなることが予想されるため、早期発見と適切な対応が求められる。

「児童虐待の防止等に関する法律」（平成12年、「児童虐待防止法」）、「配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律」（平成13年、「DV防止法」）、「高齢者に対する虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（平成18年、「高齢者虐待防止法」）と虐待関連の法律が制定、施行され、ライフステージの様々な段階における虐待防止法制が整備されることになった。さらに平成24年10月からはすべてのライフステージに関わる障害者虐待についても法律の施行が予定されているという現実がある。

児童虐待については、すでに日本小児科学会の取り組み（子どもの虐待防止プロジェクト）や医療機関におけるCAPS（Child Abuse Prevention System）の設置等で整備が進んでいる。また、DVや高齢者についても自治体や医療機関向けの資料が存在しており、関係機関がそれぞれ独自に啓蒙に取り組んでいる。

児童虐待防止法、DV防止法、高齢者虐待防止法いずれにおいても、医療機関への早期発見や通告の努力義務遵守や情報提供が求められていたが、平成22年7月施行の改正臓器移植法において「政府は、虐待を受けた児童が死亡した場合に当該児童から臓器が提供されることのないよう、移植医療に従事する者が児童に対し虐待が行われた疑いがあるかどうかを確認し、及びその疑いがある場合に適切に対応するための方策に関し検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。」と定められることになり、更に虐待防止関連の対応が要請されることとなった。

当の医療機関や医療スタッフはどうか、以下に例を示す。

平成16年に報告された全国小児科専門医研修指定病院を対象にした調査結果による

と、9割の医師が児童虐待への関心を肯定し、6割の医師が被虐待児の経験があったという。しかし、事例の通告に至ったのはそのうちの6割のみであった。

また東京都内の病院を対象にした児童虐待対応に関する調査（平成21年報告）では、具体的な虐待対応の取り組みを行っていた施設は2割にとどまっていた。一方で、虐待対応のための委員会を設置している施設では、児童虐待への対応件数が多いことも示され、委員会の存在をメリットに感じていたとも報告されている。

まとめでは、医療従事者の役割分担（個人責任の軽減化）、院内連携の促進、院内対応方法の統一化などを通じて個々の医療従事者の虐待防止対応スキルが向上していくこと、さらに地域関連機関とも円滑な関係性を醸造することが示されている。

このような背景において、虐待防止への取り組みとして、総合病院での運用を想定した包括的な虐待防止対策ツールを開発しようとするものである。

B 目的

- 1) 医療関係者の虐待対応に関する知識や意識についての実態調査。
- 2) 総合病院のための虐待対応マニュアルと虐待防止教育用テキストの開発。
- 3) 2) を用いた虐待防止対応スキルアップのための研修プログラムの作成。
- 4) 開発したツールの有用性の検討。

C 方法

- 1) 東京女子医科大学附属病院群の全医療関係者にアンケート調査を行い、虐待に関する法的知識や医療機関の責務、虐待症例に対する意識などについて実態を把握する。

自記式調査票を用いた横断による観察研究。調査票の内容は以下の通り：

1. 個人属性：年齢、性別、職種、経験年数、勤務年数
2. 虐待防止法、関連法（個人情報保護法