

②PCIT 群と通常治療群の治療前後の比較：予備調査における PCIT 治療完遂群 (PCIT 群) と通常治療を受けた DV 被害母子 (Treatment As Usual: TAU 群) について、治療前後の母子の精神健康状態を、評価尺度を用いて統計学的に比較し、両者の差異について検討した。

「DV 被害母子に対する PCIT の効果に関する研究」－結果

①PCIT 導入予備調査の結果：PCIT を導入した DV 被害母子 10 例のうち、3 例が治療前半期にドロップアウトした。ドロップアウトの主たる原因は母親の精神症状による通院継続困難である。なお、ドロップアウト事例の母親の主診断は、摂食障害、解離性障害、パーソナリティ障害であった。

母親のスキル獲得が基準に達するか、基準達成に準ずると思われるものと、子どもの ECBI スコアが減少し、114 点以下に達したもののいずれかが満たされた 7 例 (子どもの平均年齢 5.57 (SD 1.90) 歳) が治療を完遂とし、これを PCIT 群とした。PCIT 群の平均治療期間は 234 (SD 54.9) 日であった。

ECBI 得点は治療開始前が平均 146 点であったが、治療終了後には 108 点に減少しており、母親は子どもの問題行動が減少していると評価していると判断された。米国の基準では ECBI 得点が 114 点以下になることが PCIT 終了の目安となるが、PCIT 群 7 例のうち、この基準に到達したものは 5 例であった。114 点以下にならなかった 2 例については、母親のスキル獲得が十分と考えられたため治療終了とした。

行うスキルの獲得数の平均値を見ると、「繰り返し」と「行動の説明」は治療の進捗に従い順調に獲得数を増やし、マステリーに到達したが、「具体的賞賛」の増加は CDI 以後横ばいとなり、マステリーに達していなかった。

一方、避けるスキルは全て順調に頻度を減じ、治療終了時には全てがマステリー基準に達した。

治療が完遂できた PCIT 群の PCIT の受け入れは母子ともに良好であった。治療終了後に行った母親からの聞き取り調査では、CDI において「質問」を減らすことの困難さとともに、「具体的賞賛」をすることの困難さが語られることが多かった。「具体的賞賛」を頻繁に使用することについては子どもを誉めすぎると増長するのではないかと、謙譲の美德が失われるのではないかと不安を訴える母親も存在した。しかし、抵抗感を訴えると同時に、「DV を受けた夫はもちろん、自分の子ども時代に親からほめられることもほとんどなかった」と訴える母親も多かった。

PDI (しつけの部分) では、「直接的で具体的な良い命令」を出すことの難しさが語られた。一方、「タイムアウトの手順」は我が国ではあまり使用されない子育ての手法だが、多くの母親が理解しやすく、子どもと共有しやすい手順として肯定的に位置づけた。

育児ストレスを測定する PSI-SF 得点については、下位尺度である親子の非機能的相互関係 (PCDI) 得点が治療前後で有意に低下していた (図 1)。

②PCIT 群と通常治療群の治療前後の比較：
金・加茂らによる「DV 被害を受けた母子へのフォローアップ研究」対象母子 50 組のうち、PCIT 群の治療期間（7.8 ヶ月）に最も近いベースラインから 9 ヶ月の時点データが得られた 17 組（子どもの平均年齢 4.8（SD 2.0）歳）を TAU 群として抽出した。TAU 群の母親は全例が通常の精神科診療を受療している他、DV に特化した心理教育グループ、育児グループに参加しているが、子どもは必要がある場合のみ児童精神科外来に通院している。

治療前比較において、PCIT 群の子どもは TAU 群の子どもと比較し、CBCL, ADHD-RS の各スコアが全般的に高いが、統計学的に有意差が認められたのは ADHD-RS における注意欠陥スコアのみであった。同様に、母親の精神健康状態も PCIT 群が重症度を示すスコアがやや高いが、DES-II 平均値のみが有意差を持って PCIT 群の方が高かった。

治療前後の子どもの精神健康状態について、PCIT 群と TAU 群を比較したところ、TAU 群は治療前後にもぐらわずの正答率のみが有意に改善している一方、PCIT 群は CBCL 外向尺度 T 値、ADHD-RS 注意欠陥得点、ADHD-RS 合計得点が有意に改善していた（図 2）。

「DV 被害母子に対する PCIT の効果に関する研究」－考察

DV 被害母子の子どもの問題行動への対処と養育再建を目的とした PCIT の予備導入研究において、養育者側に精神健康障害を有する母子であっても治療完遂率は 70%と

高く、また、治療回数の通算は約 17 回と米国での推奨回数とほぼ同等であった。治療終了時に ECBI を用いた計測による子どもの問題行動は概ね軽減していたが、TAU 群との比較においても外向性症状群および ADHD 症状の有意な改善が確認されており、予備調査の範囲において、子どもの行動面の問題に対する PCIT の有用性は十分に示唆されたと考えられる。

しかし、治療期間が 7.8 ヶ月と長引いた点については、母の病状の悪化など主として母親側の要因によるセッションのキャンセルが影響を与えたものであるため、さらに母親の精神健康障害に対する治療ストラテジーを考慮する必要があると考えられた。ただ、統計学的有意差は得られなかったものの、PCIT 終了時には母親の精神健康状態は軽快方向にあること、育児ストレスにおいて親子の非機能的相互関係が改善されていたことを考えると、PCIT 自体が母親の症状を改善させる可能性もまた視野に入れながら研究を進めていく必要があると考えられた。

B. DV 被害親子に対するこころのケアハンドブックの開発に関する研究－その 2 専門的治療に関する専門職トレーニングのストラテジーについて（25年度研究）

エビデンスに基づいた心理療法の均てん化に関する予備研究として、A 及び B 県の児童相談センター心理職に対し親子相互交流療法（Parent-Child Interaction Therapy: PCIT）のワークショップとコンサルテーションの経験をモデルに、専門的治療に関するトレーニングのストラテジーに

ついて考察した。

①イニシャルワークショップ (WS) とコンサルテーションの前提条件：トレーナートレーニング、治療プロトコル、アセスメントツール

諸外国ですでにエビデンスの確立した心理療法を日本に導入するにあたり、エビデンスの維持を担保することは重要な前提条件である。なかでも WS とコンサルテーション、スーパービジョンを行うトレーナーは指導する治療そのものに対する十分な経験とともに、トレーナーとしての技術を有しなければならない。

本研究における WS トレーナーは研究分担者及び研究教職者の中から加茂と伊東が担当した。両者とも 20 年から日本のケースに PCIT を導入し、22 年 5 月からは PCIT の創始者であるフロリダ大学 Eyberg 教授に師事し、同教授研究チームのサポートを受けながらセラピスト及びトレーナーとしてのトレーニングを積んでいる。また 24 年、25 年の 2 回に渡り、Eyberg 教授および PCIT マスタートレーナーである Auburn 大学 Elizabeth Brestan-Knight 教授を日本に招聘し、日本の専門職に対しイニシャル WS を共同開催することでトレーナーとしての技術を高めた。また、ケーススーパービジョンに関する研修も同時並行で行っている。

エビデンスの維持・担保に関するもう一つの重要な前提条件は治療プロトコルやアセスメントツールの質の保持である。今回の児相ワークショップで用いた治療プロトコルは、米国で用いられている標準プロトコルをまず日本語に翻訳し、次にこれを英

語に back-translation したものについて米国側と検討し、日本語訳をより正確なものに仕上げたものである。

このほか PCIT 施行の必須アセスメントとして、ECBI (Eyberg Child behavior Inventory：アイバーグ子どもの行動評価票)、及び Abridged Dyadic Parent-Child Interaction Coding System-III (親子対の相互交流評価システム短縮版第 3 版：DIPCS-III (Eyberg, 2010) があるが、両者ともプロトコルと同様に back-translation の技法を用いて日本語版を作成した。ECBI に関しては日本の事例に対する validation study と標準化も並行して行った。また、DPICS については日本語場— ション使用に当たっての注意点を日本語ノートとしてまとめ、翻訳に添付した。

②イニシャル WS とコンサルテーションの実際

A 県、B 県とも児相でのイニシャル WS の構成は米国内で標準的に行われ、国際的な基準ともなる 40 時間ワークショップを基礎とした。ただし、日程構成や時間配分についてはそれぞれの児相の規模や参加人数、勤務環境に適合させた。

国際的な標準 PCITWS は参加者 8 名、5 日間連続であり、原則的にライブケースもこの期間中に体験する。しかし、多忙な児相において 5 日間連続 WS 開催するには日常の実務への支障が生じる可能性が高かったため、A 県では 2 連続の週末を利用して 2 回に分けて WS を行い、B 県では週末を利用した 4 日間連続で 1 日の授業コマ数を増やす形とした。A 県の日程の詳細を文末に添付

する。規模の大きい A 県では参加する心理専門職者の数も多かったため、WS は 1 年に 1 回ずつ合計 2 回行った。B 県は 1 回のみの開催でほぼ全員の心理職が WS を受講することが出来た。

両県ともトレーナーが児相に出向く形で WS を行ったため、WS 中にライブケースを導入することは困難であった。その代替として、文末に添付した A 県 WS の後半第一日目の参加者用ハンドアウトに見るように、ロールプレイとビデオを多用した。ライブケース体験については、A 県、B 県ともに経験豊富な治療者がいるため、WS 外で実際のケースを見学することとした。

なお、WS には、過去の WS に参加し、現在 PCIT を実施している児相内経験者もサブトレーナーとして参加し、新しい参加者のスキル獲得を支援するとともにロールプレイに積極的に参加した。

A 県では毎月 1 回、B 県では 2～3 か月に 1 回イニシャルWS後 1 年以上に渡り、定期的に具体事例のケースコンサルテーションを行った。

国際標準としての PCIT トレーニングでは、新規に PCIT に取り組むセラピストに対し、トレーナーがその場で指導するか、あるいはセッションごとにビデオを用いて指導を行うが、児相という環境上これを実行するには困難があった。

厳格な守秘義務を必要とする児相でのケースコンサルテーションは、WS トレーナーが児相に出向くか、女性生涯健康センターで会場を用意する形で行った。

PCIT は通常 60 分のセッションを毎週行い、12 週から 20 週程度で修了すること

が多いが、児相ケースの場合、多くは 1 か月に 1 回の頻度でセッションが持たれていた。児相側の要因としては、心理職の数が全体に不足していること、PCIT が出来る機能を備えた治療スペースが十分でないことなどがあり、また、PCIT を受ける養育者側にも、心身の不調のためキャンセルが続くことがある等の要因が認められた。

しかし、A 県でコンサルテーションを行った 2 事例については次第に ECBI 強度得点が下がるなど、PCIT の効果が認められたが、両者とも導入後修了まで約 1 年を要した。その他のケースについても A 県、B 県とも積極的に PCIT の導入を進めている。

③考察

A 県、B 県への PCIT 導入に際し、トレーナー トレーニングの質担保と治療プロトコルやアセスメントなどの資料については治療効果エビデンスを最大限維持する形で施行することが出来たと考えている。イニシャルWSの開催方法については、WS開催期間内にライブケース体験ができない点が問題点として残った。臨床現場でのケース見学から補完的な体験は可能だが、治療効果を実感しながらのWSの受講はスキル獲得の大きなモチベーションになるため、今後はライブケースの導入も視野に入れていきたい。

もっとも大きな問題は、コンサルテーションとスーパービジョンの方法論にあった。まず、心理療法を推奨された枠組みで行うことは、治療効果を最大限に引き出す前提であるので、それぞれの施設の治療環境に適合しつつも今後は週 1 回のセッションの開催を目標としていくよう環境を整える支

援を行う必要がある。また、特に行動療法に関しては初学者が治療を行う場合、指導の場でエラーの修正をその都度十分に行っていくことが重要だが、月1回のコンサルエラー修正が不十分となりやすい。これらの問題を解決するためには、トレーナー側にも時間的フレキシビリティが要求される。

以上、外国で実績のあるエビデンスに基づいた心理療法の導入に関し、PCITをモデルとした臨床試験と施行施設（児相）におけるトレーニングについて概要を示した。

上述したように、被害親子に対し専門的なところのケアを施行していくためには、トラウマ関連疾患への深い理解と心理療法的アプローチの技術を習得することが必須条件となるが、これらを系統的に習得する場はまだないのが現状である。米国シンシナティ子ども病院トラウマ治療トレーニングセンター(TTTC)では、本部スタッフらより地域の児童保護施設職員や保健師等を対象にPCITのTrauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy(TF-CBT)、Child Adult Relationship Enhancement(CARE)等エビデンスのある心理療法について研修会を開催しセラピストを養成したうえで、治療に対するスーパーバイズを行っている。また地域のデータを集積かつ分析し、その結果を地域保健施設に還元するなどして家庭内暴力被害に向け、地域ぐるみの治療スキルの底上げを達成している。今後、PCITやこれに類するエビデンスに基づいた心理療法の均てん化を日本でも推し進める場合、TTTCに類似した治療トレーニングセンターの構築が必須である。

5) DV被害親子に対するところのケアと予防に関する関係概念図

上記を踏まえて、図3にDV被害親子に対するところのケアガイドラインに先立ち、ところのケアと予防に関する関係概念図を構築した。

DV被害親子に対するところのケアは、そのまま、暴力の再発防止、精神健康障害の悪化と再発防止、さらに世代間連鎖の防止につながっていく可能性が高い。今後はこの概念図をもとに特に予防に関するアウトカム調査を並行して行っていく必要がある。

なお最後に、DV加害者に対する暴力再発予防は、暴力の予防を考えていくうえで非常に重要な介入ポイントであることを付記しておきたい。現在日本には公的な加害者向けプログラムは設置されていないが、将来的には本概念図のなかに位置づけていきたいと考えている。

E. 文献

Toshiko Kamo. The adverse impact of psychological aggression, coercion and violence in the intimate partner relationship on women's mental health, in "Contemporary Topics in Women's Mental Health: Global perspectives in a changing society" (Prabha S. Chandra, Helen Herrman, Dr Jane E. Fisher et al), Wiley (2010/1/19)

加茂登志子他：DV被害母子家庭における母親の育児ストレスと認知特性に関する調査

ー主として子どもの精神・行動面の問題との関連について、こども未来財団平成 22 年度児童関連サービス調査研究等事業調査研究 報告書 2011

金吉晴、加茂登志子、大澤香織他：DV 被害を受けた母子へのフォローアップ研究—1 年後の精神的健康・行動・生活と母子相互作用の変化に関する検討—厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「大規模災害や犯罪被害等による精神科疾患の実態把握と介入手法の開発に関する研究」（主任研究者：金吉晴）平成 22 年度分担研究報告書 2010

World Health Organization, Violence Prevention Alliance, Global Campaign for Violence Prevention: Plan of action for 2012-2020, Geneva, Switzerland, 21 May 2012.

米田弘枝他：女性相談機関における女性と子どもの心理的アセスメントとケアの標準化に関する調査研究 こども未来財団平成 23 年度児童関連サービス調査研究等事業調査研究 報告書 2012

World Health Organization, War Trauma Foundation and World Vision International (2011). Psychological first aid: Guide for field workers. WHO: Geneva. (訳：(独) 国立精神・医療研究センター、ケア・宮城、公益財団法人プラン・ジャパン (2012)。心理的応急処置(サイコロジカル・ファーストエイド:PFA) フィ

ールド・ガイド

加茂登志子他：DV 被害母子に対する親子相互交流療法 (Parent-Child Interaction Therapy: PCIT) の効果に関する研究—DV 被害母子フォローアップ研究との比較、平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金、「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」報告書 2012

福丸由佳：CARE プログラムの日本への導入と実践、白梅学園大学教育福祉研究センター研究年報(14). 23-28, 2010

Chaffin M, Silovsky JF, Funderburk B et. al. Parent-Child Interaction Therapy With Physically Abusive Parents: Efficacy for Reducing Future Abuse Reports. Journal of Consulting and Clinical Psychology Copyright 2004 by the American Psychological Association 2004, Vol. 72, No. 3, 500-510

加茂登志子他：DV 被害親子に対するこころのケアガイドラインの開発に関する研究、平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金、「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」報告書 2013

加茂登志子他：DV 被害親子に対するこころのケアハンドブックの開発に関する研究—その 2 専門的治療に関する専門職トレーニングのストラテジーについて、平成 25

年度厚生労働科学研究費補助金、「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」報告書 2014

F. 関連業績

著作

加茂登志子：ドメスティックバイオレンス被害母子の養育再建と親子相互交流療法、精神神経学雑誌、112 (9) 885-889、2010

Toshiko Kamo: The adverse impact of psychological aggression, coercion and violence in the intimate partner relationship on women's mental health, in "Contemporary Topics in Women's Mental Health: Global perspectives in a changing society" (Prabha S. Chandra, Helen Herrman, Dr Jane E. Fisher et al), Wiley (2010/1/19)

加茂登志子：【家族・夫婦面接をもつことの意義 日常臨床から】女性精神科外来における夫婦家族面接、精神療法(0916-8710)37巻6号 Page729-730(2011.12)

加茂登志子：家庭内暴力被害母子への相互関係介入プログラム、BIRTH、第2巻第2号、77-83、2013

伊東史エ他：医療現場における Child-Adult Relationship Enhancement (CARE) の実践報告：ドメスティック・バイオレンス被害を受けた母親に対する CARE を用いたグルー

プ療法型子育て支援の試み、トラウマティック・ストレス 11(2), 181-187, 2013

研究発表

Toshiko Kamo, et al: The evaluation of efficacy of Parent-Child Interaction Therapy for Japanese mother and child dyad victimized by intimate partner violence in comparison with the treatment as usual, 2011 Biennial PCIT International Convention, 2011, Florida, USA

Toshiko Kamo et al.: Japanese version of Eyberg Child Behavior Inventory: Translation and validation, 2011 Biennial PCIT International Convention, 2011, Florida, USA

Toshiko Kamo, et al: Post-traumatic cognition of mothers victimized by intimate partner violence may increase severity of mental and behavioural problems of their children, 2013 The 5th World Congress on Women's Mental Health, Lima, Peru

Toshiko Kamo, Tomoko Honda. Psychiatric Symptoms and Sociodemographic Profiles of Japanese Victims of Intimate Partner Violence, 2013 The 5th World Congress on Women's Mental Health, Lima, Peru

Toshiko Kamo. Step by step progress of PCIT implementation in Japan -Integrity of PCIT and cultural consideration, the

2nd biennial PCIT international
convention , 2013

G. 知的財産権の出願・登録状況（予
定を含む。）

1. 特許取得 なし。
2. 実用新案登録 なし。
3. その他 なし。

表1 WHO対暴力予防チームによるアクションプラン（2012-2020）（WHO Violence Prevention Alliance, Global Campaign for Violence Prevention: Plan of action for 2012-2020より抜粋）

グローバルな公衆衛生としての、また発展的重要事項としての、エビデンスが報告されている（evidence-informed）対人暴力予防の優先順位を高める

1. コミュニケーションとアドボカシーの強化
2. 対暴力予防をグローバルな重要課題に統合するよう強化すること

対人暴力予防の基盤構築

3. 国内のアクションプランの発展と強化
4. 暴力に対する予防のための個人と施設の容量を増やし、また被害者と加害者のための社会事業の配信を増やす
5. 暴力に関するデータ収集と研究の強化

対人暴力予防ストラテジーの使い方

エビデンスが報告されている対暴力予防ストラテジーを用いる。すなわち：

- 1) ペアレンティング支援：ハイリスク親に対する、エビデンスが報告されているペアレンティング支援のストラテジーと社会資源の利用の促進
- 2) 生活スキルトレーニング：ハイリスクの子どもと青年に対する、エビデンスの報告された生活・社会スキルトレーニングストラテジーの利用の促進
- 3) 社会規範：暴力を容認する社会と文化の規範を変え、非暴力の規範を強化する
- 4) アルコール：アルコールへの接近と、有害な使用の減少
- 5) 銃器：銃器に関連した死や受傷のリスクを減らすための、エビデンスが報告されている調査結果の使用
- 6) 社会事業：被害者と加害者のための、暴力のもたらす結果を緩和し、再発を減らすことを目的とした社会事業や社会資源の利用

（筆者訳）

表2 DV被害母子家庭への育児支援および治療的介入のための提言とDV被害母子治療のために推奨されるアセスメント項目とアウトカム指標

I. DV被害母子家庭への育児支援および治療的介入のための提言

- 1) 母親の精神健康障害と子どもの精神・行動面の症状は時にシーソー現象を起こすが、その場合は母親への治療的介入が不十分である。
- 2) 母親への治療的介入や育児支援を優先することで、子どもの精神面・行動面の症状が改善する可能性が高まる。
- 3) 特に母親のうつ症状への治療を優先する。
- 4) DV被害母子両者に精神健康障害がある場合、育児支援や治療的介入はできる限り母子同時に並行して行う。
- 5) DV被害母子に対する有効な育児支援と治療的介入はDVの世代間連鎖に抑制をかける力を持つ。

II. DV被害母子治療のために推奨されるアセスメント項目とアウトカム指標

1) アセスメント項目

- | | |
|-------------|--|
| 最も推奨される項目 | : 母親のうつ症状とトラウマ症状、
外傷後認知、育児ストレス
子どもの精神・行動面の症状 |
| できればほしい項目 | : 母親の解離症状、母親のストレス対処方略 |
| 理解を深めるための項目 | : DV体験の重篤度、母親と加害者の養育家庭
におけるDVの有無、加害者の教育水準、
子どもの被暴行体験 |

2) アウトカム指標

母親の外傷後認知（あるいはうつ症状、トラウマ症状）と子どもの精神面・行動面の症状が並行して改善すること。

加茂登志子他：DV被害母子家庭における母親の育児ストレスと認知特性に関する調査
—主として子どもの精神・行動面の問題との関連について、こども未来財団平成22年度児童
関連サービス調査研究等事業調査研究 報告書 2011 より

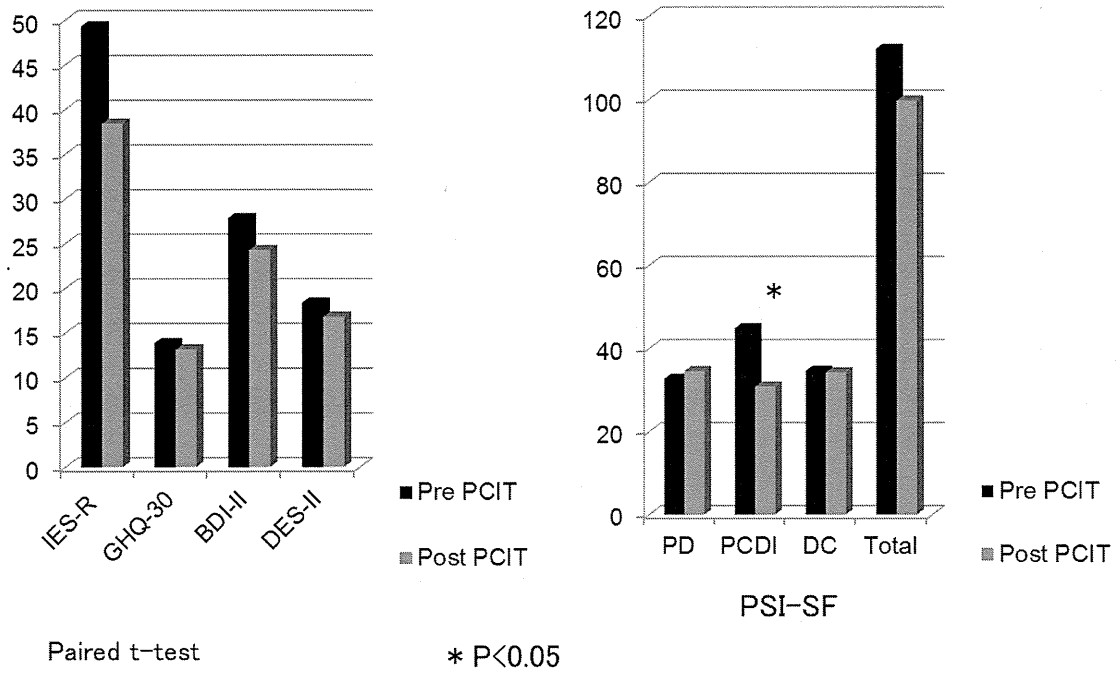


図1 PCIT 群母親の精神健康状態と育児ストレスの治療前後の変化

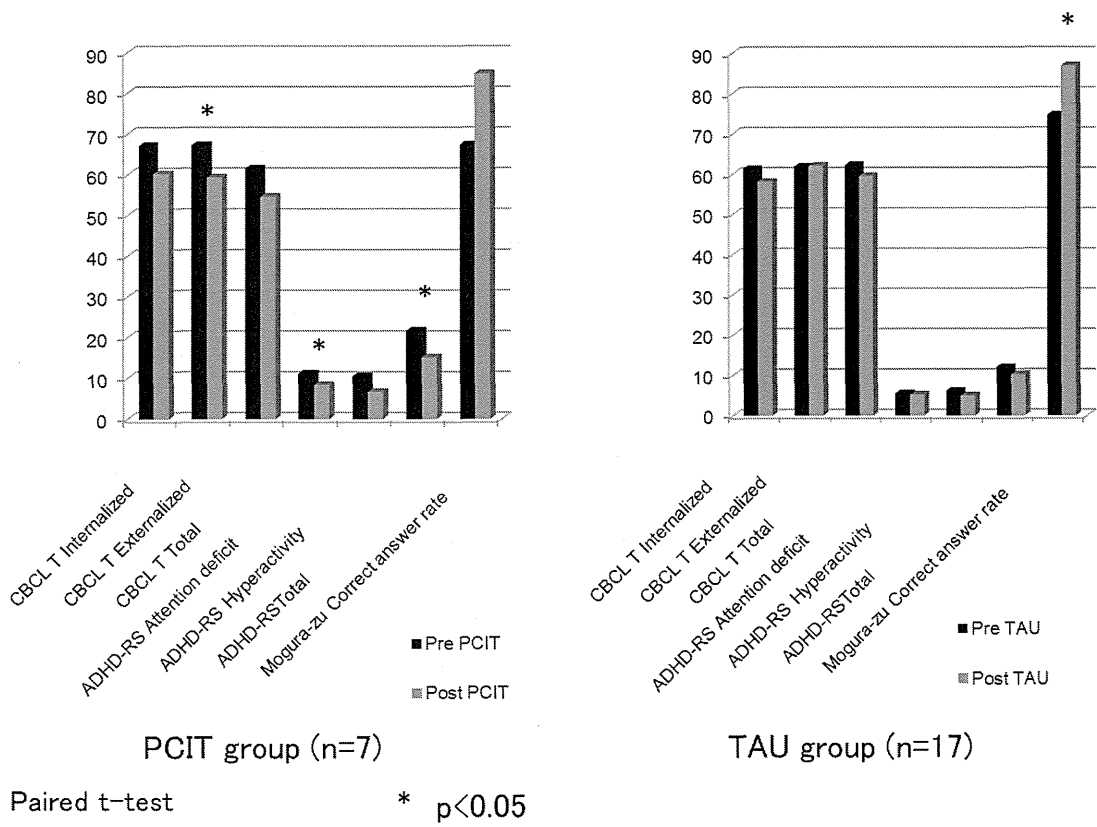


図2 PCIT 群と TAU 群の治療前後の子どもデータ (CBCL, ADHD-RS) の変化

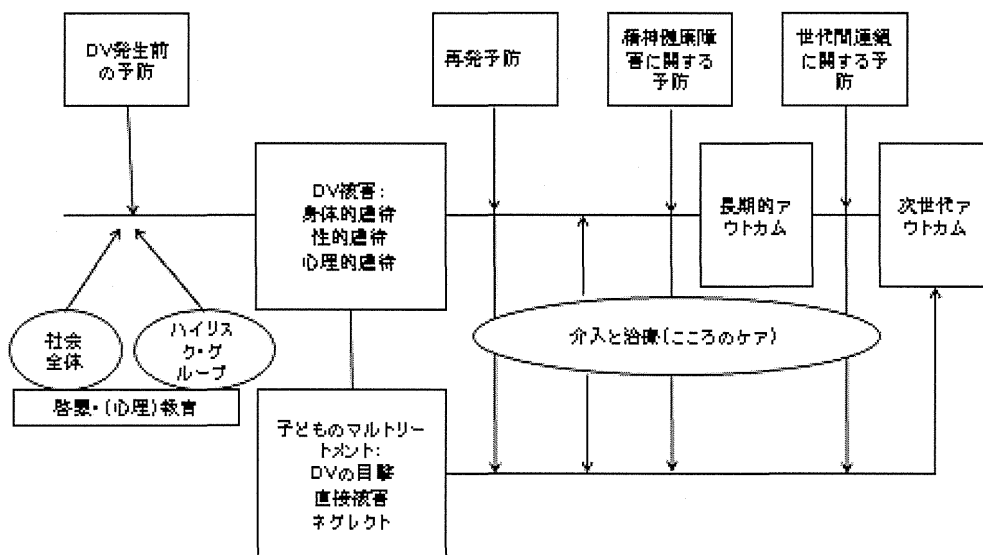


図3 DV被害親子に対するこころのケアと予防に関する関係概念図

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
平成 23-25 年度 分担研究報告書

犯罪被害者の急性期心理ケア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・神経医療研究センター精神保健研究所 成人精神保健研究部 犯罪被害者等支援研究室 室長
研究協力者	加茂登志子	東京女子医科大学付属女性生涯健康センター 所長
	中澤直子	東京厚生年金病院 産婦人科 医長
	小西聖子	武蔵野大学人間科学部 教授
	吉田謙一	東京大学大学院医学系研究科法医学講座 教授
	辻村貴子	東京女子医科大学医学部 日本語学教室 講師
	鈴木友理子	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 災害等支援研究室 室長
	金吉晴	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 部長
	成澤知美	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究部 成人精神保健研究部 協力研究員
	浅野敬子	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究部 成人精神保健研究部 協力研究員
	深澤舞子	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 協力研究員

研究要旨：犯罪被害後急性期では、警察官や犯罪被害者支援団体の相談員など、非専門職の支援者が被害者および家族・遺族（以下被害者等）に関わり、心理社会的支援を提供することが多い。このような急性期において、被害者等の心理的負担を軽減し、回復に資するような介入の指針を作成することを目的に以下の3つの研究を行った：（研究1）犯罪被害者の急性期心理社会支援ガイドラインの開発、（研究2）検視（検死）及び司法解剖時の遺族への対応の現状と心理的影響に関する研究、（研究3）性暴力被害者向けパンフレットの作成。

犯罪被害者支援ガイドラインおよびパンフレットの開発にあたっては、支援者（警察官、早期援助団体犯罪被害者等支援員、法医学者等）および被害当事者（遺族、性暴力被害者等）への聞き取りを行い、それに基づいて個々のガイドラインの開発を行った。「犯罪被害者に対する急性期心理社会的支援ガイドライン」の開発ではエキスパートの意見を収束する方法として、Delphi法を用いた。ネット上で3回の意見収束を行い最終的に合意の得られた118項目を基にガイドラインを作成した。また、殺人等犯罪被害者遺族において検視や司法解剖が苦痛な体験であることから、それに関わる警察官、法医学者の対応および支援について検討するため、まず実態把握を目的に、警察官、法医学者への聞き取りと遺族への自記式アンケート調査を行った。現段階では、警察官や法医学者に対して特段の遺族対応の研修は行われておらず、個々に工夫している現状であった。遺族の調査から、遺族の約半数が死別から平均3年半経過した時点においても精神健康が不良であることが明らかとなった。また精神健康尺度得点と、警察官や法医学者の対応への受け止め方に有意な相関がみられた。急性期での司法解剖時において適切な説明や支援があることがその後の精神健康に影響を与える可能性が示唆された。これらの研究の結果を踏まえて、今後は具体的な支援マニュアルの策定や、ガイドライン等の有用性の検証が求められる。

研究1 犯罪被害者の急性期心理社会支援ガイドラインの開発

A 目的

犯罪被害者等基本法（2004年公布）により犯罪被害者の施策が推進されてきた。特に、急性期の性暴力被害者の One Stop Center の設置など犯罪被害者の急性期社会心理ケアのニーズが増大してきている。しかし、外傷体験後急性期での PTSD 等精神障害の予防について十分なエビデンスのある介入はほとんどない。災害時の急性期心理社会ケアガイドライン・マニュアル（心理的応急処置（psychological first aid, 以下 PFA）^{1,2} や TENTS guideline³ など）はいくつか報告されているが、個別の犯罪被害者についての対応のガイドラインについての研究は乏しい。

そこで、精神保健専門家以外の犯罪被害者支援者が利用できる被害後急性期の心理社会ケアマニュアルを作成することを目的に研究を行った。

B 方法

まず、急性期心理社会ケアマニュアル案の作成を行った。既存の資料の分析（災害時初期対応マニュアル、TENTS ガイドライン、NOVA マニュアル等）と被害者支援団体支援員、被害者自助グループ当事者、精神保健専門家（N=30）を対象としたフォーカスグループによる意見の収集（6回）を行い、124項目を抽出した。

その後、Delphi法を用いてガイドライン案の修正・洗練を行った。ガイドライン案の各項目について9段階（1:非常に不適切-9:非常に適切）で対象者に評価してもらった。7点以上の割合が70%以上で、平均点が7点以上の項目について適切とする合意に至ったと判断し、合意に至らなかった項目および、コメントにより修正した項目について再度意見を確認した。このような手続きで、3ラウンドを実施した。

対象は、①早期援助団体の犯罪被害者支援員および臨床心理士・精神科医師、②日本トラウマティック・ストレス学会理事、③都道府県警察の犯罪被害者支援に係る臨床心理士、⑤被害者支援経験の豊富な精神科医師・臨床心理士、精神保

健福祉士、⑥被害者支援を行っている当事者100名に依頼、調査協力承諾者89名（応答率89%）であった。

なお、この研究は疫学研究の倫理指針に基づくとともに、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得て実施した。

C 結果

文献研究およびフォーカスグループにより、以下の4つの大項目（1.被害者支援の基本姿勢、2.被害者への接し方、3.急性期の支援、4.被害者支援者へのケア・サポート）124項目を抽出し、ガイドライン原案とした。

このガイドラインを調査協力承諾者に対して提示し、3回の意見収束を行った。

調査協力承諾者89名のうち、1回でも回答のあったものは86名であった。この86名の属性は、平均年齢55.7（SD11.4）才、女性70名（81.4%）であった。職種は、精神科医師・その他の医師12名（14.0%）、臨床心理士・心理士30名（34.9%）、精神保健福祉士4名（4.7%）、看護師・保健師2名（2.3%）、警察の支援担当者9名（8.3%）、行政支援窓口担当者1名（1.2%）、民間被害者支援団体支援員45名（52.3%）、被害者当事者7名（8.1%）、弁護士1名（2.3%）であった（複数回答）。

ラウンド1では、113項目が適切であると合意された。1項目は不適切であるという合意に至ったと判断された。10項目は合意に至らなかった。この10項目と合意項目のうちコメントの多かった36項目と対か3項目の計49項目についてラウンド2で意見を求めた。その結果、43項目で適切であるという合意が得られ、非合意項目は6項目であった。非合意項目および記述の修正が必要と考えられた合意項目13項目を第3ラウンドの対象とした。第3ラウンドでは11項目が適切と合意され、8項目が合意に至らなかった。最終的に118項目が適切であるとの合意に至り、1項目は不適切であるという合意がなされた。8項目が合意に至らなかった。

否定的な合意がなされた1項目と非合意項目8項目を表1に示した。

第4ラウンドで、最後に語句の修正を

確認した上で、合意項目をガイドライン項目とした。内容について、指針となる項目とマニュアル的な項目と分けて提示した。非合意項目については、コメントの内容を提示し、合意に至らなかった経緯を提示し、参考とできるようにした。

上記の経緯を経て、2013年2月にガイドラインをHP上

(<http://cocorocare.jp/c/guideline/>)で公開した。その際、内容をスライド形式で定時しより学習しやすい形とした。



図1 犯罪被害者に対する急性期心理社会支援ガイドライン(平成25年度版犯罪被害者白書)

D 考察

全127項目のうち118項目で合意が得られた(92.9%)。専門家と非専門家が混在した対象であったにもかかわらず、高い合意率が得られたことは、犯罪被害支援関係者において、既にPTSDについての実証研究に基づく知見や急性期の支援の知識の普及しており、その経験が共有されてきていることを示している。

また、不適切であるという合意が得られた項目「被害者にそれぞれの体験を詳細に語るように勧めることが望ましい」はTENTSガイドライン³で検討された項目であり、心理的でブリーフィングについての適切性を問うものであったが、本調査でも、急性期においては適切ではないという見解となった。既存の研究において、PTSDの予防として急性期の心理的

でブリーフィングが推奨されていない⁴ことから、本調査のガイドラインの信頼性を示すものであると考えられる。また、合意された項目は、被害者に安心や落ち着きを与えるような対応や現実的な問題に対応すること、寄り添うこと、急性期の反応の心理教育の重視などであり、災害時急性期において推奨されているPFA^{1,2}の項目と一致するものであったことから犯罪被害者においても、専門的な心理介入ではなく、被害者の現実的なニーズに対応する介入が必要であり、非専門家において十分行えることが示されたと考えられる。

本研究の限界としては、Delphi法の限界でもあるが、対象者がすべてのエキスパートを反映しているわけではないことがあげられる。当事者の意見を反映させたことは重要ではあるが、すべてが殺人等の遺族であることから、性暴力被害者の意見を十分に反映できていなかった可能性がある。急性期の介入の有効性についての実証的な研究は困難ではあるが、利用者対象とした、ガイドラインの有効性について検証することが今後は必要であると考えられる。

研究2 検視(検死)及び司法解剖時の遺族への対応の現状と心理的影響に関する研究

A 目的

犯罪被害者遺族では、被害後長期経過しても精神障害の有病率が高く⁵⁻⁷、QOLの低下^{6,7}がみられることから、精神健康の悪化を早期から予防する介入は重要である。検視や司法解剖は被害直後に行われることから介入のよい機会であると同時に、非常に苦痛な経験であることから、その際の関係者の対応の影響が懸念される。実際に、犯罪被害者では、マスコミ、弁護士、警察等からの言動で苦痛を感じる(二次被害)ことがあり、それがメンタルヘルスに関連しているという報告がなされている^{6,8}ことから、周囲の適切な対応がその後の精神健康に影響を与える可能性があると考えられる。Itoら⁹は、司法解剖に付された遺族について調査を行い、司法解剖後に悲しみや怒りが増したと回答した遺族では、86.4%が事前の説明に不満と回答し、司法解剖後に

悲しみや怒りを覚えた」と回答した遺族のうち75.5%は結果を伝えられていないことを報告している。この結果から、司法解剖前後の説明の不十分さが遺族の悲嘆や怒りの増加に関連することが示唆されたが、この調査ではメンタルヘルスについては調べられていない。

これらのことから、検視（検死）・司法解剖に付された人の遺族の精神健康の実態と警察官・法医学者などの関係者による対応の現状および、それによる遺族への心理的影響を明らかにすることを目的として研究を行った。

B. 研究方法

(1) 対象

2007年7月から2011年12月の間に研究協力機関である東京大学法医学教室で司法解剖に付された人の遺族（201人）で、①死別から1年以上経過している、②20歳以上、③文章によるインフォームドコンセントが得られるものを対象とした。

(2) 方法

2007年7月から2011年12月の間に東京大学法医学教室で司法解剖を受けた人の遺族201人調査協力の同意が得られた遺族39名とその家族6名を対象とした。これらの遺族に2013年4月に郵送で調査票を配布し、27名から回答を得た（回収率60%）。

調査票の項目は、対象者および死別状況、検視、司法解剖についての警察官、法医学教室のスタッフの対応とそれに対する遺族の受け止め方、司法解剖当時及び現在の解剖実施に対する納得の度合い、司法解剖時にあると良いと思う支援と提供者の職種、関係者に持っていてほしい知識現在の精神健康（一般的精神健康

(K6)¹⁰、トラウマ反応 (Impact of Event Scale-Revised, IES-R¹¹)、悲嘆反応 (BGQ)¹²) によって構成した。これらの各質問項目について記述的分析を行い、更に、関係者の対応に対する遺族の評価の数値の合計と、精神健康尺度の合計得点について相関関係を求めた。解析には、SPSS Statistics 21を用いた。

本研究は、国立精神・神経医療研究センターおよび東京大学大学院医学系研究

科の倫理委員会で承認を得て実施した。本研究における利益相反は存在しない。

C. 結果

(1) 回答者の属性

回答者の性別は男性15人（55.6%）であり、年齢は36歳-78歳（平均年齢57.7歳，SD=12.3）であった。

(2) 死別状況・故人の属性

死別状況では、子どもを失った人が最も多く（30%）、次いで配偶者と親を失った人が多かった（22%）。死因は、殺人・傷害9名（33.3%）、交通事故5名（18.5%）、入院中の事故2名（7.4%）、労災1名（3.7%）、その他4名（14.8%）、不詳6名（22.2%）であった。

死別からの平均経過期間は、は39.2ヶ月（SD=18.3, 19M-90M）であった。

(3) 警察官及び法医学者の対応

司法解剖前の警察官の対応については、説明の仕方（わかりやすさ、時間の十分さ、質問への応答の十分さ）はいずれも「当てはまる」という回答は20%未満であったが、一方、「希望や意見の尊重」、「気持ちの理解」、「気遣いや思いやり」については40-60%の人が「当てはまる」と回答していた。

一方、司法解剖後の警察官の説明については、「分かりやすかった」（18.2%）、「返答の内容は十分であった」（9.1%）であり、時間が十分だったという回答はなかった。司法解剖前に比べて解剖後の警察官の説明の仕方や時間、応答が十分なものであったという回答が少なくなっていた。

司法解剖後に法医学者から結果について説明を受けたのは6人（22.2%）であったが、「説明は分かりやすかった」（66.7%）、など、警察官に比べ、説明を十分だと感じた割合が高かった。また、遺族への対「希望や意見を尊重してくれた」（33.3%）、など配慮されたという回答が約30%であった。

(8) 司法解剖時にあるとよいと思う支援（図2）

「司法解剖中の付き添い」（22.2%）の項目を除くと、すべての支援項目におい

て過半数の回答者が必要であると回答していた。今回の回答者は、犯罪や事故の遺族が多かったこともあり「刑事手続きの説明」(63.0%)など司法手続きの説明を求める人も多かった。「心理反応についての説明」(63.0%)や、「相談や心のケア」(63.0%)などその後の遺族の心理的ケアへのニーズも高いことが明らかになった。

(9) 支援を提供してほしい人の職種

前述した支援をどのような職種が提供するの適切かという質問に対しては、支援内容によって希望する職種が異なっていた。具体的には、「最寄駅から遺族待合室までの案内」(29.6%)や「刑事手続きについての説明」(37.0%)は警察官の支援を望む人が最も多かった。

「心理的な反応についての説明」

(44.4%)や「司法解剖終了後の相談や心のケア」(51.8%)では心理専門職に、「今後必要となる公的手続き(死亡届の提出など)に関する説明」は、被害者支援団体の支援員(33.3%)に望む人が最も多かった。「解剖執刀医への連絡の仲介」については、法医学教室のスタッフに望む人の割合が最も多かった(55.6%)。

(10) 現在の精神健康

K6の平均値は12.3(SD=5.0)であり、52.2%が重症精神障害相当(13点以上)に該当した。BGQの平均値は5.7

(SD=13.2)、46.0%が複雑性悲嘆の疑い(5点以上)に該当した。IES-Rの平均値が27.1(SD=13.2)であり、40.9%がPTSD疑い(25点以上)であった。各尺度の間には有意な相関(Person's r)がみられた:(K6とIES-R($r=.54$, $p=.01$), K6とBGQ($r=.44$, $p=.05$), BGQとIES-R($r=.73$, $p=.01$))。

精神健康と個人の属性・死別状況との関連では、子を亡くした人が、義父、おじ、おばを亡くした人よりもBGQ得点が有意に高かった。性別、死因、死別後経過年数による差はみられなかった。

司法解剖当時の警察官の対応の印象と現在の精神健康においていくつかの項目で有意な相関がみられた。司法解剖前の警察官の対応で説明時間を十分と感じた度合いとIES-R得点($r=-.531$, $p=.05$)、遺族の希望や意見を尊重してくれたと感

じた度合いとIES-R得点($r=-.440$, $p=.05$)、司法解剖後の警察官の対応に思いやりを感じた度合いと司法解剖実施への納得の度合い(当時: $r=.665$, $p=.05$ 現在: $r=.738$, $p=.05$)に有意な相関がみられた。法医学者の対応では、結果の説明の分かりやすさとK6得点($r=-.910$, $p=.05$)、結果の説明の分かりやすさと司法解剖実施への納得の度合い($r=.943$, $p=.05$, $p=.05$)、説明時間を十分と感じた度合いとK6得点($r=-.917$)、法医学者の説明を十分と感じた度合いとBGQ得点($r=-.975$, $p=.05$)、希望や意見を尊重してくれたと感じた度合いのとBGQ得点($r=-.961$, $p=.05$)において有意な相関があった。

D. 考察

警察官及び法医学者による対応についての遺族の受け止め方では、警察官の共感的な態度はある程度感じられているものの、説明にかけられる時間や内容については共感的な態度に比べると不足が感じられていること、司法解剖後の対応については、司法解剖前に比べると遺族の評価が下がることが明らかになった。

法医学者の対応への遺族の評価は、司法解剖前及び後の警察官の説明に対する評価の平均よりも高く、最も高く評価されていた。説明に関する評価が警察官に対するものよりも高かった。

法医学者から司法解剖結果を聞くことは、故人の死因が明らかになるとともに、例えば故人がひどく苦しんだのではないかと言いう遺族の推測による不安や苦痛を解決する上でも重要である。このような不安や苦痛はしばしば救えなかった罪悪感を悪化させ、遺族のメンタルヘルスに関連することが考えられる。

本研究で回答が得られた遺族のうち約半数は、現在でも精神健康を測る各尺度の得点がカットオフ値を超えており、精神健康が良くない状態にあることが明らかになった。さらに、全般的な精神健康(K6)、トラウマ反応(IES-R)、悲嘆反応(BGQ)の重症度の間には有意な相関がみられた。このことから、これらの症状は、相互に影響している可能性が考えられた。

警察官の司法解剖前の配慮ある対応はトラウマ症状の低さと関連しており、法

医学者の丁寧な説明は全般的な精神健康と悲嘆症状の低さに関連していた。また、警察官や法医学者の配慮ある対応や十分な説明は司法解剖に対する納得の度合いと関連していた。

これらについて因果関係は証明できないが、警察官および警察官の配慮ある対応や十分に納得のできる説明は急性期における遺族の混乱を軽減し、その後の精神健康にも何らかの影響を与える可能性も示唆された。

司法解剖時の支援については、多くの遺族が希望していたが現状では警察以外の援助を求めることは困難である。しかし、支援の内容によって、提供してほしい職種が異なっていたことから、多職種が連携した支援を行うことが必要であると考えられる。

そのためには、これらの職種が機能的に連携できるネットワークの構築と共有できるマニュアルの作成が求められている。

研究3：性暴力被害者向け支援情報パンフレットの開発

A 目的

性暴力被害者ではPTSD等精神障害の有病率が高いにもかかわらず¹³、なかなか精神科医療機関を受診しないことが報告されている¹⁴。被害者に直後に接するのは、産婦人科医療機関がより多いと考えられる。

これらの機関では必ずしも被害者の心理的反応の理解や対応に熟知していなかったり、被害者支援情報に乏しかったりするため、適切な情報提供がなされていないことが考えられる。実際、我々が過去に日本女性心身医学会に所属する産婦人科医師を対象に行った調査では、「被害者支援団体の紹介」については、通常の業務の範囲で対応することが困難であるとの回答が多く、「被害者向けパンフレット」に対するニーズが多いことが明らかとなった¹⁵。

このような性暴力被害者支援の現場での需要に応えるため、産婦人科医療機関等急性期の性暴力被害者に関わる機関で使用できる被害者向けのパンフレットの開発を行った。

B 研究方法

既存の研究や性暴力被害者への聞き取り、犯罪被害者急性期心理社会支援ガイドラインを基にパンフレット原案を作成した。

この原案に対して、性暴力被害者の支援に関わる多職種の関係者（産婦人科医師、精神科医師、臨床心理士、警察の臨床心理士、民間被害者支援団体相談員、司法関係者）に意見を求め修正を行った。

C 結果

原案に対して、性暴力被害者支援に関わる専門家30名に意見をもとめたところ、27名（応答率90%）から回答を得た。これらの専門家の意見を基に、原案の修正を行い、「ひとりじゃないよ あなたのこれからのための支援情報ハンドブック」を作成した。（図3）

このハンドブックは持ち運びしやすいようA5版サイズとし、被害の影響、被害者の心理的反応、被害者自身のケア、支援機関の紹介（産婦人科、警察、民間被害者支援団体、検察庁・弁護士・法テラス、精神科・心療内科）および、支援機関一覧を掲載している。被害者が、最低限必要な情報について一冊でかなりのことが得られるようにした。



図3 性暴力被害者向けパンフレット

E. まとめ

平成23-25年度にかけて、犯罪被害者への急性期支援プログラムの構築にあたり、3つの研究を行った。

犯罪被害後では、警察、民間被害者支援団体、産婦人科等心理専門職ではない多くの職種がかかわることが特徴である。これらの人々による対応が一致して適切なものになるためには、対応の指針をしめすガイドラインの作成が急務であると

考えられた。まず、犯罪被害者全般に対する急性期心理社会支援ガイドラインをDelphi法を利用したエキスパートコンセンサスの手法を用いて作成した。

さらに、被害者・遺族の置かれた状況が被害内容によって異なることから、性暴力被害者に対しては上記ガイドラインに加え、忙しい産婦人科医療現場で使用できる被害者向けのパンフレットの作成を行った。

遺族に対しては、検視（検死）及び司法解剖時への介入を検討し、これらの知見の乏しいことから、まず実態について把握するために、警察官、法医学者、遺族への聞き取り調査との遺族へ自記式アンケート調査を行った。その結果、司法解剖に付された方のご遺族では、死別から平均4.5年経過した時点でも約半数は精神健康が不良な状態にあることが明らかとなった。また、遺族の現在の精神健康と警察官の司法解剖前の配慮ある対応はトラウマ症状の低さと関連しており、法医学者の丁寧な説明は全般的な精神健康と悲嘆症状の低さに関連していたことから、遺族へ対応や説明の仕方はその後の精神健康に影響を与える可能性が示唆された。

今後はこれらの結果を用いてマニュアルの作成を行うとともに、利用者を対象とした有用性の検証を行う予定である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 中島聡美：犯罪被害者・長期間の虐待被害者に対する治療マネジメント。精神科治療学(26)増刊号。神経症性障害の治療ガイドライン。319-323, 2011.
- 2) 浅野敬子, 小西聖子, 中島聡美：痴漢被害の援助要請志向に影響を与える要因の検討。武蔵野大学心理臨床センター紀要(11), 1-11, 2011.
- 3) 中島聡美：犯罪被害者支援。飛鳥井望編：最新医学別冊 新しい診断と治療のABC70 心的外傷後ストレス障害(PTSD)。最新医学社, 東京,

pp50-59, 2011.

- 4) 中島聡美：日本の被害者支援の軌跡と今後の課題。被害者学研究 22, 136-147, 2012.
- 5) 中島聡美：犯罪被害者の支援とこころのケア。こころの科学 165, 56-61, 2012.
- 6) 中島聡美：犯罪被害者に対する心理教育。前田正治, 金吉晴編：PTSDの伝え方。誠信書房, 東京, pp210-238, 2012.
- 7) 中島聡美：犯罪被害者支援とメンタルヘルス。精神保健福祉白書 2013年版, 中央法規, 東京, pp48, 2012.
- 8) 成澤知美：検視（検死）及び司法解剖時の被害者遺族に対する警察官の対応及び意識について。被害者学研究第24号, (印刷中)
- 9) 中島聡美：喪失と悲嘆のケア—レジリエンスに焦点を当てたケア・介入。週間医学のあゆみ 247(4), 375-377, 2013.
- 10) 中島聡美：プライマリ・ケアにおける「遺族ケア」。堀川直史編：ジェネラル診療シリーズ あらゆる診療科でよく出会う 精神疾患を見極め、対応する。羊土社。東京, pp157-159, 2013.
- 11) 中島聡美：犯罪被害者支援とメンタルヘルス。精神保健福祉白書編集委員会。精神保健福祉白書 2014年版, 中央法規, pp49. 2013.

2. 学会発表

- 1) 中島聡美：日本の犯罪被害者支援の軌跡と今後の課題。国際犯罪学会第16回国際大会日本被害者学会シンポジウム, 兵庫, 2011.8.7.
- 2) Nakajima S., Narisawa T., Asano K., Suzuki Y., Fukasawa M., Kim Y.: Development of early psychosocial care manual for crime victims. (Poster), International Society for Traumatic Stress Studies 27th Annual Meeting, Baltimore, Maryland USA, 2011. 11. 5.
- 3) 中島聡美, 鈴木友理子, 成澤知美, 浅野敬子, 深澤舞子, 金吉晴：犯罪被害者の急性期心理社会支援ガイドラインの開発。シンポジウム D-2 犯