

第104回日本精神神経学会総会

シンポジウム

犯罪被害者遺族の精神健康とその回復に関連する因子の検討

中島 聡美¹⁾, 白井 明美^{1,2)}, 真木 佐知子¹⁾, 石井 良子³⁾,
永岑 光恵¹⁾, 辰野 文理⁴⁾, 小西 聖子⁵⁾

1) 国立精神・神経センター精神保健研究所, 2) 武蔵野大学大学院人間社会・文化研究科,

3) 武蔵野大学心理臨床センター, 4) 国士舘大学法学部, 5) 武蔵野大学人間関係学部

2004年に制定された犯罪被害者等基本法により, 犯罪被害者の精神健康の回復は国の重要な課題となったが, 実態についての研究が不足している。

本研究では, 犯罪被害者遺族の精神健康の回復の支援のため, 精神疾患のリスク要因を明らかにすることを目的とした。5つの犯罪被害者当事者団体及び自助グループに所属する犯罪被害者遺族及びその家族を対象とし, 精神健康, QOL, 被害内容および被害後の生活などに関する自記式調査票と面接による調査を行った。74名から調査協力を得, 面接調査を実施できた73名(男性25名, 被害からの平均経過月数93.7ヶ月)を分析対象とした。調査時点でPTSD, 大うつ病, 複雑性/外傷性悲嘆のいずれかに該当したものは23名(31.5%)であった。これらの疾患を有する群では, 有さない群に比して有意に死別からの期間が短い, 二次被害を感じた程度が強い, トラウマに対する否定的認知が強い, 死の受容に対する対処行動が少ないなどの特徴がみられた。犯罪被害者遺族の精神健康の回復に関連する因子の結果から, 被害後の支援のあり方を検討した。

<索引用語：犯罪被害者遺族, 複雑性/外傷性悲嘆, PTSD, 大うつ病, 二次被害>

1. はじめに

近年, 日本では犯罪被害者への関心と支援の取り組みが高まってきており, 2004年には, 犯罪被害者等基本法が制定された。この法律では, 犯罪被害者の心身の回復のための適切な保健医療・福祉サービスの提供を国および地方公共団体の責務として定めており(法第14条), 現在, 犯罪被害者等基本計画に基づいて, 精神保健・医療の現場においても多くの施策が推進されている。すでに実施された施策の主なものとしては, PTSDの診断のための心理検査が平成18年度の診療報酬改定において保険適応されたこと〔Clinician-Administered PTSD scale (CAPS) 450点, Impact of Event Scale-revised (IES-R) 80点〕と, 犯罪被害給付制度の改正によって, 精神疾患

では1ヶ月以上の加療および3日以上の上の労務不能がある場合には医療費の自己負担額が給付されるようになったことがあげられる。このような施策の推進と基本法の理念の普及により, 今後, 精神科医療において犯罪被害者や遺族の受診が増加することが考えられ, 精神医療現場での犯罪被害者への適切な治療や対応がより求められるようになるであろう。しかし, 日本における犯罪被害者の研究はまだ数が少ないのが現状である。そこで, 平成17年より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」研究班が発足し, 犯罪被害者の精神健康の実態, 治療, 地域保健介入についての包括的な研究が実施された。本稿では, その成果をもとに犯罪被害者遺族に焦点をあて,

従来の国内外の研究の知見と著者らの研究成果の一部を報告するものである。

2. 犯罪被害者遺族の精神健康

平成18年度では殺人等の一般刑法犯罪による死亡が1,284人であり、業務上過失致死や危険運転致死による死亡件数は5557件であった²⁾。このような犯罪被害による死亡数は年間約7000人となり、遺族はその数倍、つまり数万人に上ることが考えられる。また、このような犯罪被害による死別は通常の死別に比べ、強い精神的衝撃をもたらす。Schmidt-Kashka¹⁴⁾は自身も息子を殺人で失った遺族であるが、殺人による死別の特徴として①突然の予期しない死である、②想像を絶する出来事である、③故意の暴力による死である、④怒りをよびおこす、⑤社会組織への不信をもたらす、⑥信仰や信念体系を変化させる、⑦複雑な悲嘆反応をひきおこすことをあげている。このことは殺人のような犯罪被害のもたらす影響が単なる喪失体験にとどまらない複雑なものであることを示している。そのため、喪失に伴う悲嘆反応は特異な症状を伴い、長期化することがある。その結果として、外傷性³⁾/複雑性悲嘆¹⁰⁾〔最近では遷延性悲嘆 (prolonged grief disorder) という概念も提唱されている¹²⁾〕と呼ばれる悲嘆反応などが発症する。また、通常の死別ともう一つ異なることは、外傷体験の要素が存在するという点である。外傷体験は自分あるいは自分の家族が生命の脅威にさらされ、強い恐怖、無力感、戦慄を感じるような出来事の体験である。被害者遺族は、被害者が悲惨な死を遂げたことの脅威に直面するだけでなく、しばしばその場に居合わせたり、むごい遺体を目撃するなど実際に悲惨な光景を目撃することを経験する。したがってPTSDをはじめとする外傷体験反応を示すことも少なくない。更に、犯罪被害では、その後、二次的に発生するストレスが多いことも特徴的である。特に、事情聴取、現場検証、意見陳述、公判傍聴は出来事の苦痛から逃れたい気持ちに逆らって行うことである。多くの場合、刑事裁判や民事裁判は長期化し、

何年にもわたってそのことにかかわり続けなくてはならない。また、被害が報道されることにより、マスコミや周囲の人の目にさらされるために安心して生活できないことも生じる。周囲の目からのがれるために引っ越す人もいる。また働き手を失うことで深刻な経済的困難に陥る場合もある。このような様々な生活上のストレスは精神的負担をもたらす、うつ病や身体化障害、不安障害をひきおこす要因となり、PTSDや複雑性悲嘆など被害そのものから発生する疾患の長期化、慢性化にも寄与することが考えられる。

国内外の疫学研究^{1,4-7,13,15,16)}では、犯罪被害者遺族においてPTSD、複雑性/外傷性悲嘆の有病率が高いことが報告されてきた。しかし、遺族の症状は対象母集団や被害からの経過年数によって異なるため、有病率を正確に知ることは困難である。PTSDの有病率は、Amic-McMullanら¹⁾の研究では非常に低い、これは一般住民でかつ16.6年という非常に長期間経過した集団であることが関連していると思われる。一方、中井ら⁶⁾の研究では、母集団が治療を求めてきた患者であるためきわめて高い有病率を呈している。また、複雑性/外傷性悲嘆は、新しい概念であるため、どの診断基準や評価方法を用いたかによっても有病率が異なってくる。今後、診断概念が統一されてくることによって、犯罪被害のような暴力的死別による悲嘆の問題が明らかにされるであろう。しかし、国内外の研究ともに犯罪被害者遺族のみを対象とし、かつ精神疾患を包括的に調査した研究はまだ少ない。Shearら¹⁵⁾や、Neriaら⁷⁾がNYテロの被害者遺族を対象に、PTSD、複雑性悲嘆、大うつ病の関係について調査しているが、これらの3つの病態は併合することが多いことがわかっている。これらの研究結果から、犯罪被害者遺族のように複合した強いストレスとなる体験——死別、外傷体験など——を経験している集団においては、単一の疾患のみに焦点をあてるのではなく、複合した病態としてリスク要因を検討していくことが必要と考えられる。そこで、今回われわれは、犯罪被害者の当事者団体や遺族の自助グループに

表1 犯罪被害者遺族における PTSD および外傷性/複雑性悲嘆の有病率

著者 (年)	出来事	故人との関係	N	評価尺度	死別からの平均期間	調査時点有病率
PTSD						
Amic-McMullan, et al. (1991)	殺人, 交通事故	家族・友人	206	IES	16.6 Y	4.8 %
佐藤ら (1998)	交通事故	家族	34	CAPS	77.5 M	30.4 %
Murphy, et al. (1999)	殺人, 事故, 自殺	子ども	261	TES	24 M	母 21 % 父 14 %
Kaltman, et al. (2003)	事故, 殺人	配偶者	87	SCID	14 M	40 %
中井ら (2004)	犯罪, 災害, 事故	配偶者, 家族	14	CAPS	4年以内	64.3 %
白井ら (2005)	事故, 殺人	家族	49	CAPS	69 M	40.8 %
Shear, et al. (2006)	NY テロ	家族, 友人	72	PTSD questionnaire	18 M	40.0 % ¹⁾
大うつ病						
中井ら (2004)	犯罪, 災害, 事故	配偶者, 家族	14	M.I.N.I.	4年以内	21.4 %
Shear, et al. (2006)	NY テロ	家族, 友人	72	SCID	18 M	40.0 % ²⁾
複雑性悲嘆 (Complicated Grief: CG)/外傷性悲嘆 (Traumatic Grief: TG)						
中井ら (2004)	犯罪, 災害, 事故	配偶者, 家族	14	TG 構造化面接	4年以内	42.9 %
白井ら (2005)	事故, 殺人	家族	49	ITG	69 M	32.7 %
Shear, et al. (2006)	NY テロ	家族, 友人	72	5 item screening questions for CG	18 M	43.0 % ²⁾
Neria, et al. (2007)	NY テロ	家族, 知人	704	9 item screening measure of CG	2.5-3.5 Y	43.0 %

IES: Impact of Event Scale, TES: Traumatic Experience Scale, CAPS: Clinician-Administered PTSD scale, SCID: Structured Clinical Interview for DSM, M.I.N.I.: Mini-International Neuropsychiatric Interview, ITG Inventory of Traumatic Grief

1) Full or subthreshold PTSD, 2) Full or subthreshold MDD

所属している犯罪被害者遺族を対象にして、PTSD、外傷性悲嘆と大うつ病の有病率と被害から長期経過した時点においてこれらの疾患に関連する要因を調べることで、被害者遺族への介入のあり方を検討することを試みた (表1)。

3. 犯罪被害者遺族の精神健康の状況と関連する要因

本研究は、死別から長期経過した犯罪被害者遺族を対象に、精神健康の実態を把握するとともに、精神疾患に該当した群と該当しなかった群を比較することで、長期の精神健康の悪化に関連する要因を明らかにしようとしたものである。

1) 対象および調査方法

犯罪被害者当事者団体および被害者遺族自助グループ (5 団体) に所属する犯罪被害者遺族およびその家族を対象とした (適格基準: ①対人暴力犯罪による致死および交通関係業過致死の遺族, ②18 歳以上, ③被害者から2 親等以内の家族, ④死別から1 年以上経過, ⑤日本語を母国語とする)。上記団体に協力を依頼し、会員 (330 名) およびその家族 (1 会員あたり3 名) に調査面接の依頼書を送付した (合計990 通)。調査希望返信があったものは87 名 (回収率は、8.8 %, 会員回収率20 %) であり、調査同意が得られたのは74 名、実際に面接調査を行ったものは73 名であった。2007 年6 月~2008 年1 月にかけて面接調査を実施したが、今回の対象者が、犯罪により

表2 犯罪被害者遺族における PTSD, うつ病, 外傷性悲嘆の有病率

		調査時点有病率	
		n	%
PTSD	full PTSD	13	17.8
	partial PTSD	10	13.8
うつ病	大うつ病	9	12.3
	小うつ病	8	11.0
外傷性悲嘆		16	21.9

家族を失うという非常に深刻な体験をした方であることを踏まえて、調査の実施手順や対応の仕方、個人情報等の管理等を十分検討し、二次被害を与えないよう細心の注意を払った。また面接は、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。この調査の実施にあたって、武蔵野大学の倫理審査委員会の承認を得た。調査は、事前に自記式の調査票を記入してもらい、面接で被害概要および被害後の生活、医療機関への受診についての聞き取りと構造化面接による精神症状の評価を行った。また、調査終了の約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確認を行った。

精神疾患の評価は、構造化面接を用いた。うつ病については、M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview) を、PTSDについてはCAPSを、外傷性悲嘆についてはPrigersonら¹¹⁾の診断基準を中井ら⁶⁾が構造化面接用に改変したものを用いた。精神健康に関連する因子として、トラウマ後の認知の変化 (Japanese version of Posttraumatic Cognitive Inventory, 以下JPTCI)、ソーシャルサポート (Social Support Questionnaire short version, 以下SSQ)、被害者に特有の支援と有用度 (16項目, 5件法)、二次被害の苦痛 (16項目, 5件法)、対処行動 (22項目, 4件法)、回復力 (Connor-Davidson Resilience Scale, 以下CD-RISC) を用いた。

2) 結果

対象者の属性は、女性が48名 (65.8%)、平

均年齢50.7歳 (±14.0) 歳、死別からの平均経過月数は約8年 (平均93.7±77.2ヶ月) であった。被害内容は殺人や暴力致死が48人 (65.8%)、交通業過・危険運転致死22人 (30.1%)、その他3人 (4.1%) であった。故人との関係は子どもを失った親が最も多く (47人, 64.4%)、ついで親 (10人, 13.7%)、配偶者 (8人, 11.0%)、きょうだい等 (8人, 11.0%) であった。

表2に調査時点での対象者における精神疾患の有病率を示した。外傷性悲嘆が最も多く、21.9%が該当しており、次いでPTSDが17.8%、うつ病が12.3%であった。小うつ病や部分PTSDを含めた32例のうち、他の疾患群の併合があるものは19例 (59.4%)、3つの疾患群が併合しているものは5例 (15.6%) であった。

PTSD, 大うつ病, 外傷性悲嘆の精神疾患に該当した群23名 (疾患群) と該当しなかった群 (非疾患群) 50名の2群にわけ、被害や被害後の出来事との関連をみた (表3)。

これらの2群での、性別、教育歴、被害内容、故人との関係、事件以前の身体疾患および精神疾患の既往歴に差はなかったが、現在の有職者は疾患群が有意に少なかった。被害からの平均経過年数は疾患群が平均5年と非疾患群の約9年に比べ有意に短かった。

被害後の出来事では、加害者の未逮捕 (被疑者死亡含む) が疾患群で有意に多かった。また、生活上の変化では、疾患群において「家族関係が悪化した (疎遠になる等)」や「周囲の人と疎遠になった」、「収入が減るなどの経済的な変化があった」、「事件以前に楽しんでいたことをしなくなった」と回答した人の割合が有意に多く、疾患群では対人関係や社会生活における機能の低下がみられることが示された。

被害後の生活支援や警察や法廷への付き添い、家事や育児の支援などの犯罪被害後の支援や、現在のソーシャルサポート提供者の数および満足度においては両群に差がなかったものの、警察、検察、医療関係者、弁護士、家族、親戚など被害後にかかわった人から二次被害 (傷つくような言動

表3 犯罪被害者遺族の精神健康に関連する因子（有意差のあった項目を抜粋）

	疾患群 (n=23)		非疾患群 (n=50)		統計量	p
	n	%	n	%		
現在の就労状態（有職）	10	43.5	37	74.0	6.40	.018
被害からの経過月（M±SD） ^a	61.7±36.60		108.4±86.29		-2.71	.007
加害者の逮捕	17	73.9	49	98.0	10.54	.003
生活上の変化						
家族関係の悪化	18	78.3	27	54.0	3.92	.048
周囲の人との疎遠な関係	20	87.0	20	40.0	14.02	.000
経済的变化	15	65.2	16	32.0	7.11	.008
楽しみごとの喪失・減少	22	95.7	32	64.0	10.27	.006
	M	SD	M	SD		
事件後の支援の有用感 ^b	38.4	16.21	40.7	16.08	-0.55	.686
二次被害の苦痛 ^b	45.1	15.43	31.3	18.53	3.12	.003
PTCI 合計 ^b	152.2	29.60	113.9	32.81	4.37	.000
PTCI サブカテゴリー						
自己への否定的認知 ^a	98.5	17.54	71.9	24.5	4.37	.000
トラウマに関する自責の念 ^b	17.1	8.05	11.4	7.15	2.09	.005
世界に対する否定的な認知 ^b	35.2	10.35	31.1	8.89	1.67	.101
回復力（CD-RISC） ^b	42.0	14.89	51.5	16.67	-2.22	.030

カテゴリー変数については χ^2 検定および Fisher の直接確立検定

a, Mann-Whitney U 検定; b, Student T-test

があった)を受けた苦痛の程度は、疾患群において有意に高かった。また、事件に対する否定的な認知については、PTCIの総合得点および2つのサブカテゴリー（自己に対する否定的な認知、事件に対する自責の念）が疾患群において有意に得点が高かった。一方、トラウマ体験からの保護因子として考えられている回復力については、非疾患群で有意にCD-RISC得点が高かった。死別後の対処行動では、疾患群において家族との協力および死を受容しようとするのが少なく、死を否認する行動が多くみられた。

4. 考 察

本研究の対象者では、被害から平均約8年経過した調査時点でも、PTSD、大うつ病、複雑性/外傷性悲嘆のいずれかに該当するものが約30%存在していた。いずれの疾患も過去の国内の研究に比べると低かったが、これは対象者が必ずしも精神的支援を目的として当事者団体に参加してい

るわけではないことや、会員以外の家族が含まれていること、被害からの経過年数が高いことなどが関連していると思われる。しかし、一般人口におけるPTSDや大うつ病の12ヶ月有病率に比べると著しく高い値であり、犯罪被害者遺族においては長期に精神疾患や精神症状を抱えていることが少なくないことが示された。また、もう一つの特徴として、疾患の併合が多いことがあげられる。NYテロ事件の被害者を対象としたShearら¹⁵⁾の調査では何らかの疾患がある群において29%が3つの疾患を、31%が2つの疾患を有していた。また、Neriaら⁷⁾の調査では、複雑性悲嘆を有する対象者のうち、43.3%がPTSDを、36.0%が大うつ病を有しており、2つ以上の病態を示していたものは50.8%であった。本調査の結果は上記2つの調査結果と類似しており、テロや殺人等の暴力犯罪の遺族の治療にあたっては、悲嘆だけでなくうつ病やPTSDなどの合併を考慮する必要がある。

本調査では特に治療介入法の構築のために、被害後の要因に焦点を当てたが、調査結果からも精神疾患の存在に二次被害や生活、対人関係の変化、対処行動、トラウマに対する認知などが関連することが示唆された。PTSD のリスクファクターについてのメタアナリシス⁹⁾では、被害後のソーシャルサポートの少なさがあげられていたが、本調査でも、家族の関係の悪化や協力の少なさ、周囲の人間関係の疎遠化などのソーシャルサポートの減少が関連していた。しかし、被害者への支援の満足度や調査時点でのソーシャルサポートの人数、満足度の明確な関連性は示されなかったことから、精神健康に関してはソーシャルサポートの中でも特に身近な家族との関係が特に重要であることが考えられる。一方、被害後の周囲の人からの言動で傷ついた体験（二次被害）の苦痛は疾患群において強くみられた。医療従事者をはじめ警察官、検察官などの専門家からの二次被害は苦痛の程度が高かった。特に精神医療関係者は心のケアの専門家であることから気持ちをわかってくれるのではないかという期待があり、直接的に傷つけるような発言ではなくても、期待に反した言動自体が二次被害として感じられるのではないかと思われる。精神医療関係者には被害者の心理に配慮した対応が求められるであろう。大和田⁸⁾も、周囲の「不適切な対応」が女性遺族においてうつ傾向と有意な相関を示したことを報告しており、二次被害は何らかの形で遺族の精神健康の悪化に関連していると考えられる。二次被害は、直接に精神健康を障害している可能性もあるが、事件への自責感や自己に関する否定的な認知を強化し、他者との交流を減退させることで、PTSD や抑うつ症状の重症化や遷延に関わっているのではないかと思われる。また、死の受容を避ける行動は悲嘆を長期化・慢性化させると考えられるが、社会的交流の乏しさはいつそうこのような状況を促進することが予想される。

本調査では対象者の偏りやサンプル数の乏しさ、また、横断調査であるなどの限界のため、結果を単純に一般化することはできないが、被害後の体

験に焦点を当てることによって今後犯罪被害者遺族の長期的な精神健康の悪化を防ぐための介入を検討できるのではないかと考えている。例えば、専門職種への啓蒙や教育による二次被害の防止や、遺族に対して、否定的な認知の改善や対処行動の心理教育などの情報を提供することを治療プログラムとして組み入れることなどがあげられる。今後は、個々の精神疾患の関連因子やまた因子相互の関連を分析していくことで、被害後の治療介入への知見を提供していくことを検討している。

謝 辞

本研究は平成 18 年～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」（主任研究者小西聖子）および、平成 18 年度社会安全研究財団の研究助成を受けて行われた。

本調査にご協力くださった被害者当事者団体、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ご遺族の皆様へこころ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へ御礼申し上げます。

文 献

- 1) Amick - McMullan, A., Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S.: Homicide as a risk factor for PTSD among surviving family members. *Behav Modif*, 15; 545-559, 1991
- 2) 法務省法務総合研究所編：平成 19 年度版犯罪白書—再犯者の実態と対策—。佐伯印刷株式会社，東京，2007
- 3) Jacobs, S.C., Mazure, C., Prigerson, H.G.: Diagnostic criteria for traumatic grief. *Death Studies*, 24; 185-199, 2000
- 4) Kaltman, S., Bonanno, G. A.: Trauma and bereavement: examining the impact of sudden and violent deaths. *J Anxiety Disord*, 17; 131-147, 2003
- 5) Murphy, S. A., Braun, T., Tillery, L., et al.: PTSD among bereaved parents following the violent deaths of their 12- to 28-year-old children: a longitudinal prospective analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 12; 273-291, 1999
- 6) 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。(財)21世紀ヒューマンケア機構こころのケア研究所, 神戸, 2004

7) Neria, Y., Gross, R., Litz, B., et al.: Prevalence and psychological correlates of complicated grief among bereaved adults 2.5-3.5 years after September 11th attacks. *Journal of Traumatic Stress*, 20; 251-262, 2007

8) 大和田攝子: 犯罪被害者遺族の心理と支援に関する研究. 風間書房, 東京, 2003

9) Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., et al.: Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull*, 129; 52-73, 2003

10) Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Kasl, S. V., et al.: Complicated grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: a replication study. *The Am J Psychiatry*, 153; 1484-1486, 1996

11) Prigerson, H. G., Shear, M. K., Jacobs, S. C., et

al.: Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test. *Br J Psychiatry*, 174; 67-73, 1999

12) Prigerson, H. G., Vanderwerker, L.C., Maciejewski, P.: A case for inclusion of prolonged grief disorder in DSM-V. American Psychological Association Books, Washington, D.C., 2008

13) 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*, 27; 1575-1586, 1998

14) Schmidt-Kashka, M., Beard, M. T.: The grief of parents of murdered children: a suggested model for intervention. *Holist Nurs Pract*, 14; 22-36, 1999

15) Shear, K. M., Jackson, C. T., Essock, S. M., et al.: Screening for complicated grief among Project Liberty service recipients 18 months after September 11, 2001. *Psychiatric Services*, 57; 1291-1297, 2006

16) 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*, 3; 181-187, 2005