

# 精神保健研究

第23号(通巻56号) 平成22年(2010年)

## 巻頭言

加我牧子(精神保健研究所所長) .....	1
精神保健研究のこれからを考える	
吉川武彦 .....	3
特集 犯罪被害者のメンタルヘルスー現状と回復への取り組みー	
特集にあたって	
中島聡美 .....	17
犯罪被害者のhelp-seeking とメンタルヘルスサービス	
中島聡美 .....	19
犯罪被害者遺族における続柄の相違が精神健康に与える影響についての分析	
白井明美, 中島聡美, 真木佐知子, 辰野文理, 小西聖子 .....	27
犯罪被害者等基本法及び基本計画と犯罪被害者等のメンタルヘルスについて	
殿川一郎 .....	35
精神保健福祉センターにおける犯罪被害者への支援の現状と今後の展望	
山下俊幸 .....	43

## 原著論文

自死遺族の精神的健康に影響を及ぼす要因の検討	
川島大輔, 川野健治, 小山達也, 伊藤弘人 .....	55
死・自殺のイメージスキーマ	
荘島幸子, 川島大輔, 川野健治 .....	65
自閉症スペクトラム障害のある児に対するSocial Skill Trainingの客観的評価	
北 洋輔, 軍司敦子, 佐久間隆介, 後藤隆章, 稲垣真澄, 加我牧子, 小池敏英, 細川 徹 .....	81
震災前の身体健康指標を用いた中越地震後の心理的ストレスの予測因子の検討	
鈴木友理子, 古川壽亮, 川上憲人, 堀口逸子, 石丸徑一郎, 金 吉晴 .....	89
投稿規定 .....	98
編集後記 .....	99

## 巻 頭 言

精神保健研究 23 号 (通巻 56 号) をお届けします。私たちの精神保健研究所 (精研) は 1952 年の国立精神衛生研究所創立から 58 年を経過していますが、本誌は精研のオフィシャルジャーナルとして、1 創立の翌年から毎年原則として 1 号、時には 2 号が刊行されてきた歴史をもっています。

精研は 1986 年に国立精神・神経センター精神保健研究所となり、およそ 20 年後の 2005 年 3 月には精研創立の地である市川市国府台から東京都小平市への移転を果たし、研究環境、研究活動ともに軌道に乗ってきました。また、2010 年 4 月の独立行政法人化に伴い、私たちは国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所として生まれ変わります。しかしながら、精研はその後も国民の精神保健福祉にかかわる研究を行い、国の精神保健福祉政策への政策提言を行っていくというミッションには変わりはなく、機関紙「精神保健研究」の発行も末永く継続して参ります。

近年、雑誌「精神保健研究」はその時々の特ピックを中心とした特集と、研究所員による査読つき原著論文と資料論文を掲載して参りました。

今回の特集は「犯罪被害者のメンタルヘルス」といたしました。罪を犯した人のメンタルヘルスについての研究は世界的に注目されてきましたが、昨今“犯罪被害を受けた方”をいかに支えるかという観点からの病態研究やメンタルヘルスサービスの在り方への関心が高まってきています。当研究所では従来から、主として精神医学の立場から犯罪被害者や

自然災害被害者、交通事故被害者、また自死された方々やご遺族へのメンタルヘルスサポートのための研究と実践、政策提言を行って参りました。本号の特集は、犯罪被害者や交通事故被害者への支援を通じて地道な研究を継続してきた成人精神保健部中島聡美室長が中心になって企画しました。この治療や解決の難しい領域の専門の先生方からお原稿をいただき、まとまった企画原稿集としてみなさまにお届けできることを誇りに思います。自殺に関わる課題についてもお原稿を頂いております。

原著論文としては、自閉症の病態からみた支援、災害によるストレス研究についての 2 編を収載できました。いずれも当研究所における重要な研究課題であり、さらに研究を継続中の領域からのフレッシュな論文です。

本号ではまた、吉川武彦名誉所長に「精神保健研究のこれからを考える」というタイトルで、精研の研究を考える上で大切な将来展望を頂くことができました。

是非ともご一読頂き、ご批判ならびにご助言を賜りますよう、また当精神保健研究所へのご支援を賜りますようよろしくお願い致します。

2010 年 3 月

国立精神・神経センター精神保健研究所所長

加我 牧子

# 精神保健研究のこれからを考える

名誉所長 吉川 武彦<sup>a)</sup>

## 1. はじめに

“「精研」50年誌”に「古い精研のことを語るの  
は、大先輩たちにお任せしよう」と書き出し、さら  
に「これからの精研のことは現役の方々に語って  
いただくことにしたい」と書き、「私が語る精研は、  
精研のいまを語るしかない」と述べ、なぜ私が「精  
研」という略語にこだわるかを書いた。ここではそ  
れを繰り返さないが、精神保健研究のこれからを考  
えるためには、やはり精研が果たしてきた精神保健  
研究における輝かしい業績を振り返ることから始め  
たい。なぜならば、いまなお精神保健福祉の領域に  
いる「元」精研職員で、最も長く精研に関わってき  
たものとしての責任があるように思うからである。

## 2. 精研の歴史を振り返る

### 1) 精研設置までのいきさつ

ことは1950年、昭和25年に遡る。精神保健福祉  
関係者であれば誰もがご存じのようにこの年、精神  
衛生法ができた。これまた多くの方がご存じのよう  
にこの法は1900年にできた精神病者監護法を廃法  
とし、さらに1919年の精神病院法をも廃法にして  
あらたに“精神障害者にかかる法”としてつくられ  
た。この法は1946年、昭和21年に公布され翌年か  
ら施行されたわが国の憲法によって新たに設けられ  
た衆議院を構成する衆議院議員が、敗戦後のわが国  
に放置された精神障害者の「医療と保護」、精神科  
医療の意味での医療ではなく一般医療の意味である  
「医療」と食事と清潔を基本として生活の「保護」

を行うために議員立法でつくったものである。

精神障害者の医療と保護はこの法によって進めら  
れるところとなったが、敗戦後のすさんだ国民の心  
身の健康を正す目的を持って1952年、昭和27年に  
国立精神衛生研究所つまり「精研」が設置された。  
ここで私が慎重に「国民の心身の健康を正す目的」  
でといったのは、精研の設置の目的が「精神障害に  
かかる研究」や「精神障害者の処遇にかかる研究」  
を行う目的で設置されたものではないということ  
を意味している。それは精研発足当時の研究部構成  
を見てもわかる。これについては毎年発行される「所  
報（年報）」のはじめの方に創立当初からの研究部  
構成の変遷が記されているので参考にされたい。

### 2) 研究部の変遷と研究体制の変遷

これを簡単に振り返ると、創立当初は「生理形態  
学部」「優生学部」「児童精神衛生部」「心理学部」「社  
会学部」であり、新たに「精神薄弱部」が設置され  
た1960年、昭和35年に“学部”の名称等を変更し  
て「精神衛生部」「精神身体病理部」「社会精神衛生  
部」「児童精神衛生部」「精神薄弱部」「優生部」の  
6部編成となった。このうちの精神衛生部は総括研  
究部としての位置づけであり、ここではわが国の精  
神衛生状況の多面的な研究が行われていた。精研に  
は創設の早い時期から研究誌「精神衛生研究」と資  
料誌「精神衛生資料」（現在は研究誌「精神保健研究」  
に統合されている）が経年的に発行されてきた。こ  
の「資料誌」は、この精神衛生部が精神保健福祉に  
関わる世界的な資料を掲載したりわが国における精  
神衛生分野の諸統計の分析を行うなどして掲載する  
とともに離婚や自殺問題などを通じて国民の精神健  
康にかかる政策提言を行う「資料」を掲載してきた。

人の精神健康にかかる生理学的研究は「精神身体  
病理部」が担当し、精神身体医学、つまり今日でい

a) 中部学院大学大学院

Graduate School of Human-being, Chubugakuin Univ.

〒501-3993 岐阜県関市桐ヶ丘2-1

2-1, Kirigaoka, Seki city, Gifu pref.

う心身医学面からのストレス研究を行っている。対象別では精神衛生部は成人を「児童精神衛生部」が子どもの精神健康にかかる研究を行い双子の研究などを通じて精神発達に関する研究を行ってきた。また「精神薄弱部」は発達障害にかかる研究を行うほか知的障害児者の処遇研究を行い政策提言を盛んに行った。心理学的な研究とともに社会学的研究や社会福祉学的研究も盛んに行われており、研究部としては「社会精神衛生部」がそれを総括する形になっていたが、専門性の高い研究員は各部の分散しており、所属する研究部における研究を行うほか各自の専門領域からの研究を行っていた。今日的にいう精神保健医療福祉領域が広がるにつれ、研究部における研究を超えて研究者がその専門領域を互いに保管し合う必要に迫られたことから組織上の研究部制度とは別に、研究班制度を組み合わせた2重構造にしたこともある。

詳細は省くが、私は1965年4月に新たに設置された社会復帰部に1969年、昭和44年8月から勤務することになった。そのときの私は、社会復帰部に所属するとともに精神障害者の社会復帰を進めるために設けられたデイケア研究を担うB班の班員であり、子どもの発達を研究するC班員となって子どもの面接を行いさらにC班員としてはロールシャッハによる個別ケースの発達を追う研究をしていた。またさらに研究所が重視してきたわが国の精神保健福祉行政に関わることになり、厚生省（当時）公衆衛生局精神衛生課の課長補佐を併任するほか隣接する国立国府台病院心身症センター医員を併任しさらに精神科病院医療の現場にも関わることを命じられ、国立下総療養所医員をも併任することになった。

研究部長はもとより研究室長や研究員がいくつもの役割を担う必要があったのは、当時はまだ常勤雇用制度が厳然としており、研究者も常勤者以外はないという状況であったからでもある。もちろん研究生制度があり、研究生とともに研究を遂行できる環境にはあったが研究生を希望するものが多いということでもないし、人頭研究費は雀の涙であったので研究助手等を雇用することもまったくできない状態であった。また厚生科学研究費も乏しく「国立」精研といえどもその恩恵にあずかることはなかなかなかったし、財団や企業等からの研究費も精神衛生に向けられるものは皆無という状況であった。薬物

療法が導入されてからのわが国は病院における治験などでダーティな研究費を得ることができるようになったが、精研はこうしたダーティな研究費を受ける立場にもないことから研究費の乏しさは深刻であった。

### 3) 「筑波移転」と「精神科医療センター構想」

そこに降ってわいたのが、研究所の筑波移転の問題であった。このことも先の50周年記念誌にかなり述べたので詳細は省くが、国策として研究促進を図ることが決められ「筑波研究都市構想」が現実のものになろうとしたとき、精研の筑波移転問題が起こった。誘い文句は「筑波に移転すれば、研究所のスペースは何十倍にもなるし、研究員も何倍にもなる」というものであった。研究所内でもたびたび話し合いがされたが、精神健康にかかる精研における研究は、地域住民との密接な関係の上に成り立つものであって「広大な土地」に研究所がでんと建ったところで「建築物や機器が整備されたハード」で行う類いの研究ではないということから、20年の間、市川に根付いた地域的な意味での研究環境を捨てることはできないという結論に達して移転しないということになった。この移転反対という結論に対しても関係方面からはかなり強い批判があったと聞かすが、私はまだその矢面に立つ立場ではなかった。

その攻撃をようやくかわした精研に降ってわいたのが国立武蔵療養所との統合であった。1970年、昭和45年頃のことである。東大教授を定年で退かれた秋元波留夫先生が国立武蔵療養所の所長として赴任され、壮大な構想を披露された。その構想とは「国立武蔵療養所」を核とした“精神科医療センター構想”である。それは決して“精神衛生センター構想”ではない。つまり国民の精神健康を保持増進するためのセンターをつくるというものではなかった。秋元構想は、戦時の名残を重く背負った精神療養所である国立武蔵療養所を最新の精神科医療センターにするために、独立した“由緒正しい”国立研究所である「精研」をこの精神科医療センターに組み込み、“療養所に付設されていた”「神経センター」の格上げに使うというものであったということが出来る。いってみれば独立した国立の研究所ではなかった「神経センター」を「国立神経研究所」という看板に塗り替えるために「精研」の看板を使うといった構想であった。



秋元先生は、「精神医学」は「医学」の一分野で「精神衛生」、今日的には「精神保健学」は「保健学」の一分野であるというしっかりとした認識はまったくお持ちではなかった。いってみれば「精神医学」と「精神衛生(学)」との違いにはまったく無頓着でおられた。精神障害者の社会復帰研究をやっている「精研」というイメージしかお持ちでない秋元先生は、これからの精神科医療の研究を行うためにも「国立武蔵療養所のような精神病院との統合が研究に役立つ」と実践と研究の統合について主張し、それがわが国の精神障害者の治療とリハビリテーションの進展のためにも重要であると言われたのである。ようやく病院改革にとりかかった私立病院の動きからも遙かに取り残された精神科病院である国立武蔵療養所の所長になられたばかりだったとはいえ、常に海外の動向をモニターしながら30年先のわが国の精神衛生事情を先取りして研究や実践を進めている精研を理解されない先生のお考えは私たち精研の職員の考えとは相容れないものがあったことは否めない。

#### 4) 着実な研究の発展と新たな展開

あくまでも精研は「Bio-Psycho-Socialな存在として“人”を見る」ところから研究や実践、さらには政策提言を含めて考えてきたという歴史がある。あえていうが「Bio」、「Psycho」、「Social」のどの面に偏りがあってもいけないと考えて研究や実践に励んできたはずである。それ故に国民の精神健康に関わる研究を行い実践を積んできたことと述べてきたのである。精研が進めてきた精神障害者のデイケア研究も、その研究が「医学的な面に偏ることを戒め」つねに研究スタッフに臨床心理や社会福祉関係者あるいは作業療法士とともに研究や実践を行ってきたのが精研であった。それは「psycho-socialな存在である人と人の出会いを大切にしながら、精神障害者の社会への再統合をどう進めればいいのかを考えてきた研究」であったといえよう。その意味では1973年に設置された老人精神衛生部は、高齢者が地域社会に統合されて生活をしている沖縄をフィールドとして先端的な研究を行ってきたことも忘れてはならない点である。

そのことは現今の精研の研究や実践にも言えようか。最も「biologicalな研究」とされるはずの睡眠研究を行っている「精神生理部」の研究は、その報

告を見てもわかるようにつねにそこにいる「人」について研究を進めているし、私たちの身近にいる「人々」の精神健康を高める目的で睡眠研究の結果を社会に還元してきている。それは「薬物依存部」の研究においても同様である。薬物依存の発生機序といった薬理学的な意味からの実験的な研究を行うだけでなく、薬物依存の統計分析などからその動向を予測して政策提言をするなど国民の健康に直結した活動を行っている。

ようやく設置された「司法精神医学研究部」は、遡れば私が精研再度の勤務になった翌年の1989年、平成元年に次年度予算要求として示した法精神保健研究部(仮称)構想がほぼ15年かかって実現したとも言えるものである。この構想を示したときは私は精神保健計画部長であったが、「自傷他害」問題は精神障害者の処遇をめぐる看過できない重大なテーマであることから「措置入院制度」に関する研究を行う必要を認め、精神保健医療福祉関連の法制度に関する研究を行う新たな部の設置を考えた。この部を設置することによって諸外国の強制入院に関わる制度の研究を行う必要を認めたからであるが、具体的には重大な犯罪行為に及ぶ精神障害者の適切な殊遇に関する研究を行う必要を認めたからでもある。2、3年は新たな研究部の設置を求めた予算要求を行ったがあきらめた経過がある。これが突如として浮上したのは2001年6月に起こった池田小学校事件など世間を騒がせる事件が頻発したことがきっかけとなったが、さらに「医療観察法」との絡みでこの方面の研究が強化されたことになり研究部が設置されることになったのは私としては思いがけない展開であった。

司法精神医学研究部の設置に続いて新たに精研に付設された「自殺予防総合対策センター」は、10数年に亘る設置要求が実現したものとして歓迎すべきものである。精研が求めてやまなかった国民の精神健康の保持および増進にかかる研究方向に立脚するとともに、「Bio-Psycho-Socialな存在として“人”を見る」ことを実現するものとして精研に付設されたところに意味がある。それは精研が果たすべき役割としての「わが国の政策に寄与する」ものを時代に即応して提供できるからである。

私が自殺に関する研究を国としても積極的に行うべきであると主張したのは1970年代であり、WHOからの派遣でヨーロッパ各国を回るチャンスがあっ

たときに各国で自殺防止に関する活動がどのように進められているかを調査してきた。しかるにこの頃はわが国の自殺は、1950年代後半の人口10万対の自殺率25から1970年には自殺率14まで下がっていたこともあって、自殺防止に関しては行政はおろか誰も振り向かない状態であった。折に触れて自殺防止に関する発言を繰り返したのが精研の所長を拝命したときを機に「国立自殺予防研究センター」構想を内外に示したことがある。精研の「所報」にもこのことを書いた覚えがある。

やや私情を込めていうならば、「精研50周年誌」にも述べたように、精研はあくまでも国立精研であり、国立精研以外の何ものでもない。国民の精神健康の保持および増進を願って地道な研究を積み重ね、研究結果を生かしてわが国の精神衛生行政（ここではあえて精神衛生行政という）の根幹を形作ってきた国立精研であるばかりか、厚生行政にとどまらず労働行政にも教育行政にも関わる広範囲の研究活動や教育活動を展開してきた精研である。精神障害と精神障害者にかかる政策提言を行ってきたのは国民の精神健康の保持および増進の一環だからである。精神障害者の権利擁護や知的障害者への支援、児童の精神発達に関わる基礎的活实践的な援助などなどや、治療医学としての精神医学と重なり合いながらも精神保健学的な視点から犯罪や非行に関わってきたのが国立精研であり、これからもこの方向は踏襲されるべきであろう。

### 3. 精神保健研究のこれからと精研における研究のあり方を考える

#### 1) 精神保健研究誌第13巻の特集を顧みる

精研保健研究（旧：精神衛生研究）第13巻（通巻46号）は2000年3月に発行された。そのときの特集が「今後の精神保健研究」であった。この特集の巻頭言を書いた私は、冒頭に「動機不明の犯罪や中高年の自殺の急増、災害を被った後のストレスや職場のストレスなどわが国のメンタルヘルス事情は深刻化」していると指摘し「（これら）新たなメンタルヘルス問題の解決が喫緊の課題となっている」と述べた。さらにこの後に、この新たな課題として9項目を挙げている。やや煩わしいがここでそれを示しておく。

- ① 中高年のみならず各年齢層の自殺増加問題
- ② 触法精神障害者の新たな処遇問題
- ③ 災害被害者等のPTSDとこころのケア問題
- ④ 急増する児童虐待や引きこもり問題
- ⑤ 薬物依存の広域化と低年齢化問題
- ⑥ 児童・思春期の子の短絡的行動問題
- ⑦ カルトと脱マインドコントロール問題
- ⑧ 睡眠障害・ストレスと精神健康の保持・増進問題
- ⑨ 勤労者の職域メンタルヘルス問題

このような指摘をした上で、これらの課題解決のためには省庁を越え「21世紀はこころの時代」と銘打つような大型研究費が用意されなければならないと述べた。さらに新たに「国立精神健康センター（仮称）」設置して国民の精神健康の保持および増進にかかる世界的な情報収集を行うとともに研究・教育・相談を総合的に行うセンターの設立を呼びかけ、「精研」がその核になることを提案している。

上記の課題提供の背景は2000年3月発行ということからもわかるように、1995年1月の阪神・淡路大震災を踏まえたものであり、1997年5月に起こった神戸連続殺人事件（いわゆる酒薔薇聖斗事件）や1999年に発表された「1998年の自殺急増」を踏まえたものである。カルト問題はオウム真理教事件にかかるもので脱マインドコントロールがメンタルヘルス問題として浮上し、法務省・厚生省（当時）・警察庁が共同研究を進めてきた（座長：吉川武彦）ときに重なる。

この精神保健研究誌第13巻の特集は以下のような組み立てになっている。

- 第1部：精神保健福祉の現状と課題  
精神障害者社会復帰施設の動向  
精神障害者の移送について  
6月30日調査から見た精神科医療
- 第2部：これからの精神保健  
児童・思春期のこころの健康の30年  
－21世紀に向けての課題－  
産業メンタルヘルス研究の現状と課題  
地域保健における精神保健のニーズ
- 第3部：今後の精神保健研究  
－社会の求めるもの－

第1部の「精神保健福祉の現状と課題」は寺田一郎ワーナーホーム主宰者による外部寄稿であるが、精神障害者の社会復帰施設の将来像として「地域生活支援の拠点として積極的な役割が期待されている」が「地域の援助機能が低下し（てきているので、公的な支援を適切に行うための）、ケアマネジメントを必要としている」纏められている。また「精神障害者の移送について」は益子 茂東京都立多摩総合精神保健福祉センター所長による外部寄稿である。ここでは平成11年6月に改正された精神保健福祉法によって設けられた「移送制度」に関する調査結果を踏まえて、「（その設置目的に沿って）判断能力の低下した状態に陥った精神障害者に適切な医療を受ける権利を保障するため」に適性且つ有効に運用されることを切に願うが、「保健所用マニュアル」や「指定医の判断基準作成」などが遅れている現状を指摘し、さらに住民の理解を得る方向での働きかけとともに受け入れ側の医療設備の整備や療養環境の向上を急ぐべきであるという指摘が行われている。

第2部の「児童・思春期の心の健康の30年」は上林靖子児童・思春期精神保健部長の寄稿だが、児童・思春期の問題行動の変遷を量的に見るばかりでなく質的な変遷として捉えた上で、21世紀への課題として「高齢／少子化社会における子育て」と「教育の再生」および「児童期から青年期までカバーする相談・治療体制」の整備が課題となると指摘している。なかでもようやく社会問題化してきたひきこもりについて「長いひきこもりのあとの再出発には、想像以上の困難が待ち受けている」と述べ新たな相談・治療体制の整備の必要性について言及している。

「産業メンタルヘルス研究の現状と課題」は川上憲人岐阜大学医学部公衆衛生学教授（その後岡山大学をへて現在東京大学教授）による外部寄稿であるが、そこには加藤正明先生を班長として行ってきた労働省が設置した研究班が行ってきた1995年から5年間の研究を総括した形で述べたものである。ここでは、わが国の企業が「リストラ、アウトソーシングをはじめとして、終身雇用や年功序列などの従来の企業文化が大きく崩れようとしている」としているばかりか「加速する情報通信技術の進歩」が労働の様態を大きく変化させているという指摘を行い、労働者のメンタルヘルス上の問題が今後さらに増大するとともに多様化することを指摘している。

このような状況下では客観的な産業ストレスの評価法の開発緊急の課題であると述べ、中小規模事業所が実施可能な低コストで簡便な対策手法の開発が望まれるともいっている。

また「地域保健における精神保健のニーズ」は犬塚君雄愛知県豊田保健所長による外部寄稿であるが、地域保健における常套的な手段としての1次予防からはライフステージにおけるこころの健康づくりを進めることを指摘し、マタニティブルーや育児不安、児童虐待等の課題があると述べた。2次予防としては精神障害者の早期発見・早期治療を上げ、さらに処遇困難ケースに関しては関係者の理解を求める地域活動の重要性を指摘している。3次予防では精神障害者に関しては社会復帰施設の充実を上げアルコール依存など依存症関連では断酒会活動など患者活動への支援を上げている。

濃淡はあるものの私が巻頭言で指摘した9項目についても同様なことがいえるが、この「特集」で第1部および第2部で指摘されていることは、その一部を除いてはほぼ実現されたかあるいは実現に向けて検討されているといい。もちろんそこには「濃淡はあるが」という注釈をつけなければなるまい。しかしながら少なくとも精神保健福祉に関わる諸問題の第一線で活動しているものが上げた、いわば“10年前の喫緊の課題”は、それなりに検討され、実現に向けて歩み始めていると考えていいと思う。

## 2) 10年前に語られた「今後の精神保健研究—社会の求めるもの—」

第3部は竹島正精神保健計画部長司会のもとで月崎時央（ジャーナリスト）、三鶯文雄（厚生省精神保健課長）と私が行った座談会の収録である。

ここでは月崎がかなり積極的な発言をしている。その視点は3点に絞られる。その第1点は「精神保健福祉関係者は情報開示度が低い」ということであり、第2点は「社会が求めているものに切れ切っていない」ということであり、第3点は「学際的な研究が必要ではないか」ということに尽きようか。この座談会は問題指摘に答える形で進んだ。その間私はこの月崎の指摘に応じてやや弁解気味にむしろ現状を説明し、三鶯はそれを弁護する形で話が進んでいるので、表題に掲げられた「今後の精神保健研究—社会の求めるもの—」ということに集約されていないのは残念である。



しかしながらこれを詳細に読み直すと、少なくとも20世紀最後に行われた「今後の精神保健研究」のあり方に関する座談としてなかなか興味深いものがあるがこと浮かび上がってくる。それを以下の3点に纏めておきたい。

その第1点は、今後の精神保健研究においては一般市民の疑問に答えるものでなければならないということである。それは一步誤れば続発する精神保健関連の事件・事故の解説に墮してしまうおそれがあるが、そのおそれはおそれとして脇に置きながらも、「事件・事故の背景の解説や説明」と「事件・事故がもたらす社会生活への影響」などに関するエビデンスを押さえた科学的な視点から市民の求めに応える必要があることであろう。それはマスコミ慣れをした一部の識者による解説とは異なった「質の高い」ものでなければならないし、さらにわが国の将来を見通す視点に立つものでなければならないことはいうまでもない。それは1大学の1教員が行うという類のものではなく、いわば組織的な対応を迫られていると考えるべきものである。

第2点は、今後の精神保健研究においては社会構造の変化や経済事情に伴って生起するであろう“新たな精神健康問題”に着目して研究を開始しておかなければならないという点であろう。このことはこの座談会のなかで必ずしも指摘されていることではないが、すでに述べたこの第13号特集で産業メンタルヘルスにかかる問題として川上憲人が指摘しているところとも重なる。座談会では「ひきこもり」が例示されて論じられているが、この座談会が開催される数年前から厚生省にかなり強く「ひきこもり」に関する研究を始めるべきであると私が申し入れていたこともあって、精研の伊藤順一郎部長がこの研究を担当しその結果をベースにして2001年5月に『「社会的ひきこもり」対応ガイドライン（暫定版）』を示すことができた。これは2003年7月に『「ひきこもり」対応ガイドライン（最終版）』として結実したが、これなども“新たな精神健康問題”に着目して研究開始をしたもののひとつである。その意味では司法精神医学問題も早い時期に目をつけていたもののひとつでもあった。これが今日のような形で結実するとは思わなかったが、“新たな精神健康問題”として浮上する前に問題提起をしてきたことはそれなりに先見性があったと自負している。

第3点は、今後の精神保健研究において欠くこと

ができないのはエビデンス・ベーストの精神保健、Evidensce Based Mental Health (EBMH) である。この座談会のなかで私はしきりに「スペキュレーション」といっているのは、当時もいまも“現段階”では必ずしも精神保健福祉にかかることは、この「EBMH」が明らかでないまま推論されたり予論されてきたきらいがあるからである。その代表的といってもいいものが「自殺（自死）」に関するものである。大方のものを納得させるものとして提供される経済不況と自殺増加の因果関係であるが、たとえばわが国の1998年の自殺急増をそれで説明することは困難である。マスコミ受けするこうした解説は極めて危険であり、「EBMH」に即した解説とは言い難いものがある。私案の試案として新聞投稿までして主張し続けた「自殺予防研究相談センター（仮称）」が、この1998年の自殺急増を受けて動きだし、さらに「自殺防止対策基本法」の制定を目前としたときに急浮上したことは皮肉だが、設立されたこのセンターが手がけていることは意義深いものが多い。その一例が「心理的剖検」であるが、そこで進めているのは少なくとも自殺者の心理を病的なものとして考えるだけでなく、社会的な視点から行われていると考えるので、その研究結果は「自殺」を通じて「EBMH」が明らかになるであろうことが期待されることである。

### 3) 私が指摘してきた「今後の精神保健研究と実践」

#### 1) 「数字は魔物である」

以下の文章は2002年、平成14年にある教科書に書いた一文の書き出しである。

「精神保健福祉は多面的かつ多様なものである。ライフサイクルから考えても、子育て、幼稚園教育や小学校教育、思春期問題に包含される中学校や高校における子どもたちの行動、モラトリアムといわれた大人になれない子どもたちの問題や社会的責任の自覚に乏しい青年たちのこと、青年期から成人期には燃えつき症候群や職場不適応、抑うつ症状が長続きする軽うつ症候群、心身症やうつ病などがみられる。

やや病理的な行動につながる家庭内暴力や校内暴力、学校不適応としての登校拒否や不登校、引きこもりや拒食・過食などのほか境界性人格障害も問題であるが、自殺も大きな現代社会の問題である。こ



これらの現代社会における諸問題は増加しつつあるといわれているが、その論拠は明らかではない。ここにあげた精神保健福祉にかかわるすべてのことがらに言及することはできないが、これらの諸問題を精神保健福祉からどうみるかを伝えたい。」

このような書き出しから私は「こうした実態を単に統計数値だけを頼りにして結論づける危険性も一方では存在する」と指摘し、私たちは「これらの問題の本質と背景を社会病理の観点から深く考察し、精神保健福祉専門家にはなにが期待されるか」を考えなければならないと述べた。その上で、気をつけなければならないことは「数値がひとり歩きしていること」であると指摘し、その1例として「精神障害者数」を取り上げて以下のように疑問を呈した。

1954（昭和29）年の第1回全国精神衛生実態調査で全国に精神障害者は130万人いると推定され、1963（昭和38）年の第2回全国精神衛生実態調査で124万人の精神障害者がいると推定された。これらの調査は当時としてはかなり綿密な疫学的検討が行われた調査である。その後この類の全国調査がしにくくなったこともあって人口増に合わせて数字を引き延ばして使われたのが「全国の精神障害者数は150万人とか155万人」という数字であった。それをいつからか患者調査（厚生労働省が定期的に行う調査）の数字を基礎としてはじき出すようになり、全国の精神障害者数を217万人と公称するようになったのである。

この数字を見れば誰も「150万人であった精神障害者数が217万にも増加した」と受け止めるであろうし、多くの論調は「ストレス社会に突入したために精神障害者の数も激増した」というように論評したことを指摘した。つまり、それぞれの数字がもつ根拠や意味を越えてまさに「数字がひとり歩き」していったと結論づけ、それを私は「数字は魔物である」といい「いったん使われだすと、その数字がはじき出された経過はまったくといっていいほど考慮されることなく使われる」し「根拠が異なる数字を平気で比較したりする誤りを犯してしまう」危険について私は注意を喚起したのであった。

またさらに「数字を並べるといかにも科学的であるように思える」し「科学的であると感じさせる数字が並ぶと、人はその現象を信じやすい」のである事象を科学的に説明しようとするとしても数字

に頼らざるを得なくなると述べ、その後に「このような傾向は、最近ではとみに強まっているといえる。EBM（Evidence Based Medicine）が叫ばれるようになったからである」といい「もちろん、そのことはそれで正しい」と述べ、それは臨床的なカンに頼っていた時代を超えようとしている姿であると断じた。このようなことは医学にいえることだけではなく保健学にもいえることであり、保健学の一分野である精神保健学にもそのことはいえるのであり、私としては自戒を込めて書いたものでありそれが先に述べた「EBMH」の考えにつながるものである。

## 2) 「健康日本21」策定の論議に立ち会って

ただ気をつけなければならないのは、この「根拠ある結果（EB）」の示し方でありそれが数値化されなければいけないと考えるか否かである。精神保健分野には数値化できないものが多い。数値化できないものは根拠となりえないというような判断のしかたが横溢するいまこそ、そのことをとくに問題視しなければならないといえよう述べたのが「健康日本21」という大きなプロジェクトが進行している最中であった。そのとき私はこのプロジェクトの企画検討委員であり、そこで問われたことが「精神保健福祉の領域で、数値化されているものはなんですか」ということだったからである。

この疑問に回答できるのは精神障害者数、なかでも現に精神科医療施設に入院している患者数や通院公費負担を受けている患者数であり、外来患者数ということになるとすべての精神障害者が精神科医療機関の外来を訪れているわけではないのでその数字はない。精神障害者を離れて広くメンタルヘルスの分野に視点を広げても、取り上げられる数字は自殺者数ぐらいしかない。あるいは領域を広げると不登校児童の数字や高校などの中途退学者の数字ぐらいであろう。児童虐待の数などは実数と遙かかけ離れたものになる。さらに拡大すれば離婚の数や単身高齢者の数などをあげることもできるが、広げすぎるとせつかく取り上げたその数字とメンタルヘルスの関係がはっきりしなくなる。

「健康日本21」を策定する頃のわが国はEBMが先行した議論の最中であったことが不幸といえは不幸であり、「健康日本21」の策定に際しては「到達すべき数値目標」がひとり歩きするものになったのは極めて残念なことである。それは数値化できるも

のを先行して議論が進められたからであり、ヘルスプロモーションを進めることによってどれだけ健康障害者「数」を減らせるのかという、現在の数値と目標値を掲げての議論であったところに問題があったというべきなのである。

もちろん、数値化できる分野はそれでいい。しかしながらメンタルヘルスの分野のように、基礎となる数値（現在の数値）がはっきりとしていないというよりも数値化できないたぐいのものをかかえた分野にあっては、数値で示す目標値を定めることはむずかしい。いうまでもなく、現在の数値がはっきりしていないということは、メンタルヘルス分野がなまけていて数字を押さえていなかったということではなく、生物学的に押さえることができる現象とは異なり、メンタルヘルスにかかる現象そのものが現代社会と連動していて流動的であってそもそも数値化に馴染まないものが多いということもできる分野でもあることに思いをいたさなければならない。

### 3) オウム真理教からの離脱及び離脱者に関する援助施策の検討などから

犯罪としてのオウム真理教主宰者や信者らの問題は司法関係者に任せるとしても、オウム真理教に帰依しているとはいえ、帰依に至るまでのプロセスを考えるそこにマインドコントロールの問題が見え隠れすることは疑いを入れない。マインドコントロールは、明らかに施術するものと施術を受けるものとの関係において成り立つものであり、もちろんそれは個別的な関係のなかで成り立つものばかりでなく集団としての関係でも成り立つものであるが、いずれにしても施術するものとされるものとの関係において成り立っている。

精神保健研究としても、このようなマインドコントロールに関する問題は興味深いものがあり研究に値するものではあるが、それは学問的な意味からの研究ということだけでなく、マインドコントロールが社会問題化するときには精神保健関係者として関与せざるを得なくなることを認識しなければならない。これはなにも宗教がらみの問題というだけでない。高齢者がその犠牲になりやすい訪問販売などに使われるマインドコントロール類似の手口に関しても、精神保健関係者は看過することを許されないからである。

オウム真理教問題が急浮上し、厚生科学研究費に

よって行ってきた「特定集団から離れた者に対する保健指導のあり方に関する研究」や「社会的問題行動を起こす新たな精神病理に関する研究」、あるいは「カルト集団」に関する問題をもつ人々に対する公的機関の援助の実態についての研究」などのほかに、法務省・警察庁・厚生省関係者によって構成された三省庁による合同研究を主宰してほぼ1年を掛けて「三省庁研究報告書」を纏めたりもした。これら一連のカルト問題の研究にあたっては精研の部長や室長にも参加してもらったが、三省庁合同の研究では、省庁関係者が情報の拡散を怖れてクローズドな研究会として開くことを希望したので、研究所の方々に参加を求めることはしなかった。

いずれにしてもこうした研究は、社会性の高い問題に関わる研究であるだけに時には即効性のある政策を生み出すためのものとして行われることもあり、必ずしも科学性の高い検討が行われるとは言い難い側面はあるにせよ、精神保健研究の一側面であることは疑いを入れない。したがって今後においてもこの類の研究は、精神保健研究の一分野として期待が掛け続けられるであろう。たとえば2008年、平成20年6月に起きた通称秋葉原通り魔事件では7人が死亡し10人が負傷したが、7月には日本精神衛生学会は緊急シンポジウムを開き、マスコミ報道が不況やリストラあるいは派遣切りなどの問題に絡めて事件の背景を説明しようとしたことに対して、直ちに私は精神保健研究者の視点から一定の考えを示した。過日、この裁判による判決が死刑と出たことを受け「死刑になることを求めて事件を起こしたものに死刑判決を出すことの意義」が問われているが、これに関し「判決の是非」という視点ではなく、国民の精神健康の保持および増進を図ろうとする精神保健研究者の視点からの判断が示されてもいいのではないかと考えている。

## 4. 精神保健研究のこれからを考える－おわりに臨んで

ここまで書き綴ってきた、この小論が「精神保健研究のこれからを考える」という「公論」よりも「私論」に偏りすぎていると思わざるを得ない。それはやはり「精研」から書き始めたからなのであろうか。おわりに臨んで、できる限り私論を省きそして精研を離れてからの精神保健研究のあり方について考

えてみたいと思う。ただ、そこにはどうしても「精神研」ではここに力を入れてもらいたいという願いが込められてしまうことはお許しいただきたい。

#### 1) 部分研究から総合研究へ、総合化の手掛かりは何か

精神保健分野が多様多彩になっていることは確かであろう。したがってその研究対象も当然のことながら多様であり多彩になる。研究としては分化の方向を辿るのは当然である。科学的であるということは、この分化を徹底することによって進められてきたのであるから精神保健「学」が科学的であろうとするには、この分化が徹底することが求められる。

ただ「学問」は「分化」すれば進歩するというものではない。分化とともに「総合化」の方向に向かなければ学問たり得ないこともまた古来から示されてきた。若い学問である精神保健「学」が、いま分化の方向を辿ろうとしているのはそれが若いからであって、精神保健学になるためには総合化が必ず求められる時期が来る。それがいまではないにしろ必ずその時期は来る。「その時期」が来てからでは遅い。ということは「今から」その準備をしておかなければならないということである。では総合化の手掛かりは何か。総合化の手掛かりは3点に纏めることができる。

その1は、精神健康、つまりこころの健やかさを追求することにある。といってもそれは難しい。健康とはなにかから論じなければならないし価値観の問題の横たわるしその人の生き方にも関わるからである。ましてや精神疾患に罹患していない状態が精神健康であるなどというわけにもいかないことは自明であろう。なにも哲学的なことをいおうとしているわけではない。それが時代とともに変わろうとも“いま”の精神健康を明らかにしなければこころ病む“いま”を語れない。それを精神生理から追求するのもよし、児童心理や発達心理から明らかにするのもよし、あるいは高齢者の心理や人格障害からあぶり出すのもよしであろう。ともかくも領域を越えて「こころの健やかさとは何か」を語り合うことから始めなければならない。

その2は、市民への伝達を通じて総合化の手掛かりをつかむことであろう。そもそも精神保健研究は「研究のための研究」ではなく、国民の精神健康の保持および増進を求めるための研究が発点である。つまり国民すなわち一般市民に研究の途中経過

や結果について説明する必要があるとすら言えるのが精神保健研究でもある。この市民への説明は専門家どうしの研究発表とは異なり、断片的であってはならず総合的に行われる必要があり、かつ市民に伝わる用語で語りかけなければならない。したがって研究者はその研究の成果を市民が求める形で伝えるための工夫をしなければならない。こうした工夫を通じて研究の総合化が行われることになる。

その3は、どの領域における研究でも重視されなければならないのが歴史研究であるが精神保健研究でもその重要性は指摘されなければならない。精神保健医療福祉のどの分野においてもそれぞれ長い歴史を辿ることができる。先に述べたように研究は分化の方向を辿るものではあるがそれを逆に辿るということは総合へのヒントを得ることにつながる。精神保健医療福祉の一分野でもある国民の精神健康にかかる政策の研究も、少なくとも近代国家として出発した明治以降の政策研究が必要であろう。その一例を挙げるならわが国における精神障害者処遇の歴史的研究がある。精神障害者の処遇の歴史を辿ることから、わが国の精神保健医療福祉政策の今後のあり方が見えてくるばかりでなく、ひいては国民の精神健康に関わる政策のあり方も探ることができよう。歴史を振り返るという意味合いからは是非とも進めたいことは京都岩倉における精神障害者の処遇の歴史がまとまるといいと思っている。(財)日本精神衛生会の前理事長である加藤伸勝は著書「地域精神医療の曙」の副題を「京都岩倉村における実践」とつけて1996年に出版した。その序文で加藤は「千年余りの時間の中で、人の心を捉えていたものが、ある時を境にして消滅することの虚しさをこれ程如実に示す例も珍しい」という書き出しで、わが国の精神医療史で特異的存在といわれた京都の岩倉村の事績を辿られたが、私は10年間この地に通り詰めその後を調べ続け、その結果の一部は日本精神衛生会の機関誌「心と健康」で述べた。

#### 2) 個別課題の研究への取り組みから

すでに述べたところではあるが、個別課題に関する研究はいま現在よりも、今後も常に求められる研究課題であろう。そこなかでいくつかの主張をしておきたいと思う。ここでは誰もが気づくような問題の指摘は避け、3つほどを上げておきたい。

その1は、「健康日本21」の精神保健版である「精



神健康日本21」の策定である。これは上に述べた総合化とも深く関係するが、統計的な数値目標をとにかく言うものではなく、どのような社会をつくるかという大きな目標に基づいて基本を定めることから始めなければならないであろう。そこにおいて論じられなければならないことはまさに「健康とは何か」であり「精神健康とは何か」である。それはわが国の縦割り行政とはまったく無縁な自由な発想に基づくものでなければならないものとなろう。まだ21世紀はたかだか10年しか過ぎていない。これから10年掛けてもいいから後の80年をカバーできるものをつくらなければならない。

その2は、精神的に健康な子を育てるための方策を研究することではないかと思う。巷間言われるように少子高齢化社会における子育て論でもあるが、それは近代工業化を追求してきた現代社会における子育て論とは異なった子育て論になるのではないかと私は考えている。その私論としての試論は20年以上前から私は提供してはいるが、それはあくまでも試論であって「私論」にしか過ぎない。これをどのようにして「公論」にするかを考えている私ではあるがなかなか進まない。またこの私論以外の試論が出てくることを望んではいるがなかなか現れない。

その3は、精神障害者にかかわる問題である。これまたすでに述べたが、1983年、昭和58年の全国精神衛生実態調査の結果によってわが国に必要とされる精神病床数はおよそ15万床であることが明らかにされている。その結果に沿って精神保健福祉行政が進められなければならないはずであるにもかかわらずいままなお精神科病床の削減は遅々として進まない。この間にたびたび検討会が設置されその都度「7万床」ないしは「7万床程度」の削減が結論として示されたが、それすらも実現しない有様である。なかでも2006年の障害者自立支援法制定の背景となった精神保健医療福祉の領域に設けられた3検討会（「心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会（略称：普及啓発検討会）」、「精神病床等に関する検討会（略称：精神病床検討会）」、「精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会（略称：地域生活支援検討会）」）をへて示された「精神保健医療福祉の改革ビジョン（略称：改革ビジョン）」が精神障害者の社会復帰を支えるためのいわゆる「受け皿づくり」が示されていたにもかかわらず

ずその整備が遅れていることが要因である。その理由としては、先の「普及啓発検討会」が指摘した「精神障害に関わる国民の理解を深める必要がある」という指摘が生かされていないことに原因があるといえよう。それを行政の「怠慢」であるというのではなく精神保健研究者らしてもむしろその研究成果の広報や普及にかかる方法の拙劣さとして自覚しなければならない問題があると自認する必要もあると考えるのがいかがであろうか。

### 3) 痛みを背負うものとの共同歩調を

1998（平成10）年、わが国の自殺者の年間総数は3万1,700人をこえた。この数値は、わが国の自殺が最も多かった昭和30年代の前半、1955年から1960年ころまでの年間自殺者数2万5,000人をはるかにこえた数でありわが国の未曾有のものであったし、自殺者急増の原因をさぐる動きが急となったことも確かであろう。またこのことが契機となって精研に「自殺予防総合対策センター」が付設されたが、そこにおける研究ないしは実践として「自死遺族」とどのように関わっているかが問題となろう。ここでも私は現段階における関わり方の浅深を問題としているのではない。指摘したい点は「痛みを背負うものとの共同歩調」をどのように考えて精神保健研究を進めているかを問うている。

精神保健医療福祉に関わる領域で「痛みを背負うもの」は数々ある。そのひとつが精神障害者のご家族であった。ここで「あった」と過去形で表したところにも意味がある。それを語り出すと胸が詰まる思いもあるが、ともかくも1965年、昭和40年に精神障害者のご家族は“自分たちの苦しみを声にして”家族会をつくった。それが全国精神障害者家族会連合会として「発展」したが、発展したが故に瓦解もした。その発展と瓦解にかなりコミットしたものとして「胸が詰まる思い」があるが、精神保健研究を行うものとして「痛みを負うもの」とどのようにコミットするかが問われなければならないと考える。

「いじめ・いじめられ」や「登校拒否・不登校」問題を抱えるご家族や「カルトを求める」人たちのご家族、「依存症に苦しむ人」を抱えるご家族、もちろん「自死遺族」の方々などのほか精神疾患とは言えない「うつ状態に苦しむ人」やその方を抱えるご家族の痛みなどとどれだけコミットしながら研究を進めるかが問われていると考える。「セクハラ・

パワハラ」などのハラスメントを受けて苦しむ人たちとどれだけコミットできるかも問われている。まだ私自身も十分に検討できていない「医療観察法」関係の医療関係者、なかでも病棟関係者が背負う苦しみなどを考えないわけにはいかない。

#### 4) おわりのおわりに

すでに紙幅は大幅に越えた。だが、どうしてももう一点だけ伝えたいことがある。私は第10回日本産業精神保健学会で「生活習慣病とメンタルヘルス—こころの健康の保持・増進にとって生活習慣病という言葉は適切か—」と題して教育講演を行った。そのなかで生活習慣病という言葉の誕生に触れて、1945年の敗戦に至るまでのわが国は重工業を中心とする工業社会をめざしてきたが、敗戦とともに重篤な食糧難に見舞われたわが国は戦後復興を農業立国に求めたと述べた。その後わが国は朝鮮戦争に巻き込まれ、ふたたび工業国に変身を遂げていく過程で自動車産業をはじめとする近代工業化の道を辿り、1964年の東京オリンピックを契機にして高速道路の建設や新幹線の敷設などが行われるようになったが、これによって戦後社会における「身体」の健康重視が始まったとも言えることも述べた。それを示すのが1964年の閣議決定であり、東京オリンピック終了後の“健康・体力づくり”ブーム反映したものであり、『健康づくりは「体力づくり」であって「心力づくり」—つまり、今日的に言われるこころの健康づくりはそこから省かれて』きたと述べたのである。

先に触れた「歴史を辿る必要がある」と述べたのもまさにこうしたことであり、それは遡れば、1937年に保健所法が制定され保健に関する行政施策が体系的に住民に実施されることとなったことまで遡らなければならないと指摘したことも同様な意味がある。これは「健康な兵隊づくり」をめざすものであり今日的ないい方で言う母子保健も疾病対策としての結核予防も健康な子を産み育て健康な兵隊づくりに寄与することが目的であったと考えられるからである。戦後の保健所にはさすがにこうした傾向は払拭されたとはいえ、1970年からの保健所における「(保健)栄養学級」の開始は、なお身体的健康を求めるものであったとも言えるからでもある。

1970年はこうした身体を健康を重視した保健施策が始まったという意味で重要な年であり、1978

年の「第1次国民健康づくり対策」では①妊産婦や乳幼児を対象とする健康診査を行うほか老人保健事業を通じて生涯にわたる健診体制を敷くことによって疾病—もちろんここでの疾病は身体的なものを意味する—の予防を図ること、②市町村に保健センターを設置して健康づくり—ここでも身体的な健康づくりを意味する—の基盤整備を行い、③健康・体力づくり財団の活動を推進することによって健康づくりの啓発や普及を図ることとされていることもまた、わが国の健康観の表れでもある。さらに1988年の「第2次国民健康づくり対策(アクティブ80ヘルスプラン)」は、高齢化社会を迎えるに当たって従来の感染症モデルによる保健施策からの脱却を図ることが求められるところとなり、生活モデルに依拠する保健施策が唱えられるところとなったわけだが、それがいまいうところの「生活習慣病」という概念になる。この生活習慣病という概念は、高齢者がになう疾病の多くは若いときからの生活習慣に関わるものが多いという考えに基づくものであるが、それはそれまでの「成人病」という言葉に取って代わられるところとなったが、その背景にはこれだけの歴史が潜んでいるしそこには身体的健康のみが健康概念として据えられていたことが見て取れる。

じつはその延長上に「健康日本21」の策定があり、生活習慣の改善による疾病の予防・健康増進が語られていることに気づかなければならない。2000年に出された「健康日本21」は、「第3次国民健康づくり—21世紀における国民の健康づくり運動」として策定されたものであることを見ればこれでいいわけではない。いよいよ高齢社会に突入したわが国で寝たきりや痴呆に陥ることなく、要介護状態で生活すると言わず健康で老いを迎えたいという国民の願いを実現するためには、こころの健康こそがその基盤になければならないことはQOLの面から見ても当然のことであろう。

その意味でも、2020年をめざした国民運動として「こころの健康づくり」を掲げるためにも、1988年の「第2次国民健康づくり対策(アクティブ80ヘルスプラン)」において唱えられた「運動」「栄養」「休養」が健康づくりの3要素であるという考えにも似た、わかりやすいかつコンパクトな用語で、いまずぐにでも「こころの健康づくり」を唱える必要があるように思う。それを「精神健康日本21」と

呼ぼうがあるいは私がかつて提唱したような「メンタルヘルス日本21」と言おうがどちらでもいいが、精研が研究や実践を通じて培ってきた学識と経験を国民に向けて発言すべき喫緊の課題ではないかと考えている。

精神保健研究第13巻の特集「今後の精神保健研究」から10年たったいま、新たに模索する「精神保健研究のこれから」をさらに深めたいと考えるのは私だけではないであろう。(2009年12月30日)



## 特 集

「犯罪被害者のメンタルヘルス ー現状と回復への取り組みー」

## 特集にあたって

中 島 聡 美<sup>a)</sup>

日本の社会は長い間犯罪被害者について向き合うことをしていなかった。これは、被害者学など様々な研究分野において指摘されていることであり、メンタルヘルスの現場においても同様である。日本の犯罪被害者支援は1990年代はじめから急速に発展し、警察の犯罪被害者支援室が全国に設置され、各地に民間の犯罪被害者支援団体が作られるようになったがこの時点ではメンタルヘルス分野での関心はまだ低いものであった。興味深いことに一米国が1960年代から1970年代にかけてそうであったように—1990年代後半からトラウマやトラウマ反応、ケアや介入についての関心や活動が高まっていく。1995年の阪神淡路大震災や地下鉄サリン事件は、一般の人だけでなく、メンタルヘルスの専門家が外傷後ストレス障害など重度のトラウマ反応について目を向ける大きなきっかけとなった。また、2000年代になると、「児童虐待の防止等に関する法律（2000年）」や「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（2001年）」が公布されるようになり、法律ができたことで、行政的取り組みが推進されることとなった。

犯罪被害者については、2004年に「犯罪被害者等基本法」が公布されたことで刑事司法だけでなく、医療、福祉などすべての行政分野において支援が取り組まれるようになった。特に、内閣府において「犯罪被害者等施策推進室」が設置され、中心的役割を果たす機関ができたことは施策を押し進める上で大きな力となった。多くの施策の中でも、メンタルヘ

ルスは、犯罪被害者等からの充実を求める声が強いことから、基本計画の5つの重点課題の一つ「精神的・身体的被害の回復・防止への取り組み」として取り上げられ、治療や支援についての多くの施策が実施されてきている。当研究所でも、施策を踏まえて、2006年度から精神医療・保健従事者に向けて「犯罪被害者メンタルヘルス研修」を実施している。

2005年に犯罪被害者等基本計画が公布されてから既に5年が経過し、2010年は見直しの時期を迎えるようになった。そのような重要な節目の年であることを踏まえて、メンタルヘルス領域における犯罪被害者の支援や研究の現状と、今後の推進に向けての課題を明らかにするため本特集を組むこととなった。

この特集では、内閣府の犯罪被害者施策推進室から主にメンタルヘルス分野における施策とその推進状況を、また、実際に行政分野で行われている施策として精神保健福祉センターにおける支援の取り組みを紹介してもらった。さらに、犯罪被害者の抱えるメンタルヘルス上の問題を把握するために、犯罪被害者のメンタルヘルスサービス利用に関する総説と、犯罪被害者遺族の悲嘆についての実証的研究を取り上げた。

この特集が精神医療・保健関係者の犯罪被害者のメンタルヘルスの施策や支援の実態の理解を深めるとともに、現場における関心と治療の推進に寄与することを願っている。

a) 国立精神・神経センター精神保健研究所  
成人精神保健研究部

Department of Adult Mental Health, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1

4-1-1 Ogawa-Higashi, Kodaira, Tokyo, 187-8553, Japan

【特集 犯罪被害者のメンタルヘルス－現状と回復への取り組み－】

## 犯罪被害者の help-seeking とメンタルヘルスサービス

中 島 聡 美<sup>a)</sup>

Satomi Nakajima

### 1. はじめに－犯罪被害者の心のケアとは何か－

1995年の阪神淡路大震災および、地下鉄サリン事件以降、災害や大規模事故等後の被災者・被災者への「心のケア」について社会的関心が高まるようになり、犯罪被害者の支援においても「心のケア」が重要であるという認識がなされるようになった。犯罪は、突然の予期しない出来事であるだけでなく、加害者によって強烈な恐怖と無力感、屈辱感が被害者にもたらされる恐ろしい体験である。このような体験をした被害者が強い衝撃や混乱、不安、恐怖の感情を体験し、PTSDのような精神障害が高い割合でみられることは当然であり、被害者に対するメンタルヘルスサービスが必要であることは間違いない。しかし、「心のケア」が被害者の支援のすべてではなく、また第一次的な被害者のニーズではないこともメンタルヘルス専門家は知っておく必要があるだろう。内閣府が平成18年度に実施した「犯罪被害者等に関する国民意識調査」<sup>13)</sup>では、犯罪被害者が回復に有効だと感じた処置は、「加害者の適正な処罰」(59.6%)、「加害者の被害弁償」(59.3%)、「加害者や事件についての情報提供」(50.5%)など加害者に対する処置や裁判等の支援、経済的支援などが上位であり、「カウンセリング」(36.2%)は、これらのニーズが満たされた上に必要とされる支援であることがうかがわれる。カウンセリングのような専門的な精神的支援の有効性への認識は犯罪被害者と一般の人の間にやや解離があり、同じ調査で、被害

経験のない一般国民の50.1%が、「カウンセリング」を有効な処置だと考えていた。「加害者への適正な処罰」を有効と回答した割合は50.2%であり、犯罪被害者と比べ、よりカウンセリングを重視する傾向があった。犯罪被害者支援を進める上で、このような被害者のニーズを踏まえた上での「心のケア」の在り方を検討することが必要である。

犯罪被害者の「心のケア」は、「広義の心のケア」と「狭義の心のケア」の2つが存在する。「狭義の心のケア」は、精神医療や心理療法などメンタルヘルス専門家によって提供されるものであり、必ずしもすべての被害者が必要とするものではない。一方「広義の心のケア」は、被害者が安全や安心を感じられ、精神的に回復する上で必要とする支援を指すものであり、危機介入、情報提供、公正な裁判、身体医療、司法支援、経済支援、日常生活支援などすべての支援が含まれ、すべての被害者に提供されるべきものである。また、「広義の心のケア」は、警察、裁判所、一般医療機関、行政の相談窓口等あらゆる場所において提供され、犯罪被害者に二次被害を与えず、エンパワーメントになりうる対応でもある。

2004年に公布された犯罪被害者等基本法は、この2つの心のケアが十分提供されることを関係者に求めている。メンタルヘルス関係者にとっては、「狭義の心のケア」をいかに必要とする被害者に適切に提供できるかが課題であろう。本稿では、「狭義の心のケア」について犯罪被害者の help-seeking とその課題について考察した。

### 2. 犯罪被害者の精神健康の実態

犯罪被害者に適切なメンタルヘルスサービスを提供するためには、被害者の精神健康を把握することが必要である。

米国における3つの大規模地域調査の結果を表1

a) 国立精神・神経センター精神保健研究所  
成人精神保健研究部

Department of Adult Mental Health, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1

4-1-1 Ogawa-Higashi, Kodaira, Tokyo, 187-8553, Japan



表1 犯罪被害類型別にみたPTSDの生涯有病率

	性別	N	PTSDの生涯有病率(%)					
			対象者 全体	強姦	強姦以外 の性暴力	身体暴力	殺人	自然災害
Resnick et al(1993) <sup>a</sup>	女性	4,008	12.8	32.0	30.8	38.5	22.1	9.4
Kessler et al(1995) <sup>b</sup>	女性	3,065	10.4	45.9	26.5	21.3		5.4
	男性	2,812	5.0	65.0	12.2	1.8		3.7
Breslau et al(2004) <sup>c</sup>	男女	2,181	13.6	62.0	26.0	27.4		4.1

a:National Women's Studyによる。PTSD診断はDSM-III-Rに基づいて作成された構造化面接を使用。自然災害の有病率には、事故など非犯罪被害が含まれる

b:National Comorbidity Surveyによる。PTSD診断はComposite International Diagnostic Interview(CIDI; DSM-III-R)を使用。PTSDの有病率は最も衝撃を受けたトラウマ体験のもの

c:デトロイト地区の住民を対象とした調査。PTSD診断はComposite International Diagnostic Interview(CIDI; DSM-IV)を使用。PTSDの有病率は最悪のトラウマ体験のもの。

に示した<sup>3, 7, 18)</sup>。対象集団や、調査方法、評価尺度などが異なるために、必ずしも被害別のPTSDの生涯有病率は一致していないが、性暴力や身体暴力などの深刻な被害において、また同じ被害でも女性は、男性に比べ高い有病率を示していた。特に強姦では、30%～65%という高い有病率であり、性暴力被害者においては、PTSDが大きなメンタルヘルス上の問題となっていることがわかる。

PTSD以外の精神障害については、Burnamら<sup>4)</sup>がロサンゼルス地区に在住している女性を対象とした調査で、性的被害を経験した女性(n=432)では、経験していない女性に比べ、大うつ病エピソード(被害女性における有病率:17.9%)、躁病(2.5%)、薬物乱用・依存(5.5%)、単一恐怖(22.2%)、パニック障害(4.6%)、強迫性障害(5.3%)が有意に高い有病率を示したことを報告している。PTSD以外でも、うつ病および、PTSD以外の不安障害、薬物関連障害のリスクが高いことが示された。Boudreauxら<sup>2)</sup>も同様の報告を行っているが、特にPTSDである場合に、うつ病および他の不安疾患の有病率が高くなるとしている。PTSDでは約80%に他の精神障害の併存があることが報告されており<sup>7)</sup>、犯罪被害者におけるPTSDの有病率の高さが結果として他の精神障害の多さにも関連していると思われる。

犯罪被害者遺族においても、PTSDの有病率は高いことが報告されている(交通事故遺族75.5%<sup>21)</sup>、殺人・交通事故50.7%<sup>15)</sup>)。これは、死別そのものを外傷的体験として受け止めることもあるが、自身の被害、傷ついた被害者や悲惨な被害現場の目撃、検視など直接の外傷体験を被る場合もあることが考えられる。また、遺族の場合には大切な人の喪失体験による複雑性悲嘆やうつ病の有病率も高く、かつこれらが合併して、複雑な病態を呈する場合が少な

くない<sup>15, 20)</sup>。

これらの過去の研究から、犯罪被害者における精神障害の有病率は高く、特にうつ病、PTSD、その他の不安障害、アルコールや薬物関連障害などの精神障害の他、複雑性悲嘆についてのメンタルヘルスサービスが必要であると考えられる。特にPTSD治療については、犯罪被害者からの要望の高いものとなっている<sup>14)</sup>。

### 3. 犯罪被害者の help-seeking と関連する要因

犯罪被害者の援助要請行動(help seeking behavior, 以下 help seeking)については、多くの研究があるが、非被害者に比べて、医療機関の利用は多いものの、精神障害の有病率に比べると低いことが報告されている。全米女性調査(the National Women's Survey)で犯罪被害経験者のPTSDの調査時点有病率は9.7%であった<sup>18)</sup>が、同じ対象者での別の研究報告では、過去1年に精神科医やカウンセラーに相談した人は2～3%であり<sup>9)</sup>、メンタルヘルス専門家に相談した割合は30%にも満たなかった。また、日本の犯罪被害者については、平成20年度の犯罪被害者類型別調査<sup>14)</sup>によると、K6で重症精神障害に該当する(13点以上)対象者で、医療機関に通ったものは43%、カウンセリングを受けたり相談をしたものは8%であった。日本の一般住民の調査では精神障害を経験した人で、医療機関を受診した人は24.3%(精神科14.8%)であった<sup>22)</sup>ことから、犯罪被害者においては、一般住民の場合より医療機関の受診は多いものの、治療が必要と思われる人の半数には満たない現状であった。

しかし、メンタルヘルスサービスを利用しない犯罪被害者でも、他の資源(家族や友人など個人の

ソーシャルネットワークを含む一々を利用している可能性はある。メンタルヘルスサービスの資源については、援助を求める対象に従って、専門家への help-seeking (formal help-seeking) と非専門家への help-seeking (informal help-seeking) の2つに分けて検討される場合が多い。ここでいう専門家は、訓練を受けた専門家を指し、警察官、メンタルヘルス従事者（精神科医、看護師、精神保健福祉士、臨床心理士など）、他の医療従事者（内科医）等が含まれる。また、非専門家では、家族や友人など犯罪被害者の社会的ネットワークにおける関係者を指している<sup>11)</sup>。

### 1) Informal help-seeking

前述した内閣府の調査でも、犯罪被害者が精神的問題の解決として利用した資源では、医療機関と並び、家族・友人に相談することが多かった。McCart は、犯罪被害者の help-seeking に関する研究の系統的レビューで、犯罪被害者では、専門家より非専門家に援助を求める傾向があるという研究が多いと述べている<sup>11)</sup>。Mezey<sup>12)</sup> は殺人遺族 (n=35) において、77% は家族や友人の助けを求めたが、悲嘆カウンセラーについては20%、一般医には66%が援助を求めたと報告している。またこれらの遺族のうちメンタルヘルス専門家の介入が必要と思われた事例の31%しか治療に結びついていなかった。

家族や友人は身近で、もともと信頼できる関係であり、被害状況なども既に告知されている場合では、安心できる相談者となる。強姦の被害者では、このような非専門家のサポートのほうが、専門家のサポートより心理的な適応に結びついていたとする報告もある<sup>23)</sup>。全米女性調査<sup>9)</sup>では、被害女性で過去1年に友人など非専門家に相談した人は6.6%、精神科等専門家への相談は10.6%であり、専門家への相談のほうが多い結果であったが、著者らは、インタビューの形式の問題ではないかと考察している。また、Lewisら<sup>9)</sup>は、非専門家への help-seeking を増加させる要因として、年齢が若いこと、性的被害であること、PTSDとうつ病の存在をあげている。彼らは、年齢が若いことは支援の資源やそこに接触する機会を増やすという点で支援一般に言えることであり、PTSDやうつ病の存在は、専門家、非専門家を問わず、精神的苦痛から支援を求める要因になっているが、性暴力被害であること

は特異的に非専門家への help-seeking に結びついているのではないかと述べている。家族や友人などに相談することで、トラウマの衝撃を軽減し<sup>5)</sup>、また専門家へのアクセスに繋がる<sup>17)</sup>可能性が示唆されており、支援の窓口として非専門家の援助が果たす役割は大きいと考えられる。

### 2) Formal help-seeking

専門家への援助を求める場合でも、必ずしもメンタルヘルスの専門家への相談が多いわけではない。Norris<sup>17)</sup>は、6カ月以内の財産および暴力の被害者では、メンタルヘルス専門家に相談した人は22.7%であり、警察(61.4%)や弁護士(30.3%)より少なかったと報告している。このような被害後間もない時期においては、メンタルヘルス上の問題よりは、刑事司法手続きが優先されることを示していると思われる。この調査では、一般医の利用はメンタルヘルス専門家とほぼ同じ割合だったが、他の研究では、むしろプライマリケアなど一般医の利用の方が高いことも報告されている。Kimerlingら<sup>8)</sup>は、被害後1年の性暴力被害者では、医療を受けていた人は72.6%であったが、精神科治療を受けていた人は19.1%であったとしている。また、この研究では、1年後には、被害者の身体症状は非被害者と差がなかったが、精神症状は有意に多く、かつ一般医の受診も多いことを示している。したがって、精神的な問題を一般医に相談していることがうかがわれる。しかし、Amstadterら<sup>1)</sup>は、レイプの被害者では、精神的な問題を抱えることが多く、医療者(メンタルヘルス以外)に援助を求めたものは38%であったのに対し、メンタルヘルス専門家への相談は54%と多かったことを報告している。メンタルヘルス専門家への相談には、被害からの時期や被害内容など様々な要因が関連していると思われる。

McCart<sup>11)</sup>は被害者の help-seeking の論文のレビューから、メンタルヘルス専門家への help-seeking の関連要因として、予測因子(促進因子)と妨害因子に分けてまとめている。

#### 1) 予測因子

- ① 素因: 女性、年長であること、白人、独身・離別、性的志向(レズビアン、バイセクシャル)
- ② help-seeking を可能にする資源: 家族や友人からの十分なサポート、非専門家のサポー

トネットワーク

- ③ 知覚されたニーズ：被害の重症度、暴力被害、特に性的暴力
- ④ 精神的状態：PTSD、うつ病、精神的苦痛の重症度
- ⑤ その他：他の医療機関からの紹介

## 2) 妨害因子

- ① 一般的にメンタルヘルスへのアクセスを妨げる因子：恥、困惑、スティグマ
- ② 社会文化的背景：アフリカ系アメリカ人およびマイノリティであること
- ③ ソーシャルサポート：サポートを受けた感覚が乏しいこと
- ④ 道具的要因：経費（保険の欠如、経済的支援の乏しさ、医療費等のコストなど）、利用可能な資源についての自覚の乏しさ（情報や知識の乏しさ）
- ⑤ 定期的通院の困難：仕事や家庭の役割、移動手段の問題など
- ⑥ その他：移民における言語障壁や強制送還の恐れ

これらの要因は一律ではなく、対象者や性別、被害状況、文化背景などによって異なっていると考えられる。また、欧米の研究ではあげられていなかったが、被害からの経過時期や刑事司法手続きの進展などが犯罪被害者のメンタルヘルスサービスを求める行動に大きく関わっているように思われる。前述した内閣府の調査<sup>14)</sup>における被害者の第一次的なニーズは、刑事司法についての情報提供や支援、経済的支援であったことから被害者はまず加害者の逮捕や裁判、また生活の維持が優先されるために、自身の精神的な問題を意識できなかつたり、また気付いたとしても後回しになってしまうということがある。特に遺族においては、通常の死別における悲嘆であるとの認識からうつ病などの精神障害や複雑性悲嘆などが見逃されやすい状況にあると考えられる。精神的治療やケアが必要であると思われる被害者をメンタルヘルスサービスに結びつけるためには、被害者側のニーズの高まりや受け皿のメンタルヘルスサービスの充実だけでなく、メンタルヘルスサービスへのアクセスを促進するような介入が求められていると言える。そのためには、help-seekingに至るまでのプロセスについて理解する必要がある。

## 4.help-seeking に至るまでのプロセスのモデル

Liang ら<sup>10)</sup> は、パートナー暴力の被害者が援助を求めるに至るまでの内的なプロセスとして、以下の3段階があると述べている：①問題を認識し定義する段階、②援助を求めようと決意する段階、③援助を探す段階。Schreiber ら<sup>19)</sup> は、basic modelとして、①問題の知覚、②治療の希望、③治療の意思、④ help seeking の4段階があり、そこにソーシャルサポートや知識や情報といった要因 (influencing variables) と社会文化的背景などより高次の要因 (high-order variables) が関連しているという integrative model を提唱している。いずれのモデルでも、犯罪被害者が実際の help-seeking に至るまでの間に、まず自身の問題を認識し、治療を受けようという意思を持ち、行動に移すというプロセスが含まれている。

被害者が援助を求める最初の段階は、自分の抱えている困難が、介入の必要な問題であることを認識し、例えば「うつ病」であるかもしれないという概念で見ることができるようになることである。一般的に、精神的問題を抱える人の多くがこの段階で、「相談するほどではない」、「自分で何とかできる」と考えて、専門家に相談するレベルではないと考えてしまう<sup>22)</sup>。また、疾患についての知識や情報に乏しいため、「病気」としての認識ができないということもある。犯罪被害者の場合には、更に、精神的動揺や混乱、また刑事手続きなどの対応すべきことの多さから、自身の問題に向き合うことが困難な状況も考えられる。また、「相談したほうがよい」という認識ができた段階では、打ち明けることの不安、知られることの不安や恥ずかしさや罪悪感、それに伴う二次被害を受けるのではという不安（例えば、非難されるのではないか）など開示に伴う様々な心配が生じる。特に、地方においては、近隣の医療機関では知人がいることも多く、知られるのではないかという不安は強いであろう。また、メンタルヘルスサービスそのものについての情報や知識の不足からその有用性についての疑問が生じることもある。また、Schreiber ら<sup>19)</sup> は、この段階では特にPTSDの回避症状やうつ病による意欲の低下など症状そのものが、援助を求めることを妨げている可能性があるとしている。更に、メンタルヘルス専門家に相談することを決意した段階でも、専門的治療を



行える医療機関等の情報の不足や、また遠方であるなど交通上の問題、費用の問題などから実際に受診や相談に至れないということがある。

犯罪被害者が、メンタルヘルスサービスを受けやすくするためには、上記のような障害となる因子を軽減し、またサービス資源に繋がりやすくするような支援を提供していくことが必要であると思われる。具体的には、以下のことがあげられるであろう。

#### 1) 被害後早期からの適切な心理教育・情報提供

被害者が情報を得る機会は、メンタルヘルス機関より、被害後直後から接触する警察、検察、弁護士、産婦人科、救命救急などの医療機関のほうが多い。従って、これらの機関において、メンタルヘルス上の問題が生じた場合の相談機関等の情報が提供されることが望ましい。現実には被害直後では、被害者も受け入れにくい状況にあるため、他の相談情報とともにパンフレット等で振り返ることができる形で渡されることが必要であると思われる。特に、1回ではなく数カ月にわたって接触する機関では、実際に被害者のメンタルヘルスにも関心をはらい、症状の有無を確認したうえで、適切な心理教育や情報提供を行うことが望ましい。そのためには関係者が被害者のメンタルヘルスについての知識を持っていることが必要である。また、これらの情報は被害者本人だけでなく、家族などにも提供されることが重要である。

#### 2) メンタルヘルス機関以外からの紹介

過去の文献でも、被害者が一般医や他の相談機関を利用することが多いことが指摘されている。従って、他の医療機関や被害者が相談する機関、特に事件後時間が経って利用するような福祉関係の機関や、継続的支援を行っている被害者支援機関において、紹介されることが重要である。これらの機関からの紹介の場合は対応能力のあるメンタルヘルス相談機関を特定できることから、被害者がより安心して受診できるというメリットがある。このような対応を促進するために、被害者が相談することが多い機関においては、メンタルヘルス専門機関の情報を把握するとともに、平素から連携をとりあつていくことが求められる。

#### 3) 支援の充実

犯罪被害者がメンタルヘルス専門家に相談しようとしたときに、どの医療機関あるいは相談機関で安心して治療や相談ができるのかということが問題になる。犯罪被害者は、自分の問題を理解してもらえることや、非難など二次被害を受けないこと、PTSDなど外傷性の精神障害にきちんと対応してもらえることを望んでいるが、被害者自身がそういった医療機関を見つけるためには、様々な問い合わせや複数の医療機関を受診しなければならず負担が大きい。ようやく相談の決意を固めた犯罪被害者をメンタルヘルスサービスに結びつけるためには、民間の被害者支援団体、行政の窓口（精神保健福祉センターや保健所を含む）等の支援が必要である。これらの機関が犯罪被害者に対応できる医療機関等のリストを備えて被害者に十分な情報提供を行ったり、紹介をすることで被害者自身の負担が軽減し、相談・受診を行いやすくなることことができる。また、民間の被害者支援団体では、医療機関への付き添いを行っているところもあり、この場合、被害者は事件の概要をすべて話す負担が軽減されるなど、より安心して受診することが可能である。

#### 4) 受け皿となるメンタルヘルス専門家の養成

現在の大きな問題は、被害者自身がメンタルヘルス専門家を受診・相談しようとした場合に、安心して利用できるメンタルヘルス機関の資源がまだ十分でないことである。犯罪被害者に対応するためには、認知行動療法などPTSDの専門治療ができることも重要ではあるが、それ以上に被害者の心理や置かれている状況を理解し、共感を持って対応できることが求められる。そのためには、被害者に多くみられる精神的反応や、刑事司法手続き、犯罪被害者給付金等の支援情報等についての知識が得られるような研修を受けていることが必要である。当研究所では、平成17年度より「犯罪被害者メンタルケア研修」を実施し、上記のような知識が得られる機会を提供している。

#### 5) 費用の軽減

犯罪被害者がメンタルヘルスサービスを利用する際に、自立支援法による公費負担や、犯罪被害者等給付金による医療費自己負担分の無料化などの補助を利用することができる。現行の犯罪被害者等給付



金による重症病給付金は、精神障害に対しては3日以上以上の労務不能と加療期間が1カ月以上であれば適応となるため、多くの精神障害を抱える犯罪被害者が適応となる。しかし、この制度では、警察に届け出をした被害者しか対象にならないことと、医療費の自己負担分のみが補助されるため、臨床心理士によるカウンセリング費用や自費による医療費などは被害者の自己負担となる。このようなカウンセリング費用に対しては、一部の地方自治体などで支給されているところがあるが、まだ少数であり、今後充実が望まれる。

#### 6) メンタルヘルスサービスの利用に対する一般的な障壁の軽減

犯罪被害者がメンタルヘルスサービスを利用するに当たって抱える問題の多くは、被害経験のない場合でのメンタルヘルスサービスを利用することそのものに対する障壁であることが少なくない。それは精神障害に対する偏見や、スティグマなどであり、社会全体がこのような問題を軽減していくための教育や啓蒙活動が必要である。

### 5. まとめ

犯罪被害者の抱えるメンタルヘルス上の問題と、help-seekingの特徴と問題について、国内外の研究から概括した。犯罪被害者等基本法およびそれに基づく基本計画による施策の推進により、犯罪被害者の支援の基盤は少しずつ整備されているが、メンタルヘルスサービスについてはいまだ十分であるとは言えない現状にある。PTSD等の精神障害は、その苦痛による症状だけでなく、QOLの低下や自殺行動などのリスクにも関連しており、介入が必要とされる。

犯罪被害者について、既に海外では、help-seekingやメンタルヘルスサービスの利用について多くの論文が発表されている。これは、犯罪被害者におけるメンタルヘルスサービスの利用が精神疾患の有病率に比べて低いことがひとつの問題提起となっていると考えられる。犯罪被害者では、非被害者以上にスティグマや恥ずかしさを強く感じており、安心して利用できるメンタルヘルスサービス機関の増加と、それが被害者にとって利用可能な情報として伝わる必要がある。また、被害者の help

seekingを考える上で重要なのは、家族や友人などのソーシャルサポートや警察等の関連機関との連携である。犯罪被害者自身へのアプローチだけでは、受診や相談に至ることは困難であり、周囲の理解やすすめ、また他機関の紹介などが必要となる。

我々の研究では、犯罪被害者の治療は70%以上の精神科医が経験しており<sup>6,16)</sup>、数は少ないものの、どこの精神科医療機関においても被害者が受診する可能性はある。被害者が様々な障壁を乗り越えてメンタルヘルス専門機関にたどりついたときに、信頼と安心を持って治療を受けることができるようにすることは極めて重要なことである。そのためには、メンタルヘルス専門家の犯罪被害者に対する理解を深めていくための啓発や研修の機会を増加させていくことが今後の課題である。

### 文 献

- 1) Amstadter AB, McCauley JL, Ruggiero KJ, et al. : Service utilization and help seeking in a national sample of female rape victims. *Psychiatr Serv* 59 : 1450-1457, 2008.
- 2) Boudreaux E, Kilpatrick DG, Resnick HS, et al. : Criminal victimization, posttraumatic stress disorder, and comorbid psychopathology among a community sample of women. *J Trauma Stress* 11 : 665-678, 1998.
- 3) Breslau N, Peterson EL, Poisson LM, et al. : Estimating post-traumatic stress disorder in the community : lifetime perspective and the impact of typical traumatic events. *Psychol Med* 34 : 889-898, 2004.
- 4) Burnam MA, Stein JA, Golding JM, et al. : Sexual assault and mental disorders in a community population. *J Consult Clin Psychol* 56 : 843-850, 1988.
- 5) Coker AL, Derrick C, Lumpkin JL, et al. : Help-seeking for intimate partner violence and forced sex in South Carolina. *Am J Prev Med* 19 : 316-320, 2000.
- 6) 橋爪きょう子, 辰野文理, 中島聡美 他. : 精神科医による犯罪被害者の診療と法的な問題に対する関与 全国精神科医療機関調査から. *司法精神医学* 3 : 20-28, 2008.

- 7) Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, et al. : Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 52 : 1048-1060, 1995.
- 8) Kimerling R, Calhoun KS : Somatic symptoms, social support, and treatment seeking among sexual assault victims. *J Consult Clin Psychol* 62 : 333-340, 1994.
- 9) Lewis SF, Resnick HS, Ruggiero KJ, et al. : Assault, psychiatric diagnoses, and sociodemographic variables in relation to help-seeking behavior in a national sample of women. *J Trauma Stress* 18 : 97-105, 2005.
- 10) Liang B, Goodman L, Tummala-Narra P, et al. : A theoretical framework for understanding help-seeking processes among survivors of intimate partner violence. *Am J Community Psychol* 36 : 71-84, 2005.
- 11) McCart MR, Smith DW, Sawyer GK : Help seeking among victims of crime : A review of the empirical literature. *J Trauma Stress*.
- 12) Mezey G, Evans C, Hobdell K : Families of homicide victims : psychiatric responses and help-seeking. *Psychol Psychother* 75 : 65-75, 2002.
- 13) 内閣府犯罪被害者等施策推進室. 犯罪被害者等に関する国民意識調査 調査報告書. 東京: 内閣府犯罪被害者等施策推進室  
[http : //www8.cao.go.jp/hanzai/report/h19/index.html](http://www8.cao.go.jp/hanzai/report/h19/index.html), 2007.
- 14) 内閣府犯罪被害者等施策推進室. 平成 20 年度犯罪被害類型別継続調査 調査結果報告書. 東京, 2009.
- 15) 中島聡美, 白井明美, 真木佐知子 他. : ト라우マの心理的影響に関する実態調査から 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. *精神神経学雑誌* 111 : 423-429, 2009.
- 16) 中島聡美, 橋爪きょう子, 小西聖子 他. : 精神科医療機関における犯罪被害者の診療の実態と今後の課題. *被害者学研究* 18 : 49-64, 2008.
- 17) Norris FH, Kaniasty KZ, Scheer DA : Use of mental health services among victims of crime : frequency, correlates, and subsequent recovery. *J Consult Clin Psychol* 58 : 538-547, 1990.
- 18) Resnick HS, Kilpatrick DG, Dansky BS, et al. : Prevalence of civilian trauma and post-traumatic stress disorder in a representative national sample of women. *J Consult Clin Psychol* 61 : 984-991, 1993.
- 19) Schreiber V, Renneberg B, Maercker A : Seeking psychosocial care after interpersonal violence : an integrative model. *Violence Vict* 24 : 322-336, 2009.
- 20) Shear KM, Jackson CT, Essock SM, et al. : Screening for complicated grief among Project Liberty service recipients 18 months after September 11, 2001. *Psychiatr Serv* 57 : 1291-1297, 2006.
- 21) 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.
- 22) 立森久照, 長沼洋一, 小山智典 他. : 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. 主任研究者川上憲人. 平成 16 ~ 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 総合研究報告書 こころの健康についての疫学調査に関する研究 2007 : 11-44.
- 23) Ullman SE : Do social reactions to sexual assault victims vary by support provider? *Violence Vict* 11 : 143-157, 1996.

【特集 犯罪被害者のメンタルヘルス —現状と回復への取り組み—】

## 犯罪被害者遺族における続柄の相違が精神健康に与える影響についての分析

A comparison of kinship in crime victim bereaved families on mental health

白井明美<sup>a), b), c)</sup>、中島聡美<sup>c)</sup>、真木佐知子<sup>d)</sup>、辰野文理<sup>e)</sup>、小西聖子<sup>b)</sup>  
Akemi Shirai, Satomi Nakajima, Sachiko Maki, Bunri Tatsuno, Takako Konishi

### はじめに

死別とは、人生上ほとんどの人が経験する出来事であるが、精神健康に与える影響も多いといわれてきた。それは、死別を経験しない対照群<sup>21,26)</sup>との比較において死別経験者が有意に精神健康や社会適応が悪いことが報告されていることから裏付けられる。しかし一方で、死別による悲嘆反応は本来正常なものであり、病死等の通常の死別からの回復には約6カ月以上を経過することで自然軽快することが報告されている<sup>11)</sup>。

しかし犯罪被害による死別は突然死であり、被害状況の伝聞など心理的外傷を伴う体験であることから、PTSD、大うつ病、複雑性悲嘆等の様々な精神疾患の発症のリスクが高く、実際に悲嘆が長期化していることが報告されてきた。特に欧米では一般住民を対象とした疫学研究から犯罪被害者遺族の精神疾患の有病率が報告されている<sup>6,12,24)</sup>。また、犯罪被害等の暴力的な死別遺族のみを対象とした精神的後遺症に関する研究も行われてきた<sup>1,2,9,20,25,27,31,32,34,36)</sup>。さらに、交通事故等で子どもを亡くした親を対象とした研究では、複雑性悲嘆やPTSDが強度である

こと、司法制度への不満も大きいことが報告されてきた<sup>15,16,21,29,33,34)</sup>。

ところで、元来死別とは愛着関係の喪失であり、故人が遺族にとってどのような対象であるかは遺族の治療介入において重要な問題である<sup>7)</sup>。これまで死別研究の分野では遺族の続柄によって死別後の精神健康および社会機能に相違が生じるという仮説に準拠して、続柄別に比較を行った研究が行われてきた(表1)。

死因としては病死を含めた集団や、突然死のみの集団を対象とした研究が含まれている<sup>8,14,17,18,21,23,26)</sup>。その中でCleirenらは事故等の突然死と病死の遺族を死因と続柄の両方から分析した結果、死因よりも続柄の違いが精神健康に影響を与えると報告している<sup>8)</sup>。しかし、続柄よりも死因が精神健康に影響すると報告した研究もみられた<sup>17,21,23)</sup>。一方、Reedら<sup>23)</sup>は、故人への愛着の程度を本人の主観的な感じ方を質問することによって評価しているが、愛着の主観的な認識の差が反映される懸念もある。また、坂口<sup>28)</sup>を除く全研究が親を比較対象に含んでおり、特に母の悲嘆やうつが重症であることが多く報告されている。

続柄による比較を行った先行研究から示された知見では、①2親等以内の親族、②親、③母親であることがよりうつや悲嘆が重症であると総括することができる。

一方、被害者遺族に関する国内研究の多くは交通事故遺族であり、殺人や傷害致死等の故意の対人暴力による遺族を中心とした研究が行われていない<sup>27,28,32)</sup>。また国内での被害者遺族の親のみを対象とした大和田の研究では、全般的な精神健康や心的ストレス反応(PTSD症状)を指標としており、複雑性悲嘆については評価していない<sup>21)</sup>。死亡統計上では、若年層の死亡原因では自殺や犯罪などが多く

a) 国際医療福祉大学

International University Health and Welfare

〒107-0062 東京都港区南青山1-3-3

1-3-3, Minami Aoyama, Minato-ku, Tokyo, 107-0062, Japan

b) 武蔵野大学

Musashino University

c) 国立精神・神経センター精神保健研究所

成人精神保健部

Department of Adult Mental Health, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

d) 東京都主税局総務部

Tokyo Metropolitan Bureau of Taxation

e) 国士舘大学

Kokushikan University

表1 遺族の続柄の相違による精神健康および社会機能の比較研究

研究	対象	続柄	死因	平均年齢	経過期間	評価項目	結果
Sanders (1979) <sup>26)</sup>	102 (107) <sup>a</sup>	配偶者 53、親 35、子ども 14	慢性疾患や事故等	52.0	2.2ヶ月	悲嘆、心身的症状	親がもつともうつ、怒り、罪悪感、絶望が強い 死因による違いはなし
McIntosh (1988) <sup>17)</sup>	158	親 56、配偶者 24、子 24、きょうだい 24	自殺	40.3	3.4年	罪責感、怒り、死の目撃、精神的症状、社会的スティグマ	続柄による違いはみられない
Reed (1991) <sup>23)</sup>	197	親 60、配偶者 56、きょうだい 31、子 24	自殺、事故	49.6	8ヶ月	感情的苦痛、身体的不調、精神的とらわれ、罪責感と恥、衝撃、否認	故人への精神的とらわれをより説明するのは、続柄よりも故人への愛着の強さ
Leahy (1992) <sup>14)</sup>	255	未亡人 117、母 58、娘 80	病死	51.2	10.7ヶ月	うつ症状	60%の母は中等度のうつ症状
Cleiren (1994) <sup>8)</sup>	309	配偶者 73、親 68、兄弟 86、子ども 82	自殺、交通事故、病氣	43.4	4.1ヶ月	身体、心理、社会的機能	母が他群よりもうつ症状が全期間にわたって重症 死因よりも続柄が心理社会的健康に影響を与えている
坂口 (2001) <sup>28)</sup>	96	配偶者 48、子ども 48	がん	配偶者 60.6 子ども 32.8	19.9ヶ月	死別後の二次的ストレス 精神健康	配偶者のほうが子どもより二次的ストレスを多く経験し精神健康が悪い
大和田 (2003) <sup>21)</sup>	339 (161) <sup>b</sup>	突然死群：配偶者 34、親 103、子 44、きょうだい 12、その他 19 病死群：配偶者 26、親 53、親 36、きょうだい 2、その他 10	突然死、病死	突然死 47.6 病死 49.5	突然死 68.2 ヶ月 病死 71.4 ヶ月	精神健康、心理的ストレス反応、死別時の衝撃、主観的立ち直り	犯罪による家族の死亡は他の死因よりも適応が悪いが、続柄による違いは認められない
Mitchell (2004) <sup>18)</sup>	60	近接な関係：配偶者 6、親 6、子ども 5、きょうだい 7、離れた関係：姻族 18、友人 14、いとこ 1	自殺	43.3	1ヶ月	複雑性悲嘆	故人と近接な関係群が有意に複雑性悲嘆高得点

注：<sup>a</sup> <sup>b</sup> 死別を経験しない対照群

なる関係上、犯罪被害者遺族、特に親への支援は急務の課題である。

そこで本研究では殺人や傷害致死、交通業過を含む犯罪被害による死別において、続柄による精神健康の相違が存在するか、また被害者遺族の親の特性に焦点を当て検討することとした。

本研究の目的は、以下の2点とする。

- ①被害者遺族において故人との続柄の違いが精神健康に差を生じるかどうかについて検討する
- ②被害者の親における精神健康の男女差について検討する

## II. 対象と方法

### 1. 対象

本研究は平成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「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）」分担研究（分担研究者 中島聡美）の研究の一部である。この研究では、犯罪被害者本人、家族、および遺族（家族、遺族については被害者本人からみて2親等以内の親族の被害経験）を対象とした。対象者は年齢18～65歳とした。募集には、日本全国に会員がおり、また身体暴力の被害者や殺人の遺族が多い被害者当事者団体に協力を依頼し、調査実施の承認を得た。犯罪被害者当事者団体会員と会員以外の家族に自記式の質問票を郵送にて送付、回収を行った。調査時期は、2006年10月～11

月までであり、全体調査の返送数は193通、会員の回収率は53.1%、全体の回収率は26.3%であった。回答の者のうち犯罪被害者遺族（151人）を本研究の対象者とした。

### 2. 方法

調査項目は以下①～⑤の項目で構成した。

- ①社会人口統計学的背景：年齢、性別、家族構成、配偶者の有無、教育歴、就労状況等
- ②犯罪被害の概要と司法制度との関わり：被害にあった家族の人数、被害の通知のされ方、被害者の属性、被害内容（罪種）、被害者と加害者の関係、逮捕や起訴、裁判等への関与について尋ねた。本研究では、被害通知のされ方において目撃のあったものを「目撃有り」として評価した。
- ③精神健康状態としては以下の3尺度を使用し、追加の質問を行った。

K10：Kessler<sup>13)</sup>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5段階評価する。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おり、本研究でも25点以上を疾患ありと評価した<sup>10)</sup>。

IES-R（Impact of Event Scale-Revised）：IES-Rは、Weissらによって開発され、日本語版は飛鳥井らによって標準化された自記式



のDSM-IVに従ったPTSD症状評価尺度である<sup>38)</sup>。22項目、5段階評価の出現頻度の合計点によって重症度を評価する。25点以上をPTSDのスクリーニングとして推奨しており<sup>4)</sup>、該当者の割合について他研究との比較を行う必要性から本研究もそれに倣うこととした。

ITG (Inventory of Traumatic Grief) : ITGは2001年にPrigersonらが開発した複雑性悲嘆反応を評価する30項目、5件法から構成されている自記式評価尺度であり、下位尺度のうち一定の基準に達した場合Prigersonの提唱する複雑性悲嘆を評価することができる<sup>22)</sup>。日本語版の作成は中井・加藤らによって行われている<sup>19)</sup>。

そのほかに、PTSD診断A2基準に該当する項目として事件時の衝撃、現在の精神科医療機関への通院と過去の2週間以上の精神的不調および、その際の精神科の通院の有無を尋ねた。

- ④支援受容感：事件から調査時点までに被害後に記載者とかかわりがあった人（家族、警察・司法関係者、職場等）から主観的に支援を受けたと感じている頻度を5段階（かかわりがあり、支えや助けになったと感じることが「なかった」～「非常にあった」）で尋ね、すべての項目を加算した合計点を支援受容感得点として分析に用いた。
- ⑤主観的二次被害：本研究では二次被害を「関わる人の言動によって気持ちが傷つけられた経験」という定義をし、被害者がそれを感じた頻度で主観的にその頻度を5段階（家族、警察・司法関係者、職場等とかかわりがあり、気持ちが傷つけられると感じることが「なかった」～「非常にあった」）で尋ね、合計点を主観的二次被害得点として分析に用いた。

分析方法としては、カテゴリ変数については $\chi^2$ 検定、群間の比較には一元配置分散分析を用いた。本研究では、有効回答数（151人）のうち被害者遺族の故人との続柄の記載が認められた計144人を分析対象とした。統計分析にはIBM SPSS Statistics Ver.18を用い、全ての分析は両側検定、有意水準を $p < 0.05$ とした。

倫理面への配慮としては、①回答は任意で無記

名、②回答しないことによる不利益が生じない、③返送をもって調査への同意とすることを記載した説明文書を同封した。また本研究は、国立精神・神経センター倫理委員会武蔵地区部会の承認を得て実施した。

### III. 結果

#### 1. 対象者全体の属性と被害状況

本研究の対象者は女性が101人（70.10%）、平均 $52.49 \pm 14.40$ 歳、事件からの経過月数は $89.31 \pm 54.06$ カ月であった。故人との関係は、親74人（51.39%）・配偶者21人（14.58%）・子16人（11.11%）・きょうだいの21人（14.58%）、その他（祖父母・孫等）12人（8.33%）であった。死因は殺人や傷害致死等の故意の犯罪による致死が130人（90.28%）、業務上過失罪による致死が14人（9.72%）であった。被害者と加害者との関係がないものが62人（52.54%）であり、全体の123人（86.62%）が逮捕され、117人（95.90%）が起訴された。司法との関与については証言を39人（35.45%）、意見陳述を50人（46.78%）が行った。生命保険、犯罪被害者等給付金制度等の補償や給付を受けていないものは15人（11.03%）であった。

精神症状では、PTSD A2基準（強い恐怖、無力感、戦慄）の全項目を満たしたものは97人（67.40%）であった。またK10平均は $23.03 \pm 10.33$ 点であり、25点以上のハイリスク者の割合が57人（41.14%）であった。IES-Rは平均 $39.62 \pm 18.63$ 点、25点以上のハイリスク者の割合は114人（79.72%）であった。ITGは平均 $84.68 \pm 27.12$ 点、複雑性悲嘆該当者は23人（16.31%）であった。

#### 2. 続柄の相違が精神健康に与える影響

まず、続柄別に対象者の基本属性を示した（表2）。 $\chi^2$ 検定の結果、性別や事件の目撃の体験には、続柄による差は見られなかった。一方、事件についての主観的な衝撃であるA2基準該当者に有意差があり（ $\chi^2(4) = 11.86, p < 0.05$ ）、親、配偶者の割合が高いことが示された。また、事件から現在までの精神科受診歴のある割合（ $\chi^2(4) = 11.07, p < 0.05$ ）、現在健康でないと自覚している割合（ $\chi^2(4) = 15.24, p < 0.001$ ）については有意差がみられ、いずれも親においてその割合が最も多かった。

続柄別に属性・精神健康・主観的二次被害や

表2 対象者の基本的属性

	親 (N=74)		配偶者 (N=21)		子 (N=16)		きょうだい (N=21)		その他 (N=12)		全体 (N=144)		$\chi^2$
女性	50	67.60%	15	71.40%	13	81.30%	14	66.70%	9	75.00%	101	70.10%	1.45
A2 基準該当	52	70.30%	17	81.00%	11	68.80%	14	66.70%	3	25.00%	97	67.40%	11.86 *
事件の目撃有	4	5.40%	4	19.00%	1	6.30%	1	4.80%	2	18.20%	12	8.40%	5.79
精神科受診歴有り	31	44.90%	8	38.10%	4	25.00%	2	9.50%	2	18.20%	47	34.10%	11.07 *
現在健康でないと感じ	38	52.78%	7	33.33%	1	6.25%	5	23.81%	5	41.67%	56	39.44%	15.24 ***

\*  $p < .05$ , \*\*\*  $p < .001$ 

表3 対象者の精神健康と主観的二次被害・支援受容感における比較

	親 (N=74)		配偶者 (N=21)		子 (N=16)		きょうだい (N=21)		その他 (N=12)		全体 (N=144)		F 値	多重比較
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD		
年齢	58.81	8.68	56.19	12.45	40.50	8.90	32.76	10.48	57.50	18.21	52.49	14.40	31.16 ***	親>子, きょうだい 配偶者>子, きょうだい
経過月数	88.51	46.49	102.14	84.35	85.75	55.55	83.14	56.71	87.33	55.73	89.31	56.06	0.36	
K10	26.55	10.12	23.14	11.26	16.88	7.26	18.24	7.02	17.55	10.10	23.03	10.33	6.26 ***	親>子, きょうだい
IES-R 総得点	43.99	18.04	37.71	19.14	30.44	19.87	38.29	14.60	29.73	20.24	39.62	18.63	2.30 *	
侵入症状	17.99	7.31	15.33	8.42	11.06	8.14	15.14	6.20	10.09	9.08	15.80	7.96	3.01 ***	親>子, その他
回避症状	14.55	7.71	13.52	7.51	12.31	8.75	14.33	6.91	12.55	6.53	13.97	7.55	7.51	
過覚醒症状	11.45	5.97	8.86	6.32	7.06	5.69	8.81	4.78	7.09	5.99	9.85	6.02	4.74 *	
ITG (複雑性悲嘆)	94.36	23.27	85.00	31.66	66.06	19.88	69.33	25.21	73.22	27.65	84.68	27.12	0.43 ***	親>子, きょうだい
主観的二次被害	20.64	10.74	21.71	12.00	16.44	7.58	19.71	10.61	14.45	10.47	19.71	10.66	3.23	
支援受容感	28.61	10.63	29.14	9.81	24.75	9.10	25.10	9.82	20.25	12.17	27.05	10.56	0.36	

\*  $p < .05$ , \*\*\*  $p < .001$ 

表4 被害者遺族(親)における男女別の精神症状、主観的二次被害、支援受容感

	父親 (N=24)		母親 (N=50)		Mann-Whitney の U
	Mean	SD	Mean	SD	
年齢	62.17	6.86	57.2	9.06	389.50 *
経過月数	90.42	52.29	87.6	43.98	599.00
K10	25.13	8.95	27.24	10.67	520.00
IES-R 総得点	38.17	13.59	46.78	19.32	458.50
侵入症状	16.83	5.79	18.54	7.93	522.00
回避症状	11.54	6.28	16.00	7.97	417.00 *
過覚醒症状	9.79	4.73	12.24	6.37	457.50
ITG(複雑性悲嘆)	87.00	17.32	97.90	25.03	402.00 *
主観的二次被害	18.57	6.87	21.60	12.05	526.50
支援受容感	28.08	7.89	28.86	11.78	564.50

\*  $p < .05$ 

支援受容感について1要因分散分析を行ったところ、年齢 ( $F(4,138) = 31.16, p < .001$ )、K10 ( $F(4,137) = 6.26, p < .001$ )、IES-R 総得点 ( $F(4,138) = 2.30, p < .05$ )、IES-R 侵入症状 ( $F(4,136) = 3.01, p < .001$ )、IES-R 過覚醒症状 ( $F(4,138) = 0.43, p < .05$ )、ITG ( $F(4,136) = 0.43, p < .001$ ) において群間に差が認められた(表3)。また事件からの経過月数、IES-R 回避症状、事件後の主観的二次被害や支援受容感に関しては、群間に有意な差が認められなかった。

有意差が見られた項目に関して Scheffe 法による多重比較を行ったところ、年齢、K10、IES-R 侵入症状、ITG の4項目において親は、きょうだいやその他の続柄よりも有意に高得点であった。また配偶者との間では差が認められなかった。

### 3. 被害者遺族の親の精神健康の特徴

男女差の検討を行うために、精神健康と事件後の支援受容感、主観的二次被害に関する尺度得点について Mann-Whitney 検定を行った(表4)。事件からの経過月数、K10、IES-R 侵入・過覚醒症状群、主観的二次被害、事件後の支援受容感については差がみられなかった。一方、対象者年齢 ( $U = 389.50, p < .05$ ) については父親が有意に高く、IES-R 回避症状群 ( $U = 417.00, p < .05$ )、ITG ( $U = 402.00, p < .05$ ) においては母親が有意に高得点であった。

さらに、A 基準該当、事件の目撃有、健康感を感じる割合について  $\chi^2$  検定を行い比較したが、すべての項目において男女差はみられなかった。

#### IV. 考察

本研究の被害者遺族の PTSD 症状ハイリスク者の割合は、先行研究の 40-60%（死別後 5 年以内）の PTSD 有病率と比較すると高い数字であった<sup>19,27,32</sup>。この点は、本研究は質問紙調査、先行研究は CAPS<sup>3,5</sup> 等の構造化面接法を用いており、使用尺度の相違が反映された可能性がある。また、複雑性悲嘆の有病率については本研究では 16.31% であるのに対し、国内の研究では死別から 5 年以内の被害者遺族では 32 - 43% であった<sup>19,32</sup>。本研究では死別からの経過が約 7 年と長期であることから、時間の経過に伴い悲嘆が軽減したとも考えられる。

次に犯罪被害によって子どもを亡くした親は、他の続柄の家族よりも事件以降の精神科受診の割合が高く、死別約 7 年を経過しても健康感を持っていないことが示された。また精神健康については、PTSD 侵入症状および覚醒亢進症状、複雑性悲嘆、不安やうつにおいて高得点を有していることが分かった。本研究では、遺族における続柄による精神健康への影響の相違が生じることが示され、多くの先行研究と一致する結果となった<sup>8,14,18,26</sup>。

また被害者の親は他の続柄と比較して実際の事件の目撃者の割合は変わらないのに対し、PTSD 診断 A2 該当者が多いことから、親にとっては事件への心理的直面（伝聞等）が主観的に高い衝撃を持って認知されていることが示唆された。Stroebe は配偶者との死別は養育や家事などの社会的関係の喪失であるのに対し、子どもとの死別は愛着関係の喪失であると述べており、この点を考え合わせると親にとっては喪失そのものがより心的外傷体験に近いものと受け止められている可能性が高いといえる<sup>37</sup>。つまり、子どもの死別においては、悲惨な光景の目撃や受傷などの直接的な曝露がなくても PTSD 症状が重症化する恐れがあることから、親にとっては事件への心理的直面（伝聞等）は、PTSD 治療の必要性がより高まることが予想される。また母親である場合には、特に PTSD 回避症状と複雑性悲嘆の重症化に配慮する必要があることも示唆された。以上の点から、精神保健従事者は犯罪によって子どもを亡くした親に接する場合には、PTSD やうつ、悲嘆の高率や長期化の可能性を踏まえて症状の評価を行うことが必要である。

一方、遺族全体では PTSD 回避症状群においては続柄に差がみられず、被害者遺族全体に共通の症状と考えられる。回避症状群は他症状群よりも経過年数の影響を受けず遷延化し<sup>32</sup>、生活上の支障も大きいといわれる。よって今後犯罪による被害者遺族に対しても、Complicated Grief Therapy (CGT) のような回避症状と複雑性悲嘆の軽減に焦点を当てた治療が効果的と考えられる<sup>30</sup>。またこれまでも提唱されている犯罪被害者遺族の心理的反応においては心的外傷論的モデルと対象喪失論的モデルの両方で理解する必要が本研究の結果によって傍証されたといえる<sup>9</sup>。

#### おわりに

本研究は殺人遺族を中心とした被害者遺族を対象に、悲嘆や PTSD 等を含めた多面的な精神症状について数量的検討を行った報告である。先行研究の多くが交通事故遺族を中心とした集団であるのに対し、故意の犯罪被害である殺人事件遺族を中心とした調査としては貴重である。また事件からの経過期間が約 7 年と長期であり、被害者遺族の精神健康が長期にわたって持続することも示唆された。しかし研究手法は横断調査であり、自助団体に属し調査同意の可能な被害者遺族の結果であるため、被害者遺族への一般化はできない。またリクルート先の集団特性から、続柄の人数の統制を行うことができなかった。

さらに、死別対象の違いは遺族自身の年齢差を必然的に生じるが、本研究では年齢の統制ができなかったため、年齢差が精神症状にどの程度影響を与えるかは明らかにできなかった。今後は、検死記録や警察との協力体制を得ることが可能であれば、より急性期からの縦断的な遺族の精神健康の実態を解明することができると考えられる。

今後は症状が慢性化した被害者遺族も精神保健サービスにアクセスできるように、被害者遺族の急性期～慢性期における精神症状の理解の普及が求められる。また遺族の続柄に配慮した介入の開発が求められる。

#### 付 記

本研究は、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「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）」分担研究（分担研究者 中島聡美）、平成18年度社会安全研究財団研究助成（主任研究者 中島聡美）の助成をうけて実施した。また本研究は第7回日本トラウマティック・ストレス学会大会にてポスター発表を行った内容を加筆修正したものである。

## 文 献

- 1) Amick-McMullan A, Kilpatrick DG, Veronen LJ : Family survivors of homicide victims : a behavioral analysis. *Behavior Therapist* 12 : 75-79, 1989.
- 2) Amick-McMullan A, Kilpatrick DG, Resnick HS : Homicide as a risk factor for PTSD among surviving family members. *Behav Modif* 15 : 545-559, 1991.
- 3) 飛鳥井望, 廣幡小百合, 加藤寛, et al. : 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* 1 : 47-53, 2003.
- 4) Asukai N, Kato H, Kawamura N, 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.
- 5) Blake DD WF, Nagy LM et al. : The development of a clinician-administered PTSD scale. *J Trauma Stress* 8 : 75-90, 1995.
- 6) Boudreaux E, Kilpatrick DG, Resnick HS, et al. : Criminal victimization, posttraumatic stress disorder, and comorbid psychopathology among a community sample of women. *J Trauma Stress* 11 : 665-678, 1998.
- 7) Bowlby, J. : *Attachment and loss*, Basic Books, A Member of Perseus Books Group, New York, 1969. (黒田次郎, 吉田恒子, 横浜恵三子訳: 母子関係の理論, 岩崎学術出版社, 東京, 1980.)
- 8) Cleiren M, Diekstra RF, Kerkhof AJ, et al. : Mode of death and kinship in bereavement : focusing on "who" rather than "how" . *Crisis* 15 : 22-36, 1994.
- 9) 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* 23 : 206-213, 2000.
- 10) 古川壽亮, 大野裕, 宇田英典, et al. : 一般人口中の精神疾患の簡便なスクリーニングに関する研究. 厚生科学研究費補助金 行政政策研究分野 厚生労働科学特別研究, 2002.
- 11) Jacobs SC : *Pathologic Grief : Maladaptation to Loss*. Washington, D.C. : American Psychiatric Press, 1993.
- 12) Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, et al. : Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 52 : 1048-1060, 1995.
- 13) Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, et al. : Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med* 32 : 959-976, 2002.
- 14) Leahy JM : A comparison of depression in women bereaved of a spouse, child, or a parent. *OMEGA* 26 : 207-217, 1992.
- 15) Lehman DR, Ellard JH, Wortman CB : Social support for the bereaved : Recipients' and providers' perspectives on what is helpful. *J of Consult Cli Psychol* 54 : 438-446, 1986.
- 16) Lehman DR, Wortman CB, Williams AF : Long-term effects of losing a spouse or child in a motor vehicle crash. *J Pers Soc Psychol* 52 : 218-231, 1987.
- 17) McIntosh JL, Wroblewski A : Grief reactions among suicide survivors : An exploratory comparison of relationships. *Death Studies* 12 : 21-39, 1988.
- 18) Mitchell AM, Kim Y, Prigerson HG, et al. : Complicated grief in survivors of suicide. *Crisis* 25 : 12-18, 2004.
- 19) 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研究機構こころのケア研究所平成15年度調査研究報告書, 2004.
- 20) Neria Y, Gross R, Litz BT, et al. : Prevalence and psychological correlates of com-



- plicated grief among bereaved adults 2.5-3.5 years after September 11th attacks. *J Trauma Stress* 20 : 251-262, 2007.
- 21) 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.
  - 22) Prigerson HG, Jacobs SC : Traumatic grief as a distinct disorder : a rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test, Stroebe MS, Honson RO, Stroebe W, Schut H : Handbook of bereavement research : consequences, coping, and care., Washington, American Psychological Association, pp. 613-645, 2001.
  - 23) Reed MD, Greenwald JY : Survivor^victim status, attachment, and sudden death bereavement. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 21 : 385-401, 1991.
  - 24) Resnick HS, Kilpatrick DG, Dansky BS, et al. : Prevalence of civilian trauma and post-traumatic stress disorder in a representative national sample of women. *J Consult Clin Psychol* 61 : 984-991, 1993.
  - 25) Rynearson EK : Bereavement after homicide. A comparison of treatment seekers and refusers. *Br J Psychiatry* 166 : 507-510, 1995.
  - 26) Sanders CM : A comparison of adult bereavement in the death of a spouse, child, and parent. *Omega* 10 : 303-322, 1979.
  - 27) 佐藤志穂子：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.
  - 28) 坂口幸弘：死別後の二次的ストレスと精神的健康 - 死別した配偶者と子どもの比較 - . *家族心理学研究* 15 : 13-24, 2001.
  - 29) Shanfield SB, Swain BJ : Death of adult children in traffic accidents. *J Nerv Ment Dis* 172 : 533-538, 1984.
  - 30) Shear K, Frank E, Houck PR, et al. : Treatment of complicated grief : a randomized controlled trial. *JAMA* 293 : 2601-2608, 2005.
  - 31) Shear KM, Jackson CT, Essock SM, et al. : Screening for complicated grief among Project Liberty service recipients 18 months after September 11, 2001. *Psychiatr Serv* 57 : 1291-1297, 2006.
  - 32) 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*, Vol. 3. (2) . 181-188, 2005.
  - 33) Spooren DJ, Henderick H, Jannes C : Survey description of stress of parents bereaved from a child killed in a traffic accident. A retrospective study of a victim support group. *Omega* 42 : 171-185, 2000.
  - 34) Sprang G : PTSD in surviving family members of drunk driving episodes : victim and crime related factors. *Families in Society* 78 : 632-641, 1997.
  - 35) Sprang G, McNeil J : Post-homicide reactions : Grief, mourning and post-traumatic stress disorder following a drunk driving fatality. *Omega* 37 : 41-58, 1998.
  - 36) Stevens-Guille ME : Intersections of grief and trauma : family members' reactions to homicide, Figley CR : *Traumatology of grieving : conceptual, theoretical, and treatment foundations.*, Brunner/Mazel, Philadelphia, pp. 53-69, 1999.
  - 37) Stroebe W, Schut HA : Risk Factors In Bereavement Outcome, Stroebe MS, Honson RO, Stroebe W, Schut H : Handbook of bereavement research : consequences, coping, and care., Washington ,DC, American Psychological Association , pp.349-371, 2001.
  - 38) Weiss DS, Marmar CR : The impact of event scale-revised., Wilson JP, Keane TM : *Assessing Psychological Trauma and PTSD*, Guilford Press, New York, pp.399-411, 1991.

【特集 犯罪被害者のメンタルヘルス —現状と回復への取り組み—】

## 犯罪被害者等基本法及び基本計画と犯罪被害者等のメンタルヘルスについて

殿川一郎<sup>a)</sup>

Ichiro Tonokawa

### 第1 はじめに

平成16年12月1日に犯罪被害者等基本法（以下「基本法」という。）が成立してから約5年が経過した。

この間、犯罪被害者等施策は、犯罪被害者等基本計画（以下「基本計画」という。）の閣議決定、経済的支援に関する検討会を始めとする、いわゆる3つの検討会の最終取りまとめ等を経て、それらに基づく各種施策が実施されることにより一定の進展を遂げた。

本稿では、現在までの犯罪被害者等施策全体の進展状況を概観し、犯罪被害者等に対するメンタルヘルスに関する施策の進捗状況等について述べるとともに、犯罪被害者等施策の将来的課題について言及していきたい。

### 第2 犯罪被害者等施策全体の進展

#### 1 犯罪被害者等基本法制定までの経緯

犯罪被害者等（以下「被害者」という。）を対象とした国の制度は、昭和30年代の自動車損害賠償保障法の制定、証人威迫罪（刑法第105条の2）の新設等まで遡ることができる。しかし、これらは被害者保護に配慮しつつも、例えば前者の制度は自動車運送の健全な発展を目的とし、後者の制度では国家の司法作用の保護を目的としており、必ずしも被害者保護を明確に意識し、それを目的とした制度ではなかった。

しかし、その後、通り魔事件の被害者等から、被害者支援を訴える声が上がるとなり、さらには昭和49年8月30日に東京都内で三菱重工ビル爆破事件が起き、多数の死傷者が発生したことなどを契

機として被害者保護の声が高まり、その結果、昭和55年5月1日に、被害者保護を主たる目的とした最初の法律である、犯罪被害者等給付金支給法（現在の「犯罪被害者等給付金の支給等による犯罪被害者等の支援に関する法律」）が成立し、翌56年1月1日から施行された。

同制度は、死亡と障害等級1～3級の重障害に関し、それぞれ遺族給付金（上限806万円）と障害給付金（上限951万円）を全額公費で給付する制度であり、当時としては画期的な制度であった。しかし、金額的には十分とは言えず、その後、数回にわたって給付基礎額の増額や障害等級の拡大などが図られたものの、基本法制定前の平成13年度の時点では、遺族給付金と障害給付金の最高額はそれぞれ1573万円、1849万円に止まり、自動車損害賠償責任保険制度における給付金額に比較して見劣りしていた。

その一方で、平成8年に警察庁が犯罪被害者対策要綱を策定して被害者施策が警察の職務であることを明確化し、平成11年に検察庁が被害者通知制度を導入して、希望する被害者に対して被疑者の刑事処分の結果や公判期日等を通知するようになり、さらに平成12年には、いわゆる犯罪被害者等保護二法（「刑事訴訟法及び検察審査会法の一部を改正する法律」及び「犯罪被害者等の保護を図るための刑事手続に付随する措置に関する法律」（現在の「犯罪被害者等の権利利益の保護を図るための刑事手続に付随する措置に関する法律」））が制定されて刑事和解制度等が導入され、平成13年には、犯罪被害者等給付金支給法の改正により犯罪被害者等早期援助団体<sup>1)</sup>の指定に関する規定が新設された。

このように、犯罪被害者等給付金支給法制定後も被害者を対象とする施策は様々な形で実施されてはいたものの、関係各省庁ごとの対応に止まり総合政策的な取組まではなされなかったため被害者の要望

a) 内閣府犯罪被害者等施策推進室長  
(役職は執筆時点(平成21年12月)のもの)

に十分対応したものではなかったばかりか、社会では被害者支援という概念すらほとんど知られておらず、まさに被害者は「社会において孤立することを余儀なくされてきた」（基本法前文）のである。

そのため、被害者側からその権利保護を前面に打ち出した総合的な施策を求める声が高まり、それを受けて、平成16年12月1日に基本法が議員立法により成立し、平成17年4月1日から施行された。

## 2 犯罪被害者等基本法の概要

基本法は、その前文で被害者の置かれている苦境について言及し、被害者の権利利益の保護が図られる社会の実現を目指す旨明文で規定している。

そして、基本理念として、第3条第1項ないし第3項で

- ① 個人の尊厳にふさわしい処遇を権利として全ての被害者に保障すること
- ② 被害者施策は、個々の事情に応じて適切に行われること
- ③ 被害者施策は、被害を受けたときから、再び平穏な生活を営むことができるようになるまでの間、途切れなく行われること

の3つを規定している。

特に第1項において、被害者の権利保障について明文の規定を置いたことは、基本法制定までの経過に照らして極めて意義深いものである。

基本法の適用範囲については第2条で規定されたが、被害発生の原因となる犯罪については、第1項において、特定の犯罪類型に限ることなく広く犯罪一般とし、さらには、刑法上必ずしも犯罪が成立しない場合も含まれると規定された。後者の一例としては、責任能力欠如（刑法第39条第1項）により犯罪が成立しない場合等が考えられる。また、対象者については、犯罪被害を被った本人だけではなく、遺族や家族も含まれている（基本法第2条第2項）。

国等の責務に関し、基本法は第4条で、国がその基本理念に則って被害者のための施策を総合的に策定し、実施する責務を有する旨を明確化したが、それだけに止まらず、第5条で地方公共団体に対し、国との役割分担の下、地方公共団体の地域の状況に応じた施策を策定し、実施する責務を課し、国民に対しても、国及び地方公共団体が実施する犯罪被害者等のための施策に協力するよう努めることを求めて努力義務を課した。

そして、第8条で被害者施策の総合的かつ計画的な推進を図るため、基本計画を定めることを国に義務づけた。

施策に関しては、第11条から第23条にわたって、相談及び情報の提供、保健医療サービス等の提供、調査研究の推進等に関して個別に規定するとともに、第10条で、政府に対し、施策に関する報告を毎年国会に行うよう義務づけた。内閣府では、この規定に基づいて、平成18年から毎年「犯罪被害者白書」を作成し、公表している。

第24条以下においては、被害者施策の推進体制につき、内閣官房長官を会長とする犯罪被害者等施策推進会議（以下「推進会議」という。）を設置し、同会議において、被害者施策の推進及びその実施状況の検証・評価等を行わせることを規定した。

平成21年12月現在、会長以外の推進会議委員は10名であり、うち6名が閣僚で4名が有識者となっている。

## 3 犯罪被害者等基本計画の策定及び概要

### (1) 犯罪被害者等基本計画の策定経過

基本法は実効性ある具体的施策を講じるために政府に基本計画の策定を義務づけており、それを受けて基本法成立後に基本計画の策定準備が開始された。平成17年4月の同法施行後、犯罪被害者、刑事司法学者、精神科医等の有識者や関係各省庁幹部職員から構成された、犯罪被害者等基本計画検討会（以下「基本計画検討会」という。）が設置された。

その検討開始前に被害者団体等から1066の意見・要望を聴取し、それを615の意見・要望に集約した上で基本計画検討会においてそれらに対する施策を一つ一つ検討して骨子が取りまとめられていった。この検討会はほぼ2週間に1回のペースで進められ、1回の検討時間が5時間を超えることも珍しくなかった。このような真摯な検討作業の末に基本計画の骨子が作成され、さらにその骨子に関して行われたパブリックコメント等で提出された意見・要望についても集約の上、基本計画検討会において各個にそれらを検討し、平成17年11月に258の施策を掲げた犯罪被害者等基本計画案を取りまとめ、同計画案は同年12月27日に、当時の小泉内閣によって閣議決定され、基本計画が成立した。

なお、基本計画の全文及び基本計画検討会の議事録は、内閣府のホームページ（<http://www8.cao>）

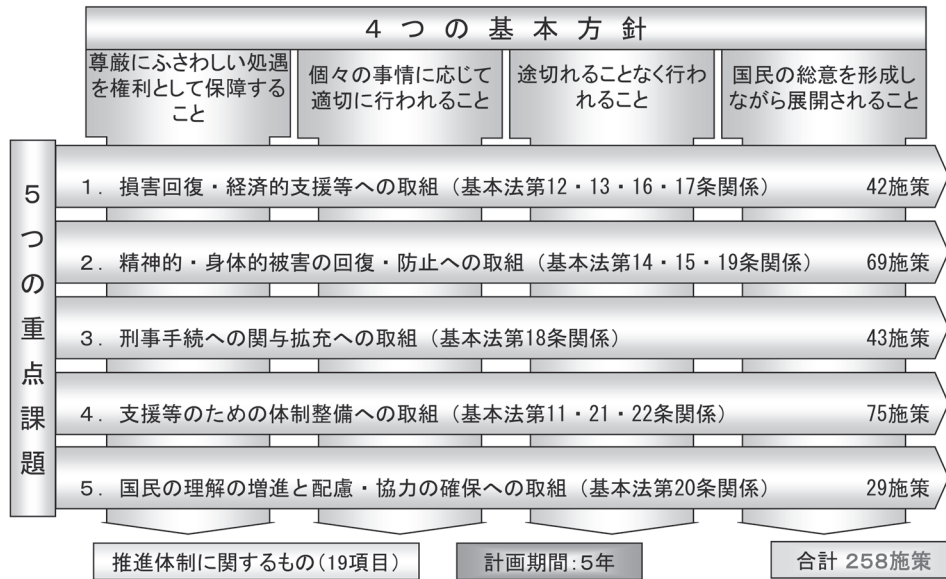


図1 犯罪被害者等基本計画の概要 (基本方針・重点課題・計画期間等)

go.jp/hanzai/suisin/kihon/index.html) から閲覧可能である。

## (2) 犯罪被害者等基本計画の概要

基本計画では、「4つの基本方針」と「5つの重点課題」が掲げられた。

「4つの基本方針」とは、個々の施策の策定・実施や連携に際し、実務者が目指すべき方向・視点を示す基本方針であり、基本法第3条に規定された3つの基本理念に、国民の総意を形成しながら展開されることという方向・視点を加えたものであり、4つめの基本方針は、犯罪被害者施策は、被害者がその名誉や平温を害されことなく地域で生きていけるよう国民が総意で協力する社会を形成していくという視点を持って実施すると同時に、国民からの信頼を損なわないように適切に行われるべきであるとの理念から基本計画に盛り込まれたものである。

また「5つの重点課題」とは、基本計画の検討過程で被害者からの多様な意見・要望を整理する中で浮かび上がってきた大局的な課題として設定されたものである(図1)。

さらに、基本計画に掲げられた258の施策一つ一つについて担当省庁を明記して責任の所在を明確化するとともに、施策実施までの期限もそれぞれ設定した。

具体的には、すぐに実施可能な施策は直ちに取り組んで実施することとし、施策実施の準備が必要なたためすぐには実施できない施策に関しても、原則

1年以内に実施することとした。

ただし、例外的に法律改正等の措置が必要な施策に関しては、2年ないしは3年以内に実施することとなった。

そして、基本計画の計画期間については、閣議決定から平成22年度末までの約5か年とされ、遅くとも同年度末までに見直しを行うことが明記された(図2)。

基本計画に盛り込まれた258施策の主なものとしては

- ア 犯罪被害給付制度の運用改善
- イ 被害者が刑事裁判に直接関与することのできる制度の検討及び施策の実施
- ウ 損害賠償請求に関し刑事手続の成果を利用する制度の検討及び施策の実施
- エ 被害者の置かれた状況等について国民理解の増進を図るための啓発事業の実施等の施策があるが、被害者に対するメンタルヘルスに特に関わりのある施策としては、特に重点課題第2「精神的・身体的被害の回復・防止への取組」の中で
- オ 「PTSD対策に係る専門家の養成研修会」の継続的实施等
- カ 重度PTSD等の治療等のための高度な専門家の養成等
- キ PTSDの診断及び治療に係る医療保険適用の範囲の拡大



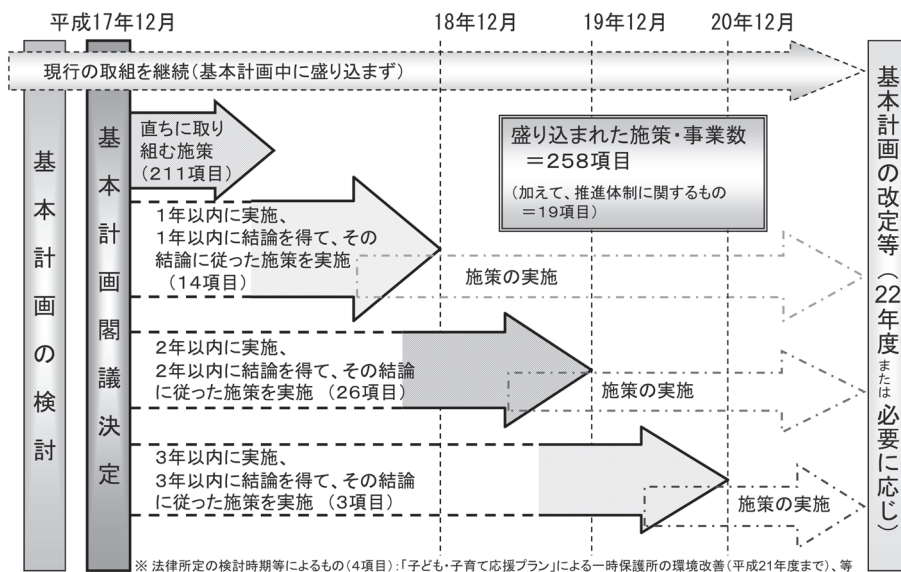


図2 今後検討を行っていく事項について

- ク 思春期精神保健の専門家の養成
  - ケ 犯罪被害者等に関する専門的知識・技能を有する臨床心理士の養成等
- 等が掲げられている。

#### 4 3つの検討会の設置経緯及び最終取りまとめ概要

##### (1) 設置経緯及び検討状況等

前記のような経過で基本計画は閣議決定されたものの、258ある施策のいくつかについては、基本計画検討会での検討では結論までに至らず、別個検討会を設置して検討が続けられることとなった。

具体的には

- ・被害者に対する経済的支援制度のあるべき姿
- ・損害賠償債務の国による立替払い及び求償の是非
- ・公的弁護人制度の導入の是非
- ・必要な支援等を途切れることなく受けることのできる体制作り
- ・民間団体で支援活動を行う者の養成・研修等の在り方
- ・民間団体に対する財政的援助の在り方

等の施策であるが、これらを検討するために平成18年4月に、「経済的支援に関する検討会」、「支援のための連携に関する検討会」、「民間団体への援助に関する検討会」の3つの検討会が設置され、それぞれ検討が行われた。

それぞれの検討会は、犯罪被害者、学識経験者、精神科医等の有識者と関係各省庁の幹部職員等から

構成され、概ね月1回の割合で約1年半かけて検討が進められた。その間、検討会構成員の間で検討を行うほかに、専門的知識を有する有識者等からヒアリングを行ったり、海外制度の調査を行うなどした末、平成19年5月までに各検討会の中間取りまとめが作成され、さらにパブリックコメント等を経てそれぞれの検討会の最終取りまとめが作成され、同年11月に推進会議において、最終取りまとめに沿って被害者施策を進めていくことが決定された。

##### (2) 最終取りまとめの概要

各検討会の最終取りまとめの全てを掲げることは紙面の都合上困難であるため、ここでは各検討会の最終取りまとめの概要を述べるにとどめる。

###### ア 経済的支援に関する検討会

- ・犯罪被害者等給付金の最高額を自動車損害賠償責任保険制度並の金額に近づけ、最低額についても引き上げる。
- ・刑事裁判への被害者参加制度導入に伴う公費による弁護士選任について、できるだけ早期の制度導入に向けた検討を行う。
- ・深刻な精神的被害を受けた被害者等に対するカウンセリングについての配慮等

###### イ 支援のための連携に関する検討会

- ・関係機関・団体の連携ネットワークの充実・強化を図るため、国において犯罪被害者支援ハンドブック・モデル案を作成し、それに基づき都道府県・市区町村レベルのネットワークにおけるハンドブックを作成し、備付ける。

- ・民間団体で支援活動を行う者の研修を行う際に、それに資するよう、国において研修カリキュラム・モデル案を作成する。

#### ウ 民間団体への援助に関する検討会

- ・犯罪被害者等早期援助団体及びその指定を目指す団体への援助の拡充。
- ・全国被害者支援ネットワークへの援助。

なお、これら3つの検討会の最終取りまとめ全文及び各検討会の議事録についても内閣府のホームページ (<http://www8.cao.go.jp/hanzai/suisin/kentokai/kaisai.html>) からそれぞれ閲覧可能である

### 第3 現在までの犯罪被害者施策の進捗状況等

平成21年12月の時点では、基本計画及び上記3つの検討会の最終取りまとめに掲げられた各施策は予定どおりに実施されている。ここでは個別施策の進捗状況につき、メンタルヘルス関連の施策とその他の主要な施策についてそれぞれ述べる。

#### 1 メンタルヘルス関連の各種施策

基本計画及び3つの検討会で策定されたメンタルヘルス関連の主な施策である

- ・「PTSD対策に係る専門家の養成研修会」の継続的实施等
- ・重度PTSD等の治療等のための高度な専門家の養成等
- ・PTSDの診断及び治療に係る医療保険適用の範囲の拡大
- ・思春期精神保健の専門家の養成
- ・犯罪被害者等に関する専門的知識・技能を有する臨床心理士の養成等

のそれぞれの進捗状況は次のとおりである。

##### (1) 「PTSD対策に係る専門家の養成研修会」の継続的实施等

基本計画V、第2、1(1)に基づき、厚生労働省において、平成8年度から実施している「PTSD対策に係る専門家の養成研修会」を継続して実施し、PTSD対策に係る専門家を養成するなどの施策を実施することとなったが、同省では、「心の健康づくり対策研修会」の中で、医師、保健師等を対象として「PTSD対策専門家研修」を行っているほか、精

神保健福祉センター、病院、保健所などでPTSD相談事業活動を取り入れ、各施設での活動の充実を図っている。

##### (2) 重度PTSD等の治療等のための高度な専門家の養成等

基本計画V、第2、1(2)に基づき、厚生労働省において、犯罪被害者等の重度のPTSD等重度ストレス反応について、犯罪被害者等に特有の対応を要する面があることを踏まえて、専門家の数等の実態を把握し、必要とされる高度な専門家の養成及び体制整備に資する施策を検討することとなり、その結果、厚生労働省において、平成17年度からの厚生労働科学研究として、「犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究」を3年計画で進め、これらを踏まえ「犯罪被害者等支援のための地域精神保健活動の手引き」([www.ncnp.go.jp/nimh/seijin/www/pdf/shiryu\\_tebikizenbun.pdf](http://www.ncnp.go.jp/nimh/seijin/www/pdf/shiryu_tebikizenbun.pdf))を作成し、精神保健福祉センターに配付した。

##### (3) PTSDの診断及び治療に係る医療保険適用の範囲の拡大

基本計画V、第2、1(3)及び経済的支援に関する検討会の最終取りまとめに基づき、厚生労働省において、PTSDの診断及び治療に係る医療保険適用の範囲の拡大について科学的評価を行い、これを踏まえ、平成18年度の診療報酬改定において必要な措置を講ずることとなり、同改定において、PTSDの診断のための心理テストであるCAPSについて新たに保険適用としたほか、平成20年度の診療報酬改定において、ストレス関連障害等の小児患者に対し、療養上必要なカウンセリングを行った場合の評価の充実を図り、20歳未満の者に対して通院・在宅精神療法を行った場合に加算を算定できる期間を6か月から1年に拡大するなどした。

##### (4) 思春期精神保健の専門家の養成

基本計画V、第2、1(8)に基づき、厚生労働省において、平成13年度から実施している思春期精神保健の専門家の養成研修を継続して実施し、思春期精神保健の専門家を養成するとともに、児童虐待や配偶者等からの暴力の被害者等の心理と治療・対応についての研修を充実させることとなり、精神保健福祉センター、保健所、医療機関などの医師等に対する「思春期精神保健対策専門研修会」を年2回開催し、その中で児童虐待や家庭内暴力などに関するカリキュラムを実施している。

### (5) 犯罪被害者等に関する専門的知識・技能を有する臨床心理士の養成等

基本計画V、第2、1(12)に基づき、文部科学省において、「臨床心理士の資質向上に関する調査研究」の中で、犯罪被害者等に対する支援活動についての調査研究を実施し、その結果に基づき、犯罪被害者等に関する専門的な知識・技能を有する臨床心理士の養成及び研修の実施を促進することとなり、財団法人日本臨床心理士資格認定協会に対し、前記研究を委嘱して犯罪被害者等支援に関する基礎研究を行うとともに、その知見を活用した臨床心理士の養成・研修のあり方について検討し、同協会において報告書を取りまとめた。

## 2 その他の主な施策

その他の主な施策につき、ここでは

- ・ 犯罪被害給付制度の拡充
- ・ 刑事裁判の被害者参加制度
- ・ 損害賠償命令制度
- ・ ハンドブック・モデル案
- ・ 広報啓発活動

について述べる。

### (1) 犯罪被害給付制度の拡充

経済的支援に関する検討会の最終取りまとめを受けて法改正が行われ、遺族給付金の上限が1573万円から約2964万円に、障害給付金の上限が約1849万円から約3974万円にそれぞれ引き上げられ、自動車損害賠償責任保険制度並の金額となったほか、重傷病給付金につき、120万円という上限があるものの、休業損害を考慮した額も合算されるなどの拡充等が行われた。

合わせて、根拠法律の名称が「犯罪被害者等給付金の支給等に関する法律」から「犯罪被害者等給付金の支給等による犯罪被害者等の支援に関する法律」に変更された。

これらの法改正は平成21年4月に成立し、同年7月1日から施行された。

### (2) 刑事裁判への被害者参加制度（公的弁護制度を含む）

基本計画第3の冒頭に「犯罪被害者等が刑事裁判に直接関与することのできる制度の検討及び施策の実施」が明記されたことを受け、刑事訴訟法の改正が行われて同法第316条の33以下に被害者参加制度が新たに規定された。

同制度は、一定の犯罪につき、被害者またはその委託を受けた弁護士が予め検察官を通じて裁判所に参加の申し出を行い、裁判所がそれを認める決定を下すことによって、一定の範囲内で、被害者の刑事手続への参加が可能となる制度である。

参加が認められれば被害者及びその委託をうけた弁護士は、検察官と並んで法廷内に位置し、証人尋問、被告人質問等を自ら行うことができる。

参加可能な手続の概要について述べると、まず証人尋問に関しては情状に関する事項についての証人の供述の証明力を争うために必要な事項について可能であり（刑事訴訟法第316条の36）、被告人質問に関しては被害者の意見陳述（同法第292条の2、第316条の38）を行うために必要な事項について可能である（同法第316条の37）。

さらに、被害者及びその委託を受けた弁護士は、検察官の論告求刑後に、起訴事実の範囲内で独自の意見陳述（論告求刑）を行うことができる。

この意見陳述は、量刑についてはもちろんのこと、事実認定、法律適用についても行うことが可能である（同法第316条の38）。

また、被害者参加制度を利用しようとする被害者は、一定の要件の下ではあるが、国費で弁護士（被害者参加弁護士）を依頼することができる（犯罪被害者等の権利利益の保護を図るための刑事手続に付随する措置に関する法律第5条以下）。

なお、被害者参加制度は平成20年12月1日から実施されたが、適用対象となる刑事事件は同日以降に起訴された事件に限られる。

平成21年1月末時点で、参加の申出がなされた件数及び人員は、64件98名であり、そのうち参加が許可された件数及び人員は、45件70名である。

### (3) 損害賠償命令制度

基本計画及び経済的支援に関する検討会の最終取りまとめを踏まえて、平成19年に犯罪被害者等の権利利益の保護を図るための刑事手続に付随する措置に関する法律が改正され、損害賠償命令制度が導入されるに至った（同法第13条以下）。

これは一定の犯罪につき、被害者とその事件の刑事裁判を担当する裁判所に申立てを行い、刑事事件について有罪判決が下された場合、裁判所はその刑事事件の記録を用いて審理を行って損害賠償命令の決定を行うという制度であり、被害者からすれば、別途民事訴訟を起す必要がない上、刑事裁判の事



件記録をそのまま立証に用いることができ、従来に比較して簡便な手続ですむという利点がある。

なお、本制度も被害者参加制度と同様に、平成20年12月1日から実施されている。

#### (4) ハンドブック・モデル案

支援の連携に関する検討会の最終取りまとめを踏まえて、内閣府において、平成20年12月にハンドブック・モデル案を作成し、内閣府のホームページで公表した (<http://www8.cao.go.jp/hanzai/kohyo/handbook/handbook.html>)。

これは、犯罪被害者支援に関与する関係各機関・団体に備え置き、実際に被害者支援を行う際に担当者が用いることを想定した冊子である。

日本では多種多様な被害者のニーズに応えることができるワンストップセンターを置くことが困難なため、関係各機関が連携して被害者を支援していく必要があるが、従来は、必ずしも機関・団体相互間の連携がスムーズではなかったばかりか、被害者をいわゆるたらい回しにしてしまい二次的被害を与えることも少なくなかった。それを防ぐには、対応できないニーズについては機関・団体の側が対応可能な機関・団体を探し、被害者の同意の下、その機関・団体に被害者を紹介して対応を依頼し、結果的に複数の機関・団体が連携して多種多様な被害者のニーズに対応していく方法を取るべきであるが、ハンドブックは、その際に担当者が適切な機関・団体を探したり連絡を取るために役立つ冊子として設計されている。

そのため、そこには、被害者に対応する際の基本的注意事項のほか、関係機関・団体の業務内容、対応可能な支援内容及びそれぞれの連絡先などが掲載されている。

なお、内閣府が作成したものはあくまでモデル案であり、実際に各機関・団体で使用するには、各地域の実情に応じたハンドブックを別途作成する必要がある。

#### (5) 広報啓発活動

内閣府では基本計画に基づき、毎年11月25日から基本法の成立日である12月1日までの1週間を犯罪被害者週間として設定するとともに、それに合わせて「国民のつどい」を毎年東京及び地方数か所で開催し、被害者の講演やそれに基づくパネルディスカッションなどを行うなどの広報啓発活動を行っている。

平成21年度は、東京の中央大会のほか、北海道(釧路)、沖縄、奈良及び神奈川で地方大会を開催した。

## 第4 今後の課題

### 1 課題の具体的内容

基本法制定から約5年、基本計画が閣議決定されてから約4年が経過した現在、犯罪被害者等施策は一定の進展を遂げたと言える。しかしながら未だに課題も残っており、主なものだけでも、地方公共団体における施策の浸透、民間支援団体に対する財政的支援のあり方、犯罪被害者施策に関する国民全体の理解促進などがある。

#### (1) 地方公共団体における施策の浸透

被害者が平穏な生活を取り戻すためには、その被害者の居場所である地域社会に密着した存在である地方公共団体による支援が重要であるが、地方公共団体、特に市町村においては行政機関自体の理解が十分ではないことなどから支援体制が整っているとは言い難い。

例えば、犯罪被害者等施策の担当部局の設置状況及び総合相談窓口の設置状況はそれぞれ各地方公共団体における施策の浸透状況を示す目安の一つであるが、平成21年4月の時点で、都道府県の担当部局設置率が100パーセント、総合相談窓口設置率が約86パーセントであるのに対し、市町村の担当部局設置率は約87パーセント、総合相談窓口設置率に至っては約43パーセントに止まっている。

#### (2) 民間支援団体に対する財政的支援

民間支援団体は、性犯罪被害者のように警察に届出を出したくない被害者の受け皿になりうること、公的機関と異なり個々の事案に応じた柔軟な対応が可能であることなどの民間支援団体ならではの長所を有しており、犯罪被害者等支援の重要な担い手の一つではあるが、財政的に困窮している団体が少なくない。前記の「民間団体への支援に関する検討会」の最終取りまとめに基づき、警察では民間支援団体に相談業務等の委託を行う一方で事業費等を支払うという形式で支援を行うほか、内閣府において、社会や地方公共団体に対し、犯罪被害者等施策における民間支援団体の意義につき、種々の広報啓発活動の中で理解を求めている。しかし、現状においては、民間支援団体の財政的基盤は不十分であり、今後の改善が必要となっている。



### (3) 国民全体の理解促進

被害者が平穏な生活を送れるような健全な社会にしていくためには、その社会を構成する国民一人一人の、被害者が置かれた境遇等に対する理解の促進が必要であり、それは被害者に対する社会による二次的被害をなくすことにもつながる。

内閣府では、犯罪被害者週間における「国民のつどい」等を通じて広報啓発を図ってきたところであるが、被害者団体からは一層の啓発、理解促進を求める声もあり、より効果的な広報啓発を行っていくことが課題である。

### 2 今後の進展について

現行の基本計画は、平成22年度末、すなわち、平成23年3月までが計画期間とされており、それまでに基本計画の見直しを行う必要があることから、前記のような課題に関してもその見直しの過程で検討がなされる可能性がある。

いずれにしても、内閣府犯罪被害者等施策推進室としては、基本法の掲げる被害者の権利利益の保護が図られる社会実現のためこれからも積極的に取り組んでいくこととしており、関係の皆様の御理解と御協力を御願いたします。

【特集 犯罪被害者のメンタルヘルス -現状と回復への取り組み-】

## 精神保健福祉センターにおける犯罪被害者への支援の現状と今後の展望

The Present State and the Future Prospects of Crime Victims Support in Mental Health and Welfare Centers

山下 俊幸<sup>a)</sup>

Toshiyuki Yamashita

### I はじめに

わが国においては、犯罪被害者は長い間「忘れられた存在」として、法制度や社会から放置され、犯罪被害そのものに加えて、精神的苦痛、経済的負担に苦しんでいた。平成3年10月に犯罪被害者給付制度発足10周年記念シンポジウムが開催され、交通事故被害者から被害者支援の必要性が強く指摘されたことがきっかけとなり、様々な法整備が行われるようになった。

しかし、既存の法律の改正では、被害者の被害回復や生活支援など様々なニーズに応えることができないため、平成16年12月、被害者のための施策の基本理念を明らかにし、総合的・計画的に施策を推進し、犯罪被害者等の権利権益を保護することを目的として、犯罪被害者等基本法が成立した。これを受けて、平成17年12月に、「犯罪被害者等基本計画」が閣議決定され、司法・保健医療・福祉等の各領域での支援体制の構築や連携の必要性が求められるようになった。

「犯罪被害者等基本計画」には、「厚生労働省において、精神保健福祉センター、保健所等が犯罪被害者等支援に係る諸機関・団体等との連携・協力を充実・強化し、犯罪被害者等支援に係る諸機関・団体等の犯罪被害者等支援のための諸制度に関する案内書、申込書等を常備し、提供等していくことを含め、犯罪被害者等の支援等に関する情報提供、相談等を適切に行うことを推進する。」と定められた。

加えて、「犯罪被害者の精神健康についての実態とニーズの調査、医療場面における犯罪被害者の実態の調査、重度PTSDなど持続的な精神的後遺症

を持つものの治療法の研究、地域における犯罪被害者に対する支援のモデルの研究などを継続的にを行い、その研究成果を得、高度な犯罪被害者等支援が行える専門家育成や地域での対応の向上に活用していく」ことを目的として、平成17-19年度厚生労働科学研究「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)が行われることとなり、筆者も分担研究「地域精神保健福祉機関における犯罪被害者支援」を担当することとなった。本稿では、精神保健福祉センターの現状と取組、犯罪被害者支援との関わりと今後の展望について、筆者の経験及び上記の厚生労働科学研究を基に報告する。

### II 精神保健福祉センターの現状

精神保健福祉センターは、平成21年4月現在、全国で67カ所あり、都道府県、政令指定都市に1カ所(東京都のみ3カ所)設置されている。精神保健福祉センターは、精神保健福祉法第6条に規定される機関で、その役割として、普及啓発、調査研究、精神保健福祉相談(複雑又は困難なもの)、精神医療審査会の事務、自立支援医療(精神通院医療)及び精神障害者保健福祉手帳の判定等が定められている。

また、精神保健福祉センター運営要領(厚生省保健医療局長通知 最終改正 平成18年12月14日障発第1222003号)によれば、精神保健及び精神障害者の福祉に関する総合的技術センターとして、地域精神保健福祉活動推進の中核となる機能を備えなければならないとされた。運営要領には、精神保健福祉センターの業務として、1)企画立案、2)技術指導及び技術援助、3)人材育成、4)普及啓発、5)調査研究、6)精神保健福祉相談、7)組織育成、8)

a) 京都市こころの健康増進センター

Kyoto City Mental Health and Welfare Center

〒604-8845 京都市中京区壬生東高田町1-15

精神医療審査会の審査に関する事務、9) 自立支援医療（精神通院医療）及び精神障害者保健福祉手帳の判定が定められ、その他として、診療機能、リハビリテーション機能を持つことが望ましいとされている。

平成19年6月に全国精神保健福祉センター長会が実施した業務・職員体制調査では、66センターの内、診療機能を有するセンターは32カ所、精神科デイ・ケアを有するセンターは25カ所（内21カ所は保険診療デイ・ケア）、社会復帰施設等を有するセンターは4カ所であり、診療機能を有するセンターが約半数、デイ・ケア等のリハビリテーション機能については40%弱であった。

職員構成については、医師（精神科の診療に十分な経験を有する者）、精神保健福祉士、臨床心理技術者、保健師、看護師、作業療法士、その他の職員となっていて、精神保健福祉相談員の職を置くように努めるとともに、所長には、精神保健福祉に造詣の深い医師を充てることが望ましいとされている。

そして同調査によれば、精神保健福祉センターの常勤の職員数は、最多92人、最少2人で、10～14人が多くを占め、平均は17.0人であった（図1）。その内訳は、医師2.0人、保健師3.1人、看護師1.2人、精神保健福祉士2.3人、心理職2.1人、作業療法士0.6人、事務職4.6人、その他1.2人であった（図2）。直近の平成20年度の衛生行政報告例<sup>3)</sup>によれば、平均17.6人、医師2.0人、保健師3.0人、看護師1.2人、精神保健福祉士2.7人、作業療法士0.6人で、精神保健福祉士がやや増加傾向にあるものの大きな差は認められなかった。このように都道府県・指定都市によって職員体制が大きく異なるため、その業務内容において、共通する部分と異なる部分があるのが現状である。

また、平成19年6月に内閣府が実施したところ

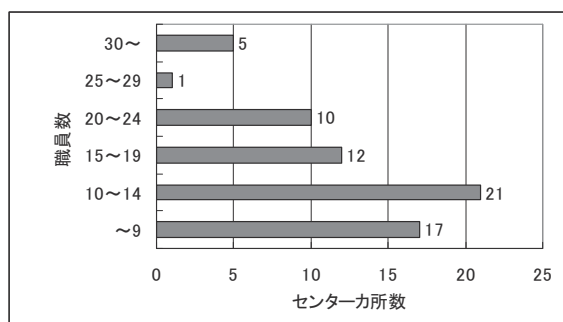


図1 精神保健福祉センター常勤職員数

の健康（自殺対策）に関する世論調査結果<sup>4)</sup>によれば、精神保健福祉センターに、「こころの健康」相談窓口があることを知っているかとの質問に対して、「知っていた」と答えた者の割合が20.3%、「精神保健福祉センターがあることは知っていたが、相談窓口があることは知らなかった」と答えた者の割合が10.5%、「精神保健福祉センター自体も知らなかった」と答えた者の割合が69.2%であった。このことから、精神保健福祉センターそのものがまだよく知られていないのが現状で、より多くの市民に周知していくことも課題である。

### Ⅲ 精神保健福祉センターの取組概要

精神保健福祉センターは精神保健及び精神障害者の福祉に関する総合的技術センターとして、地域精神保健福祉活動推進の中核となる機能を備えなければならないとされ、様々な事業に取り組んでいる。事業内容は必ずしも全国一律ではなく、地域の実情に応じて行われている事業もある。そこで精神保健と精神障害者福祉に関連する取組について、筆者の経験を基に紹介する。

#### 1 精神保健についての取組

精神保健については、市民のこころの健康づくりの一環として、こころの健康づくりに関する知識の普及、啓発に取り組んでいる。機関誌やリーフレットにおいて、「ストレス」「睡眠」「職場のメンタルヘルス」等について取り上げ、講演会の開催、電話相談、関係機関・団体等への講師派遣などを行っている。また、「うつ病」については、面接相談、診療、リーフレットの配布、講演会の開催など、「ひきこもり」については、面接相談、診療、家族教室、家族ミーティング、本人グループなどを実施している。

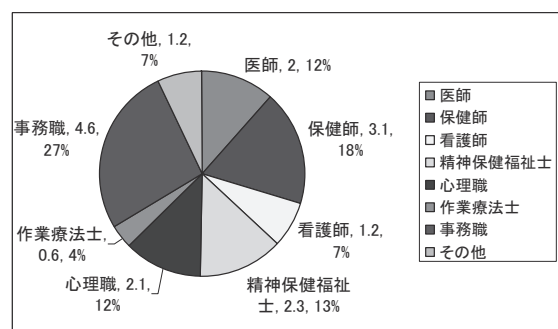


図2 精神保健福祉センター職員の職種

また「思春期・青年期精神保健」については、面接相談、思春期外来、思春期青年期ケースマネジメント事業（運営検討会議と事例検討）など、「アルコール依存・薬物乱用等」については、面接相談、アルコール外来、講演会の開催、自助グループ支援などを行っている。

また、自殺者数が3万人を超える状況が12年も続く中、自殺対策が喫緊の課題となり、講演会・シンポジウムの開催、自死遺族や自殺に傾きかけた人の相談、自死遺族分かちあいの会支援などに取り組んでいる。また、自死遺族専用の相談電話や相談窓口を設置しているところもある。平成21年11月からは、ワンストップ・サービス・デイと称して、ハローワークに職を求めてきた人に、同時にこころの健康相談ができるような試みも開始され、精神保健福祉センターからも参加している。

## 2 精神障害者への支援

精神障害者への支援については、市民への普及啓発（講演会開催、リーフレット配布など）、精神障害者保健福祉手帳の審査、精神医療審査会の事務、就労支援（講演会や研修会開催など）、精神障害者の地域移行（社会的入院者の退院支援）などに取り組んでいる。また、精神保健ボランティアへの支援やデイ・ケアにおける社会参加支援などにも取り組んでいるところもある。

## 3 保健所との連携、協力

保健所は、地域精神保健福祉業務の中心的な行政機関として、精神保健福祉センター等と連携して、精神障害者の早期治療と精神障害者の社会復帰の促進とともに、地域住民の精神的健康の保持増進を図るための諸活動を行うとされている。精神保健福祉センターが全国で67カ所に対して、保健所は510カ所（H21.4現在）と数も多く、より身近なところで相談等ができることに加えて、訪問支援も行っている。

精神保健福祉センターと保健所との連携を一層強化することで、身近なところで相談ができるだけでなく、「ひきこもり」など様々な事情で自ら相談に行けない場合にも、訪問による支援を受けることにより、社会参加に向けたきっかけとなることもある。また、地域全体が影響を受けるような事件、事故、災害などの場合、保健所と精神保健福祉センターが

協力して、地域のこころのケアを支援している。

## IV 精神保健福祉センターと犯罪被害者支援との関わり

このように、精神保健福祉センターは精神保健と精神障害者福祉に関して多岐にわたる業務を行っており、その一つとして、「犯罪被害者等への支援」がある。平成21年版犯罪白書には、「保健所や精神保健福祉センターにおいて、犯罪被害者等に対して、精神保健に関する相談支援を実施しており、医療が必要な場合には、医療機関に紹介を行うなど、関係機関と連携している。保健所においては、地域精神保健活動の一環として、精神保健相談窓口を設置し、心の健康相談を実施している。精神保健福祉センターにおいても、専門知識を有する者による面接相談や電話相談（「こころの電話」）の窓口を設置し、地域住民が気軽に相談できるような体制を整備している。また、必要に応じ医師による診察を行い、医療機関への紹介や医学的指導などを行っている。」と記載されている。

精神保健福祉センターにおいては、民間団体の「犯罪被害者支援センター」のように、犯罪被害全般についての幅広い相談支援というよりも、こころの健康に関連する相談支援、人材育成、技術支援、医療機関との連携などを通して、犯罪被害者等のこころのケアを推進する役割を果たすことができるものと考えている。

また、精神保健福祉センターの役割は、相談支援だけではなく、市民への普及啓発、PTSD等に対するこころのケアについての講演会開催、関係機関・団体等への技術支援（講師派遣）など、地域精神保健福祉活動の一環としての取組が重要と考えている。

### 1 相談支援、診療

相談は電話相談と面接相談があり、電話相談については相談専用電話を設置しているところが多く、主に臨床心理士、精神保健福祉士、保健師等が相談を行っているが、医師による電話相談を実施しているところもある。面接相談についてもほぼ同様の傾向にあるが、電話に比べると医師相談の割合が高く、予約制・無料でじっくりと相談することができる。一般相談に加えて、思春期相談、アルコール相談、



薬物相談なども行われ、最近では、ひきこもり相談、自死遺族相談など、個別の課題に特化した相談も行われている。

また、診療を行っている精神保健福祉センターは半数程度であるが、保険診療も予約制で行っているところが多い。保険診療ではあるが、一般の診療所とは異なり、積極的な薬物療法や頻度の高い通院医療を行うことは少なく、アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル依存症、思春期ケース、ひきこもりの本人、自死遺族、犯罪被害者や遺族など、薬物療法は限定的で、診療に時間を要することの多い、いわゆる複雑困難ケースの診療を中心行っていることが多い。

### 1) 相談の現状

平成17年度厚生労働科学研究「犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究」報告書<sup>5)</sup>によれば、平成17年12月に精神保健福祉センター調査(63カ所のうち56カ所が回答)が行われた。その結果、平成16年10月の電話相談件数12,679件のうち134件(1.06%) (児童虐待31件、配偶者間暴力68件、他の犯罪被害35件)が、また、平成16年度の面接相談における相談事例総数15,671人のうち179人(1.14%) (児童虐待38人、配偶者間暴力69人、他の犯罪被害72人)が犯罪被害関連の相談であった。どちらも1%程度であった。

また厚生労働省から報告される衛生行政報告例(表1)<sup>2,3)</sup>において、平成19年度から精神保健福祉センターにおける相談の中で、犯罪被害者等の相談件数が再掲されるようになった。その結果によると、電話相談では、平成19年度320件、平成20年度263件、面接相談では、それぞれ2419件、1964件であった。電話相談よりも面接相談がかなり多いの

が特徴で、これは1回では終わらずに、相談又は診療を継続している事例が多いと推測される。自殺関連の相談件数と比較すると少なく、また、精神保健福祉センターの相談診療体制等の違いもあり、精神保健福祉センター間の相談件数の違いも大きいのが現状であるが、今後、ニーズが高くなるとともに増加する可能性もあると推測している。

### 2) 事例紹介

ここでは、被害者支援に関連した精神保健福祉センターにおける相談事例を紹介する。プライバシー保護のためかなり変更を加えている。

#### (1) 電話相談事例

被害者遺族の友人からの電話相談である。「昨年、友人の夫が殺害され、以後、時々眠れないことがあり、近くの内科に通院し、薬をもらっている様子である。最近になり、『夫がいなくなった』と何回も電話してくるようになり心配している。夫が亡くなったことはわかっていると思う。電話があったとき、どう答えてよいかわからない。このままで大丈夫なのか。入院したりしなくてもよいものか。専門の先生に診てもらう方がよいのか、その場合どこか紹介してもらうことはできるのか」との内容。悲嘆反応等について説明し、主治医との相談方法などについて、助言した。

#### (2) 面接相談事例

女子大学生で、レイプ被害に遭い、警察からの紹介による相談である。頭痛、不眠、意欲低下、将来への不安などを訴え、大学にも行けなくなり休学中である。医療機関受診を勧めたところ、本人からも受診希望があり、通院するようになる。時に不安が強くなったときには、相談の希望があり、安全の確保や安心感に留意しつつ、傾聴している。

表1 衛生行政報告例(厚生労働省)

	延べ相談 総数	老人 精神保健	社会復帰	アルコール	薬物	思春期	心の健康 づくり	その他	犯罪被害 (再掲)	自殺関連 (再掲)
H19 電話相談	218436	3750	27379	3939	1994	9162	66993	105219	320	5710
H19 面接相談	203294	1477	113701	3334	3307	18212	25179	38084	2419	5798
H20 電話相談	236797	3391	36231	4246	2052	9769	75318	105790	263	7329
H20 面接相談	203226	1561	122658	2679	2489	17548	24463	31828	1964	4058

### (3) 診察事例

30代の男性。長男が交通事故死し、気分が落ち込み、被害者支援センターからの紹介で来所した。ショックで何もやる気がしなくなったとの訴えがあり、仕事（自営業）は何とか続けているが、休むことも多い。どのように受け止めて日々過ごしたらいいのかかわからず、眠れないことも多く、そのためアルコールに頼ってしまうこともある。時にいらいらして家族にあたることもある。診察希望があり、その結果、不眠が強く意欲低下や抑うつ気分も続いているため、薬物療法が必要と判断し、本人の了解を得て、近医を紹介した。

### (4) 診療継続事例<sup>9)</sup>

20代女性。妊娠中にDV被害（夫からの激しい暴力）を受け、全身のふるえ、強烈的吐気、過換気発作が出現した。協議離婚について相談した弁護士から勧められ受診。夫から受けた暴力の話になると、全身のふるえや吐き気を訴えた。また、夜間眠るために電灯を消すと、全身が震える感覚が蘇るため、電灯を消すことが出来ず、電灯をつけたままソファで眠っていること、そのために育児に支障を来していることが明らかになった。SSRIを中心とした薬物療法を開始し、同時に精神療法も行っている。

精神保健福祉センターによって、電話相談、面接相談、診療など支援体制は様々であるが、これらの事例のように地域の関係機関と連携しつつ支援に取り組んでいる。

## 2 人材育成

保健所、市町村、福祉事務所、社会復帰施設等の関係機関や民間の支援団体等で、被害者のこころのケアに関わる人を対象に、研修会を開催し、支援技術の向上を図っている。京都市こころの健康増進センターでは、平成18年度、保健・医療・福祉・教育・司法等の関係機関職員を対象に「思春期・青年期のPTSD」「災害、事件、事故の後で」「虐待が子どもに及ぼす心理的影響とそのケア」をテーマとして、研修会を開催した。また、全国精神保健福祉センター長会では、今年度、精神保健福祉センター所長を対象に「犯罪被害者への相談支援の実際－事例を通して－」をテーマに定期総会に合わせて特別講演会を開催した。

また、平成17年度厚生労働科学研究「犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究」報告

書<sup>8)</sup>においても、被害者等支援を行う場合に必要な事項として、「精神保健福祉センター職員のための研修の充実」「犯罪被害者の支援や治療・相談に関する研修会の開催」が上位二つを占めていて、人材育成は重要な課題である。

## 3 技術支援

犯罪被害者のこころのケアを推進するため、犯罪被害者支援センター等の民間団体の開催する「被害者支援ボランティア養成講座」「被害者支援シンポジウム」への講師派遣や警察で開催される警察官に対する被害者支援研修が行われている。また、犯罪被害者支援センター主催の事例検討会に参加し、相談支援について助言等を行うこともある。

切れ目のない支援を行うためには、さまざまな関係機関の職員が被害者のこころのケアについて理解していることが大切である。筆者らが行った被害者自助グループからの聞き取り調査<sup>9)</sup>においても、「それぞれの機関で、犯罪被害者と接するときに、適切な関わりができ、二次被害をもたらない様に、正しい知識を伝える。また、自助グループスタッフに対して、ファシリテーターとしての技術など、グループ運営上の技術を伝える。」などの技術支援が期待されていた。

## 4 地域におけるこころのケア

近年、マスコミ等でも大きく報道されるような、大規模な事件、事故、犯罪に対して、個別ケア（個のケア）とともに、地域ケア（場のケア）が求められる。和歌山市毒物混入事件、西鉄高速バス乗取り事件、えひめ丸沈没事故、長崎県小学校児童殺害事件、JR福知山線列車脱線事故、宮城県飲酒運転事故、秋田県児童連続殺害事件、滋賀県園児殺害事件、四万十川水難事故、長崎県散弾銃乱射事件、大阪エキスポランド事故等多数あるが、これらの事件・事故に対して、保健所や精神保健福祉センターが支援を行った経過がある<sup>7)</sup>。事件、事故、犯罪に対するこころのケアについては、その状況に応じて、保健所を中心として精神保健福祉センターがバックアップする体制で、多くの支援が行われてきている。

「犯罪被害者等支援のための地域精神保健福祉活動の手引」<sup>9)</sup>によれば、犯罪被害者は「異常な状況に対する正常な反応」として精神的な危機に陥っているため、「自分が安全である」という基本的な信

頼感が損なわれている。このため、安心できる環境が保証されないと、精神的な危機を悪化させることになりかねない。予測される状況に対して、早期にリスクを軽減することが精神保健福祉センター等の地域精神保健福祉機関による犯罪被害者支援には重要である。

また、事件、事故、犯罪は個人に精神的なダメージを与えるだけでなく、地域に対しても大きな影響を与え、人間関係の混乱、風評被害、責任問題、マスコミ取材等で、地域ネットワークや支援体制などの社会的機能が著しく低下する。「こころのケア」の必要性が叫ばれていても、地域には全体をコーディネートする機関はなく、さらに事態を悪化させることになりかねない。そこで、緊急支援においては、被害者個人と地域の双方を視野に入れ、個人ケアにとどまらず、地域のケアを実践し、社会的機能の維持、回復を図る必要がある。

支援にあたっては、以下の点に留意して進めていくことが望ましいと考える。①関係機関の協力により支援チームを結成する ②どの機関がコーディネートするか検討する ③どの機関が支援チームに参加するか検討する ④検討会議を定期的で開催する ⑤誰が検討会議に参加するか決める（実務担当者と責任者（特に初回）） ⑥検討会議で、支援計画の策定、進行状況の確認、今後の支援について意見交換を行う ⑦電話相談窓口を開設する ⑧地域における巡回相談窓口を設置する ⑨リーフレット等の啓発資料を配布する ⑩関係者への心理教育を実施する ⑪支援者への心理的サポートに配慮する<sup>10)</sup> などである。

このような緊急事態に対して円滑に関係機関でチームを組んで支援を進めていくためには、日頃の連携が重要であることは言うまでもない。竹之内ら<sup>7)</sup>は図3のような犯罪被害者支援システムを提案している。また、河野<sup>1)</sup>は学校危機（事件、事故、自殺など）へのメンタルサポートを目的として、日常からCRT（クライシス・レスポンスチーム）・こころのレスキュー隊を構築し、危機が生じたときに最大3日間の緊急対応を行っている。

## 5 関係機関との連携

被害者支援は一つの機関だけで完結するものではなく、多くの関係機関との連携が必要である。そのため関係機関相互の連携を密にし、切れ目のない支

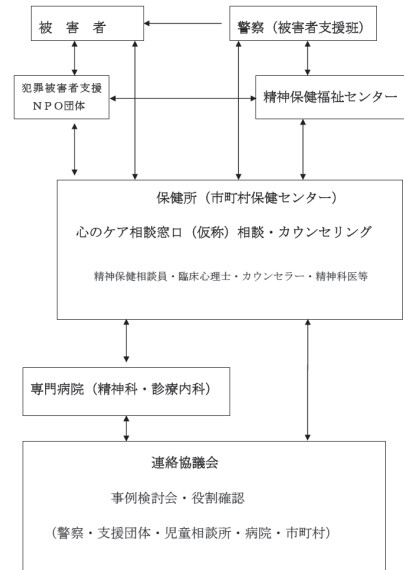


図3 被害者支援システム

援を継続することが大切である。そこで警察が中心となり、全都道府県で被害者支援連絡協議会が設置され、多くの精神保健福祉センターもその一員となり、連携を図っている。とりわけ、警察、児童相談所、婦人相談所、市町村、医療機関、被害者支援センター等との連携は重要であり、連絡協議会への参加などを通して、日頃から、切れ目のない支援の実現に向けた取組が求められている。

また、平成21年10月2日、全国犯罪被害者支援フォーラム2009（笹川記念会館）において、筆者は「被害者支援における精神保健福祉センター等のかかわり」とのテーマで基調講演の機会を得た。精神保健福祉センター等の存在や取組について、被害者等の理解を得ることで、切れ目のない被害者支援の拡がりにつながると考えて報告した。

## 6 調査研究

先にも述べたように、「犯罪被害者等基本計画」に基づき、「犯罪被害者の精神健康についての実態とニーズの調査、医療場面における犯罪被害者の実態の調査、重度PTSDなど持続的な精神的後遺症を持つものの治療法の研究、地域における犯罪被害者に対する支援のモデルの研究などを継続的に行い、その研究成果を得、高度な犯罪被害者等支援が行える専門家育成や地域での対応の向上に活用していく」とされ、平成17-19年度厚生労働科学研究「犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究」が行われ、筆者も分担研究者として参加し、研



究の推進に当たっては、全国精神保健福祉センター長会の協力を得た。

研究の成果として、平成20年度には、「犯罪被害者等支援のための地域精神保健福祉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」（表2）<sup>9)</sup>

([http://www.ncnp.go.jp/nimh/seijin/www/pdf/shiryō\\_tebikizenbun.pdf](http://www.ncnp.go.jp/nimh/seijin/www/pdf/shiryō_tebikizenbun.pdf))を作成し、全国の精神保健福祉センターに配布した。本手引は、精神保健福祉センター・保健所等が犯罪被害者等支援に係る諸機関・団体と連携し、相談、情報提供、危機介入、自助グループ支援、人材育成等の地域精神保健福祉活動の一環として被害者支援に取り組む際に、実際の支援に役立つことを目指して作成された手引である。手引が活用され、被害者支援の推進と犯罪被害者の精神健康の回復に少しでも寄与できることを望んでいる。

## V 支援者のメンタルヘルス支援

支援者が犯罪被害者等の支援を継続する過程で、二次的外傷性ストレスと呼ばれる、次に述べるような体験をすることが少なくないと言われている。精神保健福祉センターの役割として、人材育成や技術支援を通して、支援者のメンタルヘルスを支援することも重要と考える。精神保健福祉センター、保健所職員だけでなく、救急隊員や犯罪被害者支援センター相談員等への支援が考えられる。

犯罪被害者等から家族の死や生命の危険を伴うような体験を聞くことは、支援者にも少なからぬ影響をもたらすことは、想像に難くない。このような支援者にとってのストレスは、二次的外傷性ストレスと言われ、共感的に聞こうとすればするほど、影響を受ける可能性がある。

そのため二次的外傷性ストレスは「共感疲労」「代理受傷」「惨事ストレス」とも言われ、支援者は、それまで保持していた、安心感、信頼感が脅かされ、被害者から聞いた体験内容がいつまでも残ったり、罪責感・無力感から仕事への意欲を失ったりすることもある。疲労感や孤立無援感、さらにはPTSD様の体験をとまなうこともあると言われている。支援者が支援を継続していくためには、ある意味で避けて通ることができないことであり、支援者に起こるこのような状態をあらかじめよく知っておくこと

が重要である。

また、人は誰でも多かれ少なかれ、過去の傷つき体験や喪失体験、同時にその回復体験を持っていて、そのことが人と人との共感性や信頼感を高めることにつながり、被害者支援の原動力にもなると考える。ただし、その体験が過去の体験として気持ちの区切りがなされていることが大切で、仮に外傷体験が活性化されることがあっても、自分でコントロールできることが重要である。

二次的外傷性ストレスを防ぐためには、「一人で抱え込まずに相談する」「自分の限界を受け入れる」「被害者の自己決定を支援する役割を心がける」などに気をつけるとともに、日頃から支援機関や団体内での支援者相互間のコミュニケーションが円滑にできていることが重要である。また「研修会」「事例検討会」「関係機関連携」に参加する機会があることや、自分にあったストレス解消法や支援以外のつながりを持つことも大切である。

## VI 被害者等支援と自死遺族・自殺未遂者支援

現在、精神保健福祉センターでは、自殺対策への取組の一環として自死遺族・自殺未遂者支援に取り組んでいる。その内容は、シンポジウムの開催や支援についての研修会の開催など多岐にわたるが、自死遺族相談、自死遺族分かちあいの会支援や救急医療機関との連携などが含まれている。

高橋<sup>6)</sup>は「自殺したい」と打ちあけられたり、自殺の危険を感じたりしたときの対応の原則としてカナダの自殺予防の専門家グループによる「TALKの原則」を紹介している。「TALKの原則」は、Tell, Ask, Listen, Keep safeの頭文字で、Tell：言葉に出して、「あなたのことをとても心配しています」と伝える、Ask：はっきりと「自殺することまで考えていますか？」と尋ねる、Listen：傾聴する、Keep safe：少しでも危険を感じたならば、安全を確保し、そのうえで、適切な援助を求める、ということの意味している。筆者の経験では「TALKの原則」は被害者支援においても参考にできると考えている。

被害者支援においては、安全の確保（Keep safe）は何よりも大切であり、再被害の危険はないか、加害者から脅かされていることはないか、身体疾患などを見逃していないかなど、心配していることを伝



え (Tell)、確認することが重要である。安全が脅かされている場合は、警察 (被害者支援窓口)、婦人相談所 (配偶者暴力相談支援センター)、医療機関などへの相談を勧めることとなる。

その上で、気持ちを傾聴する (Listen)、被害体験について話せるようであれば話してもらうこと (Ask) が大切ではないかと考えている。被害体験についてはいつ聞いたらよいのかという判断に悩むことも少なくない。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という、被害者の意思を尊重することが基本的な対応であるが、自分から言い出せず、聞いてもらいたい、聞いてもらうのを待っている場合も少なくない。初期の段階から、「話せるようなら話してみてもいいですか」と声をかけ、話すきっかけをつくることも必要と考えられている<sup>9)</sup>。

また、被害者遺族支援と自死遺族支援では背景も遺族の気持ちも異なるのは当然であるが、死別というこの世の中でおそらくもっともつらく、いのちは回復しないという厳しい現実と直面しているという点では重なるところもあると思われる。いのちは戻らないという現実に対して、無念、悲しみ、後悔、怒りなどの強い感情におそわれることがある。

たとえば、自死遺族が「あの時、本人の苦しみに気づいていれば」という後悔の念を強く感じることもあるが、被害者遺族においても、加害者にこそ責任があるにもかかわらず、「あの時、こうしていれば」という後悔の念を禁じ得ないことがある。また、自死遺族が自殺者に対する誤解や偏見から、「誰にも理解されないのではないかと感じて、つらい気持ちを話すことができないでいるように、被害者遺族も「被害者に落ち度があるように誤解されるのではないかと感じて、話すことにためらいを感じることもある。

このように亡くなったいのちは二度と戻らないという深い悲しみと、自殺者や犯罪被害者に対する誤解や偏見に圧倒されて、気持ちを話したり、相談したりすることに大きな障壁があるという点で、共通する点もあると感じている。この他にも、死別は遺族の「こころ」や「からだ」にさまざまな影響を及ぼすと言われていることから、精神保健福祉センターで行われるようになってきている自死遺族相談等の経験を、被害者遺族への支援にも生かすことで、今後の被害者支援の拡がりが増えたと考えている。

## Ⅶ おわりに

精神保健福祉センターの現状と取組、被害者支援とのかかわり、支援者のメンタルヘルス支援、自死遺族・自殺未遂者支援との関連などについて述べた。被害者支援は警察や民間の被害者支援センター等を中心に行われているが、被害者等の中には精神保健や精神医療の支援が求められる場合も決して少なくない。被害者等にとって精神科医療に対する敷居が高い場合もあり、受診したくてもどこに行けばよいかかわらずためらうこともあると思われる。精神保健福祉センターは、相談支援だけでなく、情報提供、技術支援、人材育成、関係機関との連携などを生かして、被害者支援の一翼を担うことができると考えている。

そのためには、精神保健福祉センターそのものの認知度を高めていくことも重要である。全国精神保健福祉センター長会では、2007年11月にホームページ (<http://www.acplan.jp/mhwc/campaign.html>) を開設し、全国67カ所の精神保健福祉センターのホームページにアクセスできるようにリンクしている。また、平成17-19年度厚生労働科学研究「犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究」において作成した『犯罪被害者等支援のための地域精神保健福祉活動の手引-精神保健福祉センター・保健所等における支援-』もダウンロード可能である。現在行われている被害者支援の取組と精神保健福祉センターの取組との効果的な連携を図ることで、より切れ目のない支援が拡充されることが今後の被害者支援において期待されている。

## 文 献

- 1) 河野通英：山口県におけるCRT立ち上げの経緯-始動-山口県クライシスレスポンスチーム-。トラウマティックストレス, 2: 91-92, 2004.
- 2) 厚生労働省：平成19年度衛生行政報告例 <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/NewList.do?tid=000001031469>
- 3) 厚生労働省：平成20年度衛生行政報告例 <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/NewList.do?tid=000001031469>

- 4) 内閣府：こころの健康（自殺対策）に関する世論調査  
<http://www8.cao.go.jp/survey/h19/h19-jisatsu/index.html>
- 5) 中島聡美, 辰野文理, 橋爪きょう子：精神科医療機関における犯罪被害者への治療及び司法的関与の実態に関する研究. 小西聖子：平成17年度厚生労働科学研究「犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究」総括・分担研究報告書. pp9-48, 2006.
- 6) 高橋祥友：自殺予防とうつ病対策－自殺のサインに気づいたら－  
<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/koukei/naikakufu/pdf/lecture.pdf>
- 7) 竹之内直人, 竹内豊：保健所における事件・事故・災害時のPTSD対策の事例検討について. 平成19年度厚生労働科学研究「犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究」総括・分担研究報告書. pp157-171, 2008.
- 8) 山下俊幸, 中島聡美, 辰野文理：精神保健福祉センターにおける犯罪被害者等への支援のあり方に関する研究. 小西聖子：平成17年度厚生労働科学研究「犯罪被害者の精神健康の状況とその回復に関する研究」総括・分担研究報告書. pp49-87, 2006.
- 9) 山下俊幸：『犯罪被害者等支援のための地域精神保健福祉活動の手引－精神保健福祉センター・保健所等における支援－』. 2008
- 10) 山下俊幸：精神保健福祉センターにおける犯罪被害者の支援, 小西聖子：犯罪被害者のメンタルヘルス. 誠信書房, 東京, pp255-272, 2008.

表2『犯罪被害者等支援のための地域精神保健福祉活動の手引』 目次

はじめに：犯罪被害者とは

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

1) 研修の企画

2) 研修・啓発のための講座内容

3) 参考資料

7. 精神障害者の受ける犯罪被害

1) 精神障害者と犯罪被害

2) 犯罪被害の種類

3) 地域精神保健福祉活動時の留意点

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



## 【原著論文】

## 自死遺族の精神的健康に影響を及ぼす要因の検討

Exploring the variables related to mental health of suicide survivors

川島大輔<sup>a)</sup>、川野健治<sup>a)</sup>、小山達也<sup>b)</sup>、伊藤弘人<sup>c)</sup>

Daisuke Kawashima, Kenji Kawano, Tatsuya Koyama, Hiroto Ito

## 【和文抄録】

自死遺族の精神的健康に影響を及ぼす要因について探索するため、111名分の自死遺族を対象に質問紙調査を実施し、精神的健康、意味再構成、社会的状況、死別からの経過月数についてたずねた。重回帰分析の結果、自死遺族の抑うつ・不安傾向には、意味再構成のうち、とくに意味了解の活動が影響すること、また人生の充実感を感じることには、意味了解、ソーシャル・サポート、死別からの経過月数が影響することが示唆された。

## Abstract

This research aims to shed light on the mental health of suicide survivors and its relation with meaning reconstruction, social context, and time since the loss occurred. 111 suicide survivors completed the questionnaire, which consisted of the items of mental health (i.e. K6, life-fulfillment scale), meaning reconstruction (i.e. sense making, benefit finding, identity change), social context (i.e. social support, secondary wounding), and information concerning how many months age the death occurred. A multiple liner regression analysis was conducted to identify the statistical model that best explained mental health of suicide survivors. In results, sense-making predicts adaptation to loss of suicide survivors. Furthermore, social support and time since the loss were also significantly related to their mental health.

## 【Key Words】

suicide survivor, bereavement, mental health, meaning reconstruction

## I. はじめに

愛する人との死別は遺された人に様々な影響を及ぼす。それは死別以前に抱いていた前提や世界に対するものの見方が、愛する人の死によって大きく揺らぎ、あるいは崩壊するためである<sup>13)</sup>。しかしそ

うした危機において、人はただ無力に打ちひしがれるだけではない。人間は人生の目的や生きる意味を見出したり、創造したりする心理学的欲求に突き動かされており、それ故どのような体験にも何らかの意味を探り出す存在である<sup>8)</sup>。死別を経験した人は、その人らしいやり方で故人の死を意味づけ、人生に対するものの見方を再構成するのである<sup>33) .34) .35)</sup>。

しかし、こうした死別後のあり様は、愛する人がどのように亡くなったのかによって大きく異なると考えられる。とくに自殺は1998年の急増以来、年間3万人超を記録し続けており、自殺によって近い人との死別を経験した人（以下、自死遺族）はその数倍いると推測されるが、「自殺って言えなかった」<sup>14)</sup> という言葉からもうかがえるように、スティグマの影響を受け、癌などによって死別を経験した人とは異なった死別後の適応プロセスをたどることが予想される。

- 
- a) 国立精神・神経センター精神保健研究所  
自殺予防総合対策センター  
Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry  
〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1  
4-1-1, Ogawa-higashi, Kodaira, Tokyo 187-8553
- b) 東京女子医科大学看護学部  
School of Nursing, Tokyo Women's Medical University
- c) 国立精神・神経センター精神保健研究所  
社会精神保健研究部  
Department of Social Psychiatry, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

これまで、自死遺族を対象にした調査の多くは、自殺と他の死因による死別の精神的健康<sup>註1</sup>の比較を中心に行ってきた<sup>3), 15), 28), 31)</sup>。系統的なレビューをおこなった Sveen と Walby によると、先行研究においては自死遺族と他の死別者の精神的健康（一般的な精神的健康度、抑うつ、PTSD など）に明確な差異は見出されていないという<sup>41)</sup>。ただし自死遺族と他の死別者の異同は別として、自殺による死別が遺された人の精神的健康に多大な影響を及ぼすことは疑いない<sup>2), 14), 42)</sup>。グリーフケア・サポートプラザは自助グループや支援グループに参加している自死遺族への調査を行い、不眠や疲労感などの身体的変化とともに、抑うつ感、孤立感、希死念慮などの精神的健康の悪化を報告している<sup>11)</sup>。しかしながら、一部の散発的報告を除き、日本で自死遺族を対象にした実証的研究はほとんど行われてきていない。平成19年に策定された自殺総合対策大綱において、自死遺族の実態及び支援方策についての調査研究の推進が明記されているのも、そのためである。とくに自死遺族のケアに有効な方法<sup>16)</sup>を同定することは喫緊の課題であり、そのためにも、自死遺族の精神的健康に影響する要因を特定することが必要であろう。そこで本研究では以下に示すように、自死遺族の精神的健康に影響する要因として悲嘆、社会的状況、死別からの経過時間に着目したい。

悲嘆については、一般的な悲嘆尺度を用いた比較研究では自死遺族と他の死別者との明確な差異は認められないが、自殺に特化した悲嘆尺度（たとえば、亡くなった原因や説明を求めると、スティグマ化、恥といった項目を含む Grief Experience Questionnaire (GEQ)<sup>11)</sup>を用いた場合には、差が認められることが報告されている<sup>41)</sup>。この理由として、自死遺族の悲嘆のありようが、特定の側面においては、他の死別者と異なることが関連していると考えられる。とくに亡くなった原因や説明を求めると、換言すれば、「なぜ自殺したのか？」と自殺した動機や故人のこころのうちは理解しようともがくことが自死遺族に特徴的であると考えられる<sup>15)</sup>。張もまた、死別後に認められたうつ病症状の回復には、自殺に対して何らかの意味づけを行うことが重要であると指摘している<sup>2)</sup>。こうした自死遺族の悲嘆の特徴、すなわち意味の探求が顕著であるという特徴を掬いつつ、精神的健康との関連を把握することが必要である。

そこで本研究では、近年多くの臨床家や研究者の注目を集めてきている、「意味再構成理論」(Meaning Reconstruction Theory)<sup>10), 35)</sup>に着目する。死別後の悲嘆に関する研究はこれまで、悲嘆の段階説<sup>27), 38)</sup>の検討あるいはその拡張に大きな関心を払ってきたが、その関心は、死別後の悲嘆を標準的モデルへ還元することから、死別者が能動的に意味を再構成するプロセスとして捉えることへ移行しつつある<sup>33), 34)</sup>。意味再構成理論はそうした悲嘆研究の新しい動向を受け、「喪失に対する意味再構成は悲嘆における中心的なプロセスである」<sup>34)</sup>ことをその基本概念として提案された理論である。そして喪失に対する反応として意味を再構成する際、人間は意味理解 (sense making)、有益性発見 (benefit binding)、そしてアイデンティティの変化 (identity change) の3つの主要な活動に従事すると考える<sup>10), 35)</sup>。意味理解は、喪失の原因を理解することで、死別によって揺らいだ意味構造の秩序や一貫性を修復しようとする活動である。有益性発見は、死別によって愛する人を失うという辛い経験にもかかわらず、そこにポジティブな含み (positive implication)、あるいは明るい面 (silver lining) を見出そうとする活動である。そしてアイデンティティの変化は、自己や社会的世界の潜在的な価値や生きる目的を再発見すること、あるいは一変した世界での新しい役割を試みることである<sup>22)</sup>。意味再構成理論に基づき、自死遺族の悲嘆を丁寧検討した研究は見当たらないが、トラウマ的な死を経験した人は、意味理解が困難であると報告されている<sup>6), 26), 30)</sup>。また喪失に対する意味理解ができないことは、暴力的な死別（殺人、自殺、事故）の衝撃と複雑性悲嘆症状を媒介するほぼ完璧な要因であるとも報告されている<sup>4)</sup>。これらを考慮すれば、自死遺族においても意味再構成と精神的健康の間に何らかの関係性が認められることが予想される<sup>註2</sup>。

社会的状況については、死別者の適応を促進するものと阻害するものが考えられる。前者に該当するソーシャル・サポートは、死別後の適応に関連することがこれまで報告されてきた<sup>37), 40)</sup>。たとえば福岡らは、航空機事故の遺族への調査を通じて、ソーシャル・サポートが、死別者の人間的な成長を促し、精神的健康の向上に寄与することを指摘している<sup>9)</sup>。他方、後者に該当するものとして、自死遺族の手記等では、自殺による死別という出来事その

ものに加えて、周囲の人の言動や社会のスティグマによってさらに深く傷つけられたとの声が散見される<sup>11)・14)</sup>。こうした二次的に傷つけられる体験も、自死遺族の適応を考える上でとくに重要である<sup>19)・42)</sup>。しかしながら死別後の適応とこうした要素との関連について、自死遺族への調査研究は非常に乏しい<sup>16)</sup>。とくにわが国では、あしなが育英会とグリーンケア・サポートプラザにおける調査から、自死遺族を取り巻く社会的状況の輪郭が浮かび上がっているものの、実証的なデータは著しく不足している。

そして死別からの経過時間について、張は心理学的剖検 (psychological autopsy) 協力者への追跡調査を行う中で、16名の遺族のうち、死別後にうつ病症状を示した人は10名であったが、そのうち7名は1年以内に症状の回復があったと報告している<sup>2)</sup>。つまり時間の経過が死別後の適応に関連することが示唆されているのである。

以上を受けて、本研究では自死遺族の意味再構成、社会的状況、死別からの経過月数に着目し、それらが精神的健康に及ぼす影響を検討することを目的とする。

## II. 方法

### 1. 調査対象者と手続き

自死遺族を対象とする本研究では、遺族に対して様々な社会的スティグマがあること、これまで大規模な調査がなされていないこと等から、調査協力を得ることが容易ではないと予想された。そこで本調査では2007年12月から2008年6月の期間において、調査開始時までに確認できた全国の自死遺族支援団体および自助グループ32団体に対して調査協力の依頼を行った。そして協力の得られた23団体に461部の質問票を郵送し、自死遺族に調査用紙を配布してもらうよう依頼した。遺族にはアンケート終了後、返信用封筒での郵送を求めた。本研究では、最終的に回収できた111名分(24.1%)を分析対象とする。対象者の属性は、男性が24名(21.6%)、女性が87名(78.4%)であった。年齢は10代が1名(0.9%)、20代が8名(7.2%)、30代が14名(12.6%)、40代が20名(18.0%)、50代が39名(35.1%)、60代が22名(19.8%)、70代以上が7名(6.3%)であった。故人の属性は男性が70名(63.1%)、女性が41名(36.9%)であった。故人の年齢は、「答えたくない」

と回答したもの1名を除き、10代が14名(12.7%)、20代が30名(27.3%)、30代が23名(20.9%)、40代が17名(15.5%)、50代が11名(10.0%)、60代が11名(10.0%)、そして70代以上が4名(3.6%)であった。さらに故人の続柄は無回答の4名、その他の4名を除き、親が21名(20.4%)、配偶者が23名(22.3%)、きょうだいが11名(10.7%)、子どもが48名(46.6%)であった。死別からの経過月数は平均78.16ヶ月(SD 99.08)であった。なお故人の属性について、4名の回答者が2名の故人を、また1名の回答者が3名の故人を報告したが、本研究では最初に挙げられた故人の属性のみを分析の対象とした。

本調査は国立精神・神経センター倫理審査委員会の承認(平成19年9月21日)を得て実施した。また協力者が質問紙の回答時に、故人の想起などにより心理的負担が生じる可能性を考慮し、そのような負担が生じた際に「答えたくない」という回答項目を設置することで、遺族の心理的負担を和らげる配慮<sup>20)</sup>を行った。

### 2. 調査内容

調査項目には、自殺への態度、支援に対するニーズなどの項目が含まれていたが、本研究では、精神的健康、意味再構成、社会的状況、死別からの経過月数についてたずねた設問への回答を検討する。

#### 1) 精神的健康

**抑うつ・不安傾向** 日本における死別研究では、精神的健康度の指標としてGHQ(The General Health Questionnaire)が頻繁に用いられているが<sup>9)・17)・39)・40)</sup>、欧米では抑うつに関する尺度も多用されている<sup>41)</sup>。そこで本研究では、回答者の負担を軽減するため、項目数が少ないこと、質問項目に答えにくい問いが含まれていないこと、標準化された尺度であることを重視し、抑うつ・不安傾向を測定しうるK6を用いた。これはKesslerらが項目反応理論に基づき提案した精神疾患を効率よく拾い上げるスクリーニング尺度であり、K10の短縮版である<sup>21)・23)</sup>。なおK6では気分・不安障害の頻度10%の集団に対して、9点以上の群では50%以上の確率で気分・不安障害が認められるとされているが、本研究ではカットオフではなく合計得点を連続量として扱うことで精神的健康の指標とした。各項目に対して、過去30日の間でそう感じた頻度を5件法(全



くない=0、いつもある=4)でたずねた。人生の充実感 人間の精神的健康を考えた場合、WHOの健康の定義を引き合いに出すまでもなく、不適応や疾病のみを扱うのではなく、生きがいやQOLといった健康のよりポジティブな側面にも目を向けなければならない。死別研究において、こうした側面を扱った研究は非常に乏しいが、たとえば河合と佐々木<sup>17)</sup>は、配偶者と死別した中高年の幸福感に着目し、GHQによって測定される精神的健康とは、基本属性や死別後の変化との関連が異なっていることを報告している。そこで本研究では、精神的健康のポジティブな側面をより簡便かつ包括的に把握するため、熊野による生きがいとその類似概念(QOL、主観的幸福感、心理的ウェルビーイング)の構造<sup>25)</sup>を参考にした。そして人生肯定、人生の意味、生活の充実感、人生享樂、他者との親密性、そして身体健康の6つの要素に着目した。これらによって構成される精神的健康のポジティブな側面を人生の充実感として操作的に定義し、次元性を想定した質問項目を準備した。各項目に対して、過去30日の間でそう感じた頻度を5件法(全くない=0、いつもある=4)でたずねた。

## 2) 意味再構成

意味理解、有益性発見、アイデンティティ変化の3つの意味生成活動はそれぞれ1項目の質問で測定することができる<sup>4)・5)・6)・12)・26)・29)・36)</sup>。そこで本研究でも、先行研究と同様に、意味理解は「あなたは故人の死を理解できるようになったと感じることはありますか」、有益性発見は「大切な人を亡くされた方の中には、その体験を通じて自身や他者についての何かを学ぶことができたと感じておられる方もいらっしゃる。あなたは、体験を通じて学んだことや気づいたことがあると感じることはありますか」、そしてアイデンティティの変化は「故人の死を通じて、ご自身が何か大きく変わったと感じることはありますか」の質問を準備した。各質問には、4件法(全く感じない=1、強く感じる=4)での回答を求めた。

## 3) 社会的状況

ソーシャル・サポート 死別から現在までの間に得られたと感じる、ソーシャル・サポートについて把握するため、中島ら<sup>32)</sup>を参考に質問項目を準備した。複数の対象(家族、親戚、友人、近隣の住民、職場の上司・同僚など、学校の先生、警察官、消防

職員・救急隊員、医療従事者(医師、看護師、心理士など)、弁護士、宗教家(僧侶、牧師など)、行政職員、民間の遺族支援団体の職員、自死遺族当事者の集まりや団体など、報道関係者、その他)に対して、支えや助けになったと感じた経験についてたずねた。回答の形式として、調査票では、「答えたくない」や「関わりがなかった」との選択肢を設けたが、本研究ではそれらを除いた上で、支えや助けになったと感じた程度を、「なかった=0」「少しあった=1」「中くらいあった=2」「かなりあった=3」「非常にあった=4」で得点化した。ただし「その他」は、無回答や関わりがなかったと回答したものが顕著に多かったため、分析から除外した。二次的傷つき体験 死別から現在までの間に得られたと感じる、二次的傷つき体験について把握するため、中島ら<sup>32)</sup>を参考に質問項目を準備した。ソーシャル・サポートと同様の対象に対して、死別から現在までの間に傷つけられたと感じた経験についてたずねた。傷つけられたと感じた程度を、「なかった=0」「少しあった=1」「中くらいあった=2」「かなりあった=3」「非常にあった=4」で得点化し、「その他」を除く15対象の得点を分析の対象とした。なお中島らは二次被害という言葉を用いているが、本研究では、二次「被害」という表現が自死遺族の経験を表す上で適切かどうか、とくに、自死は遺族にとって一次被害と呼ぶべきか否かという点を考慮し、二次的傷つき体験という表現を用いた<sup>18)</sup>。

## 4) 死別からの経過月数

死別からの経過月数に関して、「亡くなられてから、どのくらいの日にち、年月が経過していますか?」とたずねた。

## III. 結果

### 1. 精神的健康に関する尺度の検討と属性変数との関連

K6の信頼性を確認するため、Cronbachの $\alpha$ 係数を算出したところ.88と高く、内的一貫性が確認できたため合計得点を算出した(平均得点9.59 SD 6.13)。また、人生の充実感に関する尺度の次元性を確認するため主成分分析を行った結果、次元性が確認された(Table1)。Cronbachの $\alpha$ 係数を算出したところ.88と高い内的一貫性が確認できたため、「人生充実感尺度」と命名し合計得点を算出した(平均得点12.88 SD 6.65)。K6の合計得点



Table1 人生充実感尺度の主成分分析結果

項目	成分	共通性
1. 人と会うのが楽しいと感じる	.79	.62
2. 毎日の生活が充実しているように感じる	.87	.76
3. 生きがいがあると感じる	.85	.72
4. 人生には意味があると感じる	.75	.56
5. 食事がおいしいと感じる	.85	.73
6. よく眠れると感じる	.66	.44
平方和	3.82	
寄与率 (%)	63.62	

と人生充実感尺度得点との間には、高い負の相関 ( $r = -.67, p < .001$ ) が見られた。

精神的健康と属性変数との関連を把握するため、対象者の性別、故人の性別に関してはt検定を、対象者の年齢、故人の年齢、そして死別からの経過総月数については相関係数の算出を、故人の続柄に関しては、親、配偶者、きょうだい、子どもの4つを独立変数として一要因分散分析を行った。結果、故人の年齢とK6 ( $r = -.20, p < .05$ ) との間に有意な相関が確認された。総経過月数については、人生充実感 ( $r = .24, p < .05$ ) とK6 ( $r = -.29, p < .01$ ) との間に有意な相関が見られた。その他の属性においては有意な結果が得られなかった。

## 2. 諸変数の基礎統計量と相関関係

意味再構成の3つの活動（意味理解、有益性発見、アイデンティティ変化）、社会的状況（ソーシャル・サポート、二次的傷つき体験）、死別からの経

過月数の平均得点、標準偏差、変数間の相関係数はTable2の通りである。なおソーシャル・サポート、二次的傷つき体験についてCronbachの $\alpha$ 係数を算出した結果、ソーシャル・サポートは.70、二次的傷つき体験は.77と十分な値が確認できたため、合計得点を算出し、以降の分析に用いた。

変数間の相関関係について、意味理解は有益性発見 ( $r = .21, p < .05$ ) との間で有意な値を示した。有益性発見はアイデンティティの変化 ( $r = .50, p < .001$ ) と有意な相関を示した。ソーシャル・サポートと死別からの経過月数の間 ( $r = -.36, p < .001$ ) にも有意な相関が確認された。

## 3. 因果関係の検討

意味再構成、社会的状況、死別からの経過月数の諸変数が精神的健康に与える影響を検討するために、精神的健康のK6、人生充実感をそれぞれ基準変数とした重回帰分析を実施した。なお有益性発見

Table2 意味再構成、社会的状況、死別からの経過月数の平均、標準偏差、相関係数

	平均得点	SD	2	3	4	5	6
1. 意味理解	2.70	.85	.21*	.08	-.01	-.10	.14
2. 有益性発見	3.29	.89		.50***	.16	-.13	.07
3. アイデンティティの変化	3.44	.85			.17	.15	.08
4. ソーシャル・サポート	14.12	7.47				.16	-.36***
5. 二次的傷つき体験	7.81	7.27					-.11
6. 死別からの経過月数	78.16	99.08					

\*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$

Table 3 精神的健康への重回帰分析結果

基準変数	精神的健康	
	K6	人生充実感
説明変数	$\beta$	$\beta$
意味理解	-.24*	.26*
有益性発見	-.21	.19
ソーシャル・サポート	-.09	.33**
二次的傷つき体験	.20	-.16
死別からの経過月数	-.23	.32**
R-square	.26**	.33***

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

とアイデンティティの変化の間に高い相関が認められたことから、多重共線性の問題を回避するため、重回帰モデルにはアイデンティティの変化を除いた5つの変数(意味理解、有益性発見、ソーシャル・サポート、二次的傷つき体験、死別からの経過月数)を説明変数として投入した。

結果、Table3に示したとおりK6と人生充実感の重回帰モデルにおいて、いずれも決定係数が有意な値を示した。K6については、意味理解からの標準偏回帰係数のみが有意であった( $\beta = -.24, p < .05$ )。人生充実感については、意味理解( $\beta = .26, p < .05$ )、ソーシャル・サポート( $\beta = .33, p < .01$ )、死別からの経過月数( $\beta = .32, p < .01$ )からの標準偏回帰係数が有意であった。

#### IV. 考察

本研究の目的は、自死遺族の意味再構成、社会的状況、死別からの経過月数に着目し、それらが精神的健康に及ぼす影響を検討することであった。

精神的健康の指標として抑うつ・不安傾向と人生の充実感に着目し、前者についてはK6を用いて測定することを試みた。また後者については、人生充実感尺度を準備し、一定の信頼性および妥当性を確認した。さらに精神的健康と属性変数との関連を検討したところ、故人の年齢と死別後の経過月数を除いて有意な結果が得られなかった。

続いて意味再構成、社会的状況、死別からの経過月数の基礎統計と相関関係を確認したところ、意味

理解と有益性発見の間に有意な相関関係が認められた。この結果は、意味理解と有益性発見の間には統計的な相関関係は認められないという先行研究<sup>5)</sup>の知見とは一致しない。この結果が、自死遺族に特有のものであるのかどうかについては、他の死因による遺族への調査を展開し、検討することが必要である。また有益性発見とアイデンティティ変化との間に高い相関が確認されたことから、死別の体験からより多くの学びや気づきを得る人は、自分自身が大きく変化したと感ずる傾向にあるといえる。ソーシャル・サポートと死別からの経過月数との間で相関関係が見られたが、これには二通りの解釈が可能である。つまり一方は、死別から時間が経過するほど、周囲からの助けや支えを受けやすくなる可能性であり、他方は時間が経過するほど、周囲からの助けや支えを感じられるようになる可能性である。しかし本研究は、一時点での調査データに基づく検討であるため、ソーシャル・サポートの程度が実際に時間を追っていかに変化するかを測定してはいない。縦断的デザインでの検討が求められる。

重回帰分析の結果、自死遺族の精神的健康には、とくに意味理解の活動が影響を及ぼすことが示された。この結果は、意味再構成の活動が苦痛を和らげることと関連するという先行研究<sup>4), 5), 6), 29)</sup>の結果、さらに意味理解は有益性発見よりも顕著な活動かつ、死別後の適応への強力な予測因子であるとの指摘<sup>12)</sup>と符合する。また死別後に認められたうつ病症状の回復への、自殺に対する意味づけの重要性を指摘した張の見解<sup>2)</sup>とも一致する。

ところで意味了解の平均得点は中位点(2.5)を上回っているものの、Neimeyerらによる大学生を対象とした死別研究<sup>4), 12), 36)</sup>で報告された、平均得点が3以上という結果よりも低い。トラウマ的な死を経験した人は、意味了解が困難であるとの報告<sup>6), 26), 30)</sup>を考慮すれば、本研究の対象となった自死遺族は、いまだ意味を理解しようと苦闘する活動の只中にいるのかもしれない。自死遺族ケアにとって重要なことは、意味了解、すなわち故人の死を理解することの困難に寄り添いながら、それを支えていくことであると考えられる。

先行研究では有益性発見が苦痛の軽減に寄与すると報告されているが<sup>5), 12), 39)</sup>、有益性発見が精神的健康に影響するという因果関係は本研究では確認できなかった。ただし坂口<sup>39)</sup>が指摘するように有益性発見の内容によって適応への影響に差異が生じることも考えられる。有益性発見の内容を詳細に検討した上で、この問題について再度検証することが必要かもしれない。

また人生充実感への重回帰分析の結果からは、意味了解に加えて、周囲から助けや支えを得られたと感じること、死別から時間が経過することが、人生に肯定的な感情を抱くことに影響を及ぼすことがうかがえた。ソーシャル・サポートが死別後の適応を促すという指摘はこれまでもなされていたが<sup>37)</sup>、本研究ではK6への標準偏回帰係数においては有意な値が得られず、人生充実感において有意な値が確認された。ここから、ソーシャル・サポートは抑うつや不安とは直接には関連しないが、生きがいや人生の意味を見出す上で一定の役割を担うことが示唆された。ただし、本研究では自死遺族を取り巻く社会的状況を列記し、各対象からの支えや助けになった程度を測定したため、サポート内容に着目した場合には、本研究とは異なる結果が得られるかもしれない。今後、たとえば坂口<sup>39), 40)</sup>や福岡ら<sup>9)</sup>が検討しているように、情緒的サポートと道具的サポートの具体的な内容と自死遺族の精神的健康との関係について把握することが求められる。

## V. 今後の課題

本研究ではサンプル数の少なさから、対象者を基本属性によって区別することなく重回帰分析に投入したが、たとえば親を亡くした場合と子どもを亡く

した場合には、遺族を取り巻く社会的状況は大きく異なり、また意味再構成のプロセスが死別後の精神的健康に及ぼす影響も異なる可能性がある。今後、より多くのサンプルを収集し、複数の母集団を想定したモデルの検証が必要である。

また今回、自死遺族支援グループおよび自助グループを通じた調査を実施したが、グループに参加しない、あるいはできない遺族が実際には多く存在すると思われる。そしてそうした人々の適応プロセスは、本研究の対象となった、グループに参加する人々のものとは異なることも十分考えられる。実際、インターネットの支援グループに参加している自死遺族は、対面の支援グループに参加している遺族よりも、スティグマを強く感じており、抑うつ傾向が高いことが指摘されている<sup>7)</sup>。今後、さらに調査を展開し、多様な自死遺族への支援方策を検討していくことが必要である。

## 謝辞

本調査にご協力いただいた自死遺族支援団体ならびに自助グループのみなさまに記してお礼申し上げます。

## 引用文献

- 1) Barrett TW, Scott TB : Development of the Grief Experience Questionnaire. *Suicide Life Threat Behav*, 19 : 201-215, 1989.
- 2) 張 賢徳, 津川律子, 李一奉, 他 : 自殺既遂者遺族の悲嘆について—心理学的剖検協力者の追跡調査. *自殺予防と危機介入* 23 : 26-34, 2002.
- 3) Clark S : Bereavement after suicide : How far have we come and where do we go from here? *Crisis*, 22 : 102-108, 2001.
- 4) Currier JM, Holland JM, Neimeyer RA : Sense-making, grief and the experience of violent loss : Toward a mediational model. *Death Stud*, 30 : 403-428, 2006.
- 5) Davis CG, Nolen-Hoeksema S, Larson J : Making sense of loss and benefiting from experience : Two construals of meaning. *J Pers Soc Psychol*, 75 : 561-574, 1998.
- 6) Davis C, Wortman CB, Lehman DR et al :

- Searching for meaning in loss : Are clinical assumptions correct? *Death Stud*, 24 : 497-540, 2000.
- 7) Feigelman W, Gorman BS, Beal KC et al : Internet support groups for suicide survivors : A new mode for gaining bereavement assistance. *Omega* 57 : 217-243, 2008.
  - 8) Frankl VE : *Man's search for meaning*. Touchstone Books, New York, 1962.
  - 9) 福岡欣治, 安藤清志, 松井 豊 : 死別体験後のソーシャル・サポートと心理的適応に関する予備的検討. 静岡文化芸術大学研究紀要 4 : 55-60, 2003.
  - 10) Gillies J, Neimeyer RA : Loss, grief, and the search for significance : Toward a model of meaning reconstruction in bereavement. *Journal of Constructivist Psychology*, 19 : 31-65, 2006.
  - 11) 平山正美監修, グリーフケア・サポートプラザ編 : *自ら逝ったあなた, 遺された私—家族の自死と向きあう*. 朝日新聞社, 東京, 2004.
  - 12) Holland JM, Currier JM, Neimeyer RA : Meaning reconstruction in the first two years of bereavement : The role of sense-making and benefit-finding. *Omega*, 53 : 175-191, 2006.
  - 13) Janoff-Bulman R : *Shattered assumptions : Towards a new psychology of trauma*. Free Press, New York, 1992.
  - 14) 自死遺児編集委員会, あしなが育英会編 : *自殺って言えなかった*. サンマーク出版, 東京, 2002.
  - 15) Jordan JR : Is suicide bereavement different? : A reassessment of the literature. *Suicide Life Threat Behav*, 31, 91- 102, 2001.
  - 16) Jordan JR, McMenamy J : Interventions for suicide survivors : A review of the literature. *Suicide Life Threat Behav*, 34 : 337-349, 2004.
  - 17) 河合千恵子, 佐々木正宏 : 配偶者の死への適応とサクセスフルエイジング—16年にわたる縦断研究からの検討. *心理学研究* 75 : 49-58, 2004.
  - 18) 川野健治 : 自死遺族支援. *精神障害とリハビリテーション* 13 : 137-142, 2009.
  - 19) 川野健治 : 自死遺族の悲嘆と期待されるコミュニケーションの欠如. *ストレス科学* 24 : 24 - 32, 2009.
  - 20) 川野健治, 宮崎朋子, 高崎文子, 他 : 自殺問題に対する態度 (1). 日本社会心理学会第45回大会発表論文集, 508, 2004.
  - 21) 川上憲人, 近藤恭子, 柳田公佑, 他 : 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. 上田 茂 : 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平成16年度総括・分担研究報告書, 国立精神・神経センター精神保健研究所, 東京, 147-169, 2005.
  - 22) 川島大輔 : 意味再構成理論の現状と課題—死別による悲嘆における意味の探求. *心理学評論* 51 : 485-499, 2008.
  - 23) Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ et al : Screening for serious mental illness in the general population. *Arch Gen Psychiatry*, 60 : 184-189, 2003.
  - 24) 吉川武彦 : *地域精神保健活動入門*. 金剛出版, 東京, 1994.
  - 25) 熊野道子 : 生きがいとその類似概念の構造. *健康心理学研究* 19 : 56-66, 2006.
  - 26) Lehman DR, Wortman CB, Williams AF : Long-term effects of losing a spouse or child in a motor vehicle crash. *J Pers Soc Psychol*, 52 : 218-231, 1987.
  - 27) Lindemann E : Symptomatology and management of acute grief. *Am J Psychiatry*, 101 : 141-148, 1944.
  - 28) McIntosh JL : Control group studies of suicide survivors : A review and critique. *Suicide Life Threat Behav*, 23 : 146-61, 1993.
  - 29) McIntosh DN, Silver RC, Wortman CB : Religion's role in adjustment to a negative life event : Coping with the loss of a child. *J Pers Soc Psychol*, 65 : 812-821, 1993.
  - 30) Murphy SA, Johnson LC, Lohan J : Finding meaning in a child's violent death : A five-year prospective analysis of parents' personal narratives and empirical data. *Death*



- Stud, 27 : 381-404, 2003.
- 31) Murphy SA, Johnson LC, Lohan J : Challenging the myths about parents' adjustment after the sudden, violent death of a child. *Journal of Nursing Scholarship*, 35 : 359-364, 2004.
- 32) 中島聡美, 小西聖子, 辰野文理, 他 : 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. 小西聖子 : 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平成18年度総括・分担研究報告書, 国立精神・神経センター精神保健研究所, 東京, 29-57, 2007.
- 33) Neimeyer RA (Ed.) : *Meaning reconstruction and the experience of loss*. American Psychological Association, Washington DC, 2001.
- 34) Neimeyer RA : *Lessons of loss : A guide of coping*. McGraw-Hill, New York, 2002. (鈴木剛子訳 : <大切なもの>を失ったあなたに—喪失をのりこえるガイド. 春秋社, 東京, 2006.)
- 35) Neimeyer RA, Anderson A : *Meaning reconstruction theory*. Thompson N (Ed.) : *Loss and grief : A guide for human services practitioners*. Palgrave, Basingstoke UK, 45-64, 2002.
- 36) Neimeyer RA, Baldwin SA, Gillies J : *Continuing bonds and reconstructing meaning : Mitigating complications in bereavement*. *Death Stud*, 30 : 715-738, 2006.
- 37) 岡林秀樹, 杉澤秀樹, 矢富直美, 他 : 配偶者との死別が高齢者の健康に及ぼす影響と社会的支援の緩衝効果. *心理学研究* 68 : 147-154, 1997.
- 38) Sanders CM : *Surviving grief... And learning to live again*. John Wiley & Sons, New York, 1992. (白根美保子訳 : 死別の悲しみを癒すアドバイスブック—家族を亡くしたあなたに. 筑摩書房, 東京, 2000.)
- 39) 坂口幸弘 : 死別後の心理的プロセスにおける意味の役割—有益性発見に関する検討. *心理学研究* 73 : 275-280, 2002.
- 40) 坂口幸弘 : 死別後の精神的健康に及ぼすソーシャル・サポートの効果—サポート内容に関する検討. *関西福祉科学大学紀要* 8 : 107-117, 2005.
- 41) Sveen CA, Walby FA : *Suicide survivors' mental health and grief reactions : A systematic review of controlled studies*. *Suicide Life Threat Behav*, 38 : 13-29, 2008.
- 42) 高橋祥友 : *自殺の危険—臨床的評価と危機介入 (新訂増補版)*. 金剛出版, 東京, 2006.

## 注

- メンタルヘルス (mental health) には、保健行動としての精神保健と、健康状態としての精神健康の二重の意味があるが<sup>24)</sup>、本研究では自死遺族ケアという精神保健福祉活動への展開を視野に入れつつ、後者に焦点を当てる。
- 本研究が拠り所とする意味再構成理論は、これまでの研究が自責や怒りといった悲嘆の情動的側面を中心に扱ってきた一方で、悲嘆の認知的側面を軽視しているとの批判とともに提唱された理論である<sup>10), 22), 34)</sup>。そのため本研究では理論との整合性を鑑み、悲嘆の認知的側面に焦点化する。

## 【原著論文】

## 死・自殺のイメージスキーマ

the image scheme of death and suicide

荘島幸子<sup>a)</sup>、川島大輔<sup>b)</sup>、川野健治<sup>b)</sup>

Sachiko SHOJIMA, Daisuke KAWASHIMA, Kenji KAWANO

## 【和文抄録】

本研究では、人々が死や自殺に対して持っている、しろうと理論を明らかにするために、自由記述の語りにおける動詞の使われ方に着目して分析を行った。死・自殺にかかわる79句の動詞について、状態動詞・動き動詞・活動動詞・使役動詞に分類した結果、人々が死や自殺に見出す動き<プロセス>には違いがみられた。死は、旅路メタファおよび隣人到来メタファで語られ、自殺は事故メタファおよび因果論のストーリーで語られていた。

## Abstract

To identify lay theories of death and suicide, we analyzed the usage of verbs in free descriptions. Verbs (n = 79) were classified into four types, verbs representing "states," verbs representing "motions," verbs representing "actions," and verbs representing "causations." The results indicated differences between death and suicide related to verbs representing motion, which were contained in process verbs. It is concluded that people talk of death using the "journey" metaphor and the "neighbor coming" metaphor. On the other hand, people talk of suicide using the "accident" metaphor and "cause and effect" stories.

## 【Key Words】

death, suicide, verb, image scheme, suicide prevention

## I. はじめに

人は、その人にとっての世界を理解しようとする際、世界を安定的で秩序があり、予測可能で理解可能なものとみなすために、それぞれ独自の理論を発達させる<sup>1)</sup>。この理論は、「しろうと理論 (lay theory)」と呼ばれる。しろうと理論とは包括的な概念であり、一般の人の持っている信念や考え、知識、説明などを指す。本研究は、人々の持つ死および自殺に対す

るしろうと理論をアンケートの自由記述から把握することを目的とする。死をめぐる「死を回避する、死について無知のままにしている」という文化全般の問題があるという<sup>14)</sup>。しかし人々の死に対する回避的構えは、それを問題としてみるだけではなく、死という未知の世界に対する人々の対処方法として捉え直す必要があるだろう。死や自殺についての人々の説明や考えは、死や自殺のように扱いにくいとされるテーマをいかに自己や自己を取り巻く社会のなかに位置づけるのか、その所作を知る手がかりとなる。

本研究の特徴は次の二点である。第一に、死や自殺への態度を問うアンケートの自由記述を分析対象とした点である。自由記述では、あらかじめ研究者が用意した尺度によって尋ねる手法を採らないため、回答者が自由に語る場が担保されている。そのような場で、人々が死と自殺をどのように関連付けて（あるいは切り離して）語るのか、またそれぞれの概念に対してどのような言葉を持っているのだろうか。Furnham<sup>1)</sup>は、「概念的に関係があると思わ

a) 国立精神・神経センター精神保健研究所  
精神保健計画研究部

Department of Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

b) 国立精神・神経センター精神保健研究所  
自殺予防総合対策センター

Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry  
187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1

4-1-1, Ogawa-higashi, Kodaira, Tokyo 187-8553

れるいくつかのトピックについてもたれているしろうと信念間の関連性は、その信念間の近接や重複や対立を探ることによって明らかにできる」(p.9)と述べている。アンケートには死や自殺への態度や考えを問う項目が含まれていたことから、死・自殺のしろうと理論の関連性は「その信念間の近接や重複や対立」から探ることによって明らかにすることができる。

本研究の第二の特徴は、人々が自由記述で用いた動詞の使われ方に着目した点である。これまで人々が死に対して持つイメージの研究は多くなされているが<sup>2), 8), 9), 10), 12), 16)</sup>、それらの研究では死から連想される語句(たとえば、「終わり」「消滅」)やイメージ(たとえば、「暗い」「不可避」)、感情(たとえば、「悲しい」「恐い)が分析の対象とされていた。本稿では、自由記述で語られた「死」「自殺」という単語(名詞句)にどのような動詞が係っているかを分析することで、人々が死・自殺に対してどのような動きを見出しているのか明らかにする。次項では認知言語学の知見から、動詞を分析対象とする意味を掘り下げてみたい。

### 死・自殺を語る際、人々はどのような動詞を使うのか

認知言語学や認知意味論の領域では、言葉には外部世界を主体的・主観的に意味づけていく言語主体の認知プロセスが反映されていると考えられ、名詞や動詞などの文法カテゴリーもこの認知プロセスとの関連で規定されている<sup>11), 15)</sup>。山梨<sup>17)</sup>によれば、文法カテゴリーは何を表すかによってタイプ分けがなされ、名詞は<モノ>を、動詞は<プロセス>を、形容詞(前置詞、接続詞、副詞を含む)は<非時間的関係>を指示(designate, profile)する。名詞は言語の概念領域内のある区域、すなわち<モノ>を指示する。動詞が指示する<プロセス>とは、ある対象から別の対象への非対称的なエネルギーの交流を連続的に捉え、認知する様を概念化したものである。動詞はこの<プロセス>といわれる、2つの存在間の動的な交流を指し示している。形容詞が指示する<非時間的関係>では、このような概念上の時間の流れはみられない。動詞に含まれる時間概念とエネルギーの交流という特徴は、動詞の分析を行う本稿において重要な意味を持つ。

これらの認知言語学の視点を借りると、従来の死のイメージ研究が死という概念に対して人々が用いる言葉同士の関連、すなわち時間の流れを持たない

静的な構造を解明するのに対して、動詞の使われ方に着目する本稿は、死や自殺という概念に対して人々が用いる言葉同士の関連から時間の流れをもったエネルギーの交流、すなわち<プロセス>を解明する研究として位置づけられる。さらに<プロセス>には、人々の動的なイメージスキーマを見出すことができる。イメージスキーマとは、人間が身体的、知覚的に繰り返し経験を通じて得た動的パターンイメージである<sup>13)</sup>。このイメージスキーマは、人々が社会生活のなかで経験し会得していくものであり、広く人々に共有されている。本稿は、図1に示すように、人々の死・自殺のしろうと理論を動詞の<プロセス>の背景に見出されるイメージスキーマから明らかにしていく。

このような立場をとる本稿に対して示唆に富んだ研究として、川野<sup>5)</sup>がストレスのしろうと理論の構造を検討している。川野<sup>5)</sup>は、ストレスという言葉の使用のされ方は人々が自らの状態を理解し対処する際の、また他者のストレス状況を理解し対処する際の偏向を表しているとし、実際の介入・処方を検討する場合にはその偏向を捉えておく必要があると論じている。川野<sup>5)</sup>は、人々が用いるストレスの比喩表現と慣用表現に注目して分析を行った結果、ストレスの隠喩的スキーマとして「実体である」「蓄積する」「把持される」「制御される」の4つを得た。そしてこれらのスキーマが、「ストレスの原因→状況→制御」という一連のプロトタイプシナリオを形成していることを見出している。プロトタイプシナリオとは時間概念を含んだ概念であり、ここには人々とストレスとのダイナミックな関わりや<プロセス>が映し出されている。死・自殺に対する人々のしろうと理論を扱う本稿も、人々によって用いられる日常の言葉を手がかりにして、語りにくかったり、扱いにくいとされる死・自殺の問題に対処しようとする人々の姿を描きだそうとするものである。

## II. 方法

調査会社のアンケート専用モニターに登録している20代から70代の男女1800名(男性900名、女性900名、各年代300名×6区分)を対象に、2008年12月22日～2008年12月24日にWeb調査によるアンケート「自殺への態度に関する調査」7)を行った。アンケートには、年齢(平均49.6歳)・性別・居住地(高い順に、東京都16.6%、神奈川10.4%、

大阪府 8.8%)・職業 (高い順に、会社員・公務員・団体職員の非管理職 25.2%、主婦 (夫) 専業 23.2%、パート・アルバイト 10.1%)・最終学歴 (小学校・中学校卒 2.9%、高等学校卒 33.6%、短大・専門・高専卒 22.3%、大学卒 37.3%、大学院卒 3.6%) 家族構成 (一人暮らし 13.2%、家族と同居 85.8%、その他 1.0%)・暮らし向き (ゆとり～ややゆとり 18.3%、普通 44.6%、やや苦しい～苦しい 37.1%) といった基本情報のほかに、抑うつ・孤独感・ソーシャルサポートを問う項目が含まれていた。さらに、死や自殺にかかわる態度や不安を問う項目もあった (表1参照)。一連の質問の最後に、「このアンケートに答えてみて気づかれた事やご意見を、なんでも結構ですから次の欄に記入してください」と教示した自由記述欄が設けられており、この欄に書かれたすべての自由記述を本稿の分析対象とした (「特になし」と回答した 35 名を除いたため、最終的に 1765 名 (98%) 分の自由記述を分析対象した)。

TRUSTIA/Mining Assistant (株式会社ジャストシステム) による自由記述の解析では、「死」が用いられた頻度は 315 回、「自殺」が用いられた頻度も 315 回と同率で最も多かった。この解析結果が示すように、自由記述には自殺だけではなく死について語るものも多くみられた。その理由として、アンケート調査で問われた他の質問項目が影響したことが推測されると同時に、人々が死と自殺を並置あるいは対比して語ろうとしていることがうかがえた。つぎに死・自殺という語句にどのような動詞が係っているのかを調べるために TRUSTIA を用いて解析を行ったところ、死にかかわる動詞 36 句、自殺にかかわる動詞 45 句を得た (表2参照)。これらの動詞は認知言語学でいう<プロセス>を指示しており、時間概念やエネルギーの交流を含んでいる。また<プロセス>の背景には、人々に共有されているイメージスキーマがあると仮定される。これらの仮定をふまえると、死・自殺を語るのにどのような動詞が用いられるのかを検討することで、人々が死・自殺に対して共有するイメージスキーマ、すなわち身体的、知覚的に繰り返し経験を通じて得た動的パターンのイメージを解明できる。そしてイメージスキーマの解明は単なる言葉の分析にとどまらず、人々が織り成すダイナミックな関わり、つまり人々が死や自殺に対していかに関わろうとしているのかを明らかにする。

分析手順としては、まず、TRUSTIA による分析で列挙された個々の動詞 (表2) の相互関係や意味を把握するために動詞の分類を行った。動詞の分類にあたっては、動詞の概念的意味を明確に表す語彙概念構造 (Lexical Conceptual Structure, LCS) の基本形に従った。影山<sup>3)</sup>によると、何千とある動詞はそれぞれにばらばらな意味をもつのではなく、意味タイプによって分類できるという。そこで語彙概念構造の基本形とされる、状態 (アル型)、動き (ナル型)、活動 (スル型)、使役 (サセル型) の4つの動詞の意味タイプに従って、自由記述で用いられた動詞の分類を行った (結果1)。つぎに、表2の動詞のうち特に動詞の<プロセス>に焦点化し、人々の死・自殺に対するイメージスキーマを構築した (結果2)。なお、動詞のタイプ分け (結果1) やイメージスキーマの構築 (結果2) については、第一著者が理論的根拠に基づいて分類を行った後、第二著者、第三著者が分類の確認を行い、同意を得た。

### Ⅲ. 結果と考察

結果では、結果1:死・自殺にかかわる動詞の分類と、結果2:動詞<プロセス>からみた人々の死・自殺のイメージスキーマについて述べる。文中、[ ]は動詞である。[not いえる]のように、動詞の前に not が置かれる場合には逆の意味となり、[いえない]を意味する。[ ]内の ( ) は筆者による意味の補足、「」は自由記述からの引用である。なお自由記述は、文章を読みやすくするために一部文章の改変を行った。

#### 結果1. 死・自殺にかかわる動詞の分類

以下では、結果1-1. 状態 (アル型)、結果1-2. 動き (ナル型)、結果1-3. 活動 (スル型)、結果1-4. 使役 (サセル型) の順に、動詞の分類結果を提示する。

##### 結果1-1. 死・自殺にかかわる状態動詞

状態	アル型
動詞	死:[ 違う ]
	自殺:[ 違う ][ 絡む ][ いえる (=である) ] [not いえる ]

結果1-1では、死・自殺にかかわる状態動詞をみていく。状態動詞は、アル型を基盤に持ち、明確なくプロセス:概念上の時間における、ある対象か



ら別の対象への非対称的なエネルギーの連続的な交流>を含まない。死と自殺に共通してみられた状態動詞「違う」は、自由記述では「死と自殺は違うものだ」と語られていたことから、死・自殺両方に分類した。死の状態動詞は「違う」のみであり、自殺では他に「絡む」「いえる(=である)」「not いえる」という3句の状態動詞が用いられていた。「絡む」の自由記述は、「汚職に絡んだ自殺」であり、自殺の背景に原因(汚職)を推測する語りであった。「いえる」の自由記述は「自殺は社会問題といえる(=である)」であり、「not いえる」は「自殺がケースバイケースで一概にいえない」であった。死・自殺にかかわる状態動詞の用いられ方からは、人々が死と自殺を「違う」ものとして対照的に捉える対比的な認識が見出された。また、自殺が何らかの背景のもとに起きるといふ人々の思考が見出された。

### 結果1-2. 死・自殺にかかわる動き動詞

動き動詞は、さらに(1)変化動詞(2)移動動詞の2つに分けられる。(1)変化動詞と(2)移動動詞はナル型を基盤にもつ動詞である。両者の相違点は、(1)変化動詞には、主体(主語)の位置を変えるような動作や作用が含まれていない点である。

#### (1) 変化動詞

動き(変化)	ナル型
動詞	死:[変わる][始まる] 自殺:[なる][増える][減る][not なくなる][起こる(=起きる)][not 起こる]

ここでは動き動詞のうち、変化動詞をみていく。死では「変わる」「始まる」という2句の変化動詞が用いられていた。「変わる」は、自由記述では「子どもの誕生を境に、死に対する考えが変わった」と語られ、「始まる」は「生まれた時から死が始まると考えている」と語られていた。自由記述の内容からは、死に対する考えや認識、そしてその変容が個人の人生やライフイベントと密接に関連することがうかがえた。さらに自分や他者の誕生といった、自他の生にまつわる出来事が死に対する考えが変化する契機となっていた。個人にとって生が前景化する時、同時に死もまた前景化するといえるかもしれない。

一方自殺では、「なる」「増える」「減る」「not なくなる」「起こる(=起きる)」「not 起こる」という6句

の変化動詞が用いられていた。このうち「なる、増える、減る、not なくなる」は、自殺を社会問題とみなし、自殺者数の変化や動向について語る自由記述にみられた動詞である。「なる」は、ある時点から自殺が社会問題として浮上したこと(問題ではなかった自殺→問題となった自殺)、「増える、減る」は、自殺者数が増えることを憂い、その減少や自殺が起こらないこと「not 起こる」を望む語りであった。しかし、「自殺はなくなる[not なくなる]」という推測の語りもみられた。「起きる、起こる」とは、事態や動きが新しく生じる事態を表す変化動詞であり、自殺の発生までの一連の変化を意味する。発生という言葉が言い表しているように、死が語られる時の変化動詞「始まる」とは異なり、自殺では個人の人生の時間と絡んだ変化は見出せない。自殺に関わる変化動詞「なる」では、ある特徴をもった時代(「今の世の中、心悩んでいる人が多い」「昔は即日に知りえない情報があふれ、手にでき、知ることが出来る。インターネットによる呼びかけ、ニュースにより引き金に、少子化により孤独な時間が長すぎる)ゆえに、自殺が問題と「なる」様が語られていた。また、自殺に関わる変化動詞「起こる(=起きる)」では、自殺が「起こる(=起きる)」のはある瞬間、ある時点で単発的に発生することが仮定されている。「なる」「起こる(=起きる)」のいずれの動詞においても、今、生きている個人とは切り離された時間軸のなかで自殺という出来事や問題が展開していると思われた。

#### (2) 移動動詞

動き(移動)	ナル型
動詞	死:[訪れる][来る][近づく][たどり着く][やって来る][至る][向かう][立ち止まって考える] 自殺:該当なし

ここでは動き動詞のうち、移動動詞をみていく。結果1-2(1)変化動詞では、死は個人の人生という時間軸のなかで語られる一方で、自殺はある時代背景や単発的な時間軸上で個人と切り離されて語られる、という対比構造がみられた。移動動詞をみると、自殺と死の対比は一層明白なものとなる。死では、「訪れる」「来る」「近づく」「たどり着く」「やって来る」「至る」「向かう」「立ち止まって(考える)」という8句の移動動詞が用いられた一方、自殺では

移動動詞は用いられていなかった。

死にかかわる8句の移動動詞はいずれも自由記述において、人が死ぬことや死に近い状態を語るために用いられていた。これらの移動動詞は、死を主語とする動詞と死を主語としない動詞に分けられる。死を主語とする移動動詞とは、[訪れる、来る、近づく、やって来る]である。これらの移動動詞は、「死」がだんだんと人間のほうに近接してくる過程を表している。死が人のほうに移動するという動きは、死を擬人化した言い回しでもある。死が人に近接する様子を表すには、他にも“(死が)襲う”、“降りかかる”といった動詞を用いて表現することも可能である。本稿の自由記述で上記の移動動詞のみが用いられたのは、死と自殺を対比して語るときに、“襲う”や“降りかかる”のように攻撃性や不意を孕んだ動詞はあえて用いられなかったと考えることが妥当だろう。つまり、人々が自殺と対比して死を語る場合には、突然死や急死のような不意に前触れもなく生じる死は捨象されて語られ、日常生活の延長線上にあるような穏やかな死を連想させる動詞が用いられることが推測された。

また死にかかわる移動動詞に「必ず(する)」という副詞の使用がみられたことや、「私はもう少し生きていたいと思いますが、死がきたらそれは仕方がないと思う」という自由記述からは、個人の力の及ばない死の不可避性や制御不能な一面があわせて語られていることが明らかとなった。本稿では死にかかわる移動動詞では死が人に近接する方向性のみがみられ、(死が人から)遠のく、去る、離れるといった、死が人から分離する方向を示す移動動詞は用いられていなかった。

つぎに、死を主語としない移動動詞[目前にする、たどり着く、至る、向かう、立ち止まって(考える)]をみていく。これらの移動動詞の主語は、主体としての語り手個人(以下、動作主)と推測される。このうち到達を意味する移動動詞[目前にする、たどり着く、至る]は、到達の結果を意味する動詞である。[目前にする]は、動作主が目的地に[向かう]結果、到達の目前までやって来た自己を認識している状態である。[たどり着く、至る]は、到達を意味し、そこには苦労や曲折の末にようやく行きつくという意味が含まれている。

つぎに、[向かう]は到達までの過程を表す移動動詞である。これらの移動動詞が使用されること

で、死が「まっとう」(死にかかわる自由記述で用いられる副詞)に[向かう]果てにしか[目前にする、たどり着く、至る]ことができない場所として描かれていた。最後に、[立ち止まって(考える)]は、本来[考える]の複合動詞であるため活動動詞に分類されるが、[立ち止まって]に着目すると動作主が移動を中断する行為とみることができると、移動動詞と活動動詞の双方に分類した。自由記述では、「生きていく上で死や命に対して[立ち止まって考える]ことは大切なので」と語られていた。[立ち止まって考える]には[考える]だけでは言い表せない、歩みを止めるという動作主の身体的行為が含まれているとみることが重要であろう。死が個人の人生と密接に関連していることは先に述べたが、[立ち止まって]という移動動詞からはいったん主体と死とを切り離すことによって死や死にまつわる物事を外側から眺めようとする動作主の姿勢と、[向かう]過程に逆らう動作主のエネルギーを感じ取ることができる。

以上から、死・自殺にかかわる移動動詞では、人が死に向かう過程および死が擬人化されて人のほうに近づいてくる過程が明らかになった。自殺にかかわる移動動詞はなく、人々の死・自殺に対する対比的な見方が示された。

結果1-3. 死・自殺にかかわる活動動詞

活動	スル型
動詞	死-認識： [決す][選ぶ][選択する][望む][受け入れる][迎える][迎え入れる][not 怖れる][覚悟する][not 避ける][not コントロール][not 分かる]
	死-関与： [見つめる][向き合う][立ち止まって考える][確認する][not 考える][not 感じる][not 理解する][not 見つめる][知る][語り合う][話し合う][not 選ぶ][隠す]
	自殺-認識： [する][望む][選択する][思い立つ][考える][悩む][解決する(1)][残す][ブレーキをかける][避ける][止める][食い止める][取り組む][阻止する][防ぐ][無くす][解決する(2)][not 認める][あり(認める)][not 否定する][not 許す][not する]
	自殺-関与： [耳にする][見る][聞く][触れる][not 整理する][not 片づける][not 考える][not 話し合う][not 理解する][戒める]

結果1-3では、死・自殺に関わる活動動詞をみ

ていく。活動動詞は動作の継続を表し、結果や動作の限界点をもたない動詞である。死にかかわる活動動詞は25句、自殺にかかわる活動動詞は32句あり、死・自殺双方とも動詞の4つのタイプのなかで最も多くみられた。そこで(1)認識(2)関与という観点から、死・自殺にかかわる上記の動詞をそれぞれ分類した。これらは、人々が死や自殺をどのように評価し(認識)、現実世界でどのように関わっているのか、あるいは関わろうとしているのか(関与)をみる基準である。

### (1) 活動動詞からみる人々の死・自殺に対する認識

死-認識に分類された12句の活動動詞のうち、[決す、選ぶ、選択する、望む]はいずれも自由記述において自殺について語る文脈で用いられていた。[選択する、望む]は、自殺-認識に分類された活動動詞にも共通してみられたことから、死と自殺では共通する動詞が用いられることが明らかとなった。しかし、結果1-1でみられた[違う]でも語られていたように(「死と自殺は違うものだ」)、自殺が死のあり方の一つとして位置づけられながらも非典型的な死として認識されていることが読み取れた。

自殺-認識に分類された22句の活動動詞のうち、自殺の発生過程を表す活動動詞には[する、悩む、思い立つ、考える、解決する(1)、残す]があった。[する]は自殺にかかわる活動動詞であり、死にはみられなかった。ここからは、自殺は[する]行為だが、死は[する]行為ではないという人々の認識が見出された。死は、移動動詞[訪れる]が表しているように、動作主の意図、意志と無関係に生じる。また結果1-2(2)で死にかかわる移動動詞[たどり着く、至る]が表しているように、死は紆余曲折の果てにようやくたどり着く目的地、終着地である一方で、死・自殺を対比的にみれば、自殺はそれと対照的な行為となる。つまり、自殺は個人にとっての最終の目的地になり得ないことを前提とした意志[望む、選択する]をもった行為という認識である。[思い立つ、考える]は、死にはみられない自殺に特有な活動動詞である。[思い立つ]には、ある時点で自殺の考えが急浮上する様子が表れている。思う、ではなく[思い立つ]という活動動詞に込められているのは、ふいに脳裏に自殺の考えが立ち上がってくる様である。[考える]は、自由記述では「誤診

を受け自殺を考えたことがある」であり、[思い立つ]と同義である。さらに[思い立つ、考える]には、変化動詞で述べた自殺の発生過程に関する時間の単発的な側面を見出すことができる。[解決する(1)]は、自由記述で「人生いろいろなことがあります、自殺で解決できるのでしょうか」と語られており、動作主は自殺の意志を持つという人々の認識が見出された。自殺の場合のみ、発生後に[(遺族を)残す]という動詞が用いられていた。死の場合にも遺される者がいるはずであるが、自殺の場合にはここまで見てきたような自殺という出来事の突発性と特殊性から、とりわけ[残す]という意味合いが強くなることが推測された。

つぎに、死-認識に分類された[not 避ける、not コントロール、not 分かる(死期)]には、人々が死の不可避性や制御不能性という側面を認識していることが見出された。この死の不可避性に対応して、人々は[受け入れる、迎える、迎え入れる、not 怖れる、覚悟する]という活動動詞を用いており、死の受容と解釈できる構えを持っていることがうかがえた。一方の自殺では、結果1-1の状態動詞[なる(社会問題)、増える、減る]に対して、[ブレーキをかける、避ける、止める、食い止める、阻止する、防ぐ、無くす、解決する(2)]といった活動動詞が対応していた。[食い止める、ブレーキをかける]は自殺の危機が迫った状態での介入であり、その他の活動動詞では広く社会全体に働きかける自殺の抑止活動と受け取れる。これらの活動動詞からは死が不可避であり、その訪れが穏やかに受容されるものであるのに対して自殺は避けられなければならない、すなわち受容してはならないという点で対照的な人々の認識が明らかとなった。自殺-認識に分類された[not 認める、あり(認める)、not 否定する、not 許す]、死-認識に分類された[not 選ぶ]([自ら死を選ぶべきではない])は、自由記述において自殺に対して価値判断を下す文脈で用いられていた。価値判断には肯定と否定の両方が含まれていた。

### (2) 活動動詞からみる人々の死・自殺に対する関与

死-関与に分類された13句の活動動詞のうち、死についての思考を表す動詞に[見つめる、向き合う、立ち止まって考える、確認する]があった。これらの活動動詞が死について1人で思考する様を



表しているのに対して、[知る、語り合う、話し合う]は他者が関与する活動動詞である。[知る]では「他者の死に関する考えを知りたい」という願望が語られ、[語り合う][話し合う]では他者と死について語る必要性や願望が示されていた。一方、自殺-関与に分類された10句の活動動詞には他者が関与した活動動詞はみられず、話し合わない[not 話し合う]という人々の自殺に対する対処、関わりが見受けられた。自殺について思考する動詞はみられなかったが、[耳にする、聞く、触れる]といった活動動詞が用いられていることから、ニュースなどで社会問題として扱われる自殺の情報を人々が受動的に得ている様子がかがえた。しかし自殺に関する情報は得ても、動作主がそれを整理できない[not 整理する]、片づけられない[not 片づける]、自殺について考えない[not 考える]状況が見受けられた。また死-関与に分類された活動動詞にも[not 見つめる、not 考える、not 感じる、not 理解する]があり、自由記述では「死に対する感情が理解できない状態」と語られていた。ここから、死・自殺から積極的に距離を置こうとする人々の関与のあり方が明らかになった。死と異なり、自殺の場合には関与の困難さがあると思われた。

つぎに、死-関与の[隠す]と自殺-関与の[戒める]を取り上げる。[隠す]は、自由記述では「死についてはとくに隠したりするほうが余計に不自然」という文脈で用いられていた。[戒める]は、「自殺を戒める宗教が死の恐怖を和らげる」という文脈で用いられていた。このことは、人々の死・自殺に対する関与のあり方として死や自殺を[隠す][戒める]所作があることを示している。冒頭に、「死を回避する、死について無知のままである」という文化全般の問題があることを指摘したが、アンケートの自由記述からも同様の結果が提示されたといえよう。

以上から、死・自殺にかかわる活動動詞では、人々が自殺を非典型的な死として捉えていることが明らかになった。また、死が避けられないものとして認識される一方で、自殺は止めなければならないものとして捉えられていた。死・自殺に対する関与については、死について思考したり他者と共有するといった関与がみられたが、自殺では他者と自殺について対話するような関与はみられなかった。さらに死・自殺を回避しようとする関与の方向性もみられた。

#### 結果1-4. 死・自殺にかかわる使役動詞

使役	サセル型
動詞	死：該当なし
	自殺：[追い込む][促す]

結果1-4では、死・自殺にかかわる使役動詞をみていく。使役とは「～させる」という表現形態を指す文法上の概念である。他動詞の一種で、主語の動作・行為の結果として、目的語に特定の動作や行為を行わせる動詞である<sup>4)</sup>。死では、使役動詞は用いられていなかった。自殺では、[追い込む][促す]の2句が使役動詞に当たると判断した。自由記述では「いじめ」や「多重債務」の問題が人を自殺に[追い込む、促す]という使われ方がされていたことから、自殺が何らかの原因によって引き起こされるといふ人々の因果論的思考が推測された。この因果論的思考は、結果1-1で取り上げた汚職に[絡む]自殺にも見受けられる思考である。

一方、死では使役動詞はみられなかった。死は[訪れる、やって来る]ものではあるが、何らかの原因が人を死に追い込むものではないという人々の認識がかがえた。しかし、病死をはじめ、死には必ず何かの原因がある。たとえ老衰死のように、死因と推定できる病気がなくとも老衰が死を引き起こしたというように原因を語ることは本来可能である。にもかかわらず、それは自然死と呼ばれる。「病気が人を死に追いやる、追い込む」という表現は一般的なものであるが、本稿が分析対象とした自由記述ではそのような表現はみられなかった。この結果は自殺と死を対比して語る空間ゆえに映し出された、人々の死・自殺に対する特徴的な認識といえるかもしれない。

#### 結果2. 動詞<プロセス>からみた人々の死・自のイメージスキーマ

結果2では、動詞の<プロセス>、すなわち「ある対象から別の対象への非対称的なエネルギーの連続的な交流」に焦点化し、人々の死・自殺のイメージスキーマを構築する。エネルギーの交流という観点から、動詞を分類したものが表3である。死では、①エネルギーの移動(動作主)、②エネルギーの移動(not 動作主)、③エネルギーの移動の結果、④エネルギーの受け止め、⑤エネルギーの移動に対する制止、⑥エネルギーの交流、の6つの<プロセス>に分類された。自殺では、①エネルギーの発生



(動作主)、②エネルギーの継続(動作主)、③エネルギーの移動(not 動作主)、④エネルギーの移動の結果、⑤エネルギーの移動に対する制止、⑥エネルギーの交流、の6つの<プロセス>に分類された。なお、各<プロセス>に分類された動詞は、<プロセス>性をもつ動詞に限って分類を行ったため、結果1で分析された全ての動詞を分類の対象とはしなかった。

#### (1) 動詞<プロセス>からみた人々の死のイメージスキーマ

死のイメージスキーマには6つの<プロセス>が見出された。①エネルギーの移動(動作主)[向かう]は、③エネルギーの移動の結果[目前にする、たどり着く、至る]を導くが、これは人生という長い時間をかけた動作主による移動である。死への移動は空間的な距離でも表されている。つまり、死が自己の先にあり、人生をかけて徐々に死との距離を詰めていくというイメージスキーマである。それはたとえるならば死を終着点とした旅路のメタファで表されるだろう。ここでメタファとは、イメージスキーマのまとまりに意味が付与された表象である。つぎに、②エネルギーの移動(not 動作主)[始まる、訪れる、来る、近づく、やって来る]は、④エネルギーの受け止め[受け入れる、迎える、迎え入れる、覚悟する]と対応するが、これは擬人化された死が個人のほうへと近づくのを迎え入れるという、いわば隣人到来のメタファである。そして、死の到来は個人によって拒否されることはない。つまり、⑤エネルギーの移動に対する制止において、制止はなされない[not 避ける、not コントロール]。自己に向かう死というエネルギーは人に向かって徐々に、確実に移動してくるのであり、個人に覚悟をもって受け入れられるのみである。

死のイメージスキーマにおける⑥エネルギーの交流は、(1)交流あり(交流対象=死)、(2)交流あり(交流対象=他者)、(3)交流なしという3つのバリエーションがみられた。(1)交流あり(交流対象=死)は、個人が直接死と向かい合う図式である[見つめる、向き合う、立ち止まって考える、確認する]。(2)交流あり(交流対象=他者)は、個人間における死をめぐる対話図式である[知る、語り合う、話し合う]。ここで対話する個人は、誰もが死に向かい、そして死という隣人をいずれ迎え入れ

るいわば同志である。(3)交流なしは、死と向かい合うことへの抵抗・回避という非交流図式である。この図式の次元は、個人内の次元[not 考える、not 感じる、not 見つめる]から、文化的な次元[隠す]まで広がっていた。

#### (2) 動詞<プロセス>からみた人々の自殺のイメージスキーマ

自殺のイメージスキーマには6つの<プロセス>が見出された。自殺発生<プロセス>には2つのイメージスキーマがみられた。1つめは、①エネルギーの発生(動作主)[する、望む、選択する、思い立つ、考える]から、②エネルギーの継続(動作主)[悩む]へ、そこから④エネルギーの移動の結果[起きる(=起こる)、残す]が生じるというイメージスキーマである。2つめは、③エネルギーの移動(not 動作主)[追い込む、促す]から、④エネルギーの移動の結果[死ぬ、亡くなる、起きる(=起こる)、残す、後悔する]が導かれるというイメージスキーマである。前者が個人内で完結する自殺発生<プロセス>であるのに対し、後者は他者との関係性において生じる自殺を表している。双方のイメージスキーマとも、自殺発生後(④エネルギーの移動の結果)には他者を巻き込んだ[残す、後悔する]結果がもたらされている。自殺発生<プロセス>では、⑤エネルギーの移動に対する制止がなされる[ブレーキをかける、避ける、止める、食い止める、阻止する、防ぐ、無くす、解決する(2)、取り組む、戒める]ことから、死へのエネルギーとそれを止めるエネルギーの対立図式が見て取れる。

自殺のイメージスキーマにおける、⑥エネルギーの交流は(1)交流ありと(2)交流なしに分けられた。(1)交流ありは、個人が自殺に対して受動的かわりをもつ図式であった[耳にする、見る、聞く、触れる]。(2)交流なしは、個人が自殺問題に向かうとするものの問題の複雑さや説明しきれなさの前に佇む図式[not 整理する、not 片づける]と、自殺問題に向かい合うことを回避する非交流図式[not 考える]、個人間での自殺をめぐる対話の困難な図式[not 話し合う]であった。

さらに、これらの<プロセス>について動作主の視点から整理すると、自殺のイメージスキーマを支えるメタファとストーリーが浮上する。ストーリーもメタファと同様に意味を有している。1つめは、

いくなれば事故としての自殺というメタファで表現されるものである。2つめは、自殺の背景に仮定される個人と他者の関係性を含んだストーリーとしての自殺である。前者は自殺を人々から切り離して「出来事」や「社会問題」という観点から語る文脈であり、後者は「自殺にかかわった人々」に焦点をおいた文脈である。自殺を出来事や社会問題としてみる事故メタファは自殺が[起きる(=起こる)]を基本形にして、⑤エネルギーの移動に対する制止[ブレーキをかける、避ける、止める、食い止める、阻止する、防ぐ、無くす、解決する(2)、取り組む、戒める]、⑥エネルギーの交流あり[耳にする、見る、聞く、触れる]へと展開する。事故は、発生頻度が少ない事象であり、思いがけず降りかかった災難というニュアンスが含まれている。自殺の場合、人は事故を起こした存在ではなく事故に遭遇した、あるいは事故に見舞われた受動的な存在となる(例えば、事故メタファでは「あの人は自殺をを起こしてしまった」とはいわない)。事故は、極力起きないようにすべきものとみなされ、また事故と直接関係のない多くのその他の人々はニュースで見たり、聞いたりするというように問題に対して受動的な関わりにとどまるのである。

「自殺にかかわった人々」に焦点をおいた自殺の背景に仮定されるストーリーには、自殺者は自ら決断して自殺するというストーリーと自殺者が何者かによって自殺に追い込まれるという2つのストーリーが語られていた。いずれのストーリーも自殺が起きる原因を仮定するストーリーであったことから、自殺の背景にある、個人と他者との関係性を含んだストーリーは因果論的思考によって構成されていると結論づけられた。

#### IV. 総合考察

本稿では、自由記述で用いられた動詞の分類から、人々の死・自殺に対するイメージスキーマを明らかにしてきた。結果をふまえ、総合考察では(1)自死遺族支援および(2)普及啓発という観点から、自殺予防への示唆を示す。

自殺によって大切な人を失った遺族への支援は、2007年に策定された自殺総合対策大綱において重点課題の1つに明記され、2009年には「自死遺族を支えるために～相談担当者のための指針～自死で

遺された人に対する支援とケア」が作成された。しかし、遺族を取り巻く社会的状況にはいまだ偏見や誤解があり、支援者を含む周囲からの支援を得にくい状況に置かれている<sup>6)</sup>。本稿で検討を行った死・自殺のイメージスキーマを自死遺族支援に引きつけて捉えなおすと、周囲からの支援を得にくい状況の根底にある死・自殺をめぐるイメージスキーマの対照性が際立ってくる。まず、人々が自殺を死と比較して非典型的な死とみなす見方がある。この見方は、死が旅路のメタファや隣人到来のメタファで語られるのに対して、自殺は事故のメタファで語られる点にも反映されている。死・自殺のメタファの対照性は、人々の死・自殺に対する認識や関わりを異なるものとしている。死が、人生の終着として回避できないものであるという意味で受容しやすいのに対して、自殺は不本意に被ってしまった事故・災難であり、起こらないように最大限の配慮をしなくてはならないものとして捉えられる。事故・災難ははじめからそれが起きることが容認されない出来事であるが、完全に防止することはできない類のものである(たとえば、自殺にかかわる変化動詞には[not なくなる]([自殺はなくなる])がある)。しかし、人々の認識における時代背景の違いなどによって、自殺者が増えたり減ったりする[増える][減る]のために、人々はより一層自殺に対して[解決]すべき、[阻止]すべき、[食い止める]べき社会問題という見方をする。このような見方は、自殺を[戒める]態度や文化にもつながっていると思われる。自殺が事故メタファで語られることは、自死遺族自身が自殺という死と向き合うことを困難にするのではないだろうか。それは、自殺は[解決]すべき、つまりは予防すべきものである、という人々の認識が、自殺に対する偏見や誤解を生み出す態度につながっているかもしれないからである。

また、死・自殺にかかわる動詞には時間軸の違いが顕著にみられた。この点については、人はいずれ人生の最後に自分に訪れる死に対して備えることができるが、自殺という人生の時間軸から外れたところで生じる事故に対する備えはしないということがいえる(世間では事故に対する備えは万全しておくべきと謳われるが、自殺の場合にはそのように語られることはない)。また死・自殺の後については、死の場合にはその場にふさわしい作法や振る舞いがある程度文化的に定式化されている一方で、自

殺の場合には突如起きた事故に対する周囲の振る舞いは様ではない。そのために、ある者は沈黙し、ある者は通常の死と同様の定式化された振る舞いをするかもしれない。ある者は感情的に反応するかもしれない。遺族もまた、自殺について語る言葉を持たないかもしれず、双方のコミュニケーションは一層困難になる。しかし一方で、自殺の背景に見出された因果論ストーリー（自殺者は意志をもって自殺を選択した、あるいは自殺者は原因があって自殺に迫り込まれた）は、自殺の原因探しや、個性性を無視した形でストーリーを展開する可能性がある。また自殺の原因を故人の人間性や外的状況に集約させるという点で、遺族の語り直しを阻むだけでなく、二次的傷つきを助長するものとなる。それでは自死遺族支援に必要なものは何であろうか。遺族支援の留意点としてはいけない対応はガイドラインに詳しく記載されているが、本稿で示唆されることは、自死遺族の経験の個別性に配慮し、周囲が納得するための安易な因果論的ストーリーを早急に作るのではなく、ストーリーを簡単に語れないところでも踏みとどまることではないだろうか。遺族が語るストーリーの矛盾を周囲が受け止め、遺族の語れなさに寄り添うことが必要だろう。

つぎに、普及啓発の観点からみると、一般市民が自殺を社会問題としてだけでなく、自らの問題に引き寄せて関わる姿勢が求められよう。しかし、個人が自殺に向かい合うことは困難な現状[not 整理する][not 片付ける]が示された。ここには別の問題もある。それは、自殺の問題に触れることはあっても、それ以上に自殺に関する知識を得たり、他者と自殺について対話する機会が与えられていないという問題である。では、社会問題としての自殺を超えて、我々は自殺の何についてどのように他者と対話すればよいのだろうか。本稿はこの問いに対する明確な回答は持ち合わせていない。教育に視野を広げれば、死の教育（デス・エデュケーション）の実践は積み上げられてきているが、予防を意図した自殺に関する教育はまだ端緒についたばかりである。ここにも死と自殺の対照性がみられる。自殺予防教育は、教育という文脈における大人と子どもの自殺をめぐる対話ともいえる。今後は、自殺を語り合うための文脈を用意し、対話をするための場作りをしていくことが重要であろう。

## V. 本研究の課題

最後に、本研究の課題について触れる。

第一に、本研究の結果は、調査対象者の特性に影響を受けることが推測される。本研究ではウェブを通じたアンケート調査を実施したために母集団を特定することができなかった。また調査対象者は、調査会社のアンケート専用モニターに登録しているという点でも特徴的である。調査協力への意識が高く、一定程度生活環境が整った者が対象者となっている可能性が高い。この点で自由記述に書かれた内容への影響は小さくないと思われた。今後母集団を特定した検証が望まれる。

第二に、本研究で扱った自由記述は、アンケート調査において自殺と死を対比するなかで生み出された語りである。このことは本研究が推論できる範囲を限定する制約として捉えるのではなく、死と自殺を対比して語る文脈があったからこそ、人々の死と自殺に対する認識のコントラストがより一層明白になったと考えることができよう。また一般的に、死のタブー視など死や自殺を語りにくい社会的状況があるなかでは、死や自殺について語る文脈がなければそれらについて人々の語りを引き出すことは不可能であろう。しかし一方において、本研究が扱った語りの背後には、本研究が置かれている文脈であるがゆえに埋もれてしまった語りもあるかもしれない。今後は、多様な文脈のなかで、人々が死や自殺について何を語るのか、その語りがどのように展開するのかみていく必要があるだろう。

## 文 献

- 1) Furnham AF: Lay theories: Everyday Understanding of Problems in the Social Sciences. Pergamon Press, 1988. (細江達郎 (監訳) 田名場忍・田名場美雪 (訳): しろうと理論 - 日常性の心理学, 北大路書房, 京都, 1993.)
- 2) 藤井美和: 大学生のもつ「死」のイメージ - テキストマイニングによる分析. 関西学院大学社会学部紀要 95: 145-155, 2003.
- 3) 影山太郎: 動詞意味論 (日英語対照研究シリーズ (5)), くろしお出版, 東京, 2006.

- 4) 加藤あや美：使役構文における強制使役と自発使役について．桜花学園大学人文学部研究紀要 11：21-30, 2009.
- 5) 川野健治：ストレスのしろうと理論の構造と変動－新聞の読者投稿欄の分析から．日本質的心理学会第6回大会シンポジウム（テキストマイニングと質的研究の地平）配布資料，2009.
- 6) 川野健治：自死遺族支援．精神障害とリハビリテーション 13（2）：17-22, 2009.
- 7) 川野健治・川島大輔・小山達也他：自死遺族当事者の悲嘆およびケアへのニーズに関する調査研究（厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業総合研究報告書）（主任研究者 川野健治）研究報告書，pp141-160, 2008.
- 8) 松下姫歌，尾方綾：青年期における死の不安と「死」・「生」・「自己」のイメージ－DASとSD法を用いて．広島大学心理学研究 7：325-337, 2007.
- 9) 森木朋佳：小学生が持つ生や死についてのイメージに関する考察－自由記述式の質問紙調査に基づいて．鹿児島純心女子短期大学研究紀要 38：135-146, 2008.
- 10) 西岡和代：子どもの自殺についての一研究．大阪教育大学障害児教育紀要 14：63-81, 1991.
- 11) 佐藤琢三：自動詞文と他動詞文の意味論，笠間書院，東京，2007.
- 12) 渋谷園枝，渋谷昌三：「生」と「死」のイメージ調査の基礎的分析．山梨医大紀要 8：41-52, 1991.
- 13) 杉村和枝，赤堀侃司，楠見孝：多義動詞のイメージスキーマ－日本語・英語におけるイメージスキーマの共通性の分析．日本語教育 99：48-59, 1998.
- 14) 高橋都，一ノ瀬正樹：死生学 [5]－医と法をめぐる生死の境界，東京大学出版会，東京，2008.
- 15) 田中茂範，松本曜：空間と移動の表現（日英語比較選書 6），研究社，東京，2003.
- 16) 丹下智香子：「死」からの連想後の KJ 法による分類－死生観の構造の検討．名古屋大学紀要 49：157-168, 2002.
- 17) 山梨正明：概念化と意味の世界－認知意味論のアプローチ（講座 認知言語学のフロンティア 3），研究社，東京，2008.



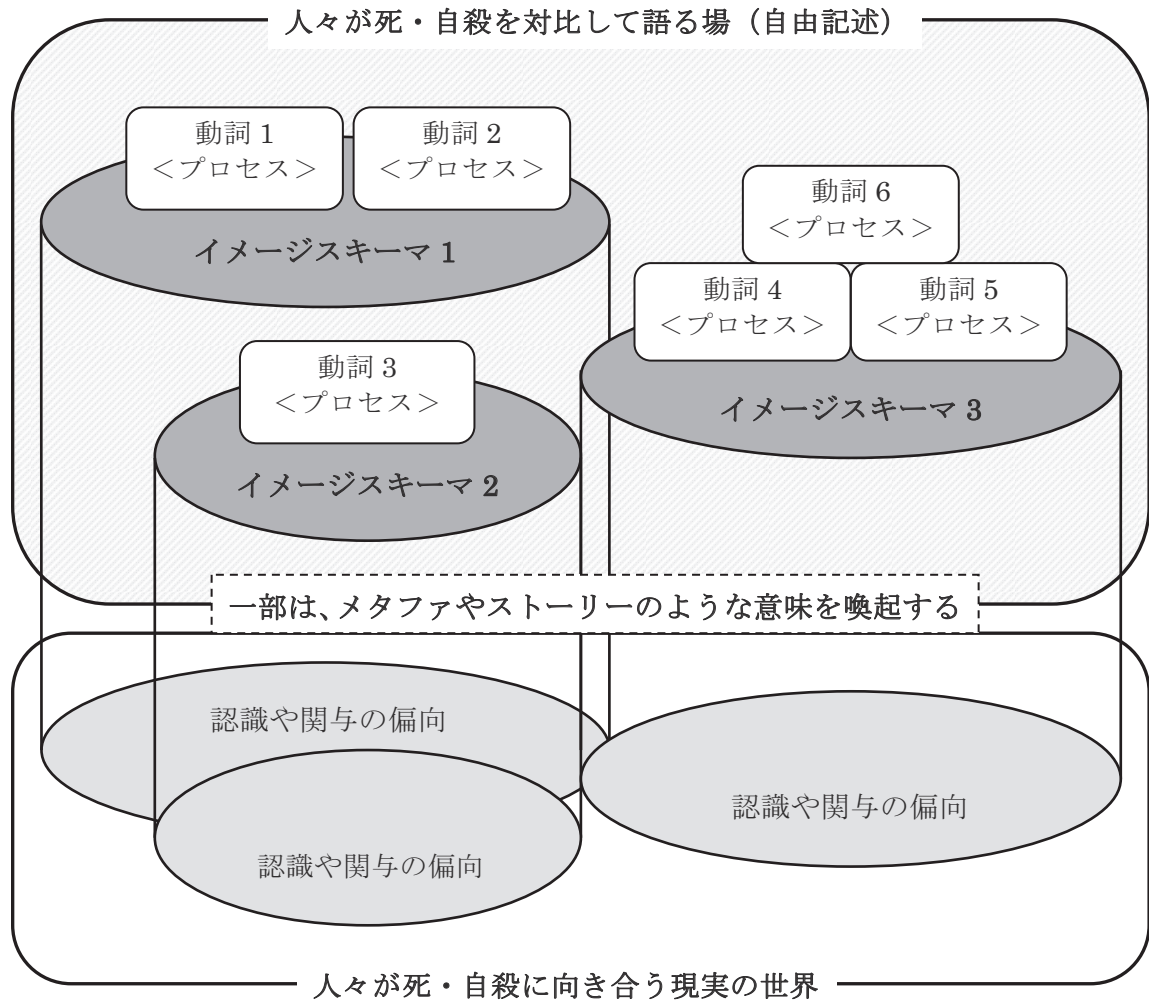


図 1. 動詞<プロセス>-イメージスキーマ-メタファ・ストーリーの関連

表1. 死と自殺にかかわる質問項目の内容（アンケートから一部抜粋）

<p>質問</p> <p>次のような、それぞれの意見は、あなたの考え方にどの程度あてはまりますか。あてはまると思うものをそれぞれお選びください。（「回答したくない」を加えた5件法、全15問）</p>
<p>1) 自殺をする人の多くは、うつ状態である</p> <p>2) 自殺をしようとするのは、その人の問題なので止めるべきではない</p> <p>3) 自殺者の遺族への声かけや心配りは重要である</p>
<p>質問</p> <p>学校や職場、あるいは近隣など、あなたの身近なコミュニティ（集団や地域）で自殺が起こったとき、どのような関わりが望ましいでしょうか。次のうちから、あなたの考えにもっとも近いものを1つお選びください。</p>
<p>1) 積極的に話し合うことで、問題点をあきらかにする</p> <p>2) 起こってしまったことは掘り起こさないが、遺されたものにはできるだけ声をかけ気遣う</p> <p>3) 話題にしないように気をつけ、できるかぎり普段通りに過ごす</p>
<p>質問</p> <p>次に書いてあることがらは死に関する意見を集めたものです。それぞれの意見について、あなたの気持ちにもっとも当てはまるものをそれぞれお選びください。（「回答したくない」を加えた5件法、全25問）</p>
<p>1) 私は苦しんで死ぬのがこわい</p> <p>2) 死んだら無力な存在になるという考えは嫌いだ</p> <p>3) 死後の世界があるかないかについてはまったく関心がない</p>
<p>質問</p> <p>最近、小学校から「いのちの教育」を導入するという話がありますが、あなたはそのことに賛成ですか。それとも反対ですか。（4件法）</p>
<p>1) 賛成</p> <p>2) どちらかといえば賛成</p> <p>3) どちらかといえば反対</p> <p>4) 反対</p>

表2. 死と自殺にかかわる動詞

死にかかわる動詞 (計 36 句)		自殺にかかわる動詞 (計 45 句)	
訪れる	始まる	する	見る
迎える	至る	なる	減る
来る	選択する	残す	後悔する
近づく	知る	増える	思い立つ
見つめる	変わる	not する	取り組む
選ぶ	望む	not 理解する	触れる
not 恐れる	立ち止まって考える	解決する (1) (自殺で解決する)	食い止める
目前にする			阻止する
受け入れる	語り合う	解決する (2) (自殺を解決する)	促す
not 選ぶ	話し合う		悩む
not 避ける	覚悟する	止める	避ける
not 分かる	not 見つめる	追い込む	not 片づける
not 理解する	not コントロール	聞く	防ぐ
not 感じる		not いえる	無くす
not 考える		not なくなる	絡む
たどり着く		選択する	not 話し合う
やって来る		not 認める	望む
違う		not 起こる	考える
隠す		あり (認める)	ブレーキをかける
確認する		いえる (=である)	耳にする
迎え入れる		not なくなる	not 整理する
決す		違う	not 考える
向かう		戒める	not 許す
向き合う		起こる (=起きる)	

表3. 動詞&lt;プロセス&gt;からみた人々の死・自殺のイメージスキーマ

死のイメージスキーマ	自殺のイメージスキーマ
1. エネルギーの移動 (動作主) 向かう	1. エネルギーの発生 (動作主) 望む、選択する、思い立つ、考える
2. エネルギーの移動 (not 動作主) 始まる、訪れる、来る、近づく、やって来る	2. エネルギーの継続 (動作主) 悩む
3. エネルギーの移動の結果 目前にする、たどり着く、至る	3. エネルギーの移動 (not 動作主) 追い込む、促す
4. エネルギーの受け止め受け入れる 迎える、迎え入れる、覚悟する	4. エネルギーの移動の結果 (動作主、not 動作主) 死ぬ、亡くなる、起きる (=起こる)、残す、 解決する (1)
5. エネルギーの移動に対する制止 制止なし: not 避ける、not コントロール	5. エネルギーの移動に対する制止 制止あり:ブレーキをかける、避ける、止める、 食い止める、阻止する、防ぐ、無くす、解決 する (2)、取り組む、戒める
6. エネルギーの交流 (1) 交流あり (交流対象=死): 見つめる、向き 合う、立ち止まって考える、確認する (2) 交流あり (交流対象=他者): 知る、語り合う、 話し合う (3) 交流なし: not 考える、not 感じる、not 見つ める、隠す	6. エネルギーの交流 (1) 交流あり: 耳にする、見る、聞く、触れる (2) 交流なし: not 整理する、not 片づける、not 考える、not 話し合う



## 【原著論文】

# 自閉症スペクトラム障害のある児に対する Social Skill Training の客観的評価： 顔認知時の眼球運動解析法の適用可能性

Objective Assessment of Social-Skill Training for Children with Autism Spectrum Disorders :  
Possibility of Analysis for Eye-Movement Patterns during Face-Recognition

北 洋輔<sup>a),b),c)</sup>、軍司敦子<sup>a)</sup>、佐久間隆介<sup>a),d)</sup>、後藤隆章<sup>a)</sup>、稲垣真澄<sup>a)</sup>、加我牧子<sup>a)</sup>、小池敏英<sup>e)</sup>、細川 徹<sup>c)</sup>  
Yosuke Kita, Atsuko Gunji, Ryusuke Sakuma, Takaaki Goto, Masumi Inagaki, Makiko Kaga, Toshihide Koike, Toru Hosokawa

## 【和文抄録】

自閉症スペクトラム障害のある小学1～2年生男児4名に顔認知課題を実施し、課題遂行時の眼球運動を記録した。対象児2名ではソーシャル・スキル・トレーニング前後における注視領域の変化（鼻・口領域→目領域が1例、目・口領域→鼻領域が1例）が確認された。顔認知の際の眼球運動を鋭敏かつ非侵襲的に測定し、詳細な解析を加えることにより、発達障害のある児童の教育的支援に関する新しい客観的評価が可能ではないかと考えられた。

## Abstract

Objective evaluation methods of therapeutic interventions, which are based on quantitative criteria, have not been well-established for children with Autism Spectrum Disorders (ASD). In the present study, face-recognition tasks were performed before and after Social-Skill Training (SST) to develop a diagnostic check based on eye-movement patterns as a neurophysiological marker. Subjects were four children with ASD (6 : 05-7 : 05), and twelve sessions of SST for them were performed by several therapists, which focused on pair-communicative activities. We recorded real-time eye movements and analyzed their fixation patterns during the tasks with a non-invasive and non-contact recording equipment. Two subjects succeeded to record both tasks before and after SST. Eye-movement patterns of both subjects, after SST, were changed compared to before SST. Since the eye-movement recording during face-recognition is a simple procedure and provides neurophysiological evidences, it can be used as an objective evaluation tool, clinically.

- 
- a) 国立精神・神経センター精神保健研究所  
知的障害研究部  
Department of Developmental Disorders, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry (NCNP)  
〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1  
4-1-1, Ogawa-higashi, Kodaira, Tokyo 187-8553
- b) 日本学術振興会 特別研究員  
Research Fellow of the Japan Society for the Promotion of Science
- c) 東北大学大学院 教育学研究科  
Graduate School of Education, Tohoku University
- d) 白百合大学大学院 文学研究科  
Graduate School of Liberal Arts, Shirayuri College
- e) 東京学芸大学 教育学部  
Faculty of Education, Tokyo Gakugei University

## I. はじめに

自閉症スペクトラム障害 (Autism Spectrum Disorders : 以下, ASD) の基本的特徴として対人的相互反応やコミュニケーションの質的障害が挙げられる<sup>26)</sup>。この特徴は、集団生活場面の増加が顕著となる児童期<sup>14) 24)</sup>において、「他児と楽しみを共有できない」「友人形成の困難」という形で表面化しやすい。これらの困難性は集団への不適応やいじめの対象化等、二次的な障害を生じる危険性もある<sup>19)</sup>。したがって、集団生活場面への円滑な参入を目的とする教育的支援が、特に児童期の‘ASDのある児’には必要とされる。

児童期における ASD のある児への教育的支援について実践的な研究はこれまで蓄積されてきた<sup>20)</sup>が、その有効性や評価法は統一した見解が得られていない。その理由は同年齢期における ASD の臨床像の多様さと、それに対応しうる客観的な評価法がまだ開発途上にある点などが挙げられる。なかでもコミュニケーションや社会性に関する部分では、特定の行動に注目した観察法が中心であり<sup>11)</sup><sup>21)</sup><sup>25)</sup>、支援対象や介入方略によって評価法は変化しうる。言い換えると、臨床像の多様性に左右されない、ASD の基本的特徴に基づく視点での、客観的な評価が望ましいと考えられる。

我々は社会性やコミュニケーションの基礎となる‘顔認知能力’<sup>3)</sup>の点から評価法を開発できないかと考えた。なぜなら、ASD のある児の顔認知能力は、注視領域の特異性<sup>12)</sup><sup>22)</sup>や脳機能の異常<sup>4)</sup><sup>8)</sup><sup>15)</sup>として報告されているからである。眼球運動や神経活動の評価は、評価者の視点によることが少ない客観的な視点であることに加え、非侵襲的かつ非言語的な測定法ならば幼少年齢の小児にも適用できる可能性がある。

今回、ASD のある児に対してコミュニケーションや社会性の支援に焦点化した小集団によるソーシャル・スキル・トレーニング (Social Skill Train-

ing: 以下, SST) を実施した。そして、支援の有効性を評価する試験的な取り組みとして、支援前後に顔認知課題を行った。顔認知課題時の眼球運動を非侵襲的に記録・解析することにより、教育的支援における新たな評価法としての可能性を検討したので報告する。

## II. 対象と方法

### 1. 対象

対象は小学校1～2年生の男児4名(6y5m～7y5m:表1)であった。いずれも、国立精神・神経センター病院小児神経科を受診し、複数の小児神経専門医により ASD と診断された。心の理論課題2種(ボール、トランプ)を4名が通過せず、母親による質問紙 (ASSQ-R) では4名中3名で得点が高値であった。また、会話やコミュニケーションにおける困難性を全例有していた。主治医より SST への参加を保護者および児に説明し、受諾後に SST のメンバーとしてリクルートされた。なお本研究におけるリクルート対象の基準は、①幼児期と比較して集団行動が顕著に増加する小学校1～2年生に在籍中、②主訴の一つが同世代の子どもとの集団行動および友人形成が困難、であることとした。明確な神

表 1. 被検児プロフィール (SST 開始時)

年齢	WISC-III			心の理論課題		ASSQ-R	SQ	会話・コミュニケーションに関する 主な問題
	FIQ	VIQ	PIQ	ボール 課題	トランプ 課題			
A 児 6y5m	68	72	69	-	-	9	71	唐突な話題が多いため、何について話しているのかわかりにくい。 伝えたいことが伝わらないと怒りだし、それ以上会話が続かない。
B 児 7y5m	85	77	97	-	-	22	95	他者の会話で自分に興味のある話があると、割り込んでくる。 あまり知らない人だと目をあわせようとしない。
C 児 6y9m	54	57	61	-	-	51	75	言いたいことを全て口に出す。人の会話を遮る。周囲の会話が切り替わってもうまく乗れない。
D 児 6y8m	*	*	76	-	-	24	103	人数が多い場面で会話に入ることが苦手。 会話をしているにもかかわらず、一方的にコミュニケーションをとっている。

\*: 検査継続不可 - : 不通過

ASSQ-R: 高機能自閉症スペクトラム・スクリーニング質問紙 社会性・言語・行動・興味に関する質問紙

SQ: 社会生活指数 (S-M 社会生活能力検査)

心の理論課題: アニメーション版心の理論課題 ver.2 (DIK 教育出版, 埼玉)

会話・コミュニケーションに関する主な問題: 各保護者からの聴取に基づく

経学的異常所見、中・重度の知的障害および著しい多動・衝動性のある児は対象から除外した。そして今回の4名は同一SSTグループのメンバーとして参加した。本研究は、国立精神・神経センターの研究倫理審査委員会に承認されたもので、眼球運動検査は施行直前に再度被検児本人及び保護者への説明がなされ、インフォームドコンセントを得て行われた。

## 2. SSTの概要

SSTは毎月2回隔週、各1時間のセッションで実施し、合計12回(6ヶ月間)行った。活動目的は被検児間におけるコミュニケーションスキルの向上とした。活動構成は全体指導、個別指導及びペア活動とした。ペア活動は、被検児4名を特定のペアに分類(A児とB児、C児とD児、合計2ペア)した上で、ペア内のコミュニケーションの促進に焦点化した指導を行った。ペア構成は全12セッションを通じて同一とした。SSTの指導は特別支援教育を専攻する大学院生3から5名および学部学生3名で行い、全体指導担当1名と各被検児の個別指導担当4名で実施した。SSTへの参加期間中、被検児A児とC児は特別支援学級に在籍し、B児とD児は在籍通常学級から定期的に通級指導教室を利用していた。

顔認知課題はSST参加1ヶ月前及び参加後1ヶ月以内に合計2回実施した。参加前をベースラインデータとし、参加後の課題遂行状況を比較する実験デザインを採用した。

## 3. 顔認知課題

刺激には、ある顔画像(初期画像)から異なるもう一枚の顔画像(標的画像)へ変化するモーフィング動画を用いた(図1)。モーフィング動画は顔認知の先行研究でも活用されており<sup>10)</sup>、その動的な変化過程は対象の課題に対する積極的な情報処理を引き出すと考えられる。

モーフィング動画には、各被検児に対応した四種類の顔画像を初期または標的画像とした。具体的には被検児本人の鏡像顔(自己顔)、被検児の母親の顔(母顔)、ペアの被検児の顔(既知顔)、同年代の平均顔(未知顔)を使用した。平均顔は、Face Tool(感性擬人化エージェント、(独)情報処理振興事業協会)及び拡張ツール(東京大学 原島・苗村研究室)を用いて、被検児にとって面識のない男児11名(9y~10y)の顔写真から合成された。各顔画像は、コンピュータースクリーンの中心に形作られた楕円形内に、グレースケールで呈示された。楕円形内の平均輝度は各顔画像間で同一になるように加工した。また顔画像は瞳孔の位置がスクリーン上で同位置になるように設定した。すべての顔画像はデジタルカメラ(解像度72dpi)を使用して撮影した顔写真を基にし、輝度及び位置の調整は、Adobe Photoshop CS(Adobe社)を使用した。

標的画像には以下の二条件を設定した。①既知顔条件すなわち標的画像が既知顔(たとえばA児にとってはB児の顔)であり、初期画像が自己顔、母顔、未知顔の三種であるものと、②未知顔条件すなわち標的画像が未知顔で、初期画像が自己顔、母顔、既知顔の三種であるものとした。目、眉、鼻、口及び輪郭の領域を各顔画像間の参照位置として、モーフィング動画を作成した(WinMorph 3.01: Debug mode: <http://www.debugmode.com>)。一対の顔画像につき、初期画像と標的画像間を20フレームでモーフィング処理し、1フレーム間の変化率を0.5%とした。

刺激は、15インチのコンピュータースクリーン(Dell社; 画像解像度: 縦1280ピクセル, 横1024ピクセル; 画面周波数60Hz)に、縦81mm 横65mm(視角: 縦7.7° 横6.2°)のサイズで、被検児から600mm前方に呈示した(Experiment Builder Version 1.3.40; SR Research社)。動画は10fpsで呈示され、呈示時間は最長20秒であった。

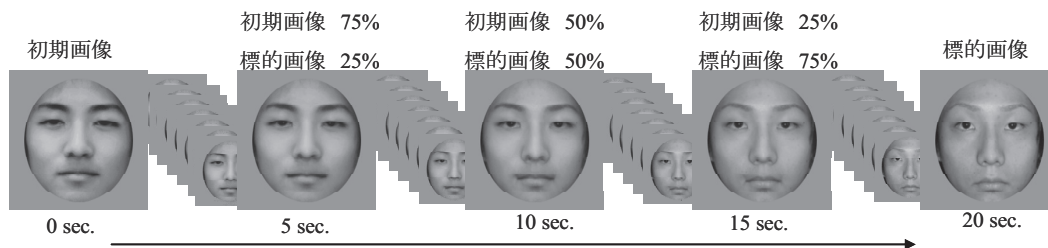


図1. モーフィング動画の呈示時間と顔画像の構成割合(モデル画像を使用)

被検児には、初期画像から標的画像に変化したと感じたら、すみやかにマウスを右第二指でクリックするよう教示した。たとえば、A児の既知顔条件では「B君の顔になったらすぐにボタンを押してね」と教示した。全六種類（三刺激×二条件）の動画について、各刺激を最低1回以上呈示した。呈示順序は、被検児間でランダムに設定した。本課題を行う前に、四種類の顔画像が印刷された紙を呈示し、顔の識別が正確になされていることを確認した。

#### 4. 測定

眼球運動は、非侵襲・非接触型でリアルタイム記録が可能な EyeLink Remote (SR Research 社) を用いて記録した。被検児の片眼の約3 cm 上の額部に貼付した黒の円形シールを基準に、サンプリング周波数500Hzにて瞳孔の位置を算出し、眼球運動として解析した。本課題施行前に眼球運動記録補正及び補正検証手続きを行った。すなわち、白を背景色としたコンピュータースクリーンに黒い小さい点を、スクリーンの中央、四隅及び四隅の midpoint (合計9箇所) にランダムに呈示し、被検児が点を注視したときの、瞳孔と基準シールの位置関係から、補正及び検証手続きが行われた。

#### 5. 解析

眼球運動の解析にあたり、先行研究から視角1°以内かつ100 ms以上の停留<sup>23)</sup>を「注視」と定義した。解析領域(以下、Region of Interest: ROIとする)を等面積で、目、鼻、口の三領域に設定した。総注視回数に対する各ROIにおける注視回数の割合を、一試行単位で算出した。また、反応時間は、初期画像が呈示されてからクリックによる反応までの時間として定義した。眼球運動及び反応時間の解析は EyeLink Data Viewer (SR Research 社) を使用した。

統計解析にあたり、被検児毎に各変数を条件に応じて平均化した数値を用いた。各被検児について SST 前後の各 ROI における注視回数の比率変化を、Fisher の正確確率検定 (Fisher's exact test) 及び残差分析にて解析した。解析には SPSS version 17.0 (SPSS 社) を用いた。

### Ⅲ. 結果

#### 1. 課題遂行状況

SST 前に顔認知課題を遂行しえた被検児は2名 (A児, B児) のみであった。SST 後の課題は4名すべてに実施可能であった。しかし、C児は検査中の多動のため、信頼性のある眼球運動が記録できなかった。最終的に前後評価として A児と B児の2名を分析対象とした。

#### 2. SST 前後における視線解析結果

A児は既知顔条件および未知顔条件において、SST 前後で各 ROI における注視回数の割合が有意に変化した (既知顔条件:  $p < .001$ , 未知顔条件:  $p < .001$ )。残差分析の結果、両条件において SST 前で

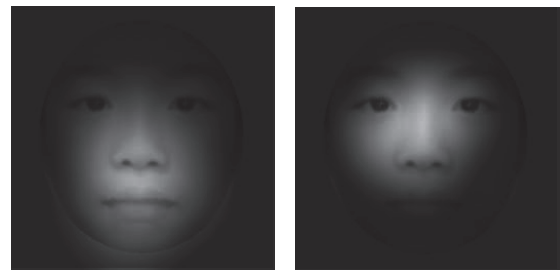


図2. 被検児Aの注視領域マップ

左 (SST 前) 右 (SST 後)

課題条件は既知顔条件。明部分に注視回数が多く、暗部分に注視回数が少ないことを示す (掲載画像はモデル画像)

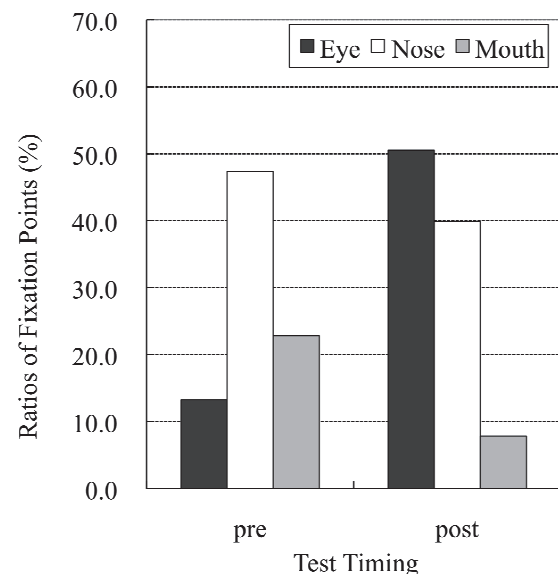


図3. 被検児Aの注視回数の割合



表 2. 被検児 A の各 ROI における注視回数割合の増減

Test Timing	Region of Interest (ROI)		
	Eyes	Nose	Mouth
pre	-	+	+
post	+	-	-

「+」で表示されている部分は高割合、「-」で表示されている部分は低割合を示す

は目の領域における割合が低く、鼻および口の領域における割合が高かった ( $p < .05$ )。一方、SST 後では、目の領域における割合が高く、鼻および口の領域における割合が低かった ( $p < .05$ ) (図 2, 3 および表 2)。

B 児は既知顔条件において、SST 前後で各 ROI における注視回数の割合が変化したが ( $p < .001$ )、未知顔条件では変化しなかった ( $p = .69$ )。残差分析の結果、既知顔条件では SST 前において目および口の領域における割合が高く、鼻の領域における割合が低かった ( $p < .05$ )。SST 後では、鼻の領域における割合が高く、目および口の領域における割合が低かった ( $p < .05$ ) (図 4)。

行動学的には両児とも SST 前では反応できず最長呈示時間 (20 秒) を超えてしまう試行があったが、SST 後では全試行において 20 秒以内に反応することが出来た (A 児: 15.23 秒 (既知顔条件), 15.46 秒 (未知顔条件), B 児: 16.61 秒 (既知顔条件), 16.69 秒 (未知顔条件))。



図 4. 被検児 B の注視領域マップ  
左 (SST 前) 右 (SST 後)

#### IV. 考察

これまでの多くの研究により、ASD における顔認知は、社会性やコミュニケーションの障害を一部反映する<sup>1) 6) 9)</sup>ことが知られている。そして、その

際の眼球運動は、神経活動の特異的な賦活と関連<sup>5)</sup>するとも言われている。近年、アイコンタクトに反映される顔の社会性認知は、定型発達児では 6 から 11 歳の間に変化し<sup>17)</sup>、ASD のある児または成人では典型的なパターンを示さないことが報告された<sup>16)</sup>。したがって、顔認知時の眼球運動を小児においてより正確に、リアルタイムで計測できるならば、ASD のある児の対人スキルやコミュニケーション能力の評価への応用・発展の点で有用であろうと推測される。

本研究で実施した顔認知課題は顔の変化を判断させるという、短時間で済む簡便な条件であった。さらに、非接触型測定装置を用いることにより、顔を注視している時の眼球運動を 6~7 歳という低年齢の小児においても非侵襲的に計測可能であった。顔面への装着物はシール 1 枚であることから、検査における不快な様子は観察されなかった。今回は、軽度知的障害を合併した ASD のある児で眼球運動計測を施行し得たが、本検査・解析法は知的発達のみ問題のある児においても適用可能なものであると思われる。もっとも 1 例 (C 児) では検査中の多動による測定困難があったので、技術的な課題もまだ多くあると考えられ、計測条件を安定化する工夫などは、今後も必要と考える。

近年、顔認知課題を教育的支援や介入の効果判定とする知見<sup>2) 7)</sup>も散見されるが、これらは顔認知能力そのものの向上を目的としたトレーニングに用いられている。すなわち、認知方略の変容のみに着目した研究であり、現実場面における社会性など行動変容は介入の主たる目的とされていない。我々が採用した SST はコミュニケーション能力や社会性の向上といった現実場面に即した行動変容を促す支援であり、行動様式と認知方略の二つの側面から児を評価できる可能性がある。

本研究において、ASD のある児童への支援として導入した SST の後に、A 児は既知未知にかかわらず目に対する注視割合が増加し、B 児は未知顔条件において目に対する注視割合が減少した。これらの所見変化は共通しておらず、介入前後における二人の認知方略の変容の一端を反映しているのかもしれない。しかし、これを SST の有用性として単純に考察することには慎重であるべきとも考える。すなわち、注視領域の変化を他の要因と絡めて検討しなければならないだろう。このためには、SST 以

外の要因、たとえば特別支援学級での経験や全般的な発達の影響など、他の指標の活用と厳密な介入研究デザインを今後はとる必要があると考える。

ASDの顔認知における注視領域の知見は未だ一致しない<sup>12) 13) 18) 22)</sup>。これには課題依存性の要因も少なからず影響しているが、彼ら特有の認知方略の相違を眼球運動計測から検出できる可能性も示唆される。今回の研究では、症例数もわずかであり、一般的な知見を導き出すことは難しいが、顔認知の際の眼球運動を鋭敏かつ非侵襲的に測定し、詳細な解析を加えるアプローチは、SSTを含む様々な教育的支援に関する新たな客観的評価の一つとなるのではないかと考えられ、更なる検討が望まれる。

### 謝辞

本研究の一部は厚生労働科学研究費補助金（H20-障害-一般-009：小児行動の二次元尺度化に基づく発達支援策の有効性定量評価に関する研究：研究代表者 稲垣真澄）および日本学術振興会科学研究費補助金（特別研究員奨励費20・8503：北 洋輔）による助成をうけた。本研究の遂行に当たり、御協力を頂いた指導員の方々に厚く御礼を申し上げます。

### 文 献

- 1) Adrien JL, Lenoir P, Martineau J et al : Blind ratings of early symptoms of autism based upon family home movies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 32 : 617-626,1993.
- 2) Bolte S, Hubl D, Feineis-Matthews S et al : Facial affect recognition training in autism : can we animate the fusiform gyrus? *Behavioral Neuroscience* 120 (1) : 211-216, 2006.
- 3) Chevalier-Skolnikoff S : Facial expressions of emotions in nonhuman primates. In Ekman P. Eds : *Darwin and facial expression*. Academic Press, N.Y., 11-89, 1973.
- 4) Critchley HD, Daly EM, Bullmore ET et al : The functional neuroanatomy of social behaviour : Changes in cerebral blood flow when people with autistic disorder process facial expressions. *Brain* 123 : 2203-2212, 2000.
- 5) Dalton KM, Nacewicz BM, Johnstone T et al : Gaze fixation and the neural circuitry of face processing in autism. *Nature Neuroscience* 8 (4) : 519-526, 2005.
- 6) Dawson G, Webb SJ, Wijsman E et al : Neurocognitive and electrophysiological evidence of altered face processing in parents of children with autism : Implications for a model of abnormal development of social brain circuitry in autism. *Development and Psychopathology* 17 : 679-697, 2005
- 7) Faja S, Aylward E, Bernier R et al : Becoming a face expert : a computerized face-training program for high-functioning individuals with autism spectrum disorders. *Developmental Neuropsychology* 33 (1) : 1-24, 2008.
- 8) Hall GB, Szechtman H, Nahmias C : Enhanced salience and emotion recognition in Autism : A PET study. *The American Journal of Psychiatry* 160 : 1439-1441, 2003.
- 9) 神尾陽子 : 自閉症スペクトラム障害における顔処理の発達. *心理学評論* 50 (1) : 31-39, 2007.
- 10) Keenan JP, Freund S, Hamilton RH et al : Hand response differences in a self-face identification task. *Neuropsychologia* 38 (7) : 1047-1053, 2000.
- 11) Naoi N, Yokoyama K, Yamamoto J : Matrix training for expressive and receptive two-word utterances in children with autism. *Japanese Journal of Special Education* 43 (6) : 505-518, 2006.
- 12) Klin A, Jones W, Schultz R et al : Visual fixation patterns during viewing of naturalistic social situations as predictors of social competence in individuals with autism. *Archives of General Psychiatry* 59 (9) : 809-816, 2002.
- 13) Lahaie A, Motttron L, Arguin M et al : Face perception in high-functioning autistic adults : evidence for superior processing of face parts, not for a configural face-pro-

- cessing deficit. *Neuropsychologia* 20 : 30-41, 2006.
- 14) NHK 放送文化研究所：日本人の生活時間・1995 - NHK 国民生活時間調査 - ，日本放送出版協会，東京，1996.
  - 15) Schultz RT, Gauthier I, Klin A et al : Abnormal ventral temporal cortical activity during face discrimination among individuals with autism and Asperger syndrome. *Archives of General Psychiatry* 57 : 331-340, 2000.
  - 16) Senju A, Johnson MH : The eye contact effect : mechanisms and development. *Trends in Cognitive Sciences* 13 (3) : 127-134, 2009.
  - 17) Smith AD, Hood BM, Hector K : Eye remember you two : gaze direction modulates face recognition in a developmental study. *Developmental Science* 9 (5) : 465-472, 2006.
  - 18) Spezio ML, Adolphs R, Hurley RSE et al : Abnormal use of facial information in high-functioning autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 37 : 929-939, 2007.
  - 19) 杉山登志郎，辻井正次：高機能広汎性発達障害 - アスペルガー症候群と高機能自閉症 - ，ブレーン出版，東京，1999.
  - 20) 杉山登志郎，鈴木美枝子，杉山雅彦他：自閉症療育の新たな可能性．*発達* 22 : 2-45, 2001.
  - 21) 澄井友香，長澤正樹：自閉症の児童の清掃スキル獲得に対するセルフマネージメントの効果．*特殊教育学研究* 41 (4) : 425-432, 2003.
  - 22) Trepagnier C, Sebrechts MM, Peterson R : Atypical face gaze in autism. *Cyberpsychology and Behavior* 5 (3) : 213-217, 2002.
  - 23) Van der Geest JN, Kemner C, Verbaten MN et al : Gaze behavior of children with pervasive developmental disorder toward human faces : a fixation time study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 43 (5) : 669-678, 2002.
  - 24) 幼児保育研究会：最新保育資料集，ミネルヴァ書房，京都，1998
  - 25) Yokoyama K, Naoi N, Yamamoto J : Teaching verbal behavior using the Picture Exchange Communication System (PECS) with children with autistic spectrum disorders. *Japanese Journal of Special Education* 43 (6) : 485-503, 2006.
  - 26) Wing L : The autistic spectrum. *Lancet* 350 : 1761-1766, 1997.

## 【原著論文】

## 震災前の身体健康指標を用いた中越地震後の 心理的ストレスの予測因子の検討

Predictors for psychological distress after the Niigata-Chuetsu earthquake in  
Japan using pre-disaster physical health indicators

鈴木友理子<sup>a)</sup>、古川壽亮<sup>b)</sup>、川上憲人<sup>c)</sup>、堀口逸子<sup>d)</sup>、石丸径一郎<sup>a)</sup>、金 吉晴<sup>a)</sup>

Yuriko Suzuki, Toshiaki A. Furukawa, Norito Kawakami, Itsuko Horiguchi, Keiichiro Ishimaru, Yoshiharu Kim

### Abstract

This study examined how pre-event physical health indicators predicted psychological distress through the experience of the Niigata-Chuetsu earthquake in Japan, of the known interaction between physical and mental health. Among the participants of community health check-ups before and for three consecutive years after the earthquake, various physical indicators were analyzed to predict later psychological distress assessed by the Kessler 6 (K6) scale. Among participants with complete dataset (n = 3,538), the proportion of those with  $\geq 5$  on K6 decreased from 23.4%, to 20.1% and then to 18.1% consecutively in the subsequent years. Regarding those with a K6 score of  $\geq 10$ , the proportion showed no consistent decreases, at 5.4%, 5.7%, and 3.4%, over the same period. The significant predictors of those with a K6 score of  $\geq 10$  one year post disaster were severity of disaster damage (OR : 1.36 ; 95%CI : 1.01 to 1.84), being female (OR : 1.46 ; 95%CI : 1.04 to 2.06), and level of HbA1c (OR : 1.36 ; 95%CI : 1.00 to 1.85). The level of HbA1c prior to the disaster predicted those with a K6 score of  $\geq 10$ , but not those with a K6 score of  $\geq 5$  or 13 after the earthquake.

### 【Key words】

Disasters, Mental health, Prevalence, Risk factors, Hyperglycemia.

### I. Introduction

Extensive research has explored a range of possible risk factors in attempts to identify those with

increased likelihood of significant psychological distress after major disasters<sup>24)</sup>. Additionally, much work has been done to explore the impacts of broader socioeconomic<sup>27)</sup>, and psychosocial factors<sup>4)</sup>, as well as event exposure<sup>30)</sup>. However, surprisingly limited attention has been paid to physical indicators<sup>31)</sup>, even though empirical evidence shows the close interplay between physical and mental health even at the time of non-disaster as described below. In Japan, physical health indicators, which are available at community or employment health check-up program, can be a valuable source of reference to identify those at risk of poor mental health after disaster exposure. The use of such existing information should be examined as it may advantageous in determining appropriate health support during and after disaster

a) 国立精神・神経センター 精神保健研究所

成人精神保健研究部

Department of Adult Mental Health, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1

4-1-1 Ogawa-Higashi, Kodaira, Tokyo 187-8553, Japan.

b) 名古屋市立大学大学院 医学研究科 精神・認知・行動医学分野

Department of Psychiatry and Cognitive-Behavioral Medicine, Nagoya City University Graduate School of Medical Sciences

c) 東京大学大学院 医学系研究科 公共健康医学専攻 精神保健学分野

Department of Mental Health / Psychiatric Nursing, Graduate School of Medicine, University of Tokyo

d) 順天堂大学医学部公衆衛生学教室

Department of Public Health, School of Medicine, Juntendo University



events.

A coherent body of research has been amassed on the relationship between mental health and physical diseases, such as cardiovascular disease (CVD) and diabetes<sup>19, 26, 29)</sup>. Among these studies, depression, or negative emotion is consistently reported to predict incidence of CVD independently of other identified biological and behavioral risk factors<sup>13, 23)</sup>. Another perspective on the link between physical and mental health is illustrated by research showing that diabetes may increase risk of the development of depression<sup>21)</sup>, although the inverse association is also reported<sup>5)</sup>. Thus far, the relationship between physical illness and mental health has been examined with specific mental disorder diagnoses as an outcome, with other individual risk factors, such as blood pressure, glucose tolerance being controlled as covariates. There remains a knowledge gap concerning the direct relationship between individual disease-related risk factors and poor mental health, which requires further exploration.

Some research suggests that individual risk factors of physical disease, such as fasting blood glucose, or blood pressure are better predictors of mortality than clusters of risk factors<sup>22)</sup>. One may speculate whether this relationship may also extend to predict psychological distress, given the fact that there is a body of research suggesting the interaction of physical and mental health. Previous studies have examined physical risk factors for depressive symptoms, specifically C-reactive protein, blood cell counts, fibrinogen, to explore the role of inflammatory markers<sup>6, 18)</sup>, and obesity<sup>28)</sup>. However, systematic investigations of traditional cardiovascular and diabetic risk factors and their predictive influence over psychological distress are relatively scarce<sup>20)</sup> and still remains to be examined.

Natural disasters, especially major earthquakes, can happen unexpectedly, causing serious material, physical and psychological damage to people in the affected area and the resources that they would usually have access to. On October 23,

2004, the central Niigata region in Japan experienced a major earthquake, the Niigata-Chuetsu earthquake, of a magnitude of 6.8 on the Richter scale. The earthquake resulted in 68 deaths, more than 4,700 injuries, and over 120,000 reports of house damage. This event represented an opportunity to examine the impact of pre-disaster physical health indicator on mental health outcome following the disaster, utilizing the readily available health check-up data already collected in the community.

The present study examines the physical health indicators prior to the event in an exploration as to whether or not they may predict post-disaster psychological distress. The study utilizes data collected during the physical check-up program in the community which was implemented before, and for three consecutive years after the earthquake. The primary interests were: 1) to describe long-term course of psychological distress after an earthquake at population level, and 2) to examine whether risk factors for CVD and diabetes have impacts on psychological distress under different degrees of disaster-related stress. Specifically, this study aims to test a hypothesis that low glucose tolerance and/or hypertension predicts increased risk for significantly higher levels of reported psychological distress under the extremely stressful condition of experiencing a severe earthquake.

## II. Methods

### 1. Study participants

The annual health check-up program had been organized by a local health authority of Ojiya city, Niigata prefecture, Japan, where a major earthquake struck in 2004. The program had been implemented between April and October each year. In the years following the earthquake, the health check-up was conducted in the same period between 2005 and 2007. Among 33,269 adults in the city (Japanese Census, 2000; <http://www.e-stat.go.jp>), the number of participants for the

check-up was 6,851 in 2004, 7,097 in 2005, 6,586 in 2006, and 6,696 in 2007. Of 32,743 eligible for the program, the coverage rate of the health check-up was 20.1%. The dataset used for our analysis included participants who attended all check-ups for four consecutive years without missing data. This afforded 3,538 observations (or 10.6%) of the eligible adult population for the year 2007. This over-represents older people (65 years and older,  $n=1711$ , 48.4%), which reflects the nature of community check-up program in Japan. The participants were followed over the period with anonymous identifiers.

## 2. Mental health indicators

Assessment of psychological distress by K6 was added to the check-up program after the disaster. The participants' level of non-specific psychological distress during the past 30 days was assessed with Kessler's K6 scale<sup>15)</sup>, which was found to show superior screening capacity and greater robustness against subsample variations<sup>7)</sup>. The response option is 0 to 4, with higher score values indicating poorer mental health status. Due to its brevity, the K6 is now being used in community surveys in non-disaster settings as well as disaster settings, such as in the aftermath of the Hurricane Katrina<sup>9)</sup>. The psychometric properties as a screener of mental disorders of the Japanese version of K6 have been empirically confirmed<sup>8)</sup>. Despite the continuing argument that the accuracy of the predictive value of a screener depends on multiple factors, chiefly the prevalence of the case in the sample<sup>11)</sup>, based on the reason that we had no prevalence data for a Japanese community post disaster, we chose to use the K6 with the following cutoff points: participants who scored 5 and above, 10 and above, and 13 and above on the K6 were categorised respectively according to the previous analysis of Japanese national data<sup>14)</sup>.

## 3. Physical health indicators

The participant information used in this study was primarily derived from laboratory data col-

lected during the health check-ups before and after the earthquake. Measurements for physical health taken in 2004 of body mass index (BMI), blood pressure, systolic blood pressure (SBP), diastolic blood pressure (DBP), and other laboratory data for total cholesterol, HDL-cholesterol, triglyceride, glucose, and HbA1c, which indicates blood glucose level during the previous 2 to 3 months, were used for the analysis. In considering the predictive use of such indicators at a time of disaster, data for the pre-disaster period in 2004 were incorporated into the analysis.

## 4. Disaster-related damage indicators

The severity of disaster damage was categorised according to the Japanese disaster damage registration guidelines conventionally used in compensation for building damage. The local municipal authority registers building damage in five categories (1 = none; 5 = total collapse). In this study, the level of disaster damage was dichotomously re-coded, i.e., an area where the number of buildings with half-collapse or greater damage (coded as 3 or higher) exceeded its average proportion in the city was coded as a "severely damaged area," and other areas as a "less severely damaged area." Other basic demographic characteristics including age, sex, employment status, as well as health-related behaviors (such as daily alcohol intake and smoking habits) were also examined.

This study is a secondary analysis of anonymous administrative data. All procedures of the present study were approved by the Ethics Committee of the National Center of Neurology and Psychiatry, Japan.

## 5. Statistical Analysis

In order to examine the change of different psychological distress level over three years, and to identify physical indicator which is possibly indicative of psychological distress level, first, we described changes in mental health status using different cutoffs of K6 over the three years. In

the following analysis, the relative influence of age, sex, employment status, daily alcohol intake, smoking habits, and severity of disaster damage were compared between those with a K6 score of  $\geq 10$  and the other in 2005. Second, inter-group comparisons of pre-disaster physical health indicators were made among those with a K6 score of  $\geq 10$ . Finally, a logistic regression analysis was performed to examine the ability of pre-disaster physical health variables to predict different level of K6 score one year after the earthquake. From previous studies, being female and experiencing severe disaster damage are consistently reported as strong predictors for poor mental health<sup>1, 25)</sup>. These factors were thus added to our model. All statistical analyses were conducted with STATA Ver10.0 (College Station, TX), and statistical significance was determined at  $p < 0.05$ .

### III. Results

Of the 3,538 subjects with complete follow-up data over the four consecutive years, the proportion of those scoring 5 or above on the K6 decreased over time, from 23.4% in 2005 (one year after the earthquake) to 20.1% in 2006 and 18.1% in 2007. The proportion in those scoring 10 and above, and 13 and above on K6 showed no consistent decreases over the period. The corresponding proportions are 5.4%, 5.7%, and 3.4% for scores of 10 and above, and 2.4%, 3.6%, and 1.8% for scores of 13 and above.

In the first analysis, we focused on clarifying the link between mental health outcome one year after the event and pre-disaster variables. We found that those scoring 10 or above on the K6 were more likely to be female. In terms of health-related behaviors, those with K6 score of 10 or above were less likely to drink alcohol daily compared with their counterparts with better mental health ( $p=0.04$ ). However, no trend was found for smoking habits (Table 1).

In Table 2, physical health indicators before the earthquake were compared between those scoring

10 or above on the K6 post-disaster and the other groups. Among participants who reported this level of psychological distress, total pre-disaster cholesterol level was marginally higher ( $p=0.07$ ), and HbA1c level was significantly higher ( $p=0.05$ ) than that in those with better mental health. The mean and standard deviation of HbA1c was 5.2 and 0.5 (score range: 4.2 to 8.5) among those with higher than 10 on K6, whereas those were 5.1 and 0.5 (score range: 2.1 to 11.3) among the others, suggesting there were no particular distribution pattern of HbA1c by this cutoff. There were no notable differences in other physical indicators examined during the health check-up. Similar analyses were conducted using cut off points of 4/5 and 12/13 respectively; however, no difference was found for examined physical health indicators. In multivariate analysis, the predictors for those with a score of 5 and above on the K6 one year after the disaster were severity of disaster damage (OR: 1.36; 95%CI: 1.16 to 1.60;  $p < 0.001$ ), and being female (OR: 1.38; 95%CI: 1.15 to 1.65;  $p < 0.001$ ). However, the predictors for those with a score of 10 and above on the K6 were severity of disaster damage (OR: 1.36, 95%CI: 1.01 to 1.84,  $p=0.043$ ), being female (OR: 1.46, 95%CI: 1.04 to 2.06,  $p=0.031$ ), and the additional significant predictor of HbA1c level (OR: 1.36, 95%CI: 1.00 to 1.85,  $p=0.048$ ), as shown in Table 3. The analysis to identify risk factor for those with a score of 13 and above on the K6 found that only BMI was found to increase the risk at statistically significant level.

### IV. Discussion

This study sought to characterise changes in mental health status after a severe earthquake with a sample of participants of municipal health-check-ups, and to examine the possible relationships between mental and pre-event physical health indicators. The study revealed an improving trend of the study population as the group of those reporting mild symptoms grew smaller over

time. The decrease in reports of those with K6 scores exceeding the cutoff of 5 over time was not observed in those with K6 scores of 10 or above and 13 or above, where the proportions of those with K6 scores exceeding the cutoff of 10 and above or 13 and above remained relatively stable.

### Comparison with other studies

In this study, the reported proportions of psychological distress for those who were above the three different cutoff values were even lower than that in a study conducted in a non-disaster setting in Japan, where the proportions of psychological distress in those above the cutoff values were 27.5% for a score of 5 or above, 8.7% for a score of 10 or above, and 3.0% for a score of 13 or above on the K6<sup>14)</sup>. Considering the self-selected nature of the sample of the present study, presumably, the participants are more likely to be health-conscious and healthy individuals. Therefore, the proportion of reported psychological distress would not be expected to be particularly high, although there were no data prior to the event available to confirm this interpretation. Because of the voluntary nature of the health check-up program, those who had pre-disaster mental health problems, which is reported as a significant risk factor for poor mental health after a disaster<sup>2,16)</sup>, may have not participated in the program. Taking these possible interpretations into account, it is possible that the number of those with significant levels of psychological distress in the present study may have been underestimated.

The finding that being female predicted poor mental health one year after the severe earthquake is consistent with previously reported correlates of poor post-disaster mental health. It is noteworthy that low glucose tolerance, determined by higher HbA1c levels, was found to predict higher cutoff levels of K6, which is consistent with a body of research reporting that lower glucose tolerance has a negative effect on mental health<sup>12,21)</sup>. It is possible that a disaster and the subsequent stressful living situation may aggravate the

effects of low glucose tolerance. However, due to a lack of mental health status indicators prior to the earthquake, further research on the flow of this causal relationship is warranted. Interestingly, increase of BMI was the only indicator to predict severe level of psychological distress, and a similar finding was reported in prospective cohort study of Norway<sup>3)</sup>. The detailed mechanism is unclear and the mechanism should be scrutinized by a possibility that increased weight has effects on physical activity and mood. Unlike the finding in cutoff of 4/5 and 9/10, the severity of disaster damage and being female did not increase the risk for this specific category, suggesting that the nature of those with exceeding score of 13 on K6 may differ from that of the other levels of distress in light of disaster effects. It is also noteworthy that the effect of HbA1c on severe level of psychological distress was not found in the analysis. It is likely that the role of glucose tolerance requires careful interpretation and further examination concerning its link with differing levels of psychological distress.

### Strengths and weaknesses

Long-term follow-up performed annually at population level after a natural disaster is infrequent in disaster mental health research. Our results contribute to the existing literature in which physical health has been examined in relation to past history and current illness<sup>32)</sup>, and specific genotype such as the 5-HTTLPR gene<sup>17)</sup>. In addition, to our knowledge, the investigation of an association between mental health and physical health status using laboratory data has been very limited. We took advantage of the fact that Japanese adults undergo annual health check-ups as part of their community or employment health program, and that glucose tolerability, as measured by levels of HbA1c, is one of the essential health indicators tested. Therefore, our data on physical health, which included HbA1c, were readily available and afforded valuable insights into the possible range of links between mental health and



physical health for community residents.

In interpreting the results, caution is needed based on the following limitations in addition to the biased sample described earlier. The information on pre-disaster mental health was not available, and as such it was not possible to fully evaluate the extent of the earthquake's impact on mental health status. These limitations are inherent to disaster mental health research up to the present date<sup>10)</sup>. Nevertheless, the results obtained without such prior information suggest that participants with a higher HbA1c level were at increased risk for those with 10 and above on K6. Such a finding has practical implications for general and mental health management at the time of a disaster.

Finally, for practical reasons, this study used the K6 as a key assessment instrument, which can be considered a screening scale that is less precise than the use of clinical interviews. Nonetheless, from a public health perspective where trade-offs have to be made between precision and time taken to gather data, it is more practical to gauge mental health status through a screening measures such as the K6, rather than by specific diagnosis of mental disorders through clinical interview.

#### Acknowledgements

We would like to express our special thanks to Ms. Yoshiko Abe and other staff members at the Ojiya Health Center and Niigata Institute for Traumatic Stress for their invaluable support and assistance for this study. We are also grateful to Dr. Sarbjit S. Johal for careful review of the language of this article. This study was funded by the Health and Labour Science Research Grants, Research on Psychiatric and Neurological Diseases and Mental Health (19230701 and 20300701) from the Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan.

#### References

- 1) Başoğlu M, Salcioğlu E, Livanou M : Traumatic stress responses in earthquake survivors in Turkey. *J Trauma Stress* 15 : 269-276, 2002.
- 2) Başoğlu M, Kiliç C, Salcioğlu E et al : Prevalence of posttraumatic stress disorder and comorbid depression in earthquake survivors in Turkey : an epidemiological study. *J Trauma Stress* 17 : 133-141, 2004.
- 3) Bjerkeset O, Romundstad P, Evans J et al : Association of adult body mass index and height with anxiety, depression, and suicide in the general population : the HUNT study. *Am J Epidemiol* 167 : 193-202, 2008.
- 4) Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol* 68 : 748-766, 2000.
- 5) Das-Munshi J, Stewart R, Ismail K et al : Diabetes, common mental disorders, and disability : findings from the UK National Psychiatric Morbidity Survey. *Psychosom Med* 69 : 543-550, 2007.
- 6) Doulalas AD, Rallidis LS, Gialernios T et al : Association of depressive symptoms with coagulation factors in young healthy individuals. *Atherosclerosis* 186 : 121-125, 2006.
- 7) Furukawa TA, Kessler RC, Slade T et al : The performance of the K6 and K10 screening scales for psychological distress in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychol Med* 33 : 357-362, 2003.
- 8) Furukawa TA, Kawakami N, Saitoh M et al : The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan. *Int J Methods Psychiatr Res* 17 : 152-158, 2008.
- 9) Galea S, Brewin CR, Gruber M et al : Exposure to hurricane-related stressors and mental illness after Hurricane Katrina. *Arch*

- Gen Psychiatry 64 : 1427-1434, 2007.
- 10) Galea S, Maxwell AR, Norris F. Sampling and design challenges in studying the mental health consequences of disasters. *Int J Methods Psychiatr Res* 17 Suppl 2 : S21-28, 2008.
  - 11) Goldberg DP, Oldehinkel T, Ormel J. Why GHQ threshold varies from one place to another. *Psychol Med* 28 : 915-921, 1998.
  - 12) Golden SH, Williams JE, Ford DE et al : Depressive symptoms and the risk of type 2 diabetes : the Atherosclerosis Risk in Communities study. *Diabetes Care* 27 : 429-435, 2004.
  - 13) Hamer M, Molloy GJ, Stamatakis E. Psychological distress as a risk factor for cardiovascular events : pathophysiological and behavioral mechanisms. *J Am Coll Cardiol* 52 : 2156-2162, 2008.
  - 14) Kawakami N. [Distribution and associated factor of mental health status by K6 in a national survey in Japan]. In : Hashimoto H (ed.) , Report on research on statistics and information by the Health and Labour Sciences Research Grants. Tokyo, 2006.
  - 15) Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ et al : Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med* 32 : 959-976, 2002.
  - 16) Kilic C, Ulusoy M : Psychological effects of the November 1999 earthquake in Turkey : an epidemiological study. *Acta Psychiatr Scand* 108 : 232-238, 2003.
  - 17) Kilpatrick DG, Koenen KC, Ruggiero KJ et al : The serotonin transporter genotype and social support and moderation of post-traumatic stress disorder and depression in hurricane-exposed adults. *Am J Psychiatry* 164 : 1693-1699, 2007.
  - 18) Kop WJ, Gottdiener JS, Tangen CM et al : Inflammation and coagulation factors in persons > 65 years of age with symptoms of depression but without evidence of myocardial ischemia. *Am J Cardiol* 89 : 419-424, 2002.
  - 19) Kubzansky LD, Koenen KC, Spiro A 3rd et al : Prospective study of posttraumatic stress disorder symptoms and coronary heart disease in the Normative Aging Study. *Arch Gen Psychiatry* 64 : 109-116, 2007.
  - 20) Luijendijk HJ, Stricker BH, Hofman A et al : Cerebrovascular risk factors and incident depression in community-dwelling elderly. *Acta Psychiatr Scand* 118 : 139-148, 2008.
  - 21) Mezuk B, Eaton WW, Albrecht S et al : Depression and type 2 diabetes over the lifespan : a meta-analysis. *Diabetes Care* 31 : 2383-2390, 2008.
  - 22) Mozaffarian D, Kamineni A, Prineas RJ et al : Metabolic syndrome and mortality in older adults : the Cardiovascular Health Study. *Arch Intern Med* 168 : 969-978, 2008.
  - 23) Nabi H, Kivimaki M, De Vogli R et al : Positive and negative affect and risk of coronary heart disease : Whitehall II prospective cohort study. *BMJ* 337 : a118, 2008.
  - 24) Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ et al : 60,000 disaster victims speak : Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry* 65 : 207-239, 2002.
  - 25) Parslow RA, Jorm AF, Christensen H. Associations of pre-trauma attributes and trauma exposure with screening positive for PTSD : analysis of a community-based study of 2,085 young adults. *Psychol Med* 36 : 387-395, 2006.
  - 26) Prince M, Patel V, Saxena S et al : No health without mental health. *Lancet* 370 : 859-877, 2007.
  - 27) Seplaki CL, Goldman N, Weinstein M et al : Before and after the 1999 Chi-Chi earthquake : traumatic events and depressive symptoms in an older population. *Soc Sci Med* 62 : 3121-3132, 2006.
  - 28) Simon GE, Von Korff M, Saunders K et al : Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Arch*

- Gen Psychiatry 63 : 824-830, 2006.
- 29) Stansfeld SA, Fuhrer R, Shipley MJ et al : Psychological distress as a risk factor for coronary heart disease in the Whitehall II Study. *Int J Epidemiol* 31 : 248-255, 2002.
- 30) Sumer N, Karanci AN, Berument SK et al : Personal resources, coping self-efficacy, and quake exposure as predictors of psychological distress following the 1999 earthquake in Turkey. *J Trauma Stress* 18 : 331-342, 2005.
- 31) Trevisan M, O' Leary E, Farinero E et al : Short- and long-term association between uric acid and a natural disaster. *Psychosom Med* 59 : 109-113, 1997.
- 32) Van Kamp I, van der Velden PG, Stellato RK et al : Physical and mental health shortly after a disaster : first results from the Enschede firework disaster study. *Eur J Public Health* 16 : 253-259, 2006.

**Table 1. Comparison of basic characteristics, disaster damage, and health-related behaviors between those with good mental health status and those with cutoff of 9/10 on K6 at one year after the Niigata-Chuetsu earthquake (n = 3,538)**

		K6 score : less than 10		K6 score : 10 or above		$\chi^2$ /t-test
		n	%	n	%	
Sex		3,346		192		
	Female	2,186	65.3	143	74.5	6.8 *
Mean age	(95%CI)	57.2	(56.7 to 57.7)	56.7	(54.8 to 58.6)	0.5
Employment status						
	Employed	1,463	43.7	75	39.1	3.1
	Housewives	1,442	43.1	95	49.5	
	Unemployed	395	11.8	20	10.4	
	Unclassified	46	1.4	2	1.0	
Disaster damage						
	Severe	1,119	33.4	77	40.1	3.6
Daily alcohol intake						
	Yes	882	26.5	37	19.6	4.5 *
Smoking habit						
	Yes	464	13.9	20	10.6	1.7

\* : p < 0.05

**Table 2. Comparison of pre-disaster physical health indicators between those with good mental health status and those with cutoff of 9/10 on K6 at one year after the earthquake (n = 3,538)**

	K6 score : less than 10		K6 score : 10 or above		t-test
	Mean	95%CI	Mean	95%CI	
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	23.0	22.9 to 23.1	23.0	22.9 to 23.9	-1.472
SBP (mmHg)	128.5	127.9 to 129.2	128.6	126.0 to 131.2	-0.062
DBP (mmHg)	72.5	72.2 to 72.9	72.4	70.9 to 74.0	0.115
Total cholesterol (mg/dl)	202.8	201.7 to 203.9	206.5	201.8 to 211.1	-1.486
HDL cholesterol (mg/dl)	62.0	61.5 to 62.5	61.3	59.0 to 63.2	0.681
Triglyceride (mg/dl)	124.1	121.5 to 126.7	122.0	112.2 to 131.7	0.385
Glucose (mg/dl)	105.7	104.9 to 106.6	104.8	100.9 to 108.6	0.535
HbA1c (%)	5.1	5.1 to 5.1	5.2	5.1 to 5.3	-2.004 *

BMI : body mass index, SBP : systolic blood pressure, DBP : diastolic blood pressure

\* : p < 0.05

**Table 3. Results of logistic regression model for predicting those with different levels of cutoff on K6 one year after the earthquake in relation to physical health indicators prior to the earthquake (n = 3,532)**

	K6 score : 5 or above		K6 score : 10 or above		K6 score : 13 or above	
	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI
Severity of disaster damage (0 = non-severe, 1 = severe)	1.36	1.16 to 1.60 †	1.36	1.01 to 1.84 *	0.86	0.86 to 2.08
Sex (0 = male, 1 = female)	1.38	1.15 to 1.65 †	1.46	1.04 to 2.06 *	1.00	0.98 to 1.02
Age group (in 10-year age groups)	1.00	1.00 to 1.01	1.00	0.98 to 1.01	1.00	0.98 to 1.02
BMI (in 1unit groups)	1.00	0.97 to 1.02	1.03	0.98 to 1.08	1.07	1.01 to 1.15 *
Total cholesterol (in 10-mg/dl groups)	1.02	0.99 to 1.05	1.03	0.98 to 1.08	1.02	0.95 to 1.10
HDL cholesterol (in 10-mg/dl groups)	0.94	0.88 to 1.01	0.92	0.92 to 1.05	0.93	0.77 to 1.13
Triglyceride (in 10-mg/dl groups)	1.00	0.99 to 1.01	0.98	0.96 to 1.01	0.97	0.93 to 1.01
Glucose (in 10-mg/dl groups)	0.98	0.94 to 1.01	0.97	0.90 to 1.04	0.99	0.89 to 1.10
HbA1c (in 1% increments)	0.97	0.81 to 1.18	1.36	1.00 to 1.85 *	1.10	0.68 to 1.79

BMI : body mass index

\* : p < 0.05, † : p < 0.01



## 投稿規定

1. 本誌は国立精神・神経センター精神保健研究所の研究員に関連する他誌に未発表の原著論文、短報、総説、症例（事例）研究および資料、さらに研究所以外の研究者への依頼を含めた特集論文を掲載します。
  2. ◇原著論文は、400字詰め原稿用紙で原則として50枚以内とします。（図表も各1枚を1頁と計算）。データ解析にもとづいた原著論文の構成は、原則として以下のようにして投稿して下さい。原稿の第1頁には、論文の和文および英文タイトル、全著者の和文および英文の氏名（学位は表示しない）、全著者の所属機関の和文および英文の名称および別刷請求者の連絡先を記入して下さい。第2頁には、200字以内の和文抄録と英文で5つ以内のKey words（Index Medicusのsubject headingsを参考として下さい）を記載して下さい。論文の本文は第3頁より記述を開始し、原則として、I. はじめに（または緒言）、II. 対象と方法、III. 結果、IV. 考察、文献さらに独立の1頁に200語以内の英文Abstract、（付録：必要があれば加え、研究に用いたスケールの部分的紹介などを入れて下さい。また、論文の性格によっては、読者の理解を容易とするためにセクションの分割を他の型式とすることも可能）および図表（図および表は各1点ずつ別紙に注釈などを含めて書く）の順に綴じて、計3通（正1、副2）を編集委員会あてに投稿して下さい（投稿先は下の8項参照）。症例（事例）記述にもとづいて書かれる原著論文および症例（事例）研究の構成は、原則として上記の[III. 結果]の節[III. 症例（事例）]などとし、他の部分は上記に準じて下さい。  
◇短報は主として予備的な報告をあつかいますが、論文の性格上は原著論文なので、400字詰め原稿用紙で原則として15枚以内とし、体裁は原著論文のそれに従って下さい。  
◇総説は400字詰め原稿用紙で原則として70枚を超えないものとし（図表も各1枚を1頁と計算する）、原著論文と同様に英文Abstract、和文抄録および英文Key words をつけますが、セクションの区分などの体裁は内容の理解が容易であるように適宜著者が工夫して下さい。  
◇資料論文については、英文Abstract、和文抄録およびKey words は除きますが、その他は長さも含めて原著論文の体裁に準じて下さい。  
◇特集論文は編集委員会の決定したテーマによる依頼原稿で構成し、400字詰め原稿用紙で原則として30枚以内（図表も各1枚を1頁と計算する）とします。論文のセクションの構成は総説に準じて著者の決めたものとなりますが、英文Abstract、和文抄録およびKey words はつけません。
  3. 論文はワードプロセッサを用いて作成しプリントアウトしたものを提出して下さい（その際、頁のレイアウトは、1頁を400字の整数倍にし、それを第1頁の最下行に明示して下さい）。論文は受理後にフロッピーディスクでも提出して頂きます。型式は別に指示します。
  4. 外国人名、薬品名は原語を用いて下さい。専門用語は、わが国の学会などで公式の訳語が定められている場合はそれを用いて下さい。必要ある場合は訳語と（ ）内に原語を示して下さい。
  5. 文献は本文中に引用されたもののみを以下の要領で記述して下さい。
    - A. 文献は筆頭著者の姓（family name）のアルファベット順に番号をつけ（同一著者の場合は発表順）、本文中にはその番号で引用して下さい。
    - B. 雑誌名はIndex Medicusの表示に準じ、省略のピリオドはつけません。
    - C. 著者名は3名以内の場合は全員、4名以上の場合は3人まで書き、あとは他（etal）と省略して下さい。
    - D. 文献の記載は、雑誌については、著者名：論文題名、雑誌名 巻：最初の頁—最後の頁、西暦年号の順とし、単行本全体の場合は、著者名：書名、発行所、発行地、西暦年号、とし、単行本の中の論文は、著者名：論文題名、著者（編者、監修者）名：書名、発行所、発行地、pp. 最初の頁—最後の頁、西暦年号、として下さい。訳本は原書を上記にしたがって記載し、（ ）内に訳本を上記に準じて記載して下さい。
- 記載例
- 1) American Psychiatric Association: Quick reference to the diagnostic criteris from DSM-III-R American Psychiatric Association, Washington, DC, 1987.（高橋三郎、花田耕一、藤縄昭訳：DSM-III-R、精神障害の分類と診断の手引改訂3版、医学書院、東京、1988.）
  - 2) 藤縄昭：精神療法とエロス。弘文堂、東京、1987.
  - 3) Ostuka T, Shimonaka Y, Maruyama S et al: A new screening test for dementia. Jpn J Psychiatr Neurol 42: 223-229, 1988.
  - 4) 高橋徹、藍沢鎮雄、武内龍雄他：不安神経症の難治性経過について—初期病像ならびに性格特性とのかかわり。精神衛生研究 31: 25-40, 1984.
6. 依頼原稿以外の原稿は、編集委員会で複数の査読者を依頼しその結果により採否を決定します。その際、必要な修正を著者に求めることがあります。また投稿規定から著しく逸脱したり、判読の困難な原稿は査読せず著者に返却します。
  7. すべての掲載論文は、別冊50部のみを作成し著者に無料進呈します。
  8. 本誌に掲載された論文の著作権は国立精神・神経センター精神保健研究所に帰属します。著者が、当該著作物の全部を他誌へ使用する場合には著作権者の許諾を得てください。
  9. 論文投稿先：  
〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1  
国立精神・神経センター 精神保健研究所内  
「精神保健研究」編集委員会  
(2006. 3. 27改訂)

## 精神保健研究編集委員会

編集委員長 加我 牧子

編集委員 金 吉晴 堀口 寿広 川野 健治

### 編集後記

精神保健研究第23号（通巻第56号）をお届けします。精研の独立行政法人化というあらたなスタートに際し、名誉所長の吉川武彦先生に「精神保健研究のこれからを考える」を御寄稿いただきました。精研の研究史を辿るその筆に導かれ、ご提案に辿りついたとき、その要点である「研究の総合化」と「痛みを背負うものとの共同歩調」と響き合う特集として、「犯罪被害者のメンタルヘルス」を編むことができたことを知り、編集委員として秘かな満足を感じています。

Serendipity。あるいは、この符合はもちろん偶然にすぎないかも知れません。それでもなお、精神保健研究がこの領域の動きを捉え、また方向性を示すメディアであるとするなら、このような知の合流を喜び、対話を重ねていくことにも、雑誌としての意義があるのではないのでしょうか。

今回は、上記の他にも4本の原著論文を掲載することができました。通巻56号を迎えた本誌が、今回もまた精研に関わる多様な知の生成を多くの方にお伝えすることができることに安堵しています。お忙しい中、ご寄稿いただいた著者の皆様と編集作業に御協力いただいた全ての方に、心よりお礼を申し上げます。

本誌に掲載された全ての論文が新たな対話を呼び、また、様々な領域で活用されることを願って、編集作業を終えます。

2010年3月 自殺予防総合対策センター 川野健治

精神保健研究  
第56号

(2010年3月31日発行)

(非売品)

編集責任者——加我 牧子  
発行者——独立行政法人  
国立精神・神経医療研究センター  
精神保健研究所  
〒187-8553 小平市小川東町4-1-1  
Tel : 042-341-2711  
Fax : 042-346-1944  
<http://www.ncnp.go.jp/>

# Journal of Mental Health

## Number 56,2010

Official Journal of the National Institute of Mental Health, NCNP, Japan

### CONTENTS

#### FOREWORD

Makiko Kaga Director General .....	1
The future of study about the mental health & welfare	
Takehiko Yoshikawa .....	3

#### SPECIAL TOPICS:

Preface	
Satomi Nakajima .....	17
Help-seeking among victims of crime and mental health services	
Satomi Nakajima .....	19
A comparison of kinship in crime victim bereaved families on mental health	
Akemi Shirai, Satomi Nakajima, Sachiko Maki, Bunri Tatsuno, Takako Konishi .....	27
Effort for recovering mental health of crime victims under the Basic Act on Crime Victims and the Basic Plan for Crime Victims	
Ichiro Tonokawa .....	35
The present state and the future prospects of crime victims support in mental health and welfare centers	
Toshiyuki Yamashita .....	43

#### ORIGINAL ARTICLES

Exploring the variables related to mental health of suicide survivors	
Daisuke Kawashima, Kenji Kawano, Tatsuya Koyama, Hiroto Ito .....	55
The image scheme of death and suicide	
Sachiko Shojima .....	65
Objective Assessment of Social-Skill Training for Children with Autism Spectrum Disorders	
Yosuke Kita, Atsuko Gunji, Ryusuke Sakuma, Takaaki Goto, Masumi Inagaki, Makiko Kaga, Toshihide Koike, Toru Hosokawa .....	81
Predictors for psychological distress after the Niigata-Chuetsu earthquake in Japan using pre-disaster physical health indicators	
Yuriko Suzuki, Toshiaki A. Furukawa, Norito Kawakami, Itsuko Horiguchi, Keiichiro Ishimaru, Yoshiharu Kim .....	89
<b>Instruction to Authors</b> .....	98
<b>Editorial Note</b> .....	99