

犯罪被害者遺族のメンタルヘルスとケア

武蔵野大学人間科学部 / 大学院人間社会研究科 中島 聡美

はじめに

犯罪被害者支援の歴史と犯罪被害者の遺族の活動は深い関わりがある。犯罪被害給付制度以前、公的な犯罪被害者支援がない現状に対して、1967年に息子さんを殺人で失ったご遺族である市瀬朝一氏が「犯罪による被害者補償制度を促進する会」を立ち上げたことが最初の草の根の活動であったとされている。その後三菱重工爆破事件（1974年）を契機に1980年に犯罪被害者給付制度が設立されるが、残念ながら市瀬氏はその制度の設立を見ることはできなかった。犯罪被害給付制度は国による最初の被害者への経済的支援であったが、この時点では被害者のメンタルヘルスのケアはまだ支援の対象とされていなかった。

犯罪被害者のメンタルヘルスに目を向けさせたのもまたご遺族であった。「犯罪被害給付制度発足10周年記念シンポジウム」で、現在全国被害者支援ネットワークの顧問であり、交通犯罪の遺族である大久保恵美子氏が犯罪被害者の現状と精神的ケアの必要を訴えた。大久保氏は以下のように述べている「…今の日本は（被害者が）大きな声で泣きたくても泣けないんです。ただじっと自分で我慢しなければならないのが今の日本における被害者の姿だと思います。日本では、そういう被害者を精神的に救う道が何もない。まずそれを創ってほしいと思うことなんです。」（全国被害者支援ネットワーク HP より引用 <https://www.nnvs.org/higai/history/>、2021年1月31日閲覧、（ ）内は筆者が補筆）。その後、1992年に東京医科歯科大学難治疾患研究所内に犯罪被害者の心の相談、ケアを中心とした「犯罪被害者相談室」が設立されたのを契機に、日本各地に精神的なケアも行う犯罪被害者支援機関が設立されるようになった。

犯罪被害者黎明期から約50年が経過した現在、犯罪被害者遺族のメンタルヘルスの状況や治療・ケアについてまとめた。

I. 犯罪被害者遺族のメンタルヘルス

発達心理学者であるボウルビイ²⁾は、その著書の中で「愛する人を失うということは人間におそいかるもっとも悲惨な経験の1つである。」と述べている。死別の要因を問わず、大切な人を失うことは大きな苦痛を引き起こす体験であるが、その原因が犯罪被害という暴力的な出来事であることは遺族の苦痛をさらに大きくする。犯罪被害による死別の特徴として、突然であり想像を絶することに加えて、故意の暴力によって生じることがある。業務上過失致死等であっても、飲酒やスピード違反など人を傷つける可能性がある行為という認識は一般的にある以上、故意にルールを破ったわけであり、そこに故意性があると遺族は感じている。このような故意の暴力は、遺族の怒りをよびおこす。また、安全であるべき社会や法や秩序が必

ずしも守られていないという現実と直面することで、社会組織への不信、また自分が今まで信じていた信念がゆらいでしまう⁸⁾。遺族はしばしば、被害前と世界が一変してしまったと話す。そのため、犯罪被害による死別は、通常ではない悲嘆反応や抑うつをもたらすことになる。

また、遺族はしばしばトラウマ（心的外傷）を経験する。遺族が、被害現場に居合わせ自分自身が生命の危機を経験した場合や、被害現場・ご遺体の目撃はもちろんであるが、このような暴力的な形で大切な人が亡くなったということを知ることでもまたトラウマ体験となり得るため、遺族は心的外傷後ストレス障害（posttraumatic stress disorder, PTSD）に代表されるトラウマ症状を抱える場合が多い。

このような悲嘆やトラウマ反応に加えて、犯罪被害者や死別に伴う様々な出来事は二次的なストレスとなる。特に様々な司法手続きは通常の生活では経験することがない非日常的なものであり、大きなストレスでもある。犯罪被害者等基本法および基本計画の推進によって、傍聴、証言、意見陳述に加えて被害者参加制度が実施されるようになった。被害者遺族が司法手続きに関与できることは、画期的な進展であるが、その心理的・物理的負担も大きく、被害者支援がより重要になってきている。このようなストレスは、心身の不調をもたらす場合もある。

犯罪被害者遺族のメンタルヘルスに関する国内外の調査・研究から、犯罪被害者遺族では被害を受けていない人に比べ精神健康が障害されており、PTSDや遷延性悲嘆症、うつ病などの精神障害の有病率が高いことが明らかにされている。

警察庁が行った犯罪被害者類型別調査³⁾では、精神健康のスクリーニング尺度による評価で重度精神障害に該当する人の割合は、非被害者において9.1%であったのに対し、犯罪被害者等では18.5%と2倍近い割合を示し、特に、殺人遺族を含む殺人・殺人未遂又は傷害等の暴力犯では23.8%と非常に高い割合となっていた。

筆者らが犯罪被害者当事者団体に行った調査⁷⁾では、死別から平均で約8年経過した時点で、PTSD、うつ病、遷延性悲嘆症（prolonged grief disorder, 論文では外傷性悲嘆）のいずれかに該当した遺族は、31.5%であり、そのうち遷延性悲嘆症が21.9%、PTSDが17.8%、うつ病が12.3%であり、時間が経過した中では遷延性悲嘆症が最も多くなっていることが明らかにされた。日本の交通事故遺族を対象とした研究では、PTSDの有病率が40.8%、遷延性悲嘆症32.7%（死別から平均約5.8年経過時点）¹⁰⁾であった。米国の殺人遺族（死別から3年以内）の調査¹²⁾では、遷延性悲嘆症23.4%、PTSD34.0%、うつ病48.9%であった。いずれの研究においても、遺族において精神疾患の割合が非常に高く、また併存していることが報告されていた。

筆者らの研究では、精神疾患を有する遺族ではそうでない遺族に比べ、罪悪感が強く、自分に対する否定的な認知が強いことと、二次被害に対する苦痛の程度が強いことが示された⁷⁾。被害者遺族は、法廷で加害者や加害者側の弁護人から故人の尊厳を傷つけられたり、謝罪のない態度などで傷つくことだけでなく、身内や友人、支援者などからの傷つきもある。例えば、「いつまでも悲しんでいると故人が浮かばれない」、「もう一人子どもがいるではないか」などの発言は、遺族を慰めようとする気持ちから出ているかもしれないが、遺族にとっては悲しむことに対する罪悪感を強化したり、大切な故人を軽んじられるような気持ちになり傷つくことにつながる。また、特に本来信頼できるはずの、支援機関のスタッフや医療関係者、警察官、検

察官などからの二次被害は、社会への信頼感を損なうことにもつながるため、支援者は被害者遺族の心理やケアについて十分な研修を受ける必要がある。犯罪被害者等基本計画では、警察官や検察官、弁護士などの刑事司法の関係者、医師や公認心理師などの医療や心理の専門家、被害者支援機関の相談員への被害者の心理やケアについての研修の推進が継続して行われている。特に現在は、すべての都道府県、政令指定都市において、また多くの市区町村に被害者総合相談窓口が設置されるようになり、このような被害者の身近な相談窓口の職員の研修や専門職の配置も進められている。

特に、近年日本でも虐待を受けた子どもを保護する機関や医療機関においてトラウマインフォームドケア (trauma informed care) やトラウマインフォームドアプローチ (trauma informed approach) が取り入れられるようになってきている。トラウマインフォームドケアやアプローチは、小児期虐待等を受けたことで情動調節の問題などを抱える人々を理解し、二次被害を与えないためのアプローチであるが、被害者支援においても必要な概念であろう。

II. 遷延性悲嘆症とその治療

大切な人を失ったことで生じる嘆きや悲しみは悲嘆と呼ばれる。悲嘆は本来は正常で自然な反応であり、病気で看取ることができるような通常の死別では時間の経過とともに和らいでいくが、様々な要因によって遷延化する場合がある。急性期の強い悲嘆反応が長期に持続し、社会生活や対人関係に支障をきたすような状態は1990年代から複雑性悲嘆 (complicated grief) として研究されるようになった。複雑性悲嘆は、心身の不良な健康や自殺行動のリスク、QOL の低下に関連していることが報告されるようになり、2019年に発表された ICD-11 (国際疾病分類の第11回改訂版) では、遷延性悲嘆症と名付けられ精神障害に位置付けられるようになった。遷延性悲嘆症の死別経験者における有病率は約10%⁴⁾ とされており、前述したように犯罪被害者遺族では非常に高い割合である。遷延性悲嘆症は薬物療法が著効せず、精神療法が有効である⁵⁾。特に、曝露の要素を含む認知行動療法の有効性が報告されている¹³⁾。代表的な治療として、米国で Shear ら⁹⁾ が開発した複雑性悲嘆治療 (complicated grief treatment, CGT) がある。CGT は週1回、16回の対面による治療であり、悲嘆の愛着理論や二重過程モデルに基づいて構成されている。治療要素として、悲嘆のモニタリング、死を知ったときの記憶をふりかえる想像再訪問、死や故人を思い起こさせるものや回復のきっかけの回避に対する状況再訪問、故人の思い出と写真のふりかえり、故人を心の中に再配置することを可能にする想像上の会話などが含まれている。筆者らはこの CGT を犯罪被害者遺族を含む日本人の遺族に適応し、予備的研究において有効な結果を得た⁶⁾。また、飛鳥井ら¹⁾ は、CGT を改変し、トラウマ症状の強い遺族に適応した外傷性悲嘆治療において犯罪被害者遺族の遷延性悲嘆症状や PTSD 症状の改善に有効な結果を報告している。このように日本においても遷延性悲嘆症の治療は研究ベースであるが実施されるようになった。しかし、精神医学や臨床心理学においては従来悲嘆は病気ではないという認識があり、また遷延性悲嘆症は極めて新しい診断概念であることから、精神科医や心理専門職における認識はまだ乏しく、今後の治療の普及が課題である。

犯罪被害者遺族のケアでは、遺族自身によるサポートグループが重要な役割を果たしてきた。サポートグループの一番のメリットは、経験した人でないとわからない気持ちやまた体験した出来事を分かり合えることであり、どんな気持ちを吐きだしても批判や批評をされず受け止めてもらえるという安心感であろう。実際、サポートグループに参加した遺族は、参加していない遺族よりも精神健康が改善したという報告もある¹¹⁾。

重要なことは、遺族が必要としている支援がその状態や状況に合わせて適切に提供されるということである。特に被害や死別直後はショックで状況を受け入れることが困難であり、茫然自失としている状況にある。そのような中で遺族が自ら支援を求めることは難しく、支援者から寄り添い、そのニーズにこたえることが必要である。犯罪被害者等早期援助団体は、警察から情報を得て被害者遺族に被害直後からかかわることができるようになっているが、24時間体制や休日での支援はまだまだ人員や体制、資金の不足から実施には至っていないのが現状である。

Ⅲ. まとめ

市瀬氏が草の根ではじめた犯罪被害者支援の黎明期から50年以上たった現在、犯罪被害者遺族の置かれた状況は徐々に改善してきてはいる。また、精神医学の分野でも PTSD や遷延性悲嘆症などトラウマに関連した精神障害の理解や治療も少しずつではあるが広まり始めている。しかし、警察庁が平成29年度に行った犯罪被害類型別調査では、まだ77%の被害者がいかなる支援も受けたことがないと回答しており、犯罪被害者支援を必要としている遺族にいかに確実に提供できるかが今後の課題である。日本の犯罪被害者支援は、遺族自身が声をあげなければいけないところからスタートした、令和3年から第4次犯罪被害者基本計画が実施されるが、遺族がもう声をあげなくても十分な支援が受けられる社会を目指していくことを期待している。

引用文献 (アルファベット順)

1. Asukai, N., Tsuruta, N., Saito, A.: Pilot study on traumatic grief treatment program for Japanese women bereaved by violent death. *J Trauma Stress*, doi:10.1002/jts.20662,2011.
2. Bowlby, J.: *Attachment and Loss, Vol3. Loss - Sadness and Depression*. Tavistock Institute of Human Relations, 1982. (J. ボウルビー, 黒田実郎ら訳: 母子関係の理論 III 対象喪失, 岩崎学術出版社, p4, 1981)
3. 警察庁犯罪被害者等施策推進室: 平成29年度 犯罪被害類型別調査調査結果報告書. 東京, 2018.
4. Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., et al.: Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders* 212:138-49, 2017.

5. Nakajima, S.: Complicated grief: recent developments in diagnostic criteria and treatment. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 373, 2018.
6. 中島聡美, 伊藤正哉, 白井明美他: 日本における複雑性悲嘆の認知行動療法(CGT)の有効性についての予備的研究. *精神神経学雑誌*:S463, 2017.
7. 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* 111:423-9, 2009.
8. Schmidt Kashka, M., Beard, M.T.: The grief of parents of murdered children: a suggested model for intervention. *Holist Nurs Pract* 14:22-36, 1999.
9. Shear, K., Frank, E., Houck, P.R., et al.: Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *Jama* 293:2601-8, 2005
10. 白井明美, 小西聖子: PTSD と複雑性悲嘆との関連 –外傷的死別を中心に–. *トラウマティック・ストレス* 2:21-7, 2004.
11. Vachon, M.L., Lyall, W.A., Rogers, J., et al.: A controlled study of self-help intervention for widows. *The American journal of psychiatry* 137:1380-4, 1980.
12. Williams, J.L., Rheingold, A.A.: Barriers to care and service satisfaction following homicide loss: associations with mental health outcomes. *Death Stud* 39:12-8, 2015.
13. Wittouck, C., Van Autreve, S., De Jaegere, E., et al.: The prevention and treatment of complicated grief: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 31:69-78, 2011.