

性暴力被害者のためのワンストップ支援センターから精神科へ紹介された被害者の実情と治療の課題【続報】

メタデータ	言語: ja 出版者: 武蔵野大学心理臨床センター紀要編集委員会 公開日: 2023-09-26 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 浅野, 敬子, 今野, 理恵子, 山本, このみ, 井上, 美里, 正木, 智子, 平川, 和子, 小西, 聖子 メールアドレス: 所属:
URL	https://mu.repo.nii.ac.jp/records/2000025

■ 原著

性暴力被害者のためのワンストップ支援センターから 精神科へ紹介された被害者の実情と治療の課題【続報】

浅野敬子^{1)、2)}、今野理恵子^{1)、2)}、山本このみ^{2)、3)}、井上美里²⁾、
正木智子⁴⁾、平川和子⁵⁾、小西聖子^{1)、2)}

1) 武蔵野大学

2) 武蔵野大学認知行動療法研究所

3) 武蔵野大学大学院人間社会研究科人間学専攻博士後期課程

4) 駒澤大学学生相談

5) 特定非営利活動法人 性暴力救援センター・東京

抄録

目的：ワンストップ支援センターからの紹介で精神科を受診した被害者の実情について、カルテ調査研究の結果を続報するとともに、対象者のうち、トラウマに焦点化した認知行動療法（以下、CBT）導入群と CBT 非導入群の特徴について検証し、性暴力被害者の精神科治療の課題について検討することを目的に本研究を実施した。

方法：2012年6月～2018年11月末の6年半の間にワンストップ支援センターからの紹介により精神科初診となった患者のカルテから、対象者の属性、被害関連事項、診察および治療関連事項等の情報を収集し分析した。

結果：対象者70名の初診時の平均年齢は 26.8 ± 8.7 歳であり、主診断が ASD あるいは PTSD である者は52名（74.5%）であった。CBT 導入群34名（48.6%）と CBT 非導入群36名（51.4%）は、初診時年齢（ $p=0.036$ ）、主診断名（ $p=0.006$ ）、薬物療法の有無（ $p=0.011$ ）、治療転帰（ $p=0.010$ ）において有意差があった。

考察：対象者の ASD、PTSD 罹患率は前回報告と同様に高い結果となった。ワンストップ支援センターから紹介される性暴力被害者の介入において、治療中断を防ぐことの重要性が示唆された。

背景と目的

我が国の性暴力被害者に対する支援はここ10年で大きな広がりを見せ、2010年に性暴力救援センター・大阪（略称：SACHICO）が設立されて以降、2018年には全国47都道府県に性犯罪・性暴力被害者のためのワンストップ支援センター（以下、ワンストップ支援センター）が開設された（内閣府，2022）。性暴力被害者では心的外傷後ストレス障害（Posttraumatic stress disorder；以下、PTSD）の有病率が高いなど（Kessler et al., 2017）、性暴力が被害者に与える精神的影響は甚大であり、被害者に対する精神科治療は重要である。PTSD 治療には、持続エクスポージャー療法（Prolonged Exposure Therapy；以下、PE療法）、認知処理療法（Cognitive Processing

Therapy；以下、CPT）や眼球運動による脱感作と再処理法（Eye Movement Desensitization and Reprocessing；以下、EMDR）などトラウマに焦点化した認知行動療法（Cognitive Behavioral Therapy；以下、CBT）が米国（Olf et al., 2020）をはじめとする海外のPTSD治療ガイドラインで強く推奨されている。

ワンストップ支援センターは、「性犯罪・性暴力被害者に、被害直後からの総合的な支援（産婦人科医療、相談・カウンセリング等の心理的支援、捜査関連の支援、法的支援等）を可能な限り一か所で提供することにより、被害者の心身の負担を軽減し、その健康の回復を図るとともに、警察への届出の促進・被害の潜在化防止を目的とするもの」と定義され、ワンストップ支援センターの設置形態には病院拠点型、相談センター拠点型、連携型の3つの形態がある（内閣府，2012）。PTSD罹患率の高い性暴力被害者の精神科治療では、トラウマに焦点化したCBT等が必要であると考えられるが、日本では、トラウマに焦点化したCBT等を実践している治療者の割合が少ないことが報告されている（警察庁，2015）。ワンストップ支援センターを利用した性暴力被害者に対してトラウマに焦点化した認知行動療法を適用した治療の実態については今野ら（2017）の他、ほとんど報告されていない。

筆者らは産婦人科小児科病院（以下、A病院）に、性暴力被害者のワンストップ支援を目的に新たに開設された精神科（以下、B精神科）において、都内にある性暴力被害のためのワンストップ支援センター（以下、C支援センター）からの紹介で精神科を受診した性暴力被害者の治療を行っていた。C支援センターは相談センター拠点型のワンストップ支援センターであり、A病院はC支援センターの協力病院として性暴力に伴う産婦人科治療や証拠採取を行い、B精神科ではC支援センターを利用した性暴力被害者の紹介を受け、週1日の予約診療で精神科治療を行っていた。浅野ら（2017）は、C支援センターが開設された2012年6月から2015年11月末までの3年半の間にC支援センターにつながり、その後C支援センターからの紹介を受けてB精神科を受診した女性30名についてカルテ調査研究の結果を報告した。その結果、性暴力被害後3か月以内に精神科を受診した者が56.7%であり、ASDまたはPTSDの罹患率が83.3%であった。これまで、我が国では、性暴力被害から94.5 ± 88.0か月後に臨床機関を訪れた性暴力被害者のPTSD罹患率は報告されているが（廣幡ら，2003）、性暴力被害から間もない時期に精神科を受診した性暴力被害者の実態については明らかにされていなかった。そのため、前回調査では、C支援センターから精神科を紹介された性暴力被害者の実情が報告され、ワンストップ支援センターから紹介を受けた被害者に対するPTSD治療の必要性の高さが示唆され、被害者への介入方法について検討がなされたが、対象者数が少ないことが限界の一つであった。

そこで、本稿では、前回調査から調査期間を延長してワンストップ支援センターからの紹介で精神科を受診した性暴力被害者の対象者数を増やし、カルテ調査研究の結果を続報することで、ワンストップ支援センターを利用した性暴力被害者の治療および支援に必要な事項について再検討することを目的とした。また、トラウマに焦点化したCBTでは対象者の年齢や教育歴に制約は少ないものの、前回調査時にはトラウマに焦点化したCBTを導入した対象者数が10名と少数であり、CBT導入者あるいはCBT非導入者についての特徴を分析するに至らなかった。そこで、本稿では、対象者のうち、トラウマに焦点化したCBTを導入した者と導入しなかった者の特徴について再度検証し、ワンストップ支援センターからの紹介で精神科を受診した性暴力被害者の支

援および治療について検討する。

方法

1. 調査方法および調査対象

調査対象者は、C支援センターが開設された2012年6月から2018年11月末までの6年半の間にC支援センターにつながり、その後C支援センターからの紹介を受けてB精神科を受診した女性である。それらの女性のうち、カルテ情報の研究利用について書面にて許諾が得られた70名を本調査の分析対象とした。カルテ情報の収集は、2018年11月末時点でカルテに記載されている情報の収集を2018年12月から2019年3月末までに行った。A病院の規定により、C支援センターからの紹介によりB精神科を受診した女性のうち、書面による許諾が得られなかった者の人数については、データ集積を行わず非公表とした。

2. 調査項目

本調査において、カルテより情報収集した調査項目は以下の通りである。

- ・対象者属性：年齢、性別、教育歴、婚姻歴、同居の有無、精神科既往歴、親族における精神疾患罹患の有無（以下、遺伝負因）
- ・被害関連事項：被害時期、被害内容、被害場所、被害状況（アルコール、薬物の摂取）、加害者との関係、加害者人数、過去の被害歴
- ・診察および治療関連事項：被害から精神科初診の日数、処方の有無、処方時期、処方内容、診断の有無、診断名、産婦人科受診の有無、来院経路、付添人の有無、2018年11月末現在の精神科治療の治療転帰（以下、治療転帰）
- ・自記式心理尺度：以下の3尺度の得点結果
 - ① 改訂版出来事インパクト尺度（Impact of Event Scale-Revised；以下、IES-R）：PTSD症状をスクリーニングする22項目5件法（0～88点）の尺度であり、カットオフ値は24／25点である（Asukai et al, 2002）。
 - ② 解離体験尺度（Dissociative Experiences Scale；以下、DES）：解離症状を評価する28項目10件法（0～100%）の尺度である（田辺, 1995）。DES原尺度では平均得点はPTSD患者26.1～31.3、多重人格障害29.8～57.06と報告されている（Bernstein & Putnam, 1986）。
 - ③ 自己評価式抑うつ尺度（Self-Reported Depressive Scale；以下、SDS）：抑うつ症状を評価する20項目4件法（0～80点）の尺度であり、平均得点は正常者 35 ± 12 点、神経症者 49 ± 10 点、うつ病患者 60 ± 7 点である（福田・小林, 1983）。

自記式心理尺度は、対象者がB精神科来院後に初めて施行し（以下、初回施行）、その後はB精神科受診期間中に治療の必要性に応じて随時施行した。なお、本稿では、自記式心理尺度の分析対象は初回施行時の得点とした。

本稿では、前回調査で報告したワンストップ支援センターを利用した性暴力被害者の治療および支援に必要な事項について再検討することを目的として、上記調査項目のうち年齢・年代、教

育歴、精神科既往歴、遺伝負因、被害内容、被害から精神科初診の日数、加害者との関係、被害状況（アルコール摂取）、過去の被害歴、診断名、処方の有無（薬物療法の有無）、治療転帰、初回施行の自記式心理尺度得点について結果を報告する。

3. 分析方法

トラウマに焦点化した CBT の導入のためにリファーされた者（以下、CBT 導入群）と CBT にリファーされなかった者（以下、CBT 非導入群）の群間の差をみるため、年齢および自記式心理尺度は正規性が見られなかったため Mann-Whitney の U 検定を行い、それ以外はカイ二乗検定を行った。分析はすべて両側検定とし、有意水準は $p=0.05$ とした。統計解析には、Microsoft® Excel® 2019 MSO、エクセル統計 64 ビット ver4.01 株式会社社会情報サービスを用いた。

4. 倫理的配慮

本調査は A 病院倫理委員会および武蔵野大学倫理委員会にて承認された。本調査の対象は、カルテから得られる情報の研究利用について本人あるいは未成年者の場合には保護者より書面にて同意が得られた者とし、個人情報厳重に管理した。全著者ともに本研究に関して開示すべき利益相反はない。

結果

対象者 70 名のうち、B 精神科で CBT 実施対象者として抽出して CBT 実施者へ紹介した者を CBT 導入群とし、CBT 実施対象者として抽出しなかった者を CBT 非導入群とした。CBT 導入群は 34 名（48.6%）であり、CBT 非導入群 36 名（51.4%）であった。なお、CBT 導入群には CBT 未実施あるいは CBT を中断した 5 名を含んでいる。

以下に記載するパーセンテージは、対象者 70 名に占める各項目該当者の割合を示した。

1. 対象者の属性

対象者の属性は表 1 に示した。全対象者の初診時の年齢は平均 26.8 ± 8.7 歳であり、CBT 導入群（平均年齢 29.0 ± 8.9 歳）は CBT 非導入群（平均年齢 24.7 ± 8.1 歳）に比べて有意に年齢が高い結果となった ($p=0.036$)。対象者に 50 代以上の年代の者は含まれていなかった。

対象者の教育歴は、全対象者では大学および大学院卒が 30 名（42.9%）と最も多い割合となった。群別では、CBT 導入群では大学および大学院卒が 18 名と最も多く、CBT 非導入群では高校中退および高校卒業が 12 名、大学および大学院卒が 12 名と多かったが、群間に差は見られなかった。

精神科既往歴は、全対象者では、既往歴がある者が 32 名（45.7%）、既往歴がない者が 36 名（51.4%）、不明が 2 名（2.9%）であり、群間に差は見られなかった。

遺伝負因は、全対象者では、遺伝負因のある者が 30 名（42.9%）、遺伝負因のない者が 35 名（50.0%）、不明が 5 名（7.1%）であり、群間に差は見られなかった。

表1 対象者の属性

項目	全対象者 (n=70)	CBT 導入群 (n=34)	CBT 非導入群 (n=36)	Pearson の カイ2乗値	p 値
年代				5.10	.165
10代以下	17	5	12		
20代	30	14	16		
30代	17	11	6		
40代	6	4	2		
教育歴				6.36	.272
小中学校在学	3	1	2		
高校在学	9	3	6		
高校中退・高校卒	17	5	12		
専門学校・短大卒大学	9	6	3		
大学・大学院卒	30	18	12		
不明	2	1	1		
精神科既往歴				.05	.973
あり	32	16	16		
なし	36	17	19		
不明	2	1	1		
遺伝要因				2.06	.357
あり	30	12	18		
なし	35	20	15		
不明	5	2	3		

2. 被害内容

対象者の被害内容は表2に示した。B精神科受診の動機となった被害（以下、受診動機の被害）の種類は、レイプがもっとも多く、全対象者で38名（54.3%）であった。受診動機の被害について、CBT導入群、CBT非導入群では有意な差は見られなかった。

全対象者のうち、被害後3か月以内にB精神科を受診した者は40名（57.1%）であった。被害後13か月以上経過してからB精神科初診となった対象者16名（22.9%）のうち8名（11.4%）は、被害から10年以上経過した後、B精神科を受診しており、当該8名（11.4%）の平均年齢は29.0±7.21歳であり、うち5名（7.1%）は家族・親族からの被害であった。被害からB精神科初診までの期間について群間に差は見られなかった。

加害者は知人・顔見知りが多く44名（62.9%）であり、見知らぬ人からの被害は14名（20.0%）であった。家族を含めると対象者全体のうち、55名（78.6%）は面識がある者からの被害であった。加害者との関係はCBT導入群では知人・顔見知りから被害を受けた者の割合が高かったが、群間に差は見られなかった。

被害時にアルコール摂取していた者は全対象者で23名（32.9%）であり、群間に差は見られなかった。

B精神科受診の動機となった被害を除き、過去に何らかの被害に遭っていた者は全体で24名（34.3%）であり、群間の差は見られなかった。過去に何らかの被害に遭っていた者のうち、過去の被害内容がレイプ、強制わいせつ、性的虐待といった性暴力被害であった者は20名（28.6%）であった。

表2 被害に関する内容

項目	全対象者 (n=70)	CBT 導入群 (n=34)	CBT 非導入群 (n=36)	Pearson の カイ2乗値	p 値
受診動機の被害				1.08	.897
レイプ	38	17	21		
強制わいせつ	22	12	10		
性的虐待	5	3	2		
夫・パートナーからの暴力(性暴力含む)	3	1	2		
その他	2	1	1		
被害から B 精神科初診までの期間				2.68	.613
被害後 1 か月以下	11	6	5		
被害後 1 か月から 3 か月以下	29	13	16		
被害後 3 か月から 12 か月以下	12	7	5		
被害後 13 か月以上	16	8	8		
不明	2	0	2		
加害者との関係				3.09	.378
知人・顔見知り	44	24	20		
見知らぬ人	13	5	8		
家族・親族	11	5	6		
その他・不明	2	0	2		
被害時のアルコール摂取				1.16	.560
あり	23	12	11		
なし	33	17	16		
不明	14	5	9		
過去の被害歴				1.57	.456
あり	24	11	13		
なし	28	16	12		
不明	18	7	11		

3. 臨床診断等の治療に関する内容

臨床診断等の治療に関する内容は表3に示した。臨床診断は、初診時または通院初期に診断した主診断名を DSM-5 あるいは DSM-IV-TR に基づいて分類した。主診断名が PTSD (PTSD 疑い 4 名を含む) および急性ストレス障害 (Acute stress disorder ; 以下、ASD) である者は全対象者のうち 52 名 (74.3%) であった。PTSD 疑いとは、初診時に PTSD 症状が見られたものの確定診断前に治療が終結あるいは中断した者であり、各 2 名含まれていた。CBT 非導入群において PTSD および ASD が主診断名であった者は 20 名 (55.6%) を占めた。

薬物療法が行われた者は全対象者のうち 35 名 (50.0%) であった。薬物療法の有無は群間に差が見られ、CBT 導入群では薬物療法を行った者が多く、CBT 非導入群では薬物療法を行った者が少なかった。使用した薬物 (多剤使用あり) は、全対象者のうち、SSRI が 18 名 (25.7%)、ベンゾジアゼピン系抗不安薬が 14 名 (20.0%)、その他薬物が 16 名 (22.9%) であった。

治療転帰は、全対象者のうち治療終結した者が 23 名 (32.9%)、治療継続中が 21 名 (30.0%)、治療中断が 20 名 (28.6%) であった。治療終結した者は、症状寛解あるいは軽症により終結しており、症状が悪化した者や症状不変の者はいなかった。治療転帰には群間に差があり、CBT 導入群では

表3 診断、治療および治療転帰に関する内容

項目	全対象者 (n=70)	CBT 導入群 (n=34)	CBT 非導入群 (n=36)	Pearson の カイ2乗値	p 値
主診断名				14.50	.006
PTSD および ASD	52	32	20		
適応障害	9	2	7		
うつ病	2	0	2		
その他	3	0	3		
診断名なし	4	0	4		
薬物療法の有無 ※1				6.43	.011
あり	35	22	13		
なし	34	11	23		
治療転帰				11.42	.010
治療終了(寛解または軽快)	23	11	12		
治療継続(悪化なし)	21	16	5		
治療中断	20	5	15		
他院紹介	6	2	4		

※1:薬物療法の有無は、不明の1名を除いて全対象者69名で分析した

治療継続中の者が多く、CBT 非導入群では治療を中断した者が多かった。CBT 非導入群のうち、寛解または軽快により治療終了した者は12名(17.1%)であった。

心理尺度得点は、対象者がB精神科来院後に初めて回答した心理検査結果を表4に示した。全対象者のIES-Rの平均値は 55.9 ± 16.4 であり、PTSD症状のカットオフ値24/25を大きく上回った。全対象者のDESの平均値は 29.2 ± 18.0 であり、原尺度のPTSD患者の平均26.1~31.3と同程度であった。全対象者のSDSの平均値は 58.2 ± 16.7 であり、神経症者からうつ病者に該当する得点であった。CBT 導入群とCBT 非導入群では群間の差はみられなかった。

表4 初回施行の心理尺度得点

尺度 (CBT 導入群/ 非導入群)※1	全対象者	CBT 導入群	CBT 非導入群	p 値 ※2
	平均±SD (範囲)	平均±SD (範囲)	平均±SD (範囲)	
IES-R (30/31)	55.9 ± 16.4 (5-81)	58.7 ± 12.6 (38-81)	53.3 ± 19.3 (5-79)	.390
DES (30/31)	29.2 ± 18.0 (1.4-67.9)	30.3 ± 19.0 (2.5-67.9)	28.1 ± 17.1 (1.4-61.4)	.740
SDS (27/25)	58.2 ± 16.7 (36-70)	57.8 ± 7.9 (38-70)	53.9 ± 9.4 (36-69)	.126

※1:心理尺度未実施者を除いた各心理尺度の回答者数

※2:Mann-Whitney の U 検定

考察

本調査では、ワンストップ支援センターからの紹介で精神科を受診した性暴力被害者の実情が明らかとなった。

対象者70名の年代は20代までの者が67.1%を占めた。前回調査の対象者30名に占める20代までの割合73.3%よりは低いものの、本調査においても20代以下の被害者が多数を占めた。内閣府(2020)の「男女間における暴力に関する調査」では、異性から無理やり性交されたと回答した者のうち、「20歳代」が45.8%と最も多く、次いで「30歳代」(16.2%)、「18歳・19歳」(14.8%)、「小学生のとき」、「40歳代」(11.3%)であった。B精神科では主として思春期以降の被害者がワンストップ支援センターより紹介されるため、本調査の対象者では20代以下に占める小学生および中学生の割合は高くはない。児童相談所が介入する場合には、被害者は児童相談所経由で児童精神科にかかるため、児童生徒に関しては一般的にワンストップ支援センターから精神科への紹介件数は多くはないことが考えられる。一方、本調査では被害後10年以上経ってからB精神科を受診した者が1割を超えており、その多くが家族・親族からの被害であった。ワンストップ支援センターの多くは、被害直後から救急医療や証拠採取等の産婦人科医療を提供し、被害直後からの被害者の精神的なケアを行っているが、連携する精神科治療においては、被害直後の対応だけではなく、複雑性PTSD等の専門的な治療が可能な体制を整えておくことが必要であることが示唆された。

対象者のうち、精神科既往歴がある者は51.4%であり、遺伝負因がある者の割合は42.9%であった。日本において、性暴力被害を含む犯罪被害者等の精神既往歴についての報告はなく比較ができないが、地域住民を対象とした調査では精神科受診歴のある者の割合は8%であることが報告されており(立森ら, 2007)、前回の調査結果と同様に精神科既往歴がある者の割合は、地域住民に占める割合と比較して非常に高い結果となった。また、対象者における主診断名の割合は、PTSDおよびASDが74.3%であり、前回調査の割合83.3%と同様に対象者におけるPTSDの罹患率は高い結果となった。低年齢であること(Brewin et al, 2000)、精神科既往歴あるいは遺伝負因があること(Ozer et al, 2003)はPTSD罹患のリスク要因であり、前回調査結果と同様に本対象者のPTSD罹患率の高さとの関連が示唆される。犯罪被害者における精神科医療機関等での診察や治療の必要性の判断や実際に精神科医療機関に紹介した件数については、地域差があることが報告されているが(中山ら, 2022)、本調査結果より、性暴力被害者においては精神科医療機関等への紹介を勧めることが被害者の精神的回復に資すると考えられる。

加害者との関係は、顔見知りおよび家族による被害が対象者の78.6%を占め、見知らぬ人からの被害は20.0%であった。筆者ら行った前回調査では、顔見知りおよび家族による被害は対象者

の83.3%を占めていた。内閣府（2020）の調査では、異性から無理やり性交等をされた被害経験のある者142名のうち、家族や見知った相手が加害者であった割合が78.2%であり、まったく知らない人からの被害は12.0%であった¹。本調査の対象者は、顔見知りおよび家族による性暴力被害の割合が高く、前回調査に続き内閣府の調査と同様の結果となった。犯罪統計によると、検挙された強制性交等罪（平成29年刑法改正までは強姦罪）の被疑者と被害者の関係は、令和3年では検挙件数1,315名のうち、面識ない者からの被害は28.4%であり、面識のある者からの被害は71.6%であった（警察庁、2022）。平成24年では、強姦罪における被疑者と被害者の関係は、検挙件数1,023名のうち、面識ない者からの被害は51.6%、面識ある者からの被害48.4%であり、この10年間で面識ある者からの被害の申告率が上がってきたことが示唆される。第5回犯罪被害実態（暗数）調査（法務総合研究所、2020）によると、痴漢等を含む性的事件において、被害に遭った人に占める被害を届け出なかった人の割合は80.0%であり、届出をした人の割合（14.3%）を大きく上回っていた。この暗数調査では、性的事件において被害を捜査機関に申告しなかった理由として、「どうしたらよいのか分からなかった（被害を届け出る方法が分からなかった）」が28.6%を占めていた。我が国では、2020年より性犯罪・性暴力の相談先として全国共通短縮番号「#8891」や性暴力に関するSNS相談が運用されており、相談方法が増えるとともに相談先の周知が進んでいるが、被害後の届け出方法などについて更なる周知が必要であると考えられる。

被害時にアルコール摂取していた者は32.9%であった。前回調査では36.7%であり、前回調査と同様に対象者の約3割を占めた。被害時にアルコール摂取をしていた場合には警察への通報率が下がることが報告されている（Wolitzky-Taylor et al, 2011）。本調査では、対象者における警察への通報率は算出できていないものの、被害を申告しにくいとされている被害者がワンストップ支援センターを利用することができることが示唆される。

対象者のうち、受診理由の性暴力被害とは別に、過去に性暴力等の被害歴のある者は34.3%であった。性暴力の被害歴に限らず、トラウマ歴はPTSD罹患のリスク要因であるため（Ozer et al, 2003）、本対象者のPTSD罹患率が高いこととの関連が示唆される。海外のシステマティックレビュー研究では、幼少期の性的虐待では、とくに性暴力の再被害率が47.9%と高いことが示されている（Walker et al, 2019）。近年、トラウマ・インフォームド・ケア（野坂、2019）として、トラウマ体験の有無が確認されていない人々に対しても、トラウマ体験がある可能性を考慮してトラウマ体験の特徴を理解し、その影響を認識しながらケアを行うことが推奨されている。本研究では、前回調査と同様に性暴力被害者のうち、過去に別の被害を経験している者の割合が低くないことが示され、性暴力被害者の治療や支援の現場では、トラウマティックな出来事を経験した人に対しても、それ以前のトラウマ経験がないか、トラウマ・インフォームド・ケアの視点で

¹ 割合（%）は内閣府（2020）の結果より筆者が算出した。

関わることを有用であると考えられる。したがって、特にワンストップ支援センター等で支援にあたる支援者においては、トラウマ・インフォームド・ケアについて理解することが有用であり、支援者に対するトラウマ・インフォームド・ケアの教育が必要である（吉田ら，2019）。また、再被害によって精神健康は悪化するため、性暴力に遭った被害者の治療や支援において再被害を防止するための介入をすることは重要であると考えられる。例えば、PE療法では、症状が再熟した場合の対処についてのモジュールが最終セッションに設けられているが、再被害に遭わないようにするための介入は含まれていない。ワンストップ支援センターの支援や精神科治療につながった際に、再被害防止について介入することは、再被害の予防の点から重要であると考えられる。

被害から精神科初診までの期間は、3か月以下が57.1%を占めており、前回調査の割合56.7%と近似値であった。対象者は被害から間もない時期から相談することができており、被害後まもなくから一か所支援を行うというワンストップの支援が機能していると考えられる。一方、被害から10年以上たってからの相談件数が1割を超えており、ワンストップ支援センターと連携する精神科では、過去の被害についての治療が求められる。

対象者のうち、CBT導入群とCBT非導入群はともにPTSD症状、解離症状、うつ症状の重症度は高い傾向にあったが、両群においてPTSD症状、解離症状、うつ症の重症度に差はなく、精神疾患の重症度がCBT導入あるいは非導入に与える影響は明らかとならなかった。しかし、調査時点での治療転帰として、結果的にはCBT導入群では症状が悪化することなく治療を継続している者が多く、CBT非導入群では治療中断した者が多い傾向となった。PTSD罹患率の高い性暴力被害者では、PTSDの症状の一つである回避症状により、被害を思い出させる通院を回避することがある（今野ら，2017）。そのため、治療を中断した真の理由を確認することは困難であるが、CBT非導入群では、CBT導入前に回避症状により治療中断したことが考えられ、CBT導入に向けて性暴力被害者の治療中断を防ぐことが、性暴力被害者の精神科治療を行う上で重要であると示唆される。一方、CBT非導入群において、寛解または軽快により治療終了した者が3分の1を占めていた。ソーシャルサポートの欠如はPTSD発症のリスク要因である（Ozer et al, 2003）が、対象者はC支援センターから精神科に紹介がなされるまでに支援員から情緒的なサポートを受けていることが考えられる。また、対象者はC支援センターから産婦人科医療、捜査関係や法的手続きにおいて必要に応じて個々にサポートを受けているが、本調査対象者がC支援センターから受けたそれらのソーシャルサポートについては調査、分析がされていないため、C支援センターのサポートが性暴力被害者のPTSD発症リスク低減に与えた影響について検討がなされていない。しかし、寛解または軽快により治療終了した対象者においては、C支援センターの支援がPTSD症状等の回復に有用であったと考えられる。PTSDはトラウマ後から生じる症状の回復が阻害され慢性化することが罹患の原因であるとされており、ワンストップ支援センターの支援者が提供するサポートは性暴力被害者のPTSD発症リスクを低減させる重要な役割を果たしていると考え

られる。そのため、支援員の支援内容や効果について検証することが、支援センターにつながった性暴力被害者に有効な支援を検討する上で必要である。PTSD の治療においてはトラウマに焦点化した CBT が有効であることは明らかであるが、PTSD の専門治療を行うことができる人材は地域差があり、専門家は限られている（警察庁，2015）。そのため、性暴力被害者における PTSD 罹患者を減らすことができれば、CBT 実施に関する被害者の時間的、金銭的な負担を減らすことができるとともに、専門家等の限られた資源を有効に活用することにつながると考えられる。

本研究の限界

本調査では、ワンストップ支援センターから精神科に紹介された性暴力被害者を対象としているが、調査期間内に C 支援センターで支援した被害者総数およびそのうち B 精神科へ紹介した被害者数の実数が不明である。そのため、サンプルは便宜的標本（convenience sample）であり、代表性に乏しい。B 精神科の週 1 日の予約診療で診察できる患者数に限度があるため、精神科治療が必要な者のうち、一部の被害者のみの診察を行っていたことになり、ワンストップ支援センターからは精神症状等が重篤な者が B 精神科に優先的に紹介された可能性がある。したがって、本調査対象者は、性暴力被害者のうち PTSD 重症度が高い者が多く受診している可能性があり、本調査対象者はワンストップ支援センターを利用した性暴力被害者を代表しているとは言えない。また、PTSD のリスク要因、増悪の要因として、刑事事件や民事事件の実施有無が関係すると考えられるが、本対象者における司法手続きの有無は確認できていないため、その影響を考慮できていない。本調査の対象者は女性であり、ほとんどが男性からの被害であったが、ワンストップ支援センターを利用した被害者の治療および支援について検証する上では、異性からの被害に加えて同性からの被害や男性の被害者、性的少数者や障害者の性暴力被害者について実情を把握することが必要である。

おわりに

本研究は、先行研究の続報としてワンストップ支援センターからの紹介で精神科を受診した被害者の実情について報告するとともに、対象者における CBT 導入者および CBT 非導入者の特徴について比較、検討した。ワンストップ支援センターから紹介される性暴力被害者においては PTSD 罹患者率が高いことが示唆され、被害者への PTSD の専門治療が求められる。犯罪被害者等の支援においては全国どこでも必要な支援等が途切れることなく提供されることが必要であり、性暴力被害者の精神的回復においては、本研究における性暴力被害者の実情を踏まえ、地域の実情に合わせて支援が行われることが必要である。

付記

本論文は、日本トラウマティック・ストレス学会第19回シンポジウム「トラウマ・グリーフの認知行動療法の実践的展開」の発表内容を一部加筆、修正し発表した。本研究はJSPS 科研費 JP 19K21007 の助成を受けて行われた。

引用文献

- 浅野敬子, 正木智子, 今野理恵子, 山本このみ, 平川和子, 小西聖子: 性暴力被害者のためのワンストップ支援センターから精神科へ紹介された被害者の実情と治療の課題. *トラウマティック・ストレス* 15(1): 59-68, 2017
- 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
- Bernstein, E. M. & Putnam, F. W.: Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 174; 727-735, 1986
- Brewin, C. R., Andrews, B., Valentine, J. D.: Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol.*, 68(5); 748-766, 2000
- 福田一彦, 小林重雄: 日本版 SDS (Self-rating Depression Scale) 自己評価式抑うつ性尺度使用手引き. *三京房*; 3-15, 1983.
- 廣幡小百合, 小西聖子, 白川美也子, 浅川千秋, 森田展彰, 中谷陽二: 性暴力被害者における外傷後ストレス障害: 抑うつ、身体症状との関連で. *精神神経学雑誌* 104(6): 529-550, 2002
- 法務総合研究所: 犯罪被害に関する総合的研究 - 安全・安心な社会づくりのための基礎調査結果 (第5回犯罪被害者実態(暗数)調査結果) -, 2020 https://www.moj.go.jp/housouken/housouken03_00019.html (2022-8-31 閲覧)
- 警察庁: 犯罪被害者の精神的被害の回復に資する施策に関する研究会: 犯罪被害者の精神的被害の回復に資する施策に関する報告書, 2015 <https://www.npa.go.jp/higaisya/shiryuu/pdf/study1/houkoku/shien-report.pdf> (2022-8-31 閲覧)
- 警察庁: 令和3年の刑法犯に関する統計資料 (令和4年8月発表), 2022 <https://www.npa.go.jp/toukei/seianki/R03/r3keihouhantoukeisiryuu.pdf> (2022-8-31 閲覧)
- Kessler, Aguilar-Gaxiola, Alonso, et al: Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 8, 2017 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5632781/> (2022-8-31 閲覧)
- 今野理恵子, 浅野敬子, 正木智子, 山本このみ, 小西聖子: 急性期と慢性期の性暴力被害者の臨床における実態と今後の治療における課題. *女性心身医学*, 21(3); 295-305, 2017
- 中山千秋, 中島聡美, 今野理恵子, 浅野敬子, 山本このみ, 大岡友子, 佐々木真由美, 小西聖子: 被害者支援施設と精神科医療機関等との連携 - PTSD 治療の視点から -. *被害者学研究* (31); 17-33, 2022
- 内閣府: 性犯罪・性暴力被害者のためのワンストップ支援センター開設・運営の手引, 2012

- https://www.npa.go.jp/hanzaihigai/kohyo/shien_tebiki/index.html (2022-8-31 閲覧)
- 内閣府：男女間における暴力に関する調査報告書, 2020 https://www.gender.go.jp/policy/no_violence/e-vaw/chousa/r02_boryoku_cyousa.html (2022-8-31 閲覧)
- 内閣府：性犯罪・性暴力被害者のためのワンストップ支援センター一覧, 2022 http://www.gender.go.jp/policy/no_violence/seibouryoku/consult.html (2022-8-31 閲覧)
- 野坂祐子：トラウマインフォームドケア：“問題行動”を捉えなおす援助の視点. 日本評論社, 2019
- Olf, M., Monson, C. M., Riggs, D. S., et al.; Psychological Treatments: Core and Common Elements of Effectiveness: Forbes, D., Bisson, J. I., Monson, C. M., & Berliner, L. (Eds.). *Effective treatments for PTSD (3rd ed)*. Guilford Press, New York, 2020
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., et al: Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull*, 129(1); 52-73, 2003
- 田辺肇：解離性体験と心的外傷体験との関連 日本版 DES(Dissociative Experience Scale)の構成概念妥当性の検討. *催眠学研究*, 39(2); 1-10, 1995
- 立森久照, 長沼洋一, 小山智典 他：こころの健康についての疫学調査に関する研究：こころの健康に関する疫学調査の主要成果, 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こころの健康についての疫学調査に関する研究 総合研究報告書：35-76, 2007
- Walker, H. E., Freud, J. S., Ellis, R. A., Fraine, S. M., & Wilson, L. C.. "The prevalence of sexual revictimization: A meta-analytic review." *Trauma, Violence, & Abuse* 20(1); 67-80, 2019
- Wolitzky-Taylor, K. B., Resnick, H. S., Amstadter, A. B., et al: Reporting rape in a national sample of college women. *J Am Coll Health*, 59(7); 582-587, 2011
- 吉田博美, 渡邊美紀子, 山本このみ, 佐々木洋平, 星野美也子, 土岐祥子, 小西聖子. 臨床実習トラウマインフォームド・ケア実践のための教育プログラム：初学者・支援者双方の再トラウマを予防し, 安心で安全なトラウマ臨床教育の工夫. *武蔵野大学心理臨床センター紀要* (19); 69-82, 2019