

CVMH, NIMH, NCNP


日本被害者学会第18回学術大会 2007年6月9日 獨協大学

精神科医療機関における 犯罪被害者の診療の実態

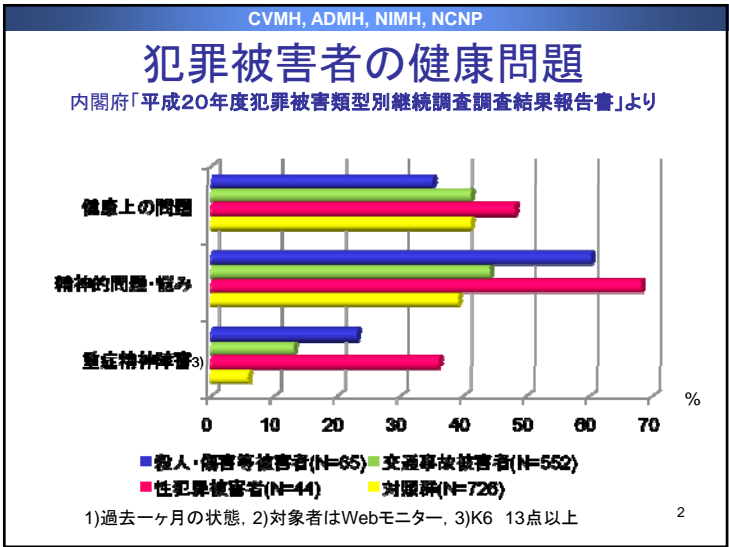
—全国精神科医療機関のアンケート調査から—

○中島聡美¹⁾, 橋爪きょう子²⁾, 辰野文理³⁾, 小西聖子⁴⁾

1)国立精神・神経センター精神保健研究所
2)とよさと病院
3)国士館大学法学部
4)武蔵野大学人間科学研究科



1



CVMH, NIMH, NCNP

研究の背景 1 犯罪被害者における精神疾患の有病率(PTSD)

被害内容	研究者(報告年)	対象(N)	評価尺度	生涯有病率 %	調査時点有病率%(*)
強姦	Kesslerら(1995)	一般住民(5,877)	DISI ¹⁾	65.0(M) 45.9(F)	—
	Breslauら(2004)	一般住民(2,181)	CIDI ²⁾	62.0	—
	Rothbaumら(1992)	臨床群F(95)	SCID ¹⁾	—	47.1(9M)
身体的暴行	広幡ら(2002)	臨床群F(46)	CAPS ²⁾	100	84.6(61.4M)
	Kesslerら(1995)	一般住民(5,877)	DIS ¹⁾	1.8(M) 21.3(F)	—
銃撃・刺傷	Breslauら(2004)	一般住民(2,181)	CIDI ²⁾	24.4	—
交通事故死・殺人	白井ら(2005)	被害者自助グループ(49)	CAPS ²⁾	75.5	40.8(69M)

1)DSM-III-Rの診断基準による, 2)DSM-IVの診断基準による, *事件からの平均経過月数

3

CVMH, NIMH, NCNP

研究の背景 2 犯罪被害者における精神疾患の有病率 (気分障害、不安障害)

		Prevalence(調査時点)(%)					
		大うつ病エピソード	パニック障害	広場恐怖	強迫性障害	社会恐怖	単一恐怖
Rape	PTSD(+)	45.0	42.9	66.7	62.5	57.9	25.7
	PTSD(-)	22.1	22.9	22.3	21.6	21.5	22.7
Aggravated assault	PTSD(+)	25.0	0	0	12.5	10.5	8.6
	PTSD(-)	8.9	9.9	9.9	9.6	9.7	10.0

対象者はチャールストン在住の一般女性(N=391), 診断はDIS Boudreaux et al. (1998)si₄.

4

※ 本資料(資料2-3)については、無断で転載・配布しないこと。
本資料(資料2-3)中のデータの利用については、中島聡美氏への事前連絡を要する。

研究の背景 3

犯罪被害者における精神疾患の有病率(その他の問題)

● アルコール・薬物関連障害

- ▶ PTSDにアルコール・薬物関連障害が併存する率が高い
 - 薬物使用・乱用 男35%, 女27%
 - アルコール依存・乱用 男50%, 女28% Kesslerら (1995)
- ▶ 被害を受けていない対象より問題を抱える率が高い
 - 2つ以上のアルコール関連問題 レイプ被害女性/非被害女性 13.4倍
 - 2つ以上の薬物関連問題 レイプ被害女性/非被害女性 26.0倍

● 自殺行動

- ▶ PTSDがあると自殺企図のリスクが増大する
 - PTSDを有する人の自殺企図既往のOR 8.2(95%CI=5.5-12.2)
- Davidsonら(1991)
- ▶ 被害経験者における自殺行動のリスクが高い
 - 身体的暴力経験者の自殺念慮・自殺行動のOR 3.6(95%CI=2.4-5.5)
- Simonら(2002)

5

研究の背景 4

これらの被害者は精神科医療機関を利用しているのか？

● 日本の調査

- ▶ 加害者が長期刑で受刑中の犯罪被害者「精神的な病気により通院・入院した」17% (平成11年度版犯罪白書)
- ▶ 事件から2~4年経過した犯罪被害者「カウンセリングが必要」60.3%、「カウンセリングを受けた」17.8% (犯罪被害者実態報告書, 2003)
- ▶ 犯罪被害者遺族(事件から平均約8年経過) 気分障害・不安障害のハイリスク者40.9%に対し、精神科医療機関受診者16% (中島ら, 2007)

● アメリカの調査

- ▶ 被害から早期(平均3.4ヶ月)にメンタルヘルス専門家に接触した暴力犯罪被害者 22.7% (Norris et al., 1990)
- ▶ 1年以内にレイブクライシスセンターを利用した被害者のうち精神医療を受けたもの 19.1% (Kimerling et al., 1994)

6

研究の背景 5

どのような理由で精神科を受診/受診しないのか？

- メンタルヘルスサービスを利用した被害者の特徴
 - ▶ 女性、暴力被害(特に性暴力被害)、精神症状の強さ、苦痛の強さ、PTSD
 - ▶ ソーシャルサポートが高い
- メンタルヘルスサービスの利用を妨げる要因 (Koennen, 2003)
 - ▶ 「他の人がどう思うか心配」
 - ▶ 「どこへ助けを求めてよいかわからない」
 - ▶ 「金銭的余裕がない」
 - ▶ 「自分は病気ではない」
 - ▶ 「自分でなんとかできる」

日本の一般住民で4週間以上受診の必要性を感じながら受診しなかった人の理由 (30%以上があげた理由) 川上ら(2003)

- 問題はひとりでに解決する
- 子どもの世話や交通手段、スケジュールなど治療に行くことに支障があった
- どこにいけばよいか、誰に相談すればよいかかわからなかった
- 自力で問題に対処したかった
- 治療には時間がかかったり不便だと思った

考察① 被害者の診療の現状

- 回答者の約7割は過去に被害者の診療経験があり、1年間では約半数の回答者が経験している
- 診療人数: 平均2.4人、診療した人の8割: 5人以下の診療
- 被害内容は配偶者間暴力、性暴力が多い
- 診療をした人の6割が法的問題へ関与



- 日常診療の中で被害者の診療を経験することはまれなことではないが、その数は多くはない
- 精神科医療機関を受診する被害者は配偶者間暴力や性暴力の被害者が多い。
- 遺族は精神疾患を抱える率が高いのに比して受診が少ない。
- 犯罪被害者の診療にあたって法的な問題が関与する場合が多い。

考察② 被害者の診療経験している医療機関の特徴

- 診療所が多く、単科精神科病院が少ない
- 心療内科を標榜している機関に多い
- 外来患者数が多い機関に多い



- いわゆる狭義の精神病のイメージが強い機関を被害者が避けている可能性がある
- 心療内科や、診療所など身近で精神病以外の患者が受診しやすい機関を被害者が選んでいる
- 診療所が多いことから住居地に近い、わかりやすい機関を選んでいるのではないか
- 外来患者の一定割合に被害者が含まれており、外来患者数が多いと診療機会も増える可能性

考察③ 被害者の診療を経験している医師の特徴

- 女性医師が多く、外来患者数が多い
- 被害者に関わる活動を行っている(犯罪被害者やPTSDに関連した研修会へ参加、被害者に関わる施設での勤務、JSTSSへの登録)
- 他機関と連携をより行っている
- 被害者の治療や支援に関心を持ち、やりがいを感じている



- 医師個人の研修や関連機関への勤務などの経験が被害者の診療経験と関連している
- 他機関が医療機関受診の窓口になっている可能性があるが、他機関との連携も医師個人のネットワークに依存している
- 被害者の診療経験をしやすい立場の医師(外来が多い、女性である、関連機関の勤務など)が、診療経験をもつことによって被害者の治療に関心ややりがいを感じたり、研修等に参加し、知識を身につけている可能性がある

考察④ 被害者の診療を経験していない医師の特徴

- 被害者と接する機会が少ない(男性、外来患者数が少ない、関連機関の勤務経験に乏しいなど)
- 犯罪・被害者に関わることにためらい、不安
- 被害者に関わる他機関・医療機関の情報不足
- 治療に関する知識・技術の不足を実感している
- 被害者の治療や支援に関心が乏しく、意義ややりがいを感じていない



- 広く精神科医師に犯罪被害者の治療や支援の意義や関心を持ってもらえるような啓蒙活動が必要
- 被害者に接する可能性があることを踏まえて、被害者への治療や対応について基本的な知識が必要であることの啓蒙が必要。
- 精神科医師が広く接することの出来る研修の場の設定。
- 医学教育や専門医、精神保健指定医などの教育カリキュラムに被害者心理や治療等についての講義を組み込む

考察⑥ 被害者の精神科医療の推進に向けての提言

- 被害者関連機関(警察、配偶者間暴力相談センター、民間被害者支援団体等)と医療機関の連携を構築
- 被害者遺族等リスクが高いのに受診しない群について、調査による実態の解明
- 特に被害者を多く診療する可能性の高い医師に対し
 - ▶ 女性医師
 - ▶ 心療内科や診療所勤務の医師
 - ▶ 外来診療を中心とする医師
 - ▶ 被害者関連機関の勤務経験をもつ医師



被害者の治療や対応についての具体的かつ実践的な研修の提供

- 精神科医師全体に対して、被害者についての基本的な知識と理解、治療対応についての教育、研修の機会の提供(専門医学会や医師教育、学部教育での実践)

2008年5月29日
第104回 日本精神・神経学会シンポジウム

犯罪被害者遺族の精神健康とその回復に関連する因子の検討

○中島聡美¹⁾, 白井明美¹⁾²⁾, 真木佐知子¹⁾, 石井良子³⁾,
永岑光恵¹⁾, 辰野文理⁴⁾, 小西聖子⁵⁾

- 1) 国立精神・神経センター 精神保健研究所
- 2) 武蔵野大学大学院 人間社会・文化研究科
- 3) 武蔵野大学 心理臨床センター
- 4) 国士舘大学 法学部
- 5) 武蔵野大学 人間科学部

13

犯罪被害者の精神健康とその回復に関する研究

● 目的

- ▶ 犯罪被害による死別が精神健康及びQOLに与える長期的影響について調べる
- ▶ 被害から長期経過した時点での精神疾患の存在に関連する要因を明らかにする

● 対象

犯罪被害者遺族の自助グループあるいは当事者団体(5団体)に所属する犯罪被害者遺族およびその家族

- ▶ 対人暴力犯罪による致死及び、交通関係業過等業過致死の遺族
- ▶ 18歳以上
- ▶ 被害者から2親等以内
- ▶ 死別から1年以上
- ▶ 日本語を母国語とする

14

● 調査方法

- ▶ 観察的横断研究
- ▶ 調査期間:2007年4月-2008年1月
- ▶ 内容:自記式調査票(事前配布)、面接による聞き取り調査
生理学的検査(唾液中コルチゾール)
- ▶ フォロアップと調査の影響の評価:1週間後、6ヵ月後

● 倫理的配慮

- ▶ 武蔵野大学の倫理審査委員会の承認
- ▶ 文書による調査説明と同意
- ▶ 被害者の診療・相談経験のある精神科医、臨床心理士2名が調査担当
- ▶ 調査約1週間後に電話によるフォローアップ
- ▶ 精神疾患が疑われる対象者への医療機関の受診のすすめと紹介

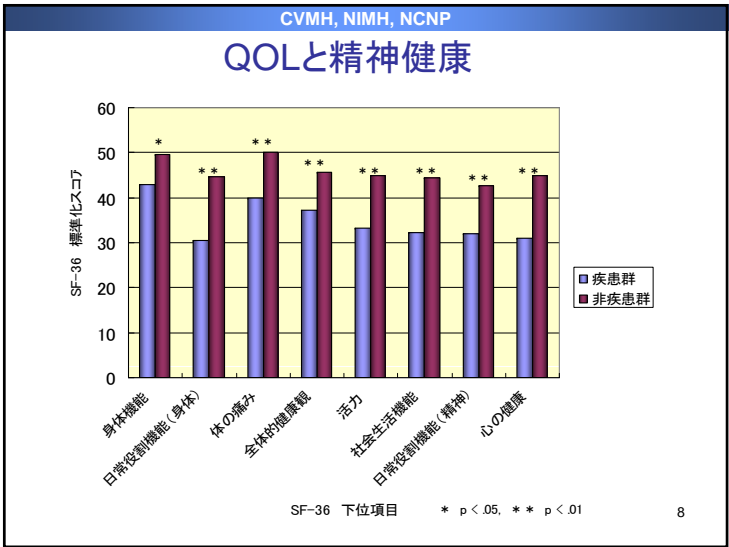
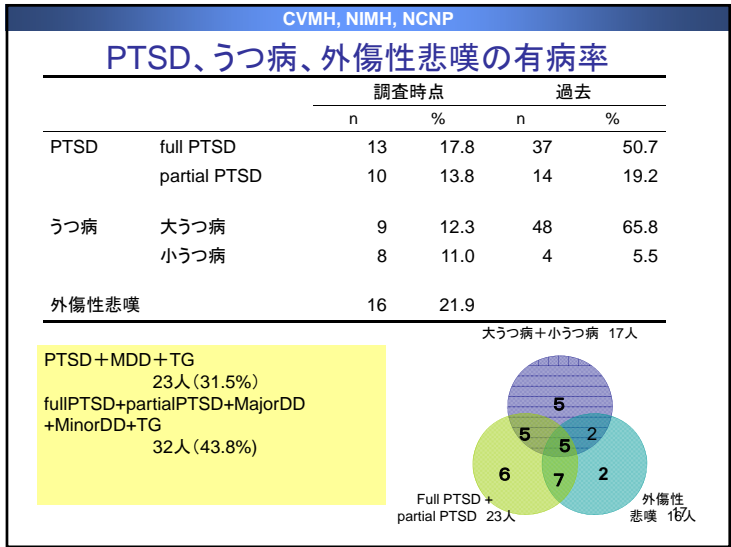
15

対象者の属性

N=73

		n	%
性別	女性	48	65.8
平均年齢		50.7 ±13.96	(18-78)
死別からの平均経過月数		93.7 ±77.16	(19-514)
故人との関係	子	47	64.4
	親	10	13.7
	配偶者	8	11.0
	きょうだい	7	9.6
	孫	1	1.4
被害内容	殺人・暴力致死	48	65.8
	交通業過・危険運転致死	22	30.1
	交通以外の業過致死	2	2.7
	テロ	1	1.4

16



- ### PTSDの精神療法の効果に関するメタアナリシスとガイドライン
- 英国National Institute for Clinical Excellence (NICE)による National Clinical Practice Guideline(2005)
<http://www.nice.org.uk/guidance/CG26>
 - Cochrane Review (2006)
<http://www.cochrane.org/reviews/en/ab003388.html>
 - Australian Centre for Posttraumatic Mental Health による Australian Guideline for the Treatment of Adults with ASD & PTSD(2007)
<http://www.acpmh.unimelb.edu.au/resources/resources-guidelines.html>
 - 米国National Academy of Sciences (NAS)によるエビデンス 評価報告(2007)
http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=11955
 - ISTSSのPractice Guidelines (2008)
<http://astore.amazon.com/istss-20/detail/1606230018/184-6569036->

治療法の効果の比較

	TFCBT/EX	SM/R	NTFPT	EMDR	Group CBT
Cochrane Review	○ -1.36 (-1.88, -0.84)	△ -1.14 (-1.62, -0.64)	× -0.43 (-0.43, 0.04)		
NICE	◎ -1.36 (-1.88, -0.84)	△ -1.14 (-1.62, -0.67)	× -0.43 (-0.9, 0.04)	○ -1.54 (-1.96, -1.12)	△ -0.71 (-1.2, -0.22)
Australian Guideline	◎ -1.21 (-1.62, -0.80)	△ -1.07 (-1.45, -0.70)	× -0.43 (-0.9, 0.04)	○ -1.54 (-1.96, -1.12)	△ -0.71 (-1.2, -0.22)
NAS	◎ (EX)		×	△	△

TFCBT: Trauma focused cognitive behavioral therapy (including exposure therapy), SM/R: Stress management/relaxation, TFCBT-G: TFCBT group therapy, NTFPT: Non trauma focused psychological treatment
数字はSMDs (standardized mean differences) (95% CI) waitlist/usual care と比較してのPTSD 症状の減少

エクスポージャーと他の治療との比較

Trauma focused CBT	PTSD severity Self reported measure SMD(95%CI)	PTSD severity Clinician rated measure SMD(95%CI)
vs. EMDR	-0.31 (-0.62 to 0) k= 6, n=166	
vs. Stress Management Therapies	-0.37 (-0.74 to 0.01) k= 3, n=127	
vs. Other Therapies	-1.18 (-2.23 to -0.03) k= 3, n=176	
Paroxetine vs.	1.06 (-0.01 to 2.13) k= 1, n=16	0.09 (-0.86 to 1.07) k= 1, n=17

SMDs; standardized mean differences

NICE ガイドライン(2005)

NICEによるPTSDの精神療法の推奨

- すべてのPTSD患者はトラウマに焦点をあてた心理療法 (trauma-focused CBTあるいはEMDR)を提供されるべきである。(A)
- トラウマに焦点をあてた心理療法は外傷体験からの経過時期に関係なく提供されるべきである(B)
- トラウマに焦点を当てた心理療法は、単回のトラウマ体験によるPTSDであれば、通常8-12回である。治療セッションの中で、トラウマが話し合われるときには、一般的には通常より長いセッションが必要とされる(例えば90分)。治療は定期的に継続(通常週に最低1回)して、同じ治療者によって行われるべきである(B)
- 医療従事者もし治療でいくつかの問題に取り組む必要があれば12回のセッションを越えて治療を行うことを考慮すべきである。特に、複数のトラウマ体験を経験した場合や、遺族、トラウマによって慢性的な障害を抱えていたり、重症の合併症があったり、社会的な問題がある場合にそうである。トラウマに焦点をあてた治療は治療の全体計画に統合されたものでなくてはならない。(C)

NICEによるPTSDの精神療法の推奨 Cont.

- 治療は適切なトレーニングを受けた能力のある治療者によって提供されなくてはならない。これらの治療者は適切なスーパーヴィジョンを受けなくてはならない。(C)
- PTSD患者が他の心理療法(例えば支持的精神療法、催眠療法、力動的療法、システミック療法)を希望する場合には、これらの治療法はPTSDにおいて臨床的に十分な効果があるという確立されたエビデンスがまだないということを説明するべきである。(GPP)
- リラクゼーションや非指示的療法などのトラウマに焦点をあてない介入は、トラウマの記憶を対象としておらず、現在慢性的PTSDがある患者にルーチンに提供されるべきものではない。(B)
- あるトラウマに焦点をあてた心理療法で改善がないかかわらずかの改善しない場合には、医療関係者は次のオプションを考慮すべきである。(C)
 - 別のタイプのトラウマに焦点をあてた心理療法
 - 薬物療法の併用
- トラウマに焦点を当てた心理療法に比べて、薬物療法を一律に第一選択とすべきではない。そのような心理療法が不可能な場合、あるいは患者が望まない場合は、薬物療法を行う

全米科学アカデミー医学機構によるPTSDの精神療法の評価

エクスポージャー法 :24論文(RCT)中8論文が一定の水準→治療設定、対象者にばらつきはあるが、すべてが効果を実証

EMDR :10論文中4論文が一定の水準→2論文が効果あり、眼球運動が必須の要素であるかどうかは、まだ研究が不十分。結論を保留

- PTSDの治療において、持続エクスポージャー療法が効果的であると結論づけるにエビデンスは十分である
- 以下の心理療法に関しては、PTSDの治療において効果的であるとするエビデンスは不十分である
 - ・ EMDR
 - ・ 認知の再構成 cognitive restructuring
 - ・ コーピングスキルトレーニング coping skills training