

間の平均は 10.7 ± 14.0 ヶ月、以前に医療機関を受診したことがある者は 15 名 (PTSD 群の 46.9%) おり、長期に亘って症状に苦しんでいる患者が多い。

PTSD 群は非 PTSD 群に比べて全尺度得点が有意に高値であったが、これは尺度間の項目の重なりによって生じている可能性も否定できない。尚 IES-R は PTSD 症状に関する自記式質問紙であり、PTSD 群で得点が有意に高くなるのは当然である。SDS については「夜よく眠れない」「ふだんよりも動悸がする」「落ち着かず、じっとしてられない」「いつもよりいらいらする」の 4 項目、身体症状尺度については「汗をかく」「息が苦しい」「胸がしめつけられる」「心臓がドキドキする」の 4 項目が PTSD 診断項目 (CAPS の項目) に含まれる症状と重複または類似している。SDS は 20 項目、身体症状尺度は 26 項目 (解析では 24 項目) あることから、これらの重複項目はごく一部であり全体の解析に与える影響は少ないと推測される。しかし SDS には他にも「まだ性欲がある」「いつもと変わりなく仕事がやれる」など重複はしないが PTSD 症状との関連を否定できない項目も含まれているため、本研究では更なる解析を行なっている。

PTSD 群と非 PTSD 群において下位症状毎に項目合致率を見てみると、それぞれの項目で合致率が異なる (表 4)。侵入症状では全 5 項目において合致率に有意差が認められたが、回避/麻痺症状では 7 項目中 3 項目、過覚醒症状では 5 項目中 4 項目にしか有意差が認められなかった。また PTSD と診断するには回避/麻痺症状は 7 項目中 3 項目、過覚醒症状は 5 項目中 2 項目を必要

としているのに対して、侵入症状は 5 項目のうち 1 項目だけ満たせばよいとされるなど、下位症状毎に 1 項目の重みづけが異なるように診断基準が構成されている。しかしこれには実証的な根拠があるわけではない。疾病特異性や診断における重要性が各項目毎に異なる可能性を本結果もまた示している。回避/麻痺症状、過覚醒症状には他の疾患でも認められる非特異的な項目が多く含まれるという指摘はこれまでもされてきたが^{5), 6)}、この点については更なる検討を要する。

2. PTSD 症状と抑うつ症状の関連

本調査では PTSD 群は非 PTSD 群に比べ有意に SDS 平均得点が高かった。抑うつについては本研究では構造化面接による確定診断を行っていないため、大うつ病の正確な有病率を算出することは出来ないが、正常群の平均値との比較により PTSD 群の抑うつ合併率は 75% と推定された。

ここで IES-R・SDS を用いた他の研究との比較を行ないたい。(IES-R や SDS は欧米ではほとんど使用されていないため、本邦における他の研究報告のデータと比べた。) 阪神大震災被害者の住民調査における PTSD 群の IES-R 平均得点は 41.4 ± 13.6 点・SDS 平均得点は 49.6 ± 13.0 点⁸⁾、また交通事故患者調査での PTSD 群の IES-R 平均得点は 42.2 点・SDS 平均得点は 45.5 点と報告されている¹⁶⁾。本研究での PTSD 群の IES-R 平均得点は 42.3 ± 17.6 点、SDS 平均得点は 56.5 ± 9.4 点と、IES-R 得点は他の研究とほぼ変わらない数値であるのにも関わらず、SDS 平均得点は他に比べて 5 点～10 点高い結果である。

欧米の研究でも PTSD 患者のうつ病合

併率は高く約 50%と報告されているが⁹⁾、それについては①操作的診断に伴う見かけ上の合併による、②PTSD 患者は実際に抑うつを合併しやすい、という 2 つの説がある。

前者の説によると睡眠障害や集中困難は PTSD とうつ病両方の診断基準に含まれており、回避/麻痺症状としての社会からの引きこもりや興味の減退は抑うつ気分や精神運動制止と区別するのが難しく、そのことによって抑うつの合併率が高くなると指摘されている^{5),6)}。

しかしこうした指摘に対して後者の説を主張する研究者の 1 人である Bleich は、両疾患に共通した症状を取り除いた上で診断を付け直しても PTSD 群のうちの 55%~70%が再び PTSD と診断され、大うつ病のうちの 93%~98%が大うつ病と診断されたため、両障害はともに疾患としての独立性があると反論している²⁾。Shalev らも前向き研究によって両者の経過から独立性を論じている¹⁸⁾。さらにコルチゾールに関する生物学的研究からは PTSD と大うつ病の明らかな神経内分泌学的相違が見出され、両疾患の独立性が確認されている²³⁾。また先に挙げた Bleich は PTSD と大うつ病との発症の順序を検討し、両者が同時に発症する率が最も多く、次に PTSD が先に発症した例が多かったことから、抑うつ症状は PTSD に続いておこる二次的な反応であると結論付けている²⁾。また塩山らも阪神大震災後の心理的影響を経時的に調べ、抑うつ気分は不安・恐怖症状よりも遅れて現れるが 23 ヶ月後まで症状が持続したことから、いったん生じると遷延しやすい反応であると報告している

19)。

これらの報告を参考にして本研究結果についてこの 2 つの説から検討を行なう。統計学的結果からは SDS 得点と回避/麻痺症状の間の有意な相関が確認され、前者の説で指摘されている両疾患の症状の重なりが示唆された。しかし Bleich の手法を用いた解析からは、考えや場所の回避、健忘、周囲との疎隔感、感情麻痺などの症状項目についてはある程度独立性が保たれていると考えられた。また本研究の SDS 平均得点が他の研究結果に比べ 5 点~10 点高かったのに対し IES-R 平均得点はほぼ同じであることから、共通症状の存在だけで SDS 得点の高値を説明することはできない。

以上の点から、症状項目の重なりのみによるものではなく実際に抑うつを合併していることによって、本研究での PTSD 群の SDS 得点が高くなったと判断するのが妥当であろう。また抑うつが PTSD に続いておこる反応であるとするなら、本研究対象は大震災被害者研究(45~47 ヶ月)⁸⁾や交通事故患者研究(4 ヶ月)¹⁶⁾に比べ、外傷的出来事からの調査時点までの期間が長く、そのことが抑うつ度に影響を与えている可能性も考えられる。

3.PTSD 症状と身体症状の関連

PTSD 症状と身体症状との関連において得られた結果をまとめると以下のようなになる。

①PTSD 群では非 PTSD 群よりも身体症状得点が有意に高く、中でも動悸・呼吸苦・胸部絞扼感など心臓循環器系の症状においてより顕著であった。②PTSD 群で身体症状得点と関連のある PTSD 下位症状

は侵入症状と過覚醒症状であった。

①については、PTSD 概念が作られる以前の外傷関連障害の患者の訴えもまた、このような身体的訴えが中心であった。歴史的には、1870年代、米国の南北戦争後の兵士に現われる身体症状を Myers¹⁵⁾ や Da Costa⁴⁾ が "soldiers' heart" や "irritable heart" と名付けたことに現われているように、戦闘帰還兵患者の症状は動悸・息切れ・胸痛など心臓の機能障害を疑わせるものが多かった。その後第一次世界大戦中もその症状は "disorderly action of the heart"¹⁴⁾ と呼ばれるなど、治療者が患者の身体的訴えにより注目する傾向は続いた。そしてこの戦闘神経症患者に広く認められる交感神経系の過敏状態は、PTSD の症状体系を構築する際に過覚醒症状として下位症状に組み入れられることとなった。

こういった経緯を考えると、②の点—すなわち本研究において身体症状と関連のある下位症状として過覚醒症状が選択されたのは比較的理解しやすい。実際 Litz¹³⁾ や Kimerling¹¹⁾ など、欧米では身体症状を過覚醒症状(持続的な交感神経の過敏状態)と関連づけて報告している研究が多い。しかし本研究では侵入症状が過覚醒症状とほぼ同率の説明率を有していた。直接身体症状を尋ねる項目である B(5) を除外し解析を行った場合でも侵入症状は同程度に関連していた。このように侵入症状との関連を指摘したものは他に Zoellner らによる報告があるのみである²⁴⁾。PTSD 群と非 PTSD 群で有意差が認められた身体症状としては動悸・呼吸困難・胸部絞扼感など突発的に起きる症状が多かったが、そ

の症状を発現する引き金として侵入性想起や再体験症状など何らかの侵入症状が関連している可能性が考えられた。

そこで侵入症状という観点から各症例の身体症状を検討し直すと2つのパターンがあることが確認された。一つは診断基準の B(5)「外傷的出来事を象徴するきっかけに暴露された場合の生理学的反応性」に関連する身体症状であり、具体的には「男性が近づくと吐いてしまいそうになる」や「加害者が着ていた服と同じ柄を見ると、動悸がし呼吸困難になる」といったものである。もう一つの型としては診断基準の B(3)「外傷的出来事が再び起こっているかのように行動したり、感じたりする」という再体験症状に伴う身体症状があげられる。この型では「口に何かを入れられた感触がよみがえって、喉に異物感を感じ呼吸が苦しくなる」「事件時にロープで縛られた時の痛みがよみがえり、手首が痛くなる」といった過去に実際体験した身体感覚を再体験し、その結果として身体症状を訴える。PTSD 群での B(5) 生理学的反応症状の合致率は 78.1%と B(3) の再体験症状の合致率 56.3%よりも高頻度で認められ、PTSD 患者においてはより普遍的な症状であると言える。

動悸や呼吸困難といった症状はパニック障害など他の不安障害とも共通した症状であるため、外傷体験に関連する侵入症状について患者が語らない限り PTSD と診断することは難しい。しかし患者は身体症状と侵入性想起を最初から一緒に訴えるとは限らず、初期においては身体症状・不安症状だけを訴えることも少なくない。これには自責感や恥辱感などによって外

傷的出来事を語ることを避けるという患者の意識的な回避による場合もあるが、解離や抑圧といった無意識的な回避が働いている場合もある。更には外傷性記憶はそもそも「語ること」が困難な性質の記憶であることも忘れてはならないであろう。van der Kolk はこれを「外傷性記憶はフラッシュバックや悪夢という形で極めて vivid に(多くは視覚的に鮮明に)意識に侵入してくるにも関わらず、トラウマを受けた人の多くはその時に自分に何が起こったのかを正確に述べることは困難である。」とまとめている²¹⁾。つまり外傷性記憶の(1)鮮明であるが時間的・空間的に定位されにくい、(2)通常の記憶よりも強い情動を伴う、(3)相互につながりがない(断片的、要素的な)視覚・聴覚・身体感覚から構成されるといった特徴が、まさに「語ること」を困難にしている可能性がある。本調査対象者においても治療初期のうち、「頭の中でパンパンとストロボがたかれたようで何が起きているかわからない」、「質の悪いデジタル映像を見ているように映像が途切れ途切れで繋がらない」と語るだけでそれ以上詳述できず、付随して現われる動悸や呼吸苦、嘔気など身体症状の方を強く繰り返し訴える者が少なからずいた。

4. 研究の限界と今後の展望

本研究は治療中の性暴力被害者を対象とする臨床研究であるため、対象収集において慎重を期さねばならなかった。従って対象選択の点では偏りを持つ集団であることは否定できない。しかし PTSD 研究先進国である米国においても、臨床研究のほとんどが外傷関連障害を扱う治療施設(ベ

トナム退役軍人センターやレイプクライシスセンター)で手がけられ発展してきている事実を考えると、PTSD 研究ではこうした手法をとるのはやむを得ないであろう。外傷関連障害の患者は回避的な防衛機制を用いて適応を試みていることが少なくなく、症状について直接答える自記式尺度は患者の状態を正確に反映するとは限らない。性暴力被害などの屈辱的な体験においてはその傾向はさらに強まるであろう^{1), 22)}。そこで面接による評価研究が推奨されてきたのであるが、そうした調査もまた対象者が秘めてきた心的外傷に踏込んで質問しなければならぬ面があり、調査を行うにあたっては困難を避けられない。どのような疾患を対象とした研究においても調査者と対象者の信頼関係は研究の前提となるが、とりわけ PTSD ではこの点が重要である。本研究は治療担当者の協力のもとで対象者との信頼関係を作るように努めた。

また現在の日本では米国のように統制がとれた多数の対象者を集められる治療施設は皆無であり、その結果本研究は対象数も限られた調査となった。対象者は性暴力被害からの期間が比較的長く、慢性化した症例であり、性暴力による PTSD 患者全てを代表するものではない。

以上のような限界はあるが、性暴力被害による PTSD についての系統的研究が存在しなかった本邦において、本研究から得られた知見は意義があると考えられる。性暴力被害者を主たる PTSD 研究対象としてきた欧米に比べ、本邦の性暴力被害者に関する研究はまだ手付かずの状態にある。欧米とは異なる文化基盤をもつ日本社会

においては PTSD がより身体化されやすいという説²⁶⁾もあり、この点については今後更なる調査が必要である。また筆者らが作成した身体症状尺度については、尺度の検証を本研究の対象を用いて行なったため信頼性・妥当性については問題が残されており、今後他の集団を用いて更なる検証を行なう必要がある。

しかし医療の場を訪れる PTSD 患者の少なさは、必ずしもそれが稀な疾患であることを意味しない。本研究の対象者の多くは少数の専門的な臨床機関で集められたが、そのような機関では患者数に比して治療者の数が不足している状況であった。欧米の PTSD 研究が性暴力被害者への援助活動や治療的介入のもとで発展してきた事実を振り返ると、今後我が国でこの分野の研究を進めていくためには PTSD 患者をサポートし治療していくシステムを整備していく必要があるであろう。

D. 結論

1. 臨床機関を訪れた性暴力被害者 46 名を対象に、PTSD・抑うつ・身体症状の観点から評価を行ない、各症状の関連について検討を加えた。
2. CAPS により現在症で 32 名 (69.6%)、生涯診断で 41 名 (89.1%) が PTSD と診断された。PTSD 群は非 PTSD 群に比べ、性交を伴う被害が多く、性被害からの期間が短かった。
3. PTSD 群は非 PTSD 群に比べ SDS 得点と身体症状得点両方において有意に高値を示していた。SDS 得点は回避/麻痺症状得点と、身体症状は侵入症

状得点、過覚醒症状得点と有意な相関が認められた。

4. PTSD 群ではその慢性化により二次的に抑うつを合併しているため、抑うつを示すと推測された。
5. PTSD 患者が身体症状を発現する機序については、これまで過覚醒症状、すなわち交感神経の持続的な過敏状態が関わっていると報告されてきたが、本研究では侵入症状もまた身体症状の発現に影響を与えていることが示唆された。PTSD 群各症例の身体症状を侵入症状との関連から検討したところ、その発現のパターンは (1) 外傷的出来事を象徴するきっかけに曝された時の生理学的反応性によるもの、(2) 身体感覚の再体験症状によるもの、の 2 型に分類された。
6. 症例の検討により、PTSD の診断においては一見身体症状ととれるものであっても背後に侵入症状が隠れている可能性、回避/麻痺症状が抑うつ症状と間違えられやすい可能性があることが示唆された。性暴力被害者は外傷体験を語ることに困難があり、診察する際はこれらの点に留意して治療を進めていくことが重要と考えられた。

【文献】

- 1) 安藤久美子、岡田幸之、影山隆之ほか：性暴力被害者の PTSD の危険因子——日本におけるコミュニティサーベイから。精神医学, 42: 575-584, 2000.
- 2) Bleich, A., Kosolowsky, M., Dolev, A. et al.: Post-traumatic stress disorder and depression. Brit. J. Psychiatry,

- 170; 479-482, 1997.
- 3) Bownes, I. T., O'Gorman, E. C., Sayers, A.: Assault characteristics and posttraumatic stress disorder in rape victims. *Acta. Psychiatr. Scand.*, 83; 27-30, 1991.
 - 4) Da Costa, J. M.: On irritable heart: a clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences. *Am. J. med. Scie.*, 61; 17-52, 1871.
 - 5) Davidson, J. R. T., Foa, E. B.: Diagnostic issues in posttraumatic stress disorder: considerations for DSM-IV. *J. Abnorm. Psycho.*, 100; 346-355, 1991.
 - 6) Friedman, M. J., Yehuda, R.: Post-traumatic stress disorder and comorbidity. Neurobiological and clinical consequences of stress. Lippincott-Raven Publishers: Philadelphia, pp. 429-445, 1995.
 - 7) 門倉真人、小川康恭、清水英祐ほか: 「地下鉄サリン事件」における PTSD. *臨床精神医学*, 29; 677-683, 2000.
 - 8) 加藤寛、岩井圭司: 阪神・淡路大震災被災者に見られた外傷後ストレス障害—構造化面接による評価. *神戸大学医学部紀要*, 60; 147-155, 2000.
 - 9) Keane, T. M., Kaloupek, D. G.: Comorbid psychiatric disorders in PTSD: implications for research. In R. Yuhuda, A. C. McFarlane (Ed.), *Psychobiology of posttraumatic stress disorder*. The New York Academy of Sciences: New York, pp. 24-34, 1997.
 - 10) Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E. et al.: Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry*, 52; 1048-1060, 1995.
 - 11) Kimerling, R., Clum, G. A., Wolfe, J.: Relationships among trauma exposure, chronic posttraumatic stress disorder symptoms, and self-reported health in women: replication and extension. *J. Traumatic Stress*, 13; 115-128, 2000.
 - 12) 小西聖子: 犯罪被害者. In 中根允文、飛鳥井望編. *臨床精神医学講座 S6 外傷後ストレス障害 (PTSD)*, 中山書店: 東京, pp. 147-157, 2000.
 - 13) Litz, B. T., Keane, T. M., Fisher, L. et al.: Physical health complaints in combat-related post-traumatic stress disorder: a preliminary report. *J. Traumatic Stress*, 5; 131-141, 1992.
 - 14) Merskey, H.: Shell-shock. In 150 years of British psychiatry 1841-1991. The Royal College of Psychiatrist: London, pp. 245-267, 1991.
 - 15) Myers, A. B. R.: On the aetiology and prevalence of disease of the heart among soldiers. J Churchill: London, 1870.
 - 16) 長尾喜代治、広常秀人、岩切昌宏ほか: 救命センターに搬送された交通事故患者における PTSD の発症予測因子などに関する前方視研究 (第三報). 平成 12 年度厚生省精神神経疾患研究委託費

- 「外傷ストレス関連障害の病態と診断ガイドラインに関する研究班」研究報告会における発表及び抄録, 2000.
- 17) Rodriguez, N., Ryan, S. W., Rowan, A. B. et al.: Posttraumatic stress disorder in clinical sample of adult survivors of childhood sexual abuse. *Child Abuse Negl.*, 20: 943-952, 1996.
- 18) Shalev, A. Y., Freedman, M. A., Peri, T. et al.: Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *Am. J. Psychiatry*, 155: 630-637, 1998.
- 19) 塩山晃彦、植本雅治、新福尚隆ほか: 阪神大震災が小中学生に及ぼした心理的影響 (第2報: 震災後2年目までの推移). *精神経誌*, 102: 481-497, 2000.
- 20) 総理府男女共同参画室: 男女間における暴力に関する調査. 1999.
- 21) van der Kok, B. A., Fislér, R.: Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: overview and exploratory study. *J. Traumatic Stress*, 9: 505-525, 1995.
- 22) Vrana, S., Lauterbach, D.: Prevalence of traumatic events and post-traumatic psychological symptoms in a nonclinical sample of college students. *J. Traumatic Stress*, 7: 289-302, 1994.
- 23) Yehuda, R.: Neuroendocrinological functioning in PTSD. (飛鳥井望訳: PTSDにおける神経内分泌機能. 臨床精神医学講座 S6 外傷後ストレス障害 (PTSD), 中山書店: 東京, pp. 75-89, 2000.
- 24) Zoellner, L. A., Goodwin, M. L., Foa, E. B.: PTSD severity and health perceptions in female victims of sexual assault. *J. Traumatic Stress*, 13: 635-649, 2000.
- 25) 飛鳥井望、西園マーハ文、三宅由子: 外傷後ストレス障害 (PTSD) の疫学ならびに診断アセスメントに関する研究. 平成10年度厚生省精神・神経疾患研究委託費による研究報告集, p. 233, 1998.
- 26) 湖海正尋、新福尚隆: アジア社会と PTSD. 臨床精神医学講座 S6 外傷後ストレス障害 (PTSD), 中山書店: 東京, pp. 309-318, 2000.

第二部

症例の提示と治療の問題

ここでは心理治療を求めて心理治療施設に来所した性暴力被害のクライアントの事例とその経過を提示し、CAPS の評価を示し、治療に関する問題点について考察する。すなわち、第一部で対象とされているような被害者の PTSD 治療の例を示す。

性暴力被害者の場合、一番短期に終結する治療の例は、一度話をよく聞き、アセスメントをしつつ、心理教育をしたところで、本人が楽になったといい、あとはひとりでやれるという状態になる場合だろう。おそらく、ASD 急性ストレス反応と診断されるかもしれないが、PTSD とは診断されないような例である。急性期にはかなり症状があっても、速やかに軽減して行く。

より、強力なケアの必要な性暴力の被害者の場合は原則的にはアセスメント、解離への対応、心理教育、場合により薬物治療、リラクゼーションや呼吸法の利用、安全な曝露、歪んだ思考への対応というだいたいの順番で進む。もちろん、事例によっては行きつ戻りつすることもあるし、相対的な比重も変わってくる。

事例

(治療上、本質的であると思われること以外は細部の変更を加えている)

症例 (20 歳)女性 会社員)

主訴：

電車の中での性暴力被害のあと具合が悪い。

現病歴：

X 年 8 月 24 日 母と主に来室。受診した産婦人科の紹介により来所した。

母の話では、普段は明るくてよくしゃべりしっかりした子であると言う。東京まで新幹線で数時間の地方在住。普段は地元の会社で受付をしていたが、東京で研修を受けることになった。約 2 週間前に、研修のため上京し、夕方、研修先から親戚宅へ帰る電車に乗っているときに痴漢の被害にあった。性器への手指挿入があった。まったく逃げることもできずにいたが、周囲が気がつき、犯人を取り押さえて駅員に渡した。その後、親戚宅に戻るが、泣いていて様子がおかしいことに、叔母が気がつき、翌日母親を上京させた。

母の言によれば、事件当日は話せていたが、翌日からは、まるで 3 歳児に戻ったような言葉しか出てこない。単語も数種類で、眼つきも異様、音に敏感で夜 10 回くらいトイレに行く。感情を表に出さず、食べない。味を感じないという。それでも数日後くらいから少し食べ、「おいしい」と言うようになった。食事のマナーがなっていない。トイレもきれいにできない。

現在は衣食住のことを要求してくるだけである。当初よりどもりはひどくなってきていて意思の疎通ができないこともあった。感情面はそのまま。記憶力も時間の感覚もなくなっているようである。犯人は、強制わいせつで逮捕、起訴されて裁判中である。

初回面接時の現症：

前かがみの老人のような姿勢。眼つきは陰しいが、無表情。緊張が高い。整容、地味

な服装。一見すると知的障害があるように見える。吃音が激しく、このために意思疎通が困難。しかし、意識は清明で、見当識に問題はない。治療者の話もある程度理解しているが、普通は簡単に理解できると思われる IES-R の質問項目の内容がわからないなど、理解力にも障害がおきていることが推測される。発言内容は妥当だが、一方的断片的で抑揚がなく感情がこもらず、異様であり、強迫的で堅苦しい印象を与える。ときおり見せる母への反論も強硬で稚拙である。IES-R、DES を施行。

生活歴、家族歴、既往歴：

現在の居住地近くの A 市にて出生。二人同胞、第一子、長女。現在 19 歳の妹がいる。父は大工であった。13 歳時に母が父と別居し、離婚同然となり、家庭教師をして働き始めた。高校 2 年まで A 市でそだち、その後現住地に転居して母方祖母(69 歳)と暮らしている。母、祖母とも口うるさいという。小学校中学校でいじめられた経験がある。仕事は高校卒業後、勤めるようになった。職場ではうまく行っており、友達もできた。大きな病気はしたことがなく、入院歴もない。精神科の既往なし。酒、タバコともやらない。卒業後、本人は信仰を持つようになった。

初回面接での評価と方針、結果：

退行と吃音が目立つが、そのほかの症状は典型的な急性ストレス障害 (ASD) であると考えられた。退行、吃音は子どもの急性ストレス障害には良く見られるものであり、そのほかの解離症状も重度である。また被害が電車の中で発生しながら悪質で

あり、本人はまったく対処できていない。生活史も考え合わせると、本人が生活年齢に比べて未熟である、もともと解離傾性が高い、女性ばかりの家庭のなかで性的な抑制が強く、また結婚前の性的行為に非寛容な宗教を信仰しており、古典的なヒステリーの機制が働いている、といった要因が存在する可能性があり、これらが非定型な症状を生じさせていると推測される。本人が症状を無視して困っているように見えないこと、また診療場面での重症感に比べ、話を聞くと生活は意外に保たれているようであることなどは、解離症状に伴ってよく経験されることである。

症状のために日常生活を営むのが困難であり、自殺や事故の危険性もあり、本来なら地元で精神科診療を受け、日常生活を回復しながら、トラウマに関する治療も行うということがのぞましいと考えられ、地元のセラピストを紹介しようとしたが、男性であることを理由として、本人拒否。東京に治療を受けに来たいと言う。地元で治療を受けることへの危惧も強い。さらに服薬治療をすすめるが、これについても「精神科の薬は飲みたくない」と頑強に拒否した。このため、なるべく回数を減らして継続治療することとし、薬物は使用しなかった。初回は基礎的な心理教育を母と本人両方に行った。急性反応の症状や予後、日常生活での対応などについて話している。

治療の経過：

●第 2 回 (9 月 5 日)

母と同席。相変わらず吃音が激しい。姿勢も同様。不眠、食欲不振、体調不良訴える。

……大変です。ア一言わなきゃいけない

こと忘れた。何だっけな一。

お母さんに先生に会ったときに言うように言われたのに……。何だっけ。何だっけ。

.....

物忘れが激しいんです。お母さんに紙に書きなさいといわれて、そのようにやっただけでできたけど……。事務の処理をしておいてと言われたのに全然できなかった。ひとつのことやると、次のことをもう忘れてる。

(いつものときが 100%だとすると今日は何くらい?)

本人：今日は 90%。この前は 70%。

母：前は 10%、今日は 20%くらいですね。

会話からもわかるように、退行が存在する。健忘はかなりひどく、火を使わせられないと母は言う。症状について本人と母の評価の違いが明らかである。生活歴、家族歴聴取。母も身体的に不調。症状とその見通しについての心理教育を行う。また母の症状についても話しておく。

リラクセーション (safe place) を教える。被暗示性高い。

加害者の裁判が始まり、裁判所で診断書があればほしいとのこと。裁判に対する意思を確かめ、次回は被害より一ヵ月以上たつことになるので、PTSD 診断のための心理検査 (CAPS、MINI) を行うことを決める。

●第 3 回 (9 月 13 日)

結果：精神疾患簡易構造化面接法 M.I.N.I

大うつ病性障害、外傷後ストレス障害に該当し、これらの精神障害を有する可能性がある。また中等度の自殺の危険性が示唆された。

PTSD 臨床診断面接尺度 CAPS で PTSD(急性)と診断される。総点 102 点

改訂版出来事インパクト尺度 IES-R 73 点

解離体験尺度 DES 53 点

重度のストレス反応が直後より持続していると評価される。

●第 4 回 (10 月 10 日)

本人のみで診察室に来る。

不気味な音がするんです。人の声みたいな変な声。不気味な曲みたいなのが……。人がいる感じ。人がとおった気がしてみると。黒い服を着た人が見える。(実際に見える?)

お客さんがそこにいるのかと思った。一日 5-6 回見る。誰かが来て裏にいったような気がして、行って見ると誰もいない。・・(10月になってからそうだったの?)はい、気になるようになりました。

家でもかさかさ変な音がする。誰かがいるような気がする。

不眠のほか、健忘とそれを防ぐための強迫的な確認行為、人に対する不信感が語られる。前回やったテストについては大変だったと言うが詳細は忘れてしまったと言う。またリラクセーションは良く使っているとのこと。EMDR を行うつもりであったが、前回の CAPS で記憶がないこと、psychotic な症状が現れていることを考慮し、延期する。

●第5回(10月23日)第6回(11月7日)第7回(11月28日)
EMDR 施行。

男の人に追いかけられたような感じがして階段を落ちたと包帯をしてくる。

(現実にもそういう人が家の中にいると思いますか) いないはずだけど・・・実際に見えるし、聞こえるし・・・。

症状があっても、電車のなかや職場で積極的に対処している姿勢がうかがわれる。加害者への怒りが表れるようになった。リラクゼーションもよく使っている様子。EMDR は負担だけれどその後ちょっと楽になるとのこと。

●第8回(1月7日) 第9回(1月23日)
面接があき、この間に、職場周辺で別の rape 事件があり、具合が悪くなったとのことで、動転して母より電話で連絡あり。EMDR ではなく、支持的な面接に切り替え。しかし、本人の症状は軽快してきており、内面についてもだんだん話せるようになってきている。吃音もまだ存在するが軽快。

●第10回(2月19日)
明るい表情で、陪席者にも話しかける。

判決が出たんです。10ヶ月です。(どう思いますか?)短いと検事さんには言った。自分の思っていることを全部言ってきた。納得いかない。犯人を殺してしまったほうがいいんじゃないかと思った。・・・・・・はらが立つ。夏ごろは感情がなかったのでもんな気持ちはなかったのですが。

どもりも東京弁も人に言われるまで変だと思わなかった。

これで治療になるのでしょうか、愚痴を言

っただけのような、と質問あり。

●第11回(3月4日) 第12回(4月1日)

4月8日に、また職場周辺で rape 事件があり、具合が悪くなる。中学生の rape 事件で、被害者精神病院入院。IES-R 41点

●第13回(4月30日)

前回の事件について話す。事件が起こったときに罪悪感を感じたことが話される。久しぶりにボーっとして具合が悪いという。表情も硬く、吃音も悪化。

●第14回(5月28日) 第15回(6月26日) 第16回(8月2日)

吃音回復が著しく、また考え方も年齢相応になってきている。過去の症状について評価することができる。

(今の具合は)目の前で男の人に怒鳴られたりすると、電車のことが脳裏に浮かんだりする。体が重くうごかない感じになる。今でも一定の距離を男の人に対してとるようにしている。突然近くに男の人がいるとドキッとしたり。相手が大きく見えると怖い。事件のことについて考えることはあまりない。慎重に用心深くなっていると思う。そろそろ出所である。民事訴訟を考えたい。許せない。Rape は殺人じゃないけど、心を殺された。

訴訟についてしっかりと話す。また将来の計画を語る。おそらく PTSD の症状はかなり残っていると思われるが、対処可能。

●第17回(9月9日)PTSD について CAPS で再評価

CAPS:78点(再体験症状の軽快が著しく、回避、麻痺症状、過剰覚醒症状についてはほぼ変わらず) PTSD(慢性)と診断される。

まとめ：強制わいせつの被害者で、重度のPTSD症状に加えて、退行、吃音が前景に立っていた事例。地域でのサポートを紹介することができなかつたこと、また訴訟にかかわっていること、職場の近くで起きた同じような事件が再び衝撃を与え、症状を悪化させていることなどに性暴力被害者の治療の特徴が現れている。当初の症状の重さを考えると、回復は順調であると言える。以下に特に性暴力被害の治療において留意すべき点をあげる。

性暴力被害者治療において留意すべき点

まず、どのようなトラウマを受けた人についても重要なことは、この部屋とこの人は安全だという感覚である。二次被害を与えない、被害者を裁かない、トラウマティックな経験を話やすい雰囲気をつくる、被害者自身の力を治療者が発見しほめる、誰でも起こりうる反応だと話すといったことが基本になる。しかし、当初はこの事例のようにそれも困難であることは珍しくない。

まず何があったのか、今どのような状態であるのかを聞く必要があるが、この段階では、誰か別の人が被害にあったことを話し、本人からは詳しく聞けないこともある。かならずしも、最初から本人に詳しく話してもらう必要はない。ただし、性暴力被害の場合には周囲の人が知っていることと本人が知っていることが異なることも多

いので、本人をひとりにすることが出来れば別に話を聞く。最初はひとりになることが出来ない被害者もいる。また今困っている症状については必ず本人から話を聞き、積極的に確認する必要がある。PTSD症状は、聞かなければわからない。感情の麻痺を含む解離症状については本人も周囲の人も気付いていない場合もある。表情や動作の観察が必要である。

どこまで話せるのか、解離しない状態にどの程度「踏みとどまれる」(小西, 2000)か、を評価しつつ日常の状態について聞いたり、最小限の心理教育をしつつ、今後の見通しも話したりする必要がある。最初の面接ではアセスメントに必要な情報を集め切ることが出来ず、不十分な情報量で終了するしかないことも多い。しかしそれでも、ゆっくりやることがPTSD治療には必要だと思われる。患者の状況を無視して問診しても、満足な答えが帰ってこないばかりか治療中断に陥る危険性が高い。

初期に非定型な反応が表れている時には慎重にアセスメントを進める。例えば、この事例では退行が著しいが、これは子どもにはよく見られるが、成人の場合はめずらしい。また単回性の外傷体験を受けたと患者は言っているのに、症状が複雑性PTSDに適合すると考えられるという場合もある。外傷体験にそぐわないほどの重度、長期の解離が見られる場合、過去のトラウマ体験、精神科既往はPTSD発症のリスクファクターであるが、のみならず、症状の重篤化、長期化、非定型化を招くことが多いと思われる。

性暴力被害では解離の発生が多い。初期の治療で障害となることが多いのは急性

に生じる解離である。性暴力被害者には感情や感覚の麻痺、離人、健忘など頻繁に解離が見られる。これらの症状は事件後も、さまざまなリマインダーや一般的なストレスによって浮動的に変化する。

解離の治療が、性暴力被害者の治療においては重要である。心理教育で解離についての『メタ認知』を作る事を目標とする。解離性の幻覚が存在することもあるので、精神病が発病したのではないことを保障することも必要である。

対話をしている時点では見当識に問題がないように見えても、あとで聞くと、記憶に残っていないこともあるので、その日に治療としてやったことについてどの程度覚えているのか聞いてみると言ったモニタリングが常に必要である。

意識状態が変わったままでは曝露は行えないので、そのことを説明しながら、どうすると解離せずに「踏みとどまれる」のかについて、具体的に本人にもいっしょに考えてもらう。ただし慢性的な解離状態ではメタ認知の獲得とコントロールを治療の重要な目標と考えるが、急性発症で解離の程度も徐々に軽減しつつある場合には、むしろ、その仕組みを知って安心し、事故が起きないようにうまくやり過ごす方法を考えるということでも足りることがある。

心理教育は治療の補完物ではなく、個人のコントロール感を取り戻すという目的から考えても治療の重要な位置を占めている。また初期治療において安心感を与えるツールとしても重要である。

本例では使えていないが、必要な場合 SSRI その他の薬物を使用する。

トラウマを直接扱う曝露療法は、治療の主要な部分である。実際の治療では、個々の事例の状況に応じて、さまざまな方法で曝露をおこなっている。経験を思い出し、話すことによってイメージを使って曝露する方法 imaginal exposure、あるいは現実になんげずつ曝露していく *in vivo* の系統的な曝露などが使用できる。イメージによる曝露に系統的脱感作の手法を取り入れることもできる。実際の治療では、ここまで述べたさまざまな手法と組み合わせ、自然な形で行っていることが多い。またいろいろ工夫をしてみても、安全に行える状態になるまでに、かなり時間がかかることもある。そのときには無理をせず、他の手法を主体にするようにしているが、それでも、体験を語ることは再体験による不快な症状を軽減していくことにつながる、といった心理教育を十分にしておくことは大事である。また話の途中でも、不当な自責感や恥の感覚などを、扱いながら進むこともある。

解離に対処する方法が基本的には認知療法であるのと同様に、自己評価の低下、汚れてしまった感じ、人に襲われそうな恐怖、これらの感情や感覚に対しても認知療法的に対処できる。「外に出ると危ない」「私が悪かった」「もうとりかえしがつかない」などが、性暴力被害の場合によく見られる Beck のいうところの「自動思考」である。

しかし、単回性の性暴力被害の場合には、このような感覚は、共感的に扱い、かつ実際にはそうではないということを指摘し、サポートすることで、比較的容易に解消され、継続的本格的な認知療法的取り組みま

では必要としないことも多い。

死にたい気持ちになっている患者は多い。これが自殺企図にまで結びつくかどうか、見極める必要がある。大うつ病が同時に診断されることも少なくないので、注意が必要である。人格障害等が事前に診断されなくても、リストカッティングや大量服薬が見られることもあるが、事前に精神的な既往があれば、さらに危険性は高くなるだろう。

以上、不十分な説明ではあるが、治療の骨子について述べてきた。このように手順は進むとしても、通常精神科臨床であれ

ば、まず重要なことは、患者に二次被害を与えないということである。二次被害があれば治療は中断してしまう。しかし、ただ黙って受け入れていれば、PTSD 治療は進むのかと言うとそうではなく、積極的に聞く必要のあることがたくさんあるのは、上述したとおりである。日本の現在の治療の状況ではまずこの点が関門になって、性暴力被害の PTSD—さまざまなデータはそれが社会に日常的にあることを推測させるのだが—がなかなか浮かんでこない。治療法も重要なのであるが、被害体験の理解も相変わらず重要であると考ええる。

厚生科学研究費補助金
(障害福祉総合研究事業)

(分担) 研究報告書

東京都女性相談センターにおける
精神科判定事例の実態と社会的転帰

分担研究者 加茂登志子¹⁾ 金吉晴²⁾
研究協力者 氏家由里¹⁾ 田村敦子¹⁾

1) 東京女子医科大学精神科

2) 国立精神・神経センター
精神保健研究所

**Actual situation and social prognosis of women seeking psychiatric care at the
emergency hostel of Tokyo Metropolitan Women's Counseling Center**

抄録

東京都女性相談センターは 1957 年に設立されて以来、その一時保護所で、年間のべ約 600 人の日本人女性・外国人女性に対して保護とケアを供給している。一時保護所に入所する女性は、売春、貧困、身体的・精神的疾患、あるいはドメスティックバイオレンス (DV) などによって社会的なサポートを必要としている人たちである。今回、我々は、1961 年から 1997 年の間に一時保護所を利用した女性のうち、所内医務室で精神科判定と治療を必要とした 2667 例を対象に、社会人口動態学的特徴、精神科診断、社会的転帰などについて調査した。

所内の精神科医務室には年間平均 74 人の女性が初診していた。最も多かった年齢層は、20 代から 40 代であった。売春防止法違反によって保護された女性の数は年々減少する傾向にあった。精神科診断は多岐にわたっていた。初診時における精神科診断の年次推移では、精神分裂病や躁うつ病は減少し、物質乱用、心因反応、人格障害が増加していた。社会人口動態学的に見ると、多くの対象が社会的に恵まれない環境で生育していた。1998 年 3 月の時点での 930 例の社会的転帰は、転帰良好群 25%、中間群 23%、転帰不良群 48%であった。転帰不良群では、精神分裂病と人格障害の診断が、他の 2 群に比べ、多く認められた。また、物質乱用も多く認められる傾向にあ

った。一方、転帰良好群では、うつ病や精神発達遅滞が多く認められた。DV 群は、非 DV 群に比べ、拳子数が多い傾向にあり、また、心因反応の診断が多く、精神分裂病が少なかった。社会的転帰では、DV 群には中間群が多く、不良群が少ない傾向にあった。

精神分裂病、人格障害、物質乱用などが診断される利用者の社会適応の改善のためには、一時保護所退所後にそれぞれ専門的な治療が供給されるべきであろう。DV 被害者に対してはより意識的に注意を向けなければならない。特に、利用者だけでなく、その子供たちにとっても精神障害の予防的措置が必要である。

<はじめに>

昭和 32 年（1957 年）売春防止法の施行と同時に、東京都婦人相談所（現：東京都女性相談センター）は婦人保護事業の中心機関として全国各都道府県に開設され、その後、時代の変遷とともに利用者も様変わりしている。また、平成 14 年（2002 年）度からは、ドメスティックバイオレンス（DV）防止法施行にともない、DV 被害者支援センターの役割も担うことになり、またひとつの大きな転換点を迎えている。東京都女性相談センターがその前身を含めて 40 年余を経過し、さらに時代に沿った変化の年を控えたこの機会に、過去のセンター利用者のうち精神科判定を必要とした層の症状等の変化と推移を調査・分析し、今後の女性福祉施策のあり方を探るための基礎研究資料を得るとともに、事例をとおして症状や診断後の経過、予後等について検討を試み、利用者の処遇の改善等に役立てたい。

<東京都女性相談センターと利用者の一
時保護について>

東京都女性相談センターは、昭和 32 年（1957 年）の売春防止法の施行を受けて、売春防止法違反女子の保護更生を目的に東京都婦人相談所として発足した施設である⁴⁾。しかし、昭和 40 年代中ごろから売防法違反検挙者が減少し、急激な社会

情勢の変化等から夫の暴力や酒乱など家族・夫婦の問題を理由に福祉事務所等に保護を求めてくる女性や母子が増加の一途を辿ったため、東京都婦人相談所は駆け込み寺としての機能が要請されるようになった。そのため、昭和 52 年（1977 年）、東京都婦人相談センターとして改組され、同時に母子の受け入れも開始し、平成 4 年（1992 年）に現在の女性相談センターとなった。現在、当センターは緊急の保護や自立のための援助を必要とする女性及びその児童に対し、生活全般の相談・指導・援護を行うことを目的に都が設置している行政機関と性格づけられているが、平成 14 年（2002 年）度からは、さらに東京都における DV 被害者の一時保護と自立支援の重要な拠点となる予定である。

当センターの主たる業務は相談、判定、一時保護である。一時保護とは保護を求めてきた女性が行き先を決定するまで暫定的に一時保護所で生活することである。現在、本所では母子を含む 25 組が受け入れ可能となっている。今回の報告は主にこの一時保護利用者のなかで精神科判定に至った事例について検討している。

図 1 に示されるように、一時保護を求めてくる利用者には、大きくわけて、援助を必要とする女性、援助を必要とする不法滞在の外国人女性、売春防止法 5 条違反女性の 3 つのグループがある。これらの女性は

直接来所するほか、それぞれ相談窓口として福祉事務所、大使館、警察署等を経て一時保護を利用することになる。一時保護中には、必要に応じて利用者は心身の健康管理のため医学判定や心理判定を受けることができる。精神科医の主な仕事は、一時保護利用者に精神科既往歴や精神症状を呈している場合、本人の同意のもとに診察をし、退所後の処遇や治療へのアドバイスをを行う。その他に医務室で応急処置的な薬物療法も可能であり、これを受ける利用者は少なくない。

当センターを利用する者は原則2週間の滞在期間中に、担当福祉等と相談し、個別に処遇が決まってゆく。例えば、それぞれ婦人保護施設、自立の家、他の社会福祉施設、アパート転宅、住み込み就労等であるが、退所後も精神科治療が必要な場合は住居や職場付近の病院やクリニックなどに紹介してゆくよう心がけている。

<対象>

昭和32年(1957年)度から平成8年(1997年)度までの期間に東京都女性相談センター本所の一時保護を利用した女性であり、本調査の対象は以下の2群である。
対象A) 昭和36年度(1961年)から昭和56年度(1981年)までの20年間の精神科判定(以下、精判)初診事例(実数)1737例

対象B) 昭和57年度(1982年)から平成8年度(1997年)までの15年間の精判初診事例(実数)930例

なお、対象Aについては、すでに2回に分けて詳細な実態報告を行っている1)2)ため、今回は精神科判定の開始された昭和36年(1961年)度から平成8年度(1997年)までの年次推移を回顧する目的のみで資料の一部を検討した。

<方法>

1) 昭和36年度(1961年)から平成8年度(1997年)までの精判初診事例(対象A+B)の年間件数、初診時年齢、初診時精神科診断などの年次推移について集計し、検討した。なお、対象Aの検討にあたって、田村敦子(要保護女子における精神障害の実態と長期経過観察例 東女子医誌51(6):531-552, 1981)、および原千恵子ら(東京都婦人相談センター入所者の現況と精神障害者の特徴 精神医学研究3(1,2):49-57, 1983)の論文からの2次資料を一部引用した。

2) 昭和57年(1982年)から平成8年(1997年)までの精判初診事例(対象B)について、一時保護理由、社会人口動態学的・生活史的背景、初診時精神科診断、入所回数などを精判診療録から回顧的に調

査した。さらに処遇後の社会的転帰については平成9年度(1998年)末に全例について最終入所施設などに問い合わせるなどの一斉調査を行い、氏家・田村の基準3)に従って以下の5群に分類した。

1. 更生寛解できたと予測される例： 婦人保護施設や病院などで暫時経過をみた後、帰宅、転宅、結婚、就職に至った例。
2. 寛解に準ずる例： 保護中に問題が解決をした後、帰宅、転宅し、それ以後要保護、電話相談のない例。
3. 経過観察が必要だが更生寛解の見込みの期待が濃厚な例： 保護や婦人保護施設に入退寮を2回以上繰り返しているが、それなりに社会生活に適応しつつある例。
4. 要経過観察例： 無断退所、もしくは問題が未解決のまま退所し、以後音信不通の例や、入院中、入寮中でまだその環境になじめず問題が生じている例、帰宅後も家族に迷惑をかけている例。
5. 死亡例

以上の調査結果を整理し、社会的転帰と関係する因子、頻回入所者の特徴、DV群と非DV群の差異について unpaired t-test, χ^2 test、ANOVA などを用いて統計学的に検討した。統計ソフトは SPSSver10.0 を使用した。

<結果>

1) 昭和36年(1961年)から平成8年(1997年)までの精判初診事例(対象A+B)の年間件数、初診時年齢、初診時精神科診断などの年次推移について

1) - 1 一時保護件数と精神科判定初診者数の年次推移

一時保護件数と精神科判定初診のべ数の年次推移を図2に示す。一時保護件数は昭和40年(1965年)前後に最も増加し、一旦減少を辿ったが、母子保護を開始した昭和52年(1977年)以降再びやや増加し、年間400から600件を維持している。精判初診者のべ数の平均は年間74人で、昭和45年(1970年)以降ほぼ一定数を保っていた。一時保護利用者のほぼ全員が身体的な問診や理学検査を中心とした医学判定を受けているが、医学的判定受診者中の精神科判定初診者の割合はほぼ3割に達していた。

1) - 2 精神科判定初診時年齢の年次推移

昭和36年度(1961年)から昭和53年度(1978年)までの事例1)、昭和53年(1978年)度から昭和56年度(1981年)までの事例2)、昭和57年度から平成8年度(1997年)までの事例の3群を比較した。図3に

示されるように、昭和 36 年（1961 年）から昭和 53 年度（1978 年）までの群は 20-29 歳までの青年層が最頻値をとっているが、昭和 53 年（1978 年）代以降、中年層へピークは移行している。調査期間を通じて 20 歳台から 40 歳台が利用者の半数以上を占めているが、近年の傾向として、10 歳台の若い世代の占める割合が減少する一方、50 歳以上の世代が徐々に増加してきている。

1) - 3 精神科判定初診時診断の年次推移

昭和 42 年度（1967 年）から平成 8 年度（1996 年）までの精神科判定初診時診断の年次推移を図 4 に示す。昭和 42 年（1967 年）以降、平成 8 年度（1996 年）まで従来診断を同一の判定票を用いた。診断は 1) 精神発達遅滞（知的障害）、2) 人格障害、3) 心因反応・異常体験反応、4) 神経症、5) 精神分裂病、6) 躁うつ病・うつ病、7) てんかん、8) 薬物依存・薬物乱用・中毒精神病（アルコールを含む）、9) 器質性精神病（痴呆を含む）、10) 症状精神病、11) その他、のいずれかに分類して記入している。平成 9 年（1977 年）以降は、ICD-10 と対比した場合以下のようにほぼ相応する。1) 精神発達遅滞は F7 精神遅滞、2) 人格障害は F6 成人の人格および行動の障害、3) 心因反応・異常体験反応は F43 重度ストレス反応および適応障害、4) 神

経症は F43 を除いた F4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害、5) 精神分裂病は F2 精神分裂病、分裂病型障害および妄想性障害、6) 躁うつ病・うつ病は F3 気分（感情）障害、7) てんかんは G40 てんかん、8) 薬物依存・薬物乱用・中毒精神病は F1 精神作用物質使用による精神および行動の障害、9) 器質性精神病および 10) 症状精神病は F1 症状性を含む器質性精神障害。なお、昭和 51 年（1976 年）までは当時の女子医大方式による単一精神病論に基づいた診断が採用されていたため、躁うつ病が圧倒的に多く、精神分裂病が少なくなっているが、内因性精神病の総数には大きな影響を与えていない。図 4 には、器質性精神病と症状精神病を合わせて記入した。図 4 に示されるように、年次ごとに増加している診断は、薬物依存・薬物乱用・中毒精神病、器質性精神病・症状精神病、心因反応、人格障害である。一方、内因性精神病（精神分裂病と躁うつ病・うつ病の総和）は徐々に減少している。また、精神発達遅滞は一定数を保っている。

2) 昭和 57 年（1982 年）度から平成 8 年（1996 年）度までの精判初診事例（対象 B）の検討

2) - 1 年間平均初診数、母子保護事例の割合、入所理由、初診時年齢