

る。

f) 被害者支援ネットワークの構築：

各都道府県に地域にレベルや警察署レベルでの被害者支援ネットワークを構築し、多彩な被害者のニーズに応えるべく、各界の関係機関、団体、企業等の参加を得て地域社会全体での被害者支援の進展を図り、民間ボランティア団体との協力・連携体制をとっている。

(2) 「検察における対策」

平成6年4月からは全国統一の制度として、「被害者等通知制度実施要領について」（刑事局長依命通達）が策定され、被害者や目撃者からの希望があるときは、検察官から被害者等に対して事件の処理結果、公判期日、刑事裁判の結果等を通知することとなった。被害者保護や新しい刑事立法についてはすでに紹介している。

①被害者等通知制度：

公訴権を有する検察が被害者の心情を真摯に受け止め、これを検察活動に反映させて、国民の期待と信頼に応えるとともに、刑事処分の結果等の情報を被害者等に提供することによりその理解を得ることは、被害者等に対する刑事政策的配慮の一環として極めて重要であるとの認識のもと、行われるようになった。

通知の対象者は、㉔被害者及びその親族又はこれに準ずる者、㉕目撃者その他の参考人、㉖被害者等が代理人として弁護士を依頼した場合には、委任状を徴するなど委任の有無を確認した上でその弁護士、である。

通知の内容は、事件の処理結果、公判期日、刑事裁判の結果、公訴事実の要旨、不起訴裁定の主文、不起訴裁定の理由の骨子、拘留及び保釈等の身柄の状況、並びに公判状況等の事件の処理結果に準ずる事項である。

「裁判所における対策」、「保護観察所における対策」

これは、すでに紹介している。

(参考文献： 講座「被害者支援」Ⅰ～Ⅴ巻、東京法令出版、2000 年より)

Ⅰ巻：「犯罪被害者支援の基礎」、宮澤浩一・國松孝次、監修

Ⅱ巻：「犯罪被害者対策の現状」、同上

Ⅲ巻：「犯罪被害者支援と弁護士」、同上

Ⅳ巻：「被害者学と被害者心理」、同上

Ⅴ巻：「犯罪被害者に対する民間支援」、同上

：「犯罪被害者の研究」、宮澤浩一・田口守一・高橋則夫編、成文堂、1996年

：警察庁・法務省・厚生労働省・内閣府などのホームページ)

上記参考文献よりの資料や内容から多数引用させていただきました。この場を借りて各関係機関・関係者に深謝いたします。

## 4. 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

私たちは、無意識のうちに「自分は安全だ」、「自分は価値ある存在だ」という認識を持って生きているが、犯罪で外傷を体験するとこれらの仮説が覆されることになる。犯罪による心理的影響の中心となるのは、「自己と世界に対する基本的な仮説の崩壊」<sup>5)</sup>と言えよう。犯罪被害者の心理を認知的にみると、「外傷が引き起こした膨大な量の情報を、それを認知する期間と途絶する期間を交互に繰り返すことによって脳が処理しようとしている」<sup>4)</sup>ことになる。犯罪被害者の基本症状として、①外傷的出来事の再体験、②外傷に関連した刺激からの回避、または反応性の麻痺や無感覚、③覚醒の亢進状態の3つの症状が挙げられる。外傷体験が繰り返し侵入し再体験する、意識や行動を狭め麻痺させて再体験を回避する、という一見相反する症状が同時に出現することが特徴である。

#### ①再体験

再体験は、出来事を思い出したくないのに思い出してしまい、それを自分でコントロールできない状態になることである。単に思い出すのではなく、その時に体験した感覚と感情が蘇り、非常に苦痛な思いをする。覚醒時に起こるだけでなく、睡眠時は悪夢という形で再体験が起こる。実際の症状として、恐怖、不安などの強い感情と、その時体験した痛い、苦しいなどの感覚が生じ、その時見たものが見えたり、聞いたことが聞こえたりする。同時に、汗をかく、からだが震える、動悸がするなどの身体症状もみられる。フラッシュバックという形で再体験が起きることがあるが、フラッシュバックとは、思い出される内容が現実のことと感じられ、事件の起きた時と現実の区別がわからない、見当識障害のような症状を呈する状態である。

再体験やフラッシュバックの引き金となるものは、事件と関連するものだけでなく、個人が体験から得られた様々な刺激が引き金になる。例えば地下鉄サリン事件により PTSD を呈した患者にとって引き金となるものは、「オウムに関するニュース、3月20日という日そのもの、帽子とマスクをした人、網棚の新聞、電車内や路地のビンや缶や水溜り、眩しさや暗さ、異臭、煙草や香水や排気ガスの臭い、叫び声、救急車の音、ヘリコプターの音など限りなく存在し、生活すべてに拡大する傾向がある」<sup>6)</sup>。

#### ②回避・麻痺

回避は、外傷となる出来事を思い出させるものを避けることである。例えば、電車事故に遭遇した場合、電車に乗ることを避ける。これが電車だけでなくすべての交通機関を使用することを避けるようになると、日常生活に大きな影響を及ぼすことになる。

麻痺は、外傷時に受けた感情を閉ざすことである。感情の麻痺が起こると周囲のことに対する興味や関心がなくなり、外界との接触を絶ち、無気力で無関心な抑うつ状態に陥る。正常な知覚が働かなくなり、一見知覚が鈍麻し知覚麻痺のような状態になる。

また健忘という形であられると、外傷となる出来事についての記憶がなくなったり、一部を思い出せなかったりすることがある。

### ③覚醒の亢進状態

犯罪被害者の「脳と身体は『いつも危険だ』というメッセージを送り続け、過度に緊張し驚愕反応と興奮を伴って反応する」<sup>5)</sup>、これが覚醒の亢進状態の原因である。症状は、些細な出来事にもすぐ驚いたり、周囲の環境の変化や他者の言動に敏感になったり、不安定な状態になったりする。身体症状として、息苦しくなる、呼吸困難を起こす、心臓がドキドキする、発汗などが挙げられる。

以上特徴的な3つの症状の他に、解離状態やパニック発作、記憶と注意の障害、時に錯覚や幻覚がみられる。自分が悪いから事件に遭った、自分は価値のない人間だからこのような目に遭ったなど強い罪責感が生じることもある。

## 2) 被害者支援の実際

ここでは、被害者面談の際のいくつかのポイント、支援者がもたらす二次被害、支援者のストレスについて述べる。

### ① 被害者面談の際のポイント

信頼関係を築くためには

被害者は「自分が安全である」という信念が損なわれているため、人を信用することが難しくなっている。支援者と被害者の間のほんの些細な行き違いや誤解によってさらに不信感は強くなるため、支援者は自分のできることとできないことをあらかじめきちんと伝え、難しいと思うことを安易に引き受けないことに注意する。特に、「プライバシーを保持する」ことに関しては、支援者と被害者の間で保持の範囲が異なることがあるため、きちんと話し合って被害者から了解してもらう。被害者は、支援者との関係や言動に対して不満や不信感があっても、その気持ちを表現できないため、支援者はその不信感に気付かないことがある。関係がうまくできていると感じる時も常に言動に配慮し謙虚な気持ちを持ち続けることが必要である。「被害者は『わかってくれている』と言っても、『わかってもらえない』と感じている面もあるし、『わかってももらえない』『言いたくない』と言っても『わかってほしい』と思っている」<sup>9)</sup>。被害者に「あなたにはわかってももらえない」と言われたり、「自分が悪いから事件に遭った」といつまでも自責的な表現をされたりすることによって支援者は落胆することもあるが、これも被害者から信頼を得にくくさせる一つの要因となる。被害者の言動に翻弄されず信念を持って対応することである。

事件の話はいつ聞いたらいいのか

支援者が最も悩む問題の一つとして、被害者から事件の話積極的に聞いたほうがいい

のか、被害者がためらっている場合は聞かないほうがいいのか、事件の話はいつ聞いたらいいいのか、まったく聞かなくてもいいのか、のような事件の話を書くことについての問題がある。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ことが根本的な対応であるが、「生活も治療関係も安定しないまま、負担の高いトラウマ性記憶に関する作業を行うことは望ましくない」<sup>8)</sup>。被害者自身が最初から事件について詳しく話そうとする時は、「感情を扱いきれる程度に患者が安定しているかどうかを評価し、またその時々患者の状態を確かめながら進めねばならない」<sup>8)</sup>。また、被害者が「話そうとするが、侵入症状によって言葉がつまりがちであったり、話す途中で不安や恐怖が亢進してコントロールできない場合は無理に話させない。話すことがたいへん苦痛を伴うものであること、安定して扱うにはまだ時間が必要であることを治療者から話しておく」<sup>8)</sup>こともポイントとなる。一方、「事件の記憶を扱わないで対処療法を漫然と続けることは、回復を遅延させたり、治療中断につながる」<sup>8)</sup>ことも常に念頭に置く。

#### 身体面や生活についての留意

身体や生活についての話題は抵抗が少なく自然に聞きやすく、精神的な状況に関する情報より多くのことがわかることがある。被害者の中には、気持ちを態度や言葉に出さず何事も淡々と振る舞い、落ち着いてみえる人がいる。また何度かかわっても気持ちを語ってくれない被害者もいる。きちんと眠れているか、食事はおいしくとれているか、規則正しい生活ができていないか、お酒を多量に飲んでいないか、お風呂には入っているか、など生活面のことを尋ねたり、頭痛、腹痛、肩こり、しびれ、疲れやすさ、身体のだるさ、便秘などの身体的な症状について尋ねると、意外に様々な症状が明らかになったり、気持ちについて話すきっかけとなることがある。このように生活する上で何が一番困っているかを十分聞くことも大切である。

#### ② 支援者がもたらす二次被害

二次被害というのは、事件から受けた被害ではなく、事件後、被害者が社会との関わりのなかで受ける被害のことで、二次被害を与える者として、マスコミ、司法関係者、医師、心理カウンセラー、警察官、家族などが挙げられる。

二次被害の原因となるものに、まず「犯罪被害者に対する知識の不足」<sup>8)</sup>によるものがある。PTSDに関する精神医学的知識だけに限らず、「例えば殺人事件の遺族が関わる司法システムについて、また性暴力犯罪やドメスティックバイオレンスの現実と被害者の心理について、無知であるために、誤った指導がなされることが多い」<sup>8)</sup>。性暴力被害では被害者の多くが女性で、加害者のほとんどが男性のため、「男性に対して恐怖心を抱いたり、あるいは男性の存在そのものがフラッシュバックや恐怖障害のトリガーになっていることも少なくない」<sup>8)</sup>。このような場合支援者が男性というのは難しくなるだろう。また「男女にかかわりなく性差別や偏見を持っている場合、例えば強姦の被害にあうのは女性の側に問題があ

り、責任があると考えている」<sup>8)</sup>支援者も二次被害を起こす危険性がある。

### ③ 支援者のストレス

支援者は、「被害者から話を詳しく聞くことで被害者の悲惨な経験の一種の目撃者となる」<sup>7)</sup>ため、不安、恐怖、自責感など被害者が呈するような症状が認められることがある。また、「支援の難しさ、訴訟との関わりの多さ、被害者の理不尽な要求などから」<sup>7)</sup>支援が嫌になったり、強い無力感が出現したりすることがある。大切なことは、困っていることを抱え込まないで、他の支援者や専門家とケース検討などを行い、支援者が孤立しないことである。また、「自分のできる範囲を知ること」<sup>7)</sup>も重要である。支援資源、時間や能力がどの程度あるかを踏まえ、自分がどれだけできるかを考えながら支援をすることである。

### 3) 外傷後ストレス障害 PTSD : Post Traumatic Stress Disorder

1995年阪神淡路大震災、地下鉄サリン事件などの被災者のケアが問題になってから、PTSDという言葉がわが国で頻繁に使われ始め、その後 PTSD に対する社会的関心はますます高くなっている。しかし、PTSD の正確な知識が広がっていると言えないのが現状である。まず、PTSD の診断で問題になるのは、「外傷的な出来事」の定義について、つまり発症する契機となった出来事が PTSD の診断基準を満たす程度の出来事かどうか、である。ICD-10 は「誰にでも大きな苦痛を引き起こすような、並はずれた驚異的な、または破壊的な性質の出来事・状況」<sup>11)</sup>としているのに対し、DSM-IV では「誰にでも」ではなく「その人の反応は強い恐怖、無力感または戦慄に関するもの」<sup>1)</sup>とトラウマの概念に幅を持たせている。ICD-10 と DSM-IV で「外傷的出来事」に関する記述が異なっていることも、診断する際に混乱する原因であろう。「ただ、DSM-IV-TR では、外傷的出来事について例示されているのは、戦闘、暴行（性的暴行、身体的暴行、強盗）、誘拐・拉致、人質、テロ攻撃、拷問、捕虜収容所や強制収容所監禁、自然災害、人為災害、重度の自動車事故、生命的脅威を及ぼす病気の告知などであり、どれも深刻な体験であることには違いない」<sup>3)</sup>。

その出来事が、明確に診断基準に相当しない程度の比較的軽い出来事にもかかわらず、予想できないほど強い PTSD 様の症状を呈する場合があるが、その場合は、もともと「精神的脆弱性という心因的素因が存在すると想定」<sup>3)</sup>され、診断は PTSD ではなく「適応障害と診断される」<sup>3)</sup>のが適当であろう。最近では災害や事件と PTSD はよく並べられて報道されていることが多く、専門家の中でも外傷体験を拡大して解釈する傾向があることも事実で、安易な判断は危険だとする意見もある。このように「PTSD の診断をめぐるは、それをより広く捉えようとする論者と、なるべく限局して捉えようとする論者の間で、司法の場も含めて論議が巻き起こされており、今後の問題として残されるところである」<sup>3)</sup>。

外傷的出来事は PTSD 発症の一次的要因であるが、すべての人が外傷的な出来事を体験した後に PTSD になるわけではない。従来は PTSD の症状は、外傷的出来事のストレス因子の強さと直接関係し、外傷的出来事のストレスが強ければ強いほど出現する症状が重症にな

ると考えられてきたが、近年では症状はストレスの強さだけでなく、外傷的出来事に対する個人の主観的な反応にも大きく関連するとされている。PTSD を発症させたり、遷延させたりする危険因子として、「①児童期に外傷体験があること、②境界性、妄想性、依存性、反社会性人格傾向、③不適切な支持体制、④精神障害に対する遺伝的、体質的脆弱性があること、⑤ストレスの多い最近の生活上の変化」<sup>4)</sup>などが主な因子として挙げられている。

PTSD の DSM-IV による診断基準<sup>1)</sup>を表 1 に呈示した。PTSD の症状は DSM-IV の診断基準(表 1) の B, C, D に記載されているように、再体験、回避・麻痺、覚醒亢進が 1 ヶ月以上持続し、それにより日常生活で支障を来していることである。

表 1 PTSD の診断基準 (DSM-IV)<sup>1)</sup>

A. その人は以下の 2 つが共に認められる外傷的な出来事に暴露されたことがある

(1) 実際にまたは危うく死ぬまたは重症を負うような出来事を、1 度または数度、または自分または他人の身体の保全に迫る危険を、その人が体験し、目撃し、または直面した

(2) その人の反応は強い恐怖、無力感または戦慄に関するものである

(注) 子供の場合はむしろ、まとまりのないまたは興奮した行動によって表現されることがある

B. 外傷的な出来事が、以下の 1 つ (またはそれ以上) の形で再体験され続けている

(1) 出来事の反復的で侵入的で苦痛な想起で、それは心像、思考、または知覚を含む

(注) 小さい子供の場合、外傷の主題または側面を表現する遊びを繰り返すことがある

(2) 出来事についての反復的で苦痛な夢

(注) 子供の場合は、はっきりとした内容のない恐ろしい夢であることがある

(3) 外傷的な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 (その体験を再体験する感覚、錯覚、幻覚、および解離性フラッシュバックのエピソードを含む、また、覚醒時または中毒時に起こるものを含む)

(注) 小さい子供の場合、外傷特異的な再演が行われることがある

(4) 外傷的出来事の 1 つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに暴露された場合に生じる、強い心理的苦痛

(5) 外傷的出来事の 1 つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに暴露された場合の生理学的反応性

C. 以下の 3 つ (またはそれ以上) によって示される、(外傷以前には存在していなかった) 外傷と関連した刺激の持続的回避と、全般的反応性の麻痺

(1) 外傷と関連した思考、感情または会話を回避しようとする努力

(2) 外傷を想起させる活動、場所または人物を避けようとする努力

(3) 外傷の重要な側面の想起不能

(4) 重要な活動への関心または参加の著しい減退

(5) 他の人から孤立している、または疎遠になっているという感覚

- (6) 感情の範囲の縮小（例：愛の感情を持つことができない）
- (7) 未来が短縮した感覚（例：仕事、結婚、子供、または正常な一生を期待しない）
- D. （外傷前には存在していなかった）持続的な覚醒亢進症状で、以下の2つ（またはそれ以上）によって示される
  - (1) 入眠、または睡眠維持の困難
  - (2) 易刺激性または怒りの爆発
  - (3) 集中困難
  - (4) 過度の警戒心
  - (5) 過剰な驚愕反応
- E. 障害（基準B, C, およびDの症状）の持続期間が1ヶ月以上
- F. 障害は、臨床上著しい苦痛または、社会的、職業的または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている

▶該当すれば特定せよ：

急性 症状の持続期間が3ヶ月未満の場合

慢性 症状の持続期間が3ヶ月以上の場合

▶該当すれば特定せよ：

発症遅延 症状の始まりがストレス因子から少なくとも6ヶ月の場合

#### 4) PTSDの治療

治療の目標は、「自分には価値があるという感覚を取り戻し、自分自身と自分の生活をコントロールしていると再び感じ、粉碎された仮説を再び有効に働かせること」<sup>5)</sup>である。外傷性記憶が日常生活を左右しなくなり、外傷体験に自己肯定的な意味付けができるようになること、つまり過去の衝撃的な経験も自分の一部として受け入れることが回復である。治療を行う前提として、自分は安全で二度と同じような怖い思いをすることがないと確信できる環境を作ることである。治療は薬物治療と精神療法がある。薬物療法として、抗不安薬は不安、不眠などに、また抗うつ薬は抑うつや再体験症状に対して有効と考えられている。両者を併用しても症状が軽減しないことが多いため、精神療法などの他の治療と併用されることが多い。

精神療法は主に2つの方向がある。その1つは、「想像技法あるいは実験的暴露法によって外傷の出来事に暴露することである。いくつかの種類の行動療法（脱感作法、曝露療法）の有効性が報告されているが、心的外傷のもとになっている実物にさらされる方法は逆に症状が悪化する危険性」<sup>4)</sup>もあるため、それを考慮に入れ慎重に行う必要がある。

もう1つの方法は、「ストレスに対応するために、リラクゼーションや認知的接近法のようなストレスマネジメント法を教育することである。過去の外傷体験を慎重に焦らずに見つめ直し、現実認識や自分の責任について誤った不合理な認知を矯正していく、認知

療法的なカウンセリングが有効とされている」<sup>4)</sup>。フラッシュバックが起こった時の混乱状況の対処法も認知療法的アプローチで軽減できる。自分の身体状態の変化に対する反応をどのように受け止めると症状の苦しみがどのように軽減するかを体験してもらうことが有効となる。

近年 CPT と PE がその有効性を示唆されている。Cognitive Processing Therapy(CPT)は「強姦被害者を対象にして開発された療法で、情報処理理論を基盤に刺激被爆療法を組み合わせる」<sup>10)</sup>行われるものであるが、PTSD 全般にも応用可能になり、マニュアルが作成されつつある。また、Prolonged Exposure(PE)は「PTSD に対する長時間想像暴露と実生活内現実暴露両方の exposure を取り入れた短期認知行動療法」<sup>2)</sup>で、今後日本で普及されることが望まれている。

症状が重篤なときや、希死念慮や興奮、暴力行為などの症状がみられるときは入院治療も必要になる。

#### 参考文献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4<sup>th</sup> ed. American Psychiatric Press, Washington D.C.、1994 (高橋三郎、大野 裕、染谷俊幸訳 : DSM-IV 精神疾患の診断・統計マニュアル 医学書院、東京、1996)
- 2) 浅井真理子 「第4回トラウマテック・ストレス学会」に参加して 日本サイコオンコロジー学会ニューズレター、2005
- 3) 飛鳥井望 PTSDの診断基準をめぐる問題点 精神神経学雑誌 108、2006
- 4) Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock, Jack A. Grebb カプラン臨床精神医学テキスト DSM-IV 診断基準の臨床への展開 井上令一、四宮磁子 監訳 メディカル・サイエンス・インターナショナル、1996
- 5) James L. Jacobson, Alan M. Jacobson 精神科シークレット 四宮磁子、四宮雅博 監訳 メディカル・サイエンス・インターナショナル、2003
- 6) 金吉晴、笠原敏彦 地下鉄サリン事件 臨床精神医学講座 S6 外傷後ストレス障害 (PTSD)、中山書店、2002
- 7) 小西聖子 第3章「犯罪被害者のトラウマ」講座被害者支援 第4巻 被害者学と被害者心理 東京法令出版、2001
- 8) 小西聖子 犯罪被害者 臨床精神医学講座 S6 外傷後ストレス障害 (PTSD)、中山書店、2002
- 9) 大山みち子 第4章「被害者支援と被害者心理」講座被害者支援 第4巻 被害者学と被害者心理 東京法令出版、2001
- 10) 田崎美弥子 認知行動療法 臨床精神医学講座 S6 外傷後ストレス障害 (PTSD)、中山書店、2002



- 11) World Health Organization(融道男、中根允文、小宮山実、訳) : The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders Clinical descriptions and diagnostic guidelines、1993

## 5) 事例紹介

事例紹介に際しては、プライバシーに配慮し改変している。

### PTSD 事例 性犯罪被害者

20 歳女性

2 人同胞の長女、明るく真面目な性格。小学校時代は学級委員を務め「元気でみんなを引っ張っていくような」子供だった。中学校時バスケット部に所属し、友人は多く成績もよかった。事件のため中学 3 年時はほとんど学校に行けなかったが何とか卒業した。高校は数日登校したが退学になった。現在、3 歳年下の弟、両親と 4 人暮らし、無職。

### 現病歴

X-4 年 8 月 (中学 2 年時) 夏休みの夕方、クラブ活動から帰宅途中に、自宅近くで見知らぬ男性に車に連れ込まれた。ガムテープで口を塞がれ、上下肢を縛られた状態で山奥に連れて行かれ強姦され、自宅近くで脅かされた後解放された。帰宅し警察に通報、事情聴取を受けた。警察に勧められ、心療内科クリニックに定期的に通院しながら 6 ヶ月は学校に登校し、自宅でも特に変わった様子はなかった。X-3 年 2 月頃より突然大きな声で叫んだり、興奮し物を投げたりする行動がみられるようになった。また疲れやすく何事も集中してできなくなった。学校は行けず、友人と話をしたり電話することができない、怖くて外出できず、母親の傍から離れられなくなった。フラッシュバックが頻回に出現し、不眠、「怖い夢をみる」、「男の人の声を聞いたり、テレビで男性の姿を見たりすると落ち着かない」、「事件のことを思い出せない」「事件前後のこと、学校で学んだことなどが思い出せない」と語った。食欲はなく、意欲低下、不安、焦燥が強く、何度も紐で首を吊ろうとした。身体症状として、頭痛、手足のしびれ、めまい、胸が苦しくなる、呼吸ができなくなる、身体が重くて動かない、などの症状が認められた。また、「自分が悪いからこんなことになった」「自分は殺されていたほうがよかった」など罪責感もみられた。X-3 年 4 月精神科病院受診、2 階から飛び降りようとする、包丁で自分の胸を突くような行動がみられたため緊急入院となった。入院後しばらくは興奮や希死念慮が強く、食事も摂取できないため四肢拘束し点滴で抗精神病薬を投与する状態が 3 ヶ月続いた。その後徐々に食事が摂取でき、他患やスタッフとの交流も出てきた。薬物治療は、強い不安や興奮に対しレボメプロマジンとリスペリドン、抑うつ気分やフラッシュバックに対しクロミプラミン、不眠に対し睡眠薬が投与された。10 ヶ月後の X-2 年 2 月自宅に退院し、通院治療になった。約 2 年精神科病院に通院したが、近い病院を希望され、X 年 6 月より、女性の医師が勤務している当センター

に転院となった。

#### 現症

初診時、母親から離れようとせず、診察室に一人で入らなかった。身だしなみは整っているが幼い印象。質問に対して母親の顔を見るだけで答えることができず、面接中急に大きな声で「死んでやる」と叫び診察から飛び出しセンターから出ようとした。睡眠は不規則で熟睡はできない、食事はやや過食傾向、便秘、胸部不快感、頭痛などの身体症状があった。月経は不規則。「人が怖い」ためほとんど外出できず、また自宅でも母親の傍を離れられず、夜寝るときも母親と同じ布団で寝た。幻覚・妄想などの病的体験は否定。希死念慮があり、リストカットを頻回に行っていたが、過量服薬はなかった。抑うつ気分、意欲低下があり、「何もする気持ちがわからない」「本を集中して読めない」「音楽を聴く気持ちになれない」、ほぼ臥床している生活だった。不安焦燥は強く「いらいらして母親にあたってしまう」。事件のことはほぼ毎日思い出し、急にその場面が出てきて自分でコントロールすることはできなかった。犯人の顔は「顔だけ白く抜いてみえてわからない」。同席している母親は抑うつの表情で本人の被害に対し自責感が強く、本人にかかりきりで、外出は行っておらず、他の家族及び外部との関わりがほとんどない状態であった。

なお、犯人は逮捕され現在服役中である。

#### 治療経過

まず、「一人で診察室に入る」ことを目標とした。最初は数分から始め、徐々に時間を長くし、3ヶ月後には30分の診察時間中一人でいることができるようになった。自宅でも母親と離れて一人でいる時間を作るようにした。次に自分の気持ちを伝えることを目標とし、自宅でのつらい気持ちを書くように伝えた。事件の時の怖い気持ち、事件に遭ったことへのつらさ、そのような気持ちをコントロールできないつらさを語った。事件の話をするときは最後までゆっくり時間をかけて傾聴することを心がけた。気持ちをコントロールできない時は、目の前にあるものを5つ挙げる、数を数える、など具体的にコントロールする方法を考え少しずつ対応できるようになった。

また、母親は罪責感が強く、本人に対する関わり方に偏りがみられたため、本人とは別に、母親に対しても定期的に面談の時間を設けた。

X+1年9月頃より母親とは別の部屋で寝るようになり、日中も別の部屋でなるべく過ごすようにした。同年11月自転車で行くコンビニに行ったり、雑誌や本を読むこともできた。月に1回、事件の時の気持ちが思い出され不安が強くなって落ち着かなくなることがある。投与薬物は漸減あるいは変更し、現在不安の症状に対し抗不安薬のロラゼパム1.5mg、抑うつ症状やフラッシュバックの症状に対し抗うつ薬のパロキセチン75mgである。今後は生活支援センターのデイケアに参加することから社会復帰を開始することを考えている。

## 5. 精神障害者の受ける犯罪被害

### 【はじめに】

犯罪と精神障害者との関係は、これまで加害者の立場で語られることが多く、犯罪被害の弱者という側面について焦点が当てられることは少なかった。そのため、この点についての日本での調査研究は少なく、統計的な実態は明らかではない現状にある。脱施設化が進み、多くの精神障害者が地域生活を送っているアメリカでの、調査研究によれば、過去一年間に 691 例の対象患者のうち 16%が暴力犯罪の被害を受けているという Walsh 等<sup>1)</sup>の報告や、936 例の対象患者の四分の一以上が過去一年間に暴力犯罪の被害を受け、これは対象とした一般住民の被害率の 11 倍高く、暴力犯罪の類型によっては 6 から 23 倍高いことが、Teplin 等<sup>2)</sup>により報告されており、地域で生活を送る精神障害者にとって、犯罪被害は重要な保健上の問題であることが強調されている。他方、フィンランドでの Honkonen 等<sup>3)</sup>の調査では、670 例の退院した統合失調症患者を 3 年間追跡したところ、英米と比べて著しく低い 5.6%の暴力被害率であったことからとも言えるように、それぞれの社会状況によって、犯罪被害率は大きな差異があるのは確かである。主に暴力犯罪に関してだが、現在の日本で欧米と同様の高い犯罪被害率が存在するとは言い難いが、日本型社会も徐々に変容し、また障害者の地域生活への移行が促進されている状況を踏まえると、今後は欧米の状況が決して無縁ではないとも言えるし、地域精神保健福祉活動を推進していく際に、関係者が適切な注意を常に払って行かねばならない問題となる可能性が高い。

### 【犯罪被害の類型】

ここでは、児童虐待や配偶者間暴力等の広い範囲の犯罪と偶発的に遭遇する犯罪は除外し、一般刑法犯罪のなかで、犯罪被害を受ける背景に精神障害の存在が想定され、地域精神保健福祉活動を担っていく際に留意すべき事例を中心に述べるが、事例や当センター精神保健福祉相談員の体験事例をもとにしているため、限られた範囲での記述になっていることとお断りしておく。

#### 1) 財産被害：

詐欺、横領、窃盗等が挙げられるが、そのうち前二者は、単身あるいは障害者だけで同居する地域生活が増えていくこれからは、特に留意しておかなければならない犯罪被害である。すでに、高齢者や軽度認知症の単身生活者に対する、リフォーム詐欺、高額な布団や商品の購入等の悪質商法の問題が取り沙汰されているが、精神障害者に対しても同じ問題が認められている。ひっそりと暮らす中で、寂しさにつけ込む巧妙な親切に騙されたり、あるいは拒否することができないまま強引に勧められて契約を次から次にしてしまうケースも稀ではない。また、訪問販売の場合だけではなく、同じような心理状態に付け込んでくるキャッチセールスや宗教活動をかたった靈感商法等の財産被害に遭うことが街中で起きている。次に、横領も頻度の高い被害であり、留意しておかなければならない問題である。高額の預貯金や土地・家屋等の資産を有している精神障害

者が、精神状態の悪化や単身生活が困難になり、施設入所や入院をするさいに、それまで疎遠であった親族に頼らざる得なくなったりして、預けた資産が横領されることが起きやすい。親族による横領だけではなく、施設・病院に入り、財産管理を委託する場合、内部のチェックシステムが全ての処でしっかりしているとは限らないので、関係者による横領が起りえることにも留意が必要である。

窃盗や強盗に精神障害者が街中で遭遇する頻度は、日本の場合はまだ少ないと思われるが、相当な資産を有しながらも、銀行などに預金することを嫌って、現金を床下などに隠している精神障害者で、一戸建てに住んでいるような場合、その筋の犯罪者に目をつけられ、盗みに入られることも稀ではない。

## 2) 暴力犯罪被害

殺人、傷害致死、心中といった悲惨な事件の被害者になる場合、通常は親族間で発生することが多い。被害者の精神状態が悪化する中で、暴力行為などの問題行動が発生するも、家庭内だけで留まっている場合、警察、保健所、医療機関等に相談してもなかなか埒が明かず、また医療機関に家族だけで連れて行けないまま、家庭内の介護に疲れ果て、追い詰められた家族が手を下してしまう事例は、高齢化した親が介護に当たっている場合に起りやすい。

傷害や暴行は、ホームレスへの襲撃事件で明るみに出る場合があるが、アメリカほど治安や住環境の悪化はまだ到来していないので、精神障害者がこの種の犯罪に巻き込まれる割合は日本では少ないと推測される。しかし、その一方、施設や病院内で傷害・暴行、最悪の場合は殺人の被害に遭う精神障害者は稀ではなく、平成18年4月に施行された「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者の支援等に関する法律」でも養介護施設従事者等による高齢者虐待の防止が謳われているように、精神科病院や施設においても身体的虐待（暴行・傷害）が起りえることに留意しておく必要がある。しかし、その実態は、職員の内部告発などでしか表に出てこないため明らかではないが、氷山の一角的に暗数が相当あると思われる。開放的な処遇を中心にした施設では、稀なことと思われるが、長期入院患者を閉鎖的環境で処遇し、乏しいスタッフ数で管理しているところでは、不適切な管理体制により、患者間での傷害や暴行、職員による暴力的制圧が発生しやすい。

## 3) 性犯罪被害

男性の場合、児童・思春期の男児以外は、強姦、強制わいせつの被害者になることは少ないが、女性の場合は全ての年齢層で性犯罪被害者になりうる。とりわけ、若い女性の精神障害者の場合、精神状態の悪化時に深夜路上を徘徊していたり、佇立していたりして、通りがかりの車に押し込まれ、監禁されて強姦、強制わいせつの被害者となることがある。また、日中の街中においても、犯罪と言いつても言い難いところがあるが、男性に声を掛けられ、強く拒否することが出来ないまま、ホテルに連れ込まれ、その挙句、妊娠させられてしまった事例もある。こういった場合、本人の口から被害体験が語られることが少なく、体型が変化してきても、周囲からは、単に太ってきたと見過ごされやすく、中

絶の機会を逃してしまうことが起きやすい。

家庭内においても、近親相姦的な対象にされて、性暴力の被害者となることも起こりえる。このような場合、口外されないまま長年が過ぎ、妊娠によって、表沙汰になったり、もし語られることがあっても、家族から否認されると、被害妄想かと思過ごされてしまうことが起きやすい。

これらの場合以上に、性犯罪被害が起こりやすい状況として、施設や病院内が挙げられる。時に、留置場内で同種の事件が発生しているように、密室性が高く、拘禁的な環境である病院施設内で、職員によって凌辱的に起こされる場合もあるし、女性患者が脱抑制といった精神状態により、誘惑的な言動を示した場合に、本来保護の任に当たるべき職員がそれに応じて、わいせつ行為に及んでしまうといった場合もある。また、単身生活をしている女性患者宅を何らかの職権で訪れる関係者が同様の問題を起こすことも想定しておかなければならない。

#### 4) その他

業務上過失致死傷罪等の不慮の事故の被害として、交通事故がまず挙げられる。通常は、偶発的に発生するので、障害特性との関係は薄いと思われるが、認知症等に伴う徘徊癖のある障害者や事故傾性のある障害者の場合には、被害に遭う頻度が高い。また、交通事故に絡んで起きる事案として、当初は加害者の立場だったのが、事故処理の対応に困惑してしまい、相手方の不当、過剰な請求を拒否できずに、借金を重ねてしまったり、あるいは精神状態を悪化させてしまうといった、二次的に派生する被害を蒙ることがある。この場合、自動車事故の場合は通常、保険会社等が介入するので、起こりにくいが、自転車の走行中や、あるいは歩行中の不注意が原因で発生し、警察官や救急隊を呼ぶほどではない事故の場合、相手方と本人との間で示談を進めるために、一人悩んで、そういった事態に追い込まれることがある。

一般的な犯罪被害とは異なるが、医療過誤による被害もさまざまあり、その中でも、高齢者や抗精神病薬により嚥下困難気味の人に対する食事介助や見守りが不適切なために、窒息死する事故は相当数発生していると思われるが、この場合、全ての事故が異状死として届けられてはいないので、実態を把握するのは難しいが、留意しておく必要がある。

#### 【地域精神保健福祉活動時の留意点】

安全と水はただという意識をこれまで長年持ち続けてきたように、治安の良さを誇ってきた日本社会も、凶悪事件を始めとして種々の犯罪が横行し、検挙率の低下もアメリカ並みになってくるなど、地域生活が安全なものとは決して言えない状況を迎えている。さらに、犯罪の多様化によって、全ての人がこれまで以上に、何らかの犯罪に遭遇する可能性も高まっている。例えば、従来の詐欺は、相手の欲や見栄につけ込むため、対象者がある程度限定されていたが、善良な人の不安や優しさにつけ込む近年の振り込め詐

欺などは、電話によって無作為抽出的に対象を選択し、多くの被害者が生まれている。また、犯罪とまでは言えないが、人々の不安をターゲットに怪しい商売がはびこっており、これに引っかかって、多額の商品等を買ってしまったりする事は、既に身近に起きている現象である。

さて、こういった状況にある地域社会に、地域生活中心の施策の推進が図られ、これまで以上に多くの障害者を迎え入れるに当たって、犯罪加害の可能性のみ言及されてきたが、むしろ自己防御の能力に乏しい障害者の方が犯罪被害に遭う可能性が高い事を、地域精神保健福祉活動により障害者を支援する立場にある関係者は想定しておく必要がある。

#### 「犯罪被害の予防対策」

- 一次予防：安全対策・危機管理の上で、なんと言っても重要なのは、犯罪被害に遭わないための事前対策である。そのためには、支援関係者が犯罪被害に対する危機管理意識をもつ事が重要である。次に、多種多様な犯罪に対する備えをすることは困難であるが、上述の事例にあるように、精神障害の特性、生活環境、支援体制等により想定される犯罪被害は限定されるであろうから、それぞれに応じた対策を用意しておく必要がある。例えば、財産被害のばあい、心理教育や一般的な話題などを通じて、障害者にも防犯意識を高めてもらうことや、状況によっては、成年後見制度や社会福祉協議会等が行っている財産保全や財産管理サービスの導入を考慮する。また、Fitzgerald 等<sup>4)</sup>によれば、統合失調症圏の患者が受ける犯罪被害の主要な要因は、有意義な日常生活活動が欠如していることであると報告しているように、生活全般の見直しを図っておくことも必要である。
- 二次予防：図らずも起きてしまった犯罪被害に対する応急対策である。如何に早期発見し、早期の対応が出来るかであるが、傷害などは目に見える明らかな事態であるので、自ら状況を語ってくれたり、関係者が尋ねることで、見過ごされることは少ないが、その他の犯罪被害の場合には、なかなか語りにくい事案であったり、怖れや不安、あるいは困惑によって語れなくなっているため、関係者に気づかれないことも起きうる。その場合でも、何らかの兆しが、日常生活上の行動の変化や精神状態の変化として現れる事が多いので、関係者がその背景にある何らかの被害体験を想定できるかが鍵を握っている。また、もし語られることが有っても、精神症状の悪化に伴っての場合には、被害妄想の増悪など見誤れる可能性があるため、注意が必要である。また同時に、一般的な犯罪被害者支援にあるような、法的な支援や相談体制の確保を図る対応が求められる。
- 三次予防：事後対策として、個々の事例に則した安全対策の見直しを中心に介入する必要がある。財産被害の場合には何度も標的にされる可能性が高く、犯罪被害の再発防止のために安全対策が早急に求められるし、また犯罪被害の体験が、精神症状や生活の質に影響を与え、これらが遷延化している場合が多いので、安全感の保

障のために、医療機関、支援関係者との間で連携を図りながら安全対策を構築する必要がある。

#### 【おわりに】

社会復帰が促進され地域生活中心に進んでいく精神保健福祉の在り方は、望ましい事であるが、その一方、受け入れる地域が必ずしも安全な社会とは言えない時代状況になってきているし、社会体験に乏しい慢性期の精神障害者や、あるいは在院日数の短縮化による早期退院が進められる中で精神状態が不安定化しやすい急性期型の精神障害者は自己防御能力に乏しく、支援する体制も十分なものとは言えない現状を踏まえると、これからは、加害のおそれではなく、被害を受けるおそれの視点を支援していく際に持つておく必要がある。ここでは、網羅的にすべての安全対策・危機管理に触れることは困難なので、個々の事例に則した安全対策・危機管理を現場において講じられることを願っている。

#### 文献

- (1) Walsh E, Moran P, Scott C, et al.: Prevalence of violent victimization in severe mental illness. Br J Psychiatry. 2003 Sep; 183:233-8
- (2) Teplin LA, McClelland GM, et al.: Crime victimization in adults with severe mental illness: comparison with the National Crime Victimization Survey.: Arch Gen Psychiatry. 2005 Aug; 62(8):911-21
- (3) Honkonen T, Henriksson M, et al.: violent victimization in schizophrenia.: Soc Psychiatr Epidemiol. 2004 Aug; 39(8):606-12
- (4) Fitzgerald PB, de Castella AR, et al.: Victimization of patients with schizophrenia and related disorders.: Aust N Z Psychiatry. 2005 Mar; 39(3):169-74

## 6. 福祉サービスの利用

### 1 早期の支援

事件発生から早期は特に、全国警察本部内に設置された被害者対策室を拠点とするサポートが主体となる。

捜査員とは別の指定された警察職員が、各種被害者支援活動を行う「指定被害者支援要員制度」が各都道府県警察で導入されている。対象事件は殺人、傷害、強姦等の身体犯、ひき逃げ事件、交通死亡事故、その他被害者支援が必要と認められる事件である。

事件発生後、警察通報すると、事件捜査員とともに初期支援要員が来て、捜査手順を説明するなど被害者支援にあたる。

A) 犯罪発生直後の病院や警察への送迎、つきそい

警察の指定被害者支援要員が行う

B) 犯罪現場の清掃、宿泊場所の確保、鍵とりかえなど

全国被害者支援ネットワークに各種関連団体が加入しているので、便宜がはかられる場合がある。(地域によってネットワーク構成メンバーは異なる。) 窓口は、警察本部内の被害者相談窓口や支援要員

C) 安全確保(警察の巡回強化、相談)

窓口は、交番、全国警察本部被害者相談窓口

D) マスコミ対策

自粛申し合わせ → 日本新聞協会 民放連 新聞各社

テレビ、ラジオの人権侵害に対する異議申し立て → 窓口は「放送と人権等権利に関する委員会機構(BRO)」

雑誌の人権侵害に対する異議申し立て → 窓口は「雑誌人権ボックス」(日本雑誌協会内に設置)

弁護士にマスコミ対応を一任する方法もある → 全国弁護士会による犯罪被害者支援窓口

E) その他の相談、関連団体の紹介など

窓口は、民間被害者支援団体(犯罪被害者支援センター)

## 2 経済的支援、損害補償

A) 示談交渉

示談を受けるかどうかの相談も含めて、全国弁護士会による犯罪被害者支援窓口、法律相談で相談することができる。

B) 損害賠償請求

加害者に対して治療費、慰謝料などの請求をする。以下の3つの方法がある。

- ① 自主的な話し合いで決める方法(加害者・被害者間)
- ② 弁護士による仲裁手続きや裁判所の調停手続きを利用する方法
- ③ 民事裁判手続きによるもの

窓口は、全国弁護士会による犯罪被害者支援窓口、法律相談

C) 民事法律扶助(弁護士報酬立て替え)

被害者に経済的な余裕がない場合に、示談交渉、損害賠償請求など民事裁判に限り、日



本司法支援センター（法テラス）が弁護士報酬を立て替える制度がある。要件は、月収等資力が一定以下であること、勝訴の見込みがあることで、返済は毎月の分割返済が原則だが、賠償を受けた後にまとめて返済する方法もある。

窓口は日本司法支援センター

#### D) 犯罪被害者給付金の支給

加害者に損害賠償をする能力がなく賠償が受けられない場合の救済制度として制定された。

窓口は最寄りの警察署

対象となるのは、日本国籍を有するか日本国内に住所がある人が日本国内等で生命、身体を害する犯罪被害を受けた場合。故意犯による被害者への給付が前提で、交通事故など過失犯（不注意で起きた場合）は除く。

以下の3種がある。

##### ① 遺族給付金

被害者が死亡した場合の遺族に給付。被害者の年齢や収入に基づいて金額が決まる。320万～1573万円。被害者がなくなる前に救命措置を受けた場合その治療費の自己負担額も合わせて給付される。

法で定めた順位のうち「第一順位」の遺族に給付される。

I 配偶者（内縁を含む）

II 被害者の収入によって生計を維持していた者

i 子 ii 父母 iii 孫 iv 祖父母 v 兄弟姉妹

III 被害者の収入によって生計を維持していない者

i 子 ii 父母 iii 孫 iv 祖父母 v 兄弟姉妹

##### ② 重傷病給付金

3日以上入院+1ヶ月以上の治療を要する障害を負った場合。最大3ヶ月までの医療費自己負担分が支給される。

##### ③ 障害給付金

②の要件を満たしさらに障害（1級～14級）が残った被害者に給付される。被害者の年齢や収入と障害等級に基づいて金額が決まる。18万～1849万2000円

請求方法：

申請書に、証明に必要な書類（死亡被害者の戸籍謄本、後遺障害診断書、診療報酬明細書など）を添えて最寄りの警察署に提出する。都道府県公安委員会で判定し結果を被害者に通知。通知をうけて国に支払いを請求する。

支払いまでの期間：

申請があった場合、公安委員会はすみやかに給付金の支給についての裁定を行わなければならないとされるが、調査等により裁定まで6ヶ月以上かかるのが現状。裁定後、公

安委員会から交付される支払い請求書を国に提出し、その後 1~2 ヶ月で口座に振り込み送金される。通常 1 年以内に一括して支払いされる。

仮給付：

加害者が不明の場合や、被害者の障害程度が明らかにならないなど、公安委員会の裁定に時間がかかり支給が遅れる場合は、仮給付金が支給される場合がある。支給されるであろう額の 1/3 相当額を仮支給できる。

時効：

犯罪行為による死亡、重傷病、障害の発生を知ってから 2 年、または被害の発生した日から 7 年経過すると時効が成立し申請できない。

さらに、公安委員会の裁定によって得た給付を受ける権利も 2 年の消滅時効が定められている。

支給制限：

被害者と加害者の間に親族関係がある場合、被害者が犯罪を誘発したなど被害者にも責任がある場合は、全部または一部が支給されない。(具体的内容は国家公安委員会が定める細則による。)

また、他の法令による給付(労災など)が優先し、他の給付金を受け取った場合はその限度で減額される。

#### E) 労働者災害補償保険法(労災)による保険給付

勤務中や通勤途上に犯罪被害にあった場合などで労災要件を満たせば給付される。通勤途上で交通事故にあったときや、警備員が犯罪にまきこまれるなど、業務と傷病との間に一定の因果関係が必要。(天災など突発的なものは含まれない)

請求窓口は労働基準監督署

- ① 通勤災害 労働者が通勤により被った負傷、疾病、障害又は死亡
- ② 業務災害 業務中に業務が原因となって起こった負傷、疾病、障害又は死亡

保険給付の種類：

療養給付(医療機関での診療を受ける費用)

休業給付(賃金を受けない場合の補償)

障害給付(身体に障害が残った場合の補償)

遺族給付(労働者が死亡した場合に遺族への補償)

葬祭給付(葬祭料を補償)

傷病年金(療養開始後 1 年 6 ヶ月経過しても傷病が治癒しない場合の補償)

介護給付(介護を要する状態にある場合)

請求方法：

請求書に必要事項を記入し、必要書類(診療報酬明細や後遺障害診断書など)とともに労働基準監督署に請求する。請求書には請求者(被害者)と勤務先の両者の印鑑が

必要。通常は勤務先が記入を代行するが、請求者自身が記入、請求することも可能。

#### F) 政府の自動車損害賠償保障事業

交通事故加害者の車両が自動車損害賠償責任保険に加入していない場合（車検切れ車両やバイクなど）や、ひき逃げの場合（加害車両が判明していない場合）、加害車両が盗難車である場合などに、自賠責と同様の補償をする。

支給制限：

被害者に過失があれば過失相殺される

労災や健康保険からの給付があればその分減額

法定限度額：

てん補金の法定限度額は自賠責保険の限度額と同一。

※ 傷害 120 万円、死亡 3,000 万円、後遺障害 3,000 万（重度後遺障害 4,000 万）

時効：

事故から 2 年経過すると時効となる。（後遺障害の場合は後遺障害認定から 2 年）

請求方法：

各損害保険会社を経由して損害保険料率算出機構に請求書を提出。国土交通大臣の審査を受ける。請求できるのは被害者のみ（加害者は請求できない）。

支払いまでの期間：

政府（国土交通省）がてん補額を決定し、保険会社等を通して支払われるまで、およそ 6 ヶ月から 1 年以上かかる。

この保障事業は、各種保険制度によっても救済しきれない被害者に対する最終的救済措置であるので、被害者が損害賠償義務者から損害の賠償を受けたとき、あるいは健康保険法、労災、その他の給付を受けられる場合は、その額に相当する部分は「救済措置」が済まされたものとして保障事業てん補額の法定限度額より控除され、法定限度額までに余裕があればその範囲内で残損害部分をてん補することになっている。また、過失相殺も厳密に行われるため、健康保険使用が必須となる。

#### 交通事故と社会保障

交通事故の被害者となった場合、健康保険や労災などの社会保障制度を利用できる。交通事故被害者が健康保険を利用するには、加入している健康保険機関（市区町村、健康保険組合など）に対して「第三者行為による傷病届」という書類を提出する。これによって、健康保険機関は、健康保険給付分を、過失割合に応じて損害を負担すべき第三者に請求し回収する。

交通事故に健康保険を利用すると、過失相殺されたときの自己負担額を軽減できること、自賠責の傷害補償限度額は 120 万円であるが、これを有効利用できること、また、任意保険での査定は保険会社側の判断によるため、自賠責保険で支払われる慰謝料や休業補償分などの額の比率を高くしておく方が有利な材料となること、などのメリットがある。

#### G) 独立行政法人日本スポーツ振興センター法による災害共済給付制度

義務教育諸学校、高等学校、高等専門学校、幼稚園及び保育所の管理下における児童・生徒の災害（負傷、疾病、障害又は死亡）に対し、災害共済給付（医療費、障害見舞金又は死亡見舞金）を行う。窓口は学校。

請求書を学校へ提出し、学校が災害報告書を作成して学校の設置者（教育委員会など）を経て日本スポーツ振興センターへ請求する。

#### H) 生活保護制度

日本国憲法に基づき、国が、生活に困窮している国民に、その困窮の程度に応じ必要な保護を行い、その最低限度の生活を保障するとともに、その自立の助長を図ることを目的とする制度。保護は、生活扶助、教育扶助、住宅扶助、医療扶助、介護扶助、出産扶助、生業扶助及び葬祭扶助から構成されている。保護の要否は世帯を単位として判定し、厚生労働大臣が定める基準で測定される最低生活費と収入を比較して、収入が最低生活費に満たない場合に保護を適用する。収入は、就労によるものの他、年金等社会保障の給付、親族による援助、交通事故の補償等、預貯金、保険の払戻金、不動産等の資産の売却収入等を認定する。最低生活費から収入を差し引いた差額が保護費として支給される。

住所地の福祉事務所に申請する。

#### I) 児童扶養手当制度

父母が離婚した児童の他、父が死亡した児童、父が重度の障害（国民年金の障害等級1級相当）にある児童、父の生死が明らかでない児童等を養育している母に対して、扶養手当を支給する制度。所得に応じて手当額が定められる。

窓口は住所地の市区町村

#### J) 障害児福祉手当

20歳未満で身体または精神に重度の障害がある障害児（身体障害者手帳1～2級相当）に対して支給される。所得による制限あり。また障害児が障害年金を受けていたり、児童福祉施設に入所している場合は支給されない。

窓口は住所地の市区町村

#### K) 特別障害者手当

20歳以上で身体または精神に著しい重度の障害があるために、日常生活において常時特別の介護が必要な在宅障害者に支給される。障害程度は、おおむね、身体障害者手帳1～2級程度の障害に重度の精神障害や知的障害が重複している、もしくはそれと同等の疾病・精神障害。本人または扶養義務者の所得制限あり。また、社会福祉施設等に入所