

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ヵ月後の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的な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月自転車で近くの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ィ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。

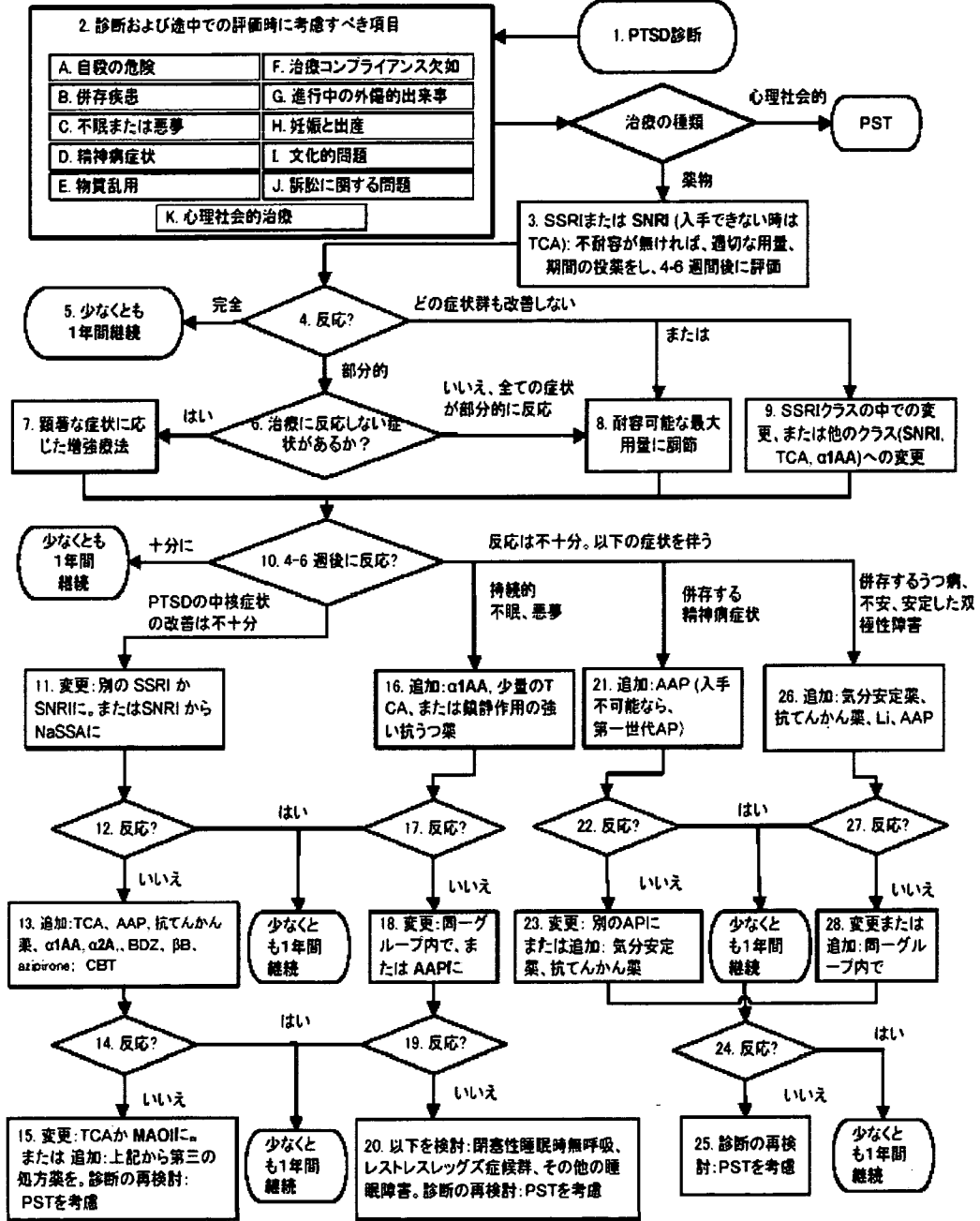
参考文献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th 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) Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, et al. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. Psychol Bull, 129:52-73, 2003
- 12) 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**

IPAP Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) アルゴリズム v. 1.0

専門家による使用に限る。患者が使用するものではない。



KEY: α1AA=α¹-adrenergic antagonist; α2A=α²-agonist; AP=antipsychotic; AAP=atypical antipsychotic; βB=beta-blocker; BDZ=benzodiazepine; CBT=cognitive behavioral therapy; Dx=Diagnosis; Li=Lithium; MAOI= monamine oxidase inhibitor; NaSSA = noradrenergic and selective serotonergic antidepressant; PST=Psychosocial Treatment; Resp=Response; SNRI = serotonin and noradrenaline reuptake inhibitor; SSRI = selective serotonin reuptake inhibitor; Sx=Symptoms; TCA = tricyclic antidepressant

チェックリスト1 IES-R (改訂 出来事インパクト尺度)

お名前 (男・女 歳)

記入日 H 年 月 日

下記の項目はいずれも、強いストレスを伴うような出来事にまきこまれた方々に、後になって生じることのあるものです。 に関して、この1週間では、それぞれの項目の内容について、どの程度強く悩まされましたか。あてはまる欄に○をつけて下さい。(なお答に迷われた場合は、不明とせず、もっとも近いと思うものを選んでください。)

	(この1週間の状態についてお答えください)	0 全くなし	1 少し	2 中くらい	3 かなり	4 非常に
1	どんなきっかけでも、そのことを思い出すと、そのときの気持ちがぶりかえしてくる					
2	睡眠の途中で目が覚めてしまう					
3	別のことをしていても、そのことが頭から離れない					
4	イライラして、怒りっぽくなっている					
5	そのことについて考えたり思い出すときは、なんとか気を落ち着かせるようにしている					
6	考えるつもりはないのに、そのことを考えてしまうことがある					
7	そのことは、実際には起きなかったことか、現実のことではなかったような気がする					
8	そのことを思い出させるものには近よらない					
9	そのときの場面が、いきなり頭にうかんでくる					
10	神経が敏感になっていて、ちょっとしたことでどきっとしてしまう					
11	そのことは考えないようにしている					
12	そのことについては、まだいろいろな気持ちがあるが、それには触れないようにしている					
13	そのことについての感情は、マヒしたようである					
14	気がつくとき、まるでそのときにもどってしまったかのように、ふるまったり感じたりすることがある					
15	寝つきが悪い					

16	そのことについて、感情が強くこみあげてくる ことがある					
17	そのことを何とか忘れようとしている					
18	ものごとに集中できない					
19	そのことを思い出すと、身体が反応して、汗ば んだり、息苦しくなったり、むかむかしたり、 どきどきすることがある					
20	そのことについての夢を見る					
21	警戒して用心深くなっている気がする					
22	そのことについては話さないようにしている					

作成: 東京都精神医学総合研究所

注) IES-R(Weiss & Marmar, 1997)は、PTSD の侵入症状、回避症状、覚醒亢進症状の3症状から構成されており、災害や犯罪ならびに事件・事故の被害など、ほとんどの外傷的出来事について使用可能な心的外傷性ストレス症状尺度である。日本語版では、心的外傷性ストレス症状の高危険者をスクリーニングする目的では、24/25 のカットオフポイントが奨励される。

出典: Asukai M, Kato H, Kawamura N, et al.: Reliability and validity of the Japanese-language version of the Impact of Event Scale-Revised (ISE-R-J): Four studies on different traumatic events. J Nerv Ment Dis 190: 175-182, 2002

再体験 : 1, 2, 3, 6, 9, 14, 16, 20

回避・麻痺 : 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22

過覚醒 : 4, 10, 15, 18, 19, 21

チェックリスト2 MPSC(武蔵野式 PTSD 症状 check list for victims)

MPSC は米国のレイプクライシスセンターなどで使われているチェックリストを参考にしつつ、日本の被害者の実情を考慮して作成されたものである。このチェックリストは判定のためのものではないが、おおよそ20以上あるときには要注意であり、専門機関への相談をすすめる。PTSDと診断される場合には25.6項目以上がチェックされる人が少なくない。

	事件のことが頭について離れない
	事件についての夢を見る
	ときどき無感覚になってしまう
	他人に自分の気持ちを分かってもらうのがむずかしい
	気持ちが落ち込みやすい
	突然その時の光景がよみがえる

	死にたくなることがある
	恋人、夫(妻)、子供、親や他の家族となんとなく溝ができてしまった
	近所づきあいがわずらわしい
	事件を思い出させるようなことをさけてしまう
	生活が楽しめない
	緊張して、神経質になった
	物事などに対して感覚が過敏になっている
	しじゅうあたりを見渡して警戒したり、身構えたりしている
	よく眠れない
	忘れっぽくなった
	なかなか集中できない
	お酒や薬を飲まない、寝たり、何も用事をする事ができない
	怒りっぽくなった
	我を忘れてしまいそうでこわい
	いらいらするがその原因がわからない
	日常生活をするのがやっとなのである
	今の自分が情けない
	自分を責めてしまう
	人が信じられなくなった
	立ち直れないのではないかと心配である
	似たような出来事があるとつらい
	性に関することに対する態度が変わった
	起こったことを忘れてしまいたい
	加害者のことを考えるとこわくてしかたがない

出典:武蔵野大学心理臨床センター所有 心的トラウマの理解とケア じほう p315

2. 支援サービス等の利用

	項目	窓口
早期支援	直接的支援（病院・警察等へのつきそい、犯罪現場の清掃、宿泊場所の確保など）	警察の被害者対策室 被害者支援ネットワーク
	安全確保（警察の巡回強化、相談）	交番、警察の被害者対策室
	マスコミ対策	日本新聞協会 民放連 新聞各社 放送と人権等権利に関する委員会機構（BRO） 雑誌人権ボックス
経済的支援	示談交渉、損害賠償請求の相談	全国弁護士会による犯罪被害者支援窓口、法律相談
	民事法律扶助（弁護士報酬立て替え）	日本司法支援センター（法テラス）
	犯罪被害者等給付金	最寄りの警察署
	労災による保険給付	労働基準監督署
	政府の自動車損害賠償保障事業	各損害保険会社
	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
	生活保護制度	住所地の福祉事務所
	児童扶養手当制度	住所地の市区町村
	障害児福祉手当	住所地の市区町村
	特別障害者手当	住所地の市区町村
	児童手当	住所地の市区町村
	母子寡婦福祉資金貸付制度	住所地の市区町村
	年金制度	市区町村の国民年金窓口 社会保険事務所
	各種経費負担 司法解剖後の遺体修復、遺体搬送 性犯罪被害者の緊急避妊等に要する経費 身体犯被害者の刑事手続における経費（初診料、診断書料等）	都道府県警察
情報開示 逮捕や起訴、裁判の経過、結果 加害者の出所情報などの通知 裁判記録の閲覧	検察庁	

D V 被 害 者 支 援	一時保護施設（シェルター）の紹介	福祉事務所 配偶者暴力相談支援センター 婦人相談所
	婦人保護施設の利用	福祉事務所 婦人相談所
	母子生活支援施設の利用	福祉事務所
	ステップハウスの利用	配偶者暴力相談支援センター
	公営住宅入居	市区町村
	DVに対する保護命令（接近禁止命令、退去命令）の申し立て	管轄の地方裁判所

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。

(1) 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

(2) 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

(3) 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

(4) 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

→ 都道府県弁護士会による犯罪被害者支援窓口

(5) 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

(1) 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。

(2) 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

(3) 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

(4) 犯罪被害者等給付金の支給

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（平成20年1月現在）。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の「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(平成20年1月現在)。

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。

(5) 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。

(6) 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（健康保険法施行規則第六十五条、国民健康保険法施行規則第三十二条の六〔第三者の行為による被害の届出〕）。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、自賠償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、自賠償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。

(7) 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。

(8) 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。

(9) 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

(10) 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

(11) 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している場合や、病院に継続して3ヶ月を超えて入院している場合は支給されない。

窓口は住所地の市区町村

(12) 児童手当

12歳到達後の最初の3月31日までの間にある児童（小学校修了前の児童）を養育している人に支給される。月額 3歳未満は一律10,000円、3歳以上は第1子5,000円、第2子5,000円、第3子以降10,000円（平成20年1月現在）。ただし、前年（1月から5月までの月分の手当については前々年）の所得が一定額以上の場合には支給されない。

窓口は住所地の市区町村

(13) 母子寡婦福祉資金貸付制度

母子家庭の母及び児童、寡婦等に対し、その経済的自立の助成と生活意欲の助長を図り、あわせてその扶養している児童（子）の福祉をはかるため、各種資金の貸付けを行う制度。

修学資金、就学支度資金、技能習得資金、修業資金、就職支度資金、医療介護資金、生活資金、住宅資金、転宅資金、事業開始資金、事業継続資金、結婚資金など

窓口は住所地の市区町村

(14) 年金制度

① 国民年金 → 窓口は市区町村の国民年金窓口

i 障害基礎年金

国民年金加入中にかかった病気や怪我がもとで一定以上の障害が残り、年金を受けられる保険料の納付要件を満たしているとき（拠出制）、または年金に加入せず保険料を納付していないが20歳以前に初診日があるなど一定の要件を満たしているとき（無拠出制）に受給できる。1級と2級があり障害の程度によって決められる。

ii 遺族基礎年金

国民年金加入中の人または老齢基礎年金の資格期間を満たした人が死亡したとき、死亡した人に生計を支えられていた妻や子（18歳に達する日以降の最初の3月31日までの間にあるか、または、20歳未満の子であって障害等級の1級または2級の障害の状態にある）がいる場合に支給される。ただし死亡した人の保険料納付済み期間が加入期間の2/3以上あることが必要。

② 厚生年金 → 窓口は社会保険事務所

i 障害厚生（共済）年金

厚生年金保険に加入中にかかった病気や怪我がもとで一定の障害が残り、障害年金を受けられる保険料の納付要件を満たしているときに受給できる。1～3級があり障害程度によって決定される。

ii 遺族厚生（共済）年金

厚生年金に加入中の人死亡したとき、または被保険者期間中の傷病がもとで初診の日から5年以内に死亡したとき遺族に支給される。（ただし、遺族基礎年金と同様、死亡した者について、保険料納付済み期間が年金加入期間の3分の2以上あること。）

対象となる遺族は、妻、子、55歳以上の夫・父母・祖父母(60歳から支給)、孫(18歳の誕生日の属する年度の年度末を経過していない者 または20歳未満で1・2級の障害者)

(15) 社会福祉協議会

① 離職者支援資金

失業により生計の維持が困難となった世帯に対し、再就職までの間の生活資金として離職者支援資金を貸し付けることにより、失業世帯の自立を支援する。

② 生活福祉資金

所得の少ない世帯、障害を持つ人や介護を要する高齢者が同居している世帯に対して、経済的自立と生活意欲の助長、社会参加の促進を図るための資金。

(16) その他の経済的支援

都道府県警察によっては、次のような制度を導入している場合がある。

① 司法解剖後の遺体修復に係る経費の負担

司法解剖による切開痕等を目立たせないようにする措置に要する経費を公費で負担する。

② 司法解剖後の遺体搬送にかかる経費の負担

司法解剖後、遺体を専門の民間業者に委託して、遺族の希望する場所まで搬送するための経費を公費で負担する。

③ 性犯罪被害者に係る緊急避妊等に要する経費の負担

性犯罪被害者の診断書料、初診料、検査費用、緊急避妊費用等を公費で負担する。

④ 身体犯被害者の刑事手続における経費の負担

身体犯被害者の初診料、診断書料や、被害者が亡くなった場合、埋葬に必要な検案書を作成するための経費を公費で負担する。

3) その他

(1) 情報開示

① 逮捕や起訴、裁判の経過、結果、加害者の出所情報などの通知

被害者が希望すれば連絡を受けることができる。検察庁に書面で申請する。

② 裁判記録の閲覧、コピー

検察庁に請求する。弁護士に依頼することもできる。ただし裁判所又は検察庁の事務に支障が生じる場合等、一部または全部の閲覧が許可されないこともある。

(2) DV被害者の避難、保護

① 一時保護施設（シェルター）の紹介

相談窓口は福祉事務所、配偶者暴力相談支援センター、婦人相談所
婦人相談所一時保護所への保護や、一次保護委託契約施設への保護。原則 2 週間程度の利用をめやすとする。

夜間などの突発的緊急的な場合は警察へ（婦人保護施設への緊急一時保護）

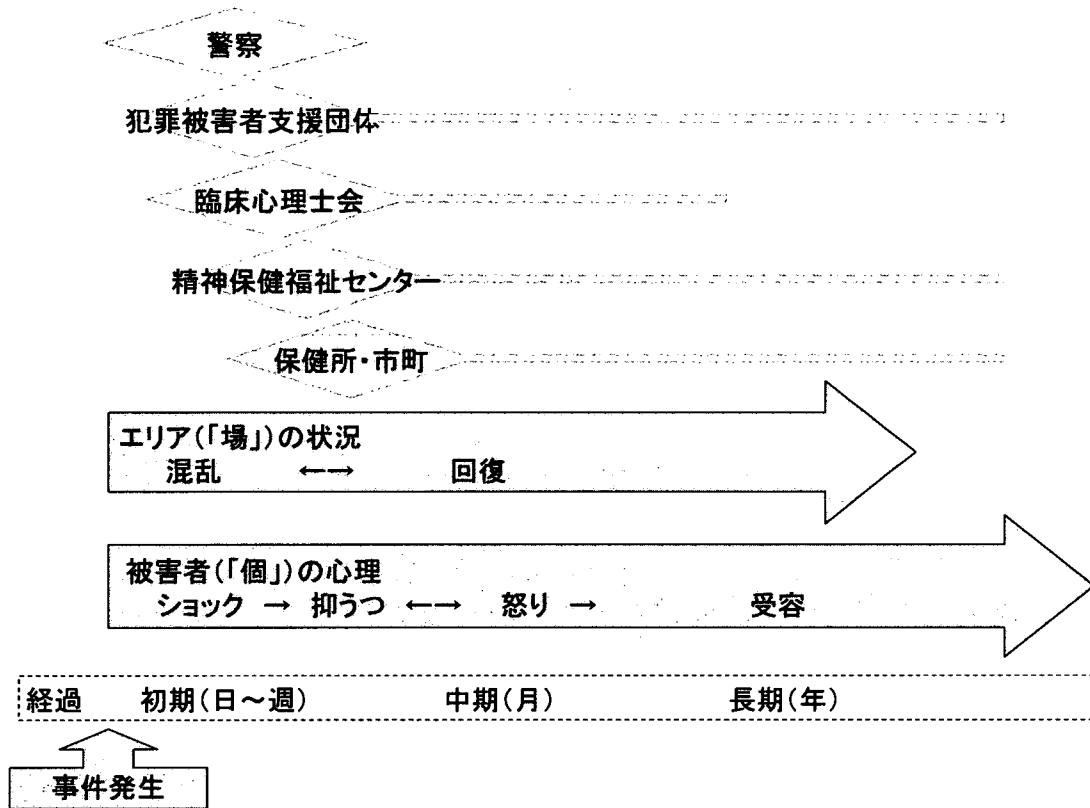
② 婦人保護施設（売春防止法第 36 条に基づく）の利用

窓口は福祉事務所、婦人相談所

- ③ 母子生活支援施設（児童福祉法 38 条に基づく）
窓口は福祉事務所
母子世帯で入所可（子供は 18 歳未満）
- ④ ステップハウス（被害者の自立に向けた生活指導や精神的なケアを行う、一時保護から自立した生活への橋渡しの場のこと）
窓口は配偶者暴力相談支援センター
- ⑤ 公営住宅入居
母子家庭などの優先入居枠がある場合もある。窓口は市区町村
- ⑥ DV に対する保護命令（接近禁止命令、退去命令）の申し立て
被害者または配偶者の住居地かあるいはDVが行われた場所の管轄の地方裁判所に申請する

3 危機介入における精神保健福祉センターの役割

危機介入における関係機関の連携の例



危機介入におけるポイント

- ・ 犯罪被害者の心のケアには精神的危機が深刻化する前にリスクの軽減措置をとることが重要である。
- ・ 危機介入においては犯罪被害者の気持ちを最優先にすることが大原則である。
- ・ 犯罪事件は個人（「個」）に精神的なダメージを与えるだけでなく、そのエリア（「場」）に対しても甚大な影響を与える。「場」の機能回復を図る一方で、「個」へのケアを行う。
- ・ 精神保健福祉センターが早期から被害者支援の関係機関として加わり、中長期にわたる視点を持った支援チームを構成し、個別支援や二次被害の拡大防止等を行う。
- ・ 重要なアウトリーチ活動として心理教育の実施がある。専門職として急性ストレス反応や PTSD などに関する医学的知識と具体的な対応法について説明する。
- ・ 支援者・支援機関のネットワークの充実には日常の関係性こそ大切で、普段の業務を通じて「顔の見える関係」を構築しておく。

精神保健福祉センターは、通常業務における犯罪被害者からの相談に応じるだけでなく、突発的に起こる犯罪に対して、心のケアを中心とした緊急支援が求められる。試行錯誤の段階ではあるが、現状での支援のあり方について検討してみる。

1) 緊急支援に対する考え方

犯罪事件の全てが緊急の対象になるわけではない。犯罪事件に巻き込まれた被害者は「異常な状況に対する正常な反応」として精神的な危機状態に陥る。ソーシャルサポートの不足によって、回復するための十分な環境が保証されず心的外傷をさらに悪化させてしまう。精神的危機が深刻化する前に、予測される事態に対して先手を打ってリスクの軽減措置をとることが、地域精神保健福祉機関の犯罪被害者支援には重要になる。危機介入においては犯罪被害者の気持ちを最優先にすることが大原則である。

犯罪事件が発生後、すぐに精神保健福祉の相談窓口を開設しても利用するケースは少ない。被害者自身に相談するといった発想がなく、病気ではないとも思っているので精神と名のつくところに行くことに抵抗感を持つ。一方で犯罪被害者・遺族は、心のケアを心底望んでいる。事件後、周囲から腫れ物に触るような扱いをされたり、逆に無視されることで孤立している。誰かに苦しい心情を話して、少しでも楽になりたいという気持ちを持っている。信頼できる支援者と巡り会えた被害者は、悲しみ、怒り、絶望感など否定的な感情を表現でき、ようやく安堵感を取り戻せる。そこから心のケアが始まる。支援者が被害者とのどのように関わりを持ちケアしていくのか、援助法を丁寧に組み立てていく必要がある。

犯罪事件は個人（「個」）に精神的なダメージを与えるだけでなく、そのエリア（「場」）に対しても甚大な影響を与える。対人関係の混乱、風評被害、責任問題、マスコミの取材等で、「場」の社会機能は著しく低下する。事件・事故後に「心のケアが必要」と強調されながら、対応の全般を取り仕切る専属機関は存在しない。事件が起こった現場の管理責任者も予想外の事態に右往左往し、問題を大きくさせたくない思いからどうしても閉鎖的になる。短期的には終息したように見えても、実際には支援されるべき人々が置き去りにされてしまう。したがって緊急支援は、これら「個」と「場」の両方に対して敢行する。「場」の機能回復を図る一方で、精神保健福祉のニーズをもつ「個」へのケアを手厚く続け、より重篤な心的外傷を負った被害者と適切な時期に接点を持つことをめざす。

2) 支援の実際

(1) 支援対象

支援を受ける対象者はいくつかのサブグループに分けられる。直接心的外傷を受けた被害者や遺族、現場に居合わせて事件を目撃した人、事件の発生した地域で生活する住民、支援者自体も代理受傷を負ってフォローが必要になるかもしれない。支援対象によってアプローチの方法や重みは当然異なってくる。

(2) 組織の連携とその体制

早期に関係機関が積極的に関与して支援チームを立ち上げ、個別支援と二次被害の拡大を防ぐことが重要である。精神保健福祉センターが関係機関に入ること、初期介入とともに地域精神保健活動の立場から中長期にわたる視点を持った支援チームを組織できる。関係機関としては保健所、市町村役場、県・市教育委員会、警察、臨床心理士会、地域医師会、犯罪被害者支援団体等があげられる。どの機関が支援チームに入るかは、犯罪の内容、被害の規模、マスメディアへの影響度などから異なってくるが、「将来的には関係が生じるかもしれない」と推察される機関には参加を促す。DVが関連している事件であれば婦人相談所、親子心中など虐待問題も含んでいれば児童相談所や県虐待対策部署も関連してくる。メンバーの職種も医師、保健師、心理士、行政、警察、ボランティア等と様々となる。検討会議には初回は管理者と実務担当者が参加することが望ましく、「支援者同士、互いの顔を知った」連携作りが大切になる。多機関、多職種で情報の共有、状況分析を行ったうえで方針を共通理解し、それぞれの特徴を生かした総合的な支援計画を立案する。各機関が持っている支援のメニューを出し合い、どの機関がどの時期に誰の支援をしていくか検討していく。犯罪被害者の支援は限られた機関で対応するには無理がある。逆に支援組織が大きくなりすぎると責任の所在が不明確となり、タイムリーな行動も取れなくなる。バランスのとれたチームで活動することが肝要である。被害者は誰を味方だと思っているかを推察することも重要である。公的機関が加害者の立場になった事件では、その機関が表に出て支援していくことは難しくなる（犯罪被害者支援団体はどのような事件でも被害者の味方になれるため大きな役割を持つ）。警察の存在は重要である。犯罪被害者対策室が最も早く甚大な被害を受けた人と対面するため、「個」への関わりとして支援チームの最前線に立つこととなる。重大事件では被害者への聴き取り調査もすぐに始められるので、警察側に二次的被害を最小限にするよう協力を求める。検討会議は定期的を開催し、支援の進行状況の確認とその後の支援について意見・情報交換を行っていく。

(3) 「場」のケア

「場」への支援は、混乱状態から脱してより早く本来業務を果たせることが目標となる。事件現場で事後対応を行なうスタッフへの助言、エンパワーメントが中心となる。精神保健福祉センターが担える重要なアウトリーチ活動として心理教育の実施がある。専門職として急性ストレス反応やPTSDなどに関する医学的知識と具体的な対応法について、リーフレット等を用いて短時間で簡潔に説明する。犯罪被害者に対する知識の不足からくる二次被害を予防するだけでなく、そのエリアにいる人々にメンタルヘルス対策の重要性についても啓発できる。その結果、精神保健に対する心理的な抵抗感を減らすことができる。心理教育は「場」に対しても「個」に対しても有用である。