

日本セーフティプロモーション学会誌

Japanese Journal of Safety Promotion

第11巻第1号 2018年4月 (2018年度)

Vol.11 No.1 April 2018



目次

1. 学会講演集

暮らしの安全を考える

－改めてセーフティプロモーションとは？－

衛藤 隆 …………… 1

『聞き書きマップ』の小学校での安全教育への応用

原田 豊 …………… 4

2. 論壇

SCは、日本の安全文化に何をもたらしたのか

～SCの社会実装10年の「気付き」覚書き その4～

石附 弘 ……………12

3. セーフコミュニティ活動報告

世界基準の安心・安全なまちづくり

～我が国におけるセーフコミュニティ推進都市～

倉持隆雄 ……………17

セーフコミュニティ導入による事件・事故に対する住民の不安感の解消

井上 聡、他 ……………23

4. 実践研究

日本における1950-60年代の催眠剤による自殺とアクセス制限の関連（第1報）

これまでの研究と実際のアクセス制限

瀧澤 透、他 ……………26

わが国における性犯罪・性暴力被害者のためのワンストップ支援センターの現状と今後

－性暴力被害者支援看護職の活用に向けて－

石原千晶、他 ……………31

DV事犯等の対応で警察官が医療機関に望むこと

鈴木真人、他 ……………37

5. 資料

山形県庄内保健所の取組

～41℃ふろプロジェクト～

稲坂 恵 ……………43

6. 第23回国際セーフコミュニティ学会報告 ノビサド、セルビア

稲坂 恵 ……………47

7. 日本セーフティプロモーション学会 第12回学術大会 案内

……………51

8. 庶務報告

学会会則……………52

学会細則……………57

役員名簿……………59

学会誌投稿規定……………60

編集後記……………62

Contents

1. 11 th Conference of the Japanese Society for Safety Promotion	
What is Safety in Daily Life? Let's Think About Safety Promotion	Takashi Eto 1
Applying the “Kiki-Gaki Map” to Safety Education in Elementary Schools	Yutaka Harada 4
2. Critical Review	
Awareness of Safe Community in Japan During Past 10 Years -Part 4 -	Hiroshi Ishizuki12
3. Safe Community Activity Report	
A Safe and Secure City Planning Based on World Standards ~Safe Community Promotion City in Japan~	Takao Kuramochi17
Solving Residents' Anxieties About Incidents and Accidents by Introduction of Safe Community	Satoshi Inoue, et al.23
4. Practical Research	
The Relation Between the Suicide of Hypnotic Drugs and the Access Restriction in 1950-60s in Japan (Part 1) - Previous Research and Actual Access Restriction -	Tohru Takizawa, et al.26
The Current Status and Projected Future of One-Stop Support Centers for Victims of Sex Crimes and Sexual Assault in Japan: Towards the Utilization of Sexual Assault Victim Support Nursing	Chiaki Ishihara, et al.31
What Police Officials Wish for Medical Institutions in Response to Domestic Violence	Masato Suzuki, et al.37
5. Appendix	
Activities of Shounai Public Center in Yamanashi Prefecture ~41 ^{good} °C Bath Project~	Megumi Inasaka43
6. The 23rd International Safe Communities Conference, Novi Sad, Serbia	Megumi Inasaka47
7. Announcement of 12th Conference of the Japanese Society for Safety Promotion	Tatsuo Tsuji51
8. General Report	
Regulations of JSSP.....	52
Subsidiary Regulations of JSSP	57
Board Members of JSSP	59
Rule of Submission to Journal of JSSP	60
Postscript	62

暮らしの安全を考える —改めてセーフティプロモーションとは？

衛 藤 隆

日本セーフティプロモーション学会第11回学術大会・大会長
東京大学名誉教授

What is Safety in Daily Life? Let's Think About Safety Promotion

Takashi Eto

President, The 11th Annual Meeting of Japanese Society of Safety Promotion
Emeritus Professor, The University of Tokyo

抄録

日本は世界の中では安全な国と言われながらも、交通戦争、誘拐事件、北朝鮮による拉致事件等安全を脅かす社会状況は存在してきた。演者は1990年代に子どもの事故防止研究をする中でセーフティプロモーションの概念を知る機会があり、スウェーデンでの短期研修を受ける機会を得た。セーフティプロモーションを地域展開し成功したモデルとしては自転車乗車中のヘルメット着用や住宅用火災警報器の普及などがあげられる。研究成果（エビデンス）については、常に問い直しされる必要があり、時には研究上の論争が生ずることもある。地域の人々の中で合意され、確かな根拠に基づく方策を皆で力を合わせて展開することにより、地域の安全は確保され、高まっていくと考えられる。

キーワード：safety, security, safe community, 自転車用ヘルメット、家庭用火災報知器

はじめに

1970年代に日本人論がブームとなったことがあった。その中でも代表格は「日本人とユダヤ人」（イザヤ・ベンダサン著、山本七平 訳、1971年刊）であった。この本は、ユダヤ人がユダヤ人と日本人を比較しながら日本というものを考察した日本人論という設定で記述されていた。その中で、「日本人は水と安全はタダだと思っている」という意味の表現がなされていた。確かに、国土の70%が山岳地帯である日本列島では湧き出た水が急峻な谷を駆け抜け、新鮮で安全な水を入手するのに、大都会を除いては比較的苦勞の少ない世界でも稀な国であった。また、安全についても、欧米の町に比較すると犯罪被害に遭う危険が少なく「日本は安全な国」と言われていたことは事実であった。

しかし、現実を注意して見ると決してそうとも言い切れない状況となりつつあることが理解される。例えば、昭和30年代（1955年－1964年）以降、交通事故死者数の水準が日清戦争での日本側の戦死者数（2年間で1万7282人）を上回る勢いで増加したことから、この状況は一種の「戦争状態」であるとして「交通戦争」ということばがマスメディアによく登場していた。その後、日本における交通事故での死者数は、1970年（昭和45年）にピークに達するが、その後減少する。しかし、1980

年（昭和55年）より再び増加に転じ、1988年（昭和63年）には1万人を超え、第二次交通戦争とも呼ばれる状況となったことが想起される。

犯罪被害としては1963年に4歳の男児が身代金目的で誘拐され殺害された吉展ちゃん誘拐事件が起きたことを思い起こすことが出来る。また、1970年代から1980年代にかけて、朝鮮民主主義人民共和国（北朝鮮）による日本人拉致事件が複数起こったことも記憶に止める必要がある。その後の国内の社会状況に目を転ずると、国内の刑法犯検挙率は1990年代に入り著しく低下する時期を迎えたことも比較的記憶に新しいことである。

これらを考察してみれば、「日本人とユダヤ人」に描かれたほど日本社会は安全とはいえない状況であったことが理解できると思われる。

1. セーフティプロモーションとの出会い

私自身のこれまでをふり返ってみると、1986年から1995年まで国立公衆衛生院（現・国立保健医療科学院）に研究職として勤務したが、その中盤の1989年頃から子どもの事故防止研究に携わるようになった。この当時、日本の1歳から19歳までの死因別死亡率は不慮の事故が上位を占めていた。この年代は一生のうちでは比較的死亡率の低い時期ではあるが、疾病による死亡率の改善が

目覚ましい一方で事故による死亡率の低下は緩慢であり、公衆衛生上の解決すべき課題として小児の事故防止に目が止まったのである。当時の厚生省の心身障害研究の中に「小児の事故とその予防」に関する研究班が1990年台初頭から組織され、その末端に加えていただけのようになった。1995年に東京大学教育学部に移ってからも続け、概ね2000年頃まで子どもの事故防止に関する研究に従事した。

1989年から概ね2年に1回のペースで事故防止に関する学術的国際会議がスウェーデンのカロリンスカ医科大学のグループが中心となって開催されており、事故防止の世界における研究動向を知る上で参加したいと思っていた。1998年5月にオランダのアムステルダムでこの世界事故防止会議が開催されることになり、ここに初めて参加した。この会議に参加したときに初めてセーフティプロモーション (safety promotion) という言葉を耳にすることとなった。その会場内の各種関連情報を掲示するコーナーに、同年11月にカロリンスカ医科大学にて博士レベルの事故防止とセーフティプロモーションに関する2週間の研修の第1回目が開かれることが書かれたリーフレットが置いてあり、手に取ってみた。セーフティプロモーションとは何か、その時点では明確にはわからなかったが、その新鮮な響きに魅せられ、その研修にぜひ出てみたいと思った。1998年11月2日から13日までストックホルムのカロリンスカ医科大学公衆衛生科学部で開催された第1回セーフティプロモーション研究に関する国際研修コースに参加し、講義、グループ学習を通じ、セーフティプロモーションと事故研究の中心概念、理論的背景、概念枠組み、研究方法等について学んだ。科学的な研究成果を基盤とした組織的な地域介入等の実践研究は新鮮で魅力的であった。世界19カ国からの参加者(20数名)が学んだコースの内容は、後にSafety Promotion Researchという1冊の本にまとめられた。

1980年代に主としてヨーロッパの公衆衛生の領域で「疾病予防からヘルスプロモーションへ」という動きが出て来たが、セーフティプロモーションの概念はこれと平行して生まれてきたものである。当初の関心は事故防止であったが、その後次第に概念が拡大し、不慮の事故のみならず、暴力や自殺などの意図的傷害も含めて考えるようになった。事故防止からセーフティプロモーションへという流れが進む中、より包括的概念としての安全 (safety) やセーフティプロモーション (safety promotion) が熟していった。安全・安心 (safety and security) には健康の成り立ちにも関連するものが含まれるという認識も生まれてきた。そしてこれらの研究の進展とともに、研究の焦点は医学的成果から様々な社会状況にシフトして行った。セーフティプロモーションの研究は原因論から地域介入計画の結果評価を行うものまでと広がりをみせてきた。そして、スウェーデンでは知見の集積と共に、地域の事故を減少させる力の育成へ重

点が置かれるようになっていった。人の平等という観点から事故に遭う危険がジェンダーや階層により異なることが注目されているという今日でいうところの社会的決定因子について関心が集まってきているとのことであった。概念あるいは理論としてのセーフティプロモーションを地域において具体的に展開し、それが一定の水準を満たすと評価された場合にセーフコミュニティとして認証するという動きが開始され、次第に世界各地に広がって行った。

2. 日々の暮らしにセーフティプロモーションの成果を活かす

この例として、自転車乗車中のヘルメット着用と電池式の家庭用火災報知器の普及を考えてみたい。

まず、自転車用のヘルメットであるが、これは目指すところは重症化防止と死亡率低下である。自転車の乗車時にかぶることを目的としたヘルメットは、視野への干渉などの副作用を最小限にしつつ、落下時に搭乗者の頭部への衝撃を減らすように設計されている。しかし、ヘルメット着用が頭部負傷の可能性を減少させるかどうかについては、英国等で熱心な学術的議論がされている。自転車用ヘルメットが備えるべき特徴としては、軽量で十分な通気性のあるほうが良いとされ、また、温度調整の必要があることも指摘されている。日本では2008年6月の道路交通法改正(63条)で13歳未満の児童、幼児のヘルメット着用が保護者の努力義務となった。しかし、日本での小児のヘルメット着用率は2008年が19.4%、2012年が30.2%で伸びが不十分であるとともに率自体も低い。

2番目の例は、火災報知器による火災の際の逃げ遅れの防止についてである。

日本では、2006年6月1日に改正消防法が施行され、新築住宅の居室や階段上などに住宅用火災警報器の設置が義務付けられた。総務省消防庁の統計によると、放火以外の火災で、約6割は逃げ遅れを起因として死亡事例が生じている。そして、住宅火災における死者の多くは高齢者である。発生時間別では「火災件数そのものは起きている時間が多い」ものの、「火災による死者は就寝時間帯の方が多く」という結果が出ている。一方、国内外で住宅用火災警報器の設置で死者発生リスクや損失拡大リスクが減少するとの統計結果が出ている。また、火災件数は減っているが、火災による死者数が高齢者では増えているという結果が得られている。高齢化の進展を反映して65歳以上の高齢者で火災による死者数が増化している。米国火災予防協会の調査研究によれば、火災による死亡率は有効に作動する火災報知器がない場合はある場合の倍になっていた。(100件の火災あたりに換算し、1.13対0.53) 火災報知器があれば早期に警告音を発し、人々に逃げる時間を与えたことは事実である。

おわりに

安全は健康とともに人が生きる上で、人生の質を保証するために重要な役割を担う。安全であるために、またその見込みを得るために安心して日々を過ごしたいと人々は願う。安全を脅かす要因として不慮の事故（傷害）、犯罪被害、自傷などがある。

守りから攻めへという意味で傷害の防止からさらに諸条件を整えセーフティプロモーションへという動きがヨーロッパからさらに世界へ広がった。例としてあげた自転車用ヘルメット、火災報知器は研究成果に基づき、世界各地で推奨されてきた。しかし、研究成果（エビデンス）についても、常に問い直しされ、研究上の論争が生ずることもある。地域の人々の間で合意され、確かな根拠に基づく方策を皆で力を合わせて展開することにより、地域の安全は確保され、高まっていく。

『聞き書きマップ』の小学校での安全教育への応用

原 田 豊

科学警察研究所

Applying the “Kiki-Gaki Map” to Safety Education in Elementary Schools

Yutaka Harada

National Research Institute of Police Science

キーワード：『聞き書きマップ』、安全教育、小学校

Keywords: “Kiki-GakiMap”, safety education, elementary school

I. 緒言

『聞き書きマップ』は、自主防犯活動などの取り組みの支援のために開発した簡便な地図づくりソフトウェアである。報告者は以前、これを用いた地域の安全点検が、客観的データに裏打ちされた市民主導のセーフティプロモーションの手法となりうることを指摘した¹⁾。本報告では、その後、『聞き書きマップ』が、初等教育の現場で安全教育のツールとして成長してきたことを紹介し、さらなる普及と広範囲な応用に向けた現在の取り組みと今後の課題について論じる。

II. 方法

学校教育などの現場に、学術的な研究開発の成果を「実装」するためには、研究開発それ自体とは異なった戦略／戦術が必要となる。日々の実践の現場は、きわめて多忙であるとともに、多種多様な制約に縛られており、そうした状況といかに「折り合い」をつけるかが、研究成果の「社会実装」に必須の課題となるからである。

この基本認識のもとに、われわれは、先行研究²⁾で開発した『聞き書きマップ』などの成果物を、「現場で鍛え、現場で育てる」形で改良し、学校現場などに定着可能な実用品に仕上げることを目標とした。この目標を達成するため、(1) 現場の実践にとって具体的なメリットのある手法やツールの提供、(2) 現場に既にあるインセンティブに応える形での協力体制の構築を行い、これを基盤として、ツール類の試験運用→問題点の洗い出し→改良版の作成→再度の試験運用というサイクルを、反復的に回すこととした。

具体的な実施方法は、以下のとおりである。

1. メリットが実感できるツール類の提供

多忙な現場の方々に「研究成果」の導入のメリットを実感していただくためには、それを導入することで業務の「省力化」が実現できることを示すことが有効と思われる。そこで、われわれは、現に多くの学校現場で実

施されている「通学路の安全点検地図の作成」に着目した。

通学路の安全点検地図の作成は、文部科学省の指導のもと、全国の小中学校の多くで実施されている³⁾。一方、こうした地図を手作りするのは時間と手間のかかる作業である。われわれが先行研究で開発した『聞き書きマップ』は、こうした安全点検地図作りの省力化に大きく貢献するものである。実際、予備的な調査⁴⁾でも、対象となった小中学校の教員の方々の9割以上から「これまでの地図作りよりも手間が省ける」「通学路の安全点検に役に立つ」などの回答が得られている。

そこで、本研究にあたっては、この『聞き書きマップ』を中心に学校現場での試験運用を重ね、操作性の改善と機能強化を図ることとした。あわせて、同じ先行研究の成果である「危険なできごとカルテ」を用いた犯罪の前兆的事案の調査^{5, 6)}や、これらを支援するウェブサイトである「WebGIS」などについても試験運用と改良を実施し、これらを統合して「子どもの被害防止ツールキット」⁷⁾の構築を図ることとした。

2. 文部科学省のモデル事業での協力体制の構築

学校現場との緊密な協力体制を構築するためには、現場に既にあるインセンティブに、いわば便乗することが効果的だと考えられる。われわれにとっては、文部科学省による「防災教育を中心とした実践的安全教育総合支援事業」が、まさにその機会を得る契機となった。

この事業は、元来、東日本大震災の発生を受けて「実践的防災教育総合支援事業」としてスタートしたものである。その後、防犯を含む生活安全や交通安全に関する取り組みもこの事業の対象に含めることになり、平成27年度から、『防災教育を中心とした実践的安全教育総合支援事業』に改編された。その初年度から、首都圏のA県におけるモデル事業に「専門家等のアドバイザー」の立場で参加する機会が得られた。

この事業のモデル校となった学校では、各年度の11月前後に実施される「公開授業」を一つの山場として、学

校全体で「新たな取り組み」を推進する熱意が生まれる。これが、外部の研究者などの提案を現場に取り入れることへの、大きなインセンティブになると考えられる。

また、この事業で支出される予算は、研究開発のための経費などではなく、学校現場での実践に必要な経費として支出される。したがって、それによって購入した物品などは、モデル事業の終了後も、モデル校（または、それを管轄する地区教育事務所など）の所有物として使い続けることが可能になる。このことは、われわれが『聞き書きマップ』などのツール類の開発当初から主眼としてきた、「廉価で一括購入でき、維持経費がかからない」という特徴と、きわめてよく整合するものである。

平成27年度から29年度にかけて、A県内の3つの小学校において、上記モデル事業の支援を実施した。支援にあたっては、県教育庁、地区教育事務所、ならびにモデル校の関係者との緊密な連携関係のもとで、各学校の体制やニーズ、コンピュータ環境などの把握に努め、現場の状況に応じた臨機応変な対応を取るよう心がけた。これまでの3年間のモデル事業の支援状況、および各年度のモデル校のコンピュータ環境の概要は、表1に示すとおりである。

表1 文部科学省モデル事業の支援状況とモデル校のコンピュータ環境

	平成27年度	平成28年度	平成29年度
対象校	小学校1校	小学校1校	小学校1校
学年	4年生	4年生	2・4・5年生
危険なできごと調査	7月	9月	7月
『聞き書きマップ』によるフィールドワーク	10月30日	11月4日	10月16日(5年生) 10月20日(2年生) 11月15日(4年生)
公開授業	11月13日	11月25日	11月24日
コンピュータの機種	デスクトップ型	ノート型	デスクトップ型
OS	Windows 7	Windows 7	Windows 8.1
内蔵メモリ	2GB	4GB	2GB
環境復元ソフト	「瞬快」	ジャスト スマイル	SKYMENU Pro
ネットワークアクセス制限	(あり)	(あり)	(あり)

3. 試験運用を踏まえた改良の反復

上記の文部科学省のモデル事業の支援の一環として実施した、『聞き書きマップ』などの情報ツールの試験運用を通じて、これらのツールを学校現場で使用するための問題点や課題を洗い出し、それらに対処する手法を検討した。とくに、現場で発生したツール類の不具合などについては、その都度、原因と対策をつぶさに検討し、必要に応じてツール類の改良や運用上の工夫などを重ねた。

以上の試験運用と改良の反復の成果として、従来の『聞き書きマップ』を大幅に機能強化した「バージョン

3」を、平成29年2月に公開した(図1)。



図1 『聞き書きマップ』(バージョン3)の公開ページ

Ⅲ. 結果

試験運用の過程で見出された問題点やそれらへの対処方法を検討した結果、小学校での安全教育への『聞き書きマップ』の応用を実現するための主要な課題は、大きく以下の4項目にまとめられると考えられた。

1. 児童が全員参加で実施できる手法の確立
2. 現場のコンピュータ環境への対応
3. 機器類の故障時の対処手法の開発と蓄積
4. 想定読者の類型別の説明資料の整備

それぞれの課題について、さらに具体的な対処方針の検討を行い、その実現の手法を考案した。それらの内容は以下のとおりである。

1. 児童が全員参加で実施できる手法の確立

小学校などの授業の一環として、児童が全員参加で『聞き書きマップ』によるフィールドワークや地図作りを行う場合、児童全員を10~20程度のグループに分け、各グループが同時並行的に作業できるようにする必要がある。これを実現するため、以下のとおり、『聞き書きマップ』の機能の改良および運用手順の見直しを行った。

(1) 写真・音声の時刻合わせの手法の統一化

『聞き書きマップ』でフィールドワークなどの記録を

取る際には、写真・音声・GPSのデータを時刻で同期させる必要がある。そのための方法として、当初は、事前にデジタルカメラの内蔵時計を正確に時刻合わせしておき、ICレコーダーの音声については、フィールドワークの開始時にグループごとの集合写真を撮影し、その際、「3、2、1、はい!」などのかけ声を録音して、このかけ声の録音と集合写真の撮影時刻とを、時刻同期の基準点とする方法を主に用いていた。しかし、小学校などでの試験運用の結果、この方法では、①デジタルカメラの機種ごとに時刻合わせの方法が異なり、正確な時刻合わせに失敗することが多い、②グループの数が増えると、順番にグループ写真を撮るだけで数十分の時間を要し、その間に他のグループの児童などが待ちくたびれてしまうなどの不都合があることが判明した。

そこで、この問題を解決するため、『聞き書きマップ』のソフトウェアを改良して、年月日・時分秒を画面表示し、同時にそれを合成音声で読み上げる機能を実装した。これにより、事前にパソコンの内蔵時計をインターネットの時刻情報サービスなどで正確に合わせておけば、『聞き書きマップ』からこの正しい日付・時刻を画面表示でき、それを最初に撮影しておくことで、デジタルカメラの内蔵時計が不正確だった場合でも、撮影画像として記録された正しい時刻に基づいて、カメラ内蔵時計の狂いを事後的に補正することが可能になった。また、合成音声で時刻が読み上げられている状態でICレコーダーの録音を開始することにより、録音の冒頭に時刻合わせの基準となる読み上げ音声は確実に録音できるようになった。

以上の新機能の実装と運用手順の見直しにあわせ、この手順をわかりやすく示した説明資料を作成し、フィールドワークの事前練習などの際に児童に呈示することにした。この児童向けの説明資料の一部を図2に示す。

これらの改善により、多数のグループに分かれた児童が一斉に『聞き書きマップ』を使う場合でも、混乱や間違いの発生が抑えられ、正しい手順を確実に実行できるようになったと考えられる。

(2) 紙媒体による手作業の積極的導入

小学校などでの『聞き書きマップ』の試験運用の過程で、コンピュータを使った作業の際に、往々にして、少数の児童がコンピュータの操作にかかりきりになり、他の児童は周囲でそれを見ているだけという状況が発生することが観察された。これは、義務教育の一環として実施される学習のあり方として、望ましくないと思われる。

この状況を緩和するため、『聞き書きマップ』の初期のバージョンでは貧弱だったデータの印刷機能を強化し、フィールドワークで記録したデータの取り込みが完了したら、できるだけ速やかにそれを印刷し、その後は紙媒体による手作業で地図作りを行えるようにした。



図2 音声・写真の時刻合わせ用情報を記録する手順

具体的には、フィールドワークで記録した情報を、①現地で撮影した写真と、音声から聞き書きしたメモとをまとめて「カード型一覧」として印刷する機能、②歩いた経路を示す線と、写真の撮影地点を示す（一連番号付きの）ピンとが表示された背景地図を印刷する機能を『聞き書きマップ』のソフトウェアに実装し、これらを印刷した後に「カード型一覧」を1つ1つの写真・メモ付きのカードに切り離せば、各カードの左肩に印刷された一連番号を用いて、地図上に印刷された同じ番号のピンと、それに対応するカードとが簡単に紐付けできるようにした。こうして印刷された「カード型一覧」と「写真の一連番号付き地図」の例を図3に示す。

(3) 分担で実施したフィールドワークのデータを統合した「全体地図」の作成

『聞き書きマップ』で同時に表示・操作できるフィールドワークのデータは、基本的に1つだけである。モデル校などでの試験運用の過程で、先生方などから、「複数のグループで手分けして行ったフィールドワークの全体像がわかる地図が欲しい」との要望が寄せられた。また、『聞き書きマップ』から直接印刷できる地図は、パソコンの画面表示をキャプチャして印刷したものであるため、画像としての品質が低いことが欠点であった。

これらの問題に対処するため、『聞き書きマップ』に当初から実装されていた、外部ファイルにデータを書き



図3 「カード型一覧」と「写真の一連番号付き地図」

出す機能を活用して、kmz形式で書き出されたデータを汎用のGISソフトウェアに読み込み、その上で複数のグループのデータを重ね合わせるにより、分担で実施したフィールドワークの全体像を1枚の地図で示せるようにした。

また、この処理のために高価な商用のGISソフトウェアを購入しなくてもすむように、オープンソースの高機能GISソフトウェアである“QGIS”⁸⁾を用いることとし、これに読み込んだ各グループのデータを、簡単な操作で、グループ別に色分けした経路の曲線と、写真の撮影位置を示す一連番号付きの黄色の丸印で表示できるようにした、スタイルの定義ファイルも作成した。こうしてQGISで作成したフィールドワークの全体地図の例を図4に示す。



図4 分担で実施したフィールドワークの「全体地図」

2. 現場のコンピュータ環境への対応

学校のコンピュータ室などに設置された教育用コンピュータは、インターネット上の有害サイトへの接続を防ぐためのアクセス制限や、児童の誤操作などによるシステム障害を防ぐための「環境復元ソフトウェア」の導入などが行われており、これらが、新たなソフトウェアの導入にさまざまな困難をもたらす。とくに問題となる

のは、これらのアクセス制限のしくみや「環境復元ソフトウェア」製品などが、それぞれの学校や市区町村ごとに異なっていることである。

この問題に対処するため、以下の改良を行った。

(1) 『聞き書きマップ』の起動ファイルや設定ファイルの配置の変更

『聞き書きマップ』本体のプログラムは、当初、パソコンにこれをインストールするユーザの「マイドキュメント」フォルダの下に配置することとしていた。しかし、小学校での試験運用の準備を進める過程で、これでは、ユーザの権限の違いなどにより、正しくアクセスできなくなる場合があることが判明した。

そこで、『聞き書きマップ』のインストールプログラムを修正し、『聞き書きマップ』本体のインストール先を、システムドライブの隠しフォルダである“C:\ProgramData”の直下とし、このなかに“KikiGakiMap”というフォルダを作って、『聞き書きマップ』本体と関連ファイル（下記の起動時バッチファイルを含む）を配置することとした。同時に、これらのパスやフォルダの名称を、1バイトの英数字のみで表記することに統一した。これにより、『聞き書きマップ』の動作を補助するソフトウェアやデバイスドライバ類が、バージョンの変更などに伴って、日本語の2バイト文字によるパス名を認識しなくなるなどの問題を回避することが容易になった。

また、『聞き書きマップ』の画面表示の調整などに伴って作られる設定ファイル（“settings1500.xml”）も、ユーザの権限や環境復元ソフトウェアの影響を避けるため、そのコピーを上記の“C:\ProgramData\KikiGaki Map”フォルダ内に保持しておき、『聞き書きマップ』の起動時に、これを通常の設定場所に戻すこととした。

(2) 起動時のバッチ処理による稼働環境の差異の吸収

上記の『聞き書きマップ』の設定ファイル（“settings1500.xml”）のバックアップコピーや所定の場所への書き戻しなどを確実にを行うため、『聞き書きマップ』の起動時と終了時に必要な処理を自動で実施するバッチ処理プログラム（“KIKIGAKI_EXEC32.bat”）を作成した。このプログラムの動作の概要は以下のとおりである。

- ① 『聞き書きマップ』の起動時に、設定ファイル“settings1500.xml”が起動中の所定の場所にあるかどうかを確認し、ない場合（環境復元ソフトウェアにより消去された場合など）は、これをバックアップフォルダから所定の場所に戻す。
- ② 前回使用時の異常終了などによって残骸の残った一時ファイル類による誤動作を防ぐため、これらを消去する。
- ③ 『聞き書きマップ』本体を起動する。

- ④『聞き書きマップ』の終了時に、必要に応じて、設定ファイル“settings1500.xml”のコピーをバックアップフォルダ内に作成する。

これらの一連の作業をバッチ処理プログラムによって自動実行するとともに、システムごとに異なる可能性のある一時ファイルの保存場所などを、システム的环境変数を用いて確実に参照するようにした。これにより、環境復元ソフトウェアの種類やその他の稼働環境の差異などの多くを吸収し、インストールの際の個別のカスタマイズの必要を最小限にとどめることが可能になった。

3. 機器類の故障時の対処手法の工夫と蓄積

現在の『聞き書きマップ』は、導入経費を最小限とするため、これと併用するGPS受信機やICレコーダーなどの機器類を、安価な海外製の市販品とし、これらを組み合わせて運用する形態を取っている。このため、ときにこれらの機器類が故障し、フィールドワークで記録したデータの取り込みに失敗する場合があることが判明した。

機器類のハードウェア的な故障に対処することは極めて困難であるが、次善の策として、以下の対応を実施した。

(1) 故障を想定した予備の機器類の準備

文部科学省のモデル事業による『聞き書きマップ』の試験運用の初期の段階では、フィールドワークの終了後にGPS受信機のデータを読み込もうとした際、「デバイスが認識されない」とのエラーになるケースが数多く見られた。この現象の原因究明に手間取り、かつ、1時間余のフィールドワークで記録したはずのデータがパソコンに取り込めなかったときの児童の反応があまりに痛々しかったため、平成28年度のモデル校でのフィールドワークの際には、万に備えてGPS受信機とICレコーダーをすべて「二重化」することとした。すなわち、フィールドワークを分担したグループの数と同数の18個のGPS受信機・ICレコーダーを予備として用意し、これを胸ポケットに入れて持ち歩くための「防犯パトロールベスト」も同数の予備を用意した。その状況の写真を図5に示す。

(2) 取得したデータが不完全または不正確だった場合の補完・補正手法の開発

文部科学省のモデル事業の初年度だった平成27年度のフィールドワークでは、4年生の児童の記録した写真と音声とがうまく同期しない現象が多数発生した。当初は、児童が機器の扱いに不慣れだったためではないかと思われたが、データを精査したところ、音声の記録に用いた安価なICレコーダーの録音速度が、個体ごとに微妙に異なっていた（-0.44%～+1.26%程度）ことが根本原因だと判明した。

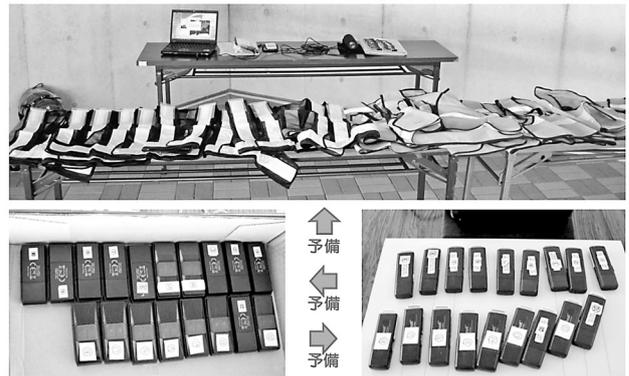


図5 機器の故障に備えた「二重化」
(平成28年度モデル事業)

これが判明したのは本番のフィールドワーク終了後であり、フィールドワークのやり直しは不可能であったため、何らかの方法で音声データの速度誤差を補正する必要に迫られた。たまたま、当日の作業の記録を取る目的で、会議録音用のICレコーダー（OLYMPUS製V-41型）による録音も行っており、このレコーダーの録音速度は安定していると考えられたので、これによる録音を基準として、児童の用いたICレコーダーの速度誤差を1台1台計算し、その結果を用いて、音声編集ソフトウェアによって録音データの速度を事後的に補正することとした。その際に用いたExcelの画面例を図6に示す。

	A	B	C	D	E	F	G	H		
1	十津二小フィールドワーク(2015/10/30)時の、『聞き書きマップ』用ICレコーダーとOlympus V-41との録音速度の比較									
2	2015/10/31									
3		KGM-ICR (G01)			Olympus V-41			【誤差】	【誤差比率】	【補正倍率】
4	録音内容	録音開始後	時刻から	録音開始後	時刻から					
5	『おはよう』	0:01:40	0:00:00	0:42:55	0:00:00					
6	『うちのほうが録音機なんです』	0:01:38	0:29:58	1:13:16	0:30:21	0:00:23	1.26%	98.737%		
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

図6 ICレコーダーの録音速度誤差の計算

この作業を全グループの録音データについて行った結果、実は児童たちはきわめて正確に「写真を撮った直後に説明を録音する」手順を実行しており、当初発生していた写真と録音とのタイミングのずれは、大部分がICレコーダーの録音速度の誤差に起因するものであることが明らかになった。

この問題は、ICレコーダーの録音速度の誤差という、いわば想定外のハードウェア的問題が原因であるため、この機種のICレコーダーを用いる限り常に発生するものである。したがって、事後的なデータ補正の手法は最後の手段として担保するとしても、当面は、フィールドワークの運用手順の見直しによって問題を緩和することが、現場で実行できる唯一の対策である。

そこで、平成28年度からは、現状では『聞き書きマップ』と併用する安価なICレコーダーに速度誤差の問題があることを事前に先生方などに説明し、これによる問題を緩和するためには、録音の時間をできるだけ短くする

ことで、速度誤差の累積を防ぐ運用が必要であることを示した。具体的には、ICレコーダーによる録音開始（合成音声による時刻読み上げの録音）の後、できるかぎり速やかにフィールドワークに出発できるよう、たとえば『聞き書きマップ』をインストールしたノートパソコンによって、屋外で日時表示画面の撮影・時刻読み上げ情報の録音を行うなどの運用を勧めることとした。

4. 想定読者の類型別の説明資料の整備

これらの技術面・運用面での改良と並んで、『聞き書きマップ』などの情報ツール類の現場への実装のためには、その内容や使用方法、活用によって得られる効果などをわかりやすく解説した説明資料類の整備が必要である。このため、以下の3種類の資料類を作成した。それぞれの資料類の作成にあたっては、想定される読者の類型を明確に意識し、読者の類型ごとに最適の内容・体裁・提供方法を取るようにした。

(1) 「手引き書」の作成

『聞き書きマップ』について初めて知る人を想定読者とし、これを用いた安全点検まちあるきの意義や特徴について、その概要をわかりやすくまとめた『『聞き書きマップ』による安全点検まちあるき実施の手引き』⁹⁾を作成した。作成にあたっては、誰にとっても親しみやすく読みやすいものとするため、全体のボリュームを表・裏表紙を含め12ページに収めるとともに、手書き風のイラストレーションを活用して、ほのほのとした温かみのあるトーンで全体を統一した。

この手引き書は、印刷物を講演などの機会に配布するとともに、同じもののPDFファイルを予防犯罪学推進協議会のウェブサイトからダウンロードできるようにした。

(2) 「マニュアル」類の作成

『聞き書きマップ』を実際に使用するユーザを想定読者とし、そのインストールの手順、および実際の使用方法について詳しく解説した『『聞き書きマップ』(バージョン3)インストールマニュアル(暫定版)]¹⁰⁾および『『聞き書きマップ』と「3つの小道具」：安全点検マップ作成ツール使用マニュアル(暫定版)]¹¹⁾を作成した。作成にあたっては、ユーザによる操作1つ1つに対応した画面キャプチャの画像を掲載し、これらを参照しながら間違いなく操作手順を進められるよう配慮した。

この2つのマニュアルは、『聞き書きマップ』自体のバージョンアップなどに伴って、その内容を更新する必要があることを勘案して、印刷物は作成せず、その時点での最新版のPDFファイルを予防犯罪学推進協議会のウェブサイトに掲載することとした。また、この改訂版の作成作業が迅速・柔軟に行えるよう、最初のバージョンの発注時に、完成物のPDFファイルだけでなく、そ

の原稿となったDTPソフトウェアのファイル、および挿図などの原画のファイルなどもあわせて納品してもらい、改訂版の作成時には、これらを用いて効率的に作業できるようにした。

(3) 入門書の刊行

『聞き書きマップ』の学術的基盤から具体的な実施事例までを一覧できる入門書として、『『聞き書きマップ』で子どもを守る—科学が支える子どもの被害防止入門—]¹²⁾を刊行した。執筆にあたっては、出版社などとも協議しながら、想定読者として、学校現場の管理的立場の方々や教育委員会関係者、自治体などの住民安全担当部門の方々を主たるターゲットとし、「これ一冊でひととおりわかる」書物とすることをめざした。また、これまでに『聞き書きマップ』を現場で試用してくださった5人の方々に依頼して、それぞれの実施事例についてご自身の言葉で述べていただくことにより、現場での導入の検討のための具体的な参考情報が提供できるようにした。

以上のように、想定読者のニーズに応じた複数の種類の資料類を作成することにより、『聞き書きマップ』などの情報ツールが、単なるパソコンのアプリではなく、現場での実践の裏打ちとなる学術的基盤や、多様な活用のヒントなどまでも同時に提供できる、総合的な実践支援のしくみとなる可能性が生まれると考えられる。

IV. 考察

以上の結果は、われわれが先行研究でプロトタイプを開発した『聞き書きマップ』が、文部科学省のモデル事業などでの試験運用を通じて、学校教育の現場に「実装」可能なくみとして、大きく成長したことを物語っている。一方で、この間の経験は、研究成果の「社会実装」という大目標が、一筋縄では達成できない困難な課題だと痛感させるものでもあった。

本稿の冒頭でも述べたとおり、研究開発の成果の「社会実装」を実現するためには、研究開発それ自体とは別の戦略／戦術が必要だと考えられる。また、そうした実装のための戦略／戦術が、実践志向を持った研究者などの共有知として活用可能となるためには、個々の現場での実装に向けた格闘の過程が、追体験可能な形で記録され、蓄積されていく必要があると考えられる。

われわれは以前、研究成果の社会実装を困難にする要因の例として、

- (1) 「研究」と「実装」とでは、所要時間の単位が異なる
- (2) 現場は限りなく多様であり、一般論では役に立たない
- (3) 現場に存在しない「ニーズ」を人為的に作り出すことはできない
- (4) 研究期間が終了したと言って去るのは、現場に

としては「ハシゴ外し」である

などの点を指摘した¹³⁾。本稿では、これらに加え、『どこかでできた』と『どこでもできる』はまったく別物である」ことを指摘したい。

本稿で述べてきたとおり、同じ公立の小学校と言っても、そこにある教育用コンピュータの機種や性能、ネットワーク環境やセキュリティ対策、それらの管理担当者などのあり方は、千差万別である。「実証実験」などの段階で、「その現場」では万事順調に達成できたことでも、「別の現場」で同様にうまく行く保証はない。われわれの経験した文部科学省のモデル事業の支援のなかで、このことを端的に示すものが、学校ごとに異なる「環境復元ソフトウェア」の存在である。一つの学校の「環境復元ソフトウェア」に対処できても、その学校専用の対処方法を取っていたのでは、別の学校では、あらためてオーダーメイドで対処方法を考えなければならない。その都度、専門知識をもつ技術者が必要となるようでは、「点から面へ」の展開はとうてい望めないであろう。

一方、初年度のモデル校で遭遇したICレコーダーの速度誤差の問題は、現場で不測の事態が発生した場合、①緊急避難的な対処と、②根本的な解決策の両面に対応する必要があることを物語っている。待ったなしの実践の現場でのトラブルは、その場で「何とかする」ことが必須である。逆に、不測の事態に即応できれば、そのことが、現場の方々からの信頼を得る一助となるかもしれない。しかしながら、このような事態の発生を防ぐ根本的な策が講じられなければ、今後の『聞き書きマップ』の実用化はおぼつかないと考えられる。

そのための一つの方策として、現在、『聞き書きマップ』と併用するGPS受信機・ICレコーダー・デジタルカメラの機能を、スマートフォンで実現するアプリの開発を進めている。すでにAndroid版は平成29年末に公開し、iOS版も試作版のテスト中である。

しかし、すでに指摘したとおり¹⁴⁾、小中学校などの義務教育の現場では、スマートフォンやそのOSであるAndroidやiOSなどをベースとする情報機器は普及しておらず、今後も、小学校段階での教育用の情報機器として、スマートフォンが大量に導入される可能性は低いと考えざるを得ない。そこで、これに代わる機材として、GPS受信機・ICレコーダー・デジタルカメラの機能を備えながらコストと電力消費を最小限に抑え、乾電池で駆動できる、一体型の『聞き書きマップ』専用端末の開発をめざし、現在、その試作機を作成して性能試験を実施中である(図7)。

この一体型端末が製品化できれば、現在の『聞き書きマップ』の普及の妨げとなっている、併用機器の信頼性不足の問題やデータ取込み手順の煩雑さの問題などが一挙に解決し、日本国内ばかりでなく、海外においても「どこでも使える」システムが完成すると期待している。

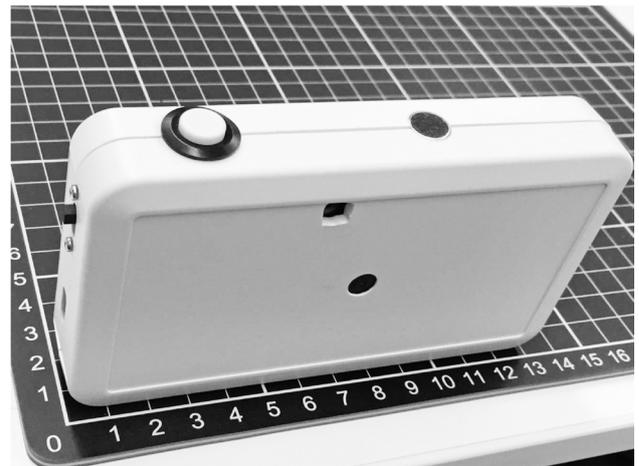


図7 『聞き書きマップ』専用の一体型端末の試作機

V. 結語

『聞き書きマップ』は、当初、防犯ボランティアなど、地域の「大人」たちの活動を支援するツールとなることを想定していた。しかし、平成27年度から、文部科学省の「防災教育を中心とした実践的安全教育総合支援事業」に参加したことが機縁となり、小学校の児童が自ら『聞き書きマップ』を用いることで、新たな形の体験的な安全教育が実施できる可能性が開けた。

とくに、『聞き書きマップ』が「地理情報システム(GIS)」の一種であることから、安全教育を地理教育・情報教育と組み合わせ、これらを統合する形で「主体的・対話的で深い学び」として進められることが重要だと考えられる。

『聞き書きマップ』の学校教育現場への導入により、たとえば「子ども110番の家」を児童自身が訪ねて住人にインタビューするなどの応用事例が、教員などの発案で次々と生まれている。今後、こうした「現場の知恵」の活用と相互交流により、『聞き書きマップ』を用いた安全教育がさまざまな形で展開し普及することが期待される。

『聞き書きマップ』は、われわれの研究成果物公開サイト「科学が支える子どもの被害防止」(<http://www.skre.jp/>)で、無償で公開されている。ぜひ多くの方々に活用していただければ幸いである。

謝 辞

本研究は、科学研究費助成事業(学術研究助成基金助成金)基盤研究(C)「子どもの犯罪被害の前兆的事案調査法の開発と妥当性評価」(代表:原田豊科学警察研究所犯罪予防研究室特任研究官)、ならびに、科学研究費助成事業(学術研究助成基金助成金)挑戦的萌芽研究「『予防犯罪学』の開拓をめざした子どもの被害防止ツールキットの実証実験」(課題番号:25560395)の一環として行われたものである。

また、その先行研究であり、『聞き書きマップ』の原型の開発を行ったのは、独立行政法人科学技術振興機構社会技術研究開発センターの資金による研究プロジェクト「子どもの被害の測定と防犯活動の実証的基盤の確立」(研究代表:原田豊(科学警察研究所))である。記して謝意を表する。

引用文献

- 1) 原田豊. 『聞き書きマップ』による市民主導のセーフティプロモーション. 学校保健研究. 55(6): 499-506, 2014.
- 2) 原田豊. 子ども被害の測定と防犯活動の実証的基盤の確立. 研究開発実施終了報告書. 戦略的創造研究推進事業(社会技術研究開発)「犯罪からの子どもの安全」研究領域. <http://www.ristex.jp/examin/criminal/pdf/20120308-3.pdf>
- 3) 文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課. 学校安全に関する更なる取組の推進について(依頼). http://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/anzen/1356507.htm アクセス日: 2018/02/16.
- 4) 原田豊, 山根由子, 齊藤知範. 『予防犯罪学』の開拓をめざした子どもの被害防止ツールキットの実証実験(2) ツールキットの有効性の検討. 日本犯罪社会学会第41回大会報告要旨集 p90-93, 2014.
- 5) 原田豊, 齊藤知範, 山根由子, 他. スキャナによる自動読み取りに対応した子どもの犯罪被害の前兆的事案調査キットの開発. 第60回数理社会学会大会研究報告要旨集. 41-42, 2015.
- 6) 原田豊, 齊藤知範, 山根由子, 他. 改良版「危険なできごとカルテ」を用いた子どもの被害の前兆的事案調査. 地理情報システム学会第25回研究発表大会講演論文集CD-ROM. 2016.
- 7) 原田豊. 子どもの被害防止ツールキットの開発—子どもを犯罪から守るために—. 教育と医学. 65(7): 66-75, 2017.
- 8) QGIS Development Team, 2009, 「QGIS: フリーでオープンソースの地理情報システム」. <http://www.qgis.org/ja/site/index.html> アクセス日: 2016/7/29.
- 9) 原田豊. 『聞き書きマップ』による安全点検まちあるき実施の手引き. 2015. http://www.skre.jp/nc2/index.php?key=muypqh7ju-40#_40.
- 10) 原田豊. 『聞き書きマップ』(バージョン3) インストールマニュアル(暫定版). 2017. [http://www.skre.jp/KGM_3100_top/KGM_3100_install.pdf](http://www.skre.jp/KGM_3100_top/KGM_3100_install_webpage/man_install/KGM3100_man_install.pdf) アクセス日: 2018/02/20.
- 11) 原田豊. 『聞き書きマップ』と「3つの小道具」: 安全点検マップ作成ツール使用マニュアル(暫定版) 2017. http://www.skre.jp/nc2/index.php?key=mu7fxe2p5-40#_40 アクセス日: 2018/02/20.
- 12) 原田豊. 『聞き書きマップ』で子どもを守る—科学が支える子どもの被害防止入門—. 現代人文社. 2017.
- 13) 原田豊. 子どもの被害の測定と防犯活動の実証的基盤の確立—研究成果の「社会実装」をどう進めるか1. 犯罪学グループの取り組みから—. 日本犯罪社会学会第44回大会報告要旨集. 2017.
- 14) 原田豊, 稲葉信行, 上野勝彦, 他. 準天頂衛星システム対応版『聞き書きマップ』の設計. 地理情報システム学会第26回研究発表大会講演論文集CD-ROM. 2017.

Safe Communityは、日本の安全文化に何をもたらしたのか ～SCの社会実装10年の「気付き」覚書き その4～

石 附 弘

日本セーフティプロモーション学会理事

Awareness on Safe Community in Japan During Past 10 Years -Part 4 -

Hiroshi Ishizuki

Director of Japanese Society of Safety Promotion

本稿はSC10年の自問自答6問の内、『問1 SCは、日本の地域安全文化に何をもたらしたのか?』の続編である。(6問については、その1を参照)

- ① WHO等国際機関が提唱する『健康 (Health)・安全 (Safety)・地域 (Communities)』の世界戦略的・統合的取組み」の存在とその国際的普遍的価値に対する気付きや学び(覚書きその1)
- ② 予防安全の考え方・手法に対する気付きや学び(覚書きその1)
- ③ 科学的根拠 (エビデンス) ある安全対策に対する気付きや学び(覚書きその2、その3、3-6まで前号:本号その続編)
- ④ 国際指標 (7指標) による「地域の安全の向上」の体系的・組織的・包括的な社会安全システムに対する気付きや学び
- ⑤ コミュニティ主体 (オーナーシップ) という考え方・手法に対する気付きや学び(地域の絆の「意味と価値」の再認識、共考、協働の学習と自主的安全創造の意義)

* * *

本稿では、問1③「科学的根拠 (エビデンス) ある安全対策に対する気付きや学び」(3-7) から述べることにしたい。

3. SCと科学的根拠 (エビデンス) ある安全対策

3-1、3-2、3-3、3-7-2までは前掲済みであるが、3-7-1 ICD-10 (「国際疾病分類」) は、今回のテーマに深く関係するので要点を再掲する。

3-7-1 ICD-10 (「国際疾病分類」)

ICD-10は、WHO (世界保健機関) が作成する疾患の分類の最新版で、正式名称は「疾病及び関連保健問題の国際統計分類 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)」。その目的は、病因・死因を分類し、その分類をもとに統計データを体系的に記録し、分析することであり、日本でもICD-10に基づいた病因・死因の統計がとられている。また、家族

が死亡したときに発行される死亡診断書にもICDコードが記載されている。

3-7-2 WHOがネット依存「Gaming disorder」を「嗜癖依存の疾病」指定へ

報道によれば、「インターネットゲームなどのやり過ぎで日常生活に支障をきたす症状 (ゲーム症・障害) について、WHOは、病気の世界的な統一基準である国際疾病分類 (ICD:WHOによって国際的に統一された疾病、傷害、死因の統計分類の体系) に初めて盛り込む方針である」という。

WHO関係者によると、2018年5月の総会を経て、6月に公表を予定の最新版ICD-116章「精神、行動、神経発達の障害」の「中毒的行動による障害」に、「Gaming disorder」(ゲーム症・障害) を新たに盛り込むとの最終草案を、2017年末、トルコでの依存症に関する会議で確認したという。

最終草案では、ゲーム症・障害を「持続または反復するゲーム行動」と説明、

- ▼ゲームをする衝動が止められない
- ▼ゲームを最優先する
- ▼問題が起きてもゲームを続ける (エスカレート)
- ▼個人、家庭、社会、教育、仕事などの機能の重要な部分に深刻な支障が起きる

などを具体的な症状としている。

診断に必要な症状の継続期間は「最低12カ月」。ただ特に幼少期は進行が早いので、全ての症状に当てはまり重症であれば、より短い期間でも依存症とみなす方針の由。

コラム 娯楽のリスク

ゲームもそうだが、娯楽には多くのリスクが内在している。飲酒のことを考えれば分かりやすい。WHOは、音楽 (音) についても注意が必要だという。

WHO (世界保健機関) の調査では、12歳～35歳の人々のうち、約4,300万人が「音楽」によって聴力を失っているという。大きな音を聞く機会が必然的に多い音楽イベントやスポーツイベントなどに頻繁に行

く人は注意が必要だというのが、WHO外傷予防部の立場だそうだ。WHOのガイドライン：Guidelines for community noise, (1999)

激しい騒音は人体、特に聴力に損傷を与える。交通騒音などの環境騒音についても環境性睡眠障害や心疾患等の罹患率・有病率の上昇が認められるという。労働安全衛生法では医学的見地から騒音に対する量的基準が定められている。

WHOが発表している「dBあたりの安全な聴聞時間」

85dB (自動車の車内で聞こえる音)	・・・	8時間
95dB (平均的なバイクの音)	・・・	47分
100dB (自動車のクラクション、地下鉄)	・・・	15分
105dB (MP3プレーヤーの最大音量)	・・・	4分
115dB (ロック・コンサートの最大音量)	・・・	28秒
120dB (ブブゼラ、またはサイレン)	・・・	9秒

夫婦喧嘩の声のリスク

ところで、80dBは大きな声の会話（電車がホームに入る音程度）、90dBは怒鳴り声や叫び声。100dBは耳元での叫び声だそうだ。

ということは、夫婦喧嘩で、90dB怒鳴り声や叫び声を1時間も聞いていると、聴覚障害を起こす。生活機能の低下を招かないようにするには、夫婦喧嘩も、ほどほどにやらなければならない。

子曰く「過ぎたるは猶及ばざるがごとし（孔子）」は、ゲームや音楽など娯楽の世界、家庭内安全にも準用される。

3-7-3 初めて「情報」分野を「外傷」指定

近年のITなど情報分野の著しい発展の陰で、ネット依存症、特にゲーム症・障害は、各国で大きな社会問題にもなり、様々な対策が取られてきた。

WHOの疾病分類で、「情報」領域の特定症状を初めて外傷管理の対象としたのは、国際的なニーズに答えたものであろう。

3-7-4 嗜癖（しへき）依存の疾病指定の意義

現代の社会病理現象であるネット依存症、特に**ゲーム症・障害**については、近年、青少年を中心に様々な社会的弊害がとみに顕在化しており、各国とも対策に手を焼いていたところである（後述3-7-7参照）。

しかし、**ゲームを含むネット依存はこれまで統一した定義がなく、国際的な統計もなかった。新しい定義は各国での診断や統計調査に役立てられる。**厚生労働省の国際分類情報管理室も「公表から数年後にICD-11を統計調査に使う」と伝えられている（朝日新聞デジタル2018年01月03日）

専門家によると、「**Gaming disorder**」（ゲーム症・障害）

の人は酒や薬物の依存者のように脳の働きが大きく低下し、感情をうまくコントロールできなくなるとの研究論文が、近年、国際的な医学誌に多数報告されている由であり、WHOは、**ゲーム依存**をギャンブルのように熱中しすぎるとやめられなくなる「**嗜癖（しへき）行動**」と捉えることにしたようだ。特に、患者の数が多数に上っており、研究結果の多い「**ゲーム症・障害**」を疾病として固有の疾病分類に位置づけたということであろう。

なお、草案24章「健康状態に影響を及ぼす要因または保健サービスの利用」の「保健行動に関わる問題」に、「有害なゲーミング」（個人あるいは周囲の他者の物理的、精神的な健康に有害な結果をもたらす）を盛り込むと伝えられている。

3-7-5 「疾病」指定の科学的知見の重み

ICD分類は、外傷原因の傷害分類の統計的追跡及び傷害予防の専門家と研究者を支援するために設計されたもので、**根拠ある医療研究データ**が集まらなければ、指定できない。つまり、最も厳しい「科学的根拠（エビデンス）」が求められている領域である。

前号3-3-1でデュボン社の外傷統計開始が1912年、「すべてのケガは予防できる原則」の確立が1940年代と紹介した。そのデュボン社の予防原則確立から約50年、スヴァンストローム博士らの研究成果（1975年）から約15年の歳月を経て、これが「科学的根拠（エビデンス）」ある方法論であることがWHOの外傷予防会議（国際会議）で、世界共通の安全価値として公認（SCマニフェスト宣言、1989年）された。スヴァンストローム博士らの研究グループの研究など世界の多数の研究者の研究成果（知見）の蓄積が必要であったのだ。

SCは、それまでバラバラであった「健康（Health）・安全（Safety）・地域（Communities）」の世界規模での戦略的・統合的取組みが、マニフェストで高らかに謳われたことは、SCが人類の叡智、守るべき普遍的価値の1つとして公認されたことに他ならない。

3-7-6 疾病分類での依存症の分類

ゲーム依存症は、従来、LINEやツイッターなどのソーシャル・ネットワーク・サービス（SNS）によるネット依存と同じく、ICD-10分類F63-8の「『その他の』習慣および衝動の障害」に分類されていたが、今後は、「習慣および衝動の障害」の個別列記記載、例えば、F63-0 病的賭博、63-1 病的放火（放火癖）、F63-2 病的窃盗（盗癖）と同様に、特別の疾病として扱われることになる。

なお、LINEやツイッターなどのソーシャル・ネットワーク・サービス（SNS）によるネット依存は「その他」分類のままだという。

表ICD分類にあるとおり、薬物依存症はじめ病的賭博、病的放火（放火癖）、病的窃盗（盗癖）、性嗜好（フェティシズム、フェティシズム的服装倒錯症、露出症、窃視症、小児性愛、サドマゾヒズ等）これらの分類されている者は、時として、疾病の症状如何によっては、いわゆる不審者、場合によっては犯罪行為や虞犯行為の加害者となることがあるほか、事件事故の被害者となることもあろう。地域の中には、この他、様々な疾病を持った人が住んでおり、共に生活をしていることに留意しておかねばならない。（後述3-10参照）

3-7-7 SC活動とICDの精神及び行動の障害の関係

以上のように、依存症候群、習慣及び衝動の障害、性嗜好の障害は、広範囲にどこにでもみられる社会病理現象であり、症状によっては社会安全上の問題事象に発展するおそれもある。アルコール依存症者の交通事故対策については、北欧やカナダも苦慮していた。

ここで、地域コミュニティ活動の参考となると思料されるので、次のような専門家の指摘を紹介しておこう。

例えば、酒と摂食障害、酒とギャンブル、酒と暴力的傾向というように、同時に二つ以上の嗜癖が合併することがある（多重嗜癖、クロス・アディクション）。また、摂食障害から恋愛依存に、恋愛依存から薬物に、薬物からアルコールに、アルコールからギャンブルにというように、対象を代えて個人の嗜癖問題が続くことも散見される。

さらに、嗜癖には家族内で固まってみられ易いという特徴があり、例えば、父親がアルコール症、母親が共依存（共依存はアルコール症者の配偶者による「強迫的世話焼き」や「愛情という名の支配」に典型的にみられる人間関係の様式を示す用語）、娘が摂食障害、息子が薬物乱用という嗜癖家族もあるという。

地域コミュニティの中で、このような性癖を有する者の人権を尊重しつつ、地域の安全の質をどのように高めていけばよいか問われているのではなかろうか。平時からの予防活動、安全教育や安全安心まちづくり活動、安全ボランティア活動の重要性もここにある。

3-8 「スピード」の脅威（ネット公害 日本・韓国・中国の対策例）

ネット依存症関係の話が長くなったが、新たな世界規模の社会課題であり、海外のSC活動、ISS活動でもしばしば話題となっており、関係情報をもう少し紹介しておこうと思う。

ネット社会の最大の特徴は、拡散スピードの速さと規模である。ネット公害（災害）が、人災にならぬようど

表 ICD分類

ICD は、5章精神及び行動の障害（F00-F99）において次のように分類している。
F00-F09 症状性を含む器質性精神障害 アルツハイマー病など（以下略）
F10-F19 精神作用物質使用による精神及び行動の障害（依存症候群）を分類している。
F10-2 アルコール使用
F11-2 アヘン類使用
F12-2 大麻使用
F13-2 鎮静薬又は睡眠薬使用
F14-2 コカイン使用
F15-2 カフェインを含むその他精神刺激薬使用
F16-2 幻覚薬使用
F17-2 タバコ使用 喫煙
F18-2 揮発性溶剤使用
F19-2 多剤使用及びその他精神作用物質使用
F63 習慣及び衝動の障害
F63-0 病的賭博
F63-1 病的放火（放火癖）
F63-2 病的窃盗（盗癖）
F63.3 抜毛癖
F63.8 その他の習慣及び衝動の障害
F63.9 その他の習慣及び衝動の障害、不詳不明
F65 性嗜好の障害
F65.0 フェティシズム
F65.1 フェティシズム的服装倒錯症
F65.2 露出症
F65.3 窃視症
F65.4 小児性愛
F65.5 サドマゾヒズム
F65.6 性嗜好の多重障害
F65.8 その他の性嗜好の障害
F65.9 性嗜好の障害、詳細不明

うコントロールしていくかは、今世紀の難問であろう。

情報社会では、「スピード」そのものが、最大リスクとして浮上し、その危険回避にも、相当のスピードが求められている。

日本では：

情報モラル教育：「教育振興基本計画」（平成20年7月閣議決定）において、地域・学校・家庭における情報モラル教育を推進することとされているほか、平成21年4月から施行された「青少年が安全に安心してインターネットを利用できる環境の整備等に関する法律」においても、青少年が「インターネットを適切に活用する能力」を習得することができるよう、社会教育及び家庭教育と併せて学校教育におけるインターネットの適切な利用に関する教育の推進を図ることとされている。

民間の取組み：2011.12 国立病院機構久里浜アルコー

ル症センター（当時）ネット依存家族会の活動などが知られている。

平成28年度文部科学省委託調査「依存症予防教育に関する調査研究」報告書

情報化社会の進展により、携帯電話のインターネット等の普及が急速に進む中で、インターネットの掲示板や携帯電話のメールによるいじめ、「ネットいじめ」が多発している。「平成19年度生徒指導上の諸問題に関する調査」（文部科学省）によると、「コンピュータや携帯電話等で、誹謗・中傷や嫌なことをされる」の認知件数は、5、899件（前年度：4、883件）に昇り、ネットいじめが急増している。常に持ち運ぶことができるようになった携帯電話は、子ども達に最も身近なインターネット端末となった。子どもたちはその携帯電話の小さな画面から世界中にリンクしていることを理解しないまま利用している。何気なくプロフに書き込んだ個人情報、悪気のない掲示板への書き込みが、世界中に発信されていることを理解しないまま利用しているという現状がある。

文部科学省関係資料（国内外の依存症予防教育の事例）

「他の依存症と違い、インターネットは年齢に関係なく学習面や生活面で活用されることが多いため、適切な距離をとるための指導が必要となってくる。また情報化社会では情報への接触は日常的となっているため、依存予防の基本となる家庭環境や育ちの点と社会環境の急速な変化に対応する常に新しい依存予防対策という点の両面の指導が必要となる。

インターネット上ではあらゆる形で人とのつながりが構築されるため、安心感、孤独感の解消、承認欲求、気持ちの共有、同調圧力、ストレス解消、現実逃避といった理由で利用しているうちに依存となることが多い。問題は人とのコミュニケーションに起因するものが多く、現実での人間関係の中で安心できる居場所が必要となるため、生徒は保健室をネットについて（対学校内・ネットで知り合った人）相談できる場所として利用していることも多く、養護教諭のアドバイスが依存抑止につながることもある。」と指摘している。

韓国では：

86時間続け「ネトゲ廃人」死者も出ており、国を挙げて対策に取り組んでいる。

韓国におけるインターネット依存症予防教育

韓国は2002年度から韓国情報振興院が開発した予防プログラムで教育を実施してきた。2015年には、韓国情報化振興院以外にも韓国政府の部・処（日本の省庁に当たる）がそれぞれ開発してきたインターネット依存症予防プログラムと相談プログラムを全体的に見直す事業を立ち

上げた。試行錯誤を繰り返し、最近のインターネット環境に合った教育プログラムに改編した。

インターネット依存症予防教育において韓国政府の政策の骨子は①専門施設の構築、②相談専門家の養成、③技術的な処置、④基礎研究の強化の4つに集約される。インターネット依存症予防教育が義務化され、相談専門家への需要が高まることに備え、韓国情報化振興院からの相談専門家資格の認定手続きを簡素化したという。

インターネットを遮断するソフトウェアの普及

また韓国政府は、青少年がインターネットゲームを深夜0時から6時間利用できなくするシャットダウン制を採っている。有害サイト、有害情報の流通を監視し、深夜0時からインターネットを遮断するソフトウェアの普及に民間ベンダーと協力しながら取り組んでいる。また幼児、お年寄りまで対象者を拡大したネット依存診断尺度を開発した。予防教育のプログラムと相談プログラムを開発している。

中国では：

インターネット中毒は病気！「精神疾患」に認定

2008年11月、インターネットのオンラインゲームに熱中するあまり、ゲームと現実の区別がつかなくなった人がいれば、その人は一種の病気にかかっていると言え、中国初の「インターネット中毒診断基準」が定められ、正式に精神疾患として認められた。中国人民解放军北京军区总医院依存症医学科医師は「1994年から中国国内ではさまざまな依存、中毒の研究と予防に力を注いできたが、仕事中毒やアルコール中毒、買い物中毒、ギャンブル中毒などは病気として扱われるのに対し、インターネット中毒は病気とみなされなかった」と指摘していた。

「魔獣世界」

あらゆる中毒患者のなかでも患者数が多いのはインターネット中毒で、なかでもオンラインゲーム「魔獣世界」にハマる若者が多い。北京市公安局の統計では、青少年犯罪者の76%がネット中毒だったという。このため、同医院では「インターネット中毒診断基準」を作成。これを国家衛生部が認めたため、全国各大病院や主要病院で使用されることに。陶然医師は「インターネット中毒は治療可能な精神疾患で、通常3か月前後で80%の患者が中毒症状から脱することができる」と話している。インターネット中毒も病気として扱われることになったが、この患者が犯罪を起した場合、この精神疾患を理由に「責任能力なし」と判断されることはないとのこと。レコードチャイナ 2008-11-10（翻訳・編集/本郷）<http://www.recordchina.co.jp/group.php?groupid=25660>

* * *

3-9 SC国際認証に関するガイドラインと科学的根拠 (エビデンス)

繰り返しになるが、こうして科学的根拠 (エビデンス) をめぐる具体的な事例や研究成果の積み重ねを顧みると、科学的根拠 (エビデンス) ある安全対策は、多くの関係者の情熱と汗のたまものであり、SCも、2012年の改訂ガイドラインにおいて、コミュニティレベルにおける「根拠に基づいた方策 (evidence-based strategies)」を活動の基盤とすることを明示している。

安全向上 (Safty Promotion) と傷害予防 (Injury Prevention) のための体系的・持続的そして分野横断的な協働を進めていくためには、

- ・ 質の基準 (quality criteria)
- ・ 根拠に基づいた方策 (evidence-based strategies)

を基盤とし、「地域コミュニティ自身が安全向上と傷害予防 (SP/IP) に貢献することができる」という考え方の普及・社会実践が重要だというのだ。

3-10 新方針：薬物依存を有する者への支援 ～再犯防止推進計画 (平成29年12月15日、閣議決定)

「再犯の防止等の推進に関する法律」(平成28年法律104号) 第17条、21条関係の、同計画第3「保険医療・福祉サービスの利用促進等のための取組み2. 薬物依存」の支援等で次のように指摘し、新たな政府方針を示している。

覚せい剤取締法違反による検挙者は毎年1万人を超え、一中略一平成27年に(刑務所を)出所した者の19.2%が、2年以内に犯罪を起こしている。他方、薬物事犯保護観察対象者の内、保健医療関係機関による治療・支援を受けた者は4.4%にとどまっている。

政府においては、矯正施設・保護観察所における一貫した専門的プログラムの開発・実施、薬物依存のある刑務所出所者等の支援に関する地域連携ガイドラインの作成、一中略一治療の拠点になる医療機関の整備等の施策に取り組むとともに一中略一平成28年6月から施行された刑の一部の執行猶予制度の適切な運用を図るとしている。

いずれにせよ、いよいよ日本も「刑事司法と保健医療・福祉との連携のあり方」が、国レベルで真剣に取り上げられる時代となったことは喜ばしい。

セーフコミュニティ認証に関するガイドライン

正式名称

「国際セーフコミュニティネットワーク (ISCN) のメンバーになるためのガイドライン
日本語版：日本セーフコミュニティ推進機構訳、2012年1月24日版

- セーフコミュニティ (SC) の概念は、安全向上 (Safty Promotion) と傷害予防 (Injury Prevention) のための体系的・持続的そして分野横断的な協働に基づいている。そして、それはもとをただせば、WHO (世界保健機関) によって20年以上前に提唱されたものである。
- この概念 (SC) は、傷害や死亡の減少と地域住民の安心感の向上を通じた、より高い生活基準に導くものである。私たちの目的は、事故・暴力・自殺あるいは自然災害等によって生じる死亡や傷害を予防することである。
- ガイドラインは、「国際セーフコミュニティ (ISC) プログラムの仕組みとWHOとの関係」において、セーフコミュニティの概念が提示されて以来、カロリンスカ研究所に設置されているWHOセーフコミュニティ推進協働センター (WHO Collaborating Centre on Community Safty Promotion/ WHO CCCSP) は、質の基準 (quality criteria) と根拠に基づいた方策 (evidence-based strategies) を基盤とし、「地域コミュニティ自身が安全向上と傷害予防 (SP/IP) に貢献することができる」という考え方を促進する活動をけん引してきた。
- ガイドラインの性格は、「セーフコミュニティ」となるための「指示」であり、国際認証とは、「セーフコミュニティ国際ネットワーク (ISCN)」のメンバーになることである」としている。

世界基準の安心・安全なまちづくり ～我が国におけるセーフコミュニティ推進都市～

倉持 隆雄

厚木市セーフコミュニティ総合指導員

A Safe and Secure City Planning Based on World Standards ～Safe Community Promotion City in Japan～

Takao Kuramochi

Atsugi City Safe Community Comprehensive Instructor

世界保健機関（以下、「WHO」と称す。）が推奨する国際認証制度「セーフコミュニティ（以下、「SC」と称す。）」は、1989（平成元）年に開催された第1回世界外傷予防会議（ストックホルム大会）を機に、WHO地域の安全向上のための協働センター（WHO Collaborating Center on Community Safety Promotion；以下、「WHO CSP協働センター」と称す。）が設立され認証制度が開始された。

国内では1998（平成10）年、衛藤隆東京大学教授（当時）がスウェーデン王国カロリンスカ医科大学で開催された「第1回セーフティプロモーション（以下、「SP」と称す。）研究に関する博士レベル国際コース」に参加したのが、日本人として初めてSPを学んだと言われている。

2002（平成14）年、東京・横浜・京都・福岡の4都市において、当時のスウェーデン王国カロリンスカ医科大学レイフ・スヴァンストローム（Leif Svanström）教授（WHO CSP協働センター長）が講演し、日本で初めてSCを紹介した。

2006（平成18）年7月には、京都府亀岡市が国際認証に向けて取り組みを宣言し、2008（平成20）年3月に日本で初めてSC国際認証を取得。以降、2018（平成30）年2月までに、17自治体（15の自治体が認証を取得、1つの自治体が認証取得を宣言、1つの自治体が認証取得を検討している。）がSCに取り組んでいる。

このように、国内においてSC活動が広がりを見せる中、SCを推進する自治体では、各自治体が抱えている課題に対して対策委員会を設置し、特徴のある取組を展開するとともに、取組の検討、成果の測定を行い、改善を図るなどPDCAサイクルを円滑に機能させる仕組みを構築している。

また、市民主体、地域主体の取組を展開して行くことで「地域の絆の再生」が図られ、市民協働や地域力による「安心・安全なまちづくり」に大きな成果が表れることを期待している。

しかしながら、埼玉県北本市や長野県小諸市のようにSCの取組は継続するが、再認証は目指さない方針を決

めた自治体や、担当職員の人事異動によりSC活動が低迷している自治体などもあり、今後におけるSC活動の継続性や質を確保することが課題となっている。

このようなことから、国内においてSCに取り組んでいる自治体を紹介することで、SC活動の広がりや課題を解決するきっかけとなれば幸いである。

—我が国におけるセーフコミュニティ推進都市—

1. SC推進都市一覧表

2. SC推進都市

- (1) 京都府亀岡市、(2) 青森県十和田市、(3) 神奈川県厚木市、(4) 長野県箕輪町、(5) 東京都豊島区、(6) 長野県小諸市、(7) 神奈川県横浜市栄区、(8) 大阪府松原市、(9) 福岡県久留米市、(10) 埼玉県北本市、(11) 埼玉県秩父市、(12) 鹿児島県鹿児島市、(13) 滋賀県甲賀市、(14) 大阪府泉大津市、(15) 福島県郡山市、(16) 埼玉県さいたま市、(17) 山梨県都留市

3. 認証都市の歩み

1. SC推進都市一覧表

No.	世界No.	区・市町村名	都道府県名	認証取得	再認証取得
1	132	亀岡市	京都府	H20.3.1	H25.2.23
2	159	十和田市	青森県	H21.8.28	H27.2.27
3	223	厚木市	神奈川県	H22.11.19	H27.11.14
4	274	箕輪町	長野県	H24.5.12	H29.5.27
5	296	豊島区	東京都	H24.11.28	H30.2.1
6	297	小諸市	長野県	H24.12.1	—
7	319	横浜市栄区	神奈川県	H25.10.5	—
8	323	松原市	大阪府	H25.11.16	—
9	329	久留米市	福岡県	H25.12.21	—
10	347	北本市	埼玉県	H27.2.14	—
11	363	秩父市	埼玉県	H27.11.15	—
12	366	鹿児島市	鹿児島県	H28.1.29	—
13	372	甲賀市	滋賀県	H28.2.20	—
14	373	泉大津市	大阪府	H28.10.29	—
15	391	郡山市	福島県	H30.2.2	—
16	—	さいたま市	埼玉県	—	—
17	—	都留市	山梨県	—	—

2. SC推進都市

(1) 京都府亀岡市

■人口	88,273人(平成29年10月1日現在)		
■面積(km ²)	224.90	■人口密度(人/km ²)	392.67
■現市長	桂川 孝裕	■開始時の市長	栗山 正孝

■SC認証宣言等基準日 2006(平成18)年7月4日

■認証取得年月日 2008(平成20)年3月1日

■国内No.1 ■世界No.132

	年月日	審査員	国名
◆現地審査	2007(平成19)年 9月21日	Leif Svanström Joonpil Cho	スウェーデン 韓国

■再認証取得年月日 2013(平成25)年2月23日

	年月日	審査員	国名
◆事前指導	2012(平成24)年 5月14日	Joonpil Cho Pai Lu	韓国 台湾
◆現地審査	2012(平成24)年 10月26・27日	Joonpil Cho Pai Lu	韓国 台湾

■再々認証取得年月日 未定

	年月日	審査員	国名
◆事前指導	2017(平成29)年 11月28・29日	Joonpil Cho Pai Lu	韓国 台湾

■対策委員会

①乳幼児の安全対策委員会	②高齢者の安全対策委員会
③学校の安全対策委員会	④余暇・スポーツの安全対策委員会
⑤交通安全対策委員会	⑥自殺対策委員会
⑦防犯対策委員会	サーベイランス委員会

(2) 青森県十和田市

■人口	62,238人(平成29年10月1日現在)		
■面積(km ²)	725.60	■人口密度(人/km ²)	85.77
■現市長	小山田 久	■開始時の市長	中野渡 春雄

■SC認証宣言等基準日 2007(平成19)年4月1日

■認証取得年月日 2009(平成21)年8月28日

■国内No.2 ■世界No.159

	年月日	審査員	国名
◆事前指導 ※現地視察	2008(平成20)年 7月28・29日	NamSoo Park —	韓国 —
◆現地審査	2009(平成21)年 3月26・27日	Joonpil Cho Wan Shumei	韓国 中国

■再認証取得年月日 2015(平成27)年2月27日

	年月日	審査員	国名
◆事前指導	2014(平成26)年 5月24～26日	Pai Lu Joonpil Cho	台湾 韓国
◆現地審査	2014(平成26)年 11月6日	Pai Lu Joonpil Cho	台湾 韓国

■対策委員会

①自殺予防対策部会	②高齢者安全対策部会
③交通事故予防対策部会	④防災対策部会
⑤子どもの安全対策部会	⑥労働の安全対策部会
⑦暴力・虐待対策部会	⑧余暇活動の安全対策部会
外傷サーベイランス委員会	—

(3) 神奈川県厚木市

■人口	225,693人(平成29年10月1日現在)		
■面積(km ²)	93.83	■人口密度(人/km ²)	2,405.08
■現市長	小林 常良	■開始時の市長	小林 常良

■SC認証宣言等基準日 2008(平成20)年1月4日

■認証取得年月日 2010(平成22)年11月19日

■国内No.3 ■世界No.223

	年月日	審査員	国名
◆事前指導 ※プレ審査	2009(平成21)年 2月12日	Joonpil Cho Pai Lu Wan Shumei	韓国 台湾 中国
◆現地審査	2010(平成22)年 6月16日	Joonpil Cho Pai Lu	韓国 台湾

■再認証取得年月日 2015(平成27)年11月14日

	年月日	審査員	国名
◆事前指導	2014(平成26)年 10月27・28日	Joonpil Cho Pai Lu	韓国 台湾
◆現地審査	2015(平成27)年 7月16・17日	Guldbland Skjønberg Joonpil Cho	スウェーデン 韓国

■対策委員会

①交通安全対策委員会	②自転車生活の安全対策委員会
③体感治安と公共の場における安全対策委員会	
④子どもの安全対策委員会	⑤高齢者の安全対策委員会
⑥自殺予防対策委員会	⑦防災対策委員会
⑧職場(労働)の安全対策委員会	外傷サーベイランス委員会

(4) 長野県箕輪町

■人口	25,132人(平成29年10月1日現在)		
■面積(km ²)	85.91	■人口密度(人/km ²)	292.54
■現市長	白鳥 政徳	■開始時の市長	平澤 豊満

■SC認証宣言等基準日 2009(平成21)年12月14日

■認証取得年月日 2012(平成24)年5月12日

■国内No.4 ■世界No.274

	年月日	審査員	国名
◆事前指導	2011(平成23)年 6月7～9日	Joonpil Cho Wan Shumei	韓国 中国
◆現地審査	2012(平成24)年 1月31日・2月1日	Joonpil Cho Pai Lu Br Henricson	韓国 台湾 スウェーデン

■再認証取得年月日 2017(平成29)年5月27日

	年月日	審査員	国名
◆事前指導	2016(平成28)年 8月7日	Wan Shumei —	中国 —
◆現地審査	2017(平成29)年 2月4・5日	Dale Hanson Wan Shumei	オーストラリア 中国

■対策委員会

①交通安全対策委員会	②高齢者の安全対策委員会
③子どもの安全対策委員会	④くらしの安全対策委員会
⑤自殺予防対策委員会	◆外傷調査委員会

(5) 東京都豊島区

■人口	297,763人(平成29年10月1日現在)		
■面積(km ²)	13.01	■人口密度(人/km ²)	22,887.24
■現市長	高野 之夫	■開始時の市長	高野 之夫

■SC認証宣言等基準日 2010（平成22）年2月22日

■認証取得年月日 2012（平成24）年11月28日

■国内No.5 ■世界No.296

	年月日	審査員	国名
◆事前指導	2011（平成23）年 6月10・11日	Joonpil Cho	韓国
		Wan Shumei	中国
◆現地審査	2012（平成24）年 2月2～4日	Joonpil Cho	韓国
		Pai Lu	台湾
		Br Henricson	スウェーデン

■再認証取得年月日 2018（平成30年）2月1日

	年月日	審査員	国名
◆事前指導	2016（平成28）年 11月19日	—	—
		—	—
◆現地審査	2017（平成29年） 11月6～8日	Michal Grevna	U A E
		Pai Lu	台湾

■対策委員会

①子どものけが・事故予防対策委員会	②高齢者の事故予防対策委員会
③障害者の安全対策委員会	④自転車利用の安全対策委員会
⑤繁華会の安全対策委員会	⑥学校の安全対策委員会
⑦地震災害の防止対策委員会	⑧児童虐待対策委員会
⑨ドメスティック・バイオレンスの防止対策委員会	
⑩自殺・うつ病の対策委員会	⑪がんの早期発見対策委員会
◆外傷サーベイランス委員会	—

（6）長野県小諸市

■人口	41,875人（平成29年10月1日現在）
■面積（km ² ）	98.55
■人口密度（人/km ² ）	424.91
■現市長	小泉 俊博
■開始時の市長	芹澤 勉

■SC認証宣言等基準日 2010（平成22）年3月19日

■認証取得年月日 2012（平成24）年12月1日

■国内No.6 ■世界No.297

	年月日	審査員	国名
◆事前指導	2011（平成23）年 6月6・7日	Joonpil Cho	韓国
		Wan Shumei	中国
◆現地審査	2012（平成24）年 5月9～11日	Joonpil Cho	韓国
		Pai Lu	台湾

■対策委員会

①交通安全対策委員会	②高齢者の安全対策委員会
③子どもの安全対策委員会	④自殺予防対策委員会
⑤防災対策委員会	◆外傷調査委員会

■その他 2016（平成28）年4月から政策の変更により、SCの取組みは継続するが再認証は目指さない方針を決めた。

（7）神奈川県横浜市栄区

■人口	122,160人（平成29年10月1日現在）
■面積（km ² ）	18.55
■人口密度（人/km ² ）	6,585.44
■現市長	小山内 いづ美
■開始時の市長	光田 清隆

■SC認証宣言等基準日 2009（平成21）年4月1日

■認証取得年月日 2013（平成25）年10月5日

■国内No.7 ■世界No.319

	年月日	審査員	国名
◆事前指導	2011（平成23）年 6月12・13日	Joonpil Cho	韓国
		Wan Shumei	中国

◆現地審査	2013（平成25）年 1月13～15日	Joonpil Cho	韓国
		Pai Lu	台湾

■再認証取得年月日 未定

	年月日	審査員	国名
◆事前指導	2017（平成29）年 9月8～10日	Dale Hanson	オーストラリア
		Joonpil Cho	韓国

■対策委員会

①こどもの安全対策分科会	②高齢者の安全対策分科会
③交通安全対策分科会	④スポーツ・余暇の安全対策分科会
⑤自殺予防対策分科会	⑥災害安全対策分科会
⑦暴力・虐待予防対策分科会	傷害サーベイランス分科会

（8）大阪府松原市

■人口	119,864人（平成29年10月1日現在）
■面積（km ² ）	16.66
■人口密度（人/km ² ）	7,175.45
■現市長	澤井 宏文
■開始時の市長	澤井 宏文

■SC認証宣言等基準日 2011（平成23）年5月20日

■認証取得年月日 2013（平成25）年11月16日

■国内No.8 ■世界No.323

	年月日	審査員	国名
◆事前指導	2012（平成24）年 10月28・29日	Joonpil Cho	韓国
		Pai Lu	台湾
		Wan Shumei	中国
◆現地審査	2013（平成25）年 8月1・2日	Joonpil Cho	韓国
		Pai Lu	台湾
		Wan Shumei	中国

■再認証取得年月日 未定

	年月日	審査員	国名
◆事前指導	2017（平成29）年 10月20・21日	Meegan Brogherson	オーストラリア
		NamSoo Park	韓国

■対策委員会

①子どもの安全対策委員会	②高齢者の安全対策委員会
③交通安全対策委員会	④犯罪の防止対策委員会
⑤自殺予防対策委員会	⑥災害時の安全対策委員会
外傷調査評価委員会	—

（9）福岡県久留米市

■人口	304,585人（平成29年10月1日現在）
■面積（km ² ）	229.96
■人口密度（人/km ² ）	1,324.56
■現市長	楢原利則
■開始時の市長	楢原利則

■SC認証宣言等基準日 2011（平成23）年7月1日

■認証取得年月日 2013（平成25）年12月21日

■国内No.9 ■世界No.329

	年月日	審査員	国名
◆事前指導	2012（平成24）年 10月22～24日	Joonpil Cho	韓国
		Pai Lu	台湾
◆現地審査	2013（平成25）年 8月6～8日	Joonpil Cho	韓国
		Pai Lu	台湾
		Wan Shumei	中国

■再認証取得年月日 未定

	年月日	審査員	国名
◆事前指導	2017（平成29）年 10月23・24日	Meegan Brogherson	オーストラリア
		NamSoo Park	韓国

■対策委員会

①交通安全対策委員会	②児童虐待防止対策委員会
③学校安全対策委員会	④高齢者の安全対策委員会
⑤防犯対策委員会	⑥DV防止対策委員会
⑦自殺予防対策委員会	⑧防災対策委員会
外傷等動向調査委員会	—

(10) 埼玉県北本市

■人口	66,339人 (平成29年10月1日現在)		
■面積 (km ²)	19.82	■人口密度 (人/km ²)	3,347.07
■現市長	現王園 孝昭	■開始時の市長	石津 賢治

■SC認証宣言等基準日 2012 (平成24) 年1月27日

■認証取得年月日 2015 (平成27) 年2月14日

■国内No.10 ■世界No.347

	年月日	審査員	国名
◆事前指導	2013 (平成25) 年 10月7・8日	Joonpil Cho Pai Lu	韓国 台湾
◆現地審査	2014 (平成26) 年 11月10・11日	Joonpil Cho Pai Lu	韓国 台湾

■対策委員会

①交通安全対策委員会	②災害時の安全対策委員会
③犯罪の防止対策委員会	④高齢者の安全対策委員会
⑤自殺対策委員会	⑥子どもの安全対策委員会
外傷サーベイランス委員会	—

■その他 2015 (平成27) 年5月から政策の変更により、SCの取組みは継続するが再認証は目指さない方針を決めた。

(11) 埼玉県秩父市

■人口	61,944人 (平成29年10月1日現在)		
■面積 (km ²)	577.83	■人口密度 (人/km ²)	107.20
■現市長	久喜 邦康	■開始時の市長	久喜 邦康

■SC認証宣言等基準日 2012 (平成24) 年9月4日

■認証取得年月日 2015 (平成27) 年11月15日

■国内No.11 ■世界No.363

	年月日	審査員	国名
◆事前指導	2014 (平成26) 年 5月28・29日	Joonpil Cho Pai Lu	韓国 台湾
◆現地審査	2015 (平成27) 年 7月13・14日	Joonpil Cho Gulbrand Skjönberg	韓国 スウェーデン

■対策委員会

①交通安全対策委員会	②高齢者の安全対策委員会
③子どもの安全対策委員会	④自殺予防対策委員会
⑤災害時の安全対策委員会	⑥犯罪防止対策委員会
⑦自然の中での安全対策委員会	外傷サーベイランス委員会

(12) 鹿児島県鹿児島市

■人口	597,932人 (平成29年10月1日現在)		
■面積 (km ²)	547.55	■人口密度 (人/km ²)	1,092.01
■現市長	森 博幸	■開始時の市長	森 博幸

■SC認証宣言等基準日 2013 (平成25) 年1月25日

■認証取得年月日 2016 (平成28) 年1月29日

■国内No.12 ■世界No.366

	年月日	審査員	国名
◆事前指導	2014 (平成26) 年 10月22～25日	Joonpil Cho Pai Lu	韓国 台湾
◆現地審査	2015 (平成27) 年 9月29日～10月2日	Pai Lu Gulbrand Skjönberg	台湾 スウェーデン

■対策委員会

①交通安全対策委員会	②学校の安全対策委員会
③子どもの安全対策委員会	④高齢者の安全対策委員会
⑤DV防止対策委員会	⑥自殺予防対策委員会
⑦防災・災害対策委員会	外傷サーベイランス委員会

(13) 滋賀県甲賀市

■人口	89,865人 (平成29年10月1日現在)		
■面積 (km ²)	481.62	■人口密度 (人/km ²)	186.59
■現市長	岩永 祐貴	■開始時の市長	中嶋 武嗣

■SC認証宣言等基準日 2012 (平成24) 年7月20日

■認証取得年月日 2016 (平成28) 年2月20日

■国内No.13 ■世界No.372

	年月日	審査員	国名
◆事前指導	2014 (平成26) 年 5月22・23日	Joonpil Cho Pai Lu	韓国 台湾
◆現地審査	2015 (平成27) 年 10月21・22日	Joonpil Cho Gulbrand Skjönberg	韓国 スウェーデン

■対策委員会

①自殺対策委員会	②交通安全対策委員会
③高齢者の安全対策委員会	④子どもの全対策委員会
⑤災害対策委員会	外傷サーベイランス委員会

(14) 大阪府泉大津市

■人口	75,200人 (平成29年10月1日現在)		
■面積 (km ²)	14.30	■人口密度 (人/km ²)	5,255.07
■現市長	南出 賢一	■開始時の市長	伊藤 晴彦

■SC認証宣言等基準日 2014 (平成26) 年6月5日

■認証取得年月日 2016 (平成28) 年10月29日

■国内No.14 ■世界No.373

	年月日	審査員	国名
◆事前指導	2015 (平成27) 年 10月15・16日	Wan Shumei Meegan Brotherton	中国 オーストラリア
◆現地審査	2016 (平成28) 年 8月9・10日	Wan Shumei Koustuv Dalal	中国 スウェーデン

■対策委員会

①交通安全対策委員会	②子どもの安全対策委員会
③高齢者の安全対策委員会	④自殺予防対策委員会
⑤犯罪防止対策委員会	⑥災害安全対策委員会
外傷サーベイランス委員会	—

(15) 福島県郡山市

■人口	334,718人 (平成29年10月1日現在)		
■面積 (km ²)	757.20	■人口密度 (人/km ²)	441.94
■現市長	品川 萬里	■開始時の市長	品川 萬里

■SC認証宣言等基準日 2014 (平成26) 年11月4日

■認証取得年月日 2019 (平成30) 年2月2日

■国内No.15 ■世界No.391

	年月日	審査員	国名
◆事前指導	2016（平成28）年 11月8・9日	Joonpil Cho	韓国
		Meegan Brogherson	オーストラリア
◆現地審査	2017（平成29）年 11月10日	Pai Lu	台湾
		Michal Grevna	U A E

■対策委員会

①交通安全対策委員会	②子どもの安全対策委員会
③高齢者の安全対策委員会	④自殺予防対策委員会
⑤防犯対策委員会	—
⑥防災・環境安全対策委員会	外傷サーベイランス委員会

(16) 埼玉県さいたま市

■人口	1,286,082人（平成29年10月1日現在）		
■面積（km ² ）	217.43	■人口密度（人/km ² ）	5,914.92
■現市長	清水 勇人	■開始時の市長	清水 勇人

■SC認証宣言等基準日 2016（平成28）年3月24日

■認証取得年月日 未定

	年月日	審査員	国名
◆事前指導	2018（平成30）年 1月30・31日	Michal Grevna	U A E
		Pai Lu	台湾

■対策委員会

①高齢者の安全対策委員会	②子どもの安全対策委員会
③自転車の安全対策委員会	④DV防止
⑤自殺予防委員会	⑤自殺予防対策委員会
データ検討分析会議	—

(17) 山梨県都留市

■人口	31,414人（平成29年10月1日現在）		
■面積（km ² ）	161.60	■人口密度（人/km ² ）	194.36
■現市長	堀内 富久	■開始時の市長	堀内 富久

■SC認証宣言等基準日 未定

■認証取得年月日 未定

3. 認証都市の歩み

西暦	平成	月	日	推進都市	項目	備考
2006	18	7	4	亀岡市	取得宣言	
2007	19	4	1	十和田市	取得宣言	
2007	19	9	21	亀岡市	現地審査	
2008	20	1	4	厚木市	取得宣言	
2008	20	3	1	亀岡市	認証取得 (国内No.1)	世界No.132
2008	20	7	28・29	十和田市	事前指導 (プレ審査)	
2009	21	2	12	厚木市	事前指導 (プレ審査)	
2009	21	3	26・27	十和田市	現地審査	
2009	21	4	1	栄区	取得宣言	
2009	21	8	28	十和田市	認証取得 (国内No.2)	世界No.159
2009	21	12	14	箕輪町	取得宣言	
2010	22	2	22	豊島区	取得宣言	
2010	22	3	19	小諸市	取得宣言	
2010	22	6	16	厚木市	現地審査	

2010	22	11	19	厚木市	認証取得 (国内No.3)	世界No.223
2011	23	5	20	松原市	取得宣言	
2011	23	6	6・7	小諸市	事前指導 (プレ審査)	
2011	23	6	7～9	箕輪町	事前指導 (プレ審査)	
2011	23	6	10・11	豊島区	事前指導 (プレ審査)	
2011	23	6	12・13	栄区	事前指導 (プレ審査)	
2011	23	7	1	久留米市	取得宣言	
2012	24	1	27	北本市	取得宣言	
2012	24	1	31～2/1	箕輪町	現地審査	
2012	24	2	2～4	豊島区	現地審査	
2012	24	5	9～11	小諸市	現地審査	
2012	24	5	12	箕輪町	認証取得 (国内No.4)	世界No.274
2012	24	5	14	亀岡市	事前指導 (プレ審査)	再認証
2012	24	7	20	甲賀市	取得宣言	
2012	24	9	4	秩父市	取得宣言	
2012	24	10	22～24	久留米市	事前指導 (プレ審査)	
2012	24	10	26・27	亀岡市	現地審査	再認証
2012	24	10	28・29	松原市	事前指導 (プレ審査)	
2012	24	11	28	豊島区	認証取得 (国内No.5)	世界No.296
2012	24	12	1	小諸市	認証取得 (国内No.6)	世界No.297
2013	25	1	13～15	栄区	現地審査	
2013	25	1	25	鹿児島市	取得宣言	
2013	25	2	23	亀岡市	再認証取得	
2013	25	8	1・2	松原市	現地審査	
2013	25	8	6～8	久留米市	現地審査	
2013	25	10	5	栄区	認証取得 (国内No.7)	世界No.319
2013	25	10	7・8	北本市	事前指導 (プレ審査)	
2013	25	11	16	松原市	認証取得 (国内No.8)	世界No.323
2013	25	12	21	久留米市	認証取得 (国内No.9)	世界No.329
2014	26	5	22・23	甲賀市	事前指導 (プレ審査)	
2014	26	5	24～26	十和田市	事前指導 (プレ審査)	再認証
2014	26	5	28・29	秩父市	事前指導 (プレ審査)	
2014	26	6	5	泉大津市	取得宣言	
2014	26	10	22～25	鹿児島市	事前指導 (プレ審査)	
2014	26	10	27・28	厚木市	事前指導 (プレ審査)	再認証
2014	26	11	4	郡山市	取得宣言	
2014	26	11	6	十和田市	現地審査	再認証

2014	26	11	10・11	北本市	現地審査	
2015	27	2	14	北本市	認証取得 (国内No.10)	世界No.347
2015	27	2	27	十和田市	再認証取得	
2015	27	5	27	箕輪町	再認証取得	
2015	27	7	13・14	秩父市	現地審査	
2015	27	7	16・17	厚木市	現地審査	再認証
2015	27	9	29～10/2	鹿児島市	現地審査	
2015	27	10	15・16	泉大津市	事前指導 (プレ審査)	
2015	27	10	21・22	甲賀市	現地審査	
2015	27	11	14	厚木市	再認証取得	
2015	27	11	15	秩父市	認証取得 (国内No.11)	世界No.363
2016	28	1	29	鹿児島市	認証取得 (国内No.12)	世界No.366
2016	28	2	20	甲賀市	認証取得 (国内No.13)	世界No.372
2016	28	3	24	さいたま市	取得宣言	
2016	28	8	7	箕輪町	事前指導 (プレ審査)	再認証
2016	28	8	9・10	泉大津市	現地審査	
2016	28	10	29	泉大津市	認証取得 (国内No.14)	世界No.373
2016	28	11	8・9	郡山市	事前指導 (プレ審査)	
2016	28	11	19	豊島区	事前指導 (プレ審査)	再認証
2017	29	2	4・5	箕輪町	現地審査	再認証
2017	29	5	27	箕輪町	再認証取得	
2017	29	9	8～10	栄区	事前指導 (プレ審査)	再認証
2017	29	10	20・21	松原市	事前指導 (プレ審査)	再認証
2017	29	10	23・24	久留米市	事前指導 (プレ審査)	再認証
2017	29	11	6～8	豊島区	現地審査	再認証
2017	29	11	10	郡山市	現地審査	
2017	29	11	28・29	亀岡市	事前指導 (プレ審査)	再々認証
2018	30	1	30・31	さいたま市	事前指導 (プレ審査)	
2018	30	2	1	豊島区	再認証取得	
2018	30	2	2	郡山市	認証取得 (国内No.15)	世界No.391

参考文献

- 1) 白石陽子. WHO「セーフコミュニティ」モデルの普及に関する研究 ―「予防」に重点を置いた安全なまちづくり活動が世界的に普及する要因に関する考察―. http://www.ps.ritsumei.ac.jp/assoc/policy_science/151/15103siraisi.pdf
- 2) 白石陽子. 日本における安全なまちづくり活動「セーフコミュニティ」に関する比較分析.

http://r-cube.ritsumei.ac.jp/bitstream/10367/5329/1/PS21_4shiraishi.pdf

- 3) 亀岡市役所ホームページ <https://www.city.kameoka.kyoto.jp/>
- 4) 十和田市役所ホームページ <http://www.city.towadai.lg.jp/>
- 5) 厚木市役所ホームページ <http://www.city.atsugikanaagawa.jp/>
- 6) 箕輪町役場ホームページ <http://www.town.minowal.g.jp/front/>
- 7) 豊島区役所ホームページ <http://www.city.toshimal.g.jp/414/culturecityofeastasia.html>
- 8) 小諸市役所ホームページ <http://www.city.komoro.lg.jp/category/bunya/shiyakusyo/>
- 9) 横浜市栄区役所ホームページ <http://www.city.yokohama.lg.jp/sakae/>
- 10) 松原市役所ホームページ <http://www.city.matsubara.osaka.jp/>
- 11) 久留米市役所ホームページ <https://www.city.kurume.fukuoka.jp/>
- 12) 北本市役所ホームページ <http://www.city.kitamotosaitama.jp/>
- 13) 秩父市役所ホームページ <http://www.city.chichibu.lg.jp/>
- 14) 鹿児島市役所ホームページ <https://www.city.kagoshimal.g.jp/>
- 15) 甲賀市役所ホームページ <http://www.city.kokal.g.jp/>
- 16) 泉大津市役所ホームページ <http://www.city.izumiotsu.lg.jp/>
- 17) 郡山市役所ホームページ <https://www.city.koriyamafukushimal.g.jp/>
- 18) 都留市役所ホームページ <http://www.city.tsuru.yamanashi.jp/forms/top/top.aspx>
- 19) 一般社団法人 日本セーフコミュニティ推進機構ホームページ <http://www.jisc-ascsc.jp/>
- 20) 日本セーフティプロモーション学会ホームページ <http://plaza.umin.ac.jp/~safeprom/>
- 21) 日本市民安全学会ホームページ <http://www.shimin-anzen-gakkai.org/>

セーフコミュニティ導入による事件・事故に対する住民の不安感の解消

井上 聡¹⁾、倉持 隆雄²⁾

1) 厚木市協働安全部参事兼セーフコミュニティくらし安全課長

2) 厚木市セーフコミュニティ総合指導員

Solving Residents' Anxieties About Incidents and Accidents by Introduction of Safe Community

Akira Inoue¹⁾, Takao Kuramochi²⁾

1) Atsugi City Collaboration Safety Counselor and Director of Safe Community Living Safety Division

2) Atsugi City Safe Community Comprehensive Instructor

1 セーフコミュニティ導入の背景

厚木市（以下「本市」という。）は、平成20年から安心・安全なまちづくりの国際認証である「セーフコミュニティ」（以下「SC」という。）の取組をスタートさせ、平成22年に国内で3番目、世界で223番目にSC国際認証を取得している。平成27年にSC認証制度で定められている再認証の年を迎えたことから、7月に現地審査を実施、11月に再認証取得を果たしている。

SCの認証制度では、様々な関係団体が分野横断的に連携することや統計データ等の分析により論理的かつ効果的な取組を展開することが求められている。本市では、データ分析の結果から明らかになった8つの課題の解決に向けてSCの取組を進めている。

【厚木市の安心・安全に関する課題】

- ① 自殺予防
- ② 交通安全
- ③ 自転車生活の安全
- ④ 高齢者の安全
- ⑤ 子どもの安全
- ⑥ 体感治安と公共の場における安全
- ⑦ 職場（労働）の安全
- ⑧ 防災

本市が、SCを取り組むことになった背景には、刑法犯認知件数が県内でワースト1・2を争い、市民の皆様にも「怖い」「危ない」「汚い」と思われていた時期があり、防犯対策、体感治安不安感の解消を図ることが行政として、1つの大きな課題であった。最も多く刑法犯認知件数が発生していたのは、平成13年で7,163件の犯罪が発生。県内の自治体と比較しても非常に多い状況にあった。平成13年以降、警察と連携して防犯活動を展開し件数は減少したものの、市民の犯罪に対する不安感は解消されなかったことから、行政主体の安全対策では、『安全』と『安心』の両面を同時に得ることは困難と考え、市民協働で安全活動を展開していくSCに着目

し導入を決めた。

SCを取組にあたり、まず、SCを推進する基盤であるSC推進協議会を設置。この組織は、行政、警察、市民団体など分野横断的な団体で組織され、様々な立場、視点から安心・安全なまちづくりに向け議論を進め、SC活動の方向性などを決めている。また、本市の8つの課題に対して、具体的に対策を検討・実施するために8つの対策委員会を設置した。

各対策委員会が対策を検討・実施する中で、統計データの活用、活動評価、効果測定、取組改善などPDCAサイクルをSCの視点も取り入れ機能させ、SC認証指標に基づき安全活動を行うことで、外傷や事件、事故予防に繋げている。また、本市が各対策委員会を運営するにあたり、市民協働に主眼を置き、市民の直接的な安全活動の参加を通して、地域住民の関係性が深まり、市民の安心・安全の意識の高揚につなげることを期待した。

2 市民協働による犯罪対策

SCの取組の導入後、「犯罪」という課題に対しては、犯罪を防ぐ「防犯」に加え、犯罪に対する不安を減らす「体感治安不安感の解消」の両面から対策を検討し実施している。

特に、この課題は、SCに取り組むきっかけとなったものであり、刑法犯認知件数の減少、犯罪に対する不安感を解消し安心感の創出に向けて試行錯誤しながら対策を講じている。

これまでの行政主体の防犯対策ではなく、市民協働、市民参加に主眼を置き、取り組みを進めることで、「防犯」「体感治安不安感の解消」という2つの事項について同時に効果を上げることを目指し、次のとおり様々な対策を市民と展開している。

3 対策の実施

(1) 青色回転灯搭載車によるパトロール

個人が所有する車両を青色回転灯搭載のパトロールカー（以下「青パト」という。）として警察に登録し、地域の防犯パトロールに活用している。青パトの導入によ

り、ある程度広い範囲は青パトを活用し、同時に細い道や住宅街の中などは徒歩でパトロールをするなど、地域の実情に合せ合理的にパトロールを実施することができる。

青色回転灯を点灯しながらパトロールをすることにより、「見せる警戒」という効果から、犯罪等の抑止に繋がることも期待している。

(2) 本厚木駅周辺環境浄化パトロール

本厚木駅周辺の犯罪発生率や市民の体感治安不安感が高かったため、本厚木駅周辺の自治会や商店会連合会、各種防犯団体、警察、市などが合同で、本厚木駅周辺のパトロールを実施している。

近年では、学生ボランティア、地元企業ボランティアなどの団体もパトロールに参加するなど協力団体は拡大

している。

また、このパトロールだけではなく、自治会や民間団体、行政などがそれぞれパトロールを実施しており、切れ間ないパトロール活動を展開している。

(3) 愛の目運動

愛の目運動は、地域住民が子供たちの登下校の安全を確保することを目的に実施している。この活動は、厚木市内で浸透しており、学校や保護者はもちろんのこと、自治会や老人会、青少年育成会などの地域の団体が連携し、児童・生徒の登下校の時間などの情報を共有するネットワークを構築している。

これらの対策を実施し、図1、2のとおり変化が表れたと考えている。

図1 刑法犯認知件数の推移【出典：警察統計（SC取組前と現在比較）】

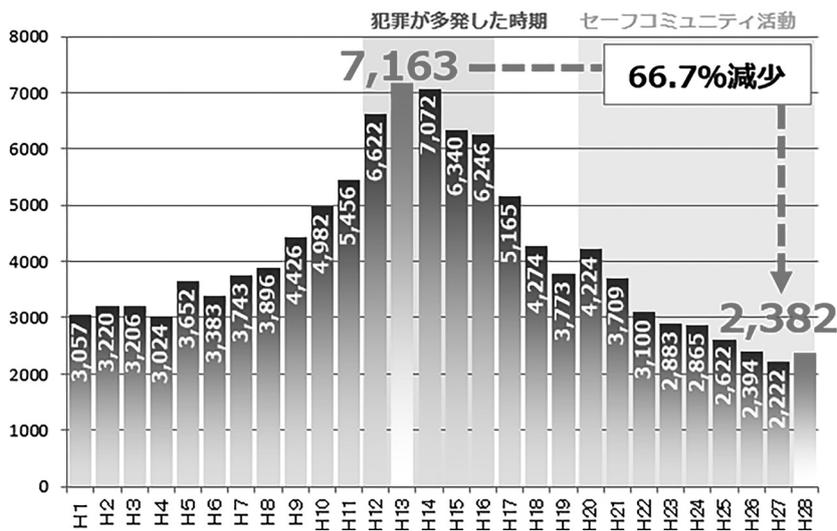
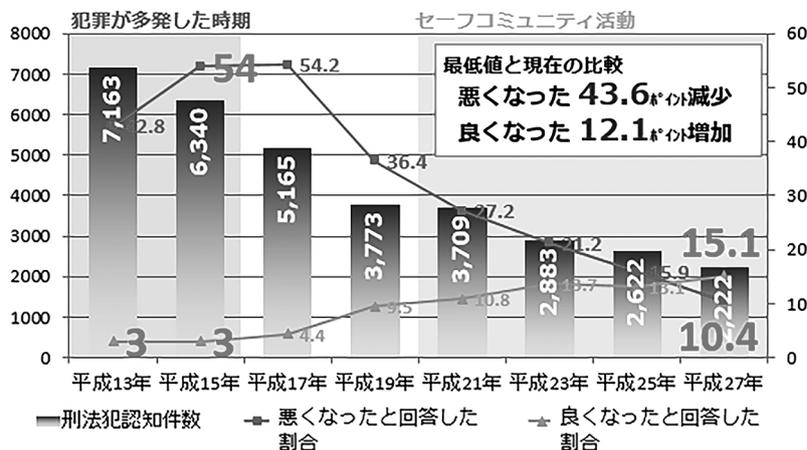


図2 犯罪に対する不安感の推移【出典：市民意識調査（SC取組前と現在比）】

■設問 ■「犯罪や非行の防止」について、5年前と比べてどのように変化しましたか。



5 行政の補完

本市では、平成24年10月11日に、日本国内で初となるSCに特化した条例を施行している。この条例は、本市がSCを推進することの根拠であり、また、SCを継続的に推進することを確保している。本条例では、SCの理念に基づき、市民の役割、市の責務、基本計画の策定などを定めている。

また、本厚木駅周辺における客引きや勧誘行為などの迷惑行為が見受けられることから、市民の犯罪被害への不安感が増大しないよう、客引き行為等防止条例を平成26年4月1日に制定するなど、安心・安全なまちづくりの強化やSCの更なる推進を図るため条例を制定している。

6 国内のSC推進自治体間のネットワーク

平成23年11月に、SCを推進する自治体が相互に連携・交流を図ることを目的に、「全国SC推進自治体ネットワーク会議」を設立し、会長を本市の市長が務めている。現在では、SC推進自治体間の連携・交流はもちろんのこと、災害時の相互応援に関する申合せやウェブサイト開設による情報発信などを事業展開している。SCの枠組みを超えた連携も図るなど、SC推進自治体間の横の連携を深めることができる意義のあるものになっている。

7 SCを推進することによる効果

SC取組前では、警察、行政が主体で防犯活動を行い犯罪認知件数は減少したが、体感治安不安感は解消にまでは至らなかった。しかし、SC活動を通して市民、警察、行政が一体となり安心・安全活動を展開することにより双方に効果が表れ、相乗効果が生まれた。今後も市民参加に基軸を置いた安心・安全活動を展開し、市民の活動参加により更なる効果が生まれることを期待している。

8 第9回アジア地域セーフコミュニティ会議厚木大会

平成30年、本市がSCの取組をはじめ10年の節目の年を迎える。この節目の年に、これまでの本市のSC活動を振り返り、また、SCによる安心・安全なまちづくりをさらに発展させるため、第9回アジア地域SC会議厚木市大会（以下、アジア会議という。）を開催する。アジア会議は、研究者、学者を中心に、SCを推進する自治体の代表者や活動者が参加し、SCの質の向上、アジアネットワークの連携の強化を目的に開催されているが、今回、本市でアジア会議を開催するに当たり、本市のSC活動を支えてきた市民の皆様に参加いただき、本市のSCを発展させるために多くのことを学び、また、これまでの本市のSC活動を発信できる会議にしていきたいと考えている。

最後に、SCの質の向上を図るためには、研究者・学者の力が必要不可欠である。このアジア会議の中で、SCを推進する自治体と研究者・学者が知識、技術、思いを共有し、関係が更に密になることを期待している。

日本における1950-60年代の催眠剤による自殺とアクセス制限の関連 (第1報) これまでの研究と実際のアクセス制限

瀧澤 透¹⁾、反町 吉秀²⁾

1) 八戸学院大学健康医療学部

2) 自殺総合対策推進センター

The Relation Between the Suicide of Hypnotic Drugs and the Access Restriction in 1950-60S in Japan (Part 1)

— Previous Research and Actual Access Restriction —

Tohru Takizawa¹⁾, Yoshihide Sorimachi²⁾

1) Faculty of Health and Medical Care, Hachinohe Gakuin University

2) Japan Support Center for Suicide Countermeasures

抄録

日本において、これまでの自殺手段へのアクセス制限の取り組みを振り返ることは、今後の自殺対策を推進する上で重要となる。先行研究によると、催眠剤のアクセス制限が1950年代の自殺者減少に効果的であった成功事例として語られている。その詳細について検討し、今後の自殺手段の入手制限による対策の基礎としたい。本研究は昭和33(1958)年をピークとした催眠剤(主にプロムワレリン尿素系、バルピツール酸系)による自殺の流行に焦点をあて、法的規制による入手制限を中心に、先行研究にあるアクセス制限について再検討することを目的とする。

方法は、東京都監察医務院の公表データを用い、催眠剤による自殺の推移を確認した。また、文献レビューは、法令や通達、告知にあたるとともに、国会図書館デジタルコレクションなどを活用し資料を収集した。

その結果、2つの文献において、異なる3つの催眠剤自殺の減少に効果があったアクセス制限について言及されていた。これらについて、催眠剤自殺の増減や通達・告知を踏まえて再分析をしたところ、いずれの法令や通達も、催眠剤自殺の減少に直接的につながったと捉えることは困難であった。今後は法的規制以外による入手可能性の制限についても検討する必要が求められた。

キーワード：東京都区部、通達・告知、自殺死亡統計

Key Words : Tokyo metropolitan area, circular notice, statistics of suicide deaths

受付日：2018年1月31日 再受付日：2018年2月8日 受理日：2018年2月8日

I はじめに

1. 自殺手段へのアクセス制限

自殺を予防する方法のひとつに、ロープや練炭といった自殺手段を遠ざける方法がある。WHOは「自殺手段へのアクセスを制限すること(restricting access to the means of suicide)は自殺予防活動の主要な要素である」としている。具体的には、農薬や銃器への入手制限、地下鉄や橋、建物に対して柵を設ける、医薬品の包装規則を変えるといったことを指している。また、農薬や銃器の用いられ方に地域差があることから、「これら手段制限の政策の立案は、地域の傾向を理解する必要がある(understanding of the methods of suicide used in the community)」としている¹⁾。

例えば、オーストラリア²⁾やノルウェー³⁾、スウェーデン⁴⁾では、過去にバルピツール酸系の催眠剤について販売の法的な規制や包装個数を変えるなどを行うことで

自殺を減少させている。

一方で、2008年に日本で流行した硫化水素による自殺は、アクセス制限として政策が立案されたものではなかったものの、効果的だった対策がいくつかあった。そのひとつに日本薬剤師会の注意喚起(平成20年4月25日 日薬業発第46号)、また厚労省の注意喚起(薬食総発第0425001号)を受けての日本チェーンドラッグストア協会の販売自粛があり、このアクセス制限によって硫化水素による自殺は減少している⁵⁾。

2. 1950-60年代の催眠剤自殺

1) 全国状況

日本では戦後に自殺の流行があった。人口動態統計における自殺死亡数(率)を見ると、昭和26(1951)年の15415人(18.1人/10万対)から自殺が増加し、昭和33(1958)年の23641人(25.7人/10万対)でピークとなったあと、昭和40(1965)年に14444人(14.7人/10万対)に

なるまで減少をしている⁷⁾。なお、この昭和33年の自殺死亡率は今日に至るまで最も高い死亡率であった。そして、この流行の特徴は、催眠剤を自殺手段とする若者を中心とした自殺であった。

この催眠剤による自殺数の把握は簡単でない。人口動態統計で公表されているものでは、ICD-10でのX60, X61にあたる「鎮痛剤および睡眠薬による中毒および曝露に基づく自傷および自殺」であり、しかも5年ごとである⁷⁾。この統計を用いて、「鎮痛剤および催眠剤」による自殺数と全自殺に占める割合(%)を、昭和25(1950)年から昭和45(1970)年まで5年おきに見ると、1741人(10.7%)、4563人(20.3%)、5209人(25.9%)、1253人(8.7%)、506人(3.2%)であった。

2) 東京都区部の状況

東京都区部(23区)で発生した自殺については東京都監察医務院で検案や解剖が行われている。催眠剤を用いた自殺の死亡数は昭和21(1946)年からのものが記録されており統計が利用できる⁸⁾。表1は東京都区部の昭和21~50年の自殺数、催眠剤による自殺数、全自殺に占める催眠剤自殺の割合(%)である。昭和33(1958)年が最も多く、自殺数2239人、催眠剤による自殺数912人、割合は40.7%と高い。

なお、用いられた催眠剤の種類については、昭和37(1962)年の催眠剤による自殺415例のものとなるが、ブロムワレリン尿素系が36%、バルビツール酸系が1%、非バルビツール酸系の催眠剤が13%、多種混合15%、その他5%、不明30%であり、圧倒的にブロムワレリン尿素系の催眠剤が用いられていた⁹⁾。

3) 全国との比較

図1は全国と東京都区部の自殺死亡率の経年変化であ

る。東京都区部のほうが自殺率の高低の変化が大きい。また表1より催眠剤による自殺の割合についても東京都区部のほうが高いことがわかる。

本研究では、催眠剤による自殺の死亡率の推移については、経年変化を検討するために全国データでなく東京都区部のものを用いることとするが、その際、全国と東京都区部の違いがあることを留意しておかなければならない。

3. 目的

これまでの日本における自殺手段へのアクセス制限の取り組みを振り返ることは、今後の自殺対策を推進する上で重要となる。先行研究では、催眠剤の入手可能性の制限が1950年代の自殺者減少に効果的であった成功事例として位置づけられている⁶⁾。その詳細について検討することは、今後の自殺手段制限による対策の基礎となると思われる。

本研究は昭和33(1958)年をピークとした催眠剤(主にブロムワレリン尿素系、バルビツール酸系)による自殺の流行に焦点をあて、法的規制や行政の取り組みを中心に、どういった自殺手段へのアクセス制限があり、また実際に自殺が減ったかどうか検討することを目的とする。

第一報では、催眠剤による自殺の実態について概観をしたあと、過去の研究において、それがどのように分析をされていたかを振り返る。

次に実際にどういった自殺手段の入手規制が行われていたかを省令や通達、告知にあたることで把握し、過去の研究と照らし合わせることをとする。

4. 方法

1950-60年代の催眠剤自殺について論じている文献を

表1 東京都区部における催眠剤による自殺数と総自殺数に占める割合

元号	自殺総数	催眠剤※	割合%	元号	自殺総数	催眠剤※	割合%
昭和21	600	7	1.2	昭和36	1598	656	41.1
昭和22	797	24	3.0	昭和37	1333	415	31.1
昭和23	875	38	4.3	昭和38	1185	300	25.3
昭和24	1044	98	9.4	昭和39	995	164	16.5
昭和25	1246	238	19.1	昭和40	1024	124	12.1
昭和26	1169	182	15.6	昭和41	1199	131	10.9
昭和27	1289	230	17.8	昭和42	1070	105	9.8
昭和28	1412	386	27.3	昭和43	1088	91	8.4
昭和29	1765	496	28.1	昭和44	1117	106	9.5
昭和30	1895	567	29.9	昭和45	1190	71	6.0
昭和31	1806	649	35.9	昭和46	1237	100	8.1
昭和32	1923	733	38.1	昭和47	1408	70	5.0
昭和33	2239	912	40.7	昭和48	1462	33	2.3
昭和34	1926	710	36.7	昭和49	1403	37	2.6
昭和35	1842	719	39.0	昭和50	1361	38	2.8

※「催眠剤」：催眠剤を手段とした自殺数。昭和39年からは精神安定剤による中毒死も含む
 出典：東京都監察医務院編集.東京都監察医務院50年史.(一部改変)

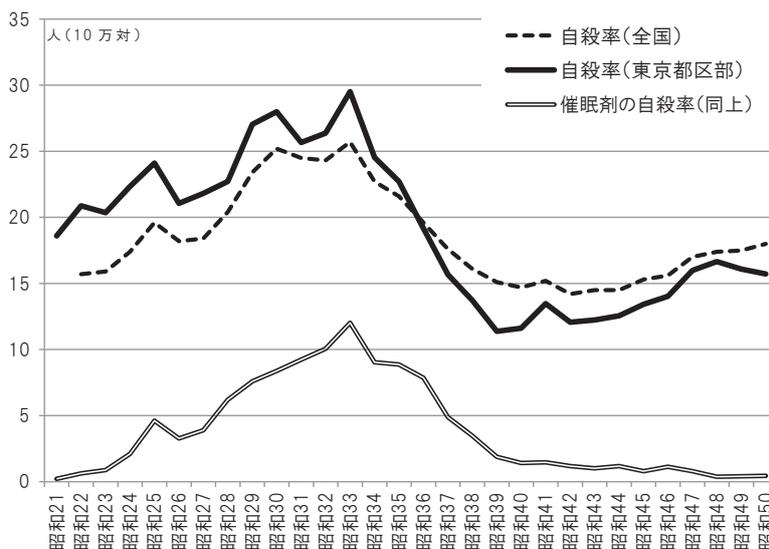


図1 自殺死亡率の経年変化 (全国および東京都区部)

収集し、催眠剤の入手制限についてどのように論じているか、また催眠剤自殺がどのように減少したかについて確認した。次に実際に行われた手段規制を、法令や通達、告知などより抽出し、先行研究の分析の再検討を行った。

資料の収集は、過去の文献については国立国会図書館のデジタルコレクションを利用し、また法令、通達や告示は同図書館議会官庁資料室にある文献資料や厚生労働省法令等データベースサービスを利用した。また、統計資料は東京都監察医務院「監察医務院死因調査統計」を用いた。学術論文については国内にない文献は海外図書館より取り寄せた。

II 催眠剤による自殺の減少に関する研究・分析

1. 山澤らによる分析

山澤らは、1958年から1977年までについて、農薬、催眠剤、青酸カリの3つの自殺手段について、その使用割合をグラフにした⁶⁾。催眠薬の摂取による自殺数は、1956年以降、急に減少をしているが、その理由として、①1956年の以前では、薬の販売上の制限が全くなかった。②同じ年の1956年に、催眠薬を得る際には医師による処方箋を得なければならないことが制度化された。③バルビツール酸の催眠薬の最小致死量50gであるので催眠剤による自殺は現実的でない、という3点を挙げている。

つまり、当時入手可能であったバルビツール系催眠剤は1錠あたり0.1gの含有であることから、致死量の50gを得るには500錠の催眠剤の準備が必要であるものの、処方薬による販売制限のため大量購入が困難になり、催眠剤自殺は現実的でない、ということ指摘している。

この山澤らの研究は、その後Lesterによって、「1956年に処方薬になったことで催眠剤による自殺が減少し

た」と引用された¹⁰⁾。さらにMannらによる大規模なレビュー論文では、他の国々とともに、バルビツール酸系の催眠剤の自殺が処方薬になったことと販売規制で自殺が減少した研究として山澤らの論文が引用されている¹¹⁾。

2. 上田および揖取による分析

上田フサ（厚生省大臣官房統計局：当時）は、『日本の自殺を考える』（田多井吉之介、加藤正明編集。医学書院1974）という書籍の中で、統計を用いながら自殺手段について論じている¹²⁾。そこでは「わが国の手段の年次推移を昭和25年より5年ごとにみると（中略）、昭和30、35年は服毒が1位で、その約半分の20%が睡眠剤である。しかしこの睡眠剤は昭和37年以降は急激に減少して、昭和44年以降では3%となっている。これはとくに睡眠剤についての取り締まりが昭和36年10月に強化され、取り扱いが厳重になったことが影響していると考えられる」と分析している（同書92ページ14行目より引用）。

また揖取正彦（東京都衛生局：当時）は、同じ『日本の自殺を考える』の中で東京都区部の服毒自殺について言及しているが、「昭和29～33年にかけての高自殺率は（中略）、この圧倒的多数を占めていた服毒が減少したのは、昭和38年に薬事取締法が施行されたためでもある」と分析している¹³⁾。

3. 先行研究のまとめ

これら先行研究に共通する点は、統計を用いた実際的な検討であること、減少した要因を制度や法施行などによる政府の対策として分析していることである。一方で、減少に転じた時期とその要因の分析は異なっており、山澤らは昭和31（1956）年の処方箋による販売規制、上田は昭和36（1961）年10月の取り締り強化、揖取は昭

和38（1963）年の法施行を理由としている。

Ⅲ アクセス規制の実際と先行研究

1. 主な手段規制としての通達や告示

表2は、厚生省（当時）を中心に、催眠剤（特にバルビツール酸系およびブロムワレリン尿素系）の販売など規制に関連すると思われる法律や省令、通達、告示の一覧である。バルビツール酸系とブロムワレリン尿素系は、同じ催眠剤であっても規制が異なっている点が注目される。

また、昭和36（1961）年の国民皆保険の実施に合わせて、昭和35（1960）年に薬事法が制定されたが、処方箋を必要とする要指示医薬品の制度が始まり、さらに薬事法に基づく販売の法的な規制がアクセス規制の中心となっていく。一方で自殺とは別に、昭和36（1961）年以降、社会問題となった非行少年による睡眠薬遊びの対策としての販売規制が進んでいく。

2. これまでの研究・分析との照合

1) 山澤らの研究の検討

山澤らは、催眠剤による自殺が減った理由として、昭和31（1956）年に催眠剤が処方薬となったという法的規制をあげている。しかし、データや文献の入手が容易になった今日では、次のように再検討することができる。まず、自殺に多く用いられた含有量の少ないブロムワレリン尿素系の催眠剤等は、今日でも市販薬である。一方でバルビツール酸系が市販薬から要指示医薬品（処方箋が必要）となったのは、昭和36（1961）年2月1日厚生省告示第17号による。

次に、昭和31（1956）年に制度化されたのは、昭和26（1951）年に成立した医薬分業法を、いわば「骨抜き」にした法であり、また、処方箋で催眠剤の入手を制限した事実はない。昭和31（1956）年4月1日施行の法第211号「医師法、歯科医師法及び薬事法の一部を改正する法律の一部を改正する法律」は、医薬分業に反対する

立場が医薬分業法の抜け道—医師法第22条の8項目など—を作るなど、肝心な部分を抜き取り形骸化させたものとされている¹⁴⁻¹⁸⁾。

2) 上田および揖取による分析の検討

上田は、催眠剤の取締りが昭和36（1961）年10月に強化された、としている。これは10月3日に厚生省薬務局長から都道府県知事あての通達「睡眠剤の取締りについて（薬発399号）」のことを指している。内容は睡眠薬遊びで悪用されている睡眠薬を具体的に4つ指摘し、販売にあたっては薬事法第46、47、49条の規定を厳守するよう取締りを強化するものである。なお、指摘された睡眠薬はバルビツール2種（イソミタル、ラボナール=劇薬、要指示医薬品）、バラミン（劇薬、要指示医薬品）、ハイミナール（普通薬）となっている。

すでに要指示医薬品として販売規制がなされているもの、また、催眠剤による自殺の中心にあったブロムワレリン尿素系のアクセス制限に関する通達ではないことから、この取締り強化が自殺を直接減少させた規制であるとは言えない。

揖取については昭和38年の薬事取締法の施行を自殺が減少した要因としているが、まず法律名称が誤っており正しくは薬事法である。なお、法施行は昭和35年であり、昭和38年には施行規則などの改正となっている。昭和38年6月の睡眠薬販売規制は、一般医薬品「ハイミナール」などを劇薬に指定することによる、青少年の睡眠薬遊び対策が目的であった¹⁹⁻²¹⁾。自殺についてはピークから5年を経ていることもあり、直接に催眠剤による自殺を減少させた規制とは言えない。

Ⅳ 催眠剤のアクセス制限と社会背景

それまでの中毒自殺に用いられていた青酸カリやネコイラズに変わって、東京都区部では昭和28（1953）年より催眠剤が青年層の自殺手段の中心となり、その後7～10年ほど爆発的に流行した。警察は既にこの流行を問題視

表2 催眠剤のアクセス制限に関連する主な省令、通達、告知

NO	西暦	元号	公布日	根拠条文等	名称等	内容
1	1932	昭7	6月27日	内務省令第23号	毒薬劇薬品目指定	ブロムワレリン尿素系、バルビツール酸系は劇薬（0.1g以下は除く）。
2	1948	昭23	7月29日	法第197号	薬事法（旧薬事法）	第37条第2項 劇薬は医師の処方箋が必要
3	1948	昭23	7月30日	法第201号	医師法	第22条 処方箋発行の義務
4	1949	昭24	5月25日	厚生省告示第92号	注意 習慣性あり	習慣性のある催眠剤（バルビツール酸系、抱水クロラル）は販売に制限「注意 習慣性あり」の記載
5	1961	昭36	2月1日	厚生省告示第17号	要指示医薬品	バルビツール酸系は記載あり。ブロムワレリン尿素系はなし。
6	1961	昭36	2月1日	厚生省告示第18号	習慣性の医薬品	バルビツール酸系、ブロムワレリン尿素系、共に。
7	1961	昭36	10月3日	通達薬発399号	睡眠剤の取締りについて	非行性少年の睡眠薬悪用の対策。4種類の販売規制。
8	1961	昭36	11月25日	通達薬発475号	催眠剤の乱用防止に関する対策について	催眠剤の乱用防止に関する対策要綱 全ての催眠剤は習慣性が認められる。未成年には原則販売すべきでない。
9	1963	昭38	6月24日	厚生省令第26号	薬事法施行規則改正	従来普通薬であった睡眠剤を大幅に劇薬指定。

し対策にも言及をしている。戦後の社会問題であった覚せい剤や麻薬のように所持や使用では罰することはできないため、催眠剤の対策は専ら販売規制の強化とし²²⁾、規制強化を厚生行政に働きかけている¹⁹⁾。背景には、非行少年の睡眠薬遊びだけでなく、ヒロポンの代用として鎮痛剤や催眠剤が乱用され、愚連隊や暴力団の資金源になるなど社会治安の問題も発生していた²³⁾。

この警察が主導となった販売規制は、昭和35 (1960) 年の薬事法制定以降に実質的に可能となったが、この薬事法には、昭和30年代に社会問題となっていた野放し状態の薬の乱売の規制、販売環境の整備、そして国民皆保険に伴う医薬分業の進展といった役割も担っていた。

V おわりに

本稿では、昭和33 (1958) 年をピークとした戦後の自殺ブームに自殺手段として多く用いられていた催眠剤について、過去にどういった研究分析があったのか、またアクセス制限の観点から、法令や通達、告示をあたることによって先行研究の分析を再検討した。戦後の社会が未だ混乱をしている時代に、国民皆保険制度など各制度が整備されていく中での販売制限がなされていく状況は、文献資料だけでは十分に把握できない。今後は、年齢層ごとの催眠剤自殺の状況や、自殺手段別の年次推移、バルビツール酸系やプロムワレリン尿素系といった催眠剤の工業生産額などにも注目するなど、多角的に催眠剤自殺の増減を捉えながらアクセス制限との関連を明らかにする課題が残った。

謝 辞

ベルギー王立図書館のThierry Dewin氏には、資料の取り寄せに際して、丁寧な対応をしていただきました。

本研究は文部科学研究費補助金 (課題番号17K09220) の助成を受けて行われており、また、研究の一部は第11回日本セーフティプロモーション学会 (2017年12月3日、於：東洋大学) で報告した。

引用文献

- 1) World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative (2014). www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/. Accessed January 31, 2018
- 2) Oliver RG, Hetzel BS. Rise and fall of suicide rates in Australia: relation to sedative availability. *Med J Aust.* 2 : 919-923, 1972.
- 3) Retterstol N. Norwegian data on death due to overdose of antidepressants. *Acta Psychiatr Scand.* 80 (suppl 354) : 61-68, 1989.
- 4) Carlsten A, Allebeck P, Brandt L. Are suicide rates in Sweden associated with changes in the prescribing of medicines? *Acta Psychiatr Scand.*

- 94 : 94-100. 1996.
- 5) 瀧澤透, 坂本真士, 末木新. 硫化水素による自殺は終息したか?: 人口動態統計の硫化水素中毒 (T59.6) による死亡数からの検討. 殺予防と危機介入. 35 (1) : 41-47, 2015.
- 6) Yamasawa K, Nishimukai H, Ohbora Y, et.,al. Statistical study of suicides through intoxication. *Acta Med Leg Soc.* 30(3) : 187-192, 1980.
- 7) 厚生労働省. 第5回自殺死亡統計. 2005.
- 8) 東京都監察医務院編集. 東京都監察医務院50年史. 1998.
- 9) 東京都監察医務院編集. 東京都監察医務院紀要Ⅱ (開院20周年記念号) 1970.
- 10) Lester D. Restricting methods for suicide as a means of preventing suicide: the case of drugs. *Percept Mot Skills.* 68(1) : 273-274, 1989.
- 11) Mann JJ, Apter A, Bertolote J,et.,al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA.* 26 : 294(16) : 2064-2074, 2005.
- 12) 上田フサ. 自殺の疫学. 田多井吉之介, 加藤正明編集. 日本の自殺を考える. 東京. 医学書院, 1974, 71-97.
- 13) 揖取正彦. 自殺の実態-東京都区部を中心に. 田多井吉之介, 加藤正明編集. 日本の自殺を考える. 東京. 医学書院, 1974, 124-139.
- 14) 石坂哲夫. やさしいくすりの歴史. 東京. 南山堂, 1994.
- 15) 秋葉保次, 中村健, 西川隆, 渡辺徹編. 医薬分業の歴史: 証言で綴る日本の医薬分業史. 東京. 薬事日報社, 2012.
- 16) 赤木佳寿子. 医薬分業と二つの政策目標—医薬分業の進展の要因—社会薬学. 32(2) : 33-42, 2013.
- 17) 日本薬剤師連盟. 医薬分業が辿ってきた道 (第一部) その5、その6. http://yakuren.jp/smalltalks/yhl_200901 (平成30年1月29日閲覧可能)
- 18) 日本医師会. 日本医師会通史, 昭和26年, 昭和31年. <https://www.med.or.jp/jma/about/50th/> (平成30年1月29日閲覧可能)
- 19) 月刊薬事編集部. 時評 催眠薬の販売規制. 月刊薬事. 5(7) : 9, 1963.
- 20) 伊藤西一. 我が国における戦後の耽溺性薬品に対する取締の経緯. 精神衛生. 104 : 7-11,1966.
- 21) 警察庁編. 第2章2 (2) 「ハイミナル」等の乱用, 警察白書: 警察活動の現況昭和55. 東京. 大蔵省印刷局発行. 1980.
- 22) 林修一郎. ヒロポンに続くもの催眠剤中毒の問題. 警察時報. 7(10) : 86-90, 1952.
- 23) 中島治康. 催眠剤等の乱用に関する考察—睡眠薬遊びの横行に際して—. 警察時報. 17(1) : 48-54, 1962.

わが国における性犯罪・性暴力被害者のための ワンストップ支援センターの現状と今後 —性暴力被害者支援看護職の活用に向けて—

石原千晶、Simon Elderton、境原三津夫

新潟県立看護大学看護学部

The Current Status and Projected Future of One-Stop Support Centers for Victims of Sex Crimes and Sexual Assault in Japan: Towards the Utilization of Sexual Assault Victim Support Nursing

Chiaki Ishihara, Simon Elderton, Mitsuo Sakaiharu

Faculty of Nursing, Niigata College of Nursing

抄録

わが国では、平成24年に内閣府犯罪被害者等施策推進室が「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」を作成し、その開設と運営の方法が具体的に示されたことにより、都道府県における開設が急速に進んでいる。その一方で、性暴力被害者支援看護職を性暴力被害者支援の専門看護職として認定する動きがある。開設が進むワンストップ支援センターの現状を把握し、性暴力被害者支援看護師がその専門性を発揮し活躍する場となる可能性について考察した。

内閣府のホームページで公開されている「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)」に掲載されている39施設を対象として聞き取り調査を行った。回答が得られたのは34施設であった。

わが国のワンストップ支援センターは病院を拠点とするものが全体の26%と少なく、電話相談についても365日24時間体制で支援している施設は全体の24%であった。性暴力被害は夜間、休日を問わず発生し、初期対応が最も重要であることを考えると365日24時間体制を整えることが望まれる。それを実現するには病院を拠点とする組織へ移行していくことが望ましいと考えられ、それは同時に病院所属の性暴力被害者支援看護師の専門的能力を活用することにつながっていくと考えられる。

キーワード：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、性暴力被害者支援看護職、SANEプログラム
Key words : one-stop support center for victims of sex crimes and sexual assault, sexual assault nurse examiner, SANE program

受付日：2018年1月30日 再受付日：2018年2月13日 受理日：2018年2月16日

I. はじめに

わが国では、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と略)が中心となり、性暴力被害の2次予防、3次予防を担っている。ワンストップ支援センターは、性暴力被害者に対して、被害直後から総合的な支援(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である。

平成24年に内閣府犯罪被害者等施策推進室が「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」を作成し、ワンストップ支援センター

の開設および運営の方法が具体的に示された¹⁾。これにより、各都道府県におけるワンストップ支援センターの開設が急速に進んでいる。

手引きの中で、わが国で実現可能な形態として「病院拠点型」、「相談センター拠点型」、「相談センターを中心とした連携型」の3類型が示された。「病院拠点型」は産婦人科医療を提供できる病院内に相談センターを置くものであり、「相談センター拠点型」は病院から近い場所に相談センターを置き、相談センターを拠点として病院と連携するものである。また、「相談センターを中心とした連携型」は相談センターと周辺の複数の協力病院が連携し、相談センターが支援の核となり各病院と連携を図るものである。いずれの場合も、警察、弁護士、精神科医、心理カウンセラーなどとの連携は相談センターがコーディネートすることになる。

一方、性暴力被害者の多様なニーズに対するケアを総合的に提供する専門家である性暴力被害者支援看護職（sexual assault nurse examiner, 以下SANEと略）を養成するための研修が、日本フォレンジック看護学会を中心として行われている。これはSANE養成プログラムと呼ばれ、研修修了者はSANEとして認定されるようなシステム作りが進められている。SANEを養成するための講座は、特定非営利活動法人女性の安全と健康のための支援教育センターにおいても開催されており、同センターでは2000年の講座開始以来、2016年春までに337名の研修修了者を輩出している²⁾。

SANE養成講座の研修を受けた看護職は、性暴力被害者の支援を総合的に行う専門家であるが、通常は病院に勤務して日常診療に携わっている。医療職であるSANEを活用するには、支援の拠点を病院に設置するのが効率的であるが、わが国においては「病院拠点型」のワンストップ支援センターが少なく、その活躍の場は極めて限定的となっている。

内閣府のホームページには、平成29年6月1日現在、39都道府県に設置されているワンストップ支援センターの一覧が掲載されている³⁾。急速に設置が進められたわが国におけるワンストップ支援センターについて、運営の観点から現状を把握することを目的として、聞き取り調査を実施した。SANEの養成とリンクすることなく設置が進められているワンストップ支援センターであるが、その現状を把握し、SANEが性暴力被害者支援の専門看護職としてその専門性を発揮する場として今後発展していく可能性について考察した。

Ⅱ. 対象と方法

内閣府のホームページで公開されている「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）」に掲載されているワンストップ支援センター39施設を調査の対象とした。

調査方法は、各ワンストップ支援センターのホームページ上に掲載されている情報を基本とし、訪問あるいは電話による聞き取り調査を追加した。聞き取りの対象者は、ワンストップ支援センターあるいは関係する都道府県の職員とした。

調査の内容は、ワンストップ支援センターの類型、設置場所、設置主体、運営主体、運営資金拠出者、相談時間、相談員の資格・数・勤務形態・業務内容、SANEの数・勤務形態・業務内容、相談件数（電話、面接、メール）、個別対応件数、1次予防活動実施の有無とした。調査の目的は、急速に設置されたワンストップ支援センターの実態を把握することにあるので、取得する情報は一般に公開されている内容に限定した。

Ⅲ. 結果

ワンストップ支援センター39施設のうち、5施設にお

いては調査協力が得られなかったため、協力の得られた34施設について分析を行った。回答が得られなかった5施設に関しては、各施設のホームページから情報は得られるものの、活動実態については確認がとれないことから分析から除外した。公開されている情報の範囲は施設により異なっており、今回の分析においては34施設すべてにおいて公開されている類型、設置場所、設置主体、運営主体、運営資金拠出者、相談時間について検討した。

(1) 類型（表1）

類型は「病院拠点型」が7施設、「相談センター拠点型」が2施設、「相談センターを中心とした連携型」が25施設であった。

表1 ワンストップ支援センターの類型

病院拠点型	相談センター拠点型	相談センターを中心とした連携型	計
7	2	25	34

(2) 設置時期と類型（表2）

「病院拠点型」は平成24年に2施設が開設されたのちは、毎年1施設ずつ増加している。「相談センター拠点型」は平成27年と28年に1施設ずつ開設した。また、「相談センターを中心とした連携型」は平成27年に6施設、平成28年に9施設、平成29年に4施設と近年急速に開設が進んでいる。

表2 ワンストップ支援センターの設置時期と類型

設置年	病院拠点型	相談センター拠点型	相談センターを中心とした連携型
平成22年	1		
平成24年	2		1
平成25年	1		4
平成26年	1		1
平成27年	1	1	6
平成28年	1	1	9
平成29年			4

(3) 設置主体と類型（表3）

「病院拠点型」の7施設のうち、都道府県が単独で設置主体となっているものが4施設、警察単独が1施設、病院単独が1施設となっている。他の1施設は、都道府県・警察・産婦人科医会・犯罪被害者支援センターの共同設置となっている。

「相談センター拠点型」は2施設とも都道府県が単独で設置主体となっている。

「相談センターを中心とした連携型」は19施設が都道府県単独であり、その他、単独で設置主体となっているのは犯罪被害者支援センター単独が1施設、NPO法人単独が1施設である。残りの4施設は共同設置であり、都道府県・警察・産婦人科医会・医師会・犯罪被害者支援センターが種々に組み合わせり設置主体となっている。

全体で見ると共同設置も含めて設置主体として関与しているのは、都道府県が28施設、警察が6施設、産婦人科医会が5施設、犯罪被害者支援センターが5施設となっている。

表3 ワンストップ支援センターの設置主体と類型

設置主体	病院拠点型	相談センター拠点型	相談センターを中心とした連携型
都道府県	4	2	19
警察	1		
病院	1		
犯罪被害者支援センター			1
NPO法人			1
都道府県・警察・産婦人科医会 犯罪被害者支援センター			2
都道府県・警察・産婦人科医会 NPO法人	1		
警察・産婦人科医会・医師会 犯罪被害者支援センター			1
警察・産婦人科医会 犯罪被害者支援センター			1

(4) 運営主体と類型 (表4)

「病院拠点型」と「相談センター拠点型」は、運営主体と設置主体が同一である。

「相談センターを中心とした連携型」は、都道府県が設置主体となっている19施設のうち、14施設は都道府県が運営を行っているが、残りの5施設においては運営を犯罪被害者支援センターに委託している。

表4 ワンストップ支援センターの運営主体と類型

運営主体	病院拠点型	相談センター拠点型	相談センターを中心とした連携型
都道府県	4	2	19
警察	1		
病院	1		
犯罪被害者支援センター			6
NPO法人			1
都道府県・警察・産婦人科医会 犯罪被害者支援センター			2
都道府県・警察・産婦人科医会 NPO法人	1		
警察・産婦人科医会・医師会 犯罪被害者支援センター			1
その他			1

(5) 運営資金拠出者と類型 (表5)

都道府県が単独で運営資金を拠出しているのは24施設であり、全体の71%を占めている。

「病院拠点型」と「相談センター拠点型」は、運営資金拠出者は設置主体と同一である。

「相談センターを中心とした連携型」は、都道府県が単独で設置主体となっている19施設のうち18施設において、都道府県単独で運営資金を拠出している。

表5 ワンストップ支援センターの運営資金拠出者と類型

運営資金拠出者	病院拠点型	相談センター拠点型	相談センターを中心とした連携型
都道府県	4	2	18
警察	1		1
病院	1		
犯罪被害者支援センター			2
都道府県・警察・産婦人科医会 犯罪被害者支援センター			1
都道府県・警察・産婦人科医会 NPO法人	1		
その他			3

(6) 電話相談時間と類型 (表6)

365日24時間の電話相談体制を整えているのは、「病院拠点型」で3施設、「相談センターを中心とした拠点型」で5施設であり、全体の24%となっている。

365日体制であるが相談時間を日中に限定している施設が、「病院拠点型」で1施設、「相談センターを中心とした拠点型」で1施設となっている。

その他を含め全体の71%にあたる24施設は、平日のみの対応となっている。

表6 電話相談時間と類型

電話相談時間	病院拠点型	相談センター拠点型	相談センターを中心とした連携型
365日・24時間	3		5
365日・日中 (+ a)	1		1
平日・24時間			1
平日・日中のみ	1	1	8
平日・日中+夜間 (~22時)	2	1	7
その他			3

*土曜日は平日に含めて集計

IV. 考察

(1) 性暴力被害者に対するワンストップ支援体制

内閣府はわが国におけるワンストップ支援センターの設置を促進するにあたり、韓国のワンストップ支援センターに関する調査を実施した。また、日本フォレンジック看護学会及び特定非営利活動法人女性の安全と健康のための支援教育センターが実施しているSANE養成プログラムは、米国の性暴力被害者支援制度であるSANEプログラムを参考にしている。

そこで、性暴力被害者支援の先達であるこれらの国々における性暴力被害者支援について概観し、わが国が設置を進めているワンストップ支援センターの現状と比較する。

1) 韓国における性暴力被害者支援

韓国では、2005年に警察庁がソウル警察病院内に「女性、学校暴力被害者ワンストップ支援センター」を設置し、産婦人科、精神科、小児科、救急科の専門医師が24時間診療するワンストップ医療支援、社会福祉士が24時間常駐するワンストップ相談支援、相談専門女性警察官

が24時間勤務して被害者の事情聴取を行って事件を迅速に処理するワンストップ捜査支援とワンストップ法律支援を行うシステムを整備した⁴⁾。

平成24年に内閣府が実施した調査では、全国に16か所のワンストップ支援センターが設置されており、医療支援、相談支援、捜査支援、法律支援を行っている。それらはいずれも国公立病院、大学病院、民間医療法人など300床以上の大型病院に併設されており、わが国のワンストップ支援センターの類型では「病院拠点型」に類似している。

運営に関しては、行政機関（市、道）、警察、病院が協約を締結し、行政の委託事業として実施している。病院は設置スペースを無料で提供し、医療サポートを行っている。運営資金は基本的に国と地方行政機関が負担し、被害者の医療費は国費（女性家族部所管の性犯罪被害者に対する治療費支援）で賄われている。例えば、ソウル市がソウル大学に委託して運営するボラメ病院に設置された「ボラメワンストップ支援センター」においては、運営資金は国とソウル市が50%ずつ負担し、治療費は国が負担している⁵⁾。

2) 米国における性暴力被害者支援

米国では性暴力被害者支援事業として、特別にトレーニングされた性暴力被害者支援看護職（SANE）が365日24時間、主に病院の救命救急センターをベースとして性暴力被害者に初期ケアを提供しており、これは「SANEプログラム」と呼ばれている。

SANEは、1976年に米国テネシー州で看護職者が法医学的証拠採取を行ったのが始まりとされる⁶⁾。SANEは、起訴を前提とした法医学的証拠採取や創傷の評価、性感染症の治療、妊娠の評価や避妊法だけではなく、性暴力被害の心的外傷に関する対応など広範囲にわたるトレーニングを受けている。そして、被害者の尊厳を守り、被害者が証拠採取によりさらなる心的外傷を受けないよう努め、証拠採取のプロセスを通じて被害者が自己決定できるよう配慮することで、自己をコントロールする力を回復できるよう援助する⁷⁾。米国では、主として病院の救命救急センターにSANEを配置し、被害者に対して集中して専門的な支援を行うことで、性暴力被害の2次予防・3次予防を担っている。

SANEプログラムもわが国のワンストップ支援センターの類型では「病院拠点型」に類似している。SANEはワンストップ医療支援を主な任務とし、起訴に向けた証拠採取や法廷での証言なども行っている。SANEプログラムは性暴力被害者の初期対応を行うことが主な目的であるため、心理カウンセリングなど長期にわたって支援が必要な場合は他の支援組織に引き継いでいるが、精神的支援に関する研修も受けており相談員としての役割も果たしている⁸⁾。

SANEプログラムは国の助成金や補助金、病院からの

補助、寄付金により運営されている。SANEプログラムにおいても運営資金の不足が問題となっており、特に地方におけるSANEプログラムでは国の助成金や補助金を十分に受けることができず厳しい運営状況にある⁹⁾。

3) わが国における性暴力被害者支援

性暴力被害者が置かれている状況やニーズは多様であり、個々の事情に応じた支援を適切に行う必要がある。特に性暴力被害者に対する支援は多岐に渡り、かつ専門的である。性暴力被害者に一元的に対応できる組織を設置し、どの関係機関・団体等を起点としても、一定レベル以上の必要な支援が途切れることなく受けられる体制を整備する必要があった¹⁰⁾。

内閣府は、平成23年の「第2次犯罪被害者等基本計画」策定時に、犯罪被害者団体等から意見聴取会を開催した。その際にワンストップ支援センターの設置に関する要望が寄せられた。具体的には、地方公共団体等における窓口の設置、二次被害を受けた被害者救済のための組織・制度の創設、国や地方公共団体における総合的対応窓口の設置を内容とするものであった¹⁾。これらを受けて、内閣府犯罪被害者等施策推進室は平成24年に「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開設・運営の手引き」を作成するに至った。この中で、わが国で実現可能なワンストップ支援センターの形態として「病院拠点型」、「相談センター拠点型」、「相談センターを中心とした連携型」の3類型が示され、地方公共団体が中心となり設置が進められてきた。

この3類型はわが国の実情に合わせた設置形態である。韓国や米国においては、性暴力被害者支援の拠点は病院であり、わが国の3類型では「病院拠点型」に該当する。わが国の場合、大都市においては「病院拠点型」のワンストップ支援センターを設置することは可能であるが、ほとんどの地方都市では「病院拠点型」の設置は困難である。地方都市においては、複数の産婦人医が常勤している病院の数が少なく、また病院としても拠点病院を引き受けることで業務負担が増加するにも関わらず、それに見合う医療収入が見込めない。今回の調査でも、「病院拠点型」が7施設、「相談センター拠点型」が2施設、「相談センターを中心とした連携型」が25施設であり、「病院拠点型」は全体の21%に過ぎなかった。

設置主体については、都道府県が単独で設置主体となっているものが25施設であり、全体の74%を占めている。このうち、設置者である都道府県が運営主体を兼ねているものが20施設あり、残りの5施設は犯罪被害者支援センターに運営を委託している。運営資金は共同出資も含めると26施設において都道府県が関与しており、全体の76%に達している。わが国のワンストップ支援センターでは、開設や運営の資金を都道府県の補助金や民間の寄付に頼っており、性暴力被害者支援を充実させるには資金不足が大きな課題となっている。

これに対し、国は平成29年度に初めて「性犯罪・性暴力被害者の支援体制整備促進のための交付金」を予算に計上した。ワンストップ支援センターの開設費や運営費のほか、警察に相談しなかった被害者の医療費、医療関係者や相談員の研修費などを対象とし、地方自治体が負担した経費の2分の1または3分の1を国が補助することになった。国からの資金援助は、都道府県が積極的にワンストップ支援センターの運営に関与することを促進するものであり、性暴力被害者支援における都道府県の役割がますます大きくなっている。

わが国のワンストップ支援センターの運営時間に注目すると、相談時間を365日24時間体制で整備しているのは全体の24%に過ぎない。「病院拠点型」で7施設のうち3施設、「相談センターを中心とした拠点型」では25施設のうち5施設である。性暴力被害は夜間に多く、性暴力被害者支援が救急医療に位置付けられていることを考えると被害直後の医学的診察が必須である¹¹⁾。また、性暴力被害者支援においては早期に介入することが、その後の精神的ダメージの回復にも好影響を及ぼすことから、被害直後から支援を開始することが望ましいとされる¹²⁾。365日24時間体制を整備するには、人的要因と財政的要因において制約があると考えられるが、性暴力被害者の支援は社会の責務であることを考えると、365日24時間体制に向け少しずつ進んでいくことが必要である。

(2) わが国のワンストップ支援センターの今後

わが国の性暴力被害者支援において韓国や米国との相違は、相談時間において365日24時間体制を整えている施設が全体の24%と少ないことである。韓国のワンストップ支援センターも米国のSANEプログラムも365日24時間体制を整えている。性暴力被害は夜間、休日を問わず発生し、初期対応が最も重要であることを考えると365日24時間体制を整えることが望ましい。両国では病院内に性暴力被害者支援施設が設置されており、これが365日24時間体制の整備を可能にしている要因の一つであると考えられる。

わが国では平成24年以降ワンストップ支援センターが急速に整備され、各都道府県に最低1施設が設置される時期が迫っている。それと同時にSANEの研修を受けた看護師も毎年増加している。これらの看護師は、通常は一般病院に勤務しており、その専門性を発揮する機会がほとんどないのが現状である。ごく限られた「病院拠点型」のワンストップ支援センターにおいて、そのスタッフとして貢献しているに過ぎない。

SANEのほとんどは病院に勤務しているので、病院内に相談センターを有するいわゆる「病院拠点型」のワンストップ支援センターであれば、病院所属のSANEが性暴力被害者の支援に貢献するシステムを構築し易い。わが国は「相談センターを中心とした連携型」が多数を占

めるが、連携している病院の中から病院内に相談センターを設置し拠点となる病院が現れることで、SANEの活用に向けたシステムの構築が進むと思われる。人的要因及び財政的要因が性暴力被害者支援の課題となっていることを考えると、国が中心となって支援を展開している韓国のように大規模病院が拠点となることが望ましい。そのためには各都道府県に存在している大学病院や各都道府県の拠点となっている公立病院などが拠点病院としての役割を担うようなシステム作りを進めることが理想である。都道府県が主導する方針に変わりはないが、国が平成29年度に「性犯罪・性暴力被害者の支援体制整備促進のための交付金」を予算に計上したことは画期的なことである。

SANEの業務に関しては、米国におけるSANEは法医学的証拠採取を主な業務としているが、わが国ではこれらは医師の業務となっている。このため、わが国のSANEは、性暴力被害の初期段階における性感染症や緊急避妊などの医療相談や精神的サポートを主な業務としている。法医学的証拠採取ができなくても、医療に関する情報の提供においてSANEの専門性を十分に生かすことができ、またSANE養成講座の研修においては精神的支援についても学ぶため、性暴力被害の初期段階でのSANEの役割は被害者にとって有益である。今後、性暴力被害者支援を充実させるためにワンストップ支援センターにおいてSANEの活用を進めていくことも一つの方法である。

V. おわりに

わが国のワンストップ支援センターは「病院拠点型」にこだわることなく、「相談センター拠点型」や「相談センターを中心とした連携型」という類型を含め急速に設置が進められてきた。近々、各都道府県に1施設以上のワンストップ支援センターが設置される見込みとなっている。

しかしながら、「病院拠点型」は全体の21%にとどまっておき「相談センターを中心とした連携型」が大半を占めている。また、相談時間において365日24時間体制を整えているのは全体の24%と少ないのが現状である。韓国のワンストップ支援センターや米国のSANEプログラムは、基本的に「病院拠点型」であり、365日24時間体制を整えている。わが国は「相談センターを中心とした連携型」が多く、また運営資金面で国の補助がなかったことから365日24時間体制の整備が遅れてきた。しかしながら、国による運営資金の援助が行われるようになったことから、今後は365日24時間体制に向かい整備が進められていく可能性がでてきた。

ワンストップ支援センターの開設と並行して、わが国では性暴力被害者支援の専門家であるSANEの養成が進められている。一部の「病院拠点型」のワンストップ支援センターにおいては、SANEがスタッフとして活躍し

ているが、今後は「相談センターを中心とした連携型」のワンストップ支援センターにおいても活躍できるようなシステムを考えていくことも必要である。例えば、複数の協力病院の中でも大規模病院を拠点病院として位置づけ、そこにSANEを配置するなど「相談センターを中心とした連携型」ではあるが「病院拠点型」の要素も盛り込むようなシステムを作っていくのも一つの方法である。

ワンストップ支援センターの設置とSANEの養成がリンクし、性暴力被害者支援の専門的知識と技能を備えたSANEを十分に活用するような制度を構築することが社会の責務として求められているのではないだろうか。

なお、本研究は、文部科学研究費補助金（課題番号15K11667）を受けて行ったものである。

引用文献

- 1) 内閣府犯罪被害者等施策推進室. 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～地域における性犯罪・性暴力被害者支援の一層の充実のために～. https://www.npa.go.jp/hanzaihigai/kohyo/shien_tebiki/pdf/zenbun.pdf Accessed September 4, 2016.
- 2) 特定非営利活動法人女性の安全と健康のための支援教育センター. 性暴力被害者支援看護職（SANE）養成講座. <http://shienkyo.com/sane/> Accessed July 25, 2017.
- 3) 内閣府男女共同参画局. 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）. http://www.gender.go.jp/policy/no_violence/avjk/pdf/one_stop.pdf Accessed July 25, 2017.
- 4) 鄭根在, 宣善花. 韓国の性犯罪被害者支援と今後の課題. 被害者学研究. (21) : 12-23, 2011.
- 5) 内閣府犯罪被害者等施策推進室. 平成23年度諸外国における犯罪被害者等に対する経済的支援に関わる制度等に関する調査報告書. <https://www.npa.go.jp/hanzaihigai/kohyo/report/h23-3/index.html> Accessed January 1, 2018.
- 6) 松本真由美, 林美枝子, 小山満子, 他. 性暴力被害者支援におけるSANE（性暴力被害者支援看護職）の重要性と課題—人権尊重の視点から—. 日本医療大学紀要. 1 : 38-47, 2015.
- 7) Campbell R, Patterson D, Lichty LF. The Effectiveness of Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Programs: A Review of Psychological, Medical, Legal, and Community Outcomes. *Trauma Violence Abuse*. 6(4) : 313-329, 2005.
- 8) Little K. (2001). Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Programs: Improving the Community Response to Sexual Assault Victims. *U.S. Department of Justice, Office for Victims of Crime Bulletin*, 4, 1-19. https://vawnet.org/sites/default/files/assets/files/2016-09/OVC_SANE0401-186366.pdf Accessed November 10, 2017.
- 9) U.S. Government Accountability Office. (2016) Sexual Assault: Information on Training, Funding, and Availability of Forensic Examiners. GAO-16-334. March, 2016. <https://www.gao.gov/assets/680/675879.pdf> Accessed November 10, 2017.
- 10) 警察庁. 支援ための連携に関する検討会最終とりまとめ. <https://www.npa.go.jp/hanzaihigai/suisin/kentokai/pdf/sst.pdf> Accessed December 18, 2017.
- 11) 境原三津夫, Simon Elderton, 坂上奈瑠美. 性暴力被害の予防に関する文献的考察—2次予防・3次予防から1次予防へ—. 日本セーフティプロモーション学会誌. 10(2) : 43-50, 2017.
- 12) 福本環, 岩脇陽子, 松岡知子. 京都府内の産婦人科診療所における性暴力被害者への支援の実態調査. 日本看護研究学会雑誌. 38(5) : 73-81, 2015.

DV事犯等の対応で警察官が医療機関に望むこと

鈴木 真人¹⁾、山田 典子²⁾

1) 天使大学看護栄養学部

2) 日本赤十字秋田看護大学

What Police Officials Wish for Medical Institutions in Response to Domestic Violence

Masato Suzuki¹⁾, Noriko Yamada²⁾

1) Tenshi College, Faculty of Nursing and Nutrition

2) Japanese Red Cross Akita College of Nursing

抄録

本研究の目的は、DV事犯等の対応で警察官が医療機関に望むことを明らかにし、医療機関と警察の連携の課題を探ることである。

研究対象者は、過去3年間にDV事犯等を扱ったB県の警察官500名とした。全員にアンケートを配布し、438部を回収した(回収率87.6%、有効回答率100%)。このうち医療機関に望むことや被害者への対応について、自由記述の意見を付した185名の記述をもとに、内容分析を行なった。

分析の結果、本研究テーマに沿った素データは203であり、意味内容を損なわないようコード化し、類似するものまとめ44のコードを抽出した。44のコードを統合し、《捜査への協力》《証拠の収集保管》《医師の意見》《警察官の実情》《相互の差異》《安全な情報の取り扱い》《早期回答のシステムづくり》《態度・行動の改善》の11サブカテゴリが抽出され、サブカテゴリを統合し、【協力】【理解】【要望】の3カテゴリが抽出された。

DV事犯等の対応で警察官が医療機関に望むことでは、【協力】、【理解】、【要望】があった。これらの課題の解決に向け、医療機関が警察に抱く要望との折り合いをつけながら、関係改善と業務協力を図る取り組みが必要であると考えられ、より一層、安全な情報の取り扱い、態度・行動の改善、早期回答のシステムづくりに向けた話し合いが必要である。

キーワード：DV、警察官、医療機関、連携

Keywords : domestic violence, police officer, medical institutions, collaboration

受付日：2018年1月9日 再受付日：2018年2月12日 受理日：2018年2月15日

I. 緒言

警視庁の発表によると、平成28年における配偶者からの暴力事案等の相談状況は69,908件、前年度より6,767件増え過去最高であった。一方、医療機関から警察への通報は、平成24年に67件であったのに対し、4年後の平成28年では126件とほぼ倍増している¹⁾。

DV事犯等の被害者は、精神的および身体的外傷を生じているために医療機関を受診していることが多い。そのため、医療従事者は被害の第一発見者となることが少なくない。2001年に施行された「配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律」(以下DV防止法)第3章において被害者の保護が規定されている。第6条においては、「医師その他の医療関係者は、その業務を行うに当たり、配偶者からの暴力によって負傷し又は疾病にかかったと認められる者を発見したときは、その旨を配偶者暴力相談支援センター又は警察官に通報することができる。この場合において、その者の意思を尊重するように努めるものとする。(第2項)」とし、「医師その

他の医療関係者は、その業務を行うに当たり、配偶者からの暴力によって負傷し又は疾病にかかったと認められる者を発見したときは、その者に対し、配偶者暴力相談支援センター等の利用について、その有する情報を提供するように努めなければならない。(第4項)」と医療者の責務を挙げている。

しかしながら、DV事犯等(配偶者等からの暴力事犯、恋愛感情等のもつれに起因する暴力的事犯、高齢者虐待事犯、障害者虐待事犯、児童虐待事犯および暴力的性的犯罪をさす)の被害者が警察に相談し事情聴取した際、被害者が「過去に医療機関を受診した」と申し立てたにもかかわらず、医療機関から警察署等に通報がなされていなかった経験のある警察官が4割程度いたことが報告されている²⁾。被害者支援では、医療機関と警察の連携が必要であることは言うまでもない。しかし、個人情報保護の観点より医療機関から情報が警察に届いていない状況にある。個人情報の保護に関する法律の第23条の第三者提供の制限「あらかじめ本人の同意を得ないで、個人データを第三者に提供してはならない」とあるものの

例外規定があり「人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき」は第三者への提供が可能である。

本研究は、DV事犯等の対応において警察が医療機関に望むことを明らかにし、医療機関と警察の連携の課題を探ることを目的とした。

II. 方法

1. 対象者及び調査期間

研究デザインは、定性的記述的デザインである。研究参加者は、過去3年間にDV事犯等（配偶者等からの暴力事犯、恋愛感情等のもつれに起因する暴力的事犯、高齢者虐待事犯、障害者虐待事犯、児童虐待事犯および暴力的性的犯罪をさす）を扱ったB県の警察官500名とした。調査期間は2014年6月から同年7月までの2か月間である。

2. 調査方法

匿名の自記式アンケート調査を実施した。警察官の属性、DV事犯等への対応件数、医療機関のスタッフの対応、病院の捜査協力に関する環境面、連携のために望むこと等の項目を質問した²⁾。調査を開始する前に、B県警察本部、生活安全部生活安全企画課、刑事部捜査一課、警務部犯罪被害者支援室等の関係部門の長へ調査目的を説明し、調査への協力を求めた。過去3年以内にDV事犯を扱う部署に勤務した警察官へ、研究の目的と参加方法を説明する文書を添えてアンケートを配布することの承諾を得た。該当部署にアンケート用紙を配布する際、研究参加は個人の自由意思によるものとし、協力は強制ではないこと、警察内で回収を強要しないこと、アンケートに回答しなくても何ら損失を伴わないことを書面で各自に説明した。個別の返信用封筒によるアンケートの返送により、研究に参加する意思を示すものとみなした。

3. 分析方法

本論文では、調査協力者より、自由記述の意見として記述された内容を分析対象とした。

1) 回収したアンケート項目のうち、病院や従事者に対する記述を類似性と差異性に基づいてカテゴリに分類した。

- ①警察官の記述状況より、言わんとする文脈を把握した後、1つの意味を含む単位で抽出し、素データとした。
- ②素データは、DV事犯等の業務で警察官を取り巻く状況や役割、業務、ニーズ、デマンドを具体的にイメージできる範囲の抽出度を持ち、意味内容を損なわないようコード化した。
- ③コード化した文章をもとに、意味内容の類似性に従い、比較検討、統合しサブカテゴリとした。

④サブカテゴリを比較検討しながら統合し、その意味を適切に表現する名前をカテゴリとした。

⑤さいごにカテゴリ間の関係性を検討して、警察官が医療機関に望むこと、医療機関と警察の連携の課題について示した。

2) 得られたデータの真実性、妥当性の確保のために、データの粗集計を回答者の一部にフィードバックし、回答者の記憶違いや先入観が入り混じっていないか内容の真実性や妥当性について検討した。

3) 分析にあたっては質的研究で修士以上の学位を有した研究者数名で議論し、分析の精度を担保した。

4. 倫理的配慮

本調査は、札幌市立大学の研究倫理審査委員会の許可を得て実施した（承認番号1401-1、2014年3月30日）。

III. 結果

500部のアンケートを配布し438部を回収した。すべて有効であった（回収率87.6%、有効回答率100%）。このうち医療機関に望むことや被害者への対応について、自由記述の意見を付した185名の記述をもとに、連携課題に関する内容を抽出し、分析を行った。

以下、カテゴリを【 】、サブカテゴリを《 》で示す。本研究テーマに沿った素データは203あった。分析方法に基づき、素データを意味内容を損なわないようコード化し、類似するものをまとめ44のコードを抽出した。

抽出されたコードを統合し、(1)《捜査への協力》、(2)《証拠の収集保管》、(3)《医師の意見》、(4)《警察官の実情》、(5)《相互の差異》、(6)《安全な情報の取り扱い》、(7)《早期回答のシステムづくり》、(8)《態度・行動の改善》の8サブカテゴリが抽出された。さらに、サブカテゴリを統合し、(1)【協力】、(2)【理解】、(3)【要望】の3カテゴリが抽出された。

警察官が医療機関に求める【協力】には、《捜査協力》《証拠の収集保管》《医師の意見》のサブカテゴリに分類された。また、警察官が医療機関に求める【理解】は、《警察官の実情》《相互の差異》のサブカテゴリに分類された。そして、警察官が医療機関に求める【要望】は、《安全な情報の取り扱い》《早期回答のシステムづくり》《態度・行動の改善》のサブカテゴリに分類された（表1）。

IV. 考察

1. 協力

1) 捜査への協力

警察官のアンケートへの回答をみると、「証拠となる写真の撮影」、「負傷の軽重や原因を鑑みた一般常識的な通報」、「被害者の意思確認と警察に通報する際の経緯説明」、「病院へ臨場している警察官に対する第一報告、病状等、待ち時間が長く捜査が遅れる」、「医療費の説明（保険の適用等）について協力的な対応」、「せめて警察

への相談教示や緊急性の判断は第1次的に医療機関で認知した場合は努力して欲しい」など、証拠収集について課題があり、医療機関から警察への通報が迅速になされていない現状がうかがえる。

「捜査協力依頼をした際の適切な対応」、「捜査上で医療者側からもっと得たい情報があっても対応してもらえないということが多々ある」、「加害者と警察を重ね合わせて八つ当たりしない」。捜査に非協力的な医療機関の対応が述べられていた。

2) 証拠の収集保管

証拠の有無は、その後の捜査の進展を大きく左右するため、犯人を逮捕し処罰するには証拠の確保が重要である³⁾。診療記録（カルテ）やレントゲンなどの画像情報の保管は医療機関の一つ役割である。医療関係者にはDV事犯等被害の証拠を裁判などに備えて記録する役割が求められる場合もある⁴⁾。そのため警察官は「写真撮影等による受診時の負傷状況の保全」、「後に事件化された際に備えた迅速な資料提供」、「資料の保管整備」を求めている。「医療機関が認知している診療情報を提出してもらわないと書類が作成できないし、被害者に2度3度同じことを繰り返し聞くことになり負担」という証人の心的負担についての記述もある。これらの結果、医療機関が証拠収集や保全などが警察官の視点からみると不十分であること、証人の心的二次被害に配慮していない現状があった。

3) 医師の意見

早急な事件の解決が行なわれるためには、証拠となる情報が必要である。そして、客観的な被害状況の情報である《医師の意見》もその一つである。「負傷部位写真撮影、CT、X線、負傷の時期や成傷意見」、「負傷部位と暴行の因果関係の診察」、「診断等に関する専門的意見の捜査上資料としての回答」など成傷意見、因果関係、専門的意見を医療従事者の中でも特に医師に対して協力を求めている。

2. 理解

1) 警察官の実情

「警察官は医療の知識に乏しいながらも、医療関係者とは深く関わらざるを得ない実状がある」。「警察官は医療側に情報を求めすぎる傾向にもある。警察が必要とする情報が得られない辺、整理する必要がある」。警察官と医療機関との間に、必要としている情報の選択や伝達に対する意識の隔たりが存在していた。

2) 相互の差異

「警察は犯人逮捕をすることで、さらなる被害の拡大を防ぎ、互いに必要なことを理解すれば被害者に対してより良い支援ができるのではないか」。「医療の現場は、

医師の守秘義務があったり、個人情報の取扱いで警察との認識に差がある」。

一般社団法人日本医療安全調査機構の平成28年度の実績報告書によると、1年間に約500例近い医療事故が発生し、その5倍の相談を受けているという⁵⁾。救命救急センターにおける親密な関係にある（あった）人からの暴力（身体的暴力、性的暴力、身体・性的脅し、心理的（精神的）暴力）に対し、看護師が被害スクリーニングを実施できない理由として「時間のなさ」「多忙さ」が報告されている⁶⁾。こうした状況に加えて、さらに警察が関与する事件に関わることに對する業務負担の増加が、医療従事者の心理的な抵抗へと繋がることは少なくない。捜査協力することにより医療従事者が多忙になるのは避けられないが、DV事犯等の被害者の早期回復と生活の安全のために警察と医療機関が連携することが求められる。

3. 要望

1) 安全な情報の取り扱い

警察官は医療機関との間に「やりにくさ」を感じていた。「警察は犯人逮捕をすることで、さらなる被害の拡大を防ぎ、互いに必要なことを理解すれば被害者に対してより良い支援ができるのではないか」、「医療の現場は、医師の守秘義務があったり、個人情報の取扱いで警察との認識に差がある」。警察官は、互いの立場の差異を踏まえたうえで、医療機関や医療従事者へ理解と警察活動への協力を求めている。

「DV被害者は自ら被害をなかなか認識できないため、病院受診時DVについてのパンフレットを手渡し、早く自覚させてほしい」、「事件性が疑われる事案に関して診断書料を無料にしてもらいたい」。DVを受けている女性は、加害男性から常に経済的、または心理的に支配されており、医療機関を受診しても支援につながるができないケースが多く存在し、常に支配される関係の中で、孤立や認知の歪みが起こり、外部への助けを求められなくなるという報告がある⁷⁾。医療機関に求められる役割の第一は被害女性の発見であり⁷⁾、医療機関を受診した被害者が支援につながるようにするために、DVについての啓発リーフレットなどを配布することや、経済的に困窮していることが多いので医療費への配慮を求める意見がみられた。

「被害者の秘密保持、組織の守秘義務」、「個人情報保護よりも個人の生命、身体の安全に重きを置き、情報共有を図れればと感じている」、「被害者に対してより良い支援をするために互いの情報を共有する」、「警察はDV事案に本気で取り組んでいるということ伝えてほしい」、「情報提供の一元化、院内での情報が関係先に十分に通知されていないので二度手間になることが散見される」。などの意見もみられた。

2) 早期回答のシステムづくり

警察と医療機関の情報共有では、「DV事件等の窓口として警察との連絡が計られればよい」「警察捜査対応窓口を定めるなど、スムーズな捜査ができるよう配慮願いたい」と情報伝達の窓口を必要とされている。これらは、「院内での被害者対応のシステムづくりや役割の分担」のシステムが不十分であることに由来する。ある警察官は、「病院が忙しいのはよくわかるが、1か月以上も返事がもらえず捜査がすすめられない」と、相談窓口としての機能、捜査対応窓口の設置、役割の分担、診察の結果の回答の整備が不十分であることを訴えていた。医療機関と警察との連携システムが不十分であるために捜査進展への影響が考えられ、早期回答のシステムづくりが求められる。

3) 態度・行動の改善

山田ら²⁾は、医療従事者と警察官との連携が「やや不十分」あるいは「不十分」と答えた者は対象となった警察官のおよそ半数であり、特に医師との連携が不十分であると報告している。今回の研究においては、医療機関の一部で「極端な場合、医師のその時の気分によって警察捜査への対応に差が出ることもあり、可能な限り捜査協力を得たい」という意見があった。警察官と医師との間に差異が生じている状況もあるようだ。

警察官は「二次被害の防止に配慮した活動」を行なうためにも、「医療行為にとどまらない安全な生活および捜査上のもへの配慮」、および安心して落ち着ける場所での捜査の聞き取りができるといった配慮を、医療機関より受けたい。また、「病院内に落ち着いて話を聴ける場所がない。部屋が借りられない」状況があった。被害者の話が他者に聞こえてしまうような環境での事情聴取により、被害者に二次被害等の心的外傷を負わせてしまう状況も予想された。被害者の証言が二転三転し、被害者が不利にならないために、極力、被害者が繰り返し話す回数を減らす配慮が必要である。そのために「警察官が医師と一緒に事情聴取できるような配慮」や、「医師に言いそびれそうなことを発言できるような観察や目配り」等の態度・行動の改善を求める訴えもあり、より良い被害者支援に向けて、警察と病院双方が態度や行動を変えていく必要が示された。

4. DV被害者支援における警察・医療機関の在り方

池内は、予測不可能な喪失に対する恐怖から人は極度のパニックに陥ることを報告している⁸⁾。また、宮林らは「悲嘆の情緒反応に影響するものに、通り魔殺人等の予期できない不幸に直面した場合、「なぜ、こんな目に遭うのか」「自分が何をしたというのか」等の大変激しい怒りを抱く」と述べている⁹⁾。しかし、このような被害者の強すぎる感情は時に凍結され、何事もなかったかのようにふるまう被害者もいる¹⁰⁾。精神的に混乱した状

況の被害者の支援に、警察と医療機関はどのような対応をすべきであろうか。

配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護等のための施策に関する基本的な方針（概要）をみると、第4の4被害者からの相談等に対する（2）警察の項において「被害者からの相談において意思決定を支援するなど、被害者の立場に立った適切な対応を行うとともに、相談に係る事案が刑罰法令に抵触すると認められる場合には、被害者の意思を踏まえ捜査を開始するほか、刑事事件として立件が困難であると認められる場合であっても、加害者に対する指導警告を行うなどの措置を講ずる必要がある。」とされ¹¹⁾、警察は事件化するのみならず、たとえ立件が困難な場合でも加害者にたいする指導警告を行うことと明記している。こうした警察の役割からも、事件の被害が拡大しないよう被害者への配慮を心掛けながら、解決につながる証拠を早く医療機関から得たいと考えられる。一方、医療従事者は常に患者情報を守りながら治療し、警察官が加害者に対し指導警告を行うことで、被害が水面下に潜り深刻化しないか、被害者の精神的身体的健康度をアセスメントし、患者やその家族を診ている。

また、2017年より強姦罪、準強姦罪は、強制性交等罪、準強制性交等罪と改正され、非親告罪となった。これにより、今後は性暴力被害が表面化し刑事事件件数の増加が予測され、被害者支援のために警察と医療機関の協力がより不可欠となると考えられる。医療機関側が個人情報保護法にて、人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合は第三者への提供が可能であることが規定されていることを理解しておく必要がある。法律を遵守し、警察と医療機関が情報共有することは事件解決支援につながると考える。警察も医療機関の現状を理解して寄りながら、相互の連携や協体制がより一層確立できることを希望していた。連携機能の強化には、個人情報保護よりも患者の生命の安全に重きを置き、情報共有を図るガイドラインの共有が必要である。

V. 結語

DV事犯等の対応において警察官が医療機関に望むことは、【協力】、【理解】、【要望】があった。これらの課題の解決に向け、医療機関と警察が関係改善と業務協力を図ることが必要であると考えられ、より一層迅速で安全な情報の取り扱い、態度・行動の改善、早期回答等のシステムづくりが必要であると考えられた。

謝辞

本調査にご協力くださいましたB県警察本部長ならびに警察官の皆様にご心より感謝申し上げます。本研究は、平成26年度文部科学省研究補助金（課題番号24660040）を受けて実施しました。

引用文献

- 1) 警視庁生活安全局生活安全企画課刑事局捜査第一課. 平成28年におけるストーカー事案及び配偶者からの暴力事案等への対応状況について.
<https://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/stalker/seianki28STDVsyosai.pdf> (2017年12月31日検索)
- 2) 山田典子, 吉池信男, 田仲里江, 他. 親密な関係にある者からの暴力的事犯被害者への支援方策に関する検討 ～警察官と医療機関の連携体制の課題について～. 日本フォレンジック看護学会誌. 1(2): 50-59, 2015.
- 3) 小笠原和美. 警察における性犯罪被害者支援及びフォレンジック看護への期待. 日本フォレンジック看護学会誌. 1(2): 112-115, 2015.
- 4) 米山奈奈子. DV被害女性が体験した支援と回復に関する一考察 回復過程における支援の現状と医療機関の役割. 秋田大学医学部保健学科紀要. 13(1): 23-33, 2005.
- 5) 一般社団法人日本医療安全調査機構. 平成28年度の実績報告書. https://www.medsafe.or.jp/modules/advocacy/index.php?content_id=2 (2017年12月31日検索)
- 6) 平井和明, 影山隆之. 日本の救命救急センターにおけるIPV (Intimate Partner Violence) 被害者への対応 看護管理者と看護師への質問紙調査. こころの健康. 30(1): 54-67, 2015.
- 7) 高田紗英子, 牧田潔, 加藤寛. DV被害者における支援阻害要因に関する一考察 医療機関が支援機関として機能するために. 心的トラウマ研究. 7: 41-48, 2011.
- 8) 池内裕美, 藤原武弘. 喪失からの心理的回復過程. 社会心理学研究. 24(3): 169-178, 2009.
- 9) 宮林幸江, 安田仁. 死因の相違が遺族の健康・抑うつ・悲嘆反応に及ぼす影響. 日本公衆衛生雑誌. 55(3): 139-146, 2008.
- 10) 白川美也子. 赤ずきんとオオカミのトラウマ・ケア—自分を愛する力を取り戻す「心理教育」の本. 東京, アスク・ヒューマン・ケア, 2016, 12-17.
- 11) 内閣府男女共同参画局. 配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護等のための施策に関する基本的な方針 (概要). http://www.gender.go.jp/policy/no-violence/e-vaw/law/pdf/dv_kihon_gaiyou.pdf (2017年12月31日検索)

表1

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
協力	捜査への協力	捜査協力依頼をした際の適切な対応
		証拠となる写真の撮影
		負傷の軽重や原因を鑑みた一般常識的な通報
		病院へ臨場している警察官に対する第一報告、病状等、待ち時間が長く捜査が遅れる
		被害者の意思確認と警察に通報する際の経緯説明
		せめて警察への相談教示や緊急性の判断は第1次的に医療機関で認知した場合は努力して欲しい
		医療費の説明 (保険の適用等) について協力的な対応
		捜査上で医療側からもっと得たい情報はあっても対応してもらえないということが多々ある
		加害者と警察を重ね合わせて八つ当たりしない
	証拠の収集保管	写真撮影等による受診時の負傷状況の保全
後に事件化された際に備えた迅速な資料提供		
後に事件化された際に備えた資料の保管整備		
写真撮影及び写真の提出		
患者の情報を捜査側に提供願いたいと切に望む		
後に事件化された際に迅速な資料提供		
対応の良い病院を選定して、その情報を捜査側に提供願いたいと切に望む		
医療機関が認知している情報を提出してもらわないと書類が作成できないし、被害者に2度3度同じことを聞くことになり負担		
医師の意見	主治医としても見立て	
	負傷部位写真撮影、CT、X線、負傷の時期や成傷意見	
	負傷部位と暴行の因果関係の診察	
	診断等に関する専門的意見の捜査上資料としての回答	
理解	警察官の実情	警察官は医療の知識に乏しいながらも、医療関係者とは深く関わらざるを得ない実状がある
		警察が必要とする情報が提供されづらい
		警察は医療側に情報を求めすぎる傾向にもある。警察が必要とする情報が得られない辺を整理する必要がある

DV事犯等の対応で警察官が医療機関に望むこと

理解	相互の差異	警察は犯人逮捕をすることで、さらなる被害の拡大を防ぎ、互いに必要なことを理解すれば被害者に対してより良い支援ができるのではないか
		医療の現場は、医師の守秘義務があったり、個人情報の取扱いで警察との認識に差がある
要望	安全な情報の取り扱い	DV被害者は自らに被害をなかなか認識できないため、病院受診時DVについてのパンフレットを手渡し、早く自覚させてほしい
		情報提供の一元化、院内での情報が関係先に十分に通知されていないので二度手間になることが散見される。
		被害者に対してより良い支援をするために互いの情報を共有する
		事件性が疑われる事案に関して診断書料を無料にしてもらいたい
		警察はDV事案に本気で取り組んでいるということを伝えてほしい
		個人情報保護よりも個人の生命身体の安全に重きを置き、情報共有を図ればと感じている
	早期回答のシステムづくり	DV事件等の窓口として警察との連絡が計られればよい
		警察捜査対応窓口を定めるなど、スムーズな捜査ができるよう配慮願いたい
		院内での被害者対応のシステムづくりや役割の分担
	態度・行動の改善	病院が忙しいのはよくわかるが、1か月以上も返事がもらえず捜査がすすめられない
		極端な場合、ドクターのその時の気分によって警察捜査への対応に差が出ることもあり、可能な限り捜査協力を得たい
		二次被害の防止に配慮した活動
		医療行為にとどまらない安全な生活および捜査上のものへの配慮
		事情聴取ができる場所が院内にない。部屋が借りられない
		警察官が医師と一緒に事情聴取できるような配慮
病院内に落ち着いて話を聴ける場所がない		
医師に言いそびれそうなことを発言できるような観察や目配り		

山形県庄内保健所の取組 ～41℃ふろプロジェクト～

稲坂 恵

日本セーフティプロモーション学会 理事

Activities of Shounai Public Center in Yamanashi Prefecture ～41℃Bath Project～

Megumi Inasaka

Director of Japanese Society of Safety Promotion

キーワード：セーフティプロモーション、入浴死・入浴事故、日本の問題

Key words : Safety Promotion, death・injury during bath, Japanese problem

受付日：2017年12月20日 再受付日：2018年1月12日 受理日：2018年1月13日

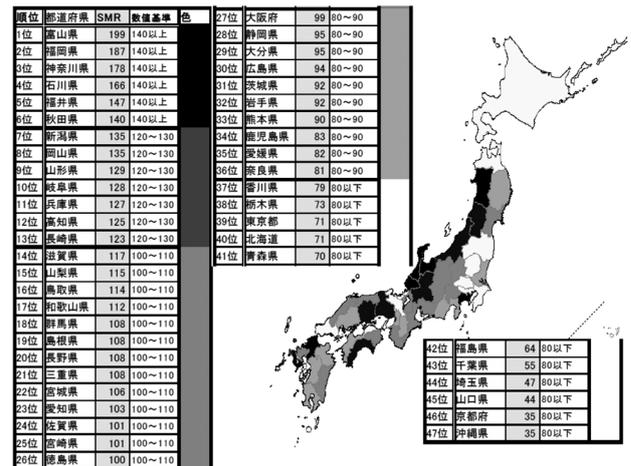
はじめに

不慮の事故と言われる意図的でない傷害の中で日本独特なのが浴槽内溺れである。湯船に浸かる文化の無い沖縄や海外諸国の人々は浴槽内溺死を想像できない。しかし毎日浴槽に浸かっている私たちでも実のところ想像できていないのではないか。なぜなら人口動態統計の浴槽内死亡数が減っていないからである。この実情に問題意識を持った庄内保健所で平成22年に浴槽内溺れを防止する目的で41℃ふろプロジェクトが開始された。サーベイランスを駆使した科学的根拠に基づく方法であり、地域診断結果からの予防対策を策定し地域を巻き込みながら推進するセーフティプロモーションの活動方法である。その3年半の活動状況をまとめる。

取組の背景

日本では交通事故死数が減少する中、溺死数が増加している実態を明らかにし、推計された平成20年の不慮の溺死に関する都道府県別標準死亡比で山形県が9番目に高く基準値の100を超えた127であったことを問題視した(図1)。冬期に寒い北海道40位(71)・青森県41位(70)は共に低い結果であり、山形県との違いを家の中の暖かさで推測した。事前の情報収集で、日本の溺死率は世界的に高く、75歳以上ではワーストワンと判った。また日本の人口動態統計で元データになる死亡診断書は溺死を病死と誤判定している率が高く、実際の死亡数はおおよそ4倍と推定するという文献も確認している。このような状況から高齢化率が山形県平均より高い庄内地域は、冬期の家の中も暖かいとは言えず、脱衣所と風呂場の寒さと浴槽の温度差による高齢者の入浴死を大きな課題と設定し、プロジェクトが立ち上がった。

図1. 都道府県別の平成20年の不慮の溺死・溺水標準化死亡率(SMR)の集計結果



(山形県ホームページ<http://www.pref.yamagata.jp/ou/sogoshicho/shonai/337021/kikaku/nyuyoku/publicfolder201009268951350399/publicatfile.2010-09-29.2440755602.pdf> から引用)

浴槽溺れに関するサーベイランスとその分析結果

庄内保健所では鶴岡・酒田消防署の協力を得て、手始めに平成21年11月から半年間の入浴実態をまとめていく。対象は救急要請された入浴起因の事例搬送者ならびに不搬送者であり、方法は救急活動記録表と聞き取り調査表の集計分析である。なお不搬送者とは回復して搬送の必要のない事例や既に死亡していて警察に引き渡した事例になる。集計結果は入浴事故が128件発生し、おおよそ4人に1人となる30の方が亡くなっており、同期間の交通事故死4人と比較すると入浴死は7倍余であった。分析結果は「高齢者が多い」「自宅での発生が多く死亡率も高い」「寒い日に多い」であった。具体的には年齢層で70代・80代が7割強を占め、死亡者は全例65歳

以上であった。風呂の種別は自宅が6割強であり、死亡率は1/3と高く、発生場所は浴槽内が5割強であり、その死亡率は5割弱と最も高かった。自宅の死亡率の高さは大風呂などと違って独りで入浴することで発見が遅れることが推測された。これらの分析から必要な対策として①家族の声かけ・見守りの重要性の啓発、②安全な入浴法の周知、③脱衣所・浴室を暖め温度差をなくす重要性の啓発を挙げている。なお湯の温度についてはデータが取れていない。

プロジェクト開始後も同様の調査を継続し入浴事故の実態を2カ月毎に公表しており、原因因子を追及し続けている。例えば事前調査結果として「高血圧症・脳卒中の人に多い」としていたが、疾病が無い人でも浴槽内溺死が発生していることが判り、「健康な高齢者にも発生している」と啓発内容を変えた。また高齢者のみならず全年齢で発生している事実から誰にでも起こると警告を鳴らしている。更に飲酒との関係も分析し、飲酒後の入浴で発生率が優位に高い結果から飲酒をリスク因子と説明するようになった。一方助かった事例についても丹念に調査しており、意識なし・呼びかけに無反応・水没・浮いていた等の状態で通報された事例でも、その1/3が死亡を免れていたことから早期発見が効を奏していたとして、家族(独り暮らしではご近所さんへ)の声かけを推進している。また心肺停止状態の113例の内6人が蘇生術で回復しており、実施者は家族3人・関係者1人・消防隊員2人であった。従って蘇生術教育も強化して実施している。なお最初の1年間(H21.11~H22.10)で把握した入浴死者42人について人口動態調査上の死因を確認したところ、不慮の溺死・溺水10人に対し病死32人と先行研究を追認する結果であった。

サーベイランスに基づく対策の総括

サーベイランスの結果から7つの対策が必要とされた。それらは①「浴事故実態調査をもとにした住民への継続した普及啓発」。その根拠として“入浴死は交通事故死の4.7倍、寒い時期に限定すると9.1倍発生している。1年目と比べ2年目の発生件数は約1.3倍、死亡者数は約1.7倍である。”を挙げている。考察としては“入浴事故の実態や予防対策が認知されつつあるが発生件数が減少しておらず行動変容に結び付き対策等が重要で継続の必要性がある。”としている。②「早期発見のための家庭内での見守り」。その根拠として“夜中から朝方に発生又は通報された場合、不搬送の死亡が多い。自宅で発生した場合は死亡率が高いが、3人に1人が声かけで重症化を免れている。”を挙げている。考察としては“早期発見が非常に重要であり、日ごろから家族の入浴時間を把握し、入浴時は頻りに声かけをするなど家庭内での見守りが重要”としている。③「応急手当ての普及啓発」。その根拠としては“救急車到着時に4人に1人が心肺停止状態となっていたが、10例が心肺蘇生術で回復してい

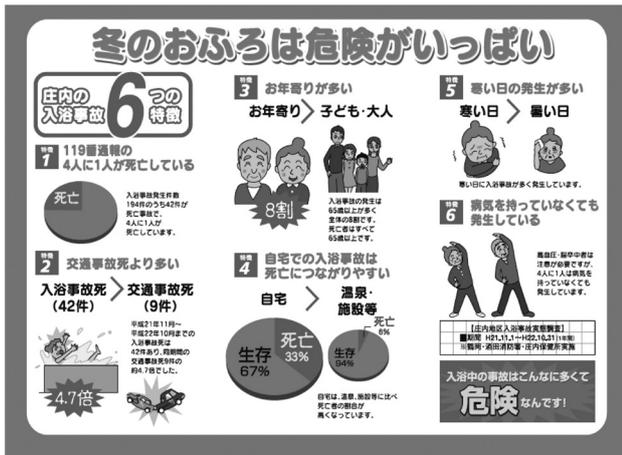
る。”を挙げている。考察としては“発見した家族や周囲の迅速対応が必要であり、対処法の普及啓発を継続すべき”としている。④「広く一般住民に対する普及啓発」。その根拠としては“65歳未満の若い世代の人にも発生しており、病気をもっていない4人に1人が亡くなっている。”を挙げている。考察としては“幅広く予防法を周知する必要がある”としている。⑤「正しい入浴習慣の普及啓発」。その根拠としては“自宅で入浴中の浴槽内での発生が多く、飲酒後の死亡率が高い。”を挙げている。考察としては“日ごろの家庭内での入浴習慣を見直し、ぬるめのお湯での安全な入浴法と飲酒後の入浴は控える注意喚起を普及する必要がある”としている。⑥「温度差をなくすための住宅環境改善啓発」。その根拠としては“気温の低い日(気温平均4℃)や前日より気温が低くなると発生件数が多くなることから寒さが関係すると考え、冬期に住宅内温度が暖かい北海道や青森の死亡比が低いことにヒントがある”を挙げている。考察としては“入浴時の急激な温度変化による血圧変動を抑えるため、居間と脱衣所・浴室の温度差を無くすことが重要であり、断熱性・気密性の高い住宅を普及していく”としている。⑦「全国的な健康問題としての普及啓発」。その根拠としては“日本は溺死が多く、特に高齢者では世界で日本がワーストワンである”を挙げている。考察としては“熱いお湯に肩までどっぷりとつかると日本人独特の入浴習慣が要因と考えられ、全国では推計死亡数は人口動態調査よりかなり多く実態把握ができていな

図2. 41℃ふるプロジェクト事業一覧

年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度
	高齢者入浴安心サポート 実験事業	あんぜんお風呂普及拡大事業	
入浴事故 実態調査	予備調査(H21.2~3)	本格調査(H21.11.1~H25.4.30) 協力機関: 鶴岡市消防本部及び酒田地区広域行政組合消防本部	
41℃ふる キャンペーン・ キャラバン	■キャンペーン 日帰り温泉施設5箇所 内容: アンケート、川柳、 健康チェック、講座、 抽選会	■キャラバン 市町主催のイベント5~6箇所 内容: クイズ、抽選会、健康チェック(23)、 いふる川柳・アイデア募集、環境改善パネル(24)、 DVD上映等	
出前講座	H22: 4回 「庄内保健所長の健康講座」/ 「庄内総合支庁 地域ふれあい講座」	H23: 17回	H24: 10回
啓発ツール の作成	■リーフレット 配布先: 消防署の応急手当講習会、市町・保健所の健康教室等 H22: 12,000部	H23: 10,000部	H24: 14,000部 (管内約10,000部)
	■ポスター 配布先: H22 医療機関、介護施設 H23 温泉施設、医療機関、公民館等		■機(のぼり) 配布先: 市町、 消防署、医療機関等
		■動画 H23 1編 配布先: 市町、消防署、医療機関、介護施設、温泉施設等	■パネル 住環境改善提案パネル H24 4編
情報発信 情報提供	■マスメディア H22 22回 (新聞9,テレビ5,他8)	H23 17回 (新聞7,テレビ3,他7)	H24 39回 (新聞15,テレビ7,他17)
	■IT H23 YouTube投稿	H24 YouTube投稿	H24 YouTube投稿
	■市町村広報 H22 5誌	H23 5誌	H24 4誌
	■啓発チラシ Newyoku Times (にゅうよくだいす)の発行 H22 1号	H23 2,3号	H24 第4~6号
学会での発表	■学会 H22 2件 H22.12 保健医療科学研究会 H23.3 県公衆衛生学会	H23 3件 H23.7 東北公衆衛生学会 H23.10 日本公衆衛生学会 H24.3 県公衆衛生学会	H24 2件 H24.6 日本温泉機構物理医学会 H24.9 庄内高齢者ケア学会
事業評価		■アンケート調査 管内住民等 539人	■アンケート調査 管内外住民等 2,923人

(山形県ホームページ<http://www.pref.yamagata.jp/ou/sogoshicho/shonai/337021/kikaku/nyuyoku/publicfolder201009268951350399/katudouhoukoku/3syou22.pdf>から引用)

図3.



(山形県ホームページ<http://www.pref.yamagata.jp/ou/sogoshicho/shonai/337021/kikaku/nyuyoku/4126navi/nyuyuyokujiko.html>から引用)

図4.



(山形県ホームページ<http://www.pref.yamagata.jp/ou/sogoshicho/shonai/337021/kikaku/nyuyoku/4126navi/nyuyuyokujiko.html>から引用)

い。庄内地域と同様、他地域においても入浴事故は多いと考えられ、全国的に予防法の普及啓発を展開していく必要がある”としている。

プロジェクトの事業内容

事業の一覧表を示す(図2)。H22年度は「高齢者入浴安心サポート実験事業」としてキャンペーンを実施し、H23・24年度は「あんぜんおふろ普及拡大事業」としてキャラバンを実施している。初年度は入浴事故の予防法や緊急時の対処法を記したリーフレット(図3・4)やポスターを作成し、主に高齢者を対象に、日帰り温泉施設巡回や保健所長による講和、リーフレット活用での消防署員による応急手当講習を行っている。平成23年度はターゲットを広く一般住民へ拡大し、秋から冬にかけて管内市町の健康祭りなどでキャラバンを展開している。平成24年度は取組を管外へ広げるため、ポータル

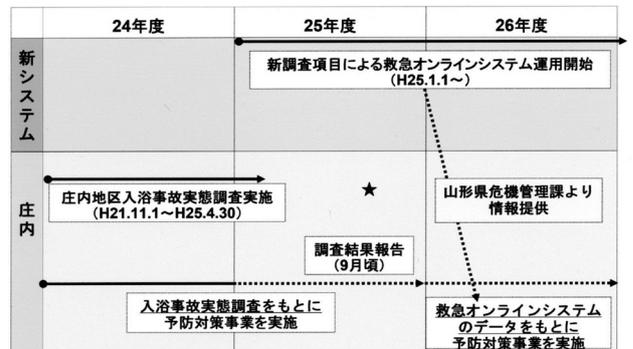
サイト「入浴死・入浴事故を防ぐナビ」を開設し、新聞、雑誌等に投稿、「よいふろ動画」をYouTubeで配信している。更に建築分野との連携により、手軽にできる浴室・脱衣所のリフォームを提案した住環境パネルを作成しキャラバンで活用している。また初年度より様々な機会を捉えて広報活動を行い、学会発表している。2年目からは住民へのアンケート調査を実施し変化を確認している。なおこれらは最終報告の第3章に詳細にまとめられている。特記すべきこととして、保健所長の講和スライド「行政から入浴事防止への提言」の中で、2年間の入浴事故対策の評価が報告されており、アウトカム評価として事故件数の増加・死亡数のやや低下、プロセス評価として事故周知95%・対策周知97%・対策実施78%と、2つの評価で結果を示している点である。また、新しい消防統計を示し(図5)、山形県の調査等スケジュール(図6)も発表している。なお3年半のデータは図7に示す通りとなり、最終的なアウトカム評価としては、発生頻度や死亡数が減少した結果に至っていない。

図5. 新しい消防統計

	新調査項目による 救急オンラインシステム	庄内地区入浴事故実態調査
調査実施	全国の消防本部(消防庁)	鶴岡・酒田消防本部(庄内保健所)
調査地域	全国 (技術的には消防本部単位で集計可)	庄内地域のみ
調査期間	H25.1.1～	H21.11.1～H25.4.30(3年半)
把握可能 事項	発生場所(住宅の浴室)を抽出可能 (入浴後の浴室以外での発生、公衆 浴場・施設等での発生、不搬送者の 入浴事故は把握不能)	入浴行為又は入浴に起因して発生し た全ての救急搬送者と不搬送者
結果取り まとめ 公表	・25年データについて、26年5月末に 都道府県から国に年報報告予定 (入浴事故関連データの公表は不明)	・2か月分の基礎データを取りまとめ、 2か月後に公表 ・半年～1年ごとに報告書を公表

(山形県ホームページ<http://www.pref.yamagata.jp/ou/sogoshicho/shonai/337021/kikaku/nyuyoku/publicfolder20100926895135039/4126publicity/gakkai06.pdf>から引用)

図6. 山形県の調査等スケジュール



(山形県ホームページ<http://www.pref.yamagata.jp/ou/sogoshicho/shonai/337021/kikaku/nyuyoku/publicfolder20100926895135039/4126publicity/gakkai06.pdf>から引用)

図7. 3年半に渡る予防活動実践のアウトカム

区分	発生件数	死亡者数		交通事故死	
		65歳以上			
1年目	H21.11.1~H22.10.31	194	42	42	9
2年目	H22.11.1~H23.10.31	250	72	63	15
3年目	H23.11.1~H24.10.31	256	60	57	13
4年目	H24.11.1~H25.4.30 (6ヶ月間)	153	47	40	1
合計	H21.11.1~H25.4.30 (3年6ヶ月)	853	221	202	38

(山形県ホームページ<http://www.pref.yamagata.jp/ou/sogoshicho/shonai/337021/kikaku/nyuyoku/4126navi/publicdocument201107266669298101.html>から引用)

将来に向けての総括

今後の課題として他の地域にも普及啓発していく必要があるとし、県内4保健所が集まる会議で、H23年度とH24年度に庄内保健所主催の入浴事故予防研修会を開催した。問題意識を持った最上保健所が庄内保健所の取組方法を取り入れ、管内消防本部の協力により入浴死・入浴事故実態調査を行い、その結果を受けて普及啓発を図っている。また全国調査として、①入浴中の急死が熱中症によるとの仮説（東京消防庁調査による考察）を踏まえ、入浴中の急死の病態解明、予防対策及び有効な救命法を提案することを目的に、厚生労働省が研究班（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）を立ち上げ、人口構成及び気候の異なる3地域（東京都・山形県・佐賀県）において、平成24年10月1日～平成25年3月31日の6ヶ月間、研究班主導のもと入浴関連事故の実態把握調査が実施されている。

本プロジェクトの総括としては“管内の入浴事故実態調査をもとに、入浴死・入浴事故の実態や予防法の普及啓発を図り、その甲斐があって住民に知られるようにな

り、メディアにも取り上げられて注目されてきている。但し、行動変容に結びつくような住民の意識変革に至っているとは言えないため、今後さらに丁寧な働きかけにより予防法の浸透を図る必要性があり、調査・研究と実証に基づく対策が必要で今後の進展が望まれる”としている。

結語

セーフティプロモーションのアプローチで実践している庄内保健所の活動を紹介した。3年半のサーベイランスに基づく対策実践であり、先駆的な取組である。最終的に自宅浴槽での溺死が誰にでも発生すると判ったが、このような家庭内事故は家族の責任に終始する傾向がある日本で、地域の課題、更には日本の課題として住民へ啓発した活動は称賛に値する。今のところアウトカム評価で効果には至っていないが、いずれ死亡数減少に転じることも期待できよう。入浴死・入浴事故は誰にでも発生するというメカニズムの理解納得があってこそ予防対策は効果に繋がる。毎日湯船に浸かってリラックスする日本人がその危険性を自分にも起こる事態と十分に理解し安全な入浴習慣に変えることが必須である。庄内保健所の取組が最上保健所に広まったように、入浴死・入浴事故への関心がさまざまな地域で高まり、アウトカムとして入浴事故や入浴死が減少していくことを期待したい。

引用文献

- 1) 山形県庄内保健所. 入浴死・入浴事故予防事業活動報告書. <http://www.pref.yamagata.jp/ou/sogoshicho/shonai/337021/kikaku/nyuyoku/katudouhoukoku.html>

第23回国際セーフコミュニティ学会

稲坂 恵

The 23rd International Safe Communities Conference, Novi Sad, Serbia

Megumi Inasaka

第23回国際セーフコミュニティ学会が2017年10月10日(火)～12日(木)の3日間セルビアの第2の都市ノビサドで行われた。筆者は口述発表のため参加したのでその様子を報告する。

今回の学会テーマは『Safe communities are an Essential Need for a Modern-Day Society』で、「傷害と暴力は世界的な公衆衛生上の重要課題であり、その解決のための新たな考え方や経験を探し継続的に世界を安全な場にしていく。そのために傷害予防の専門家やセーフティプロモーションの実践家、研究者、開業医、政策担当者、セーフコミュニティの推進団体に議論討議し情報と経験を共有する」としている。会場はホテルであった。

そもそもこの学会は1989年にスウェーデンのストックホルムで開催された第1回事務・傷害予防世界会議で、セーフコミュニティのマニフェストとして「何人も等しく健康と安全の権利を有する」という人権宣言が基本となっている。世界保健機関の地域に根差した協働センターが7指針に基づくセーフティプロモーション活動を推奨して世界に普及し、認証セーフコミュニティが世界に広まる中、地域学会が始まり、数年前から国際学会と地域学会が隔年となった。ちなみに来年のアジア地域学会は厚木市で11月開催予定である。

本学会の演題は35ヵ国からであり参加者数の発表はないが200人位と思われた。日本人の参加者はセーフコミュニティ推進機構が率いる自治体グループと明治大学安全学の教授が率いる学生たち、その他、総勢20人ほどであった。公用語は英語、セルビア語、ロシア語であり、発表者数は多い順にイラン49人、セルビア32人、ロシア20人、日本と韓国が共に10人であった。ただ学会への事前問い合わせが困難であったり、返事が不適當だったり開催前から運営の不備があり、プログラム詳細もHP上での事前掲載はなかった。会場入りして登録直前に会ったセーフコミュニティ機構の白石氏より日本人リストに私の名前が無いと言われたが、スムーズに登録できた。ところが頂いたプログラム集に自分の演題がないことに気付き大いに落胆する事態となってしまった。しかし横浜市栄区のセーフココミュニティ認証時の審査員であった中国シュウメイ氏も同じく口述発表演題の掲載がなかったと聞いた。そのシュウメイ氏と演者・座長として演題集に名前があるリトアニア友人からは、それぞれ“発表する緊張から解放されたのだから楽しもう！”

との発言があり、私も当初の不満を吹き飛ばし悪あがきせず、彼らの言葉に従うことにした。なお、発表できた演題申請者は開催10日程前にプログラムをダウンロードするようにとメール配信があったそうである。

今回の学会にはセーフティプロモーションの創設者であるLeif Svanström教授が久しぶりに参加していて嬉しい再会を果たした。教授から開催前日のウエルカムパーティに着物姿で現れると思っていたのに何故来なかったのかと問われたが、招待者だけだったので私は番外と伝えた。かつてカロリンスカ研究所で教授の講義を受けた際、なぜ日本では浴槽で溺れが発生するのかという質問に当時はきちんと答えられなかったが、今回それをまとめた発表内容であったことから、自分用に用意したスライド原稿を教授に渡すことができ、長年の宿題を提出した結果になった。

学会初日は10時よりオープニングセレモニーが始まり、子どもたちとパラリンピック参加者が中央から入り、国歌斉唱、小中学生の歌と踊り、トランペット演奏による幼児たちの“幸せなら手を叩こう”で歓迎してもらった。そして学会長の挨拶、セルビアのプリンセスKatherineの祝辞に続き、Svanström教授からの挨拶でこれから託す人材としてオーストラリアのHanson氏とスウェーデンのMohammadi氏の名が揚げられた。

そして1時間遅れで全体会が同じ場所で始まった。今回の重要かつ核となる講演者6人が壇上に並び、順番に20分ずつ発表していく形式であった。同じ円卓の自治体グループと関係日本人は白石氏の同時通訳を聴いていたが、私は拙い英語頭へと切り替え聴くことにした。最初

写真1. オープニングセレモニー
(プリンセスKatherineの祝辞)



写真2. プリンセスKatherine



はSvanström教授でセーフコミュニティとは何かという基本的な話から始まった。スウェーデンで1970年代からコンセプトが作られ、世界保健機関傘下の協働センターとして1989年に作成したマニフェストを再確認し、現在はNGOとして継続していることが紹介された。そして今回の学会テーマの現代社会でもSafe for allを確認していた。

オーストラリアのHanson氏はセーフコミュニティMackayのケース研究について壇上を降りフロアの参加者に机を叩きながら熱く語っていた。Mackayは傷害率が高いことから2000年に活動が開始され2004年に81番目のセーフコミュニティとなっている。ソーシャルネットワーク分析を実施し、ネットワークの倍増と4年間で基幹病院の救急部門傷害数が12%減少したと報告した上で、この活動を統合してネットワークを強め、トップダウンとボトムアップを調整し、合意形成にて協働していく活動をもっと世界に広めようと強調していた。スウェーデンのDalal氏は傷害による損失額を示し、セーフコミュニティは傷害予防とセーフティプロモーションで持続可能な福祉の発展に焦点を当てたパートナーシップの中で対話的アプローチに頼るべきだと語っていた。更にコミュニティ開発としてガバナンスとコラボレーションの方針と実践を強調し、有病率より費用効果が高いこと、単純な疫学研究より政策ツールがより成功すると結論づけていた。6番目は日本の白石氏で日本各地のセーフコミュニティ都市を表にして各成果を発表し、特に厚木市の市民満足度が32.8%から52.7%へ高まったと紹介していた。午後からの全体会も同じ場所で行われたが壇上6人が並んだ後に慌ただしく演者一人加わって7人となった。最初の演者はアメリカのRyan氏でSafe Kids Worldwideを代表して人権と故意ではない傷害の分析を発表していた。その後の発表3名はスライドが全く無く、またロシア語・セルビア語での発表を同時英訳で聞くという状況であったことから、私の聴く意欲は薄らいでしまった。しかし追加演題ではプログラムに掲載されていないイタリアからの発表であり演者名は記録できなかったが、タイトルは「小児の窒息傷害を如何に防ぐか?」であり、興味を持った。まず食品での窒息が77%と報告し、予防活動であるURL: www.safefood4children.orgを紹介した後、YouTube(疫学・

子どもの解剖・発生メカニズム・子どもの行動など)を皆で観覧した。このビデオは日本語を含む多言語ならびに手話で語られており、日本でも紹介したい内容であった。次の別部屋で行われる予定の3分科会はスケジュール遅れの影響で明日に持ちこまれることになった。ポスターは分科会部屋へ繋がる空間で終日掲示されていた。

2日目・3日目のプログラムは午前中に全体会(1時間半)2セット、午後に2分科会とセルビア人向けのパネルセッション、誰でも参加できるワークショップであり、ポスターは毎日張り替えられていた。2日目の全体会で秩父市長がセーフココミュニティ活動の報告をし、具体的成果として交通事故、犯罪認知件数、山岳遭難件数、自殺者数の減少を掲げていた。

写真3. 秩父市長の口述発表の様子
(秩父市HPの掲載写真から許可を得て掲載)



全体会ではSvanström教授がコメントする場面が多く、7指標の確認や地方リーダーの重要性、今回のテーマである現代社会に対応すべき次のステップへのバージョンアップも指南していた。ヘルシーシティの発表では、セーフティプロモーションはヘルスプロモーションから出発したものではないと道筋を正す場面もあった。アジアの韓国・台湾・タイの発表では傷害サーベイランスの仕組みを活用しており、未だに仕組みが不十分な日本をどうしたものかと考えてしまった。なお分科会では演者不在が多く、最も酷かったのは9演題中1人だけという分科会であった。この分科会の講演者はノルウェーのSomerkoski氏で、子どもの傷害は45%が小学校で発生していることから、言語ではなくアニメや視覚的なツール(赤=傷害、黄色=ニアミス、緑=安全)で傷害予防教育をし、教師がレポートを提出する仕組みを紹介していた。続いて別のテーマでの発表も披露し、安全文化・安全学習・安全環境について考え学んで行動していく安全教育を教師に指導し、その教師が生徒たちに指導しているという内容であった。この分科会への参加者はセルビア2人、中国2人、タイ1人、日本1人の計6人であり、残り時間は演者・司会者と一緒に情報交換しながらのディスカッションとなった。予測不可能な子ども

の行動・いじめ問題・凶暴化している学生対策・受動喫煙被害など多岐に渡る内容を語り合うことが出来た。体育教師や芸術教師はリスクを学んでいるし、特に小児科医は子どものリスクを熟知しているので情報提供していくべきとのまとめとなった。タイの参加者はセーフティプロモーションを自国に根付かせたAdisak氏の弟子の小児科医である。

最終日のクロージングセレモニーではまずSvanström教授から世界各国の功労者の名前が読み上げられて各自壇上に上がり、日本では白石氏に功労賞が授与された。またSvanström教授よりNGO代表の座をDale Hanson氏に引き継ぎ、副代表はReza Mohammadi氏との声明があった。そしてコンセプトに基づき、世界保健機関からの同意を得て、多数ある文献をレビューしながら、コミュニティのために政治家を含む支援者を増やし、セーフティプロモーションを推進発展させていこうと呼びかけていた。新しい代表のHanson氏は傷害による死亡は6秒に一人発生しているから huge taskであり、議論しながら世界を変えていこうと力強く語っていた。最後に次回国際学会開催国のマケドニアがスライドで内容の紹介をしていた。また次期アジア大会の厚木市は市長のビデオメッセージを流し2018年11月12日～15日開催への参加を呼び掛けていた。

写真4. クロージングセレモニー (功労賞の方々)



写真5. NGOのロゴ (<http://isccc.global/>)



写真6. The Founder Professor Leif Svanström welcomes the new Chairman Dale Hanson



今回の学会は公用語が英語に加えセルビア語とロシア語が加わった関係なのか演題内容の偏りを痛感した。ロシアは精神科領域が多く、セルビアは前十字靱帯損傷や骨折など整形外科領域も多く、虐待(暴力)や自殺関連の演題はとても少なかった。新しい傾向としては、精神発達遅滞者や多動症者の安全、新生児の栄養、車運転手の走行中の携帯使用問題などの演題があった。印象としては、安全といってもセーフティプロモーションのコンセプトがない発表も多く、特にセーフコミュニティの父(自称祖父)と慕われているSvanström教授を知らない若者が多かったことには驚くばかりで、とても残念であった。

Gala dinerは最終日の20:30から行われ、Svanström教授の感無量さが側にいて感じ取れた。賑やかな会場では壇上の生演奏に参加者が集まって合唱する姿は壮観であり、参加者の仲間意識が高まっていった。また往年の方々がフロアで社交ダンスを始めた姿にはその美しさに目を奪われた。日本人の円卓ではなくリトアニア友人と別の円卓に座ったことで、思いがけず初めての方々と語り合い、日本を見つめ直す機会となった。食事の配膳に時間がかかったこともあり、隣席の親日家であるモーリシャス紳士からいろいろ質問を受けた。最初の質問はお嬢さんが日本に関心をもっており、いずれ留学予定なのでフクシマは大丈夫かというものであった。3.11では津波による原子炉爆発で日本政府は混乱し、今でも全様は隠されていて、むしろ海外情報の方が正しいと話すに至ったが、どこの国も同じだと慰められた。実は昨年訪ねたウィーン自然博物館で、3.11後の風の流れが秒毎に世界地図上に表示されており、日本人が知らないところでしっかりフクシマが伝えられているのだ。日本は現在一時停止した原子炉が再稼働している事実も伝えざるを得なかったが、最終的には日本の良いところや日本の安全の話でお開きとなった。

写真7. ガーラディナー



今回の学会では杜撰な会場運営に振り回された。初日17時からのツーリストツアーでは担当者が旧市街まで同行したが、歴史大好きガイドにバトンタッチした後に姿を消してしまった。ガイドの興味深い説明で教会やセーヌ川対岸の要塞などを徒歩で回った後、その担当者が姿を現したが旧市街まで一緒に戻っただけで、ホテルの方

向とタクシーを拾える場所を教えて立ち去ってしまった。参加者はタクシー組と徒歩組に分かれたが、取り残された形の徒歩組は私とノルウェー紳士のふたりであり、暗い道を20分余歩いてホテルに戻ったので、3時間半の徒歩ツアーであった。更に学会終了翌朝にノビサドからベオグラードのホテルまでの送りを予約していたが、運転手がベオグラード市内に不慣れであり、ホテルはこの近くだと道端で降ろされてしまった。結果的に目的のホテルは無く、新たにタクシーを調達して目的ホテルに到着できたという顛末であった。

結論として学会の印象は良くは無かったが、Svanström教授はじめ同志に会えた喜びは大きく満足であった。Svanström教授は組織をNGOにしなければならなかった事態を嘆いており、特に自国での仕打ちに対し怒り心頭のようなようであった。今後は新しい代表・副代表ならびにセーフティプロモーションをコンセプトから理解しているSvanström教授の愛弟子たちがリードしていかねばならない。やるべきことはまだまだある。だから微力であっても前進あるのみと新たな誓いを立てた学会になった。

日本セーフティプロモーション学会 第12回学術大会のご案内（第1報）

1. 会期・会場：2018年11月24日（土）・25日（日）
山口大学医学部 霜仁会館 宇部市南小串1-1-1
2. 学術大会プログラム：
24日（土）14時から市民公開講座（公開講座は参加費無料です）
25日（日）9時から学術大会
3. 大会テーマ：“ひきこもり”について考える
4. 学会参加費：
会 員 4,000円（事前参加費） 5,000円（当日会費）
非会員 5,000円（事前参加費） 6,000円（当日会費）
5. 一般演題募集期間：2018年10月1日（月）～10月31日（水）
6. 懇 親 会：2018年11月24日（土）18：00～20：30
国際ホテル宇部

大会長 辻 龍雄 副大会長 山根俊恵

お問合せ先 12thjssp@gmail.com

詳細は第12回学術大会のホームページに逐次掲載してまいります。

日本セーフティプロモーション学会 会則

第1章 総則

(名称)

第1条 本会は、日本セーフティプロモーション学会 (Japanese Society of Safety Promotion) と称する。

(事務局)

第2条 本会の事務局は、別途理事会の定めるところに置く。

2 本会は、理事会の議決を経て、必要な地に支部を置くことができる。

第2章 目的及び事業

(目的)

第3条 本会は、事故、暴力及び自殺等を予防するセーフティプロモーションに関する学術研究・活動支援等を行い、市民の安全・安心に寄与することを目的とする。

(事業)

第4条 本会は、第3条の目的を達成するため、次の各号の事業を行う。

- (1) セーフティプロモーション、セーフコミュニティ、外傷予防 (injury prevention) に関する学術研究、調査及び研究者と実践者の交流活動
- (2) セーフティプロモーション、セーフコミュニティ、外傷予防 (injury prevention) に関する普及、啓発活動
- (3) セーフティプロモーション、セーフコミュニティ、外傷予防 (injury prevention) に関する支援・協力活動
- (4) 国内外の関係機関、団体及び学会・研究会との交流、研修、連携活動
- (5) セーフコミュニティ認証に向けた活動
- (6) 学会誌及びその他の刊行物の発行
- (7) 学術大会及び講演会等の開催
- (8) その他、本会の目的を達成するために必要な事業

第3章 会員

(種別)

第5条 本会の会員は以下のとおりとし、個人正会員と団体正会員をもって正会員とする。

- (1) 個人正会員 本会の目的に賛同する個人
- (2) 団体正会員 本会の目的に賛同する団体
- (3) 学生会員 本会の目的に賛同する個人で、大学 (大学院、短期大学含む)、専門学校などに在籍する者
- (4) 名誉会員 本会の目的達成のため顕著な功績があった者で、総会において推薦された者
- (5) 賛助会員 本会の趣旨に賛同し、本会の事業に賛助する個人及び団体
- (6) 特別会員 本会の活動に特別の知見を有する内外の有識者

(入会及び会費)

第6条 会員になろうとする者は、入会申込書を理事長に提出しなければならない。ただし、名誉会員に推薦された者は、入会の手続きを要せず、本人の承諾をもって会員となるものとする。

2 正会員が団体である場合は、入会と同時に、本会に対する代表者として、その権利を行使する者 (以下「正会員代表者」という。) を定めて本会に届け出なければならない。

3 会員は、細則の定めるところにより、会費を納入しなければならない。ただし、名誉会員及び特別会員はこれを免除する。

4 既納の会費はいかなる理由があっても返還しない。

(資格の喪失)

第7条 会員は、次の各号の一に該当するときは、その資格を失う。

- (1) 退会したとき。
- (2) 死亡し、又は会員である団体が消滅したとき。
- (3) 除名されたとき。

(退会)

第8条 会員が退会しようとするときは、理由を付して退会届を理事長に提出し、理事会の承認を得なければならない。

2 会費を2ヶ年以上滞納したときは、退会届の有無に関わらず、自動的に退会したものとみなす。

(除名)

第9条 会員が本会の名誉を著しく毀損し、または本会の目的に反する行為を行ったときは、理事会の決議により除名することができる。

第4章 役員及び評議員

(役員)

第10条 本会には、次の役員を置く。

- (1) 理事長 1名
- (2) 副理事長 2名
- (3) 理事 15名以上25名以内（理事長1名、副理事長2名を含む）
- (4) 監事 2名

(役員を選任)

第11条 理事及び監事は正会員の中から別に定める規則による選挙を経て、総会の承認により選任する。

- 2 理事長は別に定める規則により、理事を選任することができる。
- 3 理事長、副理事長は、理事会において互選する。
- 4 理事及び監事は、相互にこれを兼ねることはできない。

(理事の職務)

第12条 理事は、次の各号に掲げる業務を行う。

- (1) 理事長は本会を代表し、会務を総理する。
- (2) 副理事長は、理事長を補佐し、理事長に事故ある時、又は理事長が欠けたときは、理事長があらかじめ指名した順序によって、その職務を代行する。
- (3) 理事は、理事会を構成し、会則又は総会の議に基づき、本会を運営する。
- (4) 理事は、総務、財務、広報、国際交流等を所掌する。
 - 2 理事は、理事会において第4条に定める事項を審議表決する。

(監事の職務)

第13条 監事は、次に掲げる業務を行う。

- (1) 本会の会計の監査をすること。
- (2) 理事の業務執行状況を監査すること。
- (3) 会計及び業務の執行について、不正の事実を発見したときは、これを総会へ報告する。
 - 2 監事は、理事会に出席し、意見を述べることができる。ただし、表決には加わらない。

(役員任期)

第14条 役員任期は3年とする。ただし、再任を妨げない。

- 2 補欠又は増員により選任された役員任期は、前任者又は現任者の残任期間とする。
- 3 役員任期又は任期の終了した場合に、後任者が就任するまでは、前任者がその職務を行う。

(評議員)

第15条 本会に評議員をおく。

2 評議員の選任、職務、任期等については、別に定める規則によるものとする。

第5章 学術大会

(学術大会)

第16条 本会は、学術大会を年1回以上開催する。

2 学術大会長は、理事会で選出し、総会で報告する。

第6章 総会

(総会の種別)

第17条 総会は、通常総会と臨時総会とする。

(構成)

第18条 総会は第6条の正会員をもって構成する。

(総会の議決事項)

第19条 総会は、次の事項を議決する。

- (1) 会則の変更
- (2) 事業報告及び収支決算
- (3) 事業計画及び収支予算
- (4) その他本会の業務に関する重要事項で理事会において必要と認められた事項

(総会の開催)

第20条 通常総会は毎年1回開催する。

2 臨時総会は、次の各号の一に該当する場合に、開催する。

- (1) 理事会が必要と認めたとき。
- (2) 正会員の5分の1以上から、会議の目的を記載した書面によって開催の請求があったとき。
- (3) 第14条第1項第3号の規定により、監事から招集の請求があったとき。

(総会の招集)

第21条 総会は、理事長が招集する。

2 理事長は前条第2項第2号又は第3号の規定による請求があったときは、その請求のあった日から30日以内に臨時総会を招集しなければならない。

3 総会を招集するときは、会議の日時、場所、目的及び審議事項を記載した書面をもって、少なくとも10日前までに通知しなければならない。

(総会の議長)

第22条 総会の議長は、その都度、総会に出席の正会員の互選で選任する。

(総会の議決数)

第23条 総会の議事は、この会則に別段の定めがある場合を除くほか、出席正会員の過半数をもって決する。

(総会の議事録)

第24条 総会における議事の経過及びその結果は、議事録に記載しなければならない。

第7章 理事会

(理事会)

第25条 理事会は、毎年2回以上理事長が招集する。

(理事会の構成)

第26条 理事会は、理事をもって構成する。

(理事会の議決事項)

第27条 理事会はこの会則において別に定める事項のほか、次の事項を議決する。

- (1) 事業の執行に関すること
- (2) 会員の入会及び退会に関すること
- (3) 財産の管理に関すること
- (4) その他総会の議決を要しない会務に関する事項

(理事会の議長)

第28条 理事会の議長は、理事長がこれに当たる。理事長に事故ある時は、あらかじめ理事長が指名した順序によって副理事長がこれに当たる。

(理事会の定足数及び議決数)

第29条 理事会は、理事の3分の2以上の出席がなければ議事を開き、議決をすることができない。ただし、当該議決につき書面をもってあらかじめ意思表示した者及び他の理事を代理人として表決を委任した者は、出席者とみなす。

- 2 理事会の議事は、この会則に別段の定めがある場合を除くほか、出席理事の過半数をもって決し、可否同数の時は、議長の決するところによる

(理事会の議事録)

第30条 理事会における議事の経過及びその結果は、議事録に記載しなければならない。

第8章 委員会

(委員会)

第31条 本会は、会則第4条の事業を行うため、本会に委員会を置くことができる。

- 2 委員会の設置、廃止及びその他必要な事項は、理事会で決定する。
- 3 委員会の委員長、副委員長、委員は理事会の議決を経て、理事長が委嘱する。

第9章 資産及び会計

(資産の構成)

第32条 本会の資産は、次のとおりとする。

- (1) 会費
- (2) 事業に伴う収入
- (3) 資産から生じる収入
- (4) 寄附金品
- (5) その他の収入

(資産の管理)

第33条 本会の資産は理事長が管理し、理事会の議決を経て確実な方法によって会長が保管する。

(資産の支出)

第34条 資産の支出は、理事会の議決を経て総会が承認した予算に基づいて行う。

(事業年度)

第35条 本会の会計年度は、毎年4月1日より翌年3月31日までとする。

第10章 解散

(解散)

第36条 本会の解散は、理事現在数の4分の3以上及び正会員現在数の2分の1以上の議決を経なければならない。

- 2 本会の解散に伴う残余財産は、理事現在数の4分の3以上及び正会員現在数の2分の1以上の議決を経て、本会の目的に類似の目的を有する公益法人に寄附するものとする。

第11章 事務局

(事務局)

第37条 事務局は、総務担当理事の指揮の下、次の会務を処理する。

- (1) 年次学会及び総会の開催に必要な事項
 - (2) 会費の徴収及び経理事務
 - (3) 予算案及び決算書の作成
 - (4) その他会の運営に必要な事項
- 2 事務局の運営については別に定める。

(書類及び帳簿の備付等)

第38条 この学会の事務局に、次の書類及び帳簿を備えなければならない。ただし、他の法令により、これらに代わる書類及び帳簿を備えたときは、この限りでない。

- (1) 会則
- (2) 会員の名簿
- (3) 役員並びにその他の職員の名簿及び履歴書
- (4) 財産目録
- (5) 資産台帳及び負債台帳
- (6) 収入支出に関する帳簿及び証拠書類
- (7) 理事会及び総会の議事に関する書類
- (8) 官公署往復書類
- (9) 収支予算書及び事業計画書
- (10) 収支計算書及び事業報告書
- (11) その他必要な書類及び帳簿

第12章 補則

(細則)

第39条 この会則の施行についての細則は、理事会の議決を経て別に定める。

附則

第1条 本会則は、2007年9月24日より施行する。

- 2 本会設立時には、第12条の規定は、暫定的に適用を除外する。

セーフティプロモーション学会 細則

第一章 総則

- 第1条 セーフティプロモーション学会の機構、業務の運営、会務の分掌、職制等の会則施行に必要な事項は、他の規則規程に定めるもののほかこの細則の定めるところによる。
- 第2条 この細則の制定及び変更は、理事会の議決と総会の承認を経るものとする。

第二章 会費

- 第3条 この学会の会費は年額下記のとおりとする。
- (1) 個人正会員 6,000円
 - (2) 団体正会員 30,000円
 - (3) 学生会員 3,000円
 - (4) 賛助会員 一口 20,000円（一口以上）
- 2 名誉会員及び特別会員は会費を免除する。
 - 3 会員は会費を前年度内に納付しなければならない。

第三章 委員会

- 第4条 この学会には、会務の円滑な執行のため次の分掌の委員会を置く。
- (1) 総務委員会
 - ・ 会員の入退会、役員選挙等に関する事項
 - ・ 総会、理事会等に関する事項
 - ・ 細則の制定及び改廃の起案に関する事項
 - ・ 事務局業務の委託等に関する事項
 - ・ その他総務事務（企画調査含む）に関する事項
 - (2) 財務委員会
 - ・ 金銭の経理と保管に関する事項
 - ・ 会費の徴収に関する事項
 - ・ 予算及び決算に関する事項
 - ・ 財務の強化、寄附金の募集・受け入れに関する事項
 - ・ 会費と支部交付金の年額に関する事項
 - ・ その他会計事務に関する事項
 - (3) 学術・国際交流委員会
 - ・ 学会が行う学術調査・研究に関する事項
 - ・ 内外の研究団体等との対応に関する事項
 - ・ 他の学協会等への推薦に関する事項
 - ・ 刊行物に関する調査、発送及び残部の保管に関する事項
 - ・ 各国の関係学会等との連絡、情報交換及び交流事業に関する事項
 - ・ 国際会議への参加、協賛、あるいは開催に関する事項
 - ・ 国際共同研究、人物交流等の国際的な研究及び交流に関する事項
 - (4) 編集委員会
 - ・ 学会誌の編集、刊行及び発送に関する事項
 - ・ 学会誌に掲載する広告の募集に関する事項
 - ・ 学会ホームページの管理運営

(5) 広報・ネットワーク委員会

- ・学会活動の広報に関する事項
- ・学会ホームページの運営及び維持に関する事項
- ・学術データベースの公開に関する事項

第5条 委員会には、委員長を置くこととし、委員長は理事の中から理事会において選任する。

2 委員会の委員は、理事長がこれを委嘱する。

3 委員は、委員長の分掌の執行を補佐する。

第6条 委員会の運営については、それぞれ別に定める。

附則

この細則は平成19年9月24日から施行する。

平成28年12月10日一部改正。

学会役員

理事長	衛藤 隆	東京大学	名誉教授
副理事長	藤田 大輔	大阪教育大学	教授
副理事長	反町 吉秀	自殺総合対策推進センター	地域連携推進室長
理事	石附 弘	日本市民安全学会	会長
理事	市川 政雄	筑波大学大学院	教授
理事	木村みさか	京都学園大学	教授
理事	倉持 隆雄	厚木市危機管理部	厚木市セーフコミュニティ 総合指導員
理事	境原三津夫	新潟県立看護大学	教授
理事	後藤 健介	大阪教育大学	准教授
理事	辻 龍雄	つじ歯科クリニック	院長
		NPO法人山口女性サポートネットワーク	理事
理事	徳珍 温子	阪信愛女学院短期大学	教授
理事	西岡 伸紀	兵庫教育大学大学院	教授
理事	稲坂 恵	元横浜市栄区役所	セーフコミュニティ事業担当
理事	山根 俊恵	山口大学大学院	教授
		NPO法人ふらっとコミュニティ	理事長
監事	岡山 寧子	同志社女子大学	教授
監事	榎本 妙子	同志社女子大学	教授

日本セーフティプロモーション学会誌投稿規定

1. 本誌への投稿原稿の筆頭執筆者は、本学会会員であることに限る。
2. 原稿は未発表のものに限定し、他誌に発表された原稿（投稿中も含む）を本誌へ投稿することは認められない。
3. 本誌に掲載された原稿の著作権は日本セーフティプロモーション学会に帰属する。
4. 本誌は原則として投稿原稿およびその他によって構成される。投稿原稿の種類とその内容は表のとおりとする。
なお1頁の字数は約2,500字である。

原稿の種類	内 容	刷上り頁数
論 壇	セーフティプロモーションの理論の構築, 提言, 展望など	8頁以内
総 説	セーフティプロモーションの研究に関する総括または解説	10頁以内
原 著	セーフティプロモーションに関する独創的な研究論文	10頁以内
短 報	セーフティプロモーションに関する独創的な研究の短報	5頁以内
実践研究	セーフティプロモーションに関する実践的な研究論文	10頁以内
活動報告	セーフティプロモーションに関する実践等の報告	10頁以内
資 料	セーフティプロモーションに関する有益な資料	6頁以内
会員の声	学会活動や学会誌に対する学会員の意見など	1頁以内

その他として、本誌には編集委員会が認めたものを掲載する。

5. 掲載が決定した場合、6頁を超えた分については著者が掲載料を負担する。
6. 「論壇」、「総説」、「原著」、「短報」、「実践研究」、「活動報告」については、専門領域に応じて選ばれた2名による査読の後、掲載の可否、掲載順位、種類の区分は、編集委員会で決定する。
7. 「資料」、「会員の声」の掲載の可否は、編集委員会で決定する。
8. 原稿は投稿規定にしたがって作成する。

執筆要領

1. 投稿原稿は原則として日本語で作成する。ただし図表の説明は英文でもよい。
2. 原稿はMS-Wordで、日本語はMS明朝体、英語はTimes New Romanを用い、文字の大きさは12ポイント、A4用紙1枚に1行の文字数35、行数36、余白は標準とし、ページ番号をフッター中央につけて作成する。
3. 投稿原稿の構成は原則として以下のとおりとする。

項 目	内 容
表紙	1頁目に、標題、著者名、所属を和文、そして英文の順で記載。次に、代表者氏名、連絡先（住所、電話およびFAX番号、E-mail）、希望原稿種類、別刷必要部数を記載する（なお別刷印刷費用は著者負担とする）。
抄録	和文の抄録（600字以内）と英文抄録（400words以内） ただし英文抄録は「原著」と「短報」のみ必須とし、他の種類の原稿では付けなくてもよい。
キーワード	キーワードを5語以内で和文と英文で記載
本文 ただし論壇、総説、資料、会員の声はこの形式にしたがう必要はない。	I 緒言（はじめに、まえがきなど） 研究の背景・目的 II 方法 対象と方法 III 結果 IV 考察 V 結語（結論、おわりに、あとがきなど） 引用文献
図、表、写真	図、表、写真は、1頁に1枚とし、図1、図2などの通し番号をつけ、上記本文とは別に添付する。ページ数の付与は不要。

4. 文章は新仮名づかい，ひら仮名使用とし，句読点（、。）や括弧は1字分とする。
5. 数字は算用数字を用い，2桁以上の数字・英字は半角を用いる。
6. 外来語は原則カタカナで表し，人名，地名など適当な日本語がない場合には原綴を用いる。
7. 図，表，写真は本文の欄外に挿入位置を指定すること。なお図，表，写真はそのまま掲載できるように鮮明なものを提出する。専門業者による図表等の製作が必要になった場合は，経費は著者負担とする。
8. 文献番号は右上に，¹⁾ ²⁾ ¹⁻³⁾ などの番号で示し，引用文献には本文中の引用順に記載する。
9. 文献の記載方法は下記の通りとする。著者が3名を越える場合は，4名以降は「他，(et al.)」と表記する。

① 定期刊行物の場合

著者1，著者2．論文名．雑誌名．巻(号)：掲載頁始-終，発行年．

【記載例】

1) 衛藤 隆．Safety Promotionの概念とその地域展開．東京大学大学院教育学研究科紀要．46(1)：331-337，2006．

② 単行本の場合

著者．表題．編著者．書名．発行所所在地，発行所，発行年，掲載頁始-終．

【記載例】

2) Miller TR. Assessing the burden of injury. Tiwari G (Eds.). Injury Prevention and Control. London, Taylor & Francis, 2000, 49-70.

③ インターネットの場合

著者．論文名．<http://・・・> (何年何月何日利用)．

【記載例】

3) Miller TR. European Association for Injury Prevention and Safety Promotion, Consumer safety action. <http://www.eurosa.wwwVwContent/l2consumersafety.htm> Accessed April 1, 2008.

10. 論文の内容が倫理的配慮を必要とする場合は，必ず「方法」の項にどのような配慮を行ったかを記載する。なお人を対象とした生物医学的研究ではヘルシンキ宣言を遵守すること。

投稿手続き

1. 原稿は，E-mailに添付して編集委員会へ送信する。
投稿先・問い合わせ先：editor-jssp@mx81.tiki.ne.jp
2. 審査過程で修正が必要として返却された原稿は，編集委員会が指定した期日までに返却すること。
3. 掲載が決定した場合，著者校正は1回とする。
4. 採用された論文は学会誌上と学会ホームページ上で公開される。著作権譲渡承諾書を提出すること。
5. 原稿受理日は編集委員会が審査の終了を確認した年月日をもってする。
6. 投稿論文の締め切り等については，学会ホームページに随時掲載する。

(2016年3月規定一部改正)

予 告

第11巻 第2号 原稿募集要項
受付締切日 2018年6月30日
発行予定日 2018年10月1日

第12巻 第1号 原稿募集要項
受付締切日 2018年12月31日
発行予定日 2019年4月1日

編集後記

第9回のアジア地域セーフコミュニティ会議厚木大会が2018年11月12日（月）～15日（木）に厚木市で開催されます。本学会役員、会員の中には関係者が多くおられます。大会の情報は大会のwebsiteに公開されています。

Safety Promotionのわかりやすい具現化は、(1) 自治体によるSafe Community活動の推進と、(2) 教育関係者、文部科学省によるSafety Promotion Schoolの推進ではないでしょうか。Safe Communityは欧州で発祥した国際的な活動ですが、日本国内では2018年2月時点で15自治体がSafe Communityの認証を得ています。大阪教育大学発祥のSafety Promotion Schoolの認証校・実践校は、2017年9月時点で、日本国内に19校、海外に16校が普及しています。

Safe Communityの大半は東日本にあるため、西日本ではなじみがないかもしれませんが、九州の久留米市、鹿児島市がSafe Communityの認証を得ています。Safe Communityの日本国内での全体像が分かりにくいいため、本学会の倉持隆雄理事に「世界基準の安心・安全なまちづくり～我が国におけるセーフコミュニティ推進都市～」と題してご寄稿をお願い致しました。詳細な情報を頂くことができました。

次号から学会誌の投稿締切日を1ヵ月遅く致します。本学会の学術大会は11月下旬から12月上旬に開催されることが多く、現在の1号原稿締切日12月1日では、学術大会で発表された演題をすぐに投稿することが難しい状況でした。締切日を12月31日に致します。これに伴い、6月1日の2号締切日も6月30日に変更いたします。

本学会誌へのご投稿は大学関係者、学術関係者に限っておりません。様々な分野の方々からのご投稿をお待ちしております。どうぞ宜しくお願い致します。

編集委員 辻 龍雄

日本セーフティプロモーション学会誌 第11巻第1号
Japanese Journal of Safety Promotion Vol.11 No.1

平成30年4月1日発行

編集者 日本セーフティプロモーション学会誌編集委員会

発行所 日本セーフティプロモーション学会

事務局

大阪教育大学 学校危機メンタルサポートセンター内

〒563-0026 大阪府池田市緑丘1-2-10

Tel 072-752-9905 Fax 072-752-9904

E-mail : JapaneseSSP@gmail.com

ISSN 1882-7969 Printed in Japan ©2015