

日本セーフティプロモーション学会誌

Japanese Journal of Safety Promotion

第12巻第1号 2019年4月

Vol.12 No.1 April 2019



目次

1. 学会講演集

ひきこもりと生きにくさ：対人関係療法による関わりから 安達圭一郎 …………… 1

2. 論壇

交通外傷予防のための系統的対策の重要性－安全な環境が健康を支える 中原慎二 …………… 13

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「気づき」覚書き その6～ 石附 弘 …………… 22

3. 原著

Support for Victims of Domestic Violence in Japan: Difference in Correspondence of
Hospitals During Consultation Between Daytime and Nighttime Visit Noriko Yamada …………… 27
(日本における親密なパートナーの暴力の被害者に対する支援)
～病院の種類と昼夜による対応の違い～ 山田典子

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2報)
自殺手段となった催眠剤の生産量 瀧澤 透 …………… 35

5. 日本セーフティプロモーション学会 第12回学術大会報告 辻 龍雄 …………… 41

6. 日本セーフティプロモーション学会 第13回学術大会のご案内 徳珍温子 …………… 43

7. 庶務報告

学会会則 …………… 44

学会細則 …………… 49

役員名簿 …………… 51

各種委員会 …………… 51

学会誌投稿規定 …………… 52

査読者への謝辞 …………… 54

編集後記 …………… 55

Contents

1. 12 th Conference of the Japanese Society for Safety Promotion	
Hikikomori (Social Withdrawal) and the Difficulty of Living: From the View Point of Interpersonal Psychotherapy	Keiichiro Adachi 1
2. Critical Review	
Importance of Systems Approach in Traffic Injury Prevention: Safe Environments Support Healthy Life-Style	Shinji Nakahara 13
Memorandum of Safe Community in Japan During Past 10 Years. Part 6	Hiroshi Ishizuki 22
3. Original Article	
Support for Victims of Domestic Violence in Japan: Difference in Correspondence of Hospitals During Consultation Between Daytime and Nighttime Visit	Noriko Yamada 27
4. Practical Research	
The relation between the suicide of hypnotic drugs and the access restriction in 1950-60s in Japan (Part 2)	Tohru Takizawa 35
5. Report of 12 th Conference of the Japanese Society for Safety Promotion	Tatsuo Tsuji 41
6. Announcement of 13th Conference of the Japanese Society for Safety Promotion	Atsuko Tokuchin 43
7. General Report	
Regulations of JSSP.....	44
Subsidiary Regulations of JSSP	49
Board Members of JSSP	51
Rule of Submission to Journal of JSSP	52
Acknowledgment for Referees	54
Postscript	55

ひきこもりと生きにくさ：対人関係療法による関わりから

安達 圭一郎

山口大学大学院医学系研究科保健学専攻 教授（臨床心理学）

Hikikomori (Social Withdrawal) and the Difficulty of Living: From the View Point of Interpersonal Psychotherapy

Keiichiro Adachi

Professor of Clinical Psychology Faculty of Health Sciences
Yamaguchi University Graduate School of Medicine

ご紹介有難うございます。

私の専門の一つは、対人関係療法を用いた心の支援です。対人関係療法は、日本でこそあまりメジャーではありませんが、うつ病を中心とした様々な精神疾患への治療法として、欧米などでとても豊富なエビデンスが蓄積されてきた心理療法の一つです。そうした私の臨床活動の中に、いわゆる「ひきこもり」と言われるクライアントとの出会いが含まれております。お断りしておかねばなりません、私は決して「ひきこもり」支援の専門家ではありません。本来は精神疾患に悩むクライアントへの治療というのがメインなのですが、精神疾患の症状の一部としてひきこもりの様相を示すクライアントは決して少なくありませんでした。

今回、ひきこもり問題を改めて真正面から捉えなおすことを目的に、そうした方々との治療面接で気がついたこと、あるいは、文献を通して分かったことを、とても基礎的なレベルから整理していきたいと考えております。先生方におかれましては、すでにご存じの内容が多いとは思いますが、再確認のつもりで、どうぞお付き合いください。

ここからは「ハズキルーベ」をかけさせていただきます。これをかけると、人相が悪くなるのであまり評判が良くないのですが…。

記憶に新しいと思いますが、抄録にも書きましたように、今からちょうど1年前にあたる昨年12月末、朝日新聞で「平成とは」というタイトルで連載が組まれました。その中の第1番目のテーマがひきこもり問題でした。

その中ででてきたのが、47歳の息子と86歳の父親の二人暮らし世帯のお話でした。いわゆる「8050（ハチマルゴーマル）問題」ですね。父親はすでに後期高齢者の年齢に達しているにもかかわらず、息子さんは47歳という年齢になっても就労できず、長期にわたって自宅にひきこもっているのです。彼らのその後の生活はどうなっていくのでしょうか？しかも、こうしたケースは決してまれではない。現在の日本を象徴する社会問題の一つであ

ることを、朝日新聞は大々的に取り上げたのです。

私も非常に興味深く読んだわけですが、まずは、ひきこもりの現状からみていきましょう。

ひきこもりの定義

（厚生労働省：2010）

① さまざまな要因の結果として、社会的参加（義務教育を含む就学、非常勤職を含む就労、家庭外での交友など）を回避し、原則的には6か月以上にわたって概ね家庭にとどまり続けている状態（他者と交わらない形での外出をしていてもよい）を示す現象概念

② 原則として統合失調症の陽性あるいは陰性症状に基づくひきこもり状態とは一線を画した非精神病的な現象

その前に、ひきこもりの定義です。スライドにありますように、さまざまな要因の結果として、社会的参加を回避し、原則的には6ヵ月以上にわたって概ね家庭にとどまり続けている状態を示す現象的概念とされています。

また、原則として統合失調症の陽性あるいは、陰性症状に基づくひきこもり状態とは区別されるとあります。

広義のひきこもり

「自分の趣味の用事の時だけは外出できる」

（2010年＝約46万人；2016年＝約36.5万人）

狭義のひきこもり

「ふだんは家にいるが、近所のコンビニなどには出かける」

「自室からは出るが、家からは出ない」

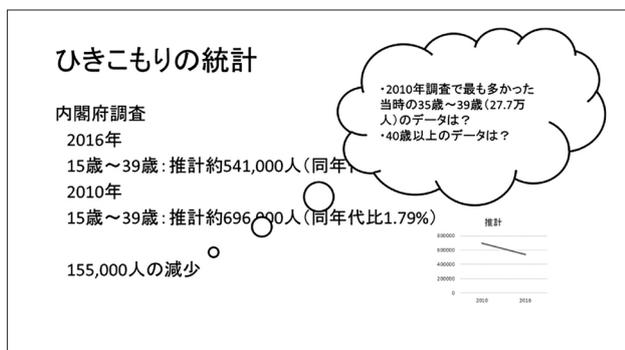
（2010年＝約23.5万人；2016年＝約17.6万人）

内閣府（2016）「若者の生活に関する調査報告書」

内閣府による15歳～39歳を対象とした2016年の調査では、ひろい意味でのひきこもり（自分の趣味の時だけ出かけることができる）の方は推計値で36万5千人います。

狭義のひきこもりというのは、もう少しシビアな状態

といますか。外出できたとしてもコンビニ程度、あるいは、自室からは出られるけれど家からは一歩も出られない。そういう方が17万6千人います。



トータルすると、広義、狭義をあわせて54万人。同年代比でいくと、1.57%の割合です。この6年前の2010年に内閣府でおこなわれた同様の調査では、広義、狭義あわせて推計69万6千人がひきこもりに該当すると発表されました。とすると、6年たって15万5千人程度減少していることになります。様々な医療機関や関連諸機関の努力によって達成されたのでしょうか。しかし、よくみると単純に減少したとは言えない側面が見え隠れしています。

2010年の調査で最大のボリューム層であった35歳～39歳(推定16万5千人)は、6年後の2016年では40歳以上であったため、2016年の調査対象者からは外されています。

この16万5千人のひきこもりの人たちはどうなってしまったのか？それは誰にも分かりません。しかし、そんな矢先の2017年末の朝日新聞です。彼らの全てとまでは言いませんが、ひきこもりという現状から脱出できているわけでは決してない。そういう意味では、とてもセンセーショナルな記事だったと思います。60人に一人くらいの割合でひきこもり当事者の方がおられる。しかも、確実に年齢を重ねている。

日本特有→世界へ

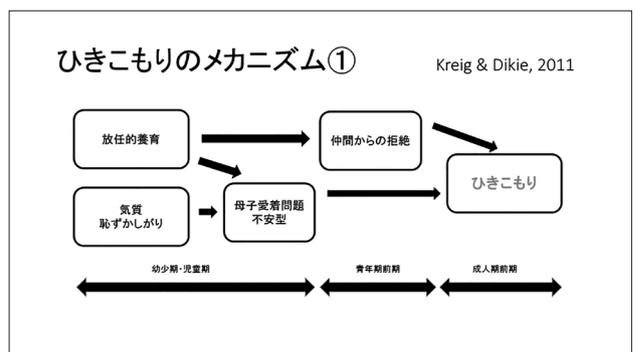
日本固有のメンタリティ
“甘え” “恥の文化”：対人恐怖→1990年以降、Neet・ひきこもり

21世紀
スペイン、韓国、オマーン、フランス、香港からの報告
その他、オーストラリア、バングラディッシュ、イラン、インド、台湾でもひきこもりの現象が起こっている可能性が... (Kato et al., 2011.2012)

元来ひきこもりという現象は、対人恐怖の延長上にある日本固有の問題ととらえられてきました。日本固有とはどういうことかということ、日本の文化的背景、例えば

“甘えの構造”とか“恥の文化”などと密接に結びついた現象という意味です。そして、みなさんすでにご存知だと思いますが、対人恐怖症は日本固有の精神疾患であり、英語にしても“Taijin-kyofu”なんですよ。1990年代になってくると、その延長線上にある現象として「ひきこもり」という言葉が盛んに使われるようになったという経緯があります。

しかし、これが日本特有のものなのかということ、実は2000年にはいって、世界各国からひきこもり例の報告が出てまいりました。文献等で見た限りでは、スペイン、韓国、オマーン。また日本の研究者がひきこもりの架空事例を作成し、世界各地の専門家に読んでもらったところ、こうした事例が存在するとした国はオーストラリア、バングラディッシュ、イラン、インド、台湾、アメリカなどでした。こうなってくるとひきこもりは日本文化固有の問題とは言ってられない。世界規模の問題とも言えるわけです。文献的には“Hikikomori”あるいは“Social withdrawal”という表記が使われています。



次にひきこもりのメカニズムです？

Kreigらが2011年に報告した論文を紹介します。この論文では、ひきこもり経験者とそうでない一般人約80人を対象に調査がなされ、ひきこもりに至るプロセスが検討されました。まずもって目を引くことは、ひきこもり現象が幼少期から成人期に至る息の長い経過を経て出現するということです。それだけ根が深い問題といえるかもしれません。

ざっと眺めてみましょう。前提として、生まれながらにして(気質的に)恥ずかしがりのお子さん、あるいは、何らかの要因でネグレクトに近いような親の放任的養育を受けた子どもさんという問題が潜伏しています。ここから2つの経路に分かれるわけですが、1つは、幼少期に母子間で十分な愛着関係が形成されず、そこを経由して、青年期から成人期にいたってひきこもってしまうというパスです。それから2つめは、母子の愛着問題は経由しませんが、放任的養育によってお子さん自身に対人関係スキルの未学習という問題が起こりやすくなる。それが、児童期後半～青年期にかけての友人からの拒絶につながり、ついにはひきこもりにいたるというパスです。

これはあくまでも心理学的にみた場合のひきこもりの発生経過です。全てのケースがここに該当するわけではありません。該当するのは2割～3割程度とされています。

ひきこもりのメカニズム② Li & Wong, 2015

タイプ1(過剰依存型ひきこもり)
 過保護・過干渉な親(必要な物が全て親によって与えられる)
 居心地の良い家→自律性の低下→周囲への信頼・関係構築は必要なし→
 社会との関わりを一切必要としない

タイプ2(他者依存型ひきこもり)
 機能不全家族(対人スキルの未学習・周囲への警戒心)
 友人を求める→スキル未学習ゆえに発生する仲間からの拒否・いじめ→学
 校や職場からのひきこもり

タイプ3(反抗的ひきこもり)
 成績や生活態度に過剰な期待をもつ親
 良い子→つまずき(成績低下・大学受験・就職試験の失敗など)→ニート

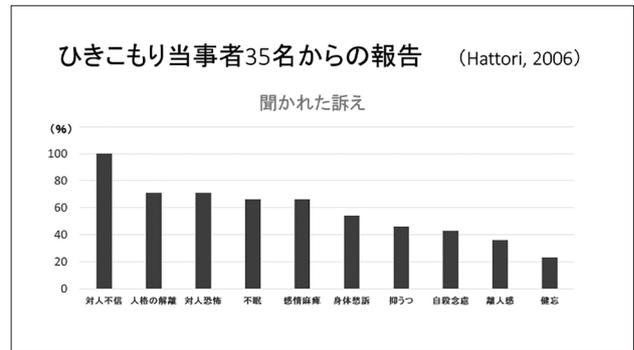
その他の報告を見てみましょう。Liらは過去に報告された約40の実証論文をまとめ、若者のひきこもりには、過剰依存型ひきこもり、他者依存型ひきこもり、反抗的ひきこもりという3つのタイプのひきこもりがありそうだと述べています。

一つ目の過剰依存型ひきこもりとは、過保護・過干渉な親のもとで育った子どもさんのケースです。こうした子どもさんの場合、望むものすべてが親の力でそろってしまう。だからわざわざ家の外に出て、人と関わる必要がないのです。多少理解に苦しむところはありますが、外に出ようとの意欲がないため、もっとも関わりが難しいひきこもりの一群だとされています。

それから、他者依存型ひきこもりというのは、機能不全家庭、つまり家族のシステムがうまく働いていない家庭で育ったお子さんのケースです。システムがうまく働いていないということは、家庭を構成する個々のメンバー(家族)の役割がどこかうまくかみあっていない。こうしたお子さんの場合、モデルとなる身近な親なり兄弟の役割が混乱しているので、対人スキルがうまく獲得されず、結果として仲間との関係がうまくいけなくなる。特に学校や職場でうまく適応できずひきこもりという経過をたどりやすいとされます。

最後に、反抗的ひきこもりです。これは昔よく言われた優等生の息切れタイプに近いです。親の過剰な期待を一身に背負い、いわゆる「良い子」として成長するのですが、成績ダウンなどを機会に、息切れを起こし学校からひきこもりというものです。一時期、不登校でよく見られたパターンに近いだろうと思います。

以上のように、ひきこもりという現象を心理的側面から明らかにしようという研究が一方でなされてきました。



確かに、心理的なメカニズムも重要なのですが、こちらをご覧ください。これは日本の臨床心理士である服部が2006年に書いた論文です。カウンセリングで出会った35名のひきこもりの方が、面接の中で訴えた内容を示しています。

人のことを信用できないと訴えたのは100%。また、人格の解離といったPTSD症状や対人恐怖を訴えたケースは70%。その他、不眠とか、感情麻痺が60%、抑うつ、自殺念慮なども40%以上です。

ひきこもり現象は、心理的な問題、心理的なメカニズムの問題としてある程度は説明できるのですが、果たしてそれだけなのでしょうか？訴えの内容やその頻度を見てみると、精神疾患との関連性についてもおさえておかなければならないと思うのです。

精神疾患との関連性

発達障害の約25%を含め、ひきこもり当事者の95%に何らかの精神疾患が該当する(齋藤, 2010)。

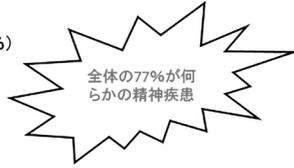
代表的なものとして
 発達障害: 自閉症スペクトラム障害、ADHDなど
 気分障害: うつ病、気分変調症など
 不安障害: 全般性不安障害、社交不安障害、パニック障害など
 パーソナリティ障害: 回避性、依存性、強迫性、境界性など

これはインパクトの強い報告ですが、ひきこもり当事者の95%には何らかの精神疾患が認められるというものです。

代表的なものとしては25%が発達障害、つまりASD(自閉症スペクトラム障害)、ADHDなどが4分の1程度いて、残りは気分障害、あるいは不安障害、あるいはパーソナリティ障害、という内容でした。

Teo et al(2015a, 2015b)・加藤ら(2015)の研究

日米に共通して多い
回避性パーソナリティ障害(41%)
うつ病(32%)
PTSD(27%)
社交不安症(27%)



★68%は複数の精神疾患に罹患
★23%はどの精神疾患も罹患していない＝特異的(一次的)ひきこもり

その他、Teoらや加藤らは日本の研究者とコラボして多数の論文を書いています。ここに書かれているように、日米のひきこもり当事者に共通して多い精神疾患として、回避性パーソナリティ障害、うつ病、PTSD、社交不安症。そうした精神疾患を持つひきこもりの方の68%は複数の精神疾患に当てはまると言います。

これまでの精神疾患はどういう基準かという、DSMとかICDとか、いわゆるグローバル・スタンダードな基準による精神疾患の診断が用いられています。診断を行ったのは精神科医。しかしながら、どの疾患にも罹患していない人が23%くらいいる。こういう人たちが特異的なというか、いわゆる精神疾患と関係がない心理的な問題としての“ひきこもり”としてみることでいいのではないかとということでした。全体としてみると、全体の77%が何らかの精神疾患ということです。

Koyama et al(2010)の研究

不安障害(全般性、社交など)18.2%
気分障害(うつ病、気分変調症など)31.8%
物質依存(アルコール、薬物など)25.0%
間欠性爆発症8.7%



★このうち35%はひきこもりになる前の発症
★気分障害の発症率はひきこもりの6.1倍
★発達障害は含まれない

それから小山らの研究。ひきこもり当事者に多い精神疾患として不安障害、気分障害、物質依存症などが挙がっています。この研究では、このうち35%の者がひきこもりになる前に発症している。つまり、こういう精神疾患に罹患したあとに、ひきこもりの状態になっています。また、気分障害の発症率はひきこもりを経験していない人の6.1倍です。ひきこもりと気分障害との密接なつながりが指摘されています。

一方で、この研究には発達障害は含まれていませんでした。精神疾患に罹患している方が54%、さきほど25%くらい発達障害の方がおられるんじゃないかということだったので、あわせると、Teoらの研究と同じくらいの数字になると思います。

社交不安障害(社交不安症)との関連をめぐって

Nagata et al, 2011

- 2000～2007年に社交不安症と診断された141名を対象とした。
- ひきこもりの基準は、①大半の時間を自宅で過ごす ②就学や就労に関心がない ③6ヶ月以上のひきこもり状態が続いている ④統合失調症、双極性障害、知的障害の既往がない ⑤友達などとの人間関係を維持している者は除外するであった。
- 141名中27名(19%)がひきこもりの基準に該当した。
- 全てのケースが社交不安症発症の後にひきこもりが始まった。
- 社交不安症+ひきこもり群は、社交不安症+非ひきこもり群よりも、強迫性障害を伴う例が多かった(19% vs 4%)。

私が個人的に面接をしております、特に注目していることは、私のもとにひきこもりとして来られた方のほぼ80%から90%の方が精神科医によって社交不安障害(社交不安症)の診断を受けている点です。

- 他者の注視を浴びる可能性のある1つ以上の社交場面に對する、著しい恐怖または不安感として、社交的なやりとり(例：雑談すること、よく知らない人に会うこと)、見られること(例：食べたり飲んだりすること)、他者の前でなんらかの動作をすること(例：雑談をすること)が含まれる。
注：子どもの場合、その不安は成人との交流だけでなく、仲間との状況でも起きるものでなければならない。
- その人は、ある振る舞いをするか、または不安症状を見ることが、否定的な評価を受けることになると怖れている(すなわち、恥をかいたり恥ずかしい思いをするだろう、拒絶されたり、他者の道徳になるだろう)。
- その社交的状況はほとんど常に恐怖または不安を誘発する。
注：子どもの場合、遠く、かんしゃく、走りつく、まといつく、縮みあがる、または、社交的状況で話せないという形で、その恐怖または不安が表現されることがある。
- その社交的状況は回避され、または、強い恐怖または不安を感じながら耐え忍ばれる。
- その恐怖または不安は、その社交的状況がもたらす現実の危機、その社会的文化的背景に釣り合わない。
- その恐怖、不安、または回避は持続的であり、典型的には6ヵ月以上続く。
- その恐怖、不安、または回避は、臨床的に意味のある苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。
- その恐怖、不安、または回避は、物質(例：薬物乱用、医薬品)または他の医学的疾患の直接的な作用によるものではない。
- その恐怖、不安、または回避は、パニック症、強迫性障害、自閉スペクトラム症といった他の精神疾患の症状では、うまく説明されない。
- 他の医学的疾患(例：パーキンソン病、肥満、除脈や自傷による病状)が存在している場合、その恐怖、不安、または回避は、明らかに医学的疾患とは無関係または過剰である。

字が小さくて申し訳ないのですが、社交不安症というのはここにありますように、他者の注視を浴びる可能性のある社交場面で著しい恐怖・不安を感じてしまうのが主要な症状です。社交的なやりとりとは、雑談することや、よく知らない人に会うこと、あるいは、見られること、食べたり飲んだりすることなどです。

さらに、ある振る舞いをして人に不安症状(例えば、汗を大量にかく、声が震える、顔が赤くなるなど)を見せてしまうと、人から馬鹿にされる、拒絶される、場合によっては人の迷惑になるなどといった否定的評価につながるのではないかと極度に気にします。それから、こうした社交的状況においては、ほとんど常に恐怖または不安が起きます。

また、こうした社交的状況は基本的には回避されるんですけども、初期のうちには強い恐怖や不安を感じながらも耐え忍んでいる場合もあります。

そして、こうした恐怖、不安、回避は持続的であり、6ヵ月以上続いているとともに、臨床的に意味のある苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。こういったものが当てはまる病気を、社交不安障害、精神疾患、としましょうということになっています。

社交不安障害(社交不安症)との関連をめぐって

Nagata et al, 2011

- ・2000～2007年に社交不安症と診断された141名を対象とした。
- ・ひきこもりの基準は、①大半の時間を自宅で過ごす ②就学や就労に関心がない ③6ヶ月以上のひきこもった状態が続いている ④統合失調症、双極性障害、知的障害の既往がない ⑤友達などとの人間関係を維持している者は除外するであった。
- ・141名中27名(19%)がひきこもりの基準に該当した。
- ・全てのケースが社交不安症発症の後にひきこもりが始まった。
- ・社交不安症+ひきこもり群は、社交不安症+非ひきこもり群よりも、強迫性障害を伴う例が多かった(19%vs 4%)。

前置きが長くなりましたけど、スライドに示しますように、永田(2001)は、2000年から2007年に社交不安症と診断された141名について、ひきこもりの基準に該当する人がどのくらいいるのか、調べました。

その結果27名(19%)が該当し、後方視的な調査ながら、その全てのケースが社交不安症発症の後にひきこもりが始まったことを見出しました。

また、社交不安症にひきこもりが随伴する場合は、社交不安症単独の人よりも強迫性障害が同時に診断される場合が多いということも興味深い報告です。

治療面では

- ・社交不安症+ひきこもり群27名に対して、平均約2年間の治療をおこなったところ、フルタイムで勤務を始めた者、あるいはフルタイムで復学した者は10名(37%)。
- ・おこなった治療は、SSRI処方、認知行動療法、支援施設における週1回の集団活動参加
- ・改善の見られた者は、そうでないものと比べ、外来治療を中断せず継続していた

私自身、実際、ひきこもりの方とお会いしていると、とても頑固で、思い込んだら絶対譲らない、そんな方が多いという印象を持っています。みなさんの中にもそういう印象をお持ちの方はおられるんじゃないかと思いません。

永田は、この27名に2年間の治療を行ったところ、フルタイムで勤務を始めた者、あるいはフルタイムで復学した者は10名、37%だったと報告しています。4割弱です。おこなった治療は、薬の処方、認知行動療法、支援施設における集団活動です。こういった治療を2年間おこなったということですね。

そして、改善のみられた者は、外来治療を中断せず継続できた者ということなので、きちんと治療的援助を受ければ予後は決して悪くないことが伺えます。もっとも、いかにドロップアウトを防ぎ治療につなぎ留めておくかという問題は、言うほど簡単には解消されません。様々な工夫が必要となるのは容易に想像がつかます。

厳密にみると...

ひきこもりは

- ① 特異的なひきこもり(20%程度)
 - ・これまでの診断分類には属さない新しい精神疾患
 - ・発達のプロセスで起こったつまづき=非精神疾患
- ② 二次的なひきこもり(80%程度)
 - 従来でいうところの精神疾患が、ひきこもりの出現、経過に大きく関与する

繰り返しになりますが、ひきこもりというのは診断名ではなく現象を表す名称です。これまでの文献をまとめると、だいたい2割くらいの人は、今ある精神疾患とは縁のない方だと言えそうです。ただし、その中には、これまでの診断分類にはない新しい疾患である可能性が示唆されています。Teoらは、ひきこもりが日本固有ではなく多くの国々で認められていることから、DSMの次の改定で新たな疾患として盛り込む必要があるとも述べています。

それと、純粋に心理社会的な、つまり発達のプロセスの中で起こったつまづき、いわゆる非精神疾患のひきこもりに分かれるのだろうと言えそうです。

それから②の二次的ひきこもり、これが精神疾患と関連のあるひきこもり当事者ということになります。8割程度ですね。

ただし、ここでご注意いただきたいことが2点あります。1つは、精神疾患があるからひきこもっているというふうに、ひきこもりと精神疾患の関係を単純な因果関係でとらえていただきたくないということです。精神疾患とひきこもりとの関係はまだまだ分かっていないことが多いのです。ひきこもりの生活を続けていく中で、様々な心理的ストレスが継続的に作用し、精神疾患発症に結びつく場合もあるでしょう。逆に、精神疾患の症状の一部としてひきこもりの様相を呈することも十分に考えられます。そもそも精神疾患の原因は様々であり、多因子疾患という言葉が使われるほどです。

さらに、ひきこもりの人の8割は精神疾患に罹患していると言ってしまうと、ひきこもり当事者に対するある種の偏見をおおっているように受け取られかねないところがあります。残念ながら日本には、精神疾患に対する偏見やスティグマは根強く存在しています。

しかし、私の精神疾患の捉え方は、世間にある偏見的な見方(あるいはスティグマ)とは一線を画しています。分かりやすく言いますと、ひきこもり当事者の80%が精神疾患ということは、ひきこもり状態にある大部分の人を精神疾患の治療を中心にさまざまな形で支援が可能である。そういうことを言いたいわけです。もうちょっと話を続けさせていただきます。

精神疾患や障害をどうとらえるか？

DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
アメリカ精神医学会が出版した精神疾患診断のための世界統一基準



精神疾患や障害をどうとらえるかということですが、アメリカ精神医学会が作成した精神疾患の診断基準にDSM（精神疾患の診断・統計マニュアル）というものがあります。現在その第5改訂版がでていますが、世界で統一の診断基準を作ろうとの目的でここまで普及してきました。ここでは、Mental Disordersという言葉が使われており、日本語の訳は精神疾患だったり精神障害だったりです。精神疾患と精神障害はどう違うの？というところですが。

ICFの意義

病気や怪我（傷病）を単なる個人の問題に封じ込めない点

以下のように傷病と障害を同一平面上で分かりやすく論じた点

- ① 傷病によって、心や体に不都合が生じ、それが、様々な活動、社会参加への制限をもたらすこと
- ② 同時に、こうした心や体の不都合、活動制限、社会参加への制限は相互に影響し合い、病状にも大きくかわること
- ③ 傷病や障害の支援には、個人への支援にとどまらず（治療、カウンセリングなど）、環境調整（バリアフリー、近所関係、家族関係、生活支援など）との協働が必要であることを明示した

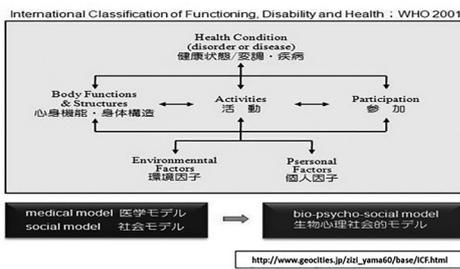
私はこのICFの考え方はとても有用なものと思ってきました。

これを精神疾患に当てはめて考えてみましょう。先ほども述べましたように、日本では、精神疾患に対する偏見が根強く残っています。その中の一つに、精神疾患は本人自身の気力の問題ややる気のなさが原因と安易に決めつけてしまうというものがあります。あるいは、精神疾患はわれわれとは異なる特別な人が罹患する病気であり、一度罹患したら何度も再発し通常な社会生活など送ることができなくなるなどですね。そうやって、精神疾患にかかったその人自身の問題にのみ封じ込めようとしてきたわけです。

ICFが言うのは、いやいやそうじゃないんだ、もっとひろい視点からとらえましょうということですね。個人の問題に封じ込めることなく、傷病と障害を同一平面上でわかりやすく論じている点で私はとても意義があったなと思います。

繰り返しになりますが、精神疾患が起こって心や体に不都合が起こる、それが様々な活動、社会参加への制限をもたらす。同時に、こうした心や体の不都合、活動制限、社会参加への制限は病状にも影響していく。そこに個人のやる気の問題や気力の問題が入り込む余地などないんです。したがって、支援にあたっては、ポジティブ・ネガティブ両面から個人を多角的にアセスメントし、治療、カウンセリング、環境調整などの協働が絶対に必要であることを明示しているのです。これはあらためて申し上げることもない。まとめると、こういうふうになるんだろうなと。

障害とは？



これは有名なICF（国際生活機能分類）というものです。スライドにありますように、2001年にWHOによって提唱されました。そして、ここにはとても重要なことが書かれてあります。障害っていうのは、こういうふうにとらえましょうということなんです。つまり、まず、一番上に疾患あるいは病気が載っています。ここからが大切なのですが、疾患にはある種の機能の問題が必ず伴っています。例えば、歩行機能の低下、消化機能の低下、精神疾患で言えば、対人コミュニケーション機能の低下、集中力の低下、就業機能の低下などですね。そして、そのことによってある種の活動が阻害されてしまう。さらに、そうしたことが、社会参加（社会生活の維持）に大きく影響してしまいます。そういう状況にはバリアフリー、あるいは職場上司の理解など環境の因子や、経済状態やその人の性質などといった個人因子が影響します。そういったものがすべて影響しあって、障害というものが形づくられるという理解です。

つまり、本人の状態を、病気という単独の視点のみからとらえるのではなくて、あらゆる側面からトータルにとらえていきましょう。そういう趣旨なわけです。

傷病と障害は不可分な関係にある

- ① 傷病 = 内臓の働き、認知の働き、人とうまく関わるための諸機能、働くために必要な諸機能などに問題が生じる（心身諸機能、身体構造）
- ② 傷病 = 身体を動かすこと、考えること、他者とコミュニケーションすること、働くことなどの活動に問題が生じる（活動）
- ③ 傷病 = ①②のことからさまざまな場面（学校、職場、サークルなど）への参加に問題が生じる（参加）

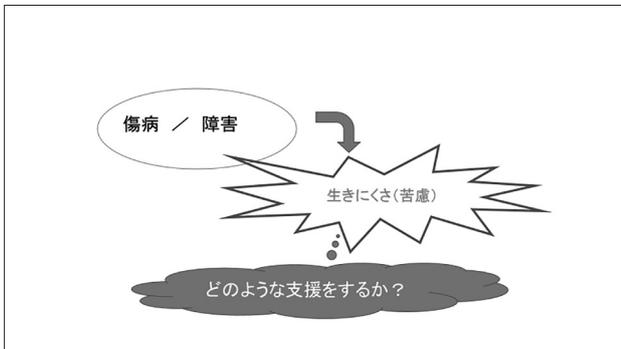
確認しておきたいこと

~~傷病: 何らかの内的外的要因によっておこった一時的な心身の異常 (治療で治る)~~
~~障害: 一生抱え続けなければならない不可逆的なハンディキャップ (治療で治らない)~~

↓

傷病と障害は表裏一体

つまり、何らかの内的外的要因によっておこった一時的な心身の異常が病気で、これは治療で治るもの、そして、障害は一生抱え続けなければならない不可逆的なハンディキャップという区別した考え方はやめて、表裏一体の関係であるということをしかり心にとどめておいて下さい。



こういう障害とか疾病とかおこったときに何が一番問題かという、本人自身の主観的感覚である「生きにくさ」が増大するということですね。私たちは、ここにこそターゲットをあてて、どんな支援をするか考えるわけです。

生きにくさっていうものは、安全保障感が無いと言ってもいいし、安全・安心感のなさと言ってもいいし、とにかくひきこもっている方が、このまま自分の人生を進めていくことに、とってもしきづらさを感じてしまっている。私たちはここをポイントに何らかの支援をしていくということです。

生きにくさとは？

安全感・安心感のなさ
 安全保障感のなさ

と言い換えても良いと私は考えています。

ここで、ひきこもり当事者の生の言葉を紹介します。

面接の中で語られた言葉です。

自分は何をやっても駄目だし、容姿に何の魅力もないし、仕事も友人関係もうまくいかない。自分は仕事もしていないし、稼いでいない、社会人でない自分が恥ずかしくてしょうがないとか。毎日、横になりながら、絶望と自責の念が頭を駆け巡るとか。家にいるだけの自分を親はどう思っているんだろう、申し訳ないとか。あるいは、いつ親から働けといわれるのかビクビクしながら生きているとか。なんとかしなきゃいけないとか。

ひきこもり当事者の言葉を聞いてみましょう

- ・自分は何をやっても駄目だし、容姿に何の魅力もない、仕事も友人関係もうまくいかない
- ・自分は仕事もしていないし、稼いでいない、社会人でない自分が恥ずかしくて仕方ない
- ・毎日、横になりながらうつつとしながら、絶望と自責の念が頭を駆け巡る
- ・働いている人に猛烈な嫉妬がある
- ・自分は「人並以下」だし、「普通」でもない
- ・今の自分には人に合わせる顔がないし、人と会いたくない
- ・何をしても面倒くさい、朝起きるのも面倒
- ・家にいるだけの自分を親はどう思っているんだろう、申し訳ない
- ・働いていない(学校に行けていない)自分のことを周囲はダメな奴と思っているにちがいない
- ・このままではいけない、今すぐ何とかしなければ！

- ・自分には何が向いているのか、何をしたいのか分からない
- ・誰かに相談して気持ちをわかってもらいたい、しかし、相談しても何の解決にもならない
- ・自分が受けてきたいじめやからかいを思い出すと、世の中の人が恨めしく思えてならない

周囲への不信感・過敏さ

自責感と焦り・いらだち

助けを求めたいがためらう

傷つきやすさ・自信のなさ

あるいは、長くなってくると、自分には何が向いているのか、何をしたいのか、ほとんどわからない。誰かに相談したいんだけど、気持ちをわかってもらえない。解決にはならない。さらに、いじめとか、そういった体験がきっかけになっているケースも決して少なくない。

周囲への不信感、自責感、自信のなさ、誰にもSOSがだせない。こうなると、生きていけない、やっていけないと思うようになるのも無理ないわけです。

居場所・安心感が・・・

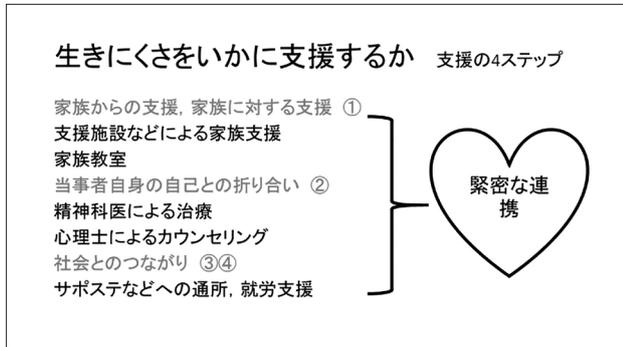
社会

家庭

自分

表現をかえてみると、社会に居場所はないし、家の中

にも居場所はない。加えて、こういう自分も認められない。吉本隆明が「心的構造論」の中で述べているように、社会、家庭、自分との折り合いがつかない状態。こういうふうにとらえてもいいのかもしれない。



厚労省等がだしている支援の4ステップっていうのは、こうした生きにくさを、なんとか、みんなの力を結集して治療していきましようというものです。第1に、家族による支援、支援施設による家族支援です。第2に、さきほど述べたように8割の方に該当するとされています精神疾患の治療です。これは無視できません。最後に第3として社会のつながりを促す支援です。サポステ、その他の就労支援施設などが当てはまるでしょう。

こうした3つの側面からの支援を緊密な連携のもとでおこなっていくことが理想です。そして、全ての支援者の合言葉は、支援される側、つまりひきこもり当事者が「ハッピー」と感じられるよう、みんなで頑張りましようとういうことだろうと思うんです。

生きにくさの反対側がハッピーということについて一言。近年、心理学の分野で、ポジティブ・サイコロジーというのが流行っています。ハッピーというのは、ポジティブ・サイコロジーで言えば「幸福感」にあたります。幸福感というものは、個人個人によってその基準や感じ方は異なるので、あえて「主観的幸福感」と呼ぶ研究者もいます。ポジティブ・サイコロジーでは、こうした個人の主観的幸福感に影響する要因は何か、あるいは主観的幸福感が高い人の特徴とは何かなどを明らかにしようとしています。

そこから分かったことですが、確かに健康で、仕事をしていて、そこそこ裕福で、信頼できる友だちや家族がいる場合、ハッピーに感じる人は多いです。しかし、一方で、シビアと思えるような状況下にいる人でもハッピーに感じる人はいます。周囲の人がどう感じようがあくまでも主観的な問題です。そして、そこに大きく関与するのが周囲からの支援（ソーシャルサポート）です。一番の問題は、悩みを抱えている人を孤立させることです。さまざまな立場の支援者が知恵を出し、さまざまな視点からの支援を展開する。ひきこもっている、少しでもハッピーと感じてもらおうよう支援することです。

対人関係療法 (IPT) とは？

- 効果に科学的な根拠があるうつ病に対する短期心理療法がその始まり(1974; 1976; 1979; 1981)。
- 期間は12回～16回で、問題を焦点化する。
- その後の研究で、双極性障害、摂食障害、不安障害などにもその効果が証明されている。
- 西欧諸国のみならず、日本、タイ、ウガンダ、ドミニカなどでも効果が証明されてきた。
- 医学モデルの採用(病者の役割)。
- 過去の問題や未来よりも、まさにHere & Now。
- パーソナリティを治療ターゲットにせず、現在の対人関係を扱う。
- 基本的には、治療者-患者関係を扱わない。
- 技法よりも戦略を重視する。

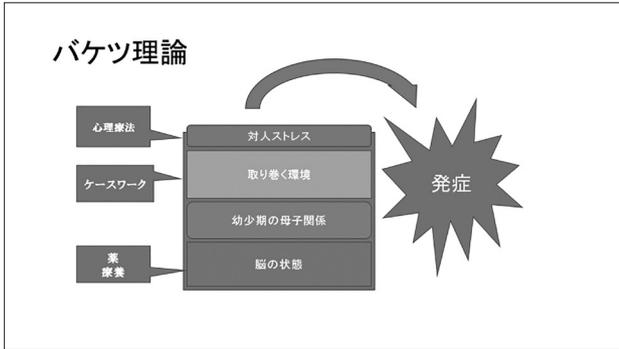
ようやく対人関係療法の話に入っていくわけですけども。対人関係療法というのは、どちらかというところ、ここに書いておりますように、うつ病の短期心理療法からスタートしております。そして、効果が科学的に証明されています。認知行動療法と比較しても遜色はありません。ドロップアウトの面からみると、対人関係療法の方がその数が少ないとされています。大きな理由は宿題です。認知行動療法の場合、毎回宿題が課されます。これがなかなかしんどいという方がおられます。一方、対人関係療法では毎回の宿題はありません。あったとしても、治療全体を通じて数回、それも必修ではありません。従って、ドロップアウトせずに16回の面接をおえることができるわけです。さらに、その後の研究で、双極性障害や不安障害などにもエビデンスがでております。

また、アメリカでスタートした方法ですけれども、日本、タイ、ウガンダ、ドミニカ、などでも効果が証明されています。

それから、医学モデルの採用。対人関係療法というのは医学モデルを採用してはいますが、その考え方は、先ほど紹介したICFの考え方にとっても近いです。つまり、「病氣」がみつかったとしても、その人自身の問題に帰結させない。そうではなくて、病氣という不測の事態が起こっているという考え方をします。

病氣そのものは、その人がなろうとしてなれるものではありません。実際、身体疾患でもおなじです。例えば、癌になりたくて、癌になる人はいません。癌になりたかろうが、なりたくなかろうが、なる人はなるし、ならない人はならない。このように、病氣というものは発症やその経過を全てすべて自分の力でコントロールすることなどできません。やはり、不測の事態だろうというふうにとらえます。不測の事態だからこそ、病者の役割をとりましようとなります。病者の役割っていうのは、病気の期間は一定の社会的役割から離れ、専門家のもとでちゃんと治療をうけましようということなんです。

病者の役割を与えることが医学モデルを採用している一番大きな理由といえます。



クライアントさん、患者さんに、病気について説明するとき、私はこの「バケツ理論」をよく使います。専門用語ではありません。

例えばこんなふうに説明します。「バケツと言うのはあなたの心の許容量です。まず、セロトニンが少ない遺伝子で生まれちゃったとか、いろんな理由で扁桃体の過活動が起こるような状態にあるなどすると、一定の水が入ってしまうんです。あるいは、たまたま脳のある部位に特異性があると、同じようにバケツの中に水が入ってしまう。」

「次に幼い頃のご両親との関係です。これも、たまたまなんです。どこに生まれるかってのは自分では決められませんね。ご両親との関係に一定の齟齬があると、やはり水がたまってしまいます。」

「そして生育環境です。こども、自分で選べるわけではありませんよね。もちろんある程度大人になれば、自分で環境を変えることが可能ですけども。成長のプロセスだと、家族など周囲の大人に頼らざるをえないですよ。ストレスフルな環境であればやはり水がたまっていきます」

「こういうふうに水がたまって行って。最終的に、大きな対人ストレスがかかった時にバケツから水があふれてしまいます。これが病気の発症です」

そして最後に、「お分かりいただけましたでしょうか？ 病気というのは多くの原因からおこってくるものであって、あなたの人間性や気力などは一切関係ありません。あなたが好きこんで招いた結果では決まっています。まずはそのことを頭の隅に置いておいてください。それから治すときです。まずはお薬を飲んで、心の状態を少し動きやすくすることが普通です。さらに、環境を整える意味でケースワークが必要になってきますし、対人ストレス軽減には心理療法が大事になってくるのです。このようにして、各々のお水の量が減っていくと症状がとまります。8分目とか9分目とか考える必要はありません。とにかくあなたのバケツ（許容量）内に水がおさまれば良いのです。どうですか、一緒にやっていきませんか。」というような話をさせてもらいます。

こういうプロセスを丁寧に進めていきますと、当事者自身が抱えてしまっている精神疾患に対する思い込み、つまり「自分はとんでもない病気になってしまった。精

対人関係療法 (IPT) とは？

- 効果に科学的な根拠があるうつ病に対する短期心理療法がその始まり(1974; 1976; 1979; 1981)。
- 期間は12回～16回で、問題を焦点化する。
- その後の研究で、双極性障害、摂食障害、不安障害などにもその効果が証明されている。
- 西欧諸国のみならず、日本、タイ、ウガンダ、ドミニカなどでも効果が証明されてきた。
- 医学モデルの採用(病者の役割)。
- 過去の問題や未来よりも、まさにHere & Now。
- パーソナリティを治療ターゲットにせず、現在の対人関係を扱う。
- 基本的には、治療者-患者関係を扱わない。
- 技法よりも戦略を重視する。

神科にいかなきやならない、精神科の薬を飲むと自分が自分でなくなる、一生治らない」といった恐怖や不安から随分と解放されることが多い。私の感触でいうと、うつ病の患者さんだったら、現在の症状を10だとしたら、3割、4割は軽減できるという印象をもちます。

スライドに戻りましょう。過去や未来よりも、まさに、今を大事にする。そして、その人の性格とか、人間性とか問題にしない。現在の人間関係に、それも重要な他者、つまり家族、恋人、配偶者との関係に焦点を絞ります。基本的に治療者-患者関係は扱いません。最後に、技法よりも戦略を重視します。

対人関係の問題をどういうふうにとらえるかっていう問題ですが。私たちは対人関係がうまくいっていないことを“対人関係の不和”という言い方をします。もっと別の言い方をすると、いわゆる、“期待のずれ”、ですね。人間関係がうまくいなくなっている時というのは、双方の期待や言い分、あるいは受け止めがずれてしまっていることが多いのです。

対人関係の不和を、性格が合わない、あるいは水と油の関係というふう原因づけてしまうと、これはもう介入の余地がありません。ただし、“期待のずれ”であれば、いくらでも戦略をたてて、修正を試みることができます。例えば、中学生の男の子Aとその身近な他者である母親との間でこんなやりとりがあったとします。A君は部活でいつもよりもハードな練習を終えて帰宅しました。ホッと一息したA君は母親に「今日部活で〇〇があつてきつかった～」と言いました。A君としては母親から「それはきつかったね～」と少しばかりの共感がほしかっただけだったのです。しかし、母親は次のよう言いました。「好きで入った部活でしょう！ 仕方ないわよ！ そのくらいで泣きごとを言わない！」。A君は一瞬にして怒りがこみ上げ、「何も知らない癖に、偉そうなこと言うなよ！」と言うなり自室に行きました。一方、母親としては、A君を激励しようと思って言ってあげたつもりなのに、A君のふてくされた態度に気持ちがさまりませんでした。

A君にとっても母親にとっても、まさに“期待のずれ”だったのです。どちらにも言い分はあるし、決して間

違ってない。一方が良くて一方が悪いなど簡単に断じることなどできませんね。

このように、人間関係の中でおきる期待のずれってというのは、ささいであってもその人にショックを与えます。A君の場合、そのショックは怒りとして現れました。また、こうした期待のずれという現象に自覚がないと、ずれが重なり関係が大きくこじれ、ついにはあきらめムードになってしまうこともあります。さらに言うと、その相手が重要な人であればあるほど、慢性的な対人ストレスに発展してしまいます。

ここで、A君と母親は元々性格が合わないので仕方ないとせず、どこにずれが生じているのかをよく見極め、ずれのおこりにくい話し方を練習する方が現実的ですし、今後につながります。

いずれにせよ、期待のずれ、というものを軽んじないということが大切です。日頃からずれに注意を払い、ずれを自覚し修正する習慣をつけておくことが良いでしょう。対人関係療法では、こうしたずれの自覚や修正の方法を共に考え実践することを推奨します。あきらめかけていた重要な相手との関係修復という成功体験を起爆剤にして、今の自分でもなんとかやれるんだという自己効力感、自己肯定感をあげていくというのが、対人関係療法の主要な目的です。

対人関係療法から学べること

支援の心構え

- ① 病気／障害の可能性を探る
- ② ただし、それを気力、根性など、その人自身の人間性として見ないこと
- ③ ターゲットは、「生きにくさ」
- ④ 「生きにくさ」を軽減するために、医療、環境調整、その他の支援があること
- ⑤ まず必要なことは「安心」「安全」「ホッとできる」と感じられる空間を作ること＝「話してよかった」「分かってもらえた」と思えるコミュニケーションに心掛けること
- ⑥ それは、「今、ここで」の困りごとを、決めつけ(られ)ず、あるがままに聴く(いてもらえる)こと
- ⑦ そして、コミュニケーションの目的を共有すること

私は、社交不安障害という診断を受け、ひきこもりの状態にある方に対人関係療法をおこなうことが時々あります。もちろん、すべての方が対人関係療法を継続し、その結果よくなったとまではなかなか言えません。ただし、家族との間でコミュニケーションがスムーズになるにつれ、家での居心地が多少はよくなってきた。そういう内容であれば、ほぼ、全例で経験しています。

もちろん、ひきこもりの場合、専門家のところに足を運ぶことそのものが困難である場合が多いので、あくまでも、そのハードルを越えた当事者に限定されてはきますが。

しかし、対人関係療法には、支援者としてもおきたい大切な心構えがちりばめられているように思っています。

まず、回復、支援の可能性として、病気、障害の可能性をさぐるという点です。すべては自分の問題だと思いつ込んでいる重荷を、その大部分は「心の病（精神疾患）からきている」という戦略で軽減を図るということです。そこは、「生きにくさ」の軽減にもつながる部分だと思います。余談ですが、心理学に詳しい人がおられたら、ブリーフセラピーの“外在化”という言葉をお聞きになったことがあると思います。非常によく似たやりかただろうと思います。

それから、対人関係療法をおこなう上で大切にしていることがあります。個人的には「下ごしらえ」という言葉を使ったりします。つまり、何はともあれ、私のところにきて、ホッとしてもらうことです。「この人は決めつけずに話を聞いてくれるなあ」「私のことをすごく大事にしてくれているなあ」「私の話を理解しようとしてくれるなあ」等と思ってもらうような環境をつくっていく、つまり安全空間を二人の間に作っていくことです。それがあからこそ、クライアントは心理療法なんていう、まどろっこしい方法をチョイスしてくれるんだろうと思います。モチベーションが確かに上がっていきます。

そして、過去のこととか、未来のこととかではなく、「今、ここ」での困りごとに焦点化することです。私たちがしんどい思いをしている時は、必ず、過去のことか、未来のことを考えていますね。皆さんがたまたまぶんそうだろうと思います。胸騒ぎする時など、決まって明日のことを考えていたり、明後日のことを考えていたり、あるいは、あの時にあんなことをしなければよかったと過去のことを考えていたりとか。いずれにせよ、「今、ここ」に私たちはいません。

もっと言うと自分が安心、安定していられる時ってというのは、「今、ここ」だけなんです。過去のこと未来のことも、どうしようもできません。どうにかできるのは「今」だけです。皆さんご存知でしょうか。「マインドフルネスストレス低減法」。Google、Facebook、シリコンバレーなどで生産性向上やストレス軽減として導入されています。あれは、「今、ここ」の呼吸に穏やかに集中することで、今に留まる。そして、今に留まりながら、自分の中に起こっている感情をあるがままに見つめていきます。有効性が科学的に確認されたとても優れた方法です。

- ⑧ 当事者の「doing」ではなく「Being」にこそ目を向けること
- ⑨ 話すときは、I message: 誰が誰のことについて話しているのか注意する
- ⑩ 決めつけない
- ⑪ 話題は過去や未来ではなく、できるだけ今に(過去や未来のテーマは落ち込みや不安の源)
- ⑫ 理解のズレは早急に修正
専門家による支援が必要かも
- ⑬ お互い焦らないで

それから、これは学校場面でよく聞かれる話ですが、「勉強ができるから良い生徒」「先生の言うことをよく聞くから素直な生徒」「部活に頑張るから努力家の生徒」など。とかく、私たちは「〇〇ができるから」という条件つきで人を讃えます。それはそれで素晴らしいのですが、もっともっと根本的なところで、存在そのもの(Being)をリスペクトしようということです。

次ですが、悩みが多いと、私たちは、誰が誰のことについて話しているのか、無自覚なまま理解してしまう癖があるのも知っておきたいですね。主語が彷徨うという表現を使ったりもします。例えば、「自分はダメな奴だ」と言うクライアントの話にじっくり耳を傾けていると、実はお父さんやお母さんの言葉だったりすることがよくあります。お父さんやお母さんの「だからお前はダメなんだ」がいつの間にか「自分はダメな奴」として本人の頭に定着する。

自分がそう思っているわけではなくって、周囲によっていつの間にか刻印づけされている。私との面接の中では、誰が誰のことを言っているのか、主語は誰なのかということ意識して、話をするよう心掛けています。そうすることで、誤った思い込みを少しずつ是正することができるようになります。

それから、決めつけないということ。本人はつらいとも何とも言っていないのに、支援者の方が「こんなことがあったらつらいに決まっていますよ」なんて言ってしまう。対人援助の場でやりがちなんです。言われたクライアントの方が驚いて「つらいと感じなくちゃいけないの？」あるいは「どうしてこの人は私の気持ちを分かったようなことを言うんだらう」と感じてしまうのです。先ほどの主語は誰かという問題ともつながっていますが、支援関係が長くなると、支援者が対象者のことを分かったつもりになり、決めつけが多くなってしまいます。

理解のズレは、早急に修正し、専門家による支援が必要かも。これは、先ほど説明させていただきました。

最後は、対人関係療法についてのまとめみたいなもの

になりましたが、僕が学んだことというのは、もしかしたら、ひきこもりの支援になんらかの形で貢献できるんじゃないかな、という気がしております。

つたない話でしたが、今回、私の頭の整理のためにお話をさせて頂きました。すでにご存じの内容も多々あったことと思います。予定の1時間になりました。ご清聴ありがとうございました。

参考文献

- 安達圭一郎. (2016). 対人関係療法によるアプローチ：不登校からひきこもりに移行した20代半ばの女性を通して. 坂本真佐哉・黒沢幸子(編) 不登校・ひきこもりに効くブリーフセラピー (pp. 174-187) 日本評論社.
- 朝日新聞. (2017). ひきこもる47歳 父は86歳 共倒れの不安. 平成とは：第1部 時代の転機 (12月30日). 朝日新聞西部本社.
- 独立行政法人国立特殊教育総合研究所. (2006). ICFについて. 文部科学省. www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo3/032/siryu/06091306/002.htm
- Hattori Y. (2005). Social withdrawal in Japanese youth: a case study of thirty-five hikikomori clients. *Journal of Trauma Practice* 4, 181-201.
- Kato TA, Shinfuku N, Sartorius N, & Kanba S. (2011). Are Japan's hikikomori and depression in young people spreading abroad? *Lancet* 378, 1070.
- Kato TA, Tateno M, Shinfuku N, Fujisawa D, Teo AR, Sartorius N, Akiyama T, Ishida T, Choi TY, Balhara Y, Matsumoto R, Umene-Nakano W, Fujimura Y, Wand A, Chang JP, Chang RY, Shadloo B, Ahmed HU, Lerthattasilp T, & Kanba S. (2012). Does the "hikikomori" syndrome of social withdrawal exist outside Japan?: a preliminary international investigation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 47, 1061-1075.
- 加藤隆弘, Teo AR, 館農勝, Choi TY, Balhara Y, 神庭重信. (2015). 社会的ひきこもりに関する日本, 米国, 韓国, インドでの国際共同調査の紹介. *臨床精神医学* 44, 1625-1635.
- Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, & Chevron ES. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. Basic Books. (水島広子, 嶋田誠, 大野裕 (訳). うつ病の対人関係療法. 岩崎学術出版社)
- Koyama A, Miyake Y, Kawakami N, Tsuchiya M, Tachimori H, Takeshima, T, & The World Mental Health Japan Survey Group, 2002-2006. (2010). Lifetime prevalence, psychiatric comorbidity

- and demographic correlates of “hikikomori” in an community population in Japan *Psychiatric Research* 176, 69-74.
- Kreig A & Dickie JR. (2011). Attachment and Hikikomori: a psychosocial developmental model. *International Journal of Social Psychiatry* 59, 1-12.
- Li TMH & Wong PWC. (2015). Youth social withdrawal behavior (Hikikomori): A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 49, 595-609.
- 水島広子. (2009). 臨床家のための対人関係療法入門ガイド. 創元社.
- Nagata T, Yamada H, Teo AR, Yoshimura C, Nakajima T, & van Vliet I. (2011). Comorbid social withdrawal (hikikomori) in outpatients with social anxiety disorder: clinical characteristic and treatment response in case series. *International Journal of Social Psychiatry* 59, 73-78.
- 内閣府. (2010). 若者の意識に関する調査（ひきこもりに関する実態調査）概要版（PDF形式）. https://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/hikikomori/pdf_gaiyo_index.html
- 内閣府 (2016). 若者の生活に関する調査報告書（PDF版）. <https://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/hikikomori/h27/pdf-index.html>
- 日本精神神経学会（日本語版用語監修），高橋三郎・大野裕監訳（2014）. DSM-5精神疾患の診断治療マニュアル. 医学書院.
- 斉藤万比古. (2010). ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン. 厚生労働省科学研究費補助金
- こころの健康科学研究事業：思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システム構築に関する研究. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12000000-Shakaiengokyoku-Shakai/0000147789.pdf>
- Teo AR, Saha S, Stufflebam K, Fetter MD, Tateno M, Kanba S, & Kato TA. (2015a). Psychopathology associated with social withdrawal: Idiopathic and comorbid presentations. *Psychiatry Research* 228, 182-183.
- Teo AR, Fetter MD, Stufflebam K, Tateno M, Balhara Y, Choi TA, Kanaba S, Matews CA, & Kato TA. (2015b) Identification of the hikikomori syndrome of social withdrawal: psychosocial features and treatment preferences in four countries. *International Journal of Social Psychiatry* 61, 64-72.
- Teo AR, Chen JI, Kubo H, Katsuki R, Sato-Kasai M, Shimokawa N, Hayakawa K, Umene-Nakano W, Aikens JE, Kanba S, & Kato TA. (2018). Development and validation of the 25-item hikikomori questionnaire (HQ-25). *Psychiatry and Clinical Neuroscience* 72, 780-788.
- 宇田亮一. (2011). 吉本隆明「心的現象論」の読み方. 文芸社.
- Weissman MM, Marcowitz JC & Klerman GK. (2000). *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*. Basic Books. (水島広子 (訳). (2009). 対人関係療法総合ガイド. 岩崎学術出版社)
- ZIZI-YAMA WORLD HP. ICF：国際生活機能分類. www.geocities.jp/zizi_yama60/base/ICF.html

交通外傷予防のための系統的対策の重要性 – 安全な環境が健康を支える

中原 慎 二

帝京大学医学部救急医学講座

Importance of Systems Approach in Traffic Injury Prevention: Safe Environments Support Healthy Life-Style

Nakahara Shinji

Department of Emergency Medicine, Teikyo University School of Medicine

抄録

わが国の交通外傷は減少傾向にあり、死者数は過去最多であった1970年に比べると2割程度になった。これは、さまざまな交通安全対策を実施した結果であるが、安全な環境の達成がないまま、行動変容により危険源への曝露を減少させた場合には、交通外傷は減少しても身体活動の低下による生活習慣病リスクの増加といった別の健康問題を顕在化させてしまう可能性がある。このようなジレンマを避けるためには、健康問題全体を包含する方向で安全を考え、環境への介入を重視した系統的対策により危険源をコントロールする必要がある。

本項では、わが国の交通安全対策の歴史を概観し、1970年代と2000年代後半以降に重視された広域の交通環境改善が、幅広い年齢層、広範な道路利用者のリスクの低減に効果的であることを示した。また、系統的な安全対策の立案と評価に不可欠な、疫学モデルに基づくHaddonマトリクスの利用、継続的なデータ収集について解説した。最後に、健康的な生活の基盤として安全な環境が必須であり、広範囲に危険源をコントロールする環境対策を重視すべきであることを考察した。

キーワード：交通外傷、系統的対策、環境、健康

Key Words : traffic injury, systems approach, environment, health

1. はじめに

わが国では交通外傷の制御に成功しつつある。2017年の24時間以内死者数は3,694人で、過去最多であった1970年(16,756人)の2割強に、死傷者数は約58万人で、過去最多の2004年(約120万人)の5割弱に減少した(図1)¹⁾。これは、さまざまな交通安全対策を実施した結果であるが、危険源(ハザード)をコントロールして安全な環境を達成した場合もあれば、人間の行動変容により危険源へ曝露を減少させた場合もある²⁾。後者は、子供の外遊びの制限や、専ら自動車による外出などであり、交通外傷は減少するが、一方で身体活動も減らし、生活習慣病のリスクを増加させる³⁾。つまり、健康問題の一つである交通外傷への対策が別の健康問題を顕在化させることになる。このようなジレンマを避けるためには、健康問題全体を包含する方向で安全を考え、「系統的な対策」により危険源をコントロールする必要がある⁴⁾。

本項では、まずわが国の交通安全対策の歴史を概観し、これまでに実施された安全対策の効果について考察する。次に、系統的対策立案と評価の方法について解説する。最後に、健康的な生活の基盤としての安全な環境の重要性について述べる。

2. 我が国の交通安全対策の歴史

わが国の本格的な交通安全対策は1970年の交通安全対策基本法制定から始まる⁵⁾。同法に基づき、内閣総理大臣を長とし、関係閣僚が委員となる中央交通安全会議が設置され、多方面からの対策が可能となった。同会議が作成した第1次交通安全基本計画(5カ年計画)⁶⁾が1971年から実施され、これに合わせて第1次交通安全施設整備5カ年計画も開始された。交通安全基本計画には、交通事故死者数減少の数値目標と、以下の8項目の施策が掲げられた：1) 道路交通環境の整備、2) 交通安全思想の普及、3) 安全運転の確保、4) 車両の安全性確保、5) 道路交通秩序の維持、6) 救助、救急活動の充実、7) 被害者支援の推進、8) 研究開発および調査研究の充実。

基本計画は5年ごとに更新され、社会環境、交通環境の変化に合わせて、様々な対策が行われてきた。その中には、効果的なものも効果が確認できないものが混在している²⁾。1970年以降を10年ごとにわけ、各年代の重点対策と交通外傷の推移について、交通安全基本計画、白書などの各種報告書、警察庁データを元に記述した。また、対策の効果について、リスクの高い集団または地点へ集中的に働きかけるハイリスク/ブラックスポット・

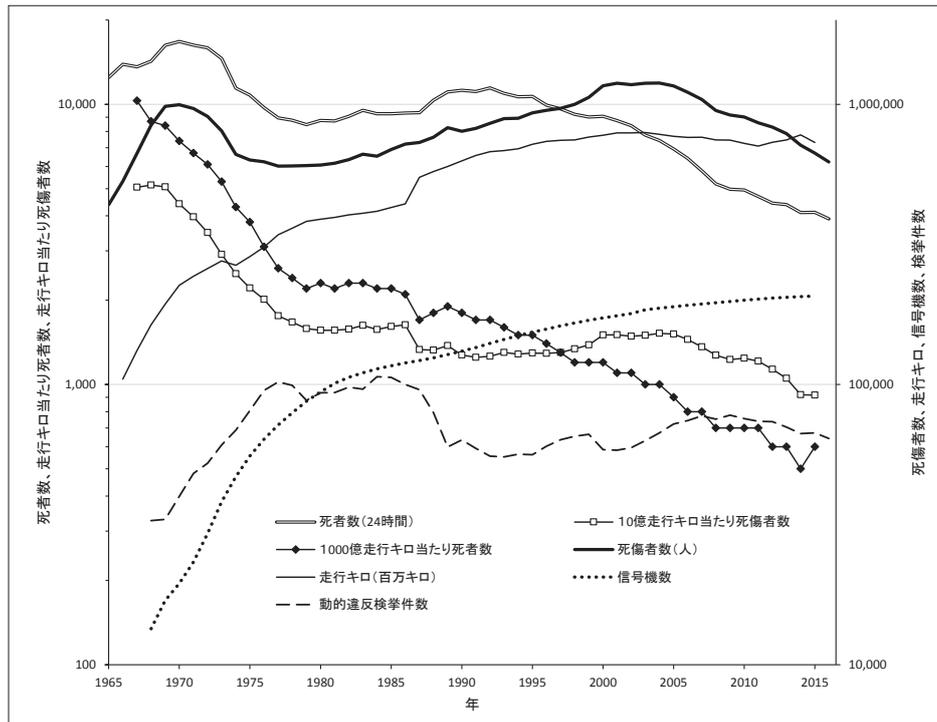


図1 交通事故発生状況、交通量、信号機数、検挙数の推移

*自動車走行キロには、1987年から軽自動車分が計上されるようになった

出典：交通事故統計年報

Nakahara et al.²⁾ から許諾を得て改変転載

アプローチと、リスクの低い人も含めてより多くの人を対象とするポピュレーション・アプローチを対比して検討した。

2.1. 1970年代

1950年代から1960年代にかけてのモータリゼーション進展が、交通外傷を急増させ、1970年には年間死者数がピークに達した(図1)。1970年代前半には、交通外傷死者数、死傷者数ともに、年齢層・道路使用者種別に関わらず大きく減少した²⁾。交通量あたりの死亡率と死傷率も著しく低下した。特に、交通量あたりの死傷率は、この時期以降2005年頃までほぼ一定であり、この時期の成功は特筆すべきものである。しかし、1970年代後半からはこれらの減少速度は鈍化した。この時期の事故減少は、おもに幹線道路でのものであった。道路延長あたりの事故発生率は国・主要地方道で65%、都道府県道で32%、市町村道で13%減少した(表1)。その結果、70年には大半の事故が幹線道路で発生していたものが、80年には事故の半数弱を市町村道で発生したものが占めるようになった(表1)。

この時期の重点課題は、事故発生率の高い幹線道路における、死傷者数の多い歩行者、自転車乗員、子供の保護であり、安全施設(歩道、信号機、標識など)の整備と交通取締が進められた⁶⁾。1971年開始の第1次交通安全施設整備計画はそれ以前の事業に比べて規模が約10倍

に拡大され、安全施設の増加は交通量の増加を大きく上回った⁵⁾。例えば、信号機は交通量が約2倍に増加する間に、4倍以上に増加した(図1)。また、1970年代前半に交通警察官を約9000人増員し、取り締まりを強化した結果、交通違反検挙件数が大幅に増加した(図1)⁵⁾。

一方、生活道路では、歩道設置に必要な幅員がない場合が多く、歩行者保護対策として主にソフト面での対策(生活ゾーンやスクールゾーンなどの交通規制)が行われたが、幹線道路に比べて十分な効果をあげられなかった⁷⁾。道路で遊んでいて事故にあう子どもが多かったため、安全な遊び場として公園整備が進められた。公園数増加が大きい都道府県では、子供の交通外傷死亡率低下も大きかった⁸⁾。

2.2. 1980年代

死者数、死傷者数はともに、再度上昇傾向に転じ、1988年には24時間以内死亡者数が再度1万人を越えた(図1)。特に、自動車、二輪車乗員の死者増加が著しかった²⁾。交通量あたりの死亡率、死傷率はこの時期にはほぼ一定であった。道路延長あたり事故件数は国・主要地方道と都道府県道で、それぞれ24%、20%であったが、市町村道では32%であった(表1)。

交通量は増加し続けたのに対して、安全施設整備の速度は鈍化し、取り締まり件数は頭打ちとなった(図1)。増加した交通量は、幹線道路から生活道路へも通過交通

表1 道路種別交通事故発生状況の推移

	国・主要 地方道*	都道府 県道	市町村道
1970			
事故件数	374,266 52.5%	109,068 15.3%	229,207 32.2%
道路実延長 km	61,906 6.1%	92,730 9.1%	859,953 84.8%
実延長あたり事故件数 / km	6.0	1.2	0.27
1980			
事故件数	184,296 39.0%	70,021 14.8%	218,029 46.2%
道路実延長 km	86,697 7.8%	86,930 7.8%	939,760 84.4%
実延長あたり事故件数 / km	2.1	0.8	0.23
1990			
事故件数	268,513 42.5%	76,028 12.0%	287,020 45.4%
道路実延長 km	101,950 9.1%	78,428 7.0%	934,319 83.8%
実延長あたり事故件数 / km	2.6	1.0	0.31
2000			
事故件数	382,109 42.2%	97,601 10.8%	426,625 47.1%
道路実延長 km	117,832 10.1%	70,745 6.1%	977,764 83.8%
実延長あたり事故件数 / km	3.2	1.4	0.44
2010			
事故件数	289,653 41.8%	75,548 10.9%	328,018 47.3%
道路実延長 km	120,652 10.0%	71,499 5.9%	1,018,101 84.1%
実延長あたり事故件数 / km	2.4	1.1	0.32
2015			
事故件数	220,940 43.6%	56,898 11.2%	229,065 45.2%
道路実延長 km	121,926 10.0%	71,429 5.9%	1,025,416 84.1%
実延長あたり事故件数 / km	1.8	0.8	0.22

*一般国道、高速自動車国道を含む

出典：交通事故統計年報

Nakahara et al.²⁾ から許諾を得て改変転載

として流入し、不十分な生活道路での対策と相まってこのような結果になったと推測される。

対策の重点は、歩行者から、自動車、二輪車乗員へと移った⁹⁾。1985年に自動車前席乗員のシートベルト着用を、1986年にすべての道路で原付自転車を含む二輪車の乗員へのヘルメット着用を義務化したが、どちらも効果は限定的であった^{10, 11)}。期待通りの効果が得られない理由として、交通量増加に伴う事故の増加、不適切なシートベルト・ヘルメットの使用方法、リスクの高い運転者ほど着用しないとといった可能性が考えられる^{11, 12)}。

生活道路では、「コミュニティ道路」の整備が開始された¹³⁾。ハンプ、狭さくなどのハード面での対策により

交通量と自動車の速度抑制を図るものである。しかし、「線的」な対策で、区域への面的広がりはなく、交通規制との組み合わせが不十分であった⁷⁾。

2.3. 1990年代

死者数は再度減少傾向に転じたものの、死傷者数の増加傾向は続き、1999年には年間死傷者数が100万人を超えた(図1)。交通量あたりの死亡率は低下傾向を示しはじめたが、交通量あたり死傷率は一定かやや増加傾向であった。道路延長あたり事故件数は国・主要地方道、都道府県道、市町村道で、それぞれ23%、42%、42%増加した(表1)。

重点対策はさらに死亡リスクが高い交通行動、道路利用者に対して集中した¹⁴⁾。悪質性と危険性が高い30km/h以上の速度超過違反と信号無視の検挙件数は大幅に増加した²⁾。一方で、飲酒運転検挙件数はほぼ一定であった。その結果、速度超過に起因する死亡事故件数は飲酒運転に起因するものに比べ急速に減少した。

25歳未満の初心運転者は死亡事故を起こす確率が高いことから、1990年に初心運転講習制度が導入された¹⁵⁾。違反を繰り返す初心運転者は講習を受講するか再試験を受けることになり、毎年数千人程度が運転免許を取り消されている。その結果、経験1年未満の初心運転者が原因となった死亡事故は半減した¹⁶⁾。

これらの他に、以下のような施策・要因が死者数減少に寄与した可能性がある。シートベルト着用への取締りが強化され、69%まで低下していたベルト着用率は80%台まで回復した^{10, 11, 17)}。自動車の衝突安全性を向上するために、1994年には正面からの衝突試験が導入され、乗員保護を目的とする衝突時の車体特性、強度の基準が初めて設定された¹⁸⁾。1991年に救急救命士制度が導入され、病院前救護の改善がはかられた¹⁹⁾。幹線道路の事故多発交差点に対する、交差点コンパクト化、動線変更、照明設置などのハード面の対策が、第6次特定交通安全施設整備計画で重要対策と位置づけられた²⁰⁾。この時期の失業率上昇が、若者の運転機会を減少させた可能性がある²¹⁾。

生活道路への対策として、1996年にコミュニティ・ゾーン形成事業が開始された²⁰⁾。これまでに行われてきた、生活ゾーンやスクールゾーンといったソフト面での交通規制と、コミュニティ道路整備事業で行われたハード面の整備施策とを統合し、区域へ面的に拡大したもので、「ゾーン対策」と呼ばれる⁷⁾。ただし、規模は小さく、2001年度までに、約160カ所が整備されたにすぎない²²⁾。

2.4. 2000年代

死者数は低下傾向を続け、年間死傷者数は2000年から数年間、120万人弱でほぼ一定となり、2005年に減少傾向に転じた(図1)。交通量あたりの死傷者数も同時に

低下し始めた。2015年までの間に、道路延長あたり事故件数は国・主要地方道、都道府県道、市町村道で、それぞれ44%、42%、49%減少した(表1)。

この時期の成功の一つは、飲酒運転による死亡事故の減少である。2001年に危険運転致死罪の導入、2002年に飲酒運転の罰則強化と酒気帯び運転の基準値引き下げ、2007年に罰則再強化が行われた²⁾。法改正前から事故減少が始まっており、法改正に先立つ社会規範の変化と罰則強化の相乗効果が考えられる²³⁾。

一方、効果が限定的であったのは、自動車後席乗員と子供の安全装置使用義務化である。2000年に6歳未満児のチャイルドシート着用が義務化されたが、乳児以外は概して着用率は低く(60%台)、6歳以上の児童に対しては、年齢に応じた安全装置の使用義務がない^{24)、25)}。2008年に後席のシートベルト着用が義務化されたが、一般道での罰則が無く、着用率は40%に満たない²⁶⁾。

自動車の衝突安全向上、外傷診療の質向上も死亡率低下に貢献したはずである。この時期には、初度登録年の新しい車両ほど乗員の死亡リスクが低く、1990年代に始まった安全性向上の効果が現れてきたと考えられる²⁷⁾。2000年にはオフセット衝突基準が、2005年には歩行者と衝突時の歩行者の頭部保護に関する基準が導入された²⁸⁾。また、2002年に外傷初期診療ガイドライン導入により外傷診療が標準化された²⁹⁾。

特筆すべきは、重点目標が死亡事故減少から、幅広い道路利用者を対象として事故発生全般を抑制することに転換したことである。2003年の中央交通安全対策会議における総理大臣談話で、「世界一安全な道路交通」が目標とされた³⁰⁾。その後の交通安全基本計画では、子供、高齢者、歩行者、自転車の安全確保、生活道路の安全確保が最重要課題として明記され、死者数だけでなく死傷者数減少の数値目標を掲げるようになった^{31)、32)}。

生活道路では、ゾーン対策が強化、拡大された。2003年から、「あんしん歩行エリア」として整備が進められ、約1400カ所が指定された^{33)、34)}。2011年からは区域内の最高速度を30km/hに規制する「ゾーン30」として整備が進んだ³⁵⁾。これは、歩行者が30km/hを越える速度で走る自動車と衝突した際に、致死率が急上昇するという知見に基づく⁴⁾。ゾーン30は柔軟性が高く、従来のゾーン対策では対象になり得なかった地域でも、実現可能な対策から順次実施していくことで、整備対象地域を拡大し、2016年度末までに約3000カ所を整備した³⁶⁾。また、自動車走行速度の低下に効果のある、中央線抹消・路側帯拡幅が積極的に活用されている³³⁾。

2.5. 重点対策の変遷

わが国の交通安全対策は、一貫してリスクの高い場所と人に重点を置いてきたが、1970年代と2000年代後半以降は、多数の道路利用者が恩恵を受ける対策が多く行われており、ポピュレーション・アプローチに注力した

といえる²⁾。広域にわたる交通環境の改善により、子ども、高齢者、歩行者を含む広範な道路利用者に広がるリスクの低減を図ったのである。たとえ一人ひとりにとってのリスク低減は小さくとも、全体としては死傷者数を大きく減少させることに成功した。ただし、この2つの時代における対策の効果は、その内容と実施場所の差異を反映して、異なった形で現れている。

1970年代は、幹線道路に対して前後に例の無いほど大規模な環境整備を行い、幹線道路での死傷者数を減少させたが、生活道路への対策は不十分であった。2000年代後半からは、生活道路におけるゾーン対策を広域に行った結果、生活道路での死傷者減少に効果を上げた。2003年の総理大臣談話が、ポピュレーション・アプローチ回帰への転換点であった^{2)、30)}。

一方、1980年代と1990年代には、死亡リスクの高い一部の道路利用者と事故多発交差点に特化したブラックスポット／ハイリスク・アプローチが目立つ^{2)、9)}。1980年代にはいって、死者数が増加傾向に転じたことがその理由である。1980年代後半には死者数が再度1万人を超え、1990年代にはさらにこの傾向が強まった¹⁴⁾。これらの対策の積み重ねで死者数減少に寄与したと考えられるが、死傷者数の増加傾向を止めることは出来なかった。

このような対策の変化に端的に影響されるのが歩行者である。20歳未満の年齢別歩行者死傷率を年代別に示すと、1970年代と2000年代には全年齢で低下しており、ポピュレーション・アプローチに重点を置いた効果と考えられる(図2)³⁷⁾。1980年代、1990年代には未就学幼児のみ持続的な死傷率低下を示したが、それ以外の年齢層では増加傾向も見られた。この間、歩行者外傷の多い生活道路の安全は改善しておらず、未就学幼児の受傷は、自由な外遊びや徒歩での移動を制限することで減ったことを示唆している。

3. 系統的な安全対策

交通事故の発生は、人間と機械(自動車)とで構成される、マン・マシンシステムの問題と捉えるべきである。人間の行動だけを問題にするのではなく、システムに対する系統的アプローチが必要である⁴⁾。系統的な対策立案・評価には、Haddonマトリックスが有用である³⁸⁾。また、リスク要因の同定、対策立案・実施、モニタリング・評価は常にデータに基づいて行うべきで、継続的なデータ収集が必要となる。

3.1. Haddonマトリックス

Haddonマトリックスは、疾病成立に関する古典的疫学モデルの3要因と、衝突の3時相(衝突前、衝突時、衝突後)の2要素により、9つのセルを構成したものである。それぞれのセルに対して、リスク要因と対策を検討する。古典的疫学モデルは感染症の因果関係を説明するもので、3要因とは宿主(人)(免疫、栄養状態)、

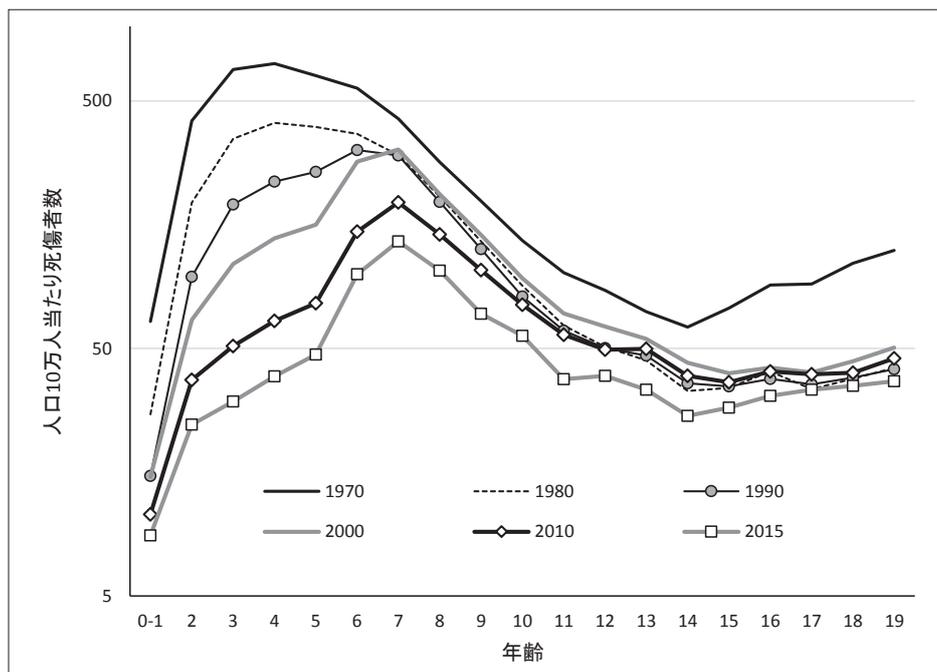


図2 年代別年齢別歩行者死傷率（人口当たり）

出典：死傷者数は交通事故統計年報、人口は国勢調査（総人口）
Nakahara et al.²⁾ から許諾を得て改変転載

病因（病原体、媒介生物）、環境（感染経路）である³⁹⁾。このモデルは慢性疾患に対しては単純すぎるが、外傷発生の説明には適している。交通外傷の病因は車からの力学的エネルギーで（エネルギーがなければ外傷は発生せず、「特異的」原因である）、自動車がその媒介物である⁴⁰⁾。宿主（人）要因には、行動（交通行動や応急処置）と身体的要因（身体的脆弱性）が含まれる。環境要因には、物理的環境（安全施設、規制、医療体制）と社会環境（規範や文化）が含まれる。衝突前時相への対策は衝突発生予防（一次予防）、衝突時時相への対策は重症度抑制（二次予防）、衝突後時相への対策は予後改善（二次予防）と社会復帰促進（三次予防）を目指すものである。

3.1.1. 宿主（人）要因

衝突前には、交通違反行為、加齢による身体機能・認知機能の低下などが事故リスクを規定する。衝突時には、安全装置の適切な使用、加齢による身体の脆弱性（筋肉量、骨強度など）が重症度を規定する。衝突後には、応急処置技能、臓器の予備力低下などが予後を規定する。宿主要因に対する直接的な介入は主に交通行動に対して行われる。身体要因への直接的介入は困難であり、例えば高齢者の身体的脆弱性に対しては、高齢人口の増加という社会環境要因への対策として行われることになる。

交通行動に対する介入として、安全教育（Education）と取り締まり（Enforcement）が用いられる。どちらも、

単独で十分な効果をもたらすことは出来ない。情報提供・教育で知識が身についても、人間の行動は文化、社会、経済的背景に影響されるため、行動変容は容易ではない⁴¹⁾。行動に対する介入は時に逆効果を生むこともあり、必ず効果を評価しなければならない。

例えば、わが国で、1998年に75歳以上、2002年に70歳以上を対象に、運転免許更新時の高齢者講習が導入されたが、高齢者の責任に帰する事故の減少は確認されていない⁴²⁾。逆効果の有名な例は、米国の公立高校における運転教習導入である⁴¹⁾。走行距離あたりの事故率は減らず、運転免許取得者増加により、かえって事故件数が増加したため、この対策は中止された。

飲酒運転の減少のように行動変容が直ちに外傷予防効果を示すものもあるが、効果が明確でない場合もある。例えば子どもへの歩行者安全教育は、知識の取得と行動変容をもたらす効果はあるが、歩行者外傷予防効果は確認されていない⁴³⁾。小学生以下の子どもは、危険認知、判断、危険回避の身体能力が未発達であるため、知識と行動変容が外傷予防に結びついていないと考えられる^{44, 45)}。子どもが安全に関する知識と行動を身につけることは、危険の認知や将来にわたっての交通秩序の維持に不可欠であり、教育の必要性が否定されるものではないが、環境や病因への働きかけと組み合わせた対策が必要である^{46, 47)}。

3.1.2. 環境要因

衝突前には、安全施設の整備や速度規制などが衝突り

スクを規定する。衝突時には、衝突吸収ガードレールのような設備が重症度を規定する。衝突後には救急医療システムの整備や診療の質が予後を、バリアフリー化が負傷後の社会復帰を規定する。社会環境は、これらの物理的環境の整備、交通行動、自動車の安全性能向上にも広く影響を及ぼす。

大きなポピュレーションに影響を与える環境対策は、効果が大きい。広域の交通静穏化は生活道路での死傷者数低下に効果がある⁴⁸⁾。また、環境介入を重視している国では、教育を重視していた国に比べ、子どもの歩行者外傷の低下が急速であった⁴⁹⁾。交通量はすべての道路利用者に影響する環境要因であり、交通量抑制は交通安全対策として有効である。自動車交通量を1%減らすと、交通事故を1.5%程度減らせると報告されている⁴⁾。特に、子供の歩行者事故死傷率の変化は交通量の変化に敏感である⁵⁰⁾。

交通量抑制のためには、長期的な都市計画の中で、安全で快適な公共交通機関の整備をすすめることが重要である。ボゴタでは大量輸送バスシステムを導入した結果、交通量と交通外傷が減少した⁵¹⁾。加えて、自家用車利用から公共交通機関利用へ交通行動変容を促す施策（例えばモビリティ・マネジメント）も必要である⁵²⁾。

環境への対策と宿主（人）への対策との相乗効果も期待できる。例えば、2000年代の飲酒運転による事故の減少は、法規制による厳罰化だけでなく、社会規範の変化（飲酒を断りやすくなったこと、飲酒運転への社会的制裁の強化）や運転代行の普及も貢献している²³⁾。環境整備により行動変容が容易になったのである。危険箇所マップ作成は危険状況の認識を学ぶ優れた方法であるが、単独で外傷予防効果を期待できない⁴⁷⁾。マップ作成で危険箇所の同定、住民の同意形成を行って、ゾーン対策と組み合わせることで効果を期待できるだろう。

しかし、環境対策の中で、「点としての事故多発地点対策（ブラックスポット・アプローチ）」は、外傷制御への貢献は小さい⁵³⁾。90年代以降、わが国でも幹線道路の事故多発地点への対策が継続されているが、対象地点での事故件数は全体の数パーセント程度しかない⁵⁴⁾。しかも、対策により一つの問題が緩和しても、別の問題が顕在化する可能性もある（例えば、歩行者外傷が減るが、車両相互の衝突が増加する）。

3.1.3. 病因・媒介物

病因であるエネルギーのコントロールとして、媒介物（自動車）への技術的改善（Engineering）を行う。かつては、自動車に対する安全技術の適応は衝突時及び直後の乗員保護を主たる目的としていた。衝突試験、衝撃吸収ボディー、高強度キャビン、シートベルト設置、エアバッグ装備などは、衝突時の衝撃を緩和して乗員の重症度を低減する¹⁸⁾。車体不燃性、ドアの開閉や救出の容易性は、衝突後の出火防止と早期の救出に役立つ。近年、

自動車と歩行者の衝突時の衝撃を吸収して、歩行者を保護するデバイスや車体構造の開発も進んでいる²⁸⁾。

さらに、衝突回避のための新技術が導入されるようになった²⁸⁾。ブレーキ・アシストシステムや緊急自動ブレーキは、衝突速度低下による被害軽減を目的としてきたが、衝突回避も期待されている。ただし、運転者がシステムを過信することを避けるために、「衝突回避」を前面に出してはいない。緊急自動ブレーキ、車線逸脱警報装置、歩行者・自転車検知システム、車両安定制御システムなどを搭載した先進安全自動車（Advanced Safety Vehicle: ASV）は、誤動作や運転者の異常に対応して衝突を回避できる可能性がある。これらの技術を統合・進歩させて、将来的には自動運転の実用化が期待されており、そのための技術開発、安全基準についての議論が進んでいる。

3.2. データに基づく対策・評価

継続的なデータ収集は、リスク要因の同定と対策立案だけでなく、事故発生状況の推移把握や、対策の評価に役立つ⁵⁵⁾。我が国で利用可能な交通外傷データとしては、人口動態統計、警察データ、損害保険データ、外傷登録、医療保険の診療報酬請求明細書（レセプト）あるいはDiagnosis Procedure Combination / Per-Diem Payment System（DPC/PDPS：診断群分類に基づく1日当たりの定額報酬算定制度）のデータなどがあり、それぞれ長所、短所がある。ここでは、主なデータソースについて簡単に述べる。人口動態統計は事故から1年以内の死亡をすべてカバーしているが非死亡例のデータは含まない。警察データは、道路情報、自動車情報などと統合されて、交通事故統合データベースとして交通事故総合分析センターが管理しているが、個票データは公開されておらず、人身事故扱いにならなかったケースは含まれない。人口動態統計、レセプトデータ、DPC/PDPSデータは研究者に対して個票データの公開が進みつつある。

対策の効果は「外傷発生および死亡の減少」で評価することになる。発生・死亡の全体数の減少だけでなく、人口あたりの発生率も評価する必要がある。人口構成の変化も考慮して、年齢調整あるいは年齢層ごとの発生・死亡率を計算する。さらに重要なのは、危険源への曝露量あたりの率を評価することである⁵⁶⁾。子供を外に出さない、あるいは移動は専ら自動車で行うといった方法で、歩行者事故を減らせても、これで安全になったとはいえない^{3, 57)}。課題は、詳細な曝露量データが手に入りにくいことである。幹線道路の交通量（危険源の量あるいは自動車乗員にとっての曝露量）は継続的に収集されているが、歩行者、自転車乗員にとっての曝露量である、徒歩、自転車での移動距離（あるいは時間）のデータは入手困難である。

4. 安全な環境が健康を支える –まとめに代えて

安全でない環境は、外傷以外にも様々な形で健康に好ましからざる影響を与える。危険源をコントロールせず、行動への対策だけを重視すれば、歩行者は交通外傷の危険を避けるため、危険源への暴露を避けるようになる。かつて道路は子供の遊び場であり、大人にとっては社交の場でもあったが、子供は外で遊ばなくなり、自動車を所有する世帯では、外出は歩行から自動車を用いたものになる^{57, 58)}。徒歩での移動が減少すれば、歩行者外傷は減少するが（自動車乗員の外傷は増加するが、衝突安全の向上によりそのリスクは低減される）、その代償として、日常生活の中での身体活動量が低下し、運動はスポーツ施設でしかできなくなる（身体活動にコストがかかる）。買い物の場所は郊外の大店に移り、自動車を所有しない人々は生活必需品へのアクセスが悪くなる。結果として、生活習慣病のリスクを上昇させ、生活（買い物、運動）に要するコストは健康格差を拡大する⁵⁹⁾。自動車の利用は化石燃料を消費し、二酸化炭素排出と大気汚染に寄与する³⁾。自動車の社会的費用（外部不経済）を、自動車利用者以外のいわゆる交通弱者（歩行者、自転車乗員、子ども、高齢者、自動車を所有しない人々）に一方的に負担させることになる^{60, 61)}。

したがって、系統的対策として、広域の交通静穏化や交通量抑制策などの、広範に危険源をコントロールする環境対策を重視すべきである^{4, 48, 53)}。安全な環境があつてこそ、日常生活が「安心して」行える。徒歩による移動の安全を確保できれば、子どもの外遊びや社会的交流の機会が増え、身体活動（運動）が日常生活の中に取り戻せるだろう。安全な環境を作ることで、健康的な生活を支え、生活の質を向上させることを目指すべきであり、外傷を減らすことだけを目的とすべきではない。外傷リスクを低減するために、活動の制限や生活習慣病のリスクとトレードオフするようなことがあってはならない。

引用文献

- 1) 警察庁. 平成29年中の交通事故死者数について. 2018.
- 2) Nakahara S, Ichikawa M, Kimura A. Population strategies and high-risk-individual strategies for road safety in Japan. *Health Policy*. 100(2-3) : 247-255, 2011.
- 3) Roberts I. Reducing road traffic. *BMJ*. 316(7127) : 242-243, 1998.
- 4) Peden M, Scurfield R, Sleet D, Mohan D, Hyder AA, Jarawan E, et al. World report on road traffic injury prevention. World Health Organization Geneva; 2004.
- 5) 越智俊典. 特集 わが国の交通安全史 交通管理の変遷. *IATSS Review*. 20(1) : 4-15, 1994.
- 6) 中央交通安全対策会議. 第1次交通安全基本計画. 1971.
- 7) 長嵐陽子, 中井検裕, 中西正彦, editors. コミュニティ・ゾーン形成事業における計画内容と住民意見に関する研究. 都市計画論文集 第38回学術研究論文発表会; 2003 : 公益社団法人 日本都市計画学会.
- 8) Nakahara S, Nakamura Y, Ichikawa M, Wakai S. Relation between increased numbers of safe playing areas and decreased vehicle related child mortality rates in Japan from 1970 to 1985: a trend analysis. *J Epidemiol Community Health*. 58(12) : 976-981, 2004.
- 9) 中央交通安全対策会議. 第4次交通安全基本計画. 1986.
- 10) 中原慎二. わが国の交通安全対策とその効果に関する研究. In : 中原慎二, editor. 厚生労働科学研究費補助金地球規模健康課題推進研究事業総合報告書 2012. p. 37-45.
- 11) Nakahara S, Ichikawa M, Wakai S. Seatbelt legislation in Japan: high risk driver mortality and seatbelt use. *Inj Prev*. 9(1) : 29-32, 2003.
- 12) Nakahara S, Kawamura T, Ichikawa M, Wakai S. Mathematical models assuming selective recruitment fitted to data for driver mortality and seat belt use in Japan. *Accid Anal Prev*. 38(1) : 175-184, 2006.
- 13) 中央交通安全対策会議. 第3次交通安全基本計画. 1981.
- 14) 中央交通安全対策会議. 第5次交通安全基本計画. 1991.
- 15) 総務庁. 平成7年版 交通安全白書1995.
- 16) 萩田賢司, 渡辺洋一, 伊藤聡子, 佐藤恭司, 築地裕. 人的側面からみた交通事故死者数の減少要因の分析. *IATSS review*. 31(2) : 98-104, 2006.
- 17) 内閣府. 平成13年版交通安全白書2001.
- 18) 高岡章雄. 自動車の衝突安全性能と情報公開. *安全工学*. 36(2) : 74-83, 1997.
- 19) Tanaka T, Kitamura N, Shindo M. Trauma care systems in Japan. *Injury*. 34(9) : 699-703, 2003.
- 20) 国土交通省. 第6次特定交通安全施設等整備事業五箇年計画について. 1996. <http://www.mlit.go.jp/road/press/press0/12-13.htm>. (Accessed 2018年11月29日).
- 21) 総務庁. 平成11年版交通安全白書. 1999.
- 22) 内閣府. 平成16年度内閣府本府政策評価書. 2005.
- 23) Nakahara S, Katanoda K, Ichikawa M. Onset of a Declining Trend in Fatal Motor Vehicle Crashes Involving Drunk-driving in Japan. *Journal of Epidemiology*. 23(3) : 195-204, 2013.
- 24) Nakahara S, Ichikawa M, Nakajima Y. Effects of

- increasing child restraint use in reducing occupant injuries among children aged 0-5 years in Japan. *Traffic Inj Prev.* 16(1) : 55-61, 2015.
- 25) 警察庁・日本自動車連盟. チャイルドシート使用状況全国調査 (2017). 2017.
- 26) 警察庁・日本自動車連盟. シートベルト着用状況全国調査 (2017). 2017.
- 27) 内閣府. 平成21年版交通安全白書. 東京: 内閣府; 2009.
- 28) 柵木充彦. 自動車における安全技術の現状と将来. *デンソーテクニカルレビュー.* 12(1), 2007.
- 29) 日本外傷学会外傷研修コース開発委員会. 外傷初期診療ガイドライン (JATEC). 東京, へるす出版, 2002.
- 30) 内閣府. 平成16年版交通安全白書. 2004.
- 31) 第8次交通安全基本計画 (2006).
- 32) 中央交通安全対策会議. 第9次交通安全基本計画. 2011.
- 33) 警察庁生活道路におけるゾーン対策推進調査研究検討委員会. 生活道路におけるゾーン対策推進調査研究報告書. 2011.
- 34) 国土交通省. 第1次社会資本整備重点計画. 2003.
- 35) 警察庁交通局長. ゾーン30の推進について. 2011.
- 36) 警察庁交通局. 「ゾーン30」の概要. 2017.
- 37) Nakahara S, Ichikawa M, Sakamoto T. Time trend analyses of child pedestrian morbidity in Japan. *Public Health.* 141 : 74-79, 2016.
- 38) Haddon W, Jr. The changing approach to the epidemiology, prevention, and amelioration of trauma: the transition to approaches etiologically rather than descriptively based. *American journal of public health and the nation's health.* 58(8) : 1431-1438, 1968.
- 39) 谷原真一. 因果関係. In: 柳川洋, 中村好一, 児玉和紀, 三浦宣彦, editor. 地域保健活動のための疫学: 日本公衆衛協会; 2000. p. 98-106.
- 40) 中原慎二. 外傷の疫学. *救急医学.* 36(1) : 3-10, 2012.
- 41) Robertson L. Human factors and attempts to change them. *Injury Epidemiology.* New York: Oxford University Press; 1998.
- 42) Ichikawa M, Nakahara S, Inada H. Impact of mandating a driving lesson for older drivers at license renewal in Japan. *Accid Anal Prev.* 75 : 55-60, 2015.
- 43) Duperrex O, Bunn F, Roberts I. Safety education of pedestrians for injury prevention: a systematic review of randomised controlled trials. *BMJ.* 324 (7346) : 1129, 2002.
- 44) 稲垣具, 寺内義, 大倉元. 生活道路における子どもの横断判断特性に関する実験的考察. *土木学会論文集D3 (土木計画学).* 71(5) : I_665-I_671, 2015.
- 45) Connelly ML, Conaglen HM, Parsonson BS, Isler RB. Child pedestrians' crossing gap thresholds. *Accid Anal Prev.* 30(4) : 443-453, 1998.
- 46) 新井邦二郎. 交通安全教育の評価. *IATSS Review.* 27(1) : 54-61, 2001.
- 47) 小川和久. 児童を対象とした交通安全教育プログラム「危険箇所マップづくり」の評価研究. *IATSS Review.* 32(4) : 299-308, 2007.
- 48) Bunn F, Collier T, Frost C, Ker K, Roberts I, Wentz R. Area-wide traffic calming for preventing traffic related injuries. *The Cochrane database of systematic reviews.* (1) : Cd003110, 2003.
- 49) Roberts IG. International trends in pedestrian injury mortality. *Archives of Disease in Childhood.* 68(2) : 190-192, 1993.
- 50) Roberts I, Crombie I. Child pedestrian deaths: sensitivity to traffic volume--evidence from the USA. *J Epidemiol Community Health.* 49(2) : 186-188, 1995.
- 51) World Health Organization. Box2: Land use and transport planning. *Global status report on road safety: time for action: World Health Organization; 2009.* p. 17.
- 52) 谷口綾子, 藤井聡. 豪州におけるモビリティ・マネジメント: パースとアデレードにおける取り組みとその比較. *土木計画学研究・論文集.* 25 : 843-852, 2008.
- 53) Morency P, Cloutier MS. From targeted "black spots" to area-wide pedestrian safety. *Inj Prev.* 12 (6) : 360-364, 2006.
- 54) 清水哲夫, 森地茂, 福原大介. 安全対策による交通事故削減効果の分析. *土木計画学研究・講演集.* 28 : IX (325), 2003.
- 55) 中原慎二. インジャーリ-サーベイランスとは何か. セーフティー・プロモーション学会誌. 7(1) : 21-32, 2014.
- 56) Roberts I. What does a decline in child pedestrian injury rates mean? *American journal of public health.* 85(2) : 268-269, 1995.
- 57) DiGuseppi C, Roberts I, Li L. Influence of changing travel patterns on child death rates from injury: trend analysis. *BMJ.* 314(7082) : 710, 1997.
- 58) Roberts I. Why have child pedestrian death rates fallen? *BMJ.* 306(6894) : 1737-1739, 1993.
- 59) 岩間信之. フードデザート問題: 無縁社会が生む「食の砂漠」. 農林統計協会, 2011.
- 60) 宇沢弘文. 自動車の社会的費用. 東京, 岩波書店, 1974.
- 61) Paulozzi LJ, Ryan GW, Espitia-Hardeman VE, Xi Y.

Economic development's effect on road transport-related mortality among different types of road users: a cross-sectional international study. *Accid Anal Prev.* 39(3) : 606-617, 2007.

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「気づき」覚書き その6～

石 附 弘

日本セーフティプロモーション学会理事

What did te Safe Community Bring to the Safety Culture of Japan? - Social Implementation of Safe Community Past 10 years. Part 6 -

Hiroshi Ishizuki

Director of Japanese Society of Safety Promotion

抄録

前号では、SCの根幹をなす「科学的根拠（エビデンス）」について、これを地域の現場で具体的・実践的に進めていくことが、如何に至難の業かについて述べた（3-8-1）。その後、国レベルにおいて、「エビデンス」の基盤になる「統計」しかも基幹統計についての法違反を含む不適切事案が発覚、政治問題化するという信じ難い事件が起きた。本稿では、Statistic（「統計」）についてエピソードを交え考察してみたい。

今では「当たり前」になっている「統計」。しかし「当たり前」になるまでには関係者の大変な苦勞、紆余曲折があったのだ。そして、調べれば調べるほど、統計には『光と影』があることに気付かされた話である。

前者については、国立公文書館等の資料によれば、

- ①幕末から明治にかけて統計の重要性に気付いた人がいたこと
- ②国として統計制度の仕組みを作った人がいたこと
- ③初の国勢調査は、1920年（大正9年）10月1日で、その円滑な導入と実態を反映した正しい調査結果を得るために官民挙げての取組みを行った（国民も「文明国の仲間入り」を合言葉に大変な意気込みで臨んだ）こと
- ④しかも法律制定から20年近くの年月を要する大変な道のりであった。日本の近代国家の基礎としての「統計」の導入や国民への定着のため、先人の血のにじむような努力があったこと
- ⑤今回問題となった毎月勤労統計調査は、賃金、労働時間及び雇用の変動を明らかにすることを目的に厚生労働省が実施する調査で、その前身も含めると大正12年から始まっているという。国としての各種統計の中でもその歴史は古く、統計法（平成19年法律第53号）に基づく国の重要な統計調査（基幹統計）と位置づけられているものであること

統計への信頼性や信用の失墜は、国内はもとより海外からの日本への信頼を損ねるものである。政治の歪みに繋がることへの危機意識に緩みがあったのではないかと思う。このような史実に、思いを致せば、今回のような不祥事には至らなかったのではないかとも思う。

後者の「統計の光と影」であるが、統計は、ある種「数字の魔術」である。グラフや表の裏には、常に人をほくそ笑む魔物（モンスター）がいることに、統計を携わる者も、統計を見る側も忘れてはならない。

手元の歴史的名著「統計でウソをつく法」（ダレル・ハフ、講談社）によれば、サンプルや平均の危うさ、統計操縦法等の実例をあげて、これら「統計のウソを見破る5つのカギ」について言及している。まして、今後、AI時代になって「人類は『データの神』に駆逐される」（「Homo Deus」ユヴァル・ノア・ハラリ）情勢下では、常に、この「データの信頼性」を問い続けなければならないと思う。データ結果がどうして導かれたか、そのプロセスが明らかにされず、データだけが独り歩きしてしまう怖さを！

この機会にSC、SP領域における「統計」（社会調査やサーベイランス等）の扱いについても検証してみてもどうだろうか？

1 何が起きたのか？

統計という語を、①データの収集、②分析・評価、③公表、④活用（政策反映など）の広く一連のシステムまで含めて考えると、今回、発端となった毎月勤労統計調査の場合は、①のデータの収集段階での法順守がなされていないように思う。しかし、根はもっと深い。

1-1 統計法違反の可能性も

総務省の本年1月24日・28日の発表を総合すれば、国の特に重要な56基幹統計（注）を点検した結果、勤労統計、賃金構造基本統計を含む23統計で延べ34件の不適切な処理が判明したという。数値の誤りのほか、必要な集計や公表をしていないなどの事例があり、21統計で「統計法違反の可能性もある」とも。

（注）「基幹統計」は、国勢調査や国民経済計算、労働力統計、家計統計、法人企業統計、民間給与実態統計、毎月勤労統計、国民生活基礎統計、工業統計等

1-2 結果の重大性・深刻性

毎月勤労統計調査統計が歪められたことでの国政、海外関係で影響は計り知れないものがある。

- ・厚労行政に歪みを誘発：失業給付額、労働災害の休業補償、労災保険の保険給付、平均賃金の算定、各種審議会等の審議資料、労働時間短縮の推進、労働経済の分析
- ・他省庁の行政への影響：経済分析、景気動向指数（内閣府）、国民経済計算の推計資料（内閣府）、建設工事の労務単価の算定（国土交通省）、人事院勧告基礎資料（人事院）
- ・国際的信頼性の失墜：国際労働機関（ILO）、経済協力開発機構（OECD）報告など
- ・民間企業への影響：ベースアップ等賃金改定、労働関係の基礎資料、民間調査研究機関等による景気判断、景気予測等、民事事件・事故などの補償額の算定、交通事故の補償など逸失利益算出の基礎資料など。

世界でも、「統計」については歴史も深く広く信頼を得ていた故に、23統計で不適切が発見されたことの重大性と深刻性は大きなものがあり、その背後には、構造的な問題があると思われる。

1-3 海外事例

- ・2009年、ギリシャの財政赤字が当初経済統計で報告されていたより格段に大きいことが露見し、これが引き金となって欧州債務危機にまで発展した（統計の怖さは、その連鎖性・波及性にある）。
- ・かつて鄧小平は、地方の共産党支部から上がってくるノルマ目標と達成についての報告が、テンブラ報告（「テンブラをあげる」「でっちあげる」の掛け言葉

と見破り、このままでは国が亡びることの危機感から経済開放政策に転換したと言われている（国のトップは、統計の光の活用と同時に影について見破る責任がある）。

2 Statisticは「統計」の訳語で良いのか？

2-1 「Statistic」に命を懸けた近代日本統計の祖：杉亨二

2-1-1 スタチスチックを志すようになった動機

杉亨二は、肥前国長崎生まれ。福澤諭吉や勝海舟とも親交があり、老中阿部正弘の侍講（顧問）にもなっている。幕末、海舟の水解塾の塾長として海舟の長崎出張中に留守を預かっていた杉亨二は、1864年、幕府の開成所（注）教授となり、洋書の翻訳に従事していた。

その際、バイエルン王国（現在のドイツ・バイエルン州）では、「百人の中で読み書きの出来る者が何人、出来ぬ者が何人」と書いてあり、こうした調査は日本でも必要と深く感じたことが、「是れが余のスタチスチックの考えを起した種子になった」と回想している。

（注）開成所：幕臣の子弟に向けた蘭学や英学等の洋学教育並びに翻訳事業などを扱っていた蕃書調所が、文久3年（1863年）に「開成所」となった。

2-1-2 「スタティスティックス」の日本語訳

スタチスチックを「統計」と訳したのは、幕府の開成所の柳河春三教授と言われる。

しかし、杉亨二は、「統計」という訳語が、「スタティスティックス」の本来の意味を表現していないとして、スタチスチックの表記をすべきと主張した。また、どうしても日本語に訳すのであればと、自ら漢字を造語ならぬ造字した。ここがすごい。成る程、統計＝数を集める、数を統べると言うことからして、分析や活用というニュアンスが全くない。

次の左の囲みの集合漢字が杉の造字である。私見であるが筆者の字解は右の通りである。統計が単なる数字集めではなく、科学的知見の発見、活用まで視野に入れた概念であることを、何とか漢字で表現しようとした、杉の執念に頭が下がる。

抄 掎 矧
スウ チス チツク

【寸多】【知寸】【知久】の筆者の字解
小さな現場の事実（寸）を多く集め（多）、
小さな中に隠された科学的知見を発見し
（寸・知）、得られた知見（知）を世の為
人のために長く活用する（久）

これに関連して、「統計訳字論争」というのもあった。文豪森鷗外は、ドイツ留学から帰国後、呉秀三（呉文聰の末弟）からの依頼を受けて、明治22年（1889年）2月に出版されたエステルレン著・呉秀三訳「医学統計論」に序文を書いたところ、杉亨二グループの一部学者から、「統計」の訳語を用いず「スタチスチック」（原文の

ママ)の用語をそのまま使用すべきとの論争をしかけたという。

英語の日本語訳は、常に、この種の難問を内包している。後世からみれば、そんな議論があったのかと驚くばかりであるが、当事者にとっては真剣そのものであった。学問に向き合う真摯な姿勢に胸を打たれる。杉が固執した「スタティスティックス」への想いを、今回、不祥事にかかわった統計の専門家や上司は、一度でも考えたことがあったであろうか？

2-1-3 Systemの日本語訳論争

似たような話を聞いたことがある。今ではどの大学でも当たり前になっているsystemという概念である。システムの日本語での適訳がない昔。これを大学の講座名にカナカナ表記したいと、数大学が文部省へ申請したところ、「システム」は日本語ではなく大学の講座名にカタカナ表記は相応しくないと反対されたという。

東大はじめ国立系は文部省に屈して申請を取り下げたが、某私大は、文部省で交渉期限ギリギリでまで粘り、日本初のシステム学科を作った。交渉に当たった当人曰く、「この時の文部省の役人が偉い。部屋の時計を止めてくれて議論を尽くし、ついに「システム」の使用を認めてくれた」と。

何が本当に大切なのかを、官民が立場を超えて国家的次で議論を尽くしていた。たかが訳語1つのことで。もし、杉の前に、このような役人がいたら、「統計」という言葉は使われていないなかったかも知れない。

この時期、統計学は科学であるのか、方法論であるのか？、統計は因果関係を探求する方法か？といった学の本質に関する激しい論争があったという。いずれにせよ、何か、国を支える司々の健全な精神に感銘を受ける。

2-2「駿河国人別調」の意義

杉亨二は、1873明治6年、国勢調査(一つの「国」全域にわたるセンサスの実施)を政府に上申し、その後、杉の指導により現在の国勢調査の調査方法や問題点を把握するために、1879年(明治12年)、「甲斐国現在人別調」を実施した。「12月31日午後12時現在人」を対象とした調査で、現在員人数は397,416人という結果を得た。(住民基本台帳が、本人申請で年間を通じての統計であるのに比して、国政調査は、「現在員」把握が目的である)

2-3 福沢諭吉と大隈重信

日本の統計制度を考える上で、福沢諭吉と大隈重信の存在を忘れるわけにはいかない。

福澤諭吉は、『文明論之概略』(明治8年)で、「広く実際について詮索するの法(土地人民の多少、物価賃金の高低、病にかかる者・・・の表を作り、相比較する時は世間の事情、一目にして瞭然たり)として、Statistic

の重要性を説き、オランダの統計書を「万国政表」と翻訳、「スタチスチク」を「政表」と日本で初めて翻訳した。また、明治12年(1879年)に大隈重信あての書簡で慶應義塾員を中心に13名もの人材を「スタチスチックの仲間」として推薦するなど協力したという。

大隈は、1871年(明治4年)、アメリカでの財政制度調査から帰国した伊藤博文の建議を取り入れ、日本初の統計事務を担う「統計司」の設置や総合統計書の編纂の重要性を説き、1881年(明治14年)の建議書の冒頭で「現在の国勢を詳明せざれば、政府すなわち施政の便を失う。過去施政の結果を鑑照せざれば政府その政策の利弊を知るに由なし。」と説いている。

3 統計法(平成19年法律第53号)

こうした先人の熱い心の下、現行統計法は、その目的を、「この法律は、公的統計が国民にとって合理的な意思決定を行うための基盤となる重要な情報であることにかんがみ、公的統計の作成及び提供に関し基本となる事項を定めることにより、公的統計の体系的かつ効率的な整備及びその有用性の確保を図り、もって国民経済の健全な発展及び国民生活の向上に寄与することを目的とする。」と謳っている。

統計法は総務省が所管し、制度担当部局として統計基準担当政策統括官が設けられている(平成17年に統計局にあった統計基準部が廃止され、局長級の政策統括官の所掌となった)。

3-1 基幹統計調査とは？

なお、統計法第13条は、国の重要な統計調査である基幹統計調査は、「個人又は法人その他の団体に対し報告を求めることができる」と規定し(報告義務)、同法第61条では、「報告を拒み、又は虚偽の報告をした者」に対して「50万円以下の罰金に処する」と規定、安心して調査に回答できるよう調査員(注)を始めとする調査関係者に対しては、調査で知り得た内容について秘密を保護することが義務づけている(同法第41条)。

(注) 統計調査員：調査現場の最前線にあって調査対象と直接やりとりをする。統計調査員の身分は、国または都道府県知事から任命される非常勤公務員で、任命期間中は国、都道府県、市区町村に勤務する職員と同様に公務員の身分を有する。先日、厚木市で市のために貢献があった方々の表彰式があったが、統計調査員の方も多く表彰されていた。

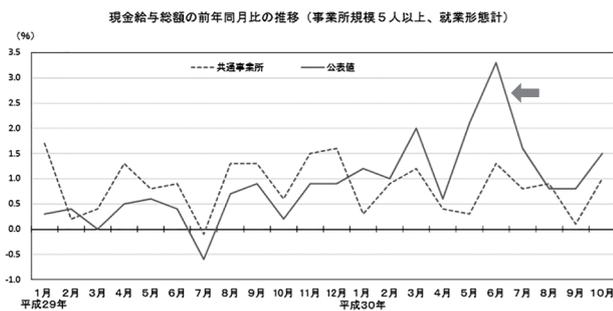
他方、現場の統計調査環境の悪化、国民の統計に対する意識の希薄さ等が相俟って、法制度が期待する統計の精度と、調査方法や内容に乖離が生じていることも事実である。

4 何故、バレたのか？ 異変への気付き

4-1 統計の「不自然さ」

「毎月勤労統計」：昨年1月分から賃金上昇率（「所定内給与」の伸び）が、それ以前の0.3%前後の伸びから1%前後に突然、高まり、春闘賃上げの成果が出るべき時期には数字は高まらず、「ベア」以外の要因で賃金が高まった形であり、不自然さが見られたという。

共通事業所による前年同月比と公表値の比較について



説明不能な統計的異変（表内矢印）

4-2 統計や調査を巡る不祥事

例えば、経済産業省の「繊維流通統計」でのデータ改ざん（平成28年：回答数維持のため過去の調査データを流用）発覚、平成25年度労働時間等総合実態調査データに異常値が見つかりデータを撤回、今回のは、平成16年からの不正で長期間不正が当然のごとく行われていたが、その背景には、厚生労働省統計担当部門の在り方や人材の質（注）、統計法所管の総務庁における監督等組織の構造問題が指摘されている。

（注）旧厚生省大臣官房統計情報部（統計の専担組織）が厚生労働省統計情報部に統合され、平成28年、膨大な個人情報や機微な情報に係る情報セキュリティ体制等の整備のため統計情報部の課等が廃止された。

統合の難しさは、旧労働省と旧厚生省とで統計担当組織の位置付けや担当ポストの重みに違いがあり、事務引継ぎや職員の意識の違い等が重なり、制度継続性の形式化、事なかれ主義等の土壌を生んだのではないか。

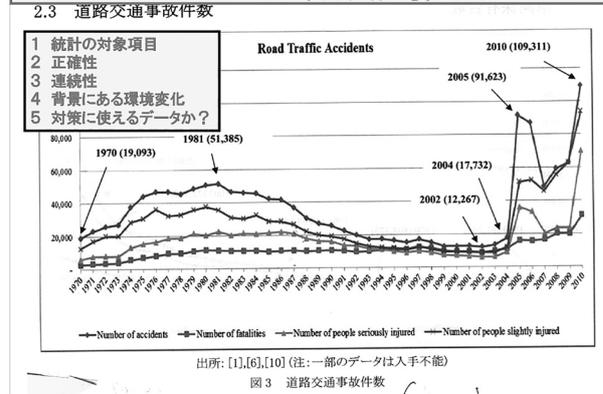
4-3 外国の例

数年前、各国の交通死亡事故統計を調査した際、理解に苦しむ統計を見つけた。インドネシアの交通事故統計である。次表のように、ある年から急激に事故が増大する。あり得ないことであり同国の警察に聞いたところ、「1982年-1999年は、軍警察時代で国家安保に国の資源が向けられ交通事故統計が無視された。警察機能の復活により、2002年からは、本来の交通事故統計がとれるようになった」と。これでは、対策に活用できない。

不思議には不思議の理由がある。要は、対策に使えるだけの信頼性、精度、継続性、背後にある環境変化など

の鑑識眼が必要である。

インドネシアの交通事故データ 82-99軍警察 02からが警察統計 国家安保が優先

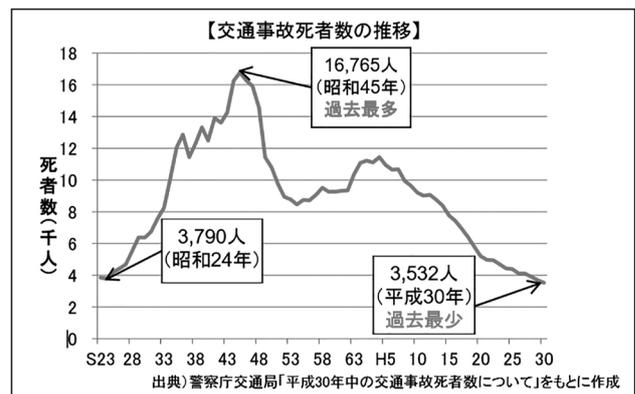


5 何が重要なのか？

5-1 対策を成功に導いた交通事故統計（日本）

1970年（昭和45年）からの交通安全基本法に基づく官民一体の対策が、事故実態に即し適正に、かつ、効果的に行われのは、国の長年にわたる国道での死亡事故統計の蓄積とその分析結果であったとも言われている。

1975年と2017年の対比で、交通事故遭遇確率が劇的に減少したが、ややもすればマンネリになりがちな交通安全活動も、粘り強く継続することの重要性を、この表は示唆している。



交通事故遭遇確率の変化

1970年	約6124人に1人の死者	人口10万人当たり	16.33人
2017年	約3万4364人に1人の死者	同	2.91人

5-2 統計氾濫時代を生き抜く方法

身の回りには統計が氾濫している。「平均」「相関関係」「トレンド」など数字やグラフが示され、つつい騙されてしまう。目に見える以上の意味がある場合もあれ

ば、見かけより内容がない場合もある。統計氾濫時代にあつては、統計専門家のみならず、我々SP、SC担当者、また一般市民も、数字の魔術見破り術を身に付けておく必要がある。

杉が考案した、① [寸多]、② [知寸]、③ [知久] の3つのキーワードが、時代環境の変化（注）の中で正しく運用できるかは、統計に対する官民共通の価値の共有が重要であろう。

（注）1920年（大正9年）10月1日、第一回国勢調査

国立公文書館の資料によれば、法律制定後からだけでも約20年、それだけに統計関係者はもちろんのこと、国民も「文明国の仲間入り」を合言葉に大変な意気込みでこの調査に臨んだ。名士による講演会、新聞の華々しい報道のほか、旗行列、花電車などの広報活動を展開したという。

調査の行われた10月1日午前零時の前後には、各地でサイレン、大砲が鳴り、お寺やお宮では鐘、太鼓を鳴らし、文字どおり鳴り物入りのお祭り騒ぎで国を挙げての一大行事となり、国、地方をあげて、宣伝歌謡の募集が行われた。宣伝歌謡集も出版され、都々逸（どどいつ）などに傑作もあった。

- ・主（ぬし）はわがまま妾（わたし）は気まま国勢調査はありのまま
- ・十月一日朝寝は出来ぬ国勢調査の申告日

また、国勢調査は、法律上の届け出がなくても事実により妻としていた（現在も同様）ことから次のようなものもあり、特に女性の評判がよかったという。

- ・世間はれての夫婦じゃないが粹な調査が妻とした
 - ・妻と書かれてうれしいけれど一層入籍してほしい
- 調査費用の総額は、当時の大卒初任給を基に換算すると、120億円近い金額となる。当時の政府が、いかに国勢調査を重要なものと考えていたかがうかがえる。

6 先人の教え

- ・「多くの統計は、額面通り受け取るとウソばかり。統計は、数字という魔術によって、人々の常識を麻痺（まひ）させる」「だまされないためにだます方法を知る」ことが必要。
- ・ダレル・ハフ著『統計でウソをつく法』（*How to Lie with Statistics*）は、統計のウソを見破る方法として、「統計の出所」「調査方法」「問題すり替え」「隠されている資料」「意味があるのか？」など検証すべき5項目を列挙している。（ハフは、米国の作家。1954年の出版、半世紀以上にわたりベストセラーの由）
- ・「一般の人たちには本物の調査か、手抜きした調査かの区別がつかない。大事な方針決定のための調査が不適切であったとなると、その責任は重大である」（杉山明子著「社会調査の基本」）。

Support for Victims of Domestic Violence in Japan: Difference in Correspondence of Hospitals During Consultation Between Daytime and Nighttime Visit

Noriko Yamada¹⁾, Nobuo Yoshiike²⁾

1) Japanese Red Cross Akita College of Nursing

2) Aomori University of Health and Welfare

Abstract

Objectives: This study aimed to examine the issues of cooperation between police and health care systems against domestic violence (DV) in Japan and determine what measures can be taken for its improvement. **Methods:** This study employed a quantitative descriptive design. A survey using an anonymous self-administered questionnaire was conducted with 500 police officers of X prefecture in 2014.

Results: The number of respondents who reported having received sufficient cooperation from general hospitals and clinics totaled 184 persons (42 %) and 118 persons (27 %), respectively. The respondents indicated a lack of a DV reporting policy, also mentioning that medical staff took a non-cooperative attitude toward the police and attached little importance to DV cases. Compared with general hospitals, clinics did not have sufficient facilities to protect victims' privacy in either the afternoon or at night.

Conclusion: There were significant differences between general hospitals and clinics without hospitalization facilities concerning their responses to DV victims in both day and nighttime. An efficient measure for improving inter-institutional cooperation against IPV is the establishment of one-stop centers where victims can receive all the necessary police, legal, welfare, and health services in one location.

Keywords : domestic violence (DV), intimate partner violence (IPV), police, collaboration, hospital

Received February 1st, 2019 / Received after revision February 28, 2019 / Accepted March 6, 2019

Introduction

Intimate partner violence (IPV) causes deep physical and psychological trauma to its victims, threatening their lives and well-being. According to a WHO report, abused women are more likely than non-abused women to undergo surgery and hospitalization¹⁾. In a Japanese study conducted by Yoshihama, et al.²⁾, the adjusted odds of hospitalization (2.44), use of sleeping pills or tranquilizers (3.30), and suicidal tendencies (5.04) were significantly higher for women reporting emotional, physical, and sexual abuse than those women reporting no abuse. "Adjusted odds" refers to the measure of the odds of an event happening in one group compared with the odds of the same event happening in another group. Konishi³⁾ reported that 99% of sexual abuse victims experience emotional shock, and 40% have to take a leave of absence from or quit their jobs. Campbell⁴⁾ suggested that IPV may lie at the root of smoking, poor nutrition, and other public health problems.

Strong cooperation between the police and health care system is required for effective victim protection and the elimination of DV. Comprehensive involvement,

such as prevention, treatment (long-term care), and interpersonal relationship rehabilitation, is necessary. In the United States, for example, various programs have been launched to increase health care professionals' awareness and ability to recognize DV risk factors. A number of guidelines and manuals for medical professionals have been published, and screening tools for early DV detection are constantly being developed⁵⁾⁸⁾. Many states in the US require health care providers to report instances of DV to the police or other government bodies. MacMillan⁹⁾ reported that screening may be effective for the health improvement of crime victims and that it inflicts no harm in health care settings. In Japan, however, situations regarding the cooperation between the police and medical service facilities remain unknown, and one-stop supporting systems including these two sectors are not yet well organized.

The present study aimed to investigate the issues of cooperation between the police and general hospitals/clinics regarding DV in Japan, and examine possible measures taken for improvement.

Participants and Methods

We chose X Prefecture as a research field because it has launched a private shelter for victims of domestic violence (DV), being among the earliest to do so in Japan. It has a number of support organizations, both administrative and private, and police involvement is also reputed to be appropriate compared with other prefectures. Moreover, as its Center for Sexual Victims' Support has recently started, after Osaka and Tokyo, active surveillance by female doctors is attracting attention.

First, we sent letters to the chief officers of X Prefecture Police Headquarters, Community Safety Division, First Criminal Investigation Division, Crime Victims Support Office, and other related divisions to request their cooperation. Each of the officers selected eligible participants: 503 police officers working in the headquarters and police stations of X Prefecture who had dealt with DV cases (physical, elder, disability, child, and sexual abuse, and stalking) from 2011 to 2014.

Second, we sent to the participants an anonymous self-administered questionnaire with a document of written explanation regarding the purpose and method of the research. Cooperation was totally voluntary. Each participant returned the questionnaire to the researcher via regular postal mail from June to July in 2014. Before the data collection, we obtained the approval of the ethical committee of Sapporo City University (1401-1, April 30, 2014).

Questionnaire

The questionnaire consisted of gender, age, and types of tasks as the participants' background information, and what the officers expected hospitals and health care facilities to do when they see DV victims. Possible choices for the answer were "separate places/facilities for examining victims," "entrances specified for victims," "spaces with a relaxed atmosphere," "leaflets encouraging victims to file damage reports with the police," "leaflets encouraging victims to turn to administrative bodies for support," "professional staff trained to work with DV victims," and "others." Another question was on the sufficiency level ("sufficient," "mostly sufficient," "not quite sufficient," or "insufficient") of health professionals' support, regarding the case where a DV victim and a police officer meet separately for the first time at a general hospital or a smaller-sized facility (19 beds or less) in the daytime or nighttime. Additionally, the subjects were asked to write down

freely and in detail what they perceived as insufficient.

Data analyses

Responses regarding level of cooperation were tabulated by the type of medical facilities (general hospital and clinic). Responses to the open ended questions were sorted into several categories based on their similarities and differences.

Statistical Analysis

The Student unpaired t-test was carried out for statistics obtained in our analyses, which were conducted with SPSS version 24. A p value <0.05 was considered statistically significant.

Results

Among a total of 503 questionnaires distributed, 438 questionnaires were returned (return rate of 87.1%), and all of them were valid.

Basic attributes of the participants

The participants consisted of 383 males (87.4%) and 55 females (12.6%), as shown in Table 1. As for workplace, 279 participants (63.7%) worked in police stations, and 151 participants (34.5%) were stationed at Police Headquarters. Assignment-wise, 205 participants (48.6%) belonged to the Criminal Investigation Division, and 204 (48.3%) belonged to the Community Safety Division.

A total of 185 participants (42.2%) had experience of dealing with DV cases that health care facilities had failed to report to the police, although the victims had received medical treatment. Of them, 131 participants (70.8%) had dealt with no more than five such cases, 18 participants (9.7%) reported 6 to 10 such incidents, and 30 participants (16.2%) reported 11 or more cases.

As regards the question of whether or not measures should be taken to encourage health care facilities to report DV, 351 participants (80.1%) replied "Yes." Among such measures to be taken, the participants mentioned "regular opinion exchange between the police and health care institutions" (155 participants), "providing a better understanding of the legal framework in respect to DV" (132 participants), "on-the-job training to raise shared awareness of intimate partner violence" (126 participants), and "training programs for health care professionals to learn appropriate techniques for treating DV victims" (93 participants).

Concerning general hospitals, the participants indicated the need for "separate places/facilities

to examine victims" (241 participants), "leaflets encouraging victims to file damage reports with the police" (199 participants), and "professional staff trained to work with DV victims" (172 participants). "Centralization of information gathering" and "providing separate rooms for police questioning" were also deemed necessary. General hospitals were also expected to "provide necessary education for doctors concerning DV."

As for smaller-sized hospitals, the following items were indicated by the participants as necessary: "leaflets encouraging victims to file damage reports with the police" (223 participants), "separate facilities for examining victims" (217 participants), "leaflets encouraging victims to turn to administrative bodies for support" (165 participants), "spaces with a relaxed atmosphere" (134 participants), "professional staff trained to work with DV victims" (67 participants), and "entrances specified for victims" (51 participants).

Level of cooperation with the police in dealing with DV cases

The number of respondents who reported having received "fully sufficient" or "fairly sufficient" cooperation from general and smaller-sized hospitals during the daytime were 184 (42.4%) and 118 participants (26.9%), respectively, as shown in Table 2. Sufficient cooperation from emergency staff during the nighttime hours at general and smaller-sized hospitals was reported by 177 (42.8%) and 102 participants (24.6%), respectively. Most of the participants who reported "somewhat insufficient" or "insufficient" cooperation from health care institutions indicated an absence of isolated rooms or rooms where victims could relax and calm down. The following opinions were given regarding the lack of cooperation from general hospitals: "Doctors' attitude toward the police was not cooperative," "Medical staff attached little importance to DV cases," "Many hospitals strongly preferred the questioning of victims be held at police stations and not in hospital rooms," and "Hospitals had no DV reporting policy." The participants also mentioned non-cooperative attitudes and a lack of DV reporting policies at smaller-sized hospitals.

The attitude of emergency staff at both general and smaller-sized hospitals during nighttime hours was also described as not cooperative, attributed to their busy schedule. The participants indicated that emergency rooms were extremely crowded. DV victims often had to wait for a long time to be examined and were unable to change their clothes. In nighttime hours, hospital staff

members preferred that police officers not interview victims in the hospital. They also did not offer any place for interviews. Often, hospital staff members do not report to the police that DV victims came and saw health care professionals. The differences between smaller-sized and larger hospitals included "Victims of DV being interviewed in the same waiting space as other patients" and "A lack of an accommodating place where DV victims can talk to police officers without being seen by other people." They stated their opinions as "having no liaison system established for hospital staff members to report to the police" because "many hospitals are basically not cooperative with investigative police activities." There were significant differences in attitudes between general and smaller-sized hospitals regarding the issues of daytime or nighttime hours as well as sex and ages of police officers.

Victim information needed to be provided by health care institutions

The most frequently mentioned information items were "medical examination results" (258 participants, 58.5%), "the date, time, and place of the injuries" (249 participants, 56.8%), "the cause of the injuries" (206 participants, 47%), and "personal identification information, family composition" (197 participants, 45%). Health care providers were expected to record the exact words of a victim during an examination, as any changes or exaggerations could hinder police investigation. Many participants considered it important that doctors provided their opinions on victims' physical and emotional states as well as attitude toward police involvement. This and all the other information acquired by health care providers (MRI and CT images, information on the person who brought the victim to hospital, the victim's relation with the offender, etc.) can help the police avoid unnecessary questioning of the victim.

Measures necessary to strengthen cooperation between the police and health care providers

Among the necessary measures the participants indicated were "regular opinion exchange and study meetings" (233 participants, 53.2%), "educational programs for health care professionals" (191 participants, 43.8%), and "liaison meetings and system development" (146 participants, 33.3%). Establishing "new systems such as one-stop support centers and consulting services," developing "guidelines for personal data disclosure," and "programs to teach medical staff

Table 1: Basic attributes of the subjects

		n=438		
		Number of responses	%	
Current Work	Criminal department	205	48.6%	
	Life safety department	204	48.3%	
	Others	13	3.1%	
workplace	Police Headquarters	151	34.5%	
	police stations	279	63.7%	
	Others	8	1.8%	
Report from the hospital to the police	Respondent	n=438		
	Although the victim visited the hospital,there was no report	185	42.2%	
	1~5 cases	131	70.8%	
	6~10 cases	18	9.7%	
	11 cases over	30	16.2%	
	unknown	5	2.7%	
	The victim consulted and had a report	251	57.3%	
	unknown	2	0.5%	
The most frequently mentioned information items	medical examination results	258	58.5%	
	time and place of the injuries data	249	56.8%	
	the cause of the injuries	206	47.0%	
	personal identification information	197	45.0%	
	Others	11	2.5%	
“What the police are seeking at the hospital (Multiple choice)”	Conservation of evidence of investigation	306	69.8%	
	Quick response	304	69.4%	
	Cause of injury	244	55.7%	
	Mental care	113	25.8%	
	isolation from the surroundings	99	22.6%	
	Others	15	3.4%	
Measures necessary to strengthen the cooperation between the police and health care providers	regular opinion exchange and study meetings	233	53.2%	
	educational programs for health care professional	191	43.8%	
	liaison meetings and system development	146	33.3%	
	new systems such as one-stop support centers and consulting services	5	1.1%	
	guidelines for personal data disclosure	4	0.9%	
	programs to teach medical staff to preserve evidence for criminal investigation	2	0.4%	
	Others	9	2.0%	
Gender	Men (years old)	383	87.4%	
		~under 30	18	4.1%
		30~39	135	30.8%
		40~49	128	29.2%
		50~ over	95	21.7%
	Women (years old)	55	12.6%	
		~under 30	19	4.3%
		30~39	26	5.9%
		40~49	9	2.1%
		50~ over	0	0.0%
	n.a.	8	1.8%	

to preserve evidence for criminal investigation” were also considered important. Additionally, a number of participants thought that law reform was necessary to foster cooperation between the police and health care providers.

Discussion

In a multi-country study conducted by the World Health Organization, the prevalence rate of sexual violence by a partner ranged from 6% to 59%, and by a non-partner, from 0.3% to 11.5% in participants aged up to 49 years. In the same study, 3% to 24% of the participants reported that their first sexual experience was forced and occurred during adolescence. Among women, prevalence rates for sexual and/or physical violence involving an intimate partner across the lifespan range from 15% to 71%. Although limited in number, other studies support similar or higher prevalence rates for physical and sexual DV in same-sex relationships¹⁰.

The results of the present study demonstrated a lack of cooperation between health care professionals, especially doctors, and the police in dealing with DV cases. In Japan, Ishii et al.¹¹ developed and assessed a Japanese version of a DV screening inventory, but only a small number of Japanese health care facilities screen their patients for DV. The number of DV victims receiving support is small compared with the number of violence instances reported to the police^{12) 13)}. Only 0.4% to 0.6% of all cases in which victims of DV and sexual abuse are taken into protective custody in Japan are due to reporting by health providers^{14) 16)}. Yamada, et al.¹⁷ concluded that cooperation reinforcement is necessary to provide victim support. The causes of the present situation and measures that can be taken for its improvement are discussed below.

Presently, even if clinic doctors suspect DV when examining a patient, they rarely try to find out details or report it to the police. In doing so, they hope to protect the patient's privacy, and at the same time, avoid involvement in troublesome situations. They often say that they did not report because the patient asked them not to do so. However, to lessen the physical and emotional distress of the victim, it is important to provide necessary protection and begin investigation as soon as possible. For this purpose, it is necessary to simplify the reporting procedure, making it clear that reporting benefits the patients and causes no disadvantage to health care providers.

Inter-institutional cooperation issues and the role of one-stop centers

When a victim of DV is brought to hospital by ambulance, the fire department notifies the police immediately. However, in cases when a victim seeks medical treatment themselves, most hospitals do not report it to the police. To achieve efficient cooperation between health care providers and the police, both systems have to work together to address numerous issues, such as developing a framework for information sharing, professional staff management, and technological support. Moreover, both systems must share a common understanding of dealing with DV, which must be achieved not only at the top levels but also among professionals working directly with victims.

One-stop centers are facilities where victims of incidents or crimes who need support can receive police, legal, welfare, and health services in one centralized location. One-stop centers are established to reduce the psychological and financial stress of victims and to prevent further damage^{12) 18) 20)}. Here victims can receive appropriate protection and efficient support without having to wait for hours in crowded hospitals. It is also important to increase the number of shelters and provide financial assistance to victims through local administrations.

As victims may have external injuries, impaired functions in urogenital organs, and trauma syndrome, including phobia, stigma, and self-accusation, when they visit medical facilities, these medical facilities should urgently improve their situations in terms of supporting DV victims, especially regarding preparedness of rooms with enough privacy and safety, and assignment of staff with specialties in forensic nursing.

Understanding and application of related law

A number of respondents indicated problems with victims' information disclosure. Owing to their narrow interpretation of the Personal Information Protection Act, health care providers are often reluctant to provide medical examination results and other confidential information on their patients to the police, thus delaying the procedures necessary for securing the victim's protection. In Japan, it is not mandatory to report cases of DV to the police, and such reporting is usually done with the consent of the patient, except in cases that include the mistreatment of a child and where reporting is legally obligatory. If patient consent is not obtained, nurses try to convince patients to allow evidence collection. The present study discovered a significant

Table 2: Level of cooperation with the police in dealing with intimate Partner violence cases (Multiple choice)

	General hospitals		Clinic		p					
	Number of responses	%	Number of responses	%						
Level of cooperation	Separate places/facilities for examining victims	241	55.1%	217	49.5%	<0.001				
	Entrances specified for victims	78	17.8%	51	11.6%					
	A space with a relaxed atmosphere	120	27.4%	134	30.6%					
	Leaflets encouraging victims to file damage reports with the police	199	45.4%	223	50.9%					
	Leaflets encouraging victims to turn to administrative bodies for support	150	34.2%	165	37.7%					
	A professional staff trained to work with IPV victims	172	39.3%	67	15.3%					
	Others	5	1.1%	5	1.1%					
			n=438		n=438					
	Civil situations Significant differences in attitudes	28	6.4%	184	42.0%		14	3.2%	118	26.9%
		156	35.6%				104	24.0%		
	101	23.1%	140	32.0%	87	20.0%	132	30.1%		
	39	8.9%			45	10.4%				
	114	26.0%			184	42.4%				
		n=146		n=137						
The reason why cooperation was found not quite sufficient/insufficient	81	55.5%			101	73.7%				
	56	38.4%			29	21.2%				
	9	6.2%			7	5.1%				
		n=431		n=414				<0.005		
Civil situations Significant differences in attitudes	31	7.2%	177	41.1%	8	1.9%	102	24.6%		
	146	33.9%			94	22.7%				
	97	22.5%	138	32.0%	67	16.2%	112	27.1%		
	41	9.5%			45	10.9%				
	116	26.9%			200	48.3%				
		n=146		n=137						
The reason why cooperation was found not quite sufficient/insufficient	73	51.0%			83	73.5%				
	56	39.2%			24	21.2%				
	14	9.8%			6	5.3%				

Unpaired t-test

difference in hospital staff members' responses to police officers depending on the officer's gender and age; the police should utilize female police officers over the age of 40 years in such cases. However, few people fitting this description are available. Medical facilities should provide nurses with knowledge of forensic nursing to interact with the authorities²¹⁾. Health care professionals should improve their understanding of the law and respond to DV by giving the highest priority to the protection and safety of victims.

Limitation of the study and future research

This study covered data collected in an area approximately one-fourth the size of Japan. However, as it is not a complete census, it does not cover the entire relationship between hospitals and the police. Additionally, the responses came from police officers who are aware of being involved in DV incidents. Thus, we cannot eliminate the possibility of overlooked DV cases. It is necessary to enhance police officers' knowledge of DV and to conduct research concerning hospital scale and regional characteristics, such as urban and local areas, to improve the support systems for DV victims.

We only heard opinions from police officers in this survey. We aim to gather the opinions of medical professionals in a future study.

Conclusion

There were significant differences between general hospitals and clinics without hospitalization facilities concerning their responses to DV victims in both daytime and nighttime. An efficient measure for improving inter-institutional cooperation against DV is the establishment of one-stop centers where victims can receive all the necessary police, legal, welfare, and health services in one location.

Acknowledgments

We would like to express our gratitude to all the people who contributed to the research. We extend our appreciation to the police officers who participated in the research for their precious time and effort. We would like to convey our special thanks to Director Saka Akira for his kind support. This work was supported by JSPS KAKENHI Grant Number JP 24660040.

The authors declare no conflicts of interest associated with this manuscript.

References

- 1) Stewart DE, MacMillan H, & Wathen N. Intimate partner violence. *Canadian Journal of Psychiatry*. 58 (6): Insert 1-15, Encart 11-17, 2013.
- 2) Yoshihama M, Horrocks J, Kamano S. The role of emotional abuse in intimate partner violence and health among women in Yokohama. *American Journal Public Health*. 99:647-653, 2009.
- 3) Konishi S. Wounds in the Hearts of Crime Victims. *Hakusuisha;Tokyo*, 2006, 240-241. (in Japanese)
- 4) Jacquely C. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*. 359:1331-1336, 2002.
- 5) American Medical Association. Diagnostic and treatment guidelines on domestic violence. *Arch Fam Med*. 1:39-47, 1992.
- 6) Rhodes KV, Levinson W. Interventions for intimate partner violence against women: Clinical applications. *JAMA*. 289:601-605, 2003.
- 7) Salber PR, Taliaferro E. *The Physician's Guide to Domestic Violence: How to Ask the Right Questions and Recognize Abuse another Way to Save a Life*. City, Volcano Press, 1995, page numbers.
- 8) Salber PR, Taliaferro E. *The Physician's Guide to Intimate Partner Violence and Abuse: A Reference for all Health Care Professionals: How to Ask the Right Questions and Recognize Abuse another Way to Save a Life*. City, Volcano Press, 2006, 97.
- 9) MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E, et al. Screening for intimate partner violence in health care settings: A randomized trial. *JAMA*. 302:493-501, 2009.
- 10) World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. World Health Organization, 2013.
- 11) Ishii A, Asukai N, Murakami Y. et al. Domestic Violence Screening Instrument (DVSI): Development, reliability and validity. *Clinical Psychiatry*. 45:817-23, 2003. (in Japanese)
- 12) Daily Life Safety Promotion Division, Bureau of Daily Life Safety, Hokkaido Department of Environment and Lifestyle. *Crime Victim Support Manual*. 2011/2016. (in Japanese)
- 13) Kano N, Nakamura Y, Sakurayama T, et al. A study of institutional medical care of female victims of sexual assault and violence. *Jpn J Public Health*. 47:394-403, 2000. (in Japanese)
- 14) National Police Agency. Criminal Situation Office for Promotion of Gender Equality, Bureau of Daily

- Life Safety. 2007-2012. (In Japanese)
- 15) Daily Life Safety Promotion Division, Bureau of Daily Life Safety, Hokkaido Department of Environment and Lifestyle. Basic Plan for Crime Victim Support in Hokkaido. 2009. (in Japanese)
 - 16) Hokkaido Department of Environment and Lifestyle. Suspected partner violence - The role of health care providers. 2007. (in Japanese)
 - 17) Yamada N, Yoshiike N, Tanaka R, et al. Investigation of support measures available to the victims of violent crime perpetrated by intimate persons. J Japan Association Forensic Nursing. 1:50-9, 2015. (in Japanese)
 - 18) Cabinet Office. Fiscal Year 2012 Measures for Crime Victims. Implementation of the Second Basic Plan for Crime Victims. 2013a. (in Japanese)
 - 19) Cabinet Office. Fiscal Year 2012 Measures for Crime Victims. Providing information on health care facilities among crime victims (in Japanese). 2013b.
 - 20) Cabinet Office. Fiscal Year 2012 Measures for Crime Victims. Section 2 One-stop support centers as a comprehensive support system for sexual violence victims. 2013c. (in Japanese)
 - 21) Lynch AV, Duval BJ. Forensic nursing: The specialty of forensic nursing. Evolve. 3, 3-18, 2006.

日本における親密なパートナーの暴力の被害者に対する支援 ～病院の種別と昼夜による対応の違い～

山田典子¹⁾、吉池信男²⁾

1) 日本赤十字秋田看護大学

2) 青森県立保健大学

抄録

家庭内の暴力は被害者の心身に深刻なトラウマをもたらし、家族の生活や幸福感を脅かす。本研究は、日本における親密な関係にある暴力（DV）に関する警察の介入と一般病院や診療所との協働の課題を明らかにし、改善策を検討することである。

研究方法は横断研究であり、過去3年間にDV事犯（DV、ストーキング、高齢者虐待、児童虐待、性的虐待等）に対処したX県の警察官等に質問紙調査を行った。質問内容は、DVの被害者に対し「被害を調査するための場所/施設の分離」、「被害者専用の入り口」、「リラックスできる場所」、「被害者支援に関する情報提供」、「DVの被害者支援について訓練された専門職員の配置」等、病院側の支援体制を尋ねた。分析は、医療施設の種類によって被害者対応に差があるとの仮説に基づき、一般病院と診療所に分けて集計した。

結果、503名の警察官等に配布し、438名の回答を得た（回答率87.1%、有効回答率100%）。総合病院および診療所から十分な協力を得たと報告した回答者の数は、それぞれ184人（42%）および118人（27%）であった。回答者は、医療従事者が警察に対して非協力的な態度をとっており、DV事件をほとんど重要視していないことに言及しながら、DV報告方針の欠如を指摘した。一般病院と比較すると、診療所では夜間に被害者のプライバシーを保護する設備が不足していた。また、警察官の性別や年齢によって医療スタッフの態度に有意な差が認められた。

結論：一般病院と入院施設のない診療所の対応は均一ではなく、日中および夜間のDV被害者に対する対応に配慮が必要である。

キーワード：ドメスティックバイオレンス（DV）、親密な関係による暴力（IPV）、警察、連携、病院

受付日：2019年2月1日 再受付日：2019年2月28日 受理日：2019年3月6日

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2報) 自殺手段として用いられたブロムワレリル尿素系催眠剤について

瀧澤 透¹⁾、反町 吉秀²⁾

1) 八戸学院大学健康医療学部

2) 青森県立保健大学大学院健康科学研究科

The Relation Between the Suicide of Hypnotic Drugs and the Access Restriction in 1950-60S in Japan (Part 2)

— Regarding bromovalerylurea used as a means of suicide —

Tohru Takizawa¹⁾, Yoshihide Sorimachi²⁾

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

2) Aomori University of Health and Welfare, Graduate School of Health Sciences

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。本研究は昭和33(1958)年をピークとした催眠剤(主にブロムワレリル尿素系)による自殺について、催眠剤の生産量に注目し市中での入手可能性(availability)および生産減少に影響を与えた要因について検討した。方法は、まず文献的研究を行い用いられている催眠剤の種類を確認した。ついでブロムワレリル尿素錠の生産量(千錠)を薬事工業生産動態統計年報より抽出し、東京都区部の催眠剤による自殺率、および総自殺数に占める催眠剤を手段とした者の割合との関連について経年的に検討した。その結果、最も自殺手段に用いられた催眠剤がブロムワレリル尿素系であったことを確認するとともに、その生産量と催眠剤による自殺率および手段とした割合には高い関連が示された。自殺手段へのアクセス制限として、市販薬の生産量減少や販売規制がある中、入手可能性(availability)が低くなるのが自殺の減少に寄与したことが示唆された。

キーワード：入手可能性、生産終了、自殺世界一

Key Words : availability, end of production, The worst suicide rate in the world

受付日：2019年1月15日 再受付日：2019年2月2日 受理日：2019年2月2日

I はじめに

1. 催眠剤の入手と自殺

自殺手段へのアクセス制限は、自殺予防の有力な方法のひとつである¹⁾。1950-60年代に流行した催眠剤自殺について、我々は第1報で法的規制によるアクセス制限を検討した²⁾。その結果、自殺を予防することを目的とする直接的な法規制がなかったことを確認した。一方で昭和35(1960)年薬事法改正以降の、青少年の睡眠薬遊びに関連した規制を確認した。この警察主導による販売規制が、結果的に減少段階であった催眠剤自殺に、間接的ながら影響を与えたことが示唆された。

しかし、文献資料による法的規制を中心とした検討には、法的な手段規制と自殺減少が直接的に結び付けて考えることに限界があった。そこで自殺手段として用いられた催眠剤の生産量や、1950-60年代の時代背景の検討など多角的な分析の必要性が課題となった。つまり、生産量が多く市中での入手可能性(availability)が高い状況や、生産が減少し入手可能性への制約がある中での催眠

剤による自殺死亡率、および催眠剤を手段として選択している状況について分析を行うことである。第2報ではこれらの視点による分析とともに、催眠剤自殺に限った当時の状況について文献並びに関連データを用いて検討したい。

2. 目的

第2報では、催眠剤自殺に主に用いられていたブロムワレリル尿素剤の生産量に着目し、生産減少局面での入手可能性(availability)への制約と自殺減少との関連、および催眠剤の生産に影響を与えた要因や社会情勢について検討した。

II. 方法

まず文献研究として、当時、最も自殺手段に用いられた催眠剤がブロムワレリル尿素系であったことを確認した。そして入手が容易であったことについて、入手の容易度をバルビツール酸系と比較した。

次に統計的な分析として、ブロムワレリル尿素系の生

産量と催眠剤による自殺死亡率(10万対)、および総自殺数に占める催眠剤を手段とした者の割合(%)との関連について検討を行った。

プロムワレリル尿素の生産量は、薬事工業生産動態統計年報³⁾より引用した。なお、市販薬に着目することから原末と思われる重量(トン)の生産量でなく、プロムワレリル尿素錠(単位:千錠)の生産量を統計より抽出した。生産量が把握できた期間は昭和27~46年の20年間であった。

催眠剤による自殺死亡数は第1報と同じく東京都監察医務院「監察医務院死因調査統計」を用いた⁴⁾。期間は昭和21~48年の28年間とした。自殺死亡率の算出方法も第1報と同様で、1月1日現在の都区部人口⁵⁾で除して自殺死亡率(10万対)を求めた。また、総自殺数に占める催眠剤を手段とした者の割合は、第1報の表1に示した通り、東京都区部の総自殺数に占める催眠剤自殺の割合(%)を用いた。

生産量と自殺死亡率、および生産量と総自殺数に占める催眠剤自殺の割合との関連はスピアマンの順位相関係数を求めた。

このほか製造販売中止の情報については製薬会社への問い合わせを行った。生産量減少によるアクセス制限と社会事象との関連については、薬学史の文献のほか、国立国会図書館のデジタルコレクションや新聞データベース(ヨミダス歴史館、聞蔵II)によって文献資料や新聞記事を手に入れた。なお、これら文献より催眠剤による自殺に関する具体的な社会状況などを引用する際は原文のままとした。

本研究は公表されている文献資料を用いた研究であり倫理的問題はない。

Ⅲ 結果および考察

1. 自殺手段となった催眠剤について

1) 検死調書の集計と検案結果

上野らは、昭和32年1月~昭和33年5月までの警視庁に保管されている東京都の検屍調書(原文ママ)を集計した⁶⁾。ここでは昭和32年の1年間の数値を示すが、それによると催眠剤による自殺死亡597例のうち、プロムワレリル尿素系は380例(63.7%)と多く、次いで非バルビツール酸系53例(8.9%)、バルビツール酸系33例(5.5%)であった。

上野らは「これらの頻度は必ずしもそれら睡眠剤の毒性の強さをしめすものではなく、大体は単に市場に分布されている粗密に関係していることであろうと推測される」とし⁶⁾、プロムワレリル尿素系が入手しやすいため選択されていると考察した。

また、東京都監察医務院は検案結果として昭和37(1962)年の催眠剤の種類を簡単に報告しているが、それによるとプロバリジン37%、多種混合15%、非バルビツール酸系(ドリデン、バラミン、ハイミナル)

13.0%、バルビツール酸系(アドルム)1.0%、その他5%、種類不明30%となっていた⁴⁾。

2) 搬送された患者についての調査報告

病院に急性催眠剤中毒として搬送された患者数(未遂者)および死亡数と使用された催眠剤の種類について、当時の主な調査として次の2つの報告がある。

横村らは昭和29年から31年に京都第二赤十字病院に搬送された784人(うち死亡は68例)について報告している⁷⁾。それによるとプロムワレリル尿素系の患者数は496人(63.3%)と最も多く、次いで不明が188人(24.0%)、バルビツール酸系27人(3.4%)であった。また死亡例でみても、最も多いのがプロムワレリル尿素系で34例(50.0%)であり、次いで不明28例(41.2%)、バルビツール酸系3例(4.4%)となっていた。

次に田坂らは昭和32年から34年に河北病院(東京)に搬送された341人(うち死亡は41例)について報告している⁸⁾。それによるとプロムワレリル尿素系の患者数は177人(51.9%)と最も多く、次いで不明が57人(16.7%)、非バルビツール酸系35人(10.3%)、バルビツール酸系25人(7.3%)であった。また死亡例でみても、最も多いのがプロムワレリル尿素系で19例(46.3%)であり、次いで不明17例(41.5%)であり、バルビツール酸系0例となっていた。

これらより1950-60年代に流行した催眠剤自殺では、自殺手段に用いられた催眠剤は圧倒的にプロムワレリル尿素系の催眠剤であったことがわかる。

2. バルビツール酸系との比較によるプロムワレリル尿素系の入手可能性

自殺手段として用いられたプロムワレリル尿素系およびバルビツール酸系について、市中への販売開始や主な入手規制に関する時期は表1にまとめた。対比をすることで、同じ催眠剤でもプロムワレリル尿素系の催眠剤はバルビツール酸系に比べ、入手が容易であったことがわかる。

1) プロムワレリル尿素系の催眠剤

プロムワレリル尿素系の催眠剤は第一次世界大戦の影響で、ドイツからの輸入が途絶えたため国産化されるようになり、大正4(1915)年にプロバリジン(日本新薬)、大正7(1917)年にカルモチン(武田薬品)が市販されるようになった。このほかドルミノン(大正製薬)、ソムナール(塩野義)などがあり、1951年薬事年鑑によればおよそ10社程度で生産されていた。

昭和7(1932)年に原末や一錠あたりプロムワレリル尿素を0.5g以上含有のものが、バルビツール酸系と共に劇薬指定となり販売規制がなされた⁹⁾。しかしプロバリジン錠やカルモチンは、プロムワレリル尿素の含有量が一錠あたり0.1gと少なく市販され続けた。昭和38(1963)年に0.5g以下も催眠薬として用いる場合は劇薬となった¹⁰⁻¹¹⁾。なおプロバリジン錠は近年まで販売されていた。

2) バルビツール酸系の催眠剤

バルビツール酸系の催眠剤は、戦前よりペロナールなど輸入薬が販売されていた。昭和21 (1946) 年にアドルム (塩野義) が¹²⁾、次いで昭和25 (1950) にイソミタール (日本新薬)、昭和27 (1952) にラボナ (田辺製薬) が販売された。

バルビツール酸系は、①耐性が生じやすく依存に陥りやすい、②離脱時に振戦せん妄など退薬症状が現れやすい、③常用の10倍で昏睡しそれ以上で致死に至る、など欠点があることがわかっていた¹³⁾。

また、既にアメリカでバルビツール酸系の催眠剤が社会問題となっていたが、このことは日本でも早くから知られていた。まず昭和26 (1951) 年2月5日の厚生委員会では、慈恵医大の竹山医師が参考人としてアメリカの事情を説明している¹⁴⁾。また昭和27 (1952) 年に発行された雑誌「警察時報」で、行政官がアメリカの事情を詳しく触れている¹⁵⁾。バルビツール酸系は表1に示したようにプロムワレリル尿素系よりも早期に販売規制がなされるようになった背景がうかがえる。

なお、読売新聞データベース「ヨミダス歴史館」では、アドルムによる自殺記事 (既遂) は、昭和24 (1949) 年2件、50年20件、51年5件、52年4件、53年5件、54年3件、55年6件、56年0件、57年と58年が各1件だった (無理心中を除く)。東京都監察医務院の八十島医師は1955年に「一時は自殺と云えばアドルムと云った時期もありましたが、今日では少し少なくなって、バルビツール系よりも、プロムワレリル尿素系のもが増加し、むしろほとんど大部分がこちらになっております」と催眠剤自殺について解説をしている¹⁶⁾。

3. プロムワレリル尿素錠の生産と催眠剤自殺

1) 生産量と自殺率

図1はプロムワレリル尿素錠の生産量と東京都区部の催眠剤による自殺死亡率の経年変化である。生産量と催眠剤自殺率の間でスピアマンの順位相関係数を求めると、 $\rho=0.839$ と強い正の相関がみられ、統計的に有意な関係 ($p < 0.001$) が見られた。

図2は同じくプロムワレリル尿素錠の生産量と東京都区部の総自殺死亡数に占める催眠剤を手段による自殺数の割合の経年変化である。生産量と催眠剤割合の間でスピアマンの順位相関係数を求めると、 $\rho=0.878$ と強い正の相関がみられ、統計的に有意な関係 ($p < 0.001$) が見られた。

なお、図1にある各々のグラフのピークが明確に異なっており、図2についても1年程度のずれが確認できるが、その理由ははっきりとわからなかった。おそらくは、在庫や流通といった要因も関連している可能性があると思われた。

2) 生産量の減少に影響を与えた事項

生産量に影響があったと思われる事項は、第1報の検討も踏まえつつ次の通りに考察する。

まず、昭和37 (1962) 年にカルモチンの生産が終了となったことが指摘できる¹⁷⁾。生産終了は昭和31 (1956) 年頃から精神安定剤 (トランキライザー) がブームとなり、従来の催眠剤に置き換わって行ったことが理由とされている¹⁸⁾。

次に、国民皆保険に向けて昭和35 (1960) 年に新薬事法が制定されたことがあげられる。これ以降、薬の乱売

表1 販売開始と主な販売規制

西暦	元号	プロムワレリル尿素系	バルビツール酸系
1904	明37		ペロナール販売開始 (ドイツ、バイエルン社)
1908	明41	プロムラール販売開始 (ドイツ、クノール社)	
1915	大4	プロバリン 販売開始 (日本新薬)	
1917	大6	カルモチン 販売開始 (武田薬品)	
1932	昭7	内務省令第23号。劇薬として販売規制 (一錠あたり0.5g以上)	内務省令第23号。劇薬として販売規制 (一錠あたり0.5g以上)
1941	昭16		アメリカFDAはバルビツールを処方薬とした。
1946	昭21		アドルム販売開始 (塩野義製薬)
1948	昭23		薬事法改正 劇薬は処方せんが必要となる
1949	昭24		厚生省告示第92号「注意 習慣性あり」の記載をすること。
1950	昭25		イソミタール販売開始 (日本新薬)
1952	昭27		WHO「バルビツール酸系は処方薬にすべきだ」
1952	昭27		ラボナ販売開始 (田辺製薬)
1961	昭36		厚生省令 第1号。劇薬に指定される。
1961	昭36		厚生省告示第17号。要指示医薬品となる。(処方薬となる)。
1961	昭36	厚生省告示第18号。習慣性医薬品となる。	厚生省告示第18号。習慣性医薬品となる。
1961	昭36		「睡眠薬の取締りに関するの通達」(薬発399号)。悪用されている4種中2種がバルビツール (イソミタール、ラボナール)
1962	昭37	カルモチン生産終了 (武田薬品)	
1963	昭38	厚生省令第26号。0.5g以下も催眠剤として用いる場合は劇薬となった。	

の規制および販売環境の整備がされていった¹⁹⁾。また国民皆保険は、製薬会社の生産を大衆薬から医療用医薬品にシフトさせた²⁰⁾。さらに新薬事法により販売制限が可能となった。昭和36(1961)年に未成年への催眠剤の販売を原則的に禁止、また、販売帳簿を義務付けた(薬発第475号)²¹⁾。加えて昭和38(1963)年6月にブロムワレリル尿素系の0.5g以下の除外規定について見直された。鎮痛剤などの場合であれば普通薬のままだが、催眠薬として用いるときは劇薬となった¹⁰⁻¹¹⁾。これによりブロムワレリル尿素系の催眠剤の入手制限が強固なものとなった。

このような要因より、生産が減少し市中にブロムワレリル尿素系の催眠剤が出回らなくなったと考察される。そして、市中での入手可能性(availability)への制約が、

直接的な因果関係はなお不明ではあるものの、催眠剤による自殺の減少に影響したことが示唆された。

ただ、これら生産終了や入手規制も、図1および図2からもわかるように既に生産や自殺が減少している局面のことである。次に自殺が最も多かった昭和33年頃に注目する。

4. 自殺ピーク時にあったマスコミ報道と雑誌メディア

昭和33(1958)年6月1日に読売新聞にて国連統計(1957年国連人口統計年鑑)が報道され、日本の自殺率は10万人あたり24.2人で世界一であったと短く報道された²²⁾。自殺がピークの年にこういった記事が出た意義とその影響、および催眠剤による自殺の減少との関連について検討する。

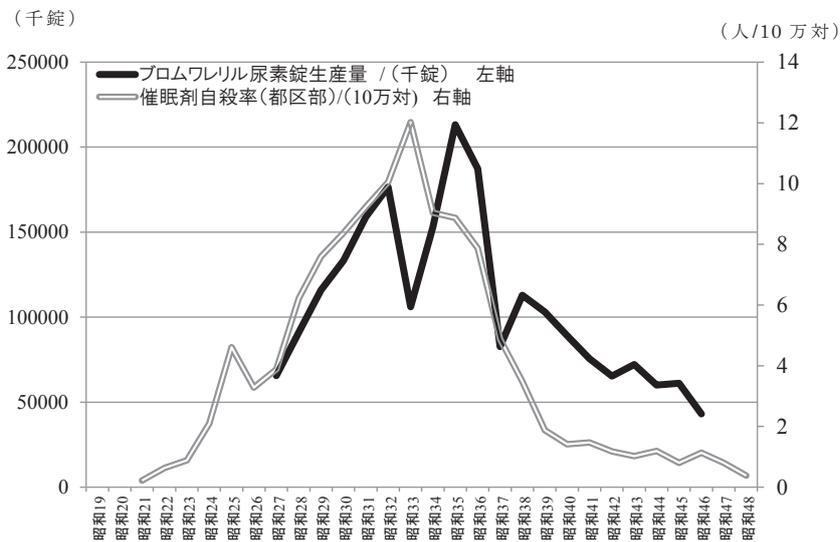


図1 ブロムワレリル尿素錠の生産量と東京都区部の催眠剤自殺率

出典：東京都監察医務院編集、東京都監察医務院50年史、薬事工業生産動態統計年報(昭和27-45年)。

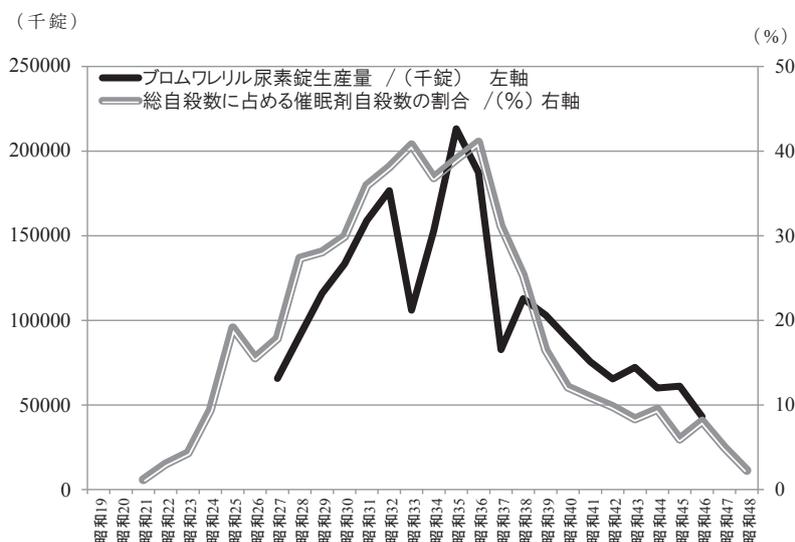


図2 ブロムワレリル尿素錠の生産量と東京都区部の総自殺数に占める催眠剤を手段とした者の割合

まず、この世界一自殺が多いという報道に前後して、多くの媒体が日本の自殺が世界一多いという話題を取り上げた²³⁻²⁶⁾。例えば、林業関連の専門誌「グリーン・エージ (森林資源総合対策協議会発行)」では、昭和34 (1959) 年に「世界一の自殺都市 東京漫歩」という文章を掲載し日本人の自殺が世界一であること、特に東京が多いことについて詳細に紹介した²³⁾。

また、この自殺世界一の報道のあと、特徴的な記事が出始めた。読売新聞の昭和33 (1958) 年11月10日朝刊6面では、「催眠薬を使う場合」とし、石坂哲夫氏 (日本薬学会) の署名記事を掲載した。そこでは催眠剤の選択方法やバルビツール酸系の危険性、用量を厳守することなど専門的な知識を記事にしている²⁷⁾。また、朝日新聞は1961 (昭和36) 年8月27日朝刊17面で「商品の知識 催眠剤 精神安定剤」という見出しで紙面の大半を使う規模の大きい啓発記事を掲載した²⁸⁾。1950年前後の自殺の新聞報道が、未遂者も含め自殺者の氏名と住所、自殺手段に使用された催眠剤の商品名や原因動機、特に心中は男女関係などを記事としたものが多かっただけに、こういった普及啓発の記事は注目された。

自殺世界一の報道の意義は、①自殺が最も多かった昭和33年の記事であること、②この報道以降、自殺がより一層に社会問題となったことにある。例えば受験雑誌「高校コース」でも、高校生が座談会形式で自殺の問題を討論している²⁹⁾。薬禍が企業責任を問われた時代であっただけに³⁰⁾、社会問題となった自殺や睡眠薬遊びが生産終了に影響を与えた可能性も考えられた。

5. 本研究の限界

本研究ではブロムワレリル尿素錠の生産量と催眠剤全般の自殺率、および催眠剤を手段とした者の割合との比較研究となっている。これはブロムワレリル尿素系の催眠剤による自殺率を算出することが不可能であるためである。単一の化合物の催眠剤の生産量と、催眠剤全般の自殺との比較検討では、厳密な入手可能性の制限の検証となっていない。上野らによれば催眠剤自殺の64%はブロムワレリル尿素系であったとされており、したがっておよその関連は把握できるものの、分析期間を通じて常にブロムワレリル尿素系催眠剤が高い頻度で自殺手段に選ばれていたとは言い切れない。

また、使用したデータについては、催眠剤による自殺率は東京都区部のものであり、ブロムワレリル尿素剤の生産量は全国のものである。東京都の自殺と全国の自殺の経年変化に大きな違いがないことは第1報で確認しているものの、この対象の異なるデータでの比較には限界がある。このほか市販されていたブロムワレリル尿素系催眠剤について商品別の生産量、アクセスの容易さ、生産期間までは調査できなかった。カルモチンの生産終了以外の情報が得られていない。

なお、第1報でも言及しているが、催眠剤の販売規制

は自殺対策でなく睡眠薬遊びの対策によるものであった。本研究では生産量減少の要因は様々に考えられたが、催眠剤自殺と直接的な因果関係までは示していない。

本報告ではアクセス制限という観点に焦点をあてていることから、例えば就職難や価値観の転換といった若者の厭世自殺の社会背景や、失業率と自殺率との関連のような、景気の良し悪しに伴う自殺増減などは敢えて検討していない。近年の硫化水素自殺と同様、催眠剤自殺の増加と減少には複数の要因が関係していることは十分に考えられる。

IV 結語

昭和33 (1958) 年をピークとした、催眠剤による自殺の流行がなぜ終わったのか、自殺手段へのアクセス制限を検討した。

その結果、自殺手段に用いられた催眠剤がブロムワレリル尿素系であったことを確認し、その生産量 (錠) と催眠剤による自殺率 (10万対) および総自殺数に占める催眠剤を手段とした者の割合 (%) には高い関連が示された。自殺手段へのアクセス制限として、市販薬の生産量の減少や販売規制があり、それらによる入手可能性 (availability) が低くなることが催眠剤自殺の減少に寄与したことが示唆された。

謝 辞

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77回日本公衆衛生学会 (2018年10月26日、於：郡山市) で報告した。この論文の内容に直接関連する開示すべき利益相反はありません。

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 14, 2019.
- 2) 瀧澤透, 反町吉秀. 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. 日本セーフティプロモーション学会誌. 11(1): 26-30, 2018.
- 3) 厚生省薬務局編. 薬事工業生産動態統計年報昭和27~45年版. 東京, 薬業経済研究所, 1953~1971.
- 4) 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). 東京, 1970.
- 5) 東京都総務局統計部. 東京都統計年鑑. <http://www.toukei.metro.tokyo.jp/tnenkan/tn-index.htm#S27> Accessed January 26, 2019.
- 6) 上野正吉, 百瀬隆人. 睡眠剤による自殺. 日本医事新報. 1805: 19-20, 1958.

- 7) 横村庄一郎, 前川央, 中川明子他. 急性催眠剤中毒の臨床的統計的観察 (第2報). 日赤医学. 10(3): 216-222, 1957.
- 8) 田坂定孝, 清水喜八郎, 国井乙彦. 急性催眠剤中毒について. 日本医事新報. 1879: 3-10, 1960.
- 9) 官報第1646号. 内務省令第23号. 昭和7年6月27日.
- 10) 官報第10954号. 厚生省令第26号. 昭和36年6月24日.
- 11) 小沢光. 毒劇薬便覧. 東京, 南山堂. 1964, 201-202.
- 12) 財団法人乙卯研究所. 乙卯研究所小史-特にシオノギとの関連において. 東京, 塩野義製薬株式会社資料室発行, 昭和42年(平成17年再編). <http://www.itsuu.or.jp/notes/pdf/history.pdf> Accessed January 14, 2019.
- 13) 日本睡眠学会編集. 睡眠学. 東京, 朝倉書店, 2009.
- 14) 第10回国会参議院厚生委員会会議録第6号昭和二十六年二月十五日. 国会会議録検索システム<http://kokkai.ndl.go.jp/SENTAKU/sangiin/010/0790/01002150790006a.html> Accessed January 14, 2019.
- 15) 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.
- 16) 八十島信之助. 最近の自殺統計. 日本医師会雑誌. 34(6): 333-335, 1955.
- 17) 武田二百年史編纂委員会編纂. 武田二百年史本編. 大阪, 武田薬品工業, 1983, 72.
- 18) 柳沢清久. ブロモバレリル尿素の規格・試験法の変遷ならびにドイツ薬局方との対比について. 薬史学雑誌. 50(2): 143-158, 2015.
- 19) 秋葉保次, 中村健, 西川隆他. 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.
- 20) 石坂哲夫. やさしいくすりの歴史. 東京, 南山堂, 1994.
- 21) 厚生省薬務局監修. 薬事実務便覧第2巻. 第2編第1章薬事全般. 催眠剤の乱用防止に関する対策について(薬発第475号). 東京, 新日本法規出版, 1978, 5169-5172.
- 22) 読売新聞1958年6月1日
- 23) 森林資源総合対策協議会. グリーン・エージ. 9(2): 42-43, 1959.
- 24) 長谷川泉. 自殺の流行と増加. 助産婦雑誌. 12(3): 42-43, 1958.
- 25) 石田保広. 自殺-諸外国の動向とくらべる一. 厚生指針. 3(12): 16-18, 1956.
- 26) G・B・T. 死を急ぐ若人が多過ぎる-世界一の自殺国の父兄にささげる若き命を救う処方箋. 文芸春秋. 36(2): 74-85, 1958.
- 27) 読売新聞1958年11月10日
- 28) 朝日新聞1961年8月27日
- 29) 高校生. 高校生大いに論ず 自殺は肯定できるか. 高校コース. 5(2): 67-71, 1959.
- 30) 著者不明. サリドマイド禍と国家責任・企業責任!!. 法律公論. 12(121): 7-22, 1963.

訂正

第1報(日本セーフティプロモーション学会誌, 11(1), 26-30, 2018)に誤りがあった。次の3点を訂正する。①文中全ての「ブロムワレリン尿素系」を「ブロムワレリル尿素系」に。②表2のNO.1の内容部分を「ブロムワレリン尿素系、バルピツール酸系は劇薬(0.1g以下は除く)。」を「ブロムワレリル尿素系(0.5g以下は除く)、バルピツール酸系(一部除外)を劇薬。」に。③表2のNO.9の「催眠剤を大幅に」を「催眠剤であるブロムワレリル尿素剤、ドリデン、アダリンを」

日本セーフティプロモーション学会 第12回学術大会報告

辻 龍 雄

Report of 12th Conference of the Japanese Society for Safety Promotion

Tatsuo Tsuji

2018年（平成30年）11月24日（土）・25日（日）に、山口大学医学部霜仁会館で日本セーフティプロモーション学会第12回学術大会を開催しました。講演は対人援助専門職の方々に限定して公開しました。

大会テーマは「ひきこもりについて考える」でした。参加者の中で最も多い職種は臨床心理士でした。山口大学医学部教授の方々、医学部附属病院長、名誉教授のお姿もありました。参加者は93名。会場の定員を超えたために壁際と後方に椅子を追加しました。



<加来洋一先生のご講演の様子>

最初の特別講演は山口県立こころの医療センター副院長の精神科医の加来洋一先生による「対人暴力の予防に有効な介入とは？ -精神医学の観点から-」と題するご講演でした。

医療観察病棟（医療観察法により、心神喪失又は心神耗弱の状態で重大な他害行為を行った人に対して適切な医療を提供し、社会復帰を促進することを目的とした制度）での治療経験から、この病棟に入院している人には、不適切な養育環境で育った人や、入院して初めて安全な環境を経験した人などが多いこと。かつて被害者であった人たちが加害者になっている。“被害者が加害者にならないために”にはどうすればいいのかという加来先生のご研究の一端をお話頂きました。

加来先生のお話を聞いていると、加来先生が接してきた、治療されてきた人たちの姿が、理不尽な犯罪被害にあって苦しむ人や、保護された被虐待児の姿が、思い浮かんできます。暖かい臨床医のまなざしを感じます。本学会誌へのご寄稿をお願いしています。



<安達圭一郎先生ご講演の様子>

特別講演2は山口大学大学院教授安達圭一郎先生による「ひきこもりと生きにくさ：対人関係療法による関わりから」と題するひきこもり問題について基礎的なレベルから整理された大変にわかりやすいご講演でした。本学会誌に講演の録音を反訳して掲載させて頂いております。

本誌9頁掲載の「バケツ理論」。バケツはあなたの心の許容量です。バケツの中には脳の状態、幼少期の母子関係、取り巻く環境、対人ストレスという“水”が入っていて、それが多くなりすぎて溢れた時が病気の発症です。水を減らしていき、バケツの中に納まればいいのですという趣旨のお話は興味深く、録音の反訳の煩雑さを忘れ、次が聞きたい、きちんと文字にしたいという気持ちになりました。



<一般口演の様子>

大会2日目は一般口演と教育講演でした。写真はNPO法人ふらっとコミュニティの活動報告の様子です。医療安全教育、運転免許証更新時の認知機能検査、手段制限による自殺予防の報告等が発表されました。



＜稲坂恵理事教育講演＞

本学会の理事お二人に教育講演をお願い致しました。稲坂恵理事は「子どもは転んでも顔を守る ～赤ちゃん時代に獲得する防衛反応～」と題して、赤ちゃんの運動発達と脳の発達による防衛反応との関係、獲得した防衛反応に磨きをかける遊びを導入して我が身を守る状況へと変える実践的取り組みについてご講演されました。稲坂理事の著書「なぜ起こる乳幼児の致命的な事故」(学建書院)をご参照ください。



＜石附弘理事教育講演＞

石附弘理事は「SCと安全・安心の乖離問題への試論」と題して厚木市はSC導入課程で犯罪は減少したが体感治安不安感が増大するという「安全・安心の乖離」現象について分析を加えられ人間の信頼と制度への信頼の双方が必要であると言及されました。

なお余話としてお話になった小淵恵三官房長が「平成」と書かれた額縁を掲げる記者会見の際に、秘書官として補佐された当時の経験談は、本年3月5日HBSプレミアム『アナザーストーリー 運命の分岐点「平成」誕生～新元号決定までの攻防戦～』の中で紹介され、石附理事へのインタビューの様子が長時間にわたり放送されていました。

その番組のネット上の紹介文には「昭和64(1989)年1月7日に行われた有名な『平成』の額縁が掲げられた記者会見ですが、その背後で全力疾走をされていた小淵官房長官の元・秘書官の方(石附理事)が舞台裏を語られます。」とあります。



＜山口大学医学部霜仁会館前庭＞

次回の第13回学術大会は大阪で開催されます。山口県宇部市で開催しました第12回学術大会にご参加頂き有難うございました。

日本セーフティプロモーション学会第13回学術大会のご案内

日本セーフティプロモーション学会第13回学術大会は、大阪で開催いたします。今後、詳細が決まり次第、学会ホームページに掲載してまいります。皆様のご参加をお待ちしております。

2019年3月吉日

第13回学術大会長 徳 珍 温 子
(大阪信愛学院短期大学 教授)

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

各種委員会

総務委員会

委員長	藤田 大輔
委員	後藤 健介、徳珍 温子

財務委員会

委員長	木村みさか
委員	後藤 健介

学術・国際交流委員会

委員長	市川 政雄
委員	西岡 伸紀、木村みさか

編集委員会

委員長	辻 龍雄
委員	今井 博之、山根 俊恵、境原三津夫

広報・ネットワーク委員会

委員長	反町 吉秀
委員	石附 弘、倉持 隆雄、稲坂 恵、新井山洋子、辻 龍雄

特別編集委員会（時限委員会）

委員長	西岡 伸紀
副委員長	辻 龍雄
委員	反町 吉秀、木村みさか、市川 政雄、後藤 健介

募金委員会（時限委員会）

委員長	辻 龍雄
委員	反町 吉秀、後藤 健介

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12巻 第2号 原稿募集要項
受付締切日 2019年6月30日
発行予定日 2019年10月1日

第13巻 第1号 原稿募集要項
受付締切日 2019年12月31日
発行予定日 2020年4月1日

査読者への謝辞

以下の皆様に第11巻1号、11巻2号、12巻1号の査読をお願い致しました。綿密なる査読を行って頂きましたことを、ここに謹んで御礼申し上げます。

市川 政雄	筑波大学大学院	教授
今井 博之	いまい小児科クリニック	院長
衛藤 隆	東京大学	名誉教授
加来 洋一	山口県立こころの医療センター	副院長
木村みさか	京都学園大学	教授
後藤 健介	大阪教育大学	准教授
反町 吉秀	青森県立保健大学	教授
辻 龍雄	つじ歯科クリニック	院長
榎本 妙子	同志社女子大学	教授

(50音順)

編集後記

今号には初めて英文論文が掲載されました。この研究は警察本部の全面的な協力のもとに行われています。このこと自体がすでに驚くべきことです。長文の英文論文であり、その内容も労作と呼ぶにふさわしいと思います。

学会大会の特別講演は、抄録のような形で学会誌へ掲載されることが多いと思います。「ハズキルーペをかけさせて頂きます」で笑いをとられ、アイス・ブレイクされました。そして、講演開始。あの臨場感を、録音の反訳で再現したいと思いました。安達圭一郎先生には綿密に原稿を見て頂き、多数の参考論文を付与して頂きました。お手数をおかけしました。ありがとうございました。

石附理事による連載は、タイムリーな統計不正問題です。歴史的な経緯を含めて執筆されています。大変興味深い内容となっております。

学会員の皆様からのご投稿をお待ちしております。英文論文のご投稿も歓迎致します。どうぞ宜しくお願い致します。

(辻 龍雄)

日本セーフティプロモーション学会誌 第12巻第1号
Japanese Journal of Safety Promotion Vol.12 No.1

平成31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

