

日本セーフティプロモーション学会誌

日本セーフティプロモーション学会誌

Japanese Journal of Safety Promotion

第3巻第1号 2010年3月

Vol.3 No.1 March 2010

第三巻第一号
二〇一〇年三月

日本セーフティプロモーション学会

JssP
Japanese Society of Safety Promotion

目次

1. 日本セーフティプロモーション学会第3回学術大会 国際シンポジウム 「アジアにおけるセーフコミュニティ」		
・徐々に拡大されたセーフコミュニティ運動—台湾の経験	パイ ルー	1
・ソンプ区子どもの安全プロジェクト	キム イングック	3
・セーフコミュニティ 認証都市における課題	人見 徹	5
・厚木市におけるセーフコミュニティ活動 ～組織と課題～	倉持 隆雄	7
・市民との協働による十和田市セーフコミュニティの取組み	長瀬比佐子	9
・質疑応答		
シンポジウム 「部門横断的な協働による自殺総合対策」		
・ヘルスプロモーションとしての自殺対策	本橋 豊	13
・自殺に関するハイリスク者への対策		
～救命救急センターを起点とした未遂者へのケース・マネジメント～	河西 千秋	19
・政府における自殺対策の取組み	加藤 久喜	23
・自殺のない「生き心地の良い社会」を創るために	清水 康之	27
・地域で取り組む自殺予防対策～私たちにできる暮らしやすい地域づくり～	新堂 府子	32
・シンポジウム討論会		
2. 原著		
家庭内暴力の外傷サーベイランスが困難な理由		
～ドメスティックバイオレンス被害者に対する看護職の認識から～	山田 典子	39
セーフコミュニティ活動が日常生活における安全・安心感に与える影響		
亀岡市モデル地区における2年間の取組の成果分析から	白石 陽子	47
高齢者における熱中症予防のための対処方法		
～熱中症既往のない高齢女性を対象にした夏期における飲水行動調査から～		
岡山寧子、小松光代、山縣恵美、山田陽介、仲前美由紀、木村みさか		55
3. 活動報告		
安全科の授業における児童の「安全・安心」の様相の変容に関する研究		
松井典夫 浅田正志 佐々木靖 藤田大輔		62
民間シェルターの活動からみるドメスティックバイオレンスの被害者と		
その子どもたちの支援における課題 辻龍雄、加登田恵子、山根俊恵、澤田久子、小柴久子		67
4. 資料		
政治行政課題としての「安全・安心」問題と「セーフコミュニティ」モデルの有効性		
～事件事故ビジョンゼロ戦略から市民生活安全充足感への切符～	石附 弘	73
5. 十和田市セーフコミュニティ 認証記念式典及び祝賀会	新井山洋子	81
6. 日本初のInternational Safe School～大阪教育大学附属池田小学校の実践～	藤田大輔	84
7. 日本セーフティプロモーション学会第4回学術大会のご案内		88
8. 庶務報告		
平成20年度日本セーフティプロモーション学会理事会報告		90
日本セーフティプロモーション学会第3回総会議事録		92
日本セーフティプロモーション学会会則		94
日本セーフティプロモーション学会細則		100
日本セーフティプロモーション学会理事名簿		102
日本セーフティプロモーション学会投稿規定		103
編集後記		106

Contents

1. The 3 rd Conference of the Japanese Society for Safety Promotion	
International Workshop on Safe Communities in Asian Contexts	
Gradually expanded Safe Community movement~ Taiwanese experience	Lu PAI 1
Songpa District Project for child safety	In-guk KIM 3
Some challenges in a designated safe community	Tohru HITOMI 5
Safety & reliance lively creative, collaborative and friendly City, Atsugi	Takao KURAMOCHI 7
Community safety promotion in collaboration with citizens in Towada City	Hisako NAGASE 9
Symposium on Comprehensive Suicide Prevention Programs	
Suicide prevention policy and health promotion	Yutaka MOTOHASHI 13
Suicide prevention measure for individuals at high risk: case management	
intervention for suicide attempters at emergency departments	Chiaki KAWANISHI 19
Suicide prevention policy of the Japanese government	Hisayoshi KATO 23
Eradicating suicide: Building a livable society	Yasuyuki SHIMIZU 27
Community-based suicide prevention: Creating an easy living community by ourselves	
	Atsuko SHINDO 32
2. Original Article	
Reasons why monitoring of injuries related to domestic violence (DV) is difficult:	
A recognition of nursing professionals providing care to DV victims	Noriko YAMADA 39
How "Safe Community" can contribute to the community betterment?:	
A case of challenge for safety promotion at Kameoka City	Yoko SHIRAISHI 47
Methods for Dealing with Prevention of Heat Disorders in the Elderly	
From a Behavioral Study of Water Intake during Summer Targeted at	
Elderly Women not having a History of Heat Disorders	
Yasuko OKAYAMA, Mitsuyo KOMATSU, Emi YAMAGATA, Yosuke YAMADA,	 55
Miyuki NAKAMAE, Misaka KIMURA	
3. Report on Safety Promotion Activities	
Research on transformation of aspect of child's "Safety and Security" in class of Safety Studies	
Norio MATSUI, Masashi ASADA, Yasushi SASAKI, Daisuke FUJITA	 62
Issue on the Effective Support for Victims of Domestic Violence and Their Children in Private Shelter	
Tatsuo TSUJI, Keiko KADOTA, Toshie YAMANE, Hisako SAWATA, Hisako KOSHIBA	 67
4. Appendix	
Civil Safety in Japan and Safe Community	Hiroshi ISHIZUKI 73
5. Designation as 'Safe Community' and Celebration Ceremony of Towada City	Yoko NIYAMA 81
6. The First Designation as International Safe School in Japan~Challenge of Ikeda Elementary School	
attached to Osaka-Kyoku University~	Daisuke FUJITA 84
7. Announcement about the 4 th Conference of the Japanese Society for Safety Promotion	 88
8. General Reports	
Minute of JSSP Board Meeting in 2009	 90
Minute of JSSP Meeting in 2009	 92
Regulations of JSSP	 94
Subsidiary Regulations of JSSP	 100
Board Members of JSSP	 102
Rules of Submission to Journal of JSSP	 103
Postscript by the Editor	 106

徐々に拡大されたセーフコミュニティ運動－台湾の経験

パイ・ルー Lu PAI

台湾コミュニティセーフティプロモーションセンター長

こんにちは、皆様。まず、台湾におけるセーフコミュニティ運動について発表する前に、最初のスライドで写真を何枚かお見せしたいと思います。

最初の写真は、アジア地域セーフコミュニティネットワークのロゴです。今までご覧にならなかったかもしれませんが、このロゴは2005年、第3回アジア地域セーフコミュニティ学会の時に作られました。私たちは、すべてのアジア地域セーフコミュニティ学会において、このロゴを使用しています。次の学会は今年10月に北京で開催されます。こぞってご参加ください。

2枚目の写真は、台湾セーフコミュニティのロゴです。ここでは、台湾のセーフコミュニティがどのように組織的に発展していったかについて、経験を語ります。

セーフコミュニティを発展させる目的は、私たちが住んでいる地域をより安全で安心なものとすることです。

皆様ご存知のとおり、国際的セーフコミュニティ運動は、1989年にスウェーデンで立ち上げられました。これまでに、十和田市を含めて159のコミュニティが6つの認証指標を満たし、国際セーフコミュニティとして認証されました。

国際的セーフコミュニティは、5大陸に及んでいます。これはWHOのウェブサイトです。誰でもサイトを見て、新しい情報を得ることができます。

アジアでは、国際セーフコミュニティは5大陸の中で最も急速に発展しました。

セーフコミュニティ運動は、韓国スウォン市で開催された第1回アジア地域セーフコミュニティ学会の後、2002年に台湾に導入されました。韓国から来られた私たちの友人はこの廊下に見覚えがあるかもしれませんが、これは認証式で撮った写真で、レイフ・スヴァンストローム教授が真ん中に立っておられます。

私たちは、台湾でセーフコミュニティ運動を始めたとき、4つの異なる種類の地域を試しに選定することを決めました。そして最初に選んだ地域が台北市の大都市地域である内湖地区で、人口は約27万人です。二番目に選んだ地域は、台湾中央部に位置する東勢地区で、ここは人口5万人の農村コミュニティです。三番目は、台湾の東部に位置する豊濱郷で、人口はたった6千人の海浜先住民族が住まうコミュニティです。四番目は、阿里山地区で、人口はたった1,500人の高地先住民族が住まう地区です。

3年の努力を経て、幸いにもこれら4つのコミュニティすべてが、2005年の10月に国際的セーフコミュニティとしての認証を受けました。

その認証への動きは、多くのコミュニティを大いに刺激しました。認証の栄光のおかげで、多くのコミュニティがセーフコミュニティ運動への参加に興味を持つようになりました。コミュニティセーフティプログラム展開に対する支援の必要性が急激に高まったことに対応するため、私たちは、台湾コミュニティセーフティプロモーションセンターを設立しました。

コミュニティをより効果的に支援するため、私たちのセンターは、4つの出張所を設けました。これを地域支援センターと呼んでいます。(上段を指して)台湾コミュニティセーフティプロモーションセンターがメインセンターとしての役割をつかさどっています。その下にはさらに4つの出張所があります。その一つが北部地域支援センターで、地域コーディネーターはチャン氏、そして中部地域支援センターはシー氏、南部地域支援センターはチェン氏、東部地域支援センターの地域はリン氏が地域コーディネーターを務めています。

支援プログラムは、地域の個々のコミュニティによって開発されました。私たちセンターは、プログラムがどのように作られたかを知る必要があります。そこで、プログラムを評価するシステムを開発しました。コミュニティプログラムの評価は、センターの仕事の非常に重要な一部を占めています。私たちは、プログラム評価を行うため、あらゆる種類のプログラム評価シートを設計しました。そのことは、コミュニティが正しい方向に努力を重ねる上での手助けとなっています。

これは、評価をするために開発した評価フォームの一例です。まず、コミュニティの基本情報を得るための書式があります。コミュニティの多くが、このような質問をしてくるかもしれません。「私たちはセーフコミュニティをつくれますか？」そしてさらに「セーフコミュニティに発展させるためには、どのような認証指標を満たす必要がありますか？」等。これが一つ目の評価シートで、基本的な情報をカバーするものです。

二番目は、地域のセーフティプロモーションを推進するための記録フォームです。例えば、地域と安全のために、多くの作業を選ぶ場合や、何をしたかについて記録

するフォームです。記録を残す必要に応じた、記録を取るためのフォームです。

三番目は、セーフコミュニティプロジェクトに関するフォームです。これは、日々そして月間の過程がどのようなものか—例えば、「何をしましたか?」「これまでどれだけの成果をあげましたか?」といったような種類の評価フォームです。

四番目は—4つの異なる地域支援センターの出張所があることは既に述べましたが、この地域支援センター(職員)がコミュニティに出向いたとき、コミュニティの発展をどのような支援をしてきたかについて記録を取る必要があるため、記録フォームもあります。

さらに、メインセンターとして、これら4つすべての出張所が行っている事業を評価する必要があります。そういうわけで、地域支援センターに対する評価フォームもあります。

さらに、国際的セーフコミュニティがすでにあることは既に触れましたのでご存知だと思いますが、これら国際的セーフコミュニティに認証された地域も、作業は続けなければなりません。そこでそのコミュニティの年次報告に基づいて作業を評価するフォームもあります。加えて、セーフティプログラムを展開しているすべてのコミュニティを評価する専用フォームも別にあります。

なぜ、評価をしなければならないのでしょうか。その理由は、それぞれのコミュニティが6つの指標を満たしているか確認する必要があるからです。把握したい事柄の例を挙げます。(1) その組織は良いかどうか、どのように機能しているかといったこと、(2) 長期的なプログラムとそのカバー範囲、(3) ハイリスクグループ及び環境に対する特別プログラムがあるかどうか等、(4) (傷害) データ収集の方法について、誰がこのデータ収集の過程を管理しているのか等、(5) 内的及び外的なプロセスの有無と評価を行う頻度、(6) セーフコミュニティ活動への参加と主催。

2005年以降、より多くのコミュニティがセーフコミュニティ活動に加わり、昨年までに新たに3つのコミュニティが国際的セーフコミュニティとして認証を受けまし

た。それらの地域は、台北市にある中正区、^{チョンヂェン}豊濱地区にある^{シエー}寿豊郷、台湾中央部の^{トシエン}東勢地区近くの^{シエー}石岡郷です。

これまで、42のコミュニティがセーフコミュニティプログラムに対して働きかけています。昨年は3つの地区が(国際的セーフコミュニティとして)認証を受けました。その地区では、昨夜私たちが参加したのと同じように盛大な式典が開催されました。ところで、これは台北市長です。

この写真では、地区合同で、昨日、貴市(十和田市)がいただいたような(国際セーフコミュニティの)プレート掲げていますね。

次に—このロゴは前にもお見せしましたが—台湾セーフコミュニティのロゴをお見せしたいと思います。個々のコミュニティは、一度国際的セーフコミュニティとして認証を受けると、この小さな部分を除いて、似たようなロゴを用いて、特別なコミュニティであることを示します。例えば、^{トシエン}東勢地区は竜を、中^{チョンヂェン}正区は蒋介石記念碑を表しています。これは^{シエー}寿豊郷、そしてこれが見てのとおり先住民族のコミュニティである^{アーリョー}阿里山地区です。これは素晴らしく美しい景観を誇る^{ネイフ}内湖地区です。^{フエンビン}豊濱地区と東部の^{シエー}海浜地区、そして^{シエー}石岡郷です。石岡郷は、安全な自転車プログラムがあることで知られています。4つのコミュニティから始まったセーフコミュニティですが、さらに多くのコミュニティが活動に加わり、点が面になり、島全体がセーフコミュニティになることを願っています。これこそ「セーフ台湾」といえましょう。

課題もあります。現在直面している課題は、中央政府からの財政援助が減らされていることです。地方自治体や大企業からの財政援助を得るための働きかけは現在進行中です。できれば将来、徐々に拡大するセーフコミュニティ運動を支援するためのNGO基金を設立したいと思っています。私たちは、セーフコミュニティ運動がずっと続くことを願っていますが、運営費が本当に必要なのです。これは私たち全員が直面する課題で、どこの行政であろうと—地方自治体であれ中央政府であれ—さらに企業も、私たちに耳をかし、何らかの支援をくれることを願っています。ありがとうございました。

ソンパ区子どもの安全プロジェクト

キム・イングック In-guk KIM
韓国ソウル市ソンパ区保健所長

こんにちは、私は、キム・イングックです。韓国ソウル市ソンパ区の保健所長をしています。ソンパ区のセーフコミュニティプロジェクトを十和田市でのコミュニティセーフティプロモーションに関する国際ワークショップでご紹介できることは、私にとって大変な喜びです。ソンパ区の簡単な紹介をした後、ソンパ区の傷害指標とソンパ区における子どもの安全促進プログラムに移っていきます。

ソンパ区の人口は、約69万人で、ソウル特別市の区の中で一番多いです。ソンパ区は、1988年にソウルオリンピックを開催しました。ソウル市の南東部にある経済的なハブです。ソンパ区は、2005年に国際セーフコミュニティプロジェクトを立ち上げました。それは、最初に、傷害の原因と頻度を把握するための傷害サーベイランスシステムを確立しました。それは、セーフコミュニティ委員会の設立など広範な活動範囲にかかるものであり、2008年6月に、国際セーフコミュニティネットワークのメンバーとしての認証として結実しました。

ソンパ区がどのように傷害データを収集したかについて簡単に触れさせてください。傷害死にかかる韓国国立統計局により発行されたデータを1年に1回分析します。傷害発生頻度、傷害リスク環境や乳幼児に焦点を当てた傷害について調査を通じてデータは収集されました。年齢別の傷害メカニズムについては、主要な傷害の原因は、小さい子どもについては交通事故と転倒転落と、ティーンエイジャー、若年成人と中年については、自殺と交通事故、高齢者については、自殺と転倒転落です。とりわけ、児童を含む乳幼児と子どものソンパ区の傷害死亡率は、ソウル市の平均より高かったのです。このことが、ソンパ区がハイリスクグループである子どもの傷害予防プログラム実施のための精力的な努力の引き金となったのです。

ソンパ区は、6歳までの傷害データを毎年作り出す乳幼児傷害サーベイランスシステムを確立し、運用しています。それは、親や保育士から提供された情報に基づいて、傷害発生時の発生場所や乳幼児の活動、そして医療受診の有無についても詳細に記録します。これは、乳幼児の傷害データ収集に利用されるウェブページです。保育士や幼稚園教諭が傷害発生時、傷害についての情報をウェブに入力することになります。このシステムは、ソンパ区が、リアルタイムで入力結果をチェックし分析することを可能とします。ソンパ区は、この地域の37の子どものケア施設、2600人の子どもからこのシステムを通じて、2008年には、912の外傷データケースを分析しました。これは分析結果を示します。男の子の傷害数は、女の子をわずかに上回ります。年齢については、5歳児がもっと多く、怪我をしていました。

これは、保育施設と家庭や道路を含む地域での傷害の、月別比較です。5月にもっとも怪我の数が多くなっています。傷害は、家庭では、居間、遊び場、部屋の順に多く起きています。保育施設では、教室、遊び場、階段の順に多く起きています。ソンパ区は、月毎に傷害へ導く活動のランキングについての情報を組織し、それを保育施設や幼稚園に提供しています。ソンパ区は、保育施設の種類と傷害発生との因果関係をそれぞれの保育施設ごとに分析し、改善方法についての助言もしています。

さて、ソンパ区の子どもの安全促進に特化したプログラムについて話したいと思います。

最初は、環境改善プログラムです。ソンパ区は、セーフコミュニティプロジェクトを実現する過程において様々なグループの協力の基礎づけるセーフコミュニティ委員会を設立しました。この委員会には、警察、消防、軍、ガス会社、電気会社を含むすべての関連組織のリーダーが参加しています。子どもの安全に関する作業レベルの委員会もまた、計画の策定と協定の締結を実現してきました。

多様性のあるプロジェクトが地域における相互協働の基礎が作られた後に実行されてきました。ソンパ区医師会と保育施設協会は子どもの健康と安全のために協働して尽力する安全医師制度協定を結びました。ソンパ区役所と民間保険会社は子沢山子ども安全保険について協定を結びました。韓国最大手の民間警備会社はソンパ区役所と、子どもの安全保護のための主体的な努力の一部として、安全・安心官についての協定を確立しました。ソンパ区はこのように地域における様々な社会的資源との協働による地域安全ネットワークを確立しました。ソンパ区にある全ての子どものための公園は、安全な遊具設備を持つとともにその使用に関する特徴的な情報標識があります。それらはすべて禁煙ゾーンに指定されてきました。高齢者センターの近くに住む高齢者やアパートの警備員はセーフガード活動を遂行します。救急処置機材と保護用具が事故発生時の迅速な対応のため用意されています。ソンパは自転車専用道路がよく整備されていることから、自転車天国と呼ばれています。自転車と安全ヘルメットが無料で貸し出され、バンダナが提供されています。とりわけ、ソンパ区は、子どもに対する自転車乗車免許を与えるプロジェクトの実現により子どもが安全に自転車に乗れる環境を作っています。監視テレビが、子どもの個人的な安全確保のため、学校の周囲や子どものための公園などねらわれやすい地域に設置されています。監視テレビは、モニタリングのために効果的に使用されています。自主防犯チームは、地域住民により構成され、

ねらわれやすい地域をパトロールし、住民パトロールチームは、学校近郊の危害環境をモニターします。ソンパ区には、50人の安全・安心官がいます。韓国最大手の警備会社S1の50人の従業員が、子どものための公園と学校付近の地域のパトロールを安心官バッジをつけて、自主的にパトロールしてきました。ソンパ子沢山子ども安全保険プロジェクトが、3番目以上の子どもを出産した母親の多くが高齢で、妊娠、出産、子育てについて危ういという事実への考慮に基づき、実施されている。このプロジェクトは、3番目以上の子どもが、10年間、病気や事故に対する補償を受けられるように、ソンパ区が5年間手当を払うということ、もたらししている。保険会社は、安全保険施策を購入することを単純に手助けする以上のことをしています。家庭における安全を視察もします。保健所は、安全視察の結果を分析し、リスク要因や予防のための様々な情報を提供し、危害を予防できるようにしています。

安全医師制度の話題に、移りましょう。これは、子どものケア施設と近隣の小児科とが、子どもがけがをした際、救急医療を受けられるようにするための一対一の協定締結を含みます。共働き家庭の親は、このプロジェクトが彼らの心配を減らしたと言っています。「安全医師」は、子どものケア施設の教師に傷害予防の方法について教育も行っています。安全医師は、子どもに定期健診を行い、そのことにより、重篤な病気の早期発見と治療も可能としています。安全医師として役割を果たす小児科医は、子どものケア施設の先生たちだけでなく、病院を訪れるすべての住民に対しても安全教育を提供しています。彼らは、安全情報を提供する地域安全センターの役割を果たしています。

ソンパ区は、保育施設や学校における危険環境の改善も行っています。一方通行の支援というよりは、ソンパ区は、危険環境を調査し、その関連施設や学校に結果を知らせ、危険環境に対処するための補助を希望する施設はプロジェクトに申請します。補助を受ける施設はスクリーニング後に選択されます。ソンパ区は、すべての施設費用の50%を支払います。加えて、ソンパ区は、すべての保育施設に対して、室内で子どもがぶつかることを防ぐ装置などの安全製品を供給しています。

2番目に、教育的プログラムです。子どもが安全に自覚的となり、事故に対して自律的に備える能力を発達させるため、プロの講師が子どものケア施設を訪れ、安全教育を提供します。安全教育は、親や先生にも提供されています。ソンパ区は、子ども向け、親向け、教師向けの安全マニュアルを作りました。それは傷害モニタリングシステムを通じて収集された傷害データにもとづく季節やタイプ毎の子どもの傷害に対する分析によるものです。それらのマニュアルは、子どもたちが何をすべきで何をすべきでないかについて語ります。家庭内で容易に起きる事故例に基づいて。それらのマニュアルは、内容が理解しやすいように、子どもの本、絵本、ステッカー本(?)、パズルなどを含む様々な様式になっています。ソンパ区は、子どもたちに楽しくて楽に学べる体験を確保するため体験的教育も提供しています。子ども

の安全展示会、これは一つの体験的教育ですが、交通安全、火事、遊び、家庭、身体の安全を含む様々なテーマについて10のブースを設定しました。広範な領域のイベントがもたれました、安全に関する優れた子どもの絵の展示、幼児教育を選考する大学生や先生による安全に関する教材の展示、写真ゾーンなどです。次の話題は、子どもの安全教育センターの運営です。様々なタイプの教育を提供する場として、センターは、毎年3万人以上の子どもたちが訪れています。

次は、(法的)規制の強化とPRプログラムです。様々な規制が、子どもの安全の基礎を築き、プロジェクト遂行を効果的とするために、制定されました。多くの事故や傷害が、安全でない設備と不法な運用を行うスクールバスの結果として起こります。交通事故を防ぎ、バス運転手の間に、安全の重要性について意識の向上を図るため、ソンパ区は、韓国で最初に、子どもを守る乗り物認証制度を設置しました。乗り物の所有者が、申請書を提出すると、ソンパ区役所は、安全設備設置費用に対する財政的補助を行います。(1-2百万ウォン)この制度は、法律や条令に規定された子どもに対する保護的装置の設置や交通事故に関連した損失すべてをカバーする保険に加入したなど、厳格な基準を満たした乗り物だけを認証します。基準は、バスの運転者に性犯罪歴がないことをも要求します。彼らの適性検査結果は、彼らが運転に適していることを示さなければなりませんし、彼らは、1年間に最低6時間の子どもの安全保護に関する訓練を受けなければなりません。

私の最後の話題は、ソンパ、子どもが安全な地域、がなしたと展望についてです。ソンパ区により遂行されている子どもの安全関連プログラムは、ソンパ区役所や関連組織に加えて、住民、民間会社、民間団体、学校、個人により、自主的に参加されています。これらの地域社会資源は、ソンパ区を子どもたちが安全でいられる地域へと変えるために必要とされる基礎そのものを築いています。ハイルスクグループである子どもの安全を促進することを目的とするプロジェクトを通じて、ソンパ区は、7歳から12歳の子どもの傷害死亡率に低下をもたらすことができました。これは、2003年には、ソウル特別市の平均より高かったものです。

2007年のアセスメントは、ソンパのこの数字が、ソウルの平均より低いことを示しています。傷害発生数も減少が続くと期待されます。安全医師制度は、ソンパ区で最初に立ち上げられましたが、既にソウル市全体に広がっています。実際、子沢山子ども安全保険、安全・安心官制度、子どもの安全展示会、乳幼児の健診は、韓国全体に広がっています。ひるがえって、ソンパ区は、傷害データの収集により子どもの傷害発生を継続的にモニターするとともに、環境の改善、教育の提供、法的規制の強化、PR活動における取組など、子どもの安全を促進するプログラムをより組織的に実現していきます。そうすることにより、ソンパ区は、子どもたちが健康で安全でいられるコミュニティを創造するたゆまぬ努力をしています。

ご静聴ありがとうございました。

セーフコミュニティ認証都市における課題

人見 徹

京都府亀岡市企画管理部企画政策課長

ご紹介いただきました京都府亀岡市の人見でございます。

四月からセーフコミュニティを担当することになり、いきなり国際的なシンポジウムに登壇させていただいて、大変緊張しております。よろしくお願いいたします。

さて、亀岡市についてですが、面積が224平方キロメートル余り、人口が9万5千人の京都市の西隣りの市でございます。市には重要な観光資源となっている保津川の川下りがございます。

まず、最初に日本セーフティプロモーション学会第3回学術大会が、日本で2番目の認証都市となられた、ここの和田市で開催されましたことをお喜び申し上げますとともに、大変意義深いことと思っております。

ご存知のとおり、亀岡市は日本で初めてWHOセーフコミュニティの認証を取得した自治体でございますが、国内に同じ理念・目標を持って市民の皆さんや地域の皆さんの中で「安全・安心」を目指そうとする自治体がもう一つ誕生したことを大変心強く思いますし、大変僥越な言い方ではございますけれども、同時に本日のテーマとなっています「アジアにおけるセーフコミュニティ」の日本における推進エンジンがパワーアップしたともいえるのではないかと思っております。スクリーンの方は1年半前の様子になりますが、日本で1番目の認証を受けた時の亀岡市におけるセレモニーの様子でございます。本日座長をしておられる趙教授にも亀岡市にお越しいただき、趙先生から認証を授与していただきました。昨日の式典を見まして、その様子が思い返されました。

この認証に関して、これまで口演などで触れられておりましたように、セーフコミュニティ認証要件の一つに国内及び国際のネットワークに継続的に参加することが求められていますけれども、亀岡市としては、まずは国内において、先ほど申しました通り、そのネットワークのパートナーが正式に生まれたという受け止め方をしております。また、日本をアジアのセーフコミュニティのレベルとして考えた時、やはり国内の認証コミュニティが一つでも増えることが大切なことであると思っております。いずれにしても、亀岡市に続く、十和田市の認証取得の取り組みが、日本のセーフコミュニティがアジアや世界で急速に増えていく中で、ようやく同じ国の仲間を得ることができたといえるのではないかと思います。

スクリーンは、京都府及び亀岡市の行政トップの政治理念をあらわしたものでございます。行政運営の全ての基本に「安全・安心」という理念を共通して打ち出していたことが、このセーフコミュニティにとって重要なポイントであったと指摘できると思います。画面にございますように京都府知事におかれ

ても、「安全・安心 希望の京都」というフレーズ、私ども亀岡市長の政治理念である「安全・安心なところ交流のまち」、「安全・安心は最大の福祉」をセーフコミュニティの理念に取り入れ、実践しているといっても過言ではございません。

さて、コミュニティのWHO認証に当たっては、6つの指標をクリアしなければなりません。それらに向かって、それぞれのコミュニティが取り組むべき条件や方向性は言うまでもなく共通したものです。しかし、「安全・安心」のために取り組んでいこうとするきっかけや目標とするところには、地域によって様々な特性や、場合によっては違いがあります。

同じ日本の中でも、そのことを如実に示しているケースが、本日ここに出席の私ども亀岡市、また、認証都市2番目の十和田市、厚木市それぞれの自治体の取り組みでなかろうかと思えます。おそらくという表現が適切かと思いますが、十和田市さんにおかれてのキーワードは「自殺予防」、厚木市さんにおかれては「防犯」といった、一言でいえば、そのような切り口でセーフコミュニティに取り組んでおられると言えると思います。

一方、私たち亀岡市を同じように特徴づけてみますと、「地域力（ふるさと力）の活性化」になると思われます。亀岡市においてはこの「地域力」を、親しみを込めて「ふるさと力」と言っております。このような、地域力の取り組みが、亀岡市のセーフコミュニティの取り組みの特徴であろうと思えます。スクリーン上でもお示ししていますが、行政の組織におけるセーフコミュニティの推進母体を見ても、それぞれの自治体の特徴がでていいるなどと考えております。つまり、十和田市の自殺予防については、健康部門、厚木市さんの防犯については、協働安全といった視点で、最近ではセーフコミュニティの専任担当部署も設置されているという状況にございます。亀岡市の場合には、地域力の活性化という視点から全市的に取組んだという経緯から、企画部門がセーフコミュニティを担当しています。

亀岡市では、「安全・安心」の向上は「地域力の向上」にあると捉え、その地域の自治やまちづくり活動の推進母体となっている自治会組織を、セーフコミュニティの推進拠点としてきたものです。認証に当たっては、市内23の自治組織のうち、都市型のエリアである篠町をモデル地域とし、指標にある“地域の実情にあったプログラム”を検証、進展させてきました。スクリーンは、認証取得後、安全・安心の更なる向上を目指しまして、モデル地域である篠町で取り組んでこられた一万人パトロール隊の出発式の映像です。右側の写真に写っておられる方が篠町の自治会長で、キーパーソンでもございます。

また、地域の方の応募により決められたロゴマークを自転車や自動車に貼って、1万人、すなわち、地域の人全員が、パトロール隊を結成したものでございます。認証取得後の見守り活動の更なる展開という観点での事例でございます。

篠町では地域の安全のためにハザードマップを基本として、地域の魅力を再確認しようという取組みを行っていきましました。通称「S-map」と呼んでおります。この「S-map」は有名歌手グループの「Smap」と「篠町のS-map」を掛けたものです。この「S-map」の作成を含めて、地域の皆さんだけでなく、大学の多くの学生さん達の応援を得て、ユニークな地図を作ることができました。この地域の安全の基礎資料という観点で作成ができたと思っているところです。

転倒防止という視点にたち、京都府で実施している南丹元気づくり体操というものもございます。これは、亀岡市を含む南丹エリアで独自に開発され、介護予防、転倒予防のためにそれぞれの地域の会場にて行われております。そして、本丸であるモデル地区の篠町においても自治会事務所でこの9月から本格的に取り組んでいく予定であります。

一方、認証後、どう亀岡市がセーフコミュニティに取り組んでいくのかについて、担当者としては意識せざる得ないところです。そこで、これまで篠町という都市型のエリアで事業を行ってまいりましたが、認証後の現在は農村型のエリアを対象に、少子高齢化、自殺などを意識し、地域の特徴を踏まえ、特に中高年を中心とした自殺予防などに焦点をあてて更なる展開に取り組もうと考えております。このモデル地域は、川東5町と呼ばれる地域で、5つの町全域を対象にするものであります。この地域における基礎資料を収集するために、自殺予防を焦点にあてた心の健康に関する調査を実施しました。この調査では、結果回収率75.1%を得ております。また、部門横断的な組織づくりとして、川東5町のうち1町では、まちづくり推進会議を、地域に七福神に由来する場所があることから「七福プラン」という安全・安心に関するまちづくり計画を作成されております。

本日のテーマとなっています「アジアにおけるセーフコミュニティ」という点から言いますと、亀岡市の取り組んだ“自治会組織”を中心とした地域力の再生プランは、その推進組織自体が日本的で、かつ「自治会」という組織概念が他の国には見られない中で、大きな特徴となっています。亀岡市は、行政側における横断的なセーフコミュニティ推進組織を立ち上げていますが、地域の自治会組織においても、PTAとか防犯委員であるとか消防団の方であるとか、各種団体のネットワーク力を結集することを通じて地域の絆を強化することにより、地域のハイリスク層住民の安全性向上に取り組んできたところです。

なお、川東5町においても、篠町と同様に危険箇所と景観スポットを落とし込んだきずなマップを作成していますし、先ほどの韓国の事例では、子どもに対する素晴らしい取組みが紹介されましたが、亀岡市においても、

子ども110番カーや消防署との連携で行われておりますセーフティキッズプログラムを展開しております。

一方、今後の課題として、市内全域へのセーフコミュニティの普及があります。亀岡市は市内の特定地域をモデルとして取り組んできたため、先程触れましたように、市内20を越える自治組織がある中で、従来のモデル地域方式ではセーフコミュニティの普及が長期に及んでしまうことから、市内のハイリスク層全体を共通のターゲットとする「安全・安心」の阻害要因にも視点を移していく必要性を感じています。

もちろん、この視点は認証前から持ち合わせていたところですが、内部事情として、セーフコミュニティの効果をより確かなものとし、それを市民全体が実感として受け止めていただけるよう、今以上に普及・浸透させていく必要性に迫られているためでもあります。そのため、先程は「十和田市の自殺予防」、「厚木市の防犯」と申しましたが、そうしたテーマに焦点を置いた取り組みも大いに参考にさせていただきたいと思っています。また、認証取得後に新たに見えてきた課題としては、市内全域への普及、取り組みの効果と評価、財政負担の問題、各組織のリーダーシップの問題が現在浮き彫りになっているといえます。

最後に、アジアの中の日本のセーフコミュニティが担っていること、また期待されていることに少し触れさせていただいて、終わりにしたいと思います。ご承知のとおり、セーフコミュニティの理念が日本に導入されて、その歴史はまだまだ浅いところです。しかし、日本においては、その前からWHO認証指標に合致する様々な「安全・安心」対策が、すでに地域の行政を含むさまざまな組織や団体、住民の取り組みの中で実践されてきているという実態があると思われます。これは、初の認証を受けた亀岡市における審査の中で指摘されたことでもあります。そうした実態にあることから、少し大きなことを言うことにはなりますが、アジアの中でも、国際的にも、日本のセーフコミュニティに寄せられている期待には大きいものがあるのだと思いますし、日本の「安全・安心の市民生活・地域づくり」のためにも、さらにこの理念を浸透させていく行動が求められていると思うところです。認証指標6にありますネットワークの視点についてですが、ここ数年、亀岡市では、スクリーン上の表のような形でセーフコミュニティに関する視察を受け入れたり、講師を派遣したりしております。平成20年度は47件488人が亀岡市を訪れ、お教えするというよりは、お互いに実施している安全・安心に関する取り組みの情報交換を行っており、この視察の機会を大切なものとして捉えております。宮崎県の東国原知事もセーフコミュニティに非常に大きな関心を寄せておられ、この5月に講師の派遣依頼があり、担当職員と篠町の自治会長が宮崎県の全ての市町村で結成されている安全・安心まちづくり会議において講演を行って参りました。

今日は分析的なことはお話することができませんでしたが、本日は、十和田市の認証、本当におめでとうございました。

「安全と信頼 元気あふれる創造性 豊かな協働・交流都市あつぎ」 厚木市におけるセーフコミュニティ活動 ～組織と課題～

倉持 隆雄

厚木市協働安全部セーフコミュニティ担当次長

みなさん、こんにちは。厚木市の倉持と申します。昨日、十和田市における、WHOセーフコミュニティ認証取得おめでとうございます。厚木市は認証取得に向けて今頑張っているところですが、今日は、厚木市がセーフコミュニティに取り組み始めた経緯についてお話をさせていただきます。先ほど、亀岡市さんからもお話がありましたが、厚木市では防犯という形からセーフコミュニティの取り組みを始めました。厚木市は、神奈川県ほぼ中央に位置し、豊かな自然と首都圏における拠点都市として、都市機能を兼ね備え、活気に満ちたまちであります。人口は22万6千人で、面積の3分の1が市街化区域で、残りの3分の2が自然豊かな地域となっております。小田急線本厚木駅の1日乗降客数は14万人を越え、街中では、平日でも様々な人が集まり、人の流れが絶えることがなく、昼夜間人口比率は114.7%と高く、駅周辺は非常に活気に溢れております。

しかしながら、反面、コミュニティ活動の減少による犯罪抑止機能の低下を招いていました。厚木市における刑法犯認知件数の推移ですが、平成13年に過去最高の7,163件を記録しました。このことを受けて、平成14年度に治安対策を最重要課題として位置づけ、市民、警察、行政が三位一体となり積極的な治安対策を講じてきました。その結果、平成13年をピークに6年連続して減少するなど一定の成果をあげてきました。特に、窃盗犯においては、平成13年と比べ平成20年には全ての罪種が減少しており、特に侵入窃盗においては59.62%も減少しました。市内で多くの市民の方々が取り組んでいる「愛の目運動」とは、朝、子どもたちが学校に出かけるとき、親は、玄関の外まで出て「いってらっしゃい」と見送るなど誰もが、簡単にできることで多くの地域の目を確保し、犯罪者を寄せない環境づくりを推進する市民活動です。オレンジのベストは厚木市のオリジナルで、市を始め自治会、企業などが1万3千枚を作成し、市民の方に配布して着用していただいております。このように、厚木市では、平成14年からさまざまな、治安対策を講じてきましたが、依然として、多くの市民から、体感治安不安感、はまだ高いとの指摘があり、何が原因かを調査したところ、駅周辺の客引きや違法駐車、放置自転車やごみの散乱、落書きなどの街のマイナスイメージが秩序がないように感じ、市民の方々の不安感を増大させていることがわかりまし

た。

このようなことから平成19年度から繁華街対策として、本厚木駅周辺の「にぎわい」と「安全」を両輪とした対策を進めることにしました。そこで、市民、警察、行政が一体となって「怖い」「危ない」「汚い」のマイナスイメージを排除し、プラスイメージを創出する取組みを駅周辺から始めることにしました。本厚木駅近くの市民が一番不安に感じている場所にある空き店舗を利用して「番屋」と「にぎわい処」を同一店舗内に設置しました。番屋では「マイナスイメージ」を排除し、にぎわい処では、まちの魅力づくりを創出、この2つの対策を同時に進め、元気あふれる元気なまちづくりを推進したのであります。

この結果、「市民意識調査」では、「5年前と比べて、治安が良くなったか」の問いに対して、平成19年の調査では「良くなった」が9.5%となり、平成13年の3%より改善され、悪くなったが平成15年には54%だったのが、平成19年度には36.4%となり、前回の調査より、ポイントが上がっており、市民の方々の体感治安不安感の改善が少しずつ図られているものと考えております。しかしながら、全市的には依然として不安感が高く、多くの市民から安心して安全に暮らせるまちづくりが望まれていたのであります。そんな折、「安全活力」と「信頼と絆」の強化を同時に取り組むことができるとともに、事件・事故発生環境の改善を推進するなど、本市の安心・安全に対する考え方に合致しているセーフコミュニティ活動に出会いました。

そこで、平成20年1月に厚木市長がセーフコミュニティ認証取得に向けて政治宣言をし、4月には、セーフコミュニティの担当課を設けて、セーフコミュニティ認証に向けての挑戦が始まったのであります。今年の2月には趙教授をはじめとする3名のアジアを代表するコーディネータの方々を厚木市に招聘、活動状況を見てもらいました。今後の取組みについては、アジア大会、そして、来年3月にスウォンで行われる国際大会に職員を派遣し、発表をする予定であります。

厚木市における課題ですが、外因による死亡原因は人口10万人当たり自殺が20.8人と、非常に多く、続いて、交通事故の6.5人となります。交通事故の要因としては、厚木市を交差するように、国道が5本あり、交通事故の発

生が厚木市民以外の方も多く含まれており今後の課題となっています。年齢別に見ると、0歳から19歳までは交通事故の死者が多く、20歳から69歳までは自殺が一番多いことがわかりました。その他にもいわゆる人に対して危害を加える殺人や暴行、傷害などの犯罪も毎年、150件前後発生しており、これらも、さらに対策を講じる必要があります。また、市内には、従業員が1万人を超える企業も多くあり、厚木労働基準監督署の調査でも、管内での死亡事故が5年間で41件も発生しているところもありました。このようなことから、労働災害についても積極的に取り組む必要があります。また今後は、死亡事故だけでなく、けがの状況についても把握するためのシステム作りが必要であります。

これらの課題を踏まえ昨年6月に、厚木市セーフコミュニティ推進協議会を設置し、検討を重ね、タスクフォースやモデル地区の指定、外傷サーベイランス委員会の設置など認証に向けての体制づくりがおおむね完了しつつあります。

特定の分野のプログラムを推進するため交通安全から職場の安全までの8つの対策委員会を設置しました。また、地域の実情にあったプログラムを実施するため、モ

デル地区を、これまで4地区指定しました。このモデル地区につきましては今後も、拡大していく予定です。外傷及び地域診断によるデータ分析、評価、検討を実施するため市内の医師会や警察、保健所、そして、東海大学医学部などの協力を得て、外傷サーベイランス委員会を今年9月に設置する予定です。また、多くの市民の方々にセーフコミュニティを正しく理解していただくため、この1年半で勉強会を57回開催しました。

このように、厚木市における取組みは、順調に進んでおりますが、課題もさまざまであり、現在、各種データの収集や、アンケート調査、ワーキンググループによる検討など、さまざまな角度から、課題を抽出するとともに、それぞれの対策を講じるため準備を進めております。厚木市におけるセーフコミュニティ認証に向けての取組みも、徐々に軌道に乗り市民生活の中にも浸透しつつあります。

最後になりましたが、このオレンジ色のマークは小さなお子様からおとりよりまで、だれもが安心して安全に暮らせるよう厚木市のセーフコミュニティ活動をイメージしました。

本日はありがとうございました。

市民との協働による十和田市セーフコミュニティの取組み

長瀬比佐子

青森県十和田市健康福祉部健康推進課

十和田市にお出でいただき、ここから歓迎いたします。

只今、紹介いただきまし青森県十和田市健康推進課長瀬比佐子と申します。今回、十和田市の取組みについて、代表して話す機会をいただき、市及び関係機関、セーフコミュニティとわだを実現させる会の皆様に心から感謝申し上げます。皆様お疲れとは思いますが、最後の発表にお付き合い下さいますようお願いいたします。

本市は、本州の最北端に位置し、2009年3月現在、人口は、約6万6千人余り、出生率は人口10万人対7.2、高齢化率22.4%で、少子超高齢社会の進んでいる状況にあります。

取組みの経緯として、2004年に、上十三地域保健関係者研修会で反町吉秀先生のセーフコミュニティの理念普及が始まり、2005年には、当時の上十三保健所大西喜喜所長から市長への行政説明が行われ、スウェーデンセーフコミュニティの先進的取組みにより事故等が約30%減少したという成果などの説明の結果、市長から、関係者で勉強会をし、市へ提言するようにとの助言を得、2005年10月から保健・福祉部門による勉強会がスタートしました。市のリーダー保健師が中心となって進め、しだいに様々な分野のメンバーと専門家が支援者としても加わり、内容の濃い学習会になっていきました。勉強会を重ねながらも具体的なイメージがつかずにいましたが、アジアの先進的な台湾セーフコミュニティの視察に反町先生と当時の市健康推進課長新井山が参加することとなり、視察後、台湾セーフコミュニティのボランティア意識の高い取組を関係者で共有化しました。改めて、「十和田市民もボランティア意識が高いことから取組みが可能ではないか・・・」まずは、「出来ることから始めよう！」という関係者の思いが強くなって行きました。勉強会の継続と共に、取組みの現実を踏まえ、核となるメンバーによる企画会議で今後の方向性を検討し、4つの領域別ワーキンググループ（子ども・高齢者・自殺・外傷サーベイランス）で具体的な取組みの検討を重ね、月1回の定例会へつながって行きました。

勉強会メンバー40人の「自分たちの住むまちのために何かしたい！」という思いが高まりつつ、県のモデル指定や市民フォーラムの開催を受けて、2007年1月に、ボランティア組織、“セーフコミュニティとわだを実現させる

会”が誕生しました。このボランティアの熱意が後押しになったことや医師会等の関係者からも声援をいただき、ついに、2007年4月当時の十和田市長が市の施策として、正式にセーフコミュニティに取組む決意を表明しました。

2007年には、セーフコミュニティとわだを実現させる会が中心となり、セーフコミュニティの第一人者であるレイフ・スヴァンストローム教授を招聘いたしました。教授からは、これまで関心の高かった4分野のWGの体制から、市全体を包括した組織体制の見直しが必要であることの助言をいただき、新たな方向付けがされました。つまり、セーフコミュニティは、部門横断的な取組みが重要であることから、ボランティアの視点だけでなく、行政として市全体の取組みが必要であり、組織体制の基盤を築くこと、様々な対策を検討する部会の立ち上げなど、スヴァンストローム教授の熱い思いとご指導をいただき、絆をつなぐ教授の包容力に関係者や訪問を受けた市民が感激し、この助言のもと新たな取り組みの検討を行って行きました。

次は市の体制についてお知らせいたします。＊市の組織体制についての掲載は、省略いたします。（当市のホームページ等参照下さい）次に、外傷の状況と地域診断についてですが、1)死亡統計2)傷害に関するデータ3)外傷及び安全意識行動に関する世帯調査データにより地域診断を行いました。これらのデータは、警察署、消防署、教育委員会、保健所、学校・などから頂いたほか、ボランティア等による訪問調査によるものです。

市のセーフコミュニティの優先順位についてですが、死亡統計データから年齢層、外因死亡数、人口10万対の数、主な死亡の原因を見ますと、自殺死亡率は、全ての他の外因死より高く、全国平均より高くなっています。外因死亡率は、高齢者が最も高く、誤嚥による窒息死亡率が高い状況です。また、高齢者は、交通事故死亡率も高くなっており、その他、農機具による転倒、転落死も数%見られます。次に年齢、場所別外傷の優先課題についてです。7歳以上全ての年代で自殺が優先課題であり、また、転倒転落、交通事故は全ての年代において優先課題であることが分かります。データ分析による地域診断から、次の優先順位としました。

1. 高い自殺死亡率から、自殺対策の重視
2. 誤嚥による高い窒息死亡率から、誤嚥防止対策の必

要性

3. 交通事故死亡率及び外傷発生率が高いことから、交通事故対策の重視、中でも歩行中の高齢者の交通事故が多いことから特に、高齢者交通事故対策の重視

4. 自転車乗車中における高い外傷発生率と低いヘルメット着用率から自転車ヘルメット着用推進の必要性

5. 転倒・転落外傷発生率が高いこと、高齢者の転倒に家庭内環境要因が関与していることが多いため家庭内環境の改善を含む転倒予防対策の必要性です。

次に、セーフコミュニティの取組みを進めて行くためのプログラムについてです。ここでは、認証指標2に従って、各年齢層、環境等をカバーする包括的プログラムの領域別プログラムについて説明します。

子どもの安全プログラムの主な内容

- 1) 南小学校の児童により作成された学校周辺の安全マップですが、細やかな危険箇所等が記されています。
- 2) セーフコミュニティ啓発標語コンクールは、小中学校から1,185点の応募がありました。
- 3) 学校での自転車ヘルメット装着指導。

自殺予防プログラムの主な内容

- 1) うつ病についての紙芝居による啓発活動をボランティア“こころの会”が実演しており、保健師の地域集会所等での健康教育と一体の活動をしています。
- 2) また、自殺予防として、傾聴を中心にしたボランティアの育成をし、老人ホームでの傾聴ボランティアによる活動を行っています。さらに、2009年の1月末からセーフコミュニティとわだを実現させる会などによる、月2回の傾聴サロンなどの取組みを開始しています。

交通事故予防プログラムの主な内容

- 1) 交通指導員による通学風景での誘導の様子です。
- 2) 学校での交通安全教室の様子です。
- 3) 交通安全大会での反射材の活用の様子です。

防災プログラムの主な内容

- 1) 過去の震災の経験を活かした市の総合防災訓練は危機管理の対応の意識化と行動化を図っています。
- 2) 2008年6月より、条例により設置が義務化された住宅用火災警報器設置についての消防や介護支援専門員、民生委員などにより巡回指導をしている。高齢者から感謝の言葉が聞かれて、3月の現地審査にこのプログラムを視察いただいております。

暴力虐待予防プログラムの主な内容

- 1) 保健師による産後うつによる子どもの虐待を予防するための家庭訪問。産後1か月以内の赤ちゃん訪問

にあわせ母親の育児不安を早期発見するためのエジンバラ産後うつ病質問票を活用し、アンケートの実施後に指導を行い、不安の軽減の支援を行っています。

2) 地域包括支援センターでの高齢者虐待防止のための相談対応

3) 犯罪、暴力防止パトロールに向け関係者の決起大会

余暇活動プログラムの主な内容

- 1) 公園施設安全点検等によるブランコ事故の危険を回避するためのゴムマットによる安全対策
- 2) 十和田湖でのモーターボート乗客のライフジャケット装着推進

労働安全プログラムの主な内容

- 1) 県で実施している事業を活用し、農作業安全対策推進事業としての農業機械安全操作技術講習会。市の組織である農機具利用による転倒、転落事故予防安全対策協議会の活性化の検討をしています。
- 2) 職域におけるメンタルヘルスチェックシートの活用

認証指標3に従ってハイリスクグループや環境等を対象とするプログラムについて説明いたします。これには乳幼児の安全プログラムと高齢者の安全プログラムがあります。

乳幼児の安全プログラムの主な内容

- 1) 保健師による母親教室や乳幼児健診時に保護者に対してチャイルドシート及びシートベルト着用についての安全教育や事故予防
- 2) 障害を持つ子どもの保護者への安全教育

高齢者の安全プログラムの主な内容

- 1) 緊急時安心電話見守りネットワーク
- 2) 死亡統計データから誤嚥により事故や交通事故が多いことを踏まえ、介護予防教室を実施また、介護予防「湯っこで生き生き」交流事業でも筋力運動や口腔機能向上トレーニングなどを実施し、多くの参加者があります。参加者の表情が生き生きしたり、むせなくなった、口内炎の症状が見られなくなったなどよい変化がみられています。

次に評価についてです。2005年と2007年の死亡率の比較では、外因死亡率は全体並びに男女別、年齢別でも減少しました。事故死亡率は、全体的に減少しています。減少傾向にあるものは、中毒、火災などによるものであり、溺死は増加傾向にあり、他は横ばい状態です。意図的な傷害死の傾向として、男性の自殺死亡率は減少しており、女性の自殺死亡率は増加または横ばいです。自殺予防プログラムの結果評価ですが、十和田市の自殺死亡

率（男女合計）は2001年から2003年にかけて急増し、全国平均及び青森県より高い状況にありました。2003年自殺予防プログラムの開始以後、2006年まで自殺死亡率は減少し、青森県平均とほぼ同じレベルに到達しましたが、全国平均よりはまだ高く、2007年からはやや上昇となっています。

次にセーフコミュニティプログラムの分布割合についてです。安全安心プログラムの方法別では、教育による方法が全体の43.1%を占めています。環境改善・規則改正などのプログラムの割合は少なくなっています。セーフコミュニティの今後の展開の方向性として最終的には、事故やけが・暴力などによる外傷を防止するための予防プログラムの実施と安全な環境整備を市民との協働により確立し、生活の質を高めていくことです。

そのためには、市民一人ひとりが意識的に取り組むことが必要となります。今後の主な方向として、まずは、市民への浸透を図るため、町内会との協働による取組みが大切であり、さらに普及啓発が重要です。また、現地審査の際にも指摘をいただきましたが、効果等についての評価体制の確立とプログラムの改善をしていくためにデータ活用による体制の確立も今後の展開として重要です。

まとめとして、十和田市のセーフコミュニティを継続的に推進するにあたり、今後の課題は、1つ目は、教育・環境改善・法的制度による3つの視点から、市のプログラムは、市民への教育、環境改善や条例整備にもウエイ

トを置いていく必要があります。環境改善としては、危険遊具の改善など、優先順位に基づいた予算確保が課題です。このことは担当部署ごとで優先順位等を考慮した対策の検討を含め全体的な対応が必要です。また、継続性を高めるためには条例等の整備が重要であり、現在の市の安全安心条例や交通安全の条例の整合性を図っていくことです。

2つ目は、今後のセーフコミュニティの推進のためには関係するあらゆる機関・団体の巻き込みにより、部門を超えた推進体制を取っていくことです。そのためには、セーフコミュニティという言葉を知らない市民がまだ多くいることから、知っている人を増やしていく必要があります。また、普及啓発を促すボランティアなどの確保が必要です。

3つ目は、実践後の結果について、単なる実績評価だけでなく、どのような影響を受け改善できたのか明らかにすることです。

そのうえで、医療費の削減につながったなどの結果評価を実施していくことです。

最後には、セーフコミュニティの取組みについての共有を図り、より効果的な対応を進めていくために、国内外のネットワークに加わっていくことも必要な事項です。

これらの課題解決に向け取り組んでいくためには、市行政のみならず、多方面に働き掛けて参りたいと思います。以上で説明を終わります。ご清聴ありがとうございます。

国際シンポジウム「アジアにおけるセーフコミュニティ」質疑応答

八田（京都府）：韓国ソンプァ区で実施されている小学生の自転車免許制度は、具体的にどのように実施されているのでしょうか？また、小学生に自転車免許を交付する際、試験や講習を行った上で、免許を交付しているのでしょうか？

キム・イングック所長（韓国ソウル市ソンプァ区）：ソンプァ市には子ども安全財団があり、その財団の職員が小学校に派遣され、二時間の自転車の安全に関する講習を受講後、筆記試験と実地試験を行っています。また、この講習は、ソンプァ市が子ども安全財団に依頼して実施されています。

反町（青森県十和田市）：2006年に台湾のセーフコミュニティを視察した際、住民の方がセーフコミュニティ活動にボランティアベースで熱心に取り組んでいる状況を目にしました。なぜ、台湾では、住民がそれほどまでに熱心にセーフコミュニティ活動が行われ、また、セーフコミュニティ活動が成功されているのでしょうか？

パイ・ルーセンター長（台湾）：まず、第一に、その地域のキーパーソンを見つけだすことが大切です。行政区のリーダーとその下にある自治区のリーダーをセーフコミュニティ活動に取り込むことも必要になります。そして、自治区のリーダーは、地域のセーフコミュニティ活動に関する説明を住民にする必要があります。また、その責任を負っています。そのことが、成功している理由の一つに挙げられます。二つ目として、地域のさまざまなイベントの際、セーフティプロモーションに関するチラシを配布するなど、セーフティプロモーション活動を実施していることが大きな理由といえると思います。そのことで、その地域の住民がセーフティプロモーション活動を知ることになり、参加にもつながると考えています。

石附（神奈川県厚木市）：ソンプァ区には308の保育園があり、保育園である一定の項目を毎年点検することになっているそうですが、その点検箇所は、過去に保育園において発生した事故などに基づいて作成されたもののな

か、それとも国などがあらかじめ法規などで定められている統一のものなのでしょうか？また、実際の点検は誰が実施するのですか？

キム・イングック所長（韓国ソウル市ソンプァ区）：点検項目は、特に国等で定めた統一のものではありません。どのようなことが原因で外傷が発生したか、どのような外傷なのか、病院における治療が必要な外傷なのか、どのような場所で発生したかなど150以上の点検項目があります。また、保育園内のチェックポイントだけではなく、家庭内で発生した外傷等も含めての調査を実施しています。そして、保育園内で起きた事故の情報と家庭内で起きた事故の情報を相互に共有し合っています。毎年の点検は保育所が実施しており、その結果についてはインターネット経由で、保育所から地域の保健所に報告を行い、管理をしています。

パイ・ルーセンター長（台湾）から3つのセーフコミュニティへの提案 （十和田市へ）

台湾の内湖^{ネイフー}SCでも、十和田が実施している標語コンテストを行っています。内湖^{ネイフー}SCでは、優秀作10点を選び、その後、その標語の習字コンテストを行います。そして、そのスローガンに関する絵画コンテストを行っています。このように、3段階に分けて標語コンテストを行っていますが、参考にされたらどうでしょうか？

（厚木市へ）

8つのタスクフォースの中に暴力・自殺に関するものがありますが、死亡統計でみると自殺者の多いことから自殺を単独のタスクフォースに分けて実施したらどうでしょうか？

（亀岡市へ）

野外活動に関する安全策ですが、保津川下りでライフジャケットを付けたらどうか？

（亀岡市人見）

保津川下りでは過去に事故が起きていることもあるので、パイ・ルー先生の提案を検討したいと思います。

ヘルスプロモーションとしての自殺対策

本橋 豊

秋田大学大学院医学系研究科公衆衛生学講座

(1) 自殺対策に求められる視点—健康、安全、公正、交流
ヘルスプロモーションと自殺対策というテーマについて、住民参加や協働という視点から、総論的な話をしたいと思います。

御承知のように、秋田県は自殺統計で見ると都道府県別で最も自殺率が高いというワーストワンを十数年も続けています。最近、嬉しいニュースがありました。学力テストで秋田県の小学生がトップワンというニュースです。私は秋田県にやってきて13年になりますが、秋田県にはいい話が少ないのですが、学力テストの話は本当にうれしい話題で、どこに行っても「秋田県の小学生はすごいですね」ということを言われます。

ところで、物事を「良い・悪い」という価値観で押しつける傾向が世間にはあります。マスコミの取材で、「自殺率ワースト連続何年ですか」みたいなことを聞かれた時に、たまたまかけるように「ワーストの原因は何ですか」と問いかねられます。答える前に、「自殺率が高いということは本当に悪いことなのか」について考えてみなくてはいけないと思います。自殺率が高いことは決して良いことだとは思いますが、マスコミからつねに「悪い、悪い」と言われていると、秋田県や秋田県民が何か悪いことをしているというような雰囲気にならないかと危惧します。秋田県の自殺対策は2000年頃から始まりましたが、始まる前は、自殺報道があるたびに、自殺は何か悪いことという罪悪感みたいなものがつきまわっていたというように聞いています。ですから、まずそういう雰囲気を変えていくが優先事項でした。「自殺することは悪いこと」という価値観から切り離して、問題の本質を考えていくかということ重要だったと思います。

地域づくり型の自殺予防活動ということを秋田県ではやってまいりました。秋田県の自殺対策の立ち上げの時から私が常に念頭に置いていたのは、自殺対策はメンタルヘルスの問題ではあるけれど、やはり地域全体の問題としてそれは捉えていくということでした。こういう考え方は対策の始まりから理解が得られたわけではありません。「何で自殺対策なのに地域づくりなのだ」というように言われたこともあります。しかし、地道な活動を続けていくうちに、地域づくり型自殺対策ということが結果として皆さんに受け入れられてきたという経緯があります。

さて、自殺対策のキーワードとして、「健康、安全、公正、交流」ということを挙げたいと思います。この「健康、安全、公正、交流」という言葉は、2009年10月に日本公衆衛生学会総会（奈良県にて開催）のメインシンポジウムのテーマでした。公衆衛生学会全体の基調のキーワードが「健康、公正、交流」でした。「安全」はセーフティプロモーション学会ということで付け加えさせていただきました。

今、公衆衛生の領域では、「健康」だけではなく「安全」や「公正」の視点も大切であると考えられているのです。とりわけ、自殺対策において、「安全、公正、交流」というのは非常に重要なキーワードだと思います。

公正という問題については、ここでは多くを論じませんけれども、公衆衛生学会では「社会格差と健康」というテーマできわめて重要なキーワードでした。「社会格差と自殺対策」テーマが新たな課題として提起されています。具体的に言えば、低所得水準によってうつ病の状態や自殺率がどう変わるかというようなことです。

「交流」ということですが、これはコミュニケーションということと関わってきます。このキーワードはヘルスプロモーションやセーフティプロモーションの領域において非常に重要であると思います。例えば、住民参加とか協働ということは交流と大きな関わりがあります。住民の方々が自殺対策やセーフティプロモーションに関わってくる場合、行政や大学だけがやる仕事でもなくて、官民学協働の立場で、いろいろな立場の方が立場を超えて交流をしていく。そのためには、情報の共有を図ることが必要です。同時に、共有化された情報を基盤にすべての方々が明瞭なプロセスで物事を進めていくことが必要です。

その時に、対策を進めていく上での重要な価値観というのがひとつあると思います。それは「公正さ」ということです。いうのはやっぱり重要な価値だと思います。座長の先生からお話がありましたが、自殺を個人の問題として捉えるか、それとも社会全体の問題として捉えるかという問題は、実はこの公正さと関わっています。自殺対策が始まる前は、自殺の問題は個人が悩みを抱えていて、その人達が個人的な理由で自殺をするのだから、それは全く個人的な問題で社会全体が関わる問題ではない。こういう考えだったと思います。私が秋田県の自殺

に関わりはじめた頃の行政はそういう考え方でした。秋田県庁の中でも「自殺対策というのは個人の問題だから行政のやる仕事ではない」という考えが支配的でした。その考え（価値観）がどうして変わったのかというと、関係者の方々の大変な努力のおかげであったと思います。自殺問題が個人の問題ではなくて社会全体の問題であるとパラダイムが変わっていったきっかけのひとつは、医学的な立場からうつ病や精神性疾患の治療と予防で、「自殺は防ぐことができる」という理解を広めていったということがあります。社会の努力で自殺は防げるという考えが徐々に浸透していきました。「社会的に防ぐことのできる死を防ぐ努力をしないということは公正さを欠く」ということなのです。

その後、いろいろな経緯があって、自殺対策基本法ができました。それはまさしく国全体で自殺対策を、自殺予防活動を進めていくというパラダイムを作ったという訳ですが、その背景にあるのはやはり自殺は個人の問題ではなくて社会全体で取り組むべき問題であるという考えです。その中には社会的な制度の歪み、例えば借金をする人に生命保険を掛けて、借金が返せないときには自殺した債務者の生命保険の受け取り金で借金を払うというように、誠に不公正な方策が社会的に黙認されていたということがあります。また、多重債務者の問題においても、最初は個人の問題だと思われていたけれど、利息制限法などの法制度面でやはり不公正なところがあるということが明らかになってきました。そうすると、その多重債務問題と自殺という問題に対しては、法制度を変えていくという制度的アプローチが重要となる訳です。社会制度が公正さを欠くということは、「正義ではない」ということと同義です。不正義を正していくことが公正さということになります。自殺対策が国レベルの問題として取り扱われるようになったというのは、まさしく社会全体の公正さの問題として自殺問題というのが認識され、そのような考え方が社会に共有されてきたことだと思います。

（２）自殺対策における連携と協働―秋田県の事例から

つぎに、連携や協働ということについて、秋田県の具体的事例を１つだけお話ししたいと思います。2008年12月に秋田魁新報が主催した民間団体の活動を支援する自殺予防のシンポジウムがありました。このシンポジウムは地元の秋田魁新報社だけの主催ではなく、北東北3県の地方新聞社（秋田県の秋田魁、青森県の東奥日報、岩手県の岩手日報社）のが連携を組んでこのシンポジウムを企画しました。まず、北東北の地元新聞社同士が横の連携を深めたものです。そして、このシンポジウムの内容

は、3社に同日配信されているのです。ですから秋田でやったシンポジウムですが、3つの新聞社が協働することによって北東北全体の問題としてマスメディアが住民に対して自殺問題を考えてもらう広報宣伝活動をしていただいたというマスメディア戦略としての意味がありました。この連携と協働は行政がお金を出した訳ではありません。あくまでも新聞社同士の主体的な活動の中でシンポジウムを企画して、報道をしていこうということになった訳です。ただし、その資金については、行政や地元経済界や大学も出しています。資金面においてもいろいろな団体が連携協働を深めていたことがこのシンポジウムを成功させたのです。このシンポジウムでは行政の担当者、民間団体の代表の方、それに大学関係者がパネルディスカッションに参加しました。官民学の協働を具現化したパネルディスカッションということになります。その内容を今度は新聞社が住民に伝えていく。

このようなマスメディアを利用したいろいろな啓発活動、これは官民学、特にマスメディアの連携が非常に重要な役割を果たしています。

また、秋田新報社魁はこのシンポジウムを開催する前後に自殺対策の特集を組んで、キャンペーンを盛り上げていました。秋田県内の自殺対策に係るキーパーソンインタビュー記事を載せています。例えば、藤里町の心といのちを考える会の袴田さんのインタビューなどです。袴田さん達の活動は非常に有名です。コーヒーサロンによって住民達の参加を促進して、地域づくり型の福祉的活動によって人々の絆とつながりを深めていこうという活動です。「コーヒーサロンよってたもれ」というコーヒーサロン活動ですが、この地域づくり型の福祉的自殺予防活動は、現在では秋田県内のみならず全国的にも広がりを見せています。コーヒーサロンで何をやるのかというのは、これは別にそのところで何か深刻なお話を受ける相談ではないので。藤里町の町役場の横にある交流館というところに火曜日の午後、オープンに開いていて、もちろんコーヒーを飲むと150円取られますけれども、そこに行って住民の誰もがそこに来て、まず悩みを語るというよりも、そこに人と人との顔の見えるつながりを作っていくという活動です。その中で、いろいろな問題が出てくることがあるかもしれない。しかし、そこで何か深刻な相談をやっているというわけではないのです。

袴田さんが秋田魁新報のインタビュー記事の中で何を言っているかということ、次のようなことでした。「藤里町というのは人口が4千人ぐらいの町ですので、実は年間の自殺者数というのは大体多い時で5～6人、自殺対策が功を奏すると0人という年もありました。自殺対策を始める前は6～7人の方が亡くなられていました。

2002年から本格的な自殺対策を始め、町の方の保健師さんの活動であるとかこの袴田さんのいろいろな活動によって、活動を始めたことによって0になったことがあります。ところが、実はこれは平成20年には自殺者数が増えて、5人の方が自殺で亡くなられた。それまでは押さえられていた数が、この時また一挙に増えてしまった。「コーヒースロンよってたもれ」を始めてから活動の成果が現れてきたと思っていたが、実はそうではなかった。「死ぬほど悩んでいる人が少なくなったわけではない。死ななかつただけなのだ」と。要するに、死にたいという気持ちを持っているながら、最後の1つの段階を超える、踏み留まっている方はいたけれども、悩みを抱えていた方が減ったわけではない、そういうことをインタビュー記事で話されたのです。

私たちは秋田県で数多くのメンタルヘルスに関する調査をしてきましたが、うつに対する啓発活動をやると確かに自殺者数は減る傾向が認められます。しかし、同じ地域で自殺対策の実施前後でうつ病の有病率を調べてみると、対策の実施前後でうつ病の有病率にはほとんど変化がないのです。まさしくこの袴田さんの言っているとおりで、メンタルヘルス対策でうつ対策をやっても、その町全体でうつ病に罹っている人の頻度が減るわけではないということを私たちも確認をしています。ですから、袴田さんの言葉はとても印象的で、だからこそ自殺対策はやはり継続的にやっていかなくては行かなければならないというのが重要なメッセージなのだと思います。

地域づくり型の自殺対策を進めていく時には、結局このコーヒースロン活動に象徴されつながりあるいは連携の重要性が挙げられます。それは協働と言い換えてもいいかもしれません。地域の住民同士の信頼感、住民と行政の信頼感、自殺対策に関わる関係者同士の信頼感。関係者がお互いに信頼感を共有しているかどうか、それから情報を共有しているかどうか。これがきわめて重要だと思います。それから定期的に顔を合わせることで、顔の見えるつながりが出きます。

また、対等な関係性ということも大切です。行政が上で民間が下ということではないのです。ここは対等な関係性でやっていかないとうまく活動は進んでいきません。行政では形式的なネットワークを作ることは得意です。形式的なネットワークもはじめは大切ですが、やはり顔の見える関係性の構築がなければ、現場の活動はうまく広がりをもっていきません。

最後に、地域における安全・安心や心の健康の確保と増進ということですが、ここでも人と人がつながりや信頼感の醸成ということが重要なのではないのでしょうか。地域づくり型の自殺対策を推進していく時に、何が一番

本質的に重要なことなのかということを考えると、私は地域における「人と人とのつながり」とか地域における「お互いの信頼感の醸成」が大切ではないかと考えています。

(3) ヘルスプロモーションの考え方と自殺対策

さて、これから、ヘルスプロモーションの概念についてお話しします。ヘルスプロモーションでは3つの戦略が示されています。ヘルスプロモーションは「健康増進」と訳されますが、必ずしも適訳ではありません。ヘルスプロモーションの概念では、「アドボカシー」と「イネープリング」と「メディエイティング」という3つの言葉がキーワードになっています。これは1986年のオタワ憲章でその考え方が示され、ヘルスプロモーションの戦略というふうに言われます。これはセーフティプロモーションでも適用されるはずです。

「アドボカシー」とは、いろいろな問題を広く訴えてその問題をよく理解してもらうことというように理解されています。広報宣伝というようなイメージで言われることもあります。アドボカシーにはもう少し深い意味があり、この点を理解することが重要です。すなわち、健康上の弱者の立場に立ってその健康問題の重要性を訴えていくというのが実はアドボカシーということです。フランス語でアボカ（avocat）という言葉がありますが、これはアドボカシーと同じ語源です。アボカというのは弁護士です。権利を擁護して、人権上の弱者のために働く人をアボカ（弁護士）とフランス語で言います、その語源が同じなので、アドボカシーというのは単に広報宣伝だとか声高に訴えるというような辞書的な意味だけではなく、弱者の立場に立って健康上の問題を解決していくために、いろいろ啓発宣伝をしていくことと解釈すべきなのです。

「イネープリング」という言葉について考えてみます。この言葉は理解するのが難しいのですが、イネープリングの本来の意味は何々を可能ならしめることという意味ですが、ヘルスプロモーションではもっと積極的な意味があります。ヘルスプロモーションやセーフティプロモーションの現場で行政の方達が何か権限を持って自分達の仕事を進めていくということではなくて、それを民間なり他の立場の人達に権限委譲をして、その人達が主体的に活動を上げられるようにすることを「イネープリング」と言います。法学では「授権」という言い方をすることもあります。ヘルスプロモーションでは、イネープリングという言葉は、権限をなるべく下の方に委譲することによって、民間団体等の人達が自主的に活動できるようにすることというイメージで捉えていただきたい

と思います。ヘルスプロモーションの用語辞典の定義では、イネープリングとは「連携を通じてエンパワーメントを図るための行動を起こすこと」を言います。

最後に、調整ということは、ヘルスプロモーション活動や対策を進めていく時に、利害関係者をうまく調整をしながら対策を進めていくことです。

この3つのキーワードを理解していないと「ヘルスプロモーション」はうまくいかないということなのです。もう1つのキーワードとして、エンパワーメントという言葉があります。この言葉は元々福祉の領域で出てきた概念ですが、パワーを与えることです。力量形成という言葉がありますが、エンパワーメントと言い英語で通用するようになりました。行政担当者は2～3年ごとに部署が変わることが多いですが、新しい部署に行く経験がほとんどないから始まります。このような場合には、まず最初に行政担当者の力量を形成する必要があります。

自殺対策においてエンパワーメントが一番大切です。また、アドボカシー、すなわち社会的な弱者の権利擁護の視点に立った健康増進の主張も重要になります。これは健康上の公正さ（equity in health）を確保することと言い換えられます。例えば、うつだとか統合失調症の方などは社会的な弱者であることが多いのです。具体的には収入がない、就職ができないなどの社会的な困難を抱えていることが多いのです。このような方々の健康を確保していくために必要なアプローチは何かを常に念頭に置いておくことが必要となります。社会的な問題として自殺の問題を捉えていくと、住民が等しく健康であることを権利として保障していくという考え方がヘルスプロモーションの考え方の中にはあります。

それでは、健康上の公正を実現するためにどうしたら良いのかということですが、住民参加と連携が大切です。お互いが対等な立場で活動や対策に参加して連携をしていくという考え方が大切です。そして、住民参加と連携を可能にするアプローチとして、権限を住民に付与していくようなことが考えられます。自殺対策基本法の背景にもこのような考え方があると思います。

自殺対策を推進していく時に、民間団体の方々にどのようにして支援をしていくかということが国の対策でも重要と考えられています。どのような形で民間団体を支援していくか。財政的支援だけではなくいろいろな形でその方達が活動をしやすくなるようなアプローチを法制度的にうまく与えてあげることが多分国の役割ではないかと思っています。

自殺対策のヘルスプロモーションモデルを図1に提示しました。自殺対策の目的は、自殺対策の目的は健康で生き甲斐をもって暮らすことのできる社会の実現です。

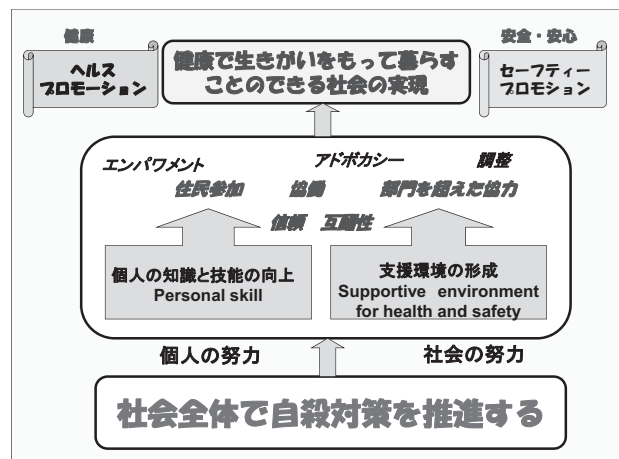


図1 自殺対策のヘルスプロモーションモデル

社会全体で自殺対策を推進するという考え方は、自殺対策基本法や自殺総合対策大綱の中に示されています。自殺対策としては、個人がすべき努力と社会全体の努力の両方が必要です。自殺対策が本格化する以前は、個人の努力だけが強調され、社会的努力は触れられていませんでした。ところが現在は、社会全体として自殺対策を進める枠組ができましたので、個人の努力と社会の努力の両方が大切であると理解されるようになりました。そして、すでに触れたように、キーワードとしては、エンパワメント、アドボカシーだ、調整、住民参加、協働、部門を超えた協力などが挙げられます。さらに、住民相互の信頼感、互酬性といったことも尊重していく必要があります。

さて、自殺対策とセーフティプロモーションということを考えてしたいと思います。自殺の問題を安全という観点からどのように考えたらよいのかということです。

安全という観点から見ると、自殺手段の多様化ということがあります。例えば、練炭自殺や硫化水素自殺の多発という現象にどのように対処するかという問題があります。硫化水素自殺にしても練炭自殺にしても、インターネットという媒体を通じて広がっていききました。そこで、対策として、インターネットの規制をどうするか、あるいは練炭を売る時にどうチェックをかけるというようなことが議論として出てきました。社会全体の問題として自殺手段となりうるものの取引をチェックしていくような仕組みが必要になります。これはまさしくまちづくりの視点になります。そして、これはセーフティプロモーションの視点そのものなのだと思います。すなわち、セーフティプロモーションの考え方は、自殺対策の中でも非常に重要な役割を果たしていると考えられます。それから、情報提供のあり方として問題のある広告をどうするかということがあります。

東京に行くと「多重債務を解決します」という宣伝がJR線の広告に載っています。ある弁護士の方から聞きましたが、そのような宣伝の中には多重債務者を食い物にするような悪質なものもあるということです。そのような広告宣伝はチェックするのは難しいのかもしれませんが、悪質な広告があるということを知らせる啓発も必要となります。

(4) 自殺対策における住民参加と協働

住民参加と協働ということについて、地域連携の事例をお示しします。

例えば、地域自殺対策連絡協議会を作るということが自殺対策の最初にすべきネットワークづくりです。秋田県でも、自殺対策を開始した時から地域のネットワークづくりを始めました。地域で自殺対策に関わる関係者としては、保健医療の専門家、福祉の専門家、教育の専門家、警察・消防、労働関係者、商工関係者、マスメディア、大学関係者、NPO関係者などがあります。ネットワークづくりのキーワードのひとつは住民参加です。地域住民が主体的に自殺対策に関わっていくことこそ、ネットワークづくりの前提となります。官民学の協働と言うことができます。公と民が連携することです。

参加という言葉の意味は、日々の活動に参加することという意味ですが、もうひとつ重要な意味があります。それは、問題を解決するための様々な政策決定のプロセスに参加するという意味です。

地域の中での自殺対策に関わっている多くの方々は、その地域の自殺対策の政策決定プロセスにも関与していることと思います。単に、形式的に会議に参加するというだけではなく、会議の中で意見を出して、それらの意見が実際の政策の中に反映されてきたのではないかと思います。これが現代社会では重要な参加の意味だと思われる。

秋田の地元新聞社である秋田魁新報社が、自殺予防に関するシンポジウムを主催し、そのシンポジウムの内容を新聞紙上に掲載して、自殺予防の啓発をはかるという事業を行っています。掲載された記事の下段には、秋田県内の商工関係の一流企業の名前が広告掲載の協賛団体として連なっています。すなわち、この新聞記事のキャンペーンはコンテンツは新聞社や大学の関係者が提供し、紙面の財源は協賛団体が負担しているのです。この枠組は、まさしく官民学の連携のグッドプラクティス（好事例）ということです。

住民参加の別の事例として、秋田県八峰町の事例を挙げます。

八峰町は秋田県能代市の少し北のところにあり、

ハタハタ漁で有名な漁業と農業の町です。日本海に沈む夕日とリゾート白神が走っていることで有名です。八峰町の先進的な自殺対策の取組をしていることでも有名で、2008年の自殺対策白書の中にも好事例として紹介されています。住民の交流サロン（コヒーサロン）を開設し、住民同士の交流を図っています。これは藤里町のコヒーサロンを真似たものですが、著作権があるわけではないので、自殺対策では良いことは取り入れて実施していくということが大切です。

つぎに、メンタルヘルスサポーターの養成です。うつやメンタルヘルスや自殺対策に関する基本的な知識を研修会で身につけていただき、地域の中でさまざまな自主的な活動を行うのがメンタルヘルスサポーターです。交流サロンのスタッフになったり、町の広報誌を配布する役割を果たしたり、様々な形で住民が主体的に参加して、自殺対策に関わっています。

さらに、八峰町では、町長さん自らが自殺対策に非常に熱心に取り組む姿勢を示しています。住民参加というのはボトムアップですが、トップダウン的に最初のところで方針を決めるというのも自殺対策では非常に重要になります。トップダウンとボトムアップを上手に組み合わせると地域の自殺対策はうまくいくようです。そういう意味で、八峰町の事例はとても参考になります。

特色ある取り組みとして、八峰町では「心と命を大切に」という作文コンテストをやっています。小・中学生が俳句を作りコンテンツに参加します。自殺予防というよりは、命の大切さを考える俳句を作ろうという趣旨です。優秀な俳句は町役場のところに張り出したりします。児童・生徒に対する命の大切さの教育という取り組みは、秋田県でも盛んという訳ではありません。積極的な取組として八峰町がこういう児童・生徒に対する心と命を大切にするという作文コンクールをやっているというのは、全国に発信できる良い取組であると私は思っています。

最後に、これは自殺対策白書の中でも紹介された八峰町の取り組みとしてフォトコンテストがあります。命の大切さや命の輝きを捉えた写真のコンテストです。

(5) 秋田県の自殺者数の最近の推移について

秋田県の自殺者数の年次推移を見てみると（図2）、2000年ぐらいから本格的に自殺対策を始めてからしばらくは、自殺者数は減少しませんでした。しかし、開始して4年目ぐらいから減少傾向が見られるようになりました。統計学的に見ると毎年24人ぐらい減っていくという数字になります。人口が100万人規模の県で行政が中心になって総合的な取組を実施すると、自殺者数が確実に

秋田県の自殺者数の推移(秋田県警)

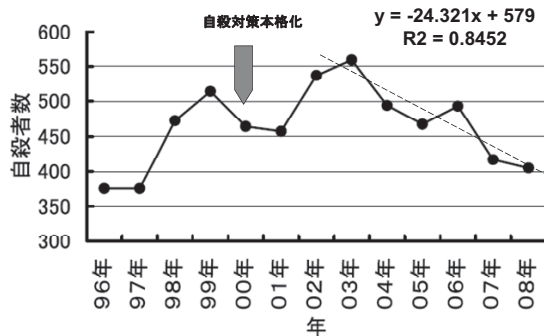


図2 秋田県の自殺者数の推移

減っていくということです。2009年は、2008年のリーマンショック後の社会経済的苦境の中で、自殺者は増加するのではないかと危惧されました。2010年1月15日の秋田県警の発表によると、2009年の秋田県内の自殺者数は438人（男性303人、女性135人）、2008年と比べて33人の増加でした。社会経済状況の悪化が確実に自殺者を増加させたものと思われます。これは憂慮すべき事態であり、緊急的な自殺対策の推進が望まれます。

(5) 終わりに

最後に、本日の話を要約いたします。効果的な自殺対策の推進のためには住民参加と協働という二つが重要なキーワードとなります。それは周囲からの支援を悩みを抱えた方やリスクのある方につなげていくことです。そのためには、相談窓口を開設したり医療機関へのアクセスを保証したり、地域のメンタルヘルスサポーターの活動を活発化させるというようなことが必要となります。自殺対策で重要なことは「気づき」と「つながり」です。(図3) これは自殺予防の専門家の防衛医大の高橋祥友先生がよく言われることです。私もそのように感じています。

「気づき」というのは住民がうつ病であるとか自殺に関する知識を十分に持つことです。専門的にはメンタルヘルスリテラシーを上げていくということです。精神的健康や自殺に関する知識の量を増やすことは、それによって住民の行動変容につなげられるということです。

もう1つは、地域における人と人とのつながりあるい

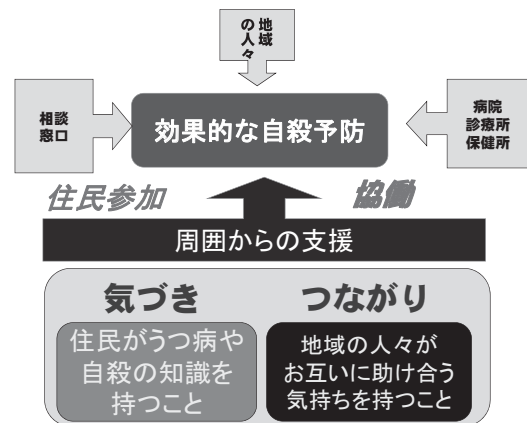


図3 自殺予防における「気づき」と「つながり」

は絆を強化することです。このことはソーシャル・キャピタル(ソーシャル・キャピタル)と言われるものです。人と人とのつながりにはメンタルヘルスの面で良い方向に働くつながりと悪い方向に働くつながりがあります、古いしがらみみたいな絆は悪い方向に足を引っ張ります。一方、近代的なつながり、あるいは対等な人格としてお互いを尊重するような「つながり」を強化していくこと。これは確実に自殺対策にプラスにつながると思います。

自殺対策を推進してきた秋田県の自殺者数が減ってきたということの背景には、「気づき」と「つながり」が地域住民の中に浸透してきたのではないかと思います。

地域の活力を高めていくこと、言い換えると「地域づくり型の自殺対策」は、人と人とのつながりを強化することにより自殺を防ぐということではないかと考えています。地域における人々のつながりが希薄化していることが心の健康に影響を及ぼしているということは、私どもの研究でも分かってきています。この「つながり」という言葉をキーワードにしていくと、それは安全・安心、あるいは健康な社会につながってくると思います。互助と信頼であるとか、社会に対する責任感であるとか、帰属意識であるとか、インフォーマルな人々のつながりといったことが、住民のメンタルヘルスや人々の安全・安心に影響を及ぼしているのではないかと私たちは考えています。広い意味で人々のつながりを強化していくことが、これからの総合的な自殺対策に求められているということを強調して、私のお話を終わらせていただきます。

自殺に関するハイリスク者への対策 ～救命救急センターを起点とした未遂者へのケース・マネジメント～

河西千秋
横浜市立大学医学部精神医学教室

I. はじめに

1998年に自殺が激増し、2009まで12年連続で3万人を超えた高留まりの状況が続いている。日本における国としての自殺対策は、欧州やオセアニア諸国に比べてかなり遅れたものの、2006年には国会で自殺対策基本法が成立・施行され、2007年にはこれに基づいて自殺総合対策大綱が策定された（早くも翌2008年に改正されている）。大綱には、実施すべき自殺対策のアウトラインと当面の重点課題が示されており、その重点課題の中に「自殺未遂者対策」が掲げられている。

本稿は、第3回日本セーフティプロモーション学会（十和田市）におけるシンポジウムの内容をまとめたものであるが、自殺未遂者対策の必要性について解説するとともに、著者の所属する横浜市立大学附属病院で行われてきた救命救急センターを拠点とした自殺未遂者介入活動を紹介する。この活動はモデル化され、2006年から実施されている厚生労働科学研究費補助金事業「自殺対策の戦略研究・ACTION-J」という多職種参加の大規模プロジェクトに発展している。

一方で、単一事業による自殺対策には限界があり、対策は常に複合的・相加的に行うべきものであるが、未遂者ケアについても、地域ケア（地域自殺対策）の視点をもつことが大切だと著者は考える。本稿では、困難とされてきた首都圏の地域自殺対策について、著者らの実践活動についても紹介したい。

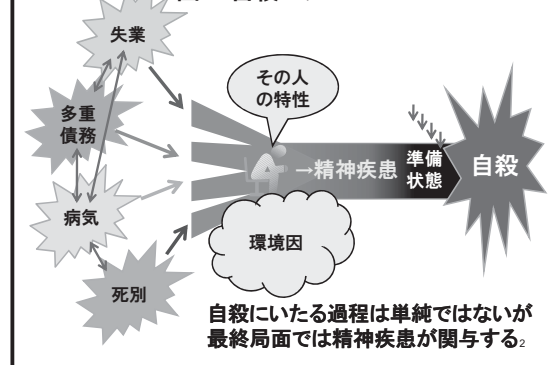
II. 自殺に関する危険因子と自殺未遂者

先行研究により自殺の危険因子が明らかにされているが（表1）、人が自殺に至るまでには、複数の、多次元の危険因子が相互に影響し合うプロセスがあり、準備状況が形成され、そして自殺が企図される（図1）。自殺が生じるプロセスの最後部では、精神疾患の関与が大であり、自殺者の90%以上が精神疾患に罹患していたことが心理学的剖検研究によりすでに明らかにされている。つまり、動機や危険因子の多様性に関わらず、自殺者は、最終的には精神疾患罹患という共通の過程に取り込まれている。後で触れるが、重症自殺未遂者でも、やはりその8割以上は精神疾患に罹患していることが分かっている。

表1. 自殺の危険因子

【属性】 男性>>女性 中年>若年	失業や経済破綻 孤立 自殺手段が用いられ易い状況 自殺報道・情報への曝露 地域保健・福祉の弱体
【訴えや態度】 自殺念慮・希死念慮 絶望感、無力感	【症状、疾病】 精神疾患 がん 慢性／進行性の身体疾患 身体機能の喪失 （健康への投げやりな態度）
【既往歴・家族歴】 自殺未遂歴・自傷行為歴 家族・親族の自殺	
【生活環境・出来事】 親しいひととの離別・死別	

図1. 自殺のプロセス

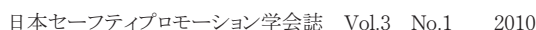


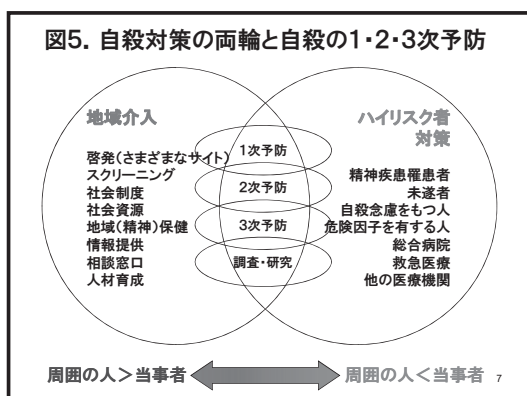
精神疾患と並んで危険因子の中でも最も強力な因子とされているのが、自殺未遂・自傷行為など自殺関連行動の既往である。自殺未遂の既往については、自殺者の40%以上に過去の自殺未遂があるというフィンランドの心理学的剖検研究があり、自傷・自殺未遂者のその後を9年以上追跡し得た研究のレビューでは、これらの行為の後に3-12%が自殺の転帰を辿っていた。

一次予防だけでなく、精神疾患を抱えた未遂者への直接の介入を行わなければ、現状の日本で自殺を低減させることは覚束ない。自殺未遂者は、自殺者の10から20倍も存在することが海外先進国の地域調査により知られている。

III. 救命救急センターを拠点とした自殺未遂者ケア

著者の所属する横浜市立大学医学部精神医学教室では、2002年より高度救命救急センターを拠点とした自殺予防活動を開始し、2003年より自殺未遂者への全例介入と調査を続けている。2005年からは、同センターに精神科医





て「ハイリスク者を受け止め、支援を提供していくことが可能な地域づくり」ということになる。

神奈川県は、平成19年に厚生労働省が策定した地域自殺対策推進事業の対象地域に選定され、補助金を得てモデル地区事業を大和市で進めてきた。事業の企画は精神保健福祉センターを中心に考案され、活動の舵取りと実際の運営は、同センター、大和市、大和保健福祉事務所、そして大和市自殺対策連絡協議会の座長である著者が4者機関を形成して進めてきている。

大和市がモデル地区に設定された理由は、1) 自殺率が比較的高かったこと（平成18年の自殺率：20.2）、2) 精神保健福祉センターが都市部の自殺対策を課題として設定したこと（大和市は東京、横浜市と接し、そこに私鉄3線が乗り入れている）、そして、3) 大木哲・大和市長がこれを積極的に受け入れたことによる。自殺対策の組織を、公的なものと任意団体も含めて図4に示し、自殺対策事業の概要を表2に示した。

図表に示したように、大和市では住民やさまざまな社会的領域に啓発・教育を張り巡らせ、かつ住民参加により、自殺対策（＝安全・安心な街づくり）を推進している。また、大和市では行政窓口相談の件数と自殺数の件数が並行していることから、生活問題や精神的な問題で困窮した住民を的確にキャッチし、支援を行うことができるように、相談従事者のためのスキルアップ研修、キーワード（自殺のリスク因子とその関連語）を用いた困窮者への気づきの促進、困難事例について、専門職にスーパーヴァイズを依頼する仕組みづくりなどの工夫をしている。また、「医療・保健・福祉ネットワーク」（正式名：大和・藤沢自殺予防ネットワーク）には、医療機関で働くソーシャルワーカーを中心に医療・保健・福祉従事者30名余りが毎月定例会を開催し、自殺関連行動に関する事例検討会、自殺対策のための学習会、地域活動の検討などを行っている。

社会心理学的調査・研究は進行中であり、また自殺対策の効果の検証にはまだ年月を要するが、わが国の自殺対策の最大の弱点であるところの、「実態調査なしの対策」を改めるべく、鋭意、作業を進めているところである。

深刻な度合いに比して実質的に手付かずの状態となっている首都圏都市部の自殺対策へのチャレンジは、厚生労働省の補助が平成21年度で終了した後も継続される。自殺対策において、ハイリスク者対策と地域対策は連動し、互いに重なり合っており（図5）、その連携を円滑化することが、自殺対策にとって一つの要諦だと著者は考えている。

V. まとめに代えて

本稿では、自殺未遂者対策の重要性について解説し、救命救急センターを拠点にした未遂者ケア・モデルを提示し、そして、このようなハイリスク者を支える、あるいは医療による危機介入の後を担う地域自殺対策について述べた。

筆者は、日本の自殺問題の解決には、わが国の医療・保健・福祉施策と、それを含む社会保障全体の施策の抜本的な見直しが必要であると考えているが、政治状況を見ると現状で多くは望むことはできない。では、わが国の自殺対策全体はどのような状況にあるかと言えば、自殺対策基本法に義務規定により全国各地であまた開始された対策事業は、問題の実態を把握せずに闇雲に企画され、事業のアセスメントの方法は考慮されず、また費用対効果をほとんど意識することなく実施されているといった感がある。それならどうすればよいのか？という問いに対しては、うまく運んでいる対策モデルをさらに伸ばすこと、そして、わが国で唯一成果を挙げている高齢者の地域自殺対策を参考に、地域対策を推し進めること（これについても、活発な地域をさらに伸ばすのが良い）が、目下の優先課題であると考えられる。

セーフティプロモーションの概念は自殺対策に重要である。すなわち、自殺問題の実態を正確に捉える仕組みを作り、そして実態を把握すること、そして、これに基づいて、「自殺が生じないような地域づくり」、そして「ハイリスク者を受け止め、支援を提供していくことが可能な地域づくり」を合理的かつ人間的に進めることが何より大切なことである。今後も、日本セーフティプロモーション学会、および学会誌が、地域自殺対策に関わる課題を取りあげ、自殺対策に関与・貢献されることを著者は望んでいる。

参考文献

- 1) Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, et al.: Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. *Crisis*, 25, 147-155, 2004
- 2) Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, et al.: Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med*, 33, 395-405, 2003
- 3) Hirayasu Y, Kawanishi C, Yonemoto N, et al.: A randomized controlled multicenter trial of post-suicide attempt case management for the prevention of further attempts in Japan (ACTION-J). *BMC Public Mental Health*, 9, 364, 2009
- 4) Isometsa ET, Lonnqvist JK: Suicide attempts preceding completed suicide. *Br J Psychiatry*, 173, 531-535, 1998
- 5) 河西千秋, 平安良雄, 有賀徹ら: 自殺企図の再発防止のための多施設共同研究 'ACTION-J' (厚生科学研究費補助金事業自殺対策のための戦略研究): その背景と概要. *精神経誌*, 110, 230-237, 2008
- 6) 河西千秋: 自殺予防学. 新潮社, 2009
- 7) 内閣府: 自殺対策, <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/index.html>, (閲覧, 2010年1月10日)
- 8) Nakagawa M, Yamada T, Yamada S, et al.: A follow-up study of suicide attempters who were given crisis intervention during hospital stay. *Psychiatry Clin Neurosci*, 63, 122-123, 2009
- 9) Owens D, Horrocks J, House A: Fatal and non-fatal repetition of self-harm: systemic review. *Br J Psychiatry* 181: 193-199, 2002
- 10) Yamada T, Kawanishi C, Hasegawa H, et al.: Psychiatric assessment of suicide attempters in Japan: a pilot study at a critical emergency unit in an urban area. *BMC Psychiatry*, 7, 64, 2007
- 11) 財団法人精神・神経科学振興財団: J-MISP: 自殺対策のための戦略研究, <http://www.jfnm.or.jp/itaku/J-MISP/index.html>, (閲覧, 2010年1月10日)

政府における自殺対策の取り組み

加藤久喜

内閣府自殺総合対策推進室参事官

（反町座長）

次に後半に入ってまいります。内閣府自殺総合対策推進室参事官の加藤様に、政府における自殺対策の取組についてお話をしていただくことになります。加藤様は自殺総合対策の実際の責任者の立場で、政府の中での難しい調整、あるいは都道府県とか民間団体との難しい調整をしながら尽力されている方で、忙しい中、飛んできていただきました。

それでは加藤様、よろしくお願いいたします。

（加藤シンポジスト）

ただ今、御紹介いただきました内閣府の参事官をしております加藤でございます。

先ほどの2つの話題と違いますが、国の、政府のお話なのでちょっと味気ないかなというところもあるかと思えますけれども、ご容赦をいただきたいと思えます。

まず、ご案内のところも多いと思いますが、我が国の現状についてちょっとお話をしたいと思えます。

11年連続3万人ということですが、戦後の経緯を辿って見ますとピークが3回。最初は昭和30年の頃ですね。これは戦前の教育を受けた若者が社会に出て、かなりギャップがあって、悩んで、特に若い方が多く亡くなられたというふうに聞き及んでいます。その後、今度は昭和60年になりまして、この頃もかなり景気が悪くて、ちょうど私が役所に入った後ですが、かなり亡くなられて、そして平成10年から今日に至る3万人の水準という流れで日本の自殺者の数は推移をしているところでございます。

それで、昨年までは自殺者の数については、これは警察の統計ですが年に1度数字が出るということだったのですが、今年、いろいろな方からの働きかけもありまして、私どももお願いをいたしまして、1月遅れで毎月の数字が出るようになっております。本橋先生のお話にもありましたけれども、この推移を見ながらじゃあ次どうしたらいいかという対策が少し打てるようになったのかなと、データの面でも少し進んできたのかなということでございますけれども。

今年度は憂慮すべきことですが、毎年6月まで前年の数字を上回って推移しております。6月は少し落ちついてきましたけれども、4月、5月を見ますと6%、7%数字が多いということで憂慮はしております。しかしながら、こういう数字が出るようになったということはひとつ自殺対策の上でも進歩なのかなと思っております。

対策の経緯ですが、いろいろお話がございましたけれども、元々は精神保健対策の一環ということで始まっております。WHOで自殺予防のガイドラインが出まして、それを受

けて、まずは厚生省の方で対策が始まりました。健康日本21という中で自殺予防というものが謳われて、精神保健対策の一環ということで進められてきました。

そういう流れの中で、政府としても横に連携をして対策が進んでまいりまして、18年、今日、清水さんもお見えでございますけれども、民間団体の方々から有志の会へ要望書が出て、18年に自殺対策基本法が成立しました。ここで政府として一体で、社会的な要因も含めて取り組むということが正式に制度的に位置付けられたということでございます。

これを受けまして19年には自殺総合対策大綱が閣議決定をされまして、本橋先生のお力等もいただきまして、政府の取組が全体で網羅されて書かれているという流れになっております。

政府の体制ですけれども、連携が大事というお話もございました。国も同じでして、官房長官を会長といたします対策会議が関係の大臣10名を集めまして会議を開きまして、この中で各省横に連携をしながら対策を行っています。

右の上に書いてございます内閣府に自殺対策推進室があり、ここで事務を私どもが受け持っておりまして、厚生労働省の機関でございます自殺予防総合対策センター、ここで研究等もしていただきながら国として対策を進めています。公共団体には、これは県のレベルですけれども自殺対策の連絡協議会、これは全ての県で昨年度設置が終わりまして、こういう体制で対策が進んでいると、それと関係の団体等と連携が図られているというような形です。

いろいろお話の出ています基本法ですが、ちょっと字が細かくて見難いので恐縮ですが、目的として大きな意義のあるのは、自死遺族の方の支援ということを謳っているというのが一つです。それから、理念の中では1つ目に社会的な取組ということで、精神医療の面だけではないところも背景に様々な社会的要因があるということを初めて明確にした上で取組を実施するとしています。そして、その対策については、②にあるように、実態に即してやるということでございます。そして、先ほどもお話にありましたけれども、進め方として事前予防、それから危機への介入、そして事後ということで、それぞれの段階で効果的な対策を打つということが理念の中で謳われて、周知が図られているということです。

基本的な施策は9つですが、これはまた後程説明をさせていただきます。

対策の基本的な考え方ということでございますけれども、3つ書いてございます。1つは、自殺は追い込まれた末の死である。従来、ともすれば自由な意思、あるいは選択の結

果というふうに言われている面もあったわけですが、そこにございますようにいろいろな社会的な要因、あるいは健康面、あるいは人間関係等の中で追い込まれていった上の死であると。これは取組によって防ぐことができる部分が多いということをございます。

2 番目にございますように、防ぐことができるということで制度慣行の見直し、あるいは相談支援体制の整備等を進めることによって自殺は防げるということです。

最初に本橋先生のお話にもございましたけれども、サインを亡くなる方は発しているというところで、精神科の先生が少ないので相談をしている例は少ないと大綱の当時言われておりました。今、いろいろ分析が進んでおまして、必ずしもそうではなくて、いろいろ相談をされている例も多いというふうにも聞いております。そういう中でとにかく職場、あるいは同僚など身近な方がサインに気付いていただくということで、これを自殺対策、自殺予防につなげるということが3つの認識です。

防ぐことができるという例で、先ほど秋田県の例がございました。これは海外の例ですが、フィンランドの取組として86年から始まりまして、2割削減ということで取り組んで、結果的に90年から比べて3割減となっています。この事例を見ましても、やはり取組の最初はなかなか効果が出てこないということです。86年に始めて、奇しくも秋田と同じですが、4年間まで自殺者の比率は増えて行きますけれども、そこから減っていくということです。

18年に大綱ができて、18、19、20、21でございますので、政府も今年度が正念場ということで取り組んでいるというような状況でございます。

それから、基本認識の下に6つの基本的考え方というのを示しをしております。1つ目が社会的な要因も踏まえて総合的に取り組むということでございます。厚労省任せにしないで失業、多重債務の問題、あるいは教育の中で命の大切さの理解を進める等、そして私ども、あるいは予防センターの方でもいろいろ働きかけをしておりますけれども、マスメディアに対しても適切な報道をしていただくというようなことを進めております。

それから今年の予防週間のテーマであります、一人ひとりが主役ということで、サインに気付いて専門家にたないで、そして見守っていくというような考え方で、国民の一人ひとりが主役になるんだということが2つ目でございます。

3つ目として、先ほどございました未遂者、あるいは遺族への事後対応にしっかり取り組むということでございます。

それから今回のテーマである関係者の連携ということで、すね。いくつもの要因があつて自殺に至っているわけで、その関係の方々で連携して取り組むということが大事です。

そして実態解明ということで、先ほど、毎月データを公表するというお話をしましたけれども、現在、今、警察のデータは基本的に全国統計のみが出ております。そういう中で、今、

私ども解明を進めて、なかなか市町村のレベルまで下りてこないんですけれども、県でいけば、例えば青森県であれば上十三のレベルで、数ということだけではなくて要因等の分析を進めるような形で今、作業をしております。少しでも地域の実態に近い形でデータを出していこうということで取組を進めております。

最後ですけれども、先ほどありましたように、始めてから優良事例であっても4年掛かっております。いろいろ国会でも攻められるわけでございますけれども、なかなか即効性がある施策というのは見い出せない中で、中長期的に頑張っていかなければいけないということで、私どももそうですし、地域の皆様方もそういう気持ちで対策を進めていただきたいと思っております。

対策のイメージですけれども、まずは自殺、それから精神疾患に対する偏見をなくすという前提に立って、次に、社会的な要因をなくすということで、失業、多重債務、長時間労働等の見直し、あるいは体制の整備、そしてうつ病に残念ながらなってしまう方については早期発見、早期治療というような全体の取組の中で自殺対策を進めていこうというのが政府の全体のイメージです。

当面の重点施策で9項目、ちょっと時間の関係で一々は御説明をしませんけれども、自殺の実態を明らかにした上で進めていくと。3にございますけれども、特にゲートキーパーということで、地域の中でも、あるいは学校、あるいは病院、一般医院の先生の方々、早期に対応をしていただくという意味でそういう人材を養成していくことが非常に大事ではないかなと思っております。

それから6番目ですが、社会的な取組ということで、一見、自殺対策ではないと思われるようなものも含めて全体で進めていくのが社会的な取組ですので、ここはホームドアなど、いろいろな対策を総合的にやっていくということでございます。

それから最後に民間団体の連携の強化ということがございます。自殺対策の取組が政府として始まったのが18年ということでございますので、やはり実際に現場の活動は民間団体の方に負っている部分が多い。したがって、ここの連携も大事ですし、民間団体の育成ということも是非お願いをしながらやっていかなくてはいけないと思っております。

大綱につきましては19年にできて、本来5年に1回、大役所の計画というのは大体5年に1回見直すんですけれども、これはちょっといろいろありまして、1年で見直しと言われました。いくつか書いていますけれども、すいません字が小さくて申し訳ないのですが、緑に網掛けがしてあるところが3つ大きな点ですけれども、1つはうつ病がやっぱりメインの精神疾患ということで対応が進められてきたんですけれども、それ以外にも統合失調症ですとか、あるいはアルコール依存症ですとか、いろんなことがハイリスク者としていらっしゃるということで、その対応をしっかりと。それ

から、5番目の下の方ですけれども、インターネットの関係、先ほどお話がございましたけれども、ホットラインセンターという有害情報を取り除いていただくところの取り組みを支援したり、あるいは情報をそもそも載せる際に約款の中で有害情報は排除していただくようなモデルを作ったりというような取り組みをしております。それから右下でございますけれども、国の体制もさることながら、特に地域ですね、県まではきているわけですけれども、市町村に担当部局が、具体的に例えば私どもが通知を流しても、市町村まで行った時に誰が受け取っていいのか分からないというのが現状です。一昨年の調査で、県として市町村の窓口を全部把握しているところは4分の1でした。昨年、私ども、是非窓口を作りたいということをお願いをして、まだ調査公表前ですけれども、調査のレベルでいくとやっと5割を超えたというような段階でございますので、是非市町村でも取組を進めていただきたいと思います。

それから、最近の動きとして、先ほどエポックメイキングというか、どこでステージが変わったかという話がありまして、我々、行政ですので、結局最後、何で示されるかという文書ですね。ですから18年に法律が出来たというのは一つ次の段階に進んだんですけれども、もう一つ、私ども今年、これは大事だなと思うのは、毎年総理が国会が始まる時に行う演説です。その中で初めて自殺の部分のことが取り上げられました。書いてある事はもう当たり前のことです。「自殺者は年間3万人を超えています。誰もが生きやすい社会を作らなければなりません」という文章ですけれども、行政の方は分かると思いますけれども、数多く、政策課題が国にある中で、この1行半を入れるのは非常に、極めて大変なことです。最終的に大臣のところで掛け合っていて、元々原案で落ちていましたのを復活しました。そういう中で政府としても自殺対策に本気なんだということが、いわゆる実務的な行政のレベルでこれは明らかになったんだろうと。

県の方にはいろいろとご迷惑をかけていますけれども、今年度の予算で100億円、自殺対策の基金を作りましたけれども、その背景にはやはりこういうものが位置付けられて一步一步前に進んでいるということだと思います。

毎年の予算編成の中で、いわゆる骨太方針というのが示されますけれども、その中で基金の活用を通じて自殺対策を強化するという一文が入っています。沢山各省が入れたいと手を上げる中で、具体的に基金の名前をあげて対策を打つということを政府としても明らかにしているというのは、政府全体のステージとしても次にいっているんだと思います。

それから、位置づけも2008年は精神保健の部分に入っていましたけれども、今回、安全・安心社会の実現という中で自殺のことが語られるようになったと。今回、セーフティプロモーションということでは奇しくもこの流れの中に入っているわけですけれども、そういう位置づけの中で社会的な取組が

政府としても進められてきているということだと思います。

これは今年の1月ですけれども、経済情勢がいろいろ悪くなる中で県の方、あるいは関係の省庁の方に私どもとして通知を出させていただいて、情報の共有だとか相談支援体制だとかパトロールだとかお願いをしました。この時は予算がなくて通知だけ出して、ごめんなさいと、予算は無いんですけれどもということでお願いをさせていただいたわけですが、後でちょっと御説明しますが、予算は後で獲得できたということでございます。

これは政府の方でございますけれども、21年度の関係予算ということで160億円弱でございます。これは抽象的で分かりにくいんですけれども、具体的には自殺対策に特化した予算というのはあまりございません。内閣府の予算でいけば1億を若干切るような予算ですし、全体としてはそんなに多い額ではないんですけれども、この中には例えば道徳教育を進めるとか、あるいは中小企業の経営者の方の経営相談ですとか、あるいはハローワークの就職支援というような諸々を含めて160億円です。国会の中では自殺直接の予算ではないものを掲げて意味は無いという御議論もあるんですけれども、いろいろお話がありましたように横の連携を図って初めて総体としての自殺対策という意味で、私どもはこういう中でそういうところにもお声掛けをして、自殺対策という意識を持っていって予算を計上していただいています。

皆さん、自殺対策に直接関わっておられれば実感すると思いますけれども、横で連携ということ言うんですけれども、直接、例えば別の業務をやっている方の方は自分のところがどうしてもメインなので、自殺対策ということは少し横に置かれるんですけれども、こういうところでリマインドすることで対策を是非頭の中に叩き込んで連携していただきたいなということで取り組みをしております。

内閣府としては、有識者の推進会議とか予防週間とか、いろんな事業を進めているところでございます。

今年の週間、WHOの自殺予防デーを踏まえて9月10日から1週間なんですけれども、その中で私どもとしては気づき、つながり、見守りということを国民の皆さんに知っていただくということをテーマにして予防週間を進めていきたいということで、東京だけでなくで地方でもシンポジウムの開催を考えているということでございます。

先ほどあった、地域自殺対策緊急強化基金、真ん中のところに書いてございますけれども、都道府県での相談体制整備、あるいは人材養成ということで100億円という予算を用意いたしまして、早いところは今週、県に支出されていますので、やっと予算が県まで届きました。今年から3年間で実施をするということで、メニューとしてはそこにございますような電話相談ですとか、あるいは対面相談とか人材養成、それからリーフレット、それからこういう定型のもののじゃない地域のいろいろなパトロールですとか対策がございまして、様々なメニューを書いてございますけれども、私どもがこれをお

願っているのは、是非、特に3年間ということで県で人を雇って人件費には当てて対策を行うのではなく、是非地域で活動をされている民間の方々やタイアップをして、そういうところの支援も差し上げながらやっていただきたいというのが私どものお願いでございます。

なかなか民間の方に補助金を出すということに対して抵抗感があるのは、私も役人を30年近くやっていますので分かるんですけど、是非そういうことがないようにしていただきたいと思いながら配分しております。昨今の情勢ですので、国がああしろ、こうしろというのはなかなか言えません。もう全て県の自由裁量ですから人材養成が必要だということもあれば広報が必要だということもあります。それは地域の特性に応じてやっていただきますけれども、いずれにしても少ない県で1億、多い東京都で6億ぐらいのお金を配分して対策をお願いしているところでございます。

先ほどデータの話が出ましたが、これは県のレベルですけれども、やっぱりちょっと見ていただいても地域で状況が全然違います。例えば、男性のところを見ていただくと、やっぱり働き盛りの方が亡くなっているんですけど、上から青森、岩手、秋田、東京、愛知、大阪となりますけれども、若い方が割と多く、比率的には働き盛りの方で男性の方が亡くなっていらっしゃる。北東北のほうは、やっぱり40代、50代が多くて60代ということで、中高年の方が特に多い。女性の方を見ていただきますと、これは明らかに傾向が違いまして、青森は若干傾向は低いんですけど、特に女性の方は70代以上の方で半分近く亡くなっていらっしゃるということで状況が違う。あるいは原因、動機、これは一概に1つだけではない、いろいろな要因があるわけですけども、18年までは警察の方で原因を統計で1つしか取っていませんのでこういう結果ですけども、都市部の方にいけば病苦などが多いんですけども、地方はやはり経済、生活難が多いという傾向でございます。

それから、最後に地域における自殺対策の期待ということで、それぞれ立場があると思うんですね。県の役割、それから市町村の役割。県としては総合的な対策を立てて旗振り役、それから効率的な支援供給という意味で情報、人材育成、基金の活用等をやっていただきたいのですけれども、あまりいろんなところで言われないんですけども、私は、今日は反町先生がいらっしゃる所以说うのではないですが、県の出先ですね、出先機関はとても大事だなと思います。私も山陰の片田舎の出身で、人口は2万人ぐらいですけども、そういう町というのは、先ほどもありましたけれどもリーダーが1人いれば変わります。ただ、リーダーがいなくてなかなかレベルが上がってこない、レベルが随分違うんですけども、県のレベルというのはかなりの人材がいらっしゃる所以说県の出先機関というのはすごい大事ですね。それから連携していただく場合も、もちろん県の連絡協議会があるんですけども、市町村のレベルでなかなか、いろいろな業界団体と

か、あるいは政府の出先というのも無いんですけども、例えば上十三の地域になればそれなりのネットワークができてきます。そういう中で是非、私としてはこういう地方部においては保健所なり地域の県民局、まあ場所によって県事務所と言ったり、言い方はいろいろありますけれども、そういうところの活躍を是非お願いしたいなと思います。

それから、市町村の役割も大都市部と地方部ではかなり違います。私も田舎に高校生までいましたので実感しますけれども、1万人ぐらいの規模ですと顔が全部分かるんですね。もう20万、30万の市になると職員が市民の全部の顔を分かりませんけれども、顔が全部分かるという意味で顔の見える連携というのが行政とか、あるいは対策を立てる側だけじゃなくて地域の方でもできてくると。そういう地域ごとの連携をしている市町村を束ねて、保健所の方で地域をまとめていくという意味で、セーフコミュニティという形で、今回、十和田でされますけれども、是非その成果を期待したいと思っています。

内閣府の私どもの部局は交通とか犯罪被害も担当しておりますけれども、全体の中でやっぱりセーフコミュニティというのは大事ですし、生きやすい社会を創っていくという意味では是非地域の中から自殺対策も含めて安全・安心なまちづくりを進めていっていただきたいなと思います。

雑駁でございますけれども、私の説明は以上とさせていただきます。

御清聴、ありがとうございました。

(反町座長)

どうも、加藤様、ありがとうございました。

自殺対策基本法、あるいは自殺対策大綱に基づく政府の自殺対策の基本的な設計を非常にクリアにお話して下さいましたし、また役所の中でというか、国会も含めて、総理大臣の施政方針演説の中に今年の1月に「自殺者が3万人を超え、誰もが生きやすい社会を作らなくてはならない」とか、あるいは骨太の方針の中に自殺対策強化基金のことを入れていただくとか、難しい立場にいらっしゃる中で、政府の中でも地道な作業をしていただいているということに興味深く拝聴させていただきました。

また、基金の使い道についても、是非民間団体の支援に使って欲しいと。なかなか今まで行政の中でそういう使われ方をしていませんので、財政課等で難しいところもあるかもしれないんですが、そういう基金の主旨もお話いただきました。

そして、やはり自殺の状況も都市部と地方で違うということもお話いただきましたし、最後に県の出先の保健所とか県民局とか、そういうところの役割が非常に重要だよと、そういう励ましの言葉もいただきましたし、そしてセーフコミュニティ活動がもう意味についても、ポジティブな応援の言葉をいただきまして大変心強く思った次第です。どうもありがとうございました。

自殺のない「生き心地の良い社会」を創るために

清水康之

NPO法人自殺対策支援センターライフリンク代表

(反町座長)

それでは次に、NPO法人自殺対策支援センター、ライフリンク代表の清水康之様に御講演をいただきます。皆様ご存知かと思いますが、自殺対策基本法ができてきた背景の中には、自死遺族支援に関わる様々な方々、あるいは自死遺族の方自身がかなり関与されていて、そのとりまとめをしたNPOが自殺対策支援センターライフリンクでして、自殺対策基本法を制定されるにあたって3万人署名を求めて10万人集めたとか、そういった動きがあって政府や国会も動いて自殺対策が作られたと。対策や大綱ができた後もそれがちゃんと機能していくべく、全国の民間団体のかなめとなって活動をされているライフリンクの代表の清水さんにこれからお話をさせていただきます。

よろしくお願いいたします。

(清水シンポジスト)

皆さん、こんにちは。

今、御紹介をいただきましたNPO法人自殺対策支援センターライフリンク代表の清水と申します。

時間も限られている関係もありますので、ちょっと皆さんに1本、早速ですが見ていただきたいVTRがあります。こちらをまず上映しますので、よろしくお願いいたします。

今、テロップの表示にもありましたけれども、毎年自殺で亡くなる方の数というのは東京マラソンの出走者とほぼ同じ数です。御覧いただいているのは去年2月に開催された東京マラソンの映像です。スタート地点となった東京都庁から大体1.5キロぐらい離れている靖国通り沿いにある雑居ビルの屋上から私自身が撮影したものです。

数で3万人、3万人ということはもちろん繰り返し言われていて、皆さんもよくお聞きになっていると思うんですけども、実際3万人というのは人が道路を埋め尽くすという状況が続いているわけですけども、これが20分間続くんですね。20分間続いて、やっと3万人。当たり前のことですが、この走っている方一人ひとりにそれぞれのゼッケン番号があるように、亡くなった方、亡くなっていく方一人ひとりにも掛け替えの無い人生が

ある。私達やこの走っているランナーと同じように、亡くなった方達一人ひとりにも家族がいたり友人がいたり、生まれた故郷があって、いろんなことを経験して来た、経験を積み重ねてきた人生があるわけですよね。そうした人生が毎年3万数千人分ずつ自殺によって失われていっている。

よく自殺は、個人の問題か社会の問題かと議論があるわけですが、確かに自殺というのは人の生き死にの問題、命の問題に関わるわけですから、極めて個人的な問題であることは間違いないと思います。ただ同時に、毎年3万数千人ずつ亡くなっているということは、これは社会的な問題でないわけがないわけですね。

どういう意味かと言うと、もし、この毎年亡くなっていっている方が個々人の性格の問題で亡くなっている、あるいは自殺したいような人達ばかりがもし自殺で亡くなっているのであれば、日本ではこの10年間で30数万人が亡くなっているわけですが、もしこの方達が、その方達の多くが個人的な理由で亡くなっていると、あるいは性格的なことで亡くなっているんだのであれば、ある年に、例えば20万人ぐらいどっと亡くなって、もう自殺しそうな人、自殺する性格の人達はもう社会で自殺で亡くなってしまったから翌年からは2千人、3千人というような、まあ言ってみれば年間の自殺者に増減があつてしかるべきですよね。

でも、実際にはどうか。3万数千人、コンスタントに亡くなり続けているわけです。きれいに3万数千人。2万人になって5万人になって1万人になってというんじゃないんです。毎年3万数千人ずつが確実に亡くなっていっている。これは考え方としては社会の中に3万数千人の人達が自殺で亡くなるだけの条件が整ってしまっている。

3万数千人というと、1日大体90人～100人です。1日100人が自殺しなければ、私達の社会というのは明日を迎えられない。1日100人が自殺で亡くならなければ1日を終えられない。そうした社会になってしまっているということですね。

自殺の問題はいろいろな観点から議論をする必要がもちろんあります。医療の分野でもそうですし、あるいは多重債務、借金といったような問題もありますし、労働の問題、学校のいじめの問題、介護疲れの問題、いろいろ

ありますけれども、でも基本的には、一番の根本立ち返るべきところというのは自殺というのは人の生き死にの問題であって、私達社会全体のこの時代、この社会に関わる、生きている人全ての人に関わる深刻な社会問題なんだというところを入口にして自殺の問題を考えていく必要があるんじゃないかと思っています。

今日、私、東京から新幹線で来たんですけども、来る途中にでも、私達の日常的な問題でありながら自殺の問題とも非常に深く関わっているニュースに接しました。私、携帯電話にNHKの、私元々、2004年までNHKでディレクターをしていたんですけども、TVディレクターでクローズアップ現代という夜の番組をずっと担当していたんですが、私の携帯にはNHKのニュース速報、よく画面にテロップで上の方に地震とかありますよね、出ますよね、あれが私の携帯のところにメールで届くようになっているんですね。ちょうど8時半を回ったぐらいでしたね、ニュースが飛び込んできました。

それは、この7月の失業率が5.7%となって、過去最悪になったと。5.7%というと、これは03年の4月に5.5%になったんです。日本の自殺者がちょうど3万4千人を超えて過去最多を記録した年ですね、その年の失業率が5.5%だったわけですが、その5.5%を超えて5.7%まで悪化したというニュースでした。5.7%というと、人数にすると大体360万人ぐらいです、その方が失業。

先ほど、加藤さんからこの上半期の自殺者の話がありましたけれども、上半期だけで1万7千人になっています。単純に×2でも3万4千人ですね。しかし、その条件として失業率が高くなって、経済生活上の状態が悪くなってきているということは自殺に追い込まれるきっかけが起きやすいという意味では、ここままいけば過去最多ということになりかねない、それぐらい緊急的な事態に今、私達はあるんだということだと思います。

ニュースはあと、他2つあって、もう1つは、私、東京駅で読売新聞と朝日新聞を買って読んでいたんですけども、読売新聞の第一面が「民主、圧勝の勢いを保つ」という、衆院選の終盤情勢調査に関してでした。政治の問題も極めて自殺対策に密接に関わっています。先ほど加藤さんの方から、首相の、麻生総理の施政方針演説に1行半入れるのが大変だったという話をされていました。これ、本当に大変なことなんです。その大変なことを内閣府もやって下さっていますし、我々もまた民間の現場からいろいろな声を国会に届けて、メディアを通してであったり、あるいは自殺対策に関心を持っている議員がいますので、その有志の会を通してであったり、投げかけているんですけども、ものすごい大変です。

つまり、いろんな社会問題がある中で、何で政府が自

殺対策に取り組まなければならないのかということ、説得力をもって国会だけじゃなくて社会に対してプレゼンをしていかなければならないんですね。単純な話でいうとインフルエンザですね、新型インフルエンザ。あれなんか、もう与謝野大臣が「こういう人の命に関わる問題については人も金も惜しまず投じます」と言って、二次補正で確か500億ぐらいついたんですよ。500億円、ボーンと付くわけですよ、新型インフルエンザ。

じゃあ自殺対策はどうなのか、先ほど加藤さんが150億、160億ぐらいでしたか、毎年の予算の大きなくくりでおっしゃっていましたが、厳密に狭義の意味で、広い意味じゃなくて自殺対策という柱で立っている予算というのは大体年間20億〜30億ぐらいでしかないんですよ。毎年3万数千人、1日100人ぐらいが亡くなり続けているにも関わらず、言ってみれば自殺対策というのは政府の中では重点政策ではないわけです。

そういう中ででも施策としてちゃんと社会に訴えていかなければならない。社会を説得して、メディアでいろんな形で報道をしてもらう。それを見た国会議員が、「社会はこういう問題に関心があるんだな。自殺対策に関心があるんだな。自分達もやっていかなければいけないんだな」というふうに感じるようになって、感じるだけでは動かないので、そこで理詰めで内閣府であったり我々の現場の方でやっていかなければならないというふうに議員を説得して、それでようやく自殺対策が動いているのが現状なんです。

ですから、ちょっと話が逸れてしまった感がありますけれども、何を言いたいかというと、民主党政権になれば、私は別に民主党シンパでも何でもないので誤解をしないでいただいたら困るんですけども、ただ少なくとも民主党が今、問題意識として掲げているのはこれまでの様々な施策というのは官僚主導でやられてきたと。だから縦割りを超えられずになかなか自殺、あるいは少子化といったような、背景に複合的な問題が絡んでいる問題に対してはなかなか対応し切れなかったと。だからこそ政治的なリーダーシップを持ってやっていくんだということが鳩山さんの主張だと思うので、民主党政権になったら、今、縦割りでなかなか連携が取れない、連携というのは自殺対策の重要なキーワードであるにも関わらず、実際に蓋を開けてみると、先ほど加藤さんが示してくださった予算も蓋を開けてみるとそれぞれの省庁の何々局、何々課が担当をするということが決まっていて、連携なんてほとんどできてないんです、実際には。それはただ官僚の人達が悪いというのではなくて、官僚の人達はそれぞれの省庁の中でやるべきことが決まっていて、それに基いてやっている。それを横断的にやる時には当然

政治がリーダーシップを取ってまとめていかななくてはならないんだけど、それが機能をしてなかったがためにこれまで官僚の縦割りの中で自殺対策も行われてきてしまった。それが政治的なリーダーシップが発揮されるようになれば、少しはまとまって、本当に総合的な名にふさわしい対策になっていくのではないかと、そういう期待感をもって読売新聞を見て、「あっ、これ、自殺対策に関係しているな」と思いました。

あと朝日新聞ですね、朝日新聞の一面トップは「賃貸更新料、高裁が無効」という見出しが立っているんですね。この賃貸更新料というのは東北ではあまり無いみたいですが、マンションの賃貸を契約する時に、まあ2年契約だとしますと2年を終わって契約を更新する時に更新料として家賃1か月分とか2か月分また払わなくてはならないというのが慣習になっているんですね。関東もそうですし関西の方も。それが無効だというふうに高裁が判決を下したということなんです。これが何で自殺対策と関係あるかというと、この無効というふうに言ったその論拠は、消費者契約法という法律があるんですけれども、消費者にとって決して合理的な理由でない形でお金が徴収されようとしていると、これは違法だということで無効と言っているわけですね。

ちょうど、この消費者契約法に基づいて今年の春に連帯保証契約が無効だという判決が京都の方でありました。連帯保証債務というのは、実は経営者の自殺に非常に深く関わっている社会制度なんですね。例えば私が会社の経営をしています、会社の運転資金として銀行からお金を借りたいと思ったとします。その時に、5千万円借りることにしましょう、その契約の時に、もし会社が事業不振に陥って返せなくなったら、経営者である私が自分の資材を投げ打ってでも返しますよということがまず契約上の場合、ほとんど盛り込まれるんですね。私がそれは保証人になっているということです。会社がダメになった時の保証人として、経営者が契約をしなければならない。

連帯保証人というのは、この更に先を行くんですね。会社が返せなくなったら私が返します。私も返せなくなった時には、例えば反町さんが返しますよと。反町さんが連帯保証人になるわけです。まあなってくれるかどうかは別にしてですけど、話の上で。反町さんに連帯保証人になってもらう。そうすると、会社が倒産しそうになっていると、5千万円借りただけですけど、それが返せなくなるとします。私の自宅を売ったとしても2千万円にしかならない。もう身銭を全部叩いても2千万円にしかならない。そうすると3千万円借金が残りますよね。どうなるかというと、反町さんのところに取立

てが行くわけです。そうすると、私はもう反町さんの信頼を裏切ることになりかねない。もう反町さんに「青森に講演に来い」と言われたら、もう飛んでこなければならぬぐらいのこの関係でありながら、反町さんに3千万円の借金を押し付けるなんてことは私にはできないと。

そうすると、どうするか。簡単です。「あっ、そういえば生命保険があったな。1億円の生命保険に自分が入っていた。生命保険に入っているんで、自殺の免責期間もう終わっている。つまり、今、自分が自殺をすれば1億円下りる」。下りて、その1億円のうちの足りない分、3千万円を、借金の5千万円を返して、自宅を守って、5千万円を家族に残して、家族の暮らしを守って自分だけ去っていくか、それとも生命保険はあるんだけど、まあ生き延びて、生きて、それで反町さんに3千万円の借金を背負わせて、今度反町さんは自分の家を売らなければならないかもしれないというような、もし反町さんが仮に経営者だったら、これでまた連鎖倒産が発生するかもしれない。

そういうふうに、関係者を巻き込んで、場合によっては地域の経済の連鎖倒産の引き金を自分が引くのかという選択肢を経営者が具体的に迫られるわけです。今、現状においてもですよ。

そうした中で、経営者の中には「そんな、路頭に迷わせるようなことはできない、他の人に迷惑を掛けることはできない」と自殺をしている人が沢山いるわけです。

これも、ただ消費者契約法に基づいてこの連帯保証債務というのは無効だと、これは毎回無効になるわけじゃないんです。それは私が反町さんに「連帯保証人になってくれ」と頼んだ時に、「絶対迷惑を掛けたくないから」と一言、このケースの場合は言ったらいいですね。そうすると反町さんは「じゃあ、なろうか」と言って連帯保証人になったわけであって、それがでも実際には蓋を開けてみたら迷惑が反町さんのところにいった。要するに、私が返せなくなったので会社が反町さんのところに請求したわけですね。でも、反町さんが返さないで裁判になった。裁判になった時に反町さんが言ったのは、反町さんの立場にある方が言ったのは、反町さんが言ったんじゃないですね、反町さんの立場の方が言ったのは、「私は連帯保証人のサインをする時に、絶対に迷惑を掛けたくないと言われた。だからサインをしたんです」と。これは消費者契約法の中で断定的判断の提供を受けたということになるんですね。つまり、反町さんが判断をする基準となったことが、断定的に言われている、絶対に迷惑を掛けないと。それを基準にして契約をしたんだということで、これは裁判でこの契約は無効になったんです、取り消しになったんです。

なぜなったかと言うと、消費者契約法ですし、今、ちょうど消費者庁がもうまもなくできますよね、9月1日でしたっけ。今、生産者から消費者へというふうに保護の対象が、流れが少しずつ変わってきている。

自殺対策も、実はこの同じような流れで、これまでは施策者本意で、支援をする側の理屈でいろんな支援策が提供されていたけれども、それを当事者本位に、困っている人一人ひとりの当事者本意に変えていかなければならないと。ちょうど今、自殺対策はまさに過渡期にあるんだろうと思っています。自殺対策基本法ができて、確かに自殺対策を社会全体で推し進めていくという土台はできた。でも、それで何かが変わるわけじゃない。その法律を使って、法律を使い倒して、行政とか民間とかが連携をして、本当の意味で連携をしていく。当事者にとって問題解決にたどり着きやすいような状況を作っていく、それが必要なんだということです。

今日、だから新幹線から来る中で「今日、何を話そうかな」と思っていた時に、実は自殺対策というのは決して遠い、誰か専門的な立場の人が専門的なことを言うのではなくて、今、お話ししたような連帯保証債務の問題であったり消費者契約法の問題であったり、あるいは政治的な行政の縦割りの問題であったり、そうしたものが非常に密接に関わっているんだということで、これは是非お話ししたいなというふうに思いました。まだ私、時間ありますか？

(反町座長)

あと5分くらい。

(清水シンポジスト)

分かりました。本当は、これは言ってみれば話のきっかけのつもりだったのですけれども、自分自身で盛り上がってこんなに時間を費やしてしまったんですが。

それはさておき、これをちょっと御覧いただきたいと思うんですね。自殺要因の連鎖図というふうに書いてあります。これは、私達、今、自殺の実態調査をやっています、この調査というのは遺族の方達に直接聞き取りをして、御家族がどういう経緯で、どういうふうに自殺したのか、亡くなったのか、そのプロセスを聞いているんですね。それを自殺実態白書2008ということで、去年の7月に電話帳みたいな分厚い報告書にまとめて出しているのですけれども、これはライフリンクのホームページにもぶら下がっていますので、ヤフーなり何なりでライフリンクというふうに検索していただければライフリンクのホームページが出て、そこから辿れるようになっているのですが、その調査の中で分かってきたことがい

くつかあるんですけれども、重要なことは、自殺の背景にある要因というのは決して単純ではないと。むしろ複数あって、私達の調査の中からは1人平均4つの要因を抱えて亡くなっていました。4つの要因。

例えば、その4つというのは無職者であれば、まず失業がきっかけとなって生活苦に陥って、何とか生活を支えていかなければならないということで、お金を銀行が貸してくれないので消費者金融だったら免許証、保険証があればすぐ50万円貸してくれるというので借りに行った。仕事が見つければすぐに働いて返せるだろうと思っていただけれども、仕事が見つからないという中で多重債務に膨らんでいって、それで仕事が見つからないし生活が苦しいし取り立ても厳しくなって、精神的にも追い詰められてうつ病になって自殺というような形ですね、例えば。これはまさに4つですけれども。

決して、これ、本当にこんなにきれいにいくわけがないんですが、ただ、事態を分かりやすく社会に伝えるということも自殺対策の非常に重要なことであって、我々は取えてこういうふうに単純化して、事実を歪曲しない形で単純化してお示ししているわけです。

あと経営者の場合も、事業不振がきっかけとなって生活苦に陥って、やはり多重債務に陥ってうつ病で自殺というように。

この自殺の背景にある様々な要因の連鎖の仕方に、ある一定の規則性があるというのが分かったというのがこの図です。この上の方にきているのが自殺の経路、プロセスの一番きっかけになりやすい、出発点となりやすい要因ということです。事業不振、職場環境の変化、過労。こうしたものがきっかけとなって自殺のプロセスに踏み込んでいく、踏み込まざるを得ない状況になっていくという意味です。

こうした要因が発生した次に起きやすいのが身体疾患ですね、体を壊す。職場の人間関係が悪化する、失業する、負債、多重債務を含めて借金をする。こうしたものは何か手前に要因があって、それが連鎖した結果起きてくる要因だと思います。そして、この連鎖がさらに悪化していった時に、要因として起きやすいのが家族の不和であったり生活苦であったりうつ病ということですね。この連鎖がここまで悪化して、さらになお止まらない時に自殺が起きているということです。

自殺の手に4つの要因があるということは、こういうものが平均すると4つぐらい連鎖した末に自殺が起きているということです。ですから、うつ病から自殺、うつ病というのは確かに自殺の一手手前にある要因なわけなので、ここを連鎖しないように断ち切る、ものすごく重要なわけです。自殺対策の重要な柱であることは間違

いない。ただ、この下の部分を、自殺のところを隠して見ていただくとよく分かりやすいのですけれども、うつ病というのは自殺の一手手前である要因であると同時に、他の様々な要因の結果でもあるんですね。ですから、様々な要因がうつ病に連鎖しないように手前、手前で連鎖を断ち切っていく、そうした対策も重要だということです。

ただ、残念ながら、今、ほとんど日本で行われている自殺対策というのはこの連動性がないですね。例えば、失業した、これはハローワークでやっています。うつ病、病院であったり、あるいは保健所でやっています。あるいは生活苦、これは行政の生活支援、福祉事務所とかいうところですね。ハローワークでメンタルヘルスの問題だったり、あるいは生活支援の問題だったり、そういうところで相談に乗ってくれるというのはないですね。ピンポイントで問題を抱えた人がそれぞれの窓口にとどまり着かなくてはならない。施策者本位の、施策者にとって都合のいい形の窓口になってしまっている。本来であれば当事者であって都合のいいように、ハローワークには失業者が集まるわけですから、失業者は多重債務に陥る可能性があるし、生活苦に陥る可能性があるし、あるいはうつ病になる可能性も高いわけですから。失業者が集まるハローワークでそうした要因の相談にも乗れるような体制を作るとか、あるいは河西さんが先ほどおっしゃっていた救急救命のところには未遂で運ばれてくる方がいらっしゃるわけですから、その方達を精神科と一緒にケアできる、あるいは精神科が精神保健福祉ケースワーカーの人達と協力しながら自殺の背景にある社会的な要因の解決にもつなげていくような、そうした当事者本位の連携が必要なんだと。

まだ話は切れないのですけれども、もういい加減時間だと思いますので、あとはディスカッションのところでお話させていただきますが、最後まとめたことを言う

と、このセーフコミュニティ、まさに「今日も無事でいて欲しい」、これがものすごい象徴的だなと思ったんですけれども。自殺というのは様々な社会問題が最も深刻化した末に起きているわけですね。ですから、自殺対策に対応できる地域のネットワーク、あるいは地域というのは他のあらゆる社会問題に対しても対応できるはずだと思います。ですからセーフコミュニティづくりの切り口として、極めて有効な切り口として自殺問題、自殺対策を捉えて是非推進していただければ、また私自身も実務的なことが本業ですので、またここでも展開される時には関わらせていただければと思います。

ちょっとあちこちいった話になってしまいましたが、どうも御清聴、ありがとうございました。

(反町座長)

どうも、清水さん、ありがとうございました。

最初にビデオに、やっぱり3万人、一人ひとりの掛け替えの無い命が失われていることの意味を私達噛み締めることができましたし、その後、縦割りを克服して横断的な協働をするために求められる政治的リーダーシップのことであったりとか、賃貸更新料や連帯保証契約をめぐる裁判の話を通して自殺に陥っていくプロセスを身近に感じることはできたのではないかと、また自殺対策実態調査の結果、分かった自殺の危機経路、それも具体的に示していただいて、これまでの施策者本位の仕組みをサービスを受ける当事者本位の、悩む人の当事者本位の仕組みづくり、連携づくりの必要性ということをお話していただいて、最後に自殺対策に対応できる地域のシステムというのは、あらゆる安心・安全の問題に対応できるのではないかなというセーフコミュニティに対する応援の言葉もいただきました。

地域で取り組む自殺予防対策 ～私たちにできる暮らしやすい地域づくり～

新堂府子
青森県東北町保健衛生課主任保健師

(反町座長)

それでは最後の演者になりますが、地域で取り組む自殺予防対策 ～私達にできる暮らしやすい地域づくり～と題しまして、青森県東北町の保健師の新堂府子さんにお話をいただきます。

新堂さん、東北町をちょっと御紹介しますと昨年度から市町村レベルで心の健康づくり協議会、自殺対策協議会を作って取り組まれて、かなり私の目からいくとうまくいっているのではないのかなというふうに思われましたし、取り組んだあと自殺者もかなり減らしていっていらっしゃるんですね。そういうことで今日、お願いいたしております。

新堂さん、よろしくお願いします。

(新堂シンポジスト)

皆さん、こんにちは。

青森県東北町保健衛生課保健師の新堂です。今日はこのような場での発表の機会、どうもありがとうございます。

私からは、地域での自殺予防活動として取り組んでいる心の健康づくり対策協議会と、保健協力員健康劇による啓蒙活動というところの2点について報告したいと思います。

まず、東北町ですけれども、平成17年3月に旧東北町、旧上北町との合併で新東北町として人口19,243人、高齢化率27.4%という町になっております。

続きましてこちら、自殺率の推移ですけれども、先ほどからお話にありますように平成10年から全国的に自殺が3万人を超えている状況にあります。こちらが県になりますけれども、青森県は中でも全国でもワースト2位、3位という状況にありました。さらに東北町はこの上の線になりますけれども、国、県よりもさらに高い状況、平成15年、16年、このあたりのピーク時点で見ますと国や県よりも2倍、3倍という高い状況になっております。現在このピーク時から減少傾向にありますけれども、まだ高い状況になっております。

続きましてこちら、町の統計ですけれども、先ほどお話ししたとおり15、16年がピーク、全国的な統計のように男性の方が女性より多い状況にあります。平成12年にあたっては女性が0という、初ですけれども0という状況

にあります。

こちら統計になりますけれども、平成17年からの男女別、年代別の自殺者数です。こちらの方、御覧になって分かりますとおり各層、男性が高い状況。そしてここに山がありますとおり、壮年男性、あと高齢者は男女高いという特徴があります。

これらのことから、東北町の特徴としましては、まず男性壮年期、あと高齢者の自殺が多い。2点目ですけれども、こちらの方、統計的なところはデータを載せておりませんが、東北町、毎年1件、2件、服毒による自殺があります。ただ、この19年に関しましては全自殺者数の半数が服毒による自殺という特徴的なデータが出ております。この点から、この2点が町の特徴といえます。

そこで、これまでの対策の方を振り返って見ての表です。まず17年3月に合併してから、17年度中はそれぞれ旧町村の地区活動として実施しておりました。18年度になりまして、それでも何となく物足りなさを感じまして、保健所の支援ということで保健所と一緒に健康教育の計画、健康づくり計画、広報掲載、ポスター掲示を行っております。19年、この年になりまして、やはり18年度実施してみてまだ何か物足りない、自分達の活動に自信が持てないということがありまして、この年、春先、県の精神保健福祉センター、その時の所長は渡辺所長になりますけれども相談をしまして、これまでの一次予防の活動で十分なのかどうか助言をいただきました。その結果、上十三地域、医療が恵まれておりませんので二次予防はやはりタイムリーにはこなせないということで、一次予防重視で行った方が効果が出るだろうということでした。そこで、町の方針としましては一次予防を重点的に取り組むという方向性で活動をしております。

この19年度につきましては、保健協力員、毎年健康劇を行っておりますけれども、それまではこの自殺予防、心の健康づくりのテーマは敬遠されがちでした。18年度、他町村の健康劇を見て、ちょっと自信を持った協力員がこの19年度から心の健康づくりの健康劇を実施しております。そして昨年、20年度は心の健康づくり対策協議会の方を設置しております。

これまでの活動を振り返ってみますと、まず町ではうつ病を中心の健康教育を行っています。でも、なかなか

効果が出ない、これでいいのかという疑問の声。取り組みは、保健衛生課のみ。各組織といっても保健衛生課内の関係組織だけで、それではどうも不十分じゃないんだろうか、広がりがないというところ。あと自殺の問題を個人の問題と捉えがち。死にたいんだから仕方が無い、自分達に関わっても意味が無い、そういった声が課内にあり、そして、役場内にも温度差があるという状況にありました。

そこで、いろんな組織、保健衛生課以外の関係組織、いろんな人達に自分達の活動をしてもらい、一緒に取り組んでもらう組織が必要だろうということで、平成20年度、心の健康づくり対策協議会を設置しております。この設置にあたりまして、やはり財政の方から、そんな設置してもムダじゃないかという声もありましたが、この時の町長の理解と、あと一般質問の方でもこういった関係のテーマがありまして、それが後押しとなってこの協議会の設置となっております。

こちらの方が実際の協議会の目的、構成員の方ですけれども、目的につきましては関係機関が連携をして自殺予防の推進を図る、構成員の方ですけれども、従来保健衛生課に健康づくり推進協議会という組織があります。ただし、それは保健衛生に関する組織だけでしたので、今回の構成員の方、約半分がそれとは違う新しい組織になっております。と言いますのも、特徴的なのがこの産業保健センター、あとは人権擁護委員、社会福祉協議会、何よりも自殺に一番最初に関わってくれるであろう警察の方、それと行政の方もこれまでは他課の方を交えたことがありませんけれども、関係するだろうと思われる福祉課、社協課、学務課、あと農業による自殺が多いということで農林水産課、商工観光課などを含んで、健康づくり推進協議会よりもボリュームのある委員で構成をしております。

この協議会のルールとしては各委員、とにかく1人ずつ感想でもいいので発表をしてもらって、自殺問題を意識づけるというところで実施しております。

これが実際に第1回目、昨年の9月に実施しております。この時のねらいは、自殺問題を意識づけるということで、まず主だったところを3つ挙げておりますけれども、「男性に自殺が多いのは悩みを相談する機会が少ないのかもしれない」という意見。安心電話を通じて自殺予告がありました。でも、これについても「なかなか勉強をしてないに対応が難しい」、これは民生委員の方の声です。それと、人権擁護委員の方の声なんですけれども、「実際24時間、死にたいという人があった時、電話で対応できるシステムが必要なのではないか」という声も聞かれておりました。その他の意見としても、先ほど言いま

した農業管理についても、「管理がまず徹底していない」という声や、協力員の方からは、「実際、うつになった場合、休暇を取れる職場は一体どのくらいあるのか。職場の理解も必要なのではないか」という声も聞かれておりました。

こちらの方が実際の協議会の風景ですけれども、司会をしているのが当時の町長になります。

そして2回目、年度末に実施しています。この時のねらいが、自殺の危機経路対策。先ほど清水さんからもお話がありましたけれども、各要因、いろいろありますので、その要因について、どこに相談をするのか考えようということで、債務中心に行っています。この時の声としては、まず「借りる人は借りること、それだけに一生懸命だ。冷静に判断することができないので、判断できる人につなげることが大事だ」、「融資が受けられない人、親戚とかにも誰にも相談できない」、これは漁協の方の声だったんですけれども「漁協の方でも年越し資金を貸したり弁護士紹介、あと破産したケースもある」ということ。あと、住民は、「実際、行政にはなかなか相談に行かない。行政よりは農協や商工会の方に行く」。それと、これは役場の方、「税務課の方でも相談の場所を教えてください」というのが、「滞納の関係で税務課の方に行った時に相談をする場所を教えてくださいなかつた」というのがあったということからこういった声も揚げられていました。その他にも町の特徴、農業管理がありますけれども、農林課の方からは「農業管理の方を徹底していかなければいけない。昔、農業を一気に回収をしたことがあったけれども、まだ残っているものもあるかもしれない」ということで、「課の方でも対策を進めなければ」という声が聞かれておりました。

こちらのが2回目の心の健康づくり対策協議会の風景ですけれども、後ろに見えるボードのところの白い用紙が先ほどお話をした危機経路です。この債務のところ、「どこに相談をしますか」というところで話を持ち出したところ、とても状況を事細かに実際の現場の様子を教えてくださいました。こちら、お話をしている風景があるのは、実際、漁協の方で熱心に債務に取り組んでいる方です。

こちらの写真は、保健協力員の健康劇の写真です。「心の風邪をひいていませんか」ということで、ストーリーとしては、東北町の特徴、高齢者、男性に自殺が多いということで実施しています。財産管理も息子夫婦に奪われ、趣味の仕事も奪われ、何もやることが無くなったおじいさんがうつ状態になった。でも、そこから周りの関わりで元気になりましたというストーリーで、暗いようなネタの中にもちょっと楽しみを入れながら行っていま

す。これが非常に好評でして、たまたまこの劇を見た協力員の方の話がつながりまして、去年は職域の方、JAの方でも実施しております。

最後になりましたけれども、今後の取り組みとしましてはまず構成員の見直し。先ほどお話しましたけれども、実際に税に関する関係課も入れて委員の方を構成しなければならないんじゃないかなというところ。あと、それと役場内と関係機関のつながりの強化。まだまだ役場内で温度差がありますので、その温度差をなくして担当者レベルで顔の見えるネットワーク構築、誰々さんにつなげば話がすぐつながるよという状況までもっていければと思います。

それと3点目ですけれども、相談窓口のPR。これは目立ってやらなくても片隅に実際相談をしたい方がどこかに相談できるような、そんな相談カードを置いてもらおうかと思っております。それと、学習の機会がなければ対応が難しいということでしたので、4点目としましては自殺予防対策の研修の実施ということで、今後、この4点について取り組んでいく予定で考えております。

この協議会も設置して2年目になりますけれども、昨年実施してみて、委員の方から沢山意見をもらいました

し、現場の様子を聞かせていただき、より具体的な課題が見えてきました。あと、実際自殺予防対策に関わっていない関係課については、非常にいい意識づけになりました。何よりも役場職員の方が常に広報等で自殺予防のPRをしているにもかかわらず、町の自殺率が高いのを知らなかったとか、自殺問題は関係ないという言葉に見えたように、まだまだ役場内での活動も必要だなと思っています。自殺予防というのは暮らしやすい地域づくりにつながります。今後、このネットワークを通じて相談しやすい、暮らしやすい地域づくりの構築を図っていきたいと思います。

御清聴、ありがとうございました。

(反町座長)

どうも、新堂さん、ありがとうございました。

都道府県の自殺対策協議会ですと、なかなか顔の見える関係にならないのですけれども、市町村の場合にはもう顔の見える関係ということで、心の健康づくり協議会の実際の状況を御説明いただいて、今後、同じような形で市町村で取り組んでいただく参考になるのではないかと思います。

シンポジウム討論会

（反町座長）

スピーディーに会場設営ができたようです。これからディスカッションに移ります。

まずはシンポジストの人達の間同士でちょっと質疑応答をしていただいて、その後、会場の方からも御質問や御意見をいただきたいと思います。

（本橋シンポジスト）

今日は住民参加であるとか協働ということなので、私の方から加藤参事官の方に少し。住民参加、特に民間活動の団体ということで、清水さんも今日も民間団体の立場ですけれども、今、国の方で出ている地域の自殺対策緊急基金のところでのキーポイントというのは、多分民間団体の方達がどのように活動をしやすいかということに対することで大分予算が出ていると思うのですけれども、一昨日も私、秋田県の民間団体の方とお話をした時に、国からは結構予算が出ているのですけれども、現場のところだとなかなか活動のところにもうまくつながりにくいようなところがあるということで、これは先ほど加藤参事官も言われましたけれども、実は国じゃなくて都道府県のところの人達の自主的な活動だと思うのですけれども、一応内閣府の今回のいろいろな緊急的な基金の中で、どうやったら現場で活躍をしている民間団体の方に住民参加、あるいは協働という観点から、より効果的な活動ができるようにうまく基金が活用できるのかというポイントみたいなものがあるのであれば是非お聞かせいただくと、また私も秋田県に戻ってそういう方達といろいろ話をする時に是非参考にさせていただきたいと思いますので、可能な範囲でお答えいただければ。

（加藤シンポジスト）

なかなか難しいんですけれども。先ほどもお話をしたように、国としてどういう対策がいいかということはお話はしておりますけれども、基金ができた経緯としても、やっぱり地域で活動をしていらっしゃる民間団体の方が何十万のお金でなかなか活動ができないというところもあって予算化されています。地域でいろいろ活動をされている、相談に乗っていただいたり、先ほどの経営相談もそうですし心の病もそうですけれども、そういうことをしていらっしゃる方や事業を捉まえて、それは自殺対策に資するんだというような形で民間団体の方の活動にお金が行くような仕組みを是非作っていただけたらいいなと。

実態としてなかなか現場でそういうところがないかもしれませんが、そういう場合は自殺という言葉に捉われなくて、結果的に自殺対策に資するということで広く捉えて、よく出てくる多重債務なんかもストレートには自殺対策では

ないんですけれども非常に大事な観点であったりするので、そういうところにもお金が行くようにというようなことを是非していただけたらと思います。

もちろん、まだまだ普及啓発もできてないとか、公共団体のところの相談もできてないので、そこにお金を使わなくてはいけないということもあると思いますので、全部が全部民間団体に流してくれということでもないですけれども、せっきくのお金ですから地域の連携ができるような形で是非使っていただきたいなと思います。

（清水シンポジスト）

今の件で補足をさせていただくと、私の記憶が正しければ自殺対策を担当している野田大臣も、あるいは自殺総合対策会議、閣僚で作る政府の会議ですけれども、この会長を務めている河村官房長官も、この基金というのは今、自殺対策が喫緊の課題となっている中で緊急的な対策を推進していくために500億円の基金を積んだんだと。それで、その緊急的な対策を推進していくという上では、既に活動をしている民間団体をてこ入れするというのがおそらく最も効果的なのではないかということで、その意味でも民間団体。ただ民間団体が困っているからというのではなくて、民間団体の活動をてこ入れすることが地域の自殺対策のてこ入れをすることにつながっていくはずだということで、民間団体へしっかりとお金が流れるようにということで作ったというふうに聞いていますので。

ただ、現状としては、先ほど本橋さんがおっしゃられたとおりのようで、私達もちょっとアンケートを全国の民間団体にしたところ、都道府県から民間団体には一括、一律30万円渡すから、それで何か好きなことをやってくれみたいなことを言われたり、あるいは、ただでさえ活動がもう切迫している中で、運営の資金がままならない中で、もし何か新規事業やるんだったらそれについては支援するよ。だから何か、今までやってきた活動じゃなくて新しい事業を行政の方に提案して下さいというふうに言われたり、提案した新しいものじゃないとお金を出さないよと県から言われて、新たに何かやるということは、また更に出費が増えるのかというので、結局我々のところには来ないのかというふうに民間団体の中で思っているものがあったり。どうも現場と基金を立てた主旨と齟齬が生じているみたいなので、そこは内閣府の方でもしっかりと調整をしていただいて、文書を出していただけたんですよね、全国に。

（加藤シンポジスト）

今、お話のあったように、既存事業に当てられないというわけではないので、既存の事業としてもそれが自殺

対策に資するものであれば、それはもちろん支援して構わないものですので、そういうことだったり民間の方で自殺対策に資するものやっていたらいいところがあれば、行政の中でやるよりもむしろそこと連携をしてやっていただきたいというようなことで事務連絡も流させていただきます。

また私、行政の立場なので、なかなか難しいと思うんですね、こういう場ですからあえて言わせていただきますが、いろいろな民間団体があるわけですね。その中で、例えばそのお金を出したことによって後で議会で言われるとか監査委員会で言われたらどうしようとか、どうしてもやっぱり堅くなるのは財政当局にあると思うんですけれども、是非そこは皆さんの中でむしろ支援をしようという側がこの団体はこういういい事やっているんだということをきちっと訴えていただいて、是非そういう関係を作っていただきたいなと。

闇雲にどこにも出してもいいというお金ではないので、そこの関係で難しいと思いますけれども、結果として是非民間団体の活動も進んで自殺対策、あるいはセーフコミュニティが進んでいくような形で、せつかく100億円あるわけですから使っていただきたいなというふうに私どもとしては思っています。

（反町座長）

どうもありがとうございます。自殺対策基金の趣旨と、使い勝手について詳しい点を教えていただいて。特に民間団体、新規事業じゃないとダメというのは全くの誤解だということを元締めからも御指摘いただきました。これは今日来られている自治体職員の皆様、あるいは民間団体の方も来られていると思います、すごい大きな収穫じゃないかなと、これをちゃんと引き受けてこれからやっていっていただければと思います。

その他、どうでしょうか。

（河西シンポジスト）

基金を既存のところで使うことができるというのは助かる話だと思います。私は、既にうまく動いているモデル地域というのをどんどん走らせるということも大事だと思っていて、今日の東北町もそうですけれども、他にも北東北では素晴らしい活動、効果が示されている活動が沢山あります。そうやって走っているところをどんどん走らせて、他のお手本になるような良いものをどんどんやってもらおう。それで、他の遅れた地域でやらなければならないような空気になれば良いし、遅れた地域は先進地域をお手本にすれば良いわけだし、そういう進め方が現実的かもしれません。とにかく、うまくいっているところは、もっとどんどん走らせるというお金の使いかたもあるのではないのでしょうか。

それから、「民間団体にお金を」という文言ですが、私たちのように病院で働くものがやっていくことも民間の活動としてみていただきたいと思います。私達はそもそ

も行政の人間ではありません。また、通常診療に加えて、さらに自分創意で新しいことをあれもこれもてんこ盛りにして、そしてそれを発信するためにたくさんの方をしてくれました。実際、勤務時間を遙かに超えて活動をしていますし、こういった部分にはもちろん手当はありません。大学や病院のスタッフでやっていて人材には定数がありますので、何らかの資金がなければマンパワーを増やすこともできません。そこをがんばっているのは、同僚たちの熱意ですが、活動に対して何らかの補助が入るのであれば、大いに励まされますし、活動を促進させることもできます。

そういう点からも、お金は、委託であるとか、あるいは所定の手続きがあれば、人に対してお金がつくようにしていただければ助かります。とにかく、自殺対策をするのは人間であって、その活動をする人の雇用を確保することが何と言っても必要なのです。

あと、基金の使われ方で危惧されるのは、全国の多くの自治体が、ただ単に自殺対策講演会のようなもの、あるいはあまり志向性のはっきりしない研修会のようなものを多数企画してしまうのではないかということです。実際、そのような事例があまりにも多いのです。「とにかくたくさん人を集めました」とか、研修をするのに、相談従事者から行政のあらゆる部署の方、そして当事者、ご遺族など、ありとあらゆる人が一緒になっていたり、そういう事例が多いのです。従事者にすべき研修と、当事者の方に必要な情報提供というのは、それぞれ丁寧に分けて行なうべきなのです。

（反町座長）

どうもありがとうございました。

新堂さん、何かいかがですか。

（新堂シンポジスト）

走っている自治体ということですので、さらに走り続けて、私の今年の目標が、いろんなところに自分の顔売ってネットワークづくりに取り組みたいと思っていましたので、貴重な御意見をいただきましたので、今後さらに計画をしていきたいと思っています。

（加藤シンポジスト）

座長に質問をしてはいけないんですけれども、今日、せつかく東北町ですてきな発表をさせていただいたんですけれども、例えばこういうのを保健所の管内で事例を、特に身近な事例ほどよく適用できると思うので、そういうことを進めていくとか、そういうようなお考えとかありますか。

（反町座長）

そういうこともあって今日新堂さんにお出でいただいていますし、管内及び青森県の中でも東北町の取組というのはやっぱり真似していただきたいと思います。県の自殺対策協議会にも参加していますけれども、顔の見える関係にはなかなかならず、やっぱり遠いなど感じています。

す。東北町もこれからだと思うんですけれども、内閣府の方に、市町村で自殺対策協議会を持ってもいいですよという形で宣伝していただいても良いのかなと思います。全部の市町村に持てと言われてもできないとは思いますが。そうすると、やっぱり地域づくりとかを一生懸命やっけていてうまくいっているところの場合にはかなり機能をするのではないのかという感触は持っております。

ですので、新堂さん達と協働をして何かまとめられたらいいなとは思いますが。すいません、座長がコメントをして。

（清水シンポジスト）

あと、市町村レベルで新たに自殺対策協議会を立ち上げるというよりも、既に機能している地域のネットワークがあるのであれば、そこに新たな機能を付け足していったらいいと思います。多重債務者支援のネットワークがあったり、ネットワークと言ってもあまり広範でなくても、例えば行政と民間団体と弁護士会というような地域の連携というのは、多重債務者支援を切り口にして結構全国でも展開されていますので、例えばそこに健康問題に取り組んでいるいろんな専門家であったり、あるいは他の福祉の関係の人達が加わることによって、それは機能的には多重債務者支援だけでなくもっと他の問題を抱えた人達の自殺対策にもなっていくわけなので、やたらポコポコ同じようなものを立ち上げて、協議会の名前は変わってもメンバーが8割同じとか結構あったりするのです。そこら辺はやっぱり市町村レベルで、きっと効率よくやれるぐらいのレベルでしょうから、展開をしていけばより自殺対策が広がっていくのではないかと思います。

（反町座長）

すごく参考になる御意見だと思います。

一方で、ちょっと御紹介しておきたいのは、全国的にはどうか分かりませんが、青森県の場合ですと、どこの市町村も健康づくり協議会というものを持っています。そこの中に保健セクターの方とか議会の方とかが入っていて、市長さんが挨拶をしてなんていうのをやっているんですね。ただ、やっぱりちょっと足りない部分があって、先ほど新堂さんが御紹介されたように足りない部分の方に集まっていたということがあります。ですので、逆に今度、多重債務とかそういうところが一生懸命取組があるところは、そこに保健セクターの人に合流してもらってやるとか、それは有望なんじゃないかなと思います。

（河西シンポジスト）

清水さんの言われたことに関してですけれども、やっぱり自治体とか地域によって実情はいろいろあると思うんですよね。それで残念ながら大きな県単位とか大きな政令都市などの場合の自殺対策の協議会はほとんど報告会ですね。言にくいですが、機能をあまりしていないような気がしますと

言っておきますけれども。

例えば大和市の場合ですけれども、大和市の市の連絡協議会はそれよりはいいと思います。だけでもやっぱり各団体のトップの方達が集まってくるので、座布団の下のはよく分からないというところですから、ですからやっぱり私達は現場のネットワークも作っているんですよ。そうやって下からどんどん盛り上げていって、今度下から上に突き上げをして、その真ん中が上に突き上げるという構造を狙っているんですけれども、やっぱり現場の人が一番苦労をしていて、何をすればいいかも一番分かっているの、そういう三段構造を敢えて狙ってやっているのですが、そういうのも必要なと思います。

そういうことをしなければいけないというのは、取りも直さずコミュニティのシステムが弱いということですから、そこは課題だと思うんですけれども。

例えば、これは岩手県などでも非常にうまくいっている久慈地域もそうだと思うんですよね、現場のネットワークがあっというまにうまくいっているんですけれども、そういうものもあります。ちなみに、すごくうまくいっているネットワークがあったとしても、それを例えば県のレベルで、部長会ですかね、局長会ですかね、地域で集まって、いくら久慈でこういうことがすごくうまくいっていますと言っても、なかなか県のレベルで広がっていかないというのは何でかなと思うんですけれども。

そうやって走っているすごくいい地域をまた広げていくような上の人目配りというんですかね、そういうのも必要なと思いました。

（反町座長）

どうもありがとうございます。

そろそろフロアの方からも御質問や御意見をいただきたいと思うのですが、よろしいでしょうか。

自殺対策協議会をめぐって、今、いろいろ議論をされています。自殺対策基本法ができた時に県レベルで自殺対策協議会が位置付けられて、しかもその中に民間団体を入れて部門横断的にせよ。これは自殺対策の中でセーフティプロモーションの理念を入れたものが作られたというので、私は個人的には非常に興奮を覚えました。今、それを実際、セーフティプロモーションの活動として、見方によっては中味が入れられている時期なのかなと。会場の皆様にもそういうふうに自殺対策協議会とかを思っていたきたいと思います。

御質問、ありませんか？

はい、どうぞ。

（大山さん）

青森県立保健大学の大山と申します。

今日は大変貴重なお話を先生方からいただきまして、私も大学の教員の立場、精神科医の立場で、県内9つの市町村でうつ病スクリーニングを使った自殺予防対策に取り組んでいるものです。スクリーニングに6割参加し

て下さると、ほぼ確実に自殺率が下がるということを何度も確認しております。

先生方にちょっとお尋ねをしたいのですが、先生方が今日お示したうつ病の戦略、自殺予防の戦略もしくは自殺者を減らすための対策ということが沢山出てまいりましたけれども、一体どの程度の人までにそれが広がれば効果が出るのかということを、どのようにお考えなのかということを、例えば本橋先生からちょっとコメントをいただければと思いますけれども。

(本橋シンポジスト)

私ども、研究レベルでずっと秋田の市町村をやってきたんですけれども、先ほどの藤里町とか4千ぐらいのところから、多いところでは厚労省の戦略研究で7万ぐらいやっているんですけれども、私の住んでいる秋田市は30数万ですので、保健所というのは今、大体30万人に1つぐらいですよ。私の印象では30万というと、これは先ほど言ったように顔の見える関係がなかなか難しく、都市部と言っても、私、例えば能代とかでやっていますけれども、やっぱり5～6万のところをまず念頭に、多くても、5千人とか1万人ぐらいだと、かなり我々が入って、それから現場の保健師さんも本当に誰が誰と分かるんですよ。そうするとかなり、いわゆる地域づくり型、過疎地域型のものについては効果が上げられています。都市部における対応というのは、実は、だから私は多分東京であるとか、秋田でもそうですけれども30万人いたらやはりそれを5つか6つに分けた地区で、そこでかなりきめ細かいことをやっていくとかなり効果が現れるのではないかなと思っています。

結論から言うと、多分私、5万～10万ぐらいのところ、5～6万のところは我々が実際に研究レベルで介入していく時には我々の対策の効果が見えやすいところだろうと思っています。

ただ、先ほど私がスライドで示したように、秋田県全体の施策のあれでは、あそこは100万ぐらいの県で啓発活動を中心にやると下がってきますから、100万規模のところでもやると下がるということが分かりますので、最近そういうことが分かってきたんですけれども、我々が現場で密着してやっている時には数万のところあたりが我々自身としても見やすいし、効果が見やすいと。多分、大山先生もそういう御意見ではないかと思いますが、そんなふうに考えています。

(反町座長)

どうもありがとうございました。

他に、もう一方ぐらいいかがでしょうか？

よろしいでしょうか。

(石附座長)

今、私の方は、問題の根幹は同じだと思いますが、子

どもの例えば連れ去り事件、どういう範囲で、どの範囲でコミュニティのそういう問題意識、あるいは安全意識、さらには行動変容まで持っていけるかということいろいろ調べているのですが、やっぱり防犯の関係だと、あるいは交通安全、事故、やっぱり小学校区ぐらいのところ、子どもを円にした中心軸と言いますか、学校と地域と関係機関団体というところが非常に顔が見えるんですね、まさに。そこから広げていくということが現実的なやり方じゃなからうかという印象を持っております。

河西先生に教えていただいた大和市、私ども厚木で今、セーフコミュニティを一生懸命にやっていて、その一環として視察に行きました。いろいろ教えてもらいました。いかにこれがやっぱり難しいかですね。だけどチャレンジしていますよ。何もやらなければどんどん悪くなりますよね。

さっき報告がシンポジストの方からありましたとおり、効果的な対策をやれば確実に減るんですね。これは国においてもそうだし、何でもそうなんです。

だから、いかにモデルのところを皆で効率的に学ぶか、学びあうか、その努力、これがやっぱり本当に大切なと思います。

(反町座長)

シンポジストの皆様、フロアの皆様、御協力ありがとうございました。

このシンポジウム、やっぱりセーフティプロモーションの基本にあります住民参加で部門横断的な協働の自殺対策、その実際例としてある意味では一番先進的な取り組みである自殺総合対策について理解を深めることができたのではないかなと。その核に、ある意味では象徴的な自殺対策協議会の意味や機能のさせかたについても議論を深めることができました。

また、セーフコミュニティ活動が、自殺対策についてちゃんと取り組めれば、あらゆる暴力とか防犯とか事故の予防にも取り組める。それはセーフコミュニティに取りも直さずなっていくわけですが、そういう御意見もいただいたわけでして、自殺総合対策とセーフコミュニティの関係、あるいはその他の部門のセーフティプロモーション活動、セーフコミュニティ活動との関係なんかも皆様に考えていただく機会になったのではないかと思います。

それではどうも長時間、ありがとうございました。これにて自殺対策シンポジウムを終わらせていただきます。

御清聴ありがとうございました。御協力ありがとうございました。

(司会)

石附先生、反町先生、どうもありがとうございました。

家庭内暴力の外傷サーベイランスが困難な理由 ～ドメスティックバイオレンス被害者に対する看護職の認識から～

山田典子
青森県立保健大学

Reasons why monitoring of injuries related to domestic violence (DV) is difficult: A recognition of nursing professionals providing care to DV victims

Noriko YAMADA
Aomori University Health and Welfare

要約

家庭内暴力による外傷サーベイランスが困難な理由を、DV被害者に対する看護職の対応状況から分析することとした。

2004年から2007年に、Q県の看護職約1000名に、質問紙調査①と半構造化面接調査を実施した。調査①では、979名中630名(有効回答率64.4%)の回答より、3人に1人の看護職がDV被害者と接した経験があった。回答者の平均年齢は40.5歳だった。

調査②では、28歳から55歳までの看護職25名より、DV被害者支援において困難感を抱いた内容をKJ法にて分析した。抽出された課題は、[被害者の現状][看護士の気づき][マニュアルの不備][看護士の意識][加害者対応][キーパーソンの不在][対応の行き詰まり][より困難さを増す要因][専門職のスキル][看護士の改善努力][専門職の変化][観察アセスメント][医療機関内の工夫改善点][地域資源の拡充][予防活動の充実]であった。

DVの外傷サーベイランスの実現を困難にする理由のひとつに、医療職等が「意識的無視(視ようとしなから暴力が観えない)」をすれば、被害者の発見とその支援がルチーンの業務になっていかないう構造が推測された。また、社会資源の拡充や予防教育と啓発活動の充実が、側面的に外傷サーベイランスの推進に影響を及ぼすことが示唆された。

キーワード：外傷サーベイランス、DV被害者、看護職の認識、セーフティプロモーション

Abstract

This analytical study was conducted to clarify background factors which may inhibit detection of DV related injuries. This study specifically adopted the viewpoint of nursing professionals who provide services to DV victims in order to uncover the issues affecting the problems.

In 2004-2007, a questionnaire (1) using written inquiry and a semi-structured interview (2) were consecutively carried out in Q Prefecture in Japan with the target groups of 1000 nursing professionals working in public and clinical health services.

Survey (1), responses from 630 out of 979 (average age 40; 64.4 % effective response rate) indicated that one third of the respondents had experience of professional contact with DV victims.

In survey (2), the KJ method was applied to question 25 nursing professionals who had encountered DV victims in order to establish the factors making detection difficult. The nurses involved in this problem analysis were randomly selected from the above-mentioned respondents to survey (1). The age distribution of the 25 nurses was from 28 to 55.

Several problem statements were consequently extracted from the dialogues.

01...Nursing staff could not recognize the injuries.

02...Manuals for handling DV related injuries were not available.

03...Awareness level of nursing staff about DV was low.

04...Nursing staff did not have confidence in handling DV suspicious cases.

05...Key persons in caring for DV victims did not exist.

06...Nursing staff felt the care toward DV victims was ineffective.

07...Health staff from other fields did not show any interest in DV.

08...There was no sign of improvement in care provision to DV victims.

09...Health staff lack training in assessing DV victims.

10...There is a chronic resource shortage related to the care of DV victims in the municipality.

11...Preventive activities against DV were not properly conducted.

There are no standard methods of detection of DV victims by front-line health staff. Furthermore, health staff tend to ignore their suspicions of DV intentionally, or partly because of the fact that nursing staff, even when aware of DV, cannot officially inform the authorities. In addition, it is also suggested by this study that surveillance of DV related injuries is negatively affected by chronic resource shortage and insufficiency in promotional and preventive education of DV.

Key Words : Injury surveillance, DV victims, Nurse's aware, Safety Promotion

I. はじめに

親密な関係ゆえに巻き込まれ、密室の出来事として表面化しがたいために、長期にわたり複雑化しエスカレートする暴力のひとつにドメスティックバイオレンス(以下「DV」と略)がある。DVは配偶者等における不平等な関係が暴力によって固定化されたものであるが、近年、婚姻関係にない若い人たちの間でも、性的暴力、身体的、精神・心理的、経済的、社会的暴力が問題視されている。そして、これらの暴力により受診に至る被害者は少くない。

海外の先行研究では、パートナーがいる女性の11.7%がDVのために救急外来を受診し、自殺企図の既往のある人のうち81%がDVを経験している¹⁾。DV発生は産後3ヵ月以内が21%と最も多く、妊娠中に暴力を受けていた女性の75%は産後にも暴力を受けていた²⁾。さらに、中絶を望む女性の39.5%にDVがあると報告されている³⁾。

内閣府(2006)の「男女間における暴力に関する調査」によると、配偶者から身体的暴行・心理的攻撃・性的強要を繰り返し受けたものは、女性10.6%、男性2.6%であった⁴⁾。また、「配偶者からの暴力の被害者の自立支援等に関する調査」で、配偶者間暴力で怪我や精神的不調をきたしたものは90%を占め、このうち約70%は医師の診察等を受けていた。医師の診察を受けた事があると回答した484人は、「整形外科」「外科」「心療内科」「内科」「精神科」「救急外来」「産婦人科」「耳鼻咽喉科」「脳神経外科」「眼科」「歯科」「神経科」「接骨院」「皮膚科」「鍼灸院」「漢方医」「カウンセリング」「口腔外科」等受診していた。複数の診療科を受診したものは301人で、1人あたり平均2.3科だった⁵⁾。加えて、2004年に岡山県内の医師・看護職に行った調査(配布2,000、回収616)によると、2人に1人の医療関係者がDV被害者の受診を認知し、被害者は複数の診療科を受診している⁶⁾ことが示された。

しかし、DV被害者が医療機関を受診する例は少ないが、その実態については断片的な調査によりうかがい知るにとどまり、DV被害の実像があいまいなこともあり児童虐待に比較し対策が立ち遅れている感がぬぐえない。そこで、本研究では家庭内暴力による外傷サーベイランスが困難な理由を、DV被害者に対する看護職の対応状況から分析する。そして、家庭内における外傷の実態を明らかにするためのサーベイランスを促進するための必要条件を論考する。

II. 研究方法

1. 対象

2004年から2007年までの期間にQ県の総合病院に勤務する看護職と行政に勤務する看護職とし、調査①では630名(979名に配布)、調査②では調査①に協力した者から25名を調査対象とした。

2. 調査方法

調査①

看護職が普段の業務の中で、どのくらいDV被害者と思われる患者に出会っているか、質問紙調査を実施した。2004年4月現在、Q県内の保健センター等で相談業務に携わる保健師と、救急および産婦人科・精神科外来や夜間休日診療に携わっている看護職に協力を依頼した。

病院の選定は「病院要覧」をもとに、救急および産婦人科、精神科、夜間休日診療を備えている施設を抽出し、その病院の看護局長へプリテスト用紙と研究協力依頼文書を送った。文書が届いた後、全施設に電話にて調査への協力の意向について伺った。また、その際には質問紙について意見を聴取した。その意見をもとに、修正を加えた質問紙を協力の了解が得られた部数(495部)のみ依頼した。

また、行政に勤務する保健師については、Q県健康福祉部に研究計画と調査内容について伺いをたて、了承を得てから各施設に郵送にて調査協力の依頼文と質問紙を送付した。市町村に関しては、参事級の保健師にスーパーバイズを受け、出来るだけ市町村に赴き課長および保健師に調査の説明と依頼をした。足を運べなかった施設には郵送で調査協力の依頼文と質問紙を送付した。対象とした保健師は484名であった。2004年4月～5月にプリテスト、同年6月～7月に本調査を実施した。

2004年

募集
参加

1. Q県内看護職 151施設 979名に呼びかけ
2. アンケート結果報告書の発送と研究参加の呼びかけ
3. 研修目的で研究者が向向き個別に呼びかけ

調査
①

1. DV発見チェックリストの発送(Q県内全総合病院、全訪問看護ステーション、全保健所・保健センター)
2. DV被害者の発見率、チェックリストの精度
3. 出会った被害者の様子、看護職の連絡先

2005年2月

～

2007年9月

調査
②

- 聞き取り調査
1. 被害者支援において看護職が抱いた困難感
 2. 看護職のやりがいと消耗
 3. どうしたらDV被害者の発見と支援につながるか

分析方法: 帰納的内容分析

DV相談のきっかけ、発見、有効性、配慮すべき点等

世帯
調査

図1 本研究の構造

調査②

調査①の結果、DV被害者に対し支援を行った看護職に、支援過程で抱いた困難感にまつわるエピソードを聴取した。

困難事例に対応して感じたことについて2005年2月から2007年9月に、半構造化面接を行った。内容は、現段階で出来ていること（事実）、今は人材が不足し十分環境が整っていないが、DV被害者として認識された患者の回復を助けるために行動化する必要があると思われる事柄（仮定の事象）について得たデータを類似性差異性に基づき分類した。次に、抽出されたデータを看護職組織内のできごと（内的要因）か、それ以外の職種や機関との関わりや在り方に作用される事柄（外的要因）に分類した。さらに、それぞれの事柄を個人的領域から、家族・同職種集団、病院や役所等の職場、文化や信念・価値観等というミクロ、メゾ、マクロ、エクソのシステム⁷⁾に階層化した。

これらの段階を経て、①内部要因でやっていること、②外部要因でやっていること、③内部要因でやれていないこと、④外部要因でやれていないことについて、KJ法を用い定性分析を行った。分析過程でKJ法ソフト「せせらぎ」を用いて作成したシートを基に、看護職間で内容の検討を重ね、厳密性および信頼性の確保に努めた。

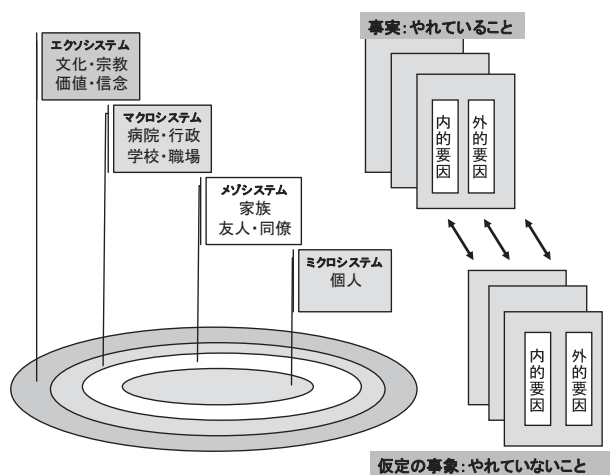


図2 データ分析の過程

3. 用語の定義

「セーフティプロモーション」とは、住民が平穏に暮らせるようにするため、事故や暴力及びその結果としての外傷や死亡を、部門や職種の垣根を越えた協働による科学的に評価可能な介入により予防しようとする取り組みのこと。

「外傷サーバイランス」とは、発生状況を正確かつ継続的に調査・把握し、その情報を基に外傷の予防と管理をはかる一連のシステムを示す。科学的な方法に則り客

観的データを医療機関もしくは世帯調査等で収集する。

4. 倫理的配慮

本研究は、調査毎に所属機関の研究倫理委員会の審査を受け承認を得た上で実施した。調査対象者に研究目的と概要および以下1)から5)の項目について、文章と口頭で説明した。さらに、研究者が文書の内容を遵守することを説明し同意書を交わした。

1) 研究への協力、同意は任意である。2) 研究への協力を拒否しても何ら不利益を被らない。3) 同意書への署名後も同意を取り消す権利を有する。4) 個人情報保護される。5) 看護研究における倫理に則り研究を遂行する。

Ⅲ. 結果

調査① DV被害者発見の頻度

1-1. 対象者の属性

979名に自記式質問紙を郵送法にて配付・回収した。記載漏れのある回答を除外し630名の有効回答を分析した。

1-2. 分析結果

平均年齢40.5歳の看護職の3人に1人はDV被害者と思われる患者（相談者）に出遭っていた⁸⁾⁹⁾。

これまでにDV被害者に相談機関（警察、女性相談所、福祉事務所、シェルター等）を紹介したことがあるかについては、「紹介しようと思ったが、相談機関が分からない」「どこに相談すればよいのか分からない」「どんな支援ができるか分からない」という理由で、被害者に必要な情報の提供が出来ない看護師がいた。

表1と表3より、看護師では84件DV被害を認識していたが、他機関紹介では12件（14.3%）であったのに対し、保健師では69件中44件（63.8%）他機関を紹介していた。

また、自由記述から「DV被害者かどうかという視点で患者を見たことがない」ため、「DV被害者が病院を受診した際、臨機応変な対応が出来るとは限らない」ことが明らかになった。

本調査用紙を用い、協力者にDV被害者との関わりについて、後日、話を聞かせていただけるよう依頼した。自由記述に被害者に関する内容と連絡先を記したものに、調査②の依頼をした。

調査② 看護職が抱くDV被害者支援への異和感とその構造

2-1. 対象者の属性

28歳から55歳までの看護職25名（看護師21名、保健師4名。25名のうち助産師資格を有するもの4名）。インタビュー時間は総計900分（平均36分）だった。

表1 DV被害者認識状況

DV被害者の有無	看護師		保健師		総数	
	件数	%	件数	%	Nr	PHN
1 いた	84	25.5%	69	23.5%	330	294
2 いなかった	159	48.2%	189	64.3%	330	294
3 わからない	76	23.0%	32	10.9%	330	294
不明	11	3.3%	4	1.4%	330	294
	330	100.0%	294	100.0%		

表2 DVと思われる患者(相談者)の被害状況

被害の程度	看護師		保健師	
	件数	%	件数	%
傾聴など精神的な支援が必要なケース	54	59.3%	59	69.4%
治療が必要な外傷あり	28	30.8%	9	10.6%
治療が必要な心身・精神症状があった	8	8.8%	15	17.6%
死亡した	1	1.1%	2	2.4%
被害者総件数	91	100.0%	85	100.0%

表3 DV被害者に対する他機関紹介

	看護師		保健師		被害者総件数	
	回答数	%	回答数	%	Nr	PHN
ある	12	13.2%	44	51.8%	91	85
ない	58	63.7%	23	27.1%	91	85
わからなかった	8	8.8%	0	0.0%	91	85
不明	13	14.3%	18	21.2%	91	85

表4 対象者の属性

年齢	性別	職場	部署	インタビュー時間[分]
28	女	病院	外来	30
29	男	病院	病棟	20
34	男	病院	救急	15
35	男	病院	救急	20
37	男	病院	救急	45
38	女	病院	救急	60
38	男	病院	救急	35
39	男	病院	救急	30
40	女	病院	外来	40
43	女	病院	外来	30
43	女	病院	外来	30
44	女	病院	外来	25
45	女	病院	病棟	40
45	女	保健所	精神	55
47	女	市町村	母子	70
47	女	病院	病棟	30
48	女	病院	外来	30
48	女	病院	外来	40
49	女	病院	外来	35
50	女	病院	管理	30
51	女	病院	管理	30
52	女	病院	管理	30
53	女	病院	管理	40
53	女	保健所	精神	50
55	女	保健所	母子	40

2-2. 半構造化面接の内容

インタビュー内容は、「DV被害者と疑ったときの状況」「DV被害者とわかったときの対応」「対応する上で困ったこと」「今後DV被害者発見と支援に必要だと感じていること」で、聞き取った内容は、インタビュー直後

にメモし、レポート用紙にまとめた。その中から意味のある273文節を抽出し、類似性差異性に注目しKJ法を用い分類した。

2-3. 分析結果

DVによる外傷サーベイランスが困難な理由として得られた大項目は、[被害者の現状][看護師の気づき][マニュアルの不備][看護師の意識][加害者対応][キーパーソンの不在][対応の行き詰まり][より困難さを増す要因][専門職のスキル][看護師の改善努力][専門職の変化][観察アセスメント][医療機関内の工夫改善点][地域資源の拡充][予防活動の充実]であった。

2-3-1. 事実の内的要因に基づく、看護が直面しているDV被害者支援の困難

[被害者の現状]は「自ら変化を起す力が不足している」ことに加え、「本人のDV認識が欠如」し、被害者を取り巻く家族は「多問題家族」であった。

[看護師の気づき]として、被害者への対応は、「初めての問診からは看護師はほとんど察知できず、DVと判断できない」し、「患者がDVを受けていると言わない限り“おかしい”と思っても帰宅させていた」。「DV被害者がいないのではなく、様々なサインを見逃してきた」、「どのように対応すればいいかわからないまま業務をこなし」、診察場面で被害に気がついて「先入観を持って

被害者を診て、気持ちに寄り添ってこなかった」。「知識不足が基で、適切なケアも必要な連携もなされないまま日々過ぎていつている」。

〔マニュアルの不備〕では、「DV対策マニュアルも、明確な診断基準もない」医療機関が多いこと、「既存のマニュアルはあるが、活用されておらず、役割を果たしていない」現状が明らかになった。その背景には、「ケアの実践に活かすための体制不備」が潜み、結局「再び暴力被害に遭うと確信しながら加害者の元に返す」しかない状況があった。

これらの状況に直面し、〔看護師の意識〕では「被害者のなかには嘘で取り繕ったり、精神疾患を伴う者もいて判断が困難」で、「被害者の言動からだけでは真実がつかめない」ことへの苛立ちが表出された。看護師は「加害者・被害者への複雑な感情を抱いている」現状や〔加害者対応〕に悩んでいた。「頻繁に出会うケースではないため、苦手意識が先行」し、「適切な観察技術を持たない事が、逃げ腰の原因」になる等、DV支援の阻害要因となっていた。

暴力に対応するという点では、看護師の大半が女性であることから、「被害者に関わることで、加害者から攻撃されるのではないかという漠然とした不安が大きい」とく、「DVは看護とは関係のない事と思い込むことで、患者の人間としての背景を意識の外に追いやってきた」実態が明らかになった。

看護師の「本音は、強い不安があり、DVに気づくことを恐れ、DV被害者を回避したい」。なぜなら「家族があてにならず、被害者も暴力の過激化を恐れ、解決に結びつきづらい」からだ。「加害者に暴力の自覚がないため、被害者のみに改善努力が求められがち」であることを決して良いとは思っていないが、支援における〔キーパソンの不在〕は、DV被害者支援における閉塞感を強める要因になっていた。

さらに、組織構造から生じる“あきらめ”の構図が、〔対応の行き詰まり〕感を強め、〔より困難さを増す要因〕となっている。

「外傷のみ看ている為、DV判断は看護師の感覚にゆだねられている」、「全ての看護職がDVへの対応方法を知らないために、ジレンマやバーンアウトの原因につながっている」というようなマイナス要素もあるが、「必要な知識を得ることで、連携や社会資源の活用に対する意欲も高まり」、「DVについて学ぶことで、今までの看護ケアの振り返りが促される」と、述べられていた。

2-3-2. 内的要因と仮定の事象から導かれた課題

看護師を取り巻く組織の課題は、「ほとんどのDV被害者が一般診療科を受診」し、たまたま患者の不自然さに

気がついて「部署や担当者によって温度差が著しく」、「死に至ることさえあるのに、被害者になんの介入もできないと思っている」専門職も多い。医療のヒエラルキーの中で、「あらゆる事が医師の判断にゆだねられており、ケアにおいてさえ看護に主体がない」等、対応の工夫として挙げられた項目を〔医療機関内の工夫改善点〕とした。

改善が必要な〔専門職のスキル〕には、「日常的にスクリーニングを行い」、「患者の訴えだけでなく、ノンバーバルな表出に敏感にな（る）」り、被害者を発見した場合「これからどうしたいのか被害者の話をよく聞き、相手が求めていることを確認」し、「被害者の意見や行動を尊重する」ことがあげられた。

上記を実現させるための〔看護師の改善努力〕は、「知識と看護経験に基づく、余裕や安心感のある対応を目指すことである。具体的には「DV・虐待事例では、その家族全体に目を向け、他の暴力の可能性も意識しながら情報収集する」ことや、「必要な記録を残し、適切な対応ができる」ように、「看護師としての専門性を自覚し行動化を図る」ことがあげられた。

医療界で圧倒的多数の看護職の変化は、「被害者への援助方法を探すために、傾聴し、起きている事象を理解する」ことを周囲に知らせ、〔専門職の変化〕を促す。DV被害に対し「頻繁に出会う患者ではないため苦手意識が先行」し、さらに「明確な外傷がない」場合は、問診と患者の言動に違和感を覚えても、「被害者を観察する視点がずれていると、被害者を見たこともないと発言する看護師になってしまう」。したがって、病院内で多数を占める看護職が他職種のモデルになり、「患者を見る視点を養ったり変える」こと、「救急認定看護師の院内スタッフによる指導・教育」「スタッフの意識づけを行い、支援に必要な知識・技術の習得を図る」といった行動化を促し、「医療スタッフの意識改革」が必要だと認識された。

看護師および医療スタッフが自信と誠意を持って被害者支援に携わるために、〔観察アセスメント〕〔地域資源の拡充〕が必要である。いわば、適切な〔観察アセスメント〕により、「被害者およびスタッフの安全（見守り・プライバシー保護・安心できる場）の確保」と「外傷のみでなく被害者の生活状況も把握」し、「些細なことも見逃さず、証拠になる記録を被害者支援チームで残す」ように全体で取り組む。「院内の全スタッフで（対処方法を）共有し、実践からマニュアルの欠点の改善を図る」ために、「他の専門職や組織の役割と機能を理解する」こと。さらに、「固定観念や権力者の発言に流されないよう、環境改善や研修の充実を図る」等の〔医療機関内の工夫改善〕の促進をはかる。

必要に迫られた看護師が「病院にあったDV発見マ

表5 内的要因と仮定の事象から導かれた[看護師の改善努力]

大項目	中項目	事実/現実でない	内側/外側	データ
看護師の改善努力	直接的な対応の工夫	仮定の事象	内的要因	救急認定看護師による院内スタッフの指導・教育
看護師の改善努力	直接的な対応の工夫	仮定の事象	内的要因	書類の作成(写真撮影を含む)等について学習する
看護師の改善努力	直接的な対応の工夫	仮定の事象	内的要因	男性看護師に言いづらい場合は女性看護師に対応してもらう
看護師の改善努力	組織改革と意識形成	仮定の事象	内的要因	病院の中で多くの人数を占め大きなパワーを持っている看護師に働きかけ
看護師の改善努力	組織改革と意識形成	仮定の事象	内的要因	最初に患者に会うのは看護師。患者を見る視点を変える
看護師の改善努力	直接的な対応の工夫	仮定の事象	内的要因	どんなサインも見逃さないように心がける。
看護師の改善努力	阻害要因	仮定の事象	内的要因	観察する視点がずれていると被害を見たこともないと話す看護師になる
看護師の改善努力	阻害要因	仮定の事象	内的要因	頻繁に出会うケースでないため苦手意識が先行してしまう
看護師の改善努力	看護職のジレンマ	仮定の事象	内的要因	明確な外傷がない場合、看護師の感覚に判断を委ねられている

表6 外的要因の現状と仮定の事象から導かれた課題(一例)

大項目	中項目	事実/現実ではない	看護の内/外	データ
院内の工夫改善	阻害要因	事実	外的要因	閉鎖的な土地柄が原因でDV患者に関わりたくないと思う
院内の工夫改善	看護職のジレンマ	事実	外的要因	被害者は問題解決能力に欠け、指導が必要な劣者であると他職種から思われている
院内の工夫改善	直接的な対応の工夫	事実	外的要因	暴力は視ようとしなければ見えないもので、DV問題は意識的に無視されている
院内の工夫改善	促進要因	事実	外的要因	看護側から医療がDV問題に果たす機能の再確認を促す
院内の工夫改善	看護職のジレンマ	事実	外部要因	医療者が専門的知識を振りかざしたり押し付けたりする
院内の工夫改善	阻害要因	事実	外部要因	暴力を受けている患者はソーシャルサポートを受けがらない
院内の工夫改善	阻害要因	事実	内的要因	経済的、社会的、精神的暴力は本人からの訴えがなければ発見するのは困難

ニュアルの作成を促が(す)し、「外来以外にも相談できる環境(部署)を整え」ることで、次第に「院内(医局・相談室)および、院外(相談機関・警察・保健所)と連携を図る」道を開き、[地域資源の拡充]につながる。

組織構造から生じる“あきらめ”を払拭するには、「病院の組織改革」と「関係者の意識形成」が必要だが時間がかかる。まず、はじめの第1歩は、普段から同職種間だけでなく「他職種の意見や見解が尊重される」職場環境を醸成し、様々な診療科で「DV支援の経験を積み重ね、エビデンスを見出す」こと、さらに「フィードバックをすること」があげられた。

2-3-3. 現状の外的要因から導かれた課題

DV被害者サーバイランスにおける根幹的課題は、「暴力や虐待の早期発見」から「医療がDV問題に果たす機能の再確認」と、「閉鎖的な土地柄が原因でDV患者にかかわりたくない」と無関心を装う、環境的課題が浮き彫りにされた。「被害者は問題解決能力に欠け、指導が必要な劣者である」と決め込み、興味本位に見下し「医療者が専門的知識を振りかざしたり押し付けたりする」事実が[医療機関内の工夫改善]に分類された。また、一部の医師や管理職は責任を回避し、様々な理由をつけて関わろうとしないこともある。DV被害やDVに伴う児童虐待を疑っても、医師が「意識的無視(DV被害者の無意識化)」をすれば、看護職が抱え込んでしまうのが目に見えているため、DV被害者の発見とケアがルチーンの業務になっていかないう職場構造があった

2-3-4. 外的要因と仮定の事象

「メディアによる広報活動、相談を受けた時や発見時

の体制づくり」といったDVについて相談しやすい環境づくりの必要性が認識され、「具体的に駆け込み場所等を広く宣伝し、「DV被害者の相談先のPRをする」という意見もあった。また、既に被害に遭ってしまった人に対する救済活動だけではなく、「幼児・児童期から学童期・思春期への支援で、大人になる前のDVを防ぐ」ため 思春期保健事業として「子どもの頃から、お互いを思いやる教育を取り入れる」ことも述べられ、ポピュレーションストラテジーとして促進し、[予防活動の充実]を図ることがあげられた。

VI. 考察

1. DV発見の頻度とサーバイランスの課題

調査①では、3人に1人の看護職がDV被害者に接した経験が明らかになった。この調査は過去1年間に会った件数ではなく、看護職として就労して今までの経験を問うたので、DV被害者発見頻度としては高くはない。被害を発見するためにはDVに関する基礎知識が必要である。Roberts (1997)¹⁰⁾の調査では、DVに関する学習前後の知識・態度・実践の変化を比較した。一般知識は、看護師および医師ともに正解率が上昇し、態度は女性看護師の態度が好転した(p=0.0005)。また、教育を受けた看護師は暴力の実態を日常的にアセスメントしていた。Elliott(2002)¹¹⁾は、DV教育とスクリーニングの実施の関連についてDV教育を受けた医師は受けていない医師に比べスクリーニングの実施割合が高いと述べ、健診においても同様の結果が示されている¹²⁾¹³⁾。

図3は抽出された大項目を空間配置し、DVの外傷サーバイランスの実施を阻む要因を図示したものである。

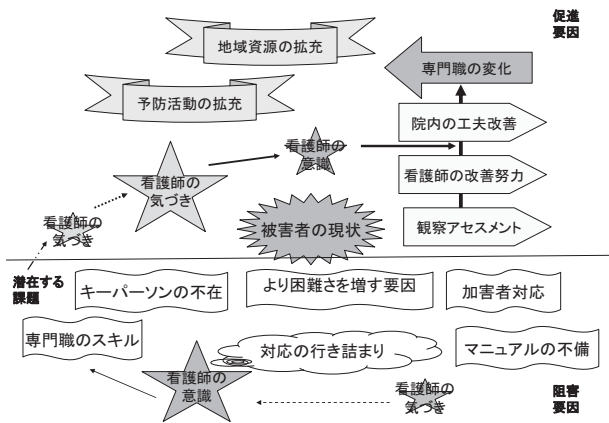


図3 外傷サーベイランスの実施を阻む要因

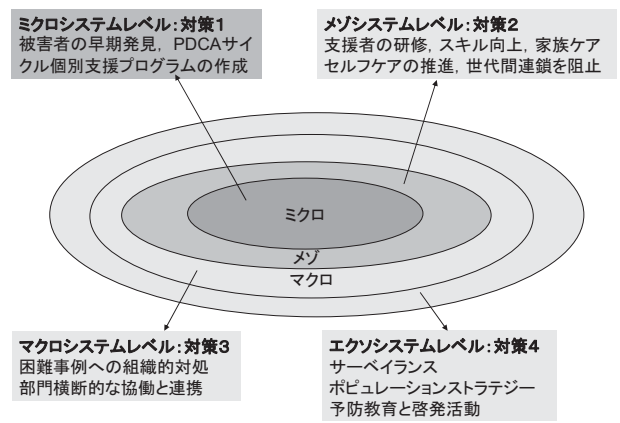


図4 DV課題への取り組み

DVの外傷サーベイランスの実現を困難にする理由のひとつに、医療職等が「意識的無視」をすれば、被害に気がついた看護職が抱え込み孤立してしまうため、被害者の発見とその支援がルーチンの業務になっていかない構造が推察された。その一方で、現状の課題に気づき、解決意識を持ち、取り組むことで、看護職以外の職種の変化も期待でき、被害者の現状を打破していくことができることも示された。これらのことは、相談のしやすさや生活支援等の社会資源の拡充、および、予防的プログラムと平行して取り組むことで促進されう。

2. DV支援における課題とその対策

女性が一生涯にDV被害に遭う確率は5人に1人とも言われ、DV被害率を約20%と換算すると、DV被害者の実態をサーベイランスにより把握し、具体的な対策を樹立することは、人々が平穏な暮らしを手に入れ、安全かつ安心感を得る為に必要な取り組みである。

聞き取り調査から、看護職自身に関することや、その属する組織に関することであれば、多少困難はあっても、何らかの意思表示やアクションが可能だという状況が期待された。しかし、直接的なかわりの薄い縦割り行政や警察組織については、課題と思うことがあっても、言葉にすることや行動に起こす前にあきらめてしまう傾向が見られた。

調査①②を経て明らかになったDVのセーフティプロモーションにおける課題とその対策は、図4のとおりである。

対策1は、個人的領域のミクロシステムに働きかけるもので、DV被害者本人に対する直接的ケアであり、問診や観察アセスメントにより被害者を把握し、支援計画を立案し、実施、評価のサイクルに沿って適切なケアを提供する。看護職個人もDVについて学び、被害者への理解や、被害者の特性を踏まえた介入技術を学ぶことで課題解決へ導かれる。

対策2は、家族・同職種集団といったメゾシステムに働きかけるもので、DV被害が重篤で子どもの問題も含む場合や、DV被害者の慢性疾患の悪化や精神的疾患がある場合、最初にDV被害者を把握した施設だけでの長期的支援が困難であることが散見される。病院内においても複数の診療科目を受診する等、多職種、多組織との連携が必要となる。個別のケア技術に加え、組織のマネジメント能力が求められる。まさにチームで取り組むスキルを学び、長期的見通しを持ったケア能力の向上を図ることで課題解決へ向かう。

対策3は、看護職を外側から支えるシステムを病院や役所等の職場で形成し、看護職およびDV被害者支援にかかわる全てのスタッフの育成を図ることである。早期発見のためのスクリーニング項目（チェックリスト）の開発、人材育成とフォローアップを、セーフティプロモーションに組み込んでいけるとよい。

対策4は、対策1、2が既にDVに陥ってしまった被害者へのハイリスクアプローチであるのに対し、予防教育や地域づくりを念頭に置き、義務教育や家庭環境、生活環境、職場環境等に働きかけるポピュレーションアプローチである。文化や信念・価値観等といったエクソシステムに働きかける。DVは個人の問題だけではなく、その家族構成員全てに関わり、DVとまったく関連のない地域住民へも影響を及ぼすものである。コミュニティ全体の安全と安心、そして健康の基となる安全をプロモーションしていく取り組みは、時間はかかるが予防的視点を兼ね備えた「未来への投資」とも言える対策である。

外傷サーベイランスは、医療機関や役所等が中心となり進められてきているが、例えば法的根拠の提示や「DVや児童虐待、高齢者虐待、自殺等の家庭内に潜む暴力を無くしたい」という強い民意が醸成されなければ、持続可能な外傷サーベイランスシステムとして存続できない。

3. 研究の限界と課題

本研究のデータは看護職から得たため、外傷サーベイランスに関わる職種の意見を全て網羅できてはいない。しかし、国内ではこのような調査はなされておらず、資料としての価値がある。

家庭内における暴力(虐待)のサーベイランスを実施するためには、行政だけではなく、警察、救急、医療機関や民間の相談機関も含めた部門横断的な情報収集が必要である。

また、忙しい臨床や相談現場で実施する為には、疾患や外傷の背景要因として今まで「診断」されてこなかったDVについて、判断できるよう項目を明確かつ簡略化し、関係者が実施しやすいサーベイランス手法の検討が急がれる。

V. おわりに

社会のすべての分野で、安全・安心をはかることに人々の高い関心を呼んでいる昨今、人々の暮らしにおいて、安全や健康は、クオリティ・オブ・ライフの基盤であり、その質を保障し価値を高めることが求められている。

DVのような家庭内の被害を未然に防止し、安全や安心を得るためには、意図的な傷害行為、不慮の事故、自殺等について科学的な方法に則り客観的データを収集・分析し、予防的観点から安全対策を立てることが必要である。

引用文献

- 1) Abbott J, Johnson R, Koziol-McLain J et al. Domestic violence against women. Incidence and prevalence in an emergency department population. *AMA*, 1995; 273(22): 1763-1767.
- 2) Harrykisson SD, Rickert VI, Wiemann CM. Prevalence and patterns of intimate partner violence among adolescent mothers during the postpartum period. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2002; 156 (4) : 325-330.
- 3) Glander SS, Moore ML, Michielutte R et al. The prevalence of domestic violence among women seeking abortion. *Obstet Gynecol*, 1998; 91(6): 1002-1006
- 4) 内閣府男女共同参画局. 「男女間における暴力に関する調査」報告書. 2006
<http://www.gender.go.jp/danjo-kaigi/boryoku/houkoku/hbo05s-34.pdf#search=4>
- 5) 内閣府男女共同参画局. 「配偶者からの暴力の被害者の自立支援等に関する調査」報告書. 2007

<http://www.gender.go.jp/dv/ziritusien-1901kekka.pdf>

- 6) DV防止サポートをつなぐ会・岡山. 医療関係者が見たDV被害者の調査報告書. 2005
 - 7) ユーリー・ブロンフェンブレナー著. 磯貝芳郎, 福富衛訳. 人間発達の生態学. 川島書店: 東京, 1996
 - 8) 山田典子, 工藤奈織美, 山本春江他. DV被害者に対する看護的視点の明確化と課題. *保健の科学*, 2006; 48 (1) : 63-70.
 - 9) 山田典子. 平成16-17年度健康科学特別研究基盤A最終年度報告ドメスティック・バイオレンス被害者女性に対する看護職としてのケアの課題抽出に関する調査. 青森: 青森県立保健大学, 2005; 12-23.
 - 10) Roberts GL, Raphael B, Lawrence JM et al. Impact of an education program about domestic violence on nurses and doctors in an Australian emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 1997; 23(3): 220-227.
 - 11) Moore ML, Zaccaro D, Parsons LH. Attitudes and practices of registered nurses toward women who have experienced abuse/domestic violence. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 1998; 27 (2) : 175-182.
 - 12) Elliott L, Nerney M, Jones T, Friedmann PD. Barriers to screening for domestic violence. *J Gen Intern Med*, 2002; 17 (2) : 112-116.
 - 13) Chamberlain L, Perham-Hester KA. The impact of perceived barriers on primary care physicians' screening practices for female partner abuse. *Women Health*, 2002; 35 (2-3) : 55-69.
- 参考文献**
- 14) 横田昇平, 八木俊行, 渡邊能行. 亀岡市における外傷発生动向調査 WHOセーフコミュニティ認証を終えて. *日本セーフティプロモーション学会誌*, 2009; 2 (1) : 49-54.
 - 15) 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*, 2007; 46 : 331-337.
 - 16) 今井博之. 傷害制御の基本的原理. *日本健康教育学会誌*, 2010; 18 (1) : 32-41.
 - 17) 宗宮清美, 田中美維, 五嶋さつき. MCAPスクリーニング表の作成虐待の早期発見を目指して. *子どもの虐待とネグレクト*, 2005; 7 (1) : 63-65.
 - 18) WHOホームページ: WHO's 2006 World report on violence and health.
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/ft_intimate.pdf. 1, 2007.4.4検索.
 - 19) WHOホームページ: WHO's 2006 World report Facts on interpersonal violence and alcohol.
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/pb_violencealcohol.pdf. 12, 2007.12.1検索.
 - 20) Jssp日本セーフティプロモーション学会ホームページ
<http://www.safetyprom.com/whatsafecom.html>. 2009.11.19検索.
 - 21) Andrea CG, David AS, Ralph JD. INJURY AND VIOLENCE PREVENTION. Jossey-Bass: USA, 2006.
 - 22) Leon S. Robertson. INJURY EPIDEMIOLOGY Research and Control Strategies. OXFORD UNIV PRESS: USA, 2007.
 - 23) Frederick PR, Peter C, Thomas DK, et al. INJURY CONTROL. CAMBRIDGE UNIV PRESS: USA, 2001.

セーフコミュニティ活動が日常生活における安全・安心感に与える影響 亀岡市モデル地区における2年間の取組の成果分析から

白石陽子^{1) 2)}

1) 立命館大学, 2) マチュールライフ研究所

How “Safe Community” can contribute to the community betterment? - a case of challenge for safety promotion at Kameoka City -

Yoko SHIRAISHI^{1) 2)}

1) Ritsumeikan University, 2) Mature Life Institute

要約

世界レベルで普及しているセーフコミュニティ（SC）に対する関心がわが国においても高まっている。日本で初めてセーフコミュニティとして認証されたのは、京都府亀岡市である。2008年に亀岡市がSCとして認証された背景には、京都府がSC活動に安全の向上に加えて、財政問題及び地域コミュニティの崩壊という多くの地方自治体が抱える課題を解決する可能性を見出し、亀岡市のSC活動を支援してきた経緯がある。本研究では、亀岡市をとりあげ、わが国の地方自治体におけるSC活動の意義を検討することとする。研究方法としては、亀岡市のSC活動のパイロット地区となった篠町における取り組みについて参与観察を行った。地域住民や関連組織などのつながりにおける変化に着目した観察の結果、SC活動を通して地域内のヨコのつながりだけでなく、亀岡市、京都府などとのタテのつながりや大学等との外部とのつながりが強化あるいは新たに形成されたことが認められた。さらに、住民に対してアンケート調査を実施し、主観的安全及び地域との関わりや活動の状況についてSC活動導入当時に実施されたアンケート調査の結果と比較した。その結果、地域におけるつきあいや地域活動の状況には大きな変化がみられなかったが、より多くの住民が篠町は地域課題をともに解決していると認識するとともに、自分たちの地域は安全だと感じるようになっていたことが明らかになった。なかでも、地域とのかかわりが大きいほど安全だと感じる人の割合が増えた。また、安全・安心感と相関関係が認められた暮らしへの満足感も2年間で高くなった。

キーワード：セーフコミュニティ、京都府亀岡市、主観的安全、協働のまちづくり

Abstract

In recent years, the model of ‘Safe Community(SC)’ has been drawing more attention from local governments, community organizations and academia in Japan as well as other many countries. Kameoka adopted the model of SC in 2006, and then became the first designated SC after about two years of effort of community safety promotion. To develop SC programs under the current situation of the City, Kameoka decided to start the safety promotion programs at a pilot area, Shino-Cho. Since then, Shino-Cho has been working on safety promotion based on the SC’s 6 Indicators. This paper tries to see how SC programs can contribute to the community development in Japanese Society with the case of Kameoka. Observation research has been conducted at the Shino Cho since its launch of the SC program. In two years, some changes have been recognized in the community, such as strengthening of tie to city government, provincial government, and academia. Besides, improvement of subjective safety was shown by comparison of results of questionnaire surveys conducted in 2007 and 2009. The surveys also made it clear that more residents become to realize importance of working together for betterment of the community and to feel high level of safety in the last two years. Higher satisfaction with the community was also recognized compared to the previous survey.

Key words : Safe Community, Kameoka City, Shino Cho, Subjective Safety, Coproduction for community development

1. 研究の背景と目的

現在、地域の多様なアクターの協働のもと、住民の健康とウェルビーイングを阻害する外的要因の予防という視点から安全で安心なまちづくりに取り組む「セーフコミュニティ（SC）」活動が世界レベルで広がっている。2009年12月現在、世界で約180のコミュニティがSCとして認証されている。さらに200を超えるコミュニティが認証を視野にいれ、SC活動の基本となる6つの指標¹⁾にもとづいて安全の向上に取り組んでいる。

わが国においても、ここ数年で地方自治体におけるSC活動への関心が急激に高まってきている。その背景には、近年、地方分権が進むなかで地域の特性を生かした地域課題の解決が求められている状況がある。そのようななか、京都府は、SC活動に安全向上だけでなく、地方自治体が抱える課題の解決策としての可能性を見出した²⁾。たとえば、SC活動によって外傷や外傷による死亡者が減少すれば、保健・医療・福祉などにおける財政負担が軽減される。また、SC活動の基盤は地域の多様なアクターの協働であることから、SC活動を推進することによって地域の多様なアクターが連携しつつ主体的に地域課題に取り組むようになり、それが「(地域) コミュニティの再生」につながることを期待したのである。京都府は、SC活動が多く地方自治体が抱えるこれらの課題の解決の一手段になると見込み、亀岡市にパイロット地区としてSC活動を導入することを進めたのである。このような京都府の後押しによって、亀岡市は2006年にSC活動に着手した。亀岡市は、まず地域の実情にあったSC活動モデルの構築を目指し、篠町（自治会区）をパイロット地区としてSC活動を導入した。

本稿は、篠町の活動に焦点をおき、SC活動が地域コミュニティに与える影響について検討を加える。ただし、SC活動の本来の目的である「安全の向上」のうち、事故やそれによる外傷や死亡によって評価される「客観的安全」への影響をみるためには、長年にわたるデータの分析が必要とされる。しかし、亀岡市は、SC活動を導入して数年しか経っておらず、分析に必要な外傷等のデータが十分に蓄積されていない。そこで、本研究では、安全のもう一つの側面である「主観的安全」つまり地域の住民の「安心感」に着目して分析を行う。

加えて、京都府が安全の向上に加えて提示するSC活動のメリットについても検討する。ただし、「保健・医療・福祉の財政負担の軽減」については、前述した客観的安全に関するデータが不可欠であることから、その効果の検討については、客観的安全に関する評価と同様に十分なデータが蓄積されるのを待つ必要がある。そこで、本稿では「地域コミュニティの再生」について、その基盤として着目されている「地域のつながり」に焦点を当てて検討を加えることとする。

2. 研究方法

SC活動による地域コミュニティへの影響をみるため、まず、パイロット地区である篠町におけるSC活動の推進過程について参与観察を行った。特に、篠町がSC活動の6指標にそって推進する経緯について、活動の推進主体である自治会に焦点を当て追った。さらに、これらの取り組みが地域の住民における主観的安全や地域コミュニティの活性化に与えた影響をみるために住民アンケートを次の通り実施した。

- 実施日程：平成21（2009）年2月15日～3月10日
- 配布回収方法：自治会を通じて配布・留置き後に回収
- 配布件数：5,763世帯（亀岡市篠町全世帯）

質問内容は、SC活動を導入した直後の2007年に全市域を対象に実施した安全・安心に関するアンケート調査から安心感や地域の活動に関するものを抽出した。その調査結果を2年前のアンケート調査の分析結果と比較することでSC活動導入による変化の分析を試みた。

3. 篠町におけるSC活動

SC活動においては、地域の安全に関する現状を客観的に把握することが重要である。そこで、篠町がパイロット地区としてSC活動を推進するにあたって、自治会は、まず地域の安全・安心に関する実情の把握を試みた。当時、すでに亀岡市および京都府が消防や警察等から外傷関連データを収集し、市域単位の分析を行っていた。そこで、篠町では、篠町レベルでの安全課題と社会資源を把握することを目的にワークショップを実施した。ワークショップは4回にわたって実施され、毎回、地域の住民が60～70人が集まった。参加者は8人程度のグループに

1) WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotionウェブサイト (http://www.phs.ki.se/csp/who_safe_communities_indicators_en.htm)

指標1. 分野の垣根を越えた協働を基盤とした推進組織が設置されている。

指標2. 全ての性・年齢・環境・状況をカバーする長期プログラムを継続して実施している。

指標3. ハイリスクの集団・環境および弱者を対象としたプログラムを実施している。

指標4. 傷害が発生する頻度とその原因を記録するプログラムがある。

指標5. プログラムの内容・実施プロセス・効果をアセスメントする評価基準がある。

指標6. 国内・国際的なSCネットワークへ継続的に参加する。

2) 京都府安心・安全まちづくりプロジェクト、信頼と絆による安心・安全、希望の京都づくり セーフコミュニティ(パンフレット)、2006

分かれ、まず地域の「安全診断」を行った。例えば、参加者が日々の生活のなかでどのようなことを危険と感じるか、どういう不安があるのかについて話し合った。幅広い意見がだされたが、KJ法を用いてまとめていくと、大きく「高齢者の安全」「子どもの安全」「交通事故」そして「災害」にまとめられた。続いて、ワークショップで出てきた課題を解決するために、活用できる既存の取り組みやサービスをあげ、さらにそれらを組み合わせた対策案を議論していった。このようなワークショップでの議論をもとに、篠町におけるSC活動計画（アクションプラン）の概要がまとめられた。このワークショップの過程で住民の姿勢に変化がみられた。まず、課題の解決策を議論するにあたって、当初は行政に解決を頼る傾向がみられたが、次第に（行政に解決を頼むとしても）自分たちは何ができるだろう、という主体者としての意識がみられるようになった。このような住民の意識の変化は、ワークショップが終わった後に具体的な取り組みを始めるための「まちづくり推進会議」の設置へとつながった。

その後、これらの課題および対策方法については、自治会が毎年策定している「アクションプラン」に盛り込まれ、重点的な取り組みとして進められることとなった。例えば、高齢者の安全については、高齢者の不安やニーズについて把握するために、立命館大学との連携によって地域の高齢者の独居あるいは夫婦二人世帯へのヒアリング調査が行われた。学生が民生委員とともに聞き取り調査を行った結果、安心して生活するために求められているのは、特定の支援やサービスよりもゴミだしなどをはじめ日常生活における「手助け」などであることがわかった。そこで、自治会を中心に、日常生活のなかで住民が負担なく「支えあい」「助け合い」を実践できる仕組み作りに取り掛かった。具体的には、住民がサークル活動や回覧板の受け渡しなどの機会を活用して独居あるいは二人暮らしの高齢者世帯の安否を確認し、異常や支援の要請があれば自治会に報告し、内容に応じて専門家などにつなぐという「あいあい・ネットワーク」を構築した。

また、警察や消防等から入手した過去数年間の外傷にかかわる統計データを分析したところ高齢者の転倒が多いことが明らかになった。そこで、南丹保健所が従来から推進している転倒予防体操「なんたん元気づくり体操」普及の支援を始めた。たとえば、住民が転倒予防体操を行う場合は自治会館等の施設の利用は無料とするとともに、ラジカセやマットなど必要な機材を揃えた。さらに、地域

の行事などにおいても積極的にこの体操を行うようにした。

もう一つの課題である子どもの安全の関しては、「水曜日出迎えデー³⁾」を推進したり、世代間交流のなかで危険な場所に関する情報収集と安全に関する意識を高めるために安全マップづくりを行った。その他にもさまざまな活動が推進されているが、これらの活動の根底にあるのは、住民間のコミュニケーションである。自治会は、篠町の住民が交流できる機会を増やすことで住民が積極的に地域活動に参加できる環境づくりを進めてきた。

このように、篠町がパイロット地区としてSC活動を推進するなかで、それを支援する亀岡市や京都府及びその関連機関との接点が増えた。さらに、安全や福祉に関する調査フィールドとして大学との接点も増えた。つまり、SC活動を導入することによって地域内の地域内のアフターによるヨコのつながりが強まっただけでなく、市や府といったいわゆるタテのつながり、さらに大学や専門機関と外とのつながりが増えたのである。

4. アンケート調査結果⁴⁾⁵⁾

2009年2月、篠町においてそれまでのSC活動がどのように地域に影響を与えたのかを把握するべくアンケート調査を実施した。質問項目については、2年間という短期間ではSC活動の客観的安全への影響をみるのは難しいとの判断から、主観的安全に関する内容に絞られた。また、地域とのつながりや生活の満足度などは安心感と相関関係があることが前回のアンケートから明らかになったことから、これらの要因についても2007年の調査結果と比較された。

4-1. 回答者の概要

調査票は、自治会を通して町内全世帯（5,763件）に配布された。回収件数は3,973件（68.9%）であり、そのうち有効回答は3,929件（68.2%）であった。前回のアンケート調査では、篠町の回収件数は1,483件（回収率26.1%）であったことから、回答率は大きく伸びている。これは、SCに関する認知や関心がまだ低い時期に実施された前回のアンケート調査に比べ、今回は周知が進んでいたことが影響していると考えられる。それに加え、今回は回収方法を郵送から自治会役員等による回収に変更したことが大きく影響していると思われる。住民の自発的な協力を頼らざるをえなかった前回と比べ、今回は訪問による直接回収が主であったため、関心が低い住民からも幅

3) 地域の住民が、買い物や犬の散歩、家先の掃除などを子どもが下校する時間に合わせて行うことによって、子どもを地域で出迎えるとともに、下校時の安全を確保するという取り組み。

4) 亀岡市セーフコミュニティ活動アンケート調査結果, 2007

5) 亀岡市篠町セーフコミュニティ活動アンケート調査結果, 2009

広く回収することができた。

今回の回答者の特徴としては、女性による回答の割合が前回の47.7%から71.0%と大きく伸びていることがあげられる。また、年齢層については、50-59歳の割合が最も多く、60-64歳、30-39歳が続いている。年齢の分布は前回と同様の傾向がみられるが、今回の特徴としては、49歳以下の若年層による回答が占める割合がやや高くなっている。

4-2. 安心感に関する項目

篠町では、「現在の生活について総じて安全と感じるか」という質問について、「強くそう思う」が0.7ポイン

ト(0.3%から1.1%)、「そう思う」が14ポイント(33.9%から47.9%)の伸びを見せている。一方、「そう思わない」が約5ポイント(18.7%から13.6%)、「全くそう思わない」が1ポイント(2.2%から1.2%)減少している(図1)。これらの結果から、より多くの住民が安全を感じるようになっているといえよう。安全と感じる人の割合の増加は、どの年齢層においてもみられるが、とりわけ高齢者層における伸びが大きい(図2)⁶⁾。

また、具体的な安心の阻害要因をみるために、今後5年間の生活における不安について、(1)自宅での転倒、(2)外出時の転倒、(3)交通事故、(4)学校でのケガ、(5)

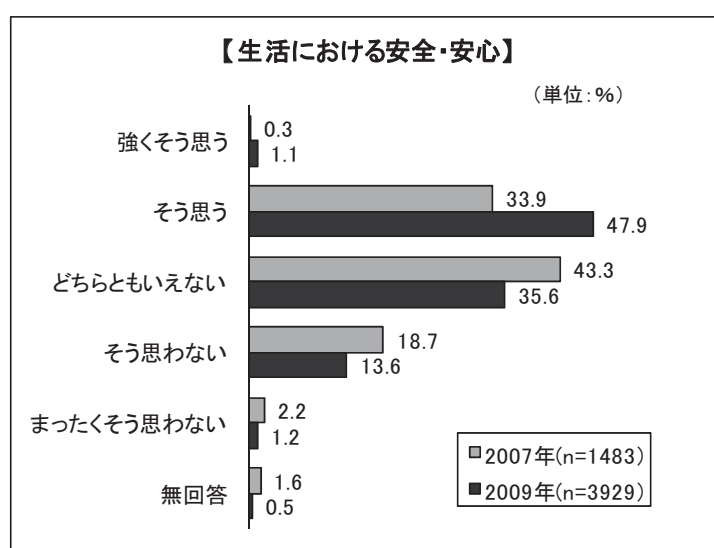


図 1

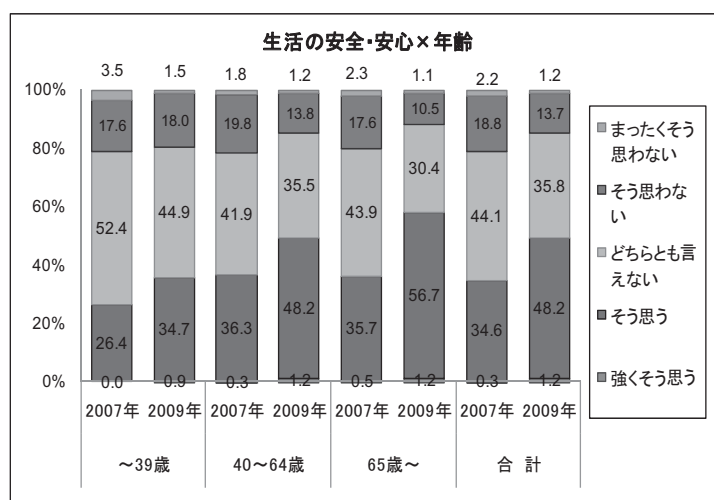


図 2

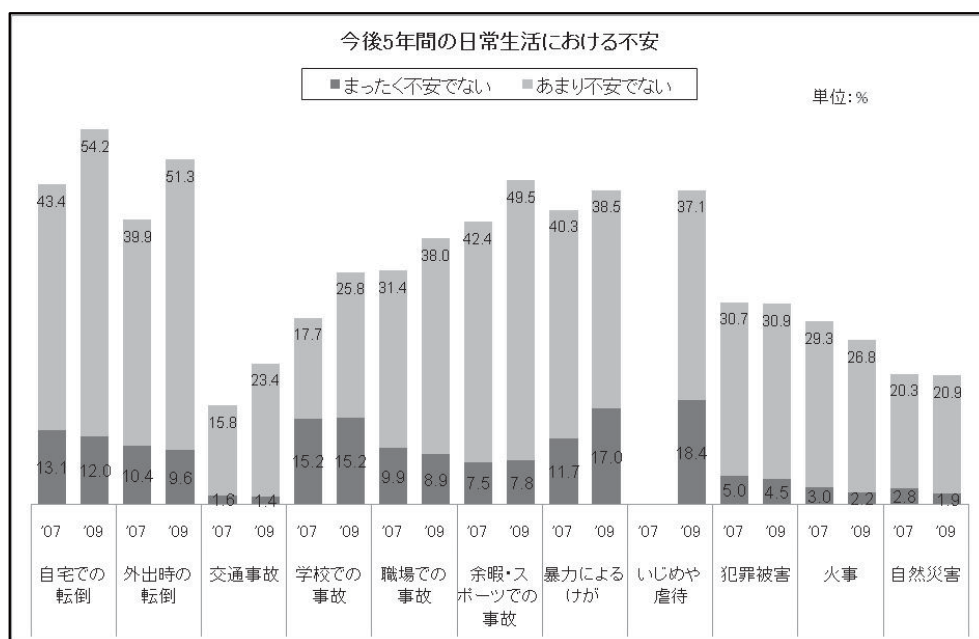
6) 年齢と生活における安全・安心の連関性を見るために χ^2 検定を行ったところ、2007年、2009年とも0.1%有意水準で有意であった。
(2007年; $\chi^2=74.557$, $df=60$, 2009年; $\chi^2=133.25$, $df=36$)

職場でのケガ、(6)余暇・スポーツのケガ、(7)暴力によるケガ、(8)いじめや虐待、(9)犯罪による被害、(10)火事による被害、(11)自然災害による被害の11項目についてきいたところ、(1)～(7)については、「不安でない」(「まったく不安でない」と「あまり不安でない」の合計)が占める割合が増えた。また(9)～(11)については、「不安でない」の割合はほとんど変わらない一方で、「不安である」(「不安である」と「非常に不安である」の合計)の割合が増えている(図3)。

これらのことから、篠町がSC活動として重点的に取り

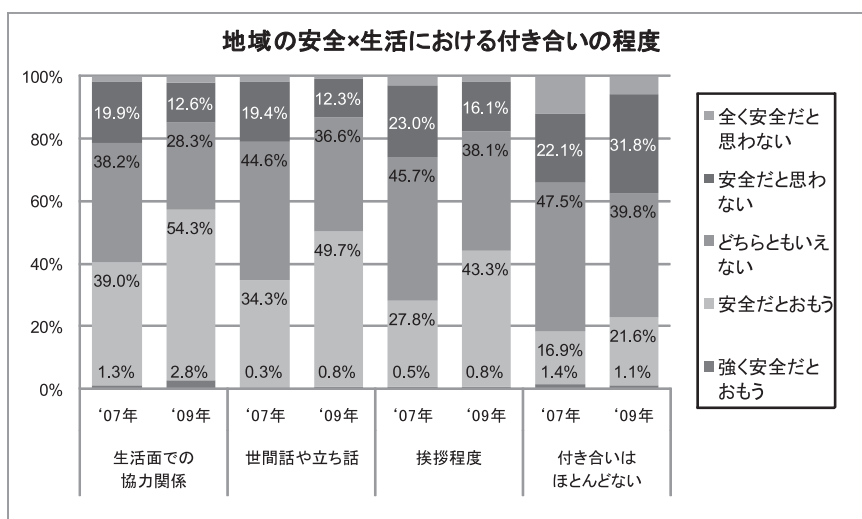
組んでいる取り組みのうち、高齢者の安全と交通事故については、選択肢(1)～(2)及び(3)においてある程度反映されていると思われる。ただし、「子どもの安全」については、学校内での安全に限定しているためか、今回の数値にはそれほど反映されてない。

次に、安心感の状況を日常生活におけるつきあいの程度ごとに「生活面での協力関係がある」「(生活面での協力関係はないが)世間話や立ち話をする」「(生活面での協力関係はなく)あいさつ程度」「付き合いはほとんどない」の4段階でみている。アンケート調査からは、この2年



※2007年のアンケートには、「いじめや虐待」の設問はなかったため、空白となっている。

図3



※地域の安全・安心感と生活における付き合いの程度の連関性を見るために χ^2 検定を行ったところ、2007年、2009年とも0.1%有意水準で有意であった(2007年: $\chi^2=397.800$, $df=12$, 2009年: $\chi^2=103.719$, $df=12$)。

図4

で地域での付き合いの程度には大きな差はみられない。しかし、それぞれのつきあいの程度における「地域の安全」を感じる度合いをみると「強く安全だと思う」「安全だと思う」と感じている人の割合が伸びている。(図4)

4-3. 地域での付き合いや地域の活動に関する項目

続いて地域活動の状況についてみると、地域の人々が一緒になって地域の課題に取り組んでいると感じている人(「お住まいの地域では、住人が一緒になって熱心に地域の課題に取り組んでいると思いますか」という設問に「強くそう思う」と「そう思う」と答えた人の合計)の割合が11.6ポイント(21.4%から33.0%)高くなっている。一方、「そう(住民が一緒に地域の課題について取り組んでいる)と思わない」および「まったくそう思わない」と答えた方の割合は、合わせて11.4ポイント(32.6%から21.2%)減っている。この傾向は、年齢による差はみられず、年齢に関係なくこの2年間で篠町における地域活動が活発になっていると感じている住民が増えているといえる。

さらに、住民が地域課題と一緒に取り組むことの重要性の認識との関係を見ると、「(住民が地域課題と一緒に取り組むことが)重要だと強く思う」、「(同)重要だと思う」および「どちらとも言えない」と答えた人に関して、この2年間で地域の課題と一緒に取り組んでいるという認識が高まっている。(図5)

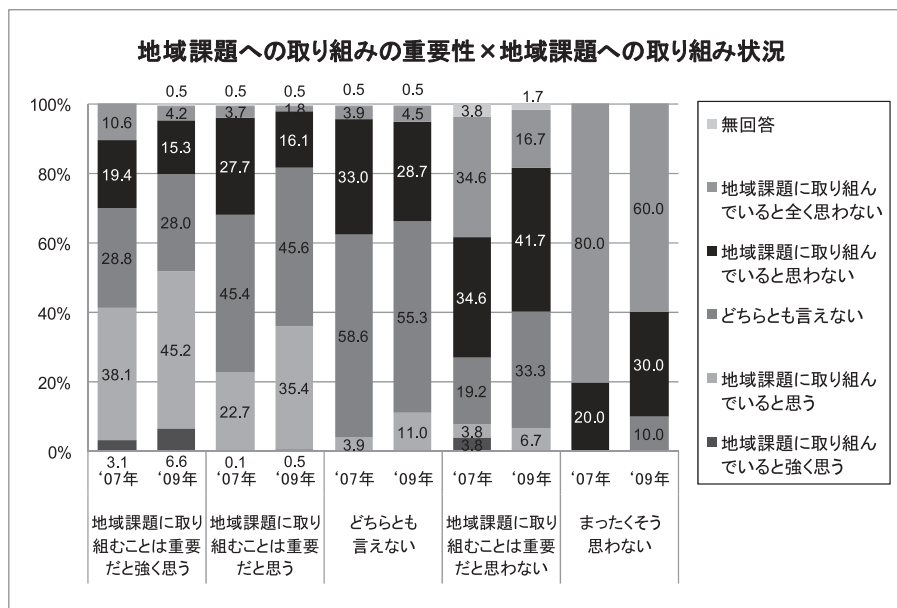
しかしながら、実際にどのくらい地域の活動に参加しているかを「自治会活動」「PTA、子ども会活動」「サー

クル活動・趣味の活動」「NPOなどの市民活動」「お祭りなどの地域の行事」「その他」への参加の状況からみると、いずれも前回と比較して、「参加している」と答えた方の割合に低下がみられた。

また、地域の安全安心の向上のための活動への参加意向・参加の状況をみたところ、ほぼ全ての活動において関心を持っている(参加している場合も含む)と答えた方の割合に低下がみられた。これらは、今回のアンケート調査票の回収方法が前回の郵送から自治会による訪問による直接回収となったため、地域活動に関心のない住民からの回答も増えたことが影響している可能性がある。しかし、そのなかでもそれぞれの活動に関心をもつ(参加している)人のなかでは、「(地域が)強く安全だと思う」あるいは「安全だと思う」と感じている方の割合が高くなっている。(図6)

4-4. その他の面における影響

2007年に実施した調査からは、安心感(主観的安全)と暮らしにおける満足度の相関関係が明らかになっている。その後2年間の暮らしに対する満足度の変化をみると、「非常に満足」が2.7ポイント(0.3%から3.0%)、「満足」が15ポイント(40.0%から55.0%)伸びている。さらに、「不満足」は、10.5ポイント(16.2%から5.7%)、「非常に不満足」が0.9ポイント(1.8%から0.9%)低下している。また、安全・安心感との関係における変化をみると、いずれの付き合いの程度においても安全だと感じる人の割合は高くなっているが、満足している人のほ



※地域課題への取組の重要性と地域課題への実際の取組状況の連関性を見るために χ^2 検定を行ったところ、2007年、2009年とも0.1%有意水準で有意であった(2007年： $\chi^2=2636.514$, $df=16$, 2009年： $\chi^2=539.862$, $df=16$)

図5

うが不満足の人と比べて安心だと感じる人が増える割合がやや大きい。(図7)。

5. 考 察

亀岡市では篠町を第一期パイロット地区としてSC活動の6つの指標に基づいた取り組みを展開している。篠町では、自治会が中心となり、「地域診断」→「取り組みの企画」→「実施」→「効果の測定・評価」という流れにそって活動している。もともと篠町は、従来から自治会が中心となって積極的にまちづくりを進めている地域

である。そこにSC活動を導入したことで、地域の課題を客観的に把握し、既存の社会資源を活用しつつ課題の解決にむけた取り組みがみられるようになった。さらに、SC活動の協働の理念のもと、それまでも活発に取り組んでいた地域住民の交流の機会を活用しつつ住民参加型の安全向上に取り組んでいる。加えて、市や府(本庁、保健所、振興局)、大学とのネットワークが構築されてきている(白石 2008, 2009)。

これら一連の取り組みの結果として、アンケート調査によって次の変化が明らかになった。まず、年齢や地域

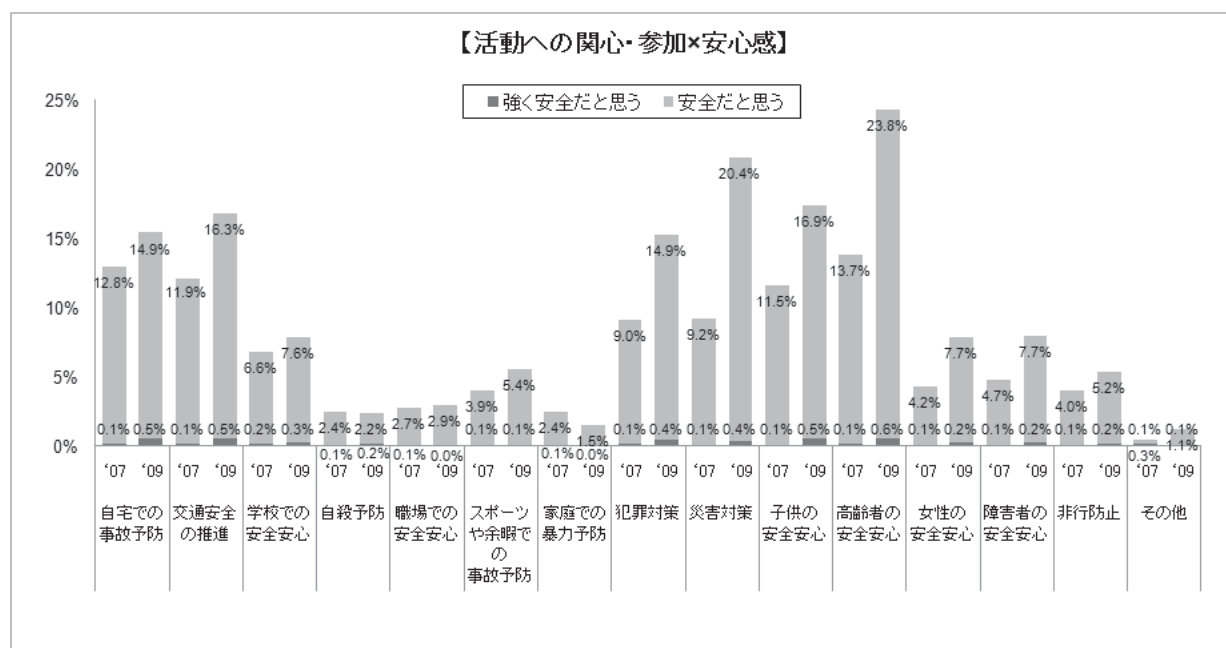
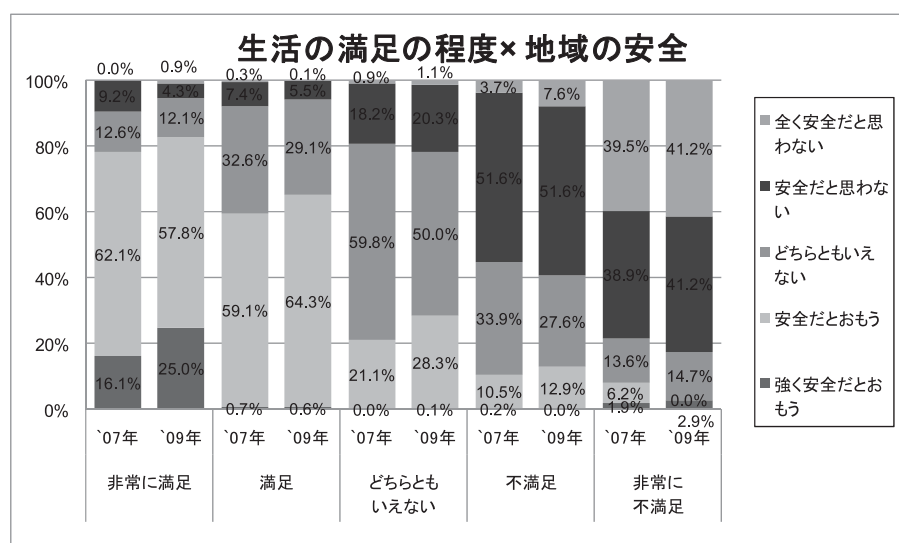


図6



※生活の満足度と地域の安全の連関性を見るために χ^2 検定を行ったところ、2007年、2009年とも0.1%有意水準で有意であった。(2007年： $\chi^2=8505.791$, $df=16$ 2009年： $\chi^2=1969.638$, $df=16$)

図7

での付き合いの程度に関係なく、住民は全体的に生活の安全を感じる人が増えている。特に、犯罪や自然災害などよりも事故や外傷に関連する不安が減っている。また、住民の付き合いの程度には大きな変化は見られなかったが、地域課題の解決にむけて住民が一緒になって取り組んでいると感じている住民が増えている。従来から地域での付き合いがある人や実際に地域での活動に参加している（あるいは関心がある）ほど暮らしへの安心感が高く、その割合は2年間でさらに高まっていることから、今後も引き続き住民が地域活動に参加しやすい環境づくりが重要であろう。さらに、安心感と相関関係がある暮らしに対する満足度はこの2年で高まっている。このことから、引き続きSC活動の推進が求められよう。一方、今回の調査では、住民の付き合いや活動の活性化は認められなかった。地域との関わりが多い人のほうがそうでない人よりも安全を感じていることから、今後も引き続き住民が気軽に地域の活動に参加できる工夫が重要であろう。

亀岡市においては、主観的安全や安全にかかわる地域活動の状況を包括的に把握できるデータは他にない。そのため、今後も定期的にアンケート調査を実施し、SC活動の効果を確認することが重要である。また、本稿では、亀岡市においてはSC活動の実績はまだ浅く、十分なデータがそろっていないことを考慮し、事故や外傷の発生件数や頻度・重傷度など客観的安全については論じていない。しかし、これらは地域の安全を測定するにあたって重要な指標である。また、京都府が期待するSC活動がどのように財政負担の軽減に寄与しうるのかをみるために

も必要である。今後、地方自治体におけるSC活動の意義をより多面的に検討するためにも、これらのデータの継続的な収集と分析が必要である。

謝辞

2007年（亀岡市全域対象）及び2009年（亀岡市篠町対象）に実施した安全安心に関するアンケート調査については、立命館大学文学部准教授中谷友樹先生、講師村中亮夫先生及び同学産業社会学部教授松田亮三先生のご指導のもと、立命館大学文学部、同学産業社会学部、同学政策科学研究科、亀岡市、同市篠町等の自治会の協力によって実現した。ここに感謝の意を表する。

参考文献

1. 亀岡市セーフコミュニティ活動アンケート調査結果, 2007
2. 亀岡市篠町セーフコミュニティ活動アンケート調査結果, 2009
3. 京都府安心・安全まちづくりプロジェクト. 信頼と絆による安心・安全、希望の京都づくり セーフコミュニティ（パンフレット）, 2006
4. 京都府・亀岡市. 安心・安全のまちづくり セーフコミュニティの手引き, 2009
5. 白石陽子. 日本におけるセーフコミュニティ活動に関する研究. 政策科学, 2008; 15.2: 81-96
6. 白石陽子. 地方自治体におけるWHO「セーフコミュニティ」活動の意義と限界～安全向上の取り組みを通じた関連アクターの関係性の変化から～. 政策科学, 政策科学, 2009; 16(特別号): 27-54

ウェブサイト

7. WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion
http://www.phs.ki.se/csp/index_en.htm（最終参考日2009年12月1日）

高齢者における熱中症予防のための対処方法 ～熱中症既往のない高齢女性を対象にした夏期における飲水行動調査から～

岡山寧子¹⁾・小松光代¹⁾・山縣恵美¹⁾・山田陽介¹⁾²⁾

仲前美由紀³⁾・木村みさか¹⁾

1) 京都府立医科大学大学院保健看護研究科・医学部看護学科

2) 福岡大学スポーツ科学部身体活動研究所

3) 国際医療福祉大学福岡看護学部

Evaluation of Methods to Prevent Heatstroke Water Intake of Elderly Women with No History of Heatstroke in Summer

Yasuko OKAYAMA¹⁾, Mitsuyo KOMATSU¹⁾, Emi YAMAGATA¹⁾

Yosuke YAMADA¹⁾²⁾, Miyuki NAKAMAE³⁾, Misaka KIMURA¹⁾

1) Graduate School of Nursing and Health Care Science, and School of Nursing, Kyoto Prefectural University of Medicine

2) Fukuoka University Institute for Physical Activity Department of Sports and Health Science

3) International University of Health and Welfare, School of Nursing in Fukuoka

要約

最近の厳しい夏の暑さで、高齢者の熱中症による死亡が増加している。高齢者の暑熱障害（熱中症）予防は、Safe Elderlyの重要な課題の一つである。本研究では、高齢者の飲水行動や熱中症予防行動を明らかにすることを目的に、比較的元気で熱中症既往のない65～94歳の高齢女性190名を対象に夏期における飲水行動調査を実施し、前期(65～74歳)・後期(75歳以上)高齢群の特徴を検討した。その結果、飲水は両群共に約40%が1日約1リットルを比較的「こまめに摂取」し、内容は多くが冷えたお茶（麦茶・日本茶）であった。飲水のタイミングは両群共に入浴後や食事中が多かったが、運動前・後では前期高齢群に比べ後期高齢群に低率であった。飲水量を飲みたいときに飲める状況づくりや飲みやすい内容にする等の工夫がみられた。一方、暑熱時には、多くが暑さの状況を判断して外出を控え、外出時には帽子や傘を着用していた。クーラーの利用は前期高齢群に比べ後期高齢群の利用率が低かった。以上より、熱中症既往のない高齢者では、こまめに、意図的に飲水を心がけていることが確認されたが、後期高齢者ではより積極的な意図的飲水をすすめる必要性が示唆された。

キーワード：熱波、前期高齢者、後期高齢者、熱中症予防、

Abstract

The extremely hot summers in recent years have resulted in an increase in the number of deaths attributable to heat disorders among the elderly. Prevention of heat disorders is one of the most important factors in ensuring elderly safety. In this study, the characteristics of an early elderly group (age 65 to 74) and a late elderly group (age 75 and older) were examined by conducting a water intake behavioral study during the summer among 190 elderly women age 65 to 94 who were comparatively healthy and had no prior history of heat disorders for the purpose of indentifying water intake behavior and heat disorder preventive behavior among the elderly. As a result, roughly 40% of the subjects of both groups were found to drink about 1 liter of water per day, indicating compararively frequent water consumption. The majority of the water consumed was in the form of cold tea (barley tea or green tea). Although the times at which water was consumed consisted primarily of after bathing and during meals in both groups, consumption rates were lower among the late elderly group as compared with the early elderly group with respect to before and after exercise. The subjects were observed to have devised special ways of creating conditions that allowed them to consume water when they became thirsty as well as have beverages available that were easy to drink. The proportion of subjects of the late elderly group that used a cooler was lower than that of the early elderly group. On the bases of these findings, although elderly persons who had no prior history of heat disorders were confirmed to intentionally endeavor to drink water, it was suggested that it is neccessary to encourage late elderly persons to make an active effort to dirnk an adequate amount of water. Key words: heat wave, early elderly, late elderly, heat disorder prevention

I 緒言

近年の地球規模で進行する温暖化や都市部のheat island化等により、脱水や熱中症等の暑熱障害の発症が急増している。夏期の異常高温、いわゆる熱波により、世界各地で熱中症の多発が報告されている。例えば、2003年ヨーロッパを襲った熱波では、フランスの約1万5000人をはじめ、イタリアやポルトガルなど総計2万人以上が熱中症で死亡した¹⁾。その後もインドやパキスタン等の西南アジア、2005年にはアメリカ合衆国、2009年にはオーストラリア南部でも100年に一度の熱波が到来、多数が死亡した²⁾。国連の下部組織である、気候変動に関する政府間パネル（Intergovernmental Panel on Climate Change：IPCC）発行の第4次評価報告書³⁾によると、人類の活動が地球温暖化を進行させていることと、それにより深刻な被害が生じる危険性を指摘しており、今後熱波や豪雨が増え、台風・ハリケーン等がさらに強力になると予測している。そして、それらによる健康リスクの増加への対応が緊急の課題であると指摘している。

日本においても、人口動態統計に基づく熱中症死亡数の年次推移をみると1995年以降増加傾向にある。2007年の死亡者数は904人、救急搬送データでは東京都および17政令指定都市で5000人以上の熱中症患者が搬送されている⁴⁾。中でも、高齢者の熱中症死亡総数に占める割合が年々増加しており、1995年に約54%であったのが2007年には74.9%にも及んでいる⁵⁾。高齢者の中でも、特に後期高齢女性の発生が多く、超高齢社会を反映している。

高齢者に熱中症の発生が多い理由として、体内総水分量および細胞内液量比率の低下、尿濃縮力低下に伴う水分保持能の低下や口渴感低下による水分補給不全等、生理学的老化による水分恒常性維持作用および渇きの発生低下が挙げられる⁵⁾。また失禁の不安による意図的な飲水制限、日常生活動作の低下により自ら飲水ができない等、水の探索行動や飲水の判断、飲水動作など生活上の要因も大きい。さらに、高齢者では若年者に比べて環境変化に対するホメオスタシス維持機能が低下しており、暑熱環境下では脱水や熱中症等の暑熱障害を発生しやすいことが挙げられる⁵⁾。

最近の暑熱障害の発生状況をみると、虚弱な高齢者のみならず健康な高齢者でも外出中や運動等、戸外での活動や室内での作業等において多発している。暑熱障害予防への対策は、あらゆる健康レベルの高齢者に対して急務といえる。特に、健康な高齢者においては、自らの生活の中で、自らが環境変化に対するホメオスタシス機能の老化を考慮した行動が取れるか否かが暑熱障害予防の鍵となる。最近では「スポーツ活動中の熱中症予防ガ

イドブック」(2006年改訂、日本体育協会)⁷⁾、「熱中症予防情報」(2002年、日本気象協会)、「日常生活における熱中症の予防指針」(2007年、日本生気象学会)⁸⁾、「熱中症環境保健マニュアル2009」(2009年、環境省)⁹⁾等、予防に向けての啓発活動が広がっている。また、熱中症予防対応グッズ(着用型冷却グッズ、熱中症指数モニター等)や飲料等、ビジネス産業を巻き込んだ様々な対応策が講じられている。

一方で、高齢者自身が熱中症に対してどのような認識を持ち、どのような予防行動をとっているか等についての報告は殆ど見られない。高齢者の暑熱障害(熱中症)予防は、Safe Elderlyの重要な課題でもある。我々は、従来より、高齢者の様々な生活や健康状態に対応できる熱中症予防プログラムを提供したいと考え、基礎的・実践的研究を継続している⁹⁾。その一環として、今回は、高齢者の飲水行動や熱中症予防行動を明らかにすることを目的に、比較的元気に活動する高齢者を対象にした調査を実施した。本稿では、特に前期・後期の高齢者の特徴から熱中症予防のための飲水などの対処方法について検討した。

II 研究方法

対象者：熱中症既往のない在宅で生活する健康な高齢女性190名で、平均年齢は73.4歳(65～94歳)である。

調査項目および実施に関する事項：調査の主な内容は、体格(身長、体重、BMI)、筋力系体力(握力、脚筋力)、体内水分量等の身体的特徴、健康状態、日常生活状況(睡眠、食生活、活動、役割遂行等)、対人交流、夏期の飲水行動(飲水時刻、飲水量、飲水内容等)、飲水に対する工夫、暑熱に対する対処方法等である。体内水分量推定には、一次間接法である重水法を用いて、日本人高齢者にて妥当性が示された先行研究の方法(インピーダンス法装置Muscle α ：フィジョン社製)を用いた。具体的には、 $[\text{体内水分量} = 0.487H^2/Z + 7.745PD + 13.375]$ のとき、H：身長、Z：手一足間電気抵抗値、PD：電気抵抗の部位間比率]となる推定式を用いて算出した。この方法は、筋量分布の加齢変化を考慮した新しい方法で、従来インピーダンス法で用いられてきた性・年齢・体重などの変数を用いることなく、電極間距離の長さを代表する身長と測定された電気抵抗値のみを用いることで、後期高齢者まで正確に体水分量が測定できる¹⁰⁾。

調査時期は5月上旬で、夏期の飲水行動はこの2～3年間の状況から回答するように依頼した。調査は、研究者らが主催する高齢者向けの体力測定会に参加し、本研究の趣旨に賛同し協力を得ることができた者に対して、

自記入式の調査票を手渡し、記入後確認の上、回収する形で実施した。なお、本調査は京都府立医科大学医学倫理審査委員会の承認を受けて実施した。

データ解析：65歳～74歳の前期高齢女性115名(以下前期高齢群とする。：平均年齢69.8±2.7歳)と75歳以上の後期高齢女性75名(以下後期高齢群とする。平均年齢78.9±3.1歳)別に、計量データでは平均値(標準偏差)を求め、計数データについては頻度集積(割合：質問項目ごとに無回答者を除いたために、回答者数は異なる)を算出した。両群間の差異については、前者はtテスト、後

者は χ^2 値を用いて検定した。統計解析にはSPSS for Ver.16.0Jを用い、有意水準は危険率5%未満とした。

Ⅲ 結果

1. 対象者の身体的特徴と日常生活状況

前期・後期高齢群別の身体的特徴を表1に示した。BMI値は両群共にこの年代の標準的な値で、有意差は見られなかった。体内水分量では、前期高齢者に比べ後期高齢群が有意に低く、体力についても、筋力系項目(握力・脚筋力)の測定値が後期高齢群で有意に低かった(いずれも $P<0.001$)。

表2には、健康感や日常生活状況について示した。世帯構成では、前期に比べ後期高齢群において独居率が高かった($P<0.001$)。健康感では両群間に有意差は認められなかったが、受診状況では前期高齢群が有意に低かった($P<0.01$)。食事バランスへの意識、体力への自信、運動・睡眠習慣、役割遂行には両群間に差は認められなかった。

表1 対象者の身体的特徴

		前期高齢群	後期高齢群	t検定
		Mean(SD)	Mean(SD)	
年齢	(歳)	69.8(2.7)	78.9(3.1)	$P<0.001$
身長	(cm)	150.5(5.1)	149.8(5.5)	NS
体重	(kg)	51.0(6.4)	49.8(6.4)	NS
BMI		22.5(2.6)	22.1(3.0)	NS
体内水分量	(kg)	24.6(2.3)	22.8(2.1)	$P<0.001$
握力	(kg)	23.2(5.2)	20.3(4.2)	$P<0.001$
脚筋力	(kg)	19.3(4.8)	16.6(4.9)	$P<0.001$

※NS:Not Significant

表2 対象者の健康感と日常生活

		前期高齢群	後期高齢群	t検定
		人数(%)	人数(%)	
世帯構成	独居	29(25.4)	41(54.7)	$P<0.001$
	夫婦	55(48.2)	10(13.3)	
	子供と同居	16(14.0)	16(21.3)	
	子供・孫と同居	8(7.0)	7(9.3)	
	その他	6(5.3)	1(1.3)	
健康感	非常に健康	9(7.9)	10(13.3)	NS
	まあ健康	95(83.3)	60(80.0)	
	あまり健康でない	9(7.9)	5(6.7)	
	健康でない	1(0.9)	0(0)	
体力	大いに自信がある	2(1.7)	3(4.1)	NS
	まあ自信がある	64(55.7)	36(49.3)	
	少し不安	46(33.9)	33(45.2)	
	おおいに不安	3(2.5)	1(1.4)	
受診	定期的に受診	65(56.5)	56(76.7)	$P<0.01$
	不定期に受診	22(19.1)	10(13.7)	
	していない	28(24.3)	7(9.6)	
睡眠	8時間以上	27(23.7)	14(19.2)	NS
	6～7時間	77(67.6)	47(67.1)	
	5時間以下	10(8.8)	10(13.7)	
食事バランス	考えている	45(39.1)	28(37.8)	NS
	少し考えている	69(60.0)	43(58.1)	
	考えていない	1(0.9)	3(4.1)	
運動	ほとんど毎日	58(51.3)	30(40.0)	NS
	時々(週1-2回)	47(41.6)	36(48.0)	
	ときたま(月1-3回)	4(3.5)	7(9.3)	
	しない	4(3.5)	2(2.7)	
役割	ある	72(63.7)	38(52.8)	NS
	ない	41(36.3)	34(47.2)	

※四捨五入のため各合計が100%にならないものがある

※※NS:Not Significant

表3 対象者の夏の飲水行動

		前期高齢群	後期高齢群	χ^2 検定
		人数(%)	人数(%)	
積極的飲水	はい	101(88.6)	68(90.7)	NS
	いいえ	4(3.5)	3(4.0)	
	どちらともいえない	9(7.9)	4(5.3)	
1日飲水の量	500ml～	64(58.7)	43(60.6)	NS
	1000ml～	43(39.4)	25(35.2)	
	2000ml～	2(1.8)	3(4.2)	
飲水内容(複数回答)	水	29(25.2)	21(28.0)	NS
	スポーツ飲料	12(10.4)	5(6.7)	NS
	麦茶	47(41.0)	30(40.0)	NS
	茶	53(46.1)	45(60.0)	NS
	番茶	39(33.9)	22(29.3)	NS
	その他	7(6.1)	2(2.7)	NS
飲水の時間帯(複数回答)	起床時	66(57.4)	37(49.3)	NS
	食事中	84(73.0)	61(81.3)	NS
	運動・作業前	25(21.4)	8(10.7)	$P<0.05$
	運動・作業後	60(52.2)	25(33.3)	$P<0.01$
	おやつ時(10時/15時)	50(43.5)	39(52.0)	NS
	入浴前	25(21.8)	11(14.7)	NS
	入浴後	89(77.4)	62(82.7)	NS
	就寝前	57(49.6)	29(38.7)	NS
	夜間トイレ後	19(16.5)	20(26.7)	NS
	その他	5(4.3)	1(1.3)	NS
飲水時の歩き	いつも持ち歩く	42(36.8)	30(40.5)	NS
	時々持ち歩く	47(41.2)	30(40.5)	
	持ち歩かない	25(21.9)	15(18.9)	
夏の摂塩取	多めに摂る	5(4.4)	4(5.3)	NS
	いつも通り摂る	90(78.9)	57(76.0)	
	少なめに摂る	19(16.7)	14(18.7)	

※四捨五入のため各合計が100%にならないものがある

※※NS:Not Significant

2. 夏期の飲水行動

表3には、前期・後期高齢群別の夏期における飲水行動について示した。積極的な飲水や1日の飲水量、飲水の持ち歩き、夏期の塩分摂取の工夫、いずれも両群に大きな差はみられなかった。すなわち、両群共に約90%が夏期には多めの飲水を心がけており、飲水量は1日に500～2000mlと回答していた。外出時も、飲料を「いつも」および「時々」持ち歩いている者が両群共に約80%にも及んだ。飲水の種類は、両群共に冷たいお茶が最も多く(前期高齢群46.1%、後期高齢群60.0%:以下の括弧内数値は前期・後期順に示す)、次いで麦茶(41.0%、40.0%)で、それらに比べて水(25.2%、28.0%)やスポーツ飲料(10.4%、6.7%)の摂取は少なかった。

飲水の時間帯については、両群共に食事中(前期高齢群73.0%、後期高齢群81.3%)や入浴後(77.4%、82.7%)には約80%、就寝前(49.6%、38.7%)や起床時(57.4%、49.3%)には約50%、入浴前(21.8%、14.7%)は約20%が飲水していた。運動・作業前(前期高齢群21.4%、後期高齢群10.7%、 $P<0.05$)と運動・作業後(52.2%、33.3%、 $P<0.01$)では、両群で有意な差がみられ、いずれも前期高齢者群の方が積極的に摂取していた。

3. 夏期における飲水の工夫

表4には、自由記載で調査した対象者の夏期における飲水の工夫をまとめた。記載内容を大別すると、飲水の内容、タイミング、方法での工夫点に分類された。飲水内容では、表2に挙げられている内容に加え、お茶や水を冷やしたり、水に「酢」や「レモン」、「梅干し」などを入れて飲みやすくすることや電解質を補うような工夫が記載されていた。飲水のタイミングについても表2とほぼ同様の内容が記載されていた。飲水方法の工夫では、「たびたび飲む」や「ゆっくり少量ずつ飲む」等、こまめな飲水の記載が多くみられた。また「いつでも飲めるように常時お茶や水を定位置に置いておく」「1日に飲む量を決めて、それを目安に飲む」「朝、1日に飲むお茶を作

り1日で飲み切る」等、いつでも飲水できるような工夫や、1日の必要量を飲めるような工夫の記載がみられた。また、「飲みたいときに飲む」「喉が渴いたときに飲む」の記載もあった。

4. 暑さの感じ方と暑さ対策

表5には前期・後期高齢群別の暑さの感じ方、口渇感や発汗の加齢変化の自覚について示した。いずれの項目とも両群間の回答率には差がみられなかった。「かなり」「少し」と程度の差はあるものの、暑がりを自覚する者は約90%、運動後に喉が 渴くとする者は約85%、汗をかく者は約85%であった。口渇感や発汗の加齢による低下を自覚する者は約10～15%程度にすぎなかった。また、夏の睡眠であまり眠れない者は約15%であった。

表5 対象者の暑さの感じ方

		前期高齢群 人数(%)	後期高齢群 人数(%)	χ^2 検定
暑 が り	かなり暑がり	47(41.2)	27(39.7)	NS
	少し暑がり	50(43.9)	33(48.5)	
	暑がりでない	17(14.9)	8(11.8)	
運 喉 動 の 後 渴 の き	よく渴く	30(26.1)	22(30.1)	NS
	少し渴く	69(60.0)	37(50.7)	
	あまり渴かない	15(13.0)	14(19.2)	
	全く渴かない	1(0.9)	0(0)	
口 の 渴 加 感 齢	渴くようになった	41(36.6)	26(35.6)	NS
	変わらない	65(58.0)	38(52.1)	
	渴かなくなった	6(5.4)	9(12.3)	
汗 か き	かなり汗かき	50(43.5)	35(47.3)	NS
	少し汗かき	49(42.6)	25(33.8)	
	あまりかかない	15(13.0)	14(18.9)	
	かかない	1(0.9)	0(0)	
汗 の か 加 き 齢	かくようになった	40(34.8)	25(35.7)	NS
	変わらない	68(59.1)	41(58.6)	
	かかなくなった	7(6.1)	4(5.7)	
夏 の 睡 眠	よく眠れる	34(29.8)	25(33.8)	NS
	まあまあ眠れる	61(53.5)	38(51.4)	
	あまり眠れない	17(14.9)	11(14.9)	
	眠れない	2(1.8)	0(0)	

※四捨五入のため各合計が100%にならないものがある

※NS:Not Significant

表4 対象者の夏期における飲水の工夫（自由記載から）

飲水内容	飲水のタイミング	飲水方法の工夫
冷たいお茶 スポーツ飲料 野菜ジュース 冷たいスープ 水分を多く含む果物 にがり水 水に酢を入れる 水にレモンを入れる 水に塩を入れる 水に梅干しを入れる アルカリ水 天然水 お湯 冷水 氷	運動前後 汗をかいた後 排泄後 夜中目覚めて時 欲しいとき 入浴後 就寝前 食事前 起床時 朝、洗顔時 帰宅時	たびたび飲む こまめに飲む 一度にたくさん飲まない 薬を飲むとき多めの水を飲む いつも飲めるようにお茶を置いておく 寝る時枕元に水を置いておく 喉を潤す程度に飲む ゆっくり飲む 欲しいときに飲む 喉が渴いたら飲む 喉が渴かなくても飲む 1日に飲む量を決めて飲む 自分用の飲水を決めて飲む

表6 対象者の暑さへの対処

		前期高齢群 人数(%)	後期高齢群 人数(%)	χ^2 検定
暑さ 対策 (複数回答)	クーラーの使用	57(49.6)	26(34.7)	P<0.05
	扇風機の使用	71(61.7)	53(70.7)	NS
	窓を開ける	83(72.2)	51(68.0)	NS
	その他	11(9.6)	3(4.0)	NS
利用 等 (複数回答)	夜間のみ	28(24.3)	11(14.7)	NS
	昼間のみ	38(33.0)	23(30.7)	NS
	1日中	3(2.6)	1(1.3)	NS
	外出帰宅時	48(41.7)	32(42.7)	NS
暑外 熱出 時控 のえ	風呂上がり	77(67.0)	53(70.7)	NS
	その他	14(12.2)	9(12.0)	NS
	いつも避ける	16(13.9)	14(19.4)	NS
	ときどき避ける	79(68.7)	43(59.7)	
帽子 子利 等用	避けられない	20(17.4)	14(19.4)	
	避けない	0(0)	1(1.4)	
	いつも使用	94(82.5)	66(89.2)	NS
	ときどき使用	19(16.7)	8(10.8)	
	使用しない	1(0.9)	0(0)	
健康 管理	いつもしている	22(20.0)	12(17.1)	NS
	ときどきしている	51(46.4)	38(54.3)	
	たまにしている	28(25.5)	12(17.1)	
	していない	9(8.2)	8(11.4)	
健康 管理 の 方 法	体重測定	73(63.5)	42(44.0)	P<0.01
	血圧測定	55(47.8)	37(49.3)	NS
	体温測定	7(6.1)	7(9.3)	NS
	食欲の具合	32(27.8)	18(24.0)	NS
	睡眠の具合	11(9.6)	8(10.7)	NS
	排泄の具合	30(26.1)	26(34.7)	NS
	体の動き具合	20(17.4)	11(14.7)	NS
	受診	36(31.3)	30(40.0)	NS

※四捨五入のため各合計が100%にならないものがある

※NS:Not Significant

表6には、前期・後期高齢群別にみた実施する暑さ対策について示した。前期高齢群で最も多いのは「窓を開ける」、次いで「扇風機の使用」、「クーラー使用」の順で、後期高齢群では「扇風機の使用」、「窓を開ける」、「クーラー使用」の順であった。両群共に「扇風機の使用」、「窓を開ける」は約60～79%の者が実施していた。「クーラー」は、前期高齢群(49.6%)が後期高齢群(34.7%)よりも有意に使用頻度が高かった(P<0.05)。クーラーの利用状況は両群共に風呂上がりが最も多く(前期高齢群67%、後期高齢群70.7%)で、次いで外出帰宅時(41.7%、42.7%)、昼間のみ使用(33.0%、30.7%)の順であった。外出対応については、両群ともに約80%が「暑熱時に外出を控える」とし、全員(100%)が「帽子着用」であった。暑い時期の健康管理については、両群共に約70%が「いつも」または「ときどき」気をつけており、その内容は前期高齢群では体重測定(63.5%)、血圧測定(47.8%)、食欲の具合(27.8%)が多く、後期高齢群は血圧測定(49.3%)、体重測定(44.0%)、排泄の具合(34.7%)が多

かった。

IV 考察

近年多発する高齢者の脱水、熱中症等の暑熱障害については、高齢者の様々な生活様式・健康状態に対応できる具体的対策(予防プログラム)が必要である。特に夏の気候が高温多湿となるわが国においては、高齢者の暑熱障害(熱中症)予防は、Safe Elderly(高齢者の健康・安全・安心)の重要な課題である。現在、我々は、高齢者に対する暑熱障害予防プログラム開発のための基礎的・実践的研究を継続している。その基礎資料として、本研究では、比較的元気に活動する熱中症既往のない高齢者の夏期における飲水行動の特徴を把握したいと考え、飲水時刻、飲水量、飲水内容や飲水の工夫、暑さへの対処等を調査した。その結果、本対象者のような熱中症既往のない比較的活動的な自立高齢者では、多くの者が暑い時期には積極的な飲水を心がけ、自分なりに工夫した暑さ対策を実践し、熱中症予防のための習慣を有していることが確認された。これらは、最近の高齢者向けの熱中症予防の啓蒙活動の効果とも受け取れるが、高齢者自身の健康意識の高さを伺わせるものであった。しかしながら、前期・後期高齢群を比較すると、飲水行動には加齢変化がみられ、それぞれに対応した飲水支援の必要性が示唆された。

以下では、このような点をふまえて、夏期の飲水行動や飲水の工夫、暑さ対策等について考察した。

1. 夏期における高齢者に必要な飲水量

1日に必要な飲水量は一概には決定できない。一般には、発汗による脱水量に応じた飲水が必要とされるが、発汗量も身体要因(年齢、体格、健康状態、身体活動など)、や環境要因(季節、気温、湿度、輻射熱、風の有無など)、生活要因(着衣状況や食事内容など)の影響を受ける。成人の場合、教科書的には、1日の総水分摂取量は約2.5リットルといわれ、食物からの水分摂取と代謝水を差し引くと約1.2リットルの飲水摂取が必要とされている¹¹⁾。筆者らの脱水既往のない自立高齢者を対象にした夏期と冬期の水分出納調査における飲水量は、平均で夏期1.6リットル、冬期1.3リットル、最も少なかった者で夏期は1リットル、冬期は0.73リットルであった。比較的活動的な高齢者の平均値は、成人に推奨される飲水量をほぼ確保しており、夏期の最も少なかった1日1リットルは、脱水を生じさせないための飲用すべき水分量の目安となる¹²⁾。本対象者の場合、約40%が1日1リットル以上の水分を摂取すると回答していたことから、比較

的積極的な飲水を心がけていることがうかがわれた。

2. 夏期の飲水行動と加齢変化

本対象者である前期・後期高齢者両群共に、夏期には比較的積極的な飲水を行っているという回答していた。飲水内容でも、前期・後期高齢者に相違は認められず、飲水内容としては冷えたお茶（麦茶・日本茶）が多かった。岡山らの高齢者の水分出納調査でも夏期に冷茶や麦茶を多く摂ることを報告しているが¹²⁾、本調査でも同様な結果であった。

また、飲水の時間帯は、両群共に、入浴後や食事中が圧倒的に多く、次いで起床時や就寝時に多かった。運動・作業前後の飲水は後期高齢群よりも前期高齢群が積極的に実施していた。前期・後期高齢群共に運動後の口渴感や発汗量の低下を自覚している者は少ないが、後期に比べ前期高齢群の方がより運動前後の飲水を心がけていることがうかがわれた。これらは、口渴感の加齢変化によるものというよりも前期高齢者の方が、運動前後により積極的に飲水しようという意図的な水分摂取の結果とも考えられる。

一方で、本対象者のBMI値をみると両群に差はないが、体内水分量は前期高齢群に比べ後期高齢群が明らかに低値を示し、また、後期高齢群の筋力系体力の測定値も低かった。加齢によって体内水分量（総量）が低下¹³⁾することは既に報告されており、本研究結果もこれに一致するものであった。一方、成人の場合、体内水分の標準的な分布は、約2/3が細胞内、1/3が細胞外にある¹¹⁾。一般に、筋量（筋細胞量）にも加齢変化が認められ^{14, 15)}、高齢期には特にこれに関連する体力低下が著しいが、本対象者の場合も同様であった。高齢者の細胞内液・細胞外液を分けて測定したYamadaらは、後期高齢者や要介護高齢者では、健康な前期高齢者に比べ細胞内液の減少が著しいことを報告している¹⁶⁾。筋細胞は体内水分を貯留する重要な器官である。体内水分総量と共に体力低下の認められる後期高齢群は、前期高齢群に比べより脱水状態に陥りやすいと考えられる。本調査からは、高齢者、とりわけ後期高齢者に対しては、活動・運動前後に飲水をすすめるなど、より積極的な飲水支援の必要性が示唆された。

3. セルフケアとしての「意図的でこまめな飲水の習慣化」のための支援

先にも述べたが、本対象者のほとんどが夏期には積極的な飲水が必要と考えており、約40%が1日1リットル以上の摂取を心がけていた。その反面、約60%の対象者の飲水量は1リットル以下であり、また口渴感の加齢に

よる低下などを自覚している者も少ないことが示された。このことは、高齢者自身が1日の飲水量を自分で確認し、意図的でこまめな飲水の習慣化を実践できるよう支援していくことの重要性を示している。

そのためには、まず飲水への正しい知識を持つことが必要である。筆者らの調査¹⁷⁾でも「高齢者は脱水になりやすい」など飲水に関する知識を持つ者は持たない者に比べ積極的な飲水を行っていることを確認している。高齢者においては、飲水の必要性を熱中症発症と関連させるなど、具体的な説明により自身の問題となるような働きかけが大切である。その上で、必要な飲水量を自分で見積もることができるような支援が必要である。真夏日に約1.5時間の散歩程度の運動を行うと、約0.7リットルの発汗がみられることが報告されている⁶⁾。しかし、それに見合う水分補給ができない高齢者がいることを我々は観察してきた¹⁶⁾。

また、高齢者の生活環境や日々の暮らしぶりを十分配慮して、1日の飲水をどの時間帯に摂取するのかを考えることも必要である。1回量を多くすることには尿量を増加させ補水効果は少なく、こまめな飲水で必要量を確保する工夫が求められる。本対象者の場合は、比較的積極的な飲水がなされているが、起床時や就寝時の飲水は約5割に留まっている。一般に、高齢者は夜間の排尿を気にするあまり飲水を控える傾向にあり、夕食以降に飲水をしない高齢者も多いと推察される。しかし、入浴後に飲水せずに就寝した場合、これが脳梗塞や心筋梗塞の原因になることが指摘されている¹⁸⁾。就寝前および寝覚めの飲水は脳梗塞等の疾病予防においても重要である。

本調査の自由記載を見ると、飲水の工夫としては、「こまめに」に加え、「ゆっくり」「1日量を決めて」「喉が渇かなくても」飲水するが挙げられた。その他、「外出時に常時持ち歩く」「常時食卓や冷蔵庫に飲料水を置く」「就寝時に枕元に飲料水を置く」等、いつでも飲みたい時に飲水できるような工夫点や、「よく冷やす」「水にレモン・酢・塩を入れる」「ジュースやスポーツ飲料」等、飲みやすさや好みを上手に取り入れている記載があった。高齢者が生活の中で培ってきたこのような知恵も、飲水支援プログラム作成にあたっては十分考慮する必要がある。

4. 夏の暑さへの対処

夏の暑さへの対応として、前期・後期高齢群共に、状況に対応しながら、外出を控えたり、外出時に帽子や日傘を使用していた。また、自宅で過ごす時の暑さに対しては、窓を開ける、扇風機やクーラー利用等の工夫がみられたが、クーラー使用は、前期高齢群の約50%に比べ、後期高齢群の約30%が明らかに低率であった。前期高齢

群と後期高齢群のクーラー使用状況の差は、暑さの感じ方の加齢変化によるものか、部屋の状況等の環境要因が関係しているか、あるいはクーラーが好きでないという単なる好みによるのかは明らかではない。しかし、特に高齢者における最近の暑熱障害（熱中症）は、室内で多発している⁵⁾。このような暑熱障害に対応するためには、高齢者自身の暑さの感じ方も重要であるが、少なくとも室内に温湿度計を設置するなど、客観的指標との関連で暑熱環境を整えるような意識的な働きかけが必要と考える。

まとめ

以上より、熱中症既往のない高齢者では、こまめに、意図的に飲水を心がけていることが確認された。また、効果的な飲水行動の実践のためには、高齢者自身が飲水への正しい知識を持つこと、自分の生活や健康状況等から飲水必要量を正確に見積もれること、自己のライフスタイルの中で、効果的な飲水タイミングや飲みやすい内容等を工夫するなどが挙げられた。特に後期高齢者では体内総水分量が少ないことが明らかになり、より積極的な意図的飲水をすすめる必要性が示唆された。

文献

- 1) 小野雅司(2005)：熱波による過剰死亡（温暖化ウォッチ(3)ーデータから読み取るー）、地球環境センターニュース、16(7)：4-5。
- 3) 安藤満、山元昭二、浅沼信治(2003)：温暖化による熱ストレスと熱中症、地球環境、8(2)：211-220。
- 3) 環境省(2007)：IPCC第4次評価報告書総合報告書概要（公式版）2007年12月12日 Version、
<http://www.env.go.jp/earth/ipcc/4th/ar4syr.pdf>
- 4) 小野雅司(2009)：熱中症の原因を探る(搬送データから見るその実態と将来予測)、環境儀32号(国立環境研究所)、1-14、4月。
- 5) 環境省(2009)：熱中症環境保健マニュアル2009。
- 6) Akira Takamata, Tomoyuki Ito, Kazuhiro Yaegashi, HisaTake Takamiya, Yasuyo Maegawa, Taketoshi Morimoto(1999):Effect of an exercise-heat acclimation program on body fluid regulatory responses to dehydration in older men. American Physiological Society 277:R1041-R1050.
- 7) 日本体育協会(2006)：スポーツ活動中の熱中症予防ガイドブック。
- 8) 日本生気象学会編(2007)：日常生活における熱中症の予防指針。
- 9) 岡山寧子(2005)：在宅高齢者に多い脱水症、熱中症の暑熱障害の予防（暑熱時の水分出納および生活行動に基づくプログラムとその効果）、平成15～17年度文部科学省科学研究費補助金(基盤C)課題番号15592332、3月
- 10) Yosuke Yamada, Yoshihisa Masuo, Keiichi Yokoyama, Yukako Hashii, Soichi Ando, Yasuko Okayama, Taketoshi Morimoto, Misaka Kimura, Singo Oda. (2009)：Proximal electrode placement improves the estimation of body composition in obese and lean elderly during segmental bioelectrical impedance analysis. European Journal of Applied Physiology 107(2):135-44.
- 11) 森本武利(1986)：体液とその調節 入来正躬(編)、生理学2、文光堂、東京、884-909。
- 12) 岡山寧子 (1998)：高齢者における夏期および冬期の水分出納、日本生気象学会誌、35(1)：53-60。
- 13) 山縣恵美、山田陽介、小松光代、木村みさか、岡山寧子(2010)：自立高齢者378名の体力と体内水分量との関連、京府医看護紀要19:13-19。
- 14) Dymrna Gallagher, Marjolein Visser, Ronald E. De Meersman, Dennis Sepulveda, Richard N. Baumgartner, Richard N. Pierson, Tamara Harris, Steven B. Heymsfield(1997)：Appendicular skeletal muscle mass: effects of age, gender, and ethnicity. J Appl Physiol;83:229-239.
- 15) 山田陽介、木村みさか、中村榮太郎、増尾善久、小田伸午。(2007) 15～97歳日本人男女1006名における体肢筋量と筋量分布、体力科学:56(5):461-472
- 16) Yosuke Yamada, Dale A. Schoeller, Eitaro Nakamura, Taketoshi Morimoto, Misaka Kimura, Shingo Oda (2009) Extracellular water may mask actual muscle atrophy during aging. Journal of Gerontology: J Bio Med Sci. (2010 in Press)
- 16) 小松光代、岡山寧子、木村みさか(2004)：日常生活行動の自立した在宅高齢者の飲水量～飲水行動との関連～、日本生理人類学会誌9：25-30。
- 17) Yasuko Okayama(2001):The effect of heat acclimation on water metabolism and thirst rating in the elderly. J.Kyoto Pref.Univ.Med 110:771-783.
- 18) 樗崎晶子、長弘千恵、長家智子、篠原純子(2002)：入浴の人体に及ぼす生理的影響～安全な入浴をめざして～：九州大学医療技術短期大学紀要29：137-140。

安全科の授業における児童の「安全・安心」の様相の変容に関する研究

松井典夫 浅田正志 佐々木靖 藤田大輔

大阪教育大学附属池田小学校

Research on transformation of aspect of child's "Safety and Security" in class of safety studies.

Norio MATSUI, Masashi ASADA, Yasushi SASAKI, Daisuke FUJITA

IKEDA Elementary School attached to OSAKA-Kyoiku University

抄録

本校大阪教育大学附属池田小学校では、2009年度に、文部科学省の教育課程特例校の認定を受け、日本で初めてとなる「安全科」を設置した。その主たる目的は、安全教育の内容を系統的に整理、実践し、全学年において発達段階に応じた安全教育プログラムを構築することにある。本稿は、「安全科」の授業実践において、児童の「安全・安心」の様相がどのように変容するのかを、児童の言葉や行動から分析し、安全教育が及ぼしうる児童への影響について、実証的に述べ、安全教育の発展に寄与しようとするものである。

そこで、本研究においては、第5学年で実施した『命のバイスタンダー』の授業実践をもとに、傷病者に対する児童の意識が授業実践前と、一次救命処置のスキルを習得した実践後ではどのように変容するかを、アンケートを実施、分析する方法をとった。

実践前は、人の命を助けたいという、道徳的倫理感が児童の意識を左右している様相が見られたが、一次救命処置のスキルを習得した実践後は、人の生命に触れることに対する畏れを児童は感じている様相が見られた。

このことにより、道徳的倫理感のみに支配されていた児童の意識が、スキルを習得することによって、命の重さに対する実感を持ち、より実感を持って「自分には何ができるのか」を考えることができるようになった。

キーワード：安全科 「安全・安心」 生命尊重 BLS教育

Key words : Safety studies , Safety and Security , Respect for life , Education of Basic Life Support

I. はじめに

1) 「安全科」の設置にあたって

平成13年6月8日。本校、大阪教育大学附属池田小学校に1人の暴漢が侵入した。まだ幼く無力な1、2年生の児童8名の尊い命が奪われ、多数の重傷者出した凄惨極まりないその事件は、『学校安全神話』を根底から覆し、学校教育における安全学習の必要性を痛感させた。そして、私たち教職に携わる者に、尊い児童の命を守るという当たり前だったはずの教育理念を、もう一度強く意識する必要性を示唆した。以来本校では、児童が生涯にわたって安全・安心な人生を歩んでほしいという願いのもと、児童の危険予知・回避能力を育む安全マップの学習や安全スキルの学習を、全学年において進めてきた。

安全教育とは、命の教育である。危険を予知し、回避する能力が育まれる中で、自分の大切な命を自ら守ろうとする強い心が育まれ、自他の命を大切にしようとするやさしい心が育っていく。誰もが、「命は大切なものだ」と潜在的にはわかっている。しかし、命にはその実体がな

いだけに、実感することは容易ではない。その大切さに対する実感は、大人はもちろん、ましてや児童が容易に持ち得るものではない。したがって、実体のない命に対する実感は、家庭はもちろんのこと、教育活動の中で育てていくべきものである。

しかしながら、社会の状況を鑑みたとき、児童が被害に会う事件・事故は引きも切らず、児童が安全・安心な学校生活を送るためには安全教育の必要性は高まる一方である。安全教育の一般化に向けての重要性が増す中、本校の取り組みにおいて、防犯カテゴリーのみならず、交通安全、災害安全、生活安全全般に安全教育のカテゴリーを広げて行おうとするとき、学校教育全体での教育課程の見直しが必要となった。そこで本校では、文部科学省による教育課程特例校の認定を受け、特別の教育課程として「安全科」を設置するに至った。

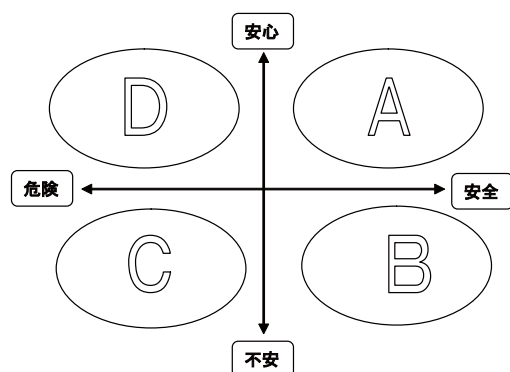
本校の安全教育は、「生命尊重」の考えを基盤とすることが大前提である。すべての人々が自他の生命を尊重することがなければ、「安全・安心」は成立するものではないからである。

しかし、これまでの一般的な安全教育の実情を考えたときに、低学年での交通安全教室や、防災に関する避難訓練が主だったものである。これらによって児童は、「安全」に行動するための知識を得て、その行動様式を知る。しかし、そこには交通安全や災害に対する実感はなく、また、命の大切さへの実感に結びついていないとは考え難い。安全教育にとっての課題であり、肝要なこととして、「実体験することができない学習」であるということが挙げられる。交通事故の怖さ、地震や火災の怖さは、学習の中で実際に体験することはできない。だからこそ、実体験に近い実感を持たせる教材開発が肝要であり、実感を持たせることができる授業展開が必要となる。そして児童は命の尊さの実感に一步步近づいていくのである。例えば、交通安全教室をそこで終わりにするのではなく、自他の生命の大切さの実感にまで教育目標を広げたとき、特別活動や生活科、総合的な学習の時間の中の安全教育では目標を達成していくことが困難であると感じた。「安全科」は、特別な教育課程として、本来行っていくべき安全教育の理想的な姿を求めて研究していくために、本校にとっては不可欠なものと言える。そしてその研究の成果から、多くの学校園において、本校が発信する安全教育の重要性を共有し、実践していくようになることを願ってやまない。

2) 安全教育における「安全・安心」とは

では、「安全・安心」を生み出すものは何か。児童の身の回りには、安全を守る多くのものが存在する。校舎の構造、警備員の存在、防犯ブザー等。しかしそれらは、安全を「守ってくれるもの」であり、そこばかりに期待しては、生涯にわたる本当の「安心」は得られないと考える。児童自身が自ら「安全・安心」を手に入れることができる能力を育むことが、学校での安全教育に課せられるべき命題である。

そこで、「安全」「安心」の関係性と児童の様相を以下の図でとらえたい。



＜図1 附属池田小学校「安全科」教育論 2010松井＞

安全教育で目指すべきところは、「安全で安心」である

Aのカテゴリーである。しかし、このカテゴリーに児童の状態がいれば、安全教育の役割が達成されたかと言えばそうではない。たとえば、先に挙げた防犯ブザーの例で言うと、防犯ブザーの学習をする前なら、Aの位置にいた児童も多数いるだろう。「防犯ブザーはいざという時に、不審者を撃退することができる。それを持っていれば安心だ」と感じている状態である。しかし、学習を進めるうちに、実は持っているだけでは安全とは言えないことに気付き始める。児童は「安全を守るものだけど、それだけではだめだ。自分にはいざという時に使うことができない」というBの状態や、あるいは、「まったく安全とは言えない。頼るのはこわい」というCの状態へと移行し始める。このように、これまで何の疑問を持たずに「安心」しきっていた状態のAの位置では、児童の生涯にわたる「安全」「安心」とは言えない。まずは「真実」を知ることが、安全教育の大きな役割のひとつと言えるだろう。しかし、この学習をした時点で、児童はBやCの位置にとどまっているのではなく、ベクトルは再び、真の意味でのAに向かい始めているのである。

また、「危険なのに（もあるのに）安心している」Dの状態についてだが、たとえば児童の登下校がそこに当てはまる。大阪府警のデータによると、声かけ事案の時間帯は児童の下校時間帯（15時～17時）に圧倒的に多くなっている。¹⁾しかし、児童は自分の下校経路に潜む危険について、常に考えながら下校しているわけではない。交通事故もそうだが、誰もが「今、自分の目の前にある危険」とは意識していない。そこで安全教育において、安全マップの授業をする。すると児童は、今まで気づいていなかった危険な箇所について見るようになる。その時点では、Dの位置からC（危険だし不安だ）の位置に移行する。しかし、そこで育まれた視点は、いかなる場所においても通ずる視点に育つ。そうして危険予知・回避能力が育まれていく児童のベクトルは、Aに向かっているとと言えるのである。

またその一方で、低学年においては、まわりの大人に支えられ、育まれている「安全」や「安心」を知ることによって、Aの位置にいた自分がより一層の広がりや深まりを見せる。そのことによって、自尊感情がより育まれることも大切であり、そこから高学年段階の、より真実の「安全」「安心」へと向かっていくことができるのである。

安全教育を行っていく中で大切なのは、現時点での児童の立場が、取り上げる題材にとってどの位置にあるのかを把握し、学習を進めていくことである。そして多くの場合、いったん児童がいた位置から、よくない方向に向かう状況が作り出される。このことは、児童の不安を

煽っているのではなく、今までは学習することなくいた立場（A～D）から、学習することによって、安全や危険、自分が抱いていた不安や安心に対して真の意味で自己認識し、生涯にわたって通ずる「安全」と「安心」を獲得していくのである。

3) 本研究の目的

本研究は、本校「安全科」の授業実践において、児童の「安全・安心」の様相がどのように変容するのかを、児童の言葉や行動から分析し、安全教育が及ぼしうる児童への影響について、実証的に述べ、安全教育の発展に寄与しようとするものである。

本研究においては、特に第5学年の実践『命のバイスタンダー』を例にあげて、児童がいかにして、命の大切さの実感へと近づいていくのかを述べたい。『命のバイスタンダー』の指導計画は、以下の通りである。

児童の活動と意識の流れ	指導上の留意点●
第1次 一次救命処置（BLS）について知る（2h）	
○様々なデータや体験談から、現実起こっている状況（心肺停止状態）について考える。 ○BLSのよさについて知る。 講習を受ければ、誰でも人の命を助けることができるんだ	●救命曲線のデータを使用することによって、実際の生命の危うさに気づかせ、その生命を助ける可能性を感じさせたい。 ●昨年のAEDの学習を思い起こさせながら、BLS全般の中のAEDであることを押さえる。
第2次 一次救命処置（BLS）について学び、体験する。（3h）	
○回復体位 ○気道確保 ○人工呼吸 ○胸骨圧迫 ○AED ○一連の流れ	●それぞれのスキルを学ぶにあたっては、マネキン、AEDトレーナー・口腔部の模型など、具体物を使用して学ばせる。 ●AEDについては前年度の復習になるが、1年経ってみてどうかという実感を持たせる。
第3次 バイスタンダーとしての役割を考える。（3h）	
○昨年のAEDの学習について、思い出し、振り返る。 ○実際にAEDを使った身近な人の話を聞く。 ○こんなとき、自分だったらどうする？ ○いのちの尊さについて考えよう。	●昨年はAEDのみを実際に体験したことを思い出し、今回はBLS全般であることを実感させる。 ●実際の体験談を聞くことにより、次時の自分自身の思考へと結びつける。 ●体験を通した緊迫感を持たせ、バイスタンダーとしての認識を持たせる。

II. 研究方法

1) 実践概要

本実践『命のバイスタンダー』の大きな目標は、児童にBLSスキルを習得させることにあるが、Hidden curriculumに存するのは、「命の大切さの実感」である。児童がBLSスキルを習得し、将来、目の前に傷病者がいたとき、バイスタンダーとして人の命を救う社会的貢献を願うことが第一義にあるのではなく、BLSスキルを学ぶ中から、人の命に対する畏れを実感し、「自分が本当にできることは何か」ということを、実感を持って考えることができるようになってほしいというねらいがある。

児童は純粋であるがゆえに、目の前に傷病者がいたらどうしますかと問うと、大半が「助ける」と答えるだろう。そこには助けるためのスキルも、命に対する畏れも介さ

ず、正義感や倫理感のみが存在する。しかし、BLS教育による一次救命処置のスキルを習得する学習を積み、児童の命に対する実感が変容するのではないかと考えた。

2) 事前アンケート

そこでまず、事前アンケートを行い、BLSスキルを習得する前の児童の実態の把握を行った。アンケートの対象は、第5学年児童120名（3クラス）である。その後、『命のバイスタンダー』の実践を行ったのは、1クラス（40名）である。

アンケート項目は、以下の通りである。

①あなたの目の前で人が倒れていた時、あなたはその人を
[助ける 助けない]

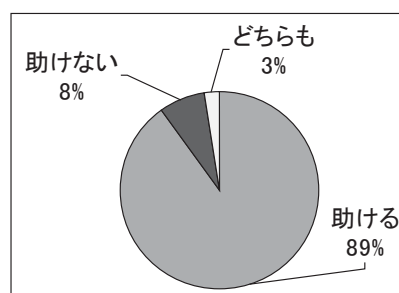
②助けると答えた人は、どのような方法で助けますか。
[自由記述]

この事前アンケートでは、多くの児童が「助ける」と答えると予想された。そして『命のバイスタンダー』の実践により、「助ける」と自信を持って答える児童が減るという仮説を立てた。その数が減ることは、一見消極的になったような感じを受けるが、知識やスキルのない状態で道徳観のみの考えで自己の意志決定を行うよりも、学習を積んだことによって命の大切さの実感に近づき、命の重さを感じるからこそ、その数は減るだろうという考えである。

III. 結果

1) 事前アンケートの結果

まず、①あなたの目の前で人が倒れていた時、あなたはその人を [助ける 助けない]という質問の結果は、以下のようになった。



以上のように、助けると答えた児童は108名で、予想通りの結果となった。しかし、3名の児童が「助ける・助けない」のどちらの回答も選択していた。このことについて聞き取りをしたところ、「場合による」という回答を得た。場合とは、例えばその傷病者が家族や知人である場合は助けようとするが、見知らぬ人だと近付かないのではないかとということである。

「助ける」と回答した108名の児童に対する②の質問においては、以下のような結果を得た。

助ける方法	回答数
助けを呼ぶ。	88
119 番通報をする。	55
「大丈夫ですか?」などと声をかけたり話しかけたりする。	27
AED を使用する。	8
安全な場所に動かしたり安全な体位を取らせる。	6
心臓マッサージをする。	3
人工呼吸をする。	2
助けることができない理由	回答数
自分には何もできないから。	3
よけいに悪化させてしまうかもしれないから。	3
パニックになってしまうから。	3
見知らぬ人だから。	2

目の前の傷病者を「助ける」と答え、その方法として最も多かったのが「助けを呼ぶ」という理由だった。注目すべきは、「AEDを使用する」「人工呼吸や心臓マッサージを行う」など、一次救命処置を施すという回答数が13を数えたことである。もちろん、児童は、それらが何たるかを知らずに回答している。

これらの結果から読み取れることは、児童は「人を助けたい」という気持ちを持っていること、あるいは、苦しんでいる人が目の前にいたら、助けようとするのが当然であるという、倫理的な思考を持っていることがわかる。この気持はとても大切なものであり、持ち続けてほしいと願う。しかしそこには、現実感が伴っていない。したがって、実感のない倫理感のみが児童を支配しているため、その思いは「実践力」＝「命の大切さの実感」とは言い難い。

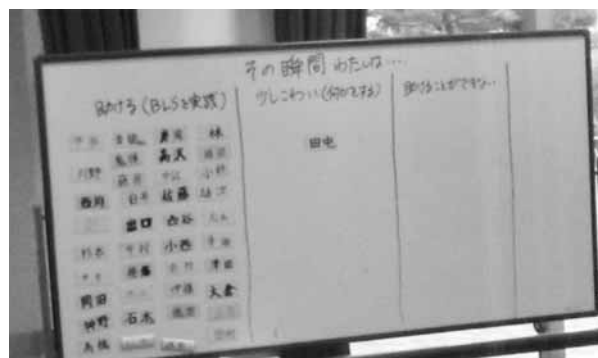
2) 授業実践『命のバイスタンダー』における児童の様相

BLSのスキル学習を続けてきた児童は、自分のスキルに自信を持っている様子が伺えた。誇りと言い換えてもいいだろう。児童はスキルを身につけることによって、「人の命を助けることができる」自分に誇りを持つ様子が伝わってきた。

単なるBLSのスキル学習であれば、ここで学習を終える。児童に手作りの「修了証」を渡し、自信を持たせればよい。「命の学習」としても成立するだろう。実際に授業を行っていて感じ、また、児童が毎時間記すワークシートを読んでいると、自信をつけていくと同時に、マネキンに対しても「失敗したらどうしよう」という思いを持ちながら学習している様子が見られた。このことは、児童が単なるスキル学習をしているのではなく、「命」を扱う学習をしているという感覚を持っていることに他ならない。

しかし、「命を扱う学習をしている」という実感と、「命の大切さ」の実感の間には、大きな差異がある。『命のバイスタンダー』の実践の目的は、「命に対する畏れ」を感じ、バイスタンダーとして、「その一歩」を踏み出すことの勇気を実感し、「自分が本当にできること」を考えることができるようになることである。端的に言えば、「思ったほどには何もできない自分」を知り、そんな自分には何ができるのかを、本気で考えさせることにねらいがあった。

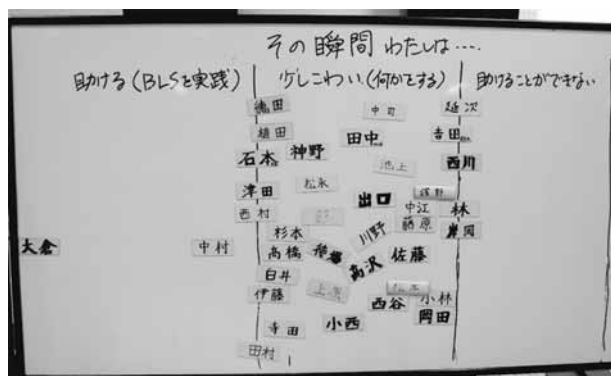
本実践は、2008年度大阪教育大学附属池田小学校研究協議会において、公開授業を行った。公開した場面は、児童はBLSスキルを習得し終え、修了証をもらった次時にあたる。授業の前半では、前年度と同様に、グループごとにスキルを確認し合った。そして後半に差し掛かった。今回の公開授業の前日に、児童に対して意識調査を行っていた。「もし目の前に傷病者がいたら、あなたはどうしますか」という質問に対し、「助ける(BLSを実践する)」「少しこわいけど何かをする」「助けることができない」という選択肢で答えさせた。公開授業本時の始めの時点での児童の意識は、資料②の様相を示していた。



＜資料②2008. 2. 20研究協議会公開授業当日の画像より＞

1名の児童以外の39名（男子20名女子20名）が、BLSを使って人命救助に携わりたいという意識を持っていた。いかに自分自身のBLSスキルに自信をつけていたかが伺える。そして授業の中で、児童に、円にならせ、中心にマネキンを置いた。

この直前に、街中で傷病者が倒れていて、そこに人だかりができていた画像を見せ、様々な意見を言わせた。その画像が示す状況を個々が分析しながら意見を言う中で、その場の状況に具体性を持たせるねらいがあった。そして円になった児童に対して「あっ、だれか倒れている!」と、マネキンを指差して叫んだ。参会者の方が時間を計ってくださっていて、後で教えていただいたのだが、児童が身動きできなかった時間は35秒間だったそう。児童にとっては、10分ほどにも感じる長い時間だった。そして、2人の女子児童が、手を取り合ってマネキ



＜資料③2008. 2. 20研究協議会公開授業当日の画像より＞

ンに駆け寄った。「大丈夫ですか!？」。

そして、一連のBLSを児童は一生懸命にこなし、「ストップ」の声で終了した。一様に、2人の女子児童にも、まわりのどの児童にも、安堵の表情が伺えた。児童全員に前に来させ、今回はワークシートではなく、授業前にホワイトボードの3か所（「助ける・少しこわいけど何かする・助けることができない」）に置いたネームプレートの位置を、今の考えを元に変えても良いことを告げた。

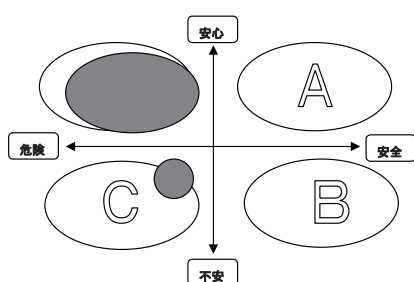
そして動いたネームプレートの位置は、資料③の画像のようになった。

大きく児童の意識が変容したことが伺える。ほとんどの児童が、「少しこわいけど何かする」という位置に置いている。また、境界線に置いている児童の気持ちも多分に理解できる。

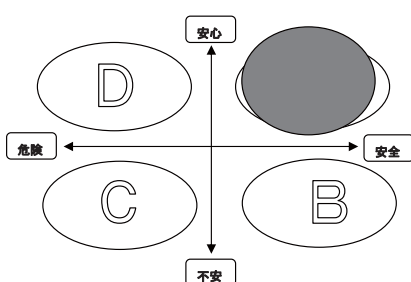
IV. 考察

『命のバイスタンダー』の実践における「安全・安心」の様相を、図①を用いて検証したい。

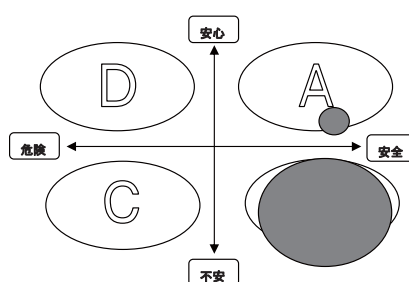
このとき、『命のバイスタンダー』においては、「安全」な状態とは、一次救命処置のスキルを習得し、技能上においては傷病者を助けることができる状態を示し、「安心」は、習得したスキルに自信を持ち、いざというときに自分自身が何をすることができるかを準備できていることを自覚している様相を示すものとする。このことは、取り扱う題材によって変わる。



図Ⅱ [学習初期]



図Ⅲ [学習中期]



図Ⅳ [学習後期]

〔学習初期〕

『命のバイスタンダー』を学習する以前の児童の様相は、図Ⅱの様相を示していた。しかし、ここで言う安心は、無知からくるものであり、学習で、その様相が変容する可能性を大いに秘めた「安心」であり、確固たるものではない。また、数名の児童は「人を助けることができるか。怖いのではないか。」という不安を持っている様相が見られた。

〔学習中期〕

スキル学習を進めていく中で、児童は自身のBLSスキルに自信を持って行く。高学年であれば、大人顔負けのスキルを身につけることができる。その中で児童は、「人の命を助けることができる自分」という自尊感情を高めていく様相が見られた。

〔学習後期〕

授業の最終段階で、児童の大半がネームプレートを「少し怖い」の項目に置いた。このことは、授業の初期段階に比べて「不安」に感じている様子が伺える。しかし、ここでいう不安とは、命を扱うことの怖さや重みを実感したということに他ならない。

最終的には、『命のバイスタンダー』の実践においては「不安」に感じた児童が多い結果になった。これは、『命のバイスタンダー』が命の実感や重さを感じさせることに重点を置いた実践であったからで、他の安全教育においては、また違った様相を見せるだろう。

これら児童の「安全・安心」様相図は、授業者の実感から得たものであり、実証性に欠ける感は否めない。今後安全学習を行っていく上で、児童にこの様相図を毎授業ごとにポイントさせる方法を試行したい。そのデータを集約していくことにより、より効果的な安全教育の礎を築くことができると確信している。

参考文献

1) 大阪府警 「子どもを犯罪から守るために」

<http://www.police.pref.osaka.jp/05bouhan/anzen/taisaku/kodomo/index.html>

民間シェルターの活動からみるドメスティックバイオレンスの被害者とその子どもたちの支援における課題

辻龍雄¹⁾、加登田恵子^{1,2)}、山根俊恵³⁾、澤田久子¹⁾、小柴久子¹⁾

1) NPO法人 山口女性サポートネットワーク

2) 山口県立大学 社会福祉学部

3) 山口大学大学院 医学系研究科 保健学系学域

Issue on the Effective Support for Victims of Domestic Violence and Their Children in Private Shelter.

Tatsuo TSUJI¹⁾, Keiko KATODA^{1,2)}, Toshie YAMANE³⁾, Hisako SAWATA¹⁾, Hisako KOSHIBA¹⁾

1) Yamaguchi Support Network for Women

2) Faculty of Social Welfare, Yamaguchi Prefectural University

3) Faculty of Health Science, Yamaguchi University, Graduate School of Medicine

要約

A県内のドメスティックバイオレンス(以下DVと略す)被害者の過去4年間の動向をみると、県配偶者相談支援センターでの相談件数は徐々に減少し、警察署への相談件数は横ばい傾向であるが、市町の窓口での相談件数は約2.17倍に増加している。

公設シェルターに一時保護された女性は年平均37.7人、同伴児数は年平均49.3人で、同伴児数の方が多く、被害女性の家庭において、女性だけでなく子どもたちも被害を受けていることが推察される。事実、われわれのシェルターで保護した子どもたちの多くが女性と同様に精神的なダメージを受けている。DV家庭では、女性だけでなく、その子どもにも児童虐待といえる深刻な被害を与えている。

DV被害者やその子どもたちを効果的に援助し、安全な地域社会を構築していくためには、DVと児童虐待は同じ家族の中の暴力であり、同時多発的に発生しており、同一の根源の家庭内の暴力として認識し、関係する様々な機関が連携して対応していくことが重要と考えられる。

キーワード：ドメスティックバイオレンス、児童虐待、民間シェルター、性暴力

Key words : domestic violence, child abuse, private shelter, sexual abuse

I はじめに

ドメスティックバイオレンス(以後DV)に対応するために、行政の運営する配偶者暴力相談センターは全国に183ヶ所(2009年4月現在)、民間シェルターは108ヶ所(2008年11月現在)存在している¹⁾。なぜこれほど多くの民間シェルターが必要とされているのであろうか? また、2001年に「配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律(DV防止法)」が成立して9年となるが、今日までに2004年、2007年と二度も改正されなければならなかったのは、なぜなのだろうか? その背景には、DVの問題状況が極めて複雑な要素を含むものであるということと、したがって、多面的な対応が必要となり、いわ

ゆる縦割り行政組織だけでは対応しきれないということがあげられる。

とくに、シェルターに駆け込む被害者は子連れである場合が多いが、母親はDV防止法で、18歳以下の児童は児童虐待防止法を根拠法として保護、支援される。公設シェルターである女性保護施設では児童の保護や支援の受け皿がない。逆に、児童を児童養護施設で緊急保護しても母親はそこには保護できない。こうした男女共同参画行政と児童福祉行政の狭間で、DV被害者の母子は戸惑う場合も多い。

われわれは、2000年にDV被害者を支援する活動を開始し、2002年に民間シェルターを運営するNPO法人山口女性サポートネットワーク(以下サポートネット)を設立

した。活動としては、①DV被害者への電話相談、②面接相談、③裁判所や警察署などの司法機関、市役所や児童相談所などの行政機関、医療機関などへの付き添い同行（エスコートサービス）、④弁護士、精神科医、カウンセラーなどの紹介、⑤緊急一時保護、⑥自立支援、⑦啓発活動、⑧DVについての調査研究などを行っている。

2006年に開催された日本女性会議2006しものせきでは、「DVとそれが子どもに与える影響」と題して、DV家庭の子どもたちが虐待といえる深刻な状況に置かれていることを問題提起した²⁾。その後2009年には、全国女性シェルターネットが主催する全国公開講座「DV家庭における性暴力及び性虐待被害者当事者のサポートとは」に参加し、DV家庭において実父からの性暴力が横行している現状を知る³⁾とともに、われわれの経験した性暴力の事例を報告したところである。

そこで、今回は、A県におけるDV被害者と被害者支援の状況を、相談件数の動向、公設シェルターの一時保護者数および入所経由と受け入れ体制の状況、民間シェルターにおける一時保護の状況と一時保護委託費の現状などの項目について報告するとともに、われわれが援助したDV被害者とその子どもたちがおかれている状況の概要を報告する。

II 対象と方法

A県内のDV被害者について、相談機関ごとに相談件数、県の一時保護施設の利用者数、一時保護施設入所経路などを調査した。対象施設はA県男女共同参画相談センター（以後：県DVセンター）、A県警察本部、B市警察署、C市配偶者暴力相談支援センター（以後：C市DVセンター）、市町の窓口とした。

県DVセンターは県内全域からの相談を受け、保護命令の手続きや公設シェルターへの一時保護、民間シェルター委託への窓口となっている。県内の市町の窓口はDVへの相談に応じているが、C市は県内唯一DVセンターを設置し、電話相談・面接相談を行っている。生命への危険を感じる事例は県警本部や警察署への相談が多く、警察はDVセンターをはじめ各機関と連携し、被害者保護に重要な役割を担っている。ここでいう公設シェルターとは、婦人保護施設、母子生活支援施設を示している。

調査期間は行政におけるDVに関する相談件数については2005年から2008年までの過去4年間、DV被害者一時保護件数については2006年から2008年までの過去3年間とした。一時保護入所者の経由機関については2007年と2008年の過去2年間とし、一時保護の直接の契機となる相談を行った先で集計している。当該機関等が複数ある

場合、保護に至る一連の相談の最初となる相談先を優先した。また、最初の相談が受け流されてしまったケースやどちらを優先すべきか判断できないケースもあるため、より重要な役割を担った方で計上した。

こうした資料は文書として一般に公表されていない。そのため、調査は議員が議員調査権を用いて担当部局に調査を依頼することで行政機関によって行われた。資料を公表することについては行政機関の承諾を得ている。

次に民間シェルターであるサポートネットが運営する相談や、一時保護を利用された人たちの集計を行い、被害者及び同伴児の状況をまとめた。調査対象期間は2002年から2007年の6年間の利用者とした。

また、次のような倫理的配慮を行った。すなわち、本報告は事例研究ではないが、研究で得られるデータは研究目的以外には使用しないこと、研究結果の公表に際しては匿名性を遵守することを文書及び口頭で説明し、同意を得た。調査で得られたデータは、個人が特定されないように匿名化した。

III 結果

1. 相談機関別のDV 相談件数の動向

A県内のDV相談件数を表1にまとめた。A県はD市に県のDVセンターを設置している。県内の市町をみると、C市は市独自にDVセンターを設けており、C市以外の市町では主として窓口（人権推進課、総務課、社会福祉課、地域福祉課、こども家庭相談室、民生課、その他）でDV被害者の相談に対応している。県DVセンターの相談件数は、2006年度以降減少傾向にあり、その一方で、市町窓口の相談件数が飛躍的に増えている（図1）。

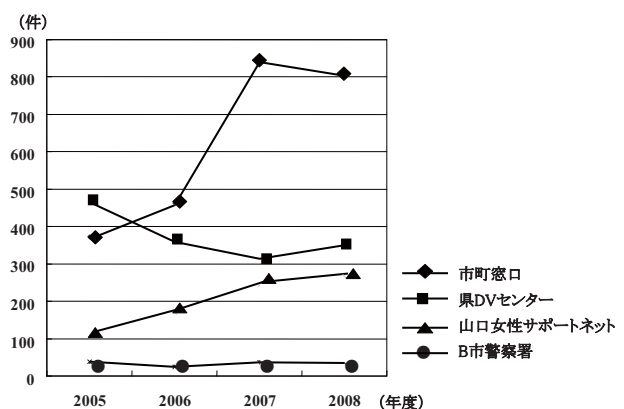


図1 相談件数の変動

サポートネットへの相談件数は、2005年度109件、2006年度171件、2007年度243件、2008年度267件と、C市DVセンターとはほぼ同数であり、同じような増加傾向を示し

表 1 行政におけるDVに関する相談件数

	2005 年度	2006 年度	2007 年度	2008 年度
県男女共同参画相談センター	460	354	308	344
C 市男女共同参画センター	107	155	279	281
県内市町窓口	373	463	846	810
県警レディースサポート 110 番	-	6	6	11
B 市警察署	38	24	36	35
山口女性サポートネットワーク	109	171	243	267
合計	1,087 件	1,173 件	1,718 件	1,748 件

(宇部市議会議員報告より)

表 2 A 県男女共同参画相談センター DV被害者一時保護人数

	2006 年度	2007 年度	2008 年度
女性一時保護総数	52	27	34
同伴児一時保護総数	69	37	42

(宇部市議会議員報告より)

表 3 山口女性サポートネットワーク DV被害者一時保護人数

	2006 年度	2007 年度	2008 年度
女性一時保護総数	7 (3)	5 (3)	3 (1)
同伴児一時保護総数	3 (0)	5 (3)	3 (1)

() 内は A 県から山口女性サポートネットワークへ一時保護を委託された人数

表 4 一時保護入所者の経路機関について

	警察署	市町窓口	本人	児相 ¹⁾	サポート ²⁾	保護観 ³⁾	県婦相 ⁴⁾	合計
2007 年度	13 (35%)	16 (43%)	3 (8%)	1 (3%)	2 (5%)	1 (3%)	0	37
2008 年度	16 (36%)	15 (34%)	11 (25%)	0	1 (2%)	0	1 (2%)	44

(注) ¹⁾ 児童相談所 ²⁾ 山口女性サポートネットワーク ³⁾ 保護観察所 ⁴⁾ A 県婦人相談所

(宇部市議会議員報告より)

ている。A 県警本部レディースサポート 110 番には 2006 年度 124 件、2007 年度 145 件、2008 年度 140 件の相談が寄せられ、その中で DV に関しての相談件数はそれぞれ、6 件、6 件、11 件であった。B 市警察署の相談件数は 24 件から 38 件の範囲となっており、過去 4 年間で増減傾向はみられていない。A 県内の DV 相談総件数、2005 年 1,087 件、2006 年 1,173 件、2007 年 1,718 件、2008 年 1,748 件は、A 県内の DV 被害者数を推測する上での一つの指標となると思われる(表 1)。

2. A 県内の DV 被害者一時保護数、入所経路、受け入れ体制の状況

A 県が一時保護した被害者の総数を表 2、サポートネットでも一時保護した総数を表 3 に示した。A 県は一時保護施設 4 部屋(各 2 人 8 人収容可能)、婦人保護施設 4 部屋(各 4 人 16 人収容可能)の施設があり、合計 8 家族まで受け入れ可能である。サポートネットは 1 戸 1 家族受け入

れ可能である。過去 3 年間の A 県による女性一時保護数の平均は年間 37.7 人、同伴児数の平均は年間 49.3 人、女性一人に平均 1.3 人の同伴児がいることとなり、女性単独での一時保護よりも同伴児がいる女性が多いことが推察される(表 2)。サポートネット一時保護女性の平均は年間 5.0 人で、その約半数の 2.3 人が県の一時保護委託事業の対象者である(表 3)。

県の施設への一時保護入所者の経路機関についてみると、警察署へ相談して一時保護された人は 2007 年度 13 人(35%)、2008 年度 16 人(36%)、市役所町役場の窓口を経由した人は 2007 年度 16 人(43%)、2008 年度 15 人(34%)であった。警察署への相談件数が少ないにも関わらず、一時保護者の約 35% は警察からの紹介であり、身体的暴力の激しく緊急性を要する事例では、DV 被害者は警察署へ相談している状況が推察される(表 4)。

一時保護について公設シェルターと民間シェルターを比較した場合、公設シェルターでは 8 家族まで同時に保

護できるが、食事の時間、入浴の時間が定められた集団生活である。また、施設の所在が明らかにされているために保安上の理由から施錠されており外出には許可が必要となる。DV被害者の多くは精神的なダメージを受け心身ともに疲れきっているため、まずは安全な場所で好きなだけ眠ったり、怯えずにゆっくり食事をとったり、場合によってはぼとして過ごすという心身の休養を必要としており、集団生活に伴う規則的な生活はなじまない場合が多い。また、同伴児も、前述のように母親と同様な不安定な精神状態に置かれているにもかかわらず、狭い施錠された空間での生活や、母親と離れての児童相談所での生活はさらなるストレスを伴う。

一方、民間シェルターでは、施設の所在地を明らかにしていないため、十分な配慮は有するものの外出に規制はなく、台所や入浴も好きな時間に使うことができる。また、複数のスタッフが同行して子どもたちを公園などで遊ばせることも行っている。しかしながら、収容可能な家族数は1組に限られている。民間シェルターによっては、複数家族を同時に受け入れることができる団体もあるが、規模的には小さいところが大半である。

3. 民間シェルターにおける一時保護者の状況

サポートネットに一時保護した女性は、2002年1月から2007年12月までの6年間に20人になる。一時保護した人たちの年齢層は20歳から65歳（平均年齢41.4歳）であり、一方、加害者の年齢層は26歳から65歳（平均年齢43.1歳）であった。20歳の女性3人が利用しており、そのうち2人は10代での妊娠出産であった。利用者の出身地は、A県内16人（80%）、4人は隣接したD県、E県から入所していた。

加害者と暴力の内容をみると、16人が配偶者からの身体的暴力、1例が母親から娘への精神的な暴力、1例が息子から母親への身体的暴力、1例が娘から母親への身体的暴力、1例はストーカーされているという被害妄想であった。

シェルター滞在期間の平均は13.3日間で、2日～35日間という幅があった。シェルター退所後に13人（65%）は配偶者と別居した。4人は配偶者のいる自宅へ戻り、3人については音信不通となった。被害者20人中2人が身体的暴力による入院歴があった。20人全員にうつ状態などの精神的なダメージがみられた。また20人中11人（55%）には精神科への通院歴があり、1人には精神科入院歴があり、自殺未遂の経験があるのは2人であった。被害者の家庭の経済状態をみると、20人のうちの7人（35%）は低所得層と言える。

シェルター入所者からの聞き取り調査によると、子ど

もたちの精神状態は、重複する者はあるが、20人中不眠15人（75%）、自信喪失感10人（50%）、うつ状態8人（40%）、不登校3人（15%）、多動児3人（15%）、不安感8人（40%）、攻撃性2人（10%）、ひきこもり自殺未遂1人（5%）、反応性愛着障害と診断された者1人（5%）、学習障害と診断されたもの1人（5%）という状況であった。

4. 民間シェルターへの被害者一時保護委託費の現状

地方自治体から一時保護施設に認定された民間シェルターに対しては、DV被害者1人を受け入れると、全国一律に、一時保護から14日以内は1日7,650円、14日以降は7,500円の委託費が、平成21年現在、国と県から民間シェルターに支払われる。同伴児については1日4,000円である。

一時保護14日以降の対応については地方自治体によって異なる。A県では1ヶ月間は委託費が支払われている。裁判所から保護命令が出れば民間シェルターから退所するように県から指導され委託費の支給も停止されることになるが、現実的には退出先が決まるまでは委託費が支払われている。

F県内のある民間シェルターでは14日以降は、被害者に生活保護を申請してもらい、シェルター維持費（1日1,500円）を自己負担してもらっている。退所期日や退出先についての当事者との協議を民間シェルターに一任している地方自治体や、逆に決定権をもつ自治体もある。

IV 考察

1. 相談の地域化傾向

A県内のDVに関しての相談件数をみると、市町の窓口での相談件数は2008年で2005年の2.62倍近くに増えている。2005年に介護保険法が改正され、2006年から地域包括支援センターが各市町村に設置された。同センターは地域住民の保健・福祉・医療の向上、虐待防止、介護予防マネジメントなどを総合的に行うことを目的としている。市町の窓口での相談件数が増加し、県DVセンターへの相談件数が減少してきたのは、この機関が設置されたことが背景にあるのかもしれない。一方、警察署への相談件数は横ばい状態であるが、一時保護を要するような重大な事例は警察署へ相談する傾向がみられている。サポートネットへの相談件数は、C市DVセンターとほぼ同じ件数で共に緩やかな増加傾向を示している。被害者の身近にあり、相談しやすい行政窓口がDV被害の相談に対応している現状が明らかになった。

しかしながら、短期間に急激に相談件数が増大していることから、行政窓口でのDV相談への対応については、

職員の研修や相談員の配置体制などが、これからの課題であろうと推察される。次に、各市町によって受付窓口が異なっており、人権推進課、社会福祉課、地域福祉課、地域包括支援センター等で対応していることから、住民にとってはどこに駆け込んでよいかわかりづらい。まずは、窓口情報の周知が必要である。さらに、県DVセンター、県警本部、所轄警察署、C市DVセンター、各市町窓口、民間シェルターなどがあり、どこに相談するかは被害者の選択に任されている。

一時保護が必要な場合に、公設シェルターにするか民間シェルターにするかの基準も明確ではない。DV防止法の第三条5において、「配偶者暴力相談支援センターは民間団体との連携に努めるものとする」、第二十六条には「国及び地方自治体は民間の団体に対して必要な援助を行うものとする」と明記されている。行政と民間シェルターの連携・協働についてみると、岩瀬⁴⁾は2006年9月から2008年9月にかけて、近畿、関東、東海地域にある民間シェルター3箇所とシェルターをもたない民間支援団体1箇所の計4箇所の民間団体についてインタビュー調査した結果、「委託」事業については行政から「安価な下請け」とみなされており、両者の関係は対等とは程遠い状況であり、「政策立案への参画」についても形だけの「参画」になっており、現場の声が活かされているとはいえない状況にあると指摘している。A県においても、行政と民間シェルターの連携はいまだ十分とはいえない状況にある。

2. 関係機関の連携と総合相談窓口（ワンストップサービス）の必要性

DV被害者は、まず安全を確保するために、警察署、裁判所、法律事務所へ行く必要があるが、これらの司法機関や法律事務所には、誰もなじみが薄いため、サポートネットではエスコートサービスを行っている。こうした安全のための手続きや、医療機関の受診に加えて、就学期の同伴児がいる場合には就学継続のために学校に手続きや相談に行かなければならないし、場合によっては児童相談所に同伴児を一時的に預けることもある。保護以前に在籍していた学校、教育委員会と転出先の学校・教育委員会との連携は必須である。とくに、加害者は子どもの在籍していた学校から転出先に関する情報を得ようとする人が多いので、転居の事情や対処方法に関する情報を関係者が共有しておかなければ危険が伴う場合がある。

さらに、住居が必要であれば、県営・市営住宅のDV被害者枠利用の申請に、経済的な問題が大きければ生活保護の申請を行うこともあるし、健康保険証や年金番号の

変更の手続きなどもでてくる。

このように想像以上に多くの司法機関や行政機関に手続きに行かねばならないが、DV被害者の多くの人たちは、行政機関などの手続きにいくことを躊躇していた。その理由は、種々の申請書類の作成、交渉、これまでの事情や家庭環境の説明をすることが難しい精神状態であることに起因している。多くの制度を総合的に活用しなければならないが、そのたびにDV被害者は行政担当者に説明しなければならない、ともすると「たらい回し」にされる場合もある。相談窓口が同じ市役所内であれば、申請書類作成を一度で済むようにするワンストップサービスが先駆的な自治体で行われており、各市町においても徐々に普及していくことが望まれる。

3. 被害者の自立支援の課題

こうした急性期の対応とともに、次の生活のための自立支援が課題となってくる。サポートネットのシェルター退所後に13人（65%）の方が、前の家族と別居している。賃貸の住居であれば家賃を捻出しなければならない。求職のためにハローワークに相談しても、専門的資格がなければ、就職先は容易にはみつからない。住居を探すこと、引越しを手伝うこと、職業を探すことにも同行支援しているが自立は容易ではない。橋木⁵⁾は日本における貧困者は高齢単身者、母子家庭、若者の3つであり、女性が離婚して職を探した場合、技能がなければ非常に低い賃金でしか雇用されないことから、母子家庭に貧困者が多くなっていると述べている。自立を目指すDV被害者は職探し住居探しから始めなければならない、まさにこの母子家庭の状況にある。

内閣府の白書¹⁾によれば、平成19年に調査したDV被害者の54.9%が「当面の生活をするために必要なお金がない」、15.8%が「生活保護が受けられない」と回答している¹⁾。経済的な自立支援は大きな課題といえる。岡山市市民局男女共同参画課は、平成2008年12月から2009年1月に全国女性シェルターネットに加入している民間シェルター27団体を対象に、DV被害者支援に関する調査を行っている⁶⁾。この調査報告書をみると、DV被害者の自立支援を、1) 経済的支援、2) 精神的支援、3) 就業支援、4) 司法に関する支援の4項目にわけて調査している。シェルター退所後の経済的支援では、①生活用品の提供（74.1%）、②食料品の提供（48.1%）、③引越し運搬の手伝い（40.7%）、④自立支援金の貸付け（22.2%）、⑤自立支援金の無償提供（11.1%）、⑥引越し費用（7.4%）などが行われている。退所後の就業支援では、①雇用情報の提供（70.4%）、②ハローワークへの同行（74.1%）、③講座（自立支援のためのPC教室など）（29.6%）が行わ

れている。しかしながら自立は容易ではなく、政策としての自立支援の施策が必要と思われる。

4. DVと子どもの問題

前述したようにサポートネットが一時保護した子どもたちの総数は20人であるが、そのほぼ全例になんらかの問題がみられた。母親だけでなく、子どもたちも暴力の被害に遭っている。DVについての対応は進みつつあるが、DV被害が女性だけでなく子どもたちにも及び、深刻な影響を与えていることに注目する必要がある。10代で妊娠出産し20歳で一時保護した2例では、乳児の発育障害が疑われ、低年齢のDV被害者では育児上の問題がでていた。

サポートネットの経験では、配偶者への加害と同時に子どもへの性的虐待を行っていた事例もある。NPO法人全国女性シェルターネットは、全国の民間シェルターと婦人相談施設において、2001年から2008年10月の間にDV被害を受けて一時保護を利用した女性と子どもの性暴力被害体験についてシェルタースタッフと施設職員を対象に調査を行った³⁾。その調査結果をみると、DV家庭で育った子どもたちの約6%が性的虐待を受けており、その加害者は圧倒的に実父であることが明らかになっている。信田⁷⁾は、家族内の暴力はDVと虐待というように画然と分けられるはずがなく、多くは同時多発的であると述べている。

しかしながら、こうした問題提起にも関わらず、今日においても、児童虐待は児童相談所に対応し、DVについては、市町の窓口やDV相談センターが対応する形、すなわち、児童虐待防止の取組みとDV被害者救済の取組みは、別立てで進んできている。

5. DV防止法保護対象外の被害者

さらに民間シェルターでは、DV防止法保護対象外の被害者も入所していることが特徴である。とくに、児童福祉における「家庭内暴力」の場合「子」は18歳未満の場合該当するが、本シェルターに保護されたのは、成人の「子」による成人の親への暴力（高齢者虐待）である。近年「ひきこもり青年」の問題が注目されつつあるが、中には家庭内暴力問題を抱えているケースも少なくない。20歳以上の「子」の家庭内暴力は、配偶者間暴力に匹敵する課題であると思われるが、現在は法の狭間に置かれている。

V 結語

DV被害者の子どもたちは、母親と同じようにDV被害によって精神的にも大きなダメージを受けている。DV被害者はDV防止法で、同伴している18歳以下の児童は児童虐待防止法で保護支援されており、母子が同じ施設に保護できない状況が存在している。DV被害者やその子供たちを効果的に援助し、安全な地域社会を構築していくためには、母子を同じ施設に保護できる施策が求められるし、行政機関においてはワンストップサービスの普及が必要であろう。さらに、自立を目指して別居もしくは離婚したDV被害者の自立支援が今後の大きな課題ではないだろうか。

DVと児童虐待は、同じ家族の中の暴力であり、同時多発的に発生しており、同一の根源の家庭内の暴力として認識し、関係する様々な機関が連携して一元的に対応していくことが重要と考えられる。

謝辞

行政機関におけるDV相談件数などを調査していただいた宇部市議会宮本輝男議員に深謝致します。

参考文献

- 1) 内閣府. 平成21年版男女共同参画白書. 東京: 佐伯印刷株式会社, 2009; 85-100.
- 2) 日本女性会議2006しものせき実行委員会 下関市男女共同参画推進室内. We are ～ わからないから信じあう. しらないから支えあう 抄録集. 下関, 2006; 22-23.
- 3) 全国女性シェルターネット. DV家庭における性暴力被害の実態. 東京, 2009; 1-98.
- 4) 岩瀬久子. 民間シェルターの活動実態と被害者支援 一行政との連携・協働関係に着目して. 日本セーフティプロモーション学会誌, 2009; 2: 22-31.
- 5) 橋木俊昭. わが国の貧困問題の歴史的変遷と現状. 公衆衛生, 2008; 72: 696-699.
- 6) 岡山市市民局男女共同参画課. DV被害者支援等に関する調査報告書.
at: <http://www.city.okayama.jp/shimin/danjo/tyousakettuka/index.htm>. Accessed December 24, 2009.
- 7) 信田さよ子. DVと虐待「家族の暴力」に援助者ができること. 東京: 医学書院, 2002; 181-190.

政治行政課題としての「安全・安心」問題と 「セーフコミュニティ」モデルの有効性 — 一事件事故ビジョンゼロ戦略から市民生活安全充足感への切符 —

石附 弘

日本セーフティプロモーション学会理事
厚木市セーフコミュニティ担当専門委員

Civil Safety in Japan and Safe Community

Hiroshi ISHIZUKI

Director of Japanese Society of Safety Promotion Expert Committee of Atsugi City

要約

- 1 政治行政課題として「安全・安心」「コミュニティ」の問題が喫緊の課題となっている。本稿においては、上記課題をめぐる安全文化史における「セーフコミュニティ」の位置づけや問題解決ツールとしての有効性について、これを導入する自治体の側に立って行政実務的側面から考察してみたい。
- 2 筆者はWHO本部および幾多の「セーフコミュニティ」のフィールド調査を通じ、「セーフコミュニティ」が認証基準としている6指標によって、コミュニティ自らの発意と知恵で、行政、警察、消防、保健分野の支援協力の下、①「外傷を含む事件事故などの予防」機能（「安全」機能）の効果とともに、②コミュニティにおける生活安全充足感機能（「安心」機能）の醸成が図られ、自立・自律的な「安全・安心」創造機能が発揮されている実例を目にした。

- 1 諸論（序にかえて）
 - 2 人類の安全文化史からみた安全対策の方向性
 - 3 国民の最大関心事「安全・安心」「コミュニティ」問題と「セーフコミュニティ」
 - 4 「セーフコミュニティ」の日本上陸
 - 5 「セーフコミュニティ」にみる安全安心まちづくり手法の構造分析
 - 6 政治行政課題としての「コミュニティ」問題と「セーフコミュニティ」
 - 7 「セーフコミュニティ」の「安全機能」と「安心機能」とは？
 - 8 「セーフコミュニティ」の先進性：地域の「社会と人」の開発プログラム
- おわりに 「曲突 薪を徙（うつ）せというものに愚沢なし」

キーワード：政治行政課題、安全、安心、コミュニティ、セーフコミュニティ

1 諸論（序にかえて）

1.1 「安全・安心」問題は自治体のトップマネジメント

近年、市民生活の「安全・安心²⁾」問題が、自治体の正面の問題、自治体トップの優先度の高い政治課題として認識され、自治体自らがイニシアティブをとり、地域住

民、警察、学校、事業者等と一体となり、これらの関係者が連携・協力・協働して、問題の根源的解決を図っていかうという動きが各地で盛り上がりを見せている。

厚木市も同様で、「セーフコミュニティ」モデル導入に際し、行政の観点から「セーフコミュニティ」の特質や

-
- 1 筆者が最初にSC概念に出会ったのは2003年で、その後、道路安全に関するWHO報告書(2004年)の内容に感銘を受け、反町先生よりご指導を受けつつ、2005年から2009年にかけて、WHO本部外傷予防部やカロリンスカ大学SC協働認証センタースヴァンストローム博士を訪問したのを始め、SC活動の現場フィールド調査（認証ベストプラクティス都市(Lidköping、台北市等18か所)を通じ、SCとは何か、日本のまちづくりとどこが違うのかなど観点から調査研究を行ってきた。1昨年4月からは、厚木市セーフコミュニティ専門委員。
 - 2 「安全」と「安心」は相互密接不可分の関係にあるが、両者には本質的な違いがある。筆者はその相違点を、オランダの諺「家は買えるが家庭（ホーム）は買えない」「薬は買えるが健康は買えない」の「家」と「家庭（ホーム）」、「薬」と「健康」の関係に類似しているのでないかと考えている。家（制度的客観的な安全水準）はお金で買えるが、家庭（ホーム）は「こころの居場所」（ハイマート）に象徴されるように、こころの在り方（主観的な安心感）でありお金では買えない。「安心」も「健康」も、家庭関係や近隣コミュニティとの人間関係や社会環境、その人の人生観やライフスタイルなど、人が人として自ら生活努力をする中でその価値を紡ぎだしていくべきものであるからである。

有効性について、これを検証する必要があった。

1.2 「安全」「健康」「コミュニティ」の関係

言うまでもなく「安全」と「健康」は市民生活の全ての基盤をなす「車の両輪」である。「セーフコミュニティ」は、①その市民生活の「車の両輪」を支える「コミュニティ」の現場に着目、そこで発生する事件・事故など諸々の危険や脅威の実態に即し、これをコミュニティの成員が主体となって問題解決をしようというところにユニークさがある。

また、②「セーフコミュニティ」は、外傷という結果を生まない（予防）のため、そのリスクファクターに関心を寄せ、交通事故や労災、家庭内事故の他、現在では、自殺や暴力もその対象としている。即ち、安全対象の範囲は、放置すれば外傷にいたるリスクファクターを視野に入れつつ、そのリスクの高低、因果関係の濃淡を科学的に分析し、外傷に至らぬよう安全のプロセス管理をする仕組みと言い換えることができる。この考え方に立てば、自殺における6大危険因子の多重債務や失業などのように外傷そのものではないが、これを安全対策の対象とする実務的合理性がある。「セーフコミュニティ」は、このように市民生活の安全を脅かすかなり幅広い事象（事件・事故）をその対象としている故に、組織横断的の取組みが求められている。

1.3 「セーフコミュニティ」制度の戦略性と深遠性

しかも、この制度は、対策の科学的合理性、リスクグループに応じた個別具体的安全手法、社会実践性、結果の評価・検証性、内外の安全ネットワーク構築、安全水準の世界基準・認証制度を通じて国際性を目指すなど総合的な社会安全システムとしての独創性を有している。「セーフコミュニティ」という言葉を直訳すると「安全なまち」となるが、これでは世界標準の「セーフコミュニティ」制度の戦略性と深遠性を表現できない。

2 人類の安全文化史からみた安全対策の方向性

2.1 安全文化の制度設計の変革

人類は安全に生きるために、火の管理に始まる安全技術の開発やコミュニティ³の形成など3つの安全能力限界⁴の克服（安全文化の創造）に全力を傾けてきた。

人類の「安全」文化を歴史軸でみると、大昔は事件・事故・災害等危険との遭遇回避を神頼みし、事件・事故が発生すると「運」が悪かったと諦めていた。近世に至り、危

険源を個別的に管理する時代へ進化する。例えば運転者や歩行者の教育や違反者の管理・制裁を通じて交通安全を確保してきた。犯罪対策も「犯罪者」対策が主軸の問題であった。

2.2 被害予防のための包括的かつ総合的社会安全システム構築の時代

そして21世紀は、事件事故のリスクファクター発生原因やその背景、リスクファクターの形成または結合メカニズムを総合的に分析し、事件、事故発生による社会的経済的損失の総量を少なくするために危険現象を社会システムとしてミニマムコントロールする時代に移りつつある。防犯対策においても「防犯防環境設計」の考え方が社会モデル化しつつある。

スウェーデンの交通安全戦略ビジョンゼロにみられるように、リスクマネジメントの包括的社会安全システム構築の時代にあつては、「安全」システムを設計段階で社会の中に予め組み込むなど、持続可能な社会を実現するトータルマネジメントの発想や手法の開発、「安全水準」の設計、評価・効果測定の方法論等が新しいテーマとして浮上する。

2.3 新時代の要請「国民生活充足感」を予言：ブレジンスキーの先見性

市民の主観的生活感覚としての満足感(例えば「安心」)を最初に次世代の政治理念として取り上げたのは、カーター大統領の特別補佐官ブレジンスキーであった。彼は、経済的豊かさの指標としてGNPが唯一の指標であった時代から、豊かな時代における生活の質(QOL)が問われる時代への変化を予見していた。即ち、これからの時代の国民の真の生活の豊かさとは、GNP(グロスナショナルプロダクト)という抽象的なマクロ指標ではなく、「GNS国民生活充足感(グロスナショナルサチスファクション)」であるとし、「GNPが高くても自殺者が多い国は豊かではない」と喝破した。

世界に比して、人口当たりの自殺者が多いわが国は、ブレジンスキーに言わせれば政治的に貧しい国なのである。因みに、「セーフコミュニティ」では、自殺問題を重要な課題対象としている。「安心⁵」も「自殺」も、長く個人レベルの問題で国政や社会的レベルの問題ではないとされてきたが、これらを正面から取り上げることが新時代の要請となった。

3 「コミュニティ」の語源はギリシャ語の造語で、外敵に対して共同体の安全を守るために皆で力を合わせて闘うという意味とされる。

4 人間は、安全に関して一般に①認知限界、②予知・予測限界、③制御限界の3つの能力限界があるとされる。安全安心を具現化するためには、この3つの限界領域を常に拡大する努力が必要である

5 例えば、治安に関しては「体感治安不安感」の改善などこれまでの検挙率というマクロ指標ではなく、広く生活安全度の向上など地域住民の主観的な「市民生活の感覚」を、行政の政策課題として掲げるところが散見される。

2.4 人間中心の思潮の興隆

世界の安全文化の潮流を見ると、ポスト工業化の中で、人間中心の思潮の興隆（例えば安全に歩く権利など）、事後安全から予防安全・予知安全への強い希求、個別的な安全対策から包括的総合的な社会安全・安心システムの構築時代への突入、IT革命による予知予測技術の進展など、「安全・安心」をめぐるこれまでの社会の前提条件が大きく変化変質している。この文脈において、「安心」の問題は「生活の質」（QOL）の重要要素であり、身の周りの市民の生活実感、皮膚感覚のミクロの市民安全の具現化が今日の優先的政治行政課題となっている。

2.5 「セーフコミュニティ」の新しい問題解決アプローチ

このような諸点を判断基準に「セーフコミュニティ」の手法を考察すると、コミュニティを基軸にそこでの地域特性に鑑みた課題を、行政の関与の下に、科学的なアプローチとすべての安全関係者の協働によってその「安全の質」を高めていこうとするものであり、これまでの、「安全・安心」「健康」「コミュニティ」の各専門部署による課題ごとの「縦割り」方式や「トップダウン方式」の問題解決手法ではなく、被害予防のための包括的な社会安全システムの構築を目指すもので、まさに21世紀の時代潮流に合致した手法であり、時代的先見性を持ったシステムであるといえることができる。

3 国民の最大関心事「安全・安心」「コミュニティ」問題と「セーフコミュニティ」

これまでの「安全」（マクロ指標としての客観的安全水準）に加え、市民の「安心」（ミクロ指標としての市民の肌で感ずる安心水準）問題についての関心の高まりや問題解決ニーズが急増している。他方、「コミュニティ」をめぐっては、社会構造としての地域の絆の再生ニーズのほか、交通安全対策、犯罪被害者対策、災害対策、地域介護などに加え、国民保護法など危機管理事態への対応など新たな課題が山積している。

3.1 「安全」と「安心」の分離現象

警察や自治体、安全ボランティアの力で犯罪総量の減少（「安全」水準の改善）には成功しつつあるが、体感治安不安感の改善（「安心」問題）は未解決であり、厚木市においても、体感治安の問題が、極めて高い特異政治行政ニーズになっていた。

3.2 「安心」対策には包括的手法が必要

では、何故、「安心」問題が解決できないのか。子どもの防犯に関する国民の不安感調査（内閣府、平成18年8月）の原因とされる要因分析によれば、子どもの犯罪被害不安感を感じる理由として報道ぶりの影響を指摘する率が多いことは当然のこととして、近隣コミュニティ関係や公共空間の安全環境が不安感を抱く理由として高い数値を示しており、実際に事件被害経験の有りの数値よりも重要要素となっている。

従って、このような不安感形成要因に鑑み、その改善のためには、事件の減少は当然として、それ以上に、近隣関係の改善（コミュニティの絆の再生）、道路の防犯灯対策、防犯意識の向上等コミュニティレベルでの多様な対策が必要である。換言すれば、犯罪の減少だけでは「安全」は確保できても、「安心」問題の改善には不十分なのである⁶。

3.2 「予防安全」プラス「安心社会」の構築＝「セーフコミュニティ」の手法

加えて、近年の食の安全、建物の安全、環境の安全などの諸問題、超高齢化社会への備えなど、市民生活のすべての分野で、「安全」＋「安心」ニーズが高まっており、これまでの縦割りの「安全行政」では限界があることは明らかで、特に、予防安全のための「安心行政」を推進するためには、コミュニティの社会関係の改善や安全環境改善などとともに、コミュニティの主体的取り組みや市民協働こそが問題解決への王道である。「セーフコミュニティ」の手法がこのニーズに合致したものであることは言うまでもない。

4 「セーフコミュニティ」の日本上陸

一昨年2008年3月、京都府亀岡市が日本で初めて「セー

6 拙稿 市民安全学からの視点（H21.11安全・安心を創出するための15の視点 東京法令出版）

7 「セーフコミュニティ」については、我が国への紹介の先駆者である反町吉秀氏、渡邊能行氏の「公衆衛生2004.5-2004.12の連載論文の他、地域と行政等との協働による予防安全に関する調査研究（H21.3厚木市、地方自治研究機構）所収、白石陽子論文に詳しい。また、セーフコミュニティについてのウェブサイト例は次のとおりであるが、具体的活動事例については厚木市の情報量が多い。ただし、認証1号亀岡市、2号十和田市、手続き中厚木市の取り組みには、それぞれに人口規模、社会風土、安全・安心侵害事案の内容（市民の懇親や地域のニーズ）も異なり、また、導入経緯やその手法にも相違点がある。「セーフコミュニティ」は6指標で原則を示しながらも、地域特性の実態に即した取り組みを奨励しているところに特長がある。

<http://www.phs.ki.se/csp/> カロリンスカ大学WHO地域の安全のための協働センター（WHO CSP）

<http://www.safetyprom.com/> 亀岡市

<http://www2.city.atsugi.kanagawa.jp/bouhan/safecom/index.html> 厚木市

<http://www.net.pref.aomori.jp/city/towada/machidukuri/safecommunity/top.htm> 十和田市

<http://www.mature-life.jp/safecommunity2.html> 日本セーフティプロモーション学会など

フコミュニティ」認証を取得（NO.132）し、NHKなどマスコミで放映されたことなどがきっかけになり、自治体の行政や議会関係者の「セーフコミュニティ」に対する関心が急速に高まっている（亀岡市には、認証後、70余の自治体・議会からの視察や問い合わせが寄せられているという）。

また、2009年8月には青森県十和田市が認証取得（NO.159）を果たし、続いて神奈川県厚木市（22万人）においても、認証を目指した市や警察、コミュニティレベルの活動により、これまでに見られい新しい安全・安心まちづくりの渦が起きている。厚木市役所や地元警察、消防所、労基署、医師会、企業、自治会などによる体制作りや厚木警察署内の横断的組織による市との協働事業など具体的取組みが始まっている。

4.1 日本政府も関心：交通安全白書等で「セーフコミュニティ」の紹介

ところで2008年は、「セーフコミュニティ」という言葉が2回にわたり政府関係文書に紹介された。内閣府の交通安全白書平成20年版（亀岡市の認証や十和田市、厚木市の取組み）と政府の犯罪対策閣僚会議「犯罪に強い社会の実現のための行動計画2008 P9」（12月20日、今後5ヶ年の犯罪対策の基本方針を定めたもの）である。

「セーフコミュニティ」モデルは、欧州はじめ多くの国が注目しているコミュニティの「安全の質」の向上のための仕組みであり、「セーフコミュニティ」の概念が、交通安全や犯罪対策の2分野において日本政府の公式文書に取り上げられた意義は大きい。

4.2 日本の政治行政課題に対する問題解決ツールとしての可能性

「セーフコミュニティ」は、市民生活の基盤を支える「コミュニティ」の現場に着目して、発生する事件・事故など諸々の危険や脅威の実態⁸に即し、これをコミュニティ自身の主体的な役割の下に、関係機関団体が協働して問題解決しようというシステムである。また、対策の科学的合理性、リスクグループに応じた個別的具体的安全対策手法、社会的実践性、結果の評価・検証性、内外の安全ネットワーク構築、認証制度を通じての国際性など、21世紀タイプの戦略的・総合的・市民生活の安全安心のシステムツールとしての独創性を有している。筆者は、実際に認証を受けた「セーフコミュニティ」の世界の

フィールド調査により、先進都市のコミュニティ現場の事例から多くの知見と教訓を得た。

4.3 社会実験から得られた「セーフコミュニティ」モデルの教訓

歴史証言：スヴァンストローム博士は、2007.9の横浜市主催の講演において、社会実験の教訓として、「関係自治体及び関係機関・団体の関与を伴うこと」と指摘の上、①パートナーシップの構築 ②疫学及びそのためのデータ ③部門間協働アプローチ ④コミュニティの判断による予防介入の優先順位づけ ⑤意識啓発の5点が重要であると指摘している。

「セーフコミュニティ」は、多くの社会実験を経て現在も成長し続けているシステムであり、5で述べる諸点を総合すれば、日本の政治行政課題に対する問題解決ツールとしての可能性は大きいものと言わざるを得ない。

5 「セーフコミュニティ」にみる安全安心まちづくり手法の構造分析

5.1 認証⁹制度、6指標による安全安心まちづくりの構造

「セーフコミュニティ」の最大の特長は、認証制度を持った安全・安心なまちづくり手法であり、この認証を受けるには、組織横断的な取組み、対策の継続性、年齢や地域ごとのリスク要因の抽出と個別的具体的安全対策、病院情報をデータベース化したサーベイランス（監視）システムの導入、検証・評価等6つの指標をクリアしなければならない。

以下、「指標」と呼ばれる6つの認証基準について述べる（◎印は筆者が安全安心まちづくりの重要要素として分解し、●印はコメントを付したもの）。

① ◎セーフティプロモーションに責任をもつ ◎組織・職種横断的グループの存在 ◎パートナーシップと協働の基盤構造を有すること

●安全推進組織の構造・組織運営の特徴：目的に対して一体的に取組む横断的安全推進組織（母体）の存在、「協働」という組織運営原則（これには信頼関係の構築が前提）をとること。

② ◎男女・各年齢層、環境や状況をカバーする ◎包括的で長期的かつ持続可能なプログラムを持つこと

●安全計画（対策）の特徴：総合的安全対策を志向 持続可能な仕組みと手法の構築が必要であること。

8 事件・事故の発生頻度は、通常、警察や病院等の統計から知ることができる。しかし、それは危険の実態の氷山の一角である。水面下の実像（潜在事件事故被害および危険・不安）は、社会調査によらなければ不詳である。被害の未然防止を図るためには、水面下の実像を正しく把握することが必要不可欠である。体感治安問題は犯罪による外傷予防問題の一環と位置づけられよう。

9 2009.1より、「セーフコミュニティ国際ネットワークの申請およびメンバーシップ継続のためのガイドライン」（新版）が施行されている（地域と行政等との協働による予防安全に関する調査研究、巻末所収、H21.3厚木市、地方自治研究機構）。

③ ◎ハイリスクのグループや ◎環境をターゲットとしたプログラム、◎脆弱 (vulnerable) グループに対するセーフティプロモーションのプログラムを持つこと

●安全対象の特徴：リスクに焦点を当てた年齢別、地域別、対象別等統計手法、一般的抽象的対策ではなく目標を明確にした具体的効果的対策＝重点的問題解決手法をとること。

④ ◎外傷の頻度と原因を記録するプログラムを持っていること

●科学的根拠ある安全対策を志向：サーベイランスシステムの構築(事件・事故の責任者追求ではなく、発生原因・危険因子の発見・実態把握のための画期的手法) 医療機関、保健所等の協力が必要であること。

⑤ ◎プログラムのプロセス、アウトカムをアセスメントする ◎科学的評価手段を持つこと

●安全対策のプロセス管理◎安全対策のプロセス管理による安全水準の品質管理、科学的合理性の追求 対策効果の検証・評価のシステムの構築が必要であること

⑥ ◎国内的、国際的セーフコミュニティネットワークに参加していること

●外に開かれたコミュニティの構築：相互啓発・研修による安全水準・質の向上を志向、セーフコミュニティの国際的普及 安全格差の解消に努めること。

5.2 セーフコミュニティの体系的特長 6指標各指標の相互関連した構造的取り組み

重要なことは、6指標の各指標の相互関連した構造的(体系性・包括性・総合性)的な取り組みである。筆者は、6指標の構造的取り組みによって、「セーフコミュニティ」モデルが目指す、予防安全の体制の確立、変化する潜在リスクの実態把握(See)、効果的対策の選択、対策の継続性、安全水準の品質管理等の好循環コミュニティマネジメント(自治)サイクル(S-P,D,C,Aサイクル)が可能となると考えている。

このように「セーフコミュニティ」の手法は、全体として、その戦略性、体系性、総合性、科学性、検証性などの諸要素をシステムに内包している。

また、6番目の指標6により世界規模で「セーフコミュニティ」のネットワークをつくり、国内外の「セーフコミュニティ」関係者が広くその知見について交流を図り、相互啓発や「セーフコミュニティ」活動の普及を図ることを義務づけている。これは、「安全技法の学びあい」や

「コミュニティの担い手の人育て」のツールとなっている(戦略性)。

5.3 共通の使命感と相互信頼関係なくして「協働¹⁰」は困難 (指標1関係)

《ノルウェーのフィールド調査から：》

ノルウェーのハルシュタートは「セーフコミュニティ」認証NO.11のまちである。北極圏にあり真冬には2ヶ月間太陽が全く見えない世界となる。人口2万余のこのまちでは、道を歩くと皆が顔見知りの関係にあることがわかる。このまちの安全・安心を支えているのは、警察・市役所・保健所・病院それぞれのコーディネーターが2ヶ月に1回幹事会を開き、交通事故、暴力事案、自殺、子どもや高齢者、学校等に関する地域の安全課題に対して熱い議論を交わし、地域の安全を守っているのだという。

5.3.1 真の「協働」精神とは？

《どのコーディネーターがいなくても、自分の仕事はあり得ない》

ハルシュタートで関係者が異口同音に語っていたのは、「今ではお互いが、その誰がいなくても自分の仕事はあり得ないと考えている」と。彼らは20余年かけて、組織横断的な信頼関係を築き上げたのだという。この言葉こそ、世界標準の「セーフコミュニティ」の組織運営原理、組織横断的＝協働関係の真髄である(WIN-WINの関係の構築)。

5.3.2 これまで手が届かなかった分野まで警察の安全対策の徹底が可能

《亀岡市で警察と保健所が協働で「元気づくり体操」》

高齢者の交通事故対策として、地元警察署と保健所が組んで「元気づくり体操」運動を始めた。これまで各役所の縦割りあるいは自治会が、バラバラにやっていた施策を、住民のニーズや統計的データ分析をもとに、「高齢者の安全・安心」という目線から総合的施策体系「セーフコミュニティ」として位置づけ、中長期の検証・評価をも見据えた取組みを行っている。

5.4 主体はコミュニティ、しかし関係自治体及び関係機関・団体の関与が重要

「セーフコミュニティ」は、コミュニティの「すべての種類(場所、年齢、環境、状況)の安全を対象」とし「すべての領域の傷害を予防」するプログラムであるため、「成功への鍵」は、「関係自治体及び関係機関・団体の関

10 「協働」は、行政内協働および市民協働ともに困難な課題である。何故か。最大の壁は行政の縦割り思考や人々の意識や日常行動(習慣)の変更に関わる問題であるからである。「連携・協働」が成功するためには、人の思考慣性を変えるに足る安全創造の力学(エネルギー)が必要である。「セーフコミュニティ」は、この困難な課題を直視し、科学的データ(根拠)とこれに基づき安全環境改善のための人々の情熱(マキャベッリの「人間の自由意志の炎」)に、「人と社会」の変革を託したものとも言える。

与を伴うこと」が必要である。即ち、包括的・総合的対策を、市民協働で推進していくためには、行政トップの強いリーダーシップが必要不可欠である。

5.5 潜在する地域課題の発見(厚木市民の怪我等に関する実態調査¹¹ (2008.10))

「セーフコミュニティ」認証に向けた活動の一環として、厚木市が行った市民の怪我等に関する実態調査で、この1年間で市民の12.8%が市内で、14.2%が家庭で何らかの怪我をし、過去5年間に4人に1人が自転車での事故や怪我を経験し、さらに49.2%の人が盗難など何らかの被害にあっていることが明らかになり、「安全・安心」が市民生活の現場である身近なコミュニティ(生活圏)で事件・事故に遭遇していることが初めて明らかになった。病院や警察に行くほどでない軽微なリスクの実像、実は、この部分の安全対策の徹底が、大きな事件・事故を予防する「要」なのである。

5.6 医療・保健関係者の関与が絶対条件

医療・保健関係者は、市民生活の「安全」「健康」に深く関わっていることは論を俟たない。「セーフコミュニティ」発展の歴史経緯からみても、また、今日の「セーフコミュニティ」の世界的展開からみても、公衆衛生や疫学分野の人的資源のこのプログラムへの参画は必須条件であると考ええる。

5.7 消防の救急搬送記録も宝の山

厚木市では、このプログラムの一環として、救急者の搬送データについて署内で分析を行い、同種事件事故の予防対策に活用できないかの検討を進めている。

5.8 事件・事故は人体に対する「健康障害」(WHOの「時間軸」の安全観)

交通事故の処理は、事故原因や責任の所在調査(捜査)、再発防止措置などを中心に、警察や行政における処理は、事件・事故そのものの処理を終えれば終結するのが一般的である。しかし例えば鞭打ち症の後遺症による健康障害のフォロー(特に、スウェーデンの医療制度は優れている)のように、「交通事故は、人類の厚生・健康問題への脅威」であり、事故が及ぼす人体へ安全を、継続性の観点(時間軸の問題)として捉えており、この考え方は「セーフコミュニティ」中に反映されている。

5.9 「セーフコミュニティ」の特長：自己成長型の安全都市創造モデル

「セーフコミュニティ」の認証は、当該コミュニティがコミュニティの安全の向上に関し、将来にわたって、安全自己成長体制と能力、意思と努力、進化と発展の可能性があるのか否かが、評価軸となっていることは重要である。正に、ポートフォリオ型安全都市推進プログラム(コミュニティ安全創造プログラム)であり、民族や地域の区別なく平等にチャレンジできることが、この制度の大きな魅力となっている。

6 政治行政課題としての「コミュニティ」¹²問題と「セーフコミュニティ」

6.1 コミュニティの存在意義を再発見

近年、日本でコミュニティの意義が再発見されたのは、今から15年前の阪神淡路大震災であった。大震災とコミュニティ活動の関係について、「地域の中で日頃、コミュニティ活動がなされていない地域は、発災後、パニック状態に陥るか、地域住民による救助活動がなされても偶然的・散発的で、組織的・効率的にはなされなかった。その後の被災生活においても、地区としての広報活動もなく住民は強い不安にさらされた。しかし、日頃、活発なコミュニティ活動を行なっている地域では、発災後、自治会が直ちに組織的に消火活動や救助活動を行なうとともに、その後の被災生活においても自治会によって町内の全住民の生活資源を確保し、生活物資を平等に分ち合って安定した生活を営むことができた。」など顕著な差異がみられ¹³たという。

6.2 コミュニティの6要素とは何か?

安全・福祉防災の観点から、倉田はコミュニティの6要素を抽出している。①一定の地域の上に ②そこに居住する住民が ③温かい相互交流を行ない ④その結果、共同感情(わが町意識、郷土愛など)が生まれ ⑤その地域社会がかかえる課題を認識して ⑥その解決に向かって協働している地域社会である。①②③④はR.M.マッキーバーのコミュニティ定義であるが、倉田が⑤⑥を要素に加えたところが重要である。この観点からみると、「セーフコミュニティ」プログラムは、倉田が指摘した6要素に関しこれを具現化するための手法について、一定の歴史の実証実験を経た国際的なプログラムとも言えよう。

6.3 コミュニティレベルでの具体的対策に欠ける政府の方針

11 厚木市の外傷調査に当たっては、亀岡市の先行調査の方法が大いに参考となった。この種の調査においては、科学的信頼性や有意性の担保のために、調査対象や調査の方法、回収率、分析方法など、統計学や疫学の知見が必要である。

12 コミュニティとは何か。広辞苑によれば「一定に地域に居住し、共属感情を持つ人々の集団。地域社会。アメリカの社会学者M.Maclver1882-1970の設定した社会集団の類型。個人を全面的に吸収する社会集団。家族、村落など」とされる。

13 倉田和四生著「防災福祉コミュニティ」地域福祉と自主防災の統合P207 ミネルヴァ書房1999年

ところで、コミュニティ問題については、国民的にも関心が高く国や自治体の重要政策課題として指摘されているが、例えば、交通関係や犯罪対策の政府関係文書において課題に対する地域（コミュニティ）重要性や積極的関与について言及しているものの、いずれもその具体的手法や仕組みづくりの内容や方法論については触れていない¹⁴。

6.4 コミュニティの具体的問題の解決ツールとしての「セーフコミュニティ」

災害（危機）に対処するためには日頃の活発なコミュニティ活動こそ最も重要と述べたが、台湾東勢安全地区の「セーフコミュニティ」導入のきっかけは、未曾有の大地震による災害被害であった。地域住民が「セーフコミュニティ」を学び、地域起こしに結集した。

コミュニティ内での諸々の事件事故について、家庭・近隣・学校・道路など身の回りの危険・多発場所・状況の分析・診断を行い、根拠ある個別的具体的な処方箋（安全計画）を作成、すべての安全関係者が知恵・力を合わせて問題解決にあたり、結果を評価・検証し次の計画に繋げていく。さらに、この仕組みが現実、継続して機能していくためには、何が必要で、何が重要なかが、認証6指標の中に凝縮している。

「セーフコミュニティ」の眼目は、文字とおりコミュニティ問題の解決にある。外傷予防という「セーフ（安全）」面においての科学的アプローチを試みると同時に、コミュニティにおける健康・安全に生きる上での地域社会環境の安全・安心創造プログラムであり、このプログラムの推進によって、地域の人の絆も強化される。

6.5 「セーフコミュニティ」の担い手（「人育て」と「まちへの誇り」）

歴史証言「セーフコミュニティ」リーダーの証言（スウェーデン、ノルウェー、台湾など）①何よりも交通事故など「同じ悲劇を同じ場所で繰り返してはいけない、そのために我々ができることは何か、どうすればより合理的科学的にこれを実現できるかについて考え続けた。試行錯誤の連続であった。

②「セーフコミュニティ」を上手く推進するコツは、共

通の目標に向かって徹底して話し合い、お互いに仲間意識が持てるようになることだ。

③コミュニティ活動を通じてお互いに知恵を出しあうことで、人は成長する。安全・安心なまちづくりとは「人づくり、人育て」である。

④「セーフコミュニティ」認証都市は、まちの誇りである。我々は「セーフコミュニティ」の安全地域に住むことによるこびを感じている。開かれたコミュニティとなって他地区からの視察受け入れ、交際の経験交流で我々のコミュニティを強く鍛えること、それが次への安全創造のエネルギーとなり、まちの発展に繋がる。

⑤どんなまちに住みたいのか。どんな「安全環境」と「健康環境」のまちにしたいのか。

コミュニティの方々のこのような「思い」が、まちづくりに「投影」され「反映」された時、そのまちは、本当の自分が住んでいるまちになる。まちの魅力が一層輝きのあるものとなり、まちの雰囲気や潤いこそが「生活安全充足感」につながる。お互いに支えあって生きていることを感じられるまち、そんなまちに、私は「誇り」を持っている。

6.6 「セーフコミュニティ」の真髄

彼らは、コミュニティの課題を明確に分析し、安全計画やその成果を通じて、まちのすべての人々に「セーフコミュニティ」活動への参加を呼びかけ続けていたのである。

このように、「セーフコミュニティ」は、単に事件・事故を減少させることだけを目的としているわけではない。むしろ、市民生活の身の回りに発生する危険、放置すれば事件事故に発展、怪我（外傷）や死に至るすべての事象について、コミュニティの構成メンバー一人一人が主体的にこれを自らの問題として受け止め、その未然防止を図ることを期待している。安全意識の向上、市民安全啓発、安全教育を重視するのはこのためである。

事件・事故を減少させる知恵や工夫、そのための「協働」というプロセスを通じて、コミュニティのメンバー自らの人としての成長、コミュニティの絆のあり方を自ら学ぶことを求めている¹⁵のである。

14 交通安全関係：第8次5カ年計画（H18-22）（国民自らの意識改革）「国民自らの意識改革（4つの視点）では、「住民が身近な地域や団体において、地域の課題を認識し自ら具体的な目標や方針を設定したり、交通安全に関する各種活動に直接かかわったりしていくなど、安全で安心な交通社会の形成に積極的に関与していくような仕組みづくりが必要」としている。犯罪対策関係：平成15年12月、政府の犯罪対策閣僚会議の「犯罪に強い社会の実現のための行動計画」においても、犯罪からの安全・安心の問題は、今後は、地域の総合行政あるいは国民と行政との「協働」という観点から再構築されなければならないとしている。

15 先行研究を総合すれば、近隣と人間関係が良好なほど、居住年数が長いほど、地域活動の多い地域ほど、安全意識が高く人生にポジティブな人が多いほど、地区の犯罪や交通事故件数はそうでない地域よりも少ないことが指摘されているが、亀岡市の最近の社会調査によれば、「セーフコミュニティ」導入後、コミュニティの結束力が高まり、居住生活満足度も高まっており、これも「セーフコミュニティ」効果と観察される。なお、厚木市の調査によれば、今後、これまで以上に近隣との付き合いを深めたいとしている市民が多いことが判明したが、ここでは省略する。

7 「セーフコミュニティ」の「安全機能」と「安心機能」とは？

7.1 名医は「安全」と「安心」の両刀使い

病院に来院した患者に対して、名医とは、①見立てや手術が上手かった（薬や医療技術の優位性による「安全」機能）と同時に、②患者の病気の不安に対する「こころの手当」も上手かった（治療の見通しの説明の仕方や患者の立場に立った指導など患者との信頼関係に基づく「安心」機能）。

7.2 「患者を出さない医者」（発病前の名医とは？）

では、発病前（事件事故発生前）の予防段階の名医とは誰か？医者や警察・消防の出番の前に、コミュニティレベルで誰がどのように役割を分担するのか、これが、体感治安や予防安全問題の本質である。「セーフコミュニティ」は、コミュニティをすべての発想の基盤（現場第一主義）とした①事件事故の未然防止と②体感治安改善を目指す新しいツール（新兵器）となり得るのではないか、というのが筆者の意見である。

7.2.1 「セーフコミュニティ」の「安全機能」

事件事故の予防の観点から、「安全機能」については、見立て（地域課題の発見）・処方箋（安全計画と安全技術）・推進体制という指標機能に「安全」の役割を分散している。特に、事件事故に巻き込まれ易いハイリスクグループを科学的な手法によって抽出し（見立て）、安全計画の策定や執行（介入・指導啓発）によって、また、その過程での問題共有によるコミュニティ自身の努力によって、地域全体の「安全の質」の向上を目指している（「安全」機能）。

7.2.2 「セーフコミュニティ」の「安心機能」

では、②の「安心機能」についてはどうか。筆者は、これまでの内外のフィールド調査において、「セーフコミュニティ」の「安心」機能は、すべての安全関係者の官民横断的な連携・協働という組織運営の過程で、参加しているそれぞれが様々な分野の人とそれぞれ顔見知りになり、困った時にいつでも身の回りに相談できる人がいることが最大の安心創造ではないかと考えている。

また、相互啓発という人と人の係わり合いを基盤とした自己成長型コミュニティづくり（「地域の絆」）によって住民相互の信頼関係が生まれ、これらが相俟って、コミュニティの成員（官民ともに）間に、「こころの手当」という機能が働くようになる（信頼関係醸成といつでも相談できるネットワークの充実による「安心」機能）。

8 「セーフコミュニティ」の先進性：地域の「社会と人」の開発プログラム

では、問題発見と解決力はどこから生まれるのか。前述のリーダーの証言（6.5）で明らかのように、「セーフコミュニティ」は、コミュニティの人々の安全創造脳力の発揮を原資としており、その活動へのボランティア参加によって市民の成長や生活充足感の向上が促進される好循環の関係性を、地域社会の中で人々が努力し形成しなければならないこと示している。

この観点から見ると、「セーフコミュニティ」は、コミュニティの絆の再生、市民の生活安全充足度向上のプログラム（「人と社会」の開発プログラム）であって、「セーフコミュニティ」が、単に外傷予防による事件事故の減少だけを目指しているのではないことは明らかである。敢えて極論すれば、「セーフコミュニティ」というモデルの形式的導入だけでは、「安全」は得られても「安心」を得ることはできない。「セーフコミュニティ」の担い手となるすべての安全関係者の意識改革とコミュニティ活動への参加なくしては、真の「セーフコミュニティ」となることはできない、認証のための6指標には、地域の「安全」に対する社会開発プログラムの性格と同時に、これを支えるコミュニティの人材開発プログラムという戦略性と深遠性をも内包しているといえるのではなかろうかというのが筆者の意見である。

おわりに

「曲突 薪を徙（うつ）せというものに恩沢なし」

この故事は、火事が起きて感謝されるのは火を消した人で、曲がった煙突の近くに薪があり火事になるおそれがあり危険だから薪を移した方がよいと火事が起きる前に忠告した旅人は感謝されない（十八史略 文帝）というのだ。つまり、消防署員（事後安全）は感謝されるが、事前に「危ないよ（予防安全）」と注意した人は感謝されないという逸話である。ここに、予防安全（未然防止）問題の固有性と生活の予防安全活動の困難性がある。

「セーフコミュニティ」は、「危険」「不安」の実像を正しく把握し、コミュニティの皆で共有、共に「安全」と「安心」のあり方を学びつつ、これを分かち合うことでコミュニティの質を高め、ひとり一人の市民の生活充足感を高めていくという手法である。「薪を徙（うつ）せ」というものに恩沢」があるよう、皆で意識変革と行動変容をやろうという、正に、中国の故事に挑戦する地域コミュニティ社会開発プログラムであり、コミュニティ主体の努力如何によって、「事件事故ビジョンゼロ戦略から市民生活安全充足感への切符」となる可能性を秘めた「魔法の玉手箱」なのである。

十和田市セーフコミュニティ認証式典及び祝賀会

新井山洋子
十和田市健康福祉部長

平成21年8月28日、十和田市内富士屋グランドホールにて日本で2番目、世界で159番目となる十和田市セーフコミュニティ認証式典及び祝賀会が開催されました。

十和田市長 小山田久 挨拶

本日は、国際観光都市を目指す我が十和田市に、WHOアジアセーフコミュニティ認証支援センターのセンター長であります趙先生はじめ海外から4人の先生方をお招きし、セーフコミュニティ認証式を迎えることができ誠に光栄なことであります。

また、このたびは、青森県三村知事様をはじめ、セーフコミュニティの普及活動に尽力されております日本セーフティプロモーション学会の理事の皆様や県内外から、多数のご参加をいただき誠にありがとうございます。これも当市の「安全・安心なまちづくり」に対する関心の高さの現れであろうと、大変うれしく思っております。

さて、当市のセーフコミュニティの取り組みは、ボランティア組織「セーフコミュニティとわだを実現させる会」により始まり、平成19年度の部門横断的な組織「十和田市セーフコミュニティ推進協議会」により、WHOの「安全・安心なまち」セーフコミュニティの認証を目指し、市全体で取り組みを進めて参りました。

この間、国際的なセーフコミュニティの取り組みの第一人者であるレイフ・スパンストローム先生、アジアセーフコミュニティ認証支援センター趙先生はじめ、青森県、公立大学法人青森県立保健大学、ほか関係機関、関係団体及び市民ボランティア等の協力を得て推進してきたと

ころであります。お蔭さまで、このたび国内では京都府亀岡市について2番目、世界で159番目のセーフコミュニティとして、本日認証式を迎えることとなったものです。

私は、この認証が最後のゴールではなく、当市におけるセーフコミュニティ活動の持続可能な発展のための新たなスタートと位置づけ、国内外のセーフコミュニティネットワークの一員として、多くの関係者の皆様からご指導をいただきながら、さらに進めていく決意を致しておるところです。

これまでのご支援・ご協力に対し、あらためて衷心よりお礼申し上げます。

結びにあたり、趙先生はじめ、本日ご参会の皆様のご健勝とご活躍をお祈り申し上げ、認証式にあたっての挨拶といたします。本日は、誠にありがとうございました。

十和田市のセーフコミュニティの紹介

(十和田市健康福祉部長 新井山洋子)

本日、ここにWHOアジアセーフコミュニティ認証支援センター、センター長であります。趙先生をはじめ、来賓の皆様の同席のもと、認証式を迎えることができ大変光栄に存じます。このことは、ひとえに今日ご出席くださいました皆様や多くの市民皆様のご協力とご支援を頂いた賜物と感謝を申し上げます。

このたびの認証式にあたりまして、私から、これまでの十和田市のセーフコミュニティの取り組み経過を簡単に述べさせていただきます。

十和田市のセーフコミュニティへの取り組みは、2005年10月十和田市、青森県保健関係者の勉強会からはじまり、市民の皆様とともに官民一体のセーフコミュニティを目指したボランティア活動として取り組んだことがきっかけとなっております。2006年、アジアにおける先進地であります台湾セーフコミュニティへの視察研修は大きな学びとなり今回おいでいただいております、ルー・パイ先生（台湾コミュニティセーフティプロモーションセンター長）には多くの指導をいただきました。これらの取り組みが行政施策として取り上げられ、2007年4月から十和田市と市民ボランティア「セーフコミュニティとわだを実現させる会」の協働の取り組みが開始され、青森県からの財政及び人的支援のもとに推進してまいりました。

この間、元上十三保健所長大西基喜先生、現在の所長で



認証旗のもとで（セーフコミュニティとわだを実現させる会等）

あります反町吉秀先生、県立保健大学山田典子先生には多くの助言をいただき、2007年には、スウェーデンのWHOセーフコミュニティ協働センターのセンター長であるレイフ・スバンストローム教授による直接指導いただき、さらに昨年朴南秀先生（アジアセーフコミュニティ認証センター）からの指導を頂いております。国内においては亀岡市のとりくみを参考にしながら、また日本セーフティプロモーション学会の皆様の支援をいただき国内外のセーフコミュニティネットワークに参加してまいりました。

今年1月に認証申請書による審査後、3月に、チョ先生、ワン・シュウメイ先生に当市においていただき、2日間にわたる現地審査の結果、認証が決定いたしました。認証取得までにはかなりの年数を要しましたが、このたびの認証がスタートとなり市民の皆様との協働により継続して安全安心な十和田市の構築にむけさらに進んで参りたいと考えております。

今後ともよろしくお願い申し上げます。

* 詳細については、国際シンポジウム「市民との協働による十和田市セーフコミュニティの取組」を参照下さい。

認定同意書への署名

ワン・シュウメイ准教授（復旦大学公衆衛生学、中国）によるセーフコミュニティグローバルプログラムの説明の後、チョ・ジョンピル氏（アジアセーフコミュニティ認証センター長・韓国アジョー医科大学教授）、反町吉秀氏（アジアセーフコミュニティ認証支援センター・コーディネーター・青森県上十三保健所長）、小山田久氏（十和田市長）、三村申吾氏（青森県知事）により認定同意書への署名がなされました。レイフ・スバンストローム氏（WHOコミュニティセーフティプロモーション協働センター長、カロリンスカ医科大学教授）は、事前に署名されていました。

そして、チョ・ジョンピル氏は、十和田市に対してセーフコミュニティ認定を宣言し、十和田市長へセーフコミュニティ・プレート及びセーフコミュニティ旗を手渡

しました。十和田市北園小学校児童7人によるファンファーレが響きました。

レイフ・スバンストローム教授よりのメッセージ

栄えある小山田久市長様、十和田市のすべての皆様へおめでとうございます！本日は十和田市の歴史においても、そして国際セーフコミュニティネットワークの他のメンバーにとっても、非常に特別な意味を持つ日であります。

本日、十和田市は、セーフコミュニティネットワークの159番目、日本では2番目のメンバーとなりました。私達のネットワークの中にあなた方がいてくださることは、セーフコミュニティ活動を駆動する科学の強化に寄与しますし、また、私達はあなた方に多くの素晴らしいことを期待しております。

私達は、新井山洋子部長のリーダーシップの下、十和田市セーフコミュニティ組織が大変な努力をされていることをこれまで見てきました。あなた方のコミュニティは、セーフコミュニティの6つの指標に基づく、非常に厳しい認証基準を満たしました。これらの指標は、あなた方のコミュニティ全体のQOL(生活の質)を改善するための効果的なセーフティプロモーションプログラムを発展、実施するという、内実のある経験をもって申請したコミュニティによってのみ、適合され得るものです。

このようなハードワークの後には、休憩をとりたいというのは全く普通のことです。本日、あなた方は、達成したことを祝うことでしょう。しかし、私達は、セーフコミュニティネットワークの残りのメンバーが、あなた方の継続的参加を必要としていることを知って欲しいと思います。

私達は、あなた方のプログラムの成功したこと、取り組みの経過で学んだこと等についての議論をするために、毎年セーフコミュニティ学会に代表を送っていただきことを求めます。私達は、アジア認証センター、すなわち傷害予防コミュニティセーフティプロモーションセン



同意書署名
(左から三村知事・小山田市長・趙先生・反町所長)



認定プレートの授与

ターを通じて、あなた達の活動について聞きたいですし、また、私達のニューズレターにおいて、あなたたちの活動の素晴らしいことを掲載してもらいたいと思います。

私達は、将来において、長年にわたり相互に協力していけることを切に願うとともに、ご成功をお祈りします。

スウェーデンカロリンスカ医科大学公衆衛生科学部社会医学部門教授
WHOコミュニティセーフティプロモーション協働センター センター長
レイフ・スバンストローム（代読 反町吉秀）

十和田市長謝辞

ただいま、正式にWHOのセーフコミュニティとして認証されましたことに対し、大変光栄であり感謝申し上げます。大変ありがとうございました。この認証を契機に、「安全・安心なまちづくり」に取り組んでいる当市を、国内外に広く発信して行きたいと考えております。

また、国内外のセーフコミュニティのネットワークへ継続的に参加し、お互い学びあいながら「安全・安心なまちづくり」を推進して参ります。これまでのご指導に対し、深く感謝申し上げます。

青森県知事からの祝辞

十和田市が我が国で2番目となる、WHOセーフコミュニティの認証を受けられることを心からお祝い申し上げます。また、地域ぐるみで安全に安心して暮らせるまちづくりに取り組んでこられた小山田市長さんはじめ関係者の皆様のご尽力にこころから敬意を表します。

県では、今年度、今後の県政運営の新たな基本方針となる「青森県基本計画・未来への挑戦」をスタートさせました。その中で、「あおり型セーフティネット」の構築を最重要戦略キーワードに位置づけ、「保健・医療・福祉包括ケアの推進」をはじめ、交通事故・防犯・防災など、県民生活を守るシステムの構築に積極的に取り組むこととしています。セーフコミュニティは、事故や暴力などによる外傷から住民の健康と命を守り、すべての人が安全に安心して暮らすことができるまちづくりを進める取組であり、まさに、県が目指す「あおり型セーフティネット」に呼応するものと大変心強く思っています。



三本木小学校防犯パトロール隊

さて、わが国は近い将来、世界でも過去に例を見ない高齢化と人口減少社会を迎えようとしています。こうした中、「安んじて暮らすことのできる地域社会」を実現していくためには、住民相互の見守りや支え合いなど、地域における人と人との結びつきがますます重要になるものと考えます。

十和田市がいち早くセーフコミュニティに着目し、市民が主体となって地域ぐるみで安全・安心なまちづくりに取り組んできたことは、将来の地域社会の在り方として一つの方向性を示唆するものであり、その先見性に改めて敬意を表するものです。

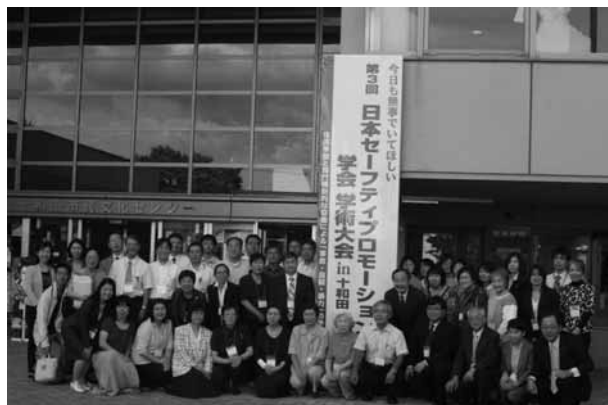
十和田市の取り組みがモデルとなり、各自治体や地域において安全・安心なまちづくりを通じたコミュニティの再構築が広がっていくことを期待いたします。本日もご臨席を賜りましたWHOアジアセーフコミュニティ認証センターのチョ・ジョンピル教授をはじめ国内外の専門家の皆様、これまでご支援くださったすべての皆様に心から感謝申し上げますとともに、十和田市政のますますのご発展とご列席の皆様のご健勝を祈念し、お祝いのことばといたします。

認証団体等からのプレゼント贈呈、祝電

- ・認証団体等からのプレゼント 京都府亀岡市、神奈川県厚木市、青森県県立保健大学、ル・パイ先生、キム・イングック先生（ソウル市ソンパ区保健所長、ソンパセーフコミュニティプロジェクトリーダー）
- ・関係団体からの祝電 宮崎県川南町・青森県立保健大学

認証祝賀会

市長の挨拶で始まり、多くの皆様から祝福いただきました。十和田市が認証取得後、最初の国内外セーフコミュニティネットワークの一員としての催しとなり、多くに皆様方と情報交換や交流を深める場となり盛大に行われました。セーフコミュニティが国内普及となる絶好の機会となったものと確信しております。



セーフコミュニティのさらなる発展を

日本初のInternational Safe Schoolの認証 ～大阪教育大学附属池田小学校の実践～

藤田 大輔

大阪教育大学 学校危機メンタルサポートセンター教授
大阪教育大学附属池田小学校長

はじめに

平成22年3月5日、大阪教育大学附属池田小学校（以下、「本校」と表記）は、日本で初めて、世界では33番目となる、WHO（世界保健機関）の推進するInternational Safe Schoolに認証されました。International Safe Schoolとは、「すでに完成してしまった安全な学校」を表彰しようとするものではなく、「子どもたち、教職員、保護者さらに地域の人々が一体となって、学校の安全を推進するために、継続的・組織的な取り組みが展開されている学校」として認めようとする制度です。本校では、平成13年6月8日に1人の不審者の侵入を防ぐことができなかったために、当時1年生と2年生であった8名の児童のかけがえのない命が奪われ、さらに13名の児童と2名の教員が重傷を負わされるという事件を経験しました。そのため本校では事件以降、事件に関わる反省と教訓を基に、事件の風化を防ぐとともに二度と同じような痛ましい事件がわが国で発生することがないことを願い、学校安全の推進を目指した実践活動と教育研究活動に取り組み、その成果を全国に発信してきました。特に「学校危機の3段階予防説」に基づいて教育研究及び実践活動に取り組み、その成果を全国に発信し続けているところです。「学校危機の3段階予防説」とは、学校における事故や災害といった学校危機そのものの発生を予防するために、日ごろから安全管理や安全教育を展開していく1次予防、発生してしまった学校危機の被害の範囲を最小限に止め、2次被害等の被害の拡大を防ぐための早期対応・早期対処を進める2次予防、学校危機の風化と再発を防ぐ取り組みを継続するとともに、学校危機の発生により失われた学校への信頼を回復する取り組みを継続する3次予防から構成される考え方です。

平成13年の事件以降、本校が取り組んできたこれら学校安全に関わる一連の予防活動が、International Safe Schoolの規定する継続的かつ組織的な安全な学校づくりを目指した42項目のbenchmark matrixに示されている取り組みとして評価され、わが国で初めてとなるInternational Safe Schoolの認証を受けることができました。（写真1）今回の本校のInternational Safe School認証については、既に平成22年4月1日付の鳩山内閣メール

マガジン¹⁾に掲載され全国に紹介載いているところですが、改めてわが国の学校におけるInternational Safe School認証への取り組みが一層推進されることを願い、本校における学校安全の取り組みについて報告させていただきます。

附属池田小学校の安全管理

文部科学省設置法第4条によれば、わが国における学校安全とは、「学校における安全教育と安全管理をいう」と規定されています。そこで、本校では、平成13年の事件の反省と教訓を基に、まず安全管理の施設面と制度面の改修と改善を行いました。安全管理の施設面の改修では、それまで使用していた通用門を撤去し、学校への出入りを玄関一か所に限定することにしました。そして学校の周囲を高さ3メートルの金網フェンスで囲うとともに、校内に11基の監視カメラと300か所以上の緊急通報ボタンを設置しました。また校舎や体育館の壁をガラス窓やガラス戸に改修し、教職員による安全確認のための視線を遮るものを可能な限り排除し、外部からの侵入を予防するとともに異常の早期発見につながるように視認性の高められた校内施設の環境整備を行いました。（写真2）

次に安全管理の制度面では、校務分掌中に学校安全主任を中心とする学校安全部を設置し、学校における安全教育と安全管理の効果的な展開と充実を図るとともに、



写真1 International Safe School認証式

PTA活動組織中にも安全部を設置し、「登校立ち当番」や「父親見守り当番」といった通学路の安全を見守る活動を展開し、学校と家庭が協力して子どもたちの安全を推進するための制度と組織を整備しました。さらに小学校管理職や学校安全主任、PTA安全部代表者以外に、地元の池田市、池田警察署、池田消防署並びに地域自治会の代表者を委員に含む学校安全管理委員会を構成し、その委員会で毎年改訂している学校危機管理マニュアルの内容確認を行うとともに、年間学校安全計画の立案・策定とその実施評価を行っています。そのため今回のInternational Safe Schoolの協定書には、小学校長、PTA会長、大阪教育大学長とともに、地元の池田市長にも署名を戴きました。

一方、学校における教職員を対象とした日々の安全管理活動としては、毎月8日を「安全の日」と定め、全教職員が分担して全ての校内施設・設備の安全点検を実施し、その実施結果を記録・検収・保管し、もし施設・設備の異常や破損が発見された場合には即座に改修・改善されるための内規を制定し、教職員の安全管理意識の徹底・継続を図っています。さらに学校安全部を中心に、全教職員参加の不審者対応訓練を年間5回、放課後に実施しています。この訓練では、実際に不審者が侵入してきたことを想定して実施していますが、単に訓練を行うだけでなく、訓練終了後にそれぞれの立場（「本部」、「災害対応班」、「児童対応班」、「救助班」、「救護班」）からの反省点を出し合うことにより、教職員の危機管理に対する課題を共有し、日々の危機管理意識の高揚に努めています。また本校の全教職員には、毎年、AEDを用いた普通救命講習の受講を要請し、毎年100%の受講率が得られています。全教職員が普通救命講習を毎年受講することを通じて、緊急時における応急手当が迅速かつ適切に実践されるための技術が維持されることを目指しています。

次に児童を対象とした安全管理活動では、大阪教育大学が行う学校安全プロジェクト研究の一環として、平成18年度から電波バッジと呼ばれる小型発信機を用いた子

どもたちの登下校安全管理システムの開発実験に取り組んでいます。

この実験では、子どもたちのランドセルに装着した小型発信機から出される電波信号を、小学校玄関に設置したアンテナが受信することで、当該児童の保護者に「登校メール」や「下校メール」を自動配信し、児童の確実な登下校情報を学校と家庭が共有できるためのシステムの開発を目指しています。

また校内で発生した事故やけがの情報を収集・分析するために、パソコンとタッチスクリーンを用いた「けが調べ」システムを独自に開発しました。このシステムでは、保健室で養護教諭の支援を得ながら、校内でけがをした子どもたちが自分で、けが発生の日時や場所、事故の状況や原因、けがの程度などの情報を入力して、事故やけがに対する児童の気づきを促すとともに、校内で発生する事故やけがのデータ収集を通じて、事故・けが情報の集計・分析・評価・対策のためのツールとして活用しています。（写真3）

附属池田小学校の安全教育

安全教育面では、平成21年度から文部科学省による教育課程特例編成の認可を受けて、これもわが国で初めてとなる「安全科」を正規科目として創設し、1年生から6年生の各学年で年間35時間の安全学習を展開しているところです。この安全学習では、「自分の大切な命を自ら守ろうとする強い心」と「自他の命を大切にしようとするやさしい心」を育てる「命の教育」をメインテーマとし、その下に「生活安全」・「防犯」・「交通安全」・「災害安全」の4領域からなる本校独自の安全科カリキュラムの構築を目指した取り組み²⁾を進めているところです。例えば1年生から6年生まで学年進行に伴って体系的に展開される「安全マップの授業」や、高学年児童を対象としたAEDの使用法を含めた救命救急を扱った「命を実感する授業」、夏期の水難事故予防を目指した着衣泳体験などの安全学習を展開し、その学習効果を検証しつつ毎



写真2 附属池田小学校の玄関

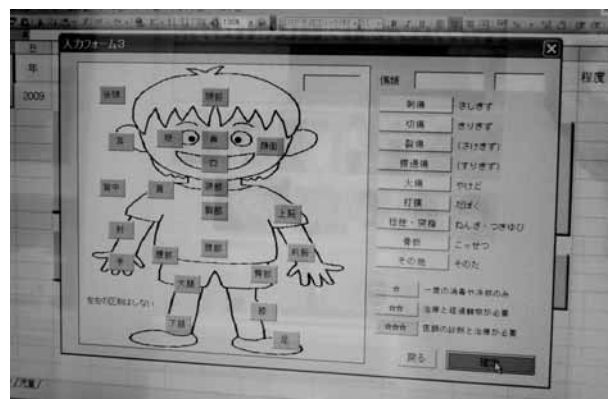


写真3 「けが調べ」の入力画面

年本校で開催している教育研究協議会・学校安全研修会で発表しているところです。(写真4・写真5)さらに児童を対象とした訓練としては、年間学校安全計画に従って不審者避難訓練、火災避難訓練、地震避難訓練を年間各1回実施し、緊急時における迅速な避難と確実な安全確保のための訓練を実施しています。そのほかにも、1年生を対象とした交通安全教室や、安全な自転車の乗り方に関する実地指導教室を地元警察署や交通安全協会と協力して実施しています。

また実践的研究の開発と発信・共有という附属学校の使命を果たすために、独立行政法人社会技術研究開発センターによるプロジェクト研究「犯罪からの子どもの安全を目指したe-learningシステムの開発」に協力して、新たな安全学習教材の開発に取り組んでいるところです。加えて今回のInternational Safe Schoolの認証に関わって、安全学習の国際的な発信と共有の観点から、既に認証を得ている大韓民国のJungja小学校、タイ王国のSuan-Bua小学校や台湾の康楽国民小学、さらに児童・生徒の校内殺傷事件を経験したイギリスのDunblane小学校やアメリカのColumbine高等学校などに教員を派遣して、学校における安全管理と安全学習に関わる情報の交流を促進するとともに、中華人民共和国の華東師範大学附属小学校や台湾の東華大学附設実験小学校と交流協定を締結して、児童・教職員のみならず保護者も一体となった学校安全に関わる国際交流を目指した取り組みを展開しているところです。

これからの学校安全

以上のような「学校安全」の推進を目的とした種々の取り組みに関わっていく中で、本校では、子どもたちの安全をより一層実効性のあるものにしていくためには、子どもたちの「ソーシャルサポート」認知に着目した安全教育と安全管理が展開される必要があると考えております。ソーシャルサポート認知とは、周囲の人々から、自分が支持され、愛され、受け入れられ、価値ある存在

と評価されていると実感される状態を意味³⁾しています。例えば電波バッジという情報機器を活用することで、保護者には、子どもとの通学路に関する内容の会話を通じた「子どもへの関わり」と情報共有を推進するための手段として、子どもたちには「大切に思われている」や「見守られている」という「まなざしの実感」を伴った信頼感や安心感の育成を促す上で有効な手段になるのではないかと期待しています。子どもたちは成長していく過程において、周囲の人たち、特に保護者や教員といった周囲にいる大人たちから「大切に思われている」や「見守られている」という実感、すなわちソーシャルサポート認知の醸成を促す「安全のまなざし」を実感することを通じて「かけがえのない自分」という存在に気づき、その感覚を基に「自己肯定感」や「自己効力感」が獲得され、さらにそのことが保護者や教員に対する信頼感や安心感の形成を促し、その安心感に支えられて子ども自身が主体的な安全意識や安全行動を確立していくのであろうと考えております。そのため、これからのわが国の子どもたちの安全が実効性をもって確立され推進されていくためには、「安全への共感と共有」を基盤とするような安全教育と安全管理が体系的に実践され継続されていく必要があると考えている^{4,5)}ところです。

おわりに

本校では平成13年の事件以降、数多くの監視カメラや警報ブザー、その他多くの防犯機器を導入しておりますが、学校の安全は、監視カメラなどの防犯設備によって守られるものではなく、教職員や保護者、地域の人々といった子どもを取りまく大人たちひとり一人の安全への切なる願いと着実な実践によって創り出され、継続されていくものであると考えております。本校では、今後も子どもたちへの安全学習を推進していくとともに、学校内では教職員が一体となって、通学路では保護者や地域の人々が一体となって、子どもたちの安全に「目と心のまなざし」を向けていることを、子どもたちが実感し共



写真4 安全マップの学習発表会



写真5 AEDを使った命の学習

感することができるような安全推進体制の構築に取り組んでいきたいと考えています。

大阪教育大学附属池田小学校では、International Safe School認証に関わる取り組みが、わが国における学校安全の推進と共に各地で一層活性化されることを強く願っております。そのため今回ご紹介した本校における学校安全の取り組みが、今後のわが国におけるInternational Safe Schoolの認証活動の活性化を促すものとなることを願い、これから認証を目指そうとするすべての学校と共に手を携え、本校における今までの取り組みの成果と情報を積極的に提供し、そして共有して、共に安全で安心な学校づくりを目指していきたいと考えております。

最後に、今回のInternational Safe School認証にあたって本校の子どもたちが発表した「International Safe School宣言」を紹介したいと思います。まさにこれが私たち大阪教育大学附属池田小学校に関わる子どもたち、教職員、保護者そして地域の人々の願いです。

**「わたしたちは学びます 大切な命を守ることを
わたしたちは伝えます 命を大切に作る人々の思いを
そして世界の人々とつながります
すべての国の すべての学校の 安全と安心を願って」**

参考文献

1. 藤田大輔, 日本初の「International Safe School」認証, 鳩山内閣メールマガジン, 第25号 (2010/04/01), 内閣官房内閣広報室, 2010.
2. 大阪教育大学附属池田小学校著:「いのちの教育」, 東洋館出版社 (東京), 2009.
3. 浦 光博, 支えあう人と人—ソーシャルサポートの社会心理学—, サイエンス社, 東京, 1999.
4. 藤田大輔, 共感・共生を基盤とした「学校安全」の展開 —危険発生論から安全共感論に基づく学校安全へ—, 学校危機とメンタルケア, 2009, 第1巻, 3-10.
5. 藤田大輔, 子どもの安全～現場から～, 財団法人日本学校保健会編, 学校保健の動向 平成19年度版, 財団法人日本学校保健会, 東京, 2007, 9-12.



開催期間 平成22年11月18日(木)~20日(土)
会 場 厚木市文化会館、ロワジールホテル厚木ほか

■■プログラム概要■■

11月18日(木)
厚木市内
【定員50名】

9:00~17:00
厚木市安心・安全ツアー
(市内公共施設・セーフティプロモーション活動見学など)

11月19日(金)
ロワジール
ホテル厚木
【定員200名】

9:30~17:00
基調講演
実行委員会特別企画・一般口演(分科会)
国際シンポジウム
(シンポジスト:国内外のセーフコミュニティ関係者)

11月20日(土)
厚木市
文化会館
【参加自由】

10:00~17:00
セーフコミュニティ公開講座
セーフコミュニティ推進都市サミット【亀岡市・十和田市・厚木市ほか】
市民安心・安全フェスタ記念討論会

申込方法

※11月18日・19日は事前申込が必要(参加有料)です。
定員になり次第締切りさせていただきます。

① 参加申込

裏面の参加申込書あるいは下記HPより参加申込書をダウンロードのうえ、
E-mail、FAX又は 郵送でお申込ください。

② 11月19日【分科会】演題発表(口頭発表・ポスター展示)申込

※締切6月30日

下記HPより演題発表申込書をダウンロードのうえ、E-mail又はFAXでお申込ください。

主 催 厚木市・厚木市セーフコミュニティ推進協議会・厚木市防犯協会
日本セーフティプロモーション学会・日本市民安全学会

実施主体 市民安心・安全フェスタ 2010 in あつぎ実行委員会

【お問い合わせ】

市民安心・安全フェスタ 2010 in あつぎ実行委員会事務局
〒243-8511 神奈川県厚木市中町3-17-17

厚木市協働安全部生活安全課セーフコミュニティ担当

TEL 046(225)2865 FAX 046(221)0260 E-mail: 3450sc@city.atsugi.kanagawa.jp

URL: <http://www.city.atsugi.kanagawa.jp>

日本セーフティプロモーション学会

平成20年度理事会報告

第1回理事会

日 時：平成20年10月10日（金）11:00～13:00

場 所：東京都老人総合研究所 会議室

出席者：衛藤隆理事長、反町吉秀副理事長、渡邊能行副理事長、木村みさか、鈴木隆雄、山内勇、西岡伸紀、今井博之、岡山寧子、渡邊正樹、石附弘、倉持隆雄、武藤孝司、白石陽子、横田昇平、八田直哉、藤田大輔 各理事、稲坂恵監事

委任出席：牧川方昭、榎本妙子、新井山洋子各理事、伏木信次監事

理事長あいさつ

新役員紹介

議題

1. 第2回学術大会について
2. 第2回総会について
3. その他

第2回理事会

日 時：平成21年2月15日（日）13:00～16:00

場 所：東京大学

出席者：衛藤隆理事長、反町吉秀副理事長、渡邊能行副理事長、木村みさか、山内勇、西岡伸紀、今井博之、岡山寧子、石附弘、武藤孝司、横田昇平、八田直哉、藤田大輔 各理事、稲坂恵監事

委任出席：鈴木隆雄、倉持隆雄、白石陽子、牧川方昭、新井山洋子、渡邊正樹、榎本妙子各理事、伏木信次監事

理事長挨拶

議題

1. 第3回学術大会について
2. 学会誌について
3. 財政基盤について
4. 広報について

報告

1. 十和田市のSC認証に向けての取組
2. 厚木市のSC認証に向けての取組
3. 後援依頼
4. 第4回学会大会
5. 京都SC研究会
6. 日本健康教育学会誌における特集記事
7. その他

第3回理事会

日 時：平成21年6月28日（日）10:30～16:00

場 所：東京大学

出席者：衛藤隆理事長、反町吉秀副理事長、渡邊能行副理事長、木村みさか、山内勇、西岡伸紀、今井博之、岡山寧子、石附弘、武藤孝司、八田直哉、鈴木隆雄、倉持隆雄、白石陽子、新井山洋子、藤田大輔、榎本妙子各理事、稲坂恵監事

委任出席：牧川方昭、渡邊正樹、横田昇平各理事、伏木信次監事

理事長挨拶

議題

1. 協議事項

- 1) 第3回学術大会について
- 2) 第3回総会について
- 3) 会員の入会状況と財源確保対策等について
- 4) 日本健康教育学会誌特集「セーフティプロモーション」の内容と執筆担当について
- 5) その他（学会発表資格等）

2. 報告事項

- 1) 各地からの報告
- 2) 後援依頼及び実績報告
学校危機メンタルサポートセンター第6回フォーラム 平成21年3月6日（金）
日本市民安全学会 平成21年6月21日（日）・7月12日（日）・11月1日（日）
東京大学バリアフリー教育開発センター開設記念公開フォーラム 平成21年6月20日（土）
- 3) その他

日本セーフティプロモーション学会第3回総会議事録

日 時：平成21年8月29日（土）11:30～12:00

場 所：青森県十和田市文化センター

理事長あいさつ

議長選出 第3回学術大会長 反町吉秀 副理事長

議事

1. 平成20年度事業報告および収支報告、監査報告

1) 事業報告について、資料に基づき理事長より説明

(1) 第2回学術大会の開催 鈴木隆雄会長

平成20年10月10日（金）・11日（土）東京都

(2) 学会誌の発行 第2巻第1号

(3) 国際活動、交流推進、ネットワーク事業

・ネットワークニュースの発行

・セーフコミュニティ認証支援

・第17回セーフコミュニティ国際会議参加

・その他

(4) 後援事業

・学校と地域の融合フォーラム 鈴木稔会長 松山市

・日本体操学会第8回大会 春山国広会長 亀岡市

・学校危機管理メンタルサポートセンター第6回フォーラム 藤田大輔会長 池田市

・その他

(5) 役員選挙

(6) ホームページによる情報提供

(7) その他

2) 会計報告について、資料に基づき財務担当理事より説明

平成20年4月1日から平成21年3月31日までの報告

3) 監査について、稲坂監事より報告

適正であることを認める

4) 質疑応答 とくになし

→事業報告、会計報告、監査報告を拍手で承認

2. 平成22年度事業計画および収支予算

1) 事業計画について、資料に基づき理事長より説明

(1) 第4回学術大会の開催 平成22年11月12日（金）・13日（土）神奈川県厚木市

(2) 学会誌の発行

(3) 国際活動、交流推進、ネットワーク事業

(4) 後援事業

(5) ホームページによる情報提供

(6) その他

2) 予算計画について、資料に基づき財務担当理事より説明

3) 質疑応答 とくになし

→事業計画、会計予算を拍手で承認

3. 第4回学術大会について

倉持理事よりあいさつ

日程は平成22年11月12日（金）・13日（土）の予定

4. その他

Q. 総会成立の定数の確認はどうだったのか？

A. 総会の定数は決めていない。発足時にかなり議論したが、発展途上の学会であり、あえて定数を定めていない。
→了解

閉会

以上
(文責 事務局)

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

(セーフコミュニティ交流ネットワーク)

第5条 前条第2項、第3項及び第5項の事業を実施するため、本会に、セーフコミュニティ交流ネットワークを置く。

2 セーフコミュニティ交流ネットワークの代表は担当理事をもって充てる。

第3章 会員

(種別)

第6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7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8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9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10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11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

(役員の選任)

第12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13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14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。

(役員の任期)

第15条 役員の任期は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の任期は、前任者又は現任者の残任期間とする。
- 3 役員の辞任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16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17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18条 総会は、通常総会と臨時総会とする。

(構成)

第19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20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21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22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23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24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25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26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27条 理事会は、理事をもって構成する。

(理事会の議決事項)

第28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29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30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31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32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33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34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35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36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37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38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39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40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
- (4) 国際交流委員会
 - ・ WHOセーフコミュニティ協働センターとの連絡、情報交換及び協力に関する事項
 - ・ 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

- (5) 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
- (6) 広報委員会
 - ・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
- (7) 技術委員会
 - ・学会が行う技術調査、研究、開発及び評価に関する事項
 - ・内外の企業等、技術開発に関わる団体等との対応に関する事項
 - ・安全基準及び規格の制定並びに講評等に関する事項
- (8) セーフコミュニティ交流ネットワーク
 - ・セーフコミュニティの普及及び啓発に関する事項
 - ・セーフコミュニティに取り組む地域への支援及び協力活動に関する事項
 - ・セーフコミュニティ認証に向けた活動に関する事項
 - ・セーフコミュニティ認証等をめざす地域における情報交換及び交流に関する事項

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。

日本セーフティプロモーション学会理事名簿

理 事 長	衛藤 隆		
副理事長	反町 吉秀	渡邊能行	
理 事	総務委員会	木村みさか	榎本 妙子
	財務委員会	鈴木 隆雄	山内 勇
	学術委員会	西岡 伸紀	今井 博之
	編集委員会	岡山 寧子	渡邊 正樹
	広報委員会	石附 弘	倉持 隆雄
	国際委員会	武藤 孝司	白石 陽子
	技術委員会	牧川 方昭	横田 昇平
	S C交流ネットワーク委員会		
		八田 直哉	新井山洋子 藤田 大輔
監 事	伏木 信次	稲坂 恵	

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
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」、「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」および「会員の声」の掲載の可否は、編集委員会で決定する。
8. 原稿は執筆要領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もしくは一太郎で作成する。
3. 投稿原稿の構成は原則として以下のとおりとする。タイトルと著者名は表紙に記載し、抄録・キーワード・本文といっしょに記載しないこと。

項 目	内 容
タイトル	和文および英文で記載
著者名	著者全員の氏名と所属を和文および英文で記載
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） 文献 図、表、写真など 上記 I ～ V とは別に添付する。
投稿票	氏名、連絡先（住所、電話およびFAX番号、E-mail）のほか、論文名、希望原稿種類、別刷必要部数を記載（なお別刷印刷費用は著者負担とする）

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、写真には通し番号を付ける。また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. 文献は本文での引用順に、¹⁾、^{1, 2)}、¹⁻³⁾などの番号で示す。
9. 文献の記載方法は下記の通りとする。

① 定期刊行物の場合

著者1、著者2、論文名、雑誌名、発行年；巻（号）：掲載頁始一終。

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、2006；46：331－337。

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；掲載頁始一終。

記載例

2) Miller TR, Assessing the burden of injury. In Mohan D, 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、at: <http://.....>, Accessed 月日, 年

記載例

3) European Association for Injury Prevention and Safety Promotion, Consumer safety action. at: <http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/wwwVwContent/12consumersafety.htm>, Accessed April 1, 2008.
なお著者が3名を越える場合は、4名以降は「ほか(et al.)」と表記する。

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、投稿票、表紙（タイトル、著者名）、抄録、キーワード、本文（文献、図表を含む）の順にまとめ、A4用紙に40字×30行横書きで印字した正1部、副2部（コピー可）と、原稿を電子メディア（CD-Rなど）に保存して提出する。
2. 投稿原稿送付の際は封筒に「日本セーフティプロモーション学会誌原稿」と朱書き、編集委員会宛に簡易書留で郵送する。
郵送先 〒602-0857 京都市上京区清和院口寺町東入る中御霊町410
京都府立医科大学医学部看護学科内
日本セーフティプロモーション学会誌編集委員会 岡山寧子宛
3. 審査過程で修正が必要として返却された原稿は、編集委員会が規定した期日までに返却すること。
4. 掲載が決定した場合、著者校正は1回とする。
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。

平成20年3月22日 制定

また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。

投 稿 票

投稿者氏名	ふりがな
投稿者連絡先 住所 電話・FAX e-mail等	
論文名	
希望原稿種類	
別刷必要部数	
その他 編集委員会への 連絡事項など	

編集後記

新緑の美しい季節になりました。大変遅くなりましたが、学会誌3巻1号をやっと発行することができました。例年のようにあわただしく編集作業をすすめてまいりました。この間の皆様のご協力には深く感謝申し上げます。

本号は、第3回学術大会での国際シンポジウム「アジアにおけるセーフコミュニティ」とシンポジウム「部門横断的な協働による自殺総合対策」、そして原著、活動報告、資料の計6編、また、十和田市セーフコミュニティ認証式典、大阪教育大学附属池田小学校におけるInternational Safe School認証式典の各報告を掲載しております。日本におけるセーフティプロモーション・セーフコミュニティは、どんどん広がり、発展している感があります。本学会誌としましては、まだまだ課題も多い状況だと思いますが、その発展に少しでも貢献できればという思いです。そのためにも、皆様からのご意見やご助言をいただきながら、よりよい学会誌にむけての編集をすすめていければと願っております。

日本セーフティプロモーション学会誌編集委員会

委員長 岡 山 寧 子

委 員 渡 邊 正 樹

今 井 博 之

木 村 みさか

白 石 陽 子

八 田 直 哉

日本セーフティプロモーション学会誌 第3巻 第1号 Japanese Journal of Safety Promotion Vol.3 No.1

平成22年3月31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

〒602-0857

京都市上京区清和院口寺町東入る中御霊町410

京都府立医科大学医学部看護学科内

TEL 075-212-5442 (岡山)

ISSN1882-7969 Printed in Japan ©2010