

目 次

1. 総説	
セーフティプロモーションとしての自殺予防	反町 吉秀 1
2. 原著	
中高生の自殺リスクに関する養護教諭の認知と経験	
～在籍中及び中退・卒業後の生徒の自殺に関するアンケート調査から～	野坂 祐子 9
性暴力被害者の支援における課題（第1報）～法的制裁の課題～	辻 龍雄21
京都府内高等学校における平成19年学校管理下の災害	
（第1報：被災状況の概要）	木村みさか29
京都府内高等学校における平成19年学校管理下の災害	
（第2報：体育・スポーツ活動時の被災および重症度の高い被災）	木村みさか39
3. 活動報告	
精神障がい者の地域生活支援	
～NPO法人ふらっとコミュニティの地域に根づいた活動～	山根 俊恵51
青森県における子どもの事故による傷害モニタリング調査結果	那須下 淳59
4. 資料	
地域住民の健康をみまもる福祉入浴サービス	岡山 寧子69
十和田市における市民協働による安全安心研修会の試み	新井山洋子73
5. 日本セーフティプロモーション学会第6回学術集会のご案内75
6. 庶務報告	
平成23年度日本セーフティプロモーション学会理事会報告76
日本セーフティプロモーション学会第5回総会議事録78
日本セーフティプロモーション学会会則80
日本セーフティプロモーション学会細則86
日本セーフティプロモーション学会理事名簿87
日本セーフティプロモーション学会投稿規定88
編集後記90

Contents

1. Review Article		
Suicide Prevention as Safety Promotion	Yoshihide Sorimachi	1
2. Original Article		
The Yogo Teacher's Risk Perception and Experience of Junior High and High School Student's Suicide: From Result of the Survey about Suicide of a Student, in and after Leaving School	Sachiko Nosaka	9
Effective Support for Victims of Sexual Violence Requires Changes in the Law. First Report	Tatsuo Tsuji	21
Accidents that Occurred under School Supervision in Kyoto Prefectural High Schools in 2007 (Report 1: Outline of Circumstances of Accidents)	Misaka Kimura	29
Accidents that Occurred under School Supervision in Kyoto Prefectural High Schools in 2007 (Report 2: Accidents during Gym Classes and Sports Activities and Severe Injuries)	Misaka Kimura	39
3. Report on Safety Promotion Activities		
Mental Health Care in Community : Project of NPO "Flat Community"	Toshie Yamane	51
Results from the Monitoring System on Child Unintentional Injuries in Aomori Prefecture	Jun Nasushita	59
4. Appendix		
Welfare Bath Service for Keeping Health of Community	Yasuko Okayama	69
Introduction of Workshops on Safety Promotion with Citizens' Active Participations in Towada City	Yoko Niiyama	73
5. Announcement about the 6th Conference of the Japanese Society for Safety Promotion		75
6. General Reports		
Minute of JSSP Board Meeting in 2011		76
Minute of JSSP Meeting in 2011		78
Regulations of JSSP		80
Subsidiary Regulations of JSSP		86
Board Members of JSSP		87
Rules of Submission to Journal of JSSP		88
Postscript by the Editor		90

セーフティプロモーションとしての自殺予防

反町吉秀¹⁾、新井山洋子²⁾

1) 大妻女子大学 家政学部 公共健康学研究室

2) セーフコミュニティとわだをすすめる会

Suicide Prevention as Safety Promotion

Yoshihide Sorimachi¹⁾, Youko Niiyama²⁾

1) Otsuma Women's University, Faculty of Human Life Sciences

2) Towada Safe Community Citizens, Aomori Prefecture

要約

本論文は、セーフティプロモーションとしての自殺予防の概念と実際について概説を試みる。最初に、セーフティプロモーションの定義に言及しながら、セーフティプロモーションとしての自殺予防について、その概念について述べる。次に、セーフティプロモーションとしての自殺予防の実践として、地域づくり型自殺予防の実際について、青森県（六戸町、十和田市）及び全国各地（岩手県久慈地域、神奈川県大和市）における取組を紹介する。その上で、地域づくり型自殺予防の意義と必要性について述べる。次に、自殺対策基本法にもとづく自殺総合対策について考察を加える。それらにより、地域づくり型自殺予防及び自殺対策基本法に基づく自殺総合対策が、セーフティプロモーションとしての自殺予防とも解釈できることをみる。最後に、日本におけるセーフティプロモーションとしての自殺予防の課題と今後の方向性について述べる。すなわち、自殺予防の効果の評価方法の改善が必要なこと、若年者の自殺予防対策への取り組みが遅れていること、更に、失業者、無職者、障害を持つ人など、社会的排除を受けやすい人たちに焦点を充てた社会的包摂に基づく自殺予防対策がまだ端緒にいたばかりであること等を指摘する。

キーワード：セーフティプロモーション、コミュニティ、地域づくり型自殺予防、自殺対策基本法、社会的包摂

Abstract

This paper outlines an introduction of both the concept and the practices of suicide prevention as safety promotion. Firstly, referring to the definition of safety promotion by WHO Collaborating Centers for safety promotion, we explain the concept of community-based suicide prevention as community safety promotion. Secondly, some practices of community-based suicide prevention in Aomori Prefecture, including Rokunohe Town and Towada City, and other prefectures, including Kuji Area, Iwate Prefecture, Yamato City, Kanagawa Prefecture are outlined. Then it is discussed why community-based suicide prevention as community safety promotion is needed. Thirdly, some overlapping relationship between the concept of suicide prevention policies based on the Basic Act on Suicide Countermeasures and that of suicide prevention as safety promotion is discussed. These suggest some reasons why community-based suicide prevention and suicide prevention policies based on the act are interpreted as safety promotion. Finally, some challenges and orientations for suicide prevention as safety promotion in Japan are discussed. Some improvement of evaluation methods for suicide prevention in community level is needed. Suicide prevention for youth seems to be left behind. Suicide prevention focusing vulnerable people to social exclusion, such as unemployed, people with disabilities, also seems to be left behind. Suicide prevention based on social inclusion policies for such people has recently started.

Key words : safety promotion, community, community-based suicide prevention, Basic Act on Suicide Countermeasures, social inclusion

はじめに

セーフティプロモーション（safety promotion以下SPと略す）とは、「個人、コミュニティ、政府、その他（企業、非政府組織を含む）等によるsafetyを発展、持続するために、地域、国、国際的レベルにおいて適応されるプロセスである。このプロセスは、safetyに関連する態度や行動だけでなく、構造や環境（物理的、社会的、技術的、政治的、経済的かつ組織的）を修正するために同意されたあらゆる努力を含む」¹⁾と定義されている。従来からなじみのある態度や行動の修正に加え、環境や構造の修正が強調されていることが、SPの大きな特徴となっていることがわかる。この定義は、やや難解であるが、SvanströmによるSPのマトリックス（図1）²⁾を見ることにより、SPが様々なレベルにおける異なる社会的セクターの協働によるsafetyの展開と維持のためのプロセスとして捉えることができることがわかる。したがって、図1におけるcommunity レベルでの取り組みが、コミュニティセーフティプロモーション（community safety promotion、以下CSPと略）である。そして、後述する一定の指標を満たし、国際認証を受けた自治体がsafe community（以下SCと略）である。

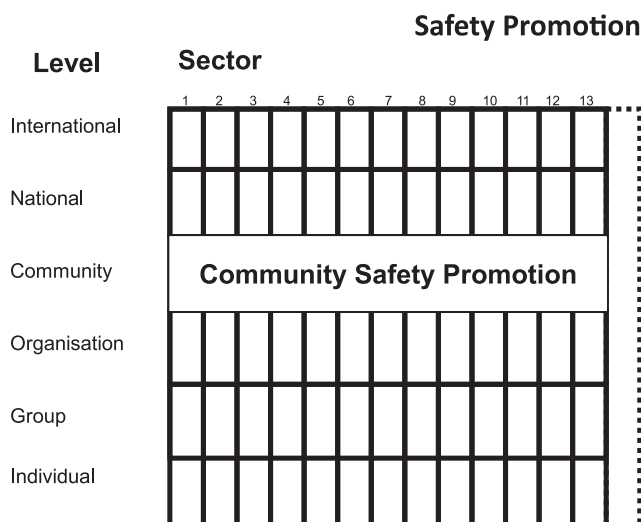


図1 異なる社会的セクターの関与による異なるレベルにおけるセーフティプロモーションモデル（Svanström 1988）

本稿では、まず、CSPとしての自殺予防とは何かについて若干の解説を行う。そして、CSPとしての自殺予防の具体例を紹介した上で、その意義と必要性について若干の考察を行う。次に、国レベルにおける自殺対策の法制化、すなわち自殺対策基本法の策定にもとづく自殺総合

対策が、国レベルにおけるSPとしての自殺予防として捉えられることを解説する。最後に、SPとしての自殺予防の課題と今後の方向性について若干の考察を行い、稿を閉じる。

1、Community Safety Promotion (CSP) としての自殺予防とは？

表1は、SC活動に関心のある人になじみのあるSCの認証指標である³⁾。これらの指標から、CSPの本質的特徴を抽出することにより、「CSPとは、事故、暴力、自傷行為等による傷害やそれに対する脅威を、住民参加を伴う部門横断的協働に基づく予防活動であり、科学的に評価可能な介入を地域で展開することである」とらえることができる⁴⁾。

表1 セーフコミュニティ認証への指標

- 1) コミュニティにおけるセーフティプロモーションに責任を持つ部門横断的なグループのパートナーシップと協働の基盤構造を持つこと
- 2) 両性及び各年齢層、すべての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
- 3) ハイリスクのグループ及び環境を標的とするプログラム及び脆弱グループに対してセーフティプロモーションを推進するプログラムを持つこと
- 4) 入手可能なエビデンスに基づくプログラムを持つこと
- 5) 傷害の頻度と原因を記録するプログラムを持つこと
- 6) 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
- 7) 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

一方、SC活動の生みの親とも言えるSvanströmは、SC活動関係者を主な読者と想定して作成されたテキスト『Community Suicide Prevention』のintroduction⁵⁾の中で、Durkheimによる社会的統合と規範と自殺との関係を論じた古典的著作⁶⁾を詳細に援用しながら、自殺予防のための介入は、個人だけではなく、地域社会を診断して‘治療’する介入対象であることを説いている。そして、社会的排除（social exclusion）が、暴力や自殺の根源にあることを指摘した上で、CSPとしての自殺予防の基盤として、社会的排除とは対極にある社会的包摂（social inclusion）を伴う地域社会づくりが求められることをも述べている⁵⁾。『Community Suicide

では、CSPとしての自殺予防の理論的な検討に加え、諸国におけるCSPとしての自殺予防が紹介されているので、参照していただきたい。

ところで、日本におけるいわゆる地域づくり型自殺予防活動は、住民が主体的に参加するとともに、様々な機関・セクターが参加する地域ぐるみでの取り組みである。また、自殺や地域におけるメンタルヘルスについて地域診断を行いつつ、自殺率等のアウトカムにより評価を行っている。したがって、CSPとしての自殺予防に該当すると思われる。本稿では、日本における取り組みを紹介し、CSPとしての自殺予防について、読者の具体的理解の一助としたい。

2、青森県における地域づくり型自殺予防対策について

最初に、筆者らが2004年から約7年間にわたって関わった青森県における地域づくり型自殺予防対策について紹介する。

青森県各市町村における自殺予防対策は、渡邊直樹氏が青森県精神保健福祉センター在任中（2003年～2008年）、地域づくり型の自殺対策として、精神保健センター、県保健所、市町村保健センターが連携し、次のようなプロセスにより進められた⁷⁾。

青森県における地域づくり型自殺予防は、多くの市町村において共通のプロセスを持って行われた。保健所が管内市町村の自殺死亡率を算出し、把握した高自殺率市町村に対して、予防対策を取るよう働きかけを行った。精神保健センターは、市町村保健師の研修等、人材養成にかかわる部分の技術援助を担当した。取り組み開始時は、自殺という言葉を口にすることはある種のタブーのようであり、「自殺予防を口にするとかえって自殺が増える」といった誤解・偏見を地域の多くの人が持っていた。自殺対策に取り組むことに抵抗感を示す市町村首長も少なくなかった。そこで、当初は、自殺や自殺予防を声高に語ることを避け、地域におけるこころの健康づくりを訴える戦略をとった⁸⁾。そのことで、多くの首長は、心の健康づくりによる自殺予防対策を受け入れてくれた。

次のステップは、住民を対象とするこころの健康調査であった⁷⁾。六戸町での調査（2003年）がその好例である⁹⁻¹⁰⁾。この調査は、うつ傾向の個人のスクリーニングを目的とするのではなく、うつ尺度（CES-D）、ソーシャルサポート尺度（MOSS-E）等を用いて、あくまで地域住民全体（population）としてのメンタルヘルスの状態を

把握することを目的とする調査であった。調査回答者の男性の10%、女性の13%が、憂鬱になった時には自殺を考えると答え、「一番頻繁に悩むことは？」との質問には、31%が経済問題を挙げた。自殺念慮を持つ人の52%は、深刻な経済問題を抱えていると答えた。一方、失業中の回答者の32%は、自殺念慮を抱いていた。調査では、うつや自殺についてのリスク因子だけでなく、保護的因子（salutogenic factor）についての分析も行われた⁹⁻¹¹⁾。（表2）たとえ、リスク因子を抱えていても、これらの保護的因子をあったり、増強したりすることで、うつ病になりにくいとされる⁹⁻¹¹⁾。

表2 こころの健康の保護的要因（salutogenic factor）

趣味をたくさん持つこと
身内・周囲のサポートと交流
健康状態が良いかまたは十分に管理がなされている
経済的状況の安定
睡眠と休養を十分とっている
考え方が柔軟で性格が外交的

なお、世帯調査の結果、精神的問題をかかえた人の多くが、相談先がわからずにいる、と判明した⁸⁻⁹⁾。そこで、六戸町では、診療所、病院、在宅介護支援センターの看護師等に研修を行い「こころのケアナース」として登録し、住民が無料で心の相談を受けることのできる「こころのケアナース」制度を、町、町立病院、医師会、精神保健センター、保健所等の協力により、2005年に全国ではじめて導入している^{7), 9)}。

次のステップは、こころの健康調査の結果を様々な手段を使って、あまねく住民に知らせることであった⁷⁾。調査結果と合わせ、うつに対する対処知識、危険因子だけでなく、心の健康を増進する保護因子をも記したリーフレットが毎戸配布された。ヘルスボランティアによる寸劇や紙芝居を用いた住民啓発活動も展開された。これらは、うつに対する医学的知識だけでなく、「自殺は勇気ある行動ではなく、避けられるものである」、「悩みを語ることは恥ずかしいことではなく、人生を幸せにする」、「地域の力（連帯）で、自殺を防ぐことができる」等メッセージを唱道することでもあった⁷⁻⁸⁾。

2009年8月にWHO推奨セーフコミュニティの認証を受けた十和田市でも、2003年から地域づくり型の自殺予防活動を進めている。詳細は別稿¹²⁾にゆずるが、市民に対する啓発のための講演会等は、保健師が中心となり、市

内各地で、2009 年 1 月の SC 認証申請時点までに、述べ 175 回のべ 4509 人を対象に実施されている¹³⁾。心の健康づくりボランティアとして育成された「こころの会」は、手作りの紙芝居を使って、うつに対する啓発と自殺予防にかかわる唱道をのべ 50 回以上にわり活発に展開している¹³⁾。その他、傾聴ボランティアの活動、ボランティアと保健師による心の悩みを持つ人たちが気楽に相談できるサロン「ルピナス」の活動を実施されている。

図2-A 十和田市における自殺死亡率の推移（男性）
（人口10万人対）

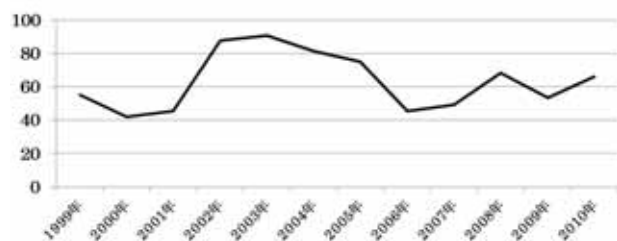
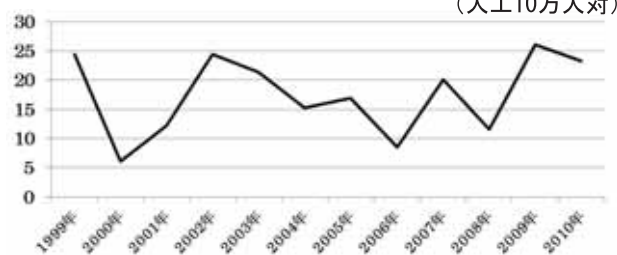


図2-B 十和田市における自殺死亡率の推移（女性）
（人口10万人対）



参考までに、十和田市における自殺死亡率の経年変化を示す。（図2）男性の自殺死亡率は、2002-2003 年をピークとして、2006-2007 年にかけて一旦は減少したが、その後漸増傾向にある。女性の自殺死亡率は、2002 年をピークとして、2006 年にかけて減少したが、その後、年による振幅は大きいものの増加傾向にある。従来の取り組みでは不十分との認識に立ち、十和田市は、2009 年の WHO 推奨セーフコミュニティ認証後に、経済生活問題、労働問題と心の問題を併せ持ち自殺のリスクを抱えている人に対する総合対策として、市庁舎内外の連携体制の整備等を進めている。具体的には、①市役所全職員を対象とする自殺総合対策研修、②市庁舎内自殺対策協議会の設置、③多重債務問題に対応するための消費生活問題専門窓口の設置、④市立病院に自殺未遂で入院した患者に対する精神科医または精神保健福祉士によるカウンセリング等である。

3、各地における地域づくり型自殺対策

全国各地で多数展開されている地域づくり型自殺予防

対策から、自殺対策白書で紹介された農村漁村地域と都市部における事例について1例ずつ紹介する。

i) 岩手県久慈地域における取り組み¹⁴⁾

久慈地域では、2003 年に、精神科医、看護師、保健所・市町村保健師、ケアマネージャー、消費生活相談員、ボランティア等により、久慈地域メンタルヘルスサポートネットワークが設置される活動が進められている。また、精力的に傾聴ボランティアの育成が進められ、2006 年には、久慈地域傾聴ボランティア団体「こころ（会員数90名、2009 年 9 月末現在）」が結成され、紙芝居やグループ回想法を行ったり、検診の待ち時間を利用した傾聴活動、老人保健施設等での傾聴活動等が行われている。また、2006 年には、ボランティアルームサロン「たぐり」が開所され、一般住民を対象の語りあいの場が提供されるとともに、心の個別相談や紙芝居等、様々な活動が展開されている。2009 年の時点で、久慈地域には、サロン活動が約 100 か所で公民館等を使用して開催されていたという。また、岩手県立久慈病院の精神科看護師は、病院内と地域の二つのネットワークのコーディネータの役割を果たしているという。久慈地域における自殺対策は、多数の住民の主体的参加を伴う、重層的な部門横断的の協働に基づく、地域づくり型自殺予防の典型例である。

ii) 神奈川県大和市における取り組み¹⁵⁾

神奈川県大和市では、精神保健福祉センター、大和市、県大和保健福祉事務所、横浜市立大学、自殺予防総合対策センター等の協力により、対策が進められている。2007 年度には、自殺対策について、大和市庁内の共通理解の基盤を作るとともに、各課担当業務に関連する対策事業を検討するため庁内研修会および連絡会が開催され、全庁横断的に市職員の意識が高まり、市単独で多重債務相談を実施が始められたり、死後遺族支援民間団体を含めた自殺対策連絡協議会も設置されたという。2008 年度には、人材育成活動として、①参加者自身の気づきを目的とする「わたしのこころサポート講座」、②こころサポーター（ゲートキーパー）養成研修が開催された。また、相談支援コーディネーターチームを設立し、サポーター活動をバックアップしている。ここでも、久慈地域と同様、普及啓発にとどまらず、地区組織相互の連携が深められなど、重層的な地域づくり型自殺予防対策が展開されている。

4、なぜ CSP としての自殺対策が必要か？

地域づくり型の自殺予防対策は、秋田県や青森県など

の農村部で精力的に取り組まれ、実際、秋田県において、介入地域では、非介入地域と比較して有意に自殺率を低下させている¹⁶⁾。それでは、地域づくり型の自殺対策が必要であるのはなぜであろうか。

心を病む人個人（ハイリスク者）に対する精神医学的介入だけでは、自殺対策として十分でなく、地域（community）に対する働きかけを行う CSP としての自殺対策が必要な理由を、表3に列挙した。

表3 CSP としての自殺対策が必要な理由

1. 自殺のリスクがある心を病む人が相談につながるためには、地域における差別や偏見を取り除くことが必要である。
2. 心を病んだ人が、自殺の最後の引き金を引くかどうかの瀬戸際で、地域のあり方が大きく左右する
3. 現在、健康な人も将来心を病むかもしれない。健康な人にも、心の健康づくりを行い、将来心を病みにくくする必要がある。
4. 自殺の背景には、経済生活問題、労働問題、心の問題が複雑に絡まっており、精神保健アプローチだけでなく、他部門協働による社会的なアプローチが必要不可欠である
5. 地域づくり型自殺対策の効果は、住民のメンタルヘルスリテラシーの改善だけでなく、地域における人と人とのつながり、絆の強化によるところが大きい。

表3の1.と2.については、渡邊が以前より指摘している⁸⁾。うつ状態にある人や自殺念慮のある人が、まず相談するのは、専門職ではなく、家族や知人の場合が多いが、自殺についての地域の偏見が強ければ、家族や知人にもその悩みを伝えることができず、専門機関への相談や受診にもつながらない。このような人たちが、うまく救済の道につながるには、地域の偏見が取り除かれ、「悩みを語り相談することは恥ずかしいことではなく、勇気あること」と思ってもらえるよう、住民全体のメンタルヘルスリテラシーの向上を図る必要がある⁸⁾。

表3の3.について少し、解説する。自殺者を減らすには、ハイリスク戦略に基づき、メンタルヘルス不調をきたしている人だけを対象とするのでは不十分である。ポピュレーション戦略に基づき、健康な人に対しても働きかけをして、心の健康度を更に高めておくことが必要である。これは、脳卒中や心筋梗塞を国レベルや地域レベルで減らすためには、ハイリスク戦略に基づき、重症の

高血圧の患者に対する早期発見早期治療だけでは不十分であり、むしろ、population 戦略に基づき、国民や住民全体の血圧を少しずつ下げる効果が大きいと類似している。

表3の5.については、本橋豊教授らが、秋田県のある町における「心の健康づくり調査」において、ソーシャルキャピタル「個人の間の結合関係、すなわち社会的ネットワークとそのネットワークから生じる互酬関係、及び信頼性の規範」（Putnam）と抑うつ状態の関係について検討している¹⁷⁾。そして、ソーシャルキャピタルの得点が高いことが抑うつや自殺のリスクの低さと関連している、と指摘している¹⁷⁾。

5、自殺対策基本法に基づく自殺総合対策-国レベルでのSPとしての自殺対策

自殺対策基本法（2006年法律第85号）においては、「自殺対策の総合的な推進が、国民が健康で生きがいを持って暮らすことのできる社会の実現に寄与する」ことが明記されており（第1条）、同法の目的が自殺の危機に瀕する人たちの救出や自死遺族の支援ばかりでなく、すべての住民にとって生きごちの良い社会づくりをめざすものであることが示されている。同法の基本理念（第2条）を表4に、自殺総合対策大綱（2007年6月8日閣議決定、2008年10月31日一部改正）の自殺を予防するための当面の重点施策を表5に示す。

表4 自殺対策基本法の基本理念（第2条）

- 1 自殺対策は、自殺が個人的な問題としてのみとらえられるべきではなく、その背景に様々な社会的な要因があることを踏まえ、社会的な取り組みとして実施されなければならない。
- 2 自殺対策は、自殺が多様かつ複合的な原因及び背景を有することを踏まえ、単に精神保健的観点からのみならず、自殺の実態に即して実施されるようにしなければならない。
- 3 自殺対策は、自殺の事前予防、自殺発生の危機への対応及び自殺が発生した後又は自殺が未遂に終わった後の事後対応の各段階に応じた効果的な施策として実施されなければならない。
- 4 自殺対策は、国、地方公共団体、医療機関、事業主、学校、自殺の防止等に関する活動を行う民間の団体その他の関係する者の相互の密接な連携のもとに実施されなければならない。

表5 自殺対策大綱 第4 自殺を予防するための当面の重点施策 項目

1.	自殺の実態を明らかにする
2.	国民一人一人の気づきと見守りを促す
3.	早期対応の中心的役割を果たす人材を養成する
4.	心の健康づくりを進める
5.	適切な精神科医療を受けられるようにする
6.	社会的な取組で自殺を防ぐ
7.	自殺未遂者の再度の自殺を防ぐ
8.	遺された人の苦痛を和らげる
9.	民間団体との連携を強化する

前述したSPの定義、自殺対策基本法の基本理念(表4)、自殺対策大綱における重点施策(表5)を見比べると、自殺対策基本法や大綱に則って実施され、環境や制度の改善、法規制などを含む総合的かつ包括的な自殺対策は、国レベルにおけるSPとしての自殺対策とも解釈できることがわかる。そのように考えられる理由としては、①自殺対策のため、病める個人に対する対策だけでなく、「生きごこちの良い社会づくり」を謳い、社会をそのターゲットとして変革することを志向して、制度や社会的環境を修正しようとしていること。②自殺の実態を社会的診断として把握するとともに、その効果の科学的検証にも重点を置いていること。③保健医療セクターによる精神保健的なアプローチだけでなく、国や自治体の公的責任を明らかにしたうえで、諸機関、諸セクター(民間を含む)の協働に基づく、包括的自殺総合対策を施行していること等が挙げられる。また、「生きごこちの良い社会づくり」を目指す同法による自殺予防は、全ての人間に対して一定レベルのsafetyを保障されることを基本的人権として位置づけたセーフコミュニティに関するストックホルムマニフェスト¹⁸⁾の基本理念とも大きく重なっている。

ところで、自殺対策基本法や大綱に記載された対策の中には、国レベルでの法規制や環境整備の改善を通じての自殺対策であって、地域づくり型自殺対策の範囲に収まりきれないものも含まれている。(表6)

表6 地域づくり型自殺対策以外のセーフティプロモーションとしての自殺予防対策の例

- ・インターネットの自殺サイトへの対策
- ・不適切な自殺事例報道による群発自殺の予防
- ・地下鉄のホームの構造を飛び込み自殺が不可能なものにする

- ・練炭による一酸化炭素中毒自殺を防ぐために練炭購入に規制をかける
- ・自殺目的での農薬や薬物の使用を防ぐため、アクセスや管理を厳しくする

これらの自殺予防対策は、実現可能性については議論があるものの、実施されれば効果は大きいと予想される。例えば、香港のある地域では、練炭の購入時に、鍵のかかる棚から店員が客の注文に応じて販売する方法をとることにより、練炭による一酸化炭素中毒による自殺数を減らすとともに、同時に他の自殺手段による自殺は増加せず、総自殺数を減らすことに成功したという¹⁹⁾。したがって、自殺手段の入手可能性の制限は、導入について、今後真剣に議論されてしかるべき課題と考えられる。

6、課題と今後の方向性

SPとしての自殺予防の課題としてまず挙げられるのは、自殺対策の効果の評価方法の改善である。ほとんどの地域で、自殺対策の効果は、専ら自殺者数や自殺率の変化によってのみ行われてきた。しかしながら、人口規模の小さい自治体では、それらの指標の増減が、対策の効果によるものなのか、統計的な揺らぎの範囲に収まるのかを評価するのは困難である。また、自殺者数や自殺率の変化が明確でなくとも、対策により地域住民全体のメンタルヘルスやメンタルヘルスリテラシーが改善している可能性もある。このようなこともあり、日本公衆衛生学会は、自殺率だけでなく、国民生活基礎調査等を用いて、メンタルヘルスリテラシー、うつ・不安、自殺念慮、社会支援やソーシャルキャピタルなどを継続的に測定し、都道府県および政令指定都市単位で利用可能とし、自殺対策の効果評価に用いるべきことを、提言している²⁰⁾。

SPとしての自殺予防の課題として2点目に挙げられるのは、これまで自殺率の減少等が認められた地域づくり型自殺対策の成功事例は、北東北3県等、農村漁村地域が多く、都市部における成果はこれからと言われている点である。しかし、自殺対策基本法制定後には、本稿で紹介した神奈川県大和市や東京都足立区における取組²¹⁾等、都市部でも取り組みが進み、成果を上げているところが増えており、今後の成果が期待されている。

3点目としては、比較的若い世代の自殺に対する対策の遅れである。インターネットの自殺サイトへの対策、マスコミの不適切な自殺事例報道による群発自殺対策、練炭を用いた一酸化炭素中毒や硫化水素による自殺を防

ぐため練炭や薬剤の入手可能性を制限する対策等は、若い世代の自殺を減らすうえで重要であるが、対策はまだまだ今後の課題となっている。また、いじめによる自殺予防対策や学校における心の健康づくり対策²²⁾もこれからの課題である。

ところで、失業者、無職者、倒産した自営業者、正規労働につけない若者、障害を持ちながら地域で生活している人、社会的孤立に陥りがちな高齢者は、社会的排除をされやすい人たちであり²³⁾、自殺に対する脆弱グループと言える。前述の日本公衆衛生学会による自殺予防に関する提言²⁰⁾は、包摂的社会政策に基づく自殺対策の重要性を指摘している。提言は、「多様な人々が生きやすい社会の形成：さまざまな困難を抱えた多様な人々が受け入れられる社会を形成する社会的包摂の実現が、長期的には自殺対策と一致した活動であり、このための施策を推進する。とくに社会経済的に不利な条件にある人々の住居の確保、これらの人々が社会的役割を果たす機会の増加とこれを認める社会の意識づくり、信頼と連帯などソーシャルキャピタルを高める地域づくりを推進する。」としている。SCの認証指標3(表1)は、脆弱グループをターゲットとした対策が取られている必要性を指摘しているので、本来、これらの社会的排除をされやすい人々に対する自殺予防対策は優先的に取り組まれてしかるべきである。しかしながら、日本におけるSC認証自治体における自殺予防対策においては、高齢者の自殺予防対策は取られていても、失業者、無職者、正規労働につけない若者や地域に生活する障害者をそのように自殺予防対策のターゲットとして優先的に位置づけて取り組んでいるところは、これまでのところみられないことは、残念である。しかしながら、東京都足立区における取り組み²¹⁾では、これらの社会的排除を受けやすい人々に焦点を充て、社会的包摂政策に基づく自殺予防対策の先駆けとなっている。また、2011年7月には、「自殺のない社会づくり市区町村会」(正式名称：いのちささえる真心あふれる市区町村連絡協議会、123自治体が参加)が設立され、社会的排除によって自殺に追い込まれる命を生み出さないまちづくりをめざして活動を展開している²⁴⁾。また、内閣官房には、社会的包摂推進室が設置され、包摂的社会政策と自殺対策の今後の連動が期待される。また、社会的包摂推進室のサポートにより、一般社団法人社会的包摂サポートセンター(代表理事 熊坂義裕 元宮古市長)²⁵⁾が設立され、「寄り添いホットライン」により、社会的排除に追い込まれた人からの相談を受ける

ことで、自殺予防に取り組む活動が開始されている。これらの取り組みは、SvanströmらによるSPの理念に含まれる社会的包摂をめざす社会づくり²⁾にあたり、日本におけるSPとしての自殺予防の今後の方向性を指し示しているとも考えられる。

おわりに

本稿では、CSPとしての自殺対策の考え方について考察した後、地域づくり型自殺対策の事例を紹介して、その必要性について解説した。更に、自殺対策基本法にもとづく自殺総合対策について考察を加えた。そのことにより、地域づくり型自殺対策及び自殺対策基本法に基づく自殺総合対策が、SPとしての自殺対策とも解釈できることをみてきた。最後に、地域づくり型自殺対策の課題として、効果の評価方法の改善が必要なこと、若年者の自殺予防対策への取り組みが遅れていることを述べた。更に、失業者、無職者、障害を持つ人など、社会的排除を受けやすい人々をターゲットとした社会的包摂に基づく自殺予防対策がまだ端緒についたばかりであることを指摘した。地域づくり型自殺対策に取り組んでいる人たちのほとんどは、SP活動として評価されるとの認識を持ち合わせていないと思われるが、WHO推奨セーフコミュニティ活動を推進する立場からは、今後、地域づくり型自殺予防活動とセーフコミュニティ活動をリンクしていくことが求められている。

引用文献・サイト

- 1) WHO Collaborating Centers on Safety, Promotion and Injury Prevention, Quebec, and Community Safety Promotion, Karolinska Institute, Stockholm. Safety and Safety Promotion: Conceptual and Operational Aspects, Quebec, 1998.
- 2) Osorno J, Svanström L, Beskow J The “Safe Communities” Model in Suicide Prevention. Osorno J, Svanström L, Beskow J.(Eds.) Community Suicide Prevention, Karolinska Institutet, Department of Public Health Sciences, Division of Social Medicine, Stockholm, Sweden, 2010; Chapter 5: 109.
- 3) WHO Collaborating Center on Community Safety Promotion. Indicators for International Safe Communities.

8

- http://www.phs.ki.se/csp/who_indicators_en.htm
(2012年3月28日最終アクセス)
- 4) 反町吉秀、奈須下淳．日本における safety promotion/ safe community 活動の展開．小児内科 2007; 39: 1024-1030.
- 5) Osorno J, Svanström L, Beskow J Introduction. Osorno J, Svanström L, Beskow J.(Eds.) 前掲書 13-25.
- 6) Durkheim. Suicide. (1897), The Free Press reprint 1997, ISBN 0-684-8362-7.
- 7) Sorimachi Y, Hörte LG. Suicide Prevention and the Safe Communities movement in Japan: the importance of central government and socioeconomic interventions. Osorno J, Svanström L, Beskow J.(Eds.) 前掲書 Chapter 7: 136-154.
- 8) 渡邊直樹、山下志穂、反町吉秀．こころの健康づくりと安全性．ストレス科学 2004;19:140-147.
- 9) 渡邊直樹、上十三保健所、辻浦智賀子、瀧澤透．「六戸町心の健康に関する調査」報告書 平成15年度厚生労働科学研究費補助金（がん予防等健康科学総合研究事業）2004; 1-74.
- 10) Takizawa T, Kondo T, Sakihara S et al. Stress buffering effects of social support on depressive symptoms in middle age: Reciprocity and community mental health. Psychiatry Clin Neuroscience 2006;60:652-661.
- 11) Eriksson M, Lindström B. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. Health Promot Int 2008; 23(2): 190-9.
- 12) 月刊地域保健編集部．人々の心をつなぐ「十和田山の風」．地域保健 2010; 41: 59-69.
- 13) 十和田市．十和田市セーフコミュニティのこれまでの取り組みと推進計画．2009年：
http://www.city.towada.lg.jp/machidukuri/safecommunity/suisinkeikaku.pdf
(2012年3月28日最終アクセス)
- 14) 岩手県保健福祉部障がい保健福祉課、岩手県久慈保健所、大塚耕太郎．事例紹介12 岩手県久慈地域における医療関係者と地域住民が参加する自殺対策．自殺対策白書平成21年度版 内閣府 2009; 138-140.
- 15) 神奈川県精神保健福祉センター相談課．事例紹介6 神奈川県地域（大和市）自殺対策モデル地区事業．自殺対策白書平成21年度版 内閣府 2009; 124-125.
- 16) Motohashi Y, Kaneko Y, Sasaki H, Yamaji M. A decrease in suicide rates in Japanese rural towns after community-based intervention by the health promotion approach. Suicide and Life-Threatening Behavior 2007; 37: 593-599.
- 17) 金子善博、本橋豊、山路真知子．地域のソーシャルキャピタルは住民の抑うつ度と関係する．日本公衛誌, 2010;53(10, 特別付録): 857.
- 18) WHO and the Karolinska Institute, Dep. Social Medicine. Manifesto for Safe Communities. Adopted at 1st World Conference on Accident and Injury Prevention. Stockholm, 1989.
http://www.phs.ki.se/csp/pdf/Manifesto.pdf
(2012年3月28日最終アクセス)
- 19) 河西千秋．自殺予防学 新潮社 2009; 139.
- 20) 日本公衆衛生学会．経済変動期の自殺対策のあり方に関する提言．日本公衛誌 2010; 57: 71-72.
- 21) 馬場優子．保健・福祉の枠を超えてつながる-足立区「生きる支援」の取り組み．都市問題 2011; 102(2): 67-76.
- 22) 深浦町地域包括ケアセンター．事例紹介10 青森県深浦町の自殺対策の取組～子どもの頃からの心の健康づくり～．自殺対策白書平成21年度版 内閣府 2009;135-136.
- 23) 本橋豊、金子善博、藤田幸司．高齢者の社会的孤立と自殺、自殺予防対策．老年精神医学雑誌 2011; 22: 672-677.
- 24) 自殺のない社会づくり市区町村会：
http://localgov.lifelink.or.jp/
(最終アクセス2012年3月28日)
- 25) 一般社団法人社会的包摂サポートセンター：
http://279338.jp/ (最終アクセス2012年3月28日)

中高生の自殺リスクに関する養護教諭の認知と経験 —在籍中及び中退・卒業後の生徒の自殺に関するアンケート調査から—

野坂祐子¹⁾、豊沢純子¹⁾、菊池美奈子²⁾、鈴木秀子³⁾、池川典子⁴⁾、元田綾子⁵⁾、米虫圭子⁶⁾

- | | |
|---------------|-----------------|
| 1) 大阪教育大学 | 2) 大阪府立園芸高等学校 |
| 3) 大阪府立北淀高等学校 | 4) 大阪府立泉北高等支援学校 |
| 5) 大阪府立渋谷高等学校 | 6) 京都産業大学 |

The Yogo Teacher's Risk Perception and Experience of Junior High and High School Student's Suicide : From Result of the Survey about Suicide of a Student, in and after Leaving School

Sachiko Nosaka¹⁾, Junko Toyosawa¹⁾, Minako Kikuchi²⁾, Hideko Suzuki³⁾,
Noriko Ikegawa⁴⁾, Ayako Motoda⁵⁾, Keiko Komemushi⁶⁾,

- | | |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 1) Osaka Kyoiku University | 2) Osaka Prefectural Engei High School |
| 3) Osaka Prefectural Kitayodo High School | 4) Osaka Prefectural Semboku High School for Special Support Education |
| 5) Osaka Prefectural Shibutani High School | 6) Kyoto Sangyo University |

抄録

近年、自殺が深刻な問題として社会問題化され、自殺対策が進められるなかで、児童生徒の自殺が学校危機と捉えられ、危機管理と心のケアが学校保健の中に位置づけられた。そこで、学校危機時に心のケアの中心的な役割を担う養護教諭を対象とし、生徒の自殺が起こる可能性についての認知、生徒が自殺未遂や自殺を図った経験、また自殺未遂や自殺をした生徒への関与とその際のリスクの認識について明らかにすることを目的に、無記名自記式の質問紙調査を実施した。調査期間は2009年10月から11月であり、有効回答票169票を分析した（回収率39.5%）。

回答者の勤務校は、高等学校81%、中学校7%、支援学校12%であった。現在の勤務校で生徒の自殺を起こりうる問題と捉えていた者は64%であり、自殺の危険性があると思われる生徒との関わりを有した養護教諭は69%であった。これまでの勤務校において生徒の自殺を経験した回答者は、在籍中の自殺未遂46%、自殺25%、中退・卒業後の自殺17%であり、生徒の自殺等の事例のうち保健室で関わりがあった割合は未遂例83%、既遂例38%、卒業後の既遂例51%であった。また、生徒の自殺等の経験がある者ほど、生徒の自殺に関するリスク認知が高い傾向などが示された。養護教諭は自殺等の危険性がある生徒と関わり、生徒の自殺に関する危機意識も高いが、経験によるリスク認知に差がみられたことから、生徒の自殺等の実態を共有するための研修などが必要と考えられた。

キーワード：生徒の自殺、学校危機、自殺リスク認知、養護教諭

Abstract

In Japan, suicide is a serious social problem and suicide prevention programs have been implemented in recent years. Also, student's suicide is realized to be a school crisis, and the risk management and psychological support are included in school health services. The purpose of this research was to clarify Yogo teachers' recognition of risk of student's suicide, their experiences with suicide or suicide attempt of a student, and the involvement with a student who committed suicide or suicide attempt and awareness of the risk for suicide. The questionnaire survey was conducted to the Yogo teachers, who play an important role at the time of a school crisis. The research was done from October to November, 2009. 169 effective reply was used applicable to analysis (40% of collection rate). The respondents belong to 81% of a high school, 7% of a junior high school, and 12% of a school for special support education. The respondents who thought "a student's suicide is a problem which may arise in the school which works now" was 63%, and the respondents who have experienced "involvement in supporting for the student who had the possibility of suicide" was 69%. The rate of respondents who experienced a student's suicide or suicide attempt in the school which had worked were 47% of an attempted suicide, 25% of suicide, and 17% of suicide after leaving school. Of these respondents who experienced students' suicide and suicide attempt, 83% in cases of suicide attempt, 38% in cases of suicide in school, and 50% in cases of suicide after leaving school were involved by Yogo teachers before. Moreover, the tendency for risk cognition of the respondents with experience in which their students committed suicide attempt or suicide was high when compared with those who did not have such experiences. Although many Yogo teachers were involved in the student with risk of suicide and suicide attempt and had sense of crisis for suicide, since the difference was seen by risk cognition of being based on their experiences, the training for sharing their conditions and experiences such as a student's suicide was considered to be required.

Key words : student's suicide, school crisis, perceived suicide risk, Yogo teacher

1. 研究の背景

1) 日本における自殺の傾向

我が国の自殺者数は、警察庁の自殺統計資料によれば平成10年以降、13年連続して3万人を超える状態が続いている。平成22年度の自殺者数は31,690人であり、このうち未成年者は552名と報告されており、高校生は204人であった¹⁾。厚生労働省の人口動態統計では、平成21年度の未成年の自殺者数は503人であり、このうち15歳から19歳の者は457名であった²⁾。未成年の自殺者数は自殺者全体の1.7%を占めている。マスメディアの報道やタレントの自殺等の影響によって一時的に未成年の自殺件数が増加する年もあるが、自殺をする未成年の割合は全体からみれば高いとはいえない。

しかし、死亡者の主な死因の構成割合をみると、平成21年度の死亡総数における自殺の割合は2.7%で死因の第7位であるのに対し、15歳から19歳の年齢階級では自殺は死因順位の第1位を占めている³⁾。この傾向は39歳までの年齢階級でも続いて見られることから、15歳から30歳代の青年の死亡においては、自殺がもっとも大きな要因になっていることがわかる。また、大阪は自殺者の居住地及び発見地において、東京に次いで多い。大阪では、男女とも60歳代に続き未成年の自殺者が多く、自殺者のうち未成年が男性19.4%、女性16.3%を占めている³⁾。なお、日本の10～19歳の青少年の自殺の割合は、アメリカと比較すると類似した傾向を示しており、両国ともに男子のほうが女子よりも自殺率が高いという共通点がみられる⁴⁾。

警察庁の自殺統計は、捜査等により自殺であると判明したものが計上されており、厚生労働省の人口動態統計は、自殺、他殺あるいは事故死のいずれか不明のときには自殺以外で処理されている³⁾。死因が自殺の可能性があるケースまでを含むと、実際の自殺件数は報告されている数値よりも多い件数にのぼることが推測され、暗数が多いといえる。

2) 児童生徒の自殺の問題

児童生徒の自殺については、いじめを苦にした自殺や連鎖的な傾向が見られるなどの問題があることから教育上重要な課題と捉えられている²⁾。この世代のこころの健全な発達、後年のメンタルヘルスにもつながる非常に重要な課題でもある⁵⁾。

こうした深刻な状況に対し、平成18年には自殺対策基

本法が制定され、翌年に取りまとめられた自殺総合対策大綱の中に「将来ある子どもの自殺」が明記された。児童生徒の自殺予防についての調査の推進が方向づけられ、「いじめを苦にした子どもの自殺の予防」として、学校、地域、家庭が連携して、いじめを早期に発見し、適切に対応できる地域ぐるみの体制整備を促進することとなった。また同年、学校現場に資する自殺予防の対応方策について検討を行う「児童生徒の自殺予防に向けた取組に関する検討会」が開催され、平成19年に「児童生徒の自殺予防に向けた取組に向けて(第一次報告)」が取りまとめられた。平成20年にはその見直しがなされ、「自殺対策加速化プラン」において「児童生徒の自殺予防に資する教育の実施」が盛り込まれ、具体的には、教職員向けのマニュアルの作成、情報教育に関する手引き、生命を尊重する心を育む教育の普及が挙げられた。平成21年には文部科学省により「教師が知っておきたい子どもの自殺予防」のマニュアルが作成された。マニュアルでは、①子どもの自殺の実態、②子どもの自殺の直前のサインと自殺の危険性が高まった子どもへの対応、③自殺予防のための校内体制づくりや校外の医療機関等との連携の在り方、④不幸にして自殺が起きてしまった場合の学校の対応等についてまとめられている。平成22年には「子どもの自殺が起きたときの緊急対応の手引き」が作成された。

このように近年、児童生徒の自殺は学校における重要な課題の一つと認識されるようになり、社会・教育的取り組みが開始されているところである。

3) 学校危機としての児童生徒の自殺と養護教諭の役割

児童生徒の自殺が学校における重要な課題とみなされるようになったことは、学校安全や危機対応への取り組みの流れとも関連している。平成13年に起きた大阪教育大学附属池田小学校の児童殺傷事件をきっかけに、学校現場では児童生徒の安全や生命に関わる問題が意識化されるようになった。学校での事件や事故は学校危機として捉えられるようになり、その概念には児童生徒や教職員の自殺も含まれた。平成15年に出版された学校危機対応マニュアル⁶⁾では、それ以前に発行された同類のマニュアル⁷⁾には入っていない児童生徒の「自殺企図」と「自殺死」が学校危機の一例として含まれている。

平成21年には、学校保健法が学校保健安全法に名称変更され、危機管理とそれに伴う児童生徒の心のケアが学校保健の中に位置づけられた。従来の学校保健法における健康相談が、学校医を主体とする保健管理の一環とし

て位置づけられてきたのに対し、学校保健安全法では健康相談の概念が広がり、学校危機時に果たす養護教諭の役割が大きくなった。もともと、養護教諭の職務は学校教育法において「児童生徒の養護をつかさどる」と定められており、平成9年の保健体育審議会答申では、ヘルスプロモーションの理念に基づいた健康教育の推進が求められた。それによって、養護教諭の健康相談活動の重要性が広く周知されることとなり、養護教諭は従来の役割の一層の充実に加え、現代的健康課題の解決に向けた役割が期待されるようになった。文部科学省が平成19年に出した「学校の危機管理マニュアル」⁸⁾や平成22年の「子どもの心のケアのために―災害や事件事故発生時を中心に―」⁹⁾においても、養護教諭は「学校における心身の健康問題への対応に当たっては、中心的な役割を果たすことが求められている」とされている。

つまり、ヘルスプロモーションをめざした健康教育や健康相談を行う立場である養護教諭は、学校危機時における心のケアや対応を行うことが求められており、児童生徒の自殺企図や自殺の予防や対応のうえでも重要な役割を担っている。しかしながら、それによって養護教諭に課せられる負担の増加という問題も懸念されている。松本¹⁰⁾は、養護教諭が生徒の傷の処置などを契機として継続的な相談を行う一方で、時間外の携帯電話やメールによる相談に翻弄されて燃え尽きたり、「家族に内緒にして欲しい」という生徒からの要求に苦悩することが少なくないことを指摘し、教育現場においても、医療機関と同様の構造化や限界設定が必要であり、生徒の自尊心に配慮したかたちで、家族への橋渡しと情報共有を行うべきであると提言している。よって、保健室で行う生徒対応の時間や内容などを養護教諭の業務範囲から超えないものとし、養護教諭ができることとできないことの限界を考慮する必要がある。養護教諭は専門性を生かした生徒への援助を行うと同時に、学校内での役割分担を意識しながらチーム支援の一翼を担うことが求められている。

2. 自殺に関連する要因

1) 自殺のリスク要因

それでは、生徒の自殺についてはどのようなことが明らかになっているのだろうか。日本における自殺の全体的な傾向としては中高年の男性が多いことが知られているが¹⁾²⁾³⁾、未成年の場合の特徴についてまとめると次の

ようになる。

警察庁による自殺の原因と動機に関する報告によると¹⁾、推定された複数の原因を挙げたもののうち、未成年の自殺者では「病気の影響」が最も多く、主な内訳はうつ病（58件）、統合失調症（28件）、身体の病気（14件）、その他の精神疾患（32件）であった。次いで、学業に関するものが多く、学業不振（43件）、入試に関する悩み（17件）、その他進路に関する悩み（47件）であった。家族関係を理由としたものもあり、親子関係の不和（38件）、家族からのしつけ・叱責（29件）であった。学友との不和（21件）もあり、未成年の自殺の原因として考えられた内容の多くは、精神疾患と学校や家庭での問題であることが示されている。

また、自殺に至る要因は単一ではなく、さまざまな要因が複合しており、それらの自殺に関わる要因は「自殺のリスク要因」と呼ばれている。高橋^{11) 12)}は、自殺のリスク要因を家庭や学校の問題といった環境因だけでなく、精神障害、生物学的要因、家族歴、性格傾向等を総合的に検討するべきであると指摘している。高橋^{5) 13)}は自殺の危険因子を表1のようにまとめている。

表 1. 自殺の危険因子（高橋, 1999:2007）

①自殺未遂歴	自殺未遂はもともと重要な危険因子 自殺未遂の状況、方法、意図、周囲からの反応などを検討
②精神障害の既往	気分障害（うつ病）、統合失調症、 パーソナリティ障害、アルコール依存症、薬物乱用
③サポートの不足	崩壊家庭の出身
④性別	自殺既遂者：男＞女 自殺未遂者：女＞男
⑤年齢	年齢が高くなるとともに自殺率も上昇
⑥喪失体験	病気や怪我、学業不振、予想外の失敗、いじめ
⑦性格	未熟・依存的、衝動的、極端な完全主義、 孤立・抑うつ的、反社会的
⑧他者の死の影響	精神的に重要なつながりのあった人が突然不幸な形で死亡
⑨事故傾性	事故を防ぐのに必要な措置を不注意にも取らない、 病気への予防や医学的な助言を無視する
⑩虐待経験	心理的・身体的・性的虐待

さらに、より年齢が低い子どもに特有な状態像として、高橋¹³⁾は次の4点を挙げている。①成人のように、悲哀感を言語的・主観的に訴えられない。②非定形ないし混合性の病像を取りやすい。時に被害関係妄想や幻聴なども出現する。③自律神経症状や身体症状が出やすい。④神経症様症状や行動面での問題が前景に立つ。例えば、強迫症状、チック、恐怖症、学習困難、夜尿、食

行動異常、非行、攻撃などである。社会的孤立や喪失体験は、本人の主観的な体験を重視する必要があることに留意すべきである。思春期の児童生徒においては、家庭との関係も非常に重要であり、家族全体の病理や困難さを理解することが求められる。

このことから児童生徒の自殺リスクを判断する際には、身体症状や行動上の問題、そして社会的孤立や喪失感などに注目しながら、それらが本人にとってどのように捉えられているのかという主観的な体験を理解しながら関わる必要があるといえる。

2) 自殺の危険因子としての自殺未遂

さまざまな自殺リスクのなかでも、もっとも重要な危険因子とされているのが自殺未遂の経験である。自殺者の自殺未遂歴は、すべての年齢階級で男性よりも女性のほうが高く、未成年の女性自殺者の39.0%が過去に自殺未遂をした経験を有していた³⁾。自殺未遂の方法はさまざまであるが、リストカットなどの自傷行為は自殺と密接に関連する行為である。自傷行為の多くは、その行為に際して自殺を意図していないが、自傷していないときに死の観念にとらわれていることがあり、あるとき、ふだん行っているのとは別の方法（例えば、過量服薬、縊死、飛び降り）で自殺を試みると指摘されている¹⁴⁾。

また、同性愛や両性愛などの性的指向をもつセクシュアルマイノリティの児童生徒は、思春期を迎えて自分自身に苦悩したり罪悪感を持ったりすることがある。同性愛や両性愛の男性を対象にした調査¹⁵⁾では、回答者の64%が自殺を考えた経験があり、15%が実際に自殺未遂をしたことがあった。15歳から24歳の男女を対象に行われた街頭調査¹⁶⁾では、男性の自殺未遂経験と性的指向には明らかな関連性がみられ、同性愛や両性愛などの非異性愛男性は異性愛男性の約6倍の自殺未遂経験があることが示された。セクシュアリティやアイデンティティに関する悩みを抱えていることは社会的孤立につながる問題であり、児童生徒の自殺リスクとして注意深く捉える必要があるといえる。

3. 目的

青少年の自殺は青年期の死亡原因の第一位を占める深刻な問題であり、学校危機として対応すべき課題とされているのに対し、自殺の件数については暗数も多く、学校現場が把握している生徒の自殺の状況については明らか

にされていない。そこで、学校危機対応において心のケアに関する中心的な役割を担う養護教諭を対象とし、生徒の自殺が起こる可能性についての認知、生徒が自殺未遂や自殺を図った経験、また自殺未遂や自殺をした生徒への関与とその際のリスクの認識について明らかにすることを目的とした質問紙調査を実施した。未成年のなかでも高校生と中学生において自殺者数の割合が高いことから、対象は高等学校、中学校、支援学校に勤務する養護教諭とした。

なお、自殺という用語については、近年、遺族などを中心に“自死”が用いられることも多く¹⁷⁾¹⁸⁾¹⁹⁾、当事者の心情等に配慮した表現を検討していく必要があるが、本稿では用語の一般性ならびに文部科学省が使用する文言にならない、自殺の用語を用いている。

4. 方法

1) 対象者

大阪府立の高等学校全校の養護教諭と、任意に協力した高等学校、中学校、支援学校に勤務する養護教諭である。

2) 調査項目

質問項目の選定にあたり、高等学校の校長3名と養護教諭8名を対象とした事前調査を実施し、生徒の自殺等に関する経験やその状況、自殺のリスクを感じた状況等についてインタビューを行った。その結果、生徒が学校を中退あるいは卒業した後に自殺をした事例があったことから、本調査では在籍中だけでなく中退や卒業後の生徒に関する項目を加えた。

本稿の分析に関連する調査項目は、以下の通りである。

- ① 回答者の属性：年齢、現在の勤務校種、これまでの勤務年数、学校種別の勤務経験
- ② 自殺リスクの認知：現在の勤務校において生徒の自殺が起こりうる可能性の認知、生徒の自殺リスクに関する事前認識
- ③ 自殺リスクのある生徒への対応：自殺リスクのある生徒と関わった経験の有無、自殺等をした生徒との保健室での関わりの有無
- ④ 生徒の自殺リスク行動（自由記述）：自殺リスクがあると判断した生徒の行動、生徒の自殺等の状況

3) データの収集方法

無記名自記式の質問紙調査を実施した。対象者に、調査の目的、方法、倫理的配慮等の説明を記載した調査用紙を郵送等で配布し、回答は郵便で回収した。

4) 期間

質問紙調査の配布と回収の期間は、2009年10月から11月であった。

5) 分析方法

各項目別にSPSS 16.0J for Windowsを用いて記述統計量を求めた。なお自殺リスク認知の評価においては4件法の回答選択肢を用いており、統計学上の厳密性においては順序尺度であると考えられるが、本研究では選択肢を間隔尺度とみなして分析を行った。

6) 倫理的配慮

研究の参加は自由意志であり、心理的な負担が生じた場合は中断も可能であること、また回答者及び自殺等をした生徒を特定しないように回答の匿名性を守ること等についての説明を質問票に記載し、配布した。

5. 結果

1) 回収票

430票を配布し170票を回収（回収率40%）、うち有効回答169票を分析の対象とした。

2) 対象者の属性

回答者の属性は表2に示した通り、20代が26%、30代が28%、40代が23%、50代以上が23%であり、現在の勤務校は、高等学校81%、中学校7%、支援学校12%であった。複数の校種の経験を有していたのは43%であり、そのうち高等学校での勤務経験がある者は35%、高等学校での勤務経験がない者は8%であった。本調査では、現在の勤務校での経験に限らず、回答者のこれまでの勤務経験全般について尋ねるものであるため、以下の分析では対象者の勤務校を分けずに検討した。

勤務年数は、回答者によって記入された勤務実数年を分類したところ、5年未満が18%。5年以上10年未満が28%、10年以上15年未満が10%、15年以上20年未満が8%、20年以上25年未満が11%で、25年以上が25%であった。勤務年数の平均は、15.1（±11.1）年であった。勤

務年数による回答者の経験の差を把握するために、以下の結果の分析では、対象者の勤務年数が5年未満の者をA群（18%）、5年以上15年未満をB群（38%）、15年以上（44%）をC群の3群に分類して検討した。

表 2 対象者の属性 (n=169) 人数 (%)

1. 年齢		2. 現在の勤務校	
20 代	44 (26)	高等学校	136 (81)
30 代	48 (28)	中学校	12 (7)
40 代	39 (23)	支援学校	21 (12)
50 代以上	38 (23)		
計	169 (100)	計	169 (100)

3. 勤務年数		勤務年数別群	
5 年未満	30 (18)	A 群	30 (18)
5 年以上 10 年未満	48 (28)	B 群	64 (38)
10 年以上 15 年未満	16 (10)		
15 年以上 20 年未満	14 (8)	C 群	75 (44)
20 年以上 25 年未満	19 (11)		
25 年以上	42 (25)		
計	169 (100)	計	169 (100)

3) 生徒の自殺リスクに対する養護教諭の認知

「現在の勤務校で生徒の自殺は起こりうる問題」であるかどうかを尋ねたところ、「5：とてもそう思う」（23%）、「4：少しそう思う」（41%）、「3：どちらともいえない」（16%）、「2：あまり思わない」（17%）、「1：全く思わない」（1%）の回答であった。「とてもそう思う」と「少しそう思う」を合わせると全体の64%であり、「全く思わない」と「あまり思わない」を合わせた18%よりも大きく上回り、生徒の自殺は勤務校で起こりうる問題だと認識している回答者が多くみられた。

また、経験年数による影響を検討するため分散分析を行った結果、経験年齢によってリスク認知に差があることが確認された（ $F(2, 164) = 6.65, p < .01$ ）。下位検定の結果、勤務経験が5年未満のA群に比べて、5年以上15年未満のB群の方が回答の平均値が高く、「現在の勤務校で生徒の自殺は起こりうる問題」であると捉える自殺リスクの認知が高い傾向がみられた（表3）。

表 3. 経験年数別の生徒の自殺リスクの認知

A 群 (5 年未満)	B 群 (5 年以上 15 年未満)	C 群 (15 年以上)
3.17 (.99)	3.98 (.95)	3.63 (1.09)

値は平均値（標準偏差）を示す

$F(2, 164) = 6.65, p < .01$

4) 養護教諭が自殺リスクのある生徒と関わった経験

4-1) 自殺リスクがあると判断された生徒との関わりの有無

「これまでに少しでも自殺の可能性がある生徒と関わった経験」の有無を尋ねたところ、「ある」(69%)、「ない」(28%)の回答であり、無回答が5件(3%)であった。対象者の69%が、これまでの勤務の中で少しでも自殺の可能性があると感じた生徒と関わった経験を持っていた。

また、経験年数による影響を検討するためカイ二乗検定を行った結果、経験年齢によって自殺リスクのある生徒と関わった経験に差があることが確認された($\chi^2(2) = 7.17, p < .05$)。残差分析の結果、自殺リスクのある生徒と関わった経験のある養護教諭の割合が最も高いのはB群で、次いでC群、A群となり、各経験年数群に差が見られた(表4)。

表4. 自殺リスクのある生徒との関わり経験

		A 群 (5年未満)	B 群 (5年～15年未満)	C 群 (15年以上)
自殺リスクがある生徒との関わり	あ り	16 (53%)	49 (77%)	52 (69%)
	な し	14 (47%)	12 (19%)	21 (28%)
	無回答	0 (0%)	3 (5%)	2 (3%)
合 計		30 (100%)	64 (100%)	75 (100%)

値は人数(%)を示す

$\chi^2(2) = 7.17, p < .05$

4-2) 自殺リスクがあると判断された生徒の行動

上記4-1)で「少しでも自殺の可能性がある」と認識した生徒の行動について自由記述を求めたところ、76事例の記述が得られた。記述の内容を生徒の行動別に分類したところ(一事例に複数の行動の記述を含む)、多かったものから順に「リストカット」(35例)、「飛び降り」や「飛び降りようとした」(30例)、「大量服薬」(18例)、「希死念慮」や「自殺をほのめかす」(13例)であった。また、それらの行動の背景にある問題や要因として、「家庭の悩み」や「人間関係の悩み」などが書かれている事例もあった。

記述例を表5に示す。なお、自由記述の引用にあたっては、個人を特定する情報を削除するために、文意を損ねない程度の修正をしている。

表5. 養護教諭が自殺リスクがあると認識した生徒の行動—自由記述より(一部引用)

- ・摂食障害が疑われたが、生徒は病院受診を拒み、リストカットを繰り返していた。自宅に遺書めいた手紙があった。
- ・リストカットを繰り返し、病院で縫合することもあった。人間関係や家庭環境に悩み、「死にたい」と言うこともあった。
- ・大量服薬とリストカットを繰り返し、何度も「飛び降りる」と言ったりした。
- ・同級生の自殺にショックを受けたあと、大きな事故にたびたび遭うようになり、事故傾性が高くなった。精神的に不安定だった。

5) 生徒の自殺等を経験した養護教諭の割合

5-1) 生徒の自殺等の経験

これまでの勤務の中で、生徒の在籍中の自殺未遂及び自殺、中退・卒業後の自殺を経験した割合を示したものが図1である。経験の有無に加え、経験がある者にはその回数の記入を求め、図表では「2件以上」と「1件」に分類して表示している。

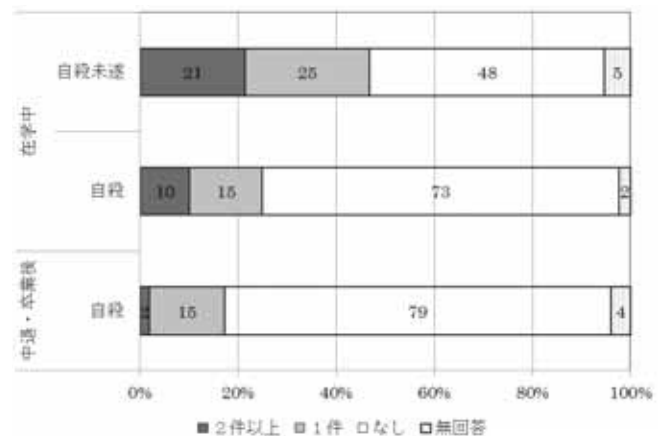


図1. 生徒の自殺等についての養護教諭の経験の有無と件数 (%)

経験した割合がもっとも高かったのが、生徒の「在籍中の自殺未遂」であり、「2件以上」(21%)と「1件」(25%)を合わせると46%であった。在籍中の自殺未遂について複数回、経験している者のうち、5件以上と回答した者は6名(3%)であった。

次いで、生徒の「在籍中の自殺」の経験は、「2件以上」(10%)と「1件」(15%)を合わせると25%であった。在籍中の生徒の自殺未遂と自殺の経験をもつ回答者は、いずれも2件以上経験している者がそのうちの半数近くを占めていた。

生徒の「中退・卒業後の自殺」を経験した回答者は、「2件以上」（2%）と「1件」（15%）を合わせると17%であった。卒業後の生徒の自殺の経験をもつ回答者は、1件の経験者のほうが多かった。

なお、記入された件数のうち、正確な人数が不明瞭なもの（例えば「4～5人」などの記載）を除くと、在籍中の自殺未遂事例は合計132件、在籍中の自殺は63件、卒業後の自殺は34件であった。

5-2) 生徒の自殺未遂及び自殺の状況

上記5-1) で在籍中の生徒の自殺未遂もしくは自殺、中退・卒業後の自殺を経験した回答者に、その状況や対応に関する概要の自由記述を求めたところ、次のような記述が得られた（表6）。なお、自由記述の引用にあたっては、個人を特定する情報を削除するために、文意を損ねない程度の修正をしている。

表6. 養護教諭が経験した生徒の自殺および自殺未遂の状況や対応―自由記述より（一部引用）

【在籍中の自殺未遂】

- ・うつ状態で服薬中であったが、不安に襲われて休憩時間に大量服薬し、救急搬送した。
- ・統合失調症の生徒が、突然、学校を飛び出し、踏切の中に入ろうとしたが、直前で思い直して学校に戻ってきた。
- ・虐待を受け、自己肯定感がとても低く、自分の殻に閉じこもりやすかった。同年代の友だちが作れず、人間関係で悩み欠席することもよくあった。恋人とのトラブルで自殺を図った。

【在籍中の自殺】

- ・中学時に自殺未遂をした経験があった。大量服薬は頻回あり、リストカットと大量服薬で自死した。
- ・中学時に不登校。高等学校進学後も不登校になり、進級が困難だと知らされた後に亡くなった。
- ・生徒の精神状態が悪く、不登校気味になり、その後半年もたらず自殺。

【中退・卒業後の自殺】

- ・志望校に進学が決まり、入学直前に下宿先で自死。
- ・担任は常に連携をとっていたが、登校しないことが多かった。転学が決まり、入学する初日に自殺。
- ・高1で中退。その後、アルバイトなどをしていたが焼身自殺。気分的なむら激しい生徒だった。

5-3) 自殺未遂及び自殺した生徒との保健室での関わり

上記5-1) において、生徒の自殺等を経験したと回答した者を対象に、それらの事例について保健室での関わりの有無を尋ねた。

生徒の自殺未遂及び自殺の事例について、それ以前に生徒と保健室での関わりを有していたのは、在籍中の自殺未遂事例の83%、自殺事例の38%、中退・卒業後の自殺事例の51%であった（図2）。生徒と保健室での関わりがあった事例は、在籍中の自殺未遂事例においてもっとも多く、在籍中の自殺事例ではその半分以上の割合にとどまっていた。中退・卒業後の自殺事例については、半数の事例において保健室での関わりがあったが、半数は保健室での関与がないまま中退あるいは卒業をしたあとで自殺に至っていた。

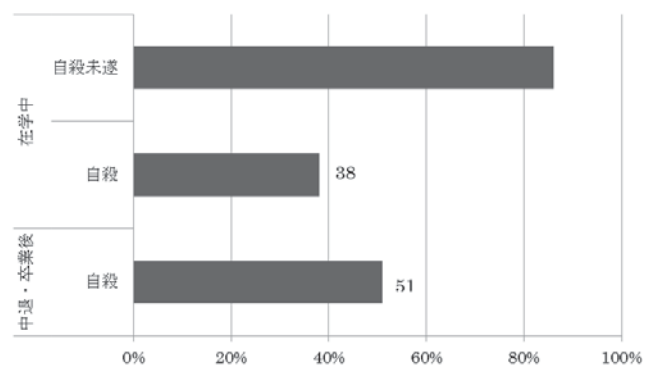


図2. 自殺未遂及び自殺した生徒との保健室での関わり（%）

5-4) 自殺等に至る可能性の認識

上記5-3) において、保健室での関わりがあった事例について、養護教諭が関与していた際に生徒の自殺の可能性を認識していたかどうかを尋ねた。

そのうち、生徒が自殺未遂や自殺をするよりも前から、自殺未遂及び自殺の危険性を「とても感じていた」あるいは「少し感じていた」と回答したのは、在籍中の自殺未遂事例の52%、自殺事例の39%であり、中退・卒業後の自殺事例では「とても感じていた」の回答はなく、「少し感じていた」という回答が18%であった（図3）。一方、自殺の可能性を「全く感じていなかった」あるいは「あまり感じなかった」という回答の割合が高かったのは、中退・卒業後の自殺事例の76%であり、次いで在籍中の自殺事例の33%であった。在籍中の自殺未遂事例については、自殺未遂の可能性を感じていなかった割合が12%であり、他と比べると低い割合であった。

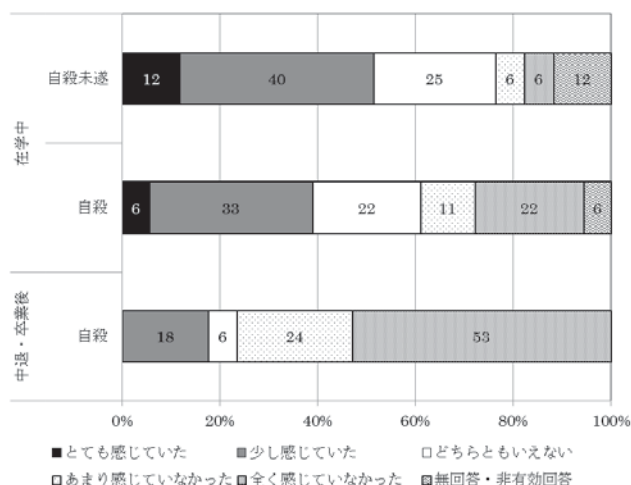


図3. 自殺未遂及び自殺した生徒に関する自殺の可能性の認識 (%)

6) 養護教諭の生徒の自殺等に関する経験とリスク認知の関連

6-1) 自殺リスクのある生徒との関わり経験と自殺リスク認知の関係

自殺リスクのある生徒との関わりの有無によって、自殺リスク認知の程度に差があるかどうかを検討した。t検定により関与群と非関与群の自殺リスク認知得点を比較した結果、関与群 ($M = 3.86$, $SD = .98$) の方が、非関与群 ($M = 3.17$, $SD = 1.12$) よりも、自殺リスク認知得点が高いという結果が得られた ($t(73.98) = 3.63$, $p < .01$)。

6-2) 生徒の自殺等の経験と自殺リスク認知の関係

在籍中の生徒の自殺未遂や自殺、中退・卒業後の生徒の自殺の経験の有無によって、自殺リスク認知の程度に差があるかどうかをt検定により検討した。その結果、在籍中の生徒の自殺未遂については、経験群 ($M = 4.05$, $SD = .90$) の方が、未経験群 ($M = 3.27$, $SD = 1.03$) よりも、自殺リスク認知得点が高いという結果が得られた ($t(152.14) = 5.06$, $p < .001$)。在籍中の生徒の自殺については、経験群 ($M = 4.15$, $SD = .92$) の方が、未経験群 ($M = 3.50$, $SD = 1.03$) よりも、自殺リスク認知得点が高いという結果が得られた ($t(74.06) = 3.73$, $p < .001$)。中退・卒業後の生徒の自殺については、経験群 ($M = 4.03$, $SD = .73$) の方が、未経験群 ($M = 3.57$, $SD = 1.09$) よりも、自殺リスク認知得点が高いという結果が得られた ($t(59.63) = 2.82$, $p < .01$)。

6. 考察

本調査は、回答者の任意参加によるものであり、生徒の自殺というテーマに関心がある養護教諭が多く含まれていることが考えられる。このような対象者の偏りが結果に影響していることをふまえて、本調査の結果について考察する。

1) 生徒の自殺に対する養護教諭の危機感と生徒の自殺等の実態

回答した169名の養護教諭のうち、6割以上が現在の勤務校で生徒の自殺は起こりうる問題であると認識しており、生徒の自殺に対する危機感を有する養護教諭は過半数に上った。本調査の回答者は、主に高等学校の養護教諭であり、複数校種の勤務経験のある者のなかでも高等学校での勤務経験のない者は1割以下であったことから、中高生のなかでもとくに高校生の自殺は、養護教諭にとって危機感の高い事象として捉えられていることが示唆された。

また、回答者のなかでも、5年以上15年未満の勤務経験を有する養護教諭の危機感が高い傾向がみられ、自殺のリスク認知は経験年数と比例するものではなかった。リスク認知に関しては、自殺リスクがあると判断された生徒との関わりの有無と、生徒の自殺等に関する経験の有無が関連していたことから、養護教諭の過去の体験が現在のリスク認知に影響を及ぼしている可能性が考えられた。つまり、これまでに自殺リスクのある生徒と関わったことがあったり、実際に生徒の自殺等を経験したりすることで、養護教諭は生徒の自殺が起こる可能性を高く認識するようになって考えられる。回答者の7割がこれまでに自殺リスクがあると判断された生徒と関わった経験を有していたことから、それらの経験が本調査の結果で示された養護教諭の危機意識の高さにつながっているといえる。

また、在籍中の生徒の自殺未遂を経験した養護教諭は46%であり、生徒の自殺は25%、中退及び卒業後の生徒の自殺は17%の養護教諭が経験していることが明らかになった。この数値は、約半数の養護教諭がこれまでに生徒の自殺未遂を経験しており、約4人に一人は自殺で生徒を失い、約6人に一人は自殺で卒業後の生徒を失ったことを示す。複数件の自殺あるいは自殺未遂を経験していた養護教諭も少なくなかった。とくに自殺未遂に関して、2件以上の事例を経験している養護教諭は全体の2割を超え

ていた。これらの事例のうち、その件数が明確に記入されていたものだけを抽出すると、在籍中の自殺未遂は132件、在籍中の自殺は63件、中退・卒業後の自殺は34件であり、自殺事例は計97件にのぼった。

本調査では生徒の自殺等の時期を限定しておらず、この数値は養護教諭の過去の経験を累積したものを示していることから、前掲の自殺統計資料のように年度毎に報告される件数と単純に比較することはできない。しかしながら、回答者の平均勤務年数が約15年であることから概算すると、169名の回答者の勤務校全体において年間6～7件程度の在籍生及び中退・卒業生の自殺が起きていたと推計できる。本調査への回答は、養護教諭が把握している事例に限られているため、実際には、養護教諭や学校には知らされていない自殺事例もありえるし、中退や卒業をした生徒に関してはなおさら学校は情報を把握しにくくなると考えられる。よって、本調査は生徒の自殺等の発生頻度に関する実態を把握するものではないが、自殺等の実態の一端を示すものであり、養護教諭の業務上の経験において生徒の自殺は稀な事象ではなく、養護教諭が関与する割合が高い事象であることが明らかにされた。

平成19年のデータによると、10歳から14歳までの自殺率（人口10万人あたりの人数）が0.7であるのに対し、15歳から19歳では自殺率は7.3となり、高校生以上の年齢で自殺をする者が増えることがわかっている⁴⁾。また、自殺未遂に関連するリストカットによる自傷行為について、小学校から高等学校までの保健室での対応状況を調べた研究²⁰⁾では、自傷行為をする児童生徒は、「小学生<中学生<高校生」の順で多くなり、自傷行為による保健室への来室者も増加する傾向が示され、中学・高等学校の養護教諭は小学校の養護教諭に比べて自傷行為をする生徒への対応経験が有意に高いことが明らかにされている。

これらの結果から、とくに高等学校においては生徒の自殺未遂及び自殺の発生は稀なこととして捉えるのではなく、養護教諭がいつでも関与する可能性のあるものとして認識し、対応について考えておく必要がある。

2) 生徒の自殺等に関する養護教諭の対応

本結果から、在籍中の生徒の自殺未遂事例には、8割以上の養護教諭が保健室で生徒との関わりを有していた一方で、自殺事例については、その半数以下である4割弱の事例にしか関与していなかったことが明らかになった。

それぞれの回答に関連する生徒の行動や状態は異なるため、一律に両者の比較をすることはできないが、自殺未遂の場合はそのほとんどの事例に養護教諭が関与していたことと比べると、自殺の場合は養護教諭による事前の関与がより難しい事例が多いことが推察される。あるいは、養護教諭が事前に関与することが難しい生徒の事例において、自殺が起こりやすいという側面もあるかもしれない。

養護教諭が事前に関与していた割合が低い自殺事例については、自殺の可能性の認知に回答者のばらつきが目立ち、危機感を感じていた者は約4割、危機感を感じていなかった者は約3割であった。既述のように、自殺リスクはさまざまな要因が複合したものであり、はっきりと明確なものではない。衝動的に行われる自殺未遂に比べて、自殺はより計画的であるという特徴から²¹⁾、生徒が他の人に知られないように自殺の計画を進めていた場合、周囲が気づきにくいことも少なくないと考えられる。自殺の兆候はほとんど周囲に察知されない場合も多いといわれることから²²⁾、自殺事例に対して養護教諭が事前に関わることは容易ではないといえよう。さらに、中退・卒業後に自殺に至った事例においては、その半数において在籍中に養護教諭が関与していたものの、自殺の可能性は低く認識されており、事前のリスク認知は困難であるようだった。中退・卒業後の自殺について、本調査では時期を特定していなかったことから、時間経過や生活状況等によって自殺の要因はさらに複雑になるものと考えられた。

また、自殺未遂に関して、本調査では自殺未遂の定義を明記せず、回答者が自殺未遂であると判断した事例について回答を求める方法をとった。自殺未遂は、その行為の内容や程度、それに至る経緯や結果などがさまざまであり、行動面だけで定義することが難しい。そのため本調査では養護教諭の認知に焦点を当て、養護教諭の判断を重視することにした。よって、本調査で得られた回答において、自殺未遂とみなされた生徒の行動には幅広い内容が含まれると考えられる。自由記述では、大量服薬により救急搬送された事例や自殺を図ったものの一命をとりとめた事例など危険性の高い行動が記述されていたが、養護教諭がどういった生徒の行動を自殺未遂と判断したかは確認を要する点だと考えられた。

先行研究からは、自殺未遂は自殺の最大の危険因子であると言われており、生徒の自殺未遂を経験している養護教諭が半数近くを占めたという本調査の結果は、生徒

の自殺の問題がきわめて深刻な状況であることを示している。そうした状況のなかで、自殺未遂事例の8割以上に養護教諭が関与していたという結果は、養護教諭が積極的に生徒対応を行っている実情を示しているといえよう。自殺未遂事例への適切な対応は、自殺の予防につながる事が期待され、生徒の精神保健に対する重要な支援である。

3) 生徒の自殺等に関わる養護教諭の課題

本調査では、養護教諭の経験から生徒の自殺等について検討したが、他の教員の認知や経験を把握することで、養護教諭の認知や経験の特徴がより明確になり、生徒の自殺等に関する実態を総合的に捉えられると考えられる。

児童生徒の心理的な問題に関する教員と養護教諭の視点に関する調査²³⁾では、養護教諭は担任とは異なる視点を持っていることが示され、それは「保健室という部屋の特長で捉えられる独自の視点」であるといわれている。児童生徒の自殺は、精神保健の問題として取り組んでいかなければならない重要な課題とされており²⁴⁾、精神保健の観点から生徒の状態をアセスメントする養護教諭の役割は非常に大きいといえる。

本調査の結果から、養護教諭の多くが自殺のリスクがあると判断される生徒と関わり、生徒の自殺に関する危機意識が高いことが明らかにされた。また、自殺リスクがあると判断された生徒との関わりの有無と、生徒の自殺等に関する経験の有無がリスク認知に影響を及ぼしていることが示された。養護教諭の経験の違いがリスク認知の差につながっていたことから、生徒の自殺等に関する個々の経験を養護教諭の間で共有し、生徒の自殺等の実態やその対応を知り、自殺リスクに関する知識を得るような研修が有効であると思われる。なかでも自殺につながる危険性が高い自殺未遂事例への対応に関する研修が必要であると考えられた。さらに、中退・卒業後に自殺に至った事例の半数において養護教諭の関与がみられたことから、中退・卒業後の生徒への支援を検討するために地域資源等と連携した継続的・長期的な支援体制を構築する必要性も考えられた。

結語

本調査は、主に高等学校への勤務経験を有する養護教諭を対象に、生徒の自殺等に関する認知や経験を明らか

にしたものであり、学校現場における生徒の自殺等の現状や養護教諭の対応の一端を示すものである。生徒の自殺はどの学校でも起こりうる学校危機と認識されており、生徒の自殺や自殺未遂等を経験していた養護教諭も多かった。また、生徒の自殺等に関するリスク認知は、自殺の可能性があると判断された生徒への対応や生徒の自殺等に関する養護教諭の経験によって差がみられたことから、今後、生徒の自殺未遂や自殺の実態をふまえた学校の危機管理体制を構築する必要性が示された。生徒の自殺等の実態やその対応を知り、それらの経験を共有するための研修も有効であると考えられ、自殺リスクがある生徒への対応や自殺未遂生徒等の対応に関する研修も必要であると考えられた。さらに、学校に在籍する生徒だけでなく、中退・卒業後の生徒への支援を検討するために、地域資源等と連携した継続的・長期的な支援体制を構築する必要性も考えられた。

謝辞

本調査に協力いただいた皆様にお礼申し上げます。

文献

- 1) 警察庁生活安全局生活安全企画課. 平成22年度中における自殺の概要資料, 2011.
<http://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/H22jisatsunogaiyou.pdf> (2012. 3. 1)
- 2) 厚生労働省. 平成23年人口動態統計の年間推計, 2012.
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suikai11/dl/honbun.pdf> (2012. 3. 1)
- 3) 内閣府. 自殺対策白書(平成23年度版)(警察庁「自殺統計」より内閣府作成). 内閣府, 2011.
- 4) 瀧野揚三. アメリカにおける青少年の自殺と予防教育. みまもる つながる うけとめるⅡ, 大阪教育大学 学校危機メンタルサポートセンター編集・発行, 2011: 49-50.
- 5) 高橋祥友. 思春期の自殺の現状と対策. 鍋田恭孝編. 思春期臨床の考え方・すすめ方―新たな視点・新たなアプローチ. 金剛出版, 2007: 217-228.
- 6) 上地安昭編. 教師のための学校危機対応実践マニュアル. 金子書房, 2003.
- 7) 学校危機管理研究会. 学校の危機管理―こんなときどうする―. 小学館, 2001.

- 8) 文部科学省. 学校の危機管理マニュアル, 2007.
- 9) 文部科学省. 子どもの心のケアのために―災害や事件事故発生時を中心に―, 2010.
- 10) 松本俊彦. 自傷行為の理解と対応. 鍋田恭孝編. 思春期臨床の考え方・すすめ方―新たな視点・新たなアプローチ. 金剛出版, 2007: PP. 229-246
- 11) 高橋祥友. 医療者が知っておきたい自殺のリスクマネジメント. 医学書院, 2002.
- 12) 高橋祥友. 新訂増補 自殺の危険―臨床的評価と危機介入―. 金剛出版, 2006.
- 13) 高橋祥友. 青少年のための自殺予防マニュアル. 金剛出版, 1999.
- 14) Walsh, B.W.. Treating self-injury: A practical guide. Guilford Press, 2005. (松本俊彦ほか訳. 自傷行為治療ガイド. 金剛出版, 2007.)
- 15) Hidaka, Y., Operario, D.. Attempted suicide, psychological health and exposure to harassment among Japanese homosexual, bisexual or other men questioning their sexual orientation recruited via the internet. Journal of Epidemiology and Community Health, 60, 2006: 962-967.
- 16) Hidaka, Y., Operario, D., Takenaka, M., Omori, S., Ichikawa, S., Shirakawa, T. Attempted suicide and associated risk factors among youth in Japan. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 43, 2008: 752-757.
- 17) 平山正実監修. 自ら逝ったあなた、遺された私―家族の自死と向きあう. 朝日新聞社. 2004.
- 18) 平山正実. 自死遺族を支える, エム・シー・ミュージズ, 2009.
- 19) 清水新二. 封印された死と自死遺族の社会的支援. 現代のエスプリ, No. 501. 至文堂, 2009.
- 20) 金愛慶・金子尚弘・土川洋子・若本純子. 小・中・高校における児童生徒の自傷行為への対応 (I). 名古屋学院大学論集 人文・自然科学篇. 2008; 44-52.
- 21) 保坂 隆. 自殺企図の実態と予防介入に関する研究. 厚生労働科学研究研究費補助金 (こころの健康科学研究事業) 平成16-18年度 総括研究報告書, 2007.
- 22) 下園壮太. うつ・自殺予防マニュアル. 河出書房新社, 2006.
- 23) 鎌塚優子・岡田加奈子. 子どもに心理的な問題がある と判断するときの教諭の視点の抽出―小学校、中学校、高等学校別養護教諭の視点との相違―. 日本健康 相談活動学会誌. 6-2. 2011; 34-55.
- 24) 小野善郎. 思春期の非行・自殺. 母子保健情報. 60, 2009; 67-71.

性暴力被害者の支援における課題（第1報） ～法的制裁の課題～

辻龍雄

つじ歯科クリニック
NPO法人山口女性サポートネットワーク
NPO法人山口被害者支援センター

Effective Support for Victims of Sexual Violence Requires Changes in the Law. First Report

Tatsuo Tsuji

Tsuji Dental Clinic
NPO Yamaguchi Support Network for Women
NPO Yamaguchi Victim Support Center

要約

我々は13例の性暴力の事例を検討し、3群に分類されることを示した。いずれも刑法で加害者を処罰し、被害者を保護すべき事例であるが、3群の中では性暴力を1度だけ受けた事例群（1群）だけが刑法によって保護されるように見える。家庭内で幼い頃から性暴力被害を受けてきた事例（2群）や、心理的拘束などによって長期間にわたり性暴力被害を受けてきた事例（3群）は強姦とはみなされず、刑法での処罰は困難で、民法でも容易ではない。今回、第1報として、日本社会の中で隠され、法によって保護されていない性暴力被害者が存在することを問題提起する。

キーワード：性犯罪、性暴力、性的虐待、心理的拘束

Abstract

It is well known that sexual violence takes several forms throughout the world. We examined thirteen (13) cases of sexual violence that revealed three categories of act sexual coercion that should be crimes. But only the one-time act of rape (group 1) is recognized in the law and prosecuted. In contrast, sexual violence against children in families (group 2), and extended sexual exploitation through psychological manipulation (group 3), are not considered “rape” and are difficult or impossible to prosecute. The first step in addressing this problem is to understand and define the common types of sexual violence that largely remain hidden in Japanese society and law.

Key Words: sexual crime, sexual violence, sexual ill-treat, psychological manipulation

I はじめに

日本では、年間、強姦は1,500件前後、強制わいせつは7,000件前後認知されている¹⁾。しかしながら、警察が認知し訴追された事件は、ごく一部であると推察されている。性暴力の実態は、性暴力被害者が自らの経験を語る形で徐々に明らかにされつつある。小林は被害を受けた後に性暴力被害者支援活動を展開し、相談を受けた2,294人の性暴力被害者の中で警察に届け出た人は120人、そのうち加害者が逮捕起訴されたのは30人であったと2010年に述べている²⁾。この報告をみると、加害者逮捕に至るのは、性暴力事件のわずか1.3%という結果となる。

2008年に行われた内閣府による「男女間における暴力に関する調査 IV異性から無理やりに性交された経験(女性のみ)」³⁾をみると、女性(1,675人)に、これまで異性から無理やりに性交されたことがあるかの質問に対して、「1回あった」という人が3.1%、「2回以上あった」という人が4.2%で、被害経験のある人は7.3%であった。実に1,675人中の122人が性的自己決定権を侵害されていることになる。

これらの報告をみると、日本では、ほとんどの性犯罪は立件されておらず、法的責任を追及されていない。

これだけ多数の被害者がいながら、性暴力の犯行の実態は、いまだ十分に明らかにされているとはいえない。その背景には、性暴力の被害体験を言うてはいけない、黙っておかないと家族に迷惑をかける、私だけが我慢していればいいのだ、と被害者に思わせる無言の世間の圧力のようなものがあるようにみえる。また、被害者も学術的な視点からであっても、“とても言えない”自らの体験を分析されることを忌避してきたかのようにも思える。

家庭内での幼い頃からの長期間に及ぶ性的虐待となると事態はさらに深刻となる。高松⁴⁾は、1999年に「性的虐待は日本には長いこと『ない』ことになっていました。本当は見えていたのに、それが見えなかったのです。あるいは見るのが怖くて、正しく見る勇気が持てなかったのです。」と述べ、性暴力に取り組む姿勢を「見えないものを見る」という言葉で表現した。この問題に取り組むには、日本社会からのそんなことを取り上げて、という暗黙の拒絶を覚悟しなければならない。

今回、自験例13例の諸相から性暴力のありようを検討し、日本の刑法では保護されていないタイプの性暴力が存在していることを第一報として報告し、問題提起したい。

II 対象と方法

1997年から2005年までの8年間に、筆者が個人的に相談を受けた事例を元にした。次のような倫理的配慮を行った。個人情報特定されないよう匿名化し、被害状況がかけ離れない程度に変更を加えた。7年以上前の事例を対象とし、最近の事例は除外した。なお、ここに述べている事例は、筆者が所属しているDV被害者支援団体であるNPO法人山口女性サポートネットワークとNPO法人山口被害者支援センターの活動とは無関係であることをあらかじめ付記しておく。

III 結果

1. 事例の概要

今回、分析の対象とした事例は、以下の13例である。

- 事例1. 18歳専門学校生。夜8時頃、自動車学校の教官がアパートを訪問してきた。そのまま部屋に押し入れられ強姦された。自分に落ち度があると思い、親にも言えず、警察にも届け出ていない。
- 事例2. 19歳大学生。夜アパートに大学の同級生が訪ねてきた。室内に通したところ強姦された。大学教官に相談したが、表沙汰にしない方がいいという趣旨の助言をされ、警察には届け出ていない。
- 事例3. 21歳大学生。深夜1時頃、車の運転席から道を尋ねられ運転席に近付くと、背後から男二人によって車に押し込められた。三人から輪姦され妊娠。その後自然流産。心身ともに体調を崩し、大学に行けなくなり留年。警察は女性警察官による事情聴取を手配したが、大学教官から警察には行かない方がいいという趣旨の助言をされて届け出ていない。
- 事例4. 24歳会社員。夜帰宅途中で強姦される。心身ともに体調を崩し仕事を辞めた。両親とともに数度の警察の事情聴取を受けたが告訴しなかった。事件後体調を崩し長期間内科医に通院していたが、妊娠に気がついたのは日本で中絶が禁止されている23週であった。
- 事例5. 51歳主婦。自宅の庭をガーデニングで開放していた。何度か訪れていた男性から自宅で強姦される。警察に届け出たが、夫や娘に知られることを恐れ告訴はしなかった。
- 事例6. 30歳ホステス。店の客の社長から自社に勤めないかと誘われ、休日に会社を訪問した際に強姦された。警察には届け出ていない。

事例7. 27歳無職。実父によって 9歳から性暴力を受けていた。親元を離れた後、弁護士に相談したが、そんなに長期間ではと言われ民事訴訟を諦めた。実父に居場所を知られることを恐れて住民票を現住所に移すことができず、就労に支障をきたしている。

事例8. 24歳無職。幼少期に近所に住む母の弟（叔父）からの継続的な性暴力被害。結婚を前に家族に打ち明けた。

事例9. 13歳中学生。継父からの性暴力。その後両親は離婚したが、高校の帰宅時に元継父が出没するため、福祉事務所に相談した。

事例10. 24歳会社員。職場で知り合った50代後半の男性。1年に及ぶ性暴力被害。体調を崩し実家に戻り入院。病院内で自殺未遂。精神科医による診断は PTSD。

事例11. 17歳高校生。通信媒体を介して知り合った67歳の男性。1年に及ぶ性暴力被害。自殺未遂数回。過食吐き戻しの症状あり。精神科医診断PTSD。民事勝訴。

事例12. 21歳会社員。知人の50代前半の男性。1年に及ぶ性暴力被害。仕事は退職。過食吐き戻しの症状あり。精神科に受診、医師による診断はPTSD。自殺未遂数回。民事勝訴。

事例13. 24歳の知的障害の女性。知的障害者を雇用する

70歳の事業主。小学5年生から 24歳になるまで日常的に性行為を強要されていた。事件発覚後、事業主は準強姦罪で逮捕され、懲役3年6ヵ月となった。

2. 特性による分類

事例13例をみると、1群：単発性の性暴力6例（事例1～6）、2群：家族や親族からの家庭内性暴力3例（事例7～9）、3群：長期間継続された性暴力4例（事例10～13）に分類された（表1）。

1群の特徴は、性的被害の頻度は1回であることである。そのうち2例は加害者が「見知らぬ人」であり、いわゆる行きずりの犯罪に巻き込まれたという事例であるが、4例は、仕事上あるいは環境上で接触経験のある「顔見知り」の関係であった。

2群の特徴は、加害者が家族・親族であり、児童虐待から本人の望まない性関係が長期間にわたって継続している群である。

3群の特徴は、加害者が他人であるが、本人の望まない性関係が1年以上にわたって継続した群である。4事例中3事例が、被害者の自殺未遂をきっかけに発覚、事件化しており、本犯罪が被害者に重篤な精神的被害を与えていることが解る。

表1 被害状況

群	事例	年齢	職業等	犯行時間	強姦の場面	関係	加害者	最初の相談	警察への通報	備考
1群	1	18	専門学生	20時頃	アパートに訪ねてきたので、ドアを開けたら室内に押し入られた。	1回	自動車学校教官		×	数年の間、誰にも相談できなかった。
	2	19	大学生	夜	アパートに訪ねてきたので室内に通した。	1回	同級生	大学教員	×	
	3	21	大学生	午前1時頃	車の運転席から道を尋ねられ運転席に近付くと、背後から男二人によって車に押し込まれ輪姦された。	1回	見知らぬ男3人	大学教員	×	妊娠→自然流産 大学留年
	4	24	会社員	夜	帰宅途中	1回	見知らぬ男	内科医	○	退職 妊娠
	5	51	主婦	日中	自宅の庭をガーデニングで開放していたので、自宅に押し入られて。	1回	顔見知り	産婦人科医	○	
	6	30	ホステス	休日の日中	会社に勤めないかと誘われ会社訪問	1回	店の客（社長）	友人	×	
2群	7	27	無職		9歳の頃から日常的に強姦	継続的	実父		×	住民票移動できない
	8	24	無職		幼い頃に親のいない時に	継続的	叔父（母の弟）	行政の臨床心理士	×	結婚の前に家族に打ち明けた。
	9	13	中学生			継続的	継父	福祉関係者	○	下校時に待ち伏せ
3群	10	24	会社員		1年以上関係が続く	継続的	会社の客	精神科医	○	自殺未遂で発覚
	11	17	高校生		1年以上関係が続く 過食吐きもどしの症状出現	継続的	通信媒体で知り合った67歳男			自殺未遂で発覚 民事勝訴
	12	21	会社員		1年以上関係が続く 過食吐きもどしの症状出現	継続的	知人	50代前半	○	自殺未遂で発覚 民事勝訴
	13	24	作業員		知的障がい母親も被害に遭っていた。小学5年生から24歳になるまで。	継続的	70歳事業主	児童相談所職員	○	（本人は知的障がい者） 逮捕 準強姦罪 懲役3年6ヵ月

3. 加害者について

性犯罪者の多くが知人であるという報告は多い。今回の取り上げた事例でも10例（76.9%：10/13）が知人、家族、親族であった。犯人不詳が2例。1例は出会い系サイトを介して知り合い、被害にあった。

4. 警察への通報

犯人逮捕のためには事件直後の警察への110番通報が決め手であるが、自験例では、事件直後に通報した事例は1例もなかった。事件後1カ月から14年経過して、警察に相談した事例は7例（53.8%：7/13）ある。その際に、警察に親が同行した例は2例（16.7%：2/7）、その他5例は民間の支援者の同行によるものであった。警察への通報自体が、いかに被害者にとって大きいハードルであるかが知られよう。

最初の相談者をみると、精神科医、産婦人科医、内科医、市役所福祉関係職員、児童相談所職員、行政機関の臨床心理士、大学教官が紹介してきた事例があった。大学生の被害事例が2例あり、いずれも大学教官に相談しているが、「警察へ行かないように」と助言されていた。

単発性の被害ならびに家族・親族が加害者の場合は、警察への通報事例が少ない。しかし、単発性の被害であっても通報したケースは2例とも、医師（内科医・産婦人科）であった。性被害を通報するという点では、医師の職業倫理が生かされていると言えよう。

なお、家族・親族が加害者の場合は、幼少期から継続的な性的侵害が行われているにも関わらず表面化しにくい。親の離婚後に継父につきまとわれたため公的機関に相談し、通報につながったケースがあったが、親の離婚がなかった場合には、事件化の可能性は少なかったかもしれない。

また、性犯罪による妊娠が判明した2事例であっても、警察通報がなされたケースとなされなかったケースに分かれている。1例は自然流産したが、1例は妊娠に気がついた時点ですでに23週で中絶不能であった。

5. 司法的制裁

1例が準強姦罪で逮捕され、懲役3年6ヵ月となった。民事訴訟は2例で、いずれも被害者が勝訴し、損害賠償額はそれぞれ1,100万円と550万円であった。

III 考察

1. 犯行の形態と被害の回避の啓発

境原¹⁾は、性犯罪の判例を8事件の被害者総数65人について分析し、被害を回避するためにはどのような対応や地域の施策が必要であるかについて考察し詳述している。その報告によると、性犯罪の多くは、他人の監視の目という“外的抑止力”がない人通りの少ない路上や、車内、家族が留守中の自宅、一人暮らしの自宅において発生している。そのため、“個人レベル”では、このような場所を避けること。また鍵を開けて自宅に入る時を狙われて、そのまま室内に押し込まれる事例が多いことから、ドアの解錠時に周囲を見回し不審者の有無を確認すること、在室時には玄関や窓の施錠をすることなどを述べている。

さらに、児童への性被害を抑止するためには、地域での防犯パトロールなど“地域レベル”での取り組みが必要不可欠であると述べ、性犯罪被害者の発生を減少させるには、個人の人権を侵害しない範囲で情報を公開し犯行形態を社会に周知させる。これにより性犯罪に対する個人の被害回避能力を向上させること、犯罪をおこしにくい環境の整備など地域対策の推進が必要であるという。

今回取り上げた事例でも、大学生や専門学校生などの一人暮らしの女性が狙われており、夜間、知人の訪問を受け、ドアの鍵を開けたところ室内に押し込まれ被害に遭う事例や、深夜の路上で車から道を尋ねられ、運転席に近づいたところを背後から仲間に襲いかかれ車の中に押し込まれる事例もあった。被害者が事件後直ちに110番通報すれば緊急逮捕が可能であるし、少なくとも、犯行現場にパトカーなどの警察車両が終結することで、その地域における同一犯による犯行の防止につながる。

2. インターネットを介した出会いによる性犯罪

自験例にもあるが、インターネットを介しての性犯罪の増加が危惧される。東京高裁の判決⁵⁾をみると、インターネットのサイト等で対象となる女性を物色し、メールなどで接点を持ち計画的に犯行に及んでいる。被害者をサディズム的な強い行為により心的無力化し、周囲との断絶化、従属意識の醸成を行い、4人の被害女性を次々に性的奴隷としている事件があった。

現在、日本で急速に普及しているフェイスブックは実名を基本としており、こうした犯行を助長する可能性が

高い。実名、顔写真、生年月日、居住地、職場、学歴、趣味、独身、離婚などの個人情報掲載し、交友関係やどこの店で食事をしているなどの自分の行動を写真付きで頻繁にアップしている。フェイスブック・フレンズ間の会話から性格なども把握できるし、自室を撮影した写真もある。写っている窓の外の景色から居住地の場所を特定することも可能である。これは性犯罪者に情報提供をしているようなものである。フェイスブック上に個人情報を無防備に掲載することの危険性、性的指向も割り出せることなどがすでに指摘されている⁶⁾。フェイスブックの求める顔写真や居住地などの基本情報を真面目に書かないことも被害を防止することになるだろう。

3. 強姦による妊娠

自験例には強姦による妊娠が2例あった。加害者が避妊しておらず、事件直後であれば、犯人逮捕につながる重要な証拠が残されていることになる。また、犯行直後であれば緊急避妊ピルの服用で妊娠を高い確率で回避できる。

警察は、平成18年より性犯罪者の産婦人科診察費用を無償化する制度も立ち上げている。それによると、初診料・処置料（婦人科の初回診察時における一般的な診察、処置に必要な経費）・緊急避妊料（被害直後に妊娠を防ぐために行うもの）・診断書料、その他、特に犯罪立証上必要があり、警察から依頼した診察・検査等については、公費で支出される。また、事件を担当する警察署の警察官が被害者に付き添い、医療機関に対し、診察の依頼及び医療経費の一部を警察で負担する手続きについて説明することとなっている。

しかしながら、診察終了後、被害者の自己負担となる医療経費については、医療機関から被害者に直接請求され、一旦被害者が支払い、警察が負担する医療経費については、後日、口座振込により医療機関へ支出されるという煩瑣な手続きとなる。しかも、医師会単位でも詳細があまり知らされておらず、ましてや被害者本人があらかじめ知ることの難しい情報である。

特筆すべきは、平成24年2月に約1,000人の産婦人科医が所属する神奈川県産科婦人科医会と神奈川県、県警、NPO法人「神奈川被害者支援センター」が協定を結んだというニュースである。我が国で初めて性犯罪被害者の支援に医療機関の団体が加わったものであるが、性犯罪被害が疑われる患者が、同医会の65医療機関に緊急避妊措置や治療に訪れた場合、医師は、警察に被害を届け出る

よう促したり、同支援センターを紹介したりする。被害者が被害届を出すと、被害者の同意を得た上で、被害にあった状況など、医療機関に伝えた情報が警察や同支援センターに提供されるため、被害者が関係機関でつらい経験を思い出し繰り返し説明しなくて済む。このような連携が、全国の都道府県で展開される必要があろう。

自験例のうち1例は、被害後に体調を崩したため退職し、内科医に通院していた。妊娠に気がついたのは23週であった。我が国では、22週以降の中絶手術は禁止されている。中絶手術は昭和23年までは妊娠8ヵ月まで可能であった。昭和51年に妊娠7ヵ月までと改正され、平成3年に22週未満に短縮された。短縮の理由は、産科学の進歩により未熟児であっても母胎外での生存可能性が生じたためと母体保護のためである。合法的な中絶の時期の設定は、各国の宗教や文化、教育程度に応じて異なっている。

さらに、女性の視点からは「中絶はもう一つのレイプである」とか「中絶の前に性的虐待があった場合、女性は、中絶をその前に行われた自身への暴力の続きに過ぎないと認識する。」という声も聞かれる。パーク・テレサの報告⁷⁾によると、レイプや近親相姦によって妊娠した約200名の女性を対象に行われた大規模な調査で、性的暴行によって妊娠した子どもを中絶した89%の女性が、中絶したことを後悔していると答えているという。

彼らの多くが、性的暴行よりも中絶によって心に深い傷を受け、それを乗り越えることの難しさを告白している。90%以上の女性が、性的暴行の被害者に中絶を選択しないよう勧め、性的暴行の場合に、中絶が「必ず」女性のためになると答えたのはわずか7%であった。一方、性的暴行の被害者で、妊娠を全うした女性たちは、出産という道を選択したことは正しかったと回顧している。中絶しなかったことを後悔した女性はいなかったという。

「性犯罪の結果は即中絶すべき」と周囲が決めつけるのも、短絡的であろう。本事例の場合、内科医に通院していながら、妊娠に気づかれなかったことの問題性は大きい。本人からすれば、その事件そのものを心理的に否認したいという潜在意識から、あえて身体変調の理由を妊娠の可能性へ結びつけなかったのかもしれない。必要とされるのは、性犯罪被害者が躊躇することなく、事件後速やかに診察を受け、選択肢がなくなる前に、その後の自己決定を速やかに出来るように、サポートする体制をいかに構築するかということではなかろうか。

4. 刑事事件化の課題

自験例では、小学5年生から24歳に至るまで性的虐待を受けていた知的障害者のケースがあった。その途上で何度も被害者は複数の福祉関係者に訴えていたが、関係者は事実を把握していたのにも関わらず、虐待を止める方向には動かなかった。加害者が地域の名士であったことも発覚が遅れた一因となっている。知的障がい者は、法廷での証言の信ぴょう性が疑問視されるために刑事事件となりにくい側面があるが、最終的には逮捕に至った。この事件は大きく報道され、県議会でも取り上げられた。判決文の中で「本件は、社会福祉関係機関の対応に問題がないとはいえない。有効な打開策を取れなかったことが、被害者に対する虐待の発覚が遅れた原因の一つにもなっている。」と指弾された⁸⁾。

強姦罪の時効は、わずか6ヵ月であったが、平成13年に法改正が行われ、7年に延長されたことは効果的であると考えられる。自験例の中には、事件から6ヶ月を過ぎており刑事事件化できなかった事例があった。しかしながら、被害を表明できるまでに14年間かかった事例があるように、性犯罪のような極めて心理社会的要素が多い犯罪は、時効までの時間の確保が極めて重要になると考えられる。

強姦罪や強制わいせつ罪は親告罪（刑法180条）と規定されている。親告罪とした理由について、犯罪の性質上、起訴によって事実が公になると被害者の名誉が害され、精神的苦痛等の不利益が増すことが多いという理由によると解されている。しかしながら、強姦致傷罪、強制わいせつ致傷罪は、輪姦と同じく凶悪性が著しく強度で、その訴追を被害者の利益のみによって左右するのは適当でないこと、また被害者が加害者の処罰を望んでいても加害者による報復を恐れて告訴することを躊躇し泣き寝入りになっている場合も多いことから、親告罪から除外されている¹⁾。

つまり、“致傷”の有無で親告罪から除外されているのである。境原¹⁾の報告をみると、8事件の加害者のうち6人がナイフまたは銃を所持しており、殺すぞと脅している。ナイフがなくとも、男性との体格差と筋力差がある。自験例のうち来訪者にドアをあけた事例では、何が自分におきているかわからなかったという。対応は瞬時の判断を求められる。抵抗しないことも生き残る選択肢の一つであり何ら恥ずべきことではない。幸い、自験例には1例も抵抗し負傷した事例はなかった。

5. 民事事件化の課題

刑事事件として対応できない事例は民事訴訟に向かう。しかし、多くの人たちは刑事訴訟と民事訴訟の違いを認識していない場合が多いため、過大な期待を民事訴訟に抱き、判決後に失望する場合がある。さらに、民事訴訟では、原告に立証責任があり、証拠の収集、陳述書の作成、準備書面の作成などに多大な労力と時間、そして、多額の訴訟経費を要する⁹⁾。この点が刑事訴訟とはまったく異なる。証拠の収集、陳述書の作成、準備書面の作成などの作業の途上に被害状況のフラッシュバックやセカンド・レイプといわれる副次的な精神的打撃を受ける可能性があることを、支援者は肝に銘じておく必要がある。

自験例ではそうした苦労にも関わらず、判決で多額の賠償金の支払いを命じられても、実際の賠償金の支払いに応じなかった。資産がなく、支払い能力がなければ、差し押さえもできない。結果として、判決に従わなくても、なんら責任を問われることはない現実がある。民事訴訟には、このような現実があることを理解し、少なくとも賠償金を支払う資産の有無の確認を行ったうえで着手する必要があると思われる。また、たとえ勝訴しても、謝罪の言葉など一切ないことも銘記しておかないと勝訴後の失望感は大きい。刑事事件化や民事事件化によるいわゆる司法的制裁が、性犯罪被害の癒しや被害者の回復に必ずしも直結しないことを、支援者としては理解しておかなければならない。

6. 心理的拘束

自験例では、1年以上も関係が継続していた事件が7例（58.3%）あった。家庭内の性暴力の3事例と知的障がい者の1事例を除いた3例の女性の場合、自力では加害者と別れることはできず、3例とも自殺未遂がきっかけで偶然発覚したものである。これら3例の状況をみると、加害者は50代2人、60代1人と高齢であり、被害者が事件を告発できないようにする心理的拘束の手口には共通したものがある。

(1) 前段階として、当初は何ら性的なことはせず安心させ、食事に誘い、それとなく金品をプレゼントし、“落ち度を植え付ける”。その後強姦し、被害者に「お前にも悪いところがある」と自責の念をもたせる。

(2) 周囲との断絶化：次に、警察と親から“孤立”させていく。警察に行っても無駄だ、売春したと思われるぞ、世間や親が知ったらどう思うかな、と言い、二度

目、三度目の関係を持つ。友人とは別れればすむ。学校は退学すればいい。だが、親や兄弟に知られると生涯消すことができない。親や兄弟にも迷惑がかかる。自分だけが我慢していればいいのだ。自分だけが我慢しておけば、そのうち男との関係は切れるという気持ちも動く。「この男の機嫌を損ねると何をしてくすかわからない。言われるままにしていればいいんです。」という言葉は二人の女性から聞いた。こうなると、後は因果の流れとなり長期化していく。

(3) 心的無力化と従属化：さらに、屈辱的な性行為を強要され、こんなことをされても抵抗できない弱い自分。性欲のはけ口の物として扱われ、人間としての尊厳や、自尊心を打ち砕かれる。自力では抵抗しても無駄だと思わせ、無力化していく。日常生活を毎日報告させられ、何をするにも決定権は男にあるような従属関係、従属意識が醸成されていく。ある女性は4時間ごとに電話で加害者に行動を報告させられていた。やがて、こんな毎日続けるよりも死んだ方がましだという気持ちに追い詰められていく。

印刷会社に真面目に勤務しながら5人を強姦した事件で、強姦罪と恐喝罪を問われ懲役13年の刑に服している性犯罪加害者が、その手記で「私が本当に求めていることは、強姦という性行為ではなく、強姦後に作る「被害者たちとの関係性」でした。他者を嘘と演出で意のままに操ることで、自分の優位性や切れない関係を維持しようとし、そのことで半ば無自覚的に自尊心を満たしていたのです」と述べている¹⁰⁾。強姦した後に関係を続けていたのである。わいせつ電話等の被害を加えると、実際の被害者は300人を超えるという。

境原¹⁾も、判例から読み解くのは不可能であるが、と前置きしているが、性犯罪の動機について、いずれの事例においても。加害者は性行為をしたいあるいは他者を支配したい等の強い欲求があるものと推測されると述べている。

強姦という行為の後に、その後も関係を拒むことができず、年余に及んで関係を継続している事例は多いと推察される。刑法177条前段の強姦罪は「暴行または脅迫を用いて」と規定している。だが、現実には、巧妙で狡猾な手口で被害女性を心理的に拘束し性的奴隷と化している“強姦の一態様”ともいえる事例が多数存在している。彼女たちは落ち度に付け込まれて、このような事件に巻き込まれているが、ある事件の判決文の中で、裁判官は「女性にも落ち度はあるが、ここまでひどい目にあ

わされる言われはない。」と断じている。

7. 家庭内の性暴力

以前、DVと児童虐待は別個のものではなく、同じ家庭の中に同時に存在しており、DVは子どもたちへの悪影響も大きいことを報告した¹¹⁾。さらに、DV家庭で育った子どもたちの中に小学校への登校拒否や、母親への暴力、引きこもり、アルコール依存など、その後の人生に悪い影響を与えられていること、そして、継父からの性虐待が2例あったことなどを報告した¹²⁾。

DV被害者を支援する全国シェルターネットワークは、平成21年12月に岡山市で、DV家庭における性暴力及び性虐待被害者の支援者養成研修会を開催し、DV家庭で実父による性的虐待が頻発していると警鐘を鳴らした。実態はいまだ明らかではないが、児童養護施設に入所している子どもたちの中に性的虐待を受けていた子どもは稀ではないことから推察すると実数は多い可能性がある。

自験例では3例の家庭内の性暴力があった。2例は小学校低学年で実父から被害を受けていた。成長して家を出ても、父親に居住地を知られることを恐れて住民票を移せないために、就労に支障がでていた。現行法でも、こうした事例への対応は可能というが、親権者である父親を小学生や中学生が公訴することができるのだろうか、という疑問が残る。

V. 結語

強姦罪の成立は「暴行または脅迫を用いて」と規定されているが、現実には巧妙に女性を心理的に拘束していく“強姦の一態様”が存在している。家庭内の児童に対する性的虐待も現行法での対応は難しい。これらの被害者をどのように救済していくかは、今後さらにきめ細かく検討すべきと考えられる。

謝辞

本稿をまとめるに際して、多くのご助言を下さいました山口大学大学院医学系研究科保健学系学域山根俊恵教授、山口県立大学社会福祉学部加登田恵子教授に深謝致します。

参考文献

- 1) 境原三津夫. 性犯罪 一判例にみる犯行形態と被害回避のための示唆-. 群馬社会福祉論叢、2010 ; 3 : 83-102.
- 2) 小林美佳. 性犯罪とたたかうということ. 東京 : 朝日新聞出版、2010.
- 3) 内閣府. 男女間における暴力に関する調査. at : <http://www.gender.go.jp/e-vaw/chousa/images/pdf/chousagaiyou2103.pdf>. Accessed February 25th, 2012.
- 4) 高松里. 見えないものをみる性暴力サバイバーと共に歩む人たちのためのガイドブック 第1部心理編. 福岡 : 昭和堂印刷福岡支店、1999 ; 序.
- 5) 東京高裁判決 平成22年9月24日判決 事件番号平成19年（う）第2636号.
- 6) ダニエル・ライオンズ. フェイスブックの落とし穴. ニューズウィーク日本版2012年2月22日号. 東京 : 阪急コミュニケーションズ、2012 ; 27 (7) : 25-36.
- 7) バーク・テレサ. 性的虐待と中絶. at : http://japan-lifeissues.net/writers/bur/bur_02chapt12sexabuse-ja.html Accessed March 5th, 2012.
- 8) 中国新聞記事. 障害者暴行実刑判決 県の監督責任浮き彫り 職親への対応に不備. 2002年10月3日.
- 9) 辻龍雄. 見えないものを見る 奮戦記（訴訟編）. at : <http://www.tsuji-shika.jp/salook/aindex.html> Accessed February 25th, 2012.
- 10) 樹月カイン. 性犯罪者獄中からの手紙「私は再犯してしまう」. 文芸春秋. 東京 : 文芸春秋社、2011 (12) ; 308-312.
- 11) 辻龍雄、加登田恵子. 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. 日本セーフティプロモーション学会誌、2010 ; 3 (1) : 67-72.
- 12) 辻龍雄、加登田恵子. 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（第二報）～DV家庭の子どもたち～. 日本セーフティプロモーション学会誌、2011 ; 4 (1) : 50-53.

京都府内高等学校における平成19年学校管理下の災害

(第1報：被災状況の概要)

木村みさか¹⁾ 山口貴子¹⁾ 梶本妙子¹⁾ 反町吉秀²⁾

1) 京都府立医科大学医学部看護学科

2) 大妻女子大学家政学部公共健康学研究室

Accidents that Occurred under School Supervision in Kyoto Prefectural High School in 2007 (Report 1: Outline of Circumstances of Accidents)

Misaka Kimura¹⁾, Takako Yamaguchi¹⁾, Taeko Masumoto¹⁾, Yoshihide Sorimachi²⁾

1) Kyoto Prefectural University of Medicine

2) Otsuma Women's University

要約

学校管理下で発生する災害（怪我）を予防するための基礎資料にすることを目的に、平成19年に発生した京都府内高等学校における学校管理下の災害2,745件について、個別の資料を収集し、先ず、第一報として、被災状況の概要について解析した。

その結果、被災は、男子は女子の1.6倍、低学年ほど高率で、約9割が運動・スポーツ時（約6割が体育クラブ、約2割が教科体育）に、校庭・体育館あるいは学外の体育施設において発生していた。負傷部位は半数が下肢で、傷病としては捻挫・打撲で約5割、骨折が2割強を占め、被災の程度（治療期間）は2週間以上1ヶ月未満が最も多かったが、中には3ヶ月以上のケースも見られた。被災の原因として、半数が不注意をあげていた。

以上、京都府内高等学校における学校管理下災害の被災状況（概要）は、全般的な傾向でみると全国調査の基本統計資料にほぼ一致していた。高等学校における学校管理下災害予防で最も重要なターゲットは、体育・スポーツ活動時、特に体育クラブへの対応であることを再認識する結果となった。

キーワード：学校管理下災害 高等学校 被災状況

Abstract

Data about each of the 2,745 accidents that occurred under school supervision in Kyoto prefectural high schools in 2007 were collected, and the circumstances of the accidents were analyzed as Report 1.

The frequency of accidents was 1.6 times higher in boys than in girls and was higher in lower grades. About 90% of the accidents occurred during exercise or sports (62.5% during extracurricular sports activities, 22.9% during gym classes, and 3.1% during sports events) at sports facilities. Concerning the sites of injuries, about half the injuries occurred in the lower limbs. Regarding the types of injuries, 59.6% were sprain or contusion, and 26.3% were fracture. The severity of injuries (time until cure) was most frequently 2 weeks or longer and less than 1 month but was 3 months or longer in some cases. The cause of about half the accidents was carelessness.

The circumstances (outline) of accidents under school supervision at Kyoto prefectural high schools were generally in agreement with those observed in the basic national statistics. The results reminded us that the most important target of intervention for the prevention of accidents under school supervision at high schools is gym classes and sports activities, particularly, extracurricular sports activities.

Key words: accidents occurred under school supervision, high school, outline of circumstances of accidents

I. はじめに

わが国には、学校管理下における児童生徒等の災害に対して、災害共済給付を行う制度がある。災害共済給付制度は、日本学校安全会の設立により昭和35年から始まり、現在は、独立行政法人日本スポーツ振興センターがその業務を行っている¹⁾。

災害共済給付制度¹⁾は、日本スポーツ振興センターと学校の設置者との契約により、学校管理下における児童生徒等の災害（負傷、疾病、障害または死亡）に対して、災害共済給付（医療費、傷害見舞金または死亡見舞金の支給）を行うものであり、その運営経費は国、学校の設置者および保護者の三者で負担されている。災害共済給付契約の対象となる学校等の種類は、国立、公立、私立の別を問わず、義務教育諸学校（小学校、中学校、中等教育学校の前期過程、特別支援学校の小学部および中学部）、高等学校、高等専門学校、幼稚園、保育所となっている。また、学校管理下の範囲は、学校が編成した教育課程に基づく授業を受けている場合、学校の教育計画に基づく課外・指導を受けている場合、休憩時間中に学校にある場合、その他校長の指示または承認に基づいて学校にある場合、通常の経路および方法により通学する場合、その他これらの場合に準ずる場合、として文部科学省令で定められている。¹⁾

本研究のデータを収集した平成19年度における災害共済給付制度の加入者は、総数が約1766万人であり、これは該当する総児童生徒等の約97%に該当する²⁾。すなわち、ほとんどの児童生徒等がこの災害給付制度に加入していると言える。日本スポーツ振興センターの報告による学校管理下の災害の総数は、年々増加していて、平成19年度では児童生徒等の負傷・疾病の災害共済給付の対象人数は約121万人である²⁾。学校等における災害（負傷・疾病）には、共済給付の対象とはならない（医療機関における治療の必要のない）軽微な怪我や、治療を要しても全治2週間未満というものも多いが、中には、治療に数ヶ月を要したり、障害が残ったり、あるいは死亡例という重症で深刻な状況もありうる。

児童生徒に対して、そのような学校管理下災害に被災させないことは、学校保健活動上の重要な課題である。学校における災害の予防には、地域や学校の実態に則した安全対策の整備や、児童生徒自身が安全教育を通じて、災害から身を守る能力を身につけることが重要と言われている³⁾。最も基本になるのは、災害の実態を正し

く把握し、発生原因や発生機序を明らかにすることである。災害共済給付金を受けた怪我については、学校安全会により昭和40年に「学校管理下の災害」の調査が開始され、2年に1度、抽出調査に基づく統計資料「学校管理下の災害—基本統計量—」が公表されてきた⁴⁾。そして、平成17年度には、災害共済給付オンライン請求システムが導入され、平成18年度給付分からは100%の調査となり⁵⁾、障害および死亡事例に関する統計資料は、「学校管理下の死亡・障害事例と事故防止の留意点」⁶⁻⁷⁾として公表されている。ただし、他の事例については、まだ十分な解析がなされているとはいえない。

一方、京都府においては、「京都府児童生徒の健康と体力の現状」（府教育委員会）を昭和46年より発刊しており、ここには、児童生徒の体格・体力の結果（学校体育）とともに、疾病・異常（学校保健）と事故災害（学校安全）についての統計資料が記載されている⁸⁻⁹⁾。このうち、4月から年3月までの年度比較が可能な資料は昭和53年度からである。我々は、過去30年間の資料から、被災（injury：怪我）件数や発生率（被災件数／生徒数）の検討を行ってきた¹⁰⁾。ただし、この京都府の「学校管理下事故災害」報告書では、項目数が限定されたり、個別の災害の発生状況や項目間の関連についての情報を得ることはできない。

このような背景の下、我々は、学校管理下で発生する災害（怪我）を予防するための基礎資料にすることを目的に、平成19年に発生した京都府内高等学校における学校管理下の災害について、個別の資料を収集し、その実態を整理するとともに、特に重症度の高い被災や高等学校で最も報告の多い体育・スポーツ活動時の被災に着目して、発生状況の解析を試みた。まず、第一報として、被災状況の概要について述べ、第二報として、体育・スポーツ活動時の被災および重症度の高い被災について述べる。

II. 方法

1. 対象

本研究では、学校管理下の災害給付を受ける際に提出された「事故報告書」を資料とした。学校管理下の災害は、各学校から独立行政法人日本スポーツ振興センターと設置者（京都府：担当部局は京都府教育委員会）に報告されている。資料収集の手続きとして、我々は、まず、京都府教育委員会に対して、研究計画全般について

の説明と資料提供の申請を行った。「事故報告書」の記載事項は、京都府教育委員会で検討された後、最終的には、京都府における個人情報保護規定等から、個人や学校名が特定できない形で提供を受けた。

その結果、本研究では、京都府立高等学校（47校）から提出された平成19年1月から12月までの交通事故以外の2,918件の「事故報告」のうち、定時制における災害および個人情報保護規定により資料の提供が不可能なものを除く2,749件（94.2%）を分析対象とした。なお、平成19年度の学校基本調査（5月1日現在）に基づく京都府公立学校（高等学校）在籍数は全日制34,617名、定時制1,428名である。

「事故報告書」記載項目は、(1)区分（一般・交通および学校管理内・学校管理外・登下校時）、(2)氏名、(3)学年、(4)性別、(5)年齢、(6)災害発生の場合、(7)対象物、(8)期日（月、日、曜日、時刻）、(9)災害発生状況、(10)災害原因、(11)災害発生の場所、(12)主な負傷部位、(13)傷病名、(14)災害程度、(15)備考となっている。記載内容には不備や空欄のあるケースもあったが、他の記載欄で読み取りや推測可能な場合も多かった。一般的には、この「事故報告書」への記載は養護教諭が行っている。

2. 調査項目

本研究では、交通事故を除く事故災害を対象とし、(1) 学年、(2) 性別、(3) 被災の場合、(4) 期日、(5) 原因、(6) 被災場所、(7) 主な負傷部位、(8) 傷病名、(9) 被災程度、(10) 教科体育の内容、(11) 教科体育の状況、(12) クラブの内容、(13) クラブの状況を調査項目とした。第一報では、(1)～(9)までの情報を用いて、被災の概要を整理した。なお、この(1)～(9)は「事故報告書」の対応する記載項目から読み取った。「対象物」（記入例として、走り高跳び、ふろ場、単車運転中があがっていた）については、記載内容にばらつきが大きく、他項目からの読み取りや推測も困難であったため、「対象物」の情報は使用しなかった。また、「災害発生状況」および「備考」欄は自由記載であり、ここに記載されている情報は、(10)～(13)の情報整理、あるいは他の項目の記載内容不備や空欄の読み取りや推察に利用した。

3. 集計・分析方法

データの集計・解析にはPASW statistics 18を用い、第一報平成19年被災状況の概要として、それぞれの調査

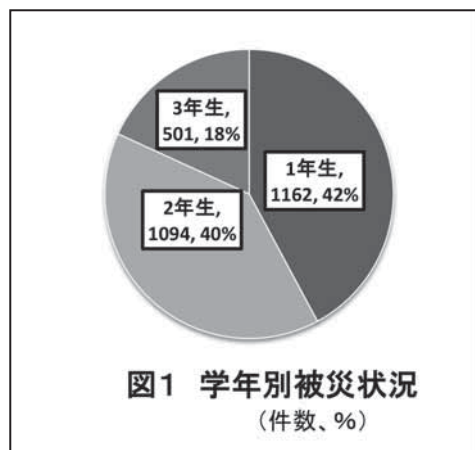
目ごとに、カテゴリ別被災数（件数）と全被災数に占める割合（%）を算出した。

III. 結果

平成19年京都府内高等学校における学校管理下災害の被災状況

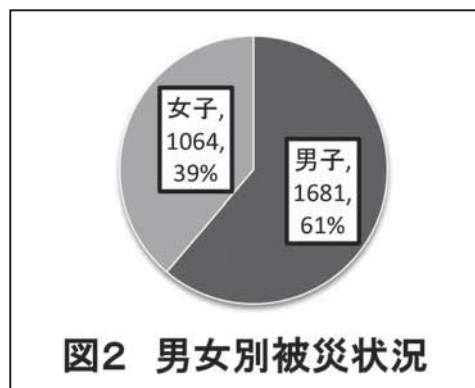
表1には、災害発生の概要について、場合、月、曜日、場所、傷病名、傷病の程度などの調査項目ごとに、カテゴリ別被災数（件数）を、学年別・男女別に示した。また、図1から図15には、それぞれの調査項目ごとに、各カテゴリへの被災状況を全被災数に占める割合（%）で表示した（図1と図2には件数も表示）。

1) 学年



1年生（1162件：42.0%）が最も多く、次が2年生（1094件：39.9%）で、3年生（501件：18.3%）が最も少なかった。

2) 性別



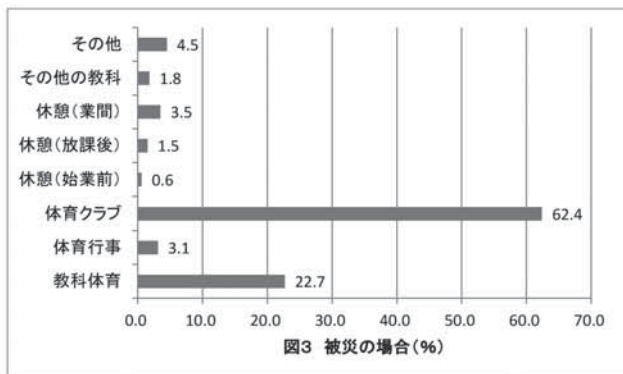
男性の被災件数（1681件：61.2%）は女性（1064件：38.8%）の約1.6倍であった。

表1 京都府内高等学校学校管理下における災害発生状況（件数）

		合計			1学年			2学年			3学年		
		計	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女
		2745	1681	1064	1162	706	455	1094	664	428	501	313	184
災害発生 の場合	教科体育	623	344	279	213	114	99	248	139	109	162	91	71
	体育行事	85	45	40	37	22	15	22	9	13	26	14	12
	体育クラブ	1713	1117	596	787	512	275	702	445	257	224	160	64
	休憩（始業前）	16	5	11	9	4	5	3	1	2	4	0	4
	休憩（放課後）	40	21	19	18	8	10	9	5	4	13	8	5
	休憩（業間）	96	66	30	29	15	14	34	25	9	33	26	7
	その他の教科	49	29	20	16	10	6	21	13	8	12	6	6
	その他	123	54	69	50	20	30	53	27	26	20	7	13
災害発生 月	1月	233	146	87	104	59	45	106	72	34	23	15	8
	2月	164	89	75	78	39	39	79	44	35	7	6	1
	3月	95	60	35	45	29	16	45	28	17	5	3	2
	4月	279	169	110	73	45	28	107	63	44	99	61	38
	5月	242	139	103	89	55	34	87	44	43	66	40	26
	6月	345	208	137	127	70	57	130	84	46	88	54	34
	7月	195	123	72	99	64	35	66	36	30	30	23	7
	8月	247	170	77	121	85	36	104	69	35	22	16	6
	9月	298	174	124	126	75	51	109	61	48	63	38	25
	10月	249	152	97	112	68	44	105	64	41	32	20	12
	11月	273	172	101	117	71	46	110	72	38	46	29	17
	12月	129	81	48	69	46	23	44	27	17	16	8	8
災害発生 の曜日	日曜日	297	210	87	114	74	40	121	87	34	62	49	13
	月曜日	373	209	164	164	96	68	145	77	68	64	36	28
	火曜日	437	269	168	178	111	67	177	103	74	82	55	27
	水曜日	416	246	170	182	103	79	162	97	65	72	46	26
	木曜日	467	282	185	183	117	66	193	114	79	91	51	40
	金曜日	429	258	171	181	106	75	163	105	58	85	47	38
	土曜日	325	207	118	156	98	58	129	81	48	40	28	12
災害発生 の場所	校舎内 教室	57	33	24	21	11	10	20	15	5	16	7	9
	校舎内 廊下階段	91	50	41	39	18	21	31	17	14	21	15	6
	校舎内 体育館	853	399	454	384	184	200	333	155	178	136	60	76
	校舎内 その他	178	118	60	77	56	21	77	48	29	24	14	10
	校舎外 校庭	960	711	249	408	304	104	368	272	96	184	135	49
	校舎外 その他	153	65	88	68	26	42	56	24	32	29	15	14
	学校外 道路	37	22	15	13	10	3	18	8	10	6	4	2
	学校外 体育施設	314	215	99	107	71	36	412	93	49	65	51	14
傷病名	学校外 その他	62	40	22	26	17	9	32	20	12	4	3	1
	骨折	528	367	161	240	164	76	191	138	53	97	65	32
	脱臼	71	48	23	23	15	8	35	21	14	13	12	1
	捻挫	657	347	310	307	164	143	247	127	120	103	56	47
	打撲	449	315	134	180	129	51	169	124	45	100	62	38
	挫傷擦過傷	137	97	40	54	37	17	54	41	13	29	19	10
	切傷裂傷	137	104	33	49	38	11	57	42	15	31	24	7
	歯折	24	16	8	11	7	4	10	8	2	3	1	2
傷病の程 度	その他	2	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0
	死亡	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3か月以上	38	15	23	17	7	10	14	4	10	7	4	3
	2か月以上	51	37	14	14	10	4	28	21	7	9	6	3
	1か月以上	155	94	61	63	31	32	67	44	23	25	19	6
	2週間以上	1576	950	626	680	417	263	628	370	258	268	163	105
	2週間未満	915	580	335	379	238	141	348	221	127	188	121	67

3) 被災の場合

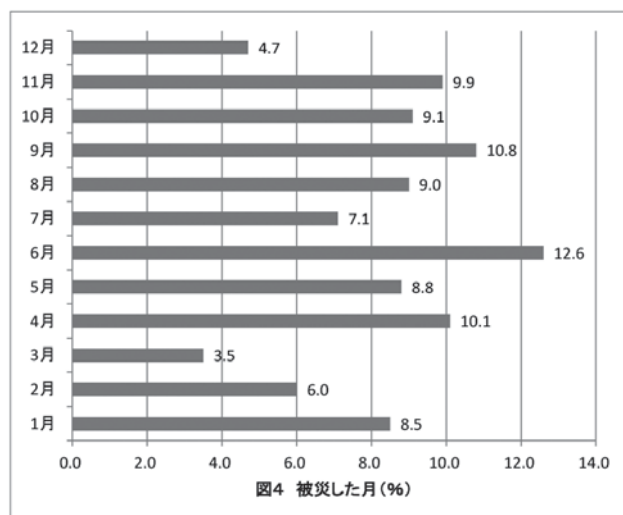
体育クラブ時（1713件：62.4%）が最も多く、次に教科体育（623件：22.7%）、更に休憩（業間）（96件：3.5%）、体育行事（85件：3.1%）、休憩（放課後）（40件：1.5%）、その他の教科（49件：1.8%）、休憩（始業前）（16件：0.6%）と続いた。なお、体育クラブ、教科体育、体育行事など、体育・スポーツ活動時の被災が全体の約9割に達していた。



4) 期日

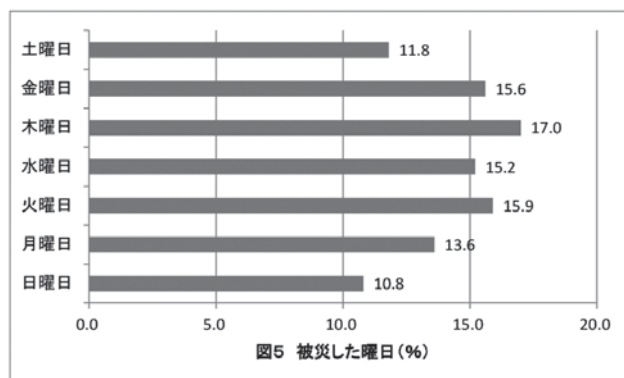
① 被災した月

6月（345件：12.6%）の被災が最も多く、次に9月（298件：10.8%）、4月（279件：10.1%）と続き、2月（164件：6.0%）、12月（129件：4.7%）、3月（95件：3.5%）は少なかった。



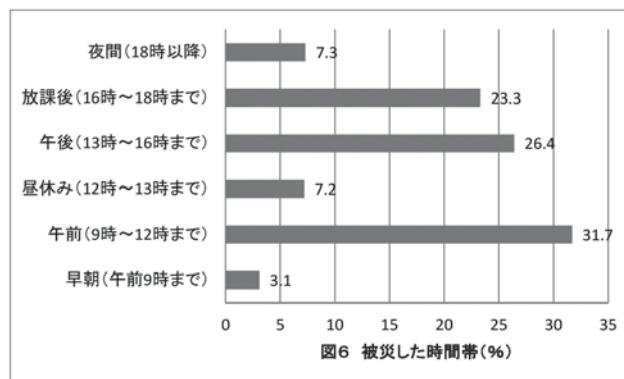
②被災した曜日

木曜（467件：17.0%）が最も多く、週末の土曜（325件：11.8%）や日曜（297件：10.8%）の被災は少なかった。



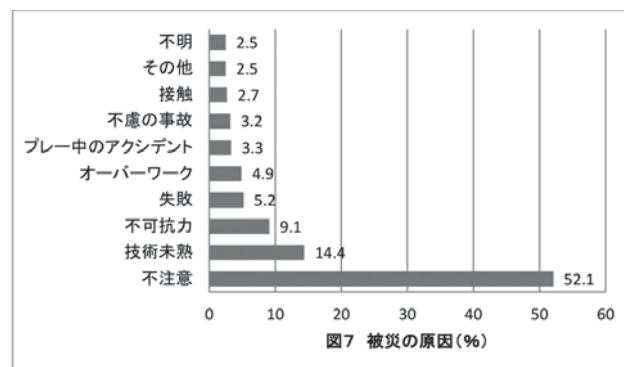
③ 時刻

午前（9時から12時、877件：31.7%）と放課後（16時以降、844件：30.6%）が多く、次が午後（12時から16時、730件：26.4%）であった。



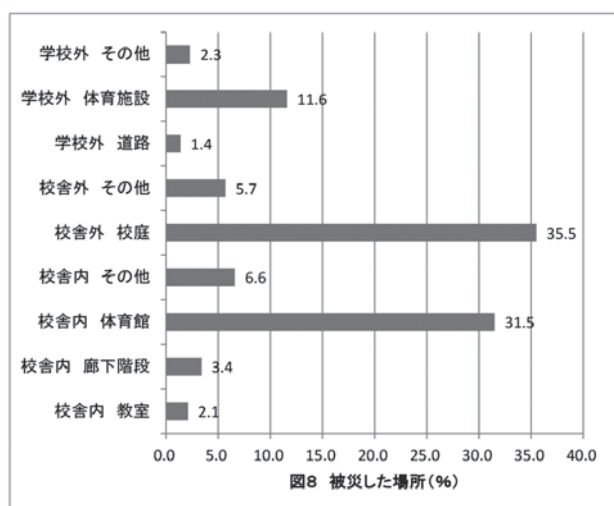
5) 被災の原因

不注意（1432件：52.1%）が最も多く、続いて技術未熟（396件：14.4%）、不可抗力（341件：12.4%）、失敗（144件：5.2%）、オーバーワーク（137件：5.0%）、プレー中のアクシデント（92件：3.3%）の順であった。



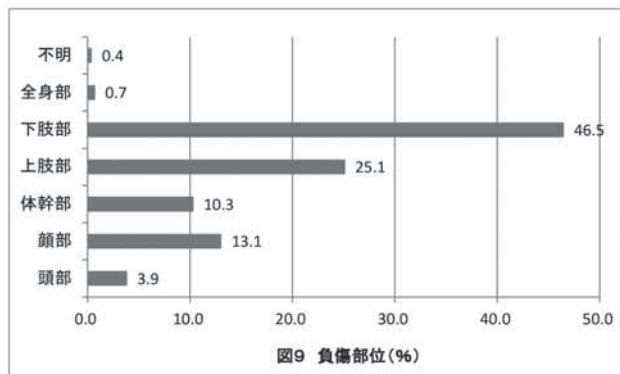
5) 被災場所

校庭（960件：35.5%）と体育館（853件：31.5%）が多く、次が学校外の体育施設（314件：11.6%）であった。これをまとめると、学内（校舎内：1179件：43.6%、校舎外：1113件：41.2%）が約85%、他が学校外（413件：15.3%）となる。



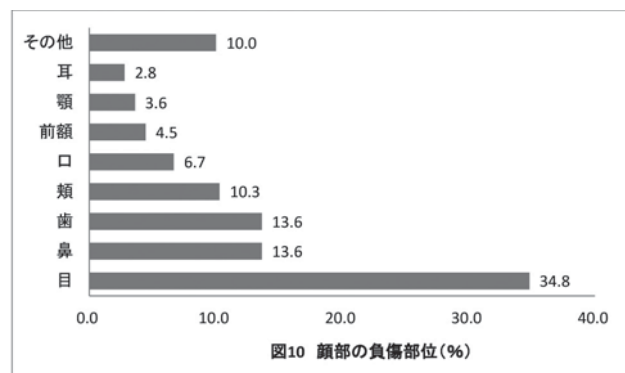
6) 負傷部位（全般）

下肢部（1278件：46.5%）が最も多く、次に上肢部（691件：25.1%）、眼部（13.1%）と続き、頭部（106件：3.9%）は少なかった。



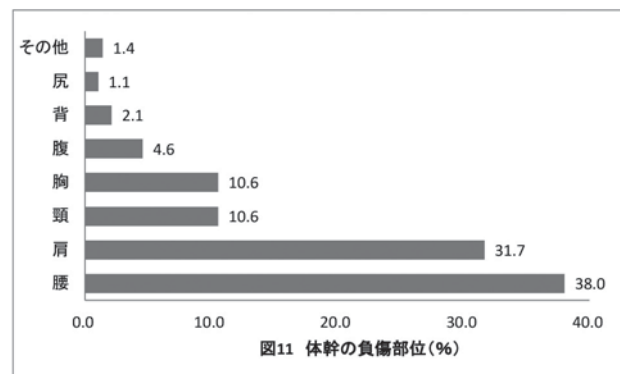
① 顔部の負傷部位

眼部では目（125件：34.8%）が最も多く、次いで鼻と歯（いずれも49件：13.6%）であった。



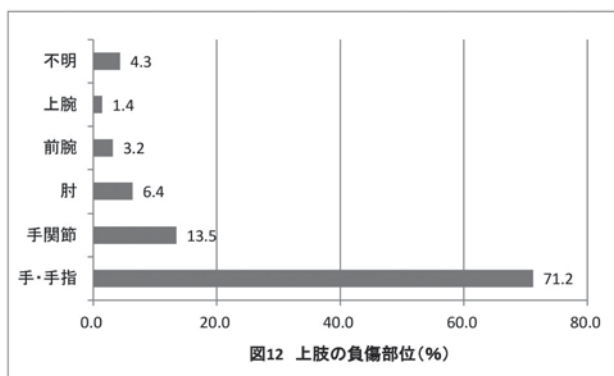
② 体幹部の負傷部位

体幹部では、腰（108件：38.0%）が最も多く、次いで肩（90件：31.7%）であった。



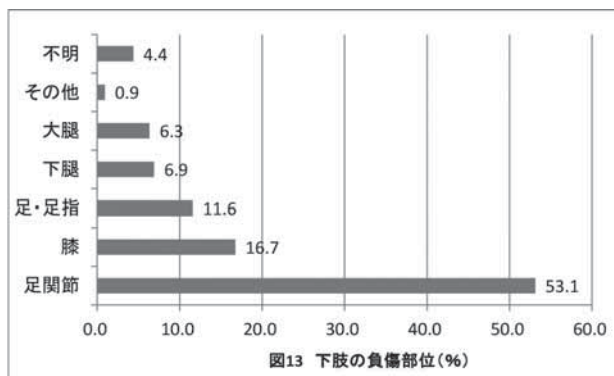
③ 上肢部の負傷部位

上肢部では、手・手指（492件：71.2%）が最も多く、次は手関節（93件：13.5%）であった。



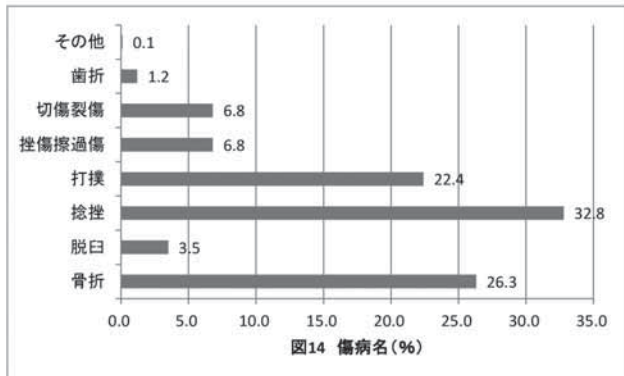
④ 下肢部の負傷部位

下肢部においては、足関節（679件：53.1%）が最も多く、次に膝（214件：16.7%）、足・足指（148件：11.6%）と続いた。



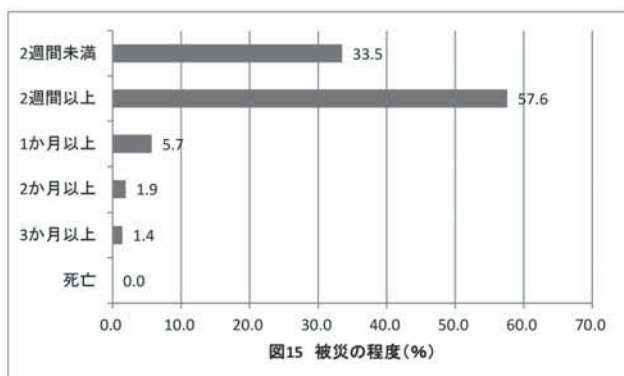
8) 傷病名

捻挫32.8%が最も多く、次に骨折26.3%、打撲22.4%、挫傷擦過傷6.8%、切傷裂傷6.8%と続いた。



9) 被災程度

2週間以上（1578件：57.4%）が最も多く、続いて2週間未満（33.5%）、1ヶ月以上（～2週間未満）（1.9%）、2ヶ月以上（～3ヶ月未満）（1.9%）、3ヶ月以上（38件：1.4%）の順であった。



IV. 考察

本調査を実施した平成19年度における日本スポーツ振興センターが報告する高等学校における学校管理下の災害の発生件数（被災件数）は、236,767件にのぼる²⁾。この被災件数を被保険者数で除して求めた発生率（被災率）は6.64%となり²⁾、日本スポーツ振興センターが業務を担うようになった平成14年度以降においても毎年増加傾向を示す。一方、京都府の高等学校における平成19年学校管理下災害の被災件数は2,918件であり⁹⁾、これは京都府が学校設置者となる公立の高等学校の在籍者数36,045名に対する8.09%に該当する。この数値は、全国値より高めである²⁾⁵⁾。

京都府における学校管理下の災害発生の経年変化については、幼稚園、小学校、中学校、高等学校で発生した

学校管理下の災害（災害共済給付の対象全て）について、毎年、統計資料が発刊されている。過去30年間の資料を検討した木村らの報告でも、幼稚園を除く各校種（小学校、中学校、高等学校）における災害の発生率は年々増加傾向を示す¹⁰⁾。

一方、学校管理下事故災害の全国統計は、2年ごとに「学校管理下の災害—基本統計量—」として発行されている。平成17年度からは災害給付オンライン請求システム導入により、蓄積されたデータが100%使用されている⁵⁾。しかし、平成16年までの報告は、災害給付が行われた「けが（負傷）」・「病気（疾病）」についての手作業による抽出データの結果で、負傷については、小・中学校の場合は4%、高等学校で10%の抽出調査となっている。平成17年前後の報告値から、学年、性別、被災の場合、被災場所、傷病名等、調査項目別に分布状況（発生率）を見ると、抽出調査と全数調査における差は殆ど認められない。特に公立学校においては、9割以上の児童生徒が調査母数に含まれることより、抽出調査であっても高い信頼性が維持されていると考える。

今回の平成19年の京都府統計資料における学年、性別、被災の場合、被災場所、傷病名等、調査項目別に付与した各カテゴリへの分布状況（割合）を、日本スポーツ振興センターが公表している全国資料（基本統計：負傷・疾病の概況、平成19年度報告書は公表されていないので、平成18年度中に医療費を給付した負傷・疾病に関する基本統計）⁵⁾と比較してみた。全国調査と本調査の被災率を見ると、全般的な傾向としては、学年別では1、2年生に比べ3年生が少なく、性別では男子が女子より多く、被災場所では体育館・屋内運動場と運動場・校庭が多いことなど、ほぼ一致する項目が多い。そのため、本調査結果は、現在の高等学校における学校管理下災害の被災状況を表すものと考えられる。

本研究の目的は、平成19年の学校管理下の災害の実態を把握するとともに、「事故報告書」に記載されている個別資料に基づいて、このような被災（injury）を予防するための基礎資料を得ることである。

全国調査⁵⁾では、学校管理下における体育的活動を、教科体育、体育的クラブ、体育的行事、課外指導における部活動とし、83.8%が体育的活動で被災している。今回の調査においても、高等学校の学校管理下の被災件数の62.5%が体育クラブであり、22.9%が教科体育、体育行事の3.1%を加えると全体の約9割（88.5%）が体育・スポーツ活動時の被災であった。学校管理下の災害予防

のためにはここへの対応が重要かつ早急な課題と考える。この体育・スポーツ活動時における被災の詳細については、第二報にて報告する。

前述したように、全般的な傾向としては全国調査と本調査の被災率はほぼ一致するが、数値として詳細に見ると多少の差が見られる項目もある。例えば学年別の被災率は、全国調査⁵⁾では1年生37.7%、2年生38.3%、3年生23.6%であるのに対し、本調査では1年生42.0%、2年生39.8%、3年生18.2%であった。一般的には被災率は、対象がどの程度、被災を起こす場面に遭遇するか（暴露されるか）によって影響を受ける。3年生で被災率が少なくなるのは、進学や就職活動のために、クラブ活動を引退、あるいは第一線を退き、被災を起こすような場面に遭遇する機会が減るからであろう。一方、本調査で1年生に被災が多い点については、身体的な発育面の問題やクラブ活動におけるスポーツ技術の習熟の未熟さも考えられる。ただし、通常は、2年生は1年生よりレギュラーになる者も多く、練習や試合で激しいプレーをする機会も増える。2年生の被災率が1年生より少ない、あるいは同等であることは、一つはトレーニングの成果と考えられる。被災の時期として4月、6月、9月が多いことについては、その時期に学校行事やスポーツの大会の機会が多くなるためと推測される。また、体育・スポーツ活動時の被災が全被災の約9割を占めることから、災害の発生場所については、当然ながら約8割は運動施設（校庭と体育館：67%、学校外の体育施設：11.6%）であった。

負傷種（傷病名）別の被災率を見ると、骨折（本調査26.3%）は全国調査⁵⁾（26.9%）と同程度であったが、捻挫（本調査32.8%）は全国調査⁵⁾（26.9%）を上回り、その分打撲（本調査26.3%）が全国調査⁵⁾（33.2%）より少なかった。被災部位においても全国調査と一致する結果が得られた。部位としては、下肢部が約半数、25%が上肢部、次が顔部、体幹部、頭部であり、下肢では足関節、上肢では手・手指が多かった。被災の程度（治療に要した期間）については、最近の全国統計値はないが、2週間以上が最も高率（57.4%）で、次が2週間未満（33.2%）であった。京都府の過去30年間にわたる統計値¹⁰⁾を見ると、昭和53年度では2週間未満が65.0%、2週間以上18.3%であったが、その後、2週間未満が減って2週間以上の増加する傾向が続き、平成5年度には両者が同程度（36%）となり、以後逆転して現在に至る課程が認められる。一方、この30年間の京都府統計

値によると、比較的治療期間の長いケースは、以前（昭和53年度：1ヶ月以上12.5%、2ヶ月以上3.3%、3ヶ月以上0.9%）に比べ、近年（平成17年度：それぞれ15.8%、4.1%、2.8%）、わずかであるが増加傾向にある。これは、年々、被災の程度が重症化していることを示す。本調査（平成19年：1ヶ月以上5.6%、2ヶ月以上1.9%、3ヶ月以上1.4%）のこれら数値が平成17年度の京都府統計値¹¹⁾に比べ低いのは、個人情報保護規定等により資料の提供の不可能なケース169件（5.8%）が本調査から除かれていることと関連しているのかもしれない。この除外例に比較的重症度の高いケースが含まれているとするならば、それは今後の課題である。

本調査では、過去30年間の京都府統計資料にはない被災の原因について整理することができた。その結果、全被災の52.1%が不注意であったが、言い換えれば、何らかの注意を促すことで、少なくとも半数の被災は予防可能と考えられる。

V. まとめ

以上、京都府内高等学校における学校管理下災害の被災状況（概要）は、全般的な傾向でみると全国調査の基本統計資料にほぼ一致していた。高等学校における学校管理下災害予防で最も重要なターゲットは、体育・スポーツ活動時、特に体育クラブへの対応であることを再認識する結果となった。

VI. 謝辞

本論文の作成にあたり、ご協力頂いた関係機関の方々に厚くお礼申し上げます。

参考・引用文献

- 1) 独立行政法人日本スポーツ振興センター．平成23年度学校安全・災害共済給付ガイド，2011；1-23.
- 2) 独立行政法人日本スポーツ振興センター．学校の管理下の災害22－基本統計－傷・疾病の概況），2010；98-99.
- 3) 石樽清司．学校管理下の傷害発生と学校環境要因．日本衛生学雑誌，1996；50：1067-1076.
- 4) 独立行政法人日本スポーツ振興センター．災害共済給付の沿革，
<http://naash.go.jp/anzen/saigai/enkaku/tabid/82/Default.aspx>，2012. 02. 15
- 5) 独立行政法人日本スポーツ振興センター．学校の管理下の災害21－基本統計－（負傷・疾病の概況），2008；pp3.
- 6) 独立行政法人日本スポーツ振興センター．学校管理下の死亡・障害事例と事故防止の留意点，特集：学校保健安全，2010；1-184.
- 7) 独立行政法人日本スポーツ振興センター．学校管理下の死亡・障害事例と事故防止の留意点，特集：熱中症，2010；1-182.
- 8) 京都府教育委員会．昭和46年度京都府児童生徒の健康と体力の現状．1972.
- 9) 京都府教育委員会．平成22年度京都府児童生徒の健康と体力の現状．2011.
- 10) 木村みさか、榎本妙子、反町吉秀．京都府内の高等学校における学校管理下の災害の過去30年間（昭和53年～平成18年）の経年変化．第2回日本セーフティプロモーション学会学術大会抄録，2008；p48.
- 11) 京都府教育委員会．平成17年度京都府児童生徒の健康と体力の現状．2006.

京都府内高等学校における平成19年学校管理下の災害 (第2報：体育・スポーツ活動時の被災および重症度の高い被災)

木村みさか¹⁾ 山口貴子¹⁾ 榎本妙子¹⁾ 反町吉秀²⁾

1) 京都府立医科大学医学部看護学科

2) 大妻女子大学家政学部公共健康学研究室

Accidents that Occurred under School Supervision in Kyoto Prefectural High Schools in 2007 (Report 2: Accidents during Gym Classes and Sports Activities and Severe Injuries)

Misaka Kimura¹⁾, Takako Yamaguchi¹⁾, Taeko Masumoto¹⁾, Yoshihide Sorimachi²⁾

1) Kyoto Prefectural University of Medicine

2) Otsuma Women's University

要約

学校管理下で発生する災害（怪我）を予防するための基礎資料にすることを目的に、平成19年に発生した京都府内高等学校における学校管理下の災害2,745件について、個別の資料を収集した。第二報では、最も報告の多い体育・スポーツ活動時（教科体育と体育クラブ）の被災、および特に重症度の高い被災に着目し、解析を行った。

全被災の62.4%が体育クラブ、22.7%が教科体育であった。体育クラブの被災の82.6%、教科体育の66.3%は球技で、両者ともに上肢に比べ下肢のケガが多く、傷病名は捻挫が最も高率であったが、約30%は骨折していた。球技に限ると、体育クラブの場合は下肢（足・足首）のケガ（捻挫）が多いが、教科体育の場合は上肢（手・手首）のケガが多かった。特に教科体育での上肢（手部）のケガは、バレーボール、ハンドボールは捻挫（突き指）が多く、バスケットボールは約半数が骨折（突き指骨折）であった。

体育・スポーツ活動時は他の場合に比べ、2週間未満が少なく、1ヶ月以上の被災が高率であった。被災の程度が重症化するほど女性の割合が高くなり、全治3ヶ月以上38件のうちの23件、全治6ヶ月以上13件のうちの10件は女子で、バスケットボールの膝の受傷が多かった。

学校管理下の体育・スポーツ活動時の災害（怪我）を予防するためには、本調査結果等を参考にプログラムを再構築し、これを学校教育の中で普及・定着させる方策と科学的に検証するための方法論の確立の必要性が示唆される。

キーワード：学校管理下災害 高等学校 教科体育 体育クラブ 重症度

Abstract

To obtain basic data for the prevention of accidents (injuries) that occur under school supervision, data concerning the 2,745 accidents that occurred under school supervision in Kyoto prefectural high schools in 2007 were collected. In Report 2, the accidents during gym classes and extracurricular sports activities, which accounted for the highest percentage, and severe injuries were analyzed.

Of all accidents, 62.4% and 22.7% occurred during extracurricular sports activities and gym classes, respectively. Of the accidents that occurred during extracurricular sports activities and gym classes, 82.6% and 66.3%, respectively, were caused by ball games. Injuries of the lower limbs were more frequent than those of the upper limbs during both extracurricular sports activities and gym classes. Among injury types, sprain was the most frequent, and fracture accounted for slightly less than 30%. Concerning injuries caused by ball games, sprains of the lower limbs (foot and ankle) were frequently observed during extracurricular activities, but those of the upper limbs (hand and wrist) were frequently observed during gym classes. Of the injuries of the upper limbs (hand) sustained during gym classes, sprain (jamming of the finger) was caused frequently during volleyball and handball, and about half the injuries that occurred during basketball were fracture (fracture of the jammed finger).

The severity of injuries that occurred during gym classes and sports activities was less frequently less than 2 weeks and more frequently 1 month or longer until cure compared with injuries that occurred in other situations. Severer injuries tended to occur more frequently in girls, and girls suffered 23 of the 38 injuries that required 3 months or longer until cure and 10 of the 13 injuries that required 6 months or longer until cure. Knee injuries sustained during basketball were notable among severe injuries.

The results of this study suggest that restructuring of the program, evaluation of measures to have the revised program widely accepted and practiced in school education, and establishment of the methodology to scientifically validate the effect of the program are necessary for the prevention of accidents (injuries) during gym classes and sports activities under school supervision.

Key words: accidents occurred under school supervision, high school, gym classes, sports activities under school supervision, severe injuries

I. はじめに

わが国には、学校管理下における児童生徒等の災害に対して、災害共済給付を行う制度がある。災害共済給付制度¹⁾は、昭和35年から始まり、現在は、独立行政法人日本スポーツ振興センターがその業務を行っている²⁾。ほぼ全ての児童生徒がこの制度に加入しており、本研究が対象にした平成19年度の災害共済給付制度の加入者数は約1766万人（約97%）で、給付対象となったのはこのうち約121万人であった³⁾。

全国的な統計値から、災害共済給付の対象となった学校管理下の災害の総数は、年々増加していることが明らかにされている。このような災害（負傷・疾病）の中には、治療に数ヶ月を要したり、障害が残ったり、あるいは死亡例という重症で深刻な状況もあり得る⁴⁻⁵⁾。児童生徒にそのような学校管理下災害に被災させないことは、学校保健活動上の重要な課題で、地域や学校の実態に則した安全対策の整備や、児童生徒自身が安全教育を通じて、災害から身を守る能力を身に着けることが重要と言われている⁶⁾。最も基本になるのが、災害の実態を正しく把握し、発生原因や発生機序を明らかにすることである。

一方、京都府においては、「京都府児童生徒の健康と体力の現状」（府教育委員会）を昭和46年より発刊しており、ここには、児童生徒の体格・体力の結果（学校体育）とともに、疾病・異常（学校保健）と事故災害（学校安全）の現状と統計資料が記載されている⁷⁻⁹⁾。このうち、年度比較が可能な昭和53年度から現在までの約30年間にわたる高等学校における学校管理下災害を検討した木村ら¹⁰⁾は、被災（injury：ケガ）件数そのものは昭和60年～63年をピークに徐々に減少しているが、発生率（被災件数／生徒数）でみると、毎年増加傾向を示しており、とりわけ体育・スポーツ活動時の被災の占める割合が多いことを報告している。体育・スポーツ活動時の被災の30年間の経年的な変化を見ると、教科体育は調査期間を通じて全被災の2割程度であるのに対し、体育クラブ時での被災は年々増加し、近年では全被災の約6割に達していることが示されている¹⁰⁾。

本研究は、学校管理下で発生する災害（ケガ）を予防するための基礎資料にすることを目的に、平成19年に発生した京都府内高等学校における学校管理下の災害の個別資料を収集し、その実態を整理するとともに、特に重症度の高い被災や高等学校で最も報告の多い体育・スポーツ活動時（教科体育と体育クラブ）の被災に着目して、発生状況の解析を試みた。被災状況の概要は第一報¹¹⁾に述べたので、ここでは、第二報として、体育・スポーツ活動時の被災および重症度の高い被災について述べる。

II. 方法

1. 対象

本研究では、学校管理下の災害給付を受ける際に提出された「事故報告書」を資料とした。学校管理下の災害は、各学校から独立行政法人日本スポーツ振興センターと設置者（京都府：担当部局は京都府教育委員会）に報告されている。資料収集の手続きとして、我々は、先ず、京都府教育委員会に対して、研究計画全般についての説明と資料提供の申請を行った。「事故報告書」の記載事項は、京都府教育委員会で検討された後、最終的には、京都府における個人情報保護規定等から、個人や学校名が特定できない形で提供を受けた。

その結果、本研究では、京都府立高等学校（47校）から提出された平成19年1月から12月までの交通事故以外の2,918件の「事故報告」のうち、定時制における災害および個人情報保護規定により資料の提供が不可能なものを除く2,749件（94.2%）を分析対象とした。なお、平成19年度の学校基本調査に基づく京都府公立学校（高等学校）在籍数は全日制34,617名、定時制1,428名である。

「事故報告書」記載項目は、（1）区分（一般、交通および学校管理内、学校管理外、登下校時）（2）氏名（3）学年（4）性別（5）年齢（6）災害発生の場合（7）対象物（8）期日（月、日、曜日、時刻）（9）災害の発生状況（10）災害の原因（11）災害発生の場所（12）主な負傷部位（13）傷病名（14）災害程度（15）備考となっている。記載内容には不備や空欄のあるケースもあったが、他の記載欄で読み取りや推測可能な場合も多かった。一般的には、この「事故報告書」への記載は養護教諭が行っている。

2. 調査項目

第二報では、第一報の情報（（1）学年、（2）性別、（3）被災（報告書では被災を災害としている）の場合、（4）期日、（5）原因、（6）被災場所、（7）主な負傷部位、（8）傷病名、（9）被災程度）に加え、（10）教科体育の内容、（11）教科体育の状況、（12）クラブの内容、（13）クラブの状況を調査項目とした。このうち、「教科体育の内容」「教科体育の状況」「クラブの内容」「クラブの状況」については、「事故報告書」の記載内容から情報を抽出した。この項目へのカテゴリーは、京都府教育委員会「京都府児童生徒の健康と体力の現状」と、独立行政法人日本スポーツ振興センター「学校の管理下の災害21基本統計（負傷・疾病の概況）」¹²⁾の区分を参考にした。

なお、第一報¹⁰⁾と同様、記載内容の不備や空欄部分の読み取りや推察には、「災害発生状況」や「備考」欄の自由記載欄の記載内容を利用した。

3. 集計・分析方法

データの集計・解析にはPASW statistics 18を用いた。第二報では、¹⁾ 体育・スポーツ活動時の被災として件数の多い体育クラブと教科体育を抽出し、種目（競技）、被災部位、傷病名、原因に注目した頻度（割合）集計を行うとともに、²⁾ 重症度の高い被災の発生状況については、研究対象とした全被災を対象に、調査項目ごとに、重症度×カテゴリのクロス集計により頻度（割合）を求めた。出現率の検定には χ^2 検定を用い、5%以下を有意とした。

Ⅲ. 結果

1. 教科体育と体育クラブにおける被災状況

1) 教科体育と体育クラブにおける種目別被災件数(表1)

内容としては、教科体育の場合は球技66.3%が最も多く、次が陸上13.4%、武道8.5%であった。体育クラブもこの順位は変わらず、それぞれ82.6%、4.2%、3.7%で、球技が占める割合は教科体育より高率であった。球技の中では、教科体育412件のうち154件（37.4%）がバスケットボール、体育クラブでは1432件のうち295件

（20.6%）が野球、291件（20.3%）がバスケットボールであった。武道の中では、教科体育では53件のうち48件（90.6%）が柔道、体育クラブでは65件のうち29件（44.6%）が剣道であった。

2) 教科体育と体育クラブにおける被災の部位、傷病名、原因(表2)

教科体育、体育クラブともに、全体で見た場合、被災部位、傷病名、原因とも、その内容に大きな差異は認められなかった。負傷部位は約半数（教科体育の45.8%、体育クラブの47.1%）が下肢、次に上肢（同じく32.5%、22.6%）、頭部（15.5%、18.4%）の順であった。下肢では約8割が足・足首、上肢では約9割が手・手指、頭部では約7割が顔の負傷であった。また、傷病名としては、捻挫が最も多く（教科体育の40.6%、体育クラブの32.1%）、次が骨折（同じく28.6%、25.7%）、打撲（20.9%、23.5%）の順であった。被災の原因としては、約半数が不注意（教科体育の51.4%、体育クラブの49.2%）で、次いで技術未熟（同じく21.6%、13.5%）であり、オーバーワークの件数は少ないが、体育クラブ（6.9%）が教科体育（1.1%）より高率であった。

表1 教科体育と体育クラブにおける種目別被災件数

		件数(%)			
種目		教科体育		体育クラブ	
種目	球技				
	野球	3 (0.7)		295 (20.6)	
	サッカー	71 (17.2)		221 (15.4)	
	テニス	17 (4.1)		99 (6.9)	
	ソフトボール	43 (10.4)		84 (5.9)	
	卓球	3 (0.7)		7 (0.5)	
	ラグビー	2 (0.5)		124 (8.6)	
	バスケット	154 (37.4)		291 (20.3)	
	バドミントン	20 (4.9)		77 (5.4)	
	バレーボール	58 (14.1)		161 (11.2)	
	ハンドボール	32 (7.8)		65 (4.5)	
	ホッケー	3 (0.7)		10 (0.7)	
	フットサル	4 (1.0)		0 0.0	
	ゴルフ	1 (0.2)		0 0.0	
	ラクロス	1 (0.2)		0 0.0	
	小計	412 (100.0)	412 (66.3)	1434 (100.0)	1434 (82.6)
	陸上				
	長距離・持久走	46 (55.4)		1 (1.4)	
	陸上競技	27 (32.5)		68 (93.2)	
	砲丸投げ	3 (3.6)		0 0.0	
	陸上その他	7 (8.4)		4 (5.5)	
	小計	83 (100.0)	83 (13.4)	73 (100.0)	73 (4.2)
	武道				
	剣道	3 (5.7)		29 (44.6)	
	柔道	48 (90.6)		7 (10.8)	
	なぎなた	2 (3.8)		3 (4.6)	
	弓道	0 0.0		3 (4.6)	
	空手	0 0.0		9 (13.8)	
	相撲	0 0.0		1 (1.5)	
	レスリング	0 0.0		13 (20.0)	
	小計	53 (100.0)	53 (8.5)	65 (100.0)	65 (3.7)
	体操		51 (8.2)		16 (0.9)
	水泳		1 (0.2)		8 (0.5)
	スキー		1 (0.2)		0 0.0
	その他		14 (2.3)		33 (1.9)
	不明		6 (1.0)		108 (6.2)
合計		621 (100.0)		1737 (100.0)	

表2 教科体育と体育クラブにおける被災の部位、傷病名、原因

		件数(%)			
部位・傷病名・原因		教科体育		体育クラブ	
部位	上肢	188 (92.6)		321 (82.7)	
	手・手指・手首	15 (7.4)		67 (17.3)	
	上腕・前腕・肘				
	小計	203 (100.0)	203 (32.5)	388 (100.0)	388 (22.6)
	下肢	217 (75.9)		541 (67.0)	
	足・足首・足指	67 (23.4)		257 (31.8)	
	下腿・大腿・膝	2 (0.7)		10 (1.2)	
	股関節				
	小計	286 (100.0)	286 (45.8)	808 (100.0)	808 (47.1)
	体幹	1 (2.8)		10 (5.3)	
部位	腰部	10 (27.8)		90 (47.9)	
	肩・胸	25 (69.4)		88 (46.8)	
	小計	36 (100.0)	36 (5.8)	188 (100.0)	188 (11.0)
	頭部	14 (14.4)		67 (21.2)	
	顔	87 (69.1)		242 (76.6)	
	頸	16 (16.5)		7 (2.2)	
	小計	97 (100.0)	97 (15.5)	316 (100.0)	316 (18.4)
	全身	2 (0.3)		9 (0.5)	
	不明	0 0.0		7 (0.4)	
	合計	624 (100.0)		1716 (100.0)	
傷病名	骨折	138 (28.6)		317 (25.7)	
	脱臼	15 (3.1)		47 (3.8)	
	捻挫	196 (40.6)		395 (32.1)	
	打撲	101 (20.9)		289 (23.5)	
	挫傷擦過傷	16 (3.3)		85 (6.9)	
	切傷裂傷	13 (2.7)		83 (6.7)	
	歯折	4 (0.8)		14 (1.1)	
	その他	0 0.0		2 (0.2)	
	合計	483 (100.0)		1232 (100.0)	
原因	不注意	321 (51.4)		844 (49.2)	
	技術未熟	135 (21.6)		232 (13.5)	
	不可抗力	51 (8.2)		165 (9.6)	
	失敗	42 (6.7)		90 (5.2)	
	オーバーワーク	7 (1.1)		118 (6.9)	
	プレー中のアクシデント	16 (2.6)		75 (4.4)	
	接触	16 (2.6)		48 (2.8)	
	不慮の事故	19 (3.0)		56 (3.3)	
	その他	9 (1.4)		41 (2.4)	
	不明	8 (1.3)		47 (2.7)	
小計		624 (100.0)		1716 (100.0)	

3) 種目別の被災部位、傷病名（教科体育表3-1、体育クラブ表3-2）

表3-1 種目と部位・傷病名－教科体育の場合－

部位・傷病名		種目														陸上		武道		体操		その他					
		野球	サッカー	テニス	ソフトボール	バスケット	バミントン	バレーボール	バドミントン	フットサル	持久走																
部位	手・手指・手首	0	0.0	14	(19.7)	0	0.0	17	(39.5)	88	(57.1)	0	0.0	25	(43.1)	15	(46.3)	0	0.0	1	(3.7)	8	(16.7)	5	(9.8)	4	(26.7)
	上腕・前腕・肘	0	0.0	5	(7.0)	1	(5.9)	1	(2.3)	1	(0.6)	1	(5.0)	0	0.0	1	(3.1)	0	0.0	0	0.0	2	(4.2)	3	(5.9)	0	0.0
	肘	0	0.0	19	(26.7)	1	(5.9)	18	(41.8)	89	(57.7)	1	(5.0)	25	(43.1)	16	(50.0)	0	0.0	1	(3.7)	10	(20.9)	8	(15.7)	4	(26.7)
	足・足首・足指	0	0.0	27	(38.0)	2	(11.8)	2	(11.6)	48	(31.2)	14	(7.0)	27	(46.6)	10	(31.3)	24	(52.2)	12	(44.4)	16	(33.3)	16	(31.4)	6	(40.0)
	下腿・大腿・膝	0	0.0	8	(11.3)	2	(11.8)	6	(14.0)	3	(1.9)	1	(5.0)	4	(6.9)	1	(3.1)	15	(32.6)	7	(25.9)	1	(2.1)	11	(21.6)	3	(45.1)
	股関節	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	(2.0)
	小計	0	0.0	35	(49.3)	4	(23.6)	11	(25.6)	51	(33.1)	15	(7.5)	31	(53.5)	11	(34.4)	40	(87.0)	19	(70.3)	17	(35.4)	28	(55.0)	9	(44.5)
	腰部	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	(6.7)
	体幹・肩・胸	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	(0.6)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	(4.3)	2	(4.2)	0	0.0	4	(7.8)	0	0.0
	小計	0	0.0	4	(5.6)	1	(5.9)	1	(2.3)	3	(1.9)	0	0.0	1	(1.7)	2	(6.3)	4	(8.6)	0	0.0	5	(10.4)	3	(5.5)	0	0.0
頭部	頭	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	12	(25.0)	0	0.0	0	0.0
	顔部	3	(10.0)	11	(15.5)	11	(64.7)	13	(30.2)	10	(6.5)	4	(20.0)	1	(1.7)	3	(9.4)	0	0.0	3	(11.1)	0	0.0	2	(3.9)	1	(6.7)
	小計	3	(10.0)	2	(2.8)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	(2.2)	4	(14.8)	2	(4.2)	6	(11.8)	0	0.0
	全身	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	(2.2)	7	(25.9)	14	(28.2)	8	(15.7)	1	(6.7)
	不明	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
合計		3	(10.0)	71	(100.0)	17	(100.0)	43	(100.0)	154	(49.6)	20	(100.0)	58	(100.0)	32	(100.0)	46	(100.0)	27	(100.0)	48	(100.0)	51	(100.0)	15	(100.0)
骨折		0	0.0	12	(20.3)	0	0.0	10	(27.8)	58	(49.6)	3	(17.6)	7	(16.3)	7	(30.4)	7	(25.8)	1	(5.0)	8	(20.5)	7	(17.5)	5	(38.5)
脱臼		0	0.0	1	(1.7)	2	(14.3)	3	(8.3)	1	(0.9)	0	0.0	3	(7.0)	1	(4.3)	0	0.0	1	(5.0)	0	0.0	2	(5.0)	2	(15.4)
捻挫		0	0.0	24	(40.7)	2	(14.3)	8	(22.2)	43	(36.8)	7	(41.2)	26	(60.5)	12	(52.2)	14	(51.9)	14	(70.0)	11	(28.2)	23	(57.5)	2	(15.4)
打撲		2	(6.7)	19	(32.2)	5	(35.7)	12	(33.3)	12	(10.3)	7	(41.2)	4	(9.3)	2	(8.7)	2	(7.4)	1	(5.0)	19	(48.7)	6	(15.0)	4	(30.8)
挫傷・擦傷		0	0.0	2	(3.4)	1	(7.1)	2	(5.6)	1	(0.9)	0	0.0	1	(2.3)	1	(4.3)	2	(7.4)	1	(5.0)	1	(2.6)	23	(57.5)	0	0.0
切傷・裂傷		1	(3.3)	1	(1.7)	2	(14.3)	1	(2.8)	2	(1.7)	0	0.0	2	(4.7)	0	0.0	2	(7.4)	0	0.0	0	0.0	1	(2.5)	0	0.0
過折		0	0.0	0	0.0	2	(14.3)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	(10.0)	0	0.0	0	0.0	0	0.0
その他		0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
合計		3	(10.0)	59	(100.0)	14	(100.0)	36	(100.0)	117	(100.0)	17	(100.0)	43	(100.0)	23	(100.0)	27	(100.0)	20	(100.0)	39	(100.0)	40	(100.0)	13	(100.0)

表3-1 種目と部位・傷病名一教科体育の場合一

件数 (%)

表3-2 種目と部位・傷病名－体育クラブの場合－

部位・傷病名	種目	球技										陸上競技	その他	不明
		野球	サッカー	テニス	ソフトボール	ラグビー	バスケット	バミントン	バレーボール	バドミントン				
上肢・手指・手首	野球	67 (22.7)	36 (16.3)	11 (11.1)	30 (35.7)	22 (17.1)	43 (14.8)	6 (7.8)	36 (22.4)	18 (27.7)	6 (8.8)	5 (15.2)	19 (17.6)	
上腕・前腕・肘	野球	16 (5.4)	12 (5.4)	5 (5.1)	4 (4.8)	7 (5.6)	4 (1.4)	0	7 (4.3)	2 (3.1)	1 (1.5)	4 (12.0)	4 (3.7)	
肘	野球	83 (28.1)	48 (21.7)	16 (16.2)	34 (40.6)	29 (22.7)	47 (16.2)	6 (7.8)	43 (26.7)	20 (30.8)	7 (10.3)	6 (18.2)	23 (20.4)	
足・足首・足指	野球	56 (19.0)	73 (33.0)	34 (34.3)	16 (19.0)	23 (18.5)	129 (44.3)	33 (42.9)	68 (42.2)	16 (24.6)	23 (33.8)	5 (15.2)	37 (34.3)	
下腿・大腿・膝	野球	31 (10.5)	40 (18.1)	17 (17.2)	7 (8.3)	14 (11.3)	54 (18.6)	13 (16.9)	14 (8.7)	10 (15.4)	17 (25.0)	4 (12.1)	17 (15.7)	
股関節	野球	0	2 (0.9)	1 (1.0)	1 (1.2)	0	1 (0.3)	1 (1.3)	0	1 (1.5)	3 (4.4)	0	0	
小計	野球	87 (29.5)	115 (52.0)	52 (52.5)	24 (28.5)	37 (29.8)	184 (63.2)	47 (61.1)	82 (50.9)	27 (41.5)	43 (63.2)	9 (27.3)	54 (50.0)	
腰部	野球	5 (1.7)	0	0	0	0	0	1 (1.3)	0	0	0	2 (6.1)	1 (0.9)	
体幹・肩・胸	野球	13 (4.4)	9 (4.1)	7 (7.1)	2 (2.4)	6 (4.8)	12 (4.1)	9 (11.7)	11 (6.8)	4 (6.2)	8 (11.8)	3 (9.1)	7 (6.5)	
小計	野球	16 (5.4)	10 (4.5)	3 (3.0)	4 (4.8)	15 (12.1)	6 (2.1)	5 (6.5)	7 (4.3)	2 (3.1)	2 (2.9)	2 (6.1)	5 (4.6)	
頭	野球	34 (11.5)	19 (8.6)	10 (10.1)	6 (7.2)	21 (16.9)	18 (6.2)	15 (19.5)	18 (11.1)	6 (9.3)	10 (14.7)	7 (21.3)	13 (12.0)	
顔部	野球	18 (6.1)	8 (3.6)	2 (2.0)	6 (7.1)	15 (12.1)	5 (1.7)	1 (1.3)	1 (0.6)	3 (4.6)	1 (1.5)	1 (3.0)	3 (2.8)	
頸部	野球	72 (24.4)	29 (13.1)	16 (16.2)	13 (15.5)	21 (16.9)	36 (12.4)	8 (10.4)	13 (8.1)	8 (12.3)	4 (5.9)	6 (18.2)	13 (12.0)	
小計	野球	90 (30.5)	37 (16.7)	19 (19.2)	20 (23.8)	37 (29.8)	41 (14.1)	9 (11.7)	16 (9.9)	11 (16.9)	5 (7.4)	8 (24.2)	16 (20.8)	
全身	野球	1	0	0	0	0	1	0	0	1	2	2	1	
不明	野球	0	2 (0.9)	2 (2.0)	0	0	0	0	0	0	1 (1.5)	1 (3.0)	1 (0.9)	
合計	野球	295 (100.0)	221 (100.0)	99 (100.0)	84 (100.0)	124 (100.0)	291 (100.0)	77 (100.0)	161 (100.0)	65 (100.0)	68 (100.0)	33 (100.0)	108 (100.0)	
骨折	野球	73 (30.8)	46 (28.6)	14 (23.0)	23 (34.3)	27 (26.0)	40 (20.4)	4 (9.8)	26 (23.4)	6 (14.6)	9 (22.0)	5 (22.7)	24 (28.9)	
脱臼	野球	5 (2.1)	6 (3.7)	0	1 (1.5)	6 (5.8)	8 (4.1)	1 (2.4)	10 (9.0)	1 (2.4)	1 (1.5)	2 (6.1)	2 (2.4)	
捻挫	野球	34 (14.3)	47 (29.2)	21 (34.4)	14 (20.9)	23 (22.1)	100 (51.0)	25 (61.0)	49 (44.1)	19 (46.3)	17 (41.5)	2 (9.1)	27 (32.5)	
打撲	野球	87 (36.7)	41 (25.5)	16 (26.2)	24 (35.8)	25 (24.0)	25 (12.8)	10 (24.4)	17 (15.3)	6 (14.6)	3 (7.3)	6 (27.3)	15 (18.1)	
挫傷・擦傷	野球	17 (7.2)	11 (6.8)	5 (8.2)	1 (1.5)	14 (13.5)	5 (2.6)	0	3 (2.7)	5 (12.2)	6 (14.6)	2 (9.1)	7 (8.4)	
切傷・裂傷	野球	20 (8.4)	9 (5.6)	2 (3.3)	3 (4.5)	8 (7.7)	15 (7.7)	0	6 (5.4)	3 (7.3)	4 (9.8)	3 (13.6)	8 (9.6)	
過折	野球	1 (0.4)	1 (0.6)	3 (4.9)	1 (1.5)	1 (1.0)	3 (1.5)	1 (2.4)	0	1 (2.4)	0	2 (9.1)	0	
その他	野球	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 (2.4)	1 (4.5)	0	
合計	野球	237 (100.0)	161 (100.0)	61 (100.0)	67 (100.0)	104 (100.0)	196 (100.0)	41 (100.0)	111 (100.0)	41 (100.0)	41 (100.0)	22 (100.0)	83 (100.0)	

本稿では、種目（競技）別被災数が極端に少ない競技（教科体育10件以下、体育クラブ20件以下）を除いた競技について、①まず教科体育、体育クラブの両者において被災の件数が一定以上ある競技の特徴を述べ、②次に教科体育、体育クラブのいずれかでとりあげられた競技の特徴を述べる。

① 教科体育、体育クラブの両者において被災の件数が一定以上ある競技の特徴

教科体育と体育クラブの両者で負傷部位や傷病名の似ている競技と、両者で異なる競技が見られた。負傷部位がよく似ているのは、サッカー（下肢：教科体育の49.3%、体育クラブの52.0%）、ソフトボール（上肢：同じく41.8%、40.6%）、陸上競技（下肢：同87.0%、70.3%）である。これらの競技は負傷した傷病名もよく似ており、サッカーでは捻挫（教科体育の40.7%、体育クラブの29.2%）、打撲（同じく32.2%、25.5%）、骨折（20.3%、28.6%）が上位を占め、ソフトボールでは打撲（33.3%、35.8%）、骨折（27.8%、34.3%）、陸上競技（長距離・投てき種目を除く）は捻挫（51.9%、70.0%）が上位を占めた。教科体育と体育クラブで負傷部位や傷病名が異なるのは、テニス（教科体育は顔64.7%で打撲40.7%、体育クラブが下肢52.5%で捻挫34.4%）、バスケットボール（教科体育が手部57.1%で骨折49.6%、体育クラブが下肢60.5%で捻挫51.0%）、バレーボール（教科体育が手部43.1%で捻挫60.5%、体育クラブが下肢50.9%で捻挫44.1%）、ハンドボール（教科体育が手部46.9%で捻挫52.2%、骨折30.4%、体育クラブが下肢41.5%で捻挫46.3%）であった。

② 教科体育、体育クラブのいずれかで被災の件数が一定以上ある競技の特徴

体育クラブでは被災件数が少ないのに教科体育で一定の件数があつたのは、長距離（持久走）40件と柔道17件、体操28件である。長距離の負傷は下肢87.0%で捻挫51.9%の発生率が高く、柔道は下肢35.4%で打撲48.7%、体操は下肢55.0%で捻挫57.5%の発生率が高値であった。一方、体育クラブのみで被災件数が多かったのは、野球295件、ラグビー124件、剣道29件である。野球の負

負傷は手部22.7%と顔部24.4%で、打撲36.7%と骨折30.8%の発生率が高く、ラグビーは下肢29.9%と頭部（頭・顔・頸部）29.8%の負傷が多く、骨折26.0%、打撲24.0%、捻挫22.1%が同程度発生し、剣道の負傷は下肢44.8%が多く、捻挫35.0%の発生率が高値であった。

2. 被災の重症度

1) 全対象者での調査項目別重症度の概要（表4-1、表4-2、表5）

本調査での主な調査項目と重症度との関連について、全対象者を対象に解析した結果を表4-1、表4-2に示し、表5には性と被災原因の関連を示した。また、表6には、今回調査した被災例から治療に3ヶ月以上を要した全ケースを個別に上げた。

表4-1 重症度別被災状況（Ⅰ） 件数(%)

		3ヶ月以上	1ヶ月以上 3ヶ月未満	2週間以上	2週間未満	合計
学年	1年生	17 (1.5)	77 (6.7)	679 (59.1)	375 (32.7)	1148 (100.0)
	2年生	14 (1.3)	95 (8.7)	630 (58.0)	347 (32.0)	1086 (100.0)
	3年生	7 (1.4)	34 (6.8)	269 (53.7)	191 (38.1)	501 (100.0)
	合計	38 (1.4)	206 (7.5)	1578 (57.7)	913 (33.4)	2735 (100.0)
	性別					
性別	男性	15 (0.9)	131 (7.8)	951 (56.6)	582 (34.7)	1679 (100.0)
	女性	23 (2.2)	75 (7.1)	626 (59.3)	331 (31.4)	1055 (100.0)
	合計	38 (1.4)	206 (7.5)	1577 (57.7)	913 (33.4)	2734 (100.0)
	場合					
	教科体育	4 (0.6)	32 (5.1)	379 (60.5)	211 (33.7)	626 (100.0)
場合	体育行事	2 (2.4)	10 (12.0)	43 (51.8)	28 (33.7)	83 (100.0)
	体育クラブ時	31 (1.8)	148 (8.7)	1008 (59.0)	521 (30.5)	1708 (100.0)
	休講（始業前）	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (53.8)	6 (46.2)	13 (100.0)
	休講（放課後）	0 (0.0)	3 (7.5)	23 (57.5)	14 (35.0)	40 (100.0)
	休講（業間）	0 (0.0)	6 (6.3)	45 (46.9)	45 (46.9)	96 (100.0)
	その他の教科	0 (0.0)	1 (5.3)	3 (15.8)	15 (78.9)	19 (100.0)
	その他	1 (0.7)	6 (4.0)	70 (46.7)	73 (48.7)	150 (100.0)
	合計	38 (1.4)	206 (7.5)	1578 (57.7)	913 (33.4)	2735 (100.0)
月	1月	2 (0.9)	18 (8.0)	130 (57.8)	75 (33.3)	225 (100.0)
	2月	0 (0.0)	8 (5.0)	100 (62.1)	53 (32.9)	161 (100.0)
	3月	0 (0.0)	11 (11.7)	50 (53.2)	33 (35.1)	94 (100.0)
	4月	5 (1.8)	30 (10.8)	166 (59.5)	78 (28.0)	279 (100.0)
	5月	1 (0.4)	16 (6.6)	153 (63.2)	72 (29.8)	242 (100.0)
	6月	7 (2.0)	18 (5.2)	210 (60.7)	111 (32.1)	346 (100.0)
	7月	2 (1.0)	30 (15.5)	99 (51.3)	62 (32.1)	193 (100.0)
	8月	7 (2.8)	8 (3.2)	147 (59.5)	85 (34.4)	247 (100.0)
	9月	4 (1.4)	27 (9.1)	168 (56.8)	97 (32.8)	296 (100.0)
	10月	4 (1.6)	13 (5.2)	134 (53.8)	98 (39.4)	249 (100.0)
	11月	5 (1.8)	18 (6.6)	143 (52.2)	108 (39.4)	274 (100.0)
	12月	1 (0.8)	9 (7.0)	78 (60.5)	41 (31.8)	129 (100.0)
	合計	38 (1.4)	206 (7.5)	1578 (57.7)	913 (33.4)	2735 (100.0)
原因	接触	1 (1.3)	2 (2.6)	58 (75.3)	16 (20.8)	77 (100.0)
	オーバーワーク	7 (5.1)	24 (17.5)	85 (62.0)	21 (15.3)	137 (100.0)
	不注意	16 (1.1)	91 (6.4)	819 (57.4)	501 (35.1)	1427 (100.0)
	失敗	0 (0.0)	3 (2.1)	102 (70.8)	39 (27.1)	144 (100.0)
	技術未習	4 (1.0)	31 (7.9)	221 (56.1)	136 (34.7)	392 (100.0)
	不可抗力	7 (2.1)	30 (8.8)	189 (55.6)	114 (33.5)	340 (100.0)
	プレー中のアクシデント	1 (1.1)	13 (14.3)	41 (45.1)	36 (39.6)	91 (100.0)
	その他	1 (1.7)	5 (8.6)	20 (34.5)	32 (55.2)	58 (100.0)
	合計	37 (1.4)	199 (7.5)	1535 (57.6)	895 (33.6)	2666 (100.0)
	場所					
場所	教室	0 (0.0)	1 (2.0)	17 (33.3)	33 (64.7)	51 (100.0)
	廊下等	1 (1.1)	5 (5.7)	55 (63.2)	26 (29.9)	87 (100.0)
	体育館等	17 (1.7)	71 (7.1)	628 (62.9)	283 (28.3)	999 (100.0)
	校舎内その他	0 (0.0)	3 (5.9)	15 (29.4)	33 (64.7)	51 (100.0)
	運動場等	13 (1.2)	85 (8.1)	571 (54.5)	378 (36.1)	1047 (100.0)
	校舎外その他	0 (0.0)	4 (7.5)	27 (50.9)	22 (41.5)	53 (100.0)
	道路	0 (0.0)	3 (11.1)	13 (48.1)	11 (40.7)	27 (100.0)
	体育施設	6 (2.1)	27 (9.2)	182 (62.3)	77 (26.4)	292 (100.0)
	校舎外その他	0 (0.0)	4 (4.8)	47 (56.6)	32 (38.6)	83 (100.0)
	合計	37 (1.4)	203 (7.5)	1555 (57.8)	895 (33.3)	2690 (100.0)
	校舎内外、学校外					
	校舎内	18 (1.5)	80 (6.7)	715 (60.2)	375 (31.6)	1188 (100.0)
	校舎外	13 (1.2)	89 (8.1)	598 (54.4)	400 (36.4)	1100 (100.0)
	学校外	6 (1.5)	34 (8.5)	242 (60.2)	120 (29.9)	402 (100.0)
	合計	37 (1.4)	203 (7.5)	1555 (57.8)	895 (33.3)	2690 (100.0)

表4-2 重症度別被災状況（Ⅱ）

件数(%)

		3ヶ月以上	1ヶ月以上 3ヶ月未満	2週間以上	2週間未満	合計
部位	頭	0 (0.0)	1 (0.9)	23 (21.7)	82 (77.4)	106 (100.0)
	顔	1 (0.3)	7 (2.0)	141 (39.4)	209 (58.4)	358 (100.0)
	体幹	9 (3.2)	18 (6.4)	153 (54.6)	100 (35.7)	280 (100.0)
	上肢	4 (0.6)	64 (9.3)	434 (62.8)	189 (27.4)	691 (100.0)
	下肢	24 (1.9)	116 (9.1)	820 (64.6)	309 (24.3)	1269 (100.0)
	全身	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (20.0)	16 (80.0)	20 (100.0)
	合計	38 (1.4)	206 (7.6)	1575 (57.8)	905 (33.2)	2724 (100.0)
	体幹部	頭	0 (0.0)	1 (3.3)	11 (36.7)	18 (60.0)
		肩	2 (2.2)	6 (6.7)	51 (56.7)	31 (34.4)
		胸	1 (3.3)	2 (6.7)	18 (60.0)	9 (30.0)
		腹	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (23.1)	10 (76.9)
		背	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (50.0)	3 (50.0)
		腰	6 (5.7)	7 (6.7)	66 (62.9)	26 (24.8)
		尻	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	1 (50.0)
		その他	0 (0.0)	2 (50.0)	0 (0.0)	2 (50.0)
		合計	9 (3.2)	18 (6.4)	153 (54.6)	100 (35.7)
	下肢部	大腿	0 (0.0)	5 (6.2)	43 (53.1)	33 (40.7)
		膝	13 (6.2)	22 (10.4)	127 (60.2)	49 (23.2)
		下腿	1 (1.1)	12 (13.6)	49 (55.7)	26 (29.5)
		足関節	10 (1.5)	57 (8.5)	468 (69.4)	139 (20.6)
		足・足指	0 (0.0)	9 (6.1)	92 (62.6)	46 (31.3)
		その他	0 (0.0)	3 (25.0)	5 (41.7)	4 (33.3)
		合計	24 (2.0)	108 (8.9)	784 (64.6)	297 (24.5)
	上肢部	上腕	2 (20.0)	1 (10.0)	6 (60.0)	1 (10.0)
		肘	0 (0.0)	5 (11.4)	27 (61.4)	12 (27.3)
		前腕	0 (0.0)	4 (18.2)	15 (68.2)	3 (13.6)
		手関節	1 (1.1)	5 (5.4)	54 (58.1)	33 (35.5)
		手・手指	1 (0.2)	45 (9.1)	316 (64.2)	130 (26.4)
		合計	4 (0.6)	60 (9.1)	418 (63.2)	179 (27.1)
	傷病名	骨折	9 (1.7)	86 (16.3)	417 (79.0)	16 (3.0)
		脱臼	3 (4.3)	7 (10.0)	41 (58.6)	19 (27.1)
		捻挫	3 (0.5)	32 (4.8)	405 (61.4)	220 (33.3)
		打撲等	0 (0.0)	12 (2.3)	164 (31.9)	338 (65.8)
		挫創等	0 (0.0)	0 (0.0)	27 (38.0)	44 (62.0)
		切創等	0 (0.0)	2 (1.5)	58 (42.3)	77 (56.2)
		歯折	0 (0.0)	2 (8.7)	13 (56.5)	8 (34.8)
		その他	23 (3.2)	65 (8.9)	450 (61.9)	189 (26.0)
		合計	38 (1.4)	206 (7.5)	1575 (57.7)	911 (33.4)
	教科体育の内容	水泳	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)
		体操等	0 (0.0)	0 (0.0)	28 (63.6)	16 (36.4)
		陸上競技	1 (1.2)	4 (4.9)	55 (67.9)	21 (25.9)
		球技	2 (0.5)	25 (6.0)	255 (61.0)	136 (32.5)
		武道	0 (0.0)	0 (0.0)	26 (48.1)	28 (51.9)
		スキー	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)
		その他	1 (4.8)	2 (9.5)	12 (57.1)	6 (28.6)
		合計	4 (0.6)	31 (5.0)	376 (60.6)	209 (33.7)
体育クラブの内容	水泳	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	1 (100.0)
	体操等	0 (0.0)	4 (25.0)	10 (62.5)	2 (12.5)	16 (100.0)
	陸上競技	3 (4.3)	7 (10.1)	46 (66.7)	13 (18.8)	69 (100.0)
	球技	27 (1.9)	122 (8.5)	849 (59.2)	436 (30.4)	1434 (100.0)
	武道	0 (0.0)	5 (9.8)	31 (60.8)	15 (29.4)	51 (100.0)
	ボート	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (33.3)	4 (66.7)	6 (100.0)
	その他	0 (0.0)	1 (3.7)	19 (70.4)	7 (25.9)	27 (100.0)
	合計	30 (1.9)	139 (8.7)	957 (59.7)	478 (29.8)	1604 (100.0)

重症度には学年差は認められず、3割強が2週間未満、約3割が2週間以上1ヶ月未満であった。また、3ヶ月以上の被災は、男子（15名：0.9%）に比べ女子（23人：2.2%）が有意に多かった（ $p=0.011$ ）。体育・スポーツ活動時（教科体育、体育行事、体育クラブ）における被災は、休憩時やその他の教科に比較し、2週間未満が少なく、1ヶ月以上3ヶ月未満、あるいは3ヶ月以上が多かった（ $p<0.001$ ）。特に3ヶ月以上の被災38件のうち37件は体育・スポーツ活動時で、6月（7件：2.0%）と8月（7件：2.8%）に多い傾向を示した（ $p=0.001$ ）が、曜日や時刻には差が認められなかった。オーバーワークを原因とする被災割合は、他の原因によるものと比

べ、2週間未満（オーバーワーク15.3% vs 他の原因 20.8%～55.2%）が少なく、1ヶ月以上（同じく17.5% vs 2.1%～14.3%）と3ヶ月以上（5.1% vs 0.0%～2.1%）が多かった（ $p<0.001$ ）。また、原因別に男女の被災数を比較すると（表5）、オーバーワークにおいてのみ女子75件が男子62件より多く、他の原因は被災総数の多い男子が女子を上回っていた（ $p<0.001$ ）。被災場所としては、体育館、運動場、体育施設が教室等の他の場所に比べ、1ヶ月以上の被災が多かった（ $p<0.001$ ）。また、校舎内外で見ると、学校外での1ヶ月以上の被災が多い傾向にあった（ $p=0.065$ ）

表5 原因別、性別別被災状況

		接触	オーバーワーク	不注意	失敗	技術未熟	不可抗力	プレー中のアクシデント	その他	合計
男性	件数	62	62	886	88	248	209	51	34	1640
	%	80.5	45.3	61.9	61.1	62.6	61.3	55.4	57.6	61.3
女性	件数	15	75	545	56	148	132	41	25	1037
	%	19.5	54.7	38.1	38.9	37.4	38.7	44.6	42.4	38.7
合計	件数	77	137	1431	144	396	341	92	59	2677.0
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

主な負傷部位でみると、体幹部、下肢部の被災は、他の部位に比べ、3ヶ月以上（体幹部・下肢部3.2%～1.9% vs 他の部位0.0%～0.6%）が多かった（ $p<0.001$ ）。全治3ヶ月以上の被災について、身体部位を詳細に見た場合、体幹部では腰の被災の5.7%（6件/105件）、下肢部では膝の被災の6.2%（13件/211件）、上肢では上腕の20.0%（2件/10件）がこれに該当した。傷病名では、骨折の16.3%（95件/528件）、脱臼の14.3%（10件/70件）は、治療に要する期間が1ヶ月以上で、このうち骨折9件、脱臼3件は3ヶ月以上の治療期間を要した。一方、打撲等や挫創等、切創等の6割は、治療期間2週間未満であった。教科体育の被災について、その種目を見ると、陸上競技と球技の重症度が他の種目より高く、1ヶ月以上が陸上競技6.1%（5件/81件）、球技6.5%（27件/418件）であった。体育クラブの被災についても、種目で検討すると、陸上競技と球技が水泳や武道、ボートなどの他の種目より重症度が高く、1ヶ月以上が陸上競技14.4%（10件/69件）、球技10.4%（149件/1434件）であった。水泳、体操、武道等の被災では全治3ヶ月以上は皆無であった。球技を更に競技別に検討すると、全治3ヶ月以上を要する被災はハンドボール（4.6%：3件/65件）、バスケットボール（4.1%：12件/290件）が高率であった。

3. 重症度の高い被災例（表6）

全治3ヶ月以上の被災38件のうち、15件（39.5%）が1年生で、23件（60.5%）が女子、体育クラブでの被災が32件（84.2）であり、また、原因としては、不注意16件（42.1%）、不可抗力8件（21.0%）、オーバーワーク7件（18.4%）が多かった。この38件のうち全治6ヶ月以上を要するケースが約3割（13件）あった。この13件の内訳は、女子が約8割（10件）、体育ク

ラブ時が約9割（12件：そのうち7件がバスケットボール部）を占め、傷病では膝十字靭帯損傷および断裂（6件）が約5割を占めていた。

全治1年以上の重症ケース2例の記載内容を以下に記す。

ケース①：全治2年、1年生の女子、バレーボール、オーバーワークのため中学時代から腰の痛みがひどくなり、座骨神経ヘルニアと診断される。

ケース②：全治1年、1年生の女子、ハンドボール、技術未熟のため試合中に相手のシュートを止めるためにジャンプをして着地に失敗し右膝を痛めた（十字靭帯損傷）

表6 全治3ヶ月以上を要したケース一覧

被災程度	学年	性別	被災の場合	種目	月	日	曜日	時刻	原因	場所	主な負傷部位	傷病名
2年	1	女	体育クラブ	バレーボール	4	中旬	金	午後	オーバーワーク	体育館等	腰	座骨神経痛ヘルニア
1年	1	女	体育クラブ	ハンドボール	11	中旬	日	午前	技術未熟	体育施設	右膝	靭帯損傷
10ヶ月	3	女	体育クラブ	バスケットボール	4	上旬	土	午前	オーバーワーク	体育館等	腰	腰椎椎間板症
6ヶ月以上	2	女	体育クラブ	バスケットボール	5	中旬	火	放課後	不注意	体育館等	左膝	靭帯損傷
6ヶ月以上	2	女	体育クラブ	バスケットボール	7	中旬	土	午前	不可抗力	体育館等	右膝	靭帯断裂
6ヶ月以上	3	男	教科体育	サッカー	11	下旬	火	午後	その他	運動場等	右手第五指	骨折
6ヶ月	2	女	体育クラブ	ソフトボール	8	下旬	木	午後	不可抗力	運動場等	右腕	骨折
6ヶ月	3	女	体育クラブ	ハンドボール	6	上旬	水	放課後	不注意	運動場等	右膝	靭帯損傷
6ヶ月	2	男	体育クラブ	不明	6	上旬	日	午後	技術未熟	体育施設	右膝	靭帯断裂
6ヶ月	1	女	体育クラブ	バスケットボール	10	中旬	日	午前	プレー中のアクシデント	体育施設	左足	捻挫
6ヶ月	3	女	体育クラブ	バスケットボール	4	上旬	木	放課後	オーバーワーク	体育館等	腰	捻挫
6ヶ月	2	女	体育クラブ	バスケットボール	4	上旬	月	午後	オーバーワーク	体育館等	両膝	軟骨軟化症
6ヶ月	2	男	体育クラブ	バスケットボール	11	上旬	月	放課後	不注意	体育館等	右アキレス腱	アキレス腱断裂
6～7ヶ月	2	女	体育クラブ	バスケットボール	8	上旬	水	昼	技術未熟	体育館等	右膝	靭帯損傷
5ヶ月以上	2	女	教科体育	スポーツテスト：反復横跳び	4	中旬	水	午前	不可抗力	体育館等	左膝	半月板・靭帯損傷
5ヶ月	1	女	登下校中		6	上旬	水	放課後	不注意	廊下等	腰	ヘルニア
5ヶ月	1	男	体育クラブ	ソフトテニス	8	上旬	金	午前	不注意	運動場等	左手首	骨折
5ヶ月	3	男	体育クラブ	ラグビー	11	中旬	金	放課後	不注意	運動場等	左足首	骨折
4ヶ月	2	女	体育クラブ	バスケットボール	7	下旬	月	午前	不注意	体育館等	肱	脱臼
4ヶ月	1	女	体育クラブ	バスケットボール	8	下旬	日	午後	オーバーワーク	体育館等	腰	筋・筋膜性腰痛症
3～4ヶ月	1	男	体育クラブ	野球	9	中旬	火	放課後	不注意	運動場等	腰	脊椎分離症
3ヶ月以上	1	女	体育クラブ	ハンドボール	10	上旬	水	放課後	不注意	体育館等	肩	脱臼
3ヶ月以上	1	男	体育行事	体育祭：障害物競走	10	下旬	火	午前	不注意	運動場等	上腕	骨折
3ヶ月以上	2	男	体育クラブ	バスケットボール	6	中旬	火	放課後	不可抗力	体育館等	左足首	靭帯損傷
3ヶ月	2	男	体育クラブ	サッカー	1	下旬	水	放課後	不可抗力	運動場等	左足首	靭帯断裂
3ヶ月	3	男	体育行事	体育祭：サッカー	10	中旬	火	午後	接触	不明	右足首	骨折
3ヶ月	3	男	体育クラブ	ソフトテニス	6	上旬	水	放課後	不可抗力	運動場等	膝	半月板損傷
3ヶ月	1	男	体育クラブ	野球	8	上旬	水	午後	オーバーワーク	運動場等	左膝	関節腔グリグリオン滑膜炎
3ヶ月	1	男	体育クラブ	バレーボール	9	下旬	日	午後	不可抗力	体育館等	左足首	骨折
3ヶ月	2	女	教科体育	馬跳び	9	上旬	月	午前	不注意	体育館等	右膝	靭帯損傷
3ヶ月	1	女	体育クラブ	サッカー	1	下旬	木	放課後	転倒	運動場等	右肩	脱臼
3ヶ月	1	男	体育クラブ	陸上	11	上旬	日	午前	不注意	体育施設	左足首	靭帯断裂
3ヶ月	2	女	教科体育	バスケットボール	12	中旬	木	午前	技術未熟	体育館等	右足首	靭帯損傷
3ヶ月	1	女	体育クラブ	バスケットボール	6	中旬	火	放課後	不注意	体育館等	左膝	靭帯損傷
3ヶ月	1	女	体育クラブ	陸上	8	上旬	木	午前	不注意	体育施設	右膝	捻挫
3ヶ月	2	女	体育クラブ	テニス	6	下旬	火	放課後	不注意	運動場等	左足首	靭帯損傷
3ヶ月	1	女	体育クラブ	陸上	9	上旬	日	午後	オーバーワーク	体育施設	左脛	骨折
3ヶ月	1	男	体育クラブ	ラグビー	8	上旬	金	午前	不注意	運動場等	左鎖骨	骨折

IV. 考察

本研究の目的は、平成19年の学校管理下の災害の実態を把握するとともに、「事故報告書」に記載されている個別資料に基づいて、このような被災（injury）を予防するための基礎資料を得ることである。

その結果、第一報¹¹⁾で示したように、今回の京都府統計資料における学年、性別、被災の場合、被災場所、傷病名等、調査項目別にみた概要は、日本スポーツ振興センターが公表している全国資料とよく一致しており¹²⁾、現在の日本の高等学校における学校管理下災害の被災状況を表すものであった。

また、今回の調査においても、高等学校の学校管理下の被災件数の62.4%が体育クラブであり、22.7%が教科体育、3.1%が体育的行事であった。つまり、全体の9割が体育・スポーツ活動を目的とした場合の被災であり、ここへの対応が早急な課題と考える。そのため、第二報では、一つは、体育・スポーツ活動時の被災について検討することを課題とした。その場合、日本スポーツ振興センターの資料^{3, 12)}では、体育・スポーツ時の被災については、教科体育と体育クラブ（部活動）と体育的行事を合わせ、体育的活動として統計値を求めているが、今回は被災数の多い教科体育と体育クラブに注目し、これを分けて集計・解析を行った。

一方、成長期にある児童生徒の健全な発育発達のためには、特に大きなケガをしないことが非常に重要である。学校管理下災害を報告しているこれまでの統計資料には、災害の重症度を詳細にみたものがない。そのため、本報では、被災の重症度に注目し検討することを第二の課題とした。

1. 教科体育と体育クラブの被災

日本スポーツ振興センターが公表している全国資料で、高等学校における学校管理下災害で最も多いのは体育的活動であるが、本調査結果でも同様であった。運動会などの体育行事での被災数は少ないため、本報告では教科体育と体育クラブについて解析・検討した。全般的結果を見ると、両者の傾向はよく似ており、場合では球技の被災が最も高率で、部位では上肢より下肢の被災が多かった。

球技での被災について、これを競技別に見た場合、体育クラブでは野球とバスケットが上位に上がったが、教科体育ではバスケットについては体育クラブと同様に上位であったが、野球は3件（0.7%）に過ぎなかった。被災率は、体育クラブを例にすると、クラブ所属者がどの程度存在し、年間の活動時間がどの程度なのか、危険に対する暴露量を考慮しなくてはならないが、今回収集したデータのみでは、そのような情報を得ることはできな

い。教科体育の場合も同様で、年間のカリキュラムの中で、どのような競技・種目がどの程度（時間）実施されているのか不明である。それでも、被災件数でみた場合、体育クラブでは一定以上あっても教科体育で極端に少ない野球やラグビーのような競技は、教科体育の中ではほとんど実施されていないと言えよう。その一方で、球技全体としてみると球技の被災は高率である。球技系の競技が教科体育・体育クラブの両者においてよく普及して実施者も多いことに加え、ボールを介して複数の相手と対戦するという種目特性にもよる（ネットを挟んで1:1の競うテニスや卓球、バドミントンのような例もあるが）¹³⁾。この点は、陸上、体操、水泳などとは異なる。本調査でも、体育クラブに限ると、長距離は1件（0.05%）、体操は16件（0.9%）、水泳は8件（0.5%）の被災であった。ただし、教科体育においては、水泳は1件（0.2%）のみであったが、長距離（持久走）は46件（7.4%）、体操は51件（8.2%）と体育クラブの被災率を上回った。長距離や体操が教科体育でよく実施される内容（競技）であることに加え、体育クラブ所属者に比べ教科体育の対象者には、運動経験が少なく、技術が未熟で、体力の不足する者が多いことを示唆する結果でもあろう。

負傷部位として、全体では上肢に比べ下肢のケガが高率であったが、教科体育・体育クラブを別々に競技別で検討すると、異なる特徴が認められた。バスケットボール、バレーボール、ハンドボールについては、体育クラブの場合は他の競技と同様、部位としては下肢の被災率が高いが、教科体育の場合は上肢、それも手部（手・手指・手首）の被災率が高率であった。傷病名としては、体育クラブでは競技にかかわらず捻挫が最も多いが、教科体育の場合、バレーボール、ハンドボールは捻挫（突き指）、バスケットボールは骨折（突き指骨折）であった。この結果は、教科体育にこのような競技種目を取り入れる場合は、まずは、手と指の準備運動を欠かさないこと、ボールハンドリング技術を習得することなど、手部のケガ予防の授業展開の必要性を示唆するものである。教科体育のテニスにおいて、顔の被災が64.7%（傷病名は打撲40.7%）に達することも、カリキュラム展開上留意すべき事項と考える。

本調査では、全体的に見ると、下肢部のケガが最も多く、その7割は足関節、残りが膝および脚で、傷病名としては捻挫が最も高率であった。先行研究においても、アスリートが受傷する大半の傷害は捻挫で、バレーボールや女子バスケットボール¹⁴⁾に多いとの報告や、足首と足の傷害は若いアスリートに多く¹⁵⁾、バスケットボールで最も多いスポーツ障害は足関節捻挫である¹⁶⁾との報告、高校生のバスケットプレイヤーの足関節傷害のうち96%が捻挫¹⁷⁾との報告があるが、今回の結果もそれらに一致

するものであった。傷害発生は接触スポーツに多い¹⁸⁾が、バスケットボールのように故意の身体接触が禁じられている種目においても、それでも身体接触は避けられず、加えて急激なジャンプやストップ・方向転換といった動作によって、足関節や膝への負担が大きくなる。最近、ケガ予防の身体づくり・動きづくりを目指す各種プログラムが開発されている¹⁹⁾が、とりわけ体育クラブにおいては日々の練習メニューにこれらのプログラムを取り入れる意味は大きいと考える。

2. 被災の重症度

本研究での重症度は被災（災害）の程度からみた。特徴としては、体育的活動がそうでない場合に比べ、2週間未満が少なく、1ヶ月以上の被災が多かった。また、全治に3ヶ月以上、あるいは6ヶ月以上を要する被災は、それぞれ38件と13件であったが、重症例ほど女子の割合が高く、体育クラブの被災が高率であった。全治3ヶ月以上の被災の原因としては、不注意16件、不可抗力8件、オーバーワーク7件であった。このうち、オーバーワークは、全被災に占める割合は低いものの重症例では上位にあげられた。一般に、組織化された運動競技の機会の増加はオーバーユース傷害を増加させると言われている²⁰⁾。体育クラブでの活動はまさに組織化された運動競技の機会を増加させる。日々のクラブ活動で生ずる疲労は回復した上で次の活動を行うのが理想であるが、試合を念頭にした練習スケジュールや、例えば新入生で運動に慣れていない、あるいは技術が未熟などの個人の特性により、疲労回復の十分でない状況も多々見受けられる。このような状態になるとプレーに集中できずに、不注意による受傷も増えると予想される。オーバーワーク（あるいはオーバーユース）の長期化は、慢性のスポーツ障害にもつながる。オーバーユース傷害へのかかりやすさには、発育などの個別要因がある²⁰⁾と言われ、骨や筋肉の発達を考慮したプログラムの必要性が示されている²¹⁻²²⁾。一方、京都府の小中高等学校の学校管理下における骨折事故要因においては、児童生徒の生活要因が背景にある²³⁾ことが示唆されている。疲労回復をはやめオーバーユースに陥らないためには、トレーニング内容とともに食事や睡眠などの望ましい生活習慣の確立もきわめて重要と考える。

重症例の負傷部位として最も件数の多かったのが膝である。膝は障害を残す代表的な部位であり²⁴⁾、外科治療が必要な傷害の60.3%が膝との報告がある²⁵⁾。膝のケガは重症化しやすく、ケガからの復帰を長期化させる。全治3ヶ月以上の膝のケガ13件のうち、男子は3件、女子は10件（女子は男子の3.3倍）であった。先行研究でも、女子に膝のケガの発生率が高く、中には前十字靭帯損傷といった重症例も多いこと、膝を受傷したケースに再受

傷する割合も高いことなどが報告されている²⁶⁻³⁰⁾。女子の膝受傷が重症化する危険性を本調査から探ってみると、全治6ヶ月以上を要した7件のうち6件が女子で、その6件が膝（十字靭帯損傷）の負傷であった。成長期の子どもを対象にした調査では、膝痛治療開始後1年半以上を経過しても、時折症状を認めるものが20~40%ある³¹⁾との報告が見られる。前十字靭帯損傷はその7割が非接触型と言われ、ジャンプでの着地や無理な方向に踏ん張ったりした時に断裂する³²⁾。knee in toe outといい、つま先が外側を、膝が内側をむく姿勢での着地やターンが危険で、こんな時、関節内圧縮力が高くなって、損傷を起こすという説が有力になっている³²⁾。膝のケガ予防、とりわけバスケットボール女子クラブ員においては、膝を守る大腿部筋力の強化トレーニングとともに、不幸にも受傷した場合には、適切な治療・ケアによって再受傷のリスクを減らすことの重要性が示唆される。高校スポーツ傷害の10.4%は、競技からの離脱期間を長期化させ、競技への復帰を難しくする¹⁴⁾との報告がある。この時期に特に重症なケガをさせないことは、将来にわたるスポーツライフの確立のためにも重要な視点となろう。

以前より、中学校および高等学校の学校管理下事故は体育的活動に多いことが報告されてきた。そのため日本スポーツ振興センターの学校災害防止調査研究委員会第一部会では、平成20・21年度を調査研究期間として、「課外指導における事故防止対策（体育的部活動における事故の現状と事故防止のための管理と指導）」と称する研究テーマを設定し、平成22年3月に調査報告書³³⁾を提出している。報告書の内容は日本スポーツ振興センターホームページ³³⁾にて閲覧可能である。報告されている事故の現状は、本研究と同じ平成19年の災害共済給付対象となった事例を、日本スポーツ振興センター支部管内（仙台・東京・名古屋・大阪・広島・福岡）から災害共済給付オンラインシステムの利用率の高い県を1県選んで、そこからさらに抽出する方法で、中学校10784件、高等学校7721件のデータを収集している。種目別（競技別）解析も行われており、概要としては、本調査結果にほぼ一致するものであった。しかしこれには、教科体育に関してのデータは全く収集されておらず、また被災の重症度に関する分析もなされていない。学校災害防止調査研究委員会第一部会では、この事故現状分析に基づいた事故防止のプログラムと学校管理を提示し、全国の研究協力校（中学校・高等学校各々7校）において介入を行っている。報告書を見る限り、介入による事故の減少効果については十分解明されているとはいいがたい。

事故は健康を障害する事象として科学的に分析し、具体的な予防策を考える必要がある。その場合、①重症度が高い事故、②発生頻度が高い事故、③増加している事

故、④具体的な解決方法がある事故について優先的に取り組むべきである³⁴⁾とされている。このような理論に立つと、学校管理下の体育・スポーツ活動時の事故（ケガ）予防では、本調査結果や前述の日本スポーツ振興センターの調査研究報告等³³⁾も参考にしながら、予防の観点に立ったプログラムを再構築し、これを学校教育の中で普及・定着させる方策の検討や、予防効果を科学的に検証するための方法論の確立の必要性を感じる。

V. まとめ

学校管理下で発生する災害（怪我）を予防するための基礎資料にすることを目的に、平成19年に発生した京都府内高等学校における学校管理下の災害2,745件について、個別の資料を収集した。第二報では、最も報告の多い体育・スポーツ活動時（教科体育と体育クラブ）の被災、および特に重症度の高い被災に着目し、解析を行った。

全被災の62.4%が体育クラブ、22.7%が教科体育であった。体育クラブの被災の82.6%、教科体育の66.3%は球技で、両者ともに上肢に比べ下肢のケガが多く、傷病名は捻挫が最も高率であったが、約30%は骨折していた。球技に限ると、体育クラブの場合は下肢（足・足首）のケガ（捻挫）が多いが、教科体育の場合は上肢（手・手首）のケガが多かった。特に教科体育での上肢（手部）のケガは、バレーボール、ハンドボールは捻挫（突き指）が多く、バスケットボールは約半数が骨折（突き指骨折）であった。

体育・スポーツ活動時は他の場合に比べ、2週間未満が少なく、1ヶ月以上の被災が高率であった。被災の程度が重症化するほど女性の割合が高くなり、全治3ヶ月以上38件のうちの23件、全治6ヶ月以上13件のうちの10件は女子で、バスケットボールの膝の受傷が多かった。

学校管理下の体育・スポーツ活動時の災害（怪我）を予防するためには、本調査結果等を参考にプログラムを再構築し、これを学校教育の中で普及・定着させる方策と科学的に検証するための方法論の確立の必要性が示唆される。

VI. 謝辞

本論文の作成にあたり、ご協力頂いた京都府教育委員会をはじめとする関係機関の方々に厚くお礼申し上げます。

参考・引用文献

- 1) 独立行政法人日本スポーツ振興センター. 災害共済給付の沿革
<http://naash.go.jp/anzen/saigai/enkaku/tabid/82/Default.aspx>, 2012. 02. 15
- 2) 独立行政法人日本スポーツ振興センター. 平成23年度学校安全・災害共済給付ガイド, 2011; 1-23.
- 3) 独立行政法人日本スポーツ振興センター. 学校の管理下の災害22—基本統計—傷・疾病の概況), 2010; 98-99.
- 4) 独立行政法人日本スポーツ振興センター. 学校管理下の死亡・障害事例と事故防止の留意点, 特集: 学校保健安全, 2010; 1-184.
- 5) 独立行政法人日本スポーツ振興センター. 学校管理下の死亡・障害事例と事故防止の留意点, 特集: 熱中症, 2010; 1-182.
- 6) 石樽清司. 学校管理下の傷害発生と学校環境要因. 日本衛生学雑誌, 1996; 50: 1067-1076.
- 7) 京都府教育委員会. 昭和46年度京都府児童生徒の健康と体力の現状. 1972
- 8) 京都府教育委員会. 平成22年度京都府児童生徒の健康と体力の現状. 2011
- 9) 京都府教育委員会. 平成17年度京都府児童生徒の健康と体力の現状. 2006.
- 10) 木村みさか、榎本妙子、反町吉秀. 京都府内の高等学校における学校管理下の災害の過去30年間（昭和53年～平成18年）の経年変化. 第2回日本セーフティプロモーション学会学術大会抄録, 2008; 48.
- 11) 木村みさか、山口貴子、榎本妙子、反町吉秀. 京都府内高等学校における平成19年学校管理下の災害（第一報：被災状況の概要）. 日本セーフティプロモーション学会誌, 2012; 5 (1) .
- 12) 独立行政法人日本スポーツ振興センター. 学校の管理下の災害21—基本統計—（負傷・疾病の概況）, 2008; 3.
- 13) 独立行政法人日本スポーツ振興センター. 特集体育的活動時の事故防止の留意点（球技編）. 学校管理下の死亡・障害事例と事故防止の留意点＜平成19年度版＞, 2008; 120-123.
- 14) Julie A. Rechel, Ellen E. Yard, Dawn R. Comstock. An Epidemiologic Comparison of High School Sports Injuries Sustained in Practice and Competition. Athl Train, 2008; 43(2): 197-204.
- 15) Kelly L. Vanderhave, Derek Miller. Foot and ankle problems in the adolescent athlete. Current Opinion in Orthopaedics, 2005;16(2):45-49.

- 16) 三木英之. バスケットボールとスポーツ障害・外傷. 治療, 2006; 88(6): 1693-1696.
- 17) Timothy M. Hosea, Christopher C. Carey, Michael F. Harrer. The Gender Issue: Epidemiology of Ankle Injuries in Athletes Who Participate in Basketball. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 2000; 372: 45-49.
- 18) Stevenson M., Finch C., Hamer P., Elliott B. The Western Australian sports injury study. *Br. J. Sports Med*, 2003; 37(5): 380-381.
- 19) 独立行政法人日本スポーツ振興センター. 下肢のけが防止プログラム
http://naash.go.jp/anzen/anzen_school/bousi_kenkyu/iinkai/ichibukai/tabid/354/Default.aspx, 2012. 02 閲覧
- 20) Joel S. Brenner, the Council on Sports Medicine and Fitness. Overuse Injuries, Overtraining, and Burnout in Child and Adolescent Athletes, *PEDIATRICS*, 2007; 119(6): 1242-1245.
- 21) 笠次良爾. 学校管理下における児童生徒のケガの特徴について. *KANSAI学校安全*011; 6: 2-7.
- 22) 鳥居俊. 小児骨折の疫学的検討. *日本小児整形外科学会誌*, 2005; 14(2): 125-130.
- 23) 榎本妙子, 木村みさか, 三橋美和, 堀井節子, 福本恵. 学校管理下における骨折事故発生要因の検討. *京都府立医科大学看護学科紀要*, 2008; 15: 59-67.
- 24) Urho M. Kujala, Simo Taimela, Ilkka Antti-Poika, Sakari Orava, Risto Tuominen, Pertti Myllynen. Acute injuries in soccer, ice hockey, volleyball, judo, and karate: analysis of national registry data. *BMJ*, 1995;311(7018):1465-1468.
- 25) John W. Powell, Kim D. Barder-Foss. Injury Patterns in Selected High School Sports: A Review of the 1995-1997 Seasons. *J Athl Train*, 1999;34(3):277-284.
- 26) Louw Q.A., Manilall J., Grimmer K.A. Epidemiology of knee injuries among adolescents: a systematic review. *Br. J. Sports Med*, 2008;42(1):2-10.
- 27) Loes M.D, Dahlstedt L.J., Thomee R. A 7-year study on risks and costs of knee injuries in male and female youth participants in 12 sports. *Scand J Med Sci Sports*, 2000; 10(2): 90-97.
- 28) Kevin R. Ford, Gregory D. Myer, Harrison E. Toms, Timothy E. Hewett. Gender Difference in the Kinematics of Unanticipated Cutting in Young Athletes. *Medicine & Science*, 2005; 37(1): 124-129.
- 29) Parkkari J., Pasanen K., Mattila V.M., Kannus P., Rimpela A. The risk for a cruciate ligament injury of the knee in adolescents and young adults: a population-based cohort study of 46500 people with a 9 year follow-up. *Br. J. Sports Med*, 2008; 42(6): 422-426.
- 30) Mitchell J. Rauh, Caroline A. Macera, Denise L. Wiksten. Subsequent Injury Patterns in Girl's High School Sports. *Journal of Athletic Training*, 2007; 2(4): 486-494.
- 31) 古賀良生, 大森豪, 関口秀隆. 成長期スポーツ選手の膝痛. *臨床スポーツ医学*, 1998; 15(1): 7-11.
- 32) Eric G. Meyer, Roger C. Haut. Anterior cruciate ligament injury induced by internal torsion or tibiofemoral compression. *Journal of Biomechanics*, 2008; 41: 3377-3383.
- 33) 独立行政法人日本スポーツ振興センター. 課外活動における事故防止対策、最終報告書. 2011; 1-244.
http://naash.go.jp/anzen/anzen_school/bousi_kenkyu/iinkai/ichibukai/tabid/1008/Default.aspx, 2012. 02閲覧
- 34) 山中龍宏. Injury prevention (傷害予防) に取り組む—小児科医は何をすればよいのか—. *小児内科*, 2007; 39(7): 1006-1015.

精神障がい者の地域生活支援 ～NPO法人ふらっとコミュニティの地域に根づいた活動～

山根俊恵^{1) 2)}、草地仁史^{1) 2)}、磯村聡子¹⁾

1) 山口大学大学院医学系研究科保健学系学域

2) NPO法人ふらっとコミュニティ

Mental Health Care in Community ～Project of NPO “Flat Community”～

Toshie Yamane¹⁾²⁾, Hitoshi Kusachi¹⁾²⁾, Satoko Isomura¹⁾

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

2) NPO Flat Community

要約

2006年の障害者自立支援法の施行により、精神科障害者施策は入院治療から地域生活支援という大きな流れが来ているが、精神障害の特性に配慮した福祉サービスは少なく、医療サービスが中心である。そのため地域での精神障がい者支援の必要性を感じ、NPO法人ふらっとコミュニティを設立し、当事者、家族、専門職の支援を行いながら、地域住民と総合循環が図れるように活動を行ってきた。様々な活動は、地域で行う精神科リハビリテーション、精神障がい者の自立支援、コミュニティ・エンパワメント、共生のまちづくりなどの方向性を示すものとなり、地域に根づいていった。また、少しずつではあるが、医療と福祉の連携が図れるようになり、地域も変わりつつある。

精神疾患は、「疾病と障害を併存する」特徴があり「生活のしづらさ」は理解されにくい。精神科医療の課題とされる自殺対策、虐待予防対策、認知症支援、アウトリーチ事業（訪問支援）などの取組は「地域づくり」なしでは何も始まらない。今後、私たち一人一人が自分に向き合い、一歩を踏み出す勇気を持ち、専門職、当事者、家族、地域住民の心がつながることから地域生活支援がはじまるのではないかと考える。

キーワード：精神障がい者、精神科リハビリテーション、地域生活支援、リカバリー

I.はじめに

厚生労働省は、2011年がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病に精神疾患を加えて「5大疾病」とし、2012年度以降の都道府県が策定する医療計画に反映させることを決めた。2008年患者調査¹⁾によると精神疾患患者は323万人で、がん患者の2倍以上、4大疾病でも一番多い糖尿病237万人よりも多い。なかでも自殺者が依然として年間3万人を超えていること、精神障がい者の社会的入院問題、認知症の増加など対策は急務であると言える。

また、2006年の障害者自立支援法の施行により、精神科障害者施策は入院治療から地域生活支援という大きな流れが来ている。2008年から開催された「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会²⁾」においても

「入院医療中心から地域生活中心へ」の基本理念が明確化され、精神保健医療体系の再構築や精神医療の質の向上などに関し、様々な提言が行われている。その報告の中に①アウトリーチ（訪問支援）など地域支援体制、②認知症患者への取組、③保護者制度・入院制度のあり方等について明記しており、「地域づくり」なしでは始まらないと言っても過言ではない。しかしながら、精神障がい者を対象とした社会資源は精神科デイケアや訪問看護といった医療サービスが中心で病院併設型が多くを占めている。社会資源を利用しているのは約1割程度^{3) 4)}で、退院しても行く先が病院の敷地内のみ、外来通院以外は自宅にひきこもっているといった精神障がい者の存

在も否定できないのが現状である。

筆者は、このような精神保健医療福祉の実態や活動を通して地域での精神障害がい支援の必要性を感じ、NPO法人ふらっとコミュニティを設立した。そして、精神科医療と福祉の連携、精神障がい者の自立支援、精神科リハビリテーション、共生のまちづくり、コミュニティ・エンパワメント⁵⁾、ソーシャルサポートネットワーク構築を図るべく事業を展開してきた。本研究では、そのプロセスを振り返り、精神科医療・福祉の実態から精神障がい者の地域生活支援のあり方を検討し、NPO法人ふらっとコミュニティの地域での役割を明確にしたいと考える。

II. 研究方法

1. 研究期間：2005年7月～2012年2月
2. 対象地域：山口県宇部市
3. 研究方法：精神科医療の特徴（精神科病院、病床数、在宅医療サービス）、福祉状況（精神障害者保健福祉手帳所持者、自立支援医療受給者、障害程度区分認定者、福祉サービス事業者）、山口県で認証されたNPO法人の特徴について調査する。その結果とNPO法人ふらっとコミュニティの事業内容および2011年度の活動実績、社会貢献活動を照合し、地域で果たしている役割について分析する。
4. 倫理的配慮：本法人は、共生のまちづくりを目指し、活動内容を地域住民に公表している。筆者が理事長を務めており、理事会で研究の趣旨を説明し、学会発表の承認を得た。登録している当事者は、病名および実名を公表して活動している人たちである。本研究においてもプライバシーに配慮することを説明し、公表の承諾を得た。

III. 結果

1. 精神科医療の状況⁶⁾（2008年度）

山口県の精神科病院は、33病院（県立病院1、大学病院1、総合病院精神科1、民間病院30）6,142病床である。在院患者数は5,848人で、受け入れ条件が整えば退院可能な推計患者数は約730人とされている。平均在院日数は、全国は307.4日、山口県は363.8日である。

宇部市の精神科病院は、6病院（単科精神科病院5、大学病院1）1,103病床である。人口1,000対病床数は、韓国0.8、イギリス0.6、イタリア0.1、日本2.7、山口

県4.1、宇部市6.3である。精神科救急医療システムは、市内にある県立病院を基幹病院とし、輪番制がとられている。医療系在宅サービスは、精神科デイケア3ヶ所、精神科デイナイトケア1ヶ所で、いずれも精神科病院併設型である。精神科訪問看護は2ヶ所の病院が行っているが、いずれもそれぞれの病院の通院患者のみを対象にしている。

2. 宇部市の精神障がい者等の状況⁷⁾（第3期宇部市障害福祉サービス計画 2011.4.1現在）

宇部市は、本州西端の山口県の南西部に位置し、瀬戸内海に面している。人口は、174,064人で、2007年に比べて3,600人減っている。高齢化率は、25.7%で全国平均を上回っている。

精神障害者保健福祉手帳所持者数は907人で、2007年に比べて約210人増え、年々増加している。障害の等級別にみると、1級316人、2級413人、3級178人で、2級が最も多く、全体の45.5%を占めている。年齢別の内訳では、50歳台が全体の23.2%を占めており、20歳未満は1.4%、70歳以上では9.2%となっている。自立支援医療（精神通院）受給者数は、2,143人で、2007年に比べて約1,070人増え、年々増加傾向にある。障害程度区分認定の認定者は、全体で790人、そのうち135人が精神障害である。区分認定の状況は、区分1が23人、区分2が62人、区分3が36人、区分4が11人、区分6が3人であった。

地域生活活動支援センターⅡ型は1ヶ所で、市内から外れた精神科病院に併設している。障害福祉サービス事業所は、居宅介護が28事業所中19ヶ所、行動援護が1事業所中1ヶ所、生活介護が12事業所中1ヶ所、自立訓練（生活訓練）が3事業所中2ヶ所、就労移行支援が5事業所中1ヶ所、就労継続支援（A型）が3事業所中2ヶ所、就労継続支援（B型）が12事業所中5ヶ所、共同生活援助が7事業所中4ヶ所、共同生活介護が5事業所中1ヶ所、サービス利用計画作成が7事業所中6ヶ所、移動支援事業が23事業所中17ヶ所、日中一次支援事業が21事業所中7ヶ所において精神障がい者を対象としている。日中一時支援事業の年間利用回数（三障害）は14,015回、実利用者数は279名で、そのうち当法人の利用者は27名、利用回数は2,485回である。

3. NPO法人ふらっとコミュニティの活動内容

（1）設立の目的

精神障害を持っていても社会の中で、意義のある人

生を送ることが出来るように、さまざまな活動を通して、共に考え、共に歩いていく。そして、地域住民が精神障害について考え、互いに支えあうことの出来る共生のまちづくりを目指すことが設立目的である。

本法人は、2005年11月26日に設立し、2006年3月9日にNPO法人の認証を受けた。同年9月1日には民家「ひだまり」を借り、「山口県総合・循環型福祉サービス推進事業費補助金」を受け、地域での精神障がい者支援を開始した。

(2) 定款で定めている事業、およびその内容と2010年度実績

- ① 精神障がい者の居場所の設置と運営事業：宇部市より日中一時支援事業の受託し、フリースペースとして「ひだまり」を4回/週開設した。【延3,900人（当事者2,702人、家族17人、スタッフ619人、地域562人）】
- ② 精神障がい者のデイサービス事業：精神障がい者およびひきこもり者を対象にデイサービスを2回/月実施した。【延193人】
- ③ 精神障がい者およびその家族の相談支援事業：当事者活動「さんまの会」1回/月【延184人】、「ナイトさんまの会」1回/月【延227人】、ナイトケア1回/月【延222人】、宇部市健康福祉センターと共催にて「ひきこもり家族勉強会」全4回/年【延36人】、ひきこもり家族の会1回/月【延75人】実施した。
- ④ 精神保健・医療・福祉のネットワーク構築事業：看護学生等の実習受け入れ【延90人】、服薬心理教育「薬知っ得会」全6回/年【延140人】、社会資源活用のためのイベント「メンタルウォーク琴芝」1回/年【延150人】、当事者による医療・福祉大学等の講義【3回】、地域で生活している精神障害者と入院患者の交流「友遊運動会」に参加した。【延12人】
- ⑤ 居宅介護援助者への支援事業：宇部市・下関市において1回/月の事例検討会、「宇部市障害支援者交流の集い」において講演「親亡き後の不安を軽減するために」、研修等の講師として協力した。
- ⑥ 精神障がい者の就労支援事業：パソコン教室全5回【延35人】、就労支援事業所で作られた弁当・クッキー、デイケアや作業療法で作成された手芸作品などの販売協力をした。
- ⑦ 調査・研究事業：「精神障がい者のソーシャルサ

ポートネットワーク構築プロセス～コミュニティ・エンパワメントのシステム構造⁵⁾」、「地域で生活する統合失調症患者の服薬観とアドヒアランスの傾向⁹⁾」について研究を行った。

- ⑧ 刊行物、講演会研修会などによる自立と共生の啓蒙事業：一般講演会随時（2011年度「うつ病について」実施【延35人】）、地域交流として手芸教室1回/週【延43人】、パンDEランチ【延40人】、広報活動としてふらっとコミュニティ通信の発行2回/年とホームページ管理、地方新聞等の取材を受けた。
- ⑨ その他、第3条の目的を達成するために必要な事業：一泊旅行随時（2011年度に門司レトロ、唐戸市場、海響館へ旅行【延16人】）、日帰りバスツアー（初詣）【延7人】参加した。

(3) 社会貢献活動

- ① 精神障害者地域移行・地域定着支援事業：宇部健康福祉センターに協力し、退院予定の患者のカンファレンスに参加した。
- ② 心身喪失者等医療観察制度：医療観察制度宇部地域連絡協議会に登録し、協力した。
- ③ 青少年社会参加支援事業：山口県より委託を受け、ひきこもり者の支援を行った。
- ④ 宇部健康福祉センター管内ひきこもり支援ネットワーク会議：ひきこもり相談窓口、通所先として登録し、会議に出席した。研修会の共催、家族会「紫陽花の会」の立ち上げなど協力した。
- ⑤ 宇部市障害者福祉サービス計画：障害者関係団体として意見交換会に参加した。
- ⑥ 宇部市地域自立支援協議会：委員として参加した。
- ⑦ 宇部市障害者ケア協議会：三障害合同にて市民への啓発活動としてイベントの企画・運営（Happy Together、ハート of ふれんず）を行った。精神障がい者部会に登録し、地域社会資源マップを作成し、精神科病院やクリニックに配布するなどの活動を行った。
- ⑧ 宇部市日中一時支援事業：宇部市より委託を受け、精神障がい者の支援を行った。
- ⑨ 障害者自立支援法・介護保険法：要援護者のサービス担当者会議に出席した。
- ⑩ 障害者の住まいのあんしんサポート事業：委員として参加した。
- ⑪ 障害者を地域で支える体制づくりモデル事業：委

員として参加した。

- ⑫ その他：「宇部市障害者就労支援ネットワーク会議」、「宇部市障害者支援者交流の集い」、「就労支援激励の会」等に参加した。

4. 山口県で認証されているNPO法人の特徴 8) (2011.3.31現在)

山口県では368団体がNPO法人に認証されている。保健・医療・福祉分野の活動をしているのが224団体である。そのうち精神障がい者支援活動（ひきこもり・不登校支援活動を除く）をしているのは9団体で、障害者自立支援法におけるグループホームなどの施設運営事業が2団体、就労支援事業が5団体である。報酬に結びつかない地域支援事業の展開をしているのは、精神障がい者家族会1団体と本法人のみである。

フリースペースは、学校や家庭・地域の中に自分の「居場所」を見出せない子どもや若者たちが集まるスペースとして全国各地で取り組まれている。山口県では、5団体が行っているが、いずれもひきこもり・不登校を対象としている。精神障がい者を対象とした「居場所」においては、地域活動支援センターがその一部の役割を果たしているが、NPO法人が行っているのは、当法人のみである。

IV. 考察

1. 精神科医療の状況

日本における精神科病院は、諸外国に比べ人口に対して病床数が多い。また、山口県の中でも宇部市はさらに病床数が多く、平均在院日数も長いため、全国に比べて入院が長期化している傾向があると言える。しかし、精神科病院の中には、認知症患者のみを対象とした病院が複数存在していることから、統合失調症患者等の入院が長期化しているとは一概に言えない。

また、宇部市は、県下唯一の県立精神科病院や大学病院精神科病棟があること、アルコール依存症治療専門病院の存在が特徴的である。県立病院は、精神科急性医療や重症患者・処遇困難患者・触法患者等の治療実践や認知症疾患医療センターを担っている。2011年度には、大学病院以外の総合病院精神科病棟は閉鎖となり、身体合併症や全身麻酔による電気痙攣療法治療、自殺企図により高度救命センターに運ばれる患者の治療などの役割を大学病院精神科が担っている。また、アルコール依存症患者、より専門的な治療プログラムや自助グループ支援

を必要とするため入院を引き受けられない精神科病院が多くなっている。以上のことから県内の患者がより専門性の高い病院に入院するため宇部市の精神科病床数が多いと言える。

長期入院していた患者の退院支援の必要性から、精神科デイケア・デイナイトケア・精神科訪問看護を実施する病院が増えてきている。デイケアは、対人関係の拡大、ソーシャルスキルの育成をねらいとして、保健所で活発となった活動である。しかし、県から市への事業移行に伴い、宇部市においても2005年に保健所デイケアは廃止され、多くの利用者が行き場を失ってしまった。全国調査¹⁰⁾によると、登録者の年齢で最も多いのは「40歳以上65歳未満」で約6割、「20歳以上40歳未満」が約3割、利用期間に関する期限設定を設けていない施設が約8割である。生活プログラム実施状況については、「運動系・文化系レクリエーション」、「作業系プログラム」が中心で、「心理教育」、「技能訓練（SST）」、「就労支援」などは7割程度しか実施されていない。これからは、入院中に行われていたサービスの継続にしか過ぎないことが予測される。

地域生活移行に果たしている役割としては「昼間の居場所として過ごす場の提供」や「社会参加へのパイプ役」、「再発予防」などがあげられる一方で「精神科医療から地域生活リハビリの必要性」、「デイケアは院内にすぎない」、「支援範囲の限界」が報告されている。病院の併設デイケアで患者を囲い込むのではなく、地域に繋ぐことを意識することやプログラムに精神科リハビリテーションを取り入れることで社会参加できるようにケアを提供することが望まれている。

2. 宇部市における障害福祉

障害者自立支援法施行により、精神障害者その他の障害者福祉が制度の上では同等になったが、精神障害の特性に配慮した福祉サービスや支援者の専門性は損なわれている。精神障害者の障害程度区分認定者は、精神保健福祉手帳所持者の約15%にしかすぎないのは、医療系サービスに偏っていること、本人や家族が望まないため必要性があっても福祉サービス利用に結びつきにくいことなどが考えられる。また、長期入院患者の地域移行が取り組まれているが、地域ケアとの連携に積極的な精神科病院もあれば、退院支援事業に全く関心を示さない病院も少なくない。親が高齢化して世話ができないため退院が困難となっているケースや帰る家がないため住居確保が必要なケースなど複数のニーズが存在している。しかし

ながら、ケアマネジメントが取り入れられているのは福祉サービス利用者の一部であるため、必要な社会資源に結びついていないのではないと思われる。退院支援を行う側の医療者が地域にどのような社会資源があるのか知識不足であること、医療と福祉が十分な連携が図れていないこと、「患者」あるいは「病者」という視点での医療アプローチが重視され、「生活者」あるいは「障害者」としての自立支援アプローチが不十分であること、社会的偏見があることを理由に保護的になってしまい地域とつながっていないことが課題ではないかと考える。障害者自立支援法は廃止が決定し、2010年「障害者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律」をつなぎとし、「障害者総合福祉法（仮称）」に向けて2012年4月1日から一部が改正される¹¹⁾。特に注目したいのは、「相談支援体制の充実」「相談支援体制の強化」、「至急決定プロセスの見直し、サービス等利用計画作成の対象者の大幅な拡大」といった内容である。今後、市町村に基幹相談支援センターを設置し、自立支援協議会を法律上位置づけ、地域移行支援・地域定着支援の個別給付化が図られる。また「サービス計画」においては、原則として在宅・施設に限らず自立支援法におけるサービス利用者は全員ケアマネジメントにもとづいてサービス計画が作成されることになる。そのため、利用者の生活ニーズに合ったサービスが提供できるように、地域に社会資源を作っていく必要性がある。

3. 地域に根づいた活動の体制作り

これまで精神障がい者の地域での支援活動は社会的偏見のため困難とされ、精神科病院の敷地内に社会資源が作られてきた。宇部市においては、過去に地域生活支援センターの建設予定計画が住民の反対によって中止になったという苦い体験があった。しかし、障害者自立支援法施行に向けて、障害者も住み慣れた地域で生活していく権利が認められる社会づくりが始まり、地域を拠点として民家を借りて活動を開始することにした。さまざまな活動の中で、家族会が運営していた小規模作業所の法人化問題、他の障害者に比べて社会資源が少ないこと、保健所デイケアの終了により行き場を失ってしまう人たちがいること、医療と福祉の連携不足など地域ニーズが明らかになった。そのため、当事者支援、家族支援、在宅支援者の支援、共生のまちづくり、精神科医療と福祉の連携、ソーシャルサポートネットワーク構築に向けて

事業を開始した。

民家を借りての活動開始に至っては、地域の理解が不可欠である。まずは、商店街への挨拶周り、情報を公表することなど努力した。その上で、地方新聞やチラシを配布して案内をし、自治会長の協力を得て地域住民に説明会を行った。もともと保健所や小規模作業所がある同地域で理解が得やすかったことや地域に依存するのではなく、専門職が地域に出向いて共に活動を行うということが住民に受け入れられたのだと思われる。

また、「山口県総合循環型福祉サービス推進モデル事業」を受託し、住宅改修や活動に必要な物品購入などが認められたことで活動の幅が広がった。さらに、この際の県や市との交渉をきっかけとし、行政からの支援体制が強化され「宇部市の日中一時支援事業」の受託へと拡大し、2010年度からは「青少年社会参加支援事業（ひきこもり者支援）」も受託するまでに至った。すべての活動においてボランティアや一般者の参加を可能とし、当事者と地域住民のかかわる機会をもった。さらにその活動を地方新聞などの取材を通し公表した。このような精神障がい者に対する偏見を払拭する努力が地域を変えていくことにつながったのではないかと考える。

4. 精神障がい者の地域生活支援と共生の町づくり

民家を借りることで活動拠点が決まってからは、当事者より「自分達らしく生活していきたい」といった声が聞かれ、地域に根ざした活動が増えていった。また、彼らは「地域で生活できること、自分たちを理解して支えてくれる人の存在、仲間とのふれあいを通して、病気を受け入れることができるようになった」と語り、民家の存在を「行き場」、「活き場」、「生き場」とであると表現した。また、病気の体験を看護学生に語ることで、病識を強化するきっかけや、人の役に立っているという体験から更に自主性が高まって行った。

デイサービスでの活動においては、特例子会社の見学が企画され、就労に結びついた者、障害者手帳によるバスの無料手続きなど教えあう場面も見られた。これらは、病院併設デイケアと違い、地域での活動であること、当事者主体で運営されていること、何よりも仲間同士の学びあいや支えあいで成り立っていることからピアサポートに発展したと思われる。さらには、大学の講義に講師として呼ばれることや退院直後の患者を訪問して支えあうなど地域での役割も担うようになった。

ナイトケアにおいては、一人ではない楽しい団らんのひと時が過ごせること、互いに状況報告をしあうことで

「みんなも頑張っているのだから、これから仕事頑張ろう」といった声が聞かれ、エンパワメントされた。最近では、退院前の患者が病院スタッフと共に参加するなどの変化もみられるようになり、病院と地域がつながりはじめた。それは、地域の社会資源を知ってもらうためのマップ作成や「メンタルワークことしば」のイベントを4年間継続してきた努力の成果ではないかと考える。

手芸教室、パンDEランチ、パソコン教室においては、ボランティア主体で実施し、地域住民も参加でき、総合循環が図れるような仕組みにしている。このように関わる機会をもつことが、精神障がい者の理解につながるのではないかと考えている。

友遊運動会は、地域で生活する精神障がい者を対象にして始まり、昨年で25回を迎え、総勢約400人が参加した。行政、病院関係者、家族会、在宅の事業所、ボランティアの方たちなど多くの支援があつて、今日まで継続されてきた。今では、精神科病院に入院中の患者もスタッフと一緒に参加して地域と交流を図る場になっている。また、同地域の幼稚園児の参加もあり、精神障がい者と園児がペアになり、手をつないで借り物競走を行い、その姿を親が写真撮影するといった場面も目の当たりにする。このような状況からは、地域が偏見をもっていると思っっているのは、私たち医療者の逆偏見なのではないかと思ってしまうほどである。社会的偏見が、全く無くなったわけではない。しかし、多くの人たちの様々な努力によって、少しずつ、確実に地域は変わり始めていると思う。

5. 地域生活に必要な精神科リハビリテーション

今日では、脳科学の進歩に連動する新薬（非定型抗精神病薬）の目覚ましい開発により、外来中心治療や短期入院治療が可能となった。また、定型抗精神病薬に比べ副作用が少ないことや陰性症状にも効果があること、長期入院による二次障害が減ったことなどから医療者によってなされる服薬指導内容が遵守できればよいとされるコンプライアンスの概念から、患者の意思決定に基づく服薬管理の重要性を意味するアドヒアランスの概念が導入されるようになった¹²⁾。統合失調症の再発予防には服薬を継続することが必要とされ、治療に患者が参画することが望まれている。しかし、十分なインフォームドコンセントを受けていない者や病気や薬に対する知識教育を受けていない者もいる。また外来通院のみでフォロー可能となり主治医以外に相談できる人がいない、教育の

機会が与えられないといった権利侵害を受けていることもある。自分の病気を知り、納得した上で服薬をするといった、ごくあたり前のことが未だに出来ていないのも事実である。

服薬心理教育「薬知っ得会」は、毎年、地方新聞などで公募して4年間にわたり実施している。専門職による一方的な知識教育ではなく、共に学び合うこと、仲間との支え合いなどからアドヒアランス向上を目指している。グループの中では、「過去にあった幻聴や妄想が薬によって消失したので、もう病気が治ったのかもしれない。薬を止めようかと思う。」など本音が語られる。すると「自分も同じことを思っ、て、薬を止めたことがある。暫くは頭もすっきりして調子が良かったけど、数か月後には、幻聴が始まって入院になった。薬は止めない方が良いと思う。」とメンバーが意見を述べた。さらに、他の人は、その意見をどう思うのか、同じような体験はないのかなど話し合う。同じ病気をもった仲間だからこそ共感し合い、最終的にどうするかは自分で結論を出す。服薬の必要性を専門職が伝えるよりも仲間の言葉の方が、説得力があるものである。薬を飲み続けるということは容易いことではない。障害をかかえながら地域で生活していくことは並大抵ではない。私たちが考える以上に辛く、困難であるため、些細な事がストレスとなって生活がしづらくなってしまい、結果として再発してしまうこともある。入院中に服薬指導したからといって継続し続けることは難しい。退院後も病気や薬の知識を得る場や自分と向き合う時間、共感できる仲間の存在が大切なのだと思う。

6. 精神障がい者の地域生活支援に果たしている役割

NPO法人を設立し、地域で活動を始めて5年が経過した。精神科医療が、地域生活中心となった今、病院から地域への包括的リハビリテーションが求められている。しかしながら、医療中心の在宅サービスは、医療的な立場から患者に関わりをもち、専門家が主体となって対応していくといったメディカルモデルが中心である。地域で生活している当事者の持っている力は何か、何を希望しているのかといったストレングスモデルに関わり、一緒に行動するなかで彼らの持っている力のすばらしさを実感してきた。本法人は、彼らにお世話をしたわけではなく、共に歩んできたといった表現が正しいのかもしれない。その歩みを振り返り、本法人が精神障がい者の地域生活支援に果たしている役割について以下にまとめる。

① 当事者主体の地域づくりと社会参加

活動拠点の民家「ひだまり」が、通院先の病院の敷地内ではなく、地域に存在していることの意義は大きい。デイサービスや当事者の会など利用者主体で運営し、活動をしている。ここには「自己決定・自己主張・自己責任」やピアサポートの仕組みがあると思う。また、自分たちが主体となって活動していくという当事者の想いがあり、社会参加へとつながっている。NPO法人びあ・さぼ千葉は、仲間が仲間を支える仕組みづくりを目的として、精神障害をもつ当事者たちが中心となって設立している¹³⁾。ここには専門家という人の存在はなく、皆がスタッフで、自分たちのセンターを自分たちで守り運営していくという主体性をもっている。当法人は、通常は専門職ではない職員が一人であるため、当事者が主体的に取り組まざるを得ない環境であることが良かったのかもしれない。

主体性をもった行動ができるようになってくると、交友関係が増え、色々な事に目が向き始め、社会に参加して行く機会が増えてくる。地域での役割を見つけたり、就労に結びついたり、元々その人がもっていた社会に戻ったりする者もいる。その人なりの社会参加のあり方の支援がそこにはある。ひだまりへの参加をきっかけにして自分らしさを取り戻し、少しずつ地域に繋がっていくのではないかと思う。

② 精神障がい者のリカバリー

ひだまりは、デイケアや就労などの社会資源に結びついていない人の通院先以外の唯一の行き場といっても過言ではない。また、余暇を過ごす場、仲間と触れ合う場であると同時に身近な相談の場所である。通所先の多くは土日が休みである。ゴールデンウィークなど長期休みがあるとたちまち行き場を失い、時として生活のリズムが崩れて病状が悪化する人もいる。土曜日や祭日の開設、夕食を共にする機会は、独り暮らしの人にとっては一家団欒のような場となっている。

最近リカバリーという言葉をよく耳にする。本来は「回復」という意味であるが、病気や障害を持った人たちが、自分自身を取り戻すことがリカバリーではないかと思う。病気や障害になることで仕事や友達、生活を失ったり、今まで行ってきたことが上手くいかなくなったり、生活が困難になる。病気に対する治療を行い、徐々にリハビリテーションを行い、社会資源を使うことで回復をしてくる。そして、人とかかわりの中で希望や夢をもつようになり活動が増えてくる。その人がその人ら

しく生きることがリカバリーである。地域に自分の居場所があることは、その第一歩につながっていると思う。

7. 活動の限界と課題

現在行っている様々な活動は、障害者自立支援法などの事業にはない活動でボランティアによるものが中心であるため報酬が伴わない。NPO法人は、営利を目的としていないため、これらの活動は必要不可欠であると考えられているが、活動拠点となる家を借り、運営をしていくためには経済的な基盤がないと継続が困難である。現在は、趣旨に賛同し入会された方の会費、企業の寄付、日中一時支援事業の委託費により何とか運営を行っている。しかし、より専門性のある事業展開を目指すために専門職を雇用することは難しい。

クラブハウスは、ニューヨークのファンテンハウスが原点で、当事者と専門家が協働して運営していくという理念をもっている。クラブハウスを名乗るのは世界クラブハウス連盟に登録することが必要で、日本でもいくつか登録されている。できれば当事者と専門家が一緒に運営を考えていくような仕組みを作っていきたいと考えている。土屋は、「私たち専門家の視点だけですべてを決定していくのではなく、当事者も含めて決定して、それを尊重して行く¹⁴⁾」ことが大切であると言っている。これまで本法人が行ってきた活動は、まさに当事者と共に作り上げてきたものであると思う。

V. 結語

日本は、東北大震災や原発によって被災者の方たちの生活の場、仕事の場、地域のつながりなどが一瞬にして消滅してしまった。また、復旧・復興が叫ばれているなかで、心のケアのあり方を見直す機会となり、新しい地域づくりが始まっている。精神疾患は、他の障害と違って「疾病と障害が併存する」特徴がある。しかし、病気に対する知識はある程度あっても障害による「生活のしづらさ」は理解されにくい。自殺対策、認知症サポーター養成、虐待予防対策、アウトリーチ事業などの取り組みによって精神科医療や地域生活支援の方向性が示されたが、「地域づくり」なしでは何も始まらないのではないだろうか。

精神障がい者の人たちが住み慣れた地域で自分らしく生活ができるためには、私たち一人一人が現在の自分にできることは何か、自分に向き合い、一歩を踏み出す勇気をもつことだと思う。そして、専門職、当事者、家

族、地域住民の心がつながることから地域生活支援が始まるのではないだろうか。

【参考文献】

- 1) 厚生労働省. 平成20年患者調査の概況, 2008 ; 1-20
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/08/index.html>
- 2) 厚生労働省. 精神保健医療福祉の更なる改革に向けて今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書, 2009 ; 1-56
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/s0924-2.html>
- 3) 精神保健福祉協会. 我が国の精神保健 平成21年度版. 株式会社太陽美術, 2009.
- 4) 山口県健康福祉部健康増進課. 山口県における精神保健福祉の現状. 山口県, 2003. 5) 山根俊恵他. 精神障害者のソーシャルサポートネットワーク構築プロセス～コミュニティ・エンパワメントのシステム構造～. 日本精神看護学会誌. 特例社団法人日本精神科看護協会, 2010 ; Vol. 53
No3 : 144-148.
- 6) 精神保健福祉白書編集委員会. 精神保健福祉白書 2012年度版 東日本大震災と新しい地域づくり. 中央法規, 2011 ; 187-200.
- 7) 宇部市. 第3期宇部市障害福祉サービス計画. 宇部市, 2012 : 10-12
- 8) 山口県NPO法人データベース.
<http://np0.pref.yamaguchi.lg.jp/>
- 9) 楫野由美子他. 地域で生活する統合失調症患者の服薬観とアドヒアランスの傾向～地域服薬教育参加者のDAI 30の結果から～. 日本精神看護学会誌. 特例社団法人日本精神科看護協会, 2010 ; Vol. 53
No3 : 159-163.
- 10) 主任研究員 末安民生. 精神科医療の地域移行に関する効果的介入方法の検討. 社団法人日本精神科看護技術協会, 2009 ; 170-209.
- 11) 厚生労働省. 障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律について 法律の概要, 2011 ; 1-10.
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougai-shahukushi/kaiseihou/
- 12) 日本精神科看護技術協会監修. 精神科看護白書 2004→2005 第5章薬物療法の変遷と看護. 精神看護出版, 2009 ; 134-142.
- 13) NPO法人ぴあ・さぼ千葉.
<http://blog.canpan.info/piasapo>
- 14) 土屋徹. 土屋流「当事者主体」的アプローチ. 精神看護出版, 2010 ; 28

青森県における子どもの事故による傷害モニタリング調査結果

奈須下淳¹⁾・西野強²⁾・反町吉秀³⁾

1) 青森県東地方保健所

2) 岩手県立中部病院

3) 大妻女子大学家政学部

Results from the Monitoring System on Child Unintentional Injuries in Aomori Prefecture

Jun Nasushita¹⁾, Tsuyoshi Nishino²⁾, Yoshihide Sorimachi³⁾

1) Higashi District Public Health Center, Aomori Prefectural Government

2) Iwate Prefectural Chubu Hospital

3) Otsuma Women's University, Faculty of Human Life Sciences

要約

「青森県子どもの外傷モニタリングシステム」（2006～2010年度）の調査結果について報告する。このシステムは、「青森県子どもの外傷予防総合推進事業」の一つとして取り組み、同事業によって設立された青森県子どもの外傷予防推進会議の構成メンバーにより提供された以下に述べるような子どもの事故による傷害データを共有し、分析することを主な内容としている。人口動態統計、警察による交通事故記録、救急業務実施状況調、日本スポーツ振興センター災害共済給付状況、PTA活動中の事故外傷発生状況、国民健康保険疾病分類調査、子ども会育成連合会事故状況調査報告等である。全国のデータと比較すると、青森県の子どもの事故による傷害の特徴として顕著であったのは、火災に関連した死亡率が、全国の約4倍に及ぶ高さを示したことであった。このモニタリングシステムは、医療機関をベースとするデータを含まないという限界を持ちつつも、都道府県レベルの行政施策として取り組まれた本邦で初めての子どもの事故による傷害モニタリングとして貴重であり、その結果を報告するとともに、今後の日本における傷害サーベイランスシステムの課題について考察を行った。

キーワード：セーフティプロモーション、子どもの事故による傷害、傷害モニタリング、傷害サーベイランス

Abstract

Descriptive features of child unintentional injuries in Aomori Prefecture were drawn from the Monitoring System of Aomori Prefecture on Child Unintentional Injury from the fiscal year 2006-2010. In this system, data were compiled with those from relevant member agencies of Aomori Child Injury Prevention Committee, such as vital statistics from health agency, traffic accident reports from police agency, ambulance reports from emergency agency, reports of compensations from sport-injuries and accidents from the National Sports Promotion Center, accident reports during PTA activities from the Parent Teacher Association, reports on disease classification from national health insurance agency, and accident report from the Child Rearing Association of Aomori Prefecture. Compared with the national data, the most marked difference was the fire-related death rate in children of Aomori Prefecture, which accounted as 4 times high as the national average. Though this system has serious limitation, that those data were not hospital-based, this is very important for the first injury monitoring system on prefecture-level in Japan.

Key words: safety promotion, child unintentional injury, injury monitoring, injury surveillance.

I はじめに

1556件対1502件。これは、青森県内で2004年1年間に救急車で搬送された子ども(0歳—19歳)の傷害と疾病の件数の対比である。傷害による搬送が疾病による搬送をわずかに上回っていた。全国的にみて、子どもの不慮の事故は、0歳児を除く1—19歳の子どもの死因として、ほぼ一貫して第1位の地位を占め、子どもの生命を脅かす主要な原因となっている¹⁻²⁾。しかしながら、従来、子どもの不慮の事故による傷害に対しては、当事者や関係者に対して、事故後に注意喚起がなされることはあっても、予防対策が、県レベルで明確な行政施策として取り組まれたことはなかった。青森県では、冒頭の数字が発端となり、行政組織内で、子どもの事故外傷予防施策の必要性が認識され、「青森県子どもの外傷予防総合推進事業」(2006年度—2007年度)が実施されることになり、筆者らはその企画・運営に携わった。

事業の詳細については、既に別稿にて論じている³⁻⁴⁾ので、そちらをご参照いただきたいが、この事業の基本的方針と概要について簡単に触れておく。基本的方針は、次の2点である。①住民が参加し部門や職種を超えた協働の基盤をつくり、科学的に検証可能な介入により傷害予防を図るというセーフティプロモーションの手法を採用する。②子どもにとって、外で遊んだり運動したりということは、成長のために大切であり、小さな事故による軽微な傷害は、子どもにとって重大事故の予防のための学習プロセスともなりうるし、軽微な傷害を含めてゼロにしようとするのは現実的ではない。しかし、好奇心旺盛で腕白な子どもが思いっきり遊んでも、事故により命が失われたり、後遺症を残すような重大な傷害は、大人や社会の責任として防がなければならない。この事業内容の概要は、次の通りである。子どもの不慮の事故による傷害や死亡を防ぐため、全県レベルでの取り組みとして、①子どもの外傷予防推進会議、②子どもの外傷モニタリング、③子どもの外傷予防研修会、④子ども用自転車ヘルメット着用促進を実施する。また、地域レベルでの取り組みとして、①子どもの外傷予防地域推進会議、②地域見守り隊、③モデル地域における子どもの外傷モニタリングを実施する。

都道府県レベルの行政施策として、子どもの外傷に関わる各種データを継続的にモニタリングして分析し、関係機関により共有した事例は、本邦ではこれまでに知られていないので、青森県における子どもの外傷モニタリン

グ(事業終了後も、2010年度まで継続)の経験は貴重と考えられ、その結果についてまとめた。

II 対象と方法

モニタリングの諸データは、前述の「青森県子どもの外傷予防総合推進事業」の1つ、青森県子どもの外傷予防推進会議を構成する関係機関の理解と協力により提供・共有されたものを、青森県健康福祉政策課に所属した筆者らが分析した。

① 人口動態統計

人口動態統計の中の死亡統計から得られた子ども(0歳—14歳)の事故による傷害死亡データを、集計・分析した。

② 交通事故記録

県警察本部交通企画課で取りまとめる交通事故統計のうち、子ども(0歳—14歳)に関わる交通事故による傷害発生状況を分析した。

③ 救急業務実施状況調

消防組織法第22条に基づき、消防庁長官が消防本部に報告を求めている調査で、そのうち、子ども(0歳—19歳)の事故種別年齢区別傷病程度別搬送人員調から得られる件数を、県防災消防課の協力を得て分析した。

④ 日本スポーツ振興センター災害共済給付状況

この給付は、義務教育諸学校、高等学校、高等専門学校、幼稚園及び保育所の管理下における災害に対し、災害共済給付を行うことを主たる目的として、(独)日本スポーツ振興センターが、取り扱っているもので、県スポーツ健康課の協力を得て、事故による傷害の場合別、場所別及び種類別の災害発生状況等のデータを分析した。

⑤ (財)青森県PTA安全互助会事故発生状況

PTA会員が諸PTA活動中に被った傷害事故・賠償事故に対する総合的な補償を行うため、(財)青森県PTA安全互助会が設けている保険金支払い状況等のデータを分析した。

⑥ 国民健康保険疾病分類調査

国民健康保険にかかる疾病の実態及び療養の給付の状況を明らかにするために、青森県国民健康保険団体連合会(青森県国保連)と青森県健康福祉部高齢福祉保険課が行っている調査で、毎年5月診療分として6月に審査された青森県内保険者の国民健康保険(一般

及び退職）診療報酬明細書を用いて行われている。上記2団体の協力を得て、子どもを対象とする医療費の総額に占める事故による傷害が占める割合を年齢階層別に算出した。

⑦ 子ども会育成連合会事故状況調査報告

全国子ども会安全会が実施している「子ども会賠償責任保険」制度により、「子ども会活動中」の事故による負傷・疾病・後遺障害・死亡・賠償責任を補償される。(社)青森県子ども会育成連合会の協力を得て、集められたデータについて、活動種別毎に事故による傷害発生数を算出した。

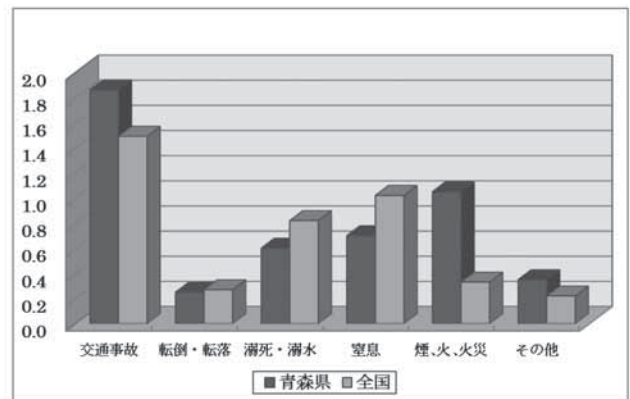


図1 子どもの事故種別死亡率の青森県と全国の比較
(2000～2009年度)

Ⅲ 結果

① 人口動態統計から見た不慮の事故による子どもの死亡

図1は、人口動態統計から見た子どもの事故による傷害について、傷害態様別死亡率（人口10万人あたり）を全国と比較したものである。交通事故による死亡が全国同様、青森県でも死因の第1位を占めていた。青森県における子どもの事故による傷害死の大きな特徴は、「煙・火・火災への曝露」（主として火災）による傷害による死亡が全国平均の約4倍と著しく高かったことである。

図2は、青森県並びに全国における子どもの事故による傷害死亡率の経年変化を1997～2009年度までの間で比較したものである。青森県における子どもの事故による傷害死亡率は年による変動が大きいが、全国と同様、漸減傾向にあった。ただし、両者の回帰直線を比較すると、青森県における子どもの事故による傷害死亡率についての回帰直線は、全国のその上方に位置していた。なお、青森県では、2001年度、2004年度、2005年に突出して高くなっており、原因となった事故による子どもの傷害死亡データを検討したところ、2001年度と2005年度は交通事故により、2004年度は火災等により亡くなった子どもの数が多かったことが、全体の事故による傷害死亡率を押し上げていたことがわかった。

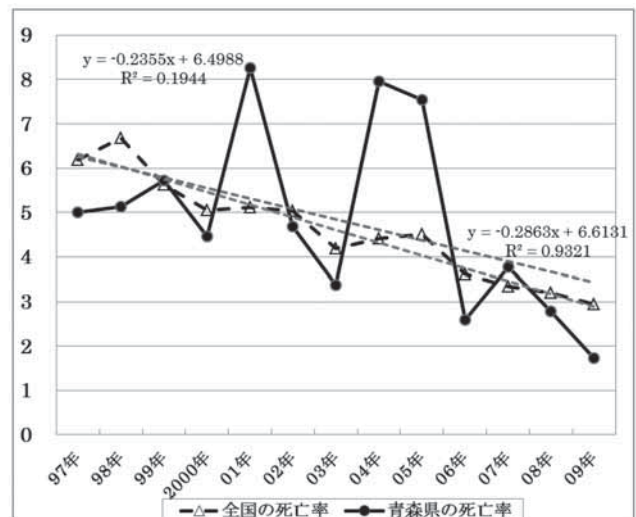


図2 青森県と全国における子どもの事故傷害による死亡率の推移
(1997～2009年度)

事故の種類別傷害発生率（人口10万人あたり）を示した。2001年度以降の9年間における発生率の傾向をみると、自動車同乗中及び歩行中の事故については、減少傾向が見てとれるが、自転車乗車中の事故は、減少傾向が明確でなく、横ばいに近い状態にみえる。

図4は、各年代（乳幼児、小学生、中学生）別にみた、事故による傷害発生件数に占める各事故態様の発生割合を示した。乳幼児では、自動車乗車中の事故による傷害が全体の約7割を占めていた。それに対して、小学生では、歩行中の交通事故が、約4割を占めており、最多であった。自転車乗車中の事故による傷害割合も、乳幼児に比べると著しく高い。中学生になると、自転車事故による傷害割合が更に増加し、約5割

② 警察データによる子どもに関わる交通事故傷害の発生状況

図3は、子ども（0歳—14歳）が当事者となった交通

を占め、最多となっていた。

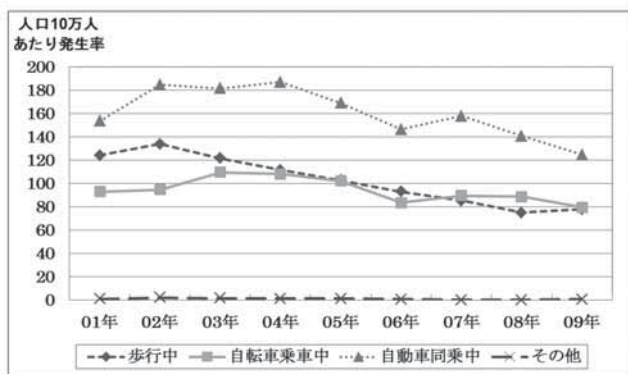


図3 子どもが当事者となった交通事故の態様別傷害発生率の推移 (2001～2009年度)

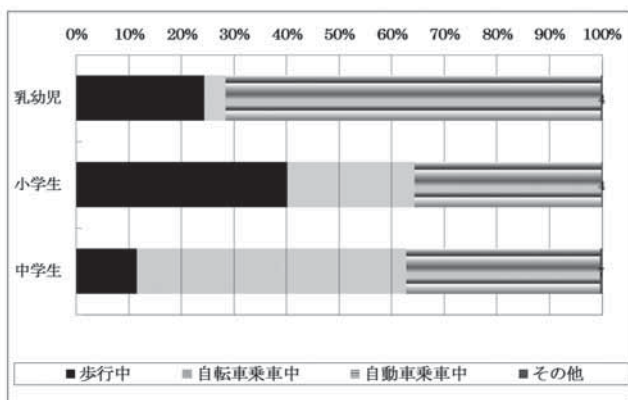


図4 乳幼児、小学生、中学生の事故態様別交通事故傷害件数割合 (2001～2009年度)

③ 子どもの傷害による救急搬送の状況

子どもの救急搬送に占める疾病と傷害の各構成割合は、年度により変動があり、前述のように2004年度は、傷害と疾病がほぼ拮抗していたが、2009年度においては、傷害によるものが38.7%、疾病による割合49.3%に対して小さくなっていた。

図5は、搬送された子どもの傷害の態様別年次推移（2005～2009年度）を示した。交通事故傷害による搬送が最多であり、一般負傷による搬送がそれに次いだ。交通事故傷害及び一般負傷は、ともに漸減傾向にあるが、運動競技による負傷搬送件数は横ばいであった。

図6は、傷害態様別重症度（2005～2009年度）を示した。全ての傷害態様で、軽傷が圧倒的に多く占めている。なお、死亡または重症の割合は、交通事故傷害で4.8%、一般負傷で3.6%、運動競技で5.5%であった。

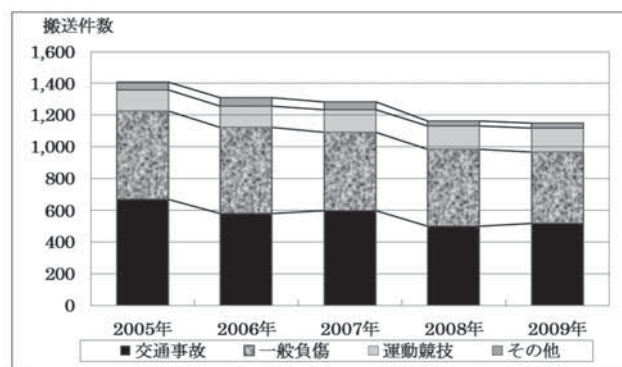


図5 救急搬送された子どもの傷害態様別の年次比較 (2005～2009年度)

※交通事故…全ての交通機関相互の衝突、接触又は単一事故、若しくは歩行者等が交通機関に接触した事等による事故

※一般負傷…他に分類されない不慮の事故

※運動競技…運動競技の実施中に発生した事故で直接運動競技を実施している者、審判員及び関係者等の事故

※その他…転院搬送、医師・看護婦搬送、医療資器材等の輸送、その他のもの

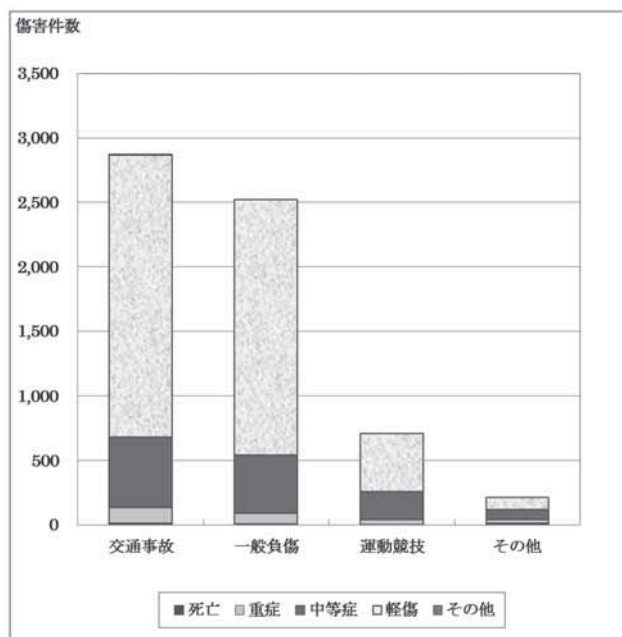


図6 救急搬送事例における傷害態様別重症度 (2005～2009年度)

死 亡…初診時において死亡が確認されたもの。

重 症…傷病の程度が3週間以上の入院を必要とするものの。

中等症…傷病の程度が入院を必要とするもので重症に至らないもの。

軽 症…傷病の程度が入院加療を必要としないもの。

④ 学校管理下で発生した事故による傷害発生状況

図7は、小学校、中学校、高等学校それぞれにおける活動状況別傷害構成割合（2005～2009年度）を示した。小学校では休憩時間中の傷害が最も多く、中学校、高等学校となるにしたがい減少していた。逆に、中学校、高等学校では、体育的部活動中の傷害が多くなっていることがわかる。図8は、小学校、中学校、高等学校それぞれにおける傷害の発生場所別割合（2005～2009年度）を示した。いずれも、体育館・屋内運動場が最も多く、屋外運動場がこれに続いた。学齢が進むにつれ、教室や廊下における傷害の割合が減少する一方、運動場・競技場における傷害の割合が高くなっていることがわかる。図9は、小学校、中学校、高等学校それぞれにおける事故による傷害の種類別割合（2005～2009年度）を示す。いずれにおいても、挫裂傷・打撲が一番多く、次いで骨折、そして捻挫の順に多くなっていた。

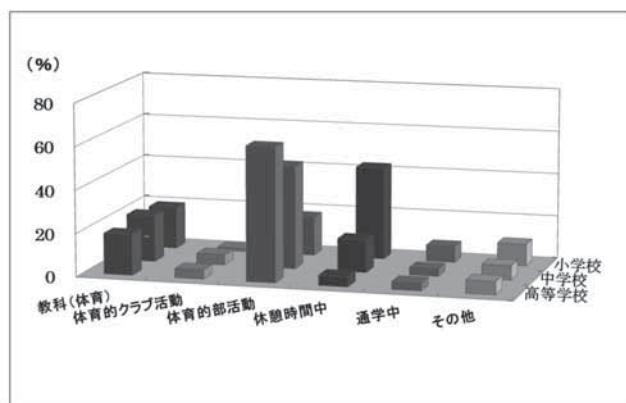


図7 学校管理下の活動状況別 傷害発生割合
(2005～2009年度)

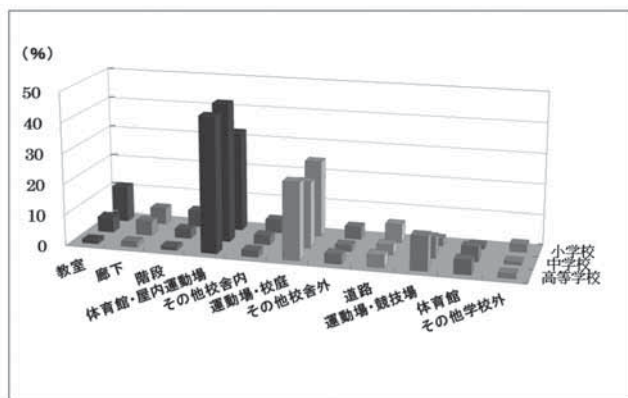


図8 学校管理下の場所別傷害発生状況割合
(2005～2009年度)

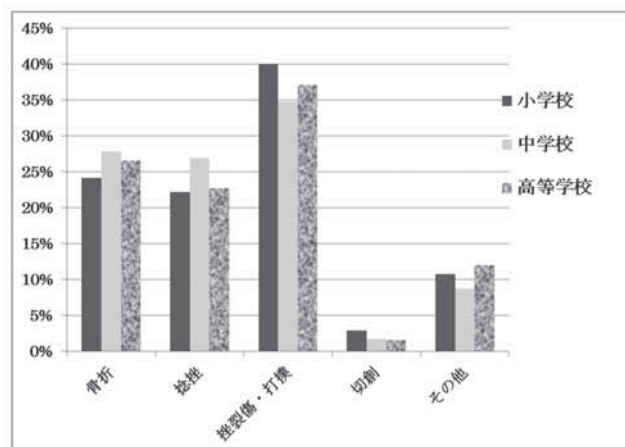


図9 学校管理下の傷害の種類別発生割合
(2005～2009年度)

⑤ 学校管理外での自転車事故の発生状況

図10は、学校管理外での事故傷害とその中に占める自転車事故による傷害の発生件数および割合の推移（2000～2009年度）を示した。自転車事故による傷害が占める割合は、約1～2割の範囲に収まっており、漸減する傾向にあった。なお、青森県では冬期間は雪のため自転車に乗れない期間があり、その期間を除くと自転車による事故の割合はこれより高くなる可能性がある。

⑥ 医療費に占める外傷の割合

図11は、国民健康保険の給付状況から、医療費に占める傷害治療費の割合を各年度毎（2006～2009年度）に、年齢階層別に示したものである。年齢階層が上がるにつれ、傷害による治療費の割合が高くなっていることがわかる。

⑦ 子ども会活動における事故の発生状況

図12は、子ども会活動における活動別事故傷害発生状況（2002～2009年度の累計）を示した。スポーツではドッジボールが多く、レクリエーションでは、祭や集会活動に関係するものが多くなっている。

IV 考察

結果に示した子どもの事故による傷害に関するデータ解析は「青森県子どもの外傷予防総合推進事業」の取り組みにおける「青森県子どもの外傷予防推進会議」に参加した諸機関の協力により実現したものである。子どもの外傷予防推進会議において、子どもの事故傷害予防のための協議をする中で、相互の信頼が醸成され、会議の構成各機関・団体からデータの提供がなされ、分析が実

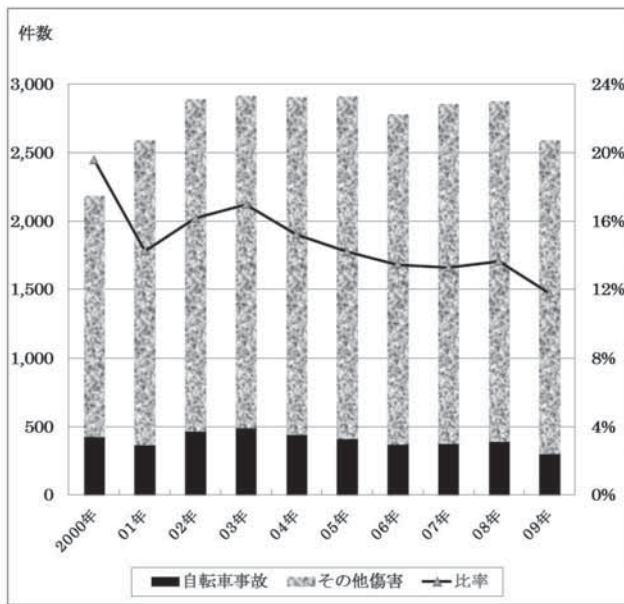


図10 学校管理外での自転車事故傷害の状況の件数及び割合の推移 (2000-2009年度)

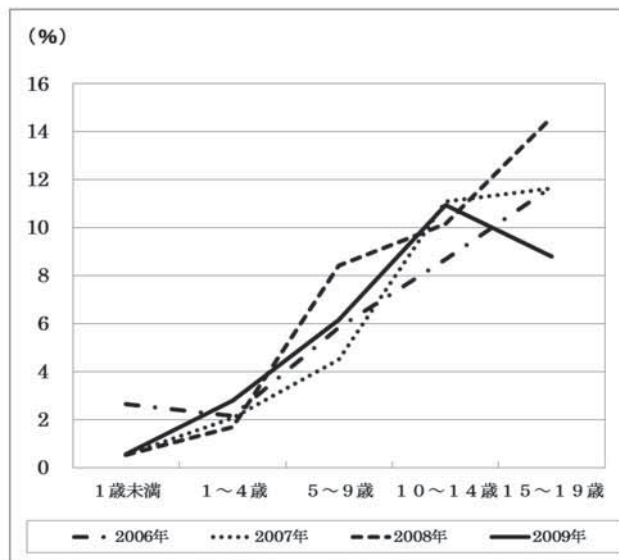


図11 年齢階層別 国民健康保険医療費全体に占める傷害の割合 (2006~2009年度)

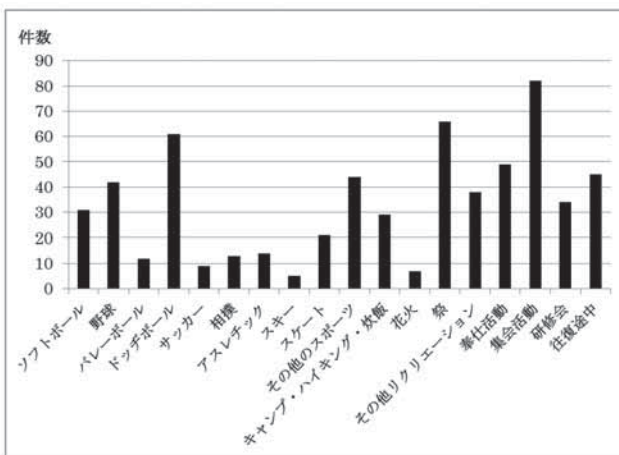


図12 子ども会活動における活動別傷害件数 (2002~2009年度)

現して、解析結果を共有することができた。そのことにより、会議参加の諸機関が、子どもの事故による傷害予防に対する責務も共有し、協働して取り組むことに寄与したと考えられた。

今回の解析を通じて、見出された青森県の子どもの事故による傷害に関する一番大きな所見は、火災に関連する死亡率が、全国の約4倍と突出して高いことであった。この現象を、過去の新聞記事を基にした事例検索等により、調査したところ、2004年には正月に住宅で一家5人が亡くなる火災が発生するなど、計10名の子どもの火災等により亡くなっていることが寄与していることがわかった。失火により子どもが一度に多数例死亡事例が重なった要因については不明であった。今井⁵⁾は、1995年から2005年までの11年間について、日本における子どもの不慮の事故による死亡率について検討し、総事故死亡率は着実に減少しているものの、火災・熱傷による死亡率だけは、ほとんど変化していないことを指摘している。そして、住宅への煙感知器の普及、防火タバコの法制化、チャイルドレジスタンスライター等の推進を有効な対策として、米国等海外での成功を示しながら紹介している⁵⁾。東京消防庁による救急搬送データによる子どもの不慮の事故搬送例分析⁶⁾によると、子どもの火あそびによる火災の発火源は、ライターが圧倒的に多いという。2011年9月27日以降、ライターについては、チャイルドレジスタンス機能（幼い子どもには着火することが困難にしてある）を施す等の技術基準に適合し、経済産業省により消費者生活用品安全法の認定を受けた製品に限り、販売が認められることとなった⁷⁾。しかし、その規制が発効する以前のライターは未だ多数出回っており、回収または処分を進めることが必要と考えられる。その他、2011年6月までに全国の市町村で義務化された火災警報器の寝室等への設置が、子どもを火災から守る上でも有効な対策であると考えられる。なお、青森県では全国に先駆け、2008年6月に全市町村において条例が制定されているが、設置率の向上は未だ途上にある。

青森県における子どもの事故による傷害死亡は、全国とほぼ同様の漸減傾向にあるが、やや高いレベルで推移しており、「青森県子どもの外傷予防総合推進事業」による死亡率低下効果は、残念ながら確認できなかった。このことは、事業終了後も、子どもの事故による傷害予防を継続して取り組む必要性を示唆している。

子どもの交通事故による傷害については、乳幼児では

よ自動車乗車中、小学生では歩行中、中学生では自転車乗車中に傷害を負う頻度が高く、それに応じて、各年代に好発する事故態様に焦点を充てた予防対策が必要であることが示唆された。

なお、青森県子どもの外傷予防総合推進事業の一環として、自転車販売店、量販店、玩具店等の供給側にも働きかけ、店内で自転車ヘルメット着用の必要性を伝えるポスターを掲示してもらったり、ヘルメット販売推進の依頼等を行った。しかし、警察データによると、自動車乗車中や歩行中の事故傷害は漸減傾向にあるものの、自転車事故による傷害の発生率は依然横ばいに近い状態に留まっている。また、特に中学生で、発生率が高いことから、今後もヘルメット着用の推進が、特に重症になりがちな頭部外傷の予防のため必要と考えられた。

次に、本研究の限界と日本における傷害データの把握や分析状況について、若干の考察を行う。本モニタリングシステムの大きな問題点として、医療機関をベースとした傷害データの入手とそれに基づく解析が行われていないことがある。例えば、交通事故を例に挙げると、警察で把握している交通事故による傷害は氷山の一角であり、警察が把握していない交通事故による傷害による医療受診例が多数あることは良く知られている⁷⁻⁸⁾。また、事故による傷害の種類や重症度の分類に関わるデータも、医療機関以外によるデータでは限界があると考えられる。地域における傷害を忠実に把握する方法として、医療機関をベースにした傷害サーベイランスシステムは非常に効果的であると考えられるが、人員や費用の面で課題が大きい。北欧を中心とする諸外国においては、ポピュレーションベースの傷害サーベイランスシステムが多数報告されており、予防プログラムのアウトカム評価にも威力を発揮している⁸⁻¹⁰⁾。本邦でも大分県中津市や京都府亀岡市において、ポピュレーションベースで医療機関をベースとした事故による傷害サーベイランスシステムが実施されたことがある¹¹⁻¹²⁾。しかし、残念ながら、短期間で廃止されたり、継続されても収集事例が減少したり等、正確なデータの収集を持続することが困難である¹¹⁻¹²⁾。日本の現状では、地域により程度の差はあるとは言え、医療機関において、医師をはじめとする医療従事者の配置に余裕のない状況では、その設立と維持運営には大変な困難を伴う。そのような状況の中で、地域における傷害を疫学的に把握する方法として、青森県十和田市では、WHO推奨セーフコミュニティ活

動の一環として、住民を対象とした傷害に関する世帯調査を実施した¹³⁾。傷害に関する地域診断という目的においては、医療機関ベースの傷害サーベイランスの代替案としての価値があると思われるが、予防介入によるアウトカム効果の評価への有効性には限界がある。

日本においては、子どもの事故傷害データの収集についての国家レベルでの政策的位置づけがない。そのことが、モニタリングやサーベイランスはたち遅れの大きな要因の1つである。国家レベルの事故傷害モニタリングシステムとしては、製品が関係する事故については、国民生活センターによる「事故情報データバンクシステム」が既に存在している¹⁴⁾。このシステムは、医療機関や監察医務機関等からの情報提供により、事故情報、危険情報を収集し、事故の予防に役立てるものであるが、対象が製品に関連した事故に限定されている。また、このシステムは疫学的サーベイランスシステムではない。したがって、新しい形態の事故情報の早期収拾と対応には有効であるものの、各種事故による傷害発生率の経時的把握は困難である等の限界がある。そのような状況の中、継続的に子どもの事故による傷害にかかる情報収集を行っている機関として、京都市子ども保健医療相談・事故防止センター（愛称：京こどもあんしん館）が存在する。同センターは2004年に設立され、面談及び電話による保健医療相談の中で、子どもの事故傷害に関する相談を継続的に受けており、その内容をまとめて公表している¹⁵⁻¹⁶⁾。また、同センターは、京都市内の保育所(市営32保育所)の乳幼児を対象として、事故による傷害で医療機関を受診したケースについて、2007年から継続的なサーベイランス調査を行っている¹⁷⁾。それらは、医療機関の受診データではないこと等限界もあるが、日本においてももっとも長期にわたって子どもの事故外傷情報を収集して分析を行っており、注目される。その成果は、同センターの事故予防活動にも活かされていると考えられる。

2012年に公表された中央教育審議会答申の学校の安全に関する項には、「国が策定する計画については、セーフティプロモーションの考え方に則り、科学的な根拠に基づいた施策を進め、しっかりと評価もできる仕組みが必要である。」と記載された¹⁸⁾。それを具体化するために、今後、政府が関与して、傷害サーベイランスシステムの構築が進捗することを期待したい。

V おわりに

青森県子どもの外傷モニタリングシステムの大きな意義の1つは、人口動態統計などの健康福祉部門が所有するデータの他、警察や消防、その他各機関が業務上保有している各種のデータを一元的に集め分析し、情報共有する仕組みが出来たことである。これまでは各部門の中で留まっていたデータを、子どもの事故・外傷の実態把握という一つの目標の下に一元的に収集・分析することで、青森県における子どもの事故・外傷の実態をある程度明らかにすることができるとともに、多機関が共通認識を持ち、協働して子どもの事故による傷害予防にあたる基盤となった。

そして、子どもの外傷予防総合推進事業終了後も、モニタリングデータの収集に大きな威力を発揮しているのは、各部門の関係者で構成された「青森県セーフティプロモーションネットワーク会議」（2008年～2010年度）であった。このモニタリング調査が継続され、子どもの事故・外傷予防のための取組みにつながっていくことが期待されている。

参考文献

- 1) 山中龍宏. 乳幼児健診と傷害予防の指導、健診における危機管理. 小児科臨床, 2009; 62(2): 2585-2593.
- 2) 西岡 伸紀. 児童・生徒の傷害防止のための包括的な安全対策とセーフティプロモーション. 日本健康教育学会誌, 2010; 18(3): 219-229.
- 3) 反町吉秀, 奈須下淳. 日本における safety promotion/ safe community活動の展開. 小児内科, 2007; 39(7): 1024-1030.
- 4) 奈須下淳, 反町吉秀. 青森県における「子どもの外傷予防」の取り組み～セーフティプロモーションによる子どもの事故・外傷予防. 月刊母子保健, 2007; 576: 8-9.
- 5) 今井博之. 子どもの事故予防—火災による傷害予防を例として. 日本セーフティプロモーション学会誌, 2008; 1(1): 25-29.
- 6) 清水洋文. 子どもの救急事故の発生状況. チャイルドヘルス 2010; 13(4): 256-261.
- 7) 山中龍宏. 子どもの傷害予防に必要な活動とは. からの科学, 2012; 272: 136-142.
- 8) Svanström L, Ekman R, Schelp L. et al. The Lidköping Accident Prevention Programme—a community approach to preventing childhood injuries in Sweden. Inj Prev, 1995; 1(3):169-72.
- 9) Lindqvist K, Timpka T, Schelp L et al. Evaluation of a child safety programme based on the WHO safe community model. Inj Prev, 2002;8(1):23-6.
- 10) Ytterstad B. The Harstad Injury Prevention Study. A decade of community-based traffic injury prevention with emphasis on children. Postal dissemination of local injury data can be effective. Int J Circumpolar Health, 2003;62(1):61-74.
- 11) 久保田芳則, 大西基喜, 小野重遠他. 市町村におけるセーフティプロモーションのモデル事業化についての研究. 平成18年度地域保健総合推進事業「市町村におけるセーフティプロモーションモデル事業化」研究班報告書. 2007年
- 12) 渡邊 能行, 三谷 智子, 横田 昇平. サーベイランスに基づく組織横断的なセーフティプロモーションの展開. 日本健康教育学会誌, 2010; 18(3): 200-208.
- 13) 十和田市. 十和田市セーフコミュニティのこれまでの取り組みと推進計画 (WHO推奨セーフコミュニティ認証申請書 日本語版2009年6月) URL: <http://www.city.towada.lg.jp/machidukuri/safecommunity/suisinkeikaku.pdf> (2012年6月9日最終アクセス)
- 14) 国民生活センター 事故情報データベースシステム URL: http://www.jikojocho.go.jp/ai_national/ (2012年6月9日最終アクセス)
- 15) 澤田淳, 大矢紀昭, 加藤康代他. 育児不安解消と事故防止のための戦略 京都市子ども保健医療相談・事故防止センターの役割と今後の課題. 日本医事新報, 2011; 4527 85-90.
- 16) 加藤康代, 高峯智恵, 井上了子他. 電話相談における子どもの誤飲事故207件—病院受診事故との比較. 小児保健研究, 2010; 69(2): 311-316.
- 17) 長村敏生, 清沢伸幸, 大前偵毅他. 保育所を定点とした子どもの事故サーベイランスシステム構築の試み. 日本小児救急医学会雑誌 10(3) 354-361, 2011

- 18) 文部科学省 中央教育審議会スポーツ・青少年分科
会学校安全部会第8回配布資料2 学校安全の推進に関する
計画の策定について：

[http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/
chukyo5/011/attach/1318743.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo5/011/attach/1318743.htm)
(2012年6月9日最終アクセス)

地域住民の健康をみまもる福祉入浴サービス

岡山寧子¹⁾、小松光代¹⁾、山縣恵美¹⁾、吉田朋子²⁾、渡邊祐己³⁾

1) 京都府立医科大学

2) 京都市上京老人福祉センター

3) 京都市山科老人福祉センター

要約

地域住民の募金により開始された福祉入浴サービスは、介護保険適応外の事例にも広く対応し、長年地域住民の健康を「入浴」という視点からみまもってきた。ここでは、そのサービスの実際を報告する。

1. 平成21年度の福祉入浴サービスの年間利用は延べ約1700件で、利用に至る相談経路は、本人や家族からの直接相談、地域包括支援センター、役所の福祉課等からの経路が多かった。利用の理由は、ADL低下や病態悪化により自宅・銭湯では入浴が難しい、介護保険施設の利用できず入浴機会がない、家屋の構造上の理由等、心身の状況だけでなく社会的な理由もみられた。
2. 利用事例をみると、利用者にとって福祉入浴サービスが清潔保持のみならず、人としての尊厳保持、社会との接点、サービス利用への突破口となり、QOLの維持に不可欠な精神的・社会的意義を併せ持つ存在となっていることがうかがえた。
3. 以上から、福祉入浴サービスは、色々な事情で入浴がままならぬ地域の人々にとって、清潔保持や疾患の予防・症状軽減のみならず、尊厳の保持や社会との接点を持ち続けられる手段の1つであり、安心・安全な生活維持には必要不可欠であると考えられた。

キーワード：高齢者、福祉入浴サービス、安心・安全

I はじめに

入浴とは、身体の清潔を保つために、湯や水・水蒸気に身体を浸すことを指す。あわせて、心身の疲れを癒し、疾病の予防につながり、活力を取り戻す効果も大きいといわれている。元来、日本人は入浴を好む文化を持ち、日々の暮らしの中でゆったりと入浴することは、安心して豊かな暮らしに繋がる生活の営みといえる。最近では自宅の入浴設備が普及し、銭湯等の共同浴場利用が減るなど、個人のニーズに沿った入浴スタイルが浸透している^{1~4)}。

その一方、高齢者や生活障害のある方にとっては、入浴中の溺死や転倒骨折などの事故に繋がりやすいという危険性を有している^{5・6)}。また入浴は、加齢や生活機能の低下などにより自力で入浴行動ができなくなるとつれて、自宅や銭湯利用による入浴から自宅での入浴介助、通所介護施設等での入浴サービス、訪問入浴介護などを利用する過程をとることが多い⁷⁾。介護保険制度の導入等により在宅・施設サービス共にこのような入浴サービス利用の機会は確保されるようになってきた。しかしながら、制度の活用だけでは対応しきれず、十分入浴できない人々も浮き彫りにされている現実もある。介護

が必要になっても、住み慣れた地域で尊厳ある生活を送ることができるような支援という観点から、途切れることなく、誰もが気持ちよく入浴できるようなシステムづくりが重要であることを実感している。

そのような中で、地域の住民活動を中心に、約30年前に募金により開始された入浴サービス(以下、福祉入浴サービス)では、介護保険適応外の事例にも広く対応し、長年地域住民の健康を入浴という視点からみまもってきた。ここでは、その福祉入浴サービスの実際について報告する。

II 方法

方法として、福祉入浴サービス開始の経過や運営等をふまえ、平成21年度の福祉入浴サービス利用状況を事業実績(利用状況、利用・中止の理由等)から、また同年の1年以上の継続利用者32名(以下、利用者)の要介護度、健康状態、利用後の変化等を利用記録から検討した。本調査にあたっては、関係者に了解を得た上で、個人が特定されないように配慮した。

1. 福祉入浴サービス開始からの経緯

福祉入浴サービスの開始は、約30年前に「何年もお風

呂に入れない寝たきりの高齢者をお風呂に入れてあげたい」という地域住民の熱い思いから始まった取り組みである。地域のA老人福祉センター建設に際して、その地域住民からの募金が寄せられ、センター内に入浴設備が設置、ボランティアの協力のもとに開始された。1年間の利用者数は、サービスを開始した昭和56年には年間延べ約200人程度であったが、その後徐々に増加し、介護保険制度導入当時には一度減少したものの、平成21年度には年間延べ1700人となっている^(図1)。

2. 福祉入浴サービスの利用

福祉入浴サービスは、A老人福祉センターの専用設備で入浴するサービスであり、利用対象者は心身機能が低下し、自宅での入浴が困難な概ね65歳以上の者である。このサービスを利用するためには、まず、A老人福祉センターに相談の上、利用申し込みと主治医（かかりつけ医）の意見書を提出、その後利用が決定される。そして、利用日や利用方法、送迎の有無等を調整し、利用開始となる。利用は有料である⁸⁾。

このサービスへの対応者は、主にコーディネータ、看護師、ボランティアである。コーディネータは、利用申込時の相談、利用時の調整、健康相談、利用時の送迎、利用前調整のための訪問等、福祉入浴サービス利用の全体をマネジメントする。看護師は、入浴時の血圧測定等健康チェック、入浴時のケア、フットケア、健康相談等、入浴利用時ケアや健康上の支援を行う。ボランティアは、訪問入浴サービス開始時期に地域住民によって組織されたボランティア・グループに所属する者で、一定の研修を受けた後に、入浴介助や利用時の送迎等を行う。このグループは地域の社会福祉協議会と連携しながら活動を展開しており、研修会や交流会等を開催するなど、長年この入浴サービスを安心・安全の視点に立って支援してきた⁹⁾。

III 結果・まとめ

1. 福祉入浴サービスの利用の実際

平成21年度の福祉入浴サービスの年間利用は延べ約1700件であった。利用に至る相談経路は、本人や家族からの直接相談、地域包括支援センター、居宅介護支援事務所、役所の福祉課等からの経路が多かった。サービス利用の理由は、①ADL低下や病態悪化により自宅・銭湯では入浴が難しい、②介護保険施設、例えば通所介護

の利用がうまくできない等で入浴機会がない、③家屋の構造上の理由で訪問入浴が利用できない、④自宅に風呂がなく、かつ銭湯が近くにない等、心身の状況だけでなく社会的な理由もみられた。

一方、福祉入浴サービス利用中止の理由は、①ADLや病態の回復により自宅・銭湯による入浴が可能になった、②逆にADLや病態の悪化によりして病院への入院、介護保険施設入所や居宅サービスの追加、死亡等であった。

2. 継続利用者の状況

平成21年度において1年以上の継続利用者32名の状況についてみると、入浴福祉サービス利用期間の平均は約3年(1～9年)で、利用頻度は殆どが週1回であった。利用者の年齢は平均77.5歳(38～95歳)、サービス開始時の介護保険認定者は約9割で、要支援1～要介護5と大変幅広い。継続利用者の多くが、利用してから要介護度は大きく変わることは少なく、皮膚の状態、四肢の拘縮、認知機能などの大きな変化はみられず、比較的安定した状態を維持していた。

具体的な事例を紹介する。【事例1】脳梗塞既往と糖尿病のため両足指や踵の広範囲に壊疽が発生した事例では、通所介護施設を利用することができず、自宅でも入浴出来なかったために入浴サービスを利用することとなった。入浴サービスと訪問看護の継続的な利用によって約1年半後には痂皮形成にまで回復することができた(写真3)。【事例2】在宅療養の終末期にある患者が自宅に入浴設備がないために入浴出来ないでいたが、「死ぬ前に風呂に入りたい」という希望があり、それを叶えたいという家族からの相談で入浴サービス利用に至った。かかりつけ医の指示のもとで入浴を実施した。【事例3】腎疾患に起因する強い浮腫と極度な肥満があり、通所介護施設の入浴が利用できないため、入浴サービスを利用した。【事例4】骨折既往のある超高齢者で、通所介護施設で長時間過ごす疲労感が強く消耗が激しいために行きたがらず、入浴だけ利用したいが、そのような制度がないために、入浴サービスを利用した。【事例5】訪問入浴を利用していたが、家屋環境が悪く風邪をひくなどで利用を中止、通所介護施設も利用できないために入浴サービスを利用した。【事例6】精神疾患を持つ高齢者で、集団的なサービス利用は難しく、自宅に入浴設備がないために入浴サービスを利用した。【事例7】長年入浴できていなかった高齢者で、介護申請のために病院を受診しようとしたが、入浴してから受診する

ように指示され、入浴サービスを利用し、その後受診、介護保険を申請して介護認定を受け居宅サービスを利用することができた。【事例8】介護保険利用の高齢者で、入浴サービスと他の居宅サービスとをうまく組み合わせて、経済的負担を軽減しながら在宅生活を継続している事例もある。

これらの事例から、利用者にとって入浴サービスが清潔保持のみならず、人としての尊厳保持、社会との接点、サービス利用への突破口となり、QOLの維持に不可欠な精神的・社会的意義を併せ持つ存在となっていることがうかがえる。このサービスは、多様な人々が一つの社会で共に生きていくために欠かせない位置づけとなっていると考えられる。

IV. おわりに

入浴行動は、加齢や心身機能低下、生活障害の進行と共に、自宅入浴・銭湯利用(自立)→自宅介助→通所介護施設入浴サービス利用→訪問入浴の過程をとることが多いが、いずれにしても、継続的に途切れることのない入浴によって、心身の安寧を維持することができ、その人の生活を守ることにつながる¹⁰⁾。またこの過程は、入浴が排泄と同様に非常にデリケートかつプライバシーに関わる生活行動であることを考えると、単に介助が必要となる過程ではなく、自尊心が傷ついたり、希望の方法で介助してもらえない等の不満、介助者への気兼ねなど複雑な感情を伴っている。その意味でも、個々のニーズに寄り添った入浴支援をいかに実施するのが重要な鍵となる。また、福祉入浴サービスは、色々な事情で入浴がままならぬ地域の人々にとって、清潔保持や疾患の予防・症状軽減のみならず、尊厳の保持や社会との接点を持ち続けられる手段の1つであり、安心・安全な生活維持には必要不可欠であるといえる。

本論文をまとめるにあたり、ご協力頂いた全ての方々

に深謝いたします。また、本論文は、日本セーフティプロモーション学会第5回学術大会(大阪)にて発表した内容に加筆したものである。

文献

- 1) 紙屋克子. 日常生活における看護援助の効果～意識障害患者の看護から～. 保健の科学, 1994; 36(6): 360-364.
- 2) 樗木晶子, 長弘千恵, 長家智子, 篠原純子. 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部紀要, 2002; 29: 9-16.
- 3) 岡田純子. 清潔ケアのエビデンス～入浴・清拭～. 臨床看護, 2002; 28(13): 1959-1970.
- 4) 小松浩子. 第2章清敷の意義と臨床的效果の実際. 小松浩子, 菱沼典子編. 看護実践の根拠を問う. 京都: 南江堂, 2001; 12-22.
- 5) 東京都健康長寿医療センター研究所. 高齢者の入浴事故はどうして起こるのか?～特徴と対策～. at. http://www.tmig.or.jp/J-TMIG/j_topics/topics_184_3.html. Accessed 6月14日, 2012年.
- 6) 健康長寿ネット. 入浴事故(入浴中の心臓停止, 脳血管障害, 溺水, 溺死). at. <http://www.tyojyu.or.jp/hp/page000000600/hpg000000548.htm>. Accessed 6月14日, 2012年.
- 7) 京都市. すこやか進行中. 平成24年度版
- 8) 京都市上京区社会福祉協議会. 高齢者支援事業(福祉入浴サービス). at. <http://www.mediawars.ne.jp/fukusi04/nyuyoku.html>. Accessed 6月14日, 2012年.
- 9) 紅梅. 第30回ボランティア・グループ紅梅会総会資料. 2009. 4月.
- 10) 森千鶴, 佐藤みつ子. 在宅高齢者の清潔行動と関連する要因. 国立看護大学校研究紀要, 2005; 4(1): 60-67.

十和田市における市民協働による安全安心研修会の試み

新井山洋子

青森県十和田市民生部セーフコミュニティ推進室次長

1. はじめに

十和田市は、平成21年8月に国内では2番目、世界では159番目のセーフコミュニティとして認証取得をしたが、今後、継続してセーフコミュニティとして取り組んでいくためには、セーフコミュニティの理念や意義について市民に広く普及する必要がある。

そこで、十和田市では市民団体やボランティア「セーフコミュニティとわだをすすめる会」等との協働による安全安心研修会や出前講座を市内の各地域で展開することでセーフコミュニティの普及を図ってきたため、今回、その取組状況を報告する。

2. データから見た十和田市の最優先課題

1) 自殺者が多い（平成21年自殺死亡率：

十和田市39.5、青森県34.6、全国24.4）

2) 家庭内での転倒事故が多い。

3) 交通事故による外傷が多い。

当市のデータについては、市広報等に掲載し市民に公表をしている。セーフコミュニティの取組の一環と捉えている市民は着実に増えている。

上記の最優先課題については、認証取得表明前から継続して取り組んでいるが、表明前はセーフティプロモーションの考え方は全く普及されていなかった。

3. 「楽しいセーフコミュニティ実践講座」としての安全安心教育の実施

セーフコミュニティの理念普及を目的に、当市の外傷データによる優先課題を普及啓発プログラムとして、安全安心研修会に組み入れ実施している。

企画にあたり、ボランティア「セーフコミュニティとわだをすすめる会（普及啓発グループ・出前講座グループ、安全安心グッツグループ）」等と行政の協働で行い、実際活動は行政担当課で調整し可能な限り協働で実施している。

1) 期待する効果

- ① 市民自らが講師となることで、セーフコミュニティの一員としての自覚が高まる。
- ② 市民の市民による市民のためのセーフコミュニティ実践講座として、身近な交通事故・転倒・自殺予

防をテーマにすることで、安全安心な地域づくりの参加意欲が高まる。

- ③ セーフコミュニティの具体的な実践プログラムの紹介により、市民の身近な家庭環境改善などの行動変容につながる。

2) 実践講座の主な内容（講師となる団体等）

- ① こころの健康づくり・自殺予防の紙芝居（ボランティアこころの会）
- ② 交通事故予防・歩行者の安全教育・反射材の普及（市交通安全母の会・交通安全協会）
- ③ 家庭内転倒予防「百均グッズ活用による家庭内環境改善法」簡易耐震診断法（セーフコミュニティとわだをすすめる会・市建築士会）
- ④ 火災警報器の普及・防災対策（消防署・市婦人防火クラブ・市民防災士）
- ⑤ 地域の安全安心向上「セーフコミュニティ」とは（セーフコミュニティ推進室）

*地域の状況に応じて、組み合わせて対応

3. 結果

- 1) 安全安心研修会及び出前講座として、積極的に地域から要望されるようになった。
実施回数26回 参加実人員 658人（H24年2月末）
- 2) ボランティア自身が、意欲的に講師として活躍し、他の出前講座にも一般として参加し、スキルアップを図るようになった。
- 3) セーフコミュニティにおけるボランティアとして、自ら進んで市民に安全安心なまちづくりの推進を働きかけるようになった。



写真：婦人防火クラブによる
（火災警報器普及劇）

4. 今後の課題

- 1) 市民やボランティアの協働による研修会や講座を実施するためには少なからず運営費が必要になるため（特に交通費・資料代）行政頼みになる可能性がある。
- 2) 実践・成果の評価のしくみが不足である。市民の行動変容に結びつけるために、成果の検証を十分行うことが重要である。
- 3) 安全安心研修を地域全体の安全安心向上づくり活動につなげるための更なる工夫が必要である。

5. 終わりに

十和田市は平成26年度、再認証取得を目指し継続的な取組をしている。

セーフコミュニティ継続のために、安全安心なまちづくりの上位目標に向かって、部門横断的協働の取組を更に進め、外傷データをもとに成果の検証をする必要がある。

市民等と行政が役割を担いつつ、お互いが補完し合うことで更に真の意味のセーフコミュニティが形成されるものとする。