

国際高等研究所・
研究会プログラム
予防の倫理を考える
——公衆衛生と警察行政の倫理

国際高等研究所・研究会プログラム
予防の倫理を考える——公衆衛生と警察行政の倫理

目次

1. ワークショップの概要.....	2
2. 発表概要	4
3. 発表の内容・質疑応答.....	7
4. 全体のまとめ・今後の課題.....	52
5. プログラム.....	54
6. 本ワークショップの結果の公表について	56

1. ワークショップの概要

日 時：2018 年 2 月 10 日(土) 10:00～18:00

2 月 11 日(日) 9:00～16:00

場 所：けいはんな国際高等研究所

目 的：公衆衛生では傷病予防、警察行政では犯罪予防と、両者は予防という共通の発想を持つ。また、自殺の問題など、公衆衛生と警察行政が共通に関心を持つテーマも存在する。

本ワークショップでは、両者に共通の倫理的課題を探るとともに、今後の両分野の研究者の交流を深めることを目的とする。

出席者：(17 人)

研究代表者 児玉 聡 京都大学大学院文学研究科 准教授

参加研究者(プロジェクトメンバー)

齋藤 信也	岡山大学大学院保健学研究科 教授
佐藤 恵子	京都大学医学部附属病院 特定准教授
長尾 式子	北里大学看護学部看護システム学 准教授
三成 寿作	京都大学 iPS 細胞研究所 上廣倫理研究部門 特定准教授
鶴山 竜昭	京都大学大学院医学研究科 准教授
服部 高宏	京都大学法学系(大学法学研究科)教授
東島 仁	山口大学国際総合科学部 講師

話題提供者(ゲストスピーカー)

島田 貴仁	科学警察研究所 犯罪行動科学部 犯罪予防研究室長
中谷 友樹	立命館大学文学部 地域研究学域教授 立命館大学 歴史都市防災研究所副所長
村山 綾	近畿大学 国際学部 国際学科(グローバル専攻)講師
山本 功	淑徳大学 コミュニティ政策学部 教授
近藤 尚己	東京大学大学院医学系研究科 公共健康医学専攻

		健康教育・社会学分野 准教授
高木	大資	東京大学大学院 医学系研究科 公共健康医学専攻 保健社会行動学分野 講師
齋藤	知範	科学警察研究所 犯罪行動科学部 犯罪予防研究室 主任研究官
その他参加者(RA)		
大庭	弘継	京都大学大学院文学研究科 研究員
立場	貴文	京都大学大学院文学研究科 修士課程

2. 発表概要

2月10日(土)

「リスクとしての犯罪——その特徴から犯罪予防のあり方を考える」

島田貴仁 科学警察研究所 犯罪行動科学部 犯罪予防研究室長

犯罪予防は、刑事司法による事後対応に比べて有利な点が多々あるものの、日本では十分に受容されているとはいえない。

本発表では、リスクとしての犯罪の特徴を、疾病や自然災害など他のリスク源と比較した後に、現状の犯罪予防をめぐる課題を子供女性の安全対策や情報発信など1次・2次予防を中心に述べる。

「犯罪予防と傷病予防への地理学的アプローチがもたらす問題」

中谷友樹 立命館大学文学部 地域研究学域教授 立命館大学 歴史都市防災研究所副所長

健康増進と犯罪予防のいずれの活動においても、地理的な情報の利用が進んでいる。しかし、地理的な健康水準や犯罪発生に関する詳細な情報は、その情報を活用する意義が提起される一方で、特定の個人や地域の不利益をもたらすことも懸念されている。両分野での詳細な地理情報の活用とそれによって生じる不利益への技術的対策、社会的課題を整理したい。

「公衆衛生と警察行政の倫理：両者の歴史、個人の自由とパターナリズムの問題」

児玉聡 京都大学大学院文学研究科准教授

近代公衆衛生行政および近年の予防を重視した警察行政の共通の問題として、個人および社会の安全を守るためにどこまで個人の自由を制約してよいかという問題がある。本報告では、両者の歴史にも簡単に触れつつ、自由と安全の対立という問題について倫理的な分析を行なう。

「公衆衛生と医療倫理——臨床医の立場から——」

齋藤信也 岡山大学大学院保健学研究科教授

自己決定権を根本原理とする医療倫理を信奉する医師が、功利主義的な公衆衛生も同時に担う困難について検討する。

「犯罪被害者・加害者に対する一般市民の反応：公正世界信念に基づく検討」

村山綾 近畿大学 国際学部 国際学科(グローバル専攻)講師

人はその人にふさわしいものを手にしているという信念が、被害者非難や加害者の非人間化につながるプロセスについて紹介する。

「地域社会とのつながりが自殺許容意識にもたらす効果の分析」

山本功 淑徳大学 コミュニティ政策学部 教授

自己本位的自殺というデュルケムの命題をブレイクダウンし、地域社会とのつながりが自殺許容態度にどのような効果をもたらすかを分析する。

2月11日(日)

「高齢者の孤独と孤立を防ぐために」

佐藤恵子 京都大学医学部附属病院特定准教授

認知症の妻の介護をしていた夫が妻を殺害するといった事件の背景の一つとして、患者や介護者が孤立していることが指摘されている。英国などでは、孤独は空腹と同じであり放置すれば死ぬ epidemic であり、公衆衛生上の問題として適切に対応する必要があることを認識し、対策を立てている。日本も今後独居の高齢者が増加することが予想され、実効のある対策が必要と思われる。

「高齢者に適した施策を考える——特殊詐欺防止と万引きの社会的背景要因」

齋藤知範 科学警察研究所 犯罪行動科学部 犯罪予防研究室 主任研究官

万引きを行う高齢者を対象として、暮らしぶり、孤立等の観点から考察し、支援のあり方を考える。

「日本における法医学サンプルの研究利用をめぐる倫理的問題」

鶴山竜昭 京都大学大学院医学研究科准教授

近年、多くの国で医学研究における被験者保護の観点からヒト試料の使用を規制する倫理的制度が確立されてきている。このプレゼンテーションでは、法医学サンプルを研究リソースとして使用する際の独自の倫理問題について検討する。剖検の実施のために患者の親族のインフォームドコンセントを前提とした臨床病理学的剖検とは異なり、法医学剖検はそうではなく、得られたサンプルを研究利用することに制約がある。実際の法医学的研究を分類し、研究利用における倫理的課

題を考察し、研究利用の基準を提案したい。

「コミュニティにおける犯罪予防とその副産物的課題」

高木大資 東京大学大学院 医学系研究科 公共健康医学専攻 保健社会行動学分野 講師

地域や職場などコミュニティの社会関係と犯罪予防の関連についていくつかの研究・事例を紹介し、そこに内在する倫理的問題および適切な予防・介入のあり方を検討する。

「近藤尚己：健康に無関心な人に向けたアプローチ」

近藤尚己 東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻 健康教育・社会学分野 准教授

近年の健康格差の動向に関するデータおよび、地域環境デザインやナッジ、マーケティングといった行動科学的手法による健康格差是正のための取り組みについて紹介したのち、その倫理的な課題について議論する。

3. 発表の内容・質疑応答

2月10日(土) 10:00~18:00

出席者：児玉聡、齋藤信也、三成寿作、立場貴文、島田貴仁、山本功、長尾式子、村山綾、中谷友樹

10:00~10:30 趣旨説明(児玉聡)・自己紹介

研究プロジェクト代表者の児玉から本研究プロジェクトおよび今回の研究会の趣旨説明(プログラム参照)がなされたあと、参加者全員による自己紹介がなされた。

セッション1 座長:児玉聡

10:30~11:20 島田貴仁：リスクとしての犯罪・その特徴から犯罪予防のあり方を考える

報告の概要は以下の通り。なお、報告用のレジュメおよびその他の資料(「犯罪予防」『犯罪と市民の心理学』(2011)より)の資料が配布された。

犯罪予防とは

警察法2条にもある通り、犯罪の予防は警察の主要な役目の一つである。しかし、一般市民は警察や法執行の役割を犯罪捜査や検挙にとらえる傾向にある。

犯罪被害の裾野は広く、年間に傷害を伴わない被害者は100万人近く、被害総額は1800億円に及ぶ。また、犯罪発生の後に対応は、被害者の生活の質を低下させ、裁判や刑務所の運営コストを発生させる。

犯罪原因論や犯罪機会論などのアプローチがある。犯罪の予防のモデルは、疫学的な1次予防、2次予防、3次予防というモデルが当てはまると言われる(Brantingham 1976)。

1次予防；病気→日ごろの健康増進。犯罪→防犯パトロール、啓発、環境整備

2次予防；病気→早期発見、早期治療。犯罪→問題行動、相談事案への早期介入。

3次予防；病気→再発防止、リハビリ。犯罪→再犯防止

リスクとしての犯罪

三つの特徴がある。第一に、犯罪リスクは偏在・集中する傾向がある(特定の時間(深夜どな)、空間、対象に集中する(複数ある外食チェーンの中で、ロードサイドへの一人店舗の出店の特徴を持つチェーンが選択的に強盗に狙われる))。

こうした犯罪の偏在・集中に注目した対策が、問題解決型対策と呼ばれ、背景にある原因に対策を行う。この対極にあるのが、事象(犯罪)に応答する型の対策である。また、犯罪と

はどんなものか。殺人から傘や自転車の窃盗まで(対人犯罪から対物犯罪)幅広い。

第二に、リスク認知の一次バイアス。滅多に起きない災害(竜巻、洪水)は多く起きているように感じる一方で、ありふれた病気(がん等)は過小評価される傾向がある。このことはハザードだけでなく犯罪にも当てはまる(自転車窃盗や振り込め詐欺は過小評価し、誘拐や殺人は重く見積もる)。別の認知バイアスとして、「自分は被害にあわない」というものもある(「非現実的な楽観主義」)。これは犯罪だけでなく、災害や病気にもあてはまる。予防行動の不足が犯罪被害を招く場合もある。住宅の無施錠や、車の中に鍵を置くなどがそれに当たる。

感情に基づく対応や動機付けは長続きしないことが多い(子どもの殺人事件が報道されたことがきっかけで行なわれる集団登下校など)。他方、感情に訴えることが予防行動の促進につながることもある(数字では十全に伝わっているかわからない)。Small ら(2007)の実験によれば、統計で提示するより、事例で提示した方が寄付行動を行う(「同定可能な被害者」効果 identifiable victim effect と言う)。これは犯罪に関しても当てはまることが実験からもわかる。しかし、やはり、感情に基づく予防行動は長続きしないことが実験研究で示されている。

犯罪の第三の特徴として、その発生に人間が必ず関与することがある。この特徴を利用した対策に、犯罪者や犯罪企図者のリスク認知を高める対策があり得る(厳罰化、パトロール、防犯カメラ)。

健康において、病気の予防行動が疾患を防ぐことはエビデンスに基づいて示されているが、犯罪において予防行動が犯罪被害を抑制する因果関係は必ずしも実証されていない(もともと被害にあうリスクが低いこともあり、予防行動を取らなかった者と有意差がなかったり、過去に犯罪被害にあった人ほど予防行動を取る傾向にあるという逆因果があったりする)。

市民の自由意志と法執行防犯対策のコンフリクトがある。最近報道されたストーキングが放火殺人にまで発展した長野県の事例では、口頭での警告や、電話番号の登録にとどまり、被害者のシェルターへの移動などは本人意思もあって行われなかった。そもそもストーカー行為が犯罪になったのは最近(1999 年ストーカー規制法)であり、復縁を迫る、好意を持って近づく行為は、人間ならある意味当たり前の行為であり、それを犯罪化するかどうか

はグレーゾーンな部分もある。ストーカーから殺人等に発展すると警察が批判されるが、予防行動を拒否する人に無理やりシェルターに行けとも言えない。そもそもストーカー行為が重大犯罪にいたる割合は非常に低い、予防の一つでも失敗すると批判を受ける。リスクの見積もりを現場で行うということは大変に難しい。

科学的根拠に基づいた勧告を行なっても、反感を買うことがある(警視庁のツイッター炎上事例、@MPD_yokushi 2018 年 2 月 8 日)。護身術は被害防止に繋がらないというエビデンスがあるがそれにも拘らず行なわれている(フィッシュホフ 2012)。エビデンスのないアドバイスは欠陥品である。女性に対する性犯罪は特定の時間帯に集中することがわかっているが、ハイリスク者に対策が届かないという問題がある。これについて HIV のハイリスク層へのアプローチなど、公衆衛生分野の方が進んでいるので参考にしたい。また、ナッジや「仕掛け」(阪大・松村真宏)による行動変容や、インセンティブの付与という発想も重要である。

警察では、名義貸しの銀行口座や携帯電話など犯罪を可能にする犯罪インフラを除去する対策や、受け手に意図的に防犯行動を取らせるための防犯教育が行われているが、今後は、市民が意図しなくても犯罪から守られる安全インフラの構築が重要。

質疑応答

質問 1: 犯罪対策は個人の自由ではないかという文句を言う人もわかる。犯罪予防の行動を取らせる手段として、行動をとらないことに対する社会的非難みたいなのをを用いるというのもあるのではないか。

→しかしそれは被害者非難につながりかねない。ただ、「みんなやってる」という風潮を作ることで、予防行動に対する心理的障壁を下げるができるかもしれない。インフルエンザ対策でマスク・手洗い・うがいは当たり前など。

→感染症の分野では被害者非難ってあんまりないのではないか。

→しかし、一方で「インフルエンザ感染者は出社ダメ」というような社会的風土は出来上がりつつあり、一種の加害者非難がある。これはインフルエンザの簡易検査キットを用いた確実な診断ができるようになったことによるところが大きい。

質問 2: リスクの認知は平和なところにいると過小になりがち(客観的リスクと主観的リスク認知のずれがある)。犯罪との関わり方はどうしたらいいのだろうか。第三者の関わり方として、傍観者としてではなく積極的に関わっていくのがいいんじゃないか。

→喉元過ぎれば的なところがあるのではないか。

質問 3：反復被害(同じ人が何度も同じような被害にあう)の問題。しかし、たとえば羽毛布団 100 万円で買うおじいちゃんは、被害に遭ったと思っていない可能性がある。これは例えば商取引であり民事の問題。デート DV など、自分では犯罪被害者だと思っていない可能性がある。そうした人に認識させるという問題もあるのではないか。

→ストーカー行為が犯罪になったように、何が犯罪かが時代によって変わるという問題がある。

→疾病においても、とくに精神疾患が典型であるが、何が病気のラベリングは変わるし、病識がないひともいる。

11:20～12:10 中谷友樹：犯罪予防と傷病予防への地理学的アプローチがもたらす問題

報告の概要は以下の通り。

疫学的アプローチの起源として、コレラに罹患した人のマップを作成して流行の原因を特定したというジョン・スノウの例がある。このさい、地図データの利用と公開が鍵となった。19 世紀ロンドンにおいては、貧困地区をマッピングしたりもしていた(Charles Booth's London Poverty Maps)。

日本でも疫病地図と伝染病対策の手法は明治期の早くから導入されていた。他方、伝染病予防法(1880)は強権的で差別や人権軽視を助長したため非難の声もある。

今日使用されている GIS の始まりは 1990 年代の NY 市警の CompStat だとされる。正確な住所情報の匿名化や「ノイズを作る(geomasking)」という技術も開発されている。海外ではこうした技術も用いながらマップの作成、公開(オープンデータ化)は行われているが、日本では健康・犯罪の空間データの公開と利用はあまり進んでいない。そこでなぜそうなのか、原因と問題を、関連するリスクマップの事例を通して分析する。

災害リスクの地図

「地図は悪夢を知っていた」事件(1959)。伊勢湾台風による自然災害があったとき、大矢雅彦によって災害地形分類図が作られていたが公開されておらず、市民から非難された。これが災害対策基本法の設立の一因となった。阪神淡路大震災でも同じで、行政の不作为が問題になり、情報公開の義務化につながった。

中谷先生が京都市で災害リスクのマップを作成したところ、建築物や境界線がはっきりしていて、それを勘違いする人がいるかもしれないと消防署から注意を受けた(2006)。イタリアの地震学者が、ラクイラ地域の地震のリスクを低く見積もっていたために裁判で負けるということがあったが(2009)、これは災害リスク評価に科学者が責任を問われた事例である。

ハザードマップ公開の経緯(まとめ)。かつては災害リスクを示すことが個人の財産権の侵害、という主張がなされていた(地価が下がる)。近年ではリスク情報の公開の重要性が認められつつある。震災というリスクの体験や、評価の対象が土地であって人でないという認識が広まったことが背景にあるのではないかと。

犯罪リスクの地図

東京都では 2003 年に犯罪リスクを地図上にまとめたデータ(犯罪発生マップ)が公開されたが、「地価が下がる」といった批判はなかったという。日本にはかつてのように政治的影響力をもった大規模土地所有者がいないためかもしれない。

犯罪への地理学的アプローチに固有の特徴としては、災害と比べて発生間隔が短い、犯罪発生は繰り返す(近接反復被害)といったものがある。犯罪予測については、マイノリティレポートのように誰かが近い将来に犯罪を行うことを予測するのではなく、近接反復被害などの特徴を利用してある場所で犯罪が起きる確率を予測する。その対策としては、繭を作る(cocooning)やジョグパトなどがある。

犯罪発生マップ公開の経緯(まとめ)。犯罪予防の有用性が認められている。災害はマップを出したあとアプローチが取りづらいが(基本的に自助)、犯罪だと対処しようがあるかもしれない(公助、共助など)。ただし、犯罪利用の可能性、性犯罪の場合のようにプライバシー・二次被害の問題や、犯罪捜査への支障の懸念などがある。ただし、この場合も、評価の対象が場所である場合には公開が可能となっている(プライバシーとの兼ね合いがある)。

健康リスクの地図へ

ロンドンの平均寿命の地図の例(GIS, Lives on the Line)。地下鉄駅別平均寿命の地図。アメリカでも「郵便番号区」レベルでの健康格差の調査などがある。「遺伝コードよりも ZIP コード」が重要と言われ、地域格差を通した社会格差の是正が主張されている。

日本でも、がんの発見時期をマップ化する試み。貧困度(地理的剥奪指標 ADI)のマップと重ねると、貧困な地区ほどがんは遅く見つかり、生存率も低いということがわかる。健康の社会格差が、住む場所の格差でもあることは、日本社会でも一定程度成立している。このため、情報を公開し対処する動機はある。

ただし、公開へのさまざまな懸念がある。「剥奪」や「貧困指標」、「低い健康水準」というラベリングに問題があるという行政の指摘がある。居住地を介した差別やスティグマへの懸念もある。「リスク情報の公開は対策とセットであるべき」という意見もある(対策なしに公開することはできないという)。公衆衛生の場合にこうしたことが問題になるのは、評価の対象が場所ではなく人である点が問題なのかもしれない。

歴史の改ざんの問題。Google 古地図公開事件(2009)。古地図を公開する際、被差別部落に関する記述を修正していたが、近年は隠すことは解決にならないとして行わないこともある。居住地による差別・排除と健康リスクに関係があることも大阪市における調査なので指摘されている。

結論

災害や犯罪など、評価の対象が土地であれば個人の財産権の考慮より安全が重要だということと公開するという方向へ。ハザードマップでは予測の信頼性が問題になっている。プライバシーの問題は、匿名化处理などで対応可能である。リスク公開の便益と差別・排除による不利益に関しては問題があるが、これに関しては臭いものには蓋をする文化や伝染病予防の亡霊とも言えるが、対策を取るためには公開した方がよいのではないかという意見もありうる。

質疑応答

質問 1：犯罪と地域の関係という話だったが、神社などの特定の施設と犯罪の関係もあるのではないか。

→ある。津波頻発地域の神社は高台にあるとか、通り抜けできる神社は痴漢等の温床になりやすいなど。

→最近ではポケモン GO の影響で、神社などに中年の男性が集まる傾向にあり、犯罪が減っている。

→ポケモン GO といえば、東尋坊などでも自殺が減っていると報道がある。

質問 2：健康被害の因子としては様々なものがありうる(公害、経済、その他)。リスクの因子が同定できないことが公開に二の足を踏む理由なのではないか。

→いや、できる方が出しづらいのではないか。たとえば地域間の健康格差を都道府県で見た場合には、人口比が無視されてしまい、社会経済的な因子が見過ごされがちになるという問題がある。平均寿命が短い集団は、青森県よりも東京東部や大阪市の因あーシティ部にいる人の方が多いかもしれない。都道府県単位だとつい塩分摂取など食習慣の話になり、貧富の格差が問題にならない。

質問 3：人か場所か、という語り方でよいのかどうか。たとえば地価によって災害リスクを評価するということも可能ではないか。その場合にはプライバシーが懸念事項になるので

は。

→地価とハザードリスクの関係というのは伝統的な研究課題。仮にマップの公開によって地価が下がるとしても、それは問題ないという認識。むしろリスクが高いのに地価が下がらないとすればリスクの認知と評価が正しくなされていないと考えられるかもしれない。

質問 4：行政と住民という関係で捉えてしまいがちだが、中間集団として、町内会(防犯グループ、社会福祉協議会)という単位もある。マップを公開した場合に、情報の公開が与えるインパクトはそれぞれ異なるのではないか。

→もちろんそう。さらにいえば、地域ごとに町内会が強いかどうかというのはバラバラだし、時期によっても変遷する。

質問 5：スケール(地図の精度)の問題。対策の単位としてのスケール、科学としてのスケール、プライバシーとしてのスケールなどが多層的に絡んでいる。さらにいえば、地域の属性と個人の属性のどちらが重要なのか、というのも学者は知っているがハザードマップに十分に反映されてない気がする。疑似相関など、市民が誤解している場合がある。情報の提示の仕方に工夫が必要かもしれない。

12:10～13:30 昼食・記念撮影

ラウンジで昼食をとり、その後、セミナー室で写真撮影を行った。



セッション 2 座長：島田貴仁

13:30～14:20 児玉聡：公衆衛生と警察行政の倫理

報告の概要は以下の通り。

「予防は治療に勝る(prevention is better than cure)」、「犯罪はこれを罰するよりは予防した方がよい(It is better to prevent crimes than to punish them)」(ベッカリーア)と言われるように、公衆衛生では傷病予防、警察行政では犯罪予防が強調され、両者は予防という共通の発想を持っている。また、自殺の問題や、死因究明など、公衆衛生と警察行政が共通に関心を持つテーマも存在する。

近代公衆衛生行政および近年の予防を重視した警察行政の共通の問題として、個人および社会の安全を守るためにどこまで個人の自由を制約してよいかという問題がある。本報告では、両者の歴史にも簡単に触れつつ、自由と安全の対立という問題について倫理的な分析を行なう。最後に、公衆衛生と警察行政の協働の重要性について触れる。

公衆衛生と保安(予防)警察の歴史

公衆衛生についてはウィンズローによる次の古典的な定義がある。「公衆衛生とは、組織化された地域社会の努力により、疾病を予防し、寿命を延長し、健康と効率の増進をはかる科学であり、技術である」。近代公衆衛生が登場した背景の一つには、最大多数を謳う功利主義がある。英国の近代公衆衛生の創成期に活躍したエドウィンチャドウィックは、功利主義者のジェレミー・ベンタムの弟子であったことはよく知られている(ローゼン『公衆衛生の歴史』)。

一方、警察行政は、古代ギリシアの都市を意味するポリスから出発して、「都市の規則」や「統治の技術」という意味に広がっていき、その際には治安だけでなく保健や土木や商業といった広い意味を持っていた。これが狭義の警察行政だけを指すようになるのは、フランスでは 17 世紀後半以降である(浦中千佳央「警察学の現状と未来 — フランスの警察学から—」社会安全 警察学 創刊号(2014 年))。

また、英国では近代の予防警察は、ベッカリーアなどから影響を受けたベンタム、そしてベンタムから影響を受けて「予防警察」を唱導した、やはりチャドウィックの影響が大きい。保守党で後に首相も務めたロバート・ピール卿によるロンドン警察の創設は 1829 年のことである。

日本の警察は周知の通り戦前においては内務省管轄であり、西欧に倣って整備された警察業務は衛生や建築や労働等に関する業務も所掌していた(平成 16 年 警察白書など)。内務省の衛生局および社会局が分離して厚生省が設置されるのは 1938 年のことである。このように公衆衛生と予防警察は歴史的に結び付きが深く、また功利主義との関連も深いと言える。

なお、現在、予防警察の業務を主に担うのは、警察庁の生活安全局と考えられる。生活安全局は平成 6 年に警察庁刑事局保安部から分離昇格した。所掌事務には「犯罪の予防に関すること」や「保安警察に関すること」が含まれている。

自由と安全の対立

警察法の第二条(警察の責務)には、第一項で「警察は、個人の生命、身体及び財産の保護に任じ、犯罪の予防、鎮圧及び捜査、被疑者の逮捕、交通の取締その他公共の安全と秩序の維持に当ることをもつてその責務とする。」とあり、「犯罪の予防」が謳われている。その一方、第二条第二項には「警察の活動は、厳格に前項の責務の範囲に限られるべきものであつて、その責務の遂行に当つては、不偏不党且つ公平中正を旨とし、いやしくも日本国憲法の保障する個人の権利及び自由の干渉にわたる等その権限を濫用することがあつてはならない。」とあり、警察の業務が個人の権利と自由を干渉する可能性、あるいは個人の自由と社会の安全の緊張関係が示唆されている。公衆衛生に関しては同じような法律がないが、やはり個人の自由と社会の安全・健康(すなわち公衆衛生)の緊張関係があると考えられる。

予防医学における一次予防・二次予防・三次予防という考え方があるが、今日では早期発見・早期治療を旨とする二次予防だけでなく、成人病が生活習慣病に名称を変え(1996 年)、健康増進法ができる(2002 年)などして、健康増進や疾病予防を目標とする一次予防がますます重視されるようになってきている。戦後の医療・公衆衛生的活動もあり、日本人の平均寿命は引き続き最高を更新しており(2016 年は女性 87 歳、男性 81 歳)、また 100 歳以上の高齢者が 6 万 5 千人を超し(2016 年)、高齢者の年齢を 75 歳に引き上げるという提案が日本老年学会および日本老年医学会からなされる(2017 年)など、人々の健康状態は大きく改善していると言える。

また、刑法犯の認知件数は、戦後最多であった平成 14 年をピークに 14 年連続で減少し、平成 28 年には戦後初めて 100 万件を下回った(平成 14 年の約 3 分の 1、平成 29 年版犯罪

白書)。これには少年人口の減少などの人口動態の影響も考えられるものの、犯罪予防の取り組みが一因となっているように見受けられる。

また、交通事故死も 2017 年は 1970 年の死者数のピークであった時期と比べるとほぼ 5 分の 1 となる 3694 人と、統計が残る 1948 年以降で最小となっている。一方、近年、交通事故死者数に占める高齢者の割合が高くなっているだけでなく、75 歳以上のドライバーによる死亡事故も増加している。

交通事故死の減少については、1970 年代以降のシートベルトの着用義務化の流れが一つの原因だと考えられるが、罰則付きでシートベルトの着用を義務とするのは、自動車に乗る個々人の自由よりも安全を優先する政策の一つと言える。高齢ドライバーに関しては、道交法改正により高齢ドライバーの認知症検査と、免許停止・取消が実施されるようになっており、これも個人の自由よりも安全を優先していると言える。

とはいえ、高齢ドライバーに関しては、本人の安全もさることながら、他人を危害を加える可能性が高いがゆえに免許を取り消すという風に考えられるだろう。これは自由主義の原則である J・S・ミルの他者危害原則に適った考え方と言える。すなわち、成人は原則として他人に危害を加えない限り自由であるが、未成年や認知症患者などの合理的な判断能力を持たない人の自由の制限は正当化されるという考え方である。

認知症患者は 2025 年には 700 万人になると推計されており、今後ますます問題が生じることが予想される。認知症不明者が 2016 年では 1.5 万人となり、どのようにして早期発見をするかが問題となっている。また、認知症徘徊による電車の事故や、繰り返し万引きした高齢者が実は認知症だったという事案なども生じている。認知症患者は症状の進み具合にもよるが、本人あるいは第三者の安全を優先した介入も今後重要となるだろう。

また高齢者に限らないが、孤独な人々の健康も、世界的に問題になっている。先頃日本でも話題になったように、英国では孤独担当大臣を新たに設置したというニュースがあった。英国では 75 歳以上の高齢者の半数(イングランドで約 200 万人)が独りで住んでいると推計されている。日本でも独り暮らし世帯は 2040 年には約 4 割になると見られており、そのうち 65 歳以上は約 23%と推計されている。高齢者は交流が少ないと健康リスクがあり、凍死を含めて孤立死のリスクも高まる。

また、万引き検挙者に占める高齢者の割合が増えていることが知られているが、経済的問題と同時に孤独を動機に挙げる者も多い。孤独がどのように犯罪に結びつくかについては今後のさらなる必要と思われるが、仮に孤独が当人の健康に悪く、他人に危害を与える可能性も高くなるとすると、我々は人々が独居する自由を認めず、複数名で暮らすことを強制すべきであろうか。

これは政府によるパターナリズムだと批判されることであろう。パターナリズムとは、本人が自分自身に危害を与えることを防止するために、本人の意思が望んでいるかどうかに関らずある行為を強制することである。上述のように、未成年など判断能力がない場合のパターナリズムは正当化しやすいが(これはソフトパターナリズムと言われる)、判断能力のある成人に対するパターナリズム(ハードパターナリズムと言われる)は正当化が難しい。自動車のシートベルト着用やオートバイのヘルメット着用の義務化はハードパターナリズムであるが、これが認められているのは、自由の制約によるコストに比べて、ベネフィットが非常に大きいということが一つの理由であろう。それに対して、人々が独居する自由を認めないことはコストがかなり大きいものと考えられる。

この文脈で近年注目されているのは、周知の通り、リバタリアンパターナリズムである。これはナッジとも呼ばれるが、人々の利益になる選択肢を選ぶよう、人々を誘導はするが、別の選択肢を禁じることはしないという戦略であり、強制しないパターナリズムと言える。たとえば、メタボ健診を受けた個人にはお金やポイントを付けるといった公衆衛生的介入が考えられる。

自殺対策についてはどうであろうか。自殺についても、自殺対策基本法の策定と、2016年施行の改正自殺対策基本法などの取り組みもあり、一時期 3 万人を越えていた自殺者数は 7 年連続で減少し、2016 年には 2 万 1 千人台になっている。これは好ましい傾向と言えるが、しかし、すべての自殺が不合理と考えるべきかどうかという問題がある。最近も安楽死を公然と求める有名人がいたり、高齢の評論家が入水自殺するといったことが起きているが、自殺をする個人の自由と当人の安全(利益)について、今後検討が必要だと思われる。

ここまでの話をまとめる。予防一般の問題については、個人の自由との衝突の可能性があるというのが最も大きな問題である。また、その他の問題として、実務的には、予防のための対策は範囲が広がり、場合によってはきりが無いと考えられる場合もあるだろう。さらに、予防がうまく行くと、予防の重要性が忘れられるという問題がある(たとえば予防接種

など)。また、傷病や犯罪を未然に防ごうとする予防行動は統計的な成功であるため、治療や捜査が持つ劇的な印象がなく、効果が感じにくいという問題もある。さらに、将来のリスクに関する人々の認知的バイアスにより、予防行動が取られにくいという問題もある。これらについても、予防の哲学として検討と対策が必要である。

公衆衛生と警察行政の協働

近年、英米では警察行政(policing)と公衆衛生行政の協働が言われるようになっている。たとえば 2016 年 10 月に出されたパブリックヘルス・イングランドの報告書では、暴力の予防、薬物やアルコール、メンタルヘルス、認知症、健康と幸福、暑さと寒さ対策、新興感染症、人身売買といったテーマで協働が可能だとしている。また、2017 年の JAMA の論文でも、公衆衛生と警察行政は従来別の分野と考えられてきたが、協力して殺人や暴力行為を減らせるという指摘がなされている。具体的には、データシェアリング、政策や環境の変革、一緒に教育や対応を行うなどである。米国では銃による暴力が問題になっているが、これを公衆衛生の問題として研究すべきだという指摘もなされている。

まとめ

予防を中心とする公衆衛生と警察活動は共通点が多く、倫理的問題も重なっているところが多いと言える。両者に共通する検討や、公衆衛生で行われていることを、警察活動に適用するとどうなるかなどのアナログカルな思考が有用だと考えられる。また、予防はしばしば効果的だが、個人の自由とのバランスが重要であり、原則論を立てておかないと個人の自由の過度の侵害が生じうる。さらに公衆衛生と警察行政で対応すべきテーマの重なりも多いため、実際の協働も重要だと言える。

質疑応答

質問 1：チャドウィックに対する批判のところで、中央集権の問題が指摘されていたが、日本でも戦後数年間、自治体警察が存在していた。公衆衛生や警察行政を自治として自主的に行うか、中央集権的に行うかという問題もある。また、児童相談所のように警察とも公衆衛生とも言えない領域(福祉)も存在している。セーフティプロモーション(外傷予防)というような試みもある。

質問 2：孤独の問題については、3 世代リスクというのでも知られており、おばあちゃんが子どもにごはんを分けて不健康になったり、家族に対する当て付けで自殺したりするといった問題もある。

質問 3：認知症の免許取消については、子どもとどの程度アナロジカルに考えられるかが問題だろう。保護者の責任という点では、子どもがサッカーボールを蹴ってそれが高齢者に当たった場合に親の責任が問われた事件もあった。

14:20～15:10 齋藤信也：公衆衛生と医療倫理 ―臨床医の立場から―

報告の概要は以下の通り。

医師法第一条に医師の役割として「公衆衛生の向上」が謳われている。しかしそれは、「医療及び保健指導を掌ることによつて(公衆衛生の向上及び増進に寄与し、)」とあるように、直接医師が公衆衛生に関わることを想定していないのかもしれない。しかし、保健所長や厚生労働省の公衆衛生局長などは例外はあるものの慣例として医師が担っており、実質的には医師が公衆衛生を担っていると言えるだろう。

米国では、公衆衛生学部が医学部とは別個に存在するのに対して、日本では公衆衛生教育は医学部に取り込まれている。しかし、医学部教育においては臨床医学が強調されており、公衆衛生などの社会医学が重視されているとはいえない。

公衆衛生を掌る医師になるには医学部卒業後そのまま保健所等に入ることもあれば、臨床を経てそちらに進む人も少なくない。

では、臨床医は公衆衛生に関わらないのかというと、実際には公衆衛生上の政策決定などの場合には、審議会等に参加している臨床医の意見が反映されやすい。例えば、PSA(前立腺特異抗原)を用いた前立腺がん検診などは臨床医(泌尿器科医)は、早期発見早期治療のために必須としているが、公衆衛生側からは、過剰診断の恐れもあり、推奨レベルは低い。

臨床医と公衆衛生医には、さまざまな違いがあるが、臨床医の思考パターンは目の前の患者を治すことに知的リソースを注ぐ、医療の不確実性を認識している、プロセスよりも結果を重視するなど、おおよそあまり科学的ではない。一方、公衆衛生では、集団を対象とし、疫学という数理統計に基づいた試行が必要であり、個々の経験はエビデンスレベルとしては非常に低く扱われる。

しかし、医師が臨床も行えば、公衆衛生も携わる現状を考えると、医療倫理と公衆衛生倫理の対立が生じる。医師は医療倫理の4原則のうち、自己決定権(自律尊重原則)が最上と教えられる。一方、正義原則は、医療資源配分の問題というより医師の職業倫理として「どの患者にも等しく接しなさい」という教えに矮小化されている。輸血をめぐるエホバの証人問題のように、基本的に医療倫理は自己決定権至上主義であり、メニューを示すのは医師、決めるのは患者、という構図がある。しかし、このような自律尊重一辺倒では、公衆衛生上

の倫理問題(例えば喫煙の制限)は、解決できない。

世界医師会の医の倫理マニュアルによれば、臨床医は患者の利益を慮るだけでなく、資源の分配を公正に行わなくてはならない(医師の **double agent** 論)とされている。この観点から、医師は患者の代理人であるのと同時に社会の代理人でもあるという二重性が生じ、ときにはジレンマに陥ることもある(オブジーボのような高額な抗がん剤を保険適応にするかどうか)。しかし、医療資源配分上の配慮から、目の前の患者の治療を控えること(ベッドサイドラッシングと呼ばれる行為)をしてはいけないというのが医師の職業倫理である。一方で、医師の二重性は、患者の二重性の反映でもある。すなわち、患者も、患者やその家族という立場と保険料や税金を払っている市民・国民という二重性がある。

まとめると、臨床医にも公衆衛生的視点が欠かせない。実際のところは、困難であるものの、臨床倫理(自由主義)と公衆衛生倫理(功利主義)バランスを取っている臨床医が多いと言える。

質疑応答

質問 1：現場職員の裁量という話は、リプスキーのストリートレベル官僚制論がある。現場職員は目の前のクライアントに応えようとするとやることが過大になる。ただあまり現場から離れて社会公正だけに関心を持つと冷たい人になる可能性がある。

→臨床と医療行政の関係と似ている。敢えて臨床現場(ストリート)を知らない方が、冷静な行政ができるという考え方がある。感情と正義の間の綱引きみたいなものは難しい。そもそも、行政は、一部の人だけに利益が及ぶことを公平の観点から嫌うところがある。個別事例に引きずられることを恐れるのも分かる。

質問 2：臨床医の思考パターンの特徴というのは、刑事の思考パターンというのと非常に類似している点が多い。また、医学教育において臨床的な観点が重視されるのと同様、警察においても研修を経て実務家としての道を希望することが多い。さらに、現場を経て犯罪予防の分野にくるというのも、疲弊したり、現場レベルでは解決できない問題の存在に気づいたりしたから、などと似ている点が多い。

質問 3：公衆衛生大学院が始まって 10 年ほど経過するが、その影響というのはあるか。
→学位を取る上で、医学系の大学院に進むより公衆衛生大学院に志願して進むという人もおり、影響は増してきている。

→警察でも俯瞰的に問題に取り組むスキルは必要。諸外国ではそれを学ぶ学部(School of Criminology)もある。日本では警察大学校で教えられるのみだが、経験やハウツー教育になっている。今後は日本の警察官に対してもそのような教育をしたいと考えているが、今のところ、学位や大学機関で行うという話はない。

質問 4：公衆衛生大学院というのは、出身学部、進路としてどうなっているのか。

→出身学部としては医師、看護師、助産師、文系の学部を出てからくる人、農学系からくる人などがいる。進路は、医師、看護師であれば現場に戻ったり、その他の人は大学教員になったりする。

質問 5：日本は保健学科があり、保健師さんが多い。この点は少し警察とは違うところかもしれない。保健所が MD 偏重なのはなぜだろうか。

→公衆衛生上、保健師の役割は非常に大きい。

15:30~16:20 村山綾：犯罪被害者・加害者に対する一般市民の反応：公正世界信念に基づく検討

報告の概要は以下の通り。

公正世界信念(Belief in Just World)とは

「世界が不当な不運に見舞われることのない、公正で安全な場所であるという信念」
ランダムな世界に生きる厳しい現実に対して世界は安定して秩序のある環境なのだという動かぬ認識を提供することで心理的な緩衝材にもなりうる。

この概念の背景にあるのは、アイヒマン裁判を契機に行われたミルグラムの服従実験(1961)。
Lerner らによる研究(1968)で公正世界信念の仮説が出された。

日本の状況

最近のベビーシッター事件。ベビーシッターに子どもを預けて被害に遭った母親に対して、「被害者の母親に非はないのだろうか」と被害者非難がなされた。しかし、のちに分かることとして容疑者が偽名を使っていたなど、複雑な事実があった。
また、裁判員が全員女性で強姦致傷罪に関して判断した裁判員裁判においては、判決は求刑よりはるかに軽く、執行猶予がついた。被害者非難は、被害者に属性に近いほど生じることがわかっており、その一例と考えることができるかもしれない。
セクハラ被害者の告白に関する被害者非難など、公正世界信念と被害者非難の関係は社会的にも注目され始めている。

犯罪のような、加害者と被害者が同時に存在するような事例において、公正世界信念の維持方略はどのようなものになるか。

公正世界信念には 2 種類あり、過去の悪事が将来の報いをもたらすという信念(内在的公正世界信念)と、現世の不正義は、来世で償われるという信念(究極的公正世界信念)がある。
加害者に対する非人間化(denial of human uniqueness)は厳罰化の傾向をもたらす。

仮説：内在的公正世界信念→加害者の非人間化→厳罰傾向

実験：無差別殺傷事件の架空の記事を見せて、被害者非難や、加害者への刑罰、加害者に対する非人間化、公正世界信念に関して質問して回答してもらう。

→究極的世界信念(来世タイプ)と間接的被害者非難が結びついていること、また内在的公正世界信念仮説と加害者の非人間化の効果が結びついていることがわかった。

非人間化は嫌悪感情(血を見ると気持ち悪いなど)を伴うとの指摘もあり、妥当性の低い法的

判断を生じさせかねない。

公正推論の日米比較

内在的公正推論(immanent justice reasoning)と究極的公正推論(ultimate justice reasoning)がある。前者は、不運な目にあったのはその人が悪い人だからだ、というタイプ、後者は、今不運な目にあったのであれば、来世できっとよいことがあるよ、というタイプの推論。

究極的公正推論については、欧米の研究では信仰心が強ければ強くなるということがわかっていて、日本ではどうなのだろうか。

実験を行なったところ、日米ともに悪い人に対して内在的公正推論が働くことが多かったが、日本では信仰の有無に拘らず内在的公正推論が行われ、またその傾向は米国よりも強かった。究極的公正推論は、米国の方が、宗教の有無にかかわらず強い傾向があった。

研究結果を踏まえて→被害者非難を生じさせにくくするには、被害者への補償の制度をわかりやすい形で社会に周知することが有効かもしれない。それによって、将来の見通しを示す必要性がある。また、加害者に対する非人間化の抑制も重要と考えられる。

質疑応答

質問 1: 被害者非難や加害者の非人間化などが、量刑の妥当性を損なうというが、そもそも「妥当性」をどう評価するのか(これまでの判例やプロの裁判官のほう为正しいと言えるのか、そうでない可能性もあるのではないか)。

→嫌悪感情に基づく判断は判断の基準に本来事件とは関わりのない事柄が関わる可能性があり、結果として妥当性を損ないかねない。

質問 2: 島田先生の報告であった「過剰な楽観主義」と公正世界信念には関係があるのではないか。つまり、「悪いことをしていない自分が犯罪にあうはずがない」という発想である。

また、病気に関しても公正世界推論的なものはあるように思う。

島田先生→犯罪に関してそのような先行研究はある。公正世界信念と楽観主義が主観的幸福をもたらすというような研究。

質問 3: 運に関する信念と公正世界仮説はどう関係しているか。倫理学では道徳的に生きられるかどうかについても運によるという話(道徳的運)もある。

→多くの人は帳尻があうと信じている。障害児が生まれるのは親の因果といった話。

質問 4: 運の帰属(自分が犯罪にあったのは誰のせいなのか)と公正世界信念に関係がある。また、若年の子宮頸がんは、乳がんに比べて道徳的に非難されることがある。

質問 5: 女性だけで構成された裁判員が加害者に執行猶予をつけるというのは恐ろしいと感じた。裁判員の多様性を確保する理由になるような気がする。

質問 6: 「信仰はあるか」という質問があったように思うが、日本人の宗教心の有無に関しては尋ね方に気をつける必要があると感じた。

質問 7: 貧困の責任を自分のせいにする、生活保護受給者を本人の道徳的責任にする。といった傾向があるように思う。

質問 8: 失敗やミスを開示するか(医療ミスなど)どうかという問題とも関わっているように思う。

→回復や補償の機会が日本においては提示されていないのがこういう結果につながっているのかもしれない。

質問 9: 適切な公正世界信念のレベルなどはあるのか。また、そのレベルに向けて、教育の可能性はあるのか。

→教育については、直観的に反応せずに、少し時間をとって判断するということが考えられる。

16:20~17:10 山本功：地域社会とのつながりが自殺許容意識にもたらす効果の分析

報告の概要は以下の通り。なお、資料(論文二本)が配布された。

自殺対策基本法の施行(2006年)、改正(2016年)があつて地方自治体や国で対策を打っている。

自殺対策に資する社会調査には固有の困難がある。NPO法人ライフリンクによる自死遺族への聞き取り調査もあるが、これ以外では体系的な調査研究が不足している。また自殺未遂者への調査に関しても倫理的な問題もあり障害がある。

倫理的問題としては、(1)自殺未遂による消防隊の出動で、当事者が搬送を拒否する例が1割程度ある。それに関して、現場の人によれば本人が搬送拒否している限り搬送できない、としている。(2)自殺未遂者に救急外来で治療したあと、本人が希望しない限り精神科に受診させられないという問題がある。

自殺許容度に関する質問紙調査について：株式会社マクロミルに調査を依頼。内閣府調査と比較できるよう一部の質問を同一のものとした。内閣府調査は訪問留置法で、淑徳調査はネット調査で行なったが、違いが現れた。ネット調査のほうが概して自殺許容度が高い。→これに関しては、どちらの調査にバイアスがかかっているかは一概には判断できない。訪問留置法の方が「社会的望ましさ」バイアスが強い可能性もあるし、ネット調査では登録者の性格特性がバイアスとなっている可能性もある。

「ソーシャル・キャピタル」という概念が何を指すかについては少なくとも二つの考え方ができる(個人の社会との繋がり、社会の結合度の強さ)。自殺研究の古典、デュルケムにおいてはこの点が混同されているというところがある。オランダのファンチャーベルゲンら(2005)は、社会的な結びつきの強さと自殺の関係について研究している。彼らは共同体が自殺抑止に関して具体的に何を提供するのかについて、(1)コミュニティサポートモデルと(2)コミュニティ規範メカニズムの二つの仮説を立て、調査から(2)が支持されるとした。この結果が示唆するところによれば、宗教コミュニティのもつ規範が地域全体の自殺を抑止するというモデルが支持される。すなわち、自殺許容度に関する規範の強さが自殺の抑止と関係があるという予測が立つ。

日本のデータを用いた研究：調べたのは、自殺許容度と地域への愛着の関係。また地域へ

の愛着に関しては意識だけでなく事実レベルで近隣関係があるかを調べた。地域への愛着が自殺許容度を低くする、また近隣互助関係があるほど自殺許容度が低いということが支持できそうである。

また、自殺念慮がある(あった)人の方が、自殺許容度が高いということがわかった。ただ、自殺許容度が、世間一般に関するものなのか、自分自身に関するものなのかはあいまいなところがあり、これは今後の検討課題である。

まとめ：地域社会の繋がりを強化することが自殺を抑止するということが確認できた。千葉県某地域では孤独死対策として餅つきやフラダンスをやっていたりする。これは防犯対策も同じになるはずで、一つのことが複数の効果を持つよう対策を打つ、今日のような研究会は有益だと感じている。

質疑応答

質問 1：自殺許容度に関して、自分自身のことを言っているのか世間一般のことを言っているのかというのは面白いと感じた。質問を変えて、20 代の自殺ならどうか、80 代の自殺ならどうかという判断を変えてやるというのが気になる。

→技術的にそういうことは可能。たしかに若者や子どもの自殺はよりよくないという意識があると考えられる。

質問 2：自殺念慮と自殺許容度との関係について、一般的には自殺念慮がある(あった)人の方が自殺許容度が高いのに対して、40 代は自殺念慮がない(なかった)という人のほうが自殺許容度が高い。これは何かあるのか。

→この点には気付かなかった。

質問 3：自殺許容度はどのぐらいが望ましいのか。また、近年自殺者数が低下しているがこれは自殺対策基本法などの施策が功を奏しているからなのか。

→自殺対策施策といっても、一般的な対策から、いのちの電話など緊急介入までである。

質問 4：オランダだと安楽死を法で認めており、安楽死への許容度は上がっているはずである。しかしそれとは別にいわゆる通常の自殺への許容度というものがありえ、尺度の洗練が待たれる。

→自殺のカテゴリはたしかに国で異なる。たとえば無理心中などは日本では自殺の一形態とみなされるだろうが、アメリカでは殺人であるなど。

質問 5：自殺は追い込まれてやるわけだが、どのような代替の選択肢があれば回避できるかを尋ねるのもいいのでは。

→追い込まれての死というイメージがあるが、他者にダメージを与えるための自殺というものもあり、一口に自殺といってもいろいろある(三世帯家族の高齢者や、いじめられている人の自殺など。これに対して孤独な老人などはダメージを与える相手がいない)。

質問 6：自殺者数の低下については、産業保健におけるメンタルヘルスへの早期介入(休職の制度など)が効果を発揮しているという話もある。またうつ病に対する社会的な理解も高まってきた。

質問 7：若い看護師など、新型うつ(軽症うつ)で診断書をとって休職する人もいる。医療現場などではしわ寄せがきて離職率が高まる職場もある。また、末期がんの患者でうつ病を持っている人は、治療中止してよいのか、という問題もある。

→メンタルヘルスがリスクファクターなのは明らかだが、そこにリソースを集中すると一次予防が疎かになる可能性がある。また自殺未遂は暗数が多い。男性は既遂率が高いが、未遂率も考慮に入れる必要がある。ただし、未遂率については調査が困難である。

2月11日(日) 9:00~16:00

出席者：児玉聡、鶴山竜昭、齊藤信也、東島仁、服部高宏、立場貴文、大庭弘継、山本功、
齊藤知範、長尾式子、島田貴仁、中谷友樹、高木大資、佐藤恵子、近藤尚己

セッション 3 座長：児玉聡

9:20~10:10 佐藤恵子：高齢者の孤独と孤立を防ぐために

報告の概要は以下の通り。

「孤独・孤立が健康に悪影響を及ぼす」という認識を持つ

孤独・孤立の問題に気がついたきっかけは、1)生後6ヶ月の子どもを持つ女性のキャスターが自殺した事例(2011年)で、家族に愛されているという実感があるにもかかわらず自殺しており、本人の価値を理解して共有する人がおらず、精神的に孤独だったと推察されたこと、2)認知症の妻を長年介護していた夫が妻を殺した事例(2016年)で、夫婦が完全に社会から孤立して夫が追い詰められた末の殺人であったと推察されたこと、3)望まない妊娠をした未婚女性が誰の支援も受けられず孤独の中で中絶手術を受け、後悔にさいなまれている事例などを耳にしたことである。

海外諸国で孤独・孤立の問題がどう扱われているか

2016年9月のニューヨークタイムズの記事(Researchers Confront an Epidemic of Loneliness)では、孤独が高齢者の健康に1日に15本の喫煙と同程度の悪影響を及ぼすこと、孤独感は空腹と同じであり医療の対象とすること、公衆衛生の問題でもあることが紹介されており、諸外国では研究が進み、知見が蓄積されていることを知った。また、2017年の国際アルツハイマー症学会に参加し、ヨーロッパの高齢者ケア、孤独・孤立の予防施策を学んだ。

英国での状況

孤独は健康リスクであるという認識のもと(Future of an ageing population, 2016)、ageUKなどが、高齢者に社会的繋がりを持てるような施策(befriending service)を講じている(ただし、大きな効果は見られない)。2018年から孤独担当相を設置し、高齢者だけでなく若者の孤独にも対策が必要であり、また、自ら助けを求めない・求めることができない人にも対策が必要とする。認知症に対しては、かかりつけ医の技能改善や訪問看護師の権限強化が必要であるという認識のもと、スコットランドでは、早期診断や適切な支援を提供する

専門家(リンクワーカー)を立てるなどの対策が行われている。デンマークは、高齢者は施設入居という方針から、在宅で過ごしてもらうことに方針を変更し、同時に認知症コーディネーターというワンストップでさまざまな支援を行う専門家を育成し、効率よく種々のサービスを提供するしくみを導入している。

日本における高齢者や認知症の介護の状況

湯原悦子による介護殺人の調査、松浦晋也による家族の介護に関する著作に見られるように、日本では、患者・家族が誰に支援を求めたらいいのかわからない、家族が患者の面倒を見なくてはならないと思って孤立する、介護者に支援が届かず共倒れの危険がある、などの問題が指摘されている。こうした状態に陥る原因は、家族構造の変化、貧困、支援制度へのアクセシビリティなどがある。諸外国と比べると、「認知症患者の人となりやニーズを把握し、適切なケア・介護の方針を立てる」ということができておらず、ワンストップで支援ができるような仕組みが必要と思われる。

対策に関するヒントは、ハーバード大の幸せに関する研究(Robert Waldinger、TED で見られる)が示すように、「もしものときに頼れる人」(質の高い人間関係)を持つことである。日本は、かかりつけ医制度が普及していないこと、しかし、在宅でのケアが好ましいことを考えれば、デンマークの認知症コーディネーターのようなワンストップで支援の提供を受けられるような「頼れる人」が存在することがよいと思われる。

高齢者に必要なもの二つ

一つには「存在の後ろ盾」で、「いざという時に頼れる人がいる」ことが大事。そのためにはたとえば東近江市永源寺の花戸貴司医師が提唱している「地域まるごとケア」のように、包括的なケアの提供と中心となって采配するケア・マネージャーがいればよいのではないか。ただし、「後ろ盾」になるためには、医療や介護の知識・技術を持つこと、苦しみを理解して共有できる資質を有していることが必要。患者との相性もあるので、複数人から選べるようにする。いずれにせよ、声を上げた人だけを助ける方式では不十分なので、すべての人が後ろ盾を持てるようにする必要がある。

もう一つは、「自分の居場所」が社会の中にあるということ。精神科医の安克昌医師が阪神淡路大震災の経験を書かれた著作では、地域で自分の居場所を実感できる、自分を支えるもの(役割、仕事、楽しみなど)が必要としている。高齢者のコミュニティのありようとして、柳田国男の『遠野物語』に出てくるデンデラ野のように、高齢者同士がケアし合う仕組みがあれば、生きがいも作れると思われる。

これらの話は高齢者ケアだけでなく、犯罪被害者や加害者などの再犯防止にもつながる

のではないだろうか。

質疑応答

質問 1: 「システマティックレビュー論文で、イギリスの Befriending は効果が薄い」という主張があったが、その研究のアウトカムは、客観的な指標(疾病等)なのか、主観的幸福なのか。

→「孤独感」のような主観的な尺度と、うつ病の改善などを見ている。いずれも少しは効果があるが、全体として見ると、有意差がつくほど効果が出ていないという結果であった。

質問 2: 日本でも宅配便や郵便配達時の見守りなど、似たような対策が論じられているので参考になる。追加で質問、佐藤先生の主張される案は、民生委員や既存の町内会のようなものとどの程度の親和性があるのか。

→既存の仕組みで問題なのは、「声を上げた人だけを助ける」というところ。声を上げない人もすくい上げる工夫が必要。また、「孤独死していないかをチェックする」だけではなしに、それ以前の、孤独でいるという健康リスクに介入する必要がある。

質問 3: 孤独死の問題は、周囲の住民など周りにダメージがある。そうした対策として千葉県松戸市がしているような積極的な介入が考えられるが、これを「おせっかい」として煩わしく思う人もいるだろう。そのため、専門職によるケアと、もっと無理のないゆるふわのつながりという二層で考える必要があるだろう。また、友人の数よりも質が大事だという主張があったが、社会心理学では質よりも数が大事という知見もある。

→ウォルディングアの TED の講演では、友人の数というよりも、質(頼れる一人)が大事と主張していた。

→近年の知見では、社会的関係を維持できる数は実質的に 150 人程度であり(ダンバー数)、また、フェイスブックやツイッターなどの SNS が孤独感を深めるという指摘もある。

質問 4: 孤独死に関しては、高齢者サロンの開設などがある。愛知県で行われた研究によると、認知症の発症リスクが半減するという結論が指摘されている。この結果に関しては、「社交的な人がますます社交して、孤独な人は孤独なまま」という懸念があるが、別の研究によればこうしたサロンに参加しているのは孤独な人であるかもしれないことが示唆されている。大事なのはこうしたプラットホームの設立と、そこへ誘導する仕組み。英国では医師がこうした居場所を提案するのにも診療報酬が出されている(社会的処方)。日本では保健師がこのような仕事をしていると考えられる。

質問 5: たしかに声を上げないハイリスクの人の存在は問題。一般に女性の方が社交するが、男性も工夫の仕方では社会参加する。スウェーデンでは、認知症患者は社会的入院せずに家にいて、家族が外に出てケアマネージャーが来るなど。これによってせん妄などが抑えられる。豪州も在宅介護を政府が助成する。

質問 6: 犯罪研究の分野でも人間関係と犯罪の関係はポピュラーな主題。ある知見によれば良い結婚と良い就職が犯罪からの離脱を促す。また人間関係の質自体も大事。孤立はよくないが、貧困であったり犯罪に親和的であったりする人間関係は、犯罪を促進する要因であることがわかっている。量と質の両方が重要である。

10:10～11:00 齋藤知範:高齢者に適した施策を考える——特殊詐欺防止と万引きの社会的背景要因

報告の概要は以下の通り。なお、配布資料あり。

高齢社会を取り巻く社会情勢:全体として日本人口は減少しているが、高齢者は増加している。シニア層は情報機器が発展する社会に直面している。

(1)特殊詐欺(主に固定電話が使われる振り込め詐欺では、高齢者が主な被害者になる)特殊詐欺の被害総額は年々増加しており(平成22年は112億円、平成26年は565億円)、また一件当たりの被害額の平均も非常に高い(約373万円)。従来の詐欺は対面で行うのに対し、特殊詐欺の場合は、最初に欺罔する段階では、電話やメールなど非対面の通信手段を用いる(オレオレ詐欺、還付金詐欺など)。

対策としては、電話をしながらATMを操作している高齢者に銀行員などが声をかけるなどの「水際阻止」が行われており、振り込む前に阻止される点で、かなりの程度の効果を挙げている。しかしこの対策だけでは、警戒の人員がいないATMでは被害が食い止められないなどの限界もあり、別の対策が必要とされる。特殊詐欺には前兆電話(アポ電)があることが非常に多く、これに対して策を講じることが有効であるように思われる。このため、先進的な事例として、詐欺にあわないなどの効用が考えられるが、普及には至っていない。前兆電話録音サービスの利用者に対する調査を行い、分析した。勧誘等の電話が明らかに減っているという結果が得られている。

高齢者を被害から守るためには(論点)

1. 素人にも使えるよりダイレクトな介入

録音警告による撃退、フィルタリングによる遮断など物理的な対策の実施量を増やす(ベキなのか)。今後、コスト意識も含め、より詳しく分析する必要がある(電話番号によるフィルタリングなどは、ウィルス対策ソフトのアップデート同様にコストがかかり、無償というわけにはいかない)。

2.防災無線や車両に搭載のスピーカーにより特殊詐欺多発地区への警戒情報を広報するなどして、比較的すみやかな情報発信により地域住民全体に情報共有をする。

(2) 万引き防止対策(高齢者が加害者になる)

万引きの検挙率として高齢者の割合が増えている(実数では少年よりも多い県もある)。

また、高齢万引きの特徴として、少年の場合に比べて再犯者率が高いことが挙げられる。刑務所に入れられるということはきわめて少なく、多くの場合説諭で終局する(微罪処分)。

「東京都万引きに関する有識者研究会」の調査結果(対象は初犯高齢者)の中で実施した調査データを分析した。万引きのリスクが高い要因としては、暮らし向きの苦しさ、毎月の支払いの資力の少なさ、セルフコントロールの低さなどが挙げられる。また抑止する要因としては、教育年数の高さ、近所づきあい、友人・知人および家族の情緒・情報支援、家庭幸福の体験との関係などが挙げられる。これに対して規範意識や体力の低下との関連は見られなかった。

考察

高齢者万引には、経済問題や社会的な孤立化が背景にある。対策としては、行政や地域による経済的支援が受けられることの周知(福祉制度の説明)を強化する必要がある。また近隣・地域の社会的包摂など、社会的なつながりを支援することが有効ではないか。

質疑応答

質問 1：万引きの調査に関しては、初犯の人が対象となっているのか。

→万引きの調査に関しては、初犯の人を対象に行っている。

→(参加者からのコメント)それでここまではっきりと関連が出るということは、繰り返し万引きを行う累犯の高齢者に関しては、もっと如実に関連が出るだろう。

質問 2：いわゆるクレプトマニア(窃盗症)の人はどのぐらい含まれるのか。

→ごくわずかだと考えられる。

質問 3：たとえば東京都に住む高齢者に関していえば、もともと住んでいた人、就職のために地方から来た人、子夫婦に呼び寄せられた人などがおり、安定した居住地がない方が認知症などの周辺症状が出やすいという実感がある。この辺りのリスクファクターと万引きの関係に関して知見はあるか。

→居住年数との関係は注目すべき。居住の安定性が高いほうが万引をしにくい。また、ピック病(前頭側頭型認知症)と万引きの関係は少数の事例としては指摘されてはいるが、まだ確立された知見があるわけではないので、今後の課題。

質問 4：これまでのコメントや質疑の中で、盗癖などに医療的に介入するということがある

というふうな議論が出たが、そうした社会的 이슈への介入は医療の分野に投げられることが多い(高齢者の免許証返還など。医療化の問題)。万引きも今後医療化するのか。

→今のところ、盗癖を治療できるというはっきりとしたエビデンスがあるわけではない。いくつかのクリニックではグループ療法、認知行動療法が実施されている。ただ、そうした医療機関にかかることのできる高齢者はごくわずかでもある。スーカ加害者に対する医療機関受診の促進とは異なって、現段階では万引きの場合にははっきりとした医療化の動きがあるわけではない。

質問 5: 高齢者万引きの原因の一つとして経済的要因が挙げられたが、こうした人々への再犯防止策とはどのようなものが行われているか。

→まだ効果的な介入ははっきりしていない。説論として行うのは、「盗みは犯罪で、こういう罰に処されるんだよ」という話をする。また、性犯罪に関しては保護観察官や保護司などと連携する動きがあり、検討している。生活保護の者も多いが、受給可能な人が受けていない事例もあるため、福祉機関と連携して、暮らし向きに関しても支援が必要である。

質問 6: 特殊詐欺について、調査対象の家族構成はどのようなものか。孤立や孤独がもたらす影響はあるか。また、特殊詐欺の媒体としていわゆる固定電話を想定しているが、携帯電話による特殊詐欺も存在するのか。

→今回分析したデータでは、独居も含む高齢女性が実数としては多いようである。また、特殊詐欺のうち、高齢者が被害に遭うケースでは、固定電話を通信手段とするケースがとても多い。携帯電話のショートメールが詐欺のために用いられるケースは主に架空請求の場合である。高齢者に限らず成人の各年齢層で、携帯電話に届いたショートメール等による連絡を端緒とする架空請求詐欺の被害がかなりの数起きている。

質問 7: 補足の中で、特殊詐欺多発地区への警戒情報を音声で流す際に、ヘリコプターを飛ばして、広報する例について説明があった。ヘリでの警告の効果はあるのか。

→地上の車両から流す場合に比べ、ヘリの場合は音声は建物にさえぎられることもないため、音声が行き届いて情報が伝わるという意味での効果は結構あるのではないかと。

質問 8: 特殊詐欺の件数は近年微増している。しかしニュース等で連日手口が紹介されている。それにもかかわらず増えているのはどういうことか。

→被害に遭った人にヒアリングすると、特殊詐欺の事例や手口の情報を、半数以上の方が知識としては持っている。振り込め詐欺の場合には、周到なだましの手口やシナリオが用意さ

れており、とっさの場合、知識だけでは必ずしも十分な被害防止にならないようである。

質問 9：ナンバーディスプレイの義務化など是不可能的なのか。

→そういう議論もあるが、固定電話ではナンバーディスプレイが有料である現状があり、現状の段階では、やはり本人の自由意志が尊重されなければならないだろう。携帯電話の場合は、ナンバーディスプレイが有料オプションではないようであるが、固定電話は有料オプションである。固定電話の場合は、電話通信会社の側での事情もあるのだろう。

11:10～12:00 鶴山竜昭：日本における法医学サンプルの研究利用をめぐる倫理的問題

報告の概要は以下の通り。

「法医学」とは？

Legal medicine (Rechtmedizin)。英米では通常 Forensic medicine として知られている。解剖検査(剖検)・検案、DNA 鑑定など、犯罪事件を扱うイメージがドラマなどによって普及しているが、犯罪捜査の権限はない。また、事件性が疑われて持ち込まれる司法解剖例でも、実際は内因性疾患による突然死であることが少なくない。東京都監察医務院の 2011 年の調査にもあるように、高齢自殺者には孤独・孤立が背景にあるものが多い。

死亡から解剖まで：医師による検案→異状死と診断された場合、医師は医師法に基づき 24 時間以内に所轄の警察署に届出(医療者と警察との信頼関係が必要)→検視→検案(監察医は東京、大阪、神戸のみ)→犯罪性なしの場合は京都では承諾解剖、監察医がいるところでは遺族同意なしでも行政解剖→犯罪性が残る場合は司法解剖。

日本では解剖例は警察の死体取扱数の数%にすぎず、これは他国と比べると非常に低い。秋田の解剖数が多いのは自殺者が多いから。欧米では剖検の割合はもっと高く、死因究明が公衆衛生上必要だと考えられている。

司法解剖を担当するのは大学医学部など。行政解剖(食中毒、感染症)。病理解剖。承諾解剖(実質は病理解剖)。これらには境界例がある(乳幼児の突然死など)。

CT 撮像を用いたオートプシーイメージング(Ai)などを導入して解剖の参考にする動きもある。

法医学研究としては、DNA 鑑定(遺伝マーカーを用いて親子鑑定を行なうなど)、内因性急死の原因の解明(急性心筋梗塞の同定など)。

法医学研究と倫理的課題

倫理に関する文書標準化へ参加：国際標準化(ISO)文書倫理規定(サンプル提供者への IC 文書)のポリシーガイドラインの作成など。

課題としては、(1)遺族の承諾のない解剖事例のサンプルを研究利用できるか？→司法解剖や、災害における行政解剖などが該当。(2)警察による捜査への利用への懸念。イギリス

等で、DNA バンク試料の警察の捜査利用の是非が議論されている。

他国では：英国では資料が国外から輸入されており匿名化されていたりとか、死後 100 年が経っているなどでなければインフォームド・コンセントが必要であるとしている。

スイスでも原則として生前にその人または親族などから IC を得る必要がある。欧州全般として、法医学サンプルは研究利用に関して同意を必要とする。あるいは同意取得が困難な場合は指定された代理人からの同意や死後 100 年たっているというふうに条件が指定されている。日本ではバイオバンクの定義がなく、サンプルの所有権などがあいまいである。

IC への遺族の関わり。遺族から IC を得ることは困難であると考えられてきたが、乳幼児死亡症候群などでは家族の積極的な同意もあり、必ずしも遺族は消極的ではないことがわかっている。

日本では研究倫理指針において法医学研究の記載はないが IRB の許可があれば研究利用できる。研究者の所属する研究機関で IRB の承認が必要だと考えている。

質疑応答

質問 1：個人情報保護法との関係が気になる。今回はヒト由来試料の元となった人物が死亡しているという前提で話していたのか。また、存命の場合ならどうか。

→遺族からの同意を得る必要がある。解剖から得たものや既存のものをどう利用するかについて関心がある。亡くなっている人からの同意を得られない、また採取から時間が経過した場合は遺族からも同意を得るのが難しいという問題があり、この問題を克服したい。

質問 2：あとでトラブルにならないという観点から同意というのは大事。法的に争う場合どういう風になるのか気になる。

→解剖体の一部を遺族に返還するかどうかについて争った裁判の例もある。また、薬の開発の場面で、製薬会社はヒトのサンプルを使いたい、その場合知財の所有権についてどう考えるかなど、論点がある。

質問 3：原則として同意を求めるというが、乳幼児の突然死に関しては虐待死などの可能性もあり、同意が必要ない方がよいという可能性もあるだろう。DNA バンクの捜査利用が実際争われた場合はあるのか。

→EU で実際にあり、日本ではガイドライン等は整備されていない。

12:00～13:30 昼食・記念撮影

ラウンジで昼食をとり、その後、ラウンジにて写真撮影を行った。



セッション 4 座長：中谷友樹

13:30～14:20 高木大資：コミュニティにおける犯罪予防とその副産物的課題

報告の概要は以下の通り。

犯罪の多い地域は健康問題も多いことがわかっており、公衆衛生学と犯罪学の結合が重要だと考えている。たとえば、暴力被害は犯罪学の研究対象であると同時に、重要な公衆衛生学的イシューでもある(Nature Human Behavior)。また、犯罪対策への疫学的手法の適用などが注目されている(Akers & Lanier (2009). “Epidemiological criminology”: Coming full circle. *Am J Public Health*)。犯罪への対処の副産物としての、社会ネットワークの縮小・緊密化、監視の導入およびその影響に関心がある。

監視社会論とビッグデータ時代の犯罪予防

「コミュニティと犯罪」という文脈においては、研究には二つの方向性がある。一つは地域での犯罪の抑制要因に関する研究(防犯施策、ソーシャルキャピタル、経済状況、物理的環境など)であり、もう一つは、犯罪が地域に与える影響に関する研究(健康の悪化や社会関係・コミュニティの変化など)である。現在は主として後者の方向で研究を進めている。

犯罪と健康について。犯罪不安は主観的健康とネガティブに関連していたり、うつの発症や身体機能の低下と関連したりしているなどの指摘がある。また、アメリカの **gated community** の出現は、犯罪不安増加によるコミュニティ変容の一例として指摘されている。日本においても **gated community** を謳うコミュニティは広尾や芦屋に出現しているが、これらは実際に犯罪不安から逃れるためにコミュニティをゲートで囲んでいるというよりは、単なる **high status** の象徴であろう。

犯罪はコミュニティにおける社会関係を弱体化させるのか、それとも活性化させるのかという問いを持って研究を行った。犯罪が多い地域では広い人間関係は抑制され、見知った人との間の関係が強化されるのではないかという仮説のもと、調査・分析を行った(結果は下記の論文を参照：Takagi, Ikeda, Kobayashi, Harihara, & Kawachi (2015). The impact of crime on social ties and civic participation. *Journal of Community & Applied Social Psychology*.)。

もう一つの問い、監視社会化するとコミュニティはどう変化するのか。監視カメラは日本でも一般的であり、千葉県市川市では市内通学路などに 253 台設置されている。監視はど

のような社会的帰結を持つ。一つには犯罪抑止、犯罪不安の減少、もう一つは排他的・閉鎖的社会の形成である。犯罪学では主に前者の犯罪抑制・不安低減効果が検討されてきた。また、カメラの心理社会的な効果としてはプライバシーの侵害についての認知との関連が研究されてきたが、コミュニティ内の人々に対する認知・態度がカメラの存在によってどのように影響を受けるかについては検討されていない。

市川市に在住の成人男女を対象とした社会調査データの分析結果から、カメラへの暴露は他者への信頼とポジティブに関連するが、社会的凝集性とはネガティブに関連することが示された。

ここまでのまとめ：防犯のための社会化(socialization)は社会の分断化につながりうる(gated community、gated minds, gated lives)。コミュニティの力を損なう。また、監視カメラは社会関係を変容しうる。

監視社会論

監視社会論の本質は、個人がデータの束として把握されること(Lyon 2001)。ビッグデータ時代には、独立、自律、自由といった近代的な人格観が解体する。

犯罪予測に基づいた preventive policing に関しても、監視社会論からの批判があるが、それに対しては、人に対して予測するわけではなく、場所に対して行っているので必ずしも当たらない(→この点については中谷報告も参照)。健康に関しても、予測に基づいて介入を行うなど、犯罪予測と類似のことが行われている。健康の場合も、特段倫理的問題は見当たらない。

しかしながら、企業の内部不正防止という文脈では少し状況が異なる。企業は当然営利目的で活動しているため、不正を犯す可能性のある個人を同定して、内部不正による損害を防ぎたいという動機がある。この場合、特定するのは個人であり、倫理的問題が生じうる。このような予測は、技術的には可能かもしれないという知見がある(心拍数、発汗量、体温、キーボード操作のスピードなどを用いる)。ウェアラブル端末を疾病予防だけでなく犯罪予防にも用いる可能性がある。実際、従業員の使用しているコンピュータのログやウェアラブル端末から、膨大なデータを収集することは可能である。また、これらのデータを AI に分析させることも可能となってきた。しかし、上述した通り、監視社会においては犯罪が抑制されるがソーシャルインタラクションが減ることが指摘されており、むしろ大きな弊害を生み出す可能性が高い。

後半のまとめ：技術の開発だけでなく、適切な使い方、適切な社会実装のプロセス、制度を科学者が提案する必要がある。また、リスクを持つ個人に特化して対処するリスクアプローチではなく、ポピュレーションアプローチの視点が重要であろう。

質疑応答

質問 1：市川市の監視カメラは、よく見ないと気づかないように設置されているのか、それとも堂々と設置されているのか。

→「ここにはカメラがあります」みたいに書いてあるところもあればそうでないところもあるが、市川市での調査研究ではカメラに気付いた人だけを「暴露群」として扱っている。

質問 2：監視カメラの導入に関してポジティブに考える人もいればそうでない人もいる。

→これは年代によっても異なるし、また導入の経緯等を知っているかどうかとも関係している。

質問 3：プライバシーの問題もある。プライバシーと防犯はトレードオフの関係にあるか。

→自分たちが導入したという実感があれば、プライバシー侵害の感覚というのは軽減できる。きちんと枠組みを定める必要がある。

→一旦ある目的に基づいて設置しても、時期というか、局面によって監視されたくないということもある。(病室の場合、術後 1 日目とかは安全のためだろうが、1 週間後とかは煩わしいだろう)。

→たしかに、設置の際だけでなく、慎重な運用求められる場面はあるだろう。

質問 4：防犯カメラには犯罪防止の役割の他に犯罪捜査の役割もあるのではないか。犯罪防止だけであれば、本当のカメラでなくてもかまわないかもしれない。

→実際に犯罪捜査に使われる場合もある。

質問 5：倫理の問題とコミュニケーションの問題の間の関係が知りたい。市民に目的を話して同意してもらえばオーケーということなのか、あるいはコミュニケーションのプロセスも含めて議論すべきなのか。

→倫理的問題としては、犯罪防止と個人のプライバシーなどの間でのコストベネフィットの問題と、防犯カメラの設置が民主的手続きに則っているかの問題等が考えられる。プライバシーが常に優先するというのは義務論的な観点としてはありうるが、支持するのは難しいだろう。

14:20~15:10 近藤尚己：健康に無関心な人に向けたアプローチ

報告の概要は以下の通り。

健康日本 21 は数値目標を掲げていたが、それは目的を達成できたとは言い難かった(全体では目標の 17%しか達成できなかった。知識面での目的は達成できたが行動変容に結びつかない)。そうした人々が健康行動ができないのには理由がある(所得の問題、ひとり親世帯の子どもは肥満になりやすいなど)。こうした健康格差の対策が必要。

ヘルスプロモーションを「健康増進」と訳すのには語弊がある。自分が自分の健康を作るというのではなく、社会が人々の健康を増進するというのが本来の趣旨である。

健康格差に関する疫学的知識は蓄積してきたので、今後はどういう介入が有効なのかを考えていくことが重要である。とくに、健康に無関心な人に向けたアプローチが必要である。「知識の啓発型」のポピュレーションアプローチだとハイリスク群には届かず、格差を拡大しうる。このため、社会的弱者に重み付けする proportionate universalism(M・マーモット)が求められる。

リスク認知に関わる 2 つのシステム(Kahneman 1979)：自動システム(無意識的)と熟慮システム(意識的)。啓発型アプローチは後者への働きかけである。前者への働き方が必要(ナッジ)。

たとえばタバコ税は社会的に不利なグループに対してより有効に働く(Tabuchi T et al., Tobacco Price Increase and Smoking Cessation in Japan, a Developed Country With Affordable Tobacco: A National Population-Based Observational Study. J Epidemiol. 2016;26(1):14-21)。ただしヘビースモーカーに対しては一律にあまり効果がない。どうやって対策を打つか？ これはマーケティングと同じ発想。

たとえば健康ポイントのようにインセンティブを与えることが考えられる。(しかしこれも、もともと健康に関心がない人には働きかけないのではないか)。

足立区ベジタベライフ(外食産業に働きかけて野菜が多いメニューを作ってもら)。しかし、野菜メニューは高い。一時的に値段を下げるキャンペーンをうったところ、みんな買った。

健康至上主義に注意。→対象の関心・価値に訴える。たとえばスウェーデンのピアノ階段

のように、感情に訴えたり、おもしろかったりすることも重要である。コミュニティサロンのように居場所を提供することも重要である。

倫理的問題。対象に介入する場合、その帰結が正しいかどうかの判定をするのは誰か。

また、ナッジを用いて働きかける場合、人の行動をコントロールすること自体の倫理性がある。望ましい目的のために用いる手段が倫理的議論を巻き起こす場合がある(女性コンパニオンの利用など)。阪大松村 2016 の「仕掛け」は、公平性・誘因性・目的の二重性を特徴としており、倫理的問題を克服しているかもしれない。

まとめ：無関心な人にアピールするには、興味関心は何かを考える、環境や場をデザインする。企業の販売テクニックが参考になる。ナッジについては、誰が介入を決めるのかについて検討しないといけない。公衆衛生施策の課題：集団への介入は一部の不利益を伴う。これをどう調停するか(ベンサム、ロールズ、セン)。

質疑応答

質問 1：高齢者サロンに参加するひとは低所得者の人の割合が多く、有効な働きかけであるというお話だったが、サロンに入ってしまうと低所得者というレッテルが貼られてしまうと危惧する人もいるのではないか。

→たしかにそういう懸念はありうる。サロンなどだと本当に支援を必要としている地域コミュニティから排除されている構成員は参加しづらい。そういう人にもアプローチするよう、多様なサロンを作るなどの考えはあるかもしれない。

→高木先生：男性は特にそういうのを気にする人が多く、ジェンダーの違いにも気を払う必要がある。

質問 2：ナッジというのはある意味で「騙す」ということになるが、本来の目的を公開すべきだろうか

→例えばサンスティーンなどは公開すべきだと論じている。根拠としては民主主義的な意思決定プロセスの重要性などを言っている。

質問 3：健康は訴求力が弱い、という話だったが、逆にナッジ的に使える可能性もある。例えば、モビリティマネジメントにおいて、公共交通機関を利用してほしい本当の動機は交通量の減少だが、健康によいとかかげることができる。

質問 4: ゲーミフィケーションやナッジが有効という話になるのはしばしばだが、行政担当
感や実務家が不正な感じを抱いてしまう。

→隠さず、「見える化」で対応するよう言っている。

質問 5: スカートの丈が短いナース服の女性を用いた実験の話。しかしナースでなければよ
いのか? マーケティングに性的なシグナルを用いることはかなりある。なぜ公衆衛生活
動では非難されるのか。

→F1 でもレースクイーンが禁止されるという動きが出てきており、公衆衛生活動に限らな
い。

質問 6: ヘルスプロモーション＝健康増進というのは、誤訳かもしれないというお話があっ
たが、どういうことか。

→「健康増進」というと個人個人が自分の健康を増進するという印象を受けるが、本来「ヘ
ルスプロモーション」というのは環境づくりが念頭に置かれており、こうした物言いはミス
リーディングである。大事なのは社会の環境づくりであって、個人の自己責任に基づく生活
習慣の改善に終始してはいけない。

→防犯対策にも通じる部分がある。防犯も、個人が防犯行為をするのではなく社会として
行うのが大事。個人の防犯行動に訴えるのは危険であり、たとえば深夜は女性はタクシー
に乗るべきというような訴えは炎上する可能性がある。

15:20～15:50 総合討論

児玉：二日間の報告の中で、個人的に興味深かった点を列挙する。これらの多くの点は、犯罪予防の文脈でも、公衆衛生の文脈でも重要な論点だと考えられる。

・「自分は被害に遭わない」という認知バイアスをどうするか。これは「道徳的に悪いことをしていなければ悪い目には遭わないはずだ」という公正世界信念とも関係している可能性があり、被害者非難にもつながっている。

・根拠のある予防行動を拒否する人をどうするか。個人の自由の問題。

・予防のための情報公開(地図など)と、個人のプライバシーの対立の問題。

・治療・捜査 vs 防犯・公衆衛生という対比の有用性。予防に関わる人々の専門職教育の重要性。

・上記と関連して、予防的介入、予防に関わる人々の相対的な人気のなさ。

・防犯・自殺・防災・公衆衛生対策が共通している可能性。

・上記と関連して、多職種連携やワンストップサービスが重要であること。

・防犯および公衆衛生対策における死因解明の重要性と、本人・遺族の同意の問題

・予防のための監視(モニタリング)の重要性と、見られていることが個人の自由や健康、社会に与える影響。

・上記と関連して、監視や犯罪予測などの予防に用いられる最新技術がもたらすコストとベネフィットの比較の重要性。

・ハイリスク群や無関心層へのアプローチの重要性。住民全員に訴えかけるポピュレーションアプローチでは格差が広がりうるが、これらの人々に手を差し延べるのは困難であること。

・ナッジ等の介入手段の倫理性。どういう条件が揃えばナッジ的介入が正当化されるのか。

・上記と関連して、炎上事例(失敗事例)から学ぶことの重要性。

・また、今回は主題にはならなかったが、予防という観点からは、地震などの自然災害に対する防災活動・防災研究の知見も有用である可能性がある。

意見 1：行政が SNS で発信した情報が「炎上」するという場合や、研究者の研究内容が批判を受けるという場合は異なる切り口がありうる。炎上といった場合には、ごく一部の少数者の意見による可能性がある。

→多くの人が支持している場合でも、声の大きいごく一部の人の苦情が SNS 等で増幅されるという問題がある。しかしこういう問題は必ずしも多数派が正しいという話でもない

だろう。

意見 2：予防活動においてはアーキテクチャを作るという話になりがちだけど、悪用されないように考えないと、悪意が入ってきたときに脆弱である可能性がある(防犯カメラ、健康、etc.)。また、ビッグデータや電子カルテなど今までになかった技術を予防活動にどう使うかというのは重要な課題である。

意見 3：ナッジの透明性がやはり問題のように思う。とくに、監視については、集めたデータが別の目的に使われる危険性を市民が問題にするのではないかな。

→透明性に関して、犯罪発生マップのデータをオープン化すると悪用されうるという問題がある。オープンにすればよいとは必ずしも言えない。

→民主的な手続きや、公衆衛生、警察行政に対する市民の信頼が重要になる。

意見 4：国家 vs 個人という図式で考えられがちだが、中間的集団としてコミュニティの役割にも着目する必要がある。コミュニティはよいものだと思えられがちだが、よい面と悪い面と両面がある点に気をつけなければならない。

15:50～16:00 閉会の挨拶

代表者の児玉から出席者にお礼の挨拶があり、また簡単な議事録と報告書を作るのでその際に参加者の方々に協力を仰ぐ可能性があることが伝えられた。

4. 全体のまとめ・今後の課題

本ワークショップでは「予防」という観点を軸として、公衆衛生および警察行政における予防的施策の共通点や相違点について議論し、また、そうした介入に伴う倫理的諸課題を検討した。総合討論においてもまとめられていたが、本ワークショップにおいて主に議論されたのは、以下の四点である。

第一に、疾病の予防、犯罪被害の予防のどちらにおいても、「自分は被害に遭わない」という認知バイアスが働いている可能性があり、これが個人の積極的な予防行動を阻害しているかもしれない。このバイアスは「道徳的に悪いことをしていなければ、自分は悪い目には遭わないはずだ」という公正世界信念とも関係している可能性があり、また、その信念を通じて、「道徳的に悪いことをしたから悪い目に遭ったのだろう」という形で被害者非難にもつながっている可能性がある。政策として個人に働きかける際は、こうしたバイアスがもたらす影響を考慮に入れる必要があるだろう。

第二に、犯罪予防や疾病予防のための行動を拒絶する人に対してどう働きかけるかという問題がある。これはパターナリズムと個人の自由の対立と理解することができる。とりわけ、病気や犯罪に関するハイリスク群として位置づけられる人々へアプローチすることが政策的に重要であることが指摘されたが、そうした人々は予防に無関心である可能性が高く、一層の工夫が必要である。また、防犯カメラなどの予防措置に関しては、社会の安全と個人のプライバシーとの対立も考えられるだろう。さらにこうした予防的措置そのものが個人の行動パターンを変えることを通じて個人の健康や社会全体に影響を及ぼす可能性もあり、予防的介入のコストベネフィット(費用対効果)を精査する必要がある。

第三に、警察行政および公衆衛生の両方の観点から指摘があった点としては、専門教育の重要性が挙げられる。従来型の教育では犯罪捜査や疾病の治療といった点が重要視されることが多く、俯瞰的な視点から予防的対策を講じる専門家は養成されてこなかった。しかし、効果的な予防策を講じるうえではそうした視座を備えた専門家の存在が必要になるだろう。これに関しては、既存の警察・医療機関において予防的な問題に関心を寄せる人が相対的に少ない点も含めて、教育という観点からの検討が必要である。

最後に、本ワークショップでは主題的に論じられなかったが、予防という点で公衆衛生と警察行政が地震や台風などの防災活動と共通点を持つ可能性がある。防災に関してもその

領域独自の知見が蓄積されており、それらの知見が警察行政および公衆衛生にとって有益な点を含んでいるかもしれない。

今回のワークショップでは、公衆衛生と警察行政が共通して持つ予防という側面に焦点を絞って論じることで、両者に共通する論点や倫理的問題が明らかとなった。本ワークショップの議論を踏まえて、今後も引き続き学際的視点からの検討を深めることが期待される。

5. プログラム

2月10日(土) 10:00～18:00

10:00～10:30 趣旨説明(児玉聡)・自己紹介

セッション1 座長：児玉聡

10:30～11:20 島田貴仁：リスクとしての犯罪—その特徴から犯罪予防のあり方を考える

11:20～12:10 中谷友樹：犯罪予防と傷病予防への地理学的アプローチがもたらす問題

12:10～13:30 昼食・記念撮影

セッション2 座長：島田貴仁

13:30～14:20 児玉聡：公衆衛生と警察行政の倫理

14:20～15:10 齋藤信也：公衆衛生と医療倫理 ——臨床医の立場から——

15:30～16:20 村山綾：犯罪被害者・加害者に対する一般市民の反応：公正世界信念に基づく検討

16:20～17:10 山本功：地域社会とのつながりが自殺許容意識にもたらす効果の分析

17:20～18:00 総合討論

18:30～ 意見交換会

2月11日(日) 9:00-16:00

9:00～9:20 自己紹介

セッション3 座長：児玉聡

9:20～10:10 佐藤恵子：高齢者の孤独と孤立を防ぐために

10:10～11:00 齋藤知範：高齢者に適した施策を考える——特殊詐欺防止と万引きの社会的背景要因

11:10～12:00 鶴山竜昭：日本における法医学サンプルの研究利用をめぐる倫理的問題

12:00～13:30 昼食・記念撮影

セッション4 座長：中谷友樹

13:30～14:20 高木大資：コミュニティにおける犯罪予防とその副産物的課題

14:20～15:10 近藤尚己：健康に無関心な人に向けたアプローチ

15:20～15:50 総合討論

15:50～16:00 閉会の挨拶

6. 本ワークショップの結果の公表について

最後に、本ワークショップの結果については、本報告書を京都大学応用哲学・倫理学教育研究センター(CAPE)のウェブサイトに掲載するなどして、識者からのフィードバックを得ることにしたい。

以上

