

「セーフコミュニティ¹⁾」前史

——スウェーデンにおける「安全なまちづくり活動」モデルの形成——

白石陽子

はじめに

1. 研究の目的と背景

I. 「セーフコミュニティ」モデル誕生の社会的背景

1. スウェーデンの保健医療システム

2. 外傷予防に重点を置いた政策の必要性

II. 地域レベルの外傷予防への取り組み

1. ファルショッピングアクシデントプログラム (FAPP)

2. 北欧における FAPP の普及

III. ファルショッピングモデルの確立

おわりに

はじめに

1. 研究の目的と背景

本稿は、今日、世界の様々なコミュニティで取入れられている安全な地域づくりへの取り組み「セーフコミュニティ」のモデルを形成したといわれるスウェーデンのコミュニティにおける外傷予防プログラムを取り上げ、その内容および安全な地域づくりモデルの形成過程を整理することを目的とする。

その背景には、わが国においても、「セーフコミュニティ」の概念とそれに基づいた安全なまちづくりのための活動として「セーフティプロモーション」が広がる兆しをみせていることがある。「セーフコミュニティ」とは、一言で言えば、世界保健機関（WHO）とスウェーデンのカロリンスカ研究所（医科大学）の協働機関である「WHO 地域の安全向上のための協働センター（WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion；以下、「WHO CSP 協働センター」とする。）」が推進している「だれもが安全で安心して生活できるまちづくりに取り組んでいるコミュニティ」のことであり、その実現に向けた取り組みが、「セーフティプロモーション」である。

日本において「セーフコミュニティ」への取り組みを積極的に進めている事例の一つに京都府の取り組みがある。平成 18（2006）年度現在、京都府は、「新京都府総合計画実現のための中期ビジョン」のなかで、安全なまちづくりを総合的に進めるために「セーフコミュニティ」推進のためのアクションプラン²⁾を策定し、府下の自治体

において「セーフコミュニティ」活動を推進しようとしている。これを受け、京都府亀岡市では、市長が「セーフコミュニティ」に向けて取り組むことを正式に宣言し、「セーフコミュニティ」推進のための基盤づくりを進めている。また、青森県などにおいても「セーフコミュニティ」概念に基づく地域レベルでの取り組みが活発になってきている。

WHO CSP 協働センターが推進する「セーフコミュニティ」とは、「すべての年齢・両性・あらゆる分野を対象とする『安全な環境づくり』と『外傷・暴力・自殺・自然災害の防止』に取り組むとともに、WHO CSP 協働センターによって『セーフコミュニティ』に認証された（認証の仕組みについては、後述する。）コミュニティによって構成される国際的なネットワークに所属する地方自治体、つまり、州や郡、市町村、あるいはその一地域」と定義されている³⁾。「セーフコミュニティ」になるためには、住民・行政・関係分野の組織など地域の安全に関わる全てのアクターが連携し、健康や安全の阻害要因となる事故や外傷などを「予防」することによって、だれもが安心して健やかな生活をおくることができる地域づくりに取り組み、その取り組みが WHO CSP 協働センターによって「セーフコミュニティ」としての基準を満たしていると認められ、認証されなくてはならない。ただし、WHO CSP 協働センターが強調しているのは、すでに高い安全性が確保されている「状況」よりも、より安全な地域づくりにむけて関係分野が連携し、包括的に取り組む「姿勢」あるいは「仕組み」である。

1989 年に「WHO CSP 協働センター」によって「セー

「セーフコミュニティ」の認証システムが始まって以来、「セーフコミュニティ」に向けた取組みは世界中に広がってきた。とりわけここ数年は、欧米に加えてアジアや中南米など発展途上の国々のコミュニティの間にもこの取組みが急速に広がっている。具体的にみると、2006年9月の時点で、累計101のコミュニティが「セーフコミュニティ」として認証されている⁴⁾。2006年内には、さらに9のコミュニティが認証される予定であり、2006年以降についても、すでに65のコミュニティが「セーフコミュニティ」として認証を受けるために準備を進めていることを表明している。

一方、わが国においては、これまで公衆衛生など一部の分野を除いては、ここでいう「セーフコミュニティ」の概念とそれに基づく活動は、それほど注目されてこなかった。しかしながら、近年、地域保健や高齢者福祉などの分野では、高齢化などに伴って医療や介護にかかる費用の高騰が深刻な問題となっているなかで、これまでの治療や看護、介護を中心としたものから、それらを要する状態になることを「予防」することに重点がおかれるようになってきた。また、虐待問題や生活に身近な製品による事故などへの関心も高まってきており、これまで以上に地域や日常生活における安全性の向上のための取組みが求められるようになってきている。このような状況を考えると、日々の生活の基盤となる地域の安全に対する関心は、今後ますます高まることが予想される。とすれば、地域の安全を向上させるための取組みの一つで、現在、世界規模で広がっている事故や事故による外傷の「予防」を基本アプローチとする「セーフコミュニティ」に対する関心も高まることが考えられる。

もちろん、わが国においても安全の向上に関する研究は、従来から行われてきた。「セーフコミュニティ」に関連する領域のこれまでの研究をみると、子ども、高齢者や労働者などの事故予防や安全の向上、あるいは自殺やドメスティックバイオレンス（DV）に関する研究などがある。これらは、いずれもWHO CSP協働センターが推進している「セーフコミュニティ」の取組みにおいてカバーされなくてはならない項目である。しかしながら、これらの研究の多くは、特定の対象や項目について、個別に行われている。また、現場レベルのものが多く、政策の視点から包括的、体系的に研究するという試みは積極的になされてこなかった⁵⁾。

しかしながら、先にも少し触れたように、近年では、

保健や福祉政策において介護や看護が必要な状態への予防対策の強化、保健・福祉関連分野の連携、そして、地域における住民たちの主体的な関わりや地域の安全性の向上などが強く求められるようになってきている。そこで、これらを必須条件とし、世界規模で取組みが広がっている「セーフコミュニティ」活動を分析することは、今後のわが国における地域のあり方や保健・福祉政策の展開において、何らかの参考となる点を見出すことができるのではないだろうかと考える。

この「セーフコミュニティ」の取組みは、1970年代のスウェーデンの地域レベルでの外傷予防プログラムが大きく影響しているといわれている。そこで、本稿では、今日の「セーフコミュニティ」活動の初期モデルといわれるスウェーデンのコミュニティにおける取組みに着目する。

まず、スウェーデンのコミュニティで安全向上への取組みが始まったきっかけ、そしてその取組みが成功した要因をみるため、当時のスウェーデンの社会情勢や保健医療政策との関係を整理する。その上で、スウェーデンでの取組みが、今日、世界の様々な状況にあるコミュニティで普遍的に適応されている「セーフコミュニティ」モデルの参考となった、あるいは影響を与えた要因について検討を加えることとする。

I. 「セーフコミュニティ」モデル誕生の社会的背景

今日、状況の異なる様々なコミュニティで広く取入れられている「セーフコミュニティ」活動は、どのようにして始まったのか。この疑問を明らかにするために、「セーフコミュニティ」の初期モデルとされている取組みが誕生したスウェーデンの社会背景をみってみる。

1. スウェーデンの保健医療システム

スウェーデンは、現在、交通事故など外因による死亡率が世界でも最も低いレベルにある。これについて、反町は、事故・自殺・暴力などの予防を公衆衛生上の課題として取り組んできた成果だとしている⁶⁾。では、スウェーデンが、これらの予防に重点をおいた施策を展開するにいたった背景には何があったのだろうか。まず、スウェーデンの行政制度および社会保障制度からみてみる。

スウェーデンの行政制度は、国、日本の県にあたる広域自治体のランスティング（Landsting）、そして基礎自治体にあたるコミューン（Kommun）の間で明確に業務が分担されている。保健医療分野を例にみると、国が担うのは、政策に関する法令等の制定や他の政策との調整、予算配分の決定など主に制度の枠組みを定めることである。医療政策全般については、社会省（Socialdepartementet, Ministry of Health and Social Affairs）が取り扱う。また、各省から独立した地位を有する独立行政機関である社会福祉庁（Socialstyrelsen, National Board of Health and Welfare：NBHW）が、保健・医療・福祉に関する業務の監督、施策の評価・調整を行っている⁷⁾。

ランスティングとコミューンは、法律上は同等の行政主体である。しかし、より住民との接触が多いコミューンに行政業務の重心が置かれている。そのため、コミューンが、初等・中等教育、文化事業、インフラ整備など住民に身近なサービスについて広範な責務を負っている⁸⁾。一方、ランスティングの業務範囲は、コミューンと比較すると非常に狭い。そのなかで大きな比重を占めているのが、国から段階的に権限を委譲されてきた保健医療サービスである。

保健医療に関する権限の国からランスティングへの委譲は、1862年にランスティングが設立され、病院医療の運営がランスティングの役割とされた時点から始まった。その後、1940年代後半に高齢者医療（長期療養病院やナースিংホーム）の権限が国からランスティングに委譲され、さらに1960年代に入ると外来医療の権限が移管された。そして、1983年の保健医療サービス法の施行により、保健医療サービスに関する権限が原則として全てランスティングに付与された。これにより、保健医療の整備・運営の責任は、23のランスティングおよびランスティングと同じ仕事を遂行する3つの特別なコミューン（現在では、20のランスティングと1つのコミューン）が担うこととなった⁹⁾。

このような経緯を経て、現在、保健医療サービスは、全国を6つの広域医療圏域に分けて行う圏域レベル、各ランスティングのレベル、そしてランスティング内の地域レベルで行われるプライマリケア（初期医療）の3つの段階で提供されている。プライマリケア（初期医療）については、人口1万人を標準に編成されている初期医療地区（Primary Care District）ごとに地区診療所（地

域保健医療センター）が1ヵ所以上設置されており、医師とそれを補助する地域看護師、助産師、保健師が医療および保健予防にあたっている¹⁰⁾。

次に、保健医療サービスを財政面からみしてみる。スウェーデンでは、1974年の憲法によって地方自治体の課税権が正式に保障された。そのため、ランスティングとコミューンは、それぞれ独自に設定した税率に応じて徴収した税金を主な財源として、地域の実情に応じた政策を弾力的に設計し、サービスを提供している。

保健医療サービスを担っているランスティングの事業費歳出の内訳は、保健医療サービス関係費が歳出全体の86.9%（2000年）を占めている。また、歳入をみると、個人所得課税による収入が歳入全体の67.9%と約3分の2を占めている。一方、「一般国庫交付金」や「補助金」など国などからの財政移転は、合計で歳入全体の約20.0%である。このことからランスティングの歳入の大部分は、自主財源からなっているといえる¹¹⁾。

では、次にどうしてスウェーデンにおいて「外傷予防」に重点を置いた取組みが始まったのか。その政策が展開されるに至った社会的背景をみしてみる。

2. 外傷予防に重点を置いた政策の必要性

1970年代、スウェーデンは、オイルショック（1973）によって国際競争力が低下した。そのため、政府は、スタグフレーションの発生を未然に防ぐために、中央の労使の協力を取り付けながら所得政策を推し進めた。例えば、政府は、労使の責任ある賃金交渉と引き換えに、減税、社会保障制度の拡充、公共部門における雇用機会の拡大を約束した。

この公共部門における雇用の拡大は、特に医療・福祉部門にみられた。例えば、医療部門の雇用者数は全雇用者数の4.0%から9.4%に上昇した。その結果、医療費のGDP比は、1960年代から1970年代にかけて著しく上昇した（表1）。当時の医療分野は分権化が進んでいたことから、この医療費の拡大は、保健医療サービスに関する権限をもつランスティングを中心として生じた。保健医療は、ランスティングの最大業務であり、その歳出が全体の半分以上を占めていることから、医療費の拡大は、ランスティングの財政に影響を与えることとなった¹²⁾。

表1 医療費の推移

年	1960	1970	1975	1980	1985	1990
GDP比	4.7	7.2	7.9	9.4	8.9	8.6

出所) Statistics Sweden (SCB) National Accounts, S. and S. Nording (1997)
 "The Health System of Sweden," in M. W. Raffel, ed. Health Care and reform
 in industrialized Countries, The Pennsylvania State University press, p.207"

しかしながら、当時の財政赤字および外国からの借入を減らすための国の政策は、自発的な措置によって増税を抑制することに向けられていた。そのため政府は、地方自治体が自発的な手立てで支出を抑えることによって地方税を抑制することを試みていた。ゆえにコミューンとランスティングは、それぞれ独自に課税率を決定する権利を有しながらも、政府と地方自治体協議会の合意によって、1973/74年度、1976/77年度、1979/80年度の3度にわたって自発的な増税停止を求める勧告を受け、その大部分を受け入れることとなった¹³⁾。

加えて、1970年の7クローネ改革によって、医療機関の受診料の支払方法が変更された。それまでは、病院外来・地区診療所・民間開業医ともに医療保険からの償還払いが採用されており、患者は医療機関の窓口でいったん全額を支払い、後日医療保険に申請して償還される仕組みであった。それが、7クローネ改革によって、だれもが定額の一部負担（7クローネ）を支払うだけで外来受診ができるようになったのである¹⁴⁾。この改革によって、住民は、医療機関を受診するにあたって、それまでのように費用の全額を工面する必要はなくなった。となれば、それまで経済的理由によって受診を控えていた患者の受診が増加し、設備やサービスの拡充が必要となる可能性があったと考えられる。

このように、保健医療サービスを担っているランスティングにおいては、人件費の増加などにより医療費が著しく増大した。さらに、7クローネ改革によって、それまで経済的理由から受診を控えていた潜在的な患者も受診できるようになったことで、受診者数の増加によるサービス拡充の必要性が見込まれたと推測できる。しかしながら、国からの制約により主な財政源である税収は上げることができなかった。そのため、ランスティングは、財政的な制限があるなかで、保健医療サービスを効率的に運営しなくてはならなかった。

また、保健医療政策の効率的・効果的な運営は、政治的な面からも重要であった。先にも述べたように、保健医療政策の決定に関しては、ランスティングが強い自治

権をもっている。スウェーデンでは、政策は、官僚主導ではなく日本の県議員にあたる政治家によってなされており、政党のあり方によって左右される¹⁵⁾。また、国民は、高い税・社会保険料を納めているだけに、その使われ方に対する関心は非常に強い。特に、住民に身近な地方自治体が、その税収を主財源としてサービスを提供していることから、負担と受益の関係を認識しやすい仕組みとなっている。そのため、税負担と受益の関心に関する住民の意識は非常に強く、非効率な税金の使用に対して納税者である住民のチェックが働きやすいとされている¹⁶⁾。ゆえに、ランスティングにおいて大きな比重を占める保健医療政策は、地方選挙の重要な争点であり、保健医療にかかる支出を抑制し、効率的・効果的な保健医療政策を進めることは、政治家にとって重要課題であったと考えられる。

このように「セーフコミュニティ」のモデルとなる取り組みが始まった1970年代をみると、ランスティングは、保健医療にかかる支出を抑制しつつ、効率的・効果的な政策運営が求められる状況であったと考えられる。医療費を抑制するには、受診者数を抑制することがもっとも確実な方法であり、そのためには、住民の健康をいかに維持するかが重要となる。そこで、疾病や外傷など健康を阻害する要因を「予防」することに焦点が当てられたのではないだろうか。さらに、一般的には、予防にかかる費用は治療にかかる費用よりも低い。これらのことから、それまでの「治療」を中心とした政策から、治療が必要になる状態への「予防」へのシフトが試みられていたと考えられる。

このような状況のなか、ファルショッピング(Falköping)というコミューンで、外傷を予防するためのプログラムが開始された。ファルショッピングでは、外傷を健康の阻害要因として、その予防に取組んだ結果、外傷による医療機関の受診率が大きく低下した。その取り組みと効果は、広く知られるようになり、今日まで「セーフコミュニティ」モデルとして世界中の多くのコミュニティで参考にされてきたのである。そこで、次章では、このファ

ルショッピングでの外傷予防の取り組みとその成果について詳しくみてみることにする。

Ⅱ. 地域レベルの外傷予防への取り組み

1. ファルショッピングアクシデントプログラム（FAPP）

ファルショッピングは、スウェーデン西部、首都ストックホルムから南に延びる鉄道沿線に位置する。人口約31,000人のこのコミュニティがWHO CSP協働センターによって「セーフコミュニティ」に認証されたのは、1991年である¹⁷⁾。しかし、「セーフコミュニティ」のモデルとなった外傷予防のためのプログラムが開始されたのは、1970年代にまでさかのぼる。

1974年、ルンド大学の研究グループが外傷予防プログラムを確立するためにスカラボリ（Skaraborg）県（ランスティング）¹⁸⁾の保健医療担当を訪れた。そして、以下の条件を満たすファルショッピングをパイロットプロジェクトの地に選んだ¹⁹⁾。

- ・保健医療機関が整備されている
- ・商業や産業の構造バランスがとれている
- ・同じ地域にコントロールエリア（Lidköping；リードショッピング）がある

ファルショッピングで実施されることとなったこの外傷予防プロジェクトは、「ファルショッピングアクシデントプログラム（FAPP）」と名づけられた。このFAPPの目的は、住民とともに事故発生率の低下に取り組むとともに、様々なセクターにおいて事故の原因やその要因、効果的な予防方法についてできるだけ多くの情報を得る

こと、さらに、事故および関連事項などについて住民がどのように対応するべきかを明らかにすること、と設定された²⁰⁾。

FAPPは、「外傷登録システム（外傷サーベイランスシステム）の導入（事故の登録と問題点の把握）」、「外傷予防プランの策定と実施（事故の危険にさらされている地域や人々に対する介入）」、「プランの評価（効果の把握と課題の再設定）」という3つのステージから構成されることとなった。

ここで、各ステージを具体的にみる。

（1）外傷登録システム（外傷サーベイランスシステム）の導入

まず、1978年1月に、介入プログラムを実施する前のコミュニティの状況を把握するとともに地域が抱える課題を抽出することを目的に、外傷により受診する外来および入院患者すべてと地域の全医療機関を対象とした外傷に関する登録（外傷サーベイランスシステム）を開始した。この、サーベイランスシステムによって「だれが」、「いつ」、「どこで」、「どのような（種類）」など外傷に関する情報が記録されることとなった。そして、集積された情報を分析した結果、全住民のなかでも、特に子どもや高齢者がリスクグループとして認識されるとともに、危険性の高い環境が明らかになった²¹⁾。

（2）外傷予防プランの実施

翌1979年には、プログラムの対象を全世代の「道路（交通）」、「職場」、「家庭」における外傷に設定し、関係分野の間の垣根を超えた横断的な実践グループが結成さ

表2 リファレンスグループのメンバー

部門・職種のカテゴリー	具体的な職種
政治家	市長
保健医療セクターの公的機関	地域医務官、小児医務官、プライマリケアのプランナー、地域健康局、環境保健局
保健医療セクター以外の公的機関	社会福祉担当者、交通管理局、消防署救急部門の管理者、学校関係者、警察、農林業健康管理部門やその他の安全管理者
民間の保健医療セクター	地域赤十字の指導者
その他住民間組織メンバー	市の不動産業者代表、賃借人連盟代表
マスコミ	地域新聞社

出所）反町吉秀、渡邊能行 「連載 広がれ！セーフティプロモーション 安心して暮せるセーフコミュニティを創る」第2回（「公衆衛生」2004年6月号pp.23-25）

れた²²⁾。この実践グループは、60以上の異なる公的機関や組織、住民個人から形成され、それぞれの活動や知恵を活用させる広範なネットワークとして設置された。この実践グループによる情報提供や話し合いの後、様々な機関や職種による横断的な「ワーキンググループ (working group)」と「リファレンスグループ (reference group)」(表2)が設置された。なかでも、リファレンスグループは、地域と連携し、組織的なネットワークにおける事故外傷予防活動のキーパーソンとしての役割を担った。

プランの実施(地域への介入)については、既存の組織・機関・福祉機能などの組み合わせにより、「情報提供およびアドバイス」、「教育」、「(チェックリストによる)査察」、「物理的環境の改善」という4つのアプローチが用いられた。ここで、各アプローチ²³⁾について詳しくみている。

1) 情報提供およびアドバイス

まず、日本の保健所などに相当する地域保健部門が、プログラム全体をコーディネートする役割を担った。また、地域の人々や組織に対して事故による外傷の現状を提示し、現状について周知を行った。特に、住民に広く事故予防に関する情報を提供するために、地元の新聞やメディアを活用したキャンペーンを実施するなどの方法により、事故予防に関する情報を提供した。さらに、職場における事故の発生が多いことから、労災に関する情報提供も実施した。

リスクグループである子どもに関しては、小児保健センターにおいて、チェックリストなどを用いて子どもの発達段階ごとの事故のリスクについて情報を提供し、親の認識を高めた。さらに、チャイルドシートやライフジャケットなどを無料で貸し出し、親が子どもの危険を回避するための用具について知識を得る機会を設けた。また、薬局、図書館、銀行、郵便局などに「子どもは安全を保障される権利がある」と書かれたポスターを掲示して啓発を行った。

2) 教育

事故や外傷に対する住民の注意を喚起することは、外傷のリスクを低減するための最初のステップであるという認識にもとづき、一般住民に加えて、リファレンスグループのメンバー、保健医療従事者、行政・政策形成者に対して「外傷は、不運や偶然の結果ではなく、予防することが可能である」という教育を実施した。

3) (チェックリストによる) 査察

プログラムの対象は全住民であるが、そのなかでも特に外傷の危険性が高く、リスクグループとされた子どもや高齢者、そして農業従事者に対して、チェックリストを用いた査察が行われた。

具体的には、保健師などが小さい子どもや高齢者のいる家庭を訪問し、チェックリストに沿って家庭内で事故やそれによる外傷を招く危険性がある物理的環境について査察を行った。また、農業従事者に対しては、仕事に関する危険事項のリスト、高齢者用の事故リスクのチェックリストを配布した。

4) 物理的環境の改善

チェックリストによる査察によって明らかになった危険要因については、物理的環境の改善が行われた。例えば、高齢者の転倒のリスクを下げるため、高齢者の自宅を訪問した際に、食器棚の高いところに収納されている食器を高齢者本人の納得のうえで低い場所に移動した。

また、リファレンスグループによって作成された事故発生場所のリストをもとに、交通事故が起こりやすい交差点の構造を変更したり、信号機を設置したりするなどの改善がなされた。

(3) プログラムの評価

この外傷予防プログラムの効果については、外傷サーベイランスシステムによって得られた外傷による医療機関の受診率(外来及び入院)によって評価された。プログラム開始後3年(1981/1982年)で、受診率の低下がみられ、これがプログラムの成果として認められた。

プログラムの効果を具体的にみると、医療機関への外傷による外来受診率は、1978年には1,000人あたり113人であったのが、1981/82年には98人に減少した²⁴⁾。これを事故の発生場所ごとにみると、道路上での事故(交通事故)が約27.7%、労災事故による外傷が27.6%、家庭内での外傷が26.7%減少している²⁵⁾。しかし、対象外の外傷については0.8%の減少にとどまり、外傷以外の受診率について変化はみられなかった。また、年齢層別で外傷の状況を見ると、とりわけ効果がみられたのは、就学前の子どもの外傷(43%の減少)であった。さらに、受診率の低下以外にも、住民たちの事故や外傷のリスクに関する認識及び外傷予防プログラムへの関心が高まったことが効果として認められている²⁶⁾。

一方、ファルショッピングの近隣で人口構造や社会経済

の状況が類似していることからコントロールエリアに設定されていたコミュニン、リードショッピングでは、外傷サーベイランス以外は実施しなかったところ、同期間に医療機関での外傷による受診率の低下はみられなかった。このことから、ファルショッピングで実施されたプログラムの効果は、客観的に裏付けられると判断された²⁷⁾。

このようにFAPPが外傷予防に効果的であると判断されたことにより、次の8ステップからなるファルショッピングモデルがまとめられた。

- ステップ1；疫学的マッピング
- ステップ2；リスクグループ・環境の選択
- ステップ3；部門・職種を超えたワーキンググループ、リファレンスグループの設置
- ステップ4；介入プログラムの作成
- ステップ5；介入プログラムの実施
- ステップ6；介入プログラムの評価
- ステップ7；介入プログラムの改善
- ステップ8；他の計画への適応²⁸⁾

さらに、ファルショッピングでは、FAPPの推進に加えて、1980年には転倒予防のプログラムが開始されるなど、新たな取組みも進められた。その一方で、1982年には、体制の再編が行われ、FAPP推進の中心的役割を担ったリファレンスグループが解散した。そして、外傷予防に関するプログラム運営は、ファルショッピング保健委員会に引き継がれ、この新しい体制において、自転車ヘルメットの着用促進プログラム（1987年）などを導入するなど、外傷予防の取組みは継続して展開されていった²⁹⁾。これらの取組みの結果、1991年には、第一回世界セーフコミュニティ会議の開催地となり、その会議においてFAPPによる成果が認められ、「セーフコミュニティ」の認証を受けた³⁰⁾。その後も、ファルショッピングでは、新たな課題に取組みつつより安全な地域をめざした活動が続けられた。そして、これらの継続的な取組みの結果、2004年には、「セーフコミュニティ」認証システムに定められている5年ごとの再認証申請を行い、2度目のセーフコミュニティとしての認証を受けている。

2. 北欧におけるFAPPの普及

ファルショッピングで実施された外傷予防の取組み（FAPP）が大きな効果を生んだことに影響を受け、1980

年代初めには、FAPPのコントロールエリアであったリードショッピングを始め、モタラ（人口約42,000人）、ファールン（人口約55,000人）などスウェーデン国内の他のコミュニンでも外傷予防プログラムが展開され、同様に成果をあげた。

リードショッピングでは、「サーベイランスシステムの導入」、「情報提供」、「トレーニング」、「スーパービジョン」、「環境の改善」が行われた。その結果、1983年から1991年の間の医療機関における年平均の受診率は、コントロールエリアのうち4つの隣接する地域では女性2.2%、男性0.6%の増加がみられた一方で、リードショッピングにおいては、年平均で男性2.4%、女性2.1%の減少がみられた。

また、モタラの保健機関が対応した外傷の件数は、コントロールエリアでは、1,000人中104人から106人へ増加したなかで、1,000人中119人から104人への減少がみられた。また、医療機関における外傷による受診率については、コントロールエリアでは、年平均1,000人中13人で推移したなか、1,000人中19人から16人に減少した。

ファールンでは、物理的な環境を変えることは最小限に抑えられたが、「情報提供」、「スーパービジョン」、「教育」、「トレーニング」が実施された。1989年までの5年間で、周辺の自治体における受診率の低下は8.6%であった中で、ファールンの外傷による外来の受診率には23.8%の減少がみられた。また、大腿骨骨折については、コントロールエリアでの減少は見られなかったが、ファールンでは、年間7.2%の減少がみられた。これらの効果を場所別にみると、職場と学校、性別では、女性より男性にみられた。

これらの地域でみられた外傷による受診率の低下については、専門家による分析が行われ、その結果、外傷予防のプログラムと因果関係があることが明らかになった。そして、このようにスウェーデンのいくつかのコミュニンで成果を上げた外傷予防プログラムは、スウェーデン国内だけでなく、ノルウェーやデンマークなど北欧の他の国にも広がっていった³¹⁾。

例えば、ノルウェーのハースタッド（Harstad）では、外傷予防プログラムを実施する一方で、30ヶ月を1期とする3期間（7.5年間）、病院における交通事故による外傷の治療に関する記録が行われた。その結果、コントロールエリアにおいて交通事故が増加している一方で、

ハースタッドでは、約27%の減少が認められた。また、やけどについても、最初の2期間、コントロールエリアでは、増加傾向がみられたなか、ハースタッドでは約53%（10,000人中53人から25人）の減少がみられた。さらに、医療機関の受診率は、約17%減少した³²⁾。

Ⅲ. ファルショッピングモデルの確立

このように北欧のコミュニティの安全性の向上に大きな影響を与えたファルショッピングモデルの特徴は、次の5点にまとめることができよう。

- ①地域を基盤とした住民参加型活動
- ②分野や職種の垣根を越えた横断的な連携組織によるプログラムの企画・実施
- ③全世代をカバーし、複数の種類の外傷を対象とする包括的なプログラムの実施
- ④外傷サーベイランスなどを利用したプログラムのアウトカム評価
- ⑤既存の資源やネットワークの活用³³⁾

これらの特徴が、どのように他の北欧のコミュニティでの取組みに反映されたのかみてみる。まず、コミュニティの住民や組織による主体的役割（リーディングロール）（項目①）をみると、いずれのコミュニティにおいても、行政が重要な役割を担ったことはもちろんである³⁴⁾が、「コミュニティ主体」、あるいは「ボトムアップ」によるアプローチが、外傷予防及びコントロールの取組みを成功させるための基本原則の一つであったと評価された。また、住民が活動に関わることで、外傷予防に対する関心が向上したことが認められている。

次に、いずれのコミュニティも新たなプログラムを開始するのではなく、地域の社会資源を活用し、既存のプログラムを組み合わせることで多面的・多層的に取り組んでいる（項目③）³⁵⁾。また、既存のプログラムや地域の社会資源を効率よく複合的に活用するためには、関係機関や組織による総合的な取組みが求められることから、関係分野や機関の連携（項目②）や地域にある既存の資源やネットワークの活用（項目⑤）が必要となる。

そして、いずれのコミュニティにおいても、サーベイランスシステムなど、コミュニティの現状と課題を把握するとともにプログラムの実施により得られた成果を科学的に分析し、客観的に評価する仕組みを確保している（項目④）。そして、プログラムの結果を科学的に分析す

ることで、プログラムの効果を客観的に評価し、PLAN－DO－SEE－ACTIONのサイクルを通して、プログラムの改善と継続性を確保している。

前章でみてきた北欧のコミュニティでの取組みでは、多少の相違点はあるものの、地域の安全性を高めるために「外傷予防」に取り組んでおり、そのアプローチには上記の点が共通してみられた。そして、いずれも外傷による医療機関での受診率の低下という結果を得た。このことからファルショッピングの取組みが外傷予防というアプローチにより安全向上のための取組みモデルとして確立されていったといえよう。

おわりに

現在、WHO CSP協働センターによって「セーフコミュニティ」として認証されるためには、次の6つの指標を満たすことが条件づけられている。

- ①分野の垣根を越えた横断的なグループの協働を基盤とした組織や仕組みがある
- ②全ての年齢・性・環境・状況をカバーする長期的かつ継続的なプログラムを実施している
- ③ハイリスクのグループや環境、弱者グループに対するプログラムを実施している
- ④外傷発生の頻度や原因を記録するプログラムを実施している
- ⑤プログラム、進捗状況、プログラムの実施による効果をアセスメントする評価基準がある
- ⑥国際的及び国内での「セーフコミュニティ」のネットワークへ継続的に参加している

これらの項目とファルショッピングモデルの特徴を比較すると、ほとんどの項目が共通していることがわかる。このことからスウェーデンで始まったプログラムが、今日、「セーフコミュニティ」活動というWHOが推進する世界レベルでの公衆衛生活動モデルの形成において大きな影響を与えたと推測できる。

ただし、ファルショッピングモデルがWHO CSP協働センターの推進する世界レベルでの保健施策に反映された、あるいは、取り入れられた経緯に関する議論は別の機会にゆだねることとする。ここでは、世界的に推進されている安全向上の活動モデルにファルショッピングモデルが取り入れられたのは、一部の先進国だけでなく発

展途上国などあらゆる状況にある国において適応が可能な要素を含んでいる点に注目する。ファルショッピングモデルが、世界のさまざまな状況にあるコミュニティにおいて適応されうる要素を備えていると考えられるのは、次の2点においてではないだろうか。

まず、財政面の負担が少ない点が考えられる。発展途上国であっても先進国であっても、行政のみによる地域の安全の向上への取組みには、財政面でもマンパワーの面でも限界がある。しかし、このモデルでは、行政は、住民が主体者としての役割を果たすために必要な情報提供や教育、そしてプログラムのコーディネーターとして位置づけられ、住民や地域の関係組織がプログラム推進の主體的なアクターとしての役割を果たしている。さらに、新たな外傷予防のためのプログラムを導入するのではなく、地域の実情に合わせ、現行の事業や活動、既存の社会資源を組み合わせることを基本としている。そのため、地域の実情にみあった取組みが可能でありながら、大きな財政的負担を必ずしも必要とせず、コミュニティの実情に応じた「身の丈」にあった取組みが可能である。また、何よりも、これら「予防」の取組みに対する費用は、治療や看護・介護よりも大幅に抑えることが可能である。

次に、科学的な根拠に基づいた評価システムを取り入れた点が評価されたと考えられる。効果的・効率的にプログラムを運用するためには、その効果を客観的に把握し、改善に結びつけることが重要である。特に、「予防」という「問題が生じる以前の段階」への取組みに対する効果は目に見えにくいといわれる。そのなかで、科学的な視点からプログラムの成果を評価し、改善につなげる仕組みを確保することは、プログラムに取組む利点を確認するうえでも重要であり、「セーフコミュニティ」活動が、他の地域の安全のための活動と一線を画する点ともいえよう。

このように、ファルショッピングモデルは、コストをかけずに、地域の実情にあった柔軟な取組みを可能にしつつも、科学的にそのプログラムの効果が確認できるアプローチといえる。このことから、世界的に適応可能なモデルとしての要素を含むと評価されたと考えることができる。

注

- 1) 本稿は、「WHOCSP協働センター」が進める活動を日本の自治体などで展開されている一般的な安全向上のための取組みと区別するため、和訳せずに「セーフコミュニティ」と記載する。
- 2) オープンな議論を通して、施策がどうつくられ、どのように実施されるかを府民にわかりやすく説明するために策定される計画。府政の解決すべき課題について、①毎年の目標設定を明確にする（平成16年度は19のアクションプラン）、②中間段階で、議会への報告やパブリックコメント（府民意見提出手続き）を通じて府民に説明する、③策定した計画のうち何が施策に反映されたかを明確に提示する、④施策の反映状況をみながら毎年PDCAサイクルで見直し、次年度の施策形成に反映する、としている。（京都府ウェブサイトより）
- 3) WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion (http://www.phs.ki.se/csp/index_en.htm)（参考日2006/04/30）
- 4) ただし、「セーフコミュニティ」を脱退しているコミュニティもあるため、現時点での認証コミュニティは80である。
- 5) 「セーフコミュニティ」活動において政策的視点からの研究が必要であることは、わが国だけに限ったことではない。「WHOCSP協働センター」においても各国に共通した課題として認識されている。
- 6) 反町吉秀・渡邊能行「連載 広がれ！セーフティプロモーション 安心して暮せるセーフコミュニティを創る」第1回（「公衆衛生」2004年5月号 pp.21-23）p22
- 7) 丸尾直美・塩野谷祐一 編「先進諸国の社会保障5 スウェーデン」第3版 2005年8月 東京大学出版会 p231、井上誠一「高福祉・高負担国家スウェーデンの分析 21世紀型社会保障のヒント」第2版 中央法規 2005年12月 p124
- 8) 丸尾・塩野 前掲書 p89、p91
具体的には、①社会福祉、②義務教育、③住宅・土地政策、④公衆衛生・美観維持、⑤環境・健康保護、⑥救急災害サービス、⑦余暇活動・文化政策、⑧就学前児童政策、⑨道路・公園、⑩土地開発・利用・計画、⑪民間防衛、⑫水道・ガス・電気・下水道・清掃・暖房、⑬地方交通などがある。
- 9) 丸尾・塩野 前掲書 pp.229-231、岡沢憲美・穴見明 訳「スウェーデンの地方自治」早稲田大学出版部 2000年4月 p31
ただし、医療と福祉の連携をより合理的かつ効率的に運営するため、エーデル改革（1992年）によって高齢者や障害者の分野の長期療養型医療と福祉が統一され、権限がランディングからコミュニンに移譲されている。
- 10) Ministry of Health and social Affairs "Health and Medical Care in Sweden" Fact Sheet No.15 June 2005、丸尾・塩野 前掲書 pp.233-234
スウェーデンには、全国に約90の医療機関がある。その多

- くは公立であり、薬局も公営、医師も公務員がほとんどである。民間開業医によるサービスも提供されているが、全サービス提供量の約10%以下であり、医療供給はほぼ公的機関による独占的供給になっている。なお、エーデル改革によって、医師以外は県職員からコミュニケーションの職員に身分変更されている。
- 11) 井上 前掲書 p63、p125、丸尾・塩野 前掲書 p231
2001年時点での税率の全国平均は、コミュニケーションが20.57%、ランスティングが9.97%である。
- 12) 丸尾・塩野 前掲書 p97、p235
- 13) 岡沢・穴見 前掲書 pp.104-106
- 14) 岡沢・穴見 前掲書 p234
- 15) 丸尾・塩野 前掲書 p230
- 16) 井上 前掲書 p62-63、p83
- 17) Reapplication to become a member of the Safe Community network-Falköping applies for a continuation of the status "A Safe Community" WHO'S global network "Safe Communities" pp.1-2
- 18) 当時の人口は、約25万人。現在のランスティング、Västra Götaland の一部。1998年12月に周囲と合併し、Västra Götalandとなった。
- 19) WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion at The Karolinska Institutet "The Safe Community Network" pp.6-7
- 20) WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion at The Karolinska Institutet *op. cit.* pp.6-7
- 21) Welander. Glenn, Svanstrom. Leif, Ekman. Robert "Safety Promotion -an introduction 2nd Revised Edition" Karolinska Institutet Department of Public Health Sciences (2004) p60、反町吉秀・渡邊能行「連載 広がれ！セーフティプロモーション 安心して暮せるセーフコミュニティを創る」第2回（「公衆衛生」2004年6月号pp.23-25）pp. 23-24
- 22) WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion at The Karolinska Institutet *op. cit.* pp.6-7
- 23) 反町吉秀・渡邊能行「連載 広がれ！セーフティプロモーション 安心して暮せるセーフコミュニティを創る」第2回（「公衆衛生」2004年6月号pp.23-25）、Welander (2004) *op. cit.* pp.58-60
- 24) 受診者数の減少は3年後以降もみられ、1983年には95人、1985年には94人と減少し続けた。
- 25) 反町吉秀・渡邊直樹「セーフティプロモーションおよびセーフコミュニティとは何か？」（ストレス科学 第19巻第3号 平成16年12月 pp.119-124）、Welander (2004) *op. cit.* p57、p128、WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion at The Karolinska Institutet "The Safe Community Network" pp.6-7 他
家庭内では1978年には1000人中26人であったのが、1981/82年には17人に減少した。また、職場での外傷は、1000人中49人から34人へと減少した
- 26) Welander (2004) *op. cit.* p60
- 27) 反町吉秀・渡邊能行「連載 広がれ！セーフティプロモーション 安心して暮せるセーフコミュニティを創る」第2回（「公衆衛生情報」2004年6月号pp.23-25）p25
- 28) Welander (2004) *op. cit.* p57
- 29) Failamme L., Svanstrom L., Schelp L., "Safety Promotion Research" (1999) p35、WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion at The Karolinska Institutet *op. cit.* p7, p35
91年には、多分野から構成される「FAPP介入グループ」が再度結成されている。
- 30) WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion at The Karolinska Institutet *op. cit.* p.35
- 31) Welander (2004) *op. cit.* pp.128-130
- 32) Welander (2004) *op. cit.* pp.131
交通事故については、特に16歳以下の自転車による事故（37%減少）及び歩行中の事故（54%減少）の著しい減少が認められた。また、やけどの原因として最も多いのは、台所のコーヒールによることが明らかになった。そのうち66%が男の子であり、3分の2が2歳以下であった。
- 33) 反町吉秀・渡邊能行「連載 広がれ！セーフティプロモーション 安心して暮せるセーフコミュニティを創る」（「公衆衛生情報」2004年6月号pp.23-25）p25
これに反町は、「行動変容を必要とする能動的予防に加えて行動変容を必要としない受動的予防」を加えている
- 34) Welander (2004) *op. cit.* p119, p128、1970～80年代のファルショッピング、リードショッピング、モタラでのセーフコミュニティプログラムにおいては、地方当局が重要な役割を担った。プログラムは、保健と医療を管轄しているカウンセラドミニストレーションの保健企画担当によって主導された。
- 35) Welander (2004) *op. cit.* p100、WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion at The Karolinska Institutet *op. cit.* pp.7-8

参考文献

- 井上誠一「高福祉・高負担国家スウェーデンの分析 21世紀型社会保障のヒント」第2版 中央法規 2005年12月
- 岡沢憲美・穴見明 訳「スウェーデンの地方自治」早稲田大学出版部 2000年4月
- 島内憲夫訳「21世紀の健康戦略3 ヘルスプロモーションー戦略・活動・研究政策ー」垣内出版1992年9月
- 反町吉秀 白川太郎「子どもを守る（地域）環境づくりとしてのセーフティプロモーション 新たな視点からの子どもの事故外傷予防」（保健の科学 第47巻第12号 2005年 12月）866-872頁
- 反町吉秀・渡邊直樹「セーフティプロモーションおよびセーフ

コミュニティとは何か？」（ストレス科学 第19巻第3号 平成16年12月）119－124頁

反町吉秀・渡邊能行「連載 広がれ！セーフティプロモーション 安心して暮せるセーフコミュニティを創る」

- ・第1回「公衆衛生」2004年5月号 pp.21-23
- ・第2回「公衆衛生」2004年6月号 pp.23-25
- ・第3回「公衆衛生」2004年7月号 pp.19-21
- ・第4回「公衆衛生」2004年8月号 pp.31-33
- ・第5回「公衆衛生」2004年9月号 pp.45-47
- ・第6回「公衆衛生」2004年10月号 pp.34-36
- ・最終回「公衆衛生」2004年12月号 pp.34-36

藤井威 「スウェーデンスペシャルⅢ 福祉国家における地方自治」新評論 2003年12月

丸尾直美・塩野谷祐一 編「先進諸国の社会保障5 スウェーデン」第3版 2005年8月 東京大学出版会

横浜市衛生局保健政策課予防推進事業担当『セーフティプロモーション』～事故外傷・自殺などを予防するための新しいアプローチ～職員研修会 講演録」2005年12月

Failamme L., Svanstrom L., Schelp L., "Safety Promotion Research" 1999

Reapplication to become a member of the Safe Community network-Falkoping applies for a continuation of the status "A Safe Community" WHO's global network "Safe Communities"

Ministry of Health and social Affairs "Health and Medical Care in Sweden" Fact Sheet No.15 June 2005

The Swedish Association of Local authorities and the Federation of Swedish County Councils "Levels of local democracy in Sweden"

The Swedish Institute "The Health Care System in Sweden" Fact Sheet September 2003

Welander. Glenn, Svanstrom. Leif, Ekman. Robert "Safety Promotion-an introduction 2nd Revised Edition" Karolinska Institutet Department of Public Health Sciences 2004

ウェブサイト

厚生労働省

(http://www1.mhlw.go.jp/topics/kenko21_11/s0.html) (2006/08/08)

京都府 “セーフコミュニティ”

(<http://www.pref.kyoto.jp/safecom/index.html>) (2006/09/03)

京都府 “新京都府総合計画実現のための中期ビジョン”

(<http://www.pref.kyoto.jp/vision/index.html>) (2006/09/03)

Government of Sweden "Health and medical cares"

(<http://www.sweden.gov.se/sb/d/2950・jsessionid=aDC7Nkzqqsp7>) (2006/07/16)

Government of Sweden "The Swedish model of government administration-three levels"

(<http://www.sweden.gov.se/sb/d/2858>) (2006/07/16)

Harstad, Norway, "Safe Community #11-Harstad,Norway"

(<http://www.phs.ki.se/csp/safecom/jarshtad.htm>) (2006/10/1)

Ministry of Health and Social Affairs, Government of Sweden

"National Strategy for Health" May 2006

(<http://www.sweden.gov.se/sb/d/2028/a/64324>) (2006/07/16)

World Health Organization(WHO)

(<http://www.who.int/kms/initiatives/whoccinformation/en/index.html>) (2006/07/08)

WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion (2006/04/30)

・ http://www.phs.ki.se/csp/index_en.htm

・ <http://www.phs.ki.se/csp/safecom/falkoing2.htm>

・ <http://www.phs.ki.se/csp/safecom/lidokoing2.htm>

・ <http://www.phs.ki.se/csp/safecom/motala3.htm>

WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion at The Karolinska Institutet "The Safe Community Network"

(<http://www.phs.ki.se/csp/pdf/Books/The%20Safe%20Community%20Network.pdf>) (2006/04/30)