

## 論文

# WHO「セーフコミュニティ」モデルの普及に関する研究

——「予防」に重点を置いた安全なまちづくり活動が世界的に普及する要因に関する考察——

白石陽子

はじめに

### I. WHOが「セーフコミュニティ」活動を進める経緯

1. 公衆衛生の新しい視点の提示
  2. プライマリヘルスケアの流れ
  3. 「ヘルスプロモーション」に基づいた健康政策の展開
- 小 括

### II. 「セーフコミュニティ」モデルの形成と変容

1. WHOによる外傷予防プログラムへの取組み
  2. 国際的な外傷予防活動のフレームワークの形成
  3. WHO「セーフコミュニティ」活動の展開
- 小 括

### III. 「セーフコミュニティ」モデルの特徴

結 び

## はじめに

本稿は、WHO（世界保健機関）が推進している外傷や事故などの「予防」に重点をおいた安全・安心のまちづくり活動である「セーフコミュニティ（SC）」が、どうして先進国、発展途上国を問わず世界のさまざまな状況にあるコミュニティで広く取り入れられるようになったのかを検討することを目的とする。

現在、先進国、発展途上国を問わず200を超えるコミュニティが「セーフコミュニティ」活動に取り組んでいる<sup>1)</sup>。この活動の起源については、別稿<sup>2)</sup>で取り上げたが、1970年代にスウェーデンのファルショッピングというコミュニティで実施された外傷予防プログラム（ファルショッピングモデル）とする場合が多くみられる。ファルショッピングモデルは、3年間で外傷件数を約30%減少させた。このことから多くのコミュニティが注目しており、このプログラムをモデルに発展した「セーフコミュニティ」活動に取り組むコミュニティは多い。しかし、今日、「セーフコミュニティ」の取組みがこれだけ多くのコミュニティで取入れられているのは、単にファルショッピングでみられたような外傷件数の減少に対する期待以外にも、何らかの要因が影響しているのではないだろうか。

この疑問に関しては、WHO地域の安全向上のための協働センター（WHO Collaborating Center on Community Safety Promotion；以下、「WHO CSP協働センター」と

記す。）の所長として「セーフコミュニティ」活動を推進しているレイフ・スヴァンストローム（Leif Svanström）教授<sup>3)</sup>などは、「セーフコミュニティ」活動の普及には、ファルショッピングモデル以外の要因も影響したことを指摘している。そして、その要因については、「『セーフコミュニティ』活動の始まりは、政策的な視点からみるとニューパブリックヘルス（新公衆衛生運動）、WHOの『全ての人に健康を』戦略、プライマリヘルスケア<sup>4)</sup>、オタワ憲章といった保健政策にさかのぼる<sup>5)</sup>」とWHOなどによる世界的な保健政策との関係をあげている。つまり、「セーフコミュニティ」活動の始まりと今日の世界的な普及には、WHOが世界の全ての人が健康であるための戦略として、健康を阻害する要因を予防し、健康の増進に焦点を当てた保健政策を進めていることと関連があることを指摘しているのである。

そこで、本稿では、WHOを中心とする世界レベルでの健康政策の流れに着目する。まず、世界的な健康政策の流れを追い、「セーフコミュニティ」活動が始まった背景要因を整理する。その上で、①ファルショッピングの取組みを参考にして地域レベルで広がった外傷予防プログラムと「セーフコミュニティ」活動との関わり及び②「セーフコミュニティ」活動の概念とフレームワークの形成・発展の過程を踏まえて、現在の「セーフコミュニティ」モデルの特徴について分析する。そして、その分析をもとにWHO「セーフコミュニティ」の取組みが、世界的に広く取り入れられている要因について考察を加える。

## I. WHOが「セーフコミュニティ」活動を 進める経緯

まず、WHOが「セーフコミュニティ」に取り組んだ要因を明らかにするため、技術革新により臨床医学が大きく進歩した第2次世界大戦後の保健政策の世界的な流れをたどる。

1946年、WHO憲章においては、「健康」は、それまでのように「病気でないこと」とどまらず、「身体的・精神的・社会的に完全に良好（well-being）な状態であり、単に病気や虚弱でないだけではない」と定義され、現代の健康観の原点として位置づけられた<sup>6)</sup>。

この健康観にもとづいた政策を推進するなかで、それまでの疾病治療中心から疾病の予防、健康の保持及び増進などに焦点を置いたニューパブリックヘルス（新公衆衛生運動）が世界的な潮流となっていった。その中で、今日の保健政策の基礎となる概念が提示されたのは、主として次の報告や宣言であった。

1. ラロンド報告（1974年）
2. アルマ・アタ宣言（1978年）
3. オタワ宣言（1986年）

そこで、まず、本章では、これらの報告及び宣言の内容を踏まえ、戦後の健康政策の流れを整理する。

### 1. 公衆衛生の新しい視点の提示

#### （ラロンド報告；1974年）

1970年代、欧米では人口の高齢化や慢性疾患の増加が進み、治療的医療を中心とする健康政策の限界が指摘されるようになっていた。また、新しい治療法が次々と開発される一方で、医療費の高騰による負担の問題や集団全体に対する治療の意義への疑問が生じ、それまでの医療のあり方が問われるようになっていた。

このような中、カナダの保健大臣であるラロンド（Marc Lalonde）によって今日の保健政策の端緒とされるラロンド報告が出された（1974年）。この報告では、公衆衛生（パブリックヘルス）活動の重点がヘルスプロモーション<sup>7)</sup>へ置かれた。また、疾病予防に関しては、保健医療関係者だけでなく多くの人々を巻き込んで進めるといった視点が提示された<sup>8)</sup>。ラロンド報告で提示されたこの2点は、その後の保健政策の流れをつくるきっかけとなった。

### 2. プライマリヘルスケアの流れ

#### （アルマ・アタ宣言；1978年）

1977年、WHOは、総会において、今日の保健政策の基本理念となる「全ての人に健康を」戦略（“Health for All” Strategy）を出した。この戦略に基づき、翌年1978年9月に、WHOとユニセフの共同主催により、旧ソ連のカザフ共和国の首都アルマ・アタで国際プライマリヘルスケア会議が開催された。この会議では、世界134カ国の政府代表と67の国連機関やNGOなどの代表によって世界の人々の健康を推進するための政策が協議され、その結果が「アルマ・アタ宣言」として採択された。

アルマ・アタ宣言では、「2000年までに全ての人に健康を」という目標が設定され、その目標達成のカギとして「ニーズ指向性」、「住民参加」、「資源の有効活用」、「関連機関の連携」などを原則とした「プライマリヘルスケア<sup>9)</sup>」という理念が打ち出された。これによって、それまでの高度医療を中心としたものから予防を含む一次医療<sup>10)</sup>へと健康政策の重点の転換が提唱されるようになった<sup>11)</sup>。

### 3. 「ヘルスプロモーション」に基づいた健康政策の展開（オタワ憲章；1986年）

1980年代になると、それまでの個人の努力に基づいた予防活動に対する批判が展開されはじめ、予防は個人の努力だけの問題ではなく、それに対する社会環境の整備や資源の開発の重要性が注目されるようになった。そのような中、1986年、キックブッシュ（Ilona Kickbusch）らは、まち全体の環境を健康の増進に寄与するよう改善された健康都市（ヘルシーシティ）を想定した環境改善運動の推進を提案した。このキックブッシュらによる提案は、同年11月、オタワ（カナダ）で開催された第1回ヘルスプロモーション国際会議において、予防を個人の生活改善に限定して捉えるのではなく、社会的環境の改善も含んだ「ヘルスプロモーション」として確認され、それをもとにオタワ憲章が採択された<sup>12)</sup>。

オタワ憲章では、「ヘルスプロモーション」は「人々が自らの健康をコントロールし、改善することができるようにするプロセス」と定義された。そして、「ヘルスプロモーション」推進のために2つの柱（「個人が健康を増進する能力を備えること」、「個人を取り巻く環境を健康に資するように改善すること」）と3つのプロセス（「唱道；Advocate」、「能力の付与；Enable」、「調停；

Mediate)」、5つの活動（「健康的な公共政策づくり」、「健康を支援する環境づくり」、「地域活動の強化（住民参加の必要性）」、「個人の技術の開発（新しいアイデアと方法論の開発）」、「保健医療の方向転換」）が定められた。

これにより、「ヘルスプロモーション」がその後の保健政策の基本的方向として位置づけられ、この考え方に基づいた健康づくり活動が世界的に展開されることとなった<sup>13)</sup>。

## 小 括

以上のように、第二次世界大戦後の健康政策の流れをみると、ラロンド報告を皮切りに、「プライマリヘルスケア」及び「ヘルスプロモーション」が基盤となって進められてきた。

まず、「プライマリヘルスケア」の推進によって、医療保健専門機関や専門職だけでなく、関連分野の連携による予防やリハビリまでを含んだ包括的な一次医療の重要性が広く認められるようになった。また、「ヘルスプロモーション」の推進によって、それまで疾病の対応を中心とした政策から健康を害する前の健康状態に着目し、健康の阻害要因の予防に焦点が当てられるようになった。さらに、個人レベルの予防活動に加え、社会環境の整備及び改善の重要性が着目されるようになったのである。

このように関連分野の連携と社会環境への働きかけを重視し、健康の阻害要因を予防するという健康政策の流れが大きくなるなかで、外傷を疾病と同様に健康の阻害要因とし、その予防に取り組む「セーフコミュニティ」活動は、どのように始まったのだろうか。

## Ⅱ. 「セーフコミュニティ」モデルの形成と変容

### 1. WHOによる外傷予防プログラムへの取り組み

スウェーデンのファルショッピングが外傷予防プログラムに着手した1970年代は、先進国における交通外傷を原因とする死亡者数がピークを迎えていた時期であった。さらに、当事は、交通事故だけでなく外傷や中毒による死亡者数も増加傾向にあった<sup>14)</sup>。

このような状況の中、WHOは、「安全」は健康の基本的な構成要素であり、その向上にむけた取り組みは公衆衛生活動に包含されると認識した。そして、外傷の予防については、「ヘルスプロモーション」の理念に合致するとして取り組みの重要性を認めたのである。そこで、まず、

コペンハーゲンにあるWHOヨーロッパ支局において「交通事故予防プログラム」が開発された。さらに、この交通事故予防プログラムは、ジェノバにあるWHO本部に引き継がれ、交通事故以外の外傷も対象とする「外傷予防プログラム」へと拡充された<sup>15)</sup>。

この外傷予防プログラムの開発と推進にあたっては、各国の公衆衛生関連機関の間で技術面及び運営面でのネットワークが構築され、当時コミュニティレベルでの安全向上の取り組みを展開していたスウェーデンの専門家たちもそのネットワークに加わった。

健康であるために不可欠な要素である安全を向上させることは、地域レベルでの健康増進のために重要であることから、スウェーデンで進められていた地域レベルでの外傷予防の取り組みは、ヘルスプロモーションの理念と一致しているとされた。しかし、当時の公衆衛生の分野では、「安全の向上」のアプローチは、全く新しいものであった。そのため、プログラムを成功させるためにも、科学に基づいた計画をたて、安全が健康に与える影響や安全向上の方法などに関するビジョンを持つことが必要であった。そこで、WHOは、外傷予防の実績と経験をもつスウェーデンの専門家たちと協働して外傷予防の取り組みを進めたのである<sup>16)</sup>。

### 2. 国際的な外傷予防活動のフレームワークの形成

このように、WHOにおいて健康政策上の課題として認識され始めた外傷予防は、1989年に開催された第一回世界事故・外傷予防会議（ストックホルム会議）を皮切りに、世界レベルで議論されるようになった。

#### (1) 「セーフコミュニティ」概念の提示

1989年9月、WHOの支援によりスウェーデンのストックホルムで第一回世界事故・外傷予防会議（ストックホルム会議）が開催された。この会議には、50カ国から約500人の外傷予防や安全に関する研究者及び実践家たちが集い、外傷や事故に関する問題とそれらの対策の必要性などについて議論を重ねた。

この会議の結果、「全ての人々の安全」を実現するための「セーフコミュニティのためのマニフェスト」がまとめられた<sup>17)</sup>。このマニフェストでは、「全ての人、平等に健康と安全の権利を有する」ことが宣言され、WHOの「全ての人に健康を」戦略及び事故予防と外傷コントロールに関するWHOの政策の基本的な方針と一

致するとされた<sup>18)</sup>。

さらに、この会議では、全ての人々の安全を確保するためには社会的格差に関係なく事故や外傷を減少させることが必要であるとする「ストックホルム宣言」が採択され、コミュニティレベルでの外傷の予防には、「セーフコミュニティ」がカギとなることを示した<sup>19)</sup>。

そして、「セーフコミュニティ」活動を展開するにあたって次の4つの活動項目（4 SC action area）が設定された。

- ①安全のための公共政策の明確化
- ②支援的環境の構築（事故や外傷にあわない環境の構築）
- ③コミュニティの活動の強化
- ④公共サービスの拡大（「保健」や「安全」以外の分野との関わりの拡大）<sup>20)</sup>

このように、ストックホルム会議において、外傷は、健やかな生活を送るうえで不可欠である健康を阻害する要因として位置づけられ、それを予防する取組みとして「セーフコミュニティ」の概念が示された<sup>21)</sup>。また、「セーフコミュニティ」を実現するための実践項目として関連分野との連携やコミュニティレベルでの取組みの重要性、環境の整備など「ヘルスプロモーション」と共通する項目が設定された。

そして、ストックホルム会議以降は、コミュニティレベルでの安全向上ための方法としての「セーフコミュニティ」活動のフレームワークが構築された。

## （2）取組み手法の構築

1989年10月、WHOによって「セーフコミュニティ」の取組みモデルの構築に向けたトラベリングセミナーが開催された。

視察先には、外傷による医療機関の受診率を約30%低下させた外傷予防プログラム（ファルショッピングモデル）をいち早く取り入れ、同様に外傷件数の減少に成果を上げていたコミュニティ、リードショッピング（スウェーデン）<sup>22)</sup>とタイ北部中央地域に位置しているワン・コイという小さな村<sup>23)</sup>が選ばれた。

リードショッピングの取組みとその結果については、別稿<sup>24)</sup>で取上げたことから本稿で詳細については述べることは控え、ここでは、ワン・コイでの取組みの経緯と内容についてみることにする。

タイ政府は、1985年にWHOから「全ての人に健康を」戦略のパイロットプロジェクトへの参加を打診されたことにより公衆衛生省、Mahidol大学、WHOタイのガイドラインのもとで専門の委員会を設置しており、WHOが推進する「プライマリヘルスケア」を取り入れていた。

タイでWHOの取組みが進められる中で、ワン・コイは、公衆衛生省が奨励していた、「コミュニティ自らが保健分野の課題を明らかにし、問題解決に取り組む」という地域レベルのプログラムの推進に応じて外傷予防に取り組んでいた<sup>25)</sup>。そのため、ワン・コイでの取組みは、「プライマリヘルスケア」の推進事例と判断されたのである。

ワン・コイで実施されていた「プライマリヘルスケア」プログラムは、州が実施する保健職従事者の人材育成や村の保健ボランティアの確保、村単位での委員会の活性化、住民の教育や情報提供、技術的支援やスーパービジョンのためのシステムなど広範囲にわたるプログラムの一環として実施された。

具体的に取組みの内容をみると、1986年に住民グループによってミーティングが開かれ、それまで地域の行政によって選ばれていた委員会メンバーに代わって新たに住民からなる村委員会が新たに立ち上げられた。この新たな村委員会では、公衆衛生に関するアイデアがもちよられ、委員とボランティアによるアクションプランがつけられた。そして、農業団体、薬品及び食品のコントロール、交通、法の施行、学校などアクションプランに関連する行政分野<sup>26)</sup>に対して民間との協働に対する支援を要請した。

プログラムの実施にあたっては、まず、情報提供と教育、そして環境の改善に重点を置いた取組みが展開された。例えば、教育面においては、人々に日々の生活に存在する外傷のリスクとそれを予防する方法を教え、幅広い視点からコミュニティにおいて安全の向上に関する認識を高める取組みがなされた。

例えば、村に新しい道路ができたことによって交通事故のリスクが高まったことから、警察官が交通ルールや交通事故を防ぐ方法を教えた。また、農業の専門家は、農薬による中毒を予防する方法や機械の取扱い方法について教え、教師は、交通安全、電気に関する安全、中毒予防に関する教育を子どもたちに行った。

さらに、安全な環境づくりのためのキャンペーンを実施した。例えば、交通環境の改善を目的に、村委員会はス

ローガンキャンペーンを行った。10世帯単位のグループに飲酒運転、交通ルール、スピード制限などに関するスローガンを提案してもらい、主要道路沿いの掲示板に貼り出した。そのほかにも反射ステッカーキャンペーン（バイクを運転する場合は、反射ステッカーを付けなくてはならない）や歩行者安全キャンペーンが行われた<sup>27)</sup>。

これらのワン・コイでの取組みは、地域の既存の資源を活用して行われたという点では、ファルショッピングモデルを取り入れたリードショッピングと同じである。しかし、リードショッピングと異なり、ファルショッピングモデルとの関連性はなかった。また、外傷予防に活用することができるプログラムや社会資源はそれほど整備されているわけではなく、ほぼゼロからのスタートであった。

トラベリングセミナーでは、この2つの状況の異なるコミュニティを視察し、安全向上や外傷予防の取組みと効果を比較した。その結果、これらコミュニティにおいては、一見異なるアプローチであっても同じように成果を得ていることが認められた。そこで、このトラベリングセミナーの結果を踏まえ、セミナーの参加者たちは報告書を提出した。

報告書においては、まず、「セーフコミュニティ」活動の基本となる価値観や原則についての考え方が提示された。また、「セーフコミュニティ」構築のため可能な取組み方法とその過程、国際的なレベルでの支援の必要性、そして「セーフコミュニティ」を推進するためには政治および官僚組織が並行して発展する必要性があることなどが述べられた。

さらに、「セーフコミュニティ」の活動モデルの構築にあたって、次の5つの項目に関する提案がなされた<sup>28)</sup>。

- ①プロセス及び手法
- ②必要とされる支援システム
- ③地域による取組みを補完するための政策決定過程の発展
- ④国、国際レベルでの安全製品のプロモーションと支援
- ⑤地域を基盤としたプロジェクトに適切な事故や傷害の国際的分類

この報告書においてなされた提言は、その後のフレームワークの構築に大きな影響を与えた。例えば、「①プロセス及び手法」に関しては、「セーフコミュニティ」を目指すプロセス及び手法を提案し、後述する「セーフ

コミュニティ」の12の基準に反映された。

また、「②必要とされる支援システム」については、WHOが、外傷や事故予防に関連する協働センター（WHOが設置する「協働センター」については、後述する。）と協働して公式に「セーフコミュニティ」活動の支援体制を整備し、地域の資源を適切に活用するシステムを提言した。これは、後にWHO CSP協働センターの設置及び認証システムに発展した。

さらに、「③地域による取組みを補完するための政策決定過程の発展」については、国レベルの政策決定システムを評価し、効果的な介入を支援する手法を見出すため、国が「セーフコミュニティ」活動に参加する必要があることを提言した。

④においては、それぞれのコミュニティが地域の安全性の向上において直面する問題は、身の周りにあるものが要因となって引き起こされていることが多いことから、交通事故や危険な製品の管理などに関して国レベルの対策を講じることが最も効果的であると提言した。

そして、⑤については、それぞれのコミュニティが独自にデータの分類や集計方法を確立するよりも共通分類を設定することを提言し、国際的な協働の必要性を謳った<sup>29)</sup>。

このようにストックホルム会議及び第一回トラベリングセミナーを踏まえて提出された報告書をもとに「セーフコミュニティ」の取組みに関するガイドラインが作成された（1989年）。このガイドラインでは、既存の事業や活動などを組み合わせ、住民のストレングス（強み）を活用し、住民の認識・行動及び環境を変えることで事故外傷のパターンを変えることを提言した。

具体的には、「セーフコミュニティ」活動を発展させるための5つの方針として、①組織の必要性（Organization needs for Safe Community work）、②対象となるプログラムや分野を把握するための疫学と情報（Epidemiology and information to reach target program and area）、③介入－参加、対象、基盤（Intervention－participation, target and foundation）、④政策決定のための優先順位（priority list for decision-making）、⑤技術と手法（Technology and methods）が設定された<sup>30)</sup>。

このように、1989年には、ストックホルム会議で「セーフコミュニティ」の概念が提示され、続いて活動のフレームワークについて集中的に議論が重ねられた。そして、そのなかで「セーフコミュニティ」活動を推進

するための拠点機関について議論が展開された。

### 3. WHO「セーフコミュニティ」活動の展開

#### (1)「セーフコミュニティ」推進機関の設置

ストックホルム大会でだされたマニフェストを実現するため、WHOは1989年12月、スウェーデンでの外傷予防プログラムの推進に関わり、ストックホルム会議を主催者したカロリンスカ研究所（医科大学）との間に「セーフコミュニティ」活動を推進するための協働関係を結び、活動の拠点となる「WHO 地域の安全向上のための協働センター（WHO CSP協働センター）」を設立した<sup>31)</sup>。

ここで、このWHO CSP協働センターの具体的な機能をみる前に、WHOが既存の研究機関などと協働関係を結んで設置する「協働センター」について、その位置づけと役割についてみてみる。

WHOは、国際連盟の時代から各国の研究機関を国際的な保健政策推進のために活用していた。WHOとなつてからは、1947年に世界規模の疫学サーベイランスを目的に、ロンドンの「世界インフルエンザセンター」をWHO協働センターとして認証したことを皮切りに、認証という形で多くの研究機関と協働関係を結んでいる。つまり、WHOは、自分たちが推進するプログラムや優先的課題への支援を得るため、既存の組織のなかで調査やトレーニングを担当する部署やグループをWHO協働センターとして認証するのである。認証された機関は、WHO協働センターとして、WHOにおける政策と優先順位を反映させつつ、情報やサービスの提供、調査、トレーニングなどに技術面において協働計画に基づき貢献する<sup>32)</sup>。例えば、外傷および暴力の予防（Injuries and Violence Prevention）の領域においては、「WHO家庭及びレジャーにおける事故予防協働センター」、「WHO外傷予防協働センター」など21の協働センターが設置されており、それぞれの協働センターが専門領域における関連用語、診断・治療・予防の手法や手順、技術の標準化などに取組んでいる<sup>33)</sup>。

このようにWHOの協働センターが担う役割をみると、カロリンスカ研究所（医科大学）にCSP協働センターを設置した背景には、ストックホルム会議で提示された「セーフコミュニティ」の取組みを推進するに当たっては、カロリンスカ研究所（医科大学）の安全向上調査グループによって開発されたコミュニティレベルでの外傷予防プログラムの実践経験と実績を評価し、そのノ

ウハウが求められたと考えられる。

このような経緯からカロリンスカ研究所（医科大学）にWHO CSP協働センターが設置され、以下の7項目が役割として定められた<sup>34)</sup>。

- ①「セーフコミュニティ」や「セーフコミュニティ」提携支援センター<sup>35)</sup>等の調整
- ②「セーフコミュニティ」との共働による国際会議、地域会議の企画・準備
- ③外傷予防・安全向上に関するトレーニングコースのコーディネーション（人材の育成）
- ④「セーフコミュニティ」ウィークリーニュースの発行（取組みの紹介）
- ⑤隔年開催の「外傷の予防と調整に関する世界会議」など他学会等への関わり（ネットワークの形成）
- ⑥コミュニティプログラムのためのネットワークの組織化（コミュニティ相互の知識・情報の交流の場の設定）
- ⑦スウェーデン自転車ヘルメット着用状況調査やWHOへの参加（WHOとの協働）

#### (2)「セーフコミュニティ」認証制度の開始

WHO CSP協働センターが設置されると、コミュニティレベルでの外傷予防のための「セーフコミュニティ」活動の具体的なモデルづくりが進められた<sup>36)</sup>。まず、これまで展開されていた外傷予防プログラムなどをもとに2つの原則（①安全向上のための組織は、国やコミュニティによって異なることを考慮しつつ、コミュニティの全ての取組みが関連する分野において連携する、②行動や決定の優先順位に関する判断はコミュニティが行う）が定められた<sup>37)</sup>。

そして、ジェリー・モラー（Jerry Moller）をはじめとする第1回トラベリングセミナーの参加者とファルシヨッピング、リードショッピングの外傷予防プログラムの代表者たちとの協働によって、次の「セーフコミュニティ」としての12の基準<sup>38)</sup>が設定された。

- ①事故予防にかかわる部署を横につなぐ組織がある
- ②地域ネットワークの協力体制がある
- ③地域のすべての年齢層、周辺環境、場面を対象とする
- ④子どもや高齢者のようなハイリスクグループに配慮した計画である
- ⑤事故の頻度と原因について調査に基づき文書化する機構をもっている

- ⑥計画は、長期的な展望に基づいている
- ⑦計画の評価は、効果を示す指標を含み、進行中の経過情報を与えるものである
- ⑧個々の自治体は、組織分析ができ、計画へ参加する潜在能力を分析できる
- ⑨事故情報の登録及び事故防止計画には、保健医療組織の参加が得られている
- ⑩事故問題解決について自治体のあらゆる層が関与できる状況が整えられている
- ⑪国内外に経験に基づく情報が広められている
- ⑫さまざまな「セーフコミュニティ」に関するネットワークにおいて全般的に積極的に貢献する

そして、この12の基準を満たしたコミュニティに対して「セーフコミュニティ」として認証を与える仕組みを開始した<sup>39)</sup>。

このように、「セーフコミュニティ」という概念が示され、12の基準によって活動の領域とフレームワークが示されたことによって、安全の向上が課題となっていたコミュニティは、目指すべき方向と方法について一つのモデルを得ることができたのである。

ただし、この時点では、コミュニティがおかれている状況によって「安全」の捉え方は必ずしも同じではなかった。そのため、「セーフコミュニティ」活動が広がる一方で、活動に取組むコミュニティの状況によって活動の領域や取組みの対象なども様々であった。例えば、あるコミュニティにとっての安全は、犯罪や暴力の予防であり、別のコミュニティにとっては、食事・住居・衣服といった基本的ニーズが満たされること、あるいは安全というよりは、「どれだけ危険が少ないか」であったりと、その受け取り方は混在していた<sup>40)</sup>。そこで、「セーフコミュニティ」の取組みが多くコミュニティに広がるなかで、「安全」の捉え方とその取組みに対するコンセンサスづくりがWHO CSP協働センターの課題となった。

### (3) 概念及びフレームワークの標準化

#### 1) 多様化する活動領域と主体者

「セーフコミュニティ」の概念は、ストックホルム宣言で示されたが、「セーフコミュニティ」活動のネットワークが拡大するとともに、その概念やフレームワークの標準化が求められるようになった<sup>41)</sup>。標準化が求められた要因は様々あるだろうが、少なくとも次の2点が考えられる。

まず、取組みの対象が多様化したことである。安全向上を目指す「セーフコミュニティ」活動の基本原則は、地域の実情に即した課題の設定である。そのため、活動の対象や内容は、コミュニティが置かれている状況や抱える課題によって異なる。

認証制度が始まった当時、「セーフコミュニティ」活動に取り組んでいたコミュニティでは、活動の対象は、不慮の事故や外傷の予防に焦点を置いていた。しかし、1980年代の終わりごろからWHOの暴力防止の取組みが強化されるようになり、「セーフコミュニティ」の取組みにおいても、取組みの対象に不慮の事故に加えて、故意による外傷、特に暴力、犯罪そして自殺などが含まれるようになっていった。

例えば、1990年代後半に「セーフコミュニティ」に認証されたニュージーランドのコミュニティでは、暴力や犯罪も「セーフコミュニティ」活動の対象とした。さらに、自傷や自殺予防などを含むプログラムもでてきた<sup>42)</sup>。また、アメリカのダラスで開催された会議（1996年）では、暴力など意図的な原因による外傷も安全向上のための取組み対象に含む必要性が取上げられた<sup>43)</sup>。

次に考えられる要因は、活動の主体者の多様化である。「セーフコミュニティ」が、当初の一部専門家のリーダーシップによる取組みから地域の住民が主体者として取組む活動へと拡大（あるいはシフト）したことである。

もともと「セーフコミュニティ」の取組みの基本は、事故など健康を害する要因を「予防」する活動が出发点であった。そのため、専門家、特に医療分野の専門家たちは、「セーフコミュニティ」に取組むための手がかりとして医学的視点から外傷予防に取組む傾向があったとされる。しかし、実際に、コミュニティレベルで包括的な視点から安全の向上を目指す取組むなかで、様々な地域組織やボランティア団体に関わるようになった。そのため、安全の概念やそれをとりまく現実、医学的成果としての「外傷予防」から社会状況に焦点がシフトし、広範になっていったと考えられる。その結果として、「インジュリープリベンション（外傷予防）」の概念よりも「セーフティプロモーション（安全の向上）」を妥当とする傾向がみられるようになったとみられている<sup>44)</sup>。

このように世界の様々なコミュニティが、それぞれが置かれている安全の状況や抱えている問題に応じた取組みを「セーフコミュニティ」の理念に基づいて進めているなかで、取組み対象が広がり、活動の内容も多様にな

った。また、特定の専門家たちがリードして進める取組みから地域の多くのアクターがより主体的関わる活動になっていったことから、「安全」は、必ずしも同じ概念として共有されるとは限らなくなった。そのため、WHOの保健政策に基づいた取組みとして「セーフコミュニティ」を推進するためには、「安全（セーフティ）」そして「セーフコミュニティ」とは何か、について一定の共通した概念を定める必要が生じたと考えられる。

このように活動の対象、領域、アプローチも多様な形で「セーフコミュニティ」活動が展開されるようになるなか、1996年のWHOによる要望がきっかけにより、安全（セーフティ）と安全向上のための取組み（セーフティプロモーション）のフレームワークを標準化させる活動が始まった<sup>45)</sup>。

そこで、次に「セーフコミュニティ」にかかわる概念や「セーフティプロモーション」のフレームワークの標準化の過程をみでみる。

## 2) 概念及びフレームワーク等の標準化

1989年に「セーフコミュニティ」認証のシステムが設けられて以来、「セーフコミュニティ」への取組みは、北欧、北米、オーストラリアなどを中心に次第に広がっていった。

そのようななか、1997年6月、ケベック（カナダ）での「国際安全向上及び外傷予防トレーニングセッション」及び「第2回傷害および事故予防フランス語圏ネットワーク国際セミナー」、1997年10月のヨハネスバーグ（南アフリカ）での「第6回セーフコミュニティ国際会議」において、「安全（セーフティ）」や「安全の向上（セーフティプロモーション）」の概念及び実践について議論された。そして、外傷の予防や安全の向上に関するWHO協働センターが集まる会議において、それらの議論を明文化する必要性が示された<sup>46)</sup>。

さらに、これらの議論と並行して、1997年10月から1998年1月の間には、専門家25人によるインターネットによるディスカッショングループが設置され、「セーフコミュニティ」の概念と実践に関するコンセンサスを得るための「ドキュメント」の草案について議論が重ねられるなど、用語やコンセプトの統一が進められた<sup>47)</sup>。

1998年2月には、それまで議論されてきた「安全（セーフティ）」と「安全の向上（セーフティプロモーション）」に関するコンセンサスを得ることを目的に、ケ

ベックで第1回国際セミナーが開催された。このセミナーには、様々な分野から40人を超える参加者が集まり、議論を重ねた<sup>48)</sup>。そして議論の結果を「ケベックドキュメント」として提示した。

ケベックドキュメントでは、国際的なコンセンサスを得るために「セーフティ（安全）」および「セーフティプロモーション（安全の向上）」の概念とコミュニティにおける安全向上のための戦略を推進するためのフレームワークが示された<sup>49)</sup>。例えば、「セーフコミュニティ」活動の領域は、(故意の)外傷・自殺・暴力・犯罪とし、それらの予防と健康の増進という観点から活動に取組まれることとされた。さらに、安全の向上のための介入モデルの標準化が進められた。

そして、標準化の取り組みの結果は、1998年5月には、第2回国際セミナー（スウェーデン）において、先のケベック大会に参加した専門家を含む13人によって以下のようにまとめられた<sup>50)</sup>。

- ① 人間の権利としての「セーフティ（安全）」
- ② ウェルビーイングと健康に不可欠な要素である「安全（セーフティ）」
- ③ 「安全（セーフティ）」の定義を尊重する原則
- ④ 「安全（セーフティ）」の「客観的側面」と「主観的側面」
- ⑤ 「安全（セーフティ）」を得るために必要な主条件
- ⑥ 「安全の向上（セーフティプロモーション）」の定義
- ⑦ 「安全の向上（セーフティプロモーション）」の一般的な過程

これらの一連の取組みは、WHO、ケベックWHO安全向上と外傷予防のための協働センター（カナダ）及びWHO CSP協働センター（スウェーデン）によって「安全および安全の向上；その概念と実践の側面（Safety and Safety Promotion；Conceptual and Operational Aspects）」において記録され、安全に関する概念や活動のフレームワークが明文化された（1989年9月）<sup>51)</sup>。

こうして、「セーフコミュニティ」活動の基礎となる概念、「安全（セーフティ）」や「安全の向上（セーフティプロモーション）」の考え方が公式に提示され、活動のフレームワークが確認されたのである。



## 小 括

WHOによる「セーフコミュニティ」の取組みは、「全ての人に健康を」という目標を実現するための健康政策、外傷予防プログラムとしての取組みが発端であった。

1970年代のヨーロッパでは、交通事故や外傷は増加傾向にあった。そこで、WHOは、健康政策として外傷予防に取り組む必要性を認識し、交通事故さらに外傷を予防するためのプログラムを展開しようとした。しかし、当時の保健分野においては、外傷の予防は新しい試みであり経験や知識を十分に有していなかった。そこで、北欧において成果をあげていた外傷予防プログラム「ファルショッピングモデル」に着目した。

しかし、この時点でファルショッピングプログラムを取り入れ、成果を得ていたのは北欧のコミュニティだけであった。そこで、他の異なる状況にあるコミュニティにおいても取組みが可能であるか、同様に効果が期待できるモデルであるか、などについて明らかにする必要があった。そこで、ファルショッピングモデルを参考にしつつ、全く環境の異なるワン・コイ（タイ）での取組みと比較することによって、世界の多様な状況にあるコミュニティが取組み可能な「セーフコミュニティ」モデルの構築を試みた。

この一連の取組みの結果、「12の基準」という活動のベースが提示され、「認証システム」によって健康の維持・増進に寄与する安全なまちづくりの方向性と仕組みが示された。これにより、安全の向上を課題としていたコミュニティは、安全向上の取組みモデルを得ることができたといえよう。

しかし、認証制度の設置後、「セーフコミュニティ」の取組みが世界規模で広がるなかで、「安全」などの概念について共通の理解が必要となった。そこで、WHOを中心として概念やフレームワークの共通理解のための議論が進められたのである。

## Ⅲ. 「セーフコミュニティ」モデルの特徴

現在、「セーフコミュニティ」として認証されているコミュニティをみると、その状況は様々である。例えば、コミュニティの規模は、人口約2,000人の村から200万人の大都市まで幅広い。さらに、高福祉で医療保健制度が整っている北欧をはじめとする先進国から中東やアジア、南米の国々などの発展途上国まで、その社会の基盤整備の状況やソーシャルサービスの状況も多様である。また、地域の安全の状況や目指すレベルもさまざまであるために抱えている課題も異なる。

このように多様なコミュニティが取組み可能な「セーフコミュニティ」活動であるが、そのモデルとなったファルショッピングの外傷予防プログラムとの違いはなにか。本章では、両者を比較することにより、「セーフコミュニティ」モデルの特徴について整理する。

ただし、「セーフコミュニティ」モデルは、認証制度が始まってからも社会の変化及びWHOの保健政策の動向にともなって変化している。そのため、「セーフコミュニティ」認証システム開始時と現在との2点において比較する。

表1 ファルショッピングモデルとWHO「セーフコミュニティ」モデルの比較

	ファルショッピングモデル	WHO「セーフコミュニティ」 モデル（認証開始時）	WHO「セーフコミュニティ」 モデル（現在）
活動主体者	関連分野の連携 住民の主体的な関与 地域のあらゆるアクターの参加		
アプローチ	「予防」活動に重点を置く		
活動の方法	既存のプログラムを活用する		
事業の評価	データ分析などによる科学的視点からプログラムの効果について評価する		
活動領域	不慮の外傷	不慮の外傷	不慮・故意の外傷 (自殺、暴力、犯罪など)
活動の重点	医療的側面が中心 (外傷予防)	医療的側面に加えてに社会的側面が拡大 (「安全性の向上」の側面が大きくなる)	
活動の基準や指標	取組みの8ステップ	12基準	6指標(2002年～)
認証制度	なし	あり	再認証制度(5年毎)を新たに設置
推進機関	なし (コミュニティが独自に推進)	WHO CSP 協働センターの設置	提携支援センター、認証センター を設置(認証による)
ネットワーク	-	「セーフコミュニティ」ネットワー クの設置	アジア、北欧など地域ネットワー クの設置
主なコミュニティ	北欧	北欧、北米、オーストラリア	アジア等の取組みが顕著になる

この表から「セーフコミュニティ」モデルとファルショッピングモデルの取組みの相違点をみている。同じ点は、①地域住民の主体的な関わりと関連分野の組織や団体の連携、②予防活動への重点、③既存のプログラムや資源などの活用、④科学的視点からの事業の評価、である。

一方、異なる点は、①予防活動の対象は、不慮の事故による外傷にとどまらず、自殺・暴力・自然災害など多様化し、安全向上の側面が拡大、②指標に基づいた認証システムや取組みの支援組織の設置、③取組むコミュニティの状況の多様化、などである。

さらに、現在では、取組みの質の維持・向上と継続性が重要視されており、認証コミュニティは、5年毎の見直しと再認証が求められている。

これらのことから、WHOモデルは、ファルショッピングモデルの「住民の主体的関与と地域アクターの連携」、「既存資源の活用」、「基本アプローチは『予防』」、「科学的視点からの評価」といった要素を引き継ぎつつ、WHOの政策や様々なコミュニティの状況に適應できるモデルに発展したものであるといえよう。

では、WHO「セーフコミュニティ」モデルが多様な状況にあるコミュニティに取入れられてきた要因とは何であろう。

まず、取組みのガイドラインである指標の簡潔さがあげられよう。WHO「セーフコミュニティ」の活動は、先進国、発展途上国にかかわらず6つの指標<sup>52)</sup>を満たすことが唯一の認定条件である。わずか6つの指標を満

たすことによって、安全向上プログラムを効果的に企画・運用し、その結果を評価する仕組みを構築することができるようになっている。

次に、地域の実情に応じた課題と目標を設定する点である。取組み課題や到達目標について「セーフコミュニティ」としての絶対的基準があり、決められたプログラムを実施するのではなく、コミュニティが、自分たちの置かれている状況に応じて重点課題を設定し、地域で活用可能な資源を用いて安全の向上に取組むことが原則とされている。

第三に、取組みには必ずしも莫大な費用を必要としない点であろう。そもそも、外傷に対して「予防」というアプローチを用いることから、外傷の治療と比較すると必要となる費用は非常に少ない。また、またそれぞれのコミュニティのもつ社会資源を活用することが基本であるために、いわゆる「身の丈にあった」レベルでの取組みを進めることができる。

最後は、科学的根拠と分析によってプログラムを検証できる点である。警察や消防署、医療機関などが記録しているデータを収集し、科学的視点から分析することによって、予防プログラムの効果を評価し、プログラム改善につなげることができるのである。

このように、「セーフコミュニティ」モデルは、ガイドラインとなるものは6指標のみであり、多様な状況のコミュニティがそれぞれの実情に合わせて適應できる。にも関わらず、科学的な視点からの評価し改善につなげ

るPDCAの仕組みを構築することができるモデルである。

しかし一方で、汎用性を重視し、多様な状況にあるコミュニティが取組むことが出来るようにするためには、そのガイドラインとなる6指標の表現は、出来る限り多くのケースを考慮した抽象的なものにならざるをえない。そのため、「何がセーフコミュニティか」という点において具体性を欠き、「つかみどころがない」という印象を与えかねない。

## 結 び

本稿では、WHOが推進する、外傷や事故などの「予防」に重点をおいた安全・安心のまちづくりの取組み「セーフコミュニティ」活動が、世界のさまざまなコミュニティで広く取り入れられるようになった要因について、世界的な保健政策との関係に注目して分析した。

その結果、今日、「セーフコミュニティ」の取組みが世界で広く取入れられるようになった主な要因として、次の2点があげられる。

まず、戦後の保健政策において、健康を阻害する要因を予防することの重要性に対する認識が高まったという世界的な保健政策の流れがあった。

1970年～1980年代は、プライマリヘルスケア、ヘルスプロモーションという健康の保持・増進の取組みが進められるなかで、健康を阻害する要因に対する予防対策に重点がおかれるようになった。そこで、外傷も健康を害する要因としてその予防活動を推進する必要性が高まったのである。外傷予防活動を進めるにあたって、当時、北欧のいくつかのコミュニティにおいて実績を上げていたファルショッピングモデルが着目された。ファルショッピングモデルの、住民参加、資源の有効活用、関係機関の連携といったプライマリケアと共通する取組み姿勢も健康政策として取組みやすい要因であったと考えられる。

次に、取組みモデルの汎用性があげられる。WHOが世界的な政策を推進するにあたっては、北欧のような先進国だけでなく、発展途上国も含む様々な状況のコミュニティにおいて展開が可能なモデルが必要である。そこで、まず、トラベリングセミナーを通して異なる状況にあるコミュニティが進めている取組みとその効果を比較し、多様な状況にあるコミュニティが取組むことができるモデルについて検討が重ねられた。その結果、ファルショッピングモデルをベースに、多様な社会基盤や制度

の整備状況にあるコミュニティが取組み可能なモデルの構築が試みられた。

この「セーフコミュニティ」モデルが多様なコミュニティで取入れられる要素としては、次の4点が考えられる。

第一に、「セーフコミュニティ」は、その取組みのガイドラインとなるものは6指標のみという点である。その指標には、到達すべき絶対的な安全基準があるのではなく、「セーフコミュニティ」への取組み姿勢やその方法が示されている。

第二に、コミュニティが実情に応じて取組み課題と目標を設定し、地域で活用可能な社会資源を用いて取組むことが基本となっている点である。そのため、コミュニティの抱える課題に応じてオーダーメイドの安全向上のプログラムを進めることが可能である。

第三は、必ずしも多額の費用を要しない点である。既存の社会資源やサービスなどを多層的に活用することを基本としているために、新たなプログラムを開始するほど費用がかからない場合が多い。

最後に、安全向上に向けたプログラムを効果的に企画・運用し、その結果を評価して改善につなげる仕組みを構築することができる点である。

このように「セーフコミュニティ」モデルは、多様な状況にあるコミュニティがそれぞれの実情に合わせた効果的な取組みを可能にするために、柔軟性と汎用性を備えている。しかし、そのために、唯一のガイドラインである6指標の内容は抽象的にならざるをえない。その結果、「何がセーフコミュニティか」という点はいまいになり、「セーフコミュニティ」活動そのものが「わかりにくい」という印象を与えている。これについては、今後の活動の展開において取組むべき課題といえるだろう。

## 注

- 1) Safe Communities Network Members ([http://www.phs.ki.se/csp/who\\_safe\\_communities\\_network\\_en.htm](http://www.phs.ki.se/csp/who_safe_communities_network_en.htm)) (参考日 2007/06/24)
- 2) 白石陽子「セーフコミュニティ前史」(立命館大学政策科学学会 『政策科学』 14巻2号 2007年) 103-113頁
- 3) WHO地域における安全向上協働センターが設置されているカロリンスカ研究所(医科大学)社会医学部の学部長でもあり、ファルショッピングでの事故予防プログラムに関わった実績をもつ。
- 4) 山本太郎 著 『国際保健学講義』学会出版センター 1999年5月12-13頁、日本国際保健医療学会 編『国際保健医療学

- 第2版』杏林学院 2005年5月 105-106頁 他
- 5) Welander. Glenn, Svanstrom. Leif, Ekman. Robert “*Safety Promotion - an introduction 2nd Revised Edition*” Karolinska Institutet Department of Public Health Sciences 2004 pp.97-98
- 6) 財団法人 高知県政策総合研究所「セカンドライフにおけるニーズ調査(Ⅱ)」平成13年3月10-11頁
- 7) 島内 訳 前掲書3-4頁、15-17頁、山本 前掲書 111頁「ヘルスプロモーション」という用語が公衆衛生関連の文献に登場したのは1920年代といわれているが、今日のヘルスプロモーション運動のきっかけとなったのはラロンド報告であるとされる。
- また、ヘルスプロモーションについては、「健康増進」と訳される場合もあるが、健康を身体的・精神的な側面のみから捉えず、社会的な側面からも捉えている点から、日本で展開されている「健康増進活動」と同一ではないと解釈される場合がある。そのため、本稿では、和訳せずに「ヘルスプロモーション」とする。
- 8) 厚生労働省 ([http://www1.mhlw.go.jp/topics/kenko21\\_11/s0.html](http://www1.mhlw.go.jp/topics/kenko21_11/s0.html)) (参考日 2006/08/08)、日本国際保健医療学会編 前掲書111頁
- 9) 健康上必要不可欠な基本的な保健医療サービスへのアクセスを地理的・経済的に保証し、すべての人が自ら健康を獲得・維持することができることを目指す、地域での実践を重視した健康増進や予防活動から治療、リハビリテーションまでを含むアプローチ。具体的な実践活動として、1) 健康教育、2) 水供給と基本的衛生の推進、3) 栄養改善、4) 母子保健と家族計画の推進、5) 予防接種の推進、6) 感染症対策、7) 一般疾患の対策、8) 必須医薬品の供給、の8項目が設定されている。
- 10) 一般的には「初期診療」ともいわれ、疾病の発生した場合に最初に接する医療のことを示すが、「プライマリケア」の訳である場合は、人々のあらゆる健康・疾病に対し、総合的・継続的、そして全人的に対応する医療の意味にも使われている。その場合は、予防・健康増進・治療・社会復帰等すべてを含み、医療というものを”病気を治す治療医学”だけに限定せずに、トータルに捉えている。
- 11) 厚生労働省 前掲ウェブサイト、島内憲夫 訳 前掲書 128頁、山本太郎 著 前掲書 11-14頁 他
- 12) 厚生労働省 前掲ウェブサイト (参考日 2006/08/08)
- 13) 島内 訳 前掲書 128頁、日本国際保健医療学会編 前掲書 112-113頁
- 14) 日本国際保健医療学会編 前掲書 158頁、European health for all database (HFA-DB) World Health Organization Regional Office for Europe ([http://data.euro.who.int/hfad/linecharts/linechart.php?id=lchart\\_693142001179442339&ind=1720&xpt=-1](http://data.euro.who.int/hfad/linecharts/linechart.php?id=lchart_693142001179442339&ind=1720&xpt=-1)) (参考日 2007/05/17)
- 15) Welander. Glenn, Svanström. Leif, Ekman. Robert *op. cit.* p.120、WHO Collaborating Center on Community Safety Promotion at The Karolinska Institutet “The Safe Community Network” p.8
- 16) WHO Collaborating Center on Community Safety Promotion at The Karolinska Institutet *op. cit.* p.8、Welander. Glenn, Svanström. Leif, Ekman. Robert *op. cit.* p.120
- 1986年には、スウェーデンの高齢者の外傷予防の実績は、WHOが主催したベルギーでのセミナーにおいて報告されるなど、WHOは、スウェーデンの外傷予防プログラムとの接点があった。
- 17) 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・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、Welander. Glenn, Svanström. Leif, Ekman. Robert *op. cit.* pp.49-50,p.78
- 18) Welander. Glenn, Svanström. Leif, Ekman. Robert *op. cit.* p.50
- 19) 反町・渡邊 前掲書、反町・白川 前掲書、Welander. Glenn, Svanström. Leif, Ekman. Robert *op. cit.* pp.49-50, p.78、”Manifesto for Safe Communities Safety- A Universal Concern and Responsibility for All” adopted in Stockholm 20 September 1989 sponsored by World Health Organization pp.2-3
- 20) Welander. Glenn, Svanstrom. Leif, Ekman. Robert *op. cit.* p.80
- 21) 反町・渡邊 前掲書、反町・白川 前掲書、Manifesto for Safe Communities Safety- A Universal Concern and Responsibility for All” adopted in Stockholm 20 September 1989 sponsored by World Health Organization pp.2-3
- 22) WHO Collaborating Center on Community Safety Promotion at The Karolinska Institutet *op. cit.* p.16
- 23) ワン・コイは、タイ政府が無償で提供した土地に人が移り住んで1961年に小さな村として誕生し、1981年に国の地方発展計画に加えられたことによりインフラ整備が進められるようになった。
- 24) 白石陽子「セーフコミュニティ前史」(立命館大学政策科学学会 『政策科学』 14巻2号 2007年) 103-113頁
- 25) Welander. Glenn, Svanström. Leif, Ekman. Robert *op. cit.* pp.97-98、WHO Collaborating Center on Community Safety Promotion at The Karolinska Institutet *op. cit.* p.14, pp.38-40
- 26) とりわけ農業機械、肥料、殺虫剤を担当している分野の協働支援がもたらされた。
- 27) WHO Collaborating Center on Community Safety Promotion at The Karolinska Institutet *op. cit.* pp.39-40
- 28) WHO Collaborating Center on Community Safety Promotion

- at The Karolinska Institutet *op. cit.* p.17
- 29) WHO Collaborating Center on Community Safety Promotion at The Karolinska Institutet *op. cit.* p.17
- 30) Welander. Glenn, Svanström. Leif, Ekman. Robert *op. cit.* pp.111-114, WHO Collaborating Center on Community Safety Promotion at The Karolinska Institutet *op. cit.* p.17
- 31) 反町・白川 前掲書、Rahim, Y., “Safe Community in different settings” *International Journal of Injury Control and Safety Prevention*, Vol.12, No.2, June 2005, pp.105-112
- 32) WHO (<http://www.WHO.int/kms/initiatives/WHOccinformation/en/index.html>) (参考日2006/07/08)  
ただし、WHOは、特別な業務を行う場合に協働センターに対して補助金をだすこともあるが、一般的には協働センターに対する財政面での支援は行わない。
- 33) WHO 同上 ウェブサイト (参考日2006/07/08)  
WHO協働センターは、協働センターとしての7つの指標を満たすことが求められる。認証期間は4年で、その後は更新することが可能である。また、WHO以外の国際的な機関(国連食糧農業機関；FAOなど)との共同による認証を受けることもある。
- 34) WHO Collaborating Center on Community Safety Promotion ([http://www.phs.ki.se/CSP/index\\_en.htm](http://www.phs.ki.se/CSP/index_en.htm)) (参考日2006/04/30)
- 35) 「セーフコミュニティ」活動を支援するためにWHO CSP協働センターに「提携支援センター」として認証されている研究機関や支援団体。
- 36) Welander. Glenn, Svanström. Leif, Ekman. Robert *op. cit.* p.101
- 37) Welander. Glenn, Svanström. Leif, Ekman. Robert *op. cit.* pp.99-100
- 38) 衛藤 隆 「子どもの事故防止から“Safe Community”へ」(『小児保健研究』第64巻第2号 2005年) 170 - 175頁, WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion at The Karolinska Institutet *op. cit.* pp.23-25 [http://www.phs.ki.se/csp/WHO\\_safe\\_communities\\_indicators\\_en.htm](http://www.phs.ki.se/csp/WHO_safe_communities_indicators_en.htm) (参考日2006/11/19)
- 39) 「セーフコミュニティ」として承認されるためには、次のプロセスを経る。  
① 「セーフコミュニティ」としての6指標を満たす  
② 所定の申請書を作成し、WHOCSP協働センターに提出  
③ WHOCSP協働センターによる現地視察  
④ 審査  
⑤ 認証式(同意書署名、認証書・「セーフコミュニティ」旗の授与)
- 40) The Quebec WHO Collaborating Center for Safety Promotion an Injury Prevention, the WHO Collaborating Center on Community Safety Promotion, The World Health Organization “Safety and Safety Promotion; Conceptual and Operational Aspects” September 1998 p.5
- 41) The Quebec WHO Collaborating Center for Safety Promotion an Injury Prevention, the WHO Collaborating Center on Community Safety Promotion, The World Health Organization *op. cit.* p.3
- 42) 反町・渡邊 前掲書、Welander. Glenn, Svanström. Leif, Ekman. Robert *op. cit.* p.98
- 43) WHO Collaborating Center on Community Safety Promotion at The Karolinska Institutet *op. cit.* p.22
- 44) Welander. Glenn, Svanstrom. Leif, Ekman. Robert *op. cit.* pp.98-99
- 45) The Quebec WHO Collaborating Center for Safety Promotion an Injury Prevention, the WHO Collaborating Center on Community Safety Promotion, The World Health Organization *op. cit.* p.6
- 46) The Quebec WHO Collaborating Center for Safety Promotion an Injury Prevention, the WHO Collaborating Center on Community Safety Promotion, The World Health Organization “Safety and Safety Promotion; Conceptual and Operational Aspects” September 1998 p.3, p.6
- 47) The Quebec WHO Collaborating Center for Safety Promotion an Injury Prevention, the WHO Collaborating Center on Community Safety Promotion, The World Health Organization *op. cit.* p.6
- 48) Welander. Glenn, Svanström. Leif, Ekman. Robert *op. cit.* p.87, The Quebec WHO Collaborating Center for Safety Promotion an Injury Prevention, the WHO Collaborating Center on Community Safety Promotion, The World Health Organization *op. cit.* p.6
- 49) Welander. Glenn, Svanström. Leif, Ekman. Robert *op. cit.* p.12,p.87
- 50) The Quebec WHO Collaborating Center for Safety Promotion an Injury Prevention, the WHO Collaborating Center on Community Safety Promotion, The World Health Organization *op. cit.* p.6
- 51) The Quebec WHO Collaborating Center for Safety Promotion an Injury Prevention, the WHO Collaborating Center on Community Safety Promotion, The World Health Organization *op. cit.* p.3
- 52) 2002年に、それまでの12の基準から下記の「6指標」へとまとめられた。  
① 関連分野が連携して進めるための組織がある  
② 全年齢・両性、あらゆる環境・状況をカバーした長期的・継続的プログラムがある  
③ ハイリスクグループを対象にしたプログラムがある  
④ 外傷など地域に問題の発生頻度とその原因を記録するプログラムがある  
⑤ プログラム、実行過程、効果を評価する基準がある  
⑥ 国内・国外の「セーフコミュニティ」ネットワークに積極

的、継続的に参加する

#### 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』中央法規 2005年12月 第2版
- 衛藤 隆「子どもの事故防止から“Safe Community”へ」(『小児保健研究』第64巻 第2号 2005年) 175 - 170頁
- 衛藤 隆「Safety Promotion の概念とその地域展開」(東京大学大学院教育学研究科紀要 第46巻) 2007年3月 331-337頁
- 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
- キックブッシュ・イローナ (島内憲夫 訳)『21世紀の健康戦略 3ヘルスプロモーション-戦略・活動・研究政策-』垣内出版 1992年9月
- 財団法人 高知県政策総合研究所『セカンドライフにおけるニーズ調査(Ⅱ)』平成13年3月
- 白石陽子「セーフコミュニティ前史」(立命館大学政策科学学会『政策科学』14巻2号 2007年) 103 - 113頁
- 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)
- 日本国際保健医療学会 編『国際保健医療学 第2版』杏林学院 2005年5月
- 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』2005年8月第3版 東京大学出版会
- 山本太郎 著『国際保健学講義』学会出版センター 1999年5月
- 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
- Cho, Joon Pil, Svanström, Leif, “Developing Safe Communities- Two decades of experiences” Department of Emergency Medicine, Ajo University School of Medicine 2002
- Failamme L., Svanström L., Schelp L. “Safety Promotion Research” 1999
- World Health Organization “Manifesto for Safe Communities Safety- A Universal Concern and Responsibility for All “ 1989
- Ministry of Health and social Affairs “Health and Medical Care in Sweden” Fact Sheet No.15 2005
- Welander. Glenn, Svanström. Leif, Ekman. Robert “Safety Promotion - an introduction 2nd Revised Edition”
- Karolinska Institutet Department of Public Health Sciences 2004 “Ottawa Charter for Health Promotion First International Conference On Health Promotion” 1986
- Rahim, Y., “Safe Community in different settings” International Journal of Injury Control and Safety Prevention, Vol.12, No.2, June 2005, pp.,105-112
- The Quebec WHO Collaborating Center for Safety Promotion an Injury Prevention, the WHO Collaborating Center on Community Safety Promotion, The World Health Organization “Safety and Safety Promotion ; Conceptual and Operational Aspects” 1998 ( [http://www.phs.ki.se/CSP/pdf/Books/promo\\_en.pdf](http://www.phs.ki.se/CSP/pdf/Books/promo_en.pdf)) (参考日 2006/05/24)
- The Swedish Institute “The Health Care System in Sweden Fact Sheet” 2003
- WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion at The Karolinska Institutet “The Safe Community Network “

#### <ウェブサイト>

- 厚生労働省 [http://www1.mhlw.go.jp/topics/kenko21\\_11/s0.html](http://www1.mhlw.go.jp/topics/kenko21_11/s0.html) (参考日 2006/08/08)
- European health for all database (HFA-DB) World Health Organization Regional Office for Europe ([http://data.euro.who.int/hfad/linecharts/linechart.php?id=lchart\\_693142001179442339&ind=1720&xpt=-1](http://data.euro.who.int/hfad/linecharts/linechart.php?id=lchart_693142001179442339&ind=1720&xpt=-1)) (参考日 2007/05/17)
- Government of Sweden “Health and medical cares” (<http://www.sweden.gov.se/sb/d/2950・jsessionid=aDC7Nkzqqsp7>) (参考日 2006/07/16)
- 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>) (参考日 2006/07/16)
- WHO (<http://www.WHO.int/kms/initiatives/WHOccinformation/en/index.html>) (2006/07/08)
- WHO Collaborating Center on Community Safety Promotion
- ・ [http://www.phs.ki.se/CSP/index\\_en.htm](http://www.phs.ki.se/CSP/index_en.htm) (参考日 2006/04/30)
  - ・ [http://www.phs.ki.se/csp/who\\_safe\\_communities\\_network\\_en.htm](http://www.phs.ki.se/csp/who_safe_communities_network_en.htm) (参考日 2007/06/24)
  - ・ <http://www.phs.ki.se/CSP/safecom/falkoing2.htm> (参考日 2006/04/30)
  - ・ <http://www.phs.ki.se/CSP/safecom/lidokoing2.htm> (参考日 2006/04/30)
  - ・ <http://www.phs.ki.se/CSP/safecom/motala3.htm> (参考日 2006/04/30)
  - ・ [http://www.phs.ki.se/CSP/WHO\\_safe\\_communities\\_indicators\\_en.htm](http://www.phs.ki.se/CSP/WHO_safe_communities_indicators_en.htm) (参考日 2006/11/19)