

2. 方法

健康日本 21 地方計画および取り組みについての効果的な評価手法を開発するためには、市町村が実際に健康日本 21 をどのように推進しているのか、またどのような課題があるのかを把握する必要がある。このため、次の 3 つの方法で市町村の現状と課題を把握した。

- ①地方自治体の健康づくり部署とのディスカッション、ワーキンググループの実施
- ②地方自治体制作の健康日本 21 地方計画およびアクションプラン等の調査/検討
- ③地方自治体の健康づくり部署へのアンケートの検討

また、現状と課題を把握する上で、大きく「計画」「推進」「評価」の 3 つのステージにわけて、検討した。

3. 結果

地方自治体が健康日本 21 を推進する上での課題や障害は次のように考えられる。従って、開発される評価手法は、これらの課題や障害を表出できること、またこれらの課題や障害に解決の示唆を提供できることなどが求められる。

①計画についての課題や障害

●地方計画そのものが事務作業的につくられたものが多い

多くの地方計画は、国の健康日本 21 計画をひな型としてつくられている。その作られ方も、地域の独自の健康課題や町づくりなど大局から考案されたものは少なく、まず、健康日本 21 の最も特徴的な数値目標を地方自治体の数値に置き換えることに注力されたものが多い。その次に重視されたことは識者/住民などによる委員会の設置である。

時間的なズレもあり、多くの地方計画は「計画書」をつくっただけで留まっている。本来であれば、行為計画(アクションプラン)や具体的な事業計画へと続くのだが、これらの適切な「ひな型」がないため先に進めないという状態がみられる。これが現場で働く人々の「いったい何をすることが健康日本 21 なのか」というとまどいにつながっている。

●計画立案の時間的なズレ

国が健康日本 21 を発表したのは 2001 年だった。国が 2001 年に健康日本 21 を発表するまでに数年間の準備期間が必要であったように、地方計画も発表までには相応の時間が必要である。2001 年に発表された国の「ひな型」をもとに、地方計画を発表するのはその 2~3 年後

と考えるのが妥当である。市町村は国の「ひな型」と都道府県の「ひな型」の両方を参考にするので、さらに遅れる。このように作業に絶対必要な時間だけでなく、地方自治体の健康づくりへの意欲や他の事情などによっても地方自治体ごとの進捗状況は異なってくる。

進捗状況や意欲に格差がある地方自治体に、国から「評価」についてどのようなメッセージや提言を出すことがふさわしいのかは十分な検討が必要である。

●一次予防の効果を測定できる「目標」がない

健康日本 21 は、生活習慣病の一次予防を目的としている。しかし、一次予防のヘルスプロモーション効果を測定できる指標がない。健康日本 21 が目的とする一次予防の推進では、健康づくりの要因が病気、保健、行政の周辺以外にもあるという定義がされている。例えば、人間関係や就業状態が人々の健康に影響をもたらすことが認知されている。しかし、住民集団また個人において「何があれば」「何が起きたら」「どのような状況が生まれたなら」人間関係が向上している、就業状態が向上していると評価できるか、などの指標がない。

指標が明確でないので、行為計画に及ばないという面がある。また、健康づくりのための新しい指標が提示されないので、計画書は健康日本 21 だが業務は従来のまま行っている、ということも多い。

②実施についての課題と障害

●2次予防のやり方で1次予防をやっている

現場における最大の問題は「二次予防のやり方で一次予防をやっている」ことである。健康日本 21 は登場時にその新しさとして「目標管理型」「全住民参加型」「直接介入ではなくメッセージ型」の 3 つが掲げられた。多くの地方計画が数値目標を掲げる「目標管理型」と委員会やワーキンググループで作業を行う「全住民参加型」は踏襲したが、「直接介入ではなくメッセージ型」は手付かずのままである。

健康づくりの現場では、直接介入型で住民全参加を目指し、厳格な目標管理が行われようとしている。この方法が健康づくりの現場で働く職員の疲弊と焦燥感の原因のひとつとなっている。

●どの地域も同じ事業

地方自治体では、健康(指導)教室、出前健康診断、外食店の栄養成分表示/ハーフポーション/分煙、住民の健康宣言の回収、企業等の健康支援の取り付け、高齢者や主婦層、町内会

など従来からの顧客の組織化などが、行われている。多くの地方自治体がユニークな事業展開というよりは、どこもほぼ同じような事業展開をしている。

地方自治体の健康づくり部署は、他の地方自治体の健康づくり部署の考え方や事業を参考にすることが多い。このため、どの地方でも同じ事業展開になってしまう。

本来は、同じ地域の他部署や民間などと連携し、その地域の独自課題に対して独自の事業展開で問題解決を図るべきだが、それは困難である。

どの地域でも同じ事業が行われていることについての問題点は、たんに「モノマネ」が多いということだけでなく、健康づくり部署が同業からしか知恵やアイデアを仕入れられないという事である。このような閉鎖的な面が、健康づくり運動推進にマイナスなことは言うまでもない。

● やりやすい領域とライフステージに資源が集中しやすい

どの地方自治体でも、高齢者、乳幼児、主婦などの保健セクターがつながりやすいライフステージが事業の対象になりやすい。また、領域では食事と栄養、たばこ、(運動全般ではなく)ウォーキングなど前例がある施策に資源が集中しやすい。

つまり、従来の保健事業の対象者に、従来の保健事業の資源や手法を投下していることが多い。このため従来の保健事業からもれやすく、最も生活習慣病リスクが高いといわれる都市型生活者の中老年男性などには、アプローチが行き届かない。

また、従来から保健セクターが取り組んできた高齢者、乳幼児、主婦などのライフステージと食事と栄養、たばこ、ウォーキングなどの領域は、民間もビジネスとして参入しやすいため、日本全体としてみれば、生活習慣病予防の取り組みに大きな偏りがでていることになる。

● 財政面の目標の温度差

都道府県は財政面において明確な問題意識を持っているが、市町村になると「医療費の抑制」「介護費用の抑制」「国民健康保険の健全化」「団塊の世代の帰還問題」などには、温度差がでてくる。現場で働く職員のなかには、上記のような財政の問題を一度も考えたことがない人もいる。

保健医療に関わる財政の健全化は健康日本 21 の目的の一つであるにも関わらず、これが明確に伝わっていないという問題がある。

● 施策としてお手本になる事例がない

「目標管理型」「全住民参加型」「直接介入ではなくメッセージ型」の3つがセットになって事業が運営されている事例がないという問題を前述した。さらに誤解につながる事が、2次予防の

やり方で1次予防を強引に推進した事例が、新しい健康づくり事業として公衆衛生誌などで紹介されることである。例えば、地域の65歳以上の高齢者全員を対象として直接介入の手法で、ウォーキングなどの一次予防を推進する、などである。これらは大量のスタッフと時間、予算が必要である。モデル事業などであることも多い。多額の費用と人材が関わるため、注目を集めやすいので、いわゆるお墨付きやお手本になりやすい。

多くの健康づくり部署には、このような予算も人員もないため「うちでは一次予防はできない」「うちでは健康日本21はできない」となりやすい。悪い場合には、同じような事業を現場の職員のがんばりだけに依存して行うということもある。

●資源がない

地方自治体の健康づくりの現場には、一次予防のための資源が非常に少ない。これは予算だけのことではなく、職員の多くが健診などの二次予防のために時間を使っているなども含まれる。一次予防をやろうとすれば他部署か他セクターの予算や人員に協力をお願いすることになる。これが連携・協働とよばれているが、なかなか困難である。

行政内部の連携・協働においては地域保健の部署の力が弱く、説得力にかける。健康づくりというテーマがわかりにくい、とりくみにくいという声もある。さらに言えば、いわゆるお役所仕事とよばれるタテ割り組織でのセクショナリズムの問題もある。

企業など営利組織との連携・協働では特定事業者への利益供与、平等性などについての説明責任が生じる。また現実的な問題として不景気のため企業などからの協力や協賛を得にくいという面もある。

●人の問題

健康づくりの現場では「人」がすべてである。意欲のある担当者が来れば1年で5年分進化し、首長の理解が高ければ資源も豊富になる。逆に、担当者が変わったことによって5年分退化してしまうこともある。これは、健康づくり部署内だけに留まる問題ではない。

健康日本21のように外部の人々を巻き込んで、まさに全住民参加型でおこなう運動では、行政側の担当者が変わるだけでも、外部の協力者には不都合や不安が生じる。それに加えて、前任者の時には年に4回あった検討会が、担当者が変わったら年に1回の報告会だけになった、というような事態は、一旦は地域の健康づくり運動に巻き込まれた住民、識者、企業、地域団体などの不信をかうことになる。

●教育の不足

健康日本 21 を地方自治体で推進していく上では、その担当者に新しい知識やスキルが必要となる。しかし、実際は多くの地方計画が国の計画をトレースしたものが多いため、担当者にどのような知識やスキルが必要なのか、あまり検討されていない。実際に健康日本 21 の地方計画を推進するための教育も提供されていないことが多い。

直接的な教育の提供が難しいのであれば、勉強の方向性だけでも示唆するべきと思うが、これもあまりされていない。

③評価について

●過去の事業を数値で評価できない

多くの地方自治体では、健康日本 21 の地方計画の立案そのものが 2001 年以降であったため、2004 年時点で、評価するとなると健康日本 21 地方計画以前の事業を評価することになる。これらの事業の大半は計画時に「評価/見直し」することを前提としていないため評価することが困難である。その理由は、数値を基準とした目標設計がされていないからである。またその事業理念も健康日本 21 以前のもので、ライフステージや領域の偏りや、直接介入手法中心などの問題がある。

これらの計画や事業を評価するという事は、地方自治体としては非常に困難と思われる。

●お手盛りか自虐的評価に偏りがち

健康日本 21 の地方計画が国の計画のトレースであったように、このまま評価のステージに入ると評価のひな型となる書式をきれいに埋めるという作業で終わってしまう事が予測される。

また評価する意図や目的が不明確であると、「評価」イコール「批判」となってしまうがちである。逆に周囲の状況によってはお手盛りとなってしまう危険性もある。

●地方計画/アクションプラン/事業の区別がつかない

多くの地方計画は、地方計画、行為計画(アクションプラン)、各事業の三段階程度になると思うが、市町村ではこれらの区分がうまくつかない。「評価」と言ってイメージされやすいのは、個々の事業の評価と数値目標(高血圧の人を X%減らすなど)への成果(実際は Y%減らせたなど)の 2 つである。特に現場の人であるほど「事業を評価する」というイメージが強い。

4. 考察

健康日本 21 地方計画の評価手法の開発で重視されるべきことは、大きく 2 つある。

第一に、この評価手法は、いわゆる「評価」のセオリーを満たすと同時に、「評価」という行為を通じて、健康日本 21 とは何か、を再考する機会を提供できるものでなければならないという点である。多くの地方計画は、その計画立案時にあわただしく国の計画をトレースするという作業に追われたという面がある。今回の中間評価のステージでは各地域において「健康日本 21 を研究し検討する」ための機会を提供する必要がある。

第二に、この評価手法は、結果的に地方自治体の健康づくり部署に一次予防の資源をもたらすものでなければならない、ということである。端的にいえば首長や地域政財界のオピニオンを「地域健康づくり」へと奮起させるものでなければならない。残念なことに、一次予防のための資源を潤沢にもっている健康づくり部署はない。この中間評価を行う事によって、他部署、他のセクターなどから資源が得られるようにしなければならない。このような意味において、この評価手法は保健医療の専門家以外の人々にアピールできる効果的なプレゼンテーションとしての価値が必要である。

以上のことから、中間評価のための具体案を次のように考案した。

【評価手法の条件】

- ①全国でのベンチマーキングが出来るツールや仕組みが必要である
- ②地方自治体が「できていること」「できていないこと」がわかるツールが必要である
- ③3つのステージと8つの領域で評価

【評価するステージ】

- ①計画づくり
- ②実施
- ③成果測定

【評価する領域】

- ①資源(予算と人員)
- ②内部連携(連携事業数・連携組織数・連携会議開催数など)
- ③外部連携(連携事業数・連携組織数・連携会議開催数など)
- ④広報と情報公開(知名度調査・マスコミ等の露出度、プレス回数など)
- ⑤従来事業の改良と改革(2次予防などの有料化・IT化・合理化・委託など)
- ⑥新事業の取組み(メッセージ型・ターゲット別・ニーズ対応・目標管理・参加・など)
- ⑦独自性(独自目標・重点課題など)

⑧具体的な事業と目標の成果測定

5. 結語

この中間評価が、たんに「達成率」を計算するだけでなく、健康日本 21 とは何かを再考し、より多くの人々をこの運動に巻き込むための機会ととらえることが重要である。

要旨:

健康日本 21 地方計画の中間評価を行う上で、最も重要なことは、この中間評価を実施することによって、健康日本 21 がより活性化し、成果をつくりだしていくことである。つまりこの評価は過去の清算のためではなく、未来の創造のために位置づけられるべきである。

今回の中間評価をこのように位置づけた時、評価手法の開発を行うには、今一度、健康日本 21 が地方自治体によってどのように推進されているのか、また推進における課題は何か、などを把握し検討する必要がでてきた。

検討の結果、地方自治体における課題は大きく3つ把握された。第一に、健康日本21の意図や目的があまりうまく伝わっていないこと、第二に、協力者や理解者も含めて一予防を推進するための資源が不足していること、第三に、健康日本 21 を推進するためのトレーニングの機会が不足していることである。

このように見ていくと、今回の中間評価は健康日本 21 再考の機会であり、より多くの人々や組織から賛同と協力を得るためのプレゼンテーションの機会であり、健康日本 21 に関わる人々はその事業推進を疑似体験し、必要な知識やスキルを認識する啓発の場と考えることができる。

Ⅲ. 新領域検討1: 事故予防

新領域検討1:事故予防

1. 北欧型セーフティコミュニティープロモーションの研究

反町吉秀(京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻
健康要因学健康増進・行動学分野、
国立保健医療科学院専門課程)

2. 米国 CDC の事故防止活動の研究

内山有子(国立保健医療科学院生涯保健部)

3. 事故の疫学に関する研究

内山有子(国立保健医療科学院生涯保健部)
田中哲郎(国立保健医療科学院生涯保健部)
石井博子(国立保健医療科学院生涯保健部)

4. 高齢者の事故予防対策に関する研究

鈴木隆夫(東京都老人総合研究所)

5. 交通事故予防対策の研究

藤田尚(帝京大学)

6. CPR の普及に関する研究

内田靖之(板橋中央病院)

7. 事故予防の国際比較研究

石原明子(国立保健医療科学院政策科学部)

セーフティプロモーション（北欧型外傷予防アプローチ） についての研究

反町 吉秀

1. はじめに

米国 CDC による Injury prevention and Control の流れが、injury（事故、自傷行為、暴力などの医学的帰結としての死亡や障害）に関する疫学研究とそれに基づいた対策である¹⁾のに対し、safety promotionとは、事故、自傷行為（自殺を含む）、暴力などによる外傷、並びに、それによる安全・安心への脅威を、保健医療上の課題として捉え、公衆衛生的アプローチにより予防しようとする公的健康政策のことである^{2),3)}。別の言い方をすれば、ヘルスプロモーションが疾病を念頭においての健康づくりであるのに対し、safety promotionは外傷を念頭においた、生活の場における安全・安心づくりということになる³⁾。safety promotionには、国家レベル、コミュニティレベル、組織レベル、グループレベル、個人レベルでの取組みが想定し得るが、實際上、その中核をなしてきた地域における取組みがcommunity safety promotionである^{2),3)}。safety promotionについて概括的に把握するため、まず、スウェーデン西部の地方都市ファルショッピング(Falköping)市（当時の人口約3万2千人）における、世界で初めてのcommunity safety promotionの試みについて述べる。

2. セーフティプロモーションの黎明—ファルショッピング市での取組みのプロセス

1970年代後半より、ファルショッピング市における事故外傷予防の取組みは開始された。それは、問題の定義→アクションプランニング→プログラムの実施→データのフィードバックと評価→問題の再定義、という形式の循環式プロセスを持つ介入予防活動であった。より詳しくは、8つのプロセスよりなるものであった^{2),4)}。（表1）

第1段階は、事故による外傷の疫学的な地図づくりであった。そのためにファルショッピング市では、1978年1月より、外傷により地域の全医療機関を受診する外来及び入院患者全患者を対象とする登録制度すなわち外傷サーベイランスシステムが確立された。（この際、同じ郡にあり、社会経済的な条件と人口規模が類似しているリードショッピング(Lidköping)市がコントロール地域とされ、同様の外傷サーベイランスシステムが確立された。）このシステムは、介入プログラム実施前のベースラインの把握に威力を発揮した。また、外傷についての地域データを得る事は、地域の中で外傷が大きな問題とは思ってい

ない可能性がある地方当局や組織、住民の支持を得るのに、不可欠なものでもあった⁴⁾。

第2段階として、その分析により、子どもや高齢者がリスクグループとして認識され、リスク環境も選択された。ただし、介入の対象者は、リスクグループだけでなく、全世代の住民であった⁴⁾。

次の段階として、60以上の異なる公的機関や組織、そして住民個人の間にもそれまでの活動や知恵を普及させる広範なネットワークが1979年春に立ち上げられた。しばらく情報提供や話し合いの会合が持たれた後、機関・職種横断的な作業グループ並びに参照グループ(reference group)が設立された。会議への参加者は、実践的な取組みの実施についてばかりでなく、活動の方向性や連携の手段やあり方に至るまでの議論に参加した。参照グループのメンバー(表2の通り多岐に渡る)は、地域と連携し、組織的ネットワークを形作る事故外傷予防活動のキーパーソンとなった。このプロセスにおける地域保健部門(日本では保健所)の役割は、事故による外傷の現状を提示して他の人々や組織の理解を促す事と全体のコーディネーターであった⁴⁾。

この参照グループと作業グループにより、全世代の多種類の外傷予防を内容とする包括的介入プログラムが作成され、実施に移された。その後、結果は、外傷サーベイランスシステム上、各外傷の外来受診率及び入院率として把握され、介入プログラムの成否が科学的に評価された。それに基づき、プログラムには、改良がなされた^{2), 4)}。

次に、プログラムの実施内容を、表3に示す。事故予防に関する情報の伝達の段階では、地元の新聞が効果的に利用された。それに加え、小児保健センターにおいて、各発達段階での事故リスクを、安全器具やチェックリストを用いて展示することで、情報提供がなされるとともに、チャイルドシートやライフジャケットの無料貸出なども行なわれた。「子どもは安全を保障される権利がある」とのポスターが、薬局、図書館、銀行、郵便局などにも展示され、薬局には、「不要になった薬は、中毒防止のため薬局に返還するように」とのポスターも貼られた^{2), 4)}。

また、注意の喚起が、リスクの低減のための最初のステップであるとの認識に基づき、「Injuryは、不運や偶然の結果ではなく、プログラムの作成と実施により予防可能である」との教育が、一般住民、保健医療従事者、行政・政策形成者に対して行われた^{2), 4)}。

子どもや高齢者などのリスクグループについては、チェックリストを用いた査察が行われました。例えば、小さい子どもがいる家庭や高齢者の住まいに、職員や保健師が訪れ、家庭内事故リスクとなる物理的環境について査察を行った^{2), 4)}。

そして、物理的環境の改善が試みられた。例えば、高齢者の自宅の食器棚の高い所に置かれた食器を、転倒のリスクを下げるため、高齢者自身の納得を得て低い所へ移したりということが行なわれた。また、交通事故の低減のために、事故の起こりやすい交差点の構造を変化させたり、信号機を設置したり、といったことが決定された^{2), 4)}。

その結果、表4に示すように数年のうちに、家庭内事故によるinjuryで26.7%、職業上のinjuryで27.6%、交通injuryで27.7%も外来受診率が減少する、という画期的な成果

が確認された。プログラム未策定のその他の injury では、0.8%しか減少しなかった^{2),4)}。また、近隣で人口構成及び社会経済的状況が類似し、外傷サーベイランスシステムだけを確立して、プログラムを実施しなかったコントロール地域リードショッピング (Lidköping) 市では、同じ期間に、外傷による外来受診は減少しなかった^{2),4)}。

以上のように述べてきたファルショッピングにおける取組みの特徴を表5に整理した。この画期的な取組みは、その後の community safety promotion のお手本となるファルショッピングモデルとして、高く評価されることとなった^{2),3)}。

3. 事故による外傷は、なぜ、保健医療上の課題として位置付けられるか

—injury prevention.の考え方—事故そのものでなく外傷を予防

通常、「事故」という言葉を口にする際には、「事故というできごとそのもの」と「事故により怪我したり死んだりすること」が分離されずに含まれているが、実は、この2つは、別の問題として明確に認識される必要がある。

事故 (アクシデント) という言葉は、①伝統的に偶然の予測不能な、したがって予防不可能なできごと、というイメージを呼び覚まし、②時に、外傷を負った人本人の不注意への非難を連想させてしまうことは、事故による外傷の予防活動の妨げとして働いてきた可能性がある⁵⁾。そこで、事故そのものでなく、外傷 (injury) を人的な予防・制御のターゲットにしようという考え方 (injury prevention and control) が、1980年代前半にUSAにて提唱されることになった。この injury prevention の考え方では、外傷についてこれまでとは異なる捉え方をし、故意による外傷 (intentional injury、暴力による外傷、自傷行為による外傷を含む) と故意によらない外傷 (unintentional injury) に分類し、予防対策が取られるべきとされた^{1),5)}。これに基づき、米国では、CDCの1組織として、国立外傷予防制御センター (National Center for Injury Prevention and Control) が1985年に設立され、米国における外傷予防の研究及び実践のナショナルセンターとして機能している¹⁾。このパラダイムシフトにより、従来全く異質なものとして捉えられ、異なるセクターがそれぞれ別々に対策を取ってきた事故、自傷行為、暴力などによる外傷が、同じスペクトラム上に捉えられ、すべて保健医療上の課題として明確に位置付けられるようになった。WHOの本部も基本的には、この考え方を採用し、「外傷 (injury) は予防可能な非偶発的できごとである」⁶⁾と高らかに宣言し、外傷予防のキャンペーンを展開している。

4. 外傷予防の理論的フレームワーク

次に、外傷予防の古典的なフレームワークであり現在も利用されている「人気のある」モデル、Haddonのマトリックス^{2),5)}をご紹介します。Haddonは、外傷を、伝統的な疫学的モデル (宿主-病因-環境要因) に準じた3つの要因と3つのフェーズ (できごとの前、できごと時、できごとの後) で、構成されるマトリックスのモデルで示し、外傷のリスクファクターや介入方法の分析のツールとして提唱した。疫学モデルで「宿主」に該当するの

が「人的要因」である（すなわち、自動車運転者、歩行者、危険地帯で遊ぶ子どもたちなど）。「病因」にあたるのが、動因（agent）である（外傷の原因となるエネルギーを変換する入れ物、例えばオートバイ、熱湯の入った容器など）。環境要因には、物理的環境だけでなく、社会的環境も含まれる。表6は、自動車衝突事故についての、Haddonのマトリックス作成の具体例である²⁾。外傷の頻度の減少や重症度の緩和には、各フェーズ、各要因について、多様な対策が求められる事がわかる。また、それには、様々なセクターや関係者の関わりうる社会的広がりが必要なことがみてとれる。

5. セーフティプロモーションのコンセプトの確立とセーフコミュニティムーブメント

前述した、スウェーデン西部の町ファルショッピングで始められた community safety promotion の取組みは、1986年に採択されたヘルスプロモーションについてのオタワ憲章の基本精神をばねとして世界的な発展を見せた。1989年に開かれた第1回世界事故・外傷予防学会において、「全ての人間は健康と安全に対して平等な権利を有する。そのためには社会的格差に関係のない事故や外傷の減少が必要であり、セーフコミュニティプログラムがその鍵となる」とのストックホルム宣言が採択された³⁾。この宣言の中に、セーフティプロモーションのコンセプトの確立をみることができる。また、ここで言う safe community とは、端的に言うと、ファルショッピング（Falköping）モデルに準じて、地域ぐるみで、安全で安心して暮らせるまち作りを目指す community のことである。また、同じ1989年にスウェーデンカロリンスカ研究所に WHO Collaboration Center for Community Safety Promotion が開設された⁴⁾。同センターの支援の下、世界のあちこちで、ファルショッピング（Falköping）モデルに基く safe community が次々と作られるというムーブメントが展開されることとなった^{2), 3)}。当初、safety promotion の対象は、事故による injury の予防に絞られていたが、80年代中頃から、暴力による損傷や自殺などを含むあらゆる injury を対象にするようになっていった^{2), 7)}。

6. safety promotion のコンセプト再論—injury prevention のコンセプトとの比較

「safety promotion とは、safety を発達、維持させるための、個人、コミュニティ、政府、企業、非政府組織等による地域的、国家的そして国際的レベルで適用されるプロセスである。このプロセスは、safety に関連した態度や行動ばかりでなく、構造や環境（物理的、社会的、技術的、政治的、経済的、組織的な）の修正のため合意されたあらゆる努力を含む。」これが、WHO による safety promotion についての最近の定義⁸⁾であり、個人の行動変容に焦点を充てるのではなく、構造や環境の改善が強調されていることがわかる。

safety とは、各個人やコミュニティの健康と福祉を保持するために、物理的 injury や心理的、物理的危険につながる危険や条件がコントロールされているダイナミックな状態のことであり、単に injury が存在しないことを意味するものではない。それは、健康が、単に疾病が存在しないことでないのと、同様である。例えば、ある国で、女性に対する暴

力による injury の頻度が他国に比較して低くても、女性たちが暴力の被害に遭うことを不安に感じて外出を控えるという事態を想像していただきたい。すると、safety には、客観的な指標が良好であるだけでは十分でなく、人々が安心して生活を送れると感じ取れるという、主観的要素が重要な部分を占めていることが分かる³⁾。

したがって、この意味で、safety promotion は、injury prevention より、広いコンセプトと考えることができる。また、safety と injury の関係は、健康と疾病の関係と同様の構造を持っており、injury prevention と safety promotion の関係は、疾病予防とヘルスプロモーションの関係と平行であることが分かる。safety promotion は、injury を対象とするヘルスプロモーションの姉妹版、と一応考えることができる³⁾。

また、safety promotion は、主として、広い意味での公衆衛生的アプローチから組み込まれてきた。(例えば、スウェーデンでは、保健婦が乳児健診の際、チャイルドシートの割引購入券を親に渡して購入を勧奨し、多くの親がこれに応じた。その結果、小さい子どもの自動車乗車中の injury による死亡は、減少した。これは、広い意味での公衆衛生的アプローチの一例である。) このため、多くの論者は、safety promotion を、accident や injury の予防への公衆衛生的アプローチとして捉えている。accident prevention や injury prevention には、公衆衛生的アプローチによらないもの(例えば、企業によるより安全な製品の開発等、工学的アプローチによるものなど)を含んでいることになる³⁾。

以上述べたこれらの 3 者の関係については、やや概念の混乱がみられ、確立された定説もない状況であるが、読者の大まかな理解を容易にするため、筆者の私見を取ってシェーマとして示す³⁾。(図 1)

7. 近年における safety promotion の世界的発展

community safety promotion は、WHO Collaborating Center for Community Safety Promotion (WHO 共同センター) による safe community 認証活動として、地道にかつ飛躍的に展開されてきた。これは、一つのムーブメントとして世界的に広がりつつあり、USA のダラスやオーストラリアのメルボルンなども、safe community として認証されており、最近では韓国の 100 万都市 Suwon や香港の 2 つのコミュニティも認証されて、このムーブメントはアジアにまで及んでいる。毎年国際セーフコミュニティ学会というものも開催されており、セーフコミュニティの代表者及びセーフコミュニティの認証を申請中の都市の代表者、研究者、国際機関の代表などが集っている。今年も 6 月 2 日から 4 日に第 13 回国際セーフコミュニティ学会がブラハにて開催される⁹⁾。

WHO のジュネーブ本部にも外傷予防をめぐって大きな動きがある。WHO 本部は外傷予防を公衆衛生上の 21 世紀の最重要課題として位置付け、2001 年には Department of Injuries and Violence Prevention という独立した部門を創設し、safety promotion を政策に取り入れて事業を展開している。2002 年 10 月、WHO 本部は、「暴力と健康に関する世界レポート」¹⁰⁾を作成し、暴力予防(自らに向けられた暴力である自殺の予防も含められて

いる)を世界的保健課題として明確に位置付け、世界的キャンペーンを開始し、現在も継続中である。少し具体的な活動に触れると、「交通外傷予防に関する世界レポート」を作成し、交通外傷予防の世界的キャンペーンを展開し、本年(2004年)4月7日にWHO本部が主催した世界保健デーのテーマに「交通外傷の予防」を選んでいる¹¹⁾。(なお、本年3月31日付けで、厚生労働省大臣官房国際課が、内閣府交通安全対策部門と調整した上で、この世界保健デー実施についての協力要請を、全国都道府県知事宛てに提出している。)今年6月7日から10日にウィーンで開催される第7回世界外傷予防・セーフティプロモーション学会には、研究者はもとより、各国政府機関や地域機関、NPOから、約2000題近い演題が提出され、WHO本部も後援機関として積極的に関わり、WHO事務局長ご自身が出席して基調講演を担当することとなっている¹²⁾。

8. おわりに

以上、述べてきたように、safety promotionは、外傷を公衆衛生的アプローチで予防する公的健康政策として捉える新しいアプローチであり、WHOの政策に取り入れられるとともに、世界の少なからぬ国々の政策にも取り入れられ、成果を挙げつつある。オタワ憲章に謳われたヘルスプロモーションを「健康日本21」に取り入れた我が国においても、safety promotionを、健康政策に取り入れることが早急に求められる。

参考文献

- 1) The web site of The National Center for Injury Prevention and Control, Center for Disease Control, USA: <http://www.cdc.gov/ncipc/>
- 2) Welander G, Svanstrom L, Ekman R. Safety Promotion: An Introduction. 2000, Karolinska Institutet, Department of Public Health Sciences, Division of Social Medicine, Stockholm, Sweden.(ISBN91-631-0532-2)
- 3) 反町吉秀、渡邊能行. Safety Promotionとは. 小児内科 2002;34:1219-1222.
- 4) Schelp L. The role of organizations in community participation – prevention of accidental injuries in a rural Swedish municipality. Soc Sci Med 1988;11:1087-93.
- 5) Berger LR, Mohan D. Injury Control: A global view. Oxford University Press, 1996.
- 6) Krug EG, Sharma GK, Lazono R. The global burden of injuries. Am J Public Health 2000;90:523-526.
- 7) The web site of WHO Collaborating Center for Community Safety Promotion. www.phs.ki.se/csp
- 8) World Health Organization. Safety and Safety Promotion: Conceptual and operational aspects. WHO Collaboration Centres on Safety Promotions and Injury Prevention's Quebec and Community Safety Promotion, Karolinska Institutet, Stockholm and Quebec, Canada, 1998.

- 9) The web site of The 13th International Congress on Safe Communities, Prague:
<http://www.13safecomm.com/>
- 10) The web site of The World Report on Violence and Health,
Department of Injuries and Violence Prevention, WHO Geneva:
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/wrvheng/en/
- 11) The web site of The World Health Day 2004, WHO Geneva:
<http://www.who.int/world-health-day/2004/en/>
- 12) The web site of The 7th World Conference on Injury Prevention and Safety
Promotion: <http://www.safety2004.info/>

表1 community safety promotion の 8 つのステップ

- 1) 外傷の疫学的マッピング
- 2) リスクグループとリスク環境の選択
- 3) 作業グループと参照グループの形成
- 4) 共同でアクションプログラムを作成
- 5) アクションプログラムの実施
- 6) プログラムの評価
- 7) プログラムの修正
- 8) 他の地域への経験の移入

文献2 P58 より抜粋して、筆者が邦訳

表2 参照グループ(reference group)に集まったメンバー

部門・職種のカテゴリー	具体的な職種など
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、消防署救急部門の管理者、プライマリーケアのプランナー、地域健康局の職員
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、環境保健部局、学校関係者、警察、農林業健康管理部門やその他の部門の安全管理者
民間の保健医療セクターのメンバー	地域赤十字の指導者
その他民間組織のメンバー	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

表3 プログラムの実施内容

-
- 1) 情報提供とアドバイス
 - 2) 教育
 - 3) 査察
 - 4) 物理的環境の改善
-

文献2 P58 より抜粋して、筆者が邦訳

表4 ファルショッピングでの介入のアウトカム評価

外傷の種類	外来受診率 (1000 人口年あたり)		減少率
	1978 年	1981/1982 年 (注)	
家庭内事故による外傷	26.4	17.2	26.7%
労働災害事故による外傷	49.2	33.9	27.6%
交通事故による外傷	8.9	6.5	27.7%
その他 (スポーツ外傷など)	55.4	54.4	0.8%

注) 1981 年 7 月 1 日から 1982 年 6 月 30 日までの 1 年間

文献2、4 より筆者が作成

表5 ファルショッピングモデルの特徴

-
- 1) 地域を基盤として住民参加を伴っていたこと
 - 2) 部門・職種横断的な参照グループが形成され、プログラムの企画、実施にあたったこと
 - 3) プログラムが、全世代の多種類の外傷を対象とする包括的なものであったこと
 - 4) 外傷サーベイランスを確立することにより、介入のアウトカム評価を行なったこと
 - 5) 対象の行動の変容を必要とする能動的予防だけでなく、行動変容を必要としない受動的予防も重視されたこと
-

表 6 Haddon Matrix の具体例。

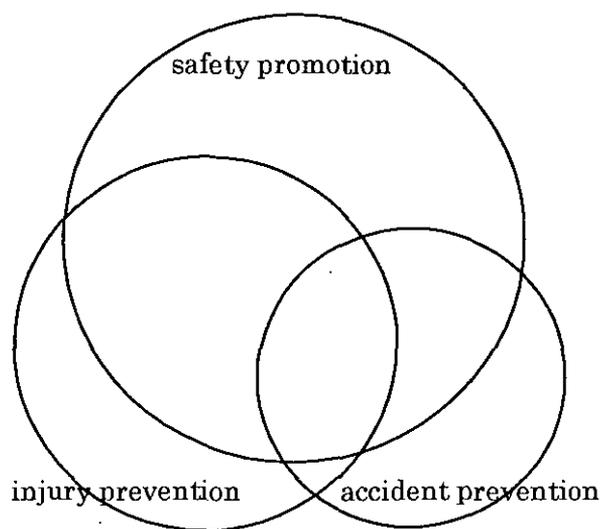
自動車衝突事故と可能な予防対策についての分析へのガイドモデル。

文献 6 より、一部改変して引用。

要因 フェーズ	人的要因	乗物及び設備	物理的環境	社会・経済的環境
衝突前	飲酒による運転能力の障害	ブレーキの欠陥	道路の照明	飲酒・薬物服用運転についての法規制
衝突時	シートベルトの使用	車の大きさ	道路に近すぎる樹木	シートベルトについての法規制
衝突後	出血の重傷度	衝突後の火災	事故現場へのアクセス	救急医療体制

文献 2 の P44 より、一部改変して引用

図 1 safety promotion、injury prevention、accident prevention の 3 者の関係を示すシエーマ



要旨：

セーフティプロモーション（北欧型外傷予防アプローチ）のコンセプト、実際及び世界的動向について、セーフティプロモーションの世界的中心として知られるスウェーデン王国カロリンスカ研究所公衆衛生科学部社会医学部門での現地調査と文献調査、ウェブサイト調査を通じて、情報収集、分析を行った。

米国 CDC による injury prevention and control の流れが、injury（事故、自傷行為、暴

力などの医学的帰結としての死亡や障害)に関する疫学研究とそれに基づいた対策であるのに対し、safety promotion とは、事故、自傷行為、暴力などによる外傷及びそれによる安全、安心への脅威を、公衆衛生的アプローチにより予防しようとする公的健康政策である。その中核が、地域を基盤とする community safety promotion (CSP) であり、CSP の手法を用いて安全で安心して暮らせる町づくりを目指す community 「Safe Community」の概念が、近年 WHO の政策にも取り入れられるに至っている。

safety promotion は 1970 年代後半に、スウェーデンの地方都市ファルシヨッピングで展開されたのが黎明であり、①保健医療セクターがキーとなり形成された部門や職種の垣根を越えたネットワークを形成し、②医療機関の患者情報を用いた外傷サーベイランスシステムを構築し、③地域の外傷の見取り図を作成し、これに基づき、④各年齢階層の多種類の外傷に対する包括的予防介入プログラムを作成し、⑤プログラムを実施し、⑥サーベイランスを用いて結果を科学的に評価し、⑦プログラム改善のためのフィードバックを行うという形で実施された。Injury と Safety の関係は、疾病と健康のような関係であり、Injury prevention と Safety promotion の関係は、疾病予防とヘルスプロモーションの関係にあると考えられる。

米国 CDC での事故防止活動

内山 有子

1. 目的

日本における交通事故、火災、溺水等を含めた事故による死亡は欧米諸国と同様に公衆衛生上に残された大きな課題であるが、これらの事故防止・安全教育等は近年取り掛かり始められたばかりで、事故に関する総合的な研究を行っている研究機関は少なく、事故防止の専門的な知識を提供できる指導者も少ない。

事故防止対策の方法としては、北欧型のコミュニティセーフティプロモーションのアプローチと、米国 CDC(The Centers for Disease Control and Prevention: 米国厚生省疾病管理・予防センター)に代表される米国型アプローチがある。

アメリカでは 1992 年に CDC 内に National Center for Injury Prevention and Control(国立事故防止センター: NCIPC)が設立され、系統的な事故防止研究に取り掛かり始めていることより、アメリカの事故防止活動について調査分析をした。

2. 方法

米国 CDC 内 NCIPC による米国の事故防止システム・カリキュラム等に関し、文献による調査と現地調査を通じて情報収集、分析を行った。

3. 結果

アメリカで事故防止や安全について研究している機関には、連邦レベルでは NCIPC/CDC、U.S. Consumer Product Safety Commission(アメリカ消費者安全委員会)、National Highway Traffic Safety Administration(国立交通安全局: DOT)、National Institute of Child Health and Human Development(国立小児保健・発達研究所: NIH)、Maternal-Child Health Bureau(母子保健局: HRSA)など、州レベルでは Department of Transportation(交通局: roads)、Department of Motor Vehicles(自動車局: licensing)、Department of Health(保健局)などがある。

CDC は日本の厚生省にあたるアメリカの The Department of Health and Human Services(DHHS)の研究機関のひとつであり、疾病、事故、障害等を予防管理することにより、国民の健康と生活の質を向上させることを目的としている。現在、CDC には