

WHO 推奨セーフコミュニティ活動の国際的展開、評価と今後 － 効果的かつ持続可能な発展のために －

反町吉秀¹⁾

1) 大妻女子大学大学院人間文化研究科

Discussions on international development, evaluation and future of Safe Communities recommended by WHO : for their effective and sustainable development

Yoshihide Sorimachi¹⁾

1) Otsuma Women's University, Graduate School of Studies in Human Culture

要約

WHO 推奨 Safe Community 活動は、21 世紀に入り、認証コミュニティが急増する量的拡大を見せている。一方で、認証システムが傷害予防に有効であるかどうかについては、議論をよんでいる。

本稿では、SC 活動の国際展開をまず振り返る。子どもの事故予防に始まる SC 活動の源流から黎明期に至るスウェーデンにおける歴史についてまず述べる。多分野の専門家の支援を受けながら、部門横断的な協働に基づく、地域に基盤を置くコミュニティセーフティプロモーション活動がいかに展開されて成果を挙げ、ファルショッピングモデルと呼ばれる SC 活動の原型が確立するまでのプロセスを論じる。次いで、1989 年に採択されたストックホルムマニフェストから始まる SC 認証活動と 20 世紀末までの展開について述べる。最後に、21 世紀に入ってからの WHO 本部のセーフティプロモーションに対する関与、スウェーデン国内での展開、SC 認証活動の国際展開について述べる。

2 点目として、SC 活動の評価をめぐる議論について紹介する。具体的には、コクランレビュー（2009 年）による SC 活動への評価とそれによる SC 活動からの反響と反論について、紹介する。

最後に、以上の議論を踏まえて、持続可能な発展をするために必要な課題について考察する。研究者、実務家、政治家等関係者の間で率直かつ真摯な議論による十分な相互理解の必要性を示す。加えて、SC 活動の適切な効果評価と関係者へのフィードバックの必要性についても検討する。

キーワード：セーフコミュニティ、セーフティプロモーション、コクランレビュー、評価、持続可能性

Abstract

The number of accredited Safe Communities recommended by WHO dramatically increased in the 21st century. Namely, the international movement of Safe Communities has developed quantitatively. On the other hand, the effectiveness of the accreditation system of Safe Communities in terms of injury prevention is controversial.

First of all, the present paper described the history of international development of community safety promotion. The beginning and early days of community safety promotion in Sweden that tackled child injury was described. Then, it described how community-based safety promotion with intersectoral collaboration and multidisciplinary professionals was developed and successful in Sweden, which provided so called 'Falköping' model. Then, the international accreditation movement of Safe Communities in 20th century, since 'Stockholm Manifest' was declared in 1989. As the last phase of its development, it described commitment of WHO Headquarter to safety promotion and international movement of Safe Communities in the 21st century.

Secondly, discussion on effectiveness of Safe Community model in terms of injury prevention was introduced. More concretely, the paper described the Cochrane Review for WHO Safe Community Model in terms of injury prevention (2009) and its reaction and some objections by the international

movement of Safe Communities.

Finally, the paper discussed what the key issues for effective and sustainable development of Safe Communities are, which suggested frank and sincere discussions for mutual understandings between researchers, practitioners and politicians are essential. The paper also discussed the necessity of appropriate evaluation on outcomes of SC programs and its feedback to stakeholders.

Key words : safety promotion, safe community, Cochrane review, evaluation, sustainability

1 はじめに

「すべての人々は、健康と安全・安心に対して平等な権利を有する。」これは、第1回世界事故・傷害予防学会(1989年)において採択されたストックホルムマニフェスト(Stockholm Manifest)¹⁾で示された基本認識である。このマニフェストから、コミュニティレベルのセーフティプロモーション(safety promotion、以下SPと略す。)活動であるWHO推奨セーフコミュニティ(Safe Community、以下SCと略)活動(注1)の国際展開が本格化した。21世紀に入るところから、SCの認証活動は急速に拡大し、現在、SCの認証を受けたコミュニティは、世界で346(ただしこれらの中には、SC認証リストから既に外れたコミュニティも含まれている)、日本においても9を数えている²⁾(2014年11月末時点)。

他方、この活動が実際に、事故、暴力(自分自身に向けられた暴力である自殺も含む)による死亡や傷害を実際に減らす上で、効果を挙げているかどうかについて、議論がなされている³⁾⁻⁵⁾。2009年に発表されたコクランレビュー(注1)は、SCモデルが、傷害を減らす上で有効なモデルかどうかの科学的な根拠は十分でない、と評価している³⁾。

本稿では、SC活動の歴史を振り返るとともに、その傷害予防上の評価について論じる。その上で、量的な拡大が著しいSC活動が、実質的な効果を挙げ、持続可能な発展をするために必要な課題について考察する。

2 セーフコミュニティ活動の歴史

2-1 SC活動の源流から黎明期に至るスウェーデンにおける歴史

SC活動の源流は、1940年代後半に、スウェーデンUppsala大学の小児科医Berfenstamが主導した子どもの事故予防への疫学的研究にまで遡れるという⁵⁾。Berfenstamのリーダーシップの下、スウェーデンは世界で初めて、傷害による死亡やけがに対して、組織的かつ科学的な方法で対処する国となった。そして、Berfenstamの取り組みは、1960年代~70年代にかけてのルント(Lund)大学のLindgrenの指導下にあった多職種協働グループ(建築家、解剖学者、生理学者、工学者で構成)による階段事故に対する分析への取り組みにつながった、という⁵⁾⁻⁷⁾。

このグループの中には後に、WHO推奨SC活動の中心となるSvanströmが含まれていた。

1970年代前半、スウェーデン南西部スカラボリ(Skaraborg)郡(人口26万人)の政治家は傷害予防を含む保健計画を導入していた。その背景となる政治的意図は、ヘルスケアにかかる費用の抑制と公衆衛生を改善することにあつたという。そして、ヘルスプロモーションユニットの技術的スタッフとして、Svanström率いるルント大学グループが採用され、その運用にあつた。

スカラボリ郡へのコミュニティセーフティプロモーション(community safety promotion、以下CSPと略す)の導入は、郡の政治家により主導された。一方、同郡内に、介入地域としてのファルショッピング(Falköping)市とコントロール地域としてのリードショッピング(Lidköping)市を設定したのは、ヘルスプロモーションユニットのスタッフであつた⁵⁾⁻⁸⁾。この介入は、老若男女を問わず、あらゆる環境と状況に対するアプローチを、8つのステップ(表1)を基本として取り組んだ。その結果、ファルショッピング市では、傷害は3年間に、全体で23%減少、家庭内事故、労働災害、交通事故で27-28%、それぞれ減少した。他方、介入が行われなかった他の傷害では、0.8%しか減少しなかった。コントロール地域では、変化が見られなかった⁵⁾⁻¹⁰⁾。このファルショッピング市での成功は、ファルショッピングモデルとして、後のSC活動に大きな影響を及ぼし続けることとなる。

なお、ルント大学グループは、Svanströmがカロリンスカ医科大学公衆衛生学部社会医学部門の教授に就任したことを機に、カロリンスカ医科大学にグループでまとまって移ったが、スカラボリ郡におけるSC活動に対する支援は、途切れることなく継続して行われた⁵⁾⁻⁸⁾。

表1 ファルショッピング市における取り組みの8つのステップ

1	傷害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	部門・職種を超えた連携及び作業グループの形成
4	予防介入プログラムの作成
5	予防介入プログラムの管理
6	プログラムの評価
7	プログラムの修正
8	他の地域へのプログラムの適応

ファルショッピング市での取組み開始時にはコントロール地域となったリードショッピング市でも、1983年以降CSPが進められ、子どもの事故傷害発生率は、1983年から1991年の間に、年平均で、男児2.4%、女児2.1%の率で減少を続けた¹¹⁾。一方、同時期の比較地域では、1か所で軽度の減少、他の地域では増加がみられた¹¹⁾。また、1987年から1992年の間に、高齢者の大腿骨骨折は、期間内に、年平均で、男性6.6%、女性5.4%の有意の減少を認めた¹²⁾。(なお、同時期、スウェーデン全体では増加したという。)

スウェーデン南東部にあるモータラ (Motala) 市での取組みも大きな成果を示した。全体の傷害発生率は13%減少した¹³⁾。子どもの傷害も減少し、オッズ比は0.74 (コントロール地域では0.93) であったという¹⁴⁾。Lindqvistらは、傷害に係る費用が、1億1600万スウェーデンクローナから9600万スウェーデンクローナ (1300万ユーロから1100万ユーロに相当) に減少したと、見積もっている¹³⁾。一方、傷害予防の介入のための総費用は、1000万クローナ (100万ユーロ) と見積もられた¹³⁾。すなわち、費用便益分析によっても、モータラ市における介入プログラムの優秀さは裏付けられたのである。また、高齢者におけるやや重症の傷害 (AISスコア2以上、注3) は、人口1000人年あたり、46から25に減少 (オッズ比0.55) した (コントロール地域では変化なし)¹⁵⁾。交通傷害のリスクも、減少した¹⁶⁾。(オッズ比0.59)

他方、全国レベルでは、1985年に保健福祉庁に、傷害疫学・予防ユニットが設置され、全国レベルでのセーフティプロモーションプログラムが、多部門協働の下に開始された。1992年設置された国立公衆衛生研究所がプログラムの運用にあたることとなり、ヘルスプロモーションとSPに関する行政施策が強化された^{5) - 8)}。なお、全国レベルのSPプログラムは、設立時から、カロリンスカ医科大学の強い科学的バックアップを受けていた。後に、リンショッピング (Linköping) 大学とウメオ (Umeå) 大学もSC活動に取り組むコミュニケーションへの科学的サポートの列に加わった。

なお、スウェーデン以外でも、後述のストックホルムマニフェストが採択される以前に、ヴェロイ (Vaeroy) やハーシュタッド (Harstad)^{17) - 18)}などのノルウェーのコミュニティ、イラワラ (Illawarra) などのオーストラリアの地域で、コミュニティSP活動が展開され、成果を挙げていることが報告されている^{5) - 9)}。

2-2 スtockホルムマニフェストから始まる国際的展開 —20世紀末まで

SP及びSC活動は、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「すべての人々に健康を」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、「全ての人々は健康と安全・安心に対して平等な権利を有する。そのためには、社会的格差に左右されない形で事故や傷害が減少する必要がある、SCプログラムがその鍵である。」とのストックホルムマニフェストが採択された¹⁾ - ¹⁰⁾。このマニフェストの内に、SPとSCのコンセプトの確立をみることができる。また、同じ1989年にスウェーデンのカロリンスカ医科大学にWHO Collaboration Centre on Community Safety Promotion (WHOコミュニティSP協働センター) が開設された。このWHOコミュニティSP協働センターは、12の指標 (後に6指標、2011年11月からは7指標) を基準として、認証活動を開始した。その後、この認証活動は、1つのムーブメントとして展開された。当初のSC認証コミュニティは、北欧、北米、オセアニア等に留まっていた。2000年までに認証を受けたコミュニティは、スウェーデン、ノルウェー、カナダ、アメリカ合衆国、オーストラリア、ニュージーランドに南アフリカを加えた7か国56コミュニティであった²⁾。

2-3 21世紀のSC活動の国際展開

2000年、WHO (World Health Organization、世界保健機関) 本部は、「傷害 (injury) は、公衆衛生の主要課題の一つであり、予防可能である。」と宣言した¹⁹⁾。暴力・傷害予防部門 (Department of Violence and Injury Prevention、以下、WHO-VIPと略す) という独立した部門を創設し、傷害予防を21世紀における主要な公衆衛生課題の一つであると位置付けた。(注4) WHO-VIPは、SPを政策に取り入れて積極的に事業展開し、世界各国に傷害予防への取り組みを働きかけている²⁰⁾。2002年10月、WHO本部は、「暴力と健康に関する世界レポート」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。また、WHO-VIPは、継続的に、世界傷害予防・セーフティプロモーション学会等の関連学会の共催者となったり、国際セーフコミュニティ会議にも代表者を派遣したりすることにより、この分野の研究及び実践を支援している²⁰⁾。

ところで、その後、国際的なSC運動は、アジア、東欧、ラテンアメリカ等にも波及し、2005年末までに、96コミュニティがSCの認証を受けた²⁾。急速な活動の展開に対応し、2005年には、WHOコミュニティSP協働センターは、認証プロセスを自らすべて行うことをやめ、SC認証センター制度 (注5) を設立した²¹⁾。WHOCSP協働センターの審査を受け、ニュージーランド、オーストラリア、南アフリカ、韓国、カナダ、コロンビア、アメリカ合衆国、香港、スウェーデン等9か国に、次々とSC認証センターが設立され、以後、SCの認証審査は、これらの認証センターのどこかにより実質的に担われることとなった。

認証センター制度の設立後、SC 認証活動は更に飛躍的な量的拡大がみられた²⁾。アジアにおいても、韓国、台湾、香港、ベトナム、タイ、日本、中国でSC 認証活動が展開されている。

2-4 スウェーデンにおけるその後の展開

スウェーデンでは、2000年5月から、国立公衆衛生研究所の役割の見直し、国の行政組織委員会により開始された。これに関連する法改正に伴い、新たに定められた国立公衆衛生研究所の運営する11の公衆衛生施策の中には、傷害予防の視点からの安全な環境と製品という項目も含まれていた。しかしながら、一方で、新しい国立公衆衛生研究所は、①キャンペーン、②個人に向けられた活動、③プログラムの運営、に関わるべきでないとされた²²⁾。なぜ、このような重大な制限が課されたのか、文献的検討からだけでは詳しい背景をうかがい知ることができない。しかし、これらの政府による新しい方向性は、組織化された部門横断的なプログラムに重大なダメージを与え、それまで非常に成功していた協働は捨て去られた。そしてその結果、それぞれの部門は、それぞれ別々に自部門の仕事をするようになったという²²⁾。

その後、この危機的状況を改善するため、国立公衆衛生研究所長は、スウェーデン救命救急庁長官に連絡を取り、プログラムは全体として救命救急庁に移行されることが決められた。しかし残念ながら、それまでプログラムに関わっていた国立公衆衛生研究所の職員は、救命救急庁には移管されなかった²²⁾。2002年5月には、長く続いてきた公衆衛生専門家によるリーダーシップが失われた形で、国レベルのセーフティプロモーションプログラムは、スウェーデン救命救急庁に移管された。2002年には、スウェーデンインシデントアクシデント学習センターが設立され、後に救命救急庁の公的の一部門となった²²⁾。このセンターの業務目的は、スウェーデンにおける市町村レベル、地域レベル、国レベルのインシデントやアクシデントに関わるデータを集積及び分析し、安全にかかわる業務に活用されることであり、その機能には期待が寄せられた。

しかしながら、残念なことに、救命救急庁は、多部門協働の取り組みをうまく機能させることのないまま、この使命を諦めてしまったという。文献的検討からは納得のいく背景は詳らかにわからないのだが、2006年には、スウェーデンの国レベルでのセーフティプロモーションプログラムは一方的に廃止されてしまったという²²⁾。スウェーデン各地のSCは、カロリンスカ医科大学等の大学からの科学的サポートは引き続き受けてはいたものの、国レベルでのSP政策によるサポートを受けることができなくなり、衰退傾向を示したという²²⁾。WHOコミュニティセーフティプロモーション協働センターのURL²⁾で確認

してみると、スウェーデン国内のいくつかのSCは、リストから外れてしまっていることが確認できる。

3 評価をめぐって

3-1 コクランレビュー

コクラン (Cochrane) 共同計画は、2005年と2009年の2回、WHO 推奨セーフコミュニティモデルの傷害予防に対する有効性に対して、系統的レビューを行っている^{3)、23)}。2009年に行われたコクランレビュー (Cochrane Review) は、世界のSCの中から、オーストリア、スウェーデン、ノルウェー、オーストラリア、ニュージーランドの5か国にある21のSCに関する80の論文をレビュー (そのうち56論文は除外され、最終的な対象は24論文) し、WHO 推奨セーフコミュニティの認証を受けることと傷害発生率の減少との間には、一貫した関係はないと結論付けている³⁾。

2009年のコクランレビューでは、セーフコミュニティモデルの効果評価の科学的質を確保するため、判定に用いる論文としては、SC 認証を受けたコミュニティについての研究であり、予防介入の前後で、傷害発生率等のアウトカムを測定し、ベースラインデータとの比較ができ、さらにコントロール地域との比較を含むもののみを、判断の対象とする厳しい基準が設けられた。さらに、①ベースラインデータの測定値が入手可能か、②コントロールが適切に選択されているか、③介入地域とコントロール地域間のコンタミネーション (注6) に対する保護がなされているかどうか、④アウトカムの測定の信頼性、⑤フォローアップの持続期間、の5つの項目も考慮し、セーフコミュニティモデルの判定に用いる論文の採否を決めている³⁾。

今回のコクランレビューは、SC 認証を受けたコミュニティ間に、いくつかのSCでは著明な傷害発生率の減少を認めたと、他のSCではそうではなかったと判定している。すなわち、傷害発生率の減少効果に著明な「むら」、つまり一貫性の欠如があることを指摘している。この一貫性欠如の原因として、モデルの実施アプローチの不均質性、活動や戦略の効能のばらつき、プログラムの実施強度のばらつき、評価における方法論的限界等を例示している。そして、SCの認証指標は、標準的な活動方法や評価の方法論を処方するには、あまりに一般的に過ぎるとも指摘しているのである。そして、様々なSCがSCモデルをどのように実現化しているのかについての十分な記述が限られているため、どんな要因が成功に影響を及ぼすのかも不明確になっている、としている³⁾。

さらに、今回レビュー対象となったSCは、相対的に経済的に裕福で、健康水準が高く、傷害発生率の低い国の地域ばかりであったことを指摘し、より経済的水準及び

健康水準の低い国々の SC については、レビューの判定基準にかなう評価論文が入手不可能であったとしている³⁾。

コクランレビューが採用した対象論文の厳しい選択基準の賛否については、議論がある^{4)、5)}。まず、統計インフラが整っていない低所得国、中所得国では、(高所得国の一部でも)、傷害に関するアウトカムデータの把握を継続的にする(傷害サーベイランス等)こと自体が、かなりの困難を伴う^{4) 5)}。

また、コクランレビューは、元々古典的な個人レベルでの医学的介入デザインの研究(例えば、新薬の効果検証など)を、評価の対象として想定している。したがって、地域を基盤とする参加型の傷害予防活動であるセーフコミュニティ活動のプログラムを評価する論文に、コクランレビューの厳格な基準を適用するのは、そもそも実践的ではないとする根本的批判もある⁴⁾。統計インフラが比較的整った国においても、コントロール地域の設定にはコントロール地域住民の賛同が主権在民の立場から求められるので、前述の選択基準の②の達成は、当該自治体だけでなく、より都道府県や郡による広域調整が必要となり、かなり困難である。選択基準の③を達成するのは、介入地域から地理的に離れた地域をコントロール地域とすべきだが、これには国レベルでの調整が必要となり、さらなる困難を伴う。介入による傷害減少効果の判定は、分析疫学が適用されることになるが、コミュニティの人口がかなり大きくないと傷害による死亡やけがの数が少なくなり、統計的検定の実施が困難である⁴⁾。したがって、選択基準の④のアウトカム測定の信頼性についても、疑問符がつけられてしまうことになってしまう。以上のようにみても、コクランレビューの採用した、レビュー対象論文の採用基準は、現場からみると現実的でない⁴⁾、との指摘にも説得力があることがわかる。

ところで、セーフコミュニティプログラムの傷害予防効果の科学的評価については、SC ムーブメント内部でも全くないがしろにされてきたという訳ではない。介入プログラムの有効性を科学的に評価することの重要性は、コクランレビューが実施されるはるか以前から、SC 活動の内部でも指摘がなされており、どのような傷害予防プ

ログラムに、どのようなレベルのエビデンスがあるのかについて、評価が行われてきた²⁴⁾。また、コクランレビューの厳しい基準では、エビデンスが十分とは評価されないものの、ある程度の評価が認められる予防対策もありうる。このようなプログラムは、地域の現場で、傷害を減らす上で効果的なプログラム作成に有用である可能性がある。ヨーロッパ傷害予防・セーフティプロモーション協会(Euro Safe)²⁵⁾やアメリカ合衆国国立傷害予防制御研究所²⁶⁾は、このような予防対策を、地域の実務家向けに、グッドプラクティスとして紹介するデータベースを整備している。

3-2 コクランレビューに対する反響と反論

2010年3月に韓国水原市で開かれた第19回国際セーフコミュニティ会議は、「セーフコミュニティプログラムの持続可能性」が大会テーマとされた。評価と持続可能性に関するシンポジウムが開催され、著者も参加した。「SC 認証基準をもっと厳しくすべき」、「再認証時の基準を厳しくすべきだ」、「認証された SC に対して、介入効果の評価に関する科学論文投稿を呼びかけるべきだ」等の様々な意見が出された。真剣な議論の末に、参加者一同のコンセンサスとされたのは、SC 活動が傷害による死亡やけがを実際に減らすためには、できる限り evidence (注7)のある予防プログラムを採用することと、しっかりとした評価システムを持つことが不可欠であることの2点であった。国際 SC のネットワークへの継続的な登録、すなわち認証 SC であり続けるためには、5年毎の再認証手続きが義務化されことになった。また、2012年1月に、SC の認証指標は、それまでの6つの指標に加え、「入手可能な科学的根拠(evidence)に基づくプログラムの作成」という指標が追加された新しいものに改定された。(表2の指標4)これは、前述したコクランレビューの指摘を受け、SC の認証を受けるコミュニティに傷害発生率を実際に減少させる実効性をもたせるために、認証を統括する WHO コミュニティセーフティプロモーション協働センターがとった対策の一つ、と解釈することもできる。

国際 SC ムーブメントのリーダー Svanström は、コクラ

表2 2012年1月から適用となったSC認証指標

1. コミュニティにおけるセーフティプロモーションに責任を持つ組織・職種横断的なグループのパートナーシップと協働の基盤構造を持つこと
2. 男女および各年齢層、環境や状況をカバーする、包括的で長期的かつ持続可能なプログラムを持つこと
3. ハイリスクのグループや環境を標的とするプログラム及び脆弱な(vulnerable)グループに対し、セーフティプロモーションを推進するプログラムを持つこと
4. 入手可能なエビデンスに基づくプログラムを持つこと
5. 傷害の頻度と原因を記録するプログラムを持つこと
6. プログラムのプロセス、アウトカムをアセスメントする科学的評価手段を持つこと
7. 国内的、国際的セーフコミュニティネットワークに参加していること

ンレビューによる指摘を受け止めた上で、レビューの対象から除外された論文も含め、世界各国（主として高所得国）の SC におけるアウトカムの多彩なで実り豊かな成果を、論文⁵⁾の中で紹介している。また、その論文の中で、低所得国及び中所得国においては、傷害の問題は高所得国以上に深刻であるにもかかわらず、公衆衛生研究の不足や、予防介入に対する十分な評価が欠けていたことを認めている⁵⁾。そこで、カロリンスカ医科大学の SP グループは、状況打開のための取り組みを開始したという。バングラディッシュ、イラン、ウガンダ等からの留学生が、それぞれの国にリサーチサテライトを設け、傷害疫学について報告を開始したり、コミュニティへの介入プログラムを設定し始めている⁵⁾。傷害疫学研究の一例としては、不慮の溺死が、バングラディッシュ農村部における子どもの主要な健康問題であることを明らかにした Rahman らによる研究がある²⁷⁾。また、介入研究の一例としては、焼身自殺企図を介入後 57% 減少させ、すべての自殺企図を 19% 減少させたとする Ahmadi らによる研究がある²⁸⁾。イランの Kashmar 地域における SC プログラムでは、3 年間に渡り、傷害発生率を減少させたとする論文もある²⁹⁾。

以上、示したように、Svanström は、コクランレビューの評価対象から外された SC についての論文からも、SC 活動がアウトカム改善につながることを示し、コクランレビューの結果に、一部反論しているのである⁵⁾。また、SC モデルは、高所得国だけでなく、低中所得国でも、有効に機能し得ることを強調した。低中所得国でのモデルの有効性は評価できないとしたコクランレビューに対して、この点についても反論しているのである⁵⁾。

また、Bangdiwala らは、認証された世界の 8 つの SC から、交通傷害に関わるデータを収集し、統合したデータを用いた解析を行い、SC モデルの傷害予防プログラムとしての有効性について検討している。これらの統合データにおける自動車事故発生率並びに自動車事故傷害による入院率は、有意な減少を認めた。他の種類の傷害についても、同様な解析を進めること、できればより多くの認証 SC からデータを収集することにより、SC モデルの傷害予防効果の検証の妥当性を高める可能性があることを、Bangdiwala らは主張している⁴⁾。

4 今後を展望する

スウェーデンでの SC 活動の歴史の振り返りを受けて、活動の促進要因について、少し考察してみる。スウェーデンでは、18 世紀には国レベルでの死亡統計を開始している。その後も種々の社会統計の整備を継続しており、それに基づき社会的なニーズを判断し、政策を作ろうとする伝統があり、このことが国民の間にも受け入れられ

ている。そのことは、SC 活動を進めるための地域診断と効果評価に必要な傷害サーベイランスシステムの構築がなされやすい素地であったと推察される。また、1985 年頃から、2000 年頃にかけては、スウェーデン各地の SC は、国立公衆衛生研究所がまとめ役になっての国レベルでのセーフティプロモーション政策のサポートを受けていたことも、活動の発展に重要な要素であった。そのことは、国レベルの SP 政策が失われる中で、少なくとも SC の活動が停滞を迎えたことで、皮肉にも証明された形になっている。

また、ファルショッピング市、リードショッピング市（いずれもスカラボリ郡）、やモータラ市では、実際に様々な傷害について、前述の通り、発生率を減少させたり、傷害にかかるコストを下げたりしている^{11) -15)}。また、これらの SC は、長期にわたり継続的にアクティブであり、SC の認証の更新を何度も続けている。これらの SC の共通点は、カロリンスカ医科大学やリンショッピング大学の公衆衛生研究者など、科学の専門家たちと、数十年にわたり継続して二人三脚で取り組みを進めてきた^{11) -15)}ことである。科学的根拠に基づく介入プログラムの採用やアウトカムの科学的評価について、大きな利点があったと推測されるのである。

Hanson ら³⁰⁾は、傷害予防の研究と SP の実践の間に大きなギャップが出てしまう構造の分析を行い、①研究と実践のギャップ、②効能と効果のギャップ、③傷害予防研究と SP の実践のギャップ、の 3 つを挙げそれぞれについて分析を加えている。①研究と実践のギャップ：多くの研究者はその主な原因は科学的な研究成果が、実務家に理解できるように適切に「翻訳」されていないためと考えている。しかし、問題はそれだけではない。施策化のプロセスや持続可能性、住民への影響は頻繁に見過ぎられており、論文化されることも少ない。②効能と効果のギャップ：良く制御された実験的条件では有効な予防介入が、現実世界の設定で有効とは限らないのである。③傷害予防研究と SP の実践のギャップ：公共政策は、介入するのに十分なコンセンサスを築く人々により設定されるのであって、必ずしも最良のエビデンスの提案者によってなされる訳ではない。すなわち、エビデンスが、介入を政策化する権力を持つ人々によって自動的に受け入れられるわけではない、ということである。

政治的な討論を盛り上がらせるためには、ジャーナリストと政治家は、想定しうるあらゆる提案を熱心かつ明確に議論できる科学の専門家を見つける必要があり、粘り強さも求められる。研究者は、実務家、管理者、コミュニティに自分たちが見つけ出した科学的な知見をそのまま施策化することを期待している。一方、実務家は、成功は、コミュニティが問題を自分たちの問題として解決できるようにエンパワーすることによって達成されるこ

とを知っている。つまり、問題の解決を協働して行えるコミュニティのキャパシティがあるかどうか、成功できるかどうかのカギとなることを知っているのである。換言すれば、研究者、実務家、政治家は、それぞれが異なる立場と視点を持つことを常に意識していることが大切である。成功の秘訣は、協働する異なるステークホルダーが、課題について共通の理解を生み出し、実践的かつ標的としているコミュニティのニーズに適応した科学的に厳密な予防介入を協働でできるかどうかにかかっている。以上が、Hansonらの指摘している主要な論点である。

国内外におけるSC活動の現状をどう評価するかは、立場によって、あるいは視点によって、意見が分かれる³⁾ - ⁵⁾、¹⁰⁾、²²⁾、³⁰⁾ - ³⁴⁾。21世紀に入ってからのSC活動は各地の事情に合わせ、傷害予防の評価システムも含めたプログラムの企画・運用には柔軟な対応が尊重されてきた。そのことは、SC活動が世界の様々なコミュニティに適応され、SC活動が量的な拡大を遂げることに、大きく寄与していると積極的に評価する立場もある³³⁾。しかし、このことは他方で、SC活動を、公衆衛生専門家による持続的な支援に基づく厳格な効果評価を特徴とするファルショッピングモデルから遠ざけてしまった、という側面もある。「SCモデルは果たして本当に傷害を減らすのか？」という厳しい問いかけに答えるには、ファルショッピングモデルの原点に立ち返るべき、との立場もありうる。この点については、今後も関係者の間で、継続的に議論されることが期待される。

SC活動の持続可能な発展に何が必要かについて考察してみる。そもそも、SC活動の意義についても、研究者（公衆衛生専門家を含む）、行政の実務家、政治家の間で、認識が異なるかもしれない、というところまで、さかのぼって考えるべきかもしれない。研究者の立場からすれば、あくまで、事故、暴力による死亡や傷害が減少しなければ、SC活動には意義がないと思える³⁰⁾。また、研究者は、人々の主観的思いである安心より、客観的なアウトカムで測定可能な安全をより重視する傾向があるかもしれない。一方、行政の実務家や政治家にとっては、まずは、国、都道府県の政策や、自治体の首長が掲げる政策との整合性が重要と考えるかもしれない。また、様々なコミュニティの関係者が協働して安全・安心な取り組みを行うプロセスで生じた、つながりや仕組みそのものの存在に、SC活動の主たる存在意義があるかとも考えられるかもしれない³⁴⁾。また、安全より安心をより重視するかもしれない。地域づくりを評価する一つの指標として注目を集めているソーシャルキャピタル（注8）も、SC活動により増強するかもしれない。そこにSC活動の主たる意義を見出す立場もありうる。SC活動が機能するためには、SC活動の存在意義についてさえ、このように大きな見解の相違が存在するかもしれないことに思いを馳せ、お互いを理

解する姿勢と努力が前提となると考えられる。

そのような努力が行われたという前提に立って、さらにSC活動が持続可能なものとなるために必要なことは何か。持続可能であるためには、自治体の首長や議会、財政部門や人事部門がその意義を見出す必要がある、と思われる。また、SC活動に関わった行政並びに民間の関係者が、継続して活動したいと思える動機付けがなされないとはいけない。それは、効果を適切に評価し、それをわかりやすくコミュニティにフィードバックすることが求められる⁴⁾。SC活動による予防プログラムにより、暴力、事故、自殺による傷害や死亡が減少したことを示すことが必要であろう。そのためには、エビデンスのある予防プログラムを積極的に採用することが必要であろう。加えて、実効的な効果を評価する仕組みを確立し、継続的に運用していくことが必要でもある⁴⁾。また、地域づくりとしてのSC活動の評価をするのであれば、ソーシャルキャピタルを測定し、数字として示すことも意義があると思われる。

5 結語

本稿では、SC活動の国際展開をまず振り返った。次に、コクランレビューによるSCモデルに対する評価を紹介し、それに対するSC活動からの反響について述べた。これらを踏まえて、最後に、SC活動の持続可能な発展に不可欠な課題を提示した。1つは、研究者（公衆衛生専門家を含む）、実務家、政治家の間での十分な議論と相互理解に基づく持続的な協働である。もう1つは、SC活動の効果を適切に評価し、活動にフィードバックすることであると考えられた。

注釈

注1) 近年、WHO本部は、セーフコミュニティ認証活動は、WHO本部が行っているのではなく、WHOコミュニティセーフティプロモーション協働センターが行っていることを明確にするよう、言及している。2011年に、スウェーデンのファールン（Falun）市で開催された第20回国際セーフコミュニティ会議に参加したWHO本部暴力・傷害予防部門代表が、参加者に対して、このことを強調していた。また、Svanström教授（WHOコミュニティセーフティプロモーション協働センター長）もそのことを確認するコメントをしている。したがって、本稿では、「WHO認証セーフコミュニティ」と表現することを避け、「WHO推奨セーフコミュニティ」との表現を用いている。

注2) コクランレビューとは、ヘルスケアと健康政策における一次的な研究の系統的レビューであり、エビデンスに基づくヘルスケアのもっとも高い基準として、

国際的に認識されている。コクランレビューは、コクラン共同計画により行われている。コクラン共同計画は、エビデンスに基づく医療を提唱した Cochran A. の名前にちなみ、1992年に英国で、NPOとして出発し、専門家の国際的な協働により、国際展開がなされている。コクラン共同計画は、ヘルスケアの介入の有効性に関するシステマティックレビューを「つくり」、「手入れし」、「アクセス性を高める」ことによって、人々がヘルスケアの情報を知り判断することに役立つことを目指す国際プロジェクトである。作成されたコクランレビューは、コクランライブラリーに収載され、オンラインで公表されている。

注3) AISスコア：AIS (Abbreviated Injury Scale) は、アメリカ医師会により作成された交通外傷患者に対する解剖学的重症度評価指標である。

注4) ただし、この部門は、後に暴力・傷害予防、障がい部門 (Department of Violence and Injury Prevention and Disability) となった。さらに、2014年9月 WHO Margaret Chan 事務総長が、従来の暴力・傷害予防、障がい部門と、非感染性疾患管理部門を統合し、非感染性疾患、障害、暴力・障害予防部門の創立を宣言している。新設部門の部長は、これまで暴力・傷害予防、障害部門の部長を務めてきた Etienne Krug 博士が務めることとしている。この新しい部門が実際にどのような機能を担うのかは、今後と注視していく必要がある。

注5) ただし、2014年には認証センター制度は廃止され、WHOCSP 協働センターが直接審査する形に戻されることとなった。2015年からこの新しいシステムが本格的に運用されることになっている。

注6) 予防における介入地域とコントロール地域間のコンタミネーションとは、例えば、介入地域で、子どもの事故傷害予防のキャンペーンを行うことで、コントロール地域の住民が直接的または間接的に影響を受けてしまい、傷害発生率に影響が及んでしまうような事態を指している。

注7) 追加された認証指標で述べられている evidence とは、質の確保された科学論文の蓄積によりその有効性が確認されていることを言う。これは、認証指標に限ったことではなく、医学的介入に関わる世界では、当然の常識となっている。コクランレビューもこの意味で evidence という言葉を使っている。evidence が十分認められる予防対策の例は、WHO のサイトにも、代表的なものが列挙されている。としては、ヘルメット着用による自転車乗車時の重症頭部外傷の予防、住宅地における実効性のある速度制限、飲酒運転に対する法的・行政的規制などである。ただし、evidence という言葉は、他の分野では別の意味合いを持っているかもしれない。そのためかどうかわからないが、改定された認証指標 4

に書かれた「evidenceに基づく」を、「データに基づく」と誤解している場合があるが、これは誤りである。

注8) ソーシャルキャピタル (social capital, 社会関係資本) とは、「人々の協調行動を活発にすることによって、社会の効率性を高めることのできる、信頼、規範、ネットワークといった社会的仕組みの特徴」(1993年、パットナム R. 『哲学する民主主義』) とされる。近年、地域や社会における人的資源として重視され、地域づくりの指標としてしばしば測定されるようになった。

引用文献

- 1) The 1st World Conference on Accident and Injury Prevention. Manifest for Safe Communities-Safety - a universal concern and responsibility for all. adopted in Stockholm, September 20th, 1989.: <http://www.ki.se/csp/pdf/Manifesto.pdf>
- 2) WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion. Safe Communities Network Members.: http://www.ki.se/csp/who_safe_communities_network_en.htm
- 3) Spinks A, Turner C, Nixon J, McClure RJ. The 'WHO Safe Communities' model for the prevention of injury in whole populations (Review). The Cochrane Library 2009, Issue 3.
- 4) Bangdiwala S, Villaveces A, Garrettson M, Ringwalt C. Statistical methods for designing and assessing the effectiveness of community-based interventions with small numbers. International Journal of Injury Control and Safety Promotion 2012; 19: 242-248
- 5) Svanström L. It all started in Falköping, Sweden: Safe Communities – global thinking and local action for safety. International Journal of Injury Control and Safety Promotion 2012; 19: 202-208
- 6) Welander G, Svanström L, Ekman R. Safety Promotion- An introduction. 2000, Karolinska Institutet, Department of Public Health Sciences, Division of Social Medicine, Stockholm, Sweden
- 7) Svanström L. Professional autobiography of Professor Leif Svanström L. International Journal of Injury Control and Safety Promotion 2012; 19: 198-201
- 8) Hörte LG, Jansson B, Svanström L. The research group, the conference program and academic training in safety promotion – a report of the activities at Karolinska Institutet, Sweden. Journal of Injury Control and Safety Promotion 2012; 19: 192-197
- 9) Schelp, L. Epidemiology as a basis for evaluation of a community intervention program on accidents (Doctoral dissertation). 1987, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden
- 10) 白石陽子. 世界におけるセーフコミュニティ活動の歴

- 史と展開. 日本健康教育学会誌 2010;18 (1):42-49.
- 11) Svanström L, Schelp L, Ekman, R, Lindström, A. Falköping, Sweden, ten years after: still a safe community? *International Journal of Consumer and Product Safety* 1996; 3: 1-7
 - 12) Svanström L, Ader M, Schelp L, Lindström, A. Prevention femoral fractures among elderly: The community safety approach. *Safety Science* 1996; 21: 239-246
 - 13) Lindqvist K, Lindholm L. A cost-benefit analysis of the community-based injury prevention program in Motala, Sweden- A WHO Safe Community. *Public Health* 2001; 115 (5) : 317-322
 - 14) Lindqvist K, Timpka T, Schelp L. Evaluation of a child safety program based on the WHO SC model. *Injury Prevention* 2002; 8 (1): 23-26
 - 15) Lindqvist K, Timpka T, Schelp L. Evaluation of an inter-organizational prevention program against injuries among the elderly in a WHO Safe Community. *Public Health* 2001; 115 (5) : 308-316
 - 16) Lindqvist K, Timpka T, Schelp L. Evaluation of a traffic injury prevention program in a WHO Safe Community. *Accident: Analysis and Prevention* 2001; 33: 599-607
 - 17) Ytterstad, B. Harstad injury prevention study: prevention of burns in small children by a community-based intervention. *Burns* 1995; 21: 259-266
 - 18) Ytterstad B. The Harstad injury prevention study: Evaluation of hospital-based injury recording and community-based intervention for traffic injury prevention. *Accident: Analysis and Prevention* 1995; 27: 111-123
 - 19) Krug E, Sharma G, Lazono R. The global burden of injuries. *American J Public Health* 2000; 90: 523-526
 - 20) WHO. Violence and Injury Prevention: http://www.who.int/violence_injury_prevention/en/
 - 21) WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion. *Safe Community News*. 2005, No.2
 - 22) Skjönberg G, Svanström L, Schelp L. The rise and fall of a national safety promotion program- the case of Sweden. Nov 12th, 2010: http://www.ki.se/csp/pdf/Publications/rise_fall_national_safety_promotion_program_sweden.pdf
 - 23) Spinks A, Turner C, Nixon J, McClure RJ. The 'WHO Safe Communities' model for the prevention of injury in whole populations (Review). *Cochrane Database of Systemic Reviews* 2005, Issue 2.
 - 24) Svanström L, Haglund B. Evidence-based safety promotion and injury prevention- An introduction. Karolinska Institutet, Department of Public Health Sciences, Stockholm, Sweden, 2000
 - 25) European Association for Injury Prevention and Safety Promotion. Effective measures. : http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/wwwVwContent/l2effectivemeasures.html?OpenDocument&ExpandSection=3#_Section3
 - 26) National Center for Injury Prevention and Control. Success stories in injury prevention and control. : <http://www.cdc.gov/injury/successstories/stories.html>
 - 27) Rahman A, Giashuddin, SM, Svanström L, Rahman, F. Drowning- A major but neglected child health problem in rural Bangladesh: Implications for low income countries. *International Journal of Injury Control and Safety promotion* 2006; 13 (2): 101-105
 - 28) Ahmadi A, Ytterstad B. Prevention of self-immolation by community-based intervention. *Burns* 2007; 33 (8): 1032-1040
 - 29) Rahimi-Movaghar V. Controlled evaluation of injury in an international Safe Community: Kashmar, Iran. *Public health* 2010; 124 (4): 190-197
 - 30) Hanson D, Finch C, Allegrante J, Sleet D. Closing the gap between injury prevention research and community safety promotion practice: revisiting the public health model. *Public Health Reports* March-April 2012; 127: 147-155
 - 31) 反町吉秀、奈須下淳. 日本における safety promotion/ safe community 活動の展開. *小児内科* 2007;39(7):1024-1030
 - 32) 反町吉秀. 日本におけるセーフコミュニティの展開. *日本健康教育学会誌* 2010;18 (1):51-62
 - 33) 白石陽子. 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-. *政策科学* 2007; 15 (1): 27-40
 - 34) 白石陽子. 日本における安全なまちづくり活動「セーフコミュニティ」に関する比較分析. *政策科学* 2014; 21 (4): 147-170
(URL は、すべて 2015 年 2 月 2 日に最終アクセス)

