



安全なまちづくり

日本版「セーフコミュニティ」の進め方

白石 陽子

立命館大学衣笠総合研究機構



安全なまちづくり

日本版「セーフコミュニティ」の進め方

白石 陽子

立命館大学衣笠総合研究機構

目 次

はじめに	1
I. 概 論	1
1. セーフコミュニティ (SC)	1
1-1. セーフコミュニティの歩み	1
1-1-1. SCの誕生と国際的普及	1
1-1-2. 日本におけるSCの動向	3
1-2. セーフコミュニティ (SC) という概念	4
1-2-1. SCにおける「安全 (Safety)」とは	4
1-2-2. SCが対象とする「コミュニティ (Community)」とは	5
1-2-3. セーフコミュニティ (SC) としての指標	6
《認証にかかわる誤解》	8
2. セーフティプロモーション (SP)	9
2-1. 安全向上のアプローチとしてのセーフティプロモーション (SP)	9
2-1-1. セーフティプロモーション (SP) とは	9
2-1-2. SPにおける2つの視点	9
2-2. 2つの実践アプローチ	10
《問題対応型アプローチ》	10
《状況対応型アプローチ》	10
II. 各 論	13
1. SC活動推進と認証のプロセス	13
1-1. 準備段階	14
1-1-1. SCに関する情報収集	14
1-1-2. 公式に活動開始を表明	15
1-2. 活動の展開と推進	16
1-3. 認証の申請・審査	16
2. 具体的なSC活動の進め方	17
2-1. 分野横断的に協働して取り組む体制を構築する……指標1・7	18
2-1-1. SC活動の推進母体 (SC推進協議会)	18

2-1-2. 重点課題に対する実働チーム（対策委員会）	20
2-1-3. 取組みを根拠あるものにする外傷サーベイランス組織	21
2-1-4. 組織内の連携体制	22
2-1-5. その他の協働体制	23
《コラム》	24
2-2. 体系的な取組みを推進する仕組みを構築する（S+PDCAサイクルの形成）	
……指標2～6	24
2-2-1. (See) 安全診断を実施する	25
(1) 定量データ（情報）と定性データ（情報）	
(2) 定量データの活用	
(3) 定性データの活用	
(4) 地域診断と「指標5」の関係	
2-2-2. (Plan→Do) 取組みの企画と実践	34
(1) 従来からの安全対策を把握する	
(2) 取組みの計画	
2-2-3. (Check→Act/Action) 取組みの評価と改善・軌道修正	41
(1) 取組みの実践前の評価（フォーマティブ評価）	
(2) 取組み過程の評価（プロセス評価）	
(3) 結果（アウトプット評価）	
(4) 取組みによる影響と成果の評価（インパクト・アウトカム評価）	
(5) 指標（指標5・6）との関係	
3. 認証申請	45
プロセス1：申請・審査の準備	46
1-1. WHO CCCSPへの意思表示	46
1-2. 申請手数料等の支払い	46
1-3. オンライン申請システムへログイン	47
1-4. 審査員とのコミュニケーション	47
プロセス2：申請・審査の実施	47
2-1. 書類審査	47
2-2. 現地審査	49
プロセス3：認証（準備・開催）	49

3-1. 認証式典	49
審査における注意事項（認証審査員倫理規定）	51
4. 認証後の活動展開	52
4-1. 継続は認証よりも難し！	52
4-2. 年間活動報告と5年毎の再認証制度	52
4-3. SCネットワークのメンバーとしての役割	53
4-3-1. 国際・国内のセーフコミュニティネットワークへの継続的な参加	53
4-3-2. 「指標7」との関係	54
参考文献	55

はじめに

外傷は、私たち個人のQOLだけでなく社会にも影響を与える重要な問題です。この外傷という課題に対して、セーフコミュニティ（SC）では、「基本的に事故やケガは予防できる」という姿勢で取り組んでいます。これまでの実績から、SCの理念に基づき、体系的に取り組むことで、約25%の外的要因による死亡や受傷は減らすことができることが明らかになっており、ウェブサイト（http://www.ki.se/csp/who_publications_en.htm）にも多くの成果が報告されています¹⁾。

これらの実績もあり、近年ではSCへの関心がさらに高まっており、その普及は加速しています。どの国や地域においても、安全に関する関心は従来から高く、様々な取組みが展開されているなか、近年さらにSCへの関心が高まっているのはなぜでしょう。何が既存の取組みと異なるのでしょうか。

特に、我が国においては、SCに関する歴史はまだ浅く、「SCとは何か」「SC（活動）とは何をするのか」という情報自体が限られています。そこで、本報告書では、この疑問の解決に向けて、点在しているSCに関する情報とコミュニティの多様な経験を整理するとともに、日本での実績をもとに「日本版」のSCの進め方についてとりまとめました。

I. 概 論

1. セーフコミュニティ（SC）

1-1. セーフコミュニティ（SC）の歩み

1-1-1. SCの誕生と国際的普及

まず、SCのこれまでの歩みを見ていくと、SCの概念を理解するのに役立つでしょう。

コミュニティレベルでの安全向上活動のモデル「セーフコミュニティ（SC）」の第一人者であるLeif Svanström氏によると、SCの基盤となる取組みは、1975年にスウェーデンにおいて始まったとされています。スカラーボリ郡にあるファルシェーピング(Falköping)市において、全ての年齢層・環境・状況を対象とした包括的な手法によって外傷の発生をコントロールする試みが始まりました。その試みは、新しい仕組みを構築するのではなく、従来からある組織の協働によって行われました。彼らは、1978年には、外傷に関する記録を開始し、1979年に外傷

1) WHO Collaborating Center on Community Safety Promotion,

-What is a Safe Community? (20140217), (http://www.phs.ki.se/csp/pdf/guidelines/safe_community_membership_2014.pdf)

-Publication (http://www.ki.se/csp/who_publications_en.htm)

の予防対策に着手しました。その後、3年で、就労・家庭そして交通に関する受傷は27%減少し、ファルシェーピングは、1991年にSCとして認証されることとなりました(世界で5番目)²⁾。

この取組みは、周辺の自治体リードシェーピング(Lidköping)市やムータラ(Motala)市でも導入され、1980年代初期には、これらの自治体間でのSCに関するネットワークが構築されました。さらに、その後、ノルウェーのハルスタート(Harstad)やオーストラリアの幾つかのコミュニティでもSCへの取組みが始まり、国を超えたSCのネットワークが誕生しました。

1986年には、当時、健康課題として外傷に関心を寄せていた世界保健機関(WHO)との協力関係が構築され、1989年には、Leif Svanström氏が所属するカロリンスカ医科大学にWHO協働センター(WHO Collaborating Center on Community Safety Promotion: 以後WHO CCCSPと記す)が設置され、SC認証制度がはじまりました。以来、国や地域を超えてその概念と活動は広がり続け、2014年5月現在では、約340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ます。近年では、特にアジアでの活動が活発になっています³⁾。

アジアでSCモデルを最初に実践したのはタイでした。1980年代半ばにSCモデルの構築にあたって、スウェーデンでの事例と並行してタイのワン・コイ(Wang Khoi)というコミュニティの活動が関係者によるトラベリングセミナー等を通して検証されました。その後、ワン・コイでは、SCの基盤となる取組みが本格的に展開され、1991年には世界で3番目のSCとして認証されました。しかしながら、その取組みは継続されず、周辺の地域や国に普及するまでには至ることはありませんでした⁴⁾。

アジアで次の潮流が見られたのは、1990年代半ばです。台湾や韓国の研究者が1990年代半ばから2000年にかけてSCに関心をもち、アクションを起こし始め



2) WHO Collaborating Center on Community Safety Promotion, *-Introduction* (http://www.phs.ki.se/csp/who_introduction_en.htm)

3) 2014年5月12日に開催された第7回アジア地域SC会議プレ・カンファレンスにおけるLeif Svanström氏講演より。

4) 詳細については、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 15巻1号 30-31頁, 2007年10月 立命館大学)を参考にされたい。

ワン・コイは、現在は認証コミュニティのリストには掲載されていない。タイのコミュニティが、その後改めてSCとして認証されたのはWang Sai Phun及びTambon Talad Kreab(いずれも認証は2011年)である。

ました⁵⁾。

また、2002年ごろにはWHOCCCSPが中国にSCの概念を紹介したことにより、中国においてもSCへの関心が高まりました。

1-1-2. 日本におけるSCの動向

我が国においては、2000年ごろから公衆衛生等の一部の領域の研究者がSCの概念に着目し、関心を寄せていました。また、SCの「セーフティプロモーション (SP)」というアプローチに関心を持った研究者や実践家もいましたが、実際にコミュニティレベルにおいて活動が開始されたのは、2006年に京都府亀岡市が府からの打診を受けてSCに取り組んでからです。そのため、日本でSC活動が始まってからまだ10年もたっていないことになります (2015年1月現在)。

京都府亀岡市は、2006年7月にSCに着手し、2008年3月に認証を受けました。それ以降、次第にSCは日本国内でも広がり始め、2015年1月現在では、以下の通り15を超える自治体及びその一部の区がSCに取り組んでいます。10年足らずでこれだけ普及していることやその取組

表1 日本におけるセーフコミュニティの広がり

開 始	自治体名	認証年月等
2006年	①京都府亀岡市	2008年3月
2007年	②青森県十和田市	2009年8月
2008年	③神奈川県厚木市	2010年11月
2009年	④長野県箕輪町	2012年5月
2010年	⑤東京都豊島区	2012年11月
	⑥長野県小諸市	2012年12月
	⑦神奈川県横浜市栄区	2013年10月
2011年	⑧埼玉県北本市	2015年2月
	⑨大阪府松原市	2013年11月
	⑩福岡県久留米市	2013年12月
2012年	⑪滋賀県甲賀市	2015年申請予定
	⑫埼玉県秩父市	2015年申請予定
	⑬京都府京都市北区	現時点では認証を目指していない
2013年	⑭鹿児島県鹿児島市	2015年申請予定
2014年	⑮大阪府泉大津市	2016年申請予定
	⑯福島県郡山市	2017年度申請予定
2015年～	⑰埼玉県さいたま市	準備中
	⑱三重県松阪市	検討中

出典：筆者調べ (2015年1月末現在)

5) 台湾については、台湾のSC支援センター長を務めるパイ・ル氏が1995年にカナダのマクマリーで開催されたセーフコミュニティ国際会議に出席したことをきっかけにSCを導入する動きが始った。2007年に4つのコミュニティが認証されて以来、アジアのなかでも最もSCが活発である。韓国については、2000年ごろ、現在韓国のSC支援センター長を務める、チョ・ジュンピル氏がアメリカでその概念を学び、帰国後、スウォン市とともに活動を開始したのが始まりとなっている。

みの質の高さから、近年では他国及びWHO CCCSPからもその取組みが注目されています。

1-2. セーフコミュニティ（SC）という概念

1-2-1. SCにおける「安全（Safety）」とは

セーフコミュニティ（SC）において、「安全」は「人間の基本的権利」であると定められています。これは、従来から言われてきたことで、「セーフコミュニティ・マニフェスト (Manifesto for Safe Communities)」のなかで「すべての人は、健康と安全を享受する権利を等しく有する」とWHOによって明言されました（1989）⁶⁾。また、1994年の国連のレポートにおいても、「安全は、社会の持続的発展のための基本的かつ欠くことのできない条件である」と示されています。では、安全とはいったい何でしょう？SCが目指す「安全」の定義については、WHO 及びその関連機関によって下記の通り示されています。

*Safety is a state in which hazards and conditions leading to physical, psychological or material harm are controlled in order to preserve the health and well-being of individuals and the community.*⁷⁾

つまり、安全な状態とは、「個人及びコミュニティの健康やウェルビーイング（身体的・精神的及び社会的に良好な状態）を守るために、危険要因や身体的・精神的危害が管理されている状態」であり、単に暴力や外傷が「存在しない」状態を示しているのではないのです。小さなリスク（危険）を経験することによって、大きな危険を回避する術を身に着けることができる場合もあります。ですから、危険が「存在しない」のではなく「管理」できる状態を目指すことが大切なのです⁸⁾。

また、安全は、2つの視点からみていくことが重要とされています。一つは「客観的側面」で、客観的基準によって測られる行動や環境などです。そしてもう一つは、「主観的側面」で、人々の安心感などによって評価されます。この2つの側面は、良きも悪しきも互いに影響し合っていますから、安全の向上という際には両方の側面を考えることが必要です⁹⁾。

また、安全は、ウェルビーイング及び健康の維持・向上を目指すにあたっての前提条件と位置づけられています(図1)。健康とウェルビーイングは、主に環境的状况あるいは行動によって決定されるのですから、環境や行動へのアプローチを通して安全状況を向上させることは健康やウェルビーイングにもつながるのです。

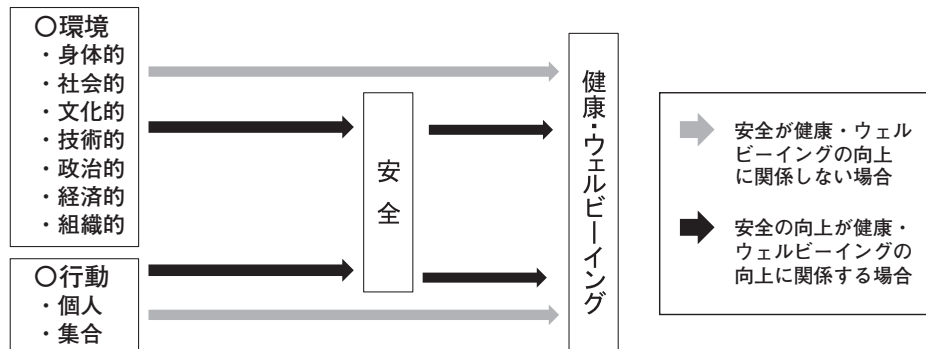
6) 1989年にストックホルムで開催された第一回国際外傷予防・管理会議において出された。

7) Quebec WHO Collaborating Center for Safety Promotion and Injury Prevention, WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion, World Health Organization (WHO), *Safety and Safety Promotion: Conceptual and Operational Aspects*, 1998, pp.3-8

8) 同上 pp.6-7

9) 同上 p.8

図1 安全と健康・ウェルビーイングの関係



出典：Quebec WHO Collaborating Center for Safety Promotion and Injury Prevention, WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion, World Health Organization (WHO), *Safety and Safety Promotion :Conceptual and Operational Aspects*, 1998, p.9 を基に筆者作成

SC活動が対象としている安全の領域は、時代とともに多様化しています。当初は、不慮の外的要因による外傷のみに焦点を当てていましたが、次第に自殺・自傷、暴力・虐待などの意図的要因も対象として扱われるようになり、近年では自然災害による人的被害も対象として理解されるようになってきました。このように、SCは、時代とともにその取組みの対象を広げてきました。ただし、その背景に一貫してあるのは、「外的な健康阻害要因によって健康を害することを未然に防ぐ」という姿勢です。

1-2-2. SCが対象とする「コミュニティ (Community)」とは

WHO CCCSPは、「コミュニティ」という言葉の定義について次の見解を示しています。

*A community can be defined as a delineated geographical area, groups with common interests, professional associations, or the individuals who provide services in a specific location. The principles of a safe community will change accordingly, from place to place.*¹⁰⁾

つまり、コミュニティとして、境界線で区切られた（地理的）領域、共通の関心をもった集団、専門家の集団、特定の場所でサービスを提供している個人たちなどと定義することができますが、SCとしては、厳密に「こうでなくてはならない」というものを示すのではなく、場所あるいは地域によって変わるものだとして理解されています。

ですから、必ずしも市町村といった行政単位を求められているわけではありません。一方、SCとしての条件は、下記のように述べられています。

10) WHO Collaborating Center on Community Safety Promotion,
-Introduction (http://www.phs.ki.se/csp/who_introduction_en.htm)

A “Safe Community” can be a Municipality; a County; a City or a District of a City working with safety promotion, Injury-, Violence- and Suicide- prevention and prevention of the consequences (human injuries) related to Natural Disaster, covering all age groups, gender and areas and is a part of an international network of accredited programmes.¹¹⁾

ここでは、SC活動に取り組むには（あるいはSCとして認証されるには）、「安全向上及び外傷や暴力・自殺の予防、自然災害による（人の外傷等の）被害等の予防に取り組んでいる郡や県、市やその一部など地方自治体であり、その（取組みは）全ての年齢層・性別・地域を対象としており、認証されたプログラムによる国際的なネットワークの一員である」という条件を満たすことが求められています。つまり、地理的領域を共有するコミュニティが単位とされていますが、それが市町村など基礎自治体単位とは限りません。海外の事例でいえば、州や県、郡あるいは市町村などの一区域を単位として認証されている事例もあります。また、アメリカでは大学がSC認証を受けています。アメリカの大学には、銀行や飲食店などからなる商店街のようなエリアや職員や学生がする住居エリアがあるとともに、教職員家族のための保育施設や教育施設など、さらには大学警察なども設置されており、一つのコミュニティを形成していると解釈されているからです。

ただし、市区町村などの地方行政体との連携・協働なしには、SCを進めることは容易ではありません。というのも、あらゆる組織や団体が連携してより安全なまちづくりを進めるにあたって、自治体運営において大きな責任と役割を担う行政及び政治組織との連携がないままに進めることは、取組みの包括性・継続性という視点からも課題となりますし、何より後述するSCの7指標の最初に挙げられている「分野及び組織を横断して連携する体制」という点においても十分とは言えないからです。

1-2-3. セーフコミュニティ（SC）としての指標

SC活動に取り組むにあたって、まず理解しておくべきことは、SCは特別なコミュニティ（自治体及びその一部）の在り方を目指しているわけではない、という点です。SCに取り組んでいるかどうかは別として、どのコミュニティも目指すのは住民の健康とウェルビーイングの向上です。ただ、SCは、その活動の目標を具体的に示し、それに向かって取り組んでいる一方で、多くのコミュニティは、SCと同じゴールを目指していることに気が付いていないだけなのです。ですから、例え、あるコミュニティが「地域の安全」という視点から動き始めていないと

11) WHO Collaborating Center on Community Safety Promotion, *Safe Communities*
(http://www.ki.se/csp/who_safe_communities_en.htm)

なお、該当する外的要因は、ICD10（International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems：国際疾病分類第10版）19章（S00-T98）及び20章（V01-Y98）を含む

しても、それは大きな問題ではありません。コミュニティが地域の課題を一つでも認識する能力を有していれば、次第に他の課題も見えてくるでしょうし、課題がいくつか見えてくるようになれば、次第にそれらは互いにつながったり重なっていたりしていることが見えてきます。そうすれば、コミュニティは、それらの課題にかかわる組織や団体の間の関係を構築し、対策を講じなくてはならないでしょう。その対策の成果がみえてくるのであれば、それがまさにSCです¹²⁾。

ただし、SCの特徴も抑えておく必要があります。まず、国や都道府県（の政策だけ）ではなく、市町村あるいはその一部といった「コミュニティ」が主体者となって取組むという点で、従来からのケガ予防対策や安全向上のための政策とは異なるとされています。また、ある特定の対象や取組みだけに限定するのではなく、多面的な視点と包括的な取組みがSCの基本的な姿勢である点も特徴です。さらに、取組みに関しては、まずその対象となる外傷等の特徴をしっかりと把握するとともに対策を講じた後には効果の検証を行うことが求められます。特に、（SCイコール疫学ではありませんが、）疫学の視点もしっかり押さえておかななくてはなりません¹³⁾。

これらSCの特徴を反映させた取組みを普遍化させるために、SCとしての7指標¹⁴⁾が設定されています。ですので、SCネットワークの一員となるためには、この7指標を満たすことが条件となります。

12) WHO Collaborating Center on Community Safety Promotion, *Introduction*
(http://www.phs.ki.se/csp/who_introduction_en.htm)

13) 同上

14) WHO Collaborating Center on Community Safety Promotion, *Indicators for International Safe Communities* (http://www.ki.se/csp/who_safe_communities_indicators_en.htm)
〈7つの指標〉

1. An infrastructure based on partnership and collaborations, governed by a cross- sector group that is responsible for safety promotion in their community;
2. Long-term, sustainable programs covering genders and all ages, environments, and situations;
3. Programs that target high-risk groups and environments, and programs that promote safety for vulnerable groups;
4. Programs that are based on the available evidence;
5. Programs that document the frequency and causes of injuries;
6. Evaluation measures to assess their programs, processes and the effects of change;
7. On-going participation in national and international Safe Communities networks.

2012年1月より「指標4」が加わり、6指標から7指標になった。また、6指標のもととなる12基準は、オーストラリアのジェリー・モラー（Jelly Moller）氏によって、第一回トラベリングセミナー参加者、スウェーデンのファルシェーピング市、リードシェーピング市の代表者たちと協力のもと設定された（1989年～）

〈SCの7つの指標〉

- 指標1. 分野の垣根を越えた協働を基盤とした推進組織を設置する
- 指標2. 両性・全年齢、あらゆる環境・状況をカバーする長期プログラムを継続的に実施する
- 指標3. ハイリスクの集団・環境および弱者を対象としたプログラムを実施する
- 指標4. 根拠に基づいた取組みを実施する
- 指標5. 外傷が発生する頻度とその原因を記録するプログラムを実施する
- 指標6. プログラムの内容・実施行程・影響をアセスメントするための評価基準を設定する
- 指標7. 国内外のSCネットワークへ継続的に参加する

ただし、この7指標には、「指標を満たすために、何をどの程度行えばよいのか」という具体的なことまでは明示されていません。具体的な取組み方法や到達点については、2008年にWHOCCSPによってガイドラインが出されましたので、後述の各論で詳しくみていきます。

《認証にかかわる誤解》

SCの「認証」という仕組みについては、誤解される場合がみられます。

まず、「日本では、すでに警察や行政がいろんな対策を講じているし、地域でも多様な活動が展開されているから、認証なんか簡単だ。すぐに認証されるだろう。」と思われている方が少なくありません。SCは、特定の領域（例えば、交通事故、犯罪、自然災害）ごとに「合格点」として特定の数値などが設定され、それをクリアするものではありません。また、他の国と比較して、安全性が高いとか低いとかいう話ではありません。ですので、他の国より日本での交通事故による死亡率が低くても、自分の住むまちでの犯罪発生率が全国平均よりも低くてもそれがすぐに認証につながるわけではありません。

認証される（SCネットワークのメンバーとなる）ということは、（それぞれの国や地域の）法律や一般的な対策によって得られる以上の安全を確保することが求められています。また、常に安全向上をめざし、地域の多様なアクターが互いの信頼のもと取組むことが求められています。その取組は決して単独で完結するのではなく、（協働のもと）体系的に継続的に取組むことが重要なのです。ですから、世界で展開されている様々な研究によって支えられながら、ネットワークのなかで協働し、取組を検証しつつ取組むことが重要なのです¹⁵⁾。

2つ目の誤解は、「認証」の意味です。SCとして認証されたら、住民が大きな事件や事故の被害にあうのは「恥ずかしい」、「おかしい」、「認証に値しない」、さらには「そんな（事件や事故が発生するような）コミュニティに認証を与えること自体が間違っている」という声をきくことがあります。しかし、WHO CCCSPは、認証制度を設けて以来、SCという言葉が示しているのは、「すでに完璧に安全なコミュニティ」ではなく、「体系的な手法によって安全向上

15) WHO Collaborating Center on Community Safety Promotion, *What is a Safe Community?* (20140217), (http://www.phs.ki.se/csp/pdf/guidelines/safe_community_membership_2014.pdf)

に努めているコミュニティ」である¹⁶⁾と明確に示しています。

3つ目の誤解は、SCを認証する機関です。日本だけでなく他国でもみられることですが、「WHOが認証している」と標記している場面に出くわすことがあります。単に誤解である場合だけでなく、「WHOとしたほうが分かりやすい」といった理由から意図的にそう表記している場合もみられます。しかし、WHO CCCSPからは、WHOによる認証ではないことを周知するように幾度となく指示が出されていますので、SC支援センター及びSCに取り組むコミュニティにおいても認証機関についてしっかりと周知していく必要があります。

2. セーフティプロモーション (SP)

2-1. 安全向上のアプローチとしてのセーフティプロモーション (SP)

2-1-1. セーフティプロモーション (SP) とは

SCの推進においては、そのアプローチとして「セーフティプロモーション (SP)」という言葉が頻繁に用いられます。SPは、「地域・国・世界レベルにおいて、個人・コミュニティ・政府及び企業や非営利団体などその他の組織・団体によって、安全の向上と維持を目指すプロセス（過程）」と定義づけられており、安全に関する態度や行動だけでなく、仕組みや（物理的・社会的・技術的・政治的・経済的・組織的な）環境を改善するためのあらゆる取り組みが含まれます¹⁷⁾。

SPにおいては、安全にかかわるすべての関係者や組織が連携しながら協働で取り組むことが重要だとされています。その仕組みは、国やコミュニティの実情によって異なるのは当然としても、問題解決だけでなく目的設定の時点から市民をはじめコミュニティの構成員が参画することを前提に、分野を超えた取り組みが必要となります。

2-2-2. SPにおける2つの視点

SPを進めるにあたっては、安全とウェルビーイングの関係（5 頁、図1 安全と健康・ウェルビーイングの関係 参照）にあるように、「環境」と「行動」の2つの視点が重要です。日本においては、対象者の行動を変えることによって受傷を減らそうとする傾向が強いと指摘されています。ですので私たちは、行動の変容によって安全が向上を目指す一方で、環境を改善することによってより効果が表れる場合が多いことを心に留めておく必要があります¹⁸⁾。

日本の自治体は財政課題を抱えている場合も多く、環境へのアプローチは、時として多額の費用が掛かるため不安を抱くようですが、必ずしも費用を伴う大規模な工事などが必要とは限

16) 前掲書

17) Quebec WHO Collaborating Center for Safety Promotion and Injury Prevention, WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion, World Health Organization (WHO), 前掲書 p.11

18) 同上 p.11

りません。例えば、高齢者の自宅での転倒予防に取り組む場合、住宅改修助成の支給額を増額したり対象者を拡大するだけではなく、滑って転倒しないように床に新聞や雑誌などを置いたままにしないように呼びかけたりすることも環境へのアプローチです。

2-2. 2つの実践アプローチ¹⁹⁾

SPには、「問題対応型アプローチ (program oriented approach)」と「状況対応型アプローチ (setting oriented approach)」の2つのアプローチがあります。いずれも不可欠であり、互いに補完し合っていますので、状況に応じてうまく組み合わせることが大切です。

《問題対応型アプローチ》

問題対応型アプローチは、もっとも頻繁に用いられるアプローチで、例えば、自殺、交通事故、転倒など問題が特定されている場合、それに対する解決策を検討するために用いられます。どのような問題に取り組むかは、ケガ等の発生頻度や重症度等に基づいて問題の優先度を検討し、その優先順位に基づいて決定します。

進め方としては、まず特定の問題について、「環境」と「行動」の視点からどのような問題要因があるのかを明らかにし、それらに対する予防対策を講じます。

このアプローチを用いることによって、対策を通して、具体的に「何を目指すのか」「到達すべき状況」が明らかになります。また、その到達点に達するために「取り組むべき対象は何か」という危険要因が明らかになります。例えば、取り組み対象が、「自殺」や「暴力」などのように具体的にになります。

《状況対応型アプローチ》

状況対応型の場合は、特定の問題の解決というよりも、コミュニティの安全を向上させるために一連の環境的及び行動的要因に対して取り組むことを目的としています。

対象となるのは、道路、公園、学校、工場、町内会など特定のセッティング（状況）に身を置いている集団となります。それぞれのセッティングは、人口、経済的・技術的な基盤、物理的環境などの構成要素からなり、それらは、私たちが知らないルールの中かで互いに影響しあっています。安全とは、それら構成要素の間で培われた均衡の結果なのです。

このアプローチは、3つのステップからなります。まず、最初に状況（セッティング）の安全診断を行い、「強み」と「弱み」を明らかにします。安全に関するすべての側面をチェックしますが、（疫学、人間科学、評価、臨床科学、工学など）いくつかの領域からなる定量的及び定性的な科学的データを用います。

19) Quebec WHO Collaborating Center for Safety Promotion and Injury Prevention, WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion, World Health Organization (WHO), 前掲書 p.12

WHOと外傷に関わるWHO協働センターが著した「安全及び安全向上：概念及び実践の側面から (Safety and Safety Promotion: Conceptual and Operational Aspects)」(1998)²⁰⁾には、この2つのアプローチの実践として、以下の事例が示されています。

まず、第一段階として、「社会的結束・秩序」「外傷の予防・管理状況」「個人の精神的・身体的・道徳的健全性の尊重」を指標ア～ウで検討します。1～9それぞれの項目について、「事実(としての安全の状況)」と「既成(されている安全の状況)」を確認し、「強み」と「弱み(欠けている点)」を考えます。

第二段階と第三段階では、先の段階で明らかになった「弱み」の原因を明らかにし、それに対する解決策を設定します。この部分は、先の「問題対応型アプローチ」によって対応することができます。

問題対策型と状況対応型のいずれのアプローチも非常に大切です。ですが、実際にコミュニティレベルでのこのアプローチを実践するとなると、住民をはじめ地域の様々なアクターが集

表2 特定の状況における安全診断 (考慮すべき側面)

指標 \ 状況	社会的まとまり (結束) や秩序	外傷等の予防・ 管理状況	個人の精神的・身体的・ 道徳的健全性の尊重
ア. 対策の状況	1	4	7
イ. 危険への暴露	2	5	8
ウ. 発生件数	3	6	9

出典：Quebec WHO Collaborating Center for Safety Promotion and Injury Prevention, WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion, World Health Organization (WHO), *Safety and Safety Promotion: Conceptual and Operational Aspects*, 1998, p.14 筆者訳

表3 安全診断の具体例と考え方

セル	具体例と考え方
1	例) まちの若者と周辺住民 [事実] 緊張関係を解決するため、若者、警察、その他関与者によって調整がなされている。(強) [認識] 住民は、警察は、若者が市民の迷惑になっている状況を放置していると思っている。(弱)
2	例) 学校における異なる民族の共存 [事実] 学校の若者たちは、移民してきた人に非友好的である。(弱) [認識] 学校の若者たちは、移民してきた人たちの行動は攻撃的だと思っている。(弱)
3	例) サッカー対戦中のそれぞれのチームのサポーターの間の暴力事件 [事実] 前年度に2回の暴動が発生している。(弱) [認識] 主催者は、暴動の可能性を認識していない。(弱)
4	例) コミュニティ内の災害による危険 [事実] 災害時の対応計画がある。(強) [認識] 住民は、災害時にはこの対応計画は役に立たないと思っている。(弱)

20) Quebec WHO Collaborating Center for Safety Promotion and Injury Prevention, WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion, World Health Organization (WHO), 前掲書 p.14

I. 概論

(続き)

セル	具体例と考え方
5	例) 高齢者の住宅火災対策 [事実] 多くの住民は、ベッドの中で喫煙する。(弱) [認識] ほとんどの住民は、ベッドの中での喫煙を危ないと思っている。(強)
6	例) 中毒問題 [事実] 5歳以下の子どもの中毒件数が増加している。(弱) [認識] 市民は、子どもの中毒はめったに起こらないと思っている。(弱)
7	例) 個人の身体的(安全)保障(→身の安全) [事実] 条例等による銃規制がない。(弱) [認識] 市民は、有効な銃規制は存在しないと思っている。(弱)
8	例) 個人間の暴力犯罪 [事実] 著しい社会経済的不平等が存在する。(弱) [認識] 市民は、社会経済的不平等の重要性を認識していない。(弱)
9	例) 市内の公園での暴行 [事実] 過去2年、公園では暴力行為は行われていない。(強) [認識] 市民は、公園では頻繁に暴行が行われていると思っている。(弱)

出典：Quebec WHO Collaborating Center for Safety Promotion and Injury Prevention, WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion, World Health Organization (WHO), *Safety and Safety Promotion: Conceptual and Operational Aspects*, 1998, p.14を基に筆者作成

い、この理論どおりに議論し、対策を計画するのは、慣れていないこともあり難しいでしょう。そこで、日本においては、これらのアプローチを取り入れながら重点課題に包括的に取り組むため、その計画づくりの段階で（優先課題にたいして設置された）対策委員会においてワークショップ形式を導入しています。

その具体的な方法については、「各論」においてみていきます。

Ⅱ. 各 論

各論では、概論でみてきたSC及びSPの概要を踏まえ、どのようにSC活動を開始及び推進するか、その方法について、SCの7つの指標と合わせてみていきます。

1. SC活動推進と認証のプロセス

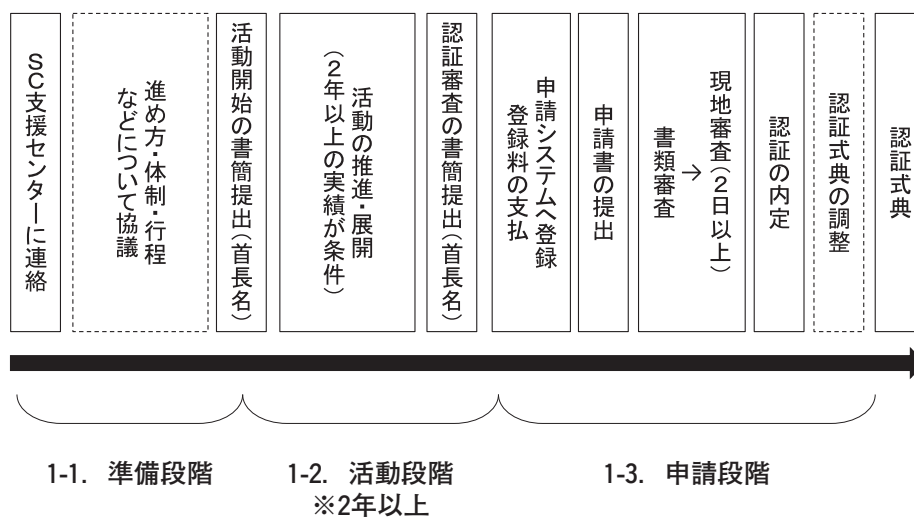
SC活動においては、認証は最終ゴールではなく、あくまでもSCという安全なまちづくり活動を展開するための基盤が整ったという目安です。近年では、SCはまちづくりのツール(方策)として着目され、認証ではなくその方策の導入と定着を目的にSCに取り組む事例も出てきています。

とはいえ、「認証」はゴールではなくともSCに取り組む上で重要な役割を担っています。様々な課題に取り組む地域の関係者が「安全」というキーワードで一丸となって目指すことでモチベーションをあげることに役立ちますし、協働や連携の意識付けや体制を形成する上でも意義が認められています。そこで、ここでは、認証までの期間を一つの区切りとして、SC活動の進め方をみていきます。

認証までには、大きく3つの段階があります。

- 第一段階：準備段階（SC取組み開始の準備）
- 第二段階：活動段階（SC活動の展開・推進）
- 第三段階：申請段階（認証申請と審査）

図2 SC認証に向けた取組みの大きな流れ



出典：筆者作成

これらを図で示すと下記ようになります。

ここでは、1-1から1-3のそれぞれの段階について具体的にみていきます。

1-1. 準備段階

1-1-1. SCに関する情報収集

SCに関する情報を収集する方法はいくつかありますが、その手軽さから、まずインターネットで検索するケースが多くみられます。特にこの数年は取組み事例も増えていることから、インターネットでSCの情報を得ることは簡単になってきました。そこで、まずは取組み事例を検索した後に、取組んでいる自治体の担当者に問い合わせる情報を収集し、SCの進め方についてある程度の目安をつけた時点でSC支援センターに問い合わせる傾向がみられます。

しかし、インターネット検索で得られた情報は、必ずしも正しく、信頼できるとは限りません。また、古い状況も新しい情報も入り乱れており、中にはやや陳腐化したものも含まれています。また、それぞれが地域の実情に応じた取組みを展開していることから、多様な事例に関する情報を収集できる一方で、その進め方や内容の多様さに戸惑い、何をどうすればよいのか見えなくなる場合もあります。

最も効率的に正確で最新の情報を収集するには、基本的かつ最新の情報を有しているSC支援センターに連絡するとよいでしょう。加えて、支援センターは、SCに取組んでいる自治体

表4 情報収集の方法とメリット・デメリット

情報収集の方法	メリット	デメリット
ア. インターネットで検索	○ 手軽に情報を収集できる ○ 費用・時間が掛からない	× どれが正しい情報なのか判断しにくい × 情報が新しいのか古いのかわかりにくい
イ. SCに取組む自治体に問い合わせる http://www.jisc-ascsc.jp/link.html	○ 実際の事例に基づいた情報を得ることができる ○ 双方向コミュニケーションのなかでの柔軟な情報収集が可能	× 自治体一つひとつ問い合わせる必要がある × 時間・費用が掛かる場合がある × 最新事例でない場合がある
エ. SC支援センターに問い合わせる http://www.jisc-ascsc.jp/	○ 国内外の事例を幅広く収集できる ○ 自分たちの自治体の状況に応じた情報を選んで提供してもらえる	× 情報収集の段階では、SCに取組むと決めたわけではないので連絡しにくい
オ. WHOCCCSPに問い合わせる http://www.ki.se/csp/support_centers_members_en.htm	○ 自国での情報収集先を教えられる（各国の支援センター）	× 英語でのやり取り

出典：筆者作成

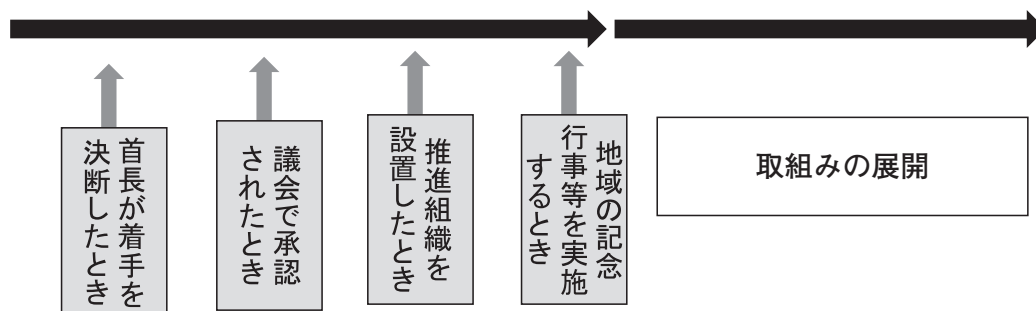
の特徴、参考になる点などの情報も提供できます。ですから、それらの情報を収集したうえで訪問する自治体を選択し、ポイントを絞った情報収集を行うことが可能となり、効率的・効果的に情報収集を進めることができます。

1-1-2. 公式に活動開始を表明

SCについて情報収集し、検討した後、SCに取り組むことが決まったら、まず、公式にその旨を表明します。活動開始の表明は、認証申請の条件である2年以上の実績のスタートラインを明確にする意味もあります。まず、首長からSC支援センター及びWHO CCCSPに公式な書簡を提出します。

書簡を提出する時期は、正式にSCに着手することが決まってさえいれば、自治体の都合に合わせて決めることが可能です。ただし、その日付をもって正式にSC活動が始まることになります。日本では、図3のような機会にあわせて提出されています。

図3 SC開始を公式にする機会



出典：筆者作成

気を付けておく必要があるのは、日本の場合は、「2年以上の実績をもって申請が可能」となれば、最短期間をめざし、開始後2年で申請を目指してスケジュールを組む傾向があるという点です。十分な準備ができていない「ゼロ」の時点から2年間で申請できるレベルに達するのは容易ではありません。海外では、3～5年ほどかけるところは少なくないことなども考慮すれば、公的に着手を表明するのは、早くてもSC担当者を設置し（日本の場合は市役所内に担当課・担当者を設置しています）、既存の統計データ等を収集して簡単な安全診断を行ってからがよいでしょう。

なお、近年では「SC取組み宣言」を行うところが増えていますが、基本的には自治体の独自の行事とみなされますので、忘れずに書簡を支援センターにご送付ください。支援センターがWHO CCCSPに提出します。

1-2. 活動の展開と推進

首長が書簡を提出すると本格的な活動が始まります。まず、組織体制を整えます。詳しくは、「2-1. 分野横断的に協働して取組む体制を構築する」(18頁)以降で詳しく説明し、ここでは要点のみ示しておきます。

まず、コミュニティにおいて安全に関する活動や事業等に関わっている組織、団体、個人などからなる「分野横断的な組織の設置」が必要です。具体的には、推進母体となる「推進協議会」、重点課題ごとに対策を実践していく「対策委員会」、そして様々な組織で記録されている外傷や安全に関するデータを収集・分析し、効率的・効果的な取組みの企画・実践に役立てる「外傷サーベイランス組織」の設置が必要となります。これらの組織の設置については、すでにその趣旨と機能が共通する組織がコミュニティにある場合は、その組織を活用するほうが効率的な場合もあります。

体制を整えると、実際に活動を始めます。まず、地域の安全課題を明らかにするための地域安全診断を行います。安全診断によって明らかになった優先的については、対策チームとして対策委員会等を設置し、根拠に基づいた対策を講じます。少なくとも2年間の取組みを重ね、認証申請に進みます。

1-3. 認証の申請・審査

申請する段階になると、まず「認証申請に関する意思表示」を示した書簡 (Letter of Intent)²¹⁾ をWHOCCCSPに提出します。提出にあたっては、SC支援センターが支援します。

WHO CCCSPは、書簡を受けると、審査員2名(主審査員及び副審査員)を調整します。また、申請及び登録に関する費用の請求書が発行されます。

この時点で、コミュニティは申請書(様式A²²⁾)を提出することができるようになりますのでオンラインで申請手続きを行います。担当となった審査員は、オンラインで様式Aを審査します。内容で不明な点等について確認するとともに、現地審査の日程等について調整を始めることとなります。一般的には、審査員からコミュニティの担当者に連絡することとなっていますが、支援センターがある国の場合は、SC支援センターが両者の間を調整します。

現地審査は、最低で2日間以上となっており、審査員は、事前に現地審査では何を確認したいのかを示すことになっています²³⁾。ただし、日本の場合は、「取組みの概要」で全体像を示し、

21) WHO Collaborating Center on Community Safety Promotion, letter of intent, (http://www.ki.se/csp/pdf/letter/letter_of_intent_2014.pdf)

22) WHO Collaborating Center on Community Safety Promotion, from a (http://www.ki.se/csp/pdf/guidelines/form_a_2014.pdf)

23) WHO Collaborating Center on Community Safety Promotion, *What is a Safe Community?* (20140217), (http://www.phs.ki.se/csp/pdf/guidelines/safe_community_membership_2014.pdf)

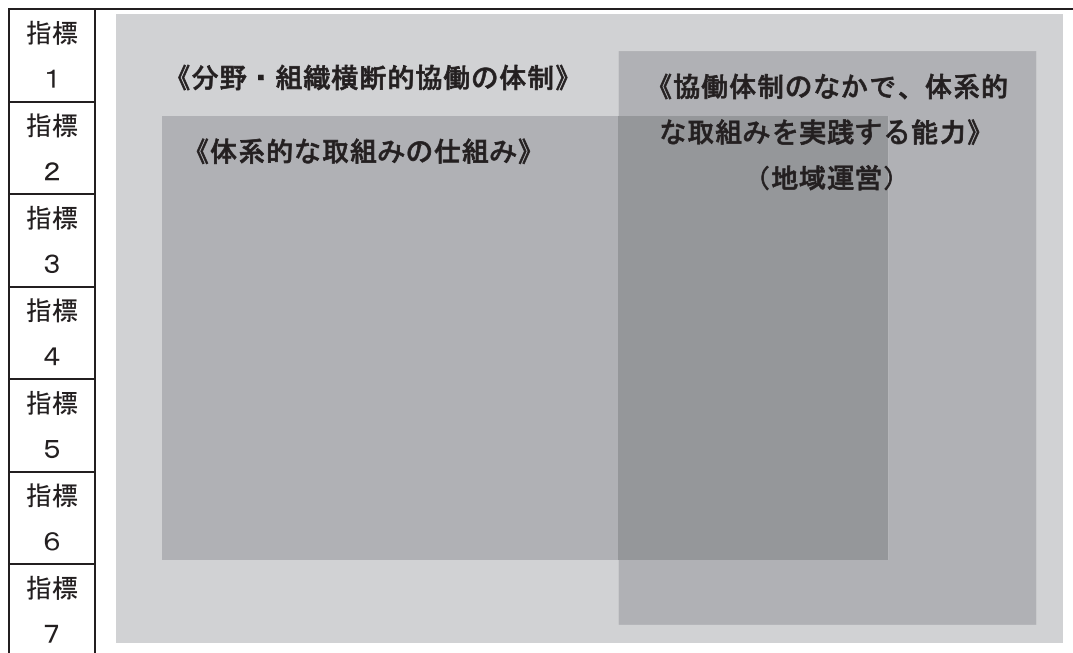
「外傷サーベイランス組織」と「対策委員会による活動と成果」を紹介することで重点課題への根拠ある取組みを網羅して報告していますので、いかようにも対応できるようになっています。しかし、審査員は、書類審査の段階でどのようなことに関心を持ったのか、何が理解できなかったのか、何についてさらに詳しい説明が必要なのか、といった情報を事前に得ておくことで現地審査の際に効果的・効率的な情報提供が可能になります。

2. 具体的なSC活動の進め方

ここでは、首長が公式にSC活動開始の書簡を送ってから認証申請に至る前までのSC活動の具体的な進め方についてみていきます。SC活動の基本となるのは7指標です。SCとしての基準をみだし、継続的に取組みを展開・推進していくためには、7つの指標を満たすことで「協働の体制」と「体系的な活動推進の仕組み」と「コミュニティの（実践）能力」を構築していかななくてはなりません。言い換えれば、SCとは、協働による地域運営（ローカルガバナンス）のための体制・仕組み・（実践）能力を高めるためのツールであるといえます。

では、それぞれの指標がどのような役割を担っているのかをみてみましょう。

図4 SCの7指標を通して構築される体制・仕組み・能力の関係



出典：筆者作成

まず、指標1と7で協働の体制の在りかたが示されており、これは指標2～6の取組みの基盤となります。指標2～6は、取組みの進め方について述べられています。特に、指標2～4で取組みの対象者や根拠の必要性など取組みのあり方、指標5～6では、それら取組みの成果

を確認する方法が示されています。これらすべてをクリアする過程で、(協働による)地域運営(ローカルガバナンス)の能力を養っています。このように、指標それぞれは関連し合っているため、指標を別箇に満たそうとするのではなく、包括的に取組んでいくことが大切です。

次に、具体的にどのように指標をふまえて取組んでいけばよいのかをみていきます。

2-1. 分野横断的に協働して取組む体制を構築する²⁴⁾ ……指標 1・7

SCを進めるにあたっては、分野横断的な協働と連携の仕組みが基本となります。指標 1 では、コミュニティ内での連携・協働の体制を、指標 7 では、コミュニティを超えた国レベル、国際レベルでのSCネットワーク内での連携・協働を示しています。

まず、指標 1 のコミュニティ内における連携・協働の体制をみます。SCにおける連携には、下記の 3 つの側面があります。

タテの連携・協働：行政政策と地域や市民の活動との連携・協働

ヨコの連携・協働：組織や団体を超えた連携・協働

ナカの連携・協働：組織や団体内の部や課を超えた連携・協働

これら 3 つの「協働・連携」を具現化するためには、SC活動の推進母体である「SC推進協議会」と優先課題(重点課題)の解決に取り組む「対策委員会、そしてそれら 2 つの組織の活動をより効果的・効率的にするためにデータなどの情報を収集・分析して活用できるようにする「外傷サーベイランスグループ」の設置が基本とされています(図 5)。

それぞれが地域の多様な組織の代表から構成されるとともに、行政の体制・施策とも連携しています。

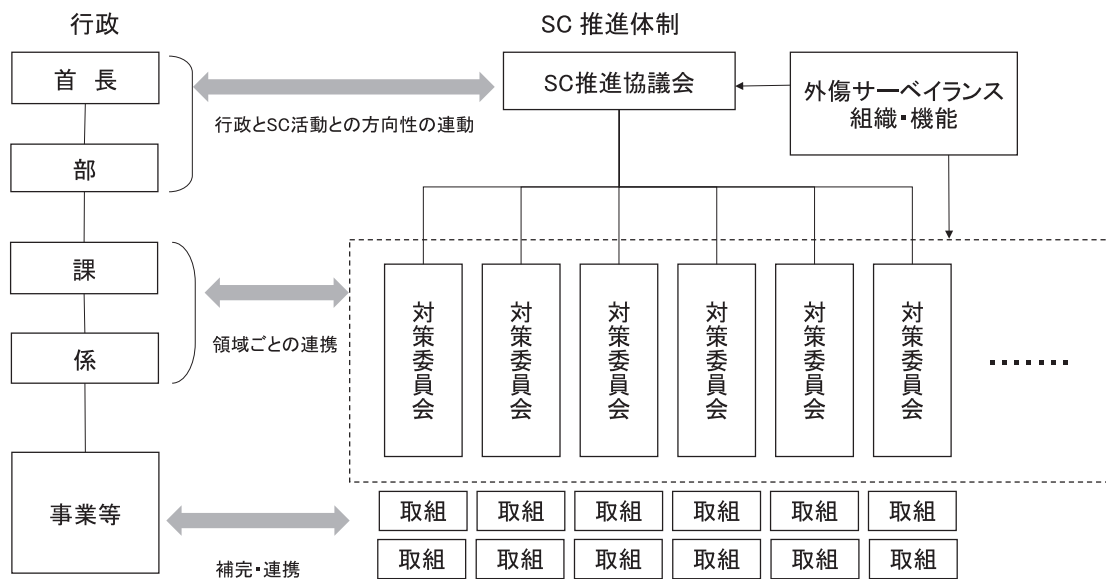
2-1-1. SC活動の推進母体(SC推進協議会)

まず、分野横断的な協働のもと、SC活動の全体的なかじ取りを行う組織を設置します。英語では、Reference Group (board, governing body, steering committee, leadership group, community partners) などとされていますが、日本においては、「推進協議会」としている場合が多くみられます。

推進協議会は、保健、社会福祉、都市計画、建築、消防、啓作、公共事業、スポーツ、交通安全などの様々なセクターの代表者からなり、分野を超えた協働・連携のなかで、安全なまちづくりに取組みます。なかでも、保護者団体、スポーツクラブ、退職者団体、赤十字などの民間組織(非政府組織)が参画することは重要です。

24) WHO Collaborating Center on Community Safety Promotion, *What is a Safe Community?* (20140217), (http://www.phs.ki.se/csp/pdf/guidelines/safe_community_membership_2014.pdf)

図5 SC活動の推進体制



出典：筆者作成

WHO CCCSPは、2008年に示したガイドライン²⁵⁾のなかで、下記のような組織をSC推進協議会のメンバーの候補としてあげています。

1. 地方政治の責任を担う政治組織の代表（例えば、首長など）
2. 公的安全の責任を担う政治組織の代表（地方警察組織や国家警察の当該地域担当代表）
3. 外傷問題を取り扱う地域保健機関（病院や保健関連機関）
4. 地域の救急対応・火事に対応する組織
5. 交通安全を担当する地方政府組織
6. 民間セクター
7. スポーツ・余暇に関する組織（協会）
8. 公私学校機関やその他の教育機関（中学校以上の教育機関なども含む）
9. 高齢者協会
10. 赤十字あるいは同様の組織
11. 地域の意図的な要因による外傷の予防にむけてパートナーとなる組織・団体
例）女性シェルター、地域の見守りなど
12. サービスクラブ（定期的に集まって他の組織等の資金集めのための慈善事業等を行う）
例）ロータリークラブ、ライオンズクラブなど

25) Ekman D., Svanström L., *Guidelines for applicants to the International Network of Safe Communities and Guidelines for maintaining membership in the International Network of Safe Communities*（セーフコミュニティ国際ネットワークへの申請及びメンバーシップ継続のためのガイドライン（白石陽子訳）），WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion, Karolinska Institutet, 2008年11月（日本語版 3-4頁）

これらは、あくまでこれまでSCに取り組んできたコミュニティでみられる例ですので、自分たちのコミュニティで、これら組織が安全課題に関連がなければ、名を連ねる必要はありません。むしろコミュニティの実情に合わせ、SCに賛同する組織や個人の住民が加わるよう工夫してください。また、この組織のトップは、一般的に、市区町村の首長あるいは同様の立場の方が着任すると示されています。

2-1-2. 重点課題に対する実働チーム（対策委員会）

地域の優先的に取り組むべき問題について、具体的な対策を講じる実働チームを設置します。英語ではWorking GroupやTaskforce Committeeなどと称されますが、日本においては「対策委員会」などとされています。メンバー数については10～15人程度が多くみられますが、コミュニティのサイズによって、組織の規模や数に違いがあります。

ガイドライン（2008）²⁶⁾では、特定の領域に取り組むタスクフォースは、既存のグループを基盤として立ち上げることも可能とされています。ただし、従来の取組みをそのままSC組織とするのではなく、SCという大きな枠組みのなかで、新たな役目を担うパートナーであることを理解することが必要です。市区町村行政にとっても、SCを通して他のセクターや組織と連携・協働して安全関連事業を展開することで行政としての役割を効率的・効果的に遂行していく機会としてください。

設置される対策委員会は、以下のうら6つ前後が多くみられます。

《一般的な対策委員会の例》

- | | |
|---------------|---------------|
| 1. 交通安全 | 2. 家庭の安全 |
| 3. 仕事に関する安全 | 4. スポーツに関する安全 |
| 5. 学校に関する安全 | 6. 公共の場における安全 |
| 7. 子どもの安全 | 8. 高齢者の安全 |
| 9. 犯罪・暴力の予防 | 10. 自殺予防 |
| 11. 外傷サーベイランス | |

もし、SC活動のなかで上記の対策委員会が設置されていないとしても、必ずしも問題にはなりません。重要なのは、設置する対策委員会の数よりも、地域のハイリスクがどのようにカバーされているか、地域の外傷リスクに対してどのように対応しているのかが明確になっていることです。

また、ある組織の協力を得ることが重要でありながらも、それが困難あるいは不可能な状況だとしても、それは致命的ではありません。SCに参画することに消極的であれば、まずは無

26) Ekman D., Svanström L., (白石陽子訳), 前掲書 6-7頁

理強いせずに状況をみてみましょう。無理をして加わってもらっても、関係がぎくしゃくしたり、プログラムが思うように前に進まなかったりして、結果として時間と労力のムダとなってしまう²⁷⁾。

また、取組みを進めるなかで、他の対策委員会と課題や対策が共通してくる場合がでてきます。例えば、近年日本で増加している高齢者の自転車事故は、高齢者安全対策委員会と交通安全対策委員会に関連します。このように、対策委員会同士の情報共有及び良好な関係づくりも大切です。

2-1-3. 取組みを根拠あるものにする外傷サーベイランス組織

SC推進協議会が、明らかになった課題について新たに対策委員会を設置したり、SC活動の方向性を議論したり、SC活動全体の進捗状況を確認したり、また、対策委員会が重点問題に対する介入を効果的に行うための計画を練ったり、その進捗状況や成果をアセスメントするためには、外傷に関する情報を定期的に収集・分析することが必要になります。

必要なのは、外傷の発生動向に関する情報で、例えば、「だれが」「いつ」「どこで」「どんな(ケガを)」「どうやって」受傷しているか、といった情報です。スウェーデンをはじめとするいくつかの国では、これらの情報は、国レベルで取りまとめられた医療機関の受診記録から得ることができます。しかし、日本においては、医療機関の受診記録を活用することは非常に難しいため、それに代わる情報を複数の組織から収集しながらコミュニティの外傷発生状況をモニタリングし、取組みの根拠づくりに役立てます。

外傷は健康問題であることから、WHOCCCSPは保健医療分野の情報を重要視していますが²⁸⁾、日本においては、保健医療分野の情報は非常に限られていることもあり、それ以外の幅広い組織（市町村の保健福祉関係担当、警察、消防、地域医療など）の代表者も外傷サーベイランスのメンバーとして重要な役割を担っています。それぞれから出された情報を多面的に分析・共有し、よりよいサーベイランスの仕組みづくりにつなげています。

また、ガイドラインでは、受傷パターンを疫学的に分析できる個人や組織との継続的なパートナーシップを確保することが望ましいとされています。日本を含むアジアにおいては、欧米のように外傷に関する疫学的な分析を行う専門機関がないため、研究者個人へ依頼するケースが多くみられます。しかし、研究者にとって自分の研究関心が疫学的視点からの外傷予防にない場合は、継続的なコミットメントは負担になります。また、近年では、疫学以外の多面的な視点から専門知識も必要となっています。そこで、日本の支援センターとしては、委員会を「実務チーム」と「アドバイザリーチーム」の2つのチーム構成にすることを提案しています。

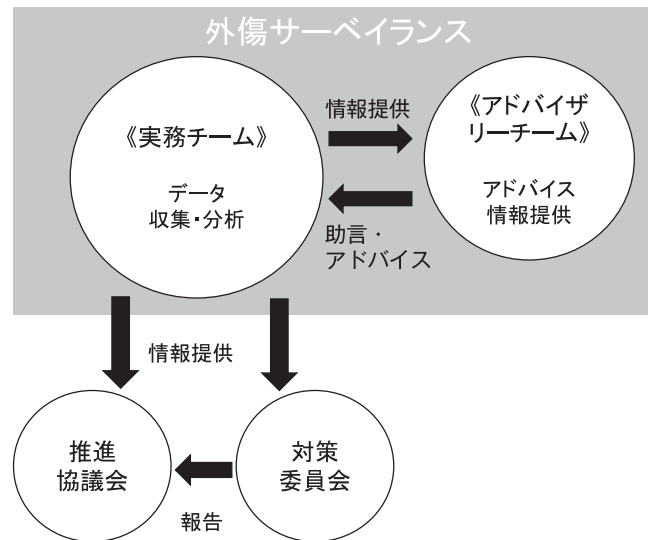
実務チームは、実際の情報収集・分析などを行い。コミュニティにおいて従来から情報を記

27) Ekman D., Svanström L., (白石陽子訳), 前掲書 8 頁

28) WHO Collaborating Center on Community Safety Promotion, *What is a Safe Community? (20140217)*, (http://www.phs.ki.se/csp/pdf/guidelines/safe_community_membership_2014.pdf)

録している行政や警察・消防などの組織が担当します。それらのデータについて、アドバイザーリーチームに属する研究者などがそれぞれの専門分野からアドバイスや助言等を行います。

図6 外傷サーベイランスの機能



出典：筆者作成

2-1-4. 組織内の連携体制

SCは分野横断的に多様な組織や団体が協働で取組むことは大前提ですが、それと同様に大切なのは、行政をはじめ、SCに関わる組織の内部の連携・協働体制です。

日本においては、市町村などの行政はじめ多くの組織は、縦割りの仕組みにより業務の効率化が図られている一方で、地域課題や住民からの問い合わせなど複数の領域にまたがる問題については、包括的な対応への改善が求められてきました。

特に、SCについては、コミュニティの安全について包括的に対応していくことが求められることから、行政をはじめ関連する組織においても、分野や担当を超えた協働の体制が求められます。例えば、行政内では、表5のように各レベルでの連携が求められます。

また、市町村行政だけでなく、安全に維持・向上に代わる組織の代表である警察においても、担当を超えた協働の仕組みが期待されます。例えば、小諸市警察署（長野県）においては、SCに関連するのは生活安全課や交通安全課だけに限らないため、警察全体として取り組むべきであるという考えから分野横断的な連携・協働のための体制「小諸警察署SC運動支援委員会」を設置しました（表6）。

表5 市町村行政の内部の連携と協働

	連携・協働のレベル
市町村長	他の組織との連携とSC全体取りまとめ
部	分野ごとの連携・行政政策との調整
課	関連する課及び課内の連携・協働の調整
係	関連する係及び係内の連携・協働の調整

出典：筆者作成

表6 小諸警察署のSC支援体制

委員長	副委員長	委員	任 務
署長	副署長	総務課 会計課長 生活安全・刑事課長 地域課長 交通課長 警備課長 駅前交番所長 美南交番所長	● 小諸市のSC活動に対する支援 ● 支援に係わる経費に関すること ● 運動取り組み等の広報等 ● その他必要と認められる事項

出典：小諸市現地審査における小諸警察署報告書資料（2012年）

2-1-5. その他の協働体制

上記以外にも様々な形での連携・協働の事例があります。例えば、市町村行政において、SCには業務上での直接のかかわりはないもののSCに関わりたい、支援したいと希望する職員が関わるができるよう、長野県小諸市や埼玉県北本市・同県秩父市などでは「庁舎内サポーターチーム」の制度が設置されています。サポーターとなった職員は、対策委員に委員として参加したり、SC活動に関する行事の運営支援などを行っています²⁹⁾。

また、市民レベルでも、地域の安全向上に関心がある市民による協働もみられます。青森県十和田市においては、SCとしての認証を目指すなかで、様々な立場や専門性を有する**市民有志による「セーフコミュニティ十和田をつくる会」**が結成されました。市民団体として積極的に市民レベルでの取組みを展開するとともに、SCのかじ取りを担う推進懇談会（Steering Committee）にも委員として参画しています。

いずれの事例も、実践段階にとどまらず、対策の計画段階から協働で取組める仕組みが評価されます。

29) 例えば、北本市では、対策委員会の委員となっている場合は、業務として参加できるよう庁舎内で調整が行われています。

《コラム》

日本の組織構成は、WHOCCCSPが提示するモデルに沿っている場合がほとんどですが、世界的にみれば、その枠にはまらない、地域の実情にあった多様な構成がみられます。

例えば、行政は、地域の一構成員としてSCに参加していますが、リーダーシップは他の組織が担っていたり、あるいは外部からリーダーシップを担う人材を招いたりしています。

台湾では、推進協議会をNGO組織として法人化し、その長は、選挙で選ぶ場合が多く見られます。ですので、推進協議会長は、地域で信頼の厚い寺院の総長などで必ずしも行政の首長ではありません。

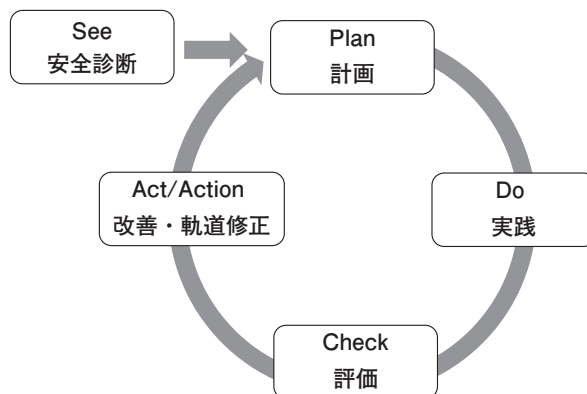
また、アメリカやカナダでは、SC活動をけん引する組織として様々な分野や組織の代表からなる「SC推進連合体」を設置しています。その機能は日本の推進協議会と同様ですが、事務局の機能、マンパワー、スペースなどはすべて行政が担っている日本と異なり、メンバー組織それぞれが、事務所、事務局スタッフ、活動運営資金等を提供しているケースもみられます。

このように、必ずしもWHO CCCSPが出すガイドラインに厳密に合わせようとするのではなく、それぞれの国やコミュニティの実情に合わせてアレンジし、日本の取組みに合わせてカスタマイズすることも大切です。

2-2. 体系的な取組みを推進する仕組みを構築する (S+PDCAサイクルの形成) ……指標2～6

地域の協働によって安全なまちづくりを推進する体制が整ったら、体系的な取組みを推進する仕組みを構築します。体系的に取組みを推進するための仕組みとして「P（Plan：計画）→D（Do：実践）→C（Check：評価）→A（Act/Action：改善）サイクル」を構築しますが、地域の安全診断に基づいた取組みを展開するため、Planの前に「See（診断）」を加えて、S+PDCAサイクルとなるようにします。

図7 S+PDCAサイクルの構築



出典：筆者作成

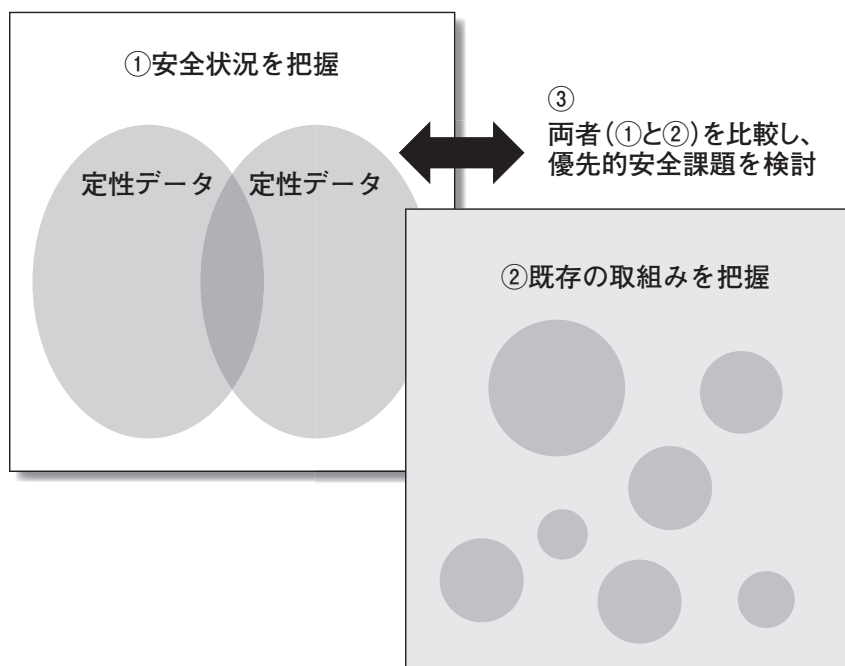
2-2-1. (See) 安全診断を実施する

SC活動を始めるにあたっては、まず、地域の安全診断を行います。安全診断とは、様々な情報を活用して、コミュニティ全体としての安全の状況を確認するとともに、現在どのような対策が行われているかを把握し、今後に向けた優先的課題を明らかにすることです。

また、SC活動をスタートした時点での安全診断の結果は、今後、取組を推進するなかで地域にどのような影響を与えているか、成果を得ているかを計測するためのベースラインとしても活用されます。

さらに、安全の状況に加えて、安全向上及び外傷予防に関する制度や取組みといった社会資源の状況を把握できれば、それらを組み合わせたり調整したりすることによって、負荷をむやみに増やさずに効果的・効率的な対策を検討することができます。ですので、安全課題に加えて、既存の取組みのうち、どれが活用でき、どれと組み合わせることによって課題を解決できるかを検討するための情報を得ることが重要です。

図8 安全診断のイメージ



出典：筆者作成

表7 安全診断のマトリックス

		子ども（0～14）	青年（15～24）	成年（25～64）	高齢者（65～）
不慮の要因による受傷	家 庭				
	職 場				
	学 校				
	公共(交通)				
	余暇・スポーツ				
	自然災害等				
意図的 要因による受傷	自殺・自傷				
	暴力・犯罪				

出典：筆者作成

まずは、地域の安全状況を多面的に診断します。安全といっても様々な項目がありますので、SCにおいては、表7のマトリックスを活用します。この各セルの安全状況と取組みを統計データはじめ多様な情報を用いて確認していきます。

SC活動の対象は、基本的に心身への外的要因による危害（リスク）です。そのため、まずはどのような受傷危険があるか、という視点から私たちの生活の安全を確認していきます。受傷については、「不慮の要因」と「意図的な要因」に分かれます。「不慮の要因」については、場所（場面）を中心に分類し、「意図的な要因」については、「誰の」意図によって受傷したのかに着目し、自分自身による「自殺・自損」と他人による「暴力・犯罪」に分けます。また、暴力には、「虐待」も含まれます。

この診断結果によって、これからSC活動をどこから進めるとよいのかが決まってきます。ここでしっかりと診断をしておけば、課題や必要な対策が明確になり議論をする際にも、取組み後の成果を評価する際にも役立ちます。なお、体制を整える際にもどのような組織や個人の参画・関与が必要であるのか見当がつけやすくなります。

（1）定量データ（情報）と定性データ（情報）

安全診断のために収集するデータは、主に「定量データ」と「定性データ」の2種類があります。定量データとは、統計データやアンケート調査結果のように主に数値として把握されるデータ（情報）です。一方、定性データとは、数値では把握しきれない情報のことを指します。

コミュニティの安全に関する全体像を把握するためには、両方の情報が重要です。例えば、交通安全について考えた場合、交通事故が多発している場所については、交通事故の発生件数や負傷者数などから「危険な場所」であると把握できます。しかし、地域の住民が危ないと知っているために日頃から注意している場所については、事故がそれほど発生しないために数値な

どで「危険な場所」として把握することはできません。ですが、同様に危険な場所であることは変わりありません。このように、地域の安全を正確に把握するには、両方の視点が必要です。

(2) 定量データの活用

地域の安全問題を把握するため、また取組みの成果を計測するためには、地域の安全状況を客観的に把握する必要があります。

SC活動においては、地域の安全状況を外傷の発生状況から分析する際の基準として、WHOが定める国際的な外傷の分類方法であるICECI (International Classification of External Causes of Injury)³⁰⁾を提示しています。ICECIは、外傷の種類だけでなく、要因やメカニズム、外傷を起こした物体、発生場所、外傷時の活動、アルコールや薬物の摂取状況といった外傷の発生要因を分析するために有効な情報の収集が可能です。

しかし、この分類方法を取り入れている国は一部に限られており、日本でもまだほとんど使われていません。日本を始め多くの国の医療機関や保健関連機関では、外傷だけでなく疾病を分類するためにICD10（国際疾病分類 第10版：International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems version10）を用いています。このうち19章と20章に外的要因による受傷の記録項目が示されていますが、ここにある項目だけでは、外傷の予防対策等を検討するために必要な外傷発生要因や受傷のメカニズムの詳細について把握するには十分とはいえません。ですが、**ICECI以外では**もっとも体系的に外傷予防に役立つ情報を有していることから多くの国ではICDを活用しています。

日本においては、医療機関では患者の受診記録等にICD10を用いていますが、国としてデータを収集し管理・活用する仕組みがあるわけではありません。そのため、受傷患者のデータを活用したい場合は個々の組織に情報提供を依頼する必要があります。ただし、医療機関においても、必ずICD10の19章、20章にあたる情報を記録しているとは限りません。そのため、記録していない場合は、新たに記録してもらうように依頼する必要があり、医療機関の負担増につながる可能性があります。また、情報提供を、本来の記録目的である治療以外のために情報を提供すると解釈されたり、個人情報保護との関係を心配されたりする場合があります。医療機関においてICD10の19章・20章のデータを入手することは容易ではありません。

そこで、日本では、外傷や事故に関する情報は、医療機関だけにとどまらず、幅広い領域の様々な組織から入手し、ICD10に準じて分析し、活用しています。例えば、消防や警察などで収集されている情報は、受傷要因に関する情報が含まれており、非常に役立ちます。しかし、これらの組織では、独自の分類方法によって記録されています。ですので、記録のなかから次の項目に関する情報を抽出します。また、既存のデータから以下のような情報を得ることができない場合には、新たにアンケート調査等を実施して補完しています。

30) 詳細についてはWHOのウェブサイトを参照のこと

-ICECI (<http://www.rivm.nl/who-fic/ICECIeng.htm>)

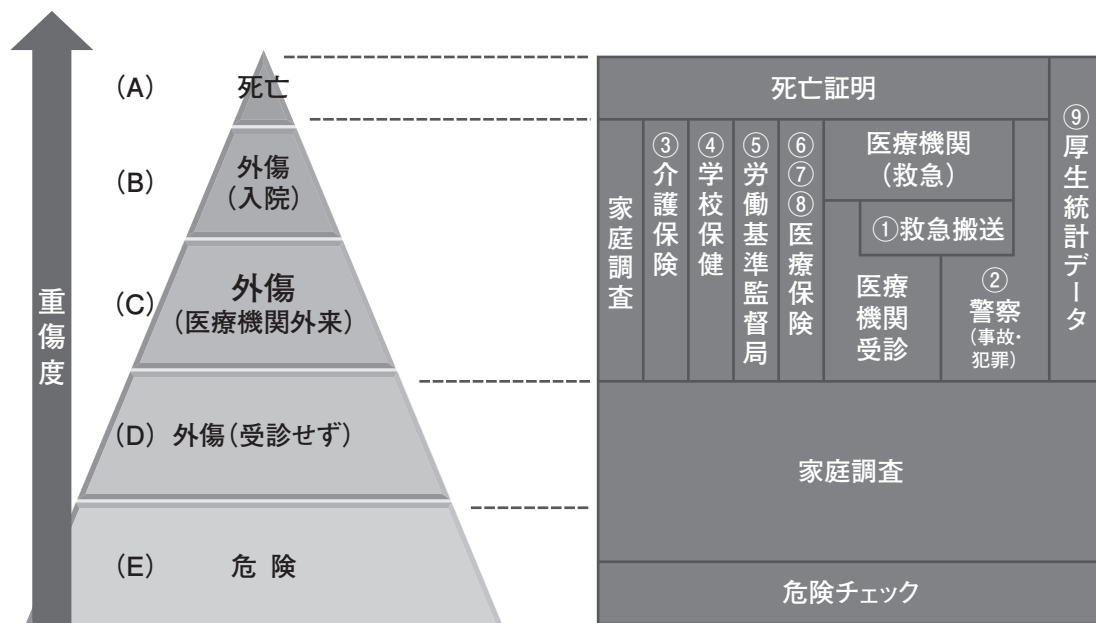
-ICD10 (<http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>)

《地域診断に用いられる情報》

- 外傷者や事故に遭遇した者の属性（年齢、性別等）
- 外傷・事故等の発生場所・時間
- 外傷・事故等の原因やメカニズム
- 外傷・事故等の種類と程度
- それぞれの外傷・事故の発生頻度（一定期間の発生件数）など

このように、様々な情報を収集し、図9のように外傷及びリスクの程度を示す「外傷ピラミッド」を把握します。

図9 外傷及びリスクの程度と外傷の記録



出典：筆者作成

※①～⑨については、次項の「外傷の発生状況を把握するために活用できるデータのリスト（例）」に対応しています。

1) 既存の関連データの収集・分析³¹⁾

SC活動の基本的姿勢は、既存の資源を活用することです。医療機関での受診記録等のデータを活用することが難しい日本においては、従来から、市町村レベル、府レベル、国レベルにおいて収集されている様々なデータを組み合わせて活用します。例えば、次のようなデータから外傷やその原因となる事故等の発生状況（場所、要因、外傷の種類・程度・頻度など）を把握することができます。

31) 京都府「セーフコミュニティ ～外傷予防プログラム～ 安全診断・取組の評価に関するガイドライン」2010年3月

外傷の発生状況を把握するために活用できるデータのリスト（例）

- ①消防署：救急搬送データ（a）、火災に関するデータ（b）
- ②警察：犯罪被害（a）、交通事故（b）、自殺等（c）のデータ
- ③介護保険担当課：要介護者の要介護となった原因に関するデータ
- ④学校、教育委員会：児童・生徒の学校における外傷関連データ
- ⑤労働基準監督局：職場における外傷関連データ
- ⑥国民健康保険担当課：加入者の外傷に関するデータ
- ⑦後期高齢者医療担当課：後期高齢者医療制度対象者の外傷に関するデータ
- ⑧医療機関：患者の外傷に関する情報など
- ⑨厚生統計資料：外因による死亡・外傷に関するデータ

上記①～⑨のデータは、次のように、SC活動の対象となる領域の外傷や事故の状況をカバーすることができます。また、上記は主なもので、それ以外のデータも利用可能です。

表8 各外傷データがカバーする項目(事例)

		子ども（0-14歳）	青年（15-24歳）	成年（25-64歳）	高齢者（65歳～）
不慮による外傷	家庭	①(a)(b),⑥,⑨	①(a)(b),⑥,⑨	①(a)(b),⑥,⑨	①(a)(b),③,⑥,⑦,⑨
	職場		①(a)(b),⑤,⑥,⑨	①(a)(b),⑤,⑥,⑨	①(a)(b),⑤,⑥,⑦,⑨
	学校	①(a)(b),④,⑨	①(a)(b),④,⑨		
	公共(交通)	①(a)(b), ②(a)(b), ⑥,⑨	①(a)(b), ②(a)(b), ⑥,⑨	①(a)(b), ②(a)(b), ⑥,⑨	①(a)(b), ②(a)(b), ③,⑥,⑦,⑨
	余暇・スポーツ	①(a),⑨	①(a),⑨	①(a),⑨	①(a),⑦,⑨
	自然災害など	①(a),⑨	①(a),⑨	①(a),⑨	①(a),⑨
故意による外傷	自殺・自傷	①(a),②(c),⑥,⑨	①(a),②(c),⑥,⑨	①(a),②(c),⑥,⑨	①(a),②(c),⑥,⑦,⑨
	暴力	①(a),②(a), ⑥,⑨	①(a),②(a), ⑥,⑨	①(a),②(a), ⑥,⑨	①(a),②(a), ⑥,⑦,⑨

出典：筆者作成

繰り返しになりますが、安全診断は包括的に行う必要がありますが、いずれのデータも、それだけで地域の安全診断に必要な情報をもれなく有しているわけではありません。例えば、学校における安全の状況を児童や生徒、職員の外傷の状況をみる場合、救急搬送データだけでなく学校保健のデータも活用することにより救急搬送されない軽度の外傷の状況も把握することができます。このように、それぞれのデータは、記録の対象者や領域をはじめ、記録する内容が

異なる場合が多いことから、いくつかのデータを活用して互いに補完し、多面的に比較することによって、より正確に地域の安全（外傷や事故等の発生状況）を診断します。

ただし、これら既存の記録は、それぞれ本来の目的にもとづいて収集されているため、情報の内容や分類方法などは、必ずしも安全診断に適しているとは限りません。安全診断を行うにあたってのメリットとデメリットを理解したうえで、どの情報を用いるのかを検討する必要があります。

表9 外的要因による外傷に関する情報（既存資料の活用）

データの種類	図9	メリット	デメリット
厚生統計	(B) (C) (D)	○経年的な情報の入手が可能 ○すでにある程度分析されたものを入力できる ○データはICD10に基づいて記録されている	×詳細な情報が手に入らない場合がある
医療機関 ・救命救急室 ・入院 ・外来	(B) (C)	○データはICD10に基づいて記録されている ○かなり正確に情報が収集できる	×他地域の医療機関で受診した場合はカバーされない ×必ずしも、SC活動に必要な情報を記録しているとは限らない。 ×医療機関の協力を得るのは困難（医療機関に係る負担や患者のプライバシーなどの問題がある）
消防 救急搬送データ	(B) (C)	○受傷者の情報（受傷場所、要因、程度等）が詳しく記録されている。 ○経年的なデータの入手が可能	×分類方法がICD10やICECIに基づいていないため、必要な情報が記録されていない場合がある
警察	(B) (C) (D)	○経年的なデータの入手が可能 ○（外傷の有無にかかわらず）事故に関する情報も入手可能	×記録のフォーマットが異なる場合は、データの変換に労力が必要となる
学校保健	(B) (C)	○児童等の学校における外傷の状況が把握できる。	×学校での外傷に限定される ×外傷に至らなかった事故等の把握は困難
労働基準監督局	(B) (C)	○労働者の外傷の状況が把握できる。	×個人事業者などの状況は把握できない。 ×外傷に至らなかった事故等の把握は困難
地方自治体 保健・医療関係 ・介護保険 ・国民健康保険 ・後期高齢者医療	(B) (C)	○経年的なデータの入手が可能	×サービス対象者、利用者のみにデータが限定される ×外傷の要因を把握するための情報は限定されている場合がある

出典：京都府「セーフコミュニティ ～外傷予防プログラム～ 安全診断・取組の評価に関するガイドライン」2010年3月

2) 新たにデータを収集する

先に述べたように、日本では他国のように、医療機関の受診データを活用できる統一した仕組みがないため、どのような市民が「どのような経緯で」「どのようなケガ」をして治療を受

けているのかを把握することは簡単ではありません³²⁾。また、受傷をしても医療機関を受診しなかった場合、それは公的に記録されることはありません。また、ケガには至らなかったけれど、あやうくケガをしそうになった（ヒヤリハット）場合も潜在的なリスクとして把握することは重要ですが、多くは記録されることはありません。このように既存のデータを活用できない、あるいは既存の資料等には記録されていない情報を得るためには、新たに情報を収集する必要があります。

そのため、SCに取り組むコミュニティにおいては、医療機関や家庭を対象として実際に発生した外傷の発生動向を調査したり、ワークショップや安全マップづくりを通して潜在的な危険要因（ヒヤリハットなど）を把握しています。

表10 新たな外傷・事故に関する情報の収集

データの種類	図9	メリット	デメリット
外傷発生動向調査	(B) (C) (D)	○SC活動に必要な情報を的確に収集できる ○外傷についてかなり幅広く把握できる	×医療機関の協力が不可欠であるが、医療機関にかかる負荷が非常に大きい ×繁忙期や救急対応をようするような重傷の場合は、記録が難しい（患者への対応が優先する）
家庭調査 ①アンケート調査 ②訪問調査	(B) (C) (D) (E)	○医療機関を受診しないような軽度の外傷を把握できる ○（外傷なしの）事故の把握までできる ○ヒヤリハットの把握ができる	×回答者の記憶に頼るため、データの正確性がやや低い ×調査の実施・分析に費用がかかる ×訪問調査の場合、調査員のトレーニングが必要
ワークショップ	(E)	○ヒヤリハットの把握ができる ○潜在的リスクの把握ができる	×参加者（住民）の自主的な参加に頼らざるを得ない ×リスクの判断に参加者の性別や年齢、価値観などが大きく左右する
安全マップ	(E)		

出典：京都府「セーフコミュニティ ～外傷予防プログラム～ 安全診断・取組の評価に関するガイドライン」2010年3月

このうち、家庭調査（訪問調査）やワークショップなどについては、次の「定性データの活用」で説明します。

（3）定性データの活用

市民は、コミュニティで生活するなかで、ケガや事故に至らないまでも、さまざまな危険を感じたり、ケガをしないように注意をしています。しかし、その多くは、記録されていません。

しかし、安全診断においては、そのような情報も合わせて収集することが重要です。SCで

32) 2015年1月現在、日本において医療機関から定期的に情報の提供を受けているのは十和田市、小諸市、久留米市と秩父市です。また、亀岡市、松原市、北本市などでは、一定期間に限定して医療機関の協力を得て、患者から外傷に関する情報を収集しました。いずれも、個人が特定されないように十分に配慮されています。

よく行われているのはワークショップです。また、ワークショップ以外にも、関係者へのグループヒアリングやアンケート調査の自由記述などもあります。

1) ワークショップによる情報収集

ワークショップを行うメリットは、参加者からの情報収集に加えて、参加者同士の情報の共有、ネットワークの構築など今後の取組みに市民が参加しやすい土壌づくりがあります。ただし、ワークショップを効果的に行うには、状況に応じて条件を整える必要があります。例えば、参加者同士が互いに知り合いで、互いの知識を共有するためであれば、比較的大人数であっても短時間で行うことができます。しかし、参加者が、共通のテーマで議論し、結論を導く前段階として情報を収集・共有しているのであれば、時間をかけて、情報を収取し、整理していく必要があります。

現在、SCを進めるにあたっては、対策委員会（20頁：「2-1-2. 重点課題に対する実働チーム（対策委員会）」参照）が設置された時点でワークショップを開催することを勧めています。なぜなら、具体的な行動を起こす前に、実際に安全課題に関わる組織や個人から定性データを収集することで、定量データと合わせて地域課題を包括的にみていくことができるからです。

加えて、対策委員会のメンバーがお互いの背景や活動を知り、コミュニティとしての課題について議論し、向かうべき方向を共有することでSC活動を進めやすくなります。ワークショップは、話し合いが形骸化しがちで市民から意見が出てきにくい傾向にある日本ならではの工夫です。以下、「表11 ワークショップの進め方の例」で具体的な進め方を示します。必ずしも各ステップが1回で完結するとは限りません。経験や立場が異なる方が集まって議論するので、異なる意見が出てくる場合は、時間を要します。ここで大切なのは、事務局などが焦ってまとめようとししないことです。メンバーが納得するまで時間をかけてコミュニケーションを図ることで、その時は時間がかかっているようにみえても、コンセンサスがしっかりととれると団結力が増しますし、その後の取組みは非常に進めやすくなります。

なお、ワークショップの第4、第5ステップについては、後述の「2-2-2. (Plan→Do) 取組みの企画と実践」の「(1) 従来からの安全対策を把握する」(35ページ)ともつながりますので、ワークショップは、データから取組みへと議論をつなげるためにも有効です。

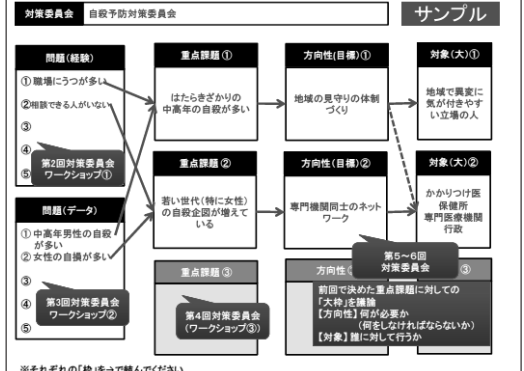
2) 面接（インタビュー）調査

定性データを収集するもう一つの方法として、面接調査があります。実施方法としては、個人や家庭を個別に訪問して情報を収集する場合や、災害被害の危険がある地域の住民や乳幼児をもつ保護者、高齢者など特定の安全に関する環境・状況、条件が共通する方が集まる機会を活用し、その集団に対して質問を投げかけて収集する場合があります。

主な方法としては、「構造化面接法(structured interview)」、「非構造化面接法(unstructured interview)」、半構造化面接法(semi-structured interview)」があります。

構造化面接法は、事前に設定した仮説にそって質問すべき項目を決めておき、仮説の妥当性

表11 ワークショップの進め方の例

	目的	主な活動内容
第1ステップ	SCについて学ぶ	SCの概要説明。参加者（対策委員会等）の役割の理解 
第2ステップ	主観的情報収集・共有	日常生活のなかで感じる地域の安全問題の収集・共有 
第3ステップ	客観的情報収集・共有	データ等から考える地域の安全問題の収集・共有 
第4ステップ	情報の整理→重点課題の設定	ステップ2～4で収集・共有した情報を基に、今後、重点的に進めていくべき重点課題（2～3点）を設定 
第5ステップ	既存の取組に関する情報収集・共有	地域ですでに展開されている安全への取組み（行政・地域・企業など）を整理 
第6ステップ	対策の企画	重点課題を解決するための取組みを企画 ・方向性 ・対象者 ・実施者 ・内容 ・評価指標 など 

上記のうち、太枠の部分が定性データ（情報）の収集に該当します。

を検証するためのデータを統計的に収集します。一方、非構造化面接法は、質問項目を特に用意はせず、被面接者の反応に応じ、自由に方向づけを行います。また、半構造化面接法は、あらかじめ仮説に基づいた質問項目を決めておきますが、会話の流れに応じて、質問を変更したり追加しながら対象者の自由な反応を引き出します。

3) アンケート調査等の活用（自由記述）

対象者から直接情報を収集する場合は、調査の時間を設定する必要もあり、時間と労力を要します。また、インタビューする側の技術も必要となります。

そこで、定量データの収集とともに行われる方法として、アンケート調査票に特定の項目について自由に意見や経験を記述してもらう「自由記述欄」を設ける方法もあります。

4) その他の情報収集

そのほかにも、「参与観察（participant observation）」や「直接観察（direct observation）」などの観察を通じた情報収集などもありますが現時点では、SCにおいては、あまり用いられていません。

（4）地域診断と「指標5」の関係

これらのデータの分析によって、SC活動をスタートする際になにが重点課題であるのか、またどのような住民や状況、環境を対象にした取組みが必要であるのかを判断するための判断するのですが、その後、取組みを進めるなかで、どれだけ状況が改善されたのか、その成果を測定するための「尺度（ものさし）」にもなります。

つまり、これらの定量データの継続的な収集と分析の仕組みを構築することによって、指標5で示されている「外傷の発生頻度や原因を記録するプログラム（を有する）」ことにも該当します。SC開始にあたって行ったデータ収集と分析（地域診断）の結果は、取組みによってどのように安全課題が改善され、コミュニティの安全が向上したのかを測定するためのベースラインとなります。詳細については、「2-2-3.（Check→Act/Action）取組みの評価と改善・軌道修正」（41ページ～）で説明します。

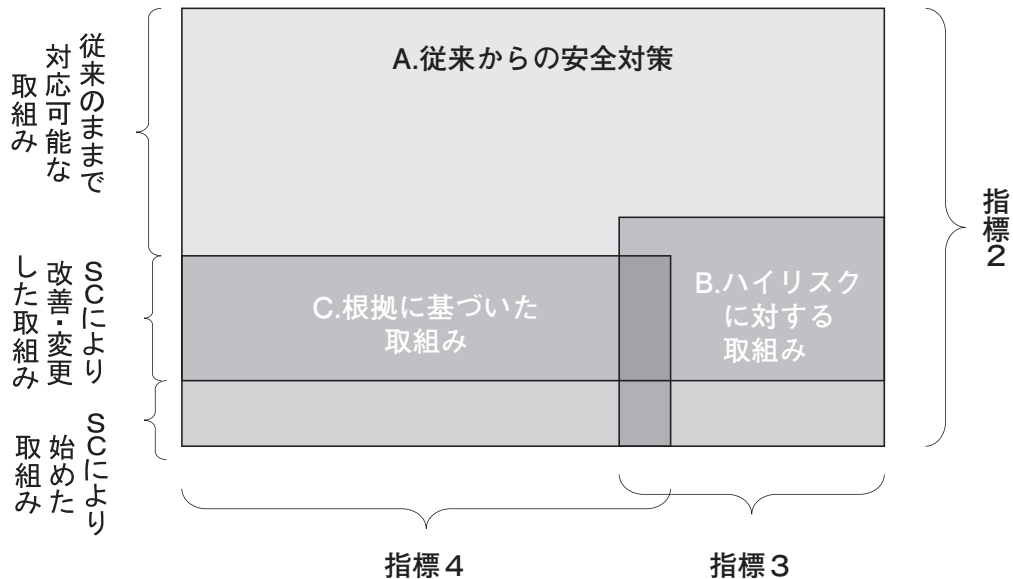
2-2-2.（Plan→Do）取組みの企画と実践

地域での安全問題が明らかになったら、次は対策を検討していきます。SCにおける取組みは「指標2」「指標3」「指標4」からなります。これら3つの視点から取組みが地域の安全をカバーしていることを示します。

（1）従来からの安全対策を把握する

そこで、まず必要となるのが、「地域でどのような活動がすでに展開されているのか」を把握することです。もし、すでに問題点に関する取組みが地域で展開されているのであれば、場

図10 指標2～4の関連イメージ



出典：筆者作成

合によっては、何か新しいことを始めるのではなく、それらを改善したり、変更を加えたりするだけで状況は改善するかもしれません。SC活動を継続的なものにするためにも、既存の取組みなどを活用して、できるだけ効率的かつ効果的な取組みを展開することで、関係者の負荷を増やさないようにする（できれば、減らすことができる）工夫が必要です。

地域には、すでに安全の向上や外傷の予防のための取組や制度、施設等の社会資源が豊富にあります。それらは、必ずしも公的なものだけではなく、地域住民のボランティアや善意によるものも含まれます。（図10のうち「A」の部分）

地域の問題と既存の社会資源を重ね合わせると、問題解決のための取組みがない、あるいは取組みや制度がマッチしていない場合がみえてきます。そのような項目については、問題を解決するための取組みを調整する必要があります³³⁾。また、地域の取組みをできるだけ多く把握することは、安全診断によって明らかになった課題に対して活用できる資源が増えることになり、より多面的・柔軟的にアプローチすることができます。

対策の状況を把握する際には、地域安全診断と同じマトリックスを使うことによって比較しやすくなります（表12参照）。そのなかから、ハイリスクの集団や環境などに対する取組みやすでに科学的にその成果が証明されている取組み（根拠がある取組み）はどれなのかを把握しておくことで、今後、対策委員会が、優先課題に対する取組みを企画・展開していく際に役に立ちます。なお、この作業は、「表11 ワークショップの進め方の例」（33ページ）の「ステッ

33) 京都府 前掲書

表12 社会資源の把握の例

			子ども	青年	成年	高齢者
不慮の要因による受傷	家 庭	①				転倒予防体操 家庭の安全チェック
		②				手すり等の設置 改装補助
	職 場	①		職場の安全点検 ←	→	
		②				
	学 校	①	安全教育 登下校見守り			
		②	スクールゾーン			
	公 共 (交通)	①	安全マップづくり	交通安全教室 ←	→	
		②	ユニバーサルデザイン化	←	→	
	余暇・ スポーツ	①	体育館安全チェック	←	→	
		②	登山道の整備	←	→	
	自然災害 など	①	防災訓練	←	→	
		②	防災公園	←	→	
意図的要因による受傷	自殺自傷	①	いじめ相談 自殺対策基本法	←	→	
		②				
	暴力	①		DV相談	DV相談	高齢者虐待相談
		②	児童相談所(虐待)	DVシェルター	DVシェルター	

(①対人サービス・活動、②施設・設備等の整備状況)

出典：京都府「セーフコミュニティ ～外傷予防プログラム～ 安全診断・取組の評価に関するガイドライン」2010年3月

プ5」に当たります。

この既存の取組みの整理は、これから「指標2（両性・全年齢の市民、あらゆる環境と状況をカバー）」として、現時点でどのような取組みがあるのかを把握するとともに、「指標3（ハイリスクの集団や環境、弱者を対象とする）」「指標4（取組みの根拠を確保する）」をカバーしていくうえでの基盤となりますので、できるだけ多くの取組みを把握しておくことが大切です。

（2）取組みの計画

地域で取組むべき優先問題を把握し、地域ですでに展開されている対策について情報を収集したら、これらの情報をもとに実際に対策を検討していきます。

SCにおいては、単に新たな取組みを始めればよいのではなく、いかに既存の社会資源を活用しつつ、負荷がすでに述べたように少ない形で取組みを継続的に実施できるか、が大切です。特に「負担が少ない」ということは、より多くの方が関わりやすくなりますし、取組みの継続

にもつながりますので重要です。指標 2、3、4 で示されているポイントを考慮しながら、コミュニティの実情にあった取組みを検討していきます。

1) 「指標 2」の考え方

「指標 2」において求められているのは、「両性・全年齢、あらゆる環境・状況をカバーした長期かつ持続可能なプログラムを実施する」ことです。つまり、高齢者や就学前児童など特定の住民だけを対象としたり、交通安全や災害対策といった領域だけに特化したりするのではなく、コミュニティの全ての住民が生まれてから亡くなるまで安全で生活できることを前提としています。

「指標 2」を満たすことを示すため、「表 7 安全診断のマトリックス」をどれだけ埋めているかを確認します。特に以下の点がカバーされていることを確認します³⁴⁾。

《ライフステージ》	1. 子どもの安全	2. 高齢者の安全 ³⁵⁾
《生活場面》	3. 家庭の安全	4. 学校・職場の安全
	5. 交通安全	6. 災害対策
《意図的要因》	7. 暴力・虐待予防	8. 自殺・自傷 など

マトリックスのなかでカバーされていない部分があれば、それについてどのような対策が必要であるのかを検討していきます。

2) 「指標 3」の考え方

「指標 3」では、コミュニティにおいて、高い受傷率が見られるなど、危害や危険のリスクが高い人々と環境、そして弱い立場にある住民の安全対策を整理します。ガイドラインにおいては、次の集団や環境などが、重点的に安全対策を講じる必要があるハイリスク及び弱者の事例としてあげられています³⁶⁾。

34) Ekman D., Svanström L., *Guidelines for applicants to the International Network of Safe Communities and Guidelines for maintaining membership in the International Network of Safe Communities* (セーフコミュニティ国際ネットワークへの申請及びメンバーシップ継続のためのガイドライン (白石陽子訳)), WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion, Karolinska Institutet, 2008年11月

35) 少なくともハイリスクグループ（特に高齢者）の転倒予防を目的とした取り組みが1つ必要とされています。

36) 同上, 7 頁

1. 原住民（先住民）
2. 低所得者層
3. コミュニティ（職場を含む）における少数グループ
4. 意図的要因による外傷のリスクが高い人たち（犯罪被害、自損、十代及び若者を含む）
5. 高齢者
6. 子ども
7. 女性
8. 精神疾患、発達障害、その他のおもな障害を有する人
9. スポーツ及びレクリエーションに従事する人
10. ホームレス
11. 自然災害の被害により受傷の危険が高い人
12. リスクの高い環境（特定の道路、交差点、水害のリスクが高い地域など）

これらのうち、女性や子ども、高齢者などについては、全員を「ハイリスク」としてみるのではなく、より具体的に対象者を絞りこむことが求められます。例えば、高齢者であれば、虐待のリスクがより高い「認知症」の方、子どもについてはもっとも受傷率が高い「就学前」の時期など、外傷関連データを分析して、ハイリスクであることを示すことが求められます。そのうえで、どのような取組みがすでに実施されているのか、カバーできていない部分があれば、SCとしてどのような取組みを実施する必要があるのかを整理します。

3) 「指標4」の考え方

指標4は、2012年より設定された新たな項目です。ここでは、「根拠ある取組み（Evidence based programs）」を実施していることを示します。「根拠がある」というのは、2つのことを示します。

まず、一つは、「すでに効果があると証明されている取組みを行う」ということです。例えば、下記WHOのウェブサイトでは、効果が認められた取組みが多く紹介されています³⁷⁾。

《暴力防止》

- Violence Prevention Evidence Base and Resources. violence prevention : the evidence (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/4th_milestones_meeting/publications/en/index.html)

《子どもの受傷予防》

- Child injury prevention : World report on child injury prevention (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563574_eng.pdf)

37) WHO Collaborating Center on Community Safety Promotion, *Form A*, 2012年1月24日

《交通事故予防》

- Road traffic injury prevention : World report on road traffic injury prevention (http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/world_report/en/index.html)
- シートベルト : Seat-belts and child restraints : a road safety manual for decision-makers and practitioners (<http://www.who.int/roadsafety/projects/manuals/seatbelt/en/index.html>)
- ヘルメット : Helmets : a road safety manual for decision-makers and practitioners (http://www.who.int/roadsafety/projects/manuals/helmet_manual/en/index.html)
- 飲酒運転 : Drinking and driving-an international good practice manual (<http://www.who.int/roadsafety/projects/manuals/alcohol/en/index.html>)
- スピード制限 : Speed management : A road safety manual for decision-makers and practitioners (http://www.who.int/roadsafety/projects/manuals/speed_manual/en/index.html)

このほかにも、すでに効果があることが証明されている取組みが報告されていますので、コミュニティの実情（課題、社会資源等）に合わせてそれらを積極的に活用することで、より効果的な取組みの展開が可能になります。

とはいえ、自分たちのコミュニティとは条件や環境が異なる場合は、他のコミュニティにおいてすでに成果が証明されているとはいえども、必ずしも同じ成果を得るとは限りません。また、自分たちが行おうとしている取組みは前例がなく、成果が保障されていない場合もあります。そのような場合、自分たちの取組みがなぜ必要なのかを明確にしつつ、効果的な取組みを組み立てていく必要があります。それが「根拠ある取組み」のもう一つの側面です。

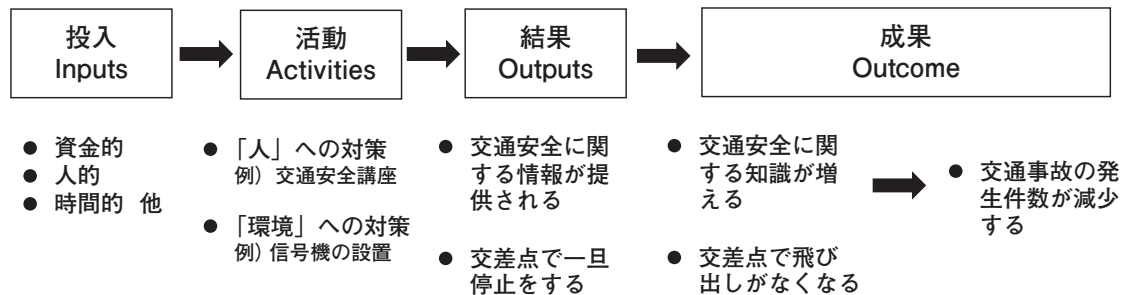
地域の実情にあった取組みの根拠を確保できるように、日本においては、地域ごとの課題を論理的な方法によって対応できるように「ロジック・モデル」をベースにして取組みの企画を行っています。

このモデルの「投入 (Inputs) →活動 (Activities) →結果 (Outputs) →成果 (Outcomes)」の流れにそって、(活用できる地域の)社会資源、(これから展開していく)取組み、その結果、結果によってもたらされる成果を整理し、相互の関係について論理を考えながら体系化していくことで、取組みのプラン作成を試みています³⁸⁾。

このロジック・モデルにそって取組みを計画する前段として、まず明確にしておかななくてはならないのが「目的 (Goals)」と「目標 (Objectives)」です。日本においては、一般的にはこの2つの区別は明確ではありませんが、目的として「目指している社会的状況や状態」を明確に設定します。目的が、比較的広義かつ抽象的な一方で、目標は、目的を目指して取組む

38) 龍 慶昭, 佐々木 亮『「政策評価」の理論と技法 増補改訂版』, 多賀出版, 2010年26-27頁

図11 ロジック・モデルの流れ

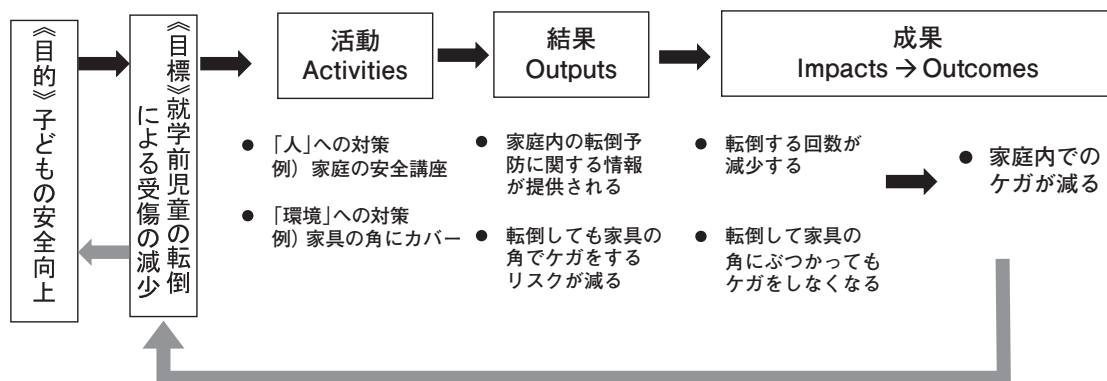


出典：龍 慶昭，佐々木 亮『「政策評価」の理論と技法 増補改訂版』多賀出版，2010年 26～27頁を参考に筆者編集

プログラムによって達成することが期待される特定のかつ具体的な項目です³⁹⁾。多くの場合は、特定の基準によって数量的に測定することができます。

例えば、目的が「高齢者の安全向上」であれば、目標は「高齢者の転倒による救急搬送件数の減少」となります。また、「子どもの安全向上」が目的であれば、データ分析の結果就学前児童の転倒による受傷が最も多いという事実を反映させ、目標は「就学前児童の転倒による受傷の減少」となります。

図12 ロジック・モデルを用いた目的・目標から取組みと評価の論理的な流れの設定事例



出典：筆者作成

図12のように、目的から成果までの論理的流れがしっかりと構築されたら、「活動」の部分を実践に向けて計画していきます。なお、「結果」、「成果」の部分については、後で詳しく述べます。

39) 龍 慶昭，佐々木 亮，前掲書，30頁

表13 ロジック・モデルに基づいた取組みの進め方

ステップ	設定する項目	乳幼児の転倒による受傷を減らすための取組みの場合
投入 (inputs) ↓	活用する資源 ・ 誰が (WHO) ・ どこで (WHERE) ・ いつ (WHEN)	・ 資金：パンフレット作成費用 (〇〇助成金を活用) ・ 人材：保健師、ボランティア ・ 時間：乳幼児健診
活動 (activities) ↓	取組みの内容 ・ 何を (WHAT) ・ 誰に (TO WHOM) ・ どうやって (HOW)	《人へのアプローチ》 & 《環境へのアプローチ》 乳幼児健診時に、保護者に対して乳幼児は家庭での転倒による受傷が非常に多いことを知らせ、家具の角にカバーをするなどの対策をパンフレットを用いて周知。
結果 (outputs)	取組みによる直接の結果 (※評価の項目で説明)	
成果 (Impacts・outcomes)	活動の結果による成果 (※評価の項目で説明)	

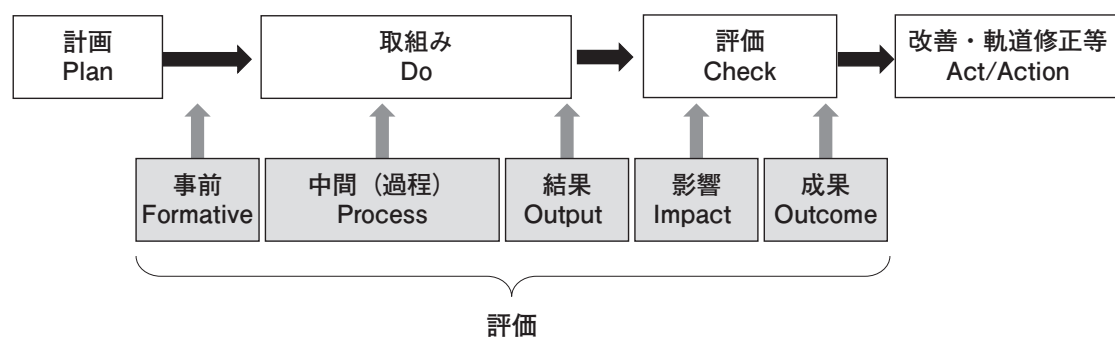
出典：筆者作成

2-2-3. (Check→Act/Action) 取組みの評価と改善・軌道修正

取組みのプランができれば、取組みを企画する段階から目的・目標・取組み内容と論理的につながっているのかをまず確認します。そのうえで、取組みがうまく展開できるのか、どのように問題点が改善され、安全が向上しているのか、あるいは、安全が向上するに至らないまでも、どのような変化が生じたのかを確認するためのアセスメントを行います。

「評価」に特化して支援しているアメリカの支援センター（ノースカロライナ大学チャッパーヒル校 外傷予防リサーチセンター：以下「評価支援センター」）は、SCを支援するなかで、PDCAサイクルを展開するにあたって、取組みの実践後の「チェック」の段階だけでなく、取組みの「事前」と「中間（過程）」にも評価が必要であるとしています⁴⁰⁾。

図13 取組みと評価の関係



出典：筆者作成

40) Shrikant Bangdiwara, 「Quality Management for a sustainable safe community program Logical linkages 2: Evaluation-monitoring/process and outcome」(第7回アジア地域セーフコミュニティ会議(韓国釜山) プレコンフィレンスワークショップでの報告より)

（１）取組みの実践前の評価（フォーマティブ評価）

取組みの計画が出来、実施の準備が整ったら、本格的に実施する前に試行して、その成果を検証し、本格実施に向けた課題や変更すべき点などを確認します。

例えば、アンケート調査を全市的に実施する前に小規模で試行してみることで質問が分かりやすいか、対象者や配布回収の方法、実施期間などは適切か、などが確認できます。

（２）取組み過程の評価（プロセス評価）

取組みを実際に行う過程においても、進捗状況をモニタリングしつつ、当初意図したとおりに取組みが進んでいるのか、計画された通りの量と質の取組みが実施できているのか、などを確認する必要があります。

そのためには、例えば、次の項目で進捗状況を確認します。

- 実施内容は適切であったか（実施者、場所、時間、対象者、構成 など）
- 実施方法は適切であったか、うまくいったか
- 誰がどんなことに関わったか
- 反対する人はいなかったか、
- どんな社会資源を活用したか
- 何が問題点であったか、次に向けての改善点はなにか、など

SC支援センターでは、毎年、年間活動報告書の提出をお願いしています。そのフォーマットに記入することで、対策委員会ごとあるいは取組みごとにこれらの項目を振り返るきっかけにできるようになっています。

（３）結果（アウトプット評価）

取組みを実施したことによる直接の結果が、アウトプットです。例えば、交通安全教室を開催して安全な自転車利用について教育した場合、参加者は交通安全についての知識を得ます。ですから、アウトプット評価は、「参加者〇〇〇人が△△△という自転車安全についての知識を得た」となります。このアウトプット評価は、「どのような活動をしたか」という「提供側」からみた「活動評価」を、その活動の対象者あるいはサービスを受けた側からみた評価でもあります。そのため、年間活動報告書では、対策委員会などが自己評価を行う際の「活動評価」として示すようにしています。

（４）取組みによる影響と成果の評価（インパクト・アウトカム評価）

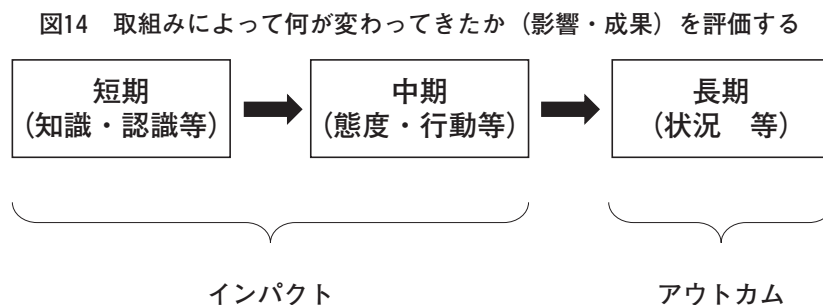
取組みを実践した後は、その取組みが実際にどの程度の影響を与えているのか、成果を生んでいるのか、そして、目標に近づいているのか確認する必要があります。

SC活動においては、多くのプログラムは特定の要因による受傷件数の減少を最終的な目標

としています。しかし、全ての取組みの影響や成果が、短期間、あるいは直接に外傷発生件数などの数値として現れるとは限りません。そこで、SCにおいては、取組みによって得られる影響をインパクト評価の視点からみていきます。

つまり、先に示したロジック・モデルの「成果」の部分について、インパクト評価を用いて「短期」「中期」「長期」に分けてみていきます。それぞれの期間を「2～3年」「5～6年」「10年以上」などと設定している事例もみられますが、SCにおいては時間的な視点よりも、「認識・知識」→「態度・行動」→「社会的状況等」と、影響を受ける順に「短期」「中期」「長期」と設定しています。

また、インパクト（Impact）とアウトカム（Outcome）については、評価方法によってその順番や評価項目等が異なる場合がありますが、ここでは前述の評価支援センターが示した方法に沿って、下図のように設定します。



出典：Shrikant Bangdiwara 氏による「Quality Management for a sustainable safe community program Logical linkages 2 : Evaluation-monitoring / process and outcome」（第7回アジア地域セーフコミュニティ会議プレコンフィレンスワークショップでの報告を基に筆者作成）

まず、取組みによって、どのような影響（インパクト）があるかを見るための指標として、「短期の段階」で、取組みによって一番影響を受ける「知識」「認識」「価値観」などの変化をみます。続いて、知識や認識、価値観が変わることで影響される「態度」「行動の変容」や「技術の向上」が中期として見られます。そして、最後の段階（長期）として、行動などの変容によってもたらされる受傷状況（発生頻度、種類、機転）や受傷率（発生頻度や重症度、ケガの種類なども含む）、死亡率（発生頻度、死亡までの時間などを含む）、そしてコスト面（間接的・直接的、個人・社会など）の変化がみられるようになります。これが、取組みの成果（アウトカム）となり、取組みの目標と合致していれば、この取組みは成功しているといえます。

（5）指標（指標5・6）との関係

取組みの評価を体系的に行うことは、SCの特徴であり、効果的・効率的に活動を展開する上でも重要です。

特に、指標5で示されている受傷の頻度や原因を記録するプログラムは、先に説明している

コミュニティの安全診断だけでなく、アウトカム評価を行うにあたっても重要な役割を担っています。また、指標 6 においては、アウトカムだけでなく、そこに至るまでの取組みの進捗状況にそって「プロセス」「アウトプット」「アウトカム」評価を行う仕組みが示されています。

1) 「指標 5」の考え方

指標 5 では、「外傷の頻度や原因などを記録するプログラム」が必要であることが示されています。このプログラムによって得られたデータは、まず SC に着手するにあたってどのような重点課題があるのかを把握する地域安全診断に使います。加えて、継続的にそのデータを収集・分析することで、取組みを展開したあと、その地域課題となる外傷の外的要因が改善されたのか「アウトカム」を確認するためのベースラインに用いられます。

収集する情報は、主に受傷者の性別や年齢等の基本属性、受傷の外的要因（受傷のメカニズム、受傷因子、外傷の種類）等です。

先にも述べましたが SC 認証に向けて、外傷等のデータを分析するための専門部署や担当者を設置する必要はありません。しかし、どのような仕組みでどのような情報を収集・分析しているのかを明確に示す必要があります。

例えば、年単位の外傷サーベイランスを行っているか。もし困難であれば、どのような頻度であればデータ収集及び分析が可能であるのかを明らかにします。

また、既存のデータでは十分に外傷発生の全容が把握できない場合などは、家庭調査などによって情報を補完していることを示します。ガイドラインでは、過去 2 週間で発生した外傷とその原因、発生場所などの情報と、過去 2 年間に外傷によって入院した患者のデータを収集することを示しています。しかし、日本においては、家庭調査においては、過去 2 週間ではなく 1 年間の受傷経験に関する情報を収集しています。また、入院患者の受傷に関する情報については、既存のカルテをさかのぼって把握することが困難である場合もあるため、医療機関の協力を得て、新たに情報収集の仕組みを構築する場合があります。医療機関での情報収集については、海外では看護師などが行う場合が多くみられますが、日本においては医療機関での情報収集は困難な場合が多いのが現状です。しかしながら、近年では、小諸市や久留米市、秩父市などでは特定の医療機関において診療情報管理士等の協力を得て定期的なデータ収集と分析が可能な場合もでてきています。これらの一連のデータを活用して、コミュニティにおいてもっとも頻繁に発生する外傷などの安全課題を明らかにする仕組みを示します。

また、ガイドラインでは、「これらデータを疫学的に分析できる個人や組織との継続的なパートナーシップを確保」することを勧めています⁴¹⁾。これは、専門的視点からアドバイスやノウハウを提供してもらうことで、根拠ある取組を効率的・効果てきに展開するための支援を確保することを意味しています。

日本の場合は、研究者、専門機関などにサーベイランス委員としての役割を依頼する事例が

41) Ekman D., Svanström L., 白石陽子訳, 前掲書, 9 頁

多く見られますが、大切なのはその役割が形骸化しないことです。著名な研究者や研究機関の存在よりも、快くデータ分析を行ったり、情報収集の支援してくれたり、根拠に関する情報提供をしてくれるような関係が大切です。もし、そのような方が身近にいない場合は、支援センターがその役割を担いますので無理をする必要はありません。

2) 「指標 6」の考え方

「指標 6」では、取組みの内容、実施過程及び（プログラムによって生じた）変化や影響をアセスメントするための評価指標が設定され、それに基づいた評価が行われる仕組みがあることを示します。よい評価結果を得るためには、まずしっかりとした取組みの計画を立てることが必要です。計画段階で、明瞭かつ計測可能な目標を設定することで、取組みが目指すべき方向性と到達点が明確化されます。それによって各段階での評価のための指標も設定しやすくなり、達成度も確認しやすくなります。

「指標 6」を満たすための最低条件は、まず、活動を方向づけるために「組織としての目標」を設定します。加えて、各対策についても計測が可能な目標を設定することが求められます⁴²⁾。

取組みを進めるなかで、定期的に振り返りを行い、その目標に向かって進んでいるのか、取組み「前」とどう変わってきているのかを示すことが大切です。例えば、ある取組みへの参加者はどのくらい増えた(減った)のか、その結果、どのくらい受傷者が減ったのかなどを指標に、目標に向けてどのくらい到達しているのかが分かるようにします。

3. 認証申請⁴³⁾

2 年以上の実績を経て、「体制」「仕組み」「能力」が確認でき、7 つの指標を満たしたら、SC の国際的なネットワークメンバーとなるべく、認証申請の準備をはじめます。申請のプロセスは大きく 3 つからなります。

プロセス 1：申請・審査の準備

プロセス 2：申請・審査の実施

プロセス 3：認証（準備・開催）

以下、各プロセスの進め方を具体的にみていきます。

42) Ekman D., Svanström L., 白石陽子訳, 前掲書, 10頁

43) WHO Collaborating Center on Community Safety Promotion, Att8 The flow of the application-Draft 20140917

プロセス1：申請・審査の準備

1-1. WHO CCCSPへの意思表示

まず、コミュニティのリーダー（市区町村長など）の名前で申請の意思表示の書簡を提出します。

下記の様式で書簡を作成し、①WHO CCCSPセンター長（Leif.svanstrom@ki.se）、②カロリンスカ医科大学経理担当（ekonomi@phs.ki.se）及びオンライン申請システム担当者（isccs_admin@oshc.org.hk）宛に送ります。（2015年1月現在）

認証申請（開始）に関する書簡
日付
私_____は、政治的リーダーとして、セーフコミュニティ国際ネットワーク（ISCN）のメンバーとしての認証いただくべく、ここに申請いたします。
コミュニティ名：
国名：
人口数：
連絡担当者名：
組織名：
組織番号：
郵便番号及び住所：
請求書送付先：
Email：
電話番号（国際コード含む）：

なお、英文テンプレートはWHO CCCSPのウェブサイトからダウンロードが可能です。また、日本においては、SC支援センター（JISC）が書簡の提出を支援しています。

1-2. 申請手数料等の支払い

WHO CCCSPは、コミュニティから書簡を受け取ると、①申請手数料の請求手続き、②オンライン登録手続き、③審査員（2名）の調整を行います。

WHO CCCSPの依頼をうけたカロリンスカ医科大学の経理課からメールにて審査手数料（2015年2月現在では1000ユーロ）の請求書が届きますので、支払います。（日本の場合は、SC支援センターが支援の一環として申請者に代って支払っています。）

1-3. オンライン申請システムへログイン

オンライン申請システム管理者から、下記のような連絡がEメールで届きますので、指示に沿ってアクセスし、ログイン情報を登録し、速やかに様式Aをオンラインで提出できる状態にしておきます。

Dear Mr. ○○○○,

Please kindly register the International Safe Community Certification System via the following link:

<https://sms.oshc.hk/isccs/enrollment>

Thank you very much.

Best regards,

System Administrator of ISCCS

1-4. 審査員とのコミュニケーション

WHO CCCSPは、書簡を受けると、審査員2名を調整します。指名された審査員は審査を受諾すると、オンラインシステムにログインすれば、審査を担当するコミュニティの様式Aを確認できるようになります。

審査員は、コミュニティに連絡し、自分の自己紹介を行うとともに、今後の進め方等について説明を行います。支援センターについても、同様に審査員に関する情報が届きますので、コミュニティとのやり取りをサポートします。

プロセス2：申請・審査の実施

2-1. 書類審査

書類審査は、基本的にオンラインで様式Aを提出することで行われます。

コミュニティは、前述のとおり、オンライン申請サイト (<https://sms.oshc.hk/isccs/enrollment/agreement>) にアクセスし、申請者としてログインできるようにしておきます。申請書の提出については、サイトにログインすると、様式Aの設問ごとに「+」マークが付されており、クリックすると記入できるスペースが展開されますので、指示に従って記入します。

図15 オンライン申請画面（サンプル）

WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion

INTERNATIONAL SAFE COMMUNITIES CERTIFICATION SYSTEM

Form Profile

Community Name: District 22

Contact Person: Farid Baratchi

Community Address: Tehran, Iran Map

Application registered:

Name of Peer Reviewer:

Date of Peer Review:

Report issued:

Name of Site Visitor(s):

International Accredited certifier and co-certifier:

Certifier: Skjoberg Guldbrand - guldbrand@skjoberg.se

Status: ACTIVE

Form A

Application and checklist for the results of applications and site visits

The checklist consist of two columns, Column 1 to be filled in by the community and Column 2 to be filled in by the certifiers. Column 1 contains application information. Therefore please describe in details according to the questions

Column 1	Column 2
Questions to be answered by the community	Questions to be answered by the certifiers
Section A Community Overview	
A.1 Briefly describe the community and its historical development (within 150 words) [+]	☐ Yes ☐ No ☐ N/A ^a [+]
A.2 Describe the strategy, ambitions, objectives and work in the community in regard to safety. It must be a higher level of safety than average for a community in the country or region. (within 200 words) [+]	☐ Yes ☐ No ☐ N/A ^a [+]
A.3 How are the mayor (or similar function of the community) and the executive committee involved? Who is chairing the cross-sector group? (within 50 words) [+]	☐ Yes ☐ No ☐ N/A ^a [+]
A.4 Describe the injury risk-panorama in the community (within 200 words) [+]	☐ Yes ☐ No ☐ N/A ^a [+]

Section: A B C D E F G H I

Back to Menu

^a After pressing the "Submit" button no more modification is allowed. Please ensure you have filled in all the items from Section 2 - 1 before pressing

出典：SCオンライン申請サイト（<https://sms.oshc.hk/isccs/enrollment/agreement>）

また、より円滑に審査員とのコミュニケーションを進めるために、支援センターでは、紙ベース（Word）でも様式Aを提出することを推奨しています。

ただし、20ページまでにまとめるようになっており、あまり多くのことを記載できません。そのため、ポイントを簡潔に記載するとともに、別添として補完資料（報告書）を作成し、詳細についてはその資料を参照してもらえようとするといでしょう。

現時点（2014年10月10日現在）では、以下のフォーマットでの作成が推奨されています。

- A4版（タテ）
- 文字サイズ：12ポイント
- 余白：2センチ
- 行間：シングルライン（1行設定）

審査員（正・副）は、様式Aを受け取ると書類審査を行います。確認事項等があれば、申請者に連絡を取る場合があります。また、支援センターは、必要に応じて、文化や社会制度等の背景に関する情報提供を行ったり、両者のコミュニケーションをサポートしたりします。

様式Aの内容について審査員からの確認が終われば、ウェブサイト掲載用の「様式B」の案を作成します。

2-2. 現地審査

審査員（正）は、書類審査を終えると、コミュニティに現地審査で確認したい事項を連絡します。それを受けて、コミュニティは、現地審査案を作成するとともにスケジュールを調整します。

現地審査の実施日程については、おおよそ2日以上となっています。その中で、地域課題、対策、その成果に関する報告を指標1～7に沿って説明するとともに、実際の取組みの視察を設定します。審査員は、すべての行程を終えた時点で講評を行います。

台湾、韓国、日本においては、支援センターの調整により7つの指標を満たしていると判断した場合は、内定書を市町村長あてに送付することになっています（2014年11月～）。

コミュニティは、講評の内容等を反映して様式A及びBの修正を行い、審査員に再提出します。審査員は、様式A及びBの最終版をWHO CCCSPに提出します。それを受けてWHO CCCSPは、認証の最終判断を行います。

プロセス3：認証（準備・開催）

3-1. 認証式典

WHO CCCSPから最終判断がなされると、認証式の日程調整に入ります。申請者は、審査員に招待状とプログラムを送付します。また、審査員は支援センターとともに合意書を用意します（WHO CCCSPの署名入り）。また、WHO CCCSPは、祝辞を用意します。

認証式典については、他の認証されたコミュニティやSCに取り組んでいるコミュニティを招待し、これまでの自分たちの取組みを広く共有する機会とします。多くの場合は、シンポジウムやセミナーを開催し、地域の安全を向上する機運を高めるきっかけとしています。また、アジアレベルあるいは世界レベルでの国際SC会議を主催したり、トラベリングセミナーを開催したりする場合があります。

これらの一連の行事が終わると、審査や認証式について記事を作成してSCニュースレターに投稿し、世界に広くお披露目します。また、認証式典が終わると、コミュニティはWHO CCCSPのウェブサイト上にある「ISCネットワークメンバー」リストに加えられます。

以上の申請から認証までのプロセスをまとめると表14のようになります。

II. 各論

表14 認証審査から認証までのプロセス（暫定）（2014年10月現在）

	WHO CCCSP	申請者 (コミュニティ)	支援センター	審査員（主）	審査員（副）
1. 申請開始		1. 首長から申請する旨の書簡を送付 ※どの支援センターが支援するかも連絡			
	2. 受理→申請費用の請求	3. 申請料金の支払い			
	4. オンライン申請に必要な情報とパスワードを送付	(→PW, ID情報を入手)			
	5. 支援センターに一連の情報を提供	7. 様式Aの記入と提出	6. 申請者に申請に関わる情報・支援の提供		
	8. 審査員（主・副）指名→申請者及び支援Cに審査員の連絡先を通知				
2. 申請・審査				9. 申請者に「ようこそSC申請プロセスへ」書簡を送付 →支援Cに複写送付	
				10. 副審査員と連絡	
				11. 様式Aを審査し、コラム2に記載	
				12. 両審査員のやり取り	13. 審査結果を主審査員に送付
			14. 支援センターとやりとり (文化的・社会的背景等を理解するため)		
				15. 申請者とやりとり (支援Cも関わる場合あり) →現地審査の前に何が 必要か知らせる（長期にわたる場合あり）	再認証の場合は、 この時点で請求書を発行
3. 認証審査（第一回のみ）		審査員は、現地審査で確認すべきことのリストを作成（申請者及び支援Cがかかわる場合あり）			
		審査員は、現地審査の内容を作成（申請者からのアドバイス及び支援Cの関与の場合あり）			
					請求書を送付 (初回申請の場合)
		現地審査の実施			
				16. 現地審査報告書(メモ)作成 →支援Cと共有の場合あり	
認証（準備・開催）				17. 現地審査に係る請求書送付	
		18. 様式B作成→提出		18. 様式Bの確認	
		19. 審査員は、申請者・支援Cとともに指標を満たしていることを確認 (このプロセスは長期化する可能性あり)			
				20. 様式AとBの最終版を確認	
		21. 申請者と支援Cとともに認証レベルに達していると確認できるまでやり取りを行う（このプロセスは長期化する可能性あり）			
				22. 様式AとB（最終版）をWHO CCCSPに送付（同時に認証推薦）	
	23. 認証の承認				
		24. 申請者及び支援Cとともに認証式典の日程調整			
			25. 合意書作成 →WHOCCCSPに送付し署名をもらう		

	WHO CCCSP	申請者 (コミュニティ)	支援センター	審査員 (主)	審査員 (副)
認 証 準備・ 開催	26. 申請者に審査員を招待し認証式典を執り行うように連絡	26. 認証式典の開催		26. 認証式典への出席	
				27. 認証式典出席に係る費用の請求書の送付	
認 証 後				一連のサービスに関する請求書の送付	
		28. 審査員は、SCニュースレターに掲載する記事を担当する			
				29. 次の認証までの課題のリストを作成 (現地審査後のこれより早い時点でもOK)	
	30. 申請者の名前をウェブサイト上のリストにアップ			31. 申請者の取組みから (他の自治体が参考にできるような) 3～5の事例を選ぶ	

出典：2014年10月 諮問委員会会議資料「Att.5. Certification process」を筆者和訳

審査における注意事項（認証審査員倫理規定）

審査員は、コミュニティとかかわるにあたって認証審査を担当するものとして公平でなければならないため、審査にかかわる倫理規定を順守しなくてはなりません。

そのため、申請段階にあるコミュニティもその規定を配慮して対応する必要があります。

以下が、認証審査員倫理規定です。

1. 審査員は、独立性を失わず、できる限りコミュニティの文化を理解し適応する。
2. コミュニティは、審査員に対して、現地視察と認証式のためにコミュニティに訪れることによって損失する収入、旅費、宿泊費、食費を負担する。
※旅費については、エコノミークラス相当とし、損失した収入に対する補償は、審査員(正) 150ユーロ/日、(副) 75ユーロが望ましい。
3. 贈り物や利益となるものを受け取らない。贈り物は、審査過程に不適切な影響を与える危険があるとみなす。
4. 審査員は、常に国際的なSC活動の利益のためにために行動しており、その他の組織のためではない。
5. 審査員が同伴者を伴っている場合は、それに伴う費用はすべて自己負担とする。また、審査過程にはかかわらないものとする。
6. SCの利益に相反する事柄及びその可能性が発生した場合は、審査員は速やかにWHO CCCSPに報告しなくてはならない。

4. 認証後の活動展開

4-1. 継続は認証よりも難し！

認証されたコミュニティでよく聞かれるのは、「継続」は「認証」よりも難しいということです。「認証」を最終ゴールにしている場合、それまで一つになって頑張ってきたコミュニティは、認証式を終えて「目指すもの」がなくなり、方向性を見失い、活動が停滞し始める場合が少なくありません。又、認証まで少々無理をしながら頑張ってきたこともあり、「しばらくはゆっくりしよう」という雰囲気になり、そこから取組みが停滞してしまう場合もあります。特に、行政においては、認証を一区切りとして職員が異動する場合や担当セクションを縮小させる場合も少なくありません。

このような状況が見られる背景には、「認証」をゴールとして設定していたため、認証後にどのように進めていくのかという明確なビジョンを持っていなかったという事実がみえます。SCとしての認証は最終ゴールではなく、SCとして安全なまちづくりを進めていくための体制・仕組み・能力が備わっていると認められたということで、いわば「スタート地点」です。認証前から、行政をはじめSCにかかわる組織において、認証を一区切りとしてその後はどのような展開をしていくべきか、具体的なビジョンを設定しておく必要があります。

例えば、亀岡市、箕輪町や久留米市では、自治会単位や小学校単位での広がりを目指して周知活動やモデル地区活動を推進しています。十和田市においては、認証前には「SC十和田を創る会」であった市民グループが認証後には「SC十和田を進める会」として、さらに取組みを拡大しています。厚木市では取組みの継続性を制度として確保するために、セーフコミュニティ活動条例を制定しています。また、松原市においては、各対策委員会の代表（地域住民や組織等の代表）と事務局（行政職員）及び市のSC担当者が集まり、認証後のビジョンについて分野を超えた検討を行い、それぞれの重点課題ごとの継続性をいかに確保するか、また、市民に周知するかについて協議を行いました。さらに、地域振興計画などにSCの推進を位置付けている事例もみられます。

4-2. 年間活動報告と5年毎の再認証制度

認証された次の年からは、毎年、認証された月に「年間活動報告」をSC支援センター（JISC）に提出します。支援センターが提供しているテンプレートを活用しつつ、取組みごと、対策委員会ごと、そしてSC活動全体の振り返りを行います。

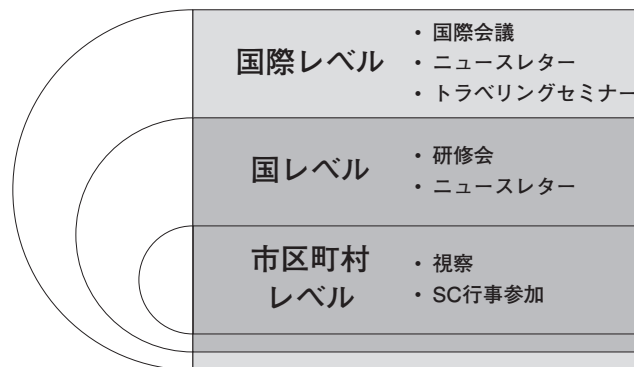
この年間活動報告については、単に支援センターへの報告書類とするのではなく、対策委員会での振り返りのツールであったり、推進協議会での活動報告資料としていただくことで、コミュニティ内でのコミュニケーションや自己評価に活用することができます。様々な情報を添付・追加することで、独自の評価の仕組みを設定することが可能です。

4-3. SCネットワークのメンバーとしての役割

4-3-1. 国際・国内のセーフコミュニティネットワークへの継続的な参加

SCは国際的なネットワークです。認証されたということは、国際的なネットワークの一員としてのメンバーシップを得たということです。そのため、コミュニティは、継続的にネットワークに参加して、支えていくことが求められます。もっとも大きな貢献は、自分たちの取組みの成果を他のコミュニティと共有していくことです。SC活動を通して得られた知識や経験を共有するには、世界・国・市区町村と異なるレベルでいくつかの方法で行うことが可能です(図16)。

図16 多様なレベルでのSCネットワークへの参加



出典：筆者作成

最近では豊島区や松原市のように他国のコミュニティと「SC友好都市」として交流を深めている事例もでてきました。SCを通して友好を深め、他の分野にもその友好関係を発展させています。また、国際レベルとなると、大掛かりで費用の負担も大きいと思われるかもしれませんが、必ずしもそうではありません。例えば、WHOCCSPが発行しているニュースレターへの投稿、海外からの視察の受け入れなど費用が掛からない方法もあります。

また、国レベルでもSCに取り組む自治体の現地審査や認証式典といった公式行事への参加はもちろんですが、専門家を招へいしての現地視察（指導）を行う際に他のコミュニティの視察を受け入れたり、合同でイベントを実施するなど多様な方法があります。

4-3-2. 「指標7」との関係⁴⁴⁾

ガイドラインでは、指標7を満たすため、下記の通りいくつかの要件を示しています。

まず、SC申請者は、申請する以前に最低でも国内あるいは地域のSC関連行事、トレーニングコースに1回は参加していることが求められます。ここでいう「地域」とは、WHOやUNなどで定められている分数にそった地理的エリアを示します。また、認証の際には、式典の前あるいはその間に、国際的な参加を伴うプログラムの開催も推奨されています。

認証後についても、引き続き、国際あるいはアジア地域単位で開催されるSC関連会議への出席や国を越えて他国のコミュニティとの活動などが期待されています。例えば、ガイドラインでは、認証後3年以内に少なくとも1回は国際的な行事に参加させることが求められています。加えて、10年に1回は、SCメンバーとして、国外で開催されるSC会議に参加することが求められます。

さらに、SCに関する国際的な会議は、世界SC会議、アジアやヨーロッパなどの地域単位での会議がそれぞれ隔年で予定されており、それら会議の主催も期待されています。また、それらと連動したトラベリングセミナーもこれまでのSC活動を共有する良い機会となります。

例えば、日本においては、2012年に箕輪町・豊島区・小諸市が合同で第6回アジア地域SC会議を主催しました。会議は豊島区で行われ、箕輪町と小諸市においてトラベリングセミナーが開催されました。この機会にあわせて、豊島区と小諸市は認証式を行いました。

いずれも国内外から多くの参加者があり、これまでの取組をみていただくとともに盛大に認証を祝って頂きました。

44) Ekman D., Svanström L., 白石陽子訳, 前掲書, 10頁

参考文献

京都府「セーフコミュニティ ～外傷予防プログラム～ 安全診断・取組の評価に関するガイドライン」2010年3月

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 15巻1号 30-31頁, 2007年10月 立命館大学）

龍 慶昭, 佐々木 亮『「政策評価」の理論と技法 増補改訂版』多賀出版, 2004年

Bangdiwara, S., *Quality Management for a sustainable safe community program Logical linkages 2 : Evaluation-monitoring / process and outcome*, May 2014
(第7回アジア地域セーフコミュニティ会議(韓国釜山)プレコンフィレンス・ワークショップ報告資料)

Ekman D., Svanström L., *Guidelines for applicants to the International Network of Safe Communities and Guidelines for maintaining membership in the International Network of Safe Communities* (セーフコミュニティ国際ネットワークへの申請及びメンバーシップ継続のためのガイドライン 白石陽子訳), WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion, Karolinska Institutet, 2008

Quebec WHO Collaborating Center for Safety Promotion and Injury Prevention, WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion, World Health Organization (WHO), *Safety and Safety Promotion : Conceptual and Operational Aspects*, 1998

Svanström L., *The Safe Community Story*, May 2014
(第7回アジア地域セーフコミュニティ会議(韓国釜山)プレコンフィレンス・ワークショップ報告資料)

Welander, G., Svanström L., Ekman R., *Safety Promotion - an Introduction 2ND REVISED EDITION*, Karolinska Institutet Department of Public Health Sciences, Division of Social Medicine, 2004

WHO Collaborating Center on Community Safety Promotion
諮問委員会会議資料, 2014年10月

- *Att.5. Certification process*
- *Att.8. The flow of the application - Draft 20140917*
- *Form A, (As of January 24, 2012)*

ウェブサイト

WHO Collaborating Center on Community Safety Promotion, (参照日：2014年12月1日)

- *Indicators for International Safe Communities*
(http://www.ki.se/csp/who_safe_communities_indicators_en.htm)
- *International Safe Community Certification System*
(<https://sms.oshc.hk/isccs/enrollment/agreement>)
- *International Safe Community Membership Application questions (2014-02-20)*
(http://www.ki.se/csp/pdf/guidelines/form_a_2014.pdf)
- *Letter of Intent*
(http://www.ki.se/csp/pdf/letter/letter_of_intent_2014.pdf)
- *What is a Safe Community? (20140217),*
(http://www.phs.ki.se/csp/pdf/guidelines/safe_community_membership_2014.pdf)

World Health Organization (WHO) (参照日：2014年12月1日)

- *ICECI* (<http://www.rivm.nl/who-fic/ICECIeng.htm>)
- *ICD10* (<http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>)
- *Violence Prevention Evidence Base and Resources. violence prevention : the evidence*
(http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/4th_milestones_meeting/publications/en/index.html)
- *Child injury prevention : World report on child injury prevention*
(http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563574_eng.pdf)
- *Road traffic injury prevention : World report on road traffic injury prevention*
(http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/world_report/en/index.html)
- *Seat-belts and child restraints : a road safety manual for decision-makers and practitioners*
(<http://www.who.int/roadsafety/projects/manuals/seatbelt/en/index.html>)
- *Helmets : a road safety manual for decision-makers and practitioners*
(http://www.who.int/roadsafety/projects/manuals/helmet_manual/en/index.html)
- *Drinking and driving-an international good practice manual*
(<http://www.who.int/roadsafety/projects/manuals/alcohol/en/index.html>)
- *Speed management : A road safety manual for decision-makers and practitioners*
(http://www.who.int/roadsafety/projects/manuals/speed_manual/en/index.html)

本報告書は、JSPS科研費（23510168）の助成を受け行った研究の成果をとりまとめたものです。

安全なまちづくり 日本版「セーフコミュニティ」の進め方

発行日：2015年3月

発行：立命館大学衣笠総合研究機構
白石 陽子

連絡先：一般財団法人 日本セーフコミュニティ推進機構
〒540-0038
大阪市中央区内淡路町2丁目4番4号
アール天満橋 3階

