CHILD AND ADOLESCENT INJURY PREVENTION
A GLOBAL CALL TO ACTION

乳幼児と青少年の事故による傷害の予防　WHO行動計画

子どもの事故による傷害の予防
WHO 行動計画

世界保健機関

本出版物は世界保健機関（ＷＨＯ）の「Child and adolescent injury prevention: a global call to action」© World Health Organization 2006 を翻訳したものです。翻訳物についての著作権はネイチャーインタフェイス株式会社に帰属します。
本出版物に使用されている図版、絵に関しては、日本語版として作成したものです。これらの著作権は各提供者に帰属するとともに、掲載に関する責任は、独立行政法人 産業技術総合研究所が負うものとします。無断利用・転載は固くお断りします。

本出版物に使用されている表示および提示された資料は、国家、領土、都市、地域あるいはその管轄当局の法律的立場や、その国境／境界に関する世界保健機関の特別な見解を表現したものではありません。国境について完全な合意が成立していない場合、国境線の概略は点線で地図上に示しています。
本出版物における特定の企業や製造業者の製品に関する記述については、世界保健機関がその他の企業や製品よりも記述されたものの方が優れているとみなし、これらを承認・推奨していることを示すものではありません。
世界保健機関は、細心の注意を払い、本出版物に記載された情報を検証しました。しかし、出版された資料は、明示されているものも、いないものも含めて保証することなく公開されるものであり、資料の解釈および使用に関する責任は読者が負うものとします。いかなる場合でも、世界保健機関が、本出版物の使用にともなう損害に対して責任を負うことはありません。
©NatureInterface Co.Ltd.

World Health Organization

乳幼児と青少年の事故による傷害の予防

WHO 行動計画
2006 ～ 2015 年

世界保健機関
スイス、ジュネーブ
2006 年

謝辞

本冊子は、2005 年 3 月 30 日から 4 月 1 日に WHO 本部（スイス、ジュネーブ）で開催された「乳幼児と青少年の傷害予防に関する会議」の後に作成されました。本冊子の発表および作成は、以下の人々の協力によって実現しました。

N.T. An（ベトナム保健省）、C. Branche（アメリカ、CDC）、G. Brandmayr（ドイツ、Safekids International）、K. Browne（イギリス、バーミンガム大学）、V. Chandra-Mouli（スイス、WHO）、A. Concha-Eastman（アメリカ、WHO-AMRO）、N. Du Toit（南アフリカ、CAPFSA）、H. Fathey El-Sayed（エジプト、スエズ運河大学）、S. Hussain（エジプト、WHO-EMRO）、A. Ghaffar（スイス、世界健康研究フォーラム）、M. Giersing（バングラディシュ、UNICEF）、F. Gore（スイス、WHO）、Z. Guang（中国、CDC）、L. Hesemans（オランダ、保健・福祉・スポーツ省）、K. Hoffmann（アメリカ、USAID）、A. A. Hyder（アメリカ、国際乳幼児・青少年傷害予防学会；ISCAIP）、O. Kobusingye（コンゴ民主共和国、WHO-AFRO）、E. Krug（スイス、WHO）、L. Laflamme（スウェーデン、カロリンスカ研究所）、H. Linnan（タイ、UNICEF）、D. Ma Fat（スイス、WHO）、C. McCourt（カナダ、カナダ保健省）、K. McMahon（英国、運輸省）、C. Mulholland（スイス、WHO）、P. Orpinas（アメリカ、ジョージア大学）、K. Oyegbite（アメリカ、UNICEF）、J. Ozanne-Smith（オーストラリア、モナッシュ大学事故研究センター）、M. Peden（スイス、WHO）、D. Peterson（タイ、子どもの安全同盟）、J. Pronczuk（スイス、WHO）、A. K. M. Rahman（バングラデシュ、母子保健研究所）、I. Scott（スイス、WHO）、D. Sethi（イタリア、WHO-EURO）、K. Shibuya（スイス、WHO）、B. Strukcinskiene（リトアニア、Klapeda 社会科学大学）、E. Towner（イギリス、乳幼児と青少年の健康センター）、J. Vincenten（オランダ、欧州子どもの安全同盟）、C. Voumard（中国、UNICEF）。

本冊子は、以下の人々の協力によって完成しました。
I. Scott（スイス、WHO 傷害と暴力予防部門 専門担当官）
M. Peden（スイス、WHO 傷害と暴力予防部門 不慮の事故による傷害予防担当コーディネーター）
E. Krug（スイス、WHO 傷害と暴力予防部門 部長）
L. Hesemans（オランダ、保健・福祉・スポーツ省 栄養・健康管理・疾病予防部門 上級政策担当官）
C. Branche（アメリカ、疾病対策予防センター 国立傷害予防対策センター 不慮の事故による傷害予防部門 部長）
H. Fathey El-Sayed（エジプト、スエズ運河大学 小児科医）
AA. Hyder（アメリカ、ジョーンズホプキンス大学 国際乳幼児・青少年傷害予防学会 会長）
O. Kobusingye（コンゴ民主共和国、WHO アフリカ地域事務局 障害／傷害予防とリハビリテーション地域アドバイザー）
H. Linnan（タイ、UNICEF 東アジア太平洋地域事務局 乳幼児の傷害予防に関する地域コンサルタント）
P. Orpinas（アメリカ、ジョージア大学 健康増進と行動部門）
K. Oyegbite（アメリカ、UNICEF 健康計画コーディネーション部門 上級プログラム担当）
J. Ozanne-Smith（オーストラリア、モナッシュ大学事故研究センター 教授）
E. Towner（イギリス、ウエスト・イングランド大学 乳幼児と青少年の健康センター 教授）

本冊子の作成に際して、オランダの保健・福祉・スポーツ省から資金援助を受けました。世界保健機関は、同省に対して感謝の意を表します。

本冊子英語版は下記の URL からダウンロードできます。
http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/other_injury/en/index.html

序文

毎年、数百万人もの子どもが、事故による傷害や後遺症によって生命の危機に直面している。18 歳未満の子どもの事故による年間死亡数は 875,000 人に達し、さらに、数千万人以上の子どもが傷害のために入院治療を必要としている。命を取りとめた子どもも、一過性の障害ですむのはその一部であり、多くは生涯にわたる障害に耐えなければならない。障害を被ったことで必要となる治療やリハビリテーションは、両親の生計に影響を与えるばかりでなく、子どもたちの将来の健康、教育、社会に対しても深刻な影響をおよぼすことになる。

将来性のある若年者の生命が失われることも大きな問題だが、傷害が残った場合は、当事者である子どもが苦痛を受けるだけではなく、兄弟姉妹、親、その他の家族にも影響がおよび、家族全員の生活が永久に変わることになってしまう。

事故による傷害にともなう負担は平等ではない。そのため、この問題に対する取り組みの強化が必要である。傷害による負担がもっとも大きいのは低所得国の子どもであり、つねに社会の貧困家庭の子どもたちである。子どもの傷害による死亡の 95% 以上が低所得国と中所得国で発生している。しかし高所得国においても、不慮の事故はやはり子どもの主要死因であり、1 ～ 18 歳までの年齢の死因の約 40% を占めている。

世界保健機関は、子どもの事故による傷害死亡件数が多く、増加傾向にあること、重篤な傷害がおよぼす影響の大きさ、傷害が子どもに長期的な影響をおよぼす確率が高いことに注目し、傷害の予防に向けた取り組みの強化を決定した。幸いなことに、子どもの傷害を予防する方法は存在している。これまでに多くの高所得国は、公衆衛生学的アプローチ（問題についての厳密な科学的分析、原因究明、予防戦略の実施、有効性が証明されている対策の幅広い展開）を導入することで、子どもの傷害の大幅な減少に成功している。その対策の例としては、シートベルトの使用、チャイルドシートの使用、ヘルメットの着用、難燃性衣類の着用、貯水区域の周囲へのフェンスの設置などが挙げられる。また、暴力にかかわる傷害の予防対策としては、家庭訪問プログラム、家族カウンセリング、薬物乱用予防プログラム、銃器類と弾薬類をそれぞれ別の専用区域に施錠保管することなどが挙げられる。

「乳幼児と青少年の事故による傷害の予防：WHO 行動計画」と題する本冊子は、世界保健機関が子どもの傷害を予防する目的で導入するアプローチの枠組みを示したものであり、子どもの死に至る傷害および死に至らない傷害を減らすための、国家、地域、世界レベルにおける取り組みの指針である。本計画は、小児保健、とくに子どもの傷害予防に取り組む組織や専門家との協議を重ねて策定されたもので、子どもの傷害予防に関して、世界保健機関がとくに重視している活動（調査、研究、予防策、能力開発、支援運動）についての計画である。

世界保健機関が単独でこの任務を引き受けることは困難であるため、各方面のセクターと協力して本計画を実行する予定である。本活動には、広範囲にわたるパートナー（子どもの傷害予防団体、傷害と暴力予防のための WHO 協力センター、非政府組織、障害とリハビリテーションに取り組むグループ、傷害や暴力の被害者を代表する組織、政府代表者）の協力が必要となる。

世界各国に対し、予防可能な事故で子どもが死亡したり傷害を負ったりする悲劇をなくすための我々の取り組みについて、協力を要請する。

Etienne Krug/ エティエンヌ･クルーグ
WHO　傷害と暴力予防部門長

目次

謝辞
序文

第 I 章　子どもたちはどのように傷害を負うのか

1. はじめに
子どもの健康と福祉に関する世界的課題
本冊子における子どもの傷害予防
2. 有傷率、傷害の危険因子、影響について
定義と分類
危険因子
経済的および社会的コスト
3. 子どもの傷害は予防できるか
4. 直面している課題
データの限界
研究
予防
能力開発
アドボカシー（支援活動）
5. WHO の役割
6. その他の機関の役割

第 II 章　WHO 行動計画

1. データと測定
2. 研究
3. 予防
4. 傷害や暴力の被害者である子どもたちへの援助
5. 能力開発
6. アドボカシー（支援活動）
7. 結論

付録
参考文献

第Ⅰ章

子どもたちはどのように傷害を負うのか

1. はじめに

世界各国において、子どもを死に至らしめているのは傷害であるといっても過言ではない。毎年、傷害が原因で死亡する18歳未満の子どもは875,000人に達している(1)。数千万人以上の子どもたちが傷害を負って入院治療を必要とし、多くの子どもたちには何らかのかたちで障害が残る。このような障害児のほとんどが生涯にわたって後遺症に苦しむことになる。

傷害による負担は不平等である。というのは、貧しい者に傷害の負担がもっとも重くのしかかるからである。つまり、世界のなかでも貧困国の子どもが背負う負担がもっとも大きいのである。いずれの国においても、傷害による最大の負担を負うのは低所得家庭の子どもたちである。全体としてみた場合、子どもにおける全傷害死亡の95%以上は低所得国と中所得国で発生している。高所得国の場合、子どもの傷害死亡の割合は非常に低いが、傷害は子どもたちの主要死因であり、これらの国々における子どもの全死亡数の約40%を占めている（下の表参照）。

低所得国および中所得国においては、都市化と車社会の進行にともなって、子どもの傷害と死亡の絶対数および割合が上昇していることがはっきりしている。このような傾向は、データ収集システムの向上にともなっていっそう顕著になっている。最近、傷害の発生率の増加とその他の死因（とくに感染性疾患）の効果的な抑制の相乗作用によって、傷害の重大性が増し、子どもの主要死因のなかで傷害が上位に位置づけられるようになった（右表を参照）。

しかし、この傾向を逆転させることは可能である。多数の高所得国の経験から、子どもの傷害は慎重に分析し、適切に行動すれば予防できることが示されている。たとえば、経済開発協力機構(OECD)加盟国では、1970年から1995年の期間中に、15歳未満の子どもの傷害死亡件数が半減した(2)。この減少は、研究、データシステムの開発、特別な予防対策の導入、地域の環境の改善、法制化、啓発、緊急事態の支援や外傷ケアの水準および質の向上、プロジェクトの評価などを総合的に導入した結果である。

残念ながら、最近に至るまで、低所得国および中所得国においては傷害の問題への関心は皆無であるか、関心があったとしてもごくわずかなものにすぎなかった。問題の認識と理解が欠如している現状、ならびに低所得国および中所得国が直面している特殊な状況を考慮すると、これらの国々では、高所得国で実施されているのと同一レベルの、適切な傷害予防のための介入策がおこなわれていないといえる。

子どもの傷害による死亡

	傷害による死亡＊（全死亡件数に対する割合）	傷害による死亡率＊（人口10万人当たり）
高所得国	41	7.7
低所得国と中所得国	13	37.2

＊1～14歳の集団に関するデータ
出典：WHO Global Burden of Disease project, 2002, version 5（2002年WHO世界の疾病負担プロジェクト、第5版）

1歳から15歳までの子どもの主要死因
（2002年調査に基づく順位）

1	下気道感染症
2	小児期に集団発生する疾患
3	下痢性疾患
4	HIV／AIDS
5	マラリア
6	交通事故
7	溺水
8	周産期の障害
9	蛋白質・エネルギー不足による栄養失調
10	先天異常
11	火災による火傷
12	結核
13	髄膜炎
14	白血病
15	中毒

典拠：WHO Global Burden of Disease project, 2002, Ver. 5
（2002年WHO世界の疾病による負担プロジェクト、第5版）

子どもの健康と福祉に関する世界的課題

世界保健機関 (WHO) の中心的な課題は「すべての人々が可能なかぎり最高の健康水準に到達すること」と定義され、この定義には子どもも含まれる。子どもの生命、健康、幸福の重要性については、各種の国際協定およびイニシアチブにおいて強調されている。これらの協定には、広範囲にわたる総合的な問題ばかりでなく、実施しなければならない対策について国際的合意も示されている。

> 締約国は、「あらゆる形態の身体的もしくは精神的な暴力、傷害もしくは虐待、放置もしくは怠慢な扱い、不当な取り扱いまたは搾取（性的虐待を含む）からその児童を保護するために、すべての適当な立法上、行政上、社会上および教育上の措置をとる。」(3)
> 子どもの権利条約第 19 条

子どもの権利条約 (CRC)

子どもの権利条約には、子どもの人権と、すべての政府が子どもの人権の実現のために達成すべき基準について簡潔に明記されている (3)。この国連条約は、10 年間にわたる世界規模の協議プロセスの一部として起草され、1989 年 11 月の国連総会で採択されたものである。一人ひとりの子どもには、達成可能な最高水準の健康と安全な環境に対する権利があることが、同条約において確約されている。

国連加盟国の大多数は子どもの権利条約を批准しているため、同条約は、子どもに対する責任についての包括的な見解を明確に示している。しかしながら、現状では同条約の目的は完全には実行されておらず、条約の完全実施に向けて各方面の一致した努力が必要である。

ミレニアム開発目標

2000 年 9 月に開催された国連総会において、一連のミレニアム開発目標が採択された。これらのなかで第 4 目標として挙げられたのが、1990 年から 2015 年までの期間中に、5 歳未満の子どもの死亡率を 2/3 のレベルまで減少させることであった (4)。1 歳未満の乳児の死因の多くは感染性疾患および新生児固有の原因であり、この年齢層では傷害による死亡は 1.5 ～ 2.0% を占めているにすぎない。しかし、1 歳から 4 歳までの幼児の場合は、傷害は重要な死因となっており、死亡全体に占める傷害死の割合は 6% を若干越えている。

国連加盟国は、2015 年までに全 8 項目のミレニアム開発目標を達成しなければならない。しかし、最近発表された報告と議事録では、これらの目標の達成が遅れている現状が述べられており、子どもの権利条約（CRC）の場合と同様に、現状を改善するためにさらなる努力が必要である。

子どもが生きやすい世界

2002 年 5 月、国連子ども特別総会が開催された。総会の成果として、子どものための一連の目標を明記した“A world fit for children”（ 子どもが生きやすい世界）と題する文書が作成された。この文書には行動計画が記され、その一つの目標として、傷害に対する取り組みが掲げられている。国連の全加盟国に対して、適切な予防対策を開発し、それを実行することによって、事故またはその他の原因による子どもの傷害を減少させるよう要請している (5)。

さらに最近では、子どもに対する関心が世界的に高まった結果、子どもが生きていくことに影響をおよぼす要因についての詳細な調査が、各国の協力によっておこなわれるようになった。2003 年に一連の論文が「Lancet」誌に発表されたことは注目すべきである (6)。後に Bellagio 論文として知られるようになった報告では、子どもの死亡数と子どもの死因（傷害を含む）に関する最新の推定データが発表され、1 年間に死亡している 5 歳未満の子ども約 1100 万人の 2/3 については、世界各国がわずか 23 種類の費用対効果のある介入策を実施することで予防可能だと示唆されている。

前述したように、子どもが生きていくことは世界各国で重要な課題であり、子どもの健康と幸福にかかわる広範囲にわたる包括的問題の一部となっている。実際、子どもが生きていくことは「21 世紀のもっとも差し迫った道徳上のジレンマ」だと指摘している者もいる（7）。傷害は、世界各国の子どもの死亡・障害の主要な原因であるため、事故による子どもの傷害の予防はとくに重要であり、子どもの健康を向上させるための国際的な取り組みの中心課題となっている。

「世界レベルおよび国家レベルにおいて、政策および財政の大規模な改革をおこなわなければ、毎年、数百万人の子どもたちが不必要に死亡し続けることになる。もうこれ以上待つことはできない。知識を行動に移さなければならない。」(6)

本冊子における子どもの傷害予防

国連加盟国が報告した死因データに基づく WHO の推定では、1 年間に、18 歳未満の子どもの少なくとも 875,000 人が、不慮の事故による傷害、または意図的な傷害行為（暴力または自傷）のいずれかの結果として死亡している。この数字は子ども 10 万人当たり 40 人が死亡することに相当するが、国連児童基金 (UNICEF) が実施したコミュニティ調査の結果では、子どもの年間死亡数はこの数字を上回ることが示唆されている (8)。

ユニセフ・イノチェンティ研究センターは 2001 年に調査を実施し、1 歳から 14 歳までの子どもの傷害死亡率に基づいて世界の 26 の上位富裕国を格付けした (2)。調査した全 26 の国では傷害が子どもの死因の第 1 位であったが、死亡は傷害という大きな氷山のほんの一角を占めているにすぎなかった。調査によって明らかになったプラスの側面には、調査が実施された多数の国々において、子どもが傷害が原因で死亡する危険性が 20 年間で半減していたことが挙げられる。これは、各方面の協力によって専門的な予防策を実施した結果といえる。この研究では、「今日、先進国に生まれた子どもの場合、15 歳までに傷害で死亡する確率は 750 人に 1 人の割合であり、30 年前の水準の半分以下に減少している」と結論づけられている (2)。

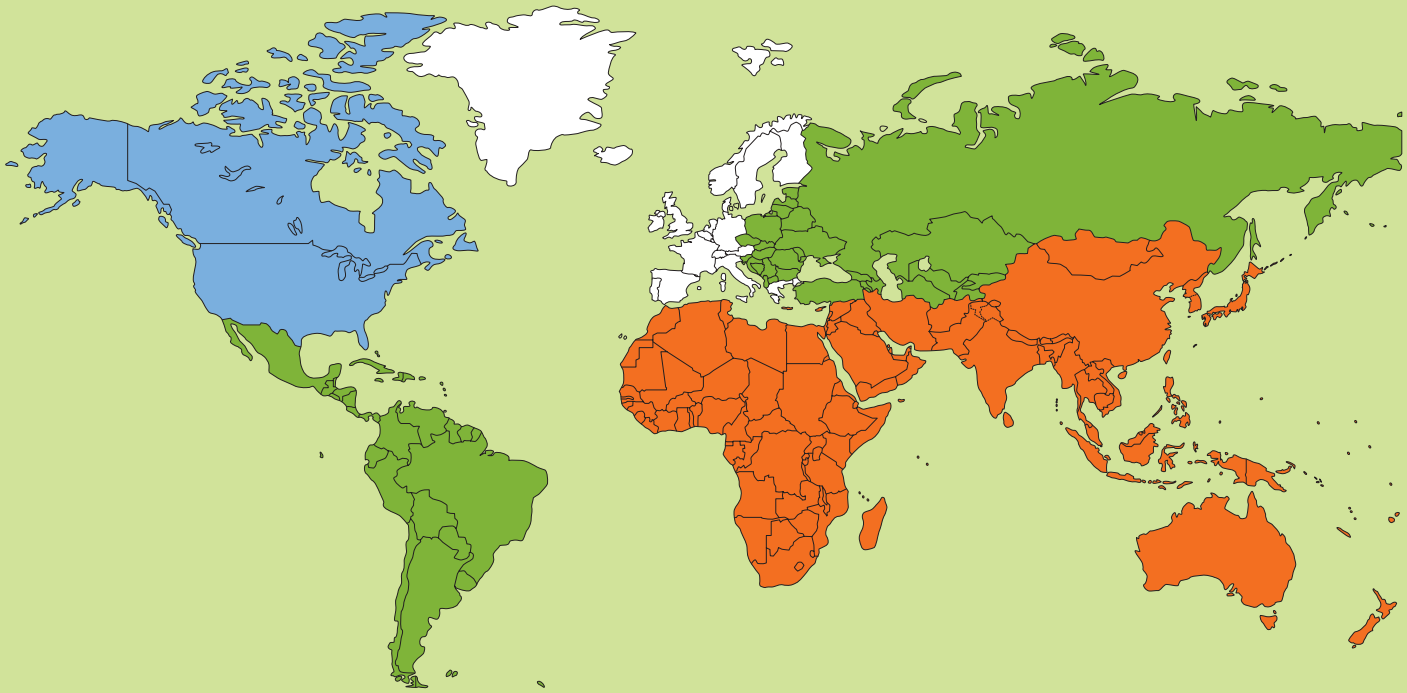
比較一覧表では、国家間で、子どもの傷害による死亡の水準に明らかな格差があることが示されている。たとえば、子どもの傷害死亡率についてもっとも低い国ともっとも高い国を比較すると 5 倍の格差があり、死亡率が高いグループの国の子どもの傷害死亡率は、死亡率が低いグループの国の少なくとも 2 倍におよんでいる。とくに死亡率の格差の大きさは重要で、もし傷害死亡率が高い国の半数が、傷害死亡率が低い国と同一の水準を達成できたなら、非常に多くの子どもたちの生命が救われる可能性があるとわかる。

世界的にみると、死亡および障害の原因としての傷害には、さらに大きな格差が存在している。すべての死亡についてみた場合、原因が傷害である割合は、国、年齢、性、収入水準によって各地域（9 ページの地図参照）で大幅な違いが認められる。すべての死亡に占める傷害死亡の割合は、低所得国および中所得国の 1 歳未満の乳児ではわずか 2% であるが、高所得国における 10 ～ 14 歳の子どもではほぼ 50% に達している。死に至らない傷害に関する世界のデータは不完全で、とくに、中期的および長期的な健康（障害を含む）に対する影響に関しては完璧なデータはない。この種のデータについては、低所得国および中所得国の資料がとくに不足しているが、高所得国から得られたデータでは、死に至らない傷害が非常に重要であることが示唆されている。それは、単に健康資源に対する需要の観点からだけではなく、死に至らない傷害に関連した社会的および経済的コストの観点からみた場合にも重要なのである。

これらを総合的に考えると、傷害全体の負担を大きくしているのは死に至らない傷害であることがわかる。たとえば、イノチェンティの研究によれば、OECD 加盟国だけでも、事故による救急外来の受診は年間 5000 万件で、年間 400 万人の子どもたちが傷害のために入院治療を受けている (2)。要約すると、傷害の発生件数、比率、割合は多様であるが、子どもにおいては、傷害は死亡と入院の主要な原因であり、この事実は世界各国に共通しているのである。

18 歳未満の子どもの場合、傷害による年間死亡数は少なくとも 875,000 人に達しており、不慮の事故による傷害が、確実にこの年齢層における主要死因となりつつある。

子どもの傷害死亡率の地域分布
（15 歳未満を対象とする 2002 年の調査）



人口 10 万人当たりの傷害死亡率
- 5.0-9.9
- 10.0-19.9
- 20.0-29.9
- 30 以上

典拠：WHO Global Burden of Disease project, 2002, Ver. 5
（2002 年 WHO 世界の疾病による負担プロジェクト、第 5 版）

2. 傷害――有傷率、傷害の危険因子、影響について

定義と分類

年齢集団

子どもの定義に関しては、世界各国が合意したものは存在しない。しかし、子どもの年齢範囲を定義することには非常に重要な意味がある。具体的には、年齢範囲によって、若年者が正式な労働力となりうる年齢、自動車を運転する法的権利が獲得できる年齢、もしくは飲酒が法律で認められる年齢を規定することが可能となる。「子ども」とみなされるか、あるいは「労働者」とみなされるかは、子どもが存在する環境によって異なり、この点には注目しなければならない。

現在使われている定義は、法律上の規定に基づく通例によるもので、単に便宜上の定義である。一部の定義は、発達および能力の変化と関係している。子どもの年齢が高くなり、成長・発達が進むにつれて、子どもの身体的能力、認知能力、依存度、活動性および危険行動は大きく変化する。傷害や死亡の発生およびパターンにおける多様性が関係しているのは、これらの要因である場合が多い。

本冊子でいう「子ども」とは、年齢が 18 歳未満のあらゆる人間を意味することを規定した「国連子どもの権利条約」に準拠するものである（3）。ただし、子どもの傷害の問題に関しては、おもに 1 歳から 17 歳までの年齢層を対象とする（1 歳未満の乳児の場合、死因として傷害の重要性は若干低くなっている）。

本冊子では、18 歳未満を子どもと定義する。

傷害の分類

傷害はいろいろな方法で分類することができる。たとえば、誰かによって意図的に負わされた傷害であるかや、傷害のメカニズムによって分類ができる（右側の囲み内参照）。多くの場合、意図の有無による傷害の分類は非常に直接的な方法であるが、子どもに関しては、白黒の判別をつけにくい「グレー」の部分が存在している可能性が高い。具体的には、バランスを失って火の中に転倒した子どもの場合、不慮の事故による傷害であることははっきりしている。しかし、長時間子どもが放置されていた間に転倒事故が発生した場合、あるいは子どもが殴られたために転倒事故が発生した場合には、ネグレクトまたは虐待の疑いが生じてくる。加害の意図に関しては、傷つけようとする積極的な意図あるいは危害を加えようとする積極的な意図が一方に存在し、もう一方にはネグレクト、すなわち適切なケアの欠如または保護の不足が存在している。

傷害のパターン

全体として、子どもの傷害による死亡のおもな原因は、交通事故、溺水、火事にともなう火傷、自傷、暴力である（下表を参照）。しかし、死に至らない傷害のパターンは、傷害死亡のパターンと著しく異なっている点に注目しなければならない。たとえば、一般に、転落は傷害の原因の第 1 位であるが、傷害死亡の主要な原因ではない。

生涯の問題としての子どもの傷害

5 歳未満の子どもの場合、1 年間に 1100 万人が死亡し、その 3% 弱を傷害による死亡が占めている。1 歳未満の乳児では、全死亡数に対して傷害死亡が占める割合は 1 ～ 1.5% にすぎないが、1 ～ 4 歳の年齢層では、この割合が 6% まで上昇している。死因としての傷害は、子どもの年齢の上昇にともなって大幅に増加する傾向が続いている。

5 ～ 9 歳の子どもでは傷害死亡が死亡全体の 25% を占め、

傷害の分類

WHO は、International Classification of Disease（ICD-10：国際疾病分類第 10 版）に従い、下記の傷害分類法を使用する（9）。

不慮の事故による傷害
具体例：
- 交通事故
- 転落
- 火傷、火炎、熱傷
- 溺死
- 中毒
- 動物による咬傷

意図的な（故意による）傷害
具体例：
- 対人暴力（例：殺人、性的暴力）
- 自傷（例：自殺未遂、自傷）
- 法的介入
- 戦争、市民暴動

意図不明

10 ～ 14 歳の子どもでは傷害死亡が死亡全体のほぼ 1/3 を占めている (31%)。15 ～ 17 歳の子どもの傷害による死亡率は、10 ～ 14 歳の子どもの割合とほぼ等しいか、あるいは若干上回るものと思われる (1)。世界レベルで平均すると、5 ～ 14 歳の子どもにおいては、傷害死亡が全死亡数の 1/4 強 (27%) を占める結果となっている。

傷害の発生率が年齢や発達段階と密接に関係していることは、十分予想されることである。実際、傷害の発生率は、乳児が動き始めて身のまわりの〝探索行動〟を開始した瞬間から上昇する。というのは、子どもは、大人のためにつくられた世界で生活しなければならないからである。さらに、大人の世界のなかで、子どもは大人と同じように行動することができないからである。子どもの体格、体重、身体的バランス、表面積対体重比のすべてが、特定の傷害による死亡リスクを上昇させる要因となっている。

たとえば、大人と子どもが高温の液体に接触して同じ大きさの熱傷を負った場合、傷害を受けた皮膚の割合が大きいため、子どもの方が重度の熱傷を負うことになる。同様に、毒物についても、体重が少ない子どもの方が少量の摂取で中毒量に達することになる。周囲の〝探索〟は子どもの発達において不可欠だが、子どもたちは身近な周囲の危険性やその本質について理解していないため、このような行動が子どもたちを危険に曝す結果となる。乳児は、物を口に入れる行為が危険であることを知らず、身のまわりのものを何でも口に入れて確認する。また、乳児は水が液体であることを理解していないため、水の中に足を踏み入れてしまう。危険性を判断する能力は発達過程を経て習得されるので、この能力をもたない低年齢の子どもでは、傷害を被るリスクがさらに増大するのである。

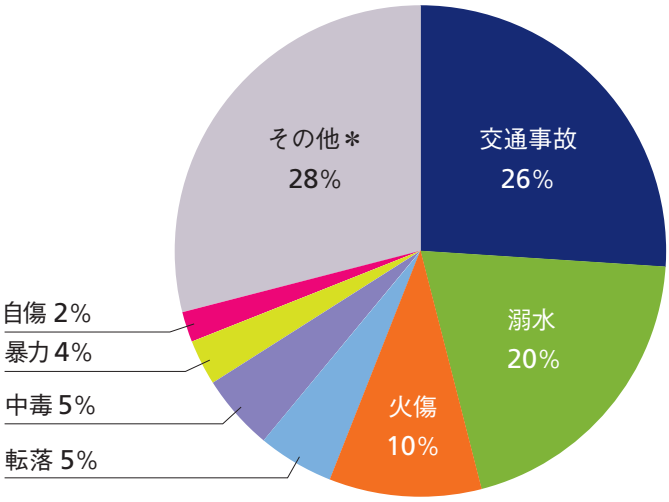
子どもの発達段階、子どもと周囲との相互作用、子どもの成熟にともなう多様な活動のすべてが、ライフステージと傷害の発生率や、傷害の種類とのあいだの密接な関係を説明できる。たとえば、1 歳未満の乳児の場合、火災、交通事故、溺水、転落が傷害死亡の主要な原因である。1 歳から 4 歳の年齢層の場合、子どもたちが自由に動くようになるため、溺死が傷害死亡の第 1 位となり、交通事故と火災がこれに続いている。これら三つの原因を総合すると、傷害死亡の原因の 2/3 を占める結果となる。

同様に、低年齢の子どもの傷害死亡の多くは意図的ではない傷害に当てはめられるが、年齢が高くなるにつれて意図的な傷害の割合が増加する。10 歳未満の子どもにおいては、意図的な傷害が傷害死亡に占める割合は約 5% であるが、10 歳から 14 歳の年齢層では約 15% まで増加している。15 歳以上の場合、傷害死亡の 1/3 もが意図的な傷害による死亡である。

子どもの傷害と性差

傷害と傷害による死亡は、性差とも密接な関係をもっている。15 歳未満の傷害による死亡の割合は女子よりも男子の方が高く、平均すると男女間に 25% の差が認められる (1)。男子の傷害死亡の割合が高いのは多数の要因によっており、具体的に

15歳未満の子どもの傷害死亡件率（原因別）
（2002 年調査）



＊呼吸困難、窒息、有毒動物、感電、
銃器の事故、戦争等による死亡などを含む。

典拠：WHO Global Burden of Disease project, 2002, Ver. 5
（2002 年 WHO 世界の疾病による負担プロジェクト、第 5 版）

は、危険と接触する機会の相違、行動、社会化、社会的処遇における差異などが挙げられる。

性差は、傷害の種類や年齢に関しても認められる。火災による火傷を除き、ほぼすべての傷害において、男子の傷害死亡数が女子を上回っている（13 ページの図参照）。しかし、一部の国では、火災による女子の火傷の死亡数が男子の件数を上回っていることに注目しなければならない。これらの国々では、思春期の女子の死亡数が男子の死亡数を上回っており、男女間に 50% 以上の格差が存在している（1）。たとえば東地中海の低所得国では、10 歳から 14 歳の女子の火災にともなう死亡率は男子より 60% 上回っている（1）。この一因として、料理（おもに直火による調理）が若年の女子を含む女性に割り当てられ、大多数の女性が従来の可燃性の衣類を着て調理をしていることが指摘されている。

ほとんどの地域と国々において、傷害による死亡の性差は、年齢の上昇とともに増大している。世界的に、1 歳から 4 歳までの幼児および 1 歳未満の乳児における傷害死亡率は、男女間でほぼ等しい数値である。しかし、5 歳から 9 歳の男児における死亡率は、女児における死亡率よりも約 30% 高い。さらに、10 歳から 14 歳の年齢層の死亡率の差は 60% まで上昇している。15 歳から 17 歳の青少年における死亡率は成人とほぼ同じで、傷害による死亡全体の 86% 以上が男性で占められている（1）。

傷害による死亡率の男女間の格差は、各国の所得状況によっても同じであるが、高所得国においていっそう顕著な傾向が認められる。低所得国および中所得国では、15 歳未満の子どもの傷害による死亡率は男性の方が女性より約 20% 高くなっているが、高所得国では、男性の傷害死亡率が女性の割合を 50% 上回っている（1）。

危険因子

傷害は世界各国の子どもにとって重大なリスクであるが、その発生率と影響は均一ではない。世界的にみると、子どもの傷害死亡の大多数（95%）が低所得国と中所得国で発生しており、15 歳未満の子どもの傷害死亡率は、高所得国における傷害死亡率の約 5 倍に達している（1）。

傷害リスクが均一でないことはさまざまなレベルで顕著であり、地域間、国家間、国内に傷害リスクの格差が存在している。地域・国家レベルの格差に加え、人口単位の集団や特定の小集団において、明らかに社会的・経済的不平等が存在している。貧困は重要な危険因子であり、大多数の種類の子どもの傷害および暴力と密接に関係している。

たとえば、低所得国および中所得国では、貧しい家庭の子どもたちのほとんどが徒歩で移動し、調理、暖房、照明のためには直火の設備しかない家で生活し、仕事場の中に子どもの遊び場があり、機械類や危険な化学薬品が置かれた場所で子どもが遊んでいる。また、高所得国では、単純労働者の家庭の子どもたちは、技術労働者の家庭の子どもたちよりも傷害死亡に至る確率が 3 ～ 4 倍高いことが研究結果として報告されている（10）。オーストラリア原住民をはじめとする先住民族の子どもたちの傷害による死亡率についても急激な上昇が認められる（11）。また、子どもの傷害による死亡率が全般的に低下した国々では、とくに富裕層における子どもの死亡率の低下が顕著であり、社会経済的水準が低い家庭の子どもたちの傷害による死亡率が低下した結果ではない（10）。

貧困は重大な社会的要因であり、大多数の種類の子どもの傷害および暴力と関係している。

前述した生物学的要因（年齢、発達段階など）や性差に関わる要因に加え、世界各国の経験から、保護因子の不在や地域環境などの多数の危険因子が、子どもの死に至る傷害および死に至らない傷害のリスクを決める重大な要因であることが示されている。

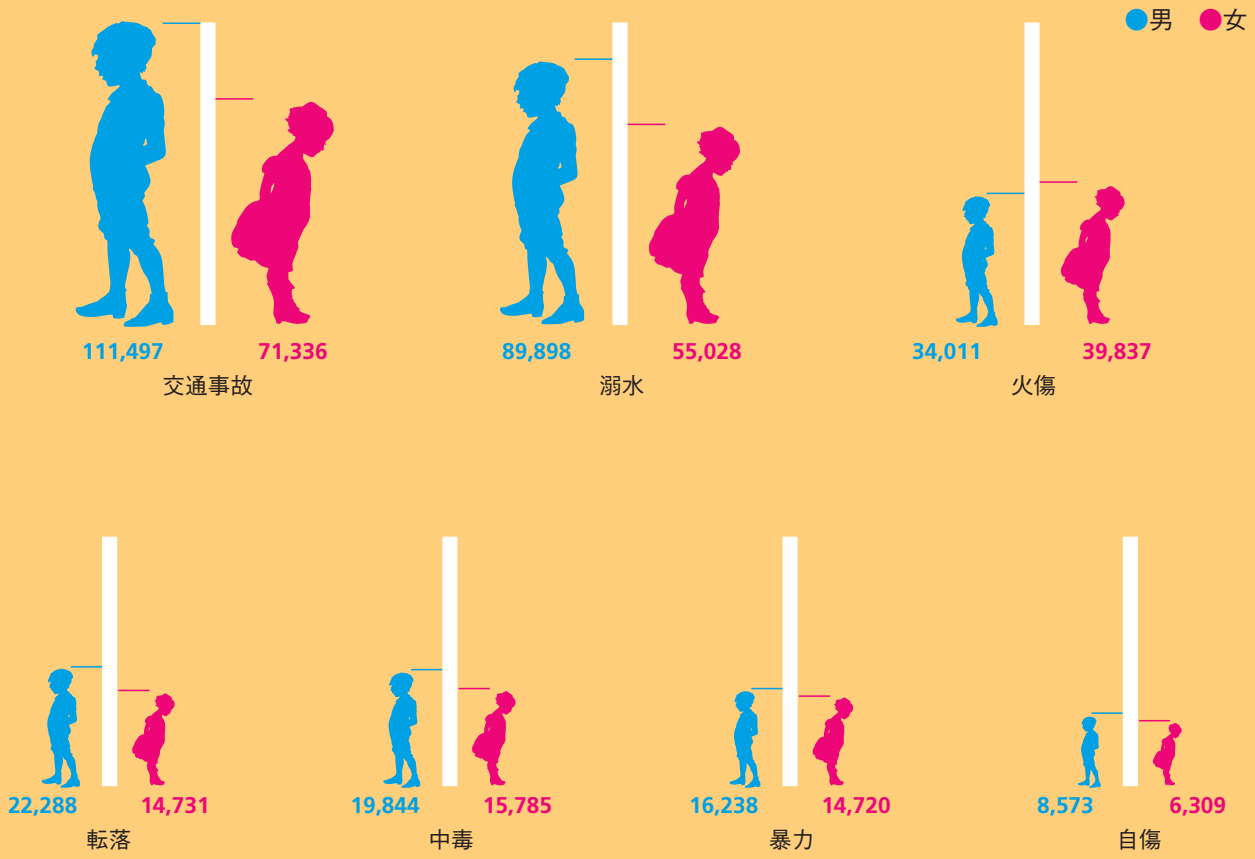
たとえば、環境要因として、歩道（歩行者と自動車の交通の分離を可能にする）および安全な横断歩道の設置、家屋の構造および種類等の基礎的なインフラの整備が挙げられる。これらの要因は、リスクと接触し、傷害が発生する原因となり、子どもの傷害の発生頻度やパターンを決めるのに重要な役割を果たしている。

道路輸送の場合、自動車の数、種類、品質（構造基準）、歩道と横断歩道の設置、道路と道路交通のインフラの品質、自動車の運転に対する法律上の規則、チャイルドシートの使用に関する法律上の規則（法律が厳密に適用され、法律が遵守されるレベル）などのすべてが、子どもの環境や子どもが日常生活で直面するリスクの程度に影響し、交通事故による傷害のレベルやパターンにも影響をおよぼすのである。

家屋の場合、家屋の建築を規制する法律や住宅用火災警報器、

15 歳未満の子どもの傷害死亡件数（原因別・性別）

（2002 年調査）



典拠：WHO Global Burden of Disease project, 2002, Ver. 5
（2002 年 WHO 世界の疾病による負担プロジェクト、第 5 版）

安全ガラス、手すり等のあらゆる安全対策（高所得国では広く普及している安全対策）を導入することで、家屋の火災や転落のリスクを大幅に低下させ、これらの原因による傷害死亡を減らすことができる。

医療サービスの提供および医療サービスへのアクセスも重要な要因であり、これらによって、傷害を受けた者が命をとりとめる確率や長期的な傷害の重症度が変わってくる。救急医療の迅速性と質——外傷ケアのレベル、有効性、普及度——、リハビリテーション関連の医療サービスの提供と質などのすべてが、傷害を受けた者が命をとりとめる確率や傷害にともなう後遺症の程度と持続期間に影響を与えるのである。これらの要因は傷害を受けたすべての人々にとって重要であるが、不利な環境にある人々の場合は、傷害にともなう負担に加えて、ケアへのアクセスのしやすさの違いがさらなる負担を強いることになる。

経済的および社会的コスト

子どもの傷害のコストに関する文献は乏しく、とくに低所得国と中所得国の報告はないが、このような傷害にともなう経済的・社会的負担が重大なことは明らかである。高所得国で単独に実施された調査では、傷害が入院治療費と医療費を増大させる大きな要因であることが示されている。たとえば、米国の場合、子ども（1 ～ 19 歳）の不慮の事故による傷害は、全入院件数の 11%、救急外来の受診件数の 39%、医療費の 13% を占めている（12）。

直接的な医療費とは別に、傷害および傷害による死亡では膨大な間接費用が発生する。これらの間接費用には、経済的コストと社会的コストの両方が含まれる。死亡、傷害、後遺症は、個人とその家族に大きな衝撃を与え、多くの場合、これらの衝撃は生涯にわたって続く。このような子どもの傷害の広範囲におよぶ負担については、いろいろな方法で表現することができるが、「はかりしれない苦悩」という表現は、負担の大きさをもっとも深刻に表現している（2）。

子どもが何の前触れもなく突然死亡した場合、家族は非常に大きな精神的打撃を受けることになる。このような悲しみに加え、子どもの傷害は、家族にとっていっそう大きな社会的・金銭的な意味をもつ出来事になる。傷害がもたらす影響について考慮すると、その子どもが傷害を負うというだけではなく、家族に傷害が発生したり、障害者となったりした場合には、同じ家族内の子どもは家族を支えるために学校をやめなければならなくなる場合もある。

アジアをはじめとする各地の調査では、傷害が親が死亡する主要な原因だと報告されている。たとえば、バングラデシュで実施された調査では、18 歳未満の子どもの母親が死亡している場合、母親の死因の 43% を傷害が占めていた（8）。子どもが孤児となった原因に関するメキシコの調査では、交通事故による親の死亡が第 2 位に位置づけられていた（13）。一家の稼ぎ手を失うことは、家族をいっそう貧しい生活に追いやることになる場合が多い（14）。

直接的な医療費は傷害にともなう費用全体のごく一部にすぎないという事実は、子どもの虐待、ネグレクト、子どもに対する暴力との関連においてとくに明らかである。一般に、この種の問題は人生を変える重大事であり、生涯にわたって健康に影響をおよぼすものである。このような傷害の多くは隠蔽されており、治療に支払われた費用も不明である。詳細な情報は乏しいが、関連費用の重大性が示唆されている。一例を挙げると、ブラジルのデータでは、青少年における入院治療の原因の 2/3 は暴力で占められている。米国の研究によれば、虐待とネグレクトが原因で入院した場合の医療費は、一例あたり 20,000 米ドルから 40,000 米ドルの範囲と推定されている（15）。

「子ども時代の傷害による悲劇の重大性に関しては、悲劇を経験した家族の数と同時に悲劇の深刻さを調査し、悲劇の範囲とその深さに基づいて評価しなければならない。この場合、子どもの死にともなう悲しみと苦悩の深さは、どのような数値データによっても表すことができない（2）。」

3. 乳幼児と青少年の傷害は予防できるか

子どもの傷害は避けられないものではなく、予防することができる。

傷害は避けられないものではない。これまでの経験から、大多数の傷害は予防可能であるか、少なくともコントロールすることができるとわかっている。実際、多数の国々において、子どもの傷害死亡率は大幅に減少しており、一部のケースでは傷害死亡率が 50% 以上低下している。可能な傷害予防策は以下の通りである。

- 家庭内での子どもの熱湯による熱傷は、家庭用給湯システムの温度を下げることにより、最大 60% まで削減された（16）。
- 子どもの窓からの転落死は、教育と低年齢の子どもがいる場所の窓に格子を取り付けることによって 50 ～ 90% 削減された（17）。
- 1964 年から 1992 年の間に、5 歳未満の乳幼児の中毒死は、低年齢の子どもが薬物に近づくのを制限する対策（医薬品の包装への小児用安全密閉包装の使用や用量の削減等の対策）を導入した結果、半減した（18）。
- 子どもの交通事故による傷害死亡率は、スピード制限、スピード抑制対策＊（traffic calming schemes）、チャイルドシートの使用、自転車に乗る場合のヘルメットの着用等の対策によって低下した（19）。
- 歩行中の子どもの死亡および傷害は、子どもと交通の接触を抑制する対策（歩道および横断歩道の設置等の対策）の導入後に減少した。

＊ 訳注：traffic calming schemes
衝突事故を減らすため、運転者の行動を変えてスピードを出しにくくすること。道路幅を狭くする、環状交差点、道路に 80 ㎜くらいの凸凹を設置するなど。

子どもの傷害の原因は多面的で相関性がある場合が多いため、予防策が効果を完全に発揮するためには、多様な手段を講ずることが必要である。予防策は、便宜上、一次予防策（傷害の発生自体を予防するための対策）、もしくは二次予防策（事故によって発生する傷害の重症度を軽減するための対策）に分類される。三次予防策は、事故によって発生した傷害がおよぼす影響を軽減するための対策である。

子どもを対象とする一次予防策と二次予防策は、単独で導入される場合と併用して導入される場合がある。これらの予防策には、法制化による規制と執行、製品の改善、環境の改善、家庭訪問による支援、安全装置の普及、教育と技術開発、地域を基盤とする介入策が含まれる（19）。二つ以上の要素を含む多角的な戦略については、とくに教育、法制化、環境改善等がなんらかのかたちで組み込まれている場合に、最大の効果を発揮する可能性が高い（以下の囲み内を参照）。

近年、ある程度の進歩があったことは事実であるが、とくに低所得国と中所得国における子どもの傷害死亡数の削減は今後の重要な課題である。世界各国において、子どもの傷害を予防

傷害予防戦略

法制化による規制と執行

法律およびその他の規制は、傷害を予防するための非常に強力な武器の一つであることがわかっている。たとえば、チャイルドシートの使用を定めた法律の導入により、チャイルドシートの使用率が上昇し、交通事故による傷害発生率が減少した（20）。

製品の改善

製品のデザイン変更が子どもの傷害の発生予防に役立つことを示したもっとも良い例として、医薬品およびその他の家庭用化学製品に使用されている小児用安全密閉包装の開発が挙げられる。このような改善は、複数の高所得国において、子どもの中毒死件数の削減に貢献している。たとえば、オーストラリアのビクトリア州では、子どもの中毒死が 45 ～ 60% 減少し、薬物誤飲のために救急外来を受診する件数が 60 ～ 90% 減少したと報告されている（21）。

環境の改善

傷害を予防するためには、地域の環境を改善（利用しやすい環境に改善）することが重要なアプローチとなっており、このような改善による予防策は子どもばかりでなく、あらゆる年齢層の人々に役立っている。すべての年齢集団における衝突事故関連の死亡と傷害に注目し、スピード抑制対策（traffic calming schemes）を検討した結果、これを町全体に広く導入することにより、交通事故にともなう傷害の減少が可能であることが繰り返し報告されている（22,23）。

家庭訪問による支援

家庭訪問は、家庭環境の改善、家庭問題の改善、子どもの問題行動の予防をはじめとする多様な目的のために利用されている。低年齢の子どものいる家庭を訪問することは大きなプラスの効果があり、とくに子どもの虐待を予防するために有効であることが報告されている（24）。

教育と技術開発

多様な分野の人々を対象に傷害予防の訓練を実施することは、高所得国で発生している子どもの傷害死亡の件数を削減するために役立っていると考えられているが、近年、傷害予防策の一つの形態としての教育プログラムの価値に関して、議論がさかんにおこなわれている。特別な訓練法の具体例としては、歩行者スキルの訓練プログラムにより、一部の行動スキルが改善されることが証明されている（25）。学齢に達した子どもを対象とした水泳訓練が有効であることも報告されているが（26-28）、この種の対策の有効性についてきちんとした結論を下すためには、現在進行中の水泳訓練と溺水の予防に関する詳細な研究の結果を待たなければならない。

地域を基盤とする介入策

多様な種類の傷害が存在し、広範囲の対策が予想されることから、地域を基盤とするアプローチが傷害予防にはとくに有効である。さまざまな状況において、複数の介入策を多様なかたちで反復して実施することが、地域内部に安全という文化をつくり上げるのに役立つ（29）。そこで、とくに重要なのが、「セーフ・コミュニティ」モデルである。これが、その地域全体、あるいはその自治体の全居住者の傷害の削減に有効であることが繰り返し報告されている（30）。

子どもの傷害予防および評価について国際誌に発表された文献のほとんどは、少数の高所得国の研究者によるものである。しかしながら、身体的な関係は世界共通であるため、傷害対策（例：シートベルトの使用、バイクに乗る際のヘルメットの着用、チャイルドシートの使用、小児用安全密閉包装の採用、貯水区域への囲いの設置など）の多くは、いずれの国にとっても有効であると思われる。

ただし、高所得国において有効性が実証されている介入策が、必ずしも低所得国および中所得国で通用するとは限らない。介入策を導入する際には、そのプロセスがいっそう大きな問題となる場合が多い。というのは、導入プロセスを完全に理解することは難しく、導入に際しては、地域の特異性への配慮が必要なためである。したがって、高所得国において有効性が証明されている介入策を低所得国および中所得国に導入する場合、慎重に適応化のプロセスを考える必要がある（31）。さらに、介入策を低所得国および中所得国に効果的に導入するためには、事前に試験を実施し評価することが必要な場合もある。

するための介入策の開発および実施を妨げているのは、おもに以下の事項である。

- 運命論的な考え方（傷害は予防することができない「神の行為」であるという根拠のない考え方）。
- 傷害は子どもの死亡の重大な原因であり、死亡事故の多くは回避することが可能であるということを政策立案者が認識していないこと。
- この問題に取り組むための人的資源の欠如。
- この問題の重大性に対応できるだけの資源が欠如していること、あるいは傷害予防に取り組む機会を提供するだけの資源が欠如していること。
- とくに傷害によって最大レベルの負担を被っている地域において、傷害の発生と原因のパターンに関するデータが乏しいこと。
- 有効性が証明されている対策を完全には実施することができないこと。
- 低所得国および中所得国においては、傷害予防対策の開発と検証への関心が低いこと。
- 傷害予防全般に対する政治的観点からの関心および理解が欠如していること。
- とくに低所得国と中所得国において、傷害の被害者への救急医療とリハビリテーションサービスが提供されていない、あるいは質の高いこれら医療サービスが提供されていないこと（傷害による負担をいっそう大きくする要因となる）。

子どもの傷害による負担がもっとも大きい国々が、傷害対策に費やす能力や資源のもっとも乏しい国々である場合が多い。そのおもな理由は、これらの国々の場合、子どもたちに一部の重症疾患の負担がのしかかっており、傷害対策以外に注力しなければならない問題が存在しているからである。貴重な資源を多様な目的で使用しなければならない実情が、傷害予防の支援活動にとってさらなる課題となっている。傷害予防は、領域横断的であると同時に複数の分野と関連することがその本質的な特徴であり、この事実によって問題はさらに悪化するのである。個々の専門領域で効果的な行動をとることは可能であるが、最善の実際的介入策を導入する場合、多数のセクターにおよぶ複数の利害関係者を調整しなければならないという問題に直面する。通常、保健省（訳注：日本の場合は厚生労働省）が傷害にともなう直接的な負担の大部分を引き受けることになるが、傷害予防の取り組みにおいて大きな影響力を有するのは、その他のセクター（教育、輸送、建築、法律制定、法律の執行を担当するセクター）である。残念ながら、これらの利害関係者には、傷害予防に向けたインセンティブが少なく、傷害予防以外の活動が優先される場合が多い。

上述したおもな障害および課題の一部について、以下でその詳細を考察する。

データの限界

傷害パターンのデータは、優先課題の特定、ハイリスク集団の特定、傷害の原因の究明に不可欠である。したがって、情報の利用可能性と情報へのアクセスが、傷害の予防策を特定するための重要な鍵となる。同様に、データが欠如している場合、緊急事態に対する行動方針の策定および緊急事態の優先順位設定、研究、介入策の開発、介入策の監視と評価などは困難となる。高所得国においては、データへのアクセスの確保やこれらのデータの詳細な分析の実施が、子どもの傷害予防を成功に導くために不可欠であることは明白となっているが、高所得以外の地域では、子どもの死亡および傷害に関するデータは乏しく、不足している場合が多い。

したがって、とくに低所得国および中所得国の場合、子どもの傷害と死亡の水準ならびにパターンについて、信頼性の高い予測をおこなうことが傷害を予防するために重要な課題となる。このため、各種の優れたデータ収集システム（病院の調査、地域を対象とする多数の調査など）を併用して、国家レベルおよび地域レベルのデータの量、質、利用性を向上させなければならない。

WHO には 192 か国が加盟しているが、現時点において、質が高く、標準化されたコードシステムに基づいて分類されたほぼ完全な傷害データを作成しているのは、わずか 23 か国にすぎない（32）。前述したように、もっとも深刻な問題をかかえている国々において、データがもっとも不足しているのである（低所得国および中所得国においては、子どもの溺水、火傷、中毒、交通事故傷害に関するデータがとくに不足している）。これらの国々では、介入策の評価や傷害の費用に関するデータもほとんど収集されておらず、データが存在しているとしてもごくわずかなものにすぎない。高所得国では病院の利用状況に関して主要な高品質データを入手できるが、低所得国および中所得国ではこの種のデータも非常に乏しく、限られたデータの

精度も低い。最後に、一部の地域ではその地域固有の問題が関与しているため、対人暴力および自傷の発生率、危険因子、重大性に関する情報を入手することは困難である。

多数の国々において、医療の利用状況、とくに高額な入院治療および外傷ケアの利用状況に関するデータが全般的に欠如しているため、傷害による負担が過小評価される結果となり、この種の高額医療ならびに特殊医療の利用状況やリスクグループの分析を難しくしている。この点に関しても、とくに低所得国および中所得国では、医療機関をベースとするデータ収集システムで使用される母集団に問題がある。これらの国々では、外傷による死亡のほとんどが病院以外の場所で発生しているうえ、医療へのアクセスが困難であることが原因で、医療機関をベースとするデータ収集システムには多数の傷害と死亡が含まれていないのである。

研究

高所得国において達成された傷害死亡率の低下は、子どもの傷害予防を目的として科学的に策定されたプログラムを導入した結果として実現したことである。しかしながら、このような成功をもたらした研究と手法は、高所得国の状況および環境に適したものである。低所得国および中所得国は固有の問題に直面しており、これらの国々に定着している文化、社会的環境、経済的環境に合わせて調節および開発された介入策を必要としている。この種の介入策の開発・検証・確認・実施・評価については、研究の実施が不可欠である。実際、研究は、傷害予防プロセスの全段階において中心となっている。

多数の国々では、傷害予防活動の推進が困難な状況にあり、その理由として、傷害に関する基礎データおよび研究の不足ばかりでなく、介入試験、経済分析、プログラムの有効性試験、社会科学研究、医療利用状況に関する分析などが十分に実施されていないことが挙げられる。何よりも重要なことは、国家レベルで介入プログラムを実施するための資金を提供することである。

予防

前述したように、低所得国と中所得国における子どもの傷害予防のためのおもな課題は、個別レベルあるいは地域レベルで検証および評価された予防策を開発すること、ならびに有効性が証明されている予防策を地域の状況に適応させることである。すでにかなりの進歩を遂げた地域では、有効な介入策を広く応用するための取り組みが必要である。最近、米国で実施された分析では、一部の州において子どもの傷害死亡の予防策として有効性が証明された対策を類似した条件の州に導入した場合、これらの傷害死亡数を 2/3 のレベルまで削減できたと報告されている（33）。

能力開発

すべての国が、傷害予防に介入するための能力、傷害患者に対して救急医療と治療を提供する能力、適切なリハビリテーションサービスを提供する能力の限界に直面している。この問題に関しては、子どもの傷害にともなう負担がもっとも大きい国々において迅速な対応が求められている。能力開発の必要性について考慮する場合、とくに重要性が高いのは、知識の構築と移転、スキルの開発、システムと構造の強化、効果的なネットワークと協力体制の構築、という四つの領域である。

世界各国、とくに低所得国と中所得国において、多数の傷害予防専門家と研究者を緊急に養成する必要がある。低所得国および中所得国の場合、養成された専門家や研究者が高所得国に移住しないで自国に留まるようにするために、インセンティブを与える必要があると思われる。

アドボカシー（支援活動）

絶対的および相対的観点からみた子どもの傷害の重要性については必ずしも広く認識されているわけではなく、通常、予防の可能性については過小評価されている。この問題の重要性に対して理解が欠如していることにより、予防の取り組みに対するリソースの分配、および現状の改善に必要な政治的な意志ならびに組織的な意志の創出が妨げられている。

医療サービスやその他の関連した公共サービスの提供者は、「傷害は一つの問題であること、傷害は予防できること、地域、当局、ボランティアの支援を受けて傷害予防の行動を起こすことが可能であること」を自らが認識しなければ、プログラムへの援助や資源を割り当てることができない。この問題に対処するため、資源を効率的かつ効果的に利用して公衆衛生上の利益をもたらすことができることを証明する必要がある。

5. WHO の役割

傷害予防を成功させるためには、傷害そのものが、あらゆるレベル（地域、国家、世界レベル）の関心事となって議論され、行動の対象とならなければならない（34）。

上述したように、多くの複雑な問題が存在しているが、傷害を予防するための機会は存在している。交通事故にともなう傷害や暴力についての公衆衛生上の重要性に対する認識の向上は、傷害予防のあらゆる側面で現在進められている情報の収集、経験の蓄積、理解の促進とともに、世界中において、子どもの死亡率と有病率の持続的な削減を実現させる機会を提供しているのである。

WHO は、世界全体の健康を取り扱う国連の特別機関である。WHO の目的は、世界中の人々の健康状態を最高水準まで向上させることである。WHO は 192 の加盟国によって構成され、各国の代表者が出席する年次総会において WHO の活動方針が決定される。したがって、WHO 総会は、主要な健康問題を討議するための固有の基盤を提供し、疾病予防、測定と分析、研究、能力開発、サービスの提供、アドボカシー（支援活動）のための戦略の開発および戦略の実行において中心的な役割を果たしている。WHO は、これらすべての領域において、世界各国で展開されている予防対策の取り組みを促進するため、複数のパートナーとの協力により、組織化したり、技術援助の提供や助言を与える機能を有している。

傷害と暴力の問題については、最近開催された何回かの WHO 総会で討議され、暴力と傷害予防、障害、リハビリテーションの領域における WHO の活動を定めた決議が繰り返し採択されている。子どもの傷害予防の領域における WHO の取り組みは、公衆衛生のアプローチにしたがったものであり、すでに指摘されている知識の格差、不平等、不公正を改善することを目指している。WHO 内部では、傷害予防とその他の活動領域（子どもの健康、環境保健、医療制度の開発）との連携を目指した活動プログラムが展開される計画である。これらの計画を実行するためには、WHO が広範囲にわたる機関および非政府組織（NGO）と協力し、貧困や貧困の抑制等の多様な経済社会問題に取り組む必要がある。

WHO の Department of Injuries and Violence Prevention（傷害・暴力予防部門）は、国際的な科学的根拠に基づく取り組みを推進する機関として活動している。この機関の目的は、安全性の向上、暴力と不慮の事故による傷害を予防し、公衆衛生とヒトの発達に重大な脅威となる暴力や傷害の結果を緩和することである。同部門は、以下の事項を実行することによってこの任務を果たしている。

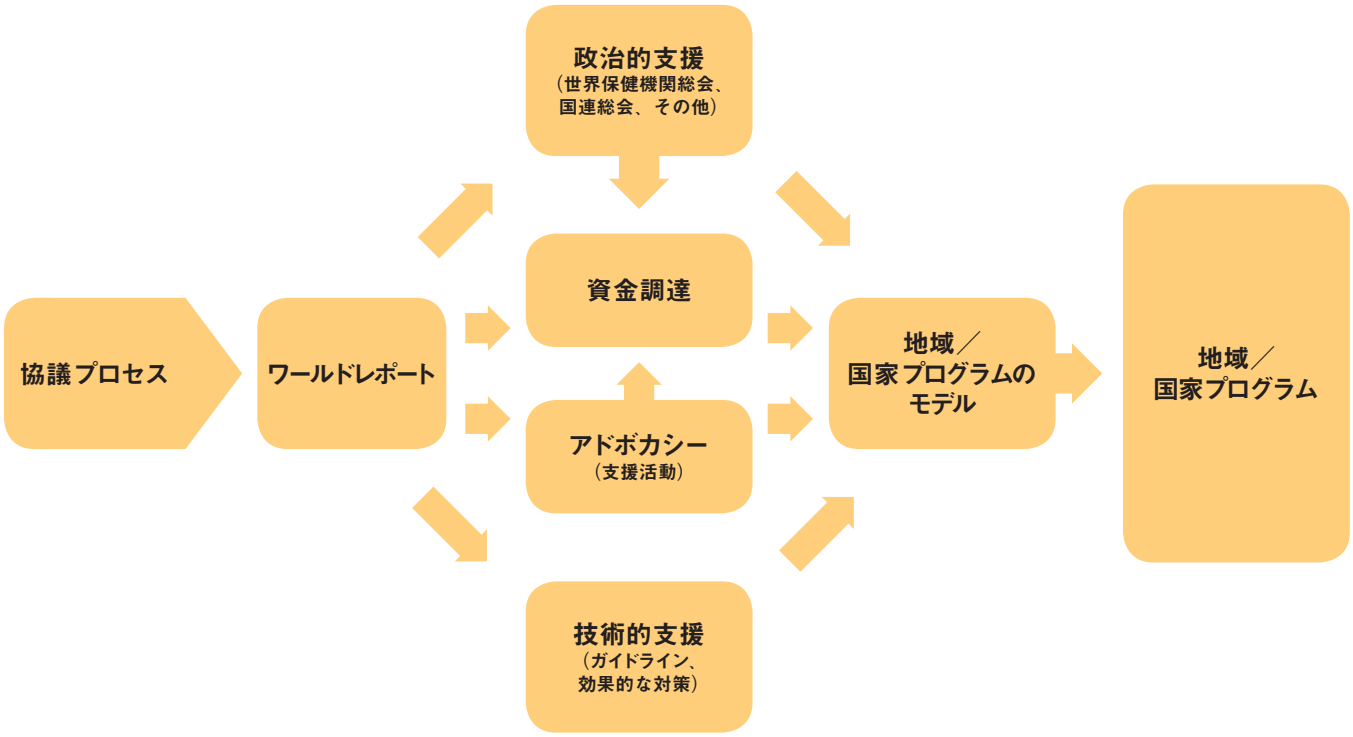
- 認識の向上ならびに人的資源と財政的資源の増大を提唱すること。
- 世界レベルのデータを照合、分析、配布すること。
- 以下の事項を提唱して推進すること。
  - ＊データ収集の改善
  - ＊最善策の導入
  - ＊国家レベルにおける予防と対策
  - ＊犠牲者および生存者に対するサービスの提供
  - ＊教育と訓練
- 世界、地域、国家レベルの組織が団結して総合的な協力体

制を推進すること。

Department of Injuries and Violence Prevention（傷害・暴力予防部門）は、このようにして行動計画を非常に効果的に利用している。また、同部門は、関連するトピックについて利用可能な情報を収集して総合する手段として、ワールドレポートも効果的に活用している。さらに、同部門は、地域および国家レベルにおける傷害と暴力を予防するための取り組みの普及と質的向上を目指す長期的な協議プロセスの始点として、ワールドレポートを巧みに活用しており、この点も重要である。プロセス全体のおもな骨子を下記のダイアグラムに示した。このモデルはすでに採用され、暴力と交通事故傷害のケースに適していることがわかっており（12,35）、WHO の子どもの傷害予防行動計画の基盤となるものと思われる。モデルの基本的な指針にしたがい、各国およびその他の機関と連携して、子どもの傷害予防全般についての作業、とくにワールドレポートの作成作業が進められている。

子どもの傷害予防策は領域横断的であると同時に複数の分野と関連するので、世界規模で傷害予防の取り組みを推進するためには、強力な連携と国際的な協力体制が必要である。この考え方は、国連子ども特別総会において承認されたものであり（5）、子どもの傷害を予防するための取り組みには、可能な限り広範囲にわたる個人および組織の協力が必要であることが強調されている。

ユニセフは、国連総会において、子どもの権利を擁護し、子どもの基本的なニーズ（とくにもっとも不利な状況にある子どもたちのニーズ）を満たすための支援を提供する目的で設立が認められた機関である。ユニセフには、傷害予防の活動を展開するうえで果たすべき重要な役割がある。また、研究活動、介入策の策定、犠牲者への支援活動等の傷害予防の多様な側面に積極的に取り組んでいる多数の国際的な NGO [European Child Safety Alliance（欧州子ども安全同盟）、The International Society for Child and Adolescent Injury Prevention（ISCAIP：子どもの傷害予防のための国際学会）、Safekids International（国際安全子ども組織）、The Alliance for Safe Children（TASC：子ども安全同盟）] もユニセフと同様に重要な役割を果たすことが期待されている。



第II章

WHO行動計画

本冊子の第 II 部では、子どもの死に至る傷害と死に至らない傷害の抑制ならびに減少という目標について、WHO が協力組織と協議し、WHO がこの目標を達成するための重要な段階的対策とみなした事柄について言及する。以下で述べることは、2005 年 3 月 31 日に開催された WHO Child Injury Prevention Consultation Meeting（WHO 子どもの傷害予防会議）の参加者をはじめとし、子どもの健康、とくに傷害について関心のある多数の組織および個人との広範囲におよぶ協議プロセスの結果である。子どもの傷害予防において、WHO がとくに貢献できる主要な領域について言及した。WHO の国家、地域、世界レベルにおける取り組みを方向づける目的で、10 か年計画（2006 ～ 2015 年）が策定された。同計画の枠組みのおもな目標は以下の通りである。

- 傷害の特徴、程度、予防の可能性について理解するための基盤を構築すること。
- 傷害予防に取り組むための連携体制を構築および推進することによって最大限の影響力を発揮すること。
- 効果的な介入策の導入およびその有効性の評価をおこなうための能力開発に積極的に取り組むこと。

戦略計画の実施には、WHO の三つのレベルのパートナー組織（本部、各国事務局、地域事務局のすべて）と政府の協力が必要である。各国の保健省がこの取り組みの中心的役割を果たすことになるが、その他の政府部門の協力も活動を展開するうえで重要である。実際には、広範囲にわたるセクターに協力を要請する。パートナー組織には、子どもの傷害と暴力の予防に積極的に取り組んでいる団体が含まれるが、対象となる課題によって参加団体は異なるものと思われる。研究活動、医療サービスの普及、医療サービスの評価、障害とリハビリテーションに関係している団体をはじめとする非政府組織、ネットワーク、支援団体もこの取り組みに参加することになる。子どもについての考え方は、本行動計画の実施に向けて統合されるだろう。

子どもの傷害および暴力を予防するための活動は、単独で実施することはできない。したがって、この計画は、子どもの健康増進、環境改善、医療制度の開発、データ収集の向上、能力開発を促進するための幅広い取り組みなどと連携して推進される。

本行動計画の枠組みは、六つの骨子または作業領域で構成されており（右上の表参照）、詳細については以下に言及する。各項目ごとに、行動計画と予想される成果を示した。

子どもの傷害予防のためのWHO行動計画

1. データと測定
- 重大性と負担
- 危険因子
- 健康におよぼす影響

2. 研究
- 主要な研究ニーズ
- 介入試験の推進

3. 予防
- 予防プログラムの強化
- 国家戦略とプログラムの立案

4. サービス
- 傷害と暴力の被害者に対するサービス

5. 能力開発
- 研究を実施するための努力と能力

6. アドボカシー（支援活動）
- 認識の向上
- 行動の推進と支援
- 多数の国家間およびセクター間の協力

骨子

国家、地域、世界の各レベルにおいて、子どもの傷害および暴力に関するデータ（死亡率、罹患率、健康の影響、障害、関連コストを含むデータ）の収集および分析を推進して強化する。

子どもの傷害および暴力の危険因子と保護因子に関する情報を特定、照合、改善する（介入することが可能なポイントの特定を含む）。

行動計画

- 既存の国家レベルにおける子どもの傷害および暴力に関する調査データならびにサーベイランス調査データを特定し、Global Burden of Disease（GBD：世界の疾病負担）の評価に使用する。
- 子どもの傷害および暴力についての疫学研究、被害者の医療へのアクセス状況の調査、成果についての研究を各国が協力して実施するのを支援する。
- すでに発表されているガイドライン［WHO Injury surveillance guidelines（WHO 傷害サーベイランスガイドライン）（36）；Guidelines for conducting community surveys on injuries and violence（傷害と暴力についてのコミュニティ調査を実施するためのガイドライン）（37）］を各国が使用するのを促進する。
- 標準化された傷害および暴力に関する分類システム［International Classification of Disease, version 10（ICD-10：国際疾病分類第 10 版）；International Classification of External Causes of Injury（ICECI：外因に対する国際分類）］の使用を促進する。
- Global initiative on children's environmental health indicators（子どもの環境による健康指標に関する世界イニシアチブ）などの機構に協力することにより、傷害とその他の活動領域の連携を促進する。
- 傷害と暴力のコストを評価するための標準的な手法を開発する。
- 子どもの傷害および暴力による障害等の影響を予測するための方法を開発する。
  - ・国家レベルで実施される人口動態健康調査やその他の各種調査に、傷害および暴力と関連する質問項目を加えるように要請する。

予想される成果

- 子どもの傷害および暴力に関する GBD 評価予測が改善される。
- 子どもの傷害および暴力の疫学、リスク、健康におよぼす影響ならびに被害者の医療へのアクセス状況について国家間での比較が可能となる。
- 作成中の子どもの傷害予防に関するワールドレポートに、世界レベルにおける子どもの傷害および暴力についての予測データが組み込まれる。
- 作成中の子どもの傷害予防に関するワールドレポートに各国の事例研究が組み込まれる。
- 傷害と暴力の影響およびコストを予測するためのガイドラインが策定される。
- 意思決定者および調査担当者がデータ収集活動をおこなうための指針となる WHO「データ・キット」が作成される。
- 作成中の障害とリハビリテーションに関するワールドレポートに、子どもの傷害および暴力と関連する障害の予測データが組み込まれる。

2. 研究

骨子

子どもの傷害および暴力の予防の領域において、主要な研究ニーズを特定し、優先課題のリストを作成し、これらの優先課題に関する情報が確実に研究者、政府、支援者、その他の利害関係者に利用できるようにする。

大きな負担を背負っている地域の子どもが傷害を被るのを予防するため、効果的な介入策の試験の実施を促進する。

行動計画

- 関係する専門家およびパートナーが参加する最前線のワークショップを繰り返し開催することにより、子どもの傷害および暴力を予防するための研究課題（一連の最優先課題と今後の研究プロジェクトを含む）を策定する。
- 子どもの傷害および暴力の予防と関連する情報の交換、ならびにこれと関連する問題についての討議を目的として、ネットワークの活動を推進するとともに、この種の活動に支援を提供する。
- 子どもの傷害および暴力の予防を目的とした効果的な介入策についての研究を推進すると同時に、この種の研究に対して専門的な支援を提供する。
- 傷害の削減に対する投資の一環として、この種の研究への資金援助の増大を要請する。

予想される成果

- 主要な研究のニーズ、研究課題、優先すべき研究課題と今後の研究プロジェクトのリストを発表する。
- 子どもの傷害および暴力の予防に関する情報を交換するための地域ネットワークを設立する。
- 複数のモデル国を選定し、子どもの傷害および暴力を予防するための効果的な対策を試験的に実施して評価する。
- 子どもの傷害および暴力を予防するためのプロジェクトに対して、追加の研究資金援助をおこなう。
- 子どもの傷害および暴力を予防するための活動領域において、最優先すべき研究課題と研究ニーズをウェブサイトに掲示する。

3. 予防

骨子

世界のすべての国々において、傷害と暴力を予防するためのいっそう強力かつ効果的な対策とプログラムの開発を支援する。

子どもの傷害と暴力を予防するための国家戦略ならびに国家プログラムを策定することを、多数の国々に対して要請する。

行動計画

- 子どもの傷害および暴力を予防するための介入策の有効性に関して、低所得国と中所得国を中心にすでに実施された国家レベルの研究を特定する。
- 子どもの傷害予防のために有効な実施ガイドラインを開発する。
- WHO の子どもの傷害予防行動計画の実施を目指し、各国に技術的な支援を提供する。
- 子どもの傷害予防に関して立案されたワールドレポートの勧告事項を実施する方法について、指導と技術的な支援を提供する。
- 子どもの傷害および暴力予防の活動を、子どもの健康ならびに環境衛生を中心とした各種の健康増進領域に統合する方法について指導する。

予想される成果

- 子どもの傷害および暴力予防のための効果的な実施ガイドラインを策定する。
- 子どもの傷害予防に関して作成されたワールドレポートの勧告事項を実行する方法についてのガイドラインを策定する。
- 各種セクターが協力して傷害と暴力の予防に取り組むことを目指し、これらのセクターの活動に対して積極的な支援を提供する。
- 子どもの固有のニーズに配慮した傷害および暴力予防のための国家政策を制定する目的でガイドラインを策定する。
- 子どもを対象とする傷害および暴力予防のための計画を立案する目的で各国および各地域に技術的な支援を提供する。
- 子どもの傷害予防に関して作成されたワールドレポートの勧告事項を実行するため、各国に技術的な支援を提供する。
- 子どもの傷害および暴力を予防するために効果的な対策を実施して評価することを目的とし、一連の国家モデルを作成する。

4. 傷害および暴力の被害者となった子どもに対するサービス

骨子

傷害および暴力の被害者に対して地域、国家、国家間レベルのサービスを積極的に提供する。

行動計画

- 傷害および暴力の被害者となった子どもたちに支援とサービスを供給するネットワークと組織に対して、技術的な情報を提供する。
- すでに策定されている WHO guidelines on Prehospital trauma care systems（外傷に対する医療機関受診前のケアシステムに関する WHO ガイドライン）（38）をモデル国が実施するための技術的な支援を提供する。
- すでに策定されている WHO Guidelines for essential trauma care（外傷に対する基本的ケアのための WHO ガイドライン）（39）をモデル国が実施するための技術的な支援を提供する。
- すでに策定されている WHO Guidelines on the medico-legal care of victims of sexual violence（性的暴力の被害者に対する医学・法的ケアに関する WHO ガイドライン）（40）をモデル国が実施するための技術的な支援を提供する。
- 傷害と暴力の被害者に対して効果的なサービスを提供するための具体的な方法を特定する。

予想される成果

- 外傷に対する医療機関受診前のケアシステムと、外傷に対する基本的ケアについての訓練プログラムを策定する。
- 傷害を受けた子どものケアおよびリハビリテーションのためのモデルとなる国家プログラムを策定する。
- 傷害および暴力の被害者に対してより良いサービスが提供される。

5. 能力開発

骨子

データ収集のための能力ならびに子どもの傷害および暴力を予防するための能力を開発する。

行動計画

- 低所得国および中所得国において TEACH-VIP（公衆衛生学を専攻している学生のための傷害と暴力の予防教育）のキャンペーンを推進する。
- TEACH-VIP に関しては、子どもの傷害および暴力予防に関する上級の学修単位を策定する。
- 子どもの傷害および暴力予防が、傷害と暴力予防に関する WHO 指導教育プログラムに組み込まれていることを確認する。
- 傷害関連研究に積極的に取り組んでいるネットワーク、および大きな負担がのしかかっている国で傷害予防に取り組んでいるネットワークに対して、基本的な資金援助および技術的な支援を提供する。
- 子どもの問題を含めた傷害および暴力予防に関する地域レベルの会合あるいは会議を積極的に開催する。
- 国家間および地域間の協力体制の構築や推進を目指した会議や研修プログラムへの参加を促進するため、助成金を積極的に提供する。

予想される成果

- 低所得国および中所得国において、TEACH-VIP 訓練プログラムを公衆衛生修士課程に導入する。
- 子どもの傷害および暴力予防に関する上級の学修単位を TEACH-VIP 課程に導入する。
- 多数の専門家が子どもの傷害および暴力予防に取り組むようになる。
- 子どもの傷害および暴力予防の骨子が組み込まれた地域会議やワークショップが開催される。
- 低所得国および中所得国において、傷害と暴力に関する研究がおこなわれるようになり、予防活動のためのネットワークが組織される。

骨子

子どもの傷害および暴力に関する情報を収集して配布することにより、この問題がおよぼす影響についての認識と関心を向上させる。

子どもの傷害および暴力に取り組むための政治的意志の創出と資源の開発を中心に、この問題に対処するための活動を積極的に展開する。

子どもに関係する傷害および暴力の予防を目指し、世界レベルの各種セクターの協力体制を構築し、これを推進する。

行動計画

- 子どもの傷害予防に関して立案されたワールドレポートの勧告事項の実施状況について追跡調査をおこなうため、支援戦略を開発して実行する。
- 政策立案者と支援機関に対して、子どもの傷害と暴力の予防に対する認識を向上させる。
- 子どもの傷害および暴力という問題について、理解しやすく、科学的根拠に基づくメッセージと解決法を提案する。
- 子どもの傷害、暴力、障害、リハビリテーションの問題を、子どもの健康と幸福に関する国際フォーラムで取り上げるように要請する。
- 子どもの傷害および暴力予防に関するイニシアチブを推進するための活動に NGO の参加を積極的に要請する。
- 保健省内部に傷害と暴力予防を専門に扱う部署を設置することを要請する。
- 現在作成中の国連事務総長による Study on Violence against Children（子どもに対する暴力に関する研究）に記載される勧告事項の実施を積極的に働きかける。
- 多国支援機関、二国支援機関、財団、各国政府、地域機関、民間セクターに対して子どもの傷害および暴力予防のためのリソースの提供を要請する。
- 子どもの傷害および暴力予防に関係する組織（WHO 協力センターならびに各種セクター間のネットワークを含む）の相互協力を推進する。
- 子どもの傷害および暴力予防に関係する世界レベルの計画やフォーラム（傷害予防と安全推進に関する国際会議等）に参加する。
- 子どもの傷害および暴力予防に大いに貢献した「チャンピオン」を特定する。

予想される成果

- 各国当局の高官が、子どもの傷害予防に関して作成中のワールドレポートの勧告事項の実施を推進する。
- 子どもの傷害および暴力予防という問題を主要な政治課題に組み入れ、傷害予防会議を重要なものとして取り上げる。
- 子どもの傷害および暴力予防のためのデータ集や意見文書やツール [例：WHO/UNICEF Child and adolescent injury prevention: a global call to action（WHO/UNICEF 乳幼児・青少年の事故による傷害の予防：全世界的行動キャンペーン）(34)] を作成する。
- 政治指導者およびオピニオン・リーダーが、子どもの傷害および暴力予防活動を推進する見解を発表する。
- 世界各国の保健省内部に傷害と暴力予防を専門に扱う部署が設置される。
- 子どもの傷害および暴力予防に協力する支援者から多額の援助金が提供される。
- WHO の子どもの傷害および暴力予防のためのウェブサイトが作成される。

7. 結論

我々は、高所得国の経験から、子どもの傷害および暴力は予防が可能であり、毎日死亡している、あるいは毎日障害者となっている多数の子どもたちを救えることを知っている。このような悲しい出来事の予防および被害者の救済を可能にするためには、政治的コミットメントと資源が必要である。WHO は、世界レベルと地域レベルでこの問題の重要性を主張し、支援機関に対して傷害にともなう大きな負担を軽減するための援助を要請し、世界各国に対して研究および予防活動の実施を働きかけることにより、解決に向けて努力する。

本冊子は、子どもの傷害および暴力の予防に関する、初の世界レベルの WHO 行動計画である。行動計画を実行するためには、国際協力、支援機関からの援助、多方面のセクターの協力と密接な連携が必要である。この活動を協力して推進するためには、WHO 加盟国の保健省、WHO 協力センター、各種協力機関、NGO のすべての参加が不可欠である。

本冊子は、完全な行動計画となることを目指して作成されたものではない。本行動計画は各方面と協議したうえで起草されたが、各地域および各国の子どもの傷害および暴力の多様性を考慮した場合、ここに記載されている行動計画の一部の骨子は改定あるいは修正が必要となることが予想される。しかしながら、子どもの傷害と暴力の問題に包括的に取り組み始めたばかりの WHO とそのパートナーにとって、本冊子は今後 10 年間の WHO 加盟国における重要な指針となるはずである。

まとめ

- **毎日、多数の子どもたちが傷害および暴力によって不必要に死亡している。**
- **発展途上国において、この問題はとくに深刻である。**
- **傷害と暴力は予防することが可能である。**
- **この問題に対する取り組みを推進し、予防可能な死亡数を減少させるためには、政治的コミットメントと資源が必要である。**

付録 1：WHO 乳幼児と青少年のための傷害予防計画概要

データと計測

骨子	予想される成果	期間
国家、地域、世界の各レベルにおいて、子どもの傷害および暴力に関するデータ（死亡率、罹患率、健康の影響、障害、関連コストを含むデータ）の収集および分析を推進して強化する。	● 子どもの傷害および暴力に関する GBD 評価予測が改善される。	継続中
	● 子どもの傷害および暴力の疫学、リスク、健康におよぼす影響ならびに被害者の医療へのアクセス状況について国家間での比較が可能となる。	2006 ～ 2008 年
	● 作成中の子どもの傷害予防に関するワールドレポートに、世界レベルにおける子どもの傷害および暴力についての予測データが組み込まれる。	2006 ～ 2008 年
子どもの傷害および暴力の危険因子と保護因子に関する情報を特定、照合、改善する（介入することが可能なポイントの特定を含む）。	● 作成中の子どもの傷害予防に関するワールドレポートに各国の事例研究が組み込まれる。	2006 ～ 2008 年
	● 傷害と暴力の影響およびコストを予測するためのガイドラインが策定される。	2006 ～ 2007 年
	● 意思決定者および調査担当者がデータ収集活動をおこなうための指針となる WHO「データ・キット」が作成される。	2006 ～ 2007 年
	● 作成中の障害とリハビリテーションに関するワールドレポートに、子どもの傷害および暴力と関連する障害の予測データが組み込まれる。	2006 ～ 2009 年

研究

骨子	予想される成果	期間
子どもの傷害および暴力の予防の領域において、主要な研究ニーズを特定し、優先課題のリストを作成し、これらの優先課題に関する情報が確実に研究者、政府、支援者、その他の利害関係者に利用できるようにする。	● 主要な研究のニーズ、研究課題、優先すべき研究課題と今後の研究プロジェクトのリストを発表する。	2006 ～ 2007 年
	● 子どもの傷害および暴力の予防に関する情報を交換するための地域ネットワークを設立する。	2006 年以降
	● 複数のモデル国を選定し、子どもの傷害および暴力を予防するための効果的な対策を試験的に実施して評価する。	2006 ～ 2009 年
	● 子どもの傷害および暴力を予防するためのプロジェクトに対して追加の研究資金援助をおこなう。	2006 ～ 2008 年
大きな負担を背負っている地域の子どもが傷害を被るのを予防するため、効果的な介入策の試験の実施を促進する。	● 子どもの傷害および暴力を予防するための活動領域において、最優先すべき研究課題と研究ニーズをウェブサイトに掲示する。	2006 年から継続

予防

骨子	予想される成果	期間
世界のすべての国々において、傷害と暴力を予防するためのいっそう強力かつ効果的な対策とプログラムが開発されることを支援する。	● 子どもの傷害および暴力予防のための効果的な実施ガイドラインを策定する。	2006 ～ 2007 年
	● 子どもの傷害予防に関して作成されたワールドレポートの勧告事項を実行する方法についてのガイドラインを策定する。	2008 ～ 2009 年
	● 各種セクターが協力して傷害と暴力の予防に取り組むことを目指し、これらのセクターの活動に対して積極的な支援を提供する。	2006 年から継続
子どもの傷害と暴力を予防するための国家戦略ならびに国家プログラムの策定を多数の国々に対して要請する。	● 子どもの固有のニーズに配慮した傷害および暴力予防のための国家政策を制定する目的で、ガイドラインを策定する。	2006 ～ 2008 年
	● 子どもを対象とする傷害および暴力予防のための計画を立案する目的で、各国および各地域に技術的な支援を提供する。	2006 年から継続
	● 子どもの傷害予防に関して作成されたワールドレポートの勧告事項を実行するため、各国に技術的な支援を提供する。	2008 年以降
	● 子どもの傷害および暴力を予防するために効果的な対策を実施して評価することを目的とし、一連の国家モデルを作成する。	2007 年から継続

傷害および暴力の被害者となった子どもに対するサービス

骨子	予想される成果	期間
傷害および暴力の被害者に対して地域、国家、国家間レベルのサービスを積極的に提供する。	● 外傷に対する医療機関受診前ケアシステムと外傷に対する基本的ケアについての訓練プログラムを策定する。	2006 年以降
	● 傷害を受けた子どものケアおよびリハビリテーションのためのモデルとなる国家プログラムを策定する。	2008 年以降
	● 傷害および暴力の被害者に対してより良いサービスが提供される。	2006 年以降

能力開発

骨子	予想される成果	期間
データ収集のための能力ならびに子どもの傷害および暴力を予防するための能力を開発する。	● 低所得国および中所得国において、TEACH-VIP 訓練プログラムを公衆衛生修士課程に導入する。	2005 年から継続
	● 子どもの傷害および暴力予防に関する上級の学修単位を TEACH-VIP 課程に導入する。	2007 年
	● 多数の専門家が子どもの傷害および暴力予防に取り組むようになる。	2007 年以降
	● 子どもの傷害および暴力予防の骨子が組み込まれた地域会議やワークショップが開催される。	2006 年から継続
	● 低所得国および中所得国において、傷害と暴力に関する研究がおこなわれるようになり、予防活動のためのネットワークが組織される。	2006 年以降

アドボカシー（支援活動）

骨子	予想される成果	期間
子どもの傷害および暴力に関する情報を収集して配布することにより、この問題がおよぼす影響についての認識と関心を向上させる。	● 各国当局の高官が、子どもの傷害予防に関して作成中のワールドレポートの勧告事項の実施を推進する。	2008 ～ 2009 年
	● 子どもの傷害および暴力予防という問題を主要な政治課題に組み入れ、傷害予防会議を重要なものとして取り上げる。	2006 年から継続
子どもの傷害および暴力に取り組むための政治的意志の創出と資源の開発を中心に、この問題に対処するための活動を積極的に展開する。	● 子どもの傷害および暴力予防のためのデータ集や意見文書やツール［例：WHO/UNICEF Child and adolescent injury prevention: a global call to action（WHO/UNICEF 乳幼児・青少年の事故による傷害の予防：全世界的行動キャンペーン）（34)］を作成する。	2006 年以降
	● 政治指導者およびオピニオン・リーダーが、子どもの傷害および暴力予防活動を推進する見解を発表する。	2006 年以降
子どもに関係する傷害および暴力の予防を目指し、世界レベルの各種セクターの協力体制を構築し、これを推進する。	● 世界各国の保健省内部に傷害と暴力予防を専門に扱う部署が設置される。	2006 ～ 2008 年
	● 子どもの傷害および暴力予防に協力する支援者から多額の援助金が提供される。	2006 年から継続
	● WHO の子どもの傷害および暴力予防のためのウェブサイトが作成される。	2006 年から継続

参考文献

1. Global Burden of Disease Project, version 5［database］. Geneva, World Health Organization, 2002.

2. *A league table of child deaths by injury in rich nations.* Florence, Innocenti Research Centre, 2001 (Innocenti Report Card No2).

3. *Convention on the Rights of the Child*, New York, NY, United Nations, 1989 (A/RES/44/25).

4. *United Nations Millennium Declaration*. New York, NY, United Nations,2000 (A/55/L.2).

5. UN Resolution S-27/2. *A world fit for children*. New York, NY, United Nations,2002.

6. The Bellagio Group on Child Survival. Knowledge into action for survival. *Lancet*, 2003, 362:323-27.

7. The Bellagio Group on Child Survival. *The Lancet series. Child survival* [WHO press release]. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/child-adolescent-health/NEWS/news_27.htm, accessed 5 October 2005).

8. Rahman A et al. *Bangladesh health and injury survey: report on children*. Dhaka, Bangladesh Ministry of Health, Institute of Child and Mother Health, United Nations Children's Fund, The Alliance for Safe Children, 2005.

9. *International statistical classification of disease and related health problems*, tenth revision. Volume 1: Tabular list. Volume 2: Instruction manual. Volume 3: Index. Geneva, World Health Organization, 1992-1994.

10. Roberts I, Power C. Does the decline in child injury vary by social class? A comparison of class specific mortality in 1981 and 1991. *British Medical Journal*, 1996, 313:784-786.

11. Helps LM, Harrison JE. *Reported injury mortality of Aboriginal and Torres Strait Islander people in Australia*, 1997-2000. Canberra, Australian Institute of Health and Welfare, 2004 (AIHW catalogue number, INJCAT 66).

12. Peden MM et al., eds, *World report on road traffic injury prevention*. Geneva, World Health Organization,2004.

13. Miller TR, Romana EO, Spicer RS. The cost of childhood unintentional injuries and the value of prevention. *The Future of Children*, 2000, 10;137-163.

14. Hijar M, Vasquez-Vela E, Arreola-Rissa C. Pedestrian traffic injuries in Mexico, *Injury Control and Safety Promotion*, 2003, 10:29-35.

15. Waters H et al. *The economic dimensions of interpersonal violence*. Geneva, World Health Organization, 2004.

16. Erdmann TC et al. Tap water burn prevention: the effect of legislation. *Pediatrics*, 1991, 88:572-577.

17. Spiegel CN, Lindaman FC. "Children Can't Fly": a program to prevent childhood morbidity and mortality from window falls. *American Journal of Public Health*, 1977, 67:1143-1146.

18. Rodgers G. The safety effects of child-resistant packaging for oral prescription drugs: two decades of experience. *Journal of the American Medical Association*, 1996, 275:1661-1665.

19. Towner E, Errington G. *How can injuries in children and older people be prevented?* Copenhagen, Health Evidence Network, WHO Regional Office for Europe, 2004.

20. Zaza S et al. Reviews of evidence regarding interventions to increase use of child safety seats. *American Journal of Preventive Medicine*, 2001, 21 (Suppl.):S31-S47.

21. *Evidence-based health promotion.No.4.Child injury prevention*. Melbourne,Victorian Government Department of Human Services, 2001 (http://www.health.vic.gov.au/hearthpromotion/downloads/child_injury.pdf, accessed 5 October 2005).

22, Webster D, Mackie *A.Review of traffic calming schemes in 20 mph zones*. Crowthorne,Transport Research Laboratory,1996(TRL report 215).

23. Bunn F et al. Traffic calming for the prevention of road traffic injuries: systematic review and meta-analysis. *Injury Prevention*, 2003,9:200-204.

24. Bilukha O et al. The effectiveness of early childhood home visitation in preventing violence. A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 2005, 28 (Suppl, 1):S11-S39.

25. Christie N et al. *Children's road traffic safety: an international survey of policy and practice*. London, Department for Transport, 2004(Road Safety Research Report No.47).

26. Committee on Sports Medicine and Fitness, Committee on Injury and Poisoning. Swimming programs for infants and toddlers. *Pediatrics*, 2000, 105:868-870.

27. Brenner RA. Committee on Injury Prevention, Violence and Poisoning. Prevention of drowning in infants, children and adolescents. *Pediatrics*,2003, 112:440-445.

28. Brenner RA,Saluja S, Smith GS. Swimming lessons, swimming ability and the risk of drowning. *Injury Control and Safety Prmotion*, 2003, 10:211-215.

29. Towner E, Dowswell T. Community-based childhood injury prevention: what works? *Health promotion International*, 2002, 17:273-284.

30. Spinks A et al. The 'WHO Safe Communities' model for the prevention of injury in whole populations. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005,(3)

31.Forjouh S, Guohua, L. A review of successful transport and home injury interventions to guide developing countries, *Social Science and Medicine*, 1996,43:1551-1560.

32. Mathers CD et al. Counting the dead and what they died from: assessment of the global status of cause of death data. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83:171-177.

33. Philippakis A et al. A quantification of preventable unintentional childhood injury mortality in the United States. *Injury Prevention*, 2004, 10:79-82.

34.*Child and adolescent injury prevention: a global call to action*. Geneva, World Health Organization,2005.

35. Krug E et al., eds. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization,2002.

36. Holder Y et al., eds. *Injury surveillance guidelines*. Geneva, World Health Organization,2001(WHO/NMH/VIP/01.02)

37.Sethi D et al., eds. *Guidelines for conducting community surveys on injuries and violence*. Geneva, World Health Organization,2003.

38. Sasser S et al. *Prehospital trauma care systems*. Geneva, World Health Organization,2005.

39. Mock C et al. *Guidelines for essential trauma care*. Geneva, World Health Organization,2004.

40.*Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence*. Geneva, World Health Organization,2003.

CHILD AND ADOLESCENT INJURY PREVENTION
A GLOBAL CALL TO ACTION

乳幼児・青少年の事故による傷害の予防
全世界的行動キャンペーン

監訳　山中龍宏（CIPEC 代表）
独立行政法人 産業技術総合研究所　デジタルヒューマン研究センター
Child Injury Prevention Engineering Council（CIPEC）
子どもの事故予防工学カウンシル（サイペック）
住所 〒 135-0064 東京都江東区青海 2-41-6
FAX 03-5530-2066
URL:http://www.dh.aist.go.jp/projects/child/

発行　ネイチャーインタフェイス株式会社
住所　〒 100-0006　東京都千代田区有楽町 1-12-1
新有楽町ビル 247 号
電話　03-5222-3583 ／ FAX 03-5222-3581
URL:http://www.natureinterface.co.jp

装丁・デザイン　澤地真由美

写真提供　菱田雄介

印刷　壮光舎印刷株式会社

Printed in Japan

「我々は、子どもたちを死に至らしめ、
また障害をもたらす病気との闘いにおいて圧倒的な勝利を収めてきた。
今や、予防可能な傷害によって子どもたちが死亡したり、
重度の障害者になったりするのを黙って見ているわけにはいかない。
今こそ、子どもの事故による傷害を予防するために積極的な活動を展開しなければならない。」
Dr. LEE Jong-wook（前 WHO 事務局長）

Hisako Takahashi

ANIMALS