20000884

平成十二年度厚生科学研究費補助金事業報告書

健康文化のまちづくり推進に関する政策科学的研究

主任研究者
山根 洋右
（島根医科大学環境保健医学教授）

2000

厚生科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）総括研究報告書
健康文化のまちづくり推進に関する政策科学的研究

主任研究者：山根洋右（島根医科大学環境保健医学教授）
分担研究者：杉村　巌（旭川厚生病院名誉院長）
林　雅人（平鹿総合病院院長）
丸地信弘（信州大学医学部公衆衛生学教授）

要約

２１世紀の日本の健康福祉政策において、一層強まるグロバリゼーションや地方分権の動きを背景として、市町村自治体の健康文化のまちづくりは重要な命題となっている。特に、行政評価の時代といわれるなかで、介護保険制度、健康日本２１などの健康福祉に関連する計画、事業、活動の評価方法の開発や効果的効率的運営の発展は、健康福祉のまちづくり戦略と切り離して考えることはできない。

第２年度は、国連ミレニアム宣言にもられた国際情勢と関連させて、WHO の健康文化都市第３期(1998-2002)を中心に国際的な健康都市、健康なまちづくり活動の動向、成果、課題を文献・資料によりレビューした。

また、ヨーロッパで国境を越えて都市や農村がネットワーク化し、機能を連携させ、単一都市を上回る効率性とアメニティを追求する実験がシティ・リージョンという名で進められていることや日本の都邑連合体あるいは広域市町村圏形成が進められていることを考え、日本国内の健康文化のまちづくりモデル実態調査として、第１年度に調査を行った市町村に加え隣接する地方中核都市の２つを対象とし、実態の統一的把握を行った。

調査の枠組みは「コミュニティ・プロフィール」を基盤に、「政策形成システム」と「情報システム」をおき、その中に、「活動システム」「活動プログラム」「住民参加システム」「エンパワーメント・システム」を位置づけ、「サービス総合評価」とした。

これらの調査研究結果を踏まえ、健康文化のまちづくり計画の問題を分析し、政策科学の課題を明らかにした。また、イギリスのベスト・ヴァリュー計画（Best Value Performance Plan）や国際標準化評価(ISO: International Standardization for Organization)を参考にし、健康福祉行政評価法のモデル作成を試みた。

町村や地方中核都市に共通した健康文化のまちづくり政策課題として、政策 Policy と計画 Plan と事業 Project と行動展開 Performance のアウトカム評価を科学的に行うこと、政策形成への広範な住民の参加と住民・行政・研究者の協働行動を強化すること、社会的資源とマンパワーと情報に関する社会的ネットワークを強化すること、コミュニティの発展とコミュニティのニーズを的確に把握し政策化すること、住民の生活の質に関わる経済、環境、健康、医療、福祉、景観、産業、建築、道路、教育、コミュニティ心理、政策、文化などの複雑なダイナミズムを分析し政策、計画、事業、行動に反映させること、行政部局間や行政部局内の連携に基づく包括的サービス政策を策定すること、住民によるシステムへの介入と公正さを保障すること、サービス提供者の力量形成と質の保障を図ることが重要と考えられる。

一方、政策研究課題としては、政策などの科学的評価法、多様な政策モデルや活動モデルの形成、住民の政策参加のプロセス、政策の成果分析、多様な社会ニーズ対応と問題解決の戦略、市民の自立性の保障と市民性の成熟、コミュニティ発展への住民参画、住民・スタッフ・研究者のネットワーキング、ボランティア活動の成熟化、民間活動と公的活動の融合、エンパワーメントを図る教育研修、参加行動研究と政策形成、コミュニティ・ダイナミクス、コミュニティ・ディベロップメント、住民とスタッフのエンパワーメント、有効な社会的資源の開発などがあげられる。

また、計画の実践的遂行課題としては、次の諸点の急がれる改善、改革点が明らかになった。

・行政部局内部のセクショナリズムの解消と横断的包括的サービス開発
・計画とシステムへの合意と科学的な介入
・継続的評価とそのモニタリングシステム
・計画の修正と効果判定と経済比効果分析
・政策立案者及びサービス提供者の力量形成と質の保障
・計画推進の質的量的データベースの構築
・地域計画（健康、医療、福祉、教育、道路、建築、環境、景観、産業など）の政策形成・計画策定調査研究および策定への住民の主体的参加（Participatory Action Research）
・教育、マンパワー養成などコミュニティエンパワーメント
・総合発展計画と重層的計画構成、その摺り合わせ、優先性の確定
・情報サービスへのアクセス、情報と内容の質
・本計画に対する代替え案、修正案、補強案の用意
・効果的施策推進のための予算計画と行政トップ、議会の意思決定プロセス
・財政基盤と社会的資源の正確な評価
・行政、住民、関係スタッフのニーズ対応協働活動計画
・費用一効果分析評価視点とその方法の確定
・ニーズとアクションの「ずれ」の発見とモニタリング
・コミュニティケア過程の記録の確保
・行政エンジニアリングの手法の導入

A. 研究目的

1999 年 189 カ国という史上最大の首脳会議がニューヨークで開催され、「国連ミレニアム宣言」を採択した。その主要な骨格は、1）価値と原則（自由・平等・寛容・自然の尊重・責任の分担）2）平和と安全保障及び軍縮　3）開発と貧困　4）私達が共有する環境の保護　5）人権、民主主義およびよい統合 6）弱者の保護　7）アフリカの特殊なニーズへの対応　8）国連の強化である。この宣言にもられた課題の多くは、WHO をはじめとする健康都市の国際ネットワークの課題と不可分である。

日本をはじめとする先進諸国では、小さな政府論にみられる国家の退却と世界市場化の進展が顕著であり、従来の行政の在り方もドラスティクに変化せざるを得ない。日本では地方分権が集権型地方分権と地方自治型地方主権の２つの潮流として顕著になっている。地域を重視し自主的かつ総合的な自治体行政を掲げる”新地方自治法”(2000・4・1施行)を皮切りに、例えば「地域づくりの市町村自治事務化」「くらしづくりの市町村自治事務化」に見られるように、地方自治権も住民に直接責任を持つ地域自治行政へ大幅に移されている。”自治体国際活動”も活性化し、足下からのグロバリゼーションに対応している。このような激しい国際的国内的行政改革を背景として、健康文化のまちづくりは大きな地方行政の焦点となっていると言えよう。

第２年度の共同研究では、第１に、国際的国内的な健康都市づくりの動向を把握し、その成果と課題を明らかにすること、第２に、介護保険制度、救急医療などに見られる広域化行政の動き、過密都市と過疎農村の都邑連合体形成など、今後急速に進められるであろう新たな市町村自治体統合の傾向を意識しつつ、小規模町村と地方中核都市の健康文化のまちづくりの実態調査を行うこと、第３に、住民参加とエンパワーメント政策、保健医療福祉の一体化と効果的サービス政策、社会的諸資源やマンパワーの品質コントロールと支援システムに関する政策の在り方などについて現状、問題点、課題、課題解決の方法・システムを明らかにすること、第４に、研究班で作成した調査票に基づき、健康文化のまちづくり政策や計画の行政評価、政策評価など評価の方法論の開発を政策科学の視点から行うことを目的とした。

B. 研究方法

最近の健康都市および健康コミュニティづくりに関する文献・資料を検討し、健康都市・コミュニティプロジェクトの現状、課題など国際的な動向を整理分析した。

また、国内で 1960 年代から永年にわたり、地域の健康対策を継続している北海道の鷹栖町と旭川市、秋田県の増田町と横手市、長野県の朝日村と松本市、島根県の佐田町と出雲市を対象に、健康なまちづくりの現状を調査分析した。

研究の枠組みは「コミュニティプロフィール」を基盤に、「政策形成システム」と「情報システム」をおき、その中に、「活動システム」「活動プログラム」「住民参加システム」「エンパワーメントシステム」を位置づけ、「サービス総合評価」とした。調査票は、共同調査班で作成した健康文化のまちづくり政策分析シートを用いた。

調査方法は、既存報告書類の分析、政策担当者や計画立案者へのインタビュー、市民リーダーへのインタビュー、市町村の各種委員会、審議会の構成、内容、機能などの分析、関係者への配布アンケートなどで行った。また、それぞれの市町村の健康福祉関係担当課の行政職、保健婦、社会教育関係スタッフ、公民館関係者、あるいは住民リーダーなどと討論をしながら、調査する参加行動型調査研究を行った。

調査骨子は下記の通りである。

1）健康のまちコミュニティ・プロフィールについて

・地方都市と町村を対比したコミュニティプロフィール表。

2）健康のまちづくり活動システムについて

・全体的な健康なまちづくりシステム図。市町村の健康なまちづくり俯瞰図。諸機関のネットワーク形成、中枢司令塔の役割組織、住民参加の視点、専門学術機能・タスク機能、健康なまちづくりの骨格、その特徴や成果、問題点。

3）健康のまちづくりプログラムについて

・健康なまちづくりプログラム図。高齢者健康福祉計画（1994-）、新高齢者健康福祉計画（2000-）、母子保健計画・エンゼルプラン（1998-）、男女共同参画社会推進計画（1999-）、障害者プラン（1999-）、ボランティア活動推進計画、21 世紀市町村振興グランドプラン、健康日本 21 プランなど。

4）健康のまちづくり情報システムについて

・健康のまちづくりに関係する情報システム（住民のニーズ情報、健康・福祉・医療に関する情報、感染症や災害・安全に関する情報、情報開示システム、情報保護システムなど）が住民と関係機関、行政と多方向性にどのようなネットワークで流通し活用されているかの俯瞰図。

5）健康のまちづくり政策作成システムについて

・健康のまちづくりに関係する政策形成、計画樹立、プログラム作成など中枢的機能に関するシステム図。

・政策や計画、プログラム策定者、住民参加、大学、病院などの専門スタッフのサポート、政策・計画・プログラムの作成・修正・展開・評価・見直し（Plan-Do-See-Check）の保障、「住民ニーズモデル」、「住民ディマンドモデル」、「Local Initiativ モデル」などの俯瞰図。

6）健康のまちづくり住民参加システムについて

・健康のまちづくりへの住民の多様な参加形態の俯瞰図。住民参加・参画を促す戦略図（審議会、委員会、地区懇談会、ボランティア活動、住民オンブズマン活動、住民フォーラム、グループ活動、調査研究活動、学習活動、ネットワーク活動、環境保護活動、リサイクル活動、公民館活動、その他）。

7）健康のまちづくりエンパワーメントについて

・健康のまちづくりの住民や行政スタッフの実際の活動、政策づくり、計画づくり、生涯学習、研修、交流など力量形成の俯瞰図。

8）健康のまちづくりサービス総合評価について

・健康なまちづくりにおけるサービス機能評価表（シート1）

・健康なまちづくりの行政評価ベンチマーキング表（シート2）

C. 研究結果

I. 健康都市・コミュニティの文献レビューによる国際的動向

・健康文化都市の定義と特徴

1980 年代後半にカナダのトロントとイギリスのリバプールで始まった健康と社会的要因の問題に取り組む健康文化都市づくりの胎動は国際的注目を浴び、WHO の指導のもとにヨーロッパを中心として広がった。健康都市とは、”住民の生命機能を完全に発揮し、最大のポテンシャルを完成させるために人々が身体的社会的環境を絶えず創造し改善し、相互に支え合うことができるようコミュニティの資源を強化する都市”という定義（Hancock：1993）が幅広く用いられている。

一方、WHO は健康文化都市を次の様に定義している。すなわち、”健康文化都市とは、持続的に身体的社会的環境を創造し改善し、人々が生命の全機能を発揮し潜在力を最大に発展させるため相互に支え合うことができるようにコミュニティの諸資源を拡充する都市のことを言う”。そして 1）清潔で安全な人間環境　2）全ての人々の基本的なニーズにマッチする　3)力強く、相互に支え合い、総合化され、搾取されないコミュニティ　4）広範で多様な経験、相互の働きかけ、コミュニケーションに接近できる　5）歴史的文化的遺産を大切にし活用する　6)身近な健康サービス　7）多様な経済変革　8）持続的発展する生態系などを健康文化都市のビジョンとして提起している。

その主要な政策特徴をあげると、質の高い人間的な清潔で安全な生命環境、安定し持続的に発展する生態系維持、協力で相互支援的な受容的コミュニティ、生命・健康・生活環境のアメニティを保障する決定機構への高度な住民参加とコントロール、職業・水・住居・収入・安全・労働など全住民の基本ニーズの包摂、多様な交流やコミュニケーションの機会・広範な経験・資源への接近、多様で活気ある経済改革、伝統的活動を尊重しつつ刷新を保障する活動形態の追求、個々の文化的遺産との融合、全ての人々への保健医療サービス保障の適正なレベル、高度の健康状態などをあげている。

本研究では、日本の公衆衛生の歴史を踏まえ、定義にこだわることなく「健康なまちづくり」活動として国際的動向を検討した。

・健康文化都市づくり活動の広がり

健康都市・健康コミュニティ運動は、着実に国際的に広がり一定の評価を得ている。Hancock（1993）によると、健康都市づくり、あるいは健康なコミュニティづくりは、1986 年以来、正式にヨーロッパ WHO のプロジェクトとして 35 の都市が参加したのが最初である。その後、ヨーロッパ、北アメリカ、発展途上国が順次参加している。

WHO の健康文化都市ネットワークの発展は 3 期に分けられる。第 1 期は 1987-92 年で 35 の都市がプロジェクトに参加し新たな構造、変化、方法を生み出した。第 2 期は 1993-97 年で 39 の都市が参加し活動を展開し、健康な公共政策や総合的都市健康プランの形成展開を推進した。

第 3 期は 1998-2002 年で、80 都市が参加し HFA21 などと連携し国際的な活動の発展と連携を志向している。健康指標、健康サービス指標、環境指標、社会経済的指標が設定され、評価が行われている。健康教育プログラム内容、プライマリヘルスケアのマンパワーやアクセス度、健康保険のカバー内容、各自治体議会で審議される健康関連議案、生活環境居住空間の質や住居条件、少子化傾向、失業率、障害者雇用率などが指標の具体的項目にあげられているのが注目される。

・健康文化都市づくり第 3 期（1998-2002）の特徴と中間的集約

1．健康文化都市のプログラムの枠組みのレビュー文書に基づく枠組みの発展方向と将来の活動の在り方、特に情報交換、広範なプログラム間の問題、地方の活動の焦点、目的、ゴール、アプローチ、新たな活動の在り方、地域間活動プラン形成、異なる諸計画の参画、社会資源の再配置再開発、プログラムに合ったマンパワー・人間資源の質的量的レベル、専門的指導者の認定、民間の財的資源活用について検討した。

2．健康文化都市づくり HCP は、新たな政府とコミュニティ組織の協力協働を介して、ヨーロッパ諸国を中心に都市の健康と環境の向上、貧困階層への支援に効果を上げている。しかし、その他の地域では、組

織化、強化、構造化、システム化、持続化の面で問題を抱えている。

そこで、Interregional Programme on Helathy Cities プログラムが、Global Management Development Commitee（MDC）により開発され、異なる地域間のプログラム開発が 1995 年に始まった。具体的には、異なる地域の特徴、地域ネットワーク、地域問題の焦点 Focal Points、活動評価機構、プログラムの横断的連携 Cross-programme nature が検討された。

３．WHO の Regional Healthy City Programmes の重要な成果は次の諸点が上げられる。

・都市の重要健康地域 key city health arena におけるプログラムの有効性

・全ての地域における生活条件の改善を目的とする WHO と健康文化イニシアティブとの　強力な連携

・公共政策における人間と健康の包括的発展、さらに人類の持続的発展への貢献を掲げる　WHO の目的遂行への効果的アプローチ

・地方と都市の公共の健康政策とプログラムを支持する WHO 機能の発展

４．各地域の実態

A. 地域プログラム

ヨーロッパ地域では、600 の都市（35 の WHO 認定都市を含む）、アメリカ地域では、100 都市、アフリカ地域では 30 都市、地中海東部地域では、30 都市、西太平洋地域では 30 都市、東南アジア地域では 10 都市で進められている。

１）アフリカ地域

ブラザビル、コンゴ、ダカール・メディナ、ラフィスク、セネガル、ナイアミ、ドッソ、ニジェール、ポートボア、アイボリ・コーストのネットワークが作られ事務局はダカール、セネガルにおかれ、WHO のアフリカ地域事務局、カナダ政府、ケベック州が支援している。WHO 協力センターはナイジェリアのアイバダン大学、最近、南アフリカに設置されヨハネスブルグ地域で活動している。その他、アッカラ、ガーナ、ダルエスサラームで新たな活動が始まっている。事務局はドイツの支援も得て、ハラーレでのカンファレンスを開催している。

２）アメリカ地域

ラテンアメリカとカリブ海沿岸諸国では、全ての国で市単位に行政的施策に取り上げられ、都市のみならず、農村、都市近郊地域も包括して進められている。技術的支援機構も単一ではなく、Health Promotion and Protection Division が協力し、異なる技術プログラムを作成したり、Health Services や Health and Environment、HPP は協力して Network of Healthy Municipalities Movement からなるコンサルタントグループにより機能的なチームを国内に作っていることが強みになっている。

これらのプログラムを、コスタリカでは、"地方小郡 Local Canton"、メキシコでは"健康なまち Healthy Municipalities"、チリーでは"健康都市群 Healthy Cities"、カリブ海沿岸諸国では"健康な島 Healthy Islands"と呼び 50-100 の市や島が参加している。インディアナ州にもネットワーク事務局があり、WHO 事務局とインディアナ看護大学とが協力している。同様に、カリフォルニアのネットワークでは、ケベック健康都市群ネットワークが活動し、WHO の共同センターが設置され、将来の興味深いモデルとして期待されている。インディアナ・ネットワークでは 6 都市が参加している。これらの都市では健康文化都市に関する多くのカンファレンスが開催されニカラグアのマナグアにある UNDP/LIFE 健康都市プログラムが支援している。

３）地中海東部地域

1988 年にこの地域のプロジェクトが開始され、包括的環境管理を軸として健康と環境の改善を標的とした戦略会議が 1990 年カイロで招集された。この様な戦略会議は、イラン、パキスタン、エジプト、チュニジアでも開催され、健康文化都市の活動が拡大されていった。最近キプロスのパフォスでも開始され、クエート、オーマン、エジプトでは活動の発展段階にある。1994 年にはチュニジアで第二回の会議が招集された。これはアルジェリアを含むマグレビン健康都市ネットワークが主体となり、地域間のプロジェクト発展プランを検討した。

湾岸諸国では１９９４年１１月にドバイで招集され、湾岸諸国健康都市ネットワークが形成された。ドバイでは"健康都市"プロジェクト、オーマンでは"健康な村 Healthy Villages"プログラムが注目される。これらの新たなプロジェクトは、エジプト

のファイオム、パキスタンのクェッタにあるUNDP/LIFEが支援している。

WHO 地域事務局は、健康都市に関する地域プログラム（ネットワーク）を文書化し、発刊している。拠点地域と 11 人のプログラムのタスクフォースは、活動計画に関する会合を持ち、地域と各国の指導部は 1995 年 9 月バーレインのマナマでの WHO/UNEP 諸国間健康都市と支援環境に関する会議の期間に EMR 健康都市コーディネーター会議のアジェンダ会議録を出した。

EMRO はパンフレットやメディア媒体を活用し健康都市週間 Healthy City Week などの健康都市推進行事を支援した。1996 年の世界健康日 World Health Day は EMRO 参加希望都市の新たなプロジェクトを始める機会として活用された。

これら都市の健康と環境に関する指導機関は、健康文化都市 WHO 共同センターとして指定される。

4）ヨーロッパ地域

1987 年から 1992 年にわたり第一次 WHO 健康都市プロジェクトは 16 カ国の 30 都市の参加により始まり成功を収めた。第二次プロジェクトは 1993 年に始まり 23 カ国 42 都市の参加で開始された。多くの国々が国内に健康都市ネットワークを形成し現在数百の都市がプロジェクトに関係している。これに関する EURONET（European Networks）がフランスのトルーソに設置された。

健康都市プロジェクトは、ヨーロッパ地域の部局別健康プログラムのレベルを高める重要な戦略となり、多くの都市が参加してエイズや糖尿病、事故など普遍的な健康問題について相互に密接な共同活動を行う"多都市行動化プラン Multi-city action plan"を展開している。

同時に、それぞれ都市は参加都市相互に自分のプログラムを開始し、情勢分析や戦略、戦術における成果などに関する情報を共有する。健康都市は都市、地方レベルで多様な多くのプログラムを統括し、プログラムの一層の円滑な展開を進めることができる。

この地域のプログラムの特徴の一つは、他の地域ではなく、ひとつの都市が一定の委任あるいは一定の基準を満たしたら、それぞれの参加都市に健康都市としての認証を与えることである。どんなに小さな人口規模の都市でも HCE に参加すれば健康として承認される。現在このような都市が 600 のうち、35 ある。承認されなかった都市は、健康都市というよりも、活動の一翼を担うものとして考えられる。WHO プロジェクト都市はスタッフの投入、いろいろな WHO プログラムの投入、財政支援など WHO の資源を最大限活用できる。都市の市長はその認証を高く評価し、政治的な価値あるものとして認める。

この地域には共同センターが多く設置され、フランスのレネエス、オランダのマストリヒトのリムバルグ大学、イギリスのぶりストールのノッチンガム公衆衛生大学、スイスのジュネーブ大学などがある。

5）東南アジア地域

バングラデッシュ、ネパール、タイなどの国々の健康都市プロジェクトに対応し、WHO 事務局も環境保健プログラムと健康増進保護プログラムの連携など関連プログラムを発展させている。バングラデッシュはチッタゴンのプログラムを WHO の最も緊要な支援を要する国の支援特恵ファンドを利用して推進している。バングラデッシュのコックスバザールで開始された新たなプロジェクトは国際連合発展プログラム"LIFE"とオランダからプロジェクトの財政的支援を確保し、ＷＨＯや国際連合発展プログラムのスタッフにより展開状況がモニターされ支援されている。アジア開発銀行の都市インフラ整備プログラムもコックスバザールのプロジェクト展開に準備されている。ネパールでも健康都市プログラムが始まり３つのまちが参加し、カトマンズにある世界銀行都市環境改善プログラム（MEIP）が直接的に関与している。バングラデッシュとタイにおける健康都市活動の最大の特徴はロンドン大学熱帯医学研究所とロンドンの南バンク大学の共同により詳細な評価が行われていることである。バンコック健康都市プロジェクトの費用ー効果研究が最近開始され、タイの他の都市群における財政基盤とプロジェクト展開に重要な意味をもつものと期待されている。

6）西太平洋地域

環境保健センター EHC と地域事務局によりかなりの活動が行われているが、さらに中国、マレーシア、ヴェトナムから健康都市プロジェクトタイプの都市活動に対す

る希望が増加している。1994 年 10 月ヴェトナムでワークショップが行われ、MEIP プランがハノイーハイフォン地域で健康都市活動が開始されることとなった。

最近、WHO 地域事務局にタスクフォースが置かれ、EHC は MEIP と同様クアラルンプールに事務局を置く世界銀行・UNDP・UNCHS の都市管理プログラムと健康都市プログラムをリンクすることにした。一方、日本、オーストラリア、ニュージランドではずいぶん以前から健康都市プログラムが展開され、新たなプログラムがマレーシアの諸都市（ヨホールバルー、クチン）で地域モデルが形成されつつある。1995 年 5 月マレーシアのヨホールバルーで WHO 地域ワークショップが開かれ都市の健康と環境マネージメントについて検討され多くの都市で効果的な発展を遂げていることが明らかにされ、プロジェクトの外部支援団体 Habitat、UNDP、WHO、世界銀行との協力共同が改善された。

B. WHO 本部のプログラム

本部の主要な関心課題は、財政基盤の強化、地域と国レベルにおける支援の提供、共同センター機能の発展、健康都市の概念の他の部局への発展、関連部局・機関の発展によってもたらされる多様なタイプの都市発展活動を包括したものが健康であるという概念の原則などをどう発展させていくかということにある。

1995 年開催のベァギオカンファレンスのように健康都市ワークショップや研究により健康都市のコンセプトや実践を改善する努力が続けられている。1991 年開催の WHA 技術会議では全組織を通じて健康都市活動を支援する価値ある技術提供がなされ、健康都市問題、たとえば住居と健康、地表水管理、鼠族昆虫管理、屋内環境の健康問題、都市計画と健康、廃棄物管理などの鍵となる健康都市問題への技術ガイドラインを提供した。

本部は、いろいろな国家レベルの活動への支援は多くの健康都市における新たなプロジェクト開始の相談、まちの健康プランの発展などへの参加を行っている。健康都市に関するいろいろな地域でのワークショップを支援し、最近は、地域の健康都市に関するネットワークとプログラムの発展支援、国際的地球規模での健康都市に関するモニタリングシステムとデータベースの発展、この活動に関するあらゆるレベルでのより強固な機関基盤の発展を優先課題としている。

・健康都市における住居、産業、インフラなどに関連する活動は、健康都市推進に関する　機会 "health opportunities"となる。職業訓練、産業発展における安全操業と汚染管理、　住居改善や飲料水、衛生の改善に関連したプライマリケアと健康教育など
例；WHO/UNEP Programme, GEMS/AIR ---- Sustainable Cities Programme of UNCHS

・健康都市プロジェクトは、" stand-alone project"、あるいは都市発展における都市インフ　ラ、土地管理、都市財政、産業発展などの一健康要素でありながら、都市発展のより広　範な計画の統合部分である都市健康プランである。

例：Joint Healthy Cities and sustainable Cities Program--- Ibadan

Joint Effort on Healthy Cities and Urban Infrastrucure Development---Bangladesh

・健康都市計画は、発展計画作成、状況分析、コミュニティグループや地方機関の相談、パートナーシップの発展、資源の活用、行動計画の発展などで構成される。

例：UNCHS Sustainable Cities & UNDP/LIFE Programme ---Netherlands, Egypt, Pakistan, Nicaragua, Bangladesh, Tanzania

C. 健康都市と他機関とのリンク

United Nations Conference on Environment and Development（UNCED）
WHO Healthy Cities Programme
UNDP's LIFE Programme
UNDP/World Bank/UNCHS Urban Management Programme
ILO Labour Intensive Public Works Programme
Metropolitan Environment Improvement Programme
Metropolitan Development Programme of World Bank/UNDP
Sustainable Cities Programme of UNCHS
CITYNET/Asia-Pacific 2000 Programme of ESCAP/UNDP
Megacities Programme
Metropolis Programme
International organizations concerned with local government

5．健康都市プログラムの発展

・健康都市に関する呼びかけ声明

健康都市は、都市における健康と生活条件の改善の全過程を重要なパートナーである地方政府とともに改善していく努力を行うものである。これは政治的な委託、機関機構の強化、全ての部局を巻き込む改革、コミュニティの参画とネットワーキングのプロセスを介して遂行されるものである。

焦点は、特に健康と環境とヘルスプロモーションに力点を置いたプログラム間の共同連携、さらには他の全ての関連プログラムとの密接は協力共同にある。

・地域間プログラムのゴール

到達の目標は、諸都市における市民の健康ニーズと環境条件改善を提唱しているWHO の関連する全ての地域で、WHO 地域事務局におけるプログラムに関する適当な地域拠点と支援機構の確立をも含めて、全ての総合的な健康都市プログラムを発展させ推進させることである。

・計画目標とアプローチ

A. 個々の都市で地域のパートナーと都市レベルの機能構築視点を持つ行政との協力協働における健康都市活動の推進と支援のために

1）全ての関連する都市関係部局の間に健康都市プログラムの重要性と健康都市の提唱に健康に関する包括的戦略が有益であることを新たに認知させること

2）健康都市プロジェクトの概念の発展を成功させる手段と方法を磨き適用させるため健康都市プロジェクトとともに活動を行うこと

3）顕著な健康と環境の状況と関連するプログラムの活動を分析し評価すること

4）健康都市プログラムを開始し遂行するために財政的資源の確保運用を支援すること

B. 地域に存在し活動している健康都市のネットワークを確立させ強化するために

1）地域のネットワークを形成するため都市関係者と協議し、健康都市プロジェクトを新たに始める国々、都市に対しあらかじめ地域向けに作成した導入のためのパケッジを使用すること

2）取り組む都市が地方のプログラム発展過程において経験交流と相互支援を行うために、重要なネットワークプロセスを展開させること

3）健康都市がそれぞれ多様に、かつ適当なスケジュールで発展するように地域特性に根ざした弾力的なアプローチを展開、維持すること

4）ネットワークの過程を促進するためきちんとした基盤の元に地域のあるいは国際的な健康都市に関するワークショップを招集すること

5）経験と相互支援をお互いに行うため地域の、あるいは地域間の健康都市間における両者の結合と国レベルのネットワーク形成を鼓舞すること

C. 健康都市に関連するプログラムに積極的に参加することにより、WHO 本部、地域センター、各国の事務局の基盤のもとにプログラム間の支援を発展、維持させるために

1）健康都市に関連する全てのプログラム、あるいは都市地域の活動と協働しつつWHO 本部と全ての地方事務局に「プログラム間ワーキンググループ」を形成すること

2）地方レベルで都市協議のため（発展のための、新たなプロジェクトを内包するクライテリア、ネットワークや相互交流の多い大都市あるいは都市、共同センターを設置できる都市など）可能な限り広範なワーキンググループのメンバーを参画するよう促すこと

3）国のレベルで健康都市の概念を発達させるなかで、あるいは関係する都市レベルの活動を遂行するなかで、積極的にWHO代表部を参画させること

4）健康と環境問題の重要性を提唱し、健康都市プログラムの目的と他の進行中の都市における健康に関連したプログラム活動と一致した多様な都市行動プランMCAP's の発展を鼓舞すること

D. 健康都市プログラムのニーズを加速させる地域間の情報交換交流のシステムを確立するために

1）地域の事務局部局、地域及び国家のネットワークの支援センターに、インターネットの使用、他の近代的情報手段を含めて相互に活動効果を挙げるための効果的な情報交流システムを確立すること

2）ガイダンスの資料、訓練の機会、スタッフの交換交流など、地域プログラムと国家間で得られた経験をヨーロッパネットワークで長年得られ利用されている経験を介しながら、利用、移転すること

E. ノウハウのモニタリング、評価、研究、波及に関する支援機構を確立するために

1）個々の都市のプロジェクトのデータベースとともに健康都市プログラムの国際的モニタリングシステムを発展させること

2）新たな共同センター設置や健康都市や環境に関する協議に現存のセンターを再編することも含めて、健康都市に関するノウハウの訓練、ガイドラインの充実、評価、波及などプログラムの主要な機能をサポートセンターが持つように探求し、推進すること

3）健康と環境に関連する部門における行政評価、健康都市に関する費用効果評価の方法論の開発など健康都市問題に関する研究開発を進めること

F. 健康都市、環境、都市発展に関する問題を扱う国際都市間、国際プログラムと緊密な連携を確立するために

1）都市レベルのプログラムを展開する国際組織と確立維持すること

2）国際的な参加コミュニティと定期的な接触や活動のための関係を維持すること

3）国際的な地域組織と接触を維持すること

4）都市と地方政府の包括的システムとして健康に関する関心を導入すること

・健康文化都市づくりの研究課題の多様化

最近、カナダ、イギリス、オーストラリアなどからの報告では、健康文化都市づくりの取り組みがコミュニティ発展(Community Development)と密接に関連して展開される必要性が強調されている。生態学、政策科学、政治学、経済学、地域学、ソーシャルワーク、社会学、行動科学、コミュニティ心理学、教育学、医学、看護学など学際的な協力によるコミュニティ発展に焦点が当てられていることに注目したい。

さらに Flynn（1996）の報告によると、Hancock が報告して以後、1000 に及ぶ都市が参加している。アフリカでは、コンゴ、ガーナ、象牙海岸、ナイジェリア、セネガル、南アフリカ、タンザニアなど30都市、アメリカでは、ボリビア、ブラジル、カナダ、チリ、コロンビア、コスタリカ、キューバ、メキシコ、ヴェネズエラ、アメリカ合衆国など300都市、中近東では、アルジェリア、キプロス、エジプト、イラン、クウェート、オーマン、パキスタン、チュニジアなど 30 都市、ヨーロッパでは独自に23 カ国と WHO プロジェクトが 35 都市、アジアではバングラデッシュ、ネパール、タイなど 10 カ国、西太平洋地区では、オーストラリア、中国、日本、マレーシア、ニュージランド、ヴェトナムなど 30 カ国に及んでいる。また、健康都市のケース分析を行い、カナダの Healthy City Toronto、日本の Tokyo Healthy City、ポーランドの Bialystock Healthy City、デンマークの Copenhagen Healthy City、アメリカのインディアナ州の Jeffersonville Healthy City について多くの教訓を引き出している。アメリカのインディアナのビジョンは次のようなものである。

- 清潔で緑に満ちあふれた生活環境
- 経済的に豊かに発展した地域社会
- 快適で人間的なアメニティ
- 友情に満ちた協力し合うよい人間関係
- よい学校とよい教育
- 安全で犯罪のない社会
- 計画性と多様性のバランスのとれた社会
- ヘルスケアが充実した健康的な生活
- すべての市民の雇用と経済保障
- ダイナミックに発展する中心都市
- 市民に共感されるよい行政とサービス
- 世代間の価値観や家庭の価値の尊重
- 平等で公正な社会正義
- 充分な住宅供給とホームレスの解消
- だれでもいつでも利用できる交通手段の保障

それぞれの国の政策や地域のニーズに対応しながら健康都市が多様に発展し、国際的国内的ネットワークを形成して効果を上げている点を評価すると共に、そのプロセスが必ずしも記録化されず、その経過や結果にどのようなコミュニティ要因が関与しているかを知ることが困難であることも指摘している。市町村自治体がどのようなイニシアティブをとったのか、コミュニティ全体の参加の状態はどの程度なのか、健康都市の成果を総括するにはデータが不足していることを警告し、この領域の研究の緊要性を強調した。日本においても多くの市町村が健康づくり運動に取り組んでいるが、コミュニティ科学の視点から、その総括や評価がなされることが少ない点は、共通しているように思われる。

この提起を受けて、Perkins ら.(1998)は、トロント健康都市プロジェクトの研究を進め、そのコンセプトと評価の視点を明らかにした。環境 environment・経済 economy・公平 equity の３Ｅを包括して、あらゆる活動領域で展開すること、部門・部局間のパートナーシップによる縦割り活動主義を排除すること、健康問題解決の主役としての地方自治体機能強化と地方分権化の重要性を明らかにした。

一方、Chalmers and Bramadat(1996)は、健康文化都市研究のなかで、その有効なモデルを調査した。すなわち、５つのモデル、第一に、サービス商品市場をめぐる諸関係や環境生態系維持による持続的発展を含めた経済発展モデル（Economic development model)、第二に、コミュニティにおける公式・非公式の生涯学習活動を踏まえた教育モデル（Education model)、第三に、住民のリーダーシップによる地域の問題解決を行いながら改善に向かう対決モデル(Confrontational model)、第四に、住民主体の広範なコミュニティ参加活動を介した力量形成モデル（Empowerment model)、そして第五に、議会活動などによる政治モデル（Political model）に分けることができ、これらのモデルを基礎に健康文化都市の発展の方向性を模索している。

このコミュニティ・ディベロップメント重視の動向は、アメリカでもコミュニティ・オーガニゼーション重視の傾向と共通している。ニューカッスル大学のチームの Hancock ら（1997)、Jewkes and Murcott (1998)らは、コミュニティ活動(Community Action）に深く関連するヘルスプロモーションの戦略的意義について強調している。コミュニティの発展のためにどのようなコミュニティ活動を組織化するか、これらの報告で提起されたコミュニティダイナミクスは、日本における健康のまちづくりにおいても共通した重要課題である。例えば、松本市における戦前から継続されている社会教育に多くの教訓が内包されているように思われる。

一方、Whiteis(1997)は、健康都市研究に関連して、不公平な政策発展に眼を向け、アメリカの医療政策における軽費削減、整理統合、合理化などによるコミュニティの不公平性の拡大について、社会政策の視点から”不健康都市”を対象とした分析調査を行っているのも興味深い。

Blum and Brown(1999)は、ヨーロッパやカナダで 1986 年開始された健康都市づくり Health City のプロジェクトをキャンベラ・プロジェクトとして最初にオーストラリアに導入した国家的プロジェクトのコーディネーターである。現在、このプロジェクトは、健康に関する社会的リスクの解消、市民生活の量と質の向上、市民の健康増進のための社会的環境づくりと都市経営のマネージメント、市民生活全てにわたるサービス責任、そして新しい公衆衛生における実践としての健康都市づくりを推進している。

彼らはリスボン会議（1986）での合意を経て、Health for All by the Year 2000 の流れとオタワでのヘルスプロモーションに関する討議”A Charter for a New Public Health"の流れの２つの国際的潮流に注目している。前者の潮流では、６つの原則、すなわち、公平性の保障、ヘルスプロモーション、コミュニティの巻き込み、多部門の協働参加、プライマリヘルスケア、国家間協力が重視されている。後者の潮流では、５つの原則、すなわち、健康な公共政策の形成、健康を支援する環境の創造、コミュニティアクションの強化、個々人の健康なライフスタイル技術の発展、健康に関するサービスの再編が重視されている。　オタワ憲章のコアであるこれら５つの目標をオーストラリアでは、1987 年から、Canberra, Illawarra, Noarlunga の３都市で実践に移していった。この取り組みにおいて、オーストラリアでは、健康都市づくりの理想と現実の調和、健康に関する社会的不公平の是正、健康に関する社会的諸指標の都市と地方コミュニティ間、あるいは異なる移住民族間での公平性、政府機関と民間、あるいは都市・コミュニティ間の協力とネットワーク、地方の文化と条件の違いを重視した。また、このプロジェクトは、健康都市づくりのモニタリングと評価のについて、「プロジェクトのフォーカスの明確化」－「分析課題の定式化」－「デザイン形成の戦略」－「協働プラン作成－「データ収集－「データ分析」－「報告」－「再評価」のサイクルを提案し、評価の指標として、City Portrait, City Context and Profile, Implications の意義を示唆している。

Harris and Wills(1997)は、オーストラリ

アの健康都市プロジェクトの特徴として、健康都市の意志決定におけるコミュニティ参加、異なるセクター間の協働、異なる集団間の健康状態の公平性保障への働きかけ、生態学的マネージメントの改善をあげている。特にビクトリアや南部のまちでは、地域のニーズに対応したHealthy Localities Project を開始し、地方末端でのコミュニティレベルの取り組みを強化しているのは注目される。

２１世紀の健康なコミュニティに向けての課題も各方面から模索されている。Bettcher ら(1998)は、デルファイ法を用いて２１世紀必須の公衆衛生機能の調査を行っている。この結果、大気汚染の防止とコントロール、公衆衛生へのコミュニティ参画の加速、有害物質や飲料水の安全性、学校・家庭・企業・コミュニティ・マスメディアにおける健康と生活技法強化のための教育と情報提供、健康に影響を与える諸要因のモニタリング、健康・医療・予防プロモーションのサービスプログラムの効果評価、職業上の健康と安全性の基準設定、疾患のサーベイランス、飲料水・食品の質と安全性のコントロール、健康のプロモーションと市民の健康擁護のための政治家、諸部局、コミュニティの連携、公衆衛生機能の効果評価、サービスを要する草の根の市民のニーズとリスク評価が上位を占めた。

Creese ら(1998)、Wasunna and Wyper (1998)は、健康なコミュニティを支える２１世紀のヘルスシステムやヘルステクノロジーについて検討を始めている。すなわち、基礎的な価値観の枠組みが明確に示されること、持続的に効果を発揮する組織的な資源のキャパシティが保障されること、社会の外圧に適応できること、絶えずどのような活動、サービス、効果が維持されなければならないか意志決定されることなどが必要であると指摘している。また、ヘルステクノロジーでは、分子生物学的ナノテクノロジー、マネージメントテクノロジー、コミュニケーションテクノロジー、直接的健康テクノロジー、環境テクノロジー、情報テクノロジー、食品テクノロジーが重要となり、消費と生産との調整、マーケッティング、研究開発などの領域との連携、ケアの地方分権化、テクノロジーの管理政策、テクノロジーの国際化と多国籍化の比重が高まることを指摘している。

Adams and Hirschfeld.(1998)は、同様に２１世紀に向けた健康づくりにおける人的資源について、法律的行政的問題、巨視的経済視野、政策形成能力などの組織的問題、新しいコミュニケーション開発など技術的問題、大学の自律性など社会文化的問題、政策をめぐる政治的問題などの解決の緊要性を指摘している。

Visschedijk and Simeant (1998)は、"Health for All in the 21st Century" の展望と価値観、目標、標的について述べている。健康なまちづくりと関連して、あらためて「健康に生きる権利」「国際的国内的公平性と連帯」「倫理」「ゼンダー」という価値観を確認することは重要と考えられる。また、健康における公平性と継続的なヘルスシステム及びサービスへのアクセス、HFA 政策の遂行とモニタリング、総合的なヘルスケアの質、健康情報やサーベイランスシステムの強化、健康科学研究の支援、健康生活環境の改善、健康的ライフスタイルの推進などの目標、標的は、２１世紀の健康なまちづくりの目標、標的でもあろう。２１世紀に向けて、健康都市、健康コミュニィプロジェクトの価値、目標、標的、課題は、ヘルスプロモーションの潮流、HFA 政策の潮流と合流しつつ大きな潮流となっている。

・健康文化都市づくりと Health For All (HFA) ２１との連携

現在、全世界で 1500 の都市が WHO とタイアップして健康文化都市づくりに取り組んでいる。21 世紀におけるヘルスフォオール政策 HFA21 は、第 51 回世界保健総会 1998 において採択され「世界保健宣言」として発せられた。

ジャカルタ宣言で唱われた５つの優先課題、１）健康への社会的責任の確立、２）健康への投資の増加、３）健康へのパートナーシップの強化と拡大、４）コミュニティの受容力と個々人のエンパワーメント、５）ヘルスプロモーションへのインフラストラクチャーの保障を踏まえて、次の様なビジョンが提案された。

すなわち、１）健康の希求は基本的人権であること　２）保健政策やサービスの提供に際して倫理が強調されるべきこと　３）連帯を強調して平等志向の政策を行すること　４）健康政策の中にジェンダーの

観点を取り入れることが示された。 ゴールとしては、1）全ての人々の寿命と生活の質を増大させること 2）国内、国際間において健康の平等を向上させること 3）全ての人が持続的な保健システムサービスにアクセスできることがあげられた。

これらの行動の基礎政策として健康を人間開発の中心に据え、持続的な保健サービスを開発し、人々のニーズや満足度を向上させ、政策の優先順位や測定可能な達成目標、価値観、目標評価を明確にし、公的部門内の連携政策や私的部門も含めた多様な共同活動、すなわちコミュニティの全的機能である産業、経済、住宅、農業、教育、エネルギー、水、衛生、労働、運輸、貿易、金融、環境、司法、外交などを発展させることを指摘している。 そのために透明性が高く説明責任が遂行され参加を促す刺激的な良い政策実行体制、それに基づく意志決定と優先順位設定機構、住民参加など強力なパートナーシップが必要であることが強調されている。また、2020 に向けた 10 項目にわたる目標のなかで、政策形成に関し、「2020 年までに、全ての国が、規制・経済・教育プログラムなどを通じて､栄養、運動、人間関係などの健康を増進する生活様式を強化し、薬物濫用、暴力、危険な性行為などの健康を破壊する生活様式を弱体化する戦略を導入する」ことをあげている点が注目されている。

宣言にもられた主要な政策は、ヨーロッパの健康文化都市プロジェクトの「都市の健康プロフィール」1998 と連携しており、健康文化都市プロジェクト第3相（1998-2002）に引き継がれている。

4つの枠組みとして1）原則と戦略の保証2）、特別なゴール、創造、変革、成果の委任、3）プロジェクトのインフラ構築、4）公的私的なネットワーキングと協働への投資を提起している。

第1枠組みでは、市町村行政意志決定支援 健康計画と政策への総合的アプローチ支援政策と戦略支援特に不公平是正と社会発展と持続的発展の重視

第2枠組みでは部局間連携指導、専従のプロジェクトコーディネーター、資源のパケッジ、プロジェクトマネージメントプロセスやプログラム遂行のレビュー、意志決定過程への住民参加の拡大、企業参画、コミュニケーション戦略、健康政策形成関連の訓練能力開発プログラム

第3枠組みでは、HFA2010 や地方行動計画 21 の標的、健康モニタリングと評価の体系的プログラム、健康不公平是正の行動プログラム、持続的健康プラン政策を推進する行動プログラム、タバココントロールプログラム、当面している健康問題、高齢者問題交通家庭内暴力薬物濫用などの総合プログラムの展開と評価

第4枠組みでは行政責任者の参画、インターネットなどによる緊密な連携 テーマ別地域別・戦略別連携別のネットワーキング強化である。

この中で健康の不公平性を是正する基礎として都市の健康プロフィールが健康都市ネットワークの成果の中で提起され、協働活動、個人やコミュニティのエンパワーメント､政策形成の重要性が強調されている。コミュニティの発展の核として、新の住民参加を可能とする機構の形成とともに住民自身が生活環境との関わり、社会的変化に影響を与える集約的行動、技術や知識や自信を発展させる努力、力を分けあう連帯、差別への挑戦などを主要なコアとする住民のコミュニティ参加を指摘している。

・健康文化都市づくりとデータベース

2000 年に HFP2000 の活動をレビューしデータベース 2010 が作成された。主要な課題は、1）健康増進に必要な協力関係の構築 2）健康状況の格差の解消 3）生活の質の向上と健康的な平均余命の延長 4）健康のための技術活用があげられている。ヘルシーピープル 2010 の主要な活動焦点として次のよう 28 の領域 467 の項目を決めている。

1）ヘルスサービスの質へのアプローチ 2）関節炎・骨粗鬆症・慢性腰痛症 3）癌4）慢性腎疾患5）糖尿病6）障害と関連問題 7）コミュニティを基盤とした健康教育プログラム8）環境保健 9）家族計画と性病 10）安全な食品 11）健康コミュニケーション 12）心疾患と心筋梗塞 13）HIV 14）ワクチンと感染症 15）外傷と暴力予防16）母性・乳幼児・児童保健 17）安全な医療品 18）精神保健と精神異常 19）栄養 20）安全で健康な職業 21）口腔保健 22）身体活動と良好な健康 23）公衆衛生のインフラ機構 24）呼吸器疾患

２５）性的行動による疾患２６）薬物濫用　２７）喫煙　２８）視力と聴力

さらに、全国的な健康評価方法を"国家の健康に関する通知表"と呼んでいる。例えば、運動、喫煙、物質濫用、精神衛生、傷害と暴力、環境の質、予防接種、責任ある性行動、医療の利用の 10 項目からなる。従来の単なる努力目標から主要な指標が導入され、必要に応じて戦略や行動計画の進行状況に使用される。

・健康文化都市づくりと Health 21

さらに 1998 年 WHO ヨーロッパ地域委員会は、今までの成果の広範な科学的解析とコンサルテーションを経て、2005 年までの行動計画を樹立し、Health21 を起草した。これは全ての人の潜在的健康能力を開発することを目標とし、全人生を通じて住民の健康を維持増進させ、疾病と外傷とそれらによる苦しみの緩和を二つの主要な目的としている。また、倫理的観点から健康は基本的人権であること、健康の平等性と行動の連帯性、持続的健康発展のための参加と責任を３つの基礎的価値とした。また、それらを遂行する４つの主要な戦略として、科学的、経済的、社会的、政治的継続性がこの Health21 行動計画を推進するものとした。そして２１の標的と目標値を立てた。

健康文化都市づくりの成果として、WHO ヨーロッパ部局は次のような集約を行った。

１）多くの地域の住民の健康づくりへの意欲を鼓舞したこと

２）都市の政治的行政的行動計画の中に健康の重要性を位置づけ,HFA 政策形成に知識を与えたこと

３）地方や市町村レベルで HFA 戦略展開の実証済みの事例を提供したこと

４）新しい公衆衛生活動の基礎と再編再構築を支援したこと

５）国際共同精神で連携する都市間のネットワークが形成されたこと

６）部局間の協働やコミュニティ活動を基礎とした政策やプログラムを発展させるノウハウや実践的知識の集積ができたこと

７）プロジェクトの理論、実践、評価に関する成功事例の記録の発刊ができたこと

８）健康の中心的課題である持続的発展、生態学的マネージメント、支援環境づくりなどの重要問題を明らかにしたこと

９）地方レベルでも健康に関する平等性の重要性を強調することができたこと（多様な、そしていろいろな不利益を抱えている住民に対し総合的な政策展開により異なるルートで平等な政策をどのように展開すればよいかを示すことができた）

１０）異なるグループや領域、職業の積極的参加が健康を改善しまたそれらの協働が可能であることを証明した

１１）WHO と地方政府、さらには市町村、コミュニティレベルでの明確な信頼に基づく関係、ネットワークが形成された

１２）WHO とヨーロッパ諸国との広範な部局との関連を強めるとともに、改革、プロジェクト発展、ネットワーキング形成に大きなインパクトを与えた

１３）多くの都市の次世代の行政推進者に良い経験の機会を提供した

１４）危機的状況にある都市の潜在的な資源を活用させ、WHO と東欧５カ国との結合を示すことができた

１５）諸都市の主催のもとで国際共同の窓口を形成することができた

・国際的健康文化都市づくりの日本への教訓点

以上の国際的動向に基づき、日本の今後の健康文化都市づくりへの教訓点を整理した。

１．地域コミュニティとアカデミック・コミュニティとの協働

Seattle Partners for Healthy Communities の報告に見られるように、コミュニティと研究者の協働活動を強化することにより、研究チームへ住民が参加し、訓練され、コミュニケーションが改善され、パワーを分かち合い、コミュニティへの貢献を相互に承認し合い、住民と研究者の相互の立場や多様性を尊敬し合い、協働活動に価値を与えることの意義は大きい。

日本でも、国立大学の独立行政法人化をきっかけとし、カリフォルニア・モデルにみられるようにコミュニティー大学キャンパス・パートナーシップを確立し、市民と研究者が相互によきパートナーとなり、研究者や行政スタッフの訓練教育をコミュニ

ティ基盤で行い、住民の中でもコミュニティリーダーを育て、相互のエンパワーメントをはかり、コミュニティ民主主義を育てることが重要であろう。

Seattle Community Collaboration Model、Roanoke Community Collaboration Model、あるいは島根医大環境保健医学教育で行っているCommunity-based Education Modelは従来の大学講義室や保健所委託教育を脱し、コミュニティという生物的・心理的・社会的・地理的・文化的複合体を教育研究の場とすることにより医学生看護学生の教育に極めて有効であることを明らかにしている。

さらに、行政スタッフも加わり、大学・第一線スタッフ・コミュニティ(academic/practice/community research partnerships)の協働を成功させる重要な原則として

1. 問題の性質や意図する結果に根ざした最も良いプロセスとモデルを明確にすること
2. コミュニティへの投入と積極的なコミュニティの巻き込みとの違いを認識すること
3. 相互の信頼と尊敬を基盤とする相互関係を発展させること
4. 異なるパートナーとの行動計画に注意を払い重要性を認識すること
5. 多様な学際的アプローチを考慮すること
6. このパートナーシップと一致して評価戦略を持つこと
7. パートナーシップにも成熟があり、相互に異なるパートナーへ移行する時期があることを認識することなどがあげられる。

協働の発展には、コミュニティのリーダーシップの発展、コミュニテイの評価、ケアマネージメントサービス、研究、ポリシーの唱道が重要である。コミュニティのリーダーシップ発展要因は、基本的に健康文化のまちづくりとヘルスプロモーションのコンセプト、コミュニテイの健康に関するパートナーシップ確立と連携、健康文化のまちづくりのコミュニティ構造の発展、コミュニテイの力量と問題の評価、健康のためのコミュニティ計画、健康のためのコミュニティ行動、政策決定者へのデータ・ベース情報提供、モニタリングと評価、健康文化のまちづくりの持続性の保持が重要であろう。

また、カナダやアメリカでは都市、医師会、大学との協働活動が多様に展開されている。例えば、銃の事故防止、喘息管理、家庭内暴力スクリーニング、広報教育機関誌発行、物質濫用リスクの高い住民のスクリーニング、セルフケアに有効なツールの開発、地域調査システム開発、公的セクターと私的セクターの学際的連合、メディアキャンペーン戦略会議、ホームレスの若者のエイズスクリーニング、無保険者の糖尿病管理、健康キャンペーンテレビ会議セミナーなど、社会的な高い評価を受けている。

2. 健康文化の地域づくりと政策形成能力の向上

カオス系とも呼ぶべきコミュニティダイナミクスは、単一の研究体系や方法では把握することができず、従って健康文化都市づくり、地域づくりは、研究者や行政スタッフ相互にとってエンパワーメントや能力向上の場でもある。

政策形成能力を向上させる基盤として、研究を政策に生かすこと、政策化のプロセスを明らかにすること、参加行動研究PARの重要性と協同性を発展させること、共通認識をもたらすコミュニティ課題にフォーカスを当てること、市民参加による情報発掘と問題解決への協力を得ること、地域権力の分け合いによる平等と社会正義を施行すること、住民という当事者により生活の質の具体的評価を行い得ること、持続可能な発展の概念の中核に健康と支援環境づくりを位置づけることができることなど、健康文化都市づくりのもつ改革的な諸要因があげられる。

また、コミュニティの科学的な把握や政策形成の基礎のため、的確なコミュニティ・プロフィール把握、人口統計、死亡統計、疾病統計、喫煙・タバコ・食生活・運動などのライフスタイル、収入、住居・雇用・犯罪などの社会経済条件、健康な職場、健康な学校、健康な家庭、健康福祉状況、住民自身の健康認識やセルフエステーム、住民のヘルスリテラシー、生涯教育保障、コミュニティの不公平性、コミュニティの潜在能力と社会的資源力、コミュニティのインフラ構造と機能、プライマリヘルスケア・サービス、新しい公衆衛生政策、環境生

態系の持続的維持発展政策、研究調査の学際的ネットワークと活動状況、議員や議会活動、住民の自立や保健民主主義認識などの把握とモニタリングが重要であろう。

従来の 1970 年代の地区診断方式ではなく、住民参加の学際的アプローチ、参加行動研究方法、全地域的総合的 holistic アプローチが不可欠である。諸外国で最近重視されている Evidence-based Health Policy, Communication-based Health Policy, Narrative-based Health Policy の方法論の援用も重要であろう。

3．健康文化都市づくりと成果重視の評価 Outcome Monitoring

質的量的目標を明確にし、定量的評価と定性的評価の統合性による科学的評価手法を用いた行政評価が政策 Policy、施策 Programm、事業 Project、展開 Performance のそれぞれに対応して導入される必要がある。成果重視、市民の満足度重視、数値目標管理、質的目標管理、利害関係者に対する情報公開などの評価ポイントが重視されなければならない。

評価対象、評価時点、評価主体、評価特性を踏まえた評価も重要である。従来の問題に焦点を当てた problem-focused の評価、あるいはニーズを基盤とした need-based の評価に加え、地域が伝統的に持つ多様な遺産、潜在力に基づく assets-based 評価のアプローチが住民に変革の視点と創造性を分かち合い、住民自身やコミュニティの持つ資源力の認知、支持、活用を通して当事者としての評価を行うことも重要であろう。 評価やケアの有効なツールの創出も健康文化都市づくりの魅力である。アカウンタビリティ説明責任が問われる時代に、住民自身による自己健康評価ツールに加えて多項目評価ツールを開発し、住民、行政スタッフ、研究者協働による多様で複雑な QOL や Well-being の真の評価を行うことは、健康福祉サービス研究、健康福祉政策研究、プライマリヘルスケアや新たな公衆衛生 New Public Health の変革などコミュニティづくりのなかで発見、開発されるものと思われる。

評価を展開する場合、最も高い評価を得た健康文化都市づくりの活動 ”ベストプラクティス” を普及させることも重要である。ベストプラクティスは、次のような特性を持つと言われている。

1）サービス水準の設定
2）情報開示
3）相談と巻き込み
4）サービスへのアクセス、促進と選択肢の提示
5）公正な取り扱い
6）正しい方向への軌道修正
7）資源の効率的利用
8）確信と改善
9）供給者間の協力などである。

4．健康文化都市づくりの多様な領域への展開

・健康的な市場 Healthy marketplaces などへの広がり

HACCP の導入・食品監視・食品分析サービスなどの市場の管理、トイレや手洗い設備など水や衛生管理、土壌汚染や下水管理、感染症媒介者駆除、騒音などの環境衛生、食品サービス従事者の訓練と教育、消費者教育など

・健康な学校 Healthy school への広がり

健康と環境教育カリキュラム、栄養と安全食品プログラム、ライフスタイルと行動にお ける成功経験と達成感、両親と教師のまきこみ、飲み水管理やトイレや運動場や教室など児童の学校運営や意志決定への参画、運動生理の教育、リクレーション、スポーツ、予防に重点をおいた学校保健サービス

・その他コミュニティにおける多種の施設への波及

家庭、学校、集落、産業職場、農業、病院での健康文化のコミュニティづくり

多領域とのネットワーク、全ての領域、施設における健康レベルの向上、生活条件の改 善、環境や災害のコントロール、住居、雇用、水、交通、 新しい公衆衛生 New public health, 健康ネットワーク City network for health

5．健康文化都市づくりの小さなコミュニティや町村への広がり

健康文化都市づくりは、現在、身近なコミュニティ、市町村へとその翼を広げている。 日本における健康文化のまちづくり、福祉文化のまちづくりがそれである。

市町村の健康文化のまちづくりには、次のような項目が必要とされる。

1）市町村プロフィール
2）健康文化のまちづくりプロジェクト発展の背景
　計画の特徴、プロジェクトの貢献プロセスなど。
3）市町村における健康問題
　健康状態の系統的レビュー、感染症、非感染症、身体的社会的健康問題、ライフスタイル関連疾患、ライフステージに沿った健康問題、当面する社会ニーズ；高齢者ケア、乳幼児ケア、メンタルヘルスケア、少子化問題、女性問題など、コミュニティが所有する健康問題に関する文献、記録、出版物リストなど。
4）市町村の生活条件のレビュー
　住居、学校、職場、リクレーション施設、食品市場など。
5）健康資源のリストと活動状況
　NGO、行政機構、産業関係組織、環境保全関係組織など。
6）生活条件と健康状態の関連性
7）優先的健康問題の改善状況とコミュニティの健康問題の認識
8）まちづくりのグランドビジョン
　将来構想、総合的広域化行政再編計画など。
9）過去及び現在の健康都市プロジェクトの活動計画の集約
10）プロジェクトの進行状態
11）ワーキング、プロジェクトの内容、機能
　コミュニティの問題の認知と相談、プロジェクトのバランスの取れた発展、他のプロジェクトとのネットワークなど。
12）住民、行政、研究者の協働活動
　関係者の巻き込み、パートナーシップ、住民の参加協働、活動のモニタリングと評価、健康問題の情報源の豊富化、行政意志決定者の健康づくりの価値観と位置づけ、住民の健康づくりへの強力な議会活動、コミュニティの普遍的参加行動、マスメディアの協力など。
13）コミュニティのネットワーキング
　市町村間のネットワーキング、都邑連合・広域市町村圏連携、情報の共有、戦略やプログラムの交流、モニタリング方法や分析方法の共有など。
14）政策形成プロセスとその評価
　政策内容研究、政策プロセス研究、政策アウトカム研究、政策評価研究、政策唱道研究、政策展開方法研究など。
15）住民のヘルスリテラシーとエンパワーメント
　住民自身の健康向上の自己能力、効果的健康教育技術、ヘルスリテラシーの低い場合のヘルスケア成果と費用コスト、ヘルスリテラシーと健康の関わりの道筋など。

II. 健康なまちづくりフィールド・モデル調査

1．北海道（杉村　巌他）

　第1年度：1975年来、町、旭川厚生連病院、北海道大学医学部を中心に、健康なまちづくり、健やかに老いるまちづくりを進めてきた北海道中部酪農地帯の鷹栖町（人口6,871人）について、「ライフスタイルとしての生活文化」を中心に調査を行った。鷹栖町ではこの25年間にわたる活動において、住民の健康への意識の変容、健康と関連のある諸事業の展開について検討し、保健に関する意識の高揚とともに、町の健康福祉関連事業への積極的参加、住民主体の地域活動に広がりが生まれていることを明らかにした。また、住民のボランティア活動、町、医師会、厚生連病院、大学との連携により、高齢者の健康福祉対策についても成果をあげている。介護保険認定調査の結果、旭川周辺各市町村に比較し、鷹栖町では在宅死亡率が高いにも関わらず、町民の介護保険料概算が最低額であることも判明し、高齢者の健康支援に関する健康なまちづくり運動の評価として注目されている。
　鷹栖町の健康なまちづくりの特徴は、以下のようにまとめることができる。
1）地元医師会、町、厚生連病院の連携に加えて、北海道大学医学部の参画によりプライマリヘルスケアから高次医療までの包括医療体制が完結している。
2）25年間にわたる地域定期ヘルスチェックから、移動用CTなどによる地域脳ドックなど多様なヘルスチェックが継続され、住民データが蓄積され、町の事業や健康福祉政策に生かされている。
3）住民のヘルスチェックが、絶えず食習慣、健康習慣、運動習慣などのライフスタイルの見直し、行動変容と意識的に結びつけられ、住民のコミュニティ・マインドの形成に繋がっている。
4）住民のコミュニティマインドが、当面

する高齢社会への対応に住民の参画を促し、地域リハビリテーション活動の強化、特別養護老人ホームなどの福祉施設の充実、在宅ケア体制の充実、バリアーフリーの高齢者グループホームづくりなどに成果をあげている。

5）多くの健康なまちづくり運動の牽引車として公民館活動が力を発揮している。地域に根ざした文化活動、生涯学習、生き甲斐活動、音楽堂の設立、青少年の海外派遣事業など住民参加型文化活動の重要性が実証されている。

6）1979 年来、町、厚生連病院、民間情報企業により町の保健医療情報システムが整備されている。町行政、住民の情報の一元化、町の政策形成に貢献する情報解析、情報の開示と住民の容易なアクセス、行政・医療機関同志の円滑なネットワーク体制などに成果をあげている。現在、町独自の「プライバシー保護条例」制定のもとに、住民の総背番号制
を確立した。

7）農業、酪農という地域産業発展と健康なまちづくりの包括化の視点が成功し健康なまちづくりに良い影響を与えている。酪農従事者の腰痛対策、農業機械災害対策から「狼の桃」という地場トマトジュース工場づくり、ノンカロリー甘味含有植物ステビア栽培、減塩の鷹栖味噌など農業婦人グループや高齢者の産業おこしまで連携したまちづくりになっている。

今後、鷹栖町を背負う次世代の青年達の健康なまちづくりへの参画、ボランティア活動の推進、子育て支援による北海道の少子化問題への取り組み、町の政策形成、事業・計画づくりへの住民参画、保健医療福祉サービスの一層の包括化、関係施設・機関の緊密なネットワーキング、予断をゆるさない酪農、農業など産業おこしなどが課題とされる。

第２年度：鷹栖町と隣接する人口３６万人の北海道第２の都市である旭川市を対比し調査を行った。両地区で進められている健康文化のまちづくりを比較検討するために、研究班の共同調査項目を踏まえ、５つの要因、すなわち社会的要因、行政的要因、環境的要因、教育・文化的要因、保健・医療・福祉的要因について問題点と将来の課題について分析を試みた。また健康は自己実現への手段的状態であり、健康増進にはモラールも関係すると考えられるので、モラール調査を行った。

鷹栖町では、「まちづくり研究」「まちづくり住民アンケート調査」が基礎とされ、旭川市では、「高齢者保健福祉計画」「旭川市市民アンケート調査」が政策形成の素材とされている。両市町では、継続居住意識が 78%と同率で、鷹栖町での低下傾向は農業を軸とする産業構造の変化が背景にあり、旭川市では第二次産業就労者の減少が関係しているものと推察される。鷹栖町の住民の地域づくりへの参加意識は 65%と高いが、まちの将来像、福祉ボランティア活動、町主催の事業・行事への参加意識は低い。町行政施策への評価は、文化保存、保健活動、公園整備、余暇施策、教育施策、社会教育などに高かった。満足度も道路、交通、健康管理、高齢者福祉、救急体制、学校教育、社会教育が高かった。

旭川市の行政施策への満足度は９年前と比較すると低下傾向になり、生活の利便性、自然保全、交通安全、ゴミ収集、道路整備などが相対的に高く評価された。

健康文化のまちづくりには、住民の参加意識を基盤としていること、世代のニーズのギャップや行政スタッフと住民の満足度のギャップを評価すること、評価行政と住民の協働活動を推進力としていること、健康福祉のみならず市町の産業発展地域発展が不可欠であることを明らかにした。とりわけ地方分権化や地方財政逼迫化のなかで、ハード依存のまちづくりからソフト面の開発に住民が積極的に参加、企画、運営していくことが緊要な課題になっている。その点で、鷹栖町の健康文化のまち全体を「エコミュージアム」とする企画は、住民参加を促し、住民と行政の協働を推進し、コミュニティの核に参加意識の向上が促される点で注目される。

２．秋田県（林　雅人他）

第１年度：1960 年代から厚生省脳卒中発作半減対策以来、現在まで循環器疾患管理対策を軸に高齢者ケアの問題などに取り組んできた秋田県南部農村の増田町（人口 9,298 人）の健康なまちづくりについて、「その評価とシステムづくり」を中心に調査を行った。高齢化率は 25.6 ％と高く、コメと果樹主としてリンゴを中心とした農村で、専業農家は 11.7%と著しく低く、兼業

化が進行している地域である。当地域の住民のライフスタイルについて労働、休養、余暇、運動、栄養などを中心に地域特性を解析し、同時に個人、地域集団の健康指標との関連を検討した。当地域は、増田町健康づくり推進協議会を中心として住民主体の組織的な健康増進の取り組みを図ってきた。しかし、住民参加の歩みは緩やかで、なお行政の支えが大きい。本年度は、永年にわたるデータを活用して住民のセルフケア能力を向上するためのデータ解析と町行政での政策形成に関する問題点を抽出した。町の健康づくり計画の基本的考え方として、乳幼児から高齢者までの全ライフステージに対する総合的な保健サービス提供 Life-stage Health Monitoring System と住民主体のセルフケア能力向上のための意識変革をコアとしている点が特徴である。健康づくり計画の重点課題と目標としては、「生活の質づくり」「快適な生活環境づくり」「生き甲斐人生づくり」をあげている。増田町の健康なまちづくりの特徴は次のような点にあると思われる。

1）目標推進には、増田町健康づくり推進協議会が重要な役割を果たしてきた。従来、秋田県は脳卒中死亡率が高く、1960 年代末から厚生省の「脳卒中特別対策事業」が展開されてきた歴史的経緯もあり、健康づくり推進協議会の核が「高血圧管理委員会」である点がひとつの特徴となっている。

2）事務局は町の福祉保健課と保健所担当者が受け持ち、組織管理は地元医師会と平鹿総合病院が町長、保健所長と連携して行っている。町および郡医師会と農村医学の全国的リーダーである平鹿総合病院との密接な連携、平鹿総合病院のプライマリヘルスケアを軸とした農村地域支援機能と大学付属病院に匹敵する高次医療機能が包括的に増田町に提供されている。

3）顧問として、学術的指導機関である秋田県脳血管研究センター、秋田県衛生科学研究所、平鹿総合病院が専門的技術的助言と支援を行っている。

4）地域支援の実働部隊として、保健婦、在宅助産婦、栄養士、生活改良普及員、農協生活指導員、平鹿総合病院健康管理部医師の連携が密接であり、他の市町村と違って母子ヘルスケア支援、健康的ライフスタイルと食生活改善支援、地域産業発展と農業経営支援など増田町独特のポリシーに沿ったメンバー構成が成果をあげている。

健康づくり運動の成果としては、高血圧症罹患率、脳卒中年齢調整死亡率、脳卒中罹患患者数などの減少傾向がみられ、学童の食生活嗜好における改善、小児生活習慣病予防活動の活発化などにも波及効果が見られている点が特徴的である。課題としては、住民の意識変革が依然として残されており、今後、住民の主体的学習や町の活動・政策参加による
健康づくりの力量形成(エンパワーメント)の取り組みが課題とされている。

介護保険制度導入を目前とする中で、高齢者健康福祉計画展開を健康なまちづくりの視点から調査した。「トラブル・問題発生時の責任システム」については、行政主導型でシステム作り中である。「サービスの品質管理システム」は、健康推進協議会の中にコアをおく予定である。「利用者ニーズの把握・モニタリングシステム」は、計画策定に際し行った実態・ニーズ調査の経験を踏まえ、健康推進協議会の中にコアとしておく予定である。
「要介護高齢者ケアービス提供システム」では、在宅ケアサービス、福祉施設入所サービス、訪問看護サービス、痴呆ケアサービス、救急医療サービス、かかりつけ医サービスなど順調に整備されており、脳卒中対策以来、培われた計画や政策推進の経験がここでも生きており、医師会と町行政と平鹿総合病院の緊密なネットワークがそれを支えている。

一方、介護認定からもれた「元気高齢者サービス」については、デイサービス、社会参加活動サービス、生き甲斐支援サービス、バリアフリーサービス、生涯学習サービス、健康増進サービスが目一杯進められている。ただ、情報アクセスサービスについては、協議会で検討中である。

「記録・データ管理システム」「問題発生予防・処理システム」「研修教育訓練システム」「調査研究システム」なども取り組まれつつあり、今後の経過を観察して必要がある。健康文化のまちづくりの視点からみた問題点として、住居や道路、生活環境など町全体のバリアーフリー化、さらには住民の意識における「こころのバリアーフリー化」、ミニデイサービスの拡大と充実、働き盛り男性のセルフケア能力の開発と意識変革、寝たきり高齢者の予防対策の

継続、生涯スポーツ活動、生涯学習と公民館活動などの社会教育活動の強化が今後の課題である。

第２年度：対象地域を地域中核都市の横手市と農村である増田町の２地区を対象とし、比較検討した。横手市では、各種委員会等の設置は必要に応じて行われ、相互の連絡システムや情報公開システムも整備されつつある。ボランティア活動の育成や調査・総合評価の機能は今後の課題であるが、行政の姿勢から前進が期待される。増田町では、「高血圧管理委員会」を中心に調査・総合評価・連絡機能を発揮している。また、保健婦など保健福祉スタッフを比較的手厚く配置して、サービスの計画・実施・評価・調整機能を実質的に一元化しており、職域・学校を含めた広範囲な活動を展開している。

実際のシステム運用は、限られた人員と予算の元で、改良を重ねながら進化している。特に地方自治体における制度変革や介護保険制度などの新制度の発足、脳卒中対策などの補助事業の導入などを機に、改良が進められている。健康文化のまちづくりを推進して行く上で、行政改革の波をポジティブに受け止め、住民主体のまちづくりを進めるためには、時代の趨勢を戦略的に把握する行政やコミュニティの能力、行政評価システムの導入、地域経営の方法論導入な必要とされている。また、日常活動の中で問題や情報を収集し、集積解析するスタッフの資質、有用な情報が生かされる柔軟な行政の運用、要点を押さえた効率的な行政システムの再編成、時間がかかっても住民との対話を欠かさず、協働の取り組みのなかで相互のエンパワーメントを図る姿勢などが決定要因として指摘される。

３．長野県（丸地信弘他）

第一年度：1950 年代から公民館活動を軸とする社会教育に取り組んできた長野県の中心である地方都市松本市（人口 219,569）の高齢社会に対応した「福祉文化のまちづくり」について、「健康と福祉への統合アプローチのパラダイムチェンジとモデル形成」を中心に調査を行った。
今日の健康問題へのアプローチは、共生の時代の健康文化への接近に基づいた主体的な認識、対応、そして動的な評価が必要とされている。そのため、既存の歴史的な医学接近のパターン認識を生かしつつ、住民参加の健康文化の健全育成に必要な学問体系に必要なモデルを長野県松本市における「福祉文化のまちづくり」の取り組み、タイ、バングラデッシュにおけるワークショップでの参加型行動研究として明らかにした。

その結果、地域の健康文化のまちづくりの基本戦略と尺度として三つの規範が重要と考えられた。ひとつは基本的精神としての「文化規範」、その健康科学のため WHO の新しい健康の定義を受けた「健康規範」、対策の経過と成果の効果判定に「経済規範」があげられ、このようなまちづくりの動的状態は文化規範としての自己調節モデルが共通基盤になることが判明した。このような健康科学の学習理論と対策実践の統合モデルを受けて、保健政策と保健経済のモデル化も行った。これらの共通感覚モデルは、人間科学を中心に社会科学と自然科学を融合し、人間の感性、行動、価値観、自己尊厳、生活の質などを包括した総合的接近を可能としていると思われる。これらは丸地班の報告書 P12 図 8 に要約されている。このモデルの基底は東洋的思想が活用され、アジア諸国においても実践的に受け入れられることを証明した。一部には、西洋思想に馴染みにくい部分もあり、発展途上国におけるプライマリヘルスケア活動への適用や住民に理解され全国各地の健康なまちづくりに適用する上で課題を残している。

松本市の福祉文化のまちづくり活動の特徴は、次のような点にあると思われる。
１）50 年にわたる公民館活動、37 年にわたる地域婦人のつどいの活動を土壌に 1991 年から市内 29 カ所に「福祉ひろば」が設置され、障害者、高齢者、市民、行政、研究者などによる「生活の場を意識した教育の場、福祉の発信基地」としての活動拠点となっている。２）福祉ビジョン懇話会が 63 名の市民（市民が約 60%を占める）、行政スタッフ、研究者などの参加のもとに発足し、「高齢者部会」「障害者部会」「福祉ひろば部会」の３部会で活動を推進し従来の審議会方式を打破し「社会全体の福祉化」を志向している。
３）「福祉ひろば」の機能は、相談窓口、住民のふれあいの場、地域健康づくり、地域の担い手づくり、地域の福祉づくり、ボ