

「空気、水、場所」というまとめ方で、環境と疾病との関係の重要性を経験的に説明している。しかしながら、疾病発生の原因として環境条件をとらえ、疾病発生を予防するという意志をもって本格的な取り組みがなされたのは、19世紀以降であろう。

19世紀、英国から始まった産業革命は、深刻な生活環境の劣化による疾病の発生をもたらした。英国は疾病対策として、生活環境の改善を進め、ここに公衆衛生学(Public Health)という分野が生まれた。多くの医師は公衆衛生運動(Public Health Movement)を牽引指導し、伝統的な医学分野に新しい実践的な専門分野を確立したのである。

20世紀に入ると、ルネ・デュボス(René Dubos)は、「人間の健康とは環境に適応できること」であると述べ、生物学的視点からとともに、社会的視点からも考察し、医学と社会のあり方を論じた。

1970年代になると、「疾病発生に関連する環境要因」の研究はさらに幅を広げることとなった。

この背景には、わが国を含め先進国医療の関心事が、感染症から生活習慣病へと移ったことも一因であった。明らかに、疾病構造は急性疾患から慢性疾患へと移行していた。生活習慣に起因する慢性疾患には、生活条件や生活環境が大いに関連していた。

また、いわゆる「公害病」や「職業病」の顕在化も、医学界からの「環境」への興味を増大させた。

一般に、「環境」は、個々の環境因子の計測手段の専門性や作用機序を考慮し、従来より教科書的には、おおむね物理的環境、化学的環境、生物学的環境、社会経済的環境、文化的環境に分類されてきた。また、現実の生活という視点からは、もっと大まかに、前3者と後2者のふたつに分けて理解される。事実、世界保健機関(WHO)などのヘルシー・シティをテーマにしたワークショップ

などにおいても、前者を physical environment (物的環境)、後者を social environment (社会環境)とし、両者を合わせて、住民の健康を左右する環境として扱われることが多い。

労働環境を含む生活環境が関与する健康障害

1980年代に入ると、生活環境と健康についての議論は成熟した展開をみせる。

まず、物理的環境因子、化学的環境因子、生物学的環境因子については、作用機序や生体影響評価が明らかにされ、対応として、発生源対策をはじめ環境基準(職場での基準も含む)や管理マニュアルなどが整備され、医師としての任務を果たすのに必要な事柄も整理された。例として医師国家試験の出題基準を参照してみると、まず、「環境保健」という大項目下に10項目にわたる中項目とそれぞれの小項目として整理されており、また、それとは別に、「生活環境因子・職業性因子による疾患」として、食中毒および病害動物による疾患、アルコールによる障害および薬物依存・中毒、喫煙による障害、産業中毒およびその他の職業性疾患、物理的原因による疾患およびその他の生活環境因子による障害として整理されている。

事実、イタイイタイ病をはじめ、さまざまな環境因子による疾病や、近年では、事故による放射線被曝など、その発見のきっかけは、常に、注意深いプライマリ・ケア医による診察であった。

生活環境と生活習慣

一方、社会経済的、また文化的な生活環境条件については、議論は新しいパラダイムへと進んだ。環境因子そのものよりは、その結果でもある生活習慣に注目が集まった。この「生活習慣と慢性疾患の関係」は、ブレスロー(L. Breslow)らに

表1 オタワ憲章の要点

新しい公衆衛生、それは、個人の健康や健康習慣に注目するだけでなく、健康推進へ向けた社会の活動にも注目して推進するものである。オタワ憲章ではその推進の方向を3つの基本戦略と5つの優先行動領域にまとめた。

ヘルスプロモーションに必要な3つの基本戦略

- (1)考え方を広める(Advocate)：健康には、政治的、経済的、社会的、文化的、環境的、行動学的、生物学的要因が関わる。この多様な関連要因が健康に好ましい結果をもたらすような行動が重要である、という考え方の普及をめざす。
- (2)自らの能力を獲得させる(Enable)：健康の格差の縮小、機会の公平性や資源配分の公平性を確保することにより、人びとが公平に健康を追求できるようにすることをめざす。
- (3)多部門・セクター間の調整をはかる(Mediate)：関係するすべての部門とセクターの行動を、相互の調整を行い調和のとれた活動を行うことが必須である。政府機関、保健医療専門部門、社会部門、経済部門、非政府・ボランティア組織、地方行政機関、産業、メディア部門、などの相互の調整が重要である。

具体的な行動を起こすべき5つの優先的な領域

- (1)健康をめざす公共政策づくり(Build healthy public policy)
- (2)健康を支援する環境づくり(Create supportive environment for health)
- (3)地域活動の強化(Strengthen community action for health)
- (4)個人の技能の開発(Develop personal skills)
- (5)ヘルスサービスの方向転換(Re-orient health services)

よるアラマダ・カウンティ研究の成果を契機として、ひとつの区切りを終えたと考えられる。それは、「喫煙をしない」「飲酒を適度にすまかまったくしない」「定期的にかなり激しい運動をする」「適正体重を保つ」「7～8時間の睡眠をとる」「毎日朝食をとる」「不要な間食をしない」の7つに代表される健康習慣の提示であった。これは現在も定着し、類似の結果を示す多数の研究がなされ、ヘルスプロモーションの重要な核となるに至った。

世界を席卷した「健康習慣の推進」を核とするヘルスプロモーション施策は、しかしながら、すぐに実際の地域で大きな壁と向き合うことになった。それは、そういう生活習慣を選択できる人びとにとっては健康への道が開けたが、生活条件や生活環境の制限から、その選択が困難な人びとにはどのように保健指導したらよいのかという疑問であった。それはすなわち、健康的な生活を支援する地域環境や社会環境の整備が必要である、という課題の提起につながった。国際的には、そもそも良好な生活環境にあること自体がすでに健

康格差の一因となっているのではないかという指摘がなされた。

確かに、良質な地域環境にあり、自宅の玄関を一步出れば、緑の小径が続き、散歩を楽しむ時間もあるという豊かな人と、長時間労働を余儀なくされ、スポーツする場所もないといった人とは、結果として生活習慣に違いがでてくるであろう。さらに格差の底辺にいる条件の悪い人びとには、むしろ包括的に生活条件や生活環境の改善を組み合わせる必要も生じてくる。

健康支援環境という視点

そこで、こうした課題を乗り越えるために、世界保健機構(WHO)は、1986年に国際会議を開催し、開催地にちなんで「オタワ憲章」を採択した。これは医師にとっても銘記すべき重要な憲章であるので、その要点を表1に示した。

オタワ憲章は、単に個人の責任において行動変容を促すにとどまることなく、健康を支援する環境に重点を置き、健康的な公共政策づくり、地域

活動の強化など環境への働きかけを示したという
ことで大きな考え方の転換を各国に推奨した。
WHOはその理念にさらに具体性を増し、健康支
援環境(supportive environment for health)整備
のためにはセッティング(setting)を定めて包括
的アプローチに重点を置くべきとの「ジャカルタ
宣言」を1997年に行った。すでに当時、世界各
地でさかんに取り組まれていたヘルシー・シ
ティ、ヘルシー・コミュニティに向けたプロジェ
クトや取り組みは、世界的には高い評価を得た。
しかしながら、いまだに「個人の健康は本人の責
任。環境や行政や国の責任ではない」「医師によ
る保健指導は本人に伝えるところまでで、その後
は自己責任である」という立場の国々であって
は、オタワ憲章も、ジャカルタ宣言も正しく理解
されていない。

健康都市(ヘルシー・シティ) プログラム/プロジェクト

健康都市(ヘルシー・シティ)プロジェクトにつ
いては、すでに多くの国の多くの都市において多
くの実績がある。最近では、その内容に、個々のさ
まざまなプロジェクトや取り組みを取り込み、相
互に相乗効果を発揮させる「プログラム」として
発達しているものが多い。すなわち、「健康都市
(Healthy Cities)」は、かつてはプロジェクトの
名称として多く使われ、現在はより包括的な地域
プログラムの名称として使われることが多い。い
ずれにしても、それは、運動展開のための方法論
や知恵を集積した「ものごとの進め方」を示すとい
う意味での「プログラム」である。それは、オ
タワ憲章やジャカルタ宣言の内容を地域で実現す
るための方法論として、常に実際の経験を学びな
がら修正され洗練され改善されて発展をとげてき
た実践的な包括プログラムであるから、医師がそ
の内容を理解し、参加するならば、少ない時間を
少々割くだけでも強い力を発揮することになる。

なぜなら、地域における医師の役割はきわめて重
要であり、医師個人はもとより、医師会や医療機
関の影響力も大きく、行政をはじめさまざまな場
で発言する機会も多いからである。

もっとも、現在の医師が忙しすぎるのは地域の
人的資源の面からみて、別の大きな問題である。

健康都市プロジェクトの特徴は、

- 1) まず自分たちの地域の将来像を明確にする場を
多く持ちコンセンサスを得ていくこと
- 2) 保健医療の専門家だけでなく、教育、福祉、都
市計画、住宅、産業など、健康に関係する分野
の専門家や関係者と連携を取って進めること
(J2)
- 3) 行政組織だけで進めるのではなく、地域の関係団
体、住民参加のもとに進めること
- 4) 学校、職場、商店街など、日常生活の活動の場
(セッティング)をモデルとして設定し、具体的
な活動を包括的に行うこと
- 5) 事務局を設置してコミュニケーションや情報の
中心となる場所をつくること
- 6) 人材育成の仕組みをつくり、手法を伝承してい
くこと
- 7) 評価の仕組みをつくり、常にオープンにするこ
となどである。

アジアでは行政主導型が多いが、欧州やオース
トラリアではNGO主導型も見受けられ、むしろ
行政を動かす原動力となっているものも多い。日
本では行政に「要望」はするが、おまかせタイプ
になりがちであり、行政側に有能なコーディネー
タがない場合は、事態は進展せず、何事も始ま
らない。

JIMF-3

J2 部門間連携(intersectoral collaboration)

地域住民の健康のために、保健医療担当部門だけ
でなく、福祉、教育、都市計画、産業振興など多くの部
門と連携すること、また、担当部門間という意味の他
に、行政機関、市民団体、営利・非営利の民間組織と
いった異なる社会組織間の連携という意味もある。

欧州の「健康都市プロジェクトネットワーク」では、健康の課題を自治体の重要な政策的課題として位置づけ、これを基準に達成度の評価を行っている。住民の地域健康支援環境への意志の明確な反映である。

健康都市プロジェクトは、長年にわたり、世界の1,000以上の都市や地域の成功や失敗の教訓を学びながら、健康や保健医療介護福祉を重視したまちづくりの進め方について、経験や知恵を蓄積し、スモール・サクセスを着実に増やしていく大きな運動体として成長してきた。健康支援環境を創造しようという各都市各地域は、その運動体に蓄積された教訓や知識、いわば他山の石といったもののなかから、その地域の課題や状況にふさわしい進め方やノウハウを取り出し、工夫をしてまちづくりを展開していくことができる。健康都市プロジェクトは、地域の健康支援環境創出活動であり、経験を積み重ね、教訓の普遍性を導き出し、その蓄積を共有するネットワークづくりともいえる。



- 1) World Health Organization Regional Office for the Western Pacific : Regional Guidelines for Developing a Healthy Cities Project. Manila, Philippines, 2000.
- 2) Takano T, World Health Organization Regional Office for the Western Pacific : Practical Methodologies for the Evaluation of Healthy Cities Project. Manila, Philippines 2001.
- 3) 高野健人：健康都市プロジェクト。日本衛生学雑誌 57(2) : 475-483, 2002.
- 4) Takano T : Healthy Cities and Urban Policy Research. Spon Press, London, 2003.
- 5) 健康都市連合憲章 2004, 2008改訂。(<http://www.alliance-healthycities.com>)
- 6) 市川市：市川市健康都市プログラム—WHOの健康都市を目指して。2005。(<http://www.city.ichikawa.lg.jp/common/000012787.pdf>)
- 7) 高野健人：健康の社会的決定要因とそれに対する健康政策の国際的動向—健康都市プロジェクト。公衆衛生 73(7) : 478-482, 2009.

たかの たけひと

東京医科歯科大学大学院健康推進医学分野教授

〒113-8519 東京都文京区湯島 1-5-45

Tel : 03-3813-6111 Fax : 03-3818-7176

<http://www.tmd.ac.jp/med/hlth/depHP/index.html>

健康の社会的決定要因と それに対する健康政策の国際的動向 健康都市プロジェクト

高野 健人

健康政策において自治体の役割は重要である。特に、包括的な地域保健プログラムは基礎自治体を単位として実施すると効果的である。このような包括的地域保健プログラムのひとつとして「健康都市(ヘルシーシティーズ: Healthy Cities)」プログラムがある。「健康都市プロジェクト」と呼ばれる場合も多い。

「健康都市プロジェクト」は1980年代から世界保健機関(WHO)の欧州地域事務局が中心となって提唱し¹⁾、1990年代後半からは世界各国の多くの都市自治体において取り組まれ²⁾、推進事例を蓄積し、経験を共有することで進化、発展してきた。日本を含む西太平洋地域でも2000年にガイドラインがWHOより刊行され³⁾、有効な包括的地域保健プログラムとしてその発展が加速された。

「健康都市プロジェクト」は、住民が直面する健康課題は数多く存在するが、ひとつひとつの健康課題の背景には共通する社会的要因が多く、また保健医療分野だけの取り組みでは効果に限界があるため、多くの部門や部局が関わり、市民や様々な団体とともに、健やかな地域を創造しているという理念に基づくものである⁴⁾。

本稿では、健康都市プログラムを、個々の対策とともに健康の社会的決定要因の改善をはかるプログラムとして、また住民参加と部門間連携によって展開するしくみを持ったプログラムとして紹

介し、自治体における保健活動の方向性の参考に供したい。

健康都市プロジェクトの学術的基盤： 社会経済生活環境要因と健康との関係

健康都市プロジェクトというひとつのプログラムが長年にわたり進化発展を遂げてきたひとつの理由には、プログラムの重要な特徴として、その展開に関する学術的発展がプログラムの中に組み込まれており、活動と双方向に直結する構造を常備しているからである。

学術的な活動にはふたつの大きな機軸がある。実証的な研究と、活動経験の普遍化である。前者はいわゆる研究でありわかりやすいが、後者は、小さな地域活動の成功例や時には失敗例などを、誰でもが使いやすい形にして交流や蓄積をはかるための学術性である。

ここでは前者の一例として、健康都市プロジェクトのための健康水準と都市環境の様々な指標の関係について例示する⁵⁾。健康と社会経済生活環境要因との関係は時と場所により様々であり、他にも様々な研究が進んでおり、この結果が特別に重要な意味を持つわけではないが、実際に健康都市担当者が「多部門間の協力が必要である」と協力を要請する場合に、こうした具体的な分析結果例が説得力を持つ場合が多かったからである。

図に示すように、教育、疾病予防活動、保健医

たかの たけひと：東京医科歯科大学大学院健康推進医学分野教授，WHO 健康都市・都市政策研究協力センター所長
連絡先：☎ 113-8519 東京都文京区湯島 1-5-45 東京医科歯科大学

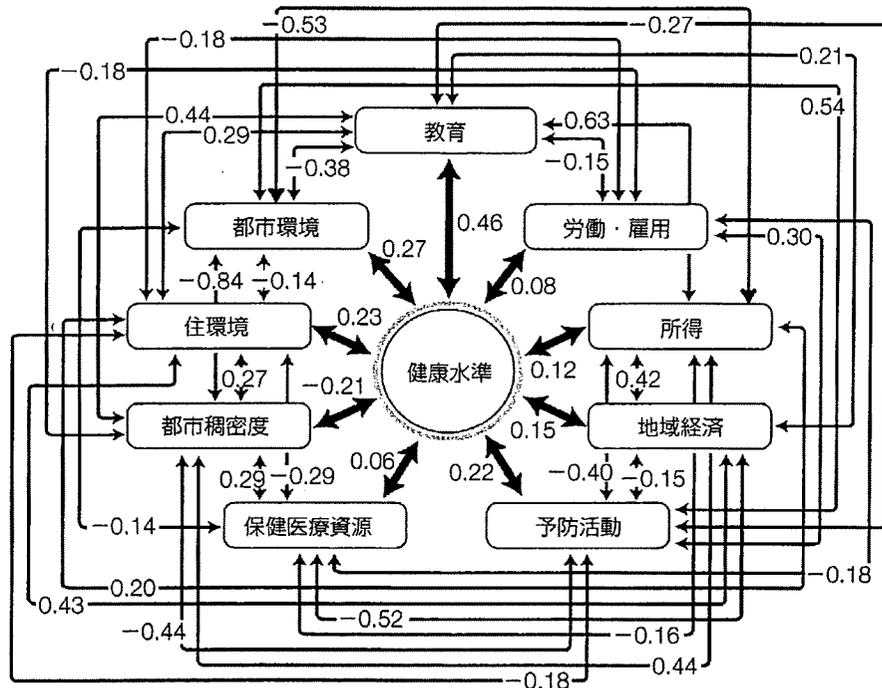


図 都市住民の健康水準と環境指標の相互関連性
 数値はピアソン相関係数(出典：文献⁵⁾和文に改変)

療、都市の稠密性、住宅、環境、雇用、所得、地域経済といった様々な社会的な健康決定要因が、それぞれ住民の健康水準と密接に関係するとともに、これらの健康決定要因相互にも複雑な関係が存在している⁵⁾。これらの健康決定要因の多くは、明らかに保健医療部門以外の部門が通常は所掌している事柄である。したがって他部門の協力や、行政のみでなく、多くの人々の理解と協力が重要である。

さらにこの時点におけるデータでは、健康水準を従属変数とし、健康決定要因の諸変数を独立変数として組み合わせ、それによって説明された累積寄与率を見てみると、保健医療の条件のみでは地域の健康水準の差異の約6%を説明するにすぎないが、これに所得や教育といった社会経済的要因を加えると約32%を説明し、居住環境や大気や水質、道路等の環境要因を加えると、全体の約52%が説明できた。ひとつひとつの数字は、時代や条件によって変わるものであり、この結果はあくまでも過去の一定の条件下におけるひとつの

分析結果である。しかしながら、健康都市プロジェクトに様々な分野の様々な人々に参加してもらうためには、一例とはいえ、健康と社会的健康決定要因との関係を数量的に示すことは、参加の必要性に説得力をプラスすることになる。

健康都市プロジェクトでは、この健康の社会的決定要因の考え方を踏まえ、さらに健康の社会的決定要因の改善をめざした実際の取り組みを展開しようとしている。その概念と確かな情報の普及を目的とした冊子の刊行は⁶⁾、健康都市の普及と推進に役立っている。保健医療分野だけでなく、あらゆる分野の政策や事業が健康にもたらす影響を検討するヘルス・インパクト・アセスメントは、健康の社会的決定要因への取り組みの具体例として健康都市プロジェクトにもいち早く取り入れられた。学術的基盤に基づいた実践が、自治体が中心となった健康政策の発展につながっている。

健康都市の具体的な展開手法

「健康都市プロジェクト」の推進手法は、

特集

WHOのガイドラインにまとめられている³⁾。健康都市にかかわる学術的基盤を踏まえ、WHOと健康都市に取り組む都市の関係者、および学術関係者の共同作業でまとめられたガイドラインである。

そこには健康都市プロジェクトを展開するための汎用的手法が示されている。まず、健康都市への取り組みには、様々な分野の活動を包括的、統合的に発展させることが必要であり、そのためには、行政、民間、地域、市民、学術関係者など、様々な部門の関係者が共同で取り組むことが重要である。

健康都市の展開にあたっては、都市ごとの特徴を踏まえて臨機応変に対応することが必要であるが、各国、諸都市の実績を踏まえて、多くの場合に共通の展開方法と考えられる手順が示されている。大きく3段階に分けられており、まず、「健康都市」に対する認識を高め、部門にとらわれずに部門横断的な検討を行うことができる特別委員会の設立から始める。地方自治体から強い支持を受けて健康都市の推進について合意が形成されれば、第一段階の終了となる。第二段階では、組織の構築、企画運営の組織を立ち上げ、健康都市指標集(City Health Profile)、行動計画を作成し、健康都市の計画の実行範囲を拡大する。第三段階では企画した活動を実施し、進捗状況を監視、評価することにより、持続的に健康を重視する都市計画を展開する。

通常は、各自治体で健康都市指標集を作成し、健康政策における重点課題を抽出している。計画のプロセスにおいて、留意すべき視点として、情報の共有、多部門間協力、地域参加、セティングの設定、定期的な監視および評価、地域社会における様々な団体の意見の取り込み、持続性を確保する仕組み、人材の育成、地域発展とのつながり、そして国内および国際的なネットワークへの参加などがある。もとより首長のリーダーシップは不可欠である。また都市開発および都市管理において、住民の健康を優先することを表記し、共通認識とすることが重要である。

人材を積極的に育成するという視点は極めて重要である。プロジェクトを遂行する上で、様々な分野の人々、地域の人々と共に働くためには、情熱とコミュニケーション能力、柔軟性と先見性、起業家的視点、そして旧弊を改める勇気を持つことなどが、公衆衛生の専門性と共に要求される。

健康都市プロジェクトでは、多部門の調整を担当する事務局組織を持つことが重要な要素と考えられている。様々な社会的健康決定因子に関係して事業を展開するには、共に働く各分野と協働し、様々な調整機能を果たす事務局機能が必要である。事務局は、行政組織と市民組織とが協働して健康都市の計画、都市経営に取り組むことを推進する役割を担う。

健康都市プロジェクトでは、NGOや地域に根ざした団体が、取り組みの初期段階から参加することが必要不可欠である。健康都市における地域参加は、社会における地域の伝統や行政職員の経験・資質により、参加のあり方が異なることが知られている。地域住民の参加を促す多様なモデルが存在する。

持続と発展のメカニズム

長期間継続して「健康都市プロジェクト」を展開する条件は、継続のためのメカニズムをプロジェクトの中に組み込むことである。その意味で近年はプロジェクトという表現は少なくなってきた。プロジェクトという言葉には1回限りというニュアンスを感じる人もおり、最近では単に「ヘルシーシティーズ」と呼ばれることが多い。しかしながら名称はあくまで名称であり、行政の事業として位置づけられ継続発展されるのが望ましい。また前述の重点課題についても、自治体の置かれている状況に応じて順序は異なってくる。最近では地域医療の再構築や介護の課題に、ヘルシーシティーズの手法を適用しようとする新しい動きが見られる。やはり、包括プログラムとしての実績を持つヘルシーシティーズの利点を活用しようとするものであり、今後の新しい発展として期待できる。

持続的発展のためには、さらに、地域住民のプロジェクトに対する所有感覚、評価と明確な成果の立証、そして幅広い層への理解の浸透をはかることである。そのためには、地域の発展に向けた幅広い参加型のアプローチが不可欠である。

健康都市プロジェクトが WHO などの国際的な専門機関や各国の都市との連携によって持続的に発展してきたことは、ヘルシーシティーズの特徴である。国際機関などからの外部支援、研修、視察、専門的なアドバイスを受ける機会が国際的なネットワークを通じて得られることに加え、都市間の相互交流が活発であることに大きな価値がある。

包括プログラムの発達には、様々な事例の蓄積や、小さな地域活動の成功例や、時には失敗例など、経験の交流が必要不可欠である。どのような都市も、地域も、全く同じということはない。しかし、条件が同じでなくても、参考になる事例は多数必要である。条件が違うから自分のところではできないというのは、言い訳であって、この現状を何とかしたいという熱意は伝わってこない。経験の交流にとって、最も重要なことは、経験の伝え方であり、経験の受け取り方である。経験の伝え方は、単に経験したことを伝えるのではなく、従来までの事例や、他の地域における事例などを踏まえて、より深く考察したものを伝えるべきである。その意味で「ヘルシーシティーズ」を推進する都市間のネットワークは、極めて重要である。

このことを踏まえ、WHO と西太平洋地域各国の諸都市の協力により、健康都市に取り組む都市間ネットワークである「世界健康都市連合(The Alliance for Healthy Cities)」が 2004 年に設立された⁷⁾。WHO が提唱する健康都市のアプローチによって都市住民の生活の質と健康の向上をめざす都市自治体と関連団体の、国際ネットワーク組織である。WHO と連携し、健康都市に関する普及啓発、都市、団体、人々の相互交流と情報交換、研究開発、人材育成を行い、さらに、優れた取り組みの顕彰を行っている。この国際組織の事

務局は WHO 健康都市・都市政策研究協力センターに置かれ、会員により選出された 5 都市の市長と 3 団体の代表により構成される理事会が運営に携わっている。設立当初は 25 の都市と団体で出発したこの国際組織は、2008 年 10 月までに、10 か国(オーストラリア、カンボジア、中国、日本、韓国、マレーシア、モンゴル、フィリピン、シンガポール、ベトナム)から合計 120 の都市と団体が参加する団体となった⁷⁾。

各都市の健康都市プログラムの内容は、それぞれの健康課題の優先度に従って選択されているが、社会格差と健康問題など、都市住民の健康の社会的決定要因に直接関わる新たな課題にいち早く取り組んでいる。さらに、保健医療分野の計画や事業にとどまらず、温暖化と健康、安全な都市交通網、情報基盤と技術の普及と健康推進など、保健医療以外の部局との連携による事業も数多く展開されている。

おわりに

近年、自治体を中心となった健康政策の展開が大いに期待されている。また健康政策は、健康課題の社会的背景要因にまで踏み込むことが要求されている。しかし資源は限られている。そこで、限られた資源を効果的に運用するための「包括的地域保健プログラム」の発展が望まれる。とりわけ「包括的地域保健プログラム」のひとつとして発達してきた「ヘルシーシティーズ」の理念や手法、経験や成果、またノウハウは、財政難の今日こそ参考となるプログラムである。また現在、新しい健康課題が次々と生じ、従来からの健康課題も深刻さを増している。ところが公衆衛生のマンパワーは増えるどころか、むしろ削減されている現状にある。戦略を大きく見直すこの時期にあって、国際的な評価に耐え、ネットワークを拡大している「ヘルシーシティーズ」という名称のプログラムが、わが国においても、多数の自治体においてそれぞれ特色あるモデルプログラムとして、幅広く展開されることを期待するものである。

特集

文献

- 1) Tsouros A: Healthy Cities Project; A Project Becomes a Movement. WHO, Copenhagen, 1990(邦訳/高野健人, 本橋豊, 中村桂子(訳): 健康都市プロジェクト—新しい公衆衛生の波. 健康都市東京推進会議, 1991)
- 2) World Health Organization: WHO Healthy Cities; A Program Framework. World Health Organization, Geneva, 1995
- 3) World Health Organization Western Pacific Regional Office; Regional Guidelines for Developing a Healthy Cities Project. World Health Organization Western Pacific Regional Office, Manila, 2000(邦訳/WHO 健康都市研究協力センター(監修): 健康都市プロジェクト展開のための地域ガイドライン. 市川市企画部健康都市推進課, 2005)
- 4) 高野健人: 健康都市プロジェクト. 日本衛生学会雑誌 57: 475-783, 2002
- 5) Takano T, Nakamura K: An analysis of health levels and various indicators of urban environments for Healthy Cities projects. J Epidemiology and Community Health 55: 263-270, 2001
- 6) Wilkinson R, Marmot M: Social Determinants of Health; The Solid Facts. 2nd ed. World Health Organization, Copenhagen, 2003(邦訳/WHO 健康都市研究協力センター, 日本健康都市学会(訳), 高野健人(監修・監訳): 健康の社会的決定要因. 特定非営利活動法人健康都市推進会議, 2004)
- 7) The Alliance for Healthy Cities (<http://www.alliance-healthycities.com>)

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
「エンドオブライフを支える在宅医療の基盤とその多様性を
包括的に評価する地域診断手法の開発」
（H21－医療－一般－002）

平成21年度 総括研究報告書（平成22年3月）

発行責任者 研究代表者 高野 健人
発 行 文京区湯島 1-5-45
東京医科歯科大学大学院
健康推進医学分野

TEL：03-5803-5190

FAX：03-3818-7176

