

#### vii) 事業所増加率 (%)

平均値は、0.40% (1990年) から-0.21% (2005年) へ低下した。相対標準偏差は、3.28 (1990年) から13.22 (2005年) へ増加した。

1990年と2005年で、標準化死亡比が高い地域で、事業所増加率が低かった (負の相関)。相関係数の絶対値は、1990年と2005年で変化なかった。人口密度が低い市区町村では、1990年に、標準化死亡比と事業所増加率との間に負の相関を認めた。2005年では、関連はなかった。人口密度が高い市区町村では、1990年と2005年で、標準化死亡比と事業所増加率との間に負の相関を認めた。相関係数の絶対値は、1990年より2005年で大きかった。

#### viii) 人口千人当たり民生委員数

平均値は、1.23 (1990年) から1.57 (2005年) へ増加した。相対標準偏差は、0.27 (1990年) から0.34 (2005年) へ増加した。

1990年と2005年で、標準化死亡比が高い地域で、人口千人当たり民生委員数が多かった (正の相関)。相関係数の絶対値は、1990年と2005年で変化なかった。人口密度が低い市区町村では、1990年に、標準化死亡比と人口千人当たり民生委員数との間に正の相関を認めた。2005年では、関連はなかった。人口密度が高い市区町村では、1990年と2005年で、標準化死亡比と人口千人当たり民生委員数との間に正の相関を認めた。相関係数の絶対値は、1990年と2005年で変化なかった。

2) 回帰分析において、調整済みr-squaredの値は、0.581 (1990年)、0.588 (2005年) と変化なかった。

人口密度別では、人口密度が5千人/ km<sup>2</sup>未満では、0.359 (1990年)、0.390 (2005年) と増加した。

人口密度が5千人/ km<sup>2</sup>以上では、0.682 (1990年)、0.693 (2005年) と変化なかった。

地域特性7変数と標準化死亡比との関連の強さ (調整済 r-squared) は、1990年と2005年において、既存の研究 (高野, 2001) に相当する水準であり、今回の分析が地域の特性を包括的に把握していることを支持している。

#### D. 考察

エンドオブライフを、死亡前の一定期間と定義し、国民健康保険および介護保険データを突合し分析することで、エンドオブライフの医療および福祉・介護サービスの種類と必要量、それらが変化する様子を、2自治体において示した。

さらに、地域の保健医療統計より地域診断に必要な指標値を収集し、上記の結果と合わせて分析を行うことで、対象とする地域の在宅医療の成立要因について、医療および福祉・介護サービス需給内容や量との比較や、他地域との比較が可能であった。

地域診断に関して、各地域特性を示す指標と健康水準との市区町村レベルでの相互関連性を、異なる2時期で比較し、その変化の程度と、地域特性との関連を明らかにした。

##### 1) エンドオブライフ

医療および介護サービスの利用に関する既存の研究では、データの収集や分析は、年齢区分別に行われていたため、しばしば後期高齢者のみが対象とされたり、エンドオブライフ期に

ないものが含まれたりしていたため、本研究においては、データの収集や分析においても工夫が必要であった。

エンドオブライフ期の終了時点は、「死」であるという考え方は一般に了解されている(英国 Department of Health, 2007)。そのため、エンドオブライフ期の医療および介護サービスの利用状況は、死からさかのぼって調査することが効果的となる。

一方、エンドオブライフ期の開始時期の定義は、個々の患者や専門的観点により様々であり、正確な特定にはしばしば困難が伴う(英国 Department of Health, 2007)。その開始時点をもとに悟るのが当事者の場合もある。また、当事者のケアを担当する保健、医療、介護の専門家やチームによる判断が主な要因となる場合もある。我々は、死より 12 または 24 か月前からの時期を対象に調査を実施し、在宅医療の成立要因について、下記の有用なエビデンスを得ることができた。

死亡前 12~24 か月間と、死亡前 12 か月間に必要とされるサービス量は、死亡前 12 か月が多くなっており、特に、入院医療費の増加の割合が高かった。データの収集に当たっては、調査の目的と、調査のコストや煩雑さ等を考慮して決定することが必要であると考えられる。

## 2) 在宅医療の成立要因

エンドオブライフでは、医療と介護の需要はともに高まり、特に、入院医療の受給日数と量(総額および受給 1 日当たりの費用額)については、人生の完結期に向かい増加していた。増加は、死亡前 1 か月のみでなく、9 か月前から増加傾向にあり、エンドオブライフ期における、長期の支援体制の必要性を反映している。また、死亡 1 か月前の入院医療費は 9 か月前の 5 倍

に増加し、ニーズの変化へ迅速に対応できる医療体制の整備が必要である。

入院医療費と介護費との相関係数は負の値であった。これは居住場所による、医療および福祉・介護サービスの差異を示すとともに、居場所の自宅や施設から病院への移動や、その逆に、病院から自宅や施設への移動の頻度が高い可能性を示している。特に、病院における急性期医療と、居宅または施設等における介護の間の密な連携の程度を数量的に示している。

年齢別では、医療費は 75 歳未満では、年齢が高いほど高く、75 歳以上では、年齢が高いほど低い傾向にあった。これは、75 歳未満では、高齢になるほど有する疾患の数が増え、医療や介護のサービス需要量が増えることと、この年齢においては治療や救命を重視して医療サービスが集約的に提供されることを示している。一方、75 歳以上における医療や介護では、生命や人生の質がより重視された内容になっていると考えられる。この結果は、75 歳以上に限定した調査では示すことのできない結果であり、年齢ではなく、個人のイベントに基づいて対象者を抽出した今回の方法の有効性を支持する結果である。

また、本調査により、エンドオブライフ期の居住場所の推移が明らかとなった。A 自治体では、死亡前 6 か月では自宅が病院を上回っていたが、死亡場所の 7 割は病院であった。高齢化に伴い、在宅において医療を担当する医師のみでなく、病院の医師にも看取りの知識や技術が不可欠である。

## 3) 在宅医療の成立要因の多様性

医療費および介護費の調査では、地域特性の異なる 2 自治体の比較が可能であった。

国民健康保険被保険者の死亡前 12 か月間に

ついて、医療費は、入院および入院外で、A自治体よりB自治体で高かった。受給日数は、入院および入院外で、B自治体よりA自治体で多かった。また、受給1日あたり医療費は、入院および入院外で、A自治体よりB自治体で高かった。B自治体では、A自治体に比較して人口当たりの病院数が少なく、近隣の大規模な急性期病院を利用する患者が多いことが原因と考えられる。

成立要因による地域の比較は、さらなる整備や向上が必要な領域を明らかにするのみでなく、このように、対象地域の特徴を明確にし、それに適した医療および介護サービス供給体制の整備に資するものと思われる。

#### 4) 地域診断手法

本研究において、医療と福祉・介護サービスの受給状況とともに、既存の保健医療統計データを活用することにより、需要との比較や全国における相対的な位置の把握が可能であり、多様性の評価とそのメカニズムの考察を効果的に実施できた。

医療と福祉・介護サービスの受給状況調査においては、個人を単位として分析することにより、個人の背景や時期による、利用資源の多様性と量の動向を把握することが可能となる。また、医療のみでなく、エンドオブライフ期の介護サービスの需要を正しく評価するためには、医療と介護を合わせて分析することが重要である。

健康水準と健康決定要因との相互関連性の経時的な変化の分析では、人口密度別では、人口密度が低い(5千人/ $\text{km}^2$ 未満)市区町村より、高い(5千人/ $\text{km}^2$ 以上)市区町村で強い関連があり、この点については、個別の相関分析においても同様の傾向があった。人口密度の

低い、地方の市区町村では、より多くの要因が健康に関連している可能性や、他のランダムな事象が健康水準に関連している可能性が示唆される。

本研究においては、市区町村を単位として地域診断を実施したが、医療圏や、都道府県別の診断も同様に行うことができる。

超高齢化社会を迎えるに当たり、人生のエンドオブライフ期にあっても、より健康的に生きがいを持ち自らが納得のいく生活ができ、社会貢献も可能にする地域環境整備が期待されている。エンドオブライフを支える在宅医療の成立要因を包括的に評価することの意義は、今後ますます高まると考えられる。

#### E. 結論

今後の医療・介護にかかる需要の増大をふまえて、エンドオブライフを支える在宅医療の成立要因とその多様性を包括的に評価する地域診断手法の開発が必要とされている。そのような手法は、年齢区分別ではなく、個人の一生における時期を参照しデータの収集および集計を行うものであろう。医療と福祉・介護サービスの受給状況は相互に関連しており、その把握には、サービスの種類別データの突合作業が必要である。この方法により、エンドオブライフに必要な医療と福祉・介護サービスの種類および量とその多様性を、本研究において明らかにした。

また、在宅医療の成立要因の評価には、既存の保健医療統計データの活用も有効であり、需要との比較や全国における相対的な位置を随時把握することができる。なお、各指標の影響の大きさは地域の特性や時期により変動するため、健康水準についても同時に評価すること

が望ましい。

#### F. 健康危険情報

該当なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

- 1) 高野健人. 健康支援環境を創り出すまちづくり：健康都市プロジェクト. Shintoshi. 2010 July;64(7):15-20.

##### 2. 学会発表

- 1) 高野健人. 包括的地域保健活動の展開手法として開発された健康都市アプローチ. 第69回日本公衆衛生学会総会（東京都千代田区：平成22年10月）
- 2) 渡邊美紀, 中村桂子, 木津喜雅, 清野薫子, 渡辺雅史, 高野健人. 高齢者の独居、孤食、ジェンダーが5年後の死亡に及ぼす影響. 第69回日本公衆衛生学会総会（東京都千代田区：平成22年10月）
- 3) 内村麻里, 高野健人, 中島理恵, 平木彩, 清野薫子. 要介護高齢者の療養場所別における医療処置の実施状況とその内容. 第69回日本公衆衛生学会総会（東京都千代田区：平成22年10月）

#### H. 知的所有権の取得状況

##### 1. 特許取得

該当なし

##### 2. 実用新案登録

該当なし

##### 3. その他

該当なし

## II. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
高野健人	健康支援環境を創り出すまちづくり：健康都市プロジェクト	Shintoshi	64(7)	15-20	2010
高野健人	包括的地域保健活動の展開手法として開発された健康都市アプローチ	日本公衆衛生雑誌	57(10)	53	2010
渡邊美紀, 中村桂子, 木津喜雅, 清野薫子, 渡辺雅史, 高野健人	高齢者の独居、孤食、ジェンダーが5年後の死亡に及ぼす影響	日本公衆衛生雑誌	57(10)	361	2010
内村麻里, 高野健人, 中島理恵, 平木彩, 清野薫子	要介護高齢者の療養場所別における医療処置の実施状況とその内容	日本公衆衛生雑誌	57(10)	384	2010

### III. 研究成果の刊行物・別刷

# 健康支援環境を創り出すまちづくり： 健康都市プロジェクト



東京医科歯科大学大学院教授 WHO 健康都市・都市政策研究協力センター所長 高野 健人

## 1. はじめに

「まちづくりは」はさまざまな目標をかかげて展開される。まちの賑わいの拡大、安全・安心のまちづくり、地域の資産価値の向上、地域における歴史的風致、その他、多様である。

「まち」は、人々が住まい、生活し、学び、生産と消費を行い、余暇を過ごす等の場であり、地域保健の立場からは、活動を展開するためのセティング(setting)と呼ぶこともある。「まち」の活性の中心にある「人」が、健康的で質の高い生活を送ることを目指す「まちづくり」が、人々の健康を支えるまちの環境を創り出す「まちづくり」であり、世界保健機関(WHO)はこれを「健康都市プロジェクト」として推進してきた。

一方、多くの「まち」では、明示されていなくとも、潜在的に、「そこに住み、働く人々の健康」は、その目指す目標となっている場合が多い。「健康都市プロジェクト」とは、学術的な根拠やさまざまな地域における経験の蓄積をふまえ、「健康を重視するまちづくり」に系統的に取り組む体制を整え、その実現に向けて展開するプロジェクトということができる。

健康を支援する環境は、必ずしも、都市の物的な環境条件だけではなく、人と人が支えあうネットワークや、保健・医療・福祉・介護等の制度の包括的運用といった、ソフト面の環境条件も重要である。ただ、本稿では、本誌の趣旨にそって、健康づくりのためのまちづくりに重点を置いて述べることにする。

## 2. 住民の健康水準に影響をもたらす地域の諸条件

まずはじめに、広く、地域住民の健康に影響を持

つ「まち」の生活の諸条件についてみてみよう。実体験からも、また、感覚的にも、人の健康は、大きく遺伝的要因と生活環境要因が関与しているであろうことは、何となく想像がつく。遺伝的要因への環境因子の関与は、本稿の範囲を逸脱するので、ここでは、健康支援環境を考えるうえで基礎となる生活環境要因や生活条件について述べてみる。

一般に、健康に影響を与える生活環境や生活諸条件は、人口動態、居住条件、所得、教育、栄養、労働、生活習慣、保健・医療・福祉、都市基盤等々の多様で広い範囲に及んでいる。

わが国では、これらの条件を示す多くの統計がとられており、経年的に、また行政単位ごとに、これらの統計から適切な指標を用いて、健康水準(例えば平均寿命など)との関連を見ることができる。

以下の例は、約300の自治体についての様々な統計から、健康水準に関する指標と都市生活における様々な環境条件や生活条件に関する指標約2000種類を検討し、カテゴリー化を行い、変数間の関係を解析した結果である(図1)。ここで設定した要因は、いくつかの指標をグループ化し、そのグループの特性にふさわしいと思われる名称をつけた要因である。また、健康水準としては、死亡率を基礎とした長寿を示す指標を用いた。図からもみてとれるように、都市の地域環境や生活条件を示す要因は、それぞれ相互にも、密接な関連のあることがわかる。

図1は、正確に述べるならば、「長寿に関する健康水準指標を中心に、それに関わる健康決定要因との関連性、また健康決定要因相互の関連性を示している」ということができる。このように図示することの利点は、居住環境条件、疾病予防行動、生活習慣、都市環境、都市基盤整備、就業条件といった健康決定要因のどの条件をどれくらい改善することに



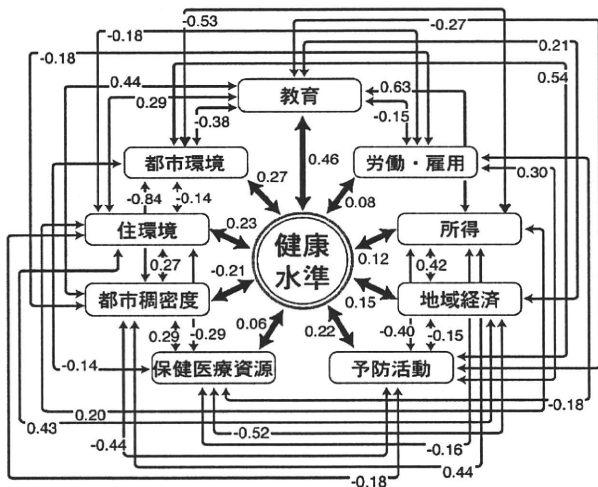


図1. 住民の健康水準と環境指標の相互関連性。数値はピアソン相関係数。

[出典：Takano T, 他. J Epidemiol Community Health 2001;55: 263-270. 和文に改変]

よって、健康向上にどのくらいの寄与があるかの予測をすることの可能性の検討を議論できることである。

健康は多面的であるので、中心に据える健康水準を示す指標を様々にとることによって、健康決定要因の影響の現れ方は異なってくる。また、当然のことながら、時代や地域の特徴によって、健康決定要因の影響の現れ方、健康決定要因相互の関係は変化する。しかしながら、図示などのわかりやすい説明方法によって、より多くの人々に、健康支援環境を創り出すまちづくりに参加してもらうことが容易となるのではないだろうか。すなわち、それぞれの「まち」の現状を多くの住民が的確に把握することにより、そのまちがめざす健康向上の方向性を共有し、その地域が備えている資源を最も効果的に活用した方策の可能性を話し合うこともできるのではないだろうか。

まちづくりにおいて重要な点は、例えば、「健康のためのまちづくり」の推進といっても、教育、疾病予防活動、保健医療、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健康決定要因が、それぞれ住民の健康水準と密接に関係しているということの認識であろう。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ことがらである。したがって多くの部門の協力や、行政のみでなく地域の多くの人々の理解と協力が重要となってくる（表1）。

実際の都市においては、健康決定要因の相互にも様々な関係が存在し、ひとつの条件を変更すると、他の要因の条件も変更されるというメカニズムが存在する。これらの相互の関連性をふまえて、どの条件に介入することで、効果的に住民の健康水準を向上することができるのか、ということの検討は有用であろう。また、このように相互関連性を持つ複数要因を抽出することは、健康を重視した諸事業を立案する場合に必要なステップでもある。

表1. 健康水準決定要因の組合せにより説明される健康水準指数の分散

回帰モデルに含めた健康水準決定要因の組合せ	調整済みR2乗(注)
保健医療要因	0.055
居住環境要因	0.134
社会経済要因	0.241
保健医療要因+居住環境要因	0.276
保健医療要因+社会経済要因	0.321
居住環境要因+社会経済要因	0.479
保健医療要因+居住環境要因+社会経済要因	0.516

(注) 調整済みR2乗の値は、従属変数の全分散のうち、健康水準決定要因の組合せにより説明される量を示す。

[出典：Takano T, 他. J Epidemiol Community Health 2001; 55:263-270.]

### 3. 「健康都市」という考え方

健康都市とは、「住民が互いに支えあい、個々人が人生や生命のあらゆる機能を発揮し、潜在能力を最大限に開発できるように、社会環境を含む生活諸環境や生活諸条件を持続的に創出し向上していく都市」として定義されている。

「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こうという理念に基づくものである。そもそもの出発点は、1986年のWHOによる「オタワ憲章」であり、その要点を要約して表2に示した。

「健康都市プロジェクト」は、当初は、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たものであるが、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、多くの成功例や失敗例などの経験が蓄積され、そうした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、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。

表2. 健康都市プロジェクトの出発点ともいえる「オタワ憲章」の主なポイント

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、人々が公平に健康を追求できるようにすることを目指す。
- (3) 多部門・セクター間の調整をはかる (Mediate): 関係する全ての部門とセクターの行動を、相互の調整を行い調和が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。

具体的な行動をおこすべき5つの優先的な領域

- (1) 健康を目指す公共政策づくり (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)

## 4. 都会の緑のオープンスペースと住民の健康

都市の緑化は現在の都市づくりのキーワードのひとつであろう。緑のあるオープンスペースの存在は、都市生活を快適なものにしてくれる。

ところで、さらに一歩すすんで、緑のあるオープンスペースや、安心して歩けるウォーキングロードは、住民の健康の推進や長寿に、実質的な効果をもたらすものであろうか。

この興味深い問題についての研究例があるので、以下に紹介したい。

ここで紹介する調査の項目は、自宅の近隣に公園や並木道などのオープンスペースがあるかどうかという項目である。そして「ある」という高齢者と、そうした空間は「ない」という高齢者（調査開始時75歳以上の高齢者）の計約3千名について5年間のフォローアップを行なったものである。その結果は、自宅の近隣に公園や並木道などのオープンスペースがある地域の住民（調査開始時75歳以上の高齢者）のほうが、存命率が1.03倍から1.24倍高かったということが示された。（出典：Takano T, 他. J Epidemiol Community Health 2002; 56: 913-918）

ところで、緑豊かな地域に住める人は、そもそも高所得で社会的に恵まれているからではないかという疑問があろう。そこで、この調査では、年齢はもちろん、すでにある病気の有無、そして経済水準の影響をのぞいて解析を行なった。それでも、やはり、上述のように、健康に差がでてきたのである。

結果の解釈には、いろいろな要因が考えられるが、すぐに思い浮かぶ理由としては、緑の空間が身近にあることで、外に出やすいことが考えられる。身体を動かすことが活動寿命をのばすということについては、現在すでに多くの研究結果がある。筋力も保ちやすい。また、逆にみれば、都市においては、それは自動車がひっきりなしに走る道路から離れていることを意味する。大気汚染などの要因も考慮する必要があるかもしれない。

また、快適な道ならば、「ちょっと歩いてみようか」という心境にもなりやすいことも考えられる。人が歩きやすい道は、人の流れができ、ふれあいの場となり、家族や近所の人々との交流が生まれるきっか

けともなる。そのような波及効果もあるのではないかと考察される。

この研究結果は、健康都市プロジェクトの推進にあたり、示唆に富んでいる。生活の身近に緑の空間、緑に囲まれながら歩くことのできる空間の確保が、健康向上に、実質的な効果をもたらすという事実は、緑の空間の整備に、よりいっそう、力を注ぐひとつの根拠となろう。

## 5. 「外に出かけたくなる、寝たきりにさせない、住み続けたい、まちづくり」 ——愛知県尾張旭市の健康都市プロジェクト

愛知県尾張旭市は、平成17年12月に策定した、「尾張旭市健康都市プログラム」の方針や体系に沿って、健康都市づくりが進められている。このプログラムは、同市第四次総合計画の基本構想に基づき、健康都市施策の基本的な考え方や方向性を示している。以下に自治体としての健康都市プロジェクトの取り組みの例を紹介したい。

プログラムの体系として、まず、健康都市尾張旭の目指す姿として、「寝たきりにさせないまちづくり」、「外に出かけたくなるまちづくり」、「住み続けたいまちづくり」を掲げている。この3つの施策の方針が相乗効果を発揮するよう、まち全体で健康づくりを進め、「健康都市 尾張旭」を目指している。

健康都市尾張旭の施策の方針は、緑豊かなだれでも外にでかけやすいまちづくりを、ハード、ソフトの両面から推進することにより、寝たきりにならず長生きできるまちづくりを目指しているといえる。

同市の第四次総合計画の事務事業を、健康都市プログラムの施策の方針ごとに分類し、主な担当課、関係市民団体を一覧にした表（表3）は、プログラムの体系と、まち全体に健康都市尾張旭をめざすイメージを簡潔に提示している。

表3. 尾張旭市「健康都市プログラム」の体系

### 【寝たきりにさせないまちづくり】

主な事業	事業例と概要	担当課 関係市民団体等 例
体の元気まる作戦		
	筋肉トレーニング事業	健康課 健康づくり推進委員会など
	健康ボランティア育成事業	健康課 ブックスタートボランティア 食生活改善協議会
	地域密着型スポーツ推進事業	文化スポーツ課 スポーツクラブあさぴー西
心の元気まる作戦		
	朝見武彦文庫事業	図書館
	文化振興計画推進事業	文化スポーツ課 文化協会 ふるさとガイド旭
子どもの元気まる作戦		
	病児病後児保育実施事業	こども課 医療機関
	学校生活指導補助員等派遣事業	学校教育課
	フレンドシップ事業	教育行政課

### 【外に出かけたくなるまちづくり】

主な事業	事業例と概要	担当課 関係市民団体等 例
みんなのぬくもりいっぱい作戦		
	小児慢性特定疾患児日常生活用具給付事業	福祉課
	障害者自立支援医療給付事業	福祉課
	障害福祉計画策定事業	福祉課
	地域生活支援事業	福祉課 社会福祉協議会 障害者相談員
まちのやさしさいっぱい作戦		
	AED（自動体外式除細動器）設置事業	消防署 健康都市推進室 普通救命講習指導員
	尾張旭駅エレベーター設置事業	都市整備課
活動の楽しさいっぱい作戦		
	「自治会活動・まちづくり」講演会事業	市民活動課 自治連合協議会 連合自治会 自治会
	市民活動支援事業	市民活動課 市民活動団体

【住み続けたいくなるまちづくり】

主な事業	事業例と概要	担当課 関係市民団体等	例
住環境の魅力たっぷり作戦			
	市道三郷23号線改良事業	土木管理課	
	街区公園改良事業	都市整備課 公園愛護会	
	市道南栄晴丘1号線歩道整備事業	都市整備課	
人のやさしさたっぷり作戦			
	スクールガード支援事業	学校教育課 スクールガード PTA、自治会など	
	城山地区雨水管渠整備事業	都市整備課	
	災害情報システム運営事業	安全安心課	
	自主防災組織資機材等整備事業	安全安心課 自主防災組織	
環境へのおもいやりたっぷり作戦			
	リサイクル広場運営事業	環境課	
	尾張旭市住宅省エネルギー推進モデル事業	環境課	
	環境教育・環境学習実施事業	環境課 名古屋産業大学	

【出典：尾張旭市の健康都市づくり平成22年3月，尾張旭市】

特徴ある体力の保持増進のトレーニングや地域の仲間づくりを推進する事業から、バリアフリー化を推進し出歩きやすいまちをつくる事業、自治会活動を活発化する事業、さらに、住環境の整備により安全で安心なまちの設備を整える事業、安全・安心にすごすための知識や技能の啓発活動まで、多彩な事業がなっている。

これらが、それぞれ単独の事業として機能するという考え方ではなく、施策・事業を効果的に連携させることにより、最大の効果を得ようとしている。ここに地域包括プログラムとしての健康都市プロジェクトの利点が生かされている。

尾張旭市では、健康都市づくりに取り組んで5年を節目に、事業の実績と、健康都市づくり総体としての進捗の評価を行った。事業の実績評価では、健康づくり教室・元気まる測定への参加者数増加、高齢者福祉施設の利用者数増加、観光・リクリエーション資源に対する市民満足度の向上、在宅サービスの利用者数増加、障害者ボランティアの人数の増加、

歩道等設置道路延長、歩道のバリアフリー化率の向上、防犯連絡所・地域補導員・かけこみ110番の家の数の増加その他が、実績数や割合が高くなった事項であった。

さらに、健康都市づくり施策への取り組みの総合的な評価の目安として、寿命、自立、医療介護費の指標を、健康都市づくりの前から5年間、経年的に追いついて、愛知県および全国の数値の推移との比較を行ってみたところ、「寝たきりにさせない」方向に、成果の兆しがみられた。寿命が長くなり、介護を要する人の割合が少なくなり、健康寿命が相対的に延長し、つまり、「寝たきりにさせないまちづくり」の成果がうかがえる。尾張旭市で、実施事業においてそれぞれの実績が認められたことはもちろん、まちづくりがめざすところの、「寝たきりにさせないまちづくり」、「外に出かけたいくなるまちづくり」、「住み続けたいくなるまちづくり」において、確かな進歩の兆しが認められたことは、ひとつのモデル的な取り組みとして参考となる点が多いものと考えられる。

## 6. まちづくりの持続的な展開

健康を支援するまちづくりにおいて、必須の条件は、その持続的な展開であろう。プロジェクトの立ち上げには、その時の勢いのようなものが必要である。そして、出発したプロジェクトの運営や発展、さらにはより多くの部門や組織、参加する人々の広がりを求めることは、プロジェクトの効果を左右する重要な事柄である。住民の健康は一日にして向上するものではなく、持続的・恒常的な取り組みが不可欠である。

持続的・恒常的な展開のためには、地域住民によるまちづくりプロジェクトに対する主体的な、自分達がこれを進めているのだという感覚、明確に成果を立証して、それを共有すること、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。

健康のまちづくりプロジェクトの発展には、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、経験の交流が大いに役に立つ。どのような自治体も、地域も、全く同じ条件下にあると

いうことはない。しかし、条件が同じでなくても、参考になる事例は必ずあるはずである。条件が違うから自分のところではできないというのでは、自分達の地域を発展させたいという熱意は伝わってこない。経験の交流においても、上手な交流方法といったようなものがあるように思われる。それは、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ふまえて、他の地域の人々に役立つように、伝えるべきである。その意味でのネットワークづくりも大切である。

このことをふまえ、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。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。

現在では世界の2,000以上の都市で展開されており、健康都市ムーブメントは世界的な広がりをみせている。プロジェクトに取り組む都市では、都市政策の重要な柱のひとつに住民の健康推進を位置づけており、都市の持続的発展を実現し、次の世代により安定した質の高い近隣社会をひきつぐことができ

ることなど、健康都市政策の利点が共通認識として確認されている。今後は個別の課題に対応したまちづくり運動の総合連携と包括性が求められる段階に到っている。

## 7. おわりに

急速に変化をとげるグローバルイゼーションを背景に、各国において、健康都市プロジェクトが展開されている。健康を支える都市環境の創出という観点からまちづくりをみると、土地利用、住宅、道路、緑地空間、上下水道整備、といった都市のハード面の整備と、そこで行う活動の充実や地域づくりといったソフトの面の両面が、一体となり、包括的なまちづくりであることが特徴である。そして、健康を支援する「まちづくり」は、特定の専門家だけがすすめるのではなく、さまざまな部門の担当者をはじめ、市役所、民間団体、事業者、住民が知恵を出し合い、合意形成を重ねて推進することに意義がある。

住民の健康の推進、生活の質や人生の充実を目指したまちづくり運動が、さらに広がることを期待している。

(たかの たけひと)

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に関する研究」  
（H21-医療-一般-002）

平成22年度 総括研究報告書（平成23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

