

都市の健康水準と課題解決としての健康政策

1. 都市の健康水準と関連要因
 - 1-1. 都市の健康水準
 - 1-2. 健康水準と関連要因
 - 1-3. 健康水準と医療の役割
 - 1-4. 新しい健康水準の提案
2. 健康水準の格差要因とその課題解決対策
 - 2-1. 公衆衛生とは
 - 2-2. 公衆衛生的な視点を含めた評価活動
 - 2-3. 予防重視の動向
 - 2-4. アメリカ合衆国の提言
 - 2-5. 健康と日常生活習慣や社会ネットワークとの関連性
3. 課題解決と健康政策
 - 3-1. WHOの提言：環境を好ましいものにするヘルスプロモーション
 - 3-2. 1次予防活動から0次予防活動へ
 - 3-3. 全ての政策を健康の視点から
 - 3-4. 健康政策を重視する意思決定

星 旦 二*

要 約

東京都の健康水準は、全国値と比べると高水準を示している。しかしながら、都市内部の健康水準を地域別にみると、格差が見られる。これらの格差と統計上関連する要因は、医療関連要因ではなく、所得や産業構造などの社会経済的な要因である。ここでは、健康水準の地域格差を是正したり、健康関連課題を解決していく方法について、健康政策の視点から考察した。

具体的には、人々の健康に様々な影響を与える各種要因を検討し、環境を好ましいものにするというWHOの提言を踏まえて、健康政策の方向性を展望した。

* 厚生省国立公衆衛生院公衆衛生行政学部

1. 都市の健康水準と関連要因

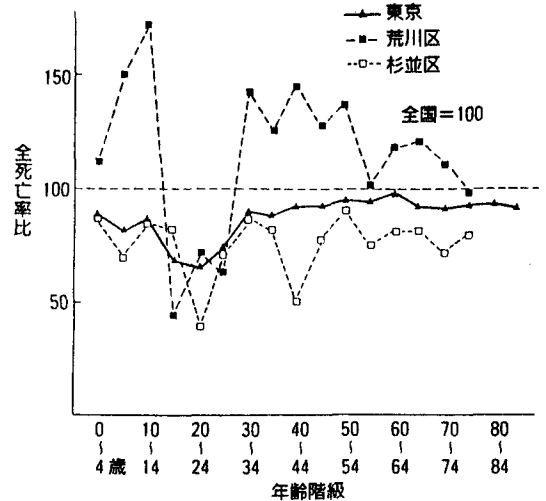
1-1. 都市の健康水準

東京都の健康水準^{1,2)}を死亡率の尺度を用いて特別区別でみてみよう。全ての死因を合計した総死亡率の格差を区別でみると、各区によって大きな違いがみられる(図1-1)。たとえば、杉並区と荒川区の成人世代での総死亡率を比較すると、2倍以上の格差がみられている。一般に東京城西地区の健康水準は、城東地区よりも低い死亡率を示すことが特長である。

つぎに、東京都の乳児死亡率を全国47都道府県別にみてみよう(図1-2)。同時に、東京都の区市町村別に乳児死亡率の格差をみてみよう(図1-3)。47都道府県については、1990年の乳児死亡率を用い、東京都区市町村別の分布は、データの安定性を考慮して、1983年から1987年までの乳児死亡率を平均したものをを用いた³⁾。

東京都は、全国都道府県の中でもっとも乳児死

亡率が少ない県の一つである。しかしながら、都の区市町村別にみると、乳児死亡率に大きな格差がみられている(図1-3)。医療供給体制とその整備水準が最も高いと考えられる23区、ないし都市中央区部での乳児死亡率が、予想に反して高い



(資料：各区保健所事業概要)

図1-1 東京都区部の総死亡率比の年齢階級別にみた格差

…全国都道府県 乳児死亡率(平成2年)全国人口動態統計…

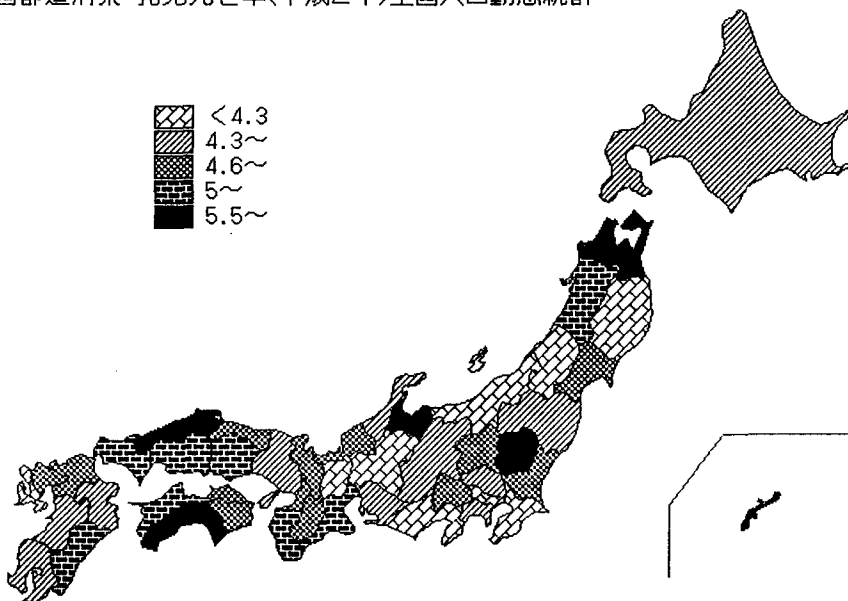


図1-2 全国47都道府県の乳児死亡率の格差³⁾

…乳児死亡率(昭和58~62年) 東京都(人口動態統計 厚生省)…

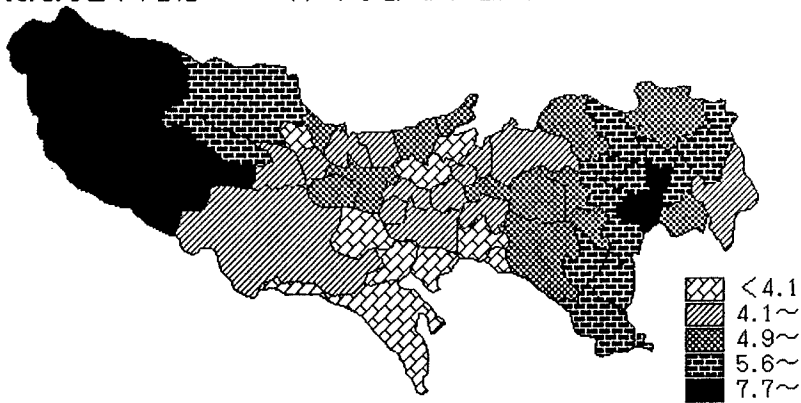


図1-3 東京都区市町村別に見た乳児死亡率の格差³⁾

ことが特長である³⁾。このような格差をもたらす要因は何だろうか。

1-2. 健康水準と関連要因

健康水準の地域格差を是正していく対策を立てる場合には、その格差要因を究明する必要がある。しかしながら、健康水準の格差をもたらす要因を直接究明することはとても難しいのが現状である。

ただし、死亡率の格差と相関する要素を統計的にみることはできる。ここでは、死亡率の格差と相関する要素を統計的にみてみよう。

健康水準と関連する要因を統計的にみると、所得や住居や産業構造などの社会経済的な要素が、統計的に有意な関連を示す(図1-4、1-5)のに比べて、単位人口でみた医療機関数や保健医療専門職数との間には統計上有意な関連が見られ

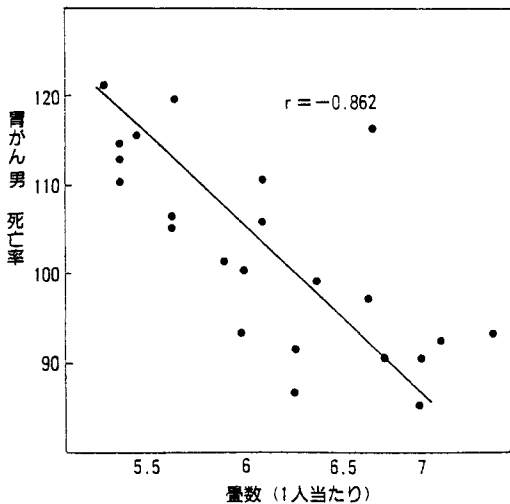


図1-4 東京都23区の胃がん死亡率(年齢調整)と量数との関連⁴⁾

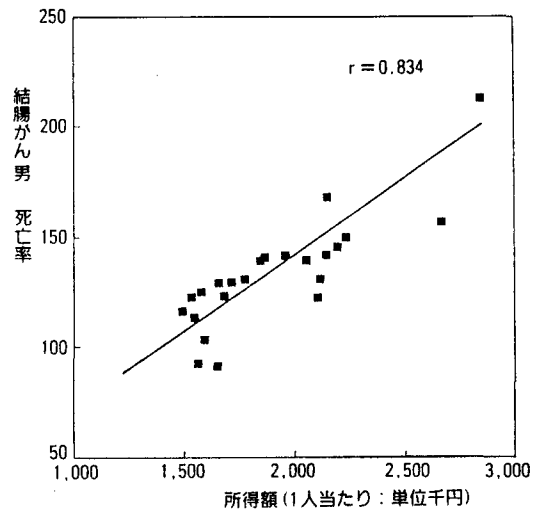


図1-5 東京都23区の結腸がん死亡率(年齢調整)と所得との関連⁴⁾

なかった²⁾。このような傾向は、川崎市を分析対象とした朝倉⁴⁾による研究でも同様な結果が得られている。

このような健康格差を是正するためには、WHOのヘルスプロモーション、オタワ憲章⁵⁾が示すように、その対策分野を、保健・医療・福祉活動などに限定せず、他の全ての部局との連携が必要であることを示唆している。

家屋と精神的な健康とに関連した文献⁶⁾では、精神性疾患患者の重症度と家屋の貧困さとの関連が報告されている。

都市と地域における若者のうつ症状に格差がみられる理由を、都市環境との関連で捕らえている研究⁷⁾もみられる。

乳児死亡率では、一般的に都市部で低く、とりわけ新興都市、つまり人口が急増している都市の乳児死亡率が特に低い傾向がみられた。この要因としては、NICU(新生児集中治療室)の整備を中心とした医療機関の整備が進んでいることや、比較的健康度の高い若者が進学や就職、結婚などのために都市に集中する傾向があることなどが仮説としてあげられよう。今後は、これらの要因を明確にする分析疫学的な調査研究が必要となるであろう³⁾。

このように、都市の健康度を各種のIndexを用いて明確にしたり、それらの格差要因を明確にし、その格差是正のために具体的な対策として応用し

ていくことを体系的に調査研究することを担うのは、東京都立大学都市研究センターの大きな役割でないし課題の一つであろう。

1-3. 健康水準と医療の役割

住民の健康レベルを高めていくためには、医療がどのような役割⁸⁾(Role of Medicine)をはたしてきたかをテーマとする本がイギリスで出版されている。この本の中から、結核対策の歴史と結核の死亡率との関連をみてみよう。図1-6は、イギリスにおいて、結核による死亡率が低下し続けてきた経年変化と医療活動との関連をみたものである。結核による死亡率が改善していく時期は、結核菌が発見される以前から既に始まっている。また、優れた臨床効果を示す抗結核薬や予防のためのBCGが使われるずっと以前から死亡率が低下し続けたのである。このような現象は、他の先進諸国^{9,10)}にもあてはまる現象であり、結核以外の他の感染症の場合でも同様の傾向がみられている(図1-7)。

1-4. 新しい健康水準の提案

健康水準は、時代と共に変遷するが、同時に住居を替えることによって変化する。ハワイに移住した日本人一世や二世の疾病パターンがどのよ

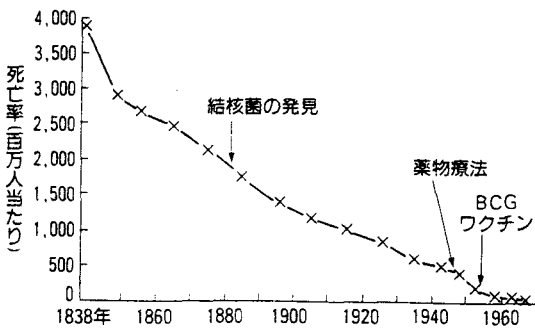


図1-6 イギリスにおける結核死亡率の変遷と結核対策⁸⁾

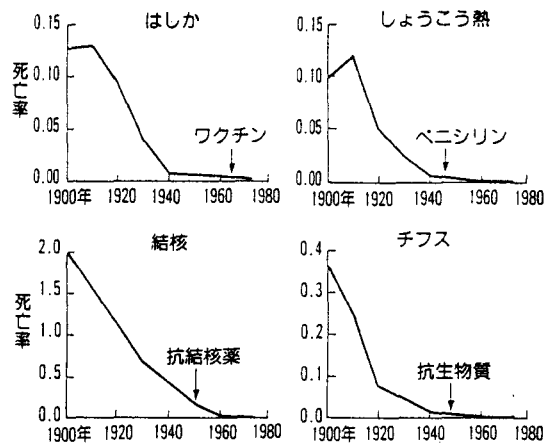


図1-7 アメリカ合衆国における感染症死亡率の変遷と医療対策¹⁰⁾

うに変化してきたかをみてみよう。日本人の一世二世の疾病パターンは、アメリカ合衆国白人に類似していった¹¹⁾(図1-8)のである。このような事実は、私達の健康は、遺伝だけに規定されるのではなくて、その地域の食文化や住居環境それに、地域特有の気候などによる環境が、おおいに関与してくることを示唆している。

わが国において地域保健活動として先駆的な役割を果たした岩手県沢内村における初期の活動で、深沢村長や加藤院長がすすめた重点活動¹²⁾は、生活環境を健康的なものに改善することであった。具体的には、ブルドーザーでの除雪による雪道での道路確保や住居改善が、医療活動とともに実践されていったことが注目される。後述するWHOが1991年に提唱した、環境を好ましいものにするヘルスプロモーションの提言内容は、30年

も前に沢内村で実践されていたことになる。

これらの実践活動や調査研究は、健康水準を高めるために必要な条件が、医療水準を高めることとともに、住居環境や食文化を整備することも同時に大切であることを示唆している。またWHOの提言を、実践的に科学的に証明するものでもある。

一方、新しい健康水準も提起されている。Livingoodは¹³⁾、アメリカ合衆国の連邦政府が、西暦2000年までに達成したい健康目標を設定する場合には、エコロジーの視点を持つことと、死亡率の数値統計を強調することをやめることと、同時に心や社会的な健康度を高める環境の整備をすることが重要であることを述べている。都市の健康水準を集団的で客観的な指標によって判断することに限定せず、主観的で個別的な健康水準による分析や、環境や文化度などのエコロジーの視点を持つことも求められるであろう。

医療活動を環境として捕らえた活動効果に関する研究報告を文献的¹⁴⁻¹⁶⁾みると、介護施設における食事をする時間帯の環境を、家族的で楽しい雰囲気とすると、患者のQOLが増加するというHotalingらの研究¹⁴⁾や、病院の環境によって患者の行動が規定される研究¹⁵⁾があるが、病院の環境整備や施設整備や管理機能を向上させることは、病院の経済的な経営状況に左右されることなどが報告¹⁶⁾されている。

このことから、健康水準を向上させるためには、幅広い政策的な視点も求められ、より学際的な調査研究が求められるであろう。

2. 健康水準の格差要因とその課題解決対策

2-1. 公衆衛生とは¹⁷⁾

ウインズローによる公衆衛生の定義をみると、公衆衛生の目標は、全ての住民の健康度を向上させることである。そのためには、地域住民の組織的な対応と、環境の整備をその手法として活用することが示されている。個人の健康が個人の力量だけでは守れないことが、公衆衛生を誕生させた

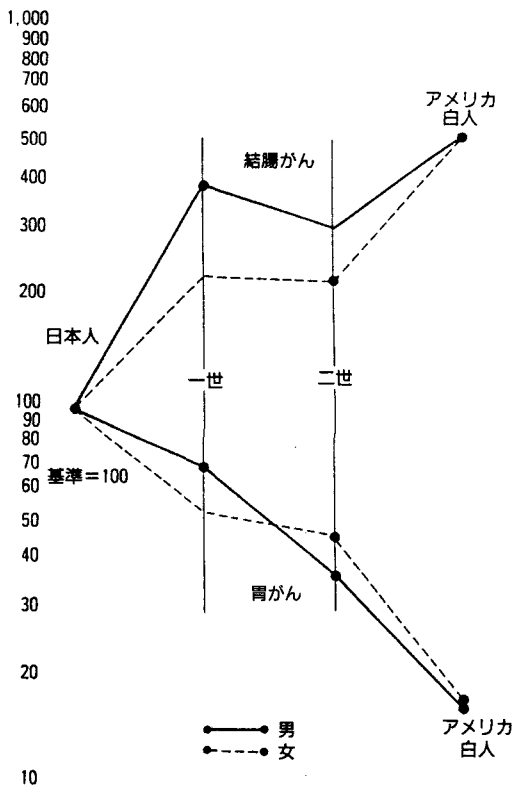


図1-8 ハワイに移住した日本人一世二世の疾病パターンの変遷¹¹⁾

表 2-1 公衆衛生の目標と方法とその基盤

なにが目標ないし目的か	人々の健康度の向上
どの様な人を対象とするか	全ての人々
どの様な手法や方法を活用するか	環境衛生の改善 個人衛生の原則
その法律的な基盤は何か	地域社会の組織的な努力を通じて 憲法に基づく国民の権利と国の義務 (国民には、努力する義務がある)

のであり、環境を整備することと、住民の組織的な努力が重要視されている。

2-2. 公衆衛生的な視点を含めた評価活動¹⁸⁾

日々の保健活動を評価する場合に、公衆衛生学の視点がない場合の評価指標を考えてみよう。

事例
貧血改善教室の効果を評価してみたい。この場合に、研究調査の仮説と評価指標を具体的に示してみよう。

仮説としては、「教育的な介入によって、知識、意欲、行動の変容がみられ貧血が改善する」となるであろう。

この場合の評価ないし効果の指標は、知識がど

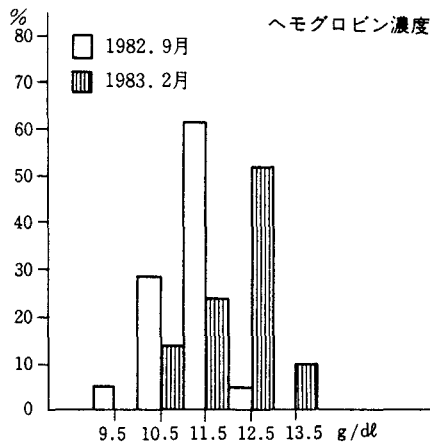


図 2-1 貧血改善教室の効果 (ヘモグロビンの経時変化)

表 2-2 健康教育の評価指標

- 意欲
- 行動変容
- 貧血 (RBC、Hb)
- 症状の改善

の程度増えたか、意欲がどの程度増加したか、また行動変容の内容や持続程度、そしてそれらの結果、貧血がどの程度改善し、また症状がどの程度改善したのかなどがあげられる。

〈組織的な健康問題の解決が視点におかれるとき〉

組織的な健康問題の解決が視点におかれるときの評価指標をみると、公衆衛生学の視点がない場合の評価指標に加えて、家族や知人へ情報を提供したり、家族の食生活がどの程度変化してきたかなどの効果が検討される。貧血の予防方法の情報源としての住民が何人育成できたのかをみる健康資源の開発度や、自主グループ数も評価指標となる。

また組織的な地域社会の努力という視点では、管轄地域全体の貧血改善を、学校や食品業界そして産業保健、医療機関などとの連携によって達成する計画をしたかどうかとその改善効果をみる組織的な評価指標も検討される。

組織的な健康問題の解決に関する文献をみると、ハーマンら¹⁹⁾は、人々が生涯を通して健康になれるようにするためには、家庭地域そして学校の各レベルで、社会が支援していく役割が大きいこ

とを強調している。また労働組合による労働者を支援する組織的活動によって職場環境が改善することが示されている²⁰⁾。

さらに、健康づくりをすすめる上で学校の役割が重視されている²¹⁻²³⁾。つまり、学校での健康計画が推進することを環境整備として捕らえられているし、このことはわが国でも同様である²³⁾。

〈公的な責任や環境の改善が視点におかれるとき〉

次に環境の改善や公的な責任が視点におかれるときの評価指標はどうだろうか。環境衛生の改善指標としては、上水道の鉛濃度の基準が守られている割合や、貧血をおこしにくくする労働環境が整備されている割合があげられるであろう。

公的な責任ないし地域責任性の視点からみた評価指標では、地域全体の貧血の実態とその背景や原因が究明されることと、その解決に向けた計画が、目標の設定、達成時期、実施計画、評価と共に、住民も参加して立案されているかどうかなどが評価指標になるであろう。

アメリカ合衆国²⁴⁾は、健康障害へのリスクを評価することは、政府レベルで対処することが必要であると述べている。

2-3. 予防重視の動向

スウェーデンの厚生省²⁵⁾は、8年前に、1990年に向けた施策の方向性を報告している。その中では「社会のあらゆる分野が健康を阻害するものに対して積極的に対処する責任がある」と示されている。また、来るべき時代の新しい対応として、「既に病気になった人への対処だけではなく何故病気になったのかと、その予防活動に焦点をおかなければならない」とも示している。

わが国での今後の保健福祉医療活動の方向性としては、「寝たきり後追い大作戦」とともに、「寝たきり発生予防事前大作戦」を同時に推進することが大切となるであろう。中野区の保健推進計画²⁶⁾では、加齢現象が進みがちな中小企業労働者を対象とした、寝たきりを含む疾病の発生予防対策を計画している。なぜならば、次世代の寝たきりになりがちな集団として、中小企業労働者があ

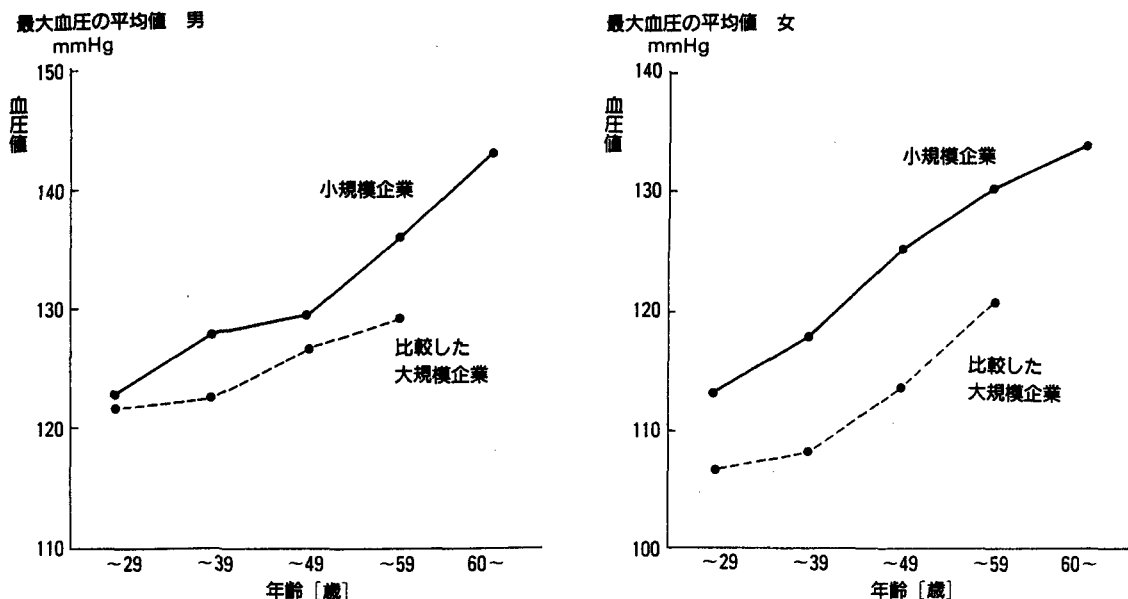


図 2-2 中小企業と大企業との性年齢階級別にみた血圧

げられるからである(図2-2)。都市部における、先駆的な予防重視の施策と言えよう。

2-4. アメリカ合衆国の提言²⁷⁾

慢性の退行性疾患(成人病)が多くなるに従って、予防や健康づくりにおける一般の人々の役割が重視されてきている。アメリカ政府の厚生省が、中年期の死亡順位の第10位までの死亡について、その原因として寄与した要因を4つに分けて各寄与割合を試算している。その結果、医療システムの不適切さが10%を示すのに比べて、不健康な生活習慣や行動様式が50%、環境要因は20%と試算されている。

この試算結果は、健康づくりにおける人々の役割を科学的に裏付けただけではなく、アメリカ合衆国の健康政策の重点を治療中心から予防を重要

表2-3 疾病の原因に寄与する4つの要素とその割合

1. 現在のヘルスケア・システムの不適切さ	10%
2. 不健康な生活習慣ないし行動様式	50%
3. 環境要因	20%
4. 人間遺伝学的要因	20%

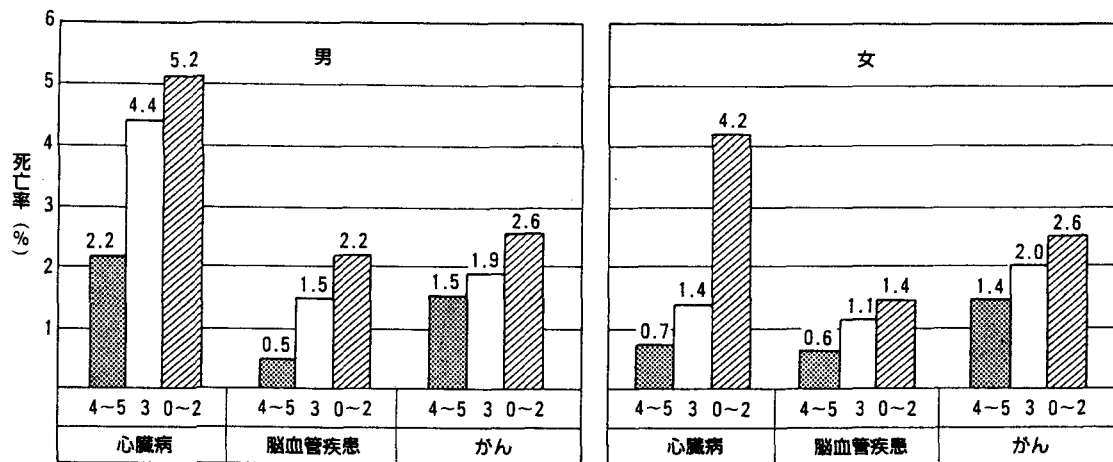
視する方向に変換した科学的な基盤にもなっている。

2-5. 健康と日常生活習慣や社会ネットワークとの関連性

アメリカのプレスローらは、日常の生活習慣と健康度や死亡率との関連について追跡調査を実施し、健康保持に寄与する生活習慣として、1)睡眠をとること、2)肥満にならないこと、3)適度の身体運動をすること、4)喫煙しないこと、そして食事では、5)酒を適量以下にすること、6)朝食をとることと、7)間食をひかえることを挙げている。同時に7つの健康習慣をまもる人は、3つ以下の人と比べて45歳の平均余命が男性で11年、女性で7年の較差があることも示している。

その後これらの生活習慣「1)睡眠2)肥満3)身体運動4)喫煙5)酒」を守る人は、3つの成人病つまり、がんや心臓病そして脳血管障害の死亡率が、いずれも少ないことも立証している²⁸⁾(図2-3)。

一方、健康づくりにおいて相互に支え合う相互の健康支援システムが注目されている。アメリカ合衆国のプレスローらの研究では、社会的なつながり(Social Network)と健康との有意な関連が示されている²⁸⁾。図2-4に示すように、1)離婚



対象年齢(30-69歳) 追跡期間(1965-1974年*ベロックとプレスロー(1983年))

図2-3 生活習慣と成人病死亡率との関係

していないこと、2)親友知人を持っていること、3)教会に通っていることや、4)何らかのクラブに所属していることを指標にして加算した、社会ネットワーク強度が、全死亡率と有意に関連していることが示されている。

Crall²⁹⁾らは、虫歯と唾液のぶどう球菌を評価指標として、環境と、社会ネットワーク、生物学的な要因を調査した。多変量解析の結果、虫歯は、唾液のぶどう球菌の量と、片親との生活、それに歯科保険に入っていないことと関連していたが、生物学的な要因は関連していなかった。

一方、薬物依存や乱用でも、人間関係や薬物入手の機会があるかどうかを含めた社会環境が関与する意義が大きいことが、小田によって示されている³⁰⁾。

薬物依存や乱用 = f (a e P · s g U)

P : 人格 a : 素質的 e : 生活史

U : 環境 s : 人間的 g : 薬物入手の機会

これらの研究結果は、疾病の予防活動や健康の

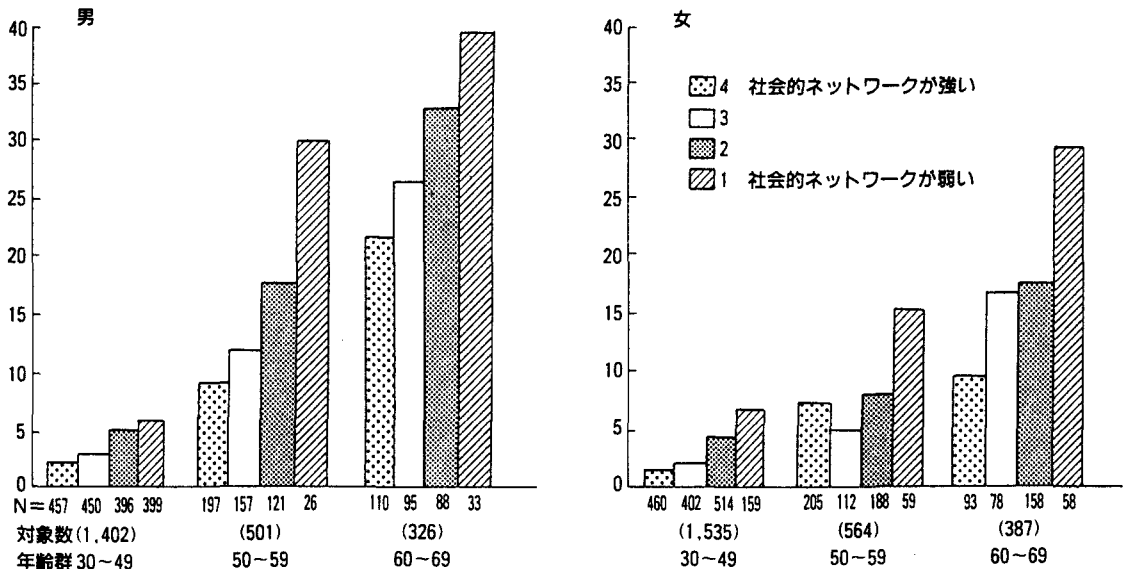
保持増進にはたす、人々の役割が大きいことを示唆するとともに、好ましい生活習慣が身につけられたり、社会のネットワークが強化されるような好ましい環境整備が整備されることが大切であることを示唆している。

3. 新しい視点での健康に関連した課題解決と健康政策

3-1. WHOの提言：環境を好ましいものにするヘルスプロモーション

Haider³¹⁾は、環境衛生の理論的なフレームを、予防、保守、改革に分類している。Mauro³²⁾は、より良い環境とより良い健康とが関連することを述べている。子供への虐待がみられる家庭も、家庭環境の課題として捕らえられている³³⁾。

チェコスロバキアでは、こどもの呼吸器疾患と大気汚染についての調査が報告されている³⁴⁾。同時に大気汚染地区での子供は、対照地区に比べて成長が阻害されることも報告されている³⁵⁾。一方、食事は健康に大きく寄与し、過食、微量元素など



★社会的ネットワークの得点とは・結婚・親しい友人親類・社会への参加、クラブへの参加について、社会的つながりの乏しい方から4つのグループに分けたアメリカのプレスローらの研究。

図2-4 総死亡率と社会ネットワーク²⁸⁾

が免疫機能に影響して健康障害と密接に関連しているという³⁶⁾。

1991年のWHOヘルス・プロモーション、サドバル憲章³⁷⁾は、「Supportive Environment for health」がそのタイトルであり、行政府の役割として、健康づくりにとって環境を好ましいものに整備することの大切さと、女性の社会参画の大切さを強調している。

3-2. 1次予防活動から0次予防活動へ

筆者ら³⁸⁾は、二次予防活動の次の第一歩になるような新しい健康診査のシステムを1982年より東京都葛飾区において開発してきた。新しい健康診査のシステムを改善する背景は、成人における死亡率が他の区に比べて高いことや、健康を受診しその結果が正常だった人が、「安心してタバコが吸える」と発言したことである。

続いて、好ましい健康習慣が身についたり維持できる環境の整備が必要であることを「0次予防」として提示してきた³⁹⁾。

WHOサドバル会議³⁴⁾の大きな特徴は、健康のために好ましい健康習慣を身につけるためには、自然環境と共に社会環境を整備することがとても大切であることを示す世界各国の事例を検討して宣言をまとめたことである。

環境を健康的なものにする身近な事例としては、個々人が運動をする場合、公園や体育館などの施設を整備すること、車椅子を使って社会参画をするためには、歩道の段差に気を配る都市計画も必要であることがあげられている。また、ヘルスプロモーションを色彩や造形の視点つまり建築学的に検討している研究もみられる⁴⁰⁾。ここでは、0次予防活動ないし、ヘルスプロモーションの視点にたった事例を具体的にみてみよう。

1) 好ましい模倣づくりとして

子供達の喫煙を防止するためには、「自分の努力で健康をまもる」教育だけでなく、広告を全面的に規制する事と、自動販売機を撤去するという環境を健康的なものに整備することが最も効果的であった事例があげられる⁴¹⁾(図3-1)。環境整備

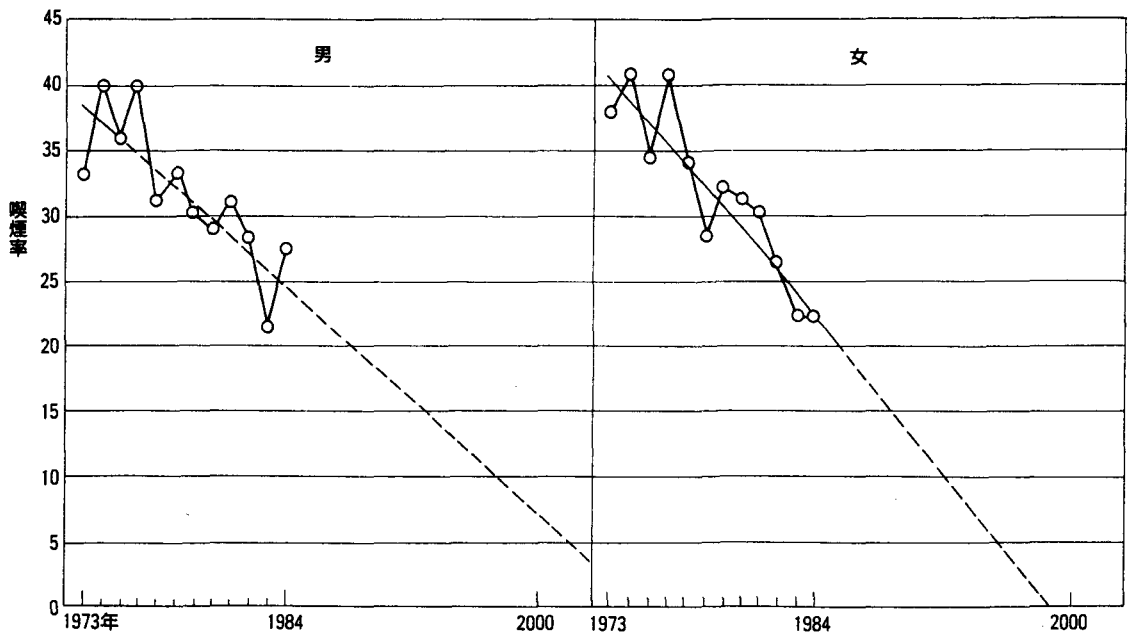


図3-1 ノルウェーの若者の喫煙率の経年変化⁴¹⁾

として喫煙対策をみると、アメリカ合衆国における過去25年の喫煙に関するマスコミのはたした役割では、喫煙の害の認識向上が喫煙率の低下に大きく寄与したという⁴²⁾。また Leibowitz は、病院での喫煙対策をすすめる、その環境整備をした禁煙効果について述べている⁴³⁾。

これまでの地域に於ける高血圧対策では、健康診断によって、早い時期に高血圧を発見して治療する方法と、塩分を制限したり、バランスのある食事をすすめることが中心であった。

今後の地域に於ける高血圧対策を、好ましい模倣子づくりの視点から対応したらどうだろうか。健康診断の受診者の多くは主婦であるから、受診した主婦は、家庭の模倣子を好ましいものにする“保健婦さん”や“栄養士さん”になることが可能であるし、また隣の知人や友人にとっては、健康づくりの“先生”にもなりうる。また、高血圧予防教室などの卒業生は、自主的なグループとして、地域の健康づくりに活躍できるであろう。各健康教育では、講師になることも可能である。

2) 組織的な課題解決として

健康を地域レベルで組織的につくっていくことが公衆衛生活動であるので、その具体的な方向性をみってみる。具体的には、保健所の衛生課の協力を得て、地域のラーメン屋さんの塩分濃度を調べてみよう。取締りの目的ではなくて、5か年計画での「塩分濃度の10%減少計画」に協力してもらうためである。飲食店は、地域の健康づくりの「資源」として、病院以上に大切な「健康づくり機関」とみなすことができる。保健所や区市町村では、飲食店が健康づくりに協力し、野菜をたっぷりにして、バランスのあるメニューを心がけ、塩分の薄味に協力してもらえば、「地域の健康づくり推進優良店」として、多いに称え推薦してはどうだろうか。

世界的にみた組織的な対応として、WHO ヨーロッパ事務局のケローは、食物の安全性を確保する食環境の整備を国際間で対処することが重要であることを報告⁴⁴⁾している。

3) 基盤整備のうちマンパワー確保を大切にすること

設定した目標を達成するためには、計画された

表3-1 熊本県蘇陽町の施設・マンパワー整備状況とその目標値⁴⁶⁾

健康資源	1988年	2000年
1. 施設		
病院病床数	57床	100床
特別養護老人ホーム	0 施設	1 施設
老人保健施設	0 施設	1 施設
2. マンパワー		
医師	7人	13人
歯科医師	2人	2人
理学療法士	1人	5人
作業療法士	0人	1人
保健婦	1人	5人
栄養士	0人	2人
訪問看護婦	3人	6人
ホームヘルパー	2人	10人
社会福祉協議会職員	1人	3人
ボランティア団体登録	なし	10団体

事業が実施される基盤を整備することが大切である。とりわけマンパワーを確保することが不可欠である。現実の保健計画に示されている基盤整備の内容は、「拡充強化」という記載がほとんどである。計画の意義や目標を達成することと共に、そのための基盤整備を政策立案や決定者とともに、共有化することが大切であろう。

保健婦の確保では、例えば、「寝たきりの発生を5年後に10%減少させる」予防活動（寝かせきり予防活動ではない）のために保健婦を3年計画で6人増加させるという、基盤整備計画を具体的に策定し、基本計画として位置づけていきたい。こうすれば、マンパワーを拡充させる予算獲得がしやすくなるからである。岩手県⁴⁵⁾では、平成12年度までに、保健婦を現在の506人から700人に増加させる目標を設定している。

このように、保健計画の内容では、地域の分析によって課題を整理することと共に、達成目標を指標化したり、目標の達成時期を明確にしたり、目標を達成する実施方法と、達成されたことを評価する評価計画を実施計画がスタートする以前にたてておくことが望ましいと考えられている。

3-3. 全ての政策を健康の視点から

私たちの健康は、どの家庭で育てられ（家庭の模伝子）、どの地域で過ごし（地域の模伝子）、どの国で生まれ育ったか（国の模伝子）によって大きく規定されている。上記のサンドバールでのWHOの健康憲章³⁷⁾では、健康づくりを保健医療福祉だけですすめるのみではなく、住居、環境を含んだ総合的な健康政策として進める必要性と意義を示している。

具体的な宣言文の中には、「環境と健康の両面が中核的で最も優先性の高いものとして位置づけられ、日々の政策課題の中で、最も大きな関心が示されるべき」とされたり、政策行動は、「教育、輸送、住居、都市開発、工業生産、農業の部門等を健康に関連づけて優先にしていこうことになる」と示されている。人々が健康になれる政策を、全ての施策の中心とすべき時代が到来しているものと考えられる。

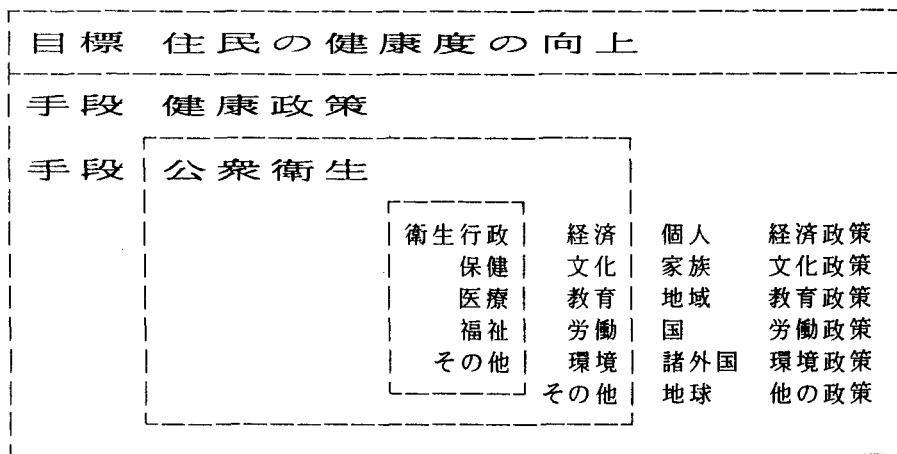
3-4. 健康政策の時代

地方の自治、住民の自治が叫ばれている中で、基礎自治体の市町村が、住民の総合的な健康づくりを視野におき、健康を最優先政策として捕らえる潮流⁴⁷⁻⁵⁰⁾は、いくつかの市町村で既に推進しつ

つある。今後の保健所機能の一つとして、これら基礎自治体の市町村での「ヘルス・プロモーション」を推進するために、どのように支援しくのが期待されていると言えよう。

イギリスでは、約110年前に、ディズレーリ（Benjamin Disraeli, 1804~1881）が、「公衆衛生は、国民の幸福と国力の基礎である。したがって、公衆衛生に意をつくすことは、政治家の第一の義務である」と述べている。WHOは、健康の視点から全ての政策を検討する必要性を示した「ヘルス・プロモーション」の憲章（1986年オタワ憲章⁵¹⁾を提示している。また、1991年のWHOヘルス・プロモーション、サンドバール憲章は、健康づくりにとって環境を好ましいものに整備することの大切さと、女性の社会参画と政策決定への参画が大切であることを強調している。

このような背景には、疾病構造が変化したことや社会基盤が成熟しつつあることがあげられる。また、人生80年の時代となったために、個々人の生き方としての価値観や、主観性が重要視されつつあることもあげられる。従って、健康政策の目標が、集団から個人へ、また客観から主観へ、経済中心ないし男性中心から健康中心、人間中心へと変遷し、それぞれへの対応方法も、狭義の医学や経済最優先に限らず、文化活動そして社会や地



900502 HOSHI

図3-2 健康政策の概念

球の環境も視点に入れた、最終目的には、純粋に健康のレベルアップを考慮する新しい視点での健康政策を進める必要性が求められているものと言えよう。

健康政策とは、「家族や地域そして国のレベルにおける個人や集団の健康度を向上させることを最終目的とし、公的責任をその背景基盤として、目標の達成のために必要となる全ての政策を手段として位置づけ、公衆衛生や衛生行政を活用するだけではなく、経済、文化、教育さらには、環境の整備も目標達成の視点から活用できるように、国、都道府県、及び市町村レベルでの政策決定において健康づくり政策を最優先の課題として位置づける政策」である⁴⁹⁾。公衆衛生と衛生行政それに、健康政策の概念を図3-2に示した。

東京都衛生局⁴⁹⁾は、都庁各局との連携を進めて、教育、住居、環境整備を含めた総合的な健康づくり推進行動計画を策定している。また東京都の目黒区では、地域福祉計画⁵⁰⁾を策定し、計画の対象を高齢者に限定せずに、全ての区民を対象とした総合的な福祉計画を策定している。

3-5. 健康政策を重視する意思決定

WHO サンドバル会議で示された提言³⁷⁾の特徴は、女性の役割を重視したり、地球的な規模で健康を考えていくことが提示されていることである。同時に、ニューヨークの調査では、男性よりも女性の方が環境問題に関心があるとの報告がみられる⁵¹⁾。その他には、リハビリテーション環境づくりを決定していく上で、患者自身が関与する事の意義が大きいことが報告⁵²⁾されている。また、近い将来において、保健医療サービスを提供するための情報システムが整備されることは、患者や医療関係者の意志決定のため必要であるとの報告がみられる⁵³⁾。

ナイチンゲールは、長期ケアをすすめていく施設では、看護スタッフの特性以上の重要なものはないといい、看護スタッフは、患者をかこむ様々な環境の調整やその整備計画に関与する事が大切であると述べていたことが紹介されている⁵⁴⁾。

人間の視点から環境を含めた健康政策を見直し

ていく時代なのであろう。

文 献 一 覧

- 1) 東京都の中年期死亡の地域特性. 星 且二、他. 東京都衛生局学会誌. 1982; 70: 44-45.
- 2) 東京都のがん死亡地域特性と社会経済指標との相関性について. 星 且二、他. 東京都衛生局学会誌. 1983; 71: 22-24.
- 3) 国都道府県市区町村別の乳児死亡率マップ. 星 且二、中原俊隆、郡司篤晃. 社会保険出版社. 1983.
- 4) 川崎市における中年期死亡の地域差の形成と都市構造. 朝倉隆司. 山崎善彦比古. 社会医学研究. 1982; 4: 23-33.
- 5) WHOのヘルプロモーション、オタワ憲章. WHO 1986.
- 6) Housing environments and community adjustment of severely mentally ill persons. Baker F.; Douglas C. Community Ment. Health J. 1990 Dec; 26 (6): 497-505.
- 7) Urbanisation and minor psychiatric morbidity. A community study in Taiwan. Cheng. T. A. Soc. Psychiatry. Psychiatr. Epidemiol. 1989 Nov; 24 (6): 309-316.
- 8) The Role of Medicine. Thomas MaCkewown. BLACKWELL. 92 1979.
- 9) わが国近代の死亡率低下に対して医療技術が果たした役割について. 西田茂樹. 日本公衆衛生学会雑誌. 1986; 33 (9): 529-533.
- 10) Strategies for public health. Lorenz. K. Y. Ng. Pevra Lee Pavis. Van. Nostrand Reinhold. 1981.
- 11) Cancer and the environment. Penopoulos Hehlman. Palhotox Publishers INC.; 182. 1980.
- 12) 地域医療を始める人のために. 増田 進. 医学書院. 1989
- 13) Enhancing systems objectives for the year 2000. Livingood. W. C. Health Educ. 1989; 20 (3): 22-26.
- 14) Adapting the mealtime environment: setting the stage for eating. Hotaling DL. Dysphagia. 1990; 5 (2): 77-83.

- 15) [Hospital environment and patient behavior] Environment hospitalier et comportement du patient. Manillier. MH Rev. Infirm. 1990 Feb; 40 (3): 39.
- 16) [Changing economic environment of hospitals: management challenges of the 1990s] Rotstein. Z; Noy. S; Goldman. B; Shani. M Harefuah. 1990 Dec 16; 119 (12): 458-461.
- 17) 公衆衛生行政論. 星 且二. 公衆衛生看護学体系 9. 141-193. 1991. 日本看護協会. 東京.
- 18) 保健計画. 星 且二. メジカルフレンド社. 健康管理論. 郡司篤晃編集. 東京. 1992.
- 19) The role of social support on health throughout the lifecycle. Horman. S. Health. Educ. 1989; 20 (4): 18-21.
- 20) Worksite health promotion, labor unions, and social support. Feldman. RH. Health. Educ. 1989; 20 (6): 55-56.
- 21) Federal Republic of Germany: perspectives in school health. Glaser. Moller. N; Greiser. E.; Korte. W.; Rieger. Ndakorerwa. G J. Sch. Health. 1990 Sep; 60 (7): 324-329.
- 22) Canada: perspectives in school health. Mutter. GW; Ashworth. C.; Cameron. H. J. Sch. Health. 1990 Sep; 60 (7): 308. 12.
- 23) Japan: perspectives in school health. Watanabe. K; Mori. C; Haneda. N; Grunbaum. JA; Labarthe. DR J. Sch. Health. 1990 Sep; 60 (7): 330-336.
- 24) A White House perspective on risk assessment and risk communication. Young. AL Sci. Total. Environ. 1990 Dec 15; 99 (3): 223-228; discussion 228-229.
- 25) The Swedish Health Services in the 1990s. The National Board of Health and Welfare. 1985.
- 26) 中野区保健推進計画. 東京都中野区. 1992.
- 27) Healthy People 1979. USA.
- 28) 生活習慣と健康. 森本兼囊. 星 且二. HBJ 出版. 東京. 1988.
- 29) Relationship of microbiological, social, and environmental variables to caries status in young children. Crall. JJ.; Edelstein. B; Tinanoff. N. Pediatr. Dent. 1990 Jul. Aug; 12 (4): 223-226.
- 30) 薬物依存の人間学. 小田 晋. こころの科学. 16-23. 1989.
- 31) Stabilization and prevention--a theoretical framework for environmental hygiene. Haider. M. Zentralbl. Hyg. Umweltmed. 1989; 189 (3): 205-213.
- 32) A better environment means better public health. Mauro. G. Tex. Med. 1990 Dec; 86 (12): 31-32.
- 33) Abuse and neglect of American Indian children: findings from a survey of federal providers. Piasecki. JM; Manson. SM; Biernoff. MP; Hiatt. AB; Taylor. SS; Bechtold. DW Am. Indian. Alsk. Native. Ment. Health Res. 1989; 3 (2): 43-62.
- 34) [The effect of air pollution on the occurrence of respiratory tract diseases in children in Slovakia] Kucerova. A; Lipkova. V; Liska. J; Ursinyova. M; Vanova. R Cesk. Pediatr. 1990 Jun; 45 (6): 335-338.
- 35) [Growth in children living in areas with air pollution] Netrova. Y; Brezina. M; Hruskovic. I; Kacenakova. M Cesk. Pediatr. 1990 Aug; 45 (8): 456-458.
- 36) The influence of diet and environment. Fernandes. G Curr. Opin. Immunol. 1989 Dec; 2 (2): 275-281.
- 37) Health Promotion 1991. 「Supportive Environment」WHO Sundsvall Statements.
- 38) 健康関連課題の解決過程と保健事業の発展段階. 星 且二. 中川扶美子. 岩永俊博. 前田博明. 日本公衆衛生雑誌特別付録. 1989; 36 (10): 153.
- 39) ゼロ次予防に関する試論. 星 且二: 地域保健. 1989; 20 (6), 48-51.
- 40) [Health promoting surroundings--color--shape--architecture] Bockemuhl-G. Krankenpflege-Frankf. 1990 Mar; 44 (3): 151-152.
- 41) Community Prevention and Control of cardiovascular Disease. WHO TRS (732): 22-24,

- 1986.
- 42) Past lessons and new uses of the mass media in reducing tobacco consumption. Erickson. AC; McKenna. JW; Romano. RM Public. Health. Rep. 1990 May. Jun; 105 (3): 239-244.
- 43) Creating a smoke. free environment in a medical center: an overview. Leibowitz. S. Bull. N. Y. Acad. Med. 1989 Sep; 65 (7): 757-773.
- 44) Epidemiological aspects in food safety. Kello. D (World Health Organization, Copenhagen, Denmark.) Food. Addit. Contam. 1990; 7 Suppl 1: S5-11.
- 45) 第3次岩手県保健医療計画. 岩手県保健環境部. いきいき岩手の健康プログラム. 1992: 159-160.
- 46) 蘇陽風(そよ風)の基本計画 熊本県蘇陽町. 1992.
- 47) 町の総合的な健康づくり活動における保健所機能. 福本久美子, 佐藤正明, 猿渡ヒサ子, 星 且二: 日本公衆衛生雑誌, 特別付録. 1991; 38(10): 198.
- 48) 町の総合的な健康づくり活動を推進する中での行政及び住民の役割. 門川次子, 古東 等, 工藤文範, 星 且二: 日本公衆衛生雑誌, 特別付録. 1991; 38 (10): 205.
- 49) 東京都健康づくり推進計画. 東京都衛生局. 1993.
- 50) 目黒区地域福祉計画. 東京都目黒区. 1991.
- 51) Public concern about chemicals in the environment: regional differences based on threat potential. Howe. HL Public. Health. Rep. 1990 Mar. Apr; 105 (2): 186-195.
- 52) Hope and active patient participation in the rehabilitation environment. Bach. y. Rita. P; Bach. y. Rita. E Arch. Phys. Med. Rehabil. 1990 Dec; 71 (13): 1084-1085.
- 53) Health care information systems architecture of the near future. Dowling. AF. J J. Soc. Health. Syst. 1989; 1 (2): 77-97.
- 54) The environment and quality of care in long-term care institutions. Kayser. Jones. J. NLN. Publ. 1989 Nov; (20-2292): 87-107.

Key Words (キーワード)

Health status (健康状態), Tokyo Metropolitan (東京都),
Socioeconomical factors (社会経済要因), Health policy (健康政策)

Health in The Tokyo Metropolis and The Methods Used
in Health Policies to Solve Health Issues

Tanji Hoshi*

The Institute of Public Health, Department of Public Health 4-6-1 Shirokanedai, Minato-ku, Tokyo 108
Comprehensive Urban Studies, No. 50, 1993 pp. 137—152

Although the level of health in the Tokyo Metropolis is higher than in other prefectures, big gaps are apparent in the health status among the 23 wards of Tokyo.

There are statistically significant relationships between health status and socioeconomic factors. For example, between personal income and living conditions rather than medical care facilities or medical staff levels.

In this study, I present ways to solve health problems from the point of view of health policy based on the WHO declarations “Supportive Environment for Health” made in 1991.