

WHO の健康都市とアメリカの健康 コミュニティ、そして日本の「健康21」

園 田 恭 一

1. Disease より Well-being へ

WHO (World Health Organization) は、1946年の発足に当たり、今日でも広く知られている健康の考え方を次のように内外に宣言した。

Health is a state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity

「健康とは、身体的、精神的および社会的に完全に良好な状態であって、単に疾病がないとか、病弱でないというだけではない」

これは、従前の健康の理解の仕方が、①「病気でないのが健康」とか「症状や異常や病理現象がみられないのが健康」というように、悪いことの裏返しとして捉えられていたのに対して、「よい状態」とか「完全な状態」として、さらには②健康を単に身体面のみならず、精神面や社会面をも含むものとして把握するという画期的なものであった。

とはいえ、この健康の考え方は、当時の資本主義国や社会主義国、あるいは先進諸国や開発途上国のいずれを問わず、さらには国際的な場面においても、あまり受け入れられず、強い影響力をもつものとはならなかった。

それはなによりも、この定義が、あまりにも理想的、理念的、抽象的すぎて、専門職や行政関係者などが、その実践や施策の指針としたり、一般の人々などが毎日の生活をより健康的に送る判断基準などとして用いるのには、あまり有効なものではなかったということが指摘されている。

2. Disease Model から Life Model へ

その後、健康についての捉え方や考え方なども、世界の各国で、さまざまな論者や機関などから提唱されたり、展開されたりしてきているが、ここではその一つとして Disease Model から Life Model というのを取り上げて紹介しておくこととしたい。

もとより、この説の提唱者たちの間でも、それは個々の論者によって若干異なるものがあるが、そこでほぼ共通して主張されていることは、疾病の有無や程度などから健康を理解するのではなく、それぞれの人の生命力や生活力の全体としての Life (生命、生活、人生) に着目しようとしていることといえるであろう。

より具体的には、健康状態というものを、個々の疾病や症状や異常の程度から理解するというのではなく、心身全体の自立度や自律度から捉えようとするものであり、またさらには、心身の力や能力の程度 (capability, ability, control power) などに着目して健康度を把握しようとする試みである。

そしてこの健康に関する考え方は、症状や異常などの発生や経過や予後などが長期にわたる慢性疾患や、高齢者の健康問題などが社会の主要な関心事になるに従って、先進諸国などを中心として各国で次第に広く受け入れられるようになってきているといえよう。

3. Disease Prevention と Health Promotion

そして近年では、医学や公衆衛生の領域でも、病気の治療から予防、さらには健康増進へと取り組みの範囲を拡大させ、重点を移しつつある。そして欧米などでは、Disease Prevention と Health Promotion とを明確に区別した上で、両者を総合的に推進するという動きも強まって来ている。

これらの方向を強く打ち出したのが1986年11月に、カナダのオタワ市で WHO やカナダ政府保健福祉省などの主催で開かれた第1回ヘルス・プロモーションに関する国際会議であり、そこでは健康増進をまず次のように規定したのである。

「ヘルス・プロモーションとは、人々が自らの健康をコントロールし、改善することを増大させようとするプロセスである。十全な、身体的、精神的、社会的によい状態に到達するためには、個々人やグループは向上心を自覚し、実現しなければならない。ニーズを満たさなければならない。環境を変え、それと対処しなければならない。それゆえ健康とは毎日の生活を送る一つの資源なのであって、生きていることの目的ではない。健康というのは身体的能力であると同時に、社会的ならびに個人的な資源であることを強調する積極的な概念なのである。それゆえ、ヘルス・プロモーションというのも、健康だけに関わるのではなく、健康的なライフ・スタイルから、よりよい状態へと進むものなのである」

このようにここでは、ヘルス・プロモーションということ、人々が社会的、自然的な環境にダイナミックに関われる能力を高めていくプロセスとして明確に打ち出したのである。

そして、1988年4月に、オーストラリアで同国政府とWHOの主催で行われた第2回ヘルス・プロモーション国際会議では、公的施策の重要性ということに改めてスポットが当てられた。

さらに、社会的孤立や軋轢に伴うストレスや、心理・精神的なものが絡む健康問題が広まりをみせるにつけ、この点からしても、社会的つながりや、支援的環境づくりの重要性がヘルス・プロモーションの中心的な課題として位置づけられるようになってきた。

このような流れに、社会保障や社会的サービスを重視してきた北欧諸国という舞台設定とが合わさって展開されたのが、1991年6月に、スウェーデンで、WHOや北欧5ヶ国政府等の主催で開かれた第3回のヘルス・プロモーション国際会議であった。そしてこの回の会議の主題は「支援的な環境づくり」と設定され、またその内容も、保健の会議というよりは、福祉や環境を議論している場かともみられるような進行となったのである。

そしてまた、この第3回の会議では、主催者側が意図的に半数近くの参加者を開発途上国から招いたということもあって、環境の問題も教育、食料、

住宅、社会的サポートとケア、仕事、交通というように、自然的、社会的、経済的、そして政治的環境まで含めて議論された。

WHO のヘルス・プロモーションに関する国際会議は、さらにこの後、第4回が1997年にインドネシアのジャカルタで、そして第5回が2000年にメキシコのメキシコシティで開催されるなど、それらの取り組みは欧米諸国からアジアや南米の国々へ、そして先進諸国から中進国、さらには開発途上国へと広がりをみせてきている。

4. Health for All と Primary Health Care

このような Health Promotion の展開と併せて、今日の「健康都市づくり」の流れを形成している今一つの大きな源流としてあげられるものに、1978年に当時のソ連邦のアルマ・アタで WHO と UNICEF の共催で開かれた国際会議があり、そしてそこでは「Health for all by the year 2000 (2000年までに全ての人々に健康を)」ということが基本目標として掲げられ、そしてプライマリ・ヘルス・ケアをその目標達成のための鍵であるとしての位置づけがされたのである。

ところで、WHO のいうプライマリ・ヘルス・ケアの定義は、アルマ・アタ宣言のなかの、とりわけ第IV項に集約されているといえる。

「プライマリ・ヘルス・ケアとは、自助と自決の精神に則り地域社会または国が、開発の程度に応じて負担可能な費用の範囲内で、地域社会の個人または家族の十分な参加によって、彼らが普遍的に利用できる実用的で科学的に適正で、かつ社会的に受け入れられる手順と技術に基づいた欠くことのできないヘルス・ケアのことである。プライマリ・ヘルス・ケアは、国家保健システム——このなかでプライマリ・ヘルス・ケアは中心的機能であり、最大の焦点であるが——と地域社会の総合的社会経済開発との両方において必要不可欠の部分を構成している。それは、人々が生活し労働する場所にできるだけ接近してヘルス・ケアを提供する国家保健システムと個人・家庭・地域住民とが接触する最初の段階であり、継続的なヘルス・ケア過程の第一段階

として位置づけられる。」

このように、WHOでは、プライマリ・ヘルス・ケアを、欠くことのできない、基本的で、第一次的なケアであると主張しているのであり、そしてその実現や達成にあたって強調されている点としては、①「自助と自決の精神に則り」、②「地域社会または国が負担可能な費用の範囲で」、③「地域社会の個人または家族の十分な参加によって」、④「利用でき、受け入れられる手順と技術に基づいて」等というように、なによりも住民の生活様式や行動様式、あるいは価値観や文化を尊重し、重視すべきだ、ということなのである。

ちなみに、これらに先立って、1975年に共に刊行された“Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs in Developing Countries”と、“Health by the People”というWHO発行の2つの報告書は、WHOのプライマリ・ヘルス・ケア概念を方向づけた貴重な取りまとめであったとされている。

5. 先進諸国、そして都市化と Healthy City Movement

このように Primary Health Care の動きは、開発途上国や農村地域などでは広く受け入れられ、また強い影響力を及ぼしたが、先進諸国や都市地域などでは、必ずしもそれらの実情や課題と正面からは適合せず、大きなインパクトをもつものとはならなかった。

そのようななかで、WHOのヨーロッパ事務局に属する国々や、さまざまな都市地域から発生し、展開してきた取り組みが Healthy City Movement であった。

WHOのヨーロッパ事務局がまとめているヘルシー・シティに関する小冊子のなかにおいて、「“健康都市——ヘルス・プロモーションへの行動戦略” というのは、新しいWHOのイニシャティブであり、それは都市における健康増進に焦点をあてることになろう」と謳われているように、それは都市を基盤とした新たな健康問題解決への取り組みであるといえるのであろう。

このように、このヘルシー・シティというのは、先進諸国での健康増進を

実現させる方策として、WHOが近年ヨーロッパ諸国を中心として展開しているものであり、すでに数多くの地域で熱気に満ちた取り組みが始まっている動きなのである。

これらの動向は、「健康都市——WHOの新しい公衆衛生への発議」という論文をまとめているアシュトン (J.Ashton) らによれば、次のように説明されている。

「都市というのが、新しい公衆衛生を打ち立てるのにもっとも適した中心ではなかろうか」「都市はもっとも下位の行政レベルであることが多いが、さまざまな資源を操作することができ、健康に対して多部局からのアプローチを実現しうる法的な訓令や権限をもっているし、また都市はその市民がアイデンティティを示す場であるだけに、近隣意識や、市民の誇りなどに拍車をかけ、参加を促進する見込みが大きい」

この健康都市づくりの動きは、1986年4月にリスボンでヨーロッパの21の都市から参加者が集まって第1回の会議がもたれ、1987年6月にデュッセルドルフで50余の都市の各層の代表が参集する会議が開かれ、その後年々の会議を重ねて1990年現在では、正式な参加都市が30、その他アクティブに活動している都市が300を超え、国内的、国際的なネットワークがつくられだしたという段階であるが、今後の健康都市づくりの動向には、先進諸国における健康問題解決の具体的な戦略としても、大きな可能性をもっているものとして注目される必要があるであろう。

ちなみに、WHOヨーロッパ事務局のホームページに掲載されている最新の情報によれば、1998年現在、健康都市と取り組んでいる都市や町は、同事務局の範囲内でも1,100を超えているとされている。これに、WHOの他の事務局管内のアメリカやカナダやオーストラリアを始めとする国々等での活発な活動を加えれば、健康都市への関心や取り組みは、まさに地球的規模にまで拡がりを見せ、さまざまに展開されるようになってきているといえるであろう。

ここで改めてWHOが提唱している健康都市づくりの特徴について整理

しておくことのようにいうことができよう。

第一にそれは、上からの、中央政府主義の施策というよりも、住民や市民の力や活動や参加を踏まえた、地方自治体や都市や町が主体となり、主役となった取り組みであり、またそれは保健や土木や環境、さらには教育や文化なども包含した、「公」「共」「私」を挙げての一大事業なのである。

第二にそれは、個々の疾病や障害などを除去したり、軽減したりということのみならず、それ以上に住民や市民たちの生活条件の向上をめざした、地域のさまざまな資源の最大限の活用と、持続可能な保全を考慮した、健康を中核に捉えた都市づくりであり、共同社会形成の歩みである、といえるであろう。

6. アメリカの Healthy Communities と健康目標

このように、ヨーロッパ諸国を中心とした Healthy Cities への取り組みは世界的な関心を集めつつあるが、これらと合わせて注目されてよいのが、中世以来の伝統的な都市基盤のないアメリカやカナダなどでの Healthy Communities としての動きであるといえよう。

今日のアメリカでは、これまでにみてきた WHO の発議とは異なる流れからの Healthy Communities への関心が高まり、拡がりを見せてきている。それはアメリカの連邦政府が1991年に西暦2000年までに実現することをめざしたアメリカ国民の健康目標を「健康な国民・2000年、健康増進と疾病予防の国家的諸目標」として取りまとめたのを受けて、州や郡や地方の保健行政当局やアメリカ公衆衛生協会などが立ち上がったものである。このような全米的な目標の達成にあたっては、地域ごとの健康課題の相違や、保健医療の資源やマンパワーなどの差異などを考慮し、地域の実情に応じた「標準モデル」がつくられるのが妥当であるとして、「健康なコミュニティ・2000年標準モデル、2000年の国家的健康目標の実現に向けての地域社会のガイドライン」を作成したことが契機となっているといえる。

これは、コミュニティの保健医療専門職やリーダーたちに、以下のような

内容を通して、それぞれのコミュニティの健康や環境、さらには生活の質的な改善を協同して行えるように支援しようというものであった。

- ①国家としての目標をコミュニティの行動計画に変換する。
- ②コミュニティでの具体的で測定可能な目標を設定する。
- ③種々の保健活動のコミュニケーションや調整を助長する。
- ④コミュニティのさまざまなグループ間の責任分担の機会を育成する。

この「標準モデル」に対しては、すでに全米各地の保健医療担当者たちから、保健医療部局が指導的役割を発揮し、コミュニティが市民の健康水準を改善する計画を強化するものだとの意見が寄せられているという。

このような、目標年や目標値を設定しての健康への取り組みは、21世紀に入って新たに2010年を目途とした施策や活動へと展開をみせてきている。

7. WHO 神戸センターの開設

ここで、これまでに見てきた Healthy City や Healthy Community などの取り組みの、日本への影響や展開などについて、いくつかの資料等によって補足しておくこととしたい。

まず Healthy City に関しては、WHO 自身が1996年に、「都市化とヘルスケアの提供」を総合テーマとしたその直属の研究施設を、WHO Centre for Health Development として神戸に開設するに至ったことが注目される。

その経緯や活動内容や構成などは、厚生省大臣官房国際課監修『WHO と地球'96』メヂカルフレンド社、1996年によれば以下のように述べられている。

WHO 神戸センター（世界保健機関健康開発総合研究センター）

1) 経緯

WHO では、主として医学、公衆衛生学の立場から、「全ての人に健康を」という目標を阻害する様々な疾病の対策を推進してきたが、社会・経済・文化といった要因が健康に与える影響も劣らず重要であることが認識されてきた。

また、WHOが主として対象としてきたのは、途上国の農村をモデルとした保健サービスであったが、途上国においても、主として首都を中心に、都市部への人口集中が激化しており、1990年には都市人口割合が先進国で43.1%、途上国で34.7%となっているが、2025年には、それぞれ61.1%、57.1%となると予測されている。しかしながら、多くの途上国においては都市基盤が未整備であり、急速な人口の流入により、事態が一層悪化している場合もある。

このようなことから、都市化と健康問題を、医学、公衆衛生学のみならず、社会学、行動科学、文化人類学、開発経済学等の幅広い観点から研究し、その成果を主として途上国の全体的な開発対策に反映させることによって解決すべきとする指摘が行われるようになった。

こうしたなか、兵庫県、神戸市及び地元財界が、WHO直属の研究施設設立を誘致し、1995年1月の大震災にもかかわらず、その意思が揺らぐことなく、その直後に行われたWHO執行理事会において、WHO神戸センター（正式名称：WHO Centre for Health Development、世界保健機関健康開発総合研究センター）の設立が承認され、同年8月22日に設立に関する覚書を地元とWHOの間で締結し、1996年3月に仮事務所の開所式が行われた。

2) 活動内容

総合テーマは「都市化とヘルスケアの提供」であり、当面の具体的取組みとしては、(1)都市における健康政策の形成、(2)高齢者のヘルスケアシステムの開発、(3)都市における効果的なヘルスサービスの提供、(4)健康に関するマクロ経済政策の研究が予定されている。

センターの果たす具体的な機能としては、上記領域において、情報収集・分析機能、研究機能、啓発普及機能、人材育成機能を担うことが想定されている。

3) 構成

所長はポーランド保健省の次官やWHO欧州地域事務局の部長を歴任したアンジェイ・ポイチャック医学博士が任命された。職員は現在のところ、ポイチャック所長を含め、24名（医師、開発経済学者、環境科学者等）の採

用を予定している。

この WHO 神戸センターは、その発足後も今日に至るまで、着実にその成果を積み重ねて、例えば2002年11月にはその一端を「都市と健康——パートナー都市の取り組みと成果——」として国際シンポジウムを開催して一般にも公開している。

背景：国連の推計によれば、西暦2007年には世界人口の半数以上が都市に生活していると予測されます。世界人口の中でも都市人口は急激に増加傾向にあり、環境保健・保健福祉システムといった都市保健の課題は数・程度の両方の側面において深刻化していると言えます。例えば、大気の状態、水質、食物、社会的不平等、暴力、保健、医療、福祉といった事象及び制度はよりよい管理及び対策を必要としており、これらの状況を改善することが人々の生活の質の向上に必要な不可欠であると言えます。WHO 神戸センター (WKC) の都市と健康プログラム (CHP) では、前述の都市健康課題へのより効果的な対処策として、社会の方向性に大きな影響を与える政策決定者、及び実証的な情報を提供する研究機関との間のギャップを埋める為に、都市、研究機関、WKC という3つの機関を結ぶパートナーシップを提唱しています。CHP では現在、世界中の25以上のパートナー都市を持ち、これらの都市では政策課題が研究項目に反映され、研究結果が政策立案と決定に貢献するという構図の具現化が既に始まっています。このシンポジウムでは複数の WKC パートナー都市より市長を含む代表者が集まり、WKC/CHP とのパートナーシップ体験と成果について発表していただきます。また、CHP の活動のグローバルな影響も明らかにされることと思われれます。

目的：シンポジウムの目的は以下のように要約されます。

1. WKC 都市と健康プログラムの発展を再確認及び再検討する
2. WKC パートナー都市の体験と結果を発表する。
3. WKC・パートナー都市間の協力関係の展望を検討する。

このように、この WHO 神戸センターの活動は、国際協力や交流の拠点としての性格が中心ということもあって、日本国内の都市への直接的な関わりや結びつきは、地元の神戸市とのそれを含めて、さほど強いものとはなっていない。

WHO はこのような直属の研究センターの他に、50を超える WHO 指定研究協力センターを日本でも開設してきており、とりわけ'90年以降は、健康増進や健康都市などの分野と直接的に関連した施設を、順天堂大学医学部公衆衛生学教室（福渡靖教授）や東京医科歯科大学医学部公衆衛生学教室（高野健人教授）などでスタートさせてきている。

とはいえ、こちらの WHO 指定研究協力センターの方は「その指定の手続き」によれば、「WHO に対して協力の意志を示したセンターと WHO が、当該政府の承認の上に結ぶ、契約に基づいて成立するものである」。「WHO からの資金援助も、当該政府からも、WHO 指定研究協力センターとなるにあたっての資金的援助は一切ないことが前提として一種のボランティア活動といえる」とされており、その代表者の交替や財政基盤の推移などによっても、その活動も安定したものとはなっていない。

8. 日本での行政施策としての健康都市

他方、日本での行政施策としての健康都市への取り組みは、1993年より「健康文化と快適なくらしのまち創造プラン」として厚生省より事業化された。その趣旨や事業概要等では以下のように説明されている。

健康文化と快適な暮らしのまち創造プラン

平成5年度予算額：80百万円

1) 趣旨

生活大国実現に向け、まちの機能を見直し、こどもから老人まで各々のライフステージにおいて、快適な生活を送れるような「まちづくり」を進めて行く必要がある。

このため、市町村がそれぞれの地域の特色を生かしたプランを作り、こどもの環境づくり、高齢者が安心してくらす社会づくり、障害者にやさしいまちづくり、健康文化の理念に基づく環境の整備等、社会・生活環境等の整備を図るために必要な施策を実施する。

2) 事業概要

(1) 市町村が実施する事業

ア. 健康文化と快適なくらしの創造事業計画の策定 (50百万円)

モデル市町村において地域の特色を生かした独創性のある健康文化を創造し、快適な環境のなかで生活を送れるようなまちとするための基本的な計画を策定する。

- ・補助先：市町村20ヶ所 (間接補助) ・負担割合：国 1/3、県 1/3、市町村 1/3

イ. 健康文化と快適なくらしの創造事業の実施

それぞれの市町村が策定した「健康文化と快適なくらしのまち創造事業計画」に基づき、関連する次の計画の事業のなかから優先的に国庫補助を行う。

健康文化のまちづくり計画

ごみ減量化計画

障害者にやさしいまちづくり計画

ボランティア振興計画

老人保健福祉計画

こどもの環境づくり計画

ウ. 健康ライフ形成促進事業費 (30百万円)

(目的)

健康的な生活習慣を確立するため、具体的手法を広く一般地域住民に普及し、その実践を促すことを目的とする。

(事業内容)

市町村の中核施設である市町村保健センターの機能を生かし、いわゆ

る成人病予防群を対象に、健康運動指導士、栄養士、保健婦等を関与させ、健康的な日常生活を確立するため、実技を含む総合的な指導のプログラムを一定期間（2ヶ月程度）実施する。

以上にみられるように、日本における健康都市の施策は、その発足時より「健康文化の理念に基づく環境の整備等、社会・生活環境等の整備を図る」というようにハード面に重点がおかれ、さらには、1997（平成9）年からは「健康保養地づくり」等も健康文化都市の事業に含めて実施されることとなったため、さらにその意図や目標等は拡散されたものとなってしまい、1994（平成9）年を最後として、合計126の市町村が指定を受けたところで補助事業としては打ち切りということとなった。

その後は、この間に補助を受けたもののうちの約半数が参加している「健康文化都市協議会」の活動に引き継がれているが、他の地域や活動への拡がりをもつようなものとなっていない。

9. Healthy Community と「健康日本21」

以上にみてきたような健康都市づくりの顛末と入れ替わるような形で日本で登場することとなったのが、一定の期間ごとに具体的な数値目標を定めて取り組むという、アメリカでの Healthy Community の動向に触発されて、2000年より厚生省の肝入りでスタートすることとなった「21世紀における国民健康づくりの運動（健康日本21）」の取り組みであったといえよう。

2000（平成12）年3月に厚生省保健医療局長名で各都道府県知事、政令市長、特別区長宛てに出された文書ではそれは次のように説明されている。

我が国の平均寿命は、戦後、国民の生活環境が改善し、医学が進歩したことによって、急速に延伸したため、我が国はいまや世界有数の長寿国になっている。しかし、人口の急速な高齢化とともに、生活習慣病及びこれに起因して痴呆、寝たきり等の要介護状態等になる者の増加等は深刻な社会問題と

なっている。

このような人口の高齢化及び疾病構造の変化を勘案すれば、21世紀の我が国を、すべての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会とするためには、現在の疾病対策の中心である疾病の早期発見や治療に留まることなく、生活習慣を改善して健康を増進し、生活習慣病等の発病を予防する「一次予防」に重点を置いた対策を強力に推進して、壮年期死亡の減少及び痴呆若しくは寝たきりにならない状態で生活できる期間（以下「健康寿命」という。）の延伸等を図っていくことが極めて重要である。

厚生省では、昭和53年からの第1次国民健康づくり対策及び昭和63年からの第2次国民健康づくり対策の一環として、老人健康診査体制の確立、市町村保健センター等の整備、健康運動指導士の養成等の国民の健康づくりのための基盤整備等を推進してきた。今回、これらの健康づくり運動の実践や国内外における公衆衛生活動の成果を踏まえ、21世紀における我が国の健康寿命の延伸等のための計画づくりについて検討するため、平成10年11月、公衆衛生審議会の了承を得て、多数の有識者や専門家からなる「健康日本21企画検討会」及び「健康日本21計画策定検討会」を設置し、約1年半にわたって精力的に検討を進めてきたところである。

今般、その成果が別添の「健康日本21企画検討会・計画策定検討会報告書」としてまとめられた。厚生省では、これを踏まえ、平成12年3月31日付厚生省発健医第115号事務次官通知「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）の推進について」に示されたように、第3次の国民健康づくり対策として、下記のとおり、がん、心臓病、脳卒中、糖尿病等の生活習慣病やその原因となる生活習慣の改善等に関する課題を選定し、それらの課題について2010年までを目途とした目標等を提示する「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）を定めるとともに、行政のみならず、広く国民の健康づくりを支援する民間団体等の積極的な参加協力を得ながら、国民が主体的に取り組める健康づくり運動を総合的に推進していくこととした。

このように、「健康日本21」の取り組みは平均寿命政界一を達成した日本が、さらに健康で長生きするという「健康寿命」を延ばすことを目指しての活動ではあるが、そこでの重点は、「それらの妨げとなる疾病や障害の発生や罹患を予防する」ということに置かれ、さらには個々人でライフスタイルを変えろとか、健康管理や学習やさらには運動や休養や食生活の改善などに努めるというのが基本に据えられたものとなっている。

そして厚生労働省は『『健康日本21』の法制化をめざしたもの』としての「健康増進法」を2002年7月26日に成立させた。

さらに厚生労働省は、「健康日本21」を「個人の主体的な健康づくりとその支援を国民的な運動として推進するため都道府県は各地域の特性に応じた目標を、市町村はその目標実現のための具体的な取り組みを中心とする計画を住民参加のもとに策定するよう呼びかけている。都道府県は昨年（2002）年末で全て策定を完了、また市町村については、300を超える市町村で策定済みとなっている。住民に最も近い市町村の計画の策定とその推進を図る非常に重要な時期にきていると思う」（山本嘉彦厚生労働省・生活習慣病対策室長補佐「健康日本21と健康増進法」『ウェルネス・ムーブメント』2003年 新年号）としている。とはいえ、肝心の市町村での計画の策定状況は、2003年度末でも全体の1/10程度にとどまって増えていない。

これは、日本での「健康日本21」の施策が、あまりにも、中央主導、専門職主導となりすぎていて、地方自治体の独自性や地域住民の参加などが充分なものとはなっていないこと、またその健康への取り組みが依然として「病気や症状や異常」の発見や軽減や治療などに置かれていて、生命力や生活能力や人生の質を伸ばし、高めるといふ健康づくりには向かっていないこと、などと深く関わっているともいえるであろう。

日本においても、人々の生活に根ざし、その向上、人々のつながりの強化を目指した、真の健康都市や健康コミュニティの取り組みが待たれ、期待される。