

2013年10月24日 第6回日本HIA研究会報告

三重県・津市で行われた日本公衆衛生学会の自由集会として、2013年10月24日、参加者13人で第6回の日本HIA研究会が行われた。こじんまりしてはいたが、参加者が最近の取組みの紹介をし、やり取りが十分に行えるものとなった。

まず、1年間、HIAの取組みが盛んなニュー・サウスウェールズ大学に留学した久留米大学の星子美智子先生から、「オーストラリアにおけるHIAの取組み」と題して、とくに、都市部と遠隔部（砂漠地帯）および先住民と他民族との間の健康格差の克服のためのHIAの取組みについて報告された。オーストラリアでは連邦レベルでHIA実施は法制化されていないが、ビクトリア州とタスマニア州は州法になっており、また、ニュー・サウスウェールズ州においてはニュー・サウスウェールズ大学が積極的にHIAを取組んでいる。ニュー・サウスウェールズ大学では都市開発計画に関連してHIAが取組みられ、住民の約半数が海外生まれであるような貧困地域において住民参加型で治安や教育の向上を目指すHIAの取組みがなされているということであった。HIAの形式に単純に従ったものというより、HIAをする人と政策立案・プラン変更者が同時に同じテーブルで議論し、大学と行政が一体となって、住民を巻き込んだ計画段階からの取組みをHIAと称しているというものであった。

日本女子体育大学の助友裕子先生から、「健康社会学研究会」の取組みとして、7月6日に、第49回健康社会学セミナー「Healthy Public Policy から Health in All Policies へー健康影響予測評価（HIA）の導入事例から学ぶー」を開催したとの報告があった。このセミナーなどを通して、関東でHIAの活用の萌芽を作ったことの説明がなされた。

熊本学園大の宮北隆志先生から、昨年2012年の12月に行った「地域のエンパワーメントと社会合意の形成ー健康影響評価（HIA）に関する国際セミナーー」の報告と、この国際セミナーにも参加したタイの国家健康会議事務局（NHCO）による地域健康影響評価：Community Health Impact Assessmentの取組みについてパンフレット『活性化するタイの地域健康影響評価 CHIA』を用いての紹介と、水俣学研究センターとしての3年間の取組みと新たな資金による今後の共同取組みについての紹介があった。特に印象に残ったのは、水俣学研究者として、マプタプット工業地帯で問題となった公害問題等が、経済成長著しいタイから離れて隣国のミャンマーやラオスに「輸出」されることがないように、タイのNPO等と協力していきたいとの発言であった。

他の参加者から、環境影響予測評価の条例づくりに取り組んではどうかとか、自治体でHIAを取組みたい、などの発言があった。また、HIAについてほとんど知らない参加者向けの分かり易い解説を毎回行ってはどうかとの意見などもあり、様々な工夫をHIA研究会としても行う必要があるものと感じさせられるものとなった。（文責：原邦夫（帝京平成大））

第6回 HIA 研究会 オーストラリアにおける HIA の取り組み

平成 25 年 10 月 24 日 星子美智子

オーストラリア大陸は日本の約 20 倍だが、人口は 6 分の 1 である。面積ではロシア、カナダ、中国、米国、ブラジルに次ぐ世界第 6 位である。NSW・VIC・QLD・SA・WA・TAS の 6 つの州と、NT (北部準州) と ACT(首都特別地域)からなる。WA は全オーストラリアの 1/3 を占めている。



総人口：2200 万人 (2011 年 6 月)

NSW:約 730 万人

VIC : 約 560 万人

QLD:約 460 万人

SA : 約 170 万人

WA : 約 230 万人

TAS : 約 50 万人

NT:約 23 万人

ACT : 約 37 万人

先住民 (アボリジニ及びトレス海峡諸島民) は約 52 万人 (2006 年 6 月)、人口の 2.5%。先住民が住んでいる州人口比が最も多いのは、NT の約 30% (6 万人程) であり、人口が多いのは NSW と QLD で約 15 万人住んでいる。

出生国別人口では最も多いのはオーストラリア生まれで約 1600 万人、続いて英国が約 120 万人、ニュージーランドは約 54 万人、中国は約 38 万人、インドは約 34 万人、その他はイタリア、ベトナム、フィリピン、南アフリカ、マレーシア、ドイツ、ギリシャ、韓国、スリランカ、日本と続く。日本人は約 5 万人である。(2010 年 6 月)

主な産業は、サービス業が 74.6%、製造業が 8.2%、鉱業が 7.4%、建設業が 7.4%、農林水産業が 2.3%を占めている (2010/2011 年度)。鉱業 (石炭、原油、LPG など多数) は 7% 程度であるが、資本投資の約 40%、全輸出額の約 60%を占めており、オーストラリアの経済に大きく貢献している。

オーストラリアにおける健康格差問題としては、都市部と遠隔部の地理的事情による健康格差、Indigenous people(先住民：アボリジニとトレス海峡諸島の人々)と Non-Indigenous people との間の健康格差問題、refugee(避難民)や immigrant(移民)とそうでない人の健康格差問題が日本と大きく異なるところだ。都市部と超遠隔部では男女とも寿命が6~7歳の差がある。これは医療サービスまでのアクセスの差が結果に反映されている。Indigenous people と Non-Indigenous people の間ではオーストラリアの州ごとに平均寿命が異なるが、特に NT (北部準州) では短く、男性では 61.5 歳、女性では 69.2 歳である。オーストラリア全体の Indigenous people の平均寿命は男性が 67.2 歳、女性は 72.9 歳であり、一方 Non-Indigenous people の場合では男性は 78.7 歳、女性は 82.6 歳である。オーストラリアでは先住民に対する医療を担う先住民出身の医師や看護師をサポートしている(NPO, NGO 団体である Australia Indigenous Doctor's Association:AIDA)。Ministry for indigenous Health はそれぞれの州ごとに設けられているが、実際には先住民に対する医療差別が行われ、治療が遅れることがある。Refugee や immigrant では、background から健康に対する意識が低く、メンタル面のサポートが十分に受けられず、結果的には英語を母国語としない国の出身者は母国語する国と比較すると 25%高い死亡率である。以上のことから、オーストラリアにおける国の特徴がそのまま健康格差問題に繋がり、HIA の実施に発展していったと考えられる。

オーストラリアでは 1990 年後ごろから HIA の開発が始まったが、EIA の一部である、社会的影響の一部である、すでに地方自治体レベルでの社会的な健康政策に含まれるなどして HIA が独自に発展をすることは難しかった。2001 年には国家の環境健康協議会 (the National Environmental Health Council) でオーストラリアでの HIA ガイドラインが出されたが、EIA は実施されるも HIA まで含める考え方は浸透しなかった。しかし、最近になり川の水質汚濁と住民の健康問題や石炭層から出るメタンガスによる健康問題が取り上げられ、EIA の中に HIA を考慮するようになってきている。

オーストラリアでの HIA 活動では、すでに法制化されているのは VIC と TAS であり VIC ではモナッシュ大学を中心とした HIA 活動を行い、地方自治体レベルでの利用が行われている。NT では鉱物の採掘による水質問題、廃棄物処理、燃料保管などによる健康問題が出ている。WA では、地方自治体レベルでの関心度が高くなった。QLD では、UNSW の CPHCE (The Centre for Primary Health Care and Equity) グループの協力のもとで HIA を実践している。NSW では、5 年間の行政 (NSW Health) の出資により HIA を実践するためのシステム作りを行った。ACT では、省庁レベルで政策決定時には HIA が有効に利用されている。SA では、HiAP(Health in All Policies)を 2010 年に WHO がアデレードで宣言をしたので、HiAP を達成するために公共政策を作成するためには部門間での横の繋がりを重視している。また、HIA 以外に Health Lens Analysis があり、地域住民、デジタル技術、代替の水供給、親の責務と能力、健康的な体重など色々な角度から健康問題を扱っている。

University of NSW (UNSW) の HIA の取り組みとしては、都市開発計画、都市再開発、都市開発、健康政策、ヘルスサービス、輸送など 2004 年から現在まで約 50 近い報告書を出している。特に UNSW で着眼していることは、Equity-Focus HIA, Community-engaged, Community-led HIA, Cross-sector による取り組みである。Equity-Focus HIA では現在透析を受ける腎疾患患者サービスに対する HIA が行われている。オーストラリアでは遠隔地では透析病院へ通院することが困難なため、サテライト型の診療所や自宅での透析を勧めている。Community-engaged HIA に関しては、シドニーから南西 40Km 程内陸に入ったところに郵便番号 2168 の地区（リバプール近辺）がある。この郵便番号 2168 は 8 地区よりなっており、住民の約半数は海外生まれ、住民の 6 割は自宅では英語以外の言語を使っている。住民の 2.4% は先住民である。2011 年の失業率は Miller 地区が 21.7% と最も高く、最も低いところでも Heckenberg の 12.3% であった。住民の 25% は週の収入は 600 ドル以下であり、アルコール依存や犯罪が多く socioeconomic disadvantaged が高いところである。行政と UNSW の研究機関（CHETRE）はこの地区の社会経済的状況を改善するため 1998 年から介入して住民を巻き込んだ事業を施行中である。現在は phase5 であり、6 つのことをテーマとして取り組んでいる。1 つ目は住民参加型の地区活動であり、積極的に住民の参加を促すためメンタルヘルス週間、アンチ貧困週間、職業サポート週間などを設けて情報提供を行っている。2 つ目は地区の安全であり、防犯を徹底するためにアルコール禁止ゾーンを設けたり、警察官による巡回を行っている。3 つ目は都市再開発であり、Miller に street art コーナーを設け芸術作品の発表会したり、道路わきの壁に絵を書いている（違法ではない）。4 つ目は教育とトレーニングであり、TAFE（技術専門学校）に働きかけて若い人が会社をマネジメントできる能力を身につけられるようにトレーニングをしたり、リーダーシップ能力をつけたりしている。5 つ目の雇用に関しては、雇用の斡旋の機会を設けたり男性に対しては納屋づくりなどを通して職業訓練を行っている。6 つ目は健康と福祉では、メンタルヘルスや薬物乱用防止に対する啓もう活動として、“Mental Health Week”、“Men’s Health Day”、“White Ribbon Day” を設けている。

オーストラリアでは国勢調査の結果をもとに SEIFA (Socio Economic Indexes For Area) を実施し地区ごとに点数化している。今年 3 月に出された国勢結果をもとにした SEIFA (2011 年度のデータ) では NSW を 153 地区にランキングしており、この結果をもとに Housing や Health などの行政機関が大学などの研究機関と一緒に disadantage の状況を改善するための活動を行っている。現時点で進行中であるのが、public housing が 100%、住民の平均年齢が 20 歳 (14 歳以下が 4 割、10 代の妊婦が多い)、母子家庭が多い、アルコールによる犯罪が多い、公共機関が発達していない孤立した地区である “Claymore” の土地再開発である。NSW housing と Health,疫学者、ヘルスサービスの職員、UNSE の CHETRE メンバーが集まり cross-sector の集まりで、HIA を行う計画である。一部の土地はすでに再開発され、朽ち果てた公共住宅は撤去の対象とされた。貧困層の住民は希望する場所への移動や希望しなくても行政が半ば強制的に移動をさせ、

住んでいる住民の入れ替えを行い **disadvantage** の汚名 **stigma** を返上しようとしている。将来的には老朽化した公共住宅は全て新しくなり、**private housing** の割合を多くする計画である。住民が移動させられた場合のこれまでの **social capital** がどうなっていくのか、移動させられる住民、移動してくる住民、残る住民に対するメリット・デメリットが起こりうる可能性があり、**Claymore** の土地再開発における **HIA** はまさに始まったばかりである。