厚生労働科学研究費補助金

地球規模保健課題推進研究事業

健康の社会的決定要因に関する研究

平成 24 年度　研究報告書

研究代表者　　尾島　俊之

（浜松医科大学健康社会医学講座教授）

目　　次

Ⅰ．総括研究報告書
尾島　俊之（浜松医科大学健康社会医学）---------- 1

Ⅱ．分担研究報告書
１．社会的排除に対する政策的取り組みの国際事例研究---------- 17
橋本　英樹（東京大学大学院医学系研究科）

２．ソーシャル・キャピタルなどに着目した SDH への介入実践例の収集 ---------- 42
高尾　総司（岡山大学大学院医歯薬学総合研究科疫学・衛生学分野）

３．格差の是正及びソーシャル・キャピタルと健康の関連---------- 54
稲葉　陽二（日本大学法学部）

４．健康・医療資源の公平性に関するモニタリング・ツールの開発---------- 80
－格差勾配指数の応用とウェブ地図等を用いた結果公表の有用性の検討－
近藤　尚己（東京大学大学院医学系研究科）

５．高齢者の就労支援事業に関するアクション・リサーチ---------- 92
－アクティブシニア就業支援センターの観察に基づく予備的検討－
藤原　佳典（東京都健康長寿医療センター研究所）

６．健康の社会的決定要因の主要文献に関する研究---------- 97
近藤　克則（日本福祉大学社会福祉学部）

厚生労働科学研究費補助金（地球規模保健課題推進研究事業）
総括研究報告書

健康の社会的決定要因に関する研究

研究代表者　　尾島 俊之（浜松医科大学医学部健康社会医学講座　教授）

研究要旨

健康の社会的決定要因（SDH）は、重要性が認識され対応が本格化し始めている。そこで、国内外の情報を集約するとともに、新たな知見、実践例などを収集・創出・試行・発信することにより、国内外におけるSDHへの対応を促進し、人々の健康を向上させることが本研究の目的である。具体的には、（1）国内外の情報収集：国際的レポート、学術研究、実践例等の収集、(2) 個人・地域データの調査・分析：対象市町村の住民への新規調査、人口動態統計・国民生活基礎調査等の既存データを用いた分析、(3) 新たな対応方策の創出：種々の専門分野の研究者・行政担当者・ＮＰＯ等を含めて、多様な立場間のディスカッション等を行い、日本の制度や文化と調和した対応方策を創出、(4) 対策の試行：高齢者の就労等有償活動コーディネート窓口事業に関するアクション・リサーチ、(5) 情報の国内外への発信：ホームページ、シンポジウム、学会発表・論文等による情報の発信の5本柱で研究を実施した。

研究分担者
近藤克則（日本福祉大学社会福祉学部教授）
橋本英樹（東京大学大学院医学系研究科教授）
高尾総司（岡山大学大学院医歯薬学総合研究科講師）
稲葉陽二（日本大学法学部教授）
近藤尚己（東京大学大学院医学系研究科准教授）
藤原佳典（東京都健康長寿医療センター研究所社会参加と地域保健研究チーム研究部長）

A. 研究目的

健康の社会的決定要因（SDH）は、所得、教育、就業、生活環境、社会環境等が含まれる。WHO に設置された健康の社会的決定要因に関する委員会(Commission on Social Determinants of Health: CSDH)による最終報告書(Marmot, 2008)で重要性が強調され、2011 年に SDH 国際会議が開催され対応が本格化している。日本においても健康日本２１（第２次）に記載されるなど、注目されつつある。社会全体へ SDH の認知を広げ、状況をモニターし、具体的な対応方策を明らかにし、また日本から国際社会への情報発信を強化する必要がある。

そこで、国内外の情報を集約するとともに、新たな知見を創出し、それを試行・発信することにより、国内外における SDH への対応を総合的に促進し、人々の健康を向上させることが本研究の目的である。

研究全体の流れを図１に示す。

図１　研究全体の流れ図

研究の目的

健康の社会的決定要因への対応を促進し、人々の健康を向上させること

↓

方　法

(1) 国内外の情報収集（国際的レポート、学術研究、実践例等）
(2) 個人・地域データの調査・分析（新規調査、既存データを含む）
(3) 新たな対応方策の創出（多様な立場間のディスカッション等）
(4) 対策の試行（アクション・リサーチ）
(5) 情報の国内外への発信（ホームページ、シンポジウム、学会発表・論文等）

↓

期待される効果

・重要性及び対応方策に関する国内外の知見の行政、研究者、国民等への普及
・最長寿国である日本からの知見を世界に発信し、国際社会への貢献・プレゼンスの向上　→ 日本及び世界の人類の健康の向上に寄与

B.　研究方法

(1) 国内外の情報収集

○健康の社会的決定要因の主要文献に関する研究

SDH に関する WHO の決議や報告書、その他の国際的なレポートなどの主要文書について翻訳を行った。WHO からの文書については、WHO 神戸センターの監修を受けて実施した。

○社会的排除に対する政策的取り組みの国際事例研究

海外事例の収集として CSDH の元議長である University College London の Marmot 教授を通じて、1979 年から 80 年代の英国の経済政策の健康影響について、また 2009 年のリーマンショック後の欧州諸国における動向に関する既存研究等について情報収集を行った。社会的排除に関する重要な国内事例として、2012 年 2 月に報道された、さいたま市における 60 代夫婦と 30 代の息子の親子 3 人の孤立死事件について、その背景と市のその後の対応について、さいたま市からの情報収集を行い、WHO の CSDH の最終レポートに示された「健康の社会的決定要因に対する政策的取り組み」のフレームを用いて分析を行った。さらに、この事例では経済的困窮か

らガス・電気などのライフラインが供給停止されている。そこで、冬場の低温時期について、ライフラインの供給停止を明確に禁じる条例を有していたウィスコンシン州の公共サービス委員会の Silver Karsh 弁護士から、同条例の成立経緯とその内容について情報収集を行い、国内の米国法専門家として東京大学大学院法学研究科の樋口範雄教授の協力を得て検討を行った。

○ソーシャル・キャピタルなどに着目した SDH への介入実践例の収集

国内の各地域におけるソーシャル・キャピタルの醸成及びその他 SDH 改善の介入事例について、全国の都道府県の保健福祉担当部局及び地域振興担当部局の 2 部局の計 94 カ所、全国から無作為に抽出した 1,200 市区町村の保健福祉担当部署（合計 1,294 カ所）を対象に、2012 年 9 月に open-structured questionnaire の質問紙を郵送して調査を行った。返信方法は、市区町村に関しては、①Fax、②電子メール添付、③web 上返信用フォーマットのいずれか、都道府県に関してはそれに返信用封筒を加えた 4 種類の方法のいずれかを任意に選択してもらった。収集された事例について研究者等で検討し、SDH への介入に際して有用と考えられる要因を事例からリストアップして大項目及び小項目に整理した。また、他の地域が参考にできるような事例の抽出を行った。

(2) 個人・地域データの調査・分析

○格差の是正及びソーシャル・キャピタルと健康の関連

東京都の下町 3 区（足立、葛飾、江戸川）、都心 3 区（千代田、中央、港）、山の手 3 区（目黒、世田谷、杉並）の計 9 区の 20～79 歳の住民を母集団として、住民基本台帳から無作為に 1,500 名を抽出して、2012 年 9 月初旬～10 月初旬に、郵送法により『暮らしの安心・信頼・社会参加に関するアンケート調査』を実施した。調査項目は、信頼、規範、ネットワークなどのソーシャル・キャピタルに関して、また健康状態に関してなどである。調査の個票データについて調査項目間の相関分析を行った。また、2010 年に同内容の質問票により全国を対象に実施したアンケート調査（N=1,599）との比較、および今回の調査での東京の下町、都心、山の手 3 地区の比較を行った。

○健康・医療資源の公平性に関するモニタリング・ツールの開発

日本老年学的評価研究（Japan Gerontological Evaluation Study: JAGES）の 2010-2011 年度調査のデータを用いた。この調査は 12 都県 31 市町村の 65 歳以上の自立生活を営む高齢者を対象とした郵送法による疫学調査である。分析では、まず貧困世帯割合、学歴、最長職、持ち家なし、主観的な治安悪化、失業者の増加、地域経済の沈滞、貧困者の増加の合計 8 項目を用いた。因子分析により 3 変数を抽出した後、主成分分析により、小学校区を地域単位として「困窮度指数」を算出した。次に、自治体内の小学校区別の困窮度指数の高低による健康指標の格差に関する格差勾配指数（Slope Index of Inequality: SII）を算出し、自治体間の健康格差の比較を行った。

もうひとつの研究として、全国の全市区町村について、社会経済状況と健康指標の関係の視覚化を行った。社会経済状況としては、公益財団法人統計情報研究開発センターによる「社会・人口統計体系」から平成 17 年完全失業率を用いた。また、健康指標としては、政府統計の総合窓口（e-stat）から、人口動

態統計に基づく平成 15～19 年の市区町村別標準化死亡比（ベイズ推定値）を用いた。なお、市町村合併に対応して、合併後の自治体に合わせる形でデータの統合等を行った。また、分析、視覚化は、WHO を始めとして国際的に多くの公的機関で使用されているウェブ地図ソフトウェアである Instant Atlas を用いた。

(3) 新たな対応方策の創出

研究者及び自治体やその他の現場の関係者（健康増進、介護保険、建設、消防、学校保健、NPO 関係者等）の参画を得て、浜松、神戸、東京においてワールドカフェ方式、その他のワークショップを開催した。また、「健康の社会的決定要因に対処する南米での試み-ボリビアとブラジルの経験から-」と題して、順天堂大学医学部湯浅資之准教授による講演会を行い、意見交換を行った。さらに、前述の「ソーシャル・キャピタルなどに着目した SDH への介入実践例の収集」に加えて、保健師会議、研修会等において、自治体における取り組み事例の収集を行った。そして、全国の各地域における事例や全国で実施されている施策等の情報について研究者間での意見交換を行い SDH への対応方策の検討を行った。

(4) 対策の試行

○高齢者の就労支援事業に関するアクション・リサーチ

地域において短中期的に実行可能な SDH 対応策のアクション・リサーチを行った。具体的には、高齢者の就労支援事業として、東京都A区に開設されたアクティブシニア就業支援センターについて、平成 24 年中の 5 か月間の観察を実施した。観察内容は利用者の人数、性別、年齢、就職率、就職決定時の職種、求人内容とした。統計解析には IBM SPSS Statistics 20 を用いた。正確二項検定により、2 つのカテゴリに分類されたデータの比率を比較した。

(5) 情報の国内外への発信

研究班ホームページを開設し、その他の方法も含めて、順次、SDH 対策に関する情報及び研究成果の発信を行った。また、国際シンポジウムを共同企画により開催し、本研究班の紹介を行うとともに、米国ハーバード大学の Kawachi 教授に基調講演を行っていただいた。

C. 研究結果と考察

(1) 国内外の情報収集

○健康の社会的決定要因の主要文献に関する研究

WHO による重要文書として、Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report of the Commission on Social Determinants of Health 2008 executive summary (WHO, 2008), Reducing health inequities through action on the social determinants of health, WHA62.14, 2009 (WHO, 2009), Adelaide Statement on Health in All Policies (WHO, 2010), World Congress on social determinants of health, All for Equity, Summary Report (WHO, 2012), Outcome of the World Conference on Social Determinants of Health, WHA65.8 (WHO, 2012)等について翻訳を行った。また、その他の国際的に重要なレポートとして、Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review, 2010. Executive Summary (The Marmot Review, 2010)の翻訳を行った。

○社会的排除に対する政策的取り組みの国際事例研究

海外事例の検討結果では、景気動向の変化に伴い一部の国を除いて失業率と自殺率に緊密な関係が認められるが、北欧など勤労世代に対する福祉・社会保障政策に重点を置いている国ではそうした関連が認められていなかった。経済成長回復を目指し市場活性化を促す経済政策・社会保障費削減などによる財政緊縮の実施は、マクロな経済効果が見られる一方で、社会的排除の対象となりやすい困窮層を中心に健康状態に負の効果が見られ、健康の社会格差の拡大につながる副作用を伴っていた。従って、経済政策の展開と並行し、健康の公平化に向けた社会保障・福祉対策の強化がなされる必要があることが示唆された。ライフラインの差し止めについて、冬期など条件付でこれを禁じる条例をもつ米国ウィスコンシン州においては、ライフライン差し止めにより死亡した事例の発生を受けて、規制対象であるライフライン事業の公共的性質を鑑み、人命優先を掲げてエネルギー関係・税・福祉担当部局が連携し、こうした条例成立につながり、引き続き発生する問題を受けて改正を繰り返しているとのことであった。さいたま市における孤立死予防の取り組みは、従来の行政の網にかからない社会的に排除された住民を、福祉行政部門だけでなく関連部局の横断的連絡と、民間事業者を含めた官民連携を構築する形でリーチアウトしようとしている点で、新たな「健康の社会的決定要因に対する政策的取り組み」の基本的モデルを提示していた。以上から、経済的変動期にあたっては、経済政策の及ぼす正と負の効果を予見し、限られた財政資源のもと、健康セクターの壁を越えて行政・民間・住民が共同し、健康の公平性を中核的価値と定めた、新たな政策的取り組みの展開が不可欠であると結論された。

○ソーシャル・キャピタルなどに着目したSDHへの介入実践例の収集

全国の自治体への調査に関しては、都道府県保健福祉担当部局から 13 事例、都道府県地域振興担当部局から 4 事例、市区町村から 41 事例の合計 58 事例が収集できた。都道府県地域振興担当部局からの提供事例は少なかった。SDH 介入に有用と考えられる要因の事例からの抽出に関しては、まず大項目として①リソースの把握、②リソース交換の円滑化・広域化のための工夫、③リソース交換の管理・停止しないための介入、④リーダーシップに分け、またそれぞれの大項目の中にも必要に応じて小項目を想定して、要因を抽出した。また、これらの項目を用いて試行的に、収集した事例に対して、該当するかどうかを適用してみたところ、該当する要因の多い事例と少ない事例があることがわかった。回収できた 58 事例について、有用と考えられる要因の視点を参考に検討を行い、参考になると期待される事例が抽出できた。これらのうち、掲載の許可の得られた 6 事例、すなわち、諫早清掃愛護クラブ（長崎県諫早市の団体）、子育てと女性に係る相談窓口の一元化（北海道旭川市）、ふれあい収集事業（三重県伊勢市）、三条市子ども・若者総合サポートシステム（新潟県三条市）、ピンクリボンほっと語らい温泉街づくり事業（新潟県）、地域の環境・つながりの強化（秋田県小坂町社会福祉協議会）について、具体的な内容を分担研究報告書に掲載した。

(2) 個人・地域データの調査・分析

○格差の是正及びソーシャル・キャピタルと健康の関連

東京のソーシャル・キャピタルは、その構

成要素の殆どで、全国の水準を下回っていた。近所づきあいの程度（「協力」＋「立ち話」の比率）が、全国の 60.4%に対し、東京は 44.9%であるなど、近所の人々への信頼やつきあいは希薄である。しかし、社会全般への一般的信頼、職場の同僚への信頼やつきあい、友人知人への信頼やつきあいなどはほぼ全国と同水準にあり、東京では居住する近隣よりも、むしろ職場や友人知人との関係が中心であることが分かる。地縁的活動への参加率も全国を大幅に下回っており、地域密着型ではないといえる。しかし、ソーシャル・キャピタルと健康関連の回答結果との間には、東京都調査でも、全国調査と同様、統計的に有意な相関がみられた。特に心の健康はソーシャル・キャピタルと密接に関連していることが確認された。一般的信頼と抑うつ度との偏相関係数（性別、最終学歴、年間収入を制御）は、全国 0.27、東京 0.29 といずれも統計学的に有意であった。このほか、サンプル数が少なく母集団推計はできないが、東京都のなかでも、下町、都心、山の手の間では、ソーシャル・キャピタルの構成要素に大きな違いがみられることが確認された。

○健康・医療資源の公平性に関するモニタリング・ツールの開発

健康格差モニタリング指標としての条件について、先行する研究や取り組みについて文献調査を行った結果、以下の条件が重要であることが確認された。すなわち、① 時系列比較、地域間比較に必要な標準化が施されていること、② 数値が意味することが直感的で解釈しやすいこと、③ （各自治体担当者が利用できるように）計算が簡便であること、④ 国際的に認知され汎用されていることである。健康格差のモニタリングについては、欧州連合や英国の取り組みが大きく先行している。そのための指標については Mackenbach と Kunst が包括的に議論しており、特に格差勾配指数(SII)と格差相対指数(Relative Index of Inequality: RII)が有用であるとしている。その他、集団寄与危険、集中度指数(concentration index)などの他の指標も検討した。その結果、日本における健康格差モニタリング指標として、妥当性と実用性が高く、広く普及している格差勾配指数を用いることが妥当であると考えられた。

各自治体における小学校区間地域格差の指標として、困窮度指数と「抑うつ疑いの割合」「歯がほとんどない人の割合」「やせ（体格指数 BMI＜18.5）の割合」について、格差勾配指数とその 95%信頼区間を算定した。抑うつ疑いの割合においては、ほぼすべての自治体で正の値を示した（困窮度が高い自治体のほうが抑うつ疑い者が多い）。最も格差が大きかった自治体における格差勾配指数は 8.0%であった。つまり、学歴・所得・最長職で評価した困窮度指数が最も高かった小学校区では、最も低かった小学校区に比べて抑うつ疑い者の割合が 8%多いという結果であった。同様に、「歯がほとんどない」人の割合に関する格差勾配指数も正の値を示し、最大で 31.2%であった。BMI<18.5 のやせの割合については、社会経済的な地域格差は少なかった。

全国の全市区町村について、社会経済状況（完全失業率）と健康指標（標準化死亡比）の関係について、ウェブ地図ソフトウェアである Instant Atlas を用いて視覚化を行った。地図化することで、視覚的に健康状態、社会経済状況の分布が確認できる。一方で、地域の困窮度指数や格差勾配指数を算出することは各自治体の行政担当者には難しく、また、使用する数値の標準化が困難であるなどの課題が明らかとなった。困窮度指数・格差勾配指数についての今後の対応として、① 研究者

が定期的に算定して公表する、② 公的機関が定期的に算定して公表する、③ 総合的な指数化をせずに、課税対象所得や失業率といった個別指標を用いた複数の格差勾配指数を用いるなどが考えられる。

(3) 新たな対応方策の創出

健康の社会的決定要因への対応方策には、すぐに実施できるものとして「既存の資源の活用」、そして根本的な解決に向けては「さらなる資源の投入」、さらにそのための「資源を確保する方策」の３つの方策が必要であると考えられた。

具体的な対応方策の検討にあたっては、まずWHOのCSDH最終報告書に記載された重点項目を確認し、日本における内容例を検討した結果、表１のようにまとめることができた。この内容を自治体の保健師等に示して、その他の取り組み事例の収集を試みたところ、余り収集することができなかった。日本の保健担当部局にとっては、CSDHの国際的な枠組みでの重点項目をそのまま示されても、日本の保健現場との乖離が大きく、イメージしにくいと考えられた。

そこで次に、CSDH最終報告書の重点項目のうち、日本の保健担当部局が当面重点的に取り組むべき項目を抽出して、日本では既に当然のように実施されている取り組みや、また短期的に市町村での取り組みが可能であると考えられる具体例をまとめて、表２を作成した。ワークショップや保健師研修会等において示したところ、健康の社会的決定要因への取り組みについて、一定の理解が得られることが確認された。

ワークショップにおいて、実施されている取り組みや、今後実施可能なアイディアについて意見交換をしたところ、多数の取り組みについての素材が収集できた。例えば、自宅を地域に開放してカフェとなっている例、空洞化した飲食店の交流の場としての活用、中学生が高齢者宅を訪問して１日過ごす事業、保健推進員の交流会、高齢者による絵本の読み聞かせ、プレイパークでのプレイリーダーの取り組み、ラジオ体操や学校のプール開放による地域の身体活動の促進、食や保育に関する教育などの例や、親子一緒の健診、給食費無料化、健康格差の見える化を行って住民による検討を行う提案などがなされた。

検討で収集された素材等を検討しながら、健康の社会的決定要因について市町村に期待される取り組みについて表３のようにまとめられた。この内容は、日本公衆衛生協会及び地域医療振興協会ヘルスプロモーション研究センターによる全国の市町村保健活動調査に調査項目案として提供され、全国の市町村における取り組み状況の調査が行われている。

以上の検討とは別に、2012 年 7 月に厚生労働省から発表された健康日本２１（第２次）では、健康格差の縮小、社会環境の整備が大きな柱として掲げられるなど、健康の社会的決定要因への対応が重要視されている。そこで、それを受けての各都道府県・市町村等における健康増進計画策定の参考となるよう、参考資料１に示す「都道府県・市町村等における社会環境・健康格差の把握等に関する指針（案）」の策定を行った。

(4) 対策の試行

○高齢者の就労支援事業に関するアクション・リサーチ

アクティブシニア就業支援センターの５か月間の利用者の性別及び年齢、就職率、就職先、求人情報を集計した。利用者の性別は、男性は 416 名（65.3％）、女性は 231 名（35.7％）であり、男性の利用率は有意に高かった（$p<.01$）。利用者のうち、就職活動の

ための登録を行い，実際に就職できた者は男性 49 名（11.8%）、女性 38 名（16.5%）であった。就職者数に関しては男女間で有意な違いはみられなかった。求人情報源（しごと財団からの情報と自所開拓求人）ごとに就職者数をみたところ、男性は自所開拓求人による就職数が有意に高かった（p<.05）。女性ではこの有意差はみられなかった。年齢区分ごとに、男女の就職率を比較したところ、70～74 歳を除く全ての年齢で女性の方が男性よりも就職率が高かった。また、利用者の最高齢は 86 歳であったが、男女とも 75 歳以上の利用者の就職はみられなかった。就職先の内訳として、清掃は男女とも最も多く、加工、運転では男性が多かった。自所開拓求人の内容ごとの求人数をみたところ、清掃が最も多く、次いで警備は求人数が 70 件と多かったものの、実際の就職者数は少なかった。

高齢者への就労支援事業は、女性と比して社会参加が劣る傾向にある男性に社会参加の機会を提供する手段となる可能性が示されるとともに、利用している男性が実際の就職には繋がり難いという課題が示された。

(5) 情報の国内外への発信

研究班の研究成果について、特に WHO による主要文書の日本語訳、健康の社会的決定要因に関する取り組み事例、今後、取り組みが有用と考えられること、市町村健康増進計画等における社会環境・健康格差の把握等に関する指針などについて、継続的に情報発信を行っている。

D. 結論

健康の社会的決定要因に関する総合的な研究として、(1) 国内外の情報収集、(2) 個人・地域データの調査・分析、(3) 新たな対応方策の創出、(4) 対策の試行、(5) 情報の国内外への発信の５本柱で実施した。

今後はさらなる情報収集及び分析などを進めるとともに、WHOのUrban HEART (Health Equity Assessment and Response Tool)の枠組みを活用した検討、日本における健康の社会的決定要因の状況やグッドプラクティス等を含めた研究成果についての国際的な情報発信などを進めていく予定である。

E. 研究発表

1．論文発表

１）稲葉陽二．『暮らしの安心・信頼・社会参加に関するアンケート調査』2012年東京都9区調査の概要. 政経研究 2013; 50(1).（印刷中）

２）近藤尚己，近藤克則．「健康格差の是正」にどう取り組むか. 保健師ジャーナル 2012; 68(6), 468-473.

３）尾島俊之．「地区診断」において「健康格差の縮小」を考える．保健師ジャーナル 2013; 69(2): 104-109.

2．学会発表

１）鈴木宏幸，倉岡正高，深谷太郎，小林江里香，野中久美子，村山陽，藤原佳典．高齢者の社会参加促進策としての就労支援事業の可能性：アクティブシニア就業支援センターの観察に基づく予備的検討．第7回日本応用老年学会大会，神奈川，2012年11月9日．

２）近藤尚己，近藤克則，市田行信，狩野恵美，尾島俊之．介護予防における健康格差評価尺度とその視覚化ツールの開発．第71回日本公衆衛生学会学術総会，山口，2012年10月26日．

３）尾島俊之，近藤尚己，相田潤，中村美詠子，中出美代，大塚理加，村田千代栄，鈴

木佳代，近藤克則．所得による食やBMIの格差の地域間の差異．第23回日本疫学会学術総会，大阪，2013年1月25日．

４）Toshiyuki Ojima. Healthy Life Expectancies in Japan. Joint Action European Health and Life Expectancy Information System. The 1st Enlarged Steering Committee Meeting. Paris, April 19, 2012.

５）橋本英樹，他．社会格差と健康；孤立死と社会的排除にどう立ち向かうか？　伊藤国際学術研究センターシンポジウム，東京，2013年3月14日．

F.　知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

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

表１　ＷＨＯ健康の社会的決定要因に関する委員会最終報告書の重点項目と日本での内容例

１．日常生活の向上　Improve Daily Living Conditions

・子どもの健康と教育 Equity from the start

子どもの健康のための取組、自治体と民間企業等との連携による療育・幼児学童教育など

・都市と農村の環境 Healthy Places Healthy People

自治体の中心部と周辺部の格差を縮小するための取組、住民相互のつながりを強くするための取組など

・雇用と労働環境 Fair Employment and Decent Work

高齢者や若者などの雇用確保のための取組、地域職域連携や自営業者や中小企業等で働く人の健康確保のための取組など

・生涯の社会保障 Social Protection Across the Lifecourse

低所得家庭への支援など

・全ての人への保健医療 Universal Health Care

低所得世帯への保健医療支援、医療過疎地等に対する取組など

２．力、お金、資源の格差改善 Tackle the Inequitable Distribution of Power, Money, and Resources

・全ての政策での健康の平等 Health Equity in All Policies, Systems, and Programmes

自治体の総合計画・健康都市条例・宣言・健康増進計画等に健康格差の縮小の理念を盛り込むなど

・適正な財政・家計 Fair Financing

ふるさと納税推進の取組、健康づくりのための基金の創設など

・市場の責任 Market Responsibility

健康づくりのための民間事業者との協働、健康影響評価の実施、住民の健康確保のための規制など

・男女の平等 Gender Equity

男女共同参画のための取組など

・政治参加 Political Empowerment --- Inclusion and Voice

自治体の意思決定への住民参加の取組、熟慮型世論調査など

・良い国際政治 Good Global Governance

３．状況把握と評価 Measure and Understand the Problem and Assess the Impact of Action

・状況把握・研究・人材育成 The Social Determinants of Health: Monitoring, Research, and Training

健康格差や社会環境等に関する調査分析、社会環境整備等のための人材育成の取組など

注．各項目は、"Closing the gap in a generation" Commission on Social Determinants of Health FINAL REPORT, WHO 2008 より、日本語は意訳、内容例は研究班の検討による

表２　日本の保健担当部局の重点項目

日本の保健担当部局の重点項目 （WHO 健康の社会的決定要因に関する委員会報告書の重点事項のうち当面重点的に取り組むべき項目） ・子どもの健康と教育 ・つながりの強化 ・格差の縮小 ・地域の環境 ・状況把握と人材育成	**子どもの健康と教育** ・妊婦・乳幼児の健診・保健指導・療育教室 ・母子健康手帳 ・ブックスタート ・（栄養バランスのとれた）学校給食 ・家庭科の調理実習 ・学校でのフッ化物洗口
つながりの強化 ・健康づくり推進員、町内会活動など ・ボランティア活動 ・高齢者のサロン事業 ・都道府県と市町村などの絆 ・多機関、多部局、多職種間の連携 ・民間との協働、誘導	**格差の縮小** ・地域間の格差の縮小 －中心地から遠い地域での施策 ・低所得世帯等への支援 －生活保護世帯、低所得世帯などの健診、健康づくり
地域の環境 ・健康づくり協力店、禁煙飲食店 ・健康づくりに取り組む給食施設（社員食堂等） ・宅配サービスを行う食料品店 ・育児サークル、趣味の会、運動グループ ・都市計画・道路設計等における健康部局の関与	**状況把握と人材育成** ・状況把握 －地域間の特徴の把握 －生活の余裕等と生活習慣等の関連 （例．国民生活基礎調査所得票による生活意識の設問を地域における調査にも含めて実施） ・職員等の人材育成 －研修、演習・実習・体験、OJT

表３　健康の社会的決定要因について市町村に期待される取り組み

＜地域間格差への取り組み＞

①市町村内の地区別に特定健診受診率を比較

②受診率の低い地区において受診勧奨対策を強化

③市町村内の地区別に特定健診結果や国保レセプト等の健康データの比較

④小中学校間の健康データの比較

⑤健康課題の大きい地区において上乗せの保健対策

⑥中心地から遠い地区で健康相談等を人口割よりも多めに開設

⑦子どもが少ない地区で親子が集う場づくり

⑧食料品等の買い物が不便な地区での移動販売車・店舗の誘致・調整

⑨交通不便な地区への行政によるコミュニティバス等の運行

⑩交通不便な地区でのＮＰＯやボランティアによる移送・送迎

＜所得格差への取り組み＞

①妊娠届出時にその家庭の経済状況を把握

②母子の要フォローの判断でその家庭の経済状況を考慮

③母親の就職活動時に保育サービスが利用できる制度

④低所得の母子への栄養に関する現物給付

⑤低所得家庭の児童への学用品・給食費等の給付

⑥低所得家庭の児童への学習塾代わりの補習

⑦健診自己負担額に所得による減免制度

⑧公共施設の利用料金で所得による減免制度

⑨低所得者を対象とした相談窓口

⑩高齢者や低所得世帯のインターネット利用の支援

＊⑪所得等による健康格差の把握

＊⑫電気・ガス・水道・国保税等の滞納者への支援

＜ソーシャルキャピタルへの取り組み＞

①健康づくり推進員、食生活改善推進員、その他の保健に関する住民組織

②保健・福祉・介護等に関するボランティアの育成

③各種ボランティア組織間の交流会や共同事業

④育児サークルの育成

⑤保健指導や健康づくり教室の後の自主活動の育成

⑥グループで取り組む健康づくりや生活習慣改善の事業

⑦住民同士による体操等の会の普及

⑧高齢者のサロン事業や地域のカフェ事業など地域の人々が集まる事業

⑨住民同士が交流するイベント

⑩住民同士の趣味の会・運動サークルや講師等の情報の収集と紹介

⑪高齢者と子どもの世代間交流事業

⑫高齢者による小学生の通学見守り

⑬子ども 110 番の家

⑭公園や遊び場での見守りやプレイリーダー事業など

⑮中学生等の思春期の生徒と乳幼児が触れ合う事業

⑯地域の伝統食を普及する事業

⑰学校や地域でのあいさつ運動

＜組織間のソーシャルキャピタル＞

①住民の健康に関する市町村内の部署横断的な取り組み

②市町村の都市計画への保健部署職員の参加

③保健部署職員による小中学校での保健教育

④産科医療機関と行政の母子保健との情報の連携

⑤乳幼児期の母子保健情報の保育園・幼稚園や学校との共有

⑥地域のスポーツチーム等による学校の体育館やグラウンド等の利用

⑦地域のボランティア等の学校教育への関与

⑧市町村の保健部署の会議への保健所・都道府県担当者の参加

⑨民間企業や商工会等との連携

⑩農業と保健との連携

⑪大学・研究機関との連携

＜その他の社会環境整備への取り組み＞

①栄養成分表示やヘルシーメニューの提供等を行う健康づくり協力店事業

②飲食店等における禁煙や分煙の推進

③歩きタバコ禁止条例

④保健事業への参加や健康づくりの実行によりポイントや特典がもらえる事業

⑤学校におけるフッ素洗口

⑥健康づくりに関する宣言や条例の策定

＊⑦健康格差に取り組む市町村長の政策方針

＊日本公衆衛生協会による調査以降の追加項目

参考資料１

都道府県･市町村等における社会環境･健康格差の把握等に関する指針（案）

【趣旨】

平成 24 年 7 月に厚生労働省から発表された健康日本２１（第２次）では、社会環境の質の向上、健康格差の縮小の重要性が強調されている。市町村健康増進計画の策定に当たって、住民へのアンケート調査が行われることが多い。その調査によって、社会環境や健康格差の把握が行えることが好ましい。

そこで、厚生労働科学研究「健康の社会的決定要因に関する研究」班において検討を行い、市町村によって効果的に調査を行うための指針をまとめた。

【調査項目】

都道府県・市町村等における健康増進計画策定のための調査を行う際には、社会環境・健康格差等の把握のために、国の健康日本２１（第２次）の現状値のデータソースの調査票等を参考にした調査項目を入れることが有用である。研究班ホームページには、成人・高齢者用に作成した調査票例も示しているので参考にしていただきたい。その他に、子どもへの調査（乳幼児の保護者、児童・生徒など)、高齢者に特化した調査などを行うことも有用であると考えられる。

調査項目として、＜健康を支え、守るための社会環境の整備＞の把握のために、「地域のつながり」、「健康や医療サービスに関係したボランティア活動」に関する質問は重要である。また、＜高齢者の健康＞に関しての、高齢者の社会参加に関する質問も重要である。

一方で、＜基本属性、健康の社会的決定要因＞の把握として、国民生活基礎調査所得票の生活意識（主観的な経済的状況）や学歴の質問を入れておくことで、健康状態や生活習慣等の健康格差について把握することができる。これまでの研究で、学歴により明確な健康格差が見られる場合も多い。可能であれば、国民健康・栄養調査と同様に年間の収入を調査項目に入れることで、またさらに細かい収入区分や世帯員数を調査項目に入れることができると、より客観的な所得水準による格差を把握することができる。

市町村内の地区の質問項目を入れておくことで、地区間の健康格差の把握も可能である。一方で、細かい地区別の結果を検討しようとすると、調査対象者数をかなり多くする必要があるため、注意が必要である。

健康日本２１（第２次）において、目標指標に健康寿命が使用されている。市町村において、精度の高い健康寿命を算定しようとする場合には、かなり対象者数の多い調査を行う必要がある。一方で、日常生活の制限や、主観的健康観などの質問は、住民の総合的な健康状態の指標としても重要であることから、単純に集計して現在の状況や今後の変動をモニターする意義があると考えられる。

【健康格差把握のための分析方法】

経済的な状況、学歴、地区などと、健康状態や生活習慣等の項目のクロス集計を行い、経済的な状況等の別による健康状態の良い割合等を比較するのが基本である。

また、格差勾配指数（Slope Index of Inequality: SII）など、やや複雑な統計手法を用いて、

より鋭敏に、経済的な状況の高低による健康状態の傾きを見ることもできる。これらの統計解析については、状況により、当研究班として個別に市町村の支援をすることもできる。健康格差の大きさを指標として計算すると、それを地域間や年次間で比較することになる。

【年齢調整】

地域間や年時間で比較する場合に、高齢化の状況など人口構成が大きく異なる場合には、それを考慮して比較を行う必要がある。最も簡便な方法は、年齢階層別に分けて比較してみるという「層化」である。対象者数が十分に多い場合には、５歳階級別に分けることもできるが、若年層（40 歳未満）、壮年層（40～64 歳）、高齢層（65 歳以上）に分けたり、また高齢層を前期高齢者（65～74 歳）と後期高齢者（75 歳以上）に分けてみたりすることもできる。ただし、この場合に､年齢階層別に比較を行うため､全体として一言で言うとどうなのかを表現したい。そのような場合には、直接法や間接法で年齢調整するのが良い。市町村単位で死亡データについて比較する場合には、標準化死亡比（ＳＭＲ）を用いるのが一般的であるため、市町村単位や、市町村内の小地域単位の特徴を見たい場合には、それと同様の方法で年齢調整を行うのがよい。ただし、対象者数がかなり少ない地域もある場合には、95%信頼区間の推定や、検定などの統計的手法を用いた結果も参考にしながら結果を読む必要が出てくる場合もある。標準化死亡比やその 95%信頼区間について、エクセルで計算できるシートを、保健統計のページ（http://toukei.umin.jp/hokentoukei/）に掲載しているので利用していただくことができる。所得による健康格差の大きさについて、年齢調整を行って地区間や年次間で比較したい場合には、複雑な統計処理が必要となり、専門家の助けを借りる必要も出てくる。

【必要対象者数】

調査の各項目について、ある生活習慣を持つ割合が何%であるか、またその統計学的誤差をどの程度の範囲内に抑えたいかによって、必要対象者数を計算することができる。

例えば、ある生活習慣を持つ人が 25%程度であり、誤差の幅（95%信頼区間の幅）を 10%（すなわち、20～30%）としたい場合には 289 人以上の回答を得る必要がある。また、ある生活習慣を持つ人が 10%程度であり、誤差の幅を 2%（すなわち、9～11%）としたい場合には、3458 人以上の回答を得る必要がある。

この計算方法の詳細については、前述の保健統計のページの、「標本サイズの計算」→「母集団の割合の 95%信頼区間推定の場合の標本サイズ」等を参照いただきたい。

また、予想される回収率を加味して、上記の数の回答が得られるように、調査票を送付する必要がある。さらに、性・年齢階級別や、地区別に、上記の誤差の幅で現状値を把握したいと考えた場合には、性・年齢階級別や地区別に、それぞれこの数の回答を得る必要があることになる。

現実的には、予算的に可能な人数で調査が行われることが多く、そのような考え方でやむを得ないと考えられる。その場合、ある質問については、誤差が十分に小さいが、別の質問については誤差が非常に大きいなどのことになる。調査後に、それぞれの結果の誤差の幅（95%信頼区間）を算定することも推奨される。

【回収率】

特に郵送法で調査を行う場合には、回収率が余り高くならないことも多い。その場合、健康

への関心の高い住民からの回答が中心になって、真の状況よりも生活習慣が良いような見かけ上の結果がでるなど、選択バイアス（選択の偏り）の影響がでることになる。

そこで､調査の実施に当たっては､あらかじめ再依頼の計画もたてておくことが重要である。再依頼の葉書を対象者全員に送付する方法もあるが、可能であれば、未回答者を把握して、調査票を再度送付することができると、再依頼の効果が大きい。

その他に、健康づくり推進員や自治会・町内会等の協力を得て、留め置き法で調査を行うことができると、一般的に郵送法よりも回収率が高くなる。

【社会環境の質の向上、健康格差の縮小のための施策】

社会環境や健康格差の状況が把握できたら、それに対する効果的な施策を展開していく必要がある。当研究班では、それらの取組事例を収集しており、順次、研究班ホームページ等で公表を行う予定である。

社会環境の質の向上のためには、一般的に、健康部局以外も含めた多様な部局間、また外部の関係機関、住民組織・ＮＰＯ、民間企業等との連携が重要である。これまでにも行われてきた取組としては、健康づくり推進員や、食生活改善推進員・ヘルスボランティアの活動を支援して活性化することなども重要である。また、高齢者サロンなど、人々が集まる場が多数設けられ、多くの住民がボランティアなどとして主体的に活動するようにできると良い。

健康格差の縮小のためには、経済的に苦しい世帯や、不利のある地区等に対して、より手厚い施策を行うことが重要である。また、学校、乳幼児健診、自治会・町内会、同報無線など、該当する住民のほとんどが参加する場や制度などによる施策も重要である。

【既存統計の活用】

国の健康日本２１（第２次）にも記載されているように、地域の状況の把握においては、地方自治体が活用可能な既存統計等を活用することも重要である。具体的には、人口動態統計、特定健康診査、がん検診、国民健康保険レセプト、介護保険データ、乳幼児健診、学校保健のデータなどが有用である。

これらのデータを用いて、市町村内の地区別に分析が可能なものも多い。また、保険料の所得割賦課区分等とのクロス集計が可能な場合には、既存統計の範囲内で健康格差の状況を把握することも可能である。

【都道府県による支援】

健康増進計画等のための社会環境や健康格差に関する調査や分析については、一定の専門性が必要となるため、市町村内だけで行うのではなく、都道府県の衛生研究所や健康科学センター、また保健所等の職員による支援が必要となる場合が多いと考えられる。都道府県が、都道府県内の全市町村について、同じ方法で情報を把握し分析を行って、市町村間の比較、地域診断を行っている都道府県もある。また、大学等の専門家が、都道府県を支援し、都道府県が市町村を支援するなどの形も、ひとつの理想型であると考えられる。

厚生労働科学研究費補助金（地球規模保健課題推進研究事業）
分担研究報告書

社会的排除に対する政策的取り組みの国際事例研究

研究分担者　橋本　英樹　（東京大学医学系研究科　教授）
研究協力者　近藤　克則　（日本福祉大学　教授）
研究協力者　小塩　隆士　（一橋大学　教授）
研究協力者　近藤　尚己　（東京大学医学系研究科　准教授）
研究協力者　Ichiro Kawachi（Harvard School of Public Health, Professor）
研究協力者　Michael Marmot（University Collelge London, Professor）

研究要旨

本分担研究では、健康の社会的決定要因のひとつとして経済的要因による社会的排除に着目し、欧米の動向、特に1980年代の英国とリーマンショック以降の欧米の動向とその政策的対応について取材した。また、経済的要因による排除の極端な事例として電気・ガスなどのライフラインの差し止めや、それと関連した孤立死問題を取り上げ、米国ならびに日本の事例についても取材した。

景気動向の変化に伴い一部の国を除いて失業率と自殺率に緊密な関係が認められるが、北欧など勤労世代に対する福祉・社会保障政策に重点を置いている国ではそうした関連が認められていなかった。経済成長回復を目指し市場活性化を促す経済政策・社会保障費削減などによる財政緊縮の実施は、マクロな経済効果が見られる一方で、社会的排除の対象となりやすい困窮層を中心に健康状態に負の効果が見られ、健康の社会格差の拡大につながる副作用を伴っていた。従って、経済政策の展開と並行し、健康の公平化に向けた社会保障・福祉対策の強化がなされる必要があることが示唆された。

ライフラインの差し止めについて、冬期など条件付でこれを禁じる条例をもつ米国ウィスコンシン州公共サービス委員会に照会したところ、ライフライン差し止めにより死亡した事例の発生を受けて、規制対象であるライフライン事業の公共的性質を鑑み、人命優先を掲げてエネルギー関係・税・福祉担当部局が連携し、こうした条例成立につながり、引き続き発生する問題を受けて改正を繰り返していることとのことであった。

こうしたなか、さいたま市における孤立死予防の取り組みは、従来の行政の網にかからない社会的に排除された住民を、福祉行政部門だけでなく行政所関連部局の横断的連絡と、民間事業者を含めた官民連携を構築する形でリーチアウトしようとしている点で、新たな「健康の社会的決定要因に対する政策的取り組み」の基本的モデルを提示していた。以上から、経済的変動期にあたっては、経済政策の及ぼす正と負の効果を予見し、限られた財政資源のもと、健康セクターの壁を越えて行政・民間・住民が共同し、健康の公平性を中核的価値と定めた、新たな政策的取り組みの展開が不可欠であると結論された。次年度事業では、そうした活動を推進するうえで、中央政府・地方行政組織・民間事業者ならびに住民の役割分担と協調を促進する要素をさらに検討したい。

A. 研究目的

世界保健機関に設置された健康の社会的決定要因に関する委員会（Commission on Social Determinants of Health; CSDH）では、健康の均てん化を図るための重要な政策的取り組み課題のひとつとして社会的排除（social exclusion）を掲げている。社会的排除の定義には様々なものがあるが、経済・社会・人種・文化・ジェンダーなどの、個人や世帯の社会的属性によって社会参加の機会が選択的に阻害されることを広く指していると、本分担研究内では定義する。分けても近年、経済不況化における所得格差の拡大や就労機会の格差拡大に伴う社会的排除の問題は、社会的にも大きな関心が寄せられている。

その中で、2012年1月、2月に報道された札幌市の40代姉妹の孤立死事件、さいたま市における60代夫婦と30代の息子の親子3人の孤立死事件は、従来孤立死の対象と考えれらていた一人暮らしの無職高齢者ではなく、稼動年齢の成人世帯において、経済的困窮の結果生じた死亡事件として、行政にも大きなショックを与えた。本研究では、この事例を発端として、主に経済的困窮による社会的排除に着目し、その政策的取り組みの事例に取材することを通じて、今後こうした悲劇を予防するための「健康の社会的決定要因」に根ざした対策のあり方を模索することを目的とした。

B. 研究方法

１）さいたま市への取材

上記発端となったさいたま市の事例について、さいたま市役所福祉総務局に取材を申し入れ、事件の背景と、さいたま市のその後の対応について取材し、それを世界保健機関のCSDHによる最終レポートに示された「健康の社会的決定要因に対する政策的取り組み」のフレームを用いて分析を行った。なお本事例については、司法解剖が実施されたことから、死因や当時の寒冷気象が及ぼした影響などについて取材するため、警察庁を通じた情報開示を文書にて求めたが、埼玉県警担当部局から情報開示対象外情報との判断が下され、残念ながら情報を入手することはできなかった。

２）海外事例への取材

まず、経済不況のおける経済政策が人々の健康に及ぼした歴史的事例として、1979年から80年代にかけて英国に着目し、その研究を展開してきた中心人物でありCSDHの元議長であるUniversity College LondonのMarmot教授を通じて、経済政策の健康影響について、既存研究などの知見をまとめた。また同教授を通じて、2009年のリーマンショック後の欧州諸国における動向についてもあわせて既存研究の結果をまとめることとした。

さらにさいたま市・札幌市の事例では、経済的困窮からガス・電気などのライフラインが供給停止されていた点について、諸外国の事例を調査したところ、主に米国において、ライフラインの差し止めを制限する条例・法律を有する州が大半であることが明らかとなった。なかでも冬場の低温時期についてサービス供給停止を明確に禁じる条例を有していたウィスコンシン州の公共サービス委員会に取材したところ、同委員会の副法務委員長であるSilver Karsh弁護士より、同条例の成立に至る経緯と同条例の内容について、資料の送付を得られた。その内容について法律専門家として東京大学大学院法学研究科で、米国法専門の樋口範雄教授からコメントをいただいた。

C. 研究結果

１）欧米における経済不況と健康格差の関

連　（資料１；Sir Michael Marmot 提供）

景気動向の変化に伴い一部の国を除いて失業率と自殺率に緊密な関係が認められるが、北欧など勤労世代に対する福祉・社会保障政策に重点を置いている国ではそうした関連が認められていなかった。経済成長回復を目指し市場活性化を促す経済政策・社会保障費削減などによる財政緊縮の実施は、マクロな経済効果が見られる一方で、社会的排除の対象となりやすい困窮層を中心に健康状態に負の効果が見られ、健康の社会格差の拡大につながる副作用を伴っていた。リーマンショック語のギリシャにおいても、医療アクセスの低下による格差拡大や健康の悪化が報告されていた。従って、経済政策の展開と並行し、拡大する格差の影響を受けた困窮層における社会的排除の健康影響を十分認識したうえで、健康の公平化に向けた社会保障・福祉対策の強化を図ること、その影響を継続的にモニタリング・評価する必要があることが示唆された。

２）ライフライン差し止めの制限（資料２：ウィスコンシン州提供資料）

ライフラインの差し止めについて、冬期など条件付でこれを禁じる条例をもつ米国ウィスコンシン州公共サービス委員会に照会したところ、詳細な資料が得られた。1974年に72歳の男性が、生活困窮による料金不払いが原因でライフラインを差し止められた結果、凍死する事件が発生した。これを受けて、同委員会は、規制対象であるライフライン事業の公共的性質を鑑み、人命優先を掲げて緊急避難的措置を実施したが、1978年に正式にライフラインの差し止めが人命に関わる恐れがある場合のサービス差し止めを禁止する条例を制定した。しかしその後も同様の死亡事故が見られたことから、改正を繰り返しているとのことであった。なかでも1986年、親からニグレクトされ、家に放置された1歳から17歳までの子ども6人について、ガス供給が停止され、その後、長男が親に代わって支払いを申し出るも、身分証明証などがないためにガス会社がこれに応じず、結局ろうそくの不始末によって生じた火災により6人とも焼死、うち16歳の長女は妊娠中だった。この悲劇を受けて、同条例は11月1日から4月15日までの冬季においては供給停止を一切認めず、10月中に供給停止にあっている世帯については、すべて公共委員会が接触した上で、福祉サービスに連携することが義務付けられ、その後も改正を繰り返している。こうした救済措置によって不払い者が増えるのではないかと質問したところ、支払い能力については、税務当局からの情報提供があり、フリーライダーについては確実に排除するシステムが備わっているとのことであった。しかし同委員会は、これが生活困窮世帯を救う「解決策」ではないことを協調している。現に冬季以外ではサービス差し止めはありえることであり、その結果として2012年にも、ろうそくが原因で子ども3人が焼死した事件が発生している。

同様の悲劇は日本国内でもすでに報告されている。ウィスコンシン州のutility disconnection prohibition条例は、同内容のものであれば、わが国においても経済産業省エネルギー資源庁などの通達によって十分検討・達成が可能なものである。わが国において電気については少なくても一般家庭への提供事業は自由化されておらず、ライフラインの差し止めによって、消費者は選択の余地を持っていない。こうした「公共性」を有する資源の提供事業については、生命に関わる結果について行政の責任が問われるものであることから、一定の制限を加えることが必要である。ただし、電気事業の自由化などの動きを踏ま

え、複数の政府部門が横断的に検討することが早急に求められると考えられた。

３）さいたま市の孤立死予防対策の取り組み（資料３、さいたま市福祉総務局藤原陽一郎氏の提供による）

こうしたなか、さいたま市における孤立死予防の取り組みは、従来の行政の網にかからない社会的に排除された住民を、福祉行政部門だけでなく行政所関連部局の横断的連絡と、民間事業者を含めた官民連携を構築する形でリーチアウトしようとしている点で、新たな「健康の社会的決定要因に対する政策的取り組み」の基本的モデルを提示していた。その取り組みでは、ライフライン事業者、新聞配達事業者など、住民と直接接点を有する民間事業者に対して、生活困窮などにより生命の危険があると判断されるケースについて、行政当局に通知するように依頼をしたものとなっている。

ただし、課題はいくつかあり

＊判断の基準＝料金不支払いの事例は極めて多く、そのうちの大半は故意であり、生活困窮とは直接関連しないことから、なにをもって「生命の危機がある」と判定するかについて事業者から判断基準を求められた。一方行政としてそれを一律の基準とするには、事象の複雑多岐にわたることから現実的ではない。そこで「ガイドライン」を示し、契約を結ぶという形を取っている。

＊個人情報保護と事業者の免責＝通知を行うことによって事業者は個人情報保護を定めた法規との矛盾を抱えることとなり、特に対象者から通知によって情報侵害があったと訴えられることについて警戒が見られた。そこで本ケースについては通知によって生じた結果については、事業者を免責する旨、契約に明記された。

しかし、依然として課題は残っており、特に不審死については警察・司法行政によって情報開示がなされないために、孤立死の全貌が市当局として把握できないこと、などが挙げられた。

D. 考察

英国・欧州の事例から、経済変動期にあたって、主に規制緩和・景気刺激策に加え、社会保障費の削減などを伴う財政緊縮策が併用された結果、社会的排除の影響を受けやすい生活困窮層において、健康状態の悪化、さらには最悪の場合、生命の損失という事態に至ることが教訓として明らかとなった。このことから、特に経済変動期において、健康資源の公平な維持を重要な政策価値として位置づけることが、重要であることが強く示唆された。一方、財政的に資源が限られるなか、そうした対策を政府だけが社会保障システムを通じて提供することには限界がある。その限界を越えるには、健康・社会保障担当セクターの枠を取り払い、行政のより広い範囲の部局が横断的に連携し、健康の公平化に必要な経済・社会・人的資源を広く活用することが求められる。さらには中央政府・地方行政組織だけでなく、民間事業者や住民などがより積極的な参加をし、健康の公平化という共通価値のもと、役割分担と連携を図り、価値の創造・実現に向けて動くことが必要であることも明らかとなった。共通の価値の確認や、諸セクターの連携を促進するには、どのような制度・文化・市場が求められるのかについては、模索が各国でも続いているが、高齢・少子・経済的持続性の動揺に直面するわが国において、かつての英国・そしてリーマンショック以降の欧州から得られた負の教訓を踏まえ、二の轍を踏まないためには、官民を越えた社会的連携が絶対条件となることは、おそらく間違いないだろう。

E. 結論

経済的変動期にあたっては、経済政策の及ぼす正と負の効果を予見し、限られた財政資源のもと、健康セクターの壁を越えて行政・民間・住民が共同し、健康の公平性を中核的価値と定めた、新たな政策的取り組みの展開が不可欠であると結論された。次年度事業では、そうした活動を推進するうえで、中央政府・地方行政組織・民間事業者ならびに住民の役割分担と協調を促進する要素をさらに検討したい。

F. 研究発表

1. 論文発表

未発表

2. 学会発表

社会格差と健康；孤立死と社会的排除にどう立ち向かうか？　伊藤国際学術研究センターシンポジウム（2013年3月14日）於　東京大学本郷キャンパス　伊藤国際学術研究センター伊藤謝恩ホール　（参加者104名）

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

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

資料１　Sir Michael Marmot による資料

UCL Institute of Health Equity

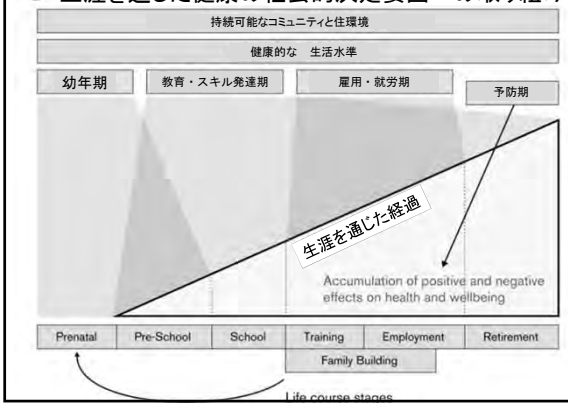
健康の社会的決定要因

英国・欧州連合各国における
社会的排除への対策と教訓

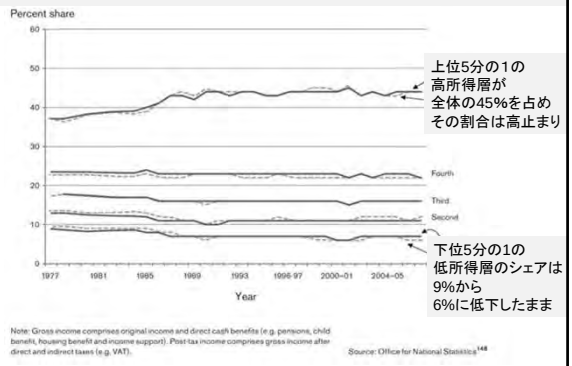
マーモット教授
ビデオメッセージ内のスライドの和訳

UCL Institute of Health Equity

生涯を通じた健康の社会的決定要因への取り組み

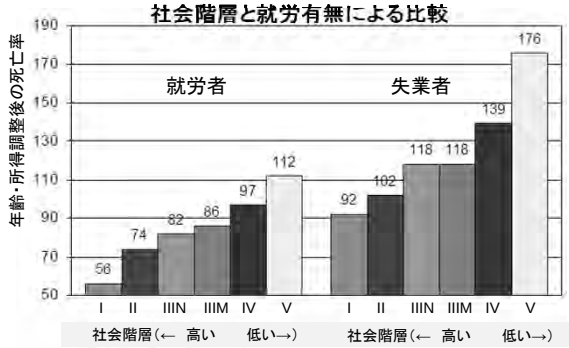


世帯人数を調整した全収入・税引き後収入について
高所得・低所得者層それぞれの収入が全体に占める割合
1978年から2007年にかけての推移



UCL Institute of Health Equity

英国の1981年国勢調査から見た男性（16～64歳）の死亡率
社会階層と就労有無による比較



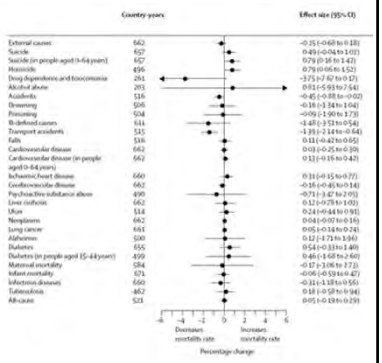
1981 LS Cohort. *England & Wales; mortality 1981-92

UCL Institute of Health Equity

失業と死亡率

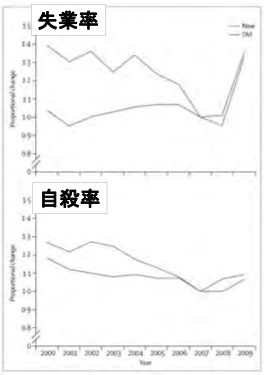
失業率が1%上昇
すると:
- 0.8% ↑自殺
- 0.8% ↑殺人
- 1.4% ↓交通事故死

死亡率全体では
相殺で影響なし



Source: Stuckler et al 2009 *Lancet*

UCL Institute of Health Equity



失業率の変遷と自殺率
（年齢調整後）の推移

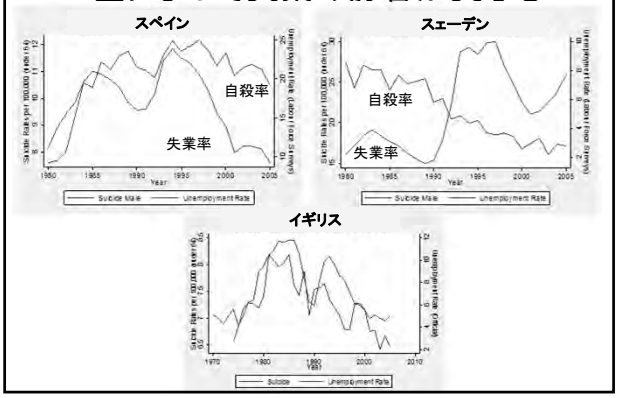
上線が新EU加盟国（東欧諸国）
下線が旧EU加盟国

(Stuckler et al Lancet 2011)

2007 is the index year, and y-axis values represent proportional change relative to that year

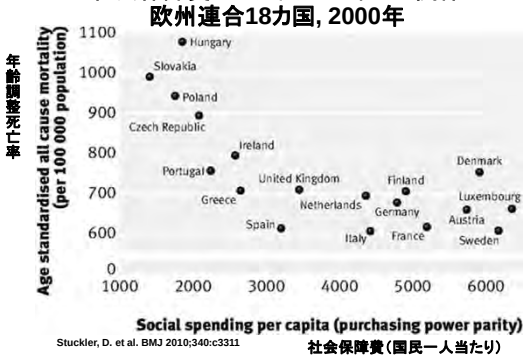
UCL Institute of Health Equity

国によって失業の影響が異なる



UCL Institute of Health Equity

社会保障費と全死因死亡率との関係
欧州連合18カ国, 2000年

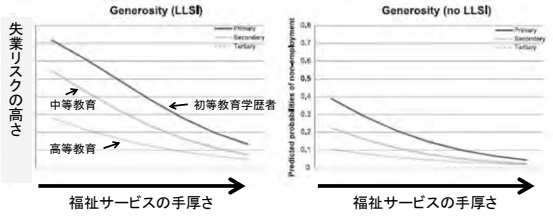


Stuckler, D. et al. BMJ 2010;340:c3311

Copyright ©2010 BMJ Publishing Group Ltd.

UCL Institute of Health Equity

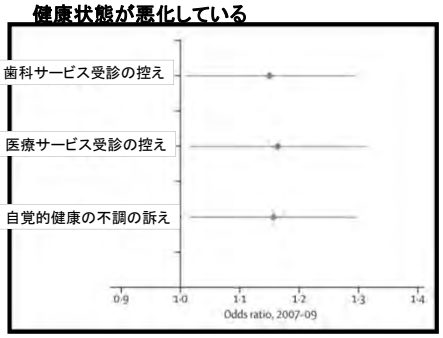
福祉サービスが手厚いと、学歴による失業リスクの差が縮小していく（ 欧州26 ヶ国の調査）



van der Wel, Dahl & Thielen 2011, data from EU SILC (2005)

UCL Institute of Health Equity

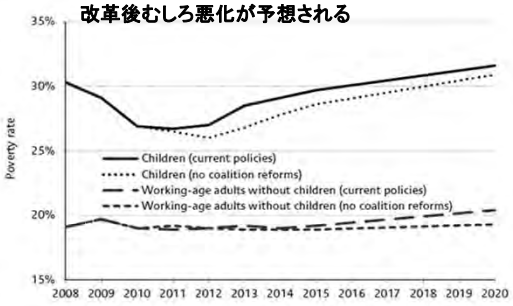
ギリシャ；財政危機の前後（2007年と2009年）の比較
財政危機後に、医療・歯科サービスの受診が抑えられ、健康状態が悪化している



Source: Kentikelenis et al, Lancet 2011; 378:1457-1458)

UCL Institute of Health Equity

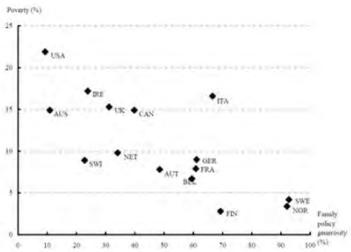
英国における貧困率の推移予想
実線が現状の政策下での子どもの貧困率
点線は連立政権下での「改革」後の子どもの貧困率
改革後むしろ悪化が予想される



IFS 2010

UCL Institute of Health Equity

家族支援政策が手厚いと子どもの貧困率は下がる



- 支援政策が手厚い国では子どもの貧困率は低い
- 主に共稼ぎ世帯に対する手当の厚いことによっている
- 子ども手当てによる直接的な効果に加えて、共働き世帯に対するさまざまな優遇・支援によって、収入そのものを押し上げるような政策による間接的影響も含んでいる

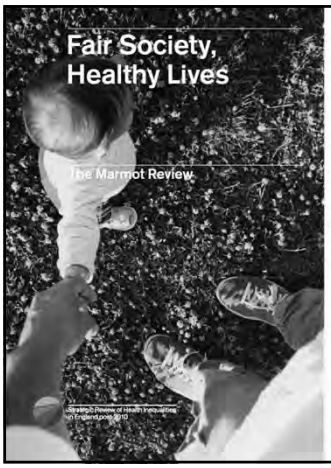
Source: Lundburg et al 2007 CSDH Nordic Network

UCL Institute of Health Equity

UCL

まとめ

- 政治家・政策立案に関わるものは、社会的排除による健康への影響を認識すべきである
- 社会保障・福祉は不可欠であり、それは社会のすべての人にとって恩恵となる
- 健康と幸せのために、いま行動を起こすべきである
- 社会的健康決定要因とその健康への影響を常に監視することが必要



UCL

公平な社会に
向けて

Strategic Review of Health Inequalities
in England post-2010

資料２　ウィスコンシン州提供資料

Public Service Commission of Wisconsin

Phil Montgomery, Chairperson
Eric Callisto, Commissioner
Ellen Nowak, Commissioner

610 North Whitney Way
P.O. Box 7854
Madison, WI 53707-7854

February 1, 2013

Professor Hideki Hashimoto
Department of Health and Social Behavior
University of Tokyo
7-3-1 Hongo, Bunkyo
Tokyo, 113-0033 Japan

Re: December 27, 2012, Inquiry About Utility Disconnection Laws in Wisconsin

Dear Professor Hashimoto:

Thank you for your December 27, 2012, letter inquiring about the utility disconnection laws in Wisconsin. I apologize for the delay in responding to you.

In Wisconsin, all public utilities, whether privately or municipally owned or operated, are required to comply with and conform to Public Service Commission (Commission) regulations. Wisconsin Admin. Code §§ PSC 113.0301, PSC 134.062, and PSC 185.37 regulate electric, gas, and water service disconnection, respectively.[1] This letter provides historical background on the impetus for and the development of the winter disconnection rules, includes an overview of the Wisconsin electric and gas regulations, and briefly addresses some of the remaining challenges. The Commission refers to the winter disconnection period as the "Winter Moratorium." If you would like more detailed information regarding water service regulations, please let me know.

Historical Background

In February 1974, 72-year old Harold Radtke of Peshtigo, Wisconsin, died of exposure after a utility disconnected gas service from his home. Mr. Radtke's death sparked wide reaction from the public, and, as a result, the Commission placed an emergency rule into effect restricting utilities from disconnecting service during cold weather months.

From 1974 to 1978, the Commission issued consecutive emergency rules prohibiting utilities from disconnecting service to residential dwellings if the disconnection would endanger human life or constitute a serious threat to human health. In April 1979, the Commission issued a formal amendment to the utility service disconnection rules restricting disconnection for non-payment if the Commission declares a winter emergency is in effect.[2]

[1] These regulations can be found on our website at: http://psc.wi.gov/theLibrary/legal/admCode.htm.
[2] The rule can be found at http://docs.legis.wi.gov/code/archive/1979/279b/insert/psc113.pdf.

Telephone: (608) 266-5481 Fax: (608) 266-3957 Home Page: http://psc.wi.gov
TTY/TextNet: In Wisconsin (800) 251-8345, Elsewhere (608) 267-1479 E-mail: PSCRecordsMail@wisconsin.gov

On November 3, 1986, natural gas service to rented premises in Bear Creek, Wisconsin, was terminated. Two occupants were found dead on the morning of November 5, 1986, as a result of carbon monoxide poisoning from the burning of charcoal in a charcoal grill, which the tenants had brought inside to heat the mobile home. The Commission investigated the incident and determined that the gas utility involved had violated a number of the cold weather disconnection rules, and that the protective purpose of those rules should be changed to underscore explicitly, rather than implicitly, that both *occupants* and *customers* enjoy the safeguards of the cold weather disconnection rules.

Another tragic incident occurred on October 15, 1987 in Milwaukee, Wisconsin, when a house fire, caused by a blanket thrown on a space heater, killed six children between the ages of 1 and 17. Four months prior to the fire, the Wisconsin Gas Company had disconnected gas service to the house after sending two notices warning the occupants of the consequences unless the gas bill was paid. On September 15, the company discovered that the outside gas meter had been tampered with, thus restoring service illegally, to the home. Two days later, the utility shut off service again and installed a tamper-proof meter.

On October 8 and 12, 1987, one of the older sons called the customer service office of the gas company to ask that service be restored and that the account be registered in his name, rather than his mother's (the mother was the utility's customer). But since he could not provide identification nor prove that his mother no longer lived at that address, gas company employees could not act on his request.

The nights began to get chilly and the family resorted to electric space heaters and other appliances to ward off the cold.[3] There was a special concern for heat because three of the children were under two years of age and the 16-year-old girl was pregnant.

Following this incident, the Commission made further amendments to the utility service disconnection rules, which I detail below.

Development of the Utility Service Disconnection Rules

As noted above, the Commission first established emergency rules following the February 1974 death of Mr. Radtke to address service disconnections that would endanger human life or constitute a serious threat to human health. The Commission issued emergency rules through the winter of 1978-79 and then formally amended the rules in April 1979 to permanently establish the Winter Moratorium.

In December 1984, the Commission further amended the rules to restrict disconnection of residential dwellings during the period November 1 to April 15 for customers living in the northern part of the state, and during the period November 15 to April 15 for customers living in the southern part of the state of Wisconsin.

[3] The landlord paid for electricity, but the tenants were responsible for gas service.

As a result of the December 1984 amendments, the Commission requires utilities to do all of the following:

- Attempt contact with residential customers who have been disconnected for non-payment and inform them of available payment options to restore their service, prior to October 15 of each year.
- Inform law enforcement and social service agencies of each residential customer's name and address whose service remains disconnected as of October 25 of each year, or at a date designated by the Commission.
- File periodic reports to the Commission listing the number of occupied residential dwellings where service remains disconnected.
- Make personal attempts to contact a customer to discover if the customer has medical problems or disabilities, and record these contact attempts.
- Notify any local department of social services of utility customers whom the utility has disconnected from service, and provide the department of social services' emergency after-hours telephone number to all customers prior to disconnecting their service.

Furthermore, the Commission prohibits utilities from disconnecting service to residential dwellings during cold weather if the disconnection would endanger human health or life during the period of disconnection and during the weekends, holidays, or when utility personnel are not readily available to the customer 24 hours per day to negotiate restoration of service. If a utility disconnects service of a residential dwelling, it is required to perform an in-person visit to the residence by the end of the work day following the day of disconnection.[4]

Current Commission rules, most recently amended in July 2000, allow Wisconsin utilities to pursue disconnection during the Winter Moratorium period, but may only disconnect those households whose gross quarterly incomes are above 250 percent of the federal income poverty guidelines, and if the health and safety of the occupants would not be endangered if service were disconnected. Any utility intending to conduct winter disconnections of heat-providing utility service must submit a plan to the Commission pursuant to Wis. Admin. Code §§ PSC 113.0304(12)(b) and PSC 134.0624(12)(b). To date, no disconnection plans have been approved.

Wisconsin Admin. Code §§ PSC 113.0303 and PSC 134.0623 require electric and gas utilities to make reasonable efforts, prior to the winter heating season, to reconnect customers who had been disconnected for nonpayment. These procedures are intended as a precaution to ensure the health and safety of customers during Wisconsin winters.

Wisconsin Admin. Code §§ PSC 113.0303(1)(a) and PSC 134.0623(1)(a) further require each electric and gas utility serving more than 40,000 customers to submit a plan outlining its fall reconnection efforts for Commission approval by June 1st of each year. This plan must include a

[4] The 1984 amendments can be found at: http://docs.legis.wi.gov/code/archive/1984/348b/insert/psc113.pdf.

timetable for personal contact to all customers whose service has been disconnected and remains off.

In addition, Wis. Admin. Code §§ PSC 113.0303(2) and PSC 134.0623(2) require all electric and gas utilities to file a report with the Commission by November 15 of each year stating the number of residential dwellings assumed to be occupied where service remains disconnected as of November 1 and the reason that service has not been reconnected. Utilities that continue to have residential dwellings without service, which may be occupied, must file subsequent weekly reports until all dwellings are either reconnected or are confirmed to be vacant.

Commission rules require utilities to monitor a customer whose utility service was disconnected for non-payment and remains disconnected as of November 1. This includes site visits to each property disconnected for non-payment and that appears to be occupied. However, Wisconsin utilities are not required to reconnect the service without payment, unless the utility or its representative observes a danger to human health or life due to the disconnection. In those situations, the utility must reconnect service immediately.

If a medical emergency is present in the household of a residential customer, Wis. Admin. Code §§ PSC 113.0301(13) and PSC 134.063(11) provide guidance to utilities as to how to handle these situations. Commission rules prohibit utilities from disconnecting service or refusing to reconnect service for up to 21 days if such actions will aggravate an existing medical or protective service emergency affecting an occupant of the household. The utility, however, is not required to provide the extension of service without receiving documentation of the medical emergency from a Wisconsin Licensed Physician, public health, social services or law enforcement official identifying the medical or protective services emergency. The utility is required to discuss available payment options with the customer and make appropriate referrals for possible financial assistance. The rules also state that the utility and the customer need to work together during the 21-day period to make reasonable payment arrangements to continue the service on a permanent basis.

Challenges Remain

Although the Winter Moratorium has had a positive impact for Wisconsin residents who would otherwise be disconnected during the coldest months of the year, it does not ensure that all residents have power. The Commission recognizes that the Winter Moratorium "is not a solution to the social problem of the inability of low-income households to pay for heat necessary for life in the winter." Declaration of Winter Emergency and Order, dockets 1-AC-29/05-UI-17, Nov. 10, 1983. Residents who have been disconnected for nonpayment during the non-Winter Moratorium period and have not had power restored prior to the Winter Moratorium may be at risk.

A recent example of just such a situation occurred this past November in Racine, Wisconsin, where a candle likely caused a fire that killed three children. The Scott family had been without

power for approximately a month prior to November 1 (the beginning of the Winter Moratorium) due to nonpayment. Because the Winter Moratorium was not yet in effect, the utility was able to disconnect the power for nonpayment. Ms. Scott went to the utility's office to pay her bill on Wednesday, November 7, 2012, and was informed that power would be restored later that week. It appears that the family left a candle burning in the bathroom that night to provide some light for the children. The fire broke out sometime early Thursday, November 8, and even though the firefighters arrived within minutes, they were unable to save three of the four children. The rules establishing the Winter Moratorium, as currently drafted, could not prevent situations like those faced by the Scott family.[5]

Energy assistance programs exist to help residents get their power restored and to make utility payments. The utility responsible for providing power to the Scott family had sent a representative to the Scott household to provide information about energy assistance programs and leave information about safety measures. The landlord whose tenants were caught in the October 15, 1987, Milwaukee house fire had also cautioned the family about fire safety and urged one of the family members not to use the toaster oven to warm the kitchen. Unfortunately, these measures often do not suffice.

Another challenge beyond the scope of the Winter Moratorium rules is what happens to those residents who rely on unregulated space-heating fuels, such as fuel oil, propane, coal and wood. The Commission does not regulate these fuels, and, therefore, residents using these fuels are not afforded the protections offered by the Winter Moratorium. Approximately 20 percent of Wisconsin residents use unregulated space-heating fuels.

Finally, Wisconsin experiences extreme temperatures in the summer, as well. A study done by Climate Central, an independent organization of leading scientists and journalists researching climate change in the United States and its impact on the American public, found that Wisconsin was the top record-breaking state, with a greater than 40:1 ratio of high to low-temperature records. By mid-July 2012, Wisconsin state officials confirmed eight heat-related deaths and attributed another 11 indirectly to the heat.[6] Although there is nothing directly equivalent to the Winter Moratorium, Wisconsin law prohibits the disconnection of residential utility service during a heat advisory issued by the National Weather Service. *See* Wis. Admin. Code §§ PSC 113.0301(16) and 185.37(8)(h). Utilities must also reconnect customers who contact them during a heat advisory if the customer indicates a medical issue is present.[7] However, in either of these situations, the utility may disconnect power once the heat advisory expires. As a matter of public policy, the Commission encourages utilities to err on the side of human health and safety when making reconnection decisions during time periods of extreme heat.

---

[5] Likewise, the Winter Moratorium would not have been a factor in preventing the October 15, 1987, Milwaukee house fire that killed six children.

[6] Wisconsin experienced a July heat wave in 1995 that resulted in 71 deaths directly linked to weather conditions; another 70 were indirect. *Wisconsin confirms eight heat-related deaths in two weeks*, Shamane Mills, Wisconsin Public Radio News, July 17, 2012.

[7] The utility may require confirmation of the medical condition by a physician.

Thank you again for your interest in Wisconsin's utility disconnection laws. I hope this information is helpful. If you would like any additional information or questions, please contact me directly by phone at +001 (608) 266-7165 or by e-mail at arielle.silverkarsh@wisconsin.gov.

Best Regards,

Arielle Silver Karsh
Assistant General Counsel

ASK:hms:DL: 00637596

Enclosures:
1. Relevant Administrative Rules
2. *Candle started fatal house fire in Racine, police say*, Stephanie Jones, Racine Journal Times, November 13, 2012.
3. *Racine fire that killed 3 children, injured fourth started by candle*, Georgia Pabst, Journal Sentinel, November 12, 2012.
4. *2012 Record Temperatures: Which States Led the Nation*, Climate Central, published September 12, 2012. *Wisconsin confirms eight heat-related deaths in two weeks*, Shamane Mills, Wisconsin Public Radio News, July 17, 2012.
5. Findings of Fact and Emergency Order of the Public Service Commission Amending Rules Respecting Disconnection of Gas and Electric Utility Services, docket 1-AC-7, January 13, 1976.
6. Declaration of Winter Emergency and Order, dockets 1-AC-29/05-UI-17, November 10, 1983.

cc: Carrie Templeton
Tracy Midelfort
Elise Nelson

資料３　さいたま市の孤立死予防対策の取り組み

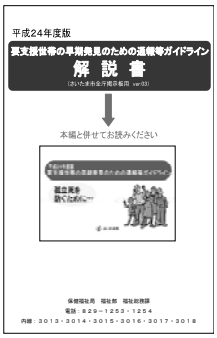
東京大学伊藤国際学術研究センター
「社会格差と健康」シンポジウム
孤立死と社会的排除にどう立ち向かうか

「地域での社会的孤立を防ぐ；さいたま市での取り組み」

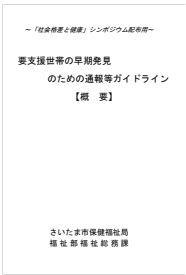
さいたま市 保健福祉局 福祉部 福祉総務課
参事（兼）課長　藤原 陽一郎

2013. 03. 14

配布資料



配布資料



さいたま市の沿革

・平成13年　さいたま市誕生
・平成15年　政令市に移行

10区の行政区

人口・世帯数など　　平成25年3月1日現在

（人口）総　数　1，245，326人
　　男　性　　622，406人
　　女　性　　622，920人

（世帯数）535，654世帯

（年齢別の内訳）　14歳 以下　171，892人
　　15～64歳　820，871人
　　65歳 以上　252，563人

（平均年齢）42．70歳

（高齢化率）19．6%（平成24年度）

孤立死事件〔報道などからみた簡易〕比較表

	＜平成24年1月＞ 札幌市	＜平成24年2月＞ 立川市	＜平成24年2月＞ さいたま市
世帯構成	・世帯主　42歳 ・妹（障害者）40歳	・世帯主　45歳 ・子（障害児）4歳	・世帯主 64歳 ・妻　63歳 ・子　39歳
生活保護受給	×	×	×
経済的困窮のサイン	○	×	○
生活上における SOSのサイン	○	○	×
孤立死に対する SOSのサイン	出せなかった	出せなかった	出さなかった
住民登録	○	○	×
周囲とのつながり	○	△	△
行政とのつながり	○	○	×
世帯主の死亡後に 自活できない家族の死亡	○	○	×
死亡後、発見までに 時間を要した	○	○	○

さいたま市の事案の特徴

- ①生活に困窮
- ②住民登録が無い
- ③高齢でも障害でもない、一般世帯
- ④幅広い年齢層の世帯
- ⑤相談など、行政とのつながりが無い
- ⑥地域とのつながりが希薄
- ⑦自らSOSのサインを出さない

⇒ 地域でも、行政でも、把握が困難な世帯

さいたま市が取り組むこと

① 異変が確認できた世帯、異変が疑われる世帯の発見
② 世帯の安否確認、状況把握
③ 支援の必要性の判断
④ 要支援世帯には、必要に応じた支援を提供する組織への引き継ぎ
⑤ 適切な支援や、行政サービス等の提供

取り組みの主眼

- 継続的な見守りでなく、要支援世帯を発見すること
- 生きているうちに周囲の情報から孤立化し、死に至る前に手を差し伸べること
- 対象者とさいたま市の相互理解による事業ではないこと
- 高齢者、障害者、単身世帯、複数世帯など、対象を特定しないこと

★目標

行政情報の無い『要支援世帯』の早期発見と早期支援を目指すこと。

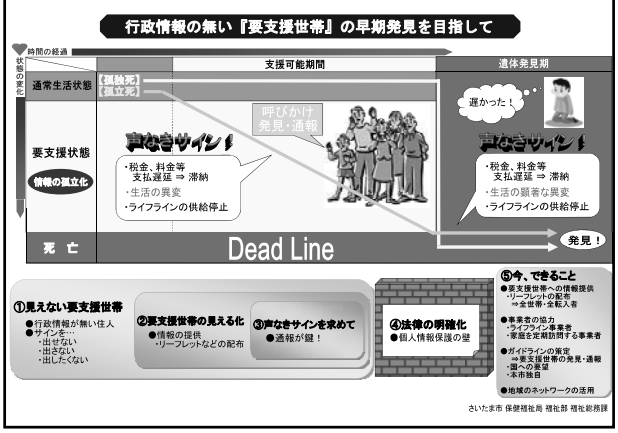
★目的の明確化⇒孤立死の防止

・孤立死

親族、近隣住民等との交流、住民登録や行政への相談などの行政情報などがないため、生きているうちに情報から孤立化し、死亡後、発見までに時間を要した場合。

・孤独死

親族、近隣住民、民生委員、福祉関係などの市職員、ヘルパーなどとの交流があったものの、死亡した時点で孤独であり、死亡後、発見に時間を要した場合。



さいたま市ができること

●要支援世帯の見える化

- 要支援世帯への情報提供
  - ⇒ 安心して、様々な相談のできる窓口の紹介
  - ⇒ リーフレットを作成し全戸配布

●声なきサインを求めて・・・

- ライフライン事業者からの情報収集
  - ※ライフライン＝電気・ガス・水道
  - ⇒ 生活のためには誰もがライフラインを活用
  - ⇒ 訪問時における異変発見の期待
  - ⇒ 世帯を定期訪問する事業者に通報の協力依頼

リーフレットの配布

●全戸配布⇒市報に折り込み配布

- 市報は、ポストがあれば投函することが基本
  ⇒住民登録がなくとも、ほぼ、全戸配布が可能
- 平成24年7月配布実績＝53万4，635世帯

●転入者⇒水道局の活用

- 水道は誰もが必ず必要とし、水道局は市の管轄であること。
- 水道使用開始申込書にリーフレットを同封し配布

▲課題

- 新築一戸建て住宅は、不動産事業者、建築事業者、販売代理店などが代行手続きを行うため、入居者が受け取っていない。

事業者からの情報提供

顧客情報は、事業者の、事業者による、事業者のためのもの

⇒ 事業者が、自身の事業のために知り得た個人情報を、本来の目的とは異なる、要支援世帯の安否確認のために活用できるか？

【答え】 個人情報の保護に関する法律

⇒ 個人情報の利用、提供において、『人の生命、身体又は財産の保護のために緊急に必要がある場合は、この限りでない』とあることから、目的外の活用が可能。

※同法 （利用目的による制限）第十六条
（適正な取得）第十八条
（第三者提供の制限）第二十三条

事業者からの不安

●顧客からの苦情

※孤立死の防止目的から、生きている人間が対象となるため、苦情が生じる恐れがある

- 滞納情報の活用 ＝ 生活困窮者の把握
  ⇒最も知られたくない個人情報
- 誤報
  ⇒異変と思って通報しても、不在等で無事だった場合、プライバシーの侵害

事業者からの要望

●『人の生命、身体又は財産の保護のために緊急に必要がある場合』とは、どのような状況なのか？

⇒ 対象者の発見、通報に関する状況を明確にした基準が必要！
⇒ 取り組みにおける責任の所在の明確化！

要支援世帯とは

- 滞納 ＝ 要支援世帯なのか？
  交友費等を優先し、義務的経費の支払いは後回し
  例：高級乗用車を所有しながら、水道の供給が停止されて初めて料金を納付
- 水道供給停止通知
  ◆さいたま市 ＝ 年間2万通以上！
- 電気、ガスでも同様な事例が・・・

さいたま市が越えなければならない壁

●事業者の不安

- 『人の生命、身体又は財産の保護のために緊急に必要がある場合』について明確にすること。
- 対象者の発見、通報に関する明確な基準を策定すること。

基準の策定について

- 『人の生命等を保護するために緊急に必要がある場合』の基準はどこが策定？

⇒ 一市町村が、人の命に係わる状況判断の基準を、策定できるのか！？

⇒ 九都県市首脳会議に提案し、国に基準 ＝ ガイドラインの策定を要望

※九都県市首脳会議
東京都、神奈川県、千葉県、埼玉県、横浜市、川崎市、相模原市、千葉市、さいたま市の1都、3県、5政令指定都市で構成され、九都県市の知事及び市長が長期的展望のもとに、共有する膨大な地域活力を生かし、人間生活の総合的条件の向上を図るため共同して広域的課題に積極的に取り組むことを目的とした会議。

国が基準を示すまでの間に何が起きるか？

① 基準がなければ･･･
⇒ 事業者の協力が得られない

② 協力が得られなければ･･･
⇒ 孤立死の減少が見込めない

③ 孤立死が減少できなければ･･･
⇒ 市民が安心して暮らせる環境が確保できない

さいたま市が越えなければならない**壁**

●独自基準の策定

さいたま市が、人の生死を分かつ基準＝ガイドラインを策定できるのか？

個人情報の目的外使用により、緊急に保護すべき時とは･･･

- 本人がSOSのサインを出せない、出さない状態の中で、傷病や死につながる、またはそれらが予見されるとき。

⇒最悪の結果のひとつが、孤立死や孤独死

孤立死に対して、どのような責任があるのか？

＜あくまでもさいたま市の見解＞

- 市民が安心して生活できる環境を確保するための対策や周知を行う責任がある。
- 孤立死の恐れを予見した場合、適切な対応を行う道義的な責任、あるいは状況に応じた責任がある。
- そもそも、人の命を守る、救うという、行政に限らず誰にでもある、道義的、人道的責任

責任を果たすために

- 孤立死の予見だけで、市民の生活に介入できるのか？
- 一般市民や事業者に、孤立死が予見される者の発見、通報等の協力を求めることができるのか？

【答え】
人道的見地から善意の行動の実行

ガイドライン策定の条件

- 死者の早期発見ではなく、孤立死を未然に防ぐこと
- 誰もが当たり前であると思う根拠を明示すること
- あくまでも人道的見地から、善意の対応を明示すること
- 協力者に対し、対応を義務付けないこと
- 行政の責任において取り組むこと
- 滞納情報を活用しないこと

ガイドラインの策定により、事業者と協力協定の締結

●平成24年10月3日締結：9事業者

○東京電力　埼玉支店さいたま支社　　○東京ガス　さいたま支社
○宅建取引業協会　・さいたま浦和支部　・大宮支部　・埼葛支部
○さいたま読売会　　○リビングプロシード（市報配達業者）
○埼玉県住宅供給公社　　○さいたまコープ

●平成24年12月12日締結：6事業者

○埼玉県LPガス協会　・浦和支部　・大宮支部
○さいたま農業協同組合　・南彩農業協同組合
○埼玉ヤクルト販売　・埼玉東部ヤクルト販売

取り組み推進の鍵

誰もが当たり前と思えるために・・・

- 徹底した聞き取り調査
  ⇒事業者、福祉関係者、救急隊、病院関係者等
- 徹底した情報の公開
  ⇒情報公開により、外部からの提案、意見の収集
- 勇気

さいたま市が越えなければならない壁

●データの不足

- 警察から情報取得が困難
  ※ 捜査上の秘密保持を考慮するため
- 救急隊からの限られた情報

区役所への通報実績

（件）

	総数	無事	死亡	その他
平成24年　10月	2	1	1	
11月	2	2		
12月	3	3		
平成25年　1月	5	3	1	1
計	12	9	2	1

※その他の1件は、所在不明につき安否確認継続中

平成24年度　さいたま市の孤立死（疑い）の現状

（件）

	7月	8月	9月	10月	11月	12月	総数
総数	9	11	3	8	13	8	52
65歳以上	4	6	3	6	11	6	36
65歳未満	5	5	0	2	2	2	16
男	8	8	2	6	8	4	36
女	1	3	1	2	5	4	16

	最高齢	最若年齢
7月～12月	97歳	45歳

【注意事項】
1、本市消防が出動し、単身世帯で、遺体の状況から死後、発見までに相当の時間が経過していると、救急隊員が判断基準に基づき判断し、孤立死防止対策担当の福祉総務課に情報提供のあった件数であること。
2、捜査上の秘密保持から、警察の検死結果は把握できないため、あくまでも消防局より情報提供があった件数であること。
3、本市で独自に定義する孤立死と孤独死に分析した件数ではないこと。

アイデア募集

あなたの考える孤立死防止対策を教えてください！

ご提案、ご意見、ご質問、情報交換、資料請求はお気軽に・・・

- さいたま市役所 保健福祉局 福祉部
  福祉総務課
- 〒330-9588
  埼玉県さいたま市浦和区常盤６－４－４
- Tel：048-829-1250（課直通）
- Fax：048-829-1961（課直通）
- E-mail：fukushi-somu@city.saitama.lg.jp

あなたの
小さな気づきが
命を救います♥

さいたま市

資料４　シンポジウム開催の背景と基調報告

東京大学 SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

市民公開シンポジウム@東京大学

伊藤国際学術研究センターシンポジウム

社会格差と健康；孤立死と社会的排除にどう立ち向かうか

シンポジウム開催の背景と基調報告

橋本英樹
東京大学大学院医学系研究科
公共健康医学専攻　保健社会行動学分野

東京大学 SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

本シンポジウム企画のきっかけ

- さいたま市（2012年2月）
  - 60代夫婦と30代の息子の孤立死
  - 父は餓死、母・息子は餓死＋凍死？
  - 2011年11月あたりから電気・ガス差し止め
  - 住民登録なく、福祉相談に来た経歴がない
- 札幌市（2012年1月）
  - 40代姉妹、姉が病死、妹（知的障害者）が凍死
  - 2011年11月にガス、2012年1月に電気差し止め
  - 事前に福祉相談に来たが、保護に至らず

東京大学 SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

なぜ？どうしたら？

- なぜ相談に訪れなかった（来れなかった）？
- なぜ保護に至らなかった？
- なぜ生活困窮にいたった？
- なぜ働き口が見つからなかった？
- なぜ電気・ガスなどのライフラインが厳冬に？

東京大学 SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

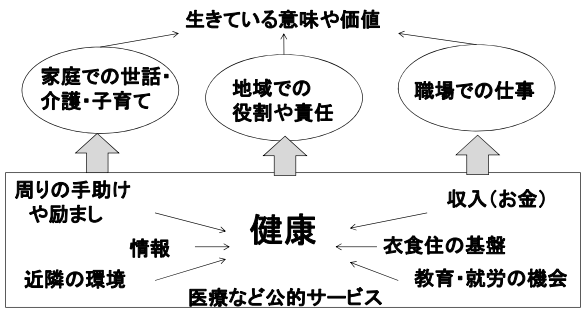
なぜに答えるためのキーワード

- 社会的排除
- 社会的な健康決定要因

3

東京大学 SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

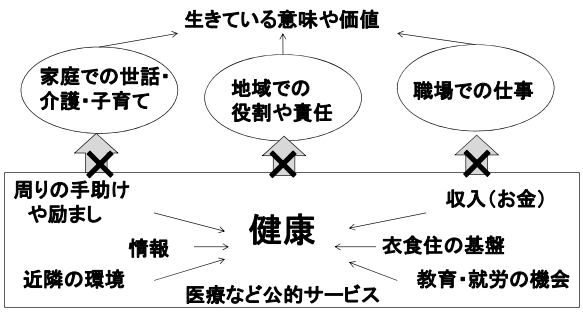
社会のなかで生きる私たち



4

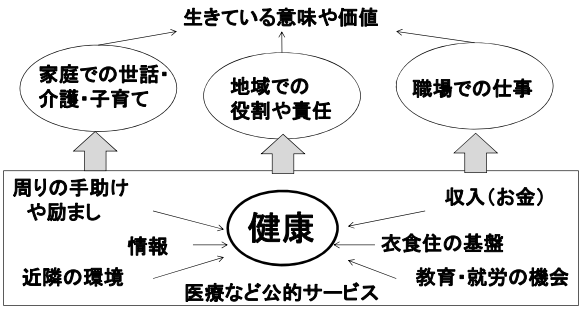
東京大学 SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

社会的排除



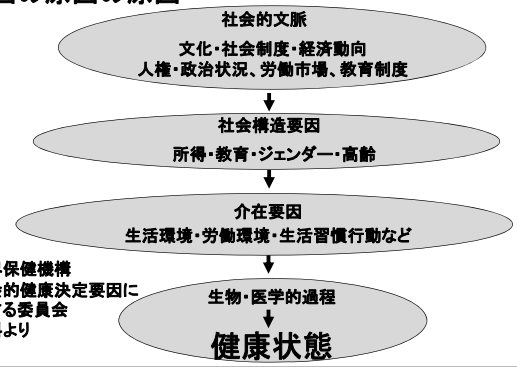
5

健康の社会的決定要因



6

社会的な健康決定要因
原因の原因の原因



世界保健機構
社会的健康決定要因に関する委員会
資料より

社会的な健康決定要因に関する委員会　2008年

- 保健・医療だけでなく、社会・経済・政治的状況が人の生活・健康に影響を及ぼす。すべての政策は健康に通ずる
- 社会格差による健康格差は政府が取り組むべき課題である
- 健康関連省庁だけでなく政府の全部門が協調して当たることが求められる
- 健康決定要因を変えていくには、科学的根拠に基づいた対策が必要である

世界保健機構
社会的健康決定要因に関する委員会
マーモット委員長
（ロンドン大学教授）

8

もし電気・ガスが止められなければ

- 家庭用電気は完全自由化に至らず規制対象
- 選択のしようがないライフライン
- 米国ウィスコンシン州（公共サービス委員会）
  - 冬の期間について電気・ガス供給停止を禁止
  - 貧困世帯での凍死・火事による焼死事件を受けて
  - 支払い能力を判定するうえで税務当局と連携（不正請求の防止）
  - 公的委員会を中心にエネルギー・福祉・税当局の連携
  - 「生命を守る」という人道的価値を共通の土台に

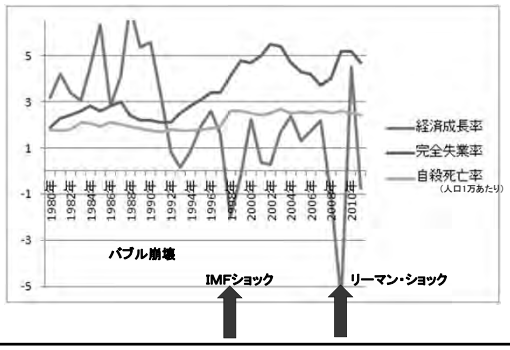
9

さいたま市での連携による取り組み

- 行政サービスの網から漏れていた事例
- 困窮・生命の危険を早期発見するシステムを
- 電気・ガス・新聞などの民間との協定・連携
- 市当局内部でも福祉を越えた部局間連携
- 生命を守るための連帯

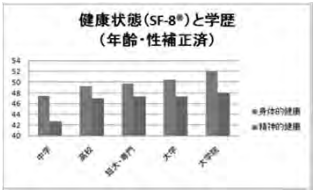
10

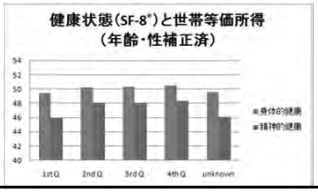
景気動向・失業率と自殺率の関連



11

健康状態





文部科学省新学術領域研究
「多目的パネル調査」事業
まちと家族の健康調査より

- 身体・精神的健康いずれも学歴や所得による段階的差が見られる
- 所得では特に低所得層で精神面での影響が強い

12

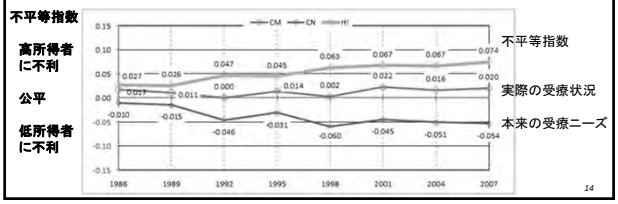
そもそもなぜ困窮状態に？

- 就労の機会（不安定雇用の増大）
- 就労のための技能訓練の機会（教育）
- 失業→健康悪化→復帰困難→さらに健康悪化、の悪循環（いわゆる貧困のサイクル）
- 失業時の手当（所得保障と医療保障）
- 「保護受給」に対する社会の「眼」

13

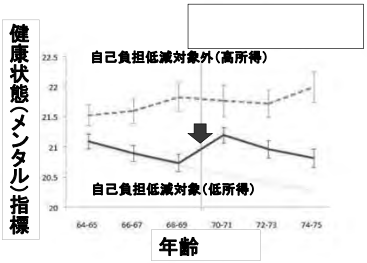
日本の医療保障；これまでは手厚く平等（特に高齢者で）

- 所得によらないアクセス平等性は世界トップクラス
  (Watanabe & Hashimoto. 2012)
- 1998年以降、若年低所得層でアクセス低下の傾向
- 推計で160万人が「無保険」状態 (Ikegami, et al. 2011)



14

高齢者では自己負担低減によるポジティブな健康影響



Nishi, et al. 2012 BWHO

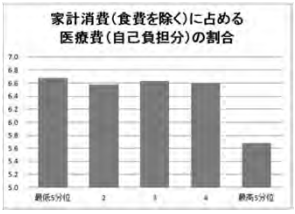
自己負担低減対象層では低減対象年齢で健康状態の改善が見られている

医療サービスを受けていないひとでも同じ効果が見られることから将来負担に対する安心感が主な要因か

15

医療費の家計負担の動向

- 国際的には少ないが、家計負担は低所得層で重い
  （低所得層の利用額は少ないので高額療養費制度の影響を考慮すると利用の多い高所得層で有利なため差が拡大）
- 90年代以降、医療費負担が家計に占める割合は増大傾向



- 医療費負担による貧困化＊が0.65%の世帯で発生していると推計
  （＊2人世帯を標準として衣食住費を推計、中央値の50%以下を貧困と定義）

全国消費実態調査2009個票より
橋本が計算

16

日本の生活保護の現状と課題

- 2013年1月25日社会保障審議会「生活困窮者の生活支援の在り方に関する特別部会報告書」
  - 問題点
    - 2009リーマンショック以降、年間所得200万以下の勤労者が3割に
    - 17歳以下子どもがいる一人親世帯では50%が貧困線以下
    - 高齢者の増大に加えて勤労可能世代の支援必要者の増大
    - 生活給付受給者の25%が保護世帯で育っていた（「貧困の文化」）
    - 現在の制度の盲点＝高度成長期に設計され、高齢者・障害者など勤労復帰が困難な事例を想定した給付制度
    - 教育・就労など自立を支える制度への転換が必要

17

東京大学 SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

現行の生活保護制度の課題と対策

- 経済的動機・見通しがつけにくい
  - 就労所得が入ると却って所得が減る（税制）
  - 貯金が許されていない
- 技能と求職のミスマッチ
  - 技能訓練を受ける素地がない（まず基本教育や心理精神的ケア）
  - 地域に仕事がないが、移動手段が確保できない、引っ越しが難しい
  - 保育園費用は補助でるが、ひとり親世帯の負担は重い（仕事も世話もひとり）

18

東京大学 SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

課題克服への道筋 （報告書より抜粋）

- 今日の日本では、家族や健康をめぐる事情で仕事を失うことは稀ではなく、そのまま生活困窮に陥る場合も多い。生活困窮者の増大のなかで、生活支援を生活保護制度のみに委ねることはできない。生活保護制度の自立助長機能を高めることと併せて、増大する生活困窮者に対し、生活保護受給に至る前の段階から安定した就労を支援することが緊要の課題となっている
- 新しい生活支援体系は、生活保護制度の改革と生活困窮者支援制度の導入の一体的実施によって実現されるべきものである。改革の二つの柱は密接に連関し、重層的なセーフティネットを構成する。新しい生活支援体系における諸施策は、生活保護の受給者であるか否かを問わず、生活困窮者すべての社会的経済的な自立と生活向上を目指すものである。

19

東京大学 SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

課題克服への道筋 （報告書より抜粋）

- 生活困窮という課題には、福祉分野のみならず、保健、雇用、文教、金融、住宅、産業、農林漁業など様々な分野が関係するものであり、国においては関係省庁が十分に連携し、自治体においても地域づくり、まちづくり視点から、関係部局が連携して総合的に取り組むことが期待される。
- 国と地方自治体、行政と民間とが、それぞれの役割の下、協働して取り組む必要がある （中略）地域の中の社会福祉協議会、社会福祉法人、NPO、民生委員・児童委員等と連携・協働しながら計画の策定や支援を進めていくことが適当である

＊生命・尊厳を守るという共通の価値観のもと部局を越えた連携・役割貢献が必要

20

東京大学 SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

日本社会が直面する問題

- 少子高齢化による労働生産人口の減少
- 経済成長をけん引する人的資源・物的資源の不足
- 財政赤字の増大
- グローバル金融市場による影響と「財政信頼性」のゆらぎ

→ 財政健全化が必須（「税と社会保障の一体改革」）

21

東京大学 SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

税と社会保障一体改革

- 安倍政権の三本の矢：
  金融政策・財政政策・成長戦略
- 社会保障は全体として「見直し」
  - 医療
  - 所得保障・生活保護
  - 福祉（障害者ほか）
  - 無駄・不正受給などが強くアピール

22

東京大学 SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

80年代の米国・英国からなぜ学ぶのか？

- 大不況（失業率↑）
- 経済復興のための政策
  - 規制緩和・民間活力導入・新自由主義的政策
  - 社会保障（医療・所得・福祉）の切り詰め
- その後に問題となった「社会格差と健康格差」
- 同様のことがリーマンショック後の欧州で発生
- マーモット教授からのビデオメッセージで詳細を

23

東京大学 SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

本シンポジウムを通じて

- 経済復興のための政策で予想される副作用としての「健康格差拡大」
- 予防・対抗策としての「社会的排除」に対する対応
- 健康の社会的健康決定要因に取り組むための専門・部局・官民を越えた「命を守る」連携

24

構成

東京大学 SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

I. 英国・欧州連合の教訓から学ぶ

II. メッセージ

III. シンポジウム

1. 中央行政での取り組み
2. 地方行政での取り組み
3. 健康・経済専門家を交えた議論

IV. まとめ

東京大学 SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

シンポジウムによせて

イチロー・カワチ教授

- ハーバード大学公衆衛生大学院 社会行動科学科　科長
- 米国医学研究所委員、世界保健機関アドバイザーなど勤める
- 社会格差・社会連帯の健康影響に関する世界的第一人者
- 著書に「不平等が健康を損なう」日本評論社など

26

厚生労働科学研究費補助金（地球規模保健課題推進研究事業）
分担研究報告書

ソーシャル・キャピタルなどに着目したSDHへの介入実践例の収集

研究分担者　高尾　総司　岡山大学大学院医歯薬学総合研究科疫学・衛生学分野　講師

研究の要旨

本分担研究は、健康の社会的決定要因（SDH）に関する研究のうち、国内各地域における介入実践例を収集し、他の地域においても活用可能となるような形式にまとめることを目的とした。本年度は（１）全国自治体への調査、（２）事例からSDH介入に有用と考えられる要因の抽出、（３）参考になると考えられる事例の抽出、を中心に実施した。

（１）に関しては、都道府県保健福祉担当部局からは13例、市区町村からは41事例が収集できた。徳島県上勝町の「彩り」のように、以前から保健福祉以外の視点から注目を浴びていた事例も包含すべく、都道府県地域振興担当部局にも依頼したが、こちらは4例と少なかった。（２）に関しては、まず大項目として①リソースの把握、②リソース交換の円滑化・広域化のための工夫、③リソース交換の管理・停止しないための介入、④リーダーシップにわけ、またそれぞれの大項目の中にも必要に応じて小項目を想定して、要因を抽出した。また、これらの項目を用いて試行的に、収集した事例に対して、該当するかどうかを適用してみたところ、該当する要因の多い事例と少ない事例があることがわかった。（３）に関しては、回収できた58事例について、研究代表者、分担研究者、研究協力者によって、有用と考えられる要因の視点を参考に、参考になると期待される事例を抽出し、うち掲載の許可をはっきりと確認できた6事例について、報告書にも掲載した。

以上より、SDHへの介入事例について収集が実施され、次年度以降については、介入に際してもポイントとなるような要因について、他地域でもより活用しやすくするために、参考になりうる事例について報告のあった自治体について、直接のヒアリングを行うことも次年度検討することとなった。

A.研究の目的

健康の社会的決定要因（Social Determinants of Health; SDH）は、国際的にもその重要性が指摘されてきており、WHOが2008年に委員会報告書[1)]を、また2009年に総会決議、2011年に国際会議を開催するなど対応が本格化している。本邦においても社会全体での認知を広げてしっかりとした対応が行われるようにする必要があると考えられる。

健康の社会的決定要因への対応を促進し、人々の健康を向上させるために、国内の各地域におけるSDH改善の介入実践例（ソーシャル･キャピタルへの介入実践例を含む)の情報収集を行い、他の地域においても活用可能となるような形式に事例をまとめることを目的とした。

B.研究方法

（１）自治体への質問紙調査

2012 年 9 月に全国都道府県の保健福祉担当部局及び地域振興担当部局の 2 部局、計 94 カ所、全国自治体（市区町村）から無作為に抽出した 1,200 カ所の保健福祉担当部署に質問紙を郵送した（合計 1,294 カ所）。返信方法は、都道府県各 2 部局には、①返信用封筒、②Fax、③電子メール添付、④web 上返信用フォーマットのいずれかにより任意に選択してもらった。自治体（市区町村）に関しては、①Fax、②電子メール添付、③web 上返信用フォーマットのいずれかにより任意に選択してもらった。

（２）SDH への介入に際して有用と考えられる要因の抽出（事例から）

本調査は open-structured questionnaire を用いて実施した。研究代表者、分担研究者、研究協力者が検討し、SDH への介入に際して有用と考えられる要因を事例からリストアップし、整理した。結果は、大項目及び小項目にまとめた。

（３）参考になると考えられる事例の抽出

回答のあった事例の中から、他の地域が参考にできるような事例の抽出を行った。

C.研究結果

（１）自治体への質問紙調査

１）都道府県の状況

回収割合

部局	返信数	うち事例有
保健福祉	22/47（46.8%）	13/22（59.1%）
地域振興	7/47（14.9%）	4/7（47.1%）
両方より（再掲）	4/47（8.5%）	N/A

94 カ所に送付し、17 事例の収集できた。

２）地方自治体（市区町村）の状況

回収割合

	返信数	うち事例有
市・区	115/624（18.4%）	33/115（28.7%）
町・村	47/581（8.1%）	8/47（17.0%）

1,200 カ所に送付し、41 事例の収集ができた。都道府県と併せて、58 事例となった。

３）返信方法別の返信数

	郵送	Fax	Mail	Web
都道府県（94 カ所）	16	4	8	3
市町村（1203 カ所）	N/A	108	13	49

返信用封筒を同封した場合には、郵送が主たる回答方法となった。一方で、返信用封筒を同封しなかった場合には、Fax が主たる回答方法であった。

（２）SDH への介入に際して有用と考えられる要因の抽出（事例から）

まず、以下の大項目が抽出された。

・大項目１：リソースの把握

・大項目２：リソース交換の円滑化・広域化のための工夫

・大項目３：リソース交換の管理・停止しないための介入

・大項目４：リーダーシップ

次に、それぞれの大項目の下に小項目を設定した。大項目１については、①ニーズの把握、②（リソースの）余剰の把握、③複数のリソースの組み合わせがあるかどうか。大項目２については、①リソースのやりとり（取引）に関してルールがあるかどうか、②社会階層の異なる三者以上の参入による交換の成立、③キーパーソンの存在、④条例化や街づくりプランへの健康の視点の導入など。大項目３については、①行政の関与、②民間組織（NPO など）の関与。大項目４については、その下に小項目は設定されなかった。

これらの点について、試行的にいくつかの事例について評価をおこなった結果が表１である。

参考になると思われる事例について、(できているとして）該当する項目が多いことは当然として、逆に参考にしづらいと判断された事例についての、一つのありがちな傾向として、ニーズの把握のみを行っていること(様々な調査を実施している)、および、実際の連携が見えにくい複数（相当）多数の関係機関の名称を列挙している、という点が挙げられた。

（３）参考になると考えられる事例の抽出

回収できた 58 事例について、まず研究代表者、分担研究者、研究協力者によって、表１の視点を参考に、事例を整理し、参考になると考えられる事例を抽出した。本報告書においては、そのうち、掲載の許可の得られた 6 事例について資料として添付する。

（４）次年度計画の立案

次年度計画については、研究代表者、分担研究者と意見交換を行い、一つの柱として、これらの参考になる取組事例を持つ自治体等への直接のヒアリングを行うことが検討された。

D.考察

（１）自治体調査から

当初、研究班として実施したワールドカフェ等による自治体担当者からのヒアリングでは、「業務であるし、依頼がくれば事例はなくても回答はする」との意見もあったが、実際には回収割合は、もっとも高い都道府県保健福祉担当部局においても 50%を越えなかった。また特に、徳島県上勝町の「彩り」のように、そもそも健康のための施策として行われてなかったものの、結果的に健康面にも有用であろうと考えられる事例の方が、より SDH への介入という視点からは有用たり得るものとの意見は、研究班会議でも多く出され、都道府県地域振興担当部局を対象に調査依頼を行ってみたが、結果は芳しくなかった。こうした、他領域の事例の収集についてはさらなる方法論上の工夫も必要であることが伺われた。

（２）介入ポイントの抽出

●大項目１．リソース

SDH への対応のためには、まず、地域住民及び地域組織が持つリソースの把握が不可欠である。しかし、これまで多くの自治体によって行われている調査は、多くの場合、不足しているリソースについてのみである（手助けを要する方のマップなど、いわゆるニーズ調査)。

一方で、いくつかの事例においては、逆に「提供する側」のリソースの把握が行われていた。説明によれば、実際に地域にあって何らかの手助けをすることが可能であり、その意志がある方であっても、どうやってその能力を活かして良いかどうかが分からず、結果として宝の持ち腐れになっていることが少なく無いとの指摘もあった。また、こうした「余剰」リソースは、これまでよく挙げられてきた、いわゆる地域の「顔」である方々以外にも、意外に多数存在しているということが、余剰リソースの把握過程を通じて判明したとの意見も多い。

今後、SDH への対応を促すためにはこれまで行われてきた、行政が一方的に不足しているリソースを提供するような対応方法では、リソースがすぐに枯渇してしまい、継続性の面で不十分であると考えられる。さらに対応を促すためには行政－住民の一方通行から、住民間でリソース交換を行う事が重要であり、そのためには不足しているリソースだけでは

なく、その地域で余剰のリソースがどの程度あるのか、さらにそのようなリソースがどこに存在するのか、を把握することがリソース交換を活発に、ひいては SDH への対応を促進することになると考えられる。

また、例えば、見守りが必要な方と、見守りを提供できる方といった「単一」のリソースについての交換では、仮に、住民間の交換が円滑に行われたとしても、需要か供給のいずれかが過剰である場合がほとんどであり、結果として、比較的短期間のうちに、リソースの枯渇によって、当該リソース交換が行われなくなってしまう。したがって、複数のリソースの交換をうまく組み合わせることで、すぐにリソース不足に陥ってしまうという問題を回避する方法は有用であると考えられた。

そのため、まず個々の事例において、リソースの把握を「不足リソース」「余剰リソース」「交換可能なリソースは複数あるのか」という３つの小項目に分けて評価を行った。さらに、どのようにこれらの項目に含めるか、要検討となった内容として、社会的排除に対する対策といったものが挙げられた。

●大項目２．交換の円滑化・広域化

続いて、大項目１で把握したリソースを住民間でスムーズに交換するためには取引（交換）ルールが必要である。ルールについては、「物々交換」のようなハード的なものが、もっとも原始的な形態であると思われるが、こうした地域における SDH への介入にあっては、高齢者の「気持ち」のようなソフト的なものとの交換も期待される。価値付けが容易ではないものの「通貨（またはそれに類似したもの、ポイント制度など）による交換」は、これに応えるものであると考える。言い換えれば、市場経済では対象にならないものを、うまく交換可能にすることでもあるとの意見も出た。

また、リソースの所在を調査等にもとづき記述をすると、特定の社会階層にはあるリソースは十分に存在し、一方で、別の社会階層にはそのリソースが不足しているという状況は少なく無い。そのため、社会階層などいわゆる SES（socioeconomic status）の異なる集団間が、取引（交換）に包含されているかどうかという点も重要であると考えられた。なお、高齢者世代と子ども世代（または子育て世代）の組み合わせは少なく無く、社会階層が異なるとは言い切れない場合もあるが、「異なる」階層としては、有力な対象であると考えられた。また、二集団間での交換も行き詰まってしまう可能性が高く、三者以上の集団によりリソースの交換（流れ）が行われていることも重要であると考えた。

またこうした交換ルールを広めるにあたっては、多くの場合、熱心に活動して先導する「キーパーソン」の存在が欠かせないようである。しかし、こうした場合でも、ルールが適用できる範囲は、どうしても「口コミ」的な人間関係の範囲に留まらざるを得ない。この点で、より広域におけるこうしたリソース交換を円滑にする、という視点で条例化というものも整理できるものと考えた。また、必ずしも直接的に交換の円滑化に寄与するわけではないが、条例化に関連する内容として、自治体の街づくり（あるいは場合によってはすべての）施策に、健康の視点を導入することも基礎的には有用であると考えられた。

●大項目３．交換の管理・介入

リソースを把握し交換ルールを設けたとしても、交換が実際に行われなければ SDH の対応は促進されない。実際に交換が継続されるためには各リソースの過不足の管理やタイミングの良い介入が求められる。行政などで関

与する窓口の一本化もこうした意味で、（逆に）インフォーマルに管理、介入が行われることが期待されるが、管理はアナログ的であり、かつ介入は、行政が得た補助金などから一方通行で投入されることが多いため、これだけでは安定的な運用は容易ではないようである。

一方で、「民間組織」にこうした機能がうまく働き出す場合には、交換の管理も効率的、かつ、フォーマルに行われることもあり、介入に関しても継続性の点を念頭におきながら行われることも期待される。

●大項目４．リーダーシップ

具体的には、明確な問題意識・危機意識の有無、および明確なゴール設定の有無がこれに関連していると考えられた。事例の中でも、比較的うまくいっているのではないかと思われる事例については、こうした点が明確であったのではないかと想像されたが、この点については事例への記述からの判断が難しかった。

また、全体として、都市型と農村型といった、大きな類型も検討の余地があるのではないかとの意見もあった。

E.結論

本年度は、全国の自治体（主として保健福祉担当部局）を対象に、SDH への介入事例の収集を行った。回収割合は高いとは言えなかったが、収集された事例から、介入のポイントを抽出し、またこれらの視点にもとづき、事例を整理することができた。

次年度以降、これらの事例を他の自治体が活用できる方法をより具体的に検討していく。

F.健康危険情報

該当なし

G.研究発表

1．論文発表

なし

2．学会発表

なし

H.知的財産権の出願・登録状況

1．特許取得

なし

2．実用新案登録

なし

3．その他

なし

文献

1) WHO. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. World Health Organization, Geneva.

表１　事例についての要因の抽出結果

			リソース			円滑化				関与・介入		リーダーシップ
			ニーズの把握	余剰の把握	複数の組み合わせ	取引ルール	階層の異なる三者以上の参入	キーパーソンの存在	条例化 街づくりプランに健康の視点	行政の関与	民間組織の関与	明確な問題意識と明確なゴール設定
小坂町	社会福祉協議会	場所		空き家の情報	○	ゆるめ		不明	ない	社協	子育てサポーター	
		留守番	外出する高齢者の情報	社協職員の予定			高齢者と行政			保健センター	お家応援団	事例からは不明
		子供の面倒	預かって欲しい子供のいる家庭	子育てサポーター			子供とボランティア，高齢者				傾聴ボランティア	
新潟県	三条地域振興局健康福祉環境部	乳がんと温泉	乳がん術後（一定の割合で居る）	温泉旅館の協力	△（一般住民向け講演会		△	不明	○	観光協会	旅館組合	事例からは不明
長崎県	諫早清掃愛護クラブ	清掃	清掃が必要な場所	県職員OB会により	△（一般市民にも呼びかけ）	会員要件なし			ない	複数	民間企業6社	事例からは不明
A県		地域活性化	不明	なし	なし	なし	なし	不明	なし	複数各課	なし	事例からは不明
B県		健康寿命延長	調査実施	なし	なし	なし	なし	なし	なし	各所	なし	事例からは不明
C市		あいさつ運動	不足している前提	していない	なし	なし	不明	不明	ない	複数	なし	事例からは不明

社会環境づくりのための事例収集調査

取組の名称（調査の対象の例示のように取組の内容を一言で記載下さい。事例がない場合はその旨を記載下さい） 諫早清掃愛護クラブ
取り組みの内容の概要をご記入ください。 諫早市貝津町、真崎町、津水町、久山町、大村市今村町、溝陸町における 公共施設、区域（道路、河川、海岸、港湾）における愛護活動、環境美化活動 活動は毎月第４土曜日の午前８時～午前１０時
独自性・特色についてご記入下さい。 諫早市在住の県職員及びＯＢをメンバーに平成１５年１２月に団体発足。会員要件なしの組織原則の下、広く一般市民に参加を呼びかけ、これまでに民間企業６社や家族、高校生ほか一般市民の参加があっている。 活動状況は以下のブログでも紹介されている。http://isahayacleanupclub.b1388.jp/
社会環境づくりへの効果、格差縮小への効果などについてご記入下さい。 環境美化活動にとどまらず、企業の社会貢献、参加者同士の交流が進められている。
取り組みのために連携した部署・組織等をご記入下さい。 長崎県（土木部、県央振興局）：活動時の傷害保険加入、清掃用具の貸与、ゴミ袋・軍手・飲料品の支給 長崎県（環境部）：大村湾環境ネットワークの会員として県ホームページで団体紹介 諫早市（生活環境部）：清掃活動により収集したゴミの処理手数料の免除、環境基本計画において団体紹介 長崎県・諫早市社会福祉協議会：ボランティア団体としてホームページで団体紹介
実施事例を他の市町村等に展開する際に障壁となるような要因があればご記入下さい （実施事例がない場合は先行事例を参考に導入する際に障壁となる要因をご記入下さい）

社会環境づくりのための事例収集調査

実施自治体名　旭川市	
調査票記入者　所属　子育て支援部　子育て相談課　子育て相談係 氏名　岡本　学	
連絡先	メールアドレス kosodatesodan@city.asahikawa.hokkaido.jp TEL0166-25-9107　FAX0166-25-2234

取組の名称（調査の対象の例示のように取組の内容を一言で記載下さい。事例がない場合はその旨を記載下さい）

・子育てと女性に係る相談窓口の一元化

取り組みの内容の概要をご記入ください。

・児童家庭相談室，子ども家庭相談室，発達支援相談室，女性相談室，母子家庭相談室を子育て相談係に設置し連携して対応している。

・子育て相談課には，乳幼児健康診査を担当している母子保健係もあり，連携して対応している。

独自性・特色についてご記入下さい。

・子育てと女性に係る相談窓口を一元化することにより，複雑な問題を抱える家庭への支援ができる。

・要保護児童対策地域協議会において，「児童虐待」とともに「配偶者等からの暴力」についても協議の対象としている。

社会環境づくりへの効果、格差縮小への効果などについてご記入下さい。

・家庭という閉鎖された環境で問題が発生し，外界との接触のないまま重大な問題に発展する前に，家庭に対する支援を通じて外界との繋がりを確保し，対応することができる。

取り組みのために連携した部署・組織等をご記入下さい。

・市，教育委員会，法務局，警察，児童相談所，医師会，歯科医師会，育児院，母子生活支援施設，弁護士会，民間保育所団体，私立幼稚園団体，小学校長会，中学校長会，人権擁護委員協議会，民生委員協議会，女性保護団体

実施事例を他の市町村等に展開する際に障壁となるような要因があればご記入下さい
（実施事例がない場合は先行事例を参考に導入する際に障壁となる要因をご記入下さい）

・女性と子どもを所管する部局が異なる場合が多く，連携が難しい。

・女性部局や子ども部局がセンターとして別棟となっている場合も多く，その場合は，他の部局との連携が難しいと思われる。

社会環境づくりのための事例収集調査

実施自治体名　　三重県伊勢市
取組の名称（調査の対象の例示のように取組内容を一言で記載ください。事例がない場合その旨を記載ください） ふれあい収集事業
取り組みの内容の概要をご記入ください。 家庭で排出されるごみに対して、障がいをお持ちの方、また介護認定度の高い方などで、ごみ集積所まで行くことが困難な方に対して、戸別収集を行う。
独自性・特色についてご記入ください。 収集時には、原則「声かけ」を行い実施する。 また数回ごみ出しがない場合、緊急連絡先（親族）または庁内関係機関に連絡をし、安否の確認を行う。
社会環境づくりへの効果、格差縮小への効果などについてご記入ください。 戸別収集から集積化を行ったことにより、身体の不自由な方などについて、ごみ出しが不便になられた方がいる。そのため、一定の程度以上の障がい等をお持ちの方が申請し、世帯の事前調査の実施、認定審査会で認定された場合、戸別収集を行っている。平成24年度9月末現在で40件。
取り組みのために連携した部署・組織等をご記入ください。 清掃課が中心となり、ふれあい収集事業認定審査会を障がい福祉課及び介護保険課も加わり、実施可否について意見をもらっている。 また、申請された世帯の事前調査として、自治会や民生委員にも自治会内での共助の取り組みの有無や家庭状況の把握などの確認も行う。
実施事例を他の市町村等に展開する際に、障壁となるような要因があればご記入ください。（実施事例がない場合は、先行事例を参考に導入する際に障壁となる要因をご記入ください）

社会環境づくりのための事例収集調査

実施自治体名　新潟県三条市	
調査票記入者　所属　三条市教育委員会子育て支援課　　氏名　佐藤恵美子	
連絡先	メールアドレス　sogosien@city.sanjo.niigata.jp TEL　0256－45－1114（直通）　　FAX　0256－45－1130
取組の名称（調査の対象の例示のように取組の内容を一言で記載下さい。事例がない場合はその旨を記載下さい） 三条市子ども・若者総合サポートシステム	
取り組みの内容の概要をご記入ください。 0～35 歳くらいまでの子ども・若者が、支援が必要となった場合に切れ目なく支援が受けられるよう市が、ハブ組織として可能な限り情報を集約、一元化し関係機関と連携しながら支援していくシステム	
独自性・特色についてご記入下さい。 三条市子ども・若者総合サポートシステムとは 「虐待防止部会」「障がい支援部会」「問題行動対応部会」「若者支援部会」の 4 つの部会に分かれていて、各部会で実務に合った研修等を企画している。代表者会議年 1 回・実務者会議（各部会）年 1～2 回・ケース検討会議随時実施している。保護者と行政をつなぐ支援ツールとして子育てサポートファイルを出生児すべてに配布している。	
社会環境づくりへの効果、格差縮小への効果などについてご記入下さい。 今まで、支援が必要な子ども・若者については障害者手帳等を持たない限り、次のステップへの引き継ぎは相談機関に任されていた。そこで切れ目なく円滑に次の機関につなぐことを目的に本システムを構築した。これにより、相談窓口が明確になり、所属機関が変更になった際も必要な支援内容を円滑につなぐことができるようになった。	
取り組みのために連携した部署・組織等をご記入下さい。 別紙関係機関構成員名簿のとおり	
実施事例を他の市町村等に展開する際に障壁となるような要因があればご記入下さい。（実施事例がない場合は先行事例を参考に導入する際に障壁となる要因をご記入下さい） 特になし	

社会環境づくりのための事例収集調査

実施自治体名　　新潟県	
調査票記入者　所属　三条地域振興局健康福祉環境部　　氏名　田崎充子	
連絡先	メールアドレス　　tazaki.mitsuko@pref.niigata.lg.jp TEL　0256-36-2291　　FAX　0256-36-2365

取組の名称（調査の対象の例示のように取組の内容を一言で記載ください。事例がない場合はその旨を記載ください）

ピンクリボンほっと語らい温泉街づくり事業

乳がんの早期発見に関する啓発に加え、乳がん術後女性の生活の質の向上を目指し、「いやし」「やさしさ」等ホスピタリティある温泉街づくりをモデル的に展開

取組の内容の概要をご記入ください。

（1）乳がん体験者に理解のある温泉街づくり

・温泉旅館従業員等に対する乳がんに関する研修会の開催

・ピンクリボン認定旅館・ホテルの認定（独自に 5 項目の基準を設けて 13 施設を認定）

・一般住民を対象とした乳がん検診啓発普及のための講演会の開催

（2）乳がん体験者の交流会の開催

独自性・特色についてご記入下さい。

観光地のイメージアップ、交流人口の増加による地域活性化とがん対策の推進を、従来接点の少なかった産業（観光）分野と保健分野との協働により取り組んでいる。

社会環境づくりへの効果、格差縮小への効果などについてご記入下さい。

温泉旅館・ホテルで積極的に乳がん体験者を受け入れることにより、他の手術後等で大浴場への入浴を躊躇している人達の受け入れを考える機会となっている。

また、女性従業員等が自らの予防・がん検診受診への理解を深める事につながった。

取組のため連携した部署・組織などをご記入下さい。

市町村、観光協会、温泉旅館協同組合、女将の会、商工会、乳がん体験者の会

実施事例を他の市町村等に展開する際に支障となるような要因があればご記入下さい

（実施事例がない場合は先行事例を参考に導入する際に障壁となる要因をご記入下さい）

社会環境づくりのための事例収集調査

実施自治体名　小坂町（実施者：小坂町社会福祉協議会）	
調査票記入者　所属　　小坂町町民課町民福祉班　　氏名　木村　久	
連絡先	メールアドレス　hisashi@town.kosaka.akita.jp TEL　０１８６－２９－２４００　　FAX　０１８６－２９－２４１１

取組の名称（調査の対象の例示のように取組の内容を一言で記載下さい。事例がない場合はその旨を記載下さい）

地域の環境・つながりの強化　（空き家を改修して多世代交流拠点を整備）

取り組みの内容の概要をご記入ください。

町中心部の空き家（空き店舗）を改修し、子どもから高齢者までのほか、障害者など町内の多世代が交流できる拠点として整備。整備主体は小坂町社会福祉協議会で、町は国交付金を活用し、補助金交付により整備事業を支援した。小坂町社会福祉協議会が、ボランティアなどと連携して運営。運営費は同会負担であり、「みんなのお家」運営費に限定しての町の財政支援はない。

独自性・特色についてご記入下さい。

町民だれもが気軽に立ち寄り、家族のように交流できる空間との思いから、「みんなのお家」と名付けた。①一時預かりした子どもと立ち寄った高齢者との交流を見守る子育てサポーターの配置。②社協職員外出時の留守を預かるなど運営に協力する「お家応援団」（ボランティア）の組織化。③傾聴ボランティアが活動拠点にして「お茶っこサロン」を定期開催。④バス待ち小学生たちが時間調整する空間。⑤住宅用エレベーター設置で障害者の交流にも好評。等々様々な交流の拠点となっている。

社会環境づくりへの効果、格差縮小への効果などについてご記入下さい。

定期開設される市場の筋向かいという好条件の場所にあった空き家（空き店舗）が、世代や分野を問わず立ち寄って交流できる空間として生まれ変わった。様々な交流の中から、様々な人間関係や町民相互のつながりが生まれ、情報収集や発信拠点のほか、見守りや支え合いの意識づくりに役立っている。

取り組みのために連携した部署・組織等をご記入下さい。

整備に当たって、「みんなのお家」のほかに、他の社会福祉法人が向かいに「みんなのお店」「みんなの活動館」を同時に整備し、福祉コミュニティエリアとして連携している。また、町民が往来しやすい空間を生かし、町保健センターの健康相談も定例開催している。

実施事例を他の市町村等に展開する際に障壁となるような要因があればご記入下さい（実施事例がない場合は先行事例を参考に導入する際に障壁となる要因をご記入下さい）

財源確保と事業主体の選定、物件の確保、運営費の捻出、ボランティアとの連携

厚生労働科学研究費補助金（地球規模保健課題推進研究事業）
分担研究報告書

格差の是正及びソーシャル・キャピタルと健康の関連

研究分担者　　稲葉　陽二　（日本大学法学部　教授）

研究要旨

健康の社会的決定要因の一つとして社会関係資本（Social Capital）があげられるが、これは信頼・互酬性の規範・ネットワークなどの多くの構成要素からなり、また地域によって大きく異なることが確認されている。本研究は東京都の歴史的・文化的な発展経緯と所得のジニ係数など社会経済的要因が異なる下町3区（足立、葛飾、江戸川）、都心3区（千代田、中央、港）、山の手3区（目黒、世田谷、杉並）の3地区に郵送法アンケート調査を実施し、社会関係資本の内容が地区によってどのように異なるか、社会関係資本が特に心の健康と密接に相関していること、その相関の内容と程度が地区間によって大きく異なることを明らかにした。

A.　研究目的

健康の社会的決定要因の一つとして社会関係資本（Social Capital）があげられるが、これは広義にとらえれば信頼・互酬性の規範・ネットワークなどの多くの構成要素からなり、地域によってその内容が大きく異なること、健康と密接に関連していること、が確認されている。しかし、広義の社会関係資本の構成要素を網羅し、成人を対象とした、地域別の比較を行う調査は筆者の知るかぎりでは我が国ではまだ実施されていない。

本研究は東京都を対象に、歴史的・文化的な発展経緯と社会経済的要因が異なる下町3区（足立、葛飾、江戸川）、都心3区（千代田、中央、港）、山の手3区（目黒、世田谷、杉並）に郵送法アンケート調査を実施し、社会関係資本の内容が地区によってどのように異なるか、社会関係資本が健康とどのように関連しているか、その相関の内容と程度が地区間によってどのように異なるかを検討する。

上記3地区をとりあげたのは、社会関係資本と健康の両方に大きな影響を与えると考えられる経済格差の状況は3地区で大きく異なると考えられるからである。すなわち、政令指定都市の区まで含めて市町村別所得ジニ係数をみると、下町3区は所得のジニ係数が低く、都心3区は全国的に最も高いグループに属し、山の手3区は両者の中間にある[1]。本調査ではサンプル数が区単位での比較を行うには不足しているが、将来、本調査と同様の調査を全国各地で実施し、社会関係資本の地域差の検証のためのデータベースの構築も意図している。

B.　研究方法

筆者は2012年9月初旬から10月初旬にかけ、郵送法により『暮らしの安心・信頼・社会参

[1] 総務省所得税データ（2006-2007）からの西川雅史氏の推計によれば、世帯所得のジニ係数は千代田区 0531、中央区 0.464、港区 0.565、目黒区 0.478、世田谷区 0.469、杉並区 0.448、足立区 0.373、葛飾区 0.372、江戸川区 0.377

加に関するアンケート調査』を実施した。本調査は信頼、規範、ネットワークなどの社会関係資本 を調査対象としている。東京都9区の20歳から79歳までの住民を母集団として、下町3区（足立、葛飾、江戸川）、都心3区（千代田、中央、港）、山の手３区（目黒、世田谷、杉並）計9区の住民基本台帳から無作為に1,500名を抽出して調査票を郵送し、458票の有効回答（回答率30.5%）を得た。本稿ではその概要を紹介するとともに、個票データによる調査項目間の相関、2010年に同内容の質問票により全国を対象に実施したアンケート調査（N=1,599）との比較、および上記の東京の下町、都心、山の手3地区の比較を行う。2012年東京都9区郵送法調査の概要は以下の通りである。

調査目的と設問[2]

［目的］

外部性を伴う信頼・規範・ネットワークである社会関係資本を、一般的信頼、特定化信頼、ネットワーク（つきあい・社会参加）の観点から明らかにする。あわせて、社会関係資本と健康（主観的健康、生活での積極性＝抑うつ度[3]）との関連を検証する。社会関係資本には一般的信頼など認知的なものと、社会交流・社会参加の側面からみたネットワークなどの構造的なものに分かれるが、本調査はその双方を調査対象としている。

［調査内容・設問］

1.他人への信頼、2.互酬性、3.日常的なつきあい、4.地域での活動状況と活動参加者の同質性、5.生活の満足度・心配事、6.特定化信頼、7.主観的健康と生活での積極性（抑うつ度）、8.寄付・募金活動、9.腐敗行為に対する許容度、10.回答者の属性

調査・実施主体

日本大学法学部　稲葉陽二研究室。アンケートの実施は社団法人新情報センターに委託

調査関連期間

調査票の検討　2012 年 4 月～8 月

調査実施期間　2012 年 9 月 10 日～10 月 19 日

調査方法

無作為抽出郵送法（配付・回収とも）

母集団と調査対象者、対象者のサンプリング方法

［母集団］東京都 9 区（足立、葛飾、江戸川、千代田、中央、港、目黒、世田谷、杉並）の 20 才から 79 才の居住者

［対象者］東京都 9 区における居住者 1,500 名

［サンプリング方法］住民基本台帳からの無作為抽出法

調査配票数・回収数・回収率

［配票数］　1,500 票

［回収数］　458 票（無効票なし）

［有効回収数］　30.5%（458 票／1,500 票）

調査実施メンバー

研究代表者　稲葉陽二、研究協力者　緒方淳子、調査実施と回答の入力は社団法人新情報センターに委託

[2] 本調査の調査原票を付属資料として本稿の最後に掲載しているのであわせて参照されたい。

[3] 高齢者を対象とした 15 項目短縮版。

記述統計量と回答者の属性

表1　記述統計量　回答者の属性

	N	平均・構成比（%）	標準偏差ほか	範囲
性別				
男性	205	44.8		
女性	253	55.2		
年齢	458	49.26歳	15.817	20-79
職業				
自営業	70	15.3		
経営者	24	5.2		
民間勤め人	151	32.9	最頻値	
公務員・教員	22	4.8		
パート	63	13.8		
学生	11	2.4		
無職	43	9.4		
専業主婦・主夫	61	13.3		
居住形態				
持ち家	254	55.5		
借家	196	42.8		
居住年数	449	20.3年	18.113	0-71
同居人の数				
単身	102	22.3		
同居人あり	349	76.2		
最終学歴				
小中学校	21	4.6		
高等学校	133	29.0		
専修学校ほか	61	13.3	中位値	
高専・短大	57	12.4		
大学	151	33.0	最頻値	
大学院	27	5.9		
世帯年収				
200万円未満	36	7.9		
200～400万円未満	104	22.7	最頻値	
400～600万円未満	82	17.9	中位値	
600～800万円未満	53	11.6		
800～1,000万円未満	48	10.5		
1,000～1,200万円未満	35	7.6		
1,200万円以上	49	10.7		

C.　研究結果

全国調査との比較

集計値の比較

集計値でみる限り、東京都 9 区調査は「職場の同僚とのつきあいの頻度」を除き、表 2 に示されるすべての項目で 2010 年全国調査を下回っている。特に近所づきあいが希薄であり、かつ地縁的活動やボランティア・NPO などの団体参加率も低い。すなわち、一般的信頼、友人・知人への特定化信頼、および職場の同僚とつきあいの頻度は、全国平均とほぼ同水準であるが、近所づきあいの程度（「協力」+「立ち話」の比率）が、全国の 60.4%に対し、東京は 44.9%と 15.5%ポイント下回っているし、近所の人々への信頼について「頼りになる」とする比率が全国の 40.5%に対し、東京は 25.9%と 14.6%ポイントも低い。また、地縁的活動とボランティア・NPO などの活動への参加率も、それぞれ全国の 46.1%、25.3%に対し、東京は 28.6%、18.1%にとど

まっている。

表2　調査結果（集計値）の概要

調査名(調査年)	類型	一般的な信頼		特定化信頼					ネットワーク：つきあい					ネットワーク：社会参加		
	設問	一般的な信頼	旅先での信頼	近所の人々への信頼	家族への信頼	親戚への信頼	友人・知人への信頼	職場の同僚への信頼	近所づきあいの程度	近所づきあいの人数	友人・知人とのつきあい頻度	親戚とのつきあい頻度	職場の同僚とのつきあい頻度	地縁活動	スポーツ・趣味・娯楽活動	ボランティア・NPO・市民活動
	サンプル数	ほとんど信頼できる	ほとんど信頼できる	ほとんど信頼できる	頼りになる	頼りになる	頼りになる	頼りになる	協力・立話	かなり多くと面識	日常的・頻繁	日常的・頻繁	日常的・頻繁	参加している	参加している	参加している
東京都9区調査	458	25.4%	20.3%	25.9%	84.1%	54.4%	67.9%	34.5%	44.9%	45.6%	48.7%	27.1%	26.0%	28.6%	42.6%	18.1%
全国郵送(2010年)	1599	27.9%	21.3%	40.5%	89.1%	66.7%	69.7%	36.5%	60.4%	59.5%	49.2%	38.0%	22.1%	46.1%	46.7%	25.3%
全国調査との比較		-2.5%	-1.0%	-14.6%	-5.0%	-12.3%	-1.8%	-2.0%	-15.5%	-13.9%	-0.5%	-10.9%	3.9%	-17.5%	-4.1%	-7.2%
参考																
下町3区	150	22.6%	20.0%	27.3%	83.3%	50.0%	59.4%	30.0%	46.0%	45.3%	38.0%	19.4%	23.4%	28.7%	38.7%	15.3%
都心3区	157	31.2%	24.8%	21.7%	85.3%	49.7%	75.1%	44.6%	42.1%	47.7%	54.8%	31.2%	30.0%	33.8%	42.0%	21.0%
山の手3区	150	21.4%	15.4%	28.7%	83.3%	64.0%	69.3%	28.7%	47.3%	44.0%	53.3%	30.7%	24.7%	23.3%	47.3%	18.0%
上勝町(2009年)	632	25.2%	13.3%	74.2%	93.4%	83.0%	72.8%	46.7%	81.6%	75.6%	59.5%	41.3%	28.2%	51.6%	30.9%	36.0%
須坂市(2008年)	601	33.8%	22.0%	48.4%	88.7%	71.9%	68.7%	31.9%	72.7%	72.4%	54.1%	39.6%	20.5%	53.2%	46.9%	27.3%

全国郵送(2003年)は内閣府公民生活局調査、全国郵送(2010)は稲葉調査
上勝町(2009年)は稲葉・上勝町診療所共同調査
須坂市(2008年)は稲葉・須坂市共同調査

一般的信頼との相関

本調査では、自分の生活の満足度、心配事や健康関連の質問項目も含まれている。生活の満足度は、全国調査と同様に東京都調査でも、統計的に有意に一般的信頼と相関がある。しかし、心配事に関しては、全国調査では 17 項目すべについて一般的信頼と有意な相関がみられるが、東京都調査では、有意な相関が観察されるのは、自分の健康・身体の状況、家族の健康、家族（高齢者）の世話や介護、年収や家計、仕事上のストレス、職探しや就職、自分の将来の 7 項目のみである。つまり、一般的信頼は、東京都調査では、おもに健康や収入に関する項目とのみに相関がみられる。なお、主観的健康と抑うつ度はともに、全国調査でも東京都調査でも、一般的信頼と有意な相関がある。また、抑うつ度との相関係数が主観的健康とのそれよりも格段に高い点は、全国調査と同じである。つまり、東京都調査での相関係数は、主観的健康とは 0.134 であるが、抑うつ度とは 0.29 と高い。

回答者の属性との相関は、年齢が高いほど、また、居住年数が長いほど、一般的信頼が高い（相関係数の符号はマイナス）。

表 3　一般的信頼と他の質問項目との偏相関

制御変数：性別、最終学歴、年間収入

	2010 全国調査	2012 東京都 9 区調査
自身の生活の満足度	0.181**	0.181**
心配事―自分の健康・身体の状況	-0.097**	-0.124*
心配事―老後の自分の世話	-0.167**	-0.081
心配事―家族の健康	-0.127**	-0.142**
心配事―家族（高齢者）の世話や介護	-0.050	-0.116*
心配事―乳幼児期の子どもの子育て	-0.106**	-0.004
心配事―子や孫のしつけや教育	-0.059*	0.006
心配事―失業やリストラ	-0.116**	-0.045
心配事―年収や家計	-0.147**	-0.128**
心配事―仕事上のストレス	-0.177**	-0.132**
心配事―定年後の人生設計	-0.122**	-0.066
心配事―職探しや就職	-0.104**	-0.128*
心配事―家庭内の人間関係	-0.155**	-0.084
心配事―近隣での人間関係	-0.146**	-0.011
心配事―近隣での住環境	-0.153**	-0.064
心配事―地域での非行や犯罪	-0.148**	-0.051
心配事―自分の将来	-0.174**	-0.215**
心配事―生活上の孤立	-0.161**	-0.091
心配事合計	**-0.202****	**0.031**
主観的健康	**0.151****	**0.134****
抑うつ度（GDS15 項目短縮版）	**0.270****	**0.290****
許容度―年金・医療給付などの無資格受給	0.042	-0.046
許容度―公共交通機関の料金をごまかす	0.039	0.017
許容度―脱税	0.050	-0.007
許容度―収賄	0.076**	0.011
年齢	-0.111**	-0.174**
居住年数	-0.059*	-0.125**

有意確率：両側　**5%水準、*1%水準で有意

（出所）2010 年『暮らしの安心・信頼・社会参加に関するアンケート調査』全国調査、2012 年『暮らしの安心・信頼・社会参加に関するアンケート調査』東京都 9 区調査

社会関係資本と健康

表 4 は、主観的健康と抑うつ度でみた健康と社会関係資本との偏相関（制御変数：性別、最終学歴、年間収入）をみている。全国調査、東京都調査ともに、社会関係資本の構成要素の多くが主観的健康と抑うつ度の両者と有意

に相関している。ただし、主観的健康よりも抑うつ度との相関のほうが顕著である。表 4 は因果関係を示すものではないが、社会関係資本は心身両面で健康と深く結びついていることになる。しかし、主観的健康に関しては、隣近所との関係ではなく、家族、親せき、友人・知人への信頼がより重要である。特に、この傾向は全国よりも東京でより顕著である。また、抑うつ度に関しては、全国、東京ともに、表 4 にある社会関係資本の構成要素すべてと相関がある。社会関係資本は心の病とより深い関係がある。

また、全国と東京を比較すると、主観的健康については総じて同じパターンを示しているが、親戚への信頼に関する相関係数が全国 0.088 に対し、東京は 0.215 と顕著に高く、東京では頼れる親戚がいる者のほうが主観的健康が高い。東京では、親戚のサポートがあるほうが病気にならない、ないしは罹病しても回復が早いのかもしれない。

抑うつ度については、東京は全国と同じパターンを示しているが、いくつかの項目で相関係数に、明白な違いがみてとれる。つまり、近所の人々への信頼（全国 0.218、東京 0.262）、親戚への信頼（全国 0.224、東京 0.349）、友人・知人への信頼（全国 0.229、東京 0.346）、職場の同僚への信頼（全国 0.211、東京 0.326）が、それぞれ東京のほうが大幅に高い。東京についてみれば、近所の人々、親戚、友人・知人、職場の同僚などへの信頼が高い人々は、より健康である。

表 4. 主観的健康／抑うつ度と社会関係資本項目との偏相関
制御変数：性別、最終学歴、年間収入

	2010 全国調査		2012 東京都 9 区調査	
	SRH	抑うつ度	SRH	抑うつ度
一般的信頼	0.143**	0.27**	0.134**	0.290**
一般的互酬性	NA	NA	0.097*	0.175**
特定化信頼―近所の人々	0.038	0.218**	0.075	0.262**
特定化信頼―家族	0.127**	0.267**	0.135**	0.231**
特定化信頼―親戚	0.088**	0.224**	0.215**	0.349**
特定化信頼―友人・知人	0.157**	0.229**	0.157**	0.346**
特定化信頼―職場の同僚	0.113**	0.211**	0.180**	0.326**
特定化互酬性	NA	NA	0.102*	0.127**
ネットワーク―隣近所とのつきあいの程度	0.018	0.242**	-0.012	0.190**
ネットワーク―隣近所でつきあっている人の数	0.029	0.219**	-0.051	0.219**
ネットワーク―友人・知人とのつきあいの頻度	0.082**	0.188**	0.087	0.284**
ネットワーク―親戚・親類とのつきあいの頻度	0.014	0.142**	0.120**	0.168**
ネットワーク―職場の同僚とのつきあいの頻度	0.127**	0.158**	0.122*	0.200**
ネットワーク―地縁的な活動への参加	-0.016	-0.195**	-0.031	-0.202**
ネットワーク―スポーツ・趣味・娯楽活動への参加	-0.109**	-0.197**	-0.113*	-0.204**
ネットワーク―ボランティア・NPO・市民活動への参加	-0.026	-0.149**	0.026	-0.048

有意確率：両側 **1%水準、*5%水準で有意

（出所）2010 年『暮らしの安心・信頼・社会参加に関するアンケート調査』全国調査および 2012 年『暮らしの安心・信頼・社会参加に関するアンケート調査』東京都 9 区調査

それでは、主観的健康と抑うつ度との関係はどのようになっているだろうか。表5は主観的健康と現状認識とのクロス集計表であるが、全体の総数を100としている。「とても健康+まあまあ健康」でかつ、抑うつ度調査で否定的回答が5以下の者は、全国調査で57.8%、東京都調査で58.5%とほぼ同じであり、東京のほうが特に健康であるというわけではない。しかし、「あまり健康ではない＋健康ではない」でかつ、抑うつ度調査で否定的回答が6以上の者は、全国調査で13.6%、東京都調査で10.9%と東京のほうが低い。身体と心の健康の双方に問題がある者の比率は、全国では7人強に1人に対し、東京では11人に1人と少ない。これは、主観的健康で「とても健康+まあまあ健康」としているが、抑うつ度調査では6以上の者が東京では調査対象全体の21.6%（4.6人に1人）と、全国の19.6%（5.1人に1人）より上回っていることによる。つまり、身体的には健康と感じている者も、抑うつ度が高い者の比率が東京では多い。

表 5　主観的健康と抑うつ度とのクロス集計

2010 年全国調査（N＝1,566）と 2012 年東京都 9 区調査（N＝450）の比較

抑うつ度否定的回答数累計　　%

主観的健康	0~5	6~15	合計
とても健康＋まあまあ健康な方だ	全国 57.8 東京 58.5	全国 19.6 東京 21.6	全国 77.4 東京 80.0
あまり健康ではない＋健康ではない	全国 8.7 東京 9.1	全国 13.6 東京 10.9	全国 22.6 東京 20.0
合計	全国 66.8 東京 67.5	全国 33.2 東京 32.5.	100

それでは、「あまり健康ではない＋健康ではない」でかつ、抑うつ度調査で否定的回答が６以上の者は、どのようなプロフィールをもっているのであろうか。表 6 は健康でないグループと健康なグループ、それぞれの社会関係資本の構成要素と回答者の属性の平均値を比較している。表から明らかなように、健康なグループは、高学歴、高収入、持家、独居でなく、比較的若く、女性が多い。また、社会関係資本についていえば、ボランティア・NPO への参加以外は、すべての構成要素で健康でないグループのそれを上回っている。つまり、健康なグループは社会関係資本も豊かである。

表 6　健康な人と健康でない人のプロフィール比較

	東京都平均（N＝458）	SRH／DP ともに良（N=263）	SRH／DP ともに不良（N=49）	備考
一般的信頼	5.05	4.62	6.06	9 点尺度高いほど信頼しない
一般的互酬性	2.06	2.00	2.22	3 点尺度高いほど互酬性が低い
特定化信頼―近所の人々	3.24	3.1	3.67	5 点尺度高いほど信頼しない
特定化信頼―家族	1.77	1.65	2.14	同上
特定化信頼―親戚	2.64	2.45	3.53	同上
特定化信頼―友人・知人	2.26	2.10	2.82	同上
特定化信頼―職場の同僚	3.01	2.79	3.48	同上
特定化互酬性	2.19	2.39	2.14	3 点尺度高いほど互酬性が低い
ネットワーク―隣近所とのつきあいの程度	2.51	2.43	2.61	4 点尺度高いほど付き合いが無い
ネットワーク―隣近所でつきあっている人の数	2.60	2.52	2.69	同上
ネットワーク―友人・知人とのつきあいの頻度	2.48	2.33	2.78	5 点尺度高いほど付き合いが無い
ネットワーク―親戚・親類とのつきあいの頻度	2.93	2.87	3.16	同上
ネットワーク―職場の同僚とのつきあいの頻度	3.16	2.99	3.42	同上
ネットワーク―地縁的な活動への参加	0.57	0.72	0.45	7 点尺度高いほど参加度が高い
ネットワーク―スポーツ・趣味・娯楽活動への参加	1.43	1.69	0.40	同上
ネットワーク―ボランティア・NPO・市民活動への参加	0.40	0.46	0.53	同上
性別	1.55	1.59	1.51	1=男性、2=女性
年齢	49.26	49.13	50.04	歳
職業	4.69	4.65	4.84	10 点尺度低いほど安定
居住形態	2.43	2.34	2.59	8 尺度低いほど持家
居住年数	20.31	21.03	21.81	年
同居人の有無	1.33	1.36	1.25	1=1 人暮らし　2=同居人あり
最終学歴	3.59	3.68	3.27	7 点尺度高いほど高学歴
世帯収入	4.01	4.14	3.80	8 点尺度高いほど高収入

東京都調査にみる 3 地区（下町 3 区、都心 3 区、山の手 3 区）の比較

東京都 9 区調査では、下町 3 区、都心 3 区、山の手 3 区からそれぞれ 150 票、157 票、150 票の回答を得ている。母集団推計には十分な標本数ではないが、参考データとして 3 地区の個性をうかがい知ることができるだろう。

回答者属性

3 地区の回答者の属性をみると（表 7）、3 地区間には大きな違いがみられる。回答者の中心は 3 地区いずれも 40 歳代であるが、平均年齢は下町 3 区が 50.5 才と一番高く、都心 3 区が 47.5 歳と一番低く、山の手 3 区が 49.7 歳と両者の中間となっている。しかも、都心 3 区の最頻値は 30 歳代と若い。しかし、都心 3 区の回答者の平均年齢が一番低いにもかかわらず、所得は都心 3 区が際立って高い。都心 3 区の所得中央値は 600 万円以上～800 万円未満の階層であり、山の手 3 区と下町 3 区のそれ（400 万円以上～600 万円未満）を上回っており、最頻値は 1200 万円以上である。かつ、実に都心 3 区の回答者の 5 人に 1 人が 1,200 万円以上の所得階層に属すると回答している。これは、他の 2 地区の最頻値が 200 万円以上～400 万円未満であることと際立った対照を示している。

これは、都心 3 区の回答者が大卒と大学院卒が過半を占めているのに対し、山の手 3 区は高専・短大と大卒、下町 3 区が高卒と専門学校卒がそれぞれ過半を占めていること、その結果として自営業者、経営者、民間勤め人、公務員・教員といった安定した職業の比率が都心 3 区は 7 割近く（68.1%）に達し、山の手 3 区の 6 割弱（57.3%）、下町 3 区の 5 割弱（49.3%）を大きく超えていることによるものと思われる。つまり、都心 3 区の回答者は比較的若いが、学歴が高く、高所得である。一方、下町 3 区の回答者は壮年期から高齢者層が多く、学歴は高卒が中心で所得も都心 3 区よりも低い。また、山の手は両者の中間に位置しているが、所得でみる限り、下町 3 区に近似している。

表 7　2012 年東京 9 区調査における回答者の地区別属性

回答者属性	郵送法調査				
	2010 全国	2012 東京 9 区	（下町 3 区）	（都心 3 区）	（山の手 3 区）
性別(%)					
男性	45.3	44.8	42.7	45.9	45.3
女性	54.7	55.2	57.3	54.1	54.7
年齢構成比(%)					
20 歳代	11.4	13.1	12.7	15.3	11.3
30 歳代	16.4	18.6	15.3	21.7 最頻値	18.7
40 歳代	16.7	21.4 中央値	20.7 中央値	19.7 中央値	24.0 中央値・最頻値
50 歳代	17.3 中央値	14.6	15.3	17.1	11.3
60 歳代	23.3	20.3	22.7 最頻値	15.3	23.3

70 歳以上	14.8	12.0	13.3	10.8	11.3
平均年齢（才）	51.4	49.2	50.5	47.5	49.7
職業(%)					
自営業	12.4	15.3	13.3	21.0	11.3
経営者	2.8	5.2	2.0	5.7	8.0
民間勤め人	27.6	32.9	29.3	35.0	34.7
公務員・教員	4.8	4.8	4.7	6.4	3.3
（同上小計）	（47.6）	（58.2）	（49.3）	（68.1）	（57.3）
パート	15.5	13.8	16.0	10.8	14.7
学生	2.3	2.4	0.7	3.2	3.3
無職	13.4	9.4	13.3	4.6	10.0
専業主婦･夫	17.9	13.3	19.3	10.2	10.7
最終学歴(%)					
小中学校	11.5	4.6	5.3	3.2	4.7
高等学校	39.1 最頻値・中央値	29.0	44.7 最頻値・中央値	15.9	27.3
専修学校他	10.8	13.3	16.0	15.3	8.7
高専・短大	11.1	12.4 中央値	11.3	13.4	12.7 中央値
大学	23.5	33.0 最頻値	20.0	40.8 最頻値･中央値	38.0 最頻値
大学院	2.3	5.9	1.3	11.5	4.7
世帯年収(万円)					
＜200	8.1	7.9	13.3	4.6	6.0
200～400＜	22.1 最頻値	22.7 最頻値	24.0 最頻値	15.3	28.7 最頻値
400～600＜	19.9 中央値	17.9 中央値	22.0 中央値	17.2	14.7 中央値
600～800＜	13.7	11.6	14.0	10.2 中央値	10.7
800～1,000＜	10.1	10.5	10.0	13.4	8.0
1,000～1,200＜	4.9	7.6	4.0	10.8	8.0
1,200≦	6.3	10.7	3.3	19.7 最頻値	8.7
居住形態（%）					
持家	79.4	55.5	57.3	52.2	56.7
借家	19.0	42.8	40.7	47.8	40.0

地区別にみた社会関係資本の集計値の相違

社会関係資本の主要項目集計値を 3 地区別に比較すると、本稿の前半に掲げた表 2 に示されるように、都心 3 区の高水準が目立つ。特に、一般的信頼、互酬性、特定化信頼のなかの友人・知人への信頼と職場の同僚への信頼、ネットワークとしての友人・知人とのつきあい頻度などは、2010 年全国調査の平均と比較しても高水準であり、そのほか、ネットワークとしての地縁的活動参加率、ボランテ

ィア・NPO・市民活動への参加率も、下町 3 区と山の手 3 区よりも高い。都心 3 区は信頼や規範などの認知的な社会関係資本に関していえば、極めて高い水準にあるし、構造的な社会関係資本（ネットワーク）でも地縁的活動やボランティア･NPO 活動などは活発である。ただし、同じ表 2 に示してあるように、上勝町や須坂市などのコミュニティ内の結束が固い地域は、通常、近所の人々や家族、親戚への信頼とつきあいが高水準であるのに対し、都心 3 区は家族への信頼を除き、近所の人々への信頼、親戚への信頼、近所づきあいの程度などは比較的希薄である。これらの項目についていえば、むしろ山の手 3 区のほうが高水準である。

全国調査と東京都調査の比較をした際に、主観的健康と抑うつ度とのクロス集計（表 5）をみたが、東京 3 地区間ではどのような違いがあるだろうか。表 8 は、表 5 で示した主観的健康と抑うつ度とのクロス集計を東京都の 3 地区別に行ったものである。表 8 に示されるように、心身ともに良好な（表 8 で左上の）グループの比率は、3 地区の間で大きな差がみられる。都心 3 区の 63.9%が最も良好で、下町 3 区の 53.4%を 10%ポイント近くも引き離しており、山の手 3 区はその中間の 58.1%となっている。逆に、心身ともに不良な（表 8 の真ん中）グループの比率は、3 地区間では下町 10.2%が一番低く、都心 11.6%が一番高い。つまり、下町 3 区では心身共に問題がある者は他の 2 地区と比して少ないが、心か身体のどちらかに問題があるとした回答の比率が、下町では高い。いずれにせよ、健康面からみれば、都心 3 区は下町 3 区より健康であり､山の手はその中間に位置している。ただ、下町 3 区では心と身体の両面で問題がある者の比率は、都心 3 区と山の手 3 区よりも若干低い。

表 8　主観的健康と抑うつ度とのクロス集計
2012 年東京都 9 区調査 3 地区別の比較

		抑うつ度否定的回答数累計		%
		0～5	6～15	合計
主観的健康	とても健康 ＋まあまあ健康な方だ	下町　53.4	下町　24.7	下町　78.1
		都心　63.9	都心　20.0	都心　83.9
		山手　58.1	山手　20.3	山手　78.4
	あまり健康ではない ＋健康ではない	下町　11.7	下町　10.2	下町　21.9
		都心　4.5	都心　11.6	都心　16.1
		山手　10.8	山手　10.8	山手　21.6
	合計	下町　65.1	下町　34.9	100
		都心　68.4	都心　31.6	
		山手　68.9	山手　31.1	

因子分析からみた地区別の特性

以上はアンケート調査の集計値からみたものだが、社会関係資本の形態は3地区間でどのように異なるのであろうか。これをみるために因子分析（主因子法）を実施した。統計ソフトはＳＰＳＳversion19を用いた。回転前の第5因子までの累積寄与率は72.657%に達するため、因子数は５とした。19項目を用いたが、共通性が0.16以下の2項目（その他団体参加率、同居人の有無）、一般的信頼と相関が極めて高い「旅先での信頼」を削除し16項目で実施した。基本的に項目間の相関係数は「一般的信頼」と「旅先での信頼」を除き高くても0.2程度であるので、バリマックス回転を用いた。回転後、東京都9区全体について、表9に示される、以下の5つの因子を特定した。（表10）

第1因子：構造型 - 近所付き合い中心

第2因子：構造型-家族・親戚中心

第3因子：構造型-職場中心

第4因子：認知型

第5因子：構造型-団体参加中心

この分類は、下町3区、都心3区、山の手3区に分けた場合もほぼそのまま適用できるが、因子間の序列が地区によって異なっている。

すなわち、都心3区の第1因子と第2因子は東京都9区全体でみた結果と同じであるが、下町3区と山の手3区は、構造型 - 家族・親戚中心が第1因子、構造型-近所付き合い中心が第2因子であり、家族・親戚の方が説明力が高い。

また、東京都9区全体では第3因子である構造型-職場中心は、下町3区と都心3区では第3因子だが、山の手3区では第3因子として全体では第4因子である認知型がはいっている。このほか、9区全体では第5因子である構造型-団体参加は、下町3区と都心3区では第４因子となっているが、山の手3区では団体参加型がなく、代わり、友人・知人重視型がみられる。

表10　因子分析の地区別比較

列1	東京都9区	下町3区	都心3区	山の手3区
第１因子	構造型-近所づきあい中心	家族・親戚	近所づきあい	家族・親戚
第２因子	構造型-家族・親戚中心	近所づきあい	家族・親戚	近所づきあい
第3因子	構造型-職場中心	職場	職場	認知型
第4因子	認知型	団体参加	団体参加	職場
第5因子	構造型-団体参加中心	認知型	認知型	友人・知人

表９　社会関係資本の地区別特性の比較

バリマックス回転後の因子負荷量

	東京都９区					下町３区（足立・葛飾・江戸川）					都心３区（千代田・中央・港）					山の手３区（目黒・世田谷・杉並）				
	因子					因子					因子					因子				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
一般的信頼	.185	.154	.143	.356	-.084	.295	.262	.248	-.044	.257	.078	.048	.188	-.075	.259	.117	.230	.495	.014	.068
一般的互酬性	.061	.080	.079	.720	-.007	.007	.122	.100	-.069	.759	-.051	.181	.066	.069	.664	.053	.106	.731	.046	.050
特定化互酬性	-.062	.046	.137	.647	.023	.106	-.101	.128	.130	.586	-.130	-.067	.117	-.018	.631	.101	.063	.717	.186	.067
特定化信頼—近所の人々	.542	.306	.200	.233	-.124	.385	.450	.225	-.200	.131	.638	.314	.202	-.064	.265	.301	.458	.365	.226	-.052
特定化信頼—家族	.081	.599	.168	.089	-.027	.482	.151	.159	-.069	.203	.129	.564	.145	.108	-.021	.774	-.036	.065	.128	.168
特定化信頼—親戚	.056	.867	.140	.092	.023	.921	.091	.123	.033	.067	.030	.807	.121	-.030	.101	.867	-.040	.139	.223	.031
特定化信頼—友人・知人	.057	.420	.466	.223	-.158	.386	.016	.589	-.182	.388	.116	.441	.453	.096	.010	.368	.100	.216	.317	.476
特定化信頼—職場の同僚	.109	.230	.888	.164	.043	.265	.070	.862	.088	.196	.069	.181	.885	.032	.162	.357	.117	.126	.768	.060
ネットワーク—近所づきあいの程度	.700	.120	.094	.060	-.188	.161	.791	.083	-.166	.050	.749	.097	.095	-.088	-.154	.092	.597	.282	.192	.114
ネットワーク—近所づきあいの人数	.857	.135	.015	-.014	-.189	.185	.803	-.015	-.122	-.011	.844	.157	.030	-.113	-.158	.106	.926	.174	.046	.070
ネットワーク—友人・知人との付き合いの頻度	.186	.153	.312	.063	-.492	-.043	.260	.407	-.442	.009	.292	.269	.316	-.410	.111	.089	.229	.058	.158	.798
ネットワーク—親戚・親類との付き合いの頻度	.175	.502	.048	.045	-.038	.604	.131	-.033	.065	-.064	.164	.486	.032	-.087	.081	.492	.198	.091	.112	.070
ネットワーク—職場の同僚との付き合いの頻度	.059	.085	.580	.138	-.161	-.024	.022	.601	-.111	.039	.086	.083	.548	-.207	.222	.155	.101	.135	.691	.135
ネットワーク—地縁的活動	-.414	.000	-.025	.029	.439	-.034	-.401	-.027	.449	.244	-.493	-.063	-.078	.405	-.037	.080	-.456	-.104	.021	-.137
ネットワーク—スポーツ等	-.032	-.021	-.004	-.058	.598	-.067	-.014	.002	.796	-.104	.015	.111	-.035	.666	.014	-.096	-.293	-.063	.051	-.313
ネットワーク—ボランティア等	-.219	.019	-.065	.036	.517	.056	-.188	-.101	.594	.073	-.322	-.037	.001	.544	.001	-.022	-.277	.048	-.144	-.149

D. 考察

集計値でみた東京都9区の広義の社会関係資本は、全国調査のそれと比較すると職場の同僚との付き合いを除くすべての項目で全国平均を下回っている。特に、近所の人々および親戚との付き合いや信頼、地縁活動への参加率が低い。しかし、主観的健康と抑うつ度に関しては、全国調査とほぼ同様に社会関係資本の構成要素の多くについて、統計的に有意な相関がみられ、特に抑うつに関しては、東京都のほうが全国よりも相関係数が高い。

また、東京都9区調査では心身ともに健康な者は、不健康な者よりも社会関係資本の構成要素の値が高い。また、東京では、全国に比べて、近所の人々、親戚、友人・知人、職場の同僚などへの信頼が高い人々はより健康である。ただし、健康なグループは、高学歴、高収入、持家、独居でなく、比較的若く、女性が多い。また、東京都のデータを下町3区、都心3区、山の手3区にわけてみると、高学歴、高収入の都心3区が心身ともに最も健康である。社会関係資本以外の要因が影響しているのは明らかであり、健康と社会関係資本との因果関係も明らかではない。しかし、その一方で、収入、学歴で都心3区、山の手3区に劣る下町3区において心身両面で問題がある者の比率は一番低いことは、社会関係資本が健康の悪化を防ぐラチェット効果を持つとみることもできよう。

このほか、本研究では、因子分析を実施し、社会関係資本の５つのパターンを抽出した。因子分析から、一般的信頼や互酬性などの認知型の社会関係資本の説明力は構造的なものよりも低いが、その序列は地区により異なることが明らかになった。標本数が十分ではなく、確定的なエヴィデンスではないが、今後の政策実施において用いる施策を、地域における社会関係資本の特性に応じて変えることが効率的かもしれない。

E. 結論

本稿では、2012 年に東京都の 9 区の住民を対象に実施した『暮らしの安心・信頼・社会参加に関するアンケート調査』の概要とその結果を筆者が 2010 年に実施した全国調査と比較した。東京都の社会関係資本は、全国と比較すると、その構成要素の殆どで、全国の水準を下回っている。特に、近所の人々への信頼やつきあいは希薄である。しかし、社会全般への一般的信頼、職場の同僚への信頼やつきあい、友人知人への信頼やつきあいなどはほぼ全国と同水準にあり、東京では居住する近隣よりも、むしろ職場や友人知人との関係が中心であることが分かる。地縁的活動への参加率も全国を大幅に下回っている。東京の社会関係資本は地域密着型ではない。

しかし、社会関係資本と健康関連の回答結果との間の相関は、東京都調査でも、全国調査と同様、統計的に有意な相関がみられ、特に心の健康は社会関係資本と密接に関連していることが確認された。

このほか、サンプル数が少なく母集団推計はできないが、東京都のなかでも、下町、都心、山の手の間では、社会関係資本の構成要素に大きな違いがみられることが確認された。

F. 研究発表

1. 論文発表

稲葉陽二（2013）「『暮らしの安心・信頼・社会参加に関するアンケート調査』2012年東京都9区調査の概要」『政経研究』第50号第1巻（印刷中）、日本大学法学会.

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

なし

以上

暮らしの安心・信頼・社会参加
に関するアンケート調査票

本調査は、皆さんの、暮らしの安心・信頼・社会参加に関するものです。

＜実施＞　日本大学法学部　稲葉陽二研究室

- ご回答は、必ずあて名のご本人がご記入ください。
- ご回答は、大部分が、あてはまるものの番号に○をつけていただく形式です。
- ご回答は、すべて個人のお名前と切り離して統計的に処理しますので、内容が外部にもれることは決してありません。
- ご記入が終わりましたら、同封の返信用封筒に入れ、９月２３日（日）までにご投函ください。
- ご協力いただいた方には、後日、お礼に図書カード（500 円分）をお送りいたします。ご回答の有無は、調査票の右上の整理番号で管理しておりますので、調査票にお名前やご住所をご記入いただく必要はありません（なお、住所変更があった場合は、調査票上部余白に新住所のご記入をお願いします）。
- ご不明な点等ございましたら、下記までお問い合わせください。

アンケートの実施に関するお問い合わせ

（社）新情報センター　担当：安　藤、今出川

電話：０３-３４７３-５２３１

（受付時間：平日９～12 時，13～１７時）

アンケートの内容に関するお問い合わせ

日本大学法学部稲葉陽二研究室

電話：03-5275-8639（直通）

1．他人への信頼等について

1－（1）あなたは、一般的に人は信頼できると思いますか。それとも信頼出来ないと思いますか。あなたの考え方に近いと思うレベルの数値を１つ選び、その数字に○印をつけてください。

1.ほとんどの人は信頼できる	2.	3.	4.	5.両者の中間	6	7	8.	9.注意するに越したことはない	10. わからない
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

1－（2）それでは、「旅先」や「見知らぬ土地」で出会う人に対してはいかがでしょうか？

1.ほとんどの人は信頼できる	2.	3.	4.	5.両者の中間	6	7	8.	9.注意するに越したことはない	10. わからない
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

1－（3）あなたは、人を助ければ、いずれその人から助けてもらえると思いますか。あてはまる数字に○印をつけてください。

1．そう思う　　2．どちらともいえない　　3．そうは思わない

1－（4）あなたは、人を助ければ、今度は自分が困っているときに誰かが助けてくれるように世の中はできている、と思いますか。あてはまる数字に○印をつけてください。

1．そう思う　　2．どちらともいえない　　3．そうは思わない

2．日常的なつきあいについて

2－（1）あなたは、ご近所の方とどのようなおつきあいをされていますか。①と②について、あてはまるものを１つずつ選び、その数字に○印をつけてください。

①つきあいの程度

1．互いに相談したり日用品の貸し借りをするなど、生活面で協力しあっている人もいる
2．日常的に立ち話しをする程度のつきあいは、している
3．あいさつ程度の最小限のつきあいしかしていない
4．つきあいは全くしていない

②つきあっている人の数

1．近所のかなり多くの人と面識・交流がある（概ね２０人以上）
2．ある程度の人との面識・交流がある（概ね５～１９人）
3．近所のごく少数の人とだけと面識・交流がある（概ね４人以下）
4．隣の人がだれかも知らない

２－（２）以下の①から③のそれぞれについて、あなたは普段どの程度の頻度でつきあいをされていますか。またその手段は主にどれですか。あてはまるものをそれぞれ１つずつ選び、その数字に○印をつけてください。

①友人・知人とのつきあい（学校や職場以外で）

１．日常的にある	（毎日～週に数回程度）
２．ある程度頻繁にある	（週に１回～月に数回程度）
３．ときどきある	（月に１回～年に数回程度）
４．めったにない	（年に１回～数年に１回程度）
５．全くない（もしくは友人・知人はいない）	

②親戚・親類とのつきあい

１．日常的にある	（毎日～週に数回程度）
２．ある程度頻繁にある	（週に１回～月に数回程度）
３．ときどきある	（月に１回～年に数回程度）
４．めったにない	（年に１回～数年に１回程度）
５．全くない（もしくは親戚・親類はいない）	

③職場の同僚とのつきあい（職場以外で）

１．日常的にある	（毎日～週に数回程度）
２．ある程度頻繁にある	（週に１回～月に数回程度）
３．ときどきある	（月に１回～年に数回程度）
４．めったにない	（年に１回～数年に１回程度）
５．全くない（もしくは同僚はいない）	

３．地域での活動状況についてお伺いします

あなた自身の、地域における活動状況についてお聞きします。

①あなたは現在、下表のＡからＤのような活動をされていますか。あてはまるものをそれぞれ１つずつ選び、○印をつけてください。

	A.地縁的な活動	B.スポーツ・趣味・娯楽活動	C.ボランティア・NPO・市民活動	D.その他の団体・活動
	（自治会、町内会、婦人会、老人会、青年団、子ども会等）	（各種スポーツ、芸術文化活動、生涯学習等）	（まちづくり、高齢者・障害者福祉や子育て、スポーツ指導、美化、防犯・防災、環境、国際協力、提言活動など）	（商工会・業種組合、宗教、政治など） **上記以外の場合具体的にご記入ください** （　　）
ア．年に数回程度活動	ア	ア	ア	ア
イ．月に1日程度	イ	イ	イ	イ
ウ．月に2～3日程度	ウ	ウ	ウ	ウ
エ．週に1回程度	エ	エ	エ	エ
オ．週に2～3日	オ	オ	オ	オ
カ．週に４日以上	カ	カ	カ	カ
キ．活動していない	キ	キ	キ	キ

※Ａ～Ｄすべて「キ．活動していない」方は
５頁の４－（１）にお進みください

②【前問①A.地縁的な活動で「ア～カ」と答えた、地縁的活動をしている方に】
　あなたが参加されている地縁的活動（自治会・町内会・婦人会・老人会・青年団・子ども会等）についてうかがいます。

そこには色々な性別や年齢、職種の人が参加していますか。あてはまるものを１つ選び、○印をつけてください。

１．さまざまな人が参加している
２．だいたい似た感じの人が参加している

③【前問①B.スポーツ・趣味・娯楽活動で「ア～カ」と答えた、スポーツ・趣味・娯楽活動をしている方に】
あなたが参加されているスポーツ・趣味・娯楽活動（各種スポーツ、芸術文化活動、生涯学習等）についてうかがいます。

そこには色々な性別や年齢、職種の人が参加していますか。あてはまるものを１つ選び、○印をつけてください。

１．さまざまな人が参加している
２．だいたい似た感じの人が参加している

④【前問①C.ボランティア・NPO・市民活動で「ア～カ」と答えた、ボランティア・NPO・市民活動をしている方に】
あなたが参加されているボランティア、NPO、市民活動（まちづくり、高齢者・障害者福祉や子育て、スポーツ指導、美化、防犯・防災、環境、国際協力、提言活動など）についてうかがいます。

そこには色々な性別や年齢、職種の人が参加していますか。あてはまるものを１つ選び、○印をつけてください。

１．さまざまな人が参加している
２．だいたい似た感じの人が参加している

⑤【前問①D.その他の団体・活動で「ア～カ」と答えた、その他の団体・活動をしている方に】
あなたが参加されているその他の団体活動（商工会・業種組合、宗教、政治等）についてうかがいます。

そこには色々な性別や年齢、職種の人が参加していますか。あてはまるものを１つ選び、○印をつけてください。

１．さまざまな人が参加している
２．だいたい似た感じの人が参加している

4．全員の方へ　ご自身の生活についてお伺いします

4－（1）あなたは、現在のご自身の生活に満足していますか。あてはまるものを 1 つだけ選び、その数字に○印をつけてください。

1．非常に満足している	2．満足している	3．どちらともいえない
4．やや不満足である	5．不満足である	

4－（2）あなたは、日常生活を送るにあたって、問題や心配ごとがありますか。
以下に挙げる①から⑱について、「1．かなり心配」から「5．全く心配でない」までの5段階からあてはまるものをそれぞれ 1 つずつ選び、○印をつけてください。

	1.かなり心配	2．少し心配	3．どちらともいえない	4.あまり心配でない	5.全く心配でない
①ご自分の健康・身体の状況	1	2	3	4	5
②老後の自分の世話	1	2	3	4	5
③ご家族の健康	1	2	3	4	5
④家族（高齢者）の世話や介護	1	2	3	4	5
⑤乳幼児期の子どもの子育て	1	2	3	4	5
⑥子や孫のしつけや教育	1	2	3	4	5
⑦失業やリストラ	1	2	3	4	5
⑧年収や家計	1	2	3	4	5
⑨仕事上のストレス	1	2	3	4	5
⑩定年後の人生設計	1	2	3	4	5
⑪職探しや就職	1	2	3	4	5
⑫家庭内の人間関係	1	2	3	4	5
⑬近隣での人間関係	1	2	3	4	5
⑭近隣での住環境	1	2	3	4	5
⑮地域での非行や犯罪	1	2	3	4	5
⑯自分の将来	1	2	3	4	5
⑰生活上の孤立	1	2	3	4	5
⑱その他	1	2	3	4	5

４－（３）前問（２）でお答えいただいたような日常生活の問題や心配ごとについて、あなたは、相談したり頼ったりする人や組織がありますか。

以下に挙げる①から⑪について、「１．大いに頼りになる」から「５．全く頼りにできない」までの５段階からそれぞれ１つずつ選び、○印をつけてください。

	１．大いに頼りになる	２．ある程度、頼りになる	３．どちらともいえない	４．あまり頼りにできない	５.全く頼りにできない
①市役所・町村役場等	１	２	３	４	５
②学校、病院等の公的機関等	１	２	３	４	５
③警察や交番等	１	２	３	４	５
④地域の諸団体その１（自治会等の地縁団体）	１	２	３	４	５
⑤地域の諸団体その２（ボランティア・NPO・市民活動団体）	１	２	３	４	５
⑥勤務先（会社等）	１	２	３	４	５
⑦近所の人々	１	２	３	４	５
⑧家族	１	２	３	４	５
⑨親戚	１	２	３	４	５
⑩友人・知人	１	２	３	４	５
⑪職場の同僚	１	２	３	４	５

４－（４）あなたは、普段ご自分で健康だと思いますか。

次の１から４の中から、あてはまる番号を１つだけ選び、○印をつけてください。

１．とても健康だ	２．まあ健康な方だ	３．あまり健康でない	４．健康ではない

４－（5）以下に挙げる①から⑮の質問について、この 1 週間のことを考えながら「はい」「いいえ」でお答えください。

① 自分の生活に満足していますか。	1．はい	2．いいえ
② これまでやってきたことや、興味のあったことの多くを、最近やめてしまいましたか。	1．はい	2．いいえ
③ 自分の人生はむなしいものだと感じますか。	1．はい	2．いいえ
④ 退屈だと感じることが、よくありますか。	1．はい	2．いいえ
⑤ 普段は、気分のよいほうですか。	1．はい	2．いいえ
⑥ 自分に何か悪いことが起こるかもしれない、という不安がありますか。	1．はい	2．いいえ
⑦ あなたはいつも幸せだと感じていますか。	1．はい	2．いいえ
⑧ 自分が無力だと感じることがよくありますか。	1．はい	2．いいえ
⑨ 外に出て新しい物事をするより、家の中にいる方が好きですか。	1．はい	2．いいえ
⑩ 他の人に比べて、記憶力が落ちたと感じますか。	1．はい	2．いいえ
⑪ いま生きていることは、すばらしいことだと思いますか。	1．はい	2．いいえ
⑫ 自分の現在の状態は、まったく価値のないものだと感じますか。	1．はい	2．いいえ
⑬ 自分は、活力に満ちあふれていると感じますか。	1．はい	2．いいえ
⑭ 今の自分の状況は、希望のないものだと感じますか。	1．はい	2．いいえ
⑮ 他の人は自分より、恵まれた生活をしていると思いますか。	1．はい	2．いいえ

5．全員の方へ　寄付・募金活動についてお伺いします

5－（1）あなたは、この 1 年間（2011年9月～2012年8月）に現金もしくは現物による寄付活動をされましたか。以下に挙げる(ア)から(ク)までのそれぞれの活動について、あてはまるものすべてに、○印をつけてください。

	寄付先の活動	1．金銭による寄付をした	2．現物による寄付をした	3．寄付はしていない
(ア)	・各種募金 例：赤い羽根募金（10 月）・歳末助け合い運動（12 月）・日本赤十字への寄付・交通遺児育英会（あしながおじさん）・テレビ局主催のチャリティ（24 時間テレビ）・国土緑化推進機構（緑の羽根）・クレジットカードを通じた寄付、コンビニのレジに設置されている各種募金箱等	1	2	3
(イ)	・健康や医療サービスに関係した活動 例：車椅子の提供、献血、入院患者の話し相手等 ・高齢者・障害者を対象とした活動 例：高齢者の日常の生活の手助け、レクリエーション、一人暮らしの高齢者支援、手話、点訳、朗読、盲導犬育成、障害者の社会参加の協力等	1	2	3
(ウ)	・子ども・教育を対象とした活動 例：教育全般、子ども会の世話、子育て支援、電話相談、子どもの安全を守る等	1	2	3
(エ)	・スポーツ・文化・芸術に関する活動 例：スポーツを教える、普及させる、美術館ガイド、文化財の保護、図書館への本の寄贈など	1	2	3
(オ)	・まちづくりのための活動 例：道路や公園の清掃、まちの景観保全、道路のバリアフリー化、まちの活性化、地元のお祭りなど ・環境保全のための活動 例：野鳥の観察、植林・植樹、リサイクル、ごみ削減、温暖化防止、省エネなど ・安全な生活のための活動 例：防災、防犯、交通安全、被災者への義援金や救援物資等 ・国際協力のための活動 例：途上国支援、ＨＩＶに関する活動等	1	2	3
(カ)	・国や地方公共団体	1	2	3
(キ)	・宗教団体	1	2	3
(ク)	・その他の団体 （具体的にご記入ください：　　）	1	2	3

5－（2）この１年間（2011年9月～2012年8月）に、どれくらいの現金もしくは現物による寄付・募金活動をされましたか。現物によるものは相当額に換算し、１年間の総額として、以下からあてはまる番号を１つだけ選び、○印をつけてください。

1．１００円未満	5．１万円～５万円未満
2．１００円～１０００円未満	6．５万円～10 万円未満
3．１０００円～５０００円未満	7．10 万円以上
4．５０００円～１万円未満	8．寄付・募金はしていない

6．全員の方へ　許容度についてお伺いします

次のそれぞれについてあなたはどう思いますか。認められると思いますか、それとも認められないと思いますか。「１」は「認められない」を、また「１０」は「認められる」を示すとします。１から 10 までの数字であてはまるものを１つお答えください。（それぞれ１～１０のいずれかの番号を、○印で囲んでください。）

６－１　資格がないのに国の年金や医療給付などを要求する。

１	２	３	４	５	６	７	８	９	１０
【認められない】									【認められる】

６－２　公共交通機関の料金をごまかす。

１	２	３	４	５	６	７	８	９	１０
【認められない】									【認められる】

６－３　脱税。

１	２	３	４	５	６	７	８	９	１０
【認められない】									【認められる】

６－４　仕事に関してワイロを受け取る。

１	２	３	４	５	６	７	８	９	１０
【認められない】									【認められる】

7．最後にあなた自身のことについてお伺いします

以下の各問について、あてはまる項目をそれぞれ１つずつ選び、○印をつけてください。

7－（1）あなたの性別をお答えください。

１．男性　　２．女性

7－（2）あなたの満年齢をご記入ください。

（　　）歳

7－（3）あなたの現在お住まいの地域の郵便番号をご記入ください。

―

7－（4）あなたの職業をお答えください。

1．自営業、またはその手伝い	6．臨時・パート勤め人
2．民間企業・団体の経営者、役員	7．学生
3．民間企業・団体の勤め人（正規社員）	8．無職
4．民間企業・団体の勤め人（契約社員・派遣社員）	9．専業主婦・主夫
	10．その他（　　）
5．公務員・教員	

7－（5）居住形態をお答えください。

1．持ち家（一戸建て）	5．公営の借家（UR 賃貸住宅（旧公団住宅）、住宅供給公社、県営・市営住宅など）
2．持ち家（集合住宅）	
3．民間の借家（一戸建て、集合住宅）	
4．給与住宅（社宅、公務員住宅）	6．借間、下宿
	7．住み込み、寄宿舎、独身寮など
	8．その他（　　）

7－（6）現在の地域（市区町村）での居住年数をご記入ください。

（　　）年

7－（7）今後も現在お住まいの地域（市区町村）に住み続けたいですか。

1．住み続けたい　　2．どちらでもいい　　3．地域外に引っ越したい

7－（8）同居している人がいますか。いる人は以下の質問についてもお答えください。

1．一人暮らし　　2．同居人がいる

同居の親（配偶者の親も含む）	1．いる　→（　　）人 2．いない
配偶者	1．同居の配偶者あり 2．別居の配偶者あり 3．配偶者はいない
その他の同居人（祖父母、兄弟、子どもなど）	1　いる　→（　　）人 2．いない
同居している合計人数（自分を含めないでお答えください）	（　　）人

7－（9）最終学歴をお答えください。

1．小中学校　2．高等学校　3．専修学校・各種学校　4．高専・短期大学
5．大学　6．大学院　7．その他（　　）

７－（１０）主として、あなたの世帯を経済的に支えている方はどなたですか。

１．あなたご自身	２．あなた以外のご家族の方	３．その他

７－（１１）ご家族全部をあわせた、去年１年間の収入（ボーナス含む、税込み）をお答えください。

１．200 万円未満	５．800 万円～1,000 万円未満
２．200 万円～400 万円未満	６．1,000 万円～1,200 万円未満
３．400 万円～600 万円未満	７．1,200 万円以上
４．600 万円～800 万円未満	８．わからない

ご協力ありがとうございました。

厚生労働科学研究費補助金（地球規模保健課題推進研究事業）
分担研究報告書

健康・医療資源の公平性に関するモニタリング・ツールの開発：

格差勾配指数の応用とウェブ地図等を用いた結果公表の有用性の検討

研究分担者　　近藤　尚己　（東京大学大学院医学系研究科）

研究要旨

健康状態や医療資源へのアクセスの公平性の確保が国際的な課題となり、日本でも対応が必要である。本研究は、これら公平性を客観的指標により継続的に測定（モニタリング）し、市民や関係機関向けに情報提供し、コミュニケーションするツールを試作することである。今年度はまず、健康格差のモニタリングのための指標について検討を行った。その結果を受け、日本老年学的評価研究の2010-2011年調査の小学校区別集計データを用いて、健康・健康行動・医療資源に関する社会経済的地位による小地域間格差について、格差勾配指数を用いて測定した。また、公表されている市区町村別の標準化死亡比（ベイズ推定値）や社会経済指標（失業率等）との関係について、閲覧者が操作しながら把握できるウェブ地図システム（Instant Atlas）上に実装した。その結果、格差勾配指数は自治体内における地域別の健康格差を把握する指標およびウェブ地図を用いた情報提供の有用性と実行可能性が確認された。今後の本格利用に向けた課題として、格差勾配指数を計算するための指標の選択・地域の困窮度指数と格差勾配指数を自動計算できるソフトの開発が必要であることが確認された。

A. 研究目的

個人を取り巻く社会経済的な状況による健康格差を是正することが国際的な課題となっている。2008年の世界保健機関「健康の社会的決定要因に関するコミッション最終報告」においても、健康状態や保健サービスへのアクセスの社会経済的、地理的格差について継続的にモニタリングすることが強く推奨されている(1) 。

日本でも、2012年に発表された「21世紀における国民健康づくり運動」：健康日本２１（第２次）において、健康格差の縮小が基本姿勢の一つとして追加され、現在、その具体的な施策のあり方についての検討が各方面で進められている。

健康の地域格差や社会経済格差を数量的に評価する我が国における取り組みは2000年代後半以降盛んになった。国民生活基礎調査等の公的データを用いたものとしては、例えば福田らの一連の報告がある(2-12)。高齢者においては、近藤らによる愛知老年学的評価研究などの蓄積がある(13)。しかしこれらはいずれも１時点の健康状態の格差を評価したものであり、その時間変化を検討していない。健康格差対策を進めていくためには、時間軸上・空間軸上で比較可能な指標を用いて、継続的に健康格差を評価していく必要がある。

＜研究目的＞

以上のことから、本研究の最終的な目的

（１）日本において、主要な健康指標について、その社会経済的・地理的格差の継続的で実行可能性の高いモニタリング手法について検討すること、

（２）実際にモニタリングした結果について、市民や行政機関と共有するためのコミュニケーション・ツールを試作することの２つである。

＜本年度実施した作業について＞

今年度は、健康格差のモニタリングのための指標（メトリクス）について検討し、既存のデータを用いて実際に健康格差指標を算出し、その応用に際しての課題抽出を行った。

B. 研究方法

先行する研究や取り組み事例を元に、モニタリング指標についての検討を行った後、以下の２つの分析を行った。

分析A： 日本老年学的評価研究参加27自治体データを用いた自治体内の健康行動における社会経済的な地域間格差に関する格差勾配指数(Slope Index of Inequality: SII)の算出と自治体間比較の有効性の検討

分析B: 全国の市区町村別標準化死亡比と社会経済的困窮度の関係の視覚化

以下、実施した作業についてその方法を記載する。

＜分析A：格差勾配指数の算出と自治体間比較の有効性の検討＞

データ：日本老年学的評価研究：JAGES（http://square.umin.ac.jp/ages/）の2010-1011年度調査のデータを用いた。JAGES2010-11年調査は12道県31市町村を対象として行われた、65歳以上の自立生活を営む高齢者を対象とした郵送法による疫学調査である。対象自治体により、悉皆調査の場合と、無作為抽出によるサンプリング調査の場合がある。このうち、27自治体のデータを分析に使用した。

統計分析：（困窮度指数の算出）小学校区を地域単位として、地域がどの程度社会経済的に困窮しているかについて複数指標を用いて評価する「困窮度指数」を因子分析により算出した。JAGES2010‐2011調査の項目から、次の8項目への個人回答の集計値（割合）を用いた。すなわち、貧困世帯割合（対象全世帯の等価世帯所得の中央値の半分以下に相当する、相対的貧困ラインに満たない世帯の割合）、学歴（9年未満）、最長職（管理職・専門技術職以外の割合）、持ち家なし割合に加え、居住地域に対する主観的評価として「治安が悪化していると思う」「失業者が増加していると思う」「地域経済が沈滞していると思う」「貧困者が増加していると思う」の4項目を選んだ。因子分析により社会経済的な困窮度を最もよく説明する因子に強く相関した変数を使用し、主成分分析による主成分得点を算出し、これを困窮度指数とした。

（格差勾配指数の算出）健康格差のモニタリングのための指標についての検討の結果、地域における健康格差対策のために利用する指標として、格差勾配指数が適切であると判断した。詳しくはC.研究結果を参照されたい。

＜分析B：全国の市区町村別標準化死亡比と社会経済的困窮度の関係の視覚化＞

データ：政府統計の総合窓口e-stat（http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/eStatTopPortal.do）から、人口動態統計に基づく平成15年-19年の市区町村別標準化死亡比のデータを

ダウンロードして用いた。これは市区町村別総死亡者数と市区町村別人口に基づき、全国値を100として各市区町村の死亡率を相対的に示したものである。人口が少ない地域において偶然誤差が大きくなることの影響を除くために、周辺の自治体も合わせた推計値のデータを利用した経験ベイズ法による調整結果（ベイズ推定値）が公表されている。

市区町村別の社会経済状況については、公益財団法人統計情報研究開発センターが配布している「社会・人口統計体系」を入手した。同データは、人口･世帯、自然環境、経済･行政基盤、教育、労働、居住、健康･医療、福祉･社会保障などの13分野にわたり、国民生活全般の実態を示す種々の地域統計データを収集し、これを加工･編成した地域分析の基礎資料として配布されている。データ元はすべて国勢調査をはじめとした日本政府による公的統計である。

統計分析：市区町村別の平成１７年男女別完全失業率を自治体の社会経済状況のデータとして用い、標準化死亡比との相関関係を確認した。自治体合併に影響による２つのデータ間の相違については、合併後の自治体データに合わせる形で地図境界を描き、それに併せてデータの統合等の調整を行った。

C. 研究結果

＜健康格差のモニタリング指標の検討＞

先行する研究や取り組みについて文献調査を行った結果、健康格差モニタリング指標としての条件について、以下の条件が重要であることが確認された。すなわち、

（１） 時系列比較、地域間比較に必要な標準化が施されていること
（２） 数値が意味することが直感的で解釈しやすいこと
（３） （各自治体担当者が利用できるように）計算が簡便であること
（４） 国際的に認知され汎用されていること

である。

健康格差のモニタリングについては、欧州連合や英国の取り組みが大きく先行している。そのための指標についてはMackenbachとKunstが包括的に議論しており、特に格差勾配指数Slope Index of Inequalityと格差相対指数Relative Index of Inequalityが有用であることを主張している(14)。

表１に、Mackenbach&Kunst(1997)による格差指標のまとめを示した(著者が一部改編)。ある地域内（たとえば市町村内）における地区（たとえば小学校区や町丁字）の社会経済状況（たとえば平均所得や失業率）による健康格差の大きさを測定する場合、ある疾病の罹患率について、最も社会経済的に困窮している地区と最もゆとりがある地域との間の比や差を指標とするのが直感的にわかりやすいであろう。たとえば、新規要介護認定者割合について、社会経済状況が最もよい地区と最も悪い地区との間に、○○％の差がある、といったように解釈できる。これらの値を元に、集団寄与危険（人数および割合）を算出すこともできる。つまり、すべての地区の罹患率が最も社会経済的に恵まれた地区の罹患率と同じレベルになるように介入した場合に、罹患者数がどれだけ減少するか、に相当する指標である。

この手法の問題は、２つの地区のデータのみを利用し、その間にある複数のデータを無視していることである。もし利用した２地区のデータのうちいずれかの推定値に大きな偶然誤差があった場合、指標値も大きくゆがんでしまう。特に社会経済状況において両端にある地区の人口が少ない場合はその問題が深

刻である。

これを解決するための一般的な方法として、ロジスティック回帰分析や比例ハザード分析などの回帰分析により、社会経済状況が最も悪い地区と最も良い地区の罹患率の比や差を求めたり、その値を元に集団寄与危険を算出する方法が考えられる。これらは疫学研究で汎用され、幅広く認知されている指標であるが、問題点として、各地区の人口サイズが加味されていないこと、計算が複雑であることが上げられる。

格差勾配指数は、この点を、シンプルな回帰分析の手法を用いて解決するものである。図１は、11の地区（小学校区）を持つ、あるJAGES参加自治体内における、地域の社会経済状況と抑うつ状態にある高齢者の割合との関係を表している。○は各地区のプロットであり、縦軸は抑うつ尺度であるGeriatric Depression Scaleにより「重度の抑うつ症状の可能性あり」と判定された者の割合を示している。各地区のデータを、社会経済状況が最も豊かな地区から順番に横軸上に並べる。その際、自治体全体の人口に対する各地の人口割合に比例した幅を持たせ、その幅の中間にプロットする。横軸の最大値は１とする。こうして描かれた散布図上に、最小二乗法による回帰直線を描くと、その傾きが格差勾配指数となる。

格差勾配指数は「社会経済的に最も困窮している地区における抑うつ者の割合と最もゆとりがある地域における同割合の差」というように、この節の冒頭で述べた、最も直感的に理解可能な指標と同様に解釈できる。11地区のすべてのデータを利用し、地区間の人口差も加味されているため精度が高い。格差モニタリング指標の条件として列挙したすべての項目を満たしている。

Mackenbach&Kunst(1997)以降、格差勾配指数は、格差相対指数とともに、研究・実務の両面で世界的に用いられており、日本国内のデータ用いた時系列比較研究でも利用されている(12, 15-21)。

ところで、本研究により、表１に示されていないものの中にも、実際には、上記の条件のいくつかを満たすものが見出された。特に「（１）時系列比較、地域間比較に必要な標準化が施されていること」については、たとえば集中度指数concentration indexなど、それを満たす多くに指標があった。しかし多くの場合（２）以下の条件を満たしていなかった。つまり、公衆衛生行政の現場において使用に耐えられるだけの実用性や簡便性を備えていないと判断した。

以上より、我が国における健康格差対策においても、健康格差モニタリング指標として妥当性と実用性が高く、広く普及している格差勾配指数を用いることが妥当であると考えた。

＜分析A：格差勾配指数の算出と自治体間比較の有効性の検討＞

まず、JAGESの小学校区別集計データを用いて、地区の（社会経済的）困窮度指数を算出した。準備的な因子分析の結果、相関が低い変数を削除し、６変数で最終的な因子分析を行った。その結果、学歴（９年未満の割合）・等価世帯所得（貧困ライン以下の割合）・最長職の３変数が強く第１因子と相関した（表２）そのため、この３変数を主成分分析し、主成分得点を困窮度指数として用いた。

次に、困窮度指数を地区の社会経済状況を示す指標として、健康日本２１（第二次）と関連する「抑うつ疑いの割合」「歯がほとんどない人の割合」「やせ（体格指数、体重kg/身長m<18.5）の割合」について、格差勾配指数を算出した(図2-4)。各棒がそれぞれの自治

体の格差勾配指数を示す。エラーバーは95%信頼区間である。自治体名は除いた。

抑うつ疑い者の割合における自治体内小学校区間地域格差は、ほぼすべての自治体で正の値を示した（困窮度が高い自治体のほうが抑うつ疑い者が多い）。負の値を示した自治体も認められたが、信頼区間が大きかったことから、小学校区の数が少なく推定精度が低いことによる影響とみられた。最も格差が大きかった自治体における格差勾配指数は8.0%であった。つまり、学歴・所得・最長職で評価した困窮度指数が最も高かった小学校区では、最も低かった小学校区に比べて抑うつ疑い者の割合が8%多いという結果であった。同様に、「歯がほとんどない」人の割合に関する格差勾配指数も正の値を示し、最大で31.2%であった。BMI<18.5のやせの割合については、社会経済的な地域格差は少なかった。

＜分析B:全国の市区町村別標準化死亡比と社会経済的困窮度の関係の視覚化＞

図5-6にウェブアトラスの画面を提示した。世界保健機関を始め多くの公的機関で使用されているInstant Atlasというウェブ地図ソフトウェアを用いた。

地図化することで、視覚的に健康状態、社会経状況の分布が確認できる。地図はマウスを使って容易に操作でき、拡大・縮小や、データ間の回帰分析、データや地図画像のダウンロードや印刷も可能である。

現在一般公開に向けてデータの充実等を進めている。

D. 考察・結論

以上より、まず、格差勾配指数の有効性が一部確認された。我が国における健康格差対策においても、健康格差モニタリング指標として妥当性と実用性が高く、広く普及している格差勾配指数を利用することを進めるべきである。

また、格差勾配指数の実用化に向けた課題点も明らかになった。まず、現状で、地域の困窮度指数や格差勾配指数を算出することは各自治体の行政担当者には難しく、また、使用する数値の標準化なども困難である（たとえば、今回も使用した「学歴」の変数は年齢の影響を強く受けるため、本来であれば年齢調整が必要であった）。これに関しては、まず困窮度指数の算出に関しては、

（１） 研究者が困窮度指数・格差勾配指数を算出して定期的に公表する
（２） 公的機関により定期的に小地域の困窮度指数・を公表する
（３） 指数化せずに、課税対象所得や失業率といった個別指標を用いた複数の格差勾配指数を用いる

といった対応が考えられる。また、格差勾配指数の算出に関しては、行政活動で現在把握されている統計情報を入力することで格差勾配指数を自動計算できるソフトウェアを提供することを検討している。先進している取り組みとしては、米国がん研究所（National Cancewr Institute）では健康格差計算器（Health Disparities calculator, HD*Calc）というソフトウェアを開発し、ホームページ上から無料ダウンロードができるようにしている（http://seer.cancer.gov/hdcalc/）

＜今後の予定＞

以上より、健康格差モニタリング・ツールの開発に向け、現在以下の作業を進めている。

（１）格差勾配指数を自動計算できるソフトの開発

（２）ウェブアトラスに掲載するデータの充実（格差勾配指数・困窮度指数の時系列データも掲載予定）

（３）以上のコンテンツを掲載した、健康格差対策に資する自治体担当者向けのウェブサイトの作成。

引用文献

1. WHO Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.
2. Fukuda Y, Imai H. Review of research on social inequalities in health in Japan. J Natl Inst Public Health 2007;56(2):56-62.
3. Fukuda Y, Nakamura K, Takano T. Municipal socioeconomic status and mortality in Japan: sex and age differences, and trends in 1973-1998. Social Science & Medicine 2004;59(12):2435.
4. Fukuda Y, Nakamura K, Takano T. Wide range of socioeconomic factors associated with mortality among cities in Japan. Health Promot Int 2004;19(2):177-87.
5. Fukuda Y, Nakamura K, Takano T. Cause-specific mortality differences across socioeconomic position of municipalities in Japan, 1973-1977 and 1993-1998: increased importance of injury and suicide in inequality for ages under 75. International Journal of Epidemiology 2005;34(1):100.
6. Fukuda Y, Nakamura K, Takano T. Reduced likelihood of cancer screening among women in urban areas and with low socio-economic status: a multilevel analysis in Japan. Public Health 2005;119(10):875-84.
7. Fukuda Y, Nakamura K, Takano T. Municipal health expectancy in Japan: decreased healthy longevity of older people in socioeconomically disadvantaged areas. BMC Public Health 2005;5(1):65.
8. Fukuda Y, Nakamura K, Takano T. Socioeconomic pattern of smoking in Japan: income inequality and gender and age differences. Ann Epidemiol 2005;15(5):365-72.
9. Fukuda Y, Nakamura K, Takano T. Accumulation of health risk behaviours is associated with lower socioeconomic status and women's urban residence: a multilevel analysis in Japan. BMC Public Health 2005;5(1):53.
10. Fukuda Y, Nakamura K, Takano T. Higher mortality in areas of lower socioeconomic position measured by a single index of deprivation in Japan. Public Health 2007;121(3):163-173.
11. Fukuda Y, Nakao H, Imai H. Different income information as an indicator for health inequality among Japanese adults. Journal of Epidemiology 2007;17(3):93-99.
12. Fukuda Y, Nakao H, Yahata Y, Imai H. Are health inequalities increasing in Japan? The trends of 1955 to 2000. BioScience Trend 2007;1(1):38-42.
13. 近藤克則，健康の不平等研究会．検証「健康格差社会」-介護予防に向けた社会疫学的大規模調査．東京：医学書院; 2007.
14. Mackenbach JP, Kunst AE. Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: An overview of available measures illustrated with two examples from Europe. Social Science & Medicine 1997;44(6):757-771.
15. Huisman M, Kunst AE, Bopp M, Borgan JK, Borrell C, Costa G, et al. Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight western European populations. Lancet 2005;365(9458):493-500.
16. Kunst AE, Bos V, Lahelma E, Bartley M, Lissau I, Regidor E, et al. Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. Int. J. Epidemiol. 2005;34(2):295-305.
17. Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars A, Groenhof F, Geurts J. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. The Lancet 1997;349(9066):1655-1659.
18. Mackenbach JP, Martikainen P, Looman CWN, Dalstra JAA, Kunst AE, Lahelma E, et al. The shape of the relationship between income and self-assessed health: an international study. Int. J. Epidemiol. 2005;34(2):286-293.
19. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam A-JR, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, et al. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. New England Journal of Medicine 2008;358(23):2468-2481.
20. Sihvonen AP, Kunst AE, Lahelma E, Valkonen T, Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in health expectancy in Finland and Norway in the late 1980s. Soc Sci Med 1998;47(3):303-15.
21. Kondo N, Subramanian SV, Kawachi I, Takeda Y, Yamagata Z. Economic recession and health inequalities in Japan: analysis with a national sample, 1986-2001. Journal

of Epidemiology and Community Health 2008;62(10):869-875.

E. 研究発表

1. 論文発表

近藤尚己*. 社会階層と健康：疫学のアプローチ. 理論と方法. .

近藤尚己*, 近藤克則(2012). 「健康格差の是正」にどう取り組むか（特集：健康増進計画の評価と「その次」　時期計画に向けて何を重視すべきか）. 保健師ジャーナル 68(6), 468-473.2.

2. 学会発表

（ミニシンポジウム口演）近藤尚己・近藤克則・市田行信・狩野恵美・尾島俊之. 介護予防における健康格差評価尺度とその視覚化ツールの開発. 第71回日本公衆衛生学会学術総会, 山口, 2012年10月26日

F. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

なし

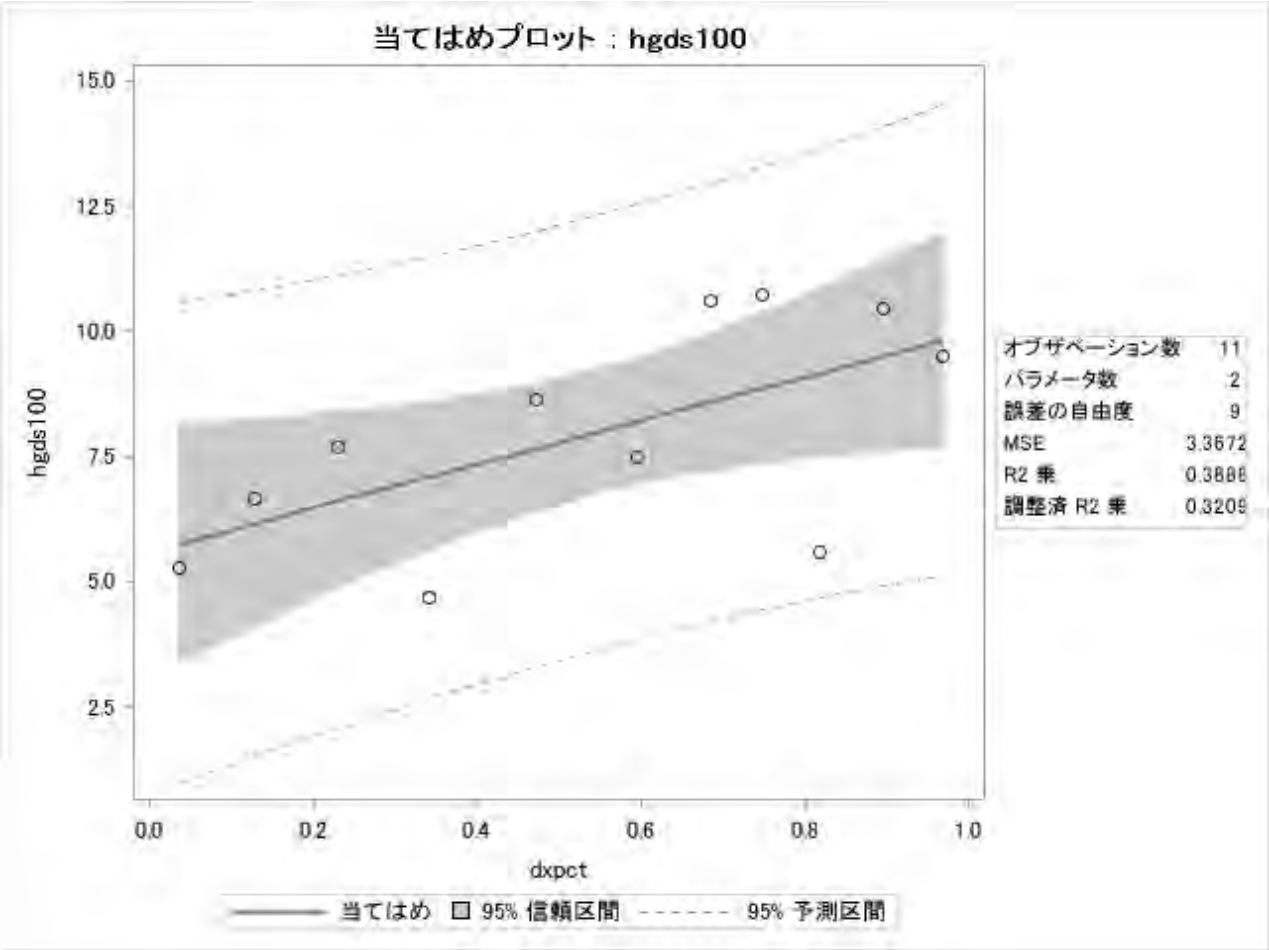


図１　格差勾配指数の計算方法　縦軸は抑うつ症状のある高齢者の割合。各地区のデータを、社会経済状況が最も豊かな地区から順番に横軸上に並べる。その際、地域全体の人口に対する各地区の人口割合に比例した幅を持たせ、その幅の中間にプロットする。横軸の最大値は１とする。点線は95%信頼区間を示す。

図2 「抑うつ疑い（GDS>9)」の割合（%）の差（SII）

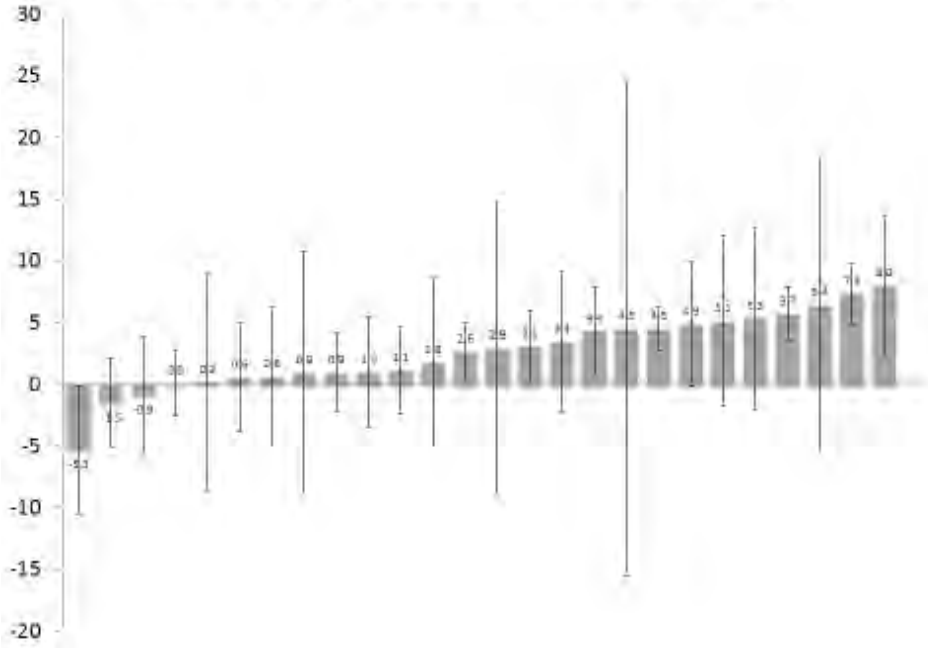
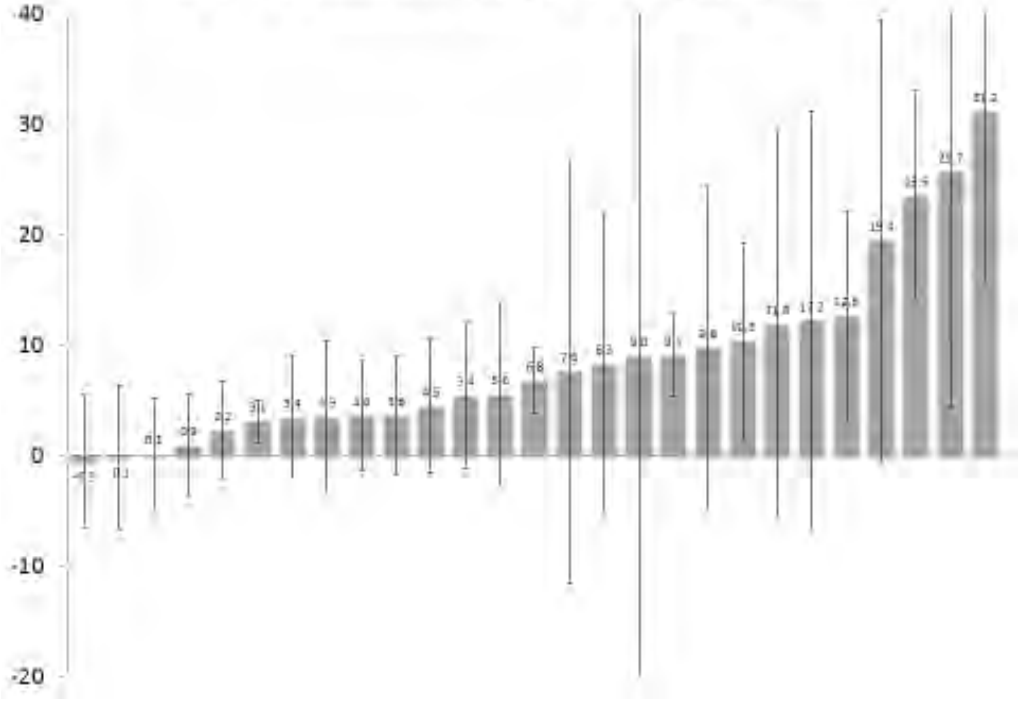


図3 「歯がほとんどない」の割合（%）の差（SII）



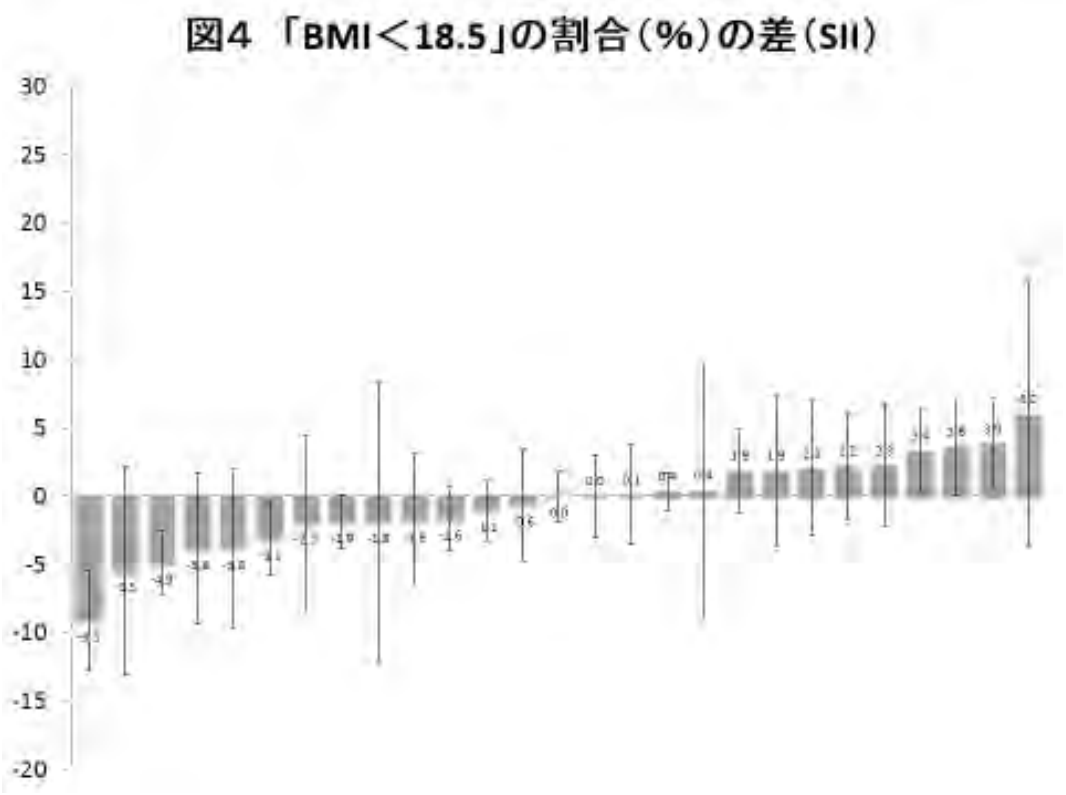


図５　Instant Atlas　シングル画面(例)２００７年の市区町村別ＳＭＲの地図化。クリック操作により、拡大・縮小・自治体の選択等の操作が可能。

図６Instant Atlas　ダブル地図表示画面(例)2007年の市区町村別ＳＭＲ(上段)と2005年失業率の関係。クリック操作により、拡大・縮小・自治体の選択等の操作が可能。

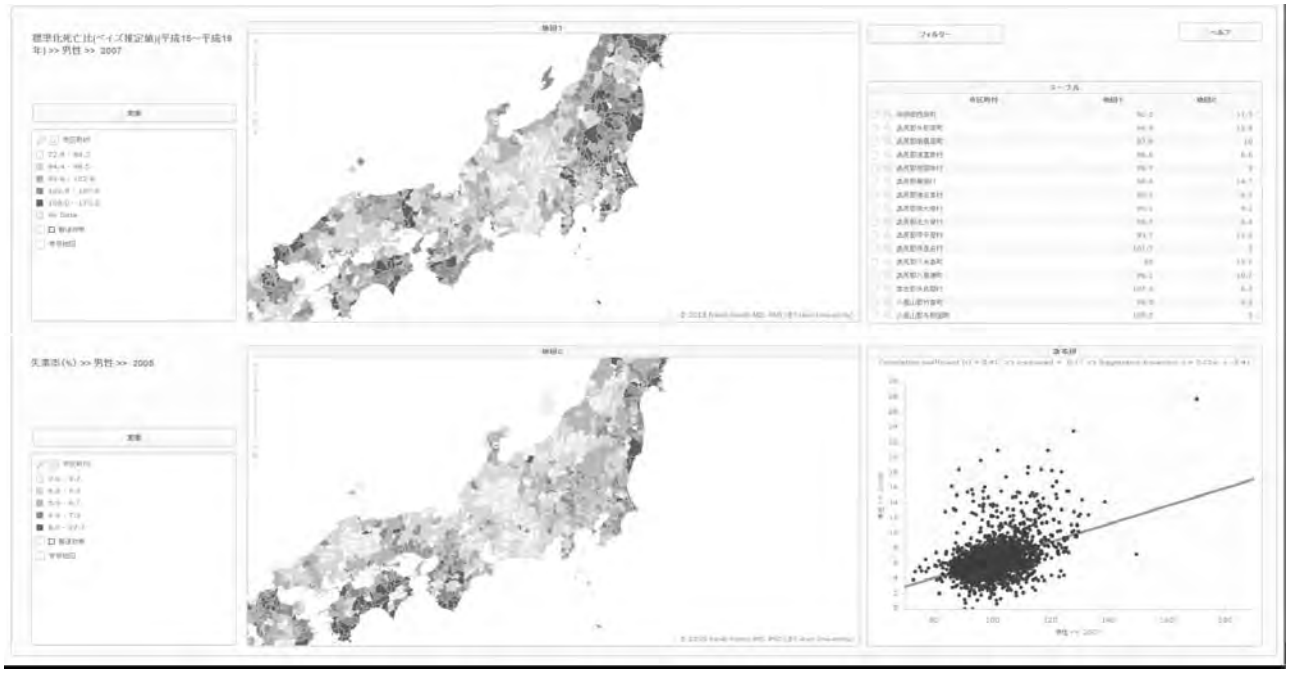


表１　MackenbachとKunst（1997）による健康格差指標の分類（Tasble 2を翻訳し整理した）

洗練度	格差の指標	格差の総量を示す指標	
		格差なし＝すべての群の健康指標の値が社会経済状況が最も良い群のそれと同じ	格差なし＝すべての群の健康指標の値が社会経済状況が平均的な群のそれと同じ
単純	社会経済状況が最も良い群と悪い群における疾病割合の比（相対効果）	集団寄与危険割合（%）	（不均一性指数Index of Dissimilarity（%）） （不均一性指数Index of Dissimilarity（絶対値））
	社会経済状況が最も良い群と悪い群における疾病割合の差（絶対効果）	集団寄与危険（人）	
洗練されている	回帰分析に基づいた相対効果の推計値（オッズ比・相対危険・罹患率比）	回帰分析結果に基づく集団寄与危険割合（%）	格差相対指数Relative Index of Inequality
	回帰分析に基づいた絶対効果の推計値（寄与危険・罹患率差）	回帰分析結果に基づく集団寄与危険（人）	格差勾配指数Slope Index of Inequality

表２　地区の社会経済的な困窮度に関連する指標群の因子分析結果；プロマックス回転後の因子負荷量

ﾊﾟﾀｰﾝ行列 [a]

	因子	
	1	2
地域が経済的に厳しいと思う	.011	.467
失業者が増えていると思う	.039	.745
貧困者が増えていると思う	-.043	.670
学歴（＜9年未満）	.845	-.047
等価世帯所得＜115万円）	.616	.192
最長職（管理・専門以外）	.863	-.055

因子抽出法: 主因子法
回転法: Kaiser の正規化を伴うﾌﾟﾛﾏｯｸｽ法

厚生労働科学研究費補助金（地球規模保健課題推進研究事業）
分担研究報告書

高齢者の就労支援事業に関するアクション・リサーチ
—アクティブシニア就業支援センターの観察に基づく予備的検討—

研究分担者　　藤原　佳典（東京都健康長寿医療センター研究所
社会参加と地域保健研究チーム　研究部長）

研究要旨

高齢期においては積極的な社会参加活動が生活機能の維持に肝要であり、所得など社会的要因が健康に影響を及ぼすことからも、就労支援が高齢者の社会参加促進策の有益な方法であると言える。高齢者の総合就労支援システムのモデルとして就業支援センターに着目し、社会参加促進策としてのセンターの可能性について検討した。センター利用者に関する5か月間の観察の結果、男性の利用率が高い一方で、就職率は女性の方が高かった。高齢者への就労支援事業が、女性と比して社会参加が劣る傾向にある男性に社会参加の機会を提供する手段となる可能性が示されるとともに、利用している男性が実際の就職には繋がり難いという課題が示された。

A.　研究目的

我が国における地域高齢者の追跡研究から、生活機能の維持に関して「社会的役割」や「知的能動性」の低下が「手段的自立」障害の予知因子であることが報告されている[1),2)]。高齢期においては積極的な社会参加活動が生活機能の維持に肝要であり、所得など社会的要因が健康に影響を及ぼすことからも[3)]、就労支援が高齢者の社会参加促進策の有益な方法であると言える。我が国の高齢者雇用政策は、2006年の高年齢者雇用安定法の改正により65歳までの継続雇用などが進められてきた。そして2013年4月に施行される同法のさらなる改正により65歳までの継続雇用がより強化される。一方、公的年金は同じく2013年に定額部分が65歳に完全に引き上げられ、比例報酬部分についても段階的な引き上げが開始される。税と社会保障の一体改革が議論される中、年金制度の見直しを含め今後高齢者の生活がより厳しいものになることが予想されている。

高齢者の就労に関する研究では、個人差を弾力的に認める社会づくりを希望していること、60歳代後半層では生きがいのために働く者の割合が多いこと、運動能力や健康面と合わせた調査の必要性などが指摘されている[4)]。しかしながら、高齢者の就労支援に関する学術的検討は社会的要請が高い一方で、研究実施の困難さから取り組みが遅れている。高齢期におけるライフスタイルが多様化する今日では、従来の社会的・経済的弱者対策としての高齢福祉施策だけでなく、生きがいのある就労を求める高齢者への支援は重要なテーマである。

また、今後の少子高齢化社会の進行を鑑みるに、就労については比較的若く健康度も高い高齢者の社会参加が望まれる。特に男性については就労等の有償労働が生きがいや生活

満足度を高めることが示されており[5]、女性と比較して社会的に孤立しやすい男性[6]の社会参加の促進が期待される。高齢者の就労支援の場としては、生きがいづくりと地域社会への貢献を目的としたシルバー人材センターや、公共の職業斡旋と紹介を行うハローワークが挙げられるが、これらに分散されていた有償活動の紹介・斡旋を一元的にコーディネートする窓口として、東京都内には高齢者専用の就業支援センターが設置されている(資料1)。

そこで本研究では、高齢者の総合就労支援システムのモデルとして、公益財団法人東京しごと財団が支援する「アクティブシニア就業支援センター（以降；センター）」に着目し、高齢者の社会参加促進策としての同センターの可能性について検討する。

B. 研究方法

東京都A区に開設されたセンターの観察を実施した。観察内容は利用者の人数、性別、年齢、就職率、就職決定時の職種、求人内容とした。求人内容には、一般的に公開されているしごと財団による求人と、センターが独自に開拓した自所開拓求人が含まれた。

本研究の観察期間は平成24年中の5か月間とした。

統計解析にはIBM SPSS Statistics 20を用いた。正確二項検定により、2つのカテゴリに分類されたデータの比率を比較した。

C. 研究結果

センター利用者の性別及び年齢、就職決定時の職種、就職率、求人情報を集計した。

センター利用者の性別は、男性は416名（64.3%）、女性は231名（35.7%）であり、男性の利用率は有意に高かった（$p<.01$）。

センター利用者のうち、就職活動のための登録を行い，実際に就職できた者は男性49名（11.8%）、女性38名（16.5%）であった。就職者数に関しては男女間で有意な違いはみられなかった。これらの就職者に関して、求人の情報源ごとに就職者数を表1に示した。情報源はしごと財団求人と自所開拓求人であり、男性は自所開拓求人による就職数が有意に高かった（$p<.05$）。女性ではこの有意差はみられなかった。

表1　求人情報源ごとの就職者数の内訳

（人）

	しごと財団情報	自所開拓求人	総計
男性	16	33	49
女性	18	20	38
合計	34	53	87

年齢区分ごとの就職率の男女比を図1に示した。70から74歳を除く全ての年齢で女性の方が男性よりも就職率が高かった。また、利用者の最高齢は86歳であったが、男女とも75歳以上の利用者の就職はみられなかった。

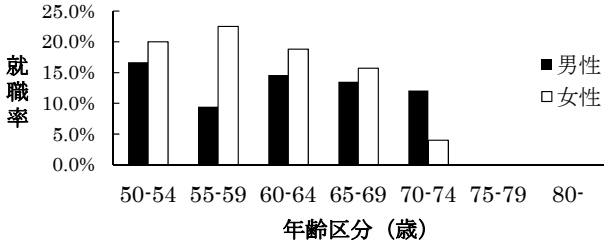


図1　年齢区分ごとの就職率の男女比

就職先の内訳ごとの男女の就職数を表2に示した。清掃は男女とも高く、加工、運転では男性が多かった。

表2　就職先内訳ごとの性別の内訳（人）

就職先内訳	男性	女性
清掃	14	16
加工	10	3
運転	11	0
介護	2	8
調理	2	6
組立	4	2
マンション管理	3	1
警備	2	0
事務	0	2
販売	1	0

自所開拓求人の内容ごとの求人数を表3に示した。警備は求人数が70件以上と高かったものの、実際の就職者数は低かった（表2）。

表3　自所開拓求人の内容ごとの求人数（人）

求人内容	求人数
清掃	108
警備	70
施設警備	40
介護	37
加工	34
マンション管理	31
事務	24
運転	14
保育	4
洋裁	4
運行管理	2
看護師	2
管理者	2
クリーニング	1
運送	1

D.　考察

高齢者の総合就労支援システムのモデルとして就業支援センターに着目し、センターの高齢者の社会参加促進策としての可能性について検討した。

平成24年中の5か月間のセンター利用者の性別及び年齢、就職決定時の職種、就職率、求人情報を集計した結果、利用率は女性よりも男性の方が高かった。就労支援事業が、男性に社会参加の機会を提供する手段となる可能性が示された。その一方で、就職率は男性よりも女性の方が高かった。利用している男性が実際の就職には繋がり難いという課題が示唆された。

センターの自所開拓求人はしごと財団の提供する求人よりも就職率が良く、特に男性にとっては有効であった。このことから、地域性を生かした求人の重要性が示唆されるが、求人数と就職数の乖離など雇用のミスマッチも伺えた。

男性においては後期高齢になってもセンターの利用傾向がみられたが、実際の就職はみられなかった。後期高齢者の就職の困難さが、雇用のミスマッチに由来するものか、年齢による就職自体の困難さに由来するものであるのかは本研究では明らかにすることはできない。しかしながら、今後の労働人口の高齢化を斟酌するに、就労を希望する後期高齢者の就労支援の在り方について検討する必要がある。

本研究ではセンター利用者の性別・年齢などの属性情報を中心に高齢者の社会参加促進策としてのセンターの可能性について検討した。就職先の内訳と就職者の属性は明らかになっているものの、雇用ミスマッチ等の高齢期における就労支援の問題について検討するためには、より詳細に就職活動の実態とその経過を観察し、就労支援における課題を検討する必要がある。そのため、今後はセンター利用者に直接アプローチをする手法により調査を実施することが求められる。

E.　結論

高齢者の総合就労支援システムのモデルと

して就業支援センターに着目し、高齢者の社会参加促進策としての可能性について検討した。センターの観察を5か月間行った結果、男性の利用率が高い一方で、就職率は女性の方が高かった。高齢者への就労支援事業が、女性と比して社会参加が劣る傾向にある男性に社会参加の機会を提供する手段となる可能性が示されるとともに、利用している男性が実際の就職には繋がり難いという課題が示された。今後はセンター利用者に直接アプローチをする手法により調査を実施する。

F. 研究発表

1. 論文発表

該当なし。

2. 学会発表

鈴木宏幸，倉岡正高，深谷太郎，小林江里香，野中久美子，村山陽，藤原佳典．高齢者の社会参加促進策としての就労支援事業の可能性：アクティブシニア就業支援センターの観察に基づく予備的検討．第7回日本応用老年学会大会，神奈川，2012．11．9

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

該当なし。

2. 実用新案登録

該当なし。

3. その他

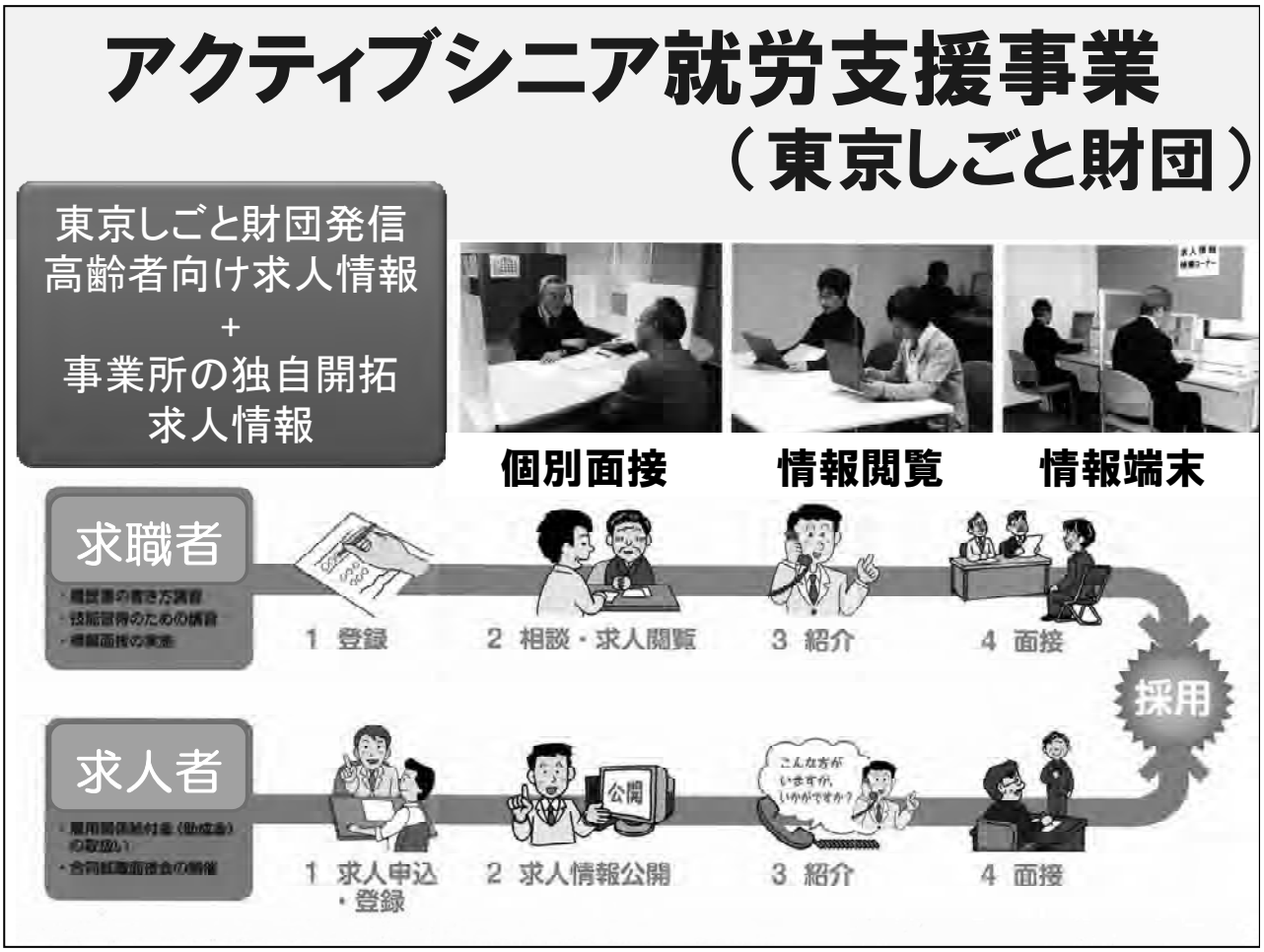
該当なし。

H. 引用文献

1) Fujiwara Y, Shinkai S, Kumagai S, Amano H, Yoshida Y, Yoshida H, Kim H, Suzuki T, Ishizaki T, Haga H, Watanabe S, Shibata H. Longitudinal changes in higher-level functional capacity of an older population living in a Japanese urban community. Arch Gerontol Geriatr, 36: 141-153, 2003.
2) Fujiwara Y, Shinkai S, Kumagai S, Amano H, Yoshida Y, Yoshida H, Kim H, Suzuki T, Ishizaki T, Watanabe S, Haga H, Shibata H. Changes in TMIG-index of competence by subscale in Japanese urban and rural community older populations: six years prospective study. Geriatrics & Gerontology International, 3: 63-68, 2003.
3) 近藤克則．健康格差社会-何が心と健康を蝕むのか，医学書院, 2005
4) 労働政策研究・研修機構．高年齢者の継続雇用等、就業実態に関する調査, JILPT 調査シリーズ, 94, 2012
5) 杉原陽子．高齢者の社会的貢献の実態、精神面への効果、および関連要因の検討．東京都老人総合研究所短期プロジェクト研究報告書「後期高齢期における健康・家族・経済のダイナミクス」, 2002
6) 平井寛，近藤克則，市田行信，末盛慶．「健康の不平等」研究：高齢者の閉じこもり．公衆衛生, 69（6）, 485-489, 2005

［研究協力者］
鈴木宏幸，倉岡正高，深谷太郎，小林江里香，村山陽（東京都健康長寿医療センター究所社会参加と地域保健研究チーム）

資料1※



※アクティブシニア就労支援事業のリーフレットを一部改編

厚生労働科学研究費補助金（地球規模保健課題推進研究事業）
分担研究報告書

健康の社会的決定要因の主要文献に関する研究

研究分担者　近藤　克則（日本福祉大学　社会福祉学部　教授）
研究代表者　尾島　俊之（浜松医科大学　健康社会医学講座　教授）

研究要旨
【目的】日本においても健康の社会的決定要因(SDH)が注目されるようになった．SDHの主要文献を選定し，それを翻訳して日本語で容易に読めるようすることでSDHに関する知識や論考，動向を，日本社会に紹介することを目的とした．【方法】SDHに関する主要文献を，研究班メンバーの議論（メールを含む）により選定し翻訳した．【結果】主要文献を翻訳した．【考察】SDHが日本においても注目されている中で，本研究の成果物が活用されることが期待される．

A. 研究目的

国際的には2000年ごろから,健康の社会的決定要因(以下SDH)が注目されてきている．WHOは2008年に「Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report of the Commission on Social Determinants of Health 2008」を出版した．それ以降2009年にはWHO総会決議，2011年には国際会議開催と動きが出てきた．

一方，日本においても，SDHは注目されるようになり，健康日本21（第2次）においても，SDHの重要性が指摘され,「健康格差の縮小」が目標に明示されるようになった．

このように世界的にも，そして日本においてもSDH対策を推進し，社会環境の質を向上させて，健康増進に取り組もうとする動きは大きくなりつつある．

しかし，世界的にはSDH研究が進み有用な知見が多数あり，それに関する論考や政策文書が多数あるにもかかわらず，英語で書かれているために，日本では，それらを読んだ者が少ない状況である．

そこで，本研究では，SDHに関する文献を翻訳し，広く日本でSDHの知見や論考，政策文書が共有される日本語資料を作成することを目的とした．

B. 研究方法

SDHに関する主要文献を，研究班メンバーの議論（メールを含む）により選定し翻訳した．WHOの文書については，WHO神戸センターの協力を受け監訳をしていただいた．

C. 研究結果

以下の文献を翻訳した（表1）．詳細は，別添資料（翻訳版）参照．

D. 考察

SDHが日本においても注目されている中で，本研究（日本語化）は，世界の英知を日本でも多くの人によって共有でき，健康日本21（第2次）や，介護予防の推進の重要な基礎資料となることが期待される．

E. 結論

本研究では，現在世界的にも，日本においても注目されているSDHに関する文献を，世界的知見の日本での共有が目的とし，翻訳した．国際的な主要文献を翻訳し，共有のための基礎資料を作成することができた．

WHOの文書については，狩野恵美さん（WHO神戸センター）に監訳を担当していただきました。「一世代のうちに格差をなくそう」は、野田浩夫さんの訳をご参考にさせて頂きました。記して感謝いたします。

F. 研究発表

1. 論文発表

翻訳版をwebsite等で公開した

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1.特許取得

2.実用新案登録

3.その他

該当なし

表1　翻訳したSDHに関する文献と出典URL

Appendix I. 全ての政策において健康を考慮することに関するアデレード声明 ～健康と幸福のためにガバナンスを共有する方向へ～ Adelaide Statement on Health in All Policies. moving towards a shared governance for health and well-being (WHO 2010) http://www.who.int/social_determinants/hiap_statement_who_sa_final.pdf
Appendix II. 健康の社会的決定要因に取り組む活動を通じた健康の不公平性の低減 Reducing health inequities through action on the social determinants of health (WHA62.14, WHO 2009) http://www.who.int/sdhconference/resources/WHA62_REC1-en-P2.pdf
Appendix III. 健康の社会的決定要因に関する世界会議の成果 Outcome of the World Conference on Social Determinants of Health (WHA65.8 agenda item 13.6, WHO 2012) http://www.who.int/sdhconference/background/A65_R8-en.pdf
Appendix IV. 全ては公平性のために 健康の社会的決定要因に関する世界会議 概略報告書 All for Equity. World Conference on Social Determinants of Health, Summary Report (Rio de Janeiro, Brazil, 19-21 October 2011) (WHO 2012) http://www.who.int/sdhconference/resources/Conference_Summary_Report.pdf
Appendix V. 一世代のうちに格差をなくそう: 健康の社会的決定要因に対する取り組みを通じた健康の公平性 （健康の社会的決定要因に関する委員会 最終報告書 要旨） Closing the gap in a generation. Commission on Social Determinants of Health, Final Report, Executive Summary (WHO 2008) http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_eng.pdf
Appendix VI. 公平な社会、健康な生涯 マーモット・レビュー エグゼクティブ・サマリー The Marmot Review, Executive Summary (The Marmot Review (UCL), 2010) http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review
Appendix VII. マーモット・レビュー 第 5 章 実現に向けて: 社会的勾配に伴う健康格差の解消の実現およびモニタリングのためのフレームワーク The Marmot Review, Chapter5 Making it happen: a framework for delivering and monitoring reductions in health inequalities along the social gradient (The Marmot Review (UCL), 2010) http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review

WHO が 2010 年に『Adelaide statement on health in all policies: moving towards a shared governance for health and well-being』として出版。
© World Health Organization 2010
世界保健機関（WHO）事務局長は、日本語版の翻訳・出版権を日本福祉大学に付与した。日本語版に対する責任は全て日本福祉大学が負うものとする。
Japanese version © 日本福祉大学 2013

Appendix I.

全ての政策において健康を考慮することに関するアデレード声明
～健康と幸福のためにガバナンスを共有する方向へ～

健康を考慮することは、より効果的なガバナンスを意味する
より効果的なガバナンスは、健康の増進を意味する

2010 年にアデレードで開催された「全ての政策において健康を考慮することに関する国際会議」の報告

「全ての政策において健康を考慮すること（Health in All Policies）に関するアデレード声明」は、行政のあらゆる階層、すなわち市町村、地方、国家および国際機関のリーダーや政策立案者に関与するものである。この声明では、全ての部門が「健康と幸福」を政策展開の主要要素として取り込むことで、行政の目的が最もふさわしい形で達成されると強調する。その理由は、健康と幸福の根本は保健部門の範囲外にあり、社会的、経済的に形成されるためである。すでに多くの部門が、人々の健康増進に貢献しているが、それでも大きな溝が複数存在する。

アデレード声明では、人間開発、持続可能性と公平性を促進し、健康アウトカムを改善するために、全部門間での新しい社会契約が必要であることを概説している。そのためには、行政内で、全部門を横断して、あるいは行政の各階層間で協調したリーダーシップが存在する、新しい形態のガバナンスが求められる。本声明では、行政を横断する複雑な問題を解決する際の保健部門の貢献を強調する。

社会、経済、環境面での発展の実現
社会の様々な目標を達成するうえで、人々が健康であることは、重要な必須要件である。社会の中の不平等や社会格差の勾配を低減することは、皆の健康と幸福を向上させる。

人々が健康であることは、生活の質を高め、労働力の生産性を改善し、学習能力を向上させ、家族やコミュニティを強化し、持続可能な居住地や環境の支えとなり、治安、貧困削減や社会参加に寄与する。しかし、治療や介護費用の依然とした上昇は、国や自治体のリソースに持続不可能な負荷をかけ、より広範な発展を妨げることにもなりかねない。

このような人々の健康と幸福そして経済発展の間に見られる相互作用については、全ての国で政治課題としての優先度が急速に高まってきた。強力で調和のとれた行政の対応により、健康と幸福の決定要因

に対処し、それに係わる取り組みの重複と分裂を避けることが、コミュニティ、雇用者、産業界から、ますます期待され、要求されている。

協調した行政の必要性

公共政策の相互依存に適切に対応するには、ガバナンスへの別のアプローチが必要である。まず行政は、共通の目標、総合的対策、そして各政府部局の説明責任の増加を明確にした戦略的計画を立てることで政策立案を調整する。これには、市民社会や民間部門とのパートナーシップも必要である。

政策課題に対処する際、人々の健康は基礎的な促進剤となり、不健康は阻害剤となるため、保健部門は行政を横断して、また他の部門と組織的に連携し、他部門の取り組みにおける健康と幸福の側面に対処する必要がある。保健部門は、行政の別部門の政策展開と目標到達を積極的に援助することで、それら部門を支援することができる。

人々の健康と幸福をうまく発揮させ、活用するには、行政は、多部門連携による問題解決を重視し、行政内の力の不均衡に対処するプロセスを制度化する必要がある。それには政府各機関が協力して総合的解決に取り組めるよう支援するリーダーシップ、権限、インセンティブ、予算のコミットメント、そして持続可能な仕組みなどが要される。

全ての政策において健康を考慮する（Health in All Policies）アプローチ

上述のアプローチは「Health in All Policies」と称され、多くの国で開発され、試されてきた。このアプローチは、政策およびサービスの展開、実施、評価において、指導者や政策立案者が健康、幸福、公平性についての配慮を融合する一助となる。

全ての政策において健康を考慮するアプローチは、次のような場合に最もその効力を発揮する。

- 明白な指令により、協調した行政が必須のものとされている
- 組織的なプロセスが、部門間の相互作用を考慮している
- 利害関係の調停がされる
- 説明責任、透明性、参加型プロセスが存在する
- 行政以外の利害関係者の関与も確保されている
- 実践的な多部門連携のイニシアチブによってパートナーシップと信頼が築かれている

政策サイクルの各段階で有用と示されたツールや手段には、次のものがある。

- 省庁間、部局間の委員会
- 多部門連携による作業チーム
- コミュニティ・コンサルテーションや Citizens' Juries[1]
- パートナーシップ・プラットホーム

[1] Citizens' Juries - www.jefferson-center.org/

・ 予算と会計の統合
・ 分野横断的な情報・評価システム
・ 労働力の協調開発
・ Health Lens Analysis[2]
・ 影響評価（インパクト・アセスメント）
・ 法的枠組みの構築

全ての政策において健康を考慮することを達成するための駆動力

全ての政策において健康を考慮するためのプロセスを構築するには、固定した物の見方や意志決定の方法を変えたり、行動を促す機会をうまく利用する必要がある。駆動の鍵となるものは、それぞれの状況に特有ではあるが、次のものが含まれると考えられる。

・ 相互の利害関係の認識と、達成目標の共有のもと、強力な同盟やパートナーシップを創出する
・ 政府首脳、内閣、議会、行政指導者らを関与させることにより、行政全体としてのコミットメントを構築する
・ 強力でハイレベルの（高位高官による）政策プロセスを展開する
・ 行政の総合的な戦略、目標や目標値に、それぞれ責任を伴わせる
・ 共同意志決定とアウトカムに対する共同説明責任を確保する
・ 利害関係者による支持と擁護を促すために、彼らへの（情報などの）開示や彼らとの充分な協議を可能にする
・ 社会、経済、環境の各面での目標を統合するような新しいモデルを見出すための実験と革新を奨励する
・ 知的資源を供出し合い、研究活動を統合し、現場の知恵を共有する
・ フィードバック体制を整え、上層部での進捗の評価、監視ができるようにする

こうしたプロセスが行政内で価値観の衝突や利害関係の不一致を生み、緊張状態を作り出すことは稀ではない。そのような場合には、政治プロセスと主要な意志決定者との持続的かつ組織的な対話により、解決が可能である。

保健部門が果たす新たな役割

全ての政策において健康を考慮することを進展させるためには、保健部門は他部門と連携して働くことを学ばなければならない。政策革新、新たな仕組みや手段、ならびにより良い規制の枠組みなどについて、（他部門と）共同で探査することが必須となる。そのためには、まず保健部門が、対外指向で外部に開かれ、必要な知識、技能、権限を備えていることが求められる。それはまた、保健部門そのものの中での調整を改善し、（Health in All Policies の）擁護者を支持することを意味する。

全ての政策において健康を考慮することに賛同する健康部局は、新たに次の責務を担う必要がある。

・ 他部門が抱える政治課題や行政義務への理解
・ 政策オプションや戦略に関する知識とエビデンスの構築
・ 政策展開プロセスにおける各オプションが健康にもたらす影響の比較評価

---

2 Health Lens Analysis - www.health.sa.gov.au/pehs/HiAP/health-lens.htm

・ 定期的な他部門との対話、問題解決を行うためのプラットホーム作り
・ 多部門連携による取り組みや、総合政策策定の効果の評価
・ より良い仕組み、リソース、関係機関の支持、熟練した専任スタッフなどの確保による能力開発
・ 行政の別部門の目標達成に協力することを通じて、健康と幸福の向上に貢献する

全ての政策において健康を考慮するアプローチの展開における次のステップ

アデレード声明は、公平性の原則に基づき、全ての政策において健康を考慮するアプローチを世界規模で展開し強化しようとするプロセスの一部であり、これに関して世界保健機関（WHO）の加盟国や地域がかかわっている非常に重要な討議に寄与するものである。本声明は、このアプローチを既に実践した経験を持つ国々の業績を反映している。

本声明は、2011 年にブラジルで開催される「健康の社会的決定要因に関する世界会議」、2013 年にフィンランドで開催される「第 8 回ヘルスプロモーションに関する国際会議」、およびポスト 2015 年開発目標の作成などに、重要な情報を提供するものである。

背景と謝辞

健康とは、人の身体的能力に加え、その人の持つ社会的および個人的なリソースにも重点を置く、ポジティブな概念である。そのためヘルスプロモーションは、単に保健部門の責任ではなく、健康な生活習慣の推進という枠を越え、幸福（Well-being）や、（健康増進を促すような）環境作りにまで至る。

アデレード声明は、2010 年 4 月 13 日～15 日にアデレードで開催された「全ての政策において健康を考慮すること（Health in All Policies）に関する国際会議」の参加者が作成したものである。南オーストラリア州政府は WHO と共に、幅広い部門と多くの国々から 100 名の上級専門家を招き、全ての政策において健康を考慮することの実践について議論した。会議の主たる目的は、行政の全部門を横断する保健事業の実施に寄与する、主要な原則と方法を特定することで、この課題を前進させ、また、他の部門の目標に保健部門が貢献するように促すことであった。

この 2010 年の会議で活用したのは、WHO 健康の社会的決定要因に関する委員会（Commission on Social Determinants of Health）の 2008 年の報告書のほか、ILO、OECD、UNDP、UN-ECOSOC、UNESCO、UNICEF、世界銀行、世界経済フォーラムの重要な文書であった。また、1978 年の「プライマリーヘルスケアに関するアルマアタ宣言」、1986 年の「ヘルスプロモーションのためのオタワ憲章」、1988 年の「健全な公共政策(Healthy Public Policy)についてのアデレード勧告」とその後開催されたヘルスプロモーション国際会議、1999 年の「健康影響予測評価（Health Impact Assessment）に関するコンセンサスのヨーテボリ報告書」、2007 年ローマにおける「全ての政策において健康を考慮する（Health in All Policies）宣言」といった、WHO のこれまでの取り組みや成果をもとに前進することができた。

南オーストラリア州政府は 2007 年より、オーストラリア国内外で、全ての政策において健康を考慮すること

に関する知識交換を促進する、指導者的な役割を担ってきた。そのイニシアチブとして、2007 年に全ての政策において健康を考慮すること（Health in All Policies）に関する会議を開催してその活動を立ち上げ、州政府の中心機関および他の機関に継続的な支援を提供、全ての政策において健康を考慮することを実践する独自の手法についてガイダンス資料を発行、そして 2010 年 4 月に WHO との共催で「全ての政策において健康を考慮すること（Health in All Policies）に関する国際会議」を開いた。

協調した行政の活動例

部門・課題	健康と幸福（Well-being）の相互関係との関連性
経済と雇用	・ 経済の回復力と成長は、人々が健康であることによって推進される。より健康な人々は、家計の貯蓄を増やすことができ、仕事がより生産的で、仕事の変化にもより容易に対応でき、より長期にわたって働くことができる。 ・ 仕事と安定雇用の機会を保障することは、社会集団の枠組みを越え、全ての人の健康を向上させる。
安全と公正	・ 食料、水、住まい、仕事の機会、公正な司法制度が不十分であるほど、暴力、疾病、けがの割合が増加する。結果として、このような基本的なニーズが満たされないことによって引き起こされる問題に、社会の司法制度が対応しなければならない。 ・ 精神病（および関連する薬物、アルコールの問題）の有病率は、暴力、犯罪、収監件数に関連する。
教育と人生早期	・ 子供または家族が不健康であると学業が妨げられ、教育的可能性が抑制され、人生における課題を解決し、好機を求める能力が損なわれる。 ・ 男女ともに学業が達成されると、人々の健康の向上と、生産的な社会への参加能力とに直接的に寄与し、社会に積極的に関心を抱き、参加する市民を創出する。
農業と食料	・ 食料の安全と安心は、食料の生産、加工、販売、流通の各過程において健康を考慮することで増進し、それは消費者の信頼を高め、より持続可能性の高い農業の実践を確保することを通じて実現できる。 ・ 食料が健全であることは人々の健康にとって重大であり、食料と安全のための優れた実践は、動物から人間への病気伝播を低減することに役立ち、また農業従事者と地方コミュニティの健康に良い影響を与えるような農業方法を支援することになる。
インフラストラクチャー、計画、交通機関	・ 道路、交通機関、住宅の計画を最適化するには、健康への影響を考慮する必要がある。それは、環境への代償を生じる排出を削減し、交通網の輸送能力や、それを用いた人、物、サービスの移動の効率を改善できるためである。 ・ サイクリングやウォーキングを含む、より良い交通手段の普及は、より安全で住みよいコミュニティを築き、環境の悪化を低減して健康を増進する。

環境と持続可能性	・ 天然資源の利用の最適化と持続可能性の促進を最も良く達成するには、人々の消費パターンに影響を与える政策を実施することである。これは、人々の健康を増進することにもなる。 ・ 世界における予防可能な全ての疾患の四分の一は、人々の住む環境条件に原因がある。
住まいとコミュニティサービス	・ 人々の健康と幸福を考慮し（例えば、断熱、換気、公共スペース、廃棄物処理等）、コミュニティも係わりながら、住まいの設計やインフラストラクチャーの計画をすると、社会的一体性と開発プロジェクトへの支援を向上できる。 ・良い設計にもとづく入手可能な住宅と十分なコミュニティサービスを提供することにより、不利な条件におかれた個人やコミュニティにとって健康の最も基本的な決定要因のいくつかに対処できる。
土地と文化	・ 土地（使用権・所有権）へのアクセスを改善することにより、先住民の健康と幸福の向上を支援できる。それは、先住民の健康と幸福は、土地と祖国に属しているという深い感覚と、精神的、文化的に結びついているためである。 ・ 先住民の健康を向上させることで、コミュニティと文化のアイデンティティを強化し、市民参加を向上させ、生物学的多様性の維持を支持できる。

引用の際の表記: 全ての政策において健康を考慮することに関するアデレード声明（Adelaide Statement on Health in All Policies）、WHO、南オーストラリア州政府、アデレード、2010 年

本出版物は、2010 年 4 月 13 日～15 日にアデレードで開催された「全ての政策において健康を考慮すること（Health in All Policies）に関する国際会議」に出席した国際的な専門家グループの統一見解をまとめており、必ずしも世界保健機関あるいは南オーストラリア州政府の決定または政策を示すものではない。

WHO が 2009 年に『WHA62 Resolutions (Sixty-second World Health Assembly) 』の一部として出版。
© World Health Organization 2009
世界保健機関（WHO）事務局長は、日本語版の翻訳・出版権を日本福祉大学に付与した。日本語版に対する責任は全て日本福祉大学が負うものとする。
Japanese version © 日本福祉大学 2013

Appendix II.

WHA62.14 健康の社会的決定要因に取り組む活動を通じた健康の不公平性の低減

第 62 回世界保健総会では、

- 健康の社会的決定要因に関する委員会の報告書[1]を考慮し、
- 健康の社会的決定要因に関する委員会の包括的な 3 つの勧告、すなわち、日常生活状況を改善すること、権力、資金、リソースの不公平な分配に対処すること、問題を評定して理解し、対策の影響を評価することに留意し、
- 1948 年に設立したWHOと、「到達しうる最高基準の健康を享有することは、人種、宗教、政治的信念又は経済的若しくは社会的条件の差別なしに万人の有する基本的権利の一つである」とする WHO 憲章の 60 周年記念であることに留意し、
- 健康の公平性という不可欠な価値を再確認し、プライマリーヘルスケアを通じて全ての人々が健康を享受できるようにするための国際戦略を立ち上げた、1978 年にアルマアタで開催された「プライマリーヘルスケアに関する国際会議」の 30 周年記念であることに留意し、
- 「Health for All（全ての人々に健康を）」という原則、とりわけ多部門連携による取り組みの必要性（WHA30.43 決議）について想起し、
- 健康のより幅広い決定要因に対処することの重要性を確認し、「ヘルスプロモーションのためのオタワ憲章」から「グローバル化した世界におけるヘルスプロモーションのためのバンコク憲章」までの一連のヘルスプロモーション国際会議において打ち出された活動と勧告を考慮したうえで、全ての行政の主要な責任として、ヘルスプロモーションを国際開発課題の中心に据え（WHA60.24 決議）、
- 2015 年までにミレニアム開発目標を達成するとした国連ミレニアム宣言におけるグローバル・コンセンサスと、その目標到達までの期間の中間点において、いくつかの地域では、これらの目標の多くに十分な進捗がない懸念があることに留意し、
- この点について、健康に関連するミレニアム開発目標の達成度を保健総会が年次で監視し始

[1] A62/9 文書

める WHA61.18 決議を歓迎し、

- プライマリーヘルスケアがテーマであった「世界保健報告 2008[2]」の中で、保健や他の社会システムの改革によって健康の公平性を向上させる方法が焦点となっていることに留意し、

- 環境劣化と気候変動への対応には健康の公平性の課題が含まれる事実に留意し、気候変動の影響が、脆弱で社会的に不利な立場にある人々の健康に悪い影響を与えると予測されること（WHA61.19 決議）に留意し、

- 世界で平均余命の差が拡大している事実に留意し、

- ジェンダーにもとづく健康の不公平性の撤廃を最重視し、

- 世界で何百万人もの子供たちが十分に潜在能力を発揮できていないこと、また、子供の初期の発達に対する包括的な支援に、全ての子供たちがアクセスできるように投資することが、生涯にわたる健康の公平性を実現するための基礎的な手段であることを認識し、

- 好ましくない社会状況の改善は、第一に社会政策の課題であることを認識し、

- 多部門の連携をとおして健康の社会的決定要因に取り組む努力を、国家間、国内、そして自治体レベルでもさらに調和させると同時に、そのような活動には市民社会、民間部門といった多くのパートナーの協力が必要であるという理解のもと、社会と経済の開発を促進する必要性について留意し、

- 健康に不可欠な基本的なサービスの提供と、健康に大きな影響を与える物品やサービスの規制に関して加盟国を支援するうえで、既存のグローバルガバナンス[3]機構の役割の重要性と、企業の責任の必要性に留意し、

1. 健康の社会的決定要因に関する委員会が行った取り組みに謝意を表する。

2. 国連の機関をはじめ、政府間組織、市民社会、民間部門を含む、国際コミュニティに対して、以下を求める。

（1） 健康の社会的決定要因に関する委員会の最終報告書とその勧告[4]に留意する。

---

[2] 「世界保健報告 2008 プライマリーヘルスケア−そのかつてない重要性（The world health report 2008: primary health care − now more than ever）」、ジュネーブ、世界保健機関、2008 年

[3] WHO ウェブサイト: http://www.who.int/trade/glossary/story038/en を参照のこと（2009 年 6 月 18 日にアクセス）

[4] 健康の社会的決定要因に関する委員会「一世代のうちに格差をなくそう: 健康の社会的決定要因に対する取り組みを通じた健康の公平性、健康の社会的決定要因に関する委員会の最終報告書（Closing the

(2) WHO 加盟国および WHO 事務局と協力して、各種の政策やプログラムが健康の不公平性に与える影響の評価と、健康の社会的決定要因への対処を進める。

(3) 万人の健康を向上させ、不公平性を低減するために、全ての政策を通じて健康の公平性を強化する方策について、WHO 加盟国および WHO 事務局と密に連携する。

(4) 主要な世界開発目標の達成に向けて取り組む中で健康の公平性を考慮し、その進捗を監視する指標を確立し、また、健康の社会的決定要因への対処と、健康の不公平性の低減に関して、国際協力の強化を考慮する。

3. 加盟国に対して、以下を強く求める。

(1) 『一世代のうちに格差をなくそう(closing the gap in a generation)』と題された報告書の中に明記された主な原則を、適宜、国家的関心事として、それに対する政治的コミットメントを通じて、国内、国家間で健康の不公平性に対して取り組み、また、適切な場合に応じて、健康あるいは健康の公平性に対する影響評価ツールを用いながら、全ての政策が健康の公平性を考慮するように、多部門連携による保健事業の調整と管理を行なう。

(2) 健康の不公平性に焦点を合わせながら、保健を改善するための目標と戦略を立てて実施する。

(3) 健康の社会的決定要因に対処する全ての国家政策において健康の公平性を考慮し、また、ヘルスプロモーション、疾病予防とヘルスケア、および健康と幸福に不可欠な物品とサービスの提供とそれらへのアクセスの促進を含む、誰もが対象となる包括的な社会保護政策の開発と強化を考慮する。

(4) 健康への配慮を関連する公共政策に組み込み、多部門連携を強化するために、関連する部門間の対話と協力を確保する。

(5) 患者にケアを施す際に、どのように社会的決定要因を考慮すればよいかについて、公的あるいは民間の保健医療従事者の認識を高める。

(6) 市民社会、民間部門といった関連する全てのパートナーを巻き込み、人々の生涯にわたって健康と社会的幸福に寄与する、日常の生活状況の改善に貢献する。

(7) 個人や集団を含む、特に社会的に疎外された人々のエンパワメントに貢献し、その人たちの健康に影響する社会的状況を改善する対策を講じる。

---

gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health)」、ジュネーブ、世界保健機関、2008 年

(8) 健康および健康の不公平性の社会的決定要因と社会格差に対処するために、各国の状況に合わせた手法とエビデンスを新しく生成するか、既存のものを利用する。

(9) 保健医療に関する情報システムと研究能力を開発、利用、そして必要に応じて改善し、国内法と状況が許せば、年齢、性別、民族性、人種、社会的階級、職業、教育、収入、雇用といった非集計データにより、国の人口の健康を監視、測定し、健康の不公平性の検出と、健康の公平性に対する政策の影響を評価する。

4. 事務局長に対して、以下を求める。

(1) 健康の社会的決定要因に対処する適切な方策について、多国間システムにおいてパートナー機関と密に連携し、健康の不公平性を最小化するために政策の首尾一貫性を促し、また、世界の開発や研究課題にこの主題を優先的に含むよう擁護する。

(2) 健康の不公平性を低減するために、健康の社会的決定要因への対処に関連するタスクに十分な優先度を設定する目的で、世界保健機関内の能力を強化すること。

(3) 健康の社会的決定要因を監視する客観的指標を、関連する業務分野を横断して用いるなど、健康の社会的決定要因を対策実施の指針とし、さらに世界保健機関の全ての業務分野、特に優先度の高い保健プログラムにおける目的のひとつとして、健康の不公平性を低減するために健康の社会的決定要因の対処を促進する。

(4) 健康に不可欠な基本的サービスの提供を促進し、健康に大きな影響を与える物品とサービスを適宜規制するうえでの、加盟国の第一の役割を支援する。

(5) 2008 年の世界健康報告における勧告のとおり、プライマリーヘルスケアの再生について進行中の作業が、健康の社会的決定要因の対処に係る作業と協調するようにする。

(6) 健康の不公平性に取り組むための「全ての政策において健康を考慮する(Health in all policies)」アプローチの実施について、加盟国に支援を提供する。

(7) 関連する部門の間で、健康の社会的決定要因を重視する視点を関連する部門間で統合する目的で対策を実施する際に、そして、それに適切に対処するために保健医療部門を設計、あるいは必要に応じて再設計する際に、依頼に応じて加盟国に支援を提供する。

(8) 健康の社会的決定要因と健康の不公平性の原因とを測定、評価する既存の努力を強化する際に、そして、健康の公平性に関する目標数値を開発、監視する際に、依頼に応じて加盟国に支援を提供する。

(9) 健康の社会的決定要因への対処を通じて健康を向上させる効果的な政策と介入についての研究、およびそれに伴う研究能力と研究協力体制の強化を支援する。

(10)健康の社会的決定要因に関する地域の重点課題を特定し、より幅広い範囲の国々にこの問題に取り組ませるうえで、各地域の条件や課題に応じながら、地域事務局長に支援を提供する。

(11)第 65 回世界保健総会の前に、加盟国の援助をもって国際会議を招集し、健康の社会的決定要因への対処をとおして健康の不公平性の憂慮すべき傾向に対処する、新たな計画について議論する。

(12)健康の社会的決定要因と健康の不公平性の低減への対処における、既存のグローバルガバナンス機構の実績を評価する。

(13)本決議の実施における進捗を、執行理事会をとおして第 65 回世界保健総会へ報告する。

（第 8 回本会議、2009 年 5 月 22 日−委員会 A、第 3 報告書）

WHO が 2012 年に『Outcome of the world conference on social determinants of health (Sixty-fifth World Health Assembly, WHA65.8, agenda item 13.6, 26 May 2012）』として出版。
© World Health Organization 2012
世界保健機関（WHO）事務局長は、日本語版の翻訳・出版権を日本福祉大学に付与した。日本語版に対する責任は全て日本福祉大学が負うものとする。
Japanese version © 日本福祉大学 2013

Appendix III.

第 65 回世界保健総会 WHA65.8 議題 13.6　2012 年 5 月 26 日
健康の社会的決定要因に関する世界会議の成果

第 65 回世界保健総会では、

- 「健康の社会的決定要因に関する世界会議」（ブラジル、リオデジャネイロ、2011 年 10 月 19 日～21 日）の報告[1]を考慮し、

- 健康の社会的決定要因に関する委員会の包括的な 3 つの勧告、すなわち日常生活状況を改善すること、権力、資金、リソースの不公平な分配に対処すること、問題を評定して理解し、対策の影響を評価することを認めた、「健康の社会的決定要因に取り組む活動を通じた健康の不公平性の低減に関する WHA62.14 決議」にも反映され、世界保健総会において共同で合意された、健康の社会的決定要因に取り組む決意を繰り返し表明し、

- 保健に関するリソースの不平等な分配と、健康を損なう状況に対処する進捗を加速するために、全ての行政レベルにおいて、より多くの努力をする必要性を認識し、

- 世界的な不況であっても、人々の健康を保護する必要性を認識し、

- 健康の公平性の実現は、共有の目標および責任であり、行政の全部門、社会の全分野、そして国際コミュニティの全メンバーが、「全てを公平のために」、「健康を全てのために」とする国際活動へ関与する必要性をさらに認識し、

- 国民皆保険は、健康の公平性の向上と、貧困削減にもつながると認識し、

- 健康の公平性を国家や地域および世界の目標としたうえで、飢餓と貧困の根絶、十分な食品と栄養ならびに手頃で安心かつ効果のある良質な薬品や安全な飲料水と衛生設備の確保、雇用、適切な労働条件および社会保護の保障、環境保護、そして全ての行政レベルや部門にわたる健康の社会的決定要因に対する確固たる取り組みを通じた公平な経済成長の実現などを含めた、現在の課題に対処する政治的意志を改めて確認し、

[1] A65/16 文書

- 健康の社会的決定要因に関する世界会議（ブラジル、リオデジャネイロ、2011 年 10 月 19 日～21 日）における議論とその結果を歓迎し、

1. 健康の社会的決定要因に関する世界会議で採択された「健康の社会的決定要因に関するリオ政治宣言[2]」を、加盟国[3]と WHO の活動のために重要な情報を提供するものとして、支持する。

2. 加盟国に対して、以下を強く促す。

「健康の社会的決定要因に関するリオ政治宣言」の中で誓約をした、次の内容を実施する。(i) 健康と開発のためのガバナンスの改善 (ii) 政策決定、実施への参加の促進 (iii) 健康の不公平性の削減に向けた保健部門のさらなる再方向付け (iv) グローバルなガバナンスと協力の強化 (v) 進捗の監視と説明責任の強化

(1) 健康の社会的決定要因に対処する政策、戦略、プログラム、行動計画について、その目標、活動、説明責任の仕組みをそれぞれ明確に定義し、またその実施のためのリソースを用意して、それらを展開し、支援する。

(2) 健康の公平性を促進する方法のひとつとして、「Health in all policies（全ての政策において健康を考慮する）」アプローチのさらなる発展を支持する。

(3) 健康の社会的決定要因への取り組みが促進されるよう、保健および他部門の政策決定者、管理者、プログラムの従事者の能力を向上する。

(4) 持続可能な発展についての討議、特に「リオ＋20 国連持続可能な開発会議」と、健康に関連する他の国連フォーラムの討議の一環で、健康の社会的決定要因に十分な配慮を行う。

3. 国際コミュニティに対して、「健康の社会的決定要因に関するリオ政治宣言」の中で誓約された内容の実施を、以下の方法などを通じて、支援するよう求める。

(1) 保健分野のグローバル・ガバナンスにおいて、WHO の指導的役割を支持し、健康の社会的決定要因に関する各々の政策、計画、活動を、国連システム内のパートナー組織や開発銀行、他の重要な国際機関などの政策、計画、活動と整合させることを促す。それには合同の擁護活動や、特に開発途上国をはじめとする国や地域に対する財政および技術的支援へのアクセスの促進を含む。

---

[2] Annex 3 を参照
[3] 該当する場合は、地域経済統合機関も含む

(2) 全ての国において健康の公平性を促進する目的で、相互に合意した条件にもとづいて、健康の社会的決定要因の分野における専門知識、技術、科学データの移転を円滑にし、また、多部門連携による政策開発を管理する良い実践方法を交換することで、国際協力を強化する。
(3) 財政的リソースへのアクセスを促す。

4. 2015 年までに国民総生産の 0.7%を政府開発援助に振り向けるという目標の達成を誓約した先進国、そしてまだその誓約をしていない先進国に対しては、これらのコミットメントを満たせるように具体的な追加の努力をするよう強く促し、開発途上国に対しては、開発目標やターゲットの達成に向けて、政府開発援助を効果的に役立てることを確実にするうえで、これまでに実現してきた進歩を積み重ねることを強く促す。

5. 事務局長に対して、以下を要請する。

(1) WHO 改革プロセスや WHO の今後の活動において、国際保健上のニーズを評価する際に、健康の社会的決定要因を十分に考慮する。

(2) 健康の社会的決定要因に対処するため、「全ての政策において健康を考慮する(Health in all policies)」などのアプローチによる、「健康の社会的決定要因に関するリオ政治宣言」の実施において、加盟国に支援を提供する。

(3) 健康の社会的決定要因への取り組みにかかわる擁護、研究、能力向上、加盟国への直接的な技術支援について、国連システムの他機関と密に連携する。

(4) 保健や社会開発に関連する今後の国連あるいは他のハイレベル会合に、健康の社会的決定要因の観点を取り入れることの重要性を継続して伝え、擁護する。

(5) 本決議および「健康の社会的決定要因についてのリオ政治宣言」の実施における進捗を、執行理事会をとおして、第 66 回と第 68 回世界保健総会へ報告する。

第 10 回本会議、2012 年 5 月 26 日
A65/VR/10

Appendix IV.

概略報告書

全ては公平性のために

健康の社会的決定要因に関する世界会議

リオデジャネイロ、ブラジル、2011 年 10 月 19～21 日

Nihon Fukushi University

WHO が 2012 年に『World conference on social determinants of health: all for equity. Summary report (Rio de Janeiro, Brazil, 19-21 October 2011）』として出版。

© World Health Organization 2012
世界保健機関（WHO）事務局長は、日本語版の翻訳・出版権を日本福祉大学に付与した。日本語版に対する責任は全て日本福祉大学が負うものとする。

『健康の社会的決定要因に関する世界会議～全ては公平性のために：概略報告書（リオデジャネイロ、ブラジル、2011 年 10 月 19-21 日）』

Japanese version © 日本福祉大学 2013

序文

グローバリゼーションは全ての船を浮かばせる上げ潮だと言われていました。しかし現実には、潮は大型船を浮かばせても、多くの小さな船を沈ませるか水浸しにする傾向にありました。相互依存性と相互関連性の高いこの世界の機能方法を統べるグローバリゼーションと国際システムには、成長と利益を公平に分配することを保証するルールはありません。その結果、収入水準、（雇用などの）機会、健康状態、保健医療サービスへのアクセスについて、国内および国家間に今日見られる差異は、近年最大となっています。

健康に関して大きくバランスを崩している世界には、安定も安全もありません。世界保健機関（WHO）憲章に「各国政府は、自国民の健康に関して責任を有し、この責任は、充分な保健および社会的措置を執ることによってのみ果たすことができる」とあります。しかしながら、あまりに多くの政府が、この基本的な義務を果たすのに難儀しています。国民から見た政府の信用は危機に瀕しています。

2008 年に健康の社会的決定要因に関する委員会が最終報告書を発表しました。2009 年の世界保健総会では、加盟国が WHA62.14 決議「健康の社会的決定要因に取り組む活動を通じた健康の不公平性の低減」を採択しました。以降、多くの国が社会的決定要因についての活動を実施するためにより一層の努力をし、不公平性に対処しています。それでもなお、こういった努力を積み重ねて加速する、差し迫った必要性があります。

WHO が招集した健康の社会的決定要因に関する世界会議は、WHA62.14 決議に従って開催された画期的な行事です。この世界会議の目的は、健康を向上させ、健康の不公平性を低減し、開発を促進するために、健康の不公平性が引き起こす課題にいかに取り組むかという経験を共有し、また、全ての国で社会的決定要因についての実現可能な対策を早急に実施するコミットメントを高めることでした。

この世界会議が受けた支持の範囲と水準は、この議題を推進する重要性と緊急性に対する、政府、国際機関、市民社会、その他の部門における理解の高まりを実証しました。125 の加盟国の代表、国連システムの他の機関や市民社会の代表、そして技術専門家を含む、1000 名を超える参加者がこの世界会議に出席しました。加えて、19,000 名を超える人々がウェブ配信された会議を視聴しました。

2011 年 10 月 21 日、加盟国はこの世界会議において健康の社会的決定要因に関するリオ政治宣言を採択し、会議で討議した 5 つの優先分野にわたる対策を講じることで、健康の不公平性を低減し、開発を進めるよう取り組むことを公約しました。

世界会議の開催地となり資金を提供したブラジル政府に、とりわけブラジル保健省、ブラジル外務省、オスワルドクルズ財団（Fiocruz）に深い謝意を表明します。会議の様々な側面において技術的、戦略的サ

ポートを提供した顧問団にも心から感謝します。また、世界会議を成功に導いた組織委員会のコミットメントと大変な努力に感謝します。最後に、多くの大臣の参加によって代表された全ての WHO 加盟国と、数多くの市民社会組織、学会、そして世界会議に参加してアイデア、エネルギー、情熱を提供した全員に感謝します。

この会議の報告書は、健康の社会的決定要因に関する世界会議の議事と成果をまとめ、要約しており、主要なパートナー、ステイクホルダーと協議して作成しました。この世界会議に続く継続的な議論と活動を、本報告書がサポートし、発展させることを心から願っています。

全ての国で、全ての状況において、健康の社会的決定要因についての対策を講じることで健康を向上させ、健康の不公平性を低減し、開発を促進できることを我々は知っています。それを実行するための政治的コミットメントが、今回の健康の社会的決定要因に関するリオ政治宣言に示されました。我々は、何をしなければならないか、それをどのように行なえばよいかを知っています。今こそがその活動を増大させる時です。

事務局長 Margaret Chan

導入と背景

はじめに

健康の社会的決定要因に関する国際会議は、世界保健機関（WHO）が招集し、リオデジャネイロ（ブラジル）で 2011 年 10 月 19 日～21 日にブラジル政府が開催した。会議では、政府閣僚、政策決定者、保健の指導者などからなる参加者を、国内外の健康の不公平性を低減するために健康の社会的決定要因に取り組む重要性と緊急性に注目させた。具体的には、会議では以下のことが行なわれた。

・ 健康の社会的決定要因に対処し、健康の不公平性を低減するための、国の行動計画を立案する際の**基本的な原則、手法、戦略の特定**

・ 加盟国が行動計画を立案、実施するための**政治的コミットメントの強化**

・ ガバナンスの仕組みを強化する必要性を考慮しながら、健康の社会的決定要因や、健康の不公平性を低減するための国家計画の構築についての**経験、課題、技術的知識の共有**

会議には 125 の加盟国、国連機関、市民社会組織、学会、研究グループから 1000 名を超える参加者が集まり、50 名を超える政府高官と技術専門家が登壇した。19,000 名を超える人々がウェブ配信された会議を視聴し、会議の前後にはステイクホルダー主導の 19 の行事が催された。

加盟国は会議の中で、健康の社会的決定要因に関するリオ政治宣言を採択した。健康が人権であり社会の目標であること（かつ、他の社会的目標に寄与するものであること）と、リソースの不平等な分配と健康を損なう状況に対処する進捗を加速しなければならないことを認識した。この宣言をとおして、政府首脳、大臣・閣僚、行政代表者は、全ての行政部門および行政レベルにおいて、健康の社会的決定要因について断固たる措置を取り、健康の公平性を国家、地域、世界の目標に定める政治的意志を表明した。

この宣言では、健康の社会的決定要因に対処する政策、戦略、プログラム、行動計画を、行政が展開、支持することを求めた、「格差をなくす: 健康の社会的決定要因についての政策を実践に移す（Closing the gap: policy into practice on social determinants of health）」という題目の WHO 会議の討議文書に概説されたテーマに基づく 5 つの優先分野を支持した。その 5 つの優先分野は次のとおりである。

・ **健康の不公平性の根本原因に取り組むガバナンス: 健康の社会的決定要因についての対策の実施。**
健康と開発のためのより良いガバナンスを採用するのは、健康が良いガバナンスの決定的要素であると認識し、健康の不公平性の根本原因に取り組み、それを低減するためである。健康の社会的決定要因に対処するガバナンスには、関連する全てのグループ、部門に発言権を与える、透明で包摂的な政策決定

プロセスが必要である。また、説明責任を築き、プロセスと結果において公平である、明確で測定可能な成果を伴う、効果的な政策の展開が必要である。

・ **参加の促進: 社会的決定要因について対策するためのコミュニティ・リーダーシップ。**健康の社会的決定要因への対策に関する政策の決定と実施への参加を促進するには、市民社会を含め、行政外で大きな影響力を持つ人物、組織やステイクホルダーの関与が求められる。政策決定と政策実施への参加を円滑にするようなプロセスは、健康の社会的決定要因に働きかけるガバナンスを効果的にするために必要である。

・ **不公平性を低減するうえでの、保健・公衆衛生プログラムなどを通した、保健医療部門の役割。**健康の不公平性低減に向けた保健医療部門のさらなる再方向付けは重要であり、それには、全ての人にとって利用しやすく、費用が手頃で、良質なヘルスケアの国民皆保険に向けた動きなどが挙げられる。こうしたサービスは、到達しうる最高基準の健康を享有するという、万人に与えられる基本的人権に不可欠である。

・ **社会的決定要因についての国際的な対策: 優先順位とステイクホルダーの整合。**グローバルなガバナンスと協力を強化することは重大であり、健康の社会的決定要因についての国際的な対策を調整し、それを各国の政策および国際的な優先課題とも整合させる必要がある。全ての人にとって公正な利益をもたらす国際的な協力と団結が不可欠である。多国間組織は、規範とガイドラインを明確にし、健康の社会的決定要因の対策をサポートし、リソースや技術協力へのアクセスを円滑にし、人々の健康と幸福に負の影響を及ぼす政策と実践を修正するといったことにおいて、重要な役割を果たします。

・ **進捗の監視: 社会的決定要因に関して、政策決定に情報を与え、説明責任を築くための測定と解析。**進捗の監視と説明責任の増加をすることにより、政策決定に対して健康の社会的決定要因に関する情報を伝えやすくなる。健康の不公平性の傾向と、それらに取り組む対策の影響とを監視することは、進展を遂げるために重大である。情報システムは、健康アウトカムと社会階層の変数との関係の立証を円滑にするものでなければならない。各国の状況を考慮しながらも、全行政部門において、政策決定の指針となる説明責任の仕組みを築くことが肝要である。

（リオ政治宣言を承認した）各国政府は、不公平で不可避の健康格差を低減するために、5 つの全ての分野において具体的な対策を実施することを誓約し、健康の社会的決定要因への国際的な対策が、包摂的で公正な、経済的に生産性のある健全な社会を創出するのに不可欠であると認識した。そうすることは、モラルや人権の観点からの義務であるばかりではなく、幸福、繁栄、持続可能な開発を促進するうえで極めて重要である。

世界会議開催への背景

世界の疾病負担と、全ての国で見られる健康格差の原因の大部分が、人々が生まれ、成長し、生活し、働き、老いて行く環境の中の様々な条件から生じているという認識が、ここ 30 年の間に増加している。これらの条件は「健康の社会的決定要因」と呼ばれ、健康の社会的、経済的、政治的、文化的、環境

的決定要因を包含する用語である。健康の社会的決定要因に関する世界会議は、1978 年にプライマリーヘルスケアに関する国際会議で採択された「プライマリーヘルスケアに関するアルマアタ宣言[1]」と 1986 年の「ヘルスプロモーションのためのオタワ憲章[2]」の原則のうえに築いた画期的行事であった。

WHO 健康の社会的決定要因に関する委員会は、政策決定者、研究者、市民社会組織からなる国際的ネットワークの調整を取りながら、国内および国家間の健康の不公平性をいかに低減するかについてエビデンスを収集して審査する取り組みを3年間行った後、2008 年にその最終報告書として、「一世代のうちに格差をなくそう: 健康の社会的決定要因に取り組む活動を通じた健康の公平性（の実現）[3]」を発行した。その報告では、社会の全部門に求められる健康の社会的決定要因への対策について、以下の3つの重要領域に分類される勧告を行った。

- 日常生活状況の改善
- 権力、資金、リソースの不公平な分配への対処
- 問題を測定して理解し、対策の影響を評価

この報告書とその勧告を検討した後、加盟国は 2009 年 5 月の世界保健総会において、WHA62.14 決議「健康の社会的決定要因に取り組む活動を通じた健康の不公平性の低減」を採択した。この決議は、加盟国、WHO 事務局、ならびに国際コミュニティに委員会の勧告を実施するよう求めたもので、とりわけ健康の不公平性の測定、保健事業における健康の社会的決定要因にもとづくアプローチの実施、行政における「全ての政策において健康を考慮する（Health in All Policies）」アプローチの採用、健康の社会的決定要因についての取り組みとプライマリーヘルスケアの再生についての取り組みとの整合を図ることを強調した。決議には、健康の社会的決定要因にもとづくアプローチにより健康の不公平性に対処する計画について議論するための世界的な行事を開催するという WHO 事務局長への要望が含まれていた。

世界会議開催の準備

2010 年 1 月の WHO 執行理事会の会議において、ブラジル政府がこの世界会議を主催する申し出を公表した。会議の準備は 2010 年に開始し、WHO の調整により、ブラジルの保健省、外務省、そしてブラジルの最高の保健研究機関であるオスワルドクルズ財団（Fiocruz）が協力した。加盟国の代表者と専門家と共に、顧問団が WHO の会議計画立案をサポートし、加盟国、国連機関、市民社会、学会との広

---

[1] WHO、UNICEF、Alma-Ata Declaration on Primary Health Care（プライマリーヘルスケアに関するアルマアタ宣言）、ソビエト連邦、アルマアタ、1978 年

[2] WHO、Ottawa Charter for Health Promotion（ヘルスプロモーションのためのオタワ憲章）、オタワ、1986 年

[3] 健康の社会的決定要因に関する委員会、Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health（一世代のうちに格差をなくそう: 健康の社会的決定要因に取り組む活動を通じた健康の公平性）、健康の社会的決定要因に関する委員会の最終報告書、ジュネーブ、WHO、2008 年

範囲の協議も行なわれた。まず初めに、国レベルで、100 件を超える事例研究（そのうち 28 件はその後さらに広く提供された）を収集し、その後の地域協議で解析、議論した。このプロセスは、科学的、技術的エビデンスと、会議への政治的関与およびサポートを提供した点で重要であった。

会議の討議文書は、重要な鍵となる専門文書であり、WHO が加盟国、顧問団、国連機関、市民社会、学会、世界会議事務局との協議のうえで執筆、展開した（2011 年 5 月～6 月に行った公開のウェブ協議において、さらに 185 の意見や情報提供を受領した）。この討議文書は、健康の社会的決定要因についての対策を各国がいかに実施するかに焦点を合わせ、5 つの会議テーマにもとづいて構成した。宣言文は、ジュネーブの WHO 本部で 2011 年の間に開催した、ブラジル政府が議長を務める加盟国との協議会を通して作成した。その宣言文は、ジュネーブに拠点を置く加盟国の代表部で回覧し、リオでの世界会議で最終決定した。

組織

本会議と並列セッションでは、健康の社会的決定要因に関する委員会の勧告をいかに具体的な政策措置に置き換えるかについて議論した。本会議には円卓会議が含まれ、開発やライフコースアプローチなどといった、他の国際的に重要な優先事項や課題と、健康の社会的決定要因にもとづくアプローチとの共通部分に焦点があてられた。並列セッションは 5 つの会議テーマで構成され、それぞれの経験の交換や分析が行なわれた。2 日目の閣僚部会では、加盟国の代表団が健康の社会的決定要因についての声明を発表する場を与え、またリオ政治宣言についての加盟国間の最終交渉も行った。

以降のセクションでは、会議の議事と成果を記述し、総合する。

セッション

1 日目 – 2011 年 10 月 19 日　水曜日

開会演説

Mr Eduardo Paes リオデジャネイロ市市長は、市が直面している健康課題と、プライマリーヘルスケアと貧困削減における市の成果について強調した。

Dr Alexandre Padilha ブラジル保健大臣は、健康が全ての市民の権利であり、国家の義務であるとする根拠と、健康の向上と不公平性の是正が、国の経済的、社会的発展の中核を成し、平和と世界の安全保障に寄与していることを説明した。（ブラジルにおける）健康の社会的決定要因への取り組みは、全ての行政政策に、国民全員の福祉の促進への配慮を植えつけることであった。Dr Padilha は多部門連携による取り組み（国際的な対応を含む）の必要性と、人々の福祉を守り、誰もが健康を享受できるように促進することの重要性を強調した。

Dr Margaret Chan WHO 事務局長は、適切な保健および社会的措置を講じることで、人々の健康に対して行政が担う責任に注目した。社会的な進展を経済成長でのみ測定していたら、国内、国家間での不公平性の増加を招いたため、そのような捉え方から前進する必要があると Dr Chan は強調した。より安心で安全な世界を築くためには、より一層の社会の公平性が、新たな政治的、経済的義務でなければならないと述べた。Dr Chan は、行政の全部門と国際システムにおいて健康増進政策を確立し実施することの決定的な重要性、そして課題について論じた。

Dr Sérgio Cabral リオデジャネイロ州知事は、住民の生活の質を向上させるために、健康と公平性の社会的決定要因に対処するブラジルのコミットメントを表明した。このコミットメントは、Lula 前大統領の意志を引き継いでおり、前大統領の政策とコミットメントは、効果的な所得分配を通して四千万人を超えるブラジル人を貧困から引き上げた。

Mr Michel Temer ブラジル連邦共和国大統領代行は、公平性を求めて健康と社会的要因に取り組んだことで達成した、健康向上と貧困削減におけるブラジルの成果を強調した。ブラジルの立憲制度は、各種サービスを提供する社会システムの構築により、健康に対する権利を含む、個人および公民としての自由や権利を保障する。

健康と開発の社会的決定要因に関するハイレベル円卓会議

目的: 健康の社会的決定要因に対処するために、国が何の対策を講じるべきかを特定する

司会: Ms Zeinab Badawi（BBC World テレビ局）

パネリスト: Dr Margaret Chan（WHO 事務局長）、Ms Tereza Campello（ブラジル、社会開発大臣）、Ms Rebeca Grynspan（国連開発計画（UNDP）副総裁）、Mr Andreas Loverdos（ギリシャ、保健社会連帯大臣）、Ms Kathleen Sebelius（アメリカ合衆国、保健福祉長官）、Dr Michel Sidibé（国連合同エイズ計画（UNAIDS）事務局長）

主要テーマ:

・ 健康は、包摂的で持続可能な開発の達成の中核を成し、健康の社会的決定要因に対処することでのみもたらされる。

・ 健康の社会的決定要因への対処は、保健部門の責任だけではない。健康と開発には、（WHO が果たす主要な役割と併せて）統合された多部門連携によるアプローチが必要である。パートナーシップの強化が不可欠である（国連組織内も含めて）。

・ 健康の社会的決定要因についての対策は、政策の失敗によって健康の進歩が止まっている状況に対応するために急を要する。

主要勧告:

・ 積極的に貧困層と係わる。与えられるべきサービスを受けるために貧しい人々に国（の行政）を追わせるのではなく、行政が社会で最も不利な立場にある人々にまで適切に配慮する。

・ 行政の異なる部門や行政レベルにわたって取り組むことで、一貫し統合された多部門連携による介入を確保し、健康と公平性の問題に対処する国家戦略を展開する。また、民間部門を巻き込むことを含めて、複数の分野に取り組む。

・ ガバナンスと公への説明責任を助長し、人々、とりわけ脆弱で周縁化されたグループが、政策や意志決定プロセスに参加できるようにする。

・包摂的で持続可能な開発に関する議題の中心に、健康の公平性を据えることを促すため、国際協力を強化する。

・ ガバナンスは非常に重要である。この点において、市民社会は、行政と国際機関に責任を求める。

2 日目 – 2011 年 10 月 20 日　木曜日

テーマ 1 の並列セッション: 健康の不公平性の根本原因に取り組むガバナンス: 健康の社会的決定要因についての対策の実施

午前のセッション: 国レベルで政策を一貫させる

目的: 国レベルで良いガバナンスを達成するための、主要な概念、戦略、課題を特定する

議長: Dr Jorge Enrique Venegas（ウルグアイ、保健大臣）

冒頭声明: Don Matheson 教授（ニュージーランド、マッセー大学）

パネリスト: Dr Dorijan Marušič（スロベニア、保健大臣）、Mr Fidelis George Dakpallah（ガーナ、保健省、政策立案モニタリング評価局長）、Ms Anne-Grete Strøm-Erichsen（ノルウェー、保健・ケアサービス大臣）、Dr Alberto Tejada Noriega（ペルー、保健大臣）

報告者: Dr Xenia Scheil-Adlung（国際労働機関（ILO）、保健政策コーディネーター）

主要テーマ:

・ ガバナンスの概念には、健康の社会的決定要因への対処を通して、開発と経済成長、ならびに健康と幸福を促進することが取り入れられている。

・ 良いガバナンスの原則は、正当性、ビジョンと戦略の方向性、業績、説明責任、公平性に関連する（競合する既得の利害などのためにこれらを弱体化させてはならない）。

・ 国レベルで健康の不公平性に対処する際の障壁となるものには、経済危機の影響、資金不足、失業率、貧困、汚職などが挙げられる。

・ 健康と不公平性の社会的決定要因に対処するための構造的前提条件には、最低限の幅広い社会保護が挙げられ、これには水と衛生、保健医療、教育、収入、雇用保障への基本的なアクセスの確保が含まれる。

主要勧告:

・ 包摂的で、人口全体のニーズに配慮し、社会的立場の弱い人々の政治的影響力を増すことを目指すような政策を展開する。

・ 健康と不公平性の社会的決定要因に関するエビデンスを強化する包括的な研究をサポートし、それをもとに政策や対策決定に影響を与える。

・ 他部門を関与させる効果的なパートナーシップを築き、全てのステイクホルダーが継続的な対話と政策決定、意志決定のプロセスに参加する、真の機会を創出する。

・ 民間部門を関与させて協力を助長しながら、利害の衝突を防ぎ、健全な労働条件を確保し、健康の社会的決定要因についての政策と対策を講じることで健康に貢献する。

・ 憲法および法律上の枠組みといった手段を含めて、多部門連携による活動を制度化し、組織的なアプローチにもとづいて調和させる。

・ 各種政策の健康への影響について、政策決定者の認識と説明責任を促進する際に、行政の全てのレベルを統合する。

午後のセッション: 地方と市町村レベルで政策を一貫させる
目的: 地方と市町村レベルで良いガバナンスを達成するための、主要な概念、戦略、課題を特定する
議長: Dr David Butler-Jones（カナダ、カナダ公衆衛生局、主任公衆衛生担当官）
パネリスト: Dr Kevin Buckett（南オーストラリア州保健局、公衆衛生部長）、Ms Monica Fein（アルゼンチン、ロサリオ次期市長）、Dr Mohammad Hady Ayazi（イラン、テヘラン社会問題担当副市長）、Ms Hyun Kyung Park（大韓民国、ソウル市女性家族財団代表）、Dr Tiaõ Viana（ブラジル、アクレ州知事）
報告者: Dr Orielle Solar（チリ、Greds-Emconet（健康の不公平性の研究グループ））
主要テーマ:
・ 健康の不公平性に対処する構造的前提条件には、地方および国の行政とのつながりと交流を市民が持てるような社会参加の仕組みと、分権的計画が挙げられる。
・ 多部門連携による活動を実施、制度化する主要な戦略として、関連する全てのグループが政策決定に参加する権利の保障、および、国家と地方の政策の相互接続が挙げられる。
・ 地方行政は、健康の公平性に取り組むうえで、良いガバナンスと政策の一貫性を創出するのに肝要である。
主要勧告:
・ 国家レベルでの協力と市民社会の参加を得ながら、地方および市町村レベルで（社会的決定要因に取り組む）活動をする政治的意志を助長する。
・ 健康の不公平性を低減するための公共政策、また社会サービスや保健サービスにおける主要要素として、ジェンダー(性別)に関連する側面には特段の注意を払う。
・ プロセスを監視し評価する明確な指標を確立する。そして、当事者意識、透明性、説明責任を強化するために、（地元の）コミュニティがこの情報をより利用しやすくする。
・ （地元のコミュニティに対して）特に脆弱なグループに、訓練、サポート、教育を提供して、情報に通じた、真に（政治的プロセスに）参加可能なコミュニティを創造する。

テーマ２の並列セッション: 参加の促進: 健康の社会的決定要因について対策する際のコミュニティ・リーダーシップ

午前のセッション: 政策決定への参加の制度化
目的: 政策決定への参加を制度化するための主要概念、必要事項、戦略、課題を、健康の不公平性を低減するための健康の社会的決定要因への取り組みの基礎的な要素として特定する
議長: Dr Thelma Narayan（インド、公衆衛生と公平性センター）
冒頭声明: Dr Bernardo Kliksberg（アルゼンチン、ブエノスアイレス大学、名誉教授）
パネリスト: Dr Luiz Odorico Monteiro de Andrade（ブラジル、保健省、戦略的計画・参加の国家長官）、

Ms Nonkosi Khumalo（南アフリカ、治療行動キャンペーン、議長）、Dr Asa Cristina Laurell（メキシコ、メトロポリタン自治大学）

報告者: Dr Barbara O de Zalduondo（国連合同エイズ計画（UNAIDS）、副局長室）

主要テーマ:

・ 健康の社会的決定要因は非常に複雑であるため、健康の社会的決定要因に関する社会参加は、幅広い分野にわたる。

・ 社会参加を円滑にするためには、行政構造内の仕組みを制度化することが重要な手段である。

・ 社会参加は戦略的である: それは、周縁化された人々が自分達の状況を改善するために使える、数少ないツールのひとつである。そして、行政は、構造変革を実施、維持するのに社会的支持を必要とするため、（人々の参加を確保することは）既得権による抵抗を和らげるのに役立つ。

主要勧告:

・ 表面下にある経済的価値観と社会の構造的システムに対処する必要性の認識を踏まえたうえで、社会的権力と社会的正義の問題として、社会参加に対する理解を促進する。

・ 行政構造内の全てのレベルにおいて、包摂的で透明性のあるガバナンスのアプローチと仕組みを確立し、影響を受ける各部門の関与と社会参加のサポートをできるようにする。

・ 市民社会は、政府による社会参加の制度化のイニシアチブとは別に、市民の参加する余地を要求し、それを創出するのに積極的でなければならない。

・ 社会参加の余地と能力を助長する。そして、市民社会、とりわけ周縁化されたグループの貢献を考慮し、健康の社会的決定要因についての擁護、社会の動員、対策実施に取り組む。

午後のセッション: 参加型対策に向けた新しいアプローチの統合

目的: 市民社会や民間部門といった各行為者の役割が変化していることを考慮し、参加型対策に向けた新しいアプローチを統合する方法を特定する

議長: Dr Luiz Loures（国連合同エイズ計画（UNAIDS）、事務局主任）

パネリスト: Dr Nila Heredia（ボリビア多民族国、保健大臣、ラテンアメリカ社会医学協会（ALAMES）会長）、Dr Roberto Morales Ojeda（キューバ、保健大臣）、Ms Bridget Lloyd（民衆健康運動（People's Health Movement）、グローバルコーディネーター）、Dr Rene Loewenson（南アフリカの健康の公正についての地域ネットワーク、コーディネーター）

報告者: Dr Amit Sengupta（民衆健康運動（People's Health Movement）、準コーディネーター）

主要テーマ:

・ 社会参加を助長する対策は、構造的問題、とりわけ、権力、リソース、経済的正義、意志決定権限への対処を包含する。

・ 市民社会と行政は、民間部門の決定事項や活動、とりわけ健康と健康の公平性、その他の社会の目標に損害を与える影響について、説明責任を課さなければならない。

・ 真の継続的な社会参加が可能となるのは、その役割の価値を尊重し、他の影響要素と同等の重み付けをした場合（かつ、能力開発などのための財政と教育関連のリソースを共に提供した場合）のみであ

る。

主要勧告:

・ 周縁化されたグループ、とりわけ先住民の参加を優先し、積極的に助長する。そして、特定の政策決定プロセスやプログラムの開発と実行に際し、そういった人々との協力を促進する。

・ （地元）コミュニティの役割に権限を持たせ、政策の決定や実施への市民社会の寄与を強化するために、彼ら（とりわけ、脆弱なグループ）の意志決定への効果的な参加を可能にするような対策（財政や教育面でのリソース提供を含む）を講じる。

・ 保健医療とヘルスガバナンスに関して、地区レベルや市町村レベルを含む全てのレベルにおいて、情報アクセスや、公正と国民参加を保障することにより、包摂的で透明性のある意志決定、実施、説明責任を促進し強化する。

テーマ３の並列セッション: 不公平性を低減するうえでの、保健・公衆衛生プログラムといった保健医療部門の役割

午前のセッション: 公平な国民皆保険の確保

目的: 公平な国民皆保険を促進するために、主要な前提条件、戦略、不利・有利に働く要因を特定する。そして、公平な国民皆保険を実施するうえで、WHO を含む国際機関などに求められる、各国へのサポートを特定する。

議長: Dr Jeanette Vega（チリ、デサローロ大学、公衆衛生政策センター、所長）

冒頭声明: Ilona Kickbusch 教授（ジュネーブ、国際開発研究大学院、グローバルヘルスプログラム部長）

パネリスト: Mr Simon Burns（グレートブリテン及び北アイルランド連合王国、国家保健大臣）、Dr Alexandre Padilha（ブラジル、保健大臣）、Dr Sania Nishtar（パキスタン、ハートファイル（Heartfile）NGO 代表）

報告者: Cláudia Travassos 教授（ブラジル、オスワルドクルズ財団（Fiocruz））

主要テーマ:

・ 公共政策は健康の決定要因である: 健康の政策とプログラムを立案し実施する過程は、本質的には政治的であり、資金、権力、リソースの分配に関連する。

・ 健康の社会的決定要因の多くは、保健部門とその政策の外にあり、直接影響を与えられないところにある。

・ 良質の国民皆保険は倫理的な必要条件であり、公平な保健政策の持続可能性にとって不可欠である。国民皆保険は、不公平性に対処する公平な財務戦略により実現できる。

・ 公正、公平、社会正義、社会参加といった価値観は、効率的で効果的な保健システムの不可欠な要素である。社会保護政策は、不公平と健康の問題に対処する際に重要な役割を果たし、部門間協力への導入ともなりうる。

主要勧告:

・健康と不公平性の社会的決定要因に対処するのに必要な条件のひとつとして、公平な国民皆保険の

提供に向けて保健医療システムを強化する。

・ 資金調達手段とリスクをプールする仕組みを発展、強化し（コミュニティ・レベルの取り組みの促進も含む）、サービスを受けた時点での自己負担の支出を最小化し、人々が医療を受ける際に貧窮化しないようにする。

・社会、経済、環境、個人行動に関連する健康の決定要因に対処する保健政策や活動を展開、維持する。とりわけ、良質な国民皆保険の原則は、経済危機を理由に犠牲にしてはならない。

・ 行政の全レベルにわたって取り組み、相乗効果と協力を生む。そのためには、公平性に焦点を合わせた政策、立法、プログラムを展開する際に、対話、協力、整合を可能とするような、組織的構造と仕組みによるサポートが必要である。

午後のセッション: 保健・公衆衛生の役割の変化

目的: 保健・公衆衛生のシステム、プログラムの再方向付けを行う理論的根拠について議論し、現在の経験を省察しながら、主要な戦略、不利・有利となる要因を特定する

議長: Dr César Victora（国際疫学会、学会長）

パネリスト: Dr Pakishe Aaron Motsoaledi（南アフリカ、保健大臣）、Dr Beth Mugo（ケニア、公衆衛生大臣）、Mr James Chauvin（世界公衆衛生協会連盟、次期学会長）、José Gomes do Amaral 教授（世界医師会、次期会長）

報告者: Dr Jane Billings（カナダ保健省、副大臣上級補佐官）

主要テーマ:

・ 健康の社会的決定要因に対処するように保健医療サービスと公衆衛生プログラムの再方向付けをすることは、健康の公平性と保健医療サービスへのアクセスを改善し、また保健・公衆衛生のプログラムと戦略により設定された、世界および各国の予防、治療、ケアに関する目標を達成するのに不可欠である。

・ 保健・公衆衛生部門の役割は変化しており、それが一致協力することは、不公平性と政策が健康の社会的決定要因に与える影響を監視するのに役立つ。（保健部門は）他の部門と団結して健康の社会的決定要因にもとづくアプローチを擁護し、また健康の社会的決定要因に対処し、公平な国民皆保険の達成に取り組む能力を開発するべきである。

・「ヘルスプロモーションのためのオタワ憲章」は、健康アウトカムを向上させる多部門連携による事業を想定した。これは、今もなお求められ、さらに市民社会や、関係の深いコミュニティ（地元社会）の参加も必要とする。

主要勧告:

・ 保健医療システム内と公衆衛生プログラムの計画と実施において、公平性を優先事項として統合する（現在の保健医療サービスの構造と実施における受益者を特定し、逆にサービスが行き届いていない人々を、系統立てて考慮するアプローチを併せて採用する）。

・他部門と連携して健康の社会的決定要因に取り組む能力を含め、保健・公衆衛生部門の能力を開発、強化、維持する。

・ 保健医療部門内の変化を促進し、健康の不公平性を低減するための能力やツールを開発する。全

ての部門における保健医療従事者は、他の部門との協力により、不公平性の低減に寄与する。
・ 保健医療部門は、他部門との間での政策や優先事項の整合性を特定するよう努め、また健康と健康の不公平性の社会的決定要因に対処するような方法で、他部門の目標達成を支援する。

テーマ 4 の並列セッション: 健康の社会的決定要因についてのグロバールな対策: 優先事項とステイクホルダーの整合

午前のセッション: 国際レベルでの健康に関する交渉
目的: 国際レベルでの優先事項と関連づけて健康の社会的決定要因についてのグローバルな対策を講じるための、主要な戦略、課題を特定する
議長: Dr Kumanan Rasanathan（WHO、倫理・公平性・貿易・人権部）
冒頭声明: Ronald Labonté 教授（オタワ大学）
パネリスト: Dr Pakishe Aaron Motsoaledi（南アフリカ、保健大臣）、Ms Sissel Hodne Steen（ブラジル、ノルウェー大使館次席、公使参事官）、Maria Nazareth Farani Azevêdo 大使（在ジュネーブ国連常駐ブラジル代表）、Jacques Pellet 大使（在ジュネーブ国連常駐フランス代表）、Sihasak Phuangketkeow 大使（在ジュネーブ国連常駐タイ代表）、Dian Triansyah Djani 大使（在ジュネーブ国連常駐インドネシア書記官）、Dr Haik Nikogosian（たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約、条約事務局長）
報告者: Ted Schrecker 准教授（オタワ大学）
主要テーマ:
・ 人々の健康は、世界的な金融危機、天然資源枯渇と気候変動による環境危機、そして世界中で見られる富の不公平性の増加の影響を受ける。
・ 政策の一貫性は、可能であり、必要でもある。「ドーハ宣言」、「オスロ宣言」など、いくつかの既存の政策手段は、これを円滑化する。
・「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」といった枠組みづくりは、国際保健に取り組む新たな方法を示している。
・ 現在、保健医療部門よりむしろ経済部門の優先事項を満足することに重きが置かれている。そのため、健康の社会的決定要因に対して何もしないことは、知識または技術的能力が不足している結果というより、政治的選択の表れである。
・ 公平性の問題は、先進国と開発途上国の間にある隔たりに関するものではなく、全ての国が協力できる問題である。
主要勧告:
・ 健康のグローバルガバナンスにおいて WHO の指導者的役割を支持する。そして、健康の社会的決定要因への取り組みについて、財政および技術面の援助へのアクセスの円滑化も含めた、各種政策や計画を、他の国連機関、国際組織と整合するよう促進する。
・ 健康についての政策決定に関与する市民社会の能力を助長、強化する。
・ 健康の社会的決定要因に対処する大きな貢献として、（たばこの）消費と入手しやすさを低減する措

置を含めて、「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」の締結国による条約実施を加速する。そして、「たばこの規制に関する枠組条約」にまだ同意していない国の締結を奨励する。

・ 健康と公平性の社会的決定要因に対処する際に、リソースと専門知識を利用しやすくし、国連機関、とりわけ WHO による支援をとおして、国の行政の能力を開発する。

午後のセッション: 優先事項とステイクホルダーの整合: 国際開発のための健康の社会的決定要因への取り組み

目的: 国際開発のために、健康の社会的決定要因について働きかけるよう、優先事項とステイクホルダーをいかに整合できるかを探索する

議長: Pekka Puska 教授（フィンランド、国立健康福祉研究所、事務局長）

パネリスト: Dr Paison Dakulala（パプアニューギニア、国家保健省、副長官）、Ms Sofiya Malyavina（ロシア連邦、保健・社会開発大臣補佐官）、Dr José Gomes Temporão（南アメリカヘルスガバナンス研究所、所長）、Dr Rebeca Grynspan（国連開発計画（UNDP）副総裁）

報告者: Mr Jeffrey O' Malley（国連開発計画（UNDP）、HIV/AIDS グループ、主任）

主要テーマ:

・ 健康の不公平性に対処するための健康の社会的決定要因についての対策は、地元およびグローバルなレベルで影響する要素と背景への理解に基づく。

・ 健康と公平性の社会的決定要因についての対策は、市民社会を含む複数のステイクホルダーと共に取り組み、協力しなければならない。

・ 健康と開発について並行して対策することは、相互に有益である。その最大の利益を生み出すには、健康と開発の各対策関係者を招集して、共同で問題解析、計画、対策することである。

・ 民主主義と社会参加を強化することが、健康と公平性の社会的決定要因への対処において重要である。

主要勧告:

・「リオ＋20 国連持続可能な開発会議」の議題を「リオ宣言」と整合させる。

・ 到達しうる最高基準の健康を享有する市民の権利を前提とした、新しく革新的な政策アプローチを採用する。その際、開発の権利も考慮し、ミレニアム開発目標（MDGs）の達成に向けて、健康の社会的決定要因に重点を置く。

・ 国の行政、国際組織、非政府組織（NGO）による健康の社会的決定要因への対処を支援し、世界、地域、および国家レベルで健康アウトカムを強化するとともに、国際開発目標に向けて前進する。

・ 議題の決定をはじめ、プログラムの開発、実施、評価をする、全ての段階で市民社会を関与させる。

テーマ 5 の並列セッション: 進捗の監視: 健康の社会的決定要因について、政策決定に情報を提供し、説明責任を築くための測定と解析

午前のセッション: 測定、監視とデータの政策への統合

目的: 測定、監視、データの政策への統合のための概念、戦略、課題を特定する

議長: Sir Michael Marmot（ユニヴァーシティ・カレッジ・ロンドン（ロンドン大学）、教授）

冒頭声明: Hoda Rashad 教授（カイロ・アメリカン大学）

パネリスト: Ms Taru Koivisto（フィンランド、社会保健省、福祉健康促進部長）、Dr Carmen Amela Heras（スペイン、保健・社会政策省、公衆衛生局長）、Mr Rahhal El Makkaoui（モロッコ、保健省、事務局長）、Papaarangi Reid 准教授（ニュージーランド、オークランド大学）

報告者: Mauricio Barreto 教授（バイア連邦大学）

主要テーマ:

・ 市民社会組織には、政府に説明責任を課すうえで重要な役割がある。

・ データと情報は、適切な目的と政策を計画するのに使用できる。リスク要素、健康の社会的決定要因、健康アウトカムのデータを提供するように、さらなる指標開発が可能であり、それによって公共政策に影響を与えられる。

・ データは社会の不正義や不公平性を実証して、それらに注目を集め、周縁化された人々の窮状を明らかにすることができる。

・ 健康の不公平性を低減するうえで、目標を設定することと、このために社会を動員することが不可欠である。適切と思われる測定方法が、社会的および政治的にも有用な指標であれば、意志決定もより（健康の不公平性に対して）敏感になる。

主要勧告:

・ 市民社会、NGO、民間部門を考慮し、利害の衝突を防ぎ、健康と公平性に対する決定と対策、およびこれらの影響について行政とステイクホルダーに説明を求めるような、適切な監視システムを促進する。

・ 既存の指標や標準を基礎とし、エビデンスを基にした信頼できる健康と幸福（Wellbeing）の測定法を開発する。そのような指標は、社会階層の全てに適用可能で、経済成長指標に止まらず、社会政策の影響の評価にまで及ぶべきである。

・ 健康の社会的決定要因に関連する情報通信技術への普遍的なアクセスと、それらの応用を改善し、データをより適切に活用し、傾向を監視するために情報システムを強化する。

・ データ、研究と監視の結果、社会の全部門に関するエビデンスと動向へのアクセスを改善し、政策決定の際にこれらを考慮する。

・「全ての政策において健康を考慮する（Health in All Policies）」アプローチといった仕組みを利用して、不公平性と健康の社会的決定要因に対処するために他部門とのパートナーシップを築き、説明責任を確実にする。

午後のセッション: 政策の公平性への影響に対する説明責任の増加

目的: 政策の公正への影響に対する説明責任を増加するための、主要な概念、戦略、課題を特定する

議長: Dr Ala Alwan（WHO、非感染性疾患・精神保健部門、事務局長補佐）

パネリスト: Dr Abdul Bari Abdulla（モルディブ、保健省、保健・家族担当国務大臣）、Dr Henry Madzorera（ジンバブエ、保健・子ども福祉大臣）、Dr Jaime Breilh（エクアドル、アンディナ・シモン・ボリバル大学、保健分野主任、兼、保健研究・助言センター（CEAS）創設所長）、Dr Myrna Cunningham（国連先住民族問題に関する常設フォーラム、議長）、Ms Nancy Krieger（アメリカ合衆国、ハーバード公衆衛生大学院、社会・人間開発・健康学部教授、兼、「女性、ジェンダー、健康についての学際的専攻課共同主任）、Dr Abhay Shukla（インド、保健イニシアチブの擁護と訓練へのサポート（SATHI）、コーディネーター）

報告者: Dr Sharon Friel（オーストラリア国立大学、兼、健康の公平性のための国際活動ネットワーク（HealthGAEN））

主要テーマ:

・ コミュニティ（および監視）の役割は、行政の説明責任を増すうえで不可欠である。

・ データの分解により、例えば社会経済的地位、ジェンダー、人種や民族、先住民族であるかないかなど、様々な側面から、健康にみられる社会格差ついて明らかにできる。

・ 市民社会は、情報源として、また説明責任を課す圧力として、主要な役割がある。

・「たばこの規制に関する枠組条約」といった拘束力のある国際的な合意は、国家および国際レベルに説明責任の観点をもたらすという点において、強力であり重要である。

主要勧告:

・ 健康アウトカムの不公平性と、リソースの配分と消費における不公平性を評価するための、分解データを提供する監視システムを開発し、強化する。

・ 健康の不公平性の原因、健康の社会的決定要因と健康の公平性アウトカムの関係、介入の効果に関する研究を促進する。

・ 市民社会も関与させながら、参加型のプロセスによって、監視用の指標を開発する。

・ 健康の社会的決定要因についての進捗の監視を強化する際に、他の国連機関や国際組織との協力における WHO の指導者的役割を支持する。

閣僚部会

加盟国の代表団長による声明

2 日目には政府代表団のための「閣僚部会」のセッションを行い、（各代表団が）公式に世界会議に対して声明を発表し、加盟国の代表として、その国の健康の社会的決定要因についての立場を明らかにする機会を与えた。セッションは、午前と午後の会議で構成され、WHO 事務局の支持のもと、ハンガリー前保健大臣の Dr Mihaly Kökény が議長を務めた。合計 50 の公式代表団が参加登録し、そのうち 46 の代

表団が声明を発表した。自国の代表団を代表して演説をした発言者のうち 15 名は保健大臣であった。

参加した代表団は、各国の状況に関連するさまざまな健康の社会的決定要因のトピックを取り上げた。発言者が繰り返し提起した主要なメッセージは、次のようである。(a) 社会的決定要因の多くが保健部門の外の要因であるため、それに対処する際の多部門連携による活動の必要性。(b) 保健医療部門の対応による、プライマリーヘルスケアのアプローチにもとづいた保健医療システムの拡張と、共通の社会的決定要因への対処の重要性。 (c) 社会参加と権限付与(エンパワメント)を促進し奨励する必要性。他に取り上げられた主要トピックは、教育、雇用、社会保護といった、全ての人を対象とした社会政策の促進、そして、社会的決定要因への取り組みを促進する国際協力を強化する必要性である。

また各国は、社会的要因に対処する取り組みが直面している重大な課題、例えば、非感染性疾患の負担の増加、環境劣化に起因する健康と公平性への影響の増加、国家の経済と社会的支出に係わる財政能力とを著しく弱める世界的な金融危機の影響などが存在することを認めた。

次の加盟国(アルファベット順)が閣僚部会において声明を発表した。アルジェリア、アンゴラ、アルゼンチン、オーストラリア、バングラデシュ、ボリビア多民族国、ブルキナファソ、カナダ、カーボベルデ、チリ、コモロ、キューバ、エクアドル、エチオピア、フィンランド、フランス、ドイツ、ギニアビサウ、インド、インドネシア、イラク、イラン・イスラム共和国、イスラエル、ケニア、モーリシャス、モザンビーク、ナイジェリア、ノルウェー、ペルー、フィリピン、ポーランド、ポルトガル、ロシア連邦、セネガル、シエラレオネ、スロベニア、スリランカ、スーダン、スリナム、スワジランド、スウェーデン、スイス、チュニジア、ウガンダ、ザンビア、ジンバブエ。

健康の社会的決定要因を省察する

目的: 健康の社会的決定要因についての議題の歴史的な発展と、本会議から前進させる戦略について議論する

議長: Dr Mihaly Kökény(ハンガリー前保健大臣、WHO 執行理事会前議長)

パネリスト: Sir Michael Marmot(ユニヴァーシティ・カレッジ・ロンドン(ロンドン大学)、教授)、Paulo Buss 教授(ブラジル、オスワルドクルズ財団(Fiocruz))、Ilona Kickbusch 教授(ジュネーブ、国際開発研究大学院、グローバルヘルスプログラム部長)

主要テーマ:

・ 本世界会議は、「アルマアタ宣言」、「オタワ憲章」、そして健康の社会的決定要因に関する委員会の取り組みの遺産の上に築かれている。そして、健康の不公平性を低減するために健康の社会的決定要因に対処する必要性の認識に向けた動きにおける、さらなる足がかりとなる。

・ 健康と公平性の社会的決定要因についての議題は、他の主要な議題や今後数年間のハイレベル討議とつながりがあり、中には環境、持続可能な開発、経済、財政と関連するものもある。

・ 国家の保健大臣の主要な役割には、よりしっかりと予防とヘルスプロモーションに焦点を合わせた保健医療への公平なアクセスの確保、特に行政部門を横断する擁護活動とパートナーシップ、そして健康の

社会的決定要因の知識、測定、理解の向上への寄与が挙げられる。

・ 健康、保健医療、社会保障の問題は、民主主義的プロセスと密接に関連している。良い社会政策、保健医療政策は、行政が人々を（そのようなプロセスを通じて）関与させることによってのみ生じえる。

主要勧告:

・ 国連総会において、健康と公平性の社会的決定要因についてのセッションを設けることに対するサポートを擁護し、助長する。

・ 2012 年に開催する「国連持続可能な開発会議」の議題に、健康の社会的決定要因を含むためのサポートを擁護し、助長する。

・ グローバルガバナンスのレベルで、健康と公平性の社会的決定要因に対処する際の国連、特に WHO のリーダーシップを支持する。

・ 情報交換のネットワークを強化し、健康の社会的決定要因に取り組む国連機関、各国、学会、市民社会へのサポートを相互に提供する。

3 日目 – 2011 年 10 月 21 日　金曜日

健康の社会的決定要因とライフコースに関する、ハイレベル円卓会議

目的: 健康の社会的決定要因とライフコースとの関連を議論する
進行役: Mr Riz Khan（Al Jazeera English テレビ局）
パネリスト: Dr Marie-Paule Kieny（WHO、イノベーション・情報・エビデンス・研究部門、事務局長補佐）、Ms Maria Guzenina-Richardson（フィンランド、保健・社会サービス大臣）、Mr William Lacy Swing（国際移住機関（IOM）、事務局長）、Dr Purnima Mane（国連人口基金（UNFPA）、事務局長補佐、兼、事務局次長）、Dr Geeta Rao Gupta（国際連合児童基金（UNICEF）、事務局次長）、Dr David Sanders（ウェスタン・ケープ大学、名誉教授）
主要テーマ:
・ 子供の初期の発達と、高齢人口を取り巻く健康の社会的決定要因に対処することは重大である。それは、子供の健康と発達アウトカムにおける不公平性が悪化しないようにし、高齢者が継続して社会に参加し、貢献して、貧困、障害、孤立にさらされないことを確実にするのに役立つ。
・ 国連機関は、健康と公平性の社会的決定要因の問題に対処する際、協力的、協調的な方法で取り組まなければならない。
・ 経済と貿易の政策は、健康と不公平性の社会的決定要因の問題についての重要な根本原因である。
・ 市民社会は、政府に説明責任を持たせるうえで重要な役割を担う。
主要勧告:
・ 健康の公平性に対処するための健康の社会的決定要因への今後の対策について、本世界会議から生じた勢いとコミットメントを統合し、維持し、強化する。
・ 国連機関は、健康と公平性の社会的決定要因に対処する際、協力的、協調的な方法で取り組む。
・ 経済や貿易の政策、商業上の既得利益などが、健康と社会の公平性より優先されたり、それらに負の影響を与えたりしないようにするため、行政、国連機関、市民社会が共同で取り組むことへの支持を擁護、助長する。
・ 健康の社会的決定要因についての対策を実施し、ライフコース・アプローチの観点から、特に子供の初期の発達と人口の高齢化に注目して、健康の公平性を改善する。
・「リオ宣言」を実行に移すための断固たる行動を取り、今後前進するための道筋と足がかりを示す。

閉会演説

Dr Alexandre Padilha ブラジル保健大臣は、国民に健康を保障するだけではなく、不公平性に取り組む一連の経済、社会政策を展開するうえでの国の役割が、「リオ政治宣言」を通じて改めて明言されたと述べた。また、宣言では、世界の経済危機を、人々が享有する健康の権利を阻害するものとして捉えたり、そのために社会的支出を抑えたりするべきではなく、むしろ社会政策に投資することで、健康の権利や社会政策をさらに拡張する好機として見るべきであることも認識した。

Dr Rüdiger Krech WHO 倫理・公平性・貿易・人権部長は、「リオ政治宣言」を公式に発表し、宣言文に関する交渉中に考慮が必要となった多くのステイクホルダー、状況、議題に対して、この宣言が刺激を与えるきっかけになると述べた。Dr Krech は、（宣言文について）コンセンサスを得るために加盟国が示した献身とコミットメントを称えた。そして、国際保健に係わっているコミュニティに対して、この宣言を用いて健康と公平性の社会的決定要因への取り組みを前進させるよう促した。

Dr Marie-Paule Kieny WHO イノベーション・情報・エビデンス・研究部門、事務局長補佐は、保健・公衆衛生が多部門を横断する取り組みと公平性への注意を必要とするという認識が成立した歴史的背景について、WHO 憲章に始まり、アルマアタ宣言、オタワ憲章、健康の社会的決定要因に関する委員会の報告書とそれに関連した 2009 年の世界保健総会の決議を経て、本世界会議に至るまでの経緯を説明した。Dr Kieny は、健康の公平性に対処するために健康の社会的決定要因についての対策を実施し、困難な国際情勢においてそうした取り組みを拡張していく際の様々な課題を強調した。そしてそれらに取り組む世界的な動向を取りまとめ、支援し、また加盟国が健康の公平性の改善を進歩させるように支援することに対する、WHO の継続的なコミットメントを表明した。

Ms Maria Guzenina-Richardson フィンランド保健・社会サービス大臣は、世界の人々の健康と公平性の向上の追求において、この会議が画期的であることを強調した。本会議で明らかとなった、健康が国の政策決定における分野横断的な目標でなければならないという認識の高まりと、「全ての政策において健康を考慮する（Health in All Policies）」概念を展開する重要性を指摘した。そして今後も、本会議の成果をさらに前進させ、具体的に展開していくべきであると主張した（本会議は、2013 年にフィンランド、ヘルシンキで開催する「第 8 回ヘルスプロモーションに関する国際会議」へのたしかな基礎も築いた）。

Mr Antonio Patriota ブラジル対外関係大臣は、本会議は、保健・公衆衛生と社会の不正義の低減の歴史における一章であると称えた。そして、健康の公平性は皆に共通の責任であり、公平で包摂的な社会の中核には人々の幸福があるということをリオ宣言が認めていると述べた。Mr Patriota は、全ての公共政策において健康を中心的な位置付けにするツールとして、本宣言が大いに役立つという確信を表明し、加盟国に対して、2012 年の世界保健総会でこの宣言を支持するよう求めた。Mr Patriota は、社会的決定要因と持続可能な開発との間にある極めて重要なつながりと、ブラジルで 2012 年に開催する「国連

持続可能な開発会議」に向けた足掛かりとしての本世界会議の役割を強調した。

その後の展開

2012 年 1 月に、WHO 執行理事会は、「健康の社会的決定要因に関する世界会議」の成果を、WHA62.14 決議の実施の進捗も含めて審査した。執行理事会は、第 65 回世界保健総会（2012 年 5 月 21 日～26 日にジュネーブで開催）で、「リオ政治宣言」を支持する内容の決議を採択するよう勧告した。

概略報告書
全ては公平性のために

健康の社会的決定要因に関する世界会議
リオデジャネイロ 、ブラジル 、2011 年 10 月 19～21 日

世界保健機関
倫理・公平性・貿易・人権部

20 Avenue Appia
CH-1211 Geneva 27
www.who.int/social_determinants

Appendix V.

健康の社会的決定要因に関する委員会　最終報告書　要旨

WHO 健康の社会的決定要因に関する委員会

一世代のうちに格差をなくそう：

健康の社会的決定要因に対する取り組みを通じた健康の公平性

Nihon Fukushi University

WHO が 2008 年に『Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report of the Commission on Social Determinants of Health 2008 (executive summary) 』として出版。

© World Health Organization 2008
世界保健機関（WHO）事務局長は、日本語版の翻訳・出版権を日本福祉大学に付与した。日本語版に対する責任は全て日本福祉大学が負うものとする。

『一世代のうちに格差をなくそう～健康の社会的決定要因に対する取り組みを通じた健康の公平性：健康の社会的決定要因に関する委員会最終報告書 2008（要旨）』

WHO 健康の社会的決定要因に関する委員会

Japanese version © 日本福祉大学 2013

委員会は、一世代のうちに健康格差をなくすことを求める

社会正義は生と死に関わることである。それは人々の生き方や、それに伴って生じる病にかかる可能性や、早世の危険に影響するものである。私たちは、一方では世界の特定の地域で平均余命と健康状態が改善し続ける様子に感嘆し、他方では、別の地域でそうした改善が見られないことに懸念を抱く。今日生まれた女の子がある国では 80 歳以上まで生きると期待できるのに、別の国では 45 歳まで生きられないと予測される。同じ国の中であっても、社会的不遇の程度と密接に関係した劇的な健康格差が存在する。同じ国内であれ、異なる国の間であれ、このような格差は決して起こるべきではない。

これらの健康の不公平、つまり避けることが可能な健康の格差は、人々が成長し、生活し、労働し、老いていく環境と、既存の保健医療システムが原因となって生じる。人々が生まれ、死にゆく環境条件を形成するのは、政治的、社会的、経済的な諸力である。

政治政策および経済政策は、子どもが成長して潜在能力を全開させ、生き生きした生活を送ることができるか、それとも荒廃した生活を送ることになってしまうかを左右する。豊かな国でも貧しい国でも、解決すべき健康問題の本質は収束する傾向にある。ある社会の発展の水準は、その社会の貧富の程度にかかわらず、そこに暮らす人々の健康状態や、健康がいかに公平に社会階層の別なく保障されているか、そして健康障害による不遇から人々が保護されているかによって判定できる。

「健康の社会的決定要因に関する委員会」は、２００５年ＷＨＯにより、社会正義の精神にもとづいて、健康の公平性を促進するために必要な証拠（エビデンス）を揃え、健康の公平性の達成に向けた世界的な運動を前進させるために設置された。

委員会がその仕事を進めていくなかで、複数の国や機関が、健康の社会的決定要因に影響を与え、健康の公平性を向上させるような、社会全般に係わる政策やプログラムを作成する協力者となった。いまや、これらの国々や機関が世界的な運動の先頭に立っている。

本委員会は、ＷＨＯおよびすべての政府に対して、健康の公平性を達成するために、健康の社会的決定要因に関して国際的な取り組みを先導することを求める。いまこそ各国政府や市民社会、ＷＨＯ、そしてそのほかの国際機関が、世界の人々の生活を改善するために連帯して行動を起こすことが不可欠である。一世代で健康の公平性を達成することは、可能であり、正義であり、いまこそそれをなすべき時である。

健康の公平性のための新しい世界的議題

今日の子ども達は、どこで生まれるかだけの違いで、人生のチャンスが劇的に異なる。日本やスウェーデンで生まれれば、80 歳を超えてまで生きられると期待できる。ブラジルなら平均寿命は 72 歳、インドなら 63 歳である。しかし、それがアフリカの国々では 50 歳にも満たない。そして同じ国のなかでも、人生のチャンスの格差はきわめて大きく、そのような国内格差は、世界中で認められる。貧困層の中でも最も貧困な人々の間では、病や早

世が頻繁である。しかし、健康不良は最貧困層に限られたものではない。国の貧富の程度にかかわらず、全ての国において、健康と病は社会階層の勾配に従っていることが分かる。すなわち社会経済的地位が低いほど、健康状態も悪いのである。

このような状況は必然ではないし、道義にも反する。構造的な健康格差が、合理的な行動によって回避できると判断される場合、そのような格差は正に不公平であると言える。これこそ健康の不公平と呼ぶものである。これらの非常に大きく、是正可能な、国内および国家間の健康格差、すなわち健康の不公平を正すことは、社会正義の問題である。健康の社会的決定要因に関する委員会（以下、「委員会」）の見解では、健康の不公平性を低減することは倫理的義務である。社会的不正義のために、多くの人々が殺されている。

健康と健康の公平性の社会的決定要因

この委員会は、健康の公平性を促進するために必要なエビデンスを揃え、健康の公平性の達成に向けた世界的な運動を前進させるために設けられたのだが、それは政策決定者や研究者、市民社会を含めた国際的な協同によるものであり、それを率いるのは、政治、学問やアドボカシー（擁護活動）の経験を持つ委員たちである。大事なことは、いわゆる南半球諸国と北半球諸国を含んだ、所得や開発の水準の異なるすべての国々に関心が向けられていることである。健康の公平性はすべての国に係わる問題であり、世界の政治経済システムに強く影響されるものである。

委員会では、健康の社会的決定要因を全体論的視野で捉える。貧困者の健康不良、各国内に生じている社会格差に対応した健康格差、そして国家間での顕著な健康の不公平は、世界的な、あるいは国内における、権力、資金、物資およびサービスの不平等な分配と、それらの結果として生じる直接的に眼に見える人々の生活環境（すなわち保健医療、学校、教育へのアクセス、労働と休養、家庭、コミュニティ、町や市）と豊かな人生を送れるチャンスの不公平とによって生じている。健康を阻害するような経験の不公平な分配は、どう考えても自然現象とは呼べず、粗末な社会政策や事業、不公平な経済秩序と、劣悪な政治の有害な複合作用の結果であると言える。健康の社会的決定要因は、（社会）構造的な決定要因と日常生活環境の両方から成り立ち、それらは国家間および国内の健康の不公平の大半の原因となっている。

国際コミュニティの取り組みによってこの状況を正すことはできるが、それには国際レベル、国家レベル、そして地元レベルでの、迅速かつ継続的な行動を必要とする。国際的な権力配分や経済秩序に存在する深刻な不公平は、健康の不公平に極めて強く関与している。もちろん、このことはその他のレベルでの行動を無視するということではない。国や地方政府にもできることがたくさんある。さらには、地元を直接支援すると同時に、より上位の政府にも変化を求めるように働きかける、市民社会や地域活動の影響力に、委員会は感心させられた。

そしてまた、気候変動も、人々の生活や健康、そして地球に影響を与えることによって、当然グローバル・システムにも関与する。我々は、健康の公平性と気候変動という二つのアジェンダ（議題）を同時に議論する必要がある。我々（委員会）の中心的関心である健康の公平性は、国際コミュニティにも取り入れられるべきであり、全世界の社会経済的発

展の必要性、健康の公平性、気候変動への対処の緊急性の間のバランスを取らなければいけない。

開発への新しいアプローチ

委員会の仕事は、開発への新しいアプローチを具体化している。人々の健康や健康の公平は、すべての社会政策の目的ではないにしても、それらがもたらす重要な成果である。例えば、非常に重視される経済成長政策について考えてみる。経済成長は疑いもなく重要である。貧困な国々にとっては特に重要である。それは、その国の国民生活の改善のために投資できるリソース（資源）を作り出す機会となるからである。だが、経済成長自体は、その利益の分配において道理ある公正さを保障する適切な社会政策が伴わないと、健康の公平にはほとんど貢献しない。

伝統的に、社会は健康と病気に関する問題について保健医療部門に依存してきた。ヘルスケアの不適切な分配（つまりケアを最も必要とする人にケアが行き届かないこと）は、当然健康の社会的決定要因の一つである。しかし、驚くほど多数の早世を引き起こす原因となる大きな疾病負担は、人々が生まれ、成長し、生活し、働き、老いていく状況に拠るところが大きい。劣悪で不公平な生活状況は、粗末な社会政策や事業、不公正な経済的秩序と悪い政治が招く結果である。健康の社会的決定要因に取り組むには、政府全体、市民社会や地域のコミュニティ、企業、国際フォーラム、国際機関を巻き込まなくてはならない。対策としての政策や事業も、保健医療部門だけでなく、社会の主要な部門（セクター）すべてに関係するものでなければならない。そのうえで、各国の保健大臣と保健省は、世界的な変革を起こすために必要不可欠である。その役割とは、国の最も上位のレベルで、健康の社会的決定要因に取り組むアプローチを推進し、効果的な実践例を示し、さらに他の省庁が健康の公平性を促進する政策を策定する支援をすることである。WHO は、世界の保健機関として、国際舞台でその同じ役割を果たさねばならない。

一世代のうちに健康格差をなくそう

委員会は一世代で健康格差をなくそうと呼びかける。それは願望であり、予測ではない。過去 30 年間に、世界的に、また各国においても、それぞれ飛躍的に健康が向上した。したがって我々は楽観的である。人々の人生のチャンスに強く影響する要因、すなわち健康の公平性を著しく改善できる要因についての知識は確実に存在する。また、我々は現実的でもある。そこで、まさに今、行動を起こさなければならないと主張する。国家間および国内における目に余る不公平を是正する解決策を練るための素材は、この委員会報告書の中にこそある。

委員会の主要な勧告

１　日常生活状況を改善する

少女や女性の well-being（幸福な生活）と、子どもが生まれてくる環境をそれぞれ改善し、子どもの発育早期と少女少年の教育に重点をおく。生活と労働の状況も改善する。そしてそれら全てを支える社会保護政策を策定する。また高齢者が豊かな生活を送れるような状況を創造する。これらの目標を達成するための政策には、市民社会、政府、国際機関が関与することになる。

２　権力、資金、リソースの不公平な分配に対処する

健康の不公平と日常生活の中の不公平な状況に対処するためには、男女間にある不公平など、社会の秩序の中に存在する不公平に取り組む必要がある。このためには、コミットメント、能力と、充分な財力を備えた、強力な公共部門が必要である。それを実現するには、政府の強化だけでは足らず、必要なのはガバナンスの強化である。すなわち市民社会、説明責任を伴った民間部門、そして社会の全ての人々が、公共の利益について合意をし、共同行動のもつ価値に対して再投資することに、正当性と、場と、サポートを提供するようなガバナンスである。今のようなグローバル化された世界においては、公平性を強く支持するようなガバナンスの必要性は、地域コミュニティのレベルから国際機関に至るまで、すべてに平等にあてはまるものである。

３　問題を測定して理解し、対策の影響を評価する

問題が存在することを認め、健康の不公平が国内および国際的に測定されるのを確実にすることは、行動を起こすために不可欠な基盤となる。各国政府や国際機関は、ＷＨＯの支援を受けながら、健康の公平性監視システムを各国内および国際的にも構築し、健康の不公平と健康の社会的決定要因の定期的なモニタリング（監視）と、各種政策や取り組みが健康の公平性に与える影響を評価すべきである。健康の不公平性に効果的に対処するのに必要な組織的な場と能力を創出するためには、政策決定者や保健医療従事者の能力向上と、健康の社会的決定要因についての一般認識の向上に投資する必要がある。また保健・公衆衛生の研究において、社会的決定要因にもっと焦点を当てることも求められる。

行動の三原則

①日常生活の状況、つまり人々が生まれ、成長し、生活して、働き、老いていく環境を改善する。

②権限、資金、リソース、つまり日常生活状況を形成する構造的な推進力となるものの不公平な分配に、国際レベル、国家レベル、地域レベルでそれぞれ対処する。

③問題を測定し、対策を評価し、知識基盤を拡大し、健康の社会的要因についてよく訓練された労働力を開発し、健康の社会的要因について一般の人々の認識を向上させる。

これら三つの行動原則は、上記の三つの主要な勧告によって具体化されている。本委員会最終報告書要旨および最終報告書本文は、この三つの原則に従って構成されている。

第１章 日常生活の状況を改善する

社会構造に不公平が存在することは、豊かでいきいきとした生活を送り、健康を楽しむという自由が、一つの社会の中で、あるいは異なる社会を比較した時に、不公平に分配されていることを意味する。この不公平は、幼年期や学校教育の状況、雇用や労働の状況、建物環境の物理的条件、居住する自然環境の質などに認められる。これらの環境の性質の違いによって、人々は異なる物質的状況、心理社会的サポート、行動の選択肢などが与えられ、それによって健康の虚弱性が左右される。同様に社会階層も保健医療（ヘルスケア）へのアクセスや利用における差を生み出し、結果として、健康や幸福の増進、疾病予防、病からの回復、生存率などに不公平をもたらす。

何をすべきか

人生の初期に対処する包括的アプローチには、国際レベルおよび国内レベルでの政策の一貫性、コミットメント、そしてリーダーシップが必要である。それはまた、世界の全ての子どもたちのための、幼年期発達（Early Child Development; ECD）および幼年期教育のプログラムやサービスの包括的パッケージを必要とする。

子どもの生存を支援する既存の事業などに立脚しながら、幼年期への介入を拡張して、社会的/情緒的発達や言語/認知の発達をも包含するような、幼年期への包括的アプローチにコミットし、それを実施する。

・幼年期発達に関する政策の首尾一貫性を確実にするために、諸機関間の調整メカニズムを構築し、それら諸機関を横断して幼年期の発達への包括的アプローチが実行されるようにする。

・すべての子ども、母親、そしてその他の世話人に、その支払能力にかかわらず、良質な幼年期発達のプログラムとサービスの包括的パッケージを提供する。

教育の提供範囲とその領域を拡大し、幼年期の発達（身体的、社会的/情緒的、言語的/認知的発達）の原則を包含するようにする。

・すべての少女少年に、その支払い能力にかかわらず、良質の義務教育（初等および中等教育）を提供する。少女少年達の学校への入学や通学を阻害する要因を解明し、それらに対処して、さらに初等教育の利用者負担を撤廃する。

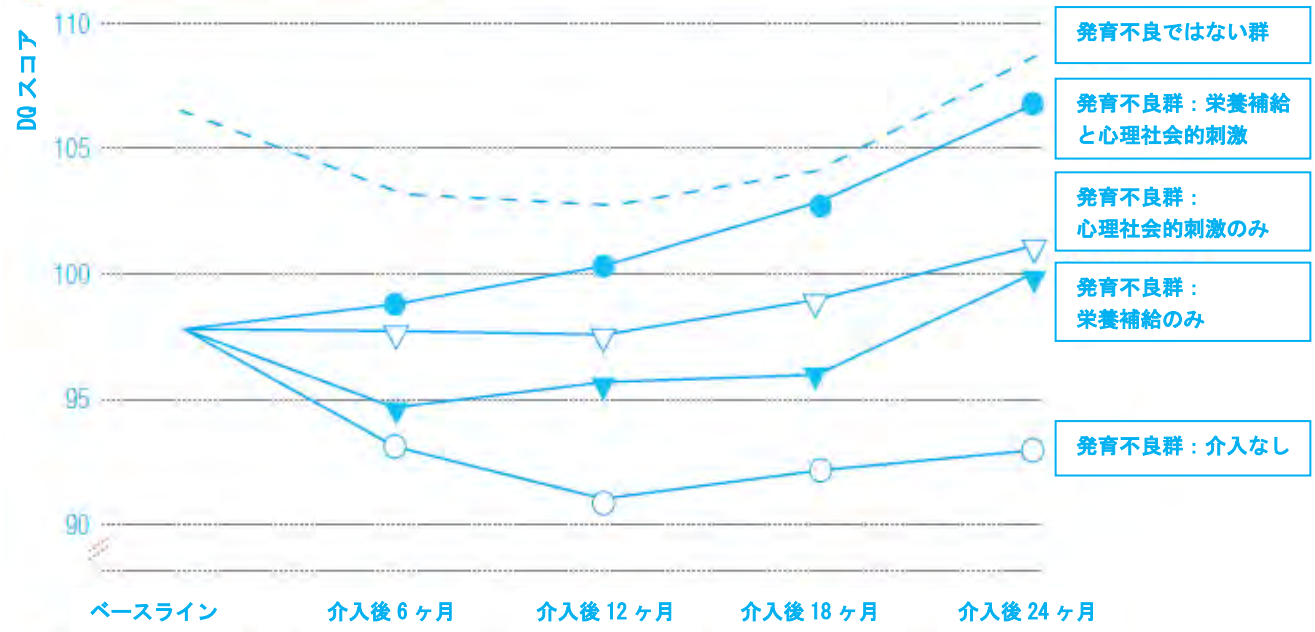
初めから公平性を保障する

ＥＣＤ（幼年期の発達）は、身体的、社会的/情緒的、言語/認知の各領域を包含するが、それは子どもの技能開発、教育や雇用の機会などに影響し、その後の人生における様々な機会や健康状態に決定的な影響を及ぼす。幼年期の経験は、これらの間接的あるいは直接的な方法で、その後の肥満、栄養不良、精神疾患、心臓疾患や犯罪にかかわるリスクなどに影響していく。少なくとも世界で２億人の子どもたちが、その潜在的な発達可能性を最大限に発揮できていない。このことは、彼らの健康および社会全体にとって極めて重大な意味合いを持つ。

行動の根拠となるエビデンス

幼年期への投資は、一世代で健康の不公平を低減することに最も可能性を与える方法の一つである。幼年期（胎児期から８歳までと定義される）の経験や、早期・後期の教育は、人のライフコース（人生経路）全体に影響する極めて重要な基礎を形成する。ＥＣＤについての科学的研究は、脳の発達が幼年期における外部からの刺激に極めて敏感で、それがその後も一生影響をもたらすことを示している。良好な栄養摂取も非常に重要で、それは母親が、まだ子どもがお腹の中にいる時から、十分な栄養を取ることから始まる。母子ともに、妊娠前、妊娠中、出産、そして産後の数日から数年にわたって、連続性のあるケアが必要である。子どもは安全かつ健全で、支援的、養育的、また思いやりがあり、子どもの要求にも反応するような生活環境を必要とする。就学前の教育プログラムやそれを提供する保育園･幼稚園は、子どもの発達に貢献するより広範な環境の一部として、子どもの潜在能力を育成するうえで極めて重要な役割を担う。子どもの生存を支援する既存の事業などに立脚しながら、幼年期への介入を拡張して、社会的/情緒的発達や言語/認知の発達をも包含するような、幼年期へのより包括的なアプローチが必要である。

ジャマイカにおける 2 年間の介入研究で見られた発育不良の子どもたちへの
栄養補給と心理社会的刺激による複合効果[1]



[1] 発育不良の子どもの群（初回調査時の年齢と DQ スコアをもとに調整）と発育不良ではない子どもの群（初回調査時の年齢調整のみ）における平均発達スコア（DQ）を比較した。DQ の測定はグリフィス精神発達尺度のジャマイカ改訂版を用いた。このグラフは著者の許可を得て、Grantham-McGregor et al.（1991）より転載した。

健康な場所でこそ人々は健康になる

何をすべきか

基本的な物資の入手が確保され、社会的な結束力があり、住民の心身の健康を促進するように計画され、自然環境が保護されているようなコミュニティや地域が、健康の公平性にとっては必須である。

健康と健康の公平性を都市ガバナンスと都市計画の中核に据える。

・手頃な価格の住宅をより多く提供できるように都市開発を管理する。都市のスラム改善に投資し、特に優先的に、水と衛生設備、電力、舗装道路をすべての家庭にその支払能力にかかわらず提供する。

・都市計画が、人々の健康で安全な行動を公平に促進するようにする。それは、活動的な交通手段への投資、不健康な食品へのアクセスを管理するための小売計画、そして良好な環境デザインや、アルコール販売店数の制限などの規制管理を通じて行なう。

農村開発に継続的に投資し、排他的な政策や手続きによって生じる農村部の貧困や土地所有権および居住権の問題に対処することで、都市部と農村部の間の健康の公平性を促進する。

・都市の拡大がもたらす不公平への対策をする。それには農村部における土地所有権問題への対処、人々の健康を支えるような農村生活の保障、農村部のインフラストラクチャーへの十分な投資、農村部から都市部に移住した人々に対する支援策などが含まれる。

気候変動やその他の環境破壊に対する経済および社会政策において、健康の公平性も同時に考慮する。

人々は、住む場所によって健康が左右され、また人生を豊かに送れるチャンスが影響される。２００７年は、都市部に住む世界の人口が、初めて過半数を超えた年である。そのうち約１０億人がスラムに住んでいる。

行動の根拠となるエビデンス

今後とも感染症や栄養不良は、世界の特定の地域や人々にとって問題であり続ける。しかし、都市化は保健・公衆衛生の課題を変えつつあり、特に都市貧困層の間で、非感染性疾患、事故や暴力による怪我、生態学的災害による死亡や被害が増える傾向にある。

人々が生活をする日常の状況が、健康の公平性に強い影響を与える。良質な住居や保護施設、清潔な水と衛生設備を与えられることは人間の権利であり、健康な生活を送るための

基本的ニーズである。自動車への依存の増大によって、自動車利用本位の土地利用が増え、自動車以外での移動の不便さが増して、地域の大気の質や温室効果ガス排出量に影響し、人々の運動不足にもつながる。都市環境の計画とデザインは、人間の行動や（環境の）安全性への影響を通じて、健康の公平性に大きく作用する。

農村部と都市部の間の居住比は、地域によって極度に異なる。都市人口は、ブルンジやウガンダでは１０％未満だが、ベルギー、香港行政区、クウェート、シンガポールなどでは１００％近くなる。都市型志向の成長パラダイムによる政策や投資パターンのため、世界中の農村コミュニティが、そこにいる先住民とともに、インフラやアメニティへの投資不足の進行という苦しみに直面する。そこには貧困と劣悪な生活状況があり、それが住民には、不案内な都心部へ移住する理由の一部となっている。

最近の都市化モデルは、甚大な環境問題、特に気候変動という難題をもたらしている。気候変動は、低所得国や、脆弱な人々に対して、より大きな影響を与える。現時点では、温室効果ガス排出は、主として先進国の都市部の消費パターンによって決定されている。交通と建築物によるＣＯ２排出が全体の２１％を占め、農業活動によるものも全体の約 1/5 である。それでいて、農業生産は気候条件の如何に大部分依存している。気候システムの崩壊や消耗と、世界的な健康の不公平を減らすことは、切り離して考えることができない。

公正な雇用と適切な労働

何をすべきか

公正な雇用と適切な労働条件の保障を通して、政府、雇用主そして労働者は、貧困をなくし、社会的な不公平を低減し、身体的・心理社会的な危険への曝露を減少させることができ、それは人々の健康と幸福の向上にもつながる。そして健康な労働力が生産性向上に役立つのは当然である。

完全かつ公正な雇用と適切な労働を、国や国家間の社会経済政策作りの中心的目標とする。

・完全かつ公正な雇用と適切な労働は、国際機関の共通目標にされるべきであり、国の政策課題と開発戦略の中核をなすべきである。同時に、雇用と労働に関わる政策、立法、事業を作成する過程において、労働者代表の関与強化を伴うべきである。

健康の公平を達成するためには、安全かつ安定的で公正な報酬が支払われる仕事、年間を通じた雇用機会、そして健康的なワーク・ライフバランスが、すべての人々にとって必要である。

・質の良い労働を男女ともに与える。それは健康的な生活を送るのにかかる現実的かつ最新のコストに見合う生活賃金を伴わなければならない。

・すべての労働者を保護する。国際機関は、各国が、正規・非正規労働者に対してコアな労働基準を適用し、ワーク・ライフバランスを保障する政策を展開し、さらに不安定な就労形態から生じる労働者の不安を減らすための支援をする。

有害物質、労働起因性のストレス、さらに健康を害する行動への曝露を減らすよう、すべての労働者の労働条件を改善する。

雇用と労働条件は健康の公平性に強力な影響を及ぼす。これらが良好であれば、人々に経済的安定、社会的地位、自己啓発、社会関係、自尊心、身体的・心理社会的な危険からの保護などを与える。雇用と労働の改善のための行動は、国際レベル、国内レベル、地方レベルのすべてで実施しなければならない。

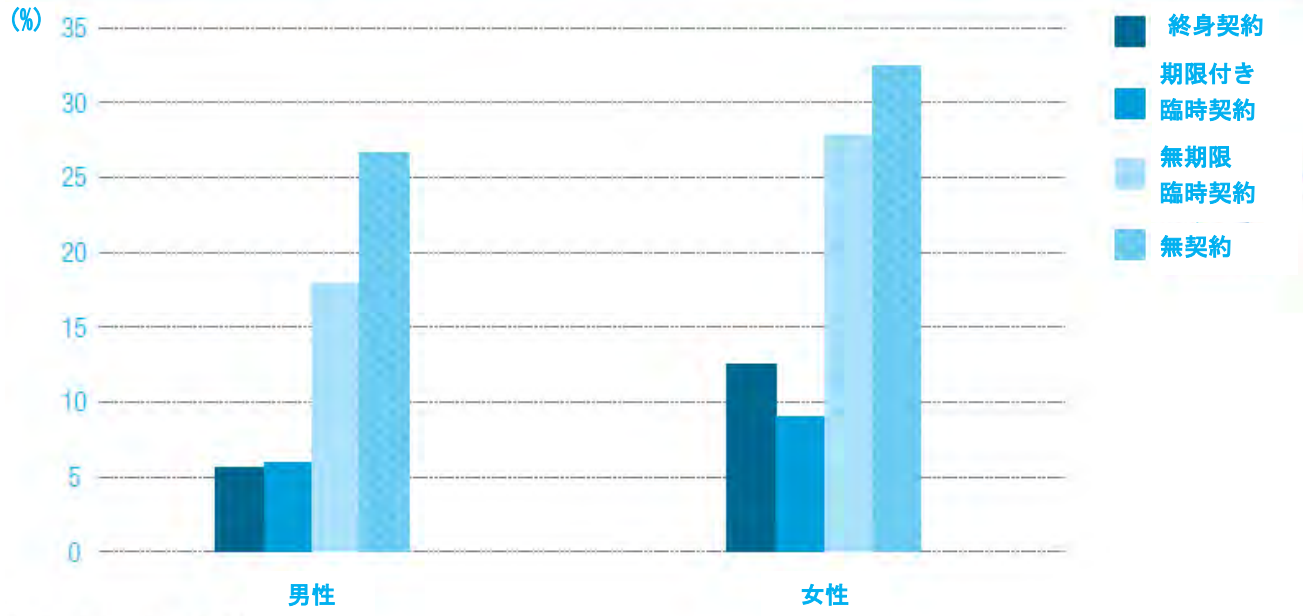
行動の根拠となるエビデンス

労働は、多くの重要な健康への影響が発現する領域である。これには雇用条件と労働の性質そのものとが含まれる。柔軟な労働力は、経済競争力の観点からは良いものとされるが、健康への影響を伴う。長期雇用労働者に比べ臨時雇用労働者の死亡率が有意に高いというエビデンスがある。不安定労働（期間の定めのない雇用契約、無契約雇用、およびパート

タイム労働）は精神衛生上の問題の発生と関連している。また雇用不安を感じる労働者は大きな身体的・精神的影響を受けることも知られている。

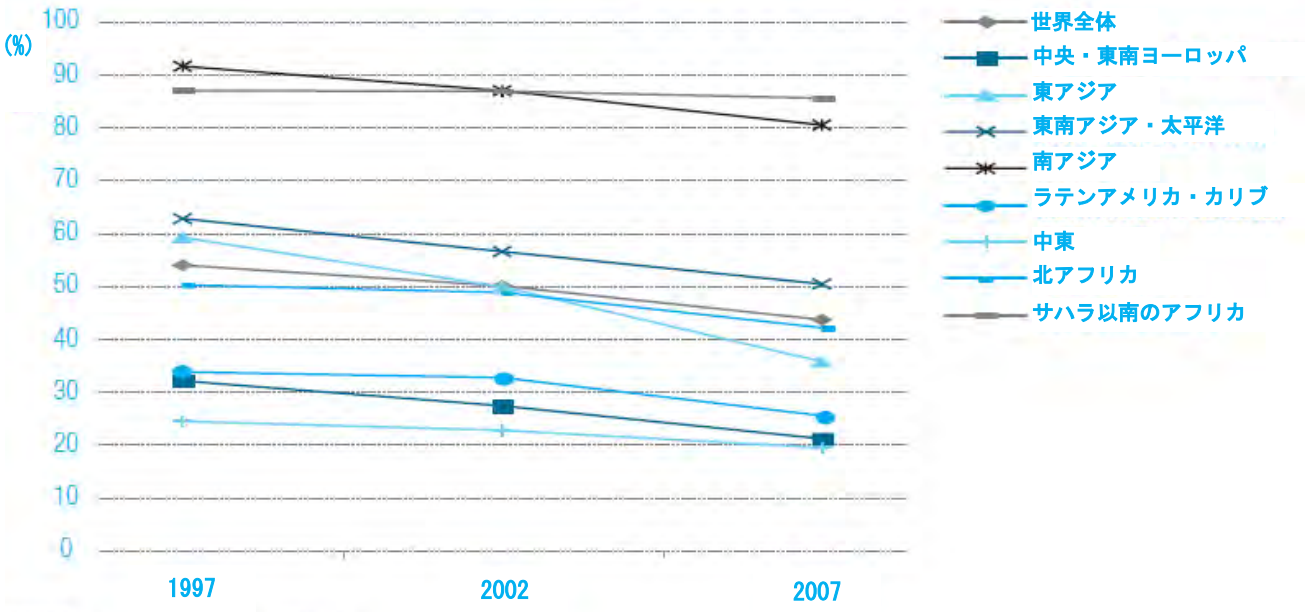
労働の条件もまた健康と健康の公平性に影響を与える。悪い労働条件は、身体的健康に害を与えうる様々な危険に人を晒し、それらはより地位の低い職業に集中する傾向がある。高所得国に存在するより良い労働条件は、何年にもわたる労働者の組織的行動と、規制の整備などの多くの努力によって実現したものであるが、多くの中・低所得国では、ひどく欠けているものである。職場におけるストレスは、冠状動脈性心疾患のリスクを５０％増加させ、また仕事における高負担、低裁量、そして努力と報酬の不均衡は、精神的・身体的疾患のリスク要因であるという一貫したエビデンスが存在する。

スペインの肉体労働者における雇用契約種別にみた精神衛生不良の有症率



出典：Artazcoz et al., 2005

１日当り２米ドル以下で生活している労働者の割合（%）の地域別の違い



注：2007 年の数値は仮推計である。このグラフは著者の許可を得て、ILO（2008）より転載した。

ライフコースを通じた社会保護

何をすべきか

一世代で健康格差を縮小するためには、最低限の健康的生活水準を保つようなシステムを政府が構築する必要がある。個人の力の及ばない理由によって、人の生活がその水準を下回ることがあってはならない。社会保護方式は、開発目標の到達度に依存するのではなく、むしろ効果的に貧困を削減し、地域経済に恩恵をもたらすことから、開発目標を実現する手段となる。

健康的な生活を送るのに十分な所得水準を維持できるように、すべての人を対象とした包括的社会保護政策を確立および強化する。

・健康的な生活を送るのに十分な水準を目指して社会保護システムの規模を徐々に拡大する。

・社会保護システムが、非正規労働、家事、介護などに従事する人など、通常適用外とされる人々も保護対象に含むようにする。

すべての人々が、そのライフコースを通じて、つまり幼い子どもの時も、働いている時期も、老後においても、社会保護を必要とする。また、病気や障害あるいは仕事や収入を失うなどの特定の不遇に見舞われた場合も人々は保護を必要とする。

行動の根拠となるエビデンス

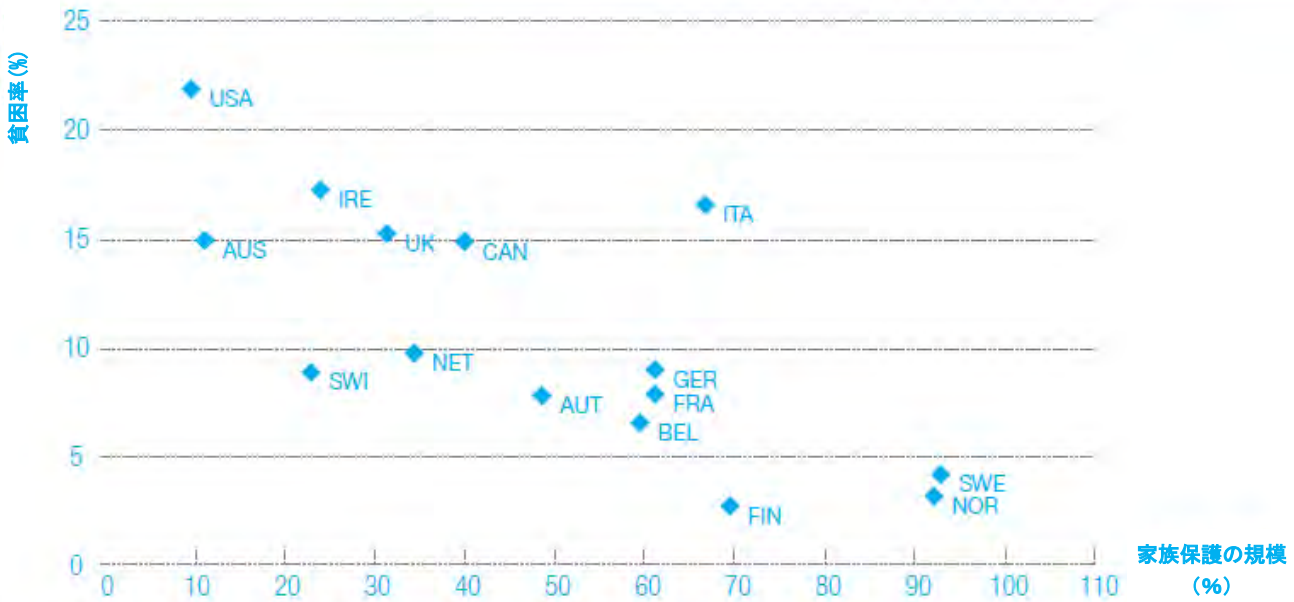
生活水準の低さは健康の不公平の強力な決定要因である。それは全人生の軌道に影響を与えるが、とりわけ ECD（幼年期の発達）に及ぼす効果を通じて現れる。子どもの貧困と世代間の貧困の連鎖は、人々の健康の向上と健康の不公平性低減に対する主要な障害物となる。世界の 5 人に 4 人が基礎的な社会保障による援助を欠いている。

再分配式の福祉制度は、人々が労働市場を通じて健康的な生活を得られる程度と相まって、貧困の度合いに影響を与える。すべての人を対象とした手厚い社会保護システムの下では、人々の健康がより良好であり、高齢者の超過死亡が減少し、社会的に不利な立場の人々の死亡率も低下する。国民皆保護システムを持つ国々では、社会保護の予算が大きい傾向にあり、それがより持続可能であるとも言えるかもしれない。これらの国では、貧困層だけに対象を絞った（社会保護）システムを持つ国に比べて、貧困と所得格差がより少ない傾向にある。

社会保護を国中あるいは世界中のすべての人々に提供することは、一世代のうちに健康の公平性を保障する方向に向けての大きな一歩となる。これには、非正規労働、家事、介護などの不安定労働に従事する人々にも社会保護を適用することが含まれる。これは大半の人々が非正規労働をしている貧しい国や、家庭内の責務に阻まれて拠出制の社会保護方式

では十分な給付金を受け取ることができない女性にとって、特に重大である。制度的なインフラストラクチャーや財政能力の不足が多くの国で相変わらず障害となっている一方で、所得の低い国々であっても、社会保護システムの構築に着手することが可能であることを示す例が世界中にある。

２０００年頃における世界２０カ国の家族保護の総規模と子どもの貧困



注：移転支出による純社会保護給付規模を生産労働者の平均純賃金に占める割合（%）として表示。貧困線は等価可処分所得の中央値の５０%に設定。
AUS=オーストラリア；AUT=オーストリア；BEL=ベルギー；CAN=カナダ；FIN=フィンランド；FRA=フランス；GER=ドイツ；IRE=アイルランド；ITA=イタリア；NET=オランダ；NOR=ノルウェー；SWE=スウェーデン；SWI=スイス；UK=英国；USA=米国。
このグラフは著者の許可を得て、Lundberg et al. (2007) より転載した。

国民皆健康保険

何をすべきか

公平性、疾患予防、健康増進の原則に基づいた保健医療（ヘルスケア）システムを築く。

・プライマリ・ヘルスケアに重点を置いた良質の保健医療サービスをすべての人々に提供する。

・公平な保健医療の財政を確立するうえで公共部門のリーダーシップを強化し、支払い能力に関係なく全ての人が保健医療サービスを受けられるようにする。

保健医療関係の従事者を育成、強化し、健康の社会的決定要因に働きかける能力を拡充する。

・国内の保健医療関係の労働力に投資し、保健医療従事者を農村部と都市部にバランスよく配置する。

・保健医療関係の人材増加と人材教育への投資や、人材の獲得と流出の規制に関する二国間協定などを中心に、保健医療分野における頭脳流出の是正に努める。

保健医療へのアクセスとその利用は、人々の公平で良好な健康状態にとって肝心である。保健医療システムそれ自体が健康の社会的決定要因のひとつであり、他の社会的決定要因と相互に作用する。性別・ジェンダー、教育、職業、所得、民族性、居住場所のすべてが、人々の保健医療へのアクセス、利用経験、そしてそれによって受ける利益と緊密に関係している。保健医療分野のリーダーには、社会の全分野を通じて、他の部門の政策や活動が健康の公平性の向上につながるように見届ける重要な役割がある。

行動の根拠となるエビデンス

保健医療なしには根本的な健康改善をする多くの機会が失われてしまう。不完全な保健医療システム、あるいは不公平な供給しかしないシステムでは、社会正義として全ての人々に健康を保障する機会が失われてしまう。これらはすべての国々にとって重要な課題である。低所得国ではより差し迫った課題として、保健医療システムを適切に構想、管理し、それへのアクセスを確保することが、ミレニアム開発目標（ＭＤＧ）の達成に向けて大きく貢献する。それらなしにはＭＤＧを達成する可能性が非常に弱められる。それにもかかわらず、いまだに保健医療システムは多くの国で恐ろしく弱体であり、サービスの供給、アクセス、利用において、貧富の間で非常に大きな格差が存在する。

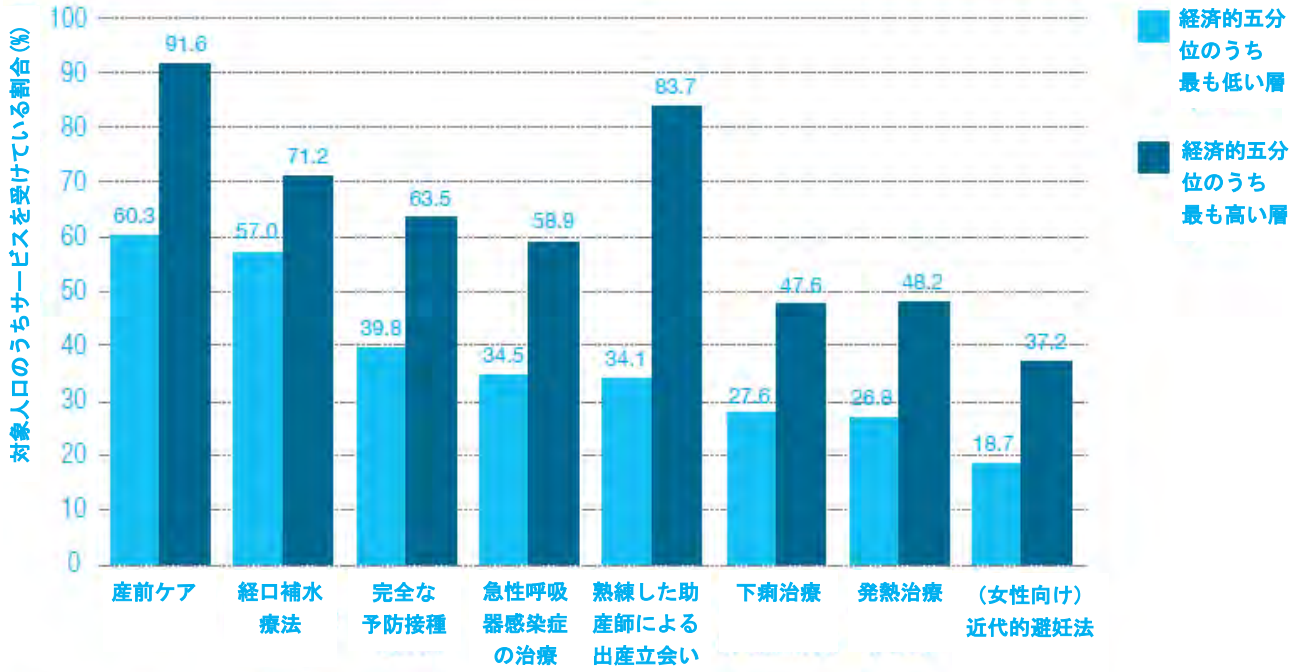
委員会は、保健医療は市場に出回る商品ではなく、公共の利益であると捉える。実際ほとんどの高所得国がユニバーサル･カバレッジ（すべての人々を対象に必要な保健医療を資金とサービス提供の両面から保障する）の原則を中心として保健医療システムを整備している。ユニバーサル･カバレッジは、国民全員が、必要と選好に応じて、同じ範囲の（良質の）サービスを、所得水準や社会的地位、居住地域に関係なく受けられるようにしなければならない。また人々がこれらのサービスを使いこなせるだけの力を与えられていることも必要である。そしてそれは全国民に同じ給付内容を提供する。その他の国についても、最も貧しい国々を含め、長期間にわたる適切な援助を受けることを前提にすれば、保健医療のユニバーサル・カバレッジの実現を目指さない理由はない。

委員会は保健医療システムの財政を総合課税や強制皆保険によって賄うことを推奨する。公的な保健医療への支出に再分配効果があることは、多くの国で認められている。公的資金で賄われる保健医療システムを支持する説得力のあるエビデンスがある。保健医療費の自己負担分を最小にすることが特に肝要である。低・中所得国において、保健医療費の受益者負担を押し付けるような政策は、総じて保健医療サービスの利用の低下と健康状態の悪化を招いている。毎年１億人近くの人が、家庭の高額医療費のために貧困に追いやられている。これは容認できない事態である。

プライマリヘルスケア（ＰＨＣ）に基づいた保健医療システムこそ、より良い健康アウトカムを実現できる。ＰＨＣモデルに基づいて、予防および健康増進と、治療介入への投資との間の均衡を図りながら、様々な社会的決定要因に関して各地域の状況に適した取り組みをすると同時に、一次的な保健医療（プライマリケア）に重点を置いて、そこからより高次の保健医療へと適切に紹介・転送することの両方がこれに含まれる。

すべての国で、とりわけ最も貧しい国や頭脳流出が生じている国では緊急に、適切な技術を持った保健医療従事者を地域レベルで十分に確保することが、ケアの対象範囲を拡大し、その質を改善するうえで基本的な条件となる。保健医療従事者の訓練と留保に投資することは、今求められている保健医療システムの拡大を実現するために肝要である。これには、保健医療従事者の流動に関する国際的な監視と、国や地域のレベルでの財政投資や技術開発への配慮が必要となる。ＷＨＯから地域の診療所までを含め、様々な場で医療や保健に携わる人々は、地域社会における健康に対する理念や意思決定に対して力強い発言力を持っている。彼らは、健康不良の社会的原因に対して、保健医療システムを通じてより一貫した取り組みをすることが、より効率的であり、さらに倫理的に求められていることを証言している。

基本的な母子保健医療サービスの利用に関する 50 カ国以上の集計データをもとにした
経済的五分位にもとづく最も低い層と高い層の比較



注：このグラフは著者の許可を得て、Gwatkin, Wagstaff & Yazbeck (2005) より転載した。

第２章 権力、資金、リソースの不公平な分配に対処する

日常生活の状況における不公平は、より深層にある社会構造や過程によって形成される。この不公平は体系的なものであり、それは権力、富、その他の必要な社会的資源の分配やそれらへのアクセスの不公平を許容したり、実際に促してしまうような社会規範や政策、慣習によって生み出される。

すべての政策、システム、事業において健康の公平性を考慮する

何をすべきか

健康と健康の公平性のための行動責任を政府の最高レベルに課して、全ての政策にわたって一貫してそれが配慮されるようにする。

・健康と健康の公平性を、国家首脳も支持する政府全体の共通課題にし、健康の公平性を政府の業績を評価する指標のひとつとする。

・全ての政策や事業について、健康と健康の公平性に与える影響を評価し、政府の全ての取り組みの首尾一貫性を目指す。

保健省の政策や事業に係わる機能のすべてにおいて社会的決定要因の枠組みを採用し、政府全体にわたって社会的決定要因にもとづくアプローチを支持するうえでの保健省の役割を強化する。

・健康と健康の公平性の社会的決定要因への取り組みを奨励するような支持基盤や構造作りをまず保健部門から始める。これには、ＷＨＯの支援を伴った保健大臣の強いリーダーシップが必要である。

行政および経済にかかわるすべての側面が、健康と健康の公平性への影響力を持っている。行政部門そして行政レベルのすべてにわたって一貫した行動を取ることが、健康の公平性の改善にとって必須である。

行動の根拠となるエビデンス

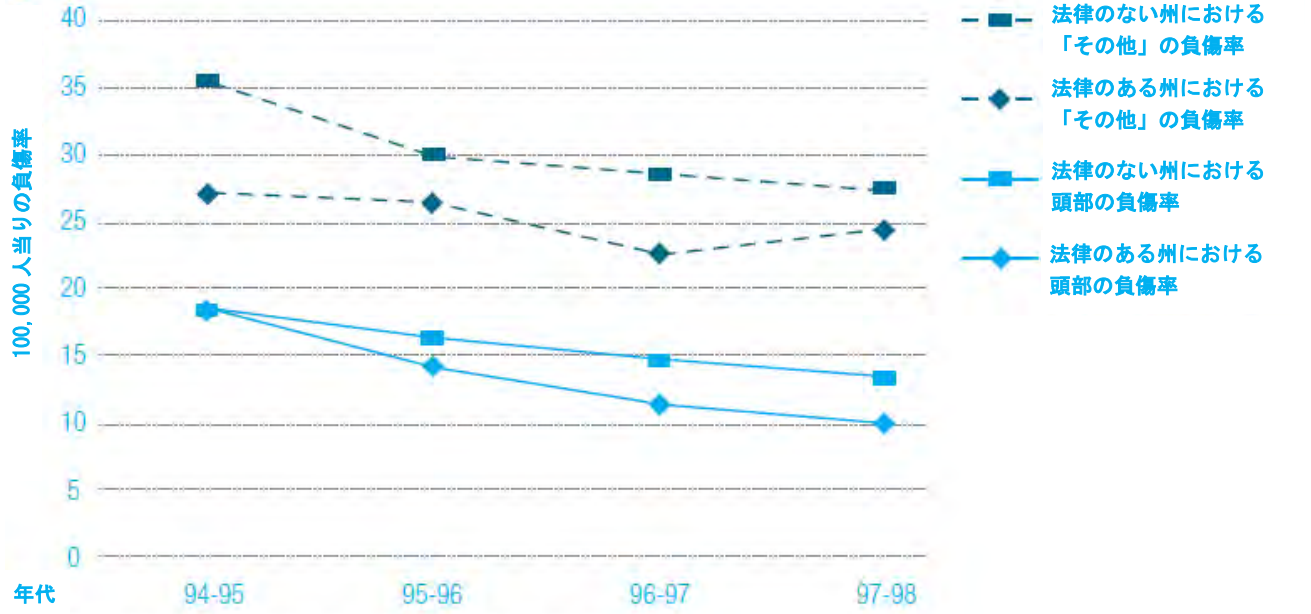
行政政策の性質によっては、健康と健康の公平性を改善もすれば悪化もさせる。例えば、都市計画の結果として、（住宅が無秩序に郊外に広がる）スプロール現象が起きて、購入可能な住宅もほとんどなく、地域のアメニティも乏しく、不定期で高価な公共の交通機関しかないような状態となれば、人々の健康増進に貢献しているとは到底言えない。良い公共政策というものは、人々の健康に即時に、また長期的にも良い効果をもたらすものである。

政策の首尾一貫性が何より重要である。これは行政の異なる部門の政策が、健康と健康の公平性の向上に向けて、互いに対立しあうのではなく、相補うべきであることを意味する。例えば、脂肪分と糖分の多い食料の無制限の生産、取引、消費を積極的に奨励し、代わりに果物や野菜の生産に損害を与えるような貿易政策は、高脂肪、高糖分の食品摂取を控え、果物や野菜の摂取を増やすことを推進する健康政策とは矛盾する。政策の一貫性を達成するには、多部門連携による保健事業、つまり保健部門とその他の部門の間で政策や事業を調和させることが鍵となる。

行政の枠を超えて、市民社会、ボランティア、民間部門を巻き込んでいくことは、健康の公平性を目指すうえで極めて重要なステップである。政策決定の過程においてコミュニティの関わりや社会参加を拡大することで、健康の公平性に関する課題について、より公正な意思決定が可能となる。また、異なる部門や関係者を協力させるうえで、健康は良い課題である。それを示す例は、地域住民が自らの保健計画を作成したり（タンザニア連合共和国、ダル・エス・サラーム市の「健康都市プログラム(Healthy City Programme)」）、地方行政を含めたコミュニティ全体が関与して、歩行やサイクリングを促すような空間をデザインする（オーストラリア、ビクトリア州の「計画的な健康(Healthy by Design)」）などの取り組みに見られる。

健康と健康の公平性を全部門に共通する価値観にすることは、政治的には非常に難しい戦略ではあるが、普遍的に必要とされることである。

カナダ諸州におけるヘルメット着用義務の法律の有無別にみた
自転車関連事故による頭部あるいはそれ以外の体の部位の負傷率の変化



注：当該法律は1995年から1997年にかけて各州で導入された。
このグラフは著者の許可を得て、Macpherson et al. (2002) より転載した。

公正な資金供給

何をすべきか

健康の社会的決定要因に対する取り組みのための公的資金の供給を強化する。

・累進課税を実施するための国の能力を構築し、国の、あるいは国際的な、公的資金供給の新たな仕組みの可能性を評価する。

健康の公平性のための国際的資金供給を増やし、健康の社会的決定要因にもとづく行動枠組みにしたがって、その増加した資金の調整をする。

・国際支援への拠出額をＧＤＰの0.7%まで引き上げるという既存の公約を守り、さらに多国間債務救済イニシアチブ（Multilateral Debt Relief Initiative）を拡大する。貧困削減戦略書（Poverty Reduction Strategy Paper）などのような現存する枠組みを通じて一貫して社会的決定要因を重視することで、健康の公平性への取り組みを強化する。

健康の社会的決定要因への取り組みに対して、行政の資源を公正に割り当てる。

・健康の社会的決定要因に対する行政横断的な取り組みに対して資金を供給し、異なる地域や社会集団に対して公正に資金を割り当てる仕組みを確立する。

健康の社会的決定要因への取り組みに対して公的資金を供給することは、福祉や健康の公平性にとって必須である。

行動の根拠となるエビデンス

子どもの発達や教育に始まり、生活と労働の諸条件、そして保健医療に至るまで、すべての健康の社会的決定要因への取り組みに対して公的資金の投入を増やすことは、国の経済発展の水準にかかわらず、すべての国における福祉や健康の公平性にとって非常に重要である。現在の富裕国の社会経済的発展は、公共事業としてのインフラストラクチャーの構築と、漸進的に公共サービスの普遍化によって強く支えられたというエビデンスがある。生活に欠かせない品物やサービスを公平に供給することにおいて市場が大失敗している状況を受けて強調する公的資金の供給とは、公共部門のリーダーシップの強化と適正な公的支出のことを意味する。また、それは累進課税の強調でもある。たとえ僅かな程度の再分配であっても、経済成長のみの効果に比べて、貧困の削減に対してはるかに大きな効果があることを示すエビデンスがある。さらに、貧困な国々においては、より多くの国際的資金援助が必要であることを意味する。

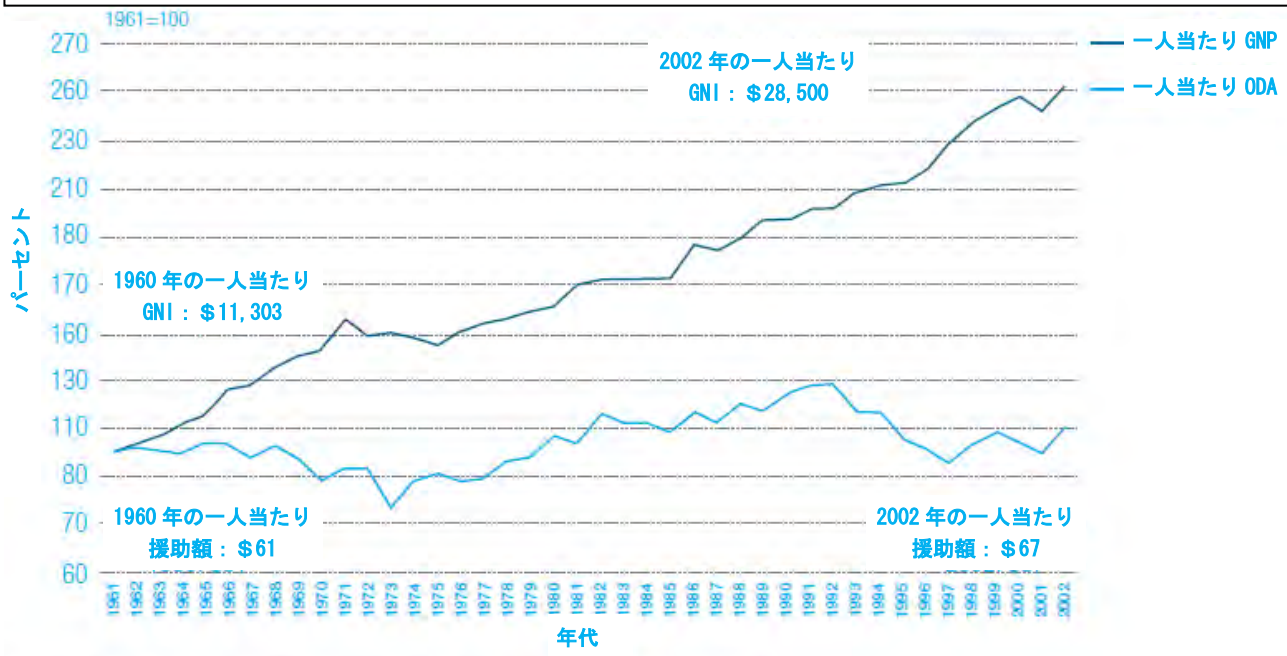
低所得の国々では、直接（所得）課税をする機関や仕組みが比較的弱小で、労働人口の大半が非公式部門（インフォーマル･セクター）で働いていることが多い。それらの国では、多くの場合、政府の収入を貿易関税などの間接税に頼っている。富裕国と貧困国の間で関

税引き下げを求める経済的合意を交わすと、低所得国が関税に代わる資金調達方法を確立する前にその国の国内歳入を減少させてしまう可能性がある。累進課税能力を拡大することは、公共財政の重要な財源を築くことになり、さらなる関税引き下げの合意を検討する際に必要な前提条件である。同時に、オフショア金融機関の利用に対抗することで、非倫理的な国内税制回避（脱税）を減らすような取り組みは、少なくとも新税を導入するのと同等の開発資金源を作り出すことになる。グローバリゼーションによって国々の間の相互依存が強まるにしたがって、課税に対してもグローバルな取り組みをする必要性が高まっていく。

援助金も重要である。援助金が経済成長を促進する可能性と実績について、また健康向上にも直接寄与することについてのエビデンスがある。しかし委員会の見解では、援助金の第一義的な価値は、社会的発展に向けた共同活動において、理にかなった資源の分配をするための仕組みとしての価値である。それにしても援助金の額はひどく少ない。（総額および保健医療に対する援助額のいずれにしても）絶対額が少ないし、相対的に見ても、援助供与国の資産や、1969 年に援助供与国の間で公約されたＧＤＰ（国内総生産）の約0.7%に相当する額、さらにはミレニアム開発目標（ＭＤＧs）に対して効果を持続させるうえで必要な額などの、いずれに比べても少ない。援助額の段階的な増加が求められる。また委員会は、援助額の増加とは別に、より拡大した債務救済を求める。

（援助効果向上に関する）パリ宣言に従って、援助供与国間の協調性の改善と、被援助国の開発計画との調整強化を中心として、援助の質もまた改善しなければならない。援助供与国は、できる限り単一の多国間機構を通じて援助を提供することを検討すべきで、他方、被援助国の国行政あるいは地方行政は、貧困削減計画において、健康の社会的要因にもとづく枠組みを採用し、一貫した分野横断的な財政体制を築くことが有益だろう。そのような枠組みを取り入れることによって、被援助国が援助金をどのように配分し、それによってどのような効果があったかを明らかにする、説明責任の改善にも役立つ。とりわけ被援助国の政府は、利用可能な公共財政を公平に各地域や人口集団に割り当てるための能力と説明責任を強化しなければならない。

広がるギャップ：援助供与国における一人当たりの資産に対する
被援助国への一人当たりの援助額、1960-2000



このグラフは著者の許可を得て、Randel, German & Ewing (2004)より転載した。

市場の責任

何をすべきか

国内および国家間の経済に関する合意や政策決定において健康と健康の公平性について考慮することを制度化する。

・すべての国際的および国内的経済合意について健康の公平性への影響評価（インパクト・アセスメント）の実施を制度化し、そのための技術的能力を強化する。

・国内的および国際的な経済政策交渉における保健医療関係者の発言力を強める。

健康に係わる必要不可欠なサービス（水・衛生施設など）を供給し、健康に多大な影響を与える商品やサービス（タバコ、アルコール、食品など）を規制するうえでの国の行政の第一義的な役割を強化する。

市場は、新しい技術、商品、サービス、そして生活水準の向上という形で、人々の健康に恩恵をもたらす。しかし同時に、市場は経済的不平等、資源枯渇、環境汚染、不健康な労働条件、そして危険で不健康な商品の流通などを通して、健康にとって悪影響のある状況も作り出す。

行動の根拠となるエビデンス

健康は取引可能な商品ではない。それは権利の問題であり、公共部門の義務である。したがって健康のための資源は、公平で万人に与えられるものでなければならない。そこには３つの関連した問題がある。第一に、教育や保健医療といった必須の「社会財」の商品化は、健康の不公平を生むことが過去の経験によって示されている。そのような必須の社会財は、市場に任せるのでなく、公共部門が管理するべきである。第二に、健康を害したり、健康の不公平を導くような製品や活動、あるいは状況に対して、国や国際社会が効果的に規制をするうえで、公共部門のリーダーシップが必要である。第三に、これらのことはすなわち、すべての政策決定および市場規制に関して、適確で定期的な健康の公平性への影響評価を、国および国際的なレベルで制度化する必要があることを意味する。

委員会は、安全な水や保健医療など、特定の物やサービスについて、それが人や社会にとっての基本的なニーズであると捉える。それらの物やサービスは、支払い能力に関係なく、すべての人に提供されなければならない。したがって、この場合には、適切な供給とアクセスを保障するのは公共部門であって、市場ではない。

健康と福祉にとって必要不可欠な物やサービス、例えば水、保健医療、適切な労働条件などの供給の確保と、健康を害する商品（たとえばタバコやアルコール）の流通規制の双方の観点から、しっかりとした公共部門のリーダーシップが必要である。国の貧富にかかわらず、多くの国々で、労働や職の条件はしばしば不公平で、搾取的で、不健康で危険なものである。良質な労働や職は、健全な人口と健全な経済にとって必須であるからこそ、公共部門のリーダーシップによって、国際的な労働基準を漸次的に達成し、小規模企業の成長を支持することが求められる。市場統合によって健康を害するような商品の流通と入手が拡大し、加速するにつれ、タバコ規制枠組み条約（FCTC）などのグローバル･ガバナンスの仕組みの必要性がますます緊急性を帯びてくる。国際的、地域的、国内的な取り締まり管理を強めるべき対象としては、加工食品とアルコールが二つの有力候補として挙げられる。

ここ数十年において、グローバル化が進む中、市場統合が増加した。これは、労働、雇用や職の条件の大きな変化を伴う新たな生産体制や、国家間およびグローバルな経済合意の範囲の拡張、そして確実に健康に有益であったり、逆に健康に甚大な被害を与えるような物やサービスの商品化の加速などとして現れる。委員会は、貿易や投資に関する新たなグローバル、地域的、あるいは二国間の政治公約を検討する関係国に対して、慎重な姿勢を要求する。そのような公約をする以前に、現存する健康に関する合意枠組みが、健康や健康の社会的決定要因、そして健康の公平性へ与える影響を理解することが肝心である。さらに、もし健康や健康の公平性を悪化させるような影響が認められた場合には、締約国がその国際的合意に対する自らのコミットメントを修正変更できるような柔軟性を初めから確立しておくべきであることが、長期にわたる健康への影響評価の結果から示されている。そのような修正変更の必要性に関する透明性のある基準も確立すべきである。

公共部門のリーダーシップは、その他の関係者（市民社会や民間部門など）の責任や能力と置き換えられるものではない。民間部門の関係者は影響力があり、グローバルな健康の公平性に対して多くの貢献をする力を持っている。しかし、企業の社会的責任（CSR）とし

ての取り組みを含む、今日までに実施されてきたイニシアチブが、実際に有効であったことを示すエビデンスは限られている。企業の社会的責任は、今後の方向性として価値があるかもしれないが、それを実証するエビデンスが必要である。現時点では、民間部門と公共部門の間の信頼性と協働性の伴った関係を築くには、企業の説明責任の方が、より強い基盤を提供するかもしれない。

ヨハネスブルクにおける水の価格。現存の補助金制度（細線）は富裕な消費者を優遇する（過剰使用も許容する）のに比べ、理想的な料金制度（太線）では、富裕でない消費者に補助金で賄われた水を十分に供給することが優先され、使用量を増やすほど不利な条件が課される。

このグラフは著者の許可を得て、GKN(2007)より転載した。

ジェンダーの公平

何をすべきか

ジェンダーにもとづく不公平は不公正である。それはまた非効果的で非効率的でもある。ジェンダーの公平を支えることにより、行政、援助供与国、国際機関、市民社会は、何百万人もの少女、女性、そしてその家族の生活を改善することができる。

法律とその執行のあり方、組織の運営方法、対策の計画、国の経済業績の評価方法など、一連の社会構造の中にあるジェンダー差別に取り組む。

・ジェンダーの公平を促進し、性差別を不法なものとする法律を作り、執行する。
・政府の中央機関や国際機関の中に、ジェンダーの公平のための部局を創設し、予算を与えることにより、ジェンダー問題の主流化を強化する。
・家事労働、介護労働、無償労働による経済的貢献を国民会計に含める。

教育や技能の格差をなくし、女性による経済活動への参加を支援する政策や事業を開発し、それに資金を供給する。

・正式な職業教育や訓練に投資し、法律によって公平な賃金を保障し、すべてのレベルにおける雇用の機会均等を確保し、家族に十分配慮した政策を打ち立てる。

性と生殖に関する保健医療サービスやプログラムへの投資を増やし、すべての人のサービス受給と権利保護を目指す。

一世代のうちに健康格差を減少させることは、人類の約半分を占める少女や女性達の生活を改善し、ジェンダーの不公平に取り組むことによって初めて可能になる。健康の公正な分配を達成するうえで、女性のエンパワーメントが鍵となる。

行動の根拠となるエビデンス

ジェンダーにもとづく不公平は全ての社会に蔓延している。権力、資源、権利や資格、規範や価値観、そして各種組織の構成や事業の実施方法などに関するジェンダーによる偏見は、何百万人もの少女や女性の健康に危害を与えている。女性の社会的地位は、少年および少女を含む子ども達の健康や生存にも関連する。ジェンダーの不公平は、差別的な食事習慣、女性に対する暴力、意思決定権の欠如、そして労働分担や余暇、生活改善の可能性における不公正など、様々な形で健康に影響を与える。

ジェンダーの不公平は、社会的に作り出されるものだからこそ、変えることができる。２０世紀の間に女性の地位は多くの国で劇的に改善されたが、その進歩は不均等で、まだ多くの課題が残る。女性は男性と同等の仕事をしても男性より報酬が少なかったり、少女や女性は、教育や雇用の機会の面でも男性に遅れをとっている。まだ多くの国で妊産婦死亡

率や疾病率が高く、性と生殖に関する保健医療サービスの供給にも、国内や国家間で大きな不公平が存在する。ジェンダーの不公平による影響は世代を超えるという事実が、対策の必要性をさらに裏付ける。ジェンダーの公平と女性のエンパワメントのために、まさに今行動することが、一世代で健康格差を縮小するために決定的に重要である。

女性の名目賃金は男性に比べてはるかに低い

このグラフは、著者の許可を得て、UNICEF (2006)より転載した。

政治的エンパワメント－　包摂と発言権

何をすべきか

社会の営みや仕組みについて、とくに健康の公平性に与える影響との関連において、意思決定をする際に、社会の全てのグループに公正に発言権を与え、社会的に包摂的な政策決定の枠組みを構築し、維持する。

・人権を守るための政治的および法的制度を強化し、社会で周縁化されているグループ、特に先住民の法的地位を保証し、その人たちのニーズや要求を支援する。

・健康の権利に不可欠な側面として、健康に係わる意思決定において、各個人およびコミュニティに公正な発言権と参加を保障する。

健康の公平性に影響を与える政治的および社会的権利を促進し実現させるような形で、市民社会が組織して行動することを可能にする。

自分が生活をしている社会に包摂されることは、社会的幸福と健康の公平性を裏打ちする物質的、心理社会的、政治的なエンパワメントにとって極めて重要である。

行動の根拠となるエビデンス

到達可能な最高の健康水準を享受するのに必要な条件を得る権利は、すべての人に与えられる普遍的なものである。これらの権利が侵害される危険性は、固定化した構造的不公平に起因する。

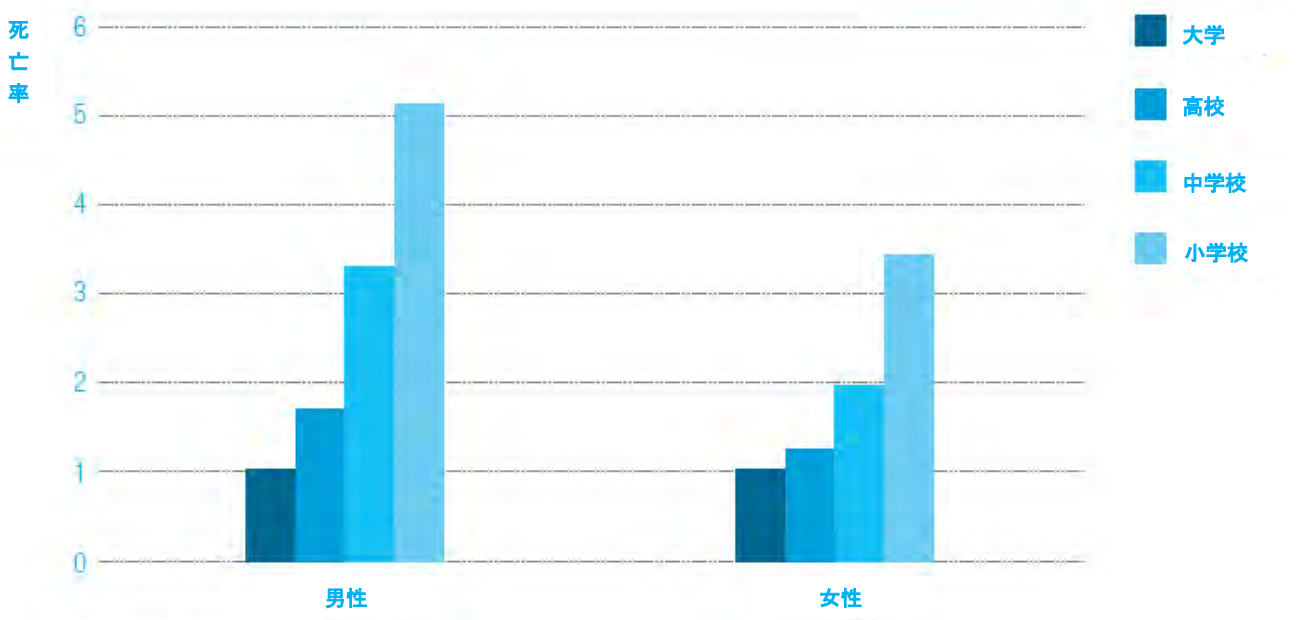
社会的不公平は、社会階級、教育水準、ジェンダー、民族、障害の有無、地理など、互いに交差する様々な社会的分類にわたって明らかとなる。それは単に違いを示すのでなく、ヒエラルキー（階層性）を表し、異なる人々やコミュニティの間にある、富や権力や地位における大きな不公平を反映している。すでに正当な権利を剥奪されている人々は、健康面に関してもさらに不遇である。経済的、社会的、政治的、文化的な参加の自由を与えられることには、本質的な価値がある。社会的包摂、動作主体性、制御力は、それぞれ社会的発展、健康、福利にとって重要である。そして社会参加を制限することは、人間の潜在能力を剥奪することになり、教育や雇用、あるいは医学や技術の進歩の享受といったことにおける不公平を生み出す状況を設定することになる。

健康の不公平性を真剣に低減しようとするならば、社会および世界の各地域の間における権力の分配を修正し、各個人やグループが自分たちのニーズや関心あるいは利益を強くそして効果的に表明できるように力を与え（エンパワメント）、そうすることで、すべての人が市民として享受する資格や権利を持っている社会的資源（健康であるための必要条件）の分配に見られる不公平および強い階層性に対して、挑戦し、それを変える必要がある。

力関係の変化は、個人、家庭、コミュニティというミクロレベルから、経済、社会、政治の上での関係者や組織間の構造的関係というマクロレベルに至るまで、様々なレベルで起こりうる。政策に係わる課題設定や意思決定に際して発言権を与えることで、各社会集団のエンパワメントをすることは、人々の持つ権利を包括的に実現させ、必須の品物あるいは社会財の公正な分配を確保するうえで非常に重要であるが、同時に、下から上へ（ボトムアップ）の草の根的なアプローチを通じての行動を支援するためのエンパワメントもまた重要である。社会の中で最も不利な立場に置かれた人々に対する不正義と闘い、これらの人々を組織することによって、地元の人々によるリーダーシップを築くことになる。それはエンパワメントにつながる。それはまた、人々が自分たちの人生と未来を自らコントロールする感覚を高めることになる。

コミュニティや市民社会による健康の不公平性に対する取り組みは、人々の権利を包括的に保障し、必須の品物あるいは社会財の公正な分配を確保するという国の責任と切り離すことはできない。トップダウンとボトムアップの両方のアプローチが等しく不可欠である。

男女の年齢調整死亡率の教育水準別比較、大韓民国、1993-1997 年



出典：Son et al., 2002

良好なグローバル･ガバナンス

何をすべきか

健康の公平性を国際的な開発目標とし、健康の社会的決定要因の枠組みを採用することで多国間の開発への取り組みを強化する。

・国連は、ＷＨＯや経済社会理事会を通じて、中核的な国際開発目標として健康の公平性を採用し、健康の社会的決定要因にもとづく指標枠組みを使用して進歩状況を監視する。

・国連は、健康の社会決定要因の各テーマについて、まずは幼年期の発達、ジェンダーの公平性、雇用および労働条件、保健医療システム、そして住民参加型のガバナンスを初めとして、多国間による作業グループをそれぞれ設置する。

健康の社会的決定要因に対する国際的な取り組みにおけるＷＨＯのリーダーシップを強化し、ＷＨＯ内の各部局や各加盟国の施策に一貫して、健康の社会的決定要因を基本理念として制度化する。

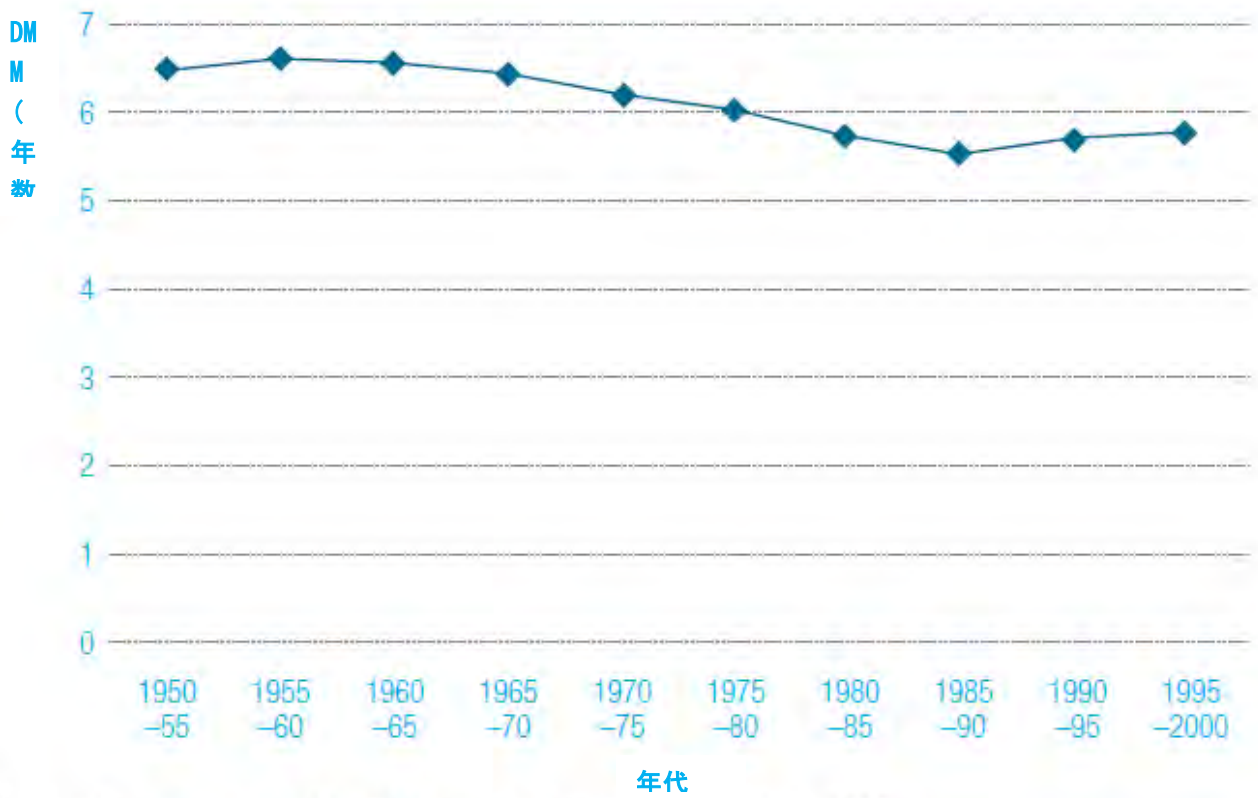
世界中の人々の健康と人生の機会にみられる劇的な違いは、国々の間の力と繁栄の不均衡を反映している。グローバル化がもたらす確かな恩恵は、極めて不公平に配分されている。

行動の根拠となるエビデンス

第 2 次大戦以後、世界は著しく成長した。しかし世界の富と知識の増大は、世界的な健康の公平性の向上にはつながらなかった。より貧しい国々がＯＥＣＤ（経済協力開発機構）の国々に追いつくような収束は見られず、むしろグローバル化後期（1980 年以降）は、世界の国々の中で勝ち組と負け組が現れ、とくにサハラ以南のアフリカといくつかの旧ソ連諸国では、憂慮すべき平均寿命の停滞と縮小が見られた。1960 年から 1980 年の間の世界的な経済成長と健康公平性に見られた進歩は、その後に続いた時期（1980-2005 年）における世界の経済政策が社会部門支出と社会開発に与えた強い打撃によって、大いに失速した。そのグローバル化の第二期（1980 年以降）に関連して言えば、世界では、金融危機、紛争拡大、そして強制的あるいは自由意思による移住が、相当に増加し、定期的に発生するようになった。

グローバル化の影響により、国際社会に共通の利益と相互依存的な未来があることを認識したうえで、貧富にかかわらず、すべての国が公平な発言権を持って関与するような多国間制度に改めて取り組む必要がある。そのようなグローバル・ガバナンス制度のもと、健康の公平性を開発課題の中核に据え、意思決定による影響の純粋な平等性を中心的に考慮することによってのみ、一貫性のあるグローバルな健康の公平性への取り組みが可能である。

平均寿命に対する死亡率による分散効果(DMM)の傾向、1950-2000



このグラフは、著者の許可を得て、Moser, Shkolnikov & Leon (2005)より転載した。

第３章　問題を測定して理解し、対策の影響を評価する

世界は速いスピードで変化していて、そうした社会的、経済的、政治的な変化が、健康全般に対して、あるいは国内、そしてとくに地球規模の健康の不公平性に対して与える影響がしばしば不明確である。健康の社会的決定要因への取り組みは、人口動態統計や健康の不公平性および健康の社会的決定要因の通常モニタリングなどを含む基礎的なデータ・システムが設置され、そのデータが解釈されて、より効果的な政策、制度、事業の開発のために適用されることを確実にする仕組みがあると、より効果的である。また健康の社会的決定要因に関する教育と訓練が必須である。

健康の社会的決定要因：モニタリング、研究、そして訓練

何をすべきか

健康の社会的決定要因に対して、今行動を起こすために必要なエビデンスは十分揃った。各国政府は、国際機関の支援を受けながら、地方レベル、国レベル、国際レベルのそれぞれにおいて、健康の社会的決定要因に関するモニタリング、研究、そして訓練のためのインフラストラクチャ―を改善することによって、健康の社会的決定要因に対する取り組みをより効果的にできる。

健康の公平性と健康の社会的決定要因の通常モニタリング・システムを、地方レベル、国レベル、国際的レベルのそれぞれにおいて設置する。

・家庭への経済的な負担なしに、すべての子どもが出生時に登録されるようにする。

・健康の社会的決定要因と健康の不公平に関する通常的なデータ収集を伴った、国および国際レベルでの健康の公平性サーベイランス・システムを確立する。

社会的決定要因が人々の健康や健康の公平性に影響を及ぼす経路について、また社会的決定要因への取り組みを通じて健康の不公平性を低減する手法の効果について、それぞれ新たなエビデンスを見出し、共有することに投資する。

・健康の社会的決定要因と健康の公平性に関するエビデンスの発見と国際的な共有のための特別な予算を作る。

健康の社会的決定要因について、政策関係者、利害関係者、現場の実践者にぞれぞれ訓練を与え、また社会の認識を向上させることに投資する。

・健康の社会的決定要因を医療や保健教育に組み入れ、健康の社会的決定要因に関する教養をより広く改善する。政策立案や計画に携わる人たちに、健康の公平性への影響評価について訓練を与える。

・健康の社会的決定要因への取り組みに対するＷＨＯの支援力を強化する。

データがなければ、多くの場合、問題の認識も成立しない。健康水準とその分配、および健康の社会的決定要因に関する良質のエビデンスは、問題の規模の把握、行動の影響の評価、そして進歩のモニタリングのために必須である。

行動の根拠となるエビデンス

社会経済指標別に分類された死亡率や疾病率に関する基礎的データをもたない国々では、健康の公平性の課題を前進させるのに困難が生じることがこれまでの経験から明らかである。紛争中の国々も含め、健康問題が最悪の国々には、よいデータがほとんどない。多くの国には、出生や死亡を登録する基礎的なシステムさえない。出生登録システムがないことは、子どもの健康や発達のアウトカムに大きな影響を及ぼす。

健康の公平性、健康の社会的決定要因、そしてそれらを改善するのに効果的な手段のそれぞれについてエビデンスを一層強化しなければならない。残念なことに、健康関連の研究に対して与えられる研究費の大半が圧倒的に生物医学的な研究に焦点をあてたままである。また多くの研究は、ジェンダーに関する偏見も残している。（ランダム化比較試験と室内実験を頂点とする）科学的エビデンスの伝統的なヒエラルキーは、一般に健康の社会的決定要因の研究には適用できない。むしろ、エビデンスは、その目的に対する適合性という面において評価されるべきである。すなわち、研究課題に対して説得力のある答えを示すことができているかということである。

エビデンスは政策決定に影響を与えるものの一部分にすぎない。政治的意思や組織の能力もまた重要である。人々の健康に何が作用し、どのように階層的な健康格差が生じるかについて、政策立案に係わる人たちに理解してもらう必要がある。健康の社会的決定要因への取り組みはまた、現場の実践者の能力向上も必要とし、それには保健や医療従事者の養成カリキュラムの中に、健康の社会的決定要因に関する教育を組み込むことが含まれる。

地域別および国の開発レベル別の未登録出生児数（１０００人単位）、２００３年

地域	総出生数（千単位）	未登録出生児数、n（%）
世界	133 028	48 276 (36%)
サハラ以南のアフリカ	26 879	14 751 (55%)
中東および北アフリカ	9790	1543 (16%)
南アジア	37 099	23 395 (63%)
東アジアと太平洋	31 616	5901 (19%)
ラテンアメリカとカリブ	11 567	1787 (15%)
CEE/CIS およびバルト諸国	5250	1218 (23%)
先進国	10 827	218 (2%)
開発途上国	119 973	48 147 (40%)
後発開発途上国	27 819	19 682 (71%)

注：CEE＝中欧および東欧　CIS＝独立国家共同体
このグラフは、著者の許可を得て、Moser, Shkolnikov & Leon (2005)より転載した。

実践者

以上、委員会の勧告が求める主要な取り組みを提示した。ここで、それらを効果的な行動に移すことが誰にかかっているのかについて述べる。公共部門における取り組みを通じた政府の役割は、健康の公平性にとって不可欠である。しかし、政府のみが責任を担うのではない。健康の公平性のための真の行動を実現させるのは、むしろ、市民社会の参加と公共政策の立案という民主的なプロセスであり、それを支える地域や国際的なレベルでのサポート、効果的な健康の公平性対策に関する研究、民間の関係者との協力があってのことである。

多国間機関

委員会の主要な勧告の一つとして、健康の社会的決定要因に対する効果的な取り組みの促進と健康の公平性向上のために、政策立案と対策実施の両面において、多部門間の首尾一貫性を求める。多国間の専門機関や金融機関は、健康の社会的決定要因と健康の公平性に対する共同の影響を強めるために、以下をはじめとする多くのことが行なえる：

・*国際的なモニタリングおよび取り組みにおける首尾一貫性*：健康の公平性を根本的な共通目標に採用し、開発の進歩をモニターするうえで共通の国際的な指標枠組みを用いる。

・*首尾一貫性と説明責任を伴った財務*：援助金および債務救済の拡大を被援助国の政府による一貫した健康の社会的決定要因に関する政策立案と対策の支援に充て、健康の公平性と健康の社会的決定要因に関する業績指標の採用を被援助国の説明責任の重要条件とする。

・*国連加盟諸国によるグローバル･ガバナンスへの参加の改善*：各加盟国および他の利害関係者による国際的な政策討論への公平な参加を支援する。

ＷＨＯ

ＷＨＯは国際保健に関するリーダーとしての権限を委任されている。いまこそ健康の社会的決定要因への取り組みと世界における健康の公平性という課題を通じて、ＷＨＯのリーダーシップを強化する時である。これには以下をはじめとする広い範囲の行動が係わってくる：

・*国際的および国内的な政策の首尾一貫性*：健康の社会的決定要因に関する能力向上および多国間システムにおけるパートナー機関との政策の一貫性を支援するような管理責任を担う。全ての主要な多国間討論の場において保健分野を代表できるように、国際的にも、そして各加盟諸国においても技術能力を強化する。健康の社会的決定要因に関する首尾一貫した政策と多部門連携による事業を開発するための仕組みを加盟諸国が確立することを支援する。

・*測定と評価*：健康の公平性に関する目標設定と、それらを中核的な開発目標としたうえでの国家間および国内における健康の公平性に関する進歩のモニタリングを支援する。各加盟国における国内の健康の公平性に関するサーベイランス・システムの確立と、それに関連して各国で必要な技術能力の強化を支援する。健康の公平性への影響評価や、国の公平性測定基準などの他の健康の公平性評価に関連したツールの開発と応用を各加盟国が行なうことを支援する。定期的に世界の状況を評価するために、定期的に国際会議を招集する。

・*ＷＨＯの能力強化*：本部事務局から地域事務局を通じて国事務局に至るまで、ＷＨＯの組織内部全体を通じて健康の社会的決定要因に関する能力を強化する。

国と地方の政府

健康の社会的決定要因と健康の公平性への取り組みを下支えするのは、正義、社会参加、多部門連携の原則に従う、権限を伴った公共部門である。このためには、とくに政策の一貫性、参加型のガバナンス、計画立案、規則の制定と施行、基準設定などに関連する、行政の中枢機能および公共機関を国や地方のレベルで強化する必要がある。それはまたＷＨＯの支援のもと、保健省が強いリーダーシップと幹事的役割を発揮することにもかかっている。行政が実施すべきこととしては、以下のようなことが挙げられる。

・*行政を横断しての政策の一貫性*：健康と健康の公平性に取り組む責任を行政の最高レベルに与え、すべての省庁や部局の政策決定において一貫してそれを考慮する。各国の保健大臣は、それぞれの国の首脳や他の大臣の賛同を得るうえで極めて重要な役割を果たすのであり、それによって国際的な変革を促すことができる。

・*公平性のための取り組みの強化*：すべての人々が保健医療サービスを受けられるように、国民皆保険制度の確立に向けて漸進的発展を進めることを誓約する。行政の政策決定すべ

てにわたってジェンダーの公平性を促進するために、ジェンダーに関する中央部局を設置する。農村部における人々の生計、インフラストラクチャー投資、およびサービスを改善する。スラムをを改善し、地域参加型の健康都市計画を強化する。完全雇用と適切な労働政策や事業に投資する。幼年期発達（ＥＣＤ）に投資する。健康の社会的決定要因に係わる必須の保健医療サービスや事業を、支払い能力にかかわらず、すべての人に提供することを目指し、それを支えるものとして、国民すべてを対象とした社会保護プログラムも構築する。健康に危害を与える商品に関する国の規制枠組みを確立する。

・*財務*：国際的な財政援助（援助金や債務救済）の管理を健康の社会的決定要因にもとづく行動枠組みを通じて、透明性のある説明責任を伴いながら、合理化する。累進的な国内税制の改善によって歳入を増強する。また他の加盟国と協働して、地域レベルあるいは国際レベルの新たな国際財源の提案をする。

・*測定、評価、および訓練*：完全な出生登録制度の確立を目指す。また国の健康の公平性サーベイランス・システムを構築することを通じて、健康の公平性に関する行政横断的な業績指標を設定する。健康の公平性への影響評価をすべての主要な政策決定に標準プロトコルとして適用するための能力向上を図る。健康の社会的決定要因に関する研修を現場の実践者や政策決定者に与える。健康の社会的決定要因に対する一般認識を高める。

市民社会

人々が自分の生活している社会に包摂されることは、社会的な幸福と健康の公平性を下支えする物質的・心理社会的・政治的なエンパワメントにとって肝心である。グローバルなレベルからローカルなレベルに至るまで、市民社会の成員は、コミュニティの一員、草の根的な擁護活動家、サービスや事業の提供者、あるいは業績管理者としての役割を通じて、政策や計画を、すべての人の生活の変化と改善という現実に繋げる橋渡し役をする。市民社会は、異なるコミュニティの多様な意見や発言を組織したり、支援することによって、健康の公平性の強力な推進者になりうる。これまでに列記した取り組みの多くは、少なくとも部分的には、市民社会からの圧力と鼓舞によって実現するであろう。また、一世代のうちに健康の公平性を実現していく際に、その一つ一つの中間目標について、それが達成できたか未達成であるか、市民社会の注意深い観察によって記録されるであろう。市民社会は、以下のようなことを通じて、健康の社会的決定要因に対する取り組みにおいて重要な役割を果たすことができる：

・*政策、計画、事業および評価への参加*：グローバルなレベルにはじまり、国内の多部門連携を経て、さらに地域レベルに至るまで、それぞれのニーズ評価、サービス供給、サポート提供などに係わりながら、健康の社会的決定要因に関する政策決定、計画立案、事業実施、そして評価に参加する。また、サービスの質、公平性、および影響を監視する。

・*業績の監視*：スラムの改善やスラムにおけるサービス提供、正規・非正規の雇用状況、児童労働、先住民の権利、ジェンダーの公平、保健や教育のサービス、企業の活動、貿易協定、環境保護など、特定の健康の社会的決定要因について監視し、その結果を報告したり、それをもとにキャンペーンを実施する。

民間部門

民間部門は、人々の健康と幸福に、非常に強い影響力を持っている。委員会は、健康の公平性に取り組み際の公共部門のリーダーシップの極めて重要な役割を繰り返し強調するが、それは民間部門の活動の重要性を否定することを意味するものではない。しかし、それは民間部門の影響には有害性が伴うこともあることへの認識や、そのような影響を考慮して規制をする責任が必要であることを意味する。健康と健康の公平性に対する望ましくない影響を制御する傍ら、民間部門はその勢力でもって、人々の健康と幸福を向上させることに多くの貢献ができる。それには以下が含まれる：

・*説明責任の強化*：国際的な合意、基準、雇用慣行に関する規範をそれぞれ認識し、それらに関する説明責任を果たす。雇用と労働の条件を男女公平にする。児童労働を削減あるいは撤廃し、産業衛生と安全の基準を順守する。雇用条件の一部として、教育と職業訓練の機会を支援し、とりわけ女性にとってのそれらの機会を重視する。民間部門の活動とサービス（たとえば救命医薬品の生産や特許取得、健康保険の提供など）が、健康の公平性を損なうのではなく、その実現に貢献するようにする。

・*研究への投資*：顧みられない疾病や貧困病の治療の研究と開発に力を注ぎ、人命救助の可能性がある領域（医薬品特許など）に関する知識を共有する。

研究機関

委員会の中核にあって、そのすべての勧告の根拠となっているのは「知識」である。それは世界、地域、国、地方、それぞれから見た人々の健康状態に関する知識であったり、それらの状態に対して何ができるかについての知識であったり、健康の社会的決定要因を通じて健康の不公平を変えるためには何が効果的かということに関する知識であったりする。そしてさらに研究が必要とされている。しかし、単純に学術的な営みとしての研究だけではなく、新たな知識を生み出し、それを上記のすべての関係者に実践的でアクセスしやすい形で伝えるための研究が必要である。健康の社会的決定要因と健康の公平性への取り組み方に関する研究と知識は、研究者と現場の実践者の継続的な尽力に依存するが、新たな方法論にも依拠する。すなわち幅広い種類のエビデンスの認識および応用、研究過程に存在するジェンダーにもとづく偏見の認識、世界中に広がる研究情報ネットワークやコミュニティがもたらす付加価値の認識などのことである。この領域の関係者が実践できる行動には以下のようなものがある。

・*健康の社会的決定要因に関する知識の生成と普及*：健康の社会的決定要因に関する研究に研究費を供給する。健康の社会的決定要因に関する指標や介入の影響評価方法の開発や試験を通して、国際健康観測所（Global Health Observatory）や多国間レベル、国レベル、地域レベルでの多部門連携をサポートする。オープン・アクセスの原則にもとづいて組織され、高･中･低所得国を含む、すべての国からのアクセスを向上させるように管理されるインターネット上のバーチャル・ネットワークや情報センターを確立および拡大する。
低・中所得国からの頭脳流出の抑止に貢献する。研究のチーム構成、計画案、手法、実践および報告におけるジェンダー差別に取り組み、是正する。

一世代のうちに健康格差をなくすことは可能か？

「健康格差を一世代のうちになくすことは可能か？」というこの質問には、二つの明確な答えがある。もし私たちが今までと変わらずにいたら、その可能性はまったくない。しかし、もし変化を起こしたいという純粋な願いがあるのであれば、そしてもし人々の人生における可能性や健康が、偶然生まれた場所や、肌の色、両親の不遇などの理由で危害を受けることのない、より良いより公正な世界を作るという構想（ビジョン）があるのであれば、その答えは次のようになる：それに向けて大いなる前進が可能である。

この報告書全体を通じて示してきたように、私達にできることは確実にある。しかし、構造的な不公平を根絶すると同時により身近なところで人々の幸福を保障するためには、健康の決定要因のすべてを横断して、また上記の様々な分野を横断して、一貫した行動を実施することが必要である。これを達成するには、人生の初めに始まり、全人生経路（ライフコース）を通じて変化を起こすことが必要となる。一世代のうちに健康格差をなくすことをこの委員会が求めることによって、各国内に存在する健康の社会的勾配や各国の間に存在する劇的な差異が、30 年の間に完全に解消されるとは予想していない。しかし、健康が改善しうる速度と、そうした変化を実現させるのに必要な手段との双方について、この最終報告書の中で提示されたエビデンスは、現存する格差をかなりの規模で低減することが実際に可能であるという希望を私達に与えてくれる。

これは長期的な課題であり、今すぐの投資を必要とし、社会政策、経済秩序や政治的行為の各面で大きな変化を伴うものである。この行動の中核には、現在、公正な分配を受けていない人々、コミュニティや国々のエンパワメントを据えるべきである。変化を起こすために必要な知識や手段は整っていて、ともにこの報告書にまとめられている。今必要なのは、これらの極めて難しいが、実現可能な変革を実施する政治的意思である。もし行動を起こさなければ、それは今後何十年もの間、我々全員の肩にかかっていた責任を果たさなかったという大規模な失敗として記憶されるだろう。

健康の社会的決定要因に関する委員会の見解では、
健康の不公平性を低減することは倫理的義務である。
社会的不正義のために多くの人々が殺されている。

Appendix VI.

公平な社会、健康な生涯
マーモット・レビュー（The Marmot Review）

エグゼクティブ･サマリー

Fair Society, Healthy Lives
The Marmot Review (2010)
Executive Summary

http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review

公平な社会、健康な生涯（Fair Society, Healthy Lives）
マーモット・レビュー（The Marmot Review）

www.ucl.ac.uk/marmotreview

発行: The Marmot Review
2010 年 2 月
© The Marmot Review
ISBN 978-0-9564870-0-1

「UCL Institute of Health Equity からの許諾（2013 年）を得て翻訳」

Rise up with me against

the organization of misery

Pablo Neruda

私とともに立ち上がり、悲惨さの仕組みと闘おう

パブロ・ネルーダ、詩人

議長のメッセージ

社会における社会経済的地位の高い人ほど、人生のチャンスが次々訪れ、華々しい生活を送る好機に恵まれている。そして、より健康でもある。この 2 つのことは結びついており、社会的、経済的に恵まれているほど、健康も良好である。この社会的条件と健康とのつながりは、ヘルスケアと不健康な行動パターンといった健康に対する「現実の」懸念を補足説明する程度のものではなく、主要素として焦点を合わせるようになるべきである。ひとつの社会的地位の尺度である教育を考えてみよう。大学卒の人々は、そうではない人々より健康であり長生きである。30 歳以上の人々について、もし大学を卒業していない人の死亡率が大学卒のレベルまで下がれば、本来の寿命より早く死亡する人が毎年 202,000 人減ることになる。これは確かに、懸命に努力するに値する目標である。

今は少数の人だけが享受している人生のチャンスをもっと多くの人が得ることによって目覚ましい改善を達成するのは長い道のりとなりうるのは、本レビューに関係した我々全ての見解である。しかし、こうした努力による利益は、命を救うより広範に及ぶだろう。社会の人々は、生まれ、育ち、生活し、働き、歳を重ねる境遇で、いろいろな形で暮らし向きが良くなるだろう。福祉が向上し、精神衛生がよりよくなり、障害によるハンディキャップが少なくなったことがわかるだろう。子供たちが活躍するだろう。そして、いつまでも続く仲の良いコミュニティに暮らせるだろう。

私は世界保健機関（WHO）の「健康の社会的決定要因委員会」の議長を務めた。ある評論家は、委員会の報告に「エビデンスを備えたイデオロギー」というレッテルを貼った。同じ非難を今回のレビューにも向けるかもしれないが、我々は喜んでそれを受け入れる。我々には確かに観念（イデオロギー）的な立場があり、道理に適った方法で避けられる健康の不平等は不公平であると考えている。それを正すのは、社会正義に関わることである。しかし、エビデンスが重要である。善意では不十分なのである。

本レビューの主要な任務は、エビデンスを集めてイングランドにおける健康の不平等改善戦略の展開に助言することであった。9 組の特別作業班は素早く徹底的に働き、役に立ちそうな事項についてのエビデンスをまとめ、手助けしてくれた。彼らの報告書は www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview/Documents で読むことができる。これらの報告書を基礎として、本報告の第 2 章にエビデンスをまとめ、第 4 章の政策上の勧告を述べた。

もちろん、健康の不平等は新しい懸案事項ではない。我々は 19 世紀、20 世紀に問題の解決を探求した先人の偉業を手本にしている。より近い過去の経験から学んだことは、第 3 章の基礎を成している。

科学的な文献に深く依拠する一方、考慮すべきエビデンスその種のものだけではない。我々は利害関係者と幅広く関わり、彼らの洞察と経験から学ぼうと努めた。実際に、本レビューの過程で刺激的だった特色は、我々が接触してきた中央政府、右派から左派までの諸政党、地方行政、医療サービス、第 3 セクターや民間セクターにおけるコミットメントと関心のレベルである。変化を起こす際にこういったパートナーを従事させる必要があることは、第 5 章の主題である。

問題の性質と大きさを知り、格差を作り出すものが何かを理解することは、健康の配分をより公平にするための行動を起こす心臓部に違いない。そこで我々は、第 5 章と附録 2 において、健康の社会的決定要

因と健康の不平等のモニタリングの枠組みを提案する。
初めは、金のかかる勧告を行うのではないかと恐れられていた。経済面の計算が極めて重要となることが求められた。これに対する我々のやり方は、何もしないことのコストに目を向けることであった。その数字は、第 2 章に複製したとおり途方もないものである。何もしないことは、経済的な選択肢ではない。人間コストもまた莫大である。イングランドでは毎年、健康の不平等に伴い本来の寿命より早く死亡する人のために、250 万年分の人生を潜在的に失っている。
我々は 2 人の保健大臣に深く感謝している。Alan Johnson 大臣は本レビューを実施する構想があり、Andy Burnham 大臣は熱意をもってそれを継続してくれた。2008 年 8 月に健康の社会的決定要因委員会の報告書が発行されたとき、Alan Johnson 大臣はその成果をイングランドに適用できるかどうか尋ねてきた。本報告は Jonson 大統領の課題に対する回答である。
知識、経験、コミットメントを惜しみなく提供した賢明な委員会メンバーがレビューの舵を取った。事務局が尽くしてくれ、その知識と私心のない本任務への献身により本当に励まされた。私は双方に深く感謝している。あれやこれやと、保健省、作業委員会、特別作業班、協議会、ディスカッションの優秀な同志を通じて、多くの人を巻き込んだ。本レビュー全体に自分の影響が現れていると彼らがわかるように願う。
世界委員会を創始する際に、私は Pablo Neruda の言葉を引用した。彼を引用することは、今なおふさわしいと思える。
‘Rise up with me against the organization of misery’（私とともに立ち上がり、悲惨さの仕組みと闘おう）
議長 Michael Marmot

本レビューについて

2008 年 11 月、Sir Michael Marmot 教授は、健康の不平等を軽減するための、エビデンスに基づく最も効果的な戦略を提案する、2010 年からイングランドで実施する独立したレビューの議長を務めるよう、保健大臣から依頼を受けた。戦略には、健康の不平等の社会的決定要因に対処する政策と介入を含む。

レビューの任務は 4 つあった。

1　イングランドが直面している健康の不平等の課題に対し、将来の政策と活動の土台として最も関連の深いエビデンスを特定すること

2　このエビデンスを実践につなげる解釈を示すこと

3　乳児死亡率や平均寿命に関する現在のPSA（Public Service Agreements、公共サービス合意）目標の経験を基に、目標と手段の選択肢について助言すること

4　健康の不平等に対する 2010 年以降の戦略展開に寄与するレビューの取り組みの報告書を発行すること

免責事項

本出版物の内容は、Sir Michael Marmot 教授が議長を務めた Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010 （2010 年以降のイングランドにおける健康の不平等の戦略的レビュー）の統一見解であり、必ずしも保健省の決定や国家政策を表すものではない。

特定の組織、企業、工業製品の名前を挙げる場合、言及していない別の同様の性質のものに優先して保健省が支持したり推奨したりする意味合いはない。

Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010 は、合理的な全ての注意を払い、本出版物の内容を検証した。しかしながら、本出版物の配布には、明示、暗示にかかわらず、いかなる種類の保証も備えていない。本出版物の解釈および使用の責任は、読み手が負う。本出版物の使用により生じた損害について、いかなる場合も Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010 には法的責任がないこととする。

謝辞

本レビューの取り組みは、委員会の議長とメンバーが擁護、通知、指導した。
報告書執筆チーム: Michael Marmot、Jessica Allen、Peter Goldblatt、Tammy Boyce、Di McNeish、Mike Grady、Ilaria Geddes.
マーモット・レビューのチームは Jessica Allen が指揮した。チームのメンバーは、Peter Goldblatt、Tammy Boyce、Di McNeish、Mike Grady、Jason Strelitz、Ilaria Geddes、Sharon Friel、Felicity Porritt、Elaine Reinertsen、Ruth Bell、Matilda Allen である。
保健省は多くの方法で委員会をサポートした。とりわけ、Una O'Brien、Mark Davies、David Buck、Ray Earwicker、Geoff Raison、Maggie Davies、Steve Feast、Martin Gibbs、Chris Brookes、Anne Griffin、Lorna Demming に感謝している。
レビューに情報を与えてくれた特別作業班と作業委員会に恩義がある。そのメンバーは、 Sharon Friel、Denny Vagero、Alan Dyson、Jane Tunstill、Clyde Hertzman、Ziba Vaghri、Helen Roberts、Johannes Siegrist、Abigail McKnight、Joan Benach、Carles Muntaner、David MacFarlane、Monste Vergara Duarte、Hans Weitkowitz、Gry Wester、Howard Glennerster、Ruth Lister、Jonathan Bradshaw、Olle Lundberg、Kay Withers、Jan Flaherty、Anne Power、Jonathan Davis、Paul Plant、Tord Kjellstrom、Catalina Turcu、Helen Eveleigh、Jonathon Porritt、Anna Coote、Paul Wilkinson、David Colin-Thomé、Maria Arnold、Helen Clarkson、Sue Dibb、Jane Franklin、Tara Garnett、Jemima Jewell、Duncan Kay、Shivani Reddy、Cathryn Tonne、Ben Tuxworth、James Woodcock、Peter Smith、David Epstein、Marc Suhrcke、John Appleby、Adam Coutts、Demetris Pillas、Carmen de Paz Nieves、Cristina Otano、Ron Labonté、Margaret Whitehead、Mark Exworthy、Sue Richards、Don Matheson、Tim Doran、Sue Povall、Anna Peckham、Emma Rowland、Helen Vieth、Amy Colori、Louis Coiffait、Matthew Andrews、Anna Matheson、John Doyle、Lindsey Meyers、Alan Maryon-Davis、Tim Lobstein、Angela Greatley、Mark Bellis、Sally Greengross、Martin Wiseman、Paul Lincoln、Clare Bambra、Kerry Joyce、David Piachaud、James Nazroo、Jennie Popay、Fran Bennett、Hillary Graham、Bobbie Jacobson、Paul Johnstone、Ken Judge、Mike Kelly、Catherine Law、John Newton、John Fox、Rashmi Shukla、Nicky Best、Ian Plewis、Sue Atkinson、Tim Allen、Amanda Ariss、Antony Morgan、Paul Fryers、Veena Raleigh、Gwyn Bevan、Hugh Markowe、Justine Fitzpatrick、David Hunter、Gabriel Scally、Ruth Hussey、Tony Elson、Steve Weaver、Jacky Chambers、Nick Hicks、Paul Dornan、Liam Hughes、Carol Tannahill、Hari Sewell、Alison O'Sullivan、Chris Bentley、Caroline Briggs、Anne McDonald、John Beer、Jim Hillage、Jenny Savage、Daniel Lucy、Klim McPherson、Paul Johnson、Damien O'Flaherty、Matthew Bell である。
我々に情報、連絡、データを与えてくれた Edwina Hughes、Gemma Gosling、Neil Blackshaw、Jonathan Campion、Nicola Bent、Duncan Booker、Pauline Craig、Neil Pease、Phil Hatcher、Susie

Dye、Steve Cummins、Andrew Connor、Clive Needle、Chris Piper、Pauline Vallance、Angela Mawle、Esther Trenchard-Mabere、Keith Williams、Cathie Shaw、Todd Campbell、Paul Edmondson-Jones、Tommy Gorman、Kerry Townsley、Joseph Dromey、Annette Gaskell、Alison Amstutz、Lia Robinson、Karl Wilkinshaw、Rachel Carse、John Joseph、Jake Eliot、Rob Taylor、Michael Hagen に感謝している。

Health Inequalities Programme Board（健康の不平等対策プログラム役員会）、Health Inequalities Cross- Government Working Group（健康の不平等に対する政府横断作業グループ）のメンバーである Anne Jackson、Bill Gunnyeon、Andrew Lawrence、Daron Walker、Gareth Davies、Patricia Hayes、Liz Brutus、Elspeth Bracken、Rachel Arrundale、Kay Barton、Janice Shersby、Simon Medcalf、Jayne Bowman、Savas Hadjipavlou、Jaee Samant、Andrew Elliott、Helen Bailey、Tom Jeffery、Irene Lucas、Sue Owen、Mike Anderson、Stephen Rimmer、Stephen Marston、Helen Edwards、Chris Warmald、Andrew Ramsey、Steve Gooding、Lionel Jarvis、Jonathan Rees、Harry Burns、Chris Tudor-Smith に感謝している。

政策対話、公開イベントに参加して協議に応じた関係者に感謝している。その参加者と答弁者の一覧はマーモット・レビューのサイト www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview に記してある。

ノース・ウェストの Ruth Hussey、Mike Farrar、Danila Armstrong、ロンドンの Boris Johnson ロンドン市長、Pam Chesters、Helen Davies という地域パートナーに感謝している。

本報告書の編集者は Georgina Kyriacou である。

レビューチームのホストとなりサポートしてくれた UCL（ユニヴァーシティ・カレッジ・ロンドン）と、チームとの議論に貢献した何千人もの人々と組織に感謝している。皆、プレゼンテーションに参加してフィードバック、見解、コメントを提供し、本レビューを形作り情報を集める手助けをしてくれた。

委員会メンバー

Michael Marmot（議長）

Tony Atkinson

John Bell

Carol Black

Patricia Broadfoot

Julia Cumberlege

Ian Diamond

Ian Gilmore

Chris Ham

Molly Meacher

Geoff Mulgan

図表一覧

11　　図 1
居住地域の所得レベル別、出生時の個人の平均寿命と障害なしの平均寿命（DFLE）、イングランド、1999-2003
11　　図 2
図 2 年齢で標準化した社会経済的階層別の死亡率（NS-SEC）、ノース・イーストとサウス・ウェスト、25～64 歳の男性、2001-2003
13　　図 3
図 3 困窮の五分位数ごとに、GHQ（精神健康調査票）スコアが 4 以上の女性の割合を年齢で標準化、2001, 2006
13　　図 4
概念の枠組み
14　　図 5
全ライフコースにわたる活動
17　　図 6
1970 年英国コホート研究における、22 ヶ月から 10 歳までの子供の早期認知能力発達の不平等
19　　図 7
2001 年に 16～74 歳の者における、致命的疾病の標準化した学歴別罹患率、2001 年に記録
21　　図 8
1981 年のセンサス（国勢調査）時点の社会的階層と雇用状態別、1981～92 年のイングランドとウェールズの男性の死亡率
23　　図 9
五分位別の、総収入に占める税の割合、2007/2008
25　　図 10
相対的に最も好ましくない環境条件の地域で生活している人口、2001-2006
27　　図 11
地域と困窮の五分位別、肥満患者率（> 95 パーセンタイル）、10～11 歳の子供、2007/2008

エグゼクティブ・サマリー

本レビューのキーメッセージ

1　健康の不平等の軽減は、公正と社会正義に関わることである。イングランドでは、健康の不平等の結果として現時点で早く死亡してしまっている人が大勢おり、そうした不平等がなければ合計で 130 万年から 250 万年分、余計に人生を楽しめたはずである[1]。

2　健康の社会的勾配が存在し、社会的地位が低いほど健康状態が悪くなる。健康の勾配を軽減することに活動の焦点を絞るべきである。

3　健康の不平等は、社会的不平等に起因する。健康の不平等に対する活動には、健康の全ての社会的決定要因にわたる活動が求められる。

4　最も困窮した人々のみに焦点を絞ることは健康の勾配を軽減{AN}することにならない。健康の社会的勾配の程度を軽減するために、活動は万人に及ばなければならないが、規模と強度さは困窮の度合いに応じるべきである。我々はこれを比例式の普遍主義と呼ぶ。

5　健康の不平等を軽減する活動は、いろいろな面で社会に利益をもたらす。経済的には、健康の不平等に付随する疾病による損失を軽減するメリットがある。健康の不平等は、生産性の損失、税収の減少、福祉への高額な支払、医療費の増大の主な原因である。

6　経済成長は、英国の成功を評価する最も重要な尺度ではない。健康、幸福、持続可能性の公平が、重要な社会的到達目標である。健康の不平等に立ち向かうことと、気候変動に立ち向かうことは、両立させなければならない。

7　健康の不平等を軽減するには、次の 6 つの政策目標に対する活動が求められる。

- どの子供にも人生の最良のスタートを与えること
- 全ての子供、青年および成人が、自身の能力を最大化して生活をコントロールできるようにすること
- 全ての人に公平な雇用と良好な仕事を創造すること
- 全ての人に健康的な生活水準を確保すること
- 健康で持続可能な場所とコミュニティを創造し発展させること
- 病気予防の役割と影響力を強化すること

8　これらの政策目標の運用には、中央政府、地方自治体、NHS、第 3 セクター、民間部門、コミュニティグループの活動が求められる。全ての政策において健康の公正に焦点を絞った地方の効果的な運用システムがなければ、国の政策は機能しない。

9　効果的に地方で運用するには、地元レベルでの参加型の意志決定が求められる。これは、個人と地元のコミュニティへの権限付与によってのみ生じうる。

はじめに

健康の不平等を軽減することは、公平や社会正義に関わる事柄である。

不平等は生と死、健康と病気、幸福と悲惨に関わることである。今日のイングランドで、人々がその社会

的境遇の違いによって、避けることが可能な健康、幸福、寿命の格差を経験しているという事実は、まさに不公平である。より公平な社会をつくることは、人口集団全体の健康を改善し、健康状態の分布がより公平となるようにする基礎である。

健康の不平等は社会、すなわち人々が生まれ、育ち、生活し、働き、歳を重ねる条件の不平等のために生じる。社会の社会的、経済的な特定の機能と、人口集団内の健康の分布は密接につながっているため、健康の不平等の程度は、公平な社会の創造に向かう進捗を示す良い指標となる。健康の不平等を軽減する行動を起こすには、個別の健康課題ではなく社会全体にわたる活動が必要である。

WHO の健康の社会的決定要因委員会は、他にも作用があるなか、保健省により本レビューを試運転する起動力となり、世界の状況を調査して「社会の不正義が大規模に人々の命を奪っている」と結論づけた[2]。世界的に見られるような死や罹患の極端な不平等はイングランド内ではどこにもないが、それでもなお不平等は実在し、緊急の行動が必要である。イングランドでは、最も貧しい地域に住んでいる人々は、最も裕福な地域に住んでいる人々と比較して平均して 7 年早く死ぬ（図 1 の上側の曲線）。さらに心が痛むのは、障害なしの平均寿命の差が平均で 17 年にもなるということである（図 1 の下側の曲線）。そのため、貧しい地域に住む人は早く死ぬばかりではなく、その短い命の多くを障害とともに生きるのである。勾配の重要性を説明すると、最も貧しい 5%と最も裕福な 5%を除外してみても、低所得者と高所得者の平均寿命の差は 6 年であり、障害なしの平均寿命の差は 13 年である。

図 1 はまた、居住地域の社会経済的な特徴と、平均寿命、障害なしの平均寿命双方との関係を細かく階層分けして示している。イングランドの最も裕福な者と最も貧困な者との間に劇的な違いがあるばかりでなく、社会的境遇と健康との関係もまた階層分けされる。これが健康の社会的勾配である。図 1 に類似したグラフは、住んでいるところではなく教育の水準、職業、住宅状況で個人を等級分けして描くことができ、同様の勾配が見られる。簡単に言うと、社会的地位が高い人ほど健康も良好そうだということである。

これらの深刻な健康の不平等は偶然生じたものではない。また、遺伝子構造や、不健康な「悪い」行動パターン、医療の受けにくさは重要かもしれないが、これらの因子のせいにもできない。健康状態の社会的、経済的差異は、社会にある社会的、経済的不平等を反映し、そうした不平等により引き起こされる。

本レビューの出発点は、合理的な方法で回避できる健康の不平等は不公平だということである。それを正すのは、社会正義に関わることである。いかに健康格差をなくすかについての討議は、どのような社会を人々が望むかについての討議でなければならない。

健康の社会的勾配に立ち向かうには行動が必要である

健康の社会的勾配が持つ意味は深い。最も必要としている人々に限られたリソースを集中させたくなる誘惑がある。しかし、図 1 に示すように、我々全員が資源を必要としている。最高に暮らし向きが良い人より下にいる全員である。もし焦点を最も下に絞り、最も暮らし向きの悪い人の苦境の改善に社会的活動が成功したら、底辺のすぐ上にいる人々や中央にいる人々はどうなるだろうか。彼らは、自分たちより上にいる人と比較して健康状態が悪いのである。より公平な社会を創造するためには、全員を活動の対象に含まなければならない。

健康の社会的勾配を完全に消し去ることはできないようである。しかしイングランドの場合は、現在より健康と幸福の社会的勾配を緩やかにすることが可能である。このエビデンスは、図 2 に示すように、他より健康の社会経済的勾配が急な地域があるという事実である。

健康の社会的勾配の程度を軽減するために、活動は万人に及ばなければならないが、規模と強度さは困窮の度合いに応じるべきである。我々はこれを比例式の普遍主義と呼ぶ。社会的、経済的な困窮度が大きい人には、より強力な方策が必要とされるようだが、最も困窮した人々のみに焦点を絞ることは健康の勾配を軽減することにならないし、問題の小さな部分にしか対処できない。

健康の不平等に対する活動には、健康の全ての社会的決定要因にわたる活動が求められる

健康の社会的決定要因委員会は、健康の社会的不平等が生じるのは、日常生活の条件の不平等と、その不平等を引き起こす根本的な駆動因子、すなわち権力、お金、リソースの不公正のためであると結論づけた[3]。

これらの社会的、経済的不平等は、健康の決定要因、すなわち健康と幸福を形作る一連の相互に作用する要素の土台となる。決定要因には、物質的条件、社会的環境、心理社会的要素、行動パターン、生物学的要素がある。これらの要素は社会的地位の影響を受け、社会的地位自体は教育、職業、所得、性別、民族、人種により順々に形作られる。これらの影響は全て、人々の置かれた社会政治的背景および文化社会的背景が作用する[4]。

こういった健康の社会的決定要因を考えると、健康の不平等が途絶えないのは不思議ではない。主だった領域の至るところに不平等が存続していることが、それを十二分に説明しており、乳幼児期の発達と教育、雇用と労働条件、住宅と居住地域の条件、生活水準、さらに広く言うと社会の利益を平等に受ける自由における不平等が挙げられる。そのため、本レビューの中心的なメッセージは、これらの健康の社会的決定要因の全てにわたる活動が求められること、そして、その施策が中央政府と地方行政の全ての部局並びに第 3 セクター、民間部門を巻き込む必要があるということである。保健省や NHS が単独で活動しても、健康の不平等は軽減しない。

健康と寿命の分布が不公平であるのは、全ての社会的要因にわたる活動を行うよう説得するのに十分な理由である。しかし、そのほかにも活動を行う重要な理由が存在する。すなわち、乳幼児期の発達、青年期の学歴と技術の習得、持続可能で健康的なコミュニティ、社会事業と医療サービス、雇用と労働条件において途絶えない不平等に対処することは、健康の不平等を軽減する以上の複合的な利益があるからである。

図 1 居住地域の所得レベル別、出生時の個人の平均寿命と障害なしの平均寿命（DFLE）、イングランド、1999-2003。

（縦軸） 年齢

（横軸） 居住地域の収入の欠乏（人口パーセンタイル）

最も困窮している

困窮が最も少ない

（凡例）

平均寿命
障害なしの平均寿命（DFLE）
2026 年から 2046 年の年金支給年齢の引き上げ
出典: 国家統計局[5]

図 2 年齢で標準化した社会経済的階層別の死亡率（NS-SEC）、ノース・イーストとサウス・ウェスト、25～64 歳の男性、2001-2003
（縦軸） 100,000 人あたりの死亡率
（横軸）
上級経営者、専門職
下級経営者、専門職
中間層
小規模の企業の雇用者、自営業者
下級管理者、技術職
半ルーチン作業者
ルーチン作業者
（凡例）
ノース・イースト
サウス・ウェスト
注記: NS-SEC = National Statistics Socio-economic Classification（国家統計局の社会経済的分類）
出典: 国家統計局[6]

健康の不平等を軽減することは、経済にとって肝要である

健康の不平等を軽減する利益は、社会的であると同様に経済的なものでもある。健康の不平等のコストは、人間についての項、すなわち失った人生の年数と失った活動的人生の年数と、経済面の項である、付加的にかかった病気の経済のコストにより測定できる。イングランドの全ての人が最も恵まれた人と同じ死亡率だったとすると、健康の不平等の結果として現時点で早く死亡してしまっている人々は、合計で 130 万年から 250 万年分、余計に人生を楽しめたはずである[7]。加えて、病気や障害による制限なしに、さらに 280 万年分生きられたはずである[8]。推計では、病気の不平等は、年 310 億から 330 億ポンドの生産性の損失に相当する。税収の損失と社会福祉の支出拡大は、年 200 億ポンドから 320 億ポンドの範囲である[9]。そして、健康の不平等に関係する NHS の追加医療コストは、毎年 55 億ポンドを優に超えている[10]。何の行動も取らなければ、健康の不平等に起因する様々な病気の治療にかかるコストは、肥満のレベルだけで見ても年 20 億ポンドであり、それは 2025 年には年 50 億ポンド近くまで上昇する[11]。
さらに解説すると、図 1 に重ねて 68 歳の線を引いた。それは、イングランドが年金受給開始にしようとしている年齢である。図に示した障害のレベルでは、人口の 3/4 以上の障害なしの平均寿命が 68 歳に至ら

ない。68 歳まで働く健康な人口集団を社会が願うなら、全体の健康レベルを上げ、社会的勾配を平らにする両方の行動を取ることが不可欠である。
本報告は逆風の吹く経済情勢で出版される。我々は「危機はチャンスだ」という声に唱和する。いまこそ、今までと違ったやり方をする計画を立てる時である。節約を、社会保障制度の切り詰めにつなげる必要はない。確かに、反対のことが必要かもしれない。イングランドの社会保障制度である NHS 自体は、戦後の最も簡素な状況で誕生し、そこには勇気と想像力が求められた。今日、我々は再び声を上げて勇気と想像力を求める。未来の世代に平等な健康と幸福を確保するために。

経済成長を越えて、社会の幸福へ: 持続可能性と公平な健康の分配

いまこそ、社会的成功の唯一の尺度としての経済成長という考えを越えて進むときである。これは新しいアイデアではなく、最近の「経済パフォーマンスと社会の進歩の測定に関する委員会」が新しく強調したものである。その委員会は、サルコジ大統領が設置し、Amartya Sen、Jean-Paul Fitoussi と共に Joseph Stiglitz が議長を務めた[12]。幸福は、単純な経済成長よりも重要な社会的目標とすべきである。幸福の尺度の中で重要とすべきものは、健康の不平等のレベルである。
環境の持続可能性もまた、単純な経済成長より重要な社会的目標とすべきである。現状のままで環境への影響に注意を払わない経済成長は、国や、この惑星のための選択肢ではない。地球規模で見ると、気候変動とそれに立ち向かう試みは、最も貧しく脆弱な人々に最悪の影響がある。気候変動を緩和しそれに適応する必要があるということは、我々が今までと違ったやり方をしなければならないことを意味している。持続可能な未来の創造は、健康の不平等を軽減する活動と完全に両立する。持続可能な地域コミュニティ、体を動かす移動、持続可能な食糧生産、ゼロカーボンの住居には、全社会にわたり健康の利益がある。我々は、気候変動の緩和を助け、健康の不平等の軽減にもなる手段を立案する。
単純な経済成長の回復、現状に回帰する努力、その一方での公共支出の削減は、選択肢とすべきではない。相対的な不平等を軽減しない経済成長は、健康の不平等も軽減しない。過去 30 年間の経済成長は、所得の不平等を改善しなかった。そして、単なる所得よりもさらに大きな不平等が存在するが、重要な多くの点で所得は人生のチャンスと結びついている。Amartya Sen が論じたように、所得の不平等は人々が送ることのできる生活に影響する[13]。公平な世界は、華々しい生活を送るより平等な自由を人々に与える。
本レビューの中心となる大きな志は、人々が自らの生活をコントロールできる状況を創造することである。人々が生まれ、育ち、生活し、働き、歳を重ねる状況が好ましく、より公正に分配されるなら、人々は自分の、そして家族の健康や健康の行動パターンに影響する方法で、自身の生活をより上手にコントロールできる。しかし、活躍する自由は階層分けされている。例えば図 3 は、2001 年と 2006 年のイングランド健康調査における GHQ（精神健康調査票）の回答が、女性の困窮とどのように関係しているかを表しており、4 以上のスコアは精神障害の徴候があることを示す。

図 3 困窮の五分位数ごとに、GHQ（精神健康調査票）スコアが 4 以上の女性の割合を年齢で標準化、2001, 2006

（縦軸）　%
（横軸）　困窮の五分位数
困窮が最も少ない
最も困窮している
出典: イングランド健康調査[14]

図 4 概念の枠組み

<table>
<tr><td colspan="2">健康の不平等を軽減し、全ての人の健康と幸福を向上する</td></tr>
<tr><td>個人とコミュニティの潜在能力を最大化できる社会を創造する</td><td>社会正義、健康、持続可能性を、政策の心臓部に据える</td></tr>
<tr><td colspan="2">政策目標</td></tr>
<tr><td colspan="2">A. どの子供にも人生の最良のスタートを与えること
B. 全ての子供、青年および成人が、自身の能力を最大化して生活をコントロールできるようにすること
C. 全ての人に公平な雇用と良好な仕事を創造すること
D. 全ての人に健康的な生活水準を確保すること
E. 健康で持続可能な場所とコミュニティを創造し発展させること
F. 病気予防の役割と影響力の強化すること</td></tr>
<tr><td colspan="2">政策メカニズム</td></tr>
<tr><td colspan="2">全ての政策に平等と健康の公平を</td></tr>
<tr><td colspan="2">エビデンスに基づく効果的な運用システム</td></tr>
</table>

健康の不平等を軽減する 6 つの政策勧告
活動のための枠組み
本レビューには、全ての人の健康と幸福の向上と、健康の不平等の軽減という、一対の目的がある。
これを達成するため、我々は 2 つの政策目標を掲げている。
－ 個人とコミュニティの潜在能力を最大化できる社会を創造すること
－ 社会正義、健康、持続可能性を、全ての政策の心臓部に据えること
我々の勧告は、収集したエビデンスに基づき、図 4 に示す 6 つの政策目標にグループ分けする。
この 6 つの政策目標における我々の勧告は、次の 2 つの政策メカニズムが土台となっている。
－ 保健部門だけではなく行政全体を横断する形で、全ての政策において平等と健康の公正を考慮すること
－ エビデンスに基づく効果的な介入システムと運用システムがあること

全ライフコースにわたる活動
レビューの中心にあるのは、ライフコースの視点である。図 5 に示すとおり、人生の不遇は誕生以前に始ま

り、人生を通して蓄積する。健康の不平等を軽減する活動は、誕生以前から始まり子供時代に続くものでなければならない。そうした場合にのみ、乳幼児期の恵まれなさと人生の至るところにある粗末な結果とのつながりを断ち切ることができる。これが、2010 年に生まれる子供たちに寄せる、我々の大きな志である。**この理由で、どの子供にも人生の最良のスタートを与えること（政策目標A）は、最も優先度の高い勧告である。**

一方で、すでに学齢期や労働年齢期、あるいはそれ以上に達している人々の生活や健康を向上させるためにできることもたくさんある。それは次のセクションに示すエビデンスにより論証する。健康、幸福、高齢者の自立を促進し、そうすることで、より集中的な治療や入院が必要になるのを予防したり遅延させたりするサービスは、健康の不平等の改善に大きく寄与する。例えば、「高齢者のためのパートナーシップ」プロジェクトは、生活の質を向上させるのに費用対効果が高いことが証明されている。

図 5 ライフコース全体にわたる活動

活動の範囲

持続可能なコミュニティと場所

健康的な生活水準

乳幼児期

能力開発

雇用と労働

予防

ライフコース

健康と幸福についてのプラスとマイナスの影響の蓄積

胎児期　就学前　学生　　職業訓練　　雇用者　退職後

家庭の構築

ライフコースの段階

写真: Anthony Strack/Getty Images

政策目標A

どの子供にも人生の最良のスタートを与えること

優先目標

1　　早期発達における心身の健康と認知、言語、社会の技能の不平等を軽減すること

2　　質の高い産院施設、子育てプログラム、育児、乳幼児教育を、ニーズに合わせて社会的勾配の全域にわたり確保すること

3　　幼い子供の元気と幸福を、社会的勾配の全域にわたり築くこと

政策勧告

1　　乳幼児に割り当てる総合的な支出の割合を増やすこと。そして、乳幼児の発育への支出に漸進的に焦点を絞ることを、社会的勾配の全域にわたり確実にすること

2　　乳幼児の発育が漸進的に向上するよう、次のように家族をサポートすること

- 妊娠と幼児期の悪い結果を軽減する産前産後への介入を優先すること
- 健康的生活に必要な最低限の所得を得られる 1 年間の有給育児休暇を用意すること
- 育児プログラム、子供センター、公務員スタッフを通じて、家庭への日常支援を社会のニーズに合わせて運用すること
- 就学に向けた発育プログラム

3　　質の良い乳幼児教育と育児を、勾配の全域にわたり比例式に用意すること。この用意は、次のようにすべきである。

- 奉仕活動と組み合わせ、困窮した家族の子供による受給を増加させること
- 評価したモデルに基づき、質の基準に合うように用意すること

「あなたがひとり親で、それほど外出しなければ、あなたは実際には誰とも会っていないことになる。」

本レビューの取り組みである、定性的研究の参加者からの引用。この研究はハックニー（ロンドン）、バーミンガム、マンチェスターに住む特定のグループについて、健康的な生活に対する障壁を探究したものである。附録 1 と www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview を参照のこと。このサマリーの残りの引用も、この研究からのものである。

乳幼児期の発達における不平等

どの子供にも人生の最良のスタートを与えることは、全ライフコースにわたり健康の不平等を軽減するうえで非常に重要である。人間の実質的な成長のあらゆる側面、すなわち身体的、知的、精神的成長の基礎は、子供時代の早期に築かれる。この（子宮の中から始まる）早期の数年間に起こることは、健康と幸福の多くの面に、肥満、心臓疾患、メンタルヘルスから学歴、経済状態まで、生涯にわたる影響を与える

[15]。健康の不平等に衝撃を与えるため、子供たちが早期に前向きな経験ができるよう、社会的勾配に対処する必要がある。その後の介入も重要ではあるが、早期の良好な基礎が欠如している場合、効果はかなり低下する[16]。
図 6 に示すように、月齢 22 ヶ月で認知能力スコアが低くても、社会経済的地位の高い家庭で成長すれば、10 歳に近付くにつれて相対的スコアが改善する。22ヶ月でスコアが高くても、社会経済的地位の低い家庭に育つと、その子供の相対的地位は 10 歳に近付くにつれて悪化する。

乳幼児期の発達における不平等を軽減するために、何ができるか
乳幼児期に対して政府は強いコミットメントを行ってきており、シュア・スタート（Sure Start）や健康な子供の育成プログラム（Healthy Child Programme）といった幅広い政策イニシアチブにより実行に移してきた。この姿勢を長期間維持することが肝要である。さらに高い優先度を設定しなければならないのは、発達論のライフサイクルにおける早期（5 歳未満の子供）への支出を確保し、また効果的であると証明された介入により多くの支出を割り当てて投資することを確実にすることである。
そのために我々は「乳幼児期の第 2 の革命」を提唱し、支出全体のうち、そこに割り当てる比率を増やすよう求める。この支出は、社会的勾配の全域にわたり比例式に焦点を合わせ、質の高い乳幼児教育、育児など、親を効果的にサポートできるようにすべきである（妊娠中に始まり、子供が小学校に入学するまで）。

写真: Bromley by Bow Centre

図 6 1970 年英国コホート研究における、22 ヶ月から 10 歳までの子供の早期認知能力発達の不平等
（縦軸）　分布の平均位置
（横軸）　月齢
22 ヶ月で低 Q
22 ヶ月で高 Q
（凡例）
社会経済的ステータスが高い
社会経済的ステータスが低い

注記: Q = 認知能力スコア
出典: 1970 年英国コホート研究[17]

政策目標B

全ての子供、青年および成人が、自身の能力を最大化して生活をコントロールできるようにすること

優先目標

1　技能と資格の社会的勾配を軽減すること

2　学校、家庭、コミュニティが連携して、子供と青年の健康、幸福、元気の社会的勾配を軽減できるようにすること

3　社会的勾配の全域にわたって、良質の生涯教育を受けやすくし、また、より良く活用できるようにすること

政策勧告

1　生徒の学業成績における社会的不平等の軽減が、持続的な優先項目となるようにすること

2　次の方法により、ライフスキルの社会的不平等の軽減を優先すること

－ 学校の家庭やコミュニティを支援する役割を拡大し、教育への「全人的（ひとりの完全な人間である）存在としての子供（Whole Child）」アプローチを取り入れること

－ 付帯業務を含む「フルサービス」に拡大した学校を、一貫して実施すること

－ 学校を拠点とする労働力を開発し、学校と家庭の境界をまたいで取り組み、社会的、情緒的発育、心身の健康と幸福に対処する技能を構築すること

3　次の方法により、社会的勾配の全域にわたって、良質の生涯教育を受け、それを活用する機会を増やすこと。

－ ライフスキル、職業訓練、雇用機会についての支援と助言を、容易に得られる形で 16～25 歳の人に提供すること

－ 仕事を基にした見習いなどの教育を、青年や転職者に用意すること

－ 全ライフコースにわたり、職務外の生涯教育を受けやすくすること

「近頃は、教育を受けていなければ仕事がないので、本当に心配だ。良い教育を受けていない子供たちは、この先どうなるのだろうか。」

（定性的研究の参加者）

教育と技能の不平等

学業成績における不平等は、所得、雇用、生活の質と同様に、心身の健康に影響する。社会経済的地位と学業成績の間にある階層分けされた関係は、その後の雇用、所得、生活水準、行動パターン、心身の健康を大いに暗示している（図 7）。

スタート時点から公正を達成するには、乳幼児への投資が肝要である。しかし、勾配の全域にわたり不平等の軽減を維持するには、教育期間を通した子供と青年への持続的なコミットメントが求められる。この

中心になるのは認知的および非認知的技能の習得である。その習得には学歴が深く関係し、また、より良い雇用、所得、心身の健康など他のあらゆる結果も関係している。
教育における成功は多くの有利さをもたらす。社会的不平等と健康の不平等の両方を軽減するよう真剣であるなら、勾配の全域にわたり学業成績を向上することへの焦点を維持しなければならない。

教育と技能の不平等を軽減するために、何ができるか
学業成績による不平等は、健康の不平等と同じくらいしつこく、類似した社会的勾配の影響を受ける。何十年にもわたり政策が教育の機会の平等化を目指してきたにもかかわらず、到達点には隔たりがある。健康の不平等と同じく、教育の不平等を軽減するには、家庭環境、居住地域や仲間との関係性、学校で起きていることなど、学業成績の社会的決定要因間にある相互作用の理解が必要である。実際に、学業成績に影響する最も重要な要素についてのエビデンスによると、最も影響があるのは学校ではなく、むしろ家庭である。学校、家庭、地元コミュニティとの間に密接な結びつきが必要である。
乳幼児への投資し、それによって早期の認知的および非認知的発達を向上させ就学準備の状況を改善することは、その後の学業成績に肝要である。就学してから重要なのは、子供と青年が生活と労働の技能を伸ばしたり資格を取得したりできることである。それを達成するには、学校、家庭、地元コミュニティとの間のより密接に結びつくことが重要なステップとなる。学校内外での業務拡大を展開することは重要であるが、さらに多くを必要とするのは、教員および非教員スタッフの技能を伸ばして、学校と家庭の境界をまたいで取り組み、子供と青年のより幅広いライフスキルを発達させることである。
16 歳で学校を離れる人々にとって、働くための技能開発と訓練、人間関係の管理、並びに薬物乱用、借金、教育の継続、住宅関連、妊娠と育児への助言という形で、さらなるサポートを行うことが肝要である。こうした訓練やサポートは、特にこの年齢層のために計画し、どのコミュニティにも展開、配置すべきである。
我々のビジョンの中心にあるのは、社会的勾配の全域にわたり、人々の能力を最大限発達させることである。ライフスキルと働く準備、そして学歴がないと、青年は自身の潜在能力を発揮できず、活躍できず、生活のコントロールもできない。

写真: Image Source

図 7 2001 年に 16～74 歳の者における、致命的疾病の標準化した学歴別罹患率、2001 年に記録
（縦軸）　罹患%
（横軸）　資格
第 3 レベル ※訳注: 高等教育修了相当だと思いますが確認は取れていません
A レベル（Advanced Level）が 2 つ以上 ※訳注: 科目別試験で、大学入試資格相当
O レベル（Ordinary Level）が 5 つ以上 ※訳注: 科目別試験で、A レベルコース進学の目安
中等教育修了一般資格（GCSE）
その他の資格

資格なし

（凡例）

男性

女性

注記: 縦のバー(I)は信頼区間を示す。

出典: 国家統計局の長期研究[18]

政策目標C

全ての人に公平な雇用と良い仕事を創造すること

優先目標

1　社会的勾配の全域にわたり、良い仕事に就きやすくし、長期的な失業を低減すること

2　労働市場で不利な人々が、仕事を得やすく、また続けやすくすること

3　社会的勾配の全域にわたり、仕事の質を改善すること

政策勧告

1　有効な労働市場プログラムを優先して時宜に適った介入を行い、長期的な失業を低減すること

2　次の方法により、社会的勾配の全域にわたり仕事の質の改善を奨励し、動機付け、適切であれば対策の実施を強化すること

－ 公共部門と民間部門の雇い主が、平等の手引きと法律を確実に遵守すること

－ 職場でのストレス管理の手引き、並びに幸福と心身の健康の効果的な促進を実施すること

3　次の方法により、雇用の安定と柔軟性をさらに伸ばすこと

－ 退職年齢の柔軟性強化を優先すること

－ ひとり親、介護者、心身に問題を抱えた人に適するように、仕事を創造あるいは適合させるよう、雇用主を奨励し、動機付けること

「私がひたすら心配しているのは、私の子供の将来、若い世代のチャンスの少なさ、雇用不足である。それはとても恐ろしい。」

（定性的研究の参加者）

労働と雇用の不平等

良い職に就くことは、健康を守る。逆に、失業は不健康の一因となる。そのため、人々を仕事に就かせることは、健康の不平等を軽減するうえで決定的に重要である。しかし、仕事は持続可能である必要があり、かつ、そこそこの生活賃金だけではなく、仕事の中で成長するチャンス、仕事と家庭のバランスをとれるようにする柔軟さ、健康を損なう悪い労働条件からの保護を含む最低限の質を提供する必要がある。

雇用パターンは社会的勾配を反映し、かつそれを増強する。そして、労働市場のチャンスを得ることについて、深刻な不平等が存在する。失業率が高いのは、資格と技能がない、あるいはほとんどない人々、障害者や精神的に病んでいる人々、介護する責任を負っている人々、ひとり親、少数民族グループの出の人、高齢労働者、そして特に青年である。働いている場合でも、これと同じグループは低賃金で出世のチャンスがほとんどない質の低い仕事に比較的就きやすく、健康を害する条件で働いていることもしばしばである。多くの人は、低賃金で低品質の仕事と失業のサイクルに捕らわれている。

英国における 1980 年代初期の劇的な失業の増加は、失業と健康のつながりに関する研究を刺激した。図 8 は 1980 年代初めに失業を経験した人々の、その後の死亡率の社会的勾配を示す。それぞれの職業階層において、失業した者は雇用されていた者に比べて死亡率が高い。

不安定で低品質な雇用もまた、心身の不健康のリスク増大と関係している。仕事における人のステータスと、そこでどの程度コントロールできサポートを得られるかとの関係は、階層分けされている。これらの要素は、生物学的に影響を与え、そして順に健康不良のリスク増大に関連する。

心身の健康にとって労働は良く、失業は悪い。しかし労働の質も問題である。人々を利益から切り離し、低賃金、不安定かつ健康を損なう仕事に就かせることは、望ましい選択肢ではない。

写真: NHS South West

図 8 1981 年のセンサス（国勢調査）時点の社会的階層と雇用状態別、1981～92 年のイングランドとウェールズの男性の死亡率

（縦軸）　標準化した死亡率

（横軸）　社会的階層

1981 年に職に就いている

1981 年に失業している

出典: 国家統計局の長期研究[19]

政策目標 D

全ての人に健康的な生活水準を確保すること

優先目標

1　全ての年齢の人々に対する、健康的な生活のための最低限の所得を設定すること

2　累進課税と他の財政政策を通じて、生活水準の社会的勾配を軽減すること

3　失業手当と仕事の間をさまよっている人々が直面している、崖っぷちのぎりぎりの状態を軽減すること

政策勧告

1　健康的な生活を送るための最低所得の基準を設け、実施すること

2　就職と失業を繰り返す人々の「崖っぷち」の状態を取り除き、雇用の柔軟性を向上すること

3　課税、給付金、年金、税額控除の制度を見直して実施し、健康的な生活水準を維持するための最低所得と生活向上への道筋を用意すること

「私には 2 人の子供がいて、働かなければ暮らし向きが良くなる者である。働かなければ、もっとお金があるのだが。」

（定性的研究の参加者）

所得の不平等

健康的な生活を送るのに十分なお金がないのは、健康の不平等の原因として非常に重要である[20]。

社会が豊かになるにつれて、十分と考えられる所得とリソースの水準も上がる。健康な生活を送るための最低所得（MIHL）の計算には、十分な栄養、身体の活動、居住、社会的相互作用、移動、医療、衛生に必要な所得の水準を含む。イングランドでは、健康的な生活を送るための最低所得と、多くのグループが受け取っている国の給付金の支払い水準との間に隔たりがある。

子供の貧困に立ち向かうために政府が重要な段階を踏んできたにもかかわらず、英国の貧困人口の割合は頑なに高いままであり、EU 平均より高く、フランス、ドイツ、オランダ、北欧諸国より悪い。雇用政策が役立っているが、英国の給付金制度は未だ不十分である。

図 9 は、直接税と間接税の双方を考慮したうえで、英国の税制が低所得者に不利であることを示している。低所得者にとって、直接税率の低さの利点は、間接税の影響により相殺される。低所得者は、間接税のかかる商品に使うお金の比率が高い。その結果、支払う税の総額は、可処分所得の割合として、五分位の最下層が最も高くなる。

所得の不平等を軽減するために、何ができるか

国の給付は、最も暮らし向きの悪い層の収入を増やす。1998 年以来、税額控除により 50 万人の子供

が貧困から救い出された。給付金制度が仕事に就くことの意欲を削ぐように作用してはならない。英国の 200 万人を超える労働者は、税や給付金減額のために、稼ぎが増えてもその増分の半分以上を失うことになる。ざっと 16 万人は、稼ぎが 1 ポンド増えても、手元には 10 ペンスも残らない（訳注: 1 ポンド＝100 ペンス）。ひとり親は、働いて収入を増やす意欲が最も弱くなる状況に直面する場合がある。その理由は、多くの者は稼ぎが増えると税額控除がなくなったり資産面の給付資格調査が行われたりするため、あるいはそれを心配しているためである。

現在の税金と給付金制度は、低所得者の働く意欲を強化し、また家族にとって平易で確実性が増すよう精査する必要がある。政府は、経済に悪影響を与えることなく収入を再分配して貧困を減少させるために、もっとできることがあるはずである。その方法は、仕事に就いたり安い給与水準を引き上げたりする意欲が弱くなる状況に現状直面している人々に対する、純資産にかかる税金の引き下げである。より累進制の強い税制、すなわち 1 人の所得を構成する直接収入と間接収入を勘案した税制が必要である。

写真: NHS South West

図 9 五分位別の、総収入に占める税の割合、2007/2008

（縦軸） %

（横軸） 世帯人数を勘案した等価可処分所得の五分位

（凡例）

全ての間接税

全ての直接税

出典: 国家統計局[21]

政策目標E

健康で持続可能な場所とコミュニティを創造し発展させること

優先目標

1　　共通の政策を展開し、気候変動と健康の不平等の規模、影響を軽減すること

2　　コミュニティ資産を向上し、社会的勾配の全域にわたる社会的孤立を減らすこと

政策勧告

1　　次の方法により、健康の不平等と軽減して気候変動を緩和する政策、介入を優先すること

－ 社会的勾配の全域にわたり、体を動かす移動をより良くすること

－ 社会的勾配の全域にわたり、質の高い広場や緑の多い空間の利用性を向上させること

－ 社会的勾配の全域にわたり、地域での食品環境を改善すること

－ 社会的勾配の全域にわたり、居住のエネルギー効率を改善すること

2　　土地計画、移動、住居、環境、保健のシステムを完全に統合し、それぞれの現場で健康の社会的決定要因に対処すること

3　　局所的に展開しエビデンスに基づく、次の内容のコミュニティ再生プログラムをサポートすること

－ コミュニティへの参加と活動に対する障壁をなくすこと

－ 社会的孤立を減らすこと

「困窮たるものをご覧なさい。外を見るだけで良いのだ。それはいつも目の前にある。どこも散らかっている。ドブネズミに生ゴミ。それはゴミ捨て場のようだ。あなたの周りにいる人々は生きる意味をわかっていないように思えるだろう。私は時々カーテンを閉めたままにしているが、だからといって何かしてもらう意図はない。」

（定性的研究の参加者）

居住地域とコミュニティにおける不平等

コミュニティは心身の健康と幸福のために重要である。コミュニティの物理的および社会的特徴と、そのコミュニティが健康的な行動パターンを可能にし、また促進する度合いは、全て健康の社会的不平等に寄与する。しかし、「健康的な」コミュニティの特徴には、明らかな社会的勾配がある（図 10）。

「何かに関わりたいと思えば、人々はそれをサポートしたいと思うようになり、進んで引き受ける。人々は役割に合わせた教育を受けたいと思う。だから、それは成長できる。私はコミュニティの外部の人間にそうしてほしいとは思わない。コミュニティの内部の人間にそうしてほしい。それは、我々の問題なのだから。我々は、それを気にしている。」

（定性的研究の参加者）

コミュニティの不平等を軽減するために、何ができるか

ソーシャル・キャピタルは個人同士のつながり、すなわちコミュニティ内およびコミュニティ間の人々を結びつけて関係を築くものである。ソーシャル・キャピタルは、心身の幸福に決定的に重要である社会的サポートを通じて、そして人々が仕事を見付けたり、経済的あるいは他の物質的困難を乗り越えたりする手助けをするネットワークを通じて、元気の源を提供する、つまり健康不良のリスクを緩和するものである。コミュニティへの人々の参加の度合いと、参加によりもたらされる生活の付加的なコントロールは、心理社会的な幸福と、それに起因する健康アウトカムに寄与する潜在性がある。

地元レベルでソーシャル・キャピタルを構築し、政策はその影響を最も受ける人々がオーナーとなって、その経験により形作るようにすることが肝要である。

より健康的でより持続可能性の高いコミュニティを築くことは、今までと違った投資をする選択を伴う。例えば英国建築都市環境委員会の試算によると、新しい道路を建設する予算を別の使い方をすると、1000万ポンドの初期投資がかかる公園を 1000 箇所に作ることができる。それはイングランドの各地方自治体に 2 箇所ずつということになる。10 ヘクタールの公園に木が 200 本あるとして、新しい公園を 1000 箇所に作ると約 74,000 トンのカーボンを節約できる[22]。

健康の不平等を軽減するための我々の勧告、すなわち、体を動かす移動（例えば散歩やサイクリング）、公共輸送、エネルギー効率の高い住宅、緑の空間の利用性、健康な食事、カーボンによる公害の低減は、持続可能性の議題にも益する。

写真: Gary Sludden/Getty Images

図 10 相対的に最も好ましくない環境条件の地域で生活している人口、2001-2006

（縦軸） 人口%

（横軸） 困窮のレベル

困窮が最も少ない地域

最も困窮している地域

（凡例）

条件なし

条件 1 つ

条件 2 つ

条件 3 つ

環境条件: 河川の水質、空気の品質、緑の空間、生物の多様性に対して好ましい生息地、洪水のリスク、乱雑な状態、残骸、居住条件、交通事故、規制区画（埋め立て地など）

出典: 環境・食料・農村地域省[23]

政策目標 F

病気予防の役割と影響力を強化すること

優先目標

1　　健康の不平等に最も強く関連する条件の予防と早期発見を優先すること

2　　社会的勾配の全域にわたり、病気予防のための長期的かつ持続可能な資金の利用性を改善すること

政策勧告

1　　政府部局を横断する、病気予防と健康づくりのための投資を優先し、社会的勾配を軽減すること

2　　社会的勾配の全域にわたり有効である、エビデンスに基づいた次の病気予防の介入プログラムを実施すること

- 薬物治療プログラムの規模と質を向上し、改善すること
- 禁煙プログラムや節酒といった、社会的勾配の軽減についての公衆衛生の介入に焦点を合わせること
- 社会的勾配の全域にわたり、肥満の原因に対処するプログラムを改善すること

3　　健康の社会的決定要因に関連する介入に対し、公衆衛生部局の中核となる努力を、勾配の全域にわたり比例式に集中させること

慢性疾患の進行に有意である鍵となる健康の行動パターンの多くは、喫煙、肥満、運動不足、不健康な栄養摂取など、社会的勾配に従う。肥満の例を図 11 に示す。我々の勧告における 5 つの政策領域は、それぞれ罹患率の社会的勾配の予防を目標としている。さらに、健康の不平等を軽減するには、これらの健康の行動パターンに焦点を絞る必要がある。

乳幼児期に投資することの重要性は、その後の人生で病気を予防する鍵となる。それは、健康的な学校や健康的な雇用への投資、並びに、さらに古くからある薬物治療や禁煙プログラムといった病気予防の形態と同じである。子供が得る経験の蓄積が、大人になったときの結果と選択を形作る。

病気の予防は従来 NHS の責任であったが、我々は健康の社会的決定要因の背景に予防の考えを組み入れる。だから、我々の勧告は全て、一連の利害関係者を巻き込む必要がある。学校、職場、家庭、政府サービスにおいてなされる地方および国家の決定は全て、病気の予防を助けるか、あるいは妨げる可能性がある。

現時点で、NHS の財源の 4%しか予防に使われていない。それでもエビデンスによると、プライマリケア、地方自治体、第 3 セクター間で作用する、効果的な普遍的予防介入および狙いを絞った予防介入を行うためのパートナーシップは、重要な利益をもたらす。

写真: Bromley by Bow Centre

図 11 地域と困窮の五分位別、肥満患者率（> 95 パーセンタイル）、10～11 歳の子供、2007/2008

（縦軸） 肥満患者率

（横軸） 居住地域

イングランド

ロンドン

ウェスト・ミッドランズ

ノース・イースト

サウス・イースト

イースト・ミッドランズ

ヨークシャー・アンド・ザ・ハンバー

イースト・オブ・イングランド

ノース・ウェスト

サウス・ウェスト

（凡例）

第 1 五分位（困窮が最も少ない）

第 2 五分位

第 3 五分位

第 4 五分位

第 5 五分位（困窮が最も多い）

出典: 国家肥満調査、子供の身体測定の国家プログラムに基づく[24]

運用システム

最適なエビデンスに裏付けられ、非常に注意深く計画し十分なリソースを投入した介入を行ったとしても、国の政策は、地元の運用システムがそれを実施できなければ、不平等を軽減しない。我々の勧告は、地元のパートナーシップと政府の分野横断的な政策の両方に依存する。

中央での方向付けと、地方での運用

活動の責任の所在は、どこにあるのか。中央、地域、地元の行政の全てに果たすべき決定的な役割があることに、疑問の余地はない。本レビューの実施において、我々はイングランドのノース・ウェスト地域およびロンドンとのパートナーシップを築いた。両地域とも、健康の不平等の軽減を戦略、活動の中心に据えようと努めていた[25]。両者は、他のいくつかの地方政府、プライマリ・ケア・トラスト、第 3 セクターの組織により結びつくことになる。

我々は議論により、地元の現場の人が詳細な個々の勧告よりもむしろ活動の信念を求めていることを知った。各地元からは、健康の不平等を軽減するために、その地域に適した計画を展開する自由を行使する提案があった。本レビューの政策提案の目的は、健康の不平等を軽減する介入のエビデンスを提供することと、政策を展開、実施する方法をいちいち記した詳細な処方箋を抜きにして、進むべき方向付けを行うことである。同様に、本レビューは指標の国家的な枠組みを提案しており、その枠組みの中で、地元がその地域の局所的なパフォーマンスの向上をモニタリングするのに必要なものを発展させるものである。

個人とコミュニティの権限付与

活動が中央集権的であるべきか地方が行うべきかの議論につながるのは、個人の責任が担う役割であり、しばしば行政の責任と対比される。本レビューでは、個人とコミュニティへの権限付与を、健康の不平等を軽減する活動の中心に据えている。しかし、個人への権限付与には社会的活動が求められる。我々のビジョンは、個人が自身の生活をコントロールするための条件を創造するものである。あるコミュニティにとっては、社会参加への構造的障壁を除去する意味になり、また別のコミュニティには、個人とコミュニティの発達を通して受容力と能力を手助けして進展させる意味になる。

地域戦略パートナーシップにより、地区と居住地域の両レベルにおいてコミュニティを関与させるための、より系統立ったアプローチが存在し、しばしば実施されるルーチンの短い会議の形態を越えて、個人とコミュニティが問題を定義してコミュニティの解法を導く効果的な参加に至る必要がある。こうした参加や個人とコミュニティへの権限委譲がなければ、健康の不平等に効果的な影響を与えるために必要な介入を浸透させることは困難である。

戦略的政策は、目的とする戦略の方向性を支持する、限られた数の志の大きな目標を土台にすべきである。そうして、社会的勾配の全域にわたり、生活と健康寿命の不平等を改善して軽減し、また、子供の発達と社会参加をモニタリングすべきである。

社会的勾配の全域にわたる国の健康アウトカムの目標

ごく近い将来の国の目標が、次の内容を含むよう提案する。
－ 平均寿命（年数で人生の長さを把握）
－ 健康寿命（年数で人生の質を把握）
大規模な実施に適した健康の指標が開発されたら、健康の不平等についての第 3 の国の目標として含めるべきである。

社会的勾配の全域にわたる国の子供の発達の目標
国の目標が、次の内容を含むよう提案する。
－ 就学の準備ができていること（乳幼児期の発育を把握）
－ 学生、就職、職業訓練中ではない青年（就学中の技能の発達と、社会に出た者の自身の生活に対するコントロール力とを把握）

国の社会参加の目標
給付金を含めた税引き後の所得が健康的な生活に十分である世帯の比率を徐々に増加させる国の目標を持つことを提案する。

国と地域のリーダーシップは、健康の不平等の根底にある社会的原因とへの気付きを促し、また、NHS、地方自治体、第 3 セクター、民間セクターのサービスを横断した介入の規模を増し、主流の資金を用いて介入の強度を持続する必要性の理解を築くべきである。介入は、エビデンスに基づく評価枠組みと健康公正影響予測評価とを備えるべきである。こうして、運用機関が効果的に介入すること、健康の分配に関する他の政策の影響を理解すること、個人の行動パターンやライフスタイルに焦点を絞る小規模のプロジェクトへ流されないようにすることの助けとなる。

結論
社会正義は生死に関わるものであり、人々の生き方、病気になる必然の可能性、本来の寿命より早く死亡するリスクに影響する。
これが、世界保健機関が設置した健康の社会的決定要因委員会の見解である。その考えは地球規模の課題であり、我々は皆、貧しい国に生きる人々、すなわち貧困が日々の現実である人々が経験する健康の不平等を容易に認識できる。
しかし、多くの人々にとって、ここイングランドにおいて深刻な健康の不平等が存在することを受け入れるのは、より困難である。我々には評価の高い NHS（訳注: 英国の社会保障制度）があり、ここ 50 年でこの国の人口の全体的な健康は大きく向上した。それでもなお、ロンドンの最も富裕な地域であるケンジントン&チェルシー王立区では、男性が 88 歳まで生きると期待できる一方、数キロメートルしか離れていないトッテナム・グリーンは、首都のより貧しい区であり、男性の平均寿命は 71 歳である。健康の劇的な不平等は、イングランドの全ての地域にわたり、いまだ健康の支配的特徴である。
しかし、健康の不平等は避けられないものではなく、大いに軽減しうるものである。健康の不平等は、所

得、教育、雇用、居住地域の環境という回避可能な社会の不平等から生じる。誕生以前から存在する不平等は、健康が悪化する場面や他の結果を、ライフコースを通して蓄積していく。
本レビューの中心的主義は、回避できる健康の不平等は不公平であり、それを正すことは社会正義の問題だということである。とりわけ今の景気では、我々の勧告を聞く余裕はないという人もあるだろう。我々は、何もしないでいる余裕こそないと主張する。というのは、人間と経済にとってあまりにも高くつくからである。今までと違ったやり方をするよう努力する勇気と想像力を持つことを当てにしている。すなわち、経済成長より持続可能性と幸福を優先し、より平等で公平な社会を実現するのである。

略語一覧

DEfRA　Department for Environment, Food and Rural Affairs（環境・食料・農村地域省）

DFLE　Disability Free Life Expectancy（障害なしの平均寿命）

GCSE　General Certificate of Secondary Education（中等教育修了一般資格）

GHQ　General Health Questionnaire（精神健康調査票）

MIHL　Minimum Income for Healthy Living（健康な生活を送るための最低所得）

NHS　National Health Service（社会保障制度）

NS-SEC　National Statistics Socio-economic Classification（国家統計局の社会経済的分類）

ONS　Office for National Statistics（国家統計局）

参考文献

[1] Frontier Economics (2009) 健康の不平等の総コスト、マーモット・レビューに提出、www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview/Documents;
Suhrcke M (2009) イングランドにおいて健康の不平等を軽減する経済的メリット、マーモット・レビューに提出、www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview/Documents

[2] 健康の社会的決定要因委員会(2008) CSDH 最終報告書: 一世代のうちに格差をなくそう: 健康の社会的決定要因についての活動を通じた健康の公正（Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health）、ジュネーブ、世界保健機関

[3] 健康の社会的決定要因委員会(2008) CSDH 最終報告書: 一世代のうちに格差をなくそう: 健康の社会的決定要因についての活動を通じた健康の公正、ジュネーブ、世界保健機関

[4] 健康の社会的決定要因委員会(2008) CSDH 最終報告書: 一世代のうちに格差をなくそう: 健康の社会的決定要因についての活動を通じた健康の公正、ジュネーブ、世界保健機関, p.43

[5] 国家統計局(2009) 出生時点での平均寿命
http://www.statistics.gov.uk/StatBase/Product.asp?vlnk=12964

[6] Siegler V, Langford A, Johnson B (2008) 国家統計局の社会経済的分類を用いた、男性の死亡率の不平等における地域差、イングランドおよびウェールズ、2001-03
http://www.statistics.gov.uk/downloads/theme_health/HSQ40-winter-2008.pdf

[7] Frontier Economics (2009) 健康の不平等の総コスト、マーモット・レビューに提出、www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview/Documents;
Suhrcke M (2009) イングランドにおいて健康の不平等を軽減する経済的メリット、マーモット・レビューに提出、www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview/Documents

[8] Frontier Economics (2009) 健康の不平等の総コスト、マーモット・レビューに提出、www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview/Documents

[9] Frontier Economics (2009) 健康の不平等の総コスト、マーモット・レビューに提出、www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview/Documents

[10] Morris S (2009) 私信

[11] McPherson K, Brown M (2009) 社会的階級と肥満 – 病気と医療コストへの影響、マーモット・レビューへ提出、www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview/Documents

[12] Stiglitz J, Sen A, Fitoussi J (2009) 経済パフォーマンスと社会の進歩の測定に関する委員会報告書、http://www.stiglitzsen-fitoussi.fr/en/index.htm にて配布

[13] Sen A (1992) 不平等の再調査、オックスフォード: オックスフォード大学出版局

[14] 未発行の統計、ユニバーシティ・カレッジ・ロンドン（UCL）疫学公衆衛生学部 IMPACTsec 研究チーム提供

[15] Waldfogel J (2004) 社会のモビリティと人生の転機と幼少期、CASE Paper 88、ロンドン: ロンドン・スクール・オブ・エコノミクス

[16] Waldfogel J (2004) 社会のモビリティと人生の転機と幼少期、CASE Paper 88、ロンドン: ロンドン・スクール・オブ・エコノミクス

[17] Feinstein L (2003) 1970 年コホート研究における、英国の子供の幼少期の認知発達における不平等、Economica 70: 3-97

[18] 国家統計局の長期研究
http://www.ons.gov.uk/about/whowe-are/our-services/longitudinal-study

[19] Bethune A (1997) 「失業と死亡率」Drever F, Whitehead M 編、健康の不平等: 10 年分を補足、ONS Series DS no. 15. ロンドン: The Stationery Office: 156-167

[20] Wilkinson R, Pickett K (2009) 精神のレベル: 社会がより平等になると、ほぼ必ずうまくいくのはなぜか、ロンドン: Allen Lane

[21] Jones F, Annan D, Shah S (2009) 世帯収入の再分配、1977～2006/07、Economic & Labour Market Review 3 (1): 31-43

[22] Bird D (2009) 政府顧問は公共投資をイングランドの緑の街へ緊急にシフトするよう求めている。ロンドン: CABE. http://www.cabe.org.uk/press-releases/public-investment-to-green-cities

[23] 環境・食料・農村地域省(2007) 身近な持続可能な発展の指標 2007 -
http://www.ltnetwork.org/SITE/UPLOAD/DOCUMENT/defra_sustain.pdf pp. 97

[24] NHS 情報センター(2009)、子供の身体測定の国家プログラム: イングランド、2008/09 年度、DH/DCSF.
http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-datacollections/health-and-lifestyles/obesity/national-child-measurement-programmeengland-2008-09-school-year

[25] http://www.london.gov.uk/thelondonplan/ および http://www.nwregionalstrategy.com/

Appendix VII.

公平な社会、健康な生涯
マーモット・レビュー（The Marmot Review）

第５章　実現に向けて：
社会的勾配に伴う健康格差の解消の実現および
モニタリングのためのフレームワーク

Fair Society, Healthy Lives
The Marmot Review (2010)

Chapter5　Making it happen: a framework for
delivering and monitoring reductions in health inequalities along the social gradient
http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-
healthy-lives-the-marmot-review

公平な社会、健康な生涯（Fair Society, Healthy Lives）
マーモット・レビュー（The Marmot Review）

www.ucl.ac.uk/marmotreview

発行: The Marmot Review
2010 年 2 月
© The Marmot Review
ISBN 978-0-9564870-0-1

「UCL Institute of Health Equity からの許諾（2013 年）を得て翻訳」

第 5 章

実現に向けて: 社会的勾配に伴う健康格差の解消の実現およびモニタリングのためのフレームワーク

5.1 実施システム

本章では、社会的勾配に伴う健康格差の縮小を実施における具体的な役割および責任について考察する。中央政府および地方自治体、NHS（国民保健サービス）、第三セクター、教育システム、民間セクター、個人、家庭やコミュニティなど、それぞれが健康格差の縮小および第4章で概要を述べた介入や提案の実施において大きな役割と責任を担っている。

本章において基本的な実施に関する提案は、太字で強調した。提案は各所からのフィードバックを受けて構築されたものである。当報告書特別チームからの報告、審査委員会への相談に対する返答、当報告書チームが出席した全国各所のさまざまな会議、セミナー、ワークショップなどのフィードバックなどが含まれる。こういった公式、非公式な相談の結果から、実施システムにはより一層の柔軟性が求められていることが示唆された。具体的には、政府が明確で一貫性のある戦略的方向性および前向きな目標を定めるとともに、地方のパートナーに対し、大衆やコミュニティの参加で地元コミュニティ先導による健康格差対策を見つる上での手助けをすることなどを指す。また、各地方におけるモニタリング指標および目標は、全国的に同様のものにしておく必要がある。

当報告書チームと北西部地方およびロンドンの2つの主要な地域連携に関するついての詳細についてもを述べていく。この連携の目的は、実施にあたり模範となる地域のパートナーとの協力、および当報告書チームがそこから学んでいくことである。

また本章では、目標の設定、および当報告書の提言の根拠となる結果・アウトプット・プロセスを示す指標を確立し、調査および評価に取り組むために必要なフレームワークを提示する。

5.1.1 全システム・アプローチを取る

第3章では、最近の健康格差縮小のための戦略からこれまで学んできたことについて検討した。システムの1カ所への介入のみに依存する戦略では、格差のパターンに必要な変化をもたらすには不十分である。組織と人々が全国、地方、地域、個人のそれぞれのレベルにおいて、協力して活動を行なう全システム・アプローチが必要である。全国および地方レベルは、以下の事項に関わるものである:

— さらなる社会的公正および持続可能性の必要性、また権力と資源の再分配に関する政策への影響、および財政制度の改善
— 国民皆保険・福祉制度の維持と改善に向けた政策
— 個人やコミュニティ、一般市民が自らの生活を管理し、発言権を持つ状況を公共サービスが作り出し、その促進を可能にする戦略や政策

地域レベルでの重点は以下の部分に置かれるべきである:
— 個人やコミュニティが地域の問題を明確化し、地域での解決策を見い出すための変革計画を設定するきっかけ作りをする
— コミュニティおよび個人にとってより良い結果を生み出すことを目的とし、一般市民と共同で立ち上げた質の高い総合的な地域サービスの発展、委託、改善を行うこと
— 健康格差に取り組むための連携を作り出す上で、これら地域レベルと組織間の適切なつながりが不可欠であり、また、地域コミュニティへの権力と資源の移行も必要である

5.1.2 市民のエンパワーメント: コミュニティ・ベースの解決を保証する

公共サービス機関に支えられた市民およびコミュニティの参加なくしては、介入を浸透させ、健康格差に影響を与えることは困難である。[540] また、民間セクターも重要な役割を果たしている(その一例は、セクション5.1.7を参照)。この目標を達成させるために、コミュニティ参加の方法は、従来の慣例的な簡易相談のようなものを越えて、問題を明確化し、それら問題に対処するコミュニティーとしての解決法を構築していく上で、個人が連携した形で参加する必要がある。

コミュニティの介入内容は以下の目的のためであること:
— 社会的公正の原則に基づいた、活動的で持続可能なコミュニティを構築する。これは権力構造を変革することで障壁を取り払い、市民が自らの生活に影響を及ぼす問題に参加することを可能にするためである。[541]

このアプローチの促進は、政治、市民、公共サービスの指導者にとって、個人やコミュニティが自らの生活の主導権を持ち、人生を通じて広範な権限を発展、維持していくことを可能にする環境の創成、という新たな課題が設定されることを意味する。[542] この課題は図5.1に図示し、続いて提案を示す。

図 5.1 今後の実行シナリオ

Strategic Direction
戦略的方向性
Reduce health inequalities and improve wellbeing for all
健康格差の縮小、すべての人の社会福祉の向上

Increase disability free life expectancy and reduce inequalities across the social gradient
無障害健康平均寿命の増大、社会的勾配に伴う格差の縮小
Delivery Systems
実行システム
Improved cross-governmental action with dedicated leadership, secretary of state and executive team
専任の指導者、大臣、組織運営チームによる改善された交差型政府活動
Integrated delivery through greater civic participation, third and public sector partnerships
市民参加、第三セクターや公共部門との提携を通じた総合的な実践
Integrated action to deliver on the social determinants of health
健康の社会的決定要因に対する総合的な活動の実行
New model of political, civic and public sector leadership grounded in local democracy + whole system thinking
地域民主主義と全システム思考に根ざした新しい政治、市民、公共部門の指導者モデル
New roles for third and public sector in creating conditions where individuals and communities take control
個人やコミュニティが主導権を持つ環境づくりにおける第三セクターおよび公共部門の新しい役割
Comprehensive and scaled up health equity strategies based on social determinants of health. Downstream and Upstream action at population level, community level, personal level, to address health and wellbeing across the gradient.
健康の社会的決定要因に基づく総合的かつ拡大型健康格差解消戦略。社会的勾配全体における健康および福祉問題に取り組んだ集団レベル、コミュニティレベル、個人レベルでのボトムアップ型およびトップダウン型アクション
Evidence Base
実証ベース
Interventions based on best available evidence focussed on social determinants of health
健康の社会的決定要因に着目した現時点における最適な実証に基づく介入
Systematic evaluation of interventions
介入の系統的評価
Value Base
価値観ベース
Equality and health equity in all policies promoting fairness
公平性を推進するあらゆる政策における平等と健康の公平性
Evaluation of the impact on health equity and fairness
健康における公平性と平等に対する影響の評価
Source: Adapted from a model in Bernstein et al

出典: バーンスタインらのモデルからの応用 543

— **政治、市民および、公共サービスの管理者レベルの指導者は、人々やコミュニティが豊かな生活を送るための主導権を持つ環境づくり、および社会的勾配全体にわたり、健康寿命を伸ばすとともに健康寿命の格差縮小に重点を置くべきである。**

5.1.3 政府の役割

政治的リーダーシップ

第3章では、政府機関の横断的協力の不足が健康格差への取り組みの上で大きな課題となるということを述べた。健康の社会的決定要因に対する責任は政府全体にあり、健康格差の縮小において、その課題の範囲や複雑性を軽視することはできない。このような状況において、当報告書は健康格差への対処のために、政府を横断した明確な権限を有する強力な政治的リーダーシップを保健大臣を介して配することが必要であると提言している。この政治的リーダーシップは、全体的権限と責任を持つ一元化した指導者の指示の下、政府機関を横断した総合政策の推進のために、すべての関係政府機関と協力体勢にある多能な人材による合同チームの任用に支えられたものであるべきである。

— **健康格差に関わる分野横断的な政治的リーダーシップは、保健大臣の主導的責任のもと閣僚レベルに与えられ、こういった組織横断型の行動計画を実行するべく、政府全体における他の大臣たちと協力体勢を持つ。**
— **多能な人材による分野を横断した合同チームは、単独指導者の下に政治的リーダーシップを支えるべきである。**

各部門のリーダーシップ

主要な部門のリーダーシップの課題を考慮する上で、政府全体にわたる広い当事者意識を持つためには分散型モデルが有効になり得るが、そこには責任の消散というリスクが伴う。そのため当報告書は、健康の社会的決定要因に基づく健康格差課題への取り組みにあたって主導的な役割は保健省が担い、その他関係省庁についてもそれぞれが担う役割と貢献を明確にすることを提案している。また、すべての政策や戦略が健康格差影響評価の対象となるという明白な条件も設定されるべきであり、こういった取り組みにより、該当する活動のしっかりとした基盤作りを可能にしている。

— **健康格差に関しては、保健省が先導的役割を担うべきである。その他関係省庁は、健康の社会的決定要因に基づく健康格差縮小に向けた明確な戦略的役割を策定すべきである。**
— **国や地域の政策および戦略は、健康格差影響評価によって定期的に精査すべきである。**

当報告書での協議の結果より、政府の役割として、影響力に基づいた一貫性のある強いリーダーシップの発揮が強調された。全国レベルで定められた目標の方向性については、その目標が意図する戦略的方向性を利用し、支持するために慎重に考慮された方策に限定される必要がある。また一方で、政府や地方自治体が健康の社会的決定要因にまつわる広範囲な戦略的計画に着目した形での、より分散したリーダーシップを求める主張も存在する。このフレームワークは、地域における実行システムに対するより前向きなアプローチへの動きと、全国的なお仕着せの目標からの脱却を支持するものである。そうすることで、地域の提携機関がその地域の問題に対するその地域に適した解決方法を自由に見つけられるようになり、そこから説明責任も生まれてくるようになる。544

実行機関における健康格差を生み出す社会的要因の重要性に対する認識の向上は、保健省、地方支分部局および戦略的保健当局にとって中心的な任務でなければならない。その取り組みを通じて、関係実施機関がより効果的な介入計画を立てることができ、（第3章で述べたような）単に個人の行動やライフスタイルに注目したプロジェクトに陥ることを防ぐことができる。

健康格差の縮小は、プロジェクトに対する新たな資金拠出に頼るのではなく、主な歳出を利用することが一番であるということを政策の重点に据える必要がある。また、介入は健康影響評価を組み合わせた、実証に基づく評価のフレームワークとともに実施されるべきである。これらの活動を起こすことで、政策の効果および将来的な展開に対する正負の投資に関して市民が論議できるようになる。発足された原則は、共同制作と市民参加の奨励、および主導権を中央から人々やコミュニティへ移行する協約に基づいた地域展開を支持し、地元における活動や実施を支える新しい役割および全国的な活動の創成に努めていくものである。

— **政府およびその政策では、健康格差に対処する明確で広範囲な戦略的計画に重点を置き、短期、中期、長期的な目的を定めるとともに、その地域の問題の明確化且つ対処において地域の活動の促進、支持に努めるべきである。**

補助的な実施

健康格差全国支援チームに類似したモデルに基づいた支援システムを策定することにより、優良事例をすばやく普及させ、認知度が低い、もしくは専門家が不足している地域や、全国的フレームワークや地域の期待値を満たすことのできていない地域に対する支援を広げることを可能にする。

5.1.4 NHS（国民保健サービス）

このセクションでは、初期医療トラストの公共医療サービスにおける監督官としての貢献度、NHS

トラスト、初期および地域医療サービス、精神衛生サービスの各役割について考察していく。

事例研究: コミュニティ間の連携協力

リバプールのマージーサイド消防救急サービス（MFRS）は、過去10年間にわたり、『より健康で安全なコミュニティの推進』のためにその役割を拡大してきた。この目標は、対象集中型および全体型などさまざまなプログラムやサービス、また120の公式なパートナーシップ、80の非公式なパートナーシップを通じて遂行されている。

同団体では、一般的なサービスとしての家庭の火災安全点検、無料の煙探知機設置、避難経路の相談、火災の危険要素の点検、などといった家庭の防火点検へとサービス範囲を広げている。この訪問点検によって、コミュニティ火災安全チームが結成され、家庭の防火点検で要注意とされた家庭への訪問を行っている。また、同チームが社会福祉サービスや住宅協会などの連携組織に照会することも多い。MFRSでは、これまでに40万戸以上を訪問している。より対象集中型の対策としては、特定の地域に関しての専門知識をもつチームにより、アルコールや薬物依存者支援、障がい者および高齢者支援などを含む、もっとも支援を必要とする人々に対しての個人的なサービスの提供を行なっている。

若者向けには、10のプログラムが行われており、健康的なライフスタイルやフィットネス、性教育、薬物やアルコールに対する啓発活動、交通安全に対する啓発活動などの促進などに重点を置くものが含まれる。中でもひとつのプログラムとして、FSN（火災支援ネットワーク）ケージボール（訳注：室内サッカーの一種）は、地元の若者の運動不足を解消し、反社会的行動を減少させることを目的としている。同プログラムにはほぼ6千名の若者が参加した。

最後に、MFRSでは、コミュニティの消防署を創設するためのプログラムを実施した。これら設備には、構内の無料のジム、庭園およびガーデニングプロジェクト、コミュニティルーム含まれている。

MFRSには、スタッフやその家族に提供された広範囲なサービスに対して健康的な職場賞（Healthy Workplace Award）が授与された。また、同サービスでは積極的な健康教育やスタッフの健康的な生活を指導する従業員支援プログラム（Employee Assistance Programme）を実施している。その結果、疾病率は、1994/95年の年間19日間から、2008/09年の年間5.5日間へと減少した。

同団体の成果は最近、健康格差減少に対するビーコン賞の受賞により認められており、またそれ以前にも「高齢者サービス」や「危険な状態にある子どもたちに対する早期介入」に対してそれぞれビーコン賞を授賞している。

NHS初期医療トラスト

NHSは、健康増進、疾病予防、健康管理に関する政策やプログラムにおいて重要な役割を果たしている。現存する健康状態における社会的不平等のほとんどは、医療サービス制度のあり方に起因するものではないものの、健康状態における不平等の縮小において医療サービス制度が果たすことのできる役割がないわけではない。実際、健康における社会的不平等への取り組みにおいて医療サービス制度は、さまざまな形で極めて重要な役割を果たす可能性がある:

— 地域の自治体や第三セクター、民間セクターなどとの提携による、世界水準の患者中心の総合的公共医療サービスを人々やコミュニティと共同で手がける上で協力を求める。
— 公正なNHSに権限を与え、健康状態において現存する不平等の原因となっている医療サービスにおける不平等に対処することによって、制度自体を立て直す。
— 個人および集団レベルにおける健康状態に系統的に対応することによって、恵まれない環境で生活や成長することに起因する健康被害(つまりは、広い意味での健康の社会的決定要因に起因する健康被害)の予防や改善のためのサービスを優先して導入する。
— 歳出バランスを救急治療から初期医療および予防治療、「上流への」介入へと大きく移行させる。
— 健康における不平等の縮小のための、情報に基づいた活動を他のセクターが行う上で 影響を与える支持者および推進者としての役割を果たす。
— 健康増進のための最適な介入方法を特定する上で、市民参加による評価や調査を行う風潮を推進する。
— 職員の配属から食事に至るまで、実効的な任命およびその他の優れた『企業市民』としての役割を果たすことを通じて、地域の雇用や経済といったさまざまな健康の社会的決定要因に対して直接的な影響を与える。[545]

NHSトラスト

医療サービス制度には、その他にも地域の雇用機会の改善や、貧困地域の地域経済に積極的に影響を与えるような努力をすることなど、より広範囲において健康の社会的決定要因に直接的な影響を与えられる方法がある。

これらすべての問題ついては、イギリス国内の地方においていくつかの有望な取り組みが実証されている。

— 患者の収入増加による貧困問題への取り組み。広範囲な貧困撲滅戦略の一環として、特に初期医療に関わる複数の医療関連組織によって、社会福祉給付の受給に関するアドバイスを医療現場で行う試みが行われてきている。この試みは、(第2章で述べた)精神的・肉体的健康と所得の不平等や負債、物理的貧困の関連性に直接的に対処しようとするものである。[546]
— 職場環境の改善。NHSトラスト内において、効果的かつ適時の労働衛生サービスによってス

タッフを支援する中で、スタッフの関与を最大化し、ストレスを軽減するような組織文化を作り出す。こういった取り組みは、費用効果が高いだけではなく、すべての雇用者にとっての規範となるものである。NHS健康と福祉のための審査委員会（ブアマン審査委員会）の最終報告での提言は特に関連が深い。病気欠勤の発生率およびその期間の減少に加え、NHSスタッフに対する初期予防を通じてスタッフの健康格差が対処されていることを保証するためにも、ブアマン審査委員会の効果が強調されるべきである。

— 失業に対する取り組み。最近、公共医療サービスの就労に関わる潜在的に大きな貢献について、政府が繰り返し触れている。中でも特に、人々の健康状態の回復もしくは管理を支援し、仕事復帰を可能にするための医療リハビリサービスの強化の重要性が強調されている。

— 地域経済活性化。NHSの購買力を利用し、主要な雇用主としての地位獲得を支援することにより、医療セクターは直接的に貧困や失業を減少することができる。この取り組みは、NHSおよび公共部門が甚大な経済的重要性を有しているという認識を前提としたものである。もしこの購買力をもっとも貧窮しているコミュニティの地元企業の支援に利用できるならば、該当のコミュニティにおける健康の増進だけではなく、より広範囲な社会的統合や平等にもメリットを与える可能性がある。[548]

事例研究：ヘルスワイズ・ハルのパトリックの事例

ヘルスワイズ・ハルとは、地域の健康および福祉の向上を目指し、3,000人の対象者の中から300名を、コミュニティ内の一人ひとりに健康的なライフスタイルを取り入れてもらうための地元の健康リーダーとして教育することを目指した「地域開発プログラム」である。同プログラムには2つの認定コースがあり、両プログラムを修了した元パラシュート兵のパトリックはその恩恵を受けたひとりである。パトリックとその家族にとってこの研修は、自らの保健行動を振り返り、生活を改善する方法について考える機会となった。コース自体は、健康的な食生活、禁煙、運動、精神的安定などに重点を置いたものであったが、同時に参加者に対し、そこからの教訓を自分たちのコミュニティの人々にも実践してもらうことを自主的に主導していくよう奨励している。パトリックはまさにその証明として、自らのコミュニティで545人の人々の健康的なライフスタイルへの努力を支援してきた。

パトリックは、コミュニティ健康リーダーとして健康的な食生活、運動、禁煙の指導と支援を通じ、コミュニティのメンバー内に強い絆を確立した。彼は以下のように説明している。

「私は自分の言葉で人々に話しかけるようにしています。….自分自身が教わったことを伝えるのです。変わると、こんな風になるよ、ということを教えています。」

パトリックは、小冊子やパンフレットをなどさまざまな方法を用いてコミュニケーションを行なっているが、個別にカスタマイズされたプログラムを行うほうが良いと述べている。

「まず、皆さんに日記をつけてもらいます。そして、面接をして『この部分かその部分を変えてみましょうか』と言うのです。その後は、連絡を取り合い、必要な時には支援するようにしています」

最初にコミュニティ健康リーダーの研修を受け、コミュニティ健康リーダーとしての経験を積んだことにより、パトリックは継続教育を受けることができ、有給の職にも就くことができた。パトリックは現在、健康管理トレーナーとして働いており、ヘルスワイズ・ハルのコースを受講したおかげで、自分のキャリアの方向性と健康に関わる行動がポジティブに変化したと考えている。

「私の家族も変化しました。タイミングがよかったのだと思います。この2つのコースで私たちの人生が変わったのです」

初期医療と地域医療サービス

現在、一般医師は、地域医療サービス、歯科医師、薬剤師、眼科医師などといった他の多くの初期医療サービス同様に、健康格差の社会的決定要因への取り組みを自らの本業として捉えていない。[549] しかしながら、健康格差を初期医療の通常業務の一部として優先することは可能であり、そうすることで、現在の一般医師の契約およびその他の独立業者や地域医療サービスとの契約内容にも影響を与える可能性がある。

患者のエンパワーメント

多くの政治的取り組みによって、患者をNHSおよび初期医療の中心に据えようという努力が行われてきており、これらの取り組みにおいても健康格差の縮小に重点を置くことができる。患者の専門的プログラムにおいては、ヘルス・リテラシー・プログラムを拡大し、慢性疾患の管理における専門知識を最大限に活用して患者の支援を行っている。このようなプログラムの評価は、自己管理力やヘルスリテラシーの向上において患者、その家族およびNHSへもたらしたメリットが実証されている。[550]

また、「社会的処方」も、患者とコミュニティ内における医療以外の支援元とをつなげる仕組みとして利用されてきている。[551]

地域の健康管理トレーナー、コミュニティ健康リーダー、地域開発事業を利用した取り組みにおいても、個人が自らの健康および福祉に関して、参加し主導権を持つことを支援する前向きな兆しがみられる。健康格差に関するこういった革新的取り組みの影響は、これから評価されるものであるが、このアプローチは、患者や市民の大きな参画を促進し、ヘルスリテラシーの向上や、健康や福祉の改善を支援するものである。その一方で、偏見のために軽視されたり、医療サービスの利用はできるものの一貫したサービスを受けられない、あるいは初期医療や地域医療サービスをまったく受けられないような個人やグループも存在する。[552] この現状は、患者の移動手段や、雑

然とした生活、偏見、また患者の能力などが著しいバリアとなる点において、医療ニーズに応えるサービスの提供の上で大きな課題を提起しており、彼らのような社会的に疎外されたグループに対応する包括的な戦略が不足しているように思われる。こういった問題は、初期医療および地域医療サービスにおいて、より包括的な業務方法を構築することを目指した業務改善モデルを利用することにより対処することができるかもしれない。553

事例研究： シェフィールドにおける健康改善を目指した冠動脈性心疾患に関するリーダー育成に向けた東南アジア人タクシー運転手との協力活動（CABS）

あるメディケア（高齢者医療制度）とシェフィールドNHSが協力し、患者の検査、サービスへのアクセス促進、およびエンパワーメントを通じて健康格差を縮小する新しい方法に着目した。同プロジェクトでは、冠状動脈性心疾患（CHD）および糖尿病の高リスク群と特定され、地域の健康格差監査報告によって医療サービスへのアクセスに困難を伴う状況が確認されている、東南アジアのタクシー運転手を対象と設定した。

地域のリーダーの協力のもと、既存の連絡先を通じて特定された多くの運転手たちを半日の相談会という形で招致した。その後、運転手の中心グループを対象にCHDの2日間にわたる研修を行い、これらの受講者が同プログラムの「健康リーダー」となった。

運転手に検査を周知するため、ミーティングはシェフィールドタクシー事業者協会の協力で実施された。「リーダー」たちも他の運転手へのチラシ配布に参加し、検査の機会についての告知は、地域のタクシー無線システムで行われた。

80名のタクシー運転手が、シェフィールド市一般医療センターで心血管検査を受けた。健康診断では、身長、体重、体格指数（BMI）、血圧の測定も行われた。その他、「ワンストップ」検査として血糖値、コレステロール値、肝機能、腎機能についてもその場でチェックを行い、健康改善のためのアドバイスも提供された。

内20名が、上位20%以上の高リスク群とされ、追跡検査が必要とされた。4分の1の対象者のBMIが30以上（健康値よりも高い）であることが確認された。また、検査日に参加した対象者の4分の1が喫煙者であったため、禁煙のアドバイスが行われた。

30名の再検査予約者のうち、出席したタクシー運転手は20名であった。さらに治療が必要とされた運転手に対しては、かかりつけ医またはシェフィールド市一般医療センターの医師の診察を受けられるよう手配された。全対象者がサービスに満足したという結果であった。

さらには17名の運転手たちが、その大部分は初代「リーダー」たちの働きを通じてプロジェクトの参加のため募集された。また、次に行われた検査では、98名の運転手が検査を受診した。

このプロジェクトの重要な成果の一つは、プロジェクトに参加した運転手たちの生活に影響を与えたこと、そしてプロジェクトを離れた非公式な形で、彼らが東南アジア人コミュニティの人々に対して血管疾患に関わる認知や活動を促進していることである。

集団の視点から見た一般医療

2004年以降、初期医療の一般医療においては「医療の質と成果のフレームワーク（QOF）」が実施されている。これは、一般医療サービス（GMS）契約の一部であり、さまざまな慢性疾患に対して行われた質の高い治療と報奨金を結びつけるものである。2007年から2008年にかけて、平均的な一般医療は、NHSへの負担額11億ポンドに対し、QOFから12万ポンド以上の収入を計上している。QOFの目的は、質の高い医療に対して報酬を与えることで、患者が受ける治療の質の向上することにある。しかし、現在のシステムでは、特定の医療対象人口の全体を網羅することなく、最高点に到達することが可能である。臨床および患者全般にわたって、登録患者全員における患者体験や追加のサービス分野に対する報酬は行われていない。このことが潜在的に意味することは、サービスの届きにくい人々やもっとも必要としている人々に対する医療については、QOFと関わりを持っていないということである。QOFは、その他のデータソースと結びつけることにより、登録患者の系統的なモニタリングシステムを可能にし、診察ベースによる集団の視点を取り入れ、予防により重点を置いていくなど、非常に有効な手段となる可能性秘めている。

事例研究：ブロムリー・バイ・ボウ・センター

ブロムリー・バイ・ボウ・センター（BBBC）は、ロンドン東部のタワーハムレットにある大規模な慈善施設であり、教会のコミュニティグループとして、25年前に地元のアーティストのための賃貸料なしのスペースとして開始し、後に保育施設となったものである。現在は、地域の一般医診療所、社会事業、子どもセンター、健康生活センターが入居し、社会的弱者の成人に対する成人教育コースや公共医療サービスを提供する他、地域アウトリーチプログラムなど、さまざまなアドバイスサービスを行なっている。センターには約1万6千平方メートルのメインの施設があり、そこで多くのサービスが提供されており、さらには地元コミュニティの資産としての地域の公園の修復も行っている。また、2カ所に支所を持ち、一般医診療所およびコミュニティでの出張サービスを提供している。現在でも数名のアーティストがセンターにスタジオを構えており、プロジェクトの講師として活動している。

BBBCの活動には以下のようなものがある。

— 禁煙、ウォーキンググループなどから、水泳やヨガの教室まで、さまざまな健康、福祉、運動に関するアドバイスやクラスの提供

— 成人、身体的障がいや学習に障害を持つ人を対象とした保健サービスや自己啓発コースの実施
— ESOL（英語を母国語としない人向けの英語クラス）や職業訓練コース、家族学習コース。2007年から2008年にかけて、全国平均を超える80パーセントの学習者が資格を取得し、79名の学習者が、保育、社会医療、もしくは顧客サービスの職業訓練コースを終了後、就職または長期のボランティア職を獲得している。BBBCはタワーハムレットにおいて3番目に大きな成人教育施設である。
— 福祉、雇用、住居、負債に関する支援サービスおよび、福祉手当受給手続きや借金や住居問題への対処、職探しや就職活動に関するアドバイスや実用的支援、地元の登録社会地主であるポプラーHARCAとBBBCとの協力による住居に関する支援の提供
— 子どもセンター。同センターでは、医療サービス、保育に関するアドバイス、家族学習コースなども実施。
— 社会事業の設立支援。ビヨンド・ザ・バーン・プログラムでは、2005年の創設以来、27の社会事業設立を支援している。そのうち21の事業では運営に成功し、新たに100以上の職を作り出した。

すべてのサービスがセンター内で提供されており、一般医や相談員、講師、保育士などさまざまなサービスのスタッフが協力し、利用者が必要なサービスを確実に受けられるようにしている。一般医から、センター内の健康や運動のコースへの紹介だけでなく、その他の相談や支援サービスへの紹介も通常に行われている。

同慈善事業の収益は400万ポンド以上に上り、常勤、非常勤を合わせて100名のスタッフを雇用、利用者は3,000名にのぼり、主要な地元の関係者と広く連携を取っている。また、BBBCは、センター近くに拠点を置く一般医やコミュニティ内のブロムリー・バイ・ボウ教会、ポプラーHARCAなどの主要なパートナーの他、地方自治体や地域の初期医療トラスト（PCT）、高等教育および継続教育機関、その他の登録公営住宅地主、さらに多くの小規模コミュニティや第三セクターグループともパートナー関係を結んでいる。

BBBCは、地域再生のための社会事業アプローチの模範的ケースとして国際的にもよく認知されており、特にその包括的サービスの効果的な実施について評価されている。同センターのプログラムについてはプロセス評価調査が数多く行われ、その独自性と革新的なサービスが高く評価されている。そういった調査には、地域再生における評価や、地域経済に与えるセンターの影響の定量化を試みた調査、高齢者との協力を評価したものなどが含まれる。
詳しい情報は、www.bbbc.org.uk/を参照されたい。

健康格差への取り組みとして予防に重点を置く

前述のとおり、初期医療は、開業医のレベルでの集団検診など、広い範囲での予防的サービスに貢献することができる。調査により、社会経済的地位の低いグループの人々は、がんの診断がより後期の段階で行われていることが示されており、それがその後の治療方法の選択肢や予後にも影響してくる。社会経済的貧困は、検診参加の有効な予測因子でもある。直腸結腸検診やその関連検査の受診率は、貧困群において低く、乳がんや子宮頸がんにおいても同様の結果が報告されている。[555] このことはつまり、より特化した取り組みが必要とされているということであり、それがうまく実施され、貧困層の人々やグループを対象に予防および早期治療実施のメカニズムに組み入れていくことができれば、健康の改善につなげることができる。その一例がNHSシェフィールドCABSプロジェクトである。155ページの事例研究を参照されたい。

初期医療、労働衛生、仕事

初期医療が患者の雇用においても重要な役割を果たすことは、デイム・キャロル・ブラックの健康と仕事に関する考察[556]でも強調されているとおりである。従来、一般医や初期医療スタッフは、労働衛生に関しては基本的な研修しか受けていなかったが、それが雇用につながる場合には患者のための支援を拡大する可能性がある。現在、英国全土において国による教育プログラムが展開されており、仕事と健康に関わる臨床的な問題に対処する一般医の能力と自信の向上を目指している。雇用への関与を促進する継続的な支援が不可欠であることは、政策目標Cで提示したとおりである。

コミュニティの関与

サービスの提供を影響因子とした健康格差の縮小において、コミュニティの関与は、重要な手段となり得る。これについては、小規模な地域でうまくいく場合が多く、初期医療サービスの関与が不可欠である。コミュニティが受けるメリットは初期介入の範囲を超え、参加者が増えることにより、各市民が能力や自信をつけることにつながり、実生活に多くのポジティブな変化をもたらすことができる。[557]

その他のコミュニティの関与モデルには、健康生活センターの取り組みなどがある。そこでは、地元の人々に参加の機会を与え、社会資本を増強し、サービス提供場所の共同化によって経済的なメリットが生じる。[558] しかし、こういった取り組みは、地域コミュニティに組み込まれたものであるべきであり、大規模な中央主導による展開の結果として行われるべきではない。包括的なプログラムおよび活動によって地元活動の中心を創成することは、2009年に当報告書のために[559]が行われたハックニー、マンチェスター、バーミンガムでのフォーカスグループの調査において、重要な取り組みであると確認された。初期医療および社会医療サービスによって、健康格差の社会的決定要因に対処するための設備を整備することができるとともに、地域を対象とした包括的なサービスの提供を推進していくことができる。

— **医療の質と成果のフレームワーク（QOF）は、一般医療がすべての患者に対して質の高い医**

療を提供することを100パーセント達成することによって報酬を受けられるように修正する必要がある。

- **初期医療では、患者のエンパワーメントおよびヘルスリテラシー向上を目指す包括的な医療を開発し採用していくべきである。また、包括的医療は、医療サービスへのアクセスに困難を伴う貧困層の登録を促進することにも力を入れるものを活性化させるべきである。**
- **一般診療は、QOFやその他の関連データの情報基づき、対象をしぼった予防サービスを促進するため、より系統的な診療ベースの立場をとるべく活性化されるべきである。**
- **一般診療では、全国的な取り組みに従い、労働衛生に対する責任範囲を広げるべきである。**
- **初期医療は地域コミュニティ内の中枢として機能するのに好位置を占めている。サービスの包括化やより健康的なコミュニティの推進に貢献するために、そういった役割を担うべきであり、またそれに対する報酬が与えられるべきである。**

メンタルヘルス・サービス

第2章では、身体的健康と精神的健康の間に密接な関係があることを強調する実証を示した。メンタルヘルスと福祉は、業績やライフスタイル、身体的健康、回復力と回復、雇用、人間関係、市民参加や義務、などあらゆる面に大きな影響を与えている。[560] NHS、地方自治体、第三セクター内の子どもや大人に対するメンタルヘルス・サービスは、ポジティブなメンタルヘルスと福祉の促進、パートナーシップの有効作用、さらにはサービスの導入から提供を完全に一体化させるにおいて、非常に重要な役割を果たす。

当報告書では、初期の段階における発達と行動を特に強調している。特にメンタルヘルスの問題に関しては、必要なときに必要な支援サービスを受けられることが重要である。早期介入は、適切な育児や回復力の構築において、それぞれの促進を大いに助けてくれる。また、質の高い幼児教育プログラムも、子どもの自尊心や行動の改善に有効である。

保健省のニューホライズンズに関する協議への反応においても、幼児や青少年に対するメンタルヘルス・サービスの利用が困難であり、この問題の対処にむけた活動が必要であることが引き続き強調されている。また、早発型の精神疾患やストレスへの対処においては、早期介入や心理療法を受けることが不可欠である。つまりこの状況は、学校を含めた子ども向けのサービス全体のシステムが統合されていく必要性を示唆するものである。学校が積極的にポジティブなメンタルヘルスを推進し、早期発見・早期紹介に努めることが、高リスクの子どもたちやその家族がサービスを受けられるきっかけとなる。より広範囲にわたる支援サービスに向けた情報と案内の両方において主要なスタッフがサポートをする。

成人向けメンタルヘルス・サービスの利用については、1999年以来、全国サービス基準（NSF）の対象となっており、結果として大きな成果が上げられている。ニューホライズンズの報告[561]におい

ても、メンタルヘルス・サービス提供の継続的な改革について考察が行われた。同報告書では、ケアプログラムアプローチを通じて、疾患予防や早期介入、偏見への対処、変化への適応の強化、個別ケアの強化などに力を入れ、全国サービス基準に基づくことの必要性が強調されている。特に回復や心理療法、地域へのアウトリーチに重点を置いた広範囲の包括的社会医療サービスの利用しやすさは不可欠である。また、夜間休日など時間外の支援についても、回復支援や、雇用の継続もしくは再就職のために二次医療サービスを受けられるようにするために重要な点である。政策目標Cで述べたとおり、労働は、社会的ネットワークおよび支援の機会を広げることから、自信や自尊心の維持回復に役立ち、社会的疎外を減らすことにつながる。

— **メンタルヘルスや行動障害を抱える子どもたちやその家族を支援するため、子ども向けサービスや学校などにおける包括的なサービスの提供による、社会的勾配全般にわたる早期介入が必要である。**
— **成人向けメンタルヘルス・サービスは、予防、早期介入、偏見への対処、社会復帰整備強化などを扱い、回復に重点を置いた個人的且つ革新的なケアの提供を目指す包括的で連携したサービスに焦点を合わせたものである必要がある。**

5.1.5 地方自治体の役割

地方自治体は市民の生活および、その自治体の管轄地域の将来において、非常に重要な役割を果たしている。地方自治体が直接サービスを提供する場合や、また他の組織に委託する場合もあるが、いずれの場合でも地方議会は幅広いサービスに対して直接の責任を負っている。また、例えば、地域の環境基準に則った管轄地域のサービスの形成およびモニタリングを行う重要な役割も果たしている。さらに、地域の戦略的連携やその他のサービス提供者をまとめるグループ形成においても中心的な役割も担っている。

地域成果基準（Local Performance Framework）は、地域におけるサービス提供者間の連携の推進および、地域における分野を横断した問題に共同して対処する上での、地方自治体の役割を強化することを意図している。

その点において重要な要素は、以下の事項である。

— **地域の戦略的連携（LSPs）**
  地域内における複数の組織の連携により、公共部門、民間セクター、コミュニティ、ボランティア団体などのさまざまな部門に団結が生まれる。
— **持続可能なコミュニティ戦略（SCS）**
  包括的な計画による、該当地域の経済的、社会的、環境的な生活向上の推進
— **地域協定（LAAs）**
  政府と地方自治体、およびLSPのパートナーの同意により、該当の地域における優先事項を

確立する。

— **包括的地域評価制度（CAA）**
独立したシステムによる、地域における成果の評価

— 初期医療トラストと地方自治体による、該当の地域住民の将来的な健康、医療、福祉のニーズに関する**共同戦略的需要評価（JSNA）の実施**

以上のことから、地域住民およびコミュニティに影響を及ぼす、分野横断的な問題に対処において、公共部門、民間セクター、第三セクターをまとめる役割を果すのは自治体が適任であるといえる。

地方自治体の主な役割は、以下の通りである。

— 管轄地域内における主要雇用主
— 各種サービスの管理者
— コミュニティにおけるリーダーシップ、および民主主義改革
— 持続可能なコミュニティ戦略の一環としての健康および福祉に関する実行力の行使
— 安全なコミュニティと町づくり
— 教育を含む子ども向けのサービス、成人向け社会医療、娯楽サービス、その他の立案など。

こういった役割は、地方自治体の健康に関する社会的決定要因や健康格差縮小に与える影響やその貢献の大きさを強調するものである。前述のとおり、地方議会は、NHSが先導するべきだと見なされているため、ないしは主導者としての理解が不足しているために、健康格差への取り組みに対して積極的な態度を示さないことがある。[562]

地方議会は、地域住民の経済的、環境的、社会的福祉を確保する力を有する。それ故、地方議会は健康格差への対処、および福祉の向上のための行動を実行に移す上において主要な位置を占めている。2008/9年健康格差縮小ビーコン議会の例は、非常に優れた成果の実証であるが、極端な健康格差に取り組んだ結果、格差が狭まった場合、連携と介入の両方が拡大化するという懸念がある。いくつかの地域では、連携によるより統合的な健康および社会医療の新しい枠組ができつつあるところもある。「トータル・プレイス」計画の試験版についてもまた進行中であり、密接な連携によって、より大きな成果と効率アップの達成を試みている。健康格差に取り組む活動はすなわち、選出された議員を含む地方自治体の内部において、健康の社会的決定要因の認識を向上させることを意味する。社会的決定要因に取り組んでいく政治家および労働者の能力や自信を向上させるという大きな課題があり、ライフスタイルへの介入には限界があることを理解する一方で、成功した取り組みを広めていく必要がある。また、より大きな成果を達成するためには介入の拡大も必要である。

どのような取り組みにおいても成功のためには、協力的なパートナーシップがうまく作用することが不可欠である。健康格差はいかなる単独の組織、あるいは単独の部門のみでは解決することはできない。

どのようなアプローチでも、分野や部門を越えた強い連携の中から生み出されなければならない。そのためには、コミュニティのリーダーシップを活動の受託とともに積極的に行使することが必要である。

— **地域のNHSを率いる初期医療トラストの支援のもとに、主要な地域の連携において健康増進や健康格差の縮小を行う上において、地方議会の重要な役割が強調される必要がある。**

成人向け社会福祉

第1章および第2章では、平均余命が（格差はあるものの）急速に伸びていることを示した。過去25年間にわたり、人口は著しく高齢化しており、2008年には、人口の16パーセントが65歳以上となった。この現在の傾向が継続した場合、2033年までに人口の23パーセントが65歳以上となり、人数にして3,200万人ということになる。医療および社会福祉の利用者数がもっとも高いのは、55歳以上の層である。[563] 人口の高齢化が与える影響、および慢性疾患や障害のレベルと、これらのサービスには、非常に密接な関係がある。サービスの適用基準を厳しくすることも、増加する需要への対処法のひとつとして導入されている。社会福祉サービスを受けている人は、社会的弱者である可能性が高く、また慢性消耗性疾患や障害を抱えている場合が多い。

エイジコンサーンによると、約5人にひとりの高齢者が貧困生活を送っているという。[564] 2005年度のイングランド健康調査のデータからは、高齢者の健康指標の多くにおいて社会経済的グループ間に格差が存在することが示されている。例えば、収入が下位5分の1 レベルの人々は、一般的な健康状態がすぐれず、果物や野菜の摂取量が少ない他、運動の問題や下肢の障害を抱えている割合が高いことが報告された。[565] 同様に、高齢者の虚血性心疾患罹患率についても、最貧困地域において高くなっている。糖尿病罹患率やコントロール不良高血圧も収入に反比例している。[566] チャンドラらは、ホワイトホールII研究の時系列データを用い、職業的な地位の低い人々には、高い人々と比較し、急激な身体的健康の低下が見られることを説明した。[567] また、健康状態の自己報告においても職業的地位によって差が確認されており、相対的な格差は年齢が高くなるに従って広がっていくことが示された。

それゆえ、成人の社会福祉が健康および健康格差に大きく貢献していることになる。近年、重点をおかれているサービスの個別化は、良い影響をもたらしているものの、全体の政策的枠組に一貫性が欠けていることが懸念されている。サービスの利用者の積極的な関与を促進することで、これまで社会的疎外を受けていたり、偏見の対象であった利用者のための生活の向上、および主

導権や責任をしっかりと持っていくきっかけとなる可能性がある。また、現在NHS内で行われている医療における公平性の推進を目的とする「地域医療サービスの変革」という試みにおいても、医療と社会福祉の統合化や健康格差に対する共同の取り組みにおいて可能性を示している。

こういった課題に対処するためのさらなる活動には、現在サービスを受けることのできていない社会的弱者層の個人およびグループを特定する継続的な努力も含めて考えていく必要がある。

— **障害や慢性疾患の有病率増加を伴う人口の高齢化に対する健康格差は、将来的な戦略や政策に大きな影響を与えるものであり、それらの戦略には、十分な資金供給が必要となる。**
— **健康格差に取り組む長期的な戦略は、十分かつ持続可能な投資の有効なメカニズムとともに議論し、構築されるべきである。**

子ども向けのサービス

子ども向けサービスに関する枠組みは、2003年度の緑書「すべての子どもが大切」に記された。同提案書により、すべての子どもの福祉向上を目指す全国均一サービスの枠組み内において、社会的弱者である子どもたちや青年の保護を目的とする「2004年児童法」に支えられた戦略が立てられた。そういった基盤の上に、子どもたちのための計画、子ども向け全国サービス基準、若者と産科サービス、そして児童健康戦略として、健康生活明るい未来、などが打ち立てられた。これらは、より良いパートナーシップに基づく活動や連携およびサービスの統合を焦点と据えている。児童トラストは、多様なニーズや地域の状況を反映し、それぞれの地域においてさまざま速度や異なった方法により展開されている。2009年養成訓練、技能、子供および学習法により、有効な実践例を示して標準化することで、児童トラストの協力体制を全体的に強化した。同法によって、国の定めに基いて児童トラスト委員会が設立され、学校、大学、ジョブセンター・プラスなどが国定のパートナーとして追加された。

児童トラスト委員会によって立案された、子どもと若者のための計画（CYPP）は、パートナー間で合意を受け、部門を横断して組織レベルでの協力を促進することを目指す共同戦略となった。同計画によりトラスト委員会のパートナーたちが協力していく方法として、子どもや家族を中心に据えたサービスの委託および提供、子どもたちの統合における地域の成果改善、サービスの改善、及び貧困層の子どもたちとその他すべての子どもたちに対しての成果において存在するギャップの解消などが提示された。児童トラスト委員会の主な任務は、子どもや青年、その家族の権利が地域の戦略的連携（LSP）全体において確実に理解され、健康の社会的決定要因への取り組みが行われるようにすることである。また、持続可能なコミュニティ戦略（SCS）にCYPPを組み入れ、地域の住宅や地域再生、交通計画といった特に子どもに重点を置かない、分野を横断した広範囲な課題与える影響を明確化し、そういった課題に対する活動を地方開発の枠組みの立案に組み込んでいくことも任務に含まれる。児童トラストに関するガイダンス草案については、2010年3月に発

表される予定である。

新しい児童トラスト委員会とCYPPは、同意された分野横断的な成果に基づく予算の共有や調整の機会などを含む、より良い共同活動を進進するユニークな機会をもたらす重要な変化を象徴するものである。そのため、医療セクターはパートナーからの支援を得て、優先的なサービスを提供できる一方で、その他のパートナーの優先事項に貢献している。

当報告書での提言が、初期育児サービスや児童保護要員の観点からすべてのガイダンスの修正、およびそれに続く戦略の構築において考慮されることが重要である。

- **すべての子ども向けサービスに対するガイダンスの修正において、特に政策目標Aに記載の幼児期、教育、労働力の育成に関するものは、審査委員による実証や提言を考慮に入れなければならない。**
- **さらに、児童や若者向けのサービスに関する将来の計画においては、健康の社会的決定要因および健康格差の影響について具体的に扱うべきである。児童トラスト委員会は、CYPPの立案において、地域の健康格差への取り組みと、児童および若者の健康状態の改善を実現において初期医療トラストを支援し、CYPPを通じ、連携してプロセスを前進させることへの同意を希望する児童トラスト委員会のメンバーと、地方自治体、初期医療トラストが共通した地域ビジョンを構築するべきである。**

5.1.6 第三セクターの役割

第三セクターには、合計550万ポンドの資産および投資信託と宗教コミュニティを抱える、14万の一般慈善団体、55,000の社会事業者、4,500の協同組合、1,830の住宅協会がある。[568] 地域の人々や家族、コミュニティのつながりを確立して、地域の関与や連携を構築していく上で、第三セクターが果す役割は大きい。また、第三セクターは、個人への関わりや支援、自助、無給の労働、またボランティアの試みを通じてコミュニティのインフラを構築するために、コミュニティを活用しコミュニティのネットワークを拡大させる資産を特定する上で適した位置付けにある。第三セクターは多様な存在であるが、それは場合によって長所とも短所ともなりうる性質である。[569]

健康格差縮小において第三セクターが果たしている役割は、現行のもの、および潜在的なものの両方が認識されているものの、そのサービスの提供および戦略的パートナーとしての効果的な関与に関して、どれほど支援を受けられているかについては懸念が残っている。第三セクター組織には資金調達が不安定な団体が多く、国の支援に頼るところも増えている。投資からの利益回収率の低下や慈善団体の雇用主としてのコスト増加などといった経済的な諸事情と合わさり、慈善団体への寄付の傾向としては、大規模な全国的な慈善団体ですらも利用できる任意の基金が限られてきている。

医療や社会福祉セクターにおける多くのボランティア組織は、政府や地方自治体、そして近年多くなっているNHSによる、補助金や契約への依存度が極めて高くなっている。委託の増加や、それに伴うボランティアセクターへの助成金の減少によって、第三セクター内の組織同士、また第三セクターと民間や国家レベルのセクターの間での契約をめぐる競争が激化している。

現在の受託環境が第三セクター全般にとって不利なものであり、小規模なボランティア組織にとっては死活問題ともなり得るという懸念が大きくなってきている。以下にその要因を挙げる。

— 比較的小規模な組織では、入札に際して効果的に競争するための時間やスキル、知識などの資源の収集が困難である。
— 受託の方法が、比較的大規模な組織や国家レベルの部門に有利である。例として、各種サービスをまとめて単一の契約として入札することにより、小規模な特定分野にしぼったサービス提供者が締め出される。
— 短期契約では開発に十分な時間がかけられず、結果としてスタッフの雇用や維持に影響する。
— より厳しい資金供給による契約の要件が増えることにより、開発や革新にかけられる余地が無いに等しい。

加えて、全国、地方、地域のそれぞれの戦略的計画における主要パートナーとしての第三セクターの関わり方に一貫性がないということも懸念されている点である。いくつかの地域戦略パートナーシップ（LSP）に見られるように、第三セクターがうまく関わっている例もあるものの、第三セクターの多様性を十分に活かすには課題が残っている。ボランティア部門のインフラ整備支援は、それぞれの地方自治体によって異なっており、代表的な構造においては比較的小規模な、またボランティア主導の組織については除外されてしまうという懸念が残る。[570]

— **LSPは、系統的な方法で第三セクターと関係を結び、地域コミュニティとの関係を最大限にし、またコミュニティーを活用することにより、市民参加に貢献できるような個人および集団としてのエンパワーメントや能力開発を支援し育てていくべきである。**
— **第三セクターの多様性は、健康格差への取り組みにおける、関与や参加、コミュニティサービスなどによる貢献を認めた上で、助長、および支援されるべきである。**
— **国家レベルのパートナーと第三セクター間での協定の一部として、資金供給の持続可能性の問題について対処される必要がある。**

5.1.7 民間セクターの雇用者としての役割

疾病予防や、健康や福祉の推進において、雇用者は中心的な役割を担っている。第2章、第4章、政策目標Cでは、職場ストレスや健康格差の減少における良い職場の重要性について述べた。ス

トレスやその他の仕事の問題による疾病に対処しないことによる代償は甚大であるとする明らかな証拠があるにも関わらず、雇用者の側にはそういった問題への取り組みに消極的な部分がある。

LSPは、職場における健康への取り組みに対してのアドバイスや資金供給を行うよう雇用者を指導し、動機を与えることが可能である。そういった支援には、障害や疾病を持つ人々に対する雇用支援の他、職業訓練や職場復帰スキームなどの提供が含まれる。

職業保健とは従来、主流の医療とは切り離されたものであり、その利用に関しては、セクターの違いや業界もしくは雇用主の規模によって大きく異なっている。職業保健および社会復帰リハビリテーションは、NHSに完全に統合し、失業者や就労不能給付を受けている者を対象にした「仕事のための健康づくり」モデルの提供が行われるべきである。雇用者のための職業保健サービス、および大規模雇用者の医療チームに対する支援サービスの開発が必要とある。そういったモデルは、全従業員の健康増進や、長期にわたる失業や疾病もしくは障害をもつ人々の雇用および維持に関するガイドラインや情報および保障を与えてくれる。

その模範を示すにあたって、ビジネス・イノベーション・職業技能省が重要な役割を果している。例として、「人への投資と生活賃金賞」のような以前の取り組みと併せて、自主的に「健康的な生活賃金」を取り入れるなどにより、雇用者の健康の決定要因に対する取り組みの促進を図ることができる。また、低賃金の従業員が給付金や公共医療サービスを利用できるようにアドバイスや支援を行う、小規模のリソースを持つ組織の認知も必要である。

無報酬による労働は、スキルや仕事の経験が不十分であったり、労働市場に入る上での自信を得るために、やさしく柔軟な環境が必要であると感じる人にとって有給雇用のステップとなることは多い。

— **予防、早期介入、健康や安全の増進、適したリーダーシップや管理に関する課題は、労働者の健康や労働力開発に大きな影響を与える。労働者の身体的・精神的健康の増進に関する成功事例の有効的な実践の有無の監督においてに重要な役割を担うのが、ビジネス・イノベーション・職業技能省と労働年金省である。別添2、セクションC2、C3、C4に詳細を記載する。**

5.1.8 パートナーシップの強化

WHO委員会の健康の社会的決定要因に関するグローバルレポート「一世代のうちに格差を解消する」では、健康格差の問題は複雑であり、複数の原因が関与し、分野にまたがっており、多面的であるということが強調された。

健康格差に対処する政策立案においては、パートナーシップによる活動が重要な役割を果たしている。連携活動には活気のある良い例もある一方で、その多くにおいて期待に到達できていない。地域や地方のレベルでの連携活動には、以下の取り組みを通じたしっかりした統率力が必要である。

— 健康格差の根底にある原因の認知度を高め、人々や組織が思い切ったことができるように規制緩和を行う、また短期プロジェクトまたは短期的取り組みに重点を置くのではなく、安定した資金供給に基づく戦略的かつ体系的な介入の規模と内容の強化を図る。
— 意思決定において真の市民参加を促進し、専門家や公式な組織から地元住民へと力のバランスを移していくような、共同作業に基づく実践モデルにおける新しいパートナーシップのあり方を構築する。

パートナーシップを率いる

特定エリアの実証により、現在のLSPフレームワークには大きな改善と強化が必要であることが示唆されている。[571] そこには、優先事項の明確な同意に基づいた、組織間の戦略的方向性の明確化における改善が含まれる。縦割りの活動を促進することも多い、全国的な目標主導型の実施から離れ、戦略を推進のために重要なターゲットに絞っていくことによって、全システムアプローチを促進する可能性がある。そういった動きにより、健康格差への取り組みに対する地域の責任がより明確化し、地域の政策立案者やサービス提供者、そして市民が具体的な地域問題に対応することを可能にする。

こういったフレームワークの中で、健康に関する連携活動の指導において地域のリーダーシップは重要なものとなる。政治的指導者や地方議会の事務総長、初期医療トラスト委員会の事務総長、保健所長などは、重要ではあるが独占的な役割を果すわけではない。

当報告書では、セクション5.1で、全システムアプローチに基づいた、強固な政治的リーダーシップ、市民のリーダーシップ、指導者のリーダーシップの要件について主張を述べた。そのようなリーダーシップは、各種公共サービスを横断した組織的な開発プログラムによって支えられ、市民やコミュニティにとっても明確で適度な結果の産物であるべきである。[572]

LSPの課題は、当該地域のための持続可能なコミュニティ戦略の構築と公開、さらには社会的、経済的、環境的福祉を増進するための計画とアクションを整えることである。それぞれのパートナーシップには、地域の医療および福祉に関する権限を持つサブパートナーシップが存在する。LSP自体は、法的権限や資金は持たず、さまざまな組織が協力して地域のニーズを把握し、当該地域の長期的で持続可能なコミュニティ戦略を構築し、より効果的なサービス提供を目指して支援を行う。資金に関する意思決定は国家レベルの組織全体によって行われるべきであるが、そのことによっ

て、特に児童トラスト委員会の情勢が変化する際に、LSPの体質に関する大きな疑問が浮上する。所有権、公約、責任は、法定においては同様に設定されているLSPによって、また協定した地域における公約を実行する上で、国家レベルのメンバーの義務と責任を明確化することによって強化される可能性がある。

このような責任の強化により、地域協定（LAA）、包括的地域評価制度（CAA）、地方自治体法人計画、初期医療トラスト（PCT）ワールドクラス委託戦略的計画、NHS運営計画などといった、各機関のさまざまな戦略を持続可能な地域コミュニティ戦略と統合していく上での期待を高め、地域政策が一貫性のある明確な戦略的方向性を持つための要を作ることができる。

— **LSPは、法定に基づいて確立されるべきであり、国家レベルのパートナーの責任は、健康の社会的決定要因に取り組むパートナーシップを率いることを目的として明確に記されておくべきである。**

— **持続可能な地域コミュニティ戦略の一部として、健康格差への取り組みの重要性と優先性は、国および地域のリーダーシップによってはっきりと示されるべきである。**
— **リーダーシップスキルはすべてのレベルにおいて強化が必要であり、保健省、コミュニティ、地方自治体、および内閣府の共同出資による、全国的な組織開発およびリーダーシッププログラムの支援をうけるべきである。**

パートナーシップにおけるコミュニティの体系的な関与
コミュニティの体系的な関与は健康格差への取り組みにおける連携活動の不可欠な要素であり、それなくしては、健康格差の縮小は不可能であるといえる。これはワンレス・レポートにおける完全なコミュニティ関与のシナリオを表すものである。[573]

体系的な関与は、さまざまなレベルにおいて不可欠である。
— 市／地区全体：広範囲にわたるボランティア、コミュニティ、宗教組織などからの重要な情報を、戦略やサービスの計画立案、成果の管理のために活用
— 地方レベル：地方レベルで受託する医療および議会のサービスの関与を含んだ、第三セクター組織や小規模な区レベルにおけるコミュニティグループを利用
— 町会レベル：町会自治会とのつながりをもつ。[574]

このアプローチには、体系的かつ持続可能な地域開発を通じた、「地域財産のマッピング」「参加の障壁となるものの特定」「コミュニティの能力の誘導と開発」が必要である。

— **すべてのLSPは、地域財産を強化し、健康格差に対する地域での解決を促進するための個**

人のエンパワーメントおよびコミュニティ開発を目指す効果的な参加戦略を取らなければならない。

共同任務と共同チーム

LSPの構築には、将来的な連携機関にわたる共同任務の可能性が秘められており、とりわけ初期医療トラストと地方自治体との間にその可能性がうかがえる。このことは、特に公衆衛生問題への取り組みにおいて、分野横断的戦略を取る目的のために創始され、共同任命および出資を受けた「健康づくり支援サービス部長（Director of Public Health）」に関連して言える。現在、約80パーセントの健康づくり支援サービス部長が初期医療トラストと地方自治体の間で任命されている。健康づくり支援サービス部長は、健康格差への取り組みの実行において重要な役割を占めている。LPSや連携機関に対し、健康格差における地域への影響について行う助言と、地域の持続可能なコミュニティ戦略を通じて同問題への取り組みを推進する役割については、強化される必要がある。この独立諮問機関の職務は、監査委員会の役割や地域参画ネットワーク（LINks）と関連付けることで、より明確な地方の責任範囲の構築、および進展のモニタリングを可能にする。

その他の共同任務の選定には、大きなバリエーションがある。医療および健康格差問題に重点を置いた完全な統合チームの場合もあれば、スタッフのレベルで相違点に着目したより限定的なアクションを取る場合もある。そういった共同任務のメリットは、役割や責任に対する理解の向上、組織間の垣根の解消、組織を横断した参加やリーダーシップの改善、などある。また、これらの任務は、これまでの優良事例と一貫した共同受託および持続可能な資金繰りによって支えることができる。*575*

公共部門のサービスの統合化は、共同任務の幅を広げることにより促進される。現在の試験的計画「トータル・プレイス」は、これから評価を受けるものであるが、連携を進める大きな可能性を持っている。その他のモデルとしては、健康格差に対する機関横断的な受託の拡大および統合化したサービスの提供などがある。コミュニティの中心となる施設の創設は、バーミンガム、ハックニー、マンチェスターのグループを除くフォーカスグループにおいて優先事項とされている。*576*

健康格差への共同の取り組みを行うことによる、労働力への影響も考慮されるべきである。有効に対応するためには、公衆衛生だけではなく、住宅、地域計画、交通、教育、社会医療、健康管理、などを含む広範囲の専門家や部門による働きが不可欠である。これらそれぞれの組織は、異なる研修や教育を受け、異なる文化を持つことから、大きな困難が生じるものである。イーガン報告書では、持続可能なコミュニティ開発に関わる医療専門家の包括的なスキル不足が指摘された。健康格差に関する課題の幅広さを考えると、課題は多い。新たな計画の要求を満たすためには、関連する専門家のスキルアップに対する国としての働きが不可欠である。

— **現行の共同任務の準備方法は、連携活動を強化していく可能性を備えている。**
— **監査委員ガイダンスに準じた、持続可能な共同出資を用いた共同受託ユニット、および統合化したサービス提供は、地方自治体と初期医療トラストの必要条件とされるべきである。**
— **健康の社会的決定要因に基づき、さまざまな分野や機関において健康格差に取り組む労働力のスキルアップを目的とした、全国的な働きが必要である。**

地域協定

それぞれのLSPが地域協定（LAA）と呼ばれる地域成果基準に基づく持続可能なコミュニティ戦略を発表することで、LSPの役割はますます範囲が広がり、より注目を集めているが、報告されているLAAの影響力には大きな格差があり、単一自治体、州自治体、区自治体の順に影響力が小さいことが報告されている。578

LAAの効果については、共通する戦略および目標をもつ共同ビジョンの将来的な活動の優先事項や、その構築に関する地域協定のプラットフォームを与えることにおいて、有効であることが実証されているが、予算の委託および共有における共同活動に関する進展には限度が見られる。また、義務の共同化がパートナーシップもしくはサービス提供の質に良い影響を与えているかどうかについても、LSPからの矛盾した実例が存在する。続いてのモニタリングに関するセクションでは、地元地域の進捗に関する説明責任の問題に触れる。

共同戦略的ニーズ評価

2007年地方自治・保健サービスへの住民関与法では、地方自治体および初期医療トラストに対し、管轄地域コミュニティの健康および福祉に関する共同戦略ニーズ評価（JSNA）の提示を義務付けている。2008年の調査では、大半のLSPがJSNAの開発を、健康における成果と格差への焦点を際立たせるものと位置づけている。このことは、初期医療トラストを通じて実行したワールドクラス委託戦略的計画とのつながりにおいて、連携活動およびパートナーシップを通じた地域コミュニティ全体でより質の高い医療、健康と福祉の増進および健康格差の縮小に対するフォーカスをより明確にする可能性を持つ。

有効性を確保するため、JSNAは、国、地方、区、地域の積極的な関与を通じて確認された地域コミュニティの問題について、正確かつ共有化された情報提供を受ける必要がある。当報告書作成時の協議において、機関間での情報共有にはいくつかの困難や抵抗があることが確認されている。その解決のためには、LSPに関わる機関へのガイダンスの見直しと明確化が必要である。

— **共同計画の促進のための情報交換に関する共同の取り決めに対する情報提供と、強化を目的とした、主要なパートナー間の情報交換を明確化するためのガイダンスが与えられるべきである。**

— **あらゆる地域の共同計画は、地域コミュニティに根付いたものであり、国レベル、地方レベル、区レベル、地域町会レベルの情報提供を受けるべきであるとともに、共通の同意を受け、透明性を持った優先事項の中で設定されなければならない。**

5.1.9 実施のためのパートナーシップ

当報告書チームと、北東部地方とロンドンとの間に2つのパートナーシップが構築されている。概略を以下に示す。

北東部地方パートナーシップ

すべての市民における健康格差の解消は、北東部地方の継続的な重点項目である。これは、社会的公正の問題にとどまらず、健康な労働力、および機能を果たし、実力のある、自立したコミュニティによって持続可能な経済を構築する上においても不可欠である。

当報告書チームと連携することによって、地域に健康格差に対する取り組みへの関心と勢いを生み出すことができた。2009年には、マイケル・マーモット教授が何度か当地方を視察し、その機会を利用して広範囲な人々に情報を与えるとともに参加を促した。当報告書による最新のデータを用い、人々の参加を促すとともに、北東部地方の優先事項を確認することができた。あるイベントでは、「オープンスペース」のフォーラムを利用して、医療部門からだけではなく議員、警察、地方自治体、第三セクター、住宅部門、学術関係者、地域参画ネットワークからの代表者など、計200名以上が集結し、健康格差の縮小を目的とした、現状および将来の課題に対処していくための現実的でありながら創造的なアプローチを特定した。

同アプローチにより、人々の持つ以下のような疑問に対する解決策が構築されつつある。

— どのようにして、人生を楽しみ長生きするための取り組みに人々や組織、コミュニティを参加させることができるか。
— どのようにして、北東部地方で生まれるすべての子どもたちに対して、できる限り最善の機会を与えてやることができるか。
— どのようにして、社会的公正を求める市民の要求を支援することができるのか。
— どのようにして、景気後退の影響に打ち勝つ事ができるのか？
— どのようにして、格差に関する理論とデータを、現実的で組織的な、地域および個人の活動へと移行させるのか。

今後数カ月間に、同地方では広範囲にわたる関係者との協力により、今後10年間の行動計画の策定を行う予定である。この行動計画が、先に予定されている2010年地方戦略の掲げる目標の土台作りとなる。地方のすべての人々の健康と福祉を確保するための基礎を、地方の大きな財産に据えるというものである。

ロンドンパートナーシップ

ロンドン健康格差戦略の実施を支援するため、市長と当報告書チームとの間でのパートナーシップが確立された。マイケル・マーモット教授が2回の主要な会議に出席し、議論のための情報提供と主な関係者たちに対して、行動に移すきっかけを与えた。

ロンドン市長に対しては、ロンドン広域自治体法に基づき、その首都における健康格差戦略の策定を行うという他にはない権利が与えられた。同戦略草案は、2009年8月に国民の意見聴取を開始し、2010年1月10日に完成予定となっている。

この戦略草案では、ロンドンをすべての人々が健康的で活気に溢れた、互いにかかわり合って生きることのできる都市にするための動きが提案された。この運動の目指すところは：

— 健康および福祉増進を目的とする、ロンドン市民個人やコミュニティのエンパワーメント
— 特に、健康状態のすぐれないロンドン市民のための健康および社会医療サービスへのアクセスの向上
— 所得不平等の縮小、および相対的貧困による健康への悪影響の最小化
— 仕事やその他の有意義な活動から得られるメリットへのアクセスの機会拡大
— 各家庭から地域、また都市全体に至るまで、すべての人々にとって健康な場所としてのロンドンの開発および推進

協議の終了を受けて、ロンドンの戦略に現実性を与えるために、行動計画の実施を検討する連携活動グループが確立された。

5.2 成果の改善を評価するための目標と指標のフレームワーク

5.2.1 フレームワーク

第4章で述べた概念的なアプローチと提言に基づき、別添2では、アクションの各領域（図5.2参照）における過程、報告、および成果をモニタリングする上で適した指標の分類を示した。これは、これらの指標が目標の設定のために使用され、実施にあたる組織に責任をもたせる場合に、SMART（Specific／具体的、Measurable／測定可能、Achievable／実現可能、Relevant／関連性を持つ、Time-bound／期限のある）である必要性を念頭においたものである。

これは以下のことを意味している。

— 短期（2012–15年）、中期（2016–19年）、長期（2020年以降）、それぞれにおける成果の改善を測定するためには、異なる指標が必要となる可能性がある。
— 指標の一部に関しては、現在測定不能なものである可能性があるが、関連するタイムスケールに適合した測定ツールが導入される現実的な予想が必要である。

— 成果の指標は、当該の機関の戦略が目指す改善への到達を可能にする方法で定義される必要がある。
— 指標の詳細は、関連性と具体性の確保のため、戦略が時間を経て発展していくに伴い変化する可能性がある。

セクション5.2および5.3で示唆されたように、高い目標については、国レベルで設定され、地域で測定可能な指標のフレームワークによって支えられるべきである。また、CAAやLAAをはじめとする地域のパートナーシップの責任に関する取り決めの一部として、地域政府機関は、このフレームワークから地域のニーズに合う目標を選択し、評価のための成果改善の基準を提供すべきである。こういった指標の利用から示唆されるのは、成果改善の公平で有効な評価が確実に行われるように、国レベルの領域を超えた比較性が必要であるという点である。

5.2.2 既存の指標

指標および目標を選択するにあたって、まずは土台が必要である。保健省の現在の戦略的枠組みでは、地域の責任がますます強調されてきている[581]。NHSは、「バイタルサイン」と呼ばれる一連の指標を通じ、責任を負っている[582]。そのすべてが目標として設定されている訳ではなく、3段階のアプローチとなっており、初期医療トラストが保健省に計画を提出する必要があるのは、第1段階の指標のみである。第2段階の指標に関しては、初期医療トラストが戦略的保健当局（SHAs）との計画に同意し、第3段階の指標において初期医療トラストは、地域のベンチマークおよび初期医療トラストや地方自治体が行った共同戦略ニーズ評価（JSNA）の結果に基づいて、地域のパートナーと共にどの指標を優先すべきかについて同意する。

これまで英国内では、健康格差、社会的不公平、地域的不公平、さらに平等性や人権に関する指標を構築する試みが数多く行われてきた。目的に適う場所においては、既存の指標の使用ないしはそれを発展させることにメリットが存在する。

図 5.2 指標および目標に関する枠組み

Targets
目標
Policy Objectives and mechanisms
政策目標とメカニズム
Performance improvement
実績改善
Monitoring
モニタリング
Outcome indicators

成果の指標
Output indicators
結果の指標
Process indicators
過程の指標
Outcomes of interventions
介入の成果
Specific interventions and policies
具体的な介入と政策
Delivery processes
実施過程
Outputs from interventions
介入の結果

2008年、コミュニティ・地方自治省は、英国地方自治体および地方自治体のパートナーシップのための185の国家指標（NIS）を発表した。2009年には、さらに188に更新された指標が発表されている。[583] この一連の指標は、地方自治体の業績の枠組みを支え、成果の測定のために全国的な結果および単一の基準を設定することを意図したものである。NISには4つの側面があり、それらはより強固で安全なコミュニティ、児童や青少年、成人の健康および福祉・疎外対策・平等の推進、地域経済と環境の持続可能性、の4つである。

その他の関係する指標には、以下の例が含まれる。

— 既存の健康格差目標のモニタリングのために、ロンドン健康状況把握機構により開発された「指標バスケット」
— 表5の「10年後の現在」[584]で示された指標（および将来的にはそれを分割したもの）
— 平等人権員会の作成による平等監視フレームワークにおいて確認された、さまざまな平等に関する特徴。平等性測定フレームワーク（EMF）は成果測定のためのフレームワークではないものの、進捗状況の評価および優先事項の決定のための基本データを与えるものである。
— 「健康貧困度」（現状の健康と将来的な健康の可能性もしくはその欠如の組み合わせ）の観点から、地理的および文化的アイデンティティによる識別で、グループを対比させることを可能にした健康貧困度指標
— 主要な健康指標を用いて、英国内の各地方議会に健康に関する簡易な評価を与える、健康プロファイル。地域、地方、および時系列での比較が可能。地方議会およびNHSが資源の対象とする場所を判断し、地域における健康格差への取り組む上での支援を目的としている。
— 経済、社会、および住居の問題を幅広く包括して選択された多くの指標を組み合わせ、英国内の各小地域向けの単一の貧困スコアにした、2007年度地域衰退指数

— 小規模な地理的領域に関するデータに全国からアクセスできる近隣地域統計ウェブサイト（www.neighbourhood.statistics.gov.uk）

5.2.3 フレームワークの構成要素

指標は、介入によって影響を与えることのできる以下の側面を捉えたものであるべきである。

— ライフコース
— 社会的決定要因
— 健康結果（有病率、死亡率、健康で幸せな状態）

ライフコースアプローチ

ライフコースアプローチは、社会的決定要因に関するアクションが結果に対してどのような影響を及ぼすかをモニタリングする上での基盤となるものである。ライフコースの各段階での介入に起因するもっとも強い成果は、人生のその後において“分かる“ということを認識したものである。一般的に介入が早期であればあるほど、その後の成果は大きくなる。これは、その結果が観察されることが予想される時間枠に対して大きな意味を持つ。フレームワーク内の結果指標には、早期およびその後の時期の両方における、介入の健康および社会的重要性を適切に捉えるものが複数含まれている必要がある。

社会的決定要因

社会的決定要因の側面として、フレームワークに含まれるべき指標は（内いくつかに関しては、戦略の一部として構築される必要があるものの）、囲み5.1に挙げている。

社会的決定要因の各側面を測定するにあたって対処すべき重要な問題が2点ある。

— ある特定のトピックに関するデータが入手可能かどうかによって、地域で適用できる可能性があるが、一般的には地域の状況には関わりのない、全国指標への注意が限定されるだろうか、それとも、それによって、地域的に関わりがあり、しかも全国レベルで測定される結果に到達することに貢献する指標に裏付けされたテーマへと選択肢の幅を広げているのだろうか。
— 各社会的決定要因は個別に作用することはないため、指標は強く相関することが考えられる。この理由から、決定要因の代理指標を用いる際には注意が必要となる。

囲み 5.1 社会的決定要因の側面

— 適切な生活水準
— 適度な勤労
— 公平雇用
— 恵まれたスタート

— 教育
— 適切なスキル
— 機会
— 物理的環境
— 能力
— 社会的支援と社会資本:
  — 家族
  — コミュニティ
  — ネットワーク
— サービス提供
— 相対的所得格差
— 経済的能力

囲み 5.2 指標の選択に影響する課題

— 重要性
— 実行可能性と費用
— 入手可能性
— 介入への明らかな関連性
— 技術的な問題
— 基準／指針:
  — 幅
  — バランス
— 指標に信頼性が持てる最小人口
— 情報管理
— 影響
— 指標のセット
— データソース

健康および福祉の指標

健康結果の測定は、戦略を評価する際の中心をなす。これらの健康結果は、健康格差に関連する主要な条件に関連付けられている必要がある。また、そういった健康格差に対して、提言および関連する介入が大きな効果（規模および影響の大きさにおいて）を与えることが意図されている。結果は、社会的勾配全般にわたり、寿命および人生の質の両方における改善を反映したものである必要がある。

提案されている戦略の主な目的は、社会的勾配全般にわたって健康および福祉を増進させること

である。そのため、二次利用サービス（SUS）を通じてますます多くの情報が入手できるようになっているNHSでの通常の臨床診察や調査などから得られた診断による有病率指標から測定された健康状態だけでなく、総体的健康や慢性疾患、障害などに関する自覚症状の観点から測定された健康状態についても捉える必要がある。

また、健康で幸せな状態というもの構成要素は何であるかを、健康状態のみでなく、ポジティブな態度といった尺度も見ていく異なる文化的な側面に基づいた結果指標の開発も同様に重要となる。現在、健康で幸せな状態に関するいくつかの指標が、さまざまなデータソースから収集されている。

— 幼児発達指標
— SF-36
— EQ-5D
— SF-6D
— GHQ-12
— 生活の質（参加、尊敬）
— 生活満足度
— 精神状態

但し、上記のいずれも、現在全国レベル以下の単位で日常的にモニタリング可能な規模で集められているものはない。全国的に一貫した大規模な日常的情報収集を行うためには、実地試験が必要である。

個人的な福祉の測定と同様に、コミュニティおよび社会福祉の指標も重要である。そういった指標は、社会的勾配の影響を測定するために構築することも可能である。コミュニティレベルでは、現状では社会的勾配が存在する問題（例えば、持続可能な住宅、より安全な道路、コミュニティエンパワーメントなど）に広く重点を置くことで、それを達成することができる。国家指標セットから、地域のパートナーシップに必要となるいくつかの指標の選択の基礎を得ることができる。同様に、全国レベルでは、社会区分（例えば、所得格差や環境被害など）に相関するマクロレベルの指標を用いることができる。これは、国際的にはサルコジ委員会[585]からの提案と、英国の社会福祉指標[586]の構築の結果によるものである。

5.2.4 指標の選択

これまでの考察に基づき、指標の選択を導くために必要となる課題を囲み5.2にまとめた。第4章に挙げたすべての提言を包含する指標のフレームワークについては、別添2に掲載した。

5.3 全国目標

格差の縮小と目標とする健康状態の向上を戦略的重点に据えるためには、高い全国的目標が必要である。当報告書の土台となる概念的フレームワークが意味するところは、そういった目標が、長期的な健康成果の改善、およびもっとも優先度の高い提言からの直接的な結果として、その後のライフコースにもっとも強い影響を与えることになる幼児期の発達に関連付けられている必要があるという点である。

社会的勾配全体にわたる全国的な健康結果目標
近い将来における全国目標が包含すべきものの提案:
- **平均余命(生存年数の把握)**
- **健康余命(生存年数の質の把握)**

大規模向きの福祉に関する指標が確立した際には、健康格差に関する第3の全国目標として含まれるべきものである。

社会的勾配全体にわたる子どもの発達に関する全国目標
全国目標が包含すべきものの提案:
- **学校に対する準備度 (幼児期の発達の把握)**
- **若年無業者/NEET(学齢期の技能発達、および高等教育を受けていない者の自信の人生における主導力の把握)**

社会包括性に関する全国目標
全国目標として、税および給付金の控除後に、健康的な生活を送ることができる十分な収入がある家庭の割合を積極的に増加させることが提案されている。

当報告書のすべての提言におけるプロセス、成果、結果をモニタリングするために必要な指標の種類の概要を別添2に示した。指標の詳細な例は、現在マーモット・レビューのウェブサイト www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreviewで閲覧可能である。

この広範囲な指標は、地域のパートナーシップが自己裁量で利用するように意図されたものである。

5.4 フレームワーク実施における課題

現在の健康格差戦略から学んだことをもとに、セクション3.6では、指標およびモニタリングのフレームワーク実施に関する多くの重要な課題が特定された。

5.4.1 不平等のどの側面をカバーすべきか。

民族性や個々人の社会経済的地位には、さまざまな定義がある。どの尺度を用いるかという決定

を下した後に、そういった尺度を所定の情報システムに組み込んでいく必要がある。対象を、再貧困層、貧困層と富裕層の間の格差縮小、あるいは社会的勾配の解消などのみに重点を置く場合、不平等の規模や経時的変化の測定やモニタリングに必要とされる方法はまったく異なるものである。

— **指標は英国内全土および、国際基準が確立している場所では他国とも比較可能なものであるべきである。**

5.4.2　目標が関連付けられるべき時間尺度

健康の社会的決定要因に関する委員会の報告書では、「一世代のうちに格差を解消する」という目標が設定された。例えば、幼児期教育およびその後の学校教育が、労働市場への参加や年金の蓄積といったその後に与える影響などは、次の世代が自らのライフコースに従って経験していくことであるため、この報告書の提言の一部は効果を見せるまでに時間がかかることもある。それとは対照的に、英国内における現在の格差目標の比較的短期的な展望については、ライフコースアプローチに不利な影響を及ぼす。当報告書の提言を目標として前進していく上で到達できる事項という観点において、短期的には社会的および組織的なプロセスを開始し結果の範囲を確保することに重点を置いた目標を強調すること、さらには長期的な健康結果についても強調している。

目標は、健康結果（あるいは医療活動や行動など）の指標において実現を望む改善を提示した高いものであってもよい。しかしながら、セクション5.10で示したように、組織（戦略的パートナーシップを含む）に対して設定される目標は、SMART（Specific／具体的、Measurable／測定可能、Achievable／実現可能、Relevant／関連性を持つ、Time-bound／期限のある）であることが望ましい。具体的には、そういった目標は、組織が直接的な活動もしくは影響力により、具体的なタイムスケールの中において影響を与えられるものでなければいけない。例として、現在の目標は死亡データに基づいたものであるが、それらが健康政策により影響される可能性がある一方、NHSやその他の公共組織が短期的に達成できる変化については、根底にある長期的な行動、社会経済、社会的要因に比べると非常に小さいものなのである。

— **LSPに対する目標は、その目標が設定された際に具体化したタイムスケールの中においてLSPの直接的な活動もしくは影響力によって達成可能なものでなければいけない。**

5.4.3　指標および目標が基盤とすべき地域もしくは個人の特徴

指標および目標の設定における重要な課題は、注意の焦点を行政単位、もしくは地理的区域（住宅区域もしくは行政管轄区域）でグループ化した個人、あるいは社会的決定要因やライフコースに基づく各個人の特徴に基づいてグループ化した個人、のどこに置くかということである。

現在の全国健康格差目標では、2つのアプローチの例を挙げている。一つ目の平均余命目標では、地方自治体レベルでの平均余命格差の縮小とし、幼児死亡率目標では、格差を個人の社会経済的地位に基づいたグループ間と定義している。その他のより高いレベルでの格差目標では、地理的にグループ分けされたデータがさまざまな方法で利用されている。例として、特定エリア目標および十代の妊娠目標では、地方自治体によって異なる目標を定義しており、またLAAの「地域内目標」では、地方自治体内の地理的な目標地域を設定している。

個人の特徴を用いることにより、区域レベルにおける変化から不適切な結論を導き出してしまう問題を回避するメリットがあるが（第3章で考察した）、それは個人レベルでのデータが分析に利用できるかどうかに依存する。地域レベルで信頼できる個人データが入手できない場合は、地域における指標や目標の分析やモニタリングが不可能となるため、代理もしくは合成的な推定値を利用する必要がある。これは稀な事象（例えば、幼児死亡など）や、ある地域において少人数の集団しか作れないような場合（例えば、さまざまな地域での少数民族グループなど）において特に問題となる。

もし目標地域が、異常値が平均値に収束されたものに関して定義されるとすれば、目標は、ランダム変動と関連した、よく知られた統計的プロセスによって、少なくともある程度、誤って達成されてしまう。このことは、利用される地域レベルにおける変数が十分にしっかりしていて、経時的に変化がない、ないしは急速な変動がない場合、あまり問題ではない。この問題は、分布的目標が選択された場合、つまり、勾配もしくは変動の幅の側面に注目することによって避けることができる。しかし、地域ベースの戦略では、分布に関する地域のポジションがたえず変化することにより、一貫性を持った地域戦略の確立や、介入の効果のモニタリングが非常に困難となる。このことは、地域目標および指標が設定され、全国レベルの目標および指標に関連付けられる形で反映される必要がある。

目標を地域内の目標サブグループに基づいて設定することにより（例えば、最貧困の下層5分の1など）、比較的不安定な、地域レベルの結果の指標が過度に強調されてしまう。地方全体において結果を示す事象が不十分な場合、地域のモニタリングをそのエリア内の少数の人々における変化に限定することにより、問題はより大きくなる。社会的勾配による差異を縮小することに重点を置くことで、この問題は、ある程度避けることができる。

— **目標および指標では、できる限りにおいて、社会的勾配による差異の縮小に重点を置くべきである。**

5.4.4 健康における社会的勾配の測定

2004年の格差目標の設定以来、多くの研究において、経時的な格差の分析およびモニタリング

のさまざまな方法が調査されてきた。調査された方法を以下に挙げる。

— 絶対範囲（最貧困層と最富裕層における比率の絶対差）
— 相対範囲（最貧困地域における比率に対する最富裕地域における比率の比——既存の目標に現在利用されている）
— 格差の勾配指数（SII）と格差の相対指数（RII）（この指数は、集団の平均的健康状態に影響を受けやすく、社会経済的地位の最下位層から最上位層へ移動することの健康に対する絶対効果として解釈され得る）
— 集中度指数（もっとも社会的に恵まれないグループにおける健康障害の集中度を分析することができる）
— 人口寄与危険度（PAR）（特定の要因の影響を受けたことに起因する調査集団内の疾病の割合を測定するものであり、その影響が除去されることで、疾病もなくなる可能性がある）

こういったそれぞれの方法には長所と短所がある。例えば、比率自体からは絶対的な改善に関する情報は得られず、集団の中間グループにおける成果に関する情報も得ることはできない。SIIおよびRIIは、貧困と対象となる健康指標との関係が、ある程度線形である場合にのみうまく作用する。これについては、入手可能なデータの変換（例えば、対数尺度を利用するなど）が必要となる場合が多いが、そうすることで理解しやすさが損なわれてしまう。また、格差対策は、全国レベルで存在する勾配が特定の地域に当てはまらない場合、地方においては作用しない可能性がある点にも注意しなければならない。

スコットランドでは、2008年に健康格差に対して「平等な健康（Equally Well）」アプローチを策定した特別チームが設けられ、健康格差の高レベル集団における適切な対策に関して行政や外部専門家からの助言が提供された。このグループでは、健康結果の柱となる指標群を提案した。それらの柱となる各指標に対し、専門家グループが、集団全体の全体的な格差のイメージを得るため、3つの尺度アプローチの使用を提案している。これは、最貧困地域に住む人々の健康の改善に限定されたこれまでの地域ベースの健康格差目標の問題に対処することを目的としている。

格差の相対指数（RII）

不平等の勾配の強さはどれくらいであるか。この測定尺度によって、人口全体の平均健康と比較した貧困スケールで測定される健康の勾配を説明することができる

絶対範囲

格差の大きさはどれくらいか。この測定尺度によって、最貧困層における比率から最富裕層における比率を引いた、貧困度の両極間の絶対差を説明することできる。

規模

問題の大きさはどれくらいか。この測定尺度によって、根底となる問題の規模と過去の傾向を説明することができる。

異なる尺度を用いることにより、格差におけるさまざまな側面を理解にする。これらの尺度のもっとも基本的な違いは、格差の絶対尺度と相対尺度の差である。

— **誤った結論や屈折した動機を導くことを避けるため、当報告書で述べた尺度に基づいた、格差の絶対的縮小と総体的縮小の両方を反映した指標が必要である。**

5.5 データの入手可能性

現在、英国内における健康格差のモニタリング用のデータセットは、75歳未満での喫煙率とがんおよび脳血管障害（CVD）における格差縮小、12の柱となる指標および地域の健康格差指標に対する目標、という2つの健康格差目標からなる。これらのデータセットは、データシステムの限界と進捗のモニタリングの要求に応じて、必然的に作成されたものである（定期的に更新可能であり、経時的変化が検知できる程度にはしっかりしたものであり、かつ広範囲な政策目標に対応している必要がある、など）。しかし、これらは必ずしも社会的決定要因に対するアクションを通じた健康格差対策の進捗を追跡するための、総合的、包括的、かつ可視的なアプローチになるとは限らない。

5.5.1 全国レベルおよび地方レベルにおける、データインフラストラクチャの限界

入手可能なデータの欠点への対処法を考える際に、必要なタイムスケール内での改善の実現可能性、既存の時系列の中で生まれた矛盾、新しいデータ収集が導入された際の導入『前後』効果の測定に必要なそれ以前のデータの欠如、新しいデータ収集およびプロセスを受け持つ組織および一般市民が負う、新システムおよび収集の費用や負荷、などを考慮する必要がある。

地方のデータシステムの限界に取り組むという課題においては、追加データ収集という多大な負担を課しているという懸念が表明されている（例えば、地方住民の健康を測定し、データをプロセスするための新しいシステムを構築する必要性など）。そこには、機密性やデータ保存の安全性、および現在の情報管理の制約の中でなにが実行可能であるか、などといった問題も浮上してくる。

5.5.2 適時性の向上

健康結果目標において、データの入手に長い遅れが生じることはよくあることである。例えば、死亡届に依存する死亡データや多量のデータプロセスが公表されるまでに、少なくとも9カ月を要する傾向がある。特に、未熟児の冠状動脈性心臓病による死亡など、比率が急速に変化している場

合においては、モニタリングが適時に管理活動をサポートすることは無理であるということを意味する。

さらに、前年比変化を打開するためには、慣例では、例えば過去3年もしくは過去5年など、複数年のデータのグループ化が行われている。こうすることで、プロセスに安定性が生まれるが、これはモニタリングの適時性が非常に低いことを意味する。

適時性の問題は、入手可能な情報を最大限に活用する予測方法を用いることで対処することが可能である。健康指標および目標に対する進捗状況をモニタリングする際の、適時性確保における方法の用い方についてはさらなる検討が加えられるべきである　。

5.6　地域ベースの尺度の問題に対処する

第3章で考察したとおり、広範囲な区域レベル（例えば、行政区画レベルなど）に限定した変化測定では、より裕福な暮らしの人々の範囲内に限定した改善なのか、概して貧困地域においても改善されているのかは不明である。区域内格差目標の導入によってこの問題への対処が試みられたが、これらの目標は全国的な目標からは独立した、依然として社会経済的状況が世帯ごとに大きくばらつきのある地域に重点を置いたものであった。

これらの課題は、仮に小規模地域データが指標や目標を定めるために使用されているのであれば（例えば、スーパーアウトプット地域など）、小規模区域で測定された数値が分析に耐えるだけのものである限りにおいて、問題となることは少ない。小規模区域データを使用するその他のメリットを以下に挙げる。

— すべての区域が目標に対する利害関係を持つことができる
— 格差の尺度が変化に対しより繊細に対応できる
— 目標を全国レベルから、地方、および地域レベルへと尺度を合わせることができる
— 区域内での勾配により重点を置くことができる

5.7　介入の効果を評価する

5.7.1　評価の必要性

健康特別委員会により、健康格差に対する介入のより適切な評価の必要性が指摘されている[587]。第3章および第4章では、過去の介入から得られる効果性の実証に対する限界を指摘した。一般的な健康に対する介入の効果が実証されていることは多いが、健康格差に対する介入の影響や費用有効性に関する実証は不足している。最近の公衆衛生調査コンソーシアムの報告書で示されているとおり[588]、この実態は、予備研究の段階と体系的検討の両方の場合において当てはまる。同様に、健康格差に対する「上流での」介入と比較し、「下流での」介入の効果に関する調査のほうが多く実施されている。

結果に関する、徹底的な評価を実施する能力を構築することなく設計した介入や政策が実施されることがあまりにも多い。これは、多くの中間的な段階や長い時間差によって、介入と関心の結果との間のつながりが分離している社会的コンテクストにおいて、根本的に困難である。また、効果を評価する適切な時間がないままに小規模な介入が展開される傾向もあり、正確な比較を行うことが極めて難しい。とはいえ、2009年健康特別委員会の報告書で健康格差が強調されたように[589]、社会的介入の評価に関わる課題を大幅に削減する方法によって、新規の介入が実施されていることを確実にするために取るべき基本的段階が多く存在する。

5.7.2 社会的勾配への影響の評価

新しい政策および介入に、健康における社会的勾配に対して変化をもたらす影響力の有無を評価する際には、注意を必要とする問題が多く存在する。ここでこういった具体的な問題に注目する一方で、要点は、介入と予想される効果との間のあらゆる関係を検証するためのいくつかの基本原則から誘導される。

考慮すべき要素を以下に挙げる。

— 結果因子のために使用する尺度
— 結果と説明変数間の関係
— 介入の性質
— 効果のサイズ

評価

— **健康格差戦略の一環として新規の介入が実施される場合、そういった介入は、まずは総合的な評価戦略を組み込んだ期限付きの予備調査として設計されるべきである。規模の拡大は、その介入にポジティブな効果があることが確認され、影響が記録される十分な時間が経過した後に限り実施されるべきである。**

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書　籍　名	出版社名	出版地	出版年	ページ

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
稲葉陽二	暮らしの安心・信頼・社会参加に関するアンケート調査	2012年東京都9区調査の概要．政経研究	50(1)	（印刷中）	2013
近藤尚己，近藤克則	健康格差の是正	保健師ジャーナル	68(6)	468-473	2012
尾島俊之	「地区診断」において「健康格差の縮小」を考える	保健師ジャーナル	69(2)	104-109	2013

厚生労働科学研究費補助金
地球規模保健課題推進研究事業

健康の社会的決定要因に関する研究
平成 24 年度　研究報告書

発　行　日　平成 25（2013）年

研究代表者　尾 島 俊 之

事　務　局　〒431-3192　浜松市東区半田山 1 丁目 20-1
浜松医科大学健康社会医学講座
電　話　０５３－４３５－２３３３
ＦＡＸ　０５３－４３５－２３４１
メール　dph@hama-med.ac.jp

研究班ホームページ　　http://sdh.umin.jp/
（今後、追加情報や訂正等が出ましたらホームページに掲載致します）