

公平性、社会的決定要因と公衆衛生プログラム
Erik Blas and Anand Sivasankara Kurup

第 14 章

公平性に向けた相乗効果

目次

第 14 章 公平性に向けた相乗効果.....	1
14.1 社会的勾配のレベルとパターン.....	5
14.2 影響力のある社会的決定要因.....	9
14.3 見込みのある介入の入口から行動の提案まで.....	10
社会経済的背景と立場.....	11
差別的な暴露.....	13
差別的な脆弱性.....	16
差別的なヘルスケアアウトカム.....	18
差別的な帰結.....	21
14.4 実施に向けた教訓.....	23
価値観.....	23
リーダーシップ.....	24
部門間協力.....	25
規模拡大.....	25
コミュニケーション.....	26
リスク.....	26
外部機関.....	27
14.5 測定.....	28
有害な決定要因のクラスター化のモニタリング.....	30
包括的な社会環境、物理的環境のモニタリング.....	30
コミュニティの記録.....	31
介入による有害な副作用のモニタリング.....	31
指標の選択.....	32
14.6 意味付け.....	33
個々の公衆衛生プログラム.....	33
プログラム間の協力.....	34
公衆衛生プログラムの他部門との関係.....	35
WHOにとって意味するもの.....	36
14.7 結論.....	38
付録 14. A 優先すべき公衆衛生状態分析枠組みの経路に出現する社会的決定要因.....	39
参考文献.....	43

図

図 1 資産の 5 分位ごと、地域（関連する DHS データが利用可能な低中所得国）ごとの、5 歳児未満死亡率にみられる社会的勾配.....	7
図 2 社会経済地位ごと、国ごとの、5 歳未満の子供が生存率向上のための介入を 6 回以上受けている割合	7

表

表 1 健康における社会的勾配の主要パターンとそれに関する例および本巻の章.....	8
表 2 第 2 章から第 13 章で扱った 13 の状態のうち、6 つ以上の因果経路上で発現した社会的決定要因	9
表 3 社会経済的背景と立場のレベルにおける、見込みのある介入の入口、介入、立役者.....	12
表 4 差別的な暴露のレベルにおける見込みのある介入の入口、介入、立役者	15
表 5 差別的な脆弱性のレベルにおける見込みのある介入の入口、介入、立役者.....	17
表 6 差別的なヘルスケアアウトカムのレベルにおける見込みのある介入の入口、介入、立役者.....	20
表 7 差別的な帰結のレベルにおける見込みのある介入の入口、介入、立役者	22

WHO が 2010 年に『Equity, Social Determinants and Public Health Programmes』の第 14 章『Synergy for Equity』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・著作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。

『公平性に向けた相乗効果』 Erik Blas, Anand Sivasankara Kurup 著

Japanese version © 日本福祉大学 2013

本章では、異なる公衆衛生状態に共通する土台と、それらの間の潜在的な相乗効果について探り、これらをもとに、実践的な行動を提案する。各公衆衛生状態について、その相関関係や因果関係を裏付けするエビデンスは、すでに提示したため（第2章～第13章参照）、ここでは繰り返さない。

本章は、個々の状態を分析して明らかになった各人口集団の健康における、さまざまな社会的勾配パターンの分析から始める。次に、それらの公衆衛生状態の因果経路で最も出現頻度の高い社会的決定要因を特定する。そして、状況を改善するために、各種公衆衛生プログラムが個々に、そして共同して何ができるかについて考察する。続いて、各国のケーススタディから学んだ教訓を考慮した実施方法を検討し、そのモニタリングについて提案をする。最後に、ここで提案する社会的決定要因にもとづくアプローチを実施することの意味合いを考察する。

14.1 社会的勾配のレベルとパターン

分析したすべての公衆衛生状態について、利用可能なデータを見るかぎりには、人口集団内に明らかな社会的勾配があることが示された。しかしながら、勾配の斜度と形状は、各公衆衛生状態によって変わるばかりではなく、同じ状態についても、人口集団と時間により変化する。

例えば、5歳児未満死亡率において、すべての地域に共通して見られる明らかな社会的勾配にも、地域間で違いがある（図14.1）。サハラ砂漠以南のアフリカ地域と南アジア地域の2つは、他の地域よりも5歳児未満死亡率がはるかに高い。南アジアの最高五分位を除き、これら2地域のすべての五分位は、他の地域の最低五分位よりも5歳児未満死亡率が高い。他の4つの地域では、経済発展のレベルが異なるにもかかわらず、5歳児未満死亡率の全体的なレベルと勾配が驚くほど類似している。これら4地域の死亡率は低いが、資産の五分位を横断する勾配はやはり存在する。このことは、5歳児未満死亡率は、経済発展とともに低くなるが、それもある閾値でとどまり、そこに見られる不公平性は、全体の経済発展レベルとは関係なく存在し、別の因子により影響されることを示しているのかもしれない。

さらに国家レベル、地方レベルなど、単位が小さくなるほど、より複雑なパターンが見られる。背景や社会が異なると、宗教的信念、価値観、文化規範といった因子の影響により、異なる社会的勾配パターンが現れる可能性がある（第2章）。さらに、例えば経済発展により、そのパターンが時間とともに変化する可能性もある（第5章）。社会階層を形成する軸は、グローバル、国家、地域の各レベルにおける政治動向、経済動向や、既存の機構、法的制度のあり方などに強い影響を受ける。また、そのような社会階層のさまざまな社会経

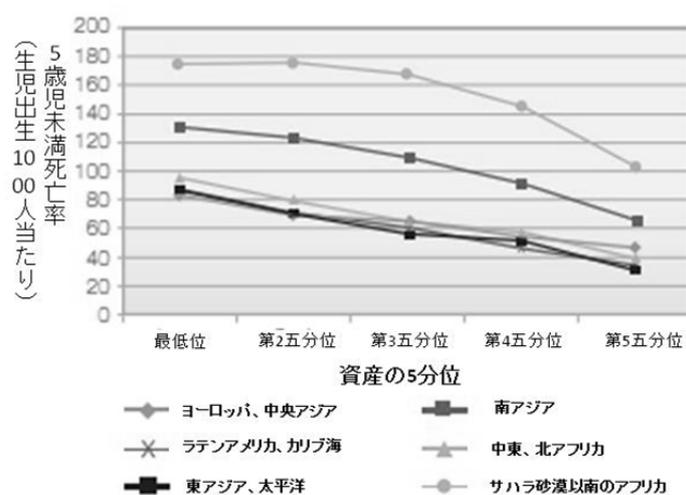
済要因の相対的な説明力は文化間で異なる（第7章）。優先すべき公衆衛生状態の分析により、健康の社会的勾配に見られる6つの主なパターンが特定された。この6パターンを以下にまとめる。各パターンの例は、関連する章へのリンクとともに、表14.1に記載する。

- ・ 直線状の勾配は、健康や教育といった、主要な健康の社会的決定要因について、分析したすべての公衆衛生状態に見られた。例えばベナンでは、5歳未満の子供が生存率向上のための介入を6回以上受けた割合は、社会経済地位とほぼ直線の勾配を示した（図14.2）。
- ・ ボトムエンドの不公平は、図14.2のブラジルのケースで説明できる。上位4つの五分位間の差は比較的小さいが、最も貧しいグループは他に比べて有意に劣る。ベナンと比較すると、同じ公衆衛生状態を分析しても、そこに見られる勾配が違うパターンを示す場合があることがわかる。
- ・ トップエンドの不公平は、図14.2のカンボジアのケースのように、社会階層の上位の階層だけが妥当なレベルのサービスを受けられる場合に生じ、それは、ブラジルとは逆の状況である。
- ・ 勾配の方向転換は、例えば経済発展に伴って、特定の非感染性疾患に対する、人口集団内の脆弱性の分布に変化をもたらされる場合に起こりうる（第3、5、9、13章）。
- ・ 二分勾配（ダイコトミー）は、他の社会的決定要因に関係なく、グループ間に有意で不連続な不公平がある場合に生じる。これは、とりわけジェンダー（性別）にもとづく格差の場合によくあることだが、民族性（第11章）（2）や法的地位（3）に関しても起こることがある。
- ・ クラスター化は、同時に存在する複数の社会的決定要因が、個々の決定要因の単純効果の合計を上回るような方法で健康差異を増幅している状況を表す。例えば、いくつかの精神障害について、2つの因子が同時に作用することでリスクが4倍に増し、それが4つの因子になるとリスクが10倍にもなることがわかっている（第7章）。このように、ある不利な条件にある人口集団について、その脆弱性が有意に高い理由として、無力感・社会的な見放し・貧困、教育不足、人口構成の変化、農業・商業・工業の変遷、不十分な食の安全システムなど、複数の因子の相乗効果が可能性として考えられる（第2、6、7、8、12、13章）。

社会的勾配のパターンは当然、それぞれの状況に適切な介入の設計と選択に大きな影響を与える。例えば、直線勾配とトップエンドの不公平への対処の場合には、普遍的（ユニバーサル）な介入アプローチを検討できるが、ボトムエンド、クラスター化、二分勾配の場合には、ターゲットを絞ったアプローチがより適しているかもしれない。しかしながら現実には、相互に作用するさまざまな決定要因が、より複雑に絡み合いながら、人口集団内で健康の不公平な分配を生んでいる。そのため、健康における不公平を是正するための実践的な行動には、次のものが考えられる。

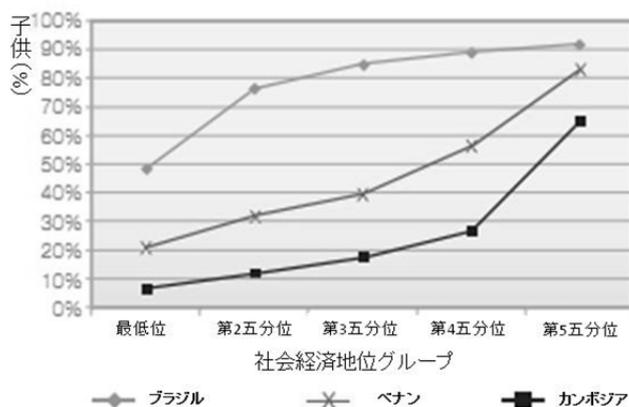
- ・ 個々の状態の分析（第2章～第13章）に基づき、健康差異が生じる主要な経路を遡り、優先すべき公衆衛生状態の分析枠組みの各レベルごとに、「リバース・エンジニアリング」（逆行分析）を用いて、主要な社会的決定要因を特定し、何が状況の変化を阻んでいるのか（変化への抵抗）を探り出し、見込みのある介入の入口を見つける。
- ・ 可能性のある介入を提案し、各介入の先導者を特定する。
- ・ 提案した介入を各公衆衛生プログラムが実施するうえで鍵となる具体的な行動を特定する。

図1 資産の5分位ごと、地域（関連する DHS データが利用可能な低中所得国）ごとの、5歳児未満死亡率にみられる社会的勾配



出典：Gwatkinらのデータより（1）（第4章を参照）

図2 社会経済地位ごと、国ごとの、5歳未満の子供が生存率向上のための介入を6回以上受けている割合



出典：Victoriaらから抜粋（4）（第4章も参照）

表 1 健康における社会的勾配の主要パターンとそれに関する例および本巻の章

不公平の 主要パターン	例	関連する 章
直線	アルコール消費量が一定である場合、アルコール関連の問題は、社会経済的地位の低下に伴って増加する傾向がある。	2
	社会経済的地位が低いほど傷害の頻度が高くなるという強い相関がある。	13
	栄養摂取と罹病に関する指標は、肥満を除いて、どれも富裕層の子供よりも貧困層の子供の方がかなり悪い値を示す。	4
	精神障害のリスク因子に対する差別的な暴露は、しばしば社会的立場と負の相関がある。	7
	先進国では、資産および教育レベルは、それぞれ歯の喪失との間に、単調な反比例の関係がある。	9
	多くの国で、出生率に関して、資産の五分位にもとづく急激な社会的勾配がある。	10
	国の貧富にかかわらず、社会経済地位が低い人々の方が、結核のリスクがはるかに高い。	12
ボトムエンド	ブラジルとニカラグアでは、資産の五分位における最下位層の子供たちは、他の層の子供たちに比べ、生存率向上のための介入を6回以上受けた割合が、有意に少ない。	4
トップエンド	カンボジアでは、生存率向上のための介入を6回以上受けている割合は、富の五分位における下位4層に属する子供たちの間では20%未満であるのに対し、最高位層では60%である。	4
方向転換	かつて富裕層に特徴的であった非感染性疾患のパターンが、経済発展の影響により、逆に貧困層によく見られる状態に変化した。	2, 3, 5, 13
	いくつかの開発途上国では、母親の教育歴と子供の歯の健康との関係が、より複雑である。	9
二分	女性が実質的に全くアルコールを消費しない文化もある。	2
	多くの国で、結核患者の届出比率は、男性対女性で2:1である。	12
	喫煙率と民族性(エスニシティー)は、二分のパターンとなる。	11
クラスター化 (効果の増幅)	アルコールと食に関する公衆衛生状態に累積効果をもたらすのは、貧困、教育の欠如、人口構成の変化、農業・商業・工業の変遷、不十分な食の安全システムなどの要因である。	2, 6
	精神障害や傷害に対する脆弱性に影響するのは、性別や年齢と	7, 13

	いった個人の特徴と、民族性や移住経験など、集団に共通する属性や経験である。	
	社会経済的背景や立場、粗末な住宅や地域環境、危険な道路網など、複数の社会的決定要因がクラスター化した人口集団において傷害件数は増加する。	2, 13
	低所得国の 100%が、少なくとも 5 つの顧みられない熱帯病の影響を受けている。	8
	都市部の貧困層には、結核のリスク因子のクラスター化が目立つ。	12

14.2 影響力のある社会的決定要因

第 2 章から第 13 章では、それぞれの公衆衛生状態に至る経路上にある、多数の決定要因が特定された。しかしながら、その分析における発現頻度にもとづいて決定要因をグループ分けすると、優先すべき公衆衛生状態の分析枠組みの各レベルにおいて、限られた数の主要な決定要因が複数の状態に影響し、すなわち人口集団全体の健康の形成に影響していることが明らかになった。これらの主要な決定要因は表 14.2 にまとめる。それぞれについての詳細と、各決定要因を特定した章へのリンクは、本章の付録 14. A を参照すること。

優先すべき公衆衛生状態の分析枠組みと、そこに示された経路の根本にある概念によれば、各決定要因の間には階層構造のつながりがあり、より高いレベルでの変化、例えば社会経済的背景と立場のレベルにおける変化は、それ以下の、例えば暴露、脆弱性、ヘルスケアアウトカムまたは帰結のレベルの、ひとつあるいは複数の決定要因に影響を与える（階層構造が複雑であるために、単純なつながりはないものとされる）。

介入の入口に関する分析では、最も頻繁に発現する決定要因の経路上のどこにおいて、効果的な介入を配置できる可能性があるかを検討する。はじめに最も発現頻度の高い決定要因を簡潔に記述し、それから介入によって予測される変化に伴うかもしれない副作用と、そうした変化に対して起こりうる抵抗の源を議論してから、介入の入口を提案する。そして、中でも最も見込みのある介入の入口をもとに、各種公衆衛生プログラムを通して実施できる介入を提案する。この際に目指すのは、必ずしも包括的であることではなく、多くの公衆衛生状態にわたり、インパクトのある具体的な行動を可能にする潜在力が最も高い、数の限られた介入の入口を特定し、追究することである。本巻の関連する各章で、より具体的な提案を示す。

表 2 第 2 章から第 13 章で扱った 13 の状態のうち、6 つ以上の因果経路上で発現した社会的決定要因

優先すべき公衆衛生状態の 分析枠組みレベル	影響力のある主要な社会的決定要因 (括弧内の数字は、その決定要因の影響が確認された公衆衛生状態の数を示す)
社会経済的背景と立場 社会	グローバリゼーションと都市化[7] 社会的地位と不平等[9] ジェンダー(性別)[10] 少数派の境遇と社会的疎外[8] 高齢化などの急速な人口構造の変化[9]
差別的な暴露 社会環境、物理環境	社会規範[9] コミュニティ(地域)レベルの環境とインフラストラクチャー[9] 不健康で有害な消耗品[8] 未規制の市場と小売業[6] 広告とテレビを通じた暴露[6]
差別的な脆弱性 人口集団	貧困と失業[8] 手の届きにくい人口集団[7] ヘルスケアを求める行為とヘルスケアへのアクセスの低さ[7] 教育と知識の不足[8] たばこの利用と薬物乱用[8] 家族とコミュニティの機能不全[6] 食料不安と栄養不良[6]
差別的なヘルスケアアウトカム 個人	質の悪い、差別的な治療とケアのサービス[10] 患者と医療従事者の間の限られた意思疎通と患者による治療の順守[9]
差別的な帰結 個人	社会、教育、雇用、財政面における帰結[9] 社会的疎外とスティグマ[7] 保険からの除外[7]

14.3 見込みのある介入の入口から行動の提案まで

優先すべき公衆衛生状態に関して公平性を向上するには、いかに保健医療制度を広義に捉えたとしても、その制度外にある、中核的な社会的決定要因について効果的な介入を行わないかぎり、実現はできない。ヘルスケアサービスが大方の場合、保健医療分野以外の要因によって決定付けられた健康問題の症状に対処している一方、公衆衛生プログラムは、保健医療サービスがどのように提供されているかだけでなく、どのように、そしてなぜ、ある人口集団に病気と不公平な健康の分配が生じているかを分析して対処する特権と義務

がある。これは、医学的介入の提供をはるかに越え、ある脆弱なグループに手を差し伸べるよりもずっと包括的である。公衆衛生において社会的決定要因と公平性にもとづくアプローチを取ることは、優先すべき公衆衛生状態の分析枠組みの 5 つすべてのレベルがそれぞれ役割を果たすことを意味する。公衆衛生プログラムが、求められる介入のすべてに責任を負うことができないのは明らかである。しかし公衆衛生プログラムは、パートナーを従事させ、立役者を活気づける、決定的に重要な役割を果たすことができる。以降の小節では、見込みのある介入の入口に応じた、可能性のある介入の概略を述べ、立役者を特定し、公衆衛生プログラムが個々に、あるいは共同で引き受けることのできる行動を議論する。

社会経済的背景と立場

このレベルの 5 つの決定要因は、分析した公衆衛生状態の大部分に共通してみられる。その 5 つとは、すなわちグローバリゼーションと都市化、社会的地位と不平等、ジェンダー、少数派の境遇と社会的疎外、高齢化などの急速な人口構造の変化である。

世の中は、グローバルな市場と経済の統合に特徴付けられる、前例のない近代化とグローバリゼーションのプロセスの最中にある。低・中所得国は、IT 技術の普及などによって新しい機会に恵まれている反面、経済変動と不平等の拡大の影響をとりわけ受けている (5)。地方から都市部へ、そして国家間で、巨大な人口の移動が起こっており、都市化自体がひとつの健康の社会的決定要因になっている (6)。経済成長は人口集団の平均的な健康の改善を促すが、一方で社会的に最も有利な人々と最も不利な人々との格差を広げもする。

ジェンダー、収入あるいは財産、そして教育は、不公平性の測定に適用する層別化因子として、しばしば用いられる。これらは比較的単純に測定できるが、複雑に絡み合う因子の網の表面だけを成すものであり、それらの因子のほとんどは、法律と権利、従属状態、人間関係と感情、権力へのアクセスなど、定量化はるかに困難なものである (7, 8)。

人口構造の変化、とりわけ高齢化は、人口集団の健康の性質、例えば寿命に関連する（特に非感染性の）病気や状態に影響し、また、社会のリソースと権力の分配に影響する。

分析枠組みのこのレベルで変化を起こすことは、経済と社会の組織構造や機能の基礎を変更することを意味する。歴史は、例えば、労働市場に関連する権力とリソースの分配など、健康の公平性に望ましい効果がみられた例をいくつも示してきた (6, 9)。このレベルの変化は、権力構造、政治的および哲学的価値観と観点、国家と宗教の役割といった、まさに社会の根本となるものに触れる。そして、そのような変化は、それによって権力やコントロールを失うことになる、あるいは失ってしまうと感じるグループによる抵抗の引き金と

なりやすい。

表 14.3 は、社会経済的背景と立場のレベルにおける見込みのある介入の入口、介入と、立役者を示す。

このレベルでの介入は、さらに下流の決定要因について根本的な効果をもたらす可能性を秘めている。このレベルのほとんどの介入は、単一機関の責務ではなく、保健医療分野は必ずしもそこにかかわらせてもらえるわけではない。さらに、実際の行動責任は、経済学者や法律家といった、限られた専門領域の手中にあり、彼らは公衆衛生介入の公平性の側面を必ずしも正しく理解したり、歓迎したりしないかもしれない。公衆衛生の行為者には、個々に、そして共同して、この状況を正す道がいくつかある。正式なルートとしては、国の保健省や世界保健機関（WHO）を通して、例えば経済フォーラムや貿易フォーラムなどの場に、国の、あるいは国際組織の代表を正式参加させ、そこから公衆衛生の利益を擁護し、影響力を持てるようにすることである（5, 10）。正式でないアプローチには、メディア、市民社会や個人の擁護者と協力して、社会問題に関する議論に影響を与えたり、法律、政策や、合意の形成に影響を与えたりすることが考えられる。

社会問題に関する議論の舵取りに成功した公衆衛生プログラムは、ごくわずかしかなく、特定の疾病はたびたびメディアで取りざたされるが、その焦点は、その疾病の本質的な原因よりも、むしろ問題をセンセーショナルにすることに当てられている。しかしながら、これは保健医療の非常に重要な問題に、議員、金融関係者、計画立案者、立法者の目を向けさせるかもしれない、メディアを上手に利用することは政治課題を形成するうえで不可欠である（11）。

変化をもたらすために公衆衛生プログラムができる 3 つの行動

- ・ 健康の決定要因とアウトカム（その程度と分配）の関係について、状況が特定され、時宜にかなった、関連するエビデンスを、グローバルレベル、国家レベル、地方レベルにおいて提供する。
- ・ 個々に、そして共同で、国家として、また国際的に、健康影響予測評価（ヘルス・インパクト・アセスメント）、研究調査、分析を実施すること。そして良い実践の例を提供し、政策展開プロセスの前および最中に、政策オプションを検討して提案する。
- ・ 擁護者および活動グループが、社会問題に関する議論に関与し、保健医療部門内を含む、政治家、取り締まり官、立法者に、健康の社会的決定要因に対処し、健康の公平性の問題を経済と社会の戦略および計画に取り入れるように説得することをサポートする。

表 3 社会経済的背景と立場のレベルにおける、見込みのある介入の入口、介入、立役者

見込みのある介入の入口	可能性のある介入	立役者
権利の定義、制度化、保護、施行と、行使のためのエンパワーメント	<p>妥当で信頼できる国家および国際ガバナンスの強化</p> <p>立法、政策、施行の改善—基本的人権と生殖の権利に関するものを含む</p> <p>女子の普通教育の整備</p>	<p>議員</p> <p>立法機関</p> <p>教育部門</p> <p>開発機関と開発銀行</p> <p>市民社会</p>
国内および国家間の権力とリソースの再分配および規制	<p>再分配と税を財源とする公共サービスを伴う累進課税の実施</p> <p>現金給付の実施</p> <p>貿易協定が公平で社会的に責任のある貿易を奨励し、生産と規制のインフラストラクチャーが公衆衛生を促進することを確保</p>	<p>金融、企画、社会福祉部局</p> <p>貿易組織とそれらのパートナー</p>
近代化とグローバルな統合による、正の効果の利用と負の影響の緩和	<p>健全な都市計画の向上と展開</p> <p>製品の流通とマーケティングを規制する国際的基盤と国家的基盤を形成</p> <p>国際的な知識の共有、団結、好ましい実践の伝播を奨励</p>	<p>企画部局</p> <p>地方自治体</p> <p>立法機関および規制機関</p> <p>市民社会</p> <p>産業と商業</p> <p>保健医療部門</p>

差別的な暴露

このレベルでは、主要な5つの決定要因のグループが、分析した公衆衛生状態のほとんどに共通している。これらは、社会規範、コミュニティの環境とインフラストラクチャー、不健康で有害な消耗品、未規制の市場と小売業、広告とテレビによる暴露である。社会規範には、グループや個人がさらされ影響を受ける種々の信念、実践、期待などが含まれ、そこから逸脱したり排除されたりすることによって、スティグマ化や周縁化が生じる可能性がある。コミュニティの環境やインフラストラクチャーには、環境の安全性、雇用率、犯罪率、安全な水と衛生設備の整備、社会サービスの機能性が含まれる。社会規範およびコミュニティの環境とインフラストラクチャーの影響は、未規制の市場と広告活動との相乗効果によって、特定のグループをアルコールやたばこなどの不健康あるいは安全ではない食品や有害な消耗品にとくに暴露する可能性がある。また、都市部の貧しいコミュニティは、しばしば災害の影響をとりわけ強く受けたり、そうした影響に対応することができなかつたりする(6)。

この領域の介入に意図していない負の副作用がないようにするために気を配る必要がある。食品のサプライチェーンの規制とコントロールは、地元の小さな生産者を市場から追い出し、持続可能性と多様性に影響するかもしれない（第6章）。例えばアルコールとたばこの消費を抑えることを目的とした増税は、個人にマイナスの経済効果があったり、代替品の消費を促す場合がある（第2章）。コミュニティ構造の改善は、その生活コストと魅力を増し、結果として社会的立場の弱い居住者を追い出すことになりかねない（第13章）。

差別的な暴露に対処することは、社会の権力保持者、すなわち現状を変化させるいかなる試みにも強い抵抗を示そうとする利害関係者との対決を意味する。例えば、ある製品の流通とアクセスのしやすさに影響するような介入は、小規模会社から多国籍企業までのすべての範囲を網羅する、商業上の利害関係に直面する。

表 14.4 は、差別的な暴露のレベルにおける、見込みのある介入の入口、介入、立役者を示す。

差別的な暴露を考慮した公衆衛生プログラムの例はあるが、その影響力はたいてい間接的なものである。保健分野以外の他のプログラムは、通常はそれによる人々の健康への影響や、それによって失われる健康開発の機会があることに気付いていない。そのため、差別的な暴露に対処する3つの鍵となる介入の入口は、それぞれ全く異なる介入を必要とする。

第一に、人口集団、グループや、個人がさらされる社会規範は、しばしば、文化と状況に深く根差している。こうした規範を修正することは、背景、立場、暴露、脆弱性のレベルにわたる、複合的な行為者とマルチレベルの戦略による行動が求められる（8）。公衆衛生プログラムは個々に、そしてとりわけ共同することによって、どの社会規範が人口集団の健康を促進するものであり、どれが人口集団の健康に有害な影響を与えるかを特定するうえで重要な役割を果たすことができる。

それに比べ、より明白でわかりやすいのは、2つ目の介入の入口で、それは人々が生まれ、生活し、働き、亡くなっていく物理的環境に関係する。これらの中で鍵となる因子は、分析対象となった各公衆衛生状態に共通しており、また相互に関連しているため、この領域での介入は複数の公衆衛生状態に好ましい効果を与えうる。

3つ目の介入グループは、人口集団の健康にプラスあるいはマイナスの影響を与える、消費目的の製品の流通に関連する。これらの介入は、背景のレベルにおける、近代化とグローバルな統合の介入とも直接関連するが、このレベルの介入は、個々の商品への暴露とその利用可能性により直接的に焦点を絞ることになる。

変化をもたらすために公衆衛生プログラムができる3つの行動

- ・ 社会規範に対処するためのエビデンスの生成と、適切な介入の特定、擁護において、先導的役割を果たす。
- ・ 市民社会グループと民間の世論形成者と協力し、また彼らをサポートしながら、上記3つの介入の入口に、社会の議論や行動が集中するよう仕向ける。保健省に対して、より上流にある政策や人口集団に健康と病をもたらすものに注意を向けるよう働きかける。
- ・ 公衆衛生プログラムが個々に、あるいは共同して、コミュニティの教育、規制、インフラストラクチャーの企画設計、課税、広告といった領域に直接、積極的に関与するよう奨励する。

表 4 差別的な暴露のレベルにおける見込みのある介入の入口、介入、立役者

見込みのある介入の入口	可能性のある介入	立役者
社会的機関・制度：規範を設定する者と守る者	ジェンダー規範、アルコールのマーケティングと流通、暴力への態度に対処するため、これらに関してコミュニティを教育し、鋭敏化させるプログラムを実行 身体的運動と栄養を含む、就学と学校保健のプログラムを実施 ロールモデルを用いた、仲間や同僚に焦点を絞った介入を奨励	警察、メディア、教育者、コミュニティグループ 教育部門 保健医療部門
コミュニティのインフラストラクチャー開発（道路、交通、水道、衛生、廃棄物管理、電気）	インフラストラクチャーの設計を改善して身体的運動を奨励し、安全と安心を高め、脆弱なグループが必要とするものを提供 住居、生活、労働の条件、水道と衛生、身体的運動の場所を改善	企画、開発、交通部局 水道部門 コミュニティグループ 非政府組織 保健医療部門
多様性、安心、安全、マーケティングの側面も含めた、消費目的の製品の流通	たばこの広告、スポンサー行為、販売促進の禁止、食品の生産と取り扱いの安全規格など、政府による規制を施行 監視役および産業との自主協定を導入、対抗広告 不健康な食品、アルコール、たばこへの課税、健康的な食品と製品の流通拡大にインセンティブを提供	金融、農業、産業、小売り業の各部門 コミュニケーションとメディア 教育部門 消費者グループ 保健医療部門

差別的な脆弱性

脆弱性のレベルでは、分析した公衆衛生状態のうち 6 つ以上に共通する幅広い 7 つの決定要因がある。それらとは、貧困と失業、手の届きにくい人口集団、ヘルスケアを求める行為とヘルスケアへのアクセスの低さ、低水準の教育と知識、たばこの使用と薬物乱用、家族とコミュニティの機能不全、食の不安と栄養失調である。貧困、教育と知識の欠如、および失業は、健康的な食品を購入し消費する能力、暴力のない安全な居住区に住む能力、保健医療サービスや製品にアクセスする能力にそれぞれ影響し、結果として家族や個人の脆弱性を増加させる。人口集団のなかには、少数派の地位、ジェンダー、コミュニティやコミュニケーション構造の乏しさ、あるいは社会の機能不全といった、いくつもの決定要因の複合効果により、サービスにアクセスしにくい、あるいはサービスを受けるのに困難のあるグループもある。サービスアクセスの障壁は、保健医療および社会の制度とサービスの設計と財政に起因する場合がある (11)。そして、分析した公衆衛生状態の半分以上の発生経路において、たばこの使用、アルコールおよび薬物の乱用があり、差別的な脆弱性に寄与している。

このレベルでは、介入の範囲がしばしばより限定されており、その位置も分析レベルの低いほうであるため、大規模な副作用を起こすリスクはおそらく少ない。それでもなお、対象限定の現金給付などは、社会的一体性と生産性には逆効果であるかもしれない (7)。さらに、例えば小さな会社の設立などにより、個人を貧困から救済すると、それによって既にわずかばかりであるコミュニティのリソースが再分配されることになれば、不健康な製品への暴露の増加や新たな階級構造と不公平が生じるかもしれない。そして、脆弱性の特定の側面に注目する反面、暴露、背景、立場の各レベルの決定要因への対処から注意が逸れてしまう可能性がある。

脆弱性レベルの変化に対しては、無知、現状への満足、そして仲間や家族、コミュニティ、そのほか現状維持で利益を得る人々からの積極的圧力などによる、複数の抵抗源がある。また、公衆衛生の理解が狭い、あるいは新しいアプローチを採用することに何のインセンティブもない、保健医療や他の分野の専門家による抵抗もあるかもしれない。

表 14.5 は、差別的な脆弱性のレベルにおける、見込みのある介入の入口、介入、立役者を示す。

多くの公衆衛生プログラムにとって、このレベルは決して新しい領域ではない。しかし、最も脆弱なグループを見出し、彼らの利益になるように干渉するための直接的介入と他のプログラムとの共同介入の両方に、未だかなりの拡張の余地がある。このレベルでの保健

医療プログラムの関与は、エビデンスの提供と擁護活動の範囲をはるかに超える。個々の公衆衛生状態の分析では、不利な条件のクラスター化による効果の増幅が明らかになり、不利な条件にあるエリアと不利な条件にある人口集団への早期の介入を含む、人口集団全体の状況に対処するような集会的介入の実施の必要性が示された。

最初の介入の入口では、一連の介入を通して、脆弱な人口集団が自己開発によってクラスター化の影響を軽減できるようにエンパワーメントを実施し、特定の地域に貧困が集中するのを回避することを目指せる。そうした介入の成功と持続可能性は、背景、立場、暴露レベルにおける、先行する、あるいは同時並行の介入がアシストする。次の介入の入口では、保健医療サービスと社会サービスへのアクセスを改善し、健康で有益な製品の利用を促進する介入が求められる。最後の介入の入口では、公衆衛生のプログラムとサービスを脆弱な人口集団にいかに行き届かせるかに焦点を絞る。不利な条件のクラスター化と、そうした条件の併存が蔓延している現状には、こうした脆弱な人口集団に手を伸ばす協調した努力が求められる。

変化をもたらすために公衆衛生プログラムができる3つの行動

- ・脆弱な人口集団やグループ、および差別的な脆弱性の固有の原因を特定するうえで、個々に、そして共同して、主導的立場をとる。他部門と協力して、差別的な脆弱性を生む社会的決定要因に対処する。
- ・ コミュニティと協力して、保健医療分配システムが文化背景や社会背景と一致するようにし、公衆衛生プログラムの活動による健康利益に対して、脆弱な人口集団が鋭敏になるようにする。
- ・ 保健医療サービス提供者や他のプログラムと協力してカバレッジを広げ、脆弱な人口集団が保健医療サービス（予防、治療、リハビリ）にアクセスするうえでの障壁を減らすような取組みを主導する。

表 5 差別的な脆弱性のレベルにおける見込みのある介入の入口、介入、立役者

見込みのある介入の入口	可能性のある介入	立役者
エンパワーメント(権限付与): 社会的、構造的、経済的機会の提供、教育	<p>貧困の軽減、分散、とりわけ女性による、家庭財産へのアクセスおよびコントロールに対処</p> <p>リスクの高い子供たちの家庭訪問プログラムと親のトレーニングプログラムを実施</p> <p>健康促進や疾病予防の手段に関して、そ</p>	<p>コミュニティ開発組織</p> <p>教育部門</p> <p>コミュニケーションとメディア</p> <p>宗教指導者</p> <p>保健医療部門</p>

	れへの人口集団のアクセス、受益対象、および適合度を改善、脆弱なグループに責任を持たせ行動させるようなエンパワメントの手段を提供	
補償：対象限定、助成金	<p>貧困の軽減を保健医療および教育のサービス利用増加と結びつける介入を促進—例えば、条件付きの現金やバウチャーを給付</p> <p>無料または補助金付で健康的な食を提供</p> <p>料金の免除などで提供者が損失を被らないように社会保険を提供</p>	<p>社会福祉部局</p> <p>保健医療部門</p>
公衆衛生の範囲拡大：保健医療サービスの利用、併存条件、保健医療製品、合法の刺激剤	<p>スラム居住者、ホームレス、移民、薬物乱用者、服役者、HIV 患者といった、脆弱なグループに対象を絞り、個々のケースの発見を改善</p> <p>サービスのカバレッジと統合を拡大、不利な条件にある人口集団の身近に、適切なかたちで、品質の良いサービスを組織し、サービス分配経路を多様化</p> <p>他の公衆衛生状態との関連性を利用して、例えば、喫煙、アルコール、屋内空気汚染、栄養失調など、共通の根本原因に対処する</p>	<p>保健医療部門、行政、私企業</p>

差別的なヘルスケアアウトカム

ケアと治療が必要な人がヘルスケアシステムに接触すると、差別的なアウトカムを生む可能性のある決定要因が2グループある。1つ目は、個人的偏見や支払い能力といった因子を含む、質の悪い、差別的な治療とケアのサービスであり、2つ目は、個人が医療とケアを利用してその利益を受ける能力を減じるような、限られた患者と医療従事者との交流と、患者による順守行為である。要するに、保健医療の制度とサービス自体が不公平の社会的決定要因となる可能性がある（11）。

標準的なサービスを利用する能力が他に比べて低い人々への特別な注意あるいは専用サービスには、スティグマを悪化させるなど、意図していない副作用がある場合がある。そうしたサービスのために生じる余分な時間や控除のコストをサービス提供者が負担すること

になれば、医療を利用するうえで新たな障壁も生まれうる。そのような専用サービスは、容易に資金不足になり、専門家にも魅力的ではなくなり、結果としてサービス品質の下降スパイラルを招く可能性がある。脆弱な人に対する無神経な質問などは、患者と提供者との間にしばしば存在する、社会、教育、民族の溝を深め、患者が治療を受けるのを嫌がるようになることもありうる。

このレベルにおける変化に対する抵抗の源が、患者、専門家、そして一般の人々の間にいくつか潜んでいる。患者は、現在の状況を黙認し、保健医療の専門家の知識を最も信頼するかもしれない。一部の保健医療従事者が持つ、特定の人口集団に対する偏見は、社会の権力や階級関係のヒエラルキーを強化しうる。また、個々のサービス提供者の報酬のあり方や、保健医療システム全体の財政、監視のあり方なども変化の障壁となることがある。例えば、サービスの利用が困難である患者のニーズに応じるのに多くの時間を費やすことで、提供者が収入を失ってしまうことになれば、それは抵抗を生むだろう。そして、メディアと世間は、ヘルスケアサービスがどのように運用されるべきかについて、しばしば強い見解を持っており、こうした見解は必ずしも不利な条件にある人口集団や個人のニーズに相応しいわけではない。

表 14.6 は、差別的なヘルスケアアウトカムのレベルにおける見込みのある介入の入口、介入、立役者を示す。

公衆衛生プログラムは、ときどき治療とケアのサービスを提供する直接的な責任を有するが、ほとんどの場合はそうではない。これらのプログラムの焦点は、たいていは治療とケアに関するガイドラインとトレーニングの提供にあるが、必要な機材や備品の提供およびアウトプットのモニタリングを含む場合もある。しかしほとんどの場合、施設内で施されるヘルスケアサービスは、幅広い臨床サービスの責任を有する保健医療機関および部局が提供し、それぞれ独自の手続きやダイナミックスに従うものである。

最初の介入の入口は、効果的に適切なサービスを利用する能力を含めた、患者の順守行動への対処で、次の2つのタイプの介入が求められる。1つ目は、医療処置や事務手続きを、脆弱な人口集団が利用しやすいように簡素化および調整すること。そして2つ目は、各種手続きを行う際の案内や、フォローアップ治療の順守の奨励などといった、集団または個人へのサポートである。2つ目の介入の入口では、サービス提供者側のコンプライアンスに対処し、公平なアウトカムの確保に貢献しないような態度と実践を抑止しようとする。これらに対応する介入は、複数の領域で同時に作用し、かつ保健医療制度の通常のルーチンの一部となる必要がある。それは、各専門職に関して、大学教育の場から臨床現場にまでわたって介入し、患者の背景や状況に関わらず、適切な治療が受けられる権利を強化し、

さらにヘルスケアアウトカムにおける公平性の向上を妨げるのではなく、それを促進するように、保健医療制度のインセンティブ構造のあり方を改善することなどが含まれる。そして最後の介入の入口は、通常のサービスにアクセスしたり、それを利用したりするのに、克服できない困難がある、特定の人口集団のニーズに対応するように設計した、専用の保健医療サービスの提供を必要とする。

変化をもたらすために公衆衛生プログラムができる3つの行動

- ・ 治療とケアにおける差別的なヘルスケアアウトカムを生む、ヘルスケアサービス内に存在する、種々の源や原因の特定を主導する。
- ・ 保健医療制度における、プライオリティ設定とサービスの提供、財政、組織を再検討し、それに影響を与え、さらにプライマリーヘルスケアを復興させるためにパートナーシップを築いて行動する。
- ・ メディア、世論形成者、活動グループなどと協力して、公平なヘルスケアに対する意識と要求を創出する。

表 6 差別的なヘルスケアアウトカムのレベルにおける見込みのある介入の入口、介入、立役者

見込みのある介入の入口	可能性のある介入	立役者
医療処置および事務手続き（患者の順守）	処置や手続きの簡素化、パッケージ化、標準化 グループ単位での教育や支援の提供 個人単位での保健医療制度に関する指導の提供	保健医療施設 患者グループ メディア 民間企業
サービス提供者の行動と実践（提供者のコンプライアンス）	倫理規範、差別的でない実践、施設方針へのコンプライアンスについて、提供者を教育し、鋭敏にさせる 市民に対する説明責任を保健医療制度に持たせ、患者の権利を主張・強化し、苦情手続きを簡素化、また臨床監査において健康の社会的決定要因も考慮させる 公的および民間の保健医療部門内で、不利な条件にある者への取り組みを奨励し、アウトカムの公平性を向上させるようなインセンティブを確保—例えば、報	保健医療施設 保健医療の規制機関 および財政機関 メディア 患者グループ 専門家協会 保健医療の教育研修機関

	酬、ボーナス、補償、昇進経路の拡充など	
補償（対象設定と専用サービス）	特定の人口集団、例えば移民や少数派人口に対して、専用の保健医療サービスを提供	保健医療施設 社会福祉部局 メディア

差別的な帰結

これは優先すべき公衆衛生状態の分析枠組みの中で、上述の 4 レベルの累積的效果が差別的な帰結となって現れるレベルである。分析した大部分の公衆衛生状態について、3つの主要な帰結グループが特定された。それは、社会、教育、雇用、財政にかかわる帰結、社会的疎外とスティグマ、保険からの除外である。これらの帰結はすべて、既に不利な条件に置かれている人々に偏って影響し、そのためにさらなる社会的決定要因となり、立場、暴露、脆弱性、アウトカムレベルにそれぞれ影響を与える悪循環へとつながる。病気を抱えたと、財政的な影響に加え、人が働き、教育を受け、社会活動に参加する能力にも影響する場合がある (9)。多くの病とそれに伴う帰結は、さらなるスティグマや社会的疎外の原因ともなる。病の経歴があると、たとえ治癒したとしても、支払い保険料が高くなったり、補償を失ったり、完全に保険対象から除外されたりすることがしばしばあり、そのために将来的な脆弱性がさらに高められる。また、病に侵された人の家族にも影響はあり、それらの帰結によって生じた不利な条件が次の世代にまで受け継がれてしまうこともしばしばある (10)。

この帰結のレベルに焦点を絞ると、その副作用として保健医療制度の欠陥を露呈する可能性があり、その結果、差別的な帰結を生んでいる制度的な要因よりも、むしろその症状に対処するような不適切な政治的対応を招いてしまう場合がある。また、病に伴う種々の帰結を改善し、悪循環を断つようにするためのサポートや活動は、個人にとって利益があるはずで、そうあるべきなのだが、大多数の人が困窮しているようなコミュニティなどでは、個人的なサポートを提供することは、その地域の社会的結束にマイナスの影響を与えるかもしれない (7)。

差別的な帰結に対処するためにリソースを分配することは、他のどこかのリソースを持ってきたり、あるいは社会制度や民間制度の他の部分に負担をかけることを意味するため、そうした変化への抵抗の引き金となる。また、制度上、不公平が生じ続ける限り、個人への補償をすることは、乏しいリソースの最も効果的な使い道ではないかもしれない、あるいは、それをするのは国の役割ではないと主張する者もいる。そしてまた、保険会社に対して、健康状態を理由に個人を保険対象から除外したり、保険料を上げたりできないようにして、その損失を被らせるのは簡単なことではない。

表 14.7 は、差別的な帰結のレベルにおける見込みのある介入の入口、介入、立役者を示す。

差別的な帰結に対応している公衆衛生プログラムはほとんどない。おそらく、それは公衆衛生プログラム、ヘルスケアサービス、そして他部門のインターフェースにあるため、結果として、その解決の手立ては、障害者向けの特別なプログラムや慈善団体などに任されてしまったり、あるいは、ほとんどの場合には、病気の帰結を被って苦しんでいる当個人と家族に任せられ、彼ら自身が制度の中で模索して解決法を見付けなければならない状況となる。

このレベルにおける 3 つの介入の入口は、補償とエンパワーメント、権利、そして社会のおよび物理的アクセスに関連する。補償とエンパワーメントにかかわる介入には、収入を生み出す活動に携わる能力、社会福祉の提供、仲間によるサポートネットワークへの参加、それぞれの促進が考えられる。その際、(病に侵された) 個人にだけ排他的に焦点を合わせるのではなく、そのヘルスケアアウトカムの帰結により、直近の扶養家族がどのような影響を受けるかについても注目すべきである。権利にかかわる介入の入口からは、一方では公共の環境、一般世間の態度、行動、他方では、規則および法律の 2 つの角度から取り組むことができる。そして、アクセスにかかわる介入の入口では、職場や公共交通機関への物理的アクセスを改善し、教育やその他のサービスへのアクセスを阻む、社会のおよび財政的障壁を低減する介入などが求められる。

変化をもたらすために公衆衛生プログラムができる 3 つの行動

- ・ 公衆衛生状態の差別的な帰結と、それに起因するニーズとを分析し特定する作業を、個々に、そして共同して主導する。
- ・ 保健医療制度内をはじめ、他の社会制度も横断する、標準的な照会・フォローアップ手続きを開発または強化する
- ・ 患者グループや、非政府組織、メディア、産業、保険会社といった他のパートナーと協力して、適切な対応策を促進する

表 7 差別的な帰結のレベルにおける見込みのある介入の入口、介入、立役者

鍵となる介入の入口	可能性のある介入	立役者
コーピング：補償とエンパワーメント（社会福祉、リハビリなど）	職業訓練、小額無担保融資、社会福祉などを通して、収入を得る能力を向上 特定の健康状態の影響を受けている人々の中のソーシャルネットワークの促進など、心理・社会的サポートの提供	社会福祉部局 教育部門 民間企業 保健医療部門 患者やコミュニティ

	影響を受けている家族に対し、とくに子供に注目して、社会セーフティネット、教育と職業訓練の機会を提供	のグループ
権利の定義、制度化、保護	スティグマや差別を低減するために、キャンペーン運動などを通して、民衆を教育 スティグマ、差別、アクセス、保険による補償の喪失など、健康状態に起因する差別的な帰結に規制措置をもって対処	社会福祉部局 立法機関 メディア 民間企業 保険者 患者グループ 市民社会 保健医療部門
社会的、物理的アクセス (交通、制度、職場等)	差別的な帰結を軽減するような、労働者に優しい政策、環境、実践を導入 特定の健康状態にある人々にとってのアクセス向上と財政負担の軽減 ヘルスケアサービスだけでなく、社会福祉、教育なども対象とする照会サービスの改善	労働者組織 民間企業 教育部門、交通部門 社会福祉部局 患者グループ 保健医療部門

14.4 実施に向けた教訓

実際の状況における社会的決定要因にもとづくアプローチの実施について、優先すべき公衆衛生状態についての研究情報ネットワーク（Priority Public Health Conditions Knowledge Network）が委託した 13 のケーススタディから、多くの教訓を学んだ。鍵となる結論は、価値観、リーダーシップ、部門間協力、規模拡大、コミュニケーション、リスク、外部機関の 7 つの項目に大別される。詳細は、個別に発行されている個々の研究を参照すること。

価値観

人口集団の健康における不公平を軽減することは、社会で影響力の大きいグループの価値観や信念と異なるプログラムを持続させることを意味する場合があります。場合によってはそうしたプログラムと行政との間に緩衝材となるものが必要になる。たとえば、非政府組織と民間部門を通してプログラムを実施し、戦略目的あるいは資金調達目的の同盟などを賢く管理することなどが考えられる。バングラデシュでは、月経調節法プログラム（Menstrual Regulation Programme）を実施するうえで、行政、非政府組織、ドナーが関与した 3 方面のアプローチが 30 年以上にわたり非常にうまく成功している（12）。人口集団内の不公平の矯正を試みる政策プログラムは、いかなるものであれ、その規模を拡大する過程におい

て価値観の違いには十分に注意を払うべきである。あるプログラムが、その効果を確認できるまでの十分な期間、持続される可能性を残すためには、健康における公平性の概念が、ある臨界数の政治指導者や行政指導者に理解され、受け入れられなければならない。

リーダーシップ

バングラデシュの月経調節法プログラムの場合のように、特定の人々の反対があっても、うまく機会を整えばプログラムの立ち上げを可能にできることがある。1970年代のバングラデシュにおいて、新しく独立したばかりの国の非宗教政権、人口増加に対する国際的な懸念、新たに訓練された影響力の大きい医師の集団の存在、進んでサポートを提供する国際的なドナーの出現が合わさったことにより、解放戦争の間にレイプされた女性の中絶を認めるプログラムを立ち上げる機会が提供された（12）。

そうした好機が訪れない場合にも、健康における不公平を軽減するプログラムに着手して実行することは、困難であるが可能である。いったん立ち上げれば、それが生き残れるかどうかは、よい結果を出すことだけではなく、そのアプローチや利益を制度化することにも依存する。健康の社会的決定要因と公平性の取り扱いは、政治、行政、市民社会の複合的な境界部に陥るため、その状況に応じて導く必要がある（13）。これらの関心を結集してつなぐ責任は、まず国の保健省にあるべきで、それを省内に公式に位置づける必要がある。それに対する駆動力やサポートは外部から発信されてもよいが、主な責任とリーダーシップの所在に疑問があってはならない（14）。

ビジョンをはっきりと述べてそれを擁護し、利害関係者を参画させるような、明確なリーダーシップがないことは、問題となりうる。プログラムを展開して関係者が増えると、様々なアジェンダが交わって、公平性のアジェンダを混同させるかもしれない。これは、ナイジェリアの全区に手が届くようにするプロジェクト（Reach Every Ward Project）で起こった。このプロジェクトはもともと予防接種率が他に比べて低い区を優先してサポートを提供する計画であった。しかし実施過程でその概念が変わり、「すべての子供に手が届くように（Reaching Every Child）」となった。この変化によって、より力のある地方行政地域や区に偏ってリソースが配分されることになり、結果として予防接種率が最も高い地域と最も低い地域の格差は、縮まるどころかかえって広がってしまった（15）。

インドネシアでは、先見の明のある技術的なリーダーシップと、最高の政治レベルに対する説明責任が合わさったことにより、個々の部門や行政単位を越えたルーチンのフォローアップや、目標値を達成していない地域の特定などが行われることになり、プライマリーヘルスケアの復興に際して、社会的決定要因にもとづいたアプローチを実施することに成功した（16）。リーダーシップは必ずしも偶然生まれるものではなく、不利な条件にある人

口集団の中でも、あるいはリーダーシップ能力を進んで貸与してくれるような外部者と戦略的な協定を結ぶことで、時間とともに育て、開発できる。これは、カナダ・マニトバ州のファースト・ネーション先住民族の自殺防止プログラム (Manitoba First Nations Suicide Prevention Programme) において効果的に達成された (2)。

部門間協力

人口集団の健康を向上させるうえで、社会的決定要因にもとづくアプローチを実施することは、まず健康が（単に保健医療部門だけではなく）すべての部門のプログラムのアウトカムであると理解することから始まる。単一の公衆衛生状態に関連するアウトカムにのみ集中すると、持続的な政治コミットメントおよび多部門のコミットメントを引きつけにくいことは、イランにおける栄養と公平性のプログラムの事例で明らかにされた (17)。むしろ、インドネシアの例のように、幅広い種類の状態や、保健医療分野にとどまらない成果指標を強調すべきである (16)。

部門が異なると関心も異なる。例えば、教育部門にとって学校給食の目的は栄養ではなく、むしろ家族を学校に引き寄せることである。しかしながら、主な関心が異なっても、健康の社会的決定要因に対して取り組むうえで、部門間協力が成功するかどうかは、共通する中核となるものを特定、定義し、個々の関心が保健医療を含む集団的利益に反しないようにすることにかかっている (18)。

部門が異なると、しばしばマネジメントの文化が異なり、成功判断基準についての見方も異なる。これは、南アフリカの小額無担保融資プログラムと HIV プログラムの協力において経験されたことである。小額無担保融資の側にとって、その計画の持続可能性とは、自己資金によって成り立ち、原価を完全に回収できることを意味した。しかし HIV プログラムの側にとっては、持続可能性とは外部リソースの継続的な流入を確保し、社会規範の変化を根付かせることであった。この論争の中心にあるのは、公衆衛生が、人口集団全体への配慮が駆動力となる公共の利益であるか、あるいは市場の力と利己主義が原動力となる私的利益であるのかという問題である。とりわけ関係組織の価値観、成功判断の基準、実践形態が完全に相容れない場合には、それぞれのリーダーが目に見えるかたちで、そして実践的に関与する必要がある。しかし、こうした状況であったとしても、相乗効果が生まれる可能性は十分にあり、パートナー同士で互いにアプローチや実践に関して学び合うことができる (19)。

規模拡大

社会的決定要因に対処するプログラムを試験的適用から広く規模を拡大する際に重要な要素は、オーナーシップの移転に取り組むことである。中国、イラン、南アフリカから学ん

だ教訓によれば、規模を拡大する際には、プロジェクトの実施モードに大幅な修正変更が必要である。試験実施は 2 つのフェーズに分けるべきであり、まず介入により求められるアウトカムを得られるかどうかを試し、その次にプロジェクトへのインプットの大幅な増加をはじめ、それ以外のことも含めて、実施のアプローチの規模拡大が実現可能かを試すことである (3, 17, 19)。ケニアのミレニアム・ビレッジ・プロジェクトに見られたように、完全包括的なアプローチの場合には、たとえ初期の試験的設定ではうまく行ったとしても、その規模を広げるには、かなりの変更が求められる場合がある。そうした状況に協力的な環境要素として、中央政府が開発政策を調整し、財政と人の公平な分配を確保すること、より裕福な国々が国民総生産 (GNP) の 0.7% を政府開発援助 (ODA) に寄付するとした約束を遂行すること、地方行政が多部門協力にもとづいた方法で成果を出すために必要な知識とツールを備えること、ミレニアム開発目標の例に基づくなどして、指標を適用し、人口集団レベルで公平性に基づく結果を示す説明責任を明確にすることなどが挙げられる (20)。

コミュニケーション

政策オプションを提案、実施することに関連するさまざまな活動に加えて、不公平の問題の大きさ、なぜそれを正す必要があるのか、またどうすればそれを是正できるのかなど、関連する情報を民衆、政治家、上級公務員に提供することも同様に重要である。妊娠のアウトカムにおける不公平を軽減する中国での動きは、保健医療部門が解決策を提案する以前に、まずメディアに端を発し、それを研究者が取り上げて問題の大きさと原因をまとめた。そして事業の実施のプロセスでは、政治家、高官、メディア、民衆に情報を与え続けることが決定的に重要な要素であった (3)。ペルーでは、コミュニティ主導のプライマリヘルスケア・アプローチの規模を拡大する際、公共サービスの共同管理におけるコミュニティのメンバーの役割と責任に関して、その概念を理解し、新しい見解を習得させるのに、政府官僚と保健医療従事者への情報提供は不可欠であった (21)。

そうした情報の流れを管理するうえで、情報の分析とプレゼンテーションの両方において、公平性のレンズ (見方) を適用するように注意しなければならない。そうでないと、タンザニア連合共和国のマラリア対策殺虫剤処理蚊帳プログラムが経験したように、既得権に供するためにエビデンスが歪められるかもしれない (22)。公平性の配慮を確実に含むためには、プロセス手法よりもアウトカムに対して、パフォーマンスのモニタリングとインセンティブを適用すべきである (3)。

リスク

短期的な利益は、例えば潜在的な利害の衝突に対処するのではなく、それを隠したり無視したりするなどのショートカットにより得られる。しかし、こうした衝突はつきまとうも

ので、結局はそのプロジェクトが最も脆弱になった時に、それを強制終了させてしまう可能性があることが、タワナ・パキスタン・プロジェクト (Tawana Pakistan Project) の例から分かっている。このプロジェクトは、女兒の就学状況と栄養状態を改善することにおける村落の女性のエンパワーメントをするうえで、地元レベルでは非常にうまくいった。しかし行政のリソースを村落の女性にコントロールさせることに慣れていなかった公務員の抵抗に遭った。プログラムはやがて、明確な実績や利用可能なリソースがあったにもかかわらず終了させられた。予期される抵抗に最初から対処していれば、結果は違っていたかもしれない (13)。バングラデシュの月経調節法プログラムのように、さまざまな利害関係者の間で、機に乗じた非常に微妙なバランスを取ることで、強い社会的価値観と衝突するようなプログラムを継続することが長期的にうまくいく場合もある。しかし、例えば、新しい技術が利用できるようになったとき、保健医療制度の基盤が変わったとき、あるいはドナーが部門別の資金提供に移行したときなど、そうしたプログラムを更新することが難しくなる可能性がある (12)。

優先すべき公衆衛生状態の分析枠組みの低いレベルで不公平に対処することは、上海の出稼ぎ労働者のデリバリーセンターの場合のように、現状維持に寄与するかもしれないような、その場しのぎの措置であり、当問題の最も目に付く症状のいくつかを公衆の面前からは取り除くが、根本原因には対処せず、その場しのぎの措置が廃れ始めても、そうした根本要因は残ってしまう (3)。公衆衛生の問題に対する応急措置は、とりわけ貧困者を優先する、下流の対応策によって不公平の問題を解決することを約束するような場合には、長期的には効果的ではないと考えられる。ソーシャルマーケティングの実施と、殺虫剤処理蚊帳の無償配布との対比のように、アプローチによっては全く相容れないことさえあり、極端な場合には、相互にとって有害な場合もある (22)。

すでに指摘したように、リーダーの役割というのは、社会的決定要因にもとづくアプローチを準備し、立ち上げ、実施するうえで、決定的に重要となりうる。しかしながら、ひとりあるいは少数のリーダーに依存すると、例えばコミュニティ開発プログラムと特定の政治課題との結びつきが密になりすぎてしまうなどのリスクもある (16)。パキスタンにおけるコミュニティベースの刷新的な栄養プログラムの場合には、政府の大臣がそのプロセスを主導し、政府の資金提供も確保したが、その後解任されたために、そのプログラムの実施を監督できなくなってしまった (13)。

外部機関

外の機関は政策研究、擁護活動、技術支援において重要な役割を果たすことができる。バングラデシュとペルーの事例にそれぞれ見られたように、政府が利益団体の圧力を受けている状況では、こうしたサポートがさらに重要になる。しかし外部機関の価値観が中立で

あることはめったにない。例えば、ペルーにおいて 1997 年から 2002 年の間に主要なドナーがコミュニティの共同管理にもとづくプライマリーヘルスケア制度に新しいリソースと活力を注入すると、彼らの視点もコミュニティが中心にある共同体主義から、効率性に焦点を置く功利主義に変化した (21)。バングラデシュでは、主なドナーが、はじめは中絶に賛成であったのが、その後価値観が反転し、資金投入を止めるに至り、プログラムにかなりのインパクトを与えた (12)。タンザニア連合共和国で、蚊帳の配布に関してアプローチが色々変わったのは、それらの効果についてのエビデンスよりも、むしろドナーの見解が変わったことによるところが大きい (22)。

カナダの自殺防止プログラムでは、資金提供者は、しばしば目に見える即座の行動を好み、ファースト・ネーション先住民における自殺の社会的決定要因に対処するために求められる長期戦略にはあまり関心を示さなかった (2)。そのほか、試験的な小規模のフェーズには、外部の資金を比較的容易に見つけられるが、長期で大規模な実施の場合には、資金を提供するのは政府でしかないことがわかった (17, 20)。社会的決定要因に取り組むプロジェクトには、成果を示し、意識向上を目指す、垂直的な短期戦略とともに、根底にある決定要因に対処し、持続的な効果を下支えする、能力開発ともかかわりのある水平的な長期アプローチが必要である (14)。ドナーは、これらをサポートする準備ができていなければ、関与を避ける選択ができる。しかし政府には、そのような選択をする余裕はない。

14.5 測定

限られた数の先進国以外においては、公衆衛生状態のアウトカムを人口集団の社会的特徴と体系的に関連付けたデータは著しく少ない。大規模な有病率調査でさえ、調査対象者の社会的背景についての情報をルーチンで集めてはいない。注目すべき例外として、人口保健調査 (Demographic and Health Surveys, DHS)、複数指標クラスター調査 (Multiple Indicator Cluster Surveys, MICS)、グローバル保健調査 (Global Health Survey) が挙げられる。またサービスに関するデータは、患者の社会的背景について情報が含まれていることはめったになく、まさに社会的決定要因のためにサービスにアクセスできない人々の情報については言うに及ばない。さらに、サービスを受けるに至った人についても、差別的なサービスを受けたかどうか、またそれによる帰結がどうであったかに関する体系的な情報はほとんどない。

分析したほとんどの公衆衛生状態に関するエビデンスは、さまざまなデータソースから得たものを継ぎ合わせるしかなかった。そこから見出される全体像と傾向は、財産や教育といった、よくある層別化因子に対応して、すべての状態に社会的勾配が認められる点で明確である一方、実際は、前述の第 14.2 節にまとめたように、状況はしばしば非常に複雑でダイナミック (動的) である。

政策決定のためのエビデンス・ベースを改善するためには、次のことが必要である。

- ・ 人口調査の設計を修正して、幅広い範囲の社会的決定要因を捉え、より多くの公衆衛生状態を扱い、保健医療サービスにアクセスしない人々に関する情報も提供できるようにする
- ・ 背景、立場、暴露、脆弱性といった社会的決定要因を、ヘルスケアアウトカムや帰結と結びつけられるように、サービス提供に際したデータ収集の手順と書式を設計する
- ・ データは、例えば最も裕福な人々と最も貧しい人々との比較など、単なる比率だけではなく、むしろ格差の勾配を示すように、データを収集、処理、提示する
- ・ 社会的決定要因と人口集団の健康との関連性についてのすべてのデータが統計的分析に適していないことを考慮して、統計的手法と順序立てて述べる手法とを組み合わせ、政策に影響を与えるようなエビデンスを提示する
- ・ データの欠落を埋め、通常の「何が」「どの程度」に関する質問に加えて、「なぜ」「どのように」という問いに対する答えを追及するような、学際的な疫学、社会学、サービス研究のためにリソースを充てる
- ・ 健康の社会的勾配と、介入の効果が人口集団内で等しく分配されないかもしれないという事実とを考慮して数学モデルを構築する

個々の公衆衛生状態に関するプログラムノードにより、測定とエビデンスに関しては、多くの懸念事項が挙げられ、それらに対する提案がなされた。懸念は主に次の 4 つの問題に集中した。

- A. データの集計。**複数の決定要因が、しばしば同時に作用するため、集計してしまうと差異や分散が埋もれてしまいやすく、そのために、例えば国データや国際データでは、結論が明確にならなかつたり、実践的な行動や介入の指針としての有用性が限られてしまう。
- B. ローカル・データの収集。**いくつかの公衆衛生状態は、局地的であったり、関与する人口集団が小さいため、ルーチンの情報システムではそのデータ収集をするのに適していなかつたり、統計分析を行うには観測数が不十分であったりして、数が少ないことが問題となる。
- C. 副作用。**社会的決定要因のレベルで介入すると、予期せぬ有害な副作用が生じる場合がある。その副作用のいくつかは、介入する公衆衛生プログラムの直接の利害範囲の外、あるいは保健医療部門の外で現れるかもしれない。
- D. トレンド（傾向）の時宜にかなった特定。**トレンドはしばしば、診療所などにおける数値の増加として明確に現れた時に初めて保健医療制度はそれに気付く。その数年の間に、効果的な対応策が実施できていたかもしれない。

これらの問題に対処するため、多くの提案が個々の公衆衛生状態プログラムノードにより提出された。

有害な決定要因のクラスター化のモニタリング

顧みられない熱帯病はその局地性が特徴的であり、結果として、例えば国家レベルや郡レベルなど、高次の集計レベルでの統計的平均値の中に、疾病負担が高い小集団や小地域が埋もれて見えなくなってしまうリスクがある。生物医学や生物学だけではなく、気候学、人口統計学、経済学、人類学のノウハウを含む、複数の専門分野にまたがる必要知識を含めた、革新的なサーベイランスシステムを確立することが、顧みられない熱帯病を制御する前提条件である。その目的は、脆弱な人口集団を特定することで、それも従来の疫学データに基づいた遡及的な方法だけではなく、既存の、あるいは潜在的な疾病のホットスポットを、(例えば移民集団、気候現象、貧困、女性識字率、幼児死亡率などの) 基礎的な指標を用いて特定することにより、そうした脆弱な人口集団を前向きにも特定することである。このアプローチは顧みられない熱帯病のホットスポットに対して、治療または予防の介入を導く手法となり、最も不利な条件にある人口集団の健康における不公平を軽減できるかもしれない(第8章)。

この考え方を一般化して、例えば複数の公衆衛生状態の経路にある決定要因のクラスター化の検出ができる。そのアプローチはさまざま、衛星を利用した国家レベルでの精巧な地理情報システムから、地区、村落、コミュニティレベルでの、簡単な口伝えによる情報やマッピングなどにまで及ぶ。これは必ずしも新しいデータの収集を要するとは限らない。さまざまなソースから既存のデータを集め、それを新しい方法で分析、提示することで、かなりの利益が得られ、多部門間の対応も可能にしよう。このアプローチによって、上記のA、B、Dの問題に対処できるかもしれない。

包括的な社会環境、物理的環境のモニタリング

国際糖尿病連合(International Diabetes Federation)は3年に1度、『糖尿病アトラス(Diabetes atlas)』を発行し、その中で世界中の糖尿病の有病率と合併症の要約統計をまとめている。本作業は次の2つの方向に伸展しよう。それは、この情報を各国内で人口の小集団ごとなどに提供する方向と、それに加え、糖尿病の上流の決定要因と糖尿病における不平等に関する情報、つまり都市中心部の歩きやすさ、食品小売店の分布、糖尿病のニーズに対するヘルスケアの分配など、要するに肥満を起ししやすい環境のモニタリングに関する情報を含める方向とである。これらのデータは、ある程度は既に存在し、まだ整理されていないか、まとめられていないだけだが、多くの低所得国については、新たなデータ収集が必要となるかもしれない(第5章)。

また、これをさらに拡張して複数の公衆衛生状態と必然的な関連性を持つ、我々の生活、食事、飲酒、喫煙、労働、運動や移動の仕方の傾向をマッピングおよびモニタリングすることも考えられる。このような情報は、分析枠組みの全レベルにおいて介入の指針となり、その焦点を定め、モニタリングする際に役立てられる。そのようなデータベースを維持するのが困難であろうことは事実であるが、これは低次よりも高次の集計レベルについてとくに当てはまる。例えば、都市や、とりわけ近隣地域のレベルでは、インターネットに基づくデータ収集システムを用いて、継続的にデータを分析して、その結果を政策決定者や一般市民に提供することが可能である。このアプローチは上記の A、B、D の問題に対処できるかもしれない。

コミュニティの記録

データは必ずしも統計学者、疫学者や行政官によって集められる必要はない。規制という手段を用いて健康の決定要因に取り組んでいるところでは、規制する必要性を裏づけし、適切に規制を施行するために、データ収集に公式統計を用いることが重要である。しかし多くの研究が示してきたように、一般の人々でも、自分達のコミュニティにある危険を特定し、その危険への対応を提案することが十分にできる。こうした地元の素人の知識を記録することが、コミュニティと協力して地元レベルでの健康を向上し、さまざまな種類の介入を試す、一つの手段になるかもしれない（第 13 章）。

この考え方をさらに発展させて、ほとんどの公衆衛生状態に共通してみられた社会的決定要因や介入の入口もその対象に含めると同時に、特定のコミュニティにだけ関連すると思われる、追加の決定要因も含む余地を残すことができる。こうして、上述の提案を地元レベルまで落とし込むことができ、そうすることで、高次レベルで集計すると公平性の観点が見失われてしまうことに伴う問題をいくつか克服できる。このような記録は、アクセスの欠如、サービス提供者の不適切な行為、治療の不公平な成果など、公式の情報システムが提供するのが難しいようなデータなどの情報のコントロールをコミュニティに託すことで、コミュニティのエンパワーメントにとって重要な役割を果たせる。このアプローチは上記の A、B、C、D の問題に対処しうる。

介入による有害な副作用のモニタリング

介入によって生じる可能性のある副作用を管理、モニタリングするには、主な関心領域以外におけるアウトカムの測定が求められるため、必要なデータが大きく欠落している。例えば、ポリオ撲滅キャンペーンなどのイニシアチブは、子どもの生存問題への注意をそらしていると非難されているが、実際これらのプログラムの評価に子どもの生存に関する指標の測定も含まないかぎり、その副作用の可能性についてエビデンスが得られないことになる（第 4 章）。

起こりうる副作用をモニタリングする問題には、より一層の注意と精巧さが求められる。優先すべき公衆衛生状態の分析枠組みの上位 3 レベルの決定要因に的を絞った介入については、その副作用は空間的、時間的にも隔たりがあり、より深刻で、それを予測して食い止めることもより困難になる可能性がある。いくつかの有害な副作用に関しては、そのリスクが予見できるので、それをモニタリングできる。また、別の場合には、ある部門における介入が、人々の健康に及ぼした悪影響が表面化する前に、別の部門において副作用を生むかもしれない。この後者の副作用を捉えるには、相関関係が分かっていない大量のデータに目を通す必要がある。その点では、クレジットカード会社やテロ対策機関が、大量のデータフローの中から、普通ではない出来事や、パターンや傾向の変化を検知する方法から、何か学べるかもしれない。このアプローチは上記の C、D の問題に対処しうる。

指標の選択

熟練の助産師は、適切なトレーニングを受け、病院など主要な産科合併症を管理できる施設のサポートがある場合に限り、妊産婦死亡率を低減することができる。そのため、熟練の助産師が介助する出生率という指標の有用性は、国による熟練した助産師の供給増加と、病院施設へのアクセス向上とが相関関係にあることに依存する。これは、おおむね事実のようである。しかし熟練の助産師が介助する出生率の増加がミレニアム開発目標の 1 つであるため、この目標に向けた前進を実証しなければならないプレッシャーを各国が感じ、そのために熟練した助産師の人数とサービスの質との関連性が脅かされるかもしれない（第 10 章）。

この例は、指標そのものがアウトカムよりも重視されてしまうような状況を表しており、単一あるいは少数の指標に依存するよりも、むしろプロセスとアウトカムに関する指標の両方を慎重に定める必要があることを強調している。さまざまな部門を横断する社会的決定要因に関する指標の選択は、より複雑になる。しかし適切にその過程が管理されれば、目的とされる複雑な社会的および健康上の成果を達成しながら、より幅広い参加とオーナーシップを促すことができる（16）。

健康の社会的決定要因と健康における公平性についての効果的なデータ収集、分析、プレゼンテーションは、それ自体ひとつの新しい分野とも見なせる。それは、健康に直接関係しない多くの異なるソースからデータを得て、それらを結合、分析し、何よりも聴衆に理解しやすく有用であるように結果を発表することである。この聴衆とは、通常の保健医療関係者の聴衆よりもさらに幅が広く、部門管理者、政治家、一般大衆などを含む。後者にはジャーナリストや隣人も含まれれば、その存在すら知らなかったり、決して会おうとは思わなかった近所の人なども含まれる。

大きな課題となるのは、健康の社会的決定要因と公平性の討議を、哲学的、理論的な話から、実用、管理の場へ移すことである。本章に示した考え方と提案は、各公衆衛生プログラムが取りあげた時、初めてその価値を発揮する。次節では、これらが公衆衛生プログラムや一般のプログラムにとって何を意味するのか、とりわけ WHO にとって持つ意味合いについて議論する。

14.6 意味付け

各公衆衛生状態に特化した、国内および国際的な公衆衛生プログラムが、これまでの章で記述した社会的決定要因にもとづくアプローチを採用することによる影響は数多く、非常に重要な意味を持つ可能性がある。それでもなお、既知の、あるいは徐々に進歩する保健医療技術を適用する以上のことをするのをためらうプログラムがあるのには、いくつかの理由がある。そうしたプログラムのほとんどの上級スタッフが社会的アプローチよりもむしろ生物学的アプローチに慣れていること、政治課題やメディアにおいて、保健医療問題への注目が高まり、その中で社会制度と保健医療制度の基礎的な機能を考慮する長期ビジョンよりもむしろ短期の対策が後押しされてしまっていること、そして、それと関連して、しばしば限定された狭義の指標に対する即座の測定可能な効果を生む目的で資金が割り当てられてしまうことである。国際的にはここ 10 年で、外部で確立されていながら、WHO のプログラムの考え方と方向性にも強く影響するような、単一目的の、保健医療商品に焦点を絞ったイニシアチブの数と規模に顕著な成長が見られた。

これは数多くの個人の苦しみに対して効果があることは疑いようがないが、人口集団の健康に対する影響については疑問の余地がある。人口集団内でどのように健康が分配されるかは、第一に経済的および社会的な開発政策の公平性に関わることである。多くの公衆衛生プログラムが、前述の各章にまとめたように、感染性および非感染性疾患のグローバルな流行の増加を止めるため、あるいはグローバルな保健目標を達成し維持するためには、技術（テクノロジー）だけでは足りないことをますます理解してきている。いくつかのプログラム、とくにたばことケガの領域におけるプログラムが、保健医療部門に根差したプログラムであっても、上流の決定要因に対処し、効果的に他部門と協力できることを既に実証している。これらのプログラムが実施する介入の多くは、安心領域の外に踏み出るのを渋っているいくつかのプログラムにも適用できる。そのほかにも、「ストップ結核」プログラムなど、社会的決定要因にもとづくアプローチを生物医学的アプローチと統合し、パラダイム変遷を進めているプログラムがある。

個々の公衆衛生プログラム

公衆衛生プログラムは、主に予防および治療の介入を通して社会的決定要因のアウトカム

と帰結に対処するよりも、むしろ上流に目を向け、社会的決定要因の影響が差別的な脆弱性やヘルスケアアウトカムとして現れる前に、それらに対処するための介入を多様化、拡張しなければならない。個人と特定の小集団に焦点を当てることに加えて、人口集団全体に対しても、より多くの注意を払う必要がある。これは、公衆衛生プログラムが、生物医学的な側面を維持しつつ、より幅広い、社会、経済、開発アジェンダを包含するように拡張する必要があることを意味している。それは、ある程度のリソースを「修復作業」にあてることから、問題をその根源から低減する作業に移行することを含意する。長期的には、技術と社会的決定要因にもとづくアプローチとを組み合わせることが、現在の健康問題、あるいは今後起こりうる健康問題の多くに対処するうえで最善の策となるかもしれない。社会的決定要因にもとづくアプローチを取るうえで、個々の公衆衛生プログラムが実施できる特定の行動には、次のものが挙げられる。

- ・ **情報システム。**公衆衛生プログラムは、公衆衛生状態ごとの、人口集団における健康の分配に対する見識を提供するために、情報システムを見直し、改訂、あるいは開発すべきである。その際、そうしたシステムのアウトプットの実用化を促すために、国レベルおよび地元レベルに焦点を絞るとよい。

- ・ **能力開発。**それぞれの公衆衛生状態や国の背景に応じて、格差の勾配、パターン、そして発生経路を分析し、それぞれに固有の状況に最も適切な介入やアプローチを適用することができるように、各国のプログラムの能力強化をする必要がある。

- ・ **介入パッケージ。**各公衆衛生状態と、さまざまな形状やパターンの社会的勾配に対応するような一連の介入パッケージを開発して試験する必要がある。

- ・ **擁護。**すべての公衆衛生プログラムは、自身の作業において、そしてより幅広い社会的、政治的、経済的議論の場において、社会的決定要因にもとづくアプローチを取り入れることを擁護する必要がある。

プログラム間の協力

不利な条件にある人口集団の人が、保健医療サービスにおいて、どのような扱いや処置を受けるかということから、ガバナンスや近代化などに関連した背景因子までを含む、重要な社会的決定要因は、幅広い範囲の健康状態に共通してみられる。現在、プログラム間には協力および共同行動ができる、多大な潜在性が未開発のままである。ある場合には、例えばサービス提供やアウトリーチ活動において、直接プログラムを統合させることが良案かもしれない。また、他の場合には、あるプログラムの権力や見解を利用してそのプログラムに主導権を握らせ、他のプログラムは、追加のエビデンスと議論をもって、そこに加わることがよりよいアプローチとなるかもしれない。

明らかにできそうなプログラム間の協力的行動には、次のものが挙げられる。

- ・ 個々の公衆衛生状態の発生経路上に**共通してみられる社会的決定要因**と、共通の介入

の入口をそれぞれ特定し、各国の背景を考慮した調整をする。

- ・ **通常健康情報システム**（ルーチンの報告、サーベイランス、調査等）に、複数の公衆衛生状態の経路上に現れる社会的決定要因に関する情報を組み込む。

- ・ 個々の行動よりもむしろ団結した行動の方が、**ヘルスケアサービスの一般的な提供方法や、保健医療制度の設計や機能に影響を与えられる確率が高いことを認識する。**

- ・ 一連の公衆衛生状態に対して脆弱である、**地域特有の、あるいは特定の人口集団**の状況とニーズを対象を絞った、プログラム間に共通するオーダーメイドの介入パッケージを開発し、実施する。特定の疾患を対象とした個々のプログラムの間の垣根を越えることによってそれまでの行動方法を変え、複数の状態の併存や共通のリスク因子、または脆弱性の源の流行を抑える。

- ・ 保健医療部門内からと、より広いアウトリーチをするために、市民社会、政界、メディア、他部門などからも、公衆衛生プログラムの**指導者および擁護者**を特定、養成、サポートする。

- ・ 既にメディア、政治家やドナーから注目を集めている大規模な公衆衛生プログラムは、上流の社会的決定要因に対処することにより、有意義かつ永続的な方法で人口集団の健康を向上させることの重要性について主張するという、**特別な社会的責任**を担い、それを実行に移す。

社会的決定要因に関連するプログラムの活動を、例えば保健省内で、社会的決定要因を専門とするプログラムや部門として分離独立させたくなるかもしれない。しかし、そうすると必然的に権力、資金や集中力が足りなくなる。社会的決定要因はあらゆる人に関わることであり、それらへの対処の効果と持続可能性は、すべての公衆衛生プログラムの積極的かつ継続的な関与に依存する。社会的決定要因専門のプログラムや部門は、関係者を招集したり、変革を促したり、分析や発言を支援したりする役に徹するべきである。

公衆衛生プログラムの他部門との関係

健康はすべての人にとって重要であり、公衆衛生プログラムは、重要なポピュレーション・ヘルスの問題に対処すると考えられるために存在する。特定の疾患を専門とする疾病管理プログラムは、制度に対処するのではなく、実際の人々を扱い、病気を抱えていたり、亡くなったり、苦しんでいる人々に対応するため、民衆と政治家に対して特別な魅力を放つ。しかし、それにはなぜ人々が病気になって死んでしまうのか、なぜ特定の人々が他の人々より脆弱であるのかを特定して伝える義務も伴う。保健医療プログラムには、可能性のある介入の入口と介入を特定し、状況をモニタリングするための枠組みを提案する社会的責任がある。そうしたプログラムは、社会経済的地位と健康との関係についてのエビデンスを提供し、社会的、経済的変化を擁護し、例えばイデオロギー、既得権利、経費などを理由に、変化に対して抵抗する勢力に対処すべきである。そうすることで、健康の社会的決

決定要因および健康における不公平への対処においてリーダーシップを示すことができる。これに関連する行動には、次のものが考えられる（第 14.3 節に提示した一般的な分析を手引きとして用い、個々の国の状況に適合させる）。

- ・ 決定的に重要な経路を分析し、保健医療部門以外の部門による介入を必要とする、4 つから 6 つの**最も見込みのある介入の入口**を特定する。その際、優先すべき公衆衛生状態分析枠組みの上位 3 レベルにとくに重点を置く。
- ・ 証拠を挙げて説得力のある主張を展開し、提示する。健康の社会的決定要因と健康の不公平についてのエビデンスベースを**要約し、世に広め**、一連の公衆衛生状態の悪化を防いだり、罹患率を下げたりするような社会的介入の必要性和利益を実証し、具体的な行動と目標を提案する。
- ・ 成功実現には、行政の他部門との密接な協力と、世論の圧力の創出との両方が必要であることを踏まえ、国の行政および地方行政、そして上級公務員から草の根組織までを巻き込みながら、**社会参加と垂直統合**を通して、下からと上からとの両方向から同時に取り組む。
- ・ 人口集団の総合的な健康を目標とする一方で、他部門がプログラムの活動に価値を見いだせるように、協同的な部門ごとの指標を採用する。
- ・ 国際的な財政および開発支援に関わる人々や、**各部門の計画立案者の能力開発**と意識向上を行い、健康がどのようにもたらされ、また、政治、社会、経済の発展、不公平、そして健康との関係性についてよりよく理解できるようにする。

公衆衛生プログラムは、関連する介入の入口への鍵を握る者を特定し、彼らが行動を取るように説得するべきである。これは、例えば部門間で直接的に行うこともできれば、市民社会組織を奨励、サポートしたり、積極的にメディアを利用したりするなどして、間接的に行うこともできる。上流にある健康の社会的決定要因に望ましい変化をもたらすには、非常に長い期間にわたる体系的で持続的な努力と献身、ならびに、そのプロセスを前進させるための専任のリーダーと擁護者が必要であるという理解が重要である。

WHO にとって意味するもの

優先すべき公衆衛生状態についての情報ネットワークは、異なる各種プログラムが関与しながら、また多くの場合には初めてそうしたプログラムが共同で作業を行った結果、社会的決定要因に対して協力と合同の行動を行う必要性和可能性があることを実証した。世界保健総会は、グローバルな保健課題を討議できる特有のフォーラムであり、WHO の事務局長は、行政および国際的な経済、社会、開発フォーラムの最高レベルにアクセスができる。WHO 内部で着手できる行動もあり、2008 年～2013 年中期戦略プラン (Medium-Term Strategic Plan 2008-2013) の中で、健康の決定要因に幅広く関わる 4 つの戦略的目標が特定されている (23)。

2009年5月、世界保健総会は、「すべての人々に健康を」という原則を想起させ、より広く健康の決定要因に対処することが重要であることを再び主張した。決議 WHA62.14により、世界保健総会は、国際コミュニティと加盟国に対して行動を起こすよう促し、政治的コミットメントを通して、健康の不公平に焦点を絞った公衆衛生のための政策と戦略を策定、実施するよう呼び掛けた。その決議は、具体的に WHO に対して社会的決定要因を指針として、さらに WHO が取り組む全領域、とくに優先すべき公衆衛生プログラムにおいて健康の不公平の低減を目標に据えるよう求めた (24)。

複雑な社会問題は包括的な介入を必要とし、グローバルな公衆衛生課題に対する包括的な解決策のひとつの重要な側面として、公衆衛生プログラムにおいて健康の社会的決定要因に対処する必要がある。そこで WHO は、公衆衛生プログラムにおいて健康の社会的決定要因と健康の公平を主流化させるため、介入と戦略を再定義し、さらに健康の社会的決定要因と健康の公平に関する決定的に重要な領域において行動を起こす能力を、プログラムと加盟国の両方において強化することが求められる。死亡率の高い病気に介入をすれば明らかに命を救えるが、WHO は、より長期的な取り組みに重点を置いて、それにかかわる困難な政治的、社会的プロセスに従事する必要がある。そうしなければ、近視眼的なアプローチが公衆衛生プログラムの考え方、信念、態度に組み込まれてしまい、例えばアフリカなどにおいて、主要な公衆衛生問題の管理に失敗する原因が、ツール（診断法、薬剤、ワクチン）の欠如ではなく、むしろ歴史的経緯のある、優先すべき公衆衛生状態分析枠組みにも定義されている、幅広い範囲の社会的決定要因によるものであるにもかかわらず、行政内やパートナー機関、金融機関などの間で、新しいアプローチを追求することに対して抵抗や渋りが生じる危険がある。

また、社会的決定要因に対する公衆衛生プログラムの合同行動の制度化を、まずは WHO 内から始めて、そこから各国に広げていく必要もある。これは、例えば WHO のプログラムが特定の公衆衛生状態についての取組を既にサポートしており、これらのプログラム、WHO の国事務局、当事国政府、その他の健康開発パートナーが、公衆衛生プログラムづくりの境界を変える作業をする準備ができていような草分け的な国々では、最小限のリソースを追加することで実施できる。さらに、本巻を通して実証してきたように、健康アウトカムのはほとんどは、保健医療部門以外で形成されるため、WHO は積極的に開発部門の他のさまざまなパートナーの取組と自身の作業を調整、調和させる重要な役割を担う。こうした協同作業は、2008年世界保健報告書 (World Health Report 2008) (25) に表されたプライマリーヘルスケアの再生に関する考え方とも合致し、またプログラム間の結束や、個々のヘルスケアサービスの提供を上回ることを促す。現実的な出発点として考えられるのは、どのプログラムに所属しているかにかかわらず、すべてのプログラムスタッフに対して、事前

研修および現場研修を通して、それぞれの状況に関連するすべての優先すべき公衆衛生状態に関して、優先すべき公衆衛生状態分析枠組みの5つの各レベルにおける、見込みのある介入の入口、可能な介入、そして立役者を見分ける技能とツールを習得させることである。

14.7 結論

本章では、他が何をすべきかということよりも、各状態別の公衆衛生プログラムに何ができ、何をすべきかに焦点を絞った。プログラムづくりにおいて、社会的決定要因にもとづくアプローチを効果的に採用するためには、管理や組織にかかわる問題に取り組み必要があることは明らかである。そうしたことから、次の結論が導き出される。

- ・ **能力基盤の強化。** 社会的決定要因に関する各プログラムの能力基盤を強化する必要がある。これは短期的には、どのように結果を測定し評価するかということも含め、プログラムのインセンティブ構造を変えることでできる。成果主義の枠組みにもとづく管理体制だと、分野横断的な問題が見失われる傾向にあり、またプログラム間あるいはプログラム内の協力が過小評価される傾向にある。長期的には、公衆衛生、医療、看護の教育において、適切な能力が育てられるように方向付けなければならない。

- ・ **社会的決定要因のための再編成。** 現在、社会的決定要因にもとづく人口集団の健康へのアプローチをサポートするように構築され、情報を十分に把握し、ツールも備えた保健医療プログラムや組織はほとんどなく、この分野におけるプログラム間の協同作業の潜在性が限定されている。行政内、あるいは公共の場における、部門間の政策決定と政治プロセスに、より多くの注意を払う必要がある。

- ・ **コミュニケーションと対話。** プログラム間のコミュニケーションの多くは、リソースの動員について集中してしまい、人口集団の健康を向上させるために求められる、社会、経済、政治にかかわる複雑な変化のプロセスに関する公共政策についての対話に疑問を投げかけたり、そうした対話を生み出すようなことをしていない。

- ・ **適切な時間軸。** 各種プログラムは2つ以上の時間軸上で作業する必要がある。短中期では、不公平を補正するために、既存のツールを適用し、サービスを改善する必要がある。しかし、短中期で達成される成果はもろいものである。永続的な解決を得るためには、健康の社会的決定要因の根本に影響を与えるために他部門と協力することが不可欠である。ほとんどの公衆衛生プログラムが通常従事する作業に比べ、こうした作業の時間軸の方がはるかに長いのは明らかである。

- ・ **エビデンスにもとづく行動。** ドナーや各種プログラムが、各国の、あるいは国際的な公衆衛生プログラム作りの過去60年の道のりを振り返ると、かつて有望と思われたが期待された結果を出せなかったアプローチが散在して見えるだろう。後になってわかることだが、実施されたものの、その後中断された対策の多くは、より包括的なエビデンスを得られていたならば、期待される結果が導かれないことは予見できたはずである。これは、リ

スクを取るべきではないというのではない。新しい革新的なアプローチは奨励されるべきであるが、疾病の罹患率だけにとどまらない人口集団の健康への影響を実証するため、より良い情報システム、実行研究 (implementation research)、評価研究 (evaluative research) による裏づけが必要である。

・ **コストへの影響**。社会的決定要因にもとづくアプローチを取ると、直接の介入コストのほとんどを他が負担するため、たいていの公衆衛生プログラムにとってコストの増加はわずかで済む。ヘルスケアサービスの実施においては、社会的決定要因にもとづくアプローチを取り、アクセスと利用の公平性を向上することは、一見、かなりのコスト増加を含意するよう見えるかもしれない。しかし、公平性はリソースのレベルの問題ではなく、いかにリソースを配分し、そのコストをどこに計上するかという問題であるから、すべてのプログラム、サービス、社会に、より公平になることを目指す金銭的余裕はあるといえる。社会のいくつかの部門は、自身の行動が人口集団の健康へ与える影響を無視することに短期的な利益を見出すかもしれないが、その長期的な代償は、保健医療部門だけではなく、社会、政治、経済の各部門にも、ゆくゆくは現れる。国の行政や計画立案者、そして国際的な団体は、リソース、コスト（代償）、利益を分配し、誘導する際に、包括的な社会の見方をしなければならない。

社会的決定要因にもとづくアプローチは、人口集団の健康向上を前進させる正しくかつ必要な方法であると、すべての懐疑派に納得させるような理論的なエビデンスが、すべて揃うようなことはありえない。しかし、本巻の各章を通して、どの公衆衛生状態であろうと、人口集団の健康と人口集団における健康の分布は社会的に形成されるという、明確で一貫性のある主張を示すのに十分な情報を示した。また、健康の社会的決定要因へのさまざまな形態の介入の実施を試みてきたプログラムが現場から学んだ教訓に関する知見も提供された。何ができるかについて具体的なアイデアも提供されており、健康の社会的決定要因に関する委員会の他の情報ネットワークが提供するエビデンスと共に、それが行政、ドナー、非政府組織に思い切って前進し、協力することを促すことが望まれる。実際の大規模プロジェクトに取り組むことで変化を起こすことが可能である。そのためには、重要な公衆衛生状態を扱う既存のプログラムを通してそうした作業に着手することが、堅実で実用的な方法である。

付録 14. A 優先すべき公衆衛生状態分析枠組みの経路に出現する社会的決定要因

枠組みのレベル	影響力のある社会的決定要因	関連する章/状態
社会経済的背景と立場 社会	背景	
	グローバリゼーション（貿易、輸出入、生	2, 11

枠組みのレベル	影響力のある社会的決定要因	関連する章/状態
介入は法律、制度、部門間の関係、国など、社会を形成する要素を対象とする。	産)	
	都市化、都市・地方の居住環境	2, 5, 6, 8, 11, 12, 13
	弱いガバナンス、政治的不安定、適切な政策の欠如	6, 9, 12, 13
	立場	
	ジェンダー（性別）	2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13
	急速な人口構造の変化	3, 6, 11, 12, 13
	年齢	3, 5, 7, 9, 10, 11, 13
	社会的地位、経済的・社会的・政治的不平等	2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 13
	民族性、少数派の境遇、人種	5, 6, 7, 11, 12
社会的疎外	2, 4, 7, 8, 12	
差別的な暴露 社会環境、物理環境 介入は組織、機関、企業を対象とする。	社会規範、文化的信念と実践、生活様式（結婚年齢、性行為の開始、子供を産む年齢などを含む）	2, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13
	社会的スティグマ、差別	2, 7, 12
	スラムの形成、人口密集、クラスター化、困窮	2, 3, 4, 6, 8, 9, 12, 13
	粗悪なインフラストラクチャー	4, 8, 13
	水と衛生	4, 6, 8, 9
	劣悪な生活環境・労働環境	2, 3, 6, 9, 12, 13
	廃棄物処理	6, 8
	栄養価の低い食品	4, 5, 6, 7, 9
	アルコールの手に入れやすさ、安全性、使用	2, 11, 13
	自然災害、戦争、紛争	4, 7, 8, 13
	規制されていない市場と小売店	2, 5, 6, 11
	食料の生産と調理	4, 5, 6
	産業や農業による非コンプライアンスおよび抵抗	2, 6, 9
	市販の食品取扱業者のコンプライアンス欠	6

枠組みのレベル	影響力のある社会的決定要因	関連する章/状態
	如	
	汚染された食品とアルコールの源、露店営業	2, 6
	マーケティング、広告	2, 4, 6, 11
	テレビによる暴露	2, 4, 7, 11, 13
	病気の媒介生物への暴露を含めた環境	4, 6, 8, 12
	有毒物質への暴露	6, 7
	不十分または安全でない保健医療サービス	3, 4, 10, 12, 13
	屋内環境汚染	3, 4, 12
	安全ではない住居	8, 13
	作業の機械化	3, 5
	致命的な手段の利用性	13
差別的な脆弱性 人口集団 介入は人口集団を対象とする。	手の届きにくい人口集団	2, 4, 5, 7, 9, 10, 12
	貧困	2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12
	失業	2, 3
	ヘルスケアへのアクセスの低さ	4, 10, 12
	健康を求める行動パターンの低さ	3, 4, 5, 7, 9, 10, 12
	(親の) 識字率、教育、知識の低さ	2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 12
	喫煙	3, 5, 7, 9, 12
	(親の) アルコールと薬物の使用および乱用	2, 4, 7, 12, 13
	避妊用具へのアクセスの低さ	10
	殺虫剤処理蚊帳へのアクセスの低さ	4
	鉄やヨウ素など、微量栄養素へのアクセスの低さ	3, 4, 7
	フッ化物など、口腔衛生製品へのアクセスの低さ	9
	食の不安、栄養失調	3, 4, 5, 6, 7, 12
	虐待を含む幼少期の経験	2, 7, 9, 10, 13
	性的暴力	2, 10, 13
	親の精神衛生	7
ソーシャル・キャピタルの欠如、家族また	4, 7, 10, 13	

枠組みのレベル	影響力のある社会的決定要因	関連する章/状態
	はコミュニティのつながりの機能不全	
	女性の地位の低さ	4, 7, 9, 10, 13
	HIV	2, 4, 7, 12
	人口移動、労働力の可動性	6, 8, 10
	糖尿病	3, 4, 12
	遺伝的特徴、家族の病歴	3, 5, 7
	出産時の合併症	4, 7
	家庭内の慣習	6, 13
	妊娠中の母親のストレス	4, 7
	心理的リスク要因、仕事のストレス	3, 7
	運動不足	3, 5
	肥満	3, 5
	家族の大きさ、生まれた順序	7, 10
差別的なヘルスケアアウトカム 個人 介入は個人を対象とする。	保健医療従事者の適性の低さ	2, 3, 4, 5, 7, 10, 13
	不十分または弱い保健医療サービス	2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13
	差別的なサービス	2, 7, 10, 12
	限定された患者との交流、社会的階級の低さ	3, 4, 5, 10, 12
	治療の順守	2, 3, 4, 5, 7, 8, 12
	禁煙サービスの利用	11
	治療とケア、抗レトロウイルスのサービスの利用	12
差別的な帰結 個人 介入は個人と家族を対象とする。	教育と雇用	3, 4, 5, 10, 12
	学校欠席率	12
	社会的、財政的帰結	2, 3, 5, 7, 11, 12, 13
	社会的疎外、スティグマ	2, 4, 5, 7, 8, 10, 12
	保険からの除外	2, 3, 4, 5, 7, 10, 12

a. 各公衆衛生状態（第2章～第13章）について、優先すべき公衆衛生状態分析枠組みの各レベルで特定された社会的決定要因を指す。

参考文献

1. Gwatkin DR et al. Socio-economic differences in health, nutrition, and population within developing countries: an over-view. Washington, DC, World Bank, 2007.
2. Kinew KA, Meawasige A, Sinclair S. Youth for youth: a model for youth suicide prevention. Case study of the Assembly of Manitoba Chiefs Youth Council and Secretariat. In: Sommerfeld J et al., eds. Social determinants approaches in public health: real world case studies. Geneva, World Health Organization, forthcoming (http://www.who.int/social_determinants/resources/pphc_cs_can-ada.pdf, accessed 25 February 2010).
3. Xu Su et al. Dedicated migrants delivery centre in Min-hang District, Shanghai. In: Sommerfeld J et al., eds. Social determinants approaches in public health: real world case studies. Geneva, World Health Organization, forthcoming (http://www.who.int/social_determinants/resources/pphc_cs_pchina.pdf, accessed 25 February 2010).
4. Victora CG et al. Co-coverage of preventive interventions and implications for child-survival strategies: evidence from national surveys. Lancet, 2005, 366(9495):1460-1466.
5. Labonté R et al. Towards health equitable globalization: rights, regulation and redistribution. Final Report of the Globalization Knowledge Network to the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2007.
6. Kjellstrom T (chair and lead writer) and Knowledge Network on Urban Settings. Our cities, our health, our future: acting on social determinants for health equity in urban settings. Final Report of the Urban Settings Knowledge Network to the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2007.
7. Popay J et al. Understanding and tackling social exclusion. Final Report of the Social Exclusion Knowledge Network to the Commission on Social

Determinants of

Health. Geneva, World Health Organization, 2008.

8. Sen G, Östlin P, George A. Unequal, unfair, ineffective and inefficient: gender inequity in health - why it exists and how we can change it. Final Report of the Women and Gender Equity Knowledge Network to the Commission

on Social Determinants of Health. Bangalore, Indian Institute of Management Bangalore, and Stockholm, Karolinska Institute, 2007.

9. Benach J, Muntaner C, Santana V and the Employment Conditions Knowledge Network (EMCONET).

Employment conditions and health inequalities. Final Report of the Employment Conditions Knowledge Network to the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2007.

10. Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman C and the Early Child Development Knowledge Network. Early child development: a powerful equalizer. Final Report of the Early Child Development Knowledge Network to the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2007.

11. Gilson L et al., with inputs and contributions from the members of the Health Systems Knowledge Network.

Challenging inequity through health systems. Final Report of the Health Systems Knowledge Network to the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2007.

12. Johnston H et al. The Bangladesh Menstrual Regulation Programme: a health system intervention for

reducing abortion-related mortality and morbidity. In: Sommerfeld J et al., eds. Social determinants approaches in public health: real world case studies. Geneva, World Health Organization, forthcoming (http://www.who.int/social_determinants/resources/pphc_cs_bangladesh.pdf, accessed 25 February 2010).

13. Khan KS, Agha A. Women's empowerment and participatory governance: two

- critical elements of social determinants of health. Case study of Tawana: a mega project in Pakistan. In: Sommerfeld J et al., eds. Social determinants approaches in public health: real world case studies. Geneva, World Health Organization, forthcoming (http://www.who.int/social_determinants/resources/pphc_cs_pakistan.pdf, accessed 25 February 2010).
14. Harris P et al. The Pacific Action for Health Project, Vanuatu. In: Sommerfeld J et al., eds. Social determinants approaches in public health: real world case studies. Geneva, World Health Organization, forthcoming (http://www.who.int/social_determinants/resources/pphc_cs_vanuatu.pdf, accessed 25 February 2010).
15. Uzochukwu BSC. Immunization Programme in Anambra State, Nigeria: an analysis of policy development and implementation of the Reaching Every Ward (REW) Strategy. In: Sommerfeld J et al., eds. Social determinants approaches in public health: real world case studies. Geneva, World Health Organization, forthcoming (http://www.who.int/social_determinants/resources/pphc_cs_nigeria.pdf, accessed 25 February 2010).
16. Siswanto S, Sopacua E. Reviving posyandus (integrated health posts) as an entry point of community development movement: a case study of the Gerbangmas movement in Lumajang District, Indonesia. In: Sommerfeld J et al., eds. Social determinants approaches in public health: real world case studies. Geneva, World Health Organization, forthcoming (http://www.who.int/social_determinants/resources/pphc_cs_indonesia.pdf, accessed 25 February 2010).
17. Javanparast S. Child malnutrition: an integrated and comprehensive study, engaging health and health-related social sectors. In: Sommerfeld J et al., eds. Social determinants approaches in public health: real world case studies. Geneva, World Health Organization, forthcoming (http://www.who.int/social_determinants/resources/pphc_cs_iran.pdf, accessed 25 February 2010).

18. Agurto I, Rodriguez L, Zacarias I. Food and vegetable promotion and the 5 a day Programme in Chile for the prevention of chronic non-communicable diseases: inter-sectoral and public-private partnerships. In: Sommerfeld J et al., eds. Social determinants approaches in public health: real world case studies. Geneva, World Health Organization, forthcoming (http://www.who.int/social_determinants/resources/pphc_cs_chile.pdf, accessed 25 February 2010).
19. Hargreaves J et al. Group-microfinance as a vehicle for health promotion among the poor: six-year process evaluation of the intervention with microfinance for AIDS and gender equity (IMAGE) in rural South Africa. In: Sommerfeld J et al., eds. Social determinants approaches in public health: real world case studies. Geneva, World Health Organization, forthcoming (http://www.who.int/social_determinants/resources/pphc_cs_southafrica.pdf, accessed 25 February 2010).
20. Tozan Y, Negin J, Wariero J. Improving rural health and eliminating extreme poverty: a case study of the implementability of a multi-sectoral rural development Programme in African communities. In: Sommerfeld J et al., eds. Social determinants approaches in public health: real world case studies. Geneva, World Health Organization, forthcoming (http://www.who.int/social_determinants/resources/pphc_cs_kenya.pdf, accessed 25 February 2010).
21. Altobelli L. Case study of the shared administration Programme and local health administration associations in Peru. In: Sommerfeld J et al., eds. Social determinants approaches in public health: real world case studies. Geneva, World Health Organization, forthcoming (http://www.who.int/social_determinants/resources/pphc_cs_peru.pdf, accessed 25 February 2010).
22. Koot J, Mtung' e R, Miler J. Insecticide treated nets in Tanzania mainland: reaching the most vulnerable, most exposed and poorest groups. In: Sommerfeld J et al., eds.

Social determinants approaches in public health: real world case studies. Geneva, World Health Organization, forthcoming (http://www.who.int/social_determinants/resources/pphc_cs_tanzania.pdf, accessed 25 February 2010).

23 Medium-Term Strategic Plan 2008-2013. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://apps.who.int/gb/e/e_mtsp.html, accessed 5 July 2009).

24. Reducing health inequities through action on the social determinants of health. World Health Assembly Resolution WHA62.14. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-en.pdf, accessed 25 July 2009).

25. The World Health Report 2008. Primary health care: now more than ever. Geneva, World Health Organization, 2008