

**論文**

# 健康格差縮小のための地域保健活動に関する検討 —健康格差研究からの示唆—

戸 渡 洋 子

## 要 約

本著の目的は、国内外の健康格差研究によって、現在までに明らかにされてきたその実態と健康および健康格差の社会的決定要因を整理した上で、保健医療従事者による健康格差縮小に向けた地域保健活動のあり方について示唆を得ることである。

ヨーロッパでは1980年代以降その実態把握が進み、1998年 WHO ヨーロッパ地域事務局は、健康格差は確実に存在する事実であり早急に取り組むべき課題であるとした。近年、欧米では健康格差対策により一部その縮小が認められている。国内では、1990年代以降の経済停滞に伴う健康格差の顕在化を背景にその研究が進み、健康格差の存在が認められているものの具体的な対策は一部の研究者によって始められたばかりである。

健康と健康格差の社会的決定要因とその経路を説明するモデルのひとつとして、カナダNCCHPPが示す「健康格差を削減するための政策的アプローチ」は、8つのアプローチ毎の介入パターンと影響の可能性を示し、各アプローチが導き出せる結果を専門家が思考できるよう作成されている。中でも、生活条件、生活の場、コミュニティ、個人の4領域を対象としたアプローチは、保健医療従事者による健康格差縮小に向けた地域保健活動において汎用性の高いものである。よって、これらのアプローチを用いて地域保健活動を担う保健師等が、健康格差の縮小へのアプローチを整理し捉え直すことで、その活動のあり方は健康格差縮小に向かうものとなることが期待される。

## はじめに

健康格差 (Health inequalities) とは、「地域や社会経済状況の違いによる集団における健康状態の差」と定義される (厚生労働省; 2012: 25)<sup>1)</sup>。さらに、社会疫学用語集では「健康格差」は、単なる Health inequality ではなく、Social inequalities in health であり、「unfair (不当) で、unjust (不公平) で、avoidable (回避可能) で、unnecessary (必然ではない) な、そして、背景となる社会構造、政策的、経済的、法的制度によって傷つきやすくなった人々に負担を与える健康の違い」とされている (Krieger, N.; 2001: 698)。

このような健康状態の差は、ライフスタイル等の違いによって起こるが、さらに、これを決定しているのは、政治的、経済的、社会的条件であり、これを「健康の社会的決定要因 (Social determinants of health)」という (厚生労働省; 2012: 9)。

よって、健康格差の研究は、単なる集団間や集団内の統計的な健康指標の差ではなく、社会経済的背景を考慮した「健康度の不平等な違い」であり、健康の社会的決定要因とその影響について探求するものである。

健康の社会的決定要因やそれによる健康格差の問題は、1980年イギリスでブラック・レポート<sup>2)</sup> が公表されて以降、特にヨーロッパの研究者の関心を集めるようになる (近藤克則; 2012: 70)。WHO (World Health Organization; 世界保健機関) ヨーロッパ地域委員会において、1991年には、社会階層間の健康格差が定量的に示され、健康格差を25%削減することを目標に掲げる等、公衆衛生の中心的な話題として論じられてきた (川上ら; 2015: 7)。そして、その縮小に向けて政策目標が掲げられるとともに、近年では、その成果が示されている部分もある (近藤克則; 2017: 222)。

また、2008年には、WHOによって「健康の社会的決定要因に関する委員会最終報告書」が出された (WHO; 2008/日本福祉大学訳; 2013)。報告書の冒頭では、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ことを認め、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重要な問題であることを喚起し、「一世代のうちに健康格差をなくすこと」を求めている。そのための行動の原則として、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、の3項が掲げられた。

特に、第3の原則を具現化するための勧告の一文「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が求められる。」という部分は、保健医療従事者への重要な指摘であろう。

一方、日本においては、高度経済成長期の都市への人口の集中と地方の過疎化、バブル崩壊(1991年)やリーマンショック(2008年)による経済停滞は、社会経済的格差を招き、さらにはそれに伴う健康格差を顕在化させる一要因となったと言われる(橋本; 2006)。1990年代後半頃からの社会経済格差の進行に伴い「健康格差」の問題が深刻化してきたことを背景として、社会医学や社会疫学の分野で「健康格差」についての研究が蓄積されたことにより、健康の社会的決定要因や健康格差の状況は、一般に捉えられているよりも深刻な問題であることが明らかにされてきている(近藤克則; 2017: 4-5)。

しかし、わが国において、社会医学の公衆衛生学の分野で、地域の人々の健康を支える保健医療従事者による「健康格差」縮小のアプローチ手法が十分に開発されているとは言い難い。一部の健康政策によって、健康な人はより健康に、不健康な人はより不健康になるという、健康格差拡大を助長している可能性があることも否定できない。

一例を挙げると、生活習慣病予防施策である「特定健診・特定保健指導<sup>3)</sup>」

においては、健診や保健指導を受けた人は健康になるが、受けることができない、あるいは受けない人々にとっては恩恵が少なく、格差が拡大するおそれがある。「特定健診・特定保健指導」を受診した人々のみにアプローチする場合、健診を受けない（受けられない）人々を置き去りにしてしまうことになりかねないからである。糖尿病患者の例として、健診を受けず糖尿病の発見が遅れ、重症化し、糖尿病性腎症や網膜症を二次的に発症することになり、さらに、これら不可逆的で完治することは困難な病を抱え、年齢を重ねるごとに体調が悪化してくると一定の就労や社会参加がままならなくなり、経済的に厳しい状況や社会的な孤立を招き、著しいQOL（生活の質）の低下をもたらすというケースがある。そもそも、生活習慣が悪化した要因、さらに、治療を受けられなかった要因は何か、という、ライフスタイル等疾病の原因の原因とも言える社会的決定要因へのアプローチ方法を確立することは、喫緊の課題であると考える。

健康格差は、国家間の差、国家内の差に大別されるが、本論は、わが国における「健康格差」縮小に向かうアプローチ方法について検討することを目的とするため、後者の同じ国の中の格差研究に焦点化し、現在までに明らかにされてきた「健康格差」の実態とその社会的決定要因を整理した上で、保健医療従事者による「健康格差」縮小に向けた地域保健活動の方法を導き出すことを目的とする。

## 1. 「健康格差」の実態

現在までに、どのような「健康格差」が報告されているのであろうか。ここでは、健康格差の研究および対策を先駆的に進めているWHOおよび欧米の報告と、国内における研究の報告により、現在までに明らかにされている健康格差の実態について述べる。

### 1) 欧米での先駆的な研究報告

イギリスでは、1948年に患者の医療ニーズに対して公平なサービスを提

供することを目的として始まったNHS（National Health Service; 国民保健サービス）によって健康格差は解消に向かっていると当時考えられていた（近藤克則; 2013: 2）。しかし、1980年のブラック・レポートでは、社会職業階層別死亡率について「社会階層Ⅴ（未熟）の男性の死亡率は、社会階層Ⅰ（プロフェッショナル）の男性の死亡率の約2倍である」こと等、社会構造的要因による格差が示され、さらに、1998年のイギリス保健省のアチソン・レポート<sup>4)</sup>では、1980-1990年にも健康格差が拡大したことが報告されたのである（近藤克則; 2013: 2）。

直後、WHOヨーロッパ地域事務局は、健康格差が確実に存在し、早急に取り組むべき課題として警鐘をならすべく「Social determinants of health. (健康の社会的決定要因)」(Marmot, M., Wilkinson, R. G.; 1999)を公表し、2003年の第2版（Marmot, M., Wilkinson, R. G.; 2003）において、10項の健康の社会的決定要因を示した（表1）。

この社会的決定要因の8項目である「依存症」では、貧困状態をスコア化した「剥奪スコア」<sup>5)</sup>を用い、最も剥奪されている、つまり、厳しい貧困状況にある人ほど、ニコチン・アルコール・薬物依存のリスクが高いことが示されている（Marmot, M., Wilkinson, R. G.; 2003: 24）（図1）。このような社会疫学調査により、剥奪されている場合、つまり、社会の中で当然のこととされていることが享受できていない場合は、依存症に蝕まれるリスクが高く不健康を被るという事実が示されたのである。

表1 WHOヨーロッパ地域事務局による健康の社会的決定要因、第2版  
(Marmot, M., Wilkinson, R.G.; 2003／高野ら訳；2004)

---

**1. 社会格差**

どのような社会においても、社会的地位が低いと、平均寿命は短く、疾病が蔓延している。保健政策は、健康の社会的経済的決定要因に取り組むべきである。

**2. ストレス**

ストレスのある環境は、人々を不安と憂慮で満ち、ストレスにうまく対応すること(ストレス・コーピング)を難しくする。そして健康を害し、早世へつながる。

**3. 幼少期**

人生のスタートでは、母親と幼児の支援が大切である。早期の発達と教育の健康への影響は、生涯続く。

**4. 社会的排除**

生活の質が低いと、その人生は短くなる。苦痛、憤慨、貧困、社会的排除、差別は、命を犠牲にする。

**5. 労働**

職場でのストレスは、疾病の相対危険度を高める。仕事を管理できる人々ほど、健康管理も良くなる。

**6. 失業**

雇用の確保は、健康と快適な暮らし、働きがいをもたらす。失業割合が高いことは、疾病の蔓延と早世をもたらす。

**7. 社会的支援**

家庭や職場、地域における友情、好ましい社会的関係、協力的支援ネットワークは、健康をもたらす。

**8. 依存症**

人々は、アルコール飲料、麻薬、喫煙に走り、被害を受ける。しかし薬物依存は社会的状況により生じている。

**9. 食品**

食品供給を管理しているのは世界経済であるため、健康的な食生活環境の整備は政治的課題である。

**10. 交通**

健康的な交通環境とは、公共交通機関の充実により、自動車運転が少なく、ウォーキングやサイクリングの多い環境である。

---

イギリスは、1998年のアチソン・レポートを公表した後、アクションプランを発表し多面的な取り組みを開始した。さらに、10年間の取り組み後に評価を行い、明らかになった課題に対する対応策を検討するマネジメントがおこなわれた。その結果、イギリスでは社会的困窮地域と富裕地域の平均寿命の差が6.9年から4.4年に縮小したことが報告されている(近藤克則; 2017: 95)。

現在、イギリス保健省は公文書アーカイブGOV. UK<sup>6)</sup>において、健康格差の実態についても公表している。イギリスにとって健康格差の問題は注目すべき重要課題のひとつと捉えられており、公にされることで、保健医療従事者も市民も、健康の社会的決定要因により生じる「健康格差」の現状を知

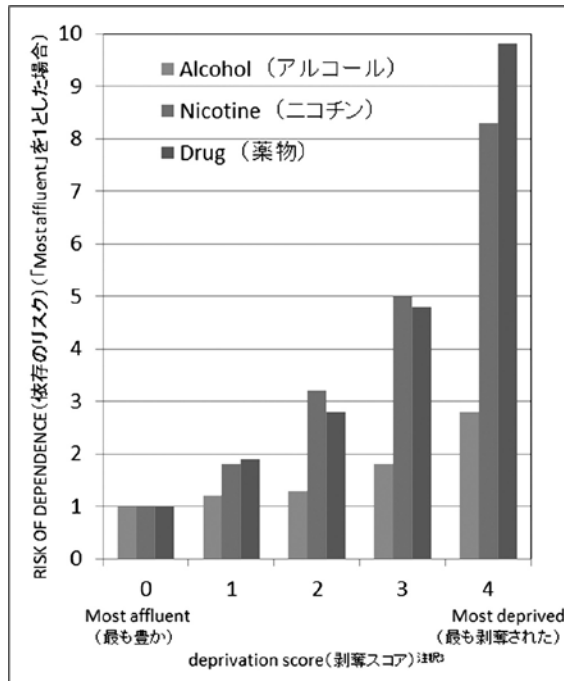


図1 Socioeconomic deprivation and risk of dependence on alcohol, nicotine and drugs. Great Britain, 1993 (社会・経済的貧困とアルコール・ニコチン・薬物依存の危険性：筆者訳)

ることができ、一般認識の向上にも寄与していると考えられる。

アメリカでは、1990年「Healthy People 2000」に基づく政策がスタートした<sup>7)</sup>。以降、人種間、社会経済階層間の健康指標の比較データが、アメリカ疾病対策予防センター（Centers for Disease Control and Prevention: CDC）の情報サイトに公表されている。また、同センターにより、2011年と2013年には、健康格差に特化した報告がなされたが、その中の項目によっては、変化がない、あるいは、差が拡大した指標もあるものの、白人と黒人の人種間の健康格差が縮小してきていることがわかっている（近藤克則；2017: 222-223）。

現在、アメリカでは「Healthy People 2010」を経て、「Healthy People 2020」が進行中である。Healthy People 2020 (Healthypeople. gov.; 2017年6月20日アクセス: 下記 ( ) 内筆者訳) では、人種や民族性、性別、性同一性障がいなどの差異により健康の不平等を被っていると思われる特定の集団に属する人々の健康に社会的決定要因が与える影響を認識し、その健康の改善に努める重要性を述べている。

さらに、アメリカの人々への影響が危惧される要因として、

- ・ High-quality education (質の高い教育)
- ・ Nutritious food (栄養価の高い食品)
- ・ Decent and safe housing (きちんとした安全な住宅)
- ・ Affordable, reliable public transportation (手頃な価格で信頼できる公共交通機関)
- ・ Culturally sensitive health care providers (文化的感性を持った保健医療提供者)
- ・ Health insurance (健康保険)
- ・ Clean water and non-polluted air (きれいな水と汚染されていない大気)

を挙げている。

2010～2019年の10年間で、病気、死亡、慢性状態、行動、およびその他のアウトカムの割合を、人口統計的要因との関連で追跡することによって、下記のような健康格差を評価することが明文化されている。

- ・ Race and ethnicity (人種と民族性)
  - ・ Gender (ジェンダー)<sup>8)</sup>
  - ・ Sexual identity and orientation (性的アイデンティティと同一性)
  - ・ Disability status or special health care needs (障害の状態または特定の医療ニーズ)
  - ・ Geographic location (rural and urban) (地理的位置—田舎と都市—)
- 健康格差や健康の社会的決定要因の解決には、一部の研究者が取り組むと



いうレベルではなく、国、政府、EU、WHOが対策を打ち出し、多くの公衆衛生関係者や実践家が、他の省庁を巻き込んで取り組みを始めている課題と言える（近藤克則；2013: 3）。

## 2）国内における報告

国内では、1990年代から積極的に社会疫学的研究が進められてきたことで、健康格差の拡大が数々指摘されることとなった。日本のデータを用いた研究でも、食事や運動に代表される健康行動、冠動脈疾患の危険因子（肥満や脂質異常）、および、脳卒中・高血圧・がん等の生活習慣病において健康格差が見出されている（近藤克則；2013: 3）。

わが国における健康格差がどのような集団間に認められる差なのかを概観すると、社会経済状況（所得等）差、地域間差、ジェンダー差に分けられる。

### （1）社会経済状況（学歴・所得等）による差

学歴や所得など、個人の社会経済的な状況が不利な人ほど不健康であることは、国外での研究と同様、日本でも報告されている。しかし、国外と比較すると、社会経済的地位と健康を長期的になおかつ広範囲に調査した例は非常に少ない。

その中で、現在最も多くのデータを蓄積しているのは、近藤らによる AGES (Aichi Gerontological Evaluation Study; 愛知老年学的評価研究)<sup>9)</sup>であろう。

AGESのデータを活用した吉井ら（2005）の報告によると、高齢者において、高所得層－低所得層、教育年数が長い者－短い者の間で、うつや主観的健康感などの健康指標に差がついている。具体的には、低所得層では、高所得層に比べ、うつ状態は5倍多く、要介護者も5倍多いという結果であった。

### （2）地域間差

地域（都道府県、市町村など）を単位とした健康水準（死亡率、平均寿命など）の関連要因の検討は、ecological study（生態学的研究）と呼ばれ、

既存の統計資料の利用によって行われる。日本においては、メッシュ区分法を用い大都市の小地域毎の死亡率の検証（大久保利晃；1977）や、循環器死亡率の地域格差と食品摂取の関連の分析（柳川洋；1976）が古典的な研究として行われており、比較的小規模な地区間であっても死亡率等の差が認められることを明らかにしている。また、全国の市町村を対象とした研究によって、地域間の健康水準は社会経済的要因と関連すること（Fukuda, Y. et al.; 2004a）、地域格差に寄与する主な死因は、脳血管疾患から外傷や自殺に変化してきていること（Y. Fukuda, Y. et al.; 2005）を示した。また、都市部の相対的健康水準の低下が進行しており、東京都・大阪府の都市型不健康への対策の必要性にも言及している（Fukuda, Y. et al.; 2004b）。

これらは、前述した「社会経済的状况による差」が地域間差に影響したものとえよう。地域による健康状態の違いとは言え、所得等の地域の社会経済状況を反映している傾向が強く認められるものの、国は健康日本21（第2次）の資料に「健康の地域格差」として、健康寿命の都道府県格差を示しているにすぎない。不利な地域に住んでいる人々ほど、様々な死因による死亡率が高く、喫煙やメタボリックシンドローム、糖尿病などのリスクも高いことが示されている（近藤尚己；2016: 5）。

また、全国109市町村の運動機能低下者（基本チェックリストを用いた厚労省基準該当者）の割合を示したものによって、前期高齢者に限定しても最小が4.5%に対し、最大が25.3%と5.6倍の差があり、さらに、同じ市町村内であっても、校区など、より小さな地域間で健康格差があることがわかってきている（近藤克則；2017: 1-2）。

一方で、社会経済的状况に関わらず、地域の社会的豊かさが良好である場合、その地域の健康度が高いことが、報告されている。社会的な豊かさとは、つまり人々のつながりや互酬の関係性のことを指す。これらを表す一つの指標に、「ソーシャル・キャピタル」があるが、このソーシャル・キャピタルの高い地域では、健康状況が良好であるという報告があり、ソーシャルキャピタルの地域差が健康に及ぼす影響についてのエビデンスが蓄積されてきて

いる（近藤ら；2010）（今村ら；2010: 176-177）。

### （３）ジェンダー差

多くの場合、男性が女性よりも、健康格差への社会経済状況の影響が大きいたことが報告されている。国外の研究においても、同傾向が確認されているのであるが、日本では前述した AGES による高齢者における調査研究で、男性において「健康格差」と「社会経済状況」の関連が顕著であることが明らかにされた（Seiko, M. et al.; 2012）。ジェンダー差が生じている理由については正確な根拠は述べられていないが、わが国における男女が社会的に担う役割の違いが影響していると考察されている。現在の高齢者では、男性が主な稼ぎ手である（あった）場合が多いため「稼げるか否か」ということが大きく影響する可能性がある。また、高齢世代においては、女性のほうが困った時に助けを求める力などの健康に生活するために知恵・手段を持ち合わせ、所得が低いことに伴うストレスやその柔軟な回避の仕方を持ち合わせているといったことが影響するのではないかと考えられている。

国内における「健康格差」研究により、様々な健康格差が存在することが明らかにされている。研究者らの提言によって、「健康格差の縮小」は、国民の健康の増進の推進に関する基本的な方向」と明示され、健康日本21（第2次）<sup>10)</sup>においても、その目標に掲げられたところである（厚生労働省、健康日本21（第二次）分析評価事業；2017年4月10日アクセス）。健康格差の縮小の目標値としては、上述の地域間差にあたる、健康寿命（日常生活に制限のない期間の平均）の都道府県格差の縮小が示されている（表2）。

表 2 健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現に関する目標

(出典：厚生労働省. 健康日本21 (第二次) 分析評価事業)

項目	現状	目標
①健康寿命の延伸(日常生活に制限のない期間の平均の延伸)	男性 70.42年 女性 73.62年 (平成22年)	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加 (平成34年度)
②健康格差の縮小(日常生活に制限のない期間の平均的都道府県格差の縮小)	男性 2.79年 女性 2.95年 (平成22年)	都道府県格差の縮小 (平成34年度)

注:上記①の目標を実現するに当たっては、「日常生活に制限のない期間の平均」のみならず、「自分が健康であると自覚している期間の平均」についても留意することとする。

また、上記②の目標を実現するに当たっては、健康寿命の最も長い都道府県の数値を目標として、各都道府県において健康寿命の延伸を図るよう取り組むものである。

## 2. 「健康格差」出現への経路

健康格差は、社会の中に存在する様々な要因によって生じるが、それらの要因がどのように関連し「健康格差」をもたらすに至るのか、その経路を明らかにし健康格差縮小に向けての介入ポイントを探る必要がある。そこで、ここでは、「健康格差」への経路について示されている先行研究を引用し、保健医療従事者による対応策を検討するヒントとしたい。

### 1) 「健康の社会的決定要因」に関する概念的枠組み

ヨーロッパの国々やWHOでは、健康格差の研究が蓄積されたことにより、WHOオタワ憲章(1986年)において、健康の前提条件が明示された。健康の前提条件は、健康の基本となる条件と資源であり、それは①平和 ②住居 ③教育 ④食糧 ⑤収入 ⑥安定した環境 ⑦持続可能な資源 ⑧社会的公正と公平の8項目からなる(島内; 2013: 6)。

さらに、これら「健康の前提条件」は、1998年にMarmot, M.らにより「健康の社会的決定要因」として整理され、カナダ公衆衛生機関により「健康の決定要因」として発表された(Marmot, M., Wilkinson, R. G.; 1998)。

さらに、2010年、WHOにより「A conceptual framework for action on

the social determinants of health. 2010（健康の社会的決定要因に関する概念的枠組み）」が示された（Solar, O., Irwin, A.; 2010: 6）（図2）。これは、健康の社会的決定要因について、複数の要因の層化を行うとともに、各々の要因同士の影響や関係性を構造化したものであり、まず、健康の社会的決定要因を「構造的決定要因」と「中間的決定要因」の2層に大別している。「構造的決定要因」には、「社会経済的・政治的背景」「社会経済的地位」が含まれる。これらは互いに影響しあう関係性にあり、国家の統治等の「社会経済的・政治的背景」により、人種差別や性差別等が助長（改善）されると、教育や職業、そして収入の差が増大（低減）し、「社会経済的地位」の差異が拡大（縮小）することに繋がるとされる。

「中間的決定要因」には、「物理的環境（住む家や食物の入手し易さ等）」「行動（ライフスタイル等）と生物学的要因（生活習慣等の影響による神経や代謝の損傷（病因）等）」「心理社会的要因（ストレス等）」が含まれるが、これらは互に関連するとともに「構造的決定要因」からの影響を強く受けることとなる。例えば、厳しい社会経済的状況（構造的決定要因）の下では、住む家や望ましいライフスタイル、心身の健康状態（中間的決定要因）を獲得することが困難であることを説明している。

「構造的決定要因」と「中間的決定要因」との間に介在する重要な要因に「社会的結束とソーシャル・キャピタル」という人々の関係性がある。「社会的結束とソーシャル・キャピタル」の豊かさは、「構造的決定要因」から「中間的決定要因」への影響を最大にしたり最小にしたりすることになる。このことは、イチロー・カワチ（2013: 154）が、東日本震災の例をあげ「地域の結束力や人との絆を高めれば、自然災害や貧困などの不利な状況にかかわらず、住民の安全と健康を保てる」と言及していることに通ずる。

さらに、結果としての「健康格差とwell-being<sup>11)</sup>」は、「構造的決定要因」である「社会経済的・政治的背景」「社会経済的地位」にフィードバックされる。健康格差の拡大やwell-beingの実現が困難な状況が顕著化した社会では、「構造的決定要因」のネガティブな側面を助長することとなり、負の

悪循環がもたらされる。つまり、広く健康格差が拡大し、well-beingが浸蝕されれば、社会経済状況の不安定化や悪化が生じることが示されている。

また、「保健医療制度」は「中間的決定要因」を補完する位置づけにあり、「適正な保健医療制度」は、健康格差の縮小やwell-being実現可能性の改善に貢献するが、逆の場合つまり、「不適正な保健医療制度」は、健康格差の拡大とwell-being実現可能性の低下をもたらすことも想定されるということである。

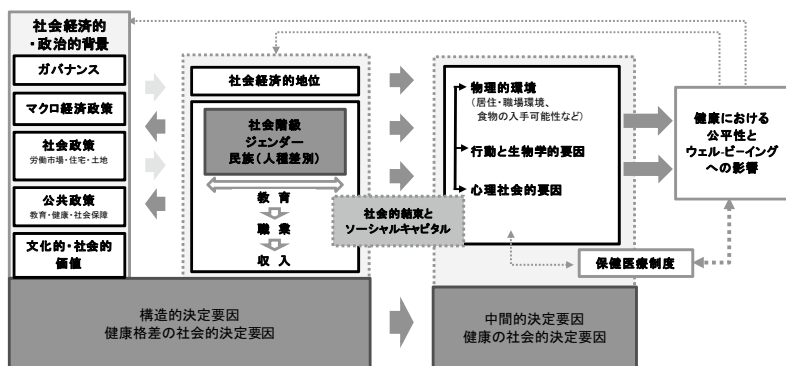


図2 WHO: A conceptual framework for action on the social determinants of health. (Solar, O., Irwin, A.; 2010)

(WHOによる健康の社会的決定要因に関する概念的枠組み：筆者訳)

## 2) 「健康格差の社会的決定要因」と「健康の社会的決定要因」

カナダのNCCHPP (National Collaborating Centre for Healthy Public Policy; 国家健康政策協力センター)<sup>12)</sup> では、「健康格差」縮小への取り組みをより焦点化するため、2016年に「健康の社会的決定要因」と「健康格差の社会的決定要因」を構造的に区分してその対策を検討したレポート「Policy Approaches to Reducing Health Inequalities (健康格差軽減のための政策アプローチ)」を公表している (NCCHPP; 2016)。

このレポートでは、前述したWHOによる「健康の社会的決定要因に関する

概念的枠組み（図2）」を引用し、健康格差を軽減するための公衆衛生の専門家に向けた8つのアプローチ；①政治経済学、②マクロ社会政策、③同時交差性（intersectionality）、④ライフコースへのアプローチ、および、⑤生活条件（living conditions）、⑥生活の場（settings）、⑦コミュニティ（communities）、⑧個人（individuals）を対象としたアプローチを提言している。

さらに、①政治経済学、②マクロ社会政策、③同時交差性、④ライフコースへのアプローチは、「社会経済的・政治的背景」「社会経済的地位」を含む「構造的決定要因」の部分、つまり「健康格差の社会的決定要因（Social determinants of health inequalities）」への介入であり、⑤生活条件、⑥生活の場、⑦コミュニティ、⑧個人を対象としたアプローチは、「心理社会的要因」「物理的環境」を含む「中間的決定要因」の部分、つまり「健康の社会的決定要因（Social determinants of health）」への介入であることを述べている（図3）。一方で、「構造的決定要因」としての政治的、社会的、経済的背景は、資源の分布を調整し、社会的地位に影響を与える。つまり、異なる社会的地位のグループ（女性、移民、少数民族、特定のタイプの労働者など）が経験する可能性がある特定の脆弱性に必然的に一生を通じて結びつく影響を示し、これを最小にするための政策としては、恵まれない子供たちが教育機会を増やすための貧困、政策、プログラムと闘うための政策や、女性教育を支援する政策に対抗する政策が挙げられている（脆弱性への効果（1））。さらに、「中間的決定要因」としての健康に有害な要因（貧しい生活条件、低い教育達成度、不適切なまたは不満足な仕事、社会的ネットワークの欠如など）に累積的および複合的に曝されることを回避するため介入は、最終的に、特定の個人や団体の健康の改善に寄与することを示し、特定の団体と個人に特定の支援を提供することによって、相互作用する曝露が減少し、相対的な社会的条件が大幅に改善された場合にのみ脆弱性が軽減される例を挙げている（脆弱性への影響（2））。

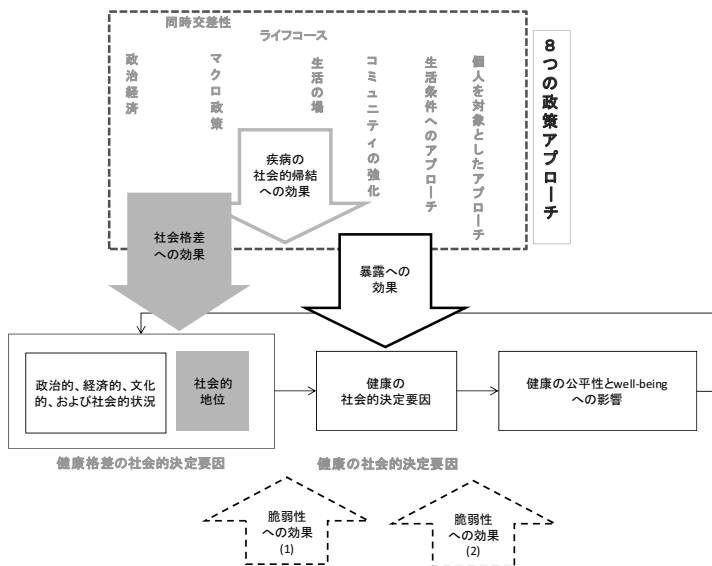


図3 Potential effects of policy approaches according to their entry points.  
(介入ポイントに応じた政策アプローチによる効果の可能性：筆者訳)

このフレームワークにより、「健康の社会的決定要因（中間的決定要因）」と「健康格差の社会的決定要因（構造的決定要因）」の焦点を明確に示すことで、公衆衛生の専門家が、健康格差とそれを及ぼす要因についての理解を促すことに貢献している。また、各々の政策アプローチについては、「健康格差を削減するための政策的アプローチ」として表にまとめられている（表3）。この表は、健康格差の具体的な理解に基づき、健康格差を縮小するための様々なアプローチが確立されるよう、アプローチ毎の介入パターンと影響の可能性を示し、各々のアプローチからどのような結果が導き出せるかといった思考プロセスを助ける構成となっている。



表3 Summary of policy approaches to reducing health inequalities  
(健康格差を削減するための政策的アプローチ：筆者訳)

出典：Adapted from the conceptual framework of the CSDH WHO, 2008; Solar and Irwin, 2010

健康格差（社会経済的・文化的背景、社会的地位）の社会的決定要因を対象としたアプローチ					
健康格差に作用する政策アプローチ	どの分野がどのようなアプローチをとっているのか、そのアプローチがどのように行われているか	そのアプローチは健康格差をどのように説明するか	そのアプローチは何に焦点をあてているか	そのアプローチの強みと限界は何か	例
政治経済	<ul style="list-style-type: none"> <li>格差は、富の分配、金融・市場規制、労働法などの要因は、他のすべてを犠牲にして支配的なグループの利益に賛同する。</li> <li>健康格差は、政治的、経済的な権力配分に根差す社会的な不平等の必然的な結果である。</li> <li>重点は、権力の分配と経済的生産方式との関係にある。</li> <li>社会科学、特に政治学、社会学、コミュニケーション研究。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>健康格差の構造的決定要因は、他のすべてを犠牲にして支配的なグループの利益に賛同する。</li> <li>健康格差は、政治的、経済的な権力配分に根差す社会的な不平等の必然的な結果である。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>主な焦点は、マクロレベル、構造レベルの政策である。</li> <li>財政、労働市場、市場規制</li> <li>ガバナンスの構造と政治の性質を定義する幅広い政策</li> <li>政治経済は、構造的根拠に基づいて、格差に向かう階層化を生み出す構造的レベルに介入する可能性が最も高い（社会的地位とそれに伴う脆弱性と露出を修正する）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>強み：社会システム全体に波及する可能性のある構造的レベルに介入する</li> <li>限界：多くの保健当局者、彼らが不平等の根本的な原因に影響を与える立場にないと感じている</li> <li>多くの人にとって、この視点は実現不可能なイデオロギーの展開を代表するかもしれない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>州によって支持される政治的および経済的システムのタイプ</li> <li>市場規制の種類と程度</li> </ul>
マクロ社会政策	<ul style="list-style-type: none"> <li>それらは、格差が最もよく対応されていると考えられるレベルを共通に持つ様々なアプローチを指しているが、単一の意識源ではない。</li> <li>概して、社会科学と健康政策の間がマクロ社会的政策に焦点化している。</li> <li>格差は、社会における部とサービスを適切に分配できないことに起因すると考えられている。</li> <li>カナダでは、これは主に自由主義へのコミットメントと「機会平等」の民主的価値を意味しており、残りの不平等ができないことや成功するために必要な措置をとる意欲の欠如の結果として見ることでできます。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>特定集団のメンバーであることは、富に関連する健康格差（たとえばシングルマザー）をもたらす可能性がある。</li> <li>特定集団のメンバーであることは、一定レベルで続くことや、健康づくりサービス/行動を利用することを困難にする可能性がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>政策は富の再分配に重点を置く傾向がある。満洲において全般的である。</li> <li>議論は、福祉国家の支援を強化し、社会民主主義（例えば全般的な託児所）に向かういくつかの政策提案をすることが多い。</li> <li>マクロ社会政策は、思わぬ受けにくい人々の社会的地位を平準化することによって、社会的階層化を減らす効果を持つ可能性が高い。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>強み：マクロ社会政策は、健康格差をもたらす前に、格差の影響を緩和する可能性を持っている。</li> <li>限界：州や政府の政治的/経済的志向によって制限を受ける可能性がある（Esping-Andersen, 1990）</li> <li>公衆衛生専門家は、これらの種類の方針に対する影響が限られたものと感じるかもしれない。</li> <li>変化が遅くなることがある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>全般的なヘルスケア：子供/税額控除：社会福祉政策など</li> </ul>
同時交差性※	<ul style="list-style-type: none"> <li>交差性は、社会的位置のコンテキストと特有の交差を調べる。</li> <li>格差は、人種、性別、年齢、移民ステータス、性的志向などの多面的な（不利な）社会的位置に起因する。</li> <li>格差は、抑圧 対 特権として考えられていて、1980年代後半に、社会科学と人文学で取り上げられた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>これらの不利の交差性は、健康を生成する要素（富、名誉、権力など）へのアクセスの不公平をもたらす。</li> <li>抑圧は、明らかに貧困の健康アウトカムを引き起こすと考えられている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>様々な社会的地位の相互作用-政策/プログラム選択によって誰が恩恵を受けられるか、誰が不利を被っているのか、最新の注意を払う必要がある。</li> <li>このアプローチを用いた政策は、階層化を減らす可能性があり社会的地位の脆弱性ばかりでなく、健康被害要因自体の露出や脆弱性の露出を減らす可能性がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>強み：個人とグループにもたらされる不平等に対処することに向かう。複数の不利益とこの影響に対処する。</li> <li>限界：まったく新しいものであり、範囲を考えるにはあまりに圧倒的に思えるかもしれない。</li> <li>多くの専門家は、これは範囲/能力を超えていると感じるかもしれない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>LGBTコミュニティの若者のためのホームレスの避難所/住居オプション。</li> </ul>
ライフコース	<ul style="list-style-type: none"> <li>ライフコースには格差が刻まれる。これは、個人間の人生をつうじての相互作用、その選択と行動能力、社会構造の不平等を派生する影響である。</li> <li>このアプローチは、社会学、心理学、人口統計学、経済学、および医学などのいくつかの分野の交わりから由来する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>健康不平等は、健康を守るのか、人生を通して危険にさらされている一連の要因の変化から生まれる。</li> <li>これらのリスク要因は、社会的位置、地方および国の生活状況、暮らしの過程で形成される社会的結びつき、通常生活の生活経路を得る機会によって変化する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>政策は、一度いくつかのレベルで行動し、社会的状況に根差している。</li> <li>それらは、社会的状況のターゲットとし、人生を通して、衝撃の大きな場合に支援を提供する（短期的な即時支援と予防政策）。そして、既存の資源に基づいて人的資本を育成する（長期）。</li> <li>それらは、ライフコースを通じて曝露と脆弱性を緩和しようとする。</li> <li>それらは、軌道を変更する可能性があり、また、個人やそれに近い人たちの社会的地位に影響を及ぼす可能性がある（人生のつがり、世代間の影響）。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>強み：これらの軌道に影響を与える政策の役割だけでなく、異なる社会集団の生活軌道（移民、先住民など）も考慮に入れることができる。</li> <li>限界：ライフコースのなかで政策が果たす役割を評価することが難しい。</li> <li>ライフコースを通じて、セクター間の行動が必要である。</li> <li>政策立案や 制度上の柔軟性に課外されたコミュニティの参加が必要。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>予防的な政策（短期）：医療への普遍的なアクセス（重症疾病に伴う財政打撃を制御する）</li> <li>妊産婦のうつ病の検出</li> <li>人的資源政策（長期）：幼児期の早期開発、質の高い保育、若年層に有利な柔軟な組織政策。</li> </ul>

※同時交差性（Intersectionality）とは、社会的および文化的カテゴリーがどのように絡み合っているかを分析する理論として定義することができる。性別、人種、民族、障害、階級、国籍等の関係を調べる。（Collins, 2015）

健康の社会的決定要因（生活環境、環境、コミュニティ、個人）を対象としたアプローチ					
健康格差に作用する政策アプローチ	どの分野がどのようなアプローチをとっているのか、そのアプローチがどのように行われているか	そのアプローチは健康格差をどのように説明するか	そのアプローチは何に焦点をあてているか	そのアプローチの強みと限界は何か	例
生活条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>これらのアプローチは、物質的・心理社会的資源（異なる社会階級や異なる社会経済的地位によって構成される）へのアクセスの公平による格差を念頭に置く。</li> <li>概して、社会科学と健康科学の両方は、生活条件の重要性に焦点を当てている。</li> <li>歴史的に、生活条件の改善を目的とした介入も公衆衛生の中で思考の主流を表す、人々の健康を改善するための基本的事項である（例えば、安全な飲料水や下水処理）。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>貧しい人々の健康は、生活の多くの分野（家族、仕事、コミュニティなど）に作用する。不利な生活条件、基本的なサービスと資源へのアクセス機会の減少そして、心理社会的なストレス（不安、人生のコントロールができない、非難、疎外感、孤立感）にさらされることに関連している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>政策は、物理環境や社会環境の特性を改善することを目指すとしている。</li> <li>これらは、脆弱性を軽減し、様々な人口集団間の不利な生活条件や心理社会的ストレスへの曝露を減らすようとしている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>強み：普遍的なことができ、すべての人の健康の改善、最も不利なセクターをターゲットにすることができ、したがって最も脆弱な集団の健康改善をおこなう。</li> <li>限界：単独で適用した場合、格差を悪化させる可能性がある。異なるグループによる尺度の可変利用がしばしば考慮されない。</li> <li>一回に1つの生活条件のみをターゲットにすることがよくある。</li> <li>異なる生活環境における悪影響の根拠にあるより構造的な決定要因には十分注意を払わない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>労働条件の改善を目指す方針。</li> <li>思われていない雇用セクター（低ステータスの仕事）・社会住宅に焦点を当てた政策。</li> <li>健全な職場を促進する政策。</li> </ul>
生活の場	<ul style="list-style-type: none"> <li>格差は、セッティングコンテキスト（生活資源の文脈）とそれをなす個人との間の相互作用の反映である。これらのアプローチは伝統的に、ヘルスプロモーションの生態学的モデルと複雑システムの観点に裏打ちされている。</li> <li>最近では、現代社会学的理論、批判的リアリズム、潜在能力アプローチによって支持されている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>不健全な行動に加えて、特定の環境における悪い健康の悪化は、環境の物理的な側面を含む多くの相互作用する要因によって影響される（自然環境や建築環境など）。社会的および集団的要因（現在の規範や価値観、組織や地域社会）そして、人々が利用可能な資源を引き出す機会を提供する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>政策は、環境の構造的次元を修正し、個人がこれらの構造的次元を利用し、それらに影響を及ぼす能力をサポートすることを目指している。</li> <li>環境の資源はそれ自体が目的ではなく、むしろ目標を達成する手段である。</li> <li>これらの介入は、いくつかのレベルで政策介入を必要とする。</li> <li>それらは、特定の社会的グループの脆弱性を軽減するだけでなく、さまざまなリスク要因への曝露を減らすことを目指す。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>強み：不利な条件への曝露を減らし、健康を促進するために個別かつ集合的に行動する能力をサポートするために、複数のレベルで同時に行動する。</li> <li>限界：生活の場（セッティング）のそのままだな部分の集団の深い知識（社会的、政治的分析）が必要。</li> <li>最も除外されたグループの長期的な参加は維持するのが難しい場合がある。</li> <li>幅広い部門間のアクション/協力が必要。</li> <li>強力な対象に挑むため、多くの計画、コミットメント、強制的なリーダーシップが必要。</li> <li>それらの働きは「上向きと外向きの双方向」が重要である。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>政策は統合されたアプローチ。（プログラム実施のマルチセッティング）に賛同する。</li> <li>発展途上国および貧困層における除外化されたグループの参加を目標とする政策プログラムの実施とセッティングにおける研究（健康都市運動）。</li> </ul>
コミュニティ	<ul style="list-style-type: none"> <li>格差は、人々が何をでき、あるいはできないかを見極める力の根拠へのアクセスの違いである。</li> <li>これらのアプローチは、権威、社会運動、インフォーマルな相互性、集団行動と組織の理論を根拠としている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>一部のグループの健康状態の悪化は、除外、孤立および不足のプロセスによって悪化する。</li> <li>社会に参加することの機会を創出ことは、特定のグループやコミュニティに、尊厳、自尊心、自分の人生に対する支配力や影響力を奪うものです。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>政策は、公共政策や意思決定プロセスに対する社会的結束、相互支援、参加、エンパワメント、集団行動、地域社会の発展、地元コミュニティの影響力の醸成を目指す。</li> <li>それらは、社会的統合と参加を促進することにより、露出と脆弱性を軽減し、それらはより公平、広範な社会政策の実施と選択を容易にすることを意図している。理論的には層化に影響を与えることができます。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>強み：地域社会のニーズを満たすこと（意思決定への参加と介入の評価）。地元の力を築き、コミュニティのwell-beingを強化する。</li> <li>限界：多くの場合、恵まれない特定のコミュニティのみを対象としている。参加、パートナーシップ、部門間協力が必要。</li> <li>この新たな地元の集団行動を可能にする/支援するため、体制内に必要な柔軟性を確保することと抜きにしては、地元の組織を恵まれない人々に負担をかけるべき危険性がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>参加型の予算編成は、提供される公的サービスの範囲を選択することを目指すとした市民権の行使と共同意思決定を促進する（McKenzie, 2014）。</li> <li>モンテリオール地方社会開発イニシアティブは、モンテリオールの公衆衛生当局、グレーターモンテリオ（ヌイティッドウェイク）のセントレイドと近隣の組織のモンテリオ地域連合（モンテリオのネイバーフッドネットワーク）の間の交渉された合意を含んでおり、地元に由来する健康不平等を軽減するために、市民参加のプロセスを促進する。事前計画されたプログラムの実施ではなく、地域社会の取り組みを支援する（Bernier, Clavier, &amp; Giasson, 2010）。</li> </ul>
個人	<ul style="list-style-type: none"> <li>健康不平等は個々の選択と特性の結果である。</li> <li>それらは、「さまざまなスキルと責任を求めている複雑な社会では、機能的に必要な不可欠である」と考えられています（McAl, 2008, p. 94）。</li> <li>これらのアプローチは、社会心理学や社会的マーケティングなどの分野から出てくる。</li> <li>特に個々の行動や選択行動を対象としています。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>いくつかの集団の健康状態の悪化は、人格特性や個人的な欠点（知識や教育の欠如、個々の認識の制限など）に起因する変更可能な行動リスク要因によって悪化する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>個人に「健康的な選択」を促す。</li> <li>最も脆弱な人々を強化し、支援し、教育して、健康関連の行動を変え、権限を付与する。</li> <li>これらの政策は、有害な行動への曝露を減らすようします。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>強み：実現と評価が簡単である。安値で、政策的、経済的である。</li> <li>限界：不利な状況にあるグループだけを対象をターゲットにすることがよくある。</li> <li>個人を抽出することで、社会的文化的または経済的な制約や人生の悪影響に由来するものは考慮せずに、個人を非難し、不平等を拡大することになる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>肥満予防や禁煙を目指す情報キャンペーンを推進する政策。</li> <li>ここには、健康行動の修正を目的としたパーソナルマーケティングプログラムも含まれる。</li> </ul>

### 3) 「健康の生物・心理・社会モデル」—社会的因子が健康に影響するプロセス

従来の医学モデルでは、生活習慣が悪いから病気になるという部分に着目される。病気の直近の原因のみをみればそのとおりである。しかし、原因の原因、その原因にまで視野を広げてみれば、生活習慣の背景にある複雑なプロセスが見えてくる。それを示したものが、近藤（近藤克則；2005：28）による「健康の生物・心理・社会モデル」である（図4）。

健康状態の直接的原因となるのは、生活習慣による神経等生体機能の状態「生物学的因子」である。しかし、これらは、生き抜く力や主観的健康感（自分は健康だと思ふ気持ち）等の「心理的因子」や趣味や生きがい等の社会の中で培われる「心理・社会的因子」に影響を受けることは想像できるであろう。さらに「心理的因子」や「心理・社会的因子」は互いに影響しあうとともに、「社会的サポート・ネットワーク」「社会経済的階層」に強く影響を受ける。

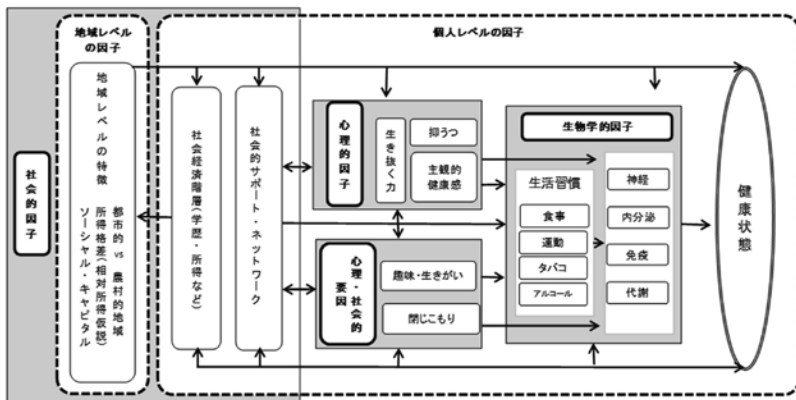


図4 健康の生物・心理・社会（bio-psycho-social）モデル  
—社会的因子が健康に影響するプロセス（近藤克則；2005：28）

このモデルは、健康の原因として、生物学的因子へのかかわりは重要であるものの、その背景となる心理的因子、心理・社会的因子、社会的因子への配慮なくしては、健康状態を良好にコントロールする支援は成立しないこと

が明らかであることを示している。

このモデルにおいては、社会経済階層（学歴・所得）は、個人レベルの因子にも社会的因子にも含むとされ、これは「WHOによる健康の社会的決定要因に関する概念的枠組み」とは、異なる構図である。確かに、「社会経済階層（学歴・所得）」は、個人が持っている特徴を表すものではあるが、社会レベルの社会経済的・政治的背景の影響を受け生じる結果であることから、社会的因子（「WHOによる健康の社会的決定要因に関する概念的枠組み」における「構造的決定要因」）と捉えることがより妥当なのではないかと考える。

#### 4) ライフコース疫学による健康格差が生じる経路

近年、出生時からの長期的な影響を研究する「ライフコース疫学」により、親世代の成人期から、小児期・青年期、そして妊娠期・出生時と遡りながら、それぞれの時期の因子と成人期の健康・疾患との関連が明らかにされつつある。

ライフコース・アプローチの視点からみると、その背景には、多くの因子が関与しており、複雑に絡み合って成人期の健康や疾病に影響することがわかる（近藤克則; 2017: 20-21）（図5）。

まず、ライフコースのスタート地点と言われる妊娠期・出生時では、出生体重などの生物学的因子に、親の喫煙や栄養状態などが影響している。それには、親の社会経済的環境が関連してくる。この時期の生物学的な因子は、小児期・成人期の体格や体力などの健康資本に影響する。

小児期・青年期の因子の、健康資本が豊かなほど、勉強に専念でき、また、活発な活動により様々な知恵を身に着ける機会に恵まれることも考えられ、教育に有利である。親が与えてくれる社会経済的環境は、教育を受ける機会や生活習慣と関連しており、必然的に健康資本に影響が及ぶのである。

特に、比較的若い（早期）成人期の因子には、子ども時代の因子の影響が及ぶ。基本的な生活習慣は、子ども時代に身についたものでもあり、親世代

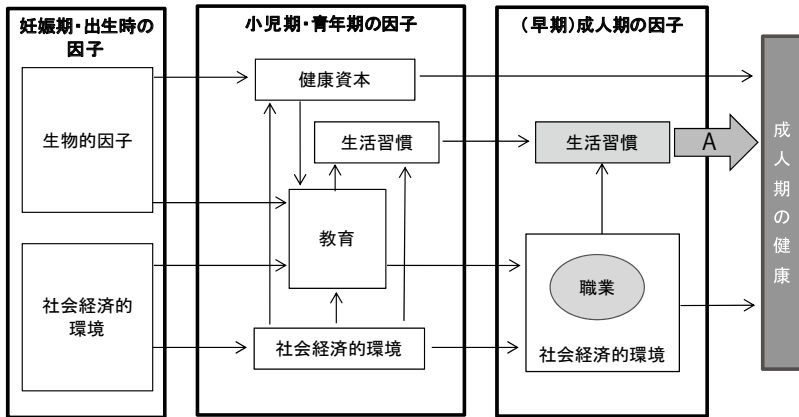


図5 妊娠期から成人期への健康への影響経路（近藤克則; 2017: 20-21）

の社会経済的環境は、成人期のそれに影響する。生活習慣のみを病因とみなす医学モデルは、他の因子を軽視あるいは無視してしまう恐れがあるのである。

ライフコース・アプローチでは、人の一生涯の流れを軸に健康の決定因子の関連性を示したものである。いずれの期においても、「社会経済的環境」すなわち「健康格差の決定要因（構造的決定要因）」が土台となり、妊娠期・出生時の生物学的因子、小児期・青年期および成人期の生活習慣に影響を及ぼしていることが示されている。

### 3. 「健康格差」縮小に向かう健康政策

2. 「健康格差」への経路では、健康と健康格差の決定要因について、先行研究を参考に考察してきた。「WHO概念モデル」は、「構造的決定要因」と「中間的決定要因」を明確に区分し、カナダのNCCHPPによる健康格差を減らすための政策手法（NCCHPP；2016）では、「健康格差」に向かう過程の専門家による介入ポイントを示している。また、近藤による「健康の生物・心理・社会モデル」や「ライフコース・アプローチ」においても、保健

医療専門職による介入ポイントを念頭に置き整理すると、「WHO概念モデル」の「中間的決定要因」つまり、「心理社会的要因」、「物理的環境」をターゲットとすることの重要性が高いと考えられる。また、「中間的決定要因」は、公衆衛生に関わる保健医療従事者がアプローチする際の対象（例えば、地方自治体や地域あるいは、職域・学校、そして、家族や個人）と一致するが、「構造的決定要因」への直接的アプローチの介入主体は国際機関や国であることが一般的である。

ゆえに、ここでは8つの政策アプローチのうちの「中間的決定要因」へのアプローチ、すなわち、生活条件、生活の場、コミュニティ、個人を対象とした4つのアプローチについて以下に具体的に検討する。

### 1) 生活条件 (living conditions) へのアプローチ

このアプローチは、物質的・心理社会的資源へのアクセスの不公平による格差を念頭に置くものである。歴史的に言えば、プライマリ・ヘルス・ケア<sup>13)</sup>に代表される生活条件の改善を目的とした介入は公衆衛生の中で人々の健康を改善するための基本的事項である（例えば、安全な飲料水や下水処理）。さらに、労働条件の改善を目指す方針、恵まれていない雇用セクター（低ステータスの仕事）、社会住宅に焦点を当てた政策、健全な職場を促進する政策等もこの生活条件へのアプローチである。

職業や住環境など、社会背景が違えば、健康リスクは違うし、健康に対する考え方も行動も違う。そのため、漫然と集団全体にアプローチを行ったとしても、情報が届く（情報をキャッチできる）人と届かない（キャッチできない）人が存在する。生活条件へのアプローチにおいては、後者の情報が届かない人に焦点をあてるために、社会的に不利な状況にある人に特化する必要性が示されている。

この点について、福田（2008）はvulnerable population approach（脆弱性に特化したポピュレーション・アプローチ）を紹介し、脆弱性の高い特定の地域あるいは集団を対象とした栄養改善プログラムや雇用対策が、健康

格差の縮小に貢献しうる可能性を述べている。しかし、特定の集団を選定することで、スティグマの形成や社会的排除の助長が生じないように十分に配慮する必要がある。そこで、近藤（近藤尚己；2016: 48）は社会的な立場の弱さに比例して対策を強化しつつも、集団全体に恩恵がいきわたるよう傾斜をつけた proportionate universalism（比例的普遍主義）<sup>14)</sup>を紹介している。具体的には、自治体内で行われている全出生児を対象とした、新生児訪問があげられる。すべての新生児の家庭訪問を行うが、それに携わる保健師が対象の脆弱性を評価し、支援の質や量を調整し傾斜をつけて関わっていくことがこれに当たる。つまり、proportionate universalismは、健康格差の縮小をねらう、生活条件への傾斜をつけたアプローチなのである。

## 2) 生活の場（settings）へのアプローチ

生活の場とは、人々が時を過ごす職場や学校、地域コミュニティを指す。生活の場は、健康の機会を得る場所にも、あるいは、健康が脅威にさらされる場所にもなりうる。生活背景とそれをなす個人との間の相互作用が反映され、ここでの格差が生じるに至ると考えられる。ヘルスプロモーションのecological perspective（生態学的観点）は、健康問題の全てのレベルにおける要因の相互の関係性を強調するため、生活の場へのアプローチは、物理的・社会文化的環境、保健医療システム等の複合システムとの相互作用に焦点を当てるものである。この政策例としては、疎外化されたグループの参加を目標とする政策プログラムの実施と生活の場へのアプローチを統合する働きかけや活動がある。具体的には、健康まちづくり活動、健康都市運動等があげられる。

一例をあげると、現在、熊本市において取り組まれている「小学校区単位の健康まちづくり」がこれにあたる（熊本市ホームページa）。健康まちづくりについて、「健康づくりを実践、継続していくためには、人と人とのつながりを強め、お互いに支えあい、地域の健康課題を考える場などの環境整備も必要であり、これには地域活動の拡がりや、各種団体の活性化につながる『まちづくりの要素』が多く含まれる。」と説明しており、活動がレポー

トにまとめられホームページ上でも公開されている。生活圏内の小学校校区を対象とし、各校区担当の保健師、まちづくりセンターの行政職員、そして自治会関係者や民生委員等の住民、地域の企業等、その小学校校区を生活の場とする主要アクターが健康まちづくりに関わり活動を進めている。

生活の場（settings）へのアプローチでは、このような健康まちづくりの試みのように、地域に生じている健康を取り巻く様々な課題について、「皆でどう解決するか」を検討していく中で、それらの課題を自分のこととして捉えるような地域の人々が増えることで、生活の場が社会的な包摂を促進するため、格差対策になりうる可能性があると考ええる。

### 3) コミュニティ（communities）へのアプローチ

コミュニティへのアプローチは、権限、社会運動、インフォーマルな互惠性、集団行動と組織の理論を根拠としている。人々が何にアクセスでき、あるいはできないかを見極める根源的力をコミュニティ（市町村あるいは都道府県等の地方行政レベル）が持っているか否かが、健康格差の違いに影響するとされる。地方レベルでの健康格差を軽減するために、市民参加のプロセスを促進することが重要である。カナダにおける事例として、予算編成を市民参加型で行い、公的サービスの範囲を決定するプロセスを経て、市民権の行使と共通意思決定を促進した例（McDaniel, S., Bernard, P.; 2011）や、事前計画されたプログラムの実施ではなく、プログラムの企画から市民参加型のプロセスを重要視し、地域社会の取り組みを支援したモンリオールの取り組みの例（NCCHPP; 2016: 7）もある。

「健康都市（ヘルシーシティ）とは、健康を支える物的および社会的環境を創り、向上させ、そこに住む人々が相互に支えあいながら生活する機能を最大限活かすことのできるように、地域の資源をつねに発達させる都市である（ハンコックとダールの定義）」（島内ら; 1995）と定義されているように、市民との協働で都市を発展させていくものである。

日本においても、健康都市運動がいくつかの都市で進められている。熊本



市において進められている「健康くまもと21」は、この一例であると言える（熊本市ホームページb）。健康増進法に基づく熊本市増進計画を市民参加型で策定し、「全ての市民が生涯を通して、住みなれた地域で健康でいきいきと暮らせるまちを市民と協働でつくる」ことを基本理念に、健康なまちづくりを総合的に推進しているものである。また、さらに先進的な事例として、WHO西太平洋地域事務局による「健康都市プロジェクト発展のためのガイドライン（2000年）」を採用し、2004年に「健康都市いちかわ宣言」を行った市川市の事例がある（市川市；2005）。市川市では、WHOの「健康都市プロジェクト発展のためのガイドライン」（市川市企画部健康都市推進課；2000）に沿って、健康都市プログラムを作成した。それまで取り組んできた各種計画・事業を見直し、その推進体制には、行政と市民・事業者の連携と協働が、計画から評価まで具体的に示されている。

市民参加の様々な場面での市民参加が進んできているが、権限移譲が曖昧である等の課題を今後どう解決していくかを検討する必要がある。

#### 4）個人（individuals）へのアプローチ

個人間の健康格差やwell-beingの差は、個々の選択と特性の結果である。個人（individuals）へのアプローチは、「さまざまなスキルと責任を求めている複雑な社会では、機能的に必要な不可欠である」と考えられている（NCCHPP；2016：12）。このアプローチは、社会心理学や社会的マーケティング等の学問をベースに、特に「個々の行動」や「個々の選択肢」を対象としている。このアプローチの強みは、実現と評価が比較的に簡単であり、安価で、政策的、経済的である。最も脆弱な人々をエンパワメントし、支援し、教育して、健康関連の行動変容を促し、権限を付与する必要がある。しかし、一方で、不利な状況にあるグループに含まれる個人だけをターゲットにすることがよく発生する。個人を抽出することで、社会文化的または経済的な制限や人生のスタート地点が好ましいものでなかった場合の発達的な影響によるものは考慮せずに、個人を非難し、不平等を拡大するリスクが生じる。社

会文化的、経済的な影響によるものが大きい個人に対しては、前述した、生活条件、生活の場へのアプローチが優先的に、あるいは同時並行的に行われることが肝要である。つまり、生活条件、生活の場へのアプローチが優先的に行われない場合の個人へのアプローチは、健康格差拡大を助長する危険性が高まるということである。決して個人へのアプローチそのものを否定するものではないが、「最も脆弱な人々をエンパワメントし、支援し、教育して、健康関連の行動変容を促し、権限を付与する」という重要な点を備えて実施されることが健康格差縮小あるいは拡大を助重しないためには必要なのである。

わが国における「特定健診・特定保健指導」では、保健師、看護師、栄養士が個人へのアプローチに関わるが、アプローチ方法によっては健康格差の拡大を招く場合があり、結果的に担当する個人そして、地域・職域全体の健康を損なう可能性があることを十分に認識する必要がある。その上で、対象となる個人とその生活条件、生活の場（地域・コミュニティ）へのアプローチを怠ることなく、個人へのアプローチに臨むことが重要であると言える。

## おわりに

近年、多くの保健医療従事者が、日々の業務において、解決が困難な健康課題を抱える数々の事例にあたるなか、「健康格差」の問題の深刻化とその対策の必要性に気づいているであろう。しかし、個人にアプローチする際、あるいは、管轄する地域や職域において活動を展開する際に、具体的にどのような方法を用いることが健康格差の縮小を可能にするかという根拠を持ち合わせていなかったり、各アプローチの強みと限界が十分に捉えられていなかったりする現状があると推測される。

先駆的に健康格差対策を講じてきている欧米諸国と比較すると、わが国における健康格差対策は、健康日本21（第2次）を契機として途に就いたばかりである。わが国においては、公的機関によって、格差の実情を測定することは行われていないが、行政機関と独自でパイプを作りデータの集積によ

て格差の実情を明らかにするJAGESのような、大規模疫学調査を構築する取り組みが始まっている。

地域保健活動を展開する専門家は、これらと並行して、「健康の社会的決定要因（中間的決定要因）」に働きかけ、健康格差の是正あるいは縮小に貢献するスキルを磨いていく必要がある。しかし、現在の保健医療従事者がどのようなスキルを磨くべきであるか、その教育や研修内容等について、これまでに国内で具体的手法が示されているものはなく、本著における具体的アプローチの検討は「健康格差」縮小に向かうための地域保健活動を具現化するための端緒を開くものと考ええる。

本論では、これまでの健康格差の現状と健康格差に至るまでの経路について概観し、「健康の社会的決定要因（中間的決定要因）」である、生活条件、生活の場、コミュニティ、個人を対象とした4つのアプローチについて、カナダのNCCHPPの枠組みを参考に、具体的なわが国の取り組みについて検討し、各アプローチの裏付けとなる根拠や、その強みと限界について確認した。その結果、「健康格差」縮小と銘打っていないまでも、既に実施できている事例が多数あること、また、逆に「健康格差」拡大へのリスクを孕む保健事業について明らかにすることができた。

今後、さらに実際の地域保健活動における「健康格差」縮小アプローチの現状と課題を調査等で明らかにし、「健康格差」縮小に向かう有効性の高いアプローチ方法の確立について検討を深める必要がある。

保健医療従事者による有効性の高い「健康格差」縮小アプローチ方法が具体的に確立されることにより、地域の人々の健康を支える地域保健活動を担う保健師等の保健医療従事者が、これまでのフィールドでの経験や活動を糧にしつつ、その活動のあり方を「健康格差」縮小に向かうものとするのが十分に可能であると考えている。

## 注釈

- 1) 厚生労働省は、2012（平成24）年7月に「次期国民健康づくり運動

プラン策定専門委員会：健康日本21（第2次）の推進に関する参考資料」の中で、健康格差を定義している。また、地域格差に関するデータは相当な精度での蓄積があること、自治体間の格差を明らかにすることで各自治体の自主的な取組を促進する効果が期待できることなどから、今次計画では地域格差に焦点を置くこととすると示している。

2) ブラック・レポートは、1980年に英国保健社会保障省（現在の英国保健省）により公表された、サー・ダグラス・ブラックが議長を務めた健康格差についての専門委員会による報告書である。英国は福祉国家論の導入以来、全体としての健康は改善されているが、健康格差は拡大していることを示した。これらの格差の大きな要因は貧困であること、そしてこれらの格差への取り組みとは上層階層と下層階層の格差の緩和に他ならない、ということを示した（参考：Department of Health and Social Security. (1980). Inequalities in Health: The Black Report. Chairman: Sir Douglas Black. UK Socialist Health Association.）（2017年5月22日アクセス）。

3) 特定健診・特定保健指導とは、「医療制度改革大綱」（平成17年12月1日政府・不党医療改革協議会）において、平成27年度には平成20年度と比較して糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群を25%減少させることが政策目標として掲げられ、中長期的な医療費の伸びの適正化を図ることとされた。この考え方を踏まえ、生活習慣病予防の徹底を図るため、平成20年4月から、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「高齢者医療確保法」という。）により、医療保険者に対して、内臓脂肪の蓄積等に着目した生活習慣病に関する健康診査（以下「特定健診」という。）及び特定健診の結果により健康の保持に努める必要がある者に対する保健指導（以下、「特定保健指導」という。）の実施が義務づけられた（厚生労働省. 健康局; 2013）。

4) アチソン・レポートは、1998年にDonald Achesonが率いる英国の調査によって報告された報告書であり、健康格差に関する調査によって

その拡大が認められたことが示された（参考：Department of Health. (1998). Independent inquiry into inequalities in health: Report. Chairman: Sir Donald Acheson. GOV. UK. <https://www.gov.uk/government/publications/independent-inquiry-into-inequality-in-health-report>.2017年5月22日アクセス）。

- 5) 「剥奪スコア (Deprivation Score)」とは、イギリスの社会学者ピーター・タウンゼントによって開発された、生活水準を測るスコアである（参考：Marmot, M., Wilkinson, R. G.; 2003: 24）。日常生活に必要な50余項目をリストアップし、それらの項目が欠如している（例えば、粗末な住宅、低所得、孤独な親子関係、失業、住む場所がない等）数を合計し、貧困状況をスコア化している。タウンゼントはこれを、社会の中で当然のこととされていることが享受できていないという意味で、相対的剥奪 (Relative Deprivation) と定義した（参考：ルース・リスター著、松本伊智朗監訳、立木勝訳、(2011). 貧困とはなにかー概念・言説・ポリスティック. 明石書店.)。
- 6) GOV. UKとは、英国政府の情報とサービスを利用するために開発されたポータルサイトである。各種の情報や政策の成果等をオープンソースとして公開している（参考：GOV.UK .<https://www.gov.uk/> 2017年6月12日アクセス）。
- 7) アメリカの保健福祉省 (Department of Health and Human Services) は、1990年9月、20世紀末までにアメリカ人の健康を改善するための戦略である「Healthy People 2000：国民健康増進および疾病予防目標」を発表した (Centers for Disease Control and Prevention : National Center for Health Statistics-Healthy People 2000.[https://www.cdc.gov/nchs/healthy\\_people/hp2000.htm](https://www.cdc.gov/nchs/healthy_people/hp2000.htm).2017年5月25日アクセス)。その後、評価と目標の再設定が行われ、2000年～2009年までの「Healthy People 2010」を経て、現在、2010年～2019年までの「Healthy People 2020」が進行中である。
- 8) ジェンダー (gender) とは、生物上の雌雄を示すセックスに対し、

歴史的・文化的・社会的に形成される男女の差異、また、その差異に対する知識である。(参考：松村明編, (2006-2014), 大辞林 第三版.) 社会において、生物学的男性ないし女性にとってふさわしいと考えられている役割・思考・行動・表象全般を指す。

- 9) AGES (Aichi Gerontological Evaluation Study; 愛知老年学的評価研究) とは、1999年度より高齢者ケア政策の基礎となる科学的知見を得る目的で、厚生科学研究費補助金を受けて愛知県の2自治体を対象に始まった。2003年度には3県15自治体において32,891人のデータを収集することができ、その後、2004年度には2県3自治体のデータが増えた。これらのうち2006年度には追跡調査に協力が得られた3県の10自治体でデータが得られている。これまでに、公衆衛生学、保健社会学、栄養学、家族社会学、心理学、社会福祉学、作業療法学、経済学、地域計画学、地理学など、社会疫学に関心を持つ多くの分野の研究者が、それぞれの分野の研究の到達点や方法論を持ち寄り、調査票の設計し分析にあたっている。

(参考：AGESホームページ <http://square.umin.ac.jp/ages/ages.html>  
2017年4月15日アクセス)

- 10) 健康日本21とは、「21世紀における国民健康づくり運動」の略称である。健康増進法に基づき策定された「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針（平成15年厚生労働省告示第195号）」は、国民の健康の増進の推進に関する基本的な方向や国民の健康の増進の目標に関する事項等を定めたものである。この方針が2012年全部改正され（平成24年7月10日厚生労働省告示430号）、2013年から2022年の「健康日本21（第2次）」が進行中である。(参考：厚生労働省.健康日本21サイト <http://www.kenkounippon21.gr.jp/>. 2017年6月2日アクセス)
- 11) well-beingとは、1948年に設立時のWHO憲章の前文における健康の定義の文中にある言葉である。「健康とは身体的・精神的及び社会的に良好な状態（well-being）であって、単に病気ではないとか、虚弱で

はないということではない。」とされている。よって、「幸福」と訳される場合もあるが、happiness（楽しい、幸せな状態）と区別して、本著では、well-beingのまま用いる。（参考：島内憲夫; 1992）

- 12) カナダのNational Collaborating Centre for Healthy Public Policy; 国家健康政策協力センターとは、カナダの健康公共政策を促進するため公衆衛生担当者の支援に取り組んでいる組織である。健康に関する公共政策の効果、健康の戦略的政策立案による影響の評価等を専門分野としている。（NCCHPP;[http://www.ncchpp.ca/docs/2017\\_Ineg\\_PolApprochesWebinaire14mars\\_EN.pdf](http://www.ncchpp.ca/docs/2017_Ineg_PolApprochesWebinaire14mars_EN.pdf)（2017年4月29日アクセス）
- 13) プライマリ・ヘルスケアとは、地域に住む個人や家族にあまねく受け入れられる基本的保健ケアのことであり、それは住民の積極的参加とその国でまかなえる費用で運営されるものである（島内ら; 2013: 114）。1978年のWHO/UNICEF主催の「プライマリ・ヘルス・ケアに関する国際会議」において、「アルマ・アタ」宣言として提唱されたもので、必須8項目として①栄養不良、②飲料水、③衛生、④母子保健・家族計画、⑤予防接種、⑥流行病、⑦健康教育、⑧一般的疾病、外傷の治療があげられている（松田正己; 2016: 13）。
- 14) proportionate universalism（比例的普遍主義）とは、社会的に不利な層に配慮し、より厚い支援をしつつも、全体を対象とする「配慮ある普遍的対策」の元となる考え方である（参考：近藤克則; 2017: 237）。

## 【参考文献】

- ・CDC; Centers for Disease Control and Prevention : National Center for Health Statistics—Healthy People 2000. [https://www.cdc.gov/nchs/healthy\\_people/hp2000.htm](https://www.cdc.gov/nchs/healthy_people/hp2000.htm) (2017年5月25日アクセス)
- ・Collins, Patricia H. (2015). “Intersectionality’s Definitional Dilemmas” Paid subscription required. Annual Review of Sociology; 41: 1-20.

- ・ Department of Health and Human Services; Healthy People 2000.  
[https://www.cdc.gov/nchs/healthy\\_people/hp2000.htm](https://www.cdc.gov/nchs/healthy_people/hp2000.htm) (2017年6月20日アクセス)
- ・ Healthypeople.gov. Social Determinants of Health. <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/social-determinants-of-health> (2017年6月20日アクセス)
- ・ Fukuda, Y., Nakamura, K., Takao, T. (2004a). Increased excess death in urban areas: quantification of geographical variation in mortality in Japan, 1973-1998. *Health Policy* ; 68: 233-244.
- ・ Fukuda, Y., Nakamura, K., Takao, T. (2004b). Municipal socioeconomic status and mortality in Japan: sex and age differences, and trends in 1973-1998. *Soc Sci Med* ; 59: 2435-2445.
- ・ Fukuda, Y., Nakamura, K., Takao, T. (2005). 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. *Int J Epidemiol* 34: 100-109.
- ・ Fukuda, Y., Nakamura, K., Takao, T. (2007). Higher mortality in area of lower socioeconomic position measured by a single index of deprivation in Japan. *Public Health*; 121:163-173.
- ・ GOV.UK. <https://www.gov.uk/government/publications/independent-inquiry-into-inequalities-in-health-report> (2017年4月20日アクセス)
- ・ Krieger N. (2001). glossary for social epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health* (55), 693-700.
- ・ Marmot, M., Wilkinson, R.G. (1998). Public Health Agency of Canada “What Determines Health?”  
<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-eng.php#determinants>. (2017年4月28日アクセス)
- ・ Marmot, M., Wilkinson, R. G. (1999). Social determinants of



- health. Oxford University Press. / 西三郎（監修）（2002）. 21世紀の健康づくり10の提言—社会環境と健康問題. 日本医療企画.
- Marmot, M., Wilkinson, R. G. (2003) Social determinants of health: the solid facts 2nd edition. WHO regional office for Europe. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/98438/e81384.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf) (2017年4月28日アクセス) / 高野健人監訳. (2004). 健康の社会的決定要因—確かな事実の探求—第二版. 特定非営利活動法人 健康都市推進会議. <http://www.tmd.ac.jp/med/hlth/whocc/pdf/solidfacts2nd.pdf> (2017年4月12日アクセス)
  - McDaniel, S., Bernard, P. (2011). Life course as a policy lens: Challenges and opportunities. Canadian Public Policy, 37 (s1), 1–13.
  - NCCHPP; National Collaborating Centre for Healthy Public Policy. (2016). Policy Approaches to Reducing Health Inequalities. [http://www.ncchpp.ca/docs/2016\\_Ineg\\_Ineq\\_ApprochesPPInegalites\\_En.pdf](http://www.ncchpp.ca/docs/2016_Ineg_Ineq_ApprochesPPInegalites_En.pdf) (2017年4月2日アクセス)
  - Seiko, M., Kondo, N., Kondo, K., Ojima, T., Hirai, H. (2012). Gender differences on the impact of social exclusion on mortality among older Japanese: AGES cohort study. Soc Sci Med 75:940-945.
  - Solar, O., Irwin, A. (2010) A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Social Determinants of Health. WHO, Geneva. [http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH\\_eng.pdf](http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf) (2017年3月21日アクセス)
  - WHO. (2008). 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 (executive summary) / 日本福祉大学. (2012). 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）. <http://www.>

- who.int/kobe\_centre/mediacentre/JA\_Closing\_the\_Gap\_Executive\_summary.pdf?ua=1 (2017年4月22日アクセス)
- ・ World Health Organization Geneva. (2010). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health, 6.
  - ・ 市川市企画部健康都市推進課. (2000) 健康都市プロジェクト展開のための地域ガイドライン (日本語翻訳版). WHO西太平洋地域事務局.WHO健康都市研究協力センター監修.
  - ・ イチロー・カワチ. (2013). 命の格差は止められるか：ハーバード日本人教授の、世界が注目する授業. 小学館.
  - ・ 市川市. (2005). 市川市健康都市プログラム—WHOの健康都市を目指して—<http://www.city.ichikawa.lg.jp/common/000012787.pdf> (2017年5月29日アクセス)
  - ・ 熊本市ホームページa. (小学校区単位の健康まちづくり) [https://www.city.kumamoto.jp/hpKiji/pub/detail.aspx?c\\_id=5&id=4963&class\\_set\\_id=3&class\\_id=563](https://www.city.kumamoto.jp/hpKiji/pub/detail.aspx?c_id=5&id=4963&class_set_id=3&class_id=563) (2017年5月15日アクセス)
  - ・ 熊本市ホームページb. (進めよう！健康くまもと21～熊本市健康増進計画～) [http://www.city.kumamoto.jp/hpKiji/pub/detail.aspx?c\\_id=5&id=3917&class\\_set\\_id=2&class\\_id=394](http://www.city.kumamoto.jp/hpKiji/pub/detail.aspx?c_id=5&id=3917&class_set_id=2&class_id=394) (2017年5月15日アクセス)
  - ・ 近藤克則. (2005). 健康格差社会：何が心と健康を蝕むのか. 医学書院, 28
  - ・ 近藤克則, 平井寛, 竹田徳則, 市田行信, 相田潤. (2010). ソーシャル・キャピタルと健康. 行動計量学, 37(1), 27-37.
  - ・ 近藤克則. (2012). 「医療クライシス」を超えて：イギリスと日本の医療・介護のゆくえ. 医学書院.
  - ・ 近藤克則. (2013). 健康の社会的決定要因：疾患・状態別「健康格差」レビュー. 日本公衆衛生協会, 3
  - ・ 近藤克則. (2017). 健康格差社会への処方箋. 医学書院.
  - ・ 近藤尚己. (2016). 健康格差対策の進め方：効果をもたらす5つの視点.

医学書院.

- ・厚生労働省. (2012). 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会：健康日本21（第2次）の推進に関する参考資料. 平成24年7月. 25：[http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21\\_02.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_02.pdf). (2017年4月10日アクセス)
- ・厚生労働省. 健康局 (2013). 標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】平成25年4月. 10.
- ・厚生労働省. (2013). 厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」報告書資料, 2001～2010年都道府県別健康寿命
- ・厚生労働省. 健康日本21（第二次）分析評価事業. [http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryoku/kenkou/kenkounippon21/kenkounippon21/mokuhyou01.html](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/kenkou/kenkounippon21/kenkounippon21/mokuhyou01.html) (2017年4月10日アクセス)
- ・厚生労働省. 健康日本21サイト. <http://www.kenkounippon21.gr.jp/>. (2017年6月2日アクセス)
- ・川上憲人, 橋本英樹, 近藤尚己. (2015). 社会と健康：健康格差解消に向けた統合科学的アプローチ. 東京大学出版会.
- ・大久保利晃. (1977). メッシュ区分法による大都市の主要死因別死亡と社会経済的要因との関係について. 日本公衛誌, 24(2), 713-725.
- ・島内憲夫. (1992). ヘルスプロモーション：戦略・活動・研究政策. 垣内出版.
- ・島内憲夫, 岡本暁, 小野田薫, 市村久美子. (1995). ヘルシー・シティーズ：新しい公衆衛生をめざして. 垣内出版.
- ・島内憲夫, 鈴木美奈子. (2013). ヘルスプロモーション：WHO：オタワ憲章（新装版）. 垣内出版.
- ・橋本英樹. (2006) 社会格差と健康格差；なぜ今注目されるのか. 日本公衆衛生誌, 52(10), 90.
- ・福田吉治. (2008). ポピュレーションアプローチは健康格差を拡大させ

る? vulnerable population approachの提言. 日本衛生学雑誌, 63 (4), 735-738.

- ・松田正己. (2016). 標準保健師講座 1. 公衆衛生看護学概論 (第4版). 1章. B公衆衛生の理念. 医学書院. 13.
- ・柳川洋. (1976). 循環器疾患死亡率の地域格差と食品摂取に関する統計的検討. 日本公衆衛生雑誌, 23(11), 711-719.

## **A Study on Local Community Health Activities to Reduce Health Inequalities**

### **— Suggestion from Health Inequalities Research —**

**TOWATARI Yoko**

The purpose of this paper is to elicit recommendations regarding how medical and healthcare professionals can carry out regional health interventions aimed at the reduction of health inequalities, through consideration of the social determinants of health and health inequalities, and to outline the current reality, as illustrated by international and domestic health inequality research to date.

Since the 1980s, progress has been made in Europe in understanding the reality of health disparities, and in 1998, the WHO Regional Office for Europe confirmed the existence of actual health inequalities, highlighting it as an issue that should be immediately addressed. In recent years, in Europe and the United States, a reduction in the health inequalities was confirmed due to health inequality measures. Domestically, since the 1990s, against the background of an emerging health inequalities brought on by a sluggish economy, research into health disparities has progressed, and while health inequalities have been confirmed, concrete measures to address the issue have only just begun to be implemented by some researchers.

As a model to describe social determinants of health and the health inequalities, as well as its evolution, Canada's NCCHPP's "Policy Approaches to Reducing Health Inequalities," outlines the intervention patterns and potential impact of eight approaches, and was created by specialists to promote consideration of the major effects of each approach. Amongst these, the approaches dealing with four areas:

living conditions, settings, communities, and individuals, have the broadest utility for medical and healthcare professionals to carry out regional health interventions aimed at the reduction of health inequalities. Therefore, it is hoped that by using these approaches, public health nurses conducting regional health promotion activities can reexamine their approach to the reduction of health inequalities, so that these activities can become tools for reducing health disparities.