

研究ノート

健康格差の縮小に向かう公衆衛生看護アプローチの検討 ～A.センのケイパビリティ・アプローチを手がかりに～

戸渡 洋子・宮北 隆志

1. はじめに

「健康格差」とは、「不公平で回避可能な健康の不平等」であり、いのちの不公平に関わる社会正義の問題とされる（WHO、2008/日本福祉大学訳、2013: 4）。この「健康格差」について、日本では、高度経済成長期の都市への人口の集中と地方の過疎化、そして、1991年バブル崩壊による経済停滞が社会経済的格差を招いたのち顕在化してきたことが指摘されている（橋本、2006）。また、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、これらの状況が一般に捉えられている以上に深刻であることが明らかにされており（近藤、2017: 4-5）、この人々のいのちの不公平に関わる問題にどう挑むのか、その対策はわが国における重要な課題である。

日本における医療の発展や健康診断、保健指導等の予防医学的政策の普及は、がん・脳血管疾患・心疾患等の発症予防や死亡率低下等をもたらし世界も認める“長寿社会”の実現に寄与してきたと言えよう⁽¹⁾。しかし、著しい医学の進歩、高まる人々の健康志向、そして、医療・公衆衛生従事者などによる健康づくり運動が進んでいるにも関わらず、その成果にかげりが見られることも事実である。2013年に発表された、「21世紀における国民健康づくり運動（以下、健康日本21）」⁽²⁾の第一次（2000-2012）の最終評価（厚生労働省、2011）では、59の評価項目中、4割近い23項目は改善なし、あるいは悪化していた。その内訳は、改善なしの14項目（23.7%）の主なものが、「自殺者の減少」、「多量に飲酒する人の減少」、「メタボリックシンドロームの該当者・

予備群の減少」、「高脂血症の減少」であり、悪化した9項目（15.3%）の主なものが、「日常生活における歩数の増加」、「糖尿病合併症の減少」であった。

このことは、急激な社会構造や疾病構造の変化、そして、人々の生活の多様化や複雑化等により、これまでの医療・保健分野で疾病を減らす等の成果に貢献してきた、医学モデル⁽³⁾におけるハイリスク・アプローチ⁽⁴⁾や、画一的に人々に広く情報を提供するようなポピュレーション・アプローチ⁽⁵⁾のみでは、充分に対応しきれていない健康問題を示唆するものであろう。

そのため、国は、最終評価のこのような現状を踏まえ、今後の方向性として、「健康格差の縮小」等を含む「社会経済の変化への対応」が必要であると分析し（厚生労働省、2011: 33）、健康日本21第二次（2013-2023）の目標に「健康寿命の延伸と健康格差の縮小」を掲げ、取り組んでいるところである（厚生労働省、2018）⁽⁶⁾。

現在の日本ではなお、少子高齢化、都市化・過疎化による人口や経済の偏重、また、経済活動のグローバル化、情報化により社会格差⁽⁷⁾は進行しており（厚生労働省、2015）、さらに、各地で頻発している大規模な地震等の自然災害が追い討ちをかけるように、弱い立場に置かれた人々の健康被害⁽⁸⁾を深刻なものとしている（岡田、2015）。

あらためて、「すべての人々に健康を」⁽⁹⁾—すなわち基本的人権としての健康、具体的には人々の望む充実した日々の暮らしの実現—に向けた、保健医療福祉の専門家のアプローチについて、再検討がなされる必要性が高まっている時代であると言えよう。

筆者が、基本的人権である健康を支える専門家として注目するのは保健師⁽¹⁰⁾である。公衆衛生看護（Public health nursing）、そしてその活動を担う保健師（Public health nurse）は、対象を取り巻く環境、すなわち「健康の社会的決定要因」にも働きかけ、社会的公正を活動の規範におき、個人や家族の健康課題とコミュニティの健康課題を連動させながら、人々が自らの健康やQOLを維持・改善する能力を向上すること、そして、社会資源の創造と組織化を行うことにより対象の健康を支えるシステムを創生すること

を使命とする看護職である（日本公衆衛生看護学会、2014）。

よって、社会的公正を欠くことに起因する「健康格差」に対処することは、公衆衛生看護を担う保健師の重要な役割である。

一方で、「健康格差」の問題において、「健康」をどう捉え、どのような差を問題視するかは重要な点である。「健康」は、単に疾病の有無のみならず、人々のQOL（quality of life）—すなわち、生命・生活・人生の質—を包含する全人的なものと捉えられるべきものである⁽¹¹⁾。しかし、医療制度改革⁽¹²⁾以降の日本では、医学モデル（検査データ）、経済モデル（医療費）による事業評価が重視されてきたため、人々の多様性ある「健康」や「健康の不平等」を十分に捉えられていない可能性があるのではないかと考える。

健康問題がより多様化・複雑化している現代において、QOLをも包含する多様性ある「健康」を捉えた上で、その不平等を縮小する新たなアプローチを検討することが重要である。

そこで、本論では「真の平等」を説いた経済学者アマルティア・セン（Amartya Sen）⁽¹³⁾の「ケイパビリティ・アプローチ」を用いて、健康格差の縮小に資する公衆衛生看護のあり方を検討する。

センは、1900年代のロールズ⁽¹⁴⁾による平等論で説明されるような社会的な「基本財（所得や保健医療など）」の資源分配の平等のみでは、それまでの医療や栄養の不足、また、まともな教育を受けることができない状況があったがために、手にした資源を有効に活用することができない可能性が高く、よって真の平等とは言えないことを指摘した。センは、その人が望む人生や日常生活の選択の幅、すなわち、その人の持つ基本的な能力をケイパビリティ（Capabilities）⁽¹⁵⁾、と名づけ、「真の平等」とは、この「ケイパビリティの平等である」とし、「貧困は単に所得の低さというよりも、基本的なケイパビリティが奪われた状態と見なければならぬ」（Sen, 1999: 10）と主張したのである。

健康問題が多様化・複雑化し、「健康格差」—すなわち、回避可能な不公

平による健康の不平等—の拡大が認められる今日、これまでの保健師活動の業績を継承しつつも、新たな公衆衛生看護アプローチが求められる転換期にあることが考えられる。

2. 現在の「健康格差」対策の枠組み

日本において、この「健康格差」と「健康の社会的決定要因」への対策として、厚生労働省が示しているものが健康日本21である。健康日本21（第二次：2013-2025）の目標には、「健康格差の縮小」とそのための「社会環境の質の向上」が掲げられている。その背景には、前述した、健康日本21（第一次：2000-2012）では、改善が見られなかった項目が多くあったこと、その原因には容認できない「健康格差」があることを示す科学的な知見が蓄積されたこと、「健康の社会的決定要因」への取り組みについて国内外でその対策の重要性が示されていることなどがあると考えられる。

ここであらためて、「健康」の定義について触れよう。

国際的に最も用いられている「健康」の定義は、1948年にWHO（World Health Organization; 世界保健機関）が設立した際に憲章の前文で示された—健康とは、完全に肉体的、精神的、社会的に良好な状態であり、単に疾病や虚弱のないことではない—という定義である（岡崎他、2006: 6）。この前文では併せて—到達し得る最高基準の健康を享有することは、人種、宗教、政治的信念又は経済的もしくは社会条件の差別無しに万人の有する基本的権利である—と謳っている。

さらに、1978年のWHOによるアルマ・アタ宣言では、すべての人々にとって健康は基本的人権であることを認めた上で、そのために地域住民を主体とし、人々の最も重要なニーズに応え、問題を住民自らの力で総合的にかつ平等に解決していくアプローチとして、プライマリヘルスケア（Primary Health Care: 以下、PHC）が提言された。そして、1986年にカナダのオタワで開かれた第1回ヘルスプロモーション国際会議における「オタワ憲章」

によって、PHCを実現するために「ヘルスプロモーション」が定義され、その実現手段が提唱された（島内、1990）。

ヘルスプロモーションとは、人々が自らの健康をコントロールし改善できるようにするプロセスである。

身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態に到達するためには、個人や集団が望みを確認・実現してニーズを満たし、環境を改善し、環境に対処（cope）することができなければならない。それゆえ健康は、生きる目的ではなく、毎日の生活の資源である。健康は、身体的な能力であると同時に、社会的・個人的資源であることを強調する積極的な概念なのである。それゆえ、ヘルスプロモーションは、保健部門だけの責任にとどまらず、健康的なライフスタイルをこえて、well-beingにもかかわるのである（島内、1990: 79-80）。

よって、ヘルスプロモーションとは、健康的なライフスタイルを超えた幸福（well-being）までをその射程に置き、「健康」は人々の生活の質（Quality Of Life：生活の質）を維持、向上するための重要な「資源」であることを示すものである。

さらに、2005年のバンコク憲章（島内ら、2012: 17-18）によって、1986年WHOのオタワ憲章によるヘルスプロモーションの定義が、「人々が自らの健康とその決定要因をコントロールし改善することができるようにするプロセスである（下線、筆者）」と再定義されたことから、人々を取り巻く様々な環境一すなわち健康の社会的決定要因の重要性を示唆したものとなっている。

この「健康の社会的決定要因」の重要性が唱えられるようになった理由には、グローバル化した世界において健康に影響を及ぼす重大な要因が大きく変化を遂げたことにある。

バンコク憲章では、健康に影響を及ぼす重要な要因として、「国内外での不平等の増加」、「新しい消費形態とコミュニケーション形態」、「商業化」、「地

球環境の変化]、「都市化」があげられている。これには、同時期に、CSR (Corporate Social Responsibility: 企業の社会的責任)、すなわち、企業が社会面および環境面に及ぼす影響に対して、法令や契約業務を超えて自主的に考慮し、その責任を果たしていくための“持続的な開発 (Sustainable development)”に向けた国連等の動きがあったことも影響しているとされる (島内ら、2012: 11-12)。

また、ヘルスプロモーション活動は、「健康的な公共政策づくり」「健康を支援する環境づくり」「地域活動の強化」「個人技術の開発」「ヘルスサービスの方向転換」という5つの柱を持ち、その大きな特徴は、住民や当事者の主体性を重視していること、各個人がよりよい健康のための行動をとることができるような政策等も含めた環境を整えることに重点がおかれることである (島内、1990: 96-97)。

一方、WHOは、「健康格差とは、国家内および国家間の諸グループ間で見られる健康状態の不公平で回避可能な不平等である」と定義している (WHO公式ウェブサイト)。さらに、「これらの不平等は、社会内および社会間の不平等から生じるため、社会的および経済的条件などの『健康の社会的決定要因 (Social Determinants of Health)』が、人々の生活に影響をもたらし、疾病リスクと、病気になるのを防ぐために取られる措置、または病気が発生したときにそれを治療することを決定する」とし、健康格差の縮小には、健康の社会的決定要因への働きかけが極めて重要であることが示されている。

2008年WHO (WHO、2008/日本福祉大学訳、2013) による「一世代のうちに格差をなくそう～健康の社会的決定要因に対する取り組みを通じた健康の公平性：健康の社会的決定要因に関する委員会最終報告書2008」によって、「健康の社会的決定要因」への働きかけの重要性は以下のように記されている。

貧困者の健康不良、各国内に生じている社会格差に対応した健康格差、そして国家間での顕著な健康の不公平は、世界的な、あるいは国内

における、権力、資金、物資およびサービスの不平等な分配と、それらの結果として生じる直接的に眼に見える人々の生活環境（すなわち保健医療、学校、教育へのアクセス、労働と休養、家庭、コミュニティ、町や市）と豊かな人生を送れるチャンスの不公平とによって生じている。健康を阻害するような経験の不公平な分配は、どう考えても自然現象とは呼べず、粗末な社会政策や事業、不公平な経済秩序と、劣悪な政治の有害な複合作用の結果であると言える。健康の社会的決定要因は、（社会）構造的な決定要因と日常生活環境の両方から成り立ち、それらは国家間および国内の健康の不公平の大半の原因となっている。明らかに示されている事実であり、健康の社会的決定要因への働きかけが不足していることが問題であるとしている（WHO、2008／日本福祉大学訳、2013: 3）（下線、筆者）。

これらの文脈からも、人々の健康を支える政策について大局的に概観すれば、「健康格差」の縮小のためには、これまでのトップダウン型のアプローチや、健診などの事業に代表される「健康政策」のみでは不十分であり、民間におけるCSRも網羅し、すべての政策に健康の視点を導入する「健康的な公共政策（Healthy Public Policy）」が必要であることが示されている。

3. 健康格差対策を実践する上での課題

これまで述べてきたように、日本においても、すべての人々に基本的人権としての健康が保障されるために、2000年に開始された健康日本21（第一次）にヘルスプロモーションの考え方が導入されていたにも関わらず、芳しい成果は認められなかった。その原因は、単純に何か一つに絞られるものではないが、健康日本21（第一次）最終評価では社会経済の変化への対応が不十分であったことが省察され、健康日本21（第二次）の方向性として「社会経済の変化への対応」があげられた。

しかし、国レベルで、「社会経済の変化への対応」が必要だと打ち出したとしても、PHCやヘルスプロモーションを基盤とする活動に保健師が取り組もうとする際には、いくつかの障壁が存在する。そのひとつが組織構造上の問題である。

保健師の多くが活動の拠点を置くのは、市町村役場や県保健所といった行政機関であり、住民を対象とする保健福祉活動を担う保健師等の業務は、帰属する行政機関の政策・施策・事業に依拠し、これらは、政策を上位とした3層の構造を持つ(図1)。保健師は、自治体のこの3層の構造に沿って各種計画を立案し、主に保健事業の実施・評価を担うものである。そのため、ヘルスプロモーション活動の「健康的な公共政策」を実践に導くためには、この図の例に示したように全庁で取り組む政策(この例では「いきいきと暮らせる〇〇町」)に住民の健康やQOLが位置づけられ、すべての行政職が共通して「健康的な公共政策」への認識を持つことが重要である。

政策目標に「健康的な公共政策」の視点が含まれない場合、この政策・施策・事業の枠組みにおいて「健康」に関連することは、往々にして健康部門

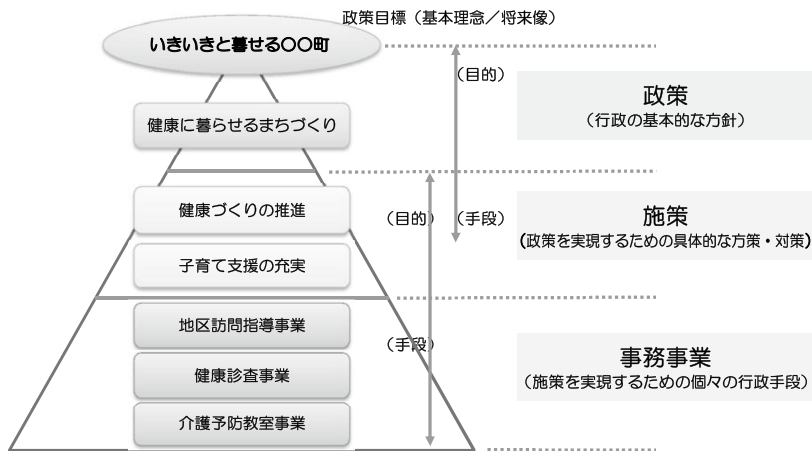


図1 政策体系の構成～政策・施策・事務事業の位置づけ～(例)(筆者作成)

を担う部局のみの業務とみなされることが生じてしまう。特に縦割りの業務分担が明確になっており、横断的な連携がはかりにくい組織体制である場合には、すべての政策に健康の視点をボトムアップして入れていくには、多大な困難と労力を伴うこととなるのである。

よって、政策目標に「健康的な公共政策」の視点が含まれるよう、民意を動かすような唱道 (advocacy)⁽¹⁶⁾ もまた重要なアプローチである。しかし、近年、「健康的な公共政策」への唱道を困難なものにしているものがある。それは、「健康自己責任論」の高まりをみせる世間の風潮の存在である。

4. 健康の自己責任論を超えて

「健康自己責任論」が公言されている例をあげる。

麻生太郎副総理・財務相は24日夜、都内で開かれた会合で、医療費負担について「食いたいだけ食って、飲みたいだけ飲んで、糖尿病になって病院に入っているやつの医療費はおれたちが払っている。公平ではない。無性に腹が立つ」と述べた。「生まれつき体が弱いとか、けがをしたとかは別の話だ」とした（日本経済新聞 2013/4/25付、傍点著者）。

この発言は、以下のような文脈で展開されている。糖尿病の人は、本人の欲望のままに飲み食いし、自己管理ができなかったのであるから、糖尿病になったのは本人の責任である。であるにも関わらず、自己管理してきた結果、糖尿病などに罹っていない我々が、医療費を払っている。ゆえに、不公平であり、腹が立つ。

このような、健康の自己責任論の前提には、「健康的な他の選択肢があって、それを選べたはずなのにあえて選ばなかった」という認識があるが、果たして、この発言の矛先が向けられた人々すべてに選ぶ自由はあったのであろうか。その選択の背景である、経済状況等の生活基盤に不公平（健康の

前提要因)が存在している可能性もある。そこを無視して、糖尿病に罹患し医療費を多額に使用しているという経済学的なデメリットのみを焦点化し、「不公平である」と断言することができるのであろうか。

しかし、健康の自己責任論は決して限られた個人の考え方という訳ではなく、日本国内にその風潮があるのも事実であり、そして、それらが「健康の社会的決定要因」への働きかけや「健康的な公共政策」の構築に、ネガティブな影響を与えていることも考えられる。

政治経済学的な分析によると、そこには、新自由主義による政策が影響している(川崎ら、2012: 130)。新自由主義は、経済格差等の出現に際して、自由な競争の結果として差が生じるのは資本主義社会においては当然のことであり、差を是正することは競争の鈍化につながり、国の発展を妨げるという考え方に基づく。

このような国や人間の「発展」をGDP(国内総生産)等経済的発展のみで捉えることに警鐘を鳴らし、新たな「人間開発のあり方」提言をした経済学者がアマルティア・セン(Amartya Sen)⁽¹³⁾である。センによるケイパビリティ論は、「世界で最も住みやすい国」の順位づけで知られる「人間開発報告書」の哲学的な基盤になったことで知られている(人間開発報告書、2010)。

センは、所得や保健医療などの資源分配の平等のみでは、真の平等とは言えず、その人が望む人生や日常生活の選択の幅、すなわち、ケイパビリティの平等こそが、真の平等であるとし、「貧困は単に所得の低さというよりも、基本的なケイパビリティが奪われた状態と見なければならぬ」と主張した(Sen, 1999: 10)。

湯浅(2008: 78-79)は、センの言う「ケイパビリティ」を「溜め」という言葉に置き換え、貧困とその対策の基本的な視点として重要であることを指摘している。

“溜め”とは、溜池の「溜め」である。大きな溜池を持っている

地域は、多少雨が少なくても慌てることはない。その水は、田畑を潤し、作物を育てることができる。

(中略) このように、“溜め”は、外界からの衝撃を吸収してくれるクッション(緩衝剤)の役割を果たすとともに、そこからエネルギーを汲み出す諸力の源泉となる。

“溜め”の機能は様々なものに備わっている。たとえば、お金だ。十分なお金(貯金)を持っている人は、たとえ失業しても、その日から食べるに困ることはない。当面の間、そのお金を使って生活できるし、同時に求職活動費用ともなる。落ち着いて、積極的に次の仕事を探ることができる。このとき、貯金は“溜め”の機能を持っている、と言える。

しかし、わざわざ抽象的な概念を使うのは、それが金銭に限定されないからだ。有形・無形の様々なものが“溜め”の機能を有している。頼れる家族・親族・友人がいるというのは人間関係の“溜め”である。また、自分に自信がある、何かをできると思える、自分を大切にできるというのは、精神的な“溜め”である(湯浅, 2008: 78-79)。

経済的な余裕のなさのみならず、家族・親族・友人がいないといったことや、そのことによる自信のなさは、「他の選択肢を等しく選べない」ことに大きく影響する。その意味で「基本的なケイパビリティを欠かさせた状態(セン)」、あるいは、「総合的に“溜め”を奪われた/失った状態(湯浅)」なのである。

このように人間の多様性を捉えたセンのケイパビリティ論は、「健康格差」を、生活環境や実質的機會の不平等によって、他の選択肢を等しく選べない状況が招いた健康の不公平であることを説明し、そして、「健康の自己責任論」を乗り越える「健康格差」の縮小へのアプローチについて、新たな示唆を与えるものであると考えられる。

5. センのケイパビリティ・アプローチとQOLの向上

センのケイパビリティ論に基づくアプローチは、人々の健康の公平性を担保し、QOLの向上に寄与する新たな公衆衛生看護アプローチの視点を与えてくれるものではないかと考える。その理由は、「QOL」の概念モデルとケイパビリティ論には、共通点が多く存在するからである。

ここで、WHOとの関連が深い、カナダのトロント大学ヘルスプロモーションセンターで1996年に提唱された、概念モデルを用いて「QOL」を説明する（宮北ら、1999: 583-587）（図2）。

この概念モデルにおいて、QOLは「人々がそれぞれに与えられた人生の貴重な可能性をどれだけ享受しているかの度合い」と定義され、「Being」、「Belonging」、「Becoming」の3つの基本要素と9つの下位要素から構成されるQOLのモデルを提示している。「Being」は、個人としてどのような状態にあるかという最も基本的な側面を包括するもので、身体的状態、心理的状态、精神的状态の三つの下位要素、「Belonging」は、個人が環境や周囲の人々にどのように適応／適合しているかに関連する三つの側面としての、社会的帰属、コミュニティ帰属、生態学的帰属から、「Becoming」は、各人がそれぞれの目標、願望、期待を達成するために何をするかといった目的のある活動に焦点をあてたもので、日常生活、余暇活動、自己実現のそれぞれ三つの下位要素から構成されるものとしている。また、QOLを直接的に規定する要因としての決定因子と、決定因子の影響を強化したり緩和したりする修飾因子からなる「QOLのフィールド」では、環境的決定因子、個人的決定因子、そして、自己決定／自己裁量、潜在的機会／条件、資源、社会的支援システム、技量、ライフイベント、政治的变化、環境的变化等の修飾因子とQOLとの関係がモデル化されている。

このようにQOLの構造は、多様な側面、そして極めて主観的な考え方や嗜好的要素を含むものである。

一方、センは、その人が望む人生や日常生活の選択の幅、すなわち、その

QOLのフィールド

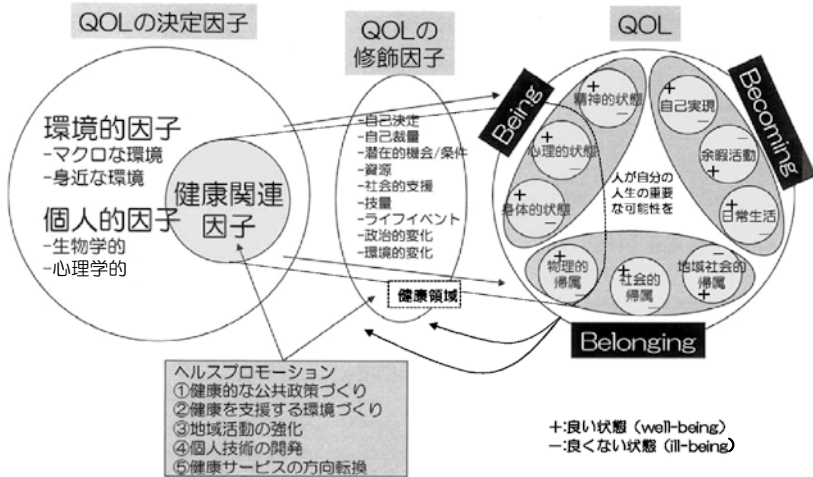


図 2 Comprehensive health, well-being, and quality of life framework, with role of health promotion shown. (ヘルスプロモーションの役割と包括的な健康、well-being、生活の質の枠組み)：トロントヘルスプロモーションセンターによる (出典：宮北ら、1999: 583-587)

人の持つ基本的な能力をケイパビリティ (capability)、と名づけ、このケイパビリティの開発とその平等こそが、真の平等であるとし、「貧困は単に所得の低さというよりも、基本的なケイパビリティが奪われた (ケイパビリティの貧困) 状態と見なければならぬ」と主張している (Sen, 1999: 10)。すなわち、人々の真の平等をめざすには、「資源」の平等のみでは十分でなく、「能力」の平等が重要であることを提起した。

基本的な能力であるケイパビリティは、「～すること (to do)」「～であること (to be)」といった「機能 (functioning)」の集合、すなわち、日常生活のすべてであり、実際にできていることも、また、実際には実現できていないことであってもしようと思えばできるようなことも、このケイパビリティには含まれる (Sen, 1988: 22)。そしてセンは、「自身の幸せのた

めの自由 (well-being freedom)」と「自分以外の誰かの幸せや世の中の変革のための自由 (agency freedom)」の二つの自らの価値観による自由が、個々に保障されるケイパビリティであることが最も重要であるという (Sen, 1999: 86) (図3)。これらの自由が人々のその中心に携えられ、様々な「すること」「できること」(機能)を増やし、自己実現していくことのできる容量の蓄え(ケイパビリティ)があることを「豊かさ」とし、このケイパビリティが奪われた状態を「貧困」であるとした (Sen, 1999: 10) (図4)。

また、アイデンティティの喪失や生命の危機に関わるようなケイパビリティを基本的ケイパビリティとし、著しく基本的ケイパビリティが剥奪された状態(例えば、紛争地域等における子どもの飢餓)―自らの価値観に基づく自由を携えることすらできない状態(例えば、将来就きたい仕事や自身の夢を描けない)―について極めて問題視している (Sen, 1999: 6)。

このQOL概念とケイパビリティ論に共通している点は、個人の多様性と可能性を十分に捉えた上で、個人と、個人の属するコミュニティは相互に影響を及ぼしており、個人のエンパワメントと個人の属するコミュニティへのエンパワメントの重要性を唱えていることである。

このケイパビリティの枠組みの最も興味深い点は、個人の中のミクロ的要素―ケイパビリティ、機能、そして自由―にコミットする点である。個人の“自由”を尊重してケイパビリティを発展させることが、コミュニティのケ

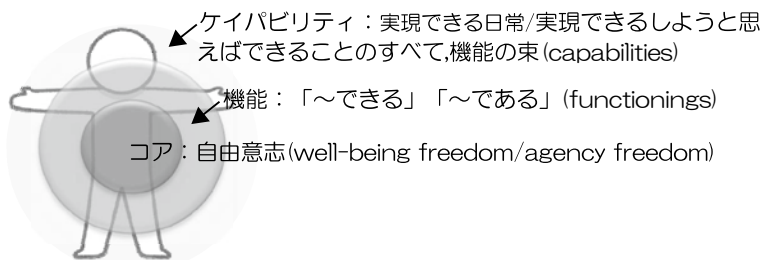


図3 ケイパビリティ構造(イメージ図)(筆者作成)

ポイント 1	人々の真の平等を目指すには、「資源」の平等のみならず、「能力」の平等が重要
ポイント 2	その能力とは、「機能」(functionings) [*] の組み合わせの選択によって明らかになる人間の能力、ケイパビリティ (capabilities) である ※「機能」(functionings)とは、当人が実現できる可能性のある様々な行動や健康状態などの生活上の状態、すなわち、獲得可能なすべての機能の束である
ポイント 3	ケイパビリティの平等化を目指すことは、「基本財」の平等化を目指す資源主義の平等論 (貧困の是正) と比べ、実質的に人間の「自由」(freedom) を保障する
ポイント 4	保障されるべき「自由」(freedom) [*] について、「福祉的自由」(well-being freedom) と「行為主体的自由」(agency freedom) の二つの側面が必要であり、これらによって人々が現実「福利」(well-being) を享受することができる ※ここで扱う「自由」(freedom)とは、過度に贅沢な嗜好の充足を求める自由ではなく、ケイパビリティ理論の主たる目標とする、人間の生物的・社会的生存に関わる基本的能力の確保に関する「自由」を指す



センのケイパビリティ・アプローチは、人々が現実に享受する「福利」(well-being)、そしてこれを構成する、「福祉的自由」(well-being freedom) と「行為主体的自由」(agency freedom) が保障されるためには、経済的に不利な状況の是正、さらに、それを目指す政策・制度のみでは不十分であり、実質的機会の平等による諸「機能」(functionings) および、その集合としてのケイパビリティ (capabilities) の開発を鍵とするアプローチである。よって、センの言う“貧困”とは、実質的な機会、機能、そしてケイパビリティが「自由」を実現するのに不利な状況にあることを指している。

図 4 センのケイパビリティ・アプローチの概念枠組み (まとめ) (Sen, 1988, 1999を参考に、筆者作成)

イパビリティを発展させる必要十分条件とされる。

疾病構造が変化を遂げる中、医学モデルで重要視されてきた、医学的検査所見や他覚所見いわゆるバイタルサインやデータの診断基準に基づく健康状態「客観的健康」のみならず、本人が自分の状態をどのように感じているかによって表される健康状態「主観的健康」やQOLを評価する重要性が示された（山崎、2011: 4）。人々の生活が多様化・複雑化する現代の健康問題の解決に向けて、主観的自由を注視する必要があると考える。

QOL概念においては、その指標化の試みが数々なされてきた一方、ケイパビリティの指標は未だ明らかにされていない。その理由としてセンは、ケイパビリティの指標として、ケイパビリティを構成する機能のリストは、それぞれの社会の文脈における人々の討議と推論に委ねることとして理論的・先験的には定めない方がよいという立場を崩していない（後藤、2017: 66）。このことは、個人の所属する社会やその社会の中で置かれている状況に個人のケイパビリティは大きな影響を受けるため、ケイパビリティ（あるいは、ケイパビリティを構成する機能）のうち、どの部分をどう平等にするかは、社会の中での議論し決定していくことであり、さらに、その議論のプロセスは個人を取り巻く環境のケイパビリティ（集合ケイパビリティ）に還元されるため、リスト化をあえてしないことは、個人のケイパビリティと個人を取り巻く環境としてのケイパビリティの双方にとって重要であることを示している。

6. 日本において、基本的人権としての健康が守られるために

保健師の学問基盤である、公衆衛生看護学の目標は、病気や障害を抱えている人も、健康な人も、その人にとっての幸せな人生をおくること、すなわち、人々のQOLの向上そして、それらを取り巻く健康的な環境づくりに寄与することである。健康やQOLの向上は決して「健康政策」（例えば、健診や健康教育に代表される）のみで実現されるものではない。水や空気、住居や街並み、公園の位置や使いやすさ、コミュニティの人々の関係性、治安の

良し悪し、そして、平和や社会正義等にも大きく影響される。

センが国や人間の「発展」をGDP（国内総生産）など経済的發展のみで捉えることに警鐘を鳴らしたように、医学モデルによる医療費削減のみで、人間の健康やQOL向上に関係する政策を評価することにはリスクがあることを、本論において確認することができた。ケイパビリティ・アプローチは、健康問題が多様化・複雑化する現代において、様々な社会的要因の影響を受け健康を脅かされている個人々が、生きる力を取り戻すための視点を与えるアプローチであり、健康格差縮小のために有用な枠組みであることが考えられる。本論におけるケイパビリティ・アプローチの解釈が、経済学的には不十分であることは承知しつつ、また、その指標化には課題が多いものの、医学モデル以外の効果を捉える枠組みとしてケイパビリティ・アプローチが公衆衛生看護に用いられる意義は大きいと考える。

【注釈】

- (1) 厚生労働省ホームページにおいて、戦争直後と比べると、感染症対策や医療の進歩により、今日では、早世の可能性は低くなってきたことが生存曲線の推移を示し述べられている（厚生労働省公式サイト：健康日本21総論第1章第2節）。
- (2) 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2025年の「健康日本21（第2次）」が進行中である（厚生労働省公式サイト：健康日本21とは）。
- (3) 医学モデルとは、疾病モデルとも言われ、人体の異常や症状や病理等の悪い状況や病んでいる状況に着目し、そのネガティブな面を除去、軽減することを目指す（園田、2010: 23-24）。

- (4) ハイリスク・アプローチとは、疾患を発症しやすい高いリスクを持った個人を対象として絞り込んだ戦略。リスクが集団内の同定可能なごく一部に限られ、長期にわたり有効な介入方法が確立し、実際にそれが供給可能な時に限って力を発揮する (Rose, G. A., 1998: 20)。
- (5) ポピュレーション・アプローチとは、対象を一部に限定しない集団全体 (環境/社会) への戦略であり、リスクが集団全体に広く分布している場合に特に有効とされる (Rose, G. A., 1998: 20)。
- (6) 健康日本21 (第二次) 中間報告では、健康寿命の都道府県別の差が2010年には、男性：2.79年 女性：2.95年 であったが、2016年時点で、男性：2.00年 女性：2.70年とその差が縮小したことが報告された (厚生労働省、2018)。
- (7) 社会格差の議論で用いられる指標の一つとして相対的貧困率がある。相対的貧困率は、総務省「全国消費実態調査」(2009年) 10.1%、厚生労働省「国民生活基礎調査」(2012年) では16.1%であった。世帯主年齢別にみると、両調査も30歳未満 (特に一人親世帯) と65歳以上で相対的貧困率が高くなっている (厚生労働省、2015)。
- (8) 災害時のみならず、災害の規模が大きく、その復興が長期に及ぶような場合において、復興から取り残される人々の存在とその健康被害が指摘されている (岡田、2015)。
- (9) 1978年9月にアルマ・アタにおいて開催されたWHO (World Health Organization; 世界保健機関) とUNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund: 国連児童基金) の共催による「プライマリヘルスケアに関する国際会議」で採択されたアルマ・アタ宣言において、「すべての人々に健康を (Health for all)」というスローガンとともに、健康は基本的人権であることが明言された (岡崎他、2006: 5-6)。
- (10) 保健師とは、保健師助産師看護師法第2条において、「厚生労働大臣の免許を受けて、保健師の名称を用いて、保健指導に従事することを業

とする者」と定められる看護職である。また、その学問的基盤が公衆衛生看護学である。

- (11) WHOによるオタワ憲章は、1986年に行われた第1回ヘルスプロモーション会議で採択された。これによって、健康は「生きる目的ではなく、毎日の生活のための資源」であり「単なる身体的な能力以上の積極的な概念」という健康観が初めて提唱された（医療情報科学研究所、2018: 7）。
- (12) 医療制度改革とは、超高齢化時代の到来など、医療保険の財政運営がきわめて厳しい状況になったことで、2001年の医療制度改革大綱により打ち出されたものである（参考：首相官邸公式サイト）。平成20年度改革として、医療制度改革関連法のひとつとして「高齢者の医療の確保に関する法律」が施行された。その1項「安心・信頼の医療の確保と予防の重視」の（2）生活習慣病対策の推進体制の構築に、特定健診・特定保健指導が位置づけられている（参考：厚生労働省、2007）。
- (13) アマルティア・セン（Amartya Sen：1933年11月3日～）は、インドの経済学者である。1998年には、経済の分配・公正と貧困・飢餓の研究における貢献によりノーベル経済学賞を受けている。同賞を授与するにあたって、スウェーデン科学アカデミーは、センが「重要な経済問題の議論に倫理的な次元を復活させた」ことを指摘した（Sen, A. K., 石塚雅彦, 2000: 349）。
- (14) ジョン・ロールズの公正としての正義論は、完全に健康な人口集団を仮定した上で、次のように論じた。すなわち、正義にかなう社会とは、人々に平等な基礎的自由、確固とした機会の平等、資源の公正な分配が達成される社会であるとしている（Daniels, N., Kennedy, B. P., 河内ほか訳、2008: 7）。
- (15) ケイパビリティ（Capability）およびケイパビリティス（Capabilities）は「潜在能力」と直訳されるが、センの理論では潜在的な事象のみならず、顕在的な事象も含むためここではケイパビリティと表現する。

(16) ここでの「唱道」は、健康のための唱道 (Advocacy for health) を意味する。活動を起こすには、まず周りの人々に健康やその課題を解決する意義やその必要性を唱える「唱道」が必要である。WHOによってAdvocacy for healthは、「A combination of individual and social actions designed to gain political commitment, policy support, social acceptance and systems support for a particular health goal or programme. (健康上の目標またはプログラムに対する政治的コミットメント、政策支援、社会的受容および組織的サポートを得ることを意図した個人的および社会的行動の組み合わせ) () 内、筆者訳」と定義される (WHO, 1998: 5)。

【文献】

- Daniels, N., Kennedy, B. P., 河内一郎, 石川涼子, 児玉聡. (2008). 健康格差と正義：公衆衛生に挑むロールズ哲学. 勁草書房.
- Sen, A. K., 池本幸生, 野上裕生, 佐藤仁. (1999). 不平等の再検討：潜在能力と自由. 岩波書店.
- Sen, A. K., 鈴木興太郎. (1988). 福祉の経済学：財と潜在能力. 岩波書店.
- Rose, G. A., Geoffrey A., 水嶋春朔. (1998). 予防医学のストラテジー：生活習慣病対策と健康増進. 医学書院.
- WHO公式ウェブサイト：健康格差と健康の社会的決定要因の定義 (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/ 2018年7月11日アクセス)
- World Health Organization. (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).

- WHO. (1998). Health promotion glossary. <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf> (2017年4月22日アクセス)
- 麻原きよみ、佐伯和子、岡本玲子、荒木田美香子. (2014). 公衆衛生看護学原論. 医歯薬出版.
- 岡崎勲、豊嶋英明、小林廉毅. (2006). 標準公衆衛生・社会医学. 医学書院.
- 岡田広行. (2015). 被災弱者. 岩波書店.
- 川崎修、杉田敦. (2012). 現代政治理論 (新版). 有斐閣.
- 厚生労働省公式サイト: 健康日本21総論第1章第2節 https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/kenko21_11/s0.html (2018年10月17日アクセス)
- 厚生労働省. (2018). 平成30年9月厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会「健康日本21 (第二次)」中間報告書 (概要) <https://www.mhlw.go.jp/content/000378312.pdf> (2018年12月10日アクセス)
- 厚生労働省. (2012). 平成24年7月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 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. (2011). 「健康日本21」最終評価 2011 (平成23) 年10月. 厚生労働省健康日本21評価作業チーム <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001r5gc-att/2r9852000001r5np.pdf> (2018年9月25日アクセス)
- 厚生労働省. (2007). 第2回医療構造改革に係る都道府県会議配付資料 (平成19年4月17日厚生労働省) <https://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/04.html> (2018年12月25日アクセス)
- 近藤克則、石川善樹、稲葉陽二、尾島俊之、金光淳、近藤尚己、村上慎司. (2015). 健康格差対策の7原則 第1.1版 (2015年)、公益財団法人医療科学研究所自主研究会委員会.

- 近藤克則. (2017). 健康格差社会への処方箋. 医学書院.
- 後藤玲子. (2017). 潜在能力アプローチ：倫理と経済. 岩波書店.
- 島内憲夫. (1990). ヘルスプロモーション：WHO：オタワ憲章. 垣内出版.
- 島内憲夫、鈴木美奈子. (2012). ヘルスプロモーション：WHO：バンコク憲章. 垣内出版.
- 首相官邸公式サイト：医療制度改革大綱（平成13年11月29日政府・与党社会保障改革協議会）<https://www.kantei.go.jp/jp/kakugikettei/2001/1129syakai.html>（2018年10月25日アクセス）
- 園田恭一、川田智恵子. (1995). 健康観の転換：新しい健康理論の展開. 東京大学出版会.
- 園田恭一. (2010). 社会的健康論. 東信堂.
- 日本公衆衛生看護学会. (2014). 日本公衆衛生看護学会による公衆衛生看護・公衆衛生看護学・保健師の用語の定義. https://japhn.jp/wp/wp-content/uploads/2017/04/def_phn_ja_en.pdf（2018年6月10日アクセス）
- 宮北隆志、上田厚. (1999). クオリティ・オブ・ライフ（QOL）の構成要素と決定因子・修飾因子. 日本農村医学会雑誌, 48（4）、583-587.
- 山崎喜比古、朝倉隆司. (2011). 生き方としての健康科学（第5版）. 有信堂高文社.
- 湯浅誠. (2008). 反貧困：「すべり台社会」からの脱出. 岩波書店.
- 人間開発報告書（2010）、国連開発計画駐日代表事務所公式ホームページ http://www.jp.undp.org/content/tokyo/ja/home/library/human_development/human_development1.html（2018年9月28日アクセス）

A Study on Public Health Nursing Approach toward Reduction of Health Disparities

～ Application of Capability Approach of A. Sen ～

TOWATARI Youko

MIYAKITA Takashi

Abstract

The purpose of this study is to investigate the importance of using the framework of the Capacity approach by economist Amartya Sen for public health nursing approaches to reduce health disparities.

He specifies the range of living that he wishes to choose as “Capability” and stated that “poverty is deprived not only of low incomes but also of Basic Capability”. In other words, arguing that economic support alone is insufficient to rectify economic disparities.

In this paper, we clarified the common point (importance indicating the importance of people’s subjectivity and efforts) between the concept of primary health care and health promotion and the concept of capability, which form the foundation of public health nursing. The most interesting point in the Capability framework is to commit to the micro-elements of ability, function and freedom within the individual. Promising an individual’s “freedom” for Capability development is a necessary and sufficient condition to develop the capacity of the community. The Capability approach is an approach to solve complex health problems of people deprived of health by diverse social factors and to give them the power to regain the power to live. Therefore, the Capability approach is useful for reducing health disparities.