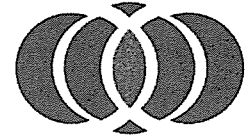


資料 1



健康の社会的決定要因に関する委員会



健康の社会的決定要因¹の分析と対策のための
概念的枠組みの形成に向けて

健康の社会的決定要因に関する委員会のための討議資料
草稿

2005年5月5日

¹ “social determinant” について、WHO 神戸センターの日本語ホームページでは、「社会的決定要因」という用語が採用されていたため、これになった。

本草稿は、健康の社会的決定要因に関する委員会(Commission on Social Determinants of Health)の第2回会議のために、委員会事務局(Commission secretariat)が準備したものである。委員会事務局は、WHOジュネーブ、ポリシークラスターのための証拠と²情報(Evidence and Information for Policy Cluster)、副事務総長オフィス(Office of the Assistant Director-General)の健康の公平性チーム(WHO Health Equity Team)を拠点としている。執筆を担当したのは、主としてオリエル・ソーラー(Orielle Solar)とアレック・アーウィン(Alec Irwin)の両名である。委員会事務局の他のメンバー、とりわけジャネット・ベガ(Jeanette Vega)から、貴重な情報および示唆を得ている。誤謬がある場合は、全て、二人の主要執筆者の責任に帰すべきものである。

² 国連内の部署名については、正式な訳語が見当たらないものがあつたのでマークしておく。

目次

1. はじめに	4
2. 社会的決定要因：その定義、個人のリスク要因との違い	4
3. 基本的価値観の明確化：SDH と健康の公平性	5
4. 健康政策を通じた公平性の追求：健康上の不利性、格差、傾度	9
5. 健康決定要因および不公平性を生む経路のモデル化	11
5.1 ダルグレンとホワイトヘッド：影響の重層構造	11
5.2 デイゼリクセン他：社会の階層化と疾病の生成	12
5.3 マッケンバッハ他：選択と因果	13
5.4 ブルンナー、マーモット、ウィルキンソン：ライフコースを通じた複合的影響	13
5.5 モデルの統合	14
6. 概念的枠組み	16
6.1 構造的・媒介的な社会的決定要因	17
6.2 社会政治的コンテキスト	18
6.3 SDH への政策措置が対象とするレベル	19
6.4 具体的テーマの選択	20
7. SDH に対処するための介入策および政策の立案	26
7.1 K・ストロンクスによる枠組み	26
7.2 M・ホワイトヘッドとG・ダルグレンによる枠組み	27
7.3 デイゼリクセン他による枠組み	28
7.4 モデルの統合：重要な政策原則	30
8. 結論	31
参考文献	33

1.はじめに

健康の社会的決定要因に関する委員会(CSDH)は、その分析の科学的な精密さはもとより、その支援・連携活動が触媒となって各国で引き起こされる政策および制度上の変化によって評価されることを希望する。CSDH が、政治活動における実現可能な目標を設定し、パートナーや公衆に対して一貫したメッセージを発信していくためには、以下に挙げるような、基本となる概念的問題の明確化を図らなければならない。

- 健康の社会的決定要因(social determinants of health: SDH)の概念
- 当委員会の分析および政策提言の根拠となる価値観
- SDH が人々の健康状態や健康アウトカム に影響を与える経路
- SDH と健康の不公平性との関係
- 当委員会が重点的に対処すべき最重要 SDH とその理由
- SDH に対する政策措置の適切な介入レベルおよびエントリーポイント（起点）
- SDH 政策が目指すべき最終目標（平均的健康状態の改善か、あるいは健康における不公平性の低減か）

本文書は、これらの問題について CSDH 内で討議を行い、明確化を図るための叩き台として、大まかな概念的枠組みを提示している。本文書は初稿であり、現段階では、明確な答えを用意するよりは、むしろ討論のきっかけとなることを目的としている。内容は、CSDH 事務局による研究および分析の第 1 段階の結果を要約したものである。本文書は今後、繰り返し検討を経て、各委員からの情報や意見を取り入れた上で、委員会活動の概念的基盤を簡潔かつ明確に提示する最終文書が作成される予定である。

本文書では、まず、CSDH による社会的決定要因(SDH)の定義と、その分析・対策の方法論について示唆されるいくつかの点について確認する。次に、価値観の問題について取り上げる。当委員会の規範的枠組みの土台として、健康の公平性という概念を提案する。この公平性という基準に照らし、以下に挙げる(1)~(3)の課題にそれぞれ焦点を当てた政策的取り組みと、その影響について検討する。(1)標的とする人口集団における健康上の不利な条件(不利性)の是正、(2)健康格差の低減、(3)あらゆる社会経済的地位にわたる健康格差(health gradient)の是正。続くセクションでは、様々な SDH 間の関係性と、健康の不公平性を生み出す SDH の因果的役割を説明するために考案されたいくつかのモデルについて検討する。これらのモデルから重要な点を学び、それらを整理することによって、SDH の全体構造を示す包括的枠組みを提示したい。その中で、主要な決定要因を位置付け、SDH の全体構造のどのレベルに対して政策措置を講じるべきであるのかを明確に示す。その上で、この包括的枠組みのモデルを用いて、テーマ選択の方法と理由を示しながら、委員会の活動において重点的に取り組むべき一連のテーマを提案する。最後に、CSDH の具体的政

策提言を取りまとめる上で使用できる、政策評価の枠組みをいくつか取り上げて検討し、また、CSDHが提案する政策選択肢の根拠となる原則を提示する。

2. 社会的決定要因：その定義、個人のリスク要因との違い

健康の社会的決定要因(SDH)とは、人々が生活し、労働する環境の社会的条件であると考えることができる。あるいは、ターロフ(Tarlov)の言葉を引用すれば、「生活が営まれる場の社会的特徴」と言うこともできるだろうⁱ。SDHは、社会状況の中で健康に影響を与える具体的因子を指し示すと同時に、社会的条件が結果的に人の健康に影響を与える時、それがどのようにして起こるのかという経路を示すものでもある。そして、我々が注目すべきSDHとは、十分な情報に基づく行動によって改善できる可能性があるSDHであるⁱⁱ。

SDHという概念が生まれたのは、1970年代から1980年代初頭にかけて発表された一連の評論からである。これらの評論は、個人の疾病リスクに対応する保健介入のあり方の限界を指摘したもので、大きな影響を与えた。人々の健康状態について理解し、これを向上させていくためには、人口集団に目を向ける必要があり、個人が所属する社会集団を対象とした研究ならびに政策の必要性があることを評論家達は説いたのであるⁱⁱⁱ。個人が抱えるリスク要因以前の問題として、人々が健康に暮らすことができる可能性(その確率)を決定する社会的パターンや構造を取り上げること、つまり、病気のリスク要因を探るために「上流に溯る(refocusing upstream)」ことの重要性が論じられた。こうした主張を展開していく上で非常に重要であったのは、人々の健康を維持していく上で最も重要な役割を果たしているのは、実は医療ではない、という論点であった。社会的決定要因という概念は「人々が病気の時に受けるサービスよりも、むしろ、人々の健康の維持を助長する要因」を重視した考え方なのである^{iv}。

今でも、健康の決定要因を、主として個人の特性によるものとして説明する考え方、例えば当人が加入している社会的支援ネットワーク、収入、就労状況などを主要な健康決定要因として捉える考え方もある。しかし、人口集団とは、単なる個人の寄せ集めではない。疾病の原因は、系統的なパターンを描いて、社会の特定箇所集中して存在している。加えて、ある個人が受ける健康影響は、集団内の他の個人が経験した病原への曝露や疾病のアウトカムなどによって左右される場合もある^v。このことは、集団内部で、いくつかの特性に関して見られる個人差の決定要因と、人口集団間に存在する差(健康格差)の決定要因とは異なる、という事実に起因している^{vi}。このよう観点から見れば、病因論上の2種類の課題を明確に区別することが理解に役立つであろう。第1の課題は、ケース(個別の症例)の原因を探るものであり、第2の課題はインシデント(集団的発生)の原因を探るものである。健康の社会的決定要因について取り上げるのは、個別の症例の原因と集団的発生例の原因との間に、どのような関係があるのかを解明したいからである^{vii}。社会のあらゆる階層にわたって、社会的地位と健康状態との間に、等級的關係が見られるのは何故なのか。階層によるこのような傾度は、経時的にどのように変化しているのか。健康

を決定する要因は、良くなる方向に変化しているのか。誰にとっても良くなっていると言えるのか。あるいは、何所で、誰にとって、悪化する方向に変化しているのか^{viii}。

3. 基本的価値観の明確化：SDH と健康の公平性

委員会のメンバーが概念的枠組みを形成するためには、必然的に、その基礎をなす価値観について考えをまとめなければならない。このような思考の土台として、健康の公平性という概念を提案する。健康の公平性とは、人口集団間、あるいは社会的、経済的、人口学的、地理的に定義されるグループ間に、不公正で、回避もしくは是正が可能な健康格差が存在しない状態であると言える^{ix}。健康の不公平性とは、単に平等であるかどうか、という点だけを問題にしているのではない。というのは、健康の不平等性の中には、不公正と言うには当てはまらないものや、回避や是正が不可能なものもあるからである(例えば、女性・男性間の平均寿命の違いなど)。不公平性は、人権規範を侵害したり、他の意味で不公正であったりするような不平等性の回避・克服を怠ったことを示唆している。健康の不平等性の根は、社会の階層分化にある^x。したがって、健康の不平等性とは、政治的現実および社会的な権力関係に深く根ざした、道徳の範疇の問題であると言えることができる。

健康の社会的決定要因と、健康の不平等性の社会的決定要因とは、必ずしも同一ではない^{xi}。社会的グループ間の健康格差を生じさせる上で重要な役割を果たすのは、人々の健康に影響を与える数多くの社会的要因やプロセスの全てではなく、その中の一部である。ある国で、SDH に関する政策を推進し、国民の健康指標の平均を向上させることができたとしても、必ずしも、特権階級と恵まれない人々との間の健康格差を縮小することはできないかもしれない。このことから、CSDH としては、次の命題に答えることが重要となってくる。すなわち、委員会が提言する政策の目標として、健康指標平均の向上を目指すだけで十分と言えるのか、それとも、健康公平性を推進する上で期待できる効果を、CSDH による政策選択の主要な基準として採用するべきであるのか、という問題である。

健康の不公平性を生む主要な要因となっている SDH にこそ、委員会は集中的に取り組むべきであると提案する。したがって委員会が提言する政策は、健康の公平性の推進に実質的な効果が期待できるものでなければならない。しかし、健康の公平性という概念の哲学的価値も、公平性の推進というアプローチを採ることが健康政策立案にとって望ましいのかも、容易に推し量ることはできない。健康の公平性という概念について十分な根拠を示すと同時に、「社会経済的階層間の健康格差を低減すべき政府の責任についても、論拠を提示」^{xii}しなければならない^{xiii}。健康の公平性という概念の哲学的裏付けや、このような概念を政治的実践に適用するべき論拠についても、近年では、数多くの価値ある発表がなされている。これらの研究の多くは、アマルティア・セン(Amartya Sen)の研究に端を発しているか、彼が生み出した分類法を採用している。これらの学説のいくつかについて、とりわけ、健康の公平

性の政治的実現について強調している論点について、その概要に目を通しておくことは、後の議論に役立つであろう。

ストロンクス(Stronks)とガニング-シェパーズ(Gunning-Schepers)が1993年に共同で発表した論文では、センやバーリン(Berlin)をはじめとする他の研究を下敷きとして、社会的公正の理論に根ざした、健康不公平性に対する政府措置の論拠を構築している。彼らの主張では、公正な社会とは、その構成員全員に高度な自由を等しく提供する政府であると、特徴付けられている。より具体的に言い換えれば、好ましいと考えられる範囲内の選択肢の中から、当人が考える良い生き方に最も一致するような人生計画を自由に選択することができる「積極的自由」である。公正な政府は、良い生き方についての、ある特定の考え方だけを押しかけるようなことはしない。人生計画は、個人の選択に任されている。一方で、公正な政府とは、各人の人生計画の自由な選択を保障する条件を整える義務を負うものである。「できる限り健康でいるための能力(ケーパビリティ)も、こうした条件のひとつに含まれる」。このような基本的ケーパビリティは、「ある個人が選択できる人生計画の範囲を規定するものだからである」。社会的条件により、当該社会内の一部の人々の健康ケーパビリティが制限され、積極的自由を行使する機会に不平等が生じている限りにおいて、政府はこれらの社会的決定要因に対して何らかの措置をとり、健康機会の平等を保障する義務を負っているのである。

ここで重要なのは、平等であるべき要素は健康状態ではなく、**健康機会**であるという点である。個人は、健康を犠牲にしてでも、他の価値を追求するような人生を積極的に選択する自由も有しているからである。つまり「個人が自ら自由に選択した結果としての不平等は許容される」ため、健康の不平等性それ自体に本質的な問題があるわけではない、ということだ。ここで言う公正さとは「誰もが同程度に健康でなければならない、というものではなく、誰もが長く健康な人生を楽しめる可能性を等しく有することができるように、健康の決定要因を制御可能な範囲で分配しなければならない」という意味である^{xiv}。

さらにアナン(Anand)の最近の研究(2004年)を通じて、単に平均的健康レベルの向上だけでなく、健康の公平性を公共政策の課題として取り上げるべきである、とする根拠が一層明確に示された。センと同様にアナンは、健康とは「特殊な価値」であるという点を強調しており、その公正な分配は、政治的権力にとっても、特別な考慮に値すると主張している。健康を特殊な価値と見なす主な理由は2つある。(1)健康は、人の幸福を直接決定する本質的な構成要素であるから、そして(2)健康は、個人が社会的機能を果たす上で欠かせないから^{xv}である。したがって、健康における不平等は「社会的に機能する能力における不平等」として認識することができる。このような不平等が、個人の社会的地位の違いから生じるとしたら、それは、機会の均等を謳う政治原則への重大な違反である。したがって、社会の構成員に対する健康の公正な分配を保障することは、公正なガバナンスにとって、主要な責任として認識されるべきである。

ルーガー(Ruger)もまた、ケーパビリティとしての健康に注目したセンのアプローチに、アリストテレスの政治哲学を結びつけて、同様の議論を展開している(2005)。ルーガーは「健康と、教育など社会におけるその他の価値ある分野との相関性を認識する一方で、……個人の効力(individual agency)³すなわち、価値があると自分が考えるような人生を自ら生きるための能力として、健康の重要性を強調する」。健康は、あらゆる側面での人間の繁栄やケーパビリティを支えるものとして捉えられているのである。このように考えてくると、現実的な健康機会を公正に分配することは、公共政策の根幹をなす課題として浮かび上がってくるのである。「公共政策は、個人がその機能を果たすための個人のケーパビリティを重視するべきであり、健康政策は、健康上のあらゆるニーズに応えることで、このようなケーパビリティの維持・向上を目指すべきである」^{xvi}

健康の公平性を基礎とする価値観の枠組みが構築されれば、SDH 関連の課題に対処する上で強力な支えとなるであろう^{xvii,xviii}。その一方で、種々の規範、とりわけ人権という規範に立脚したアプローチによっても、社会的決定要因に対する政策措置の根拠を十分に示すことができる。2000年、国連社会権規約委員会(the UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights)が発表した、健康への権利に関する一般的意見(General Comment)では、健康への権利とは「包括的な権利」であり「時宜を得た適切な医療のみならず、健康の根底的な決定要因に対する権利をも含む」ものであると述べている^{xix}。したがって、国際的人権に関する種々の協定についての権威筋の解釈によれば、各国政府はSDHへの対策を講じなければならない責任を有しており、この責任に対する解釈を一步進めれば、そのような政策方針を構築しなければならないと言うこともできるのである。公平性と人権という2つの視点からのSDHへの取り組みの間に、どのような相補性があり、対立点が生じる可能性が考えられるのか。この問題を明確にするためには、健康問題対策に根拠を与える道徳的枠組みが複数存在していることに関する近年の分析を参照して、更なる熟考を重ねる必要がある^{xx,xxi}。

要約すれば、健康の公平性という概念は、CSDHの活動に堅固な倫理基盤を与えるものである。健康の公平性と社会的決定要因の間には、概念上も、政治的な意味においても、密接な関係が存在している。健康の社会的決定要因への対策を取らなければ、健康の公平性を実質的に推進することはできない。その一方で、国家間、国家内での健康の不公平性に対する懸念が益々高まっている今日にあって^{xxii}、SDHという尺度を導入することによって健康の公平性を大きく推進できる可能性があることは、SDHへの対策を科学的、倫理的、政治的論拠から裏付けることにもなるのである。

³心理学において取り上げられる概念で“personal agency”として記述されることが多い。「個人の効力(作用)」、「個人的エージェンシー」などと訳出されている。「価値があるとされる目標を達成するための技術と環境への期待」という意。

ここまでの議論は、CSDH が価値観の枠組みを構築していく上での第一歩でしかない。この先を進め、事務局のサポートを受けつつ、分析をさらに発展させてゆくために、この分野に特別な関心を抱く委員からなる作業部会を設けることを提案する。分析結果は、全体委員会に提出し、再検討を行い、その内容を全委員で共有することとする。これまでの考察から、さらに深い検討を要するいくつかの問題点が浮上している。以下、広範なものから、より限定的な問題まで、順を追って大まかに挙げる。

- 社会的決定要因を厳密に分析すると、健康格差を大幅に低減するためには、現代社会の多くで重大な構造改革が必要となる、という結論が導き出される可能性がある。例えば、市場の機能の仕方や、国家が担う再分配の機能などである。CSDH は、このような考えを自らのものとして受け入れる準備ができていだろうか。また、この点において、どのような形の政治哲学を委員会の審議および提言策定の指針とするべきであるのか。近年の議論の多くにおいて、健康の公平性は、社会的公正さのモデルに内在するものとして扱われている。このような社会的公正さのモデルは、ジョン・ロールズ(John Rawls)をはじめとする自由主義的な思想家の描いたものであるが、ロールズは、市場経済民主主義は、社会組織のパラダイムとして、「秩序だった人々」にとっては十分に相応しいものであると考えている。ロールズの理念から(そして、自由民主主義自体にも、もし本当に実現されているとしたら)、我々にとって得るべきものが多いことは明白である。しかし、健康の公平性という視点から現代社会を分析する時、自由民主主義というパラダイムそのものに疑問を投げかけ、これを検証する覚悟をするべきではないだろうか。ロールズが理想として描いた抽象概念としての次元においても、そして一層重要であるのは、「現実に存在している市場経済民主主義」のあり方という次元においても、既存のパラダイムに挑戦する覚悟が必要となるであろう。
- 個人の自由、個人の効力(作用)、選択などといった概念の周辺には、重要であるが、未だ十分に解明されていない問題が山積している。公平性の概念を基礎とする SDH のモデルは、自由および責任についての一般的な考え方と複雑に結びついているようだ。一方で、公平性という視点からの SDH への取り組みは、結果ではなく、機会の均等を追求するものであり、個人の自由な選択の結果としての健康状態の差は、許容することを主張するものである。その一方で、構造的決定要因を注意深く分析すると“自由な選択”と言われるものの中には、実際には、個人がコントロールすることのできない社会的な圧力によって形成されている“選択”があることが示唆される(例えば、社会経済的地位がより高い集団に比べ、低賃金労働者の方が多量の喫煙を“選択”するという事実)。公平性と SDH に関する健全な分析を行うためには、個人の自由とは、様々に異なる社会環境、多様な社会的制約や条件の中で形成され、あるいは否定されるものであるという認識に基づき、そのような文脈の中で個人の自由の範囲と限界を明確化する必要があるだろう。そうした分析を展開していく上で、ポール・ファーマー(Paul Farmer)による「構造的暴

力」の概念^{xxiii,xxiv}とともに、フィリップ・ブルゴワ(Philippe Bourgois)などの社会学者が提起した、組織社会的抑圧による個人の効力(作用)のゆがみに関する説明^{xxv}が参考になるであろう。SDH、公平性、そして個人の作用について考察する時、忘れてはならないのは、健康とはそもそも個人の問題であると見なされている社会では“個人の責任”というモチーフが政治的に展開され、健康の不公平性に対処し、貧しい人々や疎外された集団の健康上のニーズに積極的に応えるという政府の責任を怠ってきたことを免罪するために、まさしく利用されてきたという点である。

この問題、そしてその前に述べた論点を合わせて考えると、健康の公平性に関する枠組みを有効なものとするためには、しっかりとした**権力に関する理論(theory of power)**に裏打ちされていなければならないという点が、自ずと強調される。これは、健康の不公平性は、社会的地位によって権力と富との割り当てが異なっていることに根本的に由来しているという観察結果とも整合している^{xxvi}。この点において、ケーパピリティ、合理性、そして自由に関するセンの研究が、再び重要な意味を帯びてくる。独裁主義社会であろうが、名目上は民主主義を謳う社会であろうが、現代社会に蔓延する意図的な操作、排除、偽情報、無力化などのメカニズムやその実践に関する具体的な分析とセンの研究成果とを交差させることによって、効果的な探究の道筋が見えてくるのである。哲学の果たすべき役割は、人間にとっての理想の自由(あるいは、公平に分配された人間の健康のあり方)を単に描写するだけにとどまらない。さらに踏み込んで、そのような理想をどのように実現してゆけば良いのかを、具体的・政治的な意味において示さなければならないのである。

- 人権分析においては、人々の実質的な権利だけでなく、自分たちの生活や自由の行使に影響を与える事柄に関して、十分な情報に基づき、意思決定のプロセスに参加する権利をも重視する。センの研究で取り上げている自由のプロセスの側面(*process aspect*)でも関連する問題を掘り下げている^{xxvii}。健康の公平性という概念から、このプロセスの側面をどの程度取り上げるべきであるのか、また、プロセスの側面にかかわる手順をどのように定めればよいのかについても、明確化することが重要である。健康の公平性を具体的に実現するための、社会的・政治的手法の実際の運用において、健康および健康の公平性にかかわる政策(SDH に対処する措置など)に関する意思決定への、地域社会や他の関係者による参加を規定するべきであるのか。どのような方法・構造を通じての参加が考えられるのか。具体的には何を目標とした参加であるのか。どの段階での参加が適切であるのか、そして参加するのは誰か。このような選択においては、何が問われることになるのかを、ラナン・ギロン(Ranaan Gillon)は、以下のような疑問を投げかけることによって提起している。国の健康関連プログラムの資金を供出している納税者が、健康の公平性に関する価値判断を行う議論の枠組みの中で、保健医療セクターの大まかな予算構成(例：予防と治療のための医療に向けられる支出の比率、社会的弱

者のための特別受益など)^{xxviii}について投票する権利を有することは適切ではないのか。このような論議は、言うまでも無く、健康の公平性のための手法の運用を堅固なものとするために必要な、参加の形態や共同所有に関するより広範な議論へのひとつのエントリーポイントに過ぎない。

- 健康の公平性に関する哲学的原理を、政府の様々なレベルにおける計画策定および資源配分という実践に変換するためには、より議論を深めていく必要があることは明らかである。公平性への広範な取り組みは、乏しい健康資源を配分するための基準として、国家レベルあるいは地域レベルで合理的に適用される可能性のある様々な道徳的基準の間に、あらかじめ優先順位を定めるものではない。このような資源配分の基準としては、例えば、必要性の程度、個人の利益の最大化、人口集団レベルでの利益の最大化などが挙げられる。これらの基準は、いずれも「道徳的に尊重すべき」ものである。しかし、健康と社会福祉を促進するために利用可能な資源をどのように投資すべきかという判断においては、相反する結論を導く可能性があり、実際にしばしば対立の種となる(ギロン)。これらの具体的な手法運用に関する問題の解明に、前述のような健康公平性のモデルが役立つものであるのか、さらに継続して議論を進めていくことが重要である。というのは、CSDH の活動を、是非とも真剣に受け止めてもらわなければならない相手、すなわち、各国政府や政治団体などの計画立案者やプログラム開発者にとっては、このような手法運用の問題こそ、大いに関心のあるところだからである。

4. 健康政策を通じた公平性の追求：健康上の不利性、格差、傾度

今日、健康の公平性という考え方は広く受け入れられており、国際的な健康機関や各国の政策立案者に、政策的目標として益々重視されてきている^{xxix}。しかし、ヒラリー・グラハム(Hilary Graham)が既に指摘しているように、各国の政治的指導者は、“健康の不公平性と闘う”取り組みを、様々な異なる解釈に基づいて展開する可能性があり、それぞれ全く異なる政治戦略に行き着くこともありえる。

健康の不公平性を低減するための政策的取り組みとして、大まかに言って、3つの方法が特定できる。(1)特定の人口集団を標的としたプログラムを通じて、恵まれない人々の健康を改善する、(2)最も恵まれない社会的状況にある人々と、より恵まれた人々のグループとの健康格差を無くす、(3)健康格差全体、すなわち、対象となる人口全体にわたって、社会経済的地位と健康との関連の解消に取り組む。

これら3つの選択肢のどれについても、成功するためには、SDH への対策を取らなければならない。また、これら3つの取り組みの全てについて、社会的に恵まれない人々が不当に負わされている疾患の苦しみを緩和していくために、有効な方法が考えられる。しかし、これらの取り組みは、それぞれの基礎をなす価値観や、プログラム開発に込められた意味合いが大きく異なっている。各々に独自の利点があると同時に、異なる問題を引き起こす可能性もある。

恵まれない人々の健康状態を改善するためのプログラムは、標的とする範囲が明確に定められており、人口全体の中のかなり小さな部分を対象とすることから、取り組みの結果のモニタリング・評価が比較的簡単に行えるという利点がある。標的集団における健康上の不利益を是正するためのプログラムは、貧困撲滅を目指す政府の他の介入政策、例えば、特定の貧困地域に的を絞った社会福祉プログラムなどとうまく連携させることもできる。一方で、このような取り組みの方法には、政治的観点から見れば弱い部分がある。まさしくそれは、人口全体を対象とした戦略ではなく、利益を受けるのが、比較的少数の一部の人々だけであるという事実によるのである。さらに言えば、このような方法は、最貧困層の健康レベルを全国平均に近づけること自体を目指した取り組みではない。たとえ、標的集団を対象とするプログラムを通じて、恵まれない人々の絶対的健康状態を改善することに成功したとしても、より裕福な人々の健康状態がそれより一層進歩していれば、健康の不公平性は拡大することになる。

これに対して、健康格差解消へのアプローチは、相対的な結果という問題に直接取り組む。英国では現在、健康の不公平性改善目標として、乳幼児死亡率および寿命に的を絞って取り組んでいるが、これは格差解消を主眼とした取り組みの一例である。しかし、このモデルにもやはり問題点がある。ひとつには、格差解消という目標は、恵まれない人々の健康状態を改善するためだけに考案された戦略が掲げる目標に比べて、達成が技術的に困難であるという点が挙げられる。「[格差解消]目標に向かって歩を進めるためには、社会経済的地位の低いグループにおける絶対的健康レベルを改善すると同時に、その改善の度合いが、社会経済的地位の高いグループにおける健康改善の度合いよりも、相対的に大きくなければならないのである」。一方で、格差解消を指向する取り組みは、健康上の不利性に注目する見方の根底に潜む道徳的あいまいさを内包していると、グラハムは論じている。健康格差解消モデルもやはり、人口全体の中の少数派グループに努力を傾注し続けるものである(最も裕福な人々との対比において最も貧しい人々に関心が集中している)。このようなスタンスを取るにより「格差解消の取り組みでは、社会経済的不平等が健康に及ぼす影響の波及効果を過小評価することになりかねない。その影響は、社会経済的階層の最下層だけでなくあらゆる階層にわたっているのである」。あまりにも最貧困層に関心を集中し過ぎて、視野を狭めてしまうと、中間層では何が起きているのかが見えなくなってしまう危険性がある。中間層には「最下層の次に貧しい人々」も含まれており、彼らもまた健康上の大きな問題に直面しているかもしれないのだ。

あらゆる社会的地位にわたって、健康における社会経済的傾度を無くしてゆく取り組みは、健康の不公平性への対策モデルとして遥かに包括的である。健康格差全体を扱う取り組みにおいては「健康の不公平性是正という目標は、人口全体にかかわるものとして共有される。健康改善などの目標と同様に、誰にとってもかかわりのあるテーマとなるのである」。その一方で、このモデルを採用するなら、技術的・

政治的に大きな困難と正面から取り組まなければならないことは明白である。健康格差は、疫学的に見てどの時期にあっても、これまで常に頑固に存在し続けてきたものであり、主要な死亡原因のほとんどに関して、明白に傾度が見られる。このことから、たとえ為政者が本当に健康格差を解消したいという意志を持っていたとしても、実際に健康格差を有意に低減することが可能であるかという問題について、疑問が投げかけられている。健康格差に対処するための公共政策的措置は、複雑で費用が嵩み、その上、満足な成果をあげるには長い時間を要するものであるかもしれない。そうだとした場合、社会的決定要因に対して、公平性を基礎とした取り組みを一貫して実施していくためには、健康格差そのものに的を絞った取り組みに、いずれ帰着しなければならないことは明らかなのである。

重要なのは、グラハムが指摘しているように、健康上の不利性、健康格差、健康格差の是正に取り組むそれぞれの戦略は、互いに相容れないものでは決してなく、ライバルとして位置付ける必要はない、という点である。各取り組み方法は、相補的なものであり、互いを足がかりとしながら、目標に近づいていくことができる。「健康上の不利性を是正していくことは、健康格差を縮める上で不可欠であり、これら 2 つの目標は、健康格差を低減していくための包括的戦略の一部なのである」。こうして、連続的なパターンが見えてくるが、「それぞれの目標が重なりあって、政策効果に厚みを増してゆく」のである。言うまでも無く、これらの取り組みの妥当性や順序は、各国の経済発達のレベルなど、状況要因によって異なる。全人口の 80% が極貧にあえいでいるような国にあっては、標的集団を設定した取り組みは意味をなさない。そこで、CSDH では、SDH 問題の論拠となる価値観についての考察を掘り下げると同時に、このような考察を、国家レベルでの状況分析へと結び付け、実際的な政策の選択肢とその順序付けを示すことによって貢献することができるのである。

5. 健康決定要因および不公平性を生む経路のモデル化

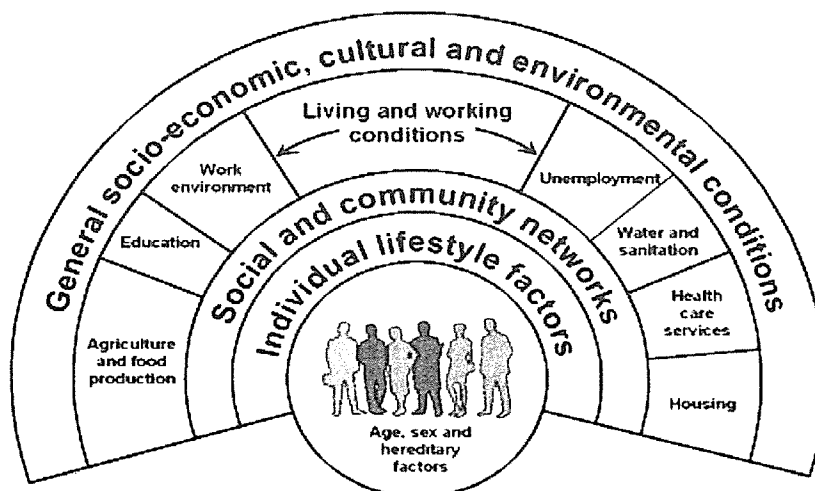
ここ 15 年ほどの間に、異なる種類の健康決定要因間の結びつきを明らかにし、政策措置の戦略的エントリーポイントを特定するために、SDH がどのように健康アウトカムに影響を与えるのか、そのメカニズムを説明するモデルがいくつか開発されてきた。中でも大きな影響を与えたモデルを発表したのが、ダルグレン(Dahlgren)とホワイトヘッド(Whitehead) (1991 年)、ディゼリクセン(Diderichsen)と(Halloqvist) (1998 年、同モデルは、後(2001 年)にディゼリクセン、エバンズ(Evans)、ホワイトヘッドによるモデルへと改変されている)、マッケンバッハ(Mackenbach) (1994)、マーモット(Marmot)とウィルキンソン(Wilkinson) (1999)である。これらのモデルは、SDH が、どのように社会の様々なグループ間の健康の不公平性を生み出すのかを明らかにする上で、とりわけ重要である。

5.1 ダルグレンとホワイトヘッド：影響の重層構造

ダルグレンとホワイトヘッドのモデルは、しばしば引用されているが、個人レベルから国家的健康政策に至るまで、様々に異なるレベルのコミュニティの条件が原因となり、それらの相互作用によって、健康における社会的不平等がもたらされる仕組みを説明している(次ページの図を参照)^{xxx}。図の中心には個人が描かれており、それぞれ年齢、性別、遺伝的因子など、最終的な健康素質に必ず影響を与えることが明らかな要因が付与されている。中心から外側に向かって次なる層は、個人の行動様式(生活習慣)や生活様式を表している。恵まれない状況にある人々ほど、喫煙や粗悪な食生活などの行動要因を有する傾向が高く、また、より健康的な生活習慣の選択を阻む経済的な障壁も大きい。

次なる層は、社会やコミュニティからの影響を表している。これらの社会的相互作用や周囲からの圧力が、良きにつけ悪きにつけ、その下の層にあたる個人の行動様式に影響を与える。コミュニティ組織の指標によれば、社会的階級が下るにつれ、人々が利用できるネットワークやサポートシステムが少なくなっている。さらに状況を悪化させているのが、貧困地域に広がる実状で、受けられる社会サービスも、地域活動のための施設も少なければ、セキュリティ体制も脆弱である。さらに外側のレベルは、生活や労働の条件、食糧供給、基本的施設やサービスへのアクセスにかかわる要因を表している。この層では、劣悪な住宅条件、危険な、あるいはストレスが強い労働条件、サービスへのアクセスの悪さなどのために、社会的弱者にとって、リスクに格差が生まれることを示している。

他の全てのレベルの上を、アーチをかけるように覆っているのは、社会全体に浸透している経済的、文化的、環境的条件である。これらの条件、例えば当該国の経済状態、労働市場の状況などは、他の全ての層に関係する。ある社会において達成された生活水準は、例えば、住宅、職業、社会的交流などに関する個人の選択、さらには個人の飲食の習慣にまで影響を及ぼすことがある。同様に、社会における女性の地位についての文化的信条や、少数民族コミュニティに対する姿勢も、それが大勢を占めるものであれば、対象の生活水準や社会経済的地位に影響を与えることもある^{xxxi}。



図（外側の層から、時計回りに）

社会経済、文化、環境に関する全体的条件

農業および食糧生産 教育 労働環境 生活および労働の条件 失業 水および衛生事情 ヘルスケア・サービス 住宅

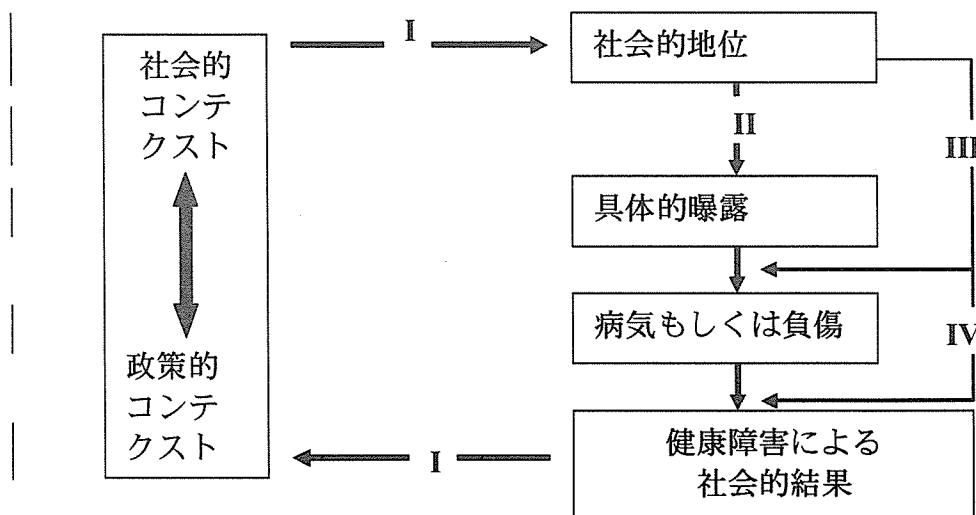
社会・コミュニティのネットワーク

個人の生活様式にかかわる要因

年齢、性別、遺伝的要因

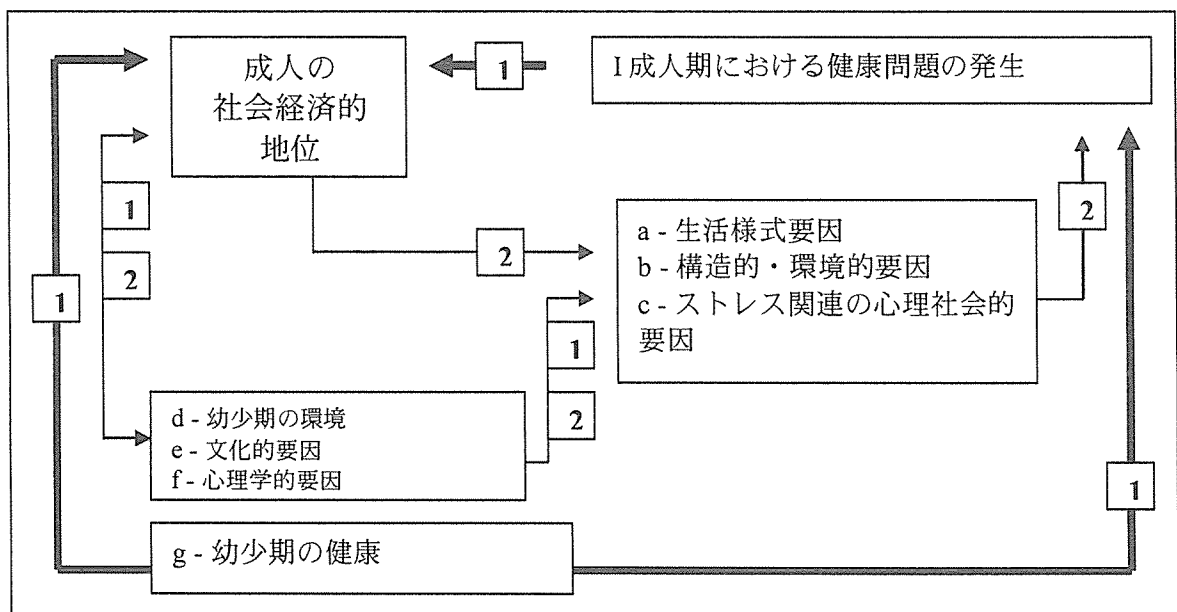
5.2 ディゼリクセン他：社会の階層化と疾病の生成

ディゼリクセンおよび Hallqvist が 1998 年に発表したモデルは、ディゼリクセン、エバンズ、ホワイトヘッドの 3 人によってさらに改変を加えられた(2001 年)。このモデルは、社会的状況(ソーシャル・コンテキスト)が、如何に社会の階層化を生み出し、個人をそれぞれの社会的地位へと割り当てるのかを強調している。人々の社会的地位が、健康機会を決定する。以下の図では、社会的地位に各個人を割り当てるプロセスが(I)として示されている。これにかかわるメカニズムとは「権力、富、そしてリスクを生み出し、これを分配する社会のメイン・エンジン」である。例えば、教育システム、労働政策、社会的性差(ジェンダー)に関する規範、政治制度である。社会の階層化は、まず、健康を害する条件への曝露の度合いに格差を生み出し(II)、次に健康を害する条件への脆弱さに差が生じ(III)、また、(IV)のメカニズムに示されるように病気になった場合の結果にも、社会的階層によって差が生じることになる。「社会的な結果」とは、健康にかかわる一定の事象が、当該個人またはその家族の社会経済的地位に及ぼす影響を指す。このモデルでは、政策措置のエントリーポイントについても取り上げており、この側面については後に触れる。



5.3 マッケンバッハ他：選択と因果

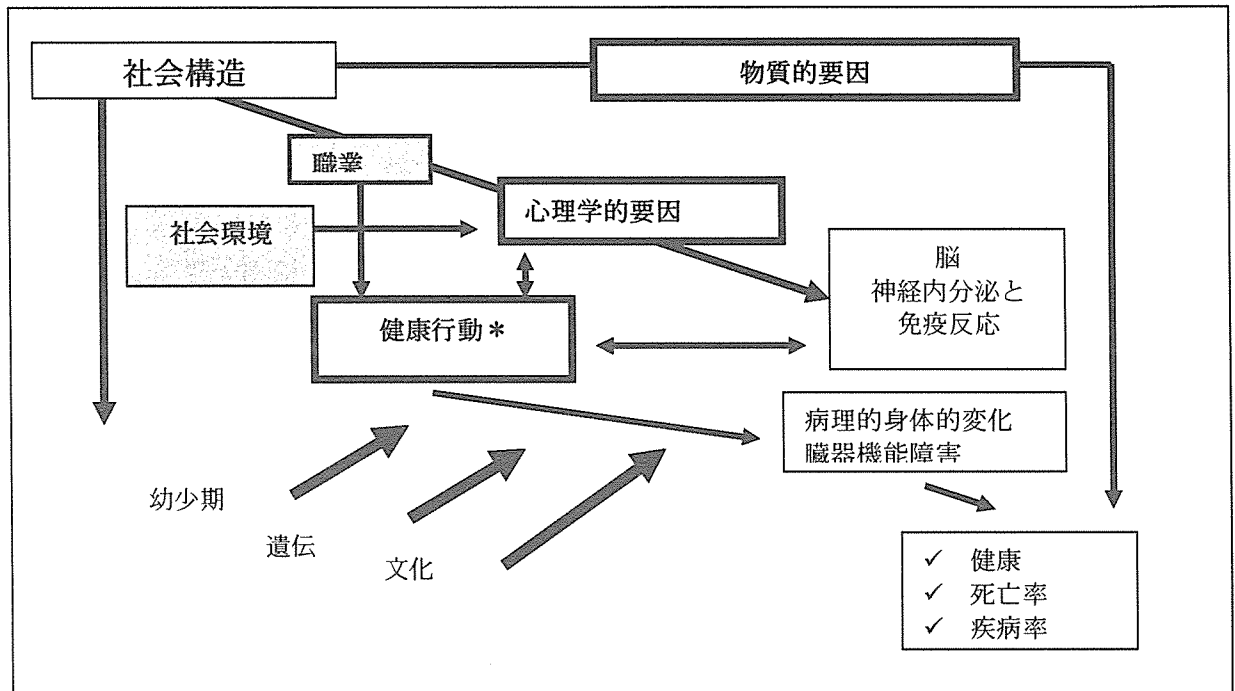
マッケンバッハのモデルは、健康における不公平性が生み出されるメカニズム、すなわち選択と因果を対比させて強調している。「1」の数字は、選択プロセスを示しており、成人期の健康問題が成人の社会経済的地位に及ぼす影響と、幼少期の健康が、成人してからの社会経済的地位および健康問題に及ぼす影響を表している。「2」の数字は、因果のメカニズムを示しており、社会経済的地位と健康問題とを媒介するリスク要因の3つのグループ(生活様式要因、構造的・環境的要因、心理社会的ストレス関連の要因)を表している。このモデルには、幼少期の環境、文化的要因、そして心理学的要因も含まれており、これらの要因が、健康の不公平性を生み出す上での役割を、選択と因果関係という両面から捉えている^{xxxii}。



5.4 ブルンナー、マーモット、ウィルキンソン：ライフコースを通じた複合的影響

そもそもこのモデルは、健康における臨床的(治療的)視点と、公衆衛生的(予防的)視点とを結びつけるために開発されたものである。後に、健康障害を引き起こすと同時に、健康の不公平性をももたらす社会要因のモデルとして、健康の不公平性の根底にある社会的プロセスを解明するために適用された。このモデルは英国のアチソン・レポートにも取り上げられ、全生涯(ライフコース)にわたって経験するリスク——環境、心理学的要因、行動様式などによるリスク——への曝露の格差によって、健康における社会経済的不平等が如何にもたらされるのかを説明するために、明示的に紹介されている^{xxxiii,xxxiv}。このモデルは、社会構造と健康および疾病とが、物質的、心理学的、行動様式的経路を通じて結びついている関係を描いている。人口集

団の健康に対しては、他にも、遺伝的要因、幼少期の要因、文化的要因が重要な影響を与えている。



* 健康行動(health behaviour)

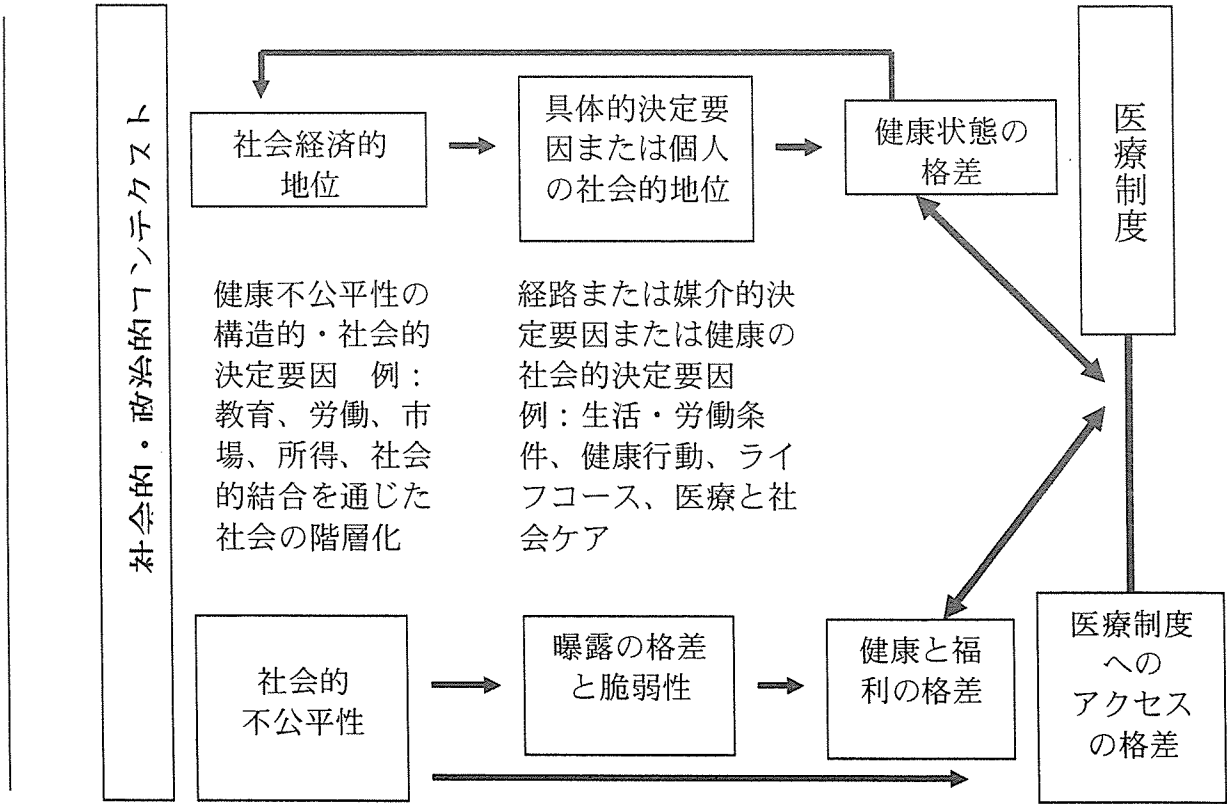
5.5 モデルの統合

これまで見てきたいくつかのモデル(また、ここでは詳しく取り上げなかった他のモデルも)は、SDH を通じて健康の不公平性が生じてくるメカニズムを説明しようとしたものである。これらのモデルから、特別な注意に値するテーマがいくつか提示される。「選択と因果」、「具体的決定要因」という視点、「ライフコース」を視野に入れたアプローチなどである。ライフコース分析を行う研究者は、生物学的・社会的に非常に重大な意味を持つ時期——すなわち出生前発育期、小学校から中学校に上がる時期、労働市場への参入期と退出期など——におけるリスクの蓄積を防ぐための政策が、最も弱い立場にある人々を保護する上で、とりわけ重要であると主張している^{xxxv}。しかし、現時点の議論では、ライフコースという見方を、モデルにどのように取り入れるべきかについては決着を見ていない。この件に関しては、限定的にしか取り入れていないモデルもあれば、幼少期の出来事や条件を重視して、大きく取り上げているものもある。

この他にも、今回取り上げたモデルの間にはいくつかの相違点が見られる。逆向きの影響、すなわち健康が社会経済的地位に与える影響を無視しているモデルもあれば、この視点を、モデルに明白に組み込んでいるものもある。あるいは、生物学的経路

を明示しているモデルがある一方で、この面については触れていないものもある(生物学的経路は、臨床的介入にとっては意味があるが、政策立案にはあまりかわりがない、ということもできる)。医療サービスや医療制度については、ほとんどのモデルの中で位置付けがなされていないが、これは、社会的決定要因という概念が、そもそも公衆衛生にかかわる論議に導入されたのは、個人および人口集団の健康を形成する上での非臨床的な要因の重要性を強調するためであったという事実を反映している^{xxxvi}。

包括的な SDH モデルは、以下の要件を満たしていなければならない。(a)社会的決定要因が健康の不公平性を生じさせるメカニズムを明確化する、(b)主要な決定要因が互いにどのように関連しているかを示す、(c)どの SDH に対処することが最も重要であるかを判断するための枠組みを提供する、(d)介入の対象とするレベル、SDH に対する政策措置のエントリーポイントを特定する。ここで取り上げたモデルは、それぞれに重要な貢献をしているものの、単独で上記の要件を全て満たしているモデルは無い。しかし、様々なモデルの要素を組み合わせることによって、統合的な構図を描き出し、議論をさらに進展させることができるかもしれない。以下に示す図式(スキーマ)は、そのような統合モデルへの第 1 段階である。これをさらに発展させたバージョンを次のセクションに提示し、これに検討を加え、委員会が重点的に取り組むべきテーマの特定という課題についても取り上げる。その予備段階として、ここまでに検討してきたいくつかのアプローチの中に見出される、重要な洞察を集めて、大まかなモデルにまとめたものが次の図である。



上図を左から右へ見てゆくと、まず社会政治的コンテクスト(政治制度や経済プロセスも含む)によって、一連の不平等な社会経済的地位が生じている。所得レベル、教育、職業的ステータス、ジェンダー、人種・民族、その他の要因によって、階層化されたグループが誕生する。図中の「社会経済的地位」の欄が、社会的階層と社会的不公平が生み出される基礎となるメカニズムを特定している。これらの社会経済的階層化のメカニズムは健康の構造的決定要因、もしくは健康不公平性の社会的決定要因と呼ぶことができる。これらのメカニズムを通じて、各社会的グループが有する健康機会は、権力、権威、そして資源へのアクセスのヒエラルキーに占める位置に基づいて決定される。

図の右側を見ると、社会経済的地位が、個人の健康状態を決定する具体的要因へと転化するのを観察することができる。このように個人の健康状態は、階層化したシステムの中で、当人が占める社会的位置を反映しているのである。個人が経験する健康を害する要因への曝露や脆弱性には、各人の社会的ステータスに基づき格差が生じる。このモデルは、ある個人の社会経済的地位が当人の健康に影響を与えること、しかしこのような影響は、直接的なものではないことを示している。社会経済的地位は、より具体的な媒介的決定要因を通じて健康に影響を及ぼすのである。それらの媒介的要因には、労働条件や住宅条件などの物質的条件、心理社会的ストレス因子などの心理社会的状況、喫煙などの行動要因が含まれる。このモデルを通じて、社会経済的地位が低いグループは、地位が高いグループに比べ、好ましくない物質的状况の中で暮らしていること、また、社会的階級が底辺に近づくほど、特権的な階級と比較して、健康を害する行動の頻度が高く、健康を増進する行動の頻度が低いことが推論される。

このモデルの特徴的な要素は、医療制度を明白に取り入れていることである。実際には、健康における社会経済的不平等の一部は、健康が社会経済的影響に及ぼす“フィードバック”効果によって説明できる。例えば、仕事に起因する身体障害などによって所得が低下した場合である。健康状態が優れない人は、健康な人と比較して、社会的地位の梯子を下る頻度が高く、上る頻度は低い。このことから、医療制度自体も健康の社会的要因としての役割を果たしていることが示唆される。これとはまた別に、SDH 政策を推進・調整していく上で保健医療セクターが担うべき重要な役割があることは言うまでも無い。この点について、英国保健省(UK Department of Health)では、医療制度は、健康の不平等を低減させるために、医療サービスへの公平なアクセスを提供するだけでなく、公衆衛生プログラムを整備し、貧しいコミュニティの健康を改善するために他の組織を巻き込むなど、より積極的な役割を果たすべきであると論じている^{xxxvii}。

6. 概念的枠組み

以下の図は、先ほど検討したスキーマに、さらにいくつかの要素を加えたものである。この拡張モデルは、これまでの分析から得られた重要な内容を視覚的に要約し、次に挙げる要素を単一の包括的枠組みの中に整理することを狙いとしている。それは、SDH の主要なカテゴリー、委員会が重点的に取り組むべき課題として提起される一連の具体的テーマ、政策措置のエントリーポイント候補となるレベルの特定(マッピング)である。複雑に入り組んだ社会的・政治的現実を図式化して表現しようとしているため、必然的に図形が少々込み入ったものとなっている。そこで、各構成要素間のつながりを読み解きながら、図の内容をひと通り辿ってみようと思う。この枠組みは、本文書で取り上げている概念やカテゴリーを視覚化したものである。また、委員会が集中的に取り組むべきであると我々が提案する、具体的な社会的決定要因を示すと同時に、これら特定の決定要因への対応を優先させるべきであるとする、その理由を理解するための文脈をも提示する。では、どのようなテーマを優先課題として提案しているのか、という問題に入る前に、この拡張版の枠組みについて、いくつかの重要な点を説明しておこう。(a)構造的決定要因 vs.媒介的決定要因、(b)社会政治的コンテキストとは何を意味するのか、(c)健康の不公平性の是正のために政策対象とするレベル。

WHO 公平性チーム 社会的決定要因の枠組み^{xxxviii}

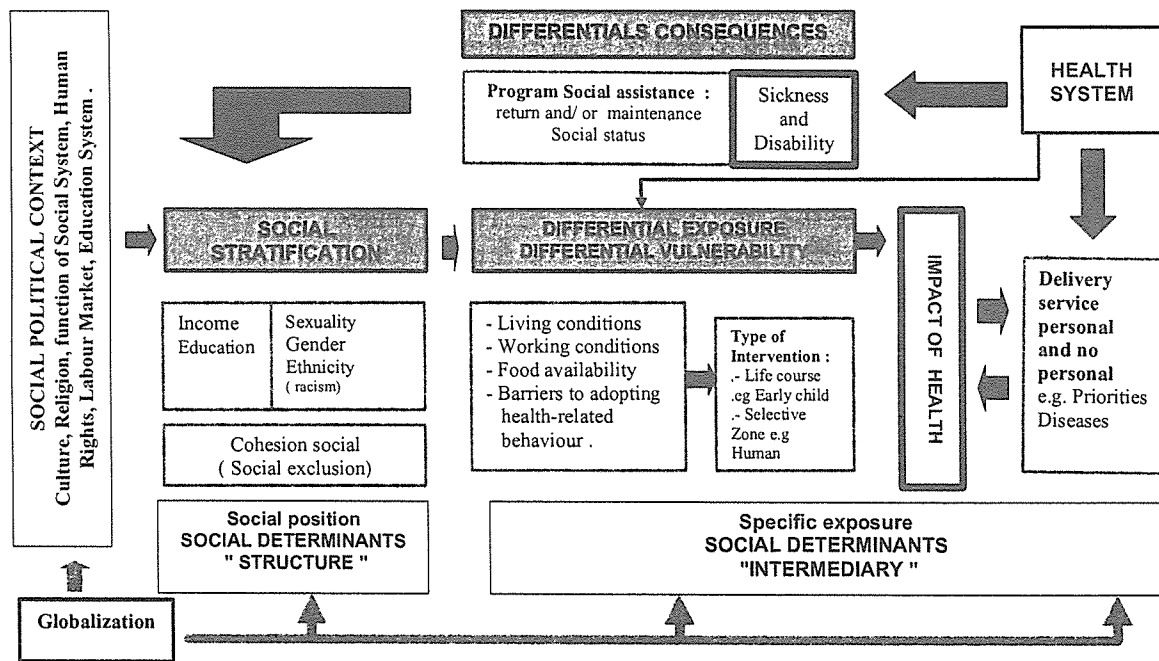


図 (左側から右側へ、上のコラムから順に)