

社会政治的コンテクスト 文化、宗教、社会システムの機能、人権、労働市場、教育制度

グローバリゼーション

社会の階層化

所得、教育、性別、ジェンダー、民族性(人種差別)

社会的結合(社会的疎外)

社会的地位 社会的決定要因 “構造”

結果の格差

社会扶助プログラム： 社会的ステータスへの復帰・維持 疾病および障害

曝露の格差 脆弱性の格差

-生活条件 -労働条件 -食料供給 -健康にかかわる行動を妨げる障壁

介入の種類：-ライフコース 例 幼少期 -選択的区域 例 人間

具体的曝露 社会的決定要因 “媒介的”

健康への影響

医療制度

個人および非個人へのサービス提供 例 優先順位 病気別

### 6.1 構造的・媒介的な社会的決定要因

先に示した第 1 段階の図式(スキーマ)に肉付けした、この枠組みにおいても同様に、大きく分けて 2 つの決定要因グループを特定している。構造的と媒介的の 2 種類で、それぞれに具体例も挙げている。構造的決定要因とは、社会的階層化を引き起こす要因である。ここには、所得や教育など、従来から取り上げられてきた要因が含まれているが、今日では、ジェンダー、民族性、性別なども社会的階層化因子として認識する必要がある。我々にとって最も重要なのは、社会資本との関連における社会的結合の側面である。媒介的決定要因は、その土台となる社会的階層化の構造から生じてくるが、結果的には、健康を害する条件への曝露および脆弱性を決定する。この点について、資料では、曝露の蓄積と選択に関して現在展開されている議論を反映している。媒介的決定要因のカテゴリーには、生活条件、労働条件、食料供給、人口集団としての行動様式、健康的な生活様式を送る妨げとなる障壁を含める。媒介的決定要因の分析および対策のためには、該当する人口集団を分類する必要があるが、様々な定義による分類が考えられる。分析および対策の対象となる人口集団を選別する基準として、ここには 2 つの例を提示する。(1)より脆弱性の高いグループ(子供)、(2)地理的グループ(スラムの住民)。

医療制度そのものも、媒介的決定要因として理解するべきである。医療制度の役割は、とりわけアクセスの問題を通じて、決定要因としての意味を帯びるが、このア

クセスの問題には、曝露と脆弱性の格差も含まれている。これは、個人および非個人に対する医療サービスを提供する機構のモデルに密接に関連している。医療制度は、医療へのアクセスの公平性を改善する努力だけでなく、人々の健康状態を改善するために、様々なセクター間の連携による行動を推進することによって、曝露と脆弱性の格差の問題を直接的に是正することができるのである。そのような取り組みの例として、医療制度を通じた食糧補給などが考えられる。さらに、もうひとつの重要な側面として、人々が疾病から受ける影響差をなくすという、医療制度の役割が挙げられる。医療制度を通じて、健康問題が人々の社会的ステータスを一層悪化させることがないようにし、病人の社会復帰を促すことができるのである。そのような取り組みの例として、慢性病患者の職場復帰支援プログラムや、医療費のせいで、人々が(いっそう深刻な)貧困に陥るのを防ぐ、適切な保健融資モデルなどが考えられる。

## 6.2 社会政治的コンテキスト

この枠組みは、*社会政治的コンテキスト*に起因する影響を重視している点において、他のモデルと異なっている。意図的に、このような広範な意味を含む用語を用い、個人のレベルでは直接に測ることができないような、社会の中の多様な要因全体を指している。ここでいう「コンテキスト」とは、ある社会システムの構造的、文化的、機能的側面の全体を包含するもので、多くの場合、その影響力を定量化して捉えることは困難であるものの、社会的階層化のパターン形成に強力な影響を及ぼしている。したがって、人々の健康機会に対しても、大きく影響しているのである。このような意味におけるコンテキストには、労働市場、教育システム、政治制度など、社会的階級を創出、構成、維持する社会的・政治的メカニズムが含まれている。

最も重要な意味を持つコンテキスト要因、すなわち社会的不平等を生み出す上で最も大きな役割を果たす要因は、国ごとに大きく異なっているだろう<sup>xxxix</sup>。例えば、宗教が決定的要因となる国もあれば、それほどではない国もある。このようなコンテキスト上の相違のために、“紋切り型”の政策的取り組み方法では、SDHにうまく対処することができない。背景が異なれば、社会的階層化を生み出すメカニズムも異なるため、ある社会政治的コンテキストにおいて効果を発揮した介入方法や政策が、他所では通用しない、ということが起こりがちである。その一方で、さらに考慮しなければならない要素として、地域的プロセスに対する介入のタイミング、パートナーシップのあり方、資源の可用性、そして目下検討中の介入策・政策について、国・地域レベルの参加者がどのように概念化し理解しているのか、などの点が挙げられる<sup>xl</sup>。

政策的取り組みに関連するコンテキストの十分な理解のために、明確化しておかなければならない具体的要素は、どの特定の健康決定要因への対策を想定しているのか、によって異なる。例えば、幼少時の発育に関する対策と、グローバリゼーションや医療制度にかかわる対策とでは、関連するコンテキスト上の要素は異なるだろう。コンテキストの概略をまとめるマッピングを行う際に、一般的には、少なくとも

も以下に挙げる 4 つの点を明確にしなければならない。(1)ニーズの明確化、決定要因に対する既存の公共政策、差別のパターン、市民の社会参加、行政の説明責任・透明性などを含む、政治のシステムとプロセス、(2)財政、金融、国際収支、貿易などに関するマクロ経済政策、(3)労働、土地、住宅の分配状況など政策に影響を与える要因、(4)教育、社会福祉、医療、水の供給、衛生などに関する公共政策<sup>xii</sup>。

実現可能な政策目標を設定するためには、これらの一般的な考慮事項に加え、もうひとつ、より具体的に健康にかかわる要素をコンテキスト分析において考慮しなければならない。それは、健康の社会的価値、つまり健康が社会的にどれだけ重視されているか、についての評価である。健康がどれだけの価値を置かれているか、どれだけ共同の社会的関心事と見なされているかは、地域や国のコンテキストによって大きく異なる。ローマー(Roemer)とクレコフスキ(Klaczkowski)が論じたように、ある国における健康に対する価値認識は、健康政策の設計・実施において重要な側面を構成しているにもかかわらず、十分に顧みられていないことを、我々は他の機会にも主張してきた<sup>xiii</sup>。医療制度に関する類型論を構築するにあたって、ローマーとクレコフスキ(Klaczkowski)は、ある特定の社会において、健康にどのような価値が認められているのかを示すために3つの分析領域を提案している。

- 行政的・社会的課題の中で、健康が占める優先度。国の資源がどれだけ健康分野に分配されているか、そのレベルに反映される。
- 健康にかかわるサービス提供のための資金供給および組織化の責任を、どの程度共同責任として、社会が負っているのか。集産主義(国家依存モデルとも呼ぶ)が極まった場合は、集団的利益の提供にシステム全体が専心しているに近く、個人が選択できる余地はほとんど無いが、皆無である。また、個人主義が極まった場合は、健康障害とその治療は、個人的な問題と見なされる。
- 社会的分配の責任の程度。健康資源の分配に、社会がどの程度の責任を負っているかを測る。社会が、全構成員に対して、サービスへの同等のアクセスを保証した場合に、分配責任が最大化したと言える<sup>xiiii</sup>。

これらの基準は、医療制度政策とそのシステム・パフォーマンスを評価する上で重要である。また、SDH 対策の機会を見極める上でも重要である。

グローバルな組織やプロセスが、全ての国々の社会政治的コンテキストに与える影響は益々増大しており、政府を含む各国関係者の自治性を制約することもしばしばである。世界的な貿易協定、新しい通信技術の配備、多国籍企業の活動や、グローバル化にかかわる他の現象も、様々なレベルにおいて、健康の決定要因に直接の影響を及ぼしている。したがって、ここに提示する枠組みにも、モデル内のあらゆる構成要素にかかわる横断的要因として、グローバル化が加えられているのである。

### 6.3 SDH への政策措置が対象とするレベル

政策を通じて SDH に対処する上で、どのレベルで変革を促すのかを特定することは CSDH にとって極めて重大な任務となる。こうしたレベルを特定し、その関係性を明確化し、各分野における政策措置の範囲と限界を示唆する上で、図示した枠組みが役立つ。多様な政策を区別する上で、最も重要で基本的なことは、構造的決定要因を扱う政策、すなわち根本的な社会的階層構造そのものを変える政策と、媒介的な健康決定要因を標的とする政策や介入策との区別である。

ディゼリクセン他による、SDH への政策措置のエントリーポイントに関する類型論もしくはマッピングを参照すると、以下に挙げる主要点(枠組みの図では、濃い色の斜線部分にあたる)が特定されている。社会的階層化、曝露の格差・脆弱性の格差、そして結果の格差である。最初の選択肢は、「様々な社会経済的地位と結びついた権力、権威、所得そして富の不平等」<sup>xiv</sup>を低減することによって、社会的階層構造そのものを変えることである。例えば、ジェンダーに由来する格差を軽減するための政策は、男性との比較における女性の地位を変えることになる。この領域では、社会的階層化を緩和するその効果によって、社会的・経済的政策の影響評価を行うことも予想できる。図の枠組みの右側には、政策が関与することができる他のレベルが示されている。健康を害する要因への曝露の格差を縮小する、社会的弱者が直面する健康を害する条件への脆弱性を低減する、医療制度を通じた介入によって健康障害による結果の格差を縮小する、などである。健康障害によって不平等な結果が生じる可能性を低減させるような様々な介入(特定の病気に関する介入と、より広範な社会環境に関連する介入の両方)について、政策の選択肢を通じて、その根拠を整理して示さなければならない。例えば、リハビリや社会復帰の方面に振り向ける資源を増やすことで、健康障害が及ぼす社会的結果を低減させることができるかもしれない。このレベルでは、医療保険を通じて公平性を推進することが、極めて重要な要素となる。すなわち、重篤な疾病のせいで人々が貧困に陥るのを防いだり、公的あるいは民間による様々な保険のメカニズムと、社会的弱者によるそれらのメカニズムの利用について理解したりすることが必要となる。

これらの問題については、後のセクション(「SDH に対処するための介入策および政策の立案」)でさらに深く検討してゆきたい。

### 6.4. 具体的テーマの選択

CSDH が、上記の枠組みに示されている社会的決定要因の全てを取り上げて、これに対処することは、明らかに不可能である。委員会が行う知的創造活動、政策提言、そして支援活動の的を絞るために、具体的テーマを合理的に選択しなければならない。テーマの選択について、厳密な意味で決定されている事項は、現時点では全くないものの、選択すべき一連のテーマについては提案がなされている。この提案は、過去数ヶ月間にわたる事務局と委員長による調査、WHO 内外の専門家との協議、そしてサンチアゴで開催された第 1 回委員会会合における協議内容に基づいている。

CSDH が優先的に取り組むべき課題として、この一連のテーマを提案するに至った思考過程の概略を、このセクションに記す。委員会の知識ネットワーク(Commission's Knowledge Networks)や委員会が作成する委託文書など、委員会の成果物・活動のためのテーマを絞り込み、決定していく際に、ここに記述する論理的根拠を検討して欲しい。

注目すべき予備的事項がいくつかある。第一に、全てではないにしろ、ほとんどの重要な SDH について、その要因に起因する疾病率や死亡率の正確なデータが入手できないことは明らかである。つまり、ある SDH に起因する病気を量的に計測することができないため、単純に量的指標によって、SDH のランク付けを行うことは(おそらく永遠に)不可能であることを意味する。(たとえ可能であったとしても、そのような量的ランク付けをすることが望ましいのかどうかは、また別の問題であり、ここでは立ち入らない。)そのため、特定の SDH の相対的重要性については、網羅的な量的データを欠いたまま、評価方法を確立しなければならない。そのような評価方法は、多かれ少なかれ、公然と“政治的な”側面を伴う。

委員会の活動対象として提案する分野を選択するにあたっては、“孤児”分野、すなわち、既存の研究においては比較的軽視されてきたため、これまで介入が十分に行われてこなかった重要な分野への取り組みを重視した。健康決定要因への介入策を裏付ける証拠データは豊富ではない<sup>xv</sup>。しかし、全ての主要な決定要因が介入の対象とされてきたわけではないことが、入手可能な資料から明らかとなっている。不公平性は正を目指す介入策の標的として、とりわけ、社会的要因が取り上げられてきたことは、稀であるようだ。反対に、医療へのアクセスやリスクとなる行動要因の改善を狙いとする介入は頻繁に行われている。医療へのアクセス確保、という面では、融資に関する政策が多い。介入策の大半が、生活習慣などの行動要因を含む、通常の予防策の領域に属する決定要因の是正を、その狙いとしている(個人を対象とした健康増進および教育など)。医療サービスや公共の保健機関には直接の責任がない決定要因、例えば、社会的環境による要因の是正を狙いとする介入策はあまり見られなかった。概して、標的とする決定要因の数が少ない種類の介入策ほど、その特定種類の介入が実行される頻度が高くなる<sup>xvi</sup>。言い換えれば、人々は単純明瞭さを好むわけで、これは理解できる。しかし、単純なモデルだけで、必ずしも満足な結果が得られるとは限らない。

決定要因を分野別に見れば、健康の構造的決定要因に対する介入策や政策がとりわけ少なく、主要な孤児領域であると言える。媒介的決定要因を扱う(脆弱性と曝露を低減させる)活動は多いものの、このレベルで行われる介入は、ひとつの決定要因しか標的としない場合が多く、他の媒介要因や、より根深い構造要因との関連を問題にすることがない。一般的に言って、医療制度による介入は、アクセスの問題しか取り上げることがなく、ほとんどが融資面に焦点を当てたものか、より健康的な行動様式(生活習慣)を身につけるための教育活動である。しかし、健康的な行動様式の実践を妨げる社会的障壁に真剣に取り組もうとする意図を持った介入策は、多く

はなかった。これまで顧みられることのなかったそのような分野へ、研究および支援活動の的を絞ることによって、CSDH は、決定要因分野に正真正銘の付加価値をもたらすことができるのである。

委員会へ提案する重点テーマ・リストの作成に当たっては、以下の点を考慮した。

- ✓ 健康の不公平性の傾度に影響を与えるテーマ、すなわち、社会的階層の形成・維持に密接に関連するテーマ。
- ✓ ライフコースという視点を取り入れた(人の一生を視野に入れた)テーマ。そのような要因が健康の不公平性へ与える影響は大きく、そのため、ライフコースを通じた取り組みによって、健康面でとりわけ高い脆弱性を抱えている人口集団への取り組みへとつながる可能性がある。
- ✓ 医療制度に特に密接に関連するテーマ。すなわち、健康の不公平性は正において、保健医療セクターが有する特別な責任および機会に関連するテーマ。選択するテーマは全て、医療界が現実に影響力を行使できると考えられる政策分野を反映し、SDH への介入策の実施と、より包括的な公平性政策を支えるものでなければならない。
- ✓ 多くの発展途上国で急速に拡大している健康問題を反映したテーマ。
- ✓ 全ての国々が強い関心を有し、途上国にとっても、先進国にとっても意味のある結果が得られるようなテーマ。
- ✓ 健康不公平性の社会的決定要因に対して、曝露性および脆弱性が高い人口集団に関連するテーマ。
- ✓ 重要な SDH として、既に広く認識されているテーマ。そのテーマへの取り組みが有する意義について、パートナーを説得する必要がなく、問題に対処するための効果的な介入策や政策の立案・推進に、当初から力を傾注することができる。

つづいて、提案するテーマの各々について、その選択の根拠を、上記の全体的な基準に沿って、より詳細に検討してみよう。

**6.4.1 健康における傾度の形成に直接影響を及ぼす分野：社会的性差(ジェンダー)および社会的疎外** 媒介的決定要因だけでなく、健康の格差を生み出す、より根源的な要因に取り組むために、さらに野心的な政策を選択・立案できるよう各国に対し支援を行うことも、CSDH がもたらすことのできる付加価値のひとつである。ジェンダーおよび社会的疎外は、主要な構造的要因であることが、既に明らかとなっている。この 2 つは、健康の不公平を直接生み出す社会的要因であるため、委員会にとっては、最も重要な意味を持つ。同時に、ジェンダーおよび社会的疎外は、医療制度が実際に(直接、間接の)介入を行うことができるような、構造的決定要因を構成しているため、臨床的医療サービスの提供を含め、それ以外にも様々な保健医療セクターの計画に取り入れることができる。

ジェンダーという視点から見ると、最も重要な 2 つの健康決定要因は、(1)性別分業がもたらす様々な影響と、(2)医療サービスに対する直接支払いを可能にする資源、

公共・民間の保険制度への加入に必要な資源への、ジェンダーに基づくアクセスの格差である。この2つの要因は、ジェンダーと健康の公平性に関する分析を行う上で、ともに重要な側面である。

社会的疎外は、健康の不公平性を形成する大きな要因であり、他の広範なSDHや、社会資本とも密接に結びついた問題である。社会資本は、社会(コミュニティ)における健康不公平性の様々なパターンを説明する上で重要な概念として、次第に認識されてきている。また、政策や介入策の選択・立案においても考慮されるべき側面であり、とりわけ、社会的弱者のコミュニティに対して健康上の利益をもたらすことができるように社会資本を構築するための努力と投資を通じて、健康の不公平性は是正を目指すことが重要である。より広い意味では、社会資本を通じて、経済的、社会的、そして健康上の成果を生み出すことができる可能性を、各国の政策立案者たちは一層重視するようになってきており、だからこそ、貧困と不公平性を是正するためには、コミュニティと連携し、社会的一体性を強化することが必要条件であると認識しているのである<sup>xlvii</sup>。このように、政策を実践に移す上で、社会的一体性とコミュニティの協力が非常に重要となる。健康と社会資本の指標との関係を検証する実証的研究が増えている。そのような中で、社会資本が健康に及ぼす好ましい効果が明らかとなっているものの、今後究明すべき多くの疑問も残されている。具体的な介入策に関する研究を通じて、社会資本のある特定の要素から、どのような経路で健康上の利益が生じるのかについて、より正確な検証が可能になるかもしれない<sup>xlviii</sup>。

**6.4.2 ライフコースという視点を取り入れる：幼少期の発育** 不公平性の根深い持続性、さらには悪化を辿る傾向があることを説明する主要な理由として、経済的、社会的、あるいは発育上のプロセスを通じて、世代から世代へと健康上の特性が(良きにつけ悪しきにつけ)受け継がれることを挙げている研究がある。そして、このような研究では、健康上の有利性や不利性は、成人してから一層強化されるものであるとしている。ライフコースの視点から行う取り組みでは、受胎の瞬間から、幼少期、青年期、そして老年までの間に経験する様々な健康要素に焦点を当てる。ライフコースに基づくモデルは、健康の不公平性が生じる因果関係の経路を表しており、これらの経路を、広範な社会的・経済的要因や子供の発育に関する研究と結び付けている。幼少期から児童期、成人期へと移行する過程の中で、ある個人が有利な方向へと進むか不利性へと進むかの分かれ道ともなりうる、極めて重要な時点を明らかにする。このような考え方は、健康、教育、社会福祉などの政策の本流における施策だけでは、重要なターニングポイントに立たされた人々に対し、必ずしも十分な保護を提供できていないことを示している。ライフコースのパターンは一様ではなく、社会的階層や、民族性によっても異なる。社会的状況はあらゆる年代の個人の健康に影響を与えるが、とりわけ子宮内発育、幼少期、そして児童期において強い影響を及ぼす。多くの場合、身体的、感情的、認知的発育パターンは、児童期に大方定まるものであり、その後の健康に有益もしくは有害な影響を与えることになる。

これらの研究成果は、社会的決定要因に対する政策を通じて健康の公平性を推進する、確固たる戦略を形成するためには、CSDHは、幼少期発育に特別な配慮を行う必要があることを示唆している。幼少期の条件や経験を通じて有利性や不利性が伝達される3つの主要なルートが、研究者により特定されている。(1)幼少期の社会環境が劣悪であれば、成人してからの環境も劣悪であることが予想される、(2)幼少期の劣悪な環境は、幼少期の劣悪な健康の原因となり、(3)成人してからの劣悪な環境は、成人期の劣悪な健康の決定要因となる。これら3つの伝達経路うち、当面の趣旨にあわせて第1の経路に注意を絞れば、幼少期の劣悪な社会環境が、成人してからの劣悪な環境へと結びつく、いくつかのルートを辿ることができる。例えば、不利性から脱却する方途として、やはり教育が今でも主要なルートであるが、貧しい子供は、より裕福な子供に比べて、教育面での実績が劣っている場合が多い。18歳の時点で、教育課程を続けるわけでも、就職や職業訓練に入るわけでもない子供達は、とりわけリスクが高いグループを形成する。より貧しい背景を持つ子供達は、裕福な子供に比べて、警察にかかわる揉め事を起こしたり、退校させられたり、ティーンエイジ(13~19歳)で既に親となってしまう可能性はるかに高く、これらの事象はどれも、社会的階級を上ることを一層困難にする要因となる。その一方で、教育、社会福祉、雇用、犯罪、そして健康に関する現行の政策は、これらの問題を解決する上で本当に役立っているのか、あるいは政策自体が問題の原因を作り出しているのではないかと研究者達は問いかけている<sup>xix</sup>。健康に関する科学、政策立案と社会的価値観が交錯する、このキーポイントで、委員会が重要な貢献を果たすことが期待される。

**6.4.3 医療制度と密接に関連する分野** 先にも述べたように、SDHの機能の仕方とその影響を説明するために考案された様々なモデルは、社会的決定要因としての医療制度の役割を十分に明確化できていない。これらのモデルの中には、SDHと医療制度との関連性を、脆弱で高い曝露を受ける人口集団に対し、予防的および治療的サービスへのアクセスを提供する(もしくは拒否する)役割だけに限定して捉えており、とりわけアクセスへの金銭的障壁との関連でしか見ていないモデルもある。一方で、注目度や成功の度合いに差はあるにせよ、健康に対する多セクター間の連携による行動が、健康政策の主要な基軸として推進されてきたこともある<sup>ii</sup>。

概して、医療制度政策の方向性に、SDHへの介入策が含まれることは稀であった。SDHが人々の健康に劇的な影響を及ぼすこと、そして脆弱な人口集団の健康機会を著しく制約することへの証拠は、十分にある。にもかかわらず、SDHに対して医療制度が単独で取ることのできる直接的な行動は限られている。では、医療システムは——特にSDHと健康の不公平性に対して——どのような行動を取れば良いのか。これらの問題について指針を与えてくれる情報は、未だ少ない。知識と指導力のこのギャップを埋めることこそ、委員会が重要な貢献を果たすことができる領域である。



医療制度自体を健康の不公平性の直接的決定要因と見なさないとしても、社会階層間の人々の移動に影響を与えることは、確かである。ベンゼバル(Benzeval)、ジャッジ(Judge)とホワイトヘッドは、医療制度は、不公平性に立ち向かう上で、3つの責任を負っていると主張する。(1)資源がそれぞれの必要性に応じて各分野に配分されるよう保証すること、(2)多様な社会的グループの医療ニーズに適切に応えること、(3)健康の公平性と社会的公正を推進するために、国レベルと地域レベルの両方で、健康に関する公共政策の立案に、より幅広く戦略的な取り組みを促がす上で主導的な役割を果たすこと<sup>iii</sup>である。CSDHは、医療制度との重点的な協働を選択することで、健康障害が人々にとって望ましくない社会的結果を引き起こすことを防ぐ上で、医療制度が他のセクターと連携しつつ、根本的な役割を果たすべきであることを一層強調することになる。このようにして、他の行政セクターの課題においても高い公平性目標を掲げ、SDHへの取り組みを示唆すべき保健医療セクターの立場を際立たせ、強化することができるのである。

このような視点から、2つの戦略的テーマが明らかとなる。第一に、公衆衛生上の優先的条件については、特定の病気を対象とするプログラムなどの従来型の健康プログラムに、SDH関連の政策や措置を盛り込むことが主要な課題となる。これには、様々な健康問題に関する(教育、予防、治療などの)サービス提供への公平なアクセスの確保という側面が含まれる。加えて、医療制度の活動に重点を置くことが提案される。より正確に言うなら、医療制度の活動の中でも、セクター間連携を伴い、システムレベルでの公平なアクセスを促進し(融資やサービスの制度化なども含む)、SDHに影響を与える間接的な健康問題対策に焦点を絞るべきである。

**6.4.4 脆弱性と高い曝露：雇用条件** 福祉と健康は、ともに人材輩出がその基礎となる。国ごとの国民総生産(GNP)や所得レベル、生活水準、平均寿命を比較すると、その相関性が明らかとなるが、社会経済的階層や職業グループ間における健康や平均寿命の国内格差にも大きな違いが認められる。

労働条件や職業に関連して健康状態に格差があることは、何世紀も前から知られている。その改善に拍車をかけてきたのは、恐るべき労働条件の実態であり、とりわけ肉体労働者は劣悪な労働条件の下で働いている場合が多く、教育水準も所得も低い傾向にある。たとえ、肉体労働者の健康状態が改善されたとしても、より高い教育を受けた職業グループに属する人々も、福祉の向上と経済資源の増加から恩恵を受けているため、健康の不公平性が必ずしも解消されるわけではない。職業との関連において健康を改善していく上で、主要な焦点となるのは、労働および生産の計画立案における健康面への認識、既知の危険要因の根絶もしくは制御、労働環境の改善である。これらの“古典的”労働災害の危険が是正されたとしても、職場の高い地位と低い地位との間の健康不公平性が払拭されるわけではなく、更なる改善の余地が残されている。

先進社会では、職業が社会階層の最も重要な基準となっており、社会経済的なグループ分類の基礎である。ある個人に対する社会からの認定は、その人の仕事の種類、

職業的訓練度、職業上の到達レベルによるところが大きい。さらに、職業の種類や質、とりわけ仕事における自主独往の程度は、余暇や、家庭生活、生活様式、教育、政治活動など、仕事とは直接関連のない場面でも、個人の態度や行動パターンに大きな影響を与える。過去20年間の調査研究によって、職場および仕事内容の重要性和、それらが冠状動脈や心臓の疾患、精神的健康、筋骨格疾病に及ぼす影響が実証されているが、受け入れがたい安全上のリスクや曝露が、多くの職場で未だに見られる<sup>liii</sup> <sup>liv</sup>。他方で、失業や職業的地位の変化も、健康上の変化と結びついていることが示されている。

CSDHにとって、雇用条件とは、雇用に関連する内部要因(職場)と外部要因(社会的、経済的、統治構造的、法的なコンテクスト)の両方を含めたものと見なさなければならぬ。そのために、心理的ストレス、身体的・人間工学的リスク、有毒化学品への曝露、そして所得、雇用保障、就業時間の柔軟性、仕事・タスクの制御性、職業関連の移動などの雇用条件を含む内部要件が健康へ及ぼす効果について、証拠を提供することになる。また、様々に異なるコンテクストを有する国々、移住者や未成年就労者などの脆弱な人口のサブグループから集められた証拠を検討する。雇用の不安定性に由来する自尊心の低さ、雇用の種類との関連で選択する生活様式なども考慮の対象となる。工学的・行政的な管理措置の効果、雇用・産業関連の政策、就業者安全のための法的枠組み——これらは、内的要因の効果を緩和することを目的とした外的要因である——についてマッピングと分析を行う。介入策や政策の作成段階に、就業者や労働者組合からの参加を求め、プログラムの検討には合同で取り組むようにする。

**6.4.5 急速に拡大する問題：都市定住(urban settlement)** 委員会が付加価値を創出する上での機会となるテーマのひとつに、近い将来、健康に及ぼす影響が世界的規模で急速に拡大すると目されているにもかかわらず、保健医療コミュニティに未だ十分に認識されていないテーマがある。それは都市定住の問題で、とりわけスラム住民の健康問題は、途上国にとっては非常に大きな問題であり、急速に拡大している。この分野へ効果的に介入するためには、多様な健康決定要因に対処する複数の措置を統合しなければならない。

都市のスラムは、無計画に形成された非公式な集落と見なすことができ、サービスへのアクセスは皆無か最低限、加えて、人口過密であるのが典型的である。過去10年間に世界中でスラム住民数が劇的に増加している。都市開発は、歴史的に、健康の社会的不公平性の原因とも解決策とも見なされてきた。しかし、世界中いたるところで、都市部の環境やそこに暮らす個人に傾度が生じており、これらの傾度は改善が困難である。都市の環境は、産業化の程度と種類、住宅の質、緑地へのアクセスの程度、そして、益々大きな問題となっている交通などによって影響される<sup>lv</sup>。スラムの状況改善には、住宅、水と衛生、インフラ、環境などの物理的質改善、教育の向上を通じた社会的質改善、暴力を無くすためのプログラム、保健医療サービ

スの質改善とアクセスの改善、参加によるプロセスを通じた統治の質改善、知識と情報を通じてコミュニティの指導力と市民社会を鼓舞すること、などが挙げられる。

**6.4.6 グローバリゼーション** グローバリゼーションは、社会的マクロ決定要因であると見なすことができる。枠組みにも示されているように、グローバルなプロセスは、健康の社会的形成におけるあらゆるレベルに対し、強力に影響力を及ぼしている。各国の社会政治的コンテクストの進化に、社会的階層化に、そして無数の具体的決定要因(労働条件、食料供給など)の形成に対しても影響するのである。CSDHの活動にとって、グローバリゼーションの最も重要な側面は、市場へのアクセス、貿易の障壁と自由化、製品生産の統合、公共サービスの商業化と民営化、そして消費や生活様式のパターンである。

近年、グローバリゼーションと健康への関心が急速に拡大してきたものの、検討を要する多くの重要な課題が、探究されぬままとなっている<sup>lvi</sup>。グローバルなプロセスを健康および健康公平性のマクロ決定要因として位置付け、これらの間のつながりを明らかにする適切な証拠を整理することによって、CSDHは、この問題に新たな光を投げかけ、新しい展望を切り開くことができるであろう。何よりも、グローバリゼーションが突きつける課題に対処し、同時に、グローバリゼーションがもたらす機会をフルに生かすことができるような政策の選択肢を特定し、評価していく必要がある。グローバリゼーションが特定の状況において引き起こす有害な、あるいは有益な健康影響とその程度を特定し、影響の特性を明らかにする必要がある。それは、関連する因果的プロセスを明確にするだけでなく、健康の他の社会的決定要因に対する介入策や政策の効果を評価する上でも役立つであろう。グローバルなプロセスが、如何にして各国の社会政治的コンテクストを形成してきたのか、そして、グローバリゼーションによってもたらされた様々なモダリティーや傾向性が、他のSDHへの介入を成功させる各国の能力にどのような影響を与えたのか、の両方について探究したい。一方、グローバリゼーションへの新たな道徳的枠組みの必要性が、国際労働機関(ILO)が後援するグローバリゼーションの社会的次元に関する世界委員会(World Commission on the Social Dimension of Globalization)などの既存の主体や研究者によって強調されている。「グローバリゼーションの統治は、世界中で共有される価値観に基づき、人権を尊重したものでなければならない。グローバリゼーションはこれまで、一種の倫理的空白の中で発展してきており、市場での成功と失敗が根本的な行動基準となりがちであった。さらに“勝者の独り占め”という姿勢が、コミュニティや社会の構造を弱めてきたのである」<sup>lvii</sup>。CSDHは、健康公平性の枠組みに則り、グローバリゼーションがもたらす利益と人類繁栄の機会のより公平な分配を促進することができるような政策を明らかにするであろう。

## 7. SDH に対処するための介入策および政策の立案

CSDHは、重点的に取り上げるテーマについての証拠を固めることにより、科学的知識基盤を強化するだけでなく、何よりも重要なこととして、行動を触発する。ここで言う行動とは、主に、SDHを通じて健康の不公平性を是正するための公共政策

および介入策を言う。政策立案の指針として、先に提示したようなタイプのスキーマー—SDH の各レベルと、それが影響を引き起こす経路を示す—が必要であり、それに政治構造、機会、プロセスのマッピングを組み合わせなければならない。言い換えれば、社会的決定要因が健康に影響を与える多様な経路を科学的に“イメージ”し、これに政治的グリッドを重ね合わせなければならないのである。その結果、包括的な枠組みが生み出され、社会レベルの健康問題の根源的な問題点を特定できる(的確な診断)と同時に、政治的に実現可能な解決策を特定する上でも役立つのである(効果的な処方)。

資料を調査した結果、SDH に対する介入策と政策の立案について、とりわけ示唆に富むモデルを 3 つ確認することができた。これら 3 つの提案について、順を追って分析する。分析の全般を通じて、具体的介入策(例：革新的健康教育プログラム、スクリーニング・プログラムの制度変革)と、より広い意味での政策(例：収益の分配や医療資源の配分を行う行政の仕組みの変革)との違いを再確認しておくことが理解に役立つだろう。

### 7.1 K・ストロンクスによる枠組み

このモデルは、健康不公平性に関するオランダの国立研究プログラムの一環として提起された<sup>lviii</sup>。プログラムの報告書では、SDH への介入策および政策の実施に関する分析の 3 つの段階を強調している。

- ✓ 第 1 段階では、当該の国、もしくは社会経済的コンテキストにおける健康の不公平性の社会的背景を記述する(情報を収集する)。それぞれの社会的決定要因が健康に及ぼす影響は、ある特定の国の中でも、様々な社会経済的コンテキストによって異なる。4 つの介入領域が特定されている。
  - 第 1 の、そして最も基本的な選択肢は、所得や教育などの社会経済的要因あるいは構造決定要因の分配における不平等性を低減することである。一例を挙げれば、最も低い社会経済的グループにおける貧困の蔓延を減らすことなどである。
  - 2 つ目の選択肢は、社会経済的地位が、結果的に健康に効果を及ぼすのを媒介する、喫煙や労働条件などの具体的要因もしくは媒介的決定要因に関する。このレベルでの介入は、そのような具体的、もしくは媒介的決定要因の社会経済的グループ間の分布を変えることを目標とする。例えば、より低い社会経済的グループの喫煙者の数を減らしたり、よりステータスが低い職種についている人々の労働条件を改善したりする、などである。
  - 3 つめの選択肢は、**逆向きの影響、すなわち健康状態が社会経済的地位に与える影響**を扱う。健康状態が優れないことが、社会経済的地位の悪化につながるのであれば、不健康な人々の所得の減少(例えば、病気のために失職した結果、所得が減少するなど)を防ぐことによって、健康の不公平性が部分的にでも縮小できるかもしれない。一例を挙げれば、慢性病を患う人々が働き続けられるようにする戦略などである。

- 4 つ目の政策選択肢は、*治療的医療*の提供にかかわる。人々にとって、健康を害した時にだけ、意味を持つものである。社会経済的地位が高い人々と同じ効果が得られるようにするために、社会経済的地位が低い人々に対しては、余分に医療を提供したり、異なる種類の医療を提供するなどが考えられる。
- ✓ 第2段階では、有効性が問題にされる。健康の不公平性を是正する可能性のある戦略の数々を特定した上で、それらの戦略の有効性についての考えを形成しなければならない。健康の不公平性を是正するための介入策の有効性について、証拠が不足していることは明らかである。調査を通じて、健康増進策や保健医療セクター内で取られてきた施策など、多くの介入策が実施されてきたことが分かっている。しかし、実施されてきた介入策のうち、健康の社会的不公平性に与える効果の大きさという側面からの評価が行われているのは、一握りでしかない<sup>lix</sup>。
- ✓ 第3段階では、政治的実現可能性を検討する。ここで問題となるのは、日常の実践の中で、所定の介入策を実際に実施することができるのか。現実的な政策となるような規模にまで、拡大することができるのか、という点である。個別の政策や介入策について、それぞれを可能とする要因や機会、そして考えうる障壁などを明確に特定しなければならない。そのような例として、法的制約、規範、価値観、経済的障壁などが挙げられる。ある国で、成功と判断された介入策でも、他の国の文化的規範に適合しないために、実施しても予測どおりの望ましい効果を得ることができない、ということもあり得る。

## 7.2 M・ホワイトヘッドとG・ダルグレンによる枠組み

ホワイトヘッドとダルグレンが提起した枠組みでは、政策の対象とすることができる、相関性を有する4つのレベルが指摘されている。個人の強化、コミュニティの強化、不可欠な施設やサービスへのアクセスの改善、マクロ経済的・文化的変革の奨励である<sup>lx</sup>。

- ✓ 第1のレベルは、個人の強化である。このレベルでの政策対応の狙いは、個人ベースの戦略を用いて、恵まれない状況下にある個人を支援することである。これらの政策は、ある個人の知識、動機、能力や技術を強化することによって、個人のリスク要因との関連において行動様式を改めたり、重層的影響の他の層、つまり外部からの健康に有害な影響によって負わされるストレスや負担に上手く対処したりできるようになる、との前提に基づいている。例えば、単調な作業を行う労働者に対するストレス管理に関する教育、失業によって引き起こされる精神健康の悪化を防ぐための失業者へのカウンセリング・サービス、低所得の女性を支える禁煙クリニックなどがある。これらの政策が有する潜在効果は、より間接的なものである。つまり、失業者へのカウンセリング・サービスの提供は、失業率そのものを下げることにはつながらないが、失業によって引き起こされるかもしれない最悪の健康影響を改善し、更なる被害を防ぐ可能性がある。

- ✓ 第2のレベルは、コミュニティの強化にかかわる。恵まれないコミュニティに暮らす人々が相互扶助のために協力すること、そのような活動の中でコミュニティ全体として健康への有害な影響に対する防御を固めることを重視している。このレベルでのコミュニティ開発戦略では、家族、友人、ボランティア組織、コミュニティなどに本来備わっている力を認め、孤立して活動する個人の集合よりも優れた能力を発揮することに期待している。また、社会的一体性が社会にとって有する重要性を認識し、貧しい地域でコミュニティの力学が上手く機能できる条件を作り出すことの必要性についても重視している。
- ✓ 第3の政策レベルは、不可欠な施設やサービスへのアクセスの改善に重点を置いている。これらの政策は、人々の生活や労働の物理的・心理社会的条件の是正に取り組むもので、清潔な水、衛生、適正な住宅、安全で十分満足できる仕事、安全で栄養のある食糧の供給、不可欠な医療、教育サービス、また、必要な時には福祉への、より良いアクセスを確保するものである。これらの政策への責任は、通常別々の行政セクターが担当するもので、多くの場合互いに独立的に機能しているものの、協力できる可能性は十分にある。この点で、プログラムや施策の統合が必要となる。
- ✓ 第4の政策レベルは、貧困をなくし、不平等性が社会に及ぼす、より広範な負の影響を低減させるために、マクロ経済的・文化的変革を奨励することを狙いとす。マクロ経済政策や労働市場政策、国家規模あるいは国際的規模における、機会の均等や環境有害性の制御を促進するような、文化的価値観の奨励が含まれる。

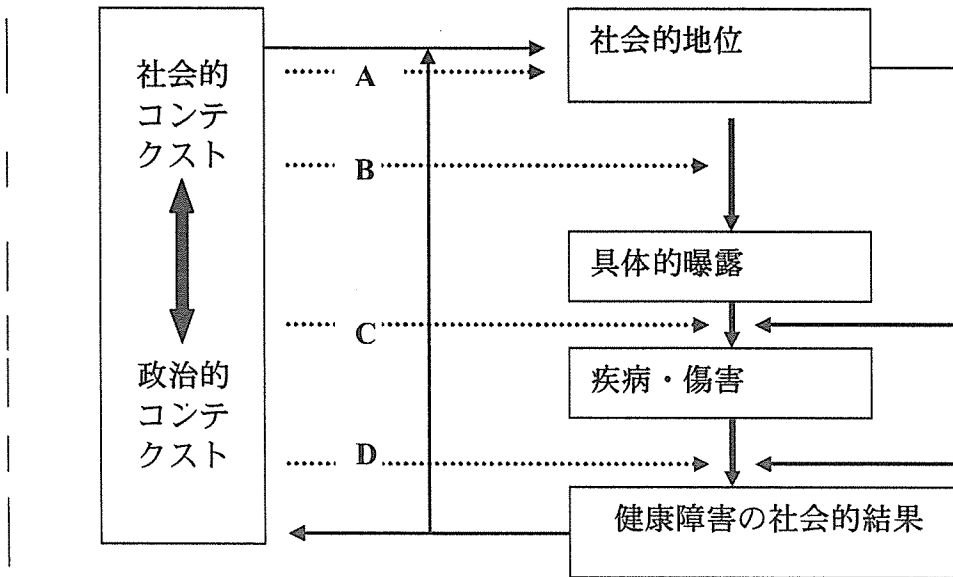
### 7.3 ディゼリクセン他による枠組み

前述のとおり(セクション 5.2)、ディゼリクセンのモデルでは、4つのエントリーポイント、ないし介入策や政策の対象とするべきレベルが特定されている。社会的階層化そのものへの介入、健康を害する要因への曝露格差の縮小、脆弱性の低減、健康障害によって不平等な結果が生じるのを防ぎ、社会的不公平性が深められる危険性を低減すること、である。

- ✓ 社会的階層そのものをなくしてゆく。社会的階層化は、他の政策セクターの責任であり、保健医療政策にとっては本来中心的課題ではないと、見なされがちである。しかし、ディゼリクセンと彼の仲間、社会の階層化そのものに取り組むことは、実のところ「健康における格差を縮小するためには不可欠な、重要な分野」であると主張している。このエントリーポイントに対しては、大まかに2種類の政策を提案している。第一に、社会的な不平等性を低減させる政策(例：労働市場、教育、家庭福祉政策など)の推進、第二に社会的・経済的政策が社会的階層化に及ぼす効果を緩和するための体系的影響評価である。以下の図では、この取り組みはAの点線で表されている。
- ✓ 社会的弱者による健康を害する要因への具体的曝露を低減する。一般的に言って、ほとんどの健康政策では、対象の社会的地位によって、曝露・リスクの低減

のための戦略に違いをつけるような手法は採っていないことを、著者らは指摘している。先の喫煙防止活動がひとつの実例である。しかし今日では、健康の不公平性と闘う健康政策の中でも、社会的弱者が経験している具体的曝露の問題への取り組みが次第に増えており、不健康な住宅、危険な労働条件、栄養不足などの側面に取り組んでいる。図中では、このような取り組みを **B** の点線によって表している。

- ✓ 社会的弱者が直面する、健康を害する条件への脆弱性を低減する。曝露による影響を緩和する方法に関する別の考え方として、脆弱性の格差という概念を通して考えてゆくことができる。ある単独の曝露への介入だけでは、社会的弱者が根本的に抱えている脆弱性の問題については、何の解決策にもならないだろう。脆弱性の低減を達成するためには、相互作用する様々な曝露が著しく減少するか、相対的な社会的条件が大幅に改善されるかしなければならない。一例を挙げれば、女性への教育がもたらす利点は、男女間の脆弱性の格差を緩和する上で、最も有効な方法のひとつである。このエントリーポイントは、図では、**C** の点線で表されている。
- ✓ 健康障害の結果に生じる不平等を低減し、社会的弱者が病気になった場合、その社会経済的地位がさらに低下するのを防ぐため、医療制度を通じて介入する。例えば、社会経済的地位が低い患者に対して、付加的医療および支援を提供する、リハビリや社会復帰のプログラムに投じる資源を増やし、健康障害により所得能力が損なわれる度合いを低減させる、医療保険を通じて公平性を推進するなどが考えられる。このエントリーポイントは、下図では、**D** の点線で表されている。



#### 7.4. モデルの統合：重要な政策原則

上に紹介した、介入のための枠組みは、健康上の不利性、格差、傾度に関する先の議論(セクション 4)に照らして、捉えるべきである。グラハムが言うように、貧しい人々の健康状態を改善し、健康格差を縮小することは必要であるが、それだけでは達成目標として十分ではないことを論じてきた。健康の公平性を実現するためには、最終的には、健康格差そのものに対する取り組みが必要となる。傾度への取り組みのモデルにおいて、健康の不公平性の原因として特定しているのは、最も貧しい人々が置かれている恵まれない状況や、健康を害する彼らの行動様式だけではない。むしろ、社会経済的階級制度の中で、人々に割り当てられる不平等な地位に由来する、人生における機会、生活水準、生活様式などの系統的格差に、健康の不公平性の原因を見出している<sup>lxii</sup>。最も恵まれない人々を対象として絞った介入策は、費用面など様々な理由から、政策立案者にとっては魅力的であるかもしれない。しかし、標的集団への介入策には、貧困を正当化してしまうという、意図せぬ効果が表れることがある。そのような介入によって貧困は、個人にとっては、しのぎやすいものとなり、社会全体にとっての負担は軽減されるからである<sup>lxiii, lxiv</sup>。貧しい人々を対象とした健康プログラム(SDH に取り組むプログラムも含む)には、緊急な人的苦痛に対応するという、建設的な役割がある。しかし、そのような戦略の利点に目を奪われるあまり、健康の不公平性を生み出すそもそもの原因である、構造化された社会的不平等を是正する必要性をあいまいにしてはならない<sup>lxv</sup>。

健康の公平性とは、健康アウトカムが良いか悪いか、というだけの問題ではない。根本的には、健康の機会にかかわる問題なのである。これらの機会を、SDH に対処

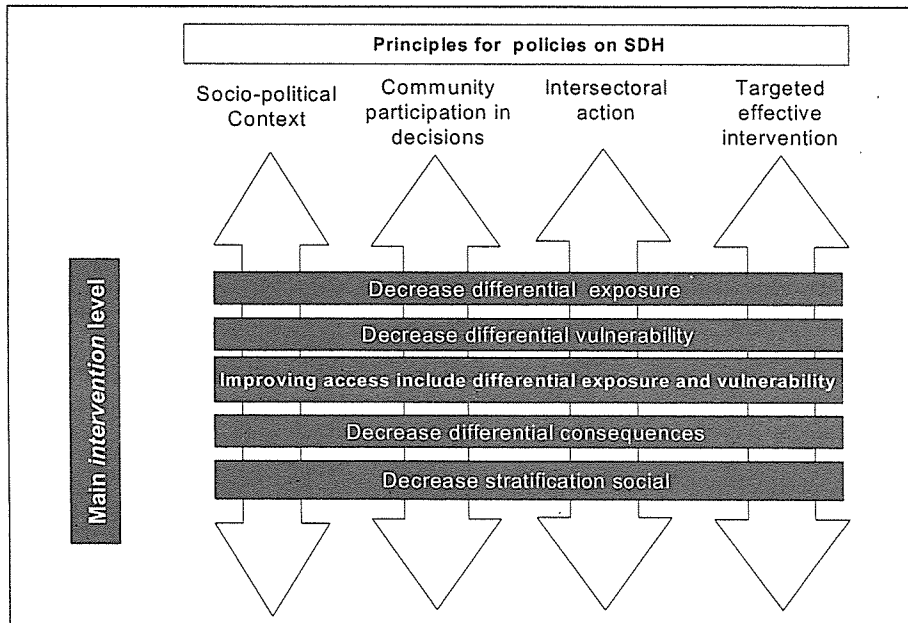


する介入策や政策を練り上げていく上で考慮しなければならない。つまり、どのような介入策もしくは政策を取れば、最も効果的に健康機会を促進することができるのか、という視点を持つことである。健康アウトカムという点で、現在最も深刻な影響を受けている人口集団へ、施策を集中させることが健康機会を最も促進することにつながるのか。そのような手法を採ることによって、最も深刻な影響を受けているわけではないものの、健康機会という意味では脆弱性を有する人口集団は、取り残されてしまうのではないか。中期的に見れば、そのような脆弱性を抱えた人々は、現在最もひどいアウトカムを示している人々と同じ様な健康アウトカムを示し始めるだろう。所得が非常に低い人々、女性、特定の民族的あるいは宗教的背景を有する人々だけが、健康機会という意味で、脆弱性を抱えているのであろうか。健康機会の社会的パターン形成の仕組みは極めて複雑である。各国政府が目標を設定し、プログラムを組み立てる上で、SDH の不公平性傾度を除外してはならない理由はここにある。これらの傾度を、政策措置の対象分野としてはっきりと確立することによって、介入策や政策による健康機会への確実な効果を期待できるようになる。

個別の具体的介入策は、より包括的な政策的枠組みに沿って選択・形成される。したがって、SDH に対して介入できるレベルを特定することに加えて、基本的には、ディゼリクセンらの論じているように、介入策実施の枠組みとなる政策原則を明確化することが必要であると考えられる。強調されている原則およびモダリティーには、社会政治的コンテクストに対する介入とその形成、意思決定へのコミュニティの参加を含む、コミュニティという見地からの政策立案、保健医療以外のセクターからの発案による SDH 対策を取り入れるなど、セクター間の連携による行動の構築、健康の不公平性を是正する上での、真に効果があることが立証されている施策の優先などがある。

以下の図は、これらの考え方を要約したものである。水平方向の矢印は、SDH に対する介入のレベルを表している。ここでは、これらのレベルは実施が可能な、あるいは実施すべき政策のモダリティーとの関連において位置付けられている。垂直方向の矢印は、CSDH の視点から、不可欠であると考えられる 4 つの政策原則を示している。第 1 の原則として、各国・各地域の社会政治的コンテクストへの対応の必要性を強調する。この点は、既定の処方箋に当てはめて政策をかたどるのではなく、発展途上国の現実の能力に見合った政策の立案を行う上で、最も重要な要素である。第 2 の縦の矢印は、意思決定におけるコミュニティの参加を表しており、市民社会の包含と参加を CSDH にとっての重要な側面として強調している。第 3 の矢印は、セクター間の連携による行動を表しており、保健医療セクター内で扱う政策や施策だけでなく、他のセクターの担当であっても、健康への貢献がその目標に含まれているような介入策や措置も統合するべきであることを示唆している。教育、交通、住宅をはじめとする、様々なセクターとの連携が期待できる。第 4 の縦の矢印は、有効な介入策に重点的に取り組む必要があることを、再確認するものである。すなわち証拠に基づく施策、施策を裏付ける証拠の重要性である。

図表：経路および政策に対する新たな行動<sup>lxvi</sup>



図（上から順に）

SDHに対する政策の原則

社会政治的コンテクスト 意思決定へのコミュニティの参加 セクター間連携による行動 標的とする有効な介入

主な介入レベル

曝露の格差の縮小

脆弱性の格差の縮小

曝露と脆弱性の格差を含むアクセスの改善

結果の格差の縮小

社会的階層化の低減

## 8. 結論

本草稿では、CSDH 内の議論の叩き台とするため、健康の社会的決定要因に関する枠組みの草案を提示した。本文書は、言うまでもなく、現段階では完成された最終文書ではなく、思考の共有を促進し、議論を進展させてゆくための道具である。CSDH 事務局のサポートを受けて、委員会活動の一貫性と有効性を確保する上で重要な、基本となる一連の概念的問題について、委員の方々が理解を共有していくプロセスのひとつのステップである。本文書の狙いは、社会的決定要因という概念の明確化、健康の公平性に根ざした SDH 対策のための一貫した価値基盤の提示、そして、SDH に対する政策措置の介入レベルとエントリーポイントを特定するモデルの提示、である。

ここに提示する枠組みのキーポイントは、健康の社会的決定要因を構造的要因と媒介的要因とに区別した点で、視点を変えれば、健康公平性の社会的決定要因と健康の具体的決定要因として捉えなおすこともできる。既に指摘したように、健康の不公平性に直接影響を与えるためには、構造的決定要因への介入策が必要となる。しかし、そのような施策が効果を生むためには、根本的で、おそらくは相当な時間を要する社会変革のプロセスが求められるため、長期的な取り組みが必要となる。これらのプロセスが開始されるのは何時か。それ以前の問題として可能であるのか。根本的な変革の現時点での実現可能性を疑問視する声も、理解できないものではない。では、構造的決定要因に直接的に対処することが不可能であるとしたら、これらの要因に間接的に影響を与える経路を特定することができるであろうか。この点については、医療制度が担うことができる種々の施策に大きな関連性がある。医療制度を通じて、システム全体に影響を与え、健康不公平性の社会的決定要因に直接対処する能力が持てるよう、システムを形作ってゆくことが可能であるかもしれない。

SDH に対する保健医療セクター主導の介入策の持続性と、その根底にある政策構造は、不可分に関連している。保健医療セクターを含む、あらゆるセクターに関する政府政策により、広範な支援と権限を得ることができなければ、SDH への介入策(例えば、健康プログラムへの SDH の取り込み、セクター間連携による行動やプログラムなど)に継続性を持たせることはできない。と同時に、社会的決定要因を取り込んだ、視野の広い政策的取り組みも、国レベル・地域レベルでこれらの考えを適用するための、より限定的・具体的な介入策へと変換されなければ、実際には効果を上げることができないのである。この最後の点は、保健医療セクターにとって、目標や計画を練り上げ、健康問題対策を実施する上での新しい視点を示唆している。

参考文献

- <sup>i</sup> Tarlov A. 1996. Social determinants of health: the sociobiological translation. In Blane D, Brunner E, Wilkinson R (eds). Health and social organization. London: Routledge. 71-93.
- <sup>ii</sup> Krieger N. A glossary for social epidemiology *J. Epidemiology Community Health* 2001; 55:693-700
- <sup>iii</sup> Graham H. [complete]
- <sup>iv</sup> London Health Observatory 2002 review of the London Health Strategy High- level Indicators.
- <sup>v</sup> Evans T, Whitehead M, Diderichsen F., Bhuiya A., Wirth M. Challenging inequities in health from ethics to action Oxford University Press 2001.
- <sup>vi</sup> Marmot M. Economic and social determinants of disease *Bulletin of the World Health Organization*, 2001,79 (10) pag 988 -989.
- <sup>vii</sup> Rose G. Sick Individuals and Sick Populations *International Journal of Epidemiology* Vol 14 n° 1 1985.
- <sup>viii</sup> Performance measurement and performance management in OECD health systems J. Hurts , M Jee-Hughes 2001 .
- <sup>ix</sup> WHO Equity Team working definition.
- <sup>x</sup> Socioeconomic position includes both material and social resources as well as rank or status in a social hierarchy or hierarchies. Social positions derive from, and are generated by, a particular social context, meaning that classifications of social position will vary across societies and historically. In some countries gender, race or religion plays a major part in what position a person occupies. Because there is a range of structures of inequality everyone occupies multiple social positions: for example a white, gay man in a manual occupation or a heterosexual, Indian woman in a managerial occupation. Graham H, Kelly MP. Health inequalities: concepts, frameworks and policy. 2004. NHS Briefing Paper.
- <sup>xi</sup> Hilary Graham Social determinants and their unequal distribution : Clarifying policy understandings *The Milbank Quarterly*, Vol 82, n° 1, 2004 ( pp.101-124)
- <sup>xii</sup> Stronks K, Gunning-Schepers L. 1993. Should equity in health be target number 1? *European Journal of Public Health* 1993;3: 104-111.
- <sup>xiii</sup> Sen, "Why health equity?"
- <sup>xiv</sup> Stronks K, Gunning-Schepers L. 1993. Should equity in health be target number 1? *European Journal of Public Health* 1993;3: 104-111
- <sup>xv</sup> Anand S. 2004. The concern for equity in health. In Anand S, Peter F, Sen A (eds). *Public health, ethics and equity*. Oxford: Oxford UP.
- <sup>xvi</sup> Ruger 2005
- <sup>xvii</sup> Sen, "Why health equity?"
- <sup>xviii</sup> Ruger 2004.
- <sup>xix</sup> General Comment and Questions and Answers p 10.
- <sup>xx</sup> Alkire S, Chen L. Global health and moral values. *Lancet* 2004; 364:1069-74.
- <sup>xxi</sup> London L. 2003. Can human rights serve as a tool for equity? EQUINET policy series 14.
- <sup>xxii</sup> Numerous refs
- <sup>xxiii</sup> Farmer P. 2003. *Pathologies of Power*.
- <sup>xxiv</sup> Farmer P. *Infections and inequalities*.
- <sup>xxv</sup> Bourgois P. 2003. *In search of respect: selling crack in el barrio*. New York: Cambridge UP.
- <sup>xxvi</sup> Diderichsen, Evans and Whitehead. 2001. The social basis of disparities in health. In Evans et al. (eds). 2001. *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York: Oxford UP.
- <sup>xxvii</sup> Sen, *Rationality and Freedom*.
- <sup>xxviii</sup> Gillon R. *Value judgements about health equity*.
- <sup>xxix</sup> Graham H. *Tackling inequalities in health in England*.
- <sup>xxx</sup> LJ Gunning-Schepers *Models: instruments for evidence based policy* . *J Epidemiology Community Health* 1999;53:263.
- <sup>xxxii</sup> *Tackling Inequalities in health : an agenda for action : a review of policy initiatives* M. Benzeval, K.Judge. M. Whitehead.
- <sup>xxxiii</sup> Mackenbach , Van de Mheen, Stronks A *Prospective cohort study investigating the explanation of socioeconomic inequalities in health in the Netherlands* *Social Science Medicine* 1994: 38:299-308.
- <sup>xxxiii</sup> Acheson Report
- <sup>xxxiv</sup> Hilary Graham