

Regional Office for Europe, Copenhagen,  
1999

16) 近藤克則: 健康格差社会－何が心と健康を蝕むのか. 医学書院, 2005

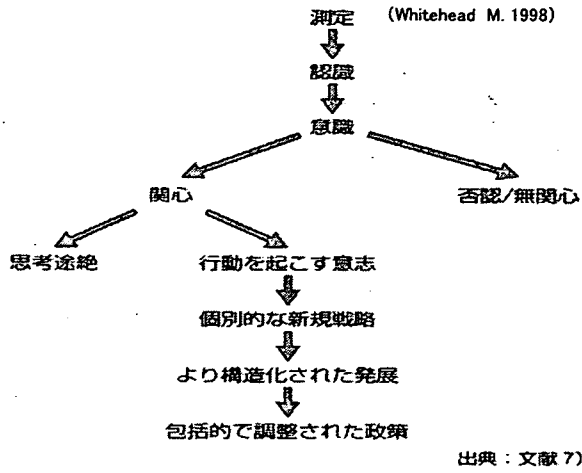
17) 青木郁夫: イングランドにおける健康の不平等に関する取り組み. 日本医療経済学会会報 70: 20-55, 2006

18) Department of Health: Tackling health inequalities: a programme for action. London,  
<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/01/93/62/04019362.pdf>, 2003

19) Department of Health: Tackling Health Inequalities: Status Report on the Programme for Action. Department of Health,,  
<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/11/76/98/04117698.pdf>, 2005

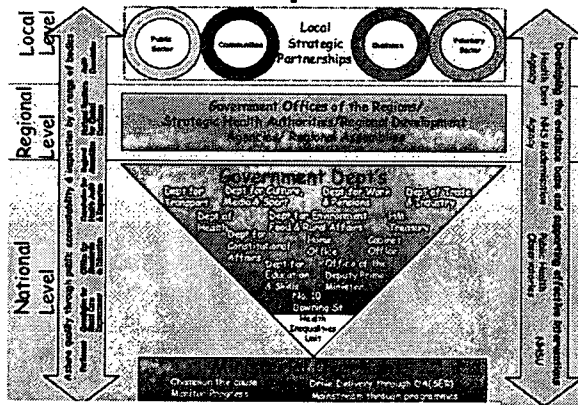
20) Mackenbach J, et al.: Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health. Mackenbach J and Bakker M: Reducing inequalities in health - A European perspective. 25-49. Routledge, London, 2002

図1 健康の不平等に対する様々な行動



Whitehead 1998

図2 A Framework for Tackling Health Inequalities



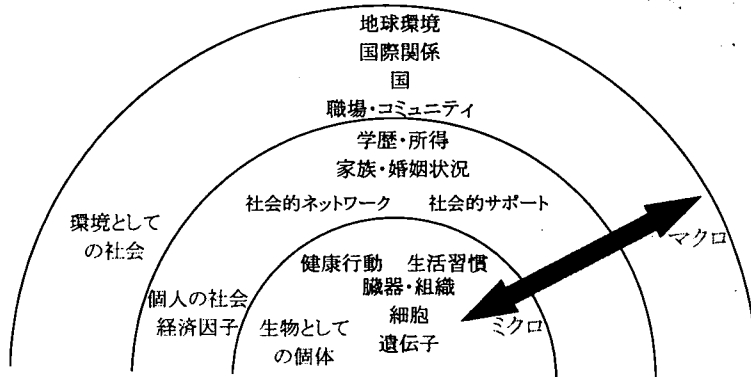
社会全体で取り組むことを提起

Tackling Health Inequalities 2003, p37

表1 介入主体別の介入戦略の例

レベル	介入主体	介入戦略例
マクロ	国際機関 国	国際的な規制、勧告 社会保障政策(所得保障、医療政策、保健政策、福祉政策など)、教育政策、労働・雇用政策、税制度、経済政策、環境政策、社会的排除対策
メソ	地方自治体 地域 職場 学校	健康都市(Healthy Cities)、独自の健康政策 地域住民によるヘルスプロモーション 健康な職場(Healthy workplace) 健康な学校(Healthy school)
ミクロ	家族 個人	ワーク・ライフ・バランスのとれた家庭づくり 健康によい生活習慣、ストレス対処能力向上

図3 健康の決定因子の階層構造



## 表2 スウェーデン公衆衛生法(2003)

---

1. 社会における参加と影響
  2. 経済と所得保障
  3. 安全で望ましい小児期・青年期
  4. 健康的なワーキングライフ(労働生活)
  5. 健康的で安全な環境と生産物
  6. より積極的に健康を増進する保健・医療政策
  7. 伝染病に対する効果的な予防対策
  8. 安全な性生活と良好な出産育児
  9. 身体活動量の増加
  10. 良い食生活習慣と安全な食物
  11. タバコとアルコールの消費量抑制、不法薬物やドーピングのない社会、過剰なギャンブルによる弊害の抑制
-

北欧 健康の平等に関する研究所 (Center for Health Equity Studies; CHES) について (CHES 発行パンフレット全文の翻訳)

このパンフレットには NEWS プロジェクトのエグゼクティブサマリーを記載している。レポート全文は CHES のウェブページでご覧になれるほか、執筆者に直接ご連絡いただくこともできる。

Olle Lundberg (博士、教授)

[olle.lundberg@chess.su.se](mailto:olle.lundberg@chess.su.se)

Monica Åberg Yngwe (公衆衛生学修士、博士)

[monica.aberg-yngwe@chess.su.se](mailto:monica.aberg-yngwe@chess.su.se)

Maria Kölegård Stjärne (公衆衛生学修士、博士)

[maria.k.stjarne@chess.su.se](mailto:maria.k.stjarne@chess.su.se)

Lisa Björk (理学修士)

[lisa.bjork@chess.su.se](mailto:lisa.bjork@chess.su.se)

Johan Fritzell (博士、教授)

[johan.fritzell@chess.su.se](mailto:johan.fritzell@chess.su.se)

CHES

ヘルスエクイティ研究センター

ストックホルム大学／カロリンスカ研究所

SE-106 91 Stockholm

SWEDEN

訪問住所 : Sveavägen 160, Stockholm

電話 : +46 8 16 20 00

ファクス : +46 8 16 26 00

[www.chess.su.se](http://www.chess.su.se)

#### 【NEWS プロジェクトについて】

- The Nordic Experience: Welfare States and Public Health (NEWS) プロジェクトの狙いは、北欧諸国の福祉政策とその公衆衛生にとっての重要性を記述、分析することである。これは WHO 健康の社会的決定因子に関する委員会 (CSDH) に貢献するプロジェクトとして実施されてきた。
- プロジェクトはヘルスエクイティ研究センター (CHESS) の研究者とCSDHが共同でスタートさせ、CHESSのOlle Lundberg教授とJohan Fritzell教授が指導役を務めている。研究の実行担当は、Monica Åberg Yngwe博士、Maria Kölegård Stjärne博士、Lisa Björk (理学修士) などから成るCHESSのグループである。
- 北欧の専門家グループは、アイデアの提供、論文の作成、個々の論文や最終レポート案の検討など、プロジェクトに積極的に参加してきた。その他の外部研究者も寄稿し、全部で15の論文がプロジェクトに委託、提供された。
- プロジェクトの主たる資金提供者はスウェーデン社会保健省とCHESS。それ以外にも、フィンランド国立福祉保健研究開発センター (STAKES)、ノルウェー保健社会問題省、未来研究所 (ストックホルム) がプロジェクトを支援している。

#### 【考え方】

- 北欧型福祉国家の特徴は、家計所得に基づいて対象を限定する政策に頼るのではなく、全市民を対象とした普遍的な社会政策を重視する点にある。
- 北欧諸国は貧困の削減に成功したほか、社会階層、所得、性別いずれの面でも機会均等、結果の平等を促すことに成功している。
- 福祉国家制度を通じて多くの国民に福祉資源を提供することで、普遍的な社会政策は公衆衛生にも影響を及ぼすと考えられる。
- 分析に際しては歴史分析と比較分析の両方を行ったため、導き出された所見の適用可能性が高まる。
- さまざまなタイプの社会保障制度を持つ国家クラスターを比較するだけでなく、政策スキームの質的な違いを分析することで、特定の社会政策および介入策の健康・生存にとっての重要性が研究されている。

### 【北欧諸国の過去と現在】

- 北欧諸国は数々の歴史的体験を共有している。長い歴史の間に、さまざまな構図で結びつき、それが多くの文化的・社会的共通点をもたらしたとも考えられる。
- 北欧型福祉国家は20世紀半ば以降、少しずつ発展してきた。そこには制度面でも、政策目標や平等性に関しても多くの共通点がある。典型的な特徴は、普遍的な社会プログラム、幅広い公共サービス、主に地方レベルでの公的部門によるサービス提供、税金による資金調達、社会階層間および男女間の比較的少ない不平等などである。
- 北欧諸国は、他とは異なる福祉国家のクラスターとしてひとくくりにされることが多い。本研究の基本的アプローチは、クラスター比較にとどまらず、福祉施策のもっと多くの具体的特徴に焦点を当て、それが公衆衛生に与える影響を分析することである。
- 北欧型福祉国家には、包括的、制度的、普遍的という3つの共通した特徴があると言える。

### 【公衆衛生の発展】

- 20世紀には乳児死亡率が激減した。例えばフィンランドでは、それまでの50倍もの減少が見られた。北欧諸国は第一位の乳児生存率を誇っている。
- 北欧諸国の65歳時平均余命の伸びは、ここ40年、他の多くの国々を下回っている。ひとつには、デンマークの伸びがかなり緩やかだったためである。
- 死亡年齢の個人差に関しては、北欧諸国が他国より優れており、米国は特に個人差が大きい。
- 相対的な意味では、北欧諸国の社会集団間の不平等は他のヨーロッパ諸国より小さくはない。しかし、肉体労働者の死亡率の絶対水準に関しては、ノルウェーとスウェーデンは他のほとんどの国より優れている。

### 【社会政策、貧困および不平等の一般的影響】

- 北欧諸国は国際的に貧困率が低いが、これは社会保障の再配分システムの影響が強いと思われる。
- 北欧諸国は、子どもの多い世帯、片親世帯、高齢者世帯など社会的弱者層の貧困率が低いのが特徴である。

- 所得と健康の間に緩やかな関連性があるとすれば、低い貧困率と狭い所得分布は公衆衛生にとってよいことである。この関連性はたくさんの要因の産物であると思われる。一般に、生活状態をコントロールし、意識的に方向づけるための資源がどれだけ意のままになるか——それが健康にとってはきわめて重要である。そうした資源には物質的なものもあれば、そうでないものもある。
- OECD17カ国の1900年～2000年の調査によると、社会的支出、社会保険の加入率など、社会保障制度の特徴や目標を表すさまざまな指標が、平均余命全体に大きな影響を及ぼす。

#### 【生涯を通じた社会政策の影響】

- 北欧諸国はまだ比較的貧しかった19世紀にも乳幼児死亡率を劇的に減らすことができた。これを支えた重要な要因は、誕生と死亡の早期モニタリング、新しいアイデアや技法の実現の成功、中央政府と地方関係者（NGOなど）のコンビネーションなどである。このコンビネーションが人々の政策理解を高めたと思われる。
- 1900年頃の下痢による乳幼児死亡率（ストックホルム）の低下を分析すると、経済発展を具体的な健康増進策に転じなければならないことが浮き彫りになる。全住民に影響を及ぼす普遍的施策の方が、社会的階層が低い人々にも効果が高かった。
- 現代のOECD諸国では、家族政策——特に共働き世帯への支援——が各国の乳児死亡率の違いに重要な影響を持ち、一方、GDPの重要性は低くなっていると思われる。こうした家族政策は、北欧諸国でとりわけ進んでいる。
- デンマークを除いて酒類管理の北欧モデルがあり、それが消費水準の低さ、肝硬変などアルコール関連の死亡率の低さ、アルコールによる社会問題の少なさにつながっている。
- 各国を比べると、戦後の高齢者の超過死亡率は公的年金の受給権の変化と関連している（その国の経済発展の度合いを調整した場合）。基礎年金の支給が寛容であればあるほど、高齢者の超過死亡率は低い。年金支給が寛容な国では、高齢者の健康障害が少ない。



### 【学ぶべき教訓】

- データ収集およびデータ処理のシステムや体制が、社会政策や公衆衛生政策の重要な前提条件である。人口動態統計のほか、死亡率や健康状態、社会情勢のモニタリングにより、政策立案の知識基盤が提供される。
- 個々の政策が公衆衛生に及ぼす影響は小さいかもしれないが、すべての政策や制度の複合効果は膨大だと考えられる。これは人の生涯という観点から見るとわかりやすい。市場や家族の資源に加えて社会保障制度が提供する資源が手に入る人は、長生きする可能性が高い。
- 酒類の消費は多くの国で増加しているが、中所得国でもアルコールは死亡につながる最大要因とされる。したがって、北欧の経験が明らかに役立つような政策分野のひとつに酒類管理政策が挙げられる。
- 調査した政策のうち北欧独自のものはほとんどなく、大部分が他国から輸入したアイデアだった。政策の実行を成功させるのがカギだと思われる。北欧諸国では地方の政策実行者と国民との距離が近いこと、人々の賛同や政策理解が高まったのではないかと考えられる。
- 公衆衛生に関して成功しているのは北欧諸国だけではない。つまり成功に至る方法は数多くあるということである。他方、我々の研究結果によると、非普遍的な社会政策は公衆衛生の向上に有効な手段ではない。

## 参考資料； NEWS 最終報告書（抜粋）

出典；

"Lundberg, O, Aberg Yngwe, M, Kölegård Stjärne, M, Björk, L and Fritzell, J. (2008) *The Nordic Experience: Welfare States and Public Health*. Health Equity Studies No 10. Stockholm: Centre for Health Equity Studies."

第1章と第5章のみを抜粋した

### I. はじめに

疾病ならびにその影響としての苦痛、機能低下および乳幼児の死亡はヒトの器官で生じる生物学的事象であるが、その根本原因は実際には生物学的ではなく社会的なものであることが多い。特に国家や国民の健康を改善するための方法を論じる場合は、疾病や死亡の社会的側面が肝要である。生物学的な疾病プロセスが重要でないと言うのではない。もちろんそれは重要である。しかし、健康リスク（特定の細菌への暴露といった生物学的リスクも含む）の配分はたいてい社会的に決定される。したがって、予防もたいていは生物学的変化ではなく社会的変化に属する問題である。医療や適切な医薬品の提供がニーズだけに基づいて行われていないとすれば、このことは治療にも当てはまる。

それゆえ国家内、国家間を問わず、公衆衛生改善のためには健康の決定因子の「社会的配分」が重要となる。例えば、HIV がヒトの免疫系に及ぼす影響は、もちろん生物学的プロセスの結果であるが、AIDS の流行は貧困、不十分な教育、男女間の不平等な力関係に起因する部分が大きい。結核などの伝染病にも歴史を通じて同じことが言える。学校教育の充実、貧困の削減、住環境の向上などを通じて人々の社会的状況を改善することが、疾病と闘う重要な手段なのである。言うまでもなく、予防接種や治療などの医学的介入も重要な方法であるが、これらのサービスへのアクセスに関しては社会的側面も存在している。これまで公衆衛生の目立った改善は感染症の削減と結びついてきたが、慢性病についても決定因子の社会的配分があり、これは貧しい国、豊かな国を問わず当てはまる。

この 100 年間、多くの国々では社会開発のおかげで、大部分の国民の経済的・社会的・政治的状況が大幅に改善された。少なくとも西欧諸国では、Marshall (1958) が言うように、「国家」は「福祉国家」となり、「市民権」は「社会的市民権」になった。だが、多くの国が豊かになり、社会改革や政治改革を行ったにもかかわらず、社会保障制度のあり方は明らかに千差万別である。伝統的にこうした違いは、保護やサービスを提供するうえでの市場、国家、家庭の相対的重要性という点で論じられてきた。換言すれば、小児ケアや高齢者ケア、医療、学校教育、病人・失業者・高齢者への経済保障など、あらゆる社会のあらゆる人々が直面する共通の問題に対する責任を担うのが、主に市場を通じた個人なのか家庭なのか、そ

れとも国家なのかということだ。北欧諸国は、他の国に比べて社会的保護やケアサービスに対する国家の役割が大きい——そのようなタイプの福祉国家を形成していると思なされることが多い。また北欧の社会保障制度は、高水準の労働市場参加や社会参加、貧困率の低下を促すため、社会階層および男女間の平等を意識的に推進しているとされる。

だがどのようにして、積極的な政策立案を通じた社会開発という北欧の経験が、WHO やその「健康の社会的決定因子に関する委員会」(CSDH) に役立つというのか？ ここで強調したい根拠が少なくとも 2 つある。まず、北欧諸国の社会保障制度の拡大に伴って公衆衛生も大きく改善されたということ。北欧には 20 世紀を通じて平均余命や乳児死亡率に関して世界有数の国々がある。次に、北欧の福祉国家モデルはその明示的な目標として、社会保障制度によって国民が利用できる資源を強化、拡大しなければならなかったということ。市場あるいは家庭で生まれる資源だけに依存するのではなく、北欧の人々は社会保障制度が提供する資源をも利用することができた。これによって、病気や高齢で働けなくなったときの経済的影響が緩和され、小児ケアや高齢者ケアが専門化されて家族の負担が減り、すべての子どもを対象にした質の高い公立託児所や公立校が機会均等をもたらした。

こうした社会政策の多くは、大部分の国民にとってよりよい社会を実現するために行われたのであり、公衆衛生の改善が主目的だったわけではない。だが、健康の主たる社会的決定因子となる要素をめざして、政策の舵取りがなされていたとは言えそうだ。それゆえ、北欧の福祉国家モデルが公衆衛生の改善にどの程度寄与したのかと問うのは、妥当なことに思われる。本レポートは、さまざまな分野の既存研究と新しい研究に基づいて、この問いに初めて答えようとするものである。

## 1.1 なぜ北欧の経験に注目するのか？

「健康の社会的決定因子」(SDH) に対処するとき、私たちは国家内、国家間を問わず、直接的な健康リスクに加えて、健康にとって重要な構造的条件の社会的な配分を明らかに重視している。つまり社会的決定因子とは、識字率、貧困、清浄な水へのアクセスなど、実に幅広い。したがって SDH に対応するための政策は、給水や予防接種のような身近なアクションと、もっと一般的な社会的・経済的・教育的政策の両方を含まなければならない。これら一般的政策の重要性は認識されているのかもしれないが、公衆衛生にとってのその重要性が体系的に分析されているとはとても言えない。こうした問いに答えるには、主たる SDH を意識した政策が実施されている国を研究するのが常道である。CSDH に対する私たちの貢献は、福祉政策や社会保障制度とその公衆衛生への影響に関する北欧の経験を、記述、分析することである。

デンマーク、フィンランド、アイスランド、ノルウェーおよびスウェーデンは、地理的に特

異なる国家グループを形成しているだけでなく、歴史を共有し、特異的で世界的に珍しい特徴を持った北欧モデルへと、制度的・経済的・政治的に発展した国々である。この定型化された特徴は白か黒かの両極端な視点で論じられることがあり、北欧諸国の類似性がしばしば誇張されてしまう。各国を仔細に分析すると、公衆衛生に関しても重要な違いが明らかになる（Kautto et. al. 1999; 2001 など）が、それでもやはり、北欧の経験とそれが公衆衛生に与える長期的影響を分析できるほどの類似性は十分にあると思われる。

では、その特徴、実績とは何か？ 北欧の経験に焦点を当てること、なぜ先進国の視点からばかりでなく、世界中の国々や人々にとっても意味があるのか？ 北欧モデルへの関心は、政治的にも科学的にも、これらの国々の社会的実績によって高まった。年を経るとともに状況は変化しているが、北欧諸国は経済的パフォーマンスと社会的パフォーマンスの両面で世界のトップクラスにいるとされることが多い。それは例えば「人間開発指数」、世界経済フォーラムの「ジェンダーギャップ指数」や「競争力レポート」、トランスペアレンシー・インターナショナルの「腐敗度指数」にも表れている。経済的パフォーマンス、社会開発、フェアプレーは、よき社会に必要な欠くべからざる側面であると同時に、マクロレベルのSDHにとっても重要な要素である。

北欧諸国の公衆衛生経験は、公衆衛生のあらゆる指標で最上位にあるとは言いきれないものの、国際的に注目する価値があると言っても差し支えはなさそうである。主な公衆衛生統計にも長い間反映されているとおりで。まず、スウェーデン、フランス、イングランド&ウェールズの1800年以降の平均余命を見てみよう（図1.1）。

図1.1 スウェーデン、フランス、イングランド&ウェールズの男性の出生時平均余命(1800～2002年) 出所：Sundin & Willner 2006

スウェーデン

フランス

イングランド&ウェールズ

図からわかるように、少なくとも1860年以降、男性の平均余命はスウェーデンが優位であり、これは現在まで続いている（ただし、3カ国すべてで平均余命が延びているため、その差は縮小している）。さらに、1960年代前半からの動きを詳しく見ると、フィンランドを除く北欧諸国は世界でも平均余命が長い（図1.2）。概してこの期間は、ここに示す15カ国すべてで平均余命がかなり向上している。北欧の経験はまちまちで、日本の動向により影が薄くなる面もあるが、特にスウェーデンとアイスランド、それにノルウェーは、男女計の出生時平均余命で世界をリードしつづけていることがわかる（詳細は本文3.1を参照）。

図 1.2 所得が高い 15 カ国の男女計の出生時平均余命 (1960~2003/04 年) 5 年ごとの平均 出所 : Human Mortality Database (HMD 2006)

出生時平均余命 (e0)

5 年ごとの期間

スウェーデン

ノルウェー

デンマーク

フィンランド

アイスランド

オランダ

ベルギー

フランス

西ドイツ

オーストリア

イタリア

スペイン

イングランド&ウェールズ

米国

日本

図 1.3 は 5 歳未満児の生児出生 1,000 人当たり死亡数を、世界の一部の国々と北欧諸国とで比較したものである。5 歳未満の幼児死亡率は、国連ミレニアム開発目標に挙げられている公衆衛生指標のひとつである。先進国間の差は極めて小さいが、北欧 5 カ国は日本とともに上位に入っている。全世界のランキングでは、アイスランドとシンガポールの 2 カ国だけが死亡率 3/1000。フィンランド、ノルウェー、スウェーデンは 4/1000 の 7 カ国のうちに入っている (他の 4 カ国は日本、モナコ、サンマリノ、スロベニア)。

図 1.3 一部の国々の 5 歳未満児死亡率 (2004 年) 出所 : WHO

生児出生 1,000 人当たり死亡数

アイスランド

スウェーデン

ノルウェー

フィンランド

日本

デンマーク

オーストラリア

イタリア  
英国  
カナダ  
米国  
チリ  
中国  
エジプト  
イラン  
インド  
ケニア  
セネガル  
モザンビーク

するとももちろん、公衆衛生に関して北欧諸国が上位にいる理由またはメカニズムは何なのか、ということが疑問になる。ここで先に述べた北欧諸国の社会的・経済的実績、もっと具体的に言えばその福祉国家モデルが思い出される。貧困率の低さ、機会均等など、北欧諸国の特徴のいくつかはそれ自体非常に重要かつ貴重であるが、同時にそれは重大な SDH とも見なすことができる。したがって本レポートでは、こうした社会的特徴および成果にも追って脚光を当てる（北欧モデルに関する詳述は 2.1、貧困については 4.2、女性の健康については 5.1.5 などを参照）。

北欧の社会保障制度に着目するさらなる理由は、そのマクロ経済的パフォーマンスである。マクロ経済の発展は公衆衛生の改善に欠かせないが、経済水準が同じ国でも公衆衛生には大きな違いがある。実際、北欧諸国は最近、その経済的パフォーマンスにも国際的な関心が集まっている。結果的にどの国も豊かな国の仲間入りをした。それでも、グローバリゼーションの時代にあって、北欧モデルは果たして持続可能なのかといふかる向きもあるだろう。興味深いことに、いくつかの超国家組織が強調するところによると、北欧諸国は比較的高水準の福祉や社会的平等をもたらすのみならず、経済成長をも促す特徴、制度、国民を有していると思われる。例えば最近、多くの国際比較が北欧諸国の経済競争力を浮き彫りにしている。世界経済フォーラムの最新の「国際競争力レポート」（2006～2007 年）では、スイス、フィンランド、スウェーデン、デンマークが上位 4 カ国にランクされている。高コストで包括的な社会保障制度は、グローバル化した世界では持続困難であると言われることがあるが、むしろ北欧諸国は、少なくともヨーロッパ的視点からは、グローバリゼーションの課題にうまく対応できていると言えそうである。

だが北欧諸国の経験が、WHO ならびに低中所得国の指導者や政策立案者にどう役立つの

か？ 経済的、技術的さらには政治的な面で各国の歴史事情は大きく異なると考えられるが、私たちの見解では、北欧の福祉国家モデルで導入されている原則や実際の解決策が、現在の低所得国には当てはまらないと考えるのは誤りである。むしろ正反対で、次のことが言えると私たちは考える。つまり歴史的に見れば、この 100 年余りの北欧諸国の経験は、現代の全世界の民主的プロセスおよび社会的・経済的発展を強化するための戦略や手段を論じるに当たって、極めて興味深いものなのだ（この点については Mkandawire 2005 も参照されたい）。確かに今日の北欧諸国は世界有数の富裕国であり、世界のほとんどの人が経験したことのない社会保護プログラムをそなえているが、常にそうだったわけではないことを知るべきである。実際には多くの社会改革が、これらの国々がまだかなり貧しかった頃にささやかにスタートしたのである。北欧の経験の適用可能性というこの問題については、本レポートの最後に再度触れたい。

歴史的変遷、制度的特徴、現実的成果の詳細は第 II 章に譲るが、北欧モデルの中核を成すとほとんどの分析家が言う基本的な特徴ないし原則、すなわち普遍主義にここで言及しても構わないだろう（普遍主義に関する詳細な概念的検討は、Kildal & Kuhnle 2005 などを参照されたい）。もちろん北欧モデルにはそのほかにも重要な特徴があるが（詳しくは 2.2 参照）、例えば北欧のいずれかの国が理想的・典型的な北欧福祉モデルから脱け出したかどうかを論じる際には、普遍主義およびその対極の考え方（選別的かつ残余主義的で家計所得に応じた政策）が中心的観点となる。では普遍主義とは、もっと一般的にはどのように理解されるべきか？ より具体的に言えば、それはどう公衆衛生と結びつくのか？

普遍主義は、社会的市民権または社会権という考え方を大きく具体化するものだ。社会に生きる市民として、私たちは一定の便益ないし社会給付を広く受ける権利がある（\*5）。社会保障理論において、市民権や権利という考え方は T. H. Marshall の著作（1950）と強くつながっている。Marshall は市民権、政治的権利、社会権を区別した。これらはおよそ時代順に登場するが、20 世紀のヨーロッパでは特に社会権と結びついた社会保障プログラムが進化する。権利というのは、多くの国がかつて導入した救貧法や救貧サービスとは基本的に異なっている。普遍主義および社会権という視点の導入も、尊厳や自尊心といった繊細で心理的な問題に関係している（Titmuss 2001 参照）。

\*5 社会保障制度を論じるときによく使われる市民権という概念は、現在および将来のグローバル社会の厄介な特性を浮き彫りにする。移民が増えたとき、普遍主義によれば、市民以外のメンバーにも社会的保護スキームを割り当てるべきなのだろうか？

普遍的な社会政策と対象を絞った社会政策との違いは、後者が最貧困者だけを保護するため所得調査に依存しなければならないのに対し、前者はもっと広い層をカバーするという点で

ある。よって北欧諸国の場合、社会政策プログラムは全国民またはそのうちの該当層（例えば、永久に労働市場の外にいる人は失業保険をもらえない、子どものない人は児童手当をもらえないなど）を対象にするという意味で、一般性を帯びる傾向がある。所得や配偶者の有無にかかわらず子どものいる全世帯に支給される児童手当など、所得移転プログラムはその典型である。無料の公立小学校、質の高い公共医療サービスは普遍的な福祉サービスの例である。普遍的な政策とは、必ずしも全市民が同じサービスを得るという意味ではない。リスクにさらされている全市民が保障を受け、給付は所得に基づく最低水準ではないということだ。ただし北欧諸国にも、普遍的プログラムを補完するものとして、所得に基づく選別的で残余主義的なプログラムが存在することは多い。

理論的に言えば、普遍的アプローチには選別的小アプローチと比べてさまざまな長所・短所がある。普遍主義を支持する主な意見は次のような考え方からきている。サービスや社会保険は、豊かな者が貧しい者に同情して施しを与えるというのではなく、社会権に基づいて提供されるべきである——。これは Richard Titmuss が強く主張している。

「公的に提供されるサービスの利用に際して、劣等感をはじめ貧困、恥辱、不名誉などを感じさせてはならない。その人を『社会のお荷物』にならせてはならない。重視すべきは全市民の社会権である。特定ニーズに対して地域社会が提供するサービス、民間市場や家族が普遍的に提供できないまたは提供しようとしぬサービス、責任ある人間として利用するか利用しない権利である。こうしたサービスは、すべての人によってすべての人に提供されないとすれば、まったく利用できないか、経済的余裕のある人、その他劣等感や恥辱に苛む人にしか利用できないだろう」（Titmuss 2001 (1968) p 117)

他方、普遍的モデルはコストがかかり、高い税率を要する。これは経済の抑止力となって経済成長を阻むとされてきた。次に、こうした主張にはいくつかの理由で疑問が投げかけられ（Korpi 2005 など）、普遍的モデルが国民の大部分に提供する高水準の社会保障は、むしろ、高い成長率につながるとされた。普遍的な社会政策は貧しいと言いきれない人々までもカバーするという事実に基づいて、それは非効率だという主張もなされた。貧しい人に使われたはずの資源が中流階級に「浪費」されているというのだ（Le Grand 1982 など参照）。しかしこの主張は、社会政策に使える資源の量は固定的であると考えている。これは事実ではない。むしろ、普遍的プログラムによって中流階級をも対象とする政策は、普遍的で寛容な政策を維持するのに必要な税金を、国民の大部分が喜んで支払うということにもつながる。言い換えれば、社会保障の全般的な再配分効果は、どのように再配分を行うか（普遍的か部分的か）だけでなく、税金を通じて再配分できる予算規模にもかかっている（4.2 も参照）。したがって、所得基準により貧しい人々の取り分が大きくなるシステムは、最終的にその人たちが手にする恩恵や経済資源の絶対的規模という点では、必ずしも貧困層に資するとは言



えない。反対に、普遍的な政策をとれば相対的に貧しい人の数が少なくなるので、こうしたシステムにおける貧困層は絶対的な意味で豊かになる傾向がある（第IV章も参照）。

普遍的な政策か対象を絞った選別的な政策かという問題は、公衆衛生の観点からも非常に重要である。少なくとも理由は2つある。第一に、普遍的な社会保険スキームの方が貧困削減に効果的で、貧困が重要なSDHであるとすれば、SDHへの対応時にはそうした社会政策を重視すべきである。この考え方は以降の章で幅広く検討する。

ただし公衆衛生プログラムの場合、「対象を絞る」というのは社会保険制度の場合と違う意味を持つ可能性がある。地方政府が貧困地域の公衆衛生に介入した場合、それが成功すれば、少なくとも短期的には生活機会が向上するのは間違いない。しかしこれは通常、もっと一般的な社会的立場と結びついた資源の基本的配分を変えることはない。さらに、基本構造が極めて不平等なままである限り、小規模な介入が長期的に奏功する可能性はごくわずかだろう。社会資源の基本分布を変えようとする普遍的な再配分政策こそが、文字どおりに言っても、個人の生活機会にもっと根本的な影響を及ぼすのではないかと私たちは考える（Graham 2004 参照）。

第二に、普遍主義および残余主義の度合いに応じて貧困が体系的に変化することが示されるなら、これが公衆衛生政策にも当てはまるかどうかを研究する価値があるだろう。別の言い方をすれば、より一般的で構造的なレベルの公衆衛生施策の方が、弱者層や貧困地域を対象とした施策より効率的かどうかを研究するのが重要だということである。禁煙を例にとればこの違いがわかりやすいだろう。貧しい地域の人々にタバコをやめさせようと思えば、数々の介入策がすぐ思い浮かぶ。多くの国が導入するようになっている普遍的なアプローチは、公共スペースでの喫煙の禁止である。バーやレストランでの禁煙が最も注目を集めている。普遍主義・残余主義の観点からここで最も重要なのは、禁煙が全員を対象としており、貧困層などの一部弱者だけが対象ではないということだ。しかしこうした弱者層への効果は、対象を絞ったプログラムの場合より大きいと思われる。また、タバコの煙に対する暴露を全般的に減らせば、受動喫煙の削減効果が高いため、選別的な施策よりも公衆衛生に好影響を及ぼすだろう。

最後に、普遍主義と残余主義の長所については、理論的な議論や予測にとどまるべきではない。普遍主義とその対極にあるものに関してはもともと規範的な問題もあるが、事実や数字に基づく経験的な問いかけもある。私たちの狙いは、普遍主義のあらゆる長所・短所にあえて最終結論を出そうということではない。しかしこの基本的問題について、研究に基づくさまざまな実証的証拠を提示してみたいと思う。

## 1.2 分析のフレームワーク

公衆衛生に関する北欧の福祉国家モデルの重要性を扱うとき、私たちは理論的・方法論的な課題に数多く直面する。例えば、社会保障制度の構造の違いがさまざまな公衆衛生のあり方をもたらすが、それをどう概念化するか。あるいは、方法論の選択とその根拠である。以下、これらの点を論じてみたい。

### 1.2.1 社会保障制度と公衆衛生の成果——一般モデル

ごく一般的な意味で、個人レベルの SDH は社会保障資源という概念によって把握できるだろう。そうした資源は以下のように定義できる。「資金、財産、知識、精神的・肉体的エネルギー、社会的関係、安全など、個人が生活状態を制御し意識的に方向づけるために、資源を意のままにできること」(Johansson 1970, p. 25)。したがって個人が自由にできる資源は、極めてパーソナルであるか(知識、精神的エネルギーなど)、市場で自分自身が生み出すか(所得、名声など)、家族を通じて生まれるか(家計所得、財産、社会的関係など)のいずれかである。個人、市場、家族に由来するそれら「個人」資源はどれももちろん、すべての社会において重要である。

しかしまた、個人は社会保障制度が提供する「共同」資源も利用することができる。この制度は「すべての社会のすべての個人が生涯で直面する要求や可能性に起因する、集団的事案」(Johansson 1979, p. 56)について市民を援助するためのものである。もっと具体的に言えば、共同資源には、病気や失業、高齢による所得のロスを補うための社会保険(社会保障の「現金」的側面として知られる)、そして保育、医療、高齢者・障害者ケアなど、無料でまたは多額の補助金を得て提供される福祉サービス(「ケア」的側面)がある。このような資源の供給や質は、人々が健康や幸福を維持するために重要であると考えられる。

現金であれケアであれ、必要なときに支援を求める社会的権利は、健康上の問題と、それに伴う仕事を通じた自活能力の減少にからめて規定されることが多い。健康状態と社会状態のこうした双方向の関係は、スカンジナビア諸国の社会保障の発展では常に焦点となってきた。健康開発や社会開発の向上を支える政策の入り口には、多くの部門や人々がかかわることも明らかになっている。そのため、そうした開発にかかわる主なメカニズムや政策の入り口を明らかにすることが有効ではないか。Diderichsen et al (2001)はそのためのフレームワークをひとつ提示した。これは因果関係のメカニズムや政策効果に関する実証研究に役立つとともに、公衆衛生の政策立案にも利用できるだろう。他にもいくつかのフレームワークが示されている(Mackenbach & Diderichsen 2002)。

社会

社会的文脈

## 政策的文脈

個人

社会的地位

特定の暴露

病気／怪我

健康障害の社会的影響

図 1.4 社会的文脈や個人の社会的地位から健康アウトカムに至る因果経路 (I~V) モデル 政策の入り口 (A~E)

このモデルには5つのメカニズム (I~V)、5つの政策の入り口 (A~E) がある。個人レベルのメカニズムと社会レベルのメカニズム (社会の構造・文化・機能ならびに立案された政策のなかの健康の決定因子など) が区別されている。

### I : 社会階層

社会は職業という意味での社会的地位に応じて力や富を分配し、個人はその年齢、性別、民族、社会的バックグラウンド、教育などに応じて、こうした地位をめぐる争い、その地位を占めることができる。文脈的レベルでは、教育機会、労働市場での差別が、社会階層に影響する事例である (Sorensen in Grusky ed. 1994)。

### II : 暴露の差

個人はその社会的地位によって、病気や怪我のリスクと因果関係のある物理的・化学的・心理社会的・行動的・生物学的暴露の受け方が大きく異なる。暴露の水準や配分に影響する文脈的レベルでの事例は、労働者の安全規則、衛生設備、酒類・タバコ販売の制限、家族政策などである。

### III : 感受性の差

特定の暴露がどれだけ影響があるかは、個人の感受性 (影響の受けやすさ) による。感受性は遺伝的多様性や免疫学的要因で決まることがあり、多元的病因を持つたいていの疾病の場合、同じ経路で他の原因にさらされることが、ひとつの暴露の影響度や危険度を決定する。幼少期の感情的・社会的状態は、その後の心理社会的暴露に対する生涯を通じての感受性の決定因子である。家庭や地域内のネットワークやサポートの強さも重要な決定因子となる。

### IV : 影響の差

多くの病気や怪我は寿命の短縮、または個人の機能的限界および障害の長期化を意味する。ケアに要する費用は個人やその家族の経済的負担になることがある。だが、寿命、雇用、経済および社会参加に対する具体的な影響は、個人の社会的地位に大きく依存している。医療サービス、疾病保険、障害者にとっての労働市場の柔軟性は、病気の影響に大きな効果を持つ政策である。

#### V：影響の効果

労働市場への参加またはそこからの排除といった社会経済的影響は、リハビリテーションやその後の病状にとって重要な場合がある。したがって社会的疎外は、仕事や社会生活への参加可能性に比べて、精神障害を持つ患者にとって極めてマイナスに働かざるを得ない。マクロレベルでは、低水準の公衆衛生は社会の経済成長を妨げかねない。リハビリテーションプログラムや、労働市場・住宅市場への障害者のアクセスのしやすさが、重要な文脈的条件となる。

図 1.4 の政策の入り口 A~E は、さまざまな政策や介入策が、どこで公衆衛生や健康の平等をもたらす因果メカニズムを変えられるのかを示している。先に論じたように、一般的な社会政策およびもっと直接的な介入策は、個人の自由になる資源（個人資源と共同資源の双方）の量を通じてこのメカニズムを変更する。このモデルが示すように、これらの資源は多種多様なレベルに向けられることがある。北欧の公衆衛生モデルの重要性を評価する際に焦点となるのは、社会保障資源や福祉サービスが、社会階層、感受性の差、暴露の差、影響の差によるインパクトをいかに変えられるかということである。2.2 では、さまざまな社会保障制度の設計がどのように資源や公衆衛生の違いにつながるのか、また北欧諸国はこの点でどう異なるのかをあらためて詳述する。

### 1.2.2 歴史的比較および各国間の比較——国家クラスターと制度的多様性

私たちが一般的に問うのは、北欧の福祉制度の経験が公衆衛生の改善に貢献したのか、もしそうだとすればどのように貢献したのかということである。この疑問が特定の政策に関するものであれ社会保障制度全般に関するものであれ、政策と国家レベルでの健康アウトカムとの関係を見るには 2 つの主な方法がある。国ごとの比較と歴史的な比較である。社会政策とその（例えば）貧困との関係を研究するうえで、この両方の方法が幅広く用いられている。双方の基本論拠は、物事の関係およびその効果は差異（variation）に基づいて分析されるということである。政策 X が公衆衛生のあり方に関係しているかどうかを研究したければ、原則として X を採用している国とそうでない国を比較しなければならない。

これは基本的にとってもわかりやすい戦略であるが、実際には複雑な問題がいくつかある。まず、独立した変数、つまり社会保障制度の特徴をどう扱うのかということ。社会保障制度の