

研究においては、いくつかの原理に従って各国を異なる「モデル」や「体制」にクラスター分類することが多い（Esping Andersen 1990）。こうしたクラスターは分析概念上は有効かもしれないが、結果的にクラスター形成要因となる限られた側面にしか目が行かず、そのなかでの類似性を重視しがちとなる。同じクラスターの国同士でも異なる可能性がある他の特徴は、無視されてしまう。この研究手法の強みはもちろん分析的明快さにあるが、これに伴う影響が少なくとも2つあることを強調しておきたい。第一に、例えば北欧の福祉モデル「そのもの」を実際に満たす国はひとつもないということ。各国はそれぞれ異なる発展や変化を遂げるものであるし、北欧の独自性の継続については今も議論がなされている。第二に、一定の原理に従った国家のクラスター分類は、貧困の分析といったひとつの目的には有効かもしれないが、だからといってそれが公衆衛生の分析にも有効とは限らない。英国がその例である。社会保険政策に関しては北欧諸国と明らかに異なり、いわゆる「リベラルモデル」（Esping Andersen 1990）の典型として引き合いに出されることが多い。他方、医療政策となると英国は北欧諸国とさほど変わらない。ある国の政策には公衆衛生にマイナスの影響を及ぼす特徴もあれば、この影響を消すどころか逆転する特徴もありうるのである。

ここから方法論上の最初の注意事項が導かれる。ある国の一般的な福祉政策が公衆衛生に影響を与えるとしても、公衆衛生の水準やトレンドが国ごとに違うことの背後にあるメカニズムや要因は、十分にはわからないということだ。政策面に違いが見られる国家クラスターを比較するものの、公衆衛生にとって重要かもしれない各種要因の差異について標準化ができれば、得られる信号対雑音比（政策面の明確な違い）は低くなる。言い換えれば、違いはないという帰無仮説を否定するのに、問題が生じるかもしれないのである。結局のところ、これは比較対象の事案が少ないために避けられないことではある。

私たちの疑問を解くためにはやはり国家クラスターの比較が重要な方法であるが、上述の理由から、他の手法でこれを補完する必要がある。そのひとつが、国家ではなく社会権や福祉制度に直接焦点を当てることだ。失業保険や年金制度をもとに国家を分類する代わりに、こうした政策プログラムそのものを、例えばその補償範囲や寛容さに基づいて分類できるかもしれない。すると、これらの特性を変数として扱い、それを成長率や実質賃金といった他の変数とあわせて分析することができる。

上述したように、比較分析によく見られる問題は、観察対象(国)の数が限られているため、これら国家間の他の幅広い相違点が潜在的な交絡因子の標準化を難しくすることである。これは私たちがめざす種類の分析にとって、より問題になると思われる。社会政策と健康アウトカムの間には多数の媒介要因が存在しうるからだ。反対に、政策と結果の間に密接な関連がある、例えば貧困削減プログラムや所得維持プログラムの研究にとっては、これはあまり問題にならない。

観察対象の数と変数のばらつきを増やすひとつの方法は、上記の変数アプローチと歴史的観点を組み合わせることである。つまり、各種社会政策の寛容さ、補償範囲などの特性に関する情報を、20世紀の数多くの時点、数多くの国々について収集するのである。これによって、家族政策や年金など特定の政策と、乳児死亡率や高齢者死亡率など公衆衛生の成果との関連だけでなく、すべての政策スキームの複合効果も分析できる。

概して、私たちは分析に当たって長期的・歴史的な視点を持つてきた。これは一部には上述したような方法論的な事情によるが、主には北欧の体験の適用可能性を高めたいと考えたからである。北欧諸国は今日、世界で最も裕福な部類に属するが、先進工業国になるのは遅かった。したがって低中所得国から高所得国へと比較的早く成長した。これは同じような成長過程にあるさまざまな国々にとって興味深い事実だろう。だが、これはまた、包括的な社会保障パッケージの一部となっている社会政策も、その多くはもともとかなり控えめなレベルからスタートしたということでもある（社会保護コストのGDP比という意味では、目標は極めて高かったが——Kangas 200x 参照）。さらに、現在の北欧の社会保障制度は突然降って湧いたものではない。少なくとも18世紀までさかのぼる、改革、大衆運動、公衆衛生対策の先史がある。北欧の社会保障制度の顕著な特質（平等主義や住民登録など）は現在の制度が誕生するずっと以前からあったという点で、これは特筆すべきことでもある。

そうした知見は北欧の社会保障制度やその政策特性が生まれた状況を知るのに役立つが、一方で、北欧の歴史と他の国々の現状との類似点を指摘するうえでの難しさを知っておくのも重要である。少なくとも同じ間違いを避けるためには、他の国々の経験、彼らが試した解決策を調べる必要があるだろう。社会政策的文脈、国民一般の考え方、技術ノウハウという意味では、歴史上のどの時点でもそれぞれの国に独自性があるだろうが、それでも何が実際に有効かという点では学ぶべき教訓があるはずである。すでに18世紀後半には北欧諸国の識字率は高かったが、それが今日の多くの低所得国には移植しにくいルターの宗教改革の結果だったとしても、公衆衛生改善のための識字能力の重要性はやはり北欧の経験から学ぶべき点だろう。ただし、歴史上の要因やその表れである一連の出来事を重視しすぎるべきではない。その理由のひとつは、他に類を見ないコピー不能な歴史に行き着いてしまい、結局は他国に適用できなくなる可能性が高いからだ。もうひとつの理由は、現状をもたらした歴史プロセスは現時点から眺めれば必然と映ってしまうからである。だが、歴史上の各時点で選択がなされたのであり、今にすれば「歴史的必然」に見えることも当時は自明の選択や行動ではなかったのである。

1.3 今回のレポート——その意味する範囲

社会保障制度の特徴およびその公衆衛生に対する影響は、重要であると同時に多面的で大き

な問題である。したがって研究に際しては焦点を絞る必要があった。ゆえに本レポートはこの問題に関する最終的な記述ではなく、社会政策および社会保障制度に関する研究から得られた知識、知見、データを、公衆衛生研究による知識、知見、データと重ね合わせようとする初の真摯な試みである。その意味で私たちのレポートが CSDH の知識ベースに寄与し、これを拡大できれば幸いである。

1.3.1 限界と選択

私たちの研究の出発点は、社会保障制度が提供する福祉資源という概念、そしてこの資源が生活環境一般とりわけ健康の改善に有効だという考え方である。こうした一般的な意味では、福祉サービス（教育、医療、子どもや高齢者のケア）は少なくとも所得移転制度（年金、失業保険など）と同じく重要である。しかし私たちは、ケアよりも現金給付の方に重点を置くことにした。これにはいくつかの理由がある。

第一に、現金はあらゆる種類の商品・サービスに変換できる重要な資源である。したがってさまざまな理由で、所得移転制度とその設計は何よりも大切なものと考えられる（これについては第 IV 章で詳しく触れる）。

第二に、社会保障制度や社会政策に関する研究は、教育や医療などの福祉サービスよりも移転制度や貧困緩和を対象にしてきた面が大きい。したがって、移転制度に関する社会保障理論やデータの方が今のところ充実しており、公衆衛生に関する社会保障上の観点を統合するための起点としてはそちらがふさわしい。各種サービス、特に医療に関する研究が数多くあるのは間違いないが、この研究では移転制度の詳しい分析から始めることにした。ただし時間と資源の制約から、家族政策と年金制度という 2 つの広範な移転政策に主な重点を置かざるをえなかった。

第三に、研究の優先順位を決めるに当たって、CSDH と関連のある Knowledge Networks がカバーする分野や問題はあまり扱わないようにして、重複を最小限にしたいと考えた。よって例えば医療や労働生活については、人々の健康にとってのその重要性は認識しつつも、今回はさほど重視しなかった。

こうした制約があるとはいえ、Diderichsen のモデルが示すそれぞれの入り口には興味深い福祉制度が数多くあり、これらすべての公衆衛生に対する潜在的影響を国際比較しながら分析するのは明らかに不可能だった。そこで私たちは、人生の節目節目で健康や生存に特別重要な資源を提供する政策に焦点を絞るとともに、北欧諸国が他の福祉国家とは明らかに違うと思われる政策分野を選ぼうとした。このためやはり所得移転プログラムにフォーカスし、子どもや女性、高齢者にとって特別な意味を持つ政策を重視することになった。

北欧諸国が他国と異なっている政策分野を重視するという選択には、方法論的な根拠がある。もちろん、研究対象のすべてまたは大半の国に共通する、公衆衛生にとって重要な特徴はあるだろうが、こうした共通性は経験的に把握しづらい。社会保障制度の違いの潜在的影響を把握するために富裕国同士の比較を重視するとすれば、国家間ないし歴史上の政策の差異を分析しなければならない（上述参照）。それでもほとんどの検討や分析では、北欧諸国に固有のものではない考え方や動向、制度、政策を扱うことになるだろう。ただ、違いがあるのはむしろ政策の実行方法や制度の設定方法、あるいは単にプログラムの規模であったりする。

北欧諸国は不平等を減らそうと積極的なことで知られ、本レポートでも再配分や普遍主義が一貫したテーマになっている。しかし分析のほとんどは、国による健康格差の違いよりも健康水準や死亡率の違いを扱っている。健康格差は非常に重要な問題であり、私たちもいろいろなところでこれについて書いているが、本レポートでは健康水準に対するのと同じだけの注意を払っているわけではない。理由のひとつは、ヨーロッパ数カ国以上の国際比較データが単に不足していること。また、これらのデータ分析は第 III 章で報告している。さらに、社会保障政策が健康格差にどんな影響を及ぼすべきかの合意が不足している。これは関連プロセスに対する論理的理解が足りないせいもあるが、概念的問題や測定上の問題をめぐって合意が得られていないためでもある。こうした問題の一部は 3.2 および 3.3 で論じている。

最後に、私たちが重視することにしたアウトカムについてコメントしておきたい。北欧の体験を国家の枠を越えて歴史的に研究しようとした結果、公衆衛生実現の主な指標として死亡率の統計に依存せざるをえなかった。それでも入手可能なデータには限界がある。例えばたいの国では、5 歳未満児死亡率の信頼できる時系列データが入手しにくいことがわかった。平均余命、死亡率全体、一定年齢層の死亡率（乳児死亡率、65 歳以上死亡率）を重視するとしても、それは公衆衛生の他の側面を無視するというわけではない。分析精度を上げるため、私たちは可能な限り原因別死亡率を使用した。場合によっては、新しいトレンドを論じるために罹病率データも使用した。しかし、原因別死亡率データも罹病率データも入手できるものは限られており、研究可能な国の数、タイムスパンの両面で分析範囲が制限される。したがって、これらの分析は主に死亡率全体の分析の補足に用いている。

1.3.2 レポートの構成

以降のレポートは次のような構成になっている。第 II 章では北欧諸国を簡単に紹介し、社会保障制度研究への導入を行うとともに、北欧諸国の社会保障制度が他と異なるポイント

を指摘する。第 III 章では北欧をはじめとする国々の死亡率および平均余命の長期的推移を検討する。また個人差による違い、各国の死亡率に見る社会的不平等に関するデータ紹介や議論も行う。

第 IV 章ではまず、さまざまな社会保障制度における所得と貧困の役割、富裕国における SDH としての所得、個別の文脈的レベルでの関連メカニズムについて詳しく検討する。章の最後では、OECD17 カ国について、20 世紀を通じて経済成長や社会保障制度の特徴が死亡率とどう関係したかを分析する。

第 V 章では具体的な政策の公衆衛生上の重要性を分析する。子どもや家族向けの政策をはじめとして、女性の健康に関する考察など、おおそ生涯の流れに沿って分析を行う。さらに労働生活、アルコール政策、医療、歯科治療を経て、最後に年金制度、高齢者死亡率について分析する。

最後の第 VI 章では、それまでの分析モデルからわかったことをまとめ、北欧の経験の移転可能性を検討するとともに、さらなる「北欧型」改革がどの程度健康の改善に結びつくのかを見るため、過渡期にある東欧諸国のデータを紹介する。最後に、私たちの研究から一般的な結論を導き出す。

VI. 学ぶべき教訓

6.1 福祉政策と健康開発——概念的フレームワークを借りてのまとめ(*45)

*45 本項は Finn Diderichsen と協力して執筆された。下敷きになったのは、NEWS プロジェクトが委託した彼の論文である（付録 1 参照）。

本章では研究からわかった一般的なことがらをまとめ、CSDH のミッションという観点からこれを論じる。グローバルな視点から、政策・健康に関する北欧諸国の経験の有用性と適用可能性に焦点を当てる。まとめに当たっては第 I 章で示した Diderichsen の理論モデルに戻り、このモデルが強調する 5 つの政策の入り口に関連した一般的考察も含めて検討する。

6.1.1 健康障害の社会的決定因子と影響——福祉政策が抱える慢性的問題

1890 年代、1930 年代、1990 年代にはいずれも、人々の疾病罹患の不平等を減らすための健康政策が課題であると広く考えられていた。それは健康が人間の自由や能力の重要な源泉だからというだけでなく、公衆衛生が経済的強さの決定因子だからである。19 世紀末および 20 世紀初めの北欧の社会保障制度が社会保険法を初めて導入したとき、健康の問題は政治の最前線にあった。最初の改革は、労働災害や病気による貧困化という「影響」に備えた疾病保険である。幅広い連携のための政治的条件が整っていたため、北欧諸国が産業化や都市化の面ではまだ比較的遅れている時期に法制化がなされた。1891～92 年に初めて成立したスウェーデンとデンマークの法律では、既存の相互保険や任意保険に対する一定の国家補助が導入された。同時に政治的な議論も、極度に危険な労働条件、野放し状態の労働時間など、健康障害の「決定因子」に重点が置かれた。例えば 1896 年のスウェーデンのメーデー運動においては、1 日 8 時間労働が政治の中心課題として取り上げられた。1930 年代にはスウェーデンで「人口問題」に関する議論が盛んになったが、このときも社会的不平等の拡大、乳幼児死亡の社会的決定因子が俎上にのぼったほか、1990 年代のデンマーク、スウェーデン、ノルウェー、フィンランドの健康政策書においては、根強い健康の社会格差が大きな問題として取り上げられ続けた。だが健康障害の社会的・経済的影響は、最近も議論の的になっている。ここ数十年、北欧のあらゆる国々で、病欠の増加、高齢労働者の雇用水準の低下が国家経済への脅威として問題化しているのである。

6.1.2 北欧の社会・健康政策の事例に見る政策の入り口

1.2.1 「社会保障制度と公衆衛生の成果——一般モデル」で、健康状態と社会状況の双方向の関係を示す枠組みを紹介した。ここから、健康・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っていることがわかる。このモデルを振り返って、上記の

メカニズムや政策の入り口に関するポイントを再確認しておく。

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 6.1 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) (Diderichsen et al 2001)

このモデルでは、個人レベルと社会レベル（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）での 5 つのメカニズム (I~V)、5 つの政策の入り口 (A~E) が区別されている。

A：社会階層を変える

社会階層は 2 つの配分プロセスによって生まれる。社会はさまざまな社会的ポジションに対して力や地位、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。社会階層を変えるための政策事例には、教育機会や労働市場での差別がある。

したがって現代社会では、個人の学歴が生涯を通じた生活機会や健康にとって決定的な要素となる。親の教育、子ども時代の家庭の貧困、親の社会的・文化的資源、学校へのアクセスや学校の質、地域社会の社会的資源は、すべて学歴にとって重要な要素である。北欧諸国はすでに 19 世紀末から 20 世紀にかけて、男女の義務教育を導入した (5.1 参照)。子ども時代の家庭の貧困については、3 人以上子どもがいる家庭と片親家庭の相対的貧困率が北欧諸国ではかなり低い (4.1.1 の図 4.2)。親の教育は、子どもが高等教育を選びそうかどうかに関係する。私たちは地域に社会のさまざまな層が並存することが学歴にとって重要だと考える。社会階層の低い子どもたちも、高等教育になじみのある子どもたちの影響を受けて、高等教育をひとつの選択肢としてとらえることができるからである。このように社会階層については、住宅や学校の分離を制限する取り組みが重要なのである (4.1.4 参照)。

労働市場政策に関しては、北欧諸国の女性（共働き政策モデル）が1970年代以降、高い労働参加率を誇っていることを5.1.4（図5.14）で示した。1990年には北欧のすべての国で女性の労働参加率が70%を超えている（ただしデンマーク、フィンランド、スウェーデンでは2003年まで減少が見られた）。

もちろん社会階層を変えるうえでは、NEWSの枠内でカバーしきれない他の側面もある。社会的継承物を打ち壊す政策は、その立案や実行を成功させるのが難しいことが知られている。多くの国がこれを実現するために教育改革を行ってきた。教育の機会は劇的に拡大したが、親と子の社会的地位の関連性はなお存在している。学校制度の財源不足、早くからの能力別クラス編成、社会階級や民族に基づく学校の区分が階層化を助長している。職業訓練・再訓練を含む教育機関への普遍的アクセスは、失業者が仕事に復帰するチャンスを開くことにもなった。北欧のすべての国で成人の再教育プログラムは雇用政策の重要な要素であり、生涯を通じた社会的流動性の機会をもたらしている。このように社会階層は、家庭、住宅、教育、労働市場に関連した幅広い政策の影響を受ける。

B：暴露水準と配分を変える

個人は病気や怪我のリスクと因果関係のあるさまざまな物理的・化学的・心理社会的・行動的・生物学的暴露を受けるが、その程度は社会的地位によって大きく異なる。暴露の水準や配分を変える政策分野の事例は、労働者の安全規則、公衆衛生、酒類・タバコ販売の制限、家族政策などである。

この入り口では各種リスクへの暴露から人々を守る公衆衛生政策が昔から導入されている。衛生設備、住宅、栄養、労働者保護、環境保護を改善するための150年以上にわたる法制はいずれもこの種の政策の例である。国内法制と政治的・行政的に有能な地方自治体とが相まってこの基盤を形成した。5.1.2では、19世紀のストックホルムにおける下痢による死亡率の低下を分析することで、これを実証している。地方自治体の政治的取り組みは衛生環境や衛生規制の施行の改善に重要な役割を果たした。経済発展は、それ自体では下痢死亡率の削減に十分な効果を持たないようである。むしろ経済発展とともに、衛生状態や水と衛生設備の改善などの健康政策を地方レベルで行う必要があると思われる。1878～1925年のストックホルムでは、水道管新設の拡大や日常的な水消費の増加が下痢による乳幼児死亡率の低下に結びついた。20世紀になるまでは乳幼児の大きな死亡原因のひとつだった下痢だが、1925年には死因からほぼ姿を消した。世紀をまたぐ（1870～1930年）子どもの生活条件を再検討すると、児童保護や私生児の法的身分に関する法律、さらには貧困法制における間接的手段を通じて、北欧諸国が子どもの生活条件の改善に着手したことがわかる。

暴露の格差を変えるためのもうひとつの方法には酒類の入手を制限する政策があり、これは北欧諸国の健康開発に大きな影響を与えた。禁酒運動や労働組合などのよく知られた運動が、政治制度と密接な協力体制をとりながらこうした政策に貢献した。5.3では、半世紀前の北欧のアルコール政策が健康格差の削減に効果的だったことを述べている。比較的な見地からは、アルコール問題に対する市民や政治の関心の高さ、酒類市場への国家の積極的介入、他のヨーロッパ諸国より高い酒税率などの点で、北欧の酒類管理モデルに言及するのが重要である。ただデンマークはこの点では北欧諸国のなかでも例外で、1人当たりの平均消費量は比較的高い。1950～95年の間、酒類管理が厳しい北欧諸国（図 5.6）はそうでない国よりも肝硬変の水準が低かった。だがこれらの国で、アルコールは社会的地位による健康格差を説明するうえでもやはり重要な要素であることを忘れてはならない。

社会政策は、特に社会経済的な位置づけが低いグループで、貧困、失業、社会的疎外に対する暴露を減らし、公衆衛生に大きな影響を及ぼした。普遍的な社会政策、女性や高齢者労働力も含めた高い雇用率（5.1.4）、それに経済成長が相まって、こうした取り組みの基盤を形成した。そもそもは健康目的ではなかったものの、健康開発に大きく貢献した。上述したように、本レポートの結論からは、北欧諸国はリスクの高い国民層にとっての貧困リスクを軽減するのに特に成功していることがわかる。経済的資源や所得は社会的地位の指標だと言うこともできるが、ここではそうした地位に付随する重要な報酬として所得を論じるのが有意義だろう。図 6.1 のモデルで所得と貧困は、社会的地位の健康への影響を仲立ちするという意味で重要な役割を果たす「特定の暴露」と見なすことができる。4.1.3で私たちは、所得と健康の関係に触れるなかで所得の重要性を指摘した。他の形態の資源に転換できるからである。所得は直接の消費効果とステータス効果、またその両方の組み合わせによって健康に影響を与える。個人が生活環境をコントロールできるかどうかという意味での所得の重要性は、社会が提供する共同資源にかかっている。所得に関連した健康格差は、所得の再配分後よりも再配分前の方が大きい（4.1.2の図 4.6）。したがって家族政策や年金など、本レポートで論じている貧困削減や所得再配分を目指す政策はすべて健康および健康格差に影響を及ぼしている。なぜなら所得は、住宅、栄養、社会的ストレスなどに関する他の多くの媒介要因を決定する主要因子だからである。年金については5.5で、年金制度が寛容な国で引退した人は健康障害の水準が低いことを示した。また、年金権の設計が死亡率に与える影響も明らかになった（経済成長が影響しないように調整した場合）。つまり基礎年金が寛容なほど高齢者の超過死亡率が低くなると思われる（5.5参照）。

C：感受性を変える

特定暴露の影響は個人の感受性（影響の受けやすさ）次第である。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。家庭や地域で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。

健康政策とは健康に有害な暴露から人々を守るだけでなく、感受性を緩和し、抵抗力やそうした暴露の健康への影響に対処する力を高めるための幅広い手段をも包含する。早い時期の事例としては天然痘の予防接種が挙げられる。人々にこの深刻な病に対する免疫を与えた政策である。5.1.1 で天然痘予防接種の重要性について論じているが、これは 19 世紀初めの北欧諸国で死亡率を低下させた重要な要因であると思われる。

疫学の教えるところでは、胎内や乳幼児期など早い段階での暴露は後の健康に影響するだけでなく、後の暴露の影響を変化させる。胎児の時期の栄養不足や感染は、その後の心血管疾患や免疫疾患のリスクを高める。かつて奨励された母乳での育児は、幼児期の腸の障害を予防し、その他にも長期的な好影響を及ぼす。小さい頃から両親に愛着を感じると、後の心理社会的暴露による精神衛生上の影響から保護される。こうした側面に対応するため数多くの政策が実行されてきた。予防接種、検診、助言など、母親や子どもに対する普遍的ケアは 1930 年代から行われている(5.1.1)。北欧すべての国で小児医療は無料であり、新生児は必ず家庭訪問するという積極的対応がなされている。貧困や障害が育児能力の妨げになるような家庭には、特段の注意が払われる。

親子の愛情については、より包括的な育児休暇は両親が子どもと過ごす時間を増やす(5.1.3) とともに、幼児期の感受性を減らす諸条件に欠かせない前提要因になってきたと考えられる。1990 年代には北欧のすべての国で、育児休暇や家事の平等な分担を促すため、一定割合の育児休暇を父親に割り当てるようになった。本レポートでは(5.1.1)、18 カ国の乳児死亡率と関連づけて家族政策の寛容さを分析しているが、その結果、特に共働き家庭向けの家族政策が寛容な国では、乳児死亡率が低いことがわかる。家族政策の寛容さは、怪我による子どもの死亡との間にも関連性を有する。ここから、家族政策のメリットによって両親が子どもと時間を過ごし、安全な環境にお金を使う可能性が増すと仮説が生まれる(図 5.5 および 5.6)。安全な環境で両親と過ごす時間が増えれば、特定暴露の影響も変化すると思われる。

多くの研究が主張するところでは、強力な社会的サポートやネットワーク(文脈的レベルでの社会的一体性の諸側面を含む)は健康保護効果があるだけでなく、他の暴露の健康への影響をも変化させる。例えば、所得格差が少なく普遍的な福祉政策が行き届いている社会では、貧困の影響が小さいとの研究結果がある。そのほか、物理的・精神的負荷が健康に及ぼす影響を減じるための、労働条件などの生活分野に対する制御力や影響力にフォー

カスした研究もある。4.2.4で論じたように、脱商品化した社会政策が健康に及ぼしうる影響は、貧困からの保護にとどまらず、労働市場での競争力が衰えたときに生じる社会的ストレスへの対応力を高めることにも及ぶ。このように、マクロ経済的条件、社会政策、職場組織に関連した文脈的要因はすべて、貧困や仕事上の負荷といった特定暴露の健康への影響を和らげる可能性がある条件の例である。これについては「E：社会的文脈を変える」で再度取り上げる。

行動的・心理社会的なリスク要因は社会経済的に下位のグループに集まる傾向にある。そして各要因は、あるリスク要因の絶対的影響が生涯を通じた他のリスク要因への暴露に依存するという意味で、互いに影響を及ぼしあうことが多い。だから国によっては、酒類の消費が等しく分布しているにもかかわらず、アルコール関連の疾病の発生に社会的偏りが強く見られるのである。これが公衆衛生について示唆する重要なポイントのひとつは、アルコールや喫煙といったリスク要因への暴露を全グループで等しく削減する普遍的プログラムは、健康の社会的不平等の削減にも寄与するのではないかということだ。社会政策とその文脈の影響に保護作用があり、万人がその影響にさらされる限りにおいて、それら政策は公衆衛生上、平均的にも健康の公平性にとっても同じプラスの効果を及ぼすだろう。

D：疾病の影響を変える

多くの病気や怪我は、その人にとって寿命の短縮あるいは機能的制限や障害の長期化を意味する。治療に要するコストが個人やその家族の経済的負担になることもある。だが、寿命、雇用、経済、社会参加への具体的影響は、その人の社会的地位に大きく依存する。政府補助による医療、疾病保険、障害者にとっての労働市場の柔軟性は、疾病の影響を大きく左右する政策である。

疾病の生物学的・精神的・社会的・経済的影響を軽減するには3つの政策領域、すなわち医療における治療・リハビリサービス、疾病保険、労働市場政策が重要である。本レポートでは1.3に述べた理由から、これらのいずれにも重点を置いていない。疾病の負荷は早死による人生の損失と障害という形で表れるため、疾病の影響はそれ自体重要なものである。また、こうした面での公衆衛生にはマクロ経済的な影響も考えられる（メカニズムVを参照）。

5.4.2の歯科治療に関する考察では、歯科治療の北欧モデルは口腔疾病を治療するだけでなく、口腔の健康を促進、平等化したと私たちは主張する。アルコール問題に関しては、北欧の政策に際立つ特徴は社会サービスのなかで対処がなされるということである。多くの国ではそれは医療制度の問題である。この選択は疾病（この場合はアルコール問題）の影響を左右することがありそうだ。というのは、社会サービスは個人が社会のなかで機能で

きるということを重視するからである。

医療へのアクセス、医療の質と効果は、病気の期間、寿命、健康に関する生活の質、機能的な能力または障害という点で、健康上の影響の決め手になる。アクセスの制限は経済的側面のみならず、地理的・構造的・文化的な要素も併せ持つ。障害者を雇用するため、労働市場もある程度開放的で柔軟性を持つ場合があるだろう。

E：社会的文脈を変える

図 6.1 のメカニズム V は、病気や怪我の影響が今度は社会にどう影響するかを示している。マクロレベルでは、人々の低水準の健康状態は社会の経済成長を妨げかねない。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である。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。また、社会資本や社会的一体性、社会参加を高めれば、社会的文脈に好影響があると思われる。

経験的には十分な説得力はないものの、いくつかの研究によれば、高い水準の社会参加、社会的一体性および社会資本は公衆衛生によい影響を及ぼし、貧困、失業、社会的疎外の影響を防ぐ可能性がある。4.1.2 では Rodger の曲線に基づいて、個人レベルでの所得と健康の曲線関係が集団レベルでの所得格差と公衆衛生の関係を創出するのにどう十分であるかを論証した。つまり、貧困層の貧しさが緩和されて健康状態が高まるという事実を考えると、再配分の進んだ国の方が平均的な健康状態はよいということだ。また、所得不平等そのものが平均的な健康状態に文脈的影響を与える可能性もある。4.1.4 では、住み分けの影響が目立つ地域での所得不平等について論じ、その後、社会的統合が進んだ地域についても同様の検証をした。住宅政策や都市計画政策が住み分けを左右するとしても、所得再配分政策のような一般性の強い要因の方がこうしたプロセスに影響を及ぼすと考えられる。また、社会的支出や社会保険などの社会保障制度の増加がこうしたプロセスに影響するのではないか。4.2.5 で 1900 年から 2000 年にかけての OECD17 カ国の平均余命を分析したところ、社会的支出や社会保険のカバレッジが大きな影響力を持つことがわかった。これらは社会保障の取り組みやそれが目指すものを表す指標と考えることができ、社会的文脈にプラスに影響すると思われる。

6.2 適用可能性

本レポートの導入部で私たちは、北欧諸国の経験を経済水準の違う他の国・地域に適用、移植できるかということに短く触れた。このテーマはやはり CSDH の研究の中心となるものであり、本項ではこの難しい問題を論じてみたい。適用可能性という問題は、相互に関連するさまざまなレベルごとに考えることができる。最も具体的なレベルとしては、ある

政策をそのまま移植、実行できるかということがある。もっと抽象的なレベルでは、一定の政策目標を達成するために、アイデア、政策目標、制度やインフラの構築を適用できるかどうか。ここではまず、特に社会保障の制度や特徴について私たちはどの程度までお互いから学習できるのかという一般的、理論的な検討から始めよう。それが私たちの出発点だからである。本項第2部では、NEWSプロジェクトの具体的な分析や結果に焦点を当て、それらが他国に移植できるのか、できるとしたらどのようにすればよいのかを検討する。もちろんいずれの場合も、政策の妥当性や、経済水準の異なる国々の前提条件を明らかにするのが最優先である。したがって、高・中・低所得国それぞれに関する妥当性を論じることが多くなる。

6.2.1 適用可能性、開発、妥当性タイプ

まずは2つの最も極端な見解について私たちはどう考えるかを明らかにしておこう。ひとつ目は「経済的・社会的・政治的歴史が異なる他の地域に北欧モデルを本当に適用できるのか？」という問いかけである。これにはノーと答えるのが妥当に思われる。北欧諸国で開発されたモデルを、経済水準にかかわらずそのまま他の国・地域に適用することができないのは当然である。最大の理由は、そのモデル（私たちはそれを示したつもりであるが）が少しずつ実行されてきたからだ。それは多大な権限および自律性を持った地方自治体と、比較的強力な国家とを組み合わせた独自の環境で形作られた。しかも、このモデルは一度固定されて終わりというものではない。

もうひとつの極端な見方（こちらの方がよくありそうである）は、各国の歴史はそれぞれまったく別のものであり、各国は多かれ少なかれ我が道を行く定めにあるということだ。その場合、北欧のどのような経験や政策も他の国・地域にまったく当てはまらないということになる。この考え方は非現実的でもある。私たちは、本レポートが開発の文脈からも北欧モデルの妥当性を是とする、（最終的な証拠にはならないとしても）極めて示唆に富むものであってほしい。このモデルをそっくり適用するのは無理と承知ながら、北欧の経験、私たちが分析した政策や背景、私たちが提示した結果には妥当性があるはずである。さらに、それらは低中所得国にも、いや実はそうした国々にこそ当てはまるものだと私たちは主張したい。

社会政策の改革や制度化は、他の地域や社会的文脈で実行するのは特に難しい——人々はそう思うことが多いというのが、ひとつの一般的な考え方だ。他方、超国家的組織は経済や技術のイノベーションを応用するうえで心配などほとんどしない。政策立案者は社会的文脈を無視して経済・技術政策を無批判に適用したが、私たちが有効な社会政策の実行には臆病だ、という言い方がある意味でできるかもしれない。もちろん、ある国に対して一定の経済調整をしたときと同じ失敗を、社会・健康政策でも繰り返せというのではな

い。経済政策同様、社会政策もつねに社会的文脈と関連づけて考える必要がある。例えばマイクロファイナンスのように、西欧の豊かな福祉国家でほとんど妥当性のないアクターや社会的保護施策が、多くの途上国では極めて重要であったりする。

年金であれ健康保険であれ、貧困国は多くの富裕国に見られる政策を細部まで応用することはできない。コストの制約があるからだ。しかし、基本原則は移行できるのではないか。基本的な政策目標は社会的文脈にかかわらず、どちらにも当てはまる可能性がある。

一連の資料のなかで、国連社会開発研究所（UNRISD）は開発文脈における社会政策について検討、分析している（Kangas and Palme 2005; Kwon 2005; Mkandawire 2004 など）。最初の考え方は、開発の研究と社会保障制度の研究の間には大きな壁があるというものだ（Mkandawire 2005）。UNRISD の研究によるひとつの知見は、西欧の社会保障制度文献を中心とした社会政策議論を開発文脈と組み合わせることで、多くのことが学べるというものである。例えば Makinstoch と Tibandebage（2004: 145）は次のように述べる。「開発の文脈においては、健康政策の文献は平等主義的な目標を重視し、再配分の失敗を繰り返し示すという特徴がある」。だが、両著者によると、この文献は再配分の失敗を説明しようとしているのではない。社会政策が社会構造にどのように内蔵されるのか、またそれが経済的・社会的なプロセスや文脈とどのように関連するのかという明確な考え方や理論がないせいもある。そして、これがその分野に対する特徴づけにつながる。記述はたっぷりだが、説明が乏しいのである。代わりに社会保障制度の文献は理論的ベースと分析上のツールを提供する。歴史や時間を考慮するということは、社会政策や社会の進歩を、民主主義、平等、経済成長といった他の課題にも大きく影響するプロセスとしてとらえることを意味する。北欧諸国の経験は開発の文脈から見ると特に興味深い。なぜなら、これらの国は「遅れてきた工業国」（Vartiainen 2004）だから。本レポートでフォーカスしているこれら後発国は、社会政策のパイオニアという一面を持つだけでなく、社会保障制度を社会権の拡大という新しいレベルにまで高めたのである。

北欧の社会保障制度と開発プロセスの関連性を見るためには、最も抽象的なレベルで、社会政策と社会的・経済的進歩一般との相互関係からスタートしなければならない。広い意味での社会政策とは、基本的な経済問題がすべて片づいてから可能になる贅沢な代物ではない。社会政策はむしろ経済政策と絡み合っている。また、それは単なる消費やコストではない。例えば子どもの教育に投資することで経済成長につながるような、社会的投資と見なすべきものだ。同様に、公衆衛生が経済成長に果たす役割も最近強調されている（Sachs 2001; Suhrcke et al. 2006）。したがって、公衆衛生に影響する政策であれば経済成長をももたらすことになる（Sachs 2001）。

もっと具体的なレベルでは、低中所得国にとってとりわけ興味深いのはやはり北欧諸国の歴史的な特徴である。だが、歴史を逆からたどることはできない。現在の貧困国は多くの点でグローバルな環境がまったく異なっている。今のような医療技術のイノベーションが19世紀後半に知られていなかったのはもちろんである。本レポートでは、西欧の豊かな福祉国家における社会的権利の役割、またそれが公衆衛生とどう関連するのかに焦点を当ててきた。私たちが分析したような社会保険が他の国々ではさほど発展していないのは間違いない。サハラ以南のアフリカでは人口の9割以上が社会保険に入っていないとされる。中所得の途上国の推定加入率は2~6割である (van Ginneken 1999; ECLAC 2006)。それでも、ヨーロッパをはじめとする20世紀の富裕地域から学ぶべきことがあるとすれば、それは、安定的で信頼できる社会制度は、経済的・社会的な資本蓄積に欠かせないということである。

6.2.2 具体的な分析と結果の適用可能性と妥当性

ではここで適用可能性に関する一般的な検討から、具体的な研究結果とそのグローバルな妥当性へと話を移そう。特に重点を置くのは低中所得国であるが、実質的にほとんどの分析で中心対象としてきた富裕国の視点からまずはスタートする。

高所得国 学ぶべき教訓

この何世紀かの北欧諸国の公衆衛生上の経験は、絶対的な意味では総じて成功である。だが、その実績を典型的な公衆衛生統計と比較し、他の富裕福祉国家と関連づければ、北欧の福祉国家とその主な特徴だけが成功への道ではないとするのが合理的な結論だと思われる。それは力強い健康開発のための十分条件でもなければ（ここ数十年のデンマークの例を参照）、必要条件でもない（地中海諸国を参照）とさえ言えるかもしれない。

とはいえ、私たちの研究結果は高所得国とも何らかの関係があるはずなので、そこにはいくつかの適格性が見つかるだろう。まず、「貧困」の格差や比較的平等な所得配分のメリットに関する私たちの研究結果から、北欧諸国が他の国々より優れていることがわかる。これはもちろん北欧モデル自体の長所であり、さらに私たちの分析によれば、社会保障プログラムがこれら国家間の差にとってカギとなる。こうした差が健康に影響すると考えるのは決してこじつけではない。こうした差を人の生涯という観点から見ることに特に必要である。子どもの貧困率が高ければ、健康への影響は長期に及ぶと考えられるからだ。

第二に、私たちの経時的な国際比較では多くの場合、特定の社会保険プログラムとその特徴を死亡率の違いに結びつけているが、そこからは「普遍的な」プログラムが健康によい影響を与えることがわかる。こうした具体的な分析は極めて慎重に行っている。個々の政策効果は小さいこともあるが、その複合効果は莫大になりうる。第三に、この100年間の

平均余命の推移から成功への道はひとつではないと言えるとすれば、それは同時に、あまり芳しくない道のりもあるということだ。米国はリベラルな福祉国家体制の典型とされることが多い。例えば児童死亡率の差が広がっていること、非常に高いアメリカの貧困率などを、普遍主義のメリットに関する私たちの研究結果と考えあわせれば、米国が最適な道を歩んだのではないことが感じられる。

低所得国 学ぶべき教訓

低所得国について北欧の経験を参考にできるかとなると、歴史的な事例が特に興味を引く。工業化の遅かった北欧諸国は実のところ、社会政策や健康政策に着手した頃は大変貧しかった。まず考えられるのは、健康や生活状態を改善するためにさまざまな政策実行を促した、重要な社会特性があるのではないかということだ。国家による政策の調整・計画・実行能力、多くの公共財を実際に提供した地方自治体など関係者、そして19世紀にはすでに識字率の高かった一般市民——北欧諸国が早くから公衆衛生に介入したことの相対的成果を説明するためには、これら3つの層を念頭に置くことが重要である。

実際の具体的な政策では、19世紀後半のストックホルムの事例が特に興味深いのではない。言うまでもなく、現在の低所得国との比較は極めて慎重に行うべきである。今の低所得国と100年以上前のストックホルムとは本当に数多くの決定的な違いがある。「比較の範囲内」に関してだけでなく、社会的・世界的・技術的な意味の環境に関しても、これらの違いは明白である。とはいえ、類似点ははっきりしている。ストックホルムの乳幼児死亡率は現在の低所得国とさほど変わらない。今でも多くの低所得国では、下痢が乳幼児の主な死亡原因である(Black et al 2003; Macassa 2004)。急速な都市化が進むなか、世界の大都市のほとんどは途上国にあり、その人口の大部分は都会のスラムに暮らしている。多くは地方からの移住者で、住環境や給水・衛生設備、医療サービスへのアクセスが十分ではない(Awasth & Agarwal 2003)。したがって、19世紀ストックホルムの大半の人々の生活条件と、現代の低所得国のスラムに暮らす人々の生活条件にはそれなりの共通点がある。

この例から一般的に言えるのは、経済成長だけでは不十分だということである。経済発展をもっと具体的な健康対策に転じなければならず(この場合は給水・衛生設備の改善)、それにはもちろん社会的アクターが必要である。私たちの研究で明らかになったもうひとつの特徴は、国民すべての層への水道の延伸である。よって、社会的に低い階層を対象とした施策も講じられたが、この政策は普遍的なベースを獲得したのである。こうした組み合わせが健康格差にも有効だったと思われる。現代の低所得国が行っている多くの介入策とはまったく対照的である。

先に触れたことを踏まえれば、制度的構造と各部門間の関係が重要な問題である。インフラ投資の効果を十分実現するためには、衛生部門と他の部門との調整の改善が欠かせない。インドのミレニアム開発目標（MDG）評価によると、水道水へのアクセス向上が子どもの下痢の罹患率に及ぼす効果は、所得が最も高い層の方が罹患率の減少幅が大きく、所得が最も低い層では効果が見られなかった（World Bank 2004）。したがって、衛生上のメリットを十分達成しようとするなら、インフラ投資と水の活用法に関する行動変容プログラムとをセットにしなければならない（Magnussen et al 2004）。ストックホルムでもそうであったと思われる。さらにこの事例から察するに、水道水へのアクセス向上は、衛生設備や排泄物処理の改善、衛生意識や食物の取り扱いに対する意識の向上、社会経済的な開発全般といった包括的な施策の一貫として行えば、もっと効果が増すだろう。

やはり途上国に大きくかかわる明らかな事例は、酒類管理政策の必要性である。例えば、アジアで酒類の消費は急増しており、中所得国ではアルコールが死亡や障害の最大要因とされる（Ezzati et al. 2002）。したがってさまざまな意味で、北欧諸国にかつて現れた飲酒問題への対策と同じような取り組みの必要性が今も存在する。こうした対策の実現を阻むのが自由市場イデオロギーの勝利である。これは実際、超国家機関による構造調整などのメカニズムを通じて、一部の途上国に存在する酒類管理制度の解体を余儀なくしてきた（Jernigan, 1999:170 など）。貿易自由化と酒類管理政策との軋轢は EU にも見られるが、ヨーロッパ以外の方が間違いなく摩擦は大きい。

以上、社会政策の一般的な特徴と特定の政策分野の両方に関して、北欧の経験はグローバルな視点からも妥当性があるということを示すことができたなら幸いである。

6.3 過渡期の国々から学ぶべき教訓——北欧の経験の適用

6.4 結論と一般的考察

本章では 1.2 の Diderichsen モデルで言う政策の入り口に関連した主な見解をまとめ、北欧の経験が経済発展レベルの違う他の国・地域にどの程度適用できるのかを検討しようとしてきた。この最終項では私たちの研究からもっと一般的な結論を導き、政策立案の各ステージに即してそれを検討する。

6.4.1 政策の基礎——データとモニタリングの重要性

社会問題を論じるには、それを見つめ認識する必要がある。同じく、そうした問題に対応するための政策設計の試みは、もちろんその政策の評価も合わせて、該当する社会問題の水準や傾向をいかに特定、定量化できるかにかかっている。したがって、政治的議論、政策立案、政策評価が正しく機能するためには、優れたデータとその分析システムが必要と

なる。公衆衛生について言えば、北欧諸国は人口動態統計の国家的システムを早くに確立した。この統計は公衆衛生上の問題を特定し、公衆衛生改善に向けた政策を議論する目的にも向けられた。だが北欧諸国においてもなお、特に不平等の水準や傾向に関して、公衆衛生およびその社会的決定因子のモニタリングをいっそう進める必要がある。

そこで一般的考察としては、社会政策や公衆衛生政策の重要な前提条件となる、データの収集・処理のためのシステムや体制の重要性を強調しておきたい。今どこにいて、どこへ向かっているのかという情報がなければ、その進行がいいのか悪いのか、また悪いとすればどう軌道修正すればよいのかが決められない。政策立案はある意味で有効データに基づく知識から始まるのである。

6.4.2 政策の中身——重要な一般的特徴

6.1で述べたように、本レポートでは社会政策制度やその公衆衛生にとっての重要性に関する具体的な所見をいくつも提示している。それぞれの政策はその対象集団も設計も中身も異なるが、結論として言えそうなのは、より多くの人々を対象とした寛容なプログラムが公衆衛生に資するということである。その意味では、社会政策が生活条件だけでなく健康や寿命をも改善する手段と見なされるなら、例えば Richard Titmuss が強調しているように、普遍主義が社会政策の重要な特徴であるとの一般的な考え方もできそうである。

社会保険制度の補償範囲や寛容さの重要性は、資源一般および特に公衆衛生のための経済資源の重要性をも示している。第IV章で詳しく述べたように、お金は社会的決定因子として特別に重要である。他の資源に転換できるからだ。そこで社会の一般的な経済水準、さらには経済資源の市民への配分が極めて大切になる。暴露や感受性、疾病の影響の格差を削減することによる再配分政策が、いくつかの点で極めて重要となる。所得および所得移転プログラム（社会保障の現金的側面）が Diderichsen モデルの何カ所かに登場するという事実は、このモデルの弱点ではなく、むしろそうしたプログラムの強みである。家族政策であれ年金であれ、本来なら貧しかったはずの生涯を通じて人並みの経済水準を確保する政策は、さまざまな点で、対象グループの健康改善に寄与するだろう。社会プログラムの補償範囲が広がり、寛容さが高まれば、社会の弱者層が受ける絶対的な恩恵が増し、結果的に公衆衛生も向上するのだ。

とはいえ、乳幼児や若者あるいはその親に対する政策も重要である。それは直近の効果をあげるだけでなく、将来の健康に対する投資でもある。助産婦の早期導入、母乳育児キャンペーン、児童手当、最近では共働き家庭への支援のほか、飲酒癖のある男性の妻や子どもを気づかっつてのアルコール政策など、北欧諸国はその事例に事欠かない。子どもを対象とした政策は将来への投資でもあり、健康だけでなく経済のさらなる発展を後押しする可

能性がある。

また、いくつかの実証的分析が示すように、それぞれの政策の公衆衛生への効果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莫大になりうるということも認識すべきである。これは人の生涯という観点から特に言えることだ。揺りかごから墓場まで、市場や家庭のほか社会保障制度が提供する各種資源を利用できる人は、そうでない場合よりも長生きする可能性が高い。方法論上および実践上のさまざまな理由でこれを実証するのは難しいが、ちりも積もれば山となるというのはそれでも論理的な帰結ではある。

もちろん、歴史的経験、天然資源、生産体制、全般的経済水準・経済成長、社会的・政治的構造といった他の要因の重要性を否定するわけではない。個人レベルの生活機会を形成する社会的要因はつねに数多くある。だが私たちは、本レポートで収集、分析した体験をもとに、社会政策がどう設計されているか、そしてそれを実行しようとする強い気持ちが公衆衛生に大きく影響すると考える。やはり、これは近代の社会保障制度の登場前にも（公教育など）、北欧の社会保障制度がかなり発達した後も（共働き家庭向け政策など）観察できる現象である。そこからは、お金は重要であるが、経済発展がさほど進んでいない段階でもできることはたくさんあることがわかる。

6.4.3 政策の実行——いかに実現するか

本レポートの重点ではないが、北欧の経験によれば、政策やプログラムをいかに実行するかが、政策の中身と同じくらいまたはそれ以上に重要だと思われる。これは予防接種の実施、酒類の入手制限など、19世紀から20世紀前半の事例に特に明らかである。ここには2つの特徴がある。ひとつは中央政府と地方当局／関係者（NGOを含む）との相互作用の重要性だ。実際、多くの施策は北欧独自の発案ではなく、他国から持ち込んだアイデアだった。予防接種、乳幼児健診（フランスの「Gouttes de lait」から着想）、衛生改革運動（イギリスの公衆衛生研究所から着想）などが挙げられる。違いがあるとすれば、地元の強力なサポートや聖職者や地方自治体職員（教会書記、教師など）によるリーダーシップである。福祉サービスがほぼ市町村や郡によってのみ提供されるという北欧の社会保障制度の分権性は、長い間の伝統である。このように、北欧諸国で政策の実行を促してきたのは地元の知識であり、地元エリートと市民との距離の近さであった。それゆえ市民の理解や応諾も得られやすかったのだと考えられる。

政策の実行は中央政府と地方政府の活動という両輪に依存していたが、もうひとつ認識すべきは、そうした活動はNGOが自発的に始めたのであり、そのなかでうまくいったプログラムやアクションを公的部門が徐々に担うようになったということである。やはり留意すべきこととして、例えば衛生活動やアルコールを対象とした初期の改革プログラムの一部

は、こうしたコンビネーションの重要性を示している。そこでは構造変革（給水や酒類の入手）が個別および総合対策（酒類の配給や衛生警察）と合わせて行われたのである。これは、健康に関する個人レベルの行動変容が公衆衛生政策の中心になっている現代の社会保障制度から見れば、特に興味深いのではないか。

6.4.4 政策の評価——何が成功で何が失敗か

政策の評価は、その政策が特定グループに向けた明確なプログラムであったとしても難しい。年金制度などの社会政策を公衆衛生の観点から評価するのは、同制度の主な動機が公衆衛生の向上よりも貧困の削減や所得の安定であることを考えると、やはり簡単ではない。だが、主な社会保障プログラムを公衆衛生の観点から看過しないことが重要であり、したがって各種の社会保障制度の状況が健康に及ぼす影響を議論し、経験的に検証することが重要である。本レポートは社会保障制度の設計と公衆衛生上の結果を体系的に結びつけようとするうえで重要な役割を果たす。このとき、細事にこだわり大事を逸することがないよう、達成可能な目標を適切に見きわめることが重要である。言い換えれば、さまざまな社会保障制度を判断し、最終的に評価するための基準を、重要な政策目標を反映するように選び、それに意味を持たせる必要がある。北欧の社会保障制度の包括的な目標は、程度こそ違え、「高水準の平等」であった。公衆衛生の場合、この目標は主に低死亡率やすべての人々の長い平均余命ということになる。しかし、格差や不平等も重要な側面であると私たちは主張した。ただし、罹患率や死亡率の社会的な不平等は極めて重要であるが、相対的不平等は政策評価には適さない。私たちは、社会的に恵まれない人たちの死亡率や健康障害の水準を、社会保障制度のパフォーマンスを測るよい指標であるとした。既存の比較研究によると、この点では少なくともスウェーデンとノルウェーがかなり実績がよさそうであり、相対的不平等が他のヨーロッパ諸国並みの水準のままであるという事実は、北欧の社会保障制度がだめだという理由にはならないと思われる。

6.4.5 一般的考察と最終コメント

本レポートは、歴史的・比較的な見地から福祉政策や公衆衛生に関する北欧の経験に焦点を当ててきた。そこから観察されることのひとつは、公衆衛生に優れているのは北欧諸国だけではないということだ。寿命や死亡率という点では、経済発展の度合いや意欲的な社会保障プログラムが基本的に同じ（ただしプログラムの寛容さや補償範囲は異なる）一部他国も北欧に劣らないし、場合によってはこれを上回る。ここから一般的に導かれる結論は、これらの国は北欧諸国で機能した特性を採り入れたか、公衆衛生改善に向けた他の方法を見出したということである。したがって、本レポートで記述、分析した北欧の経験が万人の真似るべきお手本ではないことを強調しておかなければならない。むしろ北欧、日本などあらゆる国々の経験は、成功の方法はさまざまであり、世界中の指導者や政策立案者はお互いの経験を知り、そこから学ぶべきだということを示唆している。しかし私たち