

利な立場にある人々は、自然や人為的な危機、不健康な住居、危険な労働状態、食料不足や品質の悪さ、社会的排除、健康的な行動パターンを採用する際の障壁といった、多数のリスク因子に差別的にさらされる傾向があるというエビデンスが増加している。

・ **差別的な脆弱性**—同じレベルの暴露であっても、社会的、文化的、経済的環境と累積されたライフコース因子により、社会経済グループが違えば影響が異なる場合がある。社会的排除、低所得、アルコール乱用、栄養不良、住居の狭さ、保健医療サービスのアクセスのしにくさなどのリスク因子が特定の人口集団においてクラスター化することは、個人的な暴露そのものと同じくらい重要な場合がある。さらに、重感染など他の健康問題が共存すると、しばしば脆弱性が増大する。強化因子の存在による増幅効果についてのエビデンス・ベースはまだ限られているが、それが低所得の人口集団や周縁化されたグループに影響していることは確かである。そうした因子を低減あるいは除去しようとするには、脆弱な人口集団が捕らわれる悪循環を断ち切るのにふさわしい切り口を特定することが重要である。

・ **差別的なヘルスケア・アウトカム**—ヘルスケアにおける公平性は、理想的には、保健医療を必要とする誰もが、社会的立場や他の社会的に決定付けられた状況にかかわらず、その人に有益な形で保健医療を受けられることを含意する。その結果、最も有利な人々の健康状態のレベルまで、全ての人々の健康状態が持ち上げられるような形で、健康アウトカムにおける異なる社会経済グループ間の全ての体系的差異が軽減されるべきである。分析枠組みの上位3レベルの影響は、特定の人口集団や不利な状態にある人々に対して、他と比較して不適切な、あるいは効果が少ないサービスを保健医療制度が提供することで、さらに増幅されてしまう場合がある。

・ **差別的な帰結**—不健康は、稼ぎの目減り、働く能力の損失、社会的孤立または排除といった、いくつかの社会的帰結および経済的帰結を導く場合がある。さらに病気の人々は、ヘルスケアや薬にお金をあまり払えなくなるような付加的な金銭の負担にしばしば直面する。有利な状態にある人口集団は、例えば雇用の確保や健康保険の面で保護されている。一方、不利な状態にある人口集団については、病気のためにさらに社会経済状況が悪化する結果となる恐れがあり、貧困線を越え、さらに健康を損なう下降スパイラルが加速する。

各レベルに関する分析では、次の項目の立証と記録を目的とした。

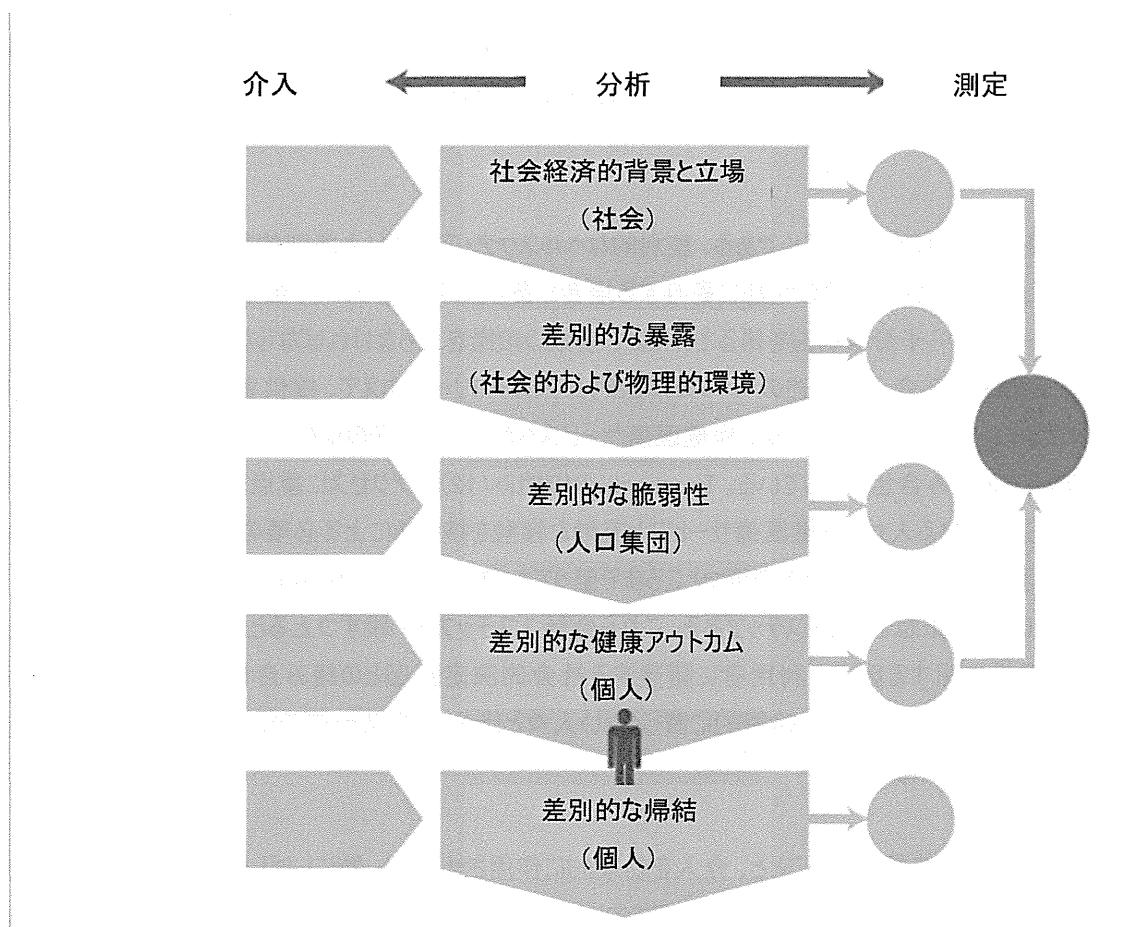
- ・ 社会的決定要因の影響と、それによる不公平性への寄与の経路、程度、社会格差など
- ・ 見込みのある介入の入口
- ・ 介入によってもたらされる変化に伴う可能性のある悪い副作用
- ・ 介入がもたらそうとする変化に対して起こりうる抵抗の源
- ・ これまでにどのような取り組みが試され、何を教訓として学んだか

各レベルの間には潜在的に重複する部分があり、とりわけ、差別的な暴露のレベルと脆弱性のレベルの間には重複が予想される。さらに、レベルの間を横断する経路は必ずしも、この枠組みの最上位から最下位まで全ての中間レベルを通るとは限らない。例えば公共政策の変更は、保健医療サービスの提供のされ方に即座の影響があるかもしれず、そのために、暴露のレベルと脆弱性のレベルを通らずに、ヘルスケア・ア

アウトカムにおける公平性に正または負のインパクトを与えるかもしれない。そのため、この枠組みは、健康の社会的決定要因に関する委員会の概念枠組みやその他のほとんどの研究情報ネットワークで用いられる枠組みと一貫性のあるやり方で、分析から行動までの作業を整理する、実用的な方法として見るべきである。

それぞれの公衆衛生状態の分析は、差別的なヘルスケア・アウトカムのレベルから出発し、その差異の起源がどこにあるかを上流に遡るような形で調査した。主な経路を特定した後、見込みのある介入の入口とそれぞれに見合った介入の提案、そして測定の問題点に注目した。

図 1 優先すべき公衆衛生状態についての分析枠組み



1.4 行動可能な課題に向かって

最上位の社会レベルから2つの個人レベルまで、分析枠組みの5つのレベルのそれぞれに対応するように、5つの介入のクラスターがある。公衆衛生プログラムの最重要任務の1つは、原因についての知識を具体

的な行動に読み換えることである。そのため、どのような介入を、どのように実施したらよいか、起こりうるリスクや仮定条件なども考慮しながら検討することが作業の鍵となった。

そうした行動を実施するのは、公衆衛生プログラム、より幅広い保健医療部門、あるいは保健医療の域を越えた部門の責任かもしれない。枠組みの上流レベル、すなわち社会経済的背景と立場、差別的な暴露、差別的な脆弱性については、次に挙げる Blankenship、Bray、Merson が提案する、構造化された介入の分類に関連づけることで、効果的に検討できる(11)。

- ・ 健康とは社会的、経済的、政治的権力とリソースの働きによるものであると認識し、そのために、権力とリソースを操り、公衆衛生の促進を求める介入
- ・ 健康問題は、行動パターン、環境の設定、あるいは製品やツールの可用性の欠如により生じるという仮定に基づき、そのために、これらの欠如への対処を求める介入
- ・ 社会とその構成員の健康は、その人達の、あるいはその社会の中の特定のサブグループの人々の価値観、文化、信条により、部分的に決定付けられると認識し、そのために、健康に不利益な社会規範の改変を求める介入

分析枠組みの2つの個人レベルである、差別的なヘルスケア・アウトカムと差別的な帰結において、サービスの設計上の性質が不公平の増加に寄与する場合がある。この点について、当研究情報ネットワークは、個人がサービスから十分な利益を得るためには、複数の段階を上らなければならないという、段階の例えを適用し、検討する介入は上述の3つの構造的介入カテゴリーに加えて、提供者のコンプライアンスと利用者の順守も考慮した。表1.1は、保健医療サービスへのアクセス、その提供、および利用を扱う2つの介入枠組みの組み合わせを示している。Tanahashiの枠組み(12)はアクセスに重点を置き、ヘルスケアを利用する見込みのある人が、保健医療サービスと有効な接触を持つ前に上る必要のある、4つのステップから成る段階を提案している。接触を持つところまで至っても、Tugwell、Sitthi-Amornら(13)によると、良いアウトカムに達するにはさらに3ステップある。これら合計7ステップを1段ずつ上るときに障害となるものは、サービス提供に関する因子と利用者に関連する社会的決定要因との組み合わせによる。Tugwell、de Savignyらは、貧しい人々は、相対的に貧しくない人々と比べて、各ステップで得る利益が大幅に減じられることを示唆している(14)。

しかしながら、介入を提案することと、介入を効果的に作用させること、特にしばしば見られる、強力な利害関係が対立するような非常に複雑な状況においては、それらは完全に別問題である。一般的には、介入の実施に関連して、次の事項を検討する。

- ・ **再現性**—異なる背景、状況においても、その介入を実施できるか？
- ・ **持続可能性**—望ましいとされる永続的な効果を得られるほど、十分に長い期間介入を継続できるようにするために求められる、人的、技術的、財政的リソースがあるか？
- ・ **拡張可能性**—介入に意義をもたせるために必要な範囲まで、介入の規模を広げられるか？
- ・ **政治的実行可能性**—政治的なタイミング、価値観、権力構造などの、異なる政治状況においても、

その介入を実施できるか？

- ・ **経済的実行可能性**—必要な投資は何で、それは合理的であるか？どのようにして必要な財源を利用できるようにするか？他部門は何を譲歩しなければならないか？
- ・ **技術的実行可能性**—介入に必要なツールは既に利用可能か、あるいは利用できるようになるか？

社会的決定要因にもとづく包括的な戦略は、全てのレベルにおいて政治的な側面を考慮しなければならない。不公平は勢力関係とリソースの制御に本質的に関連している。公衆衛生における不公平を軽減する試みは必然的に、社会的なレベルであれ、あるいは個別の診療所のレベルであれ、より力の弱い者に利益をもたらすために、より力のある者と向き合うことを意味する。そのため包括的な介入戦略には、抵抗や反発に対処する方法も含む必要がある。

表 1 保健医療介入による効果的で公平なアウトカムを達成する際に障害となるうるものを考察するための 2 つの相補的な枠組み

	4 ステップの枠組み Tugwell、de Savigny ら(14)	5 ステップの枠組み Tanahashi (12)
アクセス	アクセス	利用可能性(Availability)の範囲 アクセスする可能性(Accessibility)の範囲 受容可能性(Acceptability)の範囲 接触(Contact)の範囲
有効性	診断精度 提供者のコンプライアンス 利用者の順守	有効性の範囲

1.5 プロセス: 組織の学習

今回の作業プロセスの中で、明白な成果を出すことと等しく重要視したのが、組織の学習プロセスである。そのため、優先すべき公衆衛生状態についての研究情報ネットワークの作業は、一連の公衆衛生状態と組織の単位やレベルの広範囲にわたるネットワークを用いて計画した。具体的には WHO の 16 の主要な公衆衛生プログラムを含むような、14 のプログラムノードを設けた。そのうち 13 のノードは作業の全フェーズを完了し、その成果物を本巻の各章で紹介している(第 10 章は、母体の健康ノードと、性と生殖に関する健康ノードの両方の成果で構成されている)。各ノードの目的は、WHO の各地域、国、そして学界にネットワークを広げることであった。ノードのいくつかはこの課題によく対応したが、他方、これがあまりうまくできず、コンサルタントとの契約を通じてのみネットワークを広げただけのノードもあった。

3 つの研究プログラム(熱帯病に関する研究および訓練を行う特別プログラム(Special Programme for

Research and Training in Tropical Diseases)、ヒトの生殖に関する研究、開発および研究訓練を行う特別プログラム(Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction)、保健医療政策および制度に関する研究同盟(Alliance for Health Policy and Systems Research))で構成された研究ノードと、WHO 倫理・公平性・貿易・人権部は、各国の社会的決定要因にもとづくアプローチの実施から学んだ教訓に関する事例研究を集めた。これらの研究では、試験的なプロジェクトや実験の枠を超え、実施の拡大に関連する 5 つのテーマである、規模変更、政策変更の管理、部門間プロセスの管理、計画の調整、持続可能性の確保を扱った。全部で 14 の研究を委託し、完了した。これらの事例研究から学んだ教訓を本巻のまとめの章に記しており、より詳細な各研究報告は別巻に記す。最後に、組織の学習プロセスを促し、記録するための学習ノードも設けた。

上述の 14 のプログラムノードおよび研究ノードと学習ノードの各リーダーで構成される運営グループは、プロセスを監督するために、2007 年 1 月から 2008 年 6 月まで毎月会議を行った。これは非常に良かった仕組みであり、WHO 内にて、異なる分野や組織単位から複数のプログラム代表者が、長期間に及ぶ共通の具体的な技術プロジェクトについて協力する機会となった。

全体として、優先すべき公衆衛生状態についての研究情報ネットワークの作業は、(a) 状態の分析、(b) 介入と実施の検討、(c) 測定、(d) まとめ、意味付け、結論の 4 フェーズがあった。最初の 3 フェーズには、相互学習を助長するために、それぞれのノードが別のノードの作業を審査してフィードバックを与える相互評価が含まれた。これらの審査を行うにあたり、個々のプログラムノードのネットワーク拡大に限界があるとわかると、WHO の各地域事務局にも広げて行なわれた。ほとんどの地域では、WHO 地域事務局のアドバイザーと WHO 国事務局のスタッフの両方が、このプロセスに積極的に応じた。

1.6 全てをひとつに

各公衆衛生状態についての分析と提言は、それぞれに価値があり、本巻の個々の章(第 2 章から第 13 章)に次のように記した。

第 2 章 アルコール

第 3 章 心血管疾患

第 4 章 子どもの健康と栄養

第 5 章 糖尿病

第 6 章 食の安全

第 7 章 精神障害

第 8 章 顧みられない熱帯病

第 9 章 口腔衛生

第 10 章 意図しない妊娠と妊娠のアウトカム

第 11 章 喫煙

第 12 章 結核

第 13 章 暴力と不慮の負傷

したが、まとめのプロセスでは、個々の章の研究成果を要約するというよりも、むしろ何が共通する教訓であり、何が共通する行動の基盤となりうるかという、共通の土台づくりが中心となった。そこで目指したのは、個々のプログラムノードが行なった大量の作業と事例研究の成果の活用を中心としつつ、健康の社会的決定要因に関する委員会の他の 8 つの研究情報ネットワークによる入念な分析と作業の成果も利用することであった。そのために、統合をするプロセスには次の 7 つの主要なステップがあった。

- ・ すべての公衆衛生状態にわたり、不公平性のパターンをマッピング
- ・ 6 つ以上の状態に共通する社会的決定要因を、優先すべき公衆衛生状態枠組みの各レベルにおいてそれぞれ特定し、さらに各レベルについて、見込みのある 3 つの介入の入口を特定
- ・ これらの介入の入口のそれぞれに対して、可能性のある 3 つの介入およびその立役者を提案
- ・ 優先すべき公衆衛生状態枠組みの各レベルにおいて、公衆衛生プログラムが実施できる 3 つの行動を提案
- ・ 事例研究から学んだ、介入実施に関する主要な教訓について議論
- ・ 政策立案やプログラム管理に情報を提供するためのデータ収集とモニタリングの必要性和選択肢を議論
- ・ 提案した行動を実践に移すことが、公衆衛生プログラムや WHO にとって何を意味するかを議論

今回の作業では、一方で、各公衆衛生状態に独特な特徴を特定し、他方で、全てに共通する特徴で、関連プログラムが団結、協調して対処すべきものを特定するという、二本立てのアプローチを採用した。そのことをとおして、公衆衛生状態に関連する概念枠組みの展開と、それらに対処する公衆衛生の介入やプログラムの有効性向上の両方に貢献できるはずである。さらに、2008 年の世界保健報告(2)に記載されているプライマリーヘルスケアの課題を運用可能にするためのインプットとしても役立つと考えられる。

参考文献

1. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health Final Report. Geneva, World Health Organization, 2008.
2. The World Health Report 2008. Primary health care: now more than ever. Geneva, World Health Organization, 2008.
3. World Health Assembly of the World Health Organization. Reducing health inequities through action on the social

determinants of health. Resolution WHA62.14. Geneva, World Health Organization, 2009:21–25 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-en-P2.pdf, accessed 20 October 2009).

4. Blas E. 1990–2000: a decade of health sector reform in devel-oping countries – why and what did we learn? Göteborg,

Nordic School of Public Health, 2005.

5. Kelly PM et al. The social determinants of health: devel-oping an evidence base for political action. Final Report of

the Measurement and Evidence Knowledge Network to the Commission on Social Determinants of Health.

Geneva, World Health Organization, 2007.

6. Marmot M. Health in an unequal world. *Lancet*, 2006, 368(9552):2081–2094.

7. Gilson L et al., with inputs and contributions from the members of the Health Systems Knowledge Network.

Final report of the Health Systems Knowledge Network to the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2007.

8. Dahlgren G, Whitehead M. Levelling up: a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health (part 2). WHO Regional Oice for Europe, 2006.

9. Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The social basis of disparities in health. In: Evans T et al., eds. *Challenging inequities in health*. New York, Oxford UP, 2001.

10. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2007.

11. Blankenship KM, Bray SJ, Merson MH. Structural inter-ventions in public health. *AIDS*, 2000, 14(1):S11–S21.

12. Tanahashi T. Health service coverage and its evalu-ation. *Bulletin of the World Health Organization*, 1978, 56(2):295–303.

13. Tugwell P, Sitthi-Amorn C et al. Health research proile to assess the capacity of low and middle income coun-tries for equity-oriented research. *BMC*

Public Health,
2006, 6:151.

14. Tugwell P, de Savigny D et al. Applying clinical epidemiological methods to health equity: the equity effectiveness loop. British Medical Journal, 2006, 332(7537):358–361.

Appendix II.

公平性、社会的決定要因と公衆衛生プログラム
Erik Blas and Anand Sivasankara Kurup

第 14 章

公平性に向けた相乗効果



目次

第 14 章 公平性に向けた相乗効果

14.1 社会的勾配のレベルとパターン

14.2 影響力のある社会的決定要因

14.3 見込みのある介入の入口から行動の提案まで

社会経済的背景と立場

差別的な暴露

差別的な脆弱性

差別的なヘルスケアアウトカム

差別的な帰結

14.4 実施に向けた教訓

価値観

リーダーシップ

部門間協力

規模拡大

コミュニケーション

リスク

外部機関

14.5 測定

有害な決定要因のクラスター化のモニタリング

包括的な社会環境、物理的環境のモニタリング

コミュニティの記録

介入による有害な副作用のモニタリング

指標の選択

14.6 意味付け

個々の公衆衛生プログラム

プログラム間の協力

公衆衛生プログラムの他部門との関係

WHO にとって意味するもの

14.7 結論

付録 14. A 優先すべき公衆衛生状態分析枠組みの経路に出現する社会的決定要因

参考文献

図

図 1 資産の 5 分位ごと、地域（関連する DHS データが利用可能な低中所得国）ごとの、5 歳児未満死亡率にみられる社会的勾配

図 2 社会経済地位ごと、国ごとの、5 歳未満の子供が生存率向上のための介入を 6 回以上受けている割合

表

表 1 健康における社会的勾配の主要パターンとそれに関する例および本巻の章

表 2 第 2 章から第 13 章で扱った 13 の状態のうち、6 つ以上の因果経路上で発現した社会的決定要因

表 3 社会経済的背景と立場のレベルにおける、見込みのある介入の入口、介入、立役者

表 4 差別的な暴露のレベルにおける見込みのある介入の入口、介入、立役者

表 5 差別的な脆弱性のレベルにおける見込みのある介入の入口、介入、立役者

表 6 差別的なヘルスケアアウトカムのレベルにおける見込みのある介入の入口、介入、立役者

表 7 差別的な帰結のレベルにおける見込みのある介入の入口、介入、立役者

WHO が 2010 年に『Equity, Social Determinants and Public Health Programmes』の第 14 章『Synergy for Equity』として出版。

© World Health Organization 2010

世界保健機関（WHO）事務局長は、日本語版の翻訳・出版権を日本福祉大学に付与した。日本語版に対する責任は全て日本福祉大学が負うものとする。

『公平性に向けた相乗効果』Erik Blas, Anand Sivasankara Kurup 著

Japanese version © 日本福祉大学 2013

本章では、異なる公衆衛生状態に共通する土台と、それらの間の潜在的な相乗効果について探り、これらをもとに、実践的な行動を提案する。各公衆衛生状態について、その相関関係や因果関係を裏付けするエビデンスは、すでに提示したため（第2章～第13章参照）、ここでは繰り返さない。

本章は、個々の状態を分析して明らかになった各人口集団の健康における、さまざまな社会的勾配パターンの分析から始める。次に、それらの公衆衛生状態の因果経路で最も出現頻度の高い社会的決定要因を特定する。そして、状況を改善するために、各種公衆衛生プログラムが個々に、そして共同して何ができるかについて考察する。続いて、各国のケーススタディから学んだ教訓を考慮した実施方法を検討し、そのモニタリングについて提案をする。最後に、ここで提案する社会的決定要因にもとづくアプローチを実施することの意味合いを考察する。

14.1 社会的勾配のレベルとパターン

分析したすべての公衆衛生状態について、利用可能なデータを見るかぎりには、人口集団内に明らかな社会的勾配があることが示された。しかしながら、勾配の斜度と形状は、各公衆衛生状態によって変わるばかりではなく、同じ状態についても、人口集団と時間により変化する。

例えば、5歳児未満死亡率において、すべての地域に共通して見られる明らかな社会的勾配にも、地域間で違いがある（図14.1）。サハラ砂漠以南のアフリカ地域と南アジア地域の2つは、他の地域よりも5歳児未満死亡率がはるかに高い。南アジアの最高五分位を除き、これら2地域のすべての五分位は、他の地域の最低五分位よりも5歳児未満死亡率が高い。他の4つの地域では、経済発展のレベルが異なるにもかかわらず、5歳児未満死亡率の全体的なレベルと勾配が驚くほど類似している。これら4地域の死亡率は低いが、資産の五分位を横断する勾配はやはり存在する。このことは、5歳児未満死亡率は、経済発展とともに低くなるが、それもある閾値でとどまり、そこに見られる不公平性は、全体の経済発展レベルとは関係なく存在し、別の因子により影響されることを示しているのかもしれない。

さらに国家レベル、地方レベルなど、単位が小さくなるほど、より複雑なパターンが見られる。背景や社会が異なると、宗教的信念、価値観、文化規範といった因子の影響により、異なる社会的勾配パターンが現れる可能性がある（第2章）。さらに、例えば経済発展により、そのパターンが時間とともに変化する可能性もある（第5章）。社会階層を形成する軸は、グローバル、国家、地域の各レベルにおける政治動向、経済動向や、既存の機構、法的制度のあり方などに強い影響を受ける。また、そのような社会階層のさまざまな社会経

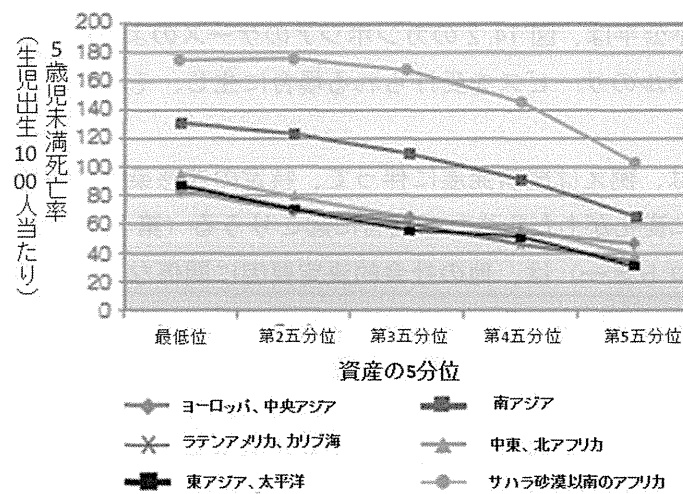
済要因の相対的な説明力は文化間で異なる（第7章）。優先すべき公衆衛生状態の分析により、健康の社会的勾配に見られる6つの主なパターンが特定された。この6パターンを以下にまとめる。各パターンの例は、関連する章へのリンクとともに、表14.1に記載する。

- ・ 直線状の勾配は、健康や教育といった、主要な健康の社会的決定要因について、分析したすべての公衆衛生状態に見られた。例えばベナンでは、5歳未満の子供が生存率向上のための介入を6回以上受けた割合は、社会経済地位とほぼ直線の勾配を示した（図14.2）。
- ・ ボトムエンドの不公平は、図14.2のブラジルのケースで説明できる。上位4つの五分位の間差は比較的小さいが、最も貧しいグループは他に比べて有意に劣る。ベナンと比較すると、同じ公衆衛生状態を分析しても、そこに見られる勾配が違つパターンを示す場合があることがわかる。
- ・ トップエンドの不公平は、図14.2のカンボジアのケースのように、社会階層の上位の階層だけが妥当なレベルのサービスを受けられる場合に生じ、それは、ブラジルとは逆の状況である。
- ・ 勾配の方向転換は、例えば経済発展に伴って、特定の非感染性疾患に対する、人口集団内の脆弱性の分布に変化をもたらされる場合に起こりうる（第3、5、9、13章）。
- ・ 二分勾配（ダイコトミー）は、他の社会的決定要因に関係なく、グループ間に有意で不連続な不公平がある場合に生じる。これは、とりわけジェンダー（性別）にもとづく格差の場合によくあることだが、民族性（第11章）（2）や法的地位（3）に関しても起こることがある。
- ・ クラスター化は、同時に存在する複数の社会的決定要因が、個々の決定要因の単純効果の合計を上回るような方法で健康差異を増幅している状況を表す。例えば、いくつかの精神障害について、2つの因子が同時に作用することでリスクが4倍に増し、それが4つの因子になるとリスクが10倍にもなることがわかっている（第7章）。このように、ある不利な条件にある人口集団について、その脆弱性が有意に高い理由として、無力感・社会的な見放し・貧困、教育不足、人口構成の変化、農業・商業・工業の変遷、不十分な食の安全システムなど、複数の因子の相乗効果が可能性として考えられる（第2、6、7、8、12、13章）。

社会的勾配のパターンは当然、それぞれの状況に適切な介入の設計と選択に大きな影響を与える。例えば、直線勾配とトップエンドの不公平への対処の場合には、普遍的（ユニバーサル）な介入アプローチを検討できるが、ボトムエンド、クラスター化、二分勾配の場合には、ターゲットを絞つたアプローチがより適しているかもしれない。しかしながら現実には、相互に作用するさまざまな決定要因が、より複雑に絡み合いながら、人口集団内で健康の不公平な分配を生んでいる。そのため、健康における不公平を是正するための実践的な行動には、次のものが考えられる。

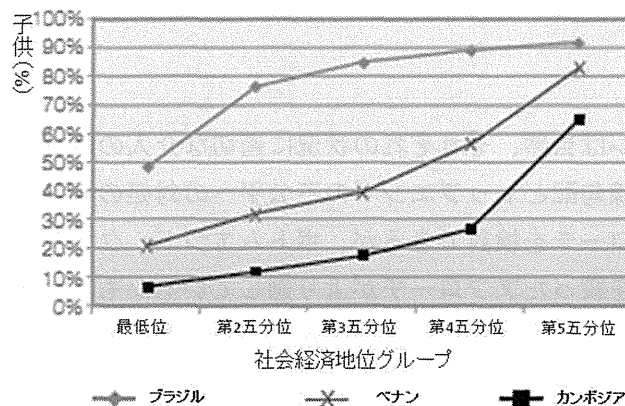
- ・ 個々の状態の分析（第2章～第13章）に基づき、健康差異が生じる主要な経路を遡り、優先すべき公衆衛生状態の分析枠組みの各レベルごとに、「リバース・エンジニアリング」（逆行分析）を用いて、主要な社会的決定要因を特定し、何が状況の変化を阻んでいるのか（変化への抵抗）を探り出し、見込みのある介入の入口を見つける。
- ・ 可能性のある介入を提案し、各介入の先導者を特定する。
- ・ 提案した介入を各公衆衛生プログラムが実施するうえで鍵となる具体的な行動を特定する。

図1 資産の5分位ごと、地域（関連する DHS データが利用可能な低中所得国）ごとの、5歳児未満死亡率にみられる社会的勾配



出典：Gwatkinらのデータより（1）（第4章を参照）

図2 社会経済地位ごと、国ごとの、5歳未満の子供が生存率向上のための介入を6回以上受けている割合



出典：Victoraらから抜粋（4）（第4章も参照）

表 1 健康における社会的勾配の主要パターンとそれに関する例および本巻の章

不公平の主要パターン	例	関連する章
直線	アルコール消費量が一定である場合、アルコール関連の問題は、社会経済的地位の低下に伴って増加する傾向がある。	2
	社会経済的地位が低いほど傷害の頻度が高くなるという強い相関がある。	13
	栄養摂取と罹病に関する指標は、肥満を除いて、どれも富裕層の子供よりも貧困層の子供の方がかなり悪い値を示す。	4
	精神障害のリスク因子に対する差別的な暴露は、しばしば社会的立場と負の相関がある。	7
	先進国では、資産および教育レベルは、それぞれ歯の喪失との間に、単調な反比例の関係がある。	9
	多くの国で、出生率に関して、資産の五分位にもとづく急激な社会的勾配がある。	10
	国の貧富にかかわらず、社会経済地位が低い人々の方が、結核のリスクがはるかに高い。	12
ボトムエンド	ブラジルとニカラグアでは、資産の五分位における最下位層の子供たちは、他の層の子供たちに比べ、生存率向上のための介入を6回以上受けた割合が、有意に少ない。	4
トップエンド	カンボジアでは、生存率向上のための介入を6回以上受けている割合は、富の五分位における下位4層に属する子供たちの間では20%未満であるのに対し、最高位層では60%である。	4
方向転換	かつて富裕層に特徴的であった非感染性疾患のパターンが、経済発展の影響により、逆に貧困層によく見られる状態に変化した。	2, 3, 5, 13
	いくつかの開発途上国では、母親の教育歴と子供の歯の健康との関係が、より複雑である。	9
二分	女性が実質的に全くアルコールを消費しない文化もある。	2
	多くの国で、結核患者の届出比率は、男性対女性で2:1である。	12
	喫煙率と民族性（エスニシティ）は、二分のパターンとなる。	11
クラスター化（効果の増幅）	アルコールと食に関する公衆衛生状態に累積効果をもたらすのは、貧困、教育の欠如、人口構成の変化、農業・商業・工業の変遷、不十分な食の安全システムなどの要因である。	2, 6
	精神障害や傷害に対する脆弱性に影響するのは、性別や年齢と	7, 13

	いった個人の特徴と、民族性や移住経験など、集団に共通する属性や経験である。	
	社会経済的背景や立場、粗末な住宅や地域環境、危険な道路網など、複数の社会的決定要因がクラスター化した人口集団において傷害件数は増加する。	2, 13
	低所得国の 100%が、少なくとも 5 つの顧みられない熱帯病の影響を受けている。	8
	都市部の貧困層には、結核のリスク因子のクラスター化が目立つ。	12

14.2 影響力のある社会的決定要因

第 2 章から第 13 章では、それぞれの公衆衛生状態に至る経路上にある、多数の決定要因が特定された。しかしながら、その分析における発現頻度にもとづいて決定要因をグループ分けすると、優先すべき公衆衛生状態の分析枠組みの各レベルにおいて、限られた数の主要な決定要因が複数の状態に影響し、すなわち人口集団全体の健康の形成に影響していることが明らかになった。これらの主要な決定要因は表 14.2 にまとめる。それぞれについての詳細と、各決定要因を特定した章へのリンクは、本章の付録 14. A を参照すること。

優先すべき公衆衛生状態の分析枠組みと、そこに示された経路の根本にある概念によれば、各決定要因の間には階層構造のつながりがあり、より高いレベルでの変化、例えば社会経済的背景と立場のレベルにおける変化は、それ以下の、例えば暴露、脆弱性、ヘルスケアアウトカムまたは帰結のレベルの、ひとつあるいは複数の決定要因に影響を与える（階層構造が複雑であるために、単純なつながりはないものとされる）。

介入の入口に関する分析では、最も頻繁に発現する決定要因の経路上のどこにおいて、効果的な介入を配置できる可能性があるかを検討する。はじめに最も発現頻度の高い決定要因を簡潔に記述し、それから介入によって予測される変化に伴うかもしれない副作用と、そうした変化に対して起こりうる抵抗の源を議論してから、介入の入口を提案する。そして、中でも最も見込みのある介入の入口をもとに、各種公衆衛生プログラムを通して実施できる介入を提案する。この際に目指すのは、必ずしも包括的であることではなく、多くの公衆衛生状態にわたり、インパクトのある具体的な行動を可能にする潜在力が最も高い、数の限られた介入の入口を特定し、追究することである。本巻の関連する各章で、より具体的な提案を示す。

表 2 第 2 章から第 13 章で扱った 13 の状態のうち、6 つ以上の因果経路上で発現した社会的決定要因

優先すべき公衆衛生状態の 分析枠組みレベル	影響力のある主要な社会的決定要因 (括弧内の数字は、その決定要因の影響が確認された公衆衛生状態の数を示す)
社会経済的背景と立場 社会	グローバリゼーションと都市化[7] 社会的地位と不平等[9] ジェンダー(性別)[10] 少数派の境遇と社会的疎外[8] 高齢化などの急速な人口構造の変化[9]
差別的な暴露 社会環境、物理環境	社会規範[9] コミュニティ(地域)レベルの環境とインフラストラクチャー[9] 不健康で有害な消耗品[8] 未規制の市場と小売業[6] 広告とテレビを通じた暴露[6]
差別的な脆弱性 人口集団	貧困と失業[8] 手の届きにくい人口集団[7] ヘルスケアを求める行為とヘルスケアへのアクセスの低さ[7] 教育と知識の不足[8] たばこの利用と薬物乱用[8] 家族とコミュニティの機能不全[6] 食料不安と栄養不良[6]
差別的なヘルスケアアウトカム 個人	質の悪い、差別的な治療とケアのサービス[10] 患者と医療従事者の間の限られた意思疎通と患者による治療の順守[9]
差別的な帰結 個人	社会、教育、雇用、財政面における帰結[9] 社会的疎外とスティグマ[7] 保険からの除外[7]

14.3 見込みのある介入の入口から行動の提案まで

優先すべき公衆衛生状態に関して公平性を向上するには、いかに保健医療制度を広義に捉えたとしても、その制度外にある、中核的な社会的決定要因について効果的な介入を行わないかぎり、実現はできない。ヘルスケアサービスが大方の場合、保健医療分野以外の要因によって決定付けられた健康問題の症状に対処している一方、公衆衛生プログラムは、保健医療サービスがどのように提供されているかだけでなく、どのように、そしてなぜ、ある人口集団に病気と不公平な健康の分配が生じているかを分析して対処する特権と義務

がある。これは、医学的介入の提供をはるかに越え、ある脆弱なグループに手を差し伸べるよりもずっと包括的である。公衆衛生において社会的決定要因と公平性にもとづくアプローチを取ることは、優先すべき公衆衛生状態の分析枠組みの 5 つすべてのレベルがそれぞれ役割を果たすことを意味する。公衆衛生プログラムが、求められる介入のすべてに責任を負うことができないのは明らかである。しかし公衆衛生プログラムは、パートナーに従事させ、立役者を活気づける、決定的に重要な役割を果たすことができる。以降の小節では、見込みのある介入の入口に応じた、可能性のある介入の概略を述べ、立役者を特定し、公衆衛生プログラムが個々に、あるいは共同で引き受けることのできる行動を議論する。

社会経済的背景と立場

このレベルの 5 つの決定要因は、分析した公衆衛生状態の大部分に共通してみられる。その 5 つとは、すなわちグローバリゼーションと都市化、社会的地位と不平等、ジェンダー、少数派の境遇と社会的疎外、高齢化などの急速な人口構造の変化である。

世の中は、グローバルな市場と経済の統合に特徴付けられる、前例のない近代化とグローバリゼーションのプロセスの最中にある。低・中所得国は、IT 技術の普及などによって新しい機会に恵まれている反面、経済変動と不平等の拡大の影響をとりわけ受けている (5)。地方から都市部へ、そして国家間で、巨大な人口の移動が起こっており、都市化自体がひとつの健康の社会的決定要因になっている (6)。経済成長は人口集団の平均的な健康の改善を促すが、一方で社会的に最も有利な人々と最も不利な人々との格差を広げもする。

ジェンダー、収入あるいは財産、そして教育は、不公平性の測定に適用する層別化因子として、しばしば用いられる。これらは比較的単純に測定できるが、複雑に絡み合う因子の網の表面だけを成すものであり、それらの因子のほとんどは、法律と権利、従属状態、人間関係と感情、権力へのアクセスなど、定量化がはるかに困難なものである (7, 8)。

人口構造の変化、とりわけ高齢化は、人口集団の健康の性質、例えば寿命に関連する (特に非感染性の) 病気や状態に影響し、また、社会のリソースと権力の分配に影響する。

分析枠組みのこのレベルで変化を起こすことは、経済と社会の組織構造や機能の基礎を変更することを意味する。歴史は、例えば、労働市場に関連する権力とリソースの分配など、健康の公平性に望ましい効果がみられた例をいくつも示してきた (6, 9)。このレベルの変化は、権力構造、政治的および哲学的価値観と観点、国家と宗教の役割といった、まさに社会の根本となるものに触れる。そして、そのような変化は、それによって権力やコントロールを失うことになる、あるいは失ってしまうと感じるグループによる抵抗の引き金と

なりやすい。

表 14.3 は、社会経済的背景と立場のレベルにおける見込みのある介入の入口、介入と、立役者を示す。

このレベルでの介入は、さらに下流の決定要因について根本的な効果をもたらす可能性を秘めている。このレベルのほとんどの介入は、単一機関の責務ではなく、保健医療分野は必ずしもそこにかかわらせてもらえるわけではない。さらに、実際の行動責任は、経済学者や法律家といった、限られた専門領域の手中にあり、彼らは公衆衛生介入の公平性の側面を必ずしも正しく理解したり、歓迎したりしないかもしれない。公衆衛生の行為者には、個々に、そして共同して、この状況を正す道がいくつかある。正式なルートとしては、国の保健省や世界保健機関（WHO）を通して、例えば経済フォーラムや貿易フォーラムなどの場に、国の、あるいは国際組織の代表を正式参加させ、そこから公衆衛生の利益を擁護し、影響力を持てるようにすることである（5, 10）。正式でないアプローチには、メディア、市民社会や個人の擁護者と協力して、社会問題に関する議論に影響を与えたり、法律、政策や、合意の形成に影響を与えたりすることが考えられる。

社会問題に関する議論の舵取りに成功した公衆衛生プログラムは、ごくわずかしかなく、特定の疾病はたびたびメディアで取りざたされるが、その焦点は、その疾病の本質的な原因よりも、むしろ問題をセンセーショナルにすることに当てられている。しかしながら、これは保健医療の非常に重要な問題に、議員、金融関係者、計画立案者、立法者の目を向けさせるかもしれず、メディアを上手に利用することは政治課題を形成するうえで不可欠である（11）。

変化をもたらすために公衆衛生プログラムができる3つの行動

- ・ 健康の決定要因とアウトカム（その程度と分配）の関係について、状況が特定され、時宜にかなった、関連するエビデンスを、グローバルレベル、国家レベル、地方レベルにおいて提供する。
- ・ 個々に、そして共同で、国家として、また国際的に、健康影響予測評価（ヘルス・インパクト・アセスメント）、研究調査、分析を実施すること。そして良い実践の例を提供し、政策展開プロセスの前および最中に、政策オプションを検討して提案する。
- ・ 擁護者および活動グループが、社会問題に関する議論に関与し、保健医療部門内を含む、政治家、取り締まり官、立法者に、健康の社会的決定要因に対処し、健康の公平性の問題を経済と社会の戦略および計画に取り入れるように説得することをサポートする。

表 3 社会経済的背景と立場のレベルにおける、見込みのある介入の入口、介入、立役者