

大きな課題となるのは、健康の社会的決定要因と公平性の討議を、哲学的、理論的な話から、実用、管理の場へ移すことである。本章に示した考え方と提案は、各公衆衛生プログラムが取りあげた時、初めてその価値を発揮する。次節では、これらが公衆衛生プログラムや一般のプログラムにとって何を意味するのか、とりわけ WHO にとって持つ意味合いについて議論する。

14.6 意味付け

各公衆衛生状態に特化した、国内および国際的な公衆衛生プログラムが、これまでの章で記述した社会的決定要因にもとづくアプローチを採用することによる影響は数多く、非常に重要な意味を持つ可能性がある。それでもなお、既知の、あるいは徐々に進歩する保健医療技術を適用する以上のことをするのをためらうプログラムがあるのには、いくつかの理由がある。そうしたプログラムのほとんどの上級スタッフが社会的アプローチよりもむしろ生物学的アプローチに慣れていること、政治課題やメディアにおいて、保健医療問題への注目が高まり、その中で社会制度と保健医療制度の基礎的な機能を考慮する長期ビジョンよりもむしろ短期の対策が後押しされてしまっていること、そして、それと関連して、しばしば限定された狭義の指標に対する即座の測定可能な効果を生む目的で資金が割り当てられてしまうことである。国際的にはここ 10 年で、外部で確立されていながら、WHO のプログラムの考え方と方向性にも強く影響するような、単一目的の、保健医療商品に焦点を絞ったイニシアチブの数と規模に顕著な成長が見られた。

これは数多くの個人の苦しみに対して効果があることは疑いようがないが、人口集団の健康に対する影響については疑問の余地がある。人口集団内でどのように健康が分配されるかは、第一に経済的および社会的な開発政策の公平性に関わることである。多くの公衆衛生プログラムが、前述の各章にまとめたように、感染性および非感染性疾患のグローバルな流行の増加を止めるため、あるいはグローバルな保健目標を達成し維持するためには、技術（テクノロジー）だけでは足りないことをますます理解してきている。いくつかのプログラム、とくにたばことケガの領域におけるプログラムが、保健医療部門に根差したプログラムであっても、上流の決定要因に対処し、効果的に他部門と協力できることを既に実証している。これらのプログラムが実施する介入の多くは、安心領域の外に踏み出るのを渋っているいくつかのプログラムにも適用できる。そのほかにも、「ストップ結核」プログラムなど、社会的決定要因にもとづくアプローチを生物医学的アプローチと統合し、パラダイム変遷を進めているプログラムがある。

個々の公衆衛生プログラム

公衆衛生プログラムは、主に予防および治療の介入を通して社会的決定要因のアウトカム

と帰結に対処するよりも、むしろ上流に目を向け、社会的決定要因の影響が差別的な脆弱性やヘルスケアアウトカムとして現れる前に、それらに対処するための介入を多様化、拡張しなければならない。個人と特定の小集団に焦点を当てることに加えて、人口集団全体に対しても、より多くの注意を払う必要がある。これは、公衆衛生プログラムが、生物医学的な側面を維持しつつ、より幅広い、社会、経済、開発アジェンダを包含するように拡張する必要があることを意味している。それは、ある程度のリソースを「修復作業」にあてることから、問題をその根源から低減する作業に移行することを含意する。長期的には、技術と社会的決定要因にもとづくアプローチとを組み合わせることが、現在の健康問題、あるいは今後起こりうる健康問題の多くに対処するうえで最善の策となるかもしれない。社会的決定要因にもとづくアプローチを取るうえで、個々の公衆衛生プログラムが実施できる特定の行動には、次のものが挙げられる。

- ・ **情報システム。**公衆衛生プログラムは、公衆衛生状態ごとの、人口集団における健康の分配に対する見識を提供するために、情報システムを見直し、改訂、あるいは開発するべきである。その際、そうしたシステムのアウトプットの実用化を促すために、国レベルおよび地元レベルに焦点を絞るとよい。
- ・ **能力開発。**それぞれの公衆衛生状態や国の背景に応じて、格差の勾配、パターン、そして発生経路を分析し、それぞれに固有の状況に最も適切な介入やアプローチを適用することができるように、各国のプログラムの能力強化をする必要がある。
- ・ **介入パッケージ。**各公衆衛生状態と、さまざまな形状やパターンの社会的勾配に対応するような一連の介入パッケージを開発して試験する必要がある。
- ・ **擁護。**すべての公衆衛生プログラムは、自身の作業において、そしてより幅広い社会的、政治的、経済的議論の場において、社会的決定要因にもとづくアプローチを取り入れることを擁護する必要がある。

プログラム間の協力

不利な条件にある人口集団の人が、保健医療サービスにおいて、どのような扱いや処置を受けるかということから、ガバナンスや近代化などに関連した背景因子までを含む、重要な社会的決定要因は、幅広い範囲の健康状態に共通してみられる。現在、プログラム間には協力および共同行動ができる、多大な潜在性が未開発のままである。ある場合には、例えばサービス提供やアウトリーチ活動において、直接プログラムを統合させることが良案かもしれない。また、他の場合には、あるプログラムの権力や見解を利用してそのプログラムに主導権を握らせ、他のプログラムは、追加のエビデンスと議論をもって、そこに加わることがよりよいアプローチとなるかもしれない。

明らかにできそうなプログラム間の協力行動には、次のものが挙げられる。

- ・ 個々の公衆衛生状態の発生経路上に共通してみられる社会的決定要因と、共通の介入

の入口をそれぞれ特定し、各国の背景を考慮した調整をする。

- ・ **通常**の健康情報システム（ルーチンの報告、サーベイランス、調査等）に、複数の公衆衛生状態の経路上に現れる社会的決定要因に関する情報を組み込む。
- ・ 個々の行動よりもむしろ団結した行動の方が、ヘルスケアサービスの一般的な提供方法や、**保健医療制度**の設計や機能に影響を与えられる確率が高いことを認識する。
- ・ 一連の公衆衛生状態に対して脆弱である、**地域特有の、あるいは特定の人口集団**の状況とニーズを対象を絞った、プログラム間に共通するオーダーメイドの介入パッケージを開発し、実施する。特定の疾患を対象とした個々のプログラムの間の垣根を越えることによってそれまでの行動方法を変え、複数の状態の併存や共通のリスク因子、または脆弱性の源の流行を抑える。
- ・ 保健医療部門内からと、より広いアウトリーチをするために、市民社会、政界、メディア、他部門などからも、公衆衛生プログラムの**指導者および擁護者**を特定、養成、サポートする。
- ・ 既にメディア、政治家やドナーから注目を集めている大規模な公衆衛生プログラムは、上流の社会的決定要因に対処することにより、有意義かつ持続的な方法で人口集団の健康を向上させることの重要性について主張するという、**特別な社会的責任**を担い、それを実行に移す。

社会的決定要因に関連するプログラムの活動を、例えば保健省内で、社会的決定要因を専門とするプログラムや部門として分離独立させたくなるかもしれない。しかし、そうすると必然的に権力、資金や集中力が足りなくなる。社会的決定要因はあらゆる人に関わることであり、それらへの対処の効果と持続可能性は、すべての公衆衛生プログラムの積極的かつ継続的な関与に依存する。社会的決定要因専門のプログラムや部門は、関係者を招集したり、変革を促したり、分析や発言を支援したりする役に徹するべきである。

公衆衛生プログラムの他部門との関係

健康はすべての人にとって重要であり、公衆衛生プログラムは、重要なポピュレーション・ヘルスの問題に対処すると考えられるために存在する。特定の疾患を専門とする疾病管理プログラムは、制度に対処するのではなく、実際の人々を扱い、病気を抱えていたり、亡くなったり、苦しんでいる人々に対応するため、民衆と政治家に対して特別な魅力を放つ。しかし、それにはなぜ人々が病気になって死んでしまうのか、なぜ特定の人々が他の人々より脆弱であるのかを特定して伝える義務も伴う。保健医療プログラムには、可能性のある介入の入口と介入を特定し、状況をモニタリングするための枠組みを提案する社会的責任がある。そうしたプログラムは、社会経済的地位と健康との関係についてのエビデンスを提供し、社会的、経済的変化を擁護し、例えばイデオロギー、既得権利、経費などを理由に、変化に対して抵抗する勢力に対処すべきである。そうすることで、健康の社会的決

定要因および健康における不公平への対処においてリーダーシップを示すことができる。これに関連する行動には、次のものが考えられる（第 14.3 節に提示した一般的な分析を手引きとして用い、個々の国の状況に適合させる）。

- ・ 決定的に重要な経路を分析し、保健医療部門以外の部門による介入を必要とする、4 つから 6 つの**最も見込みのある介入の入口**を特定する。その際、優先すべき公衆衛生状態分析枠組みの上位 3 レベルにとくに重点を置く。
- ・ 証拠を挙げて説得力のある主張を展開し、提示する。健康の社会的決定要因と健康の不公平についてのエビデンススペースを要約し、**世に広め**、一連の公衆衛生状態の悪化を防いだり、罹患率を下げたりするような社会的介入の必要性と利益を実証し、具体的な行動と目標を提案する。
- ・ 成功実現には、行政の他部門との密接な協力と、世論の圧力の創出との両方が必要であることを踏まえ、国の行政および地方行政、そして上級公務員から草の根組織までを巻き込みながら、**社会参加と垂直統合**を通して、下からと上からとの両方向から同時に取り組む。
- ・ 人口集団の総合的な健康を目標とする一方で、他部門がプログラムの活動に価値を見いだせるように、協同的な部門ごとの指標を採用する。
- ・ 国際的な財政および開発支援に関わる人々や、**各部門の計画立案者の能力開発**と意識向上を行い、健康がどのようにもたらされ、また、政治、社会、経済の発展、不公平、そして健康との関係性についてよりよく理解できるようにする。

公衆衛生プログラムは、関連する介入の入口への鍵を握る者を特定し、彼らが行動を取るように説得するべきである。これは、例えば部門間で直接的に行うこともできれば、市民社会組織を奨励、サポートしたり、積極的にメディアを利用したりするなどして、間接的に行うこともできる。上流にある健康の社会的決定要因に望ましい変化をもたらすには、非常に長い期間にわたる体系的で持続的な努力と献身、ならびに、そのプロセスを前進させるための専任のリーダーと擁護者が必要であるという理解が重要である。

WHO にとって意味するもの

優先すべき公衆衛生状態についての情報ネットワークは、異なる各種プログラムが関与しながら、また多くの場合には初めてそうしたプログラムが共同で作業を行った結果、社会的決定要因に対して協力と合同の行動を行う必要性と可能性があることを実証した。世界保健総会は、グローバルな保健課題を討議できる特有のフォーラムであり、WHO の事務局長は、行政および国際的な経済、社会、開発フォーラムの最高レベルにアクセスができる。WHO 内部で着手できる行動もあり、2008 年～2013 年中期戦略プラン (Medium-Term Strategic Plan 2008-2013) の中で、健康の決定要因に幅広く関わる 4 つの戦略的目標が特定されている (23)。

2009年5月、世界保健総会は、「すべての人々に健康を」という原則を想起させ、より広く健康の決定要因に対処することが重要であることを再び主張した。決議 WHA62.14により、世界保健総会は、国際コミュニティと加盟国に対して行動を起こすよう促し、政治的コミットメントを通して、健康の不公平に焦点を絞った公衆衛生のための政策と戦略を策定、実施するよう呼び掛けた。その決議は、具体的に WHO に対して社会的決定要因を指針として、さらに WHO が取り組む全領域、とくに優先すべき公衆衛生プログラムにおいて健康の不公平の低減を目標に据えるよう求めた (24)。

複雑な社会問題は包括的な介入を必要とし、グローバルな公衆衛生課題に対する包括的な解決策のひとつの重要な側面として、公衆衛生プログラムにおいて健康の社会的決定要因に対処する必要がある。そこで WHO は、公衆衛生プログラムにおいて健康の社会的決定要因と健康の公平を主流化させるため、介入と戦略を再定義し、さらに健康の社会的決定要因と健康の公平に関する決定的に重要な領域において行動を起こす能力を、プログラムと加盟国の両方において強化することが求められる。死亡率の高い病気に介入をすれば明らかに命を救えるが、WHO は、より長期的な取り組みに重点を置いて、それにかかわる困難な政治的、社会的プロセスに従事する必要がある。そうしなければ、近視眼的なアプローチが公衆衛生プログラムの考え方、信念、態度に組み込まれてしまい、例えばアフリカなどにおいて、主要な公衆衛生問題の管理に失敗する原因が、ツール（診断法、薬剤、ワクチン）の欠如ではなく、むしろ歴史的経緯のある、優先すべき公衆衛生状態分析枠組みにも定義されている、幅広い範囲の社会的決定要因によるものであるにもかかわらず、行政内やパートナー機関、金融機関などの間で、新しいアプローチを追求することに対して抵抗や渋りが生じる危険がある。

また、社会的決定要因に対する公衆衛生プログラムの合同行動の制度化を、まずは WHO 内から始めて、そこから各国に広げていく必要もある。これは、例えば WHO のプログラムが特定の公衆衛生状態についての取組を既にサポートしており、これらのプログラム、WHO の国事務局、当事国政府、その他の健康開発パートナーが、公衆衛生プログラムづくりの境界を変える作業をする準備ができてきているような草分け的な国々では、最小限のリソースを追加することで実施できる。さらに、本巻を通して実証してきたように、健康アウトカムのほとんどは、保健医療部門以外で形成されるため、WHO は積極的に開発部門の他のさまざまなパートナーの取組と自身の作業を調整、調和させる重要な役割を担う。こうした協同作業は、2008年世界保健報告書 (World Health Report 2008) (25) に表されたプライマリーヘルスケアの再生に関する考え方とも合致し、またプログラム間の結束や、個々のヘルスケアサービスの提供を上回ることを促す。現実的な出発点として考えられるのは、どのプログラムに所属しているかにかかわらず、すべてのプログラムスタッフに対して、事前

研修および現場研修を通して、それぞれの状況に関連するすべての優先すべき公衆衛生状態に関して、優先すべき公衆衛生状態分析枠組みの5つの各レベルにおける、見込みのある介入の入口、可能な介入、そして立役者を見分ける技能とツールを習得させることである。

14.7 結論

本章では、他が何をすべきかということよりも、各状態別の公衆衛生プログラムに何ができ、何をすべきかに焦点を絞った。プログラムづくりにおいて、社会的決定要因にもとづくアプローチを効果的に採用するためには、管理や組織にかかわる問題に取り組み必要があることは明らかである。そうしたことから、次の結論が導き出される。

- ・ **能力基盤の強化。** 社会的決定要因に関する各プログラムの能力基盤を強化する必要がある。これは短期的には、どのように結果を測定し評価するかということも含め、プログラムのインセンティブ構造を変えることでできる。成果主義の枠組みにもとづく管理体制だと、分野横断的な問題が見失われる傾向にあり、またプログラム間あるいはプログラム内の協力が過小評価される傾向にある。長期的には、公衆衛生、医療、看護の教育において、適切な能力が育てられるように方向付けなければならない。

- ・ **社会的決定要因のための再編成。** 現在、社会的決定要因にもとづく人口集団の健康へのアプローチをサポートするように構築され、情報を十分に把握し、ツールも備えた保健医療プログラムや組織はほとんどなく、この分野におけるプログラム間の協同作業の潜在性が限定されている。行政内、あるいは公共の場における、部門間の政策決定と政治プロセスに、より多くの注意を払う必要がある。

- ・ **コミュニケーションと対話。** プログラム間のコミュニケーションの多くは、リソースの動員について集中してしまい、人口集団の健康を向上させるために求められる、社会、経済、政治にかかわる複雑な変化のプロセスに関する公共政策についての対話に疑問を投げかけたり、そうした対話を生み出すようなことをしていない。

- ・ **適切な時間軸。** 各種プログラムは2つ以上の時間軸上で作業する必要がある。短中期では、不公平を補正するために、既存のツールを適用し、サービスを改善する必要がある。しかし、短中期で達成される成果はもろいものである。持続的な解決を得るためには、健康の社会的決定要因の根本に影響を与えるために他部門と協力することが不可欠である。ほとんどの公衆衛生プログラムが通常従事する作業に比べ、こうした作業の時間軸の方がはるかに長いのは明らかである。

- ・ **エビデンスにもとづく行動。** ドナーや各種プログラムが、各国の、あるいは国際的な公衆衛生プログラム作りの過去60年の道のりを振り返ると、かつて有望と思われたが期待された結果を出せなかったアプローチが散在して見えるだろう。後になってわかることだが、実施されたものの、その後中断された対策の多くは、より包括的なエビデンスを得られていたならば、期待される結果が導かれないことは予見できたはずである。これは、リ

スクを取るべきではないというのではない。新しい革新的なアプローチは奨励されるべきであるが、疾病の罹患率だけにとどまらない人口集団の健康への影響を実証するため、より良い情報システム、実行研究 (implementation research)、評価研究 (evaluative research) による裏づけが必要である。

・ **コストへの影響。** 社会的決定要因にもとづくアプローチを取ると、直接の介入コストのほとんどを他が負担するため、たいていの公衆衛生プログラムにとってコストの増加はわずかで済む。ヘルスケアサービスの実施においては、社会的決定要因にもとづくアプローチを取り、アクセスと利用の公平性を向上することは、一見、かなりのコスト増加を含意するように見えるかもしれない。しかし、公平性はリソースのレベルの問題ではなく、いかにリソースを配分し、そのコストをどこに計上するかという問題であるから、すべてのプログラム、サービス、社会に、より公平になることを目指す金銭的余裕はあるといえる。社会のいくつかの部門は、自身の行動が人口集団の健康へ与える影響を無視することに短期的な利益を見出すかもしれないが、その長期的な代償は、保健医療部門だけではなく、社会、政治、経済の各部門にも、ゆくゆくは現れる。国の行政や計画立案者、そして国際的な団体は、リソース、コスト (代償)、利益を分配し、誘導する際に、包括的な社会の見方をしなければならない。

社会的決定要因にもとづくアプローチは、人口集団の健康向上を前進させる正しくかつ必要な方法であると、すべての懐疑派に納得させるような理論的なエビデンスが、すべて揃うようなことはありえない。しかし、本巻の各章を通して、どの公衆衛生状態であろうと、人口集団の健康と人口集団における健康の分布は社会的に形成されるという、明確で一貫性のある主張を示すのに十分な情報を示した。また、健康の社会的決定要因へのさまざまな形態の介入の実施を試みてきたプログラムが現場から学んだ教訓に関する知見も提供された。何ができるかについて具体的なアイデアも提供されており、健康の社会的決定要因に関する委員会の他の情報ネットワークが提供するエビデンスと共に、それが行政、ドナー、非政府組織に思い切って前進し、協力することを促すことが望まれる。実際の大規模プロジェクトに取り組むことで変化を起こすことが可能である。そのためには、重要な公衆衛生状態を扱う既存のプログラムを通してそうした作業に着手することが、堅実で実用的な方法である。

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

枠組みのレベル	影響力のある社会的決定要因	関連する章/状態
社会経済的背景と立場 社会	背景	
	グローバリゼーション (貿易、輸出入、生	2, 11

枠組みのレベル	影響力のある社会的決定要因	関連する章/状態
介入は法律、制度、部門間の関係、国など、社会を形成する要素を対象とする。	産)	
	都市化、都市・地方の居住環境	2, 5, 6, 8, 11, 12, 13
	弱いガバナンス、政治的不安定、適切な政策の欠如	6, 9, 12, 13
	立場	
	ジェンダー（性別）	2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13
	急速な人口構造の変化	3, 6, 11, 12, 13
	年齢	3, 5, 7, 9, 10, 11, 13
	社会的地位、経済的・社会的・政治的不平等	2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 13
	民族性、少数派の境遇、人種	5, 6, 7, 11, 12
社会的疎外	2, 4, 7, 8, 12	
差別的な暴露 社会環境、物理環境 介入は組織、機関、企業を対象とする。	社会規範、文化的信念と実践、生活様式（結婚年齢、性行為の開始、子供を産む年齢などを含む）	2, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13
	社会的スティグマ、差別	2, 7, 12
	スラムの形成、人口密集、クラスター化、困窮	2, 3, 4, 6, 8, 9, 12, 13
	粗悪なインフラストラクチャー	4, 8, 13
	水と衛生	4, 6, 8, 9
	劣悪な生活環境・労働環境	2, 3, 6, 9, 12, 13
	廃棄物処理	6, 8
	栄養価の低い食品	4, 5, 6, 7, 9
	アルコールの手に入れやすさ、安全性、使用	2, 11, 13
	自然災害、戦争、紛争	4, 7, 8, 13
	規制されていない市場と小売店	2, 5, 6, 11
	食料の生産と調理	4, 5, 6
	産業や農業による非コンプライアンスおよび抵抗	2, 6, 9
	市販の食品取扱業者のコンプライアンス欠	6

枠組みのレベル	影響力のある社会的決定要因	関連する章/状態
	如	
	汚染された食品とアルコールの源、露店営業	2, 6
	マーケティング、広告	2, 4, 6, 11
	テレビによる暴露	2, 4, 7, 11, 13
	病気の媒介生物への暴露を含めた環境	4, 6, 8, 12
	有毒物質への暴露	6, 7
	不十分または安全でない保健医療サービス	3, 4, 10, 12, 13
	屋内環境汚染	3, 4, 12
	安全ではない住居	8, 13
	作業の機械化	3, 5
	致死的な手段の利用性	13
差別的な脆弱性 人口集団 介入は人口集団を対象とする。	手の届きにくい人口集団	2, 4, 5, 7, 9, 10, 12
	貧困	2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12
	失業	2, 3
	ヘルスケアへのアクセスの低さ	4, 10, 12
	健康を求める行動パターンの低さ	3, 4, 5, 7, 9, 10, 12
	(親の) 識字率、教育、知識の低さ	2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 12
	喫煙	3, 5, 7, 9, 12
	(親の) アルコールと薬物の使用および乱用	2, 4, 7, 12, 13
	避妊用具へのアクセスの低さ	10
	殺虫剤処理蚊帳へのアクセスの低さ	4
	鉄やヨウ素など、微量栄養素へのアクセスの低さ	3, 4, 7
	フッ化物など、口腔衛生製品へのアクセスの低さ	9
	食の不安、栄養失調	3, 4, 5, 6, 7, 12
	虐待を含む幼少期の経験	2, 7, 9, 10, 13
	性的暴力	2, 10, 13
	親の精神衛生	7
ソーシャル・キャピタルの欠如、家族また	4, 7, 10, 13	

枠組みのレベル	影響力のある社会的決定要因	関連する章/状態
	はコミュニティのつながりの機能不全	
	女性の地位の低さ	4, 7, 9, 10, 13
	HIV	2, 4, 7, 12
	人口移動、労働力の可動性	6, 8, 10
	糖尿病	3, 4, 12
	遺伝的特徴、家族の病歴	3, 5, 7
	出産時の合併症	4, 7
	家庭内の慣習	6, 13
	妊娠中の母親のストレス	4, 7
	心理的リスク要因、仕事のストレス	3, 7
	運動不足	3, 5
	肥満	3, 5
	家族の大きさ、生まれた順序	7, 10
差別的なヘルスケアアウトカム 個人 介入は個人を対象とする。	保健医療従事者の適性の低さ	2, 3, 4, 5, 7, 10, 13
	不十分または弱い保健医療サービス	2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13
	差別的なサービス	2, 7, 10, 12
	限定された患者との交流、社会的階級の低さ	3, 4, 5, 10, 12
	治療の順守	2, 3, 4, 5, 7, 8, 12
	禁煙サービスの利用	11
	治療とケア、抗レトロウイルスのサービスの利用	12
差別的な帰結 個人 介入は個人と家族を対象とする。	教育と雇用	3, 4, 5, 10, 12
	学校欠席率	12
	社会的、財政的帰結	2, 3, 5, 7, 11, 12, 13
	社会的疎外、スティグマ	2, 4, 5, 7, 8, 10, 12
	保険からの除外	2, 3, 4, 5, 7, 10, 12

a. 各公衆衛生状態（第2章～第13章）について、優先すべき公衆衛生状態分析枠組みの各レベルで特定された社会的決定要因を指す。

参考文献

1. Gwatkin DR et al. Socio-economic differences in health, nutrition, and population within developing countries: an over-view. Washington, DC, World Bank, 2007.
2. Kinew KA, Meawasige A, Sinclair S. Youth for youth: a model for youth suicide prevention. Case study of the Assembly of Manitoba Chiefs Youth Council and Sec-retariat. In: Sommerfeld J et al., eds. Social determinants approaches in public health: real world case studies. Geneva, World Health Organization, forthcoming (http://www.who.int/social_determinants/resources/pphc_cs_can-ada.pdf, accessed 25 February 2010).
3. Xu Su et al. Dedicated migrants delivery centre in Min-hang District, Shanghai. In: Sommerfeld J et al., eds. Social determinants approaches in public health: real world case studies. Geneva, World Health Organization, forth-coming (http://www.who.int/social_determinants/resources/pphc_cs_prchina.pdf, accessed 25 February 2010).
4. Victora CG et al. Co-coverage of preventive interventions and implications for child-survival strat-egies: evidence from national surveys. Lancet, 2005, 366(9495):1460-1466.
5. Labonté R et al. Towards health equitable globalization: rights, regulation and redistribution. Final Report of the Globalization Knowledge Network to the Commis-sion on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2007.
6. Kjellstrom T (chair and lead writer) and Knowledge Network on Urban Settings. Our cities, our health, our future: acting on social determinants for health equity in urban settings. Final Report of the Urban Settings Knowledge Network to the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2007.
7. Popay J et al. Understanding and tackling social exclusion. Final Report of the Social Exclusion Knowledge Net-work to the Commission on Social

Determinants of

Health. Geneva, World Health Organization, 2008.

8. Sen G, Östlin P, George A. Unequal, unfair, ineffective and inefficient: gender inequity in health - why it exists and how we can change it. Final Report of the Women and Gender Equity Knowledge Network to the Commission

on Social Determinants of Health. Bangalore, Indian Institute of Management Bangalore, and Stockholm, Karolinska Institute, 2007.

9. Benach J, Muntaner C, Santana V and the Employment Conditions Knowledge Network (EMCONET).

Employment conditions and health inequalities. Final Report of the Employment Conditions Knowledge Network to the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2007.

10. Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman C and the Early Child Development Knowledge Network. Early child development: a powerful equalizer. Final Report of the Early Child

Development Knowledge Network to the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World

Health Organization, 2007.

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

Challenging inequity through health systems. Final Report of the Health Systems Knowledge Network to the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2007.

12. Johnston H et al. The Bangladesh Menstrual Regulation Programme: a health system intervention for

reducing abortion-related mortality and morbidity. In: Sommerfeld J et al., eds. Social determinants approaches in public health: real world case studies. Geneva, World Health Organization, forthcoming (http://www.who.int/social_determinants/resources/pphc_cs_bangladesh.pdf, accessed 25 February 2010).

13. Khan KS, Agha A. Women's empowerment and participatory governance: two

- critical elements of social determinants of health. Case study of Tawana: a mega project in Pakistan. In: Sommerfeld J et al., eds. Social determinants approaches in public health: real world case studies. Geneva, World Health Organization, forthcoming (http://www.who.int/social_determinants/resources/pphc_cs_pakistan.pdf, accessed 25 February 2010).
14. Harris P et al. The Pacific Action for Health Project, Vanuatu. In: Sommerfeld J et al., eds. Social determinants approaches in public health: real world case studies. Geneva, World Health Organization, forthcoming (http://www.who.int/social_determinants/resources/pphc_cs_vanuatu.pdf, accessed 25 February 2010).
15. Uzochukwu BSC. Immunization Programme in Anambra State, Nigeria: an analysis of policy development and implementation of the Reaching Every Ward (REW) Strategy. In: Sommerfeld J et al., eds. Social determinants approaches in public health: real world case studies. Geneva, World Health Organization, forthcoming (http://www.who.int/social_determinants/resources/pphc_cs_nigeria.pdf, accessed 25 February 2010).
16. Siswanto S, Sopacua E. Reviving posyandus (integrated health posts) as an entry point of community development movement: a case study of the Gerbangmas movement in Lumajang District, Indonesia. In: Sommerfeld J et al., eds. Social determinants approaches in public health: real world case studies. Geneva, World Health Organization, forthcoming (http://www.who.int/social_determinants/resources/pphc_cs_indonesia.pdf, accessed 25 February 2010).
17. Javanparast S. Child malnutrition: an integrated and comprehensive study, engaging health and health-related social sectors. In: Sommerfeld J et al., eds. Social determinants approaches in public health: real world case studies. Geneva, World Health Organization, forthcoming (http://www.who.int/social_determinants/resources/pphc_cs_iran.pdf, accessed 25 February 2010).

18. Agurto I, Rodriguez L, Zacarias I. Food and vegetable promotion and the 5 a day Programme in Chile for the prevention of chronic non-communicable diseases: inter-sectoral and public-private partnerships. In: Sommerfeld J et al., eds. Social determinants approaches in public health: real world case studies. Geneva, World Health Organization, forthcoming (http://www.who.int/social_determinants/resources/pphc_cs_chile.pdf, accessed 25 February 2010).
19. Hargreaves J et al. Group-microfinance as a vehicle for health promotion among the poor: six-year process evaluation of the intervention with microfinance for AIDS and gender equity (IMAGE) in rural South Africa. In: Sommerfeld J et al., eds. Social determinants approaches in public health: real world case studies. Geneva, World Health Organization, forthcoming (http://www.who.int/social_determinants/resources/pphc_cs_southafrica.pdf, accessed 25 February 2010).
20. Tozan Y, Negin J, Wariero J. Improving rural health and eliminating extreme poverty: a case study of the implementability of a multi-sectoral rural development Programme in African communities. In: Sommerfeld J et al., eds. Social determinants approaches in public health: real world case studies. Geneva, World Health Organization, forthcoming (http://www.who.int/social_determinants/resources/pphc_cs_kenya.pdf, accessed 25 February 2010).
21. Altobelli L. Case study of the shared administration Programme and local health administration associations in Peru. In: Sommerfeld J et al., eds. Social determinants approaches in public health: real world case studies. Geneva, World Health Organization, forthcoming (http://www.who.int/social_determinants/resources/pphc_cs_peru.pdf, accessed 25 February 2010).
22. Koot J, Mtung'e R, Miler J. Insecticide treated nets in Tanzania mainland: reaching the most vulnerable, most exposed and poorest groups. In: Sommerfeld J et al., eds.

Social determinants approaches in public health: real world case studies. Geneva, World Health Organization, forthcoming (http://www.who.int/social_determinants/resources/pphc_cs_tanzania.pdf, accessed 25 February 2010).

23 Medium-Term Strategic Plan 2008-2013. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://apps.who.int/gb/e/e_mtsp.html, accessed 5 July 2009).

24. Reducing health inequities through action on the social determinants of health. World Health Assembly Resolution WHA62.14. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-en.pdf, accessed 25 July 2009).

25. The World Health Report 2008. Primary health care: now more than ever. Geneva, World Health Organization, 2008

Appendix III.

世界保健機関 欧州地域委員会

第 62 回会議

健康 2020 : 健康と幸福な暮らしのため

政府と社会全体がとるべき行動を支援するヨーロッパ政策枠組

(仮訳)



Nihon Fukushi University

WHO が 2012 年に『Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being』として出版。

© World Health Organization 2012
世界保健機関 (WHO) 非公認 (仮訳).

『健康 2020: 健康と幸福な暮らしのため 政府と社会全体がとるべき行動を支援するヨーロッパ政策枠組』

欧州地域委員会
翻訳協力者: 佐藤ゆき

欧州地域事務局 欧州地域委員会

第 62 回会議

2012 年 9 月 10 日~12 日 マルタにて

EUR/RC62/9

+EUR/RC62

**健康 2020 : 健康と幸福な暮らしのため
政府と社会全体がとるべき行動を支援する
ヨーロッパ政策枠組**

この健康 2020 と題された健康と幸福な暮らしのためのヨーロッパ政策枠組の最終文書は、WHO 欧州地域委員会第 62 回会議での検討のためにまとめられました。ここで打ち出されているのは、加盟国と世界保健機関（WHO）欧州地域事務局の戦略の方向性と優先政策行動分野です。

健康2020政策枠組は、加盟国およびヨーロッパの幅広い関係機関の参画を得て、十分な議論のもと開発されました。草案は、政府高官によるヨーロッパ健康政策フォーラムやWHO欧州地域委員会常任理事会（SCRC）など、いくつかの会議で検討され議論されました。この最終文書は、スイスのジュネーブで2012年5月19日～20日に開催されたWHO欧州地域委員会第19回常任理事会（SCRC）の第四部会で議論された改訂案も盛り込んだものです。また、正式な文書発言や大変多く寄せられた非公式な意見や見解も参考にしています。

この政策枠組が非常に充実した内容になったのは、加盟国や他の関係者から惜しみなく寄せられた時間と労力のおかげであり、欧州地域事務局地域事務局長は、そうしたすべての関係者に感謝するものです。

現在の任務は、加盟国の諸事情や状況に照らせば、健康2020政策枠組の誠意ある実施を確実に遂行することです。それには加盟国と地域事務局の多くの共同作業が必要であり、加盟国の健康に影響力を持ち健康向上のため貢献する意思を持つ多くの人々の協力が不可欠です。そのため、WHO欧州地域委員会がこの健康2020政策枠組を検討し採択するために招集されました。

この文書の付録には、この作業文書とそれに応じた健康2020に関する決議案の両方で強調された行動のため事務局が要する経費の意味が示されています。

注意：これとは別の、健康2020ヨーロッパ政策枠組と戦略文書には、状況分析と主要戦略と有効な介入、同様に実施に必要なエビデンスと提供力の詳細が示されています。

世界保健機関欧州地域事務局

Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark Telephone: +45 39 17 17 17 Fax: +45 39 17 18 18

E-mail: governance@euro.who.int Web: <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/governance>

健康2020

健康と幸福な暮らしのため

政府と社会がとりくむ行動を支えるヨーロッパ政策枠組

1. 世界保健機関（WHO）欧州地域の53の加盟国は新しい共通政策の枠組である**健康2020**に同意した。共通目標は、「地域人口の健康と幸福な暮らしを大幅に向上させ、健康格差をなくし、公衆衛生を強化し、市民中心の全員に公平で持続可能な高品質の保健医療制度を確保すること」である。
2. **健康2020**は、ヨーロッパ地域諸国の多様性を認識する。政府内外の多くの多様な人々に手を差し伸べ、21世紀の複雑な健康課題にどうしたらさらに良いとりくみができるかについて提案と方向性を示している。健康2020は、「すべての人に健康を」の価値を確認し、付随文書が提供するエビデンスに支えられて、2つの主要戦略の方向と4つの優先行動分野を明らかにした。「すべての人に健康を」政策から得た従来の経験に立脚し、加盟国とWHO欧州地域事務所の双方を導くものとなっている。

健康は大切な社会資源であり財産である

3. 良好な健康状態はすべての部門と社会全体に利益をもたらす—だからこそ健康は価値ある資源となる。良好な健康状態は、経済社会発展に不可欠なものであり、すべての個人、すべての家族および地域社会の生活にとって重大な問題である。健康状態が悪ければ、潜在可能性は失われ、悲嘆を招き、あらゆる部門から資源が流出する。市民が自らの健康や健康の決定因子を管理できるようにすることで、地域社会は強化され、生活は向上する。市民の積極的な参画がなければ、市民の健康を守り増進させ幸福度を上げる多くの機会が失われてしまう。
4. 社会を豊かに繁栄させるものは市民もまた健康にする—この認識に立つ政策はより効果的である。教育の機会均等、正規雇用、住宅、収入はすべて健康を支えている。健康は生産性と労働効率を上げ、より健全な加齢をうながし、病気と社会保障の支出を削減し、非課税を減らす。市民の健康と幸福な暮らしを実現するには、社会的健康の決定因子と個別の健康の決定因子に政府全体で一丸となって取り組むことが最善である。良好な健康は経済復興や発展をも支えることができる。
5. 健康パフォーマンスと経済活動は連動している—保健医療部門が資源活用を高めることが不可欠である。保健医療部門が経済に及ぼす直接的影響と間接的影響は、両方とも重要である。市民の健康や生産性に影響を与えるだけでなく、今や、どの中所得国と高所得国においても経済をになう最大部門の一つとなっているからである。保健医療部門は大規模雇用主であり、重要な地主であり、建設者であり、消費者である。また研究と技術革新の主要推進者でもあり、人、知、モノをめぐる国際競争でも重要な部門となっている。その重要性は今後も増し続け、それに伴い、より幅広い分野において社会的目標への貢献度も高まるだろう。

6. WHO欧州地域では、健康はこの数十年で大きく向上した。しかし例外地域もあり、平等というわけでもない。これは受容し難いことである。多くの民族や地域がとりのこされ、経済の悪化に伴い、多くの状況下で健康格差が国内あるいは国家間で拡がりつつある。少数民族、いくつかの移民地域、旅行者やジプシーのような集団が格差に苦しんでいる。疾病や人口統計、移民の傾向にみられる変化が、健康の前進に影響するかもしれない、より良い管理とガバナンスが必要とされている。慢性病と精神障害の急増、社会的つながりの欠如、環境への脅威、財政不安などが健康の向上をこれまで以上に難しくし、保健福祉制度の持続可能性を脅かしている。真に貢献できる創造的かつ革新的な対応が必要とされている。

強い価値基盤：到達しうる最高基準の健康をめざして

7. 健康2020はWHO憲章が掲げる価値観に基づいている：「到達しうる最高基準の健康を享有することは、万人の有する基本的権利の一つである。」WHO欧州地域内の諸国は、健康権を認め、すべての国民が同じく平等にアクセスできる保健医療制度を指針の価値として認め、制度の構築と財源捻出の努力を重ねている。各国は民族、性別、年齢、社会的地位、支払い能力のいかんにかかわらず、到達しうる限り最高基準の健康をめざしている。こうした価値観には、公平性、持続可能性、品質、透明性、信頼性、性の平等、尊厳、および決定に参加する権利が含まれる。

健康を向上させる強力な社会経済的案

8. 医療支出が政府に提示する課題はこれまでになく大きい。多くの国で医療費が国家予算に占める割合は過去最高となっており、医療コストはGDPよりも急速に増えてきている。しかし、そうした諸国のうち少なくとも数カ国では、データは、医療支出と健康成果の間に相関関係がないことを示している。多くの保健医療制度が支出削減に失敗する一方、ひっ迫する財政が、これまでになく医療の収支バランスの適正化や社会保障の確保を難しくしている。医療コストを主に動かしているのは、新しい治療や技術、健康リスクからの保護と高品質医療へのアクセスにたいする市民の期待の高まりなど、供給側である。いかなる保健医療改革も、着手する前に、深く入り組んだ政治経済的利害と社会文化的な反対を慎重に考慮すべきである。こうした課題は、厚生大臣だけでは解決できないため、複数部門によるアプローチを必要とする。

9. 真の健康利益は、効果的な戦略を採用すれば、支払い可能な額と限られた資源の範囲内で達成できる。病気予防の経済に関して集積されたエビデンスは、医療費をどうしたら抑制できるかを示している。しかし、医療費抑制が可能になるのは、唯一、社会的勾配の不公平にとりくみ、一番の弱者を支えた場合のみである。現在、各国政府が厚生予算のうち健康の増進と病気予防に配分する額はほんのわずかであり（経済協力開発機構〈OECD〉諸国では約3%）、多くの場合に不平等問題に系統立てて対応していない。もしも、社会的技術的進歩を特に情報、社会マーケティング、社会メディアの分野で効果的に活用できるならば、真の健康利益を提供できるはずである。

10. 保健医療部門内の資源を有効活用すれば費用を抑制できる。ヨーロッパの保健医療制度は、パフォーマンスの向上と新たな課題への対応を余儀なくされている。サービス内容の改善、新たな責