

2014 年度自主研究事業「医療科学推進のための情報統合による知の構造化」
健康の社会的決定要因に関する国内外の調査研究動向

—健康格差対策の 7 原則 第 1.1 版（2015 年）—

2015 年 3 月

公益財団法人 医療科学研究所 自主研究委員会

2014 年度自主研究事業「医療科学推進のための情報統合による知の構造化」

IKEN.ORG

序文

WHO 総会決議や厚生労働大臣告示「健康日本 21〈第二次〉」などで、健康の社会的決定要因（social determinants of health, SDH）に着目した「健康格差の縮小」が謳われた。その背景には、容認できない健康格差（地域や社会経済状況の違いによる集団間の健康状態の差）があることを示す科学的な知見（エビデンス）の蓄積がある。

しかし「エビデンスが蓄積されるだけでは現実是不変ならない」「多くの異なる立場の者が関わる必要がある」という指摘があり、実際に健康格差対策を「始める」「考える」「動かす」ためには、その前提となる問題意識や状況認識、対応の原則などに関する共通基盤が求められる。

前例として国連環境開発会議「リオ宣言」がある。そこでは環境問題における「予防原則」（人の健康や環境に重大かつ不可逆的な影響を及ぼす恐れがある場合、科学的に因果関係が十分証明されない状況でも、予防的方策（precautionary approach）が適用されなければならない）などがまとめられ、多くの関係者の共通基盤となっている。それにならい、多様な主体による健康格差対策を促すことをめざして『健康格差対策の7原則 第1版(2015年)』をまとめ、政策立案・実践関係者に論議していただくこととした。

我々がまとめた原則は7つである。



＜始める＞ための原則として、第1原則では「理念・情報・課題の共有」の必要性を、＜考える＞ための原則では、第2原則で「配慮ある普遍的アプローチ」と第3原則「ライフコース」の視点が求められることを指摘した。＜動かす＞ための原則として、第4原則「PDCA」、第5原則「重層的アプローチ」、第6原則「縦割りを超える」、第7原則「コミュニティづくり」の視点が重要であることをまとめた。

今回は、始める→考える→動かすと順に進むように表現したが、実際には、特に初期段階では、動きながら考える場合も多い。その意味で＜考える＞よりも＜考え方＞の方が相応しいかもしれない。

『健康格差対策の7原則 第1版（2015年）』は、各原則の要点のみ示した「要旨」、各原則を簡潔な文章と図で説明した「第Ⅰ部 本編」、各原則の根拠やそれを応用する方法や具体例を示すため、コラムや事例を紹介した「第Ⅱ部 解説編」、さらに各原則について詳細に説明し、根拠資料の概説、関連するウェブサイト等の紹介を行う「第Ⅲ部 資料編」から構成した。

7原則が健康格差の縮小を願い、対策に取り組む関係者の論議と協働を促すことを期待する。

ファカルティフェロー 近藤克則

—健康格差対策の7原則 第1.1版（2015年）—

公益財団法人 医療科学研究所 自主研究委員会

要旨

WHO 総会決議や厚生労働大臣告示「健康日本21〈第二次〉」などで、健康の社会的決定要因（social determinants of health, SDH）に着目した「健康格差の縮小」が謳われた。その背景には、容認できない健康格差（地域や社会経済状況の違いによる集団間の健康状態の差）があることを示す科学的な知見（エビデンス）の蓄積がある。一方で「エビデンスが蓄積されるだけでは現実是不変」「多くの異なる立場の者が関わる必要がある」という指摘がある。対応の原則などを共有した前例に、国連環境開発会議「リオ宣言」の環境問題における「予防原則」（人の健康や環境に重大かつ不可逆的な影響を及ぼす恐れがある場合、科学的に因果関係が十分証明されない状況でも、予防的方策（precautionary approach）が適用されなければならない）がある。それにならい『健康格差対策の7原則 第1版（2015年）』（第Ⅰ部本編，第Ⅱ部解説編，第Ⅲ資料編）をまとめ、多様な関係者に論議していただくこととした。

＜始める＞ための原則

日本にも縮小・予防すべき健康格差がある。知って、シェアして、考えよう。

第1原則：「健康格差を縮小するための理念・情報・課題の共有」

（略称：課題共有）

・対策には、保健医療政策に留まらず、住民、実践家、専門職、メディア関係者、研究者、政策担当者など、多様な人々が関わる必要がある。これら関係者が、「健康格差の縮小」に関わる理念、情報、課題を共有する必要がある。

＜考える＞ための原則

バラマキではなく、逆差別でもない、最善の方法は？ 困っている人ほど手厚く、でもみんなにアプローチ。

第2原則：「貧困層など社会的に不利な人々ほど配慮を強めつつ、すべての人を対象にした普遍的な取り組み」（配慮ある普遍的対策）

・健康格差は社会的に不利な立場に置かれた人において深刻であるが、すべての階層間においてもみられる。より不利な人々と、すべての人との両方を対象にした取り組みが必要である。

不健康・貧困・排除は生まれる前から始まっている。胎児期から老年期まで見て先手を打とう。

第3 原則：「胎児期からの生涯にわたる経験と世代に応じた対策」

(ライフコース)

・健康格差には、胎児期から子ども、青年、壮年、老年期までの生涯にわたる経験（ライフコース）や各世代（ライフステージ）における特有の要因が影響している。これらすべてを視野に入れた対策が必要である。

＜動かす＞ための原則

場当たりのでは効果が見えない、説明できない。目標と計画、根拠を持って進めよう。

第4 原則：「長・中・短期の目標（ゴール）設定と根拠に基づくマネジメント」(PDCA)

・長期的な対策が必要だが、短期的にも成果が上がらなければ継続的な取り組みにならない。長・中・短期のゴール設定と、根拠に基づき計画—実行—評価—行動（PDCA）サイクルを回すマネジメントが必要である。

国・自治体・コミュニティ…それぞれ得意なことは違う。国・自治体・コミュニティの強みを生かそう。

第5 原則：「国・地方自治体・コミュニティなどそれぞれの特性と関係の変化を理解した重層的な対策」(重層的対策)

・国レベルの政策も、地方自治体や地域・職域などのコミュニティ、住民による草の根の取り組みも必要なので、多様なレベルにおける重層的な取り組みが組み合わせられる必要がある。

縦割りはイノベーションの壁である。縦割りを超えて広げよう。

第6 原則：「住民やNPO、企業、行政各部門など多様な担い手をつなげる」

(縦割りを超える)

・住民、NPO、企業などでなければできないことがあるので、これらの連携が不可欠である。制度・政策による対応においても、保健・医療・福祉政策担当者による取り組みだけでなく、他部門との連携が必要である。

会社もお店も学校も巻き込んで。みんなでイキイキまちづくり。

第7 原則：「コミュニティづくりをめざす健康以外の他部門との協働」

(コミュニティづくり)

・教育・労働条件、歩きたくなる環境づくりなど、健康を主目的としない取り組みが、健康に大きく影響している。イキイキとしたコミュニティや社会づくりをめざす人たちとの協働が、結果として健康格差の縮小につながる機会を捉えることが重要である。



健康格差対策の7原則

2015年3月31日 第一版

IKEN.ORG

公益財団法人医療科学研究所
「健康の社会的決定要因(SDH)」プロジェクト

はじめに

地域や社会、経済状況など、背景のちがいによって地域や集団間に避けられうる健康状態の差が生じています。これが「健康格差」です。

健康格差を縮小するためにまとめられたのが、この「健康格差対策の7原則」です。7つの原則は、①始める→②考える→③動かす という3つの段階にまとめられています。これらを順に考えて実践していくことで健康格差を縮小することを願って作成されたものです。それぞれの立場で、この7原則をお役立ていただければ幸いです。

■ 健康格差を縮小するための3つの段階

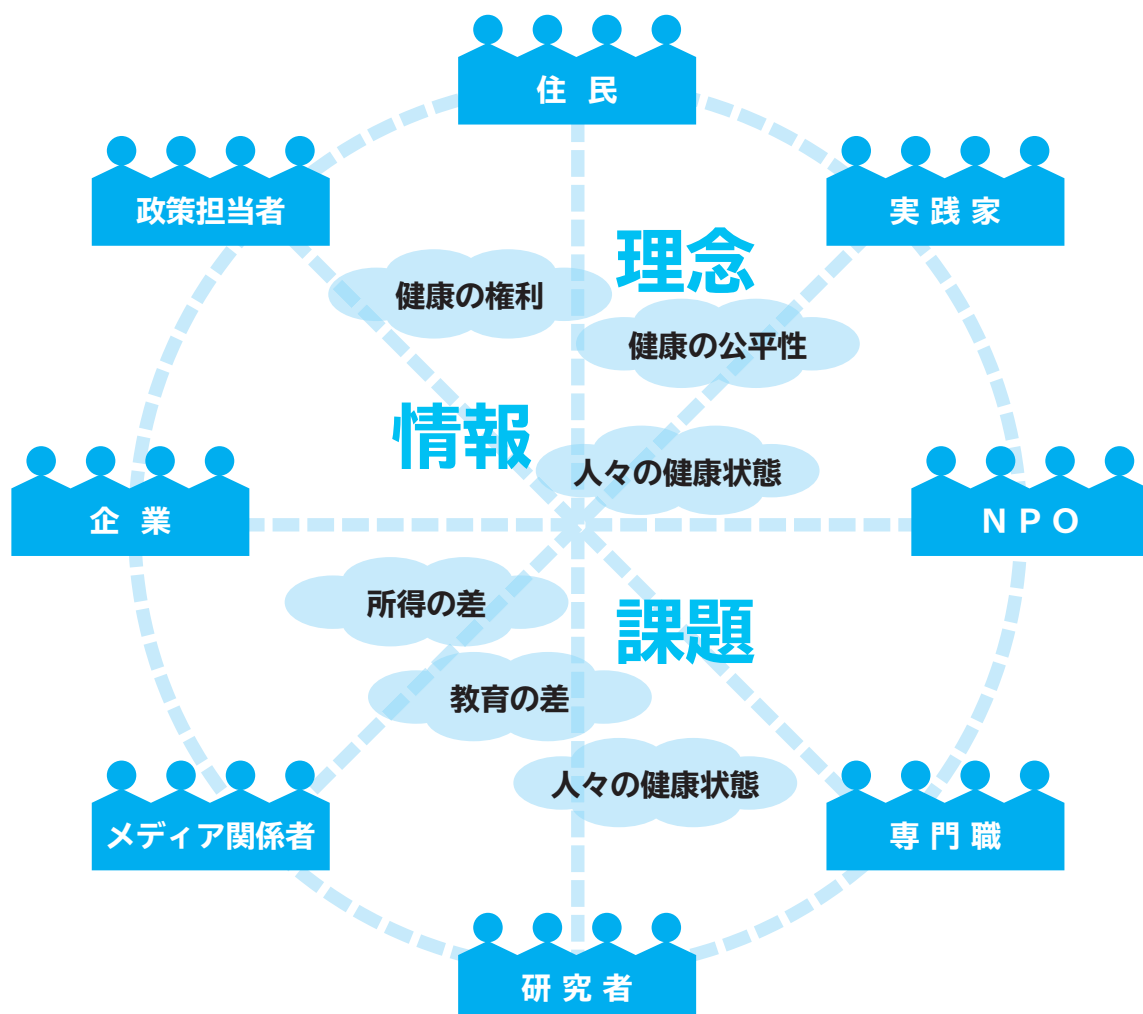


第1原則 課題共有

健康格差を縮小するための理念・情報・課題の共有

健康格差を縮小するためには、対策に向けた取り組みを行うすべての関係者が、健康の権利や健康の公平性などの理念を共有し、実際の政策や実践に反映させなくてはなりません。そのためには、人々の健康状態を把握・分析するための「見える化」や科学的な知見などの情報を活用しながら、健康格差の背後にある所得や教育の差、地域での社会関係やライフコースなど健康格差の要因となるさまざまな課題を共有することから始める必要があります。

■ 日本にも縮小・予防すべき健康格差がある。知って、シェアして、考えよう

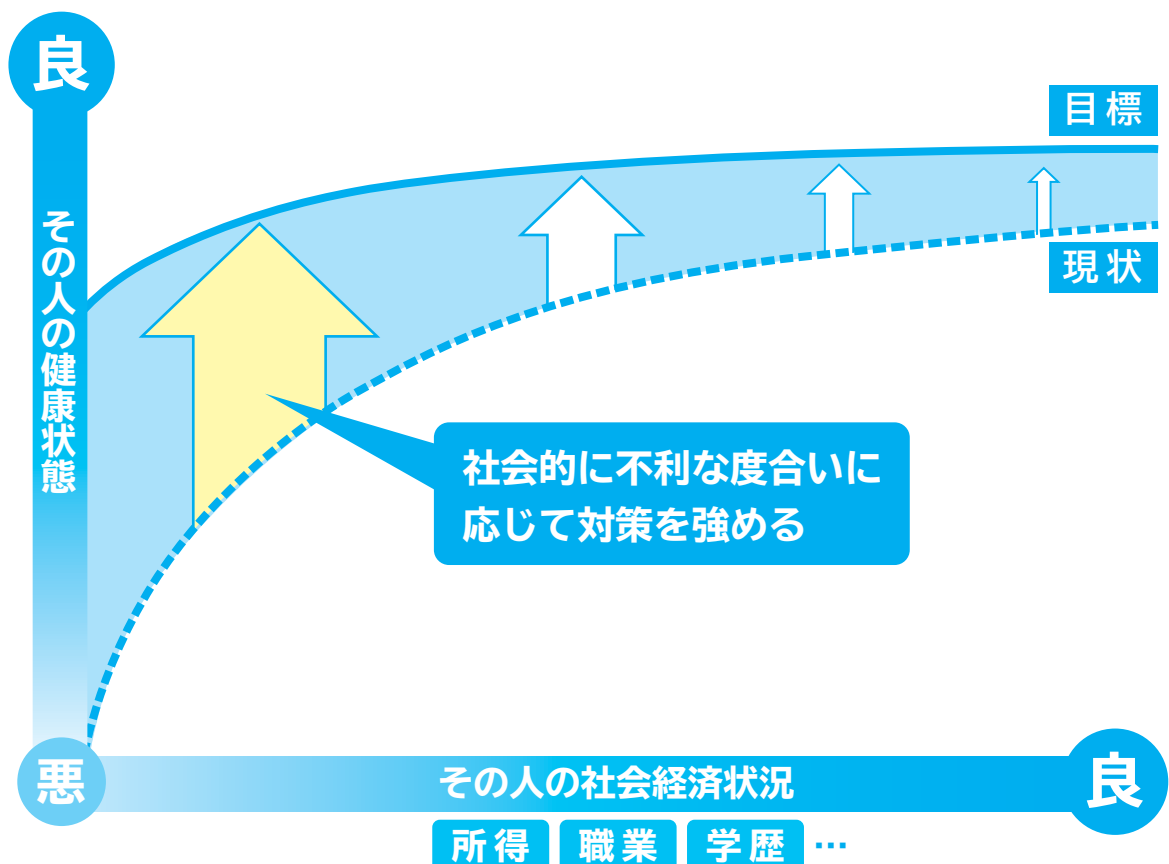


第2原則 配慮ある普遍的対策

貧困層など社会的に不利な人々ほど配慮を強めつつ、すべての人を対象にした普遍的な取り組み

健康格差は、社会的に不利な立場に置かれた人ほど深刻ですが、すべての階層で見られるものです。そのため「より不利な人々」と「すべての人」の両方を対象とした取り組みが必要です。①集団アプローチ(社会環境を改善し、集団全体の健康リスクを下げる手法) ②弱者集団アプローチ(特に手厚く対策をとるべき集団を選定し、重点的な対策をほどこす手法)、その両方を組み合わせた③配慮ある普遍的アプローチ(社会的に不利な度合いに応じて、対策を強める手法) が重要です。

- バラマキではなく、逆差別でもない、最善の方法は？
困っている人ほど手厚く、でもみんなにアプローチ

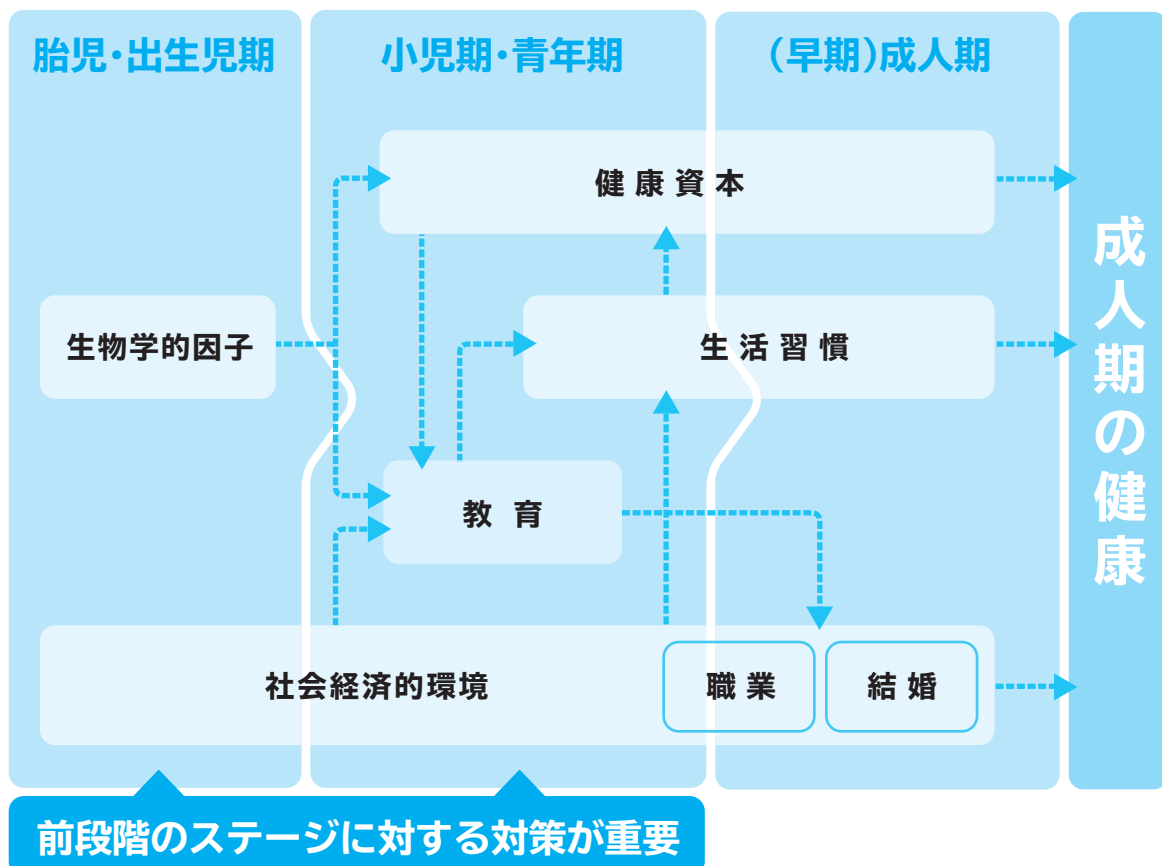


第3原則 ライフコース

胎児期からの生涯にわたる経験と世代に応じた対策

健康格差には、胎児期から、子ども、青年、壮年、老年期までの生涯にわたる経験（ライフコース）や、各世代（ライフステージ）における、特有の要因が影響しています。母体内での低栄養、就学前教育の欠落、家族の崩壊など、その要因はさまざまです。すべてのステージを視野に入れた対策が求められるのはもちろんですが、より前段階のステージの重要度が高く、とりわけ乳幼児期から就学前段階の母子をとりまく環境条件や体験の質を高めることが大切になります。

- 不健康・貧困・排除は生まれる前から始まっている。
胎児期から老年期まで見て先手を打とう



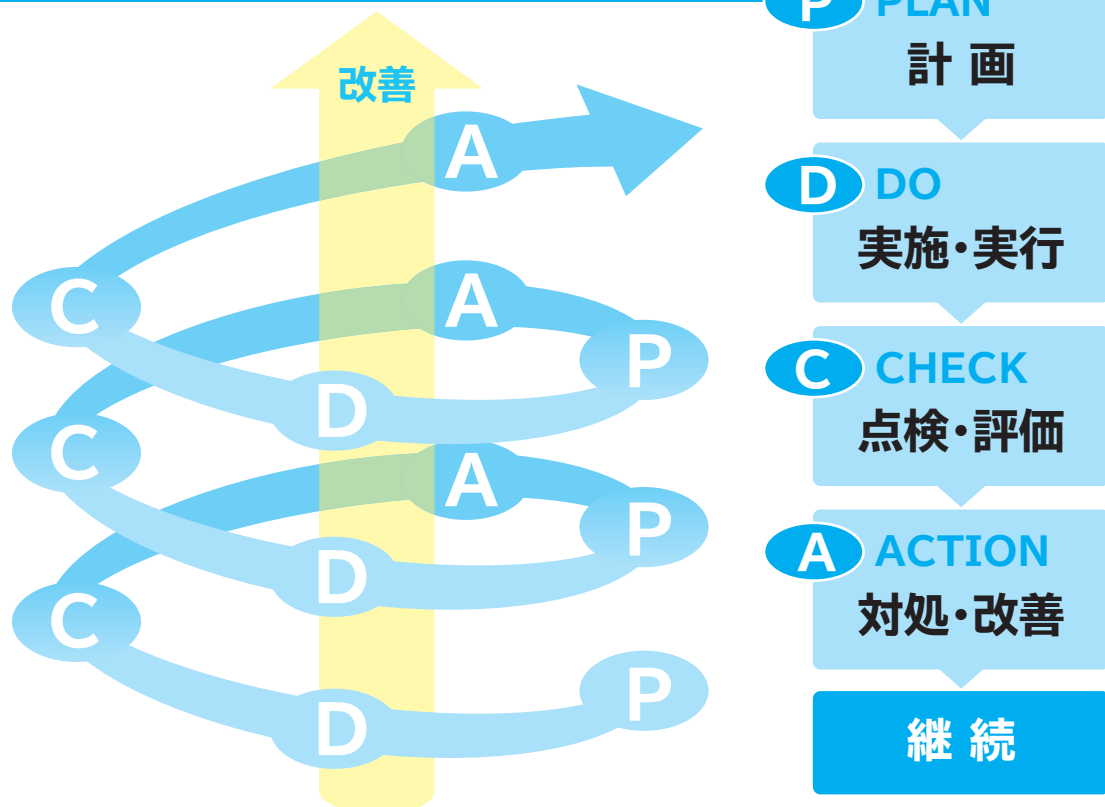
第4原則 PDCA

長・中・短期の目標設定と根拠に基づく
マネジメント

「効果が大きい方法は？」「本当に効果があったのか？」——それらを明らかにする根拠に基づくことで、各対策はより効果が大きいものとなります。長期・中期・短期、それぞれの目標を設定し、そこへ向けたマネジメント(PDCA)を根拠に基づき行うことが重要です。長期・中期・短期の目標を設定し根拠に基づくことで、各種プログラムの位置づけと優先順位が明確になります。また、PDCAは、限られた資源の効果的・効率的な活用、および社会に対する説明責任を果たすのに有効です。

- 場当たりのでは効果が見えない、説明できない。
目標と計画、根拠を持って進めよう

P→D→C→Aを繰り返しながら継続的に改善を図る

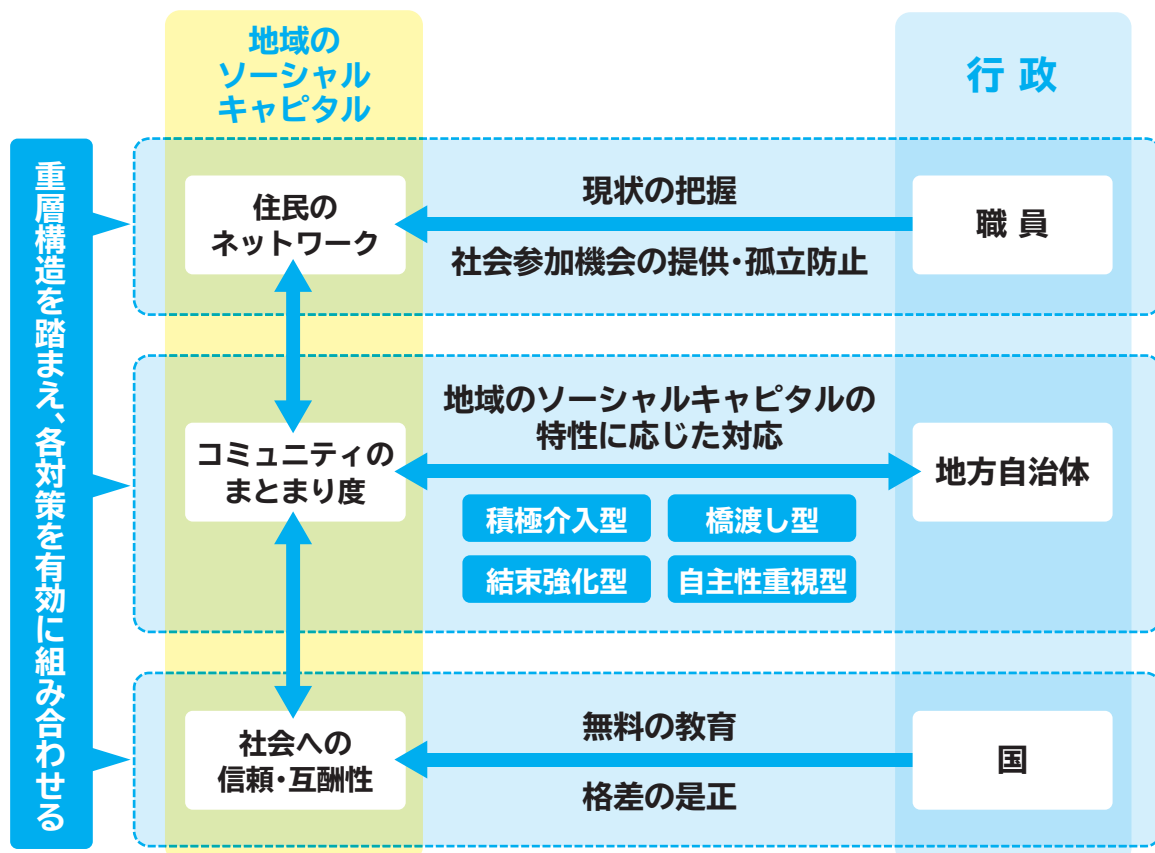


第5原則 重層的対策

国・自治体・コミュニティなどそれぞれの特性と関係の変化を理解した重層的な対策

健康格差対策には、国・自治体・コミュニティなど、いろいろなレベルでの取り組みが考えられます。それぞれの取り組みだけではなく、それぞれの特性を活かして組み合わせた重層的な対策が必要です。また、行政と住民との関係に変化が生じています。この変化に対応するには、ソーシャルキャピタル(人々の協調的な行動を促す信頼・互酬性の規範・ネットワーク)の理解と活用が重要です。ソーシャルキャピタルにも、①個人レベル ②コミュニティレベル ③社会レベルなどの階層構造があります。このような重層構造を理解したうえで、各レベルの対策を有効に組み合わせることが必要です。

- 国・自治体・コミュニティ…それぞれ得意なことは違う。
国・自治体・コミュニティの強みを生かそう

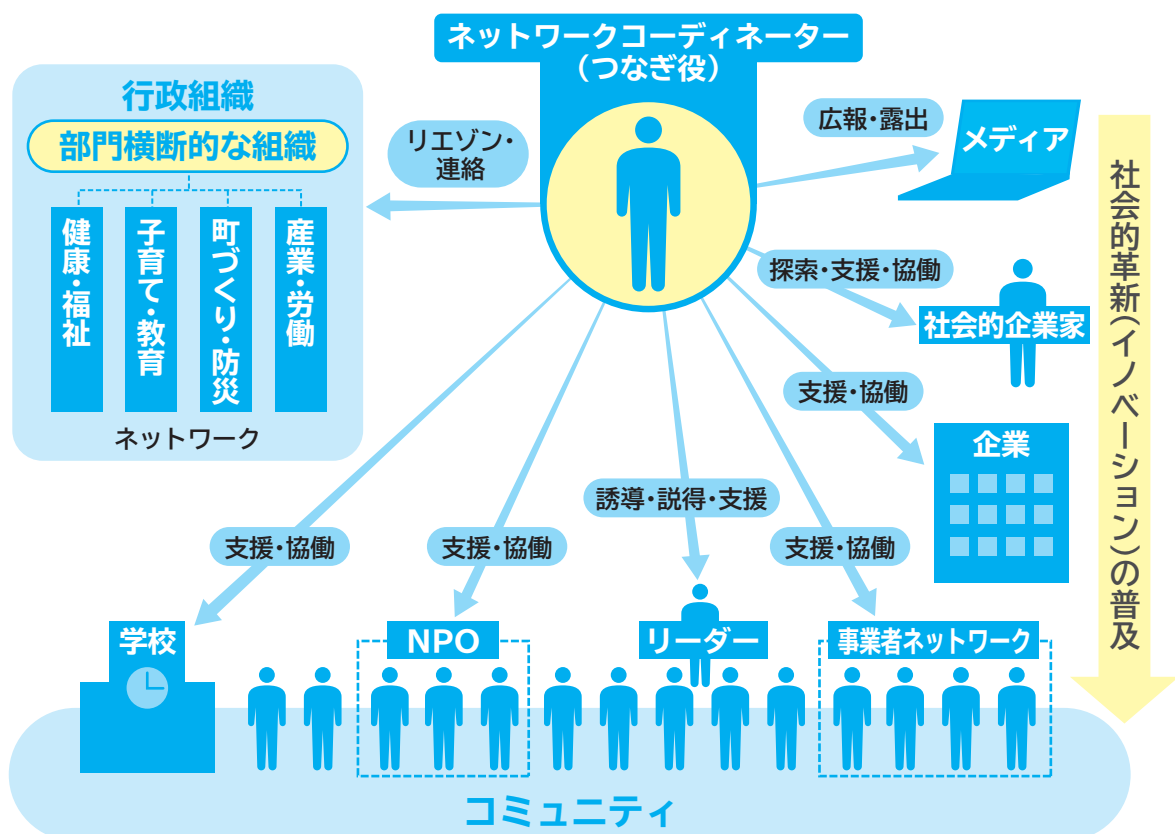


第6原則 縦割りを超える

住民やNPO、企業、行政各部門など
多様な担い手をつなげる

健康格差対策には、社会的革新(イノベーション)のビジョン、先進的な取り組みのモデル、情熱をもった市民活動家(NPO)・行政官などの存在が重要です。また、社会的イノベーション普及のためには、保健師などの専門職・企業家がネットワークコーディネーター(つなぎ役)となって、市民、NPO、企業、メディア、行政などがつながっていくことが必要です。行政内部においても、縦割りの部門間を串刺し的に補完する部門横断的なネットワークや組織づくりが重要になります。

■ 縦割りはイノベーションの壁である。縦割りを超えて広げよう

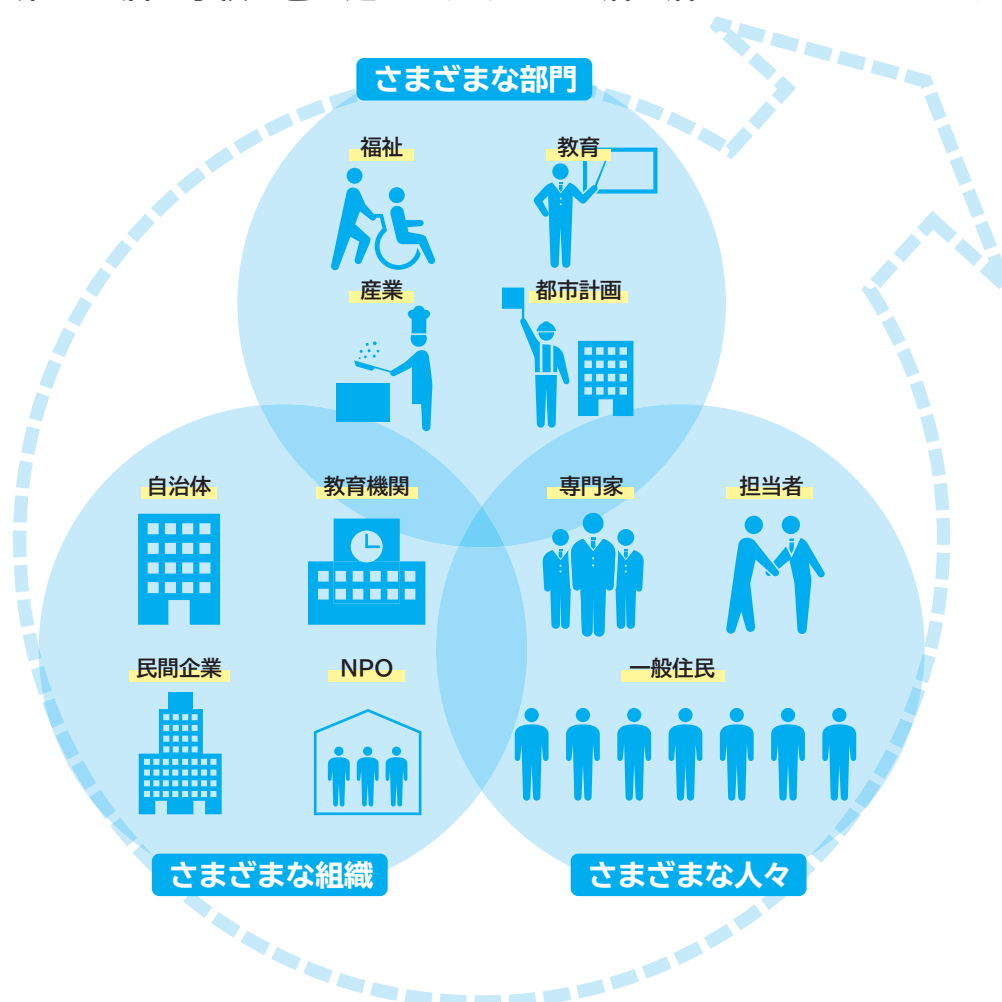


第7原則 コミュニティづくり

コミュニティづくりをめざす
健康以外の他部門との協働

人々の健康には、さまざまな組織のさまざまな取り組みが影響を及ぼしています。そのため、健康部門以外の、福祉、教育、産業、都市計画など、他部門との協働なくしては健康格差の縮小は実現できません。また、自治体などの公的部門だけでなく、NPOや企業など民間においても、健康を主目的とせずコミュニティ(地域・職域・学校)づくりをめざしている組織やグループを巻き込んだ協働も不可欠です。さらに、専門家・担当者だけでなく、一般住民の参加も重要です。すべての参画者にとって、ウィン・ウィン(Win-Win、みんなが勝ち組)の関係となることをめざします。

■ 会社もお店も学校も巻き込んで、みんなで生き生きコミュニティづくり



2014 年度自主研究事業「医療科学推進のための情報統合による知の構造化」
健康の社会的決定要因に関する国内外の調査研究動向
—健康格差対策の 7 原則 第 1.1 版（2015 年）—

第 II 部 解説編

＜始める＞ための原則

第 1 原則

日本にも縮小・予防すべき健康格差がある。知って、シェアして、考えよう。

「健康格差を縮小するための理念・情報・課題の共有」（略称：課題共有）

対策には、保健医療政策に留まらず、住民、実践家、専門職、メディア関係者、研究者、政策担当者など、多様な人々が関わる必要がある。これら関係者が、「健康格差の縮小」に関わる理念、情報、課題を共有する必要がある。

健康格差を縮小させるための理念の共有

健康格差対策を実施すべき根拠となる理念として、健康を保障する権利が挙げられる。健康権は、さまざまな機関によって謳われている普遍的なものである。例えば、世界保健機関（World Health Organization, 以下 WHO）の憲章の序文では、到達可能な最高水準の健康水準を享受することは万人の基本的権利の一つであると宣言している。その意味は、人類社会のすべての構成員が等しく保持すべきである人権の一つとして健康権は位置づけられ、保健医療に対する権利に限定されず、安全な飲み水や食料や十分な衛生なども含む。また、日本国憲法第 25 条第 1 項では、「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」とある。健康権の実現は、人々が人生における価値のある選択と機会を享受できるための主要な源泉である。こうした理念に基づく健康格差縮小は、道義的意義だけでなく、病気やストレスを減少させて、人々の基本的な必要性を満たし、経済社会を底上げするものでもある。

健康権の理念に基づいて、本報告書における「健康格差」の定義は、WHOの健康の社会的決定要因に関する委員会が刊行した報告書「世代のうちに格差をなくそう：健康の社

会的決定要因に対する取り組みを通じた健康の公平性」における定義に従う。それは、単に差があるという価値中立的なものではなく、その格差を縮小するべきという価値判断¹を含意している（World Health Organization Commission on Social Determinants of Health, 2008）。ここでいう理念とは、放置すべきでないという価値判断レベルを含むものであり、必ずしも高邁な理念レベルでの一致をしないと始められないと言う意味ではない。そして、この報告書のタイトルにあるように健康格差の縮小という理想を実際の取り組みや政策評価へと繋げる概念として、健康の公平性がある。つまり、制度設計や政策立案・評価を行う場合には、健康の公平性のような規範的な観点から問題を設定し、各取り組みの優先順位をつけて、そのような実践や政策をモニタリング・評価しなければならない。

健康格差縮小のための情報の共有

健康格差の規範的な議論とそれに基づいた政策・実践を行うためには、そもそも「健康格差」の実態を実証的に解き明かすことが不可欠である。Backman *et al.* (2008) は健康権の理念を保健医療制度に関する指標に反映させることを論じている。そのために、信頼に値する科学的根拠・知見（evidence）の蓄積に資するような社会調査・統計データ・医療情報などの情報を収集・蓄積・分析することが求められる。

例えば、日本老年学的評価研究プロジェクトでは、高齢者ケア政策の基礎となる科学的根拠・知見を得るための目的を追求するため、調査を実施して新規データを収集・見える化・分析している²。また、新たな調査を実施しなくとも既存の統計を利用したり、さらには欧米主要国と比べて遅れている状況にあると言われる日本の統計法の改善を追求したりすることにも価値があると考えられる。さらに、病院における電子カルテや医療データの活用をすることによって、医療情報の効果的な利活用に期待が寄せられている。

これらを通じて、健康や疾患などのどの側面に、またそれらの生成過程のどの段階に、どの程度の健康格差があるのか、情報を共有することが必要である。

健康格差縮小のための課題の共有

現時点において日本の健康格差は、認識され、測定され始めたばかりで、その全貌は明らかになっていない。海外諸国と比べて小さいとする報告が多いが、この間に増加・顕在化してきた子どもの貧困、若年層の非正規化・自殺、高齢者の社会的排除・社会的孤立などがそのまま進行すれば、将来の日本では健康格差が拡大して健康寿命の延伸を阻む可能性もある。2011年9月には日本学術会議より提言「わが国の健康と社会格差の現状理解とその改善に向けて」³、そして、2012年7月には厚生労働省の健康日本21（第二次）⁴にお

¹ 健康政策や公衆衛生に関する価値判断を論じた研究として、Daniels and Kennedy and Kawachi (2000) を参照せよ。

² 日本老年学的評価研究 <http://www.jages.net> (2014年12月11日アクセス)

³ <http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-21-t133-7.pdf> (2015年1月20日アクセス)

⁴ http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkounippon21.html

いても、健康格差対策に資する科学研究の蓄積と、それを踏まえた対策の立案、その実施などが急務であることが指摘されている。

健康格差の縮小のために何が課題であるのかを考える上で、健康の社会的決定要因への着目が有意義である。なぜなら、地域での人間関係、社会階層（教育歴、所得、職業階層など）、建造環境（built environment）など、多くの健康の社会的決定要因が健康格差を生み出しているという知見が蓄積されているからである。その知見に基づく健康格差対策は、従来の医療・健康政策よりも広範で根本的な原因に焦点を合わせた対策である必要がある。しかし、その反面で健康の社会的決定要因の性質は、必然的に多くの利害当事者との難しい連携作業を不可欠とする（Exworthy, 2008）。そして、国・自治体・コミュニティなどの重層的な取り組みや、行政と民間、行政内の担当部門の間で協働する取り組みが求められている。

そのような連携・取り組みを、はじめ、考え、動かすために、健康格差縮小に関する理念が共有され、科学的な裏付けがあり、かつ、多くの人に理解が得られるよう、わかりやすく編集された情報と、それらに基づき設定された課題を共有することが重要である。

■コラム 都市における健康の公平性評価・対応ツール（アーバンハート）

健康格差の縮小プロセスを推進するため、WHO は世界の都市と連携し、「都市における健康の公平性評価・対応ツール（Urban Health Equity Assessment and Response Tool: Urban HEART（アーバンハート）」を開発し、多数の国において研修を実施している。アーバンハートは、健康格差を把握し縮小するための科学的根拠の収集ならびに健康格差対策の計画プロセスを標準化して、政策立案者と当該地域社会が効率的にこのプロセスを遂行できるように支援することを意図して開発されたツールである。

その特徴として、以下の4つがある。第1に、シンプルかつ実用的な使いやすさが挙げられる。第2に、健康の社会的決定要因に加えて、都市環境のさまざまな要因を包括的に把握できる点である。第3に、主要指標を構成するデータは長期的に収集可能なものとするため、既存の情報・記録の積極的な収集・利用が推奨されている。第4に、健康格差に関わる科学的根拠と対策の間に明確な関連付けをすることができる点である。

このようなアーバンハートは、健康の公平性という観点を既存の都市問題に関する評価プロセスに加え、適切な介入策に結び付ける手段を提供できる。

参考文献

- Backman, G Hunt P, Khosla R, Jaramillo-Strauss C, Fikre BM, Rumble C, Pevalin D, Páez DA, Pineda MA, Frisancho A, Tarco D, Motlagh M, Farcasanu D and Vladescu C (2008) “Health Systems and the Right to Health: An Assessment of 194 Countries,” *Lancet*. 372:2047-2085.
- Daniels N, Kennedy B and Kawachi I (2000) *Is Inequality Bad for Our Health?*, Boston: Beacon

（2015年1月20日アクセス）

Press (邦訳 ノーマン・ダニエルズ, ブルース・ケネディ, イチロー・カワチ (2008) 『健康格差と正義——公衆衛生に挑むロールズ哲学』児玉聡監訳, 勁草書房) .

Exworthy M (2008) “Policy to Tackle the Social Determinants of Health: Using Conceptual Models to Understand the Policy Process,” *Health Policy and Planning*. 23:318-327.

World Health Organization Commission on Social Determinants of Health (2008) *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health*

http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf (2015 年 3 月 31 日アクセス 抄訳 世界保健機関健康の社会的決定要因委員会『一世代のうちに格差をなくそう：健康の社会的決定要因に対する取り組みを通じた健康の公平性』日本福祉大学訳 http://sdh.umin.jp/translated/2008_csdh.pdf 2015 年 3 月 31 日アクセス) .

World Health Organization (2010) Urban HEART: Urban Health Equity Assessment and Response Tool (邦訳 世界保健機関『アーバンハート：都市における健康の公平性評価・対応ツール』世界保健機関健康開発総合研究センター訳) .

＜考える＞ための原則

第 2 原則

バラマキではなく、逆差別でもない、最善の方法は？ 困っている人ほど手厚く、でもみんなにアプローチ。

「貧困層など社会的に不利な人々ほど配慮を強めつつ、すべての人を対象にした普遍的な取り組み」（配慮ある普遍的対策）

健康格差の問題は社会的に不利な立場に置かれた人において深刻であるが、特定の階層の人々のみに不健康な状態が集まっている場合もある。したがって、健康格差縮小のアプローチには、以下で説明する 2 つの方法「(1) 社会的に不利なグループにねらいを定める方法」と、「(2) 特定のねらいを定めず、全員を対象とする方法」の 2 つが考えられる (Benach *et al.*, 2013)。しかし、健康格差の問題の多くは、一定のレベルの社会階層以下のみに見られるのではなく、すべての社会階層間に連続してみられる場合が多く、時に対策のターゲットを定めるのは難しく、またそのような対策は不適切な場合もある。したがって、健康格差対策の全体的な考え方としては、社会的に不利な度合いに応じて（対策のために投入する資源を多くするなど）配慮を強めながら、すべての人々が対象に含まれるような普遍的な対策とすることが求められる (Marmot *et al.*, 2010)。

社会的に不利なグループにねらいを定める方法

社会的に不利なグループを対象とした取り組みを行えば、健康状態の「底上げ」が達成

され、健康格差は縮小すると考えられる。例えば低所得者への健康保険料の控除や無償医療の提供、フードスタンプなどによる健康維持のための資源の提供や、より健康的な行動を起こすためのインセンティブの提供、さらには同和地区のような特定の地域での環境整備や結核検診などの取り組みがある。これが「弱者集団アプローチ」である（Frohlich and Potvin, 2008; Graham, 2004）。

弱者集団アプローチの課題としては、次の3つが考えられる。まず第1に、健康状態には、それが急激に悪化する社会経済状況の「閾値」があるわけではなく、最も不利な立場から最も有利な立場まで連続的に変化する。そのため、社会経済状況が一定水準以下の集団を対象とした取り組みのみでは完全に健康状態を公平にすることはできない。第2に、取り組みの対象となる集団への差別やスティグマを助長する可能性がある。第3に、所得など、生活状況の変化に柔軟に対応できない場合がある。例えば、経営していた会社が倒産し、急に経済的に困窮した状態になった人が生活保護を申請し、認定を受け、実際に給付を受けるまでには時間を要する。弱者への対策のみが備わっている状況では、公的な支援だけでは給付を受けられるまでの生活を保障することが難しい場合がある。さらに、例えば所得が低いために生活保護や税控除などの恩恵を受けている人が、仕事を増やして所得を増やすことでその恩恵を受けられなくなることへの懸念から、あえて自主的に就業制限をして、今の（不利な）社会経済状況を維持し続けるという逆のインセンティブを与える可能性がある。

特定のねらいを定めず、全員を対象とする方法

一方、特定のねらいを定めず、全体を対象とする場合、弱者集団アプローチにおける3つの課題—社会経済状況の閾値設定が難しい、差別の助長の可能性、社会経済状況の変化への対応—は克服できる。健康格差の観点でのこのアプローチの課題としては、「コラム」でタバコ対策を例に述べたように、健康維持に必要な資源や行動変容は社会経済状況に大きく影響を受けるため、ターゲットの絞り込みを行わない一様な対策は、健康格差を助長させてしまう可能性があるという点が重要である。

不利な人々ほど配慮を強めつつ、すべての人を対象とする方法

以上のように、特定のねらいを定める方法、全員を対象とする方法のいずれにも一長一短がある。そこで、全体を対象とする取り組みを進める一方で、社会的に不利な集団への追加的な対策を施し、社会経済状況に応じた段階的な効果をねらった取り組みが重要になる。これが「比例的普遍的アプローチ」あるいは「比例的普遍アプローチ」である。ここでは「配慮ある普遍的対策」と表現した。

健康格差対策は、これらのアプローチそれぞれの特徴を踏まえ、各保健課題に、各アプローチに基づく対策を組み合わせるべきである。加えて、対策の効果を検証する場合も、特定の集団とそれ以外、という分類（例えば貧困世帯とそれ以外）だけではな

く、段階的な社会階層の分類（例えば所得を5段階に分けるなど）で評価することが重要である。

表1 健康格差縮小のアプローチの分類とその特徴

アプローチ	特徴	具体例
普遍的		
比例的 普遍アプローチ： proportionate universalism (Marmot <i>et al.</i> , 2010)	社会的に不利な状況に特定の「閾値」やそれに伴うプログラムを定めず、不利な状況が強くなるほど恩恵が次第に強くなる。	新生児家庭訪問指導は、全員を対象とした普遍的な対策である。それと同時に、家庭の社会経済状況などに応じて訪問スタッフによるケアを強化するなどの措置を講ずること
格差への配慮を加えた 普遍的政策：universal policy with additional focus on gap (Benach <i>et al.</i> , 2013)	ポピュレーション・アプローチに加えて、社会的に不利な立場の集団への特別な取り組みを追加する。	乳幼児健診プログラムに加え、社会的に不利な家庭をねらいとしたアウトリーチや育児相談制度を提供
ポピュレーション (集団) アプローチ： population approach (Rose, 1992)	すべての人を対象として、健康リスクを全体に低下させることをねらう。知識の啓発を狙ったキャンペーン式のものなど、対策によっては格差を助長する可能性がある。	タバコ税・社会保障制度・がん検診の啓発キャンペーン
再分配政策： redistributive policy (Benach <i>et al.</i> , 2013)	健康の社会的決定要因として、その資源的側面(カネ・モノ)の再分配を行うことで健康格差の縮小をねらう。	累進課税にもとづく公共政策・低所得者向けの住居プログラム・生活保護制度
選別的		
弱者集団 アプローチ： vulnerable population approach (Frohlich and Potvin, 2008; Graham, 2004)	社会的に不利な集団を定め、それをねらいとした取り組み。対象集団か否かを定める閾値設定が難しい、差別を助長する可能性があるなどの欠点がある。	特定の地域や集団を対象とした栄養改善プログラムや雇用対策

Benach *et al.* (2013) 等を参考に筆者がまとめた。各アプローチや政策は互いに概念的に重

なりあっている場合もある。

■コラム 健康格差と集団アプローチ：たばこ対策を例に

例えば「健診を受けましょう」といったメッセージの普及をめざす啓発キャンペーンは、集団アプローチとみなされる。しかし、このような啓発は経済的に豊かで健康リテラシーが高い人々には有効であるが、貧困層など、社会的に不利な人々は関心を示さないことが多い。そのため、メッセージを受け取る側の社会背景を無視したメッセージを投げかけるだけでは、健康格差を拡大させてしまう懸念がある。

これを解決するには、例えば、マーケティング調査を行い「どのような社会背景を持っている人に、どのようなメッセージが届きやすいか」を明らかにし、弱者集団アプローチによる対策を追加すると効果的である。つまり、対象者の属性、特に貧困層や特定の就労環境にある人々にも届きやすいメッセージの伝え方の工夫を凝らし、そのような集団には別のアプローチの禁煙対策（喫煙率が高い特定地域でのタバコ販売や広告規制など）を追加する、といった措置が求められる。

このような集団ごとの対策を追加し、社会的に不利な人ほど手厚い対策が施されていることを確認しつつ、一方でたばこ税や学校での喫煙教育、広告規制などにより、すべての人が対策のターゲットに含まれるような環境が整っていること、これが比例的普遍アプローチの概念であり、社会全体のたばこ対策のアプローチとして適切だろう。

参考文献

- Benach J, Malmusi D, Yasui Y and Martinez JM (2013) “A New Typology of Policies to Tackle Health Inequalities and Scenarios of Impact Based on Rose's Population Approach,” *Journal of Epidemiology & Community Health*. 67:286-291.
- Frohlich K and Potvin L (2008) “Transcending the Known in Public Health Practice: The Inequality Paradox: The Population Approach and Vulnerable Populations,” *American Journal of Public Health*. 98. 216 - 221.
- Graham H (2004) “Tackling Inequalities in Health in England: Remedying Health Disadvantages. Narrowing Health Gaps or Reducing Health Gradients?,” *Journal of Social Policy*. 33:115-131.
- Marmot M, Allen J, Goldblatt P et al. (2010) *Fair Society, Healthy Lives: The Marmot Review, Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010*, In: Marmot M, ed. London 2010.
- Rose G (1992) *The Strategy of Preventive Medicine*, Oxford: Oxford University Press (邦訳 ジェフリー・ローズ (1998) 『予防医学のストラテジー』曾田研二, 田中平三監訳, 医学書院) .

第3原則

不健康・貧困・排除は生まれる前から始まっている。胎児期から老年期まで見て先手を打とう。

「胎児期からの生涯にわたる経験と世代に応じた対策」(ライフコース)

健康格差には、胎児期から子ども、青年、壮年、老年期までの生涯にわたる経験(ライフコース)や各世代(ライフステージ)における特有の要因が影響している。これらすべてを視野にいたれた長期的な対策が必要である。

ライフコースとライフステージの視点の重要性

胎児期から子ども時代、青年期、壮年期、老年期など各ライフステージで、どのような経験や要因にさらされていたのか、そしてライフコースを通じた経験や要因の蓄積が、健康に長期的な影響を及ぼすことが明らかにされてきている。また各ライフステージには、それぞれに特有な経験や要因があるので、それらに対応した支援策が健康格差の縮小につながると期待できる。さらに、後述するようにあるライフステージにおける経験が次のライフステージにおける前提条件となり、ライフコースが規定され、良い条件も悪い条件も蓄積される傾向があるという視点も重要である。したがって、目の前にいる要支援者に対する、その一時点での人々の健康状態やその決定要因に着目した支援も重要であるが、それだけでなく、その人のライフコースや、より前のすべてのライフステージ、さらに子世代をも視野に入れた長期的かつ包括的な視野を持って健康格差対策を考えることが必要である。

胎児期(妊娠期)・乳幼児期

胎児期や乳幼児期など人生早期における社会経済的環境や経験は、生涯にわたって大きな影響を及ぼすことが判明してきた。例えば、出生時体重は、貧困世帯などにおける栄養不良や母親の喫煙などで生じやすい。そして出生時体重が小さい者で、糖尿病や循環器疾患など生活習慣病と見なされてきた疾患やそれによる死亡率が高いことが報告されている(Davey Smith, 2003; 臨床医学委員会・健康・生活科学委員会合同生活習慣病対策分科会, 2008; 日本公衆衛生学会 公衆衛生モニタリング・レポート委員会, 2010)。母胎内で低栄養にさらされるとインシュリン感受性が低下することが動物実験で確認されている。また乳幼児期の肥満が学童期の肥満、さらに成人期の肥満に移行しやすいことが知られている。子ども時代の経験が成人期の生活習慣や親世代から子世代への貧困・虐待などの連鎖も引き、後の世代を含む人生経験に影響を及ぼす。

乳幼児期の子どもの環境は、本人の努力や意思で変えることができないものであり、胎児にまで自己責任を問うことはできない。乳幼児期の社会経済的環境に由来する健康格差の縮小は強く社会に求められる(阿部, 2014)。

このような子どもの貧困とも関連する問題への対応には、子どもへの支援と同時に親への支援も必要とする。そして、母子世帯等の脆弱層への支援に配慮しつつ、待機児童問題の解消や乳幼児医療費の軽減などすべての人を対象とする社会サービス・現物給付の拡張や子育て支援や助け合い・情報交換を可能とする人的ネットワークを公的に下支えすることなども必要である。

就学前・学童期・思春期

OECD によると、家族が負担する教育費の割合が先進諸国のなかでも日本はトップクラスであり、その反面で教育費に占める公的支出の割合は低い(OECD, 2014)。教育費のなかで大きな割合を占めるのは、学校外の教育に関わる費用、つまり、塾代や習い事の月謝である。他方で、義務教育において必要な経費である、給食費・教材費・制服・体操着・上履き・ノート・筆記用具・絵の具セット・習字セット・リコーダーの購入費、修学旅行や校外学習等の費用、PTA 会費、クラブ活動費、といった費用をすべて計上すれば低所得層の家計を圧迫する。現在でも就学援助費によって一部の貧困世帯には対応がされているが、十分なものになっていないとの指摘もある。健康格差縮小の観点からも子育て世帯の教育費の軽減は優先的に取り組まれるべき課題である。

社会経済階層間の学力格差の縮小も課題となる。それは小学校の早い段階から見られ、就学前教育の欠落がその背景にあり、それが以後の学力の低下や非行、高校中退などにつながる。このような人々は、未成年のうちからの飲酒・喫煙・リスクの高い性行為等の健康を損なう行動をする傾向が強く、将来的に深刻な不健康に陥ることが懸念される。他方で、介入によって改善しうることも知られている (Knudsen *et al.*, 2006)。

健康格差の予防の観点からライフコースを見すえ、どの子どもにも、その可能性が伸ばせる教育・環境支援が行き渡るようにすることが急務である。

青年期・成人期・壮年期

教育を受けるライフステージから就労するライフステージへ移行するがうまくいかないケース、いわゆる「初職の失敗」は社会的排除への契機となりやすいことが知られている。

十分な教育を受けられないと非正規雇用となりやすく、低賃金や失業や未婚を招く(OECD, 2014)。将来の高齢期における無年金・低年金の原因となる。教育、労働市場、社会保険制度、結婚からの排除が累積すると、最終的に自ら社会から排除される道を選ぶ、つまり、ニートや閉じこもり・自殺などを引き起す。

就労準備期以降の年代層への公的な就労支援や稼働能力の有無を問わない社会的包摂策が重要になってくる。また、職場で雇用保険に加入できるかどうか、健康診断や禁煙政策を実施しているか否かなどが健康の社会的決定要因に作用すると考えられる。ワーク・ライフ・バランスの軽視や長時間労働、職業性ストレスも職域における不健康や健康格差の原因となる。この意味では、企業による取り組みも重要になってくる。住環境やコミュニティへの参加なども重要である。

高齢期

高齢期における健康問題の原因の一つに社会的孤立や役割の喪失が考えられる。特に、男性の場合は職場中心の人間関係が退職によって途切れてしまうことが原因の一つとして指摘されている。退職後にはじめて地域参加するのではなく、青年・壮年期のうちから、例えば育児・介護を通じて地域に溶け込めようというワーク・ライフ・バランスの改善を政府・企業が一体となって進めることが求められる。無年金・低年金、医療費の自己負担額や受診抑制、受けられる医療の質なども不健康や健康格差の原因となりうる。

以上のように、人々の健康はライフコースのすべてのステージにおける影響を受けている。したがって、健康格差対策には、より前段階のライフステージにおける要因に着目したライフコースの視点を持つ取り組みが必要である。とりわけ早期の段階である乳幼児期から就学前段階の母子を取り巻く環境条件・体験の質を福祉・教育の分野と連携して高めることが、もっとも効率の良い投資であるとの報告がある(Knudsen *et al.*, 2006)。英国の Sure Start（確かなスタート）プログラムのように就学前の経験・環境の改善が国や地方自治体、NPO 等によって取り組まれている前例もある。日本でも、このような取り組みを強めることが、将来における健康格差の縮小につながると思われる。

■コラム 『子供の貧困対策に関する大綱』について

日本政府は、子どもの貧困状況が先進国の中でも厳しく、また、生活保護世帯の子どもの高等学校等進学率も全体と比較して低い水準にあることなどを背景として、4 回にわたる検討会等を経て、2014 年 8 月 29 日に『子供の貧困対策に関する大綱』を作成した。

その目的・理念は、まず子どもの将来がその生まれ育った環境によって左右されることのないよう、また、貧困が世代を超えて連鎖することのないよう、必要な環境整備と教育の機会均等を図ることである。そして、全ての子どもたちが夢と希望を持って成長していきける社会の実現をめざし、子どもの貧困対策を総合的に推進することとしている。これを具体化されるために、生活保護世帯に属する子どもの高等学校等進学率、スクールソーシャルワーカーの配置人数、ひとり親家庭の親の就業率、子どもの（相対的）貧困率などの 25 の指標を設定している。

しかしながら、これらの指標には健康に直接的に関連するものがいまのところない。関係施策の実施状況や対策の効果を検証・評価するためには、健康関連項目は重要な役割を果たし、新たにこれを盛り込むことは今後の課題として考えられる。

参考文献

阿部彩 (2014) 『子どもの貧困 II——解決策を考える』岩波新書

日本公衆衛生学会 公衆衛生モニタリング・レポート委員会 (2010) 「子どもの健康と社会格差□低出生体重の健康影響」『日本公衆衛生雑誌』57: 212-215

臨床医学委員会・健康・生活科学委員会合同生活習慣病対策分科会 (2008) 「出生前・子ど

ものときからの生活習慣病対策」日本学術会議

Davey Smith G (2003) *Health Inequalities: Lifecourse Approaches*. Bristol: The Policy Press.

Knudsen EI, Heckman JJ, Cameron JL and Shonkoff, JP (2006) “Economic, Neurobiological, and Behavioral Perspectives on Building America's Future Workforce,” *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*. 103: 10155-10162.

OECD (2014) *Education at a Glance 2014: Highlights*. OECD Publishing.

＜動かす＞ための原則

第4原則

場当たりの効果が見えない、説明できない。目標と計画、根拠を持って進めよう

「長・中・短期の目標（ゴール）設定と根拠に基づくマネジメント」（PDCA）

長期的な対策が必要だが、短期的にも成果が上がらなければ継続的な取り組みにならない。長・中・短期のゴール設定と、根拠に基づき計画—実行—評価—行動（PDCA）サイクルを回すマネジメント、評価が可能な数値目標の設定が必要である。

目標のフェーズ化

健康格差対策を進めていくためには、はっきりとした長期的な目標を持ち、合理的な順序と適切な期間をかけて取り組まなければ、めざすところを達成するのは難しい。そこで、各活動の目的、合理的な順序、適切な期間をより明確に定義するために、“フェーズ化”という概念が必要となる。

長期・中期・短期など3つ程度のフェーズに分け、それぞれのフェーズ毎の目標、期間とその目標を達成するために必要なプログラムやパートナーシップ（協同）などを定義することで、より効果的かつ効率的なマネジメントを可能とするものである。

行政・研究・企業・NPOでも、単年度毎に目標を掲げ、それに必要な予算が確保され、その進捗具合によっては、効果が乏しいとして、事業継続は困難となる。短期的に達成可能な目標を掲げ成果を着実に積み重ねつつ、それらが場当たりのにならないよう長期的な目標達成のプロセスに位置づけられていることが必要である、

PDCA サイクル

PDCAサイクルとは、Plan（計画）、Do（計画の遂行）、Check（評価）、Act（改善）の4段階を繰り返すことによって、効率的に目標達成をめざすプロセスのことである。

Plan（計画）には、目標設定や目標の数値化、目標のフェーズ化、目標達成のための予算計画やマンパワー確保のための基盤整備計画、事業執行計画、同時にその実施効果を確認

するための評価計画などが含まれる。

Do（計画の遂行）とは、あらかじめ作成された事業執行計画（定められた戦略計画を効率よく執行するためのもので、期間は短期、通常一年であることが多い）に基づき、各関係者が実行することをさす。

Check（評価）とは、あらかじめ作成された事業執行計画に基づき、事業の実施が計画通りであったか、数値目標を達成できたか確認を行うことをさす。

Act（改善）とは、業務の実施が計画に沿っていなかった部分や数値目標を達成できなかった原因などを調べ、対策を行うことである。「計画倒れ」という言葉があるように、いくら立派な計画を立てても、その計画は実行されなければ意味がない。そこで策定された計画が適切に実行されるための条件として、1）目標の共有化を推進するための支援チームの存在、2）効果を確認していくための目標の指標化、評価作業の実施、3）研究者や専門家の支援、4）管理職のヘルスプロモーションに対する理解、の4つがあることが知られている。

PDCAの4つのプロセスを順に繰り返していくことを、短期・中期・長期のサイクルで行うことが必要である。

目標のタイプ

「目標によるマネジメント」という考え方は近代的な考え方であり、目標と一口にいても、様々なタイプがある。ビジネス領域との対比の中で、目標のタイプについて表2のように整理されている（van Herten & Gunning-Schepers, 2000）。これら5つの目標について、数値目標を策定し、PDCAサイクルを回すことが必要となる。

表2 目標のタイプについて

目標のタイプ	ビジネス領域	健康領域
アウトカム	利益	罹患率と死亡率の低下
戦略	製品種類と構成	リスクファクター
生産性	労働/資本構成	サービスの範囲
マーケティング	顧客の態度や意識	国民/専門家の態度や意識
イノベーション	製品の改善	調査、評価および研究

数値目標の設定方法

適切な目標が設定されたら、それを数値目標に落とす必要がある。例えば、喫煙率をい

つまでに何%低下させるのか、心疾患による死亡率を何%低下させるのか、といったような明確で達成が現実的かつ測定可能な数値として定義される。このように数値目標が設定されることで初めて、具体的な遂行計画の策定や、その成否についての評価が可能になる。

具体的な目標数値の定め方については、統一的な方法論は存在せず、また必ずしも客観的な基準のみで定められるものではない。関係者間での慎重な検討を経て初めて合意に至るものであるが、数値目標を定める際の考え方の枠組みの一例として、米国 Healthy People 2010 では、主として、以下の4つの考え方のいずれか、あるいはそれらの組み合わせが用いられている。

Healthy People 2010（米国）における目標設定方法

”better than the best”

“total coverage”

“projection”

“x% improvement”

このうち最も良く用いられている”better than the best”とは、様々な時点あるいは場所における多様性を持った数値データのうち最も理想的な状態に近づけ、あるいはそれよりも理想的な状態とすることを目標とするものである。また、”total coverage”とは、科学的根拠に基づき確実に良いことが判明し、比較的容易にその達成が見込まれる者について100%の達成を志向するものである。 ”projection”とは Healthy People 2000 において最もよく用いられていた、環境学的あるいは疫学的エビデンスに基づいた過去の傾向からそれよりも良いものという目標設定方法であるが、現在においてはあまり使われなくなりつつある。 ”x% improvement”とは、現状と理想的な状態を比較した時に埋めなければいけないギャップのうち何パーセントの達成をめざすかという考え方で目標を設定する。

なお、設定する目標値は現実的に達成可能であることも求められるが、それは「過去の経験や現状のリソースから考えて達成できそうな数値」を掲げればそれが目標になるということではない。仮に設定された目標に対して現状調査や計画立案を行った後、「何回かに分割して達成」と目標を下方修正しなければならなかったとしても、最初にめざす目標は、計画よりも先に考えるべきものとされている。

根拠に基づくマネジメントのための評価計画

計画実施後に、目標達成ができなかった場合、その理由がわからなければ、目標に近づくための適切なマネジメントはできない。根拠に基づいてマネジメントするためには、根拠を得るための評価が重要となる。例えば、変化の大きさを知るためには、計画実施前の状態が数値で把握されていなければならない。目標達成のために変化が期待されるプロセス指標や関連要因についても、前後で評価が必要となる。それらには業務データから得ら

れるものもあるが、新しい取り組みであれば、独自に評価が必要になる。表 1 に示した 5 つのタイプの目標それぞれについて、期待されるプロセスにおける変化や関連要因も含め、計画立案時から研究者と協同して評価研究のための計画を立てることも必要である。

■コラム 健康格差を縮小するためのエビデンス

米国の疾病予防管理センターでは、疾病予防や健康増進に関連するプログラムや政策の有効性とその根拠に関する情報を収集・評価・整理し、「The Community Guide（地域のためのガイド）」としてオンライン上で無料公開している。例えば本コラム執筆時点（2015 年 3 月）では、健康格差の縮小について、1）教育プログラムや政策、2）住居プログラムや政策、3）文化的な違いを考慮した医療という 3 つの分野についてそれぞれどのようなプログラムや政策が有効あるいは有効でないのか、「推奨」「推奨せず」「エビデンス不十分」の 3 つのレベルで判断を行っている。もちろん、社会背景等が異なるので、米国におけるエビデンスがそのまま日本でも通じるわけではないが、科学的根拠に基づく企画立案を行う際に参考資料として活用可能になる。今後、日本でも、このような科学的な根拠の蓄積とそれが利用しやすくなるシステムや環境づくりが望まれる。

参考文献

Centers for Disease Control and Prevention (2014) “The Community Guide”

<http://www.thecommunityguide.org/healthequity/index.html>（2015 年 3 月 31 日アクセス）。

van Herten LM1 and Gunning-Schepers LJ (2000) “Targets as a Tool in Health Policy. Part I: Lessons Learned,” *Health Policy*. 53(1):1-11.

第 5 原則

国・自治体・コミュニティ……それぞれ得意なことは違う。国・自治体・コミュニティの強みを生かそう。

「国・地方自治体・コミュニティなどそれぞれの特性と関係の変化を理解した重層的な対策」（重層的対策）

国レベルの政策も、地方自治体や地域・職域などのコミュニティ、住民による草の根の取り組みも必要なので、多様なレベルにおける重層的な取り組みが組み合わせられる必要がある。

国・地方自治体・住民活動の違い

国による施策は強制力が強く、全国一律の対応として優れた側面をもつ。2006 年に施行された自殺対策基本法は、個人の問題とされがちであった自殺対策を行政の対応が必要な

事項へと格上げし、自治体による自殺対策の実施を格段に促進させた。しかし、国の施策にも欠点はある。全国一律の公平性が求められ、より厳格な枠組みに基づいて実施され、結果的に形式基準にはしり、現場の現状にそぐわない施策となる可能性もある。また、国のほうが、官僚制が強く、Weber（1922）が指摘するように権限、階級制、専門性、公平性へのこだわりが、地方自治体よりも強い。結果的に、縦割り行政を生み、部門間の調整を要するため、柔軟性と迅速性に欠ける。

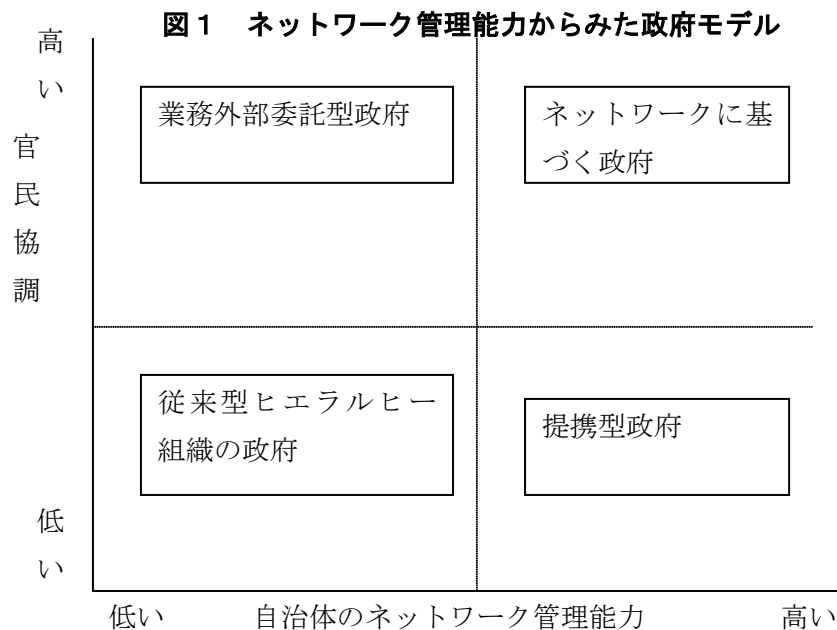
一方、地方自治体は、住民との距離が短く、国よりさらに柔軟かつ迅速な対応が求められてきた。しかし、どのように優れた施策であっても自治体の枠を超えることはできず、かつ自治体内での公平性の原則に縛られている。

地域住民による活動は自治体の枠を超えて実施することが可能であり、かつ、公平性が担保される必要がないため、自治体によるサービスよりもさらに迅速に提供することが可能である。しかし、公平性が担保されていないため、国・自治体からの支援を受けにくい。たとえ国・自治体からの財政的支援を受けていても、公平性の観点から持続的な支援を得るのは困難で財政基盤の脆弱性が問題であった。このため、地域住民や NPO などによる活動は質の維持が難しく、これも地域住民や NPO 活動の問題であった。

つまり、国・自治体と地域活動団体の三者には、それぞれ強みと弱みがあり、それが組み合わさることが望ましい。一方で、互いに協力するというインセンティブに欠け、互惠の発展が生じにくかった。

ネットワークに基づく政府

しかし、近年、国と地方自治体ともに、政府としての形態が大きく変化しつつある。Goldsmith and Eggers（2004）は、政府の形態が公共サービスを自ら提供する従来型のヒエラルヒー組織から民間によるサービス提供を活用するネットワークに基づく政府へ変質していることを指摘し、政府が官民協調とネットワークの管理能力をもつことの重要性が増しているとした。政府の財政難に起因するものであり、同様の問題を抱えるわが国でもネットワークに基づく政府への変化が生じつつある。これは、公共サービスの提供主体が政府・自治体自身から民間の企業や住民活動による NPO などへ取って代わるものであり、企業や住民活動を政府の出入り業者や下請けとして管理するのではなく、対等なパートナーとしての関係を構築していくもので、現場の声を重視するという側面からはむしろ望ましい変化である。



(出所) Goldsmith and Eggers (2004) p. 20 (筆者訳)

ソーシャル・キャピタルの重要性

公共サービスの新たな担い手である企業や住民と政府が対等な関係を築くためには、従来の出入り業者・下請けに対する規制から、対等な関係へと変える必要がある。この変化に対応するには、組織間の信頼の醸成と地域や住民がもつソーシャル・キャピタルの理解と活用が重要である。

過去の歴史や文化をも反映し、①個人レベル、②地域・職域・学校などコミュニティレベル、そして③国や社会レベルなどの各レベルで、それぞれ独特のソーシャル・キャピタル（人々の協調的な行動を促す信頼・互酬性の規範・ネットワーク）をもつ。ミクロレベルの個人のもつネットワークのあり方が、メゾレベルのコミュニティにおける信頼やお互いの規範を形成し、マクロレベルの社会全般への信頼や規範は、幼少期の教育や社会全体の安定度などからも影響を受ける。個々人の顔が千差万別であるのと同様にコミュニティや社会のソーシャル・キャピタルも多様である。したがって有効な健康格差対策も、それぞれのコミュニティや社会により異なる可能性が高い。

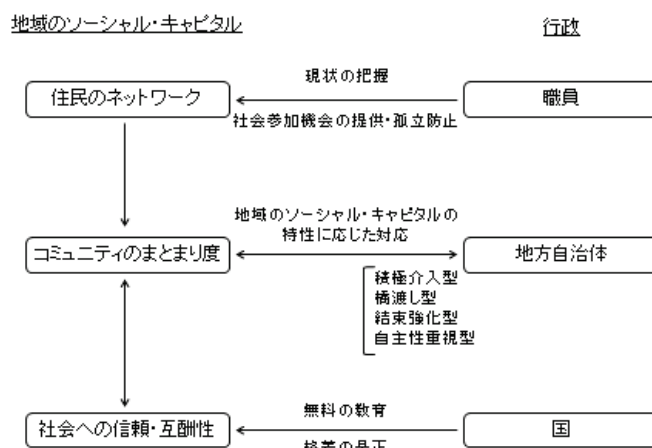
行政と住民の関係は地域のソーシャル・キャピタルに応じて異なる

健康づくりの会を開催しても常連の、しかも、健康な人しか参加しない。本当に健康づくりが必要な人にはメッセージが届かない。そうした状況を変えるために地域や職域のソーシャル・キャピタルは利用しうる。しかし、その対応はそれぞれのコミュニティにおけるソーシャル・キャピタルに応じて異なる。すでに、豊かな人間関係が形成されているコミュニティでは、トップダウンの介入をできるだけ避け、住民や職員の代表を通じて、情

報提供や依頼をすればそれで済むケースもある。静岡県の小山町は、国民保険の医療費が倍増した中島地区に住民運動による改善策を促し成果を上げた（米山, 2013, pp.644-645）。しかし、そもそも住民間のネットワークが希薄なところや壊れてしまっているところでは、行政が住民同士の出会いの場の設定も含めて積極的な介入が必要になる。森林・末吉（2014）によれば、浦安市では、環境、福祉、防災、学校支援などをテーマに、「出会い」「気づき」「担い」の3種類に授業科目群を分けたうらやす市民大学が設けられ、住民主体の活動の苗床を提供している。また、住民同士のネットワークは緊密だが、コミュニティの外とのつながりが弱い場合は、行政はコミュニティと外部との橋渡し役となることが求められる。徳島県の上勝町では、行政が「つまもの市場」（コラム参照）を醸成し、生産者である高齢者と市場を結びつけ、社会参加の機会を創出する第三セクターを設立して効果を上げた（稲葉, 2013）。

社会全般への信頼や規範は、国の施策の影響が大きいが、コミュニティレベルのソーシャル・キャピタルは、（社会）教育の機会・内容やコミュニティ外とのネットワーク形成など、地方自治体の施策が影響する。

図2 地域におけるソーシャル・キャピタルの3層構造と行政の対応



ソーシャル・キャピタルを豊かにしネットワークや重層的な対策を促す

健康格差対策においても、国・自治体・NPO・住民など、それぞれのレベルで得意なことでできないことがある。それらが重層的に組み合わさる対策が必要である。そのためにも、それぞれのコミュニティの文化・歴史を反映したソーシャル・キャピタルの育成と活用が望まれる。ソーシャル・キャピタルの担い手として男性に活躍してもらうためには、浦安での取り組みのように退職前から地域でのネットワーク構築の機会を行政が提供し、地域に溶け込めるように支援することが有効かもしれない。健康づくり、災害対策、まちづくりなど、コミュニティや人の役に立つことは生きがいを得る機会にもなる。個人を支えるコミュニティの担い手を増やし、自治体や国に必要な施策や政策を迫る。それぞれの

レベルでの取り組みを組み合わせ重層的な対策を促す取り組みが必要である。

■コラム 徳島県上勝町の葉っぱビジネス

徳島県上勝町は料理のつまものである葉っぱビジネスの「株式会社いろどり」で有名だ。人口2千人足らずの自治体で住民の1割程度が生産者として参加し、年間の売上が2億円を超えているから、生産者一人あたり年間売上は100万円を優に超えることになる。筆者の試算では、「いろどり」の売上が年間1億5千万円を超えたあと、1人当たり老人医療費が低下している。これは経済効果なのか、非経済効果によるものか定かではないが、「いろどり」が人々の健康にまで影響を及ぼした可能性は高い。

その中心人物である横石知二氏や上勝町前町長である笠松和市氏の著作を読むと、この葉っぱビジネスが重層的なネットワークで支えられ、結果的にメンバー間の信頼を醸成し、さらに町外の人々に対しても住民の寛容性を養ったことがわかる。要となったのは横石氏個人だが、もともとよそ者である横石氏を節目節目で支えたのは、地元出身の家族や生産農家のネットワークやコミュニティであり、また農協や役場の支援であった。また、専門的な知識・技術は町外の識者から得ていたことがわかる。

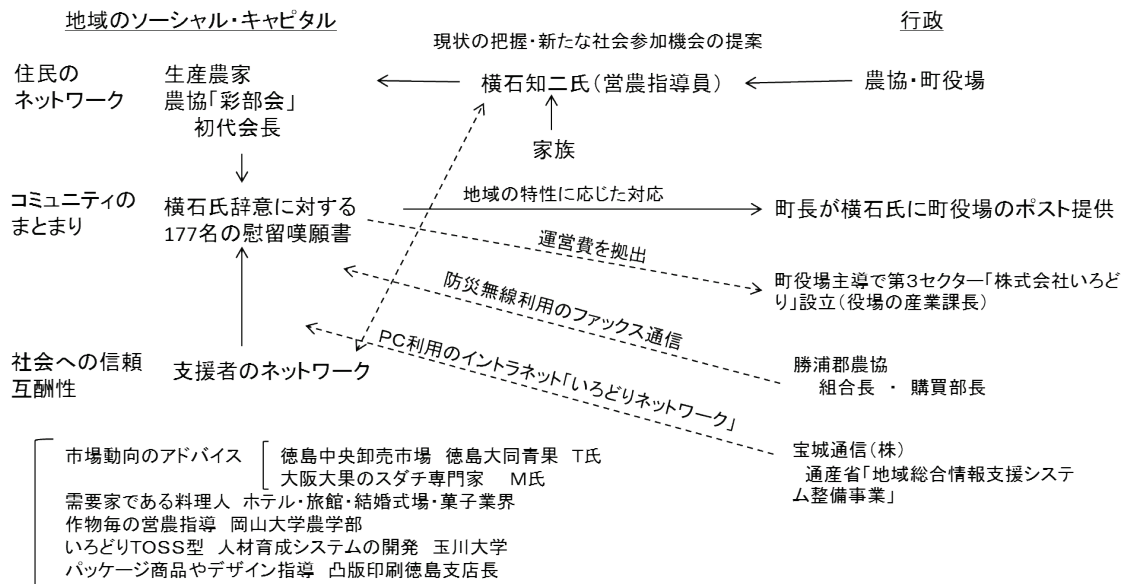
例えば、横石氏が37歳で勤務していた農協へ辞表を出した際は、いろどり部会長が一晩で177人全員が署名した辞表撤回の嘆願書を作成した。筆者も何回か上勝町を訪問したのでわかるが、上勝町は勝浦川の両側高低差600メートルの山腹に55の集落が散在しており、一晩で177軒を回りきるのは至難の技である。結局、農協の組合長は横石氏を慰留しなかったもので、町役場に転籍することになり、さらに町役場の主導で第三セクターの株式会社いろどりが誕生した。この過程での意思決定は横石氏個人を超えた行政のネットワークによっている。

また、情報システムの整備、具体的な商品化、販売活動、組織の教育などは町外のネットワークが活用され、個人、行政、町外や市場の重層的なネットワークがフルに組み合わせられ活用されている。さらに、これにより住民も変わった。

「昔は「よそ者」を拒絶する傾向が強かった町の人たちが、大きく変わったのだ。

レポーターにマイクを向けられ、テレビカメラに姿を映され、新聞や雑誌のカメラマンに写真を撮られ、記者や視察者にインタビューされるうちに、町の人たちはどんどん外向きな気質に変わっていった。」(横石, 2007, pp. 142-143)

図3 「いろどり」のケースにみるソーシャル・キャピタルの3層構造と行政の対応



(資料)横石知二『そくだ、葉っぱを売ろう!』、笠松和子・佐藤由美『持続可能なまちは小さく、美しい上勝町の挑戦』より筆者作成

参考文献

- 青柳玲子 (2014) 「セーフティネット構築に向けた民間団体との協働 新潟市の自殺対策におけるソーシャル・キャピタル醸成」『保健師ジャーナル』 70(11): 1000-1007
- 有馬喜代子 (2014) 「地区担当業務を優先した体制整備で家庭訪問の充実を図る 須賀川市の取組」『保健師ジャーナル』 70(10):867-871
- 稲葉陽二 (2007) 『ソーシャル・キャピタル 「信頼の絆」でとく現代経済・社会の諸課題』日本生産性本部
- 稲葉陽二 (2013) 「高齢者の社会参加で医療費低減 徳島県上勝町のケース」『保健師ジャーナル』 69(6):462-466
- 稲生信男 (2010) 『協働の行政学 公共領域の組織過程論』 勁草書房
- 笠松和子, 佐藤由美 (2008) 『持続可能なまちは小さく、美しい 上勝町の挑戦』 学芸出版社
- イチロー・カワチ (2013) 『命の格差はとめられるか——ハーバード日本人教授の、世界が注目する授業』 小学館
- 近藤克則 (2010) 『「健康格差社会」を生き抜く』 朝日新書
- 高木由里 (2013) 「住民組織支援の中で保健師の果たす役割 岡山市におけるソーシャル・キャピタル醸成」『保健師ジャーナル』 69(4):268-274
- 野尻孝子, 山本喜美代 (2013) 「保健所と市町村が協働で推進する圏域健康増進計画「健康日高21」 和歌山県御坊保健医療圏における13年間の取り組み」『保健師ジャーナル』 69(9):

720-726

- 福島康仁（2014）「自治体間競争と社会関係資本論」辻竜平/佐藤嘉倫 編著『ソーシャル・キャピタルと格差社会 幸福の計量社会学』53-71, 東京大学出版会
- 森林友佳子, 末吉由季（2014）「市民との協働で進める高齢者が元気なまちづくり 浦安市における市民大学が担う「いきがい」づくり」『保健師ジャーナル』70(2):142-148
- 米山民恵（2013）「食育はまちづくり 小山町「レッツ5食育プラン」の計画づくりから評価までの視点」『保健師ジャーナル』69(8):638-645
- 横石知二（2007）『そうだ、葉っぱを売ろう！過疎の町, どん底からの再生』ソフトバンククリエイティブ
- 若林直樹（2006）『日本企業のネットワークと信頼: 企業間関係の新しい経済社会学的分析』有斐閣
- Goldsmith S and Eggers WD (2004) *Governing by Network: The New Shape of the Public Sector*. Brookings Institution Press.
- Weber, M (1922) *Wirtschaft und Gesellschaft: Grundriss für Sozialökonomik*, Tuebingen: J.C.B.Mohr(Paul Siebeck) (抄訳 マックス・ウェーバー (2012)『権力と支配』濱嶋朗訳, 講談社) .

第6原則

縦割りはイノベーションの壁である。縦割りを超えて広げよう。

「住民やNPO, 企業, 行政各部門など多様な担い手をつなげる」(縦割りを超える)

住民, NPO, 企業などでなければできないことがあるので, これらの連携が不可欠である。制度・政策による対応においても, 保健・医療・福祉政策担当者による取り組みだけでなく, 他部門との連携が必要である。

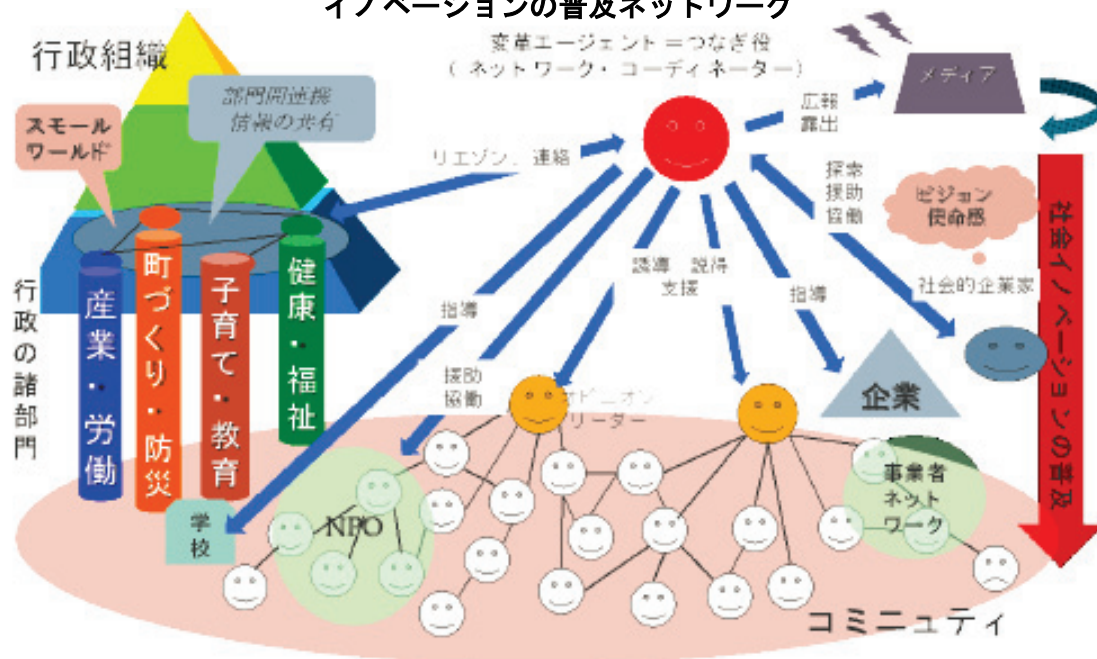
「社会イノベーション」としての健康格差対策

「社会的に決定される健康格差」解消への取り組みは, 社会的問題の解決にむけた新機軸＝「社会イノベーション」とその普及と捉えることが重要である(谷本ら, 2013)。というのは健康格差は既存の社会構造によって生み出されているため, 何らかの社会改革を必要としているからである。これらは前例踏襲の行政的な手法では決して解決できないことを意味している。多くの要因が深刻, かつ複雑に絡み合っている社会構造を変えるには, ビジョンと社会革新的なビジネス・モデル, 情熱を持った社会的企業家(＝ソーシャル・アントレプレナー)と呼ばれる人々や市民活動家/NPO の力, 有用な状況ではビジネスの手法も取り入れることが必要である。「健康日本 21〈第二次〉」でも, これらを取り込みながら健康寿命の延伸と共に健康格差の縮小を図ると謳われている。

そもそも「イノベーションの普及」とは、①新しいもの＝イノベーション(健康格差対策の新たな施策など)が、②あるコミュニケーション・チャンネル(行政や専門職のもつネットワークや商工業者の取引ネットワークなど)を通じて③時間の経過の中で④社会システムの成員(専門職や地域住民など)の間に伝達される過程である(Rogers, 1962, 1971, 1983, 1995, 2003)。その属性として①相対的優位性(革新的で優れている)；②両立可能性(旧来のものとの両立できる)；③複雑性(組み合わされている)；④試行可能性(試すことができる)；⑤観察可能性(違いが目に見える)が指摘される。

一般のイノベーションにも増して社会イノベーションはそれが新たなライフスタイルを切り開いたり、利便性を高めたりするだけではなく、道徳的な規範に基づき、社会的な規範形成と価値観の転換を伴いつつ、人間の思考と行動の変容をもたらしたりする点に特徴がある。さらに、それを受容する社会システム/コミュニティのメンバーの埋め込まれている社会構造が大きな影響を及ぼすことを理解しておく必要がある。つまり、国家と(市民)地域社会、市場の領域にわたる複雑な社会ネットワークが考慮されねばならない。

図4
健康格差解消に関する
イノベーションの普及ネットワーク



イノベーションの普及に影響を与えるもの

イノベーションが普及するためには、①コミュニケーション構造；社会システム内部の成員のパターン化された配置②規範（社会システム内部の成員の間に確立された行動パターン）③イノベーションの活動的・触媒的な担い手（「変革エージェント」と呼ばれる）とその採用に影響を持つ中心人物（オピニオンリーダー）が重要である。

① コミュニケーション構造；行政と市民、専門職、企業、NPO などとの間の力関係（労働

組合の規制力、業者団体と行政の関係性など）やコミュニケーション構造のほか、どのようなチャンネルが確立されているかなどである。行政に対する監視機能（オンブズマン）が発達しているとか、健康に関する行政データがオープン化されている等もこれに含まれる。

- ② 規範：イノベーションを促進する「規範」が存在するかどうかである。例えば公の場に限らず職場や地域に「喫煙に関する否定的な規範」が確立されているかは、喫煙に関する健康格差対策に大きな影響を与える。また中年以降の男性に「男尊女卑」の規範が強く、家事をやらないので「料理できない」ことが健康食の推進にも影響を与えることもこれにあたる。
- ③ イノベーションの担い手とオピニオン・リーダー：健康格差対策に関しては専門職として地域、職場、学校でネットワークをもって活躍している専門職、例えば医師や保健師の役割は依然として大きい。この専門家と行政のほか、地域で活動する様々なNPO、学校、企業、メディアなどと協働してこの種のイノベーションの普及に関わる必要がある。

「ネットワーク・コーディネーター」としての「変革エージェント」の役割

医療・健康のイノベーションの普及には、社会的ネットワーク＝個人・組織間の社会ネットワークが重要な役割を果たすことが知られている（Coleman, Katz and Menzel, 1966; Burt, 1987; Van den Bulte and Lilien, 2001, 2007; Valente, 1995, 2010）。とりわけ「変革エージェント」として期待される医師や保健師（あるいは行政組織における保健責任者）は、専門家として高い職業意識と使命感をもってコミュニティのメンバー（市民）に関わるが、それに加えて社会起業家、NPOとも連携し、行政に対しても新たな施策の提案を行いながら、各種NPO、行政と企業をつなぐとともに、テレビや雑誌などのメディアを巻き込みうる「ネットワーク・コーディネーター（つなぎ役）」としての役割が期待される。とくにメディアの露出を高め、メディアで伝えられることはイノベーションの普及を促進するうえで効果的である。

横断的にコンパクトにつながる行政組織の重要性

社会イノベーション普及の組織的なエンジンとしての行政組織においては、分野、業務ごとに区切られた縦割りのヒエラルキー、専門部門を超えた連携を生み出すことが重要である。第1段階では、部門を超えた成員間のインフォーマル（非公式）な知り合い・友人など「距離」の近いネットワークがあるとイノベーションを生み出しやすい、いわゆる「スモールワールドネットワーク＝コンパクトなつながり」の形成が重要である（Watts, 1999; 西口, 2007; 中野, 2011）。第2段階では、公認された部門間の連絡会議などの設置に至ることが重要になる。そのことによって組織内で情報や理念、方針などが共有されるとともに予算が確保され、各部門に繋がる事業者、学校、地域団体、社会福祉協議会などの多様なコミュニティの資源、情報を取り込むことができたり、反対にこのネットワークを利用し

て社会的イノベーションの普及を促したりすることができる。このような意図的で戦略的なネットワークの形成は今後自治体でも重視されるべきである。また行政組織においても、新たなコミュニケーション・チャンネルとしてフェースブックなどの SNS を利用することで従来以上に社会的イノベーションの普及を促したりすることもできる。

■コラム 「ケアプロ」について

健診を受ける機会の提供に貢献している企業の例として、自己採血による健診を行う「ケアプロ」というソーシャル・ベンチャーがある。このベンチャーは慶応大学の看護医療学部卒で看護師として東大病院に勤務していた川添高志氏が、経営コンサルタント経験を経たのち企画し、ビジネス・コンテストで優秀賞を獲得したプランを実現すべく起業したものである。東京・中野や東急横浜駅に常設店を構えながら、駅ナカやショッピングセンターなどに出張イベントに出かけ、職場健診の機会がない非正規社員や主婦・無職層などの健診弱者に健康診断が身近に受けられるサービスを提供している（田原，2013；村田，2014）。

ケアプロは保健所との協力関係を構築しており、ケアプロが自己採血による無料簡易健康チェックを行い、検査を受けた人に自治体の健康診断を案内するというコラボを行っている。

このケアプロの例は、健診弱者を減らし、生活習慣病を減らしたいという高い志と、優れたビジネス・モデルをもった社会的企業家の活躍が注目されがちであるが、保健所などとの協力関係を構築しながら社会イノベーションを実現しようという過程で、保健師、保健所が変革エージェントとして関与している例であり、保健師や行政には、このようなソーシャル・ベンチャーを探索し、協働のネットワークを築くという役割が期待される。

参考文献

- Burt RS (1987) "Social Contagion and Innovation: Cohesion Versus Structural Equivalence," *American Journal of Sociology*. 92: 1287-1335.
- Coleman JS, Katz E and Menzel H (1966) *Medical Innovation: A Diffusion Study*. Indianapolis: The Bobbs-Merrill Company.
- Iyengar R, Van den Bulte C, Eichert J, West B and Valente TW (2011) "How Social Networks and Opinion Leaders Affect the Adoption of New Products," *New Theories*. 3(1):17-25.
- Rogers EM (1962, 1971, 1983, 1995, 2003) *Diffusion of Innovations*. New York: Free Press（邦訳（2007）エベレット・ロジャーズ『イノベーションの普及』三藤利雄訳，翔泳社）。
- Valente TW (1995) *Network Models of the Diffusion of Innovations*. New Jersey: Hampton Press.
- Van den Bulte C and Lilien GL (2001) "Medical Innovation Revisited: Social Contagion Versus Marketing Effort," *American Journal of Sociology*. 106:1409-1435

- Van den Bulte C and Valente TW (2010) *Social Networks and Health: Models, Methods, and Applications*. Oxford: Oxford University Press.
- Watts DJ (1999) *Small Worlds: The Dynamics of Networks between Order and Randomness*. Princeton: Princeton University Press (邦訳 ダンカン・ワッツ (2006) 『スモールワールド——ネットワークの構造とダイナミクス』 栗原聡, 佐藤進也, 福田健介訳, 東京電機大学出版局)
- 谷本寛治, 大室悦賀, 大平修司, 土肥将敦, 古村公久 (2013) 『ソーシャル・イノベーションの創出と普及』 NTT 出版
- 田原慎介 (2013) 「File 7. 川添高志」宮地恵美, 飯森義徳編『慶應 SFC の起業家たち』112-133, 慶應義塾大学出版
- 中野勉 (2011) 『ソーシャル・ネットワークと組織のダイナミクス—共感のマネジメント』 有斐閣
- 西口敏宏 (2007) 『遠距離交際と近所づきあい——成功する組織ネットワーク戦略』 NTT 出版
- 村田智明 (2014) 『ソーシャルデザインの教科書』 生産性出版

第7原則

会社もお店も学校も巻き込んで、みんなでイキイキまちづくり。

「コミュニティづくりをめざす 健康以外の他部門との協働」 (コミュニティづくり)

教育・労働条件, 歩きたくなる環境づくりなど, 健康を主目的としない取り組みが, 健康に大きく影響している。イキイキとしたコミュニティや社会づくりをめざす人々との協働が, 結果として健康格差の縮小につながる機会を捉えることが重要である。

健康か幸福か

オタワ憲章には, 「健康というのは日々の暮らしの資源の一つであり, 生きるための目的ではない」と記載されている。健康の一步先にある最終目的は, 生活の質や幸せ (神馬, 2009) である。保健・医療専門職や政策担当者が健康の社会的決定要因への対応を考える時, 直接的には, 健康格差縮小や人々の健康の向上を目指しているが, 究極的な目的は, 人々の幸福である。

行政も経済も幸福のため

一方, 健康の社会的決定要因には, 地方自治体や教育・産業・都市計画などの多くの行政部門, さらには企業も関わっている。それらの目的もつまるところ人々・住民・社会の幸福の実現である。一見して健康を目的としない社会の中のさまざまな活動が, 健康の社

会的決定要因を通じて人々の健康や幸福に影響を及ぼしている。だとしたら、究極の目的が、実は同じであるということ相互に認識し、互いに協力して活動を行っていく方が、効率的、効果的に成果をあげることができるであろう。

コラムに示したように、まちづくりや商工・教育など健康以外の部門が、主目的とするまちづくり、公園や集会室整備、地産地消活動などに参加し協働することも、健康格差対策として重要で有効な機会になりうる。

健康格差の縮小はみんなの幸福のため

健康格差対策の根拠づくりを担う社会疫学者イチロー・カワチ（2013）は、所得格差の大きな地域においては、高所得の人であっても健康状態が良くないとしている。これは、所得格差の大きな地域においては、感染症や暴力、殺人などがよく起こり、治安が悪いため外で運動できず、余計なストレスがかかるなどのメカニズムによる。その他、所得格差の大きな地域では、互いの信頼感も醸成されず、協調活動が行われにくく、幸福度も低いとの報告もある（Oshio and Kobayashi, 2010）。

経済学をはじめとする社会科学や、数学、霊長類学のような自然科学も最終的な目的とするものは、真理の探究と同時に人類の幸福に貢献することである。それらの知見に学ぶと健康格差対策の意味を考える上で示唆を与えてくれる。

例えばゲーム理論（Poundstone, 1992 等）とは、数学者ジョン・フォン・ノイマンと経済学者オスカー・モルゲンシュテルンによって開拓され、複数のプレイヤー（主体）の意思決定が相互に依存しあう状況を数理的に分析する研究分野である。幸福を目的としていても、自分だけまたはある特定の人々の幸福を目的としている場合と広く人類社会や住民の幸福を目的としている場合とがある。こうした二つの考え方は対立するように見えて、集団の選択・利益を尊重することが個人の選択・利益と一致する場合があることが示されている。

また、霊長類の社会における平等性に関する研究（伊谷, 1985 等）も参考になる。ニホンザル社会を観察すると、雄の個体間に優劣の順位や格差がある。一方で、血縁関係では平等の原則がみられ、母性行動や子どもの甘えなど依存され依存する行動が見られる。平等な関係が非血縁の関係にも拡張されていることが、互いに行われる社会的な毛づくや同じ音声を発し合う挨拶などで確認される。また「遊び」の多くは、遊び仲間同士の順位格差が小さいほど成立しやすい。

このように、個人が社会の中で、順位を巡って対立し競争が行われ格差が拡大するだけでは、その勝者の健康や幸福も損なわれる。一方で、ゲーム理論は協調的な行動が個人の幸福追求においても合理的であることを示唆し、霊長類の間にも格差の悪影響を緩和する協調行動で平等性を保っていることが観察されている。

Win-Win 関係でコミュニティづくり

社会における種々の活動の中には、自分や自分たちだけの幸福や目的追求するものもあるが、その実現のためにも、みんなの幸福や目的を実現できるコミュニティやまちづくり、社会づくりという共通の方向性を見いだすこともできる。そこで一致できる人や部門、企業や学校などと協働した取り組みは、それらの人や組織を健康格差対策に巻き込むことにつながる。

それぞれの人や組織は、それぞれの目的を持っており、それに向けた活動であれば、協働しやすい。健康以外の部門と連携や協調行動をめざすとき、相手が健康以外を主目的としていても、それが大局的に見て健康格差対策につながることは珍しくない。健康目的を前面に出してつきあってもらったり、相手に犠牲を払ってもらったりする関係は永続性が無い。互いが協調することが、互いの利益になるような Win-Win の関係を築くことが重要である。イキイキとしたコミュニティやまちづくり、社会づくりという目標を共有できるさまざまな部門、組織、人々を巻き込んで、同じ方向に向けて協働していく必要がある。

■コラム 実践事例

(1) 花づくり活動

広島県佐伯区（広島市佐伯区, 2013）では、まちづくり百人委員会として、テーマごとに設けた部会で、参加者が意見を出し合い、区全体のまちづくりについて計画を立て、実践している。特に、「花部会」では、緑がふえる・健康・生きがい・交流・助け合いのために、区全体を植物公園にすることを目指した「街づくり、人づくり、地域づくり」を推進している。具体的な活動としては、樽鉢植樹や、花壇の植栽を実践している。

(2) 公園の整備

横浜市青葉区の美しが丘公園では、青葉区福祉保健課、青葉区区政推進課、青葉土木事務所の連携により、公園の改良工事が進められ、ウォーキングコースと芝生広場が整備された。これは、荒れてしまっていた公園について、地元自治会や商店街有志からの声をきっかけに、設計段階から区と住民と連携して進められた。ウッドチップによる散歩道の舗装は地域住民によって行われた（横浜市、2014）。

(3) 健康交流の家

愛知県東海市では、総務省系の事業である自治会集会室の整備と、厚生労働省系の事業である敬老の家の整備を合築として一体的に進めている。自治会等の会合、体操、趣味の会などで活用されており、それらの活動が活性化されている。

(4) 地産地消

埼玉県では、県庁職員食堂で、食育・地産地消の取組の一環として、地方職員共済組合

埼玉県支部，保健医療部健康長寿課，農林部農業ビジネス支援課，教育局保健体育課の連携により，「食育・地産地消フェア」を開催した．埼玉県産の食材を使い，食育に配慮した学校給食メニュー等を職員食堂で提供し，健康づくりに役立てている．

（５）子どもの貧困を考えるワークセット

幸重社会福祉士事務所（2014）は，子どもの貧困を考えるワークセットという教材を作成している．家族３年で月収 34 万円と 17 万円のケースの家計簿を作ってもらい，家計のやりくりの困難さや選択の余地の少ないことを実感してもらうワークセットである．貧困家庭の実情を肌で感じてもらうことで，その対策への理解者を増やすことが重要である．

参考文献

- Oshio T and Kobayashi M (2010) "Income Inequality, Perceived Happiness, and Self-rated Health: Evidence from Nationwide Surveys in Japan," *Social Science & Medicine*. 70: 1358-1366.
- Poundstone W (1992) *Prisoner's Dilemma : John von Neumann, game theory, and the puzzle of the bomb*. New York : Anchor Books (邦訳 ウィリアム・パウンドストーン (1995)『囚人のジレンマ——フォン・ノイマンとゲームの理論』松浦俊輔訳，青土社)．
- イチロー・カワチ (2013)『命の格差は止められるか——ハーバード日本人教授の，世界が注目する授業』小学館
- 伊谷純一郎 (1985)「霊長類の社会システムの進化—共存のための不平等原則と平等原則—」『社会・経済システム』(3):1-15
- 神馬征峰 (2009)「ヘルスプロモーションを超えて：健康か幸福か？」『日本健康教育学会誌』17(4):268-273
- 埼玉県 (2013)『食育・地産地消フェア』
<http://www.pref.saitama.lg.jp/a0001/news/page/news130606-12.html> (2015 年 3 月 17 日アクセス)
- 総務省『電子政府の総合窓口』 <http://www.e-gov.go.jp/> (2015 年 3 月 17 日アクセス)
- 広島市佐伯区 (2013)『佐伯区まちづくり百人委員会』
<http://www.city.hiroshima.lg.jp/www/contents/1369872464082/index.html>
(2015 年 3 月 17 日アクセス)
- 幸重社会福祉士事務所 (2014)『教材 子どもの貧困を考えるワークセット』
http://yukishige.jp/kouen_book.html (2015 年 3 月 17 日アクセス)
- 横浜市 (2014)『美しが丘公園、整備完了』
<http://www.city.yokohama.lg.jp/aoba/upimg/dukuri/kishahappyou.pdf>
<http://www.townnews.co.jp/0101/2014/11/20/260380.html> (2015 年 3 月 17 日アクセス)

■事例に見る健康格差対策の 7 原則——足立区糖尿病対策アクションプランに注目して

1. はじめに

本章の目的は、実際の取り組みの中で、どのように健康格差対策の 7 原則が使えるのかを解釈することによって、7 原則についての理解を深め、その応用への示唆を与えることである。注目する事例は、『足立区糖尿病対策アクションプラン』（足立区, 2014）である。

2. 足立区糖尿病アクションプランの経過

2-1. 背景

2013 年度に足立区は、区民の健康を維持増進させる礎となる「健康あだち 2 1（第二次）行動計画」（足立区, 2013）を策定する際に、過去 10 年間の実態分析からこれまでの総花的な対策が本質的な改善に至ることがなかったという認識に至り、対策の重点化を図ることとした（足立区, 2014, p.1）

2-2. 重点目標の設定

当時区内で実施されていた学術調査から、区民の間で健康状態の社会格差が明確に表れていることが指摘されていたこと、従前より区内地域でも社会経済的な差（生活保護受給率）によって健康状態に違いがあるという感触が現場から挙げられていたことなどを受け、健康格差が区内外でどのように存在するのか、まず事実を確認する作業が行われた。平均寿命などの基本的健康指標を比較したところ、足立区は全国平均や都内特別区の平均と比較し、平均寿命が 2 年短く集団の健康状態が下位に位置することが認識された。その一方、国民健康保険の診療費データの分析から医療費は近年上昇傾向にあり、なかでも「糖尿病」・「腎不全」が毎年上位にあり、糖尿病の一人当たりの医療費が東京都 23 区内でもっとも高いなどの課題が浮き彫りになった（足立区, 2014, p.1）。以上の数値をもとに、足立区が取り組むべき課題として糖尿病対策に重点を置くことが定められた。さらに特定健診データや学校保健統計、乳児健診受診母親へのアンケートなど、既存データの解析を行った結果、糖尿病予備群の受診率が低いこと、肥満・高脂血症などが中学生でも増えていること、地域により子どもの歯科衛生に差があることなども明らかになった。また区内で実施された学術調査などのデータから、20 代の若年者で肥満や野菜摂取不足などの問題が多いことも指摘された。

2-3. 対象の設定と目標の確認

以上を受けて取組の具体的対象層として、1）糖尿病未治療群・予備軍（有効な治療に結びつけ重症化を防ぐ）、2）20 代など若い世代（食生活習慣の改善）、3）子ども（食生活はじめ健康的な生活習慣の形成）の 3 つを設定した。このうち 1）は改善により直接医療費の適正化に資するものであるが、2）と 3）については長期的には医療費への影響も

期待はできるが、当面直接の目標はだれでもが良好な生活習慣を形成できる社会の実現、すなわち健康格差縮小が主たる目的であることが確認された。

2-4. 具体的対策の企画

具体的対策として、糖尿病重症化予防事業では国保加入者の健診受診率向上に向けた啓発に加え、未受診者への個別受診勧告、さらに区医師会や歯科医師会・薬剤師会との連携による未治療者の同定、アウトリーチ、指導などの体制作りを共同で模索することにした。区役所内では国民健康保険課が国保・特定健診データを解析し、未受診者の割合や分布などを同定し、問題のある層・地域などの特定・施策の効果モニタリング評価を行う体制を構築した。

一方、若い世代については昼間区内にいないものも多く、リーチが難しいことが課題となった。さらに無症状で健康に関する関心がそもそも低いことから、従前の情報提供による啓発運動では効果が上がらないことが予想された。そこで健康関心の有無によらず、だれでもが健康的な食生活を得られる環境づくりをすることに対策の重点を置くことになった。すなわち「足立区に住んでいれば自然と健康になる」環境づくりが目指された。

若い年齢の人たちが外食ないし中食が多いことを踏まえ、外食産業やスーパー・コンビニで、野菜を食べる機会を増やす運動を展開することが企画された。こうした活動は地域の産業、町おこしなどとも関連することから、政策経営部シティプロモーション課や産業経済部も巻き込んだ活動に展開していった。

その際、糖尿病予防・生活習慣改善を健康づくり課の目標として掲げつつも、野菜食の普及による経済効果などが重要な説得材料となった。例えば事前調査によれば全国平均より足立区民は一日 100 グラム野菜摂取が足りないことから、これを全国平均に押し上げる運動を展開した場合、年間〇〇億円の経済効果が見込める、といったようなものである。具体的には外食産業（特に居酒屋など若い世代が夕食をかねて飲食を行う場所）を訪問し、野菜をお通しで出すなどの「ベジタベライフ」事業への参加を要請した。またスーパー・小売店では一人前一食分の野菜サラダ商品や、若い主婦層などを対象とした店頭での野菜料理紹介などに協力する店舗、野菜の多いメニューを用意した食堂など、協力店舗を拡大し、区のホームページ上で紹介することとした（2015年2月現在協力店は600店舗に及ぶ）。

子どもに対しては、若年成人と異なり生活習慣の初期的形成時期にあることから、野菜を食べる習慣をデフォルトで形成させるために、給食に着目した。もともと2009年から足立区教育委員会には「おいしい給食担当課」が設置され、給食残菜を減らし環境配慮を進めると同時に、生徒たちの食に対する意識を高めるための教育が始められていた。そこで健康づくり課から教育委員会に対して「おいしい給食 野菜の日」を月一回設けることが提案された。子どもの肥満や高脂血症の増加などの問題は教育委員会でも認知していたところであり、この提案は比較的すぐ受け入れられた。地元青果市場や農協などの協力もあり、子どもたちが野菜を食べるきっかけを作り、野菜を用いたおいしい食事を普及させる

ため、子どもを通じて保護者に呼びかける運動にも展開しつつある。

3. 健康格差対策 7 原則から見た分析

足立区糖尿病アクションプランの取り組みは、健康格差縮小に向けた健康づくり運動であり、その中には 7 原則が機能していること指摘できる。

第 1 原則「健康格差を縮小するための理念・情報・課題の共有が必要」については、各種統計や調査から健康格差の存在を明らかにする作業を初期に実施し、健康格差の問題が区役所内で共通課題として認識された。首長の政治判断によって、健康対策＝格差対策・子ども対策・地域活性化対策へと広げるきっかけを生み、それらが首長のトップダウンによる理念や情報、課題の全セクターでの共有を促進した。

第 2 原則「貧困層など社会的に不利な人々ほど配慮を強めつつ、すべての人を対象にした普遍的な取り組み」では、未受診者について分析し、問題のある層・地域などを特定した施策を練ると共に、全区民を対象にした「足立区に住んでいれば自然と健康になる」環境づくりにも取り組んだ。重症化予防のために、治療継続になんらかの障壁を持つひとびとに配慮して、個別に受診を勧め、行政側から一歩踏み出たアウトリーチを行い、受診を妨げる課題を明らかにして対応を取るなどの取り組みをしている。一方、「おいしい給食」事業はすべての子どもに、好ましい食習慣を学ぶ機会を提供できる。また若年層について「ベジタベライフ」事業を通じて、健康意識の高低によらず、だれでも自然と野菜を食べる機会を得られるような環境整備を実施することで、格差の解消を図ろうとしている。

第 3 原則「胎児期からの生涯にわたる経験と世代に応じた対策」では、20 代など若い世代や子どもも重点対象に取り組んでいる。

第 4 原則「長・中・短期の目標（ゴール）設定と根拠に基づくマネジメント（PDCA）が必要」では、過去 10 年間の対策で改善に至らなかったことから、糖尿病対策や野菜摂取量を増やすことに重点を絞っている。その上で子ども対策という長期的な視点から、中間プロセスや要因に着目した多面的な計画を練り実行に移している。長期的には健康寿命の延伸・医療費の適正化が目指されるが、短期的には重症化予防など比較的すぐ医療費適正化に反映できるものもある。「ベジタベライフ」事業のようにすぐには健康影響として測定しにくいものもあるため政策の立案段階から実施手順と評価を計画している。知識の普及・野菜摂取などの食行動の変化、さらにはその格差の縮小という形で効果を測定することができるように、子どもを対象としたおいしい給食・野菜の日・歯科健診などの政策介入の効果を評価する小中学生を対象とした大規模調査を計画中である。めざす目標を明示しただけでなく、それが具体的にどう達成されるか、モニタリングと政策評価、そしてさらなる改善に向けたサイクルがうまく回るかが、今後のプロジェクトの実効性を左右することとなる。

第 5 原則「国・地方自治体・コミュニティなどそれぞれの特性と関係の変化を理解した重層的な対策」では、国における医療費適正化・メタボ対策・子育て支援・貧困対策など

の動きと同期しつつ、足立区固有の条件（都内特別区内での区民の健康状態のポジションや社会経済的状况など）を踏まえた首長による意志決定により、重点課題を設定している。

「足立区糖尿病対策アクションプラン」部会メンバーは区長のリーダーシップのもと、衛生部・政策経営部・子ども家庭部・学校教育部・地域のちから推進部などの部長クラスが招請された区役所を挙げたプロジェクトチームを形成している。そして一般区民に至る重層的な取り組みになっている。

第 6 原則「住民や NPO、企業、行政各部門など多様な担い手をつなげる」では、足立区の事例では、強いリーダーシップが多様な担い手をつなぐうえで重要な役割を果たしている。重症化予防・生活習慣改善・食習慣形成というライフコースや疾病ステージを意識して複数のターゲットを設定し、それぞれにおいて区役所・行政だけでなく、医師会をはじめとする民間組織や地元商店街や飲食店などとの官民協同を構築している点もユニークである。区役所内のセクター間を越えた横断的統合についても、健康づくりセクターから積極的なアプローチが、産業セクター・教育委員会など他部門になされている。

第 7 原則である「まちづくりをめざす健康部門以外の他部門との協働」も多数見られている。産業セクター・教育委員会との協働は生活習慣改善だけでなく、経済効果や学習効果といった、それぞれ相手のセクターで課題となる問題の解決にもつながる可能性を、数値なども含めたわかりやすいメッセージで示した点も、協同関係の構築に大きな役割を果たした。またこうしたセクター間での協同はまったくの新規事業として立ち上がったわけではなく、既存の事業をうまく組み込む形で新たな展開を作っている点も注目される（例えば、おいしい給食は、もともととはごみ・環境問題と食育が合体したところから始まっている）。つまり日頃から各セクターの取組内容について情報共有していたからこそできたことだと想像される。そして単に既存事業に便乗し目的を曲げているわけではなく、それぞれの事業目的を深く理解したうえで、双方の目的をより高いレベルで共有することができる共通課題の抽出に成功している。例えば地場産物の流通促進、地域商店の活性化、住民の生活習慣改善の共通軸に「野菜」を用いるのであって、野菜を食べること自体が究極的なゴールではない。まさに Win-Win によるまちづくり、コミュニティづくりである。

参考文献

足立区衛生部こころとからだの健康づくり課(2013)「もっと笑顔、もっと長寿 あだち元気プロジェクト 健康あだち 2 1（第二次）行動計画」

<http://www.city.adachi.tokyo.jp/kokoro/fukushi-kenko/kenko/documents/plan1021.pdf>

(2015 年 2 月 1 日アクセス)

足立区衛生部こころとからだの健康づくり課(2014)「足立区糖尿病対策アクションプラン【改訂版】あだち ベジタベライフ～そうだ、野菜を食べよう～」

<http://www.city.adachi.tokyo.jp/kokoro/fukushi-kenko/kenko/documents/action-plan-up.pdf>

(2015 年 2 月 1 日アクセス)

2014 年度自主研究事業「医療科学推進のための情報統合による知の構造化」
健康の社会的決定要因に関する国内外の調査研究動向

—健康格差対策の 7 原則 第 1.1 版（2015 年）—

第 III 部 資料編

＜始める＞ための原則

第 1 原則

日本にも縮小・予防すべき健康格差がある。知って、シェアして、考えよう

「健康格差を縮小するための理念・情報・課題の共有」（略称：課題共有）

■文献レビュー

1. Daniels N, Kennedy B and Kawachi I (2000) *Is Inequality Bad for Our Health?*, Boston: Beacon Press (邦訳 ノーマン・ダニエルズ, ブルース・ケネディ, イチロー・カワチ (2008) 『健康格差と正義——公衆衛生に挑むロールズ哲学』児玉聡監訳, 勁草書房)。

本書は、健康に関する規範理論を研究するノーマン・ダニエルズ, 社会疫学研究の代表的論者であるブルース・ケネディとイチロー・カワチらによる共著論文, それに対する論者のコメントとダニエルズらの応答, そして冒頭にこれらを総括した経済学者アマルティア・センによる「序」から構成される。

ダニエルズらの共著論文は、健康の社会的決定要因に関する実証研究と、ジョン・ロールズの規範理論とを架橋するものである。まず実証研究では、医療保険制度よりも「上流」、つまりもっと根本的原因であると推測される社会制度に着目することの重要性が指摘されている。例えば、ある社会における所得の相対的格差や社会経済的地位の格差である。このような社会格差と健康格差との間にある因果関係を厳密に実証することは困難であるが、社会格差から健康格差に至るもっともらしい経路のいくつかは特定できる。次にロールズの「公正としての正義」の理論に移ると、そこでは病気や健康について直接的に論じられていない。だが、その理論構成において、正義原理の契約当事者は完全に機能的なまま、ノーマルな人生を送ると想定している。この理想的想定は公衆衛生学と医学の目的と重なるため、保健医療の分配はロールズの正論論に従うべきものと考えられる。この規範理論から、幼児期の介入、栄養と労働環境の改善、政治参加を促進することにも通じる所得の再分配、という政策が導出される。以上から、正義にかなった社会では、健康格差は最小のものとなり、人々の健康状態は改善されるという結論となる。

ダニエルズらの共著論文に対して、大きな社会格差は健康によくないという点に関して論者の意見は一致していると言えるが、幾つかの異論もある。分析面では貧困と社会格差の差異を巡る論点や医療アクセス改善と社会格差是正の比較考量についての問いが提起され、政治的・実践的面では医療アクセスの改善に専念した方が、健康状態の改善を達成する可能性が高いことが主張された。

2. Wilkinson RG (2005) *The Impact of Inequality: How to Make Sick Societies Healthier*, New York: New York Press. (邦訳 リチャード・ウィルキンソン (2009)『格差社会の衝撃——不健康な格差社会を健康にする法』池本幸生・片岡洋子・末原睦美訳, 書籍工房早山) .

本書は、健康格差や健康の社会的決定要因に関する研究に基づいて、社会経済格差が個人と社会全体に対してどのような影響を与えるのかを論じている。第2章では社会関係のあり方が所得格差の大きさと結びついていることを示し、第3章では不健康や早死をもたらす個人レベルでの心理社会的リスク要因を論じ、第4章では不平等な社会ほど死亡率も高くなることを示す。第5章は不平等と社会階層の低さが人々の尊厳を損ない暴力が生じていく関連を示し、第6章では不平等と社会関係の質の関係性を論じ、第7章では強者への最大限の分配と力に基づく社会関係が序列化される考え方が人種差別と女性の低地位を生み出すことを示し、第9章では社会生活における欲求や社会組織の形態が人間の心理や生物学的機構にどう影響するのかを論じる。最後に第9章では、これまでの分析が明らかにしたものもが、政治目標である「自由、平等、博愛」の三つの次元と関わることを述べ、教育・公共サービスの充実や民主主義的な仕組みを組織や職場に持ち込むことなどの社会環境を改善することの重要性を説く。

■関連ウェブサイト

◆「健康の社会的決定要因 (SDH)」に関する WHO 主要文書の邦訳

http://www.who.int/kobe_centre/mediacentre/sdh/ja/ (2015 年 3 月 19 日アクセス)

◆健康の社会的決定要因に関する研究班

<http://sdh.umin.jp/> (2015 年 3 月 19 日アクセス)

◆日本老年学的評価研究

<http://www.jages.net/> (2015 年 3 月 19 日アクセス)

◆新学術領域「社会階層と健康」

<http://mental.m.u-tokyo.ac.jp/sdh/> (2015 年 3 月 19 日アクセス)

＜考える＞ための原則

第2原則

バラマキではなく、逆差別でもない、最善の方法は？ 困っている人ほど手厚く、でもみんなにアプローチ

「貧困層など社会的に不利な人々ほど配慮を強めつつ、すべての人を対象にした普遍的な取り組み」（配慮ある普遍的対策）

■文献レビュー

比例的普遍アプローチ：マーモット・レビュー（Marmot *et al.*, 2010）

健康の社会的決定要因アプローチの提唱者である英国の社会疫学者・マイケル・マーモットを代表とする「2010年以降のイングランドの健康格差対策のための戦略的レビュー（Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010）」グループは、健康の社会的決定要因に関して、これまでの文献やデータを網羅的にレビューし、今後、イングランドがどのように健康の観点からより公正な社会を実現すべきかについて、9つの提言を行った。これが「マーモット・レビュー」である。その4つ目に比例的普遍アプローチ（proportionate universalism）が提唱されている。同レポートでは「最も（社会的に）不利な立場にある集団のみに焦点を絞った対策を行っただけでは健康格差は縮小できない。健康の（社会経済的な）勾配を緩やかにするための活動は普遍的（すべての人を対象としたもの）でなければならない。しかし、対象とする集団ごとの社会的不利の度合いが強いほど活動の程度や力の入れ方を強めることが必要である。これを私たちは比例的普遍主義と呼ぶこととする（Focusing solely on the most disadvantaged will not reduce health inequalities sufficiently. To reduce the steepness of the social gradient in health, actions must be universal, but with a scale and intensity that is proportionate to the level of disadvantage. We call this proportionate universalism.）」と述べられている。

そのうえで、母子や成人、健康行動などそれぞれの課題について、どのように公正な健康を達成するかについて比例的普遍アプローチの立場から議論している。たとえば母子保健においては、貧困層をターゲットとした特別なプログラムがある一方で、すべての人を対象としている（普遍的・全体的である）ものとして「健康な子どもプログラム（Healthy Child Programme）」を例示している。すべての周産期の母親やその家族、および生まれてくる子どもが健やかに過ごせるように家族計画や保健の専門家が家庭訪問などをしながらサポートするプログラムである。

マーモットらは、このような普遍性・全体性はいくつかの点で重要であるとしている。まず、対象者が経済状況などによるスティグマ（差別感）を受けることがないため、そのようなサービスを受け入れる人の割合がとても高いことである。また、養育者との親密な関係は極めて重要であり、すべての人を対象としてそういった関係を保つためのサポートをすることで、生涯に渡る健康リスクを下げられる可能性があるとしている（97ページ）。

比例的普遍アプローチの根底には、健康状態と社会経済状況の関係には、どこかに閾値がある（それを下回ると不健康になるようなレベル）のではなく、連続的な勾配（gradient）

を持っている，という考えがある．これはマーモット・レビューの際立った特徴であるといえる．

弱者集団アプローチ：Frohlich and Potvin, 2008

マーモットの比例定期普遍主義に近い概念に，弱者集団アプローチ(vulnerable population approach)がある．これはローズの集団アプローチ（Rose, 1992）の“弱点”ともいえる部分を批判し，それを解決するための概念としてフローリッヒとポトビンが提唱したものである．

ローズの集団アプローチの主旨は次の通りである．（たとえば高血圧症など）ハイリスクな個人を対象としたプログラムを実施しても，ハイリスクな集団は集団全体における割合が少ないため，ハイリスク者を減らしても集団全体の健康状況の平均値が変化するほど大きな寄与的効果が得られないとし，そのため，集団全体のリスクレベルを低下させることによって，新たな疾病の発生を抑えることができるということである．

しかし，貧困など社会的なリスクを抱えている人ほど健康リスクも多いが，同時に健康に無関心である場合も多い．このことから，（健康行動の啓発キャンペーンなど）その方法によっては，集団アプローチは健康格差を拡大させてしまう恐れがある．そこで，社会的に不利な集団へとターゲットを絞った，いわば“狭義の”集団的アプローチを進めるべきであるというのが弱者集団アプローチの主張である．

このアプローチへの批判として，そのようなアプローチは制度的差別や個人のスティグマへの意識を助長する可能性がある．

なお，日本語の解説としては福田吉治によるものが利用できる(福田吉治, 2008)．

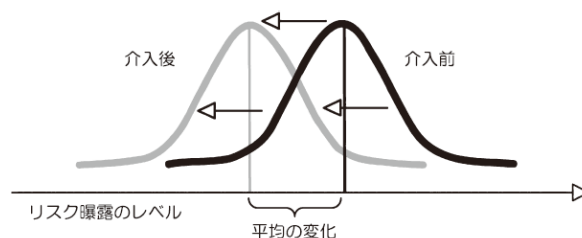


図1 ポピュレーションアプローチによる介入効果の仮説(1)。
集団のリスク曝露のレベルの変化は一様であり，介入前後でリスクの差は変わらない。

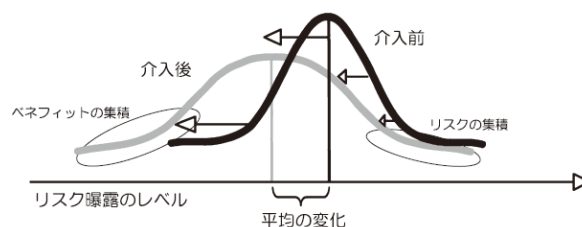


図2 ポピュレーションアプローチによる介入効果の仮説(2)。
集団のリスク曝露のレベルの変化は一様ではなく，介入前の曝露レベルの高い集団に比較して，介入前の曝露レベルが低い集団の変化が大きいため，曝露レベルの差は拡大する。介入の恩恵（ベネフィット）を受けやすい集団とリスクが集積しやすい集団（＝vulnerable population）が存在する。

出所：福田（2008,p.736）より抜粋

Benach, J., Malmusi, D., Yasui, Y., & Martinez, J.M. (2013). A new typology of policies to tackle health inequalities and scenarios of impact based on Rose's population approach. *J Epidemiol Community Health*, 67, 286-291.

Benach らは、上記 2 つを含むいくつかのアプローチを健康格差対策の観点からタイプ分けし、それぞれの政策事例を紹介しつつ論じている。そのまとめを表に記した。なお、その表は解説編の表 1 である。

その他の関連論文

- proportionate universalism に基づき S E S 関連の小児保健ニーズをモニタリングするためのツール(Maharaj et al., 2014)
- vulnerable population approach と同義の言葉で target population approach や directed population approach という用語が用いられる場合がある。ただし何を target とするかは社会的決定要因に必ずしも依存しないため、紛らわしい用語であり、定義も若干不明確である。Directed population approach は歯科保健でよく使われているように文献上見受けられる。関連する介入研究：(Sagheri et al., 2008)
- 普遍的・全体的なアプローチが健康格差も縮小させるか否かは、使用する格差指標に依存する。相対格差指標は普遍的・全体的アプローチにより縮小する傾向あり。喫煙率格差でケース研究(Zhu et al., 2010)
- 親のメンタルヘルスを事前に調べて親がメンタル不全を持つ小児をランダムに分け、親のサポートを含めた小児保健プログラムを展開する群と通常のプログラム群に分けて実験を行っている（弱者集団アプローチの事例）。(Spijkers et al., 2010)
- ヨーロッパのエビデンスに基づく II 型糖尿病予防ガイドラインでは、2 型糖尿病のリスクの中に社会経済要因をリストアップし、それを考慮したアプローチの必要性を述べている。また、対策のターゲット集団 target populations を、リスクの大きさに沿って優先順位づけをするべき、としている。リスクには S E S も含まれるため、vulnerable population approach を包含するガイドラインといえなくもない。(Paulweber et al., 2010)
- 小児の健康格差対策をねらいとした介入研究のシステマティックレビュー。23 の介入研究のうち、比例的全体アプローチに基づくものは 2 つ。ほかは target population approach であった(Morrison et al., 2014).
- その他、UCL Institute of Health Equity のレポートでは比例的全体アプローチに基づく推奨事項がテーマごとに紹介されている。

- WHO ヨーロッパ S D H と健康格差レビュー：ここでも比例的全体アプローチ
Proportionate universalism が主張されている (Marmot et al., 2012).

参考文献

1. Benach, J., Malmusi, D., Yasui, Y., & Martinez, J.M. (2013). A new typology of policies to tackle health inequalities and scenarios of impact based on Rose's population approach. *J Epidemiol Community Health*, 67, 286-291.
2. Exworthy, M. (2008). Policy to tackle the social determinants of health: using conceptual models to understand the policy process. *Health Policy and Planning*, 23, 318-327.
3. Frohlich, K., & Potvin, L. (2008). Transcending the known in public health practice: the inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. *Am J Public Health*, 98, 216 - 221.
4. Graham, H. (2004). Tackling Inequalities in Health in England: Remedying Health Disadvantages, Narrowing Health Gaps or Reducing Health Gradients? *Journal of Social Policy*, 33, 115-131.
5. Maharaj, V., Rahman, F., & Adamson, L. (2014). Tackling child health inequalities due to deprivation: using health equity audit to improve and monitor access to a community paediatric service. *Child: Care, Health and Development*, 40, 223-230.
6. Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., & Goldblatt, P. (2012). WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet*, 380, 1011-1029.
7. Marmot, M., Allen, J., Goldblatt, P., Boyce, T., McNeish, D., Grady, M., et al. (2010). Fair Society, Healthy Lives: The Marmot Review, strategic review of health inequalities in england post-2010. In M. Marmot (Ed.). London.
8. Morrison, J., Pikhart, H., Ruiz, M., & Goldblatt, P. (2014). Systematic review of parenting interventions in European countries aiming to reduce social inequalities in children's health and development. *BMC Public Health*, 14, 1040.
9. Paulweber, B., Valensi, P., Lindstrom, J., Lalic, N.M., Greaves, C.J., McKee, M., et al. (2010). A European evidence-based guideline for the prevention of type 2 diabetes. *Hormone and Metabolic Research*, 42 Suppl 1, S3-36.

10. Rose G (1992) *The Strategy of Preventive Medicine*, Oxford: Oxford University Press (邦訳 ジェフリー・ローズ (1998) 『予防医学のストラテジー』 曾田研二, 田中平三 監訳, 医学書院) .
11. Sagheri, D., Hahn, P., & Hellwig, E. (2008). The development of a directed population approach to tackle inequalities in dental caries prevalence among secondary school children based on a small area profile. *Central European Journal of Public Health*, 16, 65-70.
12. Spijkers, W., Jansen, D.E., de Meer, G., & Reijneveld, S.A. (2010). Effectiveness of a parenting programme in a public health setting: a randomised controlled trial of the positive parenting programme (Triple P) level 3 versus care as usual provided by the preventive child healthcare (PCH). *BMC Public Health*, 10, 131.
13. Zhu, S.H., Hebert, K., Wong, S., Cummins, S., & Gamst, A. (2010). Disparity in smoking prevalence by education: can we reduce it? *Glob Health Promot*, 17, 29-39.
14. 福田吉治 (2008). ポピュレーションアプローチは健康格差を拡大させる? vulnerable population approach の提言. *日本衛生学雑誌*, 63, 735-738.

第3原則

不健康・貧困・排除は生まれる前から始まっている。胎児期から老年期まで見て先手を打とう

「胎児期からの生涯にわたる経験と世代に応じた対策」 (ライフコース)

■資料 ライフコースについて

胎児期から小児期, 青年期, 壮年期, 高齢期に至るライフコースでどのような状況にさらされ, どのような経験をしたのかが, その後の健康に関連を示すことが明らかにされてきた。一方, 貧困研究において, その発生過程に着目した研究の中で, 社会的排除と呼ばれる概念も登場した。母子家庭には貧困世帯が多く, 教育を受ける機会が奪われると, 就職も非正規雇用になりやすい。住み込みの職に就いていた者では, 失業すると同時に住まいも職場での人間関係も失う。親族や地域, 職場など社会とのつながりも乏しくなり, 救いの手を伸ばしてくれる者もいなければホームレスとなりやすい。やがて引きこもったり, アルコール依存となったりする。このように社会からの排除を重ねれば, 社会経済的な不利が蓄積し, 健康に悪影響を及ぼすことは想像に難くない。

ライフコース疫学による主な知見

ライフコース疫学とは, 「胎児期, 幼少期, 思春期, 青年期およびその後の成人期にお

ける物理的・社会的曝露による成人疾病リスクへの長期的影響を分析する学際的な領域（Kuh et al. 2003）」である。Lynch ら（2005）は、198 もの論文をレビューして、成人期以降の一部のガン，冠動脈疾患，脳出血，2 型糖尿病などには，思春期・児童期・幼少期・胎児期の要因，さらには親世代の要因までもが有意な関連を示すと報告している。たとえば，冠動脈疾患には，思春期の肥満や血圧，児童期の発育不良や肥満，幼少期の食事や母親の愛情，胎児期の母親の健康状態などが関連を示す。

つまり成人期の健康は，成人期の生活習慣だけでなく，胎児期にまで遡るライフコースの視点が必要なことを示唆している。

ライフコースの要因が健康に影響する経路

ライフコースの要因が健康に影響する経路として 4 つのモデルが提示されている（Berkman et al. 2000 ; Kuh et al. 2003）。

第 1 は「社会的軌道モデル」あるいは「リスクの連鎖モデル」で，幼少期の社会経済的な不利が若年期の不利を，若年期の不利が壮年期の不利を，さらに壮年期の不利が高齢期の健康を規定するというモデルである。

第 2 の「累積効果モデル」は，ライフコースの社会経済的な不利による健康へ影響が蓄積されるというモデルである。

第 3 の「過敏期・潜在モデル」は，人生のある一時期が，特別に重要な意味をもつ過敏期や臨界期と呼ばれるものを指している。たとえば，母親への愛着や語学のヒヤリング能力，絶対音感などの獲得は，乳幼児期や小児期に臨界期があることが確認されている（近藤 2006）。このモデルが適合するものについては，その時期にこそ必要な環境の改善を図る必要がある。

第 4 の「社会経済状態の変化による効果モデル」は，小児期から壮年期までずっと貧困であったものより，壮年期までに貧困に転落したもののほうが不健康になるという，社会経済状態の高低そのものでなく，その変化が重要な危険因子というモデルである。

上述した仮説モデルを検証した報告が累積されてきている。一方で，研究の限界や今後能研究上の課題も指摘されている。例えばデータ収集上の問題として，自記式調査によるデータではバイアスが避けがたいことやライフコースという数十年にわたる長期間の多要因についての情報を把握すること自体が事実上不可能であることなどである。引き続き研究の蓄積が必要である。

ライフコースの視点からの介入の可能性

ライフコース疫学の知見に基づき海外では出生期や乳幼児期への支援強化策の重要性が認識されてきている。例えば WHO「健康の社会的決定要因委員会」では，健康格差の是正に向け「出生期から老年期までの日常生活の条件の改善」が勧告されている（World Health Organization Commission on Social Determinants of Health, 2008）。

幼少期に介入し，その後 10 年以上の長期にわたって追跡する研究が海外では行われている。それらによれば，総じて有益な教育効果を上げ，高校中退率が下がり，大学進学率が上がるなどの効果が報告されている。たとえば，1967 年から始まった就学前児童から低学年までを対象にした教育プログラムでは，児童の就学上の達成度だけでなく，生涯賃金の

増加や地域の犯罪の低下にもつながったという (Reynolds 2000). 教育歴や貧困など社会経済的要因が健康格差の要因であることから、ライフコースという長期的な展望に基づく幼少期からの幅広い政策介入が重要で、もっとも費用対効果が大きな投資だとされている (Knudsen, Heckman, Cameron, & Shonkoff, 2006).

参考文献

- 近藤克則 (2006) 「ライフコース・アプローチ；足が長いとガンで死ぬ？」『保健師ジャーナル』 **62**(11)：946-952.
- Berkman, L.F. & Kawachi, I. (2000) *Social epidemiology*. Oxford university press, New York.
- World Health Organization Commission on Social Determinants of Health (2008) *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health* (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf) 2015 年 3 月 31 日アクセス (抄訳 世界保健機関健康の社会的決定要因委員会『一世代のうちに格差をなくそう：健康の社会的決定要因に対する取り組みを通じた健康の公平性』日本福祉大学訳 http://sdh.umin.jp/translated/2008_csdh.pdf 2015 年 3 月 31 日アクセス) .
- Knudsen, E. I., Heckman, J. J., Cameron, J. L., & Shonkoff, J. P. (2006). "Economic, neurobiological, and behavioral perspectives on building America's future workforce". *Proc Natl Acad Sci U S A*, **103**(27): 10155-10162.
- Kuh, D. Ben-Shlomo, Y. & Lynch, J. *et al.* (2003) "Life course epidemiology: glossary". *Journal of epidemiology community health*. **57**(10): 778-783.
- Lynch, J. & Smith, G.D. (2005) "A life course approach to chronic disease epidemiology" *Annual Review of Public Health*, **26**: 1- 35.
- Reynolds, J. (2000) *Success in early intervention: the Chicago child-parent centers*. University of Nebraska Press.

■関連ウェブページ

1. 内閣府 子どもの貧困対策の推進
<http://www8.cao.go.jp/kodomonohinkon/> (2015 年 3 月 17 日アクセス)

＜動かす＞ための原則

第 4 原則

場当たりの効果が見えない、説明できない。目標と計画、根拠を持って進めよう
「長・中・短期の目標（ゴール）設定と根拠に基づくマネジメント」(PDCA)

■資料 米国 Healthy People2020 の目標採択基準

米国 Healthy People 2020 策定プロセスの特徴は、その「包含的」あるいは「協働的」な点にあると言える。関連する様々な人々、機関、そして一般の人々の意見も取り込んだことにより、非常に透明性の高い策定プロセスとなっている。こうしたプロセスを採択した

背景には、多様な公衆衛生上のニーズがあること、そして、10年間で目標を達成するためのチャンスを確実に掴むという狙いがある。また、策定後においても、これらの特徴・性質を継続させるため、リストサーブ（自動的にメールが配信されるシステム）などを利用したコンソーシアムの仕組みも作られている。

Healthy People 2020の主管は、米国保健福祉省であるが、策定の一連のプロセスにおいて、中心的な役割を果たしたのが、連邦省庁間作業グループである。この作業グループは、保健福祉省だけでなく、農業、教育、都市計画など、実に多様な省庁からメンバーが集められている。このメンバー構成も、Healthy People 2020策定プロセスの特徴と言える。

目標の設定においては、複数の主導機関（連邦省庁各部署）が草案を作り、その草案について、省庁間作業グループによるレビューが行われた。この際、以下の8つの目標採択基準が用いられた。

Healthy People 2020の目標採択基準

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">① 重要であり、様々な人々に理解されること② 予防や健康の向上に主眼がおかれていること③ 目標達成に向けた人々の行動を起こさせるものであること④ 有益で国の重要な問題を反映していること⑤ 測定可能で、様々な問題を扱っていること⑥ 継続的で、比較が可能であること⑦ 利用できる最高の科学的なエビデンスに基づいていること⑧ 社会的な格差に対処すること |
|--|

また、各目標について、妥当性・信頼性が高く、全国的な状況を代表するデータ及びデータ・システムが利用されるべきであるということも採択基準に記述されており、最終的に採択された600近くの目標それぞれが、

- ① 信頼できるデータ
- ② ベースラインでの測定値
- ③ 2020年までに達成されるべき改善（向上）ターゲット

を合わせ持っている。これら連邦省庁間作業グループのレビューと合わせて、パブリック・コメントと、長官諮問委員会からの答申が出され、最終的な目標が決定された。

目標項目の特徴として、多くが個人あるいはコミュニティにおける疾病や障害、早死を減らし、あるいは無くすための介入に焦点を当てている。また、他にも、

- ・健康格差を無くす
- ・健康の社会的決定要因に対処する
- ・良質医療へのアクセスを向上させる
- ・公衆衛生サービスを強化する
- ・健康関連情報の利用可能性や普及を向上させる

などといった幅広い問題に焦点を当てた目標が設定された。

Healthy People 2020 において、設定された 4 つの Goal の達成は客観的健康度 (General Health Status)、主観的健康度 (Health-Related Quality of Life and Well-Being)、健康の決定要因 (Determinants of Health)、健康格差 (Disparities) の 4 つの観点から評価される。

これらをより詳細に見ていくと、客観的健康度としては、寿命および 65 歳時点での余命 (海外との比較でベンチマーク)、健康寿命 (優良な健康状態で生きる年数/障害なく生きる年数/特定の慢性疾患に罹患せず生きる年数の 3 つの定義を採用)、早死による潜在的損失寿命およびその国際比較、死亡要因ごとの損失寿命、身体的あるいは精神的に不健康な日数、自己評価による健康状態、障害による活動制限が含まれている。また、主観的な健康度としては、Patient Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) Global Health Measure, Well-Being Measures, Participation Measures の 3 つの指標が採用されている。

健康の決定要因としては、政策 (Policymaking)、社会的要因 (Social factors)、医療 (Health services)、個人の行動 (Individual behavior)、生物学的特性 (Biology and genetics) の 5 つに分類されている。政策とは国・州・地域レベルでの法律・条例による規制などであり、社会的要因は教育、収入、社会的規範、社会的サポート、マスメディアやインターネットからのコミュニケーション、交通の便、地域の安全性、人種差別などの社会的環境や、気候風土、有毒物質への曝露といった物理的環境などが、医療についてはアクセス、コスト、保険加入、言語による不便性、ニーズとの乖離、予防の不十分さなどが、個人の行動としては食生活、運動、たばこ、アルコール、薬物の濫用、手洗いなどが生物学的特性として性、年齢、家族歴や特定の遺伝子の有無などが挙げられている。

また、健康格差を生む要因として、健康格差を生じる原因として、教育の質、食生活の質、居住環境の質と安全性、信頼性が高く安価な交通手段の有無、文化的な配慮のある医療者、保険の有無、清潔な水と空気存在などが挙げられている。

第 5 原則

国・自治体・コミュニティ…それぞれ得意なことは違う。国・自治体・コミュニティの強みを生かそう

「国・地方自治体・コミュニティなどそれぞれの特性と関係の変化を理解した重層的な対策」(重層的対策)

■ 詳説版

国・地方自治体・住民活動の違い

国による施策は強制力が強く、全国一律の対応として優れた側面をもつ。2006 年に施行された自殺対策基本法は、個人の問題とされがちであった自殺対策を行政の対応が必要な事項へと格上げし、自治体による自殺対策の実施を格段に促進させた。しかし、欠点もある。国の施策では全国一律の公平性が求められ、より厳格な枠組みに基づいて実施され、結果的に形式基準にはしり、現場の現状にそぐわない施策となる可能性もある。また、国

のほうが、官僚制が強く、Weber（1922）が指摘するように権限、階級制、専門性、公平性へのこだわりが、地方自治体よりも強い。結果的に、縦割り行政を生み、部門間の調整を要するため、柔軟性と迅速性に欠ける。

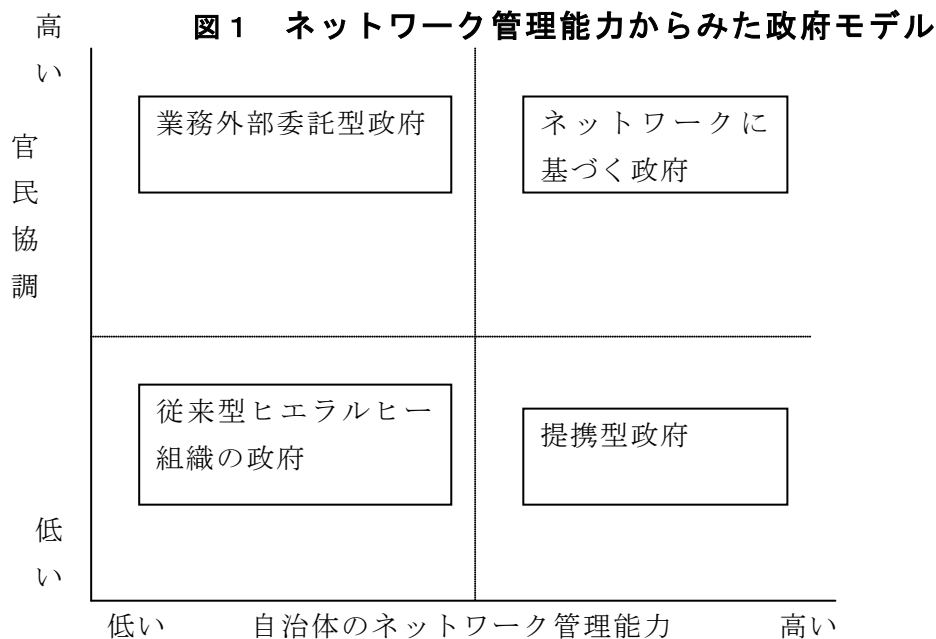
一方、地方自治体は、住民との距離が短く、国より更に柔軟かつ迅速な対応が求められてきた。稲生（2010）は、この違いを、「自治体組織は、環境との関係からみると、国と比較してオープンな組織である。」と表現している。国では対外的な対応の窓口を絞ることが可能であるが、自治体では住民に近い分、「ほぼすべての構成単位が、潜在的に対外交渉を受けて立つことを求められる可能性を持つ」。また、「個々の職員が、相当な裁量権を持って住民に対応し」「意思決定は、外部環境と近接したところで即時即応的に行われうる。」ただし、国より公平性原則が緩く、かつ対外的にオープンであることは、外部からの監督も国より強く求められているということでもある。しかし、どのように優れた施策であっても自治体の枠を超えることはできず、かつ自治体内での公平性の原則に縛られている。

地域住民による活動は自治体の枠を超えて実施することが可能であり、かつ、公平性が担保される必要がないため、自治体によるサービスよりもさらに迅速に提供することが可能である。しかし、公平性が担保されていないため、国・自治体からの支援を受けにくい。たとえ国・自治体からの財政的支援をうけていても、公平性の観点から持続的な支援を得るのは困難で財政基盤の脆弱性が問題であった。このため、地域住民や NPO などによる活動は質の維持が難しく、これも地域住民や NPO 活動の問題であった。

つまり、国・自治体と地域活動団体の三者が互いに協力するというインセンティブに欠け、互惠的發展が生じにくかった。

ネットワークに基づく政府

しかし、近年、国と地方自治体ともに、政府としての形態が大きく変化しつつある。Goldsmith and Eggers（2004）は、政府の形態が公共サービスを自ら提供する従来型のヒエラルヒー組織から民間によるサービス提供を活用するネットワークに基づく政府へ変質していることを指摘し、政府が官民協調とネットワークの管理能力を持つことの重要性が増しているとした。政府の財政難に起因するものであり、同様の問題を抱えるわが国でもネットワークに基づく政府への変化が生じつつある。福島（2014）によれば、「地方分権推進法」や「地方分権一括法」により「自治体に対する中央政府の関与は大幅に廃止・緩和され、自治体は中央政府のコントロールから解放され真の地方自治を進める環境が整ったのである。」「住民の高度で多様なニーズに対応するためには、住民に最も身近な自治体において、「自己決定・自己責任」により行政サービスが提供され、地域の創意工夫により個性豊かな分権型社会が構築される必要があるとされたのである。」（福島，2014；p.54）これは、公共サービスの提供主体が政府・自治体自身から民間の企業や住民活動による NPO などへとってかわるものであり、企業や住民活動を政府の出入り業者や下請けとして管理するのではなく、対等なパートナーとしての関係を構築していくもので、現場の声を重視するという側面からはむしろ望ましい変化である。



(出所) Goldsmith and Eggers (2004) p. 20 (筆者訳)

国・地方自治体と地域住民間の新たな信頼構築

公共サービスの新たな担い手である企業や住民と政府が対等な関係を築くためには、従来からの政府セクターのガバナンスの原理を出入り業者・下請けに対する規制から、相互依存と対等な力関係へと変える必要がある。このためには、組織間の信頼関係の新たな構築が必要になる。若林（2006）によれば、組織間の協力関係は、制度に対する信頼、相手の組織の能力に対する信頼、意図に関する信頼、という形で発展するとしている。ネットワークに基づく政府も公共サービスの提供主体である企業や NPO などこうした信頼を構築しなければならない。換言すれば、国や地方自治体が上部機関であり、企業や住民はその下部機関とする考え方は捨てなければならない。逆に、健康格差対策も民間の企業や住民活動の潜在力を生かしていくものでなければならない。行政と住民との関係を基本的に逆転させてみる必要があるが、そのためには地域と住民がもつソーシャル・キャピタルの理解が重要である。

地域のソーシャル・キャピタルをよく理解する

公共サービスの新たな担い手である企業や住民と政府が対等な関係を築くためには、行政と住民との関係が逆転するが、この変化に対応するには、地域と住民がもつソーシャル・キャピタルの理解と活用が重要である。人びとの協調的な行動を促す信頼・互酬性の規範・ネットワークをソーシャル・キャピタルと呼んでいる。①個人レベル、②コミュニティレベル、③そして広く社会全般への対応の3段階で、個々のコミュニティは独自の歴史と文化を反映したソーシャル・キャピタルをもつ。有効な健康格差対策は、それぞれのコミュニティにより異なる。議論はあるが、多くの識者がソーシャル・キャピタルと健康との正の関連を指摘している。たとえば、近藤（2014, pp.137-142）はソーシャル・キャピタルと主観的健康感と犯罪、格差などとの相関を指摘している。また、カワチ（2013, pp.124-146）

はコミュニティのソーシャル・キャピタルが死亡率ともかかわっていると指摘している。個人間のネットワークがコミュニティの内外でともに密であり、コミュニティ内の信頼と互酬性の規範が高く、まとまりがよく、コミュニティの外の社会全般に対する一般的信頼や一般的互酬性（相手を特定しないお互い様の規範）が高い地域は住民による健康活動への受容性が高いかもしれない。健康格差対策の効果も、地域におけるソーシャル・キャピタルによって大きく異なるかもしれない。

ネットワークは個人や組織の間を結び、そのネットワークのあり方が地域全体の規範や信頼にも影響する。また、教育は社会全体への信頼を育む、格差の拡大は人々の間のネットワークを壊す。過去の歴史や文化をも反映し、個人レベルでのネットワークのあり方、コミュニティレベルでの規範や信頼、そして広くマクロレベルである社会全般に対する信頼や規範、の3段階で、コミュニティはそれぞれ独特のソーシャル・キャピタルをもち、それが街の個性でもある。ミクロレベルの個人のもつネットワークのあり方が、メゾレベルのコミュニティにおける信頼やお互い様の規範を形成するし、マクロレベルの社会全般への信頼や規範は幼少期の教育や社会全体の安定度などからも影響を受ける。個々人の顔が千差万別であるのと同様にコミュニティのソーシャル・キャピタルも多様である。全国一律の施策を紋切型に個々のコミュニティのソーシャル・キャピタルを無視して強制しても実効性がともなわない。

行政の対応は地域のソーシャル・キャピタルに応じて異なる

健康づくりの会を開催しても常連の、しかも、健康な人しか参加しない。本当に健康づくりが必要な人に行政のメッセージが届かない。そうした状況を打破するために地域のソーシャル・キャピタルを利用しなければならない。しかし、その対応はそれぞれのコミュニティにおけるソーシャル・キャピタルに応じて異なる。

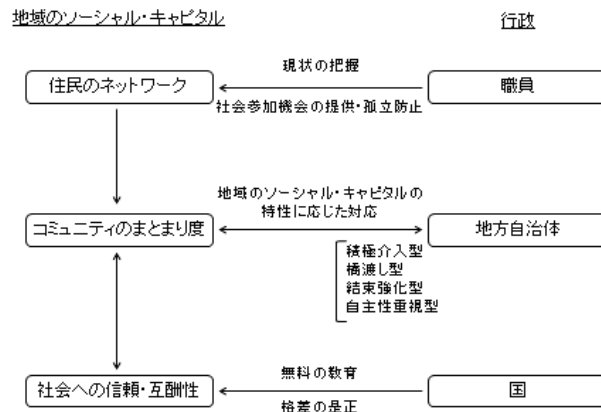
すでに、地域で豊かな人間関係が形成されているコミュニティでは、行政は介入をできるだけ避け、住民の代表を通じて、情報提供や行政からの依頼をすればそれで済むケースもある。静岡県的小山町は、国保の支払いが倍増した中島地区に住民運動による改善策を促し成果を上げた。米山（2013）は「（小山町の）国保の1人当たり医療費の推移をみると、2005年度から2011年度の伸び率は1.0985で、静岡県平均の1.2504と比べ抑制されています。」（p.644）と述べている。

しかし、そもそも大都市などの住民間のネットワークが希薄なところや壊れてしまっている可能性が高いところでは、行政が住民同士の出会いの場の設定も含めて積極的な介入が必要になる。高木（2013）によれば、70万都市である岡山では行政主導ではなく住民主体の健康づくりのため、行政が地域住民と専門家との間の橋渡し役を担っている。森林・末吉（2014）によれば、浦安市では、環境、福祉、防災、学校支援などをテーマに、「出会い」「気づき」「担い」の3種類に授業科目群をわけたうらやす市民大学が設けられ住民主体の活動の苗床を提供している。

また、住民同士のネットワークは緊密だが、コミュニティの外とのつながりが弱い場合は、行政はコミュニティと外部との橋渡し役となることが求められる。徳島県の上勝町では、行政がつまもの市場を醸成し、生産者である高齢者と市場を結びつけ、社会参加の機会を創出する第三セクターを設立して効果を上げた（稲葉、2013）。

逆に社会全般への信頼や規範は、全国一律で中央政府の施策が必要になる。また、コミュニティレベルのソーシャル・キャピタルは地域における教育などコミュニティ外とのネットワークを行政が意識して広げてあげる必要がある。また、地域におけるソーシャル・キャピタルの蓄積や形成能力は男性のほうが劣る。男性には第二の人生に入る前から地域でのネットワーク構築の機会を行政が意識して提供し、地域に溶け込めるようにすることも必要かもしれない。

図2 地域におけるソーシャル・キャピタルの3層構造と行政の対応



ソーシャル・キャピタルは行政の部門間の相互補完を促す

地域におけるソーシャル・キャピタルの現状を理解することは、行政と住民活動との間に対等な関係を作り出すだけではなく、住民の側からみた行政へのニーズの所在を明らかにして、行政の縦割りを是正し組織間の連携を促す。健康づくりは、医療や社会保障だけではなくまちづくりまでも関連してくるかもしれない。ソーシャル・キャピタルの視点からみると、縦割り行政の部門別の対応を超えた行政内部の部門間の提携の必然性がみえてくる。須賀川市では保健福祉部のワンフロア化を実施し、保健と福祉の「課を越えての横断的な業務の連携を図れる」ようにした（有馬，2014；pp.869-870）。新潟市は市の自殺総合対策として自殺対策実務者ネットワークを立ち上げた（青柳，2014）。和歌山県御坊保健医療圏では保健所が圏内の1市5町と関連団体のネットワーク形成のハブとなった（野尻・山本 2013）。これらの事例はいずれもソーシャル・キャピタルの観点を取り入れると縦割り行政を乗り越える必然性がみえてくる例であろう。

ソーシャル・キャピタルの弊害も理解する

しかし、ソーシャル・キャピタルは人の心の問題にも立ち入る側面がある。既存の人間関係がマイナスになることも十分にありうるので、そうしたソーシャル・キャピタルを断ち切ることも必要になるかもしれない。また、人の心に立ち入ることは、行政になじまない側面もある。だからこそ、ソーシャル・キャピタルは健康、災害対策、自殺対策など行政の介入について大義名分がたつ分野を中心に議論がなされていることも留意しなければならない。

豊かなソーシャル・キャピタルは人々に生きがいを提供できる

たとえ健康でも、孤独でやることがなければ意味がない。人と人との絆であるソーシャル・キャピタルを理解することは、生きがいをどう提供するかを考える機会をも提供する。

国や自治体が住民・NPO 活動を利用するインセンティブは従来希薄であったが、今日、国と自治体の財政難から住民・NPO 活動に依存せざるを得ない状況となっている。健康格差対策を講じるにあたっては、国、地方自治体、住民や NPO などによる活動、それぞれの得失と地域における文化・歴史を反映したソーシャル・キャピタルの違いを理解した上で、それぞれのレベルでの取り組みを有効に組み合わせる、重層的な対策が必要である。

参考文献

- 青柳玲子 (2014)「セーフティネット構築に向けた民間団体との協働 新潟市の自殺対策におけるソーシャル・キャピタル醸成」『保健師ジャーナル』 Vol.70, No.11, 1000-1007 頁.
- 有馬喜代子 (2014)「地区担当業務を優先した体制整備で家庭訪問の充実を図る 須賀川市の取組」『保健師ジャーナル』 Vol.70, No.10, 867-871 頁.
- 稲葉陽二 (2013)「高齢者の社会参加で医療費低減 徳島県上勝町のケース」『保健師ジャーナル』 Vol.69, No.06, 462 -466 頁.
- 稲葉陽二 (2007)『ソーシャル・キャピタル 「信頼の絆」でとく現代経済・社会の諸課題』日本生産性本部.
- 稲生信男 (2010)『協働の行政学 公共領域の組織過程論』勁草書房.
- イチロー・カワチ (2013)『命の格差はとめられるか——ハーバード日本人教授の、世界が注目する授業』小学館.
- 近藤克則 (2010)『「健康格差社会」を生き抜く』朝日新書.
- 高木由里 (2013)「住民組織支援の中で保健師の果たす役割 岡山市におけるソーシャル・キャピタル醸成」『保健師ジャーナル』 Vol.69, No.04, 268-274 頁.
- 野尻孝子・山本喜美代 (2013)「保健所と市町村が協働で推進する圏域健康増進計画「健康日高 21」 和歌山県御坊保健医療圏における 13 年間の取り組み」『保健師ジャーナル』 Vol.69, No.09, 720-726 頁.
- 福島康仁 (2014)「自治体間競争と社会関係資本論」辻竜平/佐藤嘉倫 (編著)『ソーシャル・キャピタルと格差社会 幸福の計量社会学』東京大学出版会, 53-71 頁.
- 森林友佳子・末吉由季 (2014)「市民との協働で進める高齢者が元気なまちづくり 浦安市における市民大学が担う「いきがい」づくり」『保健師ジャーナル』 Vol.70, No.02, 142-148 頁.
- 米山民恵 (2013)「食育はまちづくり 小山町「レッツ 5 食育プラン」の計画づくりから評価までの視点」『保健師ジャーナル』 Vol.69, No.08, 638-645 頁.
- 若林直樹 (2006)『日本企業のネットワークと信頼:企業間関係の新しい経済社会学的分析』有斐閣.
- Goldsmith, S. & William D. Eggers (2004) *Governing by Network: The New Shape of the Public Sector*, Brookings Institution Press.
- Weber, M (1922) *Wirtschaft und Gesellschaft: Grundriss fur Sozialökonomik*, Tuebingen:

J.C.B.Mohr(Paul Siebeck) (抄訳 マックス・ウェーバー (2012)『権力と支配』濱嶋朗訳, 講談社) .

■関連ウェブサイト

・株式会社いろどり (徳島県上勝町で「つまもの」を販売)
<http://www.irodori.co.jp/> (2015 年 3 月 30 日アクセス)

第 6 原則

縦割りはイノベーションの壁である。縦割りを超えて広げよう

「住民や NPO, 企業, 行政各部門など多様な担い手をつなげる」(縦割りを超える)

■文献レビュー

1. SDH に接近する際には、(農村) 社会学, 一般社会学, マーケティング, 公衆衛生学, コミュニケーション学など学際的な領域にまたがる研究分野であるイノベーション普及 (diffusion of innovations) 学というアプローチが役に立つ。「イノベーションの普及」とは, 新しいものが, コミュニケーション・チャンネルを通じて, 時間の経過とともに, 社会システムの成員の間に伝達される過程である。このテーマは (Rogers, 1962, 1971, 1983, 1995, 2003) が版を重ねる教科書的な名作に要約している。彼はこの分野のパイオニアであり, 初期の版においてイノベーションの採用者のカテゴリーとその分布, 普及の S 字曲線を定式化し, 多くの分野で利用された。後期の版では, 社会ネットワーク分析によって検証された結果や自らの韓国での避妊薬の普及研究などを踏まえ, オピニオン・リーダーの役割と社会ネットワーク構造と普及速度などに関する諸命題を定式化した。

*E.M.Rogers (1962, 1971, 1983, 1995, 2003) *Diffusion of Innovations*. New York: Free Press.

なかでも医療イノベーション研究 (medical innovation study) という医療分野, 中でも薬品や医療方法が医師の間で普及していく様を研究する分野は社会ネットワークとの関係性を問題にする。これは Coleman らの (1966) の抗生物質テトラサイクリンの普及研究を嚆矢とし, 医師の間の社会ネットワーク (ソシオメトリック) データが取られ分析され, 医師の間の高い凝集性が新薬の普及に貢献していると結論付けられた。その後, 同じデータを利用し Burt (1987) は「構造同値性」が普及に関係するという説を唱えた。また Valente は新薬を採用する個人の異なる採用閾値も関係しているとし, ネットワーク閾値モデルを提唱した。しかし Van den Bulte (2001) らはマーケティング・データを補完して, ネットワークではない, 雑誌の広告効果を強調した。

Van den Bulte と Valente ら (2012) は「口コミ」ネットワークと医師の新薬普及について研究し, 中心的ポジションのリーダーシップを強調した。

また Valente (2010) は医療イノベーション研究を含む公衆衛生と社会ネットワークの関係について体系化した書を出している。

*James S. Coleman, Elihu Katz, and Herbert Menzel. (1966) *Medical innovation: A diffusion study*. Indianapolis: The Bobbs-Merrill Company.

*Burt, R. S. (1987), "Social Contagion and Innovation: Cohesion Versus Structural Equivalence." *American Journal of Sociology*, 92: pp.1287-1335.

*Valente, Thomas W. (1995) *Network Models of the Diffusion of Innovations*. New Jersey: Hampton Press.

*Van den Bulte, Christophe and Gary L. Lilien (2001), "Medical Innovation Revisited: Social Contagion Versus Marketing Effort", *American Journal of Sociology*, 106, pp.1409-1435.

*Raghuram Iyengar, Christophe Van den Bulte, John Eichert, Bruce West, and Thomas W. Valente (2012) How social networks and opinion leaders affect the adoption of new products. *New Theories*, Vol. 3, No. 1, 2011, pp.17-25.

*Van den Bulte, Christophe and Thomas W. Valente (2010) *Social Networks and Health: Models, Methods, and Applications*. Oxford University Press.

2. 橋本 修二ら (2014) で日本一とされた浜松市（と静岡）住民の長寿の理由として、研究分者の橋本や尾島は、新聞記事やNHK放送番組などでは「気候の温暖さ」とともに「就業率の高さ」＝「職の重要性」を挙げている。

*橋本 修二ら (2014) 『厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）健康寿命の指標化に関する研究 『健康日本 21（第二次）等の健康寿命の課題ー』

*村田智明 (2013) 『ソーシャルデザインの教科書』生産性出版。

*世古一穂 (2007) 『コミュニティ・レストラン』日本評論社。

3. 社会ネットワーク構造と普及の速度について、Rogers and Kincaid(1981)は、韓国での家族計画の普及についての研究から、クリークで綺麗に分断された社会ネットワーク構造を持った村の方が、分断されていない村に比べて避妊薬の採用速度が速かったことを示した。これは Rogers (2003) でも定式化されている。

*Rogers, E.M. and Kincaid, D.L. (1981) *Communication Networks: Toward A New Paradigm for Research*. New York: Free Press.

*Rogers, E.M. (2003) *Diffusion of Innovations*. New York: Free Press.

■関連ウェブサイト

・ケアプロ株式会社

<http://carepro.co.jp/> (2015年3月30日アクセス)

第7原則

会社もお店も学校も巻き込んで。みんなでイキイキまちづくり

「コミュニティづくりをめざす 健康以外の他部門との協働」 (コミュニティづくり)

■ 詳説編

健康か幸福か

世界保健機関（WHO）が 1986 年に発表したヘルスプロモーションのためのオタワ憲章には、「健康というのは日々の暮らしの資源の一つであり、生きるための目的ではない」と記載されている。健康の一步先にある最終目的は、生活の質、生命の質、Quality of Life（QOL）、生きがい、幸せ（神馬，2009）なのである。健康の社会的決定要因への対応について、直接的には、健康格差の縮小や、人々の健康の向上を目指しているが、究極的な目的は、人々の幸福であるといえよう。なお、幸福や、幸せについては、福祉、厚生、生活満足度という言い方や前述のようなさまざまな表現がある。英語においても、well-being, welfare, happiness などの複数の言葉がある。それぞれ、詳細な概念や測定方法などは異なるが、究極の目的として考えた場合に、概ね同じことを指していると考えられることができる。

行政も経済も幸福のため

地方自治法第 1 条の 2 に、「地方公共団体は、住民の福祉の増進を図ることを基本として、地域における行政を自主的かつ総合的に実施する役割を広く担うものとする」と定められており、言い換えれば地方自治体は住民の幸福を目的として存在している。上宮（2004）は、「すべての科学の目的は幸福であり、経済学の目的は幸福の手段としての富である」と述べている。法律的にも、例えば商工会議所法第 6 条では、「商工会議所は、その地区内における商工業の総合的な改善発達を図り、兼ねて社会一般の福祉の増進に資することを目的とする」と規定されている。電子政府の総合窓口による法令検索を利用して、最終的な目的として福祉であると規定している法律を検索した結果の抜粋を表 1（24 頁）に示す。このように、一見、直接的には福祉とは異なる分野の多くの法律が、究極の目的として人々の幸福であることを掲げている。

社会の中では、健康、福祉、教育、産業、都市計画などの多くの部門、また自治体などの公的部門や NPO や企業など民間、そして専門家や一般住民や住民グループなどさまざまな人々がさまざまな活動を行っている。それらの多くの活動の究極の目的は、健康分野の活動の目的と同じなのである。また、健康を目的としない社会の中のさまざまな活動が、人々の健康や幸福に影響を及ぼしている。だとしたら、互いに協力して活動を行っていく方が、効率的、効果的に成果をあげることができるであろう。また、そのためには、究極の目的が、実は同じであるということを互いに認識することが重要であるといえよう。

自分の幸福かみんなの幸福か

社会の多くの活動が究極的には幸福を目的としているとしても、広く人類や住民の幸福を目的としている場合と、自分だけまたはある特定の人々の幸福を目的としている場合とがある。この 2 つの考え方について、どのように折り合いをつけられようか。

（１）戦争

トマス・ホブズは、各人の利己的な欲求が支配的であるときには戦争を引き起こすが、

同じく自己保存という利己的な欲求から平和を求めるときには道徳的区別をすると記しており、それが commonwealth（共和国）の設立につながっている（有泉正二，2002）。現在も絶えず地域紛争が起きているが、その当事者達の幸福の実現からは遠ざかっているように見える。みんなの幸福をめざすことで、自分の幸福が実現できると考えられる。

（２）囚人のジレンマ（prisoner's dilemma）

1950年に米国ランド研究所のメルル・フレッドとメルビン・ドレシャーが発見したもので、ゲーム理論や経済学での重要概念の一つである。囚人AとBのそれぞれに司法取引が提示される。2人とも自白しない場合には軽微な罪で起訴し、ともに1年の禁固刑。自分だけが自白するとすぐに釈放されて刑は0年となるが、もう一人は3年の禁固刑。2人とも自白すると、両者とも2年の禁固刑となるというものである。2人の刑期の合計が最も短いものという視点でみた場合には、2人とも黙秘して1年の禁固刑になるのが最も得である。しかし、2人が、相談したり、圧力をかけたりできない状況の場合、互いに協調する方がよい結果になることが分かっているにもかかわらず、相手を信じることができないと裏切りあってしまう（Poundstone, 1992）という話である。ゲーム理論に基づく実験経済学では、そのような想定ของเกมを実際に行い、どのように意思決定するかを観察することなどが行われる。囚人のジレンマに陥って互いに裏切りあうことを避けるためには、緊密なコミュニケーションをとることで、互いにとって最適な答えをみつけることができると考えられる。

（３）ただ乗り（free ride）

囚人のジレンマを2人ではなく、多人数で考えると、ただ乗りのジレンマの問題が発生する。深夜、地下鉄の改札口に誰もいない場合、切符を買わずに改札機を乗り越えて乗車したらどうなるか。一人が切符を買わなかったからといって、地下鉄の財政が破綻することはないし、一人くらい乗客が増えたからといって営業にかかる費用が増えるわけでもない。しかし、みんながそのように考えたら、地下鉄の運行ができなくなってしまう。ただ乗りのジレンマは、商品やサービスの代金の支払いについて監視が無い場合や、支払いを徹底することが困難な場合に生じる。税金は、国がただ乗りのジレンマを回避するひとつの方法である（Poundstone, 1992）。

（４）おうむ返し（tit for tat）

前述の囚人のジレンマゲームについて、1回毎に相手がどのような判断をしたかを知った上で、繰り返すという研究が進められた。1980年にミシガン大学のロバート・M・アクセルロッドが、さまざまな戦略を公募し、総合的に最も勝ち残るのはどのような戦略であるかをコンピュータシミュレーションによって実験した。その結果、「1回目は相手に協調し、その次からは、前回、相手が協調したか、裏切ったかによってそれと同じ判断をおうむ返しで行う」という戦略が最も勝つということが明らかになった（Poundstone, 1992）。人から裏切られることを避けたいと考え、協調行動をとることが有利であることになる。生存競争を生き残っている生物においても、そのような行動パターンが報告されている。

（５）霊長類における行動

人間はどのような行動をとるように遺伝子に組み込まれているのかを考える上で、他の生物や特に霊長類の研究が参考になる。伊谷（1985）は、ニホンザル（宮崎県幸島(こうじま)、大分県高崎山など）、チンパンジーなどの観察結果や文献に基づき、霊長類の社会における平等性について解説している。ニホンザルの観察から、雄の個体間に優劣の順位がある。一方で、血縁関係では平等の原則がみられ、母性行動や子供の甘えなど依存され依存する行動が見られる。それが非血縁の関係にも拡張される。同じ音声を発し合う挨拶など平等な関係が見られる。また「遊び」の多くは、遊び仲間同士が対等であることを建前として成立している。レスリングなどの遊びにおいて、優位者が追われ劣位者が組み敷くといった虚構の世界が繰り広げられることがある。遊び相手の選択は、順位格差が小さいほど対等の立場に立つのに好都合である。一方で、成雄と子供の間に遊びが見られることがあり、これは子守り行動と呼んだ方が良いかもしれない。社会的な毛づくろいも平等に互いに行われ非血縁間の関係を維持する重要な媒体となっている。このように、霊長類の群れの中においては、順位を確定するための競争が行われる一方で、協調的な行動が行われている。

（６）協調行動に向けて

自分の幸福とみんなの幸福を比較した場合に、自分の幸福の方が優先であるというのが偽らざる本音かもしれない。一方で、各人がそれぞれ短期的な自分の幸福のみを考えて行動した場合には、戦争が起こり、しっぺ返しをくらうなど、決して自分の幸福にはつながらない。そのため、みんなの幸福に向けての協調行動を有る程度とるように人間はできているといえる。

現実社会の活動は一回限りや短期的なものではなく、長期的に営まれていくものである。そこで、連携や協調行動をとるときには、相手に犠牲になってもらったり、いやいやつきあってもらったりという形では永続性が無く、協調することがお互いの利益になるようなWin-Winの関係を築くことが重要である。

4. 実践事例

（１）花づくり活動

広島県佐伯区（広島市佐伯区、2013）では、まちづくり百人委員会として、テーマごとに設けた部会で、参加者が意見を出し合い、区全体のまちづくりについて計画を立て、実践している。特に、「花部会」では、緑がふえる・健康・生きがい・交流・助け合いのために、区全体を植物公園にすることを目指した「街づくり、人づくり、地域づくり」を推進している。具体的な活動としては、樽鉢植樹や、花壇の植栽を実践している。

（２）公園の整備

横浜市青葉区の美しが丘公園では、青葉区福祉保健課、青葉区区政推進課、青葉土木事務所の連携により、公園の改良工事が進められ、ウォーキングコースと芝生広場が整備された。これは、荒れてしまっていた公園について、地元自治会や商店街有志からの声をき

っかけに、設計段階から区と住民と連携して進められた。ウッドチップによる散歩道の舗装は地域住民によって行われた（横浜市，2014）。

（３）健康交流の家

愛知県東海市では、総務省系の事業である自治会集会室の整備と、厚生労働省系の事業である敬老の家の整備を合築として一体的に進めている。自治会等の会合、体操、趣味の会などで活用されており、それらの活動が活性化されている。

（４）地産地消

埼玉県では、県庁職員食堂で、食育・地産地消の取組の一環として、地方職員共済組合埼玉県支部、保健医療部健康長寿課、農林部農業ビジネス支援課、教育局保健体育課の連携により、「食育・地産地消フェア」を開催した。埼玉県産の食材を使い、食育に配慮した学校給食メニュー等を職員食堂で提供し、健康づくりに役立てている。

（５）子どもの貧困を考えるワークセット

幸重社会福祉士事務所（2014）は、子どもの貧困を考えるワークセットという教材を作成している。家族３年で月収 34 万円と 17 万円の場合の家計簿を作ってもらい、家計のやりくりの困難さや選択の余地の少ないことを実感してもらうワークセットである。貧困家庭の実情を肌で感じてもらうことで、その対策への理解者を増やすことが重要である。

健康格差の縮小はみんなの幸福のため

カワチ（2013）は、所得格差の大きな地域においては、高所得の人であっても健康状態が良くないことを説明している。これは、所得格差の大きな地域においては、感染症や暴力、殺人などがよく起こり、治安が悪いために外で運動できず、余計なストレスがかかるなどのメカニズムによるのである。その他、所得格差の大きな地域では、互いの信頼感も醸成されず、協調活動が行われにくいということも考えられる。

社会における種々の活動は、自分や自分たちの幸福を目指すものもあるが、その実現のためには、みんなの幸福を目指すという共通の方向性を見いだすことができる。そして、そのためには、健康格差の縮小を進めていくことが必要である。さまざまな部門、組織、人々の活動について、共通の目標を確認し、同じ方向に向けて協働していく必要がある。

参考文献

Hobbes, T (1651) *Leviathan, or The Matter, Forme, and Power of a Common-Wealth Ecclesiastical and Civil*（邦訳 トマス・ホブズ（1954-1985）『リヴァイアサン（全四冊）』水田洋訳，岩波書店）。

Poundstone W (1992) *Prisoner's Dilemma : John von Neumann, game theory, and the puzzle of the bomb*. New York : Anchor Books（邦訳 ウィリアム・パウンドストーン（1995）『囚人のジレンマ——フォン・ノイマンとゲームの理論』松浦俊輔訳，青土社）。

有泉正二（2002）「スコットランド啓蒙における社会学的思考」『年報社会学論集』2002(1):165-176

イチロー・カワチ (2013)『命の格差は止められるか——ハーバード日本人教授の、世界が注目する授業』小学館

伊谷純一郎 (1985)「霊長類の社会システムの進化 —共存のための不平等原則と平等原則—」『社会・経済システム』(3), 1-15

上宮正一郎 (2004)「W. エリスの初期著作」『国民経済雑誌』189(3);1-18

神馬征峰 (2009)「ヘルスプロモーションを超えて：健康か幸福か？」『日本健康教育学会誌』17(4):268-273

埼玉県 (2013)『食育・地産地消フェア』
<http://www.pref.saitama.lg.jp/a0001/news/page/news130606-12.html>
(2015 年 3 月 17 日アクセス)

総務省.『電子政府の総合窓口』<http://www.e-gov.go.jp/> (2015 年 3 月 17 日アクセス)

広島市佐伯区 (2013)『佐伯区まちづくり百人委員会』
<http://www.city.hiroshima.lg.jp/www/contents/1369872464082/index.html>
(2015 年 3 月 17 日アクセス)

幸重社会福祉士事務所 (2014)『教材 子どもの貧困を考えるワークセット』
http://yukishige.jp/kouen_book.html (2015 年 3 月 17 日アクセス)

横浜市 (2014)『美しが丘公園，整備完了』
<http://www.city.yokohama.lg.jp/aoba/upimg/dukuri/kishahappyou.pdf>
<http://www.townnews.co.jp/0101/2014/11/20/260380.html> (2015 年 3 月 17 日アクセス)

表 1. 目的として公共社会・人類・国民・住民等の福祉が明記されている法律（抜粋）

・健康保険法 ・地方自治法 ・郵便法 ・墓地、埋葬等に関する法律 ・少年法 ・温泉法 ・民生委員法 ・消防法 ・建設業法 ・工業標準化法 ・海上運送法 ・社会教育法 ・保護司法 ・建築基準法 ・クリーニング業法 ・電波法 ・放送法 ・狂犬病予防法 ・採石法 ・鉱業法 ・社会福祉法 ・港湾運送事業法 ・道路運送車両法 ・道路運送法 ・公営住宅法 ・内航海運業法 ・道路法 ・気象業務法 ・地方公営企業等の労働関係に関する法律 ・航空法 ・麻薬及び向精神薬取締法 ・有線電気通信法 ・消防施設強化促進法 ・商工会議所法 ・土地区画整理法 ・原子力基本法 ・都市公園法 ・工場立地法 ・住宅地区改良法 ・商工会法 ・住居表示に関する法律 ・酒に酔って公衆に迷惑をかける行為の防止等に関する法律 ・宅地造成等規制法 ・災害対策基本法	・電気用品安全法 ・建築物用地下水の採取の規制に関する法律 ・商店街振興組合法 ・老人福祉法 ・河川法 ・山村振興法 ・地方住宅供給公社法 ・液化石油ガスの保安の確保及び取引の適正化に関する法律 ・都市計画法 ・都市再開発法 ・地方道路公社法 ・交通安全対策基本法 ・高齢者等の雇用の安定等に関する法律 ・国有林野の活用に関する法律 ・公有地の拡大の推進に関する法律 ・防衛施設周辺的生活環境の整備等に関する法律 ・発電用施設周辺地域整備法 ・農住組合法 ・公衆浴場の確保のための特別措置に関する法律 ・高齢者の医療の確保に関する法律 ・電気通信事業法 ・鉄道事業法 ・社会福祉士及び介護福祉士法 ・総合保養地域整備法 ・多極分散型国土形成促進法 ・地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律 ・貨物自動車運送事業法 ・森林の保健機能の増進に関する特別措置法 ・特定優良賃貸住宅の供給の促進に関する法律 ・環境基本法 ・更生保護事業法 ・建築物の耐震改修の促進に関する法律 ・科学技術基本法 ・密集市街地における防災街区の整備の促進に関する法律 ・南極地域の環境の保護に関する法律 ・介護保険法 ・地球温暖化対策の推進に関する法律	・土砂災害警戒区域等における土砂災害防止対策の推進に関する法律 ・高齢者の居住の安定確保に関する法律 ・確定給付企業年金法 ・確定拠出年金法 ・特定製品に係るフロン類の回収及び破壊の実施の確保等に関する法律 ・民間事業者による信書の送達に関する法律 ・独立行政法人労働者健康福祉機構法 ・独立行政法人労働政策研究・研修機構法 ・独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構法 ・独立行政法人福祉医療機構法 ・構造改革特別区域法 ・独立行政法人環境再生保全機構法 ・特定都市河川浸水被害対策法 ・独立行政法人海洋研究開発機構法 ・遺伝子組換え生物等の使用等の規制による生物の多様性の確保に関する法律 ・環境教育等による環境保全の取組の促進に関する法律 ・独立行政法人日本原子力研究開発機構法 ・公共工事の品質確保の促進に関する法律 ・独立行政法人地域医療機能推進機構法 ・独立行政法人住宅金融支援機構法 ・郵政民営化法 ・障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律 ・高齢者、障害者等の移動等の円滑化の促進に関する法律 ・住生活基本法 ・地方公共団体金融機構法 ・更生保護法 ・住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給の促進に関する法律 ・宇宙基本法 ・PTA・青少年教育団体共済法 ・津波対策の推進に関する法律 ・津波防災地域づくりに関する法律 ・地方公共団体情報システム機構法 ・強くしなやかな国民生活の実現を図るための防災・減災等に資する国土強靱化基本法
--	--	--

2014 年度自主研究事業「医療科学推進のための情報統合による知の構造化」

健康の社会的決定要因に関する国内外の調査研究動向

—健康格差対策の7原則 第1.1版（2015年）—

2015年3月31日発行

執筆者一覧（五十音順，敬称略，○：ファカルティフェロー）

石川善樹（株式会社 キャンサースキャン／株式会社 ハビテック）

稲葉陽二（日本大学 法学部 教授）

尾島俊之（浜松医科大学 健康社会医学講座 教授）

金光淳（京都産業大学 経営学部 准教授）

○近藤克則（千葉大学 予防医学センター 環境健康学研究部門 教授，医療科学研究所
理事）

近藤尚己（東京大学 大学院医学系研究科 保健社会行動学分野 准教授）

村上慎司（医療科学研究所リサーチフェロー）

公益財団法人 医療科学研究所 自主研究委員会
〒107-0052 東京都港区赤坂 3-2-12 赤坂ノアビル 5 階
TEL 03-5563-1791 FAX 03-5563-1795 <http://www.iken.org>
