

特集：健康格差と保健医療政策

健康格差と社会政策：政策内容と政策過程

松田亮三¹⁾，近藤克則²⁾

¹⁾ 立命館大学産業社会学部

²⁾ 日本福祉大学社会福祉学部

Social Policies on Health Inequalities: Policy Contents and Processes

Ryozo MATSUDA¹⁾, Katsunori KONDO²⁾

¹⁾ Ritsumeikan University, College of Social Sciences

²⁾ Nihon Fukushi University, Faculty of Social Welfare

抄録

本稿では、90年代後半から進展している欧州特に英国における健康格差対策をめぐる議論をもとに、健康格差対策における社会政策の位置と戦略の軸、健康格差に対して社会政策の諸領域がもつ潜在的可能性、社会政策を含めた健康格差対策の形成・実行・評価の課題を検討した。

社会経済的地位による健康格差の社会的規定要因が含意する幅広い公共政策の中で社会政策は重要な位置を占めており、この場合に、介入点の設定、「上流」か「下流」か、普遍主義か選択主義か、という戦略上の軸がある。介入点の検討には、健康格差形成に関するモデルが提案されている。所得再分配、教育、労働、社会排除、住宅、地域再開発、などが、健康格差対策との関わりで注目されるが、それらの政策の効果は一部では示されているもの、十分明らかにしていない。

健康格差対策の形成には、政治的な問題化、政治的環境、具体的対策とその証拠が問題となる。具体的対策を開発していくためには、研究と政策との関わりを緊密にしていくことが望まれる。事業実施の過程では、省庁横断的な対策の構築や主要行政業務への組み込み、地方における円滑な実施のための組織・機構の形成が課題である。

キーワード： 健康格差，社会政策，政策過程，実行，エビデンス・ベースト・ポリシー・メイキング，ヨーロッパ

Abstract

This paper analyses how social policies are concerned with tackling inequalities in health with reviewing literatures mostly from European countries, especially from the United Kingdom. Social policies can provide various measurements, including income maintenance, improvement of working life, reduction of unemployment, housing improvement, and urban regeneration, for tackling health inequalities. Although a vast array of evidences suggest possible effectiveness of those measures, more evidences of social interventions should be collected and synthesized to develop policies to reduce inequalities in health.

Problem, policy and politics streams as well as contexts in which policies should be taken into consideration for successful policy-making. Evidences of successful interventions on closer relationship between researchers and policy-makers may also be effective. Challenges for better policy implementation include developing inter-ministerial work, mainstreaming health inequalities, effective local implementation.

Keywords: inequalities in health, social policy, policy process, evidence-based policy making, Europe

〒603-8577 京都市北区等持院北町56-1

Toji-in Kitamachi, Kita-ku, Kyoto 603-8577, Japan.

はじめに

1980年代に英国においてブラック卿報告¹⁻³⁾によって健康格差が明瞭に示されて以来、欧州および北米における健康格差の状況把握とその形成要因についての研究は旺盛に進められてきた⁴⁻⁷⁾。近年ではより精緻な検討が行われるとともに、多くの国で健康格差の所在が確認されている⁸⁻¹⁰⁾。日本においても、社会格差と健康との関係に改めて関心が寄せられている¹¹⁻¹³⁾。

近年の社会疫学の発達が示しているように、所得や職業が人々の健康に系統的に影響を与えているとすることを考慮するならば、健康格差への対策は、直接健康を対象とする政策という意味での健康政策の範囲を超えて¹⁴⁾、所得や教育、雇用、所得など生活のさまざまな側面に関わる諸政策を含めていく必要がある^{1, 15)}。これは、住民の健康を促進するために、幅広い公共政策を健康促進的にしていく場合に^{16, 17)}、健康格差の対策の観点をどのように盛り込んでいくかという問題でもある。90年代初頭に対策の必要性が指摘されているものの¹⁸⁾、社会階層間の格差の記述やそれに関する要因の研究に比較し、どのようにして健康格差対策を行うかの政策選択を検討した論文は少なかった¹⁹⁾。しかしながら、近年いくつかの国での政策形成や国際機関での政策枠組みの開発をふまえて、検討が進みつつある²⁰⁻²³⁾。

健康格差の概念と測定については諸説あるが²⁴⁻²⁶⁾、欧州および国際的な学術領域において対策が議論される場合には、健康格差という用語は主要には何らかの対策の必要性を含意して用いられている^{4, 7, 20, 27)}。本稿ではこのような用法に従い、健康の社会的格差 (social inequalities in health) を、社会的地位の異なる集団間に系統的に認められる縮減すべき健康状態の差異として考える。このような差異は公平 (equity) にもとると考えられている²⁸⁻³¹⁾。

本稿では、公共政策の一部としての社会政策の領域における健康格差対策を検討する。まず、欧州、特に英国を中心にした健康格差対策の展開を概観した上で、健康格差対策における社会政策の位置を論じる。ついで、社会政策の諸領域における政策と健康格差との関係を検討する。最後に、健康格差に関する社会政策の形成と実行に関わる問題を検討した上で、今後の政策形成を展望する。なお、ここで社会政策とは労働政策だけでなく³²⁾、人々の福祉の向上を目的として、貨幣・サービスの分配を行う幅広い公共政策を指す。具体的には、税・社会保険や各種の給付を通じた所得再分配制度、貧困対策、住宅、医療、教育、福祉サービスなどを意味する^{33, 34)}。

欧州における健康格差対策の展開

本稿の議論は主として欧州における健康格差対策の議論によっており、最初に近年の欧州における健康格差対策の展開について概観しておく^{35, 36)}。1980年代以降、欧州では健康格差への政策形成が徐々にまたかなりの温度差を

もって行われてきた^{20, 21, 37, 38)}。1980年に英国で出されたブラック卿報告¹⁾は、時の政府からは不遇な扱いを受けたものの³⁹⁾、英国・欧州での健康格差をめぐる研究と政策の検討を活性化した^{37, 38)}。

80年末には、いくつかの国で健康格差への関心が政策的課題とされていた。フィンランドでは、80年代半ばにおいて健康政策に格差縮小の理念が盛り込まれた⁴⁰⁾。同時期に、スウェーデンでも健康格差を縮小することが政策目標となり、状況分析を3年毎に議会に報告することが定められた⁴¹⁾。オランダでは、1989年から健康格差の要因についての国家的な研究プロジェクトが開始され、この研究は1995年からの格差縮小に向けた介入研究に引き継がれた^{42, 43)}。また WHO 欧州地域委員会が策定した健康政策目標には、2000年までに国家間・国内集団間の格差を25%縮小することが盛り込まれた^{44, 45)}。

90年代後半から、健康格差についての欧州における健康格差対策の政策立案は活性化していく。英国では、97年に成立したブレア政権が健康格差対策をとりあげ、イングランドの医務長官であったアチェソン卿を主査とする委員会に対策の検討を委嘱した¹⁵⁾。この委員会報告を皮切りに多面的な政策形成が行われていく⁴⁶⁻⁴⁸⁾。オランダでは、第2期介入研究を受けた健康格差対策およびその研究の展開について、所得、教育、ヘルス・プロモーション、労働条件、住居、医療の6つの分野からなる専門家委員会が組織され、2001年に報告書がまとめられた⁴⁹⁾。スウェーデンでは90年代半ばから健康格差が研究戦略に盛り込まれ、1997年から、政治家、専門家などによる国の委員会では、①社会経済状態、②性、③民族、④地理、による健康格差の縮小を含めた健康目標の策定に向けた検討が始められた。2003年に策定された新しい公衆衛生政策では、すべての人口に均等な健康をもたらす社会環境を作り出すことを目指した目標が設定されている^{41, 50-52)}。イタリアにおいても、1999年から開始された国の保健医療計画に健康格差縮小が盛り込まれた⁵³⁾。

90年代後半から、欧州レベルでも各国の取り組みを促し支援する活動が展開している。WHO 欧州地域委員会は1998年に健康政策目標では健康の公平についてより踏み込んだ記述を行った (表1)^{54, 55)}。さらに、2005年には、すべての人々への健康を追及する上で、「公平とは、すべての人々が、健康の潜在的可能性を完全に充足する公正な機会を誰もが保持することであり、この可能性を実現していくことを妨げられることのないこと」という理念にたつて、過程における公平 (equity in process) と結果における公平 (equity in outcome) の両方に目配りし、健康の決定要因に視野を向けて、個人・集団間における不公正な差異を縮小することを追及する必要性を打ち出している⁵⁶⁾。欧州連合 (EU) も健康格差に関する各種の事業に資金を提供し、欧州の状況分析、各国の取り組みの分析と共有化²⁰⁾、国際的なネットワーク形成の促進 (「格差縮小 (Closing the Gap)」プロジェクト) (<http://www.healthinequalities.org/>)、健康格差に関するサミットの開

催 (2005年), 専門家委員会による5年毎の報告の制度化を行ってきている^{57, 58)}.

表1 目標2 健康の公平 (WHO 欧州地域委員会「健康21」)

すべての加盟国において, 2020年までに, 国内における社会経済状態別にみた集団間の健康格差 (health gap) を, 社会的弱者の健康状態を実質的に改善することによって, 少なくとも4分の1縮減すること。

具体的には, 以下の事項に該当する。

- 2.1 社会経済状態別にみた集団間の平均余命の格差を少なくとも25%縮小する。
- 2.2 社会経済状態に応じた諸集団の罹患, 障害, 死亡の状態は, より公平な分布を実現すべきである。
- 2.3 健康に悪影響を及ぼす社会経済状態, 特に所得, 教育水準, 労働市場への参加における差異は, 実質的に改善されるべきである。
- 2.4 貧困生活にある人口は大幅に改善されるべきである。
- 2.5 健康によって, また社会経済の状況によって, 特別な必要のある人々については, 排除から保護されるべきであり, 適切なケアが容易に利用できるようにすべきである。

なお, WHO は2005年より健康の社会的規定要因に関する専門家組織を設け (http://www.who.int/social_determinants/), 各国の活動状況を把握するとともに, 理論的検討や経験の共有化をグローバルに進展させている⁵⁹⁻⁶⁴⁾。

健康格差対策と社会政策

1.1 健康格差対策と社会政策との関連

社会政策など広範な施策を含む健康格差対策について, 格差の戦略とロジック・モデルをどのように構築するかは大きな問題である。ロジック・モデルとは, 政策の最終的目標を実現するために, 中間的な成果との関連を明示して, 具体的政策介入を説明するモデルである^{65, 66)}。

健康格差の対策を考える上で, 健康格差が生じる原因ないし経路を検討することは, 格差対策をどのように行うかを示す上でも重要である⁶⁷⁾。健康格差の形成には, 雇用, 教育, 所得などの要因が関与しており^{5, 6, 37, 68)}, 直接健康に働きかけるという狭い意味での健康政策では十分な解決になりえない。それゆえ, 雇用, 所得保障, 社会排除対策, 住居などを含む, 社会政策を健康格差対策に位置づけていく必要がある。

こうしたことから, 健康格差対策の形成に向けて, 実際の政策に落とし込めるレベルの具体的要因を組み込んだ単一のモデルを作成することは困難であり, むしろ格差発生に関わる諸要因を区分して問題を見定める (ヒューリスティックな) 枠組みが提案されてきた^{19, 60, 69-73)}。この枠組みをもとに, それぞれの社会における社会経済格差と健康格差の関連を具体的に把握しつつ対策をすすめていくことが重要であり, 政策形成の観点からは, 具体的な格差発生機構を明らかにし介入点 (entry point) を示していくことが求められる⁶⁹⁾。特に, 「健康の社会的規定要因」をふまえて, 「健康格差の社会的規定要因」を明らかにする必要性, すなわち社会構造, 社会的地位, 社会環境, 行動・心理的要因, 疾病・外傷などの, それぞれの水準における差異の

相互関連をみた上で^{61, 70, 72)}, この地点を定めていく必要がある。

1.2 健康格差発生の機構と社会政策

健康格差発生の機構を, ①権力と資源の差, ②健康を害する要因への暴露の差, ③同程度の暴露が与える健康上の影響の差, ④ライフ・コースの影響, ⑤罹患がもたらす社会・経済効果の差異, という5つに整理したモデル⁶⁰⁾に即しながら, 健康格差対策における社会政策の位置を検討してみる。

まず, 権力と資源の差は, 所得や職場や地域での各種の権限に関わるものであり, 例えば, 家計の困難によるストレスや職場での努力—報酬の関係や仕事の要求度—コントロールの不均衡は, 社会経済地位の低い人々で不健康につながりやすいとされている^{62, 74)}。このような状況に介入するためには, 労働場面に作用する安全衛生管理だけでなく, 仕事のあり方や賃金, 子育て支援政策等に関わる総合的な社会政策, 特に労働政策が関与せざるを得ない。より低い社会経済地位の人々がより多くの健康危害要因に曝されるのであれば, 先に述べた権力や資源の問題を含めてそのような関連を生み出す原因や重点的な対策が必要となる。

健康を害する要因への暴露の差は, 喫煙等が貧困者に多いようなリスクの集積が低い社会経済地位にある人々に生じているということである。また, 暴露による健康への影響の差は, 個人の対処能力やプライマリ・ケアなど医療サービスへのアクセスによって異なると思われる¹⁹⁾。このようなリスクの集積を防ぐために, 貧困者への重点的な働きかけ—教育・相談や金銭的支援等—が求められるが, このことは社会政策と公衆衛生政策の連携を要請していく。

さらに, 社会経済的地位によって単一のリスク要因の暴露の程度が同じでも, 複数のリスク要因が集積する場合には, より大きなリスクに直面することとなる。貧困や社会排除は重なり合って生じてくることは想定され⁷⁵⁾, 貧困や社会排除の問題を単一の問題として扱うのではなく, 相互に関連した社会政策を構築していく必要性が考えられる。

小児期の生活が成年期や高齢期の健康に影響を与えるというライフ・コース効果からは, 小児期また子育て中の保護者を各種の手当てやサービスによって支援していくことの重要性が示唆される^{76, 77)}。これには, 子どもをもつ貧困世帯への支援, 就学前児童の保育, 義務教育等, 多面的な問題が関与してくる。

最後に, 罹患がもたらす社会・経済効果の差異とは, 例えば, 病気が失業に結びつく可能性は単純労働者でより多いように, 罹患ないし不健康時の生活状況の悪化の程度がもともとおかれている社会経済状態によって異なるということである。これに対して, 雇用保険の充実や再就労のための各種の施策の充実が課題となる。

1.3 健康格差対策の原則

政策形成にあたっては、さまざまな価値と知識を統合した、原則 (principles) を定めることがしばしば有用である。Whitehead らは、WHO の活動の一環として、健康格差対策の原則として以下の原則を提案している (表3)⁵⁹⁾。

表3 健康格差対策の原則

1. より健康状態のよい人々の健康を引き下げることではなく、より悪い健康状態の人々の健康を向上させること
2. 貧困者への対策、健康の極端な格差を縮小する対策、全人口にまたがる健康の傾向的な差異を緩和する対策を連携して構築すること
3. 人口全体を対象とする健康政策は、人口全体の健康状態の改善とともに健康格差を縮小する目的をもって定められるべきこと
4. 健康の規定要因、特に健康格差をもたらしている規定要因を変える活動が含まれていること
5. 政策の意図を言明するだけでなく、健康に害を及ぼしうる活動については経過を見続ける必要があること
6. 不公平の程度と目標への到達度をみるために適切な測定方法を用いること
7. 意見を表出しにくい人々の声を集める取り組みを組織的に行うこと
8. 可能な限り、男性・女性それぞれの健康の社会的不公平を記述すること
9. 社会経済的背景と民族・居住地の情報を連結していくこと
10. 保健医療制度が公平原則に則っていること

これらの原則をどのように統一し、どのように具体化するかは大きな問題である。その際、特に戦略的な区別が重要である。

1.4 健康格差の縮小を目指す政策の戦略

Mackenbach らは欧州の健康格差対策の経験をふまえて、その戦略形成について、すでに述べた介入点 (entry points) の選択以外に、「上流 (upstream)」か「下流 (downstream)」か、普遍主義 (universalist) か選択主義 (selectivist) か、という論点を提示している⁷⁸⁾。

社会構造や社会地位といったより「上流」において作用する政策は社会政策の多くの分野と関わってくる。不利な状況におかれている社会集団に対して特に環境の改善や疾病予防を行っていくような「下流」における対策は、どちらかといえば伝統的な公衆衛生行政の枠内—例えば、対象者を決めて事業を実施する—において実施可能な政策が多いといえる。

普遍主義的政策とは人口全体に対して事業を行う政策であり、選択主義的政策とは必要性の高い人々に限定して事業を実施政策であり、しばしば資産調査を伴う。社会政策では古くからある議論の1つであるが³³⁾、このどちらの戦略をとっていくかは、政策の目的や利用可能な資源、また効果などに関与する。重要なのは普遍主義か選択主義かの二分法に陥ることではなく、それぞれの社会において健康格差に関する要因とその程度を見定め、最適でかつ実施可能な方向を探っていくことであろう。普遍主義といって

も、給付水準を一律的とするか、保険料等の事前の支払いによるかどうかなど、詳細に検討しないと政策として具体化できない。

1.5 オランダにおける介入研究の枠組み

実際にどのような政策を形成するためには、単に社会経済地位と健康格差との関連があるというだけでなく、具体的にどのような社会経済地位—所得か、資産か、教育歴か、文化的資産か、など—が、どう健康格差に結びついていくかを明らかにする必要がある。それにより、社会政策のどの領域で介入を行うかが異なってくるからである⁷⁹⁾。政策具体化の枠組みとして参考になるのは、オランダで行われた健康格差対策についての多面的な介入研究における、介入政策の分類である^{42, 80)}。この介入研究では、次の4つの方策に分けて対策を検討し、主に擬似実験的方法により12の介入が行われた。第1に、社会経済的不利そのものを対象とする介入政策であり、例えば、所得格差を縮小することによって結果的に健康格差の縮小を期待するものである。具体的には、貧困状況にある子どもに対する金銭的援助が試みられた。第2に、健康状態が社会経済的不利につながらないようにする対策であり、疾病をもちながら職業が継続できるような体制を作っていくことや疾病による失業の場合に十分な給付を行うことなどである。具体的には、不登校の児童に対するカウンセリング等の支援が行われた。

第3に、社会経済的な格差が健康格差につながる要素を減らす介入であり、例えば、社会経済的地位の低い人々により多い健康リスク行動を重点的に減らす介入や社会経済的地位の低い職業における労働条件を改善し健康状態の改善に結びつける介入である。このカテゴリーの介入がもっとも多く行われ、妊娠初期における葉酸摂取の促進キャンペーン、貧困地域における事故予防・ストレス対処・子育て支援活動の継続的展開、喫煙中止支援、小学校での集団歯みがき、レンガ職人との協力による作業の改善、ゴミ収集作業員での業務内容の交代制導入、職場での心理的取り組みの組織化、が取り組まれた。第4には、低位の社会経済的地位にある集団についての、医療のアクセスと質を高めていくことであり、具体的には、貧困地域で診療している一般医に看護師を配置すること、トルコ出身者の糖尿病経験者をピア・エデュケーターとして雇用すること、貧困地域におけるケアの組織化を図っていくことが取り組まれた。なお、これらの介入評価結果は多様であり、具体的な方策をさらに検討していく必要性が指摘されている⁸⁰⁾。

この区分をもとに、健康格差対策と社会政策との論理的検討を検討してみるならば、第1、2の領域では社会政策が主に関与し、第2の領域では介入の内容によって社会政策が重要な役割を果たすといえる。すなわち、第1の社会経済的不利に関わる問題は、所得格差や教育の機会均等の保障等はまさに社会政策の領域の問題である。低所得

者の労働・生活に関する介入の中でも、労働条件や居住環境等の改善に関する介入は社会政策の領域の問題である。第3の、疾病時等における就労や所得保障の問題もまた社会政策の領域である。医療アクセスの問題は、広義の社会政策に含まれるが、特にその中でも医療政策の主要課題といえる。

1.6 健康格差対策における「格差」の明確化の必要性

政策形成に際してはどのような人口集団間のどのような格差を縮小するのかを具体的に示す必要がある。例えば、貧困者の不健康にのみ注目する場合、貧困な人と裕福な人との間での健康状態の差に注目する場合、所得につれて社会全体に認められている健康状態の勾配に注目する場合では、対策が異なってくる⁸¹⁾。貧困者の健康を対象とする場合には、政策対象と目標を明確にできること、地域再生や社会排除対策などとの結合が行いやすいこと、などの有利さがある一方で、健康の差異をもたらしている社会構造ではなく困難に直面している人々にのみ焦点があたるという限界がある。このことによって、資源配分が偏る可能性とともに、仮に貧困者の健康が改善されたとしても、豊かな人々の健康がより改善されたならば格差は縮まらないという危険性もある⁷²⁾。格差を縮小するためには、ある一定の時間の範囲内で人口集団の中で貧困者の健康状態をもっとも改善していかねばならない。この点を視野にいれ、また具体的な目標設定を行えるという意味において、両極の格差に注目することには意義がある。しかし、ここで貧しい人と豊かな人という両極の格差の程度を死亡率等の健康指標の差で測る（絶対的格差）か、その比を問題にするか（相対的格差）という政策評価に関わる問題が生じるとともに^{24, 82)}、社会全体の構造については視野の外におかれる可能性もある。人口全体における健康の勾配を視野にいれた対策は、対象を幅広くとらえてアプローチすることが可能であるが、どのような政策を行って勾配をより緩やかにしていくかについての論理を形成することがより困難になることが予想される。

具体的な健康格差対策—社会政策領域を中心に

これまで行われてきた健康格差対策についての—ここで参考にしているものの多くは英国、特にイングランドで検討されてきたものであるが—社会政策は、貧困・所得、教育、住居、雇用、地域再開発（あるいは地域づくり）、交通、食糧、などに関わるものである^{15, 20 37)}。これらの政策は、健康格差との関連が認められた要因—所得・教育・住居の格差など—について対策を行っていくというものであるが、根拠となる介入効果についての情報が不足している^{83, 84)}。健康格差の実態についての分析は80年代に相当すすみ、対策の必要性が説かれていたものの¹⁸⁾、実際には健康格差に向けた取り組みは小規模な実験的なものに多くの場合とどまっていた⁸⁵⁾。

90年代半ばにオランダ、米国、英国等から発行された

既存文献の検討では、生活習慣や医療サービス利用の変化を意図した行われた介入が健康格差対策の多くを占めており、社会環境を変える介入はソーシャル・サポートの向上・失業の克服を意図したものを除いてあまりないことが示されている⁸⁶⁾。さらに、どのような介入が効果的であるかを勧められるほどには、最終的な健康への影響の程度も含めて、十分な知見が得られていないとしている。また、健康格差対策が実施される際に、適切な評価法を組み込むこと、さらに各種の施策を総合的に把握することの重要性が述べられている。この文献研究は包括的なものではないものの、それまで実現してきた健康格差対策の性格のある程度示していると思われる。しかしながら、90年代後半から欧州諸国では健康格差対策が新たな展開をみせている^{20, 21)}。特に英国ではブレア労働党政権の下でより包括的な政策が展開される中で⁴⁷⁾、全国・地域での諸政策の影響についての検討がすすめられている^{23, 27)}。

健康格差に関する社会政策の領域としては、所得保障政策、職場のあり方や雇用の安定などに関する労働政策、子育てなど家族の支援、地域づくり、教育などがよく上げられる⁸⁷⁾。例えば、英国の健康格差対策では、所得再分配、子育て支援、子どもの貧困縮減、貧困地域の再生、労働に向けた福祉（welfare-to-work）に向けた税制改革、NHSによる取り組み、政策目標の形成、省庁横断的取り組み⁸⁸⁾、進捗状況の評価⁸⁹⁾、証拠についての情報センターの構築⁹⁰⁾などが、行われている。

なお、健康格差が社会の階層化や所得格差から生じているとすれば、それを生み出す社会構造の根本的な改革も課題となるが、本稿では実現可能性が見通せる範囲での政策に絞って紹介する⁹¹⁾。また、以下での紹介は網羅的なものではないことをお断りしておく。

1.7 所得再分配政策および貧困対策

社会政策において貧困対策はもっとも古い課題であり、公衆衛生における貧困と健康との関連は古くて新しいテーマである⁹²⁾。貧困対策としては、所得を生み出すような雇用の創出、税等による一般的な所得再分配、個別具体的な生活上の必要等を勘案した所得補助等多様な方策があるが、それらの施策の健康への影響はほとんど報告されていない⁹³⁾。

所得再分配が構造的に行われている北欧諸国においても、健康格差は存在している。ただし、不況期に健康格差が拡大した英国と比べると、フィンランドでは90年代前半の不況期においても健康格差の程度は強まらなかったことが観察されており⁹⁴⁾、構造的な所得再分配によって健康格差拡大の緩衝要因として働いた可能性が示唆されている。所得再分配の全般的なあり方は、それぞれの国家のあり方と結びついており、容易には変更できない^{33, 95, 96)}。

貧困世帯を援助する政策についても、誰に対してどのような支援を行うかは問題である。貧困世帯を対象として飢餓を防ぐために行われている食品券配布事業（Food

Stamp Program) の評価では、より生活困難な世帯が利用するために、不安定な食事を取っている状況にある世帯の割合は、この事業利用者でむしろ高いことが、示されている⁹⁷⁾。

1. 8 教育政策

教育の機会均等は先進諸国において幅広く受け入れられている理念であるが、実際には多くの国でかなりの教育の階層化が存在する⁹⁸⁾。教育水準は、所得や職業に影響する一方で、それらと独立して健康に影響を与えと考えられているものの⁹⁹⁾、独自の政策課題として取り扱われるため、教育政策を通じた健康格差対策の証拠はほとんどない。

教育場面での対策は多様なものが考えうる。学校教育・生涯教育を受けることへの社会経済的障壁の減少、困難な状況にある家族への就学前支援、社会的に困難にある世帯の子どもへの特別な支援、学校制度内での分離 (segregation) の縮小、困難な状況にある地域へのより多くの資源の配分、制度教育からのドロップ・アウトの予防、特に労働市場で弱い立場にある若者に注意を払った学校教育から就労への支援、十分な教育・職業訓練を受けていない人のための包括的な成人教育の整備、学校における健康づくりに向けた環境整備、給食、教育の促進、などがあ⁶⁰⁾。

1. 9 職場

職場の労働安全対策は長い歴史を持つが、健康格差対策の観点からは、健康格差生成に寄与している職場のあり方への介入が課題となる。労働安全衛生対策の状況、職場の人間関係、ストレス解消策のあり方、労働編成のあり方、物理的環境の保持など、多面的な視点から、職場の労働のあり方とそれを取り巻く環境を変えていく政策を検討する必要がある^{100, 101)}。また、スウェーデンの90年代の研究では社会経済地位が低い場合には長期疾病の場合に労働市場からの退出を余儀なくされることが多くなることが示されており、リハビリテーションが疾病の原因となる社会格差を和らげる可能性が示唆されている¹⁰²⁾。

1. 10 失業

失業は、所得を減少させ貧困につながるとともに、社会支援を減少させ、保健行動を含む生活を変え、これらを通じて不健康をもたらす¹⁰³⁾。失業は、欧州では未熟練労働者や教育年数の短い人々、低所得者、近年移入してきた人々などで生じやすいとされている⁶⁰⁾。

失業を減らすことは、社会政策の大きな課題であり、福祉国家の1つの特徴は完全雇用の実現を目指すことであった。しかしながら実際には、多くの先進諸国の失業率は5-10%程度を示すような変動を経験している¹⁰⁴⁾。経済政策全般に加えて、労働市場の調整、職業訓練の提供、雇用創出のための事業、などを行っていくことが求められるが、これらをどのように行うかはまさに政党間の政策の争

点である。

1. 11 社会排除対策

良好な社会支援や社会ネットワークが人々の健康によい影響を与えることは知られており、個人レベルとともに人口レベルでの社会関係のあり方が重要であることが示されてきている¹⁰⁵⁾。また、近年の社会政策では、社会からの排除 (social exclusion) が大きな課題となっている。こうしたことから、次のような対策が考えうる^{60, 106, 107)}。まず、社会排除に落ちいりやすい不安定な状況にある人々への働きかけを行っていくこと。これは、対象を限定した訪問活動だけでなく、電話・対面での相談 (アウトリーチ活動を含む) などが考えられる。次に、人々の相互の支援的な関係を強めていくことであり、このために街づくりなどの各種の取り組みをすすめることや、会合に好ましい場所を作っていくこと、などを考えられるべきであろう。また、人々のエンパワメントを追求することである。最後に、社会全体においてより、支援的な施策をつくりだしていくように社会統合をすすめるような (inclusive) 福祉制度を形成していくこと、多様な人々が受け入れられる労働市場の形成、社会的な対話の促進、などが考えられる。

1. 12 住宅政策

公的住宅や住宅改善は、社会政策の一領域として扱われる。貧困と住居の関係はよく知られているが、貧困世帯における住居水準の改善はどのように健康改善と結びつくかは十分知られていない^{108, 109)}。2001年に行われたシステムティック・レビューでは、主観的健康感の改善等が報告されているものの、悪化の例も報告されており、より大規模な検討が近年では試みられている^{110, 111)}。ニュージーランドで1350世帯を無作為化して行われた介入研究では、老朽化住宅の断熱化によって屋内が暖かくなり、主観的健康感の改善、呼吸器症状の減少、子どもの欠席頻度、休職頻度および診療回数の減少などが認められている¹¹²⁾。老朽化住宅に暮らしているのは多くは貧困世帯であり、住居改善を通じて健康格差縮小に役立つことが期待されている。

1. 13 地域再開発

貧困地域を中心とした地域再開発も健康格差対策のひとつとして位置付けうるが、それが健康にもたらす影響はあまり知られていない^{108, 113)}。地域再開発による精神的健康の向上と社会支援の向上が観察された地域もあれば、再開発がうつ傾向の引き金になったという例もある。例えば、栄養学的に好ましい食材を手の届く価格で入手するのが困難な地域 (food deserts) の再開発を行い、徒歩圏内に大規模商店を設置した英国リーズのある地域では、野菜・フルーツの摂取が増えたことが観察されている¹¹⁴⁾。オランダで試行された多面的な教育・キャンペーンを含む地区への総合的な介入では、明確な効果は見出されなかった¹¹⁵⁾。

どのような再開発がどのように健康格差に影響するかは、今後の検討課題といえる。

健康格差対策の形成・実行・評価の課題

最後に、「証拠にもとづく政策形成 (evidence-based policy making)」^{84, 116)}あるいは「証拠に基づく公衆衛生」²⁷⁾という観点に注意しつつ、政策の形成・実行・評価¹¹⁷⁾のそれぞれについて検討していく。

1. 14 政策の形成

健康格差をめぐる研究の課題や実行そして政策への影響は、健康格差の原因や対策が広範な社会的過程を巻き込むがゆえに、否が応でも政治化せざるを得ない¹¹⁸⁾。特に、さまざまな健康格差の原因・遠因のどこにどのように焦点をあてるかは、まさに政治の課題であり価値に関する議論を含む^{119, 120)}。教育や所得再分配、住宅など関連する政策は既にそれぞれに独自の価値にもとづいて政策化がすすめられていること、具体的に効果が推定できる施策が不明であること、他の価値との整合性などから政策形成に慎重な議論もある¹²¹⁻¹²³⁾。しかしながら、すでにみたように、この10年間政策形成に向けた議論は活発になされてきた。

個人の責任、利用できる資源、労働等の社会環境、福祉政策、のどれに焦点をあてるかによって、政策の手法は異なってくる。社会排除の問題と同じように健康格差は、貧困や剥奪の中で健康格差が生まれるという文脈、下層階級がその価値観にしたがい自ら健康を引き下げているという文脈、社会関係の希薄化とそのもとの階層化が格差を生み出しているという文脈、など、さまざまに語られてきており、これらはそれぞれ異なる政策対応にむすびつく¹¹⁸⁾。こうした議論の差は、社会民主主義の主導で再分配が制度的に行われているとされている北欧諸国でも生じている⁹⁵⁾。デンマークでは社会的に不利な状況のある人々の保健行動に焦点があてられその対策が中心とされてきたのに対して、スウェーデンでは社会全体の環境をどう調整していくかが問題とされた¹²⁴⁾。

実際の政策が真剣な討議の課題を経て成立していくためには、政策の対象となる事項が問題として政策形成関係者のもとで共有されること¹²⁵⁾、実行可能な政策構想が準備されていること、その政策の成立を導く政治的状況があること、の3点が関与しているとされており¹²⁶⁾、それぞれ健康格差対策と関連する社会政策の形成における課題が指摘されている⁸⁸⁾。

まず、先にも述べたが、健康格差が政治的な問題としてとりあげられるようになったのは近年のことであり、しかも健康格差をどのように取り上げるかは各国によって異なっている。例えば、ブラック報告は、英国における健康格差の問題を改めて明らかにしたがそれがすぐさま広範な社会的影響をもたらしたわけではない¹⁾。政府による事実上の無視にもかかわらず、関係する研究者等の粘り強い問題提起がその後も続けられ、今日の政策形成に生かされ

ている。スウェーデンでは健康格差の実態が体系的に明らかになるうちに、福祉国家の中で重要な点としてとりあげられるようになった^{41, 124)}。

次に、健康格差に対する政策形成が行われるためには、社会格差をめぐる政治的環境が関与する。英国では1997年の労働党政権の成立によって、社会格差への政策的対応の変化を生み、健康の「多様性 (variations)」から「格差 (inequalities)」への用語の転換が行われるとともに、政治的に避けがたい問題として出現するようになった¹²⁵⁾。一方で、スペインのように一度は「スペインのブラック報告」が出されても、その後政権交代に伴って政治的関心が減衰していた国もある^{21, 127)}。

最後のそして最も大きな課題として、具体的な対策が用意されている必要がある。体系的な政策を提起したアチェソン報告についても、総論的すぎる、優先順位付けがなされていない、費用効果の観点からの検討がない、実際の対策によって根拠が示されている政策が少なすぎる、などの批判がなされてきた¹²⁸⁾。特に、健康格差対策として、社会政策を含むどのような政策手段がどのように効果をもつのか、という意味での証拠が圧倒的に不足している¹²⁹⁾。以上のような課題がある中で健康格差対策が形成されているのは、政策案をうまく「売り込む」政策仲介者 (policy entrepreneur) の役割によるという見解もある¹³⁰⁾。

なお、先進諸国においては、健康格差対策を既存の政策体系に戦略的に組み込む際に、一般的な公衆衛生政策 (public health policy) の中に健康格差縮小を理念的に位置づける、個別具体的な政策において明確な目標を定めること、健康格差についての独自の包括的な政策を作成すること、という3つのアプローチが認められている¹³¹⁾。

健康格差対策が形成されていく上で、根拠をもった政策づくりがどこまで可能か、そしてどのような根拠があるのかは、重要な論点となっている。一般的にいても、研究と社会政策との関連は複雑であり、研究が精緻化すればするほど、政策的応用の方向が不明確になっていく面がある。英国での健康格差対策関係者のワークショップでは、研究者と政策形成に関与する行政官等の間ではかなりの考え方のギャップがあることが指摘されている^{90, 132, 133)}。同ワークショップでは、政策を与える研究の類型を、問題の所を示す観察的研究、穏健で時宜にかなった世帯状況を示す質的な研究、介入研究、観察的政策研究、過去の重要な研究とまとめている。政策形成に有用な研究を増やしていくための方策として、雑多な研究成果を1つにまとめあげること、政策過程において「評価の文化」を醸成していくこと、人事交流等を含めて研究と政策の関わりをより緊密にすること、が考えられている。

1. 15 事業化・実施・評価の問題

健康格差対策の実施に関しても、いくつかの問題が知られている。1つは、健康格差縮減の方策について、既存の知識からの想定はできても、この政策課題が複合的である

ため具体性を欠くことである。言い換えれば、どのような方策が、どのような費用がかかり、健康格差縮減という最終目標にどの程度の効果があるのか、明らかでない⁸⁹⁾。そのため、各種の中間的な目標が必要とされることになる¹³⁴⁾。同時に、例えば子育て支援や子どもの貧困対策などを実施し、それが健康格差を示す指標に反映されるまでに長期間を要することは、現在の政策形成の単位と合致しない可能性がある⁸⁹⁾。これは、政策課題としての健康格差の実際的な重みを減らすことにもつながりかねない。

次に、多様な政策課題が関連する健康格差対策で、省庁横断的な対策をどのように構築するかが大きな問題である。それぞれの省庁の独自の具体的責任がある中で、複雑な関係の下での不確実な手段によって追求される、短期的には成果のあがりにくい政策は、中心的な政策課題になりにくい^{88, 135, 136)}。そうしたことから、政策、事業、実施のそれぞれのレベルにおいて健康格差対策の主要行政業務への組み込み（mainstreaming）を行っていくような仕組みが求められる^{135, 137, 138)}。

さらに、中央で立案された政策が地方でそのまま実施されるとは限らないという問題もある。例えば、英国の地方医療行政組織では待機者リストの問題などより厳格な業績評価を受ける分野が優先され、健康格差対策は後回しになりがちであった¹³⁹⁾。また、根拠をもって政策を実行していく上で重要な政策評価指標についても、さまざまな中間指標および健康格差指標が用いられているが、それらの指標は必ずしも地方レベルで利用できるわけではないこと、指標が健康格差対策を促進するかどうかが不明であること、社会政策を含む個々の政策と総括的な健康格差指標との関係が明らかでないこと、などの課題が指摘されている¹⁴⁰⁾。地域でどのように協調した取り組みを進めるかも、大きな課題である¹⁴¹⁾。

むすび

本稿では、健康格差対策における社会政策の役割について、主として欧州、特に英国での経験や議論にもとづきながら検討してきた。果たして健康の社会経済格差を縮減できるかどうか自体も未だ問われなければならない問題であるが、90年代後半からさまざまなアプローチによる対策の経験とそれに関する研究成果が蓄積されつつある¹⁴²⁾。総合的な貧困地域の開発が健康にもたらす影響や所得保障政策の影響など、社会的な介入については、健康への影響を含めた評価研究を行っていく必要がある^{142, 143)}。また、貧困と健康の悪循環をたつための20世紀前半からの経験を、今日の視点で掘り起こすことも課題である¹⁴⁴⁾。

しかしながら、社会における信頼の醸成、所得再分配、教育機会の向上、など多様な政策が同時並行的に、かつ人口全体に影響を及ぼすことを考えた場合に、これをどのような方法において分析検討していくかについては、従来の事業評価とは異なる枠組みを要請している点にも注意が必要である¹⁴⁵⁻¹⁴⁷⁾。

近年日本では社会格差が大きな関心事となっているが、貧富の差に対応した健康格差や人口全体の健康の勾配については、それが政策問題化されるかどうかも含めて今後の社会的議論を待たねばならない¹⁴⁸⁾。しかしながら、貧困やホームレスなどすでに政策対象になっている分野について、既存の対策を工夫するとともに健康および健康格差への影響評価を行うようにしていく取り組みが必要であろう¹⁴⁹⁾。

謝辞

本論文は、文部科学省科学研究費補助金（代表：松田亮三、課題番号：16390154）の研究成果による。

文献

- 1) Townsend P, Davidson N, editors. Inequalities in health: The Black Report. In: Whitehead M. The health divide. New edition revised and updated ed. London; Penguin Books: 1988.
- 2) 武川正吾. 健康の不平等—「ブラック報告」について. 海外社会保障情報 1983;62:40-49.
- 3) 早坂裕子. イギリスにおける医療格差問題の動向. 病院 2006;65(8): 641-644.
- 4) Bartley M. Health inequality: An Introduction to theories, concepts, and methods. Cambridge: Polity Press; 2004.
- 5) Berkman LF, Kawachi I. Social Epidemiology. New York: Oxford University Press; 2000.
- 6) Marmot M, Wilkinson RG. Social determinants of health. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2006.
- 7) Siegrist J, Marmot M, editors. Social Inequalities in Health: New Evidence and Policy Implications. Oxford: Oxford University Press; 2006.
- 8) Benzeval M, Judge K. Income and health: the time dimension. Social Science & Medicine 2001;52(9): 1371-1390.
- 9) Benzeval M, Judge K, Shouls S. Understanding the relationship between income and health: How much can be gleaned from cross-sectional data? Social Policy & Administration 2001;35(4):376.
- 10) Kunst AE, et al. Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. Int J Epidemiol 2005;34(2):295-305.
- 11) 川上憲人, 橋本英樹, 小林廉毅, 編. 社会格差と健康—社会疫学からのアプローチ. 東京: 東京大学出版会; 2006.
- 12) 近藤克則. 健康格差社会：何が心と健康を蝕むのか. 東京: 医学書院; 2005.
- 13) 近藤克則, 編著. 検証「健康格差社会」：介護予防に向けた社会疫学的大規模調査. 東京: 医学書院;

- 2007.
- 14) Murray CJL, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization* 2000;78(6): 717-731.
- 15) Acheson D. Independent inquiry into inequalities in health: Report 1998. London: The Stationery Office; 1998.
- 16) Milio N. Glossary: healthy public policy. *J Epidemiol Community Health* 2001;55(9):622-623.
- 17) First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986 Ottawa Charter for Health Promotion. 1986, Geneva: World Health Organization; 1986.
- 18) Whitehead M, Dahlgren G. What can be done about inequalities in health? *Lancet* 1991;338:1059-1063.
- 19) Starfield B. State of the art in research on equity in health. *Journal of Health Politics, Policy & Law* 2006;31(1):11-32.
- 20) Mackenbach JP, Bakker M, editors. Reducing inequalities in health: A European perspective. London: Routledge; 2002.
- 21) Mackenbach JP, Bakker MJ. Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences. *Lancet* 2003;362(9393): 1409-1414.
- 22) Judge K, et al. Health inequalities: A Challenge for Europe. An independent, expert report commissioned by, and published under the auspices of, the UK Presidency of the EU. COI for the UK Presidency of the EU; 2005.
- 23) Asthana S, Halliday J. What works in tackling health inequalities?: Pathways, policies and practice through the lifecourse. Bristol: The Policy Press; 2006.
- 24) Regidor E. Measures of health inequalities: part 2. *J Epidemiol Community Health* 2004;58(11):900-903.
- 25) Regidor E. Measures of health inequalities: part 1. *J Epidemiol Community Health* 2004;58(10):858-861.
- 26) Murray CJ, Gakidou EE, Frenk J. Health inequalities and social group differences: what should we measure? *Bulletin of the World Health Organization* 1999;77(7):537-543.
- 27) Killoran A, Swann C, Kelly MP, editors. Public health evidence: Tackling health inequalities. Oxford: Oxford University Press; 2006.
- 28) Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health* 2003;57(4):254-8.
- 29) Health Development Agency. Tackling health inequalities learning from the East and West Midlands: Glossary, in tackling health inequalities learning from the East and West Midlands. Yorkshire: Health Development Agency; 2005.
- 30) Kawachi I, Subramanian SV, Almeida-Filho N. A glossary for health inequalities. *J Epidemiol Community Health* 2002;56(9):647-652.
- 31) Whitehead M. The Concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services* 1992;22(3):429-445.
- 32) 武川正吾. 社会政策のなかの現代: 福祉国家と福祉社会. 東京: 東京大学出版会; 1999.
- 33) Hill M. Social policy in the modern world: A Comparative text. Oxford: Blackwell Publishing; 2006.
- 34) Baldock J, Manning N, Vickerstaff S. Social policy. 3rd ed. 2007, Oxford: Oxford University Press; 2007.
- 35) 松田亮三. 欧州における健康の不平等に関する政策的対応. *日本医療経済学会会報* 2006;25(2):1-19.
- 36) 近藤克則. 「健康格差」対策の総合戦略: ヨーロッパの到達点をふまえて. *保健師ジャーナル* 2007;63(5):444-450.
- 37) Benzeval M, Judge K, Whitehead M, editors. Tackling inequalities in health: an agenda for action. London: King's Fund; 2005.
- 38) Whitehead M. Diffusion of ideas on social inequalities in health: A European perspective. *Milbank Quarterly* 1988;76(3):469-492.
- 39) Berridge V, Blume S, editors. Poor health : social inequality before and after the Black report. London: F. Ca; 2003.
- 40) Koivusalo M. Public policies and inequalities in health: challenges and lessons from Finland. In: Killoran A, Swann C, Kelly MP, editors. Public health evidence: Tackling health inequalities. Oxford: Oxford University Press; 2006. p. 453-470.
- 41) Burstöm B, et al. Sweden. In: Mackenbach JP, Bakker M, editors. Reducing inequalities in health: A European perspective. London: Routledge; 2002. p. 274-283.
- 42) Stronks K. Generating evidence on interventions to reduce inequalities in health: the Dutch case. *Scandinavian Journal of Public Health* 2002;30: 20-25.
- 43) Stronks K. The Netherlands. In: Mackenbach JP, Bakker M, editors. Reducing inequalities in health : A European perspective. London; Routledge; 2002. p. 249-261.
- 44) World Health Organisation. Targets for health for all: targets in support of the European regional strategy for health for all. Copenhagen: WHO; 1985.
- 45) Whitehead M, Scott-Samuel A, Dahlgren G. Setting targets to address inequalities in health. *Lancet* 1998;351:1279-1282.

- 46) Department of Health, edited. Reducing health inequalities: An action report. London: The Stationery Office; 1999.
- 47) Department of Health, edited. Tackling Health Inequalities: A Programme for Action. London: The Stationary Office; 2003.
- 48) 青木郁夫. イングランドにおける健康の不平等に関する取り組み：アチソン・レポート以降の「健康の不平等」への取り組み. 日本医療経済学会会報 2006;25(2):20-55.
- 49) Mackenbach JP, Stronks K. A strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. *BMJ* 2002;325(7371):1029-32.
- 50) Andéasson S, et al. Sweden. In: Killoran A, Swann C, Kelly MP, editors. Public health evidence: Tackling health inequalities. Oxford: Oxford University Press; 2006. p. 471-481.
- 51) Östlin P, Diderichsen F. Equity-oriented national strategy for public health in Sweden: A case study. Policy learning curve series. World Health Organization European Centre for Health Policy; 2001.
- 52) Ågren G. Sweden's new public health policy: National public health objectives for Sweden. revised ed. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health; 2003.
- 53) Costa G, Spadea T, Dirindin N. Italy. In: Mackenbach JP, Bakker M, editors. Reducing inequalities in health: A European perspective. London: Routledge; 2002. p. 229-239.
- 54) WHO-EURO. Health 21: The health for all policy framework for the WHO European Region. Copenhagen: World Health Organization; 1999.
- 55) Zöllner H. National policies for reducing social inequalities in health in Europe. *Scandinavian Journal of Public Health* 2002;30:6-11.
- 56) WHO-EURO. The health for all policy framework for the WHO European Region: 2005 update. Copenhagen: WHO; 2005.
- 57) Hübel M, Price C. Action by the European Union on health inequalities. *Eurohealth* 2005;11(4):4-5.
- 58) Wilkinson R, Pickett KE. Health inequalities and the UK Presidency of the EU. *Lancet* 2006;367(9517):1126-1128.
- 59) Whitehead M, Dahlgren G. Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006.
- 60) Dahlgren G, Whitehead M. Levelling up (part 2): a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen; 2006.
- 61) Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 2005; 365(9464):1099-1104.
- 62) Marmot M. Health in an unequal world. *Lancet* 2006;368(9552): 2081-2094.
- 63) Irwin A, et al. The Commission on Social Determinants of Health: Tackling the Social Roots of Health Inequities. *PLoS Medicine* 2006;3(6):e106.
- 64) Jong-wook L. Public health is a social issue. *Lancet* 2005;365(9464): 1005-1006.
- 65) Millar A, Simeone RS, Carnevale JT. Logic models: a systems tool for performance management. *Evaluation and Program Planning* 2001; 24(1):73-81.
- 66) McLaughlin JA, Jordan GB. Logic models: a tool for telling your programs performance story. *Evaluation and Program Planning* 1999;22(1):65-72.
- 67) Lahelma E. Health inequalities--the need for explanation and intervention. *Eur J Public Health* 2006;16(4):339.
- 68) Charlton BG, White M. Living on the margin: a salutogenic model for socio-economic differentials in health. *Public Health* 1995;109(4): 235-243.
- 69) Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The Social basis of disparities in health. In: Evans T, et al, editors. Challenging inequities in health: From ethics to action. New York: Oxford University Press; 2001. p. 13-23.
- 70) Graham H. Social determinants and their unequal distribution: Clarifying policy understandings. *Milbank Quarterly* 2004;82(1):101-124.
- 71) Graham H. Socioeconomic inequalities in health: evidence on patterns and determinants. *Benefits* 2006;14:77-90.
- 72) Graham H, Kelly MP. Health inequalities: concepts, frameworks and policy. Health Development Agency; 2004.
- 73) Starfield B. Pathways of influence on equity in health. *Social Science & Medicine* 2007;64:1355-1362.
- 74) 堤明純. 職業階層と健康. 川上憲人, 橋本英樹, 小林廉毅, 編. 社会格差と健康—社会疫学からのアプローチ. 東京: 東京大学出版会; 2006. p. 81-101.
- 75) WHO Task Force on Research Priorities for Equity in Health and The WHO Equity Team. Priorities for research to take forward the health equity policy agenda. *Bulletin of the World Health Organization* 2005; 83(12):948-53.
- 76) Mielck A, Graham H, Bremberg S. Children, an

- important target group for reduction of socioeconomic inequalities in health. In: Mackenbach JP, Bakker M, editors. *Reducing inequalities in health: A European perspective*. London: Routledge; 2002. p. 144-168.
- 77) 近藤克則. ライフ・コースアプローチ. 保健師ジャーナル 2006;62(11): 946-952.
 - 78) Mackenbach JP, et al. Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health. In: Mackenbach JP, Bakker M, editors. *Reducing inequalities in health: A European perspective*. London: Routledge; 2002. p. 25-49.
 - 79) Deaton A. Policy implications of the gradient of health and wealth. *Health Affairs* 2002;21(2):13-30.
 - 80) Stronks K, Mackenbach JP. Evaluating the effect of policies and interventions to address inequalities in health: lessons from a Dutch programme. *Eur J Public Health* 2006;16(4):346-353.
 - 81) Graham H. Tackling inequalities in health in England: Remedying health disadvantages, narrowing health gaps or reducing health gradients? *Journal of Social Policy* 2004;33(1):115-131.
 - 82) Kunst AE, Mackenbach JP. *Measuring socioeconomic inequalities in health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1994. (Document EUR/ICP/RPD 416)
 - 83) Macintyre S. The Black Report and beyond: what are the issues. *Social Science & Medicine* 1997;44(6):723-45.
 - 84) Macintyre S. Evidence based policy making: impact on health inequalities still needs to be assessed. *BMJ* 2003;326(7379):5-6.
 - 85) Scott-Samuel A, Sihto M. Health inequality 2000. *Critical Public Health* 2000;10(2):105-106.
 - 86) Gephens A, Gunning-Schepers LJ. Interventions to reduce socioeconomic health differences: A review of the international literature. *Eur J Public Health* 1996;6(3):218-226.
 - 87) International Conference on Reducing Social Inequalities in Health. *The Copenhagen Declaration on Reducing Social Inequalities in Health*. *Scandinavian Journal of Public Health* 2002;30:78-79.
 - 88) Exworthy M, Blane D, Marmot M. Tackling health inequalities in the United Kingdom: The progress and pitfalls of policy. *Health Services Research* 2003;38(6):1905-1921.
 - 89) Department of Health. *Tackling health inequalities: Status report on the programme for action*. London: The Stationery Office; 2005.
 - 90) Petticrew M, et al. *The Centre for Evidence-Based Public Health Policy: part of the ESRC Evidence Network*. In: Killoran a, Swann C, Kelly MP. editors. *Public health evidence: Tackling health inequalities*. Oxford: Oxford University Press; 2006. p. 141-154.
 - 91) Syme SL. Social and economic disparities in health: thoughts about intervention. *Milbank Quarterly* 1998;76(3):493-505.
 - 92) Kosa J, Antonovsky A, Zola IK. *Poverty and health: A Sociological analysis*. Commonwealth Fund Book. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1969.
 - 93) Connor J, Rodgers A, Priest P. Randomised studies of income supplementation: a lost opportunity to assess health outcomes. *J Epidemiol Community Health* 1999;53(11):725-730.
 - 94) Lahelma E, Keskimäki I, Rahkonen O. Income maintenance policies: the example of Finland. In: Mackenbach JP, Bakker M, editors. *Reducing inequalities in health: A European perspective*. London: Routledge; 2002. p. 67-76.
 - 95) Esping-Andersen G. *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge: Polity Press; 1990.
 - 96) Diderichsen F. Income maintenance policies: determining their potential impact on socioeconomic inequalities in health. In: Mackenbach JP, Bakker M, editors. *Reducing inequalities in health: A European perspective*. London: Routledge; 2002. p. 53-66.
 - 97) Wilde PE. Measuring the effect of food stamps on food insecurity and hunger: research and policy considerations. *Journal of Nutrition* 2007; 137(2):307-310.
 - 98) 荻谷剛彦. 階層化日本と教育危機—不平等再生産から意欲格差社会へ. 東京: 有信堂; 2001.
 - 99) Geyer S, et al. Education, income, and occupational class cannot be used interchangeably in social epidemiology. Empirical evidence against a common practice. *J Epidemiol Community Health* 2006;60(9):804-810.
 - 100) Siegrist J. Reducing social inequalities in health: work-related strategies. *Scandinavian Journal of Public Health* 2002;30:49-53.
 - 101) 近藤克則. 仕事と健康. 保健師ジャーナル 2006;62(12):1054-1059.
 - 102) Lindholm C, Burström B, Diderichsen F. Class differences in the social consequences of illness? *J Epidemiol Community Health* 2002;56(3): 188-192.
 - 103) Bartley M, Ferrie J, Montgomery SM. Living in a high-unemployment economy: understanding the health consequences. In: Marmot M, Wilkinson RG, editors. *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press; 1999. p. 81-104.
 - 104) Nickell S, Nunziata L, Ochel W. Unemployment in

- the OECD since the 1960s: What do we know? *The Economic Journal* 2005;115 (January): 1-27.
- 105) Berkman L, Kawachi I. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press; 2000.
 - 106) Stegeman I, Costongs C. *Promoting social inclusion and tackling health inequalities in Europe: An overview of good practices from the health field*. Brussels: EuroHealthNet; 2004.
 - 107) Stegeman I, Costongs C, editors. *Health, poverty and social inclusion in Europe: literature review on concepts, relations and solutions*. 200x, EuroHealthNet.
 - 108) Curtis S, Cave B, Coutts A. Is urban regeneration good for health? Perceptions and theories of the health impacts of urban change. *Environment and Planning C: Government and Policy* 2002;20(4): 517-534.
 - 109) Somerville M, et al. From local concern to randomized trial: the Watcombe Housing Project. *Health Expectations* 2002;5(2):127-135.
 - 110) Thomson H, Petticrew M, Morrison D. Health effects of housing improvement: systematic review of intervention studies. *BMJ* 2001; 323 (7306):187-190.
 - 111) Thomson H, Petticrew M. Housing and health. *BMJ* 2007;334(7591): 434-435.
 - 112) Howden-Chapman P, et al. Effect of insulating existing houses on health inequality: cluster randomised study in the community. *BMJ* 2007; 334 (7591): 460.
 - 113) Thomson H, et al. Do urban regeneration programmes improve public health and reduce health inequalities? A synthesis of the evidence from UK policy and practice (1980-2004). *J Epidemiol Community Health* 2006; 60(2):108-115.
 - 114) Wrigley N, Warm D, Margetts B. Deprivation, diet, and food-retail access: findings from the Leeds 'food deserts' study. *Environment and Planning A* 2003;35(1):151-188.
 - 115) Abbema EA, et al. Effect evaluation of a comprehensive community intervention aimed at reducing socioeconomic health inequalities in the Netherlands. *Health Promot Int* 2004;19(2):141-156.
 - 116) Davies HTO, Nutley SM, Smith PC. What works? The Role of evidence in public sector policy and practice. In: *Public Money & Management*. 1999. p. 3.
 - 117) 宮川公男, 政策科学入門. 2nd ed. 東京: 東洋経済新報社; 2002.
 - 118) Carlisle S. Inequalities in health: contested explanations, shifting discourses and ambiguous policies. *Critical Public Health* 2001;11(3): 267-281.
 - 119) Woodward A, Kawachi I. Why reduce health inequalities? *J Epidemiol Community Health* 2000;54(12):923-929.
 - 120) Vallgård S. What are health inequalities a political problem? *European Journal of Public Health* 2007;16(6):615-616.
 - 121) Klein R. Health inequalities: bringing the hidden assumptions into the open. *Health Economics* 2000;9:569-570.
 - 122) Klein R. Commentary: making policy in a fog. In: Oliver A, Exworthy M, editors. *Health inequalities: evidence, policy and implementation*. Proceedings from a meeting of the Health Equity Network. London: The Nuffield Trust; 2003. p. 55-57.
 - 123) Williams A. Equity in health: a challenge for researchers and policy makers. *Health Economics* 2000;9:585-586.
 - 124) Vallgård S. Health inequalities: Political problematizations in Denmark and Sweden. *Critical Public Health* 2007;17(1):45-56.
 - 125) Exworthy M, Powell M. Variations on a theme: New labour, health inequalities and policy failure. In: Hann A, editor. *Analysing health policy*, or. Ashgate: Aldershot; 2000. p. 45-62.
 - 126) Kingdon JW. *Agendas, alternatives, and public policies*. 2nd ed. Longman Pub Group; 2002.
 - 127) Benach J, Borrell C, Daponte A. Spain. In: Mackenbach JP, Bakker M, editors. *Reducing inequalities in health: A European perspective*. London: Routledge; 2002. p. 262-273.
 - 128) Davey Smith G, et al. The widening health gap: what are the solutions? *Critical Public Health* 1999;9(2):151-170.
 - 129) Krasnik A, Rasmussen NK. Reducing social inequalities in health: evidence, policy, and practice. *Scandinavian Journal of Public Health* 2002;30:1-5.
 - 130) Smith K.E. Health inequalities in Scotland and England: the contrasting journeys of ideas from research into policy. *Social Science & Medicine* 2007;64(7):1438-1449.
 - 131) Crombie IK, et al. *Closing the health inequalities gap: An international perspective*. Geneva: World Health Organization; 2005.
 - 132) Petticrew M, et al. Evidence for public health policy on inequalities: 1: The reality according to policymakers. *J Epidemiol Community Health* 2004; 58(10): 811-816.
 - 133) Whitehead M, et al. Evidence for public health policy on inequalities: 2: Assembling the evidence jigsaw. *J*

- Epidemiol Community Health 2004; 58 (10):817-821.
- 134) Baker EA, Metzler MM, Galea S. Addressing social determinants of health inequities: learning from doing. *Am J Public Health* 2005;95 (4) :553-555.
 - 135) Exworthy M, et al. Tackling health inequalities since the Acheson Inquiry. London: The policy Press; 2003.
 - 136) Powell M, Exworthy M. Joined-up solutions to address health inequalities: analysing policy, process and resource streams. *Public Money and Management* 2001;21 (1) :21-26.
 - 137) Department of Health. Tackling health inequalities: 2002 cross-cutting review. London: The Stationery Office; 2002.
 - 138) Health Development Agency. Tackling health inequalities learning from the East and West Midlands: Mainstreaming. Yorkshire: Health Development Agency; 2005.
 - 139) Exworthy M, Berney L, Powell M. 'How great expectations in Westminster may be dashed locally': the local implementation of national policy on health inequalities. *Policy and Politics* 2002;30 (1) :79-96.
 - 140) Exworthy M, et al. Evidence into policy and practice? Measuring the progress of U.S. and U.K. policies to tackle disparities and inequalities in U.S. and U.K. health and health care. *Milbank Quarterly* 2006;84 (1) : 75-109.
 - 141) Judge K, Bauld L. Learning from policy failure? Health action zones in England. *Eur J Public Health* 2006;16 (4) :341-343.
 - 142) Mackenbach JP. Socio-economic inequalities in health in Western Europe: From description to explanation to intervention. In: Sigerist J, Marmot M, editors. *Social inequalities in health: New evidence and policy implications*. Oxford: Oxford University Press; 2006. p. 221-250.
 - 143) Thomson H, et al. Evaluating the health effects of social interventions. *BMJ* 2004;328 (7434) :282-285.
 - 144) Holland WW. Socioeconomic health differences: A commentary. *Eur J Public Health* 1997;7 (2) :221-222.
 - 145) Tugwell P, et al. Cochrane and Campbell Collaborations and health equity. *Lancet* 2006;367 (9517) : 1128.
 - 146) Davey Smith G, Ebrahim S, Frankel S. How policy informs the evidence. *BMJ* 2001;322 (7280) :184-185.
 - 147) Labonte R. Some comments on the Acheson Report. *Critical Public Health* 1999;9 (2) :171-174.
 - 148) Wilkinson R. The challenge of prevention: A response to Starfield's "Commentary: Pathways of influence on equity in health". *Social Science & Medicine* 2007;64 (7) :1367-1370.
 - 149) Braveman PA. We also need bold experiments: A response to Starfield's "Commentary: Pathways of influence on equity in health". *Social Science & Medicine* 2007;64 (7) :1363-1366.