

## 総 説

# ヘルスプロモーション施策における社会環境整備の視点： タイ・スウェーデン・イングランド・アメリカ・日本の ナラティブレビュー

ニシオ マリサ 西尾麻里沙\*    ハセダ マホ 長谷田真帆\*    カナモリ マリコ 金森万里子\*、2\*    アラカワ ユウキ 荒川 裕貴2\*  
コンドウ ナオキ 近藤 尚己\*

**目的** 健康格差の縮小が公衆衛生上の課題となっている。世界保健機関の「健康の社会的決定要因に関する委員会（CSDH）」は、1. 生活環境の改善，2. 権力・資金・資源の不公正な分配への対応と多部門連携，3. 課題の評価（健康格差のモニタリング）と活動のインパクトアセスメントの3項目の実行を推奨し、「健康の公正性サーベイランスの枠組み」の中でモニタリング項目を提案した。日本と諸外国のヘルスプロモーション施策を分析し，CSDHの提言との適合性を検討するとともに，日本のヘルスプロモーション施策に資する社会環境を整備するための提言を行うことを目的とした。

**方法** 日本，アメリカ，イングランド，スウェーデン，タイのヘルスプロモーション施策に関する文書をレビューした。健康格差の定義とそのヘルスプロモーション施策における位置付け，評価指標を抄出し，CSDHが推奨する上記3項目と「健康の公正性サーベイランスの枠組み」に基づき各文書の内容を分類し，それぞれの内容について各国間の類似点と相違点を分析した。

**結果** 健康格差の定義は，日本，アメリカ，イングランド，スウェーデンで概ね類似していたが，日本では健康格差対策がなぜ必要であるかといった具体的な記述が少なかった。生活環境の改善に向けたアプローチの位置づけや重視する点は各国で異なっていた。日本は社会参加の機会と社会資源へのアクセスの確保，アメリカは客観的指標による評価，イングランドは社会的に恵まれない個人や地区への重点支援，スウェーデンはライフコースにわたるユニバーサルな介入，タイは多部門連携を計画していた。すべての国が権力・資金・資源の不公正な分配への対応と多部門連携に関する活動の実施を計画していた。アメリカはレビューした国の中で最多である187項目の社会的要因をモニタリングしており，所得や障害などの健康格差に関する幅広い視点や，保健分野以外の情報を用いた評価，個人，地域，国の政策など多様なレベルの評価項目が含まれていた。

**結論** 上記レビュー結果より，日本における健康格差縮小に向けた社会環境整備とその評価の充実に向けて次の3つを提案する。すなわち(1)健康格差をより多面的に捉え，対策の必要性を訴求し推進すること，(2)健康の決定要因の構造とその多面性を考慮して目標を設定すること，(3)保健分野以外の組織と協働した取り組みや指標の活用を行うことである。

**Key words** : 健康格差，保健政策，国際比較，健康の社会的決定要因，ヘルスプロモーション

日本公衆衛生雑誌 2022; 69(5): 338-356. doi:10.11236/jph.21-105

## I 緒 言

所得や学歴，雇用形態や居住地域の環境といった健康の社会的決定要因（Social Determinants of Health : SDH）による健康格差の存在が指摘されている<sup>1,2)</sup>。世界保健機関（WHO）は健康の社会的

\* 京都大学大学院医学研究科社会疫学分野

2\* 東京大学大学院医学系研究科保健社会行動学分野  
責任著者連絡先：〒606-8501 京都市左京区吉田近衛町先端科学研究棟2階  
京都大学大学院医学研究科社会疫学分野 近藤尚己

決定要因に関する委員会 (Commission on Social Determinants of Health : CSDH) を設立し、3年間の活動の末 SDH への対応指針を示した最終報告書を発行した<sup>3)</sup>。同報告書では1.「生活環境の改善」、2.「権力・資金・資源の公正な分配への対応と多部門連携」、3.「課題の評価 (健康格差のモニタリング) と活動のインパクトアセスメント」を3つの推奨事項として提案している<sup>3)</sup>。さらに、健康格差に関するモニタリング指標として「国レベルの包括的な健康の公正性達成に向けたサーベイランスの枠組み (Towards a comprehensive national health equity surveillance framework, 以降「健康の公正性サーベイランスの枠組み」と記載する)<sup>4)</sup>」を掲載した。

日本では、厚生労働省 (厚労省) が「壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸及び生活の質の向上を実現すること」を目的に、2000年より21世紀における国民健康づくり運動 (健康日本21) を実施している<sup>5)</sup>。2011年にまとめられた健康日本21の最終評価報告書には「今後は地域格差や経済格差の影響が大きくなることも想定されるので、社会環境要因に着目した戦略が必要となる<sup>6)</sup>」との課題が示されている。これを踏まえ、2013年に開始した健康日本21 (第二次) では最終目標に「健康格差の縮小」が加えられ、それを達成する手段として「健康を支え、守るための社会環境の整備」が示された<sup>5)</sup>。健康日本21 (第二次) の評価と次期健康づくり運動を検討している同厚生労働科学研究班は、これまでの進捗に関するデータ分析結果から、社会環境の整備について、具体的な実施内容の把握ができていないこと、取り組みの質の評価ができていないことなどの課題を挙げ、今後強化すべきとした<sup>7)</sup>。また、今後の社会環境整備の進め方について、「省庁横断的な取り組みや共通目標が必要」「(都道府県だけでなく) 諸地域別、社会属性別に評価し、それを格差指標で示す(べき)」といった意見が示された<sup>7)</sup>。

そこで、2024年度に開始される次期健康づくり運動において、社会環境整備の取り組み強化の方向性を検討する際の参考資料とすべく、日本の健康日本21創設時に参考としたアメリカ合衆国 (アメリカ) の Healthy People 2030<sup>8)</sup> をはじめとした、諸外国のヘルスプロモーション施策における社会環境整備や健康格差対策の実態を調査することとした。調査結果に基づき、日本を含めヘルスプロモーション施策を、CSDH の3つの推奨事項および「健康の公正性サーベイランスの枠組み」に基づき整理し、その類似点や相違点を明らかにすることで、健康日本21の次期計画を含む、今後の保健政策における社会環境整備による健康格差対策の在り方への示唆を得る

ことを目的とした。

## II 研究方法

### 1. レビュー対象国の選定

The Scale for the Assessment of Narrative Review Articles (SANRA)<sup>9)</sup> に則り、ナラティブレビューを実施した。レビュー対象国の選定については、まず健康日本21創設時に参考としたアメリカ<sup>8)</sup> を選んだ。それ以外の国については、地理的な多様性を考慮するために、日本のほかに、アジア・アフリカ・欧州・北米・南米の各地域から1か国ずつ選定することとした。その際、WHO (2018) に記載されている、健康の社会的決定要因に取り組むための政策を政府全体で展開した、または取り組みを予定している国 (ブラジル連邦共和国、カナダ、チリ共和国、イラン・イスラム共和国、ケニア共和国、モザンビーク共和国、スリランカ民主社会主義共和国、スウェーデン王国、グレートブリテン及び北アイルランド連合王国、アルゼンチン共和国、メキシコ合衆国、ポーランド共和国、タイ王国、ニュージーランド、ノルウェー王国)<sup>3)</sup> から選ぶこととした。そのうち、各国の医療・保健管轄省庁のホームページから日本語または英語で社会環境整備や健康格差対策の指標が記載されている文書が入手可能な国、著者のうちいずれかがレビュー文書の選択に際し助言を求めることができる専門家の有無を検討し、最終的に、アメリカ、グレートブリテン及び北アイルランド連合王国のイングランド (イングランド)、スウェーデン王国 (スウェーデン)、タイ王国 (タイ) をレビュー対象国とした。

### 2. 文献検索

Google 検索エンジンと各国の医療・保健管轄省庁のホームページ内検索機能を用いて、文書を検索した。Google 検索エンジンを用いた検索では、「国名 ; 各国の主要な公的医療・保健機関名 ; strategy ; plan ; framework ; governance」を英語または日本語で検索した。検索は2020年8月4日~10月30日の間に行った。次の基準を満たす文書を抽出した。(1) 英語または日本語で記載されている文書、(2) 2020年8月時点で最新版として報告されている文書、(3) 検索時点においてオンライン上でアクセス可能な文書。

### 3. 分析対象文書の選定

抽出された文書のうち、次の基準を満たす文書の内容を分析対象として選定した。(1) 各国の医療・保健管轄省庁、主要な公的医療・保健機関または学術雑誌によって公表されている文書、(2) 閲覧・引用・ダウンロードに際し許可が不要な状態で公開さ

れている文書、(3)ヘルスプロモーション施策およびその評価に関する内容が含まれている文書。選定した文書から、各国のヘルスプロモーション施策に精通した専門家（イングランド、スウェーデン、タイの文書のうちレビューするものを絞り込む過程で各1人）の助言を仰ぎ、当該各国において日本の健康日本21またはアメリカの Healthy people に近い位置付けにある文書を各国ごとに1~3編ほど選択した。文書の検索・抽出・選定・和訳・絞り込み・まとめ作業は、1~2か国に対して1人の研究者が主に担当して実施し、内容のまとめについては著者全員で検討・修正した。

#### 4. 分析方法

まず各国のデータから健康格差の定義と健康格差対策の位置付けに関する記述を抄出して和訳した。和訳は各国のデータ収集担当者が担当国分を行った（1担当者1か国）。各国の文書、抄出した文言、その和訳は著者全員で確認・調整した。続いて、CSDHの3つの推奨事項と「健康の公正性サーベイランスの枠組み」に基づいて、ヘルスプロモーション施策に関するデータを分類した。必要な情報の過不足と分類の適切性について、著者全員で検討し調整した。これら健康格差の定義と健康格差対策の位置付け、CSDHの3つの推奨事項と「健康の公正性サーベイランスの枠組み」に基づく分類を表にまとめ、それぞれの内容について各国間の類似点と相違点を著者全員で検討した。検討にあたり、CSDHの3つの推奨事項それぞれについて、具体的な内容を評価するために3ないし4つの分析項目を設定した。また、「健康の公正性サーベイランスの枠組み」中の「健康アウトカム」の項目は、「健康や健康行動の格差およびそれらと関連する社会環境」に該当する指標ではないため評価対象外とした。さらに、「健康行動」の項目は、健康行動の変容を目的とした社会環境整備に関する指標のみを抽出して評価対象とした。

### Ⅲ 研究結果

#### 1. 各国のレビュー結果

##### 1) 日本

##### (1) レビューした資料の概要

健康日本21（第二次）の関連文書として、『健発0710第1号 厚生労働省健康局長通知「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針の全部改正について」』（以下『新局長通知』<sup>10)</sup>、『健康日本21（第2次）の推進に関する参考資料』<sup>5)</sup>、および『「健康日本21（第二次）」中間評価報告書』<sup>11)</sup>をレビューした。

『新局長通知』<sup>10)</sup>は、2003年から実施された健康日本21を改正し、2013年から健康日本21（第二次）を実施することを示した文書である。同文書内にはその改正の内容として、国民の健康の増進の推進に関する基本方針が示された。『健康日本21（第2次）の推進に関する参考資料』<sup>5)</sup>は次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会が作成した同運動に関する参考資料であり、具体的な目標とその設定根拠が示されている。『「健康日本21（第二次）」中間評価報告書』<sup>11)</sup>は、健康日本21（第二次）の中間評価の結果を報告した文書である。

##### (2) 健康格差対策の位置付け

健康格差は「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」と定義されていた<sup>5)</sup>。健康格差の縮小は、10年後に目指す姿である「全ての国民が共に支え合い、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会」の一つとして位置付けられた<sup>5)</sup>。

##### (3) CSDHの推奨事項についての記述

##### ① 推奨1 生活環境の改善

生活環境の改善は、健康日本21（第二次）の基本方針に含まれていた<sup>10)</sup>（以下抜粋）。

##### ア. 健康寿命の延伸と健康格差の縮小

生活習慣病の予防、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上等により、健康寿命の延伸を実現するとともに、あらゆる世代の健やかな暮らしを支える良好な社会環境を構築することにより、健康格差の縮小を実現する

##### エ. 健康を支え、守るための社会環境の整備

国民が主体的に行う健康づくりの取組を総合的に支援するほか、地域や社会の絆、職場の支援等が機能することにより、社会全体が相互に支え合いながら、国民の健康を守る環境を整備する

さらに、厚労省のwebサイトには、「地域や職域における生活習慣病の発症予防と重症化予防の効果的な取組事例」が紹介されていた<sup>12)</sup>。

##### ② 推奨2 権力・資金・資源の不公正な分配への対応と多部門連携

健康格差対策や健康づくりに取り組む多様なセクターの活動に言及した指標が含まれていた（以下抜粋）。

- メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加
- 健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業登録数の増加
- 健康づくりに関して身近で専門的な支援・相談を受けられる民間団体の活動拠点数の増加
- 健康格差対策に取り組む自治体の増加

- 食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業及び飲食店の登録数の増加
- 住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の増加
- 受動喫煙（家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関）の機会を有する者の割合の減少

### ③ 推奨3 課題の評価（健康格差のモニタリング）と活動のインパクトアセスメント

健康格差とSDHに関しては、以下の目標が含まれていた（以下抜粋）。

- 日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差の縮小
- 高齢者の社会参加の促進（就業又は何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加）
- 地域のつながりの強化（居住地域でお互いに助け合っていると思う国民の割合の増加）

評価は5年に1度計画されており、各目標が4段階で評価されていた（「改善している」「変わらない」「悪化している」「評価困難」<sup>11)</sup>）。評価のベースライン値には全国平均や複数の都道府県の平均が用いられており、その一部には、男女別や年齢別の平均値も記載されていた<sup>5)</sup>。こうした評価は、厚生労働省とその関連団体、厚生労働科学研究費補助金、総務省「労働力調査」、衛生行政報告、民間団体からの報告によって収集されたデータに基づいて行われていた。

## 2) アメリカ

### (1) レビューした資料の概要

アメリカの保健や福祉政策を所轄する保健福祉省（U.S. Department of Health and Human Services: HHS）が2020年8月に出版した“Healthy People 2030”<sup>13)</sup>をレビューした。

Healthy People は国民の健康状態の改善を目的としたプログラムであり、科学的根拠に基づき設定された10年間の行動目標とそのモニタリングに役立つツールで構成されている。1980年に最初の“Healthy People 1990”が発表されて以降、10年ごとに新しいプログラムを発表している。本研究でレビューした Healthy People 2030の内容は、諮問委員会からの提言とパブリックコメント、およびHHSの専門家の意見に基づいて作成された。作成に際しては、42のワーキンググループが設置され、各ワーキンググループのメンバーはHHS内外の連邦政府機関および各分野の専門家で作成されていた。

### (2) 健康格差対策の位置付け

健康格差を「社会的、経済的、環境的に不利な状況と密接に関連している特定の健康状態の違い」と定義し、続けて「健康格差は、人種や民族、宗教、

社会経済的地位、ジェンダー、年齢、精神的健康、認知・感覚・身体的障害、性的指向や性同一性、地理的位置、または歴史的に差別や排除と結びついたその他の特性によって、健康に対するより大きな障害を系統的に経験してきた人々の集団に悪影響を及ぼす。」と記載している。Healthy People 2030では、SDH・健康格差・ヘルスリテラシーに重点が置かれ、より上流（マクロレベル）の要因へ対応することの重要性を強調していた。Healthy People 2030のwebサイトにはトピックや指標とは別にSDHの特設ページが設けられ、解説や文献のサマリー、対策の例が掲載されていた。

### (3) CSDHの推奨事項についての記述

#### ① 推奨1 生活環境の改善

Healthy People 2030の指標の一部には、「エビデンスに基づく資料」として、社会環境整備に対する取り組みのためのガイドラインや資料集が紐づいていた。当該資料は主に保健セクター（CDC等）が作成したものであり、複数の指標に紐づけられているものもあった。たとえば、身体活動量を向上させるための「交通システムへの介入と土地利用・環境デザインを組み合わせた建築環境アプローチ」というガイドは、7つの指標と紐づいていた。

#### ② 推奨2 権力・資金・資源の公正な分配への対応と多部門連携

SDHへの対応として「単に健康に良い選択を促すだけでは健康格差をなくすことはできない。公衆衛生の組織と、そのパートナーである教育・交通・住宅などのセクターは、人々の環境の状況を改善するために行動を起こす必要がある」と記載されており、上述のSDHの特設ページ内で具体的なプログラムや政策も紹介されていた。たとえばニューヨーク市の“The Green Carts Initiatives”では、市長室と保健精神衛生局が、移動販売業者を通じて新鮮な果物や野菜へのアクセスを改善させた事例が挙げられていた。

#### ③ 推奨3 課題の評価（健康格差のモニタリング）と活動のインパクトアセスメント

指標は以下5カテゴリに分類されており、健康格差とSDHに対する指標は主に集団・セッティングやシステム・SDHのカテゴリ内に設定されていた。複数のカテゴリに分類される指標もあった。

1. 健康状態
2. 健康行動
3. 集団：乳幼児、子ども、青少年、労働者、高齢者；LGBT、男性、女性；親または介護者、障がい者
4. セッティングやシステム：コミュニティ、環

境, グローバルヘルス, 医療, 健康保険, IT, 政策, 病院・救急, 住宅, 公衆衛生インフラ, 学校, 交通, 職場

#### 5. SDH: 経済的安定, 教育のアクセスと質, 医療のアクセスと質, 建造環境, 社会・コミュニティの文脈

たとえば, カテゴリ 5. SDH のうち, 経済的安定のカテゴリには, 下記の 9 指標が設定されていた。

- (1) 学校にも働きにも行っていない若者の割合を減らす
- (2) 貧困の中に暮らしている人の割合を減らす
- (3) 労働者人口のうち雇用されている者の割合を増やす
- (4) 最低一人はフルタイムで働いている親と暮らしている子どもの割合を増やす
- (5) 関節炎の症状が仕事を制限している成人関節炎患者の割合を減らす
- (6) 住居費に所得の30%以上費やす家庭の割合を減らす
- (7) 食の不安定に陥っている世帯を減らし, 飢餓を減らす
- (8) 極度の食の不安定に陥っている子どもをなくす
- (9) 業務関連の外傷による1日以上欠勤をなくす

各指標の評価には, 保健福祉省内が収集しているデータの他, 保健以外の省庁(教育, 労働, 司法, 農業, 交通, 住宅・都市計画, 環境, 国勢調査局)や大学等研究機関が行っている調査データ等の利用が計画されていた。各指標の目標値にはその根拠や設定方法が記載されていた。

指標は3種類に分類されていた。すなわち, ①コア目標(Core Objectives: データと介入の両方にエビデンスがあるもの: 355指標), ②開発中の目標(Developmental Objectives: 信頼できるベースラインデータがないもの: 114指標), ③研究すべき目標(Research Objectives: 介入に関するエビデンスがないもの: 40指標)。またコア目標の中から23指標がLeading Health Indicators (LHI: 優先度の高い健康課題の指標)として選定され, 子どもの読解能力や食の不安定, 雇用などSDHに関する指標も複数含まれていた。

コア目標の指標は2030年迄の10年間追跡され, その推移(目標達成・改善・ほとんど変化なし・悪化)が最低3回評価される計画になっていた。指標には, 集団間(年齢層・人種/民族・経済的状況等)の格差について言及しているものが多かったが, その具体的な数値や目標値は記載されていなかった。

### 3) イングランド

#### (1) レビュー資料の概要

国民保健サービス(National Health Service: NHS)が2019年8月に発行した“NHS Long Term Plan”<sup>14)</sup>をレビューした。加えて, Public Health England (PHE)が2019年9月に発行した“PHE Strategy 2020 to 2025”<sup>15)</sup>と, 2019年8月に公開した“Public Health Outcomes Framework 2019/20”<sup>16)</sup>をレビューした。

NHSは, 1948年に運用を開始した公的保険医療サービスである<sup>17)</sup>。本研究では, イングランドにおけるNHSの運用を担っている, NHS Englandの資料をレビューした。NHS Long Term Planは, 2019年に設立70周年を記念して設定されたNHSの10か年の行動計画である<sup>14)</sup>。本研究では, 当該計画のうちMore NHS actions on preventionとStronger NHS action on health inequalitiesの項目をレビューした。

PHEは, 2013年に発足したイングランドの保健社会福祉省の外郭機関である<sup>18)</sup>。「健康的なライフスタイルを促進し, 政府に助言を与え, 地方自治体・NHS・一般市民の活動を支援することで, 国民をより健康にし, 異なる集団間における健康格差を縮小すること」を目的としている<sup>19)</sup>。PHE Strategy 2020 to 2025は, 2020から2025年までの5年間でPHEが国民の健康を守り, 向上させ, 健康格差を是正するための取り組みをまとめた戦略である<sup>15)</sup>。Public Health Outcomes Framework 2019/20は, 国や地方自治体における公衆衛生の状況を把握するためのモニタリング指標である<sup>16)</sup>。指標は国民の健康の向上と不平等の削減を中心とした5分野(①包括指標, ②健康のより広範な決定要因を改善する, ③健康の改善, ④健康の保護, ⑤公衆衛生と早世の防止)で構成されている。

#### (2) 健康格差対策の位置付け

NHSとPHEは, 健康格差を「人々のグループやコミュニティ間の健康状態における回避可能で不公平な差」と定義していた<sup>20,21)</sup>。対策の方針については, NHSは, 「(中略)公平性と集団の健康の向上の両方の理由から, 健康格差を是正し, 医療における不当なばらつきに対処するために, より協調的かつ体系的なアプローチをとる」<sup>14)</sup>, PHEは「不平等を是正することで, すべての人が同じように健康的な生活を送る機会を得られるようにする必要がある」<sup>22)</sup>と記述していた。

#### (3) CSDH 推奨事項についての記述

##### ① 推奨1 生活環境の改善

NHS Long Term Plan および PHE Strategy 2020 to 2025には, 生活に関する社会環境の改善が記載

されていた。NHS Long Term Plan には複数の取り組みが挙げられていた（以下抜粋）。

- イングランド最大の雇用主として、NHSは労働者のメンタルヘルスとウェルビーイングを改善し、他の雇用主に手本を示すために行動を起こす
- 健康格差が大きい地域に対し、より多くの資金を提供する
- 学習障害、自閉症、またはその両方を持つすべての人々がより幸せで、健康的な、長い人生を送るために行動する
- ホームレス等の路上生活者のメンタルサポートに対するニーズを満たすために、3000万ポンドの追加投資を行う

“PHE Strategy 2020 to 2025”には、生活に関する社会環境の改善が含まれていた（以下抜粋）。

- 英国のヨーロッパ連合離脱後の喫煙およびたばこ関連製品の国内規制活動についてアドバイスを行う
- 低所得者層の禁煙を促進する、全国的なマーケティングキャンペーンを実施する
- 喫煙率低下や、所得/社会経済状況による不平等を是正するために効果的な、国/地方レベルのたばこ規制政策についてアドバイスし、影響を与える
- 地方自治体やコミュニティのパートナーと協力し、子どもや親が経験する不平等/脆弱性/逆境の減少に貢献する、家族のための健全な居場所を開発する

PHE Strategy 2020 to 2025に記載されていた各取り組みは Public Health Outcomes Framework 2019/20とは対応していなかった一方、国家戦略のどのような目標の達成に寄与するかが記載されていた。

② 推奨2 権力・資金・資源の不公平な分配への対応と多部門連携

NHSは、資源の公平な配分を、資源配分諮問委員会と連携して実施していた。当該委員会は、イングランドにおける医療サービスの運営資金を地理的に公平に配分するために勧告を行う機関である。NHS Long Term Plan と PHE Strategy 2020 to 2025には、環境・食糧・農村地域省、持続可能な開発ユニット、第三セクターの組織、学術機関、研究パートナーと連携した取り組みが記載されていた。Public Health Outcomes Framework 2019/20には、指標のモニタリングに用いるデータの連携先にイギリス国家統計局、保健・社会医療情報センター、環境・食糧・農村地域省、教育省、司法省、住宅・コミュニティ・地方自治省、運輸省、ビジネス・エネ

ルギー・産業戦略省等が記載されていた。

③ 推奨3 課題の評価（健康格差のモニタリング）と活動のインパクトアセスメント

健康格差とSDHに対する指標は、“Public Health Outcomes Framework 2019/20”内の「包括指標」と、「健康のより広範な決定要因を改善する」項目に記載されていた（以下抜粋）。

- 出生時の健康寿命のイングランド内格差
- 低所得世帯の子どもの数（16歳未満・20歳未満）
- 教育、雇用、訓練を受けていない、または活動内容が不明（ニート）な16～17歳児
- 騒音に対する苦情の発生率
- 燃料の貧困

すべての指標は、地域（county）ごとにモニタリングされその結果が公開されていた<sup>23)</sup>。指標の評価には、保健セクターのデータに加えて、社会医療情報センターの統計、ホームレス統計、交通事故統計等、多様な機関が収集している統計資料が活用されていた<sup>24)</sup>。評価の頻度は指標によって異なるが、四半期毎が理想とされていた。データ収集から公開までのタイムラグは、1年未満が理想とされていた。また、指標は国民に対するアンケート調査等を元に修正されていた<sup>25)</sup>。

#### 4) スウェーデン

(1) レビュー資料の概要

国の健康公正委員会（National Commission for Equity in Health）が出版している活動報告書『健康の公正性を高めるための次のステップ：一世代でどのように格差を縮小するか？』（The next step towards more equity in health in Sweden: how can we close the gap in a generation?）<sup>26)</sup>と、2019年2月に社会省公衆衛生局が地方自治体協会と共同で発行した『公衆衛生の地域比較2019』（Regional Comparisons Public Health 2019 (Öppna jämförelser folkhälsa 2019)）報告書<sup>27)</sup>のうち、英語で記載された概要部分をレビューした。後者は健康に影響を与える福祉サービスを担う自治体や団体の活動と議論を活性化させることを目的として、自治体間・地域間における健康アウトカム、生活習慣、社会経済状況、社会環境を比較した報告書である<sup>27)</sup>。

健康公正委員会は、2014年に当時の首相が「一世代以内に回避可能な健康格差を解消する」と宣言したことを受け、健康格差の縮小に貢献する政策を提案することを目的として設立された委員会である<sup>28,29)</sup>。健康格差に関する学術研究機関（Centre for Health Equity Studies, Sweden）のセンター長であったLundberg教授が委員長に指名され、委員は

産業環境医学, 社会福祉学, 経済学, 社会医学, 公衆衛生学, 教育学, 医療社会学, 医学等, 多様な領域の専門家によって構成されている<sup>29)</sup>。

## (2) 健康格差対策の位置付け

健康公正委員会は、健康格差を「異なる社会的地位にある集団間の健康における体系的な差異」と定義した。社会的立場によって以下の7つの領域における条件や機会が異なっており、こうしたライフコースにわたる資源の不平等が健康格差につながるとした。

1. 幼児期の成長：公正な母子保健ケアや質の高い保育園へのアクセスの平等など、子どもの最善の利益に焦点を当てた方法や手段
2. 知識や技術・教育：良好な教育環境の整備や不登校の減少などに向けた取り組み
3. 雇用・労働環境：労働市場へ参入する際の障壁の減少や、労働環境改善のための取り組みの強化
4. 収入・経済的資源：所得のより低い集団に重点を置き、人々の経済資源を強化
5. 住居や近隣環境：社会的に持続可能な近隣環境および健康的な住宅環境を醸成するためのアクション
6. 健康行動：健康に有害な製品へのアクセスを制限し、健康を促進する製品・環境・活動へのアクセスを増加させる既存の政策の強化
7. 人生のコントロール・社会への影響力や参加：市民社会への民主的な参加、差別や脅威、暴力からの自由、リプロダクティブヘルスなどの促進

## (3) CSDHの推奨事項についての記述

### ① 推奨1 生活環境の改善

健康公正委員会は、生活環境の改善として上述の7つの領域に「公正で健康を促進するヘルスケアシステム：健康や公正なケアを促進する、ヘルスケアシステムの醸成」を加えた8つの領域に基づき活動を推進する枠組みを提案した。

### ② 推奨2 権力・資金・資源の不正な分配への対応と多部門連携

健康公正委員会は、上述の8領域すべての格差を縮小するためには分野横断的な政策が必要であるとの認識を示し、2018年までに幅広い組織や機関と150回以上の会議を開催した。当該会議を経て、政策フレームワークの更新や、モニタリングのインフラ整備等の25の具体的な提案が行われた。更に、各省庁の代表、議会の政党の代表、自治体の代表から成る3つの準拠集団 (reference groups) を設定し、政策に対する助言を仰いだ。

### ③ 推奨3 課題の評価(健康格差のモニタリング)と活動のインパクトアセスメント

『公衆衛生の地域比較2019』報告書では、健康格差とその関連要因として39指標のモニタリング結果が公表されていた。そのうち社会環境要因は、就学前教育、保育園スタッフの教育歴、高校修了、ニート、長期間の失業、生活保護等の社会経済状況、投票率、自己効力感、外出の安心、他者への信頼、高齢者の孤独等が含まれていた。さらに、各指標は年齢、性別、教育歴、自治体の社会経済状況ごとの違いも報告されていた。モニタリングは既存の統計資料を元に、毎年または隔年で実施され、その結果は地方自治体協会のwebサイト上で公開されていた。指標は先に述べた8つの目的領域と完全に対応しているわけではなく、データの利用可能性によって、労働環境等カバーされていない領域も見られた。

#### 5) タイ

##### (1) レビュー資料の概要

保健省が2017年に発行した『公衆衛生に関する20か年計画 2017-2036』(Twenty-Year National Strategic Plan for Public Health (2017-2036))<sup>30)</sup>と、2017年に保健省と自然資源/環境省が策定した『第3次環境保健計画2017-2021』(Third National Environmental Health Strategic Plan 2017-2021)<sup>31)</sup>をレビューした。前者はタイのヘルスケアシステムを発展させるための戦略枠組みを示した計画であり「より健康な国民、より幸福な保健医療従事者、持続的な保健システム」を目標に、45のプロジェクトで構成されていた。各プロジェクトにはその目的、2年後のゴール、取り組み、5年ごとのKey Performance Indicators (KPIs: 結果指標) が設定されていた。後者は「国民の健康の権利と環境を守り、人々の生活とwell-beingを持続させること」を目的としている。当該計画は3つの主目標とそれに対応した3指標、指標に対応した4戦略、戦略に対する15指標、指標に対応した取り組みが設定されている。

##### (2) 健康格差対策の位置付け

いずれの資料にも、健康格差の明確な記載は確認できなかった。

##### (3) CSDHの推奨事項についての記述

###### ① 推奨1 生活環境の改善

『公衆衛生に関する20か年計画 2017-2036』には、「生活に関わる社会環境の改善」として、人材育成やデータリンケージ等の対策が記載されていた(以下抜粋)。

- 5歳未満の子どもの発達に貢献する環境の構築
- ヘルスケアワーカーやケア提供者の能力開発

### プログラムの実装

- 地域コミュニティとネットワーク機能の強化
- 症例の紹介と追加治療を目的とした全国的な健康情報のリンケージを確保するための健康情報システムの質向上

また、『第3次環境保健計画2017-2021』には以下の取り組みが含まれていた。

- 健康への影響を和らげるための環境問題のモニタリングとリスク評価の実施
- 国の中心から離れたエリアや脆弱な集団の衛生状況の改善
- 私的機関、専門家集団、市民社会組織、メディアとの協力の奨励
- 環境衛生の中央集権型データベースと情報共有システムの発展・向上

### ② 推奨2 権力・資金・資源の不公平な分配への対応と多部門連携

『公衆衛生に関する20か年計画 2017-2036』は「多部門連携を基盤とした持続可能なヘルスケアシステムの発展と維持」をその目標としており、各種取り組みに多部門連携を進める計画が含まれていた。たとえば、学童期の健康状態の向上のための取り組みには、多部門連携に基づく健康促進プログラムの実装を政策レベルで推進することが挙げられていた。『第3次環境保健計画2017-2021』では、多部門連携を強化するため、関係組織同士が連携して環境健康に取り組む体制を構築することを目標にしていた。すべての活動に対して主導する機関とサポートする機関が明記されていた。具体的には、教育省、内務省、産業省、労働省、科学技術省、運輸省等の行政機関や、タイ研究財団、健康システム研究機関等の非行政機関等が挙げられていた。

### ③ 推奨3 課題の評価(健康格差のモニタリング)と活動のインパクトアセスメント

『公衆衛生に関する20か年計画 2017-2036』には、健康環境管理システムの導入等の、社会環境に関するKPIsが設定されていた。また、世代別に異なる指標が設定され、女性に特化した指標も設定されていた。KPIsは、医療機関の上級職員や地方行政組織の監査評価部門がモニタリングし、月毎・四半期ごとにレポートを作成すると記載されていた。『第3次環境保健計画2017-2021』では、計18の指標が設定されていた。指標には、国家機関や地方行政組織とともに環境健康プログラムの実装に取り組む組織の数、環境健康の向上活動や組織構造の構築を行っている地方行政組織の割合、環境と健康に関わる情報がリンクしたデータベースの存在、環境健康に関わる人材育成を行う組織の数等が含まれてい

た。各指標は、地方行政によって中間評価と最終評価が実施されると記載されていたが、具体的にどのデータをどこから収集するかは明記されていなかった。

### 2. 各国の比較・分析

レビュー結果を表1~6にまとめた。健康格差の定義は、日本、アメリカ、イングランド、スウェーデンの文書で概ね類似していた(表1)。いずれも公平性を達成することが重要との観点から健康格差対策の必要性を訴求しており、保健政策の主要な柱として位置付けていた。一方、アメリカとスウェーデンは健康格差対策がなぜ必要であるかについて具体的に明記していたが、日本ではみられなかった。

CSDHの推奨事項1「生活環境の改善」に関する目標の位置づけや重視する点は、各国の間で相違があった(表2)。日本は社会環境の改善を健康格差縮小の手段と位置付けているのに対し、アメリカは「上流」の要因へのエビデンスに基づく対応と説明していた。重視する点については、イングランドは社会的に恵まれない個人や地区の選別と重点支援という選別的対応を示していたのに対して、スウェーデンは個人のライフコースに基づき課題を分類するが、対策は基本的にユニバーサルなものとなっていた。タイは多部門間連携によるアプローチを計画していた。さらに、イングランド、スウェーデン、タイは、より広範な国レベルの方針を踏まえた保健計画の提示をしている点が共通していた。

CSDHの推奨事項2「権力・資金・資源の不公平な分配への対応と多部門連携」は、すべての国でその実施が計画され、指標の評価のための多部門連携を推奨していた(表3)。アメリカ、イングランド、タイの計画には他省庁とのデータ共有のための環境整備についても記載されていた。スウェーデンとタイは、多様な部門との連携を推進するための組織設定を明記したり、連携組織づくりを活動目標として明記するなど、より積極的で具体的に多部門間連携を推進する姿勢が目立った。

CSDHの推奨事項3「課題の評価と活動のインパクトアセスメント」について、指標の構成やカバーする概念範囲には各国で大きな違いが見られた(表4)。最も幅広く設定されていたのはアメリカとイングランドであった。タイは活動推進のためのシステムの構築に関する指標が多かった。個人の健康や健康行動を規定する社会環境要因に関する指標の数は、アメリカが最多で187だった。評価の頻度はタイが最も高く1か月毎のモニタリングが計画されていた。

「健康の公正性サーベイランスの枠組み」に基づ



表1 各国のヘルスプロモーションプランおよびその関連文書における健康格差対策の位置付け

	日本	アメリカ	イングランド	スウェーデン	イ
健康格差の定義	「あらゆる世代の健やかな暮らしを支える良好な社会環境を構築することにより、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）の縮小を実現することが重要」 <sup>5)</sup> p19	「社会的、経済的、環境的に不利な状況と密接に関連している特定の健康状態の違い。健康格差は、人種や民族、宗教、社会経済的地位、ジェンダー、年齢、精神的健康、認知・感覚・身体的障害、性的指向や性同一性、地理的位置、または歴史的に差別や排除と結びついたその他の特性によって、健康に対するより大きな障害を系統的に経験してきた人々の集団に悪影響を及ぼす。」 <sup>13)</sup>	(National Health Service: NHS, Public Health England: PHE) 「人々やコミュニティのグループ間における、健康状態の回避可能で不公平な差」 <sup>21,22)</sup>	「異なる社会的地位にある集団間の健康における体系的な差異」 <sup>26)</sup> p21, 「私たちは、人生の主要な領域における条件と機会（または利用可能な資源の量）が社会的地位の異なる人々の間で大きく異なることを主張する。人生のこれらの領域における資源の量は健康にとって重要であるため、資源の不平等は健康の不平等に変換される」 <sup>26)</sup> p21	記述なし
保健政策における健康格差対策の位置付け	「今後健康格差が広がる中で、社会環境の改善を図り、健康格差の縮小を実現する社会」は、「10年後に目指す姿」のひとつ <sup>5)</sup> p17。	包括的な目標5つのうち以下2つが健康格差対策と関連：「すべての人が最大限の健康と幸福を得られるような、社会的・物理的・経済的環境を構築する」「健康格差を解消し、健康の公平性を達成し、ヘルスリテラシーを達成して、すべての人々の健康と福祉を改善する」 <sup>13)</sup>	NHS「(中略) 公平性と集団の健康の向上の両方の理由から、健康格差を是正し、医療における不当なばらつきに対処するために、より協調的かつ体系的なアプローチをとる」 <sup>14)</sup> p99, PHE「不平等を是正することで、すべての人が同じように健康的な生活を送る機会を得られるようにする必要がある」 <sup>22)</sup>	「(2018年に議会で承認された) 新公衆衛生法 ('Good and equitable public health—an advanced public health policy') は、国民全体の公正な健康に明確な焦点が当てられており、一世代 (30年) 以内に回避可能な健康格差を削減することを目標としている」 <sup>12)</sup> p12	記述なし

注) 表中の引用番号は、本文中の引用番号に対応する。

表 2 各国のヘルスプロモーションプランおよびその関連文書における、CSDHの推奨事項1：生活環境の改善に関する記述

	日本	アメリカ	イングランド	スウェーデン	タイ
社会環境の改善に関する目標の位置付けと重視する点	「生活習慣病の予防、社会生活を営むために必要な機能の維持および向上等により、健康寿命の延伸を実現するとともに、あらゆる世代の健やかな暮らしを支える良好な社会環境を構築することにより、健康格差の縮小を実現する」 <sup>10)</sup> p2	「ステークホルダーの（健康格差解消という）目標に向けた取り組みを支援するために、Healthy Peopleは以下を行う： <ul style="list-style-type: none"> <li>データモニタリングツールの提供</li> <li>エビデンスに基づいたリソースや実践の紹介</li> <li>多部門連携の促進」<sup>13)</sup></li> </ul>	「(NHSは、)引き続き、健康上の不平等が大きい地域に向けて、より多くの資金を投入する」 「地域計画を支援し、国のプログラムが健康格差の縮小に焦点を当てていることを確認するために、国民保健サービスは、この長期計画(NHS Long Term Plan)に記載されているサービスの改善を通じて、貧困に関連するものを含む格差を縮小するための、具体的に測定可能な目標を設定する」 <sup>14)</sup> p40	「健康格差を是正するための継続的な取り組みは、こうした（福祉や生活環境における）より広範な格差に対処するものでなければならず、個人が行動して資源を生み出す機会を強化するとともに、個人の資源や行動範囲が不十分な状況において、公的部門が資源を提供する能力を強化するための取り組みも必要となる」 <sup>20)</sup> p26	記述なし
具体的な取り組み事例の紹介	web サイトで紹介：健康日本21 (第二次)のweb サイトに、地方自治体による取り組み事例が掲載 <sup>12)</sup> 。各事例は目標指標とは対応していない。	一部指標およびSDH特設ページに事例の記載あり。各事例は指標と1対1対応ではない。	NHS Long Term Plan <sup>14)</sup> およびPHE Strategy 2020 to 2025 <sup>15)</sup> に記載あり。各事例は目標指標とは対応していない。	第3次環境保健計画 2017-2021に、各指標に対応して複数の取り組みを掲載 <sup>31)</sup> p58-68。	
社会環境の健康に対する影響の研究の推奨	「国、地方公共団体等において、国民の社会環境や生活習慣と生活習慣病との関連等に関する研究を推進し、結果の提供を行う。また、新たな研究成果を関係する基準や指針に反映させるなど、支援を行っていく。」 <sup>10)</sup> p6	「Healthy People 2030の目標達成に向けた研究と技術革新を促進し、重要な研究・データ・評価のニーズを明らかにする」 <sup>13)</sup>	「PHEは大気汚染が健康に及ぼす影響に関するエビデンスを拡大・共有し、国や地方のパートナーに影響を与え、最も効果的な介入を実施する。」 <sup>15)</sup> など	「(前略) 不平等と健康に関するモニタリング、評価、知識構築のための優れたインフラを確保することが不可欠である。」 <sup>26)</sup> p23	「現在および将来の環境衛生問題の管理のための技術およびイノベーション」 <sup>31)</sup> p66など
より広範な国レベルの方針との整合性	記述なし	記述なし	「本取り組みは、国家戦略である“Tobacco Control Plan”中の以下の目標達成に寄与する。2022年までに：成人の喫煙有病率を12%にする、妊婦の出産時喫煙率を3%にする」 <sup>15)</sup>	「このプランは、国連の持続可能な開発目標 (SDGs)、2017年タイ王国憲法の趣旨、20年国家戦略、政府の政策、“Thailand 4.0 agenda, the 12th National Economic and Social Development Plan,” さらには市民国家の政策やその他の喫煙の課題と一致し、連動するように設計されており、政府の国家改革政策の実施を指している。」 <sup>30)</sup> p10	

注) 表中の引用番号は、本文中の引用番号に対応する

表3 各国のヘルスプロモーションプランおよびその関連文書における、CSDHの推奨事項2：権力・資金・資源の不正な分配への対応と多部門連携に関する記述

	日本	アメリカ	イングランド	スウェーデン	タイ
多様なセクター間の連携	「健康づくりに関する活動に取り組む企業、NGO、NPO等の団体は、自発的取組を行うとともに、国民に情報発信を行うことが必要である。国、地方公共団体等は、当該取組の中で、優れた取組を行う企業等を評価し、積極的に広報を行うなど、健康づくりのための社会環境の整備に取り組む企業等が増加するよう動機付けを与えることが必要である。また、厚生労働行政分野における健康増進に関する対策のほか、学校保健対策、ウォーキングロードの整備等の対策、豊かな自然環境の利用促進対策、生涯スポーツ分野における対策、健康関連産業の育成等、関係行政分野等と十分連携する必要がある。」 <sup>10)</sup> p3	「公衆衛生の組織と、そのパートナーである教育・交通・住宅などのセクターは、人々の環境の状況を改善するために行動を起こす必要がある」 <sup>13)</sup>	「PHEは、国民の健康と福祉を保護・改善し、健康上の不平等を是正することを目的としている。世界をリーダーとする科学、研究、知識、情報、アドボカシー、パートナーシップ、そして専門的な公衆衛生サービスの提供を通じて、それらを実行していく」 <sup>15)</sup> p40	「健康の不平等を縮小するために、は数多くの政策分野で調整されたアクションが必要である(中略)；ほんの少しの例を挙げるだけで、教育、保健政策、労働市場政策、社会福祉政策など。このことから、分野横断的な政策調整の必要性が強調される。つまり、健康の不平等を縮小するためには、7つの人生の領域すべての不平等を縮小する必要がある、これを達成するために、これらの領域の政策が足並みを揃える必要がある」 <sup>26)</sup> p22	「健康と結びついた環境衛生への取り組みは、国の発展を支える重要な役割を担っている。しかし、このような取り組みの範囲には複数の機関が関わっており、病気になる前の環境管理や健康リスクの予防から、知識や広報に基づいた政策や法的措置、技術基準の策定、継続的な支援・監視・評価の仕組みまで、セクター間で協力して取り組む必要がある。」 <sup>31)</sup> p10
多様なセクター間の連携推進を目的とした組織の設置	記述なし	記述なし	記述なし	「委員会、4つの地域会議、市民社会組織との大規模な対話会議、教回専門家によるヒアリングを共催し、3つの準備集団を形成した；1つは政府の各府庁の代表者、1つは議会の政党の代表者、そしてもう1つは、健康の公正性の促進のために地域で最も積極的に活動している、地方自治体(municipalities, cities and regions)の代表者で構成されている。」 <sup>26)</sup> p20	「州、地域、国レベルでの環境衛生のための調整メカニズムを設置する。(すべての関連機関からメンバーを集めた委員会と小委員会)」 <sup>31)</sup> p54
指標の評価のための保健以外のセクターとの連携	「国は、全国的な目標を設定し、周知するとともに、継続的に健康指標の推移等の調査および分析を行い、その結果を還元する。また、国が目標を設定するに当たっては、多くの関係者が情報を共有しながら、現状および課題について共通の認識を持った上で、課題を選択し、科学的根拠に基づき、かつ、実態の把握が可能なものを設定する。」 <sup>10)</sup> p2	「Healthy People 2030のデータは、81のデータシステムから提供されている。そのほとんどが連邦政府のもので、多くのHHSの機関(NCHS, CDC, AHRQ, HRSA, NIH, FDA, SAMHSA)や、HHS以外の機関(農業、環境、司法、労働、教育、交通、国勢調査局など)が含まれている」 <sup>13)</sup>	「私たちは、1つまたは複数の目的領域を中心としたローリング戦略によるシステムを提案した。これら戦略は政府レベルで策定されるが、関連するアクターが積極的に関与し、3-5年の期間における具体的なマイルストーンとターゲットを策定すべき。各期間終了後、戦略は成果とプロセスの観点から評価され、次の期間の戦略はこの評価から得られた洞察に基づいて策定される。」 <sup>36)</sup> p22	「すべての関連機関が業への活用のためにアクセスできる、国内の環境衛生に関する中央データベースと地理情報システムを開発する」 <sup>31)</sup> p66	
連携先(技料)の具体例	文部科学省、総務省、日本スポーツ振興センター、日本透析医学会、スポーツ庁	教育、労働、司法、農業、交通、住宅・都市計画、環境、国勢調査局、大学	イギリス国家統計局、NHS Digital、環境・食糧・農村地域省、教育省、司法省、住宅・コミュニティ・地方自治省、運輸省、ビジネス・エネルギー・産業戦略省	教育省、内務省、産業省、労働省、科学技術省、環境省、健康システム研究機関など	

注) 表中の引用番号は、本文中の引用番号に対応する

表4 各国のヘルスプロモーションプランおよびその関連文書における、CSDHの推奨事項3：課題の評価（健康格差のモニタリング）と活動のインパクトアセスメント

	日本	アメリカ	イングランド	スウェーデン	イタリア
モニタリングしている健康格差の集団属性の単位	都道府県、年齢と性別（一部）	年齢層、性別、性的マイノリティ、障がい、介護者といった集団に分けた指標設定（ただしすべての層について層別化したモニタリングではない）	地域（county）、慢性疾患（長期間にわたって健康に問題を抱えている）、学習障害、精神保健サービス利用、刑務所からの出所	Kommun（日本の市区町村相当）などの地域、性別、年齢層、教育歴	Province（日本の都道府県相当）の地域単位、緊急対応センター、救急搬送システムの整備、District（日本の市区町村相当）の地域単位、地域衛生委員会の設置、感染症の健康管理システムの整備など
指標のモニタリング頻度	5年目に中間評価。最終評価と合わせて2回 <sup>11)</sup>	コア目標は10年間で最低3回	指標による。（理想は）四半期ごと。公開とのタイムラグは1年未満	毎年または隔年	1か月毎/四半期毎
健康の社会的決定要因に関する指標数	16個 <sup>5,10)</sup>	187個（コア目標 90個、開発中の目標 63個、研究すべき目標 34個） <sup>13)</sup>	45個 <sup>16)</sup>	12個 <sup>27)</sup>	37個 <sup>30)</sup> 、15個 <sup>31)</sup>

注) 表中の引用番号は、本文中の引用番号に対応する

いて、各国における健康格差のモニタリングおよび健康の決定要因に関する項目の指標の有無と代表例を記述した（表5, 6）。健康格差のモニタリングとして、アメリカ以外では、居住地域（日本の都道府県や市区町村相当）を単位としたモニタリングが行われていた。とくに、イングランドとスウェーデンでは、すべての指標の地域間のばらつきが評価されていた。CSDHが推奨する「最低2項目以上の社会経済指標によるモニタリング」は、イングランドとスウェーデンで計画されていた。健康の決定要因のうち、「ソーシャルキャピタル」に当たる指標は日本で「地域のつながり」、イングランドで「社会的接触」、スウェーデンで「信頼」、タイで「環境健康問題に取り組むコミュニティ」が関連する指標として確認された。アメリカではソーシャルキャピタルに関連すると思われる指標がみられなかった。一方、ジェンダーに関する指標は、アメリカが唯一モニタリングを計画していた。

#### IV 考 察

健康格差の定義とその位置づけについて、アメリカ、スウェーデン、イングランドに比べて、日本は健康格差対策の重要性についての具体的な記述が少なく、健康格差に関する評価目標の数も少なかった。これは、指標策定の際に関わった人材や組織の数や多様性の相違が関係していると考えられる。アメリカでは、幅広い分野の大人数の諮問委員会や専門家からの助言とパブリックコメントを基に指標が作られていた。イングランドでは、国民に対する質問紙調査を元に指標が策定され、随時更新される枠組みがとられていた。スウェーデンは、多様な領域の専門家によって構成される健康公正委員会が健康格差対策を提案し、準拠集団からのフィードバックを経て方向性を決定していた。これらの国々では様々な分野の専門家や個人が決定に携わったことで、より多角的な視点から健康格差対策の重要性を記述することに繋がったと考えられる。また、パブリックコメント等の収集にあたり、健康格差対策の必要性を具体的に説明する必要が生じることが、健康格差対策の重要性に関する考察と説明が充実していた理由にも関わっていると思われる。

「生活環境の改善」について、今回レビューした国々はいずれも個人を取り巻く社会経済的な状況を想定した記述がみられた。ただし、その記述の具体性や評価する指標の幅は大きく異なっていた。これは、各国の他の活動計画等との整合性や施策の歴史的要因、実行可能性等が関係していると思われる。アメリカの Healthy People 2030は進捗を「数値で評

表5 CSDHの「健康の公正性サーベイランスの枠組み」の決定要因に即した、日本・アメリカ・イングランド・スウェーデン・タイのヘルスプロモーション指標の例  
(×：記載なし)

	日	本 <sup>5,10)</sup>	アメリカ <sup>13)</sup>	イングランド <sup>16)</sup>	スウェーデン <sup>26,27)</sup>	タイ <sup>30,31)</sup>
健康行動						
喫煙	×	×	職場やレストラン・バーでの喫煙を禁止する州の増加	×	×	×
飲酒	×	×	×	×	×	×
身体活動	住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組み自治体数の増加	×	従業員のヘルスプロモーションプログラムの一環で、身体活動プログラムを提供している職場の割合の増加	運動・健康のための屋外空間の活用	×	×
食事と栄養	食品中の食塩や脂肪の低減に取り組み食品企業および飲食店の登録数の増加	×	家庭における食料不安と飢餓の減少	×	×	×
物理・社会環境						
水と衛生	×	×	「安定した飲料水に関する法律」の規制に適合した飲料水の供給を受けている地域水システムの利用者割合の増加	仮設住宅の世帯数	×	新鮮・加工食品の衛生と安全基準の達成割合
住環境	×	×	入口に段差のない家の割合の増加	×	攻撃や嫌がらせを受けないかという理由で一人での外出を避けるという人の割合	×
インフラ/交通/都市設計	住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組み自治体数の増加	×	大量輸送を利用した通勤の増加	日中に65 dB(A)以上の道路・鉄道・航空輸送の騒音にさらされる人口の割合	×	×
大気	×	×	人々が不健康な空気にさらされる日数の減少	大気汚染に起因する死亡率	×	大気汚染など環境汚染高リスク地域の環境健康被害のモニタリングシステムの存在
ソーシャルキャピタル	地域のつながりや強化（居住地域でお互いに助け合っていると思う国民の割合の増加）	×	希望と同程度の社会的接触がある介護者の割合	他者を信頼していない人の割合	×	環境健康問題に自分たち自身で解決に向けて取り組むことのできるコミュニティの数
労働環境						
物質的な作業上の危険	×	×	職場での暴行事件の減少	×	×	特定経済特区における労働健康被害の評価クライテリアを有する医療機関の割合
ストレス	メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加	×	従業員の健康増進プログラムを提供している職場の割合の増加	前の週に少なくとも1日の欠勤があった従業員の割合	×	ヘルスケア職員の離職率
ヘルスケア						
カバー率	がん検診の受診率の向上	×	必要な時に医療を受けられない人の割合の減少	腹部大動脈瘤検査のカバー率	×	高齢者向け長期ケアを利用できる医療施設の割合
ヘルスケアシステムのインフラ	小児人口10万人あたりの小児科医の割合の増加	×	認定を受けている、州の公衆衛生機関の割合の増加	持続可能な開発管理計画を持つNHS組織	×	地域における家庭医療の提供体制が確立したクリニックの数

表5 CSDHの「健康の公正性サーベイランスの枠組み」の決定要因に即した、日本・アメリカ・イングランド・スウェーデン・タイのヘルスプロモーション指標の例 (×:記載なし) (つづき)

日	本 <sup>5,10)</sup>	アメリカ <sup>13)</sup>	イングランド <sup>16)</sup>	スウェーデン <sup>26,27)</sup>	タイ <sup>30,31)</sup>
<b>社会保障</b>					
カバー率	×	健康保険を持っている人の割合の増加	適切な場所で生活している、学習障害のある成人	長期的な資金援助を受けている受給者の割合	“Family Healthcare Volunteers”の数とカバーしている世帯の割合
充実さ	×	口腔ケアシステムの利用割合の増加	×	孤独感に悩まされている在宅介護サービスを受けている高齢者	高齢者に向けた自立生活支援を専門とする部署を持つ地域医療施設の割合
<b>ジェンダー</b>					
規範と価値観	×	性的マイノリティの高校生のいじめの減少	×	×	×
経済参加	×	18歳までに正式な性教育を受ける青少年の割合の増加	×	×	×
<b>社会的不平等</b>					
社会的排除	×	高齢者の社会参加の促進 (就業又は何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加)	通常の教育プログラムで80%以上は向らかの地域活動をしていない高齢者の割合の増加	仕事も勉強もしていない若い若年層の割合	×
所得と富の分配	×	貧困状態にある人の割合の減少	低所得世帯の子ども (20歳未満の扶養家族)	×	×
教育	×	運動やスポーツを習慣的にしている子ども	読解力が熟練レベルかそれ以上の小学4年生の割合の増加	就学前教育に参加する子どもの割合	学童期の平均知能指数の上昇、通常レベル以上の感情指数を有する者の割合の上昇
<b>社会政治的文脈</b>					
市民権	×	週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少 (15歳以上)	×	選挙の投票率の高さ	×
雇用条件	×	公的資金による必要な避妊サービスやサポートを受けられる女性の割合の増加	学習障害者の雇用率と、全体の雇用率の格差	×	×
ガバナンスと公共支出の優先順位	×	生産年齢人口の雇用割合の増加	16~64歳の就業者の割合	×	誠実さと透明性評価の基準を満たした健康関連施設の割合の上昇
マクロ経済状況	×	×	×	長期間の失業	×

注1) 表の項目は CSDH. BOX 16.3: TOWARDS A COMPREHENSIVE NATIONAL HEALTH EQUITY SURVEILLANCE FRAMEWORK. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva; 2008. p182. [著者訳] に基づく。  
 注2) 健康行動の部分は、健康行動をアウトカムにした社会環境整備の指標の有無を記載した。  
 注3) ジェンダーの部分は、関連する社会環境に関する指標の例を記載した。  
 注4) 表中の引用番号は、本文中の引用番号に対応する

表6 CSDHの「健康の公正性サーベイランスの枠組み」の健康格差と不健康の帰結に即した、日本・アメリカ・イングランド・スウェーデン・タイのヘルスプロモーション指標の有無（○：指標あり，×：記載なし，○\*：一部に記載あり）

	日本 <sup>5,10)</sup>	アメリカ <sup>13)</sup>	イングランド <sup>16)</sup>	スウェーデン <sup>26,27)</sup>	タイ <sup>30,31)</sup>
健康格差					
層別化したモニタリング					
性別	○*	×	×	○	×
最低2つの社会経済指標	×	×	○*	○*	×
民族集団/人種/先住民	×	×	×	×	×
その他の社会階層	×	×	○*	×	○*
居住地	○*	×	○	○*	○
サブグループ間の人口分布	×	×	×	×	×
相対的健康格差指標	×	×	×	×	×
絶対的健康格差指標	×	×	×	○*	×
不健康の帰結					
経済的帰結	×	○	○	×	×
社会的帰結	×	○	○	×	×

注1) 表の項目はCSDH. BOX 16.3: TOWARDS A COMPREHENSIVE NATIONAL HEALTH EQUITY SURVEILLANCE FRAMEWORK. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva; 2008. p182. [著者と訳]に基づく。

注2) 表中の引用番号は、本文中の引用番号に対応する

価値を重視しており、その達成に資する活動を「後付け」するスタイルをとっている。そのため、エビデンスとデータの有無に基づいて評価指標を3段階に分類し、優先度を決定している。この方法は、より科学的に妥当な活動に効率的に資源を配分できるといった利点がある一方、実際は重要だがエビデンスが不十分な活動が軽視され得るという欠点があるだろう<sup>32)</sup>。たとえば、アメリカは唯一、地域ごとのモニタリング計画とソーシャルキャピタルに関する指標がなかった点はこのことが関係しているのかもしれない。一方、スウェーデンの計画は、活動のあるべき方向性についての枠組みを決定することが主眼であり、評価はそのための手段と位置づけられていると解釈した。多様な専門家等による大規模な検討結果から、健康格差対策に重要な領域をライフコースに基づく8つの観点から選定した後に、既存のデータの有無によってモニタリング指標を決定していた。この方法は、集合知により見出された重要なテーマを明確にすることで、量的なエビデンスがないことによる重要なテーマの「見逃し」を予防できる可能性がある。現時点では労働環境に関する指標など、重要と思われるが欠けている領域があるものの、設定したテーマに基づき知見を増やしていくことで、将来的に理想的な指標と取り組みが実現することが期待できる。

「権力・資金・資源の不公正な分配への対応と多

部門連携」について、スウェーデンでは健康公正委員会が様々な分野の専門家から構成される等、計画段階から施策実行までのプロセスを通じて、保健の枠組みを超えた連携がとられていた。タイでは多部門連携の推進やそのシステムの構築が指標に含まれており、連携を促進する環境整備が推進されていた。1986年にWHOが提唱したオタワ憲章では、ヘルスプロモーションの推進に支持的な環境の構築や、組織間連携およびコミュニティ活動の重要性が指摘された<sup>33)</sup>。以来、コミュニティの組織化はヘルスプロモーションの中心戦略とみなされてきた<sup>34)</sup>。スウェーデンやタイではこのような背景から、多部門連携を推進していると考えられる。

「課題の評価（健康格差のモニタリング）と活動のインパクトアセスメント」について、アメリカとイングランドでは、集団の社会的属性を性的マイノリティや精神疾患等幅広く定義し、健康格差を詳細にモニタリングする計画があった。アメリカでは健康格差の定義に性的指向や認知・感覚・身体障害等の属性が列挙されていた。イングランドは社会的に不利な集団を重点的に対策する姿勢が、学習障害者の雇用率格差をモニタリングすること等に反映されていた。Minklerらは、取り組みのきっかけづくり・モニタリング・インパクト評価や、コミュニティの組織化のために、様々な角度からの地域アセスメントを推奨している<sup>34)</sup>。これはヘルスプロモ-

ション施策の優先順位やその理由付け、また組織間連携における触媒の役割を果たすと考えられる<sup>35)</sup>。そのため、社会的に不利な集団を幅広く認識し、対策するための、多様な指標設定とモニタリングには意義があると思われる。

本研究の限界として、現地語（スウェーデン語やタイ語）で記載された資料はレビューに含めていないため、本研究結果は各国の取り組みを必ずしも代表するものではない。更に、各国の実際の取り組みの内容や評価の実態については明らかにできていない。今後、各国における指標が作成・更新される経緯や活動と評価の実態についてさらに情報を収集することで、日本の今後のヘルスプロモーション施策に資するより有益な情報を得られると考えられる。

以上のレビュー結果と考察から、CSDHの推奨事項および「健康の公正性サーベイランスの枠組み」に即した指標や取り組みの施策には国ごとのばらつきが大きく、相互に参考になる部分があることが明らかになった。日本の健康格差対策に向けた社会環境整備に関する活動とその評価を充実させていくには、次の3つの事項が有益であると考えた。

### 1. より多角的な健康格差の把握とその対策の推進

健康格差の定義について、日本では「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」と大まかに記載していた一方、アメリカやスウェーデンでは、地域や社会経済状況以外の具体的なカテゴリーを明示しながら、より具体的に示していた。これらの国々のように、具体的にどのような集団間の健康格差を把握して対応する必要があるかを説明することで、健康格差に関する指標と取り組みの充実に繋がると考えられる。とくに日本では地域や社会経済状況の他にも、年齢と性別<sup>36)</sup>、行動要因や社会関係要因<sup>37)</sup>、職業<sup>38)</sup>、障がい<sup>39,40)</sup>等の違いでも健康格差が報告されている。こうした特性を健康格差の定義に含めることは、日本の健康格差の実態をより精緻に理解・周知し、モニタリングと対策を推進する上で重要である。またスウェーデンで行われたように、政策の方向性を決定する段階から、保健部門に限らず多様な分野の専門家や個人の意見を取り入れて、健康格差縮小によって達成すべき目標を多角的に検討することで、健康格差の定義とその重要性を明示することができると考えられる。

### 2. 健康の決定要因の構造とその多面性に基づく目標設定

「生活環境の改善」のために必要な項目を、スウェーデンのようにライフコースに基づく観点から選定した後に、既存のデータの有無によってモニタ

リング指標を決定することで、重要な決定要因の“見逃し”を防ぐことができる可能性が示唆された。そのため、健康に影響する要因の構造的性を考慮したうえで、指標を設定することが有益であると考えられる。構造的性を持たせることで、指標の過不足が明確になり、ひいては指標の充実に繋がる可能性がある。たとえばアメリカのように、マクロレベルのSDHを中心に指標をエビデンスの有無で分類して網羅的に設定することや、スウェーデンのようにライフコースを軸に指標を作成する等が考えられる。

### 3. 保健の枠を超えた連携：保健分野以外の組織との協働と指標の活用

「権力・資金・資源の公正な分配への対応と多部門連携」と「課題の評価と活動のインパクトアセスメント」について、アメリカに次いで指標数の多かったタイでは、他省庁とのデータ共有のための環境整備や、多様な部門との連携を推進するための組織に関する記載がみられた。このことから、保健の枠を超えた連携は、社会環境要因に関する指標の数と種類の多さに貢献していると考察された。そのため、保健以外の部門ともデータを共有し、活用するシステムを構築することが重要であると考えられる。とくに、アメリカやイングランドのように、個人の社会的背景と健康状態が連結されたデータを整備し、低所得世帯の割合や、学習障害者の雇用率等の、不利な状況に置かれやすい集団に焦点を当てた指標設定とモニタリングは健康格差の理解と対策の検討に有益である。また、タイのようにモニタリングをし易くするシステム構築を指標にすることも有用であると考えられる。こうした組織連携とモニタリングは、他省庁の施策に健康の視点を取り入れること（Healthy Public Policy）に繋がる可能性があり、ひいてはすべての政策における健康の考慮（Health in All Policies）に繋がることが期待できる<sup>41)</sup>。

レビュー文献の選定に助言を頂いた Professor Olle Lundberg, Dr Sharon Greenwood, Dr Sopak Supakul, 考察に示唆を頂いた「次の健康づくりを考える有志勉強会」の皆様に、感謝の意を申し添える。

近藤は「厚労行政推進調査事業費補助金（19FA2001）」及び「厚労科研 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業（20FA1022）」、金森は「日本学術振興会特別研究員奨励費 DC1」より助成を受けた。

{	受付	2021. 9. 3
	採用	2021.11.10
	J-STAGE早期公開	2022. 3.16



## 文 献

- 1) 中谷友樹, 埴淵知哉. 居住地域の健康格差と所得格差. 経済地理学年報 2013; 59: 57-72.
- 2) Bambra C, Gibson M, Sowden A, et al. Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. J Epidemiol Community Health 2010; 64: 284-291.
- 3) CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. 2008. [https://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/csdh\\_finalreport\\_2008.pdf](https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf) (2021年8月2日アクセス可能).
- 4) CSDH. CHAPTER 6 — Box 16.3: Towards a comprehensive national health equity surveillance framework. 2008. [https://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/csdh\\_finalreport\\_2008.pdf](https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf) (2021年8月2日アクセス可能).
- 5) 次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会. 健康日本21 (第2次) の推進に関する参考資料. 2012. [https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21\\_02.pdf](https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_02.pdf) (2021年8月2日アクセス可能).
- 6) 健康日本21評価作業チーム. 「健康日本21」最終評価. 2011. <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001r5gc-att/2r9852000001r5np.pdf> (2021年8月2日アクセス可能).
- 7) 辻 一郎. 健康日本21 (第二次) の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究 (19FA2001) 令和2年度総括・分担研究報告書. 2021. <https://www.pbhealth.med.tohoku.ac.jp/pdf/k21-28.pdf> (2021年8月2日アクセス可能).
- 8) 健康日本21企画検討会, 健康日本21計画策定検討会. 21世紀における国民健康づくり運動 (健康日本21) について 報告書. 2000.
- 9) Baethge C, Goldbeck-Wood S, Mertens S. SANRA—a scale for the quality assessment of narrative review articles. Res Integr Peer Rev 2019; 4: 1-7.
- 10) 厚生労働省健康局長. 健発0710第1号厚生労働省健康局長通知「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針の全部改正について」. 2012. [https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21\\_03.pdf](https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_03.pdf) (2021年8月2日アクセス可能).
- 11) 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会. 「健康日本21 (第二次)」中間評価報告書. 2018. <https://www.mhlw.go.jp/content/000378318.pdf> (2021年8月2日アクセス可能).
- 12) 厚生労働省. 地方自治体の取組事例. 2013. [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/kenkou/kenkounippon21.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkounippon21.html) (2021年8月2日アクセス可能).
- 13) Office of Disease Prevention and Health Promotion. Healthy people 2030. unknown. <https://health.gov/healthypeople> (2021年4月20日アクセス可能).
- 14) National Health Service. NHS Long Term Plan. 2019. <https://www.longtermplan.nhs.uk/> (2021年4月20日アクセス可能).
- 15) Public Health England. PHE Strategy 2020-25. 2019. [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/831562/PHE\\_Strategy\\_2020-25.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/831562/PHE_Strategy_2020-25.pdf) (2021年4月20日アクセス可能).
- 16) Public Health England. Public Health Outcomes Framework 2019/20. unknown. <https://fingertips.phe.org.uk/profile/public-health-outcomes-framework> (2021年4月20日アクセス可能).
- 17) Eversley J. The history of NHS charges. Contemp Br Hist 2001; 15: 53-75.
- 18) Public Health England. Framework Agreement between the Department of Health and Social Care and Public Health England). 2018. [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/677457/Framework\\_agreement\\_between\\_DHSC\\_and\\_PHE\\_2018.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/677457/Framework_agreement_between_DHSC_and_PHE_2018.pdf) (2021年8月2日アクセス可能).
- 19) Public Health England. Corporate information. unknown. <https://www.gov.uk/government/organisations/public-health-england/about> (2021年4月2日アクセス可能).
- 20) Public Health England. Health profile for England: 2018. 2018. <https://www.gov.uk/government/publications/health-profile-for-england-2018> (2021年4月9日アクセス可能).
- 21) National Health Service. Definitions for Health Inequalities. 2021. <https://www.england.nhs.uk/ltp/menu/definitions-for-health-inequalities/#:~:text=-,Definition%20of%20Health%20Inequalities,%2C%20live%2C%20work%20and%20age> (2021年4月9日アクセス可能).
- 22) Public Health England. Chapter 5: inequalities in health: Public Health England. 2018. <https://www.gov.uk/government/publications/health-profile-for-england-2018/chapter-5-inequalities-in-health> (2021年8月2日アクセス可能).
- 23) Public Health England. Compared with England. 2021. <https://fingertips.phe.org.uk/profile/public-health-outcomes-framework/data#page/0> (2021年4月9日アクセス可能).
- 24) Jephson D, Fitzpatrick J, Griffiths C. From event to indicator - collecting and using data in our Public Health Outcomes Framework. 2018. <https://publichealthmatters.blog.gov.uk/2018/02/13/from-event-to-indicator-collecting-and-using-data-in-our-public-health-outcomes-framework/> (2021年4月9日アクセス可能).
- 25) Public Health England. Public Health Outcomes Framework 2019/20: a consultation. unknown. <https://fingertips.phe.org.uk/profile/public-health-outcomes>

- framework (2021年 8月 2日アクセス可能).
- 26) Lundberg O. The next step towards more equity in health in Sweden: how can we close the gap in a generation? *Scand J Public Health* 2018; 46: 19-27.
- 27) Folkhälsomyndigheten. Öppna jämförelser folkhälsa 2019 (Regional Comparisons Public Health 2019) Summary. 2019. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/the-public-health-agency-of-sweden/public-health-reporting/regional-comparisons-public-health-2019/> (2021年 4月 5日アクセス可能).
- 28) Ministry of Health and Social Affairs. A commission for equitable health. 2015. <https://www.government.se/articles/2015/10/a-commission-for-equitable-health/> (2021年 4月 5日アクセス可能).
- 29) The Swedish Commission for Equity in Health. Kommissionen och dess uppdrag (The commission and its mission). 2017-2021. <http://kommissionjamlikhalsa.se/uppdraget/> (2021年 4月 5日アクセス可能).
- 30) Ministry of Public Health, Office of Permanent Secretary, Strategy and Planning Division. Twenty-Year National Strategic Plan for Public Health (2017-2036) First Revision 2018. [http://www.stopcorruption.moph.go.th/index.php/main/p\\_detail/page/60](http://www.stopcorruption.moph.go.th/index.php/main/p_detail/page/60) (2021年 5月 2日アクセス可能).
- 31) Ministry of Public Health and Ministry of Natural Resources and Environment. Third National Environmental Health Strategic Plan 2017-2021. 2017. [http://planning.anamai.moph.go.th/download/D\\_DataMarts/Strategic/PDF\\_NEHAP3\\_eng.pdf](http://planning.anamai.moph.go.th/download/D_DataMarts/Strategic/PDF_NEHAP3_eng.pdf) (2020年 10月19日アクセス可能).
- 32) Fielding JE, Kumanyika S, Manderscheid RW. A Perspective on the Development of the Healthy People 2020 Framework for Improving U.S. Population Health. *Public Health Reviews* 2013; 35.
- 33) World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion, Ottawa, 1986. unknown. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference> (2021年 8月 2日アクセス可能).
- 34) Minkler M. *Community Organizing and Community Building for Health and Welfare*. 3rd ed. Rutgers University Press. 2012; 168.
- 35) Anderson ET, McFarlane JM. *Community as Partner: Theory and Practice in Nursing*. Lippincott Williams and Wilkins. 2010; 238-244.
- 36) Tang KK, Petrie D, Rao DS. Measuring health inequalities between genders and age groups with realization of potential life years (RePLY). *Bull World Health Organ* 2007; 85: 681-687.
- 37) Hiyoshi A, Fukuda Y, Shipley MJ, et al. Health inequalities in Japan: The role of material, psychosocial, social relational and behavioural factors. *Soc Sci Med* 2014; 104: 201-209.
- 38) Fujita T, Babazono A, Harano Y, et al. Influence of Occupational Background on Smoking Prevalence as a Health Inequality Among Employees of Medium- and Small-Sized Companies in Japan. *Popul Health Manag* 2020; 23: 183-193.
- 39) Tomio J, Sato H, Mizumura H. Disparity in disaster preparedness among rheumatoid arthritis patients with various general health, functional, and disability conditions. *Environ Health Prev Med* 2011; 17: 322-331.
- 40) Fujiwara M, Inagaki M, Nakaya N, et al. Cancer screening participation in schizophrenic outpatients and the influence of their functional disability on the screening rate: A cross-sectional study in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci* 2017; 71: 813-825.
- 41) World Health Organisation. *Health in All Policies: Framework for Country Action*. Helsinki. 2014. [https://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/140120HPRHiAPFramework.pdf](https://www.who.int/cardiovascular_diseases/140120HPRHiAPFramework.pdf) (2021年 8月 2日アクセス可能).
-

## The concept of social determinants of health in health promotion policies in Thailand, Sweden, England, USA, and Japan: A narrative review

Marisa NISHIO\*, Maho HASEDA\*, Mariko KANAMORI<sup>\*,2\*</sup>, Yuki ARAKAWA<sup>2\*</sup> and Naoki KONDO\*

**Key words** : health inequalities, health policy, international comparison, social determinants of health, health promotion

**Objectives** The Commission on Social Determinants of Health (CSDH) of the World Health Organization (WHO) recommends that national and municipal governments take adequate steps to “improve daily living conditions,” “(create governance to) tackle the inequitable distribution of power, money, and resources,” and “measure and understand the problem and assess the impact of” government actions. This study provides an analysis of the health promotion policies of Japan and other countries and examines their conformance to these recommendations, and offers suggestions for developing a conducive social environment for Japan’s health promotion policies.

**Methods** We reviewed grey literature on health promotion policies in Japan, the USA, England, Sweden, and Thailand, extracting the definitions of health inequalities and their characterization in each policy, and analyzing each document vis-à-vis the CSDH’s three recommendations and “comprehensive national health equity surveillance framework.”

**Results** The health promotion policies of Japan, England, Sweden, and the USA had similar definitions of health inequality, emphasizing fairness and prioritizing the reduction of health inequality as the key strategy for health promotion. However, their primary approaches to improve daily living conditions varied: In Japan, the primary approach is to create opportunities for participation and ensure access to social resources. Meanwhile, the USA relies largely on objective assessments and scientific evidence-based actions. England focused on enhancing support for socially disadvantaged individuals and areas. In Sweden, a universal intervention based on life-course perspectives was stressed, while Thailand attached much value to a multi-sectoral collaboration. All these countries, however, had a health policy implementation plan in quest of the elimination of unfair distributions of power, money, and resources. The USA planned to monitor a total of 187 social factors, the largest number among the 6 subject countries. It also had a wide range of perspectives on health inequalities, including income and disability, as well as conducting assessments using information from outside the health sector, with items assessed at various levels, including individual, regional, and national policies.

**Conclusion** With reference to these approaches in other countries, for Japan’s health promotion policies, we recommend: (1) grasping of health inequalities from more diversified perspectives and adopting measures to address them, (2) setting targets based on multi-level social determinants of individual behavior and health status, including individual socioeconomic status, and (3) promoting collaborative initiatives and use of indicators with entities outside the health sector.

---

\* Department of Social Epidemiology, Graduate School of Medicine and School of Public Health, Kyoto University

<sup>2\*</sup> Department of Health and Social Behavior, School of Public Health, The University of Tokyo