



EUROPE



**SOCIAL
DETERMINANTS
OF HEALTH
THE SOLID FACTS**

健康の社会的決定要因

確かな事実の探求

第二版



**Healthy Cities
Health for All**



**International
Centre
Health and
Society**

**SOCIAL
DETERMINANTS
OF HEALTH
THE SOLID FACTS**

健康の社会的決定要因 確かな事実の探求

第二版

**WHO健康都市研究協力センター
日本健康都市学会**

特定非営利活動法人 健康都市推進会議

序 文

健康保健政策を構築する過程に関する情報を提供し、裏付けるための明確な科学的根拠を求める必要とその需要はかつてないほど増している。健康の社会的決定要因の研究はおそらく最も複雑で興味をそそる仕事である。この分野は人々の生活環境や労働環境、ライフスタイルに関わっている。また保健政策への投資がもたらす利益と共に社会経済政策への健康問題の関わりについても関与している。「健康の社会的決定要因確かな事実の探求」(Social determinants of health. The solid facts) 第一版が1998年に発刊され、ここ5年の間に科学的な根拠が新たに、しかもより強力な形で出てきている。この第二版は新しい根拠を統合し、グラフや参考文献、推奨ウェブサイトの情報をふんだんに載せている。

私たちの目標は健康の社会的決定要因に関する意識を高め、十分な情報に基づき議論を重ね、そして行動を促すことである。第一版は25ヶ国語に翻訳され、ヨーロッパ内外であらゆるレベルの政策決定者、公衆衛生専門家そして学術研究者に使われており、さらにその成果を発展させたいと思

う。疾病の根源的原因、健康格差、さらに貧困や社会的不利益に影響を受ける人々からのニーズを明白な形で扱う政策やプログラムを展開中の加盟国がますます増えているということは朗報である。

本冊子はWHO都市保健センターとロンドン大学ユニバーシティカレッジの国際保健社会センター(International Centre for Health and Society, University College London, United Kingdom)との密接な協力関係を通して発刊の運びとなった。発刊にあたり編集にご尽力いただいたリチャード・ウィルキンソン、サー・マイケル・マーモット両教授に謝意を表したい。またこの意義深い冊子作成に貢献した学術専門家チームの全てのメンバーに感謝したい。この冊子は健康の社会的決定要因に関する議論と行動を促進するものとなることを確信している。

アゲス・D・ツーロス
WHO欧州地域事務局
都市保健センター所長



日本語版第二版発行にあたって

近年、諸外国同様、わが国においても、社会的な健康決定要因の関与が重要な関心事となっている。また、疫学分野の一つとして社会疫学も発展しつつある。一方、根拠に基づく保健政策が多くの人々の共通認識となっている。経験や主観的認識も多様な健康事象を扱うには有用であるが、今後は根拠に基づく意思決定がなされねばならない。

こうした状況を背景にして、WHOは1998年に「The solid facts」という題名で、現場において活動する人々をサポートするために、健康の社会的決定要因についての確かな事実をコンパクトにまとめた出版物を刊行した。その後5年間に、この分野の研究は著しく発展し、新しい多くのエビデンスが蓄積された。WHOは、最新の研究成果と情報を取りまとめた「The solid facts」の第二版を2003年に出版し、最新情報を現場に届け、根拠に基づく保健政策を世界各地で推進しようとしている。

「The solid facts」第一版の日本語版は「健康の社会的決定要因：確かな事実の探求」として発行された。同書は、政策決定、計画策定、公衆衛生活動に係わる実務者および公衆衛生学・社会医学研究者に大変注目され、「健康の社会的決定要因」は

国内でも広く認識される概念となった。第二版の最新情報を日本国内で普及させるために、WHO健康都市研究協力センターと日本健康都市学会が翻訳を行った。健康都市推進会議に日本語版の発行をお願いしたところ、快くお引き受けいただき、「健康の社会的決定要因：確かな事実の探求 第二版」の発行に至った次第である。

アジア太平洋地域を中心に、地域、都市の単位で健康推進をめざす政策構築とその実践をはかるネットワークである「世界健康都市連合」が2004年10月に発足し、多くの自治体、NGO、研究機関などが参加して活動を展開している。日本もこのネットワークで主要な役割を果たしており、健康の社会的決定要因の情報を得て、根拠に基づく政策決定の実践に取り組んでいる。

本書の活動に携わった方々に謝意を表しつつ、WHO健康都市研究協力センターとして、今後とも健康都市にかかわる情報の共有、知識の普及を心から願うもので、本書が公衆衛生の現場に立つ多くの方にお役に立てば幸いである。

高野 健人



Contributors to the original publication

Dr Agis Tsouros, Head, Centre for Urban Health; WHO Regional Office for Europe, Denmark

Professor Mel Bartley, University College London, United Kingdom

Dr David Blane, Imperial College London, United Kingdom

Dr Eric Brunner, International Centre for Health and Society, University College London, United Kingdom

Professor Danny Dorling, School of Geography, University of Leeds, United Kingdom

Dr Jane Ferrie, University College London, United Kingdom

Professor Martin Jarvis, Cancer Research UK, Health Behaviour Unit, University College London, United Kingdom

Professor Sir Michael Marmot, Department of Epidemiology and Public Health and International Centre for Health and Society, University College London, United Kingdom

Professor Mark McCarthy, University College London, United Kingdom

Dr Mary Shaw, Department of Social Medicine, Bristol University, United Kingdom

Professor Aubrey Sheiham, International Centre for Health and Society, University College London, United Kingdom

Professor Stephen Stansfeld, Barts and The London, Queen Mary's School of Medicine and Dentistry, London

Professor Mike Wadsworth, Medical Research Council, National Survey of Health and Development, University College London, United Kingdom

Professor Richard Wilkinson, University of Nottingham, United Kingdom



目次

序文	2
日本語版第二版発行にあたって	3
はじめに	6
1. 社会格差	10
2. ストレス	12
3. 幼少期	14
4. 社会的排除	16
5. 労働	18
6. 失業	20
7. 社会的支援	22
8. 薬物依存	24
9. 食品	26
10. 交通	28
WHOとその他の重要な情報源	30
本書に関連する機関・団体	31



はじめに -INTRODUCTION-

最も裕福な国においてさえ、低所得者は高所得者に比べて寿命が短く、疾病頻度は高い。このような健康格差は重大な社会的不平等であるだけでなく、科学的見地から現代社会における健康水準に最も強く影響を与えるいくつかの要因に注目を集めるきっかけを作ってきた。こうした格差は、特に社会的環境に対する注目すべき健康に対する関心を増

し、健康の社会的決定要因として知られるようになったものを導き出している。

本冊子は、公共政策分野に関連がある、この新しい認識の最重要部分を概説したものである。取り上げられた10テーマは、幼少期における健康の決定要因の生涯にわたる重要性、貧困、薬物、労働条件、失業、社会的支援、良質の食品ならびに交通政策の影響を含

People's lifestyles and the conditions in which they live and work strongly influence their health.

© HEALTHY CITIES PROJECT/WHO



んでいる。背景を説明するため、まず健康に対する社会的格差について検証し、続いて心理学的あるいは社会的影響が身体健康と寿命にどのように作用するのか述べる。

どのケースにおいても、主眼はよりよい健康を得る一助になるという観点から社会的環境を形成する公共政策が果たす役割に置かれている。行動的な要因（養育、栄養、運動あるいは薬物乱用といったものの特質）を考えるのか、あるいはより構造的な点（失業、貧困、就業経験）を見るのか、それぞれに応じて主眼が置かれている。各章の冒頭には調査に基づく、最も信頼のおけるものとして確立した要約があり、公共政策との関連を示す項目が箇条書きにされている。参考文献も各章の末尾に載せてある。根拠についての十分な検証は「健康の社会的決定要因」(Social determinants of health: Marmot M, Wilkinson RG eds. Oxford, Oxford University Press, 1999)にある。これは「健康の社会的決定要因 確かな事実の探求」第一版と同時に準備されたものである。いずれの出版物にも多くの分野での最先端を行く研究者のご尽力をいただき、その専門性を活かし、多くの時間と労力を費やして、この2冊のそれぞれ異なる章を起草していただいた。多くはロンドン大学ユニバーシティカレッジの国際保健社会センター (International Centre for Health and

Society at University College London) の関係者であった。

健康保健政策はかつて、医療の供給と財源確保に関するものにすぎないと考えられていた。健康の社会的決定要因は研究者の間のみで議論されていた。いまや、状況は変わってきている。医療行為により寿命は伸び、重大な疾病の予後も改善された一方で、人々の健康に関して一層重要なことは、人々が病気になり医療が必要となるような社会経済環境そのものである。しかし依然として、医療への普遍的なアクセスは明らかに健康の社会的決定要因の一つである。

またなぜ健康の社会的決定要因の最新版には遺伝子についての記述がないのであろうか。ヒトゲノムについての新発見は特定の疾病への理解と治療の観点では素晴らしい進歩を遂げたが、どんなに個々の人が遺伝子的に病気にかかりやすいとしても、人々に影響を与える疾病の共通要因は環境的なものである。これらの要因は、私たちの生活様式を反映するものなので、遺伝子のゆっくりとした変化よりも格段に早いペースで動いている。このために近年平均余命は劇的に改善されたのである。また欧州の一部の国では人々の健康状態が改善された一方、他の国々では改善したとは言えず、このため社会や経済の状況



の変化に伴い、異なる社会的集団では健康格差が広がったり狭まったりするのである。

この冊子が元とする根拠は何千という膨大な量の調査報告書から来ている。中には前向き調査で、何十年も何万という多くの人々を、それも生まれたときから追跡したものもある。また横断的調査法を用い、個々の人、地域、国内外のデータを研究したものもある。時には因果関係を特定する際（おそらく追跡調査をしても）困難が生じ、それを介入研究やいわゆる自然実験、あるいは他の霊長類の研究からの根拠を用いて解決したものもあった。しかし、健康とそれに影響を与える主要な因子は経済の発達の度合いに左右されるものなので、読者各位はこの冊子の元となった根拠は富裕な先進国のものであり、開発途上国のは限られているという点を忘れないでいただきたい。

本冊子は、政府、公的機関・民間機関、職場、地域社会のあらゆるレベルの政策において、最新の根拠が提示する健康な地域社会を創出するための幅広い分野における責務がしっかりと考慮されるよう意図するものである。しかし限られた誌面では公衆衛生の決定要因に対する十分な指針を語り尽くすことはできない。健康保健政策の一部の分野（例えば職場で有毒ガスから身を守る必要性）は充

分認識が高まっている（充分であるとは思えないことがしばしばあるが）という理由で本冊子では触れていない。個々の行動様式を変えるよう推奨することは健康推進の充分確立されたアプローチであるが、こうした勧告は時折その効果に限界があることから、個人が自分自身の健康を改善するためにできることがほとんどないということが元となった根拠から言える。しかしながら、私達は、環境により行動様式がどのように形成されるのか理解する必要があることを強調したい。また、社会的決定要因を通して一貫して健康問題に取り組みつつ、一層健康的な行動様式につながるために環境をいかに変えていけば良いか提言していきたい。

各分野の定評ある多くの専門家の貢献によってこの冊子発行が可能になったことを考慮に入れると、印象に残るのは、経済的にも社会的にもより適切で思いやりのある社会が必要だという点で各セクションが共通していることだ。経済学、社会学、心理学・神経生物学や医学を組み合わせると、物質的不利とその社会的意味合いの間に見られる相互作用に対して理解を深めることで多くの事柄は左右されるようである。物質的に貧しい状況が必ずしも健康を害するとは言えない。貧困である、失業中である、社会的に排除されていること、汚名を着せられていることも

問題である。社会的な存在として、物質的に良い条件が整うだけでなく、幼少期に始まりその後も自分には価値があり、認められたいと感ずることが必要である。私達には友人が、そして打ち解けた社会が必要である。自分が役に立っていると感ず、意味のある仕事に対してある程度のコントロールを持つことが必要である。こうしたことが欠けると、憂鬱になり、薬物使用、不安、敵意、失望感といった身体的な健康に跳ね返ってくるものにとらわれてしまうのである。

物質的や社会的な不公平について議論をすることで、政策が健康と生活の改善のみならず、健康不良に伴う社会経済的プロセスに根付いている様々な社会問題を減じることになると望んでやまない。

リチャード・ウィルキンソン
マイケル・マーモット



1. 社会格差 -THE SOCIAL GRADIENT-

どの社会でもその最下層部に近いほど平均余命は短く、多くの疾病が見受けられる。健康政策は健康の社会的・経済的決定要因について取り組まなければならない。

現 状

社会的・経済的に不利な条件下では、一生を通じて人々の健康に影響を及ぼす。社会の最下層部に位置する人々は最上層部に属する人々に比べて、重い病気にかかったり、早死にする割合が、少なくとも2倍に達する。これは何も貧しい人々に限ったことではなく、健康の社会的格差は社会全体に見られるため、中間層の会社員でも比較的下級職の者は上級職の者より早く命を失ったり、病気にかかり易い。(図1)

物質的要因や心理社会的要因の双方ともこうした格差の一因となり、その影響はほとん

どの病気や死にまで及ぶ。

恵まれない境遇には様々な形態があり、絶対的であったり相対的であったりする。例えば資産がないとか、青年期の教育程度が低いとか、不安定な仕事しかないとか、先の見込みのない仕事から抜け出せないとか、貧しい住環境であるとか、苦しい家計で家族を養わねばならないとか充分とはいえない老齢年金で暮らさねばならないといった例が挙げられる。

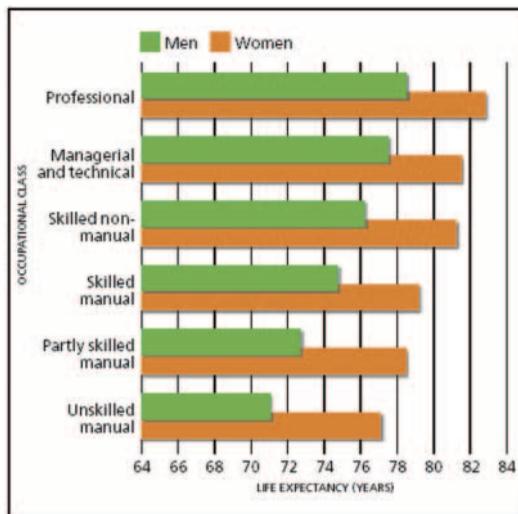
こうした状況は、同じ人々に集中する傾向が見られ、生涯を通して彼らの健康に及ぼす影響も増大する。経済的・社会的にストレスの多い状況に長くいればいるほど、生理的に受けるダメージは大きくなり、年をとってからの健康な生活を望むことが難しくなる。

提 言

仮に政策がこうした事実に取り組まなければ、現代社会における健康水準の中でも最も影響力のある決定要因のみならず、現代社会が直面する最も重要な社会的公平という問題点を無視することになる。

- 人生には様々な転機が何度かある。幼年期の感情的・肉体的な転換期、小学校から中学校への移行期、社会人になる時、独立、結婚、転職、解雇、退職等である。生活の条件が良くなるにせよ、悪くなるにせよ、どの節目も当事者の健康に何らかの影響を及ぼしている。過去が不遇であった人々は、新たな転換期におけるリスクが最も大きい人々であるため、福祉政策は、人々が落下するのを受け止めるためのセーフティネットだけでな

図1 職業層別平均余命
England and Wales, 1997-1999





Poor social and economic circumstances affect health throughout life.

く、それまでの不遇を埋め合わせるための飛び板を用意する必要がある。

- 健康状態が良好であれば、教育面の不足を補い、雇用に対する不安や安全面での不安を遠ざけ、住環境を改善できる可能性が出てくる。全ての人々が社会的・経済的・文化的な生活において有益な役割を

十分に果たすことができる社会は、人々が不安定な立場に置かれ、社会から取り残され、喪失感にとらわれる社会に比べて、より健全な社会である。

- 本冊子の他の章では具体的な政策分野にも言及し、社会格差を縮める健康改善の方策を提言している。

参 考 文 献

Bartley M, Plewis I. Accumulated labour market disadvantage and limiting long-term illness. *International Journal of Epidemiology*, 2002 31:336-341.

Mitchell R, Blane D, Bartley M. Elevated risk of high blood pressure: climate and the inverse housing law. *International Journal of Epidemiology*, 2002, 31:831-838.

Montgomery SM, Berney LR, Blane D. Prepubertal stature and blood pressure in early old age. *Archives of Disease in Childhood*, 2000, 82:358-363.

Morris JN et al. A minimum income for healthy living. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2000, 54:885-889.

Programme Committee on Socio-economic Inequalities in Health (SEGV-II). *Reducing socio-economic inequalities in health*. The Hague, Ministry of Health, Welfare and Sport, 2001.

van de Mheen H et al. Role of childhood health in the explanation of socioeconomic inequalities in early adult health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1998, 52:15-19.

Source of Fig.1: Donkin A, Goldblatt P, Lynch K. Inequalities in life expectancy by social class 1972-1999. *Health Statistics Quarterly*, 2002, 15:5-15.



2. ストレス -STRESS-

ストレスの多い環境は人々を不安に陥らせ、立向かう気力をそぎ、健康を損ない、ひいては死を早めることもある。

現 状

社会的・精神的環境は長期にわたりストレスの要因となりうるものである。長く続く心配、不安定、自信喪失、社会からの孤立、仕事や家庭生活でのコントロールの欠如などは、健康に強く影響を及ぼす。このような心理社会的要素によるリスクはしだいに蓄積されていき、精神の健全性を欠如させ、死を早

める危険を増大させている。長期間にわたる心配、不安定、希薄な人間関係などは、どのような生活レベルでも起こりうる。先進工業国における社会の下層部に位置する人々は、一層病気にかかりやすいのである。

なぜ心理社会的要因は身体的健康に対し影響を与えるのであろうか。何らかの問題に直面した時、ホルモンと神経系統の作用により、我々の身体は事態に対する備えをするために、心拍数の上昇、蓄積されたエネルギーの有効利用、筋肉への血流の増加、緊迫感の増大などの「闘争あるいは逃避反応」が引き

Lack of control over work and home can have powerful effects on health.

© RIKKE STEENVINKEL NORDENHOF/POL.FOTO



起こされる。現代の都市生活からくるストレスそのものは、適度な、あるいは活発な身体的行動を必要とはしないが、ストレスに対して反応することは長期にわたる健康維持に重要な意味を持つ多くの生理学的な過程からエネルギー源を奪い取ることになる。心臓血管系と免疫機構の双方とも影響を受ける。短期間では、影響は深刻ではない。しかし長期にまたは頻繁にストレスにさらされると人は、感染症、糖尿病、高血圧、心臓発作、脳卒中、うつ病といった病気にかかりやすくなり、あるいは攻撃的になる。

参 考 文 献

Brunner EJ. Stress and the biology of inequality. *British Medical Journal*, 1997, 314:1472-1476.

Brunner EJ et al. Adrenocortical, autonomic and inflammatory causes of the metabolic syndrome. *Circulation*, 2002, 106:2659-2665.

Kivimaki M et al. Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. *British Medical Journal*, 2002, 325:857-860.

Marmot MG, Stansfeld SA. *Stress and heart disease*. London, BMJ Books, 2002.

Marmot MG et al. Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. *Lancet*, 1997, 350:235-239.

提 言

医学上、ストレスによる体調の変化は、薬でコントロールすることはできる。しかし、それ以前に、慢性的なストレスの根本要因を減らすことに着目すべきである。

- 学校、職場、その他の社会組織などにおける社会環境・安全対策は、物理的環境対策と同じくらい重要である。人々がそれぞれの組織の一員であるとの自覚を持ち、自らの存在価値を感じることができると社会は、人々が疎外され、無視され、使われていると感じる社会よりも健康水準が高い。
- 行政は、福祉事業において、心配と不安定の原因になっている心理社会的ニーズと物質的ニーズの両方を満たす必要があることを認識すべきである。特に乳幼児を抱えた家庭へのサポート、地域活動の奨励、社会的孤立の解消、物質的・経済的な不安定の軽減、教育による健康への意識の改善、さまざまな社会復帰などの施策を推進していく必要がある。



3 . 幼少期 -EARLY LIFE-

人生の良いスタートを切ることは、母子を支援することである。幼少期の発達や教育の健康に及ぼす影響は生涯続く。

現 状

観察調査ならびに介入研究によれば、成人の健康の基礎は胎児期と乳幼児期に形成される。この時期に発育不良や愛情不足であったりすると生涯を通じて病気がちになったり、成長した後でも体力や認識力の低下、情緒不安定を招く恐れがある。幼少期の体験不足や発育不良は発達過程において生物学的にも影響を与え、一人ひとりの生物学的・人間的資質の基礎を形成し、生涯影響を与える。

妊娠中に好ましくない状況にあると、母体内での胎児にとって発育のための最適な環境が得られなくなる。例えば妊娠中の栄養不足、母親のストレス、喫煙・飲酒・薬物乱用の可能性、母親の運動不足や不適切な出産前ケアがあげられる。不適切な胎児環境はその後の人生の健康を害する危険因子となる。(図2)

幼児期の体験はその後の健康に重要な因子となる。これは生物学的なシステムが継続的に順応していくためである。知

覚・感情・感覚による刺激は脳の反応を形成するため、不安定な愛情しか得られていない、あるいは刺激の少ない環境にいと、学校への適応準備が充分でなく、教育達成度も低く、問題行動を起こし、さらには成長した後でも社会から孤立する危険性がある。食事に充分配慮する、適度な運動をする、煙草を吸わないといった健康に関して好ましい習慣は、両親や仲間に見られる身近な例や適切な教育によりもたらされる。子供のころの発育不良は心血管系・膵臓・腎臓の発達や機能を低下させ、成長した後でも病気にかかりやすくなる。

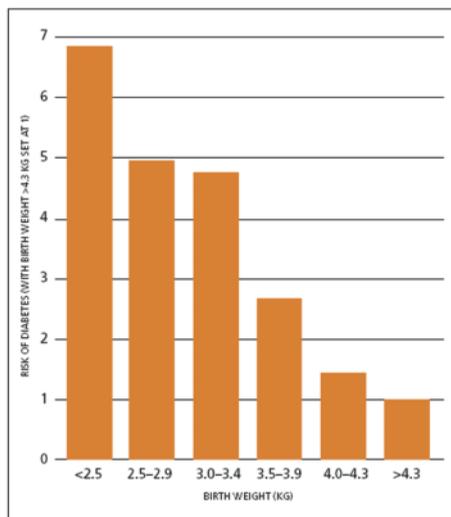
FINN FRANDSEN/POLFOOTO

©



Important foundations of adult health are laid in early childhood.

図2 64歳（男性）の糖尿病罹患率と
出生時体重との関係（BMI調整済み）



提 言

子供の発達を妨げるこうしたリスクは、社会・経済環境が不利な条件下では著しく大きい。これを未然に防ぐため、初めて妊娠する前、あるいは母子に対して出産前後や児童福祉、学校の保健室といった場での予防的な意味合いの、改良を加えた健康管理を行うことや、親子の教育レベルを引き上げることが考えられる。こうした健康と教育に関する取り組みは、その効果が直接的にもたらされ、両親は子供の要求が何であるかについての認識を高め、子供が健康と発育に関する情報を受け入れられることも理解し、さらに両親は自らの行動がいかにも有効であるか自信を持つことが可能となる。

幼少期の健康改善を目的とする政策は以下の点を目指すべきである。

- 教育レベル全体を上げ、教育を受ける機会を均等に与え、長期にわたって母子の健康を改善する機会を誰でも受けられるようにすること。
- 初めての妊娠前・妊娠中そして子供が小さい時に、十分な栄養を与え、健康教育の機会を与え、予防的な意味合いの健康管理が可能な設備を整備し、十分な社会的・経済的な資源を提供する。胎児期から幼少期を通して成長と発達を促進し、幼少期には病気にかかったり栄養不良に陥ったりするリスクを減らすこと。
- 親子の関係が、理想としては家庭への訪問や学校と親との関係を良好にすることを通して支援され、子供が持つ感情的または認知的要求に対する両親の理解を促進し、さらに子供の認知力の発達と社会に出る前の行動様式を身に付けるよう促し、また幼児虐待を防止すること。

参 考 文 献

Barker DJP. *Mothers, babies and disease in later life*, 2nd ed. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1998.

Keating DP, Hertzman C, eds. *Developmental health and the wealth of nations*. New York, NY, Guilford Press, 1999.

Mehrotra S, Jolly R, eds. *Development with a human face*. Oxford, Oxford University Press, 2000.

Rutter M, Rutter M. *Developing minds: challenge and continuity across the life span*. London, Penguin Books, 1993.

Wellace HM, Giri K, Serrano CV, eds. *Health care of women and children in developing countries*, 2nd ed. Santa Monica, CA, Third Party Publishing, 1995.

Source of Fig.2: Barker DJP. *Mothers, babies and disease in later life*, 2nd ed. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1998

4 . 社会的排除 -SOCIAL EXCLUSION-

貧困の中での人生は短いものとなる。貧困、社会的排除や差別は困窮、憤りなどを引き起こし、命を縮めてしまう。

現 状

貧困、相対的貧困、社会からの排除は、当人の健康に大きな影響を与え、死を早める原因となる。貧困の中で生きていくことはいくつかの社会的集団に大きくのしかかる。

絶対的貧困、即ち生きていくうえでの基礎的な物が不足している状態はいまだに見られ、ヨーロッパの最も富んだ国でも見受けられる。失業者、少数民族グループ、外国人労働者、身体障害者、避難民、ホームレスなどは特に排除される危険性が高く、路上生活者は早く死亡する率が最も高い。

相対的貧困は、所属する社会の多くの人た

ちよりも貧しい状態にあり、国民平均収入の60%以下の水準で生活をしている者と定義されることが多い。また相対的貧困は、世間並みの住環境、教育、交通や他の要素といった、生きていくことに積極的に関わるために不可欠な要素との接点を阻むものである。社会生活から排除され、平等に扱われないことは健康を害し、死を早めることにつながる。貧困の中のストレスは特に妊娠中、または乳幼児や子供、そして高齢者に対する害が大きい。ある国では、国民の四分の一（子供に関しては更に高い割合）が相対的貧困の中で生活を強いられている。（図3）

人種差別、蔑視、敵意、失業といったことも社会的排除の一因となっている。こうした過程により教育や訓練を受ける機会は奪われ、行政のサービスを受けることも市民活動に参加することもままならなくなる。こうしたことは社会的にも心理的にも人々を傷つけ、物質的な犠牲も強い、健康を蝕む。刑務所、孤児院、精神病院のような施設に入っている人やその出身の人は更に傷つきやすい立場にある。

恵まれない環境に長く居ればいるほど、こうした人々は特に心血管系の病気など、さまざまな健康問題を抱えやすい。人々は貧しいときもあればそうでないときもあるので、生涯を通して一度でも貧困や社会的排除を受けたことのある人数は、現に社会的排除を受けている人の数よりもはるかに多いと言える。

貧困と社会的排除により離婚、別居、障害、病気、薬物使用、社会的孤立といったものの危険性は高まり、こうした要因は貧困や社会的排除をもたらすという悪循環を生み出しており、苦境にある人々をさらに追い込む

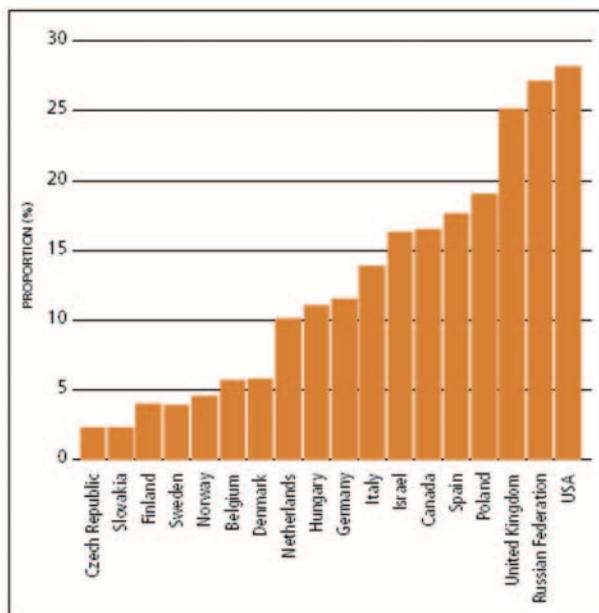


© JAN GRARUP/PIPOLFOTO

People living on the streets suffer the highest rates of premature death.



図3 国民平均収入の50%以下の水準で生活している子どもの割合



ことになる。

健康状態は貧困による直接的な影響と同様に、権利などの剥奪、高失業率、貧しい住環境、行政サービス等が受けにくい状況や劣悪な環境によって荒廃したコミュニティに住むことで、間接的に損なわれてしまう。

提言

どの政府も税、年金などの給付金、雇用、教育、財政や他の多くの分野を通して、所得分配に多大な影響を与える。こうした死亡率や罹患率関連の政策の効果に関する明白な根拠は、絶対的貧困を排除し物質的な不平等を無くすことが行政の責務であることを示している。

- あらゆる人は最低所得、最低賃金を保証され、行政のサービスを受けられるよう守らなければならない。
- 貧困と社会的排除を減らすためには個人と地域の両方に対して政策介入が必要である。
- 法律によって少数者グループや弱者を差別や社会的排除から守ることができる。
- 公共機関が医療・健康政策を行うことにより、住民が健康をケアしていく上での障害をなくし、社会的な補助を受けやすく、また住宅の提供を可能とする。
- 労働市場、教育や家族に対する政策は社会的階層化を減じるものでなければならない。

参 考 文 献

Claussen B, Davey Smith G, Thelle D. Impact of childhood and adulthood socio-economic position on cause specific mortality: the Oslo Mortality Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003, 57:40-45.

Kawachi I, Berkman L, eds. *Neighborhoods and health*. Oxford, Oxford University Press, 2003.

Mackenbach J, Bakker M, eds. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London, Routledge, 2002.

Shaw M, Dorling D, Brimblecombe N. Life chances in Britain by housing wealth and for the homeless and vulnerably housed. *Environment and Planning A*, 1999, 31:2239-2248.

Townsend P, Gordon D. *World poverty: new policies to defeat an old enemy*. Bristol, The Policy Press, 2002.

Source of Fig.3: Bradshaw J. Child poverty in comparative perspective. In: Gordon D, Townsend P. *Breadline Europe: the measurement of poverty*. Bristol, The Policy Press, 2000



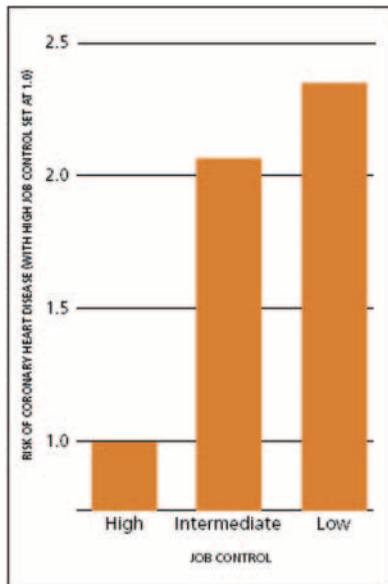
5 . 労働 -WORK-

職場でのストレスは疾病のリスクを高める。仕事に対してコントロールができる人ほど、健康状態が良好である。

現 状

就労していることは、仕事を持たない状態よりも概ね健康には良い。しかし職場の社会的組織、経営方針、職場での社会的人間関係といったこと全てが健康に関わってくる。仕事上のストレスが健康状態を大きく左右し、病気による欠勤や早死にの重要な原因になり、健康の社会的格差にも関わってくるのが明らかになっている。ヨーロッパでの職場に関する研究では、人々が自分の技術を使う機会に恵まれない時や意志決定の場で低い権限しか持ち得ないときに健康上の問題が起きるとしている。

図4 仕事上のコントロール度（自己申告）と冠動脈疾患発症の関係（男女対象）



Adjusted for age, sex, length of follow-up, effort/reward imbalance, employment grade, coronary risk factors and negative psychological disposition

仕事上の裁量の自由と決定権（コントロール度）が低いと、特に腰痛、病気による欠勤、心血管系疾患の増加を引き起こす。（図4）これらの危険性は個人の性格的特徴とは無関係であることが分かっており、つまるところ、職場環境との関連性が指摘されている。

研究は仕事の要求度の役割についても研究を進めている。要求度とコントロール度は互いに影響し合い、要求度が高くコントロール度の低い仕事には特別なリスクが伴う。職場内の社会的支援によって、人々を守ることができる可能性も示唆されている。

更に、仕事上の努力に見合わない低い報酬は、循環器系への危険性と関連が深い。報酬の形態には賃金や昇進、自分に対する満足感などがあるが、現在の労働市場における変化は雇用機会の構造を変え、人々がふさわしい報酬を得るのを難しくするだろう。

これらは、仕事における心理社会的環境が健康の重要な決定要因であり、健康の社会的格差の要因となっていることを示している。

提 言

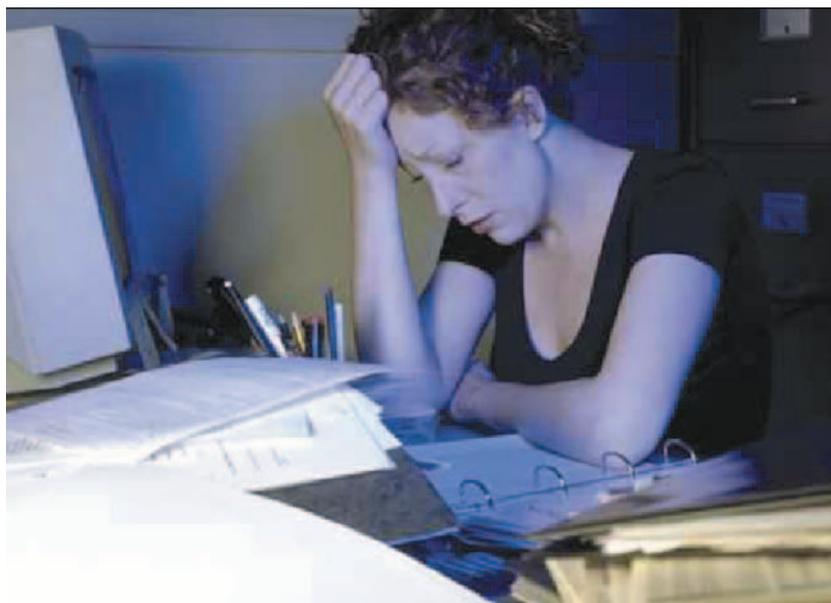
- 職場での健康と生産性の関係は、一方が良くなれば他方が悪くなるというものではない。良好な労働環境が健康な労働力を生み、生産性を向上させ、さらに、一層生産性の高い、健康的な職場へと変わっていく。このような効果的な循環を確立することが可能である。
- 意志決定の場にそれなりに関与することは、社内のあらゆる層の従業員に有益で

ある。
従って労働環境の構築や改善に働き手に関わる仕組みが必要である。結果、従業員が仕事を進めるにあたり、様々な事柄を自ら

調整できる機会を得ることになる。

- 有用なマネジメントは全ての従業員にとって相応の報酬を保証するものである。賃金や昇進、自分に対する満足感という形態を取る。

- 身体的な負担を減らすため、職場の環境は人間工学的に適切なものでなければならない。
- 法律によるコントロールと検査の権限（チェック機能）を持つ効果的な職場基盤の整備が必要なと同様に、職場での健康維持管理のために、精神的な問題の早期発見や適切な関わり合いを持つ訓練を受けた者が職場に配置されるような健康に関するサービスも必要である。



© FIRST LIGHT

Jobs with both high demand and low control carry special risk.

参 考 文 献

Bosma H et al. Two alternative job stress models and risk of coronary heart disease. *American Journal of Public Health*, 1998, 88:68-74.

Hemingway H, Kuper K, Marmot MG. Psychosocial factors in the primary and secondary prevention of coronary heart disease: an updated systematic review of prospective cohort studies. In: Yusuf S et al., eds. *Evidence-based cardiology*, 2nd ed. London, BMJ Books, 2003:181-217.

Marmot MG et al. Contribution of job control to social gradient in coronary heart disease incidence. *Lancet*, 1997, 350:235-240.

Peter R et al. and the SHEEP Study Group. Psychosocial work environment and myocardial infarction: improving risk

estimation by combining two complementary job stress models in the SHEEP Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56(4):294-300.

Schnall P et al. Why the workplace and cardiovascular disease? *Occupational Medicine, State of the Art Reviews*, 2000, 15:126.

Theorell T, Karasek R. The demand-control-support model and CVD. In: Schnall PL et al., eds. *The workplace and cardiovascular disease. Occupational medicine*. Philadelphia, Hanley and Belfus Inc., 2000:78-83.

Source of Fig.4: Bosma H et al. Two alternative job stress models and risk of coronary heart disease. *American Journal of Public Health*, 1998, 88:68-74



6 . 失業 -UNEMPLOYMENT-

雇用の安定は健康、福祉、仕事の満足度を高める。失業率が高まるほど病気にかかりやすくなり、早死をもたらす。

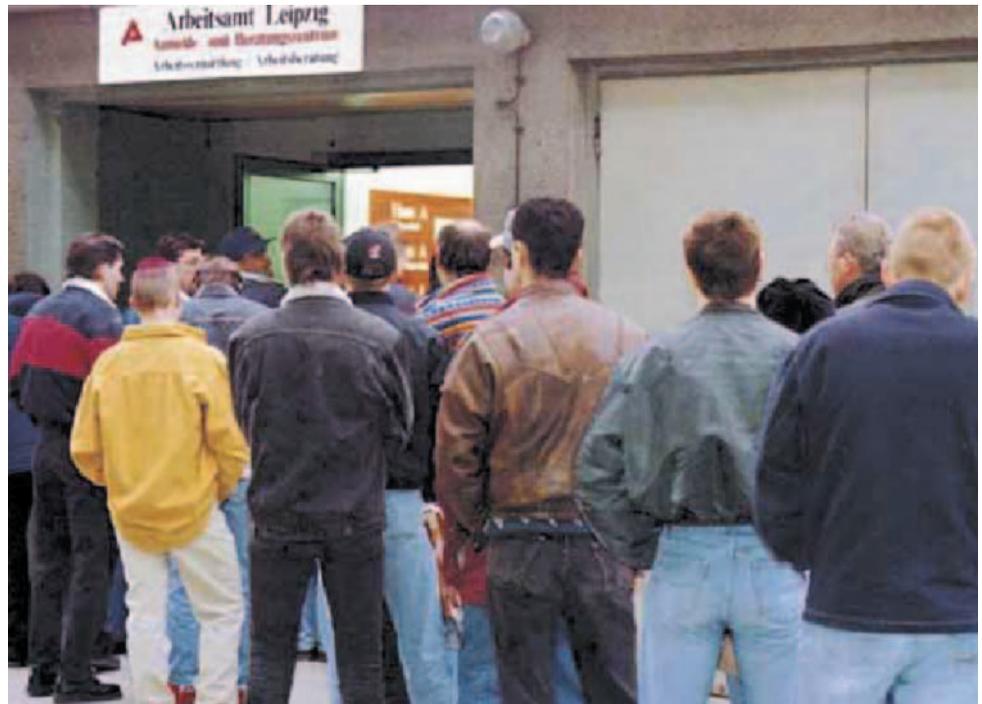
現 状

失業は健康上の危険を招くが、その危険性は失業者が多い地域ほど高い。各国からの報告では失業者とその家族は、他の要因を考慮しても、現実として早死の危険性を有することを明らかにしている。失業者の健康は、失業がもたらす心理的影響と経済的問題、とりわけ借金に影響されている。

健康に対する影響は、失業問題を意識し解雇されることに恐怖を感じた時から起こり、

実際に解雇される前にも起こりうる。これは、不安定な状況に対する不安感が健康に悪影響をもたらすことを示している。仕事が不安定であることが、精神衛生の悪化（特に不安感・憂鬱感）、主観的な不健康感や心臓疾患それ自体とその危険性の増大と関係することが明らかになっている。満足感の得られない仕事や不安定な仕事は、失業状態と同様の影響があり、仕事を持っていることだけで、常に精神的・身体的健康を保持していけるとは限らないのである。また仕事の質も重要である。（図5）

1990年代、多くの先進工業国における経済と労働市場の変化は、仕事に対する不安感



Unemployed people and their families suffer a much higher risk of premature death.

© REUTER/POLFOTO



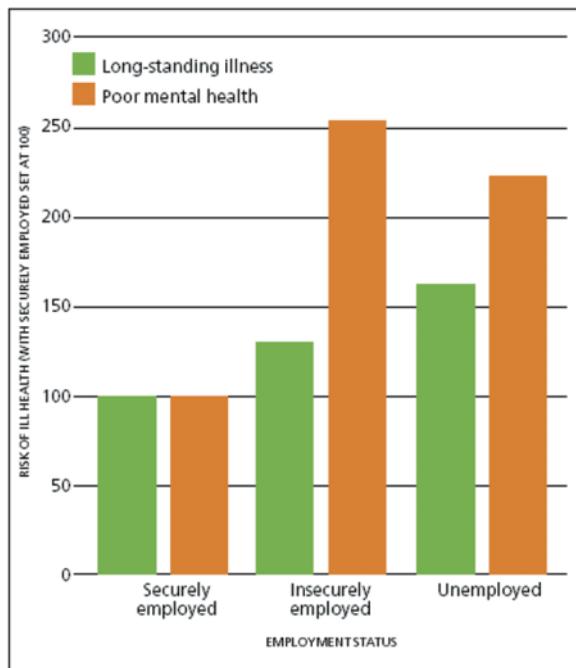
を増大させる結果となった。そして、そのことが慢性ストレスの要因となり、その状態にさらされている期間が長いと影響も増し、健康上の危険を引き起こし病気による欠勤の原因になり、医療機関に頼る現状を生み出している。

提言

政策として、以下3つの目的が必要である。失業や、仕事への不安感を防ぐ。失業による苦痛を軽減する。人々を安定した仕事へ復帰させる。

- 政府が経済の好不況の差を縮めるよう政策管理をしていくことで、仕事の安定と失業対策に大きく貢献することができる。
- 労働時間の制限は、仕事の安定と満足感を追求する上で有益である。
- 人々の就労を促進するためには高等教育や職業訓練が不可欠である。
- 失業者に対しては、より高額な失業手当の支給などの保護政策が必要である。
- 融資機関による負債の軽減と、社会的ネットワークの強化も有効である。

図5 就労の安定度と健康の関係



参考文献

Beale N, Nethercott S. Job-loss and family morbidity: a study of a factory closure. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 1985, 35:510-514.

Bethune A. Unemployment and mortality. In: Drever F, Whitehead M, eds. *Health inequalities*. London, H.M. Stationery Office, 1997.

Burchell, B. The effects of labour market position, job insecurity, and unemployment on psychological health. In: Gallie D, Marsh C, Vogler C, eds. *Social change and the experience of unemployment*. Oxford, Oxford University Press, 1994:188-212.

Ferrie J et al., eds. *Labour market changes and job insecurity: a challenge for social welfare and health promotion*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (WHO Regional Publications, European Series, No.81) (<http://www.euro.who.int/document/e66205.pdf>, accessed 15 August 2003).

Iversen L et al. Unemployment and mortality in Denmark. *British Medical Journal*, 1987, 295:879-884.

Source of Fig.5: Ferrie JE et al. Employment status and health after privatisation in white collar civil servants: prospective cohort study. *British Medical Journal*, 2001, 322:647-651.



7. 社会的支援 -SOCIAL SUPPORT-

友情、良好な人間の社会的関係、確立された支援ネットワークにより、家庭・職場・地域社会における健康が推進される。

現 状

社会的支援システムと良い人間関係は、人々の健康保持に大きく貢献する。社会的に支えられていると感じることが、生きていく上での精神的、現実的な励みとなる。社会のコミュニケーションネットワークの一員となり、お互いに義務を負うことで人々は自分に関心を持たれている、他者から愛されている、評価されている、大切に思われていることを実感する。このようなことは健康を保持していくことに大いに役に立つ。互助的な人間関係は、健康的な行動様式の確立も促す。

支援といっても個人を対象としたものと、社

会を対象としたものがある。社会的孤立や排除は、当事者の死を早める率を高くし、心臓発作後の生存率を一段と低くする。(図6) 他者からの社会的・精神的な支えを期待できない場合、人々の健康状態は悪化し、鬱病となったり、妊娠時の合併症発生率が上昇したり、慢性疾患の悪化といった状況が現れやすい。そしてたとえ緊密な人間関係でもそれが好ましくないものであれば、人々を精神的にも肉体的にも不健全な状況へと追い込んでいく。

人々が受ける精神的あるいは実質的な社会的支援の量は社会的・経済的な立場によって変わってくる。貧困は、人々を社会から排除させ、孤立させる。

「社会的つながり」は人間の社会的関係の質と、コミュニティもしくはより広範囲の社会において信頼関係があること、お互いに義務を負うこと、お互いを尊重することと定義され、このつながりがあることで、人々は守られ同時に健康も保持できる。公平さを欠くことは社会的関係を蝕む。所得格差の大きい社会ほど社会的つながりが希薄になりやすく、凶悪犯罪が多くなる。相互援助が進んでいると人々の健康は守られ、反対に社会関係の崩壊はさらに格差を増長することもあり、信頼感を希薄にし、暴力行為を増加させる。ある調査によると、地域社会において社会的つながりが密接な時には心臓の冠状動脈疾患が少なかったが、つながりが希薄になると心臓疾患の疾病率が上昇したという。

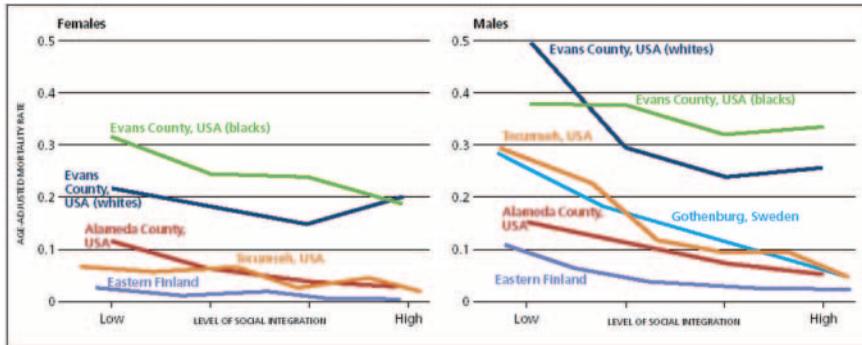


© FOTPKHRONIKA/POFOTO

Belonging to a social network makes people feel cared for.



図6 社会的統合度と死亡率の関係（五つの前向き研究による）



提言

実験によると、良好な人間の社会的関係があることはストレスによる肉体的負担を軽減する。また介入研究によると、社会的支援があれば、患者が様々な異なる状況から回復する率は高くなり、不安定な妊婦でもより良い妊娠・出産の経過をたどることができる。

- 社会的・経済的な格差を縮小し社会的排除を減らすことで、社会的なきずなを深め、健康の水準を高める。
- 学校、職場、より広範囲の地域社会における社会環境を改善することは、人々が日常生活のより多くの場面で自らの価値

を認識し、自分が大切にされていることを感じるきっかけとなるであろう。こうしたことは、さらに人々の健康状態を良い方向へと向かわせ、特に精神面での健全化に大きく貢献するであろう。

- 地域社会で会合や社会的な活動をもてる場を設けるようにすることで、精神面での健全化が図られるだろう。
- 個人として、また社会人として生活していく中で、社会的に劣っている、あるいは価値が低いという考え方は避けなければならない。そうすることは、社会的な分断と言えるためである。

参考文献

Berkman LF, Syme SL. Social networks, host resistance and mortality: a nine year of follow-up of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 1979, 109:186-204.

Hsieh CC, Pugh MD. Poverty, income inequality, and violent crime: a meta-analysis of recent aggregate data studies. *Criminal Justice Review*, 1993, 18:182-202.

Kaplan GA et al. Social connections and mortality from all causes and from cardiovascular disease: prospective evidence from eastern Finland. *American Journal of Epidemiology*, 1988, 128:370-380.

Kawachi I et al. A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the USA. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1996, 50(3):245-251.

Oxman TE et al. Social support and depressive symptoms in the elderly. *American Journal of Epidemiology*, 1992, 135:356-368.

Sampson RJ, Raudenbush SW, Earls F. Neighborhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. *Science*, 1997, 277:918-924.

Source of Fig. 6: House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. *Science*, 1988, 241:540-545.



8. 薬物依存 -ADDICTION-

アルコール・薬物・たばこを習慣とし、健康を害してしまうのは個人の責任ではあるものの、常用に至るにはさまざまな社会的環境も影響している。

現 状

薬物乱用は、社会的挫折の結果として現れ、さらに健康面での不平等を一層顕著にさせる要因となる。薬物は、一時的には現在の逆境やストレスを忘れさせてくれるが、事態を悪化させるだけである。

アルコール依存症、不法薬物の使用や喫煙は全て社会的・経済的に不利な状況と密接に関わっている。(図7) 例えば中央および東ヨーロッパの過渡期にある社会では、この10年間は社会的激動の時期であり、その結果、アルコールと関係した死(事故、暴力、中毒、傷害、自殺)が急増した。他の国においても、アルコール依存と暴力が関係する死亡は切り離せない関係にある。

なにげないことが、思いがけない結末を迎えることがある。人々は過酷な経済的現実や社会的状況を忘れるためにアルコー

ルの助けを借りる。ところが、アルコール依存症は社会の流動性を鈍化させる。皮肉なことに、人々はほんの一時現実から逃避したいという目的を離れ、自分を依存へと追い込んだ要因をアルコールによってますます手に負えないものにしていくのである。

たばこについても同じことが言える。貧しい住宅事情、低賃金、孤立した親、失業、ホームレスといった社会的喪失と喫煙率の高さおよび禁煙率の低さは表裏一体である。喫煙は貧しい人々にとって大きな経済的負担であり、病気や早死の重大な原因となる。しかもニコチンではストレスからの真の解放は得られないし、気力を向上させることは出来ないのである。

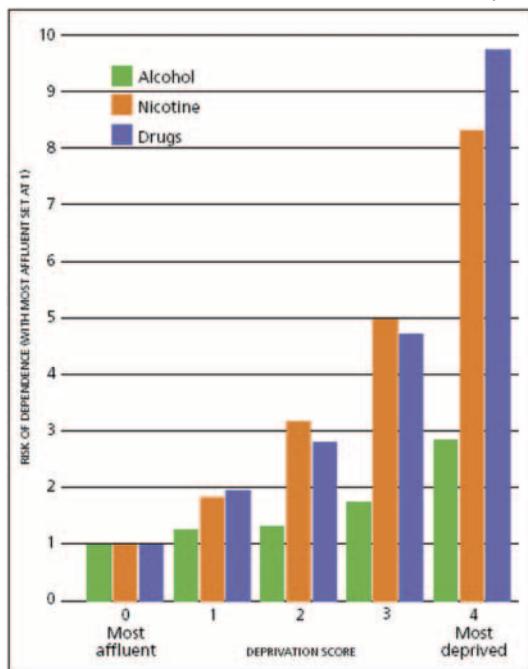
飲酒、喫煙、不法薬物の使用は主要な多国籍企業や犯罪組織による精力的な売買や宣伝

© TEITO HORNBARIK/POLEFOTO



People turn to alcohol, drugs and tobacco to numb the pain of harsh economic and social conditions.

図7 社会・経済的困窮とアルコール・ニコチン・薬物依存の危険性 (Great Britain, 1993)



により助長されており、これらは若い世代の使用を食い止めようとする政策に大きな障害となっている。特にたばこについては、若い世代がひそかに入手してしまうの見逃してしまうことが、価格調整を講ずること

この消費を抑えようとする政府の対策の妨げとなっている。

提言

- 合法・違法のいずれにしても、薬物依存の問題に取り組むにあたっては、すでに依存に陥った人々を救うことだけでなく、問題の根ぞす社会的喪失の仕組みに対策を講ずることが必要である。
- 価格調整をしたり、ライセンス制にすることで政策的に流通を規制したり、害にならない使用法を教えたり、若い世代の乱用を防ぐための健康教育を広めたり、依存患者に効果的な治療をすることが求められる。
- 薬物乱用を生じさせる社会的要因がそのままの状態では、これらのどの対策も意味を持たない。全ての責任を個人に負わせるのは妥当ではない。それは犠牲者となった者を責めることであって、薬物乱用を生み出す社会の複雑にからんだ要因に立ち向かうことにはならない。従って、効果的な薬物乱用対策は、広範な社会的・経済的施策に裏打ちされていなければならない。

参 考 文 献

Bobak M et al. Poverty and smoking. In: Jha P, Chaloupka F, eds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 2000:41-61.

Makela P, Valkonen T, Martelin T. Contribution of deaths related to alcohol use of socioeconomic variation in mortality: register based follow-up study. *British Medical Journal* 1997, 315:211-216

Marsh A, McKay S. *Poor smokers*. London, Policy Studies Institute, 1994.

Meltzer H. *Economic activity and social functioning of residents with psychiatric disorders*. London, H.M. Stationery Office, 1996 (OPCS Surveys of Psychiatric Morbidity in Great Britain, Report 6).

Ryan, M. Alcoholism and rising mortality in the Russian Federation. *British Medical Journal*, 1995, 310:646-648).

Source of Fig. 7: Wardle J et al., eds. Smoking, drinking, physical activity and screening uptake and health inequalities. In: Gordon D et al, eds. *Inequalities in health*. Bristol, The Policy Press, 1999:213-239.



9 . 食品 -FOOD-

世界の市場は食糧の供給に大きく関わっているため、健康的な食品の確保は政治的問題である。

現 状

良質で十分な食糧の供給は、健康とよい生活を推進する上で重要である。食糧不足や食事の偏りは、栄養不良や栄養失調の原因になる。過剰摂取（栄養不良の一つ）は、心血管系疾患、糖尿病、がん、眼科の変性疾患、肥満、虫歯を引き起こす。食糧不足と食糧過剰とは表裏一体の関係にある。健康的で栄養のある食品の確保とその価格は、公衆衛生の重要な問題である。（図8）良質で安価な食糧が手に入れられるということは、健康教育以上に、食事の内容の良し悪しという観点から重要と言える。

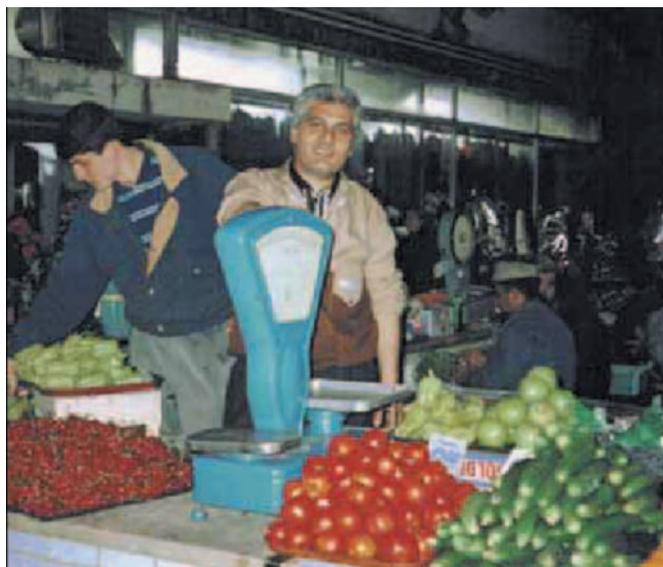
経済成長や住環境・衛生面の改善により、病気の内容は伝染病から、心臓病、脳卒中、がんなどの慢性疾患へと移り変わった。また特に西ヨーロッパ地域では、食生活がエネルギーの多い脂肪や糖質の過剰摂取へと変化し、栄養学的遷移をもたらし、その結果肥満が増加した。同時に、肥満は裕福者層よりも貧困者層に多くなった。

国際的な食糧の取引は、今大きなビジネスになっている。関税及び貿易に関する一般協定（GATT）やEU共通農業政策（Common Agricultural Policy of the European Union）のどちらも、世界の食糧供給を市場の力に任せる立場を取っ

ている。国際食品規格（Codex Alimentarius）のような国際的な委員会は食品の質と安全基準を定めているが、公衆衛生の代表者が充分にいない上、食品産業の利益が優先されている。一方、地域での食糧生産はより継続的で、消費者がたやすく入手でき、地域経済を支えるものとなりうる。

社会的・経済的状况により、食事の質は左右され、健康の不平等が生じる。社会の階層間における食事内容の格差は、主な栄養を何から摂っているかに起因する。多くの国では、貧困者層は新鮮な食料品の代わりに安い加工食品を食べる傾向にある。脂質の過剰摂取は、社会階級に関係なく見られる。若年者世帯、高齢者世帯、失業者などの低所得者は、良質な食事を摂ることが大変困難である。

慢性疾患予防のためには、新鮮な野菜、く



© AILEEN ROBERTSON/WHO

Local production for local consumption.

だもの、豆類（マメ科の植物）の摂取を心がけ、でんぷん質や動物性脂肪や精製された糖質や塩分を控えることが目標となる。専門家による多くの委員会でも、このような食生活を推奨している。

提言

地方や国の政府機関、国際機関、NGO、食品産業は以下の点を確立すべきである。

- ・ 安価で栄養価の高い新鮮な食糧をすべての人々、とりわけ最貧困者層に供給するシステムに公衆衛生の観点を導入させること。
- ・ 消費者を含めた全関係者の参加を得て、すべての食品安全基準の意志決定が民主的で透明性が高く、説明責任が明確なものにすること。

- ・ 天然資源や自然環境を守る、持続的な農業や食糧生産の支援。
- ・ 食品と栄養、調理方法、作物の栽培、さらには食事の準備や共に食卓を囲むことの社会的価値に関する知識を特に学校教育を通して育成し、健康的な暮らしのための食文化を強化すること。
- ・ 食品、食事、健康に関する情報を、特に子供向けに活用できるようにすること。
- ・ 科学的な根拠に基づいた食品成分表と食生活指針を利用し、食品と栄養に関する政策を推進すること。

参 考 文 献

Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO Technical Report Series, No. 916) (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/who_fao_expert_report.pdf, accessed 14 August 2003)

First Action Plan for Food and Nutrition Policy [web pages]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (http://www.euro.who.int/nutrition/ActionPlan/20020729_1, accessed 14 August 2003).

Roos G et al. Disparities in vegetable and fruit consumption: European cases from the north to the south. *Public Health Nutrition*, 2001, 4:35-43.

Systematic reviews in nutrition. Transforming the evidence on nutrition and health into knowledge [web site]. London, University College London, 2003 (<http://www.nutritionreviews.org/>, accessed 14 August 2003).

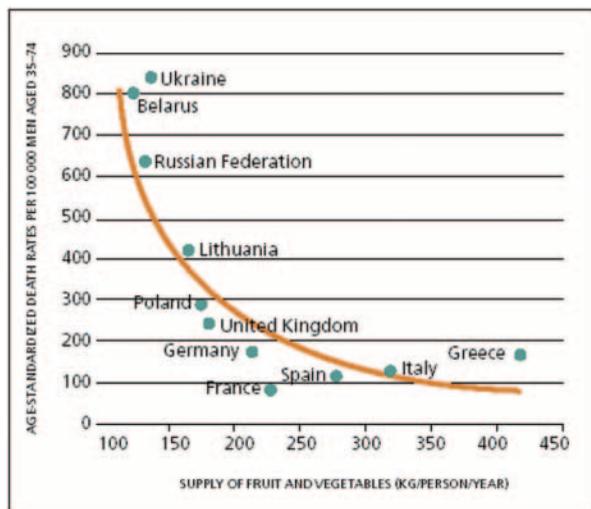
World Cancer Research Fund. *Food, nutrition and the prevention of cancer: a global perspective.* Washington, DC, American Institute for Cancer Research, 1997 (<http://www.aicr.org/exreport.html>, accessed 14 August 2003).

Source of Fig. 8: FAOSTAT (Food balance sheets) [database online]. Rome, Food and Agriculture Organization of the United Nations, 25 September 2003.

WHO mortality database [database online]. Geneva, World Health Organization, 25 September 2003.

Health for all database [database online]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 25 September 2003.

図8 西ヨーロッパ諸国を対象とする冠動脈疾患による死亡率と果物・野菜の供給量との関係



10. 交通 -TRANSPORT-

健康を重視した交通システムとは、公共輸送機関の整備により自動車の利用を減らし、徒歩や自転車の利用を奨励することを指している。

現 状

自転車や徒歩、公共交通機関の利用には、健康上の4つの利点がある。すなわち、運動量の増加、死亡事故の減少、社会との結びつきの深まり、大気汚染の減少である。

機械化が進み、仕事や家事で体を動かす機会が減り、肥満が増加傾向にあるため、人々は生活の中で身体を動かす新たな方法を見つける必要性に迫られることになった。体を動かすことが少なくなってきている生活様式への対策として、車に頼らず、徒歩や自転車の利用を増やし、公共の交通機関を拡張することで、交通整備政策は重要な役割を果たすことが可能である。常日頃から体を動かすことは心臓疾患を予防し、肥満を解消することで糖尿病の減少につながる。また、充足感を高め、精神の安定を促し、高齢者の鬱病予防にもなる。

交通量が減少すれば死亡事故や重大事故も減少する。自動車事故では歩行者や自転車利用者に怪我をさせるが、自転車事故の場合は被害を受ける人数は比較的少ない。良く計画された都心部の道路では、歩行者および自転車と自動車の通行を分けることで、自転車と歩行者の安全性を高めている。

自動車の利用は人々を分断してしまうのに対し、自転車や徒歩、公共の交通機関の利用は、道に社会的な交わりをもたらす。道路交通により地域社会は二つに分断され、道路の両側でさえも分け隔てられてしまう。歩行者

がまばらとなった通りはもはや社会的空間ではなく、一人歩きの時は犯罪に遭うのではないかと恐れてしまうほどだ。さらに自動車に依存している郊外の地域では、自動車を持たない人々、特に若者と高齢者を孤立させている。社会的孤立と地域交流の欠如は、健康に多大な悪影響を与えている。

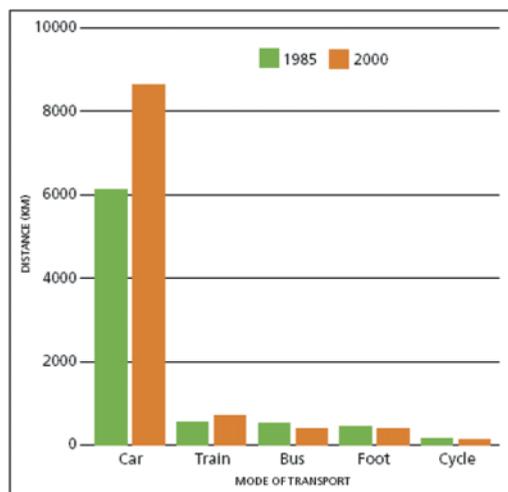
交通量を減らすことは、排気ガスによる有害な汚染を軽減させる。徒歩や自転車の利用により、再生不可能な天然資源の消費は最小限に抑えられ、地球温暖化をもたらすことはない。さらに、大気汚染による疾患や騒音を減らし、環境に配慮したこれからの街に好ましい。



© FINN FRANSEN/POLIFOTO

Roads should give precedence to cycling.

図9 交通手段による一人当たりの移動距離
(Great Britain, 1985, 2000)



提言

21世紀には人々は自動車への依存度を減らさなければならない。健康への悪影響があるにもかかわらず、ヨーロッパの国々では、自動車による移動が増加しており、徒歩や自転車による移動は減少している。(図9) 国や地方自治体は、これについての対策を講じ、この傾向を転じる必要がある。しかし自動車関連の企業・団体の関与は依然としてあり、石油、ゴム、道路建設、自動車製造・販売・修理・広告などの多くの産業が、自動車を利用されることによって利益を得ている。

- ・ 短距離の移動に関しては、都心では特に道路の優先権は歩行者と自転車に与えられるべきである。
- ・ 長距離の移動には、地方への列車の定期運行や増発による公共の交通機関の充実が不可欠である。

- ・ 道路建設のための助成金の減額、公共交通機関への経済援助の増額、商用の車の利用を減らすための税金の導入、駐車料金と駐車違反の罰金を上げるといった政策の転換が必要である。
- ・ 道路を緑地帯として転換利用する、駐車場を撤去する、道路を歩行者または自転車専用道路に転換する、バス専用レーンや自転車専用レーンを増設する、自動車の利用率が高い低密度の郊外住宅地の拡張や郊外型大型店の進出を抑制するといった土地利用の再編も必要である。
- ・ 自動車道路の建設は自動車の利用率を高めるという事実が、以前にも増して明らかになってきている一方、交通規制は予想に反して渋滞を減らす可能性があるという事実も明らかになってきている。

参 考 文 献

Davies A. *Road transport and health*. London, British Medical Association, 1997.

Fletcher T, McMichael AJ, eds. *Health at the crossroads: transport policy and urban health*. New York, NY, Wiley, 1996.

Making the connections: transport and social exclusion. London, Social Exclusion Unit, Office of the Deputy Prime Minister, 2003 (<http://www.socialexclusionunit.gov.uk/published.htm>, accessed 14 August 2003).

MaCarthy Transport and health. In: Marmot MG, Wilkinson R, eds. *The social determinants of health*. Oxford, Oxford University Press, 1999:132-154.

Transport, environment and health in Europe: evidence, initiatives and examples. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001 (http://www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/hcp/UrbanHealthTopics/20011207_1, accessed 14 August 2003).

Source of Fig.9: *Transport trends 2002:articles (Section 2: personal travel by mode)*. London, Department for Transport, 2002 (http://www.dft.gov.uk/stellent/groups/dft_transstats/documents/page/dft_transstats_506978.hcsp, accessed 18 September 2003).



Stress

The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva, World Health Organization, 2001 (<http://www.who.int/whr2001/2001/>, accessed 14 August 2003).

World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/vrvh1/en/, accessed 14 August 2003).

Early life

A critical link ñ interventions for physical growth and psychosocial development: a review. Geneva, World Health Organization, 1999 (http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_CHS_CAH_99.3.pdf, accessed 14 August 2003).

Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva, World Health Organization, 2001 (<http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=cmh&language=english>, accessed 14 August 2003).

Social exclusion

Ziglio E et al., eds. *Health systems confront poverty.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (Public Health Case Studies, No. 1) (<http://www.euro.who.int/document/e80225.pdf>, accessed 14 August 2003).

Addiction

Framework Convention on Tobacco Control [web pages]. Geneva, World Health Organization, 2003 (<http://www.who.int/gb/fctc/>, accessed 14 August 2003).

Global status report on alcohol. Geneva, World Health Organization, 1999 (http://www.who.int/substance_abuse/pubs_alcohol.htm, accessed 14 August 2003).

The European report on tobacco control policy. Review of implementation of the Third Action Plan for a Tobacco-free Europe 1997ñ2001. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (<http://www.euro.who.int/document/tob/tobconf2002/edoc8.pdf>, accessed 14 August 2003).

Food

Global strategy for infant and young child feeding [web pages]. Geneva, World Health Organization, 2002 (http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/global_strategy.htm, accessed 15 August 2003).

Globalization, diets and noncommunicable diseases. Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://www.who.int/hpr/NPH/docs/globalization.diet.and.ncds.pdf>, accessed 15 August 2003).

WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health [web pages]. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/hpr/global_strategy.shtml, accessed 15 August 2003).

Transport

A physically active life through everyday transport with a special focus on children and older people and examples and approaches from Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (<http://www.euro.who.int/document/e75662.pdf>, accessed on 15 August 2003).

Charter on Transport, Environment and Health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (EUR/ICP/EHCO 02 02 05/9 Rev.4) (http://www.euro.who.int/document/peh-ehp/charter_transporte.pdf, accessed on 15 August 2003).

Dora C, Phillips M, eds. *Transport, environment and health.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (WHO Regional Publications, European Series, No. 89) (<http://www.euro.who.int/document/e72015.pdf>, accessed on 15 August 2003).

Transport, Health and Environment Pan-European Programme (THE PEP) [web pages]. Geneva, United Nations Economic Commission for Europe, 2003 (<http://www.unece.org/the-pep/new/en/Welcome.htm>, accessed 15 August 2003).



本書に関連する機関・団体

WHO (World Health Organization 世界保健機関) は1948年に国際連合 (United Nations) の専門機関として設立され、国際的見地からの保健に関する問題や公衆衛生について指導ならびに調整をする役割を果たすものである。WHOの組織上の機能は、人の健康に関わる客観的かつ信頼のおける情報とアドバイスを提供することであり、出版活動を通してその責任を果たすことである。出版を通じてWHOは国レベルの健康保健政策をサポートし、最も緊急度の高い公衆衛生案件に対処するよう努めている。

WHO欧州地域事務局 (WHO Regional Office for Europe) は、世界に六つある地域事務局の一つである。各事務局は担当国の健康問題に合う独自のプログラムを擁している。ヨーロッパ地域では北はグリーンランド、南は地中海からロシア共和国の太平洋沿岸までの地域に住む約8億7000万人が対象である。従ってWHOの欧州プログラムは、産業化社会あるいは脱・産業化社会に伴う諸問題にも、中央・東ヨーロッパならびに旧ソ連邦に出現しつつある民主化に伴う諸問題にも力を注いでいる。

信頼性の高い情報やガイダンスが可能な限り確実に入手できるようにするため、WHOは幅広く世界に向けて出版物を頒布し、翻訳やそれぞれの地域に実情にあう形にするよう勧めている。健康を守り促進し、疾病を予防しコントロールすることにより、WHOの出版物は「全ての人に可能な限りの高い水準の健康を」というWHOの主要な目的を果たすのに貢献している。

WHO都市保健センター

この冊子はWHO欧州地域事務局 都市保健センターにより編纂されたものである。当センターの専門的な着眼点は健康保健政策の分野におけるツールの開発や資料の活用、健康と持続可能な開発の統合促進、都市計画の推進、統治や社会的サポートの進展である。また都市保健センターは、健康都市計画と都市開発計画についての責務を有する。

国内の関連機関・団体

WHO健康都市研究協力センターは、WHOが展開する「健康都市プロジェクト／プログラム」の理念に基づき、健康都市と都市政策研究の推進普及に携わっている。[東京医科歯科大学健康推進医学／国際保健医療協力学内]

健康都市推進会議 (特定非営利活動法人) は、すべての人々が健康的な生活をおくることができるよう、健康都市に関する学術的基盤を拡大し、健康都市づくりを積極的に推進するための企画と提案を行うことで健康都市の実現を図ることを目的とし、1991年より活動している。

日本健康都市学会は、健康都市プロジェクト／プログラムや健康を重視した都市政策、まちづくりに関する学術研究の発展に寄与することを目的として活動している。



The Solid Facts 2nd edition 日本語版 発刊編集委員会委員

浅野 牧茂、石館 敬三、井上 恵司、猪瀬 智子、大西 真由美、荻野 忠、
河原 和夫、木津喜 雅、草刈 隆、下光 輝一、鈴木 重任、鈴木 聰男、
高石 昌弘、高野 健人（委員長）、中村 桂子、福田 吉治、村田 篤司、
本橋 豊、山本 信夫、吉田 美津子、渡辺 雅史

Social Determinants of Health: The Solid Facts. 2nd edition.

Edited by Richard Wilkinson and Michael Marmot

© World Health Organization 2003

The original of this translation was published by WHO Regional Office for Europe. Translation and publication rights for the edition in Japanese have been granted to Promotion Committee for Healthy Cities. Promotion Committee for Healthy Cities worked with WHO Collaborating Centre for Healthy Cities and Urban Policy Research and Japan Association of Research on Healthy Cities for the translation of the original publication. The collaborating centre is responsible for the accuracy of the translation.

2004年 発行

健康の社会的決定要因（第二版）

編 者 Richard Wilkinson and Michael Marmot

監修・監訳 高野 健人

訳 WHO健康都市研究協力センター
日本健康都市学会

発 行 特定非営利活動法人 健康都市推進会議
事務局 〒113-8519 東京都文京区湯島1-5-45
東京医科歯科大学大学院 健康推進医学／国際保健医療協力学

貧困者層の人々は、その人生は短く、富裕層に比べて病気にかかりやすい。この格差に対して、社会的環境における健康問題に関わる者は大きな関心を注いでいる。

この冊子はこうした健康の社会的格差を考察し、心理学的・社会的影響が身体的健康や寿命にどのように影響するのかを詳述するものである。これを踏まえ、健康問題の社会的決定要因の中で今日最重要と考えられるものを調べ、より良い健康的な社会環境を供するために政策が果たす役割について考察する。

この第二版は最新のデータを選び、今の社会における主要な健康の社会的決定要因について詳しく述べている。主な調査はストレス、幼少期、社会的排除、職場環境、失業問題、社会的支援、薬物乱用、健康的な食品、交通を対象としている。

私達は政策を立て、実際に行動することにより、不健康を引き起こす要因を実際に事態が悪化する前に弱めつつ、健康の社会的決定要因に取り組んでいかなければならない。意志決定者にとっても実際に公衆衛生に携わる者やその支援者にとっても、これはやりがいのあることである。この冊子は関係者の行動の指針となる根拠と数々の政策案を明らかにするものである。

WHO健康都市研究協力センター
日本健康都市学会

特定非営利活動法人 健康都市東京推進会議