

5か国の健康づくり計画の比較研究を実施： 地域格差に加えて、より多面的な健康格差の評価と対策の目標設定を

健康格差の縮小は世界的な課題であり、世界保健機関（WHO）はそのための指針を示しています。日本では、国の健康づくり活動の計画「健康日本21（第2次）」において都道府県間の健康寿命格差を是正することが目標に定められています。同計画は2023年度に終了する予定であり、現在次期計画策定の準備が進められています。

WHOの指針は、健康格差の是正に向けて、国民の健康状態だけでなく教育や所得の再分配といった社会的要因に関する状況も継続的に評価して必要な対策を行うことを推奨しています（参考資料）。ところが、実際に各国の活動計画がWHOの指針にどの程度即しているかをまとめた資料はありません。そこで、健康日本21などの今後の日本の計画づくりの参考とすべく、日本、米国、英国（イングランド）、スウェーデン、タイの5か国の健康づくり計画を比較しました。

その結果、WHOの指針遵守の程度や計画の中身は、国ごとに著しく異なることが明らかになりました。米国や英国では地域間の格差だけでなく多面的な健康格差の評価が計画されていました。米国では187項目にわたり、個人・地域・国など様々なレベルごとに、所得や障がい等、WHOが推奨する項目の評価が計画されていました。また、健康格差の是正が必要な理由が明記されている国が複数見られた一方で、日本の計画にはそのような記載がみられませんでした。どの国もWHOが推奨する「多部門連携」についての計画をもっていました。スウェーデンやタイは、保健医療以外の組織との連携体制を所轄する組織やシステムを設置するなど、より具体的で踏み込んだ計画を策定していました。

これら諸外国の計画およびWHOの指針を参考に、今後の日本の健康日本21等の健康推進施策には、（1）健康格差をより多面的に捉え、社会的要因への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も協働した取り組みやデータの活用を行うこと、が重要であると考えられます。

健康格差の定義	WHOの推奨1 生活環境の改善
● 日本・米国・英国・スウェーデン：異なる特性（地域、社会経済状況、宗教など）を持つ集団間における健康状態の差。 ● 米国・スウェーデン：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。	● 日本：健康格差縮小の手段としての社会環境改善 ● 米国：エビデンスに基づく指標設定 ● 英国：社会的に不利な個人や地域を重点支援 ● スウェーデン：ライフコースに基づく指標設定 ● タイ：多部門連携
WHOの推奨2 権力・資金・資源の 不公正な分配への対応と多部門連携	WHOの推奨3 課題の評価と活動の インパクトアセスメント
● 米国・英国・タイ：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。 ● スウェーデン・タイ：多様な部門との連携を推進するための組織を設置。	● カバーする指標の範囲に違いがあった。 ・ 米国・英国・スウェーデン：健康に影響する社会的要因を幅広くモニタリング ・ タイ：活動を推進するシステムの構築を重視

■発表論文：西尾麻里沙，長谷田真帆，金森万里子，荒川裕貴，近藤尚己 “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”，日本公衆衛生雑誌．[早期公開] 2022年3月16日，論文ID: 21-105

【背景】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による健康格差の存在が指摘されています。世界保健機関（WHO）の健康の社会的決定要因に関する委員会（CSDH）は、各国に1.「生活環境の改善」、2.「権力・資金・資源の不公正な配分への対応と多部門連携」、3.「課題の評価と活動のインパクトアセスメント」を推奨し、実際にどのような健康格差があるかを「健康の公正性サーベイランス」を継続的に行い可視化することを提案しています。

日本では、厚生労働省が国民健康づくり運動：健康日本21（第2次）などを通じて健康格差対策に取り組んできましたが、取り組みの質の評価や、省庁横断的な取り組み、健康格差の詳細な把握が不足しているという課題が指摘されています。

そこで本研究では、2024年度に開始される次期運動の方向性を検討するために、諸外国（米国、英国（イングランド）、スウェーデン、タイ）がヘルスプロモーション施策の中で健康格差をどのように扱っているかをレビューしました。各国が定める健康格差の定義やその対策の考え方について、CSDHの3つの推奨事項と「健康の公正性サーベイランス」（参考資料）に基づいて整理し、その類似点や相違点を検討しました。

【結果】その結果、健康格差の定義は日本、米国、英国、スウェーデンで類似していましたが、日本では健康格差対策がなぜ必要であるかについての具体的な記述がないことがわかりました。また、「生活環境の改善」に向けたアプローチの考え方は各国で異なっていました。日本は社会参加の機会と社会資源へのアクセスの確保、米国は客観指標による評価、英国は社会的に恵まれない個人や地区への重点支援、スウェーデンは幼少期から高齢期までの年代ごとに適した介入を計画するライフコースアプローチ、タイは多部門連携による取組の推進を主眼に計画していました。CSDHの推奨項目のうち「権力・資金・資源の不公正な配分への対応と多部門連携」については、全ての国が実施を計画していました。「課題の評価と活動のインパクトアセスメント」も同様に全ての国が計画していましたが、特に米国は187項目もの社会的要因をモニタリングしていました。その中には、所得や障がいなどによる健康格差を含む幅広い視点が含まれ、保健分野以外の情報を用いた評価、個人・地域・国という各レベルの政策の状況などの評価項目が含まれていました。

【結論】これら諸外国の内容や日本の現在の計画との相違を踏まえると、日本における今後のヘルスプロモーション施策には、（1）健康格差をより多面的に捉え、それらへの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、が重要であると考えられます。

参考資料 WHOの健康の公正性サーベイランス

健康格差		労働環境	
	個人と集団の特性ごとの健康指標の評価		物質的な作業上の危険
	性別		ストレス
	社会経済状況		保健医療制度
	民族集団/人種/先住民族		カバー率
	その他の社会階層（職業等）		保健医療制度の整備
	居住地		社会保障
	個人と集団の特性ごとの人口分布		カバー率
	相対的健康格差指標		保障内容の充実度
	絶対的健康格差指標		ジェンダー
健康の帰結			ジェンダー規範と価値観
	死亡（全死亡、原因別、年齢別）		経済参加のジェンダー間格差
	子どもの発達		性や妊娠・出産に関する健康
	精神疾患		社会的不平等
	罹患と障害		社会的排除の状況
	自己評価の身体的・精神的健康		所得の分配
	原因別の帰結		教育格差
決定要因			政治と経済
	健康行動		国民あるいは市民としての権利
	喫煙		雇用条件
	飲酒		協力体制（ガバナンス）と公共支出の優先度
	運動		景気
	食事と栄養		不健康の影響
	物理・社会環境		経済的影響（貧困や失業など）
	水と衛生		社会的影響（差別や孤立など）
	住環境		
	インフラ/交通/都市設計		
	大気汚染		
	人とのつながり（ソーシャルキャピタル）		

CSDH. CHAPTER 6 — Box 16.3: Towards a comprehensive national health equity surveillance framework. 2008.（発表者
和訳）https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf（2021年12月9日アクセス可能）