

日本プライマリ・ケア連合学会の  
健康格差に対する見解と行動指針

平成 30 年 3 月 25 日

プライマリ・ケアの現場においては、経済的困窮などの社会的困難のために治療を中断してしまったり、適切な生活習慣を維持できない人は少なくない。たとえば、認知症のある独居高齢者、精神疾患や物質依存症のある患者、外国人や路上生活者など社会的なリスクを抱える人々は、プライマリ・ケアでよく遭遇する複雑性の高い事例として挙げられる。しかし、そのような人々の社会的背景を十分に踏まえたケアの提供は必ずしも行われていない。また、人々がどのような社会的困難を抱えているかを評価する標準的な方法は普及しておらず、制度上の支援策も不十分であり、かつ既存の制度も十分に認知・活用されていない。

住む場所や国籍、所得や雇用形態、教育歴など、個人のおかれた社会的な背景や環境の影響により健康格差が生じる。これらの社会的要因は、出生時から高齢期までのライフコースにわたる様々な場面で影響を及ぼし、喫煙や食事内容等、健康関連行動を決定する。それらの健康行動は、がんや心臓病など慢性疾患の原因となり、命の格差を生み出すこととなる。社会的背景による健康状態の違いはあらゆる疾病や健康行動に見られるが、個人には変えがたい社会的な要因が健康の格差の原因となるものについては、健康に関わる学会など職能団体や社会が責任を持ち対応すべきである。

健康格差対策に取り組むことが WHO 総会（2009）で決議されたが、格差への懸念がさらに広まる中、近年、世界中で多くの職能団体や学会が健康格差に関する立場表明を行うようになってきた。そこで、日本プライマリ・ケア連合学会は、これまで健康格差の問題へ十分に対応できてこなかったとの反省のもと、今後の活動の方向性を示すべく、ここに、健康格差に対する見解と行動指針を策定し、公表することとした。

## 健康格差に対する学会の行動指針

健康格差に対して、日本プライマリ・ケア連合学会は次のように行動します。

- 1) あらゆる人びとが健やかな生活を送れるように社会的な要因への働きかけを行い、健康格差の解消に取り組みます。
- 2) 社会的要因により健康を脅かされている個人、集団、地域を認識し、それぞれのニーズに応える活動を支援します。
- 3) 社会的要因に配慮できるプライマリ・ケア従事者を養成し、実践を通して互いに学び合う環境を整えます。
- 4) 健康格差を生じる要因を明らかにし効果的なアプローチを見出す研究を推進します。
- 5) あらゆる人びとが、それぞれに必要なケアを得られる権利を擁護するためのアドボカシー活動を進めます。
- 6) 上記 1-5 を達成するために、患者・家族および関係者や関係機関(専門職、医療や福祉の専門機関、地域住民、支援ネットワーク、NPO、行政、政策立案者など)とパートナーシップを構築します。

## 健康格差に対する見解と解説

### 1. 本声明の目的

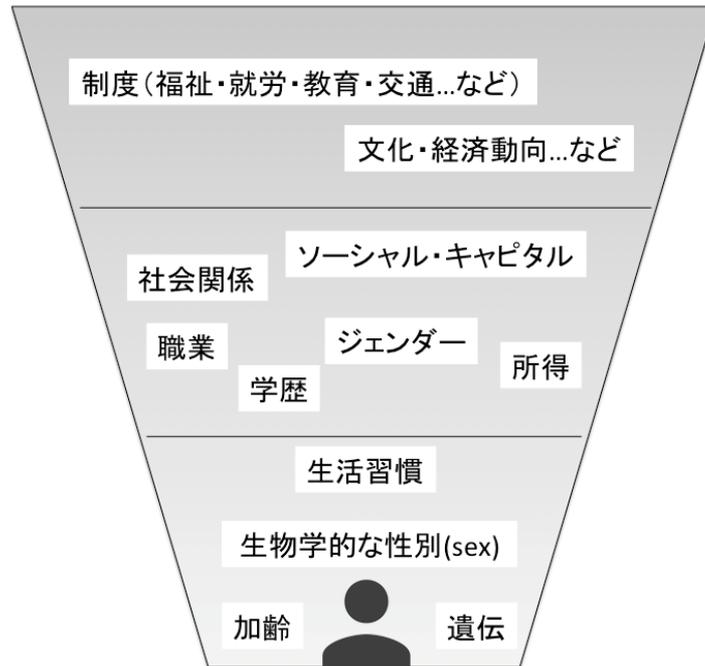
プライマリ・ケアの目的は、疾病の治療のみではなく、地域社会における安寧な生活の維持である<sup>8)</sup>。このことから、個人がおかれた社会環境の違いによる健康格差への対応は、本学会が最も重視すべき課題の一つである。そこで、健康格差に対する日本プライマリ・ケア連合学会の見解を声明として示すこととした。

健康格差とは、地域や社会経済状況の違いによる集団における健康状態の差と定義される<sup>1)</sup>。所得や学歴、仕事、居住地、性別、国籍／人種など、様々な健康に影響を及ぼす社会的要因（健康の社会的決定要因：social determinants of health, SDH）により健康格差が生じる（図1）。現在、世界では依然として国による平均寿命に約40歳の格差が存在する<sup>2)</sup>。日本でも都道府県間で男女とも3歳弱の健康寿命の格差が存在することが示されている<sup>3)</sup>。このような格差の社会的な原因は個人の努力で容易に変えられるものではないため、健康格差の縮小は社会として取り組むべき課題といえる。世界保健機関（WHO）は、健康格差の定義について「単に差があるという価値中立的なものではなく、その格差を縮小・是正すべきという価値判断を含意する」としている<sup>4)</sup>。

近年、世界経済の不安定化や世帯構成の変化を背景に、日本では健康格差の拡大が懸念されている。社会保障制度の機能拡充が追い付かず、一人親世帯の貧困割合が50%を超えるなど、対策が急がれている<sup>5)</sup>。プライマリ・ケアの現場においても、経済的困窮などの社会的困難のために自ら受診を躊躇する事例や日々の生活の中でのストレスのために健康を損ない、治療を継続できずにいる事例は少なくない<sup>6)</sup>しかし、そのような人の社会的背景を十分に踏まえたケアの提供は必ずしも行われていない。また、それらの人がどのような社会的困難を抱えているかを評価する標準的な方法は普及していない。制度上の支援策も十分とはいえず、既存の制度も十分に認知・活用されていない<sup>7)</sup>。

本声明は、健康格差に対する日本プライマリ・ケア連合学会の公式の立場表明である。また、学会員に向けて、健康格差に関する行動指針を示すことを目的とする。SDHは、しばしば「川上」ないし「上流」(upstream)の要因として表現される<sup>9)</sup>。医療機関に日々訪れる患者を、川に流され助けを求める人になぞらえたものである。川の上流には患者を生み出す「病気の工場」がある。それはすなわち、病気を生み出す社会の構造である。溺れる人々を救い続けても、川の上流に分け入り、その工場を閉鎖しない限り患者を減らすことはできない。本声明により、日本プライマリ・ケア連合学会が、その社会的責務として、公正な健康社会の実現に向けて川の上流に分け入り、健康格差の是正を進めることを宣言する。

図 1 : 健康に影響を及ぼす多重レベルの要因



## 2. 健康格差の現状分析とその生成プロセス

### 健康格差の現状について

日本においても所得、学歴などの社会経済的状況や、雇用形態・業種といった労働環境によって、健康行動や健康状態が異なるという研究結果の蓄積が進み、WHO はすでに「確固たる事実」であると表明している<sup>10)</sup>。例えば高齢者では所得が低いほど、その後の死亡や要介護認定を受けやすいことが明らかになっている<sup>11)</sup>。

災害や危機時には特定の集団が大きな被害を受けやすく、より困難な状況に陥り、健康への悪影響が生じる<sup>12)</sup>。世界的に見ても自然災害の多い本邦においては今後も自然災害による健康被害が避けられない。経済危機等の社会的な危機時にも健康格差が拡大することが知られている<sup>13)</sup>。そのため、災害や危機時における体系だったSDHへの対応が求められる。

特筆すべきことは、リスクには「勾配」があるということである。つまり、最も社会階層の低い人だけにリスクが集積しているのではなく、すべての階層に属する人に影響がある<sup>14)15)</sup> (図2, 3)。また、時には、通常は社会的に高い階層と考えられる集団が危険にさらされる場合もある。例えば、経済危機後に管理職の自殺率が高まっているデータがある<sup>16)</sup>。そのため不利な立場に置かれやすい人々に焦点を当てることも重要であるが、それだけでは不十分である。

図2：所得と野菜の摂取量の関係。摂取量には勾配があり、所得が少ない人ほど摂取量が少ない。文献14)より作成。

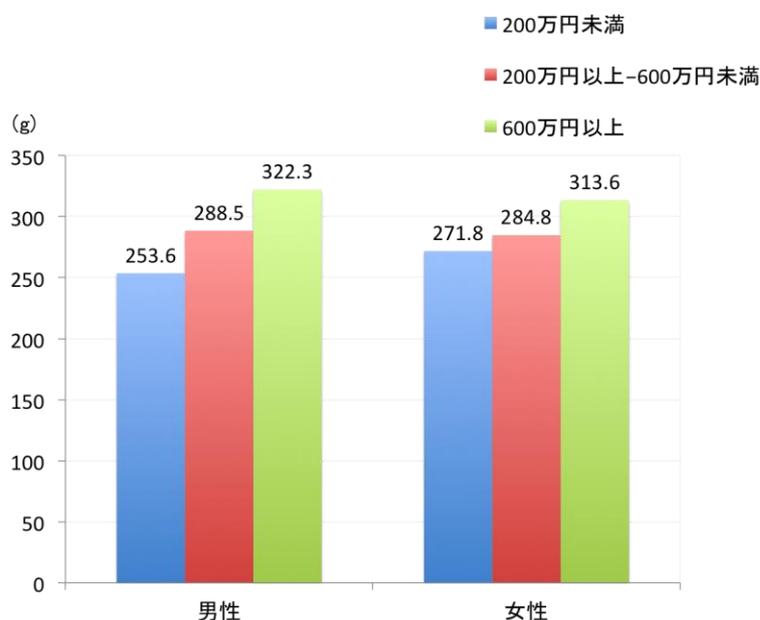
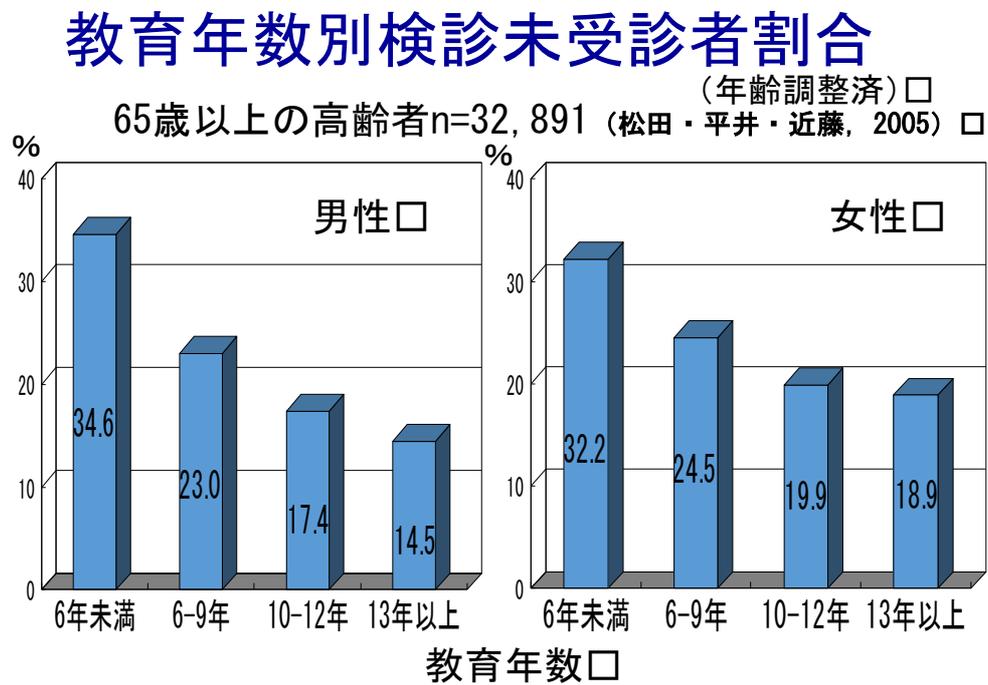


図3：教育年数が少ないほど、検診未受診者の割合が多い<sup>15)</sup> (スライド提供：近藤克則氏).



## 健康格差生成のプロセス

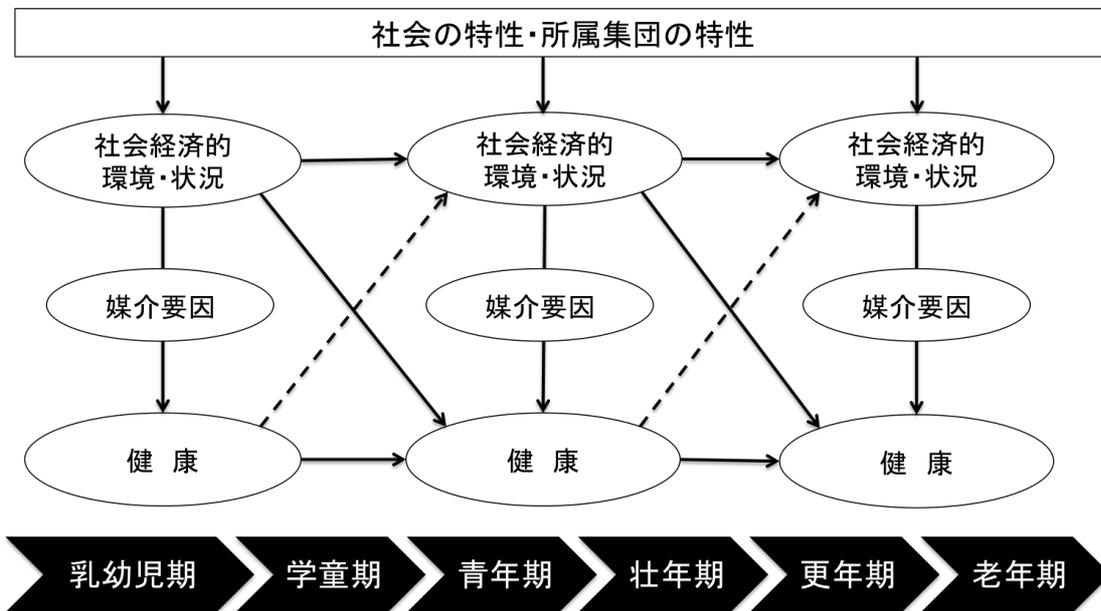
健康格差が生み出されるプロセスについては、胎児期から一生涯にわたる期間（ライフコース）の視点と SDH の上流の要因についての構造的な理解が必要である。

### ライフコース

健康格差は、その人のライフコースにわたる要因の蓄積の結果として生じている<sup>17)</sup> (図4)。出生した家庭の、社会経済的地位によって、子ども期に受けられる教育水準に差が生まれ、それが子ども期の生活習慣などの違い等を通じて、成人期や高齢期の健康格差を生み出している。例えば、子ども期の生活水準の低さや逆境体験を経験することが、成長後の不健康な行動に関連することも明らかになっている<sup>18)19)</sup>。さらに子ども期の生活水準が低かった者ではうつ症状の新規発生が1.3倍多く<sup>20)</sup>、子ども時代に虐待を受けた者では高齢期の歯の数が少ないこと<sup>21)</sup>や大人になってからの幸福感や健康感が低いこと<sup>22)</sup>などが明らかとなっている。

● ライフコース  
「胎児期、幼少期、思春期、青年期およびその後の成人期における物理的・社会的曝露による疾病リスク」を長期的に捉えるものである。

図4：それぞれのライフステージにおける環境が健康に影響を与える。媒介要因には教育・職業・結婚などが含まれる。文献23)より引用改変



## 健康の社会的決定要因の構造的な理解

図1で示したように、人の健康には個人の要因だけでなく、社会的な要因も関連する。つまり、経済政策や社会政策、公共政策といったマクロな社会政治的背景や、社会階層、ジェンダー、ソーシャル・キャピタル（社会関係資本）などが、個人の環境や行動を規定し、健康へ影響する<sup>24)</sup>。例えば職業階層や労働環境と健康の関連については、性別、管理職・非管理職、ホワイトカラー・ブルーカラーによって脳卒中の発症率がそれぞれ異なっている<sup>25)</sup>。また非正規雇用者では心理的ストレスを感じる割合が高い<sup>26)</sup>。ジェンダーと健康については、日本の女性

は家庭と仕事の葛藤が大きく、精神的健康が低く、他国に比べて男女差が大きいことがわかっている<sup>27)</sup>。さらに性的マイノリティは不健康な行動をとる傾向が高いことや、精神的・身体的な健康状態が悪いことが知られている<sup>28)29)</sup>。ソーシャル・キャピタルはKawachiらによって「ネットワークやグループの一員である結果として個人がアクセスできる資源」と定義された、社会関係の資源的側面を表す概念である<sup>30)</sup>。ソーシャル・キャピタルが豊かな地域では、住民の精神疾患の有病割合や死亡率が低いことが示されている<sup>31)32)</sup>。またソーシャル・キャピタルが災害による健康被害を緩和する効果を持つ可能性も報告されている<sup>33)</sup>。

### ●ジェンダー (gender)

生物学的・解剖学的な性別を英語では sex という。一方、ジェンダーは、ある社会や文化において、特定の役割や相応しいと考えられている行動や考え方を伴って表現される性別を指す。自分の属する社会で、男らしいあるいは女らしい振る舞いや考え方が自分にとって当然のこととして感じられ行動するとき、その人の性(ジェンダー)の自己意識は男性または女性となる。そうした性自認をジェンダー・アイデンティティ(gender identity)という。

### 3.国内外の動向

世界中で多くの学術団体及び専門職集団が、SDH についての報告や健康格差の縮小への勧告を出している。WHO は健康格差を縮小する社会環境の整備を提言し、医師をはじめ医療従事者・関係団体に SDH を意識した診療・支援を行うことを提言している<sup>4)</sup>。英国やカナダの学術団体は、医療専門職が健康格差に立ち向かうことができることを声明文や行動指針として記している<sup>34)35)</sup>。世界医師会は、すべての医師は、健康格差の重要性を認識し、患者や家族がさらされている SDH を特定し、すべての国民が、地理的、社会・年齢・性別・宗教・人種、経済状況、性的指向に関わらず、必要な予防および医療を公平に受けることができるように、アドボケートすることを求める声明を出している<sup>36)</sup>。

#### ●アドボケート(advocate)・アドボカシー(advocacy)

本来個人がもつ権利をさまざまな理由で行使できない状況にある人に代わり、その権利を代弁・擁護し権利の実現を支援する行為・またはその行為者をアドボケート (advocate) と呼び、権利を代弁・擁護し支援する機能をアドボカシー (advocacy) と呼ぶ。

これらの声明の多くが、特に、子どもの生育環境の整備を重視している。子どもの貧困や社会的に困難な状況は、幼少期の健康格差にとどまらず、ライフコースにわたる身体及び成長に悪影響を与えると指摘している<sup>37)</sup>。アメリカ小児科学会は、子どもの社会経済格差を縮小するような経済政策・適切な栄養および安全な食の提供・安全で購入可能な住宅の提供・両親の就業支援・質の高い公的教育を健康格差縮小のための方法として挙げている<sup>38)</sup>。

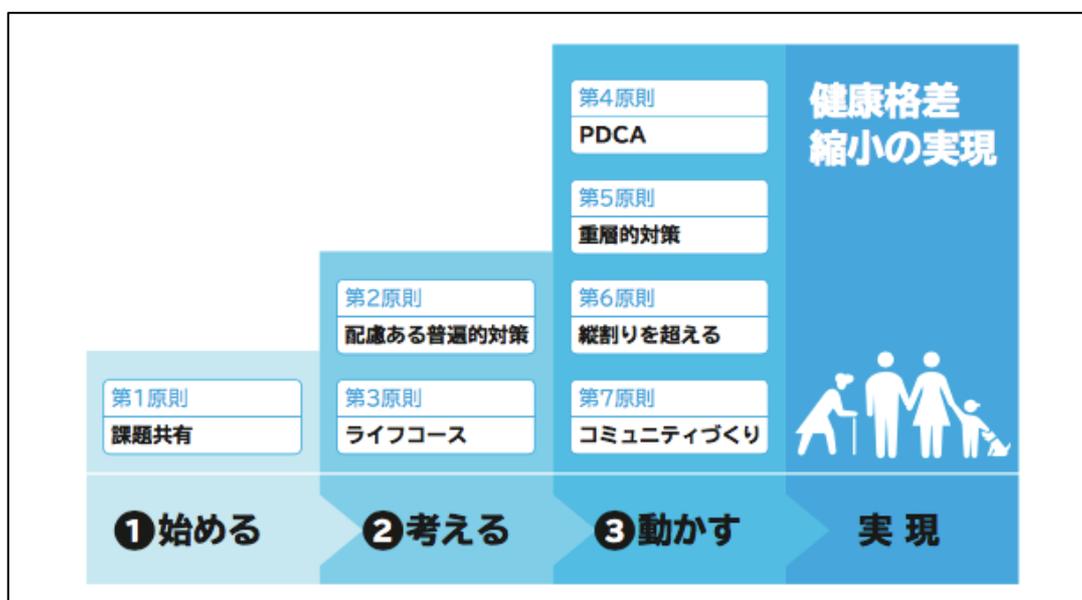
日本でも、健康格差の認識と対応を求める動きが活発になってきている。厚生労働省は健康日本 21 (第二次) の中で、社会環境整備を通じた健康格差の縮小を目標に掲げている<sup>1)</sup>。日本学術会議は保健医療福祉政策・活動における健康格差の視点の欠如を主張している<sup>7)</sup>。近年、健康に保護的な環境要因についての研究<sup>31)32)</sup>が進んでいるが、具体的な対策に向けた動きは未だ活発とは言えず、上流要因へのアプローチが重要である。一方で、すでに健康格差のただ中にある人達への臨床現場での取り組みも不可欠である。地域包括ケアシステムの担い手となる医療従事者が健康格差に取り組むことの重要性の認識をいっそう広げる必要がある。また、SDH を有する人々を行政・福祉サービスにつなぐためのシステムは十分に進んでいるとは言いがたい。更なる対策の推進のためには多くの職種や部門が SDH に注目して連携する必要がある。

#### 健康格差への対応の方法

WHO は SDH への対応として、1) 生活環境の改善、2) 不公正な資源分配の是正とそのための組織連携、3) 健康格差の測定とそれに対するあらゆる取り組みや政策の影響評価、という3つを推奨している<sup>4)</sup>。日本では、WHO の推奨事項を踏まえ、2015年に公益財団法人医療科学研究所が「健康格差対策の7原則」を提案している(図5)<sup>39)</sup>。その内容は以下の通りである。

- 第1原則：健康格差を縮小するための理念・情報・課題の共有（課題共有）
- 第2原則：貧困層など社会的に不利な人々ほど配慮を強めつつ、すべての人を対象にした普遍的な取り組み（配慮ある普遍的対策）
- 第3原則：胎児期からの生涯にわたる経験と世代に応じた対策（ライフコース）
- 第4原則：長・中・短期の目標（ゴール）設定と根拠に基づくマネジメント（PDCA）
- 第5原則：国・地方自治体・コミュニティなどそれぞれの特性と関係の変化を理解した重層的な対策（重層的対策）
- 第6原則：住民やNPO，企業，行政各部門など多様な担い手をつなげる（縦割りを超える）
- 第7原則：まちづくりをめざす 健康以外の他部門との協働（コミュニティづくり）

図5：健康格差を縮小するための3つの段階。「健康格差対策の7原則」公益財団法人医療科学研究所「健康の社会的決定要因(SDH)」プロジェクト<sup>39)</sup>



上記「7原則」を踏まえ「健康格差社会への処方箋」では、地域における幅広い連携を基に、地域環境を整え、誰もが社会的なつながりを維持できる環境づくりを進めることにより、「住んでいるだけで健康を維持できる環境づくり」の重要性が指摘されている<sup>40)</sup>。前述のように、健康状態は社会経済状況による勾配を持ち、健康格差は特定の社会的に不利な人々だけの問題ではないため、社会的に不利な人々への配慮を強めながらも、基本的には、すべての人々を包摂する、普遍的な対策であることが求められる。また、健康格差の客観的な把握を進め、社会環境の改善にかかわる多様な人々や組織との課題共有を進め、戦略的にマネジメントしていく必要がある。さらに、格差の問題は政治やメディアの動向の影響を受けやすいため、可能な限り、客観的なデータに基づく科学的な議論に基づく活動とすべきである。

臨床現場における取り組みとして、「社会的処方」がある。医療と、地域社会で活動する行政機関やサービス事業者、福祉系の NPO といった多様な組織との連携を進め、患者の社会的なリスクに対して地域全体で対応することで、ケアの質の向上と患者の健康アウトカムの改善を達成するものである。英国は国民保健サービス制度の一環として導入を始めている<sup>41)</sup>。社会的処方を進めるためには、個人の社会背景を評価することが求められる。医療機関において、外来診療や入院治療の場で

PERSPECTIVE

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

### Patients in Context — EHR Capture of Social and Behavioral Determinants of Health

Nancy E. Adler, Ph.D., and William W. Stead, M.D.  
N Engl J Med 2015; 372:698-701 | February 19, 2015 | DOI: 10.1056/NEJMp1413945

Core Domain	Measure
Race/ethnicity	人種 •U.S. Census (2 Q)
Education	教育 •Educational attainment (2 Q)
Financial resource strain	経済的困窮 •Overall financial resource strain (1 Q)
Stress	ストレス •Elo et al. (2003) (1 Q)
Depression	うつ •PHQ-2 (2 Q)
Physical activity	身体活動 •Exercise Vital Sign (2 Q)
Tobacco use and exposure	タバコ •NHS (2 Q)
Alcohol use	アルコール •AUDIT-C (3 Q)
Social connections and social isolation	社会的孤立 •NHANES II (4 Q)
Exposure to violence: Intimate partner violence	暴力 •HARK (4 Q)
Neighborhood and community compositional characteristics	住所 近隣の特徴 •Residential address •Census tract-median income

the IOM Committee on Recommended Social and Behavioral Domains and Measures for Electronic Health Records  
[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK269330/table/ab\\_5-3/?report=objectonly](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK269330/table/ab_5-3/?report=objectonly)

貧困や孤立を把握する取り組みを進めるべきである。カナダの聖ミカエル病院およびトロント大学が出版した「医師のためのベストアドバイス」では「貧困問診票」の活用が紹介されている<sup>35)</sup>。

また、人種や教育などをはじめとする SDH を系統的に記録することも推奨されており<sup>42)</sup> (図 6), 国内でも入院患者の社会的背景をルーチンで記録し、評価しする取り組みがある<sup>43)</sup>。

プライマリ・ケアの現場では、治療や健康づくりへの動機づけに困難を抱える人も多い。病気のケアや健康づくりに十分に関心を向けられない人々に対する行動科学的なアプローチの重要性も指摘されている。「健康に無関心な人にも効果的な戦略」として、「無意識に行動する」「ついやってしまう」「我慢できない」といった人の情緒的・経験則的な行動を否定せず、このような認知行動特性を活用した行動決定支援法を健康格差対策に応用することを提案されている。たとえば、行動経済学の「ナッジ」の概念や、ソーシャル・マーケティングの応用である<sup>44)</sup>。

## 4.学会員への推奨

日本プライマリ・ケア連合学会は、不公正な健康格差の是正に向けて、会員一人一人が次のよう  
に行動することを推奨します。

### 1) 予防活動・診療について

- ・生涯（ライフコース）にわたる、健康を脅かす上流因子に目を向ける
- ・本人や家族、周囲の方々や組織と認識を共有して健康に影響する生活環境を整えるように関係する人や組織に働きかける
- ・さまざまな社会背景をもった人が受診しやすく、適切にケアされる診療体制を構築する
- ・患者や家族が健康のみならず生活に関する困りごとを相談しやすい環境をつくる
- ・社会的な困難を抱える人に対して医療者に生じる陰性感情への対応法を学び、実践する

### 2) 教育について

- ・学生実習や研修生教育、多職種カンファレンスなどさまざまな教育機会において、健康格差の存在および人々の社会背景に目を向けることの重要性を伝える
- ・日々の診療の中で、患者の健康の社会的決定要因を明らかにし、全人的に対応するための具体的な態度とスキルを教育する
- ・社会的な困難を抱える人に対して、学習者が陰性感情を持ちやすいことを認識し、それに適切に対応することの重要性を学ぶ機会を提供する
- ・困窮している人に役立つ医療制度や社会資源を把握し、学習者に紹介する

### 3) 研究について

- ・日常診療において、患者の健康・診療情報に加え、社会背景も記録し、研究に活用できる形で蓄積する
- ・地域住民、行政担当者および研究者と協力して、健康格差の実態把握や効果的な対応法に関するエビデンスづくりに参画する

### 4) パートナーシップについて

- ・予防・診療・教育・研究のすべての面において、患者・家族および関係者（専門職、地域住民、支援ネットワーク、NPO、行政、政策立案者、医療者教育機関、職能団体、大学、マスメディア、企業等）とパートナーシップを構築する
- ・医療機関での診療にとどまらず、自らの専門性を活かして、地域でのまちづくり・まちおこしに関する様々な活動に貢献する
- ・貧困や孤独といった社会背景が健康を阻害し、また治療上の困難に陥っていると考えられる人に

対しては、さまざまな分野の専門家や関係者と積極的にチームを作り対応する

#### 5) アドボカシーについて

- ・人々が抱える社会的困難を見出し、社会・地域資源の利用につなげる
- ・患者に提供した社会・地域資源の効果を評価する
- ・地域や集団の抱える健康課題を把握できる仕組みを作り、地域の人々や組織と共に問題解決に取り組む
- ・さまざまな組織と連携して不公正な健康格差の是正に向けて地域や社会を変える活動を展開する
  - 診療・教育・研究活動を通じて見出した健康格差の状況を積極的に記述して国内外に向けて発信する
  - 健康格差について学会やその他の機関と連携して政策提言をする

<引用文献>

- 1) 厚生労働省. 健康日本 21(第2次)の推進に関する参考資料. 平成 24 年 7 月 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会 次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会. 東京: 厚生労働省. [not revised; cited 29 Dec 2017]. Available from: [http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21\\_02.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_02.pdf)
- 2) WHO. World Health Statistics 2016: Monitoring health for the SDGs. Geneva: World Health Organization, 2016. [not revised; cited 29 Dec 2017]. Available from: [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2016/en/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/)
- 3) Nomura S, et al. Population health and regional variations of disease burden in Japan, 1990-2015: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017 Sep 23;390(10101):1521-1538. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31544-1. Epub 2017 Jul 19.
- 4) CSDH(2008). 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: World Health Organization, 2008 [not revised; cited 29 Dec 2017]. Available from: [http://who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/en/](http://who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/)
- 5) 厚生労働省. 子どもの貧困対策の推進に関する法律<平成 25 年法律第 64 号>(概要). 東京: 厚生労働省. [not revised; cited 29 Dec 2017] Available from: <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/0000083805.pdf>
- 6) Funakoshi M, et al. Socioeconomic status and type 2 diabetes complications among young adult patients in Japan. PLoS One. 2017 Apr 24;12(4):e0176087. doi: 10.1371/journal.pone.0176087. eCollection 2017.
- 7) 日本学術会議. 提言 わが国の健康の社会格差の現状理解とその改善に向けて. 東京: 日本学術会議; Sep 2011. [not revised; cited 29 Dec 2017] Available from: <http://www.sci.go.jp/ja//info/kohyo/pdf/kohyo-21-t133-7.pdf>
- 8) WHO. Technical Series on Safer Primary Care. Geneva: World Health Organization, 2008 [not revised; cited 29 Dec 2017]. Available from: [http://www.who.int/patientsafety/topics/primary-care/technical\\_series/en/](http://www.who.int/patientsafety/topics/primary-care/technical_series/en/)
- 9) McKinlay J. A case for refocusing upstream: The political economy of illness. In: Jaco EG (Ed), Patients, Physicians, and Illness: A Sourcebook in Behavioral Science and Health. New York, NY: Free Press, 1979;9-25.
- 10) WHO Centre for Urban Health. Social determinants of health. The solid facts [Internet]. 2nd ed. Wilkinson R, Marmot M, editors. Copenhagen: World Health Organization; 2003. [not revised; cited 29 Dec 2017]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/social-determinants-of-health.-the-solid-facts>

- 11) 近藤克則, 芦田登代, 平井寛, 他. 高齢者における 所得・教育年数別の死亡・要介護認定率とその性差—AGES プロジェクト縦断研究—. 医療と社会. 2012;22(1):19–30.
- 12) Collins TW, Jimenez AM, Grineski SE. Hispanic Health Disparities After a Flood Disaster: Results of a Population-Based Survey of Individuals Experiencing Home Site Damage in El Paso (Texas, USA). *J Immigr Minor Heal*. Springer US; 2013 Apr 21;15(2):415–26.
- 13) Fukuda H, Nakao Y, Yahata Y, et al. Are health inequalities increasing in Japan? The trends of 1955 to 2000. *Artic Biosci Trends*. 2007;1(1):38–42.
- 14) 厚生労働省. 平成 26 年国民健康・栄養調査報告. 東京: 厚生労働省. [not revised; cited 29 Dec 2017] Availablefrom: <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyoudl/h26-houkoku.pdf>
- 15) 松田亮三, 平井寛, 近藤克則, 他. 「健康の不平等」研究会: 高齢者の保健行動と転倒歴: 社会経済的地位との相関. 公衆衛生, 69, 231-235, 2005.
- 16) Wada K, Kondo N, Gilmour S, et al. Trends in cause specific mortality across occupations in Japanese men of working age during period of economic stagnation, 1980-2005: retrospective cohort study. *BMJ*. 2012 Mar 6;344:e1191. doi: 10.1136/bmj.e1191.
- 17) 近藤克則: ライフコースアプローチ 足が長いとガンで死ぬ? 保健師ジャーナル 62(11) : 946-952,2006
- 18) Tsuboya T, Aida J, Kawachi I, et al. Early life-course socioeconomic position, adult work-related factors and oral health disparities: cross-sectional analysis of the J-SHINE study. *BMJ Open*. BMJ Publishing Group; 2014 Oct 3;4(10):e005701.
- 19) Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*. 1998 May;14(4):245–58.
- 20) Tani Y, Fujiwara T, Kondo N, et al. Childhood Socioeconomic Status and Onset of Depression among Japanese Older Adults: The JAGES Prospective Cohort Study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2016, 24(9):717-726.
- 21) Matsuyama Y, Fujiwara T, Aida J, et al. Experience of childhood abuse and later number of remaining teeth in older Japanese: a life-course study from Japan Gerontological Evaluation Study project. *Community Dent Oral Epidemiol* 2016:n/a-n/a.
- 22) Oshio T, Umeda M, Kawakami N. Childhood Adversity and Adulthood Subjective Well-Being: Evidence from Japan. *J Happiness Stud*. Springer Netherlands; 2013 Jun 20;14(3):843–60.
- 23) 川上憲人, 橋本英樹, 近藤尚己. 社会と健康: 東京大学出版会, 2015
- 24) WHO: A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2016. [not revised; cited 29 Dec 2017]. Availablefrom: [http://www.who.int/social\\_determinants/corner/SDHDP2.pdf?ua=1](http://www.who.int/social_determinants/corner/SDHDP2.pdf?ua=1)

- 25) Tsutsumi A, Kayaba K, Ishikawa S. Impact of occupational stress on stroke across occupational classes and genders. *Soc Sci Med.* 2011 May;72(10):1652-8. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.03.026. Epub 2011 Apr 5.
- 26) Inoue A, Kawakami N, Tsuchiya M et al.. Association of Occupation, Employment Contract, and Company Size with Mental Health in a National Representative Sample of Employees in Japan. *J Occup Heal.* 2010;52:227–40.
- 27) Chandola T, Martikainen P, Bartley M, et al. Does conflict between home and work explain the effect of multiple roles on mental health? A comparative study of Finland, Japan, and the UK. *Int J Epidemiol.* Oxford University Press; 2004 Jul 28;33(4):884–93.
- 28) Gonzales G, Przedworski J, Henning-Smith C. Comparison of Health and Health Risk Factors Between Lesbian, Gay, and Bisexual Adults and Heterosexual Adults in the United States. *JAMA Intern Med.* American Medical Association; 2016 Sep 1;176(9):1344.
- 29) Simoni JM, Smith L, Oost KM, et al. Disparities in Physical Health Conditions Among Lesbian and Bisexual Women: A Systematic Review of Population-Based Studies. *J Homosex.* NIH Public Access; 2017;64(1):32–44.
- 30) Berkman LF, Kawachi I, Glymour MM. *Social Epidemiology.* Second Edi. Oxford University Press; 2014.
- 31) Ehsan AM, De Silva MJ. Social capital and common mental disorder: a systematic review. *J Epidemiol Community Health.* 2015;69(10):1021–8.
- 32) Aida J, Kondo K, Hirai H, et al. Assessing the association between all-cause mortality and multiple aspects of individual social capital among the older Japanese. *BMC Public Health.* BioMed Central; 2011 Jun 25;11:499.
- 33) Aldrich DP, Sawada Y. The physical and social determinants of mortality in the 3.11 tsunami. *Soc Sci Med.* 2015 Jan;124:66–75.
- 34) Cottam B, Chandaria K. *How doctors can close the gap.* London: Royal College of Physicians; Jun 2010. [not revised; cited 29 Dec 2017]. Available from: <https://www.rcplondon.ac.uk/file/2586/download?token=5ihvuF43>
- 35) The college of family physicians of Canada. *Best Advice Guide: Social Determinants Of Health.* Ontario: The college of family physicians of Canada; Mar 2015. [not revised; cited 29 Dec 2017]. Available from: <http://patientsmedicalhome.ca/resources/best-advice-guide-social-determinants-health/>
- 36) World medical association. *WMA statement on inequalities in health.* New Delhi: World medical association; Oct 2009. [not revised; cited 29 Dec 2017] Available from: <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-inequalities-in-health/>

- 37) AAP COUNCIL ON COMMUNITY PEDIATRICS. Poverty and Child Health in the United States. *Pediatrics*. 2016; 137(4):e20160339
- 38) MCAAP. Statement on the Chapter's Role in Combating Poverty. MA: MCAAP; 2016. [not revised; cited 29 Dec 2017]. Available from: <https://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/state-advocacy/Documents/Forum%20Winter%202016%20MCAAP%20Poverty%20Statement.pdf>
- 39) 公益財団法人医療科学研究所. 健康格差対策の7原則 Ver. 1.1.東京：公益財団法人医療科学研究所；3 Aug 2017 [not revised; cited 29 Dec 2017]. Available from: [http://www.iken.org/project/sdh/pdf/17SDHpj\\_ver1\\_1\\_20170803.pdf](http://www.iken.org/project/sdh/pdf/17SDHpj_ver1_1_20170803.pdf)
- 40) 近藤克則. 健康格差社会への処方箋: 医学書院; 2017.
- 41) Bickerdike L, Booth A, Wilson PM, et al. Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. *BMJ Open*. 2017 Apr 7; 7(4):e013384. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013384
- 42) Adler NE, Stead WW. Patients in context--EHR capture of social and behavioral determinants of health. *N Engl J Med*. 2015 Feb 19;372(8):698-701. doi: 10.1056/NEJMp1413945.
- 43) 福庭勲. HPH の選択と実践. 民医連医療. 2015;512:25-29
- 44) 近藤尚己. 健康格差対策の進め方：医学書院；2016

日本プライマリ・ケア連合学会の健康格差に対する見解と行動指針

発行：日本プライマリ・ケア連合学会

作成ワーキング・グループ：健康の社会的決定要因検討委員会

委員長：武田裕子

副委員長：近藤尚己

委員：井階友貴，小松裕和，孫大輔，高岡直子，竹内由紀子，長純一，坪谷透，  
長嶺由衣子，西村真紀，長谷田真帆，藤井博之，横林賢一

外部委員：近藤克則

協力委員：西岡大輔

作成協力者：小坂健，杉山賢明，古屋聡

発行日：平成 30 年 3 月