

# 格差の解消 アクセスと公平性の拡大



2011 年国際看護師の日

他の言語への翻訳権も含めて、この出版物は著作権を有しています。国際看護師協会(ICN)あるいは看護国際人材センター(ICHRN)から文書による許諾を得ることなく、本文の一部または全部を何らかの方法で複製することや検索システムに登録すること、販売することなど、一切の伝播を禁じます。短い引用(300語未満)に関しての許可は不要ですが、その場合は出典を明記してください。

All rights, including translation into other languages, reserved. No part of this publication may be reproduced in print, by photostatic means or in any other manner, or stored in a retrieval system, or transmitted in any form, or sold without the express written permission of the International Council of Nurses or the International Centre for Human Resources in Nursing. Short excerpts (under 300 words) may be reproduced without authorisation, on condition that the source is indicated.

---

Copyright © 2011 by International Council of Nurses  
3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva, Switzerland

ISBN: 978-92-95094-50-5

本書は ICN の許可のもと、ICN 会員協会として社団法人日本看護協会が日本語訳を行いました。許可のない商業目的での使用を禁止します。

# 目次

ICN 会長および事務局長からのメッセージ .....	2
はじめに .....	3
第 1 章 アクセスと公平性を理解する .....	4
第 2 章 不公平性の負担 .....	11
第 3 章 アクセスと公平性を測る .....	25
第 4 章 アクセスと公平性の障害 .....	29
第 5 章 アクセスと公平性の拡大 .....	33
第 6 章 看護師によるアクセスと公平性の強化 .....	40

## 付属書

付属書 1: 健康の社会的決定要因に関する委員会：公平性に関するサーベイランス 最低限の健康公平性に関するサーベイランスシステム 健康公平性に関する全国サーベイランス包括的枠組み .....	47
付属書 2: ICN 所信声明：患者への情報提供 .....	50
付属書 3: ICN 所信声明：清浄な水への普遍的アクセス .....	53
付属書 4: ICN 所信声明：アクセス可能な公的保健医療サービス .....	57
推薦図書・資料 .....	60
引用・参考文献 .....	61

2011年5月12日

皆様

ミレニアム開発目標（Millennium Development Goals; MDGs）の実現に向けて数々の大きな成果が得られているにも関わらず、高所得国、中・低所得国、男性と女性、都会とへき地の住民、それぞれの間には、未だ健康状態と平均余命に大きな格差がある。

保健医療サービスが利用できるかどうかは、すべての人々の健康とウェルビーイングと平均余命の向上の鍵である。しかしながら、この基本的な要件は、コスト、言語、距離、政策、実践、その他多くの要因によって制限されている。

最も困難な状況の多くにおいて、プライマリ・ヘルスケアを提供する主要な、そして時には唯一の、保健医療専門職として、看護師は、保健医療の公平性とアクセスの向上を図り、そのケアのアウトカムの質を高めるために不可欠な存在である。

この2011年INDキットは、アクセスと公平性について、そして不公平性が健康に与える影響について、我々の理解を深めることを目的としている。このキットでは、現実の障壁を明らかにし、アクセスと公平性を高めるために何ができるかを解説する。また、健康の社会的決定要因の重要性に光を当て、看護師がどのようにこれに向き合い、提供するケアへのアクセス向上と公平性確保にどのように取り組むべきかを明らかにする。

国際看護師協会(ICN)は、健康の公平性を実現するために、また、健康の不公平性の軽減のために保健医療セクターができる取り組みについて明確な理解を深めることに、看護師が重要な役割を持っていると考える。

会長

ローズマリー・ブライアント

(Rosemary Bryant)

事務局長

デイビッドC. ベントン

(David C. Benton)

## はじめに

2001年、国際社会はミレニアム開発目標（Millennium Development Goals、MDGs）を採択した。このMDGsに関与するという事は、世界の人々の健康状態を有意に改善しようという決意を表明し、疾病の負担は平等に分配されていないという事を認識することであった。健康状態と平均余命において、富裕層と貧困層、先進国と途上国、男性と女性、へき地と都市の住民それぞれの間で大きな格差が存在していた。

この10年間の大きな前進としては、2009年の評価報告書で、マラリアやHIVの管理、麻疹の予防接種など主な保健医療介入についての改善が報告されている（UN、2010）。しかしながら、この報告書は同時に、様々なグループの間に健康とウェルビーイング、平均余命の歴然とした格差が残ることも強調している。

鍵は、各種サービスへのアクセスの有無である。サービスへのアクセスは、費用や言葉、距離、サービスを文化的に不適切なものとする見なす政策や実践、質の低さ、さらには単に利用ができないこと、しっかりした配分の政策がないことによっても制限されることが考えられる。

また、健康は単に保健医療サービスが創り出す商品ではないことを理解することも重要である。健康は遺伝的特徴や環境にも影響されるものであるが、同時に社会的に決定されるものでもある。健康を手に入れられること、あるいは、健康を害するリスクは、社会経済的状況や地理的条件、労働市場への参加、教育、性別、性的嗜好、その他直接・間接に健康を達成・維持する個人の能力に影響する数多くの要因に左右される。

健康と生活環境の間の本質的なつながりは、2005年、世界保健機関（WHO）が「健康の公平性を促進し、その達成に向けた世界的な運動を盛り上げるために何が出来るかについてのエビデンスをまとめる（CSDH、2008）」ことを目的として、健康の社会的決定要因に関する委員会（Commission on the Social Determinants of Health、CSDH）を設立した時に、認識されている。

この委員会が示しているように（CSDH、2008、p.188）、看護師その他の保健医療専門職は健康の公平性の実現に重要な役割を担っており、健康の不公平性を軽減するためにどのように保健医療セクターが活動できるかについて十分理解をすることが不可欠である。看護師はまた、公平かつアクセス可能な保健医療の提供について、自らの役割をよく理解する必要がある。このキットは、そのプロセスに役立つことを目的としている。

# 第1章

## アクセスと公平性を 理解する

### アクセス：

#### 「アクセス」とは何か？

アクセスとは、必要な時に物品やサービスを手入手できる能力を意味する。何が「よいアクセス」を構成するのかを正確に定義するのは難しく、文脈次第で大きく変わってくる。しかしながら、Chapman ら が示すように、「患者がしかるべき時に、しかるべき場所で、しかるべきサービスを受けることができる時、よいアクセスが存在する」のである (Chapman et al., 2004, p. 374)。

アクセス (名詞) 1. ある場所に近づく、または入るための手段または機会 > 何かを使用、または誰かに会うための権利または機会

(Pearsall, 2002)

アクセスの主要な要素には、アクセスのしやすさ、活用性 (利用できるサービスを対象者が使用すること)、妥当性 (対象グループのサービスニーズと選好を反映したサービスが提供されること)、有効性 (望ましい治療またはサービスアウトカムが達成されているかどうか)、そして公平性が含まれる。この章の後半で検証するとおり、公平性とは、異なるグループ間のアクセスの違いのことをいう (Chapman et al., 2004)。アクセスに対する障害には次のようなものが考えられる。

- 収容力と入手可能性 (配分を含む) の欠如——たとえば、特定の種類の治療に長い順番待ちがある、設備またはスタッフが不足してサービスが提供できない、必要な場所や時間にサービスがない、などの例がある。
- コスト——様々な保健医療サービスについて、全額または一部の支払い負担が今も標準になっている国が多く、貧困層には大きな障害となりうる。
- 言葉と文化——地域住民がコミュニティの言語で保健医療サービスにアクセスできるようにすることは、保健医療を利用しやすく効果的にする重要な部分である。同様に、様々な文化的基準を考慮しないと、支援を求めようとする人々の意欲だけでなく、治療の有効性にも悪影響を及ぼす可能性がある。
- 知識と情報の欠如——アクセスの概念には、自身の健康についての情報、予防戦略やアプローチの情報、利用可能な種々のサービスの情報に対するアクセスも含まれる。たとえば、すべてのコミュニティ言語で公衆衛生のメッセージを提供できなければ、情報アクセスが制限され、

個人の健康に対して影響するだけでなく、人々が健康を増進し、必要なサービスを見極めてアクセスしようと積極的に活動する能力に対しても、直接的な影響を与えることになる。

- 移動性と移住——移動生活を送る人たちにとっては、サービスの特定やサービスへのアクセスが難しい場合がある。特に、行政上の障害（例：保健医療機関での登録に定住地の住所が必要な場合）が存在する場合に顕著である。プラクティショナーの十分な関与とケアの継続性の確保も問題になる。
- 雇用——一部の国では、保健医療サービスへのアクセスは、雇用状況と強く結び付いている。その例が米国で、多くの人は事業主が出資する健康保険に依存しており、雇用が失われると、アクセスも制限される可能性がある。逆に、非正規雇用、一時雇用、現金払い雇用などに依存する人々は、所得の損失があるために大きな費用を負担できず、保健医療サービスへのアクセス能力が制限されることになる。
- スタッフの感受性と心構え——専門的な基準と倫理を全うするには、看護師その他の保健医療専門職は、能力に裏付けされた専門的サービスを提供し、尊敬と感受性を持って患者に接する必要がある。効果的な訓練と管理によって、看護師がこれらの基準を保てるよう支援をすべきである。
- 差別——効果的な保健医療を提供しようとする保健医療サービスと保健医療専門職の熱意にもかかわらず、性別、人種、性的嗜好、社会経済的状况に基づく差別の事例は今も存在する。差別は常に能動的な形で表れるとは限らないことに注意することが重要である。すなわち、不公平性に適切に対処できないことや治療を提供できないこと、特定の状態に対してスティグマを与えることも、形を変えた差別となる。

アクセスの制限は、ケアの質にも直接的な影響を持ちうる。たとえば、先進国でも途上国でも、遠隔地やへき地に住む多くの人たちは、幅広い保健医療サービスや看護師などの資格を有した保健医療提供者の技術へのアクセスが、都市部に暮らす人たちよりも少ない。このことは、受けられるケアの質にも直接的な影響を持つ。たとえば、へき地における適切な助産ケアへのアクセスは、妊産婦死亡率の改善に重要な要因であることが指摘されている（UN、2010）。

ケアへのアクセスを改善することには、「アクセスに影響する社会的要因を考慮すること（スペイン保健・社会政策省、2010、p. 16）」も含まれる。ただし、アクセスの改善はコスト抑制などの他の政策上の義務と矛盾することもある（Chapman et al., 2004）。健康の社会的決定要因に対応することの重要性は、この文書の後半でさらに詳細に検証する。

アクセスとアクセスの権利は、それ自体重要な理念である。しかし、欧州連合（EU）議長国スペインによる最近の文書『健康の公平性の推進：健康の社会的決定要因と健康の不公平性縮小の監視（*Moving Forward Equity in Health: Monitoring Social Determinants of Health and the Reduction of Health Inequalities*）』にも述べられているとおり、アクセスはより公平なアウトカムを実現するための重要な方法でもある。たとえば、「すべての地域のすべての子どもたちにとって、保健医療サービスへ

の普遍的なアクセスと質の高いプライマリケアは、子どもの健康の不平等の軽減に有効であることが証明されている（スペイン保健・社会政策省、2010、p. 36）」のである。



## 公平性

公平性(equity)とそれに関連する「公正さと正義 (fairness and justice)」という概念は、進歩的な社会政策の基本教義として広く受け入れられ、認識もされているが、公平性をどのように定義

公平性 (名詞) 1. 公正で偏りが無いという  
属性

(Pearsall, 2002)

するか、またどのように達成すべきかについては、それほど普遍的な合意があるわけではない。保健医療システムやそのアウトカムの議論になると特に複雑であり、どの側面の平等化が最も重要か、どの程度まで平等化するかに関しては、意見が分かれる (Osterle, 2002)。

公平性の目標は、一般的にリソースと負担を全住民に分配する方法の公正さや、この分配の不公平性の軽減に重点が置かれる。公平性の概念はまた、特定のアウトカムの実現が人々に、本人の選択を条件として、平等に利用できるように、機会についての配慮を含むことが多い。

「貧困層や弱者だけに注目し、その状況を富裕層や権力者に結びつけることのない『基本的ニーズへのアプローチ』や『貧困へのアプローチ』に対して、公平性のアプローチは対照を成している。公平性は、持たざる者により多くを与え、多く持つ者には少なく与えるアプローチを意味している。すなわち、公平性が意味するのは、均等なシェアではなく、公正な(fair)シェアということになる (McCoy, 2003, p. 8)。」

## アクセスと公平性の関係

「リソース・能力・権利への不均衡なアクセスが、健康の不平等につながる (スペイン保健・社会政策省、2010)」のであり、保健医療システムへのアクセスは健康アウトカムの改善の重要な部分である。保健医療においては、「公平性」という語によって一般的に意味する概念および前提が数多くある。「公平性」が、すべての人がアクセスし恩恵を得られるサービスの基本レベルを意味することもある。多くの先進国では、これには、病気の時には保健医療専門職のケアを受けられること、基本的な医薬品を手に入れられること、救急医療を受けられること、出産期にケアと支援を受けられることなども含まれるだろう。

アウトカムの分析と、「経験的な分配が、公平性に関する具体的解釈にどの程度一致するかという分析」は、保健医療における研究の重要な一分野である。検討すべき点としては、健康と健康障害自体の分布のほかに、公的支出・サービス利用・コスト・アウトカムの分布などの体系的な検討がある。これには、様々なサービスへのアクセスの相対的なレベルや、様々な患者が達成するアウトカムも含まれるかもしれない。Osterle (2002) はその論文『社会政策の公平性を評価する：比較分析の枠組み (Evaluating Equity in Social Policy: A framework for comparative analysis)』の中で、これら

の概念についての様々な研究者の議論を、以下のような単純な 3つの側面からまとめている。Osterle の論文は、この枠組みを長期的ケアの提供に応用する有用な考察となっている。

- 「何」をシェアするのか (たとえば、リソース、負担)
- 「誰」の間でシェアするのか (受け取り手)
- 「どのように」シェアするのか (原則)

(Osterle, 2002, p. 59)

「何」という観点から公平性を実現することは、人々がアクセスすることが妥当で許容できるような最低限度のサービスあるいはリソースのレベルとは何か、を定義することとするかもしれない。同時に、これは、適用される具体的な質の基準または期待レベルを定義することも含むかもしれない。サービスが利用できるかどうか、サービスをどのくらい待たなければならないか、希望するアウトカムがうまく達成できるかどうかなど、具体化・定量化が可能な場合もある。また別のケースでは、サービスに対する満足度やスタッフとの意思疎通の質、意思決定への関与のレベル、エンパワーメント、選択を実行する能力など、もっと漠然とした要因もあるかもしれない。これらの具体性に欠ける要因は、特に多様な文化的背景を持つサービス利用者を扱う場合、公平性の重要な尺度となる可能性がある (Osterle, 2002, pp. 51-52)。

Osterle のモデルの「誰」とは、たとえ先進国でも、一部の人々は社会的状況、地理的所在、あるいはその他の要因でこうしたサービスから除外されている場合があるという事実に言及するものである (Osterle, 2002, pp. 52-53)。公平性に向けた平等主義的アプローチでは、すべての人が同じシェアを受け取るべきだと示唆するのかもしれないが、アウトカムの点で公平性を実現しようとする注ぐべき保健医療リソースの量には大きな不公平を伴うことがある。これは「どのように」公平な目標を実現するかが重要になる点である。この議論の中心にあるのは、ニーズの概念であり、そして分配されるリソース量は何らかの形でニーズを反映しているという原則である。したがって、「A と B のニーズが異なっている場合、A と B は同等でない量の処遇または支援を受けるべきである。公平な分配を達成するためにどの程度不平等に処遇されるべきかは、分配原則の一部である」 (Osterle, 2002, p. 53)。「ニーズ」それ自身が相対的な用語であるが、死亡率、罹患率、クオリティオブライフ(生活の質)など様々な方法で測定が可能である。

サービスへのアクセスはひとつの理念として示されることも多いが、平等なアウトカムをもたらすとは限らず、気候や遺伝的傾向など多様な環境・非環境の変数によって影響される場合もある。Osterle が述べているように、「アクセスの平等をめざした社会政策は、可能性の平等をめざしてい

国際連合(UN)の諸国民は、国連憲章において、基本的人権、人間の尊厳及び価値並びに男女の同権についての信念を再確認し、かつ、一層大きな自由のうちで社会的進歩と生活水準の向上とを促進することを決意した。

UN 世界人権宣言 1948 年

るのであって、実際のサービス利用の平等をめざしているのではない（Osterle, 2002, p. 52）。」その結果、サービス提供者は、アウトカム改善の達成のために特定の住民グループや問題だけに対象を限定する場合がある。この「積極的差別（スペイン保健・社会政策省、2010）」すなわち歴史的にプログラムや政策の中で差別を受けてきた特定グループの優遇は、保健医療システムがアウトカムの公平性の改善を目指す時のひとつの手段と考えられている。

時に競合するニーズと公平性の優先順位のバランスを取る試みの中で、様々な形の配分を活用することができる。たとえば、選択的手術の待機者リストは、単純な先着順のシステムであってもよいが、リストを「ニーズ」または緊急性に応じた複数のカテゴリーに分けるように変更することもできる。多くの国では、予想される待ち時間が、品質尺度として様々なカテゴリーに適用されている。

## 倫理と人権

「いかなる区別もなく」すべての人にサービスと機会と権利を提供する必要性が正式に記載されたのは、このページに引用している世界人権宣言においてである。

健康に対する権利、および健康のための均等な機会に対する権利は、その一部である。McCoy (2003, p. 8) は、以下のように論じている。

「健康であるための機会均等の考え方の根本にあるのは、差別のない人権の概念と、社会格差による不公正な健康上の結果を排除するのに必要な対策を政府（または社会の代表組織）が講じる必要性である。（中略）ひとつのプロセスが公平であるかどうかの判断は、その社会がすべての人の平等の権利として何を受け入れるのかの定義に左右される。健康のアウトカムの不平等が強調される場合もあるし、優れた健康のアウトカムに対する機会が強調される場合もある。」

汎米保健機構（Pan American Health Organization、PAHO）も、正当性の概念が重要であると認識しており、「すべての不公平は、不当な不平等の産物である」としている。また、「正当と不当（just and unjust）は多様な解釈ができるが、健康という観点では、より多く受け入れられている正当の定義のひとつが、国民の様々なグループのニーズに応じて、支払い能力に関わらず、保健医療サービスへのアクセスと利用を供与するという意味での、個人と社会的グループにとっての機会均等であ

「すべて人は、人種、皮膚の色、性、言語、宗教、政治上その他の意見、国民的若しくは社会的出身、財産、門地その他の地位又はこれに類するいかなる事由による差別をも受けることなく、この宣言に掲げるすべての権利と自由とを享有することができる。

さらに、個人の属する国又は地域が独立国であると、信託統治地域であると、非自治地域であると、または他のなんらかの主権制限の下にあるとを問わず、その国又は地域の政治上、管轄上又は国際上の地位に基づくいかなる差別もしてはならない。」

世界人権宣言  
(UN, 1948)

る」と指摘している（PAHO, 1999）。これは、正当な保健医療システムの一部としての普遍的な保健医療とアクセスという考え方を明記したものである。

## 保健医療コストと配分

政府が全国民への保健医療提供を政策公約としている国においてさえ、保健医療サービスの提供は重大かつ増え続ける予算上の負担となっている。人口増加のほかに、患者の期待の増大、高齢化、新しい保健医療技術や医薬品などが、コスト上昇を促進する。開発途上国でも、国民の基本的な健康ニーズを満たすためには国の保健医療予算を拡大し、健康のための「予算のスペース」を確保するために他のセクターと争う必要が出てくる（ICN & WHO, 2009）。

この問題を調整するために保健医療セクターで使用される一つの仕組みが、配分の考え方である。この仕組みは、いくつかの例において明白である。例えば、その治療の必要性を相対的に評価し、あるいは、治療を受ける人の財力評価を行い公的支援が必要かどうかを判定するなど、公的資金でまかなわれる治療やサービスに一定の制限を設けることが、それに当たる。また、ある治療（例：美容整形など）について、不必要あるいは非効果的として公共サービスから除外することなども、これに当たる。個人に何らかの治療を提供しないというのは非倫理的であるという議論もある（例として Wood 2010 を参照）が、透明性の確保された配分システムの導入は、リソースが制限されている場合の優先順位に関して、コミュニティでの議論討議の少なくとも前提条件にはなるだろう。

しかし、より一般的なのは間接的な配分の仕組みである。コスト削減戦略は、入院基準の引き上げや、入院期間を短縮する結果となった。一方、この同じ予算上の懸念が職員数の制限につながることも多い。看護師は「アセスメントと介入の優先順位を決める」ために臨床判断を行うため、看護ケアの配分は「少ない人員配置(low staffing level)の直接的な目に見える結果であると考えられる。

（Schubert et al 2008 p.227-228）」。このことは、ケアの質と患者のアウトカムに直接的な影響を与える可能性がある。すなわち、提供されるケアのレベルと誰に対して提供されるかについての意思決定は、日々、様々なレベルで行われているということを浮き彫りにしている。したがって、公平性の問題がそれぞれのレベルで分析・検討されることが重要なのである。

Dey and Fraser が、保健医療システムにおける年齢に基づいた配分の議論の中で強調しているとおり、保健医療コストを制限し、利用可能なリソースの配分方法の開発が、重大な倫理上のジレンマを引き起こす。その他の要因同様、年齢は、しばしば「臨床レベルでの配分において重要だが間接的な基準」になっている（Dey & Fraser, 2000, p. 530）ことに注意が必要であるが、そこには、「性別、階級、民族などその他の理由に基づけば容認されない場合でも、年齢を根拠にした配分については」寛容さがあるということを示唆している（Dey & Fraser, 2000, p. 517）。

## 第2章

### 不公平性の負担

#### 国際的な不公平性

世界には、国民の健康およびサービスへのアクセスに関して、はっきりとした格差がある。

図1に示すとおり、80歳を超える平均余命を享受する国がある一方、50歳に満たない国もある。

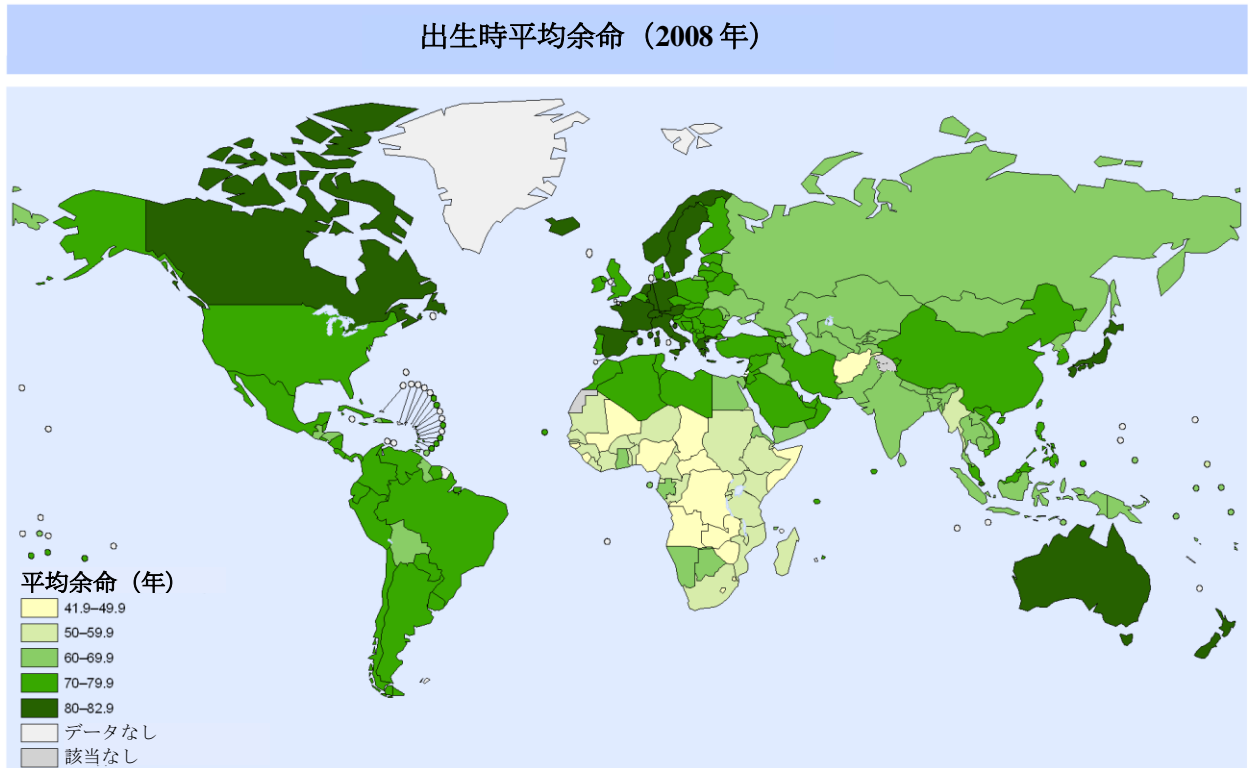
例：

- EU内において、乳児死亡率が高い国と低い国で10倍の開きがある。
- 2005年に心臓血管障害（CVD）で死亡したのは1,750万人で、全世界の死亡の30%にあたる。CVDによる死亡の80%以上は中・低所得国で発生する（WHO, 日付なし, CSDH, 2008 p.30で引用）。
- 妊産婦死亡率はアフガニスタンでは8例に1例であるが、スウェーデンでは17,400例に1例である（WHO et al., 2007、CSDH, 2008 p. 30で引用）。
- 世界人口の半数以上は、いかなる形の正式な社会的保護も受けていない。中所得国での20~60%の適用率に対し、サハラ以南アフリカと南アジアではわずか5~10%である（WHO, 2010e p. 8）。
- 健康に過ごせる割合が、デンマークの男性は人生の90%だが、エストニアの男性は人生の71%にとどまった（DETERMINE, 2010, p. 9）。

「国連ミレニアム宣言で定められた2015年の期限までの中間点にあって、いくつかの成功例も確かにある。しかし、国家間には今も大きな不平等があり、現在の傾向は多くの低所得者にとってはミレニアム開発目標の達成が難しいことを示唆している。」

世界保健総会 事務局長報告  
(WHO, 2008a)

図 1：2008 年 平均余命（WHO, 2010）



この地図で使用している国境と国名および指定は、何らかの国・領土・都市・地域または権威に関する法的状態に関して、または国境・境界線の画定に関して世界保健機関の意見を表明しようとするものではない。地図中の点線は、完全な合意がなされていないおよそその境界線を表わす。

出典：世界保健機関  
地図作成：世界保健機関 公衆衛生情報システムおよび地理情報システム

 World Health Organization  
© WHO 2010. All rights reserved.

## ミレニアム開発目標を実現する

アクセスと公平性を改善する必要性は、2001年に192の加盟国が合意したミレニアム開発目標（MDGs）の根幹にある。

2010年の進捗状況報告書（UN, 2010）の前文の中で、国連の潘基文（Ban Ki-Moon）事務総長は、MDGsについて「世界中のすべての人々が享受できるべき人間のニーズと基本的な権利、たとえば極度の貧困と飢餓からの解放、質の高い教育、生産的で適切な雇用、健康と住まい、女性が生命の危険なしに出産する権利、そして環境の持続可能性が優先事項である世界、男性と女性が平等に生きる世界」を意味するものと表現した。

ミレニアム開発目標：

1. 極度の貧困と飢餓の撲滅
2. 初等教育の完全普及の達成

3. ジェンダー平等推進と女性の地位向上
4. 乳幼児死亡率の削減
5. 妊産婦の健康の改善
6. HIV／エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延の防止
7. 環境の持続可能性確保
8. 開発のためのグローバルなパートナーシップの推進

MDGs は、世界の人々の健康と福祉とウェルビーイングを向上させるため、多分野横断的なアプローチが必要であることを反映したものである。健康の社会的決定要因に関する委員会（Commission on the Social Determinants of Health）の取り組みに基づき、MDGs に対する国際公約は、「人々が育ち、暮らし、働き、歳をとる条件や、疾病を扱うために実施されるシステムを理由として、回避できる健康上の不公平が発生している。人々の暮らしと死をとりまく条件は、政治的・社会的・経済的な力で方向づけることが可能である（CSDH, 2008, p. i）。」として、健康とそれ以外の不利益の指標の間にある相互連結を認めている。教育・収入・ジェンダー・健康の不平等は、この章でさらに詳しく検証する。

### 保健に関わる MDGs

保健に関わる目標には、2015 年までに乳幼児の死亡率を 3 分の 2 減少すること、妊産婦の死亡率を 4 分の 3 減少すること、HIV・結核・マラリアの蔓延を食い止め減少させることが含まれている（Stuckler et al., 2010）。

2008 年に実施された保健にかかわるミレニアム開発目標の見直しでは（WHO, 2008a）、進展が見られるものの、重大な不公平性が依然残ると結論づけた。次に引用する報告書の部分に説明されているとおり、目標のほとんどは 2015 年までに達成が難しいと見られる上、低所得国は一層の遅れを取っている。

#### MDG 4 : 乳幼児死亡率の削減

- 世界の低体重児の数は 1990 年以来、31%から 26%に減少したが、進展は遅れている。西アジアでは全く進展がなく、南アジアでも 46%と高いままで、この地域では出生時に低体重の乳児が 25%以上に上る（UN, 2010, p. 13）。
- 2008 年の世界全体の 5 歳未満の死亡数 880 万人の約半数を、サハラ以南アフリカが占めている（UN, 2010, p. 27）。

## MDG 5：妊産婦の健康の改善

- 2005 年に出産関連の原因で死亡した 50 万人の女性のうち、半数以上がサハラ以南アフリカ、3 分の 1 は南アジアに集中している。サハラ以南アフリカの母体死亡率は生児出生 10 万例あたり 920 例であり、先進国の生児出生 10 万例あたり 8 例とは大きな隔たりがある (WHO, 2008a)。

「格差は、我々が眼をそむけることのできないショッキングな事実である。これは全世界の不正義である。世界規模での人権に対する曲解である。」

ネルソンマンデラ、2003  
(McCoy, 2003 の中で引用)

## MDG 6: HIV/ エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延防止

- 低・中所得国で抗レトロウイルス治療が劇的に増えているにも関わらず、サハラ以南アフリカで治療を必要とする人の約 4 分の 1 しか抗レトロウイルス治療へのアクセスがない。子どもでの治療率はさらに低く、15%にとどまっている (WHO, 2008a)。
- 2008 年に推定 2 億 4,300 万人がマラリアを発症しており、863,000 例が死に至っている。その 89%はアフリカで発生している (UN, 2010, p. 46)。
- 低・中所得国では、HIV の母子感染予防のための抗レトロウイルス薬の投与を受けた HIV 陽性の妊婦の割合は、11%と低い。
- アフリカで発熱した 5 歳未満の子供に対して、抗マラリア剤が投与されたのは 3 分の 1 にすぎない (WHO, 2008a)。

WHO の報告によると、予防接種を始めとするアウトリーチによって提供できるサービスは有望な成果を示した一方、「機能的な保健医療システムが必要な介入は、効果が少ない (WHO, 2008a, p. 2)」。

これらの目標の達成を妨げる要因として、次のようなものが指摘されている。

- 十分な訓練を受けたヘルス・ワーカーの不足
- 「脆弱な国家」における様々な理由による、国民の健康ニーズに対する政府の不十分な対応
- セクター間 (民間、公共、ボランティア、コミュニティ、信仰) のより幅広い協力の必要性

援助資金供与者からの資金と、政府の保健医療支出の拡大が必要であることも指摘された。Stuckler らはデータの統計的分析を行い、各国への期待値に対する MDGs の進捗の割合の変動を分析した。Stuckler らはこの変動を図 2 その他の表にまとめ、以下のように結論した。



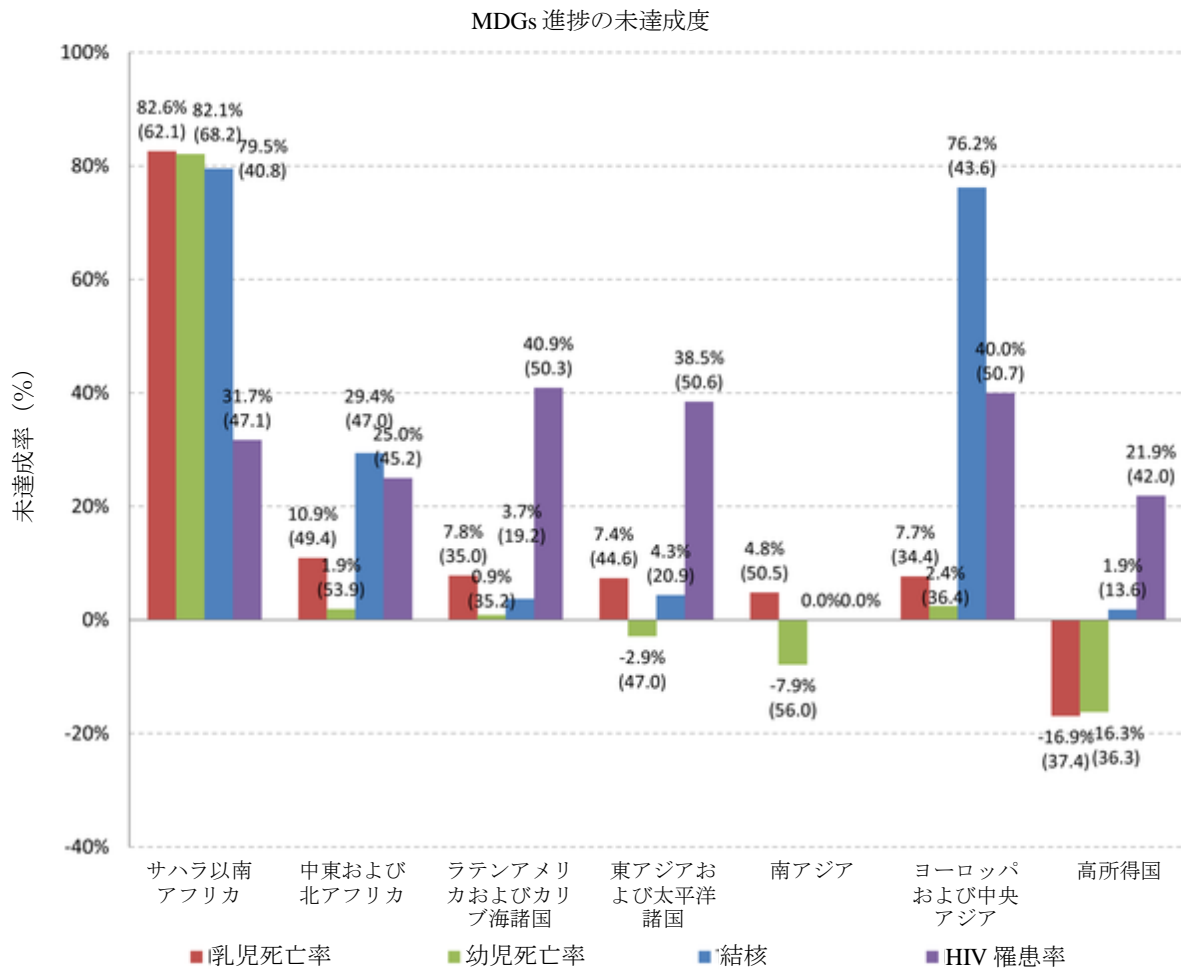
「GDPの上昇よりも、HIV/エイズとNCD<sup>1</sup>の負担の低さのほうが乳幼児死亡及び結核に関するMDGsの達成に向けた進捗と大きく関連していた。また、HIVの罹患率の1%減少またはNCDによる死亡率の10%減少は、結核に関するMDGsの進捗率に対して、GDPの80%以上の上昇と同じ影響力を持つ。GDPの80%上昇といえば、低所得国の経済成長としては10年以上かかるような成長率である（Stuckler et al., 2010）。」

この知見は、健康増進・回避可能な疾病の予防・MDGs達成に関する主要分野での罹患率対策、そしてMDGsが描く救える命と予防できる疾病の実現において、保健医療システムとその提供者が果たすべき、極めて重要な役割を浮き彫りにしている。

---

<sup>1</sup> 非感染性疾患

図 2： MDGs 進捗の未達成度 (Stuckler et al., 2010)



## ジェンダー

毎年、35 万人以上の女性が妊娠と出産に伴う予防可能な合併症で死亡している (Ban, 2010)。国連が MDGs に関する最新の報告書で示しているとおおり、「ジェンダーの平等と女性のエンパワーメントは MDGs の根幹にあり、貧困と飢餓と疾病を克服するための前提条件となっている (UN, 2010, p. 4)。」

国連の『女性と子どもの健康の実現に向けたグローバル戦略 (Global Strategy for Women's and Children's Health)』は、予防可能な死亡と疾病に対応し女性のサービスへのアクセスを改善する取り組みの一環として、2010 年に制定された。その焦点は、「アクセスとアウトカムの公平性であり、特に不利な立場や社会から取り残された人々の手に届くこと」におかれている。MDGs の達成はその主要な部分であり、実現すれば、2015 年だけで 400 万人の子どもと 19 万人の女性の命を救うことに等しい (Ban, 2010)。

さらに、2010年の国連女性局（the UN Women's Agency）の設立は、ジェンダーの不公平性の解決の重要性が認識された結果である。Michelle Bachelet 前チリ大統領が代表を務めるこの新しい機関は、女性の権利の確立と世界の諸問題への完全な関与を目的としている。

ジェンダーの不公平性の解決は、事実上、男性の健康ニーズとサービス提供ニーズが認識されることも意味する。すでに一部の国（英国、アイルランド、オーストラリアなど）では、男性の健康政策を策定中または策定済みである。同様に、WHO は、男性と男児がジェンダーの公平性の促進と男性・女性双方の健康増進に関わることの重要性を認識し、最近、『ジェンダーの平等と健康の公平性の達成に男性と男児の関与を促す政策アプローチ（*Policy approaches to engaging men and boys in achieving gender equality and health equity*）』を発表した。この政策発表は、「家庭におけるジェンダーの公平性に向けた変化を加速し、暴力と性的搾取を減少し、新しい安全な性行為の実践を支援し、男性のアルコールの過剰摂取を減らすため（WHO, 2010a）」の政策アプローチを概説し、促進するものである。

例：

- ジェンダーに起因する暴力と HIV の蔓延を関連づけるエビデンスが増加中（UN, 2010, p. 44）。
- 2005年の米国の新規エイズ症例の67%をアフリカ系アメリカ人女性が占めるが、臨床試験ではその被験者が少ない（Cohn, 2007, p. 272）。
- OECDの65歳以上の保健医療についての不公平性の研究は、女性は低収入・低就労率により、事業主が費用負担する保健医療へのアクセスが少なく、医療費の自己負担が高いことを明らかにした（Corrieri et al., 2010, p. 15）。
- イングランドの男性は、主に不健康な生活習慣が原因で女性より14%多くがんになりやすく、女性の57%が肥満であるのに対して、男性では66%が肥満である（WCRF, 2010）。

### 看護師が高リスクの新米ママを支援

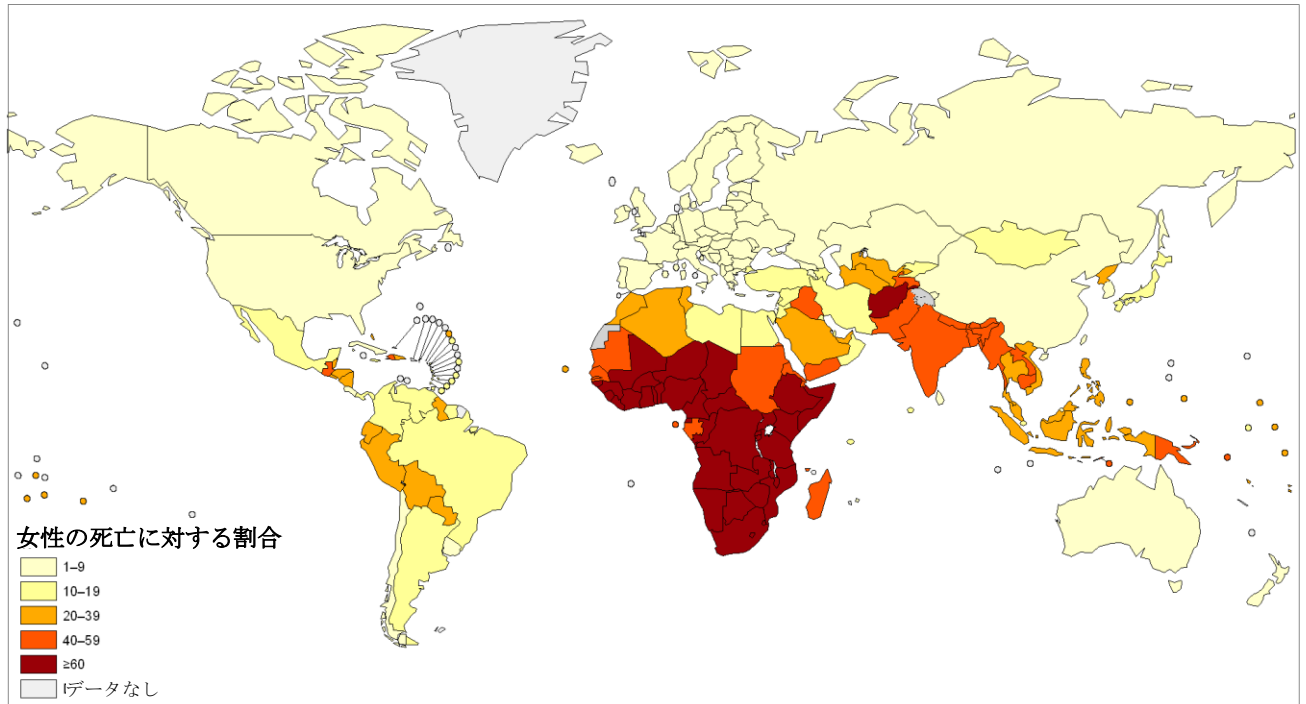
看護師-家庭パートナーシップ（Nurse-Family Partnership, NFP）プログラムを終了した登録保健師として、リタは低所得層の初産の母親を家庭訪問している。その多くはまだ10代である。自分の介入が高リスク家庭の生活の長期的な改善に役立つことを願って、母体と胎児と乳幼児の健康とウェルビーイングのため、リタは熱心にこうした母親に向き合っている。

家族を訪問する際、リタは母親の健康と、子どもに対する世話の質、そして親自身の成長を重視する。妊娠中から母親を訪ね始め（通常28週目まで、理想的には12週目から20週目の間がよい）、出産後2歳まで訪問を続ける。また、母親が、自分の家族や、適当な場合には子どもの父親、友人など、どんな支援を得られているかを調査し、必要ならば他の保健医療および人的サービスにアクセスできるようにしている。

このプログラムのアウトカムに関する最近の研究では、リタなど看護師の訪問により、早産や出産時低体重の減少、子育てと家庭環境の改善、望まない早すぎる次の妊娠の抑制、労働力としての社会参加の増加、行為障害・犯罪への関与・非行の低下が認められた。

図3：女性の全死亡に対する感染・妊娠・周産期・栄養に関わる死亡の割合（2004年）  
（WHO, 2006）

女性の全死亡に対する感染・妊娠・周産期・栄養に関わる死亡の割合（2004年）



この地図で使用している国境と国名および指定は、何らかの国・領土・都市・地域または権威に関する法的状態に関する、または国境・境界線の画定に関する世界保健機関の意見等を表明しようとするものではない。地図中の点線は、完全な合意がなされていないおよその境界線を表わす。

出典：世界保健機関  
地図作成：世界保健機関 公衆衛生情報システムおよび地理情報システム



## 民族と文化

保健医療サービスへのアクセスと、そのサービスが提供するケアの質との両方に、民族と文化が重大な影響を与えているというエビデンスは、世界各地に広く存在する（以下の例を参照）。様々な文化背景を持つ人々に効果的なサービスを提供できる能力は、「文化的コンピテンス」と呼ばれることが多い。Brach and Fraser（2000）が概説しているとおおり、サービスの提供において文化的コンピテンスが欠けていると、次にあげるような様々な影響が出る可能性がある。

- グループごとに異なる様々な疾患の罹患率の知識がないため、スクリーニングの機会の喪失
- 伝統療法についての知識や、有害な相互作用の可能性についての知識の欠如
- 乏しい意思疎通のための誤診

非効果的なコミュニケーションは、言語の難しさによるものであっても、解釈や理解の相違によるものであっても、質の悪い患者経験をまねき、意味のある同意が得られないという点で、意思決定への効果的な参加を妨げる。英国におけるロマ民族の保健医療サービスの利用を検証した Van Cleemput は、「文化的な鈍感さは、無知が原因であろうと人種差別的な態度が原因であろうと、コミュニケーション障害における顕著な特徴である (2010, p. 320)。」と述べている。

文化的な背景が、手助けを求める行動に影響を及ぼすことに注目することは重要である。その結果、人が適切なタイミングで保健医療にアクセスするかどうかにも重要な影響を及ぼす。たとえば、Van Cleemput によると、ロマ コミュニティ出身の人 (Van Cleemput の論文では「ジプシー」や「トラベラー」等と呼ばれている) は、「悪い病気と闘っていると見られるべき」であり、「屈強であるという社会的アイデンティティを示すべきである」という文化的な信条があるため、「落ち込んでいるとか気分がすぐれない」と判断することが考えられる (Van Cleemput, 2010, p. 318)。効果的なサービスの実施には、このようなアクセスに対する文化的障壁を話し合い、克服する方法を探さなければならない。

例：

- 米国では、黒人女性は白人女性よりも、乳がんの発生は低いにもかかわらず、乳がんで死亡する数が多い。
- オーストラリアの先住民の出生時平均余命 (LEB) (1996 年～2001 年で男性 59 歳、女性 65 歳) は、全オーストラリア人の LEB (1998 年～2000 年で男性 77 歳、女性 82 歳) よりも大幅に短い (Australian Human Rights Commission 2008)。米国では、白人と黒人の死亡率が均等化されていれば、1991 年から 2000 年の間に 886,202 人の死亡を回避できたはずである。これは医学の進歩によって 176,633 人が救われたことと対照的である (CSDH 2008)。
- 米国の移民による保健医療サービスの利用に関する調査の検証から、外国生まれの患者、特に非白人、非市民、英語力が低い者は、差別されていると感じるとの回答が多いことがわかった (Derosé et al., 2009, p. 367)。

## 社会経済的地位

貧困層は、限られた購買力、低い健康保険加入率、低い健康リテラシーのほか、保健医療システムのサービスが十分に届かないスラムや遠隔地・へき地での暮らしによる保健医療ケアへの大きな障害および保健医療専門職の不足に直面する (Bhattacharyya et al., 2010)。不健康な考え方や行動も、高い肥満率や喫煙率、薬物中毒の高リスクを伴った社会的疎外と関係がある (スペイン保健・社会政策省 2010, p. 43)。世界の貧困層の多くが直面する生活環境は、安全な飲料水や衛生施設がない、粗末な住居、不十分な栄養など、疾病の流行と感受性の両方に影響する。この理由から、健康の社会的決定要因に関する委員会は、「健康に不可欠な基本的サービスの提供における国家の本来の責

務」を強化するよう呼びかけた (CSDH, 2008, p. 15)。保健医療が無料で行われているところでも、貧困層は仕事を休まなければならない時間や交通費などの雑費の発生を理由に、保健医療にアクセスしない傾向がある (Birdsall & Hecht, 1995)。

例：

- ヨーロッパでは、社会経済的地位が最も低いグループにおいて中年成人の死亡リスク差は、25%から 50%まで幅があるが、一部では 150%に達する (Mackenbach, 2005, CSDH, 2008 で引用)。
- インドネシアでは、富裕層に比べ、貧困層の妊産婦死亡率は 3~4 倍高い (Graham et al., 2004, CSDH, 2008 で引用)。
- 2006 年のスコットランドでは、男性の平均健康寿命は 67.9 歳、女性は 69 歳であったが、最も貧しい地域 15% だけを見ると、男性は 57.3 歳、女性は 59 歳であった。
- ブラジルのポルトアレグレでは、1980 年の貧困家庭の小児死亡率は、それ以上のレベルの家庭の 2 倍であった (Birdsall & Hecht, 1995, p. 2)。
- 人口の富裕上位 20%の女性は、貧困層の女性の 20 倍、出産時に技能を有した保健医療従事者の立ち会いを受けていた (WHO 2010e)。
- 一部の状況では、ジフテリア・破傷風・百日咳 (DTP3) の接種率は、貧困層は富裕層のわずか 10 分の 1にとどまった (WHO 2010e)。
- カナダの研究では、大都市圏の人口調査において社会経済的地位の低い地域の住民では、中高所得地域の住民よりも複数の健康指標で入院率が高かった。

#### ロケーションとへき地

地理的条件は、サービスへのアクセスの重要な決定要因であ

り、しばしば社会経済的地位の低さや衛生・生活環境の貧しさなど、健康に害のあるその他の社会的リスク要因と共存する。発展途上にある地域では、へき地の子どもたちは都市在住の子どもたち

「健康の不平等は、まさに生と死の問題である。」

WHO 事務局長  
マーガレット・チャン博士  
(WHO, 2008b)

#### ナースプラクティショナーが地域における慢性疾患ケアへのアクセスを改善

看護と腎臓病学の二つの専門を兼ね備えているレズリーは、オーストラリアの腎臓病専門ナースプラクティショナーである。都市とへき地両方で、アボリジニと非アボリジニ両方の末期前後の腎臓病と慢性疾患を管理している。長距離を移動するレズリーとそのチームは、アウトリーチサービスを通じ、慢性疾患クリニックを行って成果を上げている。彼女らは、患者が都合のよい場所に行き、患者にとってはほとんど余分な時間を要せずに、慢性疾患と治療が患者に与える物理的・精神的・社会的影響を総合的に評価することが可能である。レズリーはホリスティックなケアを提供し、かつ高度なクリニカルスキルを持つという強みをもつ。患者を診察して診断を行い、投薬または投薬以外の管理・治療計画を実施する。これまで高血圧、糖尿病、腎臓疾患の可能性について多くの新症例の診断を行い、コミュニティでの慢性疾患ケアに成功してきた。この成果が認められ、プログラムに糖尿病専門と心臓病専門のナースプラクティショナーが加わることになり、さらにこの慢性疾患ケアモデルの強化が期待されている

より低体重になる可能性が高く、ラテンアメリカ、カリブ海諸国、アジアの一部では、この格差が近年拡大している（UN, 2010, p. 5）。

都市部の地域内でも、世界の都市部人口の3分の1はスラムや貧民街に住んでいるなど、大きな格差があることが最近の調査プロジェクトで明らかになっている。分析から、都市と都市の間だけでなく、一つの都市の中にも格差があることが分かる。都市内の問題に対応することが、MDGsの達成に重要であると指摘されている（WHO et al., 2010）。

例：

- 中国の5歳未満の低体重児の数をへき地と都市で比較すると、約4.5:1の割合であった（世界の水準と比較すると低い）。開発途上国では、へき地の子どもは2倍低体重になりやすい（UNICEF 2010）。
- Makwizaらは、HIV治療に無料の抗レトロウイルス療法(ART)が受けられるにもかかわらず、マラウイの特に貧しいへき地の患者には、サービスへのアクセスとアドヒアランスに重大な障害があると報告している（Makwiza et al., 2009, p. 8）。
- サハラ以南アフリカでは、都会の女性の32%が何らかの避妊法を利用しているのに対し、へき地の女性は18%しか利用していない（UNICEF 2010）。
- 開発途上国世界では、都市部の下水道普及率がへき地よりも70%高い（UNICEF 2010）。

#### 看護の活用によりへき地の健康ニーズに対応する

2007年、ニュージーランドのへき地に住む家族のニーズに応えるため、コルヴィルへき地看護社

（Colville Rural Nursing Ltd、CRNL）が設立された。CRNLは、完全な看護師主導の組織で、地域看護と保健師活動の両方を合体したものである。

CRNL看護師一人ひとりが、助産師や鍼治療などの専門の資格を持ち、一人は処方権をもつ臨床看護の修士であり、ナースプラクティショナーの候補である。継続教育と専門的能力の開発が、彼らの実践の基礎となっている。

2010年1月、ニュージーランドの国家保健委員会（National Health Committee）は、重要な報告書を発表し、「持続可能で包括的な保健医療サービスをへき地コミュニティに提供する」という難題への対応方法について提言を示した（ニュージーランド国家保健委員会, 2010, p. v）。

この報告書は、サービスの提供、システムの実績、計画・データ収集・調査の分野で提言をしている。

CRNL他の経験に基づいて、サービス提供の改善の重要な提言には、看護師主導のクリニックの整備の奨励も含まれている。

（ニュージーランド国家保健委員会, 2010）

## 教育レベル

以下の例が示すように、学歴と健康状態および高額な医療費とは相関関係がある。教育レベルが高いことは、時に複雑になる保健医療サービスを受ける意欲や能力、さらには健診プログラムなどの予防保健活動に参加する意欲とも関係がある。

例：

- オランダでは、教育レベルが低い男性・女性とも、教育レベルが高い者よりも7歳平均余命が短く、健康に過ごせる期間は18年も短い（DETERMINE, 2010, p. 6）。
- 80歳以上のヨーロッパ男性の長期障害の発生率は、高学歴の人が40.2%なのに対し、低学歴の人は58.8%であった（Huisman, Kunst & Mackenbach, 2003、CSDH, 2008で引用）。
- OECD諸国の65歳以上では、低学歴は処方箋薬の自己負担が高いこと、健康保険が不十分である率が高いことに関連性がある（Corrieri et al., 2010, p. 6）。
- 教育水準の低さは、マンモグラフィー健診などの予防手段の利用の低さと関連性がある（Corrieri et al., 2010, p. 7）
- 中等教育を受けている女性は、教育を受けていない女性より避妊法の利用が4倍多い（UN, 2010, p. 5）。

## 障害

障害を持つ人は保健医療システムやサービスを利用する頻度が高い傾向があるが、各自のニーズに適したケアにアクセスするのが難しい障害者も多いというエビデンスがある。

Brownら(2010)によると、英国で発表された重要な2つの報告書で問題が指摘されている。「全ての人々にヘルスケアを(Health Care for All)」では、体系的・制度的な差別の問題や障害差別禁止法(Disability Discrimination Act)の順守・実施ができていない問題などを指摘した。2008年の議会調査でも、生きる権利、品位を傷つける屈辱的処遇からの自由、プライバシーと家庭生活の権利の点から、人権の侵害を詳細に明らかにした（Brown et al., 2010, p. 354）。

例：

- 学習障害のある成人は一般人口より死亡率が3倍高く、これは学習障害のある人の多くが直面する複合的な併存疾患を反映している（Brown et al., 2010, p. 354）。
- 初等教育の完全普及がほぼ達成されている国でも、障害のある子どもは教育から除外される傾向がある（UN, 2010, p. 5）。



図 4：生後 0～59 カ月の乳幼児の低体重率

### 食生活と栄養

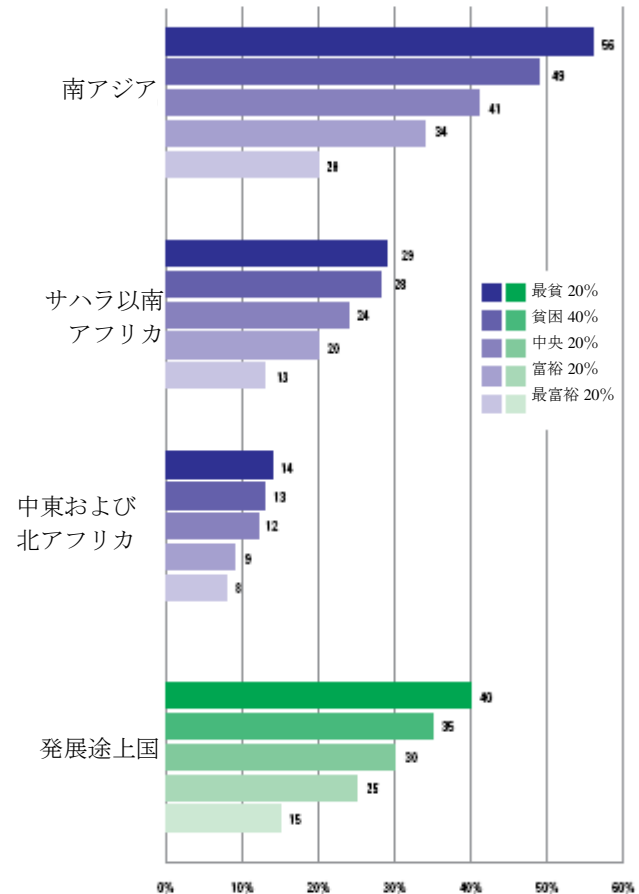
食生活と栄養は健康に大きく影響し、開発途上国・先進国いずれにおいても、社会的・経済的状況と密接な関係がある。都市では高脂肪・高エネルギーの食品の消費が増え、「世界的肥満の流行（global obesity epidemic）」と呼ばれる状況である（CSDH, 2008, p. 62）。一方、開発が遅れている地域、特にへき地では、特に子どもと妊婦について栄養不良が大きな問題となっており、世界の多くの地域で、乳幼児期の低栄養が発達を妨げ、生涯にわたる健康負債となる可能性がある。世界中の低体重の子どもを減らすことは、小児死亡率の低減のために重要な目標となる。

肥満と低体重のいずれの現象も、貧困と強く結びついている。米国では、貧しい地域ほどファストフード店の密度が高いこと、脂肪・糖分が高い食品は栄養価の高い食品よりも安価であることを Drenowski が明らかにした。Drenowski は、「健康的な食品と非健康的な食品の価格差は広がりつつあり、これが貧困と肥満の因果関係を裏付けている」と述べている（Drenowski 2009, p. 538）。ヨーロッパでも同様に、Dowler が、「人々が良い食品を求め、活動的な暮らしに使える時間とお金、その費用とアクセスのしやすさ、住宅が立地する物理的な条件、下層階級と呼ばれる人々の一般的な社会状況など、構造的・社会的問題がかなりの程度まで選択を制約し左右しているエビデンスがある（Dowler, 2001, p. 702）」と指摘する。

以下の例でもわかるとおり、糖尿病の発生率の高さは主に肥満の増加と関係があり、世界各地の先住民コミュニティで顕著である。これらのケースでは、社会的混乱や所有権奪取に関係する継続的な問題が、へき地化や孤立、適切な保健医療サービスへのアクセスの乏しさ、高い失業率など、問題をさらに悪くする多くの要素と結びついている。

発展途上地域全体で、低体重の発生率は最も貧しい家庭で高い

家計所得 5 分位別 生後 0～59 カ月の低体重児の割合



注：この分析は家計所得 5 分位別の情報がある 61 カ国（発展途上世界の 5 歳未満人口の 52% を網羅）のサブセットにもとづいて作成した。発生率の概算は、WHO 幼児発達基準（Child Growth Standards 2003-2009）に沿って算出した。中央および東ヨーロッパ（CEE）・独立国家共同体（CIS）東アジア・太平洋諸国、ラテンアメリカ・カリブ海諸国は、データが得られないために含まれていない。出典：UNICEF global databases, 2010

例：

- 低体重児の発生は世界全体では 26%であるが、南アジアでは 46%と高く、25%以上の乳児が出生時に低体重である（UN, 2010, p. 13）。
- 開発途上地域全体において、5 歳未満の低体重の発生率は最貧困家庭で高くなっている（UNICEF, 2010, p. 16）。
- 5 歳未満の低体重の発生は、へき地でより発生が多い（UNICEF, 2010, p. 16）。
- 糖尿病（DM）とその合併症の罹患率は、アメリカおよびアジア太平洋地域の先住民で非常に高い（Hanley, 2006）。
  - 先住民アメリカ人の 2 型糖尿病の発生は、他のアメリカ人成人の 2～3 倍高い。
  - トレス諸島のコミュニティで実施されたスクリーニングプログラムでは、糖尿病の罹患率が 26%にのぼり、オーストラリアの一般人口の 6 倍も高かった。
- 米国で肥満と 2 型糖尿病の罹患率が最も高かったのは、最も貧しい地域の教育・収入のレベルが最も低い人々であった（Drenowski, 2009）。

## 第3章

### アクセスと公平性を測る

#### 既存のデータソースの活用

健康の社会的決定要因に関する委員会(Commission on the Social Determinants of Health)は、国内の健康の公平性調査を改善する試みとして、以下の2つの指標を提案している。この指標は、既に多くの国で収集されている幅広い人口データを活用して、不公平性を見つけ出すことに主眼を置いている。

- 最低限の健康公平性に関するサーベイランスシステム (minimum health equity surveillance system)
- 健康公平性に関する全国サーベイランス包括的枠組み (A comprehensive national health equity surveillance framework)

これらの指標については、付属書で詳しく紹介する。

既存のデータソースの中にも、アクセスまたは公平性の観点から分析可能な未利用の情報があることが多い。たとえば、英国の「質とアウトカム枠組み (Quality and Outcomes Framework)」は、一般開業医 (GP) の診療報酬支払制度として導入されたが、研究者にとってはこれがプライマリケアに関する「新しい豊富なデータソース」となった。特にこの制度では、健康情報を地域の社会経済的環境など他の情報ソースと結びつけることができるからである。Sigfrid らは、患者がアウトカム測定から除外されたときに作成される「例外報告書」を検証した<sup>2</sup>。Sigfrid らは、糖尿病患者の「例外報告」と貧困の間に相関関係があり、最も除外率が高いのは最も貧しい人口群であることを発見した。結論として、健康の不公平性を調査する時、単なる目標達成率ではなく「例外報告」の分析が重要であるとし (Sigfrid et al., 2006, p. 224)、この例外の情報は手が差し延べられにくい人々のサービス改善に向けた戦略策定に利用価値が高いと論じている。

このケースは、アクセスの測定をしようとする際の大きな問題を明らかにしている。それはすなわち、誰がサービスにアクセスしているかだけでなく、誰がアクセスしていないかも評価しなければならないということである。

#### 不公平性の主な指標

2009年にOECDが作成した調査結果報告書 (Working Paper) (de Looper & Lafortune, 2009)は、健康状態と保健医療サービスへのアクセスの不公平性を評価するために利用できる、主要な指標を示し

<sup>2</sup> 患者が同意しない、再診に来ない、薬剤に対して過敏であるなどの正当な理由で起こるため、医師は記録を除外することができ、ペナルティーを科されることはない。

ている。まず、健康状態の不公平性を測定する指標には次のようなものがある。

- 平均余命および死亡率に関する指標
- 罹患率と疾病に関する指標
- これらの情報を含む複合指標

アクセスと利用の指標には次のようなものがある。

- 健康保険の対象範囲
- 様々なサービスと関係する保健医療の利用
- 満たされていないケアニーズの評価基準
- 世帯収入に対する医療費の自己負担分

(de Looper & Lafortune, 2009, p. 12)

de Looper & Lafortune によると、よりシンプルな尺度、たとえば社会経済的に最低と最高の人口群の格差を比較するといった尺度は、最も恩恵が少ない人々の苦境を際立たせ、日常的で長期的なデータ収集に最も頻繁に使用される。一方、より複雑な尺度では、全人口群にまたがる不公平性を測定するために、回帰モデルに基づく分析テクニックを用いる。例としては、「不公平性の相対指数」や「密度指数」などがある。ただし、必要となるデータ、計算の複雑さ、解釈の難しさなどが欠点である (de Looper & Lafortune, 2009, p. 14)。

研究では指標が異なると結論が異なってくる可能性を明らかにした。Wagstaff ら (1991) が示すとおり、スウェーデンにおける慢性疾患と社会階層の関係の研究では、イングランドおよびウェールズで行われた別の研究と比較して、異なる指標が用いられることによって「正反対の結論に至った」ことが示された (Schneider, et al., 2005, p. 1)。この評価では、分析の一部として公平性を評価する能力においてほとんどのツールに限界があると結論づけられているが、経済的評価のツールには、公平性に関する様々な仮定が取り入れられている、または黙示的あるいは明示的に分析の中に含まれていることも指摘している (WHOC for Health Technology Assessment, 2008)。

このことは、公平性の観点をプログラムや方針の策定に取り入れるために、まだ何らかの方法があることを示唆している。de Looper and Lafortune が述べているように、「健康の不平等に対する適切な尺度の選択において、日常的なデータ更新や継続的なモニタリングがどの程度容易にできるかを考慮することが重要である (de Looper & Lafortune, 2009, p. 14)」。これは、特に、利用できるデー

**モルドバの訪問看護師は多数の住民の命綱**  
訪問看護師として、アイリーンは老人ホームや障害者ホームで時間を過ごす。彼女の国モルドバは、近年独立した東ヨーロッパの国で、ソビエト時代以降、厳しい経済的衰退と貧困の急増にあえいでいる。人口のほとんどは貧困ライン以下で暮らす。退職者と障害者が最も打撃が大きい。訪問看護師プログラムは、モルドバ赤十字社が設置したもので、収入が少なく、医薬品や治療などの基本的なニーズも満たされない人々に、医療上および社会的支援を提供することが目的である。

看護師自身の給料も非常に低い。アイリーンの給料は毎月僅か 23 米ドルだが、彼女も同僚の看護師も、ケア対象者に非常に献身的である。このプログラムは中心となる 30 名の訪問看護師の活動を維持するために資金を求めてきたが、ニーズが大きすぎて、2,000 人の受益者を支援する 100 人の看護師にまで拡大を希望している。アイリーンと他の看護師は、自分たちの支援が、これら孤独で貧窮化した人たちの唯一の命綱になっているという事実をよく理解している。

タが限られたり、複雑なデータ収集を計画・実施する能力が限られたりする国や地域において重要である。

公平性およびアクセスを評価するために使用される尺度は、それ自体差別的になりうるということも指摘しておかなければならない。Dey and Fraser が指摘するように、「生存年数に基づく尺度はどのようなものでも、年齢で差別することになりうる。ちょうど、生活の質を含む尺度が障害による差別になる可能性があるのと同じである (Dey & Fraser, 2000, p. 521/22)」。このことは、指標というものが、その使用目的に対して適切でなければならないことを示唆している。たとえば、障害調整生存年数 (Disability-Adjusted Life Years、DALY) は、様々な職業を持つ人々の健康状態の把握に有用であり、様々な職業上の役割が健康に与える影響の評価に役立つ。しかし、もしこの指標を (その他の考慮点と切り離して) 保健医療リソースが最も効率的に分配できる分野を評価するために使うとすると (例: 人工股関節置換手術の優先順位の決定)、すでに障害を持つ人々のアクセスを阻害してしまう可能性がある。

### 公平性を評価するツール

アクセスと公平性を測定・評価する適切なツールが利用できることは、保健医療サービスの提供と健康アウトカムの改善のための取り組みにとって、決定的に重要である (Sigfrid et al., 2006)。

オタワ大学に本拠を置く、保健医療科学技術評価に関する WHO(指定研究)協力センター (WHO Collaborating Centre for Health Technology Assessment) は、公正な意思決定とリソース分配を促進するため、「ニーズに基づく科学技術評価」のための公平性志向ツールキット (Equity Oriented Toolkit)<sup>3</sup>を提供している。このツールキットは、疾病の負担、コミュニティの有効性、経済的評価、知識の翻訳と実施などの評価のため、世界中から得られた幅広いツールを示している。これらのツールは、DALYのような具体的な分析法であったり、健康影響スクリーニングチェックリスト (Health Impact Screening Checklist) のようなチェックリストであったり、「Harvard Policy Maker」のようなソフトウェアプログラムであったり、「Cochrane Library」のようなデータベースである場合もある。

次の各項目で評価した公平性を測定する能力を含め、それぞれツールの比較がされている。

- 測定・モニタリング
- 住民参加
- 政策提言 (Advocacy)

### 保健医療労働力の不公平性を測定する

保健医療労働力の密度の比較は、世界の保健医療労働力の分布に見られる不公平性を表わすのに利

---

<sup>3</sup> [www.cgh.uottawa.ca/whocc/projects/eo\\_toolkit/about.htm](http://www.cgh.uottawa.ca/whocc/projects/eo_toolkit/about.htm) を参照。

用できる簡便なツールである。多数の研究で保健医療労働力の密度と健康アウトカムの間の強い相関関係がすでに立証されており、このデータセットは特に強い影響力がある。このデータセットから多様な分析が可能であるが、特定の地域の労働者の分布や、この分布をどのように住民の健康ニーズと比較するかは考慮されていない。とはいえ、国ごとの格差は明らかであり、図 6(p. 31)に示すように、保健医療労働者へのアクセスに重大な不公平性があることを立証している。

この基本的な保健医療労働力のデータを広く利用可能にしたのが、WHO による『保健医療労働力に関する世界地図 (Global Atlas of the Health Workforce)』である。年齢分布などの保健医療労働力の幅広い問題の検証や、へき地と都市部の数値の比較が可能である。また、政策・プログラムの決定や意思決定の基礎情報となるために作成されたものであるため、看護師や助産師など幅広い保健医療従事者についてのデータを掲載している。図 6(p.31)に示したデータは、この世界地図から引用したものである。

こうした成果にもかかわらず、2006年の『世界保健レポート (World Health Report)』は、保健医療労働力の問題の程度と性質についての情報がどの程度利用できるかについて、「せいぜい寄せ集め程度」と表現している (WHO, 2006, p. 126)。多くの国にとっては、国内の保健医療従事者の数、その雇用形態、所在について、ベースラインデータの収集は困難である。これはリソースが豊かでない国だけに限った問題ではない。データセットの不完全、組織間および管轄間の協調の欠如、データセット間の分断 (例：雇用記録と専門職登録記録と転出・転入記録との間)などは、看護師その他の保健医療従事者の分布の情報が特定しにくいことを意味している。

#### ホームレスに対する看護師たち：実世界での教訓

看護学生のケイトとジェニファーは、ある冷え込んだ10月の朝、スポーケン川沿いを案内されていた。アウトリーチから来たマーサが案内役で、マーサは棘のある木々の茂みにダクトテープで張ったシャワーカーテンの下で休んでいるジブシーに声をかけている。そのジブシーは肺気腫を病んでいて、最近では息切れもある。看護師たちに検査をしてもらうため、ジブシーはコートを脱いで、フランネルシャツのボタンをはずし始めると、胸に傷跡が見えた。「脈を見てもらったほうがいいかな。モンタナでトリプル心臓バイパス手術を受けたからね」と彼は言った。血圧が最高160最低100と高かったため、ケイトは明日医者に診てもらって新しい血圧の薬をもらうように言った。卵半ケースだけしか食べ物がないことに気づき、彼女らはジュースとカロリー食品を渡した。翌週にもう一度検査に来て、必要な毛布を持ってくることを約束した。

ワシントン州立大学の看護学部を卒業する生徒は全員、地域看護学を一学期間履修しなければならない。スポーケン地区の生徒は、困窮しているダウンタウンの住民を相手に一学期を過ごすことになる。住民の中には、貧困者、ホームレス、精神疾患患者、薬物・アルコール依存症者・乱用者がいる。プログラムは健康と貧困の関係について意識を高めることに成功している。ジェニファーはこの実習にショックを受けたことを認めている。「スポーケンにこんなに多くのホームレスがいることは知らなかったし、どこにいるのか考えもつきませんでした。人が踏みならしただけの道を通って彼らの寝場所まで行くことがあります。どこで寝ているかはわかりません。今や顔がわかるようになり、ほら、あそこにホームレスがいるわよ、という代わりに、あら、ゲーリーがいるわ、と名前を呼べるようになったのです。」

## 第4章

### アクセスと公平性の障害

#### 保健医療支出

保健医療サービスに対する支出は、WHOの人口一人あたり保健医療支出地図（図5参照 p.30）が示すとおり、世界各国で大きなばらつきがある。この事実は、保健医療の範囲全体でのサービス提供だけでなく、各国が保健医療労働者を訓練・雇用・維持する能力にも直接の影響を持つ。低・中所得国では、技術のある保健医療労働者の主な雇用主は政府であり、その支出レベルが人員配置レベルを左右する（ICN & WHO, 2009）。

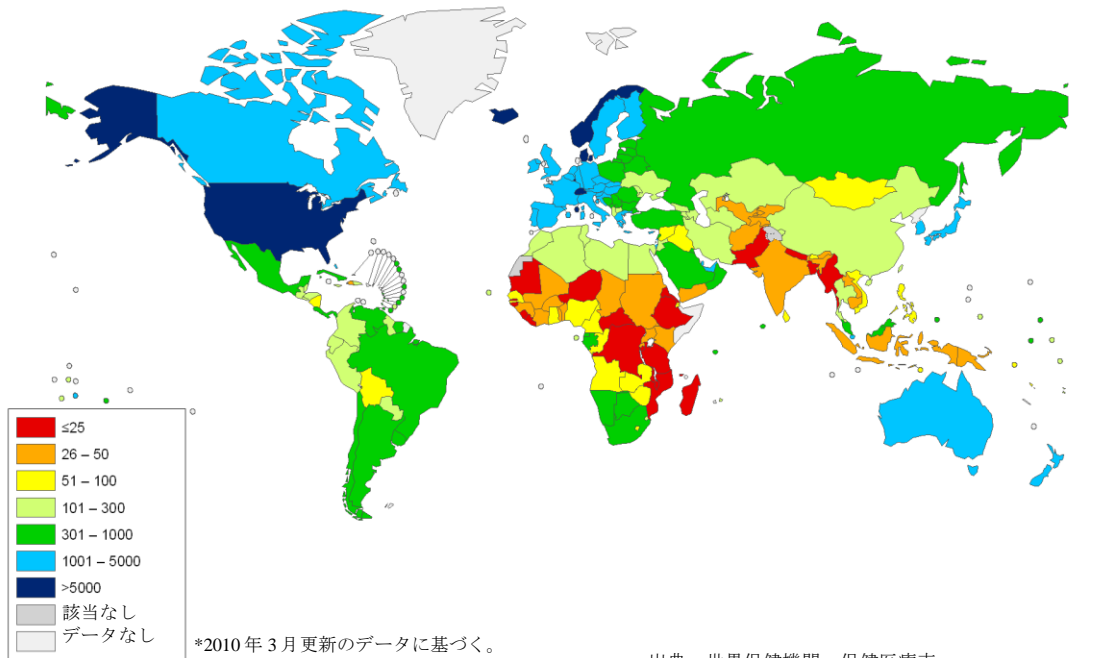
利用可能な資金を利用・分配する方法も、アクセスと利用の程度に重要な役割を持つ。保健医療サービスの料金（交通費や収入減など雑費を含む）も、「患者が治療を完了できるかどうかを左右する（WHO Regional Office for Europe, 2010）。」

公平性の「視点」から保健医療を含む公共支出の分析を行うと、予算および財政のメカニズムが、どのように不公平性を改善したり助長したりするのかの解明に役立つ。たとえば、1990年のインドネシアの公共支出の分析では、世帯収入の下位20%は保健医療関係の公共支出の僅か2%しか受益していない一方、上位20%が30%も受益していることを示した（Birdsall & Hecht, 1995, p. 4）。Birdsall and Hechtは、へき地の貧困層は最も基本的な保健医療サービスへのアクセスすら限定されている（例：ケニア、パキスタン、ペルー）一方で、「高い割合で公共支出が都市の病院に流れていることは、不公平性の問題があることを意味する」とも述べている（Birdsall & Hecht, 1995, p. 7）。

米国における移民の保健医療サービスへのアクセスを検証した研究のレビューでは、保健医療費を検証した研究はわずか4件しか見つからなかったが、重大かつショッキングな格差を明らかにした。すなわち、「全国的に見て、保健医療支出は、年齢・収入・保険加入状況・健康状態について調整したとしても、移民成人では55%、移民の子どもでは74%であり、それぞれ米国生まれの成人・子どもよりも低かった（Derose et al., 2009, p. 368）」のである。

図 5：人口一人あたり保健医療関係総支出（2006年）（米ドル）（WHO, 2006）

人口一人あたり保健医療関係総支出（2007年\*）  
（米ドル）



この地図で使用している国境と国名および指定は、何らかの国・領土・都市・地域または権威に関する法的状態に関する、または国境・境界線の画定に関する世界保健機関の意見等を表明しようとするものではない。地図中の点線は、完全な合意がなされていないおよその境界線を表わす。

出典：世界保健機関、保健医療支出推計  
 地図作成：世界保健機関 公衆衛生情報システムおよび地理情報システム

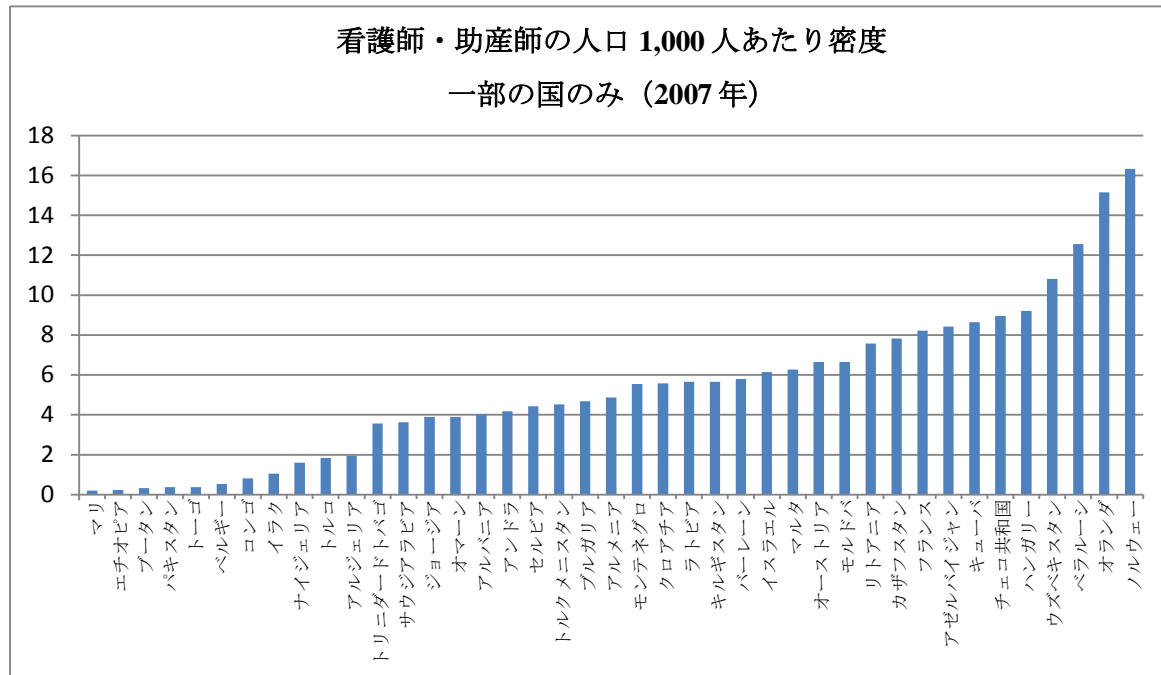


## 人的資源

世界の保健医療専門職の分布は均一ではない。保健医療労働力の密度は、地域内・地域間で最大 10 倍の差があり、保健医療提供者のスキルミックスにも大きなばらつきがある。2007 年、人口 1,000 人あたり看護師および助産師の数は、ノルウェーでは 16.33 人である一方、マリではわずか 0.2 人だった。医師に対する看護師の割合も、アフリカ地域の約 1 : 8 から、西太平洋地域の 1 : 1.5 までさまざまであった（ICN & WHO, 2009）。



図 6：人口 1,000 人あたり看護師・助産師数（一部の国のみ）（2007 年）



出典：「保健医療労働力に関する世界地図（Global Atlas of the Health Workforce）」からデータ抜粋（WHO, 2010b）

看護師その他の保健医療の人的資源の不足は、世界各地で保健医療サービスへの適切なアクセスにとって大きな障害になっている。たとえば、マラウイにおける検査・カウンセリング・抗レトロウイルス療法（ART）へのアクセスを調査した研究では、保健医療セクター全体で、保健医療従事者の職のおよそ 50%が空席になっていると指摘し、人的資源の不足が「マラウイの ART の公平で持続可能な分配に対する深刻な問題」であると結論している（Makwiza et al., 2009, p. 8）。

保健医療従事者がいるところでは、その分配が大きな問題である。先進国でも途上国でも、へき地の多くが看護師を始めとする保健医療専門職の不足に悩んでいる。例えば、ガーナは、「地理的な意味での格差だけでなく、三次医療機関と一次医療機関の間にも深刻な分布の格差がある（Dovlo, 1998）」。同様に、へき地では、訓練を受けた保健医療専門職の不足が HIV/エイズの疼痛緩和ケアへのアクセスを妨げていることを、英語学術雑誌のレビューが明らかにした（Harding et al., 2005, p. 252）。さらに、へき地に拠点を置くスタッフには研修と専門的能力開発の機会が限られているため、ケアの質に影響が出ている。その結果、公的資金を基本的ケアに移行するような改革に反対する動きが生じる可能性がある。なぜなら、生活・労働条件が難しい場合が多く、また専門的能力開発の機会も限られるへき地へと、専門スタッフを都市部から移動させる必要があるからである（Birdsall & Hecht, 1995）。

WHO は、最近、『定着率の改善を通じた遠隔地・へき地における保健医療労働者へのアクセスの向上 (*Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention*)』について、世界規模の政策提言を行った (WHO, 2010c)。教育、規制、経済的インセンティブ、個人的・専門的支援の各分野における提言が掲載されている。さらに、この文書は、「健康の公平性の原則を固守することが、利用可能なリソースを健康の不公平性の減少に役立つ形で分配することにつながる」と強調している (WHO, 2010c, p. 3)。

#### 看護師による処方でのアクセス向上

スウェーデンでは、特別な訓練を受けた地区看護師 (district nurse) が、処方権限を持っている。同国の医薬品・医療材料庁 (Medical Products Agency) は、看護師が処方できる製品のリストを作成した。このリストには、60種の症状に対して地区看護師が処方できる230種以上の医薬品ブランドが掲載されている。看護師による処方についての評価では、患者、高齢者、障害者のアクセスの改善の観点から、好ましい成果が示されている。

## 第5章

### アクセスと公平性の拡大

#### 健康の社会的決定要因に対応する

健康と生活環境の重要な関連性は、2005年にWHOが「健康の公平性を促進し、その達成に向けた世界的な運動を盛り上げるために何ができるかについてのエビデンスをまとめる目的」（CSDH、2008）で、健康の社会的決定要因に関する委員会（Commission on the Social Determinants of Health、CSDH）を設立した時にも、認識されている。

Reutter and Duncan が述べている通り、看護師には、健康と人々が暮らし働く環境との関連性を認識してきた長い実績があるだけでなく、住まい・子どもの福祉・女性の参政権などの主要な健康決定要因を改善するための政策提言・支援活動・政策策定にも長く取り組んできた。実際、フローレンス・ナイチンゲールが「人々の健康と住まいとのつながり」を「最も重要なことのひとつ」と記したのは1861年にまでさかのぼる（Reutter & Duncan, 2002, p. 294）。

社会には、疾病に関する懸念は保健医療セクターが扱うものという伝統的な期待があるが、死亡率と罹患率は人々の生活と労働の状況に影響されている事実があり、「健康の社会的決定因子に関する活動は、政府、市民社会、コミュニティ、ビジネス、世界フォーラム、国際機関などすべてを巻き込まなければならない」（CSDH, 2008, p. 1）とCSDHは訴える。

CSDHの包括的な提言は、以下のようになる。

- 日常生活の条件を改善すること
- 権限と資金とリソースの不公平な分布に取り組む
- 問題を査定・理解し、行動の効果を評価すること

「貧困状況で暮らし、社会から阻害されている人々は、正確な情報と質の高い保健医療ケアのみならず、その他の基本的な政治的・社会的リソースにもアクセスがないことが多い。疾病と脆弱な社会的保護は、貧困と社会的疎外のリスクをさらに悪化させる可能性がある。少数民族、移民、失業者、貧困者、女性、子ども、病人、高齢者は、特にこの貧困の罫と無力の危険な悪循環に落ち入りやすい。」

スペイン保健・社会政策省  
(2010, p. 41)

CSDH 委員会の包括的最終報告書『*Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health* (2008年)<sup>4</sup>』は、行動が求められている主な分野を提示し、健康の社会的決定要因の分析を示すとともに、社会的経済的発展のあらゆるレベルにある各国において、健康と健康の公平性の拡大に効果があることが証明された多様な行動の具体例を示している。

また、汎米保健機構 (PAHO) と WHO は、健康の社会的決定因子 (SDH) と政策策定について、自習型の学習プログラムを開発した。このモジュールは主に WHO と PAHO の職員を対象としているが、プログラムや政策の設計に携わる看護師など保健医療専門職を始め、「個人的または組織的な能力強化により、SDH アプローチを公共政策その他の戦略に応用する」 (PAHO/WHO, 2009) ための知識と技術を向上させたい人にとって、有用なリソースとなっている。

以下に挙げるのは、この初級モジュールの一般的な目標である。

- 社会正義論を反映し、健康の権利についての基本的要素となる価値として、健康の公平性を理解すること
- より公平な公共政策の策定における戦略的要素として、健康の不公平性を特定できる可能性を認識すること
- SDH の視点から、セクター横断的な政策や協調的行動戦略を認識すること
- 健康の社会的決定要因に関する委員会とその9つの知識ネットワークが作成した報告書の提言を分析すること、また、各国の状況と優先順位の両方を考慮に入れて、その議論と採択を発展させること

詳細は、<http://dds-dispositivoglobal.ops.org.ar/curso/>を参照。

## 保健医療システムの役割

健康の不公平性への対応は保健医療サービスだけが負う役割ではないにしろ、保健医療サービスが健康の不公平性に持つ影響力は大きい。WHO は、「健康公平性強化」システムを、「(a)公平性を推進するサービスを提供することで健康の不公平性を軽減し、(b) 健康の社会的決定要因に対するより幅広い行動を管理するシステム」として定義している (WHO Regional Office for Europe, 2010, p. v)。

---

<sup>4</sup> [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf)

### ニューヨーク州では小児科ナースプラクティショナーがアクセスを改善

米国ニューヨーク州では、小児科ナースプラクティショナー（pediatric nurse practitioner、PNP）がプライマリ・ヘルスケア・サービスを提供している。定期的なフィジカル・エグザミネーションを通じて健康の維持・増進を図り、成長・発達のモニタリングや予防接種を行い、上気道感染・耳感染、下痢などの子どもの疾病を管理する。PNPは、外来・入院の両方の患者をフォローし、病院内での小児とその家族のケアにあたる。PNPサービスは、ケアへのアクセス、質、コスト効果を改善した。

WHOの健康の社会的決定要因に関する委員会はその報告書『保健医療システムを通して不公平性に挑む（*Challenging Inequity Through Health Systems*）』（2007年）の中で、健康の不公平性に対処する保健医療システムに備えるべき主な特徴として、以下を挙げている。

- 国民の健康を増進するための、政府機関間のセクター横断的な活動を推進するリーダーシップ、プロセス、メカニズム
- 健康ニーズに対するリソースの特定、取り組み、分配の決定と行動における住民、グループ・市民社会組織、特に社会的に不利な立場にある阻害されたグループと協力する組織を巻き込んだ組織的な体制と実践
- 皆保険を目指し、社会的に不利な立場にある阻害されたグループに特別の援助を提供するような保健医療関連の資金調達と供給体制（特に保健医療へのアクセス改善、かさむ治療費の軽減、貧しく健康ニーズが大きいグループに対するリソースの再配分）
- 上記のような他の健康の公平性を促進する特徴を強化し統合する戦略としての、総合的プライマリ・ヘルスケアアプローチの再活性化

(Gilson et al., 2007, p. v)

この報告書は、これらの特徴を持った不公平性に対処できるシステムを提供しようとするならば、「技術的分析と政治的コミットメント」が不可欠であることを強調している（Gilson et al., 2007, p. xvii）。

### サービスの開発と提供

保健医療へのアクセスは、全般的なサービス提供能力を拡大することで、地域のサービス提供のレベルでも改善できる。この際、既存のリソースレベルで最大アウトプットが得られるように、リソースをサービスが行き渡らない領域に向け、継続性などケアの特定の側面を充実させることが重要である（Chapman et al., 2004）。サービスの需要が供給を超える場合には、順番待ちリストなどの配分面での仕組みを利用してもよい。ただし、この場合、リソースを振り分ける基準は透明性を保ち、

公衆の監視と議論の対象となっていることが重要である (Dey & Fraser, 2000)。これより、差別のない公正な配分政策が実現しやすくなる。プライマリケア・サービスのアクセス拡大の革新的アプローチと、健康増進・疾病予防の取り組みの施策を検証した結果を踏まえ、Chapman らは以下のよう結論付けている。

「ケア提供方法の多様化、スタッフの役割の強化、サービス実施の柔軟化により、プライマリケアへのアクセスは拡大することができる。アクセスの不公平性を軽減することにおいて、鍵となるのは、事前に評価したケアおよびコミュニティの格差に対応しながら、厳選したサービスへの限られたリソースの配分に優先順位を付けることであろう。(Chapman et al., 2004, p. 380)」

Bhattacharyya によるレビューでは、貧困層へのサービスを向上させる可能性を持つ保健医療サービスの提供において、革新的な例が示されている。サービス提供の模範例として、「貧困層のニーズを満たす配置とサービスを調整した、患者の経験中心の戦略」や、相互支援、効率化戦略 (例: 特化戦略)、ユニット原価を削減する大規模化アプローチのほか、アウトリーチや遠隔治療などのサービスの利用可能性を高めるオペレーショナルアプローチがあると結論づけている (Bhattacharyya et al., 2010, p. 8)。その他、社会から阻害されたグループのアクセス拡大に成功を収めている戦略の例には、ショッピングセンターなどの公共の場所で基本的な健診を行う巡回サービスの整備、サービスが行き届きにくい人口群を対象とした特別のアウトリーチサービス、待ち時間を減らすための仕組みの導入などがある。

このレビューでは、事例 10 件についてケーススタディを紹介している。そのうちのひとつが、開発途上国で切断手術を受けた患者のニーズに合った下肢の人工装具を開発している Bhagwan Mahaveer

#### 賞を受けた看護師によるアウトリーチ活動

1988 年、カナダ ブリティッシュコロンビア州疾病管理センター (Centre for Disease Control、BCCDC) は、HIV 感染リスクが最も高い人々にサービスを提供するため、アウトリーチ街頭看護師プログラム (Outreach Street Nurse Program) を開始した。このプログラムは、通常の保健医療へのアクセスがない人々を対象に、HIV と性感染症に重点を置いた予防サービスを提供するものである。サービスには、臨床ケア、教育・訓練、プロジェクト開発・実施、研究が含まれる。

看護師は「保健医療サービスの障害に直面し、複雑な健康面・社会面の問題にあって偏見や差別を受けている典型である人たちに手を差し延べる努力をしております」、また「尊敬と健康の公平性と社会正義の価値観に基づいて」活動している。

このプログラムは、副産物としてドキュメンタリー映画で教材にもなる『ベベル アップ: ドラッグと使用者とアウトリーチ看護 (Bevel up: Drugs, Users & Outreach Nursing)』を生み、賞を受けた。この映画は、国の内外で保健医療教育、実習、政策にも使用されている。

このプログラムは、2010 年、国際看護倫理センター (International Centre of Nursing Ethics) から人権賞を授与された。

(BC Centre for Disease Control, 2010)

Viklan Sahayata Samiti (BMVSS) というインドの組織である。画期的な人工装具を開発するだけでなく、BMVSS は貧困層にとってアクセスしやすく魅力あるサービスにするため、数多くの対策を実施している。

- 日中・夜間、いつでも受付できる。
- 宿泊が必要な場合には、部屋と食事を無料で提供し、家族にも医院で無料の食事が提供される。
- 一回の来院で装具の調整を完了し、訪問の回数や仕事から離れる時間をできるだけ少なくする (Bhattacharyya et al., 2010, pp. 4-5)

サービス提供の革新的なアプローチの例としては他にも、健康の社会経済的決定要因に関する EU コンソーシアムが設立した、インターネットのリソースである「健康の公平性における活動のための欧州ポータルサイト(European Portal for Action on Health Equity)」がある。優れた実践の要覧が掲載されており、サービスの提供・開発に関する革新的で対象を絞ったアプローチにより不公平性に対応する幅広いプロジェクトの詳細を提供している (DETERMINE, 2009)。

### 公平性の視点から見た資金調達と財政メカニズム

健康の不公平性に対応し、貧困層または不利な立場にある人々のアクセス促進をめざした資金調達と財政メカニズムの開発は、不公平性の改善と健康の増進に重要な役割を果たすことが可能であり、次のような戦略が知られている。

- 公共セクターでの利用料を無くし、その他の医療費（例：医薬品や交通費）を制限する画期的な方法を開発することによって、医療費の自己負担を減らす。
- 現在サービスが行き届かない地域では、公共のプライマリ・セカンダリ サービスに投資し、患者紹介の連携を強化することによって、総合的なサービスへの地理的アクセスを拡大する。
- 住民の健康ニーズとすべての利用可能な財源を考慮して、地理上の区域間で政府リソースを再配分する。
- 国民皆医療の枠組みの中で、地域レベルのケアとプライマリ・ヘルスケアに十分な予算配分をする。

(Gilson et al., 2007, pp. xii-xvi)

Gilson らはさらに、コミュニティに根付いた健康保険（または特定の人口グループ専用の保険制度）など、その他の戦略も、制度上の多くの落とし穴を回避し、特に最も不利な立場にある人々に対象を拡大する方法について、国内外の既にある経験を生かしながら、貧困層を高額の医療費支払いから保護する仕組みとして「試して」みる価値があるかもしれないと述べている (Gilson et al., 2007, p. xiii)。

### 南アフリカのタウンシップにおけるアクセス拡大

南アフリカでは、看護師がクリニックマネージャーおよびプラクティショナーとして、毎日 200～300 人の患者が訪れる居住区クリニックで働く。看護師は准看護師、健康推進員、ボランティアなどのスタッフを監督する。看護師は問診とフィジカル・エグザミネーションを行い、医師がいないときには、医薬品の処方を含む総合的なケアを提供する。予定された日には看護師が特別装備のバンに乗って移動診療に向かい、住民へのアクセスを改善している。

## アクセスと公平性の監視にデータを活用する

### 定期監視とサーベイランス

WHO の健康の社会的決定要因に関する委員会は、行動の主要分野として、「健康の公平性と社会的決定要因の恒常的なシステムが、地域・国・世界の各レベルで実施されている」ことを指摘している（CSDH, 2008, p. 206）。特に同委員会は以下を提言する。

- 「政府は、家庭の経済的負担なくすべての子どもが出生時に登録されるようにする。これを、出生と死亡の住民登録の改善の一環とすべきである。」
- 「政府は、健康と健康の不公平性の社会的決定要因に関する恒常的なデータ収集ができる、健康公平性に関するサーベイランスシステムを構築する。」
- 「WHO は、より幅広い世界的ガバナンス構造の一環として、世界健康公平性に関するサーベイランスシステムの構築を管理する。」

(CSDH, 2008, p. 206)

定期的な健康モニタリングとサーベイランスの仕組みの構築は、国民の健康状態の評価と、コミュニティ内で健康と保健医療サービスへのアクセスをどう分配するかの評価において、重要な第一歩である。理想的には、「すべての国が、最低限、全国的な傾向を表し経年で比較できる基本的な健康公平性データを、入手可能にする必要がある」と同委員会は求めている（CSDH, 2008, p. 181）。

### 身分証明：すべての子どもの権利

毎年生まれてくる 4,800 万人から 5,000 万人の新生児が、生涯、正式な身分証明や市民権をもたない。登録のない子どもは、教育や予防接種を始めとする保健医療サービスへのアクセスなど、基本的な権利を持つことができない。登録がなく記録にもない子どもたちは、極めて容易に搾取の対象となる。

これに対応するため、ICN および国際助産師連盟（International Confederation of Midwives）は協力して、2007 年に『出生登録ツールキット

（Birth Registration Toolkit）』を発表した。看護師および助産師の出生登録の重要性に対する意識向上と、自国内でのこの問題の探究・対応への看護師・助産師の団体の取り組みを促すことが目的である。

このツールキットは、以下で入手可能である。  
[www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fr\\_ee\\_publications/birth\\_registration\\_toolkit.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fr_ee_publications/birth_registration_toolkit.pdf)

(ICN & ICM 2007)



同委員会の包括的最終報告書『*Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*』（2008年）は、公平性に関するサーベイランスシステムの最低要件と、包括的なサーベイランスの枠組みの両方を示している。その詳細を付属書に掲載した。

## 第6章

### 看護師によるアクセスと 公平性の強化

#### プロフェッショナリズムと倫理

国際看護師協会（International Council of Nurses、ICN）は、看護倫理の不可欠な要素として人権と公平性の原則を掲げている。このことは、ICN 看護師の倫理綱領（*ICN Code of Ethics for Nurses*）（2006年）の前文でも確認されている。

「看護には、文化的権利、自ら選択し生きる権利、尊厳を保つ権利、そして敬意のこもった対応を受ける権利などの人権を尊重することが、その本質として備わっている。看護ケアは、年齢、皮膚の色、信条、文化、障害や疾病、ジェンダー、性的指向、国籍、政治、人種、社会的地位を尊重するものであり、これらを理由に制約されるものではない。」（ICN, 2006, p. 1）

この綱領の多くの要素は、公平性とアクセスの問題に直接対応するものである。

- 看護師は、看護の提供に際し、個人、家族およびコミュニティの人権、価値観、習慣および精神的信念が尊重されるような環境の実現を促す（ICN, 2006, p. 2）。
- 看護師は、一般社会の人々、特に弱い立場にある人々の健康上のニーズおよび社会的ニーズを満たすための行動を起こし、支援する責任を社会と分かち合う（ICN, 2006, p. 2）。
- 看護師は、その専門職組織を通じて活動することにより、看護における安全で正当な社会的経済的労働条件の確立と維持に参画する。

この倫理綱領は、様々な状況において看護師がどのように実践できるかについての指針も示している。その例を以下にいくつかあげる。

ICN 倫理綱領の完全版は、

[www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode\\_english.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf) から入手できる。

表 1：ICN 看護師の倫理綱領からの抜粋（ICN, 2006, p. 5）

綱領の基本領域 1. 看護師と人々		
実践者および管理者	教育者および研究者	各国看護師協会
人権を尊重し人々の価値観や習慣、信念に十分配慮したケアを提供する。	ケアへのアクセスの根底である人権、公平、公正、連帯という考え方を、教育カリキュラムに含める。	人権と倫理基準を擁護するための所信声明および指針を作成する。
職場の安全環境を整備し、監視する。	学生が、社会的行動を通じた問題解決の重要性を十分に理解できるように、働きかける。	安全で健康な環境の重要性を提唱する。

看護倫理に関する論文の中で、Nancy Crigger は、グローバル化の枠組みの中での看護倫理の発展を論じている。その中で、「より適切で公平な世界的倫理の促進」につながると考えられる 5 つの要素が指摘されている（Crigger, 2008, p. 21）。

- 包括性とバランス：不利な立場にある人々の意見を取り入れ、科学・宗教・人間学等による視点を考慮する。
- コミュニティと個人のバランス：共通の利益と個人の恩恵の両方を考慮する。
- 内省性（reflexivity）の活用、すなわち、自身の実践を批判的・現実的に内省し、問題を違う視点から見る能力を発揮する。
- 人権に対する新しいアプローチ、特に権利より「自由」に重点を置き、その代わりに発展の機会と能力を認めるアプローチに寛容である。
- 不公平性に対応し深く切り込む能力を認めるものとして、ビジネスと技術をとらえる。

これらの倫理的ガイドラインは、看護師がケアの提供を常に正当で公平に保つのに役立ち、また、患者の体験とケアの質を向上させ、看護全般から偏見と差別の撤廃を支援するものである。

## 訓練と技能開発

看護師が公平性を促進し差別のないアクセス可能なケアを提供しようとする時、継続的な学習開発に深く関与する、効果的な訓練と技能開発が必要となってくる。

Brown らは、障害者への看護ケアの不足を指摘しているが、このクライアント群のニーズについて否定的な捉え方、及び、技能と知識が不足していることも含めて指摘している。一方で、Brown ら

は、学習障害に関する問題について訓練を受けた回答者はわずか8%であったという調査結果を踏まえ、多くの看護師が質の高いケアを提供できるような十分な訓練を受けていないとも述べている。

管理責任者（看護管理者を含む）と雇用主が、コミュニティのニーズと要望に合った情報と訓練を被雇用者に提供することも重要である。地域の少数派グループに属する職員の積極的な採用や、そのスタッフの職場での支援も、サービスをこれらの患者にアクセスしやすいものとし、多数派グループが享受するのと同質のケアを享受できるようにするための、重要なステップである。

## 文化的コンピテンシー

保健医療労働力が文化的コンピテンシーを持っていることは、コミュニティのすべてのメンバーの保健医療サービス利用を拡大するのに重要な部分であるが、同時に、患者の体験と保健医療サービスの提供者と利用者間のコミュニケーションの改善により、サービスの質の向上にも役立つ。

文化的コンピテンシーの向上のための主要なテクニックとして、Brach and Fraser (2000) は次を挙げている。

- 通訳サービスを活用する
- 少数派グループから職員を採用し定着を図る
- 文化的認識・知識・技能を高める訓練をする
- 伝統的な治療を実施している者と調整を図る
- コミュニティのヘルス・ワーカーを使う
- 文化的コンピテンシーに基づいた健康増進を行う
- 家族やコミュニティのメンバーを参加させる
- 異なる文化に関する集中訓練を行う
- サービスの実施場所、物理的環境および業務時間の変更などを含めて、行政および組織による調整を行う

### 文化的な感覚をもつ看護師が国境で活動する

900万人が住むという米国－メキシコ国境では、保健に関するありとあらゆる種類の望ましくない記録が次々と塗り替えられている。10代の妊娠率、肥満率、糖尿病率、シートベルト未装着による交通事故外傷率、いずれも最高を記録している。

この地の約340万人は、貧困レベルを200%下回っている。3分の1以上が特別支援を必要とする低水準の生活条件から逃れられない。大多数は健康保険に加入する余裕がなく、予防的医療を受けようとせず、体調が悪いわけでもないのになぜか血圧やコレステロール値の変化を見なくてはならないのかも理解できない。さらに問題を難しくしているのは、メキシコと米国の経済格差によって、毎日80万人以上が2,000マイルの国境線を越えているという事実である。

米国－メキシコ国境の住民が直面する深刻な健康の不公平性を軽減するため、文化的・言語的にもコンピテンシーを持ったルディのような看護師が活躍している。アリゾナ州とメキシコの国境にある医療センターに属する家族ナースプラクティショナーであり、彼はヒスパニック看護師協会の支部長も務めている。「看護師として毎日、熱中症、低体温症、中毒など、彼らの健康問題を目にしています。砂漠を渡ってくる彼らはあまりにも喉が渇いて、不凍液でもなんでも飲んでしまいます。救急医療室にたどり着いたら、透析に送るのです。」と彼は語る。

「国境で最悪の病気は、貧困です。貧困の結果として、失業、10代の妊娠、良質でない住居、家庭内暴力、糖尿病、癌などが起こっています。」とルディは強調する。

## 役割と柔軟性の拡大

看護師の新しい役割の開発は、多くのサービスへのアクセス拡大の重要な戦略として、調査が行われている。

クリニカル・ナース・スペシャリストとナースプラクティショナーの役割と配置を拡大することは、ケアの質の向上と組織的コストの削減に貢献することが証明されている。Chapmanらは、英国でプライマリケアへのアクセス拡大のために導入された戦略を検証し、「開業医(GP)を雇用・定着することが難しい地域での、サービスアクセスの貧弱さに対抗する」ために、看護師主導のプライマリケアが活用されていることを明らかにした。また、看護師主導のトリアージや電話相談も、ケアの質を損なうことなく時間短縮とアクセス拡大に役立っていた（ただし、電話によるアクセスは、英語力の乏しい人々、聴覚障害・言語障害のある人々、電話を使えない人々には有効でないことを言い添えている）(Chapman et al., 2004)。

一部の地域では新しい適切な構造の導入が、患者の満足度を維持しながら、コストを削減するのに有効であり(ICN, 2010)、深刻な労働力不足の見られる地域で導入されて成果を上げている。

## 研究

保健医療サービス提供の他の様々な側面と同様、研究の分野でも格差が広がっているというエビデンスがある。HIV 分野における看護研究者の分析を扱った最近の論文では、臨床的調査は必ずしも問題となっている対象群を適切に代表していないことを明らかにした。たとえば、米国では、2005年のエイズの新規症例の67%を黒人女性が占めていたが、すべての臨床試験で黒人女性は対象者として十分に上げられていなかった。Cohnによると、これは臨床試験の実施が適切ではないだけでなく、「HIVの拡大に影響する政治的・社会的・個人的要因について学ぶことを不可能にしている」ことになる (Cohn, 2007)。

Cohnは、看護師は、患者への直接ケアやコミュニケーションの経験があり、多くの国で一般市民の信頼が高いことから、患者が十分に情報を得られ、また研究の実施計画書にすべての人口集団が適切に参加し代表性を保つようにするための、「特別な立場」にあると論じている。「特に、看護師は、疾病の管理と治療において、不利な立場にある人々と協力することの重要性を認識している。(Cohn, 2007, p. 274)」。

看護師が仕事の中で公平性の問題に取り組む際に、研究を行うのを支援するツールが Campbell and Cochrane Equity Methods Group によって開発されている。『システマティックレビュー著者のための公平性チェックリスト (Equity Checklist for Systematic Review Authors)』は、レビューのあらゆる側面において公平性の視点を取り入れるよう研究者を導くことを目的として、研究のためのリサーチクエスチョンを集めたものである。たとえば、研究の戦略と方法、対象とする研究の種類や方法、結果の分析などが含まれる (Ueffing et al., 2009)。このチェックリストは <http://equity.cochrane.org/our-publications> で入手可能で、活用と普及が推奨されている。

### 「ケアコネクター」としての看護師

カナダ オンタリオ州では、約78万人が家庭医療提供者へのアクセスがない。州ではこのアクセス欠如に対応するため、州の14の地域保健統合ネットワーク (Local Health Integrated Networks) それぞれに2名の常勤看護師を配置し、患者と医療提供者のパイプ役としている。この看護師は「ケアコネクター」と呼ばれ、患者を受け入れているナースプラクティショナーおよび医師を見つけて、患者を紹介する。紹介は、健康ニーズの問診票に対する患者の回答に沿って、優先順位をつけている。

2010年9月現在、7万6,000人がこのサービスに登録している。そのうち5,600人はニーズが特に高く、その75%が紹介を受けている。また、紹介を受けた患者の75%は、北部およびへき地の住民も含め、家から10キロ以内の医療提供者に紹介されている。

(カナダヘルスサービス研究基金 (Canadian Health Services Research Foundation) 2010)

## ロビー活動、政策提言、政策展開

特に保健医療サービスの提供と改革の領域で、看護師は、分析・政策提言・研究の中で発言することを通じ、政策展開に重要な役割を負っている。しかし、Reutter & Duncan 等が論じているように、健康の社会的決定要因に対応する必要性があるということは、より幅広い公共政策の領域でも強い政策提言が必要であるということも意味している。それは「従来の保健機関や政府の保健省の範囲を超えて、財政、農業、教育、運輸、エネルギー、住居などのセクターを結集する」政策提言である (Reutter & Duncan, 2002, p. 295)。

各国看護師協会は、看護師の利益を明確に発言する手段を提供するとともに、政府や市民社会の主要な利害関係者との最初の接点を提供する。さらに、どのように保健医療システムを方向づけ、構築し、管理するかについて、また健康の社会的決定要因に対処するより広い問題について、政策討議に効果的に参画する要所となる。ICN と WHO が共同で作成したマクロ経済に関する出版物では、労働力開発と健康増進を支援する取り組みの中で、国と地方の保健医療システムの財政・予算確保に関する協議など看護師コミュニティが取り組むべき分野と、アウトカムの達成に向け技能を有した保健医療労働者の重要性とを指摘している (ICN & WHO, 2009, p. 34)。

ロビー活動や政策提言は、公平性やアクセスといった問題に対応する看護の役割として主要な部分であり、様々なスキルの組み合わせや知識基盤の開発を伴う。看護師の教育には、このニーズが反映され始めており、公共政策策定に効果的に関わるために看護師に必要とされる技能を開発する大学院の課程の導入が行われている (Reutter & Duncan, 2002)。

### 国会で働く看護師

ロンドンのウェストミンスター宮殿では、一人の看護師が近代的な労働衛生サービスに携わっている。ほとんどの時間は、宮殿の下院議員、上院議員、その他何千人もの職員と来訪者に当日外来サービスを提供している。この看護師が扱うのは「一般開業医と救急外来が合わさったような内容」である。頭痛の痛み止めを渡すことから、心停止などの緊急事態を知らせるベルに対応したり、スポーツの外傷を扱ったりと多様である。

この看護師は、現役職員と職員候補者の健診のほか、健康維持や仕事で海外に行く議員の旅行上の健康の注意喚起などにも責任を負っている。議会の開会などの式典では、医師、救急車、多数の応急手当担当者が参加するが、その医療と看護の手配もこの看護師が担っている。政治家は早朝まで議論するなど不規則な働き方をするため、自分のことにかまう暇がなく、健康に気が回らないことが考えられる。看護師は多くの有名人に会うが、そのプロフェッショナルリズムに忠実に、すべての人を同じように扱っている。

# 付属書





## 健康の社会的決定に関する委員会： 公平性に関するサーベイランス

最低限の健康公平性に関するサーベイランスシステム (CSDH, 2008, p. 181)

健康アウトカム

- 死亡率：乳児死亡率または 5 歳未満死亡率（またはその両方）、妊産婦死亡率、成人死亡率、出生時平均余命
- 罹患率：少なくとも 3 種類の全国罹患率指標（国の状況により異なると考えられ、肥満・糖尿病・低栄養・HIV の罹患率を含んでもよい）
- 自己評価によるメンタルヘルス

不公平性の尺度

- 人口の平均に加え、健康アウトカムに関するデータは以下の項目で層別に提供する。
  - 性別
  - 少なくとも 2 種類の社会的マーカー  
（例：教育、収入・財産、職業クラス、民族・人種）
  - 少なくとも 1 種類の地域的マーカー（例：へき地・都会、地方）
- 社会グループ間の絶対的な健康の不公平性について、少なくとも 1 種類の集約尺度、および社会グループ間の相対的な不公平性についての 1 種類の集約尺度
- 該当する場合は、先住民の健康についての良質のデータが利用可能であること

健康公平性に関する全国サーベイランス包括的枠組み (CSDH, 2008, p. 182)

健康の不公平性

以下の情報を含むこと

- 以下の項目で層別化した健康アウトカム
  - 性別
  - 少なくとも 2 種類の社会経済的分類  
（例：教育、収入・財産、職業クラス）
  - 民族・人種・先住民

- その他の状況に適した社会階層
- 居住地（へき地・都市、地方、その他関連の地理的単位）
- 下位群間の人口分布
- 相対的な健康の不公平性の集約尺度  
（率比、不平等の相対的指標、人口寄与リスク、密度指数を含む尺度）
- 絶対的な健康の不公平性の集約尺度  
（率差、不平等の傾斜指数、人口によるリスクを含む尺度）

#### 健康アウトカム

- 死亡率（全死因、死因別、年齢別）
- ECD ( Early Childhood Development:幼児開発)
- メンタルヘルス
- 罹患率および障害
- 自己評価による身体およびメンタルの健康
- 原因別アウトカム

#### 決定要因（該当する場合には、層別データを含む）

##### 日常の生活条件

- 健康関連行動
  - 喫煙
  - 飲酒
  - 運動
  - 食生活と栄養
- 物理的・社会的環境
  - 飲料水と衛生
  - 住まいの状況
  - インフラ、交通、都市設計
  - 大気の汚染度
  - 社会資本

- 労働条件
  - 物質的な労働ハザード
  - ストレス

#### 保健医療

- 対象範囲;
- 保健医療システムのインフラ

#### 社会的保護

- 対象範囲
- 保護の内容

#### 健康の不公平性の構造的な要因

- ジェンダー
  - 規範および価値観
  - 経済活動への参加
  - 性と生殖に関する健康
- 社会的不公平性
  - 社会からの排除
  - 収入と富の分配
  - 教育
- 社会政治的な背景
  - 市民権
  - 雇用状況
  - ガバナンスと支出の優先順位
  - マクロ経済の状況

#### 不健康のもたらす影響

- 経済的な影響
- 社会的な影響



## 患者への情報提供 Informed patients

### ICN の所信：

国際看護師協会（The International Council of Nurses : ICN）は、健康促進、健康維持および疾病予防・治療に関する最新の情報を得る権利は万人のものであると確信している。こうした健康に関する情報は、入手しやすく、時宜を得ており、正確、明瞭、適切で信頼性が高く、エビデンスまたはベストプラクティスに基づくものでなければならない。さらに、すべての人々が、健康促進、健康維持および疾病予防・治療における科学的研究や薬物療法、技術革新に関して、正確で信頼性と透明性が高い情報へのアクセスを享受すべきである。

人は、プライバシー権および、自己の健康情報を秘匿する権利を有している。適切な情報の共有は、看護師および他の保健医療専門家が患者や家族、介護者との間に誠実で協力的な関係を築くための必要条件である。

人は、自己の健康に関する決定に際して、情報を得たうえでの、選択を行うために、自己が理解した範囲の情報を適切な形式で入手する権利を有している。患者および介護者への情報は、彼らのニーズや状況（霊的、宗教的、民族的、文化的なニーズや、語学力、健康リテラシー<sup>5</sup>など）に対応するものでなければならない。保健医療的介入に付随するリスクと利益、選択肢について患者に説明し、また、必要に応じて家族や介護者にも説明すべきである。

看護師をはじめとする保健医療専門家は、患者団体、自助グループ、その他の関心を持つ団体の関係者と連携を図り、患者や一般社会に対して健康と保健サービスに関する適切な情報へのアクセスを保証する必要がある。その際に看護師は、患者に提供される情報の内容・質に関する研究および、情報提供が健康アウトカムや看護実践に及ぼす影響に関する研究に参加することが期待される。

---

<sup>5</sup> ここでの「健康リテラシー」とは、健康情報を理解し、自分のものとして取り入れ、日常生活において効果的に活用する能力を指す。

## 背景

自己の健康に積極的に関与しようとする人は、情報に基づき自己治療のためにより良い決定と選択を行い、より健康的なライフスタイルを取り入れ、ケアとそのアウトカムにより満足する傾向にある<sup>6</sup>。看護師をはじめとする保健医療専門家は、人には、自己の健康管理と患者ニーズのアセスメントについて情報に基づいた決断を下す権利と、保健医療や治療処置を受諾または拒否する権利があることを認識すべきである。

看護師をはじめとする保健医療専門家は、専門的知識や既存の考え方だけに頼るのではなく、患者自身が提示する情報ニーズに応えるべきである。

看護師をはじめとする保健医療専門家は、情報管理に関する知識と技能を身に付け、患者が情報を入手・管理・活用することを援助し、患者への情報提供が健康アウトカムに及ぼす影響に関するエビデンスを蓄積し評価する必要がある。

情報提供には、様々な情報技術やコミュニケーション技術を活用すべきである。また、情報の提示に際しては、認可・承認された基準に即してその質を保証すべきである。

看護師およびその他の保健医療専門家においては、その基礎教育と継続的教育を通じて、患者と一般社会の人々に十分な提供を行い、彼らと協力してその健康ニーズに対応するというコンピテンシーを開発する必要がある。

ICN は患者への情報提供は患者の安全に不可欠であり、保健医療の質と安全の向上努力の構成要素となるべきであると認識している。

2003 年採択

2008 年改訂

### 関連 ICN 所信声明：

- 患者の安全 (2002)
- 医療保健情報：患者の権利保護(2000)

---

<sup>6</sup> Department of Health. Chronic Disease Management and Self-Care. National Service Frameworks. (2002). A practical aid to implementation in primary care. Expert Patient Programme. Progress Report. February 6, 2003. [www.doh.gov.uk/cmoprogress/expertpatient/index.htm](http://www.doh.gov.uk/cmoprogress/expertpatient/index.htm)

関連 ICN 出版物：

- Patient Talk! The ICN Informed Patient Project (2003)

2004 年 (社) 日本看護協会訳

2009 年 (社) 日本看護協会改訳

- |   |
|---|
| <p>* 文書中の「看護師」とは、原文では nurse(s)であり、訳文では表記の煩雑さを避けるために「看護師」という訳語を当てるが、免許を有する看護職すべてを含むものとする。</p> <p>* ICN 所信声明の著作権は、国際看護師協会(ICN)にあり、ICN の許可のもとに、(社) 日本看護協会が日本語訳を作成しました。許可の無い商業目的での使用を禁止します。</p> |
|---|



清浄な水への普遍的アクセス  
**Universal Access to Clean Water**

ICN の所信 :

国際看護師協会（ICN）は、水に対する権利は譲れないものとする。安全な水へのアクセス確保は、世界共通のニーズであり、人間にとっての基本的権利であり、人間の基本的欲求を満たし生活と発展を支えるために不可欠なものである。水は公共財であることから、ICN は給水サービスと水資源管理の民営化に反対する。

ICN はまた、政府等関係者の関与と政治的意思のもとに、適切な技術の援用を図ることで、すべての人々が清浄で安全な水を低価格で入手することが可能になると考える。

ICN は、安全な飲料水への継続的アクセスを持たない人々の割合を 2015 年までに半減するという、「国連ミレニアム開発目標」のゴールを支持する<sup>7</sup>。安全な水へのアクセス向上は、貧困緩和対策を効果的に進めるためのポイントである。

ICN は、看護師および各国看護師協会（NNA's）に対して、次の事柄を要請する：

- 地方自治体や水資源管理当局など、他部門の代表者と協力して、清浄で安全な水の供給を求めてロビー活動を行う。
- 安全で利用しやすい水を全国民に供給することを、各国政府に強く求める。
- 水の管理における男女の役割を理解し、貧困者およびジェンダーに目を向けたアプローチを求めてロビー活動を行う。そして、清浄な水へのアクセス向上に、男女が平等に参画できるようにする。

<sup>7</sup> United Nations. UN Millennium Summit, Sept. 2000.

ICNはさらに、看護師およびNNA'sに対して、給水事業に関わる国家機関や国際機関と協力し、次の事柄を実施するよう要請する：

- 生物や化学物質、その他の有害物質を用いた意図的攻撃から給水の安全性を守るよう、警戒を強める。
- 清浄な水への普遍的アクセスを保証するための健全な規制策を求めてロビー活動を行う。
- 給水に関する規制緩和と民営化が公衆衛生に与える影響、とりわけ社会的弱者集団への影響を監視する。

ICNは、気候変化と地球温暖化がしばしば引き起こす旱魃、洪水、水供給の妨げによる公衆衛生への脅威を懸念している。

## 背景

看護師は、個人および家庭、地域社会と協力し、健康促進と疾病予防、健康回復、苦痛緩和を図っている<sup>8</sup>。人々が清浄で安全な水へのアクセスを得られない状況では、こうした目標を達成するという看護の使命は打ち碎かれるだろう。

急速な人口増加や工業化、都市化、農業手法の強化、水を大量消費するライフスタイルなどにより、世界規模で水不足の危機が生じている。世界人口の約20%が安全な飲料水を入手できず、50%は安全な污水处理システムを利用できない<sup>9</sup>。

年間300万人を超える人々が、下痢など、水を原因とした病気で死亡し<sup>10</sup>、何百万人もの人々が赤痢やトラコーム等に苦しんでいる。劣悪な衛生設備と衛生状態に起因する病気により、毎年200万人の子どもが死亡している<sup>11</sup>。

---

<sup>8</sup> International Council of Nurses (2000), Code of Ethics for Nurses. Geneva: ICN.

<sup>9</sup> WWW:unep.Org

<sup>10</sup> World Health Organization. Water and Health. Bulletin of the World Health Organisation, 79 (5), 486.

<sup>11</sup> WSSCC/WHO/UNICEF Global Assessment Report, 2000.



環境の悪化と汚染により、水源は、汚泥や有害バクテリアをはじめ、硝酸エステルなどの化学物質、鉛・水銀・砒素などの重金属、難分解性の有機化合物などによる汚濁の脅威にさらされている。

清浄な水の供給不足は、公衆衛生に対する深刻な脅威である。また、清浄な水の供給不足が、女性への負担をさらに重くしている国もある。遠くまで水を汲みに行き、それを背負って帰ってくることで、女性の健康状態に深刻な影響が現われている。これほどの重労働により水を得ても、その水は、動物や人間の排泄物あるいは産業廃棄物等により汚染されている場合が多く、健康に有害な影響を与えている。

給水源に対して細菌や化学物質、その他の物質による攻撃が加えられ、不特定多数の人々に危害が加えられる懸念が高まっている。

給水に関する規制緩和および民営化という世界的な傾向は、清浄で安全な水への普遍的アクセスに対する重大な障壁となっている。

気候変化と地球温暖化が与える打撃は安全な水の供給に対する脅威と言える。

1995 年採択

2002 年改訂

2008 年再改訂

#### 関連ICN所信声明：

- 環境およびライフスタイルに関する健康阻害要因の削減
- 戦争と紛争の兵器除去に向けて
- 看護師とプライマリ・ヘルスケア
- 看護師と人権

関連 ICN 出版物：

- Fact Sheet on Safe Household Water : Preventing Disease, Saving Lives.

2004 年（社）日本看護協会訳

2009 年（社）日本看護協会改訳

\* 文書中の「看護師」とは、原文では nurse(s)であり、訳文では表記の煩雑さを避けるために「看護師」という訳語を当てるが、免許を有する看護職すべてを含むものとする。



## アクセス可能な公的保健医療サービス Publicly Funded Accessible Health Services

### ICNの所信：

国際看護師協会と各国会員協会は、予防と治療の両面ですべての国民にとってアクセス可能な一連の必須保健医療サービスを提供する全国的な保健医療システムを、当該国が定めるところにしたがって開発することを支持する。

ICNは、こうしたサービスが公的資金で運営されていない場合、政府には社会的弱者グループに対してアクセス可能な保健医療サービスを保証する責任があると考えている。

アクセス可能な必須保健医療サービスは、各国の健康ニーズに即して決定されるべきである。サービス提供に際しては、効率およびコスト効果と質のバランスを勘案し、入手可能な資源を用いてこのバランスを達成するよう努力しなくてはならない。

ICNは、国民保健の優先課題および公平性、必須サービスへのアクセシビリティ、効率（生産性を含む）、コスト効果、質の高いケアに基盤を置いた保健・社会政策の策定に向けて、各国看護師協会が影響力の行使に努めることを支持する。

ICNは、看護師が幅広い役割と責任を果たせるよう、管理能力とリーダーシップ開発のための教育を促進する。またICNは、公的保健医療サービスに関する政府方針のために、こうしたサービス提供に伴う複雑な課題への対応に必要な看護教育レベルが引き下げられることのないよう、各国看護師協会が取り組むことを支持する。

ICN と会員協会は、コミュニティや国の経済力の範囲で必須保健医療サービスへの入手可能性とアクセス可能性を向上する方法として、プライマリ・ヘルスケアの原則を支持・推進する。

アクセス可能で、かつ、コスト効果と質の高いサービスを保証するためには、適切な規制原理・基準・仕組みを設けて、公・民いずれの保健医療サービスにも公平に適用する必要がある。

看護教育システムにおいては、環境の変化にともなうニーズに対応できるようカリキュラムを定期的に更新すること、カリキュラムを適切に実施すること、そして、最新の教育ニーズに対応することを保証する必要がある。

国民の健康は、国の生命ともいふべき重要資源である。各国は、入手可能な資源の中で可能な限り高度な健康水準の達成を図ることを最大目標とすべきである。

ICN と会員協会は、関係者との間に効果的なネットワークを形成し、資源の分配とサービスの入手可能性がニーズと優先度に即していること、それらがプライマリヘルスケアの促進につながることを保証する必要がある。

この目標の達成を妨げる要因には、次のようなものがある：

- 保健医療サービスの需要増大（健康問題の質的・量的変化、人口高齢化、社会的期待の増大などによる）
- 資源不足や高価な先進テクノロジー導入の重視による保健医療費の高騰：
- 計画や優先度設定、保健医療システムの活用・管理が適切に行われないことによる、現有資源の不適切活用

多くの国々で保健医療改革が進められており、これらの問題への対処が試みられている。保健医療改革は、保健医療システムにおける公的・民間双方の部門に影響を及ぼす。

1995年採択

2001年改訂

**関連ICN所信声明：**

- 看護の価値とコスト効果の促進

**関連ICN出版物：**

- Cost Effectiveness in Health Care Services -Guidelines for National Nurses' Associations and Others、ジュネーブ、ICN、1993年
- Costing Nursing Services、ジュネーブ、ICN、1993年

2005年（社）日本看護協会訳

\* 文書中の「看護師」とは、原文では nurse(s)であり、訳文では表記の煩雑さを避けるために「看護師」という訳語を当てるが、免許を有する看護職すべてを含むものとする。

\* ICN 所信声明の著作権は、国際看護師協会(ICN)にあり、ICN の許可のもとに、（社）日本看護協会が日本語訳を作成しました。許可の無い商業目的での使用を禁止します。

## 推薦図書・資料

*Challenging Inequity through Health Systems* (Gilson et al. 2007) Final Report of the Knowledge Network on Health Systems, WHO Commission on the Social Determinants of Health

[www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_media/hskn\\_final\\_2007\\_en.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/hskn_final_2007_en.pdf)

*Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health* (CSDH, 2008) [whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf)

Equity-Oriented Toolkit (WHOCC for Knowledge Translation and Health Technology Assessment in Health Equity, 2004)

[www.cgh.uottawa.ca/whocc/projects/eo\\_toolkit/index.htm](http://www.cgh.uottawa.ca/whocc/projects/eo_toolkit/index.htm)

The European Portal for Action on Health Equity

[www.health-inequalities.eu](http://www.health-inequalities.eu)

Global Learning Device on Social Determinants of Health (PAHO/WHO, 2009)

<http://dds-dispositivo-global.ops.org.ar/cursos/cursoeng/contexto.html>

The ICN Code of Ethics for Nurses (ICN, 2006)

[www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode\\_english.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf)

- Alleyne, G., Stuckler, D. & Alwan, A. (2010). The hope and promise of the UN Resolution on non-communicable diseases. *Globalization and Health*, 6(15).
- Australian Human Rights Commission (2008) Face the Facts: Questions and Answers about Aboriginal and Torres Strait Islander Peoples. Available at: [www.hreoc.gov.au/racial\\_discrimination/face\\_facts/chap1.html#1-4](http://www.hreoc.gov.au/racial_discrimination/face_facts/chap1.html#1-4) [Accessed 7 December 2010]
- Ban, K-M. (2010). *Global Strategy for Women's and Children's Health*. New York: United Nations.
- BC Centre for Disease Control. (2010). *Outreach/Street Nurse Program Receives Human Rights Award*. Available at: [www.bccdc.ca/resourcematerials/newsandalerts/news/Sept16\\_ICNEaward.htm](http://www.bccdc.ca/resourcematerials/newsandalerts/news/Sept16_ICNEaward.htm). [Accessed 18 November 2010]
- Bhattacharyya, O., Khor, S., McGahan, A., Dunne, D., Daar, A. S. & Singer, P. A. (2010). Innovative health service delivery models in low and middle income countries - what can we learn from the private sector? *Health Research Policy and Systems*, 8(24).
- Birdsall, N. & Hecht, R. (1995). *Swimming Against the Tide: Strategies for Improving Equity in Health*. Human Capital Working Paper . Report 14567. Vol. 1. World Bank. Available at: [www-wds.worldbank.org/external/default/main?pagePK=64193027&piPK=64187937&theSitePK=523679&menuPK=64187510&searchMenuPK=64187283&siteName=WDS&entityID=000009265\\_3961019111234](http://www-wds.worldbank.org/external/default/main?pagePK=64193027&piPK=64187937&theSitePK=523679&menuPK=64187510&searchMenuPK=64187283&siteName=WDS&entityID=000009265_3961019111234) [Accessed 12 October 2010].
- Brach, C. & Fraser, I. (2000). *Can Cultural Competency Reduce Racial and Ethnic Health Disparities? A Review and Conceptual Model*. *Medical Care Research & Review* November 1, 2000 57: 181-217. Available at: [http://mcr.sagepub.com/content/57/suppl\\_1/181](http://mcr.sagepub.com/content/57/suppl_1/181). [Accessed 3 September 2010]
- Brown, M., MacArthur, J., McKechnie, A., Hayes, M. & Fletcher, J. (2010). Equality and access to general health care for people with learning disabilities: reality or rhetoric? *Journal of Research in Nursing*, 15(4), pp. 351-361.
- Bryant, R. (2009). ICN 24th Quadrennial Conference Closing Address July 3, 2009. Durban, South Africa: International Council of Nurses.
- Canadian Health Services Research Foundation. (2010). *Casebook of Primary Healthcare Innovations*. Ottawa: CHSRF.

- Canadian Institute for Health Information (2010). Hospitalization disparities by socio-economic status for males and females. Available at [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/disparities\\_in\\_hospitalization\\_by\\_sex2010\\_e.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/disparities_in_hospitalization_by_sex2010_e.pdf) [Accessed 7 December 2010]
- Chapman, J. L., Zechel, A., Carter, Y. H. & Abbott, S. (2004). Systematic review of recent innovation in service provision to improve access to primary care. *British Journal of General Practice*. 1 May 2004 54(502): 374–381.
- Cohn, E. G. (2007). Including marginalized Populations in HIV Clinical Trials: A New Role For Nurse-Researchers. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 8(4), pp. 271-275.
- Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the Gap in a Generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: WHO.
- Corrieri, S., Heider, D., Matschinger, H., Lehnert, T., Raum, E. & König, H.-H. (2010). Income-, education- and gender-related inequalities in out-of-pocket health-care payment for 65+ patients - a systematic review. *International Journal for Equity in Health*, 9(20).
- Crigger, N. J. (2008). Towards a Viable and Just Global Nursing Ethics. *Nursing Ethics*, 15(1), 17-26.
- de Looper, M. & Lafortune, G. (2009). *OECD Health Working Papers No. 43: Measuring Disparities in Health Status and in Access and Use of Health Care in OECD Countries*. Directorate for Employment, Labour and Social Affairs Health Committee.
- Derose, K. P., Bahney, B. W., Lurie, N. & Escarce, J. J. (2009). Review: Immigrants and Health Care Access, Quality, and Cost. *Medical Care Research and Review*, 66(4), pp. 355-408.
- DETERMINE: EU Consortium for Action on the Socio-Economic Determinants of Health. (2010). *The story of DETERMINE: Mobilising Action for Health equity in the EU*. The DETERMINE Consortium.
- DETERMINE: EU Consortium for Action on the Socio-Economic Determinants of Health (2009). *European Directory of Good Practices to reduce health inequalities*. Available at: [www.health-inequalities.eu/?uid=5e0f4e1c50c6c3de1dbfda30bd297c4f&id=main2](http://www.health-inequalities.eu/?uid=5e0f4e1c50c6c3de1dbfda30bd297c4f&id=main2) [Accessed: 12 October 2010]:
- Dey, I. & Fraser, N. (2000). Age-Based Rationing in the Allocation of Health Care. *Journal of Aging and Health*, 12(4), pp. 511-537.
- Dovlo, D. (1998). *Health Sector Reform and Deployment, Training and Motivation of Human Resources towards Equity in Health Care: Issues and Concerns in Ghana*. Ministry of Health, Ghana. Available at: [www.hrhresourcecenter.org/node/181](http://www.hrhresourcecenter.org/node/181). [Accessed 11 October 2010]
- Dowler, E. (2001). Inequalities in diet and physical activity in Europe. *Public Health Nutrition*, 4:701-709.
- Drenowski, A. (2009). Obesity, diets and social inequalities. *Nutritional Reviews*, Vol 67 (Suppl 1) 536-539.
- Gilson, L., Doherty, J., Loewenson, R. & Francis, V. (2007). *Challenging Inequity Through Health Systems*. WHO Commission on the Social Determinants of Health.
- Hailu, D. & Soares, S. S. (2009). *What Explains the Decline in Brazil's Inequality?* Brasilia: International Policy Centre for Inclusive Growth.
- Hanley, A. (2006). *Diabetes in Indigenous Peoples*. Medscape Diabetes and Endocrinology. Available at: <http://cme.medscape.com/viewarticle/540921> [Accessed 18 November 2010].
- Harding, R., Easterbrook, P., Higginson, I. J., Karus, D., Raveis, V. H. & Marconi, K. (2005). Access and



- equity in HIV/AIDS palliative care: a review of the evidence and responses. *Palliative Care*, 19;251-258.
- Harper, S. & Lynch, J. (2005). *Methods for Measuring Cancer Disparities: Using Data relevant to Healthy People 2010 Cancer-Related Objectives*. National Cancer Institute. Bethesda, MD: U.S. National Institutes of Health.
- International Council of Nurses (2006). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Geneva: International Council of Nurses.
- International Council of Nurses & World Health Organization (2009). *The nursing community macroeconomic and public finance policies: towards a better understanding*. Geneva: ICN & WHO. Available at: [www.ichrn.com/publications/policyresearch/DP\\_2-09\\_nursing-macroeco.pdf](http://www.ichrn.com/publications/policyresearch/DP_2-09_nursing-macroeco.pdf)
- International Council of Nurses (2010). *Fact Sheet: Skill Mix*. International Centre for Human Resources in Nursing. Available at: [www.ichrn.com/publications/factsheets/SkillMix\\_ICHRN\\_Factsheet-EN.pdf](http://www.ichrn.com/publications/factsheets/SkillMix_ICHRN_Factsheet-EN.pdf) [Accessed October 13, 2010].
- International Council of Nurses and International Confederation of Midwives (2007). *Birth Registration Toolkit - Identity: Every Child's Right*. Geneva: International Council of Nurses.
- Mackenbach, J. P., Stirbu, I., Roskam, A-J., R., Schaap, M.M., Menvielle, G., Leinsalu, M. & Kunst, A. E. (2008). Socio-Economic Inequalities in Health in 22 European Countries. *New England Journal of Medicine* June 5 2008 558(23) pp. 2468-2481.
- Makwiza, I., Nyirenda, L., Bongololo, G., Banda, T., Chimizizi, R. & Theobald, S. (2009, May 5). Who has access to counseling and testing and anti-retroviral therapy in Malawi - an equity analysis. *International Journal for Equity in Health*, p. 8:13.
- McCoy, D. (2003). *Health Sector Responses to HIV/AIDS and treatment access in southern Africa: Addressing equity*. Health Systems Trust. Regional Network for Equity in Health in Southern Africa (EQUINET) in co-operation with Oxfam GB.
- McKee, M. (2002). What can health services contribute to the reduction of inequalities in health? *Scandinavian Journal of Public Health*, 30:54-58.
- Ministry of Health and Social Policy of Spain. (2010). *Moving Forward in Health: Monitoring Social Determinants of Health and the re-education of Health Inequalities: An Independent Report Commissioned through the Spanish Presidency of the EU*. Ministry of Health and Social Policy in Spain.
- National Health Committee (New Zealand) (2010). *Rural Health: Challenges of Distance Opportunities for Innovation*. Wellington: National Health Committee.
- Osterle, A. (2002). Evaluating Equity in Social Policy: A Framework for Comparative Analysis. *Evaluation* 8:46, 46-59.
- Pan American Health Organization (1999, March). *Methodological Summaries: Measuring Inequity in Health*. Available at: [www.paho.org/english/sha/be991ineq.htm](http://www.paho.org/english/sha/be991ineq.htm) [Accessed October 1, 2010],
- Pan American Health Organization/World Health Organization (2009). Global Learning Device on Social Determinants of Health and Public Policy Formulation. Available at: <http://dds-dispositivoglobal.ops.org.ar/cursos/contexto.html> [Accessed October 10, 2010]
- Pearsall, J. (Ed.). (2002). *The Concise Oxford English Dictionary* (Tenth Revised ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Reutter, L., & Duncan, S. (2002,). Preparing Nurses to Promote Health-Enhancing Public Policies. *Policy*,

*Politics & Nursing Practice*, November Vol.3 No.4, pp. 294-305.

- Schneider, M. C., Castillio-Salgado, C., Bacallao, J., Loyola, E., Mujica, O. J., Vidaurre, M., & Roca, A. (2005). *Methods for measuring health inequalities (Part III)*. Pan American Health Organization. Available at: [http://www.paho.org/english/dd/ais/be\\_v26n2-en-desigualdades\\_3.htm](http://www.paho.org/english/dd/ais/be_v26n2-en-desigualdades_3.htm). [Accessed October 2010].
- Schubert, M, Glass, T. A., Clarke, S. P., Aiken, L, H., Schaffer-Witvliet, B., Slaone D., M. & de Geest, S. (2008) Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(4), pp.227-237.
- Sigfrid, L. A., Turner, C. & Ray, S. (2006, June 29). Using the UK primary care Quality and Outcomes Framework to audit health care equity: preliminary data on diabetes management. *Journal of Public Health*, Vol. 28, No. 3, pp.221-225.
- Stuckler, D., Basu, S. & McKee, M. (2010, March). *Drivers of Inequality in Millennium Development Goal Progress: A Statistical Analysis*. PLoS Medicine. Available at: [www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.1000241#pmed.1000241-WHO1](http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.1000241#pmed.1000241-WHO1) [Accessed October 13, 2010].
- Theodorakis, P. N., Mantzavinis, G. D., Rrumbullaku, L., Lionis, C., & Trell, E. (2006). *Measuring health inequalities in Albania: a focus on the distribution of general practitioners*. Human Resources for Health. Available at: [www.human-resources-health.com/content/4/1/5](http://www.human-resources-health.com/content/4/1/5) [Accessed October 1, 2010].
- Ueffing, E., Tugwell, P., Petticrew, M. & Kristjansson, E. (2009). *C1, C2 Equity Checklist for Systematic Review Authors*. May 28. Cochrane Health Equity Field 2009. Available at: <http://equity.cochrane.org/sites/equity.cochrane.org/files/uploads/equitychecklist.pdf> [Accessed November 18, 2010].
- United Nations (1948, December 10). *The Universal Declaration of Human Rights*. Available at: [www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml](http://www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml) [Accessed September 27, 2010]
- United Nations (2010). *The Millennium Development Goals Report*. New York: United Nations.
- United Nations Children's Fund (UNICEF) (2010). *Progress for Children: Achieving the MDGs with Equity*. New York: UNICEF.
- Van Cleemput, P. (2010). Social exclusion of Gypsies and Travellers: health impact. *Journal of Research in Nursing*, 15(4), pp. 315-327.
- Wagstaff, A., Paci, P., & Van Doorslaer, E. (1991). On the measurement of inequalities in health. *Soc Sci med*, pp. 33:545-557.
- Wood, T. (2010). *German doctors fear health care rationing*. 19 January, 2010. DW-World.de. Available at: [www.dw-world.de/dw/article/0,,5139759,00.html](http://www.dw-world.de/dw/article/0,,5139759,00.html) [Accessed November 17, 2010]
- World Cancer Research Fund (2010). *Press Releases: Higher rates of cancer in men "not inevitable"*. Available at: [www.wcrf-uk.org/audience/media/press\\_release.php?recid=133](http://www.wcrf-uk.org/audience/media/press_release.php?recid=133) [Accessed November 17, 2010]
- World Health Organization (2006). *Global Health Atlas*. Available at: <http://gamapserver.who.int/maplibrary/default.aspx> [Accessed 6 December 2010].
- World Health Organization (2006). *World Health Report 2006: Working Together for Health*. Geneva: WHO.

- World Health Organization (2008a). *Monitoring achievement of the health-related Millennium Development Goals*. April 10. Available at: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/A61/A61\\_15-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_15-en.pdf) [Accessed October 13, 2010]
- World Health Organization (2008b). *Inequities are killing people on a grand scale, reports WHO's Commission (Press Release)*. August 28. Available at: [www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr29/en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr29/en/index.html) [Retrieved September 27, 2010].
- World Health Organization (2010a). *Policy approaches to engaging men and boys in addressing gender equality and health equity*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2010b). *Global Atlas of the Health Workforce*. Available at: <http://apps.who.int/globalatlas/DataQuery/default.asp> [Accessed November 18, 2010].
- World Health Organization (2010c). *Global policy recommendations: Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Executive Summary*. Available at: [www.who.int/hrh/retention/Executive\\_Summary\\_Recommendations\\_EN.pdf](http://www.who.int/hrh/retention/Executive_Summary_Recommendations_EN.pdf) [Accessed October 14, 2010].
- World Health Organization (2010d). *Measuring health workforce inequalities: methods and application to China and India*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2010e). *Social Determinants of Health: Tools and resources*. Available at: [www.who.int/social\\_determinants/tools/en/](http://www.who.int/social_determinants/tools/en/) [Accessed October 10, 2010].
- World Health Organization (2010f) World Health Report: Health Systems Financing: The path to universal coverage. WHO: Geneva.
- World Health Organization Collaborating Centre for Health Technology Assessment (2004). *Economic Evaluation Tools*. Available at: [www.cgh.uottawa.ca/whocc/projects/eo\\_toolkit/download/economic\\_evaluation\\_TOOLS.pdf](http://www.cgh.uottawa.ca/whocc/projects/eo_toolkit/download/economic_evaluation_TOOLS.pdf) [Accessed October 10, 2010].
- World Health Organization Collaborating Centre for Health Technology Assessment. (2008). *Equity-Oriented Toolkit*. Available at: [www.cgh.uottawa.ca/whocc/projects/eo\\_toolkit/index.htm](http://www.cgh.uottawa.ca/whocc/projects/eo_toolkit/index.htm) [Accessed October 10, 2010].
- World Health Organization Regional Office for Europe. (2010). *How health systems can address inequities in priority public health conditions: the example of tuberculosis*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization, WHO Centre for Health Development, Kobe & the United Nations Settlements Program (UN-Habitat) (2010). *Hidden Cities: Unmasking and Overcoming Health Inequities in Urban Settings*.