

「健康の社会的決定要因」から アイヌ民族差別を考える

—先住民族の健康問題に関する日豪比較研究に向けて—

上 村 英 明

To Review Discrimination against the Ainu from the Concept, “Social Determinants of Health” — Toward a Comparative Study on Indigenous Health between Australia and Japan —

Hideaki Uemura

要約

グローバル化の進展によって、世界各地で社会的不安定や不安が増大する中、健康問題が社会環境に大きく規定されているという見方が、世界保健機関を中心に広がりつつある。「健康の社会的決定要因」という考え方である。この概念は、社会全体を捉えることができると同時に、それぞれの社会で厳しい立場にあるマイノリティ、先住民族、移民・難民などのグループが置かれた状況にも有益なはずだ。現実にはオーストラリアでは、「先住民族の健康の社会的決定要因」という概念の下、先住民族の健康状況を改善し、より公正な社会を実現したいという試みが始まっている。しかし、日本の先住民族、とくにアイヌ民族の置かれた社会状況の中では、アイヌ民族自身が健康に大きな不安を寄せているにも拘わらず、政治や行政の関心は薄く、取り上げられたとしてもそれは適切な健康診断の問題だと矮小化される傾向にある。差別や植民地主義の歴史との関係性の上で、アイヌ民族の健康問題を再構築する試みを行いたい。

Key Words : アイヌ、先住民族、健康の社会的決定要因、植民地主義
(Ainu, indigenous peoples, social determinants of health, colonialism)

1. はじめに：「健康の社会的決定要因」という概念

世界保健機関（WHO）によれば、「健康とは、完全な身体的、精神的及び社会的に満足できる生活状態（well-being）であって、単に病気の不在や病弱でないことだけではない」と定義されている。この表現は1946年6月にニューヨークの国際保健会議で採択されたWHO憲章の前文にある。健康の問題は、日本では、一般的に身体的および精神的な疾病に対する医学上の問題とされているように思う。健康を維持するためには、上下水道をはじめとする清潔な生活環境といったインフラ（社会基盤）の整備、公衆衛生に関する十分な理解やその教育、身近に近代的なクリニック・病院などの医療施設の配置、医師をはじめとする優秀な医療スタッフの育成、先進的な医療機器や薬剤の開発と利用、これらを妥当な費用で利用するための医療保険制度の確立、病気を早期に発見するための健康診断制度と行政の支援の充実、そして本人の健康を維持したいという意思や努力などが必要だと考えられ、その目的は狭く個人の「身体的健康」と「精神的健康」である。WHOの定義と比較すれば、日本におけるこうした考え方は、健康とその社会的要因との関係性をあまり考慮していないように思える。考慮どころか、想定していないと考えることもできる。

しかし、WHOでは、むしろこの側面での健康の捉え方に大きな関心が寄せられ強化されてきた。ひとつの大きな転換点は、1986年11月に第1回国際健康促進会議で「ヘルス・プロモーションのためのオタワ憲章（The Ottawa Charter for Health Promotion）」の採択である。¹⁾「オタワ憲章」では、1978年「アルマ・アタ宣言（Declaration of Alma-Ata）」で確立した「プライマリー・ヘルス・ケア（Primary Health Care）」の考え方を前提に、健康を享受できる公正な社会の実現に向けて、「ヘルス・プロモーション」という概念が確立された。その中で明記された「健康の必要条件」として、平和・安全な住居（shelter）・教育・食料・所得・安定的な生態系・持続可能な資源・社会的正義と公正（social justice, and equity）が掲げられている。そして、「政治的、経済的、社会的、文化的、環境的、行動上及び生物学的要因はすべて健康に

有利に働くかあるいはこれを害することができる」ことを確認し、「ヘルス・プロモーション（健康の促進）」は、政策提言（advocacy）を通して、これらの条件をより良い方向に導かなければならないとしている。その意味で、「ヘルス・プロモーション」は、狭い意味での保健・医療セクターの責任下にあるだけではなく、その実現のためには健康を取り巻く公正な社会を目指し、広く分野横断的なアプローチが不可欠である。

この流れの中、1997年7月には第4回国際健康促進会議で、「21世紀に向けたヘルス・プロモーションの指導に関するジャカルタ宣言（Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century）」が採択され、「オタワ憲章」が再確認されるとともに、「健康の社会的決定要因（Social Determinations of Health）」が強調された。また、2005年3月には「健康の社会的決定要因に関する委員会（Commission on Social Determinants of Health: CSDH）」が健康の不正性を低減するための実例を集める目的でWHOによって設立された。この委員会は、任務が終わったとして、2008年7月に最終報告書を提出して廃止されるが、この報告書の勧告に従いWHO総会では、翌2009年5月「健康の社会的決定要因に取り組む活動を通じての健康の不正性の低減（Reducing health inequities through action on the social determinants of health）」²⁾という決議が採択された。その後、2011年10月には、同じくWHOの主催でリオデジャネイロにおいて、「健康の社会的決定要因に関する世界会議」が開催され、「健康の社会的決定要因に関するリオ政治宣言(Rio Political Declaration on Social Determinant of Health)」³⁾が採択されるまでになった。

この「健康の社会的決定要因」という概念が、注目を集めている理由は、フランスの社会学者エミール・デュルケム（Emile Durkheim）が「アノミー（anomie）」概念を用いて、自殺を社会的要因から説明しようとした『自殺論』（1897年）に端的に表わされているように、グローバル化によってもたらされる不安定さや不安感などの社会的要因が現代社会における広範囲な病理現象に深く結びついていると考えられるからだろう。また、いわゆる途上国では、同じくグローバル化による資源配分の格差や貧困階層のさらなる拡大などが健康問題に大きく関わっていると考えられている。先述したWHOの動きばかりでなく、2015年9月に国連総会で採択された「持続可能な開発のための2030アジェンダ」も17の目標を「持続可能な開発目標（Sustainable

Development Goals)」として明示したが、その中には、貧困・飢餓の撲滅、公正で質の高い教育と並んで、健康の確保と福祉の推進などが提唱されている。(国連広報センター・ニュースプレス・2030アジェンダ)

2. 先住民族と「健康の社会的決定要因」

「健康の社会的決定要因」の定義からすれば、これは健康問題への集団的要素を使ったアプローチとして、社会全体だけでなく、その中にあるマイノリティや先住民族、移民・難民のような社会的弱者あるいは社会的に抑圧された集団の健康問題を把握し、その被抑圧集団が社会全体の中でどのような位置に置かれているかを再確認するための重要な分析視角になるはずである。また、その分野横断的な分析枠組みから、当事者を含め多くの関係者をつなぐアプローチとしての可能性も考えられる。

私は、十分な情報をもっていないが、まず社会の被抑圧集団としての先住民族の視点からどのような実像がみえてくるかを試験的に紹介してみたい。

例えば、米国では、1955年に「インディアン衛生局」が現保健福祉省公衆衛生局内に設置以来、米国内に置かれた先住民族の健康問題を管轄してきた。21世紀に入り、米国先住民族の健康問題とは何だろうか。2014年のデータからみえる健康問題のひとつとして、先住民族の死亡原因をみれば、以下の第1位～第10位の原因が挙げられている。⁴⁾

①心臓病：18.25%、②悪性腫瘍(癌)：17.50%、③不慮の事故(unintentional injuries)：11.08%、④慢性肝炎・肝硬変：5.28%、⑤糖尿病：5.24%、⑥慢性気管支炎：4.37%、⑦脳卒中：3.60%、⑧自殺：2.71%、⑨インフルエンザ・肺炎：2.28%、⑩腎炎・腎臓疾患：1.87%、(2012年の参照として⑪殺人：1.6%)

米国先住民族の歴史、とくにアルコール問題の歴史を専門としてきた石井泉美(東海大学)は、これらの数字を次のように解説している。

米国先住民族にとって、コロンブスの「到達」以降は、欧州からもたらされた感染症が長年大きな健康問題であった。天然痘やペスト、腸チフスと言った病気で、免疫を持たなかった先住民族の人口を大きく減少させた要因のひとつである。しかし、時代を越えて、第二次世界大戦後になると、結核が先住民族の健康問題の中心になった。さらに、21世紀になると上述の統計結果のように、結核は死亡原因の上位から姿を消し、現代の米国先住民族に

とっての深刻な健康問題として、糖尿病とアルコール中毒・依存症が二大疾病になった。⁵⁾

まず、糖尿病について、石井は以下のように指摘している。

「糖尿病の有病率に目をやると、ヒスパニック系を除く白人と比べ先住民の成人は2.3倍、10代の子どもたちに絞るとⅡ型糖尿病を発病する率は実に9倍に跳ねあがる。10万人当たりの死亡者数で見ても全米の21.8人に対して34.5人と1.6倍となり、事態が深刻であることを窺わせる。」⁶⁾

このⅡ型糖尿病は、日本では「生活習慣病」と呼ばれる病気のひとつで、過食（とくに高脂肪食）、運動不足、肥満、ストレスなどの生活習慣と加齢が原因と言われている。また、合併症として血管の動脈硬化が起こることで、網膜症、慢性腎臓病、脳卒中、心筋梗塞が引き起こされる。死亡原因との関係でいえば、本来の糖尿病ばかりでなく、広く心臓病、脳卒中、腎炎・腎臓疾患と密接な関係をもっているということだ。そして、こうした関係性は社会的要因とも大きく絡み合っている。

アルコール飲料に関しては、歴史的にも地球上のほぼすべての社会に存在したが、社会が安定していれば、酒は「百薬の長」にもなった。石井によれば、米国先住民族社会にもアルコール飲料は存在したが、用途は儀式に限られ、大量に見境なく摂取されることはなかった。しかし、ヨーロッパ移民がもたらした「近代化」の中で、差別や強制同化に加え、低所得、失業、不安定な雇用など経済的、社会的不安が広がると、先住民族の多くはアルコールに走り、本人の健康を害するだけでなく、周囲の人々に多様な社会問題を押し付けてきた。死亡原因だけをみても、アルコール中毒・依存症は、不慮の事故、自殺、殺人と大きな関連性をもっていることは、「インディアン衛生局」が長年警告してきたことでもある。⁷⁾とくに不慮の事故は、先住民族社会に顕著であり、2014年の統計データによれば、不慮の事故による死亡者は、全米全体で5.18%、白人全体でも5.23%で、先住民族社会のそれはその2倍以上になる。石井はとくに、不慮の事故で亡くなる若者が多いのが米国先住民族社会の特徴であり、先住民族の中で5歳～44歳の人口ではその第1死亡原因が不慮の事故であることを強調している。⁸⁾

ともかくも、こうした視点からみれば、健康の問題、とくに先住民族の健康の問題は実体的な社会構造と密接な関係をもっているといえないだろうか。世界各地で、多文化主義は表面上広がっているようにみえるが、その価

値観が本質的な内実まで理解されていない現在、むしろ先住民族に対する差別や格差は健康問題として深化するのではないかというのが、私の最近の大きな懸念事項である。繰り返すが、逆に先住民族の健康状態を丁寧に明らかにすることによって、一人ひとりの先住民族の抱える問題に向き合うと同時に、差別が根源的にほとんど解決されていないグローバル社会の新たな欺瞞を明らかにできるのではないだろうか。

3. オーストラリアにおける「先住民族の健康の社会的決定要因」

2007年、依然として「健康の社会的要因に関する委員会（CSDH）」が活動を続けている中、オーストラリアの研究者たちは、13本の論文と序文・結論から構成される1冊の本を刊行した。本のタイトルは『先住民族の健康の社会的決定要因（social determinants of INDIGENOUS HEALTH）』⁹⁾で、WHOの概念である「健康の社会的決定要因」を先住民族に適用しようという意欲的な試みである。

序文の冒頭部分には、2004年3月、オーストラリアの北部準州にあるダーウィンで開催された5日に渡る「先住民族の健康の社会的決定要因短期コース」の開会式におけるL.L.オドノヒュー（Lowitja Lois O'Donoghue）の挨拶が紹介されている。L.L.オドノヒューは、オーストラリア先住民族を代表する女性行政官で、1990年～1996年には、新設された政府の専門機関である「アボリジニー・トレス海峡諸島民委員会（Aboriginal and Torres Strait Islander Commission：ATSIC）」の初代委員長をも務めた人物である。国連の人権関連会議にもオーストラリア先住民族を代表して参加し、私とも何度も会議で同席したことがある印象深い人物であった。ここでは、まず、彼女の「先住民族の健康を決める（Determining Indigenous Health）」と題したこの短期コースの開会挨拶を、やや長くなるが、紹介しておこう。

「私は、健康が個人の身体的に満足な状況に左右されないことを実感するためにここにいます。それは、また教育、財政状況、適切な住居、公衆衛生、食事そしてさまざまな財やサービスへのアクセスという重要な指標に依存しています。健康を考える時、あなたには、構造的な不公正に焦点を当てる、不幸な個人的物語に焦点を当てるだけではないモデルが必要です。また、あなたには、抑圧や収奪の歴史及び制度的な人種差別の歴史を認識するモデルも必要です。

私の属する人民（先住民族のこと、筆者註）の生命は、白人の植民による残虐行為、傲慢さそしてパターナリズム（家父長的温情主義）によって荒廃させられてきました。「彼らを家に連れて帰る（Bringing them home）」報告書<HREOC 1997>¹⁰が文書ではっきりと立証したように、私の人民は、来る日も来る日もヨーロッパ人の植民の結果とともに生きてきました。過去の差別的な政策の結果は今日依然として感じられます。人種差別は依然として深く私たちの社会の構造に埋め込まれています。それは、白人の優越性に関する現在進行中の思い込みの中に感じられます。私の人民が被っている健康、住居、教育及び雇用における苦難の中に感じられます。経済的に不利な状況の中に強烈に感じられます。あらゆるレベルの政府機構に政治的表権が欠落していることで証明されています。私たちの青年たちにも感じられ続けるでしょう、彼らの多くは依然として（刑務所や少年院などへの）収監生活を強いられ、あるいは彼らの家族や地域社会から引き離されています。それは、悲しみやトラウマ、文化の喪失を引き起こしながら、次に続く世代に影響を与え続ける遺産なのです。

先住民族の健康の状況はよく知られています。適切な表現ですが、第一世界の国家の中の第三世界の健康として描かれます。オーストラリアが21世紀に直面している最難関の仕事であることを私は疑いません。先住民族の健康に関する統計は恐ろしくおなじみのものです。私たちの平均余命は、依然として全人口のそれより20年も短いものです。乳児死亡率は2倍です。すべての年齢層で、私たちはほとんどの病気と健康状態で入院が最も相応しいようです。先住民族の腎不全による死亡率は、男性で8倍、女性で5倍です。糖尿病の発生率も高く、私たちは若くしてそれに罹患し、より頻繁に亡くなります。暴行による入院は、先住民族女性で恐ろしいほど高く、他のオーストラリア女性の19倍です。こうしたリストは情けないほど長く、ぞっとするものです。

他の不利な状況として、高い失業率、貧困な教育成果、不適切で過密な住居での居住、容認しがたいほど高率の刑務所への収監と少年拘置があります。これらの要素のすべてが相互につながっています。そのつながりは、ほぼ20年前「1986年ヘルス・4プロモーションのためのオタワ憲章」（WHO1986）で、詳細にかつはっきりと説明されました。憲章は、健康の基本的な条件及び土台は、平和、安全な住居、教育、食料、所得、安定した生

態系、持続可能な資源、社会正義、居住の公正さ、適切な所得と社会権力だと述べています。これらの条件は、先住民族の包括的な健康の概念に強く共鳴します。「全国先住民族健康戦略 (National Aboriginal Health Strategy)」は、健康がコミュニティ全体の社会的、情緒的、精神的及び文化的に満足の行く生活状況を包摂すると述べています。

私たちは、健康や病気が真空の中に存在するのではないことを知っています。健康は、公衆衛生へのアクセス、機能的な下水道システム、きれいな上水、適切な住居、教育、通信と輸送手段そして適切な保健施設とスタッフへのアクセスと深くつながっています。それは、ちょうどよき常識のようにも聞こえます。しかし、なぜ、健康はこうした社会的決定要因を無視した生物医学的手法の中で依然としてまたしばしば語られるのでしょうか。なぜ、たくさんの方が社会的、文化的要素を無視した、狭い学問の専門性の枠組みの中で行われるのでしょうか。なぜ、健康や住居、教育や環境に関わる政府機関は、先住民族の健康の現状のような差し迫った国家的問題への解決を求める時、お互いに話をしないように見えるのでしょうか。」¹¹⁾

この本の編者たちは、L.L.オドノヒューの認識を共有しながら、次のように刊行の意義とその内容構成の特徴について述べている。

「個人は、健康を守ろうとする行動で選択を行うけれども、かなりの程度、心理学的及び生理学的な健康上の成果は、個人の選択を越えた構造に影響される。従って、本書に集められた論文は、社会的環境が健康に影響を与えているという検討手法を取り入れている。具体的に、オーストラリア先住民族に影響を与えている社会問題は、歴史、民族差別、そして国家に関する章で扱われている。より一般的に健康の社会的決定要因を扱う章では、・・・貧困、社会階層、社会資本、教育、雇用、福祉及び住宅が取り扱われている。最終のいくつかの章では、先住民族の健康に関する政策過程及び人権と現代オーストラリアにおける健康の関連性が取り上げられている。」¹²⁾

そして、それぞれの論文から決定要因のいくつかの特徴が浮かび上がってくる。ある研究では、先住民族の現在における健康問題は、彼らが経験してきた「歴史」と深く、複雑に結びついていることだ。オーストラリアの具体的な文脈でいえば、市民権、国勢調査、選挙、年金、政府、雇用、土地及び社会からの排除の歴史であり、それは先住民族の健康が、彼らが経験した植民地主義、植民地政策などと関連しているということでもある。前の世代が

経験した歴史上のトラウマは、その後の世代に伝播し、その世代の健康に影響を与えるという主張もある。その点、「歴史の影響を極小化しようとする政治的指導者たちの言説は、先住民族の周辺化の引き延ばしに貢献し、(先住民族と入植者の) 和解のプロセスを阻止するだけである」と厳しい批判が寄せられている。別の研究では、先住民族の健康は、人間関係のネットワークである「社会(関係)資本」¹³⁾と深く結びついている。「社会(関係)資本」は、「ハビトゥス(habitus)」の提唱で有名なフランスの社会学者ピエール・ブルデュー(Pierre Bourdieu)が唱えた、「文化資本」、「経済資本」に並ぶ概念で、人間相互の信頼関係の醸成を意味し、この社会資本が蓄積されれば、社会の効率性が高まるとされている。オーストラリアにおける先住民族に対する人種差別と周辺化の歴史は、この視点からみれば、先住民族を取り巻く「社会(関連)資本」の解体や欠乏を生み出した。そして、その状況が健康の問題に大きな影響を与えている。また、その流れを逆転させるためには、先住民族の文化とくに倫理や哲学の重要性を再評価し、人対人の信頼関係や相互の尊敬を醸成することが示唆されている。¹⁴⁾

健康問題を中核に、その原因や構造を多様な視点から再構築し、できれば、そこから問題解決に歩み出したいという希望の実現は、問題の難解さから言っても、そう容易ではない。「健康の社会的決定要因」のアプローチも、その問題の例外であることはできない。しかし、問題の原因や構造が、L.L.オドノヒューが述べるように、当事者にも「共鳴」できる形で抉り出されない限り、正解への道が見えることはあり得ないのではないだろうか。

4. アイヌ民族の健康問題とそのアプローチ

アイヌ民族に対する法的な政策は、1899年の「北海道旧土人保護法」に始まるが¹⁵⁾、「保護法」という言葉が意味するように、大きく分類すれば、この法律は「福祉法」に当たる。とくに、以下の第5条、第6条は健康に関する条文である。

「第五条 北海道旧土人ニシテ疾病ニ罹リ自費治療スルコト能ハサル者ニハ薬価ヲ給スルコトヲ得

第六条 北海道旧土人ニシテ疾病、不具、老衰又ハ幼少ノ為自活スルコト能ハサル者ハ従来ノ成規ニ依リ救助スルノ外仍之ヲ救助シ救助中死亡シタルトキハ埋葬料ヲ給スルコトヲ得」

しかし、これは、残念ながら、アイヌ民族の健康状態の現状を把握するどころか原因や構造を理解しようとする意思や関心もなく、ただ医療費や薬代を補助することがあると規定しているにすぎない。

第二次世界大戦後、日本政府は、生活保護法の充実、そしてアイヌ民族に対する同化政策の完成を前提に、「北海道旧土人保護法」は意味を失ったとして、アイヌ民族政策からの全面撤退を行った。しかし、アイヌ民族に対する何らかの救済政策が必要として、再び政策が始まったのは、1974年以降の「北海道ウタリ福祉対策」で、主体は地方自治体である北海道、名称からその分野はまたしても「福祉対策」であった。そして、1997年の「アイヌ文化振興法」の制定で、国は再びアイヌ民族政策の主体にカムバックするが、それ以降はほとんど一転して「文化」に特化した政策が展開される。さらに、国の制定した法律に「アイヌ」という言葉が使われたことから、北海道も独自の福祉対策の名称変更を2002年から行うことになった。「アイヌの人たちの生活向上に対する推進方策」で、第1次（2002年～2008年）、第2次（2009年～2015年）が終了し、現在は第3次方策（2016年～2022年）が始まったばかりである。

少なくとも生活全般を扱う北海道の政策の中で、健康問題は、どこに位置づけられているのであろうか。2015年7月に北海道が策定した第3次方策の「概要」版を見る限り、「第2 基本的方向と推進施策 2 推薦施策 (4) 生活の安定 [生活の安定・向上]」の第3項目に、以下の文言があるのみだ。

「○健康をはじめとした生活上の各種相談に応じる生活相談員の活動の充実が図られるよう努力める。」

確かに、アイヌ民族の健康状態を把握するポジションに「生活相談員」がいるのは事実だろう。ある意味では、個々のアイヌの生活の実態がここに集約される。しかし、こうした役割や機能は十分に生かされているのだろうか。あるいは、生活相談員だけで十分なのだろうか。¹⁶⁾

さらに、もうひとつ、「アイヌの人たちの生活向上に対する推進方策」の根拠となる「北海道アイヌ生活実態調査」はアイヌ民族の健康をどう取り扱っているのだろうか。最も新しい例を挙げれば、2013年10月に行われた第7回目にあたる「北海道アイヌ生活実態調査」があり、その結果は翌年公表された。この調査には、伝統的に「生活の状況」「教育の状況」「住宅の状況」「所得等の状況」などの項目があり、「生活の状況」の中では、深刻な「生活

保護の状況」なども明らかになっている。しかし、残念ながら、健康状況に関する質問項目はなく、最近では、政府の文化政策偏重に従って、「アイヌ文化の保存と伝承について」など、文化関係の質問項目の増加が印象深い。ただし、健康問題に関連するものとして注目したい結果がある。「所得等の状況」という項目の中に、「不安に思っていること」という質問があり、その回答の第1位が「自分と家族の健康」という選択肢であることだ。2013年調査では、67.9%だが、その前の2006年調査では70.5%、前々回の1999年調査では66.2%で、いずれもアイヌ民族の心配事の最上位にある。(北海道環境生活部『平成25年北海道アイヌ生活実態調査報告書』2014年。)

加えて、北海道におけるアイヌ民族の生活実態調査には、北海道環境生活部が実施するもの以外に、北海道大学アイヌ・先住民研究センターが実施したのがある。「北海道大学アイヌ民族生活実態調査」と題する調査は2008年に実施され、2009年5月に公開された。この調査とその報告の特徴は、調査結果が章ごとに分かれ、そこに専門家の分析が付けられていることだ。この調査報告第6章は「健康のリスク要因とその現状」というタイトルで、品川ひろみ(札幌国際大学)と小野寺理佳(名寄市立大学)がその分析に当たった。2人は、先述した北海道による2006年実施の「北海道アイヌ生活実態調査」で、アイヌ民族の不安項目の第1位が「自分と家族の健康」であったことに着目し、その働きかけで「健康」に関するこの項目が北海道大学の調査に入ることになった。さて、調査では対象とされたリスク要因は、「喫煙」「飲酒」「ギャンブル」で、その3項目に加え「健康診断」が第4項目として加えられた。そして、その結果は次のように分析されていて、興味深い。リスク要因である「喫煙」「飲酒」「ギャンブル」のいずれも、「国民調査や道内調査と比較しても」アイヌ民族の比率は高く、その現状は懸念されるものである。それではどうするのか。品川と小野寺は、「重要になるのが健康管理」であると指摘し、アイヌ民族の住む地域の違いでリスク要因に関する数字の高低があるので、行政がこの結果を参考に各地域での健康診断のやり方を細かく統括しなければならない、と結論づけている。¹⁷⁾(北海道大学アイヌ・先住民研究センター『2008年北海道大学アイヌ民族生活実態調査報告』2009年、88頁。)

「健康の社会的決定要因」あるいは「先住民の健康の社会的決定要因」という視点で見た時、アイヌ民族の健康に対する日本社会あるいは研究者の

あり方はこれでいいのだろうか。品川や小野寺の関心によりこの項目が調査項目となったことは高く評価するが、北海道旧土人保護法において病気があり、治療に困る経済状態であれば、薬代を支給するといった現状と対処という構造は改善されたのだろうか。アイヌ民族の健康に関する危険要因は高いので、こまめな健康管理・健康診断が必要という構造に同じ問題を感じられるのではないだろうか。つまり、現状把握と対処法は書かれているが、なぜその状況が起きたのかに関する分析、とくに社会的に広い視野での分析がない。確認するが、アイヌ民族の最大の不安項目が「自分と家族の健康」と表れる裏には、個々のアイヌのさまざまなメッセージや自分を取り巻く状況への思いが隠されているのではないだろうか。その点に配慮を欠く、アイヌ民族政策とはいったい何なのだろうかを改めて考えてみたい。

5. さいごに

「北海道」各地で、アイヌ民族の飲み会や懇親会に招かれ、参加すると、酒に任せて、いろいろな話を聞くことが多い。母子家庭のお母さんたちには、アルコール中毒の人が多く。就職先での同僚の差別的な目線に耐えられなくて、鬱病になった友人がいる。アイヌだけで集まって酒を飲むと、和人がいなくて、とても楽しいから、だんだん酒に嵌ってしまった。気にかかる何か忘れられない話ではあるが、飲み会での話は、いわば何の根拠を見出しがたい話である。そして、私自身は、医療問題や社会福祉の専門家ではなく¹⁸⁾、それを調べるすべを持たない、と思い込んでいた。しかし、2014年に、在外研究で訪れたメルボルン大学で、健康問題の大学院に働く友人にお世話になり、彼らが「先住民族の社会的決定要因」という視点を使いながら、さまざまな問題に取り組む姿に接してきた。この概念は冒頭に説明したように、学問の専門分野を横断して、健康という問題の構造に光を当て、その本質を探ろうというものに他ならない。であれば、医療や福祉の専門家でもない私が改めてこの視点から、アイヌ民族の抱える問題の解決に貢献できるのではないかと考えるようになった。本稿は、その意味で底が浅く、論文とは言いがたいが、私自身の問題関心の整理を兼ねて研究ノートとしてまとめたものである。

註：

- 1) WHO: The Ottawa Charter for Health Promotionで以下のURLを参照。(2016年10月5日閲覧)
<http://www.who.int/healthpromoton/conferences/previous/ottawa/en/>
- 2) WHO Document : WHA62.14, 22 May 2009.
- 3) WHO Document : EB132/14 Social determinants of health, p.1.
- 4) National Library of Medicine: American Indian Healthで以下のURLを参照。(2016年10月5日閲覧) 第11位殺人のデータだけは、2012年。
<http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/2015/019.pdf>.
- 5) 石井泉美「第22章 健康問題」『アメリカ先住民を知るための62章』(阿部珠理編著) 明石書店、2016年、130頁。
- 6) 石井泉美、同上、131頁。
- 7) 石井泉美、同上、132頁。
- 8) 石井泉美、同上、132頁。
- 9) Carson, B., Dunbar, T., Chenhall, R.D. & Bailie, R. (ed.), "social determinants of INDIGENOUS HEALTH", (Menziess School of Health Research) Allen & Unwin (Australia), 2007.
- 10) オーストラリア人権委員会が、1997年4月に刊行した報告書で、オーストラリア政府によって行われた先住民族の子どもたちの強制隔離政策の実態を明らかにした。以下のURLからダウンロードできる。
<http://www.humanrights.gov.au/publications/bringing-them-home-report-1997>
- 11) Carson, B., Dunbar, T., Chenhall, R.D. & Bailie, R. (ed.), *ibid*, pp.xxii-xxiii.
- 12) Carson, B., Dunbar, T., Chenhall, R.D. & Bailie, R. (ed.), *ibid*, pp.xxiii-xxiv.
- 13) 「社会資本」は、日本の経済学では、social infrastructureの訳語に用いられることが多く、social capitalには「社会関係資本」、「ソーシャル・キャピタル」という訳語が当てられることがある。
- 14) Carson, B., Dunbar, T., Chenhall, R.D. & Bailie, R. (ed.), *ibid*, pp.xxiv-xxv.
- 15) その他に、1934年に制定された「旭川市旧土人保護地処分法」があった。1997年の「アイヌ文化振興法」制定によって、「北海道旧土人保護法」とともに差別法として廃止された。
- 16) アイヌ民族に対する生活相談員がどのような活動をしているかに関しては以下の報告がある。

砂澤嘉代「アイヌのなかが悪い！アイヌ民族差別に関する報告」『部落解放』解放出版社、第493号、2001年11月。

- 17) 但し、北海道北部の断酒会の活動を通してアルコール依存症患者を分析した以下の論文は、次のように述べている。

「身体疾患の重複では、本人・家族を合わせると肝硬変は20人の14.2%、糖尿病は19人の13.5%であった。一方、躁うつ病（うつ病を含む）があると答えたものは、33人の23.5%であり、高確率でうつ病を併発していることが明らかになった。また、他の精神疾患と答えたものは、17人の12.1%おり、躁うつ病（うつ病を含む）を合わせると、高頻度で何らかの精神疾患を併発していることが明らかになった。」

（篠原百合子・伊藤美和・水野芳子・小林美子・安田美弥子「北海道北部地域における断酒会の活動実態と今後の課題」『道北地域研究所年報』（名寄市立大学）、第28号、2010年、4頁。）

- 18) 「健康の社会的決定要因」という概念は、差別問題への関心は薄いですが、日本でも保健社会学や医療社会学に分野では一定の蓄積があると考えられる。例えば、WHOが2003年に出版した以下の書籍はすでに日本語訳がNPO法人健康都市推進会議から出版されている。

・リチャード・ウィルキンソン&ミカエル・マーモット『健康の社会的決定要因（第二版）』高野健人監修・監訳（WHO健康都市研究協力センター、日本健康都市学会訳）（NPO法人健康都市推進会議）、2004年。

また、日本公衆衛生協会からも「健康格差」をキーワードに以下の出版物がある。

・近藤克則編『健康の社会的決定要因－疾患と状態別「健康格差」レビュー』日本公衆衛生協会、2013年。