

健康の社会的決定要因の主要文献に関する研究

研究分担者 近藤 克則（日本福祉大学 社会福祉学部 教授）

研究代表者 尾島 俊之（浜松医科大学 健康社会医学講座 教授）

研究要旨

【目的】日本においても健康の社会的決定要因(SDH)が注目されるようになった。SDHの主要文献を選定し、それを翻訳して日本語で容易に読めるようすることでSDHに関する知識や論考、動向を、日本社会に紹介することを目的とした。【方法】SDHに関する主要文献を、研究班メンバーの議論（メールを含む）により選定し翻訳した。【結果】主要文献を翻訳した。【考察】SDHが日本においても注目されている中で、本研究の成果物が活用されることが期待される。

A. 研究目的

国際的には2000年ごろから、健康の社会的決定要因（以下SDH）が注目されてきている。WHOは2008年に「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 2008」を出版した。それ以降2009年にはWHO総会決議、2011年には国際会議開催と動きが出てきた。

一方、日本においても、SDHは注目されるようになり、健康日本21（第2次）においても、SDHの重要性が指摘され、「健康格差の縮小」が目標に明示されるようになった。

このように世界的にも、そして日本においてもSDH対策を推進し、社会環境の質を向上させて、健康増進に取り組もうとする動きは大きくなりつつある。

しかし、世界的にはSDH研究が進み有用な知見が多数あり、それに関する論考や政策文書が多数あるにもかかわらず、英語で書かれているために、日本では、それらを読んだ者が少ない状況である。

そこで、本研究では、SDHに関する文献を翻訳し、広く日本でSDHの知見や論考、政策文書が共有される日本語資料を作成することを目的とした。

B. 研究方法

SDHに関する主要文献を、研究班メンバーの議論（メールを含む）により選定し翻訳した。WHOの文書については、WHO神戸センターの協力を受け監訳をしていただいた。

C. 研究結果

以下の文献を翻訳した（表1）。詳細は、別添資料（翻訳版）参照。

D. 考察

SDHが日本においても注目されている中で、本研究（日本語化）は、世界の英知を日本でも多くの人によって共有でき、健康日本21（第2次）や、介護予防の推進の重要な基礎資料となることが期待される。

E. 結論

本研究では、現在世界的にも、日本においても注目されている SDH に関する文献を、世界的知見の日本での共有が目的とし、翻訳した。国際的な主要文献を翻訳し、共有のための基礎資料を作成することができた。

WHO の文書については、狩野恵美さん（WHO 神戸センター）に監訳を担当していただきました。「一世代のうちに格差をなくそう」は、野田浩夫さんの訳をご参考にさせていただきました。記して感謝いたします。

F. 研究発表

1. 論文発表
翻訳版をwebsite等で公開した
2. 学会発表
なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得
2. 実用新案登録
3. その他
該当なし

表1 翻訳したSDHに関する文献と出典URL

<p>Appendix I. 全ての政策において健康を考慮することに関するアデレード声明 ～健康と幸福のためにガバナンスを共有する方向へ～ Adelaide Statement on Health in All Policies. moving towards a shared governance for health and well-being (WHO 2010) http://www.who.int/social_determinants/hiap_statement_who_sa_final.pdf</p>
<p>Appendix II. 健康の社会的決定要因に取り組む活動を通じた健康の不公平性の低減 Reducing health inequities through action on the social determinants of health (WHA62.14, WHO 2009) http://www.who.int/sdhconference/resources/WHA62_REC1-en-P2.pdf</p>
<p>Appendix III. 健康の社会的決定要因に関する世界会議の成果 Outcome of the World Conference on Social Determinants of Health (WHA65.8 agenda item 13.6, WHO 2012) http://www.who.int/sdhconference/background/A65_R8-en.pdf</p>
<p>Appendix IV. 全ては公平性のために 健康の社会的決定要因に関する世界会議 概略報告書 All for Equity. World Conference on Social Determinants of Health, Summary Report (Rio de Janeiro, Brazil, 19-21 October 2011) (WHO 2012) http://www.who.int/sdhconference/resources/Conference_Summary_Report.pdf</p>
<p>Appendix V. 一世代のうちに格差をなくそう: 健康の社会的決定要因に対する取り組みを通じた健康の公平性 (健康の社会的決定要因に関する委員会 最終報告書 要旨) Closing the gap in a generation. Commission on Social Determinants of Health, Final Report, Executive Summary (WHO 2008) http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_eng.pdf</p>
<p>Appendix VI. 公平な社会、健康な生涯 マーモット・レビュー エグゼクティブ・サマリー The Marmot Review, Executive Summary (The Marmot Review (UCL), 2010) http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review</p>
<p>Appendix VII. マーモット・レビュー 第5章 実現に向けて: 社会的勾配に伴う健康格差の解消の実現およびモニタリングのためのフレームワーク The Marmot Review, Chapter5 Making it happen: a framework for delivering and monitoring reductions in health inequalities along the social gradient (The Marmot Review (UCL), 2010) http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review</p>

WHO が 2010 年に『Adelaide statement on health in all policies: moving towards a shared governance for health and well-being』として出版。

© World Health Organization 2010

世界保健機関（WHO）事務局長は、日本語版の翻訳・出版権を日本福祉大学に付与した。日本語版に対する責任は全て日本福祉大学が負うものとする。

Japanese version © 日本福祉大学 2013

Appendix I.

全ての政策において健康を考慮することに関するアデレード声明

～健康と幸福のためにガバナンスを共有する方向へ～

健康を考慮することは、より効果的なガバナンスを意味する

より効果的なガバナンスは、健康の増進を意味する

2010 年にアデレードで開催された「全ての政策において健康を考慮することに関する国際会議」の報告

「全ての政策において健康を考慮すること(Health in All Policies)に関するアデレード声明」は、行政のあらゆる階層、すなわち市町村、地方、国家および国際機関のリーダーや政策立案者に関与するものである。この声明では、全ての部門が「健康と幸福」を政策展開の主要要素として取り込むことで、行政の目的が最もふさわしい形で達成されると強調する。その理由は、健康と幸福の根本は保健部門の範囲外にあり、社会的、経済的に形成されるためである。すでに多くの部門が、人々の健康増進に貢献しているが、それでも大きな溝が複数存在する。

アデレード声明では、人間開発、持続可能性と公平性を促進し、健康アウトカムを改善するために、全部門間での新しい社会契約が必要であることを概説している。そのためには、行政内で、全部門を横断して、あるいは行政の各階層間で協調したリーダーシップが存在する、新しい形態のガバナンスが求められる。本声明では、行政を横断する複雑な問題を解決する際の保健部門の貢献を強調する。

社会、経済、環境面での発展の実現

社会の様々な目標を達成するうえで、人々が健康であることは、重要な必須要件である。社会の中の不平等や社会格差の勾配を低減することは、皆の健康と幸福を向上させる。

人々が健康であることは、生活の質を高め、労働力の生産性を改善し、学習能力を向上させ、家族やコミュニティを強化し、持続可能な居住地や環境の支えとなり、治安、貧困削減や社会参加に寄与する。しかし、治療や介護費用の依然とした上昇は、国や自治体のリソースに持続不可能な負荷をかけ、より広範な発展を妨げることにもなりかねない。

このような人々の健康と幸福そして経済発展の間に見られる相互作用については、全ての国で政治課題としての優先度が急速に高まってきた。強力で調和のとれた行政の対応により、健康と幸福の決定要因

に対処し、それに係わる取り組みの重複と分裂を避けることが、コミュニティ、雇用者、産業界から、ますます期待され、要求されている。

協調した行政の必要性

公共政策の相互依存に適切に対応するには、ガバナンスへの別のアプローチが必要である。まず行政は、共通の目標、総合的対策、そして各政府部局の説明責任の増加を明確にした戦略的計画を立てることで政策立案を調整する。これには、市民社会や民間部門とのパートナーシップも必要である。

政策課題に対処する際、人々の健康は基礎的な促進剤となり、不健康は阻害剤となるため、保健部門は行政を横断して、また他の部門と組織的に連携し、他部門の取り組みにおける健康と幸福の側面に対処する必要がある。保健部門は、行政の別部門の政策展開と目標到達を積極的に援助することで、それら部門を支援することができる。

人々の健康と幸福をうまく発揮させ、活用するには、行政は、多部門連携による問題解決を重視し、行政内の力の不均衡に対処するプロセスを制度化する必要がある。それには政府各機関が協力して総合的解決に取り組めるよう支援するリーダーシップ、権限、インセンティブ、予算のコミットメント、そして持続可能な仕組みなどが要される。

全ての政策において健康を考慮する(Health in All Policies)アプローチ

上述のアプローチは「Health in All Policies」と称され、多くの国で開発され、試されてきた。このアプローチは、政策およびサービスの展開、実施、評価において、指導者や政策立案者が健康、幸福、公平性についての配慮を融合する一助となる。

全ての政策において健康を考慮するアプローチは、次のような場合に最もその効力を発揮する。

- ・ 明白な指令により、協調した行政が必須のものとされている
- ・ 組織的なプロセスが、部門間の相互作用を考慮している
- ・ 利害関係の調停がされる
- ・ 説明責任、透明性、参加型プロセスが存在する
- ・ 行政以外の利害関係者の関与も確保されている
- ・ 実践的な多部門連携のイニシアチブによってパートナーシップと信頼が築かれている

政策サイクルの各段階で有用と示されたツールや手段には、次のものがある。

- ・ 省庁間、部局間の委員会
- ・ コミュニティ・コンサルテーションや Citizens' Juries¹
- ・ 多部門連携による作業チーム
- ・ パートナーシップ・プラットフォーム

¹ Citizens' Juries - www.jefferson-center.org/

- ・ 予算と会計の統合
- ・ 分野横断的な情報・評価システム
- ・ 労働力の協調開発
- ・ Health Lens Analysis²
- ・ 影響評価(インパクト・アセスメント)
- ・ 法的枠組みの構築

全ての政策において健康を考慮することを達成するための駆動力

全ての政策において健康を考慮するためのプロセスを構築するには、固定した物の見方や意志決定の方法を変えたり、行動を促す機会をうまく利用する必要がある。駆動の鍵となるものは、それぞれの状況に特有ではあるが、次のものが含まれると考えられる。

- ・ 相互の利害関係の認識と、達成目標の共有のもと、強力な同盟やパートナーシップを創出する
- ・ 政府首脳、内閣、議会、行政指導者らに関与させることにより、行政全体としてのコミットメントを構築する
- ・ 強力でハイレベルの(高位高官による)政策プロセスを展開する
- ・ 行政の総合的な戦略、目標や目標値に、それぞれ責任を伴わせる
- ・ 共同意志決定とアウトカムに対する共同説明責任を確保する
- ・ 利害関係者による支持と擁護を促すために、彼らへの(情報などの)開示や彼らとの十分な協議を可能にする
- ・ 社会、経済、環境の各面での目標を統合するような新しいモデルを見出すための実験と革新を奨励する
- ・ 知的資源を供出し合い、研究活動を統合し、現場の知恵を共有する
- ・ フィードバック体制を整え、上層部での進捗の評価、監視ができるようにする

こうしたプロセスが行政内で価値観の衝突や利害関係の不一致を生み、緊張状態を作り出すことは稀ではない。そのような場合には、政治プロセスと主要な意志決定者との持続的かつ組織的な対話により、解決が可能である。

保健部門が果たす新たな役割

全ての政策において健康を考慮することを進展させるためには、保健部門は他部門と連携して働くことを学ばなければならない。政策革新、新たな仕組みや手段、ならびにより良い規制の枠組みなどについて、(他部門と)共同で探査することが必須となる。そのためには、まず保健部門が、対外指向で外部に開かれ、必要な知識、技能、権限を備えていることが求められる。それはまた、保健部門そのものの中での調整を改善し、(Health in All Policies の)擁護者を支持することを意味する。

全ての政策において健康を考慮することに賛同する健康部局は、新たに次の責務を担う必要がある。

- ・ 他部門が抱える政治課題や行政義務への理解
- ・ 政策オプションや戦略に関する知識とエビデンスの構築
- ・ 政策展開プロセスにおける各オプションが健康にもたらす影響の比較評価

² Health Lens Analysis - www.health.sa.gov.au/pehs/HiAP/health-lens.htm

- ・ 定期的な他部門との対話、問題解決を行うためのプラットフォーム作り
- ・ 多部門連携による取り組みや、総合政策策定の効果の評価
- ・ より良い仕組み、リソース、関係機関の支持、熟練した専任スタッフなどの確保による能力開発
- ・ 行政の別部門の目標達成に協力することを通じて、健康と幸福の向上に貢献する

全ての政策において健康を考慮するアプローチの展開における次のステップ

アデレード声明は、公平性の原則に基づき、全ての政策において健康を考慮するアプローチを世界規模で展開し強化しようとするプロセスの一部であり、これに関して世界保健機関(WHO)の加盟国や地域がかかわっている非常に重要な討議に寄与するものである。本声明は、このアプローチを既実践した経験を持つ国々の業績を反映している。

本声明は、2011年にブラジルで開催される「健康の社会的決定要因に関する世界会議」、2013年にフィンランドで開催される「第8回ヘルスプロモーションに関する国際会議」、およびポスト2015年開発目標の作成などに、重要な情報を提供するものである。

背景と謝辞

健康とは、人の身体的能力に加え、その人の持つ社会的および個人的なリソースにも重点を置く、ポジティブな概念である。そのためヘルスプロモーションは、単に保健部門の責任ではなく、健康な生活習慣の推進という枠を越え、幸福(Well-being)や、(健康増進を促すような)環境作りに至る。

アデレード声明は、2010年4月13日～15日にアデレードで開催された「全ての政策において健康を考慮すること(Health in All Policies)に関する国際会議」の参加者が作成したものである。南オーストラリア州政府はWHOと共に、幅広い部門と多くの国々から100名の上級専門家を招き、全ての政策において健康を考慮することの実践について議論した。会議の主たる目的は、行政の全部門を横断する保健事業の実施に寄与する、主要な原則と方法を特定することで、この課題を前進させ、また、他の部門の目標に保健部門が貢献するように促すことであった。

この2010年の会議で活用したのは、WHO健康の社会的決定要因に関する委員会(Commission on Social Determinants of Health)の2008年の報告書のほか、ILO、OECD、UNDP、UN-ECOSOC、UNESCO、UNICEF、世界銀行、世界経済フォーラムの重要な文書であった。また、1978年の「プライマリーヘルスケアに関するアルマアタ宣言」、1986年の「ヘルスプロモーションのためのオタワ憲章」、1988年の「健全な公共政策(Healthy Public Policy)についてのアデレード勧告」とその後開催されたヘルスプロモーション国際会議、1999年の「健康影響予測評価(Health Impact Assessment)に関するコンセンサスのヨーテボリ報告書」、2007年ローマにおける「全ての政策において健康を考慮する(Health in All Policies)宣言」といった、WHOのこれまでの取り組みや成果をもとに前進することができた。

南オーストラリア州政府は2007年より、オーストラリア国内外で、全ての政策において健康を考慮すること

に関する知識交換を促進する、指導者的な役割を担ってきた。そのイニシアチブとして、2007年に全ての政策において健康を考慮すること(Health in All Policies)に関する会議を開催してその活動を立ち上げ、州政府の中心機関および他の機関に継続的な支援を提供、全ての政策において健康を考慮することを実践する独自の手法についてガイダンス資料を発行、そして2010年4月にWHOとの共催で「全ての政策において健康を考慮すること(Health in All Policies)に関する国際会議」を開いた。

協調した行政の活動例

部門・課題	健康と幸福(Well-being)の相互関係との関連性
経済と雇用	<ul style="list-style-type: none"> ・ 経済の回復力と成長は、人々が健康であることによって推進される。より健康な人々は、家計の貯蓄を増やすことができ、仕事がより生産的で、仕事の変化にもより容易に対応でき、より長期にわたって働くことができる。 ・ 仕事と安定雇用の機会を保障することは、社会集団の枠組みを越え、全ての人の健康を向上させる。
安全と公正	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食料、水、住まい、仕事の機会、公正な司法制度が不十分であるほど、暴力、疾病、けがの割合が増加する。結果として、このような基本的なニーズが満たされないことによって引き起こされる問題に、社会の司法制度が対応しなければならない。 ・ 精神病(および関連する薬物、アルコールの問題)の有病率は、暴力、犯罪、収監件数に関連する。
教育と人生早期	<ul style="list-style-type: none"> ・ 子供または家族が不健康であると学業が妨げられ、教育的可能性が抑制され、人生における課題を解決し、好機を求める能力が損なわれる。 ・ 男女ともに学業が達成されると、人々の健康の向上と、生産的な社会への参加能力とに直接的に寄与し、社会に積極的に関心を抱き、参加する市民を創出する。
農業と食料	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食料の安全と安心は、食料の生産、加工、販売、流通の各過程において健康を考慮することで増進し、それは消費者の信頼を高め、より持続可能性の高い農業の実践を確保することを通じて実現できる。 ・ 食料が健全であることは人々の健康にとって重大であり、食料と安全のための優れた実践は、動物から人間への病気伝播を低減することに役立ち、また農業従事者と地方コミュニティの健康に良い影響を与えるような農業方法を支援することになる。
インフラストラクチャー、計画、交通機関	<ul style="list-style-type: none"> ・ 道路、交通機関、住宅の計画を最適化するには、健康への影響を考慮する必要がある。それは、環境への代償を生じる排出を削減し、交通網の輸送能力や、それを用いた人、物、サービスの移動の効率を改善できるためである。 ・ サイクリングやウォーキングを含む、より良い交通手段の普及は、より安全で住みよいコミュニティを築き、環境の悪化を低減して健康を増進する。

環境と持続可能性	<ul style="list-style-type: none"> ・ 天然資源の利用の最適化と持続可能性の促進を最も良く達成するには、人々の消費パターンに影響を与える政策を実施することである。これは、人々の健康を増進することにもなる。 ・ 世界における予防可能な全ての疾患の四分の一は、人々の住む環境条件に原因がある。
住まいとコミュニティサービス	<ul style="list-style-type: none"> ・ 人々の健康と幸福を考慮し(例えば、断熱、換気、公共スペース、廃棄物処理等)、コミュニティも係わりながら、住まいの設計やインフラストラクチャーの計画をすると、社会的一体性と開発プロジェクトへの支援を向上できる。 ・ 良い設計にもとづく入手可能な住宅と十分なコミュニティサービスを提供することにより、不利な条件におかれた個人やコミュニティにとって健康の最も基本的な決定要因のいくつかに対処できる。
土地と文化	<ul style="list-style-type: none"> ・ 土地(使用権・所有権)へのアクセスを改善することにより、先住民の健康と幸福の向上を支援できる。それは、先住民の健康と幸福は、土地と祖国に属しているという深い感覚と、精神的、文化的に結びついているためである。 ・ 先住民の健康を向上させることで、コミュニティと文化のアイデンティティを強化し、市民参加を向上させ、生物学的多様性の維持を支持できる。

引用の際の表記: 全ての政策において健康を考慮することに関するアデレード声明 (Adelaide Statement on Health in All Policies)、WHO、南オーストラリア州政府、アデレード、2010 年

本出版物は、2010 年 4 月 13 日～15 日にアデレードで開催された「全ての政策において健康を考慮すること(Health in All Policies)に関する国際会議」に出席した国際的な専門家グループの統一見解をまとめており、必ずしも世界保健機関あるいは南オーストラリア州政府の決定または政策を示すものではない。

WHO が 2009 年に『WHA62 Resolutions (Sixty-second World Health Assembly) 』の一部として出版。
© World Health Organization 2009
世界保健機関 (WHO) 事務局長は、日本語版の翻訳・出版権を日本福祉大学に付与した。日本語版に対する責任は全て日本福祉大学が負うものとする。
Japanese version © 日本福祉大学 2013

Appendix II.

WHA62.14 健康の社会的決定要因に取り組む活動を通じた健康の不公平性の低減

第 62 回世界保健総会では、

- 健康の社会的決定要因に関する委員会の報告書¹を考慮し、
- 健康の社会的決定要因に関する委員会の包括的な 3 つの勧告、すなわち、日常生活状況を改善すること、権力、資金、リソースの不公平な分配に対処すること、問題を評定して理解し、対策の影響を評価することに留意し、
- 1948 年に設立した WHO と、「到達しうる最高基準の健康を享有することは、人種、宗教、政治的信念又は経済的若しくは社会的条件の差別なしに万人の有する基本的権利の一つである」とする WHO 憲章の 60 周年記念であることに留意し、
- 健康の公平性という不可欠な価値を再確認し、プライマリーヘルスケアを通じて全ての人々が健康を享受できるようにするための国際戦略を立ち上げた、1978 年にアルマアタで開催された「プライマリーヘルスケアに関する国際会議」の 30 周年記念であることに留意し、
- 「Health for All (全ての人々に健康を)」という原則、とりわけ多部門連携による取り組みの必要性 (WHA30.43 決議) について想起し、
- 健康のより幅広い決定要因に対処することの重要性を確認し、「ヘルスプロモーションのためのオタワ憲章」から「グローバル化した世界におけるヘルスプロモーションのためのバンコク憲章」までの一連のヘルスプロモーション国際会議において打ち出された活動と勧告を考慮したうえで、全ての行政の主要な責任として、ヘルスプロモーションを国際開発課題の中心に据え (WHA60.24 決議)、
- 2015 年までにミレニアム開発目標を達成するとして国連ミレニアム宣言におけるグローバル・コンセンサスと、その目標到達までの期間の中間点において、いくつかの地域では、これらの目標の多くに十分な進捗がない懸念があることに留意し、
- この点について、健康に関連するミレニアム開発目標の達成度を保健総会が年次で監視し始

¹ A62/9 文書

める WHA61.18 決議を歓迎し、

- プライマリーヘルスケアがテーマであった「世界保健報告 2008²」の中で、保健や他の社会システムの改革によって健康の公平性を向上させる方法が焦点となっていることに留意し、
- 環境劣化と気候変動への対応には健康の公平性の課題が含まれる事実に留意し、気候変動の影響が、脆弱で社会的に不利な立場にある人々の健康に悪い影響を与えると予測されること(WHA61.19 決議)に留意し、
- 世界で平均余命の差が拡大している事実に留意し、
- ジェンダーにもとづく健康の不公平性の撤廃を最重視し、
- 世界で何百万人もの子供たちが十分に潜在能力を発揮できていないこと、また、子供の初期の発達に対する包括的な支援に、全ての子供たちがアクセスできるように投資することが、生涯にわたる健康の公平性を実現するための基礎的な手段であることを認識し、
- 好ましくない社会状況の改善は、第一に社会政策の課題であることを認識し、
- 多部門の連携をとって健康の社会的決定要因に取り組む努力を、国家間、国内、そして自治体レベルでもさらに調和させると同時に、そのような活動には市民社会、民間部門といった多くのパートナーの協力が必要であるという理解のもと、社会と経済の開発を促進する必要性について留意し、
- 健康に不可欠な基本的なサービスの提供と、健康に大きな影響を与える物品やサービスの規制に関して加盟国を支援するうえで、既存のグローバルガバナンス³機構の役割の重要性と、企業の責任の必要性に留意し、

1. 健康の社会的決定要因に関する委員会が行った取り組みに謝意を表する。

2. 国連の機関をはじめ、政府間組織、市民社会、民間部門を含む、国際コミュニティに対して、以下を求める。

(1) 健康の社会的決定要因に関する委員会の最終報告書とその勧告⁴に留意する。

² 「世界保健報告 2008 プライマリーヘルスケア—そのかつてない重要性(The world health report 2008: primary health care – now more than ever)」、ジュネーブ、世界保健機関、2008 年

³ WHO ウェブサイト: <http://www.who.int/trade/glossary/story038/en> を参照のこと(2009 年 6 月 18 日にアクセス)

⁴ 健康の社会的決定要因に関する委員会「一世代のうちに格差をなくそう: 健康の社会的決定要因に対する取り組みを通じた健康の公平性、健康の社会的決定要因に関する委員会の最終報告書(Closing the

- (2) WHO 加盟国および WHO 事務局と協力して、各種の政策やプログラムが健康の不公平性に与える影響の評価と、健康の社会的決定要因への対処を進める。
- (3) 万人の健康を向上させ、不公平性を低減するために、全ての政策を通じて健康の公平性を強化する方策について、WHO 加盟国および WHO 事務局と密に連携する。
- (4) 主要な世界開発目標の達成に向けて取り組む中で健康の公平性を考慮し、その進捗を監視する指標を確立し、また、健康の社会的決定要因への対処と、健康の不公平性の低減に関して、国際協力の強化を考慮する。

3. 加盟国に対して、以下を強く求める。

- (1) 『一世代のうちに格差をなくそう(closing the gap in a generation)』と題された報告書の中に明記された主な原則を、適宜、国家的関心事として、それに対する政治的コミットメントを通じて、国内、国家間で健康の不公平性に対して取り組み、また、適切な場合に応じて、健康あるいは健康の公平性に対する影響評価ツールを用いながら、全ての政策が健康の公平性を考慮するように、多部門連携による保健事業の調整と管理を行なう。
- (2) 健康の不公平性に焦点を合わせながら、保健を改善するための目標と戦略を立てて実施する。
- (3) 健康の社会的決定要因に対処する全ての国家政策において健康の公平性を考慮し、また、ヘルスプロモーション、疾病予防とヘルスケア、および健康と幸福に不可欠な物品とサービスの提供とそれらへのアクセスの促進を含む、誰もが対象となる包括的な社会保護政策の開発と強化を考慮する。
- (4) 健康への配慮を関連する公共政策に組み込み、多部門連携を強化するために、関連する部門間の対話と協力を確保する。
- (5) 患者にケアを施す際に、どのように社会的決定要因を考慮すればよいかについて、公的あるいは民間の保健医療従事者の認識を高める。
- (6) 市民社会、民間部門といった関連する全てのパートナーを巻き込み、人々の生涯にわたって健康と社会的幸福に寄与する、日常生活状況の改善に貢献する。
- (7) 個人や集団を含む、特に社会的に疎外された人々のエンパワメントに貢献し、その人たちの健康に影響する社会的状況を改善する対策を講じる。

gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health)」、ジュネーブ、世界保健機関、2008年

- (8) 健康および健康の不公平性の社会的決定要因と社会格差に対処するために、各国の状況に合わせた手法とエビデンスを新しく生成するか、既存のものを利用する。
- (9) 保健医療に関する情報システムと研究能力を開発、利用、そして必要に応じて改善し、国内法と状況が許せば、年齢、性別、民族性、人種、社会的階級、職業、教育、収入、雇用といった非集計データにより、国の人口の健康を監視、測定し、健康の不公平性の検出と、健康の公平性に対する政策の影響を評価する。

4. 事務局長に対して、以下を求める。

- (1) 健康の社会的決定要因に対処する適切な方策について、多国間システムにおいてパートナー機関と密に連携し、健康の不公平性を最小化するために政策の首尾一貫性を促し、また、世界の開発や研究課題にこの主題を優先的に含むよう擁護する。
- (2) 健康の不公平性を低減するために、健康の社会的決定要因への対処に関連するタスクに十分な優先度を設定する目的で、世界保健機関内の能力を強化すること。
- (3) 健康の社会的決定要因を監視する客観的指標を、関連する業務分野を横断して用いるなど、健康の社会的決定要因を対策実施の指針とし、さらに世界保健機関の全ての業務分野、特に優先度の高い保健プログラムにおける目的のひとつとして、健康の不公平性を低減するために健康の社会的決定要因の対処を促進する。
- (4) 健康に不可欠な基本的サービスの提供を促進し、健康に大きな影響を与える物品とサービスを適宜規制するうえでの、加盟国の第一の役割を支援する。
- (5) 2008年の世界健康報告における勧告のとおり、プライマリーヘルスケアの再生について進行中の作業が、健康の社会的決定要因の対処に係る作業と協調するようにする。
- (6) 健康の不公平性に取り組むための「全ての政策において健康を考慮する(Health in all policies)」アプローチの実施について、加盟国に支援を提供する。
- (7) 関連する部門の間で、健康の社会的決定要因を重視する視点を関連する部門間で統合する目的で対策を実施する際に、そして、それに適切に対処するために保健医療部門を設計、あるいは必要に応じて再設計する際に、依頼に応じて加盟国に支援を提供する。
- (8) 健康の社会的決定要因と健康の不公平性の原因とを測定、評価する既存の努力を強化する際に、そして、健康の公平性に関する目標数値を開発、監視する際に、依頼に応じて加盟国に支援を提供する。

- (9) 健康の社会的決定要因への対処を通じて健康を向上させる効果的な政策と介入についての研究、およびそれに伴う研究能力と研究協力体制の強化を支援する。
- (10) 健康の社会的決定要因に関する地域の重点課題を特定し、より幅広い範囲の国々にこの問題に取り組ませるうえで、各地域の条件や課題に応じながら、地域事務局長に支援を提供する。
- (11) 第 65 回世界保健総会の前に、加盟国の援助をもって国際会議を招集し、健康の社会的決定要因への対処をとおして健康の不公平性の憂慮すべき傾向に対処する、新たな計画について議論する。
- (12) 健康の社会的決定要因と健康の不公平性の低減への対処における、既存のグローバルガバナンス機構の実績を評価する。
- (13) 本決議の実施における進捗を、執行理事会をとおして第 65 回世界保健総会へ報告する。

(第 8 回本会議、2009 年 5 月 22 日-委員会 A、第 3 報告書)

WHO が 2012 年に『Outcome of the world conference on social determinants of health (Sixty-fifth World Health Assembly, WHA65.8, agenda item 13.6, 26 May 2012) 』として出版。

© World Health Organization 2012

世界保健機関 (WHO) 事務局長は、日本語版の翻訳・出版権を日本福祉大学に付与した。日本語版に対する責任は全て日本福祉大学が負うものとする。

Japanese version © 日本福祉大学 2013

Appendix III.

第 65 回世界保健総会 WHA65.8 議題 13.6 2012 年 5 月 26 日

健康の社会的決定要因に関する世界会議の成果

第 65 回世界保健総会では、

- 「健康の社会的決定要因に関する世界会議」(ブラジル、リオデジャネイロ、2011 年 10 月 19 日～21 日)の報告¹を考慮し、
- 健康の社会的決定要因に関する委員会の包括的な 3 つの勧告、すなわち日常生活状況を改善すること、権力、資金、リソースの不公平な分配に対処すること、問題を評定して理解し、対策の影響を評価することを認めた、「健康の社会的決定要因に取り組む活動を通じた健康の不公平性の低減に関する WHA62.14 決議」にも反映され、世界保健総会において共同で合意された、健康の社会的決定要因に取り組む決意を繰り返し表明し、
- 保健に関するリソースの不平等な分配と、健康を損なう状況に対処する進捗を加速するために、全ての行政レベルにおいて、より多くの努力をする必要性を認識し、
- 世界的な不況であっても、人々の健康を保護する必要性を認識し、
- 健康の公平性の実現は、共有の目標および責任であり、行政の全部門、社会の全分野、そして国際コミュニティの全メンバーが、「全てを公平のために」、「健康を全てのために」とする国際活動へ関与する必要性をさらに認識し、
- 国民皆保険は、健康の公平性の向上と、貧困削減にもつながると認識し、
- 健康の公平性を国家や地域および世界の目標としたうえで、飢餓と貧困の根絶、十分な食品と栄養ならびに手頃で安心かつ効果のある良質な薬品や安全な飲料水と衛生設備の確保、雇用、適切な労働条件および社会保護の保障、環境保護、そして全ての行政レベルや部門にわたる健康の社会的決定要因に対する確固たる取り組みを通じた公平な経済成長の実現などを含めた、現在の課題に対処する政治的意志を改めて確認し、

¹ A65/16 文書

- 健康の社会的決定要因に関する世界会議(ブラジル、リオデジャネイロ、2011年10月19日～21日)における議論とその結果を歓迎し、

1. 健康の社会的決定要因に関する世界会議で採択された「健康の社会的決定要因に関するリオ政治宣言²」を、加盟国³と WHO の活動のために重要な情報を提供するものとして、支持する。

2. 加盟国に対して、以下を強く促す。

「健康の社会的決定要因に関するリオ政治宣言」の中で誓約をした、次の内容を実施する。(i) 健康と開発のためのガバナンスの改善 (ii) 政策決定、実施への参加の促進 (iii) 健康の不公平性の削減に向けた保健部門のさらなる再方向付け (iv) グローバルなガバナンスと協力の強化 (v) 進捗の監視と説明責任の強化

- (1) 健康の社会的決定要因に対処する政策、戦略、プログラム、行動計画について、その目標、活動、説明責任の仕組みをそれぞれ明確に定義し、またその実施のためのリソースを用意して、それらを展開し、支援する。
- (2) 健康の公平性を促進する方法のひとつとして、「Health in all policies (全ての政策において健康を考慮する)」アプローチのさらなる発展を支持する。
- (3) 健康の社会的決定要因への取り組みが促進されるよう、保健および他部門の政策決定者、管理者、プログラムの従事者の能力を向上する。
- (4) 持続可能な発展についての討議、特に「リオ+20 国連持続可能な開発会議」と、健康に関連する他の国連フォーラムの討議の一環で、健康の社会的決定要因に十分な配慮を行う。

3. 国際コミュニティに対して、「健康の社会的決定要因に関するリオ政治宣言」の中で誓約された内容の実施を、以下の方法などを通じて、支援するよう求める。

- (1) 保健分野のグローバル・ガバナンスにおいて、WHO の指導的役割を支持し、健康の社会的決定要因に関する各々の政策、計画、活動を、国連システム内のパートナー組織や開発銀行、他の重要な国際機関などの政策、計画、活動と整合させることを促す。それには合同の擁護活動や、特に開発途上国をはじめとする国や地域に対する財政および技術的支援へのアクセスの促進を含む。

² Annex 3 を参照

³ 該当する場合は、地域経済統合機関も含む

- (2) 全ての国において健康の公平性を促進する目的で、相互に合意した条件にもとづいて、健康の社会的決定要因の分野における専門知識、技術、科学データの移転を円滑にし、また、多部門連携による政策開発を管理する良い実践方法を交換することで、国際協力を強化する。
- (3) 財政的リソースへのアクセスを促す。

4. 2015 年までに国民総生産の 0.7%を政府開発援助に振り向けるという目標の達成を誓約した先進国、そしてまだその誓約をしていない先進国に対しては、これらのコミットメントを満たせるように具体的な追加の努力をするよう強く促し、開発途上国に対しては、開発目標やターゲットの達成に向けて、政府開発援助を効果的に役立てることを確実にするうえで、これまでに実現してきた進歩を積み重ねることを強く促す。

5. 事務局長に対して、以下を要請する。

- (1) WHO 改革プロセスや WHO の今後の活動において、国際保健上のニーズを評価する際に、健康の社会的決定要因を十分に考慮する。
- (2) 健康の社会的決定要因に対処するため、「全ての政策において健康を考慮する(Health in all policies)」などのアプローチによる、「健康の社会的決定要因に関するリオ政治宣言」の実施において、加盟国に支援を提供する。
- (3) 健康の社会的決定要因への取り組みにかかわる擁護、研究、能力向上、加盟国への直接的な技術支援について、国連システムの外機関と密に連携する。
- (4) 保健や社会開発に関連する今後の国連あるいは他のハイレベル会合に、健康の社会的決定要因の観点を取り入れることの重要性を継続して伝え、擁護する。
- (5) 本決議および「健康の社会的決定要因についてのリオ政治宣言」の実施における進捗を、執行理事会をとおして、第 66 回と第 68 回世界保健総会へ報告する。

第 10 回本会議、2012 年 5 月 26 日

A65/VR/10

Appendix IV.

概略報告書

全ては公平性のために

健康の社会的決定要因に関する世界会議

リオデジャネイロ、ブラジル、2011年10月19～21日



WHO が 2012 年に『World conference on social determinants of health: all for equity. Summary report (Rio de Janeiro, Brazil, 19-21 October 2011) 』として出版。

© World Health Organization 2012

世界保健機関（WHO）事務局長は、日本語版の翻訳・著作権を日本福祉大学に付与した。日本語版に対する責任は全て日本福祉大学が負うものとする。

『健康の社会的決定要因に関する世界会議～全ては公平性のために：概略報告書（リオデジャネイロ、ブラジル、2011年10月19-21日）』

Japanese version © 日本福祉大学 2013

序文

グローバリゼーションは全ての船を浮かばせる上げ潮だと言われていました。しかし現実には、潮は大型船を浮かばせても、多くの小さな船を沈ませるか水浸しにする傾向にありました。相互依存性と相互関連性の高いこの世界の機能方法を統べるグローバリゼーションと国際システムには、成長と利益を公平に分配することを保証するルールはありません。その結果、収入水準、(雇用などの)機会、健康状態、保健医療サービスへのアクセスについて、国内および国家間に今日見られる差異は、近年最大となっています。

健康に関して大きくバランスを崩している世界には、安定も安全もありません。世界保健機関(WHO)憲章に「各国政府は、自国民の健康に関して責任を有し、この責任は、十分な保健および社会的措置を執ることによってのみ果たすことができる」とあります。しかしながら、あまりに多くの政府が、この基本的な義務を果たすのに難儀しています。国民から見た政府の信用は危機に瀕しています。

2008年に健康の社会的決定要因に関する委員会が最終報告書を発表しました。2009年の世界保健総会では、加盟国がWHA62.14決議「健康の社会的決定要因に取り組む活動を通じた健康の不公平性の低減」を採択しました。以降、多くの国が社会的決定要因についての活動を実施するためにより一層の努力をし、不公平性に対処しています。それでもなお、こういった努力を積み重ねて加速する、差し迫った必要性があります。

WHOが招集した健康の社会的決定要因に関する世界会議は、WHA62.14決議に従って開催された画期的な行事です。この世界会議の目的は、健康を向上させ、健康の不公平性を低減し、開発を促進するために、健康の不公平性が引き起こす課題にいかに取り組むかという経験を共有し、また、全ての国で社会的決定要因についての実現可能な対策を早急に実施するコミットメントを高めることでした。

この世界会議が受けた支持の範囲と水準は、この議題を推進する重要性和緊急性に対する、政府、国際機関、市民社会、その他の部門における理解の高まりを実証しました。125の加盟国の代表、国連システムの他の機関や市民社会の代表、そして技術専門家を含む、1000名を超える参加者がこの世界会議に出席しました。加えて、19,000名を超える人々がウェブ配信された会議を視聴しました。

2011年10月21日、加盟国はこの世界会議において健康の社会的決定要因に関するリオ政治宣言を採択し、会議で討議した5つの優先分野にわたる対策を講じることで、健康の不公平性を低減し、開発を進めるよう取り組むことを公約しました。

世界会議の開催地となり資金を提供したブラジル政府に、とりわけブラジル保健省、ブラジル外務省、オスワルドクルズ財団(Fiocruz)に深い謝意を表明します。会議の様々な側面において技術的、戦略的サ

ポートを提供した顧問団にも心から感謝します。また、世界会議を成功に導いた組織委員会のコミットメントと大変な努力に感謝します。最後に、多くの大臣の参加によって代表された全ての WHO 加盟国と、数多くの市民社会組織、学会、そして世界会議に参加してアイデア、エネルギー、情熱を提供した全員に感謝します。

この会議の報告書は、健康の社会的決定要因に関する世界会議の議事と成果をまとめ、要約しており、主要なパートナー、ステイクホルダーと協議して作成しました。この世界会議に続く継続的な議論と活動を、本報告書がサポートし、発展させることを心から願っています。

全ての国で、全ての状況において、健康の社会的決定要因についての対策を講じることで健康を向上させ、健康の不公平性を低減し、開発を促進できることを我々は知っています。それを実行するための政治的コミットメントが、今回の健康の社会的決定要因に関するリオ政治宣言に示されました。我々は、何をしなければならないか、それをどのように行なえばよいかを知っています。今こそがその活動を増大させる時です。

事務局長 Margaret Chan

導入と背景

はじめに

健康の社会的決定要因に関する国際会議は、世界保健機関（WHO）が招集し、リオデジャネイロ（ブラジル）で 2011 年 10 月 19 日～21 日にブラジル政府が開催した。会議では、政府閣僚、政策決定者、保健の指導者などからなる参加者を、国内外の健康の不公平性を低減するために健康の社会的決定要因に取り組む重要性と緊急性に注目させた。具体的には、会議では以下のことが行なわれた。

- ・ 健康の社会的決定要因に対処し、健康の不公平性を低減するための、国の行動計画を立案する際の**基本的な原則、手法、戦略の特定**
- ・ 加盟国が行動計画を立案、実施するための**政治的コミットメントの強化**
- ・ ガバナンスの仕組みを強化する必要性を考慮しながら、健康の社会的決定要因や、健康の不公平性を低減するための国家計画の構築についての**経験、課題、技術的知識の共有**

会議には 125 の加盟国、国連機関、市民社会組織、学会、研究グループから 1000 名を超える参加者が集まり、50 名を超える政府高官と技術専門家が登壇した。19,000 名を超える人々がウェブ配信された会議を視聴し、会議の前後にはステイクホルダー主導の 19 の行事が催された。

加盟国は会議の中で、健康の社会的決定要因に関するリオ政治宣言を採択した。健康が人権であり社会の目標であること（かつ、他の社会的目標に寄与するものであること）と、リソースの不平等な分配と健康を損なう状況に対処する進捗を加速しなければならないことを認識した。この宣言をとおして、政府首脳、大臣・閣僚、行政代表者は、全ての行政部門および行政レベルにおいて、健康の社会的決定要因について断固たる措置を取り、健康の公平性を国家、地域、世界の目標に定める政治的意志を表明した。

この宣言では、健康の社会的決定要因に対処する政策、戦略、プログラム、行動計画を、行政が展開、支持することを求めた、「格差をなくす：健康の社会的決定要因についての政策を実践に移す（Closing the gap: policy into practice on social determinants of health）」という題目の WHO 会議の討議文書に概説されたテーマに基づく 5 つの優先分野を支持した。その 5 つの優先分野は次のとおりである。

- ・ **健康の不公平性の根本原因に取り組むガバナンス：健康の社会的決定要因についての対策の実施。**健康と開発のためのより良いガバナンスを採用するのは、健康が良いガバナンスの決定的要素であると認識し、健康の不公平性の根本原因に取り組み、それを低減するためである。健康の社会的決定要因に対処するガバナンスには、関連する全てのグループ、部門に発言権を与える、透明で包摂的な政策決定

プロセスが必要である。また、説明責任を築き、プロセスと結果において公平である、明確で測定可能な成果を伴う、効果的な政策の展開が必要である。

・ **参加の促進: 社会的決定要因について対策するためのコミュニティ・リーダーシップ。** 健康の社会的決定要因への対策に関する政策の決定と実施への参加を促進するには、市民社会を含め、行政外で大きな影響力を持つ人物、組織やステイクホルダーの関与が求められる。政策決定と政策実施への参加を円滑にするようなプロセスは、健康の社会的決定要因に働きかけるガバナンスを効果的にするために必要である。

・ **不公平性を低減するうえでの、保健・公衆衛生プログラムなどを通じた、保健医療部門の役割。** 健康の不公平性低減に向けた保健医療部門のさらなる再方向付けは重要であり、それには、全ての人にとって利用しやすく、費用が手頃で、良質なヘルスケアの国民皆保険に向けた動きなどが挙げられる。こうしたサービスは、到達しうる最高基準の健康を享有するという、万人に与えられる基本的人権に不可欠である。

・ **社会的決定要因についての国際的な対策: 優先順位とステイクホルダーの整合。** グローバルなガバナンスと協力を強化することは重大であり、健康の社会的決定要因についての国際的な対策を調整し、それを各国の政策および国際的な優先課題とも整合させる必要がある。全ての人にとって公正な利益をもたらす国際的な協力と団結が不可欠である。多国間組織は、規範とガイドラインを明確にし、健康の社会的決定要因の対策をサポートし、リソースや技術協力へのアクセスを円滑にし、人々の健康と幸福に負の影響を及ぼす政策と実践を修正するといったことにおいて、重要な役割を果たします。

・ **進捗の監視: 社会的決定要因に関して、政策決定に情報を与え、説明責任を築くための測定と解析。** 進捗の監視と説明責任の増加をすることにより、政策決定に対して健康の社会的決定要因に関する情報を伝えやすくなる。健康の不公平性の傾向と、それらに取り組む対策の影響とを監視することは、進展を遂げるために重大である。情報システムは、健康アウトカムと社会階層の変数との関係の立証を円滑にするものでなければならない。各国の状況を考慮しながらも、全行政部門において、政策決定の指針となる説明責任の仕組みを築くことが肝要である。

(リオ政治宣言を承認した)各国政府は、不公平で不可避の健康格差を低減するために、5 つの全ての分野において具体的な対策を実施することを誓約し、健康の社会的決定要因への国際的な対策が、包摂的で公正な、経済的に生産性のある健全な社会を創出するのに不可欠であると認識した。そうすることは、モラルや人権の観点からの義務であるばかりではなく、幸福、繁栄、持続可能な開発を促進するうえで極めて重要である。

世界会議開催への背景

世界の疾病負担と、全ての国で見られる健康格差の原因の大部分が、人々が生まれ、成長し、生活し、働き、老いて行く環境の中の様々な条件から生じているという認識が、ここ 30 年の間に増加している。これらの条件は「健康の社会的決定要因」と呼ばれ、健康の社会的、経済的、政治的、文化的、環境

的決定要因を包含する用語である。健康の社会的決定要因に関する世界会議は、1978年にプライマリーヘルスケアに関する国際会議で採択された「プライマリーヘルスケアに関するアルマアタ宣言¹」と1986年の「ヘルスプロモーションのためのオタワ憲章²」の原則のうえに築いた画期的行事であった。

WHO 健康の社会的決定要因に関する委員会は、政策決定者、研究者、市民社会組織からなる国際的ネットワークの調整を取りながら、国内および国家間の健康の不公平性をいかに低減するかについてエビデンスを収集して審査する取り組みを3年間行った後、2008年にその最終報告書として、「一世代のうちに格差をなくそう：健康の社会的決定要因に取り組む活動を通じた健康の公平性（の実現）³」を発行した。その報告では、社会の全部門に求められる健康の社会的決定要因への対策について、以下の3つの重要領域に分類される勧告を行った。

- ・ 日常生活状況の改善
- ・ 権力、資金、リソースの不公平な分配への対処
- ・ 問題を測定して理解し、対策の影響を評価

この報告書とその勧告を検討した後、加盟国は2009年5月の世界保健総会において、WHA62.14 決議「健康の社会的決定要因に取り組む活動を通じた健康の不公平性の低減」を採択した。この決議は、加盟国、WHO 事務局、ならびに国際コミュニティに委員会の勧告を実施するよう求めたもので、とりわけ健康の不公平性の測定、保健事業における健康の社会的決定要因にもとづくアプローチの実施、行政における「全ての政策において健康を考慮する（Health in All Policies）」アプローチの採用、健康の社会的決定要因についての取り組みとプライマリーヘルスケアの再生についての取り組みとの整合を図ることを強調した。決議には、健康の社会的決定要因にもとづくアプローチにより健康の不公平性に対処する計画について議論するための世界的な行事を開催するというWHO 事務局長への要望が含まれていた。

世界会議開催の準備

2010年1月のWHO 執行理事会の会議において、ブラジル政府がこの世界会議を主催する申し出を公表した。会議の準備は2010年に開始し、WHO の調整により、ブラジルの保健省、外務省、そしてブラジルの最高の保健研究機関であるオスワルドクルズ財団（Fiocruz）が協力した。加盟国の代表者と専門家と共に、顧問団がWHO の会議計画立案をサポートし、加盟国、国連機関、市民社会、学会との広

¹ WHO、UNICEF、Alma-Ata Declaration on Primary Health Care（プライマリーヘルスケアに関するアルマアタ宣言）、ソビエト連邦、アルマアタ、1978年

² WHO、Ottawa Charter for Health Promotion（ヘルスプロモーションのためのオタワ憲章）、オタワ、1986年

³ 健康の社会的決定要因に関する委員会、Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health（一世代のうちに格差をなくそう：健康の社会的決定要因に取り組む活動を通じた健康の公平性）、健康の社会的決定要因に関する委員会の最終報告書、ジュネーブ、WHO、2008年

範囲の協議も行なわれた。まず初めに、国レベルで、100件を超える事例研究(そのうち28件はその後さらに広く提供された)を収集し、その後の地域協議で解析、議論した。このプロセスは、科学的、技術的エビデンスと、会議への政治的関与およびサポートを提供した点で重要であった。

会議の討議文書は、重要な鍵となる専門文書であり、WHOが加盟国、顧問団、国連機関、市民社会、学会、世界会議事務局との協議のうえで執筆、展開した(2011年5月～6月に行った公開のウェブ協議において、さらに185の意見や情報提供を受領した)。この討議文書は、健康の社会的決定要因についての対策を各国がいかに実施するかに焦点を合わせ、5つの会議テーマにもとづいて構成した。宣言文は、ジュネーブのWHO本部で2011年の間に開催した、ブラジル政府が議長を務める加盟国との協議会を通して作成した。その宣言文は、ジュネーブに拠点を置く加盟国の代表部で回覧し、リオでの世界会議で最終決定した。

組織

本会議と並列セッションでは、健康の社会的決定要因に関する委員会の勧告をいかに具体的な政策措置に置き換えるかについて議論した。本会議には円卓会議が含まれ、開発やライフコースアプローチなどといった、他の国際的に重要な優先事項や課題と、健康の社会的決定要因にもとづくアプローチとの共通部分に焦点があてられた。並列セッションは5つの会議テーマで構成され、それぞれの経験の交換や分析が行なわれた。2日目の閣僚部会では、加盟国の代表団が健康の社会的決定要因についての声明を発表する場を与え、またリオ政治宣言についての加盟国間の最終交渉も行った。

以降のセクションでは、会議の議事と成果を記述し、総合する。

セッション

1 日目 - 2011 年 10 月 19 日 水曜日

開会演説

Mr Eduardo Paes リオデジャネイロ市市長は、市が直面している健康課題と、プライマリーヘルスケアと貧困削減における市の成果について強調した。

Dr Alexandre Padilha ブラジル保健大臣は、健康が全ての市民の権利であり、国家の義務であるとする根拠と、健康の向上と不公平性の是正が、国の経済的、社会的発展の中核を成し、平和と世界の安全保障に寄与していることを説明した。(ブラジルにおける)健康の社会的決定要因への取り組みは、全ての行政政策に、国民全員の福祉の促進への配慮を植えつけることであった。Dr Padilha は多部門連携による取り組み(国際的な対応を含む)の必要性と、人々の福祉を守り、誰もが健康を享受できるように促進することの重要性を強調した。

Dr Margaret Chan WHO 事務局長は、適切な保健および社会的措置を講じることで、人々の健康に対して行政が担う責任に注目した。社会的な進展を経済成長でのみ測定していたら、国内、国家間での不公平性の増加を招いたため、そのような捉え方から前進する必要があると Dr Chan は強調した。より安心で安全な世界を築くためには、より一層の社会の公平性が、新たな政治的、経済的義務でなければならないと述べた。Dr Chan は、行政の全部門と国際システムにおいて健康増進政策を確立し実施することの決定的な重要性、そして課題について論じた。

Dr Sérgio Cabral リオデジャネイロ州知事は、住民の生活の質を向上させるために、健康と公平性の社会的決定要因に対処するブラジルのコミットメントを表明した。このコミットメントは、Lula 前大統領の意志を引き継いでおり、前大統領の政策とコミットメントは、効果的な所得分配を通して四千万人を超えるブラジル人を貧困から引き上げた。

Mr Michel Temer ブラジル連邦共和国大統領代行は、公平性を求めて健康と社会的要因に取り組んだことで達成した、健康向上と貧困削減におけるブラジルの成果を強調した。ブラジルの立憲制度は、各種サービスを提供する社会システムの構築により、健康に対する権利を含む、個人および公民としての自由や権利を保障する。

健康と開発の社会的決定要因に関するハイレベル円卓会議

目的: 健康の社会的決定要因に対処するために、国が何の対策を講じるべきかを特定する

司会: Ms Zeinab Badawi (BBC World テレビ局)

パネリスト: Dr Margaret Chan (WHO 事務局長)、Ms Tereza Campello (ブラジル、社会開発大臣)、Ms Rebeca Grynszpan (国連開発計画 (UNDP) 副総裁)、Mr Andreas Loverdos (ギリシャ、保健社会連帯大臣)、Ms Kathleen Sebelius (アメリカ合衆国、保健福祉長官)、Dr Michel Sidibé (国連合同エイズ計画 (UNAIDS) 事務局長)

主要テーマ:

- ・ 健康は、包摂的で持続可能な開発の達成の中核を成し、健康の社会的決定要因に対処することでのみもたらされる。
- ・ 健康の社会的決定要因への対処は、保健部門の責任だけではない。健康と開発には、(WHO が果たす主要な役割と併せて) 統合された多部門連携によるアプローチが必要である。パートナーシップの強化が不可欠である(国連組織内も含めて)。
- ・ 健康の社会的決定要因についての対策は、政策の失敗によって健康の進歩が止まっている状況に対応するために急を要する。

主要勧告:

- ・ 積極的に貧困層と係わる。与えられるべきサービスを受けるために貧しい人々に国(の行政)を追わせるのではなく、行政が社会で最も不利な立場にある人々にまで適切に配慮する。
- ・ 行政の異なる部門や行政レベルにわたって取り組むことで、一貫し統合された多部門連携による介入を確保し、健康と公平性の問題に対処する国家戦略を展開する。また、民間部門を巻き込むことを含めて、複数の分野に取り組む。
- ・ ガバナンスと公への説明責任を助長し、人々、とりわけ脆弱で周縁化されたグループが、政策や意志決定プロセスに参加できるようにする。
- ・ 包摂的で持続可能な開発に関する議題の中心に、健康の公平性を据えることを促すため、国際協力を強化する。
- ・ ガバナンスは非常に重要である。この点において、市民社会は、行政と国際機関に責任を求める。

2 日目 - 2011 年 10 月 20 日 木曜日

テーマ 1 の並列セッション: 健康の不公平性の根本原因に取り組むガバナンス: 健康の社会的決定要因についての対策の実施

午前のセッション: 国レベルで政策を一貫させる

目的: 国レベルで良いガバナンスを達成するための、主要な概念、戦略、課題を特定する

議長: Dr Jorge Enrique Venegas (ウルグアイ、保健大臣)

冒頭声明: Don Matheson 教授 (ニュージーランド、マッセー大学)

パネリスト: Dr Dorijan Marušič (スロベニア、保健大臣)、Mr Fidelis George Dakpallah (ガーナ、保健省、政策立案モニタリング評価局長)、Ms Anne-Grete Strøm-Erichsen (ノルウェー、保健・ケアサービス大臣)、Dr Alberto Tejada Noriega (ペルー、保健大臣)

報告者: Dr Xenia Scheil-Adlung (国際労働機関 (ILO)、保健政策コーディネーター)

主要テーマ:

- ・ ガバナンスの概念には、健康の社会的決定要因への対処を通して、開発と経済成長、ならびに健康と幸福を促進することが取り入れられている。
- ・ 良いガバナンスの原則は、正当性、ビジョンと戦略の方向性、業績、説明責任、公平性に関連する (競争する既得の利害などのためにこれらを弱体化させてはならない)。
- ・ 国レベルで健康の不公平性に対処する際の障壁となるものには、経済危機の影響、資金不足、失業率、貧困、汚職などが挙げられる。
- ・ 健康と不公平性の社会的決定要因に対処するための構造的な前提条件には、最低限の幅広い社会保護が挙げられ、これには水と衛生、保健医療、教育、収入、雇用保障への基本的なアクセスの確保が含まれる。

主要勧告:

- ・ 包摂的で、人口全体のニーズに配慮し、社会的立場の弱い人々の政治的影響力を増すことを目指すような政策を展開する。
- ・ 健康と不公平性の社会的決定要因に関するエビデンスを強化する包括的な研究をサポートし、それをもとに政策や対策決定に影響を与える。
- ・ 他部門を関与させる効果的なパートナーシップを築き、全てのステイクホルダーが継続的な対話と政策決定、意志決定のプロセスに参加する、真の機会を創出する。
- ・ 民間部門を関与させて協力を助長しながら、利害の衝突を防ぎ、健全な労働条件を確保し、健康の社会的決定要因についての政策と対策を講じることで健康に貢献する。
- ・ 憲法および法律上の枠組みといった手段を含めて、多部門連携による活動を制度化し、組織的なアプローチにもとづいて調和させる。

- ・ 各種政策の健康への影響について、政策決定者の認識と説明責任を促進する際に、行政の全てのレベルを統合する。

午後のセッション: 地方と市町村レベルで政策を一貫させる

目的: 地方と市町村レベルで良いガバナンスを達成するための、主要な概念、戦略、課題を特定する

議長: Dr David Butler-Jones (カナダ、カナダ公衆衛生局、主任公衆衛生担当官)

パネリスト: Dr Kevin Buckett (南オーストラリア州保健局、公衆衛生部長)、Ms Monica Fein (アルゼンチン、ロサリオ次期市長)、Dr Mohammad Hady Ayazi (イラン、テヘラン社会問題担当副市長)、Ms Hyun Kyung Park (大韓民国、ソウル市女性家族財団代表)、Dr Tiaõ Viana (ブラジル、アクレ州知事)

報告者: Dr Orielle Solar (チリ、Greds-Emconet (健康の不公平性の研究グループ))

主要テーマ:

- ・ 健康の不公平性に対処する構造的な前提条件には、地方および国の行政とのつながりと交流を市民が持てるような社会参加の仕組みと、分権的計画が挙げられる。
- ・ 多部門連携による活動を実施、制度化する主要な戦略として、関連する全てのグループが政策決定に参加する権利の保障、および、国家と地方の政策の相互接続が挙げられる。
- ・ 地方行政は、健康の公平性に取り組むうえで、良いガバナンスと政策の一貫性を創出するのに肝要である。

主要勧告:

- ・ 国家レベルでの協力と市民社会の参加を得ながら、地方および市町村レベルで(社会的決定要因に取り組む)活動をする政治的意志を助長する。
- ・ 健康の不公平性を低減するための公共政策、また社会サービスや保健サービスにおける主要要素として、ジェンダー(性別)に関連する側面には特段の注意を払う。
- ・ プロセスを監視し評価する明確な指標を確立する。そして、当事者意識、透明性、説明責任を強化するために、(地元の)コミュニティがこの情報をより利用しやすくする。
- ・ (地元のコミュニティに対して)特に脆弱なグループに、訓練、サポート、教育を提供して、情報に通じた、真に(政治的プロセスに)参加可能なコミュニティを創造する。

テーマ2の並列セッション: 参加の促進: 健康の社会的決定要因について対策する際のコミュニティ・リーダーシップ

午前のセッション: 政策決定への参加の制度化

目的: 政策決定への参加を制度化するための主要概念、必要事項、戦略、課題を、健康の不公平性を低減するための健康の社会的決定要因への取り組みの基礎的な要素として特定する

議長: Dr Thelma Narayan (インド、公衆衛生と公平性センター)

冒頭声明: Dr Bernardo Kliksberg (アルゼンチン、ブエノスアイレス大学、名誉教授)

パネリスト: Dr Luiz Odorico Monteiro de Andrade (ブラジル、保健省、戦略的計画・参加の国家長官)、

Ms Nonkosi Khumalo(南アフリカ、治療行動キャンペーン、議長)、Dr Asa Cristina Laurell(メキシコ、メトロポリタン自治大学)

報告者: Dr Barbara O de Zalduondo(国連合同エイズ計画(UNAIDS)、副局長室)

主要テーマ:

- ・ 健康の社会的決定要因は非常に複雑であるため、健康の社会的決定要因に関する社会参加は、幅広い分野にわたる。
- ・ 社会参加を円滑にするためには、行政構造内の仕組みを制度化することが重要な手段である。
- ・ 社会参加は戦略的である: それは、周縁化された人々が自分達の状況を改善するために使える、数少ないツールのひとつである。そして、行政は、構造変革を実施、維持するのに社会的支持を必要とするため、(人々の参加を確保することは)既得権による抵抗を和らげるのに役立つ。

主要勧告:

- ・ 表面下にある経済的価値観と社会の構造的システムに対処する必要性の認識を踏まえたうえで、社会的権力と社会的正義の問題として、社会参加に対する理解を促進する。
- ・ 行政構造内の全てのレベルにおいて、包摂的で透明性のあるガバナンスのアプローチと仕組みを確立し、影響を受ける各部門の関与と社会参加のサポートをできるようにする。
- ・ 市民社会は、政府による社会参加の制度化のイニシアチブとは別に、市民の参加する余地を要求し、それを創出するのに積極的でなければならない。
- ・ 社会参加の余地と能力を助長する。そして、市民社会、とりわけ周縁化されたグループの貢献を考慮し、健康の社会的決定要因についての擁護、社会の動員、対策実施に取り組む。

午後のセッション: 参加型対策に向けた新しいアプローチの統合

目的: 市民社会や民間部門といった各行為者の役割が変化していることを考慮し、参加型対策に向けた新しいアプローチを統合する方法を特定する

議長: Dr Luiz Loures(国連合同エイズ計画(UNAIDS)、事務局主任)

パネリスト: Dr Nila Heredia(ボリビア多民族国、保健大臣、ラテンアメリカ社会医学協会(ALAMES)会長)、Dr Roberto Morales Ojeda(キューバ、保健大臣)、Ms Bridget Lloyd(民衆健康運動(People's Health Movement)、グローバルコーディネーター)、Dr Rene Loewenson(南アフリカの健康の公正についての地域ネットワーク、コーディネーター)

報告者: Dr Amit Sengupta(民衆健康運動(People's Health Movement)、準コーディネーター)

主要テーマ:

- ・ 社会参加を助長する対策は、構造的問題、とりわけ、権力、リソース、経済的正義、意志決定権限への対処を包含する。
- ・ 市民社会と行政は、民間部門の決定事項や活動、とりわけ健康と健康の公平性、その他の社会の目標に損害を与える影響について、説明責任を課さなければならない。
- ・ 真の継続的な社会参加が可能となるのは、その役割の価値を尊重し、他の影響要素と同等の重み付けをした場合(かつ、能力開発などのための財政と教育関連のリソースを共に提供した場合)のみである。

る。

主要勧告:

- ・ 周縁化されたグループ、とりわけ先住民の参加を優先し、積極的に助長する。そして、特定の政策決定プロセスやプログラムの開発と実行に際し、そういった人々との協力を促進する。
- ・ (地元)コミュニティの役割に権限を持たせ、政策の決定や実施への市民社会の寄与を強化するために、彼ら(とりわけ、脆弱なグループ)の意志決定への効果的な参加を可能にするような対策(財政や教育面でのリソース提供を含む)を講じる。
- ・ 保健医療とヘルスガバナンスに関して、地区レベルや市町村レベルを含む全てのレベルにおいて、情報アクセスや、公正と国民参加を保障することにより、包摂的で透明性のある意志決定、実施、説明責任を促進し強化する。

テーマ3の並列セッション: 不公平性を低減するうえでの、保健・公衆衛生プログラムといった保健医療部門の役割

午前のセッション: 公平な国民皆保険の確保

目的: 公平な国民皆保険を促進するために、主要な前提条件、戦略、不利・有利に働く要因を特定する。そして、公平な国民皆保険を実施するうえで、WHO を含む国際機関などに求められる、各国へのサポートを特定する。

議長: Dr Jeanette Vega (チリ、デサローロ大学、公衆衛生政策センター、所長)

冒頭声明: Ilona Kickbusch 教授(ジュネーブ、国際開発研究大学院、グローバルヘルスプログラム部長)

パネリスト: Mr Simon Burns (グレートブリテン及び北アイルランド連合王国、国家保健大臣)、Dr Alexandre Padilha (ブラジル、保健大臣)、Dr Sania Nishtar (パキスタン、ハートファイル(Heartfile)NGO 代表)

報告者: Cláudia Travassos 教授(ブラジル、オスワルドクルズ財団(Fiocruz))

主要テーマ:

- ・ 公共政策は健康の決定要因である: 健康の政策とプログラムを立案し実施する過程は、本質的には政治的であり、資金、権力、リソースの分配に関連する。
- ・ 健康の社会的決定要因の多くは、保健部門とその政策の外にあり、直接影響を与えられないところにある。
- ・ 良質の国民皆保険は倫理的な必要条件であり、公平な保健政策の持続可能性にとって不可欠である。国民皆保険は、不公平性に対処する公平な財務戦略により実現できる。
- ・ 公正、公平、社会正義、社会参加といった価値観は、効率的で効果的な保健システムの不可欠な要素である。社会保護政策は、不公平と健康の問題に対処する際に重要な役割を果たし、部門間協力への導入ともなりうる。

主要勧告:

- ・ 健康と不公平性の社会的決定要因に対処するのに必要な条件のひとつとして、公平な国民皆保険の

提供に向けて保健医療システムを強化する。

- ・ 資金調達手段とリスクをプールする仕組みを発展、強化し(コミュニティ・レベルの取り組みの促進も含む)、サービスを受けた時点での自己負担の支出を最小化し、人々が医療を受ける際に貧窮化しないようにする。
- ・ 社会、経済、環境、個人行動に関連する健康の決定要因に対処する保健政策や活動を展開、維持する。とりわけ、良質な国民皆保険の原則は、経済危機を理由に犠牲にしてはならない。
- ・ 行政の全レベルにわたって取り組み、相乗効果と協力を生む。そのためには、公平性に焦点を合わせた政策、立法、プログラムを展開する際に、対話、協力、整合を可能とするような、組織的構造と仕組みによるサポートが必要である。

午後のセッション: 保健・公衆衛生の役割の変化

目的: 保健・公衆衛生のシステム、プログラムの再方向付けを行う理論的根拠について議論し、現在の経験を省察しながら、主要な戦略、不利・有利となる要因を特定する

議長: Dr César Victora (国際疫学会、学会長)

パネリスト: Dr Pakishe Aaron Motsoaledi (南アフリカ、保健大臣)、Dr Beth Mugo (ケニア、公衆衛生大臣)、Mr James Chauvin (世界公衆衛生協会連盟、次期学会長)、José Gomes do Amaral 教授 (世界医師会、次期会長)

報告者: Dr Jane Billings (カナダ保健省、副大臣上級補佐官)

主要テーマ:

- ・ 健康の社会的決定要因に対処するように保健医療サービスと公衆衛生プログラムの再方向付けをすることは、健康の公平性と保健医療サービスへのアクセスを改善し、また保健・公衆衛生のプログラムと戦略により設定された、世界および各国の予防、治療、ケアに関する目標を達成するのに不可欠である。
- ・ 保健・公衆衛生部門の役割は変化しており、それが一致協力することは、不公平性と政策が健康の社会的決定要因に与える影響を監視するのに役立つ。(保健部門は)他の部門と団結して健康の社会的決定要因にもとづくアプローチを擁護し、また健康の社会的決定要因に対処し、公平な国民皆保険の達成に取り組む能力を開発するべきである。
- ・ 「ヘルスプロモーションのためのオタワ憲章」は、健康アウトカムを向上させる多部門連携による事業を想定した。これは、今もなお求められ、さらに市民社会や、関係の深いコミュニティ(地元社会)の参加も必要とする。

主要勧告:

- ・ 保健医療システム内と公衆衛生プログラムの計画と実施において、公平性を優先事項として統合する(現在の保健医療サービスの構造と実施における受益者を特定し、逆にサービスが行き届いていない人々を、系統立てて考慮するアプローチを併せて採用する)。
- ・ 他部門と連携して健康の社会的決定要因に取り組む能力を含め、保健・公衆衛生部門の能力を開発、強化、維持する。
- ・ 保健医療部門内の変化を促進し、健康の不公平性を低減するための能力やツールを開発する。全

ての部門における保健医療従事者は、他の部門との協力により、不公平性の低減に寄与する。

- ・ 保健医療部門は、他部門との間での政策や優先事項の整合性を特定するよう努め、また健康と健康の不公平性の社会的決定要因に対処するような方法で、他部門の目標達成を支援する。

テーマ 4 の並列セッション: 健康の社会的決定要因についてのグローバルな対策: 優先事項とステイクホルダーの整合

午前のセッション: 国際レベルでの健康に関する交渉

目的: 国際レベルでの優先事項と関連づけて健康の社会的決定要因についてのグローバルな対策を講じるための、主要な戦略、課題を特定する

議長: Dr Kumanan Rasanathan (WHO、倫理・公平性・貿易・人権部)

冒頭声明: Ronald Labonté 教授 (オタワ大学)

パネリスト: Dr Pakishe Aaron Motsoaledi (南アフリカ、保健大臣)、Ms Sissel Hodne Steen (ブラジル、ノルウェー大使館次席、公使参事官)、Maria Nazareth Farani Azevêdo 大使 (在ジュネーブ国連常駐ブラジル代表)、Jacques Pellet 大使 (在ジュネーブ国連常駐フランス代表)、Sihesak Phuangketkeow 大使 (在ジュネーブ国連常駐タイ代表)、Dian Triansyah Djani 大使 (在ジュネーブ国連常駐インドネシア書記官)、Dr Haik Nikogosian (たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約、条約事務局長)

報告者: Ted Schrecker 准教授 (オタワ大学)

主要テーマ:

- ・ 人々の健康は、世界的な金融危機、天然資源枯渇と気候変動による環境危機、そして世界中で見られる富の不公平性の増加の影響を受ける。
- ・ 政策の一貫性は、可能であり、必要でもある。「ドーハ宣言」、「オスロ宣言」など、いくつかの既存の政策手段は、これを円滑化する。
- ・ 「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」といった枠組みづくりは、国際保健に取り組む新たな方法を示している。
- ・ 現在、保健医療部門よりむしろ経済部門の優先事項を満足することに重きが置かれている。そのため、健康の社会的決定要因に対して何もしないことは、知識または技術的能力が不足している結果というより、政治的選択の表れである。
- ・ 公平性の問題は、先進国と開発途上国の間にある隔たりに関するものではなく、全ての国が協力できる問題である。

主要勧告:

- ・ 健康のグローバルガバナンスにおいて WHO の指導者的役割を支持する。そして、健康の社会的決定要因への取り組みについて、財政および技術面の援助へのアクセスの円滑化も含めた、各種政策や計画を、他の国連機関、国際組織と整合するよう促進する。
- ・ 健康についての政策決定に関与する市民社会の能力を助長、強化する。
- ・ 健康の社会的決定要因に対処する大きな貢献として、(たばこの)消費と入手しやすさを低減する措

置を含めて、「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」の締結国による条約実施を加速する。そして、「たばこの規制に関する枠組条約」にまだ同意していない国の締結を奨励する。

・ 健康と公平性の社会的決定要因に対処する際に、リソースと専門知識を利用しやすくし、国連機関、とりわけ WHO による支援をとおして、国の行政の能力を開発する。

午後のセッション: 優先事項とステイクホルダーの整合: 国際開発のための健康の社会的決定要因への取り組み

目的: 国際開発のために、健康の社会的決定要因について働きかけるよう、優先事項とステイクホルダーをいかに整合できるかを探索する

議長: Pekka Puska 教授(フィンランド、国立健康福祉研究所、事務局長)

パネリスト: Dr Paison Dakulala(パプアニューギニア、国家保健省、副長官)、Ms Sofiya Malyavina(ロシア連邦、保健・社会開発大臣補佐官)、Dr José Gomes Temporão(南アメリカヘルスガバナンス研究所、所長)、Dr Rebeca Grynspan(国連開発計画(UNDP)副総裁)

報告者: Mr Jeffrey O' Malley(国連開発計画(UNDP)、HIV/AIDS グループ、主任)

主要テーマ:

- ・ 健康の不公平性に対処するための健康の社会的決定要因についての対策は、地元およびグローバルなレベルで影響する要素と背景への理解に基づく。
- ・ 健康と公平性の社会的決定要因についての対策は、市民社会を含む複数のステイクホルダーと共に取り組み、協力しなければならない。
- ・ 健康と開発について並行して対策することは、相互に有益である。その最大の利益を生み出すには、健康と開発の各対策関係者を招集して、共同で問題解析、計画、対策することである。
- ・ 民主主義と社会参加を強化することが、健康と公平性の社会的決定要因への対処において重要である。

主要勧告:

- ・ 「リオ+20 国連持続可能な開発会議」の議題を「リオ宣言」と整合させる。
- ・ 到達しうる最高基準の健康を享有する市民の権利を前提とした、新しく革新的な政策アプローチを採用する。その際、開発の権利も考慮し、ミレニアム開発目標(MDGs)の達成に向けて、健康の社会的決定要因に重点を置く。
- ・ 国の行政、国際組織、非政府組織(NGO)による健康の社会的決定要因への対処を支援し、世界、地域、および国家レベルで健康アウトカムを強化するとともに、国際開発目標に向けて前進する。
- ・ 議題の決定をはじめ、プログラムの開発、実施、評価をする、全ての段階で市民社会を関与させる。

テーマ5の並列セッション: 進捗の監視: 健康の社会的決定要因について、政策決定に情報を提供し、説明責任を築くための測定と解析

午前のセッション: 測定、監視とデータの政策への統合

目的: 測定、監視、データの政策への統合のための概念、戦略、課題を特定する

議長: Sir Michael Marmot (ユニヴァーシティ・カレッジ・ロンドン(ロンドン大学)、教授)

冒頭声明: Hoda Rashad 教授(カイロ・アメリカン大学)

パネリスト: Ms Taru Koivisto (フィンランド、保健省、福祉健康促進部長)、Dr Carmen Amela Heras (スペイン、保健・社会政策省、公衆衛生局長)、Mr Rahhal El Makkaoui (モロッコ、保健省、事務局長)、Papaarangi Reid 准教授(ニュージーランド、オークランド大学)

報告者: Mauricio Barreto 教授(バイア連邦大学)

主要テーマ:

- ・ 市民社会組織には、政府に説明責任を課すうえで重要な役割がある。
- ・ データと情報は、適切な目的と政策を計画するのに使用できる。リスク要素、健康の社会的決定要因、健康アウトカムのデータを提供するように、さらなる指標開発が可能であり、それによって公共政策に影響を与えられる。
- ・ データは社会の不正義や不公平性を実証して、それらに注目を集め、周縁化された人々の窮状を明らかにすることができる。
- ・ 健康の不公平性を低減するうえで、目標を設定することと、このために社会を動員することが不可欠である。適切と思われる測定方法が、社会的および政治的にも有用な指標であれば、意志決定もより(健康の不公平性に対して)敏感になる。

主要勧告:

- ・ 市民社会、NGO、民間部門を考慮し、利害の衝突を防ぎ、健康と公平性に対する決定と対策、およびこれらの影響について行政とステイクホルダーに説明を求めるような、適切な監視システムを促進する。
- ・ 既存の指標や標準を基礎とし、エビデンスを基にした信頼できる健康と幸福(Wellbeing)の測定法を開発する。そのような指標は、社会階層の全てに適用可能で、経済成長指標に止まらず、社会政策の影響の評価にまで及ぶべきである。
- ・ 健康の社会的決定要因に関連する情報通信技術への普遍的なアクセスと、それらの応用を改善し、データをより適切に活用し、傾向を監視するために情報システムを強化する。
- ・ データ、研究と監視の結果、社会の全部門に関するエビデンスと動向へのアクセスを改善し、政策決定の際にこれらを考慮する。
- ・ 「全ての政策において健康を考慮する(Health in All Policies)」アプローチといった仕組みを利用して、不公平性と健康の社会的決定要因に対処するために他部門とのパートナーシップを築き、説明責任を確実にする。

午後のセッション: 政策の公平性への影響に対する説明責任の増加

目的: 政策の公正への影響に対する説明責任を増加するための、主要な概念、戦略、課題を特定する

議長: Dr Ala Alwan (WHO、非感染性疾患・精神保健部門、事務局長補佐)

パネリスト: Dr Abdul Bari Abdulla (モルディブ、保健省、保健・家族担当国務大臣)、Dr Henry Madzorera (ジンバブエ、保健・子ども福祉大臣)、Dr Jaime Breilh (エクアドル、アンディナ・シモン・ボリバル大学、保健分野主任、兼、保健研究・助言センター (CEAS) 創設所長)、Dr Myrna Cunningham (国連先住民族問題に関する常設フォーラム、議長)、Ms Nancy Krieger (アメリカ合衆国、ハーバード公衆衛生大学院、社会・人間開発・健康学部教授、兼、「女性、ジェンダー、健康についての学際的専攻課共同主任)、Dr Abhay Shukla (インド、保健イニシアチブの擁護と訓練へのサポート (SATHI)、コーディネーター)

報告者: Dr Sharon Friel (オーストラリア国立大学、兼、健康の公平性のための国際活動ネットワーク (HealthGAEN))

主要テーマ:

- ・ コミュニティ(および監視)の役割は、行政の説明責任を増すうえで不可欠である。
- ・ データの分解により、例えば社会経済的地位、ジェンダー、人種や民族、先住民族であるかないかなど、様々な側面から、健康にみられる社会格差について明らかにできる。
- ・ 市民社会は、情報源として、また説明責任を課す圧力として、主要な役割がある。
- ・ 「たばこの規制に関する枠組条約」といった拘束力のある国際的な合意は、国家および国際レベルに説明責任の観点をもたらすという点において、強力であり重要である。

主要勧告:

- ・ 健康アウトカムの不公平性と、リソースの配分と消費における不公平性を評価するための、分解データを提供する監視システムを開発し、強化する。
- ・ 健康の不公平性の原因、健康の社会的決定要因と健康の公平性アウトカムの関係、介入の効果に関する研究を促進する。
- ・ 市民社会も関与させながら、参加型のプロセスによって、監視用の指標を開発する。
- ・ 健康の社会的決定要因についての進捗の監視を強化する際に、他の国連機関や国際組織との協力における WHO の指導者的役割を支持する。

閣僚部会

加盟国の代表団長による声明

2 日目には政府代表団のための「閣僚部会」のセッションを行い、(各代表団が)公式に世界会議に対して声明を発表し、加盟国の代表として、その国の健康の社会的決定要因についての立場を明らかにする機会を与えた。セッションは、午前と午後の会議で構成され、WHO 事務局の支持のもと、ハンガリー前保健大臣の Dr Mihaly Kökény が議長を務めた。合計 50 の公式代表団が参加登録し、そのうち 46 の代

表団が声明を発表した。自国の代表団を代表して演説をした発言者のうち 15 名は保健大臣であった。

参加した代表団は、各国の状況に関連するさまざまな健康の社会的決定要因のトピックを取り上げた。発言者が繰り返し提起した主要なメッセージは、次のようである。(a) 社会的決定要因の多くが保健部門の外の要因であるため、それに対処する際の多部門連携による活動の必要性。(b) 保健医療部門の対応による、プライマリーヘルスケアのアプローチにもとづいた保健医療システムの拡張と、共通の社会的決定要因への対処の重要性。(c) 社会参加と権限付与(エンパワメント)を促進し奨励する必要性。他に取り上げられた主要トピックは、教育、雇用、社会保護といった、全ての人を対象とした社会政策の促進、そして、社会的決定要因への取り組みを促進する国際協力を強化する必要性である。

また各国は、社会的要因に対処する取り組みが直面している重大な課題、例えば、非感染性疾患の負担の増加、環境劣化に起因する健康と公平性への影響の増加、国家の経済と社会的支出に係わる財政能力とを著しく弱める世界的な金融危機の影響などが存在することを認めた。

次の加盟国(アルファベット順)が閣僚部会において声明を発表した。アルジェリア、アンゴラ、アルゼンチン、オーストラリア、バングラデシュ、ボリビア多民族国、ブルキナファソ、カナダ、カーボベルデ、チリ、コモロ、キューバ、エクアドル、エチオピア、フィンランド、フランス、ドイツ、ギニアビサウ、インド、インドネシア、イラク、イラン・イスラム共和国、イスラエル、ケニア、モーリシャス、モザンビーク、ナイジェリア、ノルウェー、ペルー、フィリピン、ポーランド、ポルトガル、ロシア連邦、セネガル、シエラレオネ、スロベニア、スリランカ、スーダン、スリナム、スワジランド、スウェーデン、スイス、チュニジア、ウガンダ、ザンビア、ジンバブエ。

健康の社会的決定要因を省察する

目的: 健康の社会的決定要因についての議題の歴史的な発展と、本会議から前進させる戦略について議論する

議長: Dr Mihaly Kökény(ハンガリー前保健大臣、WHO 執行理事会前議長)

パネリスト: Sir Michael Marmot(ユニヴァーシティ・カレッジ・ロンドン(ロンドン大学)、教授)、Paulo Buss 教授(ブラジル、オスワルドクルズ財団(Fiocruz))、Ilona Kickbusch 教授(ジュネーブ、国際開発研究大学院、グローバルヘルスプログラム部長)

主要テーマ:

- ・ 本世界会議は、「アルマアタ宣言」、「オタワ憲章」、そして健康の社会的決定要因に関する委員会の取り組みの遺産の上に築かれている。そして、健康の不公平性を低減するために健康の社会的決定要因に対処する必要性の認識に向けた動きにおける、さらなる足がかりとなる。
- ・ 健康と公平性の社会的決定要因についての議題は、他の主要な議題や今後数年間のハイレベル討議とつながりがあり、中には環境、持続可能な開発、経済、財政と関連するものもある。
- ・ 国家の保健大臣の主要な役割には、よりしっかりと予防とヘルスプロモーションに焦点を合わせた保健医療への公平なアクセスの確保、特に行政部門を横断する擁護活動とパートナーシップ、そして健康の

社会的決定要因の知識、測定、理解の向上への寄与が挙げられる。

- ・ 健康、保健医療、社会保障の問題は、民主主義的プロセスと密接に関連している。良い社会政策、保健医療政策は、行政が人々を(そのようなプロセスを通じて)関与させることによるのみ生じえる。

主要勧告:

- ・ 国連総会において、健康と公平性の社会的決定要因についてのセッションを設けることに対するサポートを擁護し、助長する。
- ・ 2012 年に開催する「国連持続可能な開発会議」の議題に、健康の社会的決定要因を含むためのサポートを擁護し、助長する。
- ・ グローバルガバナンスのレベルで、健康と公平性の社会的決定要因に対処する際の国連、特に WHO のリーダーシップを支持する。
- ・ 情報交換のネットワークを強化し、健康の社会的決定要因に取り組む国連機関、各国、学会、市民社会へのサポートを相互に提供する。

3 日目 - 2011 年 10 月 21 日 金曜日

健康の社会的決定要因とライフコースに関する、ハイレベル円卓会議

目的: 健康の社会的決定要因とライフコースとの関連を議論する

進行役: Mr Riz Khan (Al Jazeera English テレビ局)

パネリスト: Dr Marie-Paule Kieny (WHO、イノベーション・情報・エビデンス・研究部門、事務局長補佐)、Ms Maria Guzenina-Richardson (フィンランド、保健・社会サービス大臣)、Mr William Lacy Swing (国際移住機関(IOM)、事務局長)、Dr Purnima Mane (国連人口基金 (UNFPA)、事務局長補佐、兼、事務局次長)、Dr Geeta Rao Gupta (国際連合児童基金 (UNICEF)、事務局次長)、Dr David Sanders (ウエスタン・ケープ大学、名誉教授)

主要テーマ:

- ・ 子供の初期の発達と、高齢人口を取り巻く健康の社会的決定要因に対処することは重大である。それは、子供の健康と発達アウトカムにおける不公平性が悪化しないようにし、高齢者が継続して社会に参加し、貢献して、貧困、障害、孤立にさらされないことを確実にするのに役立つ。
- ・ 国連機関は、健康と公平性の社会的決定要因の問題に対処する際、協力的、協調的な方法で取り組まなければならない。
- ・ 経済と貿易の政策は、健康と不公平性の社会的決定要因の問題についての重要な根本原因である。
- ・ 市民社会は、政府に説明責任を持たせるうえで重要な役割を担う。

主要勧告:

- ・ 健康の公平性に対処するための健康の社会的決定要因への今後の対策について、本世界会議から生じた勢いとコミットメントを統合し、維持し、強化する。
- ・ 国連機関は、健康と公平性の社会的決定要因に対処する際、協力的、協調的な方法で取り組む。
- ・ 経済や貿易の政策、商業上の既得利益などが、健康と社会の公平性より優先されたり、それらに負の影響を与えたりしないようにするため、行政、国連機関、市民社会が共同で取り組むことへの支持を擁護、助長する。
- ・ 健康の社会的決定要因についての対策を実施し、ライフコース・アプローチの観点から、特に子供の初期の発達と人口の高齢化に注目して、健康の公平性を改善する。
- ・ 「リオ宣言」を実行に移すための断固たる行動を取り、今後前進するための道筋と足がかりを示す。

閉会演説

Dr Alexandre Padilha ブラジル保健大臣は、国民に健康を保障するだけでなく、不公平性に取り組む一連の経済、社会政策を展開するうえでの国の役割が、「リオ政治宣言」を通じて改めて明言されたと述べた。また、宣言では、世界の経済危機を、人々が享有する健康の権利を阻害するものとして捉えたり、そのために社会的支出を抑えたりするべきではなく、むしろ社会政策に投資することで、健康の権利や社会政策をさらに拡張する好機として見るべきであることも認識した。

Dr Rüdiger Krech WHO 倫理・公平性・貿易・人権部長は、「リオ政治宣言」を公式に発表し、宣言文に関する交渉中に考慮が必要となった多くのステイクホルダー、状況、議題に対して、この宣言が刺激を与えるきっかけになると述べた。Dr Krech は、(宣言文について)コンセンサスを得るために加盟国が示した献身とコミットメントを称えた。そして、国際保健に係わっているコミュニティに対して、この宣言を用いて健康と公平性の社会的決定要因への取り組みを前進させるよう促した。

Dr Marie-Paule Kieny WHO イノベーション・情報・エビデンス・研究部門、事務局長補佐は、保健・公衆衛生が多部門を横断する取り組みと公平性への注意を必要とするという認識が成立した歴史的背景について、WHO 憲章に始まり、アルマアタ宣言、オタワ憲章、健康の社会的決定要因に関する委員会の報告書とそれに関連した 2009 年の世界保健総会の決議を経て、本世界会議に至るまでの経緯を説明した。Dr Kieny は、健康の公平性に対処するために健康の社会的決定要因についての対策を実施し、困難な国際情勢においてそうした取り組みを拡張していく際の様々な課題を強調した。そしてそれらに取り組む世界的な動向を取りまとめ、支援し、また加盟国が健康の公平性の改善を進歩させるように支援することに対する、WHO の継続的なコミットメントを表明した。

Ms Maria Guzenina-Richardson フィンランド保健・社会サービス大臣は、世界の人々の健康と公平性の向上の追求において、この会議が画期的であることを強調した。本会議で明らかとなった、健康が国の政策決定における分野横断的な目標でなければならないという認識の高まりと、「全ての政策において健康を考慮する(Health in All Policies)」概念を展開する重要性を指摘した。そして今後も、本会議の成果をさらに前進させ、具体的に展開していくべきであると主張した(本会議は、2013 年にフィンランド、ヘルシンキで開催する「第 8 回ヘルスプロモーションに関する国際会議」へのたしかな基礎も築いた)。

Mr Antonio Patriota ブラジル対外関係大臣は、本会議は、保健・公衆衛生と社会の不正義の低減の歴史における一章であると称えた。そして、健康の公平性は皆に共通の責任であり、公平で包摂的な社会の中核には人々の幸福があるということをリオ宣言が認めていると述べた。Mr Patriota は、全ての公共政策において健康を中心的な位置付けにするツールとして、本宣言が大いに役立つという確信を表明し、加盟国に対して、2012 年の世界保健総会でこの宣言を支持するよう求めた。Mr Patriota は、社会的決定要因と持続可能な開発との間にある極めて重要なつながりと、ブラジルで 2012 年に開催する「国連

持続可能な開発会議」に向けた足掛かりとしての本世界会議の役割を強調した。

その後の展開

2012 年 1 月に、WHO 執行理事会は、「健康の社会的決定要因に関する世界会議」の成果を、WHA62.14 決議の実施の進捗も含めて審査した。執行理事会は、第 65 回世界保健総会（2012 年 5 月 21 日～26 日にジュネーブで開催）で、「リオ政治宣言」を支持する内容の決議を採択するよう勧告した。

概略報告書

全ては公平性のために

健康の社会的決定要因に関する世界会議

リオデジャネイロ、ブラジル、2011年10月19～21日

世界保健機関

倫理・公平性・貿易・人権部

20 Avenue Appia

CH-1211 Geneva 27

www.who.int/social_determinants

健康の社会的決定要因に関する委員会 最終報告書 要旨

WHO 健康の社会的決定要因に関する委員会

一世代のうちに格差をなくそう：

健康の社会的決定要因に対する取り組みを通じた健康の公平性

WHO が 2008 年に『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 2008 (executive summary)』として出版。

© World Health Organization 2008

世界保健機関（WHO）事務局長は、日本語版の翻訳・出版権を日本福祉大学に付与した。日本語版に対する責任は全て日本福祉大学が負うものとする。

『一世代のうちに格差をなくそう～健康の社会的決定要因に対する取り組みを通じた健康の公平性：健康の社会的決定要因に関する委員会最終報告書 2008（要旨）』

WHO 健康の社会的決定要因に関する委員会

Japanese version © 日本福祉大学 2013

委員会は、一世代のうちに健康格差をなくすことを求める

社会正義は生と死に関わることである。それは人々の生き方や、それに伴って生じる病にかかる可能性や、早世の危険に影響するものである。私たちは、一方では世界の特定の地域で平均余命と健康状態が改善し続ける様子に感嘆し、他方では、別の地域でそうした改善が見られないことに懸念を抱く。今日生まれた女の子がある国では80歳以上まで生きると期待できるのに、別の国では45歳まで生きられないと予測される。同じ国の中であっても、社会的不遇の程度と密接に関係した劇的な健康格差が存在する。同じ国内であれ、異なる国の間であれ、このような格差は決して起こるべきではない。

これらの健康の不公平、つまり避けることが可能な健康の格差は、人々が成長し、生活し、労働し、老いていく環境と、既存の保健医療システムが原因となって生じる。人々が生まれ、死にゆく環境条件を形成するのは、政治的、社会的、経済的な諸力である。

政治政策および経済政策は、子どもが成長して潜在能力を全開させ、生き生きした生活を送ることができるか、それとも荒廃した生活を送ることになってしまうかを左右する。豊かな国でも貧しい国でも、解決すべき健康問題の本質は収束する傾向にある。ある社会の発展の水準は、その社会の貧富の程度にかかわらず、そこに暮らす人々の健康状態や、健康がいかに公平に社会階層の別なく保障されているか、そして健康障害による不遇から人々が保護されているかによって判定できる。

「健康の社会的決定要因に関する委員会」は、2005年WHOにより、社会正義の精神にもとづいて、健康の公平性を促進するために必要な証拠（エビデンス）を揃え、健康の公平性の達成に向けた世界的な運動を前進させるために設置された。

委員会がその仕事を進めていくなかで、複数の国や機関が、健康の社会的決定要因に影響を与え、健康の公平性を向上させるような、社会全般に係わる政策やプログラムを作成する協力者となった。いまや、これらの国々や機関が世界的な運動の先頭に立っている。

本委員会は、WHOおよびすべての政府に対して、健康の公平性を達成するために、健康の社会的決定要因に関して国際的な取り組みを先導することを求める。いまこそ各国政府や市民社会、WHO、そしてそのほかの国際機関が、世界の人々の生活を改善するために連帯して行動を起こすことが不可欠である。一世代で健康の公平性を達成することは、可能であり、正義であり、いまこそそれをなすべき時である。

健康の公平性のための新しい世界的議題

今日の子供たちは、どこで生まれるかだけの違いで、人生のチャンスが劇的に異なる。日本やスウェーデンで生まれれば、80歳を超えてまで生きられると期待できる。ブラジルなら平均寿命は72歳、インドなら63歳である。しかし、それがアフリカの国々では50歳にも満たない。そして同じ国のなかでも、人生のチャンスの格差はきわめて大きく、そのような国内格差は、世界中で認められる。貧困層の中でも最も貧困な人々の間では、病や早

世が頻繁である。しかし、健康不良は最貧困層に限られたものではない。国の貧富の程度にかかわらず、全ての国において、健康と病は社会階層の勾配に従っていることが分かる。すなわち社会経済的地位が低いほど、健康状態も悪いのである。

このような状況は必然ではないし、道義にも反する。構造的な健康格差が、合理的な行動によって回避できると判断される場合、そのような格差は正に不公平であると言える。これこそ健康の不公平と呼ぶものである。これらの非常に大きく、是正可能な、国内および国家間の健康格差、すなわち健康の不公平を正すことは、社会正義の問題である。健康の社会的決定要因に関する委員会（以下、「委員会」）の見解では、健康の不公平性を低減することは倫理的義務である。社会的不正義のために、多くの人々が殺されている。

健康と健康の公平性の社会的決定要因

この委員会は、健康の公平性を促進するために必要なエビデンスを揃え、健康の公平性の達成に向けた世界的な運動を前進させるために設けられたのだが、それは政策決定者や研究者、市民社会を含めた国際的な協働によるものであり、それを率いるのは、政治、学問やアドボカシー（擁護活動）の経験を持つ委員たちである。大事なことは、いわゆる南半球諸国と北半球諸国を含んだ、所得や開発の水準の異なるすべての国々に関心が向けられていることである。健康の公平性はすべての国に係わる問題であり、世界の政治経済システムに強く影響されるものである。

委員会では、健康の社会的決定要因を全体論的視野で捉える。貧困者の健康不良、各国内に生じている社会格差に対応した健康格差、そして国家間での顕著な健康の不公平は、世界的な、あるいは国内における、権力、資金、物資およびサービスの不平等な分配と、それらの結果として生じる直接的に眼に見える人々の生活環境（すなわち保健医療、学校、教育へのアクセス、労働と休養、家庭、コミュニティ、町や市）と豊かな人生を送れるチャンスの不公平とによって生じている。健康を阻害するような経験の不公平な分配は、どう考えても自然現象とは呼べず、粗末な社会政策や事業、不公平な経済秩序と、劣悪な政治の有害な複合作用の結果であると言える。健康の社会的決定要因は、（社会）構造的な決定要因と日常生活環境の両方から成り立ち、それらは国家間および国内の健康の不公平の大半の原因となっている。

国際コミュニティの取り組みによってこの状況を正すことはできるが、それには国際レベル、国家レベル、そして地元レベルでの、迅速かつ継続的な行動を必要とする。国際的な権力配分や経済秩序に存在する深刻な不公平は、健康の不公平に極めて強く関与している。もちろん、このことはその他のレベルでの行動を無視するということではない。国や地方政府にもできることがたくさんある。さらには、地元を直接支援すると同時に、より上位の政府にも変化を求めるように働きかける、市民社会や地域活動の影響力に、委員会は感心させられた。

そしてまた、気候変動も、人々の生活や健康、そして地球に影響を与えることによって、当然グローバル・システムにも関与する。我々は、健康の公平性と気候変動という二つのアジェンダ（議題）を同時に議論する必要がある。我々（委員会）の中心的関心である健康の公平性は、国際コミュニティにも取り入れられるべきであり、全世界の社会経済的発

展の必要性、健康の公平性、気候変動への対処の緊急性の間のバランスを取らなければいけない。

開発への新しいアプローチ

委員会の仕事は、開発への新しいアプローチを具体化している。人々の健康や健康の公平性は、すべての社会政策の目的ではないにしても、それらがもたらす重要な成果である。例えば、非常に重視される経済成長政策について考えてみる。経済成長は疑いもなく重要である。貧困な国々にとっては特に重要である。それは、その国の国民生活の改善のために投資できるリソース（資源）を作り出す機会となるからである。だが、経済成長自体は、その利益の分配において道理ある公正さを保障する適切な社会政策が伴わないと、健康の公平にはほとんど貢献しない。

伝統的に、社会は健康と病気に関する問題について保健医療部門に依存してきた。ヘルスケアの不適切な分配（つまりケアを最も必要とする人にケアが行き届かないこと）は、当然健康の社会的決定要因の一つである。しかし、驚くほど多数の早世を引き起こす原因となる大きな疾病負担は、人々が生まれ、成長し、生活し、働き、老いていく状況に拠るところが大きい。劣悪で不公平な生活状況は、粗末な社会政策や事業、不公正な経済的秩序と悪い政治が招く結果である。健康の社会的決定要因に取り組むには、政府全体、市民社会や地域のコミュニティ、企業、国際フォーラム、国際機関を巻き込まなくてはならない。対策としての政策や事業も、保健医療部門だけでなく、社会の主要な部門（セクター）すべてに関係するものでなければならない。そのうえで、各国の保健大臣と保健省は、世界的な変革を起こすために必要不可欠である。その役割とは、国の最も上位のレベルで、健康の社会的決定要因に取り組むアプローチを推進し、効果的な実践例を示し、さらに他の省庁が健康の公平性を促進する政策を策定する支援をすることである。WHOは、世界の保健機関として、国際舞台でその同じ役割を果たさねばならない。

一世代のうちに健康格差をなくそう

委員会は一世代で健康格差をなくそうと呼びかける。それは願望であり、予測ではない。過去30年間に、世界的に、また各国においても、それぞれ飛躍的に健康が向上した。したがって我々は楽観的である。人々の人生のチャンスに強く影響する要因、すなわち健康の公平性を著しく改善できる要因についての知識は確実に存在する。また、我々は現実的でもある。そこで、まさに今、行動を起こさなければならないと主張する。国家間および国内における目に余る不公平を是正する解決策を練るための素材は、この委員会報告書の中にこそある。

委員会の主要な勧告

1 日常生活状況を改善する

少女や女性の well-being（幸福な生活）と、子どもが生まれてくる環境をそれぞれ改善し、子どもの発育早期と少女少年の教育に重点をおく。生活と労働の状況も改善する。そしてそれら全てを支える社会保護政策を策定する。また高齢者が豊かな生活を送れるような状況を創造する。これらの目標を達成するための政策には、市民社会、政府、国際機関が関与することになる。

2 権力、資金、リソースの不公平な分配に対処する

健康の不公平と日常生活の中の不公平な状況に対処するためには、男女間にある不公平など、社会の秩序の中に存在する不公平に取り組む必要がある。このためには、コミットメント、能力と、十分な財力を備えた、強力な公共部門が必要である。それを実現するには、政府の強化だけではならず、必要なのはガバナンスの強化である。すなわち市民社会、説明責任を伴った民間部門、そして社会の全ての人々が、公共の利益について合意をし、共同行動のもつ価値に対して再投資することに、正当性と、場と、サポートを提供するようなガバナンスである。今のようなグローバル化された世界においては、公平性を強く支持するようなガバナンスの必要性は、地域コミュニティのレベルから国際機関に至るまで、すべてに平等にあてはまるものである。

3 問題を測定して理解し、対策の影響を評価する

問題が存在することを認め、健康の不公平が国内および国際的に測定されるのを確実にすることは、行動を起こすために不可欠な基盤となる。各国政府や国際機関は、WHOの支援を受けながら、健康の公平性監視システムを各国内および国際的にも構築し、健康の不公平と健康の社会的決定要因の定期的なモニタリング（監視）と、各種政策や取り組みが健康の公平性に与える影響を評価すべきである。健康の不公平性に効果的に対処するのに必要な組織的な場と能力を創出するためには、政策決定者や保健医療従事者の能力向上と、健康の社会的決定要因についての一般認識の向上に投資する必要がある。また保健・公衆衛生の研究において、社会的決定要因にもっと焦点を当てることも求められる。

行動の三原則

- ①日常生活の状況、つまり人々が生まれ、成長し、生活して、働き、老いていく環境を改善する。
- ②権限、資金、リソース、つまり日常生活状況を形成する構造的な推進力となるものの不公平な分配に、国際レベル、国家レベル、地域レベルでそれぞれ対処する。
- ③問題を測定し、対策を評価し、知識基盤を拡大し、健康の社会的要因についてよく訓練された労働力を開発し、健康の社会的要因について一般の人々の認識を向上させる。

これら三つの行動原則は、上記の三つの主要な勧告によって具体化されている。本委員会最終報告書要旨および最終報告書本文は、この三つの原則に従って構成されている。

第1章 日常生活の状況を改善する

社会構造に不公平が存在することは、豊かでいきいきとした生活を送り、健康を楽しむという自由が、一つの社会の中で、あるいは異なる社会を比較した時に、不公平に分配されていることを意味する。この不公平は、幼年期や学校教育の状況、雇用や労働の状況、建物環境の物理的条件、居住する自然環境の質などに認められる。これらの環境の性質の違いによって、人々は異なる物質的状況、心理社会的サポート、行動の選択肢などが与えられ、それによって健康の脆弱性が左右される。同様に社会階層も保健医療（ヘルスケア）へのアクセスや利用における差を生み出し、結果として、健康や幸福の増進、疾病予防、病からの回復、生存率などに不公平をもたらす。

何をすべきか

人生の初期に対処する包括的アプローチには、国際レベルおよび国内レベルでの政策の一貫性、コミットメント、そしてリーダーシップが必要である。それはまた、世界の全ての子どもたちのための、幼年期発達（Early Child Development; ECD）および幼年期教育のプログラムやサービスの包括的パッケージを必要とする。

子どもの生存を支援する既存の事業などに立脚しながら、幼年期への介入を拡張して、社会的/情緒的発達や言語/認知の発達をも包含するような、幼年期への包括的アプローチにコミットし、それを実施する。

・幼年期発達に関する政策の首尾一貫性を確実にするために、諸機関間の調整メカニズムを構築し、それら諸機関を横断して幼年期の発達への包括的アプローチが実行されるようにする。

・すべての子ども、母親、そしてその他の世話人に、その支払能力にかかわらず、良質な幼年期発達のプログラムとサービスの包括的パッケージを提供する。

教育の提供範囲とその領域を拡大し、幼年期の発達（身体的、社会的/情緒的、言語的/認知的発達）の原則を包含するようにする。

・すべての少女少年に、その支払い能力にかかわらず、良質の義務教育（初等および中等教育）を提供する。少女少年達の学校への入学や通学を阻害する要因を解明し、それらに対処して、さらに初等教育の利用者負担を撤廃する。

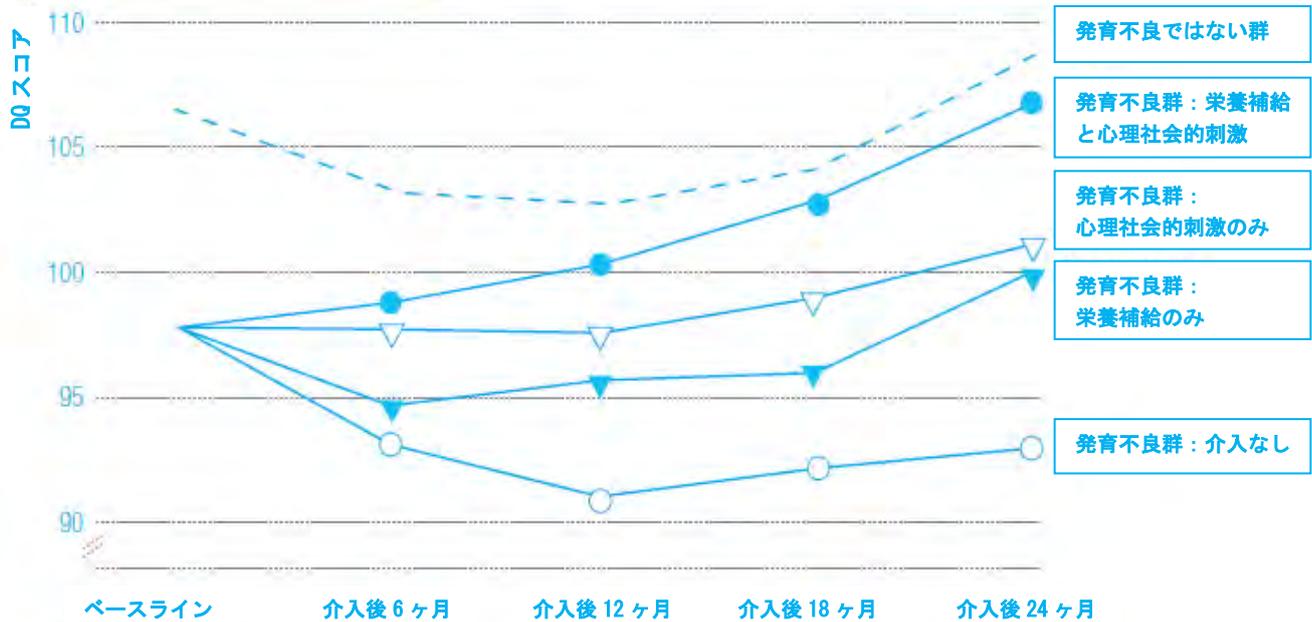
初めから公平性を保障する

ECD（幼年期の発達）は、身体的、社会的/情緒的、言語/認知の各領域を包含するが、それは子どもの技能開発、教育や雇用の機会などに影響し、その後の人生における様々な機会や健康状態に決定的な影響を及ぼす。幼年期の経験は、これらの間接的あるいは直接的な方法で、その後の肥満、栄養不良、精神疾患、心臓疾患や犯罪にかかわるリスクなどに影響していく。少なくとも世界で2億人の子どもたちが、その潜在的な発達可能性を最大限に発揮できていない。このことは、彼らの健康および社会全体にとって極めて重大な意味合いを持つ。

行動の根拠となるエビデンス

幼年期への投資は、一世代で健康の不公平を低減することに最も可能性を与える方法の一つである。幼年期（胎児期から8歳までと定義される）の経験や、早期・後期の教育は、人のライフコース（人生経路）全体に影響する極めて重要な基礎を形成する。ECDについての科学研究は、脳の発達が幼年期における外部からの刺激に極めて敏感で、それがその後も一生影響をもたらすことを示している。良好な栄養摂取も非常に重要で、それは母親が、まだ子どもがお腹の中にいる時から、十分な栄養を取ることから始まる。母子ともに、妊娠前、妊娠中、出産、そして産後の数日から数年にわたって、連続性のあるケアが必要である。子どもは安全かつ健全で、支援的、養育的、また思いやりがあり、子どもの要求にも反応するような生活環境を必要とする。就学前の教育プログラムやそれを提供する保育園・幼稚園は、子どもの発達に貢献するより広範な環境の一部として、子どもの潜在能力を育成するうえで極めて重要な役割を担う。子どもの生存を支援する既存の事業などに立脚しながら、幼年期への介入を拡張して、社会的/情緒的発達や言語/認知の発達をも包含するような、幼年期へのより包括的なアプローチが必要である。

ジャマイカにおける2年間の介入研究で見られた発育不良の子どもたちへの
 栄養補給と心理社会的刺激による複合効果¹



¹発育不良の子どもの群（初回調査時の年齢と DQ スコアをもとに調整）と発育不良ではない子どもの群（初回調査時の年齢調整のみ）における平均発達スコア（DQ）を比較した。DQ の測定はグリフィス精神発達尺度のジャマイカ改訂版を用いた。このグラフは著者の許可を得て、Grantham-McGregor et al. (1991) より転載した。

健康な場所でこそ人々は健康になる

何をすべきか

基本的な物資の入手が確保され、社会的な結束力があり、住民の心身の健康を促進するように計画され、自然環境が保護されているようなコミュニティや地域が、健康の公平性にとっては必須である。

健康と健康の公平性を都市ガバナンスと都市計画の中核に据える。

・手頃な価格の住宅をより多く提供できるように都市開発を管理する。都市のスラム改善に投資し、特に優先的に、水と衛生設備、電力、舗装道路をすべての家庭にその支払能力にかかわらず提供する。

・都市計画が、人々の健康で安全な行動を公平に促進するようにする。それは、活動的な交通手段への投資、不健康な食品へのアクセスを管理するための小売計画、そして良好な環境デザインや、アルコール販売店数の制限などの規制管理を通じて行なう。

農村開発に継続的に投資し、排他的な政策や手続きによって生じる農村部の貧困や土地所有権および居住権の問題に対処することで、都市部と農村部の間の健康の公平性を促進する。

・都市の拡大がもたらす不公平への対策をする。それには農村部における土地所有権問題への対処、人々の健康を支えるような農村生活の保障、農村部のインフラストラクチャーへの十分な投資、農村部から都市部に移住した人々に対する支援策などが含まれる。

気候変動やその他の環境破壊に対する経済および社会政策において、健康の公平性も同時に考慮する。

人々は、住む場所によって健康が左右され、また人生を豊かに送れるチャンスが影響される。2007年は、都市部に住む世界の人口が、初めて過半数を超えた年である。そのうち約10億人がスラムに住んでいる。

行動の根拠となるエビデンス

今後とも感染症や栄養不良は、世界の特定の地域や人々にとって問題であり続ける。しかし、都市化は保健・公衆衛生の課題を変えつつあり、特に都市貧困層の間で、非感染性疾患、事故や暴力による怪我、生態学的災害による死亡や被害が増える傾向にある。

人々が生活をする日常の状況が、健康の公平性に強い影響を与える。良質な住居や保護施設、清潔な水と衛生設備を与えられることは人間の権利であり、健康な生活を送るための

基本的ニーズである。自動車への依存の増大によって、自動車利用本位の土地利用が増え、自動車以外での移動の不便さが増して、地域の大気や温室効果ガス排出量に影響し、人々の運動不足にもつながる。都市環境の計画とデザインは、人間の行動や（環境の）安全性への影響を通じて、健康の公平性に大きく作用する。

農村部と都市部間の居住比は、地域によって極度に異なる。都市人口は、ブルンジやウガンダでは10%未満だが、ベルギー、香港行政区、クウェート、シンガポールなどでは100%近くなる。都市型志向の成長パラダイムによる政策や投資パターンのため、世界中の農村コミュニティが、そこにいる先住民とともに、インフラやアメニティへの投資不足の進行という苦しみに直面する。そこには貧困と劣悪な生活状況があり、それが住民には、不案内な都心部へ移住する理由の一部となっている。

最近の都市化モデルは、甚大な環境問題、特に気候変動という難題をもたらしている。気候変動は、低所得国や、脆弱な人々に対して、より大きな影響を与える。現時点では、温室効果ガス排出は、主として先進国の都市部の消費パターンによって決定されている。交通と建築物によるCO₂排出が全体の21%を占め、農業活動によるものも全体の約1/5である。それでいて、農業生産は気候条件の如何に大部分依存している。気候システムの崩壊や消耗と、世界的な健康の不公平を減らすことは、切り離して考えることができない。

公正な雇用と適切な労働

何をすべきか

公正な雇用と適切な労働条件の保障を通して、政府、雇用主そして労働者は、貧困をなくし、社会的な不公平を低減し、身体的・心理社会的な危険への曝露を減少させることができ、それは人々の健康と幸福の向上にもつながる。そして健康な労働力が生産性向上に役立つのは当然である。

完全かつ公正な雇用と適切な労働を、国や国家間の社会経済政策作りの中心的目標とする。

・完全かつ公正な雇用と適切な労働は、国際機関の共通目標にされるべきであり、国の政策課題と開発戦略の中核をなすべきである。同時に、雇用と労働に関わる政策、立法、事業を作成する過程において、労働者代表の関与強化を伴うべきである。

健康の公平を達成するためには、安全かつ安定的で公正な報酬が支払われる仕事、年間を通じた雇用機会、そして健康的なワーク・ライフバランスが、すべての人々にとって必要である。

・質の良い労働を男女ともに与える。それは健康的な生活を送るのにかかる現実的かつ最新のコストに見合う生活賃金を伴わなければならない。

・すべての労働者を保護する。国際機関は、各国が、正規・非正規労働者に対してコアな労働基準を適用し、ワーク・ライフバランスを保障する政策を展開し、さらに不安定な就労形態から生じる労働者の不安を減らすための支援をする。

有害物質、労働起因性のストレス、さらに健康を害する行動への曝露を減らすよう、すべての労働者の労働条件を改善する。

雇用と労働条件は健康の公平性に強力な影響を及ぼす。これらが良好であれば、人々に経済的安定、社会的地位、自己啓発、社会関係、自尊心、身体的・心理社会的な危険からの保護などを与える。雇用と労働の改善のための行動は、国際レベル、国内レベル、地方レベルのすべてで実施しなければならない。

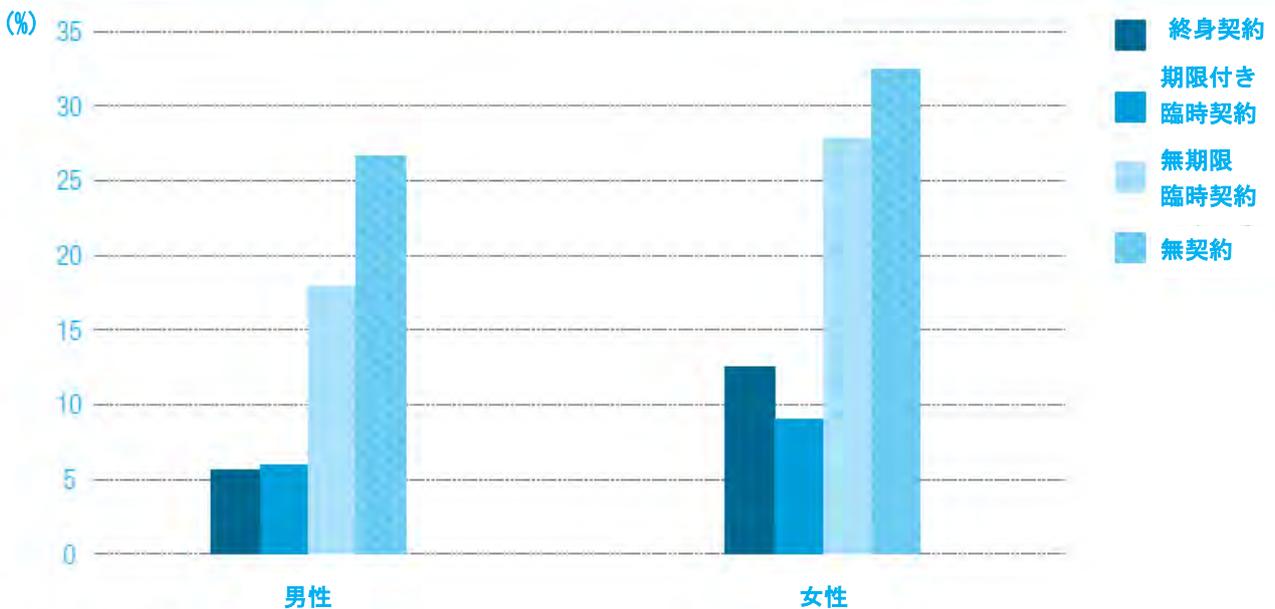
行動の根拠となるエビデンス

労働は、多くの重要な健康への影響が発現する領域である。これには雇用条件と労働の性質そのものが含まれる。柔軟な労働力は、経済競争力の観点からは良いものとされるが、健康への影響を伴う。長期雇用労働者に比べ臨時雇用労働者の死亡率が有意に高いというエビデンスがある。不安定労働（期間の定めのない雇用契約、無契約雇用、およびパート

タイム労働)は精神衛生上の問題の発生と関連している。また雇用不安を感じる労働者は大きな身体的・精神的影響を受けることも知られている。

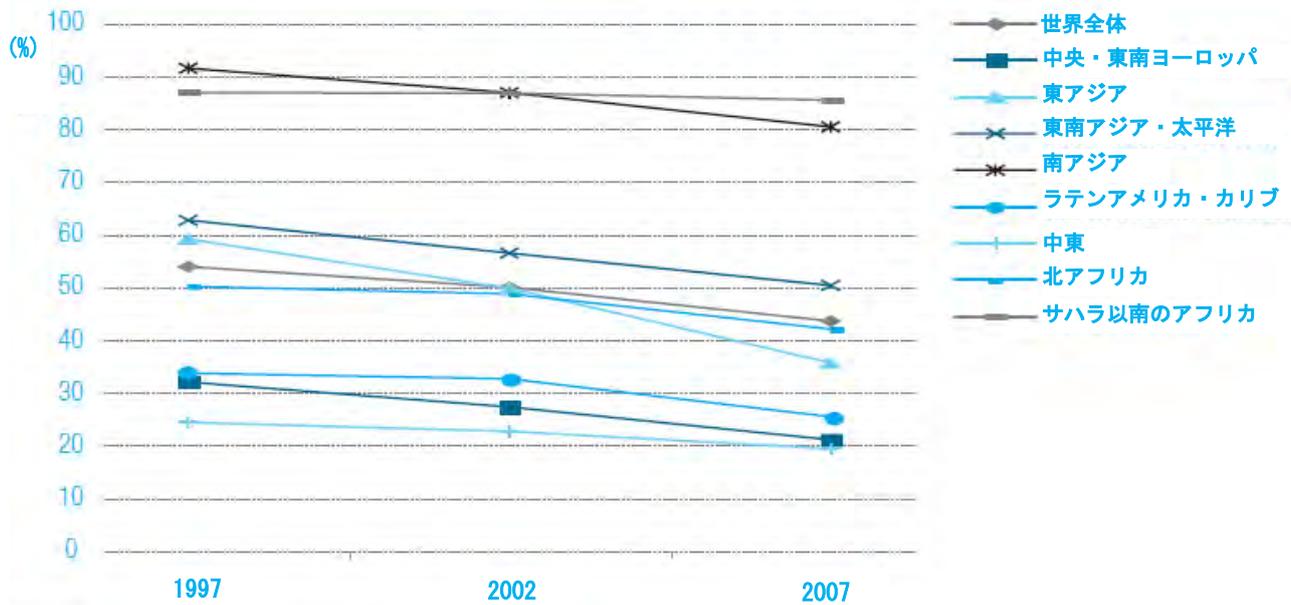
労働の条件もまた健康と健康の公平性に影響を与える。悪い労働条件は、身体的健康に害を与えうる様々な危険に人を晒し、それらはより地位の低い職業に集中する傾向がある。高所得国に存在するより良い労働条件は、何年にもわたる労働者の組織的行動と、規制の整備などの多くの努力によって実現したものであるが、多くの中・低所得国では、ひどく欠けているものである。職場におけるストレスは、冠状動脈性心疾患のリスクを50%増加させ、また仕事における高負担、低裁量、そして努力と報酬の不均衡は、精神的・身体的疾患のリスク要因であるという一貫したエビデンスが存在する。

スペインの肉体労働者における雇用契約種別に応じた精神衛生不良の有症率



出典: Artazcoz et al., 2005

1日当り2米ドル以下で生活している労働者の割合（％）の地域別の違い



注：2007年の数値は仮推計である。このグラフは著者の許可を得て、ILO（2008）より転載した。

ライフコースを通じた社会保護

何をすべきか

一世代で健康格差を縮小するためには、最低限の健康的な生活水準を保つようなシステムを政府が構築する必要がある。個人の力の及ばない理由によって、人の生活がその水準を下回ることがあってはならない。社会保護方式は、開発目標の到達度に依存するのではなく、むしろ効果的に貧困を削減し、地域経済に恩恵をもたらすことから、開発目標を実現する手段となる。

健康的な生活を送るのに十分な所得水準を維持できるように、すべての人を対象とした包括的社会保護政策を確立および強化する。

- ・ 健康的な生活を送るのに十分な水準を目指して社会保護システムの規模を徐々に拡大する。
- ・ 社会保護システムが、非正規労働、家事、介護などに従事する人など、通常適用外とされる人々も保護対象に含むようにする。

すべての人々が、そのライフコースを通じて、つまり幼い子どもの時も、働いている時期も、老後においても、社会保護を必要とする。また、病気や障害あるいは仕事や収入を失うなどの特定の不遇に見舞われた場合も人々は保護を必要とする。

行動の根拠となるエビデンス

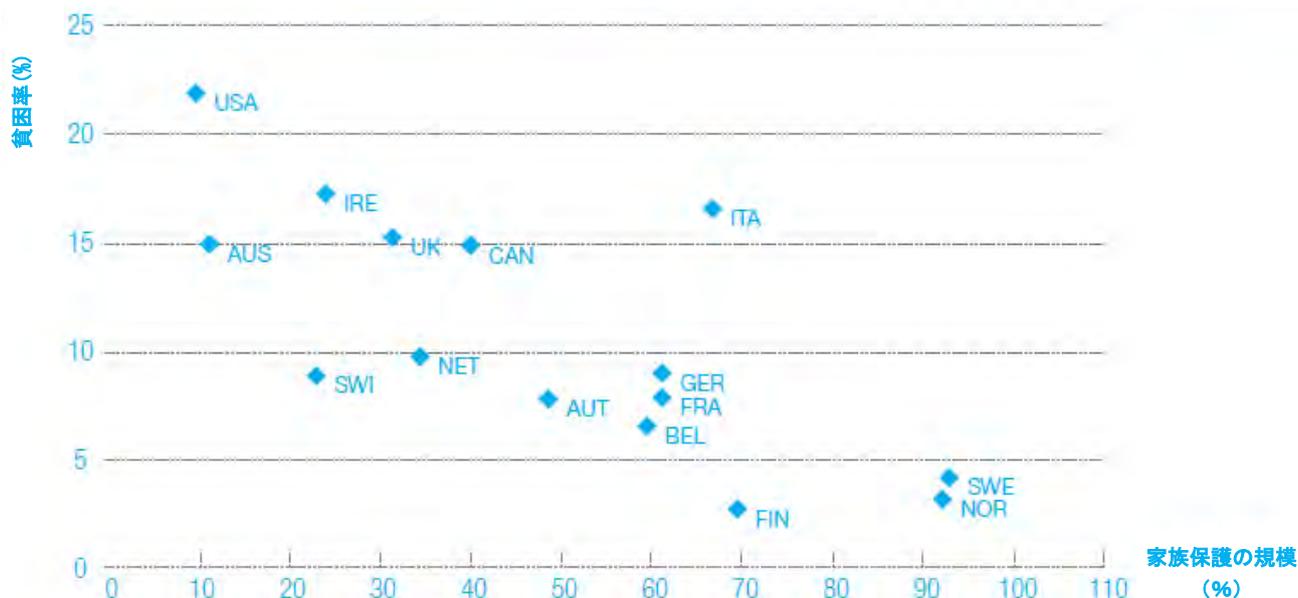
生活水準の低さは健康の不公平の強力な決定要因である。それは全人生の軌道に影響を与えるが、とりわけECD（幼年期の発達）に及ぼす効果を通じて現れる。子どもの貧困と世代間の貧困の連鎖は、人々の健康の向上と健康の不公平性低減に対する主要な障害物となる。世界の5人に4人が基礎的な社会保障による援助を欠いている。

再分配式の福祉制度は、人々が労働市場を通じて健康的な生活を得られる程度と相まって、貧困の度合いに影響を与える。すべての人を対象とした手厚い社会保護システムの下では、人々の健康がより良好であり、高齢者の超過死亡が減少し、社会的に不利な立場の人々の死亡率も低下する。国民皆保護システムを持つ国々では、社会保護の予算が大きい傾向にあり、それがより持続可能であるとも言えるかもしれない。これらの国では、貧困層だけに対象を絞った（社会保護）システムを持つ国に比べて、貧困と所得格差がより少ない傾向にある。

社会保護を国中あるいは世界中のすべての人々に提供することは、一世代のうちに健康の公平性を保障する方向に向けての大きな一歩となる。これには、非正規労働、家事、介護などの不安定労働に従事する人々にも社会保護を適用することが含まれる。これは大半の人々が非正規労働をしている貧しい国や、家庭内の責務に阻まれて拠出制の社会保護方式

では十分な給付金を受け取ることができない女性にとって、特に重大である。制度的なインフラストラクチャーや財政能力の不足が多く、多くの国で相変わらず障害となっている一方で、所得の低い国々であっても、社会保護システムの構築に着手することが可能であることを示す例が世界中にある。

2000年頃における世界20カ国の家族保護の総規模と子どもの貧困



注：移転支出による純社会保護給付規模を生産労働者の平均純賃金に占める割合（%）として表示。貧困線は等価可処分所得の中央値の50%に設定。
 AUS=オーストラリア；AUT=オーストリア；BEL=ベルギー；CAN=カナダ；FIN=フィンランド；FRA=フランス；GER=ドイツ；IRE=アイルランド；ITA=イタリア；NET=オランダ；NOR=ノルウェー；SWE=スウェーデン；SWI=スイス；UK=英国；USA=米国。
 このグラフは著者の許可を得て、Lundberg et al. (2007) より転載した。

国民皆健康保険

何をすべきか

公平性、疾患予防、健康増進の原則に基づいた保健医療（ヘルスケア）システムを築く。

・プライマリ・ヘルスケアに重点を置いた良質の保健医療サービスをすべての人々に提供する。

・公平な保健医療の財政を確立するうえで公共部門のリーダーシップを強化し、支払い能力に関係なく全ての人々が保健医療サービスを受けられるようにする。

保健医療関係の従事者を育成、強化し、健康の社会的決定要因に働きかける能力を拡充する。

・国内の保健医療関係の労働力に投資し、保健医療従事者を農村部と都市部にバランスよく配置する。

・保健医療関係の人材増加と人材教育への投資や、人材の獲得と流出の規制に関する二国間協定などを中心に、保健医療分野における頭脳流出の是正に努める。

保健医療へのアクセスとその利用は、人々の公平で良好な健康状態にとって肝心である。保健医療システムそれ自体が健康の社会的決定要因のひとつであり、他の社会的決定要因と相互に作用する。性別・ジェンダー、教育、職業、所得、民族性、居住場所のすべてが、人々の保健医療へのアクセス、利用経験、そしてそれによって受ける利益と緊密に関係している。保健医療分野のリーダーには、社会の全分野を通じて、他の部門の政策や活動が健康の公平性の向上につながるように見届ける重要な役割がある。

行動の根拠となるエビデンス

保健医療なしには根本的な健康改善をする多くの機会が失われてしまう。不完全な保健医療システム、あるいは不公平な供給しかないシステムでは、社会正義として全ての人々に健康を保障する機会が失われてしまう。これらはすべての国々にとって重要な課題である。低所得国ではより差し迫った課題として、保健医療システムを適切に構想、管理し、それへのアクセスを確保することが、ミレニアム開発目標（MDG）の達成に向けて大きく貢献する。それらなしにはMDGを達成する可能性が非常に弱められる。それにもかかわらず、いまだに保健医療システムは多くの国で恐ろしく弱体であり、サービスの供給、アクセス、利用において、貧富の間で非常に大きな格差が存在する。

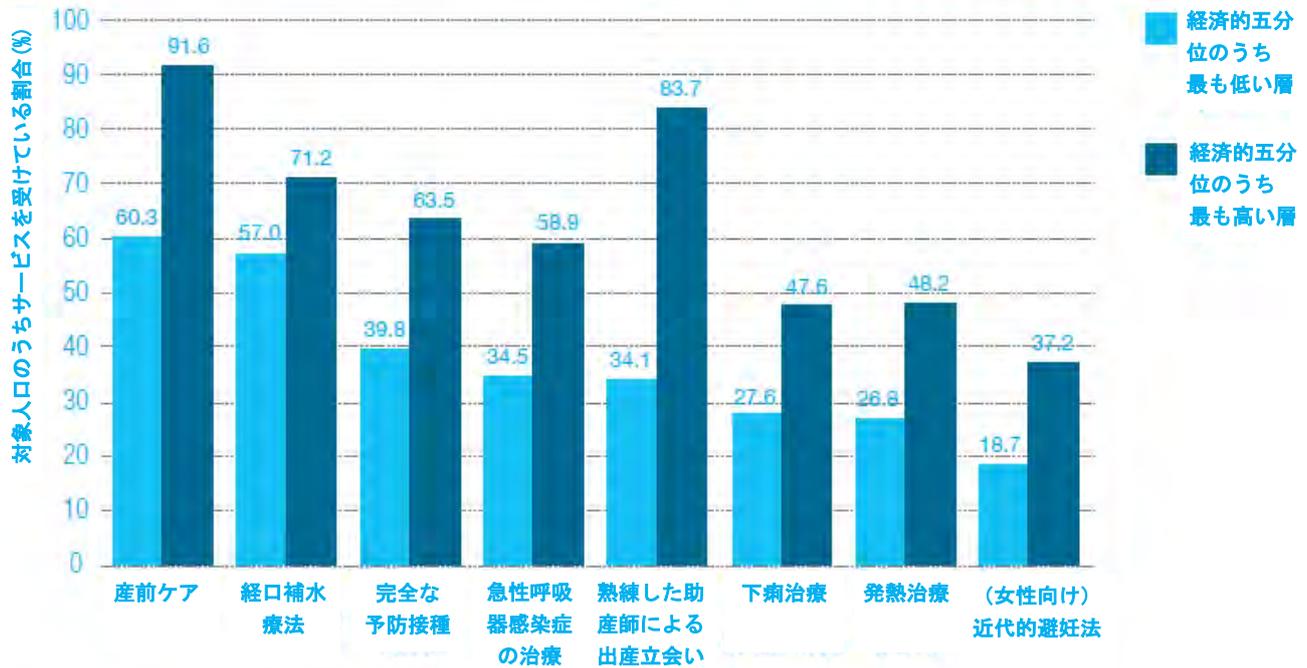
委員会は、保健医療は市場に出回る商品ではなく、公共の利益であると捉える。実際ほとんどの高所得国がユニバーサル・カバレッジ（すべての人々を対象に必要な保健医療を資金とサービス提供の両面から保障する）の原則を中心として保健医療システムを整備している。ユニバーサル・カバレッジは、国民全員が、必要と選好に応じて、同じ範囲の（良質の）サービスを、所得水準や社会的地位、居住地域に関係なく受けられるようにしなければならない。また人々がこれらのサービスを使いこなせるだけの力を与えられていることも必要である。そしてそれは全国民に同じ給付内容を提供する。その他の国についても、最も貧しい国々を含め、長期間にわたる適切な援助を受けることを前提にすれば、保健医療のユニバーサル・カバレッジの実現を目指さない理由はない。

委員会は保健医療システムの財政を総合課税や強制皆保険によって賄うことを推奨する。公的な保健医療への支出に再分配効果があることは、多くの国で認められている。公的資金で賄われる保健医療システムを支持する説得力のあるエビデンスがある。保健医療費の自己負担分を最小にすることが特に肝要である。低・中所得国において、保健医療費の受益者負担を押し付けるような政策は、総じて保健医療サービスの利用の低下と健康状態の悪化を招いている。毎年1億人近くの人が、家庭の高額医療費のために貧困に追いやられている。これは容認できない事態である。

プライマリヘルスケア（PHC）に基づいた保健医療システムこそ、より良い健康アウトカムを実現できる。PHCモデルに基づいて、予防および健康増進と、治療介入への投資との間の均衡を図りながら、様々な社会的決定要因に関して各地域の状況に適した取り組みをすると同時に、一次的な保健医療（プライマリケア）に重点を置いて、そこからより高次の保健医療へと適切に紹介・転送することの両方がこれに含まれる。

すべての国で、とりわけ最も貧しい国や頭脳流出が生じている国では緊急に、適切な技術を持った保健医療従事者を地域レベルで十分に確保することが、ケアの対象範囲を拡大し、その質を改善するうえで基本的な条件となる。保健医療従事者の訓練と留保に投資することは、今求められている保健医療システムの拡大を実現するために肝要である。これには、保健医療従事者の流動に関する国際的な監視と、国や地域のレベルでの財政投資や技術開発への配慮が必要となる。WHOから地域の診療所までを含め、様々な場で医療や保健に携わる人々は、地域社会における健康に対する理念や意思決定に対して力強い発言力を持っている。彼らは、健康不良の社会的原因に対して、保健医療システムを通じてより一貫した取り組みをすることが、より効率的であり、さらに倫理的に求められていることを証言している。

基本的な母子保健医療サービスの利用に関する 50 カ国以上の集計データをもとにした
経済的五分位にもとづく最も低い層と高い層の比較



注：このグラフは著者の許可を得て、Gwatkin, Wagstaff & Yazbeck (2005) より転載した。

第2章 権力、資金、リソースの不公平な分配に対処する

日常生活の状況における不公平は、より深層にある社会構造や過程によって形成される。この不公平は体系的なものであり、それは権力、富、その他の必要な社会的資源の分配やそれらへのアクセスの不公平を許容したり、実際に促してしまうような社会規範や政策、慣習によって生み出される。

すべての政策、システム、事業において健康の公平性を考慮する

何をすべきか

健康と健康の公平性のための行動責任を政府の最高レベルに課して、全ての政策にわたって一貫してそれが配慮されるようにする。

- ・健康と健康の公平性を、国家首脳も支持する政府全体の共通課題にし、健康の公平性を政府の業績を評価する指標のひとつとする。
- ・全ての政策や事業について、健康と健康の公平性に与える影響を評価し、政府の全ての取り組みの首尾一貫性を目指す。

保健省の政策や事業に係わる機能のすべてにおいて社会的決定要因の枠組みを採用し、政府全体にわたって社会的決定要因にもとづくアプローチを支持するうえでの保健省の役割を強化する。

- ・健康と健康の公平性の社会的決定要因への取り組みを奨励するような支持基盤や構造作りをまず保健部門から始める。これには、WHOの支援を伴った保健大臣の強いリーダーシップが必要である。

行政および経済にかかわるすべての側面が、健康と健康の公平性への影響力を持っている。行政部門そして行政レベルのすべてにわたって一貫した行動を取ることが、健康の公平性の改善にとって必須である。

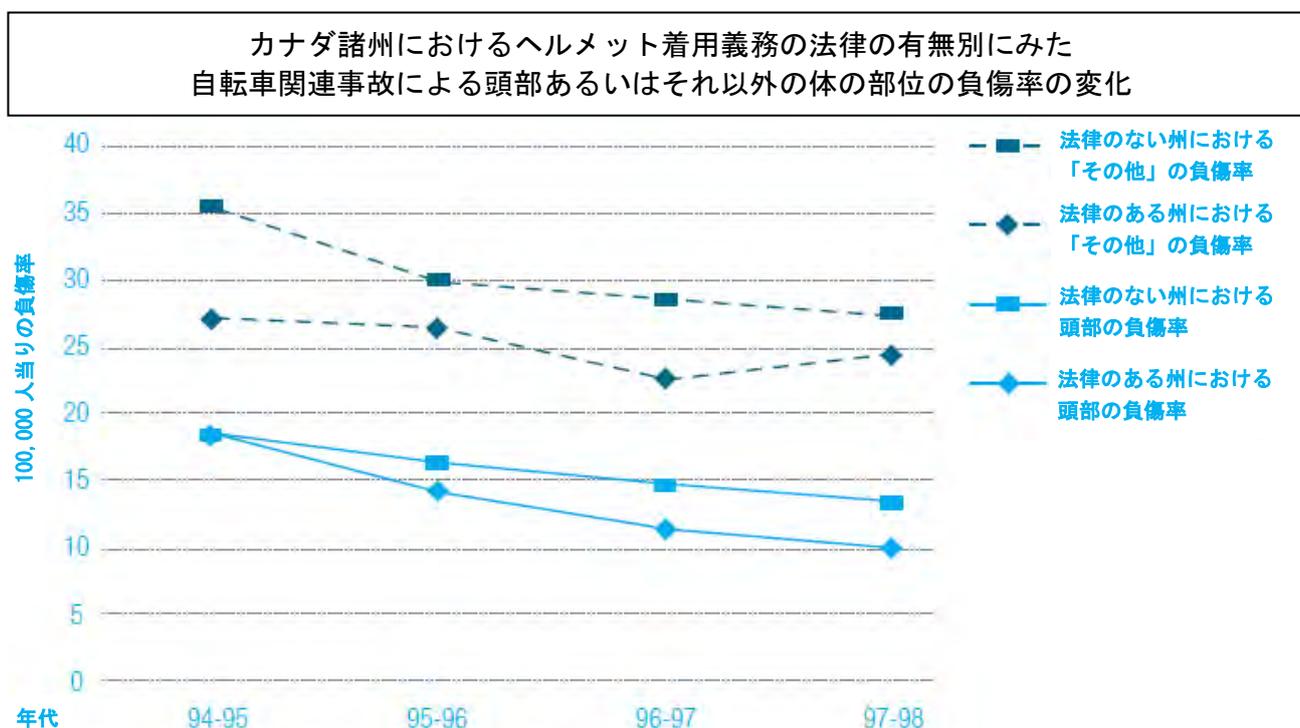
行動の根拠となるエビデンス

行政政策の性質によっては、健康と健康の公平性を改善もすれば悪化もさせる。例えば、都市計画の結果として、（住宅が無秩序に郊外に広がる）スプロール現象が起きて、購入可能な住宅もほとんどなく、地域のアメニティも乏しく、不定期で高価な公共の交通機関しかないような状態となれば、人々の健康増進に貢献しているとは到底言えない。良い公共政策というものは、人々の健康に即時に、また長期的にも良い効果をもたらすものである。

政策の首尾一貫性が何より重要である。これは行政の異なる部門の政策が、健康と健康の公平性の向上に向けて、互いに対立しあうのではなく、相補うべきであることを意味する。例えば、脂肪分と糖分の多い食料の無制限の生産、取引、消費を積極的に奨励し、代わりに果物や野菜の生産に損害を与えるような貿易政策は、高脂肪、高糖分の食品摂取を控え、果物や野菜の摂取を増やすことを推進する健康政策とは矛盾する。政策の一貫性を達成するには、多部門連携による保健事業、つまり保健部門とその他の部門の間で政策や事業を調和させることが鍵となる。

行政の枠を超えて、市民社会、ボランティア、民間部門を巻き込んでいくことは、健康の公平性を目指すうえで極めて重要なステップである。政策決定の過程においてコミュニティの関わりや社会参加を拡大することで、健康の公平性に関する課題について、より公正な意思決定が可能となる。また、異なる部門や関係者を協力させるうえで、健康は良い課題である。それを示す例は、地域住民が自らの保健計画を作成したり（タンザニア連合共和国、ダル・エス・サラーム市の「健康都市プログラム(Healthy City Programme)」）、地方行政を含めたコミュニティ全体が関与して、歩行やサイクリングを促すような空間をデザインする（オーストラリア、ビクトリア州の「計画的な健康(Healthy by Design)」）などの取り組みに見られる。

健康と健康の公平性を全部門に共通する価値観にすることは、政治的には非常に難しい戦略ではあるが、普遍的に必要とされることである。



注：当該法律は1995年から1997年にかけて各州で導入された。
このグラフは著者の許可を得て、Macpherson et al. (2002) より転載した。

公正な資金供給

何をすべきか

健康の社会的決定要因に対する取り組みのための公的資金の供給を強化する。

- ・ 累進課税を実施するための国の能力を構築し、国の、あるいは国際的な、公的資金供給の新たな仕組みの可能性を評価する。

健康の公平性のための国際的資金供給を増やし、健康の社会的決定要因にもとづく行動枠組みにしたがって、その増加した資金の調整をする。

- ・ 国際支援への拠出額をGDPの0.7%まで引き上げるという既存の公約を守り、さらに多国間債務救済イニシアチブ (Multilateral Debt Relief Initiative) を拡大する。貧困削減戦略書 (Poverty Reduction Strategy Paper) などのような現存する枠組みを通じて一貫して社会的決定要因を重視することで、健康の公平性への取り組みを強化する。

健康の社会的決定要因への取り組みに対して、行政の資源を公正に割り当てる。

- ・ 健康の社会的決定要因に対する行政横断的な取り組みに対して資金を供給し、異なる地域や社会集団に対して公正に資金を割り当てる仕組みを確立する。

健康の社会的決定要因への取り組みに対して公的資金を供給することは、福祉や健康の公平性にとって必須である。

行動の根拠となるエビデンス

子どもの発達や教育に始まり、生活と労働の諸条件、そして保健医療に至るまで、すべての健康の社会的決定要因への取り組みに対して公的資金の投入を増やすことは、国の経済発展の水準にかかわらず、すべての国における福祉や健康の公平性にとって非常に重要である。現在の富裕国の社会経済的発展は、公共事業としてのインフラストラクチャーの構築と、漸進的に公共サービスの普遍化によって強く支えられたというエビデンスがある。生活に欠かせない品物やサービスを公平に供給することにおいて市場が大失敗している状況を受けて強調する公的資金の供給とは、公共部門のリーダーシップの強化と適正な公的支出のことを意味する。また、それは累進課税の強調でもある。たとえ僅かな程度の再分配であっても、経済成長のみの効果に比べて、貧困の削減に対してはるかに大きな効果があることを示すエビデンスがある。さらに、貧困な国々においては、より多くの国際的資金援助が必要であることを意味する。

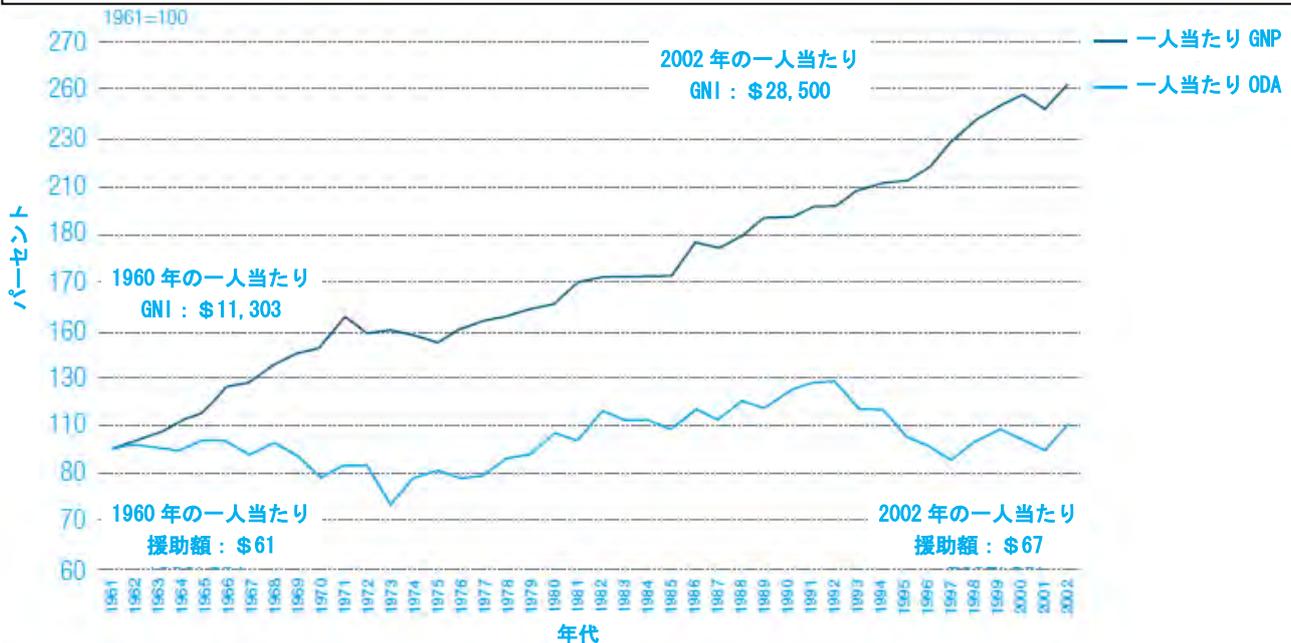
低所得の国々では、直接（所得）課税をする機関や仕組みが比較的弱小で、労働人口の大半が非公式部門（インフォーマル・セクター）で働いていることが多い。それらの国では、多くの場合、政府の収入を貿易関税などの間接税に頼っている。富裕国と貧困国の間で開

税引き下げを求める経済的合意を交わすと、低所得国が関税に代わる資金調達方法を確立する前にその国の国内歳入を減少させてしまう可能性がある。累進課税能力を拡大することは、公共財政の重要な財源を築くことになり、さらなる関税引き下げの合意を検討する際に必要な前提条件である。同時に、オフショア金融機関の利用に対抗することで、非倫理的な国内税制回避（脱税）を減らすような取り組みは、少なくとも新税を導入するのと同等の開発資金源を作り出すことになる。グローバル化によって国々間の相互依存が強まるにしたがって、課税に対してもグローバルな取り組みをする必要性が高まっていく。

援助金も重要である。援助金が経済成長を促進する可能性と実績について、また健康向上にも直接寄与することについてのエビデンスがある。しかし委員会の見解では、援助金の第一義的な価値は、社会的発展に向けた共同活動において、理にかなった資源の分配をするための仕組みとしての価値である。それにしても援助金の額はひどく少ない。（総額および保健医療に対する援助額のいずれにしても）絶対額が少ないし、相対的に見ても、援助供与国の資産や、1969年に援助供与国の間で公約されたGDP（国内総生産）の約0.7%に相当する額、さらにはミレニアム開発目標（MDGs）に対して効果を持続させるうえで必要な額などの、いずれに比べても少ない。援助額の段階的な増加が求められる。また委員会は、援助額の増加とは別に、より拡大した債務救済を求める。

（援助効果向上に関する）パリ宣言に従って、援助供与国間の協調性の改善と、被援助国の開発計画との調整強化を中心として、援助の質もまた改善しなければならない。援助供与国は、できる限り単一の多国間機構を通じて援助を提供することを検討すべきで、他方、被援助国の国行政あるいは地方行政は、貧困削減計画において、健康の社会的要因にもとづく枠組みを採用し、一貫した分野横断的な財政体制を築くことが有益だろう。そのような枠組みを取り入れることによって、被援助国が援助金をどのように配分し、それによってどのような効果があったかを明らかにする、説明責任の改善にも役立つ。とりわけ被援助国の政府は、利用可能な公共財政を公平に各地域や人口集団に割り当てるための能力と説明責任を強化しなければならない。

広がるギャップ：援助供与国における一人当たりの資産に対する被援助国への一人当たりの援助額、1960-2000



このグラフは著者の許可を得て、Randel, German & Ewing (2004)より転載した。

市場の責任

何をすべきか

国内および国家間の経済に関する合意や政策決定において健康と健康の公平性について考慮することを制度化する。

- ・すべての国際的および国内的経済合意について健康の公平性への影響評価（インパクト・アセスメント）の実施を制度化し、そのための技術的能力を強化する。
- ・国内的および国際的な経済政策交渉における保健医療関係者の発言力を強める。

健康に係わる必要不可欠なサービス（水・衛生施設など）を供給し、健康に多大な影響を与える商品やサービス（タバコ、アルコール、食品など）を規制するうえでの国の行政の第一義的な役割を強化する。

市場は、新しい技術、商品、サービス、そして生活水準の向上という形で、人々の健康に恩恵をもたらす。しかし同時に、市場は経済的不平等、資源枯渇、環境汚染、不健康な労働条件、そして危険で不健康な商品の流通などを通して、健康にとって悪影響のある状況も作り出す。

行動の根拠となるエビデンス

健康は取引可能な商品ではない。それは権利の問題であり、公共部門の義務である。したがって健康のための資源は、公平で万人に与えられるものでなければならない。そこには3つの関連した問題がある。第一に、教育や保健医療といった必須の「社会財」の商品化は、健康の不公平を生むことが過去の経験によって示されている。そのような必須の社会財は、市場に任せるのではなく、公共部門が管理するべきである。第二に、健康を害したり、健康の不公平を導くような製品や活動、あるいは状況に対して、国や国際社会が効果的に規制をするうえで、公共部門のリーダーシップが必要である。第三に、これらのことはすなわち、すべての政策決定および市場規制に関して、適確で定期的な健康の公平性への影響評価を、国および国際的なレベルで制度化する必要があることを意味する。

委員会は、安全な水や保健医療など、特定の物やサービスについて、それが人や社会にとっての基本的なニーズであると捉える。それらの物やサービスは、支払い能力に関係なく、すべての人に提供されなければならない。したがって、この場合には、適切な供給とアクセスを保障するのは公共部門であって、市場ではない。

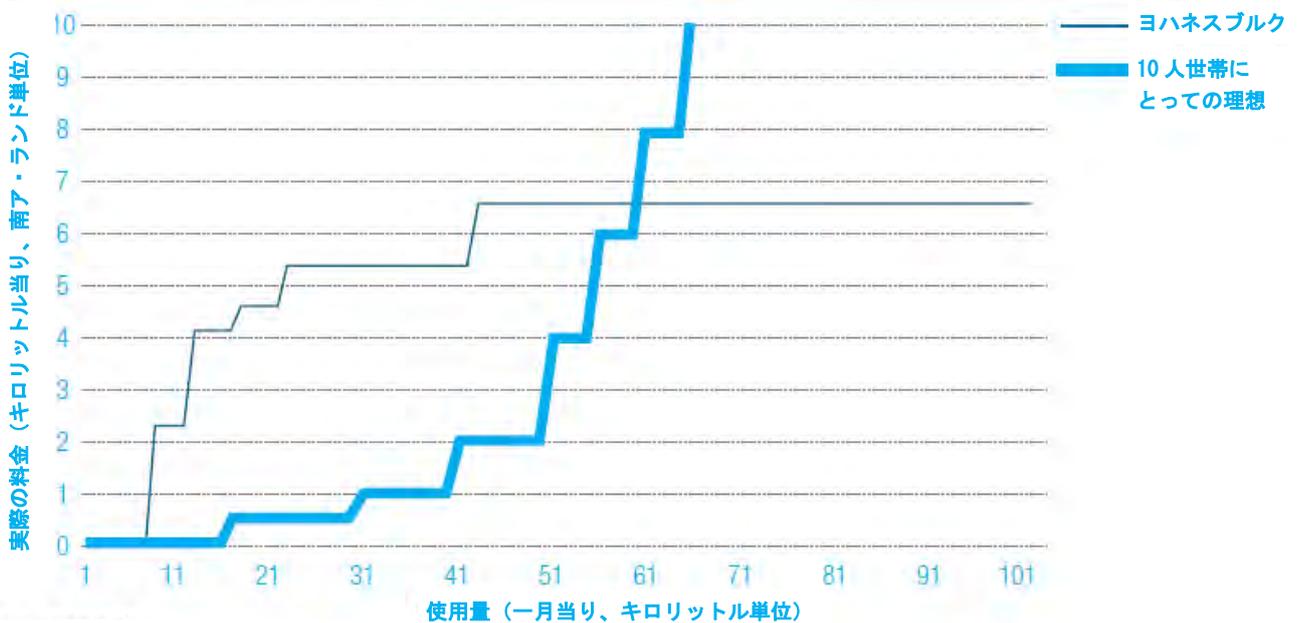
健康と福祉にとって必要不可欠な物やサービス、例えば水、保健医療、適切な労働条件などの供給の確保と、健康を害する商品（たとえばタバコやアルコール）の流通規制の双方の観点から、しっかりとした公共部門のリーダーシップが必要である。国の貧富にかかわらず、多くの国々で、労働や職の条件はしばしば不公平で、搾取的で、不健康で危険なものである。良質な労働や職は、健全な人口と健全な経済にとって必須であるからこそ、公共部門のリーダーシップによって、国際的な労働基準を漸次的に達成し、小規模企業の成長を支持することが求められる。市場統合によって健康を害するような商品の流通と入手が拡大し、加速するにつれ、タバコ規制枠組み条約（FCTC）などのグローバル・ガバナンスの仕組みの必要性がますます緊急性を帯びてくる。国際的、地域的、国内的な取り締まり管理を強めるべき対象としては、加工食品とアルコールが二つの有力候補として挙げられる。

ここ数十年において、グローバル化が進む中、市場統合が増加した。これは、労働、雇用や職の条件の大きな変化を伴う新たな生産体制や、国家間およびグローバルな経済合意の範囲の拡張、そして確実に健康に有益であったり、逆に健康に甚大な被害を与えるような物やサービスの商品化の加速などとして現れる。委員会は、貿易や投資に関する新たなグローバル、地域的、あるいは二国間の政治公約を検討する関係国に対して、慎重な姿勢を要求する。そのような公約をする以前に、現存する健康に関する合意枠組みが、健康や健康の社会的決定要因、そして健康の公平性へ与える影響を理解することが肝心である。さらに、もし健康や健康の公平性を悪化させるような影響が認められた場合には、締約国がその国際的合意に対する自らのコミットメントを修正変更できるような柔軟性を初めから確立しておくべきであることが、長期にわたる健康への影響評価の結果から示されている。そのような修正変更の必要性に関する透明性のある基準も確立すべきである。

公共部門のリーダーシップは、その他の関係者（市民社会や民間部門など）の責任や能力と置き換えられるものではない。民間部門の関係者は影響力があり、グローバルな健康の公平性に対して多くの貢献をする力を持っている。しかし、企業の社会的責任（CSR）とし

での取り組みを含む、今日までに実施されてきたイニシアチブが、実際に有効であったことを示すエビデンスは限られている。企業の社会的責任は、今後の方向性として価値があるかもしれないが、それを実証するエビデンスが必要である。現時点では、民間部門と公共部門の間の信頼性と協働性の伴った関係を築くには、企業の説明責任の方が、より強い基盤を提供するかもしれない。

ヨハネスブルクにおける水の価格。現存の補助金制度（細線）は富裕な消費者を優遇する（過剰使用も許容する）のに比べ、理想的な料金制度（太線）では、富裕でない消費者に補助金で賄われた水を十分に供給することが優先され、使用量を増やすほど不利な条件が課される。



このグラフは著者の許可を得て、GKN (2007) より転載した。

ジェンダーの公平

何をすべきか

ジェンダーにもとづく不公平は不公正である。それはまた非効果的で非効率的でもある。ジェンダーの公平を支えることにより、行政、援助供与国、国際機関、市民社会は、何百万人もの少女、女性、そしてその家族の生活を改善することができる。

法律とその執行のあり方、組織の運営方法、対策の計画、国の経済業績の評価方法など、一連の社会構造の中にあるジェンダー差別に取り組む。

- ・ジェンダーの公平を促進し、性差別を不法なものとする法律を作り、執行する。
- ・政府の中央機関や国際機関の中に、ジェンダーの公平のための部局を創設し、予算を与えることにより、ジェンダー問題の主流化を強化する。
- ・家事労働、介護労働、無償労働による経済的貢献を国民会計に含める。

教育や技能の格差をなくし、女性による経済活動への参加を支援する政策や事業を開発し、それに資金を供給する。

- ・正式な職業教育や訓練に投資し、法律によって公平な賃金を保障し、すべてのレベルにおける雇用の機会均等を確保し、家族に十分配慮した政策を打ち立てる。

性と生殖に関する保健医療サービスやプログラムへの投資を増やし、すべての人のサービス受給と権利保護を目指す。

一世代のうちに健康格差を減少させることは、人類の約半分を占める少女や女性達の生活を改善し、ジェンダーの不公平に取り組むことによって初めて可能になる。健康の公正な分配を達成するうえで、女性のエンパワーメントが鍵となる。

行動の根拠となるエビデンス

ジェンダーにもとづく不公平は全ての社会に蔓延している。権力、資源、権利や資格、規範や価値観、そして各種組織の構成や事業の実施方法などに関するジェンダーによる偏見は、何百万人もの少女や女性の健康に危害を与えている。女性の社会的地位は、少年および少女を含む子ども達の健康や生存にも関連する。ジェンダーの不公平は、差別的な食事習慣、女性に対する暴力、意思決定権の欠如、そして労働分担や余暇、生活改善の可能性における不公正など、様々な形で健康に影響を与える。

ジェンダーの不公平は、社会的に作り出されるものだからこそ、変えることができる。20世紀の間に女性の地位は多くの国で劇的に改善されたが、その進歩は不均等で、まだ多くの課題が残る。女性は男性と同等の仕事をしていても男性より報酬が少なかったり、少女や女性は、教育や雇用の機会の面でも男性に遅れをとっている。まだ多くの国で妊産婦死亡

率や疾病率が高く、性と生殖に関する保健医療サービスの供給にも、国内や国家間で大きな不公平が存在する。ジェンダーの不公平による影響は世代を超えるという事実が、対策の必要性をさらに裏付ける。ジェンダーの公平と女性のエンパワメントのために、まさに今行動することが、一世代で健康格差を縮小するために決定的に重要である。

女性の名目賃金は男性に比べてはるかに低い



このグラフは、著者の許可を得て、UNICEF (2006) より転載した。

政治的エンパワメントー 包摂と発言権

何をすべきか

社会の営みや仕組みについて、とくに健康の公平性に与える影響との関連において、意思決定をする際に、社会の全てのグループに公正に発言権を与え、社会的に包摂的な政策決定の枠組みを構築し、維持する。

- ・ 人権を守るための政治的および法的制度を強化し、社会で周縁化されているグループ、特に先住民の法的地位を保証し、その人たちのニーズや要求を支援する。
- ・ 健康の権利に不可欠な側面として、健康に係わる意思決定において、各個人およびコミュニティに公正な発言権と参加を保障する。

健康の公平性に影響を与える政治的および社会的権利を促進し実現させるような形で、市民社会が組織して行動することを可能にする。

自分が生活をしている社会に包摂されることは、社会的幸福と健康の公平性を裏打ちする物質的、心理社会的、政治的なエンパワメントにとって極めて重要である。

行動の根拠となるエビデンス

到達可能な最高の健康水準を享受するのに必要な条件を得る権利は、すべての人に与えられる普遍的なものである。これらの権利が侵害される危険性は、固定化した構造的不公平に起因する。

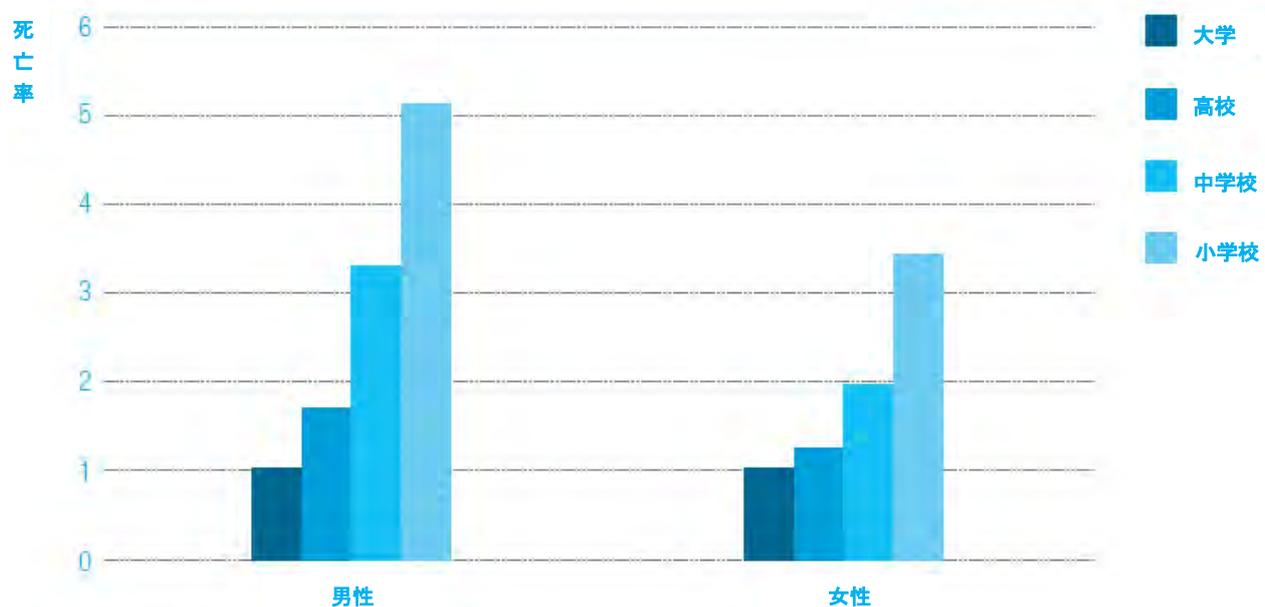
社会的不公平は、社会階級、教育水準、ジェンダー、民族、障害の有無、地理など、互いに交差する様々な社会的分類にわたって明らかとなる。それは単に違いを示すのでなく、ヒエラルキー（階層性）を表し、異なる人々やコミュニティの間にある、富や権力や地位における大きな不公平を反映している。すでに正当な権利を剥奪されている人々は、健康面に関してもさらに不遇である。経済的、社会的、政治的、文化的な参加の自由を与えられることには、本質的な価値がある。社会的包摂、動作主体性、制御力は、それぞれ社会的発展、健康、福利にとって重要である。そして社会参加を制限することは、人間の潜在能力を剥奪することになり、教育や雇用、あるいは医学や技術の進歩の享受といったことにおける不公平を生み出す状況を設定することになる。

健康の不公平性を真剣に低減しようとするならば、社会および世界の各地域の間における権力の分配を修正し、各個人やグループが自分たちのニーズや関心あるいは利益を強くそして効果的に表明できるように力を与え（エンパワメント）、そうすることで、すべての人が市民として享受する資格や権利を持っている社会的資源（健康であるための必要条件）の分配に見られる不公平および強い階層性に対して、挑戦し、それを変える必要がある。

力関係の変化は、個人、家庭、コミュニティというマイクロレベルから、経済、社会、政治の上での関係者や組織間の構造的関係というマクロレベルに至るまで、様々なレベルで起こりうる。政策に係わる課題設定や意思決定に際して発言権を与えることで、各社会集団のエンパワメントをすることは、人々の持つ権利を包括的に実現させ、必須の品物あるいは社会財の公正な分配を確保するうえで非常に重要であるが、同時に、下から上へ（ボトムアップ）の草の根的なアプローチを通じての行動を支援するためのエンパワメントもまた重要である。社会の中で最も不利な立場に置かれた人々に対する不正義と闘い、これらの人々を組織することによって、地元の人々によるリーダーシップを築くことになる。それはエンパワメントにつながる。それはまた、人々が自分たちの人生と未来を自らコントロールする感覚を高めることになる。

コミュニティや市民社会による健康の不公平性に対する取り組みは、人々の権利を包括的に保障し、必須の品物あるいは社会財の公正な分配を確保するという国の責任と切り離すことはできない。トップダウンとボトムアップの両方のアプローチが等しく不可欠である。

男女の年齢調整死亡率の教育水準別比較、大韓民国、1993-1997年



出典：Son et al., 2002

良好なグローバル・ガバナンス

何をすべきか

健康の公平性を国際的な開発目標とし、健康の社会的決定要因の枠組みを採用することで多国間の開発への取り組みを強化する。

・国連は、WHOや経済社会理事会を通じて、中核的な国際開発目標として健康の公平性を採用し、健康の社会的決定要因にもとづく指標枠組みを使用して進捗状況を監視する。

・国連は、健康の社会決定要因の各テーマについて、まずは幼年期の発達、ジェンダーの公平性、雇用および労働条件、保健医療システム、そして住民参加型のガバナンスを初めとして、多国間による作業グループをそれぞれ設置する。

健康の社会的決定要因に対する国際的な取り組みにおけるWHOのリーダーシップを強化し、WHO内の各部局や各加盟国の施策に一貫して、健康の社会的決定要因を基本理念として制度化する。

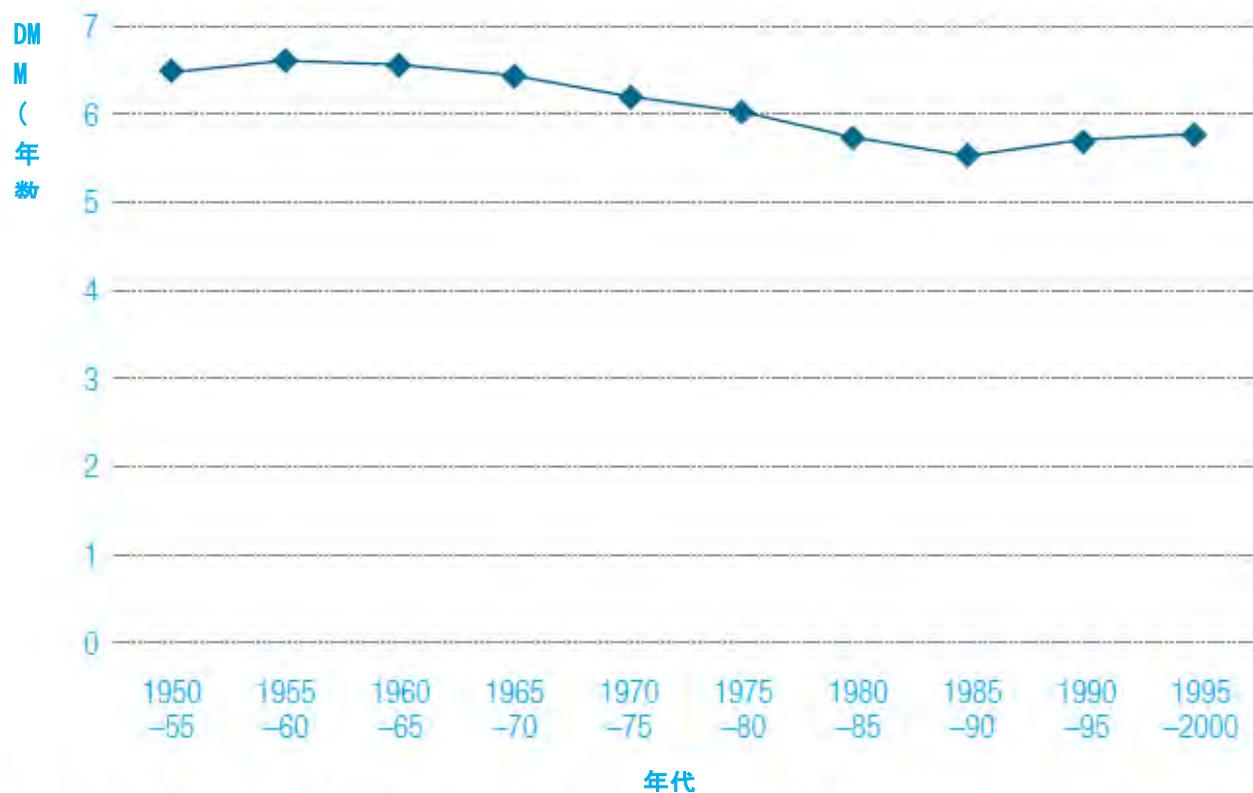
世界中の人々の健康と人生の機会にみられる劇的な違いは、国々間の力と繁栄の不均衡を反映している。グローバル化がもたらす確かな恩恵は、極めて不公平に配分されている。

行動の根拠となるエビデンス

第2次大戦以後、世界は著しく成長した。しかし世界の富と知識の増大は、世界的な健康の公平性の向上にはつながらなかった。より貧しい国々がOECD（経済協力開発機構）の国々に追いつくような収束は見られず、むしろグローバル化後期（1980年以降）は、世界の国々の中で勝ち組と負け組が現れ、とくにサハラ以南のアフリカといくつかの旧ソ連諸国では、憂慮すべき平均寿命の停滞と縮小が見られた。1960年から1980年間の世界的な経済成長と健康公平性に見られた進歩は、その後続いた時期（1980-2005年）における世界の経済政策が社会部門支出と社会開発に与えた強い打撃によって、大いに失速した。そのグローバル化の第二期（1980年以降）に関連して言えば、世界では、金融危機、紛争拡大、そして強制的あるいは自由意思による移住が、相当に増加し、定期的に発生するようになった。

グローバル化の影響により、国際社会に共通の利益と相互依存的な未来があることを認識したうえで、貧富にかかわらず、すべての国が公平な発言権を持って関与するような多国間制度に改めて取り組む必要がある。そのようなグローバル・ガバナンス制度のもと、健康の公平性を開発課題の中核に据え、意思決定による影響の純粋な平等性を中心的に考慮することによってのみ、一貫性のあるグローバルな健康の公平性への取り組みが可能である。

平均寿命に対する死亡率による分散効果 (DMM) の傾向、1950-2000



このグラフは、著者の許可を得て、Moser, Shkolnikov & Leon (2005)より転載した。

第3章 問題を測定して理解し、対策の影響を評価する

世界は速いスピードで変化していて、そうした社会的、経済的、政治的な変化が、健康全般に対して、あるいは国内、そしてとくに地球規模の健康の不公平性に対して与える影響がしばしば不明確である。健康の社会的決定要因への取り組みは、人口動態統計や健康の不公平性および健康の社会的決定要因の通常モニタリングなどを含む基礎的なデータ・システムが設置され、そのデータが解釈されて、より効果的な政策、制度、事業の開発のために適用されることを確実にする仕組みがあると、より効果的である。また健康の社会的決定要因に関する教育と訓練が必須である。

健康の社会的決定要因：モニタリング、研究、そして訓練

何をすべきか

健康の社会的決定要因に対して、今行動を起こすために必要なエビデンスは十分揃った。各国政府は、国際機関の支援を受けながら、地方レベル、国レベル、国際レベルのそれぞれにおいて、健康の社会的決定要因に関するモニタリング、研究、そして訓練のためのインフラストラクチャーを改善することによって、健康の社会的決定要因に対する取り組みをより効果的にできる。

健康の公平性と健康の社会的決定要因の通常モニタリング・システムを、地方レベル、国レベル、国際的レベルのそれぞれにおいて設置する。

- ・ 家庭への経済的な負担なしに、すべての子どもが出生時に登録されるようにする。
- ・ 健康の社会的決定要因と健康の不公平に関する通常的なデータ収集を伴った、国および国際レベルでの健康の公平性サーベイランス・システムを確立する。

社会的決定要因が人々の健康や健康の公平性に影響を及ぼす経路について、また社会的決定要因への取り組みを通じて健康の不公平性を低減する手法の効果について、それぞれ新たなエビデンスを見出し、共有することに投資する。

- ・ 健康の社会的決定要因と健康の公平性に関するエビデンスの発見と国際的な共有のための特別な予算を作る。

健康の社会的決定要因について、政策関係者、利害関係者、現場の実践者にそれぞれ訓練を与え、また社会の認識を向上させることに投資する。

- ・ 健康の社会的決定要因を医療や保健教育に組み入れ、健康の社会的決定要因に関する教養をより広く改善する。政策立案や計画に携わる人たちに、健康の公平性への影響評価について訓練を与える。
- ・ 健康の社会的決定要因への取り組みに対するWHOの支援力を強化する。

データがなければ、多くの場合、問題の認識も成立しない。健康水準とその分配、および健康の社会的決定要因に関する良質のエビデンスは、問題の規模の把握、行動の影響の評価、そして進歩のモニタリングのために必須である。

行動の根拠となるエビデンス

社会経済指標別に分類された死亡率や疾病率に関する基礎的データをもたない国々では、健康の公平性の課題を前進させるのに困難が生じることがこれまでの経験から明らかである。紛争中の国々も含め、健康問題が最悪の国々には、よいデータがほとんどない。多くの国には、出生や死亡を登録する基礎的なシステムさえない。出生登録システムがないことは、子どもの健康や発達のアウトカムに大きな影響を及ぼす。

健康の公平性、健康の社会的決定要因、そしてそれらを改善するのに効果的な手段のそれぞれについてエビデンスを一層強化しなければならない。残念なことに、健康関連の研究に対して与えられる研究費の大半が圧倒的に生物医学的な研究に焦点をあてたままである。また多くの研究は、ジェンダーに関する偏見も残している。（ランダム化比較試験と室内実験を頂点とする）科学的エビデンスの伝統的なヒエラルキーは、一般に健康の社会的決定要因の研究には適用できない。むしろ、エビデンスは、その目的に対する適合性という面において評価されるべきである。すなわち、研究課題に対して説得力のある答えを示すことができているかということである。

エビデンスは政策決定に影響を与えるものの一部分にすぎない。政治的意思や組織の能力もまた重要である。人々の健康に何が作用し、どのように階層的な健康格差が生じるかについて、政策立案に係わる人たちに理解してもらう必要がある。健康の社会的決定要因への取り組みはまた、現場の実践者の能力向上も必要とし、それには保健や医療従事者の養成カリキュラムの中に、健康の社会的決定要因に関する教育を組み込むことが含まれる。

地域別および国の開発レベル別の未登録出生児数（1000人単位）、2003年

地域	総出生数（千単位）	未登録出生児数、n（%）
世界	133 028	48 276 (36%)
サハラ以南のアフリカ	26 879	14 751 (55%)
中東および北アフリカ	9790	1543 (16%)
南アジア	37 099	23 395 (63%)
東アジアと太平洋	31 616	5901 (19%)
ラテンアメリカとカリブ	11 567	1787 (15%)
CEE/CIS およびバルト諸国	5250	1218 (23%)
先進国	10 827	218 (2%)
開発途上国	119 973	48 147 (40%)
後発開発途上国	27 819	19 682 (71%)

注：CEE＝中欧および東欧 CIS＝独立国家共同体

このグラフは、著者の許可を得て、Moser, Shkolnikov & Leon (2005)より転載した。

実践者

以上、委員会の勧告が求める主要な取り組みを提示した。ここで、それらを効果的な行動に移すことが誰にかかっているのかについて述べる。公共部門における取り組みを通じた政府の役割は、健康の公平性にとって不可欠である。しかし、政府のみが責任を担うのではない。健康の公平性のための真の行動を実現させるのは、むしろ、市民社会の参加と公共政策の立案という民主的なプロセスであり、それを支える地域や国際的なレベルでのサポート、効果的な健康の公平性対策に関する研究、民間の関係者との協力があってのことである。

多国間機関

委員会の主要な勧告の一つとして、健康の社会的決定要因に対する効果的な取り組みの促進と健康の公平性向上のために、政策立案と対策実施の両面において、多部門間の首尾一貫性を求める。多国間の専門機関や金融機関は、健康の社会的決定要因と健康の公平性に対する共同の影響を強めるために、以下をはじめとする多くのことが行なえる：

- ・ **国際的なモニタリングおよび取り組みにおける首尾一貫性**：健康の公平性を根本的な共通目標に採用し、開発の進歩をモニターするうえで共通の国際的な指標枠組みを用いる。
- ・ **首尾一貫性と説明責任を伴った財務**：援助金および債務救済の拡大を被援助国の政府による一貫した健康の社会的決定要因に関する政策立案と対策の支援に充て、健康の公平性と健康の社会的決定要因に関する業績指標の採用を被援助国の説明責任の重要条件とする。

・ *国連加盟諸国によるグローバル・ガバナンスへの参加の改善*：各加盟国および他の利害関係者による国際的な政策討論への公平な参加を支援する。

WHO

WHOは国際保健に関するリーダーとしての権限を委任されている。いまこそ健康の社会的決定要因への取り組みと世界における健康の公平性という課題を通じて、WHOのリーダーシップを強化する時である。これには以下をはじめとする広い範囲の行動が係わってくる：

・ *国際的および国内的な政策の首尾一貫性*：健康の社会的決定要因に関する能力向上および多国間システムにおけるパートナー機関との政策の一貫性を支援するような管理責任を担う。全ての主要な多国間討論の場において保健分野を代表できるように、国際的にも、そして各加盟諸国においても技術能力を強化する。健康の社会的決定要因に関する首尾一貫した政策と多部門連携による事業を開発するための仕組みを加盟諸国が確立することを支援する。

・ *測定と評価*：健康の公平性に関する目標設定と、それらの中核的な開発目標としたうえでの国家間および国内における健康の公平性に関する進歩のモニタリングを支援する。各加盟国における国内の健康の公平性に関するサーベイランス・システムの確立と、それに関連して各国で必要な技術能力の強化を支援する。健康の公平性への影響評価や、国の公平性測定基準などの他の健康の公平性評価に関連したツールの開発と応用を各加盟国が行なうことを支援する。定期的に世界の状況を評価するために、定期的に国際会議を招集する。

・ *WHOの能力強化*：本部事務局から地域事務局を通じて国事務局に至るまで、WHOの組織内部全体を通じて健康の社会的決定要因に関する能力を強化する。

国と地方の政府

健康の社会的決定要因と健康の公平性への取り組みを下支えするのは、正義、社会参加、多部門連携の原則に従う、権限を伴った公共部門である。このためには、とくに政策の一貫性、参加型のガバナンス、計画立案、規則の制定と施行、基準設定などに関連する、行政の中核機能および公共機関を国や地方のレベルで強化する必要がある。それはまたWHOの支援のもと、保健省が強いリーダーシップと幹事的役割を発揮することにもかかっている。行政が実施すべきこととしては、以下のようなことが挙げられる。

・ *行政を横断しての政策の一貫性*：健康と健康の公平性に取り組む責任を行政の最高レベルに与え、すべての省庁や部局の政策決定において一貫してそれを考慮する。各国の保健大臣は、それぞれの国の首脳や他の大臣の賛同を得るうえで極めて重要な役割を果たすのであり、それによって国際的な変革を促すことができる。

・ *公平性のための取り組みの強化*：すべての人々が保健医療サービスを受けられるように、国民皆保険制度の確立に向けて漸進的発展を進めることを誓約する。行政の政策決定すべ

てにわたってジェンダーの公平性を促進するために、ジェンダーに関する中央部局を設置する。農村部における人々の生計、インフラストラクチャー投資、およびサービスを改善する。スラムを改善し、地域参加型の健康都市計画を強化する。完全雇用と適切な労働政策や事業に投資する。幼年期発達（ECD）に投資する。健康の社会的決定要因に係わる必須の保健医療サービスや事業を、支払い能力にかかわらず、すべての人に提供することを目指し、それを支えるものとして、国民すべてを対象とした社会保護プログラムも構築する。健康に危害を与える商品に関する国の規制枠組みを確立する。

- ・ **財務**：国際的な財政援助（援助金や債務救済）の管理を健康の社会的決定要因にもとづく行動枠組みを通じて、透明性のある説明責任を伴いながら、合理化する。累進的な国内税制の改善によって歳入を増強する。また他の加盟国と協働して、地域レベルあるいは国際レベルの新たな国際財源の提案をする。

- ・ **測定、評価、および訓練**：完全な出生登録制度の確立を目指す。また国の健康の公平性サーベイランス・システムを構築することを通じて、健康の公平性に関する行政横断的な業績指標を設定する。健康の公平性への影響評価をすべての主要な政策決定に標準プロトコルとして適用するための能力向上を図る。健康の社会的決定要因に関する研修を現場の実践者や政策決定者に与える。健康の社会的決定要因に対する一般認識を高める。

市民社会

人々が自分の生活している社会に包摂されることは、社会的な幸福と健康の公平性を下支えする物質的・心理社会的・政治的なエンパワメントにとって肝心である。グローバルなレベルからローカルなレベルに至るまで、市民社会の成員は、コミュニティの一員、草の根的な擁護活動家、サービスや事業の提供者、あるいは業績管理者としての役割を通じて、政策や計画を、すべての人の生活の変化と改善という現実につなげる橋渡し役をする。市民社会は、異なるコミュニティの多様な意見や発言を組織したり、支援することによって、健康の公平性の強力な推進者になりうる。これまでに列記した取り組みの多くは、少なくとも部分的には、市民社会からの圧力と鼓舞によって実現するであろう。また、一世代のうちに健康の公平性を実現していく際に、その一つ一つの間目標について、それが達成できたか未達成であるか、市民社会の注意深い観察によって記録されるであろう。市民社会は、以下のようなことを通じて、健康の社会的決定要因に対する取り組みにおいて重要な役割を果たすことができる：

- ・ **政策、計画、事業および評価への参加**：グローバルなレベルにはじまり、国内の多部門連携を経て、さらに地域レベルに至るまで、それぞれのニーズ評価、サービス供給、サポート提供などに係わりながら、健康の社会的決定要因に関する政策決定、計画立案、事業実施、そして評価に参加する。また、サービスの質、公平性、および影響を監視する。

- ・ **業績の監視**：スラムの改善やスラムにおけるサービス提供、正規・非正規の雇用状況、児童労働、先住民の権利、ジェンダーの公平、保健や教育のサービス、企業の活動、貿易協定、環境保護など、特定の健康の社会的決定要因について監視し、その結果を報告したり、それをもとにキャンペーンを実施する。

民間部門

民間部門は、人々の健康と幸福に、非常に強い影響力を持っている。委員会は、健康の公平性に取り組み際の公共部門のリーダーシップの極めて重要な役割を繰り返し強調するが、それは民間部門の活動の重要性を否定することを意味するものではない。しかし、それは民間部門の影響には有害性が伴うこともあることへの認識や、そのような影響を考慮して規制をする責任が必要であることを意味する。健康と健康の公平性に対する望ましくない影響を制御する傍ら、民間部門はその勢力でもって、人々の健康と幸福を向上させることに多くの貢献ができる。それには以下が含まれる：

- ・ **説明責任の強化**：国際的な合意、基準、雇用慣行に関する規範をそれぞれ認識し、それらに関する説明責任を果たす。雇用と労働の条件を男女公平にする。児童労働を削減あるいは撤廃し、産業衛生と安全の基準を順守する。雇用条件の一部として、教育と職業訓練の機会を支援し、とりわけ女性にとってのそれらの機会を重視する。民間部門の活動とサービス（たとえば救命医薬品の生産や特許取得、健康保険の提供など）が、健康の公平性を損なうのではなく、その実現に貢献するようにする。
- ・ **研究への投資**：顧みられない疾病や貧困病の治療の研究と開発に力を注ぎ、人命救助の可能性のある領域（医薬品特許など）に関する知識を共有する。

研究機関

委員会の中核にあって、そのすべての勧告の根拠となっているのは「知識」である。それは世界、地域、国、地方、それぞれから見た人々の健康状態に関する知識であったり、それらの状態に対して何ができるかについての知識であったり、健康の社会的決定要因を通じて健康の不公平を変えるためには何が効果的かということに関する知識であったりする。そしてさらに研究が必要とされている。しかし、単純に学術的な営みとしての研究だけではなく、新たな知識を生み出し、それを上記のすべての関係者に実践的でアクセスしやすい形で伝えるための研究が必要である。健康の社会的決定要因と健康の公平性への取り組み方に関する研究と知識は、研究者と現場の実践者の継続的な尽力に依存するが、新たな方法論にも依拠する。すなわち幅広い種類のエビデンスの認識および応用、研究過程に存在するジェンダーにもとづく偏見の認識、世界中に広がる研究情報ネットワークやコミュニティがもたらす付加価値の認識などのことである。この領域の関係者が実践できる行動には以下のようなものがある。

- ・ **健康の社会的決定要因に関する知識の生成と普及**：健康の社会的決定要因に関する研究に研究費を供給する。健康の社会的決定要因に関する指標や介入の影響評価方法の開発や試験を通して、国際健康観測所（Global Health Observatory）や多国間レベル、国レベル、地域レベルでの多部門連携をサポートする。オープン・アクセスの原則にもとづいて組織され、高・中・低所得国を含む、すべての国からのアクセスを向上させるように管理されるインターネット上のバーチャル・ネットワークや情報センターを確立および拡大する。低・中所得国からの頭脳流出の抑止に貢献する。研究のチーム構成、計画案、手法、実践および報告におけるジェンダー差別に取り組み、是正する。

一世代のうちに健康格差をなくすことは可能か？

「健康格差を一世代のうちになくすことは可能か？」というこの質問には、二つの明確な答えがある。もし私たちが今までと変わらずにいたら、その可能性はまったくない。しかし、もし変化を起こしたいという純粋な願いがあるのであれば、そしてもし人々の人生における可能性や健康が、偶然生まれた場所や、肌の色、両親の不遇などの理由で危害を受けることのない、より良いより公正な世界を作るという構想（ビジョン）があるのであれば、その答えは次のようになる：それに向けて大いなる前進が可能である。

この報告書全体を通じて示してきたように、私達にできることは確実にある。しかし、構造的な不公平を根絶すると同時により身近なところで人々の幸福を保障するためには、健康の決定要因のすべてを横断して、また上記の様々な分野を横断して、一貫した行動を実施することが必要である。これを達成するには、人生の初めに始まり、全人生経路（ライフコース）を通じて変化を起こすことが必要となる。一世代のうちに健康格差をなくすことをこの委員会が求めることによって、各国内に存在する健康の社会的勾配や各国の間に存在する劇的な差異が、30年の間に完全に解消されるとは予想していない。しかし、健康が改善する速度と、そうした変化を実現させるのに必要な手段との双方について、この最終報告書の中で提示されたエビデンスは、現存する格差をかなりの規模で低減することが実際に可能であるという希望を私達に与えてくれる。

これは長期的な課題であり、今すぐの投資を必要とし、社会政策、経済秩序や政治的行為の各面で大きな変化を伴うものである。この行動の中核には、現在、公正な分配を受けていない人々、コミュニティや国々のエンパワメントを据えるべきである。変化を起こすために必要な知識や手段は整っていて、ともにこの報告書にまとめられている。今必要なのは、これらの極めて難しいが、実現可能な変革を実施する政治的意思である。もし行動を起こさなければ、それは今後何十年もの間、我々全員の肩にかかっていた責任を果たさなかったという大規模な失敗として記憶されるだろう。

**健康の社会的決定要因に関する委員会の見解では、
健康の不公平性を低減することは倫理的義務である。
社会的不正義のために多くの人々が殺されている。**

Appendix VI.

公平な社会、健康な生涯
マーモット・レビュー (The Marmot Review)

エグゼクティブ・サマリー

Fair Society, Healthy Lives
The Marmot Review (2010)
Executive Summary

<http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>

公平な社会、健康な生涯 (Fair Society, Healthy Lives)

マーモット・レビュー (The Marmot Review)

www.ucl.ac.uk/marmotreview

発行: The Marmot Review

2010年2月

© The Marmot Review

ISBN 978-0-9564870-0-1

「UCL Institute of Health Equity からの許諾 (2013 年) を得て翻訳」

Rise up with me against
the organization of misery

Pablo Neruda

私とともに立ち上がり、悲惨さの仕組みと闘おう
パブロ・ネルーダ、詩人

議長のメッセージ

社会における社会経済的地位の高い人ほど、人生のチャンスが次々訪れ、華々しい生活を送る好機に恵まれている。そして、より健康でもある。この 2 つのことは結びついており、社会的、経済的に恵まれているほど、健康も良好である。この社会的条件と健康とのつながりは、ヘルスケアと不健康な行動パターンといった健康に対する「現実の」懸念を補足説明する程度のものではなく、主要素として焦点を合わせるようになるべきである。ひとつの社会的地位の尺度である教育を考えてみよう。大学卒の人々は、そうではない人々より健康であり長生きである。30 歳以上の人々について、もし大学を卒業していない人の死亡率が大学卒のレベルまで下がれば、本来の寿命より早く死亡する人が毎年 202,000 人減ることになる。これは確かに、懸命に努力するに値する目標である。

今は少数の人だけが享受している人生のチャンスをもっと多くの人々が得ることによって目覚ましい改善を達成するのは長い道のりとなりうるのは、本レビューに関係した我々全ての見解である。しかし、こうした努力による利益は、命を救うより広範に及ぶだろう。社会の人々は、生まれ、育ち、生活し、働き、歳を重ねる境遇で、いろいろな形で暮らし向きが良くなるだろう。福祉が向上し、精神衛生がよりよくなり、障害によるハンディキャップが少なくなったことがわかるだろう。子供たちが活躍するだろう。そして、いつまでも続く仲の良いコミュニティに暮らせるだろう。

私は世界保健機関 (WHO) の「健康の社会的決定要因委員会」の議長を務めた。ある評論家は、委員会の報告に「エビデンスを備えたイデオロギー」というレッテルを貼った。同じ非難を今回のレビューにも向けるかもしれないが、我々は喜んでそれを受け入れる。我々には確かに観念 (イデオロギー) 的な立場があり、道理に適った方法で避けられる健康の不平等は不公平であると考えている。それを正すのは、社会正義に関わることである。しかし、エビデンスが重要である。善意では不十分なのである。

本レビューの主要な任務は、エビデンスを集めてイングランドにおける健康の不平等改善戦略の展開に助言することであった。9 組の特別作業班は素早く徹底的に働き、役に立ちそうな事項についてのエビデンスをまとめ、手助けしてくれた。彼らの報告書は www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview/Documents で読むことができる。これらの報告書を基礎として、本報告の第 2 章にエビデンスをまとめ、第 4 章の政策上の勧告を述べた。

もちろん、健康の不平等は新しい懸案事項ではない。我々は 19 世紀、20 世紀に問題の解決を探求した先人の偉業を手本にしている。より近い過去の経験から学んだことは、第 3 章の基礎を成している。

科学的な文献に深く依拠する一方、考慮すべきエビデンスその種のものだけではない。我々は利害関係者と幅広く関わり、彼らの洞察と経験から学ぼうと努めた。実際に、本レビューの過程で刺激的だった特色は、我々が接触してきた中央政府、右派から左派までの諸政党、地方行政、医療サービス、第 3 セクターや民間セクターにおけるコミットメントと関心のレベルである。変化を起こす際にこういったパートナーを従事させる必要があることは、第 5 章の主題である。

問題の性質と大きさを知り、格差を作り出すものが何かを理解することは、健康の配分をより公平にするための行動を起こす心臓部に違いない。そこで我々は、第 5 章と附録 2 において、健康の社会的決定要

困と健康の不平等のモニタリングの枠組みを提案する。

初めは、金のかかる勧告を行うのではないかと恐れられていた。経済面の計算が極めて重要となることが求められた。これに対する我々のやり方は、何もしないことのコストに目を向けることであった。その数字は、第 2 章に複製したとおり途方もないものである。何もしないことは、経済的な選択肢ではない。人間コストもまた莫大である。イングランドでは毎年、健康の不平等に伴い本来の寿命より早く死亡する人のために、250 万年分の人生を潜在的に失っている。

我々は 2 人の保健大臣に深く感謝している。Alan Johnson 大臣は本レビューを実施する構想があり、Andy Burnham 大臣は熱意をもってそれを継続してくれた。2008 年 8 月に健康の社会的決定要因委員会の報告書が発行されたとき、Alan Johnson 大臣はその成果をイングランドに適用できるかどうか尋ねてきた。本報告は Jonson 大統領の課題に対する回答である。

知識、経験、コミットメントを惜しみなく提供した賢明な委員会メンバーがレビューの舵を取った。事務局が尽くしてくれ、その知識と私心のない本任務への献身により本当に励まされた。私は双方に深く感謝している。あれやこれやと、保健省、作業委員会、特別作業班、協議会、ディスカッションの優秀な同志を通じて、多くの人を巻き込んだ。本レビュー全体に自分の影響が現れていると彼らができるように願う。

世界委員会を創始する際に、私は Pablo Neruda の言葉を引用した。彼を引用することは、今なおふさわしいと思える。

‘Rise up with me against the organization of misery’ (私とともに立ち上がり、悲惨さの仕組みと闘おう)

議長 Michael Marmot

本レビューについて

2008年11月、Sir Michael Marmot 教授は、健康の不平等を軽減するための、エビデンスに基づく最も効果的な戦略を提案する、2010年からイングランドで実施する独立したレビューの議長を務めるよう、保健大臣から依頼を受けた。戦略には、健康の不平等の社会的決定要因に対処する政策と介入を含む。

レビューの任務は4つあった。

- 1 イングランドが直面している健康の不平等の課題に対し、将来の政策と活動の土台として最も関連の深いエビデンスを特定すること
- 2 このエビデンスを実践につなげる解釈を示すこと
- 3 乳児死亡率や平均寿命に関する現在のPSA(Public Service Agreements、公共サービス合意)目標の経験を基に、目標と手段の選択肢について助言すること
- 4 健康の不平等に対する2010年以降の戦略展開に寄与するレビューの取り組みの報告書を発行すること

免責事項

本出版物の内容は、Sir Michael Marmot 教授が議長を務めた Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010 (2010年以降のイングランドにおける健康の不平等の戦略的レビュー)の統一見解であり、必ずしも保健省の決定や国家政策を表すものではない。

特定の組織、企業、工業製品の名前を挙げる場合、言及していない別の同様の性質のものに優先して保健省が支持したり推奨したりする意味合いはない。

Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010 は、合理的な全ての注意を払い、本出版物の内容を検証した。しかしながら、本出版物の配布には、明示、暗示にかかわらず、いかなる種類の保証も備えていない。本出版物の解釈および使用の責任は、読み手が負う。本出版物の使用により生じた損害について、いかなる場合も Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010 には法的責任がないこととする。

謝辞

本レビューの取り組みは、委員会の議長とメンバーが擁護、通知、指導した。

報告書執筆チーム: Michael Marmot、Jessica Allen、Peter Goldblatt、Tammy Boyce、Di McNeish、Mike Grady、Ilaria Geddes.

マーモット・レビューのチームは Jessica Allen が指揮した。チームのメンバーは、Peter Goldblatt、Tammy Boyce、Di McNeish、Mike Grady、Jason Strelitz、Ilaria Geddes、Sharon Friel、Felicity Porritt、Elaine Reinertsen、Ruth Bell、Matilda Allen である。

保健省は多くの方法で委員会をサポートした。とりわけ、Una O’ Brien、Mark Davies、David Buck、Ray Earwicker、Geoff Raison、Maggie Davies、Steve Feast、Martin Gibbs、Chris Brookes、Anne Griffin、Lorna Demming に感謝している。

レビューに情報を与えてくれた特別作業班と作業委員会に恩義がある。そのメンバーは、Sharon Friel、Denny Vagero、Alan Dyson、Jane Tunstill、Clyde Hertzman、Ziba Vaghri、Helen Roberts、Johannes Siegrist、Abigail McKnight、Joan Benach、Carles Muntaner、David MacFarlane、Monste Vergara Duarte、Hans Weitkowitz、Gry Wester、Howard Glennerster、Ruth Lister、Jonathan Bradshaw、Olle Lundberg、Kay Withers、Jan Flaherty、Anne Power、Jonathan Davis、Paul Plant、Tord Kjellstrom、Catalina Turcu、Helen Eveleigh、Jonathon Porritt、Anna Coote、Paul Wilkinson、David Colin-Thomé、Maria Arnold、Helen Clarkson、Sue Dibb、Jane Franklin、Tara Garnett、Jemima Jewell、Duncan Kay、Shivani Reddy、Cathryn Tonne、Ben Tuxworth、James Woodcock、Peter Smith、David Epstein、Marc Suhrcke、John Appleby、Adam Coutts、Demetris Pillas、Carmen de Paz Nieves、Cristina Otano、Ron Labonté、Margaret Whitehead、Mark Exworthy、Sue Richards、Don Matheson、Tim Doran、Sue Povall、Anna Peckham、Emma Rowland、Helen Vieth、Amy Colori、Louis Coiffait、Matthew Andrews、Anna Matheson、John Doyle、Lindsey Meyers、Alan Maryon-Davis、Tim Lobstein、Angela Greatley、Mark Bellis、Sally Greengross、Martin Wiseman、Paul Lincoln、Clare Bamba、Kerry Joyce、David Piachaud、James Nazroo、Jennie Popay、Fran Bennett、Hillary Graham、Bobbie Jacobson、Paul Johnstone、Ken Judge、Mike Kelly、Catherine Law、John Newton、John Fox、Rashmi Shukla、Nicky Best、Ian Plewis、Sue Atkinson、Tim Allen、Amanda Ariss、Antony Morgan、Paul Fryers、Veena Raleigh、Gwyn Bevan、Hugh Markowe、Justine Fitzpatrick、David Hunter、Gabriel Scally、Ruth Hussey、Tony Elson、Steve Weaver、Jacky Chambers、Nick Hicks、Paul Dornan、Liam Hughes、Carol Tannahill、Hari Sewell、Alison O’ Sullivan、Chris Bentley、Caroline Briggs、Anne McDonald、John Beer、Jim Hillage、Jenny Savage、Daniel Lucy、Klim McPherson、Paul Johnson、Damien O’ Flaherty、Matthew Bell である。

我々に情報、連絡、データを与えてくれた Edwina Hughes、Gemma Gosling、Neil Blackshaw、Jonathan Champion、Nicola Bent、Duncan Booker、Pauline Craig、Neil Pease、Phil Hatcher、Susie

Dye、Steve Cummins、Andrew Connor、Clive Needle、Chris Piper、Pauline Vallance、Angela Mawle、Esther Trenchard-Mabere、Keith Williams、Cathie Shaw、Todd Campbell、Paul Edmondson-Jones、Tommy Gorman、Kerry Townsley、Joseph Dromey、Annette Gaskell、Alison Amstutz、Lia Robinson、Karl Wilkinshaw、Rachel Carse、John Joseph、Jake Eliot、Rob Taylor、Michael Hagen に感謝している。

Health Inequalities Programme Board (健康の不平等対策プログラム役員会)、Health Inequalities Cross-Government Working Group (健康の不平等に対する政府横断作業グループ)のメンバーである Anne Jackson、Bill Gunnyeon、Andrew Lawrence、Daron Walker、Gareth Davies、Patricia Hayes、Liz Brutus、Elspeth Bracken、Rachel Arrundale、Kay Barton、Janice Shersby、Simon Medcalf、Jayne Bowman、Savas Hadjipavlou、Jae Samant、Andrew Elliott、Helen Bailey、Tom Jeffery、Irene Lucas、Sue Owen、Mike Anderson、Stephen Rimmer、Stephen Marston、Helen Edwards、Chris Warmald、Andrew Ramsey、Steve Gooding、Lionel Jarvis、Jonathan Rees、Harry Burns、Chris Tudor-Smith に感謝している。

政策対話、公開イベントに参加して協議に応じた関係者に感謝している。その参加者と答弁者の一覧はマーマット・レビューのサイト www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview に記してある。

ノース・ウエストの Ruth Hussey、Mike Farrar、Danila Armstrong、ロンドンの Boris Johnson ロンドン市長、Pam Chesters、Helen Davies という地域パートナーに感謝している。

本報告書の編集者は Georgina Kyriacou である。

レビューチームのホストとなりサポートしてくれた UCL (ユニヴァーシティ・カレッジ・ロンドン) と、チームとの議論に貢献した何千人もの人々と組織に感謝している。皆、プレゼンテーションに参加してフィードバック、見解、コメントを提供し、本レビューを形作り情報を集める手助けをしてくれた。

委員会メンバー

Michael Marmot(議長)

Tony Atkinson

John Bell

Carol Black

Patricia Broadfoot

Julia Cumberlege

Ian Diamond

Ian Gilmore

Chris Ham

Molly Meacher

Geoff Mulgan

図表一覧

11 図 1

居住地の所得レベル別、出生時の個人の平均寿命と障害なしの平均寿命 (DFLE)、イングランド、1999-2003

11 図 2

図 2 年齢で標準化した社会経済的階層別の死亡率 (NS-SEC)、ノース・イーストとサウス・ウエスト、25~64 歳の男性、2001-2003

13 図 3

図 3 困窮の五分位数ごとに、GHQ (精神健康調査票) スコアが 4 以上の女性の割合を年齢で標準化、2001, 2006

13 図 4

概念の枠組み

14 図 5

全ライフコースにわたる活動

17 図 6

1970 年英国コホート研究における、22 ヶ月から 10 歳までの子供の早期認知能力発達の不平等

19 図 7

2001 年に 16~74 歳の者における、致命的疾病の標準化した学歴別罹患率、2001 年に記録

21 図 8

1981 年のセンサス (国勢調査) 時点の社会的階層と雇用状態別、1981~92 年のイングランドとウェールズの男性の死亡率

23 図 9

五分位別の、総収入に占める税の割合、2007/2008

25 図 10

相対的に最も好ましくない環境条件の地域で生活している人口、2001-2006

27 図 11

地域と困窮の五分位別、肥満患者率 (> 95 パーセンタイル)、10~11 歳の子供、2007/2008

エグゼクティブ・サマリー

本レビューのキーメッセージ

1 健康の不平等の軽減は、公正と社会正義に関わることである。イングランドでは、健康の不平等の結果として現時点で早く死亡してしまっている人が大勢おり、そうした不平等がなければ合計で 130 万年から 250 万年分、余計に人生を楽しめたはずである¹。

2 健康の社会的勾配が存在し、社会的地位が低いほど健康状態が悪くなる。健康の勾配を軽減することに活動の焦点を絞るべきである。

3 健康の不平等は、社会的不平等に起因する。健康の不平等に対する活動には、健康の全ての社会的決定要因にわたる活動が求められる。

4 最も困窮した人々だけに焦点を絞ることは健康の勾配を軽減(AN)することにならない。健康の社会的勾配の程度を軽減するために、活動は万人に及ばなければならないが、規模と強度さは困窮の度合いに応じるべきである。我々はこれを比例式の普遍主義と呼ぶ。

5 健康の不平等を軽減する活動は、いろいろな面で社会に利益をもたらす。経済的には、健康の不平等に付随する疾病による損失を軽減するメリットがある。健康の不平等は、生産性の損失、税収の減少、福祉への高額な支払、医療費の増大の主な原因である。

6 経済成長は、英国の成功を評価する最も重要な尺度ではない。健康、幸福、持続可能性の公平が、重要な社会的到達目標である。健康の不平等に立ち向かうことと、気候変動に立ち向かうこととは、両立させなければならない。

7 健康の不平等を軽減するには、次の 6 つの政策目標に対する活動が求められる。

- どの子供にも人生の最良のスタートを与えること
- 全ての子供、青年および成人が、自身の能力を最大化して生活をコントロールできるようにすること
- 全ての人に公平な雇用と良好な仕事を創造すること
- 全ての人に健康的な生活水準を確保すること
- 健康で持続可能な場所とコミュニティを創造し発展させること
- 病気予防の役割と影響力を強化すること

8 これらの政策目標の運用には、中央政府、地方自治体、NHS、第 3 セクター、民間部門、コミュニティグループの活動が求められる。全ての政策において健康の公正に焦点を絞った地方の効果的な運用システムがなければ、国の政策は機能しない。

9 効果的に地方で運用するには、地元レベルでの参加型の意志決定が求められる。これは、個人と地元のコミュニティへの権限付与によってのみ生じうる。

はじめに

健康の不平等を軽減することは、公平や社会正義に関わる事柄である。

不平等は生と死、健康と病気、幸福と悲慘に関わることである。今日のイングランドで、人々がその社会

的境遇の違いによって、避けることが可能な健康、幸福、寿命の格差を経験しているという事実は、まさに不公平である。より公平な社会をつくることは、人口集団全体の健康を改善し、健康状態の分布がより公平となるようにする基礎である。

健康の不平等は社会、すなわち人々が生まれ、育ち、生活し、働き、歳を重ねる条件の不平等のために生じる。社会の社会的、経済的な特定の機能と、人口集団内の健康の分布は密接につながっているため、健康の不平等の程度は、公平な社会の創造に向かう進捗を示す良い指標となる。健康の不平等を軽減する行動を起こすには、個別の健康課題ではなく社会全体にわたる活動が必要である。

WHO の健康の社会的決定要因委員会は、他にも作用があるなか、保健省により本レビューを試運転する起動力となり、世界の状況を調査して「社会の不正義が大規模に人々の命を奪っている」と結論づけた²。世界的に見られるような死や罹患の極端な不平等はイングランド内ではどこにもないが、それでもなお不平等は実在し、緊急の行動が必要である。イングランドでは、最も貧しい地域に住んでいる人々は、最も裕福な地域に住んでいる人々と比較して平均して7年早く死ぬ(図1の上側の曲線)。さらに心が痛むのは、障害なしの平均寿命の差が平均で17年にもなるということである(図1の下側の曲線)。そのため、貧しい地域に住む人は早く死ぬばかりではなく、その短い命の多くを障害とともに生きるのである。勾配の重要性を説明すると、最も貧しい5%と最も裕福な5%を除外してみても、低所得者と高所得者の平均寿命の差は6年であり、障害なしの平均寿命の差は13年である。

図1はまた、居住地域の社会経済的な特徴と、平均寿命、障害なしの平均寿命双方との関係を細かく階層分けして示している。イングランドの最も裕福な者と最も貧困な者との間に劇的な違いがあるばかりでなく、社会的境遇と健康との関係もまた階層分けされる。これが健康の社会的勾配である。図1に類似したグラフは、住んでいるところではなく教育の水準、職業、住宅状況で個人を等級分けして描くことができ、同様の勾配が見られる。簡単に言うと、社会的地位が高い人ほど健康も良好そうだということである。

これらの深刻な健康の不平等は偶然生じたものではない。また、遺伝子構造や、不健康な「悪い」行動パターン、医療の受けにくさは重要かもしれないが、これらの因子のせいにもできない。健康状態の社会的、経済的差異は、社会にある社会的、経済的不平等を反映し、そうした不平等により引き起こされる。

本レビューの出発点は、合理的な方法で回避できる健康の不平等は不公平だということである。それを正すのは、社会正義に関わることである。いかに健康格差をなくすかについての討議は、どのような社会を人々が望むかについての討議でなければならない。

健康の社会的勾配に立ち向かうには行動が必要である

健康の社会的勾配が持つ意味は深い。最も必要としている人々に限られたリソースを集中させたいという誘惑がある。しかし、図1に示すように、我々全員が資源を必要としている。最高に暮らし向きが良い人より下にいる全員である。もし焦点を最も下に絞り、最も暮らし向きの悪い人の苦境の改善に社会的活動が成功したら、底辺のすぐ上にいる人々や中央にいる人々はどうなるだろうか。彼らは、自分たちより上にいる人と比較して健康状態が悪いのである。より公平な社会を創造するためには、全員を活動の対象に含まなければならない。

健康の社会的勾配を完全に消し去ることはできないようである。しかしイングランドの場合は、現在より健康と幸福の社会的勾配を緩やかにすることが可能である。このエビデンスは、図 2 に示すように、他より健康の社会経済的勾配が急な地域があるという事実である。

健康の社会的勾配の程度を軽減するために、活動は万人に及ばなければならないが、規模と強度さは困窮の度合いに応じるべきである。我々はこれを比例式の普遍主義と呼ぶ。社会的、経済的な困窮度が大きい人には、より強力な方策が必要とされるようだが、最も困窮した人々のみに焦点を絞ることは健康の勾配を軽減することにならないし、問題の小さな部分にしか対処できない。

健康の不平等に対する活動には、健康の全ての社会的決定要因にわたる活動が求められる

健康の社会的決定要因委員会は、健康の社会的不平等が生じるのは、日常生活の条件の不平等と、その不平等を引き起こす根本的な駆動因子、すなわち権力、お金、リソースの不公平のためであると結論づけた³。

これらの社会的、経済的不平等は、健康の決定要因、すなわち健康と幸福を形作る一連の相互に作用する要素の土台となる。決定要因には、物質的条件、社会的環境、心理社会的要素、行動パターン、生物学的要素がある。これらの要素は社会的地位の影響を受け、社会的地位自体は教育、職業、所得、性別、民族、人種により順々に形作られる。これらの影響は全て、人々の置かれた社会政治的背景および文化社会的背景が作用する⁴。

こういった健康の社会的決定要因を考えると、健康の不平等が途絶えないのは不思議ではない。主だった領域の至るところに不平等が存続していることが、それを十二分に説明しており、乳幼児期の発達と教育、雇用と労働条件、住宅と居住地域の条件、生活水準、さらに広く言うと社会の利益を平等に受ける自由における不平等が挙げられる。そのため、本レビューの中心的なメッセージは、これらの健康の社会的決定要因の全てにわたる活動が求められること、そして、その施策が中央政府と地方行政の全ての部局並びに第 3 セクター、民間部門を巻き込む必要があるということである。保健省や NHS が単独で活動しても、健康の不平等は軽減しない。

健康と寿命の分布が不公平であるのは、全ての社会的決定要因にわたる活動を行うよう説得するのに十分な理由である。しかし、そのほかにも活動を行う重要な理由が存在する。すなわち、乳幼児期の発達、青年期の学歴と技術の習得、持続可能で健康的なコミュニティ、社会事業と医療サービス、雇用と労働条件において途絶えない不平等に対処することは、健康の不平等を軽減する以上の複合的な利益があるからである。

図 1 居住地域の所得レベル別、出生時の個人の平均寿命と障害なしの平均寿命 (DFLE)、イングランド、1999-2003。

(縦軸) 年齢

(横軸) 居住地域の収入の欠乏 (人口パーセントイル)

最も困窮している

困窮が最も少ない

(凡例)

平均寿命

障害なしの平均寿命 (DFLE)

2026 年から 2046 年の年金支給年齢の引き上げ

出典: 国家統計局⁵

図 2 年齢で標準化した社会経済的階層別の死亡率 (NS-SEC)、ノース・イーストとサウス・ウエスト、25～64 歳の男性、2001-2003

(縦軸) 100,000 人あたりの死亡率

(横軸)

上級経営者、専門職

下級経営者、専門職

中間層

小規模の企業の雇用者、自営業者

下級管理者、技術職

半ルーチン作業員

ルーチン作業員

(凡例)

ノース・イースト

サウス・ウエスト

注記: NS-SEC = National Statistics Socio-economic Classification (国家統計局の社会経済的分類)

出典: 国家統計局⁶

健康の不平等を軽減することは、経済にとって肝要である

健康の不平等を軽減する利益は、社会的であると同様に経済的なものでもある。健康の不平等のコストは、人間についての項、すなわち失った人生の年数と失った活動的人生の年数と、経済面の項である、付加的にかかった病気の経済のコストにより測定できる。イングランドの全ての人が最も恵まれた人と同じ死亡率だったとすると、健康の不平等の結果として現時点で早く死亡してしまっている人々は、合計で 130 万年から 250 万年分、余計に人生を楽しめたはずである⁷。加えて、病気や障害による制限なしに、さらに 280 万年分生きられたはずである⁸。推計では、病気の不平等は、年 310 億から 330 億ポンドの生産性の損失に相当する。税収の損失と社会福祉の支出拡大は、年 200 億ポンドから 320 億ポンドの範囲である⁹。そして、健康の不平等に関する NHS の追加医療コストは、毎年 55 億ポンドを優に超えている¹⁰。何の行動も取らなければ、健康の不平等に起因する様々な病気の治療にかかるコストは、肥満のレベルだけで見ても年 20 億ポンドであり、それは 2025 年には年 50 億ポンド近くまで上昇する¹¹。さらに解説すると、図 1 に重ねて 68 歳の線を引いた。それは、イングランドが年金受給開始にしようとしている年齢である。図に示した障害のレベルでは、人口の 3/4 以上の障害なしの平均寿命が 68 歳に至ら

ない。68歳まで働く健康な人口集団を社会が願うなら、全体の健康レベルを上げ、社会的勾配を平らにする両方の行動を取ることが不可欠である。

本報告は逆風の吹く経済情勢で出版される。我々は「危機はチャンスだ」という声に唱和する。いまこそ、今までと違ったやり方をする計画を立てる時である。節約を、社会保障制度の切り詰めにつなげる必要はない。確かに、反対のことが必要かもしれない。イングランドの社会保障制度である NHS 自体は、戦後の最も簡素な状況で誕生し、そこには勇気と想像力が求められた。今日、我々は再び声を上げて勇気と想像力を求める。未来の世代に平等な健康と幸福を確保するために。

経済成長を越えて、社会の幸福へ：持続可能性と公平な健康の分配

いまこそ、社会的成功の唯一の尺度としての経済成長という考えを越えて進むときである。これは新しいアイデアではなく、最近の「経済パフォーマンスと社会の進歩の測定に関する委員会」が新しく強調したものである。その委員会は、サルコジ大統領が設置し、Amartya Sen、Jean-Paul Fitoussi と共に Joseph Stiglitz が議長を務めた¹²。幸福は、単純な経済成長よりも重要な社会的目標とすべきである。幸福の尺度の中で重要とすべきものは、健康の不平等のレベルである。

環境の持続可能性もまた、単純な経済成長より重要な社会的目標とすべきである。現状のままで環境への影響に注意を払わない経済成長は、国や、この惑星のための選択肢ではない。地球規模で見ると、気候変動とそれに立ち向かう試みは、最も貧しく脆弱な人々に最悪の影響がある。気候変動を緩和しそれに適応する必要があるということは、我々が今までと違ったやり方をしなければならないことを意味している。持続可能な未来の創造は、健康の不平等を軽減する活動と完全に両立する。持続可能な地域コミュニティ、体を動かす移動、持続可能な食糧生産、ゼロカーボンの住居には、全社会にわたり健康の利益がある。我々は、気候変動の緩和を助け、健康の不平等の軽減にもなる手段を立案する。

単純な経済成長の回復、現状に回帰する努力、その一方で公共支出の削減は、選択肢とすべきではない。相対的な不平等を軽減しない経済成長は、健康の不平等も軽減しない。過去30年間の経済成長は、所得の不平等を改善しなかった。そして、単なる所得よりもさらに大きな不平等が存在するが、重要な多くの点で所得は人生のチャンスと結びついている。Amartya Sen が論じたように、所得の不平等は人々が送ることのできる生活に影響する¹³。公平な世界は、華々しい生活を送るより平等な自由を人々に与える。

本レビューの中心となる大きな志は、人々が自らの生活をコントロールできる状況を創造することである。人々が生まれ、育ち、生活し、働き、歳を重ねる状況が好ましく、より公正に分配されるなら、人々は自分の、そして家族の健康や健康の行動パターンに影響する方法で、自身の生活をより上手にコントロールできる。しかし、活躍する自由は階層分けされている。例えば図3は、2001年と2006年のイングランド健康調査におけるGHQ(精神健康調査票)の回答が、女性の困窮とどのように関係しているかを表しており、4以上のスコアは精神障害の徴候があることを示す。

図3 困窮の五分位数ごとに、GHQ(精神健康調査票)スコアが4以上の女性の割合を年齢で標準化、2001, 2006

(縦軸) %

(横軸) 困窮の五分位数

困窮が最も少ない

最も困窮している

出典: イングランド健康調査¹⁴

図 4 概念の枠組み

健康の不平等を軽減し、全ての人の健康と幸福を向上する	
個人とコミュニティの潜在能力を最大化できる社会を創造する	社会正義、健康、持続可能性を、政策の心臓部に据える
政策目標	
A. どの子供にも人生の最良のスタートを与えること	
B. 全ての子供、青年および成人が、自身の能力を最大化して生活をコントロールできるようにすること	
C. 全ての人に公平な雇用と良好な仕事を創造すること	
D. 全ての人に健康的な生活水準を確保すること	
E. 健康で持続可能な場所とコミュニティを創造し発展させること	
F. 病気予防の役割と影響力の強化すること	
政策メカニズム	
全ての政策に平等と健康の公平を	
エビデンスに基づく効果的な運用システム	

健康の不平等を軽減する 6 つの政策勧告

活動のための枠組み

本レビューには、全ての人の健康と幸福の向上と、健康の不平等の軽減という、一対の目的がある。

これを達成するため、我々は 2 つの政策目標を掲げている。

- 個人とコミュニティの潜在能力を最大化できる社会を創造すること
- 社会正義、健康、持続可能性を、全ての政策の心臓部に据えること

我々の勧告は、収集したエビデンスに基づき、図 4 に示す 6 つの政策目標にグループ分けする。

この 6 つの政策目標における我々の勧告は、次の 2 つの政策メカニズムが土台となっている。

- 保健部門だけではなく行政全体を横断する形で、全ての政策において平等と健康の公正を考慮すること
- エビデンスに基づく効果的な介入システムと運用システムがあること

全ライフコースにわたる活動

レビューの中心にあるのは、ライフコースの視点である。図 5 に示すとおり、人生の不遇は誕生以前に始ま

り、人生を通して蓄積する。健康の不平等を軽減する活動は、誕生以前から始まり子供時代に続くものでなければならない。そうした場合にのみ、乳幼児期の恵まれなさや人生の至るところにある粗末な結果とのつながりを断ち切ることができる。これが、2010年に生まれる子供たちに寄せる、我々の大きな志である。**この理由で、どの子供にも人生の最良のスタートを与えること(政策目標A)は、最も優先度の高い勧告である。**

一方で、すでに学齢期や労働年齢期、あるいはそれ以上に達している人々の生活や健康を向上させるためにできることもたくさんある。それは次のセクションに示すエビデンスにより論証する。健康、幸福、高齢者の自立を促進し、そうすることで、より集中的な治療や入院が必要になるのを予防したり遅延させたりするサービスは、健康の不平等の改善に大きく寄与する。例えば、「高齢者のためのパートナーシップ」プロジェクトは、生活の質を向上させるのに費用対効果が高いことが証明されている。

図5 ライフコース全体にわたる活動

活動の範囲

持続可能なコミュニティと場所

健康的な生活水準

乳幼児期

能力開発

雇用と労働

予防

ライフコース

健康と幸福についてのプラスとマイナスの影響の蓄積

胎児期 就学前 学生 職業訓練 雇用者 退職後

家庭の構築

ライフコースの段階

写真: Anthony Strack/Getty Images

政策目標A

どの子供にも人生の最良のスタートを与えること

優先目標

- 1 早期発達における心身の健康と認知、言語、社会の技能の不平等を軽減すること
- 2 質の高い産院施設、子育てプログラム、育児、乳幼児教育を、ニーズに合わせて社会的勾配の全域にわたり確保すること
- 3 幼い子供の元気と幸福を、社会的勾配の全域にわたり築くこと

政策勧告

- 1 乳幼児に割り当てる総合的な支出の割合を増やすこと。そして、乳幼児の発育への支出に漸進的に焦点を絞ることを、社会的勾配の全域にわたり確実にすること
- 2 乳幼児の発育が漸進的に向上するよう、次のように家族をサポートすること
 - － 妊娠と幼児期の悪い結果を軽減する産前産後への介入を優先すること
 - － 健康的な生活に必要な最低限の所得を得られる1年間の有給育児休暇を用意すること
 - － 育児プログラム、子供センター、公務員スタッフを通じて、家庭への日常支援を社会のニーズに合わせて運用すること
 - － 就学に向けた発育プログラム
- 3 質の良い乳幼児教育と育児を、勾配の全域にわたり比例式に用意すること。この用意は、次のようにすべきである。
 - － 奉仕活動と組み合わせ、困窮した家族の子供による受給を増加させること
 - － 評価したモデルに基づき、質の基準に合うように用意すること

「あなたがひとり親で、それほど外出しなければ、あなたは実際には誰とも会っていないことになる。」

本レビューの取り組みである、定性的研究の参加者からの引用。この研究はハックニー（ロンドン）、パーミンガム、マンチェスターに住む特定のグループについて、健康的な生活に対する障壁を探究したものである。附録1と www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview を参照のこと。このサマリーの残りの引用も、この研究からのものである。

乳幼児期の発達における不平等

どの子供にも人生の最良のスタートを与えることは、全ライフコースにわたり健康の不平等を軽減するうえで非常に重要である。人間の実質的な成長のあらゆる側面、すなわち身体的、知的、精神的成長の基礎は、子供時代の早期に築かれる。この（子宮の中から始まる）早期の数年間に起こることは、健康と幸福の多くの面に、肥満、心臓疾患、メンタルヘルスから学歴、経済状態まで、生涯にわたる影響を与える

¹⁵。健康の不平等に衝撃を与えるため、子供たちが早期に前向きな経験ができるよう、社会的勾配に対処する必要がある。その後の介入も重要ではあるが、早期の良好な基礎が欠如している場合、効果はかなり低下する¹⁶。

図 6 に示すように、月齢 22 ヶ月で認知能力スコアが低くても、社会経済的地位の高い家庭で成長すれば、10 歳に近付くにつれて相対的スコアが改善する。22 ヶ月でスコアが高くても、社会経済的地位の低い家庭に育つと、その子供の相対的地位は 10 歳に近付くにつれて悪化する。

乳幼児期の発達における不平等を軽減するために、何ができるか

乳幼児期に対して政府は強いコミットメントを行ってきており、シユア・スタート(Sure Start)や健康な子供の育成プログラム(Healthy Child Programme)といった幅広い政策イニシアチブにより実行に移してきた。この姿勢を長期間維持することが肝要である。さらに高い優先度を設定しなければならないのは、発達論のライフサイクルにおける早期(5 歳未満の子供)への支出を確保し、また効果的であると証明された介入により多くの支出を割り当てて投資することを確実にすることである。

そのために我々は「乳幼児期の第 2 の革命」を提唱し、支出全体のうち、そこに割り当てる比率を増やすよう求める。この支出は、社会的勾配の全域にわたり比例式に焦点を合わせ、質の高い乳幼児教育、育児など、親を効果的にサポートできるようにすべきである(妊娠中に始まり、子供が小学校に入学するまで)。

写真: Bromley by Bow Centre

図 6 1970 年英国コホート研究における、22 ヶ月から 10 歳までの子供の早期認知能力発達の不平等

(縦軸) 分布の平均位置

(横軸) 月齢

22 ヶ月で低 Q

22 ヶ月で高 Q

(凡例)

社会経済的ステータスが高い

社会経済的ステータスが低い

注記: Q = 認知能力スコア

出典: 1970 年英国コホート研究¹⁷

政策目標B

全ての子供、青年および成人が、自身の能力を最大化して生活をコントロールできるようにすること

優先目標

- 1 技能と資格の社会的勾配を軽減すること
- 2 学校、家庭、コミュニティが連携して、子供と青年の健康、幸福、元気の社会的勾配を軽減できるようにすること
- 3 社会的勾配の全域にわたって、良質の生涯教育を受けやすくし、また、より良く活用できるようにすること

政策勧告

- 1 生徒の学業成績における社会的不平等の軽減が、持続的な優先項目となるようにすること
- 2 次の方法により、ライフスキルの社会的不平等の軽減を優先すること
 - － 学校の家庭やコミュニティを支援する役割を拡大し、教育への「全人的（ひとりの完全な人間である）存在としての子供（Whole Child）」アプローチを取り入れること
 - － 付帯業務を含む「フルサービス」に拡大した学校を、一貫して実施すること
 - － 学校を拠点とする労働力を開発し、学校と家庭の境界をまたいで取り組み、社会的、情緒的発育、心身の健康と幸福に対処する技能を構築すること
- 3 次の方法により、社会的勾配の全域にわたって、良質の生涯教育を受け、それを活用する機会を増やすこと。
 - － ライフスキル、職業訓練、雇用機会についての支援と助言を、容易に得られる形で 16～25 歳の人に提供すること
 - － 仕事を基にした見習いなどの教育を、青年や転職者に用意すること
 - － 全ライフコースにわたり、職務外の生涯教育を受けやすくすること

「近頃は、教育を受けていなければ仕事がないので、本当に心配だ。良い教育を受けていない子供たちは、この先どうなるのだろうか。」

（定性的研究の参加者）

教育と技能の不平等

学業成績における不平等は、所得、雇用、生活の質と同様に、心身の健康に影響する。社会経済的地位と学業成績の間にある階層分けされた関係は、その後の雇用、所得、生活水準、行動パターン、心身の健康を大いに暗示している（図 7）。

スタート時点から公正を達成するには、乳幼児への投資が肝要である。しかし、勾配の全域にわたり不平等の軽減を維持するには、教育期間を通じた子供と青年への持続的なコミットメントが求められる。この

中心になるのは認知的および非認知的技能の習得である。その習得には学歴が深く関係し、また、より良い雇用、所得、心身の健康など他のあらゆる結果も関係している。

教育における成功は多くの有利さをもたらす。社会的不平等と健康の不平等の両方を軽減するよう真剣であるなら、勾配の全域にわたり学業成績を向上することへの焦点を維持しなければならない。

教育と技能の不平等を軽減するために、何ができるか

学業成績による不平等は、健康の不平等と同じくらいしつこく、類似した社会的勾配の影響を受ける。何十年にもわたり政策が教育の機会の平等化を目指してきたにもかかわらず、到達点には隔りがある。健康の不平等と同じく、教育の不平等を軽減するには、家庭環境、居住地域や仲間との関係性、学校で起きていることなど、学業成績の社会的決定要因間にある相互作用の理解が必要である。実際に、学業成績に影響する最も重要な要素についてのエビデンスによると、最も影響があるのは学校ではなく、むしろ家庭である。学校、家庭、地元コミュニティとの間に密接な結びつきが必要である。

乳幼児への投資し、それによって早期の認知的および非認知的発達を向上させ就学準備の状況を改善することは、その後の学業成績に肝要である。就学してから重要なのは、子供と青年が生活と労働の技能を伸ばしたり資格を取得したりできることである。それを達成するには、学校、家庭、地元コミュニティとの間のより密接に結びつくことが重要なステップとなる。学校内外での業務拡大を展開することは重要であるが、さらに多くを必要とするのは、教員および非教員スタッフの技能を伸ばして、学校と家庭の境界をまたいで取り組み、子供と青年のより幅広いライフスキルを発達させることである。

16歳で学校を離れる人々にとって、働くための技能開発と訓練、人間関係の管理、並びに薬物乱用、借金、教育の継続、住宅関連、妊娠と育児への助言という形で、さらなるサポートを行うことが肝要である。こうした訓練やサポートは、特にこの年齢層のために計画し、どのコミュニティにも展開、配置すべきである。

我々のビジョンの中心にあるのは、社会的勾配の全域にわたり、人々の能力を最大限発達させることである。ライフスキルと働く準備、そして学歴がないと、青年は自身の潜在能力を発揮できず、活躍できず、生活のコントロールもできない。

写真: Image Source

図 7 2001 年に 16～74 歳の者における、致命的疾病の標準化した学歴別罹患率、2001 年に記録

(縦軸) 罹患%

(横軸) 資格

第 3 レベル ※訳注: 高等教育修了相当だと思いますが確認は取れていません

A レベル(Advanced Level)が 2 つ以上 ※訳注: 科目別試験で、大学入試資格相当

O レベル(Ordinary Level)が 5 つ以上 ※訳注: 科目別試験で、A レベルコース進学の目安

中等教育修了一般資格(GCSE)

その他の資格

資格なし

(凡例)

男性

女性

注記: 縦のバー(I)は信頼区間を示す。

出典: 国家統計局の長期研究¹⁸

政策目標C

全ての人に公平な雇用と良い仕事を創造すること

優先目標

- 1 社会的勾配の全域にわたり、良い仕事に就きやすくし、長期的な失業を低減すること
- 2 労働市場で不利な人々が、仕事を得やすく、また続けやすくすること
- 3 社会的勾配の全域にわたり、仕事の質を改善すること

政策勧告

- 1 有効な労働市場プログラムを優先して時宜に適った介入を行い、長期的な失業を低減すること
- 2 次の方法により、社会的勾配の全域にわたり仕事の質の改善を奨励し、動機付け、適切であれば対策の実施を強化すること
 - － 公共部門と民間部門の雇い主が、平等の手引きと法律を確実に遵守すること
 - － 職場でのストレス管理の手引き、並びに幸福と心身の健康の効果的な促進を実施すること
- 3 次の方法により、雇用の安定と柔軟性をさらに伸ばすこと
 - － 退職年齢の柔軟性強化を優先すること
 - － ひとり親、介護者、心身に問題を抱えた人に適するように、仕事を創造あるいは適合させるよう、雇用主を奨励し、動機付けること

「私がひたすら心配しているのは、私の子供の将来、若い世代のチャンスの少なさ、雇用不足である。それはとても恐ろしい。」

(定性的研究の参加者)

労働と雇用の不平等

良い職に就くことは、健康を守る。逆に、失業は不健康の一因となる。そのため、人々を仕事に就かせることは、健康の不平等を軽減するうえで決定的に重要である。しかし、仕事は持続可能である必要があり、かつ、そこそこの生活賃金だけではなく、仕事の中で成長するチャンス、仕事と家庭のバランスをとれるようにする柔軟さ、健康を損なう悪い労働条件からの保護を含む最低限の質を提供する必要がある。

雇用パターンは社会的勾配を反映し、かつそれを増強する。そして、労働市場のチャンスを得ることについて、深刻な不平等が存在する。失業率が高いのは、資格と技能がない、あるいはほとんどない人々、障害者や精神的に病んでいる人々、介護する責任を負っている人々、ひとり親、少数民族グループの出の人、高齢労働者、そして特に青年である。働いている場合でも、これと同じグループは低賃金で出世のチャンスがほとんどない質の低い仕事に比較的就きやすく、健康を害する条件で働いていることもしばしばである。多くの人は、低賃金で低品質の仕事と失業のサイクルに捕らわれている。

英国における 1980 年代初期の劇的な失業の増加は、失業と健康のつながりに関する研究を刺激した。図 8 は 1980 年代初めに失業を経験した人々の、その後の死亡率の社会的勾配を示す。それぞれの職業階層において、失業した者は雇用されていた者に比べて死亡率が高い。不安定で低品質な雇用もまた、心身の不健康のリスク増大と関係している。仕事における人のステータスと、そこでどの程度コントロールできサポートを得られるかとの関係は、階層分けされている。これらの要素は、生物学的に影響を与え、そして順に健康不良のリスク増大に関連する。心身の健康にとって労働は良く、失業は悪い。しかし労働の質も問題である。人々を利益から切り離し、低賃金、不安定かつ健康を損なう仕事に就かせることは、望ましい選択肢ではない。

写真: NHS South West

図 8 1981 年のセンサス(国勢調査)時点の社会的階層と雇用状態別、1981~92 年のイングランドとウェールズの男性の死亡率

(縦軸) 標準化した死亡率

(横軸) 社会的階層

1981 年に職に就いている

1981 年に失業している

出典: 国家統計局の長期研究¹⁹

政策目標 D

全ての人に健康的な生活水準を確保すること

優先目標

- 1 全ての年齢の人々に対する、健康的な生活のための最低限の所得を設定すること
- 2 累進課税と他の財政政策を通じて、生活水準の社会的勾配を軽減すること
- 3 失業手当と仕事の間をさまよっている人々が直面している、崖っぷちのぎりぎりの状態を軽減すること

政策勧告

- 1 健康的な生活を送るための最低所得の基準を設け、実施すること
- 2 就職と失業を繰り返す人々の「崖っぷち」の状態を取り除き、雇用の柔軟性を向上すること
- 3 課税、給付金、年金、税額控除の制度を見直して実施し、健康的な生活水準を維持するための最低所得と生活向上への道筋を用意すること

「私には2人の子供がいて、働かなければ暮らし向きが良くなる者である。働かなければ、もっとお金があるのだが。」

(定性的研究の参加者)

所得の不平等

健康的な生活を送るのに十分なお金がないのは、健康の不平等の原因として非常に重要である²⁰。

社会が豊かになるにつれて、十分と考えられる所得とリソースの水準も上がる。健康な生活を送るための最低所得 (MIHL) の計算には、十分な栄養、身体的活動、居住、社会的相互作用、移動、医療、衛生に必要な所得の水準を含む。イングランドでは、健康的な生活を送るための最低所得と、多くのグループが受け取っている国の給付金の支払い水準との間に隔りがある。

子供の貧困に立ち向かうために政府が重要な段階を踏んできたにもかかわらず、英国の貧困人口の割合は頑なに高いままであり、EU 平均より高く、フランス、ドイツ、オランダ、北欧諸国より悪い。雇用政策が役立っているが、英国の給付金制度は未だ不十分である。

図 9 は、直接税と間接税の双方を考慮したうえで、英国の税制が低所得者に不利であることを示している。低所得者にとって、直接税率の低さの利点は、間接税の影響により相殺される。低所得者は、間接税のかかる商品に使うお金の比率が高い。その結果、支払う税の総額は、可処分所得の割合として、五分位の最下層が最も高くなる。

所得の不平等を軽減するために、何ができるか

国の給付は、最も暮らし向きの悪い層の収入を増やす。1998 年以来、税額控除により 50 万人の子供

が貧困から救い出された。給付金制度が仕事に就くことの意欲を削ぐように作用してはならない。英国の200万人を超える労働者は、税や給付金減額のために、稼ぎが増えてもその増分の半分以上を失うことになる。ざっと16万人は、稼ぎが1ポンド増えても、手元には10ペンスも残らない(訳注: 1ポンド=100ペンス)。ひとり親は、働いて収入を増やす意欲が最も弱くなる状況に直面する場合がある。その理由は、多くの者は稼ぎが増えると税額控除がなくなったり資産面の給付資格調査が行われたりするため、あるいはそれを心配しているためである。

現在の税金と給付金制度は、低所得者の働く意欲を強化し、また家族にとって平易で確実性が増すよう精査する必要がある。政府は、経済に悪影響を与えることなく収入を再分配して貧困を減少させるために、もっとできることがあるはずである。その方法は、仕事に就いたり安い給与水準を引き上げたりする意欲が弱くなる状況に現状直面している人々に対する、純資産にかかる税金の引き下げである。より累進制の強い税制、すなわち1人の所得を構成する直接収入と間接収入を勘案した税制が必要である。

写真: NHS South West

図9 五分位別の、総収入に占める税の割合、2007/2008

(縦軸) %

(横軸) 世帯人数を勘案した等価可処分所得の五分位

(凡例)

全ての間接税

全ての直接税

出典: 国家統計局²¹

政策目標E

健康で持続可能な場所とコミュニティを創造し発展させること

優先目標

- 1 共通の政策を展開し、気候変動と健康の不平等の規模、影響を軽減すること
- 2 コミュニティ資産を向上し、社会的勾配の全域にわたる社会的孤立を減らすこと

政策勧告

- 1 次の方法により、健康の不平等と軽減して気候変動を緩和する政策、介入を優先すること
 - － 社会的勾配の全域にわたり、体を動かす移動をより良くすること
 - － 社会的勾配の全域にわたり、質の高い広場や緑の多い空間の利用性を向上させること
 - － 社会的勾配の全域にわたり、地域での食品環境を改善すること
 - － 社会的勾配の全域にわたり、居住のエネルギー効率を改善すること
- 2 土地計画、移動、住居、環境、保健のシステムを完全に統合し、それぞれの現場で健康の社会的決定要因に対処すること
- 3 局所的に展開しエビデンスに基づく、次の内容のコミュニティ再生プログラムをサポートすること
 - － コミュニティへの参加と活動に対する障壁をなくすこと
 - － 社会的孤立を減らすこと

「困窮たるものをご覧なさい。外を見るだけで良いのだ。それはいつも目の前にある。どこも散らかっている。ドブネズミに生ゴミ。それはゴミ捨て場のようだ。あなたの周りにいる人々は生きる意味をわかっていないように思えるだろう。私は時々カーテンを閉めたままにしているが、だからといって何かしてもらおう意図はない。」
(定性的研究の参加者)

居住地域とコミュニティにおける不平等

コミュニティは心身の健康と幸福のために重要である。コミュニティの物理的および社会的特徴と、そのコミュニティが健康的な行動パターンを可能にし、また促進する度合いは、全て健康の社会的不平等に寄与する。しかし、「健康的な」コミュニティの特徴には、明らかな社会的勾配がある(図 10)。

「何かに関わりたいと思えば、人々はそれをサポートしたいと思うようになり、進んで引き受ける。人々は役割に合わせた教育を受けたいと思う。だから、それは成長できる。私はコミュニティの外部の人間にそうしてほしいとは思わない。コミュニティの内部の人間にそうしてほしい。それは、我々の問題なのだから。我々は、それを気にしている。」

(定性的研究の参加者)

コミュニティの不平等を軽減するために、何ができるか

ソーシャル・キャピタルは個人同士のつながり、すなわちコミュニティ内およびコミュニティ間の人々を結びつけて関係を築くものである。ソーシャル・キャピタルは、心身の幸福に決定的に重要である社会的サポートを通じて、そして人々が仕事を見付けたり、経済的あるいは他の物質的困難を乗り越えたりする手助けをするネットワークを通じて、元気の源を提供する、つまり健康不良のリスクを緩和するものである。コミュニティへの人々の参加の度合いと、参加によりもたらされる生活の付加的なコントロールは、心理社会的な幸福と、それに起因する健康アウトカムに寄与する潜在性がある。

地元レベルでソーシャル・キャピタルを構築し、政策はその影響を最も受ける人々がオーナーとなって、その経験により形作るようにすることが肝要である。

より健康的でより持続可能性の高いコミュニティを築くことは、今までと違った投資をする選択を伴う。例えば英国建築都市環境委員会の試算によると、新しい道路を建設する予算を別の使い方をすると、1000万ポンドの初期投資がかかる公園を1000箇所にすることができる。それはイングランドの各地方自治体に2箇所ずつということになる。10ヘクタールの公園に木が200本あるとして、新しい公園を1000箇所を作ると約74,000トンのカーボンを節約できる²²。

健康の不平等を軽減するための我々の勧告、すなわち、体を動かす移動（例えば散歩やサイクリング）、公共交通、エネルギー効率の高い住宅、緑の空間の利用性、健康な食事、カーボンによる公害の低減は、持続可能性の議題にも益する。

写真: Gary Sludden/Getty Images

図 10 相対的に最も好ましくない環境条件の地域で生活している人口、2001-2006

(縦軸) 人口%

(横軸) 困窮のレベル

困窮が最も少ない地域

最も困窮している地域

(凡例)

条件なし

条件1つ

条件2つ

条件3つ

環境条件: 河川の水質、空気の品質、緑の空間、生物の多様性に対して好ましい生息地、洪水のリスク、乱雑な状態、残骸、居住条件、交通事故、規制区画(埋め立て地など)

出典: 環境・食料・農村地域省²³

政策目標 F

病気予防の役割と影響力を強化すること

優先目標

- 1 健康の不平等に最も強く関連する条件の予防と早期発見を優先すること
- 2 社会的勾配の全域にわたり、病気予防のための長期的かつ持続可能な資金の利用性を改善すること

政策勧告

- 1 政府部局を横断する、病気予防と健康づくりのための投資を優先し、社会的勾配を軽減すること
- 2 社会的勾配の全域にわたり有効である、エビデンスに基づいた次の病気予防の介入プログラムを実施すること
 - － 薬物治療プログラムの規模と質を向上し、改善すること
 - － 禁煙プログラムや節酒といった、社会的勾配の軽減についての公衆衛生の介入に焦点を合わせる
 - － 社会的勾配の全域にわたり、肥満の原因に対処するプログラムを改善すること
- 3 健康の社会的決定要因に関連する介入に対し、公衆衛生部局の中核となる努力を、勾配の全域にわたり比例式に集中させること

慢性疾患の進行に有意である鍵となる健康の行動パターンの多くは、喫煙、肥満、運動不足、不健康な栄養摂取など、社会的勾配に従う。肥満の例を図 11 に示す。我々の勧告における 5 つの政策領域は、それぞれ罹患率の社会的勾配の予防を目標としている。さらに、健康の不平等を軽減するには、これらの健康の行動パターンに焦点を絞る必要がある。

乳幼児期に投資することの重要性は、その後の人生で病気を予防する鍵となる。それは、健康的な学校や健康的な雇用への投資、並びに、さらに古くからある薬物治療や禁煙プログラムといった病気予防の形態と同じである。子供が得る経験の蓄積が、大人になったときの結果と選択を形作る。

病気の予防は従来 NHS の責任であったが、我々は健康の社会的決定要因の背景に予防の考えを組み入れる。だから、我々の勧告は全て、一連の利害関係者を巻き込む必要がある。学校、職場、家庭、政府サービスにおいてなされる地方および国家の決定は全て、病気の予防を助けるか、あるいは妨げる可能性がある。

現時点で、NHS の財源の 4%しか予防に使われていない。それでもエビデンスによると、プライマリケア、地方自治体、第 3 セクター間で作用する、効果的な普遍的予防介入および狙いを絞った予防介入を行うためのパートナーシップは、重要な利益をもたらす。

写真: Bromley by Bow Centre

図 11 地域と困窮の五分位別、肥満患者率(> 95 パーセンタイル)、10～11 歳の子供、2007/2008

(縦軸) 肥満患者率

(横軸) 居住地域

イングランド

ロンドン

ウェスト・ミッドランズ

ノース・イースト

サウス・イースト

イースト・ミッドランズ

ヨークシャー・アンド・ザ・ハンバー

イースト・オブ・イングランド

ノース・ウェスト

サウス・ウェスト

(凡例)

第 1 五分位(困窮が最も少ない)

第 2 五分位

第 3 五分位

第 4 五分位

第 5 五分位(困窮が最も多い)

出典: 国家肥満調査、子供の身体測定为国家プログラムに基づく²⁴

運用システム

最適なエビデンスに裏付けられ、非常に注意深く計画し十分なリソースを投入した介入を行ったとしても、国の政策は、地元の運用システムがそれを実施できなければ、不平等を軽減しない。我々の勧告は、地元のパートナーシップと政府の分野横断的な政策の両方に依存する。

中央での方向付けと、地方での運用

活動の責任の所在は、どこにあるのか。中央、地域、地元の行政の全てに果たすべき決定的な役割があることに、疑問の余地はない。本レビューの実施において、我々はイングランドのノース・ウェスト地域およびロンドンとのパートナーシップを築いた。両地域とも、健康の不平等の軽減を戦略、活動の中心に据えようと努めていた²⁵。両者は、他のいくつかの地方政府、プライマリ・ケア・トラスト、第3セクターの組織により結びつくことになる。

我々は議論により、地元の現場の人が詳細な個々の勧告よりもむしろ活動の信念を求めていることを知った。各地元からは、健康の不平等を軽減するために、その地域に適した計画を展開する自由を行使する提案があった。本レビューの政策提案の目的は、健康の不平等を軽減する介入のエビデンスを提供することと、政策を展開、実施する方法をいちいち記した詳細な処方箋を抜きにして、進むべき方向付けを行うことである。同様に、本レビューは指標の国家的な枠組みを提案しており、その枠組みの中で、地元がその地域の局所的なパフォーマンスの向上をモニタリングするのに必要なものを発展させるものである。

個人とコミュニティの権限付与

活動が中央集権的であるべきか地方が行うべきかの議論につながるのは、個人の責任が担う役割であり、しばしば行政の責任と対比される。本レビューでは、個人とコミュニティへの権限付与を、健康の不平等を軽減する活動の中心に据えている。しかし、個人への権限付与には社会的活動が求められる。我々のビジョンは、個人が自身の生活をコントロールするための条件を創造するものである。あるコミュニティにとっては、社会参加への構造的障壁を除去する意味になり、また別のコミュニティには、個人とコミュニティの発達を通して受容力と能力を手助けして進展させる意味になる。

地域戦略パートナーシップにより、地区と居住地域の両レベルにおいてコミュニティを関与させるための、より系統立ったアプローチが存在し、しばしば実施されるルーチンの短い会議の形態を越えて、個人とコミュニティが問題を定義してコミュニティの解法を導く効果的な参加に至る必要がある。こうした参加や個人とコミュニティへの権限委譲がなければ、健康の不平等に効果的な影響を与えるために必要な介入を浸透させることは困難である。

戦略的政策は、目的とする戦略の方向性を支持する、限られた数の志の大きな目標を土台にすべきである。そうして、社会的勾配の全域にわたり、生活と健康寿命の不平等を改善して軽減し、また、子供の発達と社会参加をモニタリングすべきである。

社会的勾配の全域にわたる国の健康アウトカムの目標

ごく近い将来の国の目標が、次の内容を含むよう提案する。

- － 平均寿命（年数で人生の長さを把握）
- － 健康寿命（年数で人生の質を把握）

大規模な実施に適した健康の指標が開発されたら、健康の不平等についての第 3 の国の目標として含めるべきである。

社会的勾配の全域にわたる国の子供の発達の目標

国の目標が、次の内容を含むよう提案する。

- － 就学の準備ができていないこと（乳幼児期の発育を把握）
- － 学生、就職、職業訓練中ではない青年（就学中の技能の発達と、社会に出た者の自身の生活に対するコントロール力を把握）

国の社会参加の目標

給付金を含めた税引き後の所得が健康的な生活に十分である世帯の比率を徐々に増加させる国の目標を持つことを提案する。

国と地域のリーダーシップは、健康の不平等の根底にある社会的要因とへの気づきを促し、また、NHS、地方自治体、第 3 セクター、民間セクターのサービスを横断した介入の規模を増し、主流の資金を用いて介入の強度を持続する必要性の理解を築くべきである。介入は、エビデンスに基づく評価枠組みと健康公正影響予測評価とを備えるべきである。こうして、運用機関が効果的に介入すること、健康の分配に関する他の政策の影響を理解すること、個人の行動パターンやライフスタイルに焦点を絞る小規模のプロジェクトへ流されないようにすることの助けとなる。

結論

社会正義は生死に関わるものであり、人々の生き方、病気になる必然の可能性、本来の寿命より早く死亡するリスクに影響する。

これが、世界保健機関が設置した健康の社会的決定要因委員会の見解である。その考えは地球規模の課題であり、我々は皆、貧しい国に生きる人々、すなわち貧困が日々の現実である人々が経験する健康の不平等を容易に認識できる。

しかし、多くの人々にとって、ここイングランドにおいて深刻な健康の不平等が存在することを受け入れるのは、より困難である。我々には評価の高い NHS（訳注：英国の社会保障制度）があり、ここ 50 年でこの国の人口の全体的な健康は大きく向上した。それでもなお、ロンドンの最も富裕な地域であるケンジントン&チェルシー王立区では、男性が 88 歳まで生きると期待できる一方、数キロメートルしか離れていないトッテナム・グリーンは、首都のより貧しい区であり、男性の平均寿命は 71 歳である。健康の劇的な不平等は、イングランドの全ての地域にわたり、いまだ健康の支配的特徴である。

しかし、健康の不平等は避けられないものではなく、大いに軽減しうるものである。健康の不平等は、所

得、教育、雇用、居住地域の環境という回避可能な社会の不平等から生じる。誕生以前から存在する不平等は、健康が悪化する場面や他の結果を、ライフコースを通して蓄積していく。

本レビューの中心的主義は、回避できる健康の不平等は不公平であり、それを正すことは社会正義の問題だということである。とりわけ今の景気では、我々の勧告を聞く余裕はないという人もあるだろう。我々は、何もしないでいる余裕こそないと主張する。というのは、人間と経済にとってあまりにも高くつくからである。今までと違ったやり方をするよう努力する勇気と想像力を持つことを当てにしている。すなわち、経済成長より持続可能性と幸福を優先し、より平等で公平な社会を実現するのである。

略語一覧

DEfRA	Department for Environment, Food and Rural Affairs (環境・食料・農村地域省)
DFLE	Disability Free Life Expectancy (障害なしの平均寿命)
GCSE	General Certificate of Secondary Education (中等教育修了一般資格)
GHQ	General Health Questionnaire (精神健康調査票)
MIHL	Minimum Income for Healthy Living (健康な生活を送るための最低所得)
NHS	National Health Service (社会保障制度)
NS-SEC	National Statistics Socio-economic Classification (国家統計局の社会経済的分類)
ONS	Office for National Statistics (国家統計局)

参考文献

- ¹ Frontier Economics (2009) 健康の不平等の総コスト、マーモット・レビューに提出、www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview/Documents;
Suhrccke M (2009) イングランドにおいて健康の不平等を軽減する経済的メリット、マーモット・レビューに提出、www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview/Documents
- ² 健康の社会的決定要因委員会(2008) CSDH 最終報告書: 一世代のうちに格差をなくそう: 健康の社会的決定要因についての活動を通じた健康の公正 (Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health)、ジュネーブ、世界保健機関
- ³ 健康の社会的決定要因委員会(2008) CSDH 最終報告書: 一世代のうちに格差をなくそう: 健康の社会的決定要因についての活動を通じた健康の公正、ジュネーブ、世界保健機関
- ⁴ 健康の社会的決定要因委員会(2008) CSDH 最終報告書: 一世代のうちに格差をなくそう: 健康の社会的決定要因についての活動を通じた健康の公正、ジュネーブ、世界保健機関, p.43
- ⁵ 国家統計局(2009) 出生時点での平均寿命
<http://www.statistics.gov.uk/StatBase/Product.asp?vlnk=12964>
- ⁶ Siegler V, Langford A, Johnson B (2008) 国家統計局の社会経済的分類を用いた、男性の死亡率の不平等における地域差、イングランドおよびウェールズ、2001-03
http://www.statistics.gov.uk/downloads/theme_health/HSQ40-winter-2008.pdf
- ⁷ Frontier Economics (2009) 健康の不平等の総コスト、マーモット・レビューに提出、www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview/Documents;
Suhrccke M (2009) イングランドにおいて健康の不平等を軽減する経済的メリット、マーモット・レビューに提出、www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview/Documents
- ⁸ Frontier Economics (2009) 健康の不平等の総コスト、マーモット・レビューに提出、www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview/Documents
- ⁹ Frontier Economics (2009) 健康の不平等の総コスト、マーモット・レビューに提出、www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview/Documents
- ¹⁰ Morris S (2009) 私信
- ¹¹ McPherson K, Brown M (2009) 社会的階級と肥満 - 病気と医療コストへの影響、マーモット・レビューに提出、www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview/Documents
- ¹² Stiglitz J, Sen A, Fitoussi J (2009) 経済パフォーマンスと社会の進歩の測定に関する委員会報告書、<http://www.stiglitzsen-fitoussi.fr/en/index.htm> にて配布
- ¹³ Sen A (1992) 不平等の再調査、オックスフォード: オックスフォード大学出版局

¹⁴ 未発行の統計、ユニバーシティ・カレッジ・ロンドン(UCL)疫学公衆衛生学部 IMPACTsec 研究チーム提供

¹⁵ Waldfogel J (2004) 社会のモビリティと人生の転機と幼少期、CASE Paper 88、ロンドン: ロンドン・スクール・オブ・エコノミクス

¹⁶ Waldfogel J (2004) 社会のモビリティと人生の転機と幼少期、CASE Paper 88、ロンドン: ロンドン・スクール・オブ・エコノミクス

¹⁷ Feinstein L (2003) 1970 年コホート研究における、英国の子供の幼少期の認知発達における不平等、*Economica* 70: 3-97

¹⁸ 国家統計局の長期研究

<http://www.ons.gov.uk/about/whowe-are/our-services/longitudinal-study>

¹⁹ Bethune A (1997) 「失業と死亡率」Drever F, Whitehead M 編、健康の不平等: 10 年分を補足、ONS Series DS no. 15. ロンドン: The Stationery Office: 156-167

²⁰ Wilkinson R, Pickett K (2009) 精神のレベル: 社会がより平等になると、ほぼ必ずうまくいくのはなぜか、ロンドン: Allen Lane

²¹ Jones F, Annan D, Shah S (2009) 世帯収入の再分配、1977~2006/07、*Economic & Labour Market Review* 3 (1): 31-43

²² Bird D (2009) 政府顧問は公共投資をイングランドの緑の街へ緊急にシフトするよう求めている。ロンドン: CABE. <http://www.cabe.org.uk/press-releases/public-investment-to-green-cities>

²³ 環境・食料・農村地域省(2007) 身近な持続可能な発展の指標 2007 -

http://www.ltnetwork.org/SITE/UPLOAD/DOCUMENT/defra_sustain.pdf pp. 97

²⁴ NHS 情報センター(2009)、子供の身体測定の国家プログラム: イングランド、2008/09 年度、DH/DCSF.

<http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-datacollections/health-and-lifestyles/obesity/national-child-measurement-programmeengland-2008-09-school-year>

²⁵ <http://www.london.gov.uk/thelondonplan/> および <http://www.nwregionalstrategy.com/>

公平な社会、健康な生涯
マーモット・レビュー (The Marmot Review)

第5章 実現に向けて：
社会的勾配に伴う健康格差の解消の実現および
モニタリングのためのフレームワーク

Fair Society, Healthy Lives
The Marmot Review (2010)

Chapter5 Making it happen: a framework for
delivering and monitoring reductions in health inequalities along the social gradient
<http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>

公平な社会、健康な生涯 (Fair Society, Healthy Lives)
マーモット・レビュー (The Marmot Review)

www.ucl.ac.uk/marmotreview

発行: The Marmot Review

2010年2月

© The Marmot Review

ISBN 978-0-9564870-0-1

「UCL Institute of Health Equity からの許諾 (2013 年) を得て翻訳」

第5章

実現に向けて：社会的勾配に伴う健康格差の解消の実現およびモニタリングのためのフレームワーク

5.1 実施システム

本章では、社会的勾配に伴う健康格差の縮小を実施における具体的な役割および責任について考察する。中央政府および地方自治体、NHS（国民保健サービス）、第三セクター、教育システム、民間セクター、個人、家庭やコミュニティなど、それぞれが健康格差の縮小および第4章で概要を述べた介入や提案の実施において大きな役割と責任を担っている。

本章において基本的な実施に関する提案は、太字で強調した。提案は各所からのフィードバックを受けて構築されたものである。当報告書特別チームからの報告、審査委員会への相談に対する返答、当報告書チームが出席した全国各所のさまざまな会議、セミナー、ワークショップなどのフィードバックなどが含まれる。こういった公式、非公式な相談の結果から、実施システムにはより一層の柔軟性が求められていることが示唆された。具体的には、政府が明確で一貫性のある戦略的方向性および前向きな目標を定めるとともに、地方のパートナーに対し、大衆やコミュニティの参加で地元コミュニティ先導による健康格差対策を見つける上での手助けをすることなどを指す。また、各地方におけるモニタリング指標および目標は、全国的に同様のものにしておく必要がある。

当報告書チームと北西部地方およびロンドンの2つの主要な地域連携に関する詳細についても述べていく。この連携の目的は、実施にあたり模範となる地域のパートナーとの協力、および当報告書チームがそこから学んでいくことである。

また本章では、目標の設定、および当報告書の提言の根拠となる結果・アウトプット・プロセスを示す指標を確立し、調査および評価に取り組むために必要なフレームワークを提示する。

5.1.1 全システム・アプローチを取る

第3章では、最近の健康格差縮小のための戦略からこれまで学んできたことについて検討した。システムの1カ所への介入のみに依存する戦略では、格差のパターンに必要な変化をもたらすには不十分である。組織と人々が全国、地方、地域、個人のそれぞれのレベルにおいて、協力して活動を行なう全システム・アプローチが必要である。全国および地方レベルは、以下の事項に関わるものである：

- さらなる社会的公正および持続可能性の必要性、また権力と資源の再分配に関する政策への影響、および財政制度の改善
- 国民皆保険・福祉制度の維持と改善に向けた政策
- 個人やコミュニティ、一般市民が自らの生活を管理し、発言権を持つ状況を公共サービスが作り出し、その促進を可能にする戦略や政策

地域レベルでの重点は以下の部分に置かれるべきである：

- 個人やコミュニティが地域の問題を明確化し、地域での解決策を見出すための変革計画を設定するきっかけ作りをする
- コミュニティおよび個人にとってより良い結果を生み出すことを目的とし、一般市民と共同で立ち上げた質の高い総合的な地域サービスの発展、委託、改善を行うこと
- 健康格差に取り組むための連携を作り出す上で、これら地域レベルと組織間の適切なつながりが不可欠であり、また、地域コミュニティへの権力と資源の移行も必要である

5.1.2 市民のエンパワーメント：コミュニティベースの解決を保証する

公共サービス機関に支えられた市民およびコミュニティの参加なくしては、介入を浸透させ、健康格差に影響を与えることは困難である。⁵⁴⁰ また、民間セクターも重要な役割を果たしている（その一例は、セクション5.1.7を参照）。この目標を達成させるために、コミュニティ参加の方法は、従来の慣例的な簡易相談のようなものを越えて、問題を明確化し、それら問題に対処するコミュニティとしての解決法を構築していく上で、個人が連携した形で参加する必要がある。

コミュニティの介入内容は以下の目的のためであること：

- 社会的公正の原則に基づいた、活動的で持続可能なコミュニティを構築する。これは権力構造を変革することで障壁を取り払い、市民が自らの生活に影響を及ぼす問題に参加することを可能にするためである。⁵⁴¹

このアプローチの促進は、政治、市民、公共サービスの指導者にとって、個人やコミュニティが自らの生活の主導権を持ち、人生を通じて広範な権限を発展、維持していくことを可能にする環境の創成、という新たな課題が設定されることを意味する。⁵⁴² この課題は図5.1に図示し、続いて提案を示す。

図 5.1 今後の実行シナリオ

Strategic Direction

戦略的方向性

Reduce health inequalities and improve wellbeing for all

健康格差の縮小、すべての人の社会福祉の向上

Increase disability free life expectancy and reduce inequalities across the social gradient

無障害健康平均寿命の増大、社会的勾配に伴う格差の縮小

Delivery Systems

実行システム

Improved cross-governmental action with dedicated leadership, secretary of state and executive team

専任の指導者、大臣、組織運営チームによる改善された交差型政府活動

Integrated delivery through greater civic participation, third and public sector partnerships

市民参加、第三セクターや公共部門との提携を通じた総合的な実践

Integrated action to deliver on the social determinants of health

健康の社会的決定要因に対する総合的な活動の実行

New model of political, civic and public sector leadership grounded in local democracy + whole system thinking

地域民主主義と全システム思考に根ざした新しい政治、市民、公共部門の指導者モデル

New roles for third and public sector in creating conditions where individuals and communities take control

個人やコミュニティが主導権を持つ環境づくりにおける第三セクターおよび公共部門の新しい役割

Comprehensive and scaled up health equity strategies based on social determinants of health.

Downstream and Upstream action at population level, community level, personal level, to address health and wellbeing across the gradient.

健康の社会的決定要因に基づく総合的かつ拡大型健康格差解消戦略。社会的勾配全体における健康および福祉問題に取り組んだ集団レベル、コミュニティレベル、個人レベルでのボトムアップ型およびトップダウン型アクション

Evidence Base

実証ベース

Interventions based on best available evidence focussed on social determinants of health

健康の社会的決定要因に着目した現時点における最適な実証に基づく介入

Systematic evaluation of interventions

介入の系統的評価

Value Base

価値観ベース

Equality and health equity in all policies promoting fairness

公平性を推進するあらゆる政策における平等と健康の公平性

Evaluation of the impact on health equity and fairness

健康における公平性と平等に対する影響の評価

Source: Adapted from a model in Bernstein et al

- 政治、市民および、公共サービスの管理者レベルの指導者は、人々やコミュニティが豊かな生活を送るための主導権を持つ環境づくり、および社会的勾配全体にわたり、健康寿命を伸ばすとともに健康寿命の格差縮小に重点を置くべきである。

5.1.3 政府の役割

政治的リーダーシップ

第3章では、政府機関の横断的協力の不足が健康格差への取り組みの上で大きな課題となるということを述べた。健康の社会的決定要因に対する責任は政府全体にあり、健康格差の縮小において、その課題の範囲や複雑性を軽視することはできない。このような状況において、当報告書は健康格差への対処のために、政府を横断した明確な権限を有する強力な政治的リーダーシップを保健大臣を介して配ることが必要であると提言している。この政治的リーダーシップは、全体的権限と責任を持つ一元化した指導者の指示の下、政府機関を横断した総合政策の推進のために、すべての関係政府機関と協力体勢にある多能な人材による合同チームの任用に支えられたものであるべきである。

- 健康格差に関わる分野横断的な政治的リーダーシップは、保健大臣の主導的責任のもと閣僚レベルに与えられ、こういった組織横断型の行動計画を実行するべく、政府全体における他の大臣たちと協力体勢を持つ。
- 多能な人材による分野を横断した合同チームは、単独指導者の下に政治的リーダーシップを支えるべきである。

各部門のリーダーシップ

主要な部門のリーダーシップの課題を考慮する上で、政府全体にわたる広い当事者意識を持つためには分散型モデルが有効になり得るが、そこには責任の消散というリスクが伴う。そのため当報告書は、健康の社会的決定要因に基づく健康格差課題への取り組みにあたって主導的な役割は保健省が担い、その他関係省庁についてもそれぞれが担う役割と貢献を明確にすることを提案している。また、すべての政策や戦略が健康格差影響評価の対象となるという明白な条件も設定されるべきであり、こういった取り組みにより、該当する活動のしっかりとした基盤作りを可能にしている。

- 健康格差に関しては、保健省が先導的役割を担うべきである。その他関係省庁は、健康の社会的決定要因に基づく健康格差縮小に向けた明確な戦略的役割を策定すべきである。
- 国や地域の政策および戦略は、健康格差影響評価によって定期的に精査すべきである。

当報告書での協議の結果より、政府の役割として、影響力に基づいた一貫性のある強いリーダーシップの発揮が強調された。全国レベルで定められた目標の方向性については、その目標が意図する戦略的方向性を利用し、支持するために慎重に考慮された方策に限定される必要がある。また一方で、政府や地方自治体が健康の社会的決定要因にまつわる広範囲な戦略的計画に着目した形での、より分散したリーダーシップを求める主張も存在する。このフレームワークは、地域における実行システムに対するより前向きなアプローチへの動きと、全国的なお仕着せの目標からの脱却を支持するものである。そうすることで、地域の提携機関がその地域の問題に対するその地域に適した解決方法を自由に見つけられるようになり、そこから説明責任も生まれてくるようになる。⁵⁴⁴

実行機関における健康格差を生み出す社会的要因の重要性に対する認識の向上は、保健省、地方支分部局および戦略的保健当局にとって中心的な任務でなければならない。その取り組みを通じて、関係実施機関がより効果的な介入計画を立てることができ、(第3章で述べたような)単に個人の行動やライフスタイルに注目したプロジェクトに陥ることを防ぐことができる。

健康格差の縮小は、プロジェクトに対する新たな資金拠出に頼るのではなく、主な歳出を利用することが一番であるということを政策の重点に据える必要がある。また、介入は健康影響評価を組み合わせた、実証に基づく評価のフレームワークとともに実施されるべきである。これらの活動を起こすことで、政策の効果および将来的な展開に対する正負の投資に関して市民が論議できるようになる。発足された原則は、共同制作と市民参加の奨励、および主導権を中央から人々やコミュニティへ移行する協約に基づいた地域展開を支持し、地元における活動や実施を支える新しい役割および全国的な活動の創成に努めていくものである。

- 政府およびその政策では、健康格差に対処する明確で広範囲な戦略的計画に重点を置き、短期、中期、長期的な目的を定めるとともに、その地域の問題の明確化且つ対処において地域の活動の促進、支持に努めるべきである。

補助的な実施

健康格差全国支援チームに類似したモデルに基づいた支援システムを策定することにより、優良事例をすばやく普及させ、認知度が低い、もしくは専門家が不足している地域や、全国的フレームワークや地域の期待値を満たすことのできていない地域に対する支援を広げることを可能にする。

5.1.4 NHS(国民保健サービス)

このセクションでは、初期医療トラストの公共医療サービスにおける監督官としての貢献度、NHS

トラスト、初期および地域医療サービス、精神衛生サービスの各役割について考察していく。

事例研究: コミュニティ間の連携協力

リバプールのマージーサイド消防救急サービス(MFRS)は、過去10年間にわたり、『より健康で安全なコミュニティの推進』のためにその役割を拡大してきた。この目標は、対象集中型および全体型などさまざまなプログラムやサービス、また120の公式なパートナーシップ、80の非公式なパートナーシップを通じて遂行されている。

同団体では、一般的なサービスとしての家庭の火災安全点検、無料の煙探知機設置、避難経路の相談、火災の危険要素の点検、などといった家庭の防火点検へとサービス範囲を広げている。この訪問点検によって、コミュニティ火災安全チームが結成され、家庭の防火点検で要注意とされた家庭への訪問を行っている。また、同チームが社会福祉サービスや住宅協会などの連携組織に照会することも多い。MFRSでは、これまでに40万戸以上を訪問している。より対象集中型の対策としては、特定の地域に関する専門知識をもつチームにより、アルコールや薬物依存者支援、障がい者および高齢者支援などを含む、もっとも支援を必要とする人々に対する個人的なサービスの提供を行なっている。

若者向けには、10のプログラムが行われており、健康的なライフスタイルやフィットネス、性教育、薬物やアルコールに対する啓発活動、交通安全に対する啓発活動などの促進などに重点を置くものが含まれる。中でもひとつのプログラムとして、FSN(火災支援ネットワーク)ケージボール(訳注:室内サッカーの一種)は、地元の若者の運動不足を解消し、反社会的行動を減少させることを目的としている。同プログラムにはほぼ6千名の若者が参加した。

最後に、MFRSでは、コミュニティの消防署を創設するためのプログラムを実施した。これら設備には、構内の無料のジム、庭園およびガーデニングプロジェクト、コミュニティルーム含まれている。

MFRSには、スタッフやその家族に提供された広範囲なサービスに対して健康的な職場賞(Healthy Workplace Award)が授与された。また、同サービスでは積極的な健康教育やスタッフの健康的な生活を指導する従業員支援プログラム(Employee Assistance Programme)を実施している。その結果、疾病率は、1994/95年の年間19日間から、2008/09年の年間5.5日間へと減少した。

同団体の成果は最近、健康格差減少に対するビーコン賞の受賞により認められており、またそれ以前にも「高齢者サービス」や「危険な状態にある子どもたちに対する早期介入」に対してそれぞれビーコン賞を授賞している。

NHS初期医療トラスト

NHSは、健康増進、疾病予防、健康管理に関する政策やプログラムにおいて重要な役割を果たしている。現存する健康状態における社会的不平等のほとんどは、医療サービス制度のあり方に起因するものではないものの、健康状態における不平等の縮小において医療サービス制度が果たすことのできる役割がないわけではない。実際、健康における社会的不平等への取り組みにおいて医療サービス制度は、さまざまな形で極めて重要な役割を果たす可能性がある：

- 地域の自治体や第三セクター、民間セクターなどとの提携による、世界水準の患者中心の総合的公共医療サービスを人々やコミュニティと共同で手がける上で協力を求める。
- 公正なNHSに権限を与え、健康状態において現存する不平等の原因となっている医療サービスにおける不平等に対処することによって、制度自体を立て直す。
- 個人および集団レベルにおける健康状態に系統的に対応することによって、恵まれない環境で生活や成長することに起因する健康被害（つまりは、広い意味での健康の社会的決定要因に起因する健康被害）の予防や改善のためのサービスを優先して導入する。
- 歳出バランスを救急治療から初期医療および予防治療、「上流への」介入へと大きく移行させる。
- 健康における不平等の縮小のための、情報に基づいた活動を他のセクターが行う上で 影響を与える支持者および推進者としての役割を果たす。
- 健康増進のための最適な介入方法を特定する上で、市民参加による評価や調査を行う風潮を推進する。
- 職員の配属から食事に至るまで、実効的な任命およびその他の優れた『企業市民』としての役割を果たすことを通じて、地域の雇用や経済といったさまざまな健康の社会的決定要因に対して直接的な影響を与える。⁵⁴⁵

NHストラスト

医療サービス制度には、その他にも地域の雇用機会の改善や、貧困地域の地域経済に積極的に影響を与えるような努力をすることなど、より広範囲において健康の社会的決定要因に直接的な影響を与えられる方法がある。

これらすべての問題については、イギリス国内の地方においていくつかの有望な取り組みが実証されている。

- 患者の収入増加による貧困問題への取り組み。広範囲な貧困撲滅戦略の一環として、特に初期医療に関わる複数の医療関連組織によって、社会福祉給付の受給に関するアドバイスを医療現場で行う試みが行われてきている。この試みは、(第2章で述べた)精神的・肉体的健康と所得の不平等や負債、物理的貧困の関連性に直接的に対処しようとするものである。⁵⁴⁶
- 職場環境の改善。NHストラスト内において、効果的かつ適時の労働衛生サービスによってス

スタッフを支援する中で、スタッフの関与を最大化し、ストレスを軽減するような組織文化を作り出す。こういった取り組みは、費用効果が高いだけでなく、すべての雇用者にとっての規範となるものである。NHS健康と福祉のための審査委員会(ブアマン審査委員会)の最終報告での提言は特に関連が深い。病気欠勤の発生率およびその期間の減少に加え、NHSスタッフに対する初期予防を通じてスタッフの健康格差が対処されていることを保証するためにも、ブアマン審査委員会の効果が強調されるべきである。

- 失業に対する取り組み。最近、公共医療サービスの就労に関わる潜在的に大きな貢献について、政府が繰り返し触れている。中でも特に、人々の健康状態の回復もしくは管理を支援し、仕事復帰を可能にするための医療リハビリサービスの強化の重要性が強調されている。
- 地域経済活性化。NHSの購買力を利用し、主要な雇用主としての地位獲得を支援することにより、医療セクターは直接的に貧困や失業を減少することができる。この取り組みは、NHSおよび公共部門が基大な経済的重要性を有しているという認識を前提としたものである。もしこの購買力をもっとも貧窮しているコミュニティの地元企業の支援に利用できるならば、該当のコミュニティにおける健康の増進だけではなく、より広範囲な社会的統合や平等にもメリットを与える可能性がある。⁵⁴⁸

事例研究:ヘルスワイズ・ハルのパトリックの事例

ヘルスワイズ・ハルとは、地域の健康および福祉の向上を目指し、3,000人の対象者の中から300名を、コミュニティ内の一人ひとりに健康的なライフスタイルを取り入れてもらうための地域の健康リーダーとして教育することを目指した「地域開発プログラム」である。同プログラムには2つの認定コースがあり、両プログラムを修了した元パラシュート兵のパトリックはその恩恵を受けたひとりである。パトリックとその家族にとってこの研修は、自らの保健行動を振り返り、生活を改善する方法について考える機会となった。コース自体は、健康的な食生活、禁煙、運動、精神的安定などに重点を置いたものであったが、同時に参加者に対し、そこからの教訓を自分たちのコミュニティの人々にも実践してもらうことを自主的に主導していくよう奨励している。パトリックはまさにその証明として、自らのコミュニティで545人の人々の健康的なライフスタイルへの努力を支援してきた。

パトリックは、コミュニティ健康リーダーとして健康的な食生活、運動、禁煙の指導と支援を通じ、コミュニティのメンバー内に強い絆を確立した。彼は以下のように説明している。

「私は自分の言葉で人々に話しかけるようにしています。....自分自身が教わったことを伝えるのです。変わると、こんな風になるよ、ということをお話しています。」

パトリックは、小冊子やパンフレットをなどさまざまな方法を用いてコミュニケーションを行なっているが、個別にカスタマイズされたプログラムを行うほうが良いと述べている。

「まず、皆さんに日記をつけてもらいます。そして、面接をして『この部分かその部分を変えてみましょうか』と言うのです。その後は、連絡を取り合い、必要な時には支援するようにしています」

最初にコミュニティ健康リーダーの研修を受け、コミュニティ健康リーダーとしての経験を積んだことにより、パトリックは継続教育を受けることができ、有給の職にも就くことができた。パトリックは現在、健康管理トレーナーとして働いており、ヘルスワイズ・ハルのコースを受講したおかげで、自分のキャリアの方向性と健康に関わる行動がポジティブに変化したと考えている。

「私の家族も変化しました。タイミングがよかったのだと思います。この2つのコースで私たちの人生が変わったのです」

初期医療と地域医療サービス

現在、一般医師は、地域医療サービス、歯科医師、薬剤師、眼科医師などといった他の多くの初期医療サービス同様に、健康格差の社会的決定要因への取り組みを自らの本業として捉えていない。⁵⁴⁹ しかしながら、健康格差を初期医療の通常業務の一部として優先することは可能であり、そうすることで、現在の一般医師の契約およびその他の独立業者や地域医療サービスとの契約内容にも影響を与える可能性がある。

患者のエンパワーメント

多くの政治的取り組みによって、患者をNHSおよび初期医療の中心に据えようという努力が行われてきており、これらの取り組みにおいても健康格差の縮小に重点を置くことができる。患者の専門的プログラムにおいては、ヘルス・リテラシー・プログラムを拡大し、慢性疾患の管理における専門知識を最大限に活用して患者の支援を行っている。このようなプログラムの評価は、自己管理能力やヘルスリテラシーの向上において患者、その家族およびNHSへもたらしたメリットが実証されている。⁵⁵⁰

また、「社会的処方」も、患者とコミュニティ内における医療以外の支援元とをつなげる仕組みとして利用されてきている。⁵⁵¹

地域の健康管理トレーナー、コミュニティ健康リーダー、地域開発事業を利用した取り組みにおいても、個人が自らの健康および福祉に関して、参加し主導権を持つことを支援する前向きな兆しがみられる。健康格差に関するこういった革新的取り組みの影響は、これから評価されるものであるが、このアプローチは、患者や市民の大きな参画を促進し、ヘルスリテラシーの向上や、健康や福祉の改善を支援するものである。その一方で、偏見のために軽視されたり、医療サービスの利用はできるものの一貫したサービスを受けられない、あるいは初期医療や地域医療サービスをまったく受けられないような個人やグループも存在する。⁵⁵² この現状は、患者の移動手段や、雑

然とした生活、偏見、また患者の能力などが著しいバリアとなる点において、医療ニーズに応えるサービスの提供の上で大きな課題を提起しており、彼らのような社会的に疎外されたグループに対応する包括的な戦略が不足しているように思われる。こういった問題は、初期医療および地域医療サービスにおいて、より包括的な業務方法を構築することを目指した業務改善モデルを利用することにより対処することができるかもしれない。⁵⁵³

事例研究：シェフィールドにおける健康改善を目指した冠動脈性心疾患に関するリーダー育成に向けた東南アジア人タクシー運転手との協力活動(CABS)

あるメディケア(高齢者医療制度)とシェフィールドNHSが協力し、患者の検査、サービスへのアクセス促進、およびエンパワーメントを通じて健康格差を縮小する新しい方法に着目した。同プロジェクトでは、冠動脈性心疾患(CHD)および糖尿病の高リスク群と特定され、地域の健康格差監査報告によって医療サービスへのアクセスに困難を伴う状況が確認されている、東南アジアのタクシー運転手を対象と設定した。

地域のリーダーの協力のもと、既存の連絡先を通じて特定された多くの運転手たちを半日の相談会という形で招致した。その後、運転手の中心グループを対象にCHDの2日間にわたる研修を行い、これらの受講者が同プログラムの「健康リーダー」となった。

運転手に検査を周知するため、ミーティングはシェフィールドタクシー事業者協会の協力で実施された。「リーダー」たちも他の運転手へのチラシ配布に参加し、検査の機会についての告知は、地域のタクシー無線システムで行われた。

80名のタクシー運転手が、シェフィールド市一般医療センターで心血管検査を受けた。健康診断では、身長、体重、体格指数(BMI)、血圧の測定も行われた。その他、「ワンストップ」検査として血糖値、コレステロール値、肝機能、腎機能についてもその場でチェックを行い、健康改善のためのアドバイスも提供された。

内20名が、上位20%以上の高リスク群とされ、追跡検査が必要とされた。4分の1の対象者のBMIが30以上(健康値よりも高い)であることが確認された。また、検査日に参加した対象者の4分の1が喫煙者であったため、禁煙のアドバイスが行われた。

30名の再検査予約者のうち、出席したタクシー運転手は20名であった。さらに治療が必要とされた運転手に対しては、かかりつけ医またはシェフィールド市一般医療センターの医師の診察を受けられるよう手配された。全対象者がサービスに満足したという結果であった。

さらには17名の運転手たちが、その大部分は初代「リーダー」たちの働きを通じてプロジェクトの参加のため募集された。また、次に行われた検査では、98名の運転手が検査を受診した。

このプロジェクトの重要な成果の一つは、プロジェクトに参加した運転手たちの生活に影響を与えたこと、そしてプロジェクトを離れた非公式な形で、彼らが東南アジア人コミュニティの人々に対して血管疾患に関わる認知や活動を促進していることである。

集団の視点から見た一般医療

2004年以降、初期医療の一般医療においては「医療の質と成果のフレームワーク(QOF)」が実施されている。これは、一般医療サービス(GMS)契約の一部であり、さまざまな慢性疾患に対して行われた質の高い治療と報奨金を結びつけるものである。2007年から2008年にかけて、平均的な一般医療は、NHSへの負担額11億ポンドに対し、QOFから12万ポンド以上の収入を計上している。QOFの目的は、質の高い医療に対して報酬を与えることで、患者が受ける治療の質の向上することにある。しかし、現在のシステムでは、特定の医療対象人口の全体を網羅することなく、最高点に到達することが可能である。臨床および患者全般にわたって、登録患者全員における患者体験や追加のサービス分野に対する報酬は行われていない。このことが潜在的に意味することは、サービスの届きにくい人々やもっとも必要としている人々に対する医療については、QOFと関わりを持っていないということである。QOFは、その他のデータソースと結びつけることにより、登録患者の系統的なモニタリングシステムを可能にし、診察ベースによる集団の視点を取り入れ、予防により重点を置いていくなど、非常に有効な手段となる可能性秘めている。

事例研究:ブロムリー・バイ・ボウ・センター

ブロムリー・バイ・ボウ・センター(BBBC)は、ロンドン東部のタワー・ハムレットにある大規模な慈善施設であり、教会のコミュニティグループとして、25年前に地元のアーティストのための賃貸料なしのスペースとして開始し、後に保育施設となったものである。現在は、地域の一般医診療所、社会事業、子どもセンター、健康生活センターが入居し、社会的弱者の成人に対する成人教育コースや公共医療サービスを提供する他、地域アウトリーチプログラムなど、さまざまなアドバイスサービスを行なっている。センターには約1万6千平方メートルのメインの施設があり、そこで多くのサービスが提供されており、さらには地元コミュニティの資産としての地域の公園の修復も行っている。また、2カ所に支所を持ち、一般医診療所およびコミュニティでの出張サービスを提供している。現在でも数名のアーティストがセンターにスタジオを構えており、プロジェクトの講師として活動している。

BBBCの活動には以下のようなものがある。

- 禁煙、ウォーキンググループなどから、水泳やヨガの教室まで、さまざまな健康、福祉、運動に関するアドバイスやクラスの提供

- 成人、身体的障がいや学習に障害を持つ人を対象とした保健サービスや自己啓発コースの実施
- ESOL(英語を母国語としない人向けの英語クラス)や職業訓練コース、家族学習コース。
2007年から2008年にかけて、全国平均を超える80パーセントの学習者が資格を取得し、79名の学習者が、保育、社会医療、もしくは顧客サービスの職業訓練コースを終了後、就職または長期のボランティア職を獲得している。BBBCはタワーハムレットにおいて3番目に大きな成人教育施設である。
- 福祉、雇用、住居、負債に関する支援サービスおよび、福祉手当受給手続きや借金や住居問題への対処、職探しや就職活動に関するアドバイスや実用的支援、地元の登録社会地主であるポプラーHARCAとBBBCとの協力による住居に関する支援の提供
- 子どもセンター。同センターでは、医療サービス、保育に関するアドバイス、家族学習コースなども実施。
- 社会事業の設立支援。ビヨンド・ザ・バーン・プログラムでは、2005年の創設以来、27の社会事業設立を支援している。そのうち21の事業では運営に成功し、新たに100以上の職を作り出した。

すべてのサービスがセンター内で提供されており、一般医や相談員、講師、保育士などさまざまなサービスのスタッフが協力し、利用者が必要なサービスを確実に受けられるようにしている。一般医から、センター内の健康や運動のコースへの紹介だけでなく、その他の相談や支援サービスへの紹介も通常に行われている。

同慈善事業の収益は400万ポンド以上に上り、常勤、非常勤を合わせて100名のスタッフを雇用、利用者は3,000名にのぼり、主要な地元の関係者と広く連携を取っている。また、BBBCは、センター近くに拠点を置く一般医やコミュニティ内のブロムリー・バイ・ボウ教会、ポプラーHARCAなどの主要なパートナーの他、地方自治体や地域の初期医療トラスト(PCT)、高等教育および継続教育機関、その他の登録公営住宅地主、さらに多くの小規模コミュニティや第三セクターグループともパートナー関係を結んでいる。

BBBCは、地域再生のための社会事業アプローチの模範的ケースとして国際的にもよく認知されており、特にその包括的サービスの効果的な実施について評価されている。同センターのプログラムについてはプロセス評価調査が数多く行われ、その独自性と革新的なサービスが高く評価されている。そういった調査には、地域再生における評価や、地域経済に与えるセンターの影響の定量化を試みた調査、高齢者との協力を評価したものなどが含まれる。

詳しい情報は、www.bbbc.org.uk/を参照されたい。

健康格差への取り組みとして予防に重点を置く

前述のとおり、初期医療は、開業医のレベルでの集団検診など、広い範囲での予防的サービスに貢献することができる。調査により、社会経済的地位の低いグループの人々は、がんの診断がより後期の段階で行われていることが示されており、それがその後の治療方法の選択肢や予後にも影響してくる。社会経済的貧困は、検診参加の有効な予測因子でもある。直腸結腸検診やその関連検査の受診率は、貧困群において低く、乳がんや子宮頸がんにおいても同様の結果が報告されている。⁵⁵⁵ このことはつまり、より特化した取り組みが必要とされているということであり、それがうまく実施され、貧困層の人々やグループを対象に予防および早期治療実施のメカニズムに組み入れていくことができれば、健康の改善につなげることができる。その一例がNHSシェフィールドCABSプロジェクトである。155ページの事例研究を参照されたい。

初期医療、労働衛生、仕事

初期医療が患者の雇用においても重要な役割を果たすことは、デイル・キャロル・ブラックの健康と仕事に関する考察⁵⁵⁶でも強調されているとおりである。従来、一般医や初期医療スタッフは、労働衛生に関しては基本的な研修しか受けていなかったが、それが雇用につながる場合には患者のための支援を拡大する可能性がある。現在、英国全土において国による教育プログラムが展開されており、仕事と健康に関わる臨床的な問題に対処する一般医の能力と自信の向上を目指している。雇用への関与を促進する継続的な支援が不可欠であることは、政策目標Cで提示したとおりである。

コミュニティの関与

サービスの提供に影響因子とした健康格差の縮小において、コミュニティの関与は、重要な手段となり得る。これについては、小規模な地域でうまくいく場合が多く、初期医療サービスの関与が不可欠である。コミュニティが受けるメリットは初期介入の範囲を超え、参加者が増えることにより、各市民が能力や自信をつけることにつながり、実生活に多くのポジティブな変化をもたらすことができる。⁵⁵⁷

その他のコミュニティの関与モデルには、健康生活センターの取り組みなどがある。そこでは、地元の人々に参加の機会を与え、社会資本を増強し、サービス提供場所の共同化によって経済的なメリットが生じる。⁵⁵⁸ しかし、こういった取り組みは、地域コミュニティに組み込まれたものであるべきであり、大規模な中央主導による展開の結果として行われるべきではない。包括的なプログラムおよび活動によって地元活動の中心を創成することは、2009年に当報告書のために⁵⁵⁹が行われたハックニー、マンチェスター、バーミンガムでのフォーカスグループの調査において、重要な取り組みであると確認された。初期医療および社会医療サービスによって、健康格差の社会的決定要因に対処するための設備を整備できるとともに、地域を対象とした包括的なサービスの提供を推進していくことができる。

— 医療の質と成果のフレームワーク(QOF)は、一般医療がすべての患者に対して質の高い医

療を提供することを100パーセント達成することによって報酬を受けられるように修正する必要がある。

- 初期医療では、患者のエンパワーメントおよびヘルスリテラシー向上を目指す包括的な医療を開発し採用していくべきである。また、包括的医療は、医療サービスへのアクセスに困難を伴う貧困層の登録を促進することにも力を入れるものを活性化させるべきである。
- 一般診療は、QOFやその他の関連データの情報に基づき、対象をしぼった予防サービスを促進するため、より系統的な診療ベースの立場をとるべく活性化されるべきである。
- 一般診療では、全国的な取り組みに従い、労働衛生に対する責任範囲を広げるべきである。
- 初期医療は地域コミュニティ内の中枢として機能するのに好位置を占めている。サービスの包括化やより健康的なコミュニティの推進に貢献するために、そういった役割を担うべきであり、またそれに対する報酬が与えられるべきである。

メンタルヘルス・サービス

第2章では、身体的健康と精神的健康の間に密接な関係があることを強調する実証を示した。メンタルヘルスと福祉は、業績やライフスタイル、身体的健康、回復力と回復、雇用、人間関係、市民参加や義務、などあらゆる面に大きな影響を与えている。⁵⁶⁰ NHS、地方自治体、第三セクター内の子どもや大人に対するメンタルヘルス・サービスは、ポジティブなメンタルヘルスと福祉の促進、パートナーシップの有効作用、さらにはサービスの導入から提供を完全に一体化させるにおいて、非常に重要な役割を果たす。

当報告書では、初期の段階における発達と行動を特に強調している。特にメンタルヘルスの問題に関しては、必要などきに必要な支援サービスを受けられることが重要である。早期介入は、適切な育児や回復力の構築において、それぞれの促進を大いに助けてくれる。また、質の高い幼児教育プログラムも、子どもの自尊心や行動の改善に有効である。

保健省のニューホライズンズに関する協議への反応においても、幼児や青少年に対するメンタルヘルス・サービスの利用が困難であり、この問題の対処にむけた活動が必要であることが引き続き強調されている。また、早発型の精神疾患やストレスへの対処においては、早期介入や心理療法を受けることが不可欠である。つまりこの状況は、学校を含めた子ども向けのサービス全体のシステムが統合されていく必要性を示唆するものである。学校が積極的にポジティブなメンタルヘルスを推進し、早期発見・早期紹介に努めることが、高リスクの子どもたちやその家族がサービスを受けられるきっかけとなる。より広範囲にわたる支援サービスに向けた情報と案内の両方において主要なスタッフがサポートをする。

成人向けメンタルヘルス・サービスの利用については、1999年以来、全国サービス基準(NSF)の対象となっており、結果として大きな成果が上げられている。ニューホライズンズの報告⁵⁶¹におい

でも、メンタルヘルス・サービス提供の継続的な改革について考察が行われた。同報告書では、ケアプログラムアプローチを通じて、疾患予防や早期介入、偏見への対処、変化への適応の強化、個別ケアの強化などに力を入れ、全国サービス基準に基づくことの必要性が強調されている。特に回復や心理療法、地域へのアウトリーチに重点を置いた広範囲の包括的社会医療サービスの利用しやすさは不可欠である。また、夜間休日など時間外の支援についても、回復支援や、雇用の継続もしくは再就職のために二次医療サービスを受けられるようにするために重要な点である。政策目標Cで述べたとおり、労働は、社会的ネットワークおよび支援の機会を広げることから、自信や自尊心の維持回復に役立ち、社会的疎外を減らすことにつながる。

- **メンタルヘルスや行動障害を抱える子どもたちやその家族を支援するため、子ども向けサービスや学校などにおける包括的なサービスの提供による、社会的勾配全般にわたる早期介入が必要である。**
- **成人向けメンタルヘルス・サービスは、予防、早期介入、偏見への対処、社会復帰整備強化などを扱い、回復に重点を置いた個人的且つ革新的なケアの提供を目指す包括的で連携したサービスに焦点を合わせたものである必要がある。**

5.1.5 地方自治体の役割

地方自治体は市民の生活および、その自治体の管轄地域の将来において、非常に重要な役割を果たしている。地方自治体が直接サービスを提供する場合や、また他の組織に委託する場合もあるが、いずれの場合でも地方議会は幅広いサービスに対して直接の責任を負っている。また、例えば、地域の環境基準に則った管轄地域のサービスの形成およびモニタリングを行う重要な役割も果たしている。さらに、地域の戦略的連携やその他のサービス提供者をまとめるグループ形成においても中心的な役割も担っている。

地域成果基準(Local Performance Framework)は、地域におけるサービス提供者間の連携の推進および、地域における分野を横断した問題に共同して対処する上での、地方自治体の役割を強化することを意図している。

その点において重要な要素は、以下の事項である。

- **地域の戦略的連携(LSPs)**
地域内における複数の組織の連携により、公共部門、民間セクター、コミュニティ、ボランティア団体などのさまざまな部門に団結が生まれる。
- **持続可能なコミュニティ戦略(SCS)**
包括的な計画による、該当地域の経済的、社会的、環境的な生活向上の推進
- **地域協定(LAAs)**
政府と地方自治体、およびLSPのパートナーの同意により、該当地域における優先事項を

確立する。

— **包括的地域評価制度(CAA)**

独立したシステムによる、地域における成果の評価

— **初期医療トラストと地方自治体による、該当の地域住民の将来的な健康、医療、福祉のニーズに関する共同戦略的需要評価(JSNA)の実施**

以上のことから、地域住民およびコミュニティに影響を及ぼす、分野横断的な問題に対処において、公共部門、民間セクター、第三セクターをまとめる役割を果たすのは自治体が適任であるといえる。

地方自治体の主な役割は、以下の通りである。

- 管轄地域内における主要雇用主
- 各種サービスの管理者
- コミュニティにおけるリーダーシップ、および民主主義改革
- 持続可能なコミュニティ戦略の一環としての健康および福祉に関する実行力の行使
- 安全なコミュニティと町づくり
- 教育を含む子ども向けのサービス、成人向け社会医療、娯楽サービス、その他の立案など。

こういった役割は、地方自治体の健康に関する社会的決定要因や健康格差縮小に与える影響やその貢献の大きさを強調するものである。前述のとおり、地方議会は、NHSが先導するべきだと見なされているため、ないしは主導者としての理解が不足しているために、健康格差への取り組みに対して積極的な態度を示さないことがある。⁵⁶²

地方議会は、地域住民の経済的、環境的、社会的福祉を確保する力を有する。それ故、地方議会は健康格差への対処、および福祉の向上のための行動を実行に移す上において主要な位置を占めている。2008/9年健康格差縮小ピーコン議会の例は、非常に優れた成果の実証であるが、極端な健康格差に取り組んだ結果、格差が狭まった場合、連携と介入の両方が拡大化するという懸念がある。いくつかの地域では、連携によるより統合的な健康および社会医療の新しい枠組ができつつあるところもある。「トータル・プレイス」計画の試験版についてもまた進行中であり、密接な連携によって、より大きな成果と効率アップの達成を試みている。健康格差に取り組む活動はすなわち、選出された議員を含む地方自治体の内部において、健康の社会的決定要因の認識を向上させることを意味する。社会的決定要因に取り組んでいく政治家および労働者の能力や自信を向上させるという大きな課題があり、ライフスタイルへの介入には限界があることを理解する一方で、成功した取り組みを広めていく必要がある。また、より大きな成果を達成するためには介入の拡大も必要である。

どのような取り組みにおいても成功のためには、協力的なパートナーシップがうまく作用することが不可欠である。健康格差はいかなる単独の組織、あるいは単独の部門のみでは解決することはできない。

どのようなアプローチでも、分野や部門を越えた強い連携の中から生み出されなければならない。そのためには、コミュニティのリーダーシップを活動の受託とともに積極的に行使することが必要である。

- 地域のNHSを率いる初期医療トラストの支援のもとに、主要な地域の連携において健康増進や健康格差の縮小を行う上において、地方議会の重要な役割が強調される必要がある。

成人向け社会福祉

第1章および第2章では、平均余命が(格差はあるものの)急速に伸びていることを示した。過去25年間にわたり、人口は著しく高齢化しており、2008年には、人口の16パーセントが65歳以上となった。この現在の傾向が継続した場合、2033年までに人口の23パーセントが65歳以上となり、人数にして3,200万人ということになる。医療および社会福祉の利用者数がかつとも高いのは、55歳以上の層である。⁵⁶³ 人口の高齢化が与える影響、および慢性疾患や障害のレベルと、これらのサービスには、非常に密接な関係がある。サービスの適用基準を厳しくすることも、増加する需要への対処法のひとつとして導入されている。社会福祉サービスを受けている人は、社会的弱者である可能性が高く、また慢性消耗性疾患や障害を抱えている場合が多い。

エイジコンサーンによると、約5人にひとりの高齢者が貧困生活を送っているという。⁵⁶⁴ 2005年度のイングランド健康調査のデータからは、高齢者の健康指標の多くにおいて社会経済的グループ間に格差が存在することが示されている。例えば、収入が下位5分の1レベルの人々は、一般的な健康状態がすぐれず、果物や野菜の摂取量が少ない他、運動の問題や下肢の障害を抱えている割合が高いことが報告された。⁵⁶⁵ 同様に、高齢者の虚血性心疾患罹患率についても、最貧困地域において高くなっている。糖尿病罹患率やコントロール不良高血圧も収入に反比例している。⁵⁶⁶ チャンドラらは、ホワイトホールII研究の時系列データを用い、職業的な地位の低い人々には、高い人々と比較し、急激な身体的健康の低下が見られることを説明した。⁵⁶⁷ また、健康状態の自己報告においても職業的地位によって差が確認されており、相対的な格差は年齢が高くなるに従って広がっていくことが示された。

それゆえ、成人の社会福祉が健康および健康格差に大きく貢献していることになる。近年、重点をおかれているサービスの個別化は、良い影響をもたらしているものの、全体の政策的枠組に一貫性が欠けていることが懸念されている。サービスの利用者の積極的な関与を促進することで、これまで社会的疎外を受けていたり、偏見の対象であった利用者のための生活の向上、および主

導権や責任をしっかりと持っていきかけとなる可能性がある。また、現在NHS内で行われている医療における公平性の推進を目的とする「地域医療サービスの変革」という試みにおいても、医療と社会福祉の統合化や健康格差に対する共同の取り組みにおいて可能性を示している。

こういった課題に対処するためのさらなる活動には、現在サービスを受けることのできていない社会的弱者層の個人およびグループを特定する継続的な努力も含めて考えていく必要がある。

- 障害や慢性疾患の有病率増加を伴う人口の高齢化に対する健康格差は、将来的な戦略や政策に大きな影響を与えるものであり、それらの戦略には、十分な資金供給が必要となる。
- 健康格差に取り組む長期的な戦略は、十分かつ持続可能な投資の有効なメカニズムとともに議論し、構築されるべきである。

子ども向けのサービス

子ども向けサービスに関する枠組みは、2003年度の緑書「すべての子どもが大切」に記された。同提案書により、すべての子どもの福祉向上を目指す全国均一サービスの枠組み内において、社会的弱者である子どもたちや青年の保護を目的とする「2004年児童法」に支えられた戦略が立てられた。そういった基盤の上に、子どもたちのための計画、子ども向け全国サービス基準、若者と産科サービス、そして児童健康戦略として、健康生活明るい未来、などが打ち立てられた。これらは、より良いパートナーシップに基づく活動や連携およびサービスの統合を焦点と据えている。児童トラストは、多様なニーズや地域の状況を反映し、それぞれの地域においてさまざま速度や異なった方法により展開されている。2009年養成訓練、技能、子供および学習法により、有効な実践例を示して標準化することで、児童トラストの協力体制を全体的に強化した。同法によって、国の定めに基づいて児童トラスト委員会が設立され、学校、大学、ジョブセンター・プラスなどが国定のパートナーとして追加された。

児童トラスト委員会によって立案された、子どもと若者のための計画(CYPP)は、パートナー間で合意を受け、部門を横断して組織レベルでの協力を促進することを目指す共同戦略となった。同計画によりトラスト委員会のパートナーたちが協力していく方法として、子どもや家族を中心に据えたサービスの委託および提供、子どもたちの統合における地域の成果改善、サービスの改善、及び貧困層の子どもたちとその他すべての子どもたちに対しての成果において存在するギャップの解消などが提示された。児童トラスト委員会の主な任務は、子どもや青年、その家族の権利が地域の戦略的連携(LSP)全体において確実に理解され、健康の社会的決定要因への取り組みが行われるようにすることである。また、持続可能なコミュニティ戦略(SCS)にCYPPを組み入れ、地域の住宅や地域再生、交通計画といった特に子どもに重点を置かない、分野を横断した広範囲な課題与える影響を明確化し、そういった課題に対する活動を地方開発の枠組みの立案に組み込んでいくことも任務に含まれる。児童トラストに関するガイダンス草案については、2010年3月に発

表される予定である。

新しい児童トラスト委員会とCYPPは、同意された分野横断的な成果に基づく予算の共有や調整の機会などを含む、より良い共同活動を推進するユニークな機会をもたらす重要な変化を象徴するものである。そのため、医療セクターはパートナーからの支援を得て、優先的なサービスを提供できる一方で、その他のパートナーの優先事項に貢献している。

当報告書での提言が、初期育児サービスや児童保護要員の観点からすべてのガイダンスの修正、およびそれに続く戦略の構築において考慮されることが重要である。

- すべての子ども向けサービスに対するガイダンスの修正において、特に政策目標Aに記載の幼児期、教育、労働力の育成に関するものは、審査委員による実証や提言を考慮に入れなければならない。
- さらに、児童や若者向けのサービスに関する将来の計画においては、健康の社会的決定要因および健康格差の影響について具体的に扱うべきである。児童トラスト委員会は、CYPPの立案において、地域の健康格差への取り組みと、児童および若者の健康状態の改善を実現において初期医療トラストを支援し、CYPPを通じ、連携してプロセスを前進させることへの同意を希望する児童トラスト委員会のメンバーと、地方自治体、初期医療トラストが共通した地域ビジョンを構築するべきである。

5.1.6 第三セクターの役割

第三セクターには、合計550万ポンドの資産および投資信託と宗教コミュニティを抱える、14万の一般慈善団体、55,000の社会事業者、4,500の協同組合、1,830の住宅協会がある。⁵⁶⁸ 地域の人々や家族、コミュニティのつながりを確立して、地域の関与や連携を構築していく上で、第三セクターが果たす役割は大きい。また、第三セクターは、個人への関わりや支援、自助、無給の労働、またボランティアの試みを通じてコミュニティのインフラを構築するために、コミュニティを活用しコミュニティのネットワークを拡大させる資産を特定する上で適した位置付けにある。第三セクターは多様な存在であるが、それは場合によって長所とも短所ともなりうる性質である。⁵⁶⁹

健康格差縮小において第三セクターが果たしている役割は、現行のもの、および潜在的なものの両方が認識されているものの、そのサービスの提供および戦略的パートナーとしての効果的な関与に関して、どれほど支援を受けられているかについては懸念が残っている。第三セクター組織には資金調達が不安定な団体が多く、国の支援に頼るところも増えている。投資からの利益回収率の低下や慈善団体の雇用主としてのコスト増加などといった経済的な諸事情と合わせ、慈善団体への寄付の傾向としては、大規模な全国的な慈善団体ですらも利用できる任意の基金が限られてきている。

医療や社会福祉セクターにおける多くのボランティア組織は、政府や地方自治体、そして近年多くなっているNHSによる、補助金や契約への依存度が極めて高くなっている。委託の増加や、それに伴うボランティアセクターへの助成金の減少によって、第三セクター内の組織同士、また第三セクターと民間や国家レベルのセクターの間での契約をめぐる競争が激化している。

現在の受託環境が第三セクター全般にとって不利なものであり、小規模なボランティア組織にとっては死活問題ともなり得るという懸念が大きくなってきている。以下にその要因を挙げる。

- 比較的小規模な組織では、入札に際して効果的に競争するための時間やスキル、知識などの資源の収集が困難である。
- 受託の方法が、比較的大規模な組織や国家レベルの部門に有利である。例として、各種サービスをまとめて単一の契約として入札することにより、小規模な特定分野にしばったサービス提供者が締め出される。
- 短期契約では開発に十分な時間がかけられず、結果としてスタッフの雇用や維持に影響する。
- より厳しい資金供給による契約の要件が増えることにより、開発や革新にかけられる余地が無いに等しい。

加えて、全国、地方、地域のそれぞれの戦略的計画における主要パートナーとしての第三セクターの関わり方に一貫性がないということも懸念されている点である。いくつかの地域戦略パートナーシップ(LSP)に見られるように、第三セクターがうまく関わっている例もあるものの、第三セクターの多様性を十分に活かすには課題が残っている。ボランティア部門のインフラ整備支援は、それぞれの地方自治体によって異なっており、代表的な構造においては比較的小規模な、またボランティア主導の組織については除外されてしまうという懸念が残る。⁵⁷⁰

- LSPは、系統的な方法で第三セクターと関係をつなぎ、地域コミュニティとの関係を最大限にし、またコミュニティを活用することにより、市民参加に貢献できるような個人および集団としてのエンパワーメントや能力開発を支援し育てていくべきである。
- 第三セクターの多様性は、健康格差への取り組みにおける、関与や参加、コミュニティサービスなどによる貢献を認めた上で、助長、および支援されるべきである。
- 国家レベルのパートナーと第三セクター間での協定の一部として、資金供給の持続可能性の問題について対処される必要がある。

5.1.7 民間セクターの雇用者としての役割

疾病予防や、健康や福祉の推進において、雇用者は中心的な役割を担っている。第2章、第4章、政策目標Cでは、職場ストレスや健康格差の減少における良い職場の重要性について述べた。ス

トレスやその他の仕事の問題による疾病に対処しないことによる代償は甚大であるとする明らかな証拠があるにも関わらず、雇用者の側にはそういった問題への取り組みに消極的な部分がある。

LSPは、職場における健康への取り組みに対してのアドバイスや資金供給を行うよう雇用者を指導し、動機を与えることが可能である。そういった支援には、障害や疾病を持つ人々に対する雇用支援の他、職業訓練や職場復帰スキームなどの提供が含まれる。

職業保健とは従来、主流の医療とは切り離されたものであり、その利用に関しては、セクターの違いや業界もしくは雇用主の規模によって大きく異なっている。職業保健および社会復帰リハビリテーションは、NHSに完全に統合し、失業者や就労不能給付を受けている者を対象にした「仕事のための健康づくり」モデルの提供が行われるべきである。雇用者のための職業保健サービス、および大規模雇用者の医療チームに対する支援サービスの開発が必要とある。そういったモデルは、全従業員の健康増進や、長期にわたる失業や疾病もしくは障害をもつ人々の雇用および維持に関するガイドラインや情報および保障を与えてくれる。

その模範を示すにあたって、ビジネス・イノベーション・職業技能省が重要な役割を果たしている。例として、「人への投資と生活賃金賞」のような以前の取り組みと併せて、自主的に「健康的な生活賃金」を取り入れるなどにより、雇用者の健康の決定要因に対する取り組みの促進を図ることができる。また、低賃金の従業員が給付金や公共医療サービスを利用できるようにアドバイスや支援を行う、小規模のリソースを持つ組織の認知も必要である。

無報酬による労働は、スキルや仕事の経験が不十分であったり、労働市場に入る上での自信を得るために、やさしく柔軟な環境が必要であると感じる人にとって有給雇用のステップとなることは多い。

- 予防、早期介入、健康や安全の増進、適したリーダーシップや管理に関する課題は、労働者の健康や労働力開発に大きな影響を与える。労働者の身体的・精神的健康の増進に関する成功事例の有効的な実践の有無の監督において重要な役割を担うのが、ビジネス・イノベーション・職業技能省と労働年金省である。別添2、セクションC2、C3、C4に詳細を記載する。

5.1.8 パートナーシップの強化

WHO委員会の健康の社会的決定要因に関するグローバルレポート「一世代のうちに格差を解消する」では、健康格差の問題は複雑であり、複数の原因が関与し、分野にまたがっており、多面的であるということが強調された。

健康格差に対処する政策立案においては、パートナーシップによる活動が重要な役割を果たしている。連携活動には活気のある良い例もある一方で、その多くにおいて期待に到達できていない。地域や地方のレベルでの連携活動には、以下の取り組みを通じたしっかりした統率力が必要である。

- 健康格差の根底にある原因の認知度を高め、人々や組織が思い切ったことができるように規制緩和を行う、また短期プロジェクトまたは短期的取り組みに重点を置くのではなく、安定した資金供給に基づく戦略的かつ体系的な介入の規模と内容の強化を図る。
- 意思決定において真の市民参加を促進し、専門家や公式な組織から地元住民へと力のバランスを移していくような、共同作業に基づく実践モデルにおける新しいパートナーシップのあり方を構築する。

パートナーシップを率いる

特定エリアの実証により、現在のLSPフレームワークには大きな改善と強化が必要であることが示唆されている。⁵⁷¹ そこには、優先事項の明確な同意に基づいた、組織間の戦略的方向性の明確化における改善が含まれる。縦割りの活動を促進することも多い、全国的な目標主導型の実施から離れ、戦略を推進のために重要なターゲットに絞っていくことによって、全システムアプローチを促進する可能性がある。そういった動きにより、健康格差への取り組みに対する地域の責任がより明確化し、地域の政策立案者やサービス提供者、そして市民が具体的な地域問題に対応することを可能にする。

こういったフレームワークの中で、健康に関する連携活動の指導において地域のリーダーシップは重要なものとなる。政治的指導者や地方議会の事務総長、初期医療トラスト委員会の事務総長、保健所長などは、重要ではあるが独占的な役割を果すわけではない。

当報告書では、セクション5.1で、全システムアプローチに基づいた、強固な政治的リーダーシップ、市民のリーダーシップ、指導者のリーダーシップの要件について主張を述べた。そのようなリーダーシップは、各種公共サービスを横断した組織的な開発プログラムによって支えられ、市民やコミュニティにとっても明確で適度な結果の産物であるべきである。⁵⁷²

LSPの課題は、当該地域のための持続可能なコミュニティ戦略の構築と公開、さらには社会的、経済的、環境的福祉を増進するための計画とアクションを整えることである。それぞれのパートナーシップには、地域の医療および福祉に関する権限を持つサブパートナーシップが存在する。LSP自体は、法的権限や資金は持たず、さまざまな組織が協力して地域のニーズを把握し、当該地域の長期的で持続可能なコミュニティ戦略を構築し、より効果的なサービス提供を目指して支援を行う。資金に関する意思決定は国家レベルの組織全体によって行われるべきであるが、そのことによ

て、特に児童トラスト委員会の情勢が変化する際に、LSPの体質に関する大きな疑問が浮上する。所有権、公約、責任は、法定においては同様に設定されているLSPによって、また協定した地域における公約を実行する上で、国家レベルのメンバーの義務と責任を明確化することによって強化される可能性がある。

このような責任の強化により、地域協定(LAA)、包括的地域評価制度(CAA)、地方自治体法人計画、初期医療トラスト(PCT)ワールドクラス委託戦略的計画、NHS運営計画などといった、各機関のさまざまな戦略を持続可能な地域コミュニティ戦略と統合していく上での期待を高め、地域政策が一貫性のある明確な戦略的方向性を持つための要を作ることができる。

- LSPは、法定に基づいて確立されるべきであり、国家レベルのパートナーの責任は、健康の社会的決定要因に取り組むパートナーシップを率いることを目的として明確に記しておくべきである。
- 持続可能な地域コミュニティ戦略の一部として、健康格差への取り組みの重要性と優先性は、国および地域のリーダーシップによってはっきりと示されるべきである。
- リーダーシップスキルはすべてのレベルにおいて強化が必要であり、保健省、コミュニティ、地方自治体、および内閣府の共同出資による、全国的な組織開発およびリーダーシッププログラムの支援をうけるべきである。

パートナーシップにおけるコミュニティの体系的な関与

コミュニティの体系的な関与は健康格差への取り組みにおける連携活動の不可欠な要素であり、それなくしては、健康格差の縮小は不可能であるといえる。これはワンレス・レポートにおける完全なコミュニティ関与のシナリオを表すものである。⁵⁷³

体系的な関与は、さまざまなレベルにおいて不可欠である。

- 市／地区全体：広範囲にわたるボランティア、コミュニティ、宗教組織などからの重要な情報を、戦略やサービスの計画立案、成果の管理のために活用
- 地方レベル：地方レベルで受託する医療および議会のサービスの関与を含んだ、第三セクター組織や小規模な区レベルにおけるコミュニティグループを利用
- 町会レベル：町会自治会とのつながりをもつ。⁵⁷⁴

このアプローチには、体系的かつ持続可能な地域開発を通じた、「地域財産のマッピング」「参加の障壁となるものの特定」「コミュニティの能力の誘導と開発」が必要である。

- すべてのLSPは、地域財産を強化し、健康格差に対する地域での解決を促進するための個

人のエンパワーメントおよびコミュニティ開発を目指す効果的な参加戦略を取らなければならない。

共同任務と共同チーム

LSPの構築には、将来的な連携機関にわたる共同任務の可能性が秘められており、とりわけ初期医療トラストと地方自治体との間にその可能性がうかがえる。このことは、特に公衆衛生問題への取り組みにおいて、分野横断的戦略を取る目的のために創始され、共同任命および出資を受けた「健康づくり支援サービス部長(Director of Public Health)」に関連して言える。現在、約80パーセントの健康づくり支援サービス部長が初期医療トラストと地方自治体の間で任命されている。健康づくり支援サービス部長は、健康格差への取り組みの実行において重要な役割を占めている。LPSや連携機関に対し、健康格差における地域への影響について行う助言と、地域の持続可能なコミュニティ戦略を通じて同問題への取り組みを推進する役割については、強化される必要がある。この独立諮問機関の職務は、監査委員会の役割や地域参画ネットワーク(LINKs)と関連付けることで、より明確な地方の責任範囲の構築、および進展のモニタリングを可能にする。

その他の共同任務の選定には、大きなバリエーションがある。医療および健康格差問題に重点を置いた完全な統合チームの場合もあれば、スタッフのレベルで相違点に着目したより限定的なアクションを取る場合もある。そういった共同任務のメリットは、役割や責任に対する理解の向上、組織間の垣根の解消、組織を横断した参加やリーダーシップの改善、などある。また、これらの任務は、これまでの優良事例と一貫した共同受託および持続可能な資金繰りによって支えることができる。⁵⁷⁵

公共部門のサービスの統合化は、共同任務の幅を広げることにより促進される。現在の試験的計画「トータル・プレイス」は、これから評価を受けるものであるが、連携を進める大きな可能性を持っている。その他のモデルとしては、健康格差に対する機関横断的な受託の拡大および統合化したサービスの提供などがある。コミュニティの中心となる施設の創設は、バーミンガム、ハックニー、マンチェスターのグループを除くフォーカスグループにおいて優先事項とされている。⁵⁷⁶

健康格差への共同の取り組みを行うことによる、労働力への影響も考慮されるべきである。有効に対応するためには、公衆衛生だけではなく、住宅、地域計画、交通、教育、社会医療、健康管理、などを含む広範囲の専門家や部門による働きが不可欠である。これらそれぞれの組織は、異なる研修や教育を受け、異なる文化を持つことから、大きな困難が生じるものである。イーガン報告書では、持続可能なコミュニティ開発に関わる医療専門家の包括的なスキル不足が指摘された。健康格差に関する課題の幅広さを考えると、課題は多い。新たな計画の要求を満たすためには、関連する専門家のスキルアップに対する国としての働きが不可欠である。

- 現行の共同任務の準備方法は、連携活動を強化していく可能性を備えている。
- 監査委員ガイダンスに準じた、持続可能な共同出資を用いた共同受託ユニット、および統合化したサービス提供は、地方自治体と初期医療トラストの必要条件とされるべきである。
- 健康の社会的決定要因に基づき、さまざまな分野や機関において健康格差に取り組む労働力のスキルアップを目的とした、全国的な働きが必要である。

地域協定

それぞれのLSPが地域協定(LAA)と呼ばれる地域成果基準に基づく持続可能なコミュニティ戦略を発表することで、LSPの役割はますます範囲が広がり、より注目を集めているが、報告されているLAAの影響力には大きな格差があり、単一自治体、州自治体、区自治体の順に影響力が小さいことが報告されている。⁵⁷⁸

LAAの効果については、共通する戦略および目標をもつ共同ビジョンの将来的な活動の優先事項や、その構築に関する地域協定のプラットフォームを与えることにおいて、有効であることが実証されているが、予算の委託および共有における共同活動に関する進展には限度が見られる。また、義務の共同化がパートナーシップもしくはサービス提供の質に良い影響を与えているかどうかについても、LSPからの矛盾した実例が存在する。続いてのモニタリングに関するセクションでは、地元地域の進捗に関する説明責任の問題に触れる。

共同戦略的ニーズ評価

2007年地方自治・保健サービスへの住民関与法では、地方自治体および初期医療トラストに対し、管轄地域コミュニティの健康および福祉に関する共同戦略的ニーズ評価(JSNA)の提示を義務付けている。2008年の調査では、大半のLSPがJSNAの開発を、健康における成果と格差への焦点を際立たせるものと位置づけている。このことは、初期医療トラストを通じて実行したワールドクラス委託戦略的計画とのつながりにおいて、連携活動およびパートナーシップを通じた地域コミュニティ全体でより質の高い医療、健康と福祉の増進および健康格差の縮小に対するフォーカスをより明確にする可能性を持つ。

有効性を確保するため、JSNAは、国、地方、区、地域の積極的な関与を通じて確認された地域コミュニティの問題について、正確かつ共有化された情報提供を受ける必要がある。当報告書作成時の協議において、機関間での情報共有にはいくつかの困難や抵抗があることが確認されている。その解決のためには、LSPに関わる機関へのガイダンスの見直しと明確化が必要である。

- 共同計画の促進のための情報交換に関する共同の取り決めに対する情報提供と、強化を目的とした、主要なパートナー間の情報交換を明確化するためのガイダンスが与えられるべきである。

- あらゆる地域の共同計画は、地域コミュニティに根付いたものであり、国レベル、地方レベル、区レベル、地域町会レベルの情報提供を受けるべきであるとともに、共通の同意を受け、透明性を持った優先事項の中で設定されなければならない。

5.1.9 実施のためのパートナーシップ

当報告書チームと、北東部地方とロンドンとの間に2つのパートナーシップが構築されている。概略を以下に示す。

北東部地方パートナーシップ

すべての市民における健康格差の解消は、北東部地方の継続的な重点項目である。これは、社会的公正の問題にとどまらず、健康な労働力、および機能を果たし、実力のある、自立したコミュニティによって持続可能な経済を構築する上においても不可欠である。

当報告書チームと連携することによって、地域に健康格差に対する取り組みへの関心と勢いを生み出すことができた。2009年には、マイケル・マーモット教授が何度か当地方を視察し、その機会を利用して広範囲な人々に情報を与えるとともに参加を促した。当報告書による最新のデータを用い、人々の参加を促すとともに、北東部地方の優先事項を確認することができた。あるイベントでは、「オープンスペース」のフォーラムを利用して、医療部門からだけではなく議員、警察、地方自治体、第三セクター、住宅部門、学術関係者、地域参画ネットワークからの代表者など、計200名以上が集結し、健康格差の縮小を目的とした、現状および将来の課題に対処していくための現実的でありながら創造的なアプローチを特定した。

同アプローチにより、人々の持つ以下のような疑問に対する解決策が構築されつつある。

- どのようにして、人生を楽しみ長生きするための取り組みに人々や組織、コミュニティを参加させることができるか。
- どのようにして、北東部地方で生まれるすべての子どもたちに対して、できる限り最善の機会を与えてやることができるか。
- どのようにして、社会的公正を求める市民の要求を支援することができるのか。
- どのようにして、景気後退の影響に打ち勝つ事ができるのか？
- どのようにして、格差に関する理論とデータを、現実的で組織的な、地域および個人の活動へと移行させるのか。

今後数カ月間に、同地方では広範囲にわたる関係者との協力により、今後10年間の行動計画の策定を行う予定である。この行動計画が、先に予定されている2010年地方戦略の掲げる目標の土台作りとなる。地方のすべての人々の健康と福祉を確保するための基礎を、地方の大きな財産に据えるというものである。

ロンドンパートナーシップ

ロンドン健康格差戦略の実施を支援するため、市長と当報告書チームとの間でのパートナーシップが確立された。マイケル・マーモット教授が2回の主要な会議に出席し、議論のための情報提供と主な関係者たちに対して、行動に移すきっかけを与えた。

ロンドン市長に対しては、ロンドン広域自治体法に基づき、その首都における健康格差戦略の策定を行うという他にはない権利が与えられた。同戦略草案は、2009年8月に国民の意見聴取を開始し、2010年1月10日に完成予定となっている。

この戦略草案では、ロンドンをすべての人々が健康的で活気に溢れた、互いにかかわり合って生きることのできる都市にするための動きが提案された。この運動の目指すところは：

- 健康および福祉増進を目的とする、ロンドン市民個人やコミュニティのエンパワーメント
- 特に、健康状態のすぐれないロンドン市民のための健康および社会医療サービスへのアクセスの向上
- 所得不平等の縮小、および相対的貧困による健康への悪影響の最小化
- 仕事やその他の有意義な活動から得られるメリットへのアクセスの機会拡大
- 各家庭から地域、また都市全体に至るまで、すべての人々にとって健康な場所としてのロンドンの開発および推進

協議の終了を受けて、ロンドンの戦略に現実性を与えるために、行動計画の実施を検討する連携活動グループが確立された。

5.2 成果の改善を評価するための目標と指標のフレームワーク

5.2.1 フレームワーク

第4章で述べた概念的なアプローチと提言に基づき、別添2では、アクションの各領域(図5.2参照)における過程、報告、および成果をモニタリングする上で適した指標の分類を示した。これは、これらの指標が目標の設定のために使用され、実施にあたる組織に責任をもたせる場合に、SMART(Specific/具体的、Measurable/測定可能、Achievable/実現可能、Relevant/関連性を持つ、Time-bound/期限のある)である必要性を念頭においたものである。

これは以下のことを意味している。

- 短期(2012–15年)、中期(2016–19年)、長期(2020年以降)、それぞれにおける成果の改善を測定するためには、異なる指標が必要となる可能性がある。
- 指標の一部に関しては、現在測定不能なものである可能性があるが、関連するタイムスケールに適合した測定ツールが導入される現実的な予想が必要である。

- 成果の指標は、当該の機関の戦略が目指す改善への到達を可能にする方法で定義される必要がある。
- 指標の詳細は、関連性と具体性の確保のため、戦略が時間を経て発展していくに伴い変化する可能性がある。

セクション5.2および5.3で示唆されたように、高い目標については、国レベルで設定され、地域で測定可能な指標のフレームワークによって支えられるべきである。また、CAAやLAAをはじめとする地域のパートナーシップの責任に関する取り決めの一部として、地域政府機関は、このフレームワークから地域のニーズに合う目標を選択し、評価のための成果改善の基準を提供すべきである。こういった指標の利用から示唆されるのは、成果改善の公平で有効な評価が確実に行われるように、国レベルの領域を超えた比較性が必要であるという点である。

5.2.2 既存の指標

指標および目標を選択するにあたって、まずは土台が必要である。保健省の現在の戦略的枠組みでは、地域の責任がますます強調されてきている⁵⁸¹。NHSは、「バイタルサイン」と呼ばれる一連の指標を通じ、責任を負っている⁵⁸²。そのすべてが目標として設定されている訳ではなく、3段階のアプローチとなっており、初期医療トラストが保健省に計画を提出する必要があるのは、第1段階の指標のみである。第2段階の指標に関しては、初期医療トラストが戦略的保健当局(SHAs)との計画に同意し、第3段階の指標において初期医療トラストは、地域のベンチマークおよび初期医療トラストや地方自治体が行った共同戦略ニーズ評価(JSNA)の結果に基づいて、地域のパートナーと共にどの指標を優先すべきかについて同意する。

これまで英国内では、健康格差、社会的不公平、地域的不公平、さらに平等性や人権に関する指標を構築する試みが数多く行われてきた。目的に適う場所においては、既存の指標の使用ないしはそれを発展させることにメリットが存在する。

図 5.2 指標および目標に関する枠組み

Targets
 目標
 Policy Objectives and mechanisms
 政策目標とメカニズム
 Performance improvement
 実績改善
 Monitoring
 モニタリング
 Outcome indicators

成果の指標

Output indicators

結果の指標

Process indicators

過程の指標

Outcomes of interventions

介入の成果

Specific interventions and policies

具体的な介入と政策

Delivery processes

実施過程

Outputs from interventions

介入の結果

2008年、コミュニティ・地方自治省は、英国地方自治体および地方自治体のパートナーシップのための185の国家指標(NIS)を発表した。2009年には、さらに188に更新された指標が発表されている。⁵⁸³ この一連の指標は、地方自治体の業績の枠組みを支え、成果の測定のために全国的な結果および単一の基準を設定することを意図したものである。NISには4つの側面があり、それらはより強固で安全なコミュニティ、児童や青少年、成人の健康および福祉・疎外対策・平等の推進、地域経済と環境の持続可能性、の4つである。

その他の関係する指標には、以下の例が含まれる。

- 既存の健康格差目標のモニタリングのために、ロンドン健康状況把握機構により開発された「指標バスケット」
- 表5の「10年後の現在」⁵⁸⁴で示された指標(および将来的にはそれを分割したもの)
- 平等人権委員会の作成による平等監視フレームワークにおいて確認された、さまざまな平等に関する特徴。平等性測定フレームワーク(EMF)は成果測定のためのフレームワークではないものの、進捗状況の評価および優先事項の決定のための基本データを与えるものである。
- 「健康貧困度」(現状の健康と将来的な健康の可能性もしくはその欠如の組み合わせ)の観点から、地理的および文化的アイデンティティによる識別で、グループを対比させることを可能にした健康貧困度指標
- 主要な健康指標を用いて、英国内の各地方議会に健康に関する簡易な評価を与える、健康プロフィール。地域、地方、および時系列での比較が可能。地方議会およびNHSが資源の対象とする場所を判断し、地域における健康格差への取り組む上での支援を目的としている。
- 経済、社会、および住居の問題を幅広く包括して選択された多くの指標を組み合わせ、英国内の各小地域向けの単一の貧困スコアにした、2007年度地域衰退指数

- 小規模な地理的領域に関するデータに全国からアクセスできる近隣地域統計ウェブサイト (www.neighbourhood.statistics.gov.uk)

5.2.3 フレームワークの構成要素

指標は、介入によって影響を与えることのできる以下の側面を捉えたものであるべきである。

- ライフコース
- 社会的決定要因
- 健康結果(有病率、死亡率、健康で幸せな状態)

ライフコースアプローチ

ライフコースアプローチは、社会的決定要因に関するアクションが結果に対してどのような影響を及ぼすかをモニタリングする上での基盤となるものである。ライフコースの各段階での介入に起因するもっとも強い成果は、人生のその後において“分かる“ということを経験したものである。一般的に介入が早期であればあるほど、その後の成果は大きくなる。これは、その結果が観察されることが予想される時間枠に対して大きな意味を持つ。フレームワーク内の結果指標には、早期およびその後の時期の両方における、介入の健康および社会的重要性を適切に捉えるものが複数含まれている必要がある。

社会的決定要因

社会的決定要因の側面として、フレームワークに含まれるべき指標は(内いくつかに関しては、戦略の一部として構築される必要があるものの)、囲み5.1に挙げている。

社会的決定要因の各側面を測定するにあたって対処すべき重要な問題が2点ある。

- ある特定のトピックに関するデータが入手可能かどうかによって、地域で適用できる可能性があるが、一般的には地域の状況には関わりがない、全国指標への注意が限定されるだろうか、それとも、それによって、地域的に関わりがあり、しかも全国レベルで測定される結果に到達することに貢献する指標に裏付けされたテーマへと選択肢の幅を広げているのだろうか。
- 各社会的決定要因は個別に作用することはないため、指標は強く相関することが考えられる。この理由から、決定要因の代理指標を用いる際には注意が必要となる。

囲み 5.1 社会的決定要因の側面

- 適切な生活水準
- 適度な勤労
- 公平雇用
- 恵まれたスタート

- 教育
- 適切なスキル
- 機会
- 物理的環境
- 能力
- 社会的支援と社会資本:
 - 家族
 - コミュニティ
 - ネットワーク
- サービス提供
- 相対的所得格差
- 経済的能力

囲み 5.2 指標の選択に影響する課題

- 重要性
- 実行可能性と費用
- 入手可能性
- 介入への明らかな関連性
- 技術的な問題
- 基準／指針:
 - 幅
 - バランス
- 指標に信頼性が持てる最小人口
- 情報管理
- 影響
- 指標のセット
- データソース

健康および福祉の指標

健康結果の測定は、戦略を評価する際の中心をなす。これらの健康結果は、健康格差に関連する主要な条件に関連付けられている必要がある。また、そういった健康格差に対して、提言および関連する介入が大きな効果(規模および影響の大きさにおいて)を与えることが意図されている。結果は、社会的勾配全般にわたり、寿命および人生の質の両方における改善を反映したものである必要がある。

提案されている戦略の主な目的は、社会的勾配全般にわたって健康および福祉を増進させること

である。そのため、二次利用サービス(SUS)を通じてますます多くの情報が入手できるようになっているNHSでの通常の臨床診察や調査などから得られた診断による有病率指標から測定された健康状態だけでなく、総体的健康や慢性疾患、障害などに関する自覚症状の観点から測定された健康状態についても捉える必要がある。

また、健康で幸せな状態というものの構成要素は何であるかを、健康状態のみでなく、ポジティブな態度といった尺度も見ていく異なる文化的な側面に基づいた結果指標の開発も同様に重要となる。現在、健康で幸せな状態に関するいくつかの指標が、さまざまなデータソースから収集されている。

- 幼児発達指標
- SF-36
- EQ-5D
- SF-6D
- GHQ-12
- 生活の質(参加、尊敬)
- 生活満足度
- 精神状態

但し、上記のいずれも、現在全国レベル以下の単位で日常的にモニタリング可能な規模で集められているものはない。全国的に一貫した大規模な日常的情報収集を行うためには、実地試験が必要である。

個人的な福祉の測定と同様に、コミュニティおよび社会福祉の指標も重要である。そういった指標は、社会的勾配の影響を測定するために構築することも可能である。コミュニティレベルでは、現状では社会的勾配が存在する問題(例えば、持続可能な住宅、より安全な道路、コミュニティエンパワーメントなど)に広く重点を置くことで、それを達成することができる。国家指標セットから、地域のパートナーシップに必要となるいくつかの指標の選択の基礎を得ることができる。同様に、全国レベルでは、社会区分(例えば、所得格差や環境被害など)に相関するマクロレベルの指標を用いることができる。これは、国際的にはサルコジ委員会⁵⁸⁵からの提案と、英国の社会福祉指標⁵⁸⁶の構築の結果によるものである。

5.2.4 指標の選択

これまでの考察に基づき、指標の選択を導くために必要となる課題を囲み5.2にまとめた。第4章に挙げたすべての提言を包含する指標のフレームワークについては、別添2に掲載した。

5.3 全国目標

格差の縮小と目標とする健康状態の向上を戦略的重点に据えるためには、高い全国的目標が必要である。当報告書の土台となる概念的フレームワークが意味するところは、そういった目標が、長期的な健康成果の改善、およびもっとも優先度の高い提言からの直接的な結果として、その後のライフコースにもっとも強い影響を与えることになる幼児期の発達に関連付けられている必要があるという点である。

社会的勾配全体にわたる全国的な健康結果目標

近い将来における全国目標が包含すべきものの提案：

- 平均余命(生存年数の把握)
- 健康余命(生存年数の質の把握)

大規模向きの福祉に関する指標が確立した際には、健康格差に関する第3の全国目標として含まれるべきものである。

社会的勾配全体にわたる子どもの発達に関する全国目標

全国目標が包含すべきものの提案：

- 学校に対する準備度(幼児期の発達の把握)
- 若年無業者/NEET(学齢期の技能発達、および高等教育を受けていない者の自信の人生における主導力の把握)

社会包括性に関する全国目標

全国目標として、税および給付金の控除後に、健康的な生活を送ることができる十分な収入がある家庭の割合を積極的に増加させることが提案されている。

当報告書のすべての提言におけるプロセス、成果、結果をモニタリングするために必要な指標の種類を別添2に示した。指標の詳細な例は、現在マーマット・レビューのウェブサイト www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview で閲覧可能である。

この広範囲な指標は、地域のパートナーシップが自己裁量で利用するように意図されたものである。

5.4 フレームワーク実施における課題

現在の健康格差戦略から学んだことをもとに、セクション3.6では、指標およびモニタリングのフレームワーク実施に関する多くの重要な課題が特定された。

5.4.1 不平等のどの側面をカバーすべきか。

民族性や個々人の社会経済的地位には、さまざまな定義がある。どの尺度を用いるかという決定

を下した後に、そういった尺度を所定の情報システムに組み込んでいく必要がある。対象を、再貧困層、貧困層と富裕層間の格差縮小、あるいは社会的勾配の解消などのみに重点を置く場合、不平等の規模や経時的変化の測定やモニタリングに必要とされる方法はまったく異なるものである。

- **指標は英国国内全土および、国際基準が確立している場所では他国とも比較可能なものであるべきである。**

5.4.2 目標が関連付けられるべき時間尺度

健康の社会的決定要因に関する委員会の報告書では、「一世代のうちに格差を解消する」という目標が設定された。例えば、幼児期教育およびその後の学校教育が、労働市場への参加や年金の蓄積といったその後に与える影響などは、次の世代が自らのライフコースに従って経験していくことであるため、この報告書の提言の一部は効果を見せるまでに時間がかかることもある。それとは対照的に、英国国内における現在の格差目標の比較的短期的な展望については、ライフコースアプローチに不利な影響を及ぼす。当報告書の提言を目標として前進していく上で到達できる事項という観点において、短期的には社会的および組織的なプロセスを開始し結果の範囲を確保することに重点を置いた目標を強調すること、さらには長期的な健康結果についても強調している。

目標は、健康結果（あるいは医療活動や行動など）の指標において実現を望む改善を提示した高いものであってもよい。しかしながら、セクション5.10で示したように、組織（戦略的パートナーシップを含む）に対して設定される目標は、SMART（Specific／具体的、Measurable／測定可能、Achievable／実現可能、Relevant／関連性を持つ、Time-bound／期限のある）であることが望ましい。具体的には、そういった目標は、組織が直接的な活動もしくは影響力により、具体的なタイムスケールの中において影響を与えられるものでなければいけない。例として、現在の目標は死亡データに基づいたものであるが、それらが健康政策により影響される可能性がある一方、NHSやその他の公共組織が短期的に達成できる変化については、根底にある長期的な行動、社会経済、社会的要因に比べると非常に小さいものなのである。

- **LSPに対する目標は、その目標が設定された際に具体化したタイムスケールの中においてLSPの直接的な活動もしくは影響力によって達成可能なものでなければいけない。**

5.4.3 指標および目標が基盤とすべき地域もしくは個人の特徴

指標および目標の設定における重要な課題は、注意の焦点を行政単位、もしくは地理的区域（住宅区域もしくは行政管轄区域）でグループ化した個人、あるいは社会的決定要因やライフコースに基づく各個人の特徴に基づいてグループ化した個人、のどこに置くかということである。

現在の全国健康格差目標では、2つのアプローチの例を挙げている。一つ目の平均余命目標では、地方自治体レベルでの平均余命格差の縮小とし、幼児死亡率目標では、格差を個人の社会的経済的地位に基づいたグループ間と定義している。その他のより高いレベルでの格差目標では、地理的にグループ分けされたデータがさまざまな方法で利用されている。例として、特定エリア目標および十代の妊娠目標では、地方自治体によって異なる目標を定義しており、またLAAの「地域内目標」では、地方自治体内の地理的な目標地域を設定している。

個人の特徴を用いることにより、区域レベルにおける変化から不適切な結論を導き出してしまう問題を回避するメリットがあるが(第3章で考察した)、それは個人レベルでのデータが分析に利用できるかどうか依存する。地域レベルで信頼できる個人データが入手できない場合は、地域における指標や目標の分析やモニタリングが不可能となるため、代理もしくは合成的な推定値を利用する必要がある。これは稀な事象(例えば、幼児死亡など)や、ある地域において少人数の集団しか作れないような場合(例えば、さまざまな地域での少数民族グループなど)において特に問題となる。

もし目標地域が、異常値が平均値に収束されたものに関して定義されるとすれば、目標は、ランダム変動と関連した、よく知られた統計的プロセスによって、少なくともある程度、誤って達成されてしまう。このことは、利用される地域レベルにおける変数が十分にしっかりしていて、経時的に変化がない、ないしは急速な変動がない場合、あまり問題ではない。この問題は、分布的目標が選択された場合、つまり、勾配もしくは変動の幅の側面に注目することによって避けることができる。しかし、地域ベースの戦略では、分布に関する地域のポジションがたえず変化することにより、一貫性を持った地域戦略の確立や、介入の効果のモニタリングが非常に困難となる。このことは、地域目標および指標が設定され、全国レベルの目標および指標に関連付けられる形で反映される必要がある。

目標を地域内の目標サブグループに基づいて設定することにより(例えば、最貧困の下層5分の1など)、比較的不安定な、地域レベルの結果の指標が過度に強調されてしまう。地方全体において結果を示す事象が不十分な場合、地域のモニタリングをそのエリア内の少数の人々における変化に限定することにより、問題はより大きくなる。社会的勾配による差異を縮小することに重点を置くことで、この問題は、ある程度避けることができる。

— 目標および指標では、できる限りにおいて、社会的勾配による差異の縮小に重点を置くべきである。

5.4.4 健康における社会的勾配の測定

2004年の格差目標の設定以来、多くの研究において、経時的な格差の分析およびモニタリング

のさまざまな方法が調査されてきた。調査された方法を以下に挙げる。

- 絶対範囲(最貧困層と最富裕層における比率の絶対差)
- 相対範囲(最貧困地域における比率に対する最富裕地域における比率の比——既存の目標に現在利用されている)
- 格差の勾配指数(SII)と格差の相対指数(RII)(この指数は、集団の平均的健康状態に影響を受けやすく、社会経済的地位の最下位層から最上位層へ移動することの健康に対する絶対効果として解釈され得る)
- 集中度指数(もっとも社会的に恵まれないグループにおける健康障害の集中度を分析することができる)
- 人口寄与危険度(PAR)(特定の要因の影響を受けたことに起因する調査集団内の疾病の割合を測定するものであり、その影響が除去されることで、疾病もなくなる可能性がある)

こういったそれぞれの方法には長所と短所がある。例えば、比率自体からは絶対的な改善に関する情報は得られず、集団の中間グループにおける成果に関する情報も得ることはできない。SIIおよびRIIは、貧困と対象となる健康指標との関係が、ある程度線形である場合にのみうまく作用する。これについては、入手可能なデータの変換(例えば、対数尺度を利用するなど)が必要となる場合が多いが、そうすることで理解しやすさが損なわれてしまう。また、格差対策は、全国レベルで存在する勾配が特定の地域に当てはまらない場合、地方においては作用しない可能性がある点にも注意しなければならない。

スコットランドでは、2008年に健康格差に対して「平等な健康(Equally Well)」アプローチを策定した特別チームが設けられ、健康格差の高レベル集団における適切な対策に関して行政や外部専門家からの助言が提供された。このグループでは、健康結果の柱となる指標群を提案した。それらの柱となる各指標に対し、専門家グループが、集団全体の全体的な格差のイメージを得るため、3つの尺度アプローチの使用を提案している。これは、最貧困地域に住む人々の健康の改善に限定されたこれまでの地域ベースの健康格差目標の問題に対処することを目的としている。

格差の相対指数(RII)

不平等の勾配の強さはどれくらいであるか。この測定尺度によって、人口全体の平均健康と比較した貧困スケールで測定される健康の勾配を説明することができる

絶対範囲

格差の大きさはどれくらいか。この測定尺度によって、最貧困層における比率から最富裕層における比率を引いた、貧困度の両極間の絶対差を説明することができる。

規模

問題の大きさはどれくらいか。この測定尺度によって、根底となる問題の規模と過去の傾向を説明することができる。

異なる尺度を用いることにより、格差におけるさまざまな側面を理解にする。これらの尺度のもつとも基本的な違いは、格差の絶対尺度と相対尺度の差である。

- 誤った結論や屈折した動機を導くことを避けるため、当報告書で述べた尺度に基づいた、格差の絶対的縮小と総体的縮小の両方を反映した指標が必要である。

5.5 データの入手可能性

現在、英国内における健康格差のモニタリング用のデータセットは、75歳未満での喫煙率とがんおよび脳血管障害(CVD)における格差縮小、12の柱となる指標および地域の健康格差指標に対する目標、という2つの健康格差目標からなる。これらのデータセットは、データシステムの限界と進捗のモニタリングの要求に応じて、必然的に作成されたものである(定期的に更新可能であり、経時的変化が検知できる程度にはしっかりしたものであり、かつ広範囲な政策目標に対応している必要がある、など)。しかし、これらは必ずしも社会的決定要因に対するアクションを通じた健康格差対策の進捗を追跡するための、総合的、包括的、かつ可視的なアプローチになるとは限らない。

5.5.1 全国レベルおよび地方レベルにおける、データインフラストラクチャの限界

入手可能なデータの欠点への対処法を考える際に、必要なタイムスケール内での改善の実現可能性、既存の時系列の中で生まれた矛盾、新しいデータ収集が導入された際の導入『前後』効果の測定に必要なそれ以前のデータの欠如、新しいデータ収集およびプロセスを受け持つ組織および一般市民が負う、新システムおよび収集の費用や負荷、などを考慮する必要がある。

地方のデータシステムの限界に取り組むという課題においては、追加データ収集という多大な負担を課しているという懸念が表明されている(例えば、地方住民の健康を測定し、データをプロセスするための新しいシステムを構築する必要性など)。そこには、機密性やデータ保存の安全性、および現在の情報管理の制約の中でなにかが実行可能であるか、などといった問題も浮上してくる。

5.5.2 適時性の向上

健康結果目標において、データの入手に長い遅れが生じることはよくあることである。例えば、死亡届に依存する死亡データや多量のデータプロセスが公表されるまでに、少なくとも9カ月を要する傾向がある。特に、未熟児の冠状動脈性心臓病による死亡など、比率が急速に変化している場

合においては、モニタリングが適時に管理活動をサポートすることは無理であるということの意味する。

さらに、前年比変化を打開するためには、慣例では、例えば過去3年もしくは過去5年など、複数年のデータのグループ化が行われている。こうすることで、プロセスに安定性が生まれるが、これはモニタリングの適時性が非常に低いことを意味する。

適時性の問題は、入手可能な情報を最大限に活用する予測方法を用いることで対処することが可能である。健康指標および目標に対する進捗状況をモニタリングする際の、適時性確保における方法の用い方についてはさらなる検討が加えられるべきである。

5.6 地域ベースの尺度の問題に対処する

第3章で考察したとおり、広範囲な区域レベル(例えば、行政区画レベルなど)に限定した変化測定では、より裕福な暮らしの人々の範囲内に限定した改善なのか、概して貧困地域においても改善されているのかは不明である。区域内格差目標の導入によってこの問題への対処が試みられたが、これらの目標は全国的な目標からは独立した、依然として社会経済的状況が世帯ごとに大きくばらつきのある地域に重点を置いたものであった。

これらの課題は、仮に小規模地域データが指標や目標を定めるために使用されているのであれば(例えば、スーパーアウトプット地域など)、小規模区域で測定された数値が分析に耐えるだけのものである限りにおいて、問題となることは少ない。小規模区域データを使用するその他のメリットを以下に挙げる。

- すべての区域が目標に対する利害関係を持つことができる
- 格差の尺度が変化に対しより繊細に対応できる
- 目標を全国レベルから、地方、および地域レベルへと尺度を合わせることができる
- 区域内での勾配により重点を置くことができる

5.7 介入の効果を評価する

5.7.1 評価の必要性

健康特別委員会により、健康格差に対する介入のより適切な評価の必要性が指摘されている⁵⁸⁷。第3章および第4章では、過去の介入から得られる効果の実証に対する限界を指摘した。一般的な健康に対する介入の効果が実証されていることは多いが、健康格差に対する介入の影響や費用有効性に関する実証は不足している。最近の公衆衛生調査コンソーシアムの報告書で示されているとおり⁵⁸⁸、この実態は、予備研究の段階と体系的検討の両方の場合において当てはまる。同様に、健康格差に対する「上流での」介入と比較し、「下流での」介入の効果に関する調査のほうが多く実施されている。

結果に関する、徹底的な評価を実施する能力を構築することなく設計した介入や政策が実施されることがあまりにも多い。これは、多くの中間的な段階や長い時間差によって、介入と関心の結果との間のつながりが分離している社会的コンテキストにおいて、根本的に困難である。また、効果を評価する適切な時間がないままに小規模な介入が展開される傾向もあり、正確な比較を行うことが極めて難しい。とはいえ、2009年健康特別委員会の報告書で健康格差が強調されたように⁵⁸⁹、社会的介入の評価に関わる課題を大幅に削減する方法によって、新規の介入が実施されていることを確実にするために取るべき基本的段階が多く存在する。

5.7.2 社会的勾配への影響の評価

新しい政策および介入に、健康における社会的勾配に対して変化をもたらす影響力の有無を評価する際には、注意を必要とする問題が多く存在する。ここでこういった具体的な問題に注目する一方で、要点は、介入と予想される効果との間のあらゆる関係を検証するためのいくつかの基本原則から誘導される。

考慮すべき要素を以下に挙げる。

- 結果因子のために使用する尺度
- 結果と説明変数間の関係
- 介入の性質
- 効果のサイズ

評価

- 健康格差戦略の一環として新規の介入が実施される場合、そういった介入は、まずは総合的な評価戦略を組み込んだ期限付きの予備調査として設計されるべきである。規模の拡大は、その介入にポジティブな効果があることが確認され、影響が記録される十分な時間が経過した後に限り実施されるべきである。