

公平性、社会的決定要因と公衆衛生プログラム  
Erik Blas, Anand Sivasankara Kurup

## 第 1 章

### 序論および作業方法



Nihon Fukushi University

WHO が 2010 年に『Equity, Social Determinants and Public Health Programmes』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・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。

『公平性、社会的決定要因と公衆衛生プログラム』

Erik Blas, Anand Sivasankara Kurup 編

Japanese version © 日本福祉大学 2013

1.1 はじめに.....	4
1.2 鍵となる用語と概念.....	6
1.3 分析の枠組み.....	8
1.4 行動可能な課題に向かって .....	10
1.5 プロセス：組織の学習 .....	12
1.6 全てをひとつに .....	13
参考文献.....	14

図

図 1 優先すべき公衆衛生状態についての分析枠組み .....	10
---------------------------------	----

表

表 1 保健医療介入による効果的で公平なアウトカムを達成する際に障害となるうるものを考察するための 2 つの相補的な枠組み.....	12
--	----

## 1.1 はじめに

本巻に示す作業を進めるにあたり、健康の公平性の向上を達成することは、それ自体が一つの目標であり、また、さまざまな具体的グローバル保健目標、開発目標を達成することは、人々に対する公平な分配を同時に確保しないとその価値が制限されるという確信があった。公平性と健康の社会的決定要因についての文献の多くは、高所得国のデータ、かつ、起こりうる因果関係に焦点を絞ったデータに基づいている。高所得国でさえ、増大している健康の不公平性を阻止、あるいは既存の不公平性を軽減するための介入と実施アプローチの経験をまとめた資料は少ない。

この不足への対応として、世界保健機関(WHO)は、優先すべき公衆衛生状態についての研究情報ネットワーク(Priority Public Health Conditions Knowledge Network)を形成し、その目的は、健康の不公平性の社会的決定要因とその状況に対処するための適切な介入を特定することにより、何が公衆衛生の介入に相当するかについての議論を深めることである。ネットワークの作業は実践に焦点を当て、まず出発点としての知識ベースを構築し、その後、素早く、実用的に、対策の道筋と選択肢の探索に移行した。エビデンスの科学的評価がネットワークの作業における主要な役割を担っていた一方、主たる目的は既知である領域を拡張し、そして責任を持てる組織的な方法で、公衆衛生プログラムによる取り組みの新しい経路を提案することにより、未知の領域に進むことであった。健康の不公平への効果的な対処には、一連の新しい介入だけでなく、公衆衛生プログラム(場合により WHO)が組織され、運営される方法の改良や、何が公衆衛生の介入に相当するかの再定義を含む。

マラリア、肺結核、性感染症など、公衆衛生の昔からの問題が残存する一方で、新しい課題が現れてきている。古くからの問題の多くは、我々が手元にあるツールを効果的に適用しなかったために存続している。そして、そのツールの中には途中で、例えば薬剤耐性が生じたために、破棄されたものもある。失敗のもう1つの理由は、保健統計の平均値の表面下にある不公平を我々が十分に認識せず、適切に対処してこなかったことである。これはつまり、全体的には進捗があったとしても、特定の人口集団のかなり大きな部分、あるいは世界の特定の地域を丸ごと、置き去りにしていたということである。

我々が直面している新しい公衆衛生の課題は、それが感染性疾患、母体や周産期保健、栄養、あるいは非感染性疾患や外傷にかかわる領域であっても、その全てではないにしろ、そのほとんどは、我々がいかに社会を組織し、いかに生活を送るかに直接的に関係するものであり、また、人口集団間および人口集団内の不公平が際立つ。不公平は新しい公衆衛生の課題の出現に油を注ぐと同時に、それらから発生するものでもある。

保健省庁、医療制度や、保健プログラムの多くは、従来の保健医療領域内のヘルスケアサービスに相当する、個人の偶発的ニーズや要求に応じて下流で介入を提供することに、未だに一番の関心をもっている。これらは重要なことであり、どの社会でも提供される必要がある。しかしながら、このような介入を提供する

ことは、新たに出現したり、繰り返し発生する、新旧の公衆衛生問題への効果的な対応ではない。もし古い課題と新しい課題の両方を扱い、保健関連のミレニアム開発目標といったグローバル目標を達成しようとするならば、特に健康の公平性の視点から見れば、我々は従来の保健介入をはるかに越えて、上流にある健康の決定要因に対処しなければならないという認識が、公衆衛生コミュニティにおいて広まりつつある。

優先すべき公衆衛生状態についての研究情報ネットワークは、健康の社会的決定要因に関する委員会 (Commission on Social Determinants of Health; 以下委員会) により、9つの研究情報ネットワークの1つとして設立された。この委員会は2005年にWHOが創設したもので、健康の公平性を促進するために何ができるか、また健康の公平性を確立するためのグローバルな動きを助長するために何ができるかについて、エビデンスを整理し、勧告することを目的とした(1)。ネットワークは少なくとも2つの独特の方法で委員会の作業に貢献すると当初から期待されていた。その一つは、保健状態の視点であり、それは他の研究情報ネットワークが追求する社会的決定要因の論題とは異なった。そしてもう一つは、プログラムの視点であり、これはさまざまな形態の公衆衛生プログラムが、実践の場で主要な役割を果たすという認識にもとづく。この作業には、WHOをベースとする多くの公衆衛生プログラムが参加し、その結果として、個々の12の章と、本巻の最後にそれらを統合した章を記した。そこには、最終的に導かれた提案に普遍的な価値を持たせるのに十分な数のプログラムがかかわったといえる。

優先すべき公衆衛生状態についての研究情報ネットワークの存続中には、公衆衛生プログラムの今後に直接的に関連する、あるいはそれに影響する、次のいくつかの出来事があった。

- ・ 健康の社会的決定要因に関する委員会が作業を完了し、健康の不公平性の規模、その社会的要因、そしてそれらに対する取り組みの方向性の提案をまとめた最終報告書を発表した(1)。優先すべき公衆衛生状態についての研究情報ネットワークは、委員会のネットワークの1つとして、エビデンスの生成と取り組みの提案を作成する支援をし、また委員会と他の研究情報ネットワークの成果からインスピレーションを得た。
- ・ 2008年に発表された世界保健報告では、プライマリーヘルスケアを再生する際、健康の公平性を中心的な価値観として位置づけ、優先すべき公衆衛生プログラムを、公平性に関連する原則やアプローチと合致させるよう求めた(2)。
- ・ 2008年中に進んだ世界的な金融危機と景気後退は、最初に高所得国にインパクトを与え、その後に低所得国に広がった。それまでの30年間、多くの国で社会サービスと保健サービスの提供を国家が直接的に提供、融資する役割を徐々に減らし、市場の需要供給メカニズムに対する依存を増してきたことを受けて、この景気後退は、健康と健康の公平性にさらなる挑戦を確実にもたらさざらう。保護貿易主義が現れて職が失われるにつれ、最も脆弱な人々はヘルスケアサービスへのアクセスだけでなく、社会的疎外、教育、住居と全般的な生活状態、食料の質、暴力、アルコールといった、他の健康の決定要因に関しても、さらに脆弱になる。

2009年5月、世界保健総会は国際社会に呼び掛け、WHO加盟国に対しても、「一世代のうちに格差をなくす(closing the gap in a generation)」ための主要原則について政治的コミットメントを表明することによって、国内および国家間にある健康の不公平に取り組むよう強く求めた。そして、健康と健康の不公平の社会的決定要因と社会的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必要性を強調した。総会はWHO事務局長に対して、WHOの全ての業務領域、特に優先すべき公衆衛生プログラムおよび効果的な政策と介入についての研究において、1つの目的として、健康の不公平を軽減するために健康の社会的決定要因への対処を促進するよう求めた(3)。

健康の公平性を改善するための変化を起こす媒体として、この優先すべき公衆衛生状態についての研究情報ネットワークが最も直接的に影響を与えられるのは、プログラム自体であると思われた。それゆえ、焦点はプログラムができることに絞られ、他のものがすべきことにはそれほど重点を置かなかった。つまり、次の4つに分類される問題に取り組むこととなった。

- ・ 個々の公衆衛生プログラムは何ができるか。
- ・ 公衆衛生プログラムが共同で何ができるか。
- ・ 公衆衛生プログラムは他部門の取り組みに比べて何ができるか。
- ・ プログラムの実践方法を変える必要があるとすればそれは何か。

これらの疑問が意味する重要な点は、社会的決定要因への対処には部門間連携による行動が求められるが、他の部門にそれぞれの役割を果たすよう要求する以前に、保健部門内で果たすべき重要なプログラム任務が存在するという点である。作業の方法とプロセスの選択は、このことを考慮した。

## 1.2 鍵となる用語と概念

優先すべき公衆衛生状態についての研究情報ネットワークは、社会的決定要因について、全体論的で価値主導の健康の社会的決定要因に関する委員会の見方を共有した。すなわち、日常生活の構造的な決定要因と状態は、健康の社会的決定要因に相当し、健康の不公平を説明するうえで極めて重要であるという見方である。より具体的には、これらの決定要因と状態に含まれるのは、権力、所得、物品、サービスのグローバルな分配と国内の分配、並びに、ヘルスケア、学校、教育へのアクセスといった即座の目に見える人々の生活状況、就労と余暇の条件、家庭、コミュニティ、農村あるいは都市の環境状態、そして人々がいきいきとした生活を送れる機会の有無の程度である(1)。加えて、これらの構造的な決定要因はサービスの提供のされ方と受け方に影響し、それによってヘルスケアのアウトカムと帰結が形成される。

健康の公平性は道徳上の見解であり、また論理的に引き出される原則である。そして、その表面下にある価値について、政治的擁護派と反対派の両方がある。委員会は、「健康上の体系的な差異が合理

的な行動により回避できると判断されるとき、それはまさに不公平である。我々が健康の不公平と称するのは、このことである。」という定義において、公平性という価値観の根拠を明らかに認めている(1)。健康の公平性への見解に対する反発は予想されるものの、ほとんどの人と社会は、その哲学的あるいはイデオロギーのスタンスに関係なく、受容できる不公平の度合いに限界があることに留意することが重要である。こうした限界は、時間とともに、また状況により変化しうる(4)。そのため、公共政策に関する討論において公平性への見解を支持するには、健康の不公平の程度をしっかりと記録し、それらに対しては妥当な介入が存在するために回避可能であると実証することが極めて重要である。

不公平性を説明するのに、主たる3つの尺度が一般的に用いられる。ひとつは、人口集団の中の小集団間、あるいは異なる社会の間の差異に示される健康の相対的不利である。ふたつめは、社会の中で最も状態が悪い人々とそれ以外の人々との間に生じる健康格差である。そして三つめは、人口集団の全体にわたる連続した差異として明らかになる健康の勾配である(5)。優先すべき公衆衛生状態についての研究情報ネットワークでは、これら3つの尺度の全てを、状況とデータの有無に応じて使用した。しかし、公平性は、統計的に処理して表やグラフに表せる数字上の話だけでないのは明らかである。それは人々が持つ価値観や人生に何を望むかに関することである。「極端な収入の困窮状態にだけ焦点を絞るのではなく、富んだ国も貧しい国も同じく、不利な状態にある人々が望む機会、権限付与、安全と尊厳に焦点を置く」必要がある(6)。

社会的因子と健康の一般的関係については十分に裏づけされている一方で、その関係は因果の観点では正確に理解されていない。健康の不公平性の軽減に必要とされる政策についても、既知のデータからは容易に演繹され得ない。これらの不確かさや、解釈における理論的な差異があるために、政策決定者と実践者とはあらゆる社会的決定要因に幅広く対応することをサポートできるような、国際的な手引きはほとんどない(5)。従って、本研究情報ネットワークでは、実践のための指針を得る方法として、エビデンス・ベースを築く際に重要となる一連の原則、つまり、公平性の価値に対するコミットメント、(健康の)勾配と格差の特定と対処、原因・決定要因・アウトカムの重視、社会的な構造と力学の理解(5)に着目した。

プライオリティー(優先)という用語は、使う人と背景により意味が異なる。優先すべき公衆衛生状態についての研究情報ネットワークの作業は、公衆衛生状態のランキングを決めることではなかったが、実際、優先的に注目するに値する公衆衛生状態を特定する際に、次の4つの主要基準を適用したことが役立った。

- ・ 総体的に大きな疾病負荷を表すこと
- ・ 人口集団間および人口集団内で、大きな差が見られること
- ・ 特定の人口集団、または人口集団内の特定のグループに偏って影響が見られること
- ・ 新たに出現している、あるいは流行している傾向であること

これら 4 つの観点すべての中核にあるのは、人口集団の健康についての関心であり、この関心が(このネットワークの)分析作業と行動の提案の指針となった。

保健医療制度には、健康向上を主要な目的とするすべての活動が含まれると考えられている(7)。そのため、公衆衛生プログラムは保健医療制度に不可欠である。しかしながら、保健医療制度は統合された組織的な存在ではなく、種々の組織や機関、活動等から成るゆるい集合体であり、一方、公衆衛生プログラムは明確な管理単位であって、それぞれ目的、ディレクター、マネージャー、命令系統、予算、行動計画がある。本巻で用いる公衆衛生プログラムの概念は幅広く、各種保健状態に関連する WHO プログラムをはじめ、国内および国際的にそれらに相当する保健プログラムが、政府、非政府、民間、政府間、多国間の分類を問わず含まれる。

### 1.3 分析の枠組み

優先すべき公衆衛生状態についての研究情報ネットワークの目的が、実践的な意義を持つ成果を導くことであり、また測定とエビデンスについての研究情報ネットワーク(Measurement and Evidence Knowledge Network) (5) が示した説明に理論的な多様性が見られたため、5 つのレベルから成る枠組みを用いることとなった。その枠組みを作成するにあたり、WHO ヨーロッパ地域事務局のために作成された討議文書(8)、Diderichsen、Evans、Whitehead の論文 (9)、そして健康の社会的決定要因に関する委員会のための包括的な概念枠組みの構築にかかわる作業成果(10)をそれぞれ参考にした。その結果、優先すべき公衆衛生状態についての分析枠組み(図 1.1)には、分析、介入、測定 of 3 つの次元の活動があり、それぞれに 5 つの分析レベルがある。その最上位は社会の構造、2 番目は環境、3 番目は人口集団、残りの 2 つは個人のレベルに関係する。

それら 5 つのレベルを簡単に説明すると、次のとおりである。

- ・ **社会経済的背景と立場**—人々の社会的立場の様相は、社会における健康状態の種類、程度、分配に強力な影響を及ぼす。社会における力とリソースの制御により、制度上と法律上の仕組みに階層化が生じ、政治や市場の力が歪む。社会の階層化はしばしば、他の政策部門の責任とみなされ、保健医療部門が中心的に扱う問題でも必ずしもないが、階層化の理解と対処は健康の不公平を軽減するのに決定的に重要である。立場を定義する因子には、社会階級、ジェンダー(性別)、民族性、教育、職業、収入がある。こういった因子の相対的な重要性は、ガバナンス、社会政策、マクロ経済政策、公共政策、文化、社会的価値観といった国内および国際的な背景により決定される。
- ・ **差別的な暴露**—ほとんどのリスク因子(物質的、心理社会的、行動上の因子)への暴露は、社会的立場と反比例の関係にある。保健医療プログラムの多くは暴露・リスク削減の戦略を社会的立場に応じて差別化していないが、社会経済グループごとの分析を行えば、どのリスク因子が各グループにとって重要であるか、また、それらが人口集団全体にとって重要なものと同じかどうかを明らかにできる。これらの「原因の裏にある原因」を理解することは、公平性本意の適切な健康戦略を展開するうえで重要である。不

利な立場にある人々は、自然や人為的な危機、不健康な住居、危険な労働状態、食料不足や品質の悪さ、社会的排除、健康的な行動パターンを採用する際の障壁といった、多数のリスク因子に差別的にさらされる傾向があるというエビデンスが増加している。

- ・ **差別的な脆弱性**—同じレベルの暴露であっても、社会的、文化的、経済的環境と累積されたライフコース因子により、社会経済グループが違っていると影響が異なる場合がある。社会的排除、低所得、アルコール乱用、栄養不良、住居の狭さ、保健医療サービスのアクセスのしにくさなどのリスク因子が特定の人口集団においてクラスター化することは、個人的な暴露そのものと同じくらい重要な場合がある。さらに、重感染など他の健康問題が共存すると、しばしば脆弱性が増大する。強化因子の存在による増幅効果についてのエビデンス・ベースはまだ限られているが、それが低所得の人口集団や周縁化されたグループに影響していることは確かである。そうした因子を低減あるいは除去しようとするには、脆弱な人口集団が捕らわれる悪循環を断ち切るのにふさわしい切り口を特定することが重要である。

- ・ **差別的なヘルスケア・アウトカム**—ヘルスケアにおける公平性は、理想的には、保健医療を必要とする誰もが、社会的立場や他の社会的に決定付けられた状況にかかわらず、その人に有益な形で保健医療を受けられることを含意する。その結果、最も有利な人々の健康状態のレベルまで、全ての人々の健康状態が持ち上げられるような形で、健康アウトカムにおける異なる社会経済グループ間の全ての体系的差異が軽減されるべきである。分析枠組みの上位3レベルの影響は、特定の人口集団や不利な状態にある人々に対して、他と比較して不適切な、あるいは効果が少ないサービスを保健医療制度が提供することで、さらに増幅されてしまう場合がある。

- ・ **差別的な帰結**—不健康は、稼ぎの目減り、働く能力の損失、社会的孤立または排除といった、いくつかの社会的帰結および経済的帰結を導く場合がある。さらに病気の人々は、ヘルスケアや薬にお金をあまり払えなくなるような付加的な金銭の負担にしばしば直面する。有利な状態にある人口集団は、例えば雇用の確保や健康保険の面で保護されている。一方、不利な状態にある人口集団については、病気のためにさらに社会経済状況が悪化する結果となる恐れがあり、貧困線を越え、さらに健康を損なう下降スパイラルが加速する。

各レベルに関する分析では、次の項目の立証と記録を目的とした。

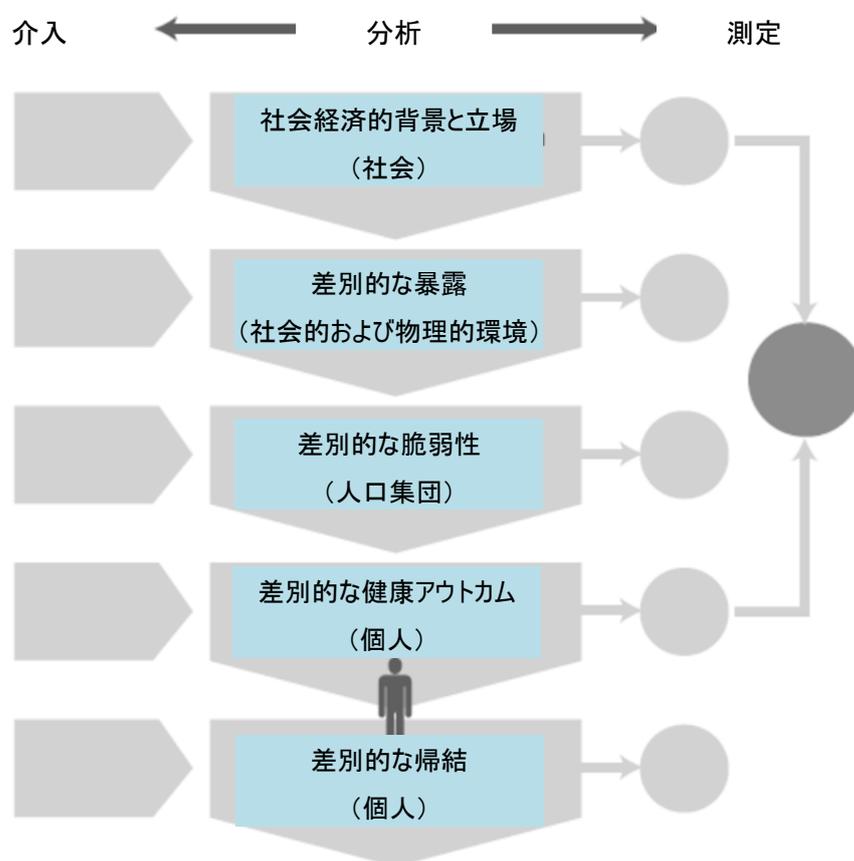
- ・ 社会的決定要因の影響と、それによる不公平性への寄与の経路、程度、社会格差など
- ・ 見込みのある介入の入口
- ・ 介入によってもたらされる変化に伴う可能性のある悪い副作用
- ・ 介入がもたらそうとする変化に対して起こりうる抵抗の源
- ・ これまでにどのような取り組みが試され、何を教訓として学んだか

各レベルの間には潜在的に重複する部分があり、とりわけ、差別的な暴露のレベルと脆弱性のレベルの間には重複が予想される。さらに、レベルの間を横断する経路は必ずしも、この枠組みの最上位から最下位まで全ての中間レベルを通るとは限らない。例えば公共政策の変更は、保健医療サービスの提供のされ方に即座の影響があるかもしれないが、そのために、暴露のレベルと脆弱性のレベルを通らずに、ヘルスケア・ア

アウトカムにおける公平性に正または負のインパクトを与えるかもしれない。そのため、この枠組みは、健康の社会的決定要因に関する委員会の概念枠組みやその他のほとんどの研究情報ネットワークで用いられる枠組みと一貫性のあるやり方で、分析から行動までの作業を整理する、実用的な方法として見るべきである。

それぞれの公衆衛生状態の分析は、差別的なヘルスケア・アウトカムのレベルから出発し、その差異の起源がどこにあるかを上流に遡るような形で調査した。主な経路を特定した後、見込みのある介入の入口とそれぞれに見合った介入の提案、そして測定の問題点に注目した。

図 1 優先すべき公衆衛生状態についての分析枠組み



#### 1.4 行動可能な課題に向かって

最上位の社会レベルから2つの個人レベルまで、分析枠組みの5つのレベルのそれぞれに対応するように、5つの介入のクラスターがある。公衆衛生プログラムの最重要任務の1つは、原因についての知識を具体

的な行動に読み換えることである。そのため、どのような介入を、どのように実施したらよいか、起こりうるリスクや仮定条件なども考慮しながら検討することが作業の鍵となった。

そうした行動を実施するのは、公衆衛生プログラム、より幅広い保健医療部門、あるいは保健医療の域を越えた部門の責任かもしれない。枠組みの上流レベル、すなわち社会経済的背景と立場、差別的な暴露、差別的な脆弱性については、次に挙げる Blankenship、Bray、Merson が提案する、構造化された介入の分類に関連づけることで、効果的に検討できる(11)。

- ・ 健康とは社会的、経済的、政治的権力とリソースの働きによるものであると認識し、そのために、権力とリソースを操り、公衆衛生の促進を求める介入
- ・ 健康問題は、行動パターン、環境の設定、あるいは製品やツールの可用性の欠如により生じるという仮定に基づき、そのために、これらの欠如への対処を求める介入
- ・ 社会とその構成員の健康は、その人達の、あるいはその社会の中のある特定のサブグループの人々の価値観、文化、信条により、部分的に決定付けられると認識し、そのために、健康に不利益な社会規範の改変を求める介入

分析枠組みの2つの個人レベルである、差別的なヘルスケア・アウトカムと差別的な帰結において、サービスの設計上の性質が不公平の増加に寄与する可能性がある。この点について、当研究情報ネットワークは、個人がサービスから十分な利益を得るためには、複数の段階を上らなければならないという、段階の例えを適用し、検討する介入は上述の3つの構造的介入カテゴリーに加えて、提供者のコンプライアンスと利用者の順守も考慮した。表 1.1 は、保健医療サービスへのアクセス、その提供、および利用を扱う2つの介入枠組みの組み合わせを示している。Tanahashiの枠組み(12)はアクセスに重点を置き、ヘルスケアを利用する見込みのある人が、保健医療サービスと有効な接触を持つ前に上る必要のある、4つのステップから成る段階を提案している。接触を持つところまで至っても、Tugwell、Sitthi-Amornら(13)によると、良いアウトカムに達するにはさらに3ステップある。これら合計7ステップを1段階ずつ上るときに障害となるものは、サービス提供に関する因子と利用者に関連する社会的決定要因との組み合わせによる。Tugwell、de Savigny らは、貧しい人々は、相対的に貧しくない人々と比べて、各ステップで得る利益が大幅に減じられることを示唆している(14)。

しかしながら、介入を提案することと、介入を効果的に作用させること、特にしばしば見られる、強力な利害関係が対立するような非常に複雑な状況においては、それらは完全に別問題である。一般的には、介入の実施に関連して、次の事項を検討する。

- ・ **再現性**—異なる背景、状況においても、その介入を実施できるか？
- ・ **持続可能性**—望ましいとされる永続的な効果を得られるほど、十分に長い期間介入を継続できるようにするために求められる、人的、技術的、財政的リソースがあるか？
- ・ **拡張可能性**—介入に意義をもたせるために必要な範囲まで、介入の規模を広げられるか？
- ・ **政治的実行可能性**—政治的なタイミング、価値観、権力構造などの、異なる政治状況においても、

その介入を実施できるか？

- ・ **経済的実行可能性**—必要な投資は何で、それは合理的であるか？どのようにして必要な財源を利用できるようにするか？他部門は何を譲歩しなければならないか？
- ・ **技術的実行可能性**—介入に必要なツールは既に利用可能か、あるいは利用できるようになるか？

社会的決定要因にもとづく包括的な戦略は、全てのレベルにおいて政治的な側面を考慮しなければならない。不公平は勢力関係とリソースの制御に本質的に関連している。公衆衛生における不公平を軽減する試みは必然的に、社会的なレベルであれ、あるいは個別の診療所のレベルであれ、より力の弱い者に利益をもたらすために、より力のある者と向き合うことを意味する。そのため包括的な介入戦略には、抵抗や反発に対処する方法も含む必要がある。

**表 1 保健医療介入による効果的で公平なアウトカムを達成する際に障害となるうるものを考察するための 2 つの相補的な枠組み**

	4 ステップの枠組み Tugwell、de Savigny ら(14)	5 ステップの枠組み Tanahashi (12)
アクセス	アクセス	利用可能性 (Availability) の範囲 アクセスする可能性 (Accessibility) の範囲 受容可能性 (Acceptability) の範囲 接触 (Contact) の範囲
有効性	診断精度 提供者のコンプライアンス 利用者の順守	有効性の範囲

### 1.5 プロセス：組織の学習

今回の作業プロセスの中で、明白な成果を出すことと等しく重要視したのが、組織の学習プロセスである。そのため、優先すべき公衆衛生状態についての研究情報ネットワークの作業は、一連の公衆衛生状態と組織の単位やレベルの広範囲にわたるネットワークを用いて計画した。具体的には WHO の 16 の主要な公衆衛生プログラムを含むような、14 のプログラムノードを設けた。そのうち 13 のノードは作業の全フェーズを完了し、その成果物を本巻の各章で紹介している(第 10 章は、母体の健康ノードと、性と生殖に関する健康ノードの両方の成果で構成されている)。各ノードの目的は、WHO の各地域、国、そして学界にネットワークを広げることであった。ノードのいくつかはこの課題によく対応したが、他方、これがあまりうまくできず、コンサルタントとの契約を通じてのみネットワークを広げただけのノードもあった。

3 つの研究プログラム(熱帯病に関する研究および訓練を行う特別プログラム(Special Programme for

Research and Training in Tropical Diseases)、ヒトの生殖に関する研究、開発および研究訓練を行う特別プログラム(Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction)、保健医療政策および制度に関する研究同盟(Alliance for Health Policy and Systems Research))で構成された研究ノードと、WHO 倫理・公平性・貿易・人権部は、各国の社会的決定要因にもとづくアプローチの実施から学んだ教訓に関する事例研究を集めた。これらの研究では、試験的なプロジェクトや実験の枠を超え、実施の拡大に関連する 5 つのテーマである、規模変更、政策変更の管理、部門間プロセスの管理、計画の調整、持続可能性の確保を扱った。全部で 14 の研究を委託し、完了した。これらの事例研究から学んだ教訓を本巻のまとめの章に記しており、より詳細な各研究報告は別巻に記す。最後に、組織の学習プロセスを促し、記録するための学習ノードも設けた。

上述の 14 のプログラムノードおよび研究ノードと学習ノードの各リーダーで構成される運営グループは、プロセスを監督するために、2007 年 1 月から 2008 年 6 月まで毎月会議を行った。これは非常に良かった仕組みであり、WHO 内にて、異なる分野や組織単位から複数のプログラム代表者が、長期間に及ぶ共通の具体的な技術プロジェクトについて協力する機会となった。

全体として、優先すべき公衆衛生状態についての研究情報ネットワークの作業は、(a) 状態の分析、(b) 介入と実施の検討、(c) 測定、(d) まとめ、意味付け、結論の 4 フェーズがあった。最初の 3 フェーズには、相互学習を助長するために、それぞれのノードが別のノードの作業を審査してフィードバックを与える相互評価が含まれた。これらの審査を行うにあたり、個々のプログラムノードのネットワーク拡大に限界があるとわかると、WHO の各地域事務局にも広げて行なわれた。ほとんどの地域では、WHO 地域事務局のアドバイザーと WHO 国事務局のスタッフの両方が、このプロセスに積極的に応じた。

## 1.6 全てをひとつに

各公衆衛生状態についての分析と提言は、それぞれに価値があり、本巻の個々の章(第 2 章から第 13 章)に次のように記した。

第 2 章 アルコール

第 3 章 心血管疾患

第 4 章 子どもの健康と栄養

第 5 章 糖尿病

第 6 章 食の安全

第 7 章 精神障害

第 8 章 顧みられない熱帯病

第 9 章 口腔衛生

第 10 章 意図しない妊娠と妊娠のアウトカム

第 11 章 喫煙

## 第 12 章 結核

## 第 13 章 暴力と不慮の負傷

したが、まとめのプロセスでは、個々の章の研究成果を要約するというよりも、むしろ何が共通する教訓であり、何が共通する行動の基盤となりうるかという、共通の土台づくりが中心となった。そこで目指したのは、個々のプログラムノードが行なった大量の作業と事例研究の成果の活用を中心としつつ、健康の社会的決定要因に関する委員会の他の 8 つの研究情報ネットワークによる入念な分析と作業の成果も利用することであった。そのため、統合をするプロセスには次の 7 つの主要なステップがあった。

- ・ すべての公衆衛生状態にわたり、不公平性のパターンをマッピング
- ・ 6 つ以上の状態に共通する社会的決定要因を、優先すべき公衆衛生状態枠組みの各レベルにおいてそれぞれ特定し、さらに各レベルについて、見込みのある 3 つの介入の入口を特定
- ・ これらの介入の入口のそれぞれに対して、可能性のある 3 つの介入およびその立役者を提案
- ・ 優先すべき公衆衛生状態枠組みの各レベルにおいて、公衆衛生プログラムが実施できる 3 つの行動を提案
- ・ 事例研究から学んだ、介入実施に関する主要な教訓について議論
- ・ 政策立案やプログラム管理に情報を提供するためのデータ収集とモニタリングの必要性和選択肢を議論
- ・ 提案した行動を実践に移すことが、公衆衛生プログラムや WHO にとって何を意味するかを議論

今回の作業では、一方で、各公衆衛生状態に独特な特徴を特定し、他方で、全てに共通する特徴で、関連プログラムが団結、協調して対処すべきものを特定するという、二本立てのアプローチを採用した。そのことをとおして、公衆衛生状態に関連する概念枠組みの展開と、それらに対処する公衆衛生の介入やプログラムの有効性向上の両方に貢献できるはずである。さらに、2008 年の世界保健報告(2)に記載されているプライマリーヘルスケアの課題を運用可能にするためのインプットとしても役立つと考えられる。

## 参考文献

1. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health Final Report. Geneva, World Health Organization, 2008.
2. The World Health Report 2008. Primary health care: now more than ever. Geneva, World Health Organization, 2008.
3. World Health Assembly of the World Health Organization. Reducing health inequities through action on the social

- determinants of health. Resolution WHA62.14. Geneva, World Health Organization, 2009:21–25 ([http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA62-REC1/WHA62\\_REC1-en-P2.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-en-P2.pdf), accessed 20 October 2009).
4. Blas E. 1990–2000: a decade of health sector reform in developing countries – why and what did we learn? Göteborg, Nordic School of Public Health, 2005.
  5. Kelly PM et al. The social determinants of health: developing an evidence base for political action. Final Report of the Measurement and Evidence Knowledge Network to the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2007.
  6. Marmot M. Health in an unequal world. *Lancet*, 2006, 368(9552):2081–2094.
  7. Gilson L et al., with inputs and contributions from the members of the Health Systems Knowledge Network. Final report of the Health Systems Knowledge Network to the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2007.
  8. Dahlgren G, Whitehead M. Levelling up: a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health (part 2). WHO Regional Office for Europe, 2006.
  9. Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The social basis of disparities in health. In: Evans T et al., eds. *Challenging inequities in health*. New York, Oxford UP, 2001.
  10. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2007.
  11. Blankenship KM, Bray SJ, Merson MH. Structural interventions in public health. *AIDS*, 2000, 14(1):S11–S21.
  12. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*, 1978, 56(2):295–303.
  13. Tugwell P, Sitthi-Amorn C et al. Health research profile to assess the capacity of low and middle income countries for equity-oriented research. *BMC*

Public Health,

2006, 6:151.

14. Tugwell P, de Savigny D et al. Applying clinical epidemiological methods to health equity: the equity effectiveness

loop. British Medical Journal, 2006, 332(7537):358–361.