

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](http://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

(私とともに立ち上がり、悲惨さの仕組みと闘おう)

Pablo Neruda (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を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](http://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因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](http://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

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<sup>1</sup>。

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、幸福と悲惨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<sup>2</sup>。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くなる誘惑がある。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<sup>3</sup>。

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<sup>4</sup>。

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 (人口パーセンタイル)

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<sup>5</sup>

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<sup>6</sup>

### 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<sup>7</sup>。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<sup>8</sup>。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<sup>9</sup>。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<sup>10</sup>。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<sup>11</sup>。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<sup>12</sup>。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<sup>13</sup>。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<sup>14</sup>

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](http://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

<sup>15</sup>。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<sup>16</sup>。

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<sup>17</sup>

## 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<sup>18</sup>

## 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<sup>19</sup>

## 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<sup>20</sup>。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、身体の活動、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<sup>21</sup>

## 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箇所で作ることができる。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箇所で作ると約74,000トンのカーボンを節約できる<sup>22</sup>。

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<sup>23</sup>

## 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、子供の身体測定の国家プログラムに基づく<sup>24</sup>

## 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<sup>25</sup>。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

- <sup>1</sup> 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](http://www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview/Documents);  
Suhrcke 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](http://www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview/Documents)
- <sup>2</sup> 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
- <sup>3</sup> 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
- <sup>4</sup> 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
- <sup>5</sup> 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>
- <sup>6</sup> 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](http://www.statistics.gov.uk/downloads/theme_health/HSQ40-winter-2008.pdf)
- <sup>7</sup> 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](http://www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview/Documents);  
Suhrcke 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](http://www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview/Documents)
- <sup>8</sup> 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](http://www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview/Documents)
- <sup>9</sup> 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](http://www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview/Documents)
- <sup>10</sup> Morris S (2009) 私信
- <sup>11</sup> 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](http://www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview/Documents)
- <sup>12</sup> 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

<sup>13</sup> 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

<sup>14</sup> 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

<sup>15</sup> 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

<sup>16</sup> 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

<sup>17</sup> 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

<sup>18</sup> 国家統計局の長期研究

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

<sup>19</sup> 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

<sup>20</sup> 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

<sup>21</sup> 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

<sup>22</sup> 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: CAGE. <http://www.cabe.org.uk/press-releases/public-investment-to-green-cities>

<sup>23</sup> 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](http://www.ltnetwork.org/SITE/UPLOAD/DOCUMENT/defra_sustain.pdf) pp. 97

<sup>24</sup> NHS 情報センター(2009)、子供の身体測定为国家プログラム: 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>

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