

- <sup>xxxv</sup> Bartley blane british journal
- <sup>xxxvi</sup> Hilary Graham
- <sup>xxxvii</sup> J, Mackenbach, L.J. Gunning-Schepers How should interventions to reduce inequalities in helath be evaluated ? Journal of Epidemiology and communities Health 1997;51:359-364
- <sup>xxxviii</sup> Based in : Reducing inequalities in health a European Perspective J. Mackenbach, M Bakker 2002; Generating evidence on interventions to reduce inequalities in Health : the Duch case K. Stronks Scand J Public Helath 30 Suppl 59 ; Evans T, Whitehead M, Diderichsen F., Bhuiya A., Wirth M. Challenging inequities in health from ethics to action Oxford University express 2001.
- <sup>xxxix</sup> Socioeconomic inequalities in health , Part I , Mackenbach , Bakker, Kunst and Diderichsen . reducing Inequalities in health : European Perspective. 2002.
- <sup>xl</sup> National evaluation of Health Action Zone ,The final report of the tackling inequalities in health module Michaela Benzeval Queen Mary 2003.
- <sup>xli</sup> Rockefeller Health Equity programme , from Concept and trends in research on Social determinants of Health in Latin America and the Caribbean J.A. Casas WHO.
- <sup>xlii</sup> Orielle HSR and repro health paper.
- <sup>xliii</sup> Solar O, Irwin A, Vega J. 2004. Equity in Health Sector Reform and Reproductive Health: Measurement Issues and the Health Systems Context. WHO Health Equity Team working paper. [i] Kleczkowski BM, Roemer M, Van Der Werff A. 1984. National health systems and their reorientation toward health for all: guidance for policymaking. Geneva: WHO.
- <sup>xliv</sup> Diderichsen et al
- <sup>xlv</sup> Mark Petticrew , Sally Macintyre. What do we Know about effectiveness and cost - effectiveness of measure to reduce inequalities in Health ? University of Glasgow 2001.
- <sup>xlvi</sup> Gepkens A, Gunning - Schepers LJ Interventions to reduce socio-economic health differences: a review of the international literature European Journal public Health 1996; 6:218-226.
- <sup>xlvii</sup> Cabinet office 2002 Social capital: a discussion paper Performance and innovation Unit. London
- <sup>xlviii</sup> Tackling Health inequalities: turning policies into practice? Hunter D. Killoran A. NHS Health Development Agency.
- <sup>xlix</sup> Childhood disadvantage and adult health: a lifecourse framework . Hilary Graham, Institute for Health Research, Lancaster University; Chris Power, Centre for Paediatric Epidemiology & Biostatistics, Institute of Child Health, London Health Development Agency. NHS.
- <sup>l</sup> Clyde Hertzman , Making Early Childhood development a priority : Lesson from Vancouver May 2004 Canadian Centre for Policy Alternative .
- <sup>li</sup> Background paper and sources cited.
- <sup>lii</sup> Ref
- <sup>liii</sup> Work related policies and interventions, Chapter 6: Hogstedt C. , Lundberg I. Edited Mackenbach , Bakker, Reducing Inequalities in Health : European Perspective. 2002.
- <sup>liv</sup> Regeneration & neighbourhood change Curtis S., Cave B, Coutts A. Quenn Mary University of London Paper prepared for HAD seminar . Appendix Employment. 2002
- <sup>lv</sup> Mark McCarthy Urban Development and health inequalities . Scand J Public Health 2002: 30 :Suppl 59 : 59-62.
- <sup>lvi</sup> Kawachi and Wamala; numerous other refs
- <sup>lvii</sup> Ref
- <sup>lviii</sup> K. Stronks Generating evidence on interventions to reduce inequalities in health : The Dutch case. Scandinavia Journal public Health 30 ( suppl 59) pp 21-25.
- <sup>lix</sup> Gepkens A, Gunning - Schepers LJ Interventions to reduce socio-economic health differences: a review of the international literature European Journal public Health 1996; 6:218-226.
- <sup>lx</sup> M Whitehead , Tacling inequalities in helath : a review of policy iniciatives
- <sup>lxi</sup> H. Graham , M P: Kelly Health inequalities : concepts, frameworks and policy. Briefing paper NHS Health development Agency 2004
- <sup>lxii</sup> Petticrew M, Macintyre S. 2001. What do we know about effectiveness and cost - effectiveness of measures to reduce inequalities in health ?
- <sup>lxiii</sup> Macintyre S, Petticrew M. 2000. Good intentions and received wisdom are not enough. Journal of epidemiology and Community Health 54 :802-803.

---

<sup>lxiv</sup> H. Graham , M P. Kelly Health inequalities : concepts, frameworks and policy. Briefing paper NHS Health development Agency 2004.

<sup>lxv</sup> M . Petticrew , S. Macintyre. What do we Know about effectiveness and cost - effectiveness of measure to reduce inequalities in Health ? 2001 Oliver A. Cookson R. McDaid D Issues Panel for Equity in Health Niffield Foundation , London .

<sup>lxvi</sup> Elaborated equity team Adapted model Diderichsen and Mackenbach

世界保健機関

健康の社会的決定要因に関する委員会

測定・エビデンス専門ナレッジネットワーク

2006年1月イランにて開催予定の委員会用 方針文書

Michael P Kelly, Josiane Bonnefoy, Antony Morgan, Francisca Florenzano

国立医療技術評価機構 (NICE) (英国)、デサロージョ大学 (UDD) (チリ)

## エグゼクティブサマリー

WHO 健康の社会的決定要因に関する委員会のナレッジネットワークとしての研究を推進するため、測定・エビデンス専門ナレッジネットワーク（MEKN）は、いくつかの基本指針と、関連する方法論のガイドラインを策定した。

基本指針は6項目ある。第1に、社会的要因に起因してさまざまな健康のパターンが生まれることは不正、不当なものであって、こうした健康の差異の根絶に向けてエビデンスに基づくアプローチを取る必要があることは自明である。第2に、不平等と不公平へのアプローチは、最も不利益を被っている層のみに着目するのではなく、集団全体や社会間の「傾度」に焦点を定めなければならない。第3に、社会的決定要因への対処に必要なエビデンスは、多様な情報源から収集し、さまざまな方法で生成する。第4に、さまざまな健康のパターンの原因、さらに踏み込んでこれらの原因の原因について、本質的に社会的要因が生物学的要因を決定するという因果連鎖を用いて、詳細に論じる必要がある。第5に、ジェンダー、民族性、境遇、年齢、社会経済的地位など、集団における社会的差異の主要領域を因果モデルに含める。第6に、社会内部や社会間で不平等のパターンが時間の経過とともに変化する様子を静態としてではなく、動態として説明する。

社会的決定要因に関するエビデンスベース（根拠基盤）の開発・評価のためには、エビデンスと連携した複数の方法論的手段を用いる必要がある。政治的・イデオロギー的バイアスや伝統的科学的流れを引くバイアスを排除するため、系統的アプローチを取り入れるべきである。さまざまな方法論の流儀に沿って、最良のエビデンスを特定する手段を用いる必要がある。ある状況で得られたエビデンスを別の状況に適用できるかどうかを示す移転可能性については、細心の注意を払うべきである。個々の科学的アプローチや政治的アプローチにはそれぞれ固有の価値基準があり、この点を考慮する必要がある。

そこで、本スコーピングペーパーでは、上記の基本指針と方法論に関するガイドラインを詳細に記述するとともに、専門テーマ別ナレッジネットワーク（KN）としてのMEKNの研究プログラムについて概説する。

## 1. 序論

### 1.1. 健康の社会的決定要因に関する委員会

2005年、WHO事務総長は、グローバルな規模の「健康の社会的決定要因に関する委員会」(CSDH)を設立した。本委員会の使命は、次の4項目から成る。

1. 啓蒙：健康の社会的決定要因に対する行動が急務であることを実証し、これら決定要因に対する政策および有効かつ公正な介入を裏づける知識について、その利用を統合・促進し、普及させる。
2. 提言：主な社会的決定要因に対する行動の機会を捉え、政策立案者に向けて、さらには実施機関や広く社会に働きかける。
3. 行動：社会的決定要因に関する知識を公衆衛生の政策・慣習に反映させる行動について、その開始、裏づけおよび強化のプロセスを推進・支援する。
4. リーダーシップ：理解や行動の望ましい変化を支持、推奨、実現する、公的、政治的、技術的、制度的リーダーの支援、強化、育成に努める。

本委員会の最大の目標は、健康の社会的決定要因(SDH)に関する既存の知識を基に、世界全体および各国で実現性のある課題を設定することにより、政策変更への大きな流れを作り出すことにある。啓蒙活動の一環として、現在、最大8分野の「ナレッジネットワーク」(KN)の設置を進めて各種知識を統合し、変化を生み出すために必要なリーダーシップ、政策、行動、提言を促進することにより、SDHに関する行動を改善する機会について、本委員会に情報提供する。

ナレッジネットワークは、次のような知識の体系化を目的としている。

- ジェンダーの不平等など、横断的に広く存在する決定要因に注意を払い、国ごとに異なる文脈において健康の社会的決定要因と健康の不公平との間に見られる重要な関連について、知識を体系化する。
- 国別ならびに世界レベルで奏功している政策、プログラム、制度的取り決めに例を、グローバル化との関連で重視される健康の社会的決定要因がどの程度行動に反映されているのかについて、知識を体系化する。

●健康の社会的決定要因に対する行動機会について、社会的な議論を促す知識を体系化する。

●国別、地域、世界全体で健康の社会的決定要因に関する政策案やプログラムの適用・評価を裏づけ、男女双方への影響を評価するための知識を体系化する。

KNの専門テーマは次のとおり。

●幼児の発達

●保健システム

●都市環境

●社会的排除

●雇用条件

●グローバル化

●測定・エビデンス

●女性およびジェンダーの公平性

上記のKNの専門テーマのうち、最後の2項目は横断的である。その1つである「測定・エビデンス専門ナレッジネットワーク」(MEKN)については、健康の社会的決定要因に関するエビデンスの測定、評価、統合の面で他のKNや本委員会の他の研究分野(「市民社会と国家」研究)と連携する(たとえば、エビデンスの強度や各種提言のエビデンスに基づく優先順位付けを評価する際に、評価のアプローチ、方法、ツールに必要な文献、エビデンスの質・量の特定方法について助言)。本スコーピングペーパーは、MEKNの研究の性格を表す原則ならびに方法論的なアプローチについて概略を示すものである。

2005年3月チリにおいて「健康の社会的決定要因に関する委員会」が発足したのに合わせて、測定・エビデンス専門KNの専門家会合が開催された。この会合の目的は、健康の社会的決定要因に関するプログラムや政策を評価する際のガイドラインづくりに向けて合意形成に乗り出すことにあった。専門家会合に続いて、測

定・エビデンス専門ナレッジネットワーク（MEKN）の共同拠点組織として、英国立医療技術評価機構（NICE）とチリのデサロージョ大学（UDD）が選ばれた。

MEKN 全体としてのねらいは、健康の社会的決定要因と健康の不公平に対処する政策介入の原因、経路、健康上のアウトカムを測定する方法論とツールの開発の牽引役となることにある。健康上の変化を測定し、その原因が短期または中期的な社会的決定要因の変化や介入にあるかどうか見極める方法論とツールを開発することにより、各政府の計画立案および予算編成の過程で社会的決定要因の課題に対する理解が大幅に高まるものと予想される。MEKN が開発する方法論とツールは、本委員会のあらゆる研究分野に関わるものである。

## 1.2 健康の社会的決定要因と健康の不平等

ここ数十年の間に、健康の総合的な指標は世界的にめざましい向上を遂げている。にもかかわらず、健康の不平等は、一国の中でも国家間でも依然として残っており、多くの場合、不平等が拡大しており、つい最近も拡大傾向が見られた（WHO, 2004）。長年にわたって公平性の追求や健康の不平等の緩和が一部の国家政策（Graham, 2004a; 2004b）や国際政策（World Health Organization, 1981; 1985; 1998a; Ritsatakis, 2000; Braveman et al, 1996; Braveman, United Nations, 2000）の目標に掲げられていながら、現実はこのような状態にある。

健康の公平性を追求することは、健康の不平等を招く社会的決定要因を排除することという考えが一貫して論じられており、実際に広く賛同されている。そして、こうした決定要因は、社会的な不利益や疎外との間に系統的関連がある（Braveman, 2003）。つまり、所得、雇用、教育、住居、健全な環境など、健康の社会的・経済的決定要因の不等分布が、健康の不平等を生み出すということである（Graham, 2000）。社会的要因と健康の一般的な関係は十分に確立している（e.g. Marmot & Wilkinson, 1999）。しかし、実際に観察されるほどには、因果条件の面からこの関係が十分に解明されているとはいえない（Shaw et al 1999）。したがって、健康の不平等の緩和に必要な政策上の緊急課題は、既知のデータから容易には推定できない。既知のデータや観察された関係に基づいて政策を策定しようとする試みはこれまでも多く見られたが、特筆すべき成果は得られていない。一般論として、健康の不平等について記した文献は、先進国を中心に非常に豊富に存在するが、その対処法を説明する優れた研究は不足している（Millward et al 2003）。政策の効果に関する系統的な研究が欠如している。健康の不平等を招く因果経路は、経験的にも理論的にも解明が進んでいない。「不平等」の意味する範囲が明示されていない。不平等の変動を測定するための尺度が明確に定義されていない（Killoran & Kelly, 2004）。「健康の決定要因」と「健康の不平等の決定要因」の混同が少なくない（Graham & Kelly, 2004; Graham, 2004a, 2004b, 2005）。集団の健康と個人の健康が同一視されることが多い（Heller, 2005）。さらに、健康の決定要因の中でも近位の要因と遠位の要因の関連について概念的な説明が乏しく、研

究に本格的に組み入れられていない (WHO, 2004)。

## 2. エビデンスの識別・統合・分類の原則

### 2.1 MEKN の概念的指針

Solar と Irwin (2005) は、CSDH が取り組む研究の概念基盤を整えるため、CSDH のディスカッションペーパー「Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health (健康の社会的決定要因の分析と対策のための概念的枠組みの形成に向けて)」を作成した。同ペーパーによって、健康の社会的決定要因の総合的な枠組みが提示され、そのねらいとして下記の各項目が掲げられた。

- 社会的決定要因が健康の不公平を生み出すメカニズムを明らかにする。
- 主な決定要因間の関連を示す。
- 健康の社会的決定要因別に、対策の重要度を評価する枠組みを提供する。
- 行動のための介入レベルと政策のエントリーポイント (起点) を提示する。

また、この枠組みでは、健康の社会的決定要因について効果的な行動が求められる場合に解決すべき重要課題 3 点も明らかにされている。

1. 健康の決定要因を構造的決定要因 (所得や教育など) と媒介的決定要因 (生活・労働条件、集団の行動、食糧供給量など) に区別する。
2. 社会政治学的な文脈 (個人に影響を与える社会システムの構造的、文化的、機能的側面を広く包含) での意味するところを理解し、系統立てて示す。
3. 健康の不平等の問題に取り組むため、各レベル (マクロ、メゾ、ミクロ) で必要とされる行動を考慮する (つまり、根本的な社会階層の構成や、健康の媒介的決定要因を対象とする政策介入を変更する)。

MEKN は、健康の社会的決定要因に関する測定評価とエビデンスの課題を検討する際の指針を策定するため、



この概念的枠組みから得られたアイデアを活用している。

本節では、6 項目の指針について詳述する。いずれも、上記の諸問題を克服し、専門テーマ別ナレッジネットワークで集められたエビデンスを行動のための統一的な枠組みに確実に統合するうえで、MEKN の基本指針となるものである。また、各指針は、健康の社会的決定要因に関するエビデンスベース（根拠基盤）の質を高めるために MEKN が最終的な指導方針を策定する際にも利用される。

## 2.2 MEKN の方法論に関する指針

### 指針 1：「公平性」の定義

指針 1 は、常に一貫性のあるアプローチで公平性の問題に取り組むことをめざしている。学術文献では、健康の不平等と健康の不公平の違いについての議論が多く見られる。Whitehead は、健康の不平等を「社会経済状態、地域、年齢、能力低下、ジェンダー、人種集団によって、健康上の経験と健康上のアウトカムを人口集団間で比較した際の測定可能な差異」と説明する。一方、「健康の不公平」については、「人口集団間の機会の差異であり、これが原因でたとえば生活機会、保健サービスの利用機会、栄養価の高い食物の摂取機会、必要十分な住居などの面で不平等が生じる。これは健康の不平等を招くことがある」(Whitehead, 1992) と述べている。

#### キーメッセージ：公平性の定義

MEKN では、「不公平」について、不正、不当な社会的要因に起因する健康アウトカムの系統的差異のパターンと定義している。

Leon ら (2001) は、各国における健康の不平等と健康の不公平は、世界全体で同じように理解されていないと指摘する。その結果、健康の不平等の解決策をあらゆる状況に対して一律に適用できず、背景に応じてこうした解決策を適用することの重要性が示されている。しかし MEKN では、背景、文化的差異、システムの違いとは無関係に、健康アウトカムの系統的差異のパターンは社会的要因に起因するのであって、不正で不当なものだとする立場を取っている。現状は道義的に擁護できないもので、この状況に対する解決策を早急に見つけ出す必要があるとの明確な価値基準を表明している。解決策は政治、経済、生物医学の各システムで機能するが、その根底にはエビデンスに基づくアプローチが不可欠である。

### 指針 2：格差ではなく傾度に注目せよ

不平等を説明するには、伝統的に3種類の考え方がある。すなわち、健康上の不利、健康の格差、健康の傾度である（これについての詳しい議論は、Graham, 2004a, 2004b, 2005 ならびに Graham & Kelly, 2004 を参照）。健康上の不利は、集団内のセグメント間、あるいは社会間に差異があることから、単純に差異に着目するものである。健康の格差というアプローチでは、最富裕層と最貧困層の差異に着目する。健康の傾度というアプローチは、健康の不平等に関して系統的なパターンを示す傾度（勾配）を基準に、集団全体での健康の差異に着目する。

**キーメッセージ：格差ではなく傾度に着目せよ**

MEKN は、健康の不平等への取り組みに当たり、単に最も不利益を被っている層の健康だけに着目するのではなく、全体的な傾度を考慮したアプローチによる活動を優先する。

このアプローチの採用により、次の2つの基準に完全準拠する効果的な政策が実現する。

(i) 最高水準の社会経済的集団も含め、すべての社会経済的集団を対象に健康を向上させること（または根源的な決定要因に好ましい変化をもたらすこと）

(ii) 社会経済階層の各段階において下位の段階ほど向上率を大きくすること

概念的に言えば、健康の格差縮小とは、最貧困層の健康を最短期間で向上させることである。そのためには、単に最貧困層の健康を向上させるだけでなく、最貧困層を包含するもっと大きな集団の健康水準を上回る速度で向上させる必要がある。これは重要な政策目標である。それが重視するのは、全体的な健康増進とは、社会経済的な集団間や地域間の不平等の存続・拡大という犠牲の上に成り立っているという事実である。また、健康の格差縮小アプローチは、対象も設定しやすい。監視・評価の明確な基準が生まれる。効果的な政策とは、最貧困集団の健康（あるいは集団の社会的状況やリスク要因の優勢率）を絶対的にも相対的にも増進させるものをいう。

しかし、健康格差に着目すれば、政策のビジョンが制限されかねない。このような理由で、我々は健康の傾度を是正するアプローチを提唱したのである。健康の不平等という不利益は、社会の階層全体に影響を及ぼし、通常は、下層から上層まですべての階層で拡大する。したがって、社会階層の下層だけを対象にした政策では、健康の不平等が残ってしまう。MEKN が採用するアプローチは、最も不利益を被っている層の健康だけに絞り込むのではなく、健康の不平等の傾度全体への取り組みを必要とする。健康の不平等と健康の不公

平のそれぞれの意味がときとして混同されることもある。ここでの指針は、概念上の区別を明らかにし、集団全体としての傾度に基づく明快なアプローチを支持する。

このアプローチは、国際的な健康政策と一致する。WHO 創設の理念は、到達しうる最高水準の健康を享受することは、すべての人間の基本的人権であり、「人種・宗教・政治的信条・経済的社会的条件の如何を問わず」（WHO, 1948）万人の届く範囲になければならないとしている。このことからわかるように、最富裕層が享受する健康の水準には、万人が到達可能でなければならないのである。したがって、健康の不平等の是正に取り組む政策の効果は、状況や健康が最低水準の層にとどまらず、広く及ばなければならないという指針になる。社会経済的階層の上層にいる人々の健康と生活の水準が向上を続けているとすれば、2つの基準に合致する政策が効果的と言える。すなわち、(i) 最高水準の社会経済的集団も含め、すべての社会経済的集団を対象に健康を向上させること（または根源的な決定要因に好ましい変化をもたらすこと）、(ii) 社会経済階層の各段階において下位の段階ほど向上率を大きくすること、という2つの基準と関連がある。つまり、向上率に格差を付け、最貧困層は最大の向上率とし、上位の社会経済的集団になるにつれて向上率は段階的に小さくする。この考えから言えば、健康の不平等の原因は、最貧困層の不利な環境や不健康な行動にあるのではなく、社会経済的階層における不平等な立場に関連する生活機会、生活水準、ライフスタイルの系統的な差異にある（Graham & Kelly, 2004）。

### 指針 3：方法の多様性

指針 3 は、健康の社会的決定要因への対処を目的とする介入や政策の成否を評価する際に、幅広い方法論の使用を奨励している。健康の不平等是正をねらった社会やコミュニティのプログラムの効果については、過去 10 年間に最適な評価方法をテーマに何度も論じられてきた。1980 年代には、公共サービス内でエビデンスに基づく意思決定に向けた期待が膨らみ、健康増進の分野に従事する人々の間で、自らの仕事について信頼できる科学的根拠を確立したいとの声が高まった。初期の取り組みでは、「効果の有無」のエビデンスを集計する際に、生物医学に用いられていた方法論を利用して、健康増進のための介入の効果に関する評価結果のシステマティックレビューを実施していた。

従来、システマティックレビューのプロセスは、方法論上の利点や有効性評価尺度の面から評価結果を判断する際に用いられていた。長期的な追跡研究を実現するには、この種の評価に専用の研究資源を十分に確保する必要があり、さらに適切な研究デザインと研究方法を助言・実施し、適切な分析を指揮できる専門的評価ノウハウを有する人材も必要である。この評価形式に伴う最大の問題として、評価対象プロジェクトとアウトカム尺度との因果関係を示すエビデンスの確保が挙げられる。この問題への対処法として、実験的研究デザインや準実験的研究デザインはある程度利用できるが、こうしたデザインはコミュニティ単位の介入に

は適さないとか望ましくないとの見方が強い。

キーメッセージ：方法の多様性

社会的決定要因のアプローチによる健康向上の効果は、保健システムの影響を受けることから、MEKN では、この効果を測定するに当たって、どのような種類のツールが現存し、今後どのような種類のツールを開発すべきか明らかにする方針である。こうすることで、方法論の統合とエビデンスの強化が促進され、学問領域間の争いを避けて個々の問題の解決に適切な評価法の使用も促進される。

MEKN は、健康の社会的決定要因に取り組むアプローチの有効性評価において、質的調査が果たす役割にも特段の注意を払う。

学術研究のレビューから得られた所見では、すでに評価済みもしくはエビデンスの生物医学モデルに適合する限られた健康増進を追求するうえで、どうしても避けられない困難がクローズアップされている。主な問題としては、次の事項が挙げられる。

- エビデンスとして重視されるのは何か。
- 健康増進の効果を評価する際に、我々の取り組みの主眼は、エビデンスの捉え方によってどのように限定されるのか。
- 疑問に効果的に答えるには、どのような説明モデルが役に立つのか。
- 評価研究のアウトカムの指標として、これはどのような意味を持つのか。

ここに挙げた問題は、WHO のあるワーキンググループ（1998b）ですでに検討されており、同グループは健康増進の評価で核となる一連の機能を提示している。

その機能とは、具体的には次のとおり。

- 参加：評価の各段階は、イニシアティブの正当な利害関係者を適切な方法で巻き込む必要がある。利害関係者としては、政策立案者、コミュニティの構成員・組織、保健などの専門家、地域・全国の保健機関などがある。健康促進の対象となっているコミュニティ構成員にも評価作業に参加してもらうことは非常に大切

である。

●**複数の方法**：評価作業は、多彩な学問領域と方法を活用すべきである。

●**能力形成**：評価作業は、健康増進に関わる重要問題に対応するため、個人、コミュニティ、組織、政府の能力を高める必要がある。

●**妥当性**：評価作業は、健康増進への介入と長期的な効果という複雑な内容にも対応できるよう計画する必要がある。

社会的決定要因のアプローチによる健康向上の効果は、保健システムの影響を受けることから、MEKN では、この効果を測定するに当たって、どのような種類のツールが現存し、今後どのような種類のツールを開発すべき明らかにする方針である。こうすることで、方法論の統合とエビデンスの強化が促進され、学問領域間の争いを避けて個々の問題の解決に適切な評価法の使用も促進される。

2005 年チリで開催された専門家会合の参加者からは、次の各事項の徹底や確認の必要性を訴える声が上がった。

●**利用するエビデンスの種類**のバランス確保：システムティックレビュー（関連する介入データを集めた Cochrane や Campbell のデータベースなど）の照会に加え、たとえば、政策立案プロセスの解説（社会的決定要因の分野における政策イニシアティブの詳細な成功事例の研究と失敗事例など）をはじめ、「エビデンスのジグソーパズル」の完成をめざす。

●**政策立案に当たっては**、対象となる問題によって使用するエビデンスの種類が異なる。かねてから政策立案者は、「エビデンスのジグソーパズル」を完成させる作業に研究者の支援を要請している (Whitehead et al. 2004)。この「ジグソーパズル」には、さまざまな種類のエビデンスが含まれる。たとえば、政策の潜在的な有効性に関するエビデンス（実験的研究、準実験的研究、観察的研究に基づく）、問題の診断や原因に関連があり、適切な介入／プログラムの実現に寄与しうるエビデンス、コストや費用効果に関するエビデンスなどがある。

●**エビデンスの使用目的を明示する**。また、エビデンスが作成される背景には、政治的意思の高揚、一般大衆からの「賛同」の取り付け、成功の立証、アウトカムの予測、進捗状況の監視など、さまざまな目的が存在することを認識しておく必要もある。

MEKN は、健康の社会的決定要因に取り組むアプローチの有効性評価において、質的調査が果たす役割にも特段の注意を払う。Jennie Popay 教授は、質的なエビデンスを政策立案用のエビデンスベースに役立てる方法について、2種類のモデルを用いて説明している（2005年3月チリで開催のCSDH会合で発表）。

1) 「強化モデル」は、質的調査が量的調査の所見に“プラスアルファ”となることを前提としており、具体的には、検証対象の仮説を立て、社会現象の高度な尺度づくりを支援し、量的調査から導かれた想定外の所見に説明を加える方法を取る。

2) 「認識論モデル」は、質的エビデンスがエビデンスベースに同等・同様に寄与するものと位置づけている。その理由として、質的エビデンスは、(a) 他のアプローチでは対応できない問題に集中し、(b) 知識に概念的・理論的な深みを与えて理解度を高め、(c) 研究者と研究対象の力関係を変える点が挙げられる (Popay, 未発表)。この認識論モデルの重要なポイントは、質的エビデンスが必ずしも量的エビデンスを補完するとは限らず、ときには矛盾することもあるとしている点である。

質的調査は、健康の社会的決定要因を対象としたエビデンスベースの一部として、(a) 健康の社会的決定要因と健康の不平等への対処を目的とする介入／プログラムの対象者が主観的に知覚するニーズについて重要な見方を提供（人々に「発言権」を付与）、(b) 実施の方向性を明確化する要因についての理解を深め、効果を高めるため、介入／プログラムの「ブラックボックス」内部の解明を支援—という2つの重要な役割を果たす (Roan et al; Arai et al 2005)。質的調査と量的調査の流儀上の大きな違いは、再現性や一般化可能性の観点から説明できる。質的調査の流儀に沿った一般化可能性は、実験や調査で可能な一般化可能性と明らかに異なる (Popay, 未発表)。質的なエビデンスの「外的妥当性」の判定に関して、Popay は「(質的調査の流儀における) ねらいは、確率的な一般化ではなく、あくまでも論理的な一般化が可能な所見を特定することにある」と指摘する (Popay et al. 1998)。質的調査や混合法 (Mixed Methods) 調査の統合方法に関する文献が急増している点も注目すべきである (たとえば、Dixon Woods et al 2004; Popay & Roan, 2003 など)。

#### 指針 4：原因（近位、中間、遠位）

指針 4 は、MEKN がエビデンス作成の拠り所として、社会的原因から生物学的原因まで横断する因果モデルを使用することである。

一般に社会的要因および健康の分析に欠けているのは、効果と原因に関する一種の確実性である。これは臨

床医学に対して期待されるようになってきているが、当然のことながら、臨床医学にはそれなりの不確実性がある。ときとして病因が不明であったり、根拠薄弱であったりもする。治療の作用も不確かである (Chalmers, 2004)。病理を表す際に医学で使われる疾病分類は、实在論ではなく唯名論の産物であり、時代の変遷とともに変化し、進化する。データとエビデンスは不確実性に包まれており (Griffiths et al 2005)、医師の技術とは結局のところ、こうした不確実性と折り合いをつけ、あるいは不確実性を取り扱うことであって、不確実性を解消することではないのである。

しかし、生物医学的プロセスの理解は不確実で偶発的なものであるにもかかわらず、医学は、健康のアウトカムには先行原因があり、原因の切り分けが効果的な介入の基礎であるという、基本的な認識論の原則によって非常に順調に機能する。健康の不平等に関して言えば、実際に病理学的な変化が人体に生じるが、これはあらゆる集団全体で高度にパターン化された形で現れる。ここで得られる主たる仮説は、病理もそのパターンも原因があるということである。社会的原因と生物学的原因が連携して作用するはずである。ここで、説明の手段として、そのプロセスを詳細に記述する必要がある。伝統的な学術用語で言えば、社会的、科学的、生物学的な被覆法則が存在しなければならない (Hempel, 1965)。説明が必要となるのは、人体の生物学的システムが社会的状況によって決定されるように変化する理由である。これこそが、健康の社会的決定要因とそれに対応する健康の不平等の問題の中心にある。人体を構成する分子の振る舞いは、個人の社会的地位、職業、階級・民族関係の経験、教育、ライフコースで影響を受けたすべての社会的要因によって異なる。また個人の免疫、栄養状態、回復力、対処能力はすべて媒介要因として作用するが、根本的には、多数の社会的要因または社会的決定要因から個人の人体の生体構造に至る生物学的整合性のある経路が存在する。

#### キーメッセージ：原因

MEKN は、健康の社会的決定要因に関連する原因について、その多面性をモデル化するための分析の枠組みを構築する。特に、社会的原因と生物学的原因が連携して作用するプロセスを正確に記述することにより、健康の不平等の説明を試みる。

解決が求められる具体的な問題としては、「公衆衛生の社会的決定要因の研究が未検証のパラダイムにどの程度左右されるのか」「社会的決定要因の研究が効果のエビデンスではなく理論にどの程度誘導されるのか」などがある。

生物学的臨床領域では、原因機序とその厳密な効果を決定する方法として無作為化比較試験が最良である (Chalmers, 1998)。無作為化比較試験は、治療の作用について妥当な因果推論を得る最も確実な根拠となる (Chalmers, 1998)。とりわけ、社会的な領域でどの程度同様の方法が応用できるのか。

1948年より前の臨床医学は、現在で言うところの理論的・政治的立場と、主として未検証のパラダイムに支配されていたと言われる (Cochrane, 1972; Doll, 1998)。こうした慣例は、個々の臨床医によって経験的に検証されたが、臨床治験で認められる厳格な精査にかけられたことはないと示唆されている (Greenhalgh, 2001)。効果は今日よりもはるかに根拠薄弱であった。Doll は、肺結核治療用のストレプトマイシンの治験が報告された年である 1948 年が重大な分岐点だったと主張している (Doll, 1998)。効果を明白に立証できるようになった点は、方法論の飛躍的進歩である。もちろん 1948 年時点では、臨床試験が一般的に受け入れられるまでにはまだ長い年月を要した (Cochrane, 1972) が、根本原則が確立され、実証主義的な前提が把握されたのは事実である。

問題は、公衆衛生の社会的決定要因の研究が未検証のパラダイムにどの程度左右されるのかという点である。社会的決定要因の研究は、効果のエビデンスではなく理論にどの程度誘導されるのだろうか。効果のエビデンスに誘導されるとすれば、原因の問題に正面から取り組む必要がある。

MEKN が適用する指針は、必要条件と十分条件を分離することである。必要条件とは、後続現象の発生に不可欠な先行現象を特定し、記述することである。十分条件とは、ある作用を生み出すのに必要な程度または量を記述することである。真の因果モデルの場合、「a であるならば、常に b である」と表現できる。必要条件と十分条件を特定することにより、このような表現が可能になる (Davidson, 1967)。また、真の因果モデルは、a と b の関係の本質を説明できる。これを Hempel (1965) は被覆法則と呼んだ。もちろん、主題を取り巻く不確実度は多様なため、当初のモデルは真の因果モデルに比べて弱いものとなる。しかし、目標とすべきは、真の因果モデルの精度であり、必要条件と十分条件の解明は出発点に過ぎない。

健康の社会的決定要因に関しては、必要条件と十分条件の一部を明らかにできるが、その区別は非常に不明瞭である。すでに詳細に調査した文献があるため、根幹を成す候補を挙げるのは比較的容易であり、危険への職業性曝露、職場での人間関係経験（自らの方向決定度）、生物学的老化過程、ジェンダーのあり方に関する経験、人種差別の直接的経験を含む民族のあり方に関する経験、家庭環境、自己効力感を発揮する程度・能力（特に可処分所得による発揮）、食事摂取量、食品・アルコール・タバコ・運動に関する習慣行動、ライフコースにおける現在と過去の立場、学校教育、婚姻の状態、社会経済的地位などがある。これらが媒介となって、社会の直接作用が生活経験に直接影響し、人体に直接的に作用するのである。さらに、これらは、階級制度、住宅ストック、教育制度、モノや労働の市場動向といったマクロ変数と関連している。

しかし、ただ単に要因を挙げるだけでは、実際のつながり、被覆法則、生物学的整合性のある関係の実際の構成要素はわからない。Smith (2004) が主張しているように、社会的差異のすべての次元を社会経済的集団



などの単一の構成概念に一体化すれば、政策に関連する選択肢の議論ができなくなり (Smith, 2004)、適切な説明も不可能となる。このプロセスをすみやかにモデル化する必要があることは明らかである。MEKN が指揮する主要課題の 1 つはモデル化である。

モデル化のプロセスでは、因果関係の多面性という問題を考慮する必要がある。説明的枠組みには多様な要因が関わる可能性が高いことは明白であり、モデルの構成要素を明確化する必要がある。しかし、このことをもって、それが非常に複雑であると主張するだけであってはならない。これ自体は説明ではないからである (Cohen, 1951)。多要因型のモデル化は必要条件と十分条件の明確化を可能にする。

このモデル化のプロセスでは、「悪が悪を生む」的な誤った議論 (Cohen, 1951) も回避する必要がある。Antonovsky (1985; 1987) は、これを疾病生成論的アプローチと呼んだ。つまり、システムの機能不全探しや故障箇所の特特定が社会システムを理想化したと指摘したのである。また Antonovsky は、社会科学と医学が疾病生成論志向に支配されていると主張した。この疾病生成論を健康の不平等に適用した場合、健康の不平等とは、一種の病理学的機序が原因で、病理学的に理想の良好状態から逸脱した状態ということになる。病理学的機序とはたいてい、グローバル資本主義や政治的判断、医療制度の欠陥、貧困のようなものと言われる。これは、次の 2 つの論点から見て無意味である。第 1 に、非病理学的な完全理想社会システムは存在せず、原因と特定された病理は説明ではなく、価値に関する政治的表明である。価値システムが説明に利用されるのである。なにも健康の不平等やそれに関連する苦痛・早期死亡への取り組みが無意味だということではない。したがって、それは卑下すべき価値基準でもない (前掲の指針 1 を参照)。むしろ正反対で、調査と行動を促進する重要な価値である。しかし、価値とは、何かが悪いと判定するものであって、説明と同じではない。

健康の不平等を理解するためには、実証主義的で合理主義的な思想に起源を持ち、原因に関して臨床医学が実現できるさまざまな正確さを反映する原因概念に当たらなければならない。この場合、今後議論されるであろうが、定説となっている科学的説明が求められる。歴史的説明も社会学的説明も十分ではない (Danto, 1968)。なぜならば、説明の対象となる現象は歴史的でも社会的でもなく、自然科学に関するものだからである。社会的レベルにとどまる説明では不十分である。伝統的な学問領域で分けられる複数レベルの分析を横断する原因モデルが必要である。死亡率と罹病率のデータで明らかになる観察パターンの中には、遺伝的あるいは他の純粋生物学的な機序で説明されるものがあるに違いないが、社会の制度・仕組みと密接に関連するさまざまな健康状態がすべてこのように説明できるとは考えにくい。他のプロセスが実際には作用しており、それは社会的レベルから生物学的レベルへの経路を第一とする因果分析になじみやすい。これは、社会的レベルで機能する社会学的分析のような他の分析形式を揺るがすものでなく、また社会学的説明のさまざまな面の活用を妨げるものでもないが、社会的レベルと生物学的レベルを横断する当課題には原因の指針を

適用すべきである。その意味で、問題は実際には健康の不平等ではなく、もっと厳密に言えば、病気における不平等の原因にあるのだ。研究テーマは、死亡率と罹患率の社会的決定要因を明らかにすることである。

これはさらに言えば、健康の決定要因と健康の不平等の決定要因の違いを利用することにつながる。健康の社会的決定要因への対処は、「健康と健康の不平等の決定要因に取り組む」といったフレーズでくくられることが多い。このようなフレーズを見ると、健康の決定要因への対処をめざす政策が、必然的に健康の不平等の決定要因にも取り組むという印象を与えるかもしれない。曖昧なのは、健康の不平等の決定要因に取り組むことが、すなわち健康の決定要因の「不等分布」に対処することになるかどうかである。

この決定要因の不等分布に着目することは、政策を考えるうえで重要である。これは、生活水準や喫煙など主な決定要因で全体的な改善を達成している政策であっても、こうした健康への重大な影響における不平等を緩和していないからである。健康の決定要因に明るい傾向が見られても、同時にその社会的分布の不平等格差が広がることもある。この例が示すように、政策策定に当たっては、健康の決定要因の全体的なレベルと社会的分布を区別することが不可欠である。健康の公平性を目標とした場合、決定要因志向の戦略における優先事項とは、人々の健康に対する主な影響における不平等を緩和することである。そのような戦略の中核をなすと思われるのが、社会的地位の不平等に対処することである。それこそ、人々の健康を直接害する危険要因に、広範な（さらに幅広い）決定要因を結びつける因果連鎖の中核である。

#### 指針 5：社会の多様化—社会的差異の次元

指針 5 は、民族性、ジェンダー、性別、年齢、地域、コミュニティ、宗教など、健康の社会的決定要因への最良の対処法についてエビデンスベースを構築する際に、考慮すべき不平等の次元を明確化することである（Anthias, 1990; 1992）。これらは、つながりはあるがそれぞれ別個の次元を持つ不平等である。このような社会的差異の不連続な次元について、その重要性が否定されることはまずないが、社会的決定要因に関する文献では経験的にも理論的にも十分に解明されていない。その結果、不平等の次元間の関係や、健康への影響を生み出す各次元の相互作用の仕組みは、現存のエビデンスにほとんど見当たらない（Graham & Kelly, 2004）。このことは、きわめて重要なポイントである。というのも、同一の公衆衛生介入であっても、集団ごとの反応が大幅に異なることは既存のエビデンスからも明白だからである。つまり、集団の多様性ゆえに、社会ごとに、あるいは社会内部でも、政策に対して多様な反応があることを前もって考慮しておく必要がある。

このように相互に異なり、変動する分化の軸に共通するのは、生活機会における差異をもたらす点である。この生活機会の差異とは、文字どおり、健康な生活を送る機会に著しい社会的差異が存在することをいう。

これを最も系統的に捉えているのが、職業に基づく社会経済的地位の尺度であるが、社会的分化の他の軸では、人々の健康の経験と死亡パターンの差異が観察される。こうした軸を包含する不平等の尺度を開発することは、重要な課題である。エビデンスが示すように、不利益の次元同士が連動し、健康に累積の損害をもたらす場合、これらの次元をまとめて、社会的不平等が健康に与える不利益を正確に概説するとともに理解する必要がある。

#### キーメッセージ：社会の多様化

MEKN は、民族性、ジェンダー、年齢、地域、コミュニティ、宗教など、健康の不平等の主要次元すべてを系統的に考慮する方法論とガイドラインを策定する。また、ライフコースと生活世界の期間ごとに人々に影響を与える社会的・生物学的要因の蓄積効果から、健康の機会が生じることを認識する。MEKN は、これらの概念を基本要素に、この分野での方法論の開発を推進する。

したがって MEKN の主要指針の 1 つは、社会的差異に異なる軸が存在し (Graham & Kelly, 2004)、その次元同士が重なり合っている (Davey Smith et al 2000) ということである。ジェンダーのように、それぞれの分化軸の内部では、それぞれに異なる面が相互に作用し合う。たとえば、所得があれば、権力や名声が手に入るといった例が挙げられる (Bartley et al 2000)。特定の健康の効果は、異なる文化的背景の中での社会的地位、特定の曝露、特定の病気・傷害の性質とその社会的有意性など、近位の要因に影響を受ける (Whitehead et al 2000)。また、モデルを開発するに当たり、社会的差異のさまざまな面が相互に独立して変化するという事実も考慮する必要がある。しかし、それぞれの面はさまざまな方法で結合し、全体として利益、不利益のパターンを作り出す。

ライフコースの中で物質的・環境的な不利益が蓄積するが、特に幼年期の不利益はその後の生活における不利益と関連がある (Benzeval et al 2000)。こうした考えを展開する際に用いられる基本要素が、ライフコースと生活世界の 2 つである。ライフコース疫学は、幼年期、青年期、壮年期の生活における社会的パターンの曝露が社会的、生物学的、あるいは心理学的なリスクの連鎖によって作用する可能性のあることを示す (Kuh et al 2003; Graham & Power, 2004)。ライフコース疫学の目的は、ライフコースにおける曝露を後の生活の健康上のアウトカムに結びつける経路があると仮定する理論モデルの構築・検証である (Kuh et al 2003)。生活世界とは、ある程度物理的であるが、主として認知的で主観的な社会空間である。生活世界は、我々が社会構造を機会、障害、困難、不利益の形でじかに経験する場である。Schutz (1964, 1967; 1970) は、生活世界の経験の全体性を一連の同心円で概念化した。最も内側の円は、日常の接触や慣習が非常に予測可能であり、当然視されていることを表す。また、これらの接触や慣習は顕著で直接的であり、ほとんどの場合、最も重要になりやすい。生活世界には、中心からもっと遠く離れた部分もある。生活世界の最も内

側の円は快適で居心地が良い場所とは限らず、Schutz 自身、そのような場になるとは一切述べていない点に注意する必要がある。暴力やいじめがあるかもしれないし、冷酷で容赦ない場かもしれない。不快で慢性的に困難を伴う場かもしれない。差別と不利益を経験する場所なのである。しかし、これが個人の存在の中心を成している。それは、生活世界が社会生活の基本要素だからである。社会構造が個人に影響を及ぼす場は、まさにここである。生活世界は、健康の不平等の因果メカニズムが作用する場であり、健康障害への経路を記述できる。これは社会的要因と生物学的要因の橋渡しである。

この健康のパターン化という考え方で特に重要なのは、生活世界におけるライフコースの特定期間ごとに人々に影響を与えるさまざまな社会的要因と生物学的要因の蓄積効果の結果が健康であるという点である。こうした要因は、肯定的にも否定的にも作用するとともに、累積的にも作用する。したがって MEKN は、この概念的基礎をベースとしてゆく。

#### 指針 6：社会動態

指針 6 は、社会を構成する社会システムと社会サブシステムが静的物体ではなく、常に変動しているのであって、健康の不平等や差異という結果を生み出す関係それ自体も、任意の時点におけるその力や主要点に関して、変動している点に光を当てている。

複数のナレッジネットワークにまたがってエビデンスを収集する際、健康の社会的次元に関して、歴史的次元を熟考することが大切である。健康の不平等は、近現代社会に共通の特徴のように見えるが、現在のところ、その形態は一定ではなく、固定されているわけではない。むしろ変化する傾向にある。問題は、今何が起こっていて、実際にそこにどのようなプロセスが関わっているのかを理解する手がかりとして、識別可能な歴史的パターンがあるかどうかである。

このような分析の出発点になるのは、Antonovsky (1967) の先駆的な研究である。これは、健康の不平等に関する歴史的エビデンスから最新エビデンスまでのシステムティックレビューを非常に早い時期に試みたもので、Antonovsky は、先進の社会システムすべてに共通する特徴が不平等であることを明らかにした。彼は 30 件以上の国際調査のデータを検証し、社会階級が個人の生存機会に影響を与えることは否定できない結論だと主張した。歴史的に見て、社会階級の最上層と最下層の生存機会の差は、1960 年代半ばに縮小したとはいえ、ほぼ 2:1 であると指摘した。この階級格差は、全体的な死亡率が減少しているにもかかわらず存続していた。Antonovsky は、どのような指標を用いても、また階級制度をどのように捉えても、ほぼ決まって社会階級の最下層が最高の死亡率になると指摘した。