

キーメッセージ：社会動態

健康の不平等は、社会、政治、経済の長期的傾向の一部であり、政策および歴史的事象の展開や、社会構造と社会の分業の根本的な変化につながっており、そのこと自体、説明が求められるものである。これを踏まえて MEKN は、健康の不平等のパターンとそれらに関する対策を理解するために歴史的観点に基づく方法を開発する。ここでの基本的な考え方は、動的变化の本質を観察・理解し、健康の社会的決定要因に最適に対処するための解決策を探ることにある。

さらに Antonovsky は、最富裕社会と最貧困社会を比較すると、歴史的差異に重要な特質があると論証した。彼の観察によれば、全体的な死亡率が高い場合には富裕層と貧困層の死亡率の差が比較的小さかった。彼は、これが工業化初期の社会を特徴づけると主張した。経済成長率が上昇し、特に工業化が進展するにつれて、最富裕層と最貧困層の双方で死亡率のパターンが改善し始めるが、変化率は異なる。中流・上流階級は、工業化がもたらす健康の配当を早い時期から受け取ると考えられた。最富裕層の死亡率は、最貧困層よりも早いペースで向上した。その結果、最富裕層と最貧困層の格差が拡大した。しかし、時間の経過に伴い、中流・上流階級の改善率が鈍化し始める一方、最貧困層の改善率が上昇を開始するため、差が縮小した。

このことから Antonovsky は、死亡率が比較的高い場合か比較的低い場合には、最富裕層と最貧困層の差は比較的小さくなりやすいが、死亡率が中程度の場合には、最富裕層と最貧困層の差は比較的大きくなるとした。このデータが 1960 年代半ばに発表されて以来、このパターンはさらに発展したように思われる。たとえば、英国などの国々では、この 40 年間ほどで傾度が再び急になり始め、旧ソ連の一部の国々では近年、健康の不平等の格差拡大が顕著に表れている。かつての Antonovsky の研究に最近のデータも加えると、健康の不平等は、社会、政治、経済の長期的傾向の一部であり、政策および歴史的事象の展開や、社会構造と社会の分業の根本的な変化につながっており、そのこと自体、説明が求められるものであるとの結論が導かれる。

これに関して興味深いのは、Antonovsky が示した曲線の形状である。上流階級と下流階級は非常に良く似ていて、中流階級がかけ離れている。このことから導き出せる 1 つの結論は、こうした曲線の形状が近代化あるいは工業化の基本プロセスにつながるパターンを描いており、生物学的（感染症の流行、乳児死亡の性質）、社会的（住宅ストックの性質、特に適切な衛生設備や安全な飲料水の出現）に無縁ではいられない要因群の作用が見られる点である。確かに、ある順序で事象が発生したからこそ、上記のような方向に導かれたのであろう。もう 1 つの重要な結論は、健康の不平等が固定されるのではなく、歴史上の時代によって変動することをこれらのデータが物語っている点だ。

グローバルタイプのデータを理解する興味深い方法として、さまざまな領域からのデータの文脈で評価する

方法がある。最も顕著な例は、Victoria ら (2000) による研究に関するものである。彼らは、逆不公平の仮説を提案している。彼らは、ブラジルの小児健康プログラムの実施に関するデータを基に、はるかに短い期間が対象ではあるものの、Antonovsky の示した曲線とほぼ同一と言ってもいいほど似通った曲線を示している。新しいプログラムが導入されるたびに、富裕層の児童は貧困層の児童よりも早期に多大な恩恵を受けるというのだ。改善策が貧困層に効果をもたらすことは確かだが、そのタイミングが遅れるため、どうしても追いつくための過程が存在する。Victoria らは、他の条件が同じならば、この過程が不可避であると批判的に論じている。Antonovsky が関心を抱いた時代区分よりもはるかに短期間への作用にもかかわらず、同じパターンが出現する。また、貧困層の児童が富裕層の児童に追いついて改善策の恩恵に浴するころには、すでに次の新たな介入が始まっているため、これらの効果が互いに増幅し合い、富裕層の児童が常に優勢となると Victoria らは指摘する。全体としては健康増進の効果となるが、連続的な介入に対して格差のある反応が次々に押し寄せる結果、常に繰り返されるサイクルはかえって不平等を強化し、不平等は常に存在するものという印象を与えてしまう。

このことからいくつかの重要な考えが生まれる。異なる集団間の差異として測定される健康の不平等が固定されず、むしろ常に強化・再生されるとすれば、遠因の探索をサイクルに組み込むべきであり、もっと正確に言えば、このように各サイクルで不平等が不平等を再生産する理由を探るべきである。媒介的決定要因は、社会や経済、政治的プロセスといった幾分抽象的な存在ではなく、介入実施における要因に求めるべきである。そして、この媒介的決定要因に作用するのが、ライフコースと生活世界における近位の要因である。

ここでの基本的な考え方は、動的变化の性質を興味深い歴史的データとしてではなく、説明プロセス自体の中核を成すものとして扱うことにある。

3. 指針の方法論的な帰結

我々はこれまでに、健康の社会的決定要因を学術的に理解するに当たって、原因と結果（社会的決定要因は原因、健康の不平等は結果）を区別し、効果的な改善策は原因の適切な理解が前提とする認識論的枠組みの中で研究することが必要だと論じてきた。確かに、原因に関する知識は必要ではあるが、それだけでは不十分である。他の種類の知識や知が重要となる (Kelly, 2004; Berwick, 2005)。MEKN の課題の中心は、健康の社会的決定要因に関して、政策による解決策を生み出すために、必要な範囲の知識を採用・評価する原則を策定することである。

したがって、特定の知が他の知よりも優位かどうかの判断が無用であることは自明の理である。必要なのは、多面的アプローチである。ここで解決しなければならない問題は、必要とされている措置に対して我々の既

存の知識が適しているかどうかである。この原則は非常に単純明快であり、数千年の長きにわたり哲学的思想の前提となっている (Plato, 1974)。人間は目的に応じて、さまざまな形式の知、さまざまな形式の知識を利用する。目的への適合性に基づいて区別する必要がある限り、そこに階層関係は不要である。目的に対する許容性と適合性の基準を記述する必要がある、MEKN はこれを実行する。この課題を実施する際には、各種の知識が対象となる。これは、全般的な知識と知、特に健康の社会的決定要因に関する知識と知がすべて等価であることを意味するわけではない。許容性のしきい値を判断し、これに沿って知識を批判的に評価するため、目的への適合性の判断基準を複数作成する必要があるということである。

キーメッセージ：方法論的帰結

MEKN はここで概説した指針を作成し、健康の社会的決定要因に関して、政策による解決策を生み出すために必要な範囲の知識を採用・評価できるようにすることが不可欠である。こうすることにより、方法論的多元主義と認識論的变化を支持する姿勢、認識論的立場が異なれば相容れないとの見方を否定する姿勢につながる。

社会的決定要因に関するエビデンスは、生物学的、心理学的、社会的、経済的、物質的な世界についてのさまざまな知で構成される。それはエビデンスベースであり、数々の問題が含まれている。各種の方法を用いて指針の多様性から導き出されるもので、不完全であり、政治的バイアスやイデオロギー上のバイアスなどさまざまな形のバイアスが生じる。だからと言って、それがただちに使用不能であることにはならない。学問領域間の差を整理し、隔たりを埋め、バイアスを是正する方法を考案しなければならないのである。

学問領域間の差が生じるのは、医学に加え、社会史、経済学、社会政策、人類学、政治学、開発学、心理学、社会学、環境科学、疫学がすべて関与するためである。しかし、いずれの分野もそれぞれ独自の学問的パラダイム、議論の場、合意された規範、独特の認識論的立場がある。つまり、健康の社会的決定要因という実験的な主題は多様であるが、その多様性には、関わった学問分野によって複雑性という新たな層が加えられ、その資料の知またはその解釈の性質に関して、各学問分野が容易に合意に至らない。政策立案者、政治家、NGO の世界、さらには社会的決定要因によって直接生活が影響を受ける人々の世界に、それぞれ知と理解の方法が存在する場合、複雑度は低下する可能性がある。

この問題が簡単に解決できるなどと言うのは無謀である。しかし、前述の原因、動態、社会的差異という概念を用いることにより、一連の重要課題をリストアップし、エビデンスの評価を誘導することは可能である。

3.1 因果モデル

第1に、原因のモデルを明らかにしておく必要がある。エビデンスを調査し、どの現象が他の現象に起因するのか決定しなければならない。必要条件と十分条件は規定されているのか。因果連鎖が関連しているのは近因か中因か遠因か。提示されたメカニズムにどの程度の整合性があるのか。端的に言って強力な因果関係もしくは関連性を示すパターンは見つけられるのか。エビデンスにおける一貫した方向性はどの程度見分けることができ、結果のパターンまたは研究の結論はどの程度の類似性が見られるのか。曝露または介入を増やすと効果が高まることを示す関係はあるのか。そのような関係がある場合、潜在原因についてはるかに明確に理解し、提示されたメカニズムがどのようなものか詳しく記述できる。

3.2. 分析のレベル

第2に、分析のレベルを特定する必要がある (Kelly, Charlton and Hanlon, 1993)。これは、エビデンスの検証を意味し、どの学問領域から出てきたものかを問わず、記述内容の動態が物質、社会、組織、コミュニティ、個人のいずれのレベルで妥当に作用するか評価する。換言すれば、政策や介入が生物学的、社会的、技術的な整合性にどの程度基づいているのかということである。期間とエビデンスの順序をどこまで確認可能なのか。主張されている関係は、時間的な順序の点で、論理的に可能か。事象の中で特に優先される事象はあるか。社会システムの構成要素の観点で、どのような動的プロセスが述べられているのか。これは、事象の順序設定が隠されているか、少なくとも見分けが困難である、多要因型の説明で特に重要である。前述のように、多要因型説明は説明にならないことが多いからである。

3.3 社会構造のモデル

第3は、エビデンスに社会構造があるとすれば、それはどのようなモデルかという点である。ここではエビデンスがどの程度集団と個人の関係、特に母集団における社会的な変動と差異に左右されやすいかを検討する。具体的には、年齢、ジェンダー、宗教、カースト、職業、社会移動、境遇、住居、身分集団、所属階級の各次元で重要な差異がある。

3.4 バイアスの排除

最後の検証は、イデオロギー的または政治的なバイアスに関するものである。価値基準や政治、さらには知識を生み出す際にこれらが果たす役割という問題は、社会科学や政治学の世界では長年にわたってテーマとなっている (Weber, 1948)。しかし、解決策は割と単純である。あらゆる知識は、イデオロギー的あるいは政治的にバイアスがかかる可能性があり、実際にかかっている。解決策としては、この事実を認め、たとえ

エビデンス作成者が自身の偏見を隠そうとしている場合でも、バイアスが明らかになるよう努めることが挙げられる。これは科学としては不完全であるが、2段階で実行可能である。第1段階では、議論に付き物の政治的バイアスを記述できるようにし、第2段階で政治的バイアスがエビデンスの解釈や選定に影響を及ぼしたかどうか判断する。

この知識と知の考え方、エビデンスの性質、利用可能な指標の可能性からいくつかの結果が生じる。

3.5 方法論的多元主義

方法論的多元主義と認識論的变化を支持する姿勢、認識論的立場が異なれば相容れないとの見方を否定する姿勢が不可欠である。知にはさまざまな方法があり、知の方法が異なれば、人間が知識や情報を利用する際に果たす役割も変わる可能性があり、また実際が変わることから、客観主義的アプローチと主観主義的アプローチは本質的に両立不可能とする議論は明確に拒絶すべきである。特定の状況で特定の目的に対しては、一部の知の形式のほうが實際上、有用なこともある。客観主義的アプローチと主観主義的アプローチへの知識の二極化は役に立たず、誤認を招くことになる（方法論の異なるアプローチを記述する有用な方法のレビューについては、Gomm & Davies, 2000; Gomm et al 2000 を参照）。所与の状況における実際的な価値に従って知識の関連性と特徴を定義するという考え方が支持され、あらゆる知識は相対的で等価であるという考え方は否定される。

知識が社会的構造物であるとは定義されないが、健康の不平等を追跡し、その社会的決定要因を理解するツールとして知識が最も有益であることは自明である。知識は偏見よりも優れており、進歩には不可欠である。エビデンスの選定・解釈の際の政治的・イデオロギー的なバイアスを明らかにすることが急務である。

3.6 最良のエビデンスの定義

最良と思われるエビデンスは、伝統的な形式の学問だけでなく、複雑で技術的にも高度な検索戦略やシステムティックレビューも用いて探求する必要がある（Glasziou et al 2004, Jackson & Waters 2005a, 2005b）。しかし、エビデンスの強度は政策提言の力を強化するものではない点を認識しておかなければならない（Harbour & Miller, 2001）。最良のエビデンスとは、目的への適合性と研究テーマとのつながりに基づいて定義することが基本である（Glasziou et al 2004）。

エビデンスベースに弱さがあるせよ、エビデンスは理解を支え、行動の根拠になるという基本原則がある（Greenhalgh, 2001）。意思決定に当たっては、可能な限り最良のエビデンスに基づくべきである（NHMRC1999）。

したがって、エビデンスの階層構造は柔軟に用いるべきである (Glasziou et al 2004)。

健康科学は、健康政策とただちに連携しなければならず、そのためのメカニズムや制度を見つけることが急務である (Rawlins, 2005; Briss, 2005)。政策立案の根拠としてエビデンスの強度だけでは不十分 (NHMRC 1999) であり、良好なエビデンスであっても対象が重要性の低い問題であったり、逆に非常に重要性の高い問題でありながらエビデンスが限定的もしくは貧弱であったりする点を認識しておかなければならない。したがって、エビデンスの欠如、貧弱なエビデンス、無効のエビデンスを区別しなければならない。このうち、エビデンスの欠如、貧弱なエビデンスの2つは、無効のエビデンスとは異なる。科学的知見と政策・慣習のつながりは一定ではなく、科学的エビデンスベースは、それ自体の方法論的、理論的、経験的な条件としては概して不完全であると認められる。その結果、エビデンスと政策・慣習のつながりは、どうしても人間の判断を仰ぐ問題になる (Kelly et al 2004)。このため、調査の所見を調査以外の状況に適用するときは、局所的文脈、暗黙知、現場やエンドユーザーの生活世界について理解が必要という原則を守ることが大切である。

3.7 政策と慣習のためのエビデンスの解釈

公衆衛生および関連の介入の文脈においては、文化、人間行動、母集団の社会的差異が臨床的介入よりも大きな媒介の役割を担うため、形式の異なるデータとエビデンスが利用され、外的妥当性が本来的に不確実であり、介入からアウトカムまでの期間がおしなべて長期になることを認識しておかなければならない (Briss 2005)。

エビデンス蓄積の原則を重視し、個々の研究を単独で解釈しないという認識を確認すべきである。他の研究における結果の蓄積と調査の文脈に基づいて解釈することが原則である。

3.8 価値基準の認識

まず第1に、知識の構築・生成方法は、知識を解釈・利用するときと同じように、価値基準に基づいて決まることを認識しておかなければならない。これは、価値と無縁の知識や知など存在しえないことをはっきりと示している。しかし、価値基準の問題への対処方法は、価値に依存しない研究法を生み出そうとすることではなく、読者、作成者、ユーザーに対して価値基準を明示することである。知識と知は社会的に構築されるが、物理現象や社会現象の見識ある理解を発展させることは依然として可能であり、よりよい理解を追求することは、科学にとって有意義で重要な目標であることを認識しなければならない。

知識は社会的に構築されるため、知識に基づく活動は、どのようなものであれ、バイアスが付き物である。現象の理解に到達する際に何よりも重要な目標は、バイアスを減少させ、その減少自体を実証することである。対象となる知識の分野が何であれ、バイアスを明らかにし、減少させることをめざすべきである。これは、治験データやメタアナリシスにバイアス源らしきものを発見した場合でも、質的調査の結果や政策プログラムの評価を解釈する場合でも同じである。

4. 行動—エビデンスに基づく実施

エビデンスは、政策行動の根拠として不可欠ではあるが、それだけで十分ではない。政策立案のプロセスには、エビデンス以外にも、政治的意思、適切な社会戦略へのエビデンスの移転可能性、異なる文脈や状況への適応性など、いくつかの要素が関わる。政策立案プロセスは、研究者にあまり理解されていないことが少なくない (Petticrew et al 2004; Whitehead et al 2004; Lomas et al 2005)。

エビデンスベースや、そこに通常展開される個別介入に主眼を置くと、もっと重要なマクロレベルの健康の決定要因や、全国・自治体レベルの政策による不公平の許容・耐久範囲を無視することになるとの議論がある。健康の不平等は、さらに広い範囲の不平等（とともに、幅広い政策領域での意思決定）を反映している。ミクロレベルでも、エビデンスベースへの依存はシナジー効果の認識や評価にマイナスに作用し、文脈固有の面の過小評価につながる。こうした問題を未然に防ぐためには、エビデンスについて問題提起すべき点がまだいくつか残っている (Kelly et al 2004)。

ある状況での介入を別の状況でも実施できるかどうかを示す移転可能性の評価に向け、系統立った取り組みが求められる。たとえば、介入は実現性があるのか、文化的に受け入れられる適切なものなのか、開発途上国での拡張利用が可能か。全国レベルの介入の場合や地方レベルの介入の拡張利用の場合の資金調達、予算、制度上の問題はあるのか。国家やシステムの変化にどのような要因やプロセスが影響するのか。どのような状況下で、政策やプログラムの変更が集団レベルの健康増進、健康の公平性の向上に関連するのか。こうした要因と変化への相対寄与率を分析すべきである。

MEKN は、国レベルとグローバルレベルの政策・計画立案に SDH と健康の公平性の目標を盛り込む際に、エビデンス活用型アプローチの提案に取り組む。効果的アプローチに必要なプロセスを明確化するとき役立ちそうな特定のアプローチとしては、2005 年 3 月開催の測定に関する専門家会合で提案された「プログラム評価 (Programme Evaluation)」が挙げられる。この点に関して、プログラム評価 (PE) は、公衆衛生行動を改善・説明し、政策から生じるさまざまな「真実味のある未来」を予測するための慣行を系統的に集めたものと定義される。評価は、効果的な公衆衛生戦略の立案、現行プログラムの改善、資源投資成果の例示の推進

力となる (Milstein & Wetterhall 1999)。PE の基盤は、CDC の「プログラム評価フレームワーク (Programme Evaluation Framework)」 (Milstein & Wetterhall 1999)、 「 Community Toolbox 」 (<http://ctb.lsi.ukans.edu/ctb/c30/ProgEval.html>) などの場で定められた詳細な一連のステップ (利害関係者への関与・働きかけ、論理モデルなどを利用したプログラムの説明、評価デザインの焦点絞り込み、信頼できるエビデンスの収集、結論の根拠提示、教訓の活用・共有の徹底) で構成される。また、PE は、正式な評価システムにとどまらず、幅広い方法やアプローチ (システム動学のシミュレーションモデルなど) を包含し、プログラムの観察・解釈、さらなる観察の促進をめざしている。

PE の一連のステップには、専門家会合で検討された前述の方法とツールがほぼすべて含まれている。したがって、PE の枠組み内での行動計画立案には、先に実施された調査「健康影響分析 (Health Impact Assessment)」のシステマティックレビューのほか、パワーマッピング、世論の吸い上げなどの追加ステップも含まれる。

キーメッセージ：方法論的帰結

MEKN は、複雑で技術的にも高度な検索戦略やシステマティックレビューを用いて、可能な限り最良のエビデンスを収集・統合する方法を開発する。しかしながら、エビデンスの強度は政策提言の力を強化するものではなく、最良のエビデンスは目的への適合性と研究テーマとのつながりに基づいて定義される点を認識している。

エビデンスは、政策行動の根拠として不可欠ではあるが、それだけで十分ではない。MEKN は、政策立案のプロセスにおける最良のエビデンス活用のあり方、適切な社会戦略へのエビデンスの移転可能性、異なる文脈や状況への適応性について考慮するガイドラインを策定する。

5. MEKN の研究プログラム案と主要成果物

本ペーパーでは、健康の社会的決定要因と、これに対処する政策立案者がどのような行動を取るべきかという重要事項について理解を深める際に、鍵となる多様な課題を明らかにしている。健康開発のための社会的決定要因に基づくアプローチの推進に向けて、各専門テーマ別ナレッジネットワークや本委員会の各種研究 (国別研究など) がエビデンスや知識の体系化・統合の課題に取り組む際に採用するアプローチの手引きとして、本レポートは一連の指針を提示している。

特にこれらの指針は、次のような知識に主眼を置く必要性を強調している。

●最富裕層で達成されている**健康の基準**が集団全体で達成できるよう、**健康の傾度の緩和**を支持する知識。

●健康の社会的決定要因に対処するための適切なアプローチについて、**多様な方法**を用いて**確実性を高める付加価値**を例示する知識（Whiteheadの「エビデンスのジグソーパズル」など）。

●健康と健康の不平等に関する**多面的な因果モデル**の採用を働きかける知識。

●**民族性、ジェンダー、性別、年齢、地域、コミュニティ、宗教**など**社会的差異の次元**をすべて考慮し、**行動提言**がさまざまな文脈に影響を受けやすい点を明らかにする知識。

●健康の社会的決定要因に対処する**最良の措置**を見いだすために**歴史的観点**を取り入れ、人々の生活に影響を与える**社会システムの動的性質**を認める知識。

ここに挙げた指針は、MEKNの今後の活動の立案にも用いられる。また、本委員会の研究に不可欠な概念的枠組みづくりに向けてWHO事務局が実施する継続的な研究も、MEKNの活動の指針となる。

特にMEKNのねらいと目標を達成するため、国立医療技術評価機構（NICE）とデサロージョ大学（UDD）は、測定・エビデンスの分野の少人数の専門家グループとの共同研究を実施する。その際に主眼を置く項目は次のとおり。

1. エビデンスの定義:社会的決定要因や健康の不平等への対処をねらった政策や介入の効果を測定する場合、エビデンスにはどのような構成要素が必要か。対照群がない場合、エビデンスにはどのような構成要素が必要か。社会的決定要因によるアプローチと、健康アウトカムおよび健康の公平性の改善の関係を説明する場合、量的手法、質的手法の双方について、エビデンスレベルにはどのような基準が必要か。エビデンスに対するアプローチの基盤となる主な分野としては、不平等の原因、集団における変化の次元、個人行動と社会システムの関係、エビデンスと方法の類型がある。

2. 測定—指標の選定：健康や保健システムへの社会的決定要因によるアプローチの効果を正確に示すのは、どのような指標か（「新たな社会的現実の出現によって変化する柔軟な境界を持つ複雑な社会システム」と概念化される保健システムに言及）。指標は基本的にアウトカム志向とすべきか、それともプロセス志向とすべきか。前者の場合、絶対数の変化、相対数の変化、トレンド変化のいずれを反映すべきか。

3. 測定—評価の方法論：健康増進に向けた社会的決定要因によるアプローチの効果は、保健システムの影響

を受けることから、この効果を測定するに当たって、現在、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。

4. 社会的決定要因と健康の関連に関する国際的な視点：国ごとに異なる文脈において、SDH と健康ないし健康の公平性との関連の頑健性についてエビデンスを分析する。
5. 社会的決定要因に対する行動一上流介入：エビデンスを照合・要約し、国別ならびにグローバルな政策、プログラム、制度的取り決めに助言する。なお、これらの政策、プログラム、制度的取り決めは、女性および男性の関心事や経験を考慮に入れたうえで、SDH と健康の公平性との関連を修正し、健康の公平性向上の可能性を高めるものとする。
6. 社会的決定要因に対する行動一下流介入の主流化：社会的決定要因（SD）を健康プログラムや政策に組み込んだ成功事例を主流化・拡張利用する際に必要となるプロセスとメカニズムを文書化・評価する。
7. 行動の枠組みづくり：SDH と健康の公平性の目標を国別およびグローバルの政策・計画立案に統合する際にエビデンスを活用するアプローチを提言する。
8. 効果的な普及戦略の利用：各地域での政策・プログラム案に関して、知識の提供、普及、利用に貢献する制度や関係者を特定し、その関与を促す。
9. 本委員会とのパートナーシップによる活動：本委員会の各部（国別研究、市民社会組織、グローバルイニシアティブ、テーマ別知識ハブ、WHO 技術専門窓口）と連携し、知識や学識を交換する。特に、健康の社会的決定要因に関するエビデンスの測定、評価、統合について速報資料を定期発行し、共用空間を通じてテーマ別 KN を技術的に支援する（文献特定の助言、評価アプローチに必要なエビデンスの質・量、エビデンスの強度を評価する方法・ツール、エビデンスに基づく提言の優先度設定など）。

こうした活動の結果、MEKN は次の事項を実現する。

●測定をテーマに、研究者、政策立案者、関連機関を束ねるグローバルネットワークを確立し、開発途上国と先進国の架け橋となる。

●2 回の MEKN 会合を組織・開催する。

●本スコーピングペーパーをきっかけに持ち上がった課題に関して一連の方針書を作成し、健康の社会的決定要因に対処する行動の定義、測定、評価、実施の課題について、知識と行動の向上に取り組む。

●健康のアウトカム向上をねらった社会的決定要因によるアプローチの実施について、効果測定に当たる政策立案者や現場関係者の支援のためのガイドラインを策定する。

●測定・エビデンスに関する主な問題について、SharePoint 技術を活用したオンライン討論を主宰し、他のナレッジネットワークや本委員会の研究分野を支援する。

なお、2006 年 4 月 7～8 日にチリのサンティアゴで開催予定のナレッジネットワーク初会合の場で、他の活動や成果が生まれる可能性もある。