

- 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、貧困層と富裕層の間の格差縮小、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関り実施されるべきである。**

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
稲葉陽二	暮らしの安心・信頼・ 社会参加に関するアン ケート調査	2012年東京都 9区調査の概 要. 政経研究	50(1)	(印刷中)	2013
近藤尚己, 近藤克 則	健康格差の是正	保健師ジャー ナル	68(6)	468-473	2012
尾島俊之	「地区診断」において 「健康格差の縮小」を 考える	保健師ジャー ナル	69(2)	104-109	2013

厚生労働科学研究費補助金
地球規模保健課題推進研究事業

健康の社会的決定要因に関する研究
平成 24 年度 研究報告書

発行日 平成 25 (2013) 年

研究代表者 尾島 俊之

事務局 〒431-3192 浜松市東区半田山 1 丁目 20-1
浜松医科大学健康社会医学講座

電話 053-435-2333

FAX 053-435-2341

メール dph@hama-med.ac.jp

研究班ホームページ <http://sdh.umin.jp/>

(今後、追加情報や訂正等が出ましたらホームページに掲載致します)

