

見込みのある介入の入口	可能性のある介入	立役者
権利の定義、制度化、保護、施行と、行使のためのエンパワーメント	<p>妥当で信頼できる国家および国際ガバナンスの強化</p> <p>立法、政策、施行の改善—基本的人権と生殖の権利に関するものを含む</p> <p>女子の普通教育の整備</p>	<p>議員</p> <p>立法機関</p> <p>教育部門</p> <p>開発機関と開発銀行</p> <p>市民社会</p>
国内および国家間の権力とリソースの再分配および規制	<p>再分配と税を財源とする公共サービスを伴う累進課税の実施</p> <p>現金給付の実施</p> <p>貿易協定が公平で社会的に責任のある貿易を奨励し、生産と規制のインフラストラクチャーが公衆衛生を促進することを確保</p>	<p>金融、企画、社会福祉部局</p> <p>貿易組織とそれらのパートナー</p>
近代化とグローバルな統合による、正の効果の利用と負の影響の緩和	<p>健全な都市計画の向上と展開</p> <p>製品の流通とマーケティングを規制する国際的基盤と国家的基盤を形成</p> <p>国際的な知識の共有、団結、好ましい実践の伝播を奨励</p>	<p>企画部局</p> <p>地方自治体</p> <p>立法機関および規制機関</p> <p>市民社会</p> <p>産業と商業</p> <p>保健医療部門</p>

差別的な暴露

このレベルでは、主要な5つの決定要因のグループが、分析した公衆衛生状態のほとんどに共通している。これらは、社会規範、コミュニティの環境とインフラストラクチャー、不健康で有害な消耗品、未規制の市場と小売業、広告とテレビによる暴露である。社会規範には、グループや個人がさらされ影響を受ける種々の信念、実践、期待などが含まれ、そこから逸脱したり排除されたりすることによって、スティグマ化や周縁化が生じる可能性がある。コミュニティの環境やインフラストラクチャーには、環境の安全性、雇用率、犯罪率、安全な水と衛生設備の整備、社会サービスの機能性が含まれる。社会規範およびコミュニティの環境とインフラストラクチャーの影響は、未規制の市場と広告活動との相乗効果によって、特定のグループをアルコールやたばこなどの不健康あるいは安全ではない食品や有害な消耗品にとくに暴露する可能性がある。また、都市部の貧しいコミュニティは、しばしば災害の影響をとりわけ強く受けたり、そうした影響に対応することができなかつたりする (6)。

この領域の介入に意図していない負の副作用がないようにするために気を配る必要がある。食品のサプライチェーンの規制とコントロールは、地元の小さな生産者を市場から追い出し、持続可能性と多様性に影響するかもしれない（第6章）。例えばアルコールとたばこの消費を抑えることを目的とした増税は、個人にマイナスの経済効果があったり、代替品の消費を促す場合がある（第2章）。コミュニティ構造の改善は、その生活コストと魅力を増し、結果として社会的立場の弱い居住者を追い出すことになりかねない（第13章）。

差別的な暴露に対処することは、社会の権力保持者、すなわち現状を変化させるいかなる試みにも強い抵抗を示そうとする利害関係者との対決を意味する。例えば、ある製品の流通とアクセスのしやすさに影響するような介入は、小規模会社から多国籍企業までのすべての範囲を網羅する、商業上の利害関係に直面する。

表 14.4 は、差別的な暴露のレベルにおける、見込みのある介入の入口、介入、立役者を示す。

差別的な暴露を考慮した公衆衛生プログラムの例はあるが、その影響力はたいてい間接的なものである。保健分野以外の他のプログラムは、通常はそれによる人々の健康への影響や、それによって失われる健康開発の機会があることに気付いていない。そのため、差別的な暴露に対処する3つの鍵となる介入の入口は、それぞれ全く異なる介入を必要とする。

第一に、人口集団、グループや、個人がさらされる社会規範は、しばしば、文化と状況に深く根差している。こうした規範を修正することは、背景、立場、暴露、脆弱性のレベルにわたる、複合的な行為者とマルチレベルの戦略による行動が求められる（8）。公衆衛生プログラムは個々に、そしてとりわけ共同することによって、どの社会規範が人口集団の健康を促進するものであり、どれが人口集団の健康に有害な影響を与えるかを特定するうえで重要な役割を果たすことができる。

それに比べ、より明白でわかりやすいのは、2つ目の介入の入口で、それは人々が生まれ、生活し、働き、亡くなっていく物理的環境に関係する。これらの中で鍵となる因子は、分析対象となった各公衆衛生状態に共通しており、また相互に関連しているため、この領域での介入は複数の公衆衛生状態に好ましい効果を与えうる。

3つ目の介入グループは、人口集団の健康にプラスあるいはマイナスの影響を与える、消費目的の製品の流通に関連する。これらの介入は、背景のレベルにおける、近代化とグローバルな統合の介入とも直接関連するが、このレベルの介入は、個々の商品への暴露とその利用可能性により直接的に焦点を絞ることになる。

変化をもたらすために公衆衛生プログラムができる3つの行動

- ・ 社会規範に対処するためのエビデンスの生成と、適切な介入の特定、擁護において、先導的役割を果たす。
- ・ 市民社会グループと民間の世論形成者と協力し、また彼らをサポートしながら、上記3つの介入の入口に、社会の議論や行動が集中するよう仕向ける。保健省に対して、より上流にある政策や人口集団に健康と病をもたらすものに注意を向けるよう働きかける。
- ・ 公衆衛生プログラムが個々に、あるいは共同して、コミュニティの教育、規制、インフラストラクチャーの企画設計、課税、広告といった領域に直接、積極的に関与するよう奨励する。

表 4 差別的な暴露のレベルにおける見込みのある介入の入口、介入、立役者

見込みのある介入の入口	可能性のある介入	立役者
社会的機関・制度：規範を設定する者と守る者	ジェンダー規範、アルコールのマーケティングと流通、暴力への態度に対処するため、これらに関してコミュニティを教育し、鋭敏化させるプログラムを実行 身体的運動と栄養を含む、就学と学校保健のプログラムを実施 ロールモデルを用いた、仲間や同僚に焦点を絞った介入を奨励	警察、メディア、教育者、コミュニティグループ 教育部門 保健医療部門
コミュニティのインフラストラクチャー開発（道路、交通、水道、衛生、廃棄物管理、電気）	インフラストラクチャーの設計を改善して身体的運動を奨励し、安全と安心を高め、脆弱なグループが必要とするものを提供 住居、生活、労働の条件、水道と衛生、身体的運動の場所を改善	企画、開発、交通部局 水道部門 コミュニティグループ 非政府組織 保健医療部門
多様性、安心、安全、マーケティングの側面も含めた、消費目的の製品の流通	たばこの広告、スポンサー行為、販売促進の禁止、食品の生産と取り扱いの安全規格など、政府による規制を施行 監視役および産業との自主協定を導入、対抗広告 不健康な食品、アルコール、たばこへの課税、健康的な食品と製品の流通拡大にインセンティブを提供	金融、農業、産業、小売り業の各部門 コミュニケーションとメディア 教育部門 消費者グループ 保健医療部門

差別的な脆弱性

脆弱性のレベルでは、分析した公衆衛生状態のうち 6 つ以上に共通する幅広い 7 つの決定要因がある。それらとは、貧困と失業、手の届きにくい人口集団、ヘルスケアを求める行為とヘルスケアへのアクセスの低さ、低水準の教育と知識、たばこの使用と薬物乱用、家族とコミュニティの機能不全、食の不安と栄養失調である。貧困、教育と知識の欠如、および失業は、健康的な食品を購入し消費する能力、暴力のない安全な居住区に住む能力、保健医療サービスや製品にアクセスする能力にそれぞれ影響し、結果として家族や個人の脆弱性を増加させる。人口集団のなかには、少数派の地位、ジェンダー、コミュニティやコミュニケーション構造の乏しさ、あるいは社会の機能不全といった、いくつもの決定要因の複合効果により、サービスにアクセスしにくい、あるいはサービスを受けるのに困難のあるグループもある。サービスアクセスの障壁は、保健医療および社会の制度とサービスの設計と財政に起因する場合がある (11)。そして、分析した公衆衛生状態の半分以上の発生経路において、たばこの使用、アルコールおよび薬物の乱用があり、差別的な脆弱性に寄与している。

このレベルでは、介入の範囲がしばしばより限定されており、その位置も分析レベルの低いほうであるため、大規模な副作用を起こすリスクはおそらく少ない。それでもなお、対象限定の現金給付などは、社会的一体性と生産性には逆効果であるかもしれない (7)。さらに、例えば小さな会社の設立などにより、個人を貧困から救済すると、それによって既にわずかばかりであるコミュニティのリソースが再分配されることになれば、不健康な製品への暴露の増加や新たな階級構造と不公平が生じるかもしれない。そして、脆弱性の特定の側面に注目する反面、暴露、背景、立場の各レベルの決定要因への対処から注意が逸れてしまう可能性がある。

脆弱性レベルの変化に対しては、無知、現状への満足、そして仲間や家族、コミュニティ、そのほか現状維持で利益を得る人々からの積極的圧力などによる、複数の抵抗源がある。また、公衆衛生の理解が狭い、あるいは新しいアプローチを採用することに何のインセンティブもない、保健医療や他の分野の専門家による抵抗もあるかもしれない。

表 14.5 は、差別的な脆弱性のレベルにおける、見込みのある介入の入口、介入、立役者を示す。

多くの公衆衛生プログラムにとって、このレベルは決して新しい領域ではない。しかし、最も脆弱なグループを見出し、彼らの利益になるように干渉するための直接的介入と他のプログラムとの共同介入の両方に、未だかなりの拡張の余地がある。このレベルでの保健

医療プログラムの関与は、エビデンスの提供と擁護活動の範囲をはるかに超える。個々の公衆衛生状態の分析では、不利な条件のクラスター化による効果の増幅が明らかになり、不利な条件にあるエリアと不利な条件にある人口集団への早期の介入を含む、人口集団全体の状況に対処するような集合的介入の実施の必要性が示された。

最初の介入の入口では、一連の介入を通して、脆弱な人口集団が自己開発によってクラスター化の影響を軽減できるようにエンパワーメントを実施し、特定の地域に貧困が集中するのを回避することを目指せる。そうした介入の成功と持続可能性は、背景、立場、暴露レベルにおける、先行する、あるいは同時並行の介入がアシストする。次の介入の入口では、保健医療サービスと社会サービスへのアクセスを改善し、健康で有益な製品の利用を促進する介入が求められる。最後の介入の入口では、公衆衛生のプログラムとサービスを脆弱な人口集団にいかに行き届かせるかに焦点を絞る。不利な条件のクラスター化と、そうした条件の併存が蔓延している現状には、こうした脆弱な人口集団に手を伸ばす協調した努力が求められる。

変化をもたらすために公衆衛生プログラムができる3つの行動

- ・脆弱な人口集団やグループ、および差別的な脆弱性の固有の原因を特定するうえで、個々に、そして共同して、主導的立場をとる。他部門と協力して、差別的な脆弱性を生む社会的決定要因に対処する。
- ・コミュニティと協力して、保健医療分配システムが文化背景や社会背景と一致するようにし、公衆衛生プログラムの活動による健康利益に対して、脆弱な人口集団が鋭敏になるようにする。
- ・保健医療サービス提供者や他のプログラムと協力してカバレッジを広げ、脆弱な人口集団が保健医療サービス（予防、治療、リハビリ）にアクセスするうえでの障壁を減らすような取組みを主導する。

表 5 差別的な脆弱性のレベルにおける見込みのある介入の入口、介入、立役者

見込みのある介入の入口	可能性のある介入	立役者
エンパワーメント（権限付与）：社会的、構造的、経済的機会の提供、教育	<p>貧困の軽減、分散、とりわけ女性による、家庭財産へのアクセスおよびコントロールに対処</p> <p>リスクの高い子供たちの家庭訪問プログラムと親のトレーニングプログラムを実施</p> <p>健康促進や疾病予防の手段に関して、そ</p>	<p>コミュニティ開発組織</p> <p>教育部門</p> <p>コミュニケーションとメディア</p> <p>宗教指導者</p> <p>保健医療部門</p>

	れへの人口集団のアクセス、受益対象、および適合度を改善、脆弱なグループに責任を持たせ行動させるようなエンパワメントの手段を提供	
補償：対象限定、助成金	<p>貧困の軽減を保健医療および教育のサービス利用増加と結びつける介入を促進—例えば、条件付きの現金やバウチャーを給付</p> <p>無料または補助金付で健康的な食を提供</p> <p>料金の免除などで提供者が損失を被らないように社会保険を提供</p>	<p>社会福祉部局</p> <p>保健医療部門</p>
公衆衛生の範囲拡大：保健医療サービスの利用、併存条件、保健医療製品、合法の刺激剤	<p>スラム居住者、ホームレス、移民、薬物乱用者、服役者、HIV 患者といった、脆弱なグループに対象を絞り、個々のケースの発見を改善</p> <p>サービスのカバレッジと統合を拡大、不利な条件にある人口集団の身近に、適切なかたちで、品質の良いサービスを組織し、サービス分配経路を多様化</p> <p>他の公衆衛生状態との関連性を利用して、例えば、喫煙、アルコール、屋内空気汚染、栄養失調など、共通の根本原因に対処する</p>	<p>保健医療部門、行政、私企業</p>

差別的なヘルスケアアウトカム

ケアと治療が必要な人がヘルスケアシステムに接触すると、差別的なアウトカムを生む可能性のある決定要因が2グループある。1つ目は、個人的偏見や支払い能力といった因子を含む、質の悪い、差別的な治療とケアのサービスであり、2つ目は、個人が医療とケアを利用してその利益を受ける能力を減じるような、限られた患者と医療従事者との交流と、患者による順守行為である。要するに、保健医療の制度とサービス自体が不公平の社会的決定要因となる可能性がある(11)。

標準的なサービスを利用する能力が他に比べて低い人々への特別な注意あるいは専用サービスには、スティグマを悪化させるなど、意図していない副作用がある場合がある。そうしたサービスのために生じる余分な時間や控除のコストをサービス提供者が負担すること

になれば、医療を利用するうえで新たな障壁も生まれうる。そのような専用サービスは、容易に資金不足になり、専門家にも魅力的ではなくなり、結果としてサービス品質の下降スパイラルを招く可能性がある。脆弱な人に対する無神経な質問などは、患者と提供者との間にしばしば存在する、社会、教育、民族の溝を深め、患者が治療を受けるのを嫌がるようになることもありうる。

このレベルにおける変化に対する抵抗の源が、患者、専門家、そして一般の人々の間にいくつか潜んでいる。患者は、現在の状況を黙認し、保健医療の専門家の知識を最も信頼するかもしれない。一部の保健医療従事者が持つ、特定の人口集団に対する偏見は、社会の権力や階級関係のヒエラルキーを強化しうる。また、個々のサービス提供者の報酬のあり方や、保健医療システム全体の財政、監視のあり方なども変化の障壁となることがある。例えば、サービスの利用が困難である患者のニーズに応じるのに多くの時間を費やすことで、提供者が収入を失ってしまうことになれば、それは抵抗を生むだろう。そして、メディアと世間は、ヘルスケアサービスがどのように運用されるべきかについて、しばしば強い見解を持っており、こうした見解は必ずしも不利な条件にある人口集団や個人のニーズに相応しいわけではない。

表 14.6 は、差別的なヘルスケアアウトカムのレベルにおける見込みのある介入の入口、介入、立役者を示す。

公衆衛生プログラムは、ときどき治療とケアのサービスを提供する直接的な責任を有するが、ほとんどの場合はそうではない。これらのプログラムの焦点は、たいていは治療とケアに関するガイドラインとトレーニングの提供にあるが、必要な機材や備品の提供およびアウトプットのモニタリングを含む場合もある。しかしほとんどの場合、施設内で施されるヘルスケアサービスは、幅広い臨床サービスの責任を有する保健医療機関および部局が提供し、それぞれ独自の手続きやダイナミックスに従うものである。

最初の介入の入口は、効果的に適切なサービスを利用する能力を含めた、患者の順守行動への対処で、次の2つのタイプの介入が求められる。1つ目は、医療処置や事務手続きを、脆弱な人口集団が利用しやすいように簡素化および調整すること。そして2つ目は、各種手続きを行う際の案内や、フォローアップ治療の順守の奨励などといった、集団または個人へのサポートである。2つ目の介入の入口では、サービス提供者側のコンプライアンスに対処し、公平なアウトカムの確保に貢献しないような態度と実践を抑止しようとする。これらに対応する介入は、複数の領域で同時に作用し、かつ保健医療制度の通常ルーチンの一部となる必要がある。それは、各専門職に関して、大学教育の場から臨床現場にまでわたって介入し、患者の背景や状況に関わらず、適切な治療が受けられる権利を強化し、

さらにヘルスケアアウトカムにおける公平性の向上を妨げるのではなく、それを促進するように、保健医療制度のインセンティブ構造のあり方を改善することなどが含まれる。そして最後の介入の入口は、通常のサービスにアクセスしたり、それを利用したりするのに、克服できない困難がある、特定の人口集団のニーズに対応するように設計した、専用の保健医療サービスの提供を必要とする。

変化をもたらすために公衆衛生プログラムができる3つの行動

- ・ 治療とケアにおける差別的なヘルスケアアウトカムを生む、ヘルスケアサービス内に存在する、種々の源や原因の特定を主導する。
- ・ 保健医療制度における、プライオリティ設定とサービスの提供、財政、組織を再検討し、それに影響を与え、さらにプライマリーヘルスケアを復興させるためにパートナーシップを築いて行動する。
- ・ メディア、世論形成者、活動グループなどと協力して、公平なヘルスケアに対する意識と要求を創出する。

表 6 差別的なヘルスケアアウトカムのレベルにおける見込みのある介入の入口、介入、立役者

見込みのある介入の入口	可能性のある介入	立役者
医療処置および事務手続き（患者の順守）	処置や手続きの簡素化、パッケージ化、標準化 グループ単位での教育や支援の提供 個人単位での保健医療制度に関する指導の提供	保健医療施設 患者グループ メディア 民間企業
サービス提供者の行動と実践（提供者のコンプライアンス）	倫理規範、差別的でない実践、施設方針へのコンプライアンスについて、提供者を教育し、鋭敏にさせる 市民に対する説明責任を保健医療制度に持たせ、患者の権利を主張・強化し、苦情手続きを簡素化、また臨床監査において健康の社会的決定要因も考慮させる 公的および民間の保健医療部門内で、不利な条件にある者への取り組みを奨励し、アウトカムの公平性を向上させるようなインセンティブを確保—例えば、報	保健医療施設 保健医療の規制機関 および財政機関 メディア 患者グループ 専門家協会 保健医療の教育研修機関

	酬、ボーナス、補償、昇進経路の拡充など	
補償（対象設定と専用サービス）	特定の人口集団、例えば移民や少数派人口に対して、専用の保健医療サービスを提供	保健医療施設 社会福祉部局 メディア

差別的な帰結

これは優先すべき公衆衛生状態の分析枠組みの中で、上述の 4 レベルの累積的效果が差別的な帰結となって現れるレベルである。分析した大部分の公衆衛生状態について、3つの主要な帰結グループが特定された。それは、社会、教育、雇用、財政にかかわる帰結、社会的疎外とスティグマ、保険からの除外である。これらの帰結はすべて、既に不利な条件に置かれている人々に偏って影響し、そのためにさらなる社会的決定要因となり、立場、暴露、脆弱性、アウトカムのレベルにそれぞれ影響を与える悪循環へとつながる。病気を抱えると、財政的な影響に加え、人が働き、教育を受け、社会活動に参加する能力にも影響する場合がある (9)。多くの病とそれに伴う帰結は、さらなるスティグマや社会的疎外の原因ともなる。病の経歴があると、たとえ治癒したとしても、支払い保険料が高くなったり、補償を失ったり、完全に保険対象から除外されたりすることがしばしばあり、そのために将来的な脆弱性がさらに高められる。また、病に侵された人の家族にも影響はあり、それらの帰結によって生じた不利な条件が次の世代にまで受け継がれてしまうこともしばしばある (10)。

この帰結のレベルに焦点を絞ると、その副作用として保健医療制度の欠陥を露呈する可能性があり、その結果、差別的な帰結を生んでいる制度的な要因よりも、むしろその症状に対処するような不適切な政治的対応を招いてしまう場合がある。また、病に伴う種々の帰結を改善し、悪循環を断つようにするためのサポートや活動は、個人にとって利益があるはずで、そうあるべきなのだが、大多数の人が困窮しているようなコミュニティなどでは、個人的なサポートを提供することは、その地域の社会的結束にマイナスの影響を与えるかもしれない (7)。

差別的な帰結に対処するためにリソースを分配することは、他のどこかのリソースを持ってきたり、あるいは社会制度や民間制度の他の部分に負担をかけることを意味するため、そうした変化への抵抗の引き金となる。また、制度上、不公平が生じ続ける限り、個人への補償をすることは、乏しいリソースの最も効果的な使い道ではないかもしれない、あるいは、それをするのは国の役割ではないと主張する者もいる。そしてまた、保険会社に対して、健康状態を理由に個人を保険対象から除外したり、保険料を上げたりできないようにして、その損失を被らせるのは簡単なことではない。

表 14.7 は、差別的な帰結のレベルにおける見込みのある介入の入口、介入、立役者を示す。

差別的な帰結に対応している公衆衛生プログラムはほとんどない。おそらく、それは公衆衛生プログラム、ヘルスケアサービス、そして他部門のインターフェースにあるため、結果として、その解決の手立ては、障害者向けの特別なプログラムや慈善団体などに任されてしまったり、あるいは、ほとんどの場合には、病気の帰結を被って苦しんでいる当個人と家族に任せられ、彼ら自身が制度の中で模索して解決法を見付けなければならない状況となる。

このレベルにおける 3 つの介入の入口は、補償とエンパワーメント、権利、そして社会的および物理的アクセスに関連する。補償とエンパワーメントにかかわる介入には、収入を生み出す活動に携わる能力、社会福祉の提供、仲間によるサポートネットワークへの参加、それぞれの促進が考えられる。その際、(病に侵された) 個人にだけ排他的に焦点を合わせるのではなく、そのヘルスケアアウトカムの帰結により、直近の扶養家族がどのような影響を受けるかについても注目すべきである。権利にかかわる介入の入口からは、一方では公共の環境、一般世間の態度、行動、他方では、規則および法律の 2 つの角度から取り組むことができる。そして、アクセスにかかわる介入の入口では、職場や公共交通機関への物理的アクセスを改善し、教育やその他のサービスへのアクセスを阻む、社会的および財政的障壁を低減する介入などが求められる。

変化をもたらすために公衆衛生プログラムができる 3 つの行動

- ・ 公衆衛生状態の差別的な帰結と、それに起因するニーズとを分析し特定する作業を、個々に、そして共同して主導する。
- ・ 保健医療制度内をはじめ、他の社会制度も横断する、標準的な照会・フォローアップ手続きを開発または強化する
- ・ 患者グループや、非政府組織、メディア、産業、保険会社といった他のパートナーと協力して、適切な対応策を促進する

表 7 差別的な帰結のレベルにおける見込みのある介入の入口、介入、立役者

鍵となる介入の入口	可能性のある介入	立役者
コーピング：補償とエンパワーメント（社会福祉、リハビリなど）	職業訓練、小額無担保融資、社会福祉などを通して、収入を得る能力を向上 特定の健康状態の影響を受けている人々の中のソーシャルネットワークの促進など、心理・社会的サポートの提供	社会福祉部局 教育部門 民間企業 保健医療部門 患者やコミュニティ

	影響を受けている家族に対し、とくに子供に注目して、社会セーフティネット、教育と職業訓練の機会を提供	のグループ
権利の定義、制度化、保護	スティグマや差別を低減するために、キャンペーン運動などを通して、民衆を教育 スティグマ、差別、アクセス、保険による補償の喪失など、健康状態に起因する差別的な帰結に規制措置をもって対処	社会福祉部局 立法機関 メディア 民間企業 保険者 患者グループ 市民社会 保健医療部門
社会的、物理的アクセス (交通、制度、職場等)	差別的な帰結を軽減するような、労働者に優しい政策、環境、実践を導入 特定の健康状態にある人々にとってのアクセス向上と財政負担の軽減 ヘルスケアサービスだけでなく、社会福祉、教育なども対象とする照会サービスの改善	労働者組織 民間企業 教育部門、交通部門 社会福祉部局 患者グループ 保健医療部門

14.4 実施に向けた教訓

実際の状況における社会的決定要因にもとづくアプローチの実施について、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（Priority Public Health Conditions Knowledge Network）が委託した 13 のケーススタディから、多くの教訓を学んだ。鍵となる結論は、価値観、リーダーシップ、部門間協力、規模拡大、コミュニケーション、リスク、外部機関の 7 つの項目に大別される。詳細は、個別に発行されている個々の研究を参照すること。

価値観

人口集団の健康における不公平を軽減することは、社会で影響力の大きいグループの価値観や信念と異なるプログラムを持続させることを意味する場合があります、場合によってはそうしたプログラムと行政との間に緩衝材となるものが必要になる。たとえば、非政府組織と民間部門を通してプログラムを実施し、戦略目的あるいは資金調達目的の同盟などを賢く管理することなどが考えられる。バングラデシュでは、月経調節法プログラム（Menstrual Regulation Programme）を実施するうえで、行政、非政府組織、ドナーが関与した 3 方面のアプローチが 30 年以上にわたり非常にうまく成功している（12）。人口集団内の不公平の矯正を試みる政策プログラムは、いかなるものであれ、その規模を拡大する過程におい

て価値観の違いには十分に注意を払うべきである。あるプログラムが、その効果を確認できるまでの十分な期間、持続される可能性を残すためには、健康における公平性の概念が、ある臨界数の政治指導者や行政指導者に理解され、受け入れられなければならない。

リーダーシップ

バングラデシュの月経調節法プログラムの場合のように、特定の人々の反対があっても、うまく機会が整えばプログラムの立ち上げを可能にできることがある。1970年代のバングラデシュにおいて、新しく独立したばかりの国の非宗教政権、人口増加に対する国際的な懸念、新たに訓練された影響力の大きい医師の集団の存在、進んでサポートを提供する国際的なドナーの出現が合わさったことにより、解放戦争の間にレイプされた女性の中絶を認めるプログラムを立ち上げる機会が提供された(12)。

そうした好機が訪れない場合にも、健康における不公平を軽減するプログラムに着手して実行することは、困難であるが可能である。いったん立ち上げれば、それが生き残れるかどうかは、よい結果を出すことだけではなく、そのアプローチや利益を制度化することにも依存する。健康の社会的決定要因と公平性の取り扱いは、政治、行政、市民社会の複合的な境界部に陥るため、その状況に応じて導く必要がある(13)。これらの関心を結集してつなぐ責任は、まず国の保健省にあるべきで、それを省内に公式に位置づける必要がある。それに対する駆動力やサポートは外部から発信されてもよいが、主な責任とリーダーシップの所在に疑問があってはならない(14)。

ビジョンをはっきりと述べてそれを擁護し、利害関係者を参画させるような、明確なリーダーシップがないことは、問題となりうる。プログラムを展開して関係者が増えると、様々なアジェンダが交わって、公平性のアジェンダを混同させるかもしれない。これは、ナイジェリアの全区に手が届くようにするプロジェクト(Reach Every Ward Project)で起こった。このプロジェクトはもともと予防接種率が他に比べて低い区を優先してサポートを提供する計画であった。しかし実施過程でその概念が変わり、「すべての子供に手が届くように(Reaching Every Child)」となった。この変化によって、より力のある地方行政地域や区に偏ってリソースが配分されることになり、結果として予防接種率が最も高い地域と最も低い地域の格差は、縮まるどころかかえって広がってしまった(15)。

インドネシアでは、先見の明のある技術的なリーダーシップと、最高の政治レベルに対する説明責任が合わさったことにより、個々の部門や行政単位を越えたルーチンのフォローアップや、目標値を達成していない地域の特定などが行われることになり、プライマリーヘルスケアの復興に際して、社会的決定要因にもとづいたアプローチを実施することに成功した(16)。リーダーシップは必ずしも偶然生まれるものではなく、不利な条件にある人

口集団の中でも、あるいはリーダーシップ能力を進んで貸与してくれるような外部者と戦略的な協定を結ぶことで、時間とともに育て、開発できる。これは、カナダ・マニトバ州のファースト・ネーション先住民族の自殺防止プログラム(Manitoba First Nations Suicide Prevention Programme)において効果的に達成された(2)。

部門間協力

人口集団の健康を向上させるうえで、社会的決定要因にもとづくアプローチを実施することは、まず健康が(単に保健医療部門だけではなく)すべての部門のプログラムのアウトカムであると理解することから始まる。単一の公衆衛生状態に関連するアウトカムにのみ集中すると、持続的な政治コミットメントおよび多部門のコミットメントを引きつけにくいことは、イランにおける栄養と公平性のプログラムの事例で明らかにされた(17)。むしろ、インドネシアの例のように、幅広い種類の状態や、保健医療分野にとどまらない成果指標を強調すべきである(16)。

部門が異なると関心も異なる。例えば、教育部門にとって学校給食の目的は栄養ではなく、むしろ家族を学校に引き寄せることである。しかしながら、主な関心が異なっても、健康の社会的決定要因に対して取り組むうえで、部門間協力が成功するかどうかは、共通する中核となるものを特定、定義し、個々の関心が保健医療を含む集団的利益に反しないようにすることにかかっている(18)。

部門が異なると、しばしばマネジメントの文化が異なり、成功判断基準についての見方も異なる。これは、南アフリカの小額無担保融資プログラムと HIV プログラムの協力において経験されたことである。小額無担保融資の側にとって、その計画の持続可能性とは、自己資金によって成り立ち、原価を完全に回収できることを意味した。しかし HIV プログラムの側にとっては、持続可能性とは外部リソースの継続的な流入を確保し、社会規範の変化を根付かせることであった。この論争の中心にあるのは、公衆衛生が、人口集団全体への配慮が駆動力となる公共の利益であるか、あるいは市場の力と利己主義が原動力となる私的利益であるのかという問題である。とりわけ関係組織の価値観、成功判断の基準、実践形態が完全に相容れない場合には、それぞれのリーダーが目に見えるかたちで、そして実践的に関与する必要がある。しかし、こうした状況であったとしても、相乗効果が生まれる可能性は十分にあり、パートナー同士で互いにアプローチや実践に関して学び合うことができる(19)。

規模拡大

社会的決定要因に対処するプログラムを試験的適用から広く規模を拡大する際に重要な要素は、オーナーシップの移転に取り組むことである。中国、イラン、南アフリカから学ん

だ教訓によれば、規模を拡大する際には、プロジェクトの実施モードに大幅な修正変更が必要である。試験実施は2つのフェーズに分けるべきであり、まず介入により求められるアウトカムを得られるかどうかを試し、その次にプロジェクトへのインプットの大幅な増加をはじめ、それ以外のことも含めて、実施のアプローチの規模拡大が実現可能かを試すことである(3, 17, 19)。ケニアのミレニアム・ビレッジ・プロジェクトに見られたように、完全包括的なアプローチの場合には、たとえ初期の試験的設定ではうまく行ったとしても、その規模を広げるには、かなりの変更が求められる場合がある。そうした状況に協力的な環境要素として、中央政府が開発政策を調整し、財政と人の公平な分配を確保すること、より裕福な国々が国民総生産(GNP)の0.7%を政府開発援助(ODA)に寄付するとした約束を遂行すること、地方行政が多部門協力にもとづいた方法で成果を出すために必要な知識とツールを備えること、ミレニアム開発目標の例に基づくなどして、指標を適用し、人口集団レベルで公平性に基づく結果を示す説明責任を明確にすることなどが挙げられる(20)。

コミュニケーション

政策オプションを提案、実施することに関連するさまざまな活動に加えて、不公平の問題の大きさ、なぜそれを正す必要があるのか、またどうすればそれを是正できるのかなど、関連する情報を民衆、政治家、上級公務員に提供することも同様に重要である。妊娠のアウトカムにおける不公平を軽減する中国での動きは、保健医療部門が解決策を提案する以前に、まずメディアに端を発し、それを研究者が取り上げて問題の大きさと原因をまとめた。そして事業の実施のプロセスでは、政治家、高官、メディア、民衆に情報を与え続けることが決定的に重要な要素であった(3)。ペルーでは、コミュニティ主導のプライマリヘルスケア・アプローチの規模を拡大する際、公共サービスの共同管理におけるコミュニティのメンバーの役割と責任に関する、その概念を理解し、新しい見解を習得させるのに、政府官僚と保健医療従事者への情報提供は不可欠であった(21)。

そうした情報の流れを管理するうえで、情報の分析とプレゼンテーションの両方において、公平性のレンズ(見方)を適用するように注意しなければならない。そうでないと、タンザニア連合共和国のマラリア対策殺虫剤処理蚊帳プログラムが経験したように、既得権に供するためにエビデンスが歪められるかもしれない(22)。公平性の配慮を確実に含むためには、プロセス手法よりもアウトカムに対して、パフォーマンスのモニタリングとインセンティブを適用すべきである(3)。

リスク

短期的な利益は、例えば潜在的な利害の衝突に対処するのではなく、それを隠したり無視したりするなどのショートカットにより得られる。しかし、こうした衝突はつきまとうも

ので、結局はそのプロジェクトが最も脆弱になった時に、それを強制終了させてしまう可能性があることが、タワナ・パキスタン・プロジェクト (Tawana Pakistan Project) の例から分かっている。このプロジェクトは、女児の就学状況と栄養状態を改善することにおける村落の女性のエンパワーメントをするうえで、地元レベルでは非常にうまくいった。しかし行政のリソースを村落の女性にコントロールさせることに慣れていなかった公務員の抵抗に遭った。プログラムはやがて、明確な実績や利用可能なリソースがあったにもかかわらず終了させられた。予期される抵抗に最初から対処していれば、結果は違っていたかもしれない (13)。バングラデシュの月経調節法プログラムのように、さまざまな利害関係者の間で、機に乗じた非常に微妙なバランスを取ることで、強い社会的価値観と衝突するようなプログラムを継続することが長期的にうまくいく場合もある。しかし、例えば、新しい技術が利用できるようになったとき、保健医療制度の基盤が変わったとき、あるいはドナーが部門別の資金提供に移行したときなど、そうしたプログラムを更新することが難しくなる可能性がある (12)。

優先すべき公衆衛生状態の分析枠組みの低いレベルで不公平に対処することは、上海の出稼ぎ労働者のデリバリーセンターの場合のように、現状維持に寄与するかもしれないような、その場しのぎの措置であり、当問題の最も目に付く症状のいくつかを公衆の面前からは取り除くが、根本原因には対処せず、その場しのぎの措置が廃れ始めても、そうした根本要因は残ってしまう (3)。公衆衛生の問題に対する応急措置は、とりわけ貧困者を優先する、下流の対応策によって不公平の問題を解決することを約束するような場合には、長期的には効果的ではないと考えられる。ソーシャルマーケティングの実施と、殺虫剤処理蚊帳の無償配布との対比のように、アプローチによっては全く相容れないことさえあり、極端な場合には、相互にとって有害な場合もある (22)。

すでに指摘したように、リーダーの役割というのは、社会的決定要因にもとづくアプローチを準備し、立ち上げ、実施するうえで、決定的に重要となりうる。しかしながら、ひとりあるいは少数のリーダーに依存すると、例えばコミュニティ開発プログラムと特定の政治課題との結びつきが密になりすぎてしまうなどのリスクもある (16)。パキスタンにおけるコミュニティベースの刷新的な栄養プログラムの場合には、政府の大臣がそのプロセスを主導し、政府の資金提供も確保したが、その後解任されたために、そのプログラムの実施を監督できなくなってしまった (13)。

外部機関

外の機関は政策研究、擁護活動、技術支援において重要な役割を果たすことができる。バングラデシュとペルーの事例にそれぞれ見られたように、政府が利益団体の圧力を受けている状況では、こうしたサポートがさらに重要になる。しかし外部機関の価値観が中立で

あることはめったにない。例えば、ペルーにおいて 1997 年から 2002 年の間に主要なドナーがコミュニティの共同管理にもとづくプライマリーヘルスケア制度に新しいリソースと活力を注入すると、彼らの視点もコミュニティが中心にある共同体主義から、効率性に焦点を置く功利主義に変化した (21)。バングラデシュでは、主なドナーが、はじめは中絶に賛成であったのが、その後価値観が反転し、資金投入を止めるに至り、プログラムにかなりのインパクトを与えた (12)。タンザニア連合共和国で、蚊帳の配布に関してアプローチが色々変わったのは、それらの効果についてのエビデンスよりも、むしろドナーの見解が変わったことによるところが大きい (22)。

カナダの自殺防止プログラムでは、資金提供者は、しばしば目に見える即座の行動を好み、ファースト・ネーション先住民族における自殺の社会的決定要因に対処するために求められる長期戦略にはあまり関心を示さなかった (2)。そのほか、試験的な小規模のフェーズには、外部の資金を比較的容易に見つけられるが、長期で大規模な実施の場合には、資金を提供するのは政府でしかないことがわかった (17, 20)。社会的決定要因に取り組むプロジェクトには、成果を示し、意識向上を目指す、垂直的な短期戦略とともに、根底にある決定要因に対処し、持続的な効果を下支えする、能力開発ともかかわりのある水平的な長期アプローチが必要である (14)。ドナーは、これらをサポートする準備ができていなければ、関与を避ける選択ができる。しかし政府には、そのような選択をする余裕はない。

14.5 測定

限られた数の先進国以外においては、公衆衛生状態のアウトカムを人口集団の社会的特徴と体系的に関連付けたデータは著しく少ない。大規模な有病率調査でさえ、調査対象者の社会的背景についての情報をルーチンで集めてはいない。注目すべき例外として、人口保健調査 (Demographic and Health Surveys, DHS)、複数指標クラスター調査 (Multiple Indicator Cluster Surveys, MICS)、グローバル保健調査 (Global Health Survey) が挙げられる。またサービスに関するデータは、患者の社会的背景について情報が含まれていることはめったになく、まさに社会的決定要因のためにサービスにアクセスできない人々の情報については言うに及ばない。さらに、サービスを受けるに至った人についても、差別的なサービスを受けたかどうか、またそれによる帰結がどうであったかに関する体系的な情報はほとんどない。

分析したほとんどの公衆衛生状態に関するエビデンスは、さまざまなデータソースから得たものを継ぎ合わせるしかなかった。そこから見出される全体像と傾向は、財産や教育といった、よくある層別化因子に対応して、すべての状態に社会的勾配が認められる点で明確である一方、実際は、前述の第 14.2 節にまとめたように、状況はしばしば非常に複雑でダイナミック (動的) である。

政策決定のためのエビデンス・ベースを改善するためには、次のことが必要である。

- ・ 人口調査の設計を修正して、幅広い範囲の社会的決定要因を捉え、より多くの公衆衛生状態を扱い、保健医療サービスにアクセスしない人々に関する情報も提供できるようにする
- ・ 背景、立場、暴露、脆弱性といった社会的決定要因を、ヘルスケアアウトカムや帰結と結びつけられるように、サービス提供に際したデータ収集の手順と書式を設計する
- ・ データは、例えば最も裕福な人々と最も貧しい人々との比較など、単なる比率だけではなく、むしろ格差の勾配を示すように、データを収集、処理、提示する
- ・ 社会的決定要因と人口集団の健康との関連性についてのすべてのデータが統計的分析に適していないことを考慮して、統計的手法と順序立てて述べる手法とを組み合わせ、政策に影響を与えるようなエビデンスを提示する
- ・ データの欠落を埋め、通常の「何が」「どの程度」に関する質問に加えて、「なぜ」「どのように」にという問いに対する答えを追及するような、学際的な疫学、社会学、サービス研究のためにリソースを充てる
- ・ 健康の社会的勾配と、介入の効果が人口集団内で等しく分配されないかもしれないという事実とを考慮して数学モデルを構築する

個々の公衆衛生状態に関するプログラムノードにより、測定とエビデンスに関しては、多くの懸念事項が挙げられ、それらに対する提案がなされた。懸念は主に次の 4 つの問題に集中した。

- A. データの集計。**複数の決定要因が、しばしば同時に作用するため、集計してしまうと差異や分散が埋もれてしまいやすく、そのために、例えば国データや国際データでは、結論が明確にならなかつたり、実践的な行動や介入の指針としての有用性が限られてしまう。
- B. ローカル・データの収集。**いくつかの公衆衛生状態は、局地的であったり、関与する人口集団が小さいため、ルーチンの情報システムではそのデータ収集をするのに適していなかつたり、統計分析を行うには観測数が不十分であったりして、数が少ないことが問題となる。
- C. 副作用。**社会的決定要因のレベルで介入すると、予期せぬ有害な副作用が生じる場合がある。その副作用のいくつかは、介入する公衆衛生プログラムの直接の利害範囲の外、あるいは保健医療部門の外で現れるかもしれない。
- D. トレンド（傾向）の時宜にかなった特定。**トレンドはしばしば、診療所などにおける数値の増加として明確に現れた時に初めて保健医療制度はそれに気付く。その数年の間に、効果的な対応策が実施できていたかもしれない。

これらの問題に対処するため、多くの提案が個々の公衆衛生状態プログラムノードにより提出された。

有害な決定要因のクラスター化のモニタリング

顧みられない熱帯病はその局地性が特徴的であり、結果として、例えば国家レベルや郡レベルなど、高次の集計レベルでの統計的平均値の中に、疾病負担が高い小集団や小地域が埋もれて見えなくなってしまうリスクがある。生物医学や生物学だけではなく、気候学、人口統計学、経済学、人類学のノウハウを含む、複数の専門分野にまたがる必要知識を含めた、革新的なサーベイランスシステムを確立することが、顧みられない熱帯病を制御する前提条件である。その目的は、脆弱な人口集団を特定することで、それも従来の疫学データに基づいた遡及的な方法だけではなく、既存の、あるいは潜在的な疾病のホットスポットを、(例えば移民集団、気候現象、貧困、女性識字率、幼児死亡率などの) 基礎的な指標を用いて特定することにより、そうした脆弱な人口集団を前向きにも特定することである。このアプローチは顧みられない熱帯病のホットスポットに対して、治療または予防の介入を導く手法となり、最も不利な条件にある人口集団の健康における不公平を軽減できるかもしれない(第8章)。

この考え方を一般化して、例えば複数の公衆衛生状態の経路にある決定要因のクラスター化の検出ができる。そのアプローチはさまざまで、衛星を利用した国家レベルでの精巧な地理情報システムから、地区、村落、コミュニティレベルでの、簡単な口伝えによる情報やマッピングなどにまで及ぶ。これは必ずしも新しいデータの収集を要するとは限らない。さまざまなソースから既存のデータを集め、それを新しい方法で分析、提示することで、かなりの利益が得られ、多部門間の対応も可能にしよう。このアプローチによって、上記のA、B、Dの問題に対処できるかもしれない。

包括的な社会環境、物理的環境のモニタリング

国際糖尿病連合(International Diabetes Federation)は3年に1度、『糖尿病アトラス(Diabetes atlas)』を発行し、その中で世界中の糖尿病の有病率と合併症の要約統計をまとめている。本作業は次の2つの方向に伸展しよう。それは、この情報を各国内で人口の小集団ごとなどに提供する方向と、それに加え、糖尿病の上流の決定要因と糖尿病における不平等に関する情報、つまり都市中心部の歩きやすさ、食品小売店の分布、糖尿病のニーズに対するヘルスケアの分配など、要するに肥満を起こしやすい環境のモニタリングに関する情報を含める方向とである。これらのデータは、ある程度は既に存在し、まだ整理されていないか、まとめられていないだけだが、多くの低所得国については、新たなデータ収集が必要となるかもしれない(第5章)。

また、これをさらに拡張して複数の公衆衛生状態と必然的な関連性を持つ、我々の生活、食事、飲酒、喫煙、労働、運動や移動の仕方の傾向をマッピングおよびモニタリングすることも考えられる。このような情報は、分析枠組みの全レベルにおいて介入の指針となり、その焦点を定め、モニタリングする際に役立てられる。そのようなデータベースを維持するのが困難であろうことは事実であるが、これは低次よりも高次の集計レベルについてとくに当てはまる。例えば、都市や、とりわけ近隣地域のレベルでは、インターネットに基づくデータ収集システムを用いて、継続的にデータを分析して、その結果を政策決定者や一般市民に提供することが可能である。このアプローチは上記の A、B、D の問題に対処できるかもしれない。

コミュニティの記録

データは必ずしも統計学者、疫学者や行政官によって集められる必要はない。規制という手段を用いて健康の決定要因に取り組んでいるところでは、規制する必要性を裏づけし、適切に規制を施行するために、データ収集に公式統計を用いることが重要である。しかし多くの研究が示してきたように、一般の人々でも、自分達のコミュニティにある危険を特定し、その危険への対応を提案することが十分にできる。こうした地元の素人の知識を記録することが、コミュニティと協力して地元レベルでの健康を向上し、さまざまな種類の介入を試す、一つの手段になるかもしれない（第 13 章）。

この考え方をさらに発展させて、ほとんどの公衆衛生状態に共通してみられた社会的決定要因や介入の入口もその対象に含めると同時に、特定のコミュニティにだけ関連すると思われる、追加の決定要因も含む余地を残すことができる。こうして、上述の提案を地元レベルまで落とし込むことができ、そうすることで、高次レベルで集計すると公平性の観点が見失われてしまうことに伴う問題をいくつか克服できる。このような記録は、アクセスの欠如、サービス提供者の不適切な行為、治療の不公平な成果など、公式の情報システムが提供するのが難しいようなデータなどの情報のコントロールをコミュニティに託すことで、コミュニティのエンパワーメントにとって重要な役割を果たせる。このアプローチは上記の A、B、C、D の問題に対処しうる。

介入による有害な副作用のモニタリング

介入によって生じる可能性のある副作用を管理、モニタリングするには、主な関心領域以外におけるアウトカムの測定が求められるため、必要なデータが大きく欠落している。例えば、ポリオ撲滅キャンペーンなどのイニシアチブは、子どもの生存問題への注意をそらしていると非難されているが、実際これらのプログラムの評価に子どもの生存に関する指標の測定も含まないかぎり、その副作用の可能性についてエビデンスが得られないことになる（第 4 章）。

起こりうる副作用をモニタリングする問題には、より一層の注意と精巧さが求められる。優先すべき公衆衛生状態の分析枠組みの上位 3 レベルの決定要因に的を絞った介入については、その副作用は空間的、時間的にも隔たりがあり、より深刻で、それを予測して食い止めることもより困難になる可能性がある。いくつかの有害な副作用に関しては、そのリスクが予測できるので、それをモニタリングできる。また、別の場合には、ある部門における介入が、人々の健康に及ぼした悪影響が表面化する前に、別の部門において副作用を生むかもしれない。この後者の副作用を捉えるには、相関関係が分かっていない大量のデータに目を通す必要がある。その点では、クレジットカード会社やテロ対策機関が、大量のデータフローの中から、普通ではない出来事や、パターンや傾向の変化を検知する方法から、何か学べるかもしれない。このアプローチは上記の C、D の問題に対処しうる。

指標の選択

熟練の助産師は、適切なトレーニングを受け、病院など主要な産科合併症を管理できる施設のサポートがある場合に限り、妊産婦死亡率を低減することができる。そのため、熟練の助産師が介助する出生率という指標の有用性は、国による熟練した助産師の供給増加と、病院施設へのアクセス向上とが相関関係にあることに依存する。これは、おおむね事実のようである。しかし熟練の助産師が介助する出生率の増加がミレニアム開発目標の 1 つであるため、この目標に向けた前進を実証しなければならないプレッシャーを各国が感じ、そのために熟練した助産師の人数とサービスの質との関連性が脅かされるかもしれない（第 10 章）。

この例は、指標そのものがアウトカムよりも重視されてしまうような状況を表しており、単一あるいは少数の指標に依存するよりも、むしろプロセスとアウトカムに関する指標の両方を慎重に定める必要があることを強調している。さまざまな部門を横断する社会的決定要因に関する指標の選択は、より複雑になる。しかし適切にその過程が管理されれば、目的とされる複雑な社会的および健康上の成果を達成しながら、より幅広い参加とオーナーシップを促すことができる（16）。

健康の社会的決定要因と健康における公平性についての効果的なデータ収集、分析、プレゼンテーションは、それ自体ひとつの新しい分野とも見なせる。それは、健康に直接関係しない多くの異なるソースからデータを得て、それらを結合、分析し、何よりも聴衆に理解しやすく有用であるように結果を発表することである。この聴衆とは、通常の保健医療関係者の聴衆よりもさらに幅が広く、部門管理者、政治家、一般大衆などを含む。後者にはジャーナリストや隣人も含まれれば、その存在すら知らなかったり、決して会おうとは思わなかった近所の人なども含まれる。