

データがなければ、多くの場合、問題の認識も成立しない。健康水準とその分配、および健康の社会的決定要因に関する良質のエビデンスは、問題の規模の把握、行動の影響の評価、そして進歩のモニタリングのために必須である。

行動の根拠となるエビデンス

社会経済指標別に分類された死亡率や疾病率に関する基礎的データをもたない国々では、健康の公平性の課題を前進させるのに困難が生じることがこれまでの経験から明らかである。紛争中の国々も含め、健康問題が最悪の国々には、よいデータがほとんどない。多くの国には、出生や死亡を登録する基礎的なシステムさえない。出生登録システムがないことは、子どもの健康や発達のアウトカムに大きな影響を及ぼす。

健康の公平性、健康の社会的決定要因、そしてそれらを改善するのに効果的な手段のそれぞれについてエビデンスを一層強化しなければならない。残念なことに、健康関連の研究に対して与えられる研究費の大半が圧倒的に生物医学的な研究に焦点をあてたままである。また多くの研究は、ジェンダーに関する偏見も残している。（ランダム化比較試験と室内実験を頂点とする）科学的エビデンスの伝統的なヒエラルキーは、一般に健康の社会的決定要因の研究には適用できない。むしろ、エビデンスは、その目的に対する適合性という面において評価されるべきである。すなわち、研究課題に対して説得力のある答えを示すことができているかということである。

エビデンスは政策決定に影響を与えるものの一部分にすぎない。政治的意思や組織の能力もまた重要である。人々の健康に何が作用し、どのように階層的な健康格差が生じるかについて、政策立案に係わる人たちに理解してもらう必要がある。健康の社会的決定要因への取り組みはまた、現場の実践者の能力向上も必要とし、それには保健や医療従事者の養成カリキュラムの中に、健康の社会的決定要因に関する教育を組み込むことが含まれる。

地域別および国の開発レベル別の未登録出生児数（1000人単位）、2003年

地域	総出生数（千単位）	未登録出生児数、n（%）
世界	133 028	48 276 (36%)
サハラ以南のアフリカ	26 879	14 751 (55%)
中東および北アフリカ	9790	1543 (16%)
南アジア	37 099	23 395 (63%)
東アジアと太平洋	31 616	5901 (19%)
ラテンアメリカとカリブ	11 567	1787 (15%)
GEE/GIS およびバルト諸国	5250	1218 (23%)
先進国	10 827	218 (2%)
開発途上国	119 973	48 147 (40%)
後発開発途上国	27 819	19 682 (71%)

注：GEE＝中欧および東欧 GIS＝独立国家共同体

このグラフは、著者の許可を得て、Moser, Shkolnikov & Leon (2005)より転載した。

実践者

以上、委員会の勧告が求める主要な取り組みを提示した。ここで、それらを効果的な行動に移すことが誰にかかっているのかについて述べる。公共部門における取り組みを通じた政府の役割は、健康の公平性にとって不可欠である。しかし、政府のみが責任を担うのではない。健康の公平性のための真の行動を実現させるのは、むしろ、市民社会の参加と公共政策の立案という民主的なプロセスであり、それを支える地域や国際的なレベルでのサポート、効果的な健康の公平性対策に関する研究、民間の関係者との協力があってのことである。

多国間機関

委員会の主要な勧告の一つとして、健康の社会的決定要因に対する効果的な取り組みの促進と健康の公平性向上のために、政策立案と対策実施の両面において、多部門間の首尾一貫性を求める。多国間の専門機関や金融機関は、健康の社会的決定要因と健康の公平性に対する共同の影響を強めるために、以下をはじめとする多くのことが行なえる：

- ・ **国際的なモニタリングおよび取り組みにおける首尾一貫性**：健康の公平性を根本的な共通目標に採用し、開発の進歩をモニターするうえで共通の国際的な指標枠組みを用いる。
- ・ **首尾一貫性と説明責任を伴った財務**：援助金および債務救済の拡大を被援助国の政府による一貫した健康の社会的決定要因に関する政策立案と対策の支援に充て、健康の公平性と健康の社会的決定要因に関する業績指標の採用を被援助国の説明責任の重要条件とす

る。

・ *国連加盟諸国によるグローバル・ガバナンスへの参加の改善*：各加盟国および他の利害関係者による国際的な政策討論への公平な参加を支援する。

WHO

WHOは国際保健に関するリーダーとしての権限を委任されている。いまこそ健康の社会的決定要因への取り組みと世界における健康の公平性という課題を通じて、WHOのリーダーシップを強化する時である。これには以下をはじめとする広い範囲の行動が係わってくる：

・ *国際的および国内的な政策の首尾一貫性*：健康の社会的決定要因に関する能力向上および多国間システムにおけるパートナー機関との政策の一貫性を支援するような管理責任を担う。全ての主要な多国間討論の場において保健分野を代表できるように、国際的にも、そして各加盟諸国においても技術能力を強化する。健康の社会的決定要因に関する首尾一貫した政策と多部門連携による事業を開発するための仕組みを加盟諸国が確立することを支援する。

・ *測定と評価*：健康の公平性に関する目標設定と、それらの中核的な開発目標としたうえでの国家間および国内における健康の公平性に関する進歩のモニタリングを支援する。各加盟国における国内の健康の公平性に関するサーベイランス・システムの確立と、それに関連して各国に必要な技術能力の強化を支援する。健康の公平性への影響評価や、国の公平性測定基準などの他の健康の公平性評価に関連したツールの開発と応用を各加盟国が行なうことを支援する。定期的に世界の状況を評価するために、定期的に国際会議を招集する。

・ *WHOの能力強化*：本部事務局から地域事務局を通じて国事務局に至るまで、WHOの組織内部全体を通じて健康の社会的決定要因に関する能力を強化する。

国と地方の政府

健康の社会的決定要因と健康の公平性への取り組みを下支えするのは、正義、社会参加、多部門連携の原則に従う、権限を伴った公共部門である。このためには、とくに政策の一貫性、参加型のガバナンス、計画立案、規則の制定と施行、基準設定などに関連する、行政の中核機能および公共機関を国や地方のレベルで強化する必要がある。それはまたWHOの支援のもと、保健省が強いリーダーシップと幹事的役割を発揮することにもかかっている。行政が実施すべきこととしては、以下のようなことが挙げられる。

・ *行政を横断しての政策の一貫性*：健康と健康の公平性に取り組む責任を行政の最高レベルに与え、すべての省庁や部局の政策決定において一貫してそれを考慮する。各国の保健大臣は、それぞれの国の首脳や他の大臣の賛同を得るうえで極めて重要な役割を果たすのであり、それによって国際的な変革を促すことができる。

・ *公平性のための取り組みの強化*：すべての人々が保健医療サービスを受けられるように、

国民皆保険制度の確立に向けて漸進的發展を進めることを誓約する。行政の政策決定すべてにわたってジェンダーの公平性を促進するために、ジェンダーに関する中央部局を設置する。農村部における人々の生計、インフラストラクチャー投資、およびサービスを改善する。スラムを改善し、地域参加型の健康都市計画を強化する。完全雇用と適切な労働政策や事業に投資する。幼年期発達（ECD）に投資する。健康の社会的決定要因に係わる必須の保健医療サービスや事業を、支払い能力にかかわらず、すべての人に提供することを目指し、それを支えるものとして、国民すべてを対象とした社会保護プログラムも構築する。健康に危害を与える商品に関する国の規制枠組みを確立する。

・ *財務*：国際的な財政援助（援助金や債務救済）の管理を健康の社会的決定要因にもとづく行動枠組みを通じて、透明性のある説明責任を伴いながら、合理化する。累進的な国内税制の改善によって歳入を増強する。また他の加盟国と協働して、地域レベルあるいは国際レベルの新たな国際財源の提案をする。

・ *測定、評価、および訓練*：完全な出生登録制度の確立を目指す。また国の健康の公平性サーベイランス・システムを構築することを通じて、健康の公平性に関する行政横断的な業績指標を設定する。健康の公平性への影響評価をすべての主要な政策決定に標準プロトコルとして適用するための能力向上を図る。健康の社会的決定要因に関する研修を現場の実践者や政策決定者に与える。健康の社会的決定要因に対する一般認識を高める。

市民社会

人々が自分の生活している社会に包摂されることは、社会的な幸福と健康の公平性を下支えする物質的・心理社会的・政治的なエンパワメントにとって肝心である。グローバルなレベルからローカルなレベルに至るまで、市民社会の成員は、コミュニティの一員、草の根的な擁護活動家、サービスや事業の提供者、あるいは業績管理者としての役割を通じて、政策や計画を、すべての人の生活の変化と改善という現実につなげる橋渡し役をする。市民社会は、異なるコミュニティの多様な意見や発言を組織したり、支援することによって、健康の公平性の強力な推進者になりうる。これまでに列記した取り組みの多くは、少なくとも部分的には、市民社会からの圧力と鼓舞によって実現するであろう。また、一世代のうちに健康の公平性を実現していく際に、その一つ一つの間目標について、それが達成できたか未達成であるか、市民社会の注意深い観察によって記録されるであろう。市民社会は、以下のようなことを通じて、健康の社会的決定要因に対する取り組みにおいて重要な役割を果たすことができる：

・ *政策、計画、事業および評価への参加*：グローバルなレベルにはじまり、国内の多部門連携を経て、さらに地域レベルに至るまで、それぞれのニーズ評価、サービス供給、サポート提供などに係わりながら、健康の社会的決定要因に関する政策決定、計画立案、事業実施、そして評価に参加する。また、サービスの質、公平性、および影響を監視する。

・ *業績の監視*：スラムの改善やスラムにおけるサービス提供、正規・非正規の雇用状況、児童労働、先住民の権利、ジェンダーの公平、保健や教育のサービス、企業の活動、貿易協定、環境保護など、特定の健康の社会的決定要因について監視し、その結果を報告したり、それをもとにキャンペーンを実施する。

民間部門

民間部門は、人々の健康と幸福に、非常に強い影響力を持っている。委員会は、健康の公平性に取り組み際の公共部門のリーダーシップの極めて重要な役割を繰り返し強調するが、それは民間部門の活動の重要性を否定することを意味するものではない。しかし、それは民間部門の影響には有害性が伴うこともあることへの認識や、そのような影響を考慮して規制をする責任が必要であることを意味する。健康と健康の公平性に対する望ましくない影響を制御する傍ら、民間部門はその勢力でもって、人々の健康と幸福を向上させることに多くの貢献ができる。それには以下が含まれる：

- ・ *説明責任の強化*：国際的な合意、基準、雇用慣行に関する規範をそれぞれ認識し、それらに関する説明責任を果たす。雇用と労働の条件を男女公平にする。児童労働を削減あるいは撤廃し、産業衛生と安全の基準を順守する。雇用条件の一部として、教育と職業訓練の機会を支援し、とりわけ女性にとってのそれらの機会を重視する。民間部門の活動とサービス（たとえば救命医薬品の生産や特許取得、健康保険の提供など）が、健康の公平性を損なうのではなく、その実現に貢献するようにする。
- ・ *研究への投資*：顧みられない疾病や貧困病の治療の研究と開発に力を注ぎ、人命救助の可能性のある領域（医薬品特許など）に関する知識を共有する。

研究機関

委員会の中核にあって、そのすべての勧告の根拠となっているのは「知識」である。それは世界、地域、国、地方、それぞれから見た人々の健康状態に関する知識であったり、それらの状態に対して何ができるかについての知識であったり、健康の社会的決定要因を通じて健康の不公平を変えるためには何が効果的かということに関する知識であったりする。そしてさらに研究が必要とされている。しかし、単純に学術的な営みとしての研究だけではなく、新たな知識を生み出し、それを上記のすべての関係者に実践的でアクセスしやすい形で伝えるための研究が必要である。健康の社会的決定要因と健康の公平性への取り組み方に関する研究と知識は、研究者と現場の実践者の継続的な尽力に依存するが、新たな方法論にも依拠する。すなわち幅広い種類のエビデンスの認識および応用、研究過程に存在するジェンダーにもとづく偏見の認識、世界中に広がる研究情報ネットワークやコミュニティがもたらす付加価値の認識などのことである。この領域の関係者が実践できる行動には以下のようなものがある。

- ・ *健康の社会的決定要因に関する知識の生成と普及*：健康の社会的決定要因に関する研究に研究費を供給する。健康の社会的決定要因に関する指標や介入の影響評価方法の開発や試験を通して、国際健康観測所（Global Health Observatory）や多国間レベル、国レベル、地域レベルでの多部門連携をサポートする。オープン・アクセスの原則にもとづいて組織され、高・中・低所得国を含む、すべての国からのアクセスを向上させるように管理されるインターネット上のバーチャル・ネットワークや情報センターを確立および拡大する。低・中所得国からの頭脳流出の抑止に貢献する。研究のチーム構成、計画案、手法、実践および報告におけるジェンダー差別に取り組み、是正する。

一世代のうちに健康格差をなくすことは可能か？

「健康格差を一世代のうちになくすことは可能か？」というこの質問には、二つの明確な答えがある。もし私たちが今までと変わらずにいたら、その可能性はまったくない。しかし、もし変化を起こしたいという純粋な願いがあるのであれば、そしてもし人々の人生における可能性や健康が、偶然生まれた場所や、肌の色、両親の不遇などの理由で危害を受けることのない、より良いより公正な世界を作るという構想（ビジョン）があるのであれば、その答えは次のようになる：それに向けて大いなる前進が可能である。

この報告書全体を通じて示してきたように、私達にできることは確実にある。しかし、構造的な不公平を根絶すると同時により身近なところで人々の幸福を保障するためには、健康の決定要因のすべてを横断して、また上記の様々な分野を横断して、一貫した行動を実施することが必要である。これを達成するには、人生の初めに始まり、全人生経路（ライフコース）を通じて変化を起こすことが必要となる。一世代のうちに健康格差をなくすことをこの委員会が求めることによって、各国内に存在する健康の社会的勾配や各国の間に存在する劇的な差異が、30年の間に完全に解消されるとは予想していない。しかし、健康が改善する速度と、そうした変化を実現させるのに必要な手段との双方について、この最終報告書の中で提示されたエビデンスは、現存する格差をかなりの規模で低減することが実際に可能であるという希望を私達に与えてくれる。

これは長期的な課題であり、今すぐの投資を必要とし、社会政策、経済秩序や政治的行動の各面で大きな変化を伴うものである。この行動の中核には、現在、公正な分配を受けていない人々、コミュニティや国々のエンパワメントを据えるべきである。変化を起こすために必要な知識や手段は整っていて、ともにこの報告書にまとめられている。今必要なのは、これらの極めて難しいが、実現可能な変革を実施する政治的意思である。もし行動を起こさなければ、それは今後何十年もの間、我々全員の肩にかかっていた責任を果たさなかったという大規模な失敗として記憶されるだろう。

**健康の社会的決定要因に関する委員会の見解では、
健康の不公平性を低減することは倫理的義務である。
社会的不正義のために多くの人々が殺されている。**

Appendix VI.

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

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

Pablo Neruda

私とともに立ち上がり、悲惨さの仕組みと闘おう
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が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/ghcg/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索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わかるように願う。

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 Campion、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 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¹。

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 最も困窮した人々のみ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²。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、リソースの不正のためであると結論づけた³。

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⁴。

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 (人口パーセントイル)

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⁵

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⁶

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だけである⁷。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⁸。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⁹。そして、健康の不平等に関係する 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¹⁰。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¹¹。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