

-
- ¹⁴ 未発行の統計、ユニバーシティ・カレッジ・ロンドン(UCL)疫学公衆衛生学部 IMPACTsec 研究チーム提供
- ¹⁵ Waldfogel J (2004) 社会のモビリティと人生の転機と幼少期、CASE Paper 88、ロンドン: ロンドン・スクール・オブ・エコノミクス
- ¹⁶ Waldfogel J (2004) 社会のモビリティと人生の転機と幼少期、CASE Paper 88、ロンドン: ロンドン・スクール・オブ・エコノミクス
- ¹⁷ Feinstein L (2003) 1970年コホート研究における、英国の子供の幼少期の認知発達における不平等、*Economica* 70: 3-97
- ¹⁸ 国家統計局の長期研究
<http://www.ons.gov.uk/about/whowe-are/our-services/longitudinal-study>
- ¹⁹ Bethune A (1997) 「失業と死亡率」Drever F, Whitehead M 編、健康の不平等: 10年分を補足、ONS Series DS no. 15. ロンドン: The Stationery Office: 156-167
- ²⁰ Wilkinson R, Pickett K (2009) 精神のレベル: 社会がより平等になると、ほぼ必ずうまくいくのはなぜか、ロンドン: Allen Lane
- ²¹ Jones F, Annan D, Shah S (2009) 世帯収入の再分配、1977~2006/07、*Economic & Labour Market Review* 3 (1): 31-43
- ²² Bird D (2009) 政府顧問は公共投資をイングランドの緑の街へ緊急にシフトするよう求めている。ロンドン: CABE. <http://www.cabe.org.uk/press-releases/public-investment-to-green-cities>
- ²³ 環境・食料・農村地域省(2007) 身近な持続可能な発展の指標 2007 -
http://www.ltnetwork.org/SITE/UPLOAD/DOCUMENT/defra_sustain.pdf pp. 97
- ²⁴ NHS 情報センター(2009)、子供の身体測定为国家プログラム: イングランド、2008/09年度、DH/DCSF.
<http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-datacollections/health-and-lifestyles/obesity/national-child-measurement-programmeengland-2008-09-school-year>
- ²⁵ <http://www.london.gov.uk/thelondonplan/> および <http://www.nwregionalstrategy.com/>

公平な社会、健康な生涯
マーモット・レビュー (The Marmot Review)

第5章 実現に向けて:

社会的勾配に伴う健康格差の解消の実現および
モニタリングのためのフレームワーク

Fair Society, Healthy Lives
The Marmot Review (2010)

Chapter5 Making it happen: a framework for
delivering and monitoring reductions in health inequalities along the social gradient
<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」

第5章

実現に向けて：社会的勾配に伴う健康格差の解消の実現およびモニタリングのためのフレームワーク

5.1 実施システム

本章では、社会的勾配に伴う健康格差の縮小を実施における具体的な役割および責任について考察する。中央政府および地方自治体、NHS(国民保健サービス)、第三セクター、教育システム、民間セクター、個人、家庭やコミュニティなど、それぞれが健康格差の縮小および第4章で概要を述べた介入や提案の実施において大きな役割と責任を担っている。

本章において基本的な実施に関する提案は、太字で強調した。提案は各所からのフィードバックを受けて構築されたものである。当報告書特別チームからの報告、審査委員会への相談に対する返答、当報告書チームが出席した全国各所のさまざまな会議、セミナー、ワークショップなどのフィードバックなどが含まれる。こういった公式、非公式な相談の結果から、実施システムにはより一層の柔軟性が求められていることが示唆された。具体的には、政府が明確で一貫性のある戦略的方向性および前向きな目標を定めるとともに、地方のパートナーに対し、大衆やコミュニティの参加で地元コミュニティ先導による健康格差対策を見つける上での手助けをすることなどを指す。また、各地方におけるモニタリング指標および目標は、全国的に同様のものにしておく必要がある。

当報告書チームと北西部地方およびロンドンの2つの主要な地域連携に関する詳細についても述べていく。この連携の目的は、実施にあたり模範となる地域のパートナーとの協力、および当報告書チームがそこから学んでいくことである。

また本章では、目標の設定、および当報告書の提言の根拠となる結果・アウトプット・プロセスを示す指標を確立し、調査および評価に取り組むために必要なフレームワークを提示する。

5.1.1 全システム・アプローチを取る

第3章では、最近の健康格差縮小のための戦略からこれまで学んできたことについて検討した。システムの1カ所への介入のみに依存する戦略では、格差のパターンに必要な変化をもたらすには不十分である。組織と人々が全国、地方、地域、個人のそれぞれのレベルにおいて、協力して活動を行なう全システム・アプローチが必要である。全国および地方レベルは、以下の事項に関わるものである：

- さらなる社会的公正および持続可能性の必要性、また権力と資源の再分配に関する政策への影響、および財政制度の改善
- 国民皆保険・福祉制度の維持と改善に向けた政策
- 個人やコミュニティ、一般市民が自らの生活を管理し、発言権を持つ状況を公共サービスが作り出し、その促進を可能にする戦略や政策

地域レベルでの重点は以下の部分に置かれるべきである：

- 個人やコミュニティが地域の問題を明確化し、地域での解決策を見出すための変革計画を設定するきっかけ作りをする
- コミュニティおよび個人にとってより良い結果を生み出すことを目的とし、一般市民と共同で立ち上げた質の高い総合的な地域サービスの発展、委託、改善を行うこと
- 健康格差に取り組むための連携を作り出す上で、これら地域レベルと組織間の適切なつながりが不可欠であり、また、地域コミュニティへの権力と資源の移行も必要である

5.1.2 市民のエンパワーメント：コミュニティベースの解決を保証する

公共サービス機関に支えられた市民およびコミュニティの参加なくしては、介入を浸透させ、健康格差に影響を与えることは困難である。⁵⁴⁰ また、民間セクターも重要な役割を果たしている（その一例は、セクション5.1.7を参照）。この目標を達成させるために、コミュニティ参加の方法は、従来の慣例的な簡易相談のようなものを越えて、問題を明確化し、それら問題に対処するコミュニティとしての解決法を構築していく上で、個人が連携した形で参加する必要がある。

コミュニティの介入内容は以下の目的のためであること：

- 社会的公正の原則に基づいた、活動的で持続可能なコミュニティを構築する。これは権力構造を変革することで障壁を取り払い、市民が自らの生活に影響を及ぼす問題に参加することを可能にするためである。⁵⁴¹

このアプローチの促進は、政治、市民、公共サービスの指導者にとって、個人やコミュニティが自らの生活の主導権を持ち、人生を通じて広範な権限を発展、維持していくことを可能にする環境の創成、という新たな課題が設定されることを意味する。⁵⁴² この課題は図5.1に図示し、続いて提案を示す。

図 5.1 今後の実行シナリオ

Strategic Direction

戦略的方向性

Reduce health inequalities and improve wellbeing for all

健康格差の縮小、すべての人の社会福祉の向上

Increase disability free life expectancy and reduce inequalities across the social gradient
無障害健康平均寿命の増大、社会的勾配に伴う格差の縮小

Delivery Systems

実行システム

Improved cross-governmental action with dedicated leadership, secretary of state and executive team

専任の指導者、大臣、組織運営チームによる改善された交差型政府活動

Integrated delivery through greater civic participation, third and public sector partnerships
市民参加、第三セクターや公共部門との提携を通じた総合的な実践

Integrated action to deliver on the social determinants of health
健康の社会的決定要因に対する総合的な活動の実行

New model of political, civic and public sector leadership grounded in local democracy + whole system thinking

地域民主主義と全システム思考に根ざした新しい政治、市民、公共部門の指導者モデル

New roles for third and public sector in creating conditions where individuals and communities take control

個人やコミュニティが主導権を持つ環境づくりにおける第三セクターおよび公共部門の新しい役割

Comprehensive and scaled up health equity strategies based on social determinants of health.
Downstream and Upstream action at population level, community level, personal level, to address health and wellbeing across the gradient.

健康の社会的決定要因に基づく総合的かつ拡大型健康格差解消戦略。社会的勾配全体における健康および福祉問題に取り組んだ集団レベル、コミュニティレベル、個人レベルでのボトムアップ型およびトップダウン型アクション

Evidence Base

実証ベース

Interventions based on best available evidence focussed on social determinants of health
健康の社会的決定要因に着目した現時点における最適な実証に基づく介入

Systematic evaluation of interventions

介入の系統的評価

Value Base

価値観ベース

Equality and health equity in all policies promoting fairness
公平性を推進するあらゆる政策における平等と健康の公平性

Evaluation of the impact on health equity and fairness
健康における公平性と平等に対する影響の評価

Source: Adapted from a model in Bernstein et al

- 政治、市民および、公共サービスの管理者レベルの指導者は、人々やコミュニティが豊かな生活を送るための主導権を持つ環境づくり、および社会的勾配全体にわたり、健康寿命を伸ばすとともに健康寿命の格差縮小に重点を置くべきである。

5.1.3 政府の役割

政治的リーダーシップ

第3章では、政府機関の横断的協力の不足が健康格差への取り組みの上で大きな課題となるということを述べた。健康の社会的決定要因に対する責任は政府全体にあり、健康格差の縮小において、その課題の範囲や複雑性を軽視することはできない。このような状況において、当報告書は健康格差への対処のために、政府を横断した明確な権限を有する強力な政治的リーダーシップを保健大臣を介して配することが必要であると提言している。この政治的リーダーシップは、全体的権限と責任を持つ一元化した指導者の指示の下、政府機関を横断した総合政策の推進のために、すべての関係政府機関と協力体勢にある多能な人材による合同チームの任用に支えられたものであるべきである。

- 健康格差に関わる分野横断的な政治的リーダーシップは、保健大臣の主導的責任のもと閣僚レベルに与えられ、こういった組織横断型の行動計画を実行するべく、政府全体における他の大臣たちと協力体勢を持つ。
- 多能な人材による分野を横断した合同チームは、単独指導者の下に政治的リーダーシップを支えるべきである。

各部門のリーダーシップ

主要な部門のリーダーシップの課題を考慮する上で、政府全体にわたる広い当事者意識を持つためには分散型モデルが有効になり得るが、そこには責任の消散というリスクが伴う。そのため当報告書は、健康の社会的決定要因に基づく健康格差課題への取り組みにあたって主導的な役割は保健省が担い、その他関係省庁についてもそれぞれが担う役割と貢献を明確にすることを提案している。また、すべての政策や戦略が健康格差影響評価の対象となるという明白な条件も設定されるべきであり、こういった取り組みにより、該当する活動のしっかりとした基盤作りを可能にしている。

- 健康格差に関しては、保健省が先導的役割を担うべきである。その他関係省庁は、健康の社会的決定要因に基づく健康格差縮小に向けた明確な戦略的役割を策定すべきである。
- 国や地域の政策および戦略は、健康格差影響評価によって定期的に精査すべきである。

当報告書での協議の結果より、政府の役割として、影響力に基づいた一貫性のある強いリーダーシップの発揮が強調された。全国レベルで定められた目標の方向性については、その目標が意図する戦略的方向性を利用し、支持するために慎重に考慮された方策に限定される必要がある。また一方で、政府や地方自治体が健康の社会的決定要因にまつわる広範囲な戦略的計画に着目した形での、より分散したリーダーシップを求める主張も存在する。このフレームワークは、地域における実行システムに対するより前向きなアプローチへの動きと、全国的なお仕着せの目標からの脱却を支持するものである。そうすることで、地域の提携機関がその地域の問題に対するその地域に適した解決方法を自由に見つけられるようになり、そこから説明責任も生まれてくるようになる。⁵⁴⁴

実行機関における健康格差を生み出す社会的要因の重要性に対する認識の向上は、保健省、地方支分部局および戦略的保健当局にとって中心的な任務でなければならない。その取り組みを通じて、関係実施機関がより効果的な介入計画を立てることができ、(第3章で述べたような)単に個人の行動やライフスタイルに注目したプロジェクトに陥ることを防ぐことができる。

健康格差の縮小は、プロジェクトに対する新たな資金拠出に頼るのではなく、主な歳出を利用することが一番であるということを政策の重点に据える必要がある。また、介入は健康影響評価を組み合わせた、実証に基づく評価のフレームワークとともに実施されるべきである。これらの活動を起こすことで、政策の効果および将来的な展開に対する正負の投資に関して市民が論議できるようになる。発足された原則は、共同制作と市民参加の奨励、および主導権を中央から人々やコミュニティへ移行する協約に基づいた地域展開を支持し、地元における活動や実施を支える新しい役割および全国的な活動の創成に努めていくものである。

- 政府およびその政策では、健康格差に対処する明確で広範囲な戦略的計画に重点を置き、短期、中期、長期的な目的を定めるとともに、その地域の問題の明確化且つ対処において地域の活動の促進、支持に努めるべきである。

補助的な実施

健康格差全国支援チームに類似したモデルに基づいた支援システムを策定することにより、優良事例をすばやく普及させ、認知度が低い、もしくは専門家が不足している地域や、全国的フレームワークや地域の期待値を満たすことのできていない地域に対する支援を広げることを可能にする。

5.1.4 NHS(国民保健サービス)

このセクションでは、初期医療トラストの公共医療サービスにおける監督官としての貢献度、NHS

トラスト、初期および地域医療サービス、精神衛生サービスの各役割について考察していく。

事例研究: コミュニティ間の連携協力

リバプールのマージーサイド消防救急サービス(MFRS)は、過去10年間にわたり、『より健康で安全なコミュニティの推進』のためにその役割を拡大してきた。この目標は、対象集中型および全体型などさまざまなプログラムやサービス、また120の公式なパートナーシップ、80の非公式なパートナーシップを通じて遂行されている。

同団体では、一般的なサービスとしての家庭の火災安全点検、無料の煙探知機設置、避難経路の相談、火災の危険要素の点検、などといった家庭の防火点検へとサービス範囲を広げている。この訪問点検によって、コミュニティ火災安全チームが結成され、家庭の防火点検で要注意とされた家庭への訪問を行っている。また、同チームが社会福祉サービスや住宅協会などの連携組織に照会することも多い。MFRSでは、これまでに40万戸以上を訪問している。より対象集中型の対策としては、特定の地域に関しての専門知識をもつチームにより、アルコールや薬物依存者支援、障がい者および高齢者支援などを含む、もっとも支援を必要とする人々に対しての個人的なサービスの提供を行なっている。

若者向けには、10のプログラムが行われており、健康的なライフスタイルやフィットネス、性教育、薬物やアルコールに対する啓発活動、交通安全に対する啓発活動などの促進などに重点を置くものが含まれる。中でもひとつのプログラムとして、FSN(火災支援ネットワーク)ケージボール(訳注: 室内サッカーの一種)は、地元の若者の運動不足を解消し、反社会的行動を減少させることを目的としている。同プログラムにはほぼ6千名の若者が参加した。

最後に、MFRSでは、コミュニティの消防署を創設するためのプログラムを実施した。これら設備には、構内の無料のジム、庭園およびガーデニングプロジェクト、コミュニティルーム含まれている。

MFRSには、スタッフやその家族に提供された広範囲なサービスに対して健康的な職場賞(Healthy Workplace Award)が授与された。また、同サービスでは積極的な健康教育やスタッフの健康的な生活を指導する従業員支援プログラム(Employee Assistance Programme)を実施している。その結果、疾病率は、1994/95年の年間19日間から、2008/09年の年間5.5日間へと減少した。

同団体の成果は最近、健康格差減少に対するビーコン賞の受賞により認められており、またそれ以前にも「高齢者サービス」や「危険な状態にある子どもたちに対する早期介入」に対してそれぞれビーコン賞を授賞している。

NHS初期医療トラスト

NHSは、健康増進、疾病予防、健康管理に関する政策やプログラムにおいて重要な役割を果たしている。現存する健康状態における社会的不平等のほとんどは、医療サービス制度のあり方に起因するものではないものの、健康状態における不平等の縮小において医療サービス制度が果たすことのできる役割がないわけではない。実際、健康における社会的不平等への取り組みにおいて医療サービス制度は、さまざまな形で極めて重要な役割を果たす可能性がある：

- 地域の自治体や第三セクター、民間セクターなどとの提携による、世界水準の患者中心の総合的公共医療サービスを人々やコミュニティと共同で手がける上で協力を求める。
- 公正なNHSに権限を与え、健康状態において現存する不平等の原因となっている医療サービスにおける不平等に対処することによって、制度自体を立て直す。
- 個人および集団レベルにおける健康状態に系統的に対応することによって、恵まれない環境で生活や成長することに起因する健康被害（つまりは、広い意味での健康の社会的決定要因に起因する健康被害）の予防や改善のためのサービスを優先して導入する。
- 歳出バランスを救急治療から初期医療および予防治療、「上流への」介入へと大きく移行させる。
- 健康における不平等の縮小のための、情報に基づいた活動を他のセクターが行う上で影響を与える支持者および推進者としての役割を果たす。
- 健康増進のための最適な介入方法を特定する上で、市民参加による評価や調査を行う風潮を推進する。
- 職員の配属から食事に至るまで、実効的な任命およびその他の優れた『企業市民』としての役割を果たすことを通じて、地域の雇用や経済といったさまざまな健康の社会的決定要因に対して直接的な影響を与える。⁵⁴⁵

NHSトラスト

医療サービス制度には、その他にも地域の雇用機会の改善や、貧困地域の地域経済に積極的に影響を与えるような努力をすることなど、より広範囲において健康の社会的決定要因に直接的な影響を与えられる方法がある。

これらすべての問題については、イギリス国内の地方においていくつかの有望な取り組みが実証されている。

- 患者の収入増加による貧困問題への取り組み。広範囲な貧困撲滅戦略の一環として、特に初期医療に関わる複数の医療関連組織によって、社会福祉給付の受給に関するアドバイスを医療現場で行う試みが行われてきている。この試みは、(第2章で述べた)精神的・肉体的健康と所得の不平等や負債、物理的貧困の関連性に直接的に対処しようとするものである。

546

- 職場環境の改善。NHSトラスト内において、効果的かつ適時の労働衛生サービスによってス

スタッフを支援する中で、スタッフの関与を最大化し、ストレスを軽減するような組織文化を作り出す。こういった取り組みは、費用効果が高いたくだけではなく、すべての雇用者にとっての規範となるものである。NHS健康と福祉のための審査委員会(ブアマン審査委員会)の最終報告での提言は特に関連が深い。病気欠勤の発生率およびその期間の減少に加え、NHSスタッフに対する初期予防を通じてスタッフの健康格差が対処されていることを保証するためにも、ブアマン審査委員会の効果が強調されるべきである。

- 失業に対する取り組み。最近、公共医療サービスの就労に関わる潜在的に大きな貢献について、政府が繰り返し触れている。中でも特に、人々の健康状態の回復もしくは管理を支援し、仕事復帰を可能にするための医療リハビリサービスの強化の重要性が強調されている。
- 地域経済活性化。NHSの購買力を利用し、主要な雇用主としての地位獲得を支援することにより、医療セクターは直接的に貧困や失業を減少することができる。この取り組みは、NHSおよび公共部門が甚大な経済的重要性を有しているという認識を前提としたものである。もしこの購買力をもっとも貧窮しているコミュニティの地元企業の支援に利用できるならば、該当のコミュニティにおける健康の増進だけではなく、より広範囲な社会的統合や平等にもメリットを与える可能性がある。⁵⁴⁸

事例研究:ヘルスワイズ・ハルのパトリックの事例

ヘルスワイズ・ハルとは、地域の健康および福祉の向上を目指し、3,000人の対象者の中から300名を、コミュニティ内の一人ひとりに健康的なライフスタイルを取り入れてもらうための地域の健康リーダーとして教育することを目指した「地域開発プログラム」である。同プログラムには2つの認定コースがあり、両プログラムを修了した元パラシュート兵のパトリックはその恩恵を受けたひとりである。パトリックとその家族にとってこの研修は、自らの保健行動を振り返り、生活を改善する方法について考える機会となった。コース自体は、健康的な食生活、禁煙、運動、精神的安定などに重点を置いたものであったが、同時に参加者に対し、そこからの教訓を自分たちのコミュニティの人々にも実践してもらうことを自主的に主導していくよう奨励している。パトリックはまさにその証明として、自らのコミュニティで545人の人々の健康的なライフスタイルへの努力を支援してきた。

パトリックは、コミュニティ健康リーダーとして健康的な食生活、運動、禁煙の指導と支援を通じ、コミュニティのメンバー内に強い絆を確立した。彼は以下のように説明している。

「私は自分の言葉で人々に話しかけるようにしています。....自分自身が教わったことを伝えるのです。変わると、こんな風になるよ、ということをお授けしています。」

パトリックは、小冊子やパンフレットをなどさまざまな方法を用いてコミュニケーションを行なっているが、個別にカスタマイズされたプログラムを行うほうが良いと述べている。

「まず、皆さんに日記をつけてもらいます。そして、面接をして『この部分かその部分を変えてみましょうか』と言うのです。その後は、連絡を取り合い、必要な時には支援するようにしています」

最初にコミュニティ健康リーダーの研修を受け、コミュニティ健康リーダーとしての経験を積んだことにより、パトリックは継続教育を受けることができ、有給の職にも就くことができた。パトリックは現在、健康管理トレーナーとして働いており、ヘルスワイズ・ハルのコースを受講したおかげで、自分のキャリアの方向性と健康に関わる行動がポジティブに変化したと考えている。

「私の家族も変化しました。タイミングがよかったのだと思います。この2つのコースで私たちの人生が変わったのです」

初期医療と地域医療サービス

現在、一般医師は、地域医療サービス、歯科医師、薬剤師、眼科医師などといった他の多くの初期医療サービス同様に、健康格差の社会的決定要因への取り組みを自らの本業として捉えていない。⁵⁴⁹ しかしながら、健康格差を初期医療の通常業務の一部として優先することは可能であり、そうすることで、現在の一般医師の契約およびその他の独立業者や地域医療サービスとの契約内容にも影響を与える可能性がある。

患者のエンパワーメント

多くの政治的取り組みによって、患者をNHSおよび初期医療の中心に据えようという努力が行われてきており、これらの取り組みにおいても健康格差の縮小に重点を置くことができる。患者の専門的プログラムにおいては、ヘルス・リテラシー・プログラムを拡大し、慢性疾患の管理における専門知識を最大限に活用して患者の支援を行っている。このようなプログラムの評価は、自己管理能力やヘルスリテラシーの向上において患者、その家族およびNHSへもたらしたメリットが実証されている。⁵⁵⁰

また、「社会的処方」も、患者とコミュニティ内における医療以外の支援元とをつなげる仕組みとして利用されてきている。⁵⁵¹

地域の健康管理トレーナー、コミュニティ健康リーダー、地域開発事業を利用した取り組みにおいても、個人が自らの健康および福祉に関して、参加し主導権を持つことを支援する前向きな兆しがみられる。健康格差に関するこういった革新的取り組みの影響は、これから評価されるものであるが、このアプローチは、患者や市民の大きな参画を促進し、ヘルスリテラシーの向上や、健康や福祉の改善を支援するものである。その一方で、偏見のために軽視されたり、医療サービスの利用はできるものの一貫したサービスを受けられない、あるいは初期医療や地域医療サービスをまったく受けられないような個人やグループも存在する。⁵⁵² この現状は、患者の移動手段や、雑

然とした生活、偏見、また患者の能力などが著しいバリアとなる点において、医療ニーズに応えるサービスの提供の上で大きな課題を提起しており、彼らのような社会的に疎外されたグループに対応する包括的な戦略が不足しているように思われる。こういった問題は、初期医療および地域医療サービスにおいて、より包括的な業務方法を構築することを目指した業務改善モデルを利用することにより対処することができるかもしれない。⁵⁵³

事例研究：シェフィールドにおける健康改善を目指した冠動脈性心疾患に関するリーダー育成に向けた東南アジア人タクシー運転手との協力活動(CABS)

あるメディケア(高齢者医療制度)とシェフィールドNHSが協力し、患者の検査、サービスへのアクセス促進、およびエンパワーメントを通じて健康格差を縮小する新しい方法に着目した。同プロジェクトでは、冠動脈性心疾患(CHD)および糖尿病の高リスク群と特定され、地域の健康格差監査報告によって医療サービスへのアクセスに困難を伴う状況が確認されている、東南アジアのタクシー運転手を対象と設定した。

地域のリーダーの協力のもと、既存の連絡先を通じて特定された多くの運転手たちを半日の相談会という形で招致した。その後、運転手の中心グループを対象にCHDの2日間にわたる研修を行い、これらの受講者が同プログラムの「健康リーダー」となった。

運転手に検査を周知するため、ミーティングはシェフィールドタクシー事業者協会の協力で実施された。「リーダー」たちも他の運転手へのチラシ配布に参加し、検査の機会についての告知は、地域のタクシー無線システムで行われた。

80名のタクシー運転手が、シェフィールド市一般医療センターで心血管検査を受けた。健康診断では、身長、体重、体格指数(BMI)、血圧の測定も行われた。その他、「ワンストップ」検査として血糖値、コレステロール値、肝機能、腎機能についてもその場でチェックを行い、健康改善のためのアドバイスも提供された。

内20名が、上位20%以上の高リスク群とされ、追跡検査が必要とされた。4分の1の対象者のBMIが30以上(健康値よりも高い)であることが確認された。また、検査日に参加した対象者の4分の1が喫煙者であったため、禁煙のアドバイスが行われた。

30名の再検査予約者のうち、出席したタクシー運転手は20名であった。さらに治療が必要とされた運転手に対しては、かかりつけ医またはシェフィールド市一般医療センターの医師の診察を受けられるよう手配された。全対象者がサービスに満足したという結果であった。

さらには17名の運転手たちが、その大部分は初代「リーダー」たちの働きを通じてプロジェクトの参加のため募集された。また、次に行われた検査では、98名の運転手が検査を受診した。

このプロジェクトの重要な成果の一つは、プロジェクトに参加した運転手たちの生活に影響を与えたこと、そしてプロジェクトを離れた非公式な形で、彼らが東南アジア人コミュニティの人々に対して血管疾患に関わる認知や活動を促進していることである。

集団の視点から見た一般医療

2004年以降、初期医療の一般医療においては「医療の質と成果のフレームワーク(QOF)」が実施されている。これは、一般医療サービス(GMS)契約の一部であり、さまざまな慢性疾患に対して行われた質の高い治療と報奨金を結びつけるものである。2007年から2008年にかけて、平均的な一般医療は、NHSへの負担額11億ポンドに対し、QOFから12万ポンド以上の収入を計上している。QOFの目的は、質の高い医療に対して報酬を与えることで、患者が受ける治療の質の向上することにある。しかし、現在のシステムでは、特定の医療対象人口の全体を網羅することなく、最高点に到達することが可能である。臨床および患者全般にわたって、登録患者全員における患者体験や追加のサービス分野に対する報酬は行われていない。このことが潜在的に意味することは、サービスの届きにくい人々やもっとも必要としている人々に対する医療については、QOFと関わりを持っていないということである。QOFは、その他のデータソースと結びつけることにより、登録患者の系統的なモニタリングシステムを可能にし、診察ベースによる集団の視点を取り入れ、予防により重点を置いていくなど、非常に有効な手段となる可能性秘めている。

事例研究:プロムリー・バイ・ボウ・センター

プロムリー・バイ・ボウ・センター(BBBC)は、ロンドン東部のタワー・ハムレットにある大規模な慈善施設であり、教会のコミュニティグループとして、25年前に地元のアーティストのための賃貸料なしのスペースとして開始し、後に保育施設となったものである。現在は、地域の一般医診療所、社会事業、子どもセンター、健康生活センターが入居し、社会的弱者の成人に対する成人教育コースや公共医療サービスを提供する他、地域アウトリーチプログラムなど、さまざまなアドバイスサービスを行なっている。センターには約1万6千平方メートルのメインの施設があり、そこで多くのサービスが提供されており、さらには地元コミュニティの資産としての地域の公園の修復も行っている。また、2カ所に支所を持ち、一般医診療所およびコミュニティでの出張サービスを提供している。現在でも数名のアーティストがセンターにスタジオを構えており、プロジェクトの講師として活動している。

BBBCの活動には以下のようなものがある。

- 禁煙、ウォーキンググループなどから、水泳やヨガの教室まで、さまざまな健康、福祉、運動に関するアドバイスやクラスの提供

- 成人、身体的障がいや学習に障害を持つ人を対象とした保健サービスや自己啓発コースの実施
- ESOL(英語を母国語としない人向けの英語クラス)や職業訓練コース、家族学習コース。
2007年から2008年にかけて、全国平均を超える80パーセントの学習者が資格を取得し、79名の学習者が、保育、社会医療、もしくは顧客サービスの職業訓練コースを終了後、就職または長期のボランティア職を獲得している。BBBCはタワーハムレットにおいて3番目に大きな成人教育施設である。
- 福祉、雇用、住居、負債に関する支援サービスおよび、福祉手当受給手続きや借金や住居問題への対処、職探しや就職活動に関するアドバイスや実用的支援、地元の登録社会地主であるポプラーHARCAとBBBCとの協力による住居に関する支援の提供
- 子どもセンター。同センターでは、医療サービス、保育に関するアドバイス、家族学習コースなども実施。
- 社会事業の設立支援。ビヨンド・ザ・バーン・プログラムでは、2005年の創設以来、27の社会事業設立を支援している。そのうち21の事業では運営に成功し、新たに100以上の職を作り出した。

すべてのサービスがセンター内で提供されており、一般医や相談員、講師、保育士などさまざまなサービスのスタッフが協力し、利用者が必要なサービスを確実に受けられるようにしている。一般医から、センター内の健康や運動のコースへの紹介だけでなく、その他の相談や支援サービスへの紹介も通常に行われている。

同慈善事業の収益は400万ポンド以上に上り、常勤、非常勤を合わせて100名のスタッフを雇用、利用者は3,000名にのぼり、主要な地元の関係者と広く連携を取っている。また、BBBCは、センター近くに拠点を置く一般医やコミュニティ内のプロムリー・バイ・ボウ教会、ポプラーHARCAなどの主要なパートナーの他、地方自治体や地域の初期医療トラスト(PCT)、高等教育および継続教育機関、その他の登録公営住宅地主、さらに多くの小規模コミュニティや第三セクターグループともパートナー関係を結んでいる。

BBBCは、地域再生のための社会事業アプローチの模範的ケースとして国際的にもよく認知されており、特にその包括的サービスの効果的な実施について評価されている。同センターのプログラムについてはプロセス評価調査が数多く行われ、その独自性と革新的なサービスが高く評価されている。そういった調査には、地域再生における評価や、地域経済に与えるセンターの影響の定量化を試みた調査、高齢者との協力を評価したものなどが含まれる。

詳しい情報は、www.bbbc.org.ukを参照されたい。

健康格差への取り組みとして予防に重点を置く

前述のとおり、初期医療は、開業医のレベルでの集団検診など、広い範囲での予防的サービスに貢献することができる。調査により、社会経済的地位の低いグループの人々は、がんの診断がより後期の段階で行われていることが示されており、それがその後の治療方法の選択肢や予後にも影響してくる。社会経済的貧困は、検診参加の有効な予測因子でもある。直腸結腸検診やその関連検査の受診率は、貧困群において低く、乳がんや子宮頸がんにおいても同様の結果が報告されている。⁵⁵⁵ このことはつまり、より特化した取り組みが必要とされているということであり、それがうまく実施され、貧困層の人々やグループを対象に予防および早期治療実施のメカニズムに組み入れていくことができれば、健康の改善につなげることができる。その一例がNHSシェフィールドCABSプロジェクトである。¹⁵⁵ ページの事例研究を参照されたい。

初期医療、労働衛生、仕事

初期医療が患者の雇用においても重要な役割を果たすことは、デーム・キャロル・ブラックの健康と仕事に関する考察⁵⁵⁶でも強調されているとおりである。従来、一般医や初期医療スタッフは、労働衛生に関しては基本的な研修しか受けていなかったが、それが雇用につながる場合には患者のための支援を拡大する可能性がある。現在、英国全土において国による教育プログラムが展開されており、仕事と健康に関わる臨床的な問題に対処する一般医の能力と自信の向上を目指している。雇用への関与を促進する継続的な支援が不可欠であることは、政策目標Cで提示したとおりである。

コミュニティの関与

サービスの提供を影響因子とした健康格差の縮小において、コミュニティの関与は、重要な手段となり得る。これについては、小規模な地域でうまくいく場合が多く、初期医療サービスの関与が不可欠である。コミュニティが受けるメリットは初期介入の範囲を超え、参加者が増えることにより、各市民が能力や自信をつけることにつながり、実生活に多くのポジティブな変化をもたらすことができる。⁵⁵⁷

その他のコミュニティの関与モデルには、健康生活センターの取り組みなどがある。そこでは、地元の人々に参加の機会を与え、社会資本を増強し、サービス提供場所の共同化によって経済的なメリットが生じる。⁵⁵⁸ しかし、こういった取り組みは、地域コミュニティに組み込まれたものであるべきであり、大規模な中央主導による展開の結果として行われるべきではない。包括的なプログラムおよび活動によって地元活動の中心を創成することは、2009年に当報告書のために⁵⁵⁹が行われたハックニー、マンチェスター、バーミンガムでのフォーカスグループの調査において、重要な取り組みであると確認された。初期医療および社会医療サービスによって、健康格差の社会的決定要因に対処するための設備を整備することができるとともに、地域を対象とした包括的なサービスの提供を推進していくことができる。

— 医療の質と成果のフレームワーク(QOF)は、一般医療がすべての患者に対して質の高い医

療を提供することを100パーセント達成することによって報酬を受けられるように修正する必要がある。

- 初期医療では、患者のエンパワーメントおよびヘルスリテラシー向上を目指す包括的な医療を開発し採用していくべきである。また、包括的医療は、医療サービスへのアクセスに困難を伴う貧困層の登録を促進することにも力を入れるものを活性化させるべきである。
- 一般診療は、QOFやその他の関連データの情報に基づき、対象をしぼった予防サービスを促進するため、より系統的な診療ベースの立場をとるべく活性化されるべきである。
- 一般診療では、全国的な取り組みに従い、労働衛生に対する責任範囲を広げるべきである。
- 初期医療は地域コミュニティ内の中枢として機能するのに好位置を占めている。サービスの包括化やより健康的なコミュニティの推進に貢献するために、そういった役割を担うべきであり、またそれに対する報酬が与えられるべきである。

メンタルヘルス・サービス

第2章では、身体的健康と精神的健康の間に密接な関係があることを強調する実証を示した。メンタルヘルスと福祉は、業績やライフスタイル、身体的健康、回復力と回復、雇用、人間関係、市民参加や義務、などあらゆる面に大きな影響を与えている。⁵⁶⁰ NHS、地方自治体、第三セクター内の子どもや大人に対するメンタルヘルス・サービスは、ポジティブなメンタルヘルスと福祉の促進、パートナーシップの有効作用、さらにはサービスの導入から提供を完全に一体化させるにおいて、非常に重要な役割を果たす。

当報告書では、初期の段階における発達と行動を特に強調している。特にメンタルヘルスの問題に関しては、必要なときに必要な支援サービスを受けられることが重要である。早期介入は、適切な育児や回復力の構築において、それぞれの促進を大いに助けてくれる。また、質の高い幼児教育プログラムも、子どもの自尊心や行動の改善に有効である。

保健省のニューホライズンズに関する協議への反応においても、幼児や青少年に対するメンタルヘルス・サービスの利用が困難であり、この問題の対処にむけた活動が必要であることが引き続き強調されている。また、早発型の精神疾患やストレスへの対処においては、早期介入や心理療法を受けることが不可欠である。つまりこの状況は、学校を含めた子ども向けのサービス全体のシステムが統合されていく必要性を示唆するものである。学校が積極的にポジティブなメンタルヘルスを推進し、早期発見・早期紹介に努めることが、高リスクの子どもたちやその家族がサービスを受けられるきっかけとなる。より広範囲にわたる支援サービスに向けた情報と案内の両方において主要なスタッフがサポートをする。

成人向けメンタルヘルス・サービスの利用については、1999年以来、全国サービス基準(NSF)の対象となっており、結果として大きな成果が上げられている。ニューホライズンズの報告⁵⁶¹におい

ても、メンタルヘルス・サービス提供の継続的な改革について考察が行われた。同報告書では、ケアプログラムアプローチを通じて、疾患予防や早期介入、偏見への対処、変化への適応の強化、個別ケアの強化などに力を入れ、全国サービス基準に基づくことの必要性が強調されている。特に回復や心理療法、地域へのアウトリーチに重点を置いた広範囲の包括的社会医療サービスの利用しやすさは不可欠である。また、夜間休日など時間外の支援についても、回復支援や、雇用の継続もしくは再就職のために二次医療サービスを受けられるようにするために重要な点である。政策目標Cで述べたとおり、労働は、社会的ネットワークおよび支援の機会を広げることから、自信や自尊心の維持回復に役立ち、社会的疎外を減らすことにつながる。

- **メンタルヘルスや行動障害を抱える子どもたちやその家族を支援するため、子ども向けサービスや学校などにおける包括的なサービスの提供による、社会的勾配全般にわたる早期介入が必要である。**
- **成人向けメンタルヘルス・サービスは、予防、早期介入、偏見への対処、社会復帰整備強化などを扱い、回復に重点を置いた個人的且つ革新的なケアの提供を目指す包括的で連携したサービスに焦点を合わせたものである必要がある。**

5.1.5 地方自治体の役割

地方自治体は市民の生活および、その自治体の管轄地域の将来において、非常に重要な役割を果たしている。地方自治体が直接サービスを提供する場合や、また他の組織に委託する場合もあるが、いずれの場合でも地方議会は幅広いサービスに対して直接の責任を負っている。また、例えば、地域の環境基準に則った管轄地域のサービスの形成およびモニタリングを行う重要な役割も果たしている。さらに、地域の戦略的連携やその他のサービス提供者をまとめるグループ形成においても中心的な役割も担っている。

地域成果基準(Local Performance Framework)は、地域におけるサービス提供者間の連携の推進および、地域における分野を横断した問題に共同して対処する上での、地方自治体の役割を強化することを意図している。

その点において重要な要素は、以下の事項である。

- **地域の戦略的連携(LSPs)**
地域内における複数の組織の連携により、公共部門、民間セクター、コミュニティ、ボランティア団体などのさまざまな部門に団結が生まれる。
- **持続可能なコミュニティ戦略(SCS)**
包括的な計画による、該当地域の経済的、社会的、環境的な生活向上の推進
- **地域協定(LAAs)**
政府と地方自治体、およびLSPのパートナーの同意により、該当地域における優先事項を

確立する。

— 包括的地域評価制度(CAA)

独立したシステムによる、地域における成果の評価

— 初期医療トラストと地方自治体による、該当の地域住民の将来的な健康、医療、福祉のニーズに関する共同戦略的需要評価(JSNA)の実施

以上のことから、地域住民およびコミュニティに影響を及ぼす、分野横断的な問題に対処において、公共部門、民間セクター、第三セクターをまとめる役割を果たすのは自治体が適任であるといえる。

地方自治体の主な役割は、以下の通りである。

— 管轄地域内における主要雇用主

— 各種サービスの管理者

— コミュニティにおけるリーダーシップ、および民主主義改革

— 持続可能なコミュニティ戦略の一環としての健康および福祉に関する実行力の行使

— 安全なコミュニティと町づくり

— 教育を含む子ども向けのサービス、成人向け社会医療、娯楽サービス、その他の立案など。

こういった役割は、地方自治体の健康に関する社会的決定要因や健康格差縮小に与える影響やその貢献の大きさを強調するものである。前述のとおり、地方議会は、NHSが先導すべきだと見なされているため、ないしは主導者としての理解が不足しているために、健康格差への取り組みに対して積極的な態度を示さないことがある。⁵⁶²

地方議会は、地域住民の経済的、環境的、社会的福祉を確保する力を有する。それ故、地方議会は健康格差への対処、および福祉の向上のための行動を実行に移す上において主要な位置を占めている。2008/9年健康格差縮小ビーコン議会の例は、非常に優れた成果の実証であるが、極端な健康格差に取り組んだ結果、格差が狭まった場合、連携と介入の両方が拡大するという懸念がある。いくつかの地域では、連携によるより統合的な健康および社会医療の新しい枠組ができつつあるところもある。「トータル・プレイス」計画の試験版についてもまた進行中であり、密接な連携によって、より大きな成果と効率アップの達成を試みている。健康格差に取り組む活動はすなわち、選出された議員を含む地方自治体の内部において、健康の社会的決定要因の認識を向上させることを意味する。社会的決定要因に取り組んでいく政治家および労働者の能力や自信を向上させるという大きな課題があり、ライフスタイルへの介入には限界があることを理解する一方で、成功した取り組みを広めていく必要がある。また、より大きな成果を達成するためには介入の拡大も必要である。

どのような取り組みにおいても成功のためには、協力的なパートナーシップがうまく作用することが不可欠である。健康格差はいかなる単独の組織、あるいは単独の部門のみでは解決することはできない。

どのようなアプローチでも、分野や部門を越えた強い連携の中から生み出されなければならない。そのためには、コミュニティのリーダーシップを活動の受託とともに積極的に行使することが必要である。

— 地域のNHSを率いる初期医療トラストの支援のもとに、主要な地域の連携において健康増進や健康格差の縮小を行う上において、地方議会の重要な役割が強調される必要がある。

成人向け社会福祉

第1章および第2章では、平均余命が(格差はあるものの)急速に伸びていることを示した。過去25年間にわたり、人口は著しく高齢化しており、2008年には、人口の16パーセントが65歳以上となった。この現在の傾向が継続した場合、2033年までに人口の23パーセントが65歳以上となり、人数にして3,200万人ということになる。医療および社会福祉の利用者数が高くなるのは、55歳以上の層である。⁵⁶³ 人口の高齢化が与える影響、および慢性疾患や障害のレベルと、これらのサービスには、非常に密接な関係がある。サービスの適用基準を厳しくすることも、増加する需要への対処法のひとつとして導入されている。社会福祉サービスを受けている人は、社会的弱者である可能性が高く、また慢性消耗性疾患や障害を抱えている場合が多い。

エイジコンサーンによると、約5人にひとりの高齢者が貧困生活を送っているという。⁵⁶⁴ 2005年度のイングランド健康調査のデータからは、高齢者の健康指標の多くにおいて社会経済的グループ間に格差が存在することが示されている。例えば、収入が下位5分の1レベルの人々は、一般的な健康状態がすぐれず、果物や野菜の摂取量が少ない他、運動の問題や下肢の障害を抱えている割合が高いことが報告された。⁵⁶⁵ 同様に、高齢者の虚血性心疾患罹患率についても、最貧困地域において高くなっている。糖尿病罹患率やコントロール不良高血圧も収入に反比例している。⁵⁶⁶ チャンドラらは、ホワイトホールII研究の時系列データを用い、職業的な地位の低い人々には、高い人々と比較し、急激な身体的健康の低下が見られることを説明した。⁵⁶⁷ また、健康状態の自己報告においても職業的地位によって差が確認されており、相対的な格差は年齢が高くなるに従って広がっていくことが示された。

それゆえ、成人の社会福祉が健康および健康格差に大きく貢献していることになる。近年、重点をおかれているサービスの個別化は、良い影響をもたらしているものの、全体の政策的枠組に一貫性が欠けていることが懸念されている。サービスの利用者の積極的な関与を促進することで、これまで社会的疎外を受けていたり、偏見の対象であった利用者のための生活の向上、および主