

導権や責任をしっかりと持っていくきっかけとなる可能性がある。また、現在NHS内で行われている医療における公平性の推進を目的とする「地域医療サービスの変革」という試みにおいても、医療と社会福祉の統合化や健康格差に対する共同の取り組みにおいて可能性を示している。

こういった課題に対処するためのさらなる活動には、現在サービスを受けることのできていない社会的弱者層の個人およびグループを特定する継続的な努力も含めて考えていく必要がある。

- 障害や慢性疾患の有病率増加を伴う人口の高齢化に対する健康格差は、将来的な戦略や政策に大きな影響を与えるものであり、それらの戦略には、十分な資金供給が必要となる。
- 健康格差に取り組む長期的な戦略は、十分かつ持続可能な投資の有効なメカニズムとともに議論し、構築されるべきである。

子ども向けのサービス

子ども向けサービスに関する枠組みは、2003年度の緑書「すべての子どもが大切」に記された。同提案書により、すべての子どもの福祉向上を目指す全国均一サービスの枠組み内において、社会的弱者である子どもたちや青年の保護を目的とする「2004年児童法」に支えられた戦略が立てられた。そういった基盤の上に、子どもたちのための計画、子ども向け全国サービス基準、若者と産科サービス、そして児童健康戦略として、健康生活明るい未来、などが打ち立てられた。これらは、より良いパートナーシップに基づく活動や連携およびサービスの統合を焦点と据えている。児童トラストは、多様なニーズや地域の状況を反映し、それぞれの地域においてさまざま速度や異なった方法により展開されている。2009年養成訓練、技能、子供および学習法により、有効な実践例を示して標準化することで、児童トラストの協力体制を全体的に強化した。同法によって、国の定めに基づいて児童トラスト委員会が設立され、学校、大学、ジョブセンター・プラスなどが国定のパートナーとして追加された。

児童トラスト委員会によって立案された、子どもと若者のための計画(CYPP)は、パートナー間で合意を受け、部門を横断して組織レベルでの協力を促進することを目指す共同戦略となった。同計画によりトラスト委員会のパートナーたちが協力していく方法として、子どもや家族を中心に据えたサービスの委託および提供、子どもたちの統合における地域の成果改善、サービスの改善、及び貧困層の子どもたちとその他すべての子どもたちに対しての成果において存在するギャップの解消などが提示された。児童トラスト委員会の主な任務は、子どもや青年、その家族の権利が地域の戦略的連携(LSP)全体において確実に理解され、健康の社会的決定要因への取り組みが行われるようにすることである。また、持続可能なコミュニティ戦略(SCS)にCYPPを組み入れ、地域の住宅や地域再生、交通計画といった特に子どもに重点を置かない、分野を横断した広範囲な課題与える影響を明確化し、そういった課題に対する活動を地方開発の枠組みの立案に組み込んでいくことも任務に含まれる。児童トラストに関するガイダンス草案については、2010年3月に発

表される予定である。

新しい児童トラスト委員会とCYPPは、同意された分野横断的な成果に基づく予算の共有や調整の機会などを含む、より良い共同活動を進進するユニークな機会をもたらす重要な変化を象徴するものである。そのため、医療セクターはパートナーからの支援を得て、優先的なサービスを提供できる一方で、その他のパートナーの優先事項に貢献している。

当報告書での提言が、初期育児サービスや児童保護要員の観点からすべてのガイダンスの修正、およびそれに続く戦略の構築において考慮されることが重要である。

- すべての子ども向けサービスに対するガイダンスの修正において、特に政策目標Aに記載の幼児期、教育、労働力の育成に関するものは、審査委員による実証や提言を考慮に入れなければならない。
- さらに、児童や若者向けのサービスに関する将来の計画においては、健康の社会的決定要因および健康格差の影響について具体的に扱うべきである。児童トラスト委員会は、CYPPの立案において、地域の健康格差への取り組みと、児童および若者の健康状態の改善を実現において初期医療トラストを支援し、CYPPを通じ、連携してプロセスを前進させることへの同意を希望する児童トラスト委員会のメンバーと、地方自治体、初期医療トラストが共通した地域ビジョンを構築するべきである。

5.1.6 第三セクターの役割

第三セクターには、合計550万ポンドの資産および投資信託と宗教コミュニティを抱える、14万の一般慈善団体、55,000の社会事業者、4,500の協同組合、1,830の住宅協会がある。⁵⁶⁸ 地域の人々や家族、コミュニティのつながりを確立して、地域の関与や連携を構築していく上で、第三セクターが果たす役割は大きい。また、第三セクターは、個人への関わりや支援、自助、無給の労働、またボランティアの試みを通じてコミュニティのインフラを構築するために、コミュニティを活用しコミュニティのネットワークを拡大させる資産を特定する上で適した位置付けにある。第三セクターは多様な存在であるが、それは場合によって長所とも短所ともなりうる性質である。⁵⁶⁹

健康格差縮小において第三セクターが果たしている役割は、現行のもの、および潜在的なものの両方が認識されているものの、そのサービスの提供および戦略的パートナーとしての効果的な関与に関して、どれほど支援を受けられているかについては懸念が残っている。第三セクター組織には資金調達が不安定な団体が多く、国の支援に頼るところも増えている。投資からの利益回収率の低下や慈善団体の雇用主としてのコスト増加などといった経済的な諸事情と合わせ、慈善団体への寄付の傾向としては、大規模な全国的な慈善団体ですらも利用できる任意の基金が限られてきている。

医療や社会福祉セクターにおける多くのボランティア組織は、政府や地方自治体、そして近年多くなっているNHSによる、補助金や契約への依存度が極めて高くなっている。委託の増加や、それに伴うボランティアセクターへの助成金の減少によって、第三セクター内の組織同士、また第三セクターと民間や国家レベルのセクターの間での契約をめぐる競争が激化している。

現在の受託環境が第三セクター全般にとって不利なものであり、小規模なボランティア組織にとっては死活問題ともなり得るという懸念が大きくなってきている。以下にその要因を挙げる。

- 比較的小規模な組織では、入札に際して効果的に競争するための時間やスキル、知識などの資源の収集が困難である。
- 受託の方法が、比較的大規模な組織や国家レベルの部門に有利である。例として、各種サービスをまとめて単一の契約として入札することにより、小規模な特定分野にしばったサービス提供者が締め出される。
- 短期契約では開発に十分な時間がかけられず、結果としてスタッフの雇用や維持に影響する。
- より厳しい資金供給による契約の要件が増えることにより、開発や革新にかけられる余地が無いに等しい。

加えて、全国、地方、地域のそれぞれの戦略的計画における主要パートナーとしての第三セクターの関わり方に一貫性がないということも懸念されている点である。いくつかの地域戦略パートナーシップ(LSP)に見られるように、第三セクターがうまく関わっている例もあるものの、第三セクターの多様性を十分に活かすには課題が残っている。ボランティア部門のインフラ整備支援は、それぞれの地方自治体によって異なっており、代表的な構造においては比較的小規模な、またボランティア主導の組織については除外されてしまうという懸念が残る。⁵⁷⁰

- LSPは、系統的な方法で第三セクターと関係をつなぎ、地域コミュニティとの関係を最大限にし、またコミュニティを活用することにより、市民参加に貢献できるような個人および集団としてのエンパワーメントや能力開発を支援し育てていくべきである。
- 第三セクターの多様性は、健康格差への取り組みにおける、関与や参加、コミュニティサービスなどによる貢献を認めた上で、助長、および支援されるべきである。
- 国家レベルのパートナーと第三セクター間での協定の一部として、資金供給の持続可能性の問題について対処される必要がある。

5.1.7 民間セクターの雇用者としての役割

疾病予防や、健康や福祉の推進において、雇用者は中心的な役割を担っている。第2章、第4章、政策目標Cでは、職場ストレスや健康格差の減少における良い職場の重要性について述べた。ス

トレスやその他の仕事の問題による疾病に対処しないことによる代償は甚大であるとする明らかな証拠があるにも関わらず、雇用者の側にはそういった問題への取り組みに消極的な部分がある。

LSPは、職場における健康への取り組みに対してのアドバイスや資金供給を行うよう雇用者を指導し、動機を与えることが可能である。そういった支援には、障害や疾病を持つ人々に対する雇用支援の他、職業訓練や職場復帰スキームなどの提供が含まれる。

職業保健とは従来、主流の医療とは切り離されたものであり、その利用に関しては、セクターの違いや業界もしくは雇用主の規模によって大きく異なっている。職業保健および社会復帰リハビリテーションは、NHSに完全に統合し、失業者や就労不能給付を受けている者を対象にした「仕事のための健康づくり」モデルの提供が行われるべきである。雇用者のための職業保健サービス、および大規模雇用者の医療チームに対する支援サービスの開発が必要とある。そういったモデルは、全従業員の健康増進や、長期にわたる失業や疾病もしくは障害をもつ人々の雇用および維持に関するガイドラインや情報および保障を与えてくれる。

その模範を示すにあたって、ビジネス・イノベーション・職業技能省が重要な役割を果たしている。例として、「人への投資と生活賃金賞」のような以前の取り組みと併せて、自主的に「健康的な生活賃金」を取り入れるなどにより、雇用者の健康の決定要因に対する取り組みの促進を図ることができる。また、低賃金の従業員が給付金や公共医療サービスを利用できるようにアドバイスや支援を行う、小規模のリソースを持つ組織の認知も必要である。

無報酬による労働は、スキルや仕事の経験が不十分であったり、労働市場に入る上での自信を得るために、やさしく柔軟な環境が必要であると感じる人にとって有給雇用のステップとなることは多い。

- 予防、早期介入、健康や安全の増進、適したリーダーシップや管理に関する課題は、労働者の健康や労働力開発に大きな影響を与える。労働者の身体的・精神的健康の増進に関する成功事例の有効的な実践の有無の監督において重要な役割を担うのが、ビジネス・イノベーション・職業技能省と労働年金省である。別添2、セクションC2、C3、C4に詳細を記載する。

5.1.8 パートナーシップの強化

WHO委員会の健康の社会的決定要因に関するグローバルレポート「一世代のうちに格差を解消する」では、健康格差の問題は複雑であり、複数の原因が関与し、分野にまたがっており、多面的であるということが強調された。

健康格差に対処する政策立案においては、パートナーシップによる活動が重要な役割を果たしている。連携活動には活気のある良い例もある一方で、その多くにおいて期待に到達できていない。地域や地方のレベルでの連携活動には、以下の取り組みを通じたしっかりした統率力が必要である。

- 健康格差の根底にある原因の認知度を高め、人々や組織が思い切ったことができるように規制緩和を行う、また短期プロジェクトまたは短期的取り組みに重点を置くのではなく、安定した資金供給に基づく戦略的かつ体系的な介入の規模と内容の強化を図る。
- 意思決定において真の市民参加を促進し、専門家や公式な組織から地元住民へと力のバランスを移していくような、共同作業に基づく実践モデルにおける新しいパートナーシップのあり方を構築する。

パートナーシップを率いる

特定エリアの実証により、現在のLSPフレームワークには大きな改善と強化が必要であることが示唆されている。⁵⁷¹ そこには、優先事項の明確な同意に基づいた、組織間の戦略的方向性の明確化における改善が含まれる。縦割りの活動を促進することも多い、全国的な目標主導型の実施から離れ、戦略を推進のために重要なターゲットに絞っていくことによって、全システムアプローチを促進する可能性がある。そういった動きにより、健康格差への取り組みに対する地域の責任がより明確化し、地域の政策立案者やサービス提供者、そして市民が具体的な地域問題に対応することを可能にする。

こういったフレームワークの中で、健康に関する連携活動の指導において地域のリーダーシップは重要なものとなる。政治的指導者や地方議会の事務総長、初期医療トラスト委員会の事務総長、保健所長などは、重要ではあるが独占的な役割を果たすわけではない。

当報告書では、セクション5.1で、全システムアプローチに基づいた、強固な政治的リーダーシップ、市民のリーダーシップ、指導者のリーダーシップの要件について主張を述べた。そのようなリーダーシップは、各種公共サービスを横断した組織的な開発プログラムによって支えられ、市民やコミュニティにとっても明確で適度な結果の産物であるべきである。⁵⁷²

LSPの課題は、当該地域のための持続可能なコミュニティ戦略の構築と公開、さらには社会的、経済的、環境的福祉を増進するための計画とアクションを整えることである。それぞれのパートナーシップには、地域の医療および福祉に関する権限を持つサブパートナーシップが存在する。LSP自体は、法的権限や資金は持たず、さまざまな組織が協力して地域のニーズを把握し、当該地域の長期的で持続可能なコミュニティ戦略を構築し、より効果的なサービス提供を目指して支援を行う。資金に関する意思決定は国家レベルの組織全体によって行われるべきであるが、そのことによ

て、特に児童トラスト委員会の情勢が変化する際に、LSPの体質に関する大きな疑問が浮上する。所有権、公約、責任は、法定においては同様に設定されているLSPによって、また協定した地域における公約を実行する上で、国家レベルのメンバーの義務と責任を明確化することによって強化される可能性がある。

このような責任の強化により、地域協定(LAA)、包括的地域評価制度(CAA)、地方自治体法人計画、初期医療トラスト(PCT)ワールドクラス委託戦略的計画、NHS運営計画などといった、各機関のさまざまな戦略を持続可能な地域コミュニティ戦略と統合していく上での期待を高め、地域政策が一貫性のある明確な戦略的方向性を持つための要を作ることができる。

- LSPは、法定に基づいて確立されるべきであり、国家レベルのパートナーの責任は、健康の社会的決定要因に取り組むパートナーシップを率いることを目的として明確に記されておくべきである。
- 持続可能な地域コミュニティ戦略の一部として、健康格差への取り組みの重要性と優先性は、国および地域のリーダーシップによってはっきりと示されるべきである。
- リーダーシップスキルはすべてのレベルにおいて強化が必要であり、保健省、コミュニティ、地方自治体、および内閣府の共同出資による、全国的な組織開発およびリーダーシッププログラムの支援をうけるべきである。

パートナーシップにおけるコミュニティの体系的な関与

コミュニティの体系的な関与は健康格差への取り組みにおける連携活動の不可欠な要素であり、それなくしては、健康格差の縮小は不可能であるといえる。これはワンレス・レポートにおける完全なコミュニティ関与のシナリオを表すものである。⁵⁷³

体系的な関与は、さまざまなレベルにおいて不可欠である。

- 市／地区全体：広範囲にわたるボランティア、コミュニティ、宗教組織などからの重要な情報を、戦略やサービスの計画立案、成果の管理のために活用
- 地方レベル：地方レベルで受託する医療および議会のサービスの関与を含んだ、第三セクター組織や小規模な区レベルにおけるコミュニティグループを利用
- 町会レベル：町会自治会とのつながりをもつ。⁵⁷⁴

このアプローチには、体系的かつ持続可能な地域開発を通じた、「地域財産のマッピング」「参加の障壁となるものの特定」「コミュニティの能力の誘導と開発」が必要である。

- すべてのLSPは、地域財産を強化し、健康格差に対する地域での解決を促進するための個

人のエンパワーメントおよびコミュニティ開発を目指す効果的な参加戦略を取らなければならない。

共同任務と共同チーム

LSPの構築には、将来的な連携機関にわたる共同任務の可能性が秘められており、とりわけ初期医療トラストと地方自治体との間にその可能性がうかがえる。このことは、特に公衆衛生問題への取り組みにおいて、分野横断的戦略を取る目的のために創始され、共同任命および出資を受けた「健康づくり支援サービス部長(Director of Public Health)」に関連して言える。現在、約80パーセントの健康づくり支援サービス部長が初期医療トラストと地方自治体の間で任命されている。健康づくり支援サービス部長は、健康格差への取り組みの実行において重要な役割を占めている。LPSや連携機関に対し、健康格差における地域への影響について行う助言と、地域の持続可能なコミュニティ戦略を通じて同問題への取り組みを推進する役割については、強化される必要がある。この独立諮問機関の職務は、監査委員会の役割や地域参画ネットワーク(LINKs)と関連付けることで、より明確な地方の責任範囲の構築、および進展のモニタリングを可能にする。

その他の共同任務の選定には、大きなバリエーションがある。医療および健康格差問題に重点を置いた完全な統合チームの場合もあれば、スタッフのレベルで相違点に着目したより限定的なアクションを取る場合もある。そういった共同任務のメリットは、役割や責任に対する理解の向上、組織間の垣根の解消、組織を横断した参加やリーダーシップの改善、などある。また、これらの任務は、これまでの優良事例と一貫した共同受託および持続可能な資金繰りによって支えることができる。⁵⁷⁵

公共部門のサービスの統合化は、共同任務の幅を広げることにより促進される。現在の試験的計画「トータル・プレイス」は、これから評価を受けるものであるが、連携を進める大きな可能性を持っている。その他のモデルとしては、健康格差に対する機関横断的な受託の拡大および統合化したサービスの提供などがある。コミュニティの中心となる施設の創設は、バーミンガム、ハックニー、マンチェスターのグループを除くフォーカスグループにおいて優先事項とされている。⁵⁷⁶

健康格差への共同の取り組みを行うことによる、労働力への影響も考慮されるべきである。有効に対応するためには、公衆衛生だけではなく、住宅、地域計画、交通、教育、社会医療、健康管理、などを含む広範囲の専門家や部門による働きが不可欠である。これらそれぞれの組織は、異なる研修や教育を受け、異なる文化を持つことから、大きな困難が生じるものである。イーガン報告書では、持続可能なコミュニティ開発に関わる医療専門家の包括的なスキル不足が指摘された。健康格差に関する課題の幅広さを考えると、課題は多い。新たな計画の要求を満たすためには、関連する専門家のスキルアップに対する国としての働きが不可欠である。

- 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ら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、健康プロファイル。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概要を別添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。これらの尺度のもっ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