

日本プライマリ・ケア連合学会の健康格差に
対する見解と行動指針
第二版

令和4年4月14日

目次

序文	p3
健康格差に対する学会の行動指針	p4
健康格差に対する見解と解説	p5
1. 本声明の目的	p5
2. 健康格差の現状分析とその生成プロセス	p7
健康格差生成のプロセス	p8
ライフコース	p8
健康の社会的決定要因の構造的な理解	p9
3. 国内外の動向	p11
健康格差への対応の方法	p12
4. 学会員への推奨	p15
引用文献	p17
奥付	p20
学会員への推奨に関する事例集	p21

序文

プライマリ・ケアの現場において、経済的な困窮や社会的に孤立した生活を送っているために治療を中断したり、疾病を悪化させうる生活が続いている方に会うことは珍しくない。また、認知症のある独居高齢者、精神疾患や物質依存症のある患者、外国人や路上生活者など、社会の中で周縁化されやすい人々が医療機関を受診する場合には、医療者はその複雑なニーズを理解し、支援することが求められる。しかし、医療現場では患者の社会的背景を十分に踏まえたケアが必ずしも日本全国で提供されているとは言えず、それを推進するような制度的措置も不十分である。また、患者の抱える社会的困難を知り、臨床現場において評価するための標準的な方法も普及していない。さらに、社会的困難を抱える患者を支援する際には社会保障制度を十分に活用することが必要だが、現行の社会保障制度で対応できる課題には限界があり、また、制度が十分に周知されていないために、効果的に活用できていない場合もある。

生まれた家庭や住む場所、国籍、所得や雇用形態や教育歴、人間関係といった、社会的な背景や環境は、個人の健康に影響を与えることがわかっており、このような社会的要因は「健康の社会的決定要因」(Social Determinants of Health: SDH)と呼ばれている。SDHは、出生前から高齢期までのライフコースにわたる様々な場面で健康に影響を及ぼす。具体的には、SDHは本人が意識する前に、喫煙や栄養摂取など健康を左右する行動に影響し、がんや動脈硬化性疾患の原因となる。また、SDHによる心理社会的なストレスは、免疫系や自律神経系の不調をきたし、さらには認知機能や記憶能力の低下を招くことも指摘されている。さらにSDHは医療や介護サービスへのアクセスを阻害する要因ともなり、健康格差をより大きなものになっている。個人の努力だけでは対処することが難しいSDHが健康格差の原因となっている以上、その解決のためには医療や福祉を超えた幅広い組織が連携し、社会全体で取り組まねばならない。

近年、SDHについての理解と実践が世界的な広がりを見せており、各国の様々な職能団体や学術団体がSDHや健康格差への対応についての立場を表明している。日本プライマリ・ケア連合学会では、これまでも患者の社会的課題をも踏まえた全人的なアセスメントに基づくケアの創成をめざして活動し、公正で健康な社会の実現に向けた社会へ働き掛けを行ってきた。この考えをさらに推し進めるべく、2018年に「健康格差に対する見解と行動指針」の初版を公表した。その後、新型コロナウイルス感染症のパンデミック等、社会情勢は大きく変化し、またSDHやその対応に関する学術研究も蓄積されてきた。本指針に基づく学会会員や関連委員会の活動から得られた学びも蓄積された。これらの発展や社会変化を鑑み、今後の一層の活動の深化を目指して、この度同指針を改定し、第二版として公表することとした。

健康格差に対する学会の行動指針

健康格差に対して、日本プライマリ・ケア連合学会は次のように行動します。

- 1) 健やかな生活を送ることはすべての人々の権利です。これを保障するために健康に影響を与える社会的な要因への働きかけを行い、健康格差の解消に取り組みます。
- 2) 社会的要因により健康を脅かされている個人、集団、地域を認識し、それぞれのニーズに応える活動を支援します。
- 3) 社会的要因への働きかけを行うプライマリ・ケア従事者を養成し、実践を通して互いに学び合う環境を整えます。
- 4) 健康格差を生じる要因を明らかにし効果的なアプローチを見出す研究を推進します。
- 5) 科学的な根拠とプロセスに基づき、あらゆる人びとが、それぞれに必要なケアやサービスを利用し、健康で文化的な生活を営む権利を擁護するためのアドボカシー活動を進めます。また、不公正な社会資源の分配の実態に目を向け、健康格差の是正のために必要な社会制度の改革に向けた取り組みに参加します。
- 6) これらを達成するために、日本プライマリ・ケア連合学会およびその会員は、患者・家族および関係者や関係機関(専門職、医療や福祉の専門機関、地域住民、支援ネットワーク、NPO、行政、政策立案者など)とパートナーシップを構築し、共に活動します。

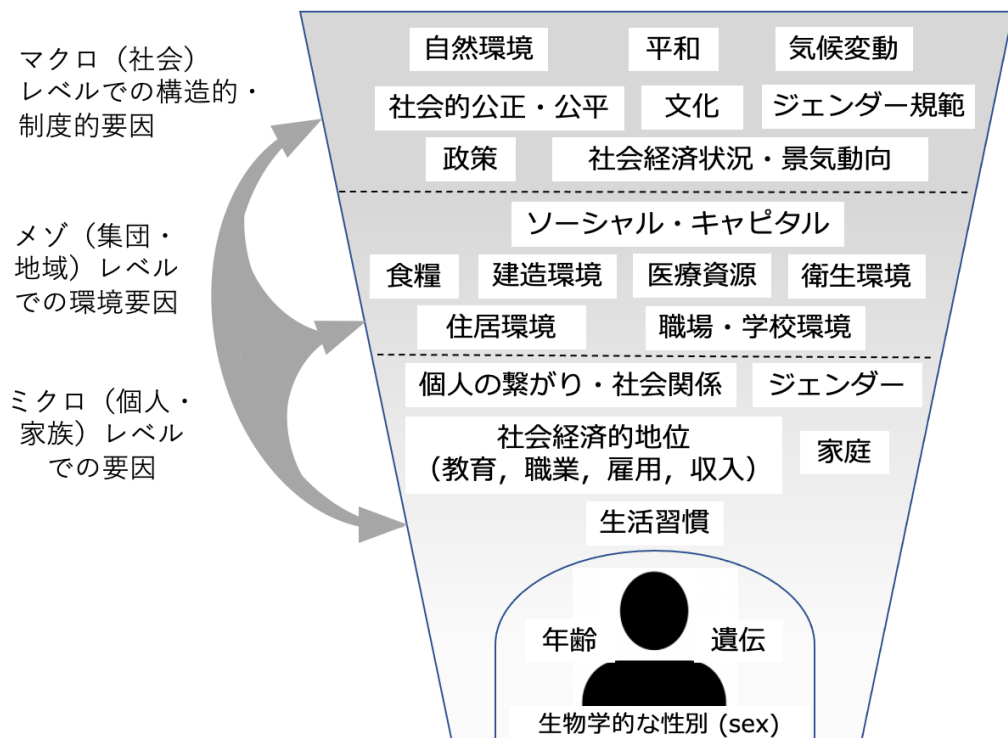
健康格差に対する見解と解説

1. 本声明の目的

プライマリ・ケアの目的は、疾病の治療のみではなく、地域社会における健康でその人らしい生活の維持である¹⁾。個人がおかれた社会環境の違いによる健康格差への対応は、本学会が最も重視すべき課題の一つである。そこで、健康格差に対する日本プライマリ・ケア連合学会の見解をここに声明する。

健康格差とは、地域や社会経済状況の違いによる集団における健康状態の差と定義される²⁾。つまり、収入や学歴、教育、居住地、性別、国籍／人種など、健康に影響を及ぼす様々な社会的要因（健康の社会的決定要因：social determinants of health, SDH）こそが、健康格差の原因である（図1）³⁾。世界では2019年時点で依然として国による平均寿命に約35歳の格差が存在する⁴⁾。日本でも2015年には都道府県間で男女とも平均寿命・健康寿命共に3歳弱の格差が存在することが示されている⁵⁾。このような格差の社会的な原因は個人の努力で容易に変えられるものではないため、健康格差の縮小は社会として取り組むべき課題といえる。世界保健機関（WHO）は、健康格差について「単に差があるという価値中立的なものではなく、その格差を縮小・是正するべきという価値判断を含意する」としている⁶⁾。

図1. 健康に影響を及ぼす多重レベルの要因（文献3）を改変）：ある要因についても、個人のレベルから集団や社会のレベルまで幅広く捉えることができる。例えば“教育”は、教育歴が低いという個人レベル、学校環境という集団レベル、教育システムという社会レベルの要因として捉えられ、後述する通りそれぞれに対するアプローチは異なる。



近年、世界経済の不安定化や世帯構成の変化および新興感染症の流行を背景に、健康格差の拡大が懸念されている。日本では社会保障制度の機能拡充が追い付かず、ひとり親世帯の貧困割合が約50%にのぼるなどといった社会的な課題が現前しており、急ぎ対策を行う必要がある⁷⁾。プライマリ・ケアの現場においても、経済的困窮などの社会的困難のために自ら受診を躊躇する事例や、劣悪な生活環境の中で健康を損なっている事例に出会うことは珍しくない⁸⁾。しかし、患者の社会的背景を十分に踏まえたケアの提供は必ずしも行われていない。また、患者の抱えている社会的困難を知り、評価する標準的な方法は普及していない。制度上の支援策も十分とはいえず、既存の制度も十分に認知・活用されていない⁹⁾。

SDHは、しばしば「川上」ないし「上流」(upstream)の要因として表現される¹⁰⁾。これは、健康を害し医療機関を受診する患者を、川に流され助けを求める人になぞらえたものである。川の上流には患者を生み出す「病気の工場」がある。それはすなわち、病気を生み出す社会の構造である。溺れる人々を救い続けても、川の上流に分け入り、その工場を閉鎖しない限り患者を減らすことはできない。プライマリ・ケアは国民のあらゆる健康上の問題、疾病に対し、地域の保健医療福祉機能を活用して、総合的・継続的、そして全人的に対応することを目的としている¹¹⁾。この目的の達成のためには、ケアの対象者を取り巻くSDHへの対応は不可欠である。プライマリ・ケア従事者は、SDHのために疾病リスクを高めたり、疾病のコントロールが困難になったり、自分らしい生活を追求する自由を奪われていたりする患者の健康と権利を守るため、社会に働きかける責務を有する。そのためには、本行動指針に沿って、健康格差に対応するための態度、知識、技術を身につけなくてはならない。

本声明は、健康格差に対する日本プライマリ・ケア連合学会としての立場を表明するものである。ここに、健康格差に関する当学会の法人としての行動指針、および学会員の行動指針を示す。本声明により、日本プライマリ・ケア連合学会が、その社会的責務として、公正な健康社会の実現に向けて川の上流に分け入り、健康格差の是正を進めることを宣言する。

2. 健康格差の現状分析とその生成プロセス

日本においても所得、学歴などの社会経済的状況や、雇用形態・業種といった労働環境によって、健康行動や健康状態が異なるという研究結果の蓄積が進んでいる。例えば高齢者では所得が低いほど、その後の死亡や要介護認定が生じやすいことが明らかになっている¹²⁾。

災害や危機時には、日常的に周縁化され社会的に排除されている集団が、さらに大きな被害を受け、より困難な状況に陥り、健康への悪影響が生じることが分かっている¹³⁾。自然災害の多い本邦においては今後も自然災害による健康被害が避けられない。経済危機等の社会的な危機時にも健康格差が拡大することが知られている¹⁴⁾。2020年以降は新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行により健康格差が拡大していることが指摘され、例えば2020年4、5月の緊急事態宣言前後で無職や非正規雇用の者が増え、その者たちでうつ症状を自覚する者の割合が高かったという報告がある¹⁵⁾。一方、その期間に在宅勤務を始めた者ではうつ症状が悪化した者の割合は少なかった¹⁶⁾。そのため、災害や危機時における体系だったSDHへの対応が求められる。

社会的要因が健康に与えるこのような影響は「勾配」を形成することが分かっている。また、経済危機後に管理職の自殺率が高まるなど¹⁷⁾、通常は社会的に高い階層と考えられる集団が、健康上のリスクによりさらされる場合もある。つまり、最も社会階層の低い人だけにリスクが集積しているのではなく、すべての階層に属する人の健康が社会的影響にさらされている^{17, 18, 19)}（図2, 3）。そのため、社会的に不利な立場にいる人々に焦点を当てるのみならず、課題に応じて、すべての社会構成員を対象とした健康格差対策も同時に必要である。

図2：所得と野菜の摂取量の関係。摂取量には勾配があり、所得が少ない人ほど摂取量が少ない。

文献 18) より作成。

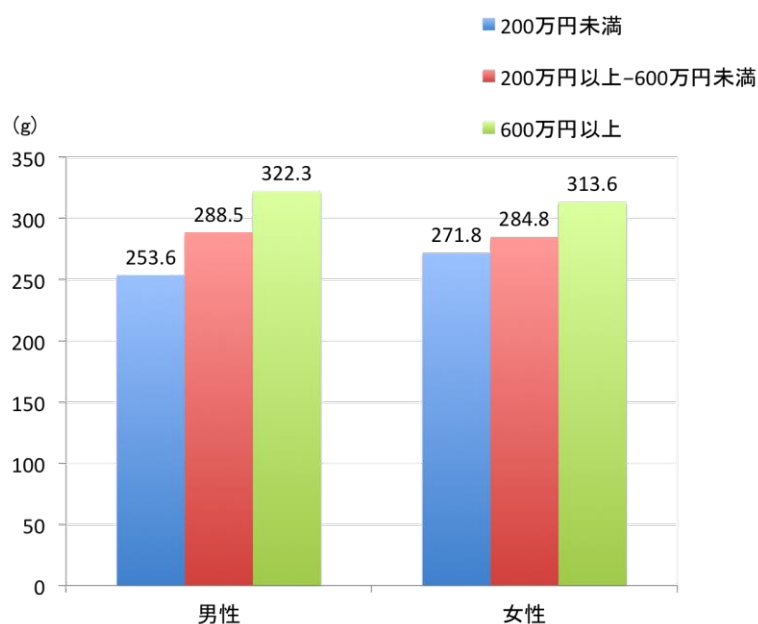
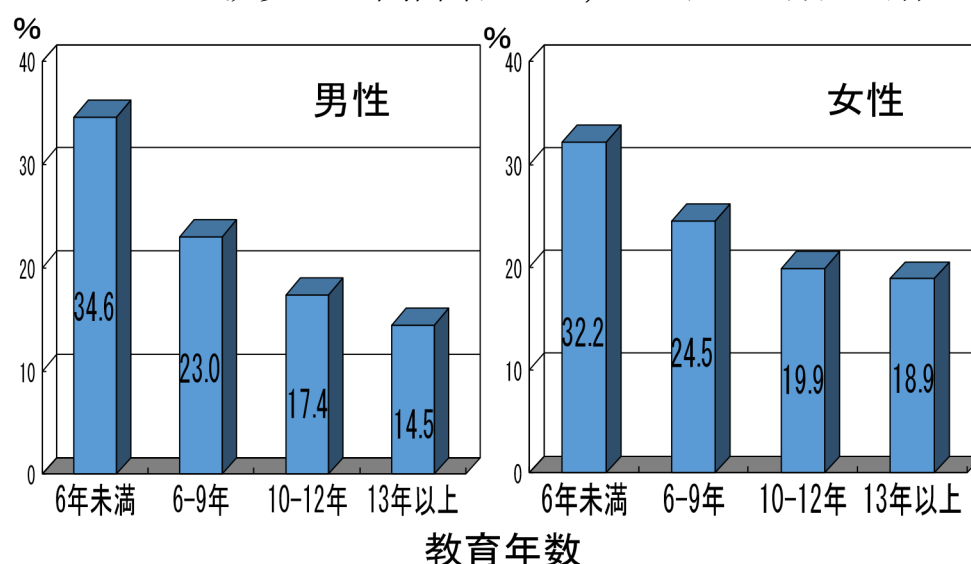


図 3：教育年数が少ないほど，検診未受診者の割合が多い¹⁹⁾（スライド提供：近藤克則氏）。

教育年数別検診未受診者割合

（年齢調整済）

65 歳以上の高齢者 n=32, 891（松田・平井・近藤，2005）



健康格差生成のプロセス

健康格差が生み出されるプロセスについては，胎児期から一生涯にわたる期間（ライフコース）の視点をはじめとする，SDH についての構造的な理解が必要である。

ライフコース

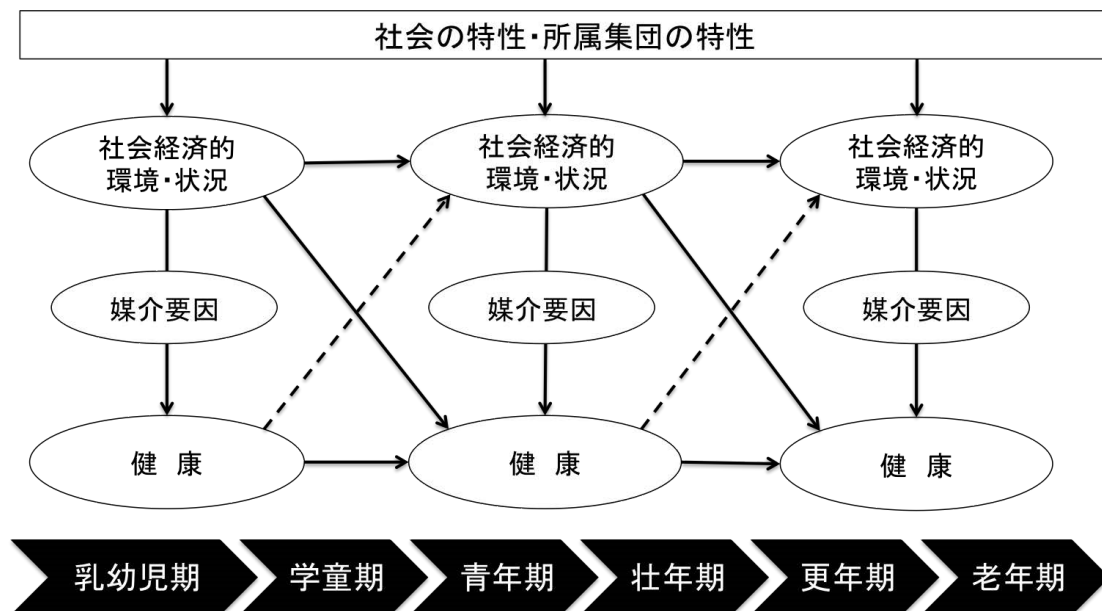
健康格差は，その人のライフコースにわたる要因の蓄積の結果として生じている²⁰⁾（図 4）。たとえば，出生した家庭の社会経済的地位によって，子ども期に受けられる教育水準に差が生まれ，それが子ども期の生活習慣などの違い等を通じて，成人期や高齢期の健康格差を生み出すという経路が考えられる。子ども期の生活水準の低さや逆境体験を経験することが，成長後の不健康な行動に関連することも明らかになっている^{21, 22)}。さらに，子ども期の生活水準が低かった者ではうつ症状の新規発生が 1.3 倍多く²³⁾，子ども時代に

● ライフコース

「胎児期，幼少期，思春期，青年期およびその後の成人期における物理的・社会的曝露による疾病リスク」を長期的に捉えるものである。

虐待を受けた者では高齢期の歯の数が少ないこと²⁴⁾や大人になってからの幸福感や健康感が低いこと²⁵⁾などが明らかとなっている。

図4：それぞれのライフステージにおける環境が健康に影響を与える。媒介要因には



教育・職業・結婚などが含まれる。文献 26) より引用改変

健康の社会的決定要因の構造的な理解

図1で示したように、人の健康には個人の要因だけでなく社会的な要因も関連しており、それらは相互的・多層的に関わり合っている。そのため、ミクロ・メゾ・マクロの3つのレベルに分けるとSDHの理解に役立つ^{1 27)}。

①ミクロ（個人や家族）レベルでの要因

性別や年齢、個人の生活習慣、社会経済的地位（教育、職業、収入など）、ジェンダー、家庭などがある。例えば職業階層や労働環境と健康の関連については、性別、管理職・非管理職、ホワイトカラー・ブルーカラーによって脳卒中の発症率がそれぞれ異なっている²⁸⁾。また非正

●ジェンダー（gender）

生物学的・解剖学的な性別を英語では sex という。一方、ジェンダーは、ある社会や文化において、特定の役割や相応しいと考えられている行動や考え方を伴って表現される性別を指す。自分の属する社会で、男らしいあるいは女らしい振る舞いや考え方が自分にとって当然のこととして感じられ行動するときに、その人の性（ジェンダー）の自己意識は男性または女性となる。そうした性自認をジェンダー・アイデンティティ（gender identity）という。

¹ ミクロ・メゾ・マクロの分類法について

ミクロ、メゾ、マクロの分類法には様々なものが考えられるが、ここではプライマリ・ケアの日々の実践の中で、プライマリ・ケアの実践者・多職種の一員として関わり介入可能な地域や集団をメゾレベルと定義した。

規雇用者では心理的ストレスを感じる割合が高い²⁹⁾。ジェンダーと健康については、日本の女性は家庭と仕事の葛藤が大きく、精神的健康が低く、他国に比べて男女差が大きいことがわかっている³⁰⁾。さらにLGBTQ (Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Questioning) と呼ばれる特定の性的指向・性自認 (SOGI: Sexual Orientation Gender Identity) を有する人は、肥満・うつ・不安障害・自殺企図割合が高く、医療機関で不快な経験をする事が多く、4割前後の方が体調不良であっても受診をためらっているなど、健康や医療サービスの利用の点で多様な困難を抱えていることが分かっている^{31, 32)}。家庭と健康についても密接な関係が知られ、家庭内のサポートがないことや配偶者が亡くなることは死亡率を上昇させ、また、心筋梗塞後の回復因子として妻への情報提供が有効であることが報告されている³³⁾。一方、家族の存在がかえってマイナスに作用する場合があることも認識し、自覚的に観察し対応することが求められる。

②メゾ（集団や地域）レベルでの環境要因

職場や学校環境、建造環境、ソーシャル・キャピタル（社会関係資本）などがある。建造環境とは、人が作り出したあるいは手を加えた空間や建物、構造物を指す³⁴⁾。例えば日本でも、運動に適した公園や緑地から1km以内に住む高齢者では運動頻度が2割多いこと、歯科へのアクセスがよい地域に暮らしている高齢女性にはかかりつけ歯科医がいる確率が高いことなどが報告されている²⁷⁾。ソーシャル・キャピタルは社会関係の資源的側面を表す概念であり、Kawachi らは「ネットワークやグループの一員である結果として個人がアクセスできる資源」と定義している³⁵⁾。ソーシャル・キャピタルが豊かな地域では、住民の精神疾患の有病割合や死亡率が低いことが示され^{36, 37)}、さらにソーシャル・キャピタルが災害による健康被害を緩和する効果を持つ可能性も報告されている³⁸⁾。また社会経済的地位による健康状態への影響はソーシャル・キャピタルにより緩和される可能性が示唆され³⁹⁾、一層の注目が集まる。一方、ソーシャル・キャピタルにはネガティブな側面があることにも注意が必要である。互酬性の規範を生みだすなかで、ある種の同調圧力が生じたり、別の集団に対する排他性が強まる可能性がある⁴⁰⁾。

③マクロ（社会：市・都道府県・国）レベルでの構造的・制度的要因

経済政策や社会政策、公共政策といった社会政治的背景や文化がある。例えばタバコ代（税金）が北欧並みに1箱1000円に引き上げられたらという質問に対し、ニコチン依存度が高い人ですら9割の人が禁煙を考えると回答し、2010年に300円から410円に引き上げられた前後で、タバコ販売量は5.2%減少した²⁷⁾。マクロレベルの要因が職場での喫煙者割合（メゾレベル）や個人の行動（ミクロレベル）に影響を及ぼし、健康を左右している。

3. 国内外の動向

世界中の多くの学術団体及び専門職集団が、SDH についての報告や健康格差の縮小への勧告を出している。WHO は健康格差を縮小する社会環境の整備を提言し、医師をはじめ医療従事者・関係団体に SDH を意識した診療・支援を行うことを推奨している⁶⁾。英国やカナダの学術団体は、医療専門職が健康格差に立ち向かうことができることを声明文や行動指針として記している^{41, 42)}。世界医師会は、すべての医師は健康格差の重要性を認識し、患者や家族がさらされている SDH を特定し、すべての国民が地理的、社会・年齢・性別・宗教・人種、経済状況、性自認・性的指向に関わらず、必要な予防および医療を公平に受けることができるように、アドボケートすることを求める声明を出している⁴³⁾。

●アドボケート (advocate) ・アドボカシー (advocacy)

本来個人がもつ権利をさまざまな理由で行使することが難しい状況にある人に代わり、その権利を代弁・擁護し権利の実現を支援する行為・またはその行為者をアドボケート (advocate) と呼び、権利を代弁・擁護し支援する機能をアドボカシー (advocacy) と呼ぶ。

これらの声明の多くが、特に、子どもの生育環境の整備を重視している。子どもの貧困や社会的に困難な状況は、幼少期の健康格差にとどまらず、ライフコースにわたる身体及び成長に悪影響を与えると指摘している⁴⁴⁾。アメリカ小児科学会は、子どもの社会経済格差を縮小するような経済政策・適切な栄養および安全な食の提供・安全で購入可能な住宅の提供・両親の就業支援・質の高い公的教育を健康格差縮小のための方法として挙げている⁴⁴⁾。

日本でも、健康格差の認識と対応を求める動きが活発になってきている。厚生労働省は健康日本 21 (第二次) の中で、社会環境整備を通じた健康格差の縮小を目標に掲げている²⁾。日本学術会議は保健医療福祉政策・活動における健康格差の視点の欠如を指摘している⁹⁾。SDH の実態把握についての研究は近年加速度的に増加しているが、効果的な具体策についての研究や、それらを社会に実装する動きは未だ活発とは言えない^{27, 45, 46)}。臨床現場においては、地域包括ケアシステムの担い手となる医療従事者が健康格差に取り組むことの重要性が十分認識されておらず、また SDH の課題を抱えている人達への対応法も系統的に整理されていない。とりわけ、SDH を踏まえたいわゆる「多職種連携」の仕組みづくり、すなわち SDH 上の課題を有する人々についての情報を医療・行政・福祉それぞれの現場の専門職やその他のサービスの担い手の間で共有し、連携しながらケアを提供していくためのシステムを構築し、活発かつ継続的に運用していくことが求められる。近年では、そういった医療と地域福祉との連携の取り組みを「社会的処方」(social prescribing) と呼び活動する動きが活発である。また、社会的ケアが必要な人へ支援を提供するだけでなく、その人が社会の中で一定の役割を担い、全ての、多様な人が互いに支え合う「共生社会」の実現に向けて

プライマリ・ケアの専門家がかかわっていくべきである。当事者を含む多様な利害関係者と協力してそのようなシステムを作り上げていくプロセスが必要である。

健康格差への対応の方法

WHO は SDH への対応として、1)生活環境の改善、2)不公正な資源分配の是正とそのための組織連携、3)健康格差の測定とそれに対するあらゆる取り組みや政策の影響評価、という 3 つを推奨している⁶⁾。日本では、WHO の推奨事項を踏まえ、2015 年に公益財団法人医療科学研究所が「健康格差対策の 7 原則」を提案している（図 5）⁴⁷⁾。その内容は以下の通りである。

第 1 原則：健康格差を縮小するための理念・情報・課題の共有（課題共有）

第 2 原則：貧困層など社会的に不利な人々ほど配慮を強めつつ、すべての人を対象にした普遍的な取り組み（配慮ある普遍的対策）

第 3 原則：胎児期からの生涯にわたる経験と世代に応じた対策（ライフコース）

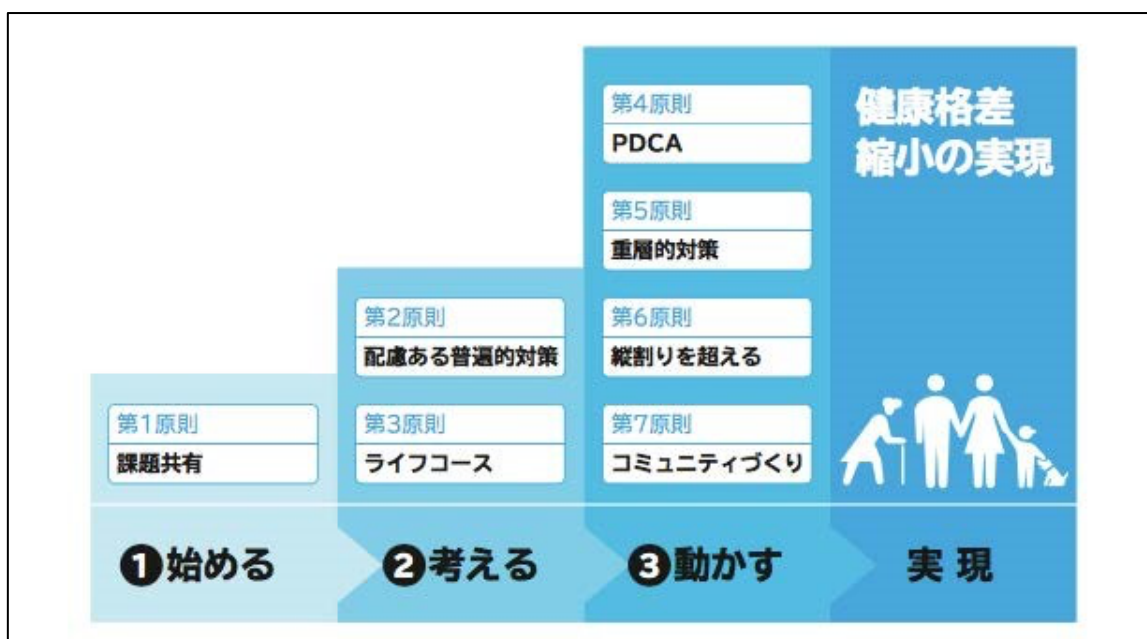
第 4 原則：長・中・短期の目標（ゴール）設定と根拠に基づくマネジメント（PDCA）

第 5 原則：国・地方自治体・コミュニティなどそれぞれの特性と関係の変化を理解した重層的な対策（重層的対策）

第 6 原則：住民や NPO、企業、行政各部門など多様な担い手をつなげる（縦割りを超える）

第 7 原則：まちづくりをめざす健康以外の他部門との協働（コミュニティづくり）

図 5：健康格差を縮小するための 3 つの段階。「健康格差対策の 7 原則」公益財団法人医療科学研究所「健康の社会的決定要因 (SDH)」プロジェクト⁴⁷⁾



上記「7 原則」を踏まえ「健康格差社会への処方箋」では、地域における幅広い連携を基に、地域環境を整え、誰もが社会的なつながりを維持できる環境づくりを進めることにより、「住んでいだけで健康を維持できる環境づくり」の重要性が指摘されている²⁷⁾。前述のように、健康状態は社会経済状況による勾配を持ち、健康格差は特定の社会的に不利な人々だけの問題ではないため、社会的に不利な人々への配慮を強めながらも、基本的には、すべての人々を包摂する、普遍的な対策であることが求められる。社会的な困難を抱える方に適切な医療へのアクセスが保障されないことや、効果的・効率的な医療が提供できないことにより、プライマリ・ケア従事者が陰性感情を抱く可能性はあるが、一方で社会サービスと連携していると陰性感情が少ないことも知られている⁴⁸⁾。そこで、健康格差の客観的な把握を進め、社会環境の改善にかかわる多様な人々や組織との課題共有を進め、戦略的にマネジメントしていく必要がある。さらに、格差の問題は政治やメディアの動向の影響を受けやすいため、可能な限り、客観的なデータに基づく科学的な議論に基づく活動とすべきである。

SDH の問題に対しては重層的な対策が求められており、ミクロ・メゾ・マクロの 3 つのレベルで取り組むことが推奨されている⁴²⁾。ミクロレベル（医療機関内や診察場面：in practice）での取り組みとして、社会的要因をスクリーニングし必要な場合は介入すること、周縁化された人々にとっても医療機関を利用しやすいものにする等が挙げられる。自分自身がもつ無意識の偏見に目を向けること、誰に対しても分かりやすい説明を行うことが公平性に配慮した医療を行うために必要と言われている⁴⁹⁾。前述の「社会的処方」の取り組みは、臨床現場を対策の起点とする仕組みとしても広がってきている。医療と、地域社会で活動する行政機関やサービス事業者、福祉系の NPO といった多様な組織との連携を進め、患者の社会的なリスクに対して患者の価値観と生活様式に沿って地域全体で対応することで、ケアの質の向上と患者の健康アウトカムの改善を達成することをねらいとしている。地域の資源や実情に応じた実践が望まれ、英国では国の国民保健サービス（NHS）制度の一環として導入を始めている⁵⁰⁾。医療機関を起点とした社会的処方を進めるためには、個人の社会背景を評価する必要がある。一例として、個人の社会的な生活を構成する要素を「社会的バイタルサイン」とみなし、臨床でのマネジメントに活用する取り組みが行われている⁵¹⁾。

メゾレベル（地域やコミュニティ：in communities）での取り組みとして、地域や集団の健康に関するデータを収集し地域のステークホルダーと課題共有し活用すること、SDH に関して教育機関や現場および地域で学習の機会を提供すること、医療機関にたどり着けない方のために医療機関外での医療相談や訪問診療を提供すること、地域における多部門連携等が挙げられる⁴²⁾。

マクロレベル（社会：looking upstream）での取り組みとして、不公正な収入の格差の解消、社会的セーフティネットの拡大など、政策や文化に対する働きかけを通じて人々の健康状態や福祉の改善を図る。健康に及ぼす影響を考慮して作られた政策は“Healthy Public Policy（健康的な公共

政策)⁴²⁾”と呼ばれ、日々の診療（マイクロレベル）や地域（メゾレベル）での取り組みに基づくプライマリ・ケアからのエビデンスの提供や、提言を行うなどの働きかけも期待される。

プライマリ・ケアの現場では、治療や健康づくりへの動機づけに困難を抱える人も多い。病気のケアや健康づくりに十分に関心を向けられない人々に対する行動科学的なアプローチの重要性も指摘されている。「無意識に行動する」「ついやってしまう」「我慢できない」といった人の情緒的・経験則的な行動を否定せず、このような認知行動特性を活用した行動決定支援法を健康格差対策に応用することが提案されている。たとえば、行動経済学の「ナッジ」の概念や、ソーシャル・マーケティングの応用である⁵²⁾。

以上の様な、SDHを踏まえたプライマリ・ケアの推進に向けた人材育成に向けて、プライマリ・ケア看護師、プライマリ・ケア認定薬剤師、家庭医療専門医や総合診療専門医等に求められるコンピテンシーの整理とその獲得・研鑽に向けたシステムの構築に向けて、日本プライマリ・ケア連合学会としての活動をより一層推進する。

4. 学会員への推奨

日本プライマリ・ケア連合学会は、不公正な健康格差の是正に向けて、会員一人一人が次のよう
に行動することを推奨します。

1) 予防活動・診療について

- ・生涯（ライフコース）にわたる、健康を脅かす上流因子に目を向ける
- ・本人や家族、周囲の方々や組織と認識を共有し、健康に影響する社会環境を整えるように、地域の実情や患者の価値観に沿って、関係する人や組織に働きかける
- ・さまざまな社会背景をもった人が受診しやすく、適切にケアされる診療体制を構築する
- ・患者や家族が健康のみならず生活に関する困りごとを相談しやすい環境をつくる
- ・社会的な困難を抱える人に対して医療者に生じる陰性感情への対応法を学び、実践する

2) 教育について

- ・学生実習や指導医による専攻医への教育、多職種カンファレンスなどさまざまな教育機会において、健康格差の存在および人々の社会背景に目を向けることの重要性を、教育者と学習者が共に学び合う
- ・日々の診療の中で、患者の健康の社会的決定要因を明らかにし、全人的に対応するための具体的な態度とスキルを教育する
- ・社会的な困難を抱える人に対して、学習者が陰性感情を持ちやすいことを認識し、それに適切に対応することの重要性を学ぶ機会を提供する
- ・困窮している人に役立つ医療制度や社会資源を把握し、学習者に紹介する

3) 研究について

- ・日常診療において、患者の健康・診療情報に加え、社会背景も記録し、研究に活用できる形で蓄積する
- ・地域住民、行政担当者および多様な分野の研究者と協力して、健康格差の実態把握や効果的な対応法に関するエビデンスづくりに参画する
- ・医療機関をはじめとしたプライマリ・ケアの現場を、SDH への対応法の発案とその効果実証のフィールドとして積極的に活用し、現場から新たなエビデンスを生み出していく

4) パートナリシップについて

- ・予防・診療・教育・研究・アドボカシー・制度改革のすべての面において、患者・家族および関係者（専門職、地域住民、支援ネットワーク、NPO、行政、政策立案者、医療者教育機関、職能団体、大学、マスメディア、企業等）とパートナーシップを構築する

- ・医療機関での診療にとどまらず，自らの専門性を活かして，地域でのまちづくり・まちおこしや，自治体や国における政策づくりやその改革等，SDH に関する様々な活動に貢献する
- ・貧困や孤独といった社会背景が健康を阻害し，また治療上の困難に陥っていると考えられる人に対しては，社会的処方（SDH を踏まえた多職種連携・分野を超えた組織間連携）の取り組みにより対応する

5) アドボカシーについて

- ・地域や集団の抱える健康課題を把握できる仕組みを作り，地域の人々や組織と共に問題解決に取り組む
- ・さまざまな組織と連携して不公正な健康格差の是正に向けて地域や社会を変える活動を展開する
 - ―診療・教育・研究活動を通じて見出した健康格差の状況を積極的に記述して国内外に向けて発信する
 - ―健康格差について学会やその他の機関と連携して政策提言をする

<引用文献>

- 1) WHO. Technical Series on Safer Primary Care: Patient engagement. Geneva: World Health Organization. 2008. [not revised; cited 22 Feb 2022]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511629>
- 2) 厚生労働省. 健康日本 21(第2次)の推進に関する参考資料. 平成 24 年 7 月 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部 次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会. 東京: 厚生労働省. 2012. [not revised; cited 22 Feb 2022]. Available from: http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_02.pdf
- 3) Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO- Strategy paper for Europe. 1991 Sep. [not revised; cited 22 Feb 2022]. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>
- 4) WHO. World Health Statistics 2020: Monitoring health for the SDGs. Geneva: World Health Organization. 2016. [not revised; cited 22 Feb 2022]. Available from: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/
- 5) Nomura S, et al. Population health and regional variations of disease burden in Japan, 1990–2015: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017 Sep 23;390(10101):1521–1538. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31544-1. Epub 2017 Jul 19.
- 6) CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the commission on social determinants of health. Geneva: World Health Organization. 2008. [not revised; cited 22 Feb 2022]. Available from: http://who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/
- 7) 厚生労働省. 2019 年 国民生活基礎調査の概況. II 各種世帯の所得等の状況. 東京: 厚生労働省. [not revised; cited 22 Feb 2022] Available from: <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa19/dl/03.pdf>
- 8) Funakoshi M, et al. Socioeconomic status and type 2 diabetes complications among young adult patients in Japan. PLoS One. 2017 Apr 24;12(4):e0176087. doi: 10.1371/journal.pone.0176087. eCollection 2017.
- 9) 日本学術会議. 提言 わが国の健康の社会格差の現状理解とその改善に向けて. 東京: 日本学術会議; Sep 2011. [not revised; cited 22 Feb 2022] Available from: <http://www.scj.go.jp/ja//info/kohyo/pdf/kohyo-21-t133-7.pdf>
- 10) McKinlay J. A case for refocusing upstream: The political economy of illness. In: Jaco EG (Ed), Patients, Physicians, and Illness: A Sourcebook in Behavioral Science and Health. New York, NY: Free Press, 1979;9–25.
- 11) 日本プライマリ・ケア連合学会: プライマリ・ケアとは? (医療者向け). [not revised; cited 22 Feb 2022]. Available from: <https://www.primary-care.or.jp/paramedic/index.html>
- 12) 近藤克則, 芦田登代, 平井寛, 他. 高齢者における所得・教育年数別の死亡・要介護認定率とその性差—AGES プロジェクト縦断研究—. 医療と社会. 2012;22(1):19–30.
- 13) Collins TW, Jimenez AM, Grineski SE. Hispanic Health Disparities After a Flood Disaster: Results of a Population-Based Survey of Individuals Experiencing Home Site Damage in El Paso (Texas, USA). J Immigr Minor Heal. Springer US; 2013 Apr 21;15(2):415–26.
- 14) Fukuda H, Nakao Y, Yahata Y, et al. Are health inequalities increasing in Japan? The trends of 1955 to 2000. Artic Biosci Trends. 2007;1(1):38–42.
- 15) リンクアンドコミュニケーション. 「新型コロナウイルス流行下での生活習慣の変化」第4弾調査. [not revised; cited 22 Feb 2022] Available from: <https://www.linkncom.co.jp/news/press/339/>

- 16) Sato K, Sakata R, Murayama C, et al. Changes in work and life patterns associated with depressive symptoms during the COVID-19 pandemic: an observational study of health app (CALO mama) users. *Occup Environ Med.* 2021 Sep;78(9):632-637. doi: 10.1136/oemed-2020-106945. Epub 2021 Feb 22.
- 17) Wada K, Kondo N, Gilmour S, et al. Trends in cause specific mortality across occupations in Japanese men of working age during period of economic stagnation, 1980-2005: retrospective cohort study. *BMJ.* 2012 Mar 6;344:e1191. doi: 10.1136/bmj.e1191.
- 18) 厚生労働省. 平成 26 年国民健康・栄養調査報告. 東京: 厚生労働省. [not revised; cited 22 Feb 2022]
Available from: <https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyoudl/h26-houkoku.pdf>
- 19) 松田亮三, 平井寛, 近藤克則, 他. 「健康の不平等」研究会: 高齢者の保健行動と転倒歴—社会経済的地位との相関. *公衆衛生.* 2005;69(3):231-235.
- 20) 近藤克則. ライフコースアプローチ—足が長いとガンで死ぬ?. *保健師ジャーナル.* 2006;62(11):946-952.
- 21) Tsuboya T, Aida J, Kawachi I, et al. Early life-course socioeconomic position, adult work-related factors and oral health disparities: cross-sectional analysis of the J-SHINE study. *BMJ Open.* BMJ Publishing Group; 2014 Oct 3;4(10):e005701.
- 22) Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med.* 1998 May;14(4):245-58.
- 23) Tani Y, Fujiwara T, Kondo N, et al. Childhood Socioeconomic Status and Onset of Depression among Japanese Older Adults: The JAGES Prospective Cohort Study. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2016;24(9):717-726.
- 24) Matsuyama Y, Fujiwara T, Aida J, et al. Experience of childhood abuse and later number of remaining teeth in older Japanese: a life-course study from Japan Gerontological Evaluation Study project. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2016 Dec;44(6):531-539.
- 25) Oshio T, Umeda M, Kawakami N. Childhood Adversity and Adulthood Subjective Well-Being: Evidence from Japan. *J Happiness Stud.* Springer Netherlands; 2013 Jun;20;14(3):843-60. doi: 10.1007/s10902-012-9358-y.
- 26) 川上憲人, 橋本英樹, 近藤尚己. 社会と健康: 健康格差解消に向けた統合科学的アプローチ. 東京大学出版会. 2015.
- 27) 近藤克則. 健康格差社会への処方箋. 医学書院. 2017.
- 28) Tsutsumi A, Kayaba K, Ishikawa S. Impact of occupational stress on stroke across occupational classes and genders. *Soc Sci Med.* 2011 May;72(10):1652-8. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.03.026. Epub 2011 Apr 5.
- 29) Inoue A, Kawakami N, Tsuchiya M et al. Association of Occupation, Employment Contract, and Company Size with Mental Health in a National Representative Sample of Employees in Japan. *J Occup Health.* 2010;52:227-40.
- 30) Chandola T, Martikainen P, Bartley M, et al. Does conflict between home and work explain the effect of multiple roles on mental health? A comparative study of Finland, Japan, and the UK. *Int J Epidemiol.* Oxford University Press; 2004 Aug;33(4):884-93. doi: 10.1093/ije/dyh155. Epub 2004 May 27.
- 31) King M, Semlyen J, Tai SS, et al. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry.* 2008;8(70). doi:10.1186/1471-244X-8-70.
- 32) 浅沼智也, 他. GID/トランスジェンダーの医療機関に関するアンケート調査結果. *GID 学会 第 21 回研究大会・総会プログラム・抄録集.* 2019;43.
- 33) Doherty WJ, Campbell TL. Families and health. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1988.

- 34) Schule SA, Bolte G. Interactive and Independent Associations between the Socioeconomic and Objective Built Environment on the Neighbourhood Level and Individual Health: A Systematic Review of Multilevel Studies. *Plos One* 2015; 10(4). doi:10.1371/journal.pone.0123456.
- 35) Berkman LF, Kawachi I, Glymour MM. *Social Epidemiology*. Second Edi. Oxford University Press; 2014.
- 36) Ehsan AM, De Silva MJ. Social capital and common mental disorder: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2015;69(10):1021-8.
- 37) Aida J, Kondo K, Hirai H, et al. Assessing the association between all-cause mortality and multiple aspects of individual social capital among the older Japanese. *BMC Public Health*. BioMed Central; 2011 Jun 25;11:499.
- 38) Aldrich DP, Sawada Y. The physical and social determinants of mortality in the 3.11 tsunami. *Soc Sci Med*. 2015 Jan;124:66-75.
- 39) Addae EA. The mediating role of social capital in the relationship between socioeconomic status and adolescent wellbeing: evidence from Ghana. *BMC Public Health*. 2020 Jan 7;20(1):20. doi: 10.1186/s12889-019-8142-x.
- 40) Portes, Anton. Social capital: Its origins and applications in modern sociology. *Annual review of sociology* 1998;24(1):1-24.
- 41) Cottam B, Chandaria K. How doctors can close the gap. London: Royal College of Physicians. 2010 Jun. [not revised; cited 22 Feb 2022]. Available from: <https://www.rcplondon.ac.uk/file/2586/download?token=5ihvuF43>
- 42) The college of family physicians of Canada. Best Advice Guide: Social Determinants Of Health. Ontario: The college of family physicians of Canada; Mar 2015. [not revised; cited 22 Feb 2022]. Available from: http://patientsmedicalhome.ca/files/uploads/BA_SocialD_ENG_WEB.pdf
- 43) World medical association. WMA statement on inequalities in health. New Delhi: World medical association; Oct 2009. [not revised; cited 22 Feb 2022] Available from: <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-inequalities-in-health/>
- 44) AAP COUNCIL ON COMMUNITY PEDIATRICS. Poverty and Child Health in the United States. *Pediatrics*. 2016;137(4):e20160339 doi: 10.1542/peds.2016-0339.
- 45) 武田裕子. 格差時代の医療と社会的処方: 病院の入り口に立てない人々を支える SDH (健康の社会的決定要因) の視点. 日本看護協会出版社. 2021.
- 46) 一般社団法人オレンジクロス財団. 社会的処方白書. 2020. [not revised; cited 22 Feb 2022]. Available from: https://www.orangecross.or.jp/project/socialprescribing/pdf/socialprescribing_2020_01.pdf
- 47) 公益財団法人医療科学研究所. 健康格差対策の7原則 Ver.1.1. 東京: 公益財団法人医療科学研究所; 3 Aug 2017 [not revised; cited 22 Feb 2022]. Available from: https://www.iken.org/project/sdh/pdf/17SDHpj_ver1_1_20170803.pdf
- 48) Kung A, Cheung T, Knox M, et al. Capacity to Address Social Needs Affects Primary Care Clinician Burnout. *Annals of family medicine*. 2019 Nov;17(6):487-494. doi: 10.1370/afm.2470.
- 49) Project TE: Addressing Social Determinants of Health in Primary Care- team-based approach for advancing health equity. *AAFP* 2018.
- 50) Bickerdike L, Booth A, Wilson PM, et al. Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. *BMJ Open*. 2017 Apr 7;7(4):e013384. doi: 10.1136/bmjopen2016-013384.

- 51) Mizumoto J, Terui T, Komatsu M, Ohya Akira, et al. Social vital signs for improving awareness about social determinants of health, J Gen Fam Med. 2019 Jul;20(4):164-165.
- 52) 近藤尚己. 健康格差対策の進め方. 医学書院. 2016.

日本プライマリ・ケア連合学会の健康格差に対する見解と行動指針

発行：日本プライマリ・ケア連合学会

作成ワーキング・グループ：健康の社会的決定要因検討委員会

委員長：武田裕子

副委員長：近藤尚己，西村真紀，藤原和成

委員：飯塚玄明，大矢亮，小松裕和，小松真成，杉山賢明，孫大輔，千嶋巖，
長嶺由衣子，西岡大輔，長谷田真帆，水本潤希，前島拓矢，横田雄也

協力委員：近藤克則，船越光彦

発行日：令和4年 ×月

<添付資料>

学会員への推奨に関する事例集

日本プライマリ・ケア連合学会は、健康格差に対する学会の行動指針を踏まえ、会員一人一人が不公正な健康格差の是正に向けて行動することを推奨する。本資料はその推奨に沿って、国内外で行われている活動事例を収集し公表するものである。本資料の作成にあたり、まず、健康の社会的決定要因検討委員会の委員から以下の各項目に該当する事例を収集した。

今後はさらに広く事例を収集・蓄積し、資料を更新していく予定である。

1) 予防活動・診療について 2) 教育について 3) 研究について 4) パートナ
ーシップについて 5) アドボカシーについて

学会員への推奨 各行動の実践例

1) 予防活動・診療について

■社会的処方例：新潟県魚沼市の例¹⁾

地元の開業医でもある上村伯人氏が理事長を務める「NPO 法人エンジョイスポーツクラブ小出」では、地域住民に対して、アクセスのよい場所で、廉価な自己負担で、定期的に運動する場を提供している。この場は、単に運動するだけではなく、地域の人との交流の場となっている。医師は、外来で患者に対して「運動しましょう」と口で言うだけではなく、住民に対して実行・持続可能な運動の場を提供することもできるのである。

■患者の社会リスクの把握

○埼玉協同病院の例：電子カルテに SDH の問診を取り入れる

埼玉協同病院では、入院患者の基本情報として SDH の項目を設けている。基本情報を問診するのが、誰であっても、どの科に入院したとしても、標準的に患者の SDH が把握できるようなシステムを工夫し、支援が必要な人々を医療連携室へとつなげている。

○聖ミカエル病院（カナダ・トロント）の「貧困スクリーニングツール」

カナダ・オンタリオ州では、約 2 割の人口が貧困状態で生活していることや、先住民が多く在住していることから、SDH がかねてより注目されていた。そこで、聖ミカエル病院とトロント大学が連携し、家庭医を中心に、貧困をスクリーニングする問診項目を研究した。そこから得られた「月末に支払いが苦しくなることがありますか」という問診を日々の診療でおこない、経済的な支援が必要な人々を拾い上げている。

○日本 HPH ネットワークの「医療・介護スタッフのための経済的支援ツール」²⁾

患者・利用者さんの経済状態を把握するための問診項目を整理し、現場で活用できる社会資源制度をリスト化してまとめたツールである。「経済状態を問診し」、「貧困が健康のリスクであることを患者さん・利用者さんに伝え」、「制度を活用した支援をする」という 3 段階の構成になっている。

○健康の社会的決定要因（SDH）教育ポータル³⁾

経済的な困難を抱えている方への様々な経済的支援ツールを検索することができ、その他にも SDH の学習に役立つ資料を閲覧できる。医学部や研修教育病院への SDH 教育の導入・普及をはじめ医療者教育に有用である。

○西岡らによる「医療機関で用いる患者の生活困窮評価尺度」⁴⁾

医療機関で患者の生活困窮を評価することを想定した尺度を開発し、一定の妥当性・信頼性を確認した。

○訪問診療にて医療者には伝えづらい患者ニーズをくみ取る取り組み：奥田外科胃腸科クリニック（神奈川県・秦野市）の例

医療法人社団杏月会の奥田外科胃腸科クリニックの訪問診療部では、ホスピスに入居されている方や、居宅でがんの末期で死と間近に直面している方、社会や周囲に対する様々な不満を抱え、頻回なオンコールに繋がったり、診療や地域包括の訪問を断るなどして社会とのつながりを断絶させようとする方に対し、チャプレンや診療所に所属する社会福祉士とともに問題の根本を根気強く聴き取り、診療所内の多職種や地域の多職種と相談し、根本的な解決につなげる取り組みを行っている。

■受診しやすい診療所づくり：「医療法人ほ一むけあ（広島市）」の例

「ほーむけあクリニック」では、インフルエンザの予防接種代金を限界まで引き下げることで接種のための来院を促し、有事の際に相談しやすい環境作りを目指している。来院して医師・医療機関を「知っておく」ことができれば、医師や医療機関に対する心理的障壁が軽減されると考えるからである。インフルエンザの予防接種は、そのための良い機会となるが、経済的に困窮している世帯ではその費用の捻出に苦慮することもあるため、自己負担金額をできる限り抑えている。

■低所得者など、生計が困難な人が受診しやすい環境を整える：無料低額診療事業

無料低額診療は低所得者やホームレス、外国人など、受診時に生計が困難である患者に対して、無料または低額で医療を提供する社会福祉法に基づく法的支援である。実施医療機関と地域の福祉事務所や社会福祉協議会が事前に定めた所得基準を満たす個人とその世帯に適応される。国内では、済生会と民医連が広く実践しており、経済的事由により受診が困難な人々を支援している。

■LGBTQの方々が受診しやすい環境を整える：海外の例

性的志向・性自認に困難を抱えている方々、いわゆるLGBTQの方たちは、医療に対して特有のニーズを抱えている。しかし、安心して受診できる理解のある医療機関が乏しいため、受診をためらい健康を害することがある。例えば、トランスジェンダー（心と身体性の不一致が生じている）である人の場合、医療機関の受付で戸籍上の名前と呼ばれるため受診しづらくなったり、自身の性自認とは異なる性別共同病室に入院となり苦痛を感じることもあれば、トイレ利用に困難を感じたりしている。そのため、海外の医療機関では、以下のような対応をしている。

- ① どの性別（ジェンダー）の方でも、安心して使用できるトイレを設置する
- ② 「女性外来」、「メンズ・クリニック」など特定のジェンダーしか想定していない名称を避ける（身体は女性で心は男性の場合、「女性外来」は受診しにくい）
- ③ 初診時に的確な情報収集を行う：その人が呼ばれたいと希望する名前、呼ばれたい代名詞（彼女か彼か）、自認する性別（ジェンダー）、生下時の性別、配偶者名、家族氏名
- ④ 配偶者について尋ねるとき、「奥様」「ご主人」という言葉を使わず「パートナー」と表現する。
- ⑤ 電子カルテに、性自認や生まれつきの性に関する情報を記録し、特有の健康課題に配慮した診療を行えるようにする。例えば、レズビアンやトランスジェンダーで身

体の性が女性の場合、乳がんや子宮頸がん検診の受診率が低いため、検診のリマインダーを画面に表示する、など。

2) 教育について

■SDH を学部教育で伝える

医学教育コアカリキュラムが平成 29 年 3 月に改定され、「社会構造（家族，コミュニティ，地域社会，国際化）と健康・疾病との関係（健康の社会的決定要因（social determinant of health））を概説できる．」という文言が明記された⁵⁾．その教育方法として先駆的な取り組みを紹介する．

また、2019 年の医学教育学会誌の特集号では、①格差時代に医学教育で取り組む「SDH」とは？、②筑波大学附属病院総合診療科・地域医療実習への「SDH」教育プログラム導入の取り組み、③SDH 教育—三重大学医学部医学科の状況—、④SDH を体験のなかで学び・伝える：順天堂大学医学部の研究室配属選択実習「基礎ゼミ」、⑤卒前の SDH 教育：学修者の立場より、⑥市中病院における新入職員教育としての地域診断フィールドワークの取り組み—多職種での SDH 教育—の 6 編が掲載され、閲覧可能である⁶⁾．新入職員教育における実践は、福岡市にある千鳥橋病院の取り組み例である．書籍『格差時代の医療と社会的処方—病院の入り口に立てない人々を支える SDH の視点』⁷⁾では、千鳥橋病院の取り組みに加え、子どもの貧困支援や簡易宿泊所に住む独居高齢者の看取り、外国人支援、路上生活者や生活困窮者の健康相談、性の多様性への配慮など、医療者や医療機関の地域における活動が紹介されている．これらの実践例は、地域基盤型卒前・卒後教育における実習・研修プログラムを検討する際の参考となるであろう．

○順天堂大学医学部の「医学教育研究室」選択実習

3 年生を対象に 5 週間の選択実習で、社会経済的に厳しい状況にある方々を支援している団体の活動に参加し、直接にお話を伺う機会を頂いている．活動を通して、「健康の社会的決定要因」の存在に気づき、医療者の役割を考えるプログラムとなっている．

活動前に、①「知っていること/聞いたことがあること」、②①の状況を起こしている社会的構造、③②がどのように健康に影響するか、④医師の果たせる役割、について A4 用紙 1 枚に記述する．活動後にも同様に、①「知ったこと、学んだこと」、②①の状況を起こしている社会的構造、③②がどのように健康に影響するか、④医師の果たせる役割を記述する．そしてそれをもとに、参加学生と教員とで振り返りを行う．

活動例・・・路上生活者支援（炊き出しや夜回り，医療相談），子ども食堂，子ども学習支援，外国につながるのある子どもたちへの学修・生活支援，外国人への医療支援活動，LGBTQ 理解への取り組み，難民高校生と呼ばれる繁華街で過ごす女子生徒への支援活動など。

この選択実習の課題は，実習を通して学んだことを同級生に伝えるための教材作成（ビデオクリップやパワーポイントなど）とレポートの提出としている。

“生活保護の中から食費までも切り詰めなければならない家庭もあることを知った”，“自分の全く知らない，考えもしたことのないところで苦しんでいる人がいて，その人々を助けるために頑張っている方もいることに自分の視野の狭さを思い知った”，“将来医者になったときに心に留めておかねばならないのは，医療の知識や技術にとどまらないことを実感した”と感想を述べ，“今回の体験を他の医学生と共有し，現状を知る仲間を増やしたい”記している。

○高知大学医学部医学科の「地域医療学」授業

① 医学科 5 年生のプライマリ・ケア／地域医療学実習では，「地域医療・医療計画」という 1 コマ（90 分）のレクチャーを実施．“地域で生活すること”を考えさせ，“地域が健康に及ぼす影響”として地域格差，ソーシャルキャピタルなどの事例を交えて様々な SDH を教えている．またコロナ禍で地域実習に行けないことから，自分の町を歩いて地域を知る“地域診断”を行い地域の強みや課題を考察，発表させている。

② 医学部医学科看護学科入学前のオンライン教育では地域を歩いて地域診断を行うという課題を与え，グループワークでそれぞれの実習結果を発表させている．さらにレクチャーでは SDH と SDGs，健康格差について解説している．その後地域診断で歩いた町をもう一度 SDH の視点で考え直すグループワークを行っている。

③ 医学科 3 年生の地域医療学では大学教員のみならず外部講師を招いて様々な視点から地域医療を教えており．4 名の講師がそのレクチャーの中で SDH を取り扱っている。

○新潟大学新潟地域医療学講座の実習

新潟県魚沼市には「地域医療魚沼学校」が設立されている．ここでは，地元の医療関係者が，山奥の集会所まで医療保険の仕組みを教えに出向いたり地域指導者を育てる手助けをしたりと，さまざまなプログラムにより，互いに勉強し合う

といった地域包括ケアシステム・多職種連携を実践している。ここで新潟大学の医学生5年生が地域医療実習を行っている。

■SDH を訪問診療同行実習・研修で教育する：順天堂大学の例

学習者に患者の背景に目を向ける問いかけを行い、健康格差の存在を伝え、振り返りの中でSDHへの気づきを促す。

①実習・研修開始前：

「WHOの健康の定義を言える？」、「社会的に完全に良好な状態って何だと思う？」「在宅医療と病院医療の違いは何だと思う？」「これから、いろいろなお宅を訪問するので、その患者さんやご家族の健康に影響している社会的要因が何か考えてみて。」

②訪問診療の際：

患者・家族との対話の中で、社会的要因に関連するニーズの有無を見出す。学習者に患者・家族の生活について聴き取りをしてもらう、など。

③訪問後：

「どう思った？」「何に気が付いた？」と振り返りを促す。患者・家族のこれまでの人生の歩みや生活について触れ、現在の健康課題と結びつけて解説する。

④実習・研修修了後：

「今日、一番印象に残ったことは何？」「在宅医療と病院医療の違いは何だと思った？」と尋ね振り返る。さらに、これまでの経験からSDHへの対応が患者・家族の健康を改善した例などを伝える。学生たちは、瀟洒な住宅地、高度成長期に立てられた巨大団地、床が抜けそうで足の踏み場もない住宅などを垣間見て、“本当にいろいろな暮らしがあることが分かった”と述べる。また、60歳近い息子の世話をする80代の母親、近所の方の支えが心強いと話す一人暮らしの高齢者、孤立する高齢男性などいろいろな立場の方々のお話を伺うなかで、健やかな暮らしに何が必要か、医療を提供するだけでは解決しない課題に気づく。

■SDH を多職種教育で伝える：福井県高浜町の例

平成27年度より、高浜町内外の専門職、行政職員、一般市民を対象に、健康の社会的決定要因と地域の在り方から健康を幅広い視点から学び、地域の健康格差是正に向けての理論学習と実践体験が可能な通年制のセミナー「健康のまちづくりアカデミー」を実施している。

- ①系統講義：医学のみならず工学，社会学，教育学の講師による，「まちづくり×ひとづくり×きずなづくり×からだづくり」による多様な健康の社会的決定要因につながる学び
- ②特別講義：ハーバード公衆衛生大学院イチロー・カワチ教授らによる SDH 特別講義
- ③実践実習：福井県高浜町を舞台に，参加者が自ら企画し「健康のまちづくり」や「健康格差の是正」につながるイベントを実践と振り返り

3) 研究について

■エビデンスづくりに役立つ情報を診療のなかで収集し記録する

社会的要因に起因して発生しやすい医療ニーズとして，頻回受診やアルコール多飲，大量服薬，リストカット，うつ，自殺未遂，性感染症，虐待，小児喘息などが挙げられる．その他，慢性疾患の中でも糖尿病やメタボリックシンドロームは，より社会経済的背景が厳しい人に多く，重症化しやすいことが知られている．

社会背景が関係していると推測される主訴や疾患，症状を訴えて患者が受診した場合，社会歴，家族歴なども丁寧に記録する．入院やすぐに治療が必要なくても，可能な限り外来につなぎ，人間関係を構築した上で，社会的に介入できるポイントを見出すためモニタリングする．同時に可能な限りに記録する．

－既往歴，血圧，処方歴，血液情報，保険情報，緊急搬送情報，他院受診情報

－患者の社会参加状況につながりやすい，職業歴や教育歴，家系図など

－あらゆる年齢層に対する地域内の社会参加や雇用につながる情報の収集や，各関係者との連携を行う．

■研究計画の立案，実施，その後

- ① 研究として分析を試みる際には，明らかにしたいリサーチクエスションを見出し，必要に応じて研究者の助言を得ながらプロトコール（研究計画）を描く
- ② 計画を立てる際には，ある程度同じまたは異なる背景の患者数が必要であるため，同じフォーマットで情報が整理されるように工夫をする例：常に同じ項目で整理するプライマリ・ケア連合学会が推奨する学会内電子カルテやエクセルを利用する
- ③ 調査票などを用いて追加調査を行う際には，できる限りすでに妥当性が検証された質問項目を用いる．倫理審査を受ける（勤務先に倫理委員会がない会員は，学会の倫理委員会に申請できる）．
- ④ 得られた結果はできる限り学会発表や論文として発表をし，日本における患者の治療や安寧な生活に寄与しうる社会的介入ポイントについての示唆を蓄積する．

■研究実施例

○J-HPH⁸⁾の研究例：臨床現場で SDH を捉える問診票づくり

J-HPH は、「患者の暮らしに関する情報を把握するための、簡易質問項目の開発に関するパイロット研究」を行っている。この研究では、J-HPH に加盟している複数の病院が、SDH のひとつである貧困をスクリーニングするのに有用な問診を開発することを目標に、調査を進めている。

○全日本民医連の研究例：40 歳未満の 2 型糖尿病患者の実態調査 (T2DMU40) 全

日本民医連は、「暮らし、仕事と 40 歳以下 2 型糖尿病についての研究」と題して、糖尿病の外来管理を行っている 20-40 歳の男女約 800 名の回答から、個人レベルの糖尿病合併症に所得格差、教育歴格差があるかを検証した。

また、自治体や保健所などからの公開データを利用した研究も行われている。自分の診療所や病院がある地域の疾患の有病率、年齢構成、所得構成などから地域間比較を行う。結果から重点課題や重点対象地域を見出し、課題解決のための活動に繋げている。

○福井県高浜町の例

福井県高浜町では、平成 26 年度より、福井大学と高浜町が共同で日本老年学的評価研究 (JAGES)⁹⁾ に参画し、町内在住の高齢者に対する悉皆前向きコホート調査により、高齢者の健康状態および健康の社会的決定要因の詳細な把握またその変化と、地域で実施された様々な健康づくり・健康格差対策・まちづくり事業等の効果測定を試みている。

4) パートナiershipについて

5) アドボカシーについて

■「地域ケア会議」への積極参加

地域での生活やケアに困難を抱える事例や地域課題を議題として、地域の医療・介護・福祉関係者、民間企業、行政等の関係者が一堂に会して議論し、ネットワーキングを行う「地域ケア会議」が各地で行われている。医療従事者の積極参加が期待されている。

■地域活動への参加

○福井県高浜町の例

福井県高浜町では、平成 21 年度より、地域医療のために住民の立場でできることを模索し実行する有志団体「たかはま地域☆医療サポーターの会」が活動している。

その活動の中で、地域医療講演会や救急受診チャートの作成など、プライマリ・ケア関連専門職としての知識や技術が必要な活動の支援を、会から求められた際に行い、コミュニティ活動を活性化している。

■「医療法人ほ一むけあ（広島市）」の例

「ほ一むけあクリニック」では、病気があっても無くても気軽に訪れることができるコミュニティカフェ「Jaro カフェ」を併設している（じゃろ、は広島の方言で、肯定的な意味合いがある）。

医療機関は一般的に、病気やけがをしてはじめて訪れる場であり、地域の診療所の医師は「町医者」ならぬ「待ち医者」となっている。また、診察室という特殊な空間では、時間の制約も相まって、人々は医師に隠された思いを表出することが困難である。そこで、診療所を「かかりつけ」ではなく「いきつけ」の場とするため、カフェを併設した。毎週水曜金曜の昼は医師等が Jaro カフェで近隣の方々と一緒にランチを食べながら健康相談にのったり、街の情報を教えてもらったりしている。社会的処方の一環として、「地域のママさん情報」を掲示するなどの情報提供も行っている（下写真）。

また、介護者サロン、ベビーマッサージ教室など背景が似通った方々が集まりやすい定期・不定期イベントを開催し、同じ苦勞をしているからこそ分かり合えるコミュニティ作りのサポートをしている。さらに、ランチタイムやイベントでの対話を通じて得た課題を抽出し、医学生や多職種からなる Jaro カフェメンバーがプロジェクトチームを組んでアプローチする取り組みを始めている。たとえば、月に 1 回「Jaro こども食堂」を開催している。こども達の家環境に関係なく、様々な境遇（孤食の子ども、共働き家庭、高齢者、単身赴任男性など）の方が食や遊びを通じて健やかな生活を送るための支援を行うことを目的に活動している。

写真：ほーむけあクリニック内に掲示される「地域のママさん情報」（横林賢一氏提供）



<参考文献>

- 1) 「NPO法人エンジョイスポーツクラブ小出」[not revised; cited 22 Feb 2017]. Available from: <https://www.niigata-sports.net/club/enjoy-uonuma/>
- 2) 日本 HPH ネットワーク. 医療・介護スタッフのための経済的支援ツール. [not revised; cited 22 Feb 2022] Available from: <https://www.hphnet.jp/whats-new/5185/>
- 3) 武田裕子, 堀浩樹, 小曾根早知子, 他. 健康の社会的決定要因 (SDH) 教育ポータル. [cited: cited 22 Feb 2022] Available from: <https://sdhproject.info/>
- 4) 西岡大輔, 上野恵子, 舟越光彦, 他. 医療機関で用いる患者の生活困窮評価尺度の開発. 日本公衆衛生雑誌. 2020;67:7.
- 5) 医学教育モデル・コア・カリキュラム (平成 28 年度改訂版). 東京: 文部科学省; Mar 2017. [not revised; cited 22 Feb 2017]. Available from: https://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afieldfile/2017/06/28/1383961_01.pdf
- 6) 特集: 既存のカリキュラムで健康格差の「社会的決定要因 (SDH)」を教える・学ぶ. 医学教育. 2019; 50(5). Available from: https://www.jstage.jst.go.jp/browse/mededjapan/50/5/_contents/-char/ja
- 7) 武田裕子. 格差時代の医療と社会的処方: 病院の入り口に立てない人々を支える SDH (健康の社会的決定要因) の視点. 日本看護協会出版社. 2021.
- 8) 日本 HPH ネットワークウェブサイト. [not revised; cited 22 Feb 2017]. Available from: <https://www.hphnet.jp/>
- 9) 日本老年学的評価研究ウェブサイト. [not revised; cited 22 Feb 2017]. Available from: <https://www.jages.net/>