

第5部 総合診療医が今後果たすべき役割に関する提言

健康格差をもたらす「健康の社会的決定要因」への働きかけ

武田裕子¹

要旨

健康格差とは、社会的背景が異なることで生じる健康状態や医療アクセスの不公正な差をいう。わが国でも「子どもの貧困」など所得格差の広がりに伴い、健康格差が顕在化している。例えば、生活困難世帯の子どもは、齲歯、肥満、ワクチン未接種などの健康リスクが高い。また低所得者ほど喫煙率が高く、高血圧や糖尿病に罹患しており、検診も未受診となる。健康に影響を及ぼす要因には、収入に加えて学歴、仕事、居住地、国籍、人種など個人の背景のほか、労働環境や医療体制、文化や環境、社会経済状況などがあり、「健康の社会的決定要因」という。

「自己責任」と患者を責めるのではなく、患者の抱える困難に思い至り、健康に影響している社会的要因を見出して必要な支援の提供が医師には求められている。また、健康の専門家として、個々の患者診療にとどまらず地域コミュニティや社会がより健康であるように、自らの専門性を活用して貢献する社会的な責任も有する。病態生理や生物医学的な判断にとどまらず、患者の心理社会的な側面に目を留め、問題に体系的にアプローチする総合診療医は、格差時代の医療の担い手として不可欠な存在である。

総合診療医が働くプライマリ・ケアの現場では、経済的困窮などの社会的困難のために治療を中断してしまったり、健康的な生活習慣を維持できない人に遭遇することがまれならずある。「健康の社会的決定要因: social determinants of health (SDH)」とは、住む場所や国籍、教育や収入、雇用形態など個人の社会的背景に加え、地域のつながりや、環境、制度、経済など健康に影響する社会経済状況を指す。総合診療医は、患者の身近なところで幅広い問題に対して医療を提供する専門家であり、患者の健康に影響している社会的要因を認識しやすい立場にある。また、そうした社会的要因を放置しては、どんなに的確な診断と治療を行っても、患者の状態は容易に改善しないことを実感している。

総合診療医の診療の強みは、臓器特異的な疾患のみならず患者を全人的にとらえ、包括的かつ継続的な診療を提供する点にある。患者の主観的な健康課題も含め、診断のついていない症状や徴候にも幅広く対応する。それには、病態生理や生物医学的な

らえ方 (biomedical model) にとどまらず、心理学的な側面や社会的要因、さらにその相互作用もふまえた体系的なアプローチ (biopsychosocial model) が必要である。社会的な要因は健康に影響し、また、疾病によって患者の社会経済状況は影響を受ける。患者が生まれてから今日に至るまでのライフコースを把握し、家族や患者を取り巻く環境、経済的な状況にまで配慮してケアする研修を受けた総合診療医は、格差の広がる今日、医療の担い手として大きな役割を果たすと期待される。

医師は、また、健康の専門家として、個々の患者診療にとどまらず、地域コミュニティや社会がより健康であるように、自らの専門性を活用して貢献する社会的な責任も有する。そのためには、生じた疾病や外傷への対応にとどまらず、健康を阻害する社会的要因に対しての働きかけも不可欠である。地域のなかで、患者の暮らしを身近に感じ、コミュニティとともに歩む総合診療医だからこそできる活動といえる。WHOは、「健康の社会的決定要因」に関するレポートの中で、“人々が病気になる原因を放置したままで、治療を繰り返すことに意味がある

1. 順天堂大学医学部医学教育研究室

のか (Why treat people without changing what makes them sick?)”と問いかけている。

日本プライマリ・ケア連合学会では、こうした社会の要請を受け、患者の生活背景を理解し必要な支援を行える医療の推進をめざし、「健康格差に対する見解と行動指針」を策定した。そのなかで学会の行動指針として、社会的要因への働きかけを行って健康格差の解消に取り組むこと、社会的要因により健康を脅かされている個人、集団、地域のニーズに応えること、また、そのための教育・研究ならびにアドボケイトとして活動することを示し、会員に行動することを求めている(巻末資料p. 519-537に掲載)。活動の一環として、これまで2年間にわたり、健康格差の拡大をもたらす貧困に関するワークショップを開催した。経済的に困窮している方々の存在に総合診療医がどのように気づき、どのような役割を果たせるかを議論した。以下は、その内容を紹介した報告文である(実践誌『プライマリ・ケア』Vol.3 No.2, 2018に掲載)。総合診療医が社会のニーズを受け止め、多職種と協働して地域で取り組んでいる様子を垣間見ることができる。

プライマリ・ケアの現場で「貧困」に気づく・取り組む

武田裕子

順天堂大学医学部医学教育研究室

■はじめに

“貧困と無知さえ何とかできれば病気の大半は起こらずにすむ”，これは誰もが知る「赤ひげ」が発した言葉です(山本周五郎原作『赤ひげ診療譚』¹⁾。社会が無知や貧困といった矛盾を生み、人間の生命や幸福を奪うのだと「赤ひげ」は、若い医師、登に教えます。しかし、これは江戸時代に限ったことではありません。

今や7人に1人の子どもが相対的貧困におかれており、母子家庭では実に半数以上が貧困状態にあります。成育環境や教育年数は、その後の収入、職業や働き方、生活習慣に影響を及ぼし、健康格差を生み出しています¹⁾。日常のプライマリ・ケア診療現場で、皆さんもそれを実感されることがあるのではないのでしょうか。

日本プライマリ・ケア連合学会主催の秋季生涯教育セミナーでは、2016年、17年と健康格差につながる「健康の社会的決定要因 (social determinants of

health: SDH)」を取り上げました。子どもの貧困を通して、社会経済的に困難な状況におかれている方々にどうしたら気づけるか、プライマリ・ケア医としてどのような役割が果たせるのか意見交換し、実践的な取り組みを共有するワークショップです*。本稿では、そのなかから一部をご紹介します。

■貧困にどう気づくか？

表1は、ワークショップ参加者が、診療現場での経験をもとに、経済的困難を抱えた患者さんが示すことのあるサインをまとめたものです。病気の診断と治療のみを考える医療、いわゆる生物学的アプローチでは、こうしたサインの多くはなかなか目に入ってきません。プライマリ・ケア医が得意とする、心理社会的アプローチ (Bio-Psycho-Social model)で、患者さんの背景に目をとめて初めて気づけるものです。

◎ソーシャル・バイタルサインを多職種で共有

収入や仕事内容に加え、子どもの数、進学などお金のかかる年代の子どもがいないかといった家族構成、光熱費の支払いで困ることはないかなど生活の様子、支えてくれる人がいるか、公的機関の支援を受けていないかなども、経済状況を推測するのに役立つ情報となります。隠れている社会経済的問題に気づかせてくれるこうした質問を、ソーシャル・バイタルサインともいいます。しかし、初診で生活のことまで詳細に尋ねるのはなかなかむずかしく、立ち入ったことを聞いてほしくないと思える患者さんに出会うこともあります。

ワークショップ参加者からは、「再受診していただけのような関係性を構築してから、2度目、3度目の受診の際に話しにくいことを尋ねるようにしている」、「“ちなみにこんなことで困っている人が多いけど、どうでしょう?”と一般化して尋ねる」という工夫や、「方言で話しかけるのが大事“最近、何かあった?お仕事うまくいってはんの?”とか…」と、経験談が語られました。常に、困窮している患者さんがいる、遭遇しやすいという前提で患者さんと話をするのが、貧困を見出すコツだと気づかされました。オープンに経済状況について尋ねると、「“そんなことも心配してくれるの?”、“ここでは言っていないの?”と驚かれたりホッとされたりする」

*ワークショップ・講演者/ファシリテータ：和田浩(健和会病院)、高岡直子(城南福祉医療協会大田病院)、竹内由紀子(竹内医院)、大矢亮(耳原総合病院)、長純一(石巻市立病院開成仮設診療所)、沢田貴志(港町診療所)、武田裕子(順天堂大学)

と、みみはら高砂クリニックの緒方浩美医師はいわれていました。

医師には話せないことでも、他の医療者には話せるという患者・家族は少なくありません。受付や会計の事務職員、看護師や薬剤師、理学療法士など、患者さんと接する機会のある医療職の誰もが聴き手になれます。保険薬局の薬剤師からは、待合室で子どもを罵倒したり、無視するなど親の行動によって気づけることがあるという発言がありました。ただ、こうした報告を受け付けてくれる医師はそう多くないそうです。多職種で取り組み、共通の問題意識をもって情報共有が図られる必要があります。

◎患者さんの背景・SDHに目をとめる

受診日を守れない、処方薬を切らす、用法・用量を何度説明しても理解できない、その場しのぎの応

答でやる気が感じられない…。何のために治療しているのかと、医療者ががっかりさせられたり、陰性感情をいただきやすい患者ほど、困難を抱えている、あるいは自ら困っているといえない患者であると、講師の一人である健和会病院小児科医の和田浩医師は伝えました。「(医療者が)困った患者ほど、(患者本人が)困っている」と表現した参加者もいます。予約の日にこない、症状が進んでからようやく受診したなど、医療者がどうして？と思うときほど、非難するのではなく親身になって理由や背景を尋ねる必要があるでしょう。

印象的だったのは、亀田ファミリークリニック館山の菅長麗依医師が、SDHを見つけ出せると診療が楽しくなる、と話していたことです。「陰性感情をもちそうになったときに、患者さんの背景を尋ね

表1 ワークショップ参加者が経験した貧困のサイン

■外来にて	<ol style="list-style-type: none"> 1. 受診頻度 <ul style="list-style-type: none"> ・不定期受診・予約日に受診しない ・受診の遅れ（症状が進んでから受診） 2. 検査に関連して <ul style="list-style-type: none"> ・検査を希望しない ・検査すると伝えたときに困惑した表情を見せる 3. 処方に関連して <ul style="list-style-type: none"> ・ジェネリック医薬品を希望し高額な治療薬を避ける ・治療薬の内服・外用の仕方がわからない・アドヒアランスが低い ・残薬が非常に多い ・薬代を節約している様子がある 4. 予約日の設定に関連して <ul style="list-style-type: none"> ・再診日を先に設定して受診間隔を広げる
■訪問診療	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅の様子：ペットの毛がたくさん落ちている、猫屋敷、ゴミ屋敷
■患者本人の特性	<ul style="list-style-type: none"> ・服装・身なり（いつも同じ服装、汚れ・穴が開いている） ・未治療の齲歯が多い、歯がない、合わない入れ歯を使用 ・かなりわかりやすく説明しても理解に乏しい ・その場しのぎの発言・短絡的な反応、安易な対処 ・精神的な疾患を抱えている（発達障害や認知症を含む） ・喘息・糖尿病などの慢性疾患を有し治療アドヒアランスが低い ・十分な教育を受けられなかった ・住所（地域性：生活保護受給者の多い地区に居住など） ・補助の出る治験参加者・治験リピーター（治療の代替に利用）
■家族の特性	<ul style="list-style-type: none"> ・母子家庭 ・小児科受診の際に、母子手帳を持参しない・母子手帳の記載が漏れている ・小児科受診の場合、受診が遅れる（症状が進んでからの受診） ・子どもの障がい発見に時間がかかっている（学校で指摘されてはじめて受診など） ・子どもの皮膚が乾燥して荒れている ・家族に齲歯・歯の欠損が目立つ ・家族が病気がちである（喘息が集積しているなど） ・家族構成（子どもの数が多い、入学直後などお金のかかる年代の子どもがいる）
■その他	<ul style="list-style-type: none"> ・医師が陰性感情を抱きやすい患者・家族 ・ケアマネジャーからの情報提供 ・児童相談所がかかわっている世帯

武田裕子・高岡直子. “プライマリ・ケアの現場で「貧困」に気づく・取り組む” 実践誌「プライマリ・ケア」Vol.3 No.2 2018

ると、事情があることがわかって自分の患者さんに対するネガティブな気持ちを抑えられる。そして、それだけにとどまらず解決の糸口が複数見えてくるのが楽しい」と。患者さんの抱える困難が理解できれば、的確な選択肢を見出すことにつながるのです。

■貧困に気づいたときにできること

和田浩医師が勤務する健和会病院の小児科外来には、中古衣料品やお米が置かれているそうです。必要そうな家庭に「今日はお米はいらない?」、「お姉ちゃんに合いそうな服があるから見て行って」などと、主に看護師が声をかけて渡しています。生活に困窮していても支援を受けることを「恥」と感じたり、困窮しているのが当たり前で助けを求めてよいと気づかない人もいます。「本当に困っている人は、困っているといえない」ため、「支援を受けにいくのではなく、診察を受けにいったらお米もくれた」という形にして、より敷居の低い支援の形としているとのこと。

しかし、このように直接的な支援を提供できることはごく一部です。ワークショップがはじまったとき、「最終的に何をしてあげられるのか迷う、無力感を感じる」といった参加者もいました。しかし、貧困には、経済的な貧困だけでなく、つながりの貧困や経験の貧困などいろいろな側面があることが知られています。グループワークでは、医療機関や医療者ができるさまざまな取り組みについて紹介しあいました。それをまとめたのが、表2です。

◎まずはコミュニケーションから

相談しやすいと感じてもらえるコミュニケーションを心がけ、こちらからも積極的に話しかけると、医療費や医療機関へのアクセスの問題など、患者さんのおかれている状況を知ることができ、医療者にできることがすこしずつ見えてきます。とくに糖尿病外来など経済的に厳しい患者層が多く長期的フォローが必要な診療所の医師は、窓口での支払いが気になり、患者さんに大丈夫か確認するといっていました。しかし、検査や処方により発生する医療費について卒前教育や卒後研修で取り上げられることはほとんどありません。会計窓口で支払額を知って怒鳴り込んできた患者さんがいたと話してくれた医師もいました。教育も変わる必要があります。

◎陰性感情も学びのきっかけに

生活困窮者に対する指導医の心ない一言が、学習者である研修医に負の感情を当然と思わせてしまう

ことがあります。一方、飯塚病院緩和ケア科の柏木秀行医師は、「救急外来で、研修医が『また生活保護がきた』といった心ない発言をすることがある。そんなときは、研修医に『患者さんに対して陰性感情をもつよりは、なぜこのような状況になったのか社会的背景を踏まえた対応を考えるほうがよい』と伝えている」と話していました。さらに、「社会的困難を抱えた患者さんに対応して、成功した体験をシェアすることはとても大切」とその効果を強調していました。陰性感情への気づきが、大きな学びの機会になると重ねて認識できました。

◎医療機関だからできる社会的処方

医療費の支払いが負担になるとされる患者さんに対して、「猶予すれば支払えない患者さんが口コミで集まりそうでできない」という診療所もあれば、「開業医なので、7割は保険からの収入があるわけだから待てる」という医師もいました。一方、生活困窮者に無料または低額な料金で診療を提供する無料低額診療事業は、意外にも知られていません。東京都内には、53ヵ所の無料低額診療事業実施施設（病院・診療所）があります（2018年2月時点）²⁾。活用できれば経済的に困窮している人の治療中断を防げるかもしれません。このように、「生活保護制度」以外にも生活困窮者への支援制度はあります。知っていれば、困っている患者・家族のが支援を受けるきっかけを医療機関が提供できます。自らに知識がなくとも、ソーシャルワーカーに紹介したり、地域の福祉担当者に相談することで困難を減らせるかもしれません。

近年、地域でも、子ども食堂やコミュニティ・カフェなど孤立を防ぐ居場所づくりが活発に行われています。院内に掲示板をつくって情報提供している医療機関もあれば、病院自らそのような場を提供しているという報告もありました。たとえば、親子で石鹸づくりをするレクリエーションを行って、母親の話をじっくり聴く機会としているそうです。情報リテラシーには差があります。生活に困窮している人は、情報を得る手段に乏しいだけでなく、自分たちに役立つ情報の存在すら知らないということもあります。高齢者も同様です。医療機関は、そのような人たちが情報を受け取れる場となりえます。

患者さんの健康の維持・改善や病気の治療継続には、医学的な対応にとどまらず患者さんの抱える困難に対応することが求められています。それには、社会制度の利用や地域資源の活用が不可欠です。患者や家族のニーズに合う地域のリソースを紹介する

ことを、「社会的処方」といいます。福島市にある上松川診療所の春日良之医師は、「診療が終わったあと、15分くらいかけて、気になる患者さんについてどう対応すればよいか、受付さん・看護師さん・医師で話し合う時間をもっている」とのことです。「診療所のスタッフ全員が、“社会的処方”ができることを目標にしている」と話していました。

前橋協立診療所の井上有沙医師は、自身の体験を

話してくれました。糖尿病で通院している男性患者さんが、治療を自己中断してしまい血糖コントロールが困難で困っていた。ところが、ペースメーカー埋め込み術により身体障害認定され、障害者手帳を交付されて医療費の自己負担がなくなった途端にきちんと外来受診するようになり、血糖値が一気に改善したとのこと。糖尿病のコントロール不良は患者側の自己責任と思われがちですが、医療費の負

表2 貧困に気づいたときに医療者ができること：WS参加者の取り組み

<p>■コミュニケーションの工夫</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の側から話しやすい雰囲気をつくる： 「何かあった？ 病気のことに限らずって」 ・中断していた人が来院したら声をかける：「ようきてくれましたね」 ・「支えてるよ」というメッセージを送り、戻ってきていただけるようにする ・本人の力を引き出し迷っている人の背中を押す声かけ
<p>■ニーズの把握</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・経済状況を医療者の側から話題にする： 「おクスリ代、たいへんじゃない？」 ・生活については医師以外の医療者のほうが話しやすい： ソーシャルワーカーや看護師が話しかけて、貧困に関する問題の整理をする・・・ 主治医に伝える・主治医は耳を傾ける
<p>■医療費の負担を減らす</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・処方薬の自己負担額を意識して処方する ・処方薬はなるべくジェネリックにする ・高額な検査や医薬品の処方を行う前に患者の意向を確認する ・再受診までの間隔をなるべく開けて受診回数を減らす ・支払いを猶予する、無料低額診療事業を行っている医療機関に紹介する
<p>■受診しやすい工夫</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・再受診せず治療を中断しそうな人には1週間分余分に処方する ・再受診の予約や治療薬の内服法などを決めるときには、患者さんの都合に合わせる ・仕事の合間に来院している人には診察までの時間を伝え、場合によっては素早い診察と処方を提供：「時間かかりそうですけど、どうしますか？」 ・複数診療科受診・検査などが同日にすむようにする ・高額療養制度、無料低額診療事業について伝える
<p>■社会資源を活用する</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・身体障害者手帳の申請：心身障害者医療費助成制度の活用（都道府県により異なる） ・生活困窮者自立支援制度の利用：就労支援・一時生活支援・家計相談支援・学習支援 ・生活保護制度の紹介：希望者には職員が手続き同行支援
<p>■地域資源に関する情報提供</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の活動に関する情報提供・グループへの橋渡し： 医療機関に掲示板設置、チラシ配布など ・アルコールや薬物依存の自助グループの存在の周知
<p>■医療者による学び合い・若手教育・アウトリーチ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・情報共有（医療機関内・外でカンファレンス）・民生委員との情報交換 ・地域ケア会議に「貧困」の視点を持ち込む ・研修に陰性感情への気づきを活かす ・貧困が根底にある事例での成功体験を多職種で共有 ・医療費・医療制度に関する知識を得る：診療費・検査費・医薬品費用や自己負担額など ・若手への教育：生活背景を理解することの大切さを伝える ・行政の事業に関する情報を外来で渡せるように準備しておく ・病院内外に地域の人が集える場所やイベントを用意する ・啓発：生活困窮者の状況を発信する、行政や福祉担当者に無料低額診療事業を知ってもらう

武田裕子・高岡直子、「プライマリ・ケアの現場で「貧困」に気づく・取り組む」実践誌「プライマリ・ケア」Vol.3 No.2 2018

担が背景にあり、助成制度が大きな役割を果たせることをあらためて認識しました。

「関心をもつこと、関心をもったことで成功した体験を共有すると取り組みへの力になる」、まさにそのとおりです。

■おわりに

「経済的な理由で治療を中断する人も多く、医師として葛藤する場面が多い」とっていた医師、「貧困について考えるのは重要だが手に負えないと思っていた」薬剤師など、多くの参加者が、さまざまな取り組みを共有し、事例を通して解決の手立てを学びました。医療者個人としてまたチームでできることは少なくないと感じた、という感想をもらいました。「問題を知らないこと、利用できるリソースを知らないのでアクセスできていないことがわかった。知っていることでつなげられそう」、「プライマリ・ケアの段階で貧困に気づき、複雑重症化する前に早期に介入できることが大切」という発言もありました。

一方、このセミナーでは、医療者だからこそできることも大きいと知らされました。たとえば「入院中の高齢者が社会的な理由で自宅に戻れないとき、行き先が決まらず困っていると聞いて医師である自分が出ていくことで受け入れてもらえるときがあり、医師には影響力があることに気づいた。それを他の医師にも知ってほしい」と。また、「自ら福祉関係者に問い合わせて直接相談したところ、迅速な対応に驚いた」、「(医師である)先生がいうならと動いてくれた」との報告もありました。このように、声をあげられない人の立場を代弁し、支援する人をアドボケイトといいます。

プライマリ・ケアに携わる私たちは、生活の苦しさが健康に影響を与えていることに気づく立場にあります。救急外来受診後のフォローアップを勧めても給料日のあとでないと受診できない人、非正規雇用のため年収100万円台で生活し、収入が増えたら

歯科受診したいといていた若者など枚挙に暇なく紹介されました。今回は、医療機関でどう貧困に気づくか、気づいたときに何ができるかについて話し合いましたが、実際には病院の入り口に立てない人が大勢います。問題を現場から発信することも、アドボケイトとしてのプライマリ・ケア医の重要な役割の一つです。

日本プライマリ・ケア連合学会では、「健康格差に対する見解と行動指針」を作成しました。そのなかで、あらゆる人々が健やかな生活を送れるように社会的要因への働きかけを行い、健康格差の解消に取り組むことを宣言しています。

「病気の陰にはとてつもない不幸が隠れている」と赤ひげはいいました¹⁾。その「不幸」こそ、WHOが“不公正で避ける努力が必要なもの”³⁾であり“国内ならびに国の間の健康格差の原因となっている”と述べている「健康の社会的決定要因(SDH)」でしょう。格差の広がる今日、自己責任論ではなく、病気の原因の原因(causes of causes)³⁾である社会的要因を心に留めた医療の提供、医療人の育成、個人やコミュニティへの働きかけ、アドボケイトとしての行動が私たちには求められています。プライマリ・ケアが医療の前線で社会との接点に位置するからこそできることであり、私たち、プライマリ・ケアを担う医療者一人ひとりの責務といえるのです。

文献

- 1) 山本周五郎. 赤ひげ診療譚. 新潮文庫, 1964.
- 2) 東京都内無料低額診療事業実施施設一覧. http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/seikatsu/hogo/mutei_files/300201mutei_iryoukikan.pdf (アクセス日 2018年3月31日)
- 3) WHO Commission on Social Determinants of Health-final report. Closing the gap in a generation. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf (アクセス日 2018年3月31日)