



実践

SDH診療

できることから始める健康の社会的決定要因への取り組み

● 監修 ●

日本プライマリ・ケア連合学会

● 編著 ●

近藤尚己

京都大学大学院医学研究科社会疫学分野

西村真紀

川崎セツルメント診療所

中外医学社

まえがき

研修医のころの話です。救急車で搬送されたある50代の男性の患者さんを担当しました。心臓弁膜症の手術を受けて退院しましたが、数カ月後に通院を中断されました。その後、地元新聞のおくやみ欄でその方が亡くなられたのを知りました。その方には家族関係のトラブルや経済困窮の問題があったため、入院中から医療ソーシャルワーカーとも相談して対応をしてきた方でした。そういった複雑な事情にもしっかり対応した、と思っていたのにうまく行かず、私はすっかり自信を失いました。まるで「手術は成功したが、患者は死んだ」といった状況です。もっとやるべき対応があったのではないか、何を間違ったのか、とモヤモヤと自問する日々が続きました。

その後私は大学院に進学して公衆衛生（パブリックヘルス）を全般に学びました。とりわけ社会疫学と出会ったことで、今なら研修医のころの自分に言ってやりたい、と思ういくつかのことを学ぶことができました。本書は、主に現在診療に携わっておられる医療従事者の皆様を意識して執筆しましたが、私個人としては、研修医の時の自分や、同じようなモヤモヤに苦しんでいる医療従事者の皆さんに届けたい、という思いを込めて執筆しました。

本書が扱う、健康の社会的決定要因（SDH）という概念は、私が出会った心臓弁膜症の患者さんのように、疾病の原因や治療の妨げとなっている社会的な要因について整理をして、その理解を深めるために提唱されたものです。SDHの考え方や臨床での対応のあり方のヒントを医療従事者や医療系の学生の皆さんに届けたい、という思いで、プライマリ・ケアとパブリックヘルスの専門家たちが連携してこの本を書きました。日々の診療にSDHの概念を取り入れることで、出口が見えない、どうやってケアしたらいいのかわからないといったモヤモヤを晴らす助けとなることと期待しています。

執筆者の多くは、日本プライマリ・ケア連合学会の健康の社会的決定要因検討委員会（SDH 検討委員会）のメンバーです。この委員会自体が、プライマリ・ケア医と社会疫学者の混成チームです。この発端は、同学会の丸山泉前理事長からの一本の電話でした。「プライマリ・ケアとプライマリ・ヘルスケア¹」の連携ができてい

ないんだよ。それを進める委員会を作ってほしい」とのリクエストをいただきました。私は丸山前理事長からの言葉を、個のケア（プライマリ・ケア）と地域や社会のケア（プライマリ・ヘルスケア）の専門家同士がつながり合い、ともに健康な社会を作っていくというラブコールとして（勝手に）受け取りました。そして、「その2つをつなぐなら、SDHのコンセプトを軸にするのが良いと思います。SDHに基づくケアを検討するような組織を立ち上げる形でよろしいでしょうか」といった内容の返事をしました。ご快諾いただき、手始めに委員会立ち上げに向けたワーキンググループを発足させました。その後の経緯については、第3章-5「学会によるアドボカシー：日本プライマリ・ケア連合学会の取り組み」をご覧ください。

両専門家同士の連携は、互いの足りない部分を補い合える、とても勇気づけられるものでした。一方で、互いに理解しがたいと思うこともありましたし、それは新鮮な驚きでもありました。それでも、数年間にわたる定例会議、シンポジウムやセミナーの開催、そして健康格差に関する学会の「指針」づくりの合宿、といった交流を進める中で、次第に認識がすり合ってきました。「そろそろ本にまとめられそうだね」という自信が持てるようになったのです。そうして、満を持して送り出すのが、この本です。

本書が、皆様の日々の医療活動の一助となり、よりよいケアが広がり、ひいては「誰一人おいていかない」社会の実現に向けて少しでも役に立つものとなることを願っています。

2023年4月

日本プライマリ・ケア連合学会健康の社会的決定要因検討委員会 副委員長
京都大学大学院医学研究科社会疫学分野 主任教授

近藤 尚己

¹ プライマリ・ヘルスケアは、主に地域コミュニティを単位として住民たちが主体となっていく、健康に過ごせるための保健医療の仕組みのこと。公衆衛生活動が目指す重要なゴールの一つ。

1. SDH への アプローチの考え方

医学を深く学んだ医師には、付与された多くの特権があるが、医療という限定した領域で長く仕事をすればするほど、特権と相対的な立場に慣れ、責任を忘れがちになる。疾病と治療の繰り返しの中で、知らず知らずのうちに、私たちを必要とする社会への洞察力を失っているのではないだろうか。 丸山泉（前日本プライマリ・ケア連合学会理事長）¹⁾

1. SDH とは

SDH は、Social Determinants of Health の頭文字をとった言葉である。「健康の社会的決定要因」や「社会的健康規定要因」、「健康に影響を与える社会的な要因」などと訳される。文字通り、健康状態に影響を及ぼし得る社会的な要因のことだ。貧困や孤立はその代表格であり、これまで世界中で行われてきた多くの疫学研究により、貧困や孤立は、喫煙や食生活、身体活動の少ない生活などの健康リスクに匹敵する、あるいはそれ以上の健康へのインパクトを持っている可能性が示されている²⁾。そのため、貧困や孤立の課題を抱えている人には医療を必要とする人が多く（つまり病気になりやすく）、診療の現場で出会う方々の中には、一般の人々よりも貧困や孤立に悩む人の割合が少なからずいるはずである。

社会経済状況や社会関係（つながり）は、個人の特徴を示す言葉ではあるが、それはマクロな社会システムと個人（ミクロ）との関係で決まる「メソ」^①レベルの健康規定要因である。地域や職場、学校などの「場」、つまり人々が社会活動を行う集団単位である「コミュニティ」の環境も、メソレ

① Meso: 「中間の」という意味

4. 臨床での SDH 診療の実践①： 社会的処方

社会的処方は、SDH をふまえた診療の方法として提唱された診療活動のモデルである。高血圧症と診断された患者に対して降圧薬を処方するように、貧困や社会的孤立の問題を抱えている患者に対して経済的支援や社会とのつながりを“処方”する、といったイメージだ。貧困も社会的孤立も、よく知られた重要な SDH であり、社会的課題の多くが多かれ少なかれこのどちらかの要素を含んでいるといってもよいだろう。それらへ対応することで、全人的な診療を進める方法として各国で広がりを見せている。

社会的処方は、社会的な課題への対応にむけて医師や保健医療の専門職が福祉職や地域コミュニティの NPO 等へと、社会的な課題があると思われる人々を紹介する取り組みである。図1に示すように、健康上の課題を抱えている人のうち社会的な課題も抱えている人を見出し、その課題への対応を担当する人材へと紹介する。医療機関を起点とした、社会包摂に向けた初動的な取り組みといえる。

前節で述べたように、SDH への対応は多職種・多組織で行うものであり、社会的処方をはじめのアクションは医療従事者が行う事が想定されている^①が、その後の対応の要となるのは、患者と地域資源とを「つなげる」役割りに当たる人材だ。英国では「リンクワーカー」や「コミュニティコネクター」と呼ばれる図1。日本だと、病院の医療ソーシャルワーカーや地

① 図1にあるように、医療従事者が行うのが典型で、classical (伝統的) とされるが、健康上の課題を抱える人に会おうのは医療従事者だけではない。地域の様々な活動主体がリンクワーカーへとつなげる役割を担う場合もあり、こちらは innovative (革新的) な社会的処方、として区別している。本書では前者を中心に取り上げる。

5. 臨床での SDH 診療の実践②： 社会的バイタル サイン

1. 健康の社会的決定要因の視点を臨床に活かす

健康の社会的決定要因 (Social Determinants of Health: SDH) の考え方は、集団を対象とする研究や実践で形作られてきたものである。昨今は、臨床現場においても SDH の視点を持つことの重要性が叫ばれるようになっており、国内外の様々な学会や団体が声明を出している¹⁻³⁾。しかし、社会疫学概念である SDH は、そのまま個人を対象とする臨床現場に適用するには扱いつらい。そこで、現場で SDH の概念を活かした臨床実践を行うために考案されたのが、社会的バイタルサイン (Social Vital Signs: SVS) の考え方である。本稿では、実践例を紹介しつつ、具体的な SVS の活用法について説明する。

なお、SVS に関する活動は、多職種で構成された有志の集まりである Team SAIL (Scope to upstream and Action with Interprofessional Investigating and Learning) のメンバーをはじめとして、現在に至るまで多くの人に関わってきたものであるが、本稿の見解は筆者独自のものであることをご容赦願いたい。

1. 貧困・生活困難

事例

24歳女性。3カ月前から20kg以上の体重増加があり、2カ月前から徐々に左眼が見えなくなっていた。昨日、突然右眼も見えなくなったため、あなたの外来を受診した。

5年前に感冒症状で受診した際に行われた血液検査で偶発的に高血糖が発見され、2型糖尿病の診断で通院・内服を行っていたが、3年前に自己中断していた。腎障害、眼底出血があり、糖尿病の微小血管障害によるものと考えられた。

1. 症例から考える貧困と医療

あなたは、この患者はどのように体重増加や視力低下が起こってすぐに病院を受診しなかったのか疑問に思った。そこで、治療的介入と並行して、本人と家族から情報収集を行った。患者は中学卒業後、人間関係の問題で高校を中退し、以降は就業せず自宅で家事などをしながら暮らしていた。パート勤務の母、半年前から会社勤務を始めた弟との3人暮らしであり、衣食住の心配はなかった。しかし、母が支払う家族3人分の国民健康保険の保険料が高額であった。滞納が続き、保険証を返還せざるをえなくなった。そのため、ここ3年間は無保険の状態であった（中野区HP）。

当時の主治医や病院スタッフには、経済的な問題を相談することはしなかった。恥ずかしさもあったが、疾患以外のことを相談できる雰囲気患者は感じていなかった。患者は、ついに通院を自己中断せざるをえなかった。治療を中断しても自覚症状に変化はなかったが、頭の片隅にはいつかは治療を再開しなくてはという漠然とした不安があった。糖尿病について

1. 医療機関でできる生活困窮者の支援

事例

あなたはある医療機関で当直業務を引き受けている。当直するたびに必ず訪れる、生活保護を利用している世帯の親子がいる。過去のカルテをみても、あなたの当番日だけでなく、他の日にも頻繁に来院していることがわかる。医療ソーシャルワーカーの記録では、ひとり親世帯のようだ。健康に影響を及ぼす社会的要因を学び、この親子にもきっと背景に何らかの事情が潜んでいるに違いない！と思ったあなたはまず、生活保護利用者の健康状態や健康行動のエビデンスを探してみた。

1. 生活保護利用者の健康動向と課題

近年、生活保護利用者の健康支援が盛んに議論され、令和3年からは福祉事務所で被保護者健康管理支援事業が必須化された¹⁾。事業では保健、医療、福祉の密な連携による生活保護利用者の健康支援が求められている。そのような動向を背景に、地方自治体の福祉事務所が所有する生活保護利用者のデータを用いた研究が進んでいる。たとえば、生活保護利用者の健康状態や健康行動に関連する社会的な要因が明らかになってきている。

筆者らは、東京と大阪の2自治体の生活保護利用者のデータを受領し、頻回受診（同一医療機関を月15回以上受診）をしやすい生活保護受給者の特徴を明らかにした²⁾。2016年1月時点で生活保護を利用している成人（6,016人）を1年間追跡したところ、139人（2.3%）が頻回受診を経験していた。分析の結果、ひとり暮らしである場合には2人以上の場合と比べて1.58倍、就労していない場合は就労している場合と比べて1.73倍、外国