

医学教育 2019, 50(5): 415~420

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

1. 格差時代に医学教育で取り組む 「SDH (Social Determinants of Health)」とは？

武田 裕子*

要旨：

医学生の卒業時の到達目標を示す「医学教育モデル・コア・カリキュラム」(平成 28 年度改訂版)では、初めて、「社会構造と健康・疾病との関係(健康の社会的決定要因:SDH)を概説できる」という学修目標が設定された。生活に困窮しているため外来受診を控える糖尿病患者、抑うつ・自殺企図のリスクを抱える性的マイノリティの方々など、社会の様々な状況・要素が「健康」に影響し健康格差の原因となっている。

WHOはそれを「健康の社会的決定要因 (Social Determinants of Health:SDH)」と呼び、医療者に取り組みを求めている。本稿では、格差が広がるなか、SDHを医療者教育で取り上げる意義を概説し、既存の講義や実習を活用して新たにSDH教育を導入する可能性について論じる。

キーワード：健康の社会的決定要因 (SDH)、貧困、健康格差、ヘルス・アドボケイト、カリキュラム開発

Teaching and Learning Social Determinants of Health (SDH) in Times of Social Disparity

Yuko TAKEDA*

Abstract:

In the Model Core Curriculum for Medical Education revised in 2016, the aim to teach "social determinants of health (SDH)" appeared for the first time. In times of social disparity, socio-economic conditions including unemployment and low income, sometimes discourage people from doing follow up visits to the clinic due to the copay. This happens despite the universal coverage of health insurance. The socio-cultural environment also affects individuals health. For example, the sexual minority suffers from depression and suicidal risk due to prejudice in our society. The WHO states that SDH are mostly responsible for health inequities and should be tackled by health professionals. In this article, we discuss why we should teach medical students SDH and how we could implement the program to an already overloaded curricula.

Keywords: Social determinants of health (SDH), Poverty, Health inequity, Health advocate, Curriculum development

1. モデル・コア・カリキュラムに登場した「SDH」

医学生の卒業時の到達目標を示す「医学教育モデル・コア・カリキュラム」では、平成 29 年 3 月に発表された平成 28 年度改訂版で、初めて、「社会構造と健康・疾病との関係(健康の社会的決定要因:SDH)を概説できる」という学修目標が設定された(表 1)。

「健康の社会的決定要因: Social Determinants

of Health (以下, SDH)」は、健康に影響する社会的な因子、すなわち個人に起因しない構造的な要素を指す。WHOでは、“人々が生まれ育ち、生活し、働き、そして年をとるといふ営みが行われる社会の状態”と定義している¹⁾。

Dahlgren and Whiteheadは、健康に影響する主要因を個人から社会レベルのコンテクストに分けて説明している²⁾(図 1)。外側から内側に向かって、社会経済状況や文化、環境などの社会構

* 順天堂大学医学部医学教育研究室, Division of Medical Education Juntendo University Faculty of Medicine

表1 医学教育モデル・コア・カリキュラム（平成28年度改訂版）より抜粋

B-1-6) 社会・環境と健康 学修目標： ① (略) ②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。

造，教育や収入の機会，雇用の有無や労働環境，さらには医療体制や医療保険制度といった生活環境，住んでいる地域のつながりや頼れる人の存在，個人の生活習慣である。生物学的要因についてはコントロールできないが，その他の社会的要因については，政策を検討する際にそれぞれのレベルに応じた取り組みが考えられると述べている²⁾。生活習慣は，個人の嗜好や意志の問題と思われがちであるが，生活習慣の形成には家庭環境や成育歴が影響し，例えばタバコやアルコールの利用しやすさ（価格や禁煙区域の設定），依存症治療の保険適応といった社会状況によっても左右される側面がある。これらも含めて，健康に影響するさまざまな因子を「健康の社会的決定要因（SDH）」といい，SDHによって生じている健康状態や医療アクセスの不公正な差を，健康格差という。

2. 所得格差から健康格差へ

わが国でも，生活困窮世帯の子どもには齲歯，肥満が多くみられ，ワクチン未接種率も高い³⁾。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，検診の未受診も多いと報告されている。高齢者においては，所得が低いほど医療機関受診率は低く，要介護認定される割合が高い⁴⁾。学歴や所得といった社会階層，社会参加度が抑うつや要介護状態の出現と相関があることも社会疫学研究により裏付けられている²⁾。

病気と言うと，生まれ持った体質や遺伝子，加齢など生物学的要因によって決まると考えられがちだが，Schroederは，寿命を全うしない死亡（premature death）が生物学的要因による割合は30%程度に過ぎないと報告する⁵⁾。生活習慣が40%で，残り30%は医療制度や社会状況，環境暴露などによるという。生活習慣の形成は，家庭環境や成育歴によっても左右される²⁾ため，社会

的要因が一人ひとりの健康に与える影響は非常に大きいといえる。

もしも，予約通りに受診しないことの多い患者がいて，処方薬も不足しがちになっているとしたら，「アドヒアランスが低い」，「病識がない」，「やる気がない」と思ったりしないだろうか。そして，病気が悪化しても「自己責任」だと考えてしまうのではないか。しかし，その患者が歩合制の仕事をしていて収入が不安定であり，生活も厳しいとしたら，また，外来予約日に急な仕事が入っても，受けなければ次の仕事の依頼が来なくなる可能性があり断れないのだとしたら，さらに，給料日前には医療費が支払えるか不安で，処方薬を半量だけ内服して受診日を伸ばしているのだとしたら，それでも「やる気のない自分勝手な患者」と言えるだろうか？雇用条件や労働環境，低収入，3割の医療費自己負担などの社会要因が，この患者の外来受診を困難にしている。

わが国における子どもの貧困率は2015年時点で13.9%，これは約7人に一人が「相対的な貧困」状態にあることを示している。「相対的貧困」は，世帯収入がその国の等価可処分所得の中央値の半分以下と定義され，一般的な文化水準，生活水準と比較して困窮している状態を指す。日本のひとり親家庭では，親が就業している場合の相対的貧困率は50.8%とOECD諸国で最も高い。「標準的な生活」を送れない例としては，食費を切り詰めるため十分に栄養が摂れない，家計を支えるため学校に行きながらアルバイトする必要がある，道具代や遠征費用が賄えず部活動をあきらめるなどがある。塾や習い事に行けない，金銭的な理由で進学を断念するといったことも起こり，所得格差は教育格差につながっている。家庭の経済的理由で同級生と同じことができないストレスは想像に難くない。仲間外れにされたり，不登校になる例もある。経済的な困窮の問題は，生活習慣

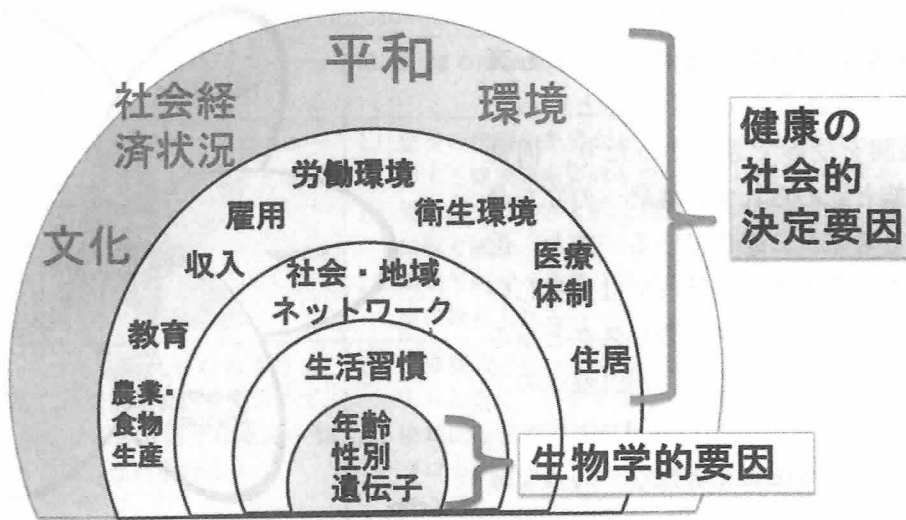


図1 健康に影響する主な要因²⁾

個人の健康が様々なレベルの因子の影響を受けることを示す。Dahlgren-Whiteheadの“rainbow model”と言われる（一部改訂：健康に影響する社会構造に「平和」を追加）

や健康管理、自己肯定感など、子どもたちの成長に様々な影響を与える⁶⁾。子ども時代の貧困の影響は、一時的なものにとどまらない。高齢になって経済的な問題がなくても、経済的に困窮している高齢者と同じくらいうつ症状発症をきたすという報告がある⁴⁾。また、子ども期の逆境体験は、成人期や高齢期の健康格差を生み出すことが知られている⁷⁾。

医学生も多くは比較的恵まれた家庭に生まれ、努力することができる環境で育っている。経済的困窮や社会的困難を抱える人々の暮らしを知る機会がほとんどないまま医学部に入学した学生も少なくない。「健康の社会的決定要因 (SDH)」を学ぶことは、個人の健康と社会との関わりについて理解すると同時に、困難を抱える方の人生に思いを馳せることにもつながる。

3. 生物医学モデルの限界

病気のなりやすさや、早期に診断を受けられるか、治療を開始・継続できるかも、さまざまな社会的要素によって変わりうる。経済的理由や社会的な状況から受診を控え、病院の入り口にも立っていない患者が日本の社会にも存在する。厚生労働省の統計では、2018年度における国民健康保険料の滞納は全加入世帯の15%に近い269万世帯であり、正規の国民健康保険証不交付世帯はその

1/3に上る。背景には、収入が不安定な非正規雇用の被用者の増加もあっていわれている。総務省による労働力調査では、2018年の非正規職員・従業員は2,120万人でその割合は37.9%と、1990年の881万人(20.2%)から大幅に増加している。小児医療費助成にも地域差があり、窓口負担が求められる自治体では、1回500円であっても受診をためらうほど経済的に苦しい親子もいる。治療が遅れて健康が損なわれた場合、その原因は受診の遅れであっても、その「原因の原因」には雇用や低収入があり、さらにその背景には社会の経済状況といった社会的要因 (SDH) が存在する。

生活保護を受給すれば、自己負担なく医療扶助が支給される制度はある。利用すればよいではないかと考えがちであるが、生活に困窮していることを恥とする意識や、申請する過程での様々な困難がそれを難しくしている。2018年5月の厚生労働省の推計では、生活保護利用資格がある人のうち受給している者の割合(捕捉率)は22.9%に留まる。一方、福祉制度の利用を権利ととらえる英国やドイツでは、捕捉率は9割に近い。国民の意識や慣習・文化というマクロレベルの社会的要因が健康に影響することを示すものである。

マクロレベルの社会的要因が、健康格差をもたらす例は他にもある。例えば、偏見により社会的に排除され、生きづらさを抱える性的マイノリ

ティの方々は、うつや自殺のリスクが高く、心血管疾患や糖尿病などの慢性疾患の発症率も高い⁸⁾。医療者に拒否されるのではないかといった不安から医療機関を受診できなかったり、同性パートナーが家族と認められずに臨終への立ち合いを断られることも未だに起きている。また、近年増加している外国人労働者にとっては、厳しい労働条件・勤務環境が病気やけがのリスクとなるだけでなく、言葉の壁や文化の違いが医療へのアクセスを困難にしている。

病態生理学的にいくらか正しく解釈し、的確な臨床推論のもとエビデンスに基づいた最適な治療法を医師が選択したとしても、患者が必ずしもその治療法に同意したり、勧められた通りに行動するとは限らない。患者の背景を知ることは、その理由を理解し、患者が必要とする最善の医療を共に探すことにつながる。それは、医療者にとっても納得できる医療の提供を可能にする。今回のモデル・コア・カリキュラム改訂では、「B. 社会と医学・医療」の項目に、新たに、「臨床実践に行動科学・社会科学の知見を生かすことができるよう、健康・病い・医療に関する文化人類学・社会学（主に医療人類学・医療社会学）の視点・方法・理論について理解を深める」が加えられた。これもまた、生物医学的アプローチ (biomedical approach) だけでは限界があることの認識によるものである。

4. ヘルス・アドボケイトとしての医師の役割

健康格差につながる社会的要因である SDH に医師が気付いたとしても、医療機関の中だけでその解決を図ることはできない。しかし、そうしたニーズを自分の守備範囲外として放置してしまうと、前述のとおり医療へのアクセスが制限され、せっかく診断できても治療につながらない事態に陥る可能性がある。また、患者が直面している困難を知っても何もできないと考えると、無力感が生じてむしろ SDH などに気付かなければよかったと思うようになるかもしれない。

カナダ王立内科外科学会 (Royal College of Physicians and Surgeons of Canada) は、医師に求められるコンピテンシーとして、CanMEDS Frame-

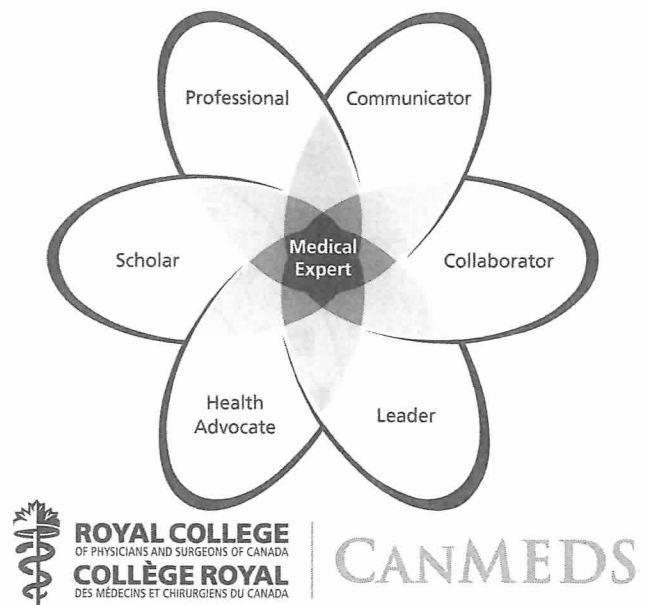


図2 CanMEDS Framework⁹⁾

臨床医に求められるコンピテンシーを定義し、医学教育ならびに診療の礎となる枠組みを提供している。臨床研修のマイルストーンを明示しており、あらゆる専門領域で用いられている。医師以外の医療職の教育にも活用されている。

work を提唱している⁹⁾ (図2)。2015年版では、コンピテンシーの要素の一つに「Health Advocate」が挙げられている。一般的にアドボケイトとは、“ある人に本来備わっているはずの権利が行使されない状況にあるとき、その人の代弁者となってその権利を擁護し実現を支援すること”を指す。CanMEDS が医師に求めている「Health Advocate」のコンピテンシーを表2に示す。

英国では、患者の社会的なニーズに応えるために地域資源を活用すべく、「社会的処方」が行われている。患者が参加したい趣味や運動プログラムであったり、地域ボランティアによる生活サポートや就労援助などの支援プログラムを利用できるように紹介する仕組みで、そのために「リンク・ワーカー」という第三者が存在している。一般医 (GP) や看護師などプライマリ・ケアにかかわる専門職は、患者のニーズを見出して第三者機関に依頼することで、特に社会的に孤立している人や生活上の困難を抱えている方々の健康やウェルビーイングを改善することができる。

日本でも、「地域包括ケアシステム」の構築が図られ、医療や介護に加え、地域での生活支援や交流、健康づくりが進められている。地域包括支

表2 CanMEDS2015でHealth Advocateとして医師が有すべきコンピテンシー

Key competencies (鍵となるコンピテンシー) 医師が担うべき役割	Enabling competencies (役割を果たすために必要なコンピテンシー)
1. 医療機関の内外で患者の健康に関わるニーズに応えられるよう、患者と共にその必要を声にして伝える	1.1 患者の健康や患者が必要とする医療やサポートへのアクセスに影響する健康決定要因を患者と共に明らかにする 1.2 健康的な行動がとれる機会を増やせるよう、患者とその家族と共に取り組む 1.3 疾病予防やヘルス・プロモーション、健康診査を個々の患者の診療に取り入れる
2. 地域や集団のニーズに応えられるように、その方々とともに健康決定要因を見出して、社会的責任を果たせるやり方で仕組みや制度が変わるような働きかけを行う	2.1 医療機関に通ってくる患者や共通の課題を抱えるコミュニティの方々と共に、影響を受けている健康決定要因を同定する 2.2 継続的な医療の質向上プログラムにおいて、疾病予防やヘルス・プロモーション、健康診査といった領域に取り組み、診療を改善する 2.3 医療機関に通ってくる患者や共通の課題を抱えるコミュニティの方々の健康を改善する取り組みに貢献する

援センターが相談業務やサービスのコーディネートを担っている。SDHの枠組みで診療することで、こうした支援に対する患者の必要に気づくこともできる。診療に追われる医師は、なかなか患者の医療以外のニーズに目を留める余裕がないかもしれないが、生活に目を向ける看護師や、医療費の支払い業務を担当する事務職員、患者相談を受けるメディカル・ソーシャルワーカー(MSW)と共に、多職種で連携すればアドボケイトとしての役割を担いやすくなるであろう。

小さなことかもしれないが、仕事の都合で受診が困難な方の外来受診回数を減らすべく他科と予約日時を合わせるよう協力したり、性的マイノリティへのサポートを表すレインボーグッズを身につけて受診しやすい雰囲気をつくるなど、SDHの眼鏡をかけるとできることが見えてくる。医療機関によっては、共働き家庭の多い地域で子ども食堂を開設したり、外来に衣服やお米を置くなどして、困窮者の多い地域のニーズに応える活動をしているところも出てきている¹⁰⁾。

5. 既存のカリキュラムでSDHを教える・学ぶ

それでは、SDHをどのように教えたらいのだろうか。新規の授業や実習が特別に必要な思えるかもしれないが、SDHの考え方や見方を伝えれば、それを学生が学ぶ機会は、既存のカリキュラムの中に多数存在している。

例えば、多くの医学部で取り組んでいる地域医療実習を考えてみよう。地域基盤型医学教育 (community-based medical education) は、従来の教育の場である医学部の教室や大学病院の病棟から学生を地域に送り出し、地域の様々な機関の担当者や住民が教育に関わる新しい教育法として、2000年代から導入が始まった。その目的として挙げられていた¹¹⁾のは、

- ・健康問題の予防・治療の場である「地域」に目を向け、地域を学修の場とする、
 - ・文化や社会的背景の異なる人々と接する機会を学生に提供する、
 - ・特定の集団の健康課題に目を向け、資源の再配や、自分の持つ知識や技能、考え方をもって総合的に取り組む
- であった。

単に市中病院の臨床実習に送り出すだけでは、生物医学モデルに基づく疾患の診断と治療を学んで終わってしまう可能性がある。しかし、担当患者に自身のSDHについて語って頂いたり、地域の課題としてのSDHの聴き取りを行うことで、学生は患者を生活者の視点でとらえ、「地域」に目を向けることができる。同様に、近年増えている在宅医療実習でも、学修項目の枠組みとしてSDHは有用である。

通常の臨床講義のなかでSDHに触れることもできる。例えば、糖尿病の授業でβ細胞やインス

リンの働き、合併症などについて講義する際、どのような患者が糖尿病に罹患しやすいかといった社会疫学のデータを紹介し、治療の妨げとなるものについて学生に考えさせるとアクティブ・ラーニングとなる。また、他学部の学生とのグループ討議などの多職種間教育において、SDHは取り組みやすいテーマであり、立場の違いが学びを深めるであろう。

病棟実習でも、SDHの視点で現病歴を振り返り、社会歴を確認することを学生に求めたり、症例検討会にMSWが参加して患者が利用できる社会資源について紹介してもらおうと、アドボケイトとしてのコンピテンシーの獲得につながる学修となる。また、さまざまな職種が参加してのカンファレンスでは、多職種間連携について学ぶ機会ともなる。一方、社会的に困難を抱えている患者は対人関係においても余裕がない場合があり、医療者に陰性感情が発生することがある。それらをふまえて適切に対応することは、大切なプロフェッショナルリズム教育といえる。

6. おわりに

WHOのSDH委員会レポートでは、健康格差の原因となっているSDHの存在を、“不公正であり、避ける努力をしなくてはならない”と述べている。SDH教育を通して、学生はこれまで想像したこともない困難を抱える方々の存在に気づく。変容的学修理論によると、それまでの前提や価値観を批判的に振り返ることが内面的な変容を促すという。こうした学修が共感や思いやりを向上させるとも報告されている。SDHの存在に気づいて共感的態度で診療し、必要な支援につなげる知識やスキルをもった医師の育成は、格差が進む社会のニーズに沿った医学教育の一つと言えるのではないだろうか。

WHOのSDH委員会報告書「“Closing gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health (一世代のうちに格差をなくそう: 健康の社会的決定要因に対する取

り組みを通じた健康の公平性)”」の表紙には、“Why treat people without changing what makes them sick? (病気の原因を放っておいて治療することに意味があるのか)”と書かれている。社会的ニーズに応えられる医師育成は、医学部の社会的責務 (social accountability) である。

文 献

- 1) WHO Commission on Social Determinants of Health. Final Report. 2008 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf?sequence=1 (日本語訳 http://sdh.umin.jp/translated/2008_csdh.pdf)
- 2) Dahlgren G and Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO- Strategy paper for Europe. ResearchGate. January 1991.
- 3) 近藤克則 (編). 検証「健康格差社会」介護予防に向けた社会疫学の大規模調査, 医学書院, 2007.
- 4) 近藤克則. 健康格差社会への処方箋. 医学書院. 2017.
- 5) Schroeder SA. We can do better - improving the health of the American people. *N Engl J Med* 2007; **357**: 1221-8.
- 6) 内閣府制作統括官子どもの貧困対策担当. 行政, NPO, 企業等官民連携で取り組む子供の貧困対策. 共同参画. No.120, February 2019.
- 7) Felitti VJ 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; **14**(4): 245-58.
- 8) Caceres BA, et al. A systematic review of cardiovascular disease in sexual minorities. *Am J Public Health* 2017; **107**: e13-e21.
- 9) Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. CanMEDS framework. 2015 <http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-e>
- 10) 和田浩. 医療機関が行う子どもの貧困支援. *チャイルドサイエンス* 2019; **18**: 15-20.
- 11) Magzoub ME and Schmidt HG. A taxonomy of community-based medical education. *Acad Med* 2000; **75**(7): 699-707.