

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA



医師のためのベストアドバイス

健康の社会的決定要因

BEST ADVICE

Social Determinants of Health

カナダ家庭医協会

訳：日本HPHネットワーク

医師のためのベストアドバイス

健康の社会的決定要因

BEST ADVICE
Social Determinants of Health

CONTENTS

推薦文 一般社団法人 日本プライマリ・ケア連合学会 理事長 丸山 泉……………	2
序文 日本HPHネットワーク コーディネーター 舟越光彦……………	3
ベストアドバイスー健康の社会的決定要因 (SDH) ……………	4
背景……………	4
SDHの重要性……………	5
行動する際の問題点……………	6
SDHを診療に取り入れる……………	7
マイクロレベルー診察室で……………	8
メゾレベルー地域でのとりくみ……………	11
マクロのとりくみー上流に注目する……………	13
結論……………	17
巻末資料……………	18
参考文献……………	22
参考資料 貧困：プライマリケア提供者のための臨床ツール（オンタリオ州版）…	23

推薦文

「医師のためのベストアドバイス 健康の社会的決定要因」 日本語版によせて

一般社団法人 日本プライマリ・ケア連合学会
理事長 丸山 泉

健康の社会的決定要因（SDH）は、社会の発展の恩恵を受け得る大多数の中で、確実に顕在化しつつある解決すべき課題である。医師が専門職としての矜持を語るならば、もはや、核心部分である。

現代において、病のほとんどは健康と不連続ではない。個の文脈に日々混在している。発症前の長い無症候の期間から病はすでに始まっており、病と健康の境界は存在しない。残念ながら、疾病を相手にすることを学んできた私たちは、境界線の片側しか見えていない。いや、見ようとしなない。

我が国においても、決定要因の一つである貧困の問題は深刻化しており、特に子供達は、「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。」の喪失に自ら抗うことができない。他者に頼ることしかできない。その代弁と擁護は医師にとっての

使命とも言える。

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、私たちが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。

一つだけ付け加えておく。プライマリ・ケア医の仕事のほんの横には、いつも見えない壁がある。診察室の壁かも訪問診療のお宅の襖かもしれない。小さな穴で良いので開けて覗いてみるといい。グローバル・ヘルスと言う、荒涼とした山、そして深遠な谷が見えるはずだ。身近にある社会的決定要因を探す目は、小さな穴の向こうの真実の景色を、くっきりと映し出す。

序 文

訳者を代表して

日本HPHネットワーク
コーディネーター 舟越光彦

本書は、患者が抱える健康の社会的決定要因（SDH）の改善方法について医師に具体的なアドバイスをするためにカナダ家庭医協会が作成したものです。

SDHに関しては世界的に膨大なエビデンスが蓄積され、社会経済的な要因が人々の健康格差の原因となっていることが明らかにされています。このため政策レベルでは、世界保健機関の「健康の社会的決定要因に関する委員会（2008年）」が、不公正な健康格差をなくすために、各国政府や市民社会、そして国際機関が、世界の人々の生活を改善するために連帯して行動を起こすことを提起しています。

しかし、日常診療の場面では、SDHのエビデンスが診療に生かされているかといえば、そういうわけはありません。例えば、貧困が健康にとってリスクファクターになることは「確かな事実」です。しかも、いくつかの研究では住民の経済状態を改善する社会政策の介入で健康状態が改善することが報告されています。ところが、診療場面で患者さんの経済状態の問診は喫煙の状況のように洩れなく行われているわけではありません。つまり、診療場面ではSDHのエビデンスと診療の間にギャップが存在しているわけです。本書は、このギャップを埋めるために、医師が診察室で、地域で、そして社会に対して実践すべきことをわかりやすく示しています。

具体的には、診察室で患者の経済状態についてスクリーニングし必要な社会資源を処方することを求めています。そのためのツールとして開発されたオンタリオ州版の「貧困評価介入ツール」が紹介されています。（このツールについては巻末に資料でつけていますのでご活用ください。）地域では、住民の健康を高めるために住民の代わりに声をあげアドボカシー活動に参加することをすすめています。さらに、病院にた

どり着けない患者さんの生活する場への訪問ケアを提案しています。社会に対しては、人々の健康を守るためのアドボカシー団体に参加し健康的な公共政策の実現に積極的に関与することをすすめています。

本書ですすめられているSDH改善のための実践は、一般に日本の医師に期待されるものとは大きく異なります。その背景の理解には、カナダの医師はヘルスアドボケイト（健康を守るためのアドボカシー活動の推進者）として行動することが必須のコンピテンシーと定められていることを知る必要があります。ヘルスアドボケイトとは、患者や住民、国民の健康を改善するために専門家としてそうした人たちに代わり声をあげ地域や社会に働きかける人のことを指しています。つまり、医師のヘルスアドボケイトとしての実践としてSDHの改善にとりくむのがカナダの医師のあるべき姿というわけです。

日本でも健康格差は大きな社会問題となっています。経済的な困難で健康を害し医療機関を受診する患者さんも多くいます。こうした時に、本書にあるアドバイスを参考に、患者さんの社会経済状況を尋ね、利用できる社会資源を処方できれば経済状態の改善を通して健康を改善できる可能性も広がります。例えば、社会資源の活用で、通院や入院が可能となり、必要な検査を経済的な理由で患者さんが断ることもなくすることが可能です。もちろん、医師だけでSDHの改善に取り組むのは多忙な中では困難です。そのために、本書にもあるようにチームを作って、関係者と連携して取り組むことが必要です。本書が、SDHの改善に取り組む医師の参考となり、患者さんの健康を改善し、公正な地域社会づくりに貢献できることを期待しています。

ベストアドバイスー健康の社会的決定要因 (SDH)

このベストアドバイスは、カナダ家庭医協会が提起した「患者のメディカルホーム (PMH)」^{訳注1}のとりくみの一環であり、患者の抱える健康の社会的決定要因 (SDH) の改善方法について、実質的かつ実践的なアドバイスを医療従事者に提供するものです。

内容は主に次の4章に分かれます。

- SDHの背景
- 患者と集団の健康にとってのSDHの重要性
- 行動を起こす時によく起こる問題
- SDHの診療への組み入れ方

SDHに関するより詳細な資料は巻末資料をご参照ください。

訳注1：患者のメディカルホーム (Patient's Medical Home, PMH)

2011年に、カナダ家庭医協会が提起した家庭医療の目指すべき姿。PMHは、患者が自分の家にいるように心地よく、自身や家族の健康または医学的な心配事について専門家チームと話し合える家庭医療の実践をさしている。詳細はホームページを参照。

<http://patientsmedicalhome.ca/>

背 景

健康と幸福な暮らしは、健康の社会的決定要因 (SDH) として知られる社会経済的要因によって形作られます。SDHは、人々が生まれ、育ち、暮らし、働き、年老いていく環境と定義されます。こうした環境は、世界・国内・地域レベルの資金・権力・資源の偏在で形成されます。SDHに関するエビデンスは、1800年代の初期まで遡り、今も蓄積され続けています。多くの報告や首脳会議、研究が、社会的要因と人の健康につながりがあることを裏付けています。

カナダでは、1974年のラロンド報告で、集団の健康を改善するために従来の医療の先を見据え、急性期治療を中心としたものから予防に焦点をあてることが、医療従事者に対して推奨されました。この間、SDHと健康格差がどう働くかのメカニズムについて、多くのことがわかってきました。そして、病気につながる社会的な「梯子」がある、という考え方が広く浸透するようになりました。この梯子の上にいるか下にいる

かで、健康の良し悪しが決まるというものです。

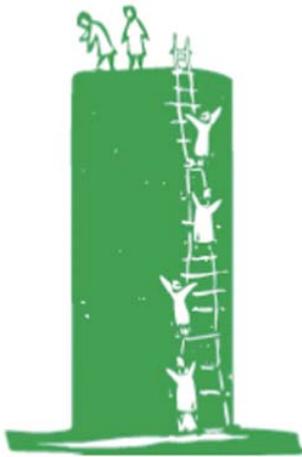
カナダ医師会や英国医師会などの専門家が集まる医療団体と同様に、カナダ家庭医協会もSDHに関する行動をとるのに十分なエビデンスが存在すると考えています。

本書は、家庭医と一緒に診療する医療従事者チームのみなさんに、日常診療や幅広いアドボカシー^{訳注2}を通じてSDHにどのように取り組めるかについて実践的なアドバイスを提供することを目的としています。

訳注2：アドボカシー：アドボカシーには2つの側面があります。一つは、個々の人のための権利擁護の活動。例えば、障がい者の権利擁護です。また、患者の苦情に応える病院での取り組みもアドボカシー活動の一例です。もう一つは、公共的な課題の解決のために広く社会に働きかける活動です。具体的な政策目標を実現するために、政策決定者および同決定プロ

セスに働きかけます。環境保護活動がその例です。
健康に関するアドボカシーに関して詳細に知りたい

場合は、巻末資料4をご覧ください。



SDHには主に以下が含まれます。

- ・収入（と配分）
- ・教育
- ・失業と職業の安定性
- ・雇用と労働条件
- ・幼少期の発育
- ・人種
- ・性別
- ・セクシャリティ
- ・食糧難（例、飢餓など）
- ・住居
- ・社会的排除
- ・社会のセーフティネット（福祉政策など）
- ・医療サービス
- ・先住民の地位
- ・障がい

SDHのエビデンスに関する詳細は、巻末資料1をご参照ください。

SDHの重要性

SDHに関心を持つことは、集団の健康や家庭医療にとって重要なことです。カナダの多くの家庭医が、患者が抱える病状を治療するには背景に横たわる健康を損なう社会的要因に何らかの形で目を向けざるを得ないと気づいています。ほとんどの公衆衛生の介入は個人の行動を対象としますが、SDHの視点で捉えることで個人の選択は構造的・環境的要因（これらは、個人が自らコントロールできる範囲を超えることも珍しくありません）によって形成されることが明らかになっています。そのため家庭医は、個々の患者の健康に影響する生活習慣や行動要因だけでなく、健康を規定する社会的状況に介入していく活動をするべきです。

カナダ家庭医協会は、SDHと社会的責任を2013年～2017年の戦略的計画の中心課題に据えました。6本の優先目標の一つで、本協会は「すべての決定と行動において社会的責任を持ち、社会の公正性を推進

すべき」だと明言しています。その目標を達成するためにSDHの影響について組織的に意識を高めること、そしてSDHを改善するための政策を政府に求めることをめざしています。この目標を詳述したものと戦略計画は、巻末資料2に全て収録されています。この目標を理解し追求することで、カナダ家庭医協会はカナダ全国民のSDHが改善し健康が高まるように努力します。

「SDHに対処するための行動を起こす」というカナダ家庭医協会の決意は、患者のメディカルホームとして知られる家庭医療実践のためのビジョンに示されています。患者のメディカルホームは、患者のあらゆる健康ニーズに対してタイムリーに対応する機能を持った患者中心の家庭医療学のホームベースもしくは中心的なハブとしての実践と認識されています。カナダ家庭医協会の患者のメディカルホームのビジョン報告書の目標5.5には次のように記述されています。

貧困、失業、文化、性別、ホームレスなど、社会的要因が健康に及ぼす影響に鑑み、患者のメディカルホームは、個人と集団の両方の健康ニーズに取り組むべきです。

行動する際の問題点

SDHに対処するための行動を起こすには、困難が生じることを理解し変革をめざす戦略を練り上げることが重要です。このガイドには、そうした困難を緩和するために医療従事者がとれるステップが紹介されています。

家庭医にとって一番ありがちな困難として上がるのは、時間のなさ、次に僅差で報酬の問題があります。インタビューに応じたほぼすべての医療従事者が、出来高払い制度の請求作業がSDH改善のために取り組む意欲をそいでいると回答しました。また、多くのソーシャルワーカーと家庭医が、医学生が受ける大学や卒業後の研修だけでは複雑な社会支援制度を活用したり患者の社会的経歴を聴きとるのは不十分だ、と感じています。

ソーシャルワーカーに相談するというオプションは、全てのケースで利用できるわけではありません。

あまり一般的ではありませんが、態度も問題となります。とりわけ、医療従事者の一部にあるスティグマの問題があります。数名の回答者が、同僚の医師が貧しい人々に見せた偏見を経験したことがある、または、患者が貧困を恥じるがゆえに生活環境や収入の話をしたがらないと感じたことがある、と回答しています。

この章のデータは、全国の家庭医、看護師、ソーシャルワーカー、医療関連分野で活動する法律の専門家を対象にした1時間に及ぶインタビューから得られました。インタビューの取決めや方法の詳細については、巻末資料3をご参照ください。

もう一つの問題は、無力感です。これまで医師は、SDHを医師の権限の範疇とはみなしていませんでした。医学教育におけるSDHへの関心の高まりや、患者へのSDHの影響の大きさについての問題意識が高まっているにも関わらず、医師の中には介入できる領域ではないと考える人がいます。ある回答者はこう述べました。「その人の境遇を気の毒には思うが、私が手を貸せることではない」。

カナダ家庭医協会は、家庭医こそ多くの場合において患者集団のSDHに影響する問題に関して行動できる、一番適任のプライマリ・ケアの専門家であると確信しています。前述の困難にもかかわらず、家庭医と協力する医療従事者は患者と集団の健康の両方のレベルでSDHを改善するために役割を果たすことができるのです。

SDHを診療に取り入れる

以下は、医師が患者やカナダ国民全体のSDHに関する問題に対処するために取りうるステップです。3つのレベルでSDHに取り組むことが推奨されています。

- ・ **マイクロレベル**：診療場面のレベル。作業は個々の患者にあわせて日常活動として行われ、思いやりと共感の精神で実施されます。
- ・ **メゾレベル**：地域コミュニティのレベル。これには患者のコミュニティ、医療従事者のコミュニティ、「市民社会」が含まれます。ここでは、医療専門家は市民であり同時に実践者です（教育、研修、生涯専門研修を含む）。
- ・ **マクロレベル**：社会レベル。ここでは医師は患者集団全体の福祉に関わり、健全な公共政策を通じて人々の福祉の改善を求めます（不公正な収入の格差の解消、公正な累進税制の支持、「社会的セーフティネット」の拡大など）。

メゾとマクロ分野に列挙される多くの活動が、アドボカシーに基づいています。カナダ家庭医協会はアドボカシーを、家庭医療のとりくみの中核であると捉えています。ここには、家庭医はどのように個々の患者のため代弁者になれば良いのか、医師はどのように地域の人材として行動し地域のために意見を述べれば良いのか、また家庭医療が生活環境の改善やすべてのカナダ国民のための健全な公共政策を求めるアドボカシー活動においてどのような役割を果たすのかなど、多くの側面が含まれます。

アドボカシー活動のための枠組は、Can MEDS-FM^{訳注3}にある医師のコンピテンシーの枠組^{*1}の中に示されています。Can MEDS-FMには、家庭医が患者のアウトカムを高めるために必要とされる知識、スキル、能力が説明されています。この枠組は家庭医にとって卒業後研修の中心課題ですから、多くの家庭医のみならずにはよく知られています。多くの家庭医がヘルスアドボケイト^{訳注4}としての役割を自覚していますが、効果的に患者の代弁をする方法がわからず難儀しています。Can MEDS-FMに関する詳細な情報については、巻末資料4をご参照ください。

訳注3：Can MEDS (Canadian Medical Education Directives for Specialists、医師のための医学教育指針)は、カナダ内科外科医師会が全ての医師に求められるコンピテンシーを定めたもので、最新版は2015年版です。Can MEDS-FMは、カナダ家庭医協会がCan MEDSをもとに家庭医に必要なコンピテンシーを定めたものです。

訳注4：ヘルスアドボケイトとは、健康を守るためのアドボカシー活動の推進者です。カナダでは、医師のコンピテンシーの一つとされています。巻末資料4をご覧ください。

*1 出典：フランクJR他著、カナダ医師会 2005医師の職能の枠組。より優れた基準、より優秀な医師、より良い医療。オタワ州：カナダ内科外科医師会；2005。参照先：www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/canmeds/resources/publications/framework_full_e.pdf アクセス日2015年1月23日。

マイクロレベルー診察室で

1. 日常的に患者の貧困状態をスクリーニングし、必要なら介入してください。

オンタリオ州家庭医協会の貧困委員会は、診察室で活用できる**貧困介入ツール**を開発しました。これは貧困ライン以下に暮らす人々を高い感度で見つけ出すための、シンプルでエビデンスに基づいた質問を活用したツールです。「月末に支払いが苦しくなる時はありますか？」という簡単な質問ですので、普段の診療に取り入れましょう。

多くの医療従事者は理解していることですが、介入しようがない事をスクリーニングするのは倫理に反することです。しかし、貧困にあえぐ患者には利用できる多くの介入方法があります。このツールに掲載されている資源のいくつかはオンタリオ州独自の制度ですが、多くの同様の援助プログラムが全国的に実施されています。また、この**貧困介入ツール**を他の州や自治体用に修正し普及しようと活動している医療従事者団体もいくつかあります。たとえば、ブリティッシュ・コロンビア州の家庭医協会は、ブリティッシュ・コロンビア州用に改変した**貧困介入ツール**を製作しました。こうしたアプローチ、すなわち貧困をスクリーニングし、リスクを当てはめ、介入するというアプローチは、国内で広く理解されるようになりました。インタビューに応じたソーシャルワーカーと法律家のほとんどは**貧困介入ツール**について知っていました。むしろ、家庭医の認知度のほうが低いぐらいでした。カナダ家庭医協会は、定期健康診断で貧困の確認をするよう奨励しています。また、「貧困ライン以下の収入」

チェック項目が含まれている「**予防ケアチェックリスト (Preventive Care Checklist Forms)**」^{8,9}の利用を推奨しています。このトピックに関して、生涯教育モジュールをカナダ医師会のホームページから入手できます。

多くの州で、生活保護申請用紙の記入に請求コードが設定されています。貧困スクリーニングと介入は、患者の社会経済的苦境を完全に緩和するには必ずしも充分というわけではありませんが、生活条件の改善を助けるプログラムへと患者をつなぐには**貧困ツール**を診療に用いることこそが今利用できる最善の方法です。



2. 診療活動が全ての患者、とりわけ社会的に排除された人々にも行き届くように配慮してください。

医療従事者は、難民や低所得の患者、セクシャルマイノリティ（LGBTQI：レズビアン、ゲイ、両性愛者、トランスジェンダー、クィア／クエスチョニング、インターセックス）にあたる人、障がい者、発達

障がい者など、社会から取り残された人々の目から見て、自らのケア環境がどのように映っているかをしっかりと考え、整えなくてはなりません。ある診療所は、低収入の患者用に予約日に通えるよう公共交通機

関の利用パスを提供しました。別の診療所は公開掲示板を設置し、地域の人が町のイベントや活動、会議案内を共有できるようにしました。医療従事者は、自分と患者の間にあるかもしれない社会階層の差や権威勾配を患者があまり気にしなくて済むように、普段の服装にも配慮する必要があります。こうした格差は、患者が収入や暮らし向きについて安心して話す障害になるからです。真に受診し易いケアとは、患者を中心にすえたものです。患者が心配事を何でも話せるようにし、そうした問題が生活に与える影響を認識しながら患者の訴えを検証することは非常に大切なことです。

以上のことに加えて、思いやりと共感の精神が患者

みなさんの診療をどうしたら患者中心のものにできるか、より詳細な情報は、患者のメディカルホームベストアドバイス「患者メディカルホームにおける患者中心のケア」をご参照ください。

patientsmedicalhome.ca/files/uploads/BA_PatCentred_EN_WEB_FINAL.pdf

のメディカルホームの実践の全てにおいて基盤になり、柱として存在しなければなりません。

3. 先進的な受診システムと同日受診の手配をしてください。

本当に受診しやすくするには、地理的な通いやすさ以上のものが必要になります。予約には柔軟に対応できて十分な診察時間が取れることも受診しやすい医療機関の重要な要素です。患者のメディカルホームモデルは先進的な予約システムを導入し、診てもらいたい当日にクリニックに電話をして、その日の診察予約を取ることができるようになっています。また、患者が予約時間に遅れてもキャンセルせずに自動的に空き時間まで待つよう案内できるようになっています。

先進的な受診システムをみなさんの診療に取り入れる方法について、詳しくは、患者のメディカルホームベストアドバイス「タイムリーな受診」をご参照ください。

patientsmedicalhome.ca/files/uploads/PMH_Best_Advice_Enhancing_Timely_Access.pdf

4. 地域社会のニーズに合わせて貧困対策チームを組織してください。

チーム医療は患者のメディカルホームモデルの柱であり、社会経済的状況を含めて患者が抱える多様なケアのニーズにうまく対応できる方法です。患者のメディカルホームモデルは、担当する集団の健康ニーズに対処するために構成されており、そのため地域の社会構成や健康ニーズに適応しやすくなっています。

つまり、みなさんの集団がもし新規移民や難民を多く抱えるなら、医療チームのメンバーに、パートタイムの法律相談にのれる専門家や、新規住民のために地域のサービス環境に詳しいソーシャルワーカーを加え

ても良いかもしれません。逆に、失業や一時解雇が多い地域であれば、収入と健康の強いつながりを考えると就職相談に対応できるソーシャルワーカーとの協力関係を持つことが必要になります。

一か所でチームが形成できない場合や組織が機能していない場合、患者のメディカルホームケアモデルでは患者のニーズに応じるため、バーチャルケアや電話、電子メールやテレビ会議などを利用したe-health solutionを採用できます。

みなさんの地域の人口統計データは、カナダ統計局や地元研究者が集めた学術データ、自治体関係者も

つデータなどから把握できるでしょう。

5. 州または準州の生活保護制度を理解し、申請書を提出してください。

患者の個々のニーズに応えるためには、しばしば州／準州の生活保護プログラムの申請書に記入する作業が必要です。そのため家庭医がこの種の用紙を熟知し診察室に用意しておくことも大切になってきます。多くの医療従事者が、ほぼ毎日に近いペースで連邦生活保護の申込用紙に向き合っています。にもかかわらず、実はこの用紙の記入方法について正式に研修を受けた人はほとんどいません。さらにこの書類の用途や料金コードとなると、その理解レベルは様々です。こうした書類記入で患者に手数料を請求している医師がいるという報告もあります。しかし、事例によってはその行為が患者にとって、障がい者手当や特別食事療法手当（オンタリオ州のみ）、交通費補助、障がい者税額控除など、補償給付の受給申請をあきらめる金銭負担になったかもしれません。

医療従事者は生涯専門研修や生涯教育の一環でこうした書類に関する州／準州の料金コードに精通することは可能ですし、そうすべきです。公正さと社会的説明責任の観点からも、患者の多くがすでに社会から取り残される経験をしているわけであり、そのような人に対し生活保護に関する書類業務に対して手数料を請求するべきではありません。



生活保護の申請用紙の記入をする際、家庭医として客観的な医学的助言を提供するように心がけましょう。家庭医の役割は所得保障プログラムの門番ではありません。

記入作業で必要とされるのは、患者の健康状態および／もしくは障がいの状態を正確に記述した、総合的かつ詳細な情報の提供です。⁷

次のプログラムは連邦レベルで実施されており、カナダ国内のどの地域でも患者は利用できます。

- ・ 老齢補償年金／補足的所得保障
- ・ カナダ年金制度障がい手当
- ・ 退役軍人手当
- ・ 雇用保険
- ・ 障がい者税額控除
- ・ 登録障がい者預金

受給資格はプログラムによって異なります。カナダ給付プログラムは、連邦と州による給付を検索できる簡単な方法を提供しています。より詳細な情報や他の給付プログラムについては、カナダ・ベネフィットのホームページをご参照ください。

<https://www.canada.ca/en/services/benefits.html>

メゾレベルー地域でのとりくみ

1. 地域の集団の健康と幸福に関するデータを集め利用してください。

ミクロレベルのとりくみの第4の提案で触れたように、患者のメディカルホームモデルによってみなさんの診療環境が地域の集団の健康ニーズにきちんと対応していることが保証されます。これに必要なのは次の2点です。まず、患者集団の定義をはっきりさせること—一番良いのは患者名簿を作成することです。次に、患者集団に関するデータを集めることです。

こうしたデータ収集には、電子カルテを利用すればうまく実施できます。現在いくつかの電子カルテ業者が一般化されたSDH問診票を開発しています。その質問票は、貧困、収入、住居、市民権、性的志向を含む数項目の適切なSDH指標のデータを患者から集めるようになってきました。このデータを匿名化し、地域単位の統計として集積する事で継続的な質の改善に活用できます。

地域単位のデータは、電子カルテ機能がなくても集

家庭医診療の登録プロセスに関して詳しくは、患者のメディカルホームベストアドバイス「家庭医療診療における患者の登録プロセス」をご参照ください。

patientsmedicalhome.ca/files/uploads/PMH_Best_Advice_Rostering.pdf

めることができます。一番良い方法はアンケート調査で、自前のデータをわざわざ調査するより良いでしょう。みなさんの診療のために、チームの中でスキル不足がないか、批判的に検討するのにこのデータを活用できるでしょう。また支援依頼書が必要なあらゆる場面で、住居支援者や保護観察官、法律家など地域の関係者と必要な連携をとれるようにしてください。

2. 健康の社会的決定要因に関して医学教育と卒後教育で学習の機会を提供してください。

カナダにある17の医学校の多くが、SDHについて議論するカリキュラムを医学教育にすでに取り入れています。とくに、診療活動を始める前である医学生に上流に目を向けさせ、集団の健康の決定因子について考えさせることは重要です。典型的な学習スタイルでは、社会からの疎外（マージナライゼーション）を伝えることや移民という立場・収入格差などのSDHがどのようにコミュニティの健康に影響を及ぼすかを教えるには不十分であることを多くの教育学的研究が示しています。診療においてSDHを評価するためには、医学生は自らが暮らす地域で実際的な現場の経験を積

む必要があります。多くの医学生がすでにこうした問題解決型学習を何らかの形態でカリキュラムに取り入れており、大きな成果を上げています。

医学生が一番関心のあるSDH分野を選べるようにして、地域との交流やボランティア活動などをすべてのカリキュラムに取り入れるべきです。

未来の医師の現場体験には、診療でのSDH対応だけでなく次の項で説明するようなアドボカシー活動も含むべきでしょう。

3. ヘルスアドボケイト(健康を守るためのアドボカシー活動の推進者)として行動し、CanMEDS-FMの枠組みをガイドラインとして利用してください。

アドボカシーは家庭医療学の活動の中心を成すものです。多くの医療従事者は、日常的に患者のためにアドボカシー活動を行っていますが自身の仕事をアドボカシーと捉えているわけではありません。例えば、あるインタビューに答えた医師は、呼吸器疾患を持つ患者の住居の大家に、住居のカビが健康に悪影響を与えていると指摘する手紙を定期的には書いていました。こうした行為は直接的なアドボカシー活動の一種ですが、その医師は家庭医としての日常業務の一部として捉えていました。こうなると、アドボカシー活動が

様々なレベルで展開されることを理解するには医療従事者自身がアドボカシー活動の理解を改めることが必要です。

CanMEDS-FMにある医師のコンピテンシーで記述されているように、ヘルスアドボケイトの役割は明確で測定可能な評価方法で定められており、研修と実践でアドボカシー活動を評価できるようになっています。枠組みではヘルスアドボケイトは次のように定義されています。

医師は地域社会や患者集団の健康を高めるために、こうした人たちと協力し自身の専門知識や影響力を行使します。医師は働きかける対象となる人たちと協力しニーズを特定し理解します。そして、必要なら他者に代わり声をあげ、また変革を起こすための資源の動員を支援します。

ヘルスアドボケイト(健康のための権利擁護者)の役割に求められる主なコンピテンシーについては、巻

末資料4をご参照ください。

4. 診察室にたどり着けない人のために、現場でのケアを提供してください。

ギャリー・ブロック博士がTED^xtalk「私を治したければ、お金を処方して」で指摘したとおり、貧困は必ずしも患者の外見や態度ですぐに分るとは限りません。多くの人が生活のやり繰りに苦労しているにもかかわらず、良い暮らしをしている「ふり」をしているのかもしれませんが。貧困のスクリーニングはこの障害を克服する一つの方法ではありますが、より良い方法は定期的な在宅ケアを提供することです。

家庭医は往診をすれば患者の実際の社会的状況や生

活ぶりがわかるようになり、診療している町全体の理解をより深めることができるようになります。この原則は、ホームレスにも同じように当てはまります。地域の最も取り残された人々のケアを医師がきちんと行うということは、診療時間に来院しない、もしくはたどり着けない人々のことも考慮することです。先進的な受診方法や診療時間の延長で患者の受診し易さが向上しますが、患者のメディカルホームでは必要とされる場所でケアを提供できるように柔軟性をもつ必要があるかもしれません。

マクロのとりくみー上流に注目する

1. 地域社会と共に、または地域を代表して、アドボカシー団体に参加してください。もしくは、そのための組織を作ってください。

家庭医は社会の中で固有の特権と地位を得ています。社会が医師に授けた特権の一部として、医師は奉仕する集団に対して社会的責任を負っています。カナダにはカナダ国民の健康の擁護活動を展開する多くのアドボカシー団体やネットワークがあります。医師は関心のある分野で社会的責任を発揮するために地元のアドボカシー団体に参加することができ、医師はSDHに対して強い姿勢をとることもできます。アドボカシー活動は、「上流」にある健康の決定要因を改善する健康的な公共政策をめざして市、州、自治区、連邦の各政府レベルで行うべきです。

以下は、アドボカシー団体の例です。

- ・環境のためのカナダ医師の会 Canadian Physicians for the Environment (CAPE)
- ・貧困に反対する医療従事者の会 Health Providers Against Poverty (HPAP)
- ・メディケアを支持するカナダ医師の会 Canadian Doctors for Medicare (CDM)
- ・公正な税制のための医師の会 Doctors for Fair Taxation
- ・難民の医療のためのカナダ医師の会 Canadian Doctors for Refugee Care (CDRC)
- ・すべての人に健康を Health for All (H4A)
- ・上流 Upstream

カナダ医師会も医師に対していくつかのアドボカシーツールを提供し、政治的行動や関与を促進する手助けをしています。

カナダ医師会の会員は、オンラインのアドボカシーツールや「[医師と国会議員連携プログラム](#)」を利用することができます。「[医師と国会議員連携プログラム](#)」により、カナダ医師会の会員は地元選出の国会議員を紹介してもらうこともできます。

以下は、医師がすでに地域と連携し、市・州／準州・連邦の各自治体や政府に対して法改正を求めるア

健康的な公共政策とは何か？

健康的な公共政策とは、公共政策が健康に及ぼす影響を考慮して作られた政策をいいます。これには直接健康や医療と関係のないものも含まれます。SDHに関する豊富な文献によって、政治家は子どものケアから大学の学費値上げまであらゆる政策の健康影響について良い点も悪い点も含めて将来予測することができます。SDHに関するエビデンスを理解することによって、政策決定者が特定の問題や分野において対策をとらないという決定が招いた結果を、医療従事者が評価することもできます。こうした健康影響評価を通じ、医療従事者はどの保健政策がカナダ国民にとって最良の選択なのかを見極めることができます。

アドボカシー運動をしている重要分野の例です。

- ・カナダにおける社会的排除：人種差別、障がい者差別、外国人差別、同性愛差別、性同一性障害やトランスジェンダー差別。
- ・非正規雇用の外国人労働者の労働条件
- ・カナダ在留の移民の居住条件
- ・ファーストネーションズ、イヌイット、メティス*の居住環境に対する現行の入植政策の影響（*訳注：カナダの3つの先住民族）
- ・収入格差を軽減するための累進課税もしくは政策

こうした大きな問題が診療中に浮上したからと言ってやる気をなくさないことが大切です。家庭医はしばしばこうした社会の上流で起こる要素が健康に直結する様を一番目の当たりにし、大きな変革を一番提唱できる立場にあるのですから。



2. SDHの改善をめざして組織的アドボカシー活動をするために、 医療、ヘルスケア、ソーシャルサービス各組織と連携してください。

カナダ家庭医協会の会員には、全国レベルで健康な公共政策のためにボランティアとして時間を割いてロビー活動に参加できる方策がいくつも用意されています。地域支部と協力して州や準州レベルのアドボカシー運動を行うことができます。ぜひみなさんのご意見や考えをあなたやあなたの仕事に役に立とうと切望している多くの団体に伝えてください。カナダ家庭医協会は現行の保健政策やアドボカシー活動をふくめ、全ての発行資料、政策、声明に対するみなさんの声や感想を常に歓迎します。みなさんのご意見で、カナダ家庭医協会は確実にカナダの家庭医療を代表する声として行動できるようになります。

カナダ家庭医協会は継続的な政府との関係を通じて、国の健康政策に一定の影響を持っています。カナダ家庭医協会は2013年度の年次報告書で医療の様々な分野で連邦政府が果たした役割を分析しました。メディアの全国的注目度も上がり、とりわけ、貧困、ホームレス、先住民の健康などの重要分野の国の無策ぶりを告発し監視をしています。この年次報告書は、国の予算や施政演説に対する我々の公式回答に恒常的に活用されています。また、年次報告書の中で取り上げているより良い在宅ケアや児童と青年の健康支援のための提案の実現も追求しています。カナダ家庭医協会発行の「2013年ヘルスケアにおける連邦政府の役割」と続刊の「赤信号から青信号へ、停止から発

進へ」資料をご参照ください。すべての発行物、政策、意見書へのみなさんの建設的なご意見・ご感想を歓迎します。

また、より公正でエビデンスに基づいたカナダの医療制度を求める運動において、カナダ家庭医協会、カナダ医師会、カナダ内科外科医師会、カナダ看護師協会、カナダソーシャルワーカー協会のような医療、ヘルスケア、ソーシャルサービス団体が決定的な役割を果たしています。カナダ家庭医協会を始め多くの団体が、全国的な薬事戦略や在宅ケアプログラムの考え方を推進しています。また、カナダ家庭医協会は連邦政府に対し2020年までに児童の貧困をなくし、健康的な食品の消費を支援する戦略を構築するよう求めています。こうした考えの多くは財政的にも正当で、公正さとSDHの視点からも理にかなったものです。カナダ家庭医協会はエビデンスに基づき過剰な検査をせずに、害のない、患者中心の必要なケアを提供することを重視するカナダの賢明な選択を推進する会（Choosing Wisely Canada Initiative）の会員でもあります。

こうしたとりくみへの支援をご都合に合わせて何ら

かの形でお寄せいただければ、各団体のアドボカシー運動の力になります。

アドボカシー運動

継続的なアドボカシー運動が政策変更へと実を結んだ例は多くあります。2012年以来、カナダ家庭医協会は連邦保健プログラム中間報告書に基づく難民申請者への医療援助費を削減する政府決定に対し批判的意見を表明してきました。カナダ中の医療団体の連盟と共に、カナダ家庭医協会は連邦保健プログラム中間報告書の予算削減への公式な反対を貫いており、カナダでも最も社会的に取り残され不利な状態にある難民の健康に対しこの予算削減が及ぼす負の影響を訴える書簡を幾度も発表してきました。2014年7月4日連邦裁判所は、連邦政府は難民医療にたいする「非道で普通ではない」予算削減を撤回するべきだ、との判決を下しました。

3. SDHケアのインセンティブになる報酬や資金制度のために声を上げてください。

多くの医療従事者が、より「上流」の医療活動をする上での主な障害として時間と資金を挙げていますが、支援の仕組みがありインセンティブが適切に伴うならばそうした障害を乗り越えることが可能になります。患者のメディカルホームケアモデルは医療チームによる患者管理を推進することで、社会的に取り残されやすい複雑な事例に対しても過大な時間を要さずに対応できるようになります。

例えば、オンタリオ州のコミュニティヘルスセンターは、医療チームによるケアを実施し、出来高払い制度の代わりに給料/代替報酬戦略を取り入れています。2012年度の臨床評価科学機関の研究によると、コミュニティヘルスセンターは新規居住者や生活保護

受給者などの社会的弱者を含む、低収入地域の集団のために働いていることが多いと示されました。

（ソーシャルワーカーやメンタルヘルス専門家などの）適切な医療専門家を思うように利用できず州からの資金提供がない地域では、医療従事者は自分の患者が良質な社会的ケアを誰でも同じように利用できるように声を上げて行動するべきです。

患者のメディカルホームで採用されている報酬モデルは地域のニーズによって様々ですが、基金が安定し持続が可能で自治体や連邦政府からも支援をうけることが必要なことは明らかです。

4. 他の組織と連携し、上流にある健康の決定要因に取り組むための健康的な公共政策を求める幅広い部門をこえた協力を構築してください。

部門間のパートナーシップと連携を確立することも重要です。つまり、医療界の外にある部門と連携して、その他の専門家集団やコミュニティーの声が改革のとりくみに反映するようにすることが重要です。

従来の医療の守備範囲ではなかった社会政策について変革を求める運動の必要性は明確です。例えば、多くの医師や保健政策の専門家がアドボカシー団体と協力して全カナダ国民を対象としたベーシックインカムを検討をして、その実現を強く要求しています。

5. 卒前と卒後の医学教育で、SDHにもっと焦点をあてて、SDHを考える機会を増やすように声を上げてください。

家庭医がSDHのとりくみを自身の仕事の範囲内としっかりみなせるかどうかは姿勢の問題でもあり、生涯学びが続く職業の早い段階で確立されるものです。ここで取り上げる問題は、農村部やへき地でスキルの優秀な医療専門家を採用し雇用継続するときに直面するものと似ています。学費ローンの返済免除プログラムが短期的には効果的ですが、医学部に入学する学生のタイプを変えることもまた不可欠です。北オンタリオ医科大学は、設備の整わない農村部やへき地で診療

に携わる医師を確保する最善策はそうした地域から直接学生を募ることであると証明しました。同様に、医学部が社会から取り残されたコミュニティーの出身の学生を入学させれば、その医学生はおそらくカナダ国内の不利益を抱える地域社会が直面している困難をより理解し特定できることでしょう。医学部は、医学生の構成がカナダ国民を構成する幅広い人種や社会階層、性別を正確に反映したものになるように考慮すべきです。



結 論

家庭医は、患者や全カナダ国民のSDHを改善させる上で欠かせない役割を果たしています。

このガイドで紹介した提案事項は将来の活動のスタート地点でしかありません。SDHに焦点を合わせた活動ツールやインセンティブは国中に広まっており、プライマリ・ケアの患者のメディカルホームモデルはSDHの改善をみなさんの総合診療に組み入れるのに

役立ちます。数ある提案のうち1つでも実施できたなら、みなさんの患者にとってSDHを改善する長い道のりの一歩となることでしょう。

SDHに関するエビデンスをみれば、行動を起こすメリットは明らかです。カナダ家庭医協会はいつでもエビデンスを行動に移すお手伝いをいたします。





巻末資料

巻末資料 1 – SDHに関する追加資料

健康が社会的要因に影響される、というのは決して真新しい考えではありません。1830年にフランスの医師ルイ・レネ・ビラルメは、パリでは死亡率が街区毎の貧困レベルとほぼ完全に相関関係にあることを発見しました。1842年にイギリスの社会改革者エドウィン・チャトウィックは、貿易商と労働者の生活条件の違いがやがて寿命に影響を与えると記しました。1848年にプロイセンの医師ルドルフ・ウイリヒョウは、上シレジア地方でのチフスの流行に関する報告書を書くことになりました。調査の中で本質的に伝染は人々の生活と労働条件に関連しており、特に標準以下の住居で顕著であると記述しています。彼の解決策はシンプルながら奇抜なものでした。その地域の物資の

不平等と不健康の恒久的解決策として「教育、自由、繁栄」を求めたのです。

1800年代の初期から多くの研究がされてきており、SDHを深く探究する資料はたくさんあります。これらの教科書や報告書や科学論文は、物質的な経路（生活条件と収入）と生物心理社会的な経路（ストレス、社会的つながり、社会資本、必需品の不足）を通してSDHが人の健康にどのように影響を与えるかについて十分な論拠を提供しています。より詳細な情報として、下記にSDHに関するエビデンスを作ってきた基本文献をいくつか紹介してあります。

SDHに関する総合的資料

ミッコーネン J、ラファエル D

健康の社会的決定要因：カナダの実例。トロント：ヨーク大学、保健政策管理学部；2010年。入手先：www.thecanadianfacts.org/The_Canadian_Facts.pdf。

- この電子テキストは、医療関係者、学術研究者、政策決定者にとって、入手の手軽さと内容から価値ある資料と言えます。14の主要SDHの概要とそれが集団の健康にどう影響するかがまとめられています。

ウイリキンソン RG、マーモット MG、監修

健康の社会的決定要因：揺るぎない事実。第2版。コペンハーゲン：WHOヨーロッパ地域事務局；2003。入手先：www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf?ua=1。

- 1998年に初版発行、2003年版のWHO文書ではSDHに関する最新かつ最も説得力ある科学的エビデンスを主にイギリスを基礎とする学術研究から取りあげています。ストレス、乳幼児期、失業、交通、社会的排除をふくむ10のSDHに関する情報が盛り込まれています。

貧困、収入格差、健康

リンクBG、ファーレンJ

疾病の根本原因としての社会状況 J Health Soc Behave 1995 : 80-94.

- ・リンクとファーレンは社会経済的地位と死亡率の関係を説明するために、仮定していた病気と危険因子が大きく変わったにもかかわらず、社会経済的地位と死亡率の関係がなぜ持続するのかを説明する根本原因の理論を発展させました。どのメカニズムがどの時期に関与していても、資金、知識、名声、権力、有用な人との繋がりといった多くの健康を守る資源を社会経済的地位が体現しているため、そうした関係が続く結果になるのではないかと提起しました。

アドラー NE、オストロープ JM

社会経済的地位と健康：わかること、わからないこと。

Ann N Y Acad Sci 1999;896 (1) : 3-15.

- ・この論文は、SDHの学術研究の重要な時期に関して歴史的に概観した論文です。社会経済的地位と健康勾配についての因果の方向性について、特にライフコースアプローチの観点で書かれています。また、どの社会経済的地位が健康に影響するかというメカニズムに着目した現在の研究トレンドを検討しています。

ストレスと健康

ブルナー E

ストレスと不公平の生物学。BMJ 1997;314 (7092) : 1472.

- ・エリック・ブルナー博士は、イギリスの男性公務員の間での心血管疾患の有病率と死亡率を検証したことで有名なホワイトホール研究の追跡研究であるホワイトホールII研究に参加しています。この論文で、ブルナー博士はストレス(特に仕事のストレス)が階級制度、社会的地位や心血管疾患とどのようなメカニズムで関連しているのかを説明しています。

不自然な原因：不公平で病気になるか？

公共放送サービス；2008。

- ・4時間のドキュメンタリーシリーズ番組で、2008年に初めて放映された時は批判されました。第一話は、SDHに関する役に立つ概要を紹介し、いかにSDHが個人の遺伝や行動よりも強力な健康アウトカムの子見因子になるかという事例を紹介しています。番組はアメリカに焦点をあてていますが、内容は国境を超えてどの国にも等しく関係するものとなっています。

集団の健康アプローチと上流の健康の決定要因

ローズ G

病気の個人と病気の集団。Int J Epidemiol 1985;14 (1) : 32-38.

- ・ローズの1985年の論文は集団の健康に関するの基本文献で、世界中の公衆衛生と疫学コースの入門クラスで教えられています。この論文の中心となる考えは、健康を改善する方法論は個人と集団で本質的に異なり、異なる目的を達成するものだというものです。「上流」の健康の決定要因やそれが医師の実践にどう影響するかを考えることに興味のある医師

には、役に立つ文献です。

コバーン D

収入の不公平の仮説を超えて：階級、新自由主義、健康の不公平。

Soc Sci Med 2004;58 (1) : 41-56.

- ・この論文は、著者が収入の不公平の問題点を指摘し、健康格差の心理社会学モデルを提起したことでSDH研究の転機になった論文です。コバーンは、相対的というより絶対的な収入の違いが収入と健康

の関係の底流にある、と論じています。収入と富の不公平の拡大は、集団の健康アウトカムの悪化につながると強く主張します。「社会民主的」アプロー

チを社会福祉政策として好む国は、「新自由主義的」アプローチを採用する国と比較して、集団の健康がより良い事を示しています。

巻末資料 2 – 戦略的計画

カナダ家庭医協会の戦略計画（2013-2017）は、2012年11月12日にカナダ家庭医協会理事会で採択されました。ここには、カナダ家庭医協会の組織的使命、ビジョン、6つの目標が挙げられています。6つの目標には、それぞれ数項目の副目標と目的が含まれ

ます。文書全体は以下より閲覧可能です。www.cfpc.ca/uploadedFiles/Publications/CFPCStragicPlan.pdf.

SDHに最も関連するのは目標6です。

目標 6 会のすべての決定と行動において、社会的責任を持ち社会の公正性を推進すべきである。

- 6.1 カナダの人々の健康と元気な暮らしに関与するSDHのおよぼす影響について、組織的に意識を高める。
- 6.2 SDHに対処するための政策を求め行動する。
- 6.3 医学生、家庭医レジデント、現役家庭医のSDHに関する意識を高める。そして個々の患者と向き合う際、とりわけ医療から疎外され脆弱な立場にある社会から排除された集団のケアを行う場合に、どのようにSDHを考慮すべきかについて意識を高める。
- 6.4 患者や地域の健康状態に影響を及ぼすSDHの改善をめざし活動する役割が果たせるよう会員を支援する。
- 6.5 カナダ家庭医協会の方針と活動の策定と評価では、社会的責任をはたす観点が含まれていなければならない。

巻末資料 3 – 方法論

「行動する際の問題点」と「SDHを診療に取り入れるには」のデータは、インタビューから得られたものです。インタビューは、34人の参加者（家庭医21名、ソーシャルワーカー7名、家庭医療看護師4名、法律専門家2名）に対して実施されました。質問は半構造化されたもので（基礎質問7、補足質問14）、参加者の専門性が高い領域で突っ込んだ議論ができるようになっていました。

インタビューは文章に起こされ、テーマ別に分析され、本書の3つのレベルの分析と介入（ミクロ、メ

ゾ、マクロ）の情報となりました。すべての提案は、インタビューのデータから生まれました。ただし、テーマにそって並べたわけではなく、内容は分析と介入のレベルに従い整理されました。障害として同定された問題は、インタビューデータ内で多い順に提示しました。

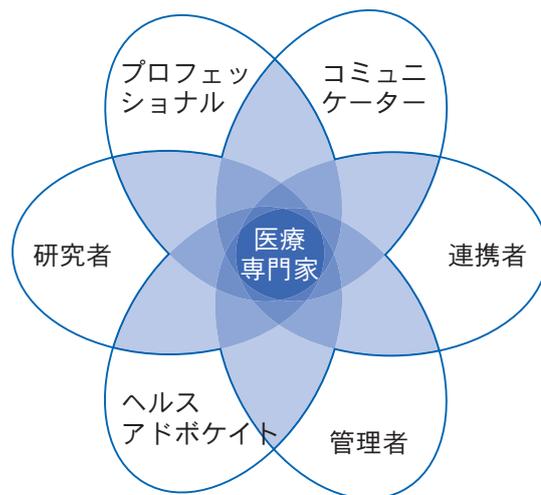
本書の方法論に関してのご質問は、healthpolicy@cfpc.caよりご連絡ください。

巻末資料 4 – CanMEDS-FM コンピテンシーの枠組と ヘルスアドボケイトの役割

CanMEDS 2015 医師のコンピテンシーの枠組み－第6版は、CanMeds-FMも立脚する最新版のコンピテンシーの枠組であり、カナダ内科外科医師会のウェブサイトからご覧いただけます：

www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/canmeds/framework/canmeds2015_framework_series_IV_e.pdf

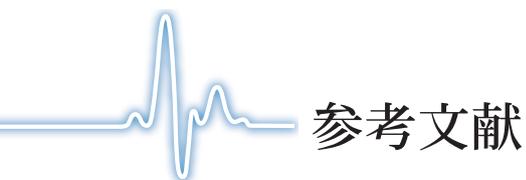
CanMEDS2015では、ヘルスアドボケイトの役割を果たすコンピテンシーについて、医師は次のことができますと明記しています。



CanMEDS医師のコンピテンシー。著作権©2009はカナダ内科外科医師会にあります。

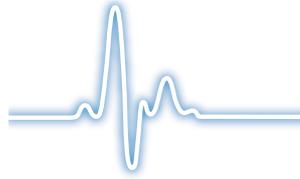
1. 診療場面でも、その枠組みを超えても、患者と協力してアドボカシー活動をすることにより、患者個人の健康ニーズに応えることができる。	1.1 患者と協力して、必要な医療サービスや資源へのアクセスに影響を与える健康の決定要因の改善に取り組むことができる。
	1.2 健康的な行動をとり入れる機会を増やすために、患者や家族と取り組むことができる。
	1.3 病気予防、ヘルスプロモーション、健康調査活動を個々の患者とのやり取りに組み入れることができる。
2. 社会的な説明責任を果たすという姿勢で、制度レベルの変革を求めコミュニティや患者集団と協力してアドボカシー活動をすることにより、地域や患者集団のニーズに応えることができる。	2.1 コミュニティーや集団と協力して、健康の決定要因を特定することができる。
	2.2 疾病予防、ヘルスプロモーション、健康サーベイランス活動を継続的に質の向上のプロセスに生かすことで、診療を改善することができる。
	2.3 コミュニティーや集団の健康を向上させるためのプロセスに参加することができる。

*Sherbino J, Bonnycastle D, Côte B, Flynn L, Hunter A, Ince-Cushman D, et al. Health Advocate. In : Frank JR, Snell LS, Sherbino J, eds. The Draft CanMEDS 2015 Physician Competency Framework–Series IV. Ottawa : Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015 March.



参考文献

1. Wilkinson RG, Marmot mg, eds. Social Determinants of Health: The Solid Facts. 2nd ed. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2003.
2. Lalonde M, Government of Canada. A New Perspective on the Health of Canadians : A Working Document. Ottawa : Government of Canada; 1974.
3. Hancock T. Lalonde and beyond : Looking back at “A New Perspective on the Health of Canadians.” Health Promot Int 1986;1 (1) : 93-100.
4. Mikkonen J, Raphael D. Social Determinants of Health: The Canadian Facts. Toronto: York University, School of Health Policy and Management; 2010. Available from: www.thecanadianfacts.org/The_Canadian_Facts.pdf. Accessed 2014 Oct 16.
5. Brcic V, Eberdt C, Kaczorowski J. Development of a tool to identify poverty in a family practice setting: A pilot study. Int J Fam Med 2011;2011. doi : 10.1155/2011/812182.
6. Rachlis M, Goel R, Mackie C, Pellizzari R, Simon L. Policy and population approaches to poverty. Ont Med Rev 2013.
7. Bloch G. Poverty: A Clinical Tool for Primary Care. Toronto, ON : Ontario College of Family Physicians; Family & Community Medicine, University of Toronto;2013. Available from: <http://ocfp.on.ca/docs/default-source/poverty-tool/poverty-a-clinical-tool-for-primary-care-a-desktop-guide-to-addressing-poverty.pdf?sfvrsn=8>. Accessed 2014 Sep 15.
8. Duerksen A, Dubey V, Iglar K. Annual adult health checkup : Update on the Preventive Care Checklist Form©. Can Fam Physician 2012;58 (1) : 43-47.
9. Raza D, Bloch CG, ter Kulie CS. Office interventions for poverty. Ont Med Rev 2013. Available from: www.kingstonhelps.ca/wp-content/uploads/2013/11/OMR-Poverty-Feature-Part-2.pdf. Accessed 2014 Sep 15.
10. Glazier RH, Zagorski BM, Rayner J. Comparison of Primary Care Models in Ontario by Demographics, Case Mix and Emergency Department Use, 2008/09 to 2009/10. Toronto, ON: Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2012. Available at: www.ices.on.ca/flip-publication/comparison-of-primary-care-models-inontario-by-demographics/index.html. Access



貧困：プライマリケア提供者のための 臨床ツール（オンタリオ州版）

貧困は一見してわかるほど明白なものとは限りません：
オンタリオ州では20%の家庭が貧困状態で暮らしています。⁽¹⁾



1 全員をスクリーニングしてください

「月末に支払いが苦しくなる時がありますか？」

(貧困ライン以下の場合の感度98%,特異度40%) (2)

2 貧困は危険因子です

配慮してください：

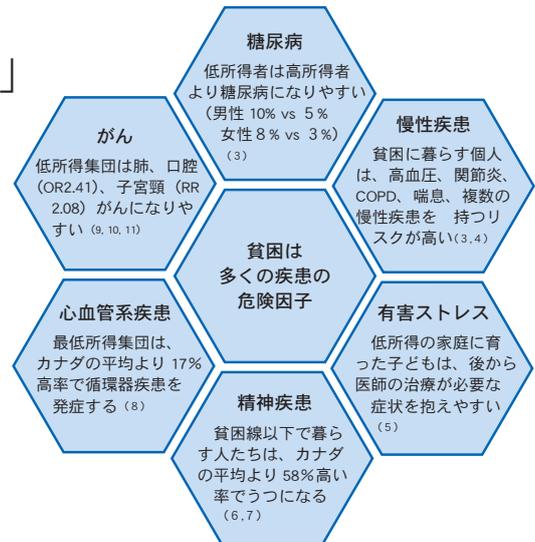
新規移民、女性、先住民、LGBTQ+は最もリスクの高い集団です。

例1：

健康な35歳の糖尿病の患者が受診した時、糖尿病のリスクもなく健康であっても、貧しい生活をしていれば、糖尿病のスクリーニングテストをオーダーすることを検討しましょう。

例2：

リスクが低い患者が胸痛を訴えた時、貧しい生活をしていれば、そのことだけでも心疾患の検査前確率は高まります。そして、検査をどこまで積極的にするかの判断材料にもなります。



3 介入しましょう

全員に聞きましょう：

“税金申告書に記入し提出しましたか？”

- 患者をよりよく知るために質問しましょうー雇用、居住環境、社会的サポート、給付金受給の有無など。多くの所得補償手当の受給手続きで、税金還付が要件となっています：例、物品サービス税 (GST) /統合売上税 (HST) の還付、児童手当、労働所得税の各種控除、および固定資産税の還付。患者に無料市民税相談所を紹介しましょう。
- 公的住民権のない人でも還付請求ができます。
- 薬代補助：オンタリオ州薬代助成を受けていない人がトリリアム・プラン（低所得者用薬代公費助成）を利用するには、先ず直近の税金還付請求を行う必要があります。
その他の制度は drugcoverage.ca をご覧ください。

質問する



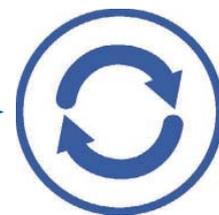
患者の生活状況や現在受給している手当の内容を知るために質問しましょう。

教育する



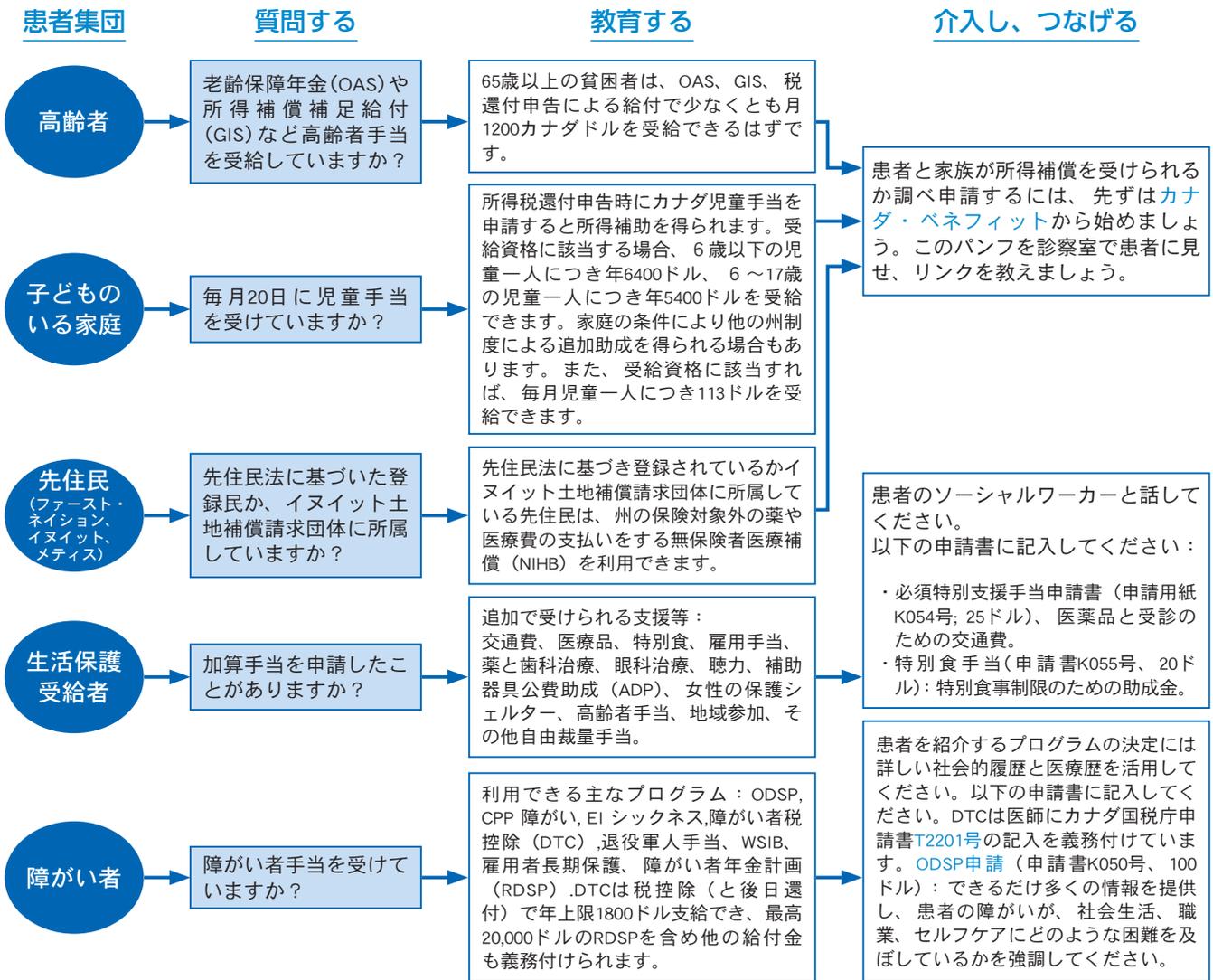
あなたもチームメンバーも、患者や家族が利用できる助成制度をきちんと知っておきましょう。先ずはカナダ・ベネフィットと2-1-1から始めましょう。

介入し、つなげる



患者や家族に、利用できる助成制度や役に立つ資料、サービスを紹介しましょう。

介入することで患者の健康に多大な影響を及ぼすことができます



主な資料

貧困に対処するための介入について、さらなる研修としては、**オンタリオ州家庭医協会貧困治療ワークショップ**を受講してください。

<p>カナダ・ベネフィット (www.canadabenefits.gc.ca) 連邦と州の所得補助や他の助成制度の一覧が紹介されています。 個人の状況(例、「親」、「先住民」)や生活状況(例、「失業」、「健康問題」)別に整理されており、関連制度のサイトや申請書へのリンクが利用できます。</p>	<p>2-1-1 (www.211ontario.ca) 2-1-1 に電話するかサイトを見れば、問題や地域別の地域サポートや提唱団体がわかります。</p>	<p>あなたの法的権利 (www.yourlegalrights.on.ca) よく整理された、わかりやすい法律情報サイトです。上記のような患者の補助申請が受理されない場合、最寄りの弁護士事務所への相談を考慮しましょう。不服申立てで受理される可能性はかなりあります。</p>
---	---	---

覚えておきましょう：患者の健康状態や障がいの状態を正確に説明し、総合的かつ詳細な情報を提供することが、私たちの医師としての義務です。
医師は、所得保障プログラムの受付係ではありません。

Supporting Material*

- [i] Free Community Tax Clinics: www.cra-arc.gc.ca/tx/ndvdl/vlntr/clncs/on-eng.html
- [ii] DrugCoverage.ca: www.drugcoverage.ca
- [iii] Canada Benefits: www.canadabenefits.gc.ca
- [iv] 2-1-1 Ontario: www.211ontario.ca
- [v] Non Insured Health Benefits for First Nations and Inuit: www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/nihb-ssna/index-eng.php
- [vi] OCFP Poverty Workshop: <http://ocfp.on.ca/cpd/povertytool>
- [vii] Form T2201: www.cra-arc.gc.ca/E/ptg/tf/t2201/README.html
- [viii] ODSP Application: www.cleo.on.ca/en/publications/ods-prof
- [ix] Additional advocacy resources: Health Providers Against Poverty: www.healthprovidersagainstpoverty.ca
- [x] To see who is an eligible Non-Insured Health Benefits Client: www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/nihb-ssna/benefit-prestatiion/index-eng.php

*These supporting materials are hosted by external organizations, and as such the accuracy and accessibility of their links are not guaranteed. CEP will make every effort to keep these links up to date.

References

- [1] MacDonnell S, Lim A, Dyson D. Losing ground: the persistent growth of family poverty in Canada's largest city [Internet]. Toronto: United Way of Greater Toronto; 2007 Nov [cited 2015 Aug 29]; i-68. Available from: <http://www.unitedwaytyr.com/document.doc?id=62>
- [2] Brcic V, Eberdt C, Kaczorowski J. Corrigendum to "Development of a tool to identify poverty in a family practice setting: a pilot study." *Int J Family Med* [Internet]. 2011 May 26 [cited 2016 Apr 20]; 1-7. doi: 10.1155/2011/812182
- [3] Bierman AS, Ahmad F, Angus J, Glazier RH, Vahabi M, Damba C, et al. Burden of illness. In: Bierman AS, editor. Project for an Ontario women's health evidence-based report: volume 1 [Internet]. Toronto, ON: Echo – Improving Women's Health in Ontario; 2009 [cited 2015 Aug 29]; 1-143. Available from: <http://powerstudy.ca/wp-content/uploads/downloads/2013/01/Chapter3-Burdenofillness.pdf>
- [4] Lightman E, Mitchell A, Wilson B. Sick and tired: the compromised health of social assistance recipients and the working poor in Ontario [Internet]. Toronto: Wellesley Institute; 2009 Feb [cited 2015 Aug 29]; 1-33. Available from: <http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2011/11/sickandtiredfinal.pdf>
- [5] Chen E, Martin AD, Matthews KA. Trajectories of socioeconomic status across children's lifetime predict health. *Pediatrics*. 2007 Aug; 120(2): e297-303.
- [6] Fryers T, Melzer D, Jenkins R. Social inequalities and the common mental disorders: a systematic review of the evidence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2003 May; 38(5): 229-237.
- [7] Smith KL, Matheson FI, Moineddin R, Glazier RH. Gender, income and immigration differences in depression in Canadian urban centres. *Can J Public Health*. 2007 Mar-Apr; 98(2): 149-153.
- [8] Lightman E, Mitchell A, Wilson B. Poverty is making us sick: a comprehensive survey of income and health in Canada [Internet]. Toronto: Wellesley Institute; 2008 Dec [cited 2015 Aug 29]; 1-38. Available from: <http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2011/11/povertyismakingussick.pdf>
- [9] Krzyzanowska MK, Barbera L, Elit L, Kwon J, Lofters A, Saskin R, et al. Cancer. In: Bierman AS, editor. Project for an Ontario women's health evidence-based report: volume 1 [Internet]. Toronto: Echo – Improving Women's Health in Ontario; 2009 [cited 2015 Aug 29]; 1-155. Available from: <http://powerstudy.ca/wp-content/uploads/downloads/2012/10/Chapter4-Cancer.pdf>
- [10] Conway DI, Petticrew M, Marlborough H, Berthiller J, Hashibe M, Macpherson LMD. Socioeconomic inequalities and oral cancer risk: a systematic review and meta-analysis of case-control studies. *Int J Cancer*. 2008; 122: 2811-2819.
- [11] Shack L, Jordan C, Thomson CS, Mak V, Moller H. Variation in incidence of breast, lung and cervical cancer and malignant melanoma of skin by socioeconomic group in England. *BMC Cancer* [Internet]. 26 Sep 2008 [cited 2015 Aug 29]; 1-10. doi: 10.1186/1471-2407-8-271

This Tool was developed as part of the Knowledge Translation in Primary Care Initiative which is led by CEP with collaboration from OCFP and NPAO. Clinical leadership for the development of this tool was provided by Dr. Gary Bloch MD CCFP and was subject to external review by primary care providers and other relevant stakeholders. This Tool was funded by the Government of Ontario as part of the Knowledge Translation in Primary Care Initiative.

This Tool was developed for licensed health care professionals in Ontario as a guide only and does not constitute medical or other professional advice. Primary care providers and other health care professionals are required to exercise their own clinical judgment in using this Tool. Neither the Centre for Effective Practice ("CEP"), Ontario College of Family Physicians, Nurse Practitioners' Association of Ontario, Government of Ontario, nor any of their respective agents, appointees, directors, officers, employees, contractors, members or volunteers: (i) are providing medical, diagnostic or treatment services through this Tool; (ii) to the extent permitted by applicable law, accept any responsibility for the use or misuse of this Tool by any individual including, but not limited to, primary care providers or entity, including for any loss, damage or injury (including death) arising from or in connection with the use of this Tool, in whole or in part; or (iii) give or make any representation, warranty or endorsement of any external sources referenced in this Tool (whether specifically named or not) that are owned or operated by third parties, including any information or advice contained therein.



Poverty: A Clinical Tool For Primary Care Providers is a product of the Centre for Effective Practice. Permission to use, copy, and distribute this material for all non-commercial and research purposes is granted, provided the above disclaimer, this paragraph and the following paragraphs, and appropriate citations appear in all copies, modifications, and distributions. Use of the Poverty: A Clinical Tool For Primary Care Providers for commercial purposes or any modifications of the tool are subject to charge and use must be negotiated with Centre for Effective Practice (Email: info@effectivepractice.org).

For statistical and bibliographic purposes, please notify the Centre for Effective Practice (info@effectivepractice.org) of any use or reprinting of the tool. Please use the below citation when referencing the tool:

Reprinted with Permission from Centre for Effective Practice (November 2015). Poverty: A Clinical Tool For Primary Care Providers. Toronto: Centre for Effective Practice.

Developed by:



In collaboration with:



With support from:



This tool was adapted from the version created in 2013 by Dr. Gary Bloch MD CCFP, OCFP and its Poverty and Health Committee

April 2016. Version 2.

effectivepractice.org/poverty

医師のためのベストアドバイス

健康の社会的決定要因

BEST ADVICE

Social Determinants of Health

翻 訳

舟越光彦（公益社団法人福岡医療団 千鳥橋病院）

大矢 亮（社会医療法人同仁会 耳原総合病院）

鈴木 諭（利根保健生活協同組合 利根中央病院）

発行 日本HPHネットワーク

〒812-8633

福岡県福岡市博多区千代5-18-1 千鳥橋病院内

<https://www.hphnet.jp/>

Issued in English by The College of Family Physicians of Canada in 2015 under the title BEST ADVICE; SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH

©The College of Family Physicians of Canada 2015

All rights reserved.

The translator of this publication is responsible for the accuracy of the translation, The CFPC has no way to support or ensure the quality of the translation itself.

©Japan Network of Health Promoting Hospitals & Health Services, 2017

©カナダ家庭医協会2015年

全著作権を有します

本冊子は、日本HPHネットワークがカナダ家庭医協会の許可を得て翻訳したものです。

2017年10月



Japan Network of Health Promoting
Hospitals & Health Services