

家庭医療専門医取得者の診療実態および タスクシフトに関するアンケート

あなたの現在の状況につき以下にお答え下さい。平均回答時間は **15分程度**です。
ご協力お願いいたします。

1.基本情報

1.会員番号_____

2.性別

男性 女性

3.年齢_____歳

4.医師年数_____年目

5.家庭医療専門医(旧プライマリ・ケア専門医含む)資格取得年次 西暦____年度

6.家庭医療専門医以外の専門医・認定医資格(複数回答可)

下記から選択

- 家庭医療専門医以外に取得していない
- 日本内科学会認定内科医
- 日本内科学会認定総合内科専門医
- 日本在宅医学会認定在宅医療専門医
- 日本緩和医療学会認定緩和医療認定医
- 日本緩和医療学会認定緩和医療専門医
- 日本老年医学会認定老年病専門医
- その他 →自由記述 ()

7.所属学会(日本プライマリ・ケア連合学会以外 複数回答可)

下記から選択

- 日本プライマリ・ケア連合学会以外に所属していない
- 日本内科学会
- 日本在宅医学会
- 日本緩和医療学会
- 日本老年医学会
- その他 →自由記述 ()

8.日本医師会入会の有無

有 無

9.現在の診療の状況についてお答え下さい

フルタイム パートタイム 病気休業中 育児休業中 その他 ()

10.現在の業務の割合に関してお答え下さい

合計100%になるように回答してください。業務を行っていない場合は「0」を入力してください。

研究()% 教育()% 臨床()% その他()%

「その他」を選択された場合、具体的にお答えください。

()

11.以下、現在主に働いている勤務先についてお答え下さい

1) 勤務先の施設の種別は「①診療所 ②病院 ③その他」のいずれに当てはまりますか。当てはまるもの1つを選択し、その詳細にお答え下さい。

①診療所

診療所を選択された方は以下の(ア)~(ウ)にお答え下さい。

(ア) 無床診療所ですか、有床診療所ですか

無床診療所 有床診療所 (1~19床)

(イ) 診療所に常勤で勤務する医師数は何人ですか _____人

(ウ) 標榜科をすべて教えて下さい ()

②病院

病院を選択された方は以下の(ア)~(ウ)にお答え下さい

(ア) 以下のいずれの病院に当てはまりますか

総合病院 大学附属病院 その他の病院 ()

(イ) 病院全体の届け上のベッド数を以下から選んでお答え下さい

20~49床 50~99床 100~149床 150~199床 200~299床 300~399床

400~499床 500~599床 600~699床 700~799床 800~899床

900床以上 不明

(ウ) あなたが所属する部署の診療科名を教えてください ()

③その他

()

2) 勤務先での立場を教えてください (複数回答可)

診療所の理事長・理事 診療所所長 (使用者) 診療所所長 (被用者) 診療所勤務医

病院の理事長・理事 病院長・副院長 病院の科部長 病院勤務医

大学教員 大学院生

その他 ()

3) 主たる勤務先の位置する都道府県、市区町村と人口を教えてください

都道府県： _____ 市区町村： _____

市区町村の人口 5千人未満 5千人以上 1万人未満 1万人以上 3万人未満
3万人以上 5万人未満 5万人以上 10万人未満 10万人以上 20万人未満
20万人以上 50万人未満 50万人以上 不明

2.外来診療

1.現在、外来診療を行っていますか

はい いいえ

以下の質問には「はい」と答えた方のみお答えください。
 あなたの主な勤務先での外来診療について教えてください。

2.あなたが外来で診療を行う際、1単位(半日)あたりの平均患者数はどれくらいですか

() 人

3.過去1か月以内に診療したことがある年齢層を以下から選んで下さい(複数選択可)

新生児(出生～28日未満) 乳児(1歳未満) 幼児(1歳～小学校就学前まで)
小児(小学校就学前～15歳未満) 思春期(15歳以上20歳未満)
成人(20歳～65歳未満) 高齢者(65歳～)

4.あなた個人が施行することができる検査・手技を以下から選んでください(複数選択可)

膝関節注射 肩関節注射 創の縫合 小児の採血 小児の点滴 骨折初期対応
Pap smear その他 ()
特にない

5.現在たずさわっている診療領域を以下から全て選んでください(複数選択可能)

個人への健康増進と疾病予防 幼小児・思春期のケア 乳幼児健診 乳幼児予防接種
高齢者のケア 終末期のケア 女性の健康問題 妊婦・授乳婦の診療
男性の健康問題 リハビリテーション メンタルヘルス 救急医療
心血管系 呼吸器系 消化器系 代謝内分泌 血液系 神経系 腎・泌尿器系
リウマチ・筋骨格系 皮膚 耳鼻咽喉 眼 その他 ()
特にない

3.病棟診療

1.現在、病棟診療を行っていますか

はい いいえ

以下の質問には「はい」と答えた方のみお答えください。
あなたの主な勤務先での病棟診療について教えてください。

2.平均の担当入院担当患者数は何人ですか

0～5人 6～10人 11人～15人 15人～20人 20人以上

3.1か月の平均日当直回数(院内に待機するもの)は何回ですか_____回

4.あなたが働いている病棟の種類を教えてください。(複数選択可)

一般急性期病床 ICU・救急 療養病床 回復期リハビリテーション病床
緩和ケア病床 その他()

5.あなたが病棟で行っている領域横断的なマネジメント業務を教えてください。(複数選択可)

外来・在宅医療との密な連携 併存疾患が多い患者の主治医機能
虚弱な高齢者・認知症患者の身体面、生活面の総合的評価 心理社会的複雑事例への対応
地域連携を活かした退院調整 癌及び非癌患者の緩和ケア 診断困難事例の対応
リハビリテーション・廃用症候群の防止 嚥下障害の評価・介入
院内の安全管理・診療の質の保証など病院運営活動
その他
「その他」を選択された場合、具体的にお答え下さい
()
特にない

6.病棟であなたが行っている手技を教えてください。(複数回答可)

救急救命処置(BLS,ACLS) 中心静脈カテーテル挿入 胸腔穿刺 腹腔穿刺 腰椎穿刺
腹部超音波 その他()
特にない

4.在宅医療

1.現在、在宅医療を行っていますか。

はい いいえ

以下の質問には「はい」と答えた方のみお答え下さい。

2.現在在宅医療で行っている内容を教えてください(複数回答)

計画的な訪問診療 臨時往診や急変時対応
在宅看取り/ターミナルケア(癌 非癌)
小児への在宅医療 神経難病 在宅人工呼吸器の管理
サービス担当者会議 病診連携(退院時共同指導等)
施設入居者の診療 施設での看取り

3.勤務施設について教えてください

原著論文 二次資料(Dynamed,Up to date など) その他_____

3.計画的な教育業務に関わっていますか？

はい いいえ

以下の質問には 3.で「はい」と答えた方のみお答えください。

4.教育対象者を教えてください（複数回答）

- 医学生 （卒前地域医療教育 その他_____）
初期研修医（地域保健医療研修 その他_____）
後期研修医（家庭医療専門研修 その他_____）
他職種（看護師 薬剤師 リハビリ 介護職員 ケアマネージャー その他_____）

5.研究活動を行っていますか？

はい いいえ

「はい」と回答の方 →それはどのような研究ですか。

研究テーマ（ _____ ）

研究手法（デザイン）（ _____ ）

7. 普段携わっている領域

以下の診療内容について、あなたが普段実施しているかどうかについて、選択肢から当てはまるものを一つ選んで○をつけて下さい。

- A. 日常的に実施している
- B. 機会があれば実施している
- C. 実施していないが状況が許せば単独で実施できる
- D. 実施していないが専門医と連携出来る状況であれば実施できる
- E. 実施できない

質問	A	B	C	D	E
1. がん患者の看取り					
2. がん患者に対するオピオイドの管理					
3. 脳卒中入院患者の退院後のケアプラン調整					
4. 脳卒中患者のリハビリテーションの指示や処方					
5. 急性心筋梗塞を含む心血管疾患患者に対する抗凝固薬の管理					
6. 糖尿病患者のインスリン管理					
7. CKD stageを意識した糖尿病性腎症患者の管理					
8. 軽症うつ病の管理					
9. 認知症の診断と治療					
10. 認知症周辺症状のコントロール					
11. アルコール使用障害の発見と管理					
12. 全身状態の安定した患者の創傷に対する縫合					
13. 喘息発作で受診した小児患者の初期対応					
14. CPA患者の救急対応					
15. 在宅患者の急性感染症（肺炎や尿路感染症）の管理					

16. 急性腰椎症の診断と治療					
17. 湿疹や皮膚炎に対する外用剤使用					
18. 家族計画の相談					
19. 妊婦健診					
20. 産褥期のケア					
21. 乳幼児健診					
22. 小児患者の予防接種					

あなたは、家庭医療専門医になりたいと、いつ頃から思うようになりましたか？

- 高校生以下
- 大学医学部（1-3）
- 大学医学部（4-6）
- 初期研修医
- 他専門領域研修中
- 他専門医取得後
- 他学部（医学部以外）在学中
- 他学部（医学部以外）卒業後
- その他（ ）

あなたは、**家庭医療専門医研修プログラムに入る前に**、学生・研修医のための家庭医療学夏期セミナー（通称、夏期セミナー）に参加者もしくは講師として参加したことは何回ありますか？以下のうち当てはまるものを1つ選んで下さい

- 0回
- 1回
- 2回
- 3回
- 4回以上

ご協力ありがとうございました
日本プライマリ・ケア連合学会専門医部会

総合診療医の活動範囲に関するフィールド調査

このたびは「総合診療医の活動範囲に関するフィールド調査」にご協力いただき誠にありがとうございます。本調査では、家庭医療専門医の先生方の日々の活動について、可能な限り具体的に明らかにすることで、今後の総合診療医の養成が日本の医療に与える影響について議論する一助にすることを目的としています。今後の総合診療の発展のため、是非ともご協力のほどお願いいたします。

回答方法

- ・ 調査期間（3月5日～9日）の活動記録についてご協力をお願いします。
- ・ 原則として毎日、業務終了後に調査用紙への記入／入力をお願いいたします。
- ・ 記入／入力には、内容にもよりますが、5分～20分程度かかります。
- ・ できる限り、該当するすべての項目にご記入いただきたいと思いますと思いますが、回答されたくない質問には、回答されなくてもかまいません。
- ・ 調査終了後、**3月15日まで**に返信用封筒での返送をお願いします。

結果の取り扱い

- ・ 回答は無記名とし、個人が特定されるような解析は行いません。
- ・ 結果は厚生労働省への報告および学術的な目的（学術集会や学術誌での発表）以外には使用いたしません。個人情報が増えることや、先生方の不利益につながることは一切ありません。
- ・ 調査への回答をもって、本調査にご同意頂いたものとさせていただきます。

この調査について、ご不明な点がございましたら、ご遠慮なく下記までお問い合わせ下さい。

平成 29 年度 厚生労働科学特別研究事業

「総合診療が地域医療における専門医や他職種連携等に与える効果についての研究」

問い合わせ先

筑波大学大学院人間総合科学研究科地域医療教育学教室

〒305-8575 茨城県つくば市天王台 1-1-1

電話/FAX 029-853-3101 Eメール: research2@md.tsukuba.ac.jp

研究責任者 前野哲博

調査担当者 小曾根早知子

第1日目 3月5日(月)

【外来/救急診療について】

1. 本日、外来/救急診療を行いましたか？

はい → 2へ

いいえ → 4へ

2. 本日の外来/救急で診療した患者についてお教えてください。

年齢層	全患者数	うち 初診患者数	うち 救急受診または 緊急での対応を 要した患者数	うち 外傷・外科処置を 行った患者数
～ 6歳	人	人	人	人
7歳～ 15歳	人	人	人	人
16歳～ 64歳	人	人	人	人
65歳～	人	人	人	人

3. 本日の外来/救急で取り扱った健康問題について、該当するものにすべて○をつけてください。

カテゴリー	診療の有無
A 全身および部位不特定(発熱/ウイルス感染症)	
A 全身および部位不特定(上記以外)	
B 血液、造血器、リンパ組織、脾臓	
D 消化器	
F 眼	
H 耳	
K 循環器	
L 筋骨格	
N 神経	
P 心理、精神	
R 呼吸器	
S 皮膚	
T 内分泌、代謝、栄養	
U 泌尿器	
W 妊娠、育児、家族計画	
X 女性性器(乳房を含む)	
Y 男性性器	
Z 社会問題	

※この分類はプライマリ・ケア国際分類第2版(ICPC-2)に準拠しています。チェックするカテゴリーがわかりにくい場合は、別添のコード表をご参照ください。

【訪問診療について】

4. 本日、訪問診療を行いましたか？

はい → 5へ

いいえ → 6へ

5. 本日、先生が訪問された患者について、以下の記載をお願いします。

該当する年代、性別、病名・プロブレムに○をつけて下さい。

10名以上いる場合は、10名分を記載していただき、それを上回るケースについては、患者数のみご記入下さい。

	年代（歳台）	性別	病名・プロブレム（複数回答可）
1	～10・20・30・40・ 50・60・70・80・ 90～	男性・女性	脳梗塞・認知症・神経変性疾患・がん・心不全・急性感染症・ 骨折・廃用症候群・高血圧・糖尿病・COPD・褥瘡・ その他（具体的に記載）（ ）
2	～10・20・30・40・ 50・60・70・80・ 90～	男性・女性	脳梗塞・認知症・神経変性疾患・がん・心不全・急性感染症・ 骨折・廃用症候群・高血圧・糖尿病・COPD・褥瘡・ その他（具体的に記載）（ ）
3	～10・20・30・40・ 50・60・70・80・ 90～	男性・女性	脳梗塞・認知症・神経変性疾患・がん・心不全・急性感染症・ 骨折・廃用症候群・高血圧・糖尿病・COPD・褥瘡・ その他（具体的に記載）（ ）
4	～10・20・30・40・ 50・60・70・80・ 90～	男性・女性	脳梗塞・認知症・神経変性疾患・がん・心不全・急性感染症・ 骨折・廃用症候群・高血圧・糖尿病・COPD・褥瘡・ その他（具体的に記載）（ ）
5	～10・20・30・40・ 50・60・70・80・ 90～	男性・女性	脳梗塞・認知症・神経変性疾患・がん・心不全・急性感染症・ 骨折・廃用症候群・高血圧・糖尿病・COPD・褥瘡・ その他（具体的に記載）（ ）
6	～10・20・30・40・ 50・60・70・80・ 90～	男性・女性	脳梗塞・認知症・神経変性疾患・がん・心不全・急性感染症・ 骨折・廃用症候群・高血圧・糖尿病・COPD・褥瘡・ その他（具体的に記載）（ ）
7	～10・20・30・40・ 50・60・70・80・ 90～	男性・女性	脳梗塞・認知症・神経変性疾患・がん・心不全・急性感染症・ 骨折・廃用症候群・高血圧・糖尿病・COPD・褥瘡・ その他（具体的に記載）（ ）
8	～10・20・30・40・ 50・60・70・80・ 90～	男性・女性	脳梗塞・認知症・神経変性疾患・がん・心不全・急性感染症・ 骨折・廃用症候群・高血圧・糖尿病・COPD・褥瘡・ その他（具体的に記載）（ ）
9	～10・20・30・40・ 50・60・70・80・ 90～	男性・女性	脳梗塞・認知症・神経変性疾患・がん・心不全・急性感染症・ 骨折・廃用症候群・高血圧・糖尿病・COPD・褥瘡・ その他（具体的に記載）（ ）
10	～10・20・30・40・ 50・60・70・80・ 90～	男性・女性	脳梗塞・認知症・神経変性疾患・がん・心不全・急性感染症・ 骨折・廃用症候群・高血圧・糖尿病・COPD・褥瘡・ その他（具体的に記載）（ ）

上記以外に訪問診療をした患者数：（ ）名

【業務時間について】

6. 以下の各項目について、今日はどれくらいの時間を使ったか、概算でかまいませんので、分単位で記載をお願いします。

1	外来診療	()分
2	救急診療	()分
3	病棟診療	()分
4	手術・処置・検査等	()分
5	訪問診療	()分
6	症例検討会・勉強会等	()分
7	会議・申し送り等	()分
8	書類記載・レセプト等	()分
9	地域活動（行政、医師会等）	()分
10	地域活動（健康教育等）	()分
11	教育（他職種に対して）	()分
12	教育（医学生、研修医、専攻医などに対して）	()分
13	自己学習	()分
14	研究	()分
15	マネジメント業務	()分
16	その他（)	()分

【病棟診療について】（第1日目のみお伺いします。）

7. 先生は現在、病棟診療を行っておられますか？

はい → 8へ

いいえ → 【先生ご自身について】（7ページ）へ

8. 先生が現在、病棟診療で担当する患者について、以下の記載をお願いします。

該当する年代、性別、病名・プロブレムに○をつけて下さい。

担当患者が20名以上いる場合は、20名分を記載していただき、それを上回るケースについては担当患者数のみご記入下さい。

	年代（歳台）	性別	病名・プロブレム（複数回答可）
1	～10・20・30・40・ 50・60・70・80・ 90～	男性・女性	脳梗塞・認知症・神経変性疾患・がん・心不全・急性感染症・ 骨折・廃用症候群・高血圧・糖尿病・COPD・褥瘡・ その他（具体的に記載）（ ）
2	～10・20・30・40・ 50・60・70・80・ 90～	男性・女性	脳梗塞・認知症・神経変性疾患・がん・心不全・急性感染症・ 骨折・廃用症候群・高血圧・糖尿病・COPD・褥瘡・ その他（具体的に記載）（ ）
3	～10・20・30・40・ 50・60・70・80・ 90～	男性・女性	脳梗塞・認知症・神経変性疾患・がん・心不全・急性感染症・ 骨折・廃用症候群・高血圧・糖尿病・COPD・褥瘡・ その他（具体的に記載）（ ）
4	～10・20・30・40・ 50・60・70・80・ 90～	男性・女性	脳梗塞・認知症・神経変性疾患・がん・心不全・急性感染症・ 骨折・廃用症候群・高血圧・糖尿病・COPD・褥瘡・ その他（具体的に記載）（ ）
5	～10・20・30・40・ 50・60・70・80・ 90～	男性・女性	脳梗塞・認知症・神経変性疾患・がん・心不全・急性感染症・ 骨折・廃用症候群・高血圧・糖尿病・COPD・褥瘡・ その他（具体的に記載）（ ）
6	～10・20・30・40・ 50・60・70・80・ 90～	男性・女性	脳梗塞・認知症・神経変性疾患・がん・心不全・急性感染症・ 骨折・廃用症候群・高血圧・糖尿病・COPD・褥瘡・ その他（具体的に記載）（ ）
7	～10・20・30・40・ 50・60・70・80・ 90～	男性・女性	脳梗塞・認知症・神経変性疾患・がん・心不全・急性感染症・ 骨折・廃用症候群・高血圧・糖尿病・COPD・褥瘡・ その他（具体的に記載）（ ）
8	～10・20・30・40・ 50・60・70・80・ 90～	男性・女性	脳梗塞・認知症・神経変性疾患・がん・心不全・急性感染症・ 骨折・廃用症候群・高血圧・糖尿病・COPD・褥瘡・ その他（具体的に記載）（ ）
9	～10・20・30・40・ 50・60・70・80・ 90～	男性・女性	脳梗塞・認知症・神経変性疾患・がん・心不全・急性感染症・ 骨折・廃用症候群・高血圧・糖尿病・COPD・褥瘡・ その他（具体的に記載）（ ）
10	～10・20・30・40・ 50・60・70・80・ 90～	男性・女性	脳梗塞・認知症・神経変性疾患・がん・心不全・急性感染症・ 骨折・廃用症候群・高血圧・糖尿病・COPD・褥瘡・ その他（具体的に記載）（ ）
11	～10・20・30・40・ 50・60・70・80・ 90～	男性・女性	脳梗塞・認知症・神経変性疾患・がん・心不全・急性感染症・ 骨折・廃用症候群・高血圧・糖尿病・COPD・褥瘡・ その他（具体的に記載）（ ）

12	～10・20・30・40・ 50・60・70・80・ 90～	男性・女性	脳梗塞・認知症・神経変性疾患・がん・心不全・急性感染症・ 骨折・廃用症候群・高血圧・糖尿病・COPD・褥瘡・ その他(具体的に記載) ()
13	～10・20・30・40・ 50・60・70・80・ 90～	男性・女性	脳梗塞・認知症・神経変性疾患・がん・心不全・急性感染症・ 骨折・廃用症候群・高血圧・糖尿病・COPD・褥瘡・ その他(具体的に記載) ()
14	～10・20・30・40・ 50・60・70・80・ 90～	男性・女性	脳梗塞・認知症・神経変性疾患・がん・心不全・急性感染症・ 骨折・廃用症候群・高血圧・糖尿病・COPD・褥瘡・ その他(具体的に記載) ()
15	～10・20・30・40・ 50・60・70・80・ 90～	男性・女性	脳梗塞・認知症・神経変性疾患・がん・心不全・急性感染症・ 骨折・廃用症候群・高血圧・糖尿病・COPD・褥瘡・ その他(具体的に記載) ()
16	～10・20・30・40・ 50・60・70・80・ 90～	男性・女性	脳梗塞・認知症・神経変性疾患・がん・心不全・急性感染症・ 骨折・廃用症候群・高血圧・糖尿病・COPD・褥瘡・ その他(具体的に記載) ()
17	～10・20・30・40・ 50・60・70・80・ 90～	男性・女性	脳梗塞・認知症・神経変性疾患・がん・心不全・急性感染症・ 骨折・廃用症候群・高血圧・糖尿病・COPD・褥瘡・ その他(具体的に記載) ()
18	～10・20・30・40・ 50・60・70・80・ 90～	男性・女性	脳梗塞・認知症・神経変性疾患・がん・心不全・急性感染症・ 骨折・廃用症候群・高血圧・糖尿病・COPD・褥瘡・ その他(具体的に記載) ()
19	～10・20・30・40・ 50・60・70・80・ 90～	男性・女性	脳梗塞・認知症・神経変性疾患・がん・心不全・急性感染症・ 骨折・廃用症候群・高血圧・糖尿病・COPD・褥瘡・ その他(具体的に記載) ()
20	～10・20・30・40・ 50・60・70・80・ 90～	男性・女性	脳梗塞・認知症・神経変性疾患・がん・心不全・急性感染症・ 骨折・廃用症候群・高血圧・糖尿病・COPD・褥瘡・ その他(具体的に記載) ()

上記以外に病棟で担当している患者数： () 名

【先生ご自身について】（第1日目のみお伺いします。）

以下は、先生ご自身についてお伺いします。

1) 現在の主な勤務先を教えてください。（○は1つ）

1. 診療所（単独診療）
2. 診療所（グループ診療）
3. 小規模病院（99床以下）
4. 中規模病院（100-499床）
5. 大規模病院（500床以上、大学病院を除く）
6. 大学病院
7. その他（具体的にお書き下さい： _____)

2) 現在診療されている地域のセッティングについて、最も当てはまるもの1つに○をつけて下さい。

1. 大都市（人口50万人以上）
2. 中都市（人口10～30万人くらい）
3. 小都市（人口5万人前後）
4. 町村部
5. 離島・へき地

3) 医学部卒業年を教えてください。

西暦 年 （数字をご記入下さい）

4) 家庭医療専門医取得された年を教えてください。

西暦 2 0 年 （数字をご記入下さい）

5) 先生ご自身の現在の年齢を教えてください。

歳 （数字をご記入下さい）

6) 先生ご自身の性別を教えてください。（○は1つ）

1. 男性
2. 女性

7) 現在の勤務形態について教えてください。(○は1つ)

1. フルタイム 2. パートタイム

8) 主たる勤務先における当直について教えてください。(○は1つ)

1. 現在、当直はしていない。

2. 月に () 回の当直をしている。(数字をご記入下さい)

9) 主たる勤務先におけるオンコールについて教えてください。(○は1つ)

1. 現在、オンコールはしていない。

2. 月に () 回のオンコールをしている。(数字をご記入下さい)

本日の調査は終了です。ご協力ありがとうございました。
明日も宜しくお願い致します。

※第2日(3月6日(火))～第5日(3月9日(金))は、P.507～P.511と同じ質問票を用いて調査

総合診療医に対する住民意識調査 調査票

1. あなたご自身のことについてお伺いします。

問1. 同居しているご家族として、あてはまるものを以下よりすべてお選びください（※ご自身から見た続柄でお答えください）。

- | | | | |
|---------------------|-------------|------|----------|
| 1. 配偶者 | 2. 親 | 3. 子 | 4. 祖父・祖母 |
| 5. 孫 | 6. その他（具体的に |) | |
| 7. 同居している家族はいない→問3へ | | | |

問2. 同居している、15歳以下の子どもの有無をお答えください（○は1つだけ）。

- | | |
|-------|-------|
| 1. あり | 2. なし |
|-------|-------|

問3. あなたの最終学歴をお答えください（※在学中の方は、卒業予定の学歴でお答えください）（○は1つだけ）。

- | | | | |
|---------------|-------------|-----------|--------|
| 1. 中学（旧制小・高小） | 2. 高校（旧制中学） | | |
| 3. 専門学校 | 4. 高専・短大 | 5. 大学・大学院 | 6. その他 |

問4. 公的医療保険（保険者）等の種類をお答えください（○は1つだけ）。

- | | | | |
|--------------------------------|-------------|---|--|
| 1. 社会保険（健康保険組合、全国健康保険協会、共済組合等） | | | |
| 2. 国民健康保険（市町村国保、国保組合） | | | |
| 3. 後期高齢者医療広域連合（広域連合） | | | |
| 4. 生活保護 | 5. その他（具体的に |) | |

問5. 公的介護保険利用の有無等をお答えください（○は1つだけ）。

- | | | |
|------------|--------------|--------------|
| 1. 利用していない | 2. 要支援1・要支援2 | 3. 要介護1・要介護2 |
| 4. 要介護3 | 5. 要介護4 | 6. 要介護5 |

2. 医療機関の受診状況等についてお伺いします。

問6. 定期的に医療機関に受診している傷病の有無をお答えください（○は1つだけ）。

- | | |
|-------|-------|
| 1. あり | 2. なし |
|-------|-------|

問7. ご自身のことで、医療機関（病院、診療所、※歯科は除きます）をどのくらいの頻度で利用していますか（往診で自宅に来てもらう場合等も含みます）（○は1つだけ）。

- | | | |
|--------------|-------------|-------------|
| 1. 1週間に1回程度 | 2. 2週間に1回程度 | 3. 1か月に1回程度 |
| 4. 2か月に1回程度 | 5. 3か月に1回程度 | 6. 4か月に1回程度 |
| 7. 6か月に1回程度 | 8. 1年に1回程度 | 9. 1年に1回未満 |
| 10. その他（具体的に |) | |

問8. ご家族等の付き添いで、医療機関（病院、診療所、※歯科は除きます）をどのくらいの頻度で利用していますか（往診で自宅に来てもらう場合等も含みます）（○は1つだけ）。

- | | | |
|---------------------|-------------|-------------|
| 1. 1週間に1回程度 | 2. 2週間に1回程度 | 3. 1か月に1回程度 |
| 4. 2か月に1回程度 | 5. 3か月に1回程度 | 6. 4か月に1回程度 |
| 7. 6か月に1回程度 | 8. 1年に1回程度 | 9. 1年に1回未満 |
| 10. その他（具体的に _____） | | |

問9. あなたには、健康について心配があれば何でも相談できる、かかりつけの医師（※歯科医師は除きます）がいますか（○は1つだけ）。

- | | |
|-------|--------|
| 1. いる | 2. いない |
|-------|--------|

問10. （いる場合）かかりつけの医師（※歯科医師は除きます）はどのような医師ですか。かかりつけの医師が2人以上いる場合は、「もっともよく診てもらっている医師」おひとりについてお答えください（○は1つだけ）。

- | |
|------------------------------|
| 1. 診療所（医院、クリニック）の医師 |
| 2. 中小病院の医師 |
| 3. 大学病院・総合病院など大病院の総合診療科の医師 |
| 4. 大学病院・総合病院など大病院の総合診療科以外の医師 |
| 5. その他（具体的に _____） |

問11. そのかかりつけの医師（※歯科医師は除きます）の診療科は何ですか（最も近いものに○は1つだけ）。

- | | | | |
|----------------|-------------|---------------------|--------|
| 1. 内科 | 2. 外科 | 3. 整形外科 | 4. 小児科 |
| 5. 産婦人科・産科・婦人科 | 6. 皮膚科 | 7. 眼科 | |
| 8. 耳鼻いんこう科 | 9. 精神科・心療内科 | 10. その他（具体的に _____） | |

問12. あなたは、風邪やインフルエンザなどではなく、どこか気になる症状があった場合や体調が悪くなった場合に、まず最初にどのような医療機関を受診しますか（最も多いもの・近いものに○は1つだけ）。

- | |
|--------------------------|
| 1. 診療所（医院、クリニック）を受診する |
| 2. 中小病院を受診する |
| 3. 大学病院・総合病院など大きな病院を受診する |
| 4. 専門外来・診療科のある医療機関を受診する |
| 5. 総合診療科のある医療機関を受診する |
| 6. その他（具体的に _____） |

問13. 前問の回答を選択した理由を教えてください。

--

問14. あなたは、ご自身やご家族のことで、どの診療科に行けばよいかわからず、いろいろな診療科や複数の医療機関を受診した経験はありますか（○は1つだけ）。

- | | | |
|-----------|--------------------|-----------|
| 1. よくある | 2. たまにある | 3. ほとんどない |
| 4. まったくない | 5. その他（具体的に _____） | |

問15. あなたにとって良い医療制度・仕組みは次のどちらに近いですか（〇は1つだけ）。

A：自分自身でどの医療機関や診療科に行くのがよいかを自分の責任で考えて受診する仕組みがよい

B：自分のことをよく知っていて何でも相談できる、かかりつけの医師にまずは相談し、適切な医療機関・診療科を紹介してもらう仕組みがよい

1. Aに近い
2. どちらかといえばAに近い
3. どちらかといえばBに近い
4. Bに近い

3. 総合診療医に関する認知度・イメージについてお伺いします。

問16. 「総合診療医」をご存知ですか（〇は1つだけ）。

1. 知っている
2. 聞いたことはあるが、よく知らない
3. 知らない

問17. 「総合診療医」という言葉からどのようなイメージをお持ちになりますか（あてはまるものすべてに〇）。

1. 大きな病院でどこの診療科に行けばよいか、最初に診てくれる医師（その後の診断・治療はしない）
2. 特定の専門分野を持たない医師
3. 内科の医師
4. いろいろな病気を総合的に診てくれる医師
5. 救急診療で速やかに診療してくれる医師
6. 診断が難しい時に、適切に診断してくれる医師
7. 臓器別ではなく様々な疾患・状態・治療方法等について幅広く知識をもつ医師
8. 患者の生活状況や家族のことも知っていて、何でも相談できる医師
9. 患者や家族に寄り添って、外来診療に加えて在宅医療・往診をしてくれる医師
10. その他（具体的に

問18. 前問のうち、「総合診療医」について、最も強いイメージのものを1つだけお選びください（〇は1つだけ）。

1. 大きな病院でどこの診療科に行けばよいか、最初に診てくれる医師（その後の診断・治療はしない）
2. 特定の専門分野を持たない医師
3. 内科の医師
4. いろいろな病気を総合的に診てくれる医師
5. 救急診療で速やかに診療してくれる医師
6. 診断が難しい時に、適切に診断してくれる医師
7. 臓器別ではなく様々な疾患・状態・治療方法等について幅広く知識をもつ医師
8. 患者の生活状況や家族のことも知っていて、何でも相談できる医師
9. 患者や家族に寄り添って、外来診療に加えて在宅医療・往診をしてくれる医師
10. その他（具体的に

4. 総合診療専門医に対する受診のご意向についてお伺いします。

総合診療専門医とは下記のような医師です。

総合診療専門医は日頃よく発症する症状や病気のほとんどについて診療科の垣根を越えて適切に診療するための訓練を受け、その能力を認められた専門医です。看護師や薬剤師などの多職種と連携しながら、例えば、通院できない方には在宅医療、がんなどで終末期医療が必要な方には緩和ケアなど、幅広い健康問題について多様な医療を地域の必要に応じて柔軟に提供できます。また、地域の一般住民に対しては、健康講話などの健康を高めるための活動や、健康診断・予防接種などの予防医療を提供して地域全体が一層健康であり続けられるように貢献します。

問19. (かかりつけ医がいる場合) あなたの「かかりつけ医」は、上記の「総合診療専門医」の説明にあてはまりますか (〇は1つだけ)。

- | | |
|--------------------|------------------|
| 1. あてはまる | 2. どちらかといえばあてはまる |
| 3. どちらかといえばあてはまらない | 4. あてはまらない |
| 5. わからない | |

問20. あなたは複数の病気にかかった時に、どのように受診したいですか (〇は1つだけ)。

なお、このアンケートでは、「領域別専門医」とは、循環器内科、呼吸器科、耳鼻いんこう科、皮膚科、眼科、外科などの特定の診療科領域を専門とする医師を指します。

1. それぞれ別々の領域別専門医に診てほしいと強く思う
2. できれば、それぞれ別々の領域別専門医に診てほしいと思う
3. どちらともいえない
4. できれば、複数の疾病をまとめて総合診療専門医に診てほしいと思う
5. 複数の疾病をまとめて総合診療専門医に診てほしいと強く思う

以降の質問では、あなたやご家族には「身近に、いつも受診して何でも相談できる、かかりつけの総合診療専門医がいる」という想定のもとで、以下の状況についてどのようにしたいかお答えください。

問21. (同居している子どもがいる場合) 子どもが風邪をひいた時に、どのように受診したいですか (〇は1つだけ)。

1. 領域別専門医に診てほしい
2. できれば領域別専門医に診てほしい
3. 領域別専門医とかかりつけの総合診療専門医のどちらに診てもらってもよい
4. できればかかりつけの総合診療専門医に診てほしい
5. かかりつけの総合診療専門医に診てほしい

問22. 包丁で手を切ったり、転んでヒザをすりむいたりした時に、どのように受診したいですか (〇は1つだけ)。

1. 領域別専門医に診てほしい
2. できれば領域別専門医に診てほしい
3. 領域別専門医とかかりつけの総合診療専門医のどちらに診てもらってもよい
4. できればかかりつけの総合診療専門医に診てほしい
5. かかりつけの総合診療専門医に診てほしい

問23. かゆみのある発疹が出ている時に、どのように受診したいですか（〇は1つだけ）。

1. 領域別専門医に診てほしい
2. できれば領域別専門医に診てほしい
3. 領域別専門医とかかりつけの総合診療専門医のどちらに診てもらってもよい
4. できればかかりつけの総合診療専門医に診てほしい
5. かかりつけの総合診療専門医に診てほしい

問24. 肩が痛い時に、どのように受診したいですか（〇は1つだけ）。

1. 領域別専門医に診てほしい
2. できれば領域別専門医に診てほしい
3. 領域別専門医とかかりつけの総合診療専門医のどちらに診てもらってもよい
4. できればかかりつけの総合診療専門医に診てほしい
5. かかりつけの総合診療専門医に診てほしい

問25. めまいの時に、どのように受診したいですか（〇は1つだけ）。

1. 領域別専門医に診てほしい
2. できれば領域別専門医に診てほしい
3. 領域別専門医とかかりつけの総合診療専門医のどちらに診てもらってもよい
4. できればかかりつけの総合診療専門医に診てほしい
5. かかりつけの総合診療専門医に診てほしい

問26. 1か月以上治らない咳が続いている時に、どのように受診したいですか（〇は1つだけ）。

1. 領域別専門医に診てほしい
2. できれば領域別専門医に診てほしい
3. 領域別専門医とかかりつけの総合診療専門医のどちらに診てもらってもよい
4. できればかかりつけの総合診療専門医に診てほしい
5. かかりつけの総合診療専門医に診てほしい

問27. 不眠や気分の落ち込みについて相談したい時に、どのように受診したいですか（〇は1つだけ）。

1. 領域別専門医に診てほしい
2. できれば領域別専門医に診てほしい
3. 領域別専門医とかかりつけの総合診療専門医のどちらに診てもらってもよい
4. できればかかりつけの総合診療専門医に診てほしい
5. かかりつけの総合診療専門医に診てほしい

問28. 親が認知症になって、その治療や介護の方法を相談したい時に、どのように受診したいですか（〇は1つだけ）。

1. 領域別専門医に診てほしい
2. できれば領域別専門医に診てほしい
3. 領域別専門医とかかりつけの総合診療専門医のどちらに診てもらってもよい
4. できればかかりつけの総合診療専門医に診てほしい
5. かかりつけの総合診療専門医に診てほしい

5. 総合診療専門医に対する今後への期待についてお伺いします。

ここでは、あなたのお考えやご希望についてお伺いします。問 22～問 32 までは、あなたのお考えに近いものを1つだけお選びください。

問29. 何か健康問題が生じた時、年齢や性別、身体の部位を問わずに、まずは診てくれる総合診療専門医についての希望（最も近いものに○は1つだけ）。

- | | |
|-----------------|---------------------|
| 1. 身近にいてほしい | 2. どちらかといえば身近にいてほしい |
| 3. どちらかといえば必要ない | 4. 必要ない |

問30. 受診した時、場合により適切な領域別専門医や地域資源(福祉の専門職や患者会など)を紹介してくれる総合診療専門医についての希望（最も近いものに○は1つだけ）。

- | | |
|-----------------|---------------------|
| 1. 身近にいてほしい | 2. どちらかといえば身近にいてほしい |
| 3. どちらかといえば必要ない | 4. 必要ない |

問31. 若いうちから年を取るまで、継続して通院しながらその都度、自分の病気や日々のちょっとした身の上話などもしながら、気軽に相談できる総合診療専門医についての希望（最も近いものに○は1つだけ）。

- | | |
|-----------------|---------------------|
| 1. 身近にいてほしい | 2. どちらかといえば身近にいてほしい |
| 3. どちらかといえば必要ない | 4. 必要ない |

問32. 自分の生きる上で大事にしている事や価値観を踏まえた上で、診療内容を相談できる総合診療専門医についての希望（最も近いものに○は1つだけ）。

- | | |
|-----------------|---------------------|
| 1. 身近にいてほしい | 2. どちらかといえば身近にいてほしい |
| 3. どちらかといえば必要ない | 4. 必要ない |

問33. 誰にも相談できないような事や、家族の悩みを相談できる総合診療専門医についての希望（最も近いものに○は1つだけ）。

- | | |
|-----------------|---------------------|
| 1. 身近にいてほしい | 2. どちらかといえば身近にいてほしい |
| 3. どちらかといえば必要ない | 4. 必要ない |

問34. 地域で生じている健康問題について、その問題の背景にある地域課題(地理的環境、文化、医療政策、医療や介護の連携など)について関心を持って活動している総合診療専門医についての希望（最も近いものに○は1つだけ）。

- | | |
|-----------------|---------------------|
| 1. 身近にいてほしい | 2. どちらかといえば身近にいてほしい |
| 3. どちらかといえば必要ない | 4. 必要ない |

問35. 町内会での健康講話や行政へのアドバイスなど、広く地域住民のために活動している総合診療専門医についての希望（最も近いものに○は1つだけ）。

- | | |
|-----------------|---------------------|
| 1. 身近にいてほしい | 2. どちらかといえば身近にいてほしい |
| 3. どちらかといえば必要ない | 4. 必要ない |

問36. 治療と仕事を両立するためにどのようにしたらよいかアドバイスをしてくれたり、人事部や産業医に対する書類・情報を適切に提供してくれる総合診療専門医についての希望（最も近いものに○は1つだけ）。

- | | |
|-----------------|---------------------|
| 1. 身近にいてほしい | 2. どちらかといえば身近にいてほしい |
| 3. どちらかといえば必要ない | 4. 必要ない |

問37. 総合診療専門医の資格をもつ医師がいれば、あなたはかかりつけ医としたいですか（最も近いものに○は1つだけ）。

- | | |
|--------------|-------------------|
| 1. そう思う | 2. どちらかといえばそう思う |
| 3. どちらともいえない | 4. どちらかといえばそう思わない |
| 5. そう思わない | |

問38. 総合診療専門医の資格をもつ医師が増えれば、我が国で無駄な検査や受診が減ると思いますか（最も近いものに○は1つだけ）。

- | | |
|--------------|-------------------|
| 1. そう思う | 2. どちらかといえばそう思う |
| 3. どちらともいえない | 4. どちらかといえばそう思わない |
| 5. そう思わない | |

問39. 総合診療専門医の資格をもつ医師が増えれば、領域別専門医は自分の専門領域の診療や研究・スキルの習得に専念できるので、結果的に、医療の質は上がると思いますか（最も近いものに○は1つだけ）。

- | | |
|--------------|-------------------|
| 1. そう思う | 2. どちらかといえばそう思う |
| 3. どちらともいえない | 4. どちらかといえばそう思わない |
| 5. そう思わない | |

以上でアンケートは終わりです。
ご協力いただきましてありがとうございました。

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

平成 30 年 3 月 25 日

プライマリ・ケアの現場においては、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、適切な生活習慣を維持できない人は少なくない。たとえば、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的なリスクを抱える人々は、プライマリ・ケアでよく遭遇する複雑性の高い事例として挙げられる。しかし、そのような人々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、人々がどのような社会的困難を抱えているかを評価する標準的な方法は普及しておらず、制度上の支援策も不十分であり、かつ既存の制度も十分に認知・活用されていない。

住む場所や国籍、所得や雇用形態、教育歴など、個人のおかれた社会的な背景や環境の影響により健康格差が生じる。これらの社会的要因は、出生時から高齢期までのライフコースにわたる様々な場面で影響を及ぼし、喫煙や食事内容等、健康関連行動を決定する。それらの健康行動は、がんや心臓病など慢性疾患の原因となり、命の格差を生み出すこととなる。社会的背景による健康状態の違いはあらゆる疾病や健康行動に見られるが、個人には変えがたい社会的な要因が健康の格差の原因となるものについては、健康に関わる学会など職能団体や社会が責任を持ち対応すべきである。

健康格差対策に取り組むことが WHO 総会（2009）で決議されたが、格差への懸念がさらに広まる中、近年、世界中で多くの職能団体や学会が健康格差に関する立場表明を行うようになってきた。そこで、日本プライマリ・ケア連合学会は、これまで健康格差の問題へ十分に対応できてこなかったとの反省のもと、今後の活動の方向性を示すべく、ここに、健康格差に対する見解と行動指針を策定し、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) あらゆる人びとが健やかな生活を送れるように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) 社会的要因に配慮できるプライマリ・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) あらゆる人びとが，それぞれに必要なケアを得られる権利を擁護するためのアドボカシー活動を進めます。
- 6) 上記 1-5 を達成するために，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

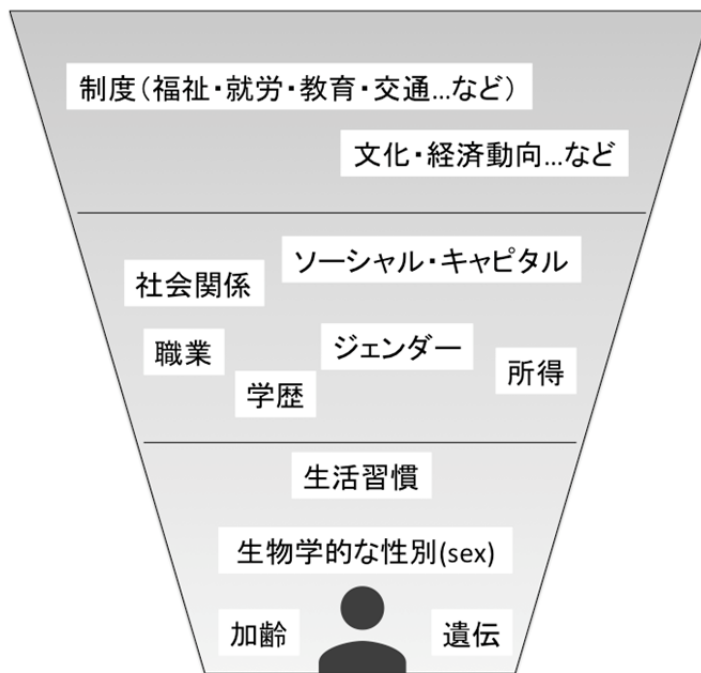
プライマリ・ケアの目的は、疾病の治療のみではなく、地域社会における安寧な生活の維持である⁸⁾。このことから、個人がおかれた社会環境の違いによる健康格差への対応は、本学会が最も重視すべき課題の一つである。そこで、健康格差に対する日本プライマリ・ケア連合学会の見解を声明として示すこととした。

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¹⁾。所得や学歴、仕事、居住地、性別、国籍／人種など、様々な健康に影響を及ぼす社会的要因（健康の社会的決定要因：social determinants of health, SDH）により健康格差が生じる（図1）。現在、世界では依然として国による平均寿命に約40歳の格差が存在する²⁾。日本でも都道府県間で男女とも3歳弱の健康寿命の格差が存在することが示されている³⁾。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、健康格差の定義について「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・是正すべきという価値判断を含意する」としている⁴⁾。

近年、世界経済の不安定化や世帯構成の変化を背景に、日本では健康格差の拡大が懸念されている。社会保障制度の機能拡充が追い付かず、一人親世帯の貧困割合が50%を超えるなど、対策が急がれている⁵⁾。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日々の生活の中でのストレスのために健康を損ない、治療を継続できずにいる事例は少なくない⁶⁾しかし、そのような人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、それらの人がどのような社会的困難を抱えているかを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⁷⁾。

本声明は、健康格差に対する日本プライマリ・ケア連合学会の公式の立場表明である。また、学会員に向けて、健康格差に関する行動指針を示すことを目的とする。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⁹⁾。医療機関に日々訪れる患者を、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。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。

図1：健康に影響を及ぼす多重レベルの要因



2. 健康格差の現状分析とその生成プロセス

健康格差の現状について

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み、WHO はすでに「確固たる事実」であると表明している¹⁰⁾。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を受けやすいことが明らかになっている¹¹⁾。

災害や危機時には特定の集団が大きな被害を受けやすく、より困難な状況に陥り、健康への悪影響が生じる¹²⁾。世界的に見ても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¹³⁾。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。

特筆すべきことは、リスクには「勾配」があるということである。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に影響がある¹⁴⁾¹⁵⁾(図2, 3)。また、時には、通常は社会的に高い階層と考えられる集団が危険にさらされる場合もある。例えば、経済危機後に管理職の自殺率が高まっているデータがある¹⁶⁾。そのため不利な立場に置かれやすい人々に焦点を当てることも重要であるが、それだけでは不十分である。

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14)より作成。

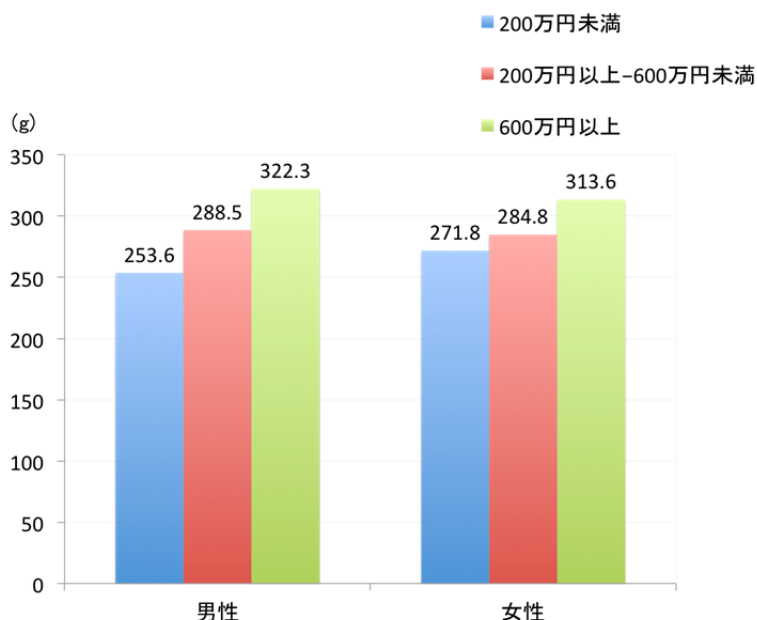
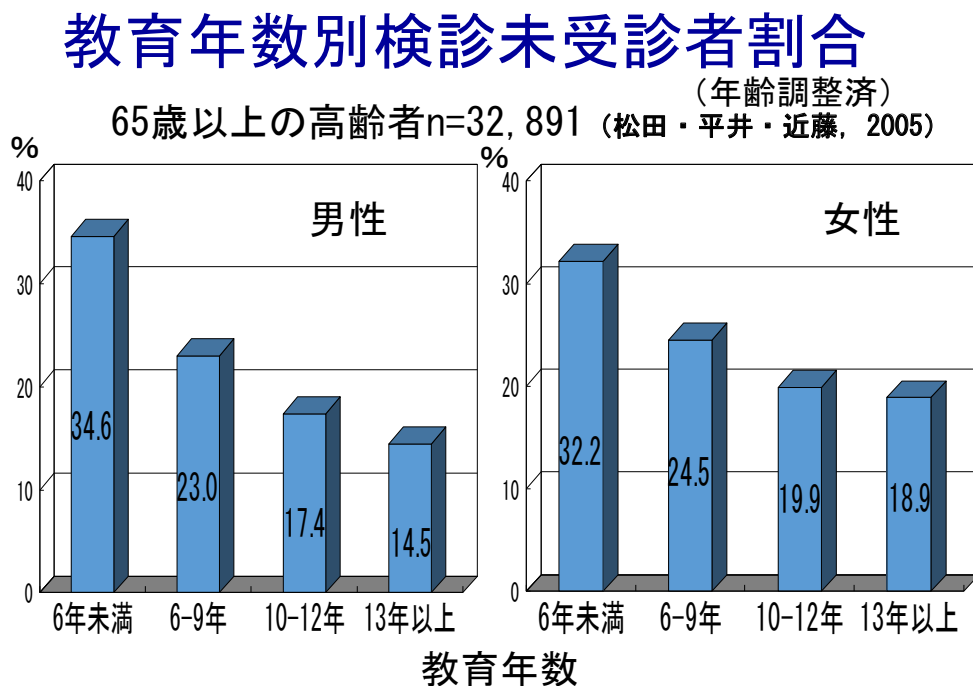


図3：教育年数が少ないほど、検診未受診者の割合が多い¹⁵⁾ (スライド提供：近藤克則氏).



健康格差生成のプロセス

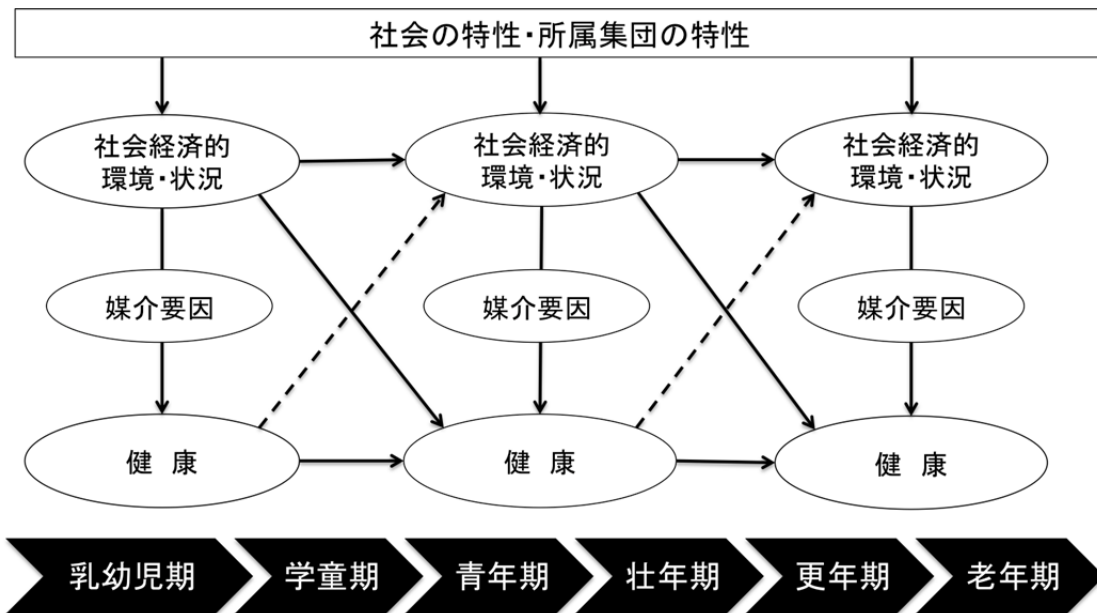
健康格差が生み出されるプロセスについては、胎児期から一生涯にわたる期間（ライフコース）の視点と SDH の上流の要因についての構造的な理解が必要である。

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¹⁷⁾ (図4)。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している。例えば、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¹⁸⁾¹⁹⁾。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²⁰⁾、子ども時代に虐待を受けた者では高齢期の歯の数が少ないこと²¹⁾や大人になってからの幸福感や健康感が低いこと²²⁾などが明らかとなっている。

● 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や高齢期における物理的・社会的曝露による疾病のリスクを長期的に捉えるものである。

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23)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する。つまり、経済政策や社会政策、公共政策といったマクロな社会政治的背景や、社会階層、ジェンダー、ソーシャル・キャピタル（社会関係資本）などが、個人の環境や行動を規定し、健康へ影響する²⁴⁾。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²⁵⁾。また非正規雇用者では心理的ストレスを感じる割合が高い²⁶⁾。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²⁷⁾。さらに性的マイノリティは不健康な行動をとる傾向が高いことや、精神的・身体的な健康状態が悪いことが知られている²⁸⁾²⁹⁾。ソーシャル・キャピタルはKawachiらによって「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」と定義された、社会関係の資源的側面を表す概念である³⁰⁾。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ている³¹⁾³²⁾。またソーシャル・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³³⁾。

●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、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。

3.国内外の動向

世界中で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・支援を行うことを提言している⁴⁾。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³⁴⁾³⁵⁾。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³⁶⁾。

●アドボケート(advocate)・アドボカシー(advocacy)

その人自身が持っている権利を何らかの理由で行使できない状況にある人に代わって、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) と呼ぶ。また、その権利を代弁・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³⁷⁾。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³⁸⁾。

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¹⁾。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主張している⁷⁾。近年、健康に保護的な環境要因についての研究³¹⁾³²⁾が進んでいるが、具体的な対策に向けた動きは未だ活発とは言えず、上流要因へのアプローチが重要である。一方で、すでに健康格差のただ中にある人達への臨床現場での取り組みも不可欠である。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の認識をいっそう広げる必要がある。また、SDH を有する人々を行政・福祉サービスにつなぐためのシステムは十分に進んでいるとは言いがたい。更なる対策の推進のためには多くの職種や部門が SDH に注目して連携する必要がある。

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⁴⁾。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）³⁹⁾。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³⁹⁾



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、「住んでいる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⁴⁰⁾。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。また、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。

臨床現場における取り組みとして、「社会的処方」がある。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ものである。英国は国民保健サービス制度の一環として導入を始めている⁴¹⁾。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ことが求められる。医療機関において、外来診療や入院治療の場で

Core Domain	Measure
Race/ethnicity	人種 •U.S. Census (2 Q)
Education	教育 •Educational attainment (2 Q)
Financial resource strain	経済的困窮 •Overall financial resource strain (1 Q)
Stress	ストレス •Elo et al. (2003) (1 Q)
Depression	うつ •PHQ-2 (2 Q)
Physical activity	身体活動 •Exercise Vital Sign (2 Q)
Tobacco use and exposure	タバコ •NHS (2 Q)
Alcohol use	アルコール •AUDIT-C (3 Q)
Social connections and social isolation	社会的孤立 •NHANES II (4 Q)
Exposure to violence: Intimate partner violence	暴力 •HARK (4 Q)
Neighborhood and community compositional characteristics	住所 近隣の特徴 •Residential address •Census tract-median income

the IOM Committee on Recommended Social and Behavioral Domains and Measures for Electronic Health Records
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK269530/table/tab_s-3/?report=objectonly

貧困や孤立を把握する取り組みを進めるべきである。カナダの聖ミカエル病院およびトロント大学が出版した「医師のためのベストアドバイス」では「貧困問診票」の活用が紹介されている³⁵⁾。

また、人種や教育などをはじめとする SDH を系統的に記録することも推奨されており⁴²⁾ (図 6)、国内でも入院患者の社会的背景をルーチンで記録し、評価しする取り組みがある⁴³⁾。

図 6 : Adler らは電子カルテに SDH の項目を取り入れることを推奨している。文献 42) より引用改変。

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。「健康に無関心な人にも効果的な戦略」として、「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を提案されている。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⁴⁴⁾。

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て健康に影響する生活環境を整えるように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

- ・学生実習や研修生教育、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伝える
- ・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

4) パートナーシップについて

- ・予防・診療・教育・研究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、さまざまな分野の専門家や関係者と積極的にチームを作り対応する

5) アドボカシーについて

- ・人々が抱える社会的困難を見出し，社会・地域資源の利用につなげる
- ・患者に提供した社会・地域資源の効果を評価する
- ・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) 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会 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. [not revised; cited 29 Dec 2017]. Available from: http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_02.pdf
- 2) WHO. World Health Statistics 2016: Monitoring health for the SDGs. Geneva: World Health Organization, 2016. [not revised; cited 29 Dec 2017]. Available from: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/
- 3) 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.
- 4) CSDH(2008). 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 29 Dec 2017]. Available from: http://who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/
- 5) 厚生労働省. 子どもの貧困対策の推進に関する法律<平成25年法律第64号> (概要). 東京: 厚生労働省. [not revised; cited 29 Dec 2017] Available from: <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/0000083805.pdf>
- 6) 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.
- 7) 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 29 Dec 2017] Available from: <http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-21-t133-7.pdf>
- 8) WHO. Technical Series on Safer Primary Care. Geneva: World Health Organization, 2008 [not revised; cited 29 Dec 2017]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/topics/primary-care/technical_series/en/
- 9) 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.
- 10) WHO Centre for Urban Health. Social determinants of health. The solid facts [Internet]. 2nd ed. Wilkinson R, Marmot M, editors. Copenhagen: World Health Organization; 2003. [not revised; cited 29 Dec 2017]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/social-determinants-of-health-the-solid-facts>
- 11) 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.

12) 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.

13) 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.

14) 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 29 Dec 2017] Available from: <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyou/dl/h26-houkoku.pdf>

15) 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*, 69, 231-235, 2005.

16) 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.

17) 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 62(11) : 946-952,2006

18) 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.

19) 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.

20) 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.

21) 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;n/a-n/a.

22) 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.

23) 川上憲人, 橋本英樹, 近藤尚己. 社会と健康 : 東京大学出版会, 2015

24) WHO: A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2016. [not revised; cited 29 Dec 2017]. Available from: http://www.who.int/social_determinants/corner/SDHDP2.pdf?ua=1

25) 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.
- 26) 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 Heal.* 2010;52:227–40.
- 27) 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 Jul 28;33(4):884–93.
- 28) Gonzales G, Przedworski J, Henning-Smith C. Comparison of Health and Health Risk Factors Between Lesbian, Gay, and Bisexual Adults and Heterosexual Adults in the United States. *JAMA Intern Med.* American Medical Association; 2016 Sep 1;176(9):1344.
- 29) Simoni JM, Smith L, Oost KM, et al. Disparities in Physical Health Conditions Among Lesbian and Bisexual Women: A Systematic Review of Population-Based Studies. *J Homosex.* NIH Public Access; 2017;64(1):32–44.
- 30) Berkman LF, Kawachi I, Glymour MM. *Social Epidemiology.* Second Edi. Oxford University Press; 2014.
- 31) Ehsan AM, De Silva MJ. Social capital and common mental disorder: a systematic review. *J Epidemiol Community Health.* 2015;69(10):1021–8.
- 32) 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.
- 33) Aldrich DP, Sawada Y. The physical and social determinants of mortality in the 3.11 tsunami. *Soc Sci Med.* 2015 Jan;124:66–75.
- 34) Cottam B, Chandaria K. *How doctors can close the gap.* London: Royal College of Physicians; Jun 2010. [not revised; cited 29 Dec 2017]. Available from: <https://www.rcplondon.ac.uk/file/2586/download?token=5ihvuF43>
- 35) 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 29 Dec 2017]. Available from: <http://patientsmedicalhome.ca/resources/best-advice-guide-social-determinants-health/>
- 36) World medical association. *WMA statement on inequalities in health.* New Delhi: World medical association; Oct 2009. [not revised; cited 29 Dec 2017] Available from: <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-inequalities-in-health/>
- 37) AAP COUNCIL ON COMMUNITY PEDIATRICS. Poverty and Child Health in the United States. *Pediatrics.* 2016; 137(4):e20160339

- 38) MCAAP. Statement on the Chapter's Role in Combating Poverty. MA: MCAAP; 2016. [not revised; cited 29 Dec 2017]. Available from: <https://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/state-advocacy/Documents/Forum%20Winter%202016%20MCAAP%20Poverty%20Statement.pdf>
- 39) 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 29 Dec 2017]. Available from: http://www.iken.org/project/sdh/pdf/17SDHpj_ver1_1_20170803.pdf
- 40) 近藤克則. 健康格差社会への処方箋: 医学書院; 2017.
- 41) 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/bmjopen-2016-013384
- 42) Adler NE, Stead WW. Patients in context--EHR capture of social and behavioral determinants of health. *N Engl J Med*. 2015 Feb 19;372(8):698-701. doi: 10.1056/NEJMp1413945.
- 43) 福庭勲. HPH の選択と実践. 民医連医療. 2015;512:25-29
- 44) 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

委員：井階友貴，小松裕和，孫大輔，高岡直子，竹内由紀子，長純一，坪谷透，
長嶺由衣子，西村真紀，長谷田真帆，藤井博之，横林賢一

外部委員：近藤克則

協力委員：西岡大輔

作成協力者：小坂健，杉山賢明，古屋聡

発行日：平成30年3月