

はじめに

社会医学は、職業、学歴、経済状況などの社会要因が、人間の疾病や健康にどのように影響を与えるのかについて調査・研究し、立案・対策を行い、その結果、個人と社会の健康を維持・増進する学問である。社会医学の素養があれば、例えば、臨床現場で治療が行き詰まっても、患者のクオリティ・オブ・ライフ向上の問題解決にアプローチすることができる。

例えば、初診外来にやってきた高血圧の高齢男性に、「減塩してください」と指導を行った。しかし診察室で出会ったその患者は一人暮らしで自炊もままならない生活を送っていた。生活に困窮し、冷蔵庫の中にはイワシの缶詰しかなく、社会的に孤立していることを知ったら、医師として別のアプローチが必要である。

社会医学教育は、患者を包括的に診ることのできる医師を育成する上で重要な教養である。社会医学の調査・研究には、疫学・統計学・行動科学などの学問が重要で、医師が臨床の現場からクリニカルリサーチクエストを提起し、研究を行うことで、わが国の実情にあったエビデンスが構築され、医療の質が向上し、医学が発展する。

社会医学 (Social Medicine) とは

社会医学とは、社会を構成する集団を対象に健康問題を扱う学問である。対象となる集団には、社会的弱者の視点が重要で、患者の他、高齢者、女性、子供、外国人、障害者など多種多様である。これらの集団は社会的な状況、例え

ば、突発的な災害（新型コロナウイルスを含む）や、経済的な社会背景により真っ先に影響を受けやすく、しばしば健康を損ないやすいことが知られている。このような患者さんを診る際に、医学の知識だけでは不十分で、どのような社会資源を提供することで、健康状態がよくなる可能性があり、そこに社会医学の知識が活かされる。

ヒトの健康を規定する社会的因子には、代表的なものに収入格差、社会的つながり（社会関係資本；social capital）、地域、個人レベルでのストレス、家庭環境、婚姻状況などがある。Social capitalとは、「社会的な繋がりとそのから生まれる規範・信頼であり、効果的に協調行動へと導く社会組織の特徴」と定義されている¹⁾。平易な言葉で言えば、社会（コミュニティや隣人、組織や上司、同僚、等）からのサポートである。海外では、このsocial capitalを高めることで集団の健康がよりよい方向へ導かれるとする研究が多く発表されている。日本でも、社会階層間における健康格差が広がっていると報告され、健康の社会的決定要因や社会疫学への関心が高まってきた²⁾。昨今、“健康日本21”で目標に設定されている健康寿命の格差是正、あるいは、東日本大震災後の心身の健康に与える問題の改善などの対策の1つの切り札としてsocial capital、いわゆる地域・コミュニティとのつながりが期待されている。

医学教育の中で医師が具有すべき社会医学の知識と技能

平成28年度改訂版の医学教育モデル・コア・カリキュラムで社会医学と関係する領域を下記に挙げる。

^{*1} Social Medicine

^{*2} Kyoko Nomura 秋田大学医学部衛生学・公衆衛生学講座

- B 社会と医学・医療
- B-1 集団に対する医療
- B-1-1) 統計の基礎
- B-1-2) 統計手法の適用
- B-1-3) 根拠に基づいた医療〈EBM〉
- B-1-4) 疫学と予防医学
- B-1-5) 生活習慣とリスク
- B-1-6) 社会・環境と健康
- B-1-7) 地域医療・地域保健
- B-1-8) 保健・医療・福祉・介護の制度
- B-1-9) 国際保健
- B-4 医療に関連のある社会科学領域
- B-4-1) 医師に求められる社会性

この中で、社会医学教育の最大の成果は、B-4-1)にある「医師に求められる社会性」である。文化的社会的文脈のなかで、人の心と社会の仕組みを理解するための基礎的な知識と考え方を学び、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・理論について学ぶ。

医学教育の最大の目的は、良い医師の育成であり、良い医師とは、患者や家族の心に寄り添い、気持ちを汲みながら診療を行う人間性とともに、患者や家族の背景因子を理解することが求められる。社会医学教育はその人間性と患者を取り巻く社会因子を考慮しながら、患者を包括的に診ることのできる医師の育成ということになる。患者や家族などのキーパーソンがどのように疾病を捉え、どのような結果を望んでいるのかを知ること、そのためにどのような障壁があるのか、障壁を越えることのできる社会的なシステムや資源は何であるのか、医学知識のみならず、人の言動の意味をその人の人生史や社会関係の文脈の中で理解し、病気・健康・医療・死をめぐる文化的な多様性を受け入れ、そしてサポートしていく社会力が求められる。

医学教育における公衆衛生学

平成28年度改訂版の医学教育モデル・コア・カリキュラムのB-1-5)生活習慣とリスクでは、

運動、睡眠、心の健康、喫煙、飲酒といった生活習慣が及ぼす健康リスクと、健康づくりのための行動変容が重要である。B-1-6)社会・環境と健康では、母子保健、学校保健、産業保健、成人・高齢者保健といった社会と健康・疾病との関係を理解し、個体及び集団をとりまく環境諸要因について学ぶことが求められる。さらにB-1-7)地域医療・地域保健では、僻地や地域社会における医療の状況、とくに医師の偏在の問題や、医療計画、地域包括ケアシステムの概念の理解、かかりつけ医の役割やプライマリケア、災害医療などへの貢献の重要性などを学ぶ。B-1-8)保健・医療・福祉・介護の制度については、社会保障制度や医療費の問題、医療保健、介護保険、高齢者医療、医療の質の確保、医師法・医療法等、関連法規の知識などを学ぶ。B-1-9)国際保健では、日本が置かれた立ち位置と世界の保健・医療問題について学ぶ。

社会医学と疫学・統計学

平成28年度改訂版の医学教育モデル・コア・カリキュラムでは、B-1-1)統計の基礎、B-1-2)統計手法の適用、B-1-3)根拠に基づいた医療〈EBM〉、B-1-4)疫学と予防医学が社会医学教育に関係する。社会医学は、しばしば社会疫学とも呼ばれ、社会の集団の健康管理を研究する学問であるため、疫学・統計学の知識が必須である。疫学（Epidemiology）とは、世界保健機関の定義によれば、ヒトの病気の度数の分布とそれの規定因子を研究する学問であるとされる³⁾。

医学における疫学は、健康状態について年齢、人種、地域別などの分布を提示する研究（記述疫学研究）と、病気の分布型を原因によって解釈、説明しようとする研究（仮説検証型研究あるいは分析研究）の2つに大別できる。記述疫学研究には、症例報告やケースシリーズ、生態学的研究（ecological study）が含まれ、分析研究は、観察研究（observational study）と介入研究（intervention study）に分けられている。この研究デザインがEBMの根拠となり、ガイドラインで使用される医学論文のランク付けに直結している。

一般的にエビデンスのレベルの高さはメタアナリシス＞Randomized Controlled Study (RCT)＞コホート研究＞ケースコントロールスタディ＞横断研究＞記述疫学研究の順となっている。医療情報を検索する際には、なるべくエビデンスの高い研究を抽出することが望まれるし、自分で調査・研究を行う場合には、エビデンスが高くなるように工夫することが求められる。

EBM (Evidence Based Medicine ; 根拠に基づく医療)

臨床医学領域で用いられるガイドラインは、EBM にて決定されることが、今日、基本となっているが、社会医学教育でも関連する医療情報を収集する際に EBM の手順を知っておく必要がある。5段階の最初のステップ Step 1 は疑問の抽出・定式化である。これは、知りたい医学情報を調べる際のキーワードである。つまりリサーチクエストであり、研究仮説である。原因と結果を明確にして Step 2 に進まないと膨大な文献数がヒットし情報に翻弄されてしまう。リサーチクエストは研ぎ澄ますことが必要であるし、臨床医の経験値、あるいは「何を明らかにすれば問題解決につながるかの視点」が重要である。Step 2 では PubMed などの医学情報検索エンジンにて情報を論文から収集する。Step 3 では得られた論文を批判的吟味し、Step 4 で評価した情報を患者に適用する。Step 5 では Step 1 から 4 までのプロセスと患者への適用結果を評価する。

臨床医学情報は、患者という集団を対象とした疫学研究から得られることが多い。よって疫学研究を批判的吟味できるスキルが臨床医に必要である。疫学研究の最も質の高い研究デザインにはメタアナリシスがあるが、RCT から統合されるメタアナリシスであれば質は高くなるが、内的妥当性の低い観察研究のメタアナリシスであれば質は低くなる。

臨床医から発案されるリサーチクエストが医学の発展に寄与

臨床疫学研究には治験や大規模臨床研究の他に、小規模の臨床研究や患者を対象とした研究があり、社会医学の視点が非常に有用である。小規模であっても、大規模では測定できない細やかな仮説検証が可能となり、現場の問題解決に利用できる。例えば、国のがん対策では、複数の事例を挙げて研究の推奨をしており、“就労支援”では、がん患者のうち、体力の低下や勤務調整が困難などを理由に依願退職または解雇されたものは 35% と 10 年前と変わらないとしている⁴⁾。“緩和ケア”領域においては、苦痛が十分に緩和されていない患者は今も 3～4 割に上るといふ⁵⁾。前者では、職場環境の因子を収集して、後者では家庭環境の情報を収集して分析する社会医学の視点が有用である。そして、患者に最も近いところにいる医師が、患者や家族、ベッドサイドでの問題を上手に集め、課題解決に向けたリサーチクエストに仕立てることが何より重要である。このようにして作られた研究仮説を解くことで、その研究成果は、海外のどのような質の高い文献でも得ることのできないわが国の実情に合った対策立案に大きな科学的貢献をするであろう。

最後に

患者を病気の視点だけでなく、その人の人間性や社会的背景にまで目を向け、医療を担当することのできる医師を養成することが社会医学教育である。そのために、医師国家試験を受験する前から患者さんの生活背景に触れたり、地域社会の健康への影響を学んだりすることが重要である。さらに研究の技法を身につけ、現場の医師から発信するリサーチクエストから、患者、あるいは社会一般の集団の包括的な健康維持・向上に向けて調査・研究を行い、わが国の実情にあったエビデンスを発信できる医師を育成することが、わが国の医療の質を向上し、医学を発展させる。

■文 献

- 1) Putnum R. Making Democracy work. In : Kawata J. ed. Princeton University Press1993.
- 2) 近藤克則, 平井寛, 竹田徳則, 市田行信, 相田潤. ソーシャルキャピタルと健康. 行動計量学 2010 ; 37 : 27-37.
- 3) World Health Organization. Epidemiology.
- 4) 厚生労働省健康局がん・疾病対策課. がん患者・経験者の仕事と治療の両立支援の更なる推進について. 第3回がんとの共生のあり方に関する検討会. 資料2 令和元年10月23日.
<https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000559467.pdf> (最終閲覧日 : 2020.1.11)
- 5) 厚生労働省健康局がん・疾病対策課. 緩和ケアに関するこれまでの議論について. 資料3.
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000126014.pdf> (最終閲覧日 : 2020.1.11)