

特集

第33回《令和5年度》全国福祉医療施設大会を開催

『深刻な地域生活課題に寄り添う福祉医療施設であるために
～地域に密着した福祉医療とその見える化に向けて～』

本会は、令和5年10月23日(月)～24日(火)の2日間、京都ガーデンパレス(京都府)にて、第33回全国福祉医療施設大会を開催しました。会場集合とオンラインを併用して開催し、会場では令和元年度ぶりに交流会も開催し、久々の対面での交流の機会となりました。

今年度の大会は、「深刻な地域生活課題に寄り添う福祉医療施設であるために～地域に密着した福祉医療とその見える化に向けて～」をテーマに掲げました。コロナ禍にあっても「医療」と「福祉」双方の専門性とノウハウをもって生活に不可欠な医療を支えてきた福祉医療施設において、今後とも地域生活課題に寄り添い、地域で必要とされる存在であり続けるために求められる事業展開の方向性と実践方策を検討しました。合計121名(会場：96名、オンライン：25名)の参加者が集まり、シンポジウムや分科会等を通じた活発な研究・討議が行われました。

以下、全国大会の概要を報告します。(文責：全国福祉医療施設協議会事務局)

1. 開会式・基調報告

開会式では、全国福祉医療施設協議会 松川直道会長をはじめ、全国社会福祉協議会 金井正人常務理事、京都福祉医療施設協議会 金盛彦会長がそれぞれ主催者として挨拶しました。

また、厚生労働省社会・援護局総務課企画法令係 入屋翔伍係長、京都府健康福祉部 東江起欣副部長より来賓挨拶をいただきました。

続く基調報告で松川会長は、「新型コロナが5類に移行になり、2類であった際の生活福祉資金の特例貸し付けなどの国の支援策が終了してきている。そのため今後は無料低額診療事業を必要とする要支援者の増加が予想される。経済的格差が広がり貧困が拡大している日本において、憲法25条に定められた生存権の根幹とも言うべき医療保障が揺らいでおり、こうした状況の中で無料低額診療事業は重要である。医療以外の高齢・障害・子育てなどの他事業と協力して、地域共生社会の実現に努めなければならない。医療・介護・福祉・教育は、今後の日本の成長産業といえる。少子高齢化の人口減少社会下でも必要量の医療・介護サービスを提供し続けるためには生産性向上やイノベーションが必要である。」と述べました。



松川 直道会長

2. パネルディスカッション

「福祉医療施設の経営課題への対応を考える」というテーマで、コロナ禍や物価高騰など、激しく変化する環境が及ぼす医療施設について、経営の面から触れ、課題を明確化し、よりよい対応策へつなげるため、ディスカッションをしました。

パネリストは、厚生労働省社会・護局総務課企画法令係長 入屋翔伍氏、独立行政法人福祉医療機構経営サポートセンターシニアリサーチャー 千葉正展氏、全国福祉医療施設協議会 杉木康浩副会長の3名が務めました。

【入屋氏 発言概要】

●コロナ禍に関する国の支援対策

新型コロナウイルス感染症への対応として緊急小口資金等の特例貸付を実施し、貸付決定件数及び貸付決定金額は382万件、1兆4,000億円程度である。特に、緊急小口資金の貸付決定件数は、リーマンショック時でさえ4万件程度であったが、今回は162万件程度であった。また、住宅確保給付金も緊急小口資金と並び多くの需要があった。

現在、新型コロナウイルス感染症は5類感染症に移行しているが、物価高の影響もあるため、国として(独)福祉医療機構による物価高騰対応資金等により支援を続けている。

●無料低額診療事業の現状

無料低額診療事業は第2種社会福祉事業に位置付けられており、実施する医療機関に対して、税制上の優遇措置を講じる仕組みとなっている。対象者については生活保護者、ホームレス、DV被害者、人身取引被害者、外国人等の生計困難者となっている。

無料低額診療事業実施の概要^{恩賜}は、令和3年度実績で、のべ700万人程度の利用があり、実施施設は733施設である。老健事業^{恩賜}に関しては、200万人程度の利用があり、実施施設は635施設である。また、平成30年度設立の介護医療院での事業実施は、4万人程度の利用があり、実施施設は17施設である。

●社会福祉施策の国の動向

単身世帯の増加、生活保護受給者数の高止まり、婦人相談やDV被害者支援などの女性支援の相談ケースの増加等、地域の抱える課題がかなり複雑化してきている状況である。こうした状況において一律に制度で対応するのは難しいため、地域共生社会という支え合いの仕組み、共助・協働の仕組みの調整がこれからの社会において必要となっている。

現在、厚生労働省では、生活困窮者自立支援制度と生活保護制度の見直しに関する議論が進められている。両制度を縦割りではなく協働・連携できる仕組みにするべきであり、行政と連携を図っていくという点を重要視し、検討しているところである。

生活が困難な状況にいる方々を減らしていくためには、協働という助け合いの中で少しでも多くの方の状況を把握して、サポートすることが必要だと考える。

【杉木氏 発言概要】**●激変した経営環境での福祉医療の経営**

経営環境の変化の大きな原因としては第一に、コロナウィルスの流行が挙げられる。コロナの影響の感じ方は、病院関係者であれば人それぞれであるかと考えるが、サプライチェーンの寸断があり、日本におけるグローバル経済の課題を感じた。そして、国際情勢等の影響で電気代をはじめとするエネルギー価格、食材料費、診療材料から委託費などのサービス費が高騰していることも大きな経営課題のひとつである。さらには人口構造の変化や少子高齢化のもたらす人材不足も深刻化している。

●医療機関としての存続

医療機関は医療法や健康保険法、医療費適正化計画、医療介護総合確保推進など様々な制度・政策が絡み合うなかで、自分の機能分化のなかでのポジションを明確化しなければならず、そのためには多角的に物事を捉えることが必要である。

病院数について、平成2年には1万以上あった病院は、令和4年11月末の概算で8100ほどまで減少している。

診療報酬改定について、平成18年から現在までの改定率は長期的には医療費抑制の為にマイナス改定が続き厳しい結果となっている。財政制度等審議会や全世代型社会保障構築会議の議論なかでは子ども・子育て支援、高齢者医療の見直し、医療保険制度の基盤整備などが取り上げられているが、財源問題となると「医療・介護の徹底した歳出改革」という言葉が多く示されている。

経営戦略・経営計画の策定をするにあたり、患者層や稼働率、資格者の確保ができるのか、医業利益や経常利益の計上はどのくらい計上できるのかといった経営課題があり、病院の運営は険しいといわざるを得ない。自分たちの置かれた状況、地域での経営戦略、経営をするためのビジョンを考えることが重要となる。

【千葉氏 発言概要】**●変化する社会構造と物価高騰**

日本経済を長い目で見て展望すると、失われた30年とされたデフレ経済から、インフレの経済に変化してきている。物価というものをどう考え、30年間縁がなかったインフレという社会構造のなかで我々が制度とどう付き合っていくのかが重要になってくる。

物価の高騰は、2022年2月から起り、2022年12月頃から4%という驚異的な上昇になっている。ただ、これからずっと高騰が続くのではなく、落ち着いてくる兆候も見えている。不必要に不安になるよりは、落ち着いて経営の足元を固めていくことが重要だと考える。物価上昇が短期的状況なのか、構造的なものなのかということをしっかり見極めるべきである。

●厳しさを増す経営状況

平成27年度頃から赤字の病院割合は約4割というところで高止まりしており、令和3年度はコロナ対応にかかる補助金収益があったため、3割に減少した。一般病院の経営状況としては、令和2年では医業利益率だけで見るとマイナスであったものが、医業外利益でなんとかプラスになっている。令和3年では医業利益がプラスに転じており、さらに補助金などの医業外利益が大幅に増えているため経常利益率が高かったこ

とがデータから見えてくる。しかし、令和4年度からは補助金の交付が終了しており、次回の決算では水準は元に戻ることも危惧される。また、介護事業では人件費に関しても、一般産業との差を埋めるために国からベースアップ支援加算等が導入されたが、それ以降の改善がない。一方、令和5年の春闘では一般産業での賃上げが3.8%となり、医療・介護における処遇改善の施策が帳消しになり、一般企業に追いつけない状況が続いている。

今回のトリプル改定に向けて着目しなければならないのは、物価をカバーできるかという点と、一般産業との格差を改善できるかという点である。片方のみの改善ではなく、両者が同時に行わなければならないと考える。



杉木氏



入屋氏、千葉氏

【討議】

<杉木氏>

無料低額診療事業を提供する医療機関が支援すべき相手について、どのように考えているのか。生活保護世帯、生計困難者と分類されないレベルの所得で病院にかかりにくい高齢者が増加していることなどに関して、無低の対象を広げることは考えられるか。

<入屋氏>

厚生労働省としては、無料低額診療事業の対象者について、生活保護受給者やホームレス等の方も含め、生計困難者であれば広く対象としていただきたい旨お示ししている。そのうえで、具体的にどのような方を対象とするのかは、各実施施設において関係機関と相談のうえ、実施されているものと認識している。

【討議】

<杉木氏>

自病院の経営戦略やビジョンを考えると、社会福祉連携推進法人制度が施行されたが大規模化・多角化についてどう捉えるべきだと考えるか。

<千葉氏>

診療というミクロな視点ではなく、地域や困窮者のために行う事業としてどう考えるかというマクロな視点が必要。まずは、地域で求められる本業を理解してもらうことが重要である。そのなかで、同様の対象者に対し、他の事業が必要だと考えられたり、本業について、他の対象者を取り込んだりするなど、現在の事業にしっかり軸足を置いて新たな事業を広げていくことが重要だと考える。

3. 分科会

第1分科会では、経営実践・福祉医療実践報告、第2分科会ではMSW実践報告として計6題の発表を行いました。各報告によって、各施設での取り組みの現状や課題について共有が図られました。

なお、各発表の詳細は令和5年度末に発行する「全国福祉医療施設協議会紀要」(第14号)に掲載することとしています。

第1分科会「経営実践・福祉医療実践報告」

①「病院が取り組む「まちづくり」」

(社会福祉法人恩賜財団京都済生会病院 松岡 志穂 氏)

②「多機関・多職種連携による生活困窮者支援事業の実践と新たな取り組みについて」

(社会福祉法人恩賜財団済生会支部大阪府済生会吹田病院 東 秀彦 氏)

③「運行管理システム導入 ICT利用事例」

(社会福祉法人緑風会 緑風荘病院 杉木 康浩 氏)

第2分科会「MSW実践報告」

①「救急搬送からの気付き MSWの関わりについて」

(社会福祉法人京都社会事業財団 京都桂病院 川村 香 氏)

②「地域包括ケア病棟の現状と課題」

(神奈川県医療福祉施設協同組合ソーシャルワーカー会 水野 里美 氏)

③「コロナ禍における東京都社会福祉協議会医療部会MSW分科会活動について」

(東京都社会福祉協議会(東社協)医療部会MSW分科会 井上 孝義 氏)

4. 講演

「社会的処方 SDH(健康の社会的決定要因)と医療者の役割」と題して、順天堂大学大学院 医学研究科 医学教育学 教授 武田裕子氏にご講演いただきました。

●社会的処方、SDHの概要について

社会的処方とは、患者に対し医学的な治療ではないところの対処法をともに考え、作り出していく手段と定義づけられている。日本の病院では、これまでも医療ソーシャルワーカーがそうした役割を担っている。ソーシャルワークは、社会的公正や人権などの理念などに裏付けられた、非常に重要な働きである。あえて「社会的処方」という医学用語をあてることで、その意義を医療者が理解し、そうした仕事の必要性を理解するように仕掛けられたと私は見ている。

SDHとは、Social Determinants of Healthの頭文字をとったもので、健康を左右する社会的な要素、個人に起因しない構造的な問題のことである。これは、個人の力では解決できないものであり、自己責任で片付けられるものでは決してない。生まれた家庭環境ですべてが決まってしまうという社会のしくみ、社会の構造的な要因で生じる格差は個人の力で変えることは難しい。

●SDHの種類について

人間が病気になる要因として、遺伝子や体質、年齢、性別を考えやすいが、これらは生物学的要因であり、持って生まれた性質である。社会的要因(SDH)には、個人に影響する収入や雇用などマイクロレベルの要因から、地域や組織などメゾレベルの要因、さらには社会経済状況、文化、例えば空気を読む文化や性別役割意識、さらに気候変動などの環境、そして平和が得られているか等まで存在するマクロレベルの要因が挙げられる。

特に、社会経済状況は健康に大きな影響を及ぼす。コロナ禍では女性と、若年層の自殺の増加が報告された。また、高齢者において所得の差は鬱の発症と大きく関係している。

医学が進歩すれば病気がなくなるわけではなく、それを活かす社会の仕組みが整うことが必要である。例えば、所得による予防接種の接種率の差を、政策によって減らすことができることがわかっている。子どもの予防接種でいえば、保護者に相談できる相手がいるかどうかで接種率が変わってくる。困窮していても相談できる人がいる家庭の方が、経済的に余裕があっても相談者がいない家庭よりも子どもの接種率が高い。支え合えるつながり、助け合える関係があることの重要性を示している。

●貧困という名のSDH

SDHの中で最も大きなものは「貧困」である。直接的にも、間接的にも大きな影響を与え、医療へのアクセスが得られにくい。生活が苦しいことからくる不安や焦りから、たばこやお酒に頼ることがあったり、適切な食事を取るなどに気を遣うことができずに健康を害することもある。貧困のために学校に行くという選択肢がなく、教育を受けられなければ仕事も選べず、労働環境が悪くても働かざるを得なくなる。そもそも住まいが得られなかったり、移動手段が確保できないと、医療以外に教育も、仕事も得られない。経済的に苦しいと、誰もが参加するような活動もできずに孤立してしまい、子どもの場合はそれがいじめにつながって不登校になる例もある。これらはたった一つだけ起こるのではなく、互いに重なり合って起きる。困っている人のところに困り事が集積していくことになる。

●ソーシャルワーカーと医療機関内部の連携

医療機関においては、上記のようなSOSのニーズについては、医療ソーシャルワーカーが対応することが多い。SDHによって病気が生じ、SDHのために病院の入り口にも立てない、あるいは、どれだけ正確に診断できても治療を受けられないといったことが起こりうると考えると、医療機関においてSDHの視点を持つこと、医療以外のニーズが存在することに気付く必要がある。多くの場合、医師は生物医学モデルに基づいて、病態生理や、病気の診断と治療にフォーカスしがちである。そういう中で社会的処方という言葉を用いることで、診断と治療に追われる医師や医療者に社会的要因に目を向ける意識が根付くと考える。患者のその後を左右することを認識するのに、社会的処方というスキームは役立つと考える。

しかしながら、医師一人でできることは限られている。ソーシャルワーカーをはじめ様々な医療職とチームを組み、さらに、地域包括支援センターの職員や地域で活動している団体など、地域のリソースを活用して協力し合って問題解決に当たる必要がある。生活面での困難、医療以外のニーズが満たされて初めて、人は自分の健康をコントロールできる。。

●SDHに気づき取り組む～社会的文化的背景を見る～

身近なところに、SDHによって健康格差を生じる対象者がいることに「気づく」と、自分たちにできる

ことが見えてくる。社会的文化的なSDHを例として以下2点を挙げる。

まず一つがSOGI（性的指向・性自認）により生じる健康格差である。医療機関受診の際に、同性パートナーが家族とみなされず同意書に署名できずに治療開始が遅れたり、危篤状態のパートナーの病室に入れないといったことが未だに起きている。また、戸籍の性別と自認する性別が異なるトランスジェンダーの方の場合、性別記載や保険証の名前の確認、戸籍名での呼び出しなど一つ一つのステップが苦痛となる。しかし、そのいずれも医療機関側で対応が可能である。安心して受診できる病院環境を整えると、SOGIによる健康格差を縮小できる。

2つめが人種・民族・言語特性である。近年日本では外国人労働者の増加が著しい。外国人診療というと英語と考えがちであるが、在住外国人は英語圏から来ている人はわずかで、8割を超える方が日常会話以上の日本語力を有する。「やさしい日本語」を話すこと、広める取り組みは、在住外国人の医療アクセス改善につながる。



講演する武田裕子氏

5. シンポジウム

シンポジウムは、「暮らしと地域を支える福祉医療実践～社会的処方と見せる化の観点から～」と題し、行われました。現地、生活困窮、孤独・孤立といった社会課題が深刻化しており、地域完結型の地域共生社会の実現を図るなかで、臨床データの観点から福祉医療施設の担うべき役割に触れ、実践事例などを通してその見せ方を示し、今後の福祉医療施設に期待されることについて討議しました。

シンポジストとして、特定非営利活動法人東京YWCA理事長（全国福祉医療施設協議会協議員）田島 誠一氏、大阪医科薬科大学医学研究支援センター医療統計室 講師 西岡 大輔 氏、京都保健会京都民医連中央病院 福祉医療課 主任 植松 理香 氏の3名が登壇し、コメンテーターは順天堂大学大学院医学研究科医学教育学 教授 武田 裕子 氏、コーディネーターは全国福祉医療施設協議会 林泰広 副会長が務めました。

【田島氏 発言概要】

●社会的処方と目指す方向性

社会的処方というのは、福祉医療が40年間目指してきたものではないかと感じた。医療と福祉の専門性を持つ医療福祉施設は、住民の生活課題解決のための機能を多く有している。福祉の根底には、健康や医療に対する安心感が置かれていなければならない。経済状況の悪化により、受診機会が奪われることによって陥る生活と生命の危機に対応するうえで、福祉医療施設の存在意義は大きなものとなっている。

福祉医療施設の目指す方向性というのは、減免を継続し、生保など「公助」につなぐことであると考え。 「自己負担を減免できる」というのは健康保険法では例外として扱われており、「堂々」減免できることはわれわれの大きなインセンティブであるといえる。その有利な点を生かし、運営をするべきである。

事業を進めるうえで関係機関との連携は重要になってくるため、そのためにも「見せる化」が必要となる。一般の方への伝達方法も、広告ではなくパブリックリレーションズと考え、必要な方へ届くようなものとして考えるべきである。制度を時代に見合ったものとするためには行政の働きかけとして見せる化が必要とな

るが、協議会の課題として取り上げる以外に、地域住民にとっては個々の病院・診療所においての見せる化が重要となる。

●無低診事業の見せる化のヒント

社協の貸付金窓口に来る方は、経済的困難な方のため罹病率が高いと考えられるが、無低診療機関の案内がされている例は少なかったのではないかと考えられる。社協職員の中にも無低診療事業への理解が不十分であるため、生保については案内できても、福祉医療の利用について案内できないということが全国的に多いと考えられる。社協の窓口パンフレットを置くだけでも効果があるのではないかと考えられる。

その他、ネットカフェに案内を置く、地域福祉活動計画に参加することなどが挙げられる。福祉医療施設も福祉事業であることを福祉関係者を始め広く伝えるべきである。SNSの活用も有効であり、効果を測りながら継続して進めることが重要だと考える。紙媒体の広報誌を作成し、自治会や労働組合での回覧、図書館のパンフレットコーナー、役所の生活保護の窓口においてもらうなど、昔ながらの戦略も効果がある。地方FMラジオ番組を持っている福祉施設の例もあり、地元の方に知ってもらえる様々な媒体・方法で広報をするのもよいと考える。

【西岡氏 発言概要】

●データから見る無料低額診療事業

今まで、無料低額診療事業（無低診）の研究といえば、事例研究が主であったため、無低診による支援が利用者にどのような効果があるのかというような問いに答えるデータがなかった。無低診を利用する方たちは、医療を必要とするが生活保護などの他制度による支援を受けていない生活困窮者の方たちの代表となりうる存在であると考え、医療機関でデータ収集を始めた。

データを収集するなかで、無低診を利用する方たちは、生活保護基準以下という経済的貧困に加え、他者とのつながりの貧困が同時に発生していることが判明した。つまり、経済的貧困に対応する診療費に対する補助のみで、つながりの貧困に由来するような健康リスクは回避できないのではという新たな疑問が生じた。

全国でデータを集めていく中で、福祉事務所などに相談をしたことがない方も、医療機関を訪れ無低診の利用を始めていた。医療機関で初めて相談する生活困窮者があり、医療機関は地域福祉がアウトリーチしたいと思っている人たちの発見の場となっていた。

受診控えと無低診を知っていることという知識には関連がみられなかった。一度利用したことがある人では受診控えを減らせる可能性がわかった。福祉医療施設が行わなければいけないことは、まず、無低診を知ってもらうことが前提だがそのうえで1度利用してもらうことだと考えられる。

ただ、データだけでは正解はわからず、事例とセットでの考察が必要だが、それには現場の職員の報告や視点による定性的な評価が重要になる。

●福祉医療施設のアピールのチャンス

医療を必要とする生活困窮者への政策を立案する資料が現状ではまだまだ不十分である。無低診の利用者のデータは、そのような人たちに見える化することで、支援が不足していることと、福祉医療施設がどのような貢献をしているのかを対外的にアピールできるチャンスになる。さらにMSWにも光が当てられることになり、業務の成果が見える化できることで診療報酬の増加につながれば、医療機関を活用したアウトリー

チがさらに進められる可能性がある。無低診に関する知識の啓発は重要であり、そのなかでも1度利用してもらうことが必要であるため、どう使ってもらうかを医療機関全体で考え対応していくことが重要である。

【植松氏 発言概要】

●無低診へのつなぎ方

相談については、毎日数件単位で行っている。ホームページや院内掲示板を自分で確認し訪れる方も多い。無低診を支援のきっかけとして考え、医療にかかりやすい状況を作るだけでなく、その方の生活状況を見守って必要な他制度につなぎ、決してその場限りの関係にはしないということ、また、経済的な心配をせずに受診ができるという精神的安心感を提供することを心構えとしている。

医事課を巻き込むことで、生活困難者の実態を知る機会を得られたと考えている。窓口対応時に患者の経済状況に気づくことができるため、医事課の職員が知識を持っているのは無低診対象者の早期発見につながる。

●事例

第1事例の方との関係は、医事課の職員が「検査の料金を払えないからキャンセルさせてほしい」との願い出を「このまま黙ってキャンセルしてはいけない」と感じ、無低診を勧めたところから始まった。対象者はタクシーの運転手をしていたが、コロナ禍で観光客がおらず、年金だけの生活はできないというような経済状態の方であった。本人は高齢により認知力に低下がみられたため、支援に入ったSWは本人のタクシー業を廃業する手続きを行うため、タクシー業者とつながりを作り、生活支援のためにヘルパーを入れ、人の目を入れるという生活状況を作った。

第2事例の方は、民生委員とつながりがあり、地域からのSOSで入院に至ったケースである。独居高齢者のため、地域に出ているときには見守りができるが、家の中に入ってしまったらその困難さが見えなくなってしまったということであった。今後としては、経済的な問題やサービスの導入の問題もあるが、民生委員をはじめとした相談できる方が地域に住んでいるため、できるだけ地域につなげるよう考えていきたい。

●課題とまとめ

制度の周知について、院内では入職と3年目のオリエンテーションにて無低について学ぶ機会があり、医師の中にも意識を持ってきている者が多いと感じる。組織全体が無低事業に理解があり、決裁権がワーカーにあるため判断に悩む事例以外はすぐに無低診の利用につなげることができる。それに反して、地域での認知はなかなか根付かないと感じている。それでも食糧支援イベント等に参加し、制度の紹介を行っており、実際利用につながっている。地域での地道な活動は重要だと考えている。無低診は橋渡しの制度であるが、つなぐ先である社会保障制度が改善されないと、生活を支援していけないと考えている。無低診が保証できるのは医療だけであるが、それだけでは根本的な患者の生活を助けることにはつながらない。

無低診は地域になくてもならない病院としての強みと考えられる。また、他の諸制度がたどり着かない生活困難者発見のきっかけとなり、相談員が支援を継続することで医療と地域をつなぎ、患者の生活の立て直しにおいて重要な事業だと考える。

【武田氏 まとめ】

制度が整っていないことをSDHとして伝えたが、制度があっても、それが知られていなければ意味がない。例えば、私が参加しているNPO団体では、住所不定でコロナの予防接種券が届かない方には、炊き出しに並んだ方々にチラシを配り、ネットカフェにポスター等を貼ることで利用の促進をした。さらに、様々な場面で情報があっても一步を踏み出せない方、自分に必要だと考えられない方もおり、伴走型支援が不可欠である。

既存の制度でも、それによってどのような効果が出ているのかを確認できれば、より利用され、さらに新たな制度の策定につながる可能性もある。いろいろな形で、現場にいる私たちに働きかけや発信が求められている。

医療機関受診を避けたい方には、受診したいという気持ちになられたときにすぐに医療につなぐ必要がある。1日でも遅らせると、二度と姿を見せないということがあるからである。その場で無低の利用を決定できるという決裁権をワーカーが持っている、アクションにつながりやすい。また、トップが示すビジョンや声かけのなかで無低診を推奨することも、組織文化の醸成、職員の意識を変える力がある。

医療・福祉に携わっている方たちには、SDHのレンズを通して患者や利用者を見ていただきたい。そうすることでその方のそれまでの人生が見えてくる。個人の力ではどうにもできない構造的な要因があったことが分かると、患者さんへの理解が深まる。患者さんや利用者さんへの陰性感情(否定的な気持ち)は、持っているだけで自分の方が苦しくなる。ぜひ、SDHの存在に気付いてほしい。

医学教育の観点からも、医師には、経済的困窮に至ったSDHと無低診の利用について学ぶ機会が必要である。例えば、日々の症例検討において、単に病歴や診断、治療について討議するだけでなく、SWや看護師らが参加して、その方の人生の中で生じたSDHを共有し、どのような社会資源が求められているのか発言していただくと、出席者に新たな見方が生まれると考える。今回、講義でお伝えしたことを、ぜひ日々の実践につなげてほしい。



閉会

閉会式では、全国福祉医療施設協議会 林泰広副会長から今大会の総括が述べられるとともに、来年度の大회는神奈川県にて開催することが報告されました。



林 泰広副会長