

# 基礎研 レポート

## 骨太方針に盛り込まれた「社会的処方」の是非を問う

薬の代わりに社会資源を紹介する手法の制度化を巡って

保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 主任研究員 三原 岳  
(03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

### 1—はじめに～社会的処方の功罪を考える～

政府内では現在、「社会的処方」(Social prescribing)の制度化に向けた議論が進んでいる。これはストレスや孤立などを感じている人に対し、医師が薬の代わりに患者団体などコミュニティの資源などを紹介することで、その人に生き甲斐や社会参加の機会などを持ってもらう方法であり、英国などで実施されている。

こうした社会的処方について、今年7月の骨太方針(経済財政運営と改革の基本方針)でモデル事業の実施方針が唐突に盛り込まれたのを受け、社会保障審議会(厚生労働相の諮問機関)では介護報酬への反映も視野に入れた議論が展開されている。

しかし、筆者自身としては、①英国と医療制度が大きく違う、②ソーシャルワークの違いが不鮮明——という2つの点で、診療報酬への反映など本格的な制度化には慎重な姿勢が求められると考えている。

以下、社会的処方の発祥地である英国の事例を見つつ、社会的処方の概念を整理し、国内での実践例や制度化に向けた議論も概観する。その上で、2つの疑問点を中心に、制度化に向けた論点、その是非を問う。

### 2—社会的処方とは何か

#### 1 | 英国における社会的処方の淵源と定義

社会的処方について、モデル事業を実施する——。今年7月に閣議決定された骨太方針で、こうした文言が盛り込まれた<sup>1</sup>。骨太方針に至る政府、自民党内の議論、あるいは制度化に向けた現在の検討状況は後に回すとして、社会的処方の概要を最初に整理しよう<sup>2</sup>。社会的処方は social prescribing

<sup>1</sup> 正確な文言は「かかりつけ医等が患者の社会生活面の課題にも目を向け、地域社会における様々な支援へとつなげる取組についてモデル事業を実施する」という表現であり、脚注で「『いわゆる社会的処方』と呼ばれる取組」と紹介されている。

<sup>2</sup> 英国やオランダの事例はNHSのウェブサイト (<https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/social-prescribing/>) に加えて、NHS England and NHS Improvement (2020) 'Social Prescribing and community-based support'、British Medical Association (2019) 'Social Prescribing'、Department of Health (2016) 'General Practitioner Forward View'、Department of Health (2006) 'Our health, our care, our say' を参照。邦語文献では、西岡大輔ほか (2020) 「社会的処方の事例と

の翻訳であり、源流は英国に求められる。英国の医療保障制度である NHS (国民保健サービス、National Health Service) のウェブサイトを見ると、以下のような形で社会的処方の説明されている (訳文は筆者)。

**社会的処方とは、個人に最適化されたケアを提供する構成要素の一つである。社会的処方はローカルな諸機関にとって、人々をリンクワーカー(link worker)に紹介する方法である。リンクワーカー達は「何が私にとって大事なのか」に焦点を当て、人々の健康と幸福に関して全体的なアプローチを取りつつ、人々に時間を提供する。リンクワーカー達は人々をコミュニティのグループや法定サービスと結び付け、実践的で感情にあふれた支援を提供する。**

つまり、社会的処方とはリンクワーカーを通じて、コミュニティのグループなどの社会資源を紹介することで、その人の健康状態や満足度を高めることを企図している。英国内では元々、1980~1990年代からコミュニティレベルで取り組みがなされていたが、2006年の政府文書‘Our health, our care, our say’で示されたのを受けて、関心が集まるようになった。

しかし、こうした抽象的な説明では伝え切れないし、リンクワーカーという存在も説明しなければならぬため、具体的な事例を幾つか紹介しよう。

まず、筆者が5年前、英国で働く日本人家庭医 (GP、General Practitioner) の澤憲明氏から聞いた話である<sup>3</sup>。英国の医療制度で家庭医は全人的かつ継続的なケアを提供する「プライマリ・ケア」の担い手として、患者の生活・健康を支援する上で重要な役割を果たしており、様々な症例・状況の患者と接している。

そうした中、澤氏は症例件数の少ない難病の患者と接した際、その患者の雰囲気や言葉を通じて、難病の苦勞を周囲に理解してもらえない寂しさに気付いたという。さらに、澤氏が悩みを話し合えるような患者団体の存在を尋ねたところ、その患者は「患者団体の会費が払えないので、参加できない」と訴えた。そこで、澤氏は患者団体に電話し、会費の値下げを約束させたという。その後、患者は患者団体に足を運んだらしく、暫らくして患者が診療所を再訪した際、「今は同じ状況にいる友達ができて幸せ。ありがとう」と喜んだとのことである。

この事例を通じて、社会資源を紹介する社会的処方の概略と意義をご理解いただけたと思う。つまり、この患者にとっては難病という医学的な問題は解決していないかもしれないが、薬や医学的な処置の代わりに、病気の悩みを分かち合える患者団体を紹介してもらうことで、QOL (生活の質) が向上したことになる。

実際、NHS のウェブサイトを見ても、社会的処方の主な対象として、慢性疾患などで長期的に支援を要する人、メンタルヘルス面での支援が必要な人、孤立・孤独を感じている人、複雑な問題を持つ

---

効果に関する文献レビュー」『医療と社会』Vol. 29 No. 4、高守徹 (2019)「英国で取り組みが進む社会的処方」『損保ジャパン日本興亜総研レポート』Vol. 74、西岡大輔・近藤尚己 (2018)「医療機関における患者の社会的リスクへの対応」『医療経済研究』Vol. 30 No. 1、人とまちづくり研究所が2020年3月に公表した「高齢者の社会的リスクに関する基礎的調査研究事業」報告書 (老人保健事業推進費等補助金)、国際長寿センターが2019年3月に公表した「多様な主体による高齢者支援のための連携実態と地域住民の参画を促すための公的支援に関する国際比較調査研究報告書」を参照。

<sup>3</sup> 東京財団ウェブサイト 2015年9月18日掲載の澤氏との対談 (上)。

<https://www.tkfd.or.jp/research/detail.php?id=1150>

た人を例示している。例えば、仕事のストレスや孤独感で不眠を訴えている人に対し、睡眠薬を処方しても対症療法に過ぎず、不眠を解決しようとする、ストレスを生み出している原因を考える必要がある。そこで、社会的処方の方考え方に立てば、患者の趣味や生き甲斐に近いサークルやコミュニティカフェなどを紹介することで、そのストレスを解消する方策が考えられる。

しかし、医師がコミュニティのサークルやグループを知っているとは限らない。むしろ、こうした社会資源を知っているのはコミュニティで暮らす人々であり、GP から紹介を受けた非医療職の住民が社会資源の紹介を受け持つ。これが上記で言う「リンクワーカー」である。英国医師会の資料ではリンクワーカーの役割について、GP や患者、患者の家族をボランティアやコミュニティレベルのサービスに繋ぐことと紹介しており、ビジネスや就労支援などを通じて社会課題の解決を図る「社会的企業」(social enterprise) も「処方先」の対象として挙げている。

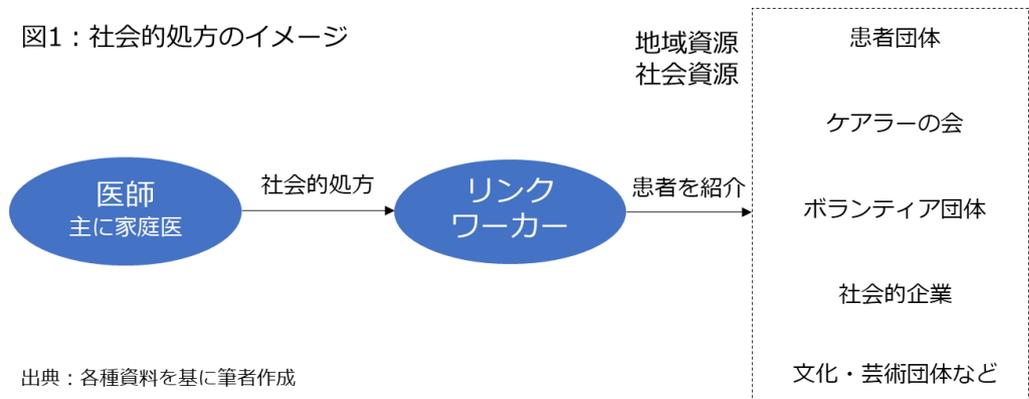
実際、澤氏の論考<sup>4</sup>では社会的処方を実践した事例として、下記のようなケースを挙げている。

- ▽ 往診を頻繁に要請する高齢女性に対し、訪問を重ねるうちに、その訴えの裏に孤独があることが分かり、女性の趣味に合わせて散歩クラブを紹介した。
- ▽ うつ病、不安症、睡眠障害、アルコール依存などで相談に来る中年男性に対し、リンクワーカーを通じて生活保護の申請をサポートしてもらった。さらに孤独による不安も明らかになったため、リンクワーカーからソーシャルクラブを紹介してもらった。

以上のような事例を通じて、社会的処方やリンクワーカーのイメージをつかんで頂けたと思う。そのイメージは図1の通りであり、こうした社会的処方は英国の保健福祉政策の一環としても重視されている。

具体的には、リンクワーカーに対して、財政的な支援が講じられるようになったほか、澤氏の診療所では電子カルテを通じて、リンクワーカーへの紹介

図1：社会的処方のイメージ



情報、あるいは地域資源を紹介したリンクワーカーからの情報が電子カルテを通じて、関係者で共有されているという。さらに、GP やプライマリ・ケアの将来像を描いた 2016 年の政府文書“General practice Forward View”でも、実践的でコミュニティに機軸を置いた形での支援が可能になると指摘している。

このほか、同様の取り組みがオランダやオーストラリアでも始まっている。このうち、オランダでは住民で構成する「ソーシャルヴァイクチーム (SWT、社会近隣チーム)」を中心とした地域の支え合

<sup>4</sup> 2020 年 11 月 17 日『朝日新聞 Globe+』に掲載された澤氏の論考。  
<https://globe.asahi.com/article/13934697>

いの取り組みについて、患者の相談を幅広く受け付けるオランダのGPが関与するようになっているという。

## 2 | 健康の社会的決定要因との関係

こうした社会的処方の基底には「健康の社会的決定要因」(social determinants of health)という考え方がある。これは個人の健康を考える際、病気など個人の医学的な問題に加えて、個人を取り巻く周辺の環境にも配慮し、健康に悪影響を及ぼす環境的、社会的な要因を取り除いていく考え方である。

例えば、職場のストレスで精神的に落ち込んだり、不眠症になったりしている人に対し、その人の健康管理に努めるだけでは限界がある。むしろ、ストレスを生み出している要因、例えばパワーハラスメントとか、上司との人間関係、仕事と育児の両立などに配慮しなければ、その人のストレスは解決しない。このように「原因の原因の原因の…」といった形で、不健康を生み出す原因をさかのぼって探り当て、その解決策を考えるのが健康の社会的決定要因である。

健康の社会的決定要因に関しては、国内外で数多くの研究成果が公表されており、▽経済的な貧困と無関係な公務員でさえ、階層が死亡率に影響する、▽貧しい世帯に育った人の死亡率が高い、▽子ども時代の豊かさが栄養摂取や身体状況に影響を与える——といった知見が蓄積されつつある<sup>5</sup>。

さらに、「ソーシャル・キャピタル (社会関係資本、Social Capital)」と呼ばれる地域の繋がりを増やすと、住民の健康度や満足度が改善するという研究がある<sup>6</sup>。

国内でも健康の社会的決定要因が地域の健康づくりに取り入れられつつあり、東京都足立区が実施している「子どもの健康・生活実態調査」では年収300万円未満などに該当する生活困難世帯の子どもはそれ以外の世帯に比べると、虫歯や肥満が多い傾向が明らかになっており、所得格差が健康に影響を与えている可能性が意識されている。

## 3——社会的処方で期待されている効果

では、社会的処方はどんな効果が期待されているのだろうか。英国におけるパイロット事業の成果<sup>7</sup>として、慢性疾患の患者や家族がコミュニティの活動に関わることを通じて、自立的になって孤立感を解消できたと説明されている。さらに病院の利用が減ってコスト削減効果を期待できる点なども言及されている。

このほか、社会的処方の論文や研究をレビューした論文<sup>8</sup>によると、41件の研究や報告のうち、25件でメンタル面の改善が見られたとしており、就労や就学に向けた機能面の維持・改善、心理的な健康の改善、生活の質の向上、自己肯定感などの高まりなどの効果が示されているという。さらに、医

<sup>5</sup> 健康の社会的決定要因は健康格差を引き起こす点でも問題視されており、論文や文献が多い、例えば、近藤克則 (2017) 『健康格差社会への処方箋』医学書院、同 (2005) 『健康格差社会』医学書院、NHK スペシャル取材班 (2017) 『健康格差』講談社現代新書、Michael Marmot (2015) “The Health Gap” [栗林寛幸監訳 (2017) 『健康格差』日本評論社]、近藤尚己 (2016) 『健康格差対策の進め方』医学書院、川上憲人・橋本英樹・近藤尚己編著 (2015) 『社会と健康』東京大学出版会など。

<sup>6</sup> 例えば、Ichiro Kawachi et. al (2013) “Global Perspectives on Social Capital and Health” [高尾総司ほか監訳 (2013) 『ソーシャル・キャピタルと健康政策』日本評論社] など。

<sup>7</sup> Chris Dayson et. al ‘The social and economic impact of the Rotherham Social Prescribing Pilot’

<sup>8</sup> Emily S Rempel et. al (2017) ‘Preparing the prescription’ *British Medical Journal* 7(10)。

療サービスの利用減などサービス利用の最適化が 23 件、社会的な関係性の改善が 21 件、身体面の改善が 16 件、長期療養に関連するコストの減少が 6 件に及んだという。

しかし、実証研究の蓄積は十分とは言えず、研究やレポートのレビュー論文では「成功または金額に見合う価値 (value for money) を伴うと判断できる十分なデータを欠いている」<sup>9</sup>といった評価も見られる。このため、現時点では十分なエビデンスが示されているとは言えないようだ。

## 4—社会的処方に関する国内の事例

### 1 | 川崎市を拠点とした社会的処方研究所など現場の動向

実は、国内でも社会的処方の実践が試みられている。その一例として、神奈川県川崎市を拠点とした「社会的処方研究所」の取り組みが挙げられる。この研究所は、がん専門医と看護師を中心に、民間有志で運営されており、市民や専門職を対象とした会合が定期的開催されている。筆者も会合に 2 回ほど足を運んだことがあるが、「地域資源の調査→資源の蓄積→資源の創出」という流れを意識しつつ、参加者が地域を歩き、「県人会のサークルを見付けた」「音楽を楽しめる喫茶店があった」といった形で社会資源となり得る地域の実情を調査。それを会合で紹介し合ったり、他の参加者が社会的処方の「処方先」として発展させる可能性を議論したりする。さらに事例をベースに、その人の状態に沿った社会資源の在り方なども議論しており、研究所の目指す姿や実践、議論の様子などは書籍やウェブサイトで紹介されている<sup>10</sup>。

このほか、栃木県医師会が社会的処方の活用を視野に入れつつ、「在宅医療・社会支援部」を創設<sup>11</sup>しており、地元新聞の『下野新聞』が健康格差と社会的処方の特集を展開している<sup>12</sup>。

### 2 | プライマリ・ケア連合学会などの動き

学術的な議論も活発になりつつある。例えば、全人的なケアを提供するプライマリ・ケア専門医で構成する学会、日本プライマリ・ケア連合学会は 2018 年 3 月に公表した「健康格差に対する見解と行動指針」で、健康の社会的決定要因に着目しつつ、健康格差の是正に取り組む際の方法論として、社会的処方に言及した。

さらに、研究論文やシンクタンクのレポート、報告書などでも「社会的処方」という言葉が使われる機会が増えて来た。例えば、2018 年 1 月にプライマリ・ケアの専門誌で特集された<sup>13</sup>ほか、2017 年に早くも「制度化」に言及する論文が公表されるなど、現場の実践者や研究者の間では社会的処方の認知度や関心が少しずつ高まっていた<sup>14</sup>。

<sup>9</sup> Liz Bickerdike et.al (2016) 'Social prescribing' *British Medical Journal* 7(4).

<sup>10</sup> 西智弘編著 (2020)『社会的処方』学芸出版社を参照。筆者が知る限り、社会的処方を本格的に取り上げた国内初の単行本である。

<sup>11</sup> 2019 年 6 月 27 日『下野新聞』、2020 年 1 月 20 日と同月 27 日の『m3.com』配信記事を参照。

<sup>12</sup> 『下野新聞』ウェブサイト「なぜ君は病に…～社会的処方 医師たちの挑戦～」

<https://www.shimotsuke.co.jp/feature/social-prescription/>

<sup>13</sup> 『治療』2018 年 1 月 Vol. 100 No. 1.

<sup>14</sup> 例えば、西岡ほか (2020) 前掲論文、同 (2018) 前掲論文、高守徹 (2019) 前掲レポートに加えて、熊川寿郎ほか (2016) 「地域社会的処方箋の可能性」『保健医療科学』Vol. 65 No. 2、国際長寿センターの前掲報告書、日本医療政策機構が 2017 年 10 月に取りまとめた報告書『認知症の社会的処方箋』などが挙げられる。さらに、いち早く「社会的処方の制度化」に言及した論文として、近藤尚己 (2017) 「健康の自己責任論は不毛」『月刊保団連』No. 1252 がある。

しかし、「制度化」の論議が政府内で浮上した経緯を振り返ると、唐突な印象は否めなかった。以下、骨太方針に至る政府、自民党内での議論、さらに現在の政府内の議論を見る。

## 5——骨太方針に至る自民党の議論、審議会の動向

### 1 | 骨太方針の記述

先に触れた通り、2020年7月17日に閣議決定された骨太方針では、社会的処方モデル事業実施に向けた文言が入った。骨太方針が閣議決定される9日前の経済財政諮問会議に提出された原案レベルでは「いわゆる社会的処方についてモデル事業を実施し、制度化に係る課題を検討する」と書かれていたため、最終段階で「制度化」の文言が消えたことになるが、それでも閣議決定の文書に盛り込まれた意味合いは無視できない。

しかし、骨太方針の作成に至る経済財政諮問会議の民間議員ペーパー、財政制度等審議会（財務相の諮問機関）建議、厚生労働省の審議会などの資料を見ても、「社会的処方」の文言は見当たらない。6月25日に示された全世代型社会保障検討会議の中間報告では「かかりつけ医等が患者の社会生活面の課題にも目を向け、地域社会における様々な支援へとつなげる、いわゆる社会的処方についてモデル事業を実施し、制度化にあたっての課題を検討する」と書かれていたが、こちらも唐突な印象があった。過去に敢えて政府系の文書として取り上げられた事例としては、僅かに2019年版の『高齢社会白書』でコラムとして社会的処方が取り上げられた程度である。

むしろ、制度化の議論を主導したのは自民党の議員連盟であり、その動きを下記で紹介する。

### 2 | 自民党議員連盟の提案

「社会的処方」と呼ばれる取り組みを厚生労働省が推進することになりました——。2020年6月、こうしたニュースがNHKで流れた<sup>15</sup>。発火点となったのは2019年11月に発足した自民党の「明るい社会保障改革推進議員連盟」であり、議員連盟では年明け以降、「個人の健康増進」「社会保障の担い手の増加」「成長産業の育成」を同時に実現する「明るい社会保障改革」に向けた議論を進めていた<sup>16</sup>。その後、2020年6月に公表した報告書では様々な健康づくり政策の一環として、「社会とのつながりを処方する社会的処方の推進」として、下記のような文言が入った。

- ・ **「社会的処方」とは、薬を処方するのではなく、治療を困難としている社会生活上の課題の解決に向けて「社会とのつながりを処方する」という考え方である。**
- ・ **かかりつけ医等が、患者の健康面に加えて社会生活面の課題にも目を向け、地域社会における様々な支援へとつなげることによって健康面と社会生活面の支援が一体的に実施されるとともに、地域社会も、その地域の人が自然と健康になれる環境になっていく。個々人からすれば、日々抱える漠然とした不安に寄り添い、解消することにもつながるものであり、この際、医師のみならず多様な職種が当該取組み**

<sup>15</sup> 2020年6月22日、NHK配信記事。

<sup>16</sup> 明るい社会保障議員連盟の動きについては、2020年6月5日『日経メディカル』掲載記事、2019年11月8日『日経BP Beyond Health』掲載記事、上野賢一郎衆院議員ウェブサイト (<http://uenokenichiro.jp/>) などを参照。首長や研究者で構成する「Smart Wellness City 首長研究会」が2020年8月、自民党に提出した資料でも「社会的処方」の活用が言及されていた。

に関与することが重要である。

- ・「**社会的処方**」の推進に向け、**かかりつけ医が本人(家族)の社会的状況を確認し、医療保険者や行政機関等の地域社会の資源を活用した健康面と社会生活面の支援につなげていく取組みを推進すべきである。**
- ・**その際には、個別介入のみならず、ポピュレーションアプローチ(地域環境づくり・組織同士のネットワークづくりなど)を組み合わせた取組みを推進し、地域での課題解決力の向上につなげるべきである。**

要するに、治療が困難な患者を対象に、社会との繋がりを処方することが本人だけでなく、地域づくりにも貢献する点を強調したわけである。さらに報告書では、糖尿病と認知症の悪化で服薬管理が難しくなった患者のケースを例示。こうした患者を支援する社会的処方を通じて、高齢者の総合相談窓口として中学区単位に設置されている「地域包括支援センター」に相談したり、患者に対して糖尿病の患者会に参加を促したりすれば、患者の生き甲斐づくりや服薬を見守る機会が増えるため、血糖値をコントロールしやすくなると論じた。

つまり、こうした自民党議員連盟の動きが骨太方針の策定論議に反映された結果、唐突に閣議決定文書として盛り込まれたわけである。

### 3 | 介護給付費分科会の議論

骨太方針の決定を受けて、2021年4月からの介護報酬改定を議論している社会保障審議会介護給付費分科会で、社会的処方の制度化が論じられている<sup>17</sup>。具体的には、医師の在宅ケア支援を介護報酬で評価する居宅療養管理指導の在り方を論じた8月19日の分科会で、厚生労働省が「かかりつけ医等が患者さんの社会生活面の課題にも目を向け、地域社会における様々な支援へとつなげる取組についてどう考えるか」というテーマの一つとして、社会的処方に言及した。

さらに10月22日の分科会でも居宅療養管理指導の介護報酬が話題となった。ここでは介護保険サービスなどを調整するケアマネジャー（介護支援専門員）に対し、医師や歯科医師が提供する情報を増やす一環として社会的処方の言及があり、日本医師会代表は「かかりつけ医には医療的機能と社会的機能があり、その社会的機能に合致する提案。ぜひ進めて欲しい」と支持。厚生労働省は居宅療養管理指導の介護報酬を改定する際、医師、歯科医師がケアマネジャーに対する情報提供に用いる書類の様式を見直す考えを説明し、その際に社会的処方に関する記載欄を新設する意向を示した。

居宅療養管理指導への反映方法については、2021年4月からの介護報酬改定に向けて詳細が議論されていく見通しだが、介護報酬あるいは介護報酬改定論議の全体で見ると、居宅療養管理指導のウェイトは小さい。このため、骨太方針の原案段階で制度化をうたった割には「小粒」な印象は否めない。

### 4 | 制度化に向けた展望

では、どうして「小粒」になったのか。この背景として、2021年度は医療・介護の大規模な制度改正が予定されていない点が考えられる。例えば、2年に1回見直される医療機関向けの診療報酬は2022

<sup>17</sup> 居宅療養管理指導を通じた制度化を巡る経緯については、社会保障審議会介護給付費分科会資料や議事録、2020年10月30日『シルバー新報』、10月27日『Joint ニュース』などを参照。

年度であり、3年に一度の介護保険制度改正は今年の通常国会で法律が成立した直後である。このため、いずれも制度改正に反映できるタイミングではない。社会的処方为主に医療的なアプローチであるにもかかわらず、介護報酬改定での制度化が論じられているのは、後述する制度的な制約に加えて、2021年4月からの改定を控えたタイミングで取り上げやすいという側面があると思われる。

その一方、骨太方針に記載された以上、今後も制度改正に向けた議論が取り沙汰される可能性がある。実際、加藤勝信官房長官は厚生労働相時代、社会的処方の「制度化」をいち早く提唱した社会疫学研究者との対談で、顧問を務める明るい社会保障改革推進議員連盟の議論を振り返りつつ、「『その人のためにとって何が大切かを把握し、地域の中で必要な繋がりをつくり、その人の状況や症状が改善するようにしていく』という社会的システムを作り上げていきたい」「それぞれの地域において、モデル事業のような形で推進していく中で、社会的処方の活動が自然と広がっていくことを目指していきたい」と前向きな姿勢を示している<sup>18</sup>。

こうした発想自体、向こう10年程度で深刻化する認知症ケアや社会的孤立などの問題に対処する上で非常に重要であり、分野横断的な生活支援に向けて政府が目指す「地域共生社会」<sup>19</sup>との考え方も符合している。

さらに政府は2021年度からの介護保険制度改正に際して、高齢者が気軽に体操などを楽しめる「通いの場」の充実を図ろうとしていたが、新型コロナウイルスの影響で場を開催しにくくなっており、高齢者の健康・生活を改善する上で社会的処方は有益との意見も示されている<sup>20</sup>。確かに外出機会を失った高齢者に対し、かかりつけ医などが社会資源を紹介すれば、コロナ禍を切り抜ける有効な方法になると思われる。

しかし、筆者は本格的な制度化については、慎重に取り組むべきと考えている。居宅療養管理指導への反映という小さな制度化であれば、特に大きな問題を感じないが、診療報酬などで対応する本格的な制度化については疑問である。

その理由としては、①英国の医療制度との違い、②ソーシャルワークとの違いが不鮮明——という2つの疑問を挙げる事ができる。以下、2つの疑問を順次、論じる。

## 6——社会的処方を巡る疑問(1)～英国の医療制度との違い～

### 1 | 診療報酬制度の違い

第1に、英国との医療制度の違いである。ほとんど全ての費用を税金で賄っている英国のNHSと、日本の医療保険制度には異なる点が多々あるが、ここでは社会的処方に関する部分として、①診療報酬の違い、②代理人になり得るGPの存在——という2つの点に絞って論じる。

まず、診療報酬制度の違いである。英国の場合、身近な医療需要に対応するプライマリ・ケアの部分は人頭払いで支払われている。具体的には、NHSのシステムでは、患者は最初にかかる医療機関を

<sup>18</sup> 2020年9月1日『東洋経済ONLINE』における京都大学大学院の近藤尚己教授との対談を参照。

<sup>19</sup> 地域共生社会の定義については、厚生労働省が2017年2月に取りまとめた「『地域共生社会』の実現に向けて（当面の改革工程）」に沿って、「制度・分野ごとの縦割りや支え手、受け手という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えつながら、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会」とする。

<sup>20</sup> 2020年8月24日『週刊医学界新聞』における近藤克則千葉大学教授と東大高齢社会総合研究機構の飯島勝矢機構長による対談。

事前に指名する登録制度が採用されており、診療所に対する支払いの大部分は登録人口に応じて支払われる。この仕組みの下で、医学的な処置を講じても、講じなくても GP の収入は同じであり、患者にとっては過小診療のリスクを伴う半面、不必要な検査や過剰な診療行為を抑制できるメリットも期待できる。

これに対し、日本の医療制度では、開業医や中小病院に支払われる報酬について、治療、検査ごとに報酬単価を設定する出来高払い（項目別支払い）が採用されている。このため、必要なケアに対して確実に報酬が支払われるメリットがある半面、不必要な医療行為が誘発される「過剰診療」のリスクを伴う。つまり、人頭払い、出来高払いともにメリット、デメリットがあり、どちらの仕組みがベストとは言い切れない。

では、社会的処方に関しては、どうだろうか。英国の場合、GP がリンクワーカーを紹介しても、人頭払いで受け取れる報酬は同じである。このため、睡眠薬の処方など医学的な処置が不要と判断した場合、社会的処方に切り替えやすいインセンティブ構造となっている。

一方、日本の場合、診療報酬で評価するのであれば、「社会的処方加算」のような形を取らざるを得ない。そして診療報酬の価格設定次第の面があるとはいえ、こうした加算ができれば、収入を目当てにした社会的処方が相次ぐかもしれない。

## 2 | 代理人になり得る GP の存在

さらに、代理人になり得る GP の存在である。先に紹介した澤氏の事例に代表される通り、GP は全人的かつ継続的なケアを提供する訓練を受けている<sup>21</sup>。具体的には、患者との対話を重視しつつ、患者の悩みやニーズを引き出しており、社会的処方を含めて様々な支援方法を考えられる。

これに対し、日本ではプライマリ・ケア専門医の育成が遅れており、英国の GP のような医師に当たる総合診療医の育成が漸くスタートした段階である。もちろん、患者との対話を重視する医師は総合診療医に限らないし、近年ではケアマネジャーなどと連携して在宅医療を手掛ける医師、あるいはソーシャルワークに関心を持つ医師が増えているが、全体から見ると少数派である。

こうした中で、社会的処方を制度化すれば、既述した経済インセンティブと相俟って、収入を目当てとした不要な社会的処方が相次ぐ危険性がある。

## 3 | 日英の制度的な違いを踏まえた整理

このように考えると、英国の仕組みを日本に「直輸入」するような方法は考えにくい。例えば、「社会的処方が最適なのか」「どんな社会資源が合致するか」という点は患者の状態やニーズに応じて千差万別であり、全ての症例について、社会的処方を提供すればいいわけではない。

それにもかかわらず、単なる経済インセンティブを期待した社会的処方が増えれば、「処方先」の地域社会は困惑するかもしれない。実際、社会的処方に関しては、要介護認定を受ける際に必要な主治

<sup>21</sup> 英国の GP に関しては、Graham Easton (2016) “The Appointment” [葛西龍樹・栗木さつき訳 (2017) 『医者は患者をこう診ている』河出書房新社]、澤憲明 (2012) 「これからの日本の医療制度と家庭医療」『社会保険旬報』No. 2489・2491・2494・2497・2500・2513 などに詳しい。

医意見書が例示されるなど、極めて局所的に紹介された経緯もある<sup>22</sup>。

言い換えると、日英では制度面の違いが大きいため、ダイレクトに導入できないのである。恐らく介護保険の居宅療養管理指導のような形で小さく制度化を試みられているのも、既述した制度改正のタイミングという問題だけでなく、こうした限界を踏まえた判断であろう。

## 7——社会的処方を通る疑問(2)～ソーシャルワークとの違いが不鮮明～

### 1 | ソーシャルワークとは何か

第2の疑問として、ソーシャルワークとの違いが不鮮明な点である。ここでは地域を基軸としたソーシャルワークを解説する書籍<sup>23</sup>に沿って、「個を地域で支える援助と、個を支える地域を作る援助を一体的に推進すること」と整理する。

つまり、健康や生活について生きにくさを感じている個人が地域で暮らせられるようにする援助に加えて、個人を支える地域づくりも一体的に推進するアプローチであり、日本の専門職としては、社会福祉士、精神保健福祉士などが該当する。さらに言えば、介護サービスの調整などを担うケアマネジャーもソーシャルワークの担い手としての機能を本来、有している<sup>24</sup>。このほか、国家資格ではないが、医療機関に勤務する医療ソーシャルワーカー（MSW、Medical Social Worker）も2002年11月に定められた「医療ソーシャルワーカー業務指針」では、療養中の心理的・社会的問題の解決、退院援助、受診・受療援助などに加えて、経済的問題の解決・援助や地域活動まで射程に入れた業務範囲が定められており、こうした人達がソーシャルワークの担い手ということになる。

では、ソーシャルワークとはどういったアプローチを採用するのであろうか。ここでは、社会的に孤立した高齢者の事例を基に考えてみる。まず、孤立を生み出している要因としては、「要介護状態なので外出できない」「認知症で判断能力が下がっている」といった個人的な背景が想定される。さらに、「家族との人間関係が悪い」「地域でトラブルを起こした」などの社会的な背景に加えて、専門職や自治体職員の発言が本人の自尊心を傷つけてしまった経験など、過去の不適切な対応も考えられる。

ソーシャルワークでは、こうした複雑な事例について、「個」「地域」の双方に働き掛けるアプローチを取る。例えば、個人の身体的、医学的な問題の解消に努めるだけでなく、若い頃の仕事や生き甲斐、趣味などで会話の糸口を探り、外出する気持ちを高めるような工夫を講じる。さらに、その高齢者の趣味に応じて、高齢者を受け入れてくれるような場づくりも考える。

先に挙げた例で述べると、その高齢者が犬好きの場合、犬の散歩に誘うことで外出する気持ちを高めてもらふ方法が考えられる。あるいは高齢者が麻雀をたしなむ場合、麻雀好きの高齢者を集めて健康麻雀の場を作るといった方法も想定できる。

つまり、ソーシャルワークとは孤独に悩む高齢者という「個」を支えるだけでなく、その周りを取り巻く「地域」を見つつ、双方に関わって行くアプローチと言える。

<sup>22</sup> 2019年5月27日『m3.com』。発言は日本医師会主催による「かかりつけ医機能研修制度」講演会の席上、産業医科大学公衆衛生学教授の松田晋哉氏が述べたという。

<sup>23</sup> ソーシャルワークの考え方や事例に関しては、岩間伸之ほか『地域を基盤としたソーシャルワーク』中央法規出版を参照。

<sup>24</sup> 詳細は2020年7月16日拙稿「[ケアプランの有料化で質は向上するのか](#)」などを参照。

## 2 | ソーシャルワークとの相違点を踏まえた整理

では、こうしたソーシャルワークと社会的処方との相違点は何か。実は、個人を社会資源に紹介し、個人と地域づくりを一体的に進めるという方法は同じである、しかし、社会的処方の場合、医療の観点から社会資源に視野を広げようとしているのに対し、ソーシャルワークは数多くのサービスや社会資源の一部として医療を捉えている点で、発想は逆である。

こう考えれば、どちらが個人の生活感覚に合致するか明らかであろう。つまり、ソーシャルワークは患者・住民の生活環境を含めて、「個」「地域」の双方に関与することを通じて、生活全体を支えようとするのに対し、社会的処方では医療から物事を発想している違いである。

つまり、社会的処方は「処方」という言葉に象徴される通り、医療や医学から生活を見ようとしているのに対し、ソーシャルワークは生活全般を支える一環として、医療資源の活用を考えている。この2つの違いから見えて来る社会的処方への疑問については、後述する「医療化」の副作用を考える上で看過できない論点である。

こうした2つの疑問を踏まえると、診療報酬に取り込むなど本格的な制度化は難しいと判断せざるを得ない。むしろ、薬の服用が副作用を伴う時があるように、社会的処方の制度化という方法論についても「副作用」が懸念される。以下、社会的処方の本格的な制度化に伴う「副作用」として、①プロフェッショナリズムを失わせる危険性、②「医療化」を引き起こす危険性——を挙げる。

### 8——社会的処方の制度化に伴う「副作用」

#### 1 | プロフェッショナリズムを失わせる危険性

まず、社会的処方の安易な制度化がプロフェッショナリズムを失わせる危険性である。そもそも制度化とは、国や自治体は何らかの基準や条件を設定することで、国民や専門職の行動や実践を縛る行為である。その結果、それまで自由に伸び伸びと実施できていた現場の実践が法律や予算などの制約を受けることになり、専門職のプロフェッショナリズムが発揮されなくなる危険性がある。言わば、専門職の自主性よりも、官僚の定めたルールが優先されてしまう危険性である。

さらに、診療報酬や予算が付くと、経済的なインセンティブを受け取ることが目的化し、往々にして良心や奉仕心など金銭で評価できない部分を押し出すことになる。つまり、不用意な制度化は金銭目当ての行為を誘発し、専門職のプロフェッショナリズムを阻害することになる。この点については、哲学者のマイケル・サンデルが「市場は社会規範にその足跡を残す。往々にして、市場的なインセンティブは非市場的なインセンティブを破壊したり締め出したりする」という指摘と符合する<sup>25</sup>。

誤解を恐れずに言えば、「海外の良い事例を制度化すればいい」という発想は危険であり、「性急な制度化が専門職のプロフェッショナリズムを失わせるかもしれない」という配慮を欠いていると言わざるを得ない。

#### 2 | 医療化を引き起こす危険性

第2の「副作用」として、「医療化」の危険性である。医療化とは医療社会学の概念であり、医師に

<sup>25</sup> Michael J. Sandel (2012) “What Money Can’t Buy the Moral Limits of Markets” [鬼澤忍訳 (2012) 『それをお金で買いますか』 早川書房 pp95-96]。

よる専門家支配が患者を無力化させる危険性が長く論じられて来た<sup>26</sup>。ここでは医療化の定義について、一般的な意味として「医学で解決しなくても済む健康上の課題について、医療や医学が必要以上に介入すること」と整理する。

これを社会的処方当てはめてみよう。例えば、ある患者が社会的孤立を訴えた際、日本では英国のGPのような医師の存在、つまり患者の生活を配慮できる医師が少なく、介護職の間では「医師がカンファレンスの場に参加しない」などの声が聞かれるなど、医療・介護連携でさえ手探りが続いている現状である。

こうした中で、社会的処方が診療報酬上の加算のような形で制度化されれば、経済的なインセンティブを当てにした社会的処方が相次ぐことになり、社会資源の担い手である住民、あるいはリンクワーカーのような存在に当たる民生委員、医療と介護の連携を図る上で中心的な存在となるケアマネジャーや社会福祉士の負担感が増す結果になりかねない。

あるいは通常のコミュニティレベルで解決する問題、あるいはソーシャルワークで処理できる問題について、医師が社会的処方を通じて過度に介入することになり、必要以上に他の専門職が医師の指示に服すなどの危険性も孕んでいる。

もちろん、患者や地域社会との対話、あるいは医師と他の職種との連携が十分に担保されれば、その懸念は杞憂に終わるかもしれないが、ソーシャルワークへの意識を持たないまま、社会的処方を本格的に制度化すれば、他の専門職や地域社会の住民が必要以上に医師の動向に振り回されることになるかもしれない。誤解を恐れずに言えば、医学では解決し切れない複雑な案件ほど、地域社会や他の職種に「処方」される危険性がある。これが住民を含めた関係者がフラットに支え合うことを目指す地域共生社会の理想像と乖離していることは言うまでもない。

実際、英国に範を求める条件が整っていないとして、「法的な裏付けを持って全国で進められている地域包括ケアや地域共生社会づくりの一環として、多職種連携により、疾病の社会的要因への取り組みを強める方が合理的・現実的」との指摘が出ている<sup>27</sup>。

## 9—社会的処方のプラス面

ここまで否定的なニュアンスで書いてきたが、筆者自身は社会的処方の拙速かつ本格的な制度化に反対しているだけであり、コミュニティレベルで広げることには賛成である。例えば、川崎市を拠点に社会的処方に取り組む医師による書籍<sup>28</sup>では、社会的処方の制度化ではなく、まちの全員をリンクワーカーにするような「文化」づくりに力点を置きたいとしており、この趣旨に筆者も賛同している。

つまり、社会的処方の考え方や実践がコミュニティレベルで広がり、健康に悪影響をもたらす社会的決定要因が取り除かれていくこと自体、それほど否定的に捉える必要はないと考えられる。その際、住民や他の専門職が医師とともにフラットに対話できれば、ソーシャルワークとの違いが一層、不鮮明になる点は別にして、住民を主体とした地域づくりに貢献するし、地域共生社会の理念とも合致す

<sup>26</sup> 例えば、Ivan Illich (1976) "Limits to Medicine" [金子嗣郎 (1998) 『脱病院化社会』 p11] では、「医療機構そのものが健康に対する主要な脅威になりつつある」などと指摘した。

<sup>27</sup> 2020年9月5日『日本医事新報』5028号に掲載された二木立日本福祉大学名誉教授の「私はなぜイギリス式の社会的処方の制度化は困難と考えているか？」を参照。

<sup>28</sup> 西前掲書 pp64-68。

る部分が多い。

なお、ここで留意すべきは「誰のための文化、あるいは誰のための文化づくりなのか」という点であろう。福祉分野で既にソーシャルワークの蓄積がある以上、社会的処方発想自体は斬新と切り切れず、住民にとっては選択肢が広がる意味合いにとどまる。極論を言えば、住民の立場から見れば、「ソーシャルワークだろうが、社会的処方だろうが、楽しく地域活動に参加したり、最適なケアを受けられたりすればいい」と感じるはずであり、住民主体の発想が貫徹される限り、両者の差は決定的とは思えない。

そう考えると、「文化づくり」で恩恵を受けるのは住民よりも、医師などの医療職なのかもしれない。つまり、福祉業界で実践されていたソーシャルワーク、あるいはソーシャルワークに近い方法について、医師が「社会的処方」と理解することを通じて、それまで医師達に関心を持ってもらえなかった社会資源や社会的決定要因の重要性がクローズアップされる可能性である。

そう考えると、少し皮肉な言い方かもしれないが、ソーシャルワークや多職種連携を通じて、住民の生活環境が改善した事例について、そこに関わった医師が「これこそ社会的処方だ。医療が一つのパーツになり、医師が一人のプレイヤーとして参加し、健康の社会的要因を取り除いた」と後追的に解釈したり、他の医師に説明したりできるような状態がベストなのではないか。

実際に2019年版『高齢社会白書』のベースとなった報告書では、オランダ人GPの声として、「最初は(筆者注:社会的処方の中核となっている) チームなどは必要ないと考えていた。しかし、自分が紹介した患者が本当に元気になっている姿を見て、今では医師もチームが必要だとつくづく思うようになった」というコメントが紹介されている<sup>29</sup>。医師などの医療関係者が地域の社会資源とか、健康の社会的決定要因、ソーシャルワークの重要性に気付いてもらう方法として、社会的処方は有益なのかもしれない。

## 10—おわりに

筆者自身の意見として、健康の社会的決定要因、あるいは社会的処方の考え方には賛成であり、医師など医療職が健康の社会的決定要因、あるいは社会資源に目を向ける自体は意義深いと考えている。

しかし、本格的に制度化するのであれば、これまでの福祉業界を中心とするソーシャルワークの蓄積などを踏まえる必要がある。さらに、医療化などの弊害も懸念されるため、安易な制度化論議には反対である。中でも、医療・介護現場では現場を支える専門職のプロフェッショナリズムと、専門職と患者・利用者の信頼関係の構築が最も重要であり、国外の良い事例とか、素晴らしい現場の実践を全て制度に取り込もうという発想は経済的なインセンティブ目当ての行動を誘発したり、現場への混乱を誘発したりして、思わぬ「副作用」を生み出しかねない。

今回の制度化論議は介護報酬の居宅療養管理指導への反映という局所的な結果に終わりそうだが、本格的な制度化を検討するのではなく、健康の社会的決定要因に着目した地域づくりや、複雑な生活を個人と地域の双方で支えるソーシャルワークに基づく実践など、現場の地道な実践が求められる。

<sup>29</sup> 国際長寿センターの前掲報告書を参照。報告書のエッセンスが2019年版「高齢社会白書」に反映された。引用コメントは大意を変えない範囲で修正した。