

特別寄稿

医療機関における患者の社会的リスクへの対応： social prescribing の動向を参考にした課題整理

西岡 大輔* 近藤 尚己*

背景

近年、貧困や差別、社会的孤立など、健康に影響を及ぼす社会的要因：social determinants of health（以下、SDH と略す）に関する知見の蓄積を受け、その対応が世界的な課題となっている。2003年、世界保健機関はSDHが「確固たる事実（SOLID FACTS）」として存在することを紹介し、その5年後には健康の社会的決定要因に関する特別委員会（Commission of Social Determinants of Health: CSDH）の最終報告書の中で、「健康格差を数量的に評価すること、多様な機関や専門職同士の連携を進めること、（そのような連携により）単に健康リスクへ対応するだけでなく生活環境を整えること」という3点を、対策に向けた推奨事項に掲げている¹⁾²⁾。

現在、日本では、地域で活動する保健・社会福祉専門職として、保健師、社会福祉士および精神保健福祉士等が、社会的な困難を抱える住民を支援し、地域のケア資源へとつなげる活動を行っている。保健師は公衆衛生看護の専門家として、住民の健康に影響を及ぼしうる社会的課題の解決に重要な役割を果たしており、「地域における保健

師の保健活動に関する指針」では、介護予防・高齢者医療福祉・母子保健・児童福祉・精神保健福祉・障害福祉・生活困窮者支援など幅広い課題に対して、地域の包括的なシステムやネットワークの構築に取り組んでいる³⁾。一方、社会福祉士等のいわゆるソーシャルワーカーは、人間そのものの福利（ウェルビーイング）や人々のエンパワメントを促すことがその活動に定義づけられており⁴⁾、保健師と同様な幅広い社会的課題に対して、福祉の専門家の観点から活動してきた。保健師とソーシャルワーカーは共通する地域の社会的課題に対応する部門として活動し連携を強めてきた経緯がある。

社会的な困難を抱えている者ほど孤立しがちで社会との接点がないため対象者の把握が難しいが、身体症状が悪化した場合にやむを得ず受診に至ることがあることから、医療機関の受診は福祉的ケアのニーズのある住民へアウトリーチできる貴重な機会となり得る。そこで、医療従事者に対しても、社会背景のスクリーニングの上で、疾病だけでなく、社会的なリスクに対しても対応するべきであるとの指摘⁵⁾がある。

近年では、医療機関において患者の抱える社会的課題の解決・調整を援助するソーシャルワーカーとして、医療ソーシャルワーカー（medical social worker: MSW）が配置されるようになって

* 東京大学大学院医学系研究科 健康教育・社会学分野

た⁵⁾。しかし、MSW を配置しているのは入院病床のある一定規模以上の病院が中心であり、小規模な病院や診療所では、患者の社会的課題に十分に対応できていないという現状がある⁷⁾。後述のように、地域においては、主に地域包括支援センターが、自治体あるいは自治体からの受託機関として、医療や介護・福祉等の課題を抱える住民や患者の対応に当たっており、診療所との連携も行われている⁸⁾。このような活動は地域包括支援センターに常駐する保健師や社会福祉士といった専門職により実践されている⁹⁾。しかし、医療機関においても、地域組織においても、患者の社会背景の把握と把握後のプロセスは標準化されておらず、そのような地域の福祉等のサービスとの連携に関して、医療機関にはその制度上の義務もない。

医療機関が社会的課題を抱える患者を把握して地域の福祉的ケア等へと結び付ける活動は諸外国にも見られる。近年、そういった活動を social prescribing または social prescription (以下、社会的処方と訳す) と呼称し、統合的なケアのモデルとして実践する動きがあり、国際的に注目され、国内でも「社会的処方」という言葉を用いた活動報告が散見されるようになってきている。中でも英国では、英国保健サービス (National Health Service: NHS) 等により社会的処方の活動が推進され、標準化された制度として実装していく動きがさかんである¹⁰⁾¹¹⁾。英国内の社会的処方の推進を目指す機関である Social Prescribing Network は、「社会的課題を抱えた患者に対して、患者の健康を維持・改善するために、非医療的サービスである社会資源を提供する第三者機関 (リンクワーカー) に紹介すること」と定義して普及を促している¹²⁾。

そこで、本稿では医療と保健・福祉分野による連携の課題へ対応しているひとつの事例として、英国の社会的処方を紹介する。英国の社会的処方

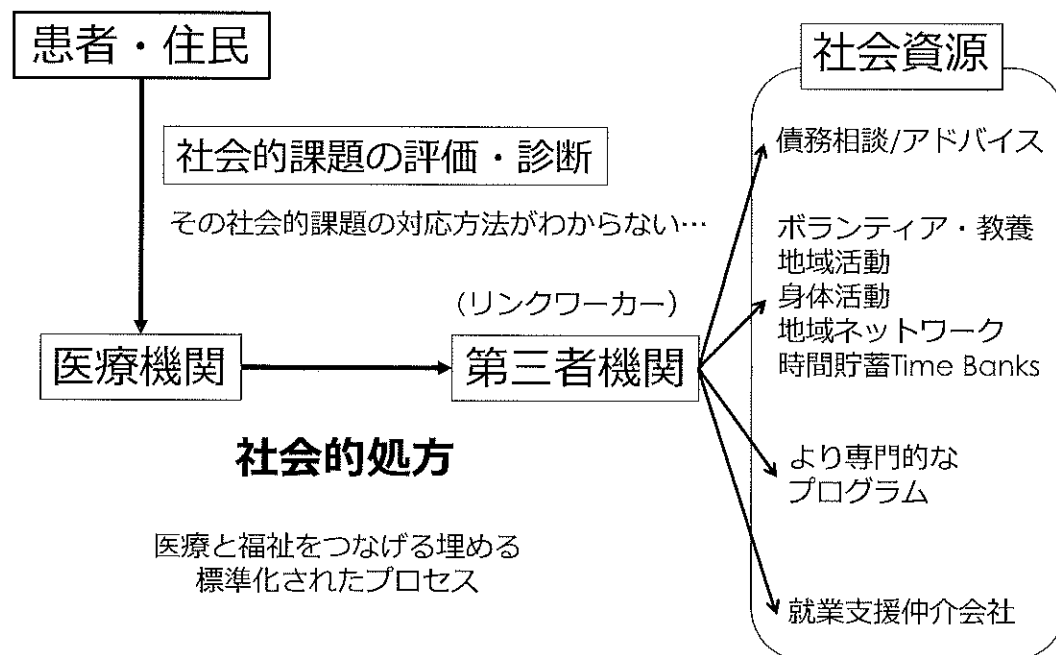
活動の現状とその健康や財政面への影響について、これまでに出版されている文献と、筆者らが見聞した情報を基に解説する。また日本を含む英国以外での現状と、国内で実践されている社会的処方に類似の活動を調査・紹介し、これらをもとに、日本において患者の社会的背景に対する統合的なケアのニーズの把握とその対応を標準的な手続きで推進するための条件や課題について考察する。

英国の社会的処方の発展と現状

英国では 2006 年に保健省のレポートに社会的処方が明記され、ひとつのケアの手法として運用されるようになった¹⁰⁾。当時増加傾向を辿っていた社会保障費の問題と、高齢化・慢性疾患の罹患者の増加などを要因とする general practitioner (以下、GP と略す) の負担の増加を背景に、その対応策として期待されていた。当初は慢性疾患患者を統合的にケアすることを目的にコミュニティにある運動サークルへの紹介する “exercise-on-prescription” によって運用されていた。しばらくして exercise-on-prescription に関する複数の成功事例が報告された¹³⁾¹⁴⁾ ことをきっかけに、NHS によって GP の負担軽減と持続可能性の効果を期待する方法として社会的処方が改めて提唱された¹⁵⁾。また、2020 年までの NHS の行動指針である医療 5 年計画 (Five Years Forward View) においても、予防を重視し、地域の医療と保健・福祉サービスの垣根を超えたネットワークによる新しいケアモデルを作成することを提唱しており、これはすなわち社会的処方の枠組みを指している¹⁶⁾。

2015 年には、社会的処方の推進を図るために NHS は大学と連携し Social Prescribing Network を設立した。同ネットワークは社会的処方に関する研究の推進、国内外の学術集会の開

図1 医療機関における社会的処方（一般的）の方法（文献11）より著者翻訳改変



文献11)より著者翻訳・改変

催、ニュースレターの配信などを実践している¹²⁾。NHS と同ネットワークは医療機関が起点となる「一般的」な社会的処方を提示している。まず、患者・住民の社会的課題を診断した GP 等がその患者を第三者機関（リンクワーカーと呼称される）に紹介する。そのリンクワーカーが全人的な評価のもとに個々の支援方法を立案し、地域社会の資源へとつなぐというしくみである（図1）¹¹⁾。また、医療機関が起点とならない「発展的」な方法として、地域の消防機関や不動産業に従事する者が社会的課題を有する住民に会った際にリンクワーカーへと紹介する方法も提唱されている。社会的な課題を有する個人が社会的処方を受けることで、リンクワーカーから紹介される非医療的なサービスは多岐に渡っており、従来通りの地域社会に存在する運動や趣味のグループへつなぐ方法だけでなく、法律相談や経済・就労の支援などが提供されるケースもある¹⁷⁾（表1）。NHS や同

ネットワークは、社会的処方によって、「患者のケアの質の向上・患者の緊急入院や救急受診の頻度の減少・かかりつけ医の負担の軽減」を目標として掲げている¹¹⁾¹²⁾。

英国では社会的処方の発展と同時に医療提供体制の再構築が進められてきた。かねてより地域の医療を担っていた Primary Care Trust (PCT) を解体し、2014年に地域の医療機関だけでなく、その地方政府を含む社会福祉機関などを統合し運営に相互に責任をもたせる Clinical Commissioning Groups（以下、CCG と略す）が設立された。それによって、それぞれの CCG に所属する GP の権限と、地域の医療サービスが福祉サービスなどの連携が強化された。これらが垣根を超えた社会的処方の推進の促進要因となり、NHS によると、現在は英国内の約半分の CCG で社会的処方が実践されている¹⁸⁾。

さらに NHS は医療5カ年計画¹⁶⁾に関連させた

表1 社会的処方によって患者に提供される社会資源は多岐にわたる。(文献17)より引用翻訳 一部改変)

プログラムの種類	実践された内容	
趣味・運動・生活改善プログラム	芸術活動・運動などの習い事 読書会・自己啓発 ガーデニング 編み物・おしゃべりクラブ チームスポーツ パソコントレーニング	釣り ジム 健康ウォーキング サイクリング 水泳・アクアセラピー 体操・ダンス教室
支援プログラム	地域教育チームの結成 法律相談や法的アドバイス 交通整理と交通案内 経済援助 就労援助	友人・仲間づくり グループ・ボランティア活動 自助グループ 時間貯蓄 相互援助

Sustainability and Transformation Partnerships を提起して、さらなる連携を深めている¹⁹⁾。Sustainability and Transformation Partnerships は、すべてで 212 箇所ある CCG をそれぞれ複数個でまとめて協力させて、新たな 44 圏域を作成することで NHS と Sustainability and Transformation Partnerships に参画する各 CCG を連携させている。さらに主に医療の財政の持続可能性をテーマに医療・保健・福祉・労働・ICT のそれぞれのステークホルダーが協働し地域のケアの手法の開発と改善、医療費の削減を討議している。44 つのうちの 33 圏域の計画に社会的処方に関する要項が盛り込まれている。

社会的処方を実施・運営するための費用は、保健省・財団・社会的企業 (Social enterprise) からそれぞれの CCG に提供され、一部の慈善事業費や地方自治体 (Local authority) からの出資と合わせて運用されている。社会的企業は、社会問題の解決を目的として収益事業に取り組む事業体である。これらの運営費用は、CCG によって用途に差異があるが、主にリンクワーカーの育成や社会資源の開発・発展のために使用されているが、社会資源の提供先への配当がない場合も多い¹¹⁾。なお、社会的処方を実践する GP に対する直接的な金銭的インセンティブはごく一部の CCG で提供されているものの、基本的には公的

な報酬としては設定されていない。

GP や関係者による社会的処方の捉え方

筆者らの個人的な見聞からは、GP らは自身の診療負担が軽減することをモチベーションとして、社会的処方を実践しているようである。来日した複数の英国の GP さんから直接聞いた話であるが¹²⁾、GP には社会的処方を実践する義務はなく、実践することで得られる報酬は前述のとおり一部の CCG を除くと存在しない。しかし、社会的処方の実践に価値を見出している GP は、社会的処方を受けた患者が診療所を受診する回数が減る実感を持ち、それにより GP 自身の診療と診療所の職員の労働負担が軽減しているとのことであった。

CCG は、制度上、GP をはじめとした職員個人の金銭的インセンティブが機能しない。NHS からの CCG への報酬は各地域の診療所に登録された住民人口から算出される「包括報酬」が基本となっており、日本と異なり、診療した患者数によって診療所の収益は増減しない。ただし、社会的処方によって仮に患者の健康度が向上し、肥満や慢性疾患の管理に関して基準を達成すれば追加的に「成果報酬」を得ること見込まれるという。つまり、社会的処方がうまくいけば、GP をはじ

めとする診療所労働者の給与を減らすことなく労働負担を軽減し、さらには成果報酬を得る可能性がある。

キングスカレッジロンドン大学で社会的処方をもつ多職種連携の医学教育に導入している Wylie 氏は、日本での講演において、英国の社会的処方の制度は未成熟であると指摘した²⁴⁾。重要な課題として、GP や CCG によって社会的処方への理解と態度にバラツキがあることを指摘した。GP によっては、患者を単なる禁煙プログラムに紹介することでさえ社会的処方と呼んでいる場合もあるとのことであった。社会的処方自体の定義の明確化やプロセスの標準化ははまだ英国においても課題のようである。

社会的処方の健康改善および医療財政上の効果に関するエビデンス

英国における社会的処方活動の活発化に伴い、その効果に関する報告が増加している。Bickerdike らによる系統的レビュー²⁰⁾によれば、社会的処方を受けた患者のメンタルヘルスの改善を示唆する文献が複数存在し、いずれも妥当性の確認されているメンタルヘルス尺度を用いていた(表2)。しかし、いずれの研究も規模が小さいこと、対照群を置かない前後比較研究や記述疫学研究であること、観察期間が短いこと、交絡の調整が不十分であることといった何らかの限界を有し

ており、因果効果の有無について結論づけられるフェーズには至っていないと論じていた²⁰⁾。

また、地域住民の受診行動やそれにかかる医療費を削減する効果について複数の報告がある。Dayson らは、先進的に社会的処方プロジェクトが進められているロザラム (Rotherham) 市での活動の効果を報告している²¹⁾。社会的処方を受けた患者について、その前後での入院頻度・救急外来受診頻度の変化を約4年間観察したところ、患者の入院頻度は毎年6-11%ポイント減少し、救急外来受診数は毎年13-17%ポイント減少した。また、二次医療を受ける頻度が約40%ポイント減少した。これらの約4年間の社会的処方プロジェクトの成果として、NHS はおよそ64万7000ポンド(日本円で約1億円)の出費を避けることができたとしている。Maughan らは connect project というカーライル (Carlisle) 市で実践された社会的処方の取り組みに注目し、社会的処方を受けた群と、従来通りの診療を受けた群とに住民を分類した。処方前後6ヶ月あたりの医療費の変化の平均値を算出し差の差分分析をした結果、統計的に有意ではないが社会的処方を受けた群の医療費が相対的に抑制される傾向が観察された²²⁾。一方、Loftus らは北部アイルランドのロンドンデリー (Londonderry) 市で実施された社会的処方の取り組みに注目した。慢性疾患を有している65歳以上の高齢者のうち、GP が頻回受診者であるもしくはポリファーマシーで

表2 妥当性の確認された尺度を用いた社会的処方の集団健康への効果(文献20)より著者翻訳改変)

研究者(年)	デザイン	対象者数	評価項目とその結果
Grant, 2000	ランダム化比較試験	110	抑うつ・不安尺度(HADS)の改善
Friedli, 2012	前後比較研究	16	仕事と社会性の調整尺度(WSAS)の統計的に有意な改善
Grayer, 2008	前後比較研究	69(一部74)	精神的健康尺度(GHQ-12)の改善
EZRS Research and Consultancy, 2013	記述的報告	16	精神的健康尺度(WEMWBS)の改善
Longwill, 2014	記述的報告	387	全般性不安障害スクローニング(GAD-7)、健康に関する質問票(PHQ-9)の統計的に有意な改善
Brandling, 2011	記述的報告	90	精神的健康尺度(WEMWBS)の改善傾向があるが参加者数が少なく結論づけられない

あると認めた患者を対象に、社会的処方を受けた群とそうでない群とに分類し、1年後の外来受診数と新規処方薬の数を計算し、統計的に検定した。その結果、外来受診数や処方薬数は社会的処方群で減少する傾向があったが、統計的に有意な結果ではなかった。筆者らは患者の自己効力感などの向上は認める一方で、社会的処方を受けた患者のGPへの受診回数やポリファーマシーに対する効果を示す証拠にはまだ至っていないと報告している²³⁾。

社会的処方に関する質的研究も多い。Popayらは社会的処方を受けた患者と社会的処方を実践したGPに対して構造化インタビューと質問紙調査を実施した。その結果、社会的処方の対象となった患者の社会的課題は、低所得・孤立・失業・介護によって生じた健康問題・ドラッグ・アルコール関連問題など多岐にわたっていた。また、社会的処方の活動を通じて患者の幅広い社会的課題を把握できるようになったことで、それまで社会的支援が行き届いていなかった患者を特定しやすくなり、また、GPが社会的処方を実践することで、個人レベルで健康格差の是正に向けた取り組みに関わることができる可能性があるとしている²⁴⁾²⁵⁾。

英国以外の動向

オーストラリアでは、患者が参加の場で文学、絵画、演劇などに取り組んだり鑑賞したりすることによる健康への影響を論じた質的研究²⁶⁾や、救急外来において精神疾患に罹患する患者を社会資源につなぐための電話相談事業を導入した事例報告がある²⁷⁾。また、カナダの聖ミカエル病院（トロント大学付属）では経済的困窮に対する社会資源の利用を進めている。外来診療の場で患者の経済的困窮をスクリーニングし、それに該当した者には医師等が給付付き税額控除用紙を手渡し、患

者の収入を増やす援助を「貧困の治療」行為として実施している²⁸⁾。これらのオーストラリアやカナダの事例は、医療機関が独自に地域のNPOや国の制度を利用して行っている活動であり、国や自治体が関与するものではなかった。

米国では臨床現場でのSDHへの対応が重要視されるようになってきている。米国内科学会はSDH対策に学会として取り組むための声明文を出版した²⁹⁾。また、Alderwickらは英国で実践されている社会的処方を米国で導入する上での親和性や可能性・課題について論じており、米国においても社会的処方を実践できる素地があり、すでに実践している活動でもあると述べている。米国にはかねてよりHealth Leadsという住民のSDHに対応する組織が存在しており、一部の地域において医療機関の紹介により患者の社会的ニーズに対応する活動を実践していた背景があったことを述べている³⁰⁾。北欧諸国においても、患者の貧困や格差に対するケアの方法として英国で実践されている社会的処方を紹介し、適応可能性を論じるなどの動きがある³¹⁾³²⁾。Social Prescribing Networkの委員を務めるNHSのTaylor氏によると、現在アイルランド・オランダ・スペインでも社会的処方を制度化する流れがあり、NHSがその方法などに関して知恵を共有しているとのことである（Taylor B. Personal conversation, May, 2017）。このように諸外国では、社会的処方を通じて患者のケアの向上を目指す機運が高まりつつある。

日本の事例

熊川は総説論文で地域社会処方箋として地域包括ケアシステムの中で活用するべきであると主張している³³⁾。地域にすでに存在する社会資源や新たに生み出される社会資源をインフォーマルケア

と称し、医療介護の専門家がインフォーマルケアに住民をつなぐモデルを提唱している。鈴木は社会的処方箋と称して医療機関とコミュニティの参加の場を併設した複合施設の取り組みを自主的に実践していることを報告している³⁴⁾。

他にも、社会的処方に類する取り組みとして、社会資源を用いて患者の社会リスクを解決する試みに関する複数の事例報告があった。例えば、家庭は、医療機関のカルテに患者の雇用・収入の状況やソーシャルサポートの有無などのSDHに関する問診票を取り入れて患者の社会背景を可視化することを実践し、該当するSDHに対する社会資源の提供を支援している。たとえば、ひとり親世帯であることがわかった場合にはそのサポートとしてピアグループにつないでいた。経済的に厳しい患者を同定した場合には、社会福祉法に規定されている制度で医療機関での支払額を減免する無料低額診療事業を活用し、生活保護制度に該当する患者に関してはその申請を支援していた。フードバンクとして地域ぐるみで食料を備蓄し、飢餓状態にあると考えられる食事が必要とされる時に提供する活動なども報告していた³⁵⁾³⁶⁾。山中は医療従事者が孤立している虚弱な患者やホームレスの患者に対して、NPOと連携し患者の生活支援や患者の孤独死の防止に取り組む医療機関を紹介していた³⁷⁾。これ以外にも、学会での発表演題として社会資源を活用した医療機関による患者支援に関する活動は多数報告されている。特に小児や妊産婦、神経難病患者、透析医療や在宅医療での患者支援に関する報告が多くみられた。また、世界保健機関によるInternational Network of Health Promoting Hospitals and Health Servicesに加盟する日本での活動団体の連合である日本HPHネットワーク(J-HPH)は、医療機関を受診する患者の経済的な貧困を予測する標準的なスクリーニングツールの開発や、医療機

関における個々の患者のSDHへの対応方法に関するガイダンスである「医師のためのベストアドバース」³⁸⁾を和訳・公表している³⁹⁾。

<考察>

以上紹介したように、英国で「社会的処方」と呼ばれる活動が推進されている一方、日本や諸外国においても類似の活動の実践報告が散見され、その適応可能性や課題が論じられるなど、患者の社会的リスクへと対応することへの関心が高まっていることがうかがえる。英国でそのような活動が普及してきている理由としては、以下の三点が挙げられるであろう。まず第一に、国の医療部門を統制するNHSが社会的処方を明確に概念化して、大学などの教育・研究機関と連携しSocial Prescribing Networkを設立するなど普及に努めていることで、医療従事者の理解がすすみ、実践へとつながっていると考えられる。第二に、英国ではCCGが地域ごとに配置され、地域の住民の診療だけでなく保健予防活動、福祉事業を一体的に取り扱っているため、専門職がチームとなり連携し地域の実情に合った患者のケアを提供できていることがある。その結果、社会的処方の枠組みを導入しやすかった、あるいはすでに地域で実践されていた活動を社会的処方の概念に当てはめやすかったと考えられる。第三に、英国では地域の住民はひとつのGP診療所をかかりつけとして登録するゲートキーパー制度を基本としており、診療所に登録されている住民の数に応じて診療所に与えられる基本報酬が決まる(包括報酬)⁴⁰⁾。つまり、来院患者の数に関わらずGP診療所の収入は一定であり、来院患者数が少なくなるほど医療従事者の診療負担が少なくなることを考えれば、社会的処方を含む予防活動がインセンティブとなる構造であると考えられる。また、登録され

た住民の肥満や慢性疾患などに関する予防的指導で所定の成果を達成することで報酬が追加される(成果報酬)⁴⁰⁾。そのため、成果報酬を得るための手段としても社会的処方を用いてきていると考えられる。

英国では、複数の CCG からなる Sustainability and Transformation Partnerships という圏域を新たに作成し、医療だけでなく他のヘルスケアに関わる分野とのネットワークを強め、社会的処方をもっと充実させようとする動向もある¹⁹⁾。また、現時点では英国の GP の 5 人に 1 人が社会的処方を実践していることがわかっており¹³⁾、英国の GP 学会 (Royal College of General Practitioners) の学術大会では社会的処方のセッションが設けられている。GP 学会は英国内のすべての診療で社会的処方が実践されるべきであると国や GP に対して提唱しており⁴¹⁾、GP の社会的処方活動を推進する要因となっている。

日本の医療機関における患者の社会背景の把握と対応を行う活動の推進上の課題

日本でも、医療機関が MSW を通じて社会的なケアのニーズのある患者を地域資源とつなぐ取り組みに関する報告が散見されている。また、地域包括支援センター等の公的機関において、地域住民サービスとして医療と介護や福祉等、医療以外のサービスとの連携を深めてきた経緯がある。このことから、英国において社会的処方と呼ばれて実践されてきたような活動は事実上存在すると言えよう。本稿で紹介した、医療機関が患者の社会的な課題を診断し社会資源へつないだ報告事例は、いずれも地域の社会資源のマッピング、地域に不足する社会資源の創出、地域組織とのネットワーク化などが共通して推進されている好事例といえよう。しかし、これまでに散見されている

事例はいずれも医療機関それぞれの独自の取り組みであり、その活動に対する対価の支払い等、医療制度上の措置はない。今後、医療機関において患者の社会的課題を把握し、地域の組織との幅広いネットワークの中で対応をすすめるような活動を普及するためには、その方法の標準化や制度上の措置が必要であろう。

医療サービスも含めたケアのための資源の有機的な連携を進めるという点においては、日本の関連する制度として、地域包括ケアと地域共生社会について議論する必要があるだろう。まず地域包括ケアについて、厚生労働省は、高齢者に対する必要な支援を包括的に提供する地域包括ケアシステムを構築するために、地域の課題の把握・把握された住民や地域の課題への対策・社会資源の発掘を推奨しており、それに必要な医療計画の策定や地域の保健・医療・福祉との連携・協働を図っていくこととしている⁴²⁾。さらに厚生労働省は、地域包括ケアを社会的孤立や制度の隙間にある人・障害のある人・子ども等への支援にも普遍化する、いわゆる地域共生社会の実現を目指している⁴³⁾。個人やその世帯の地域での生活課題を把握し、解決していくことができる包括的な支援体制の構築によって、分野別・年齢別に縦割りだった支援を当事者中心の「丸ごと」の支援とすることを提唱している。今後医療機関において、患者の社会的課題を把握して対応していくための制度を検討するには、これらの政策動向を踏まえた展開が求められよう。

また、改正生活困窮者自立支援法⁴⁴⁾も関連する領域の法律として注目すべきである。生活困窮者自立支援法は経済的に困窮している人だけでなく、生活保護・介護・障害・高齢などの従来の制度ではカバーできない制度の隙間にある人々の複合的な課題を世帯単位で支援することを目的とした法律である。支援内容は、就労準備・訓練の場の提

供、住居確保給付金の支給による居住地の安全の確保、家計相談支援事業による家計へのアドバイス、生活困窮世帯のこどもの学習支援といったように広くカバーされており、これらの内容は英国の社会的処方によって提供されている社会資源とも共通している。これらの生活困窮者自立支援法に該当するような患者を医療機関が見出し、相談事業へとつなげることで患者のケアを向上することができる。

もうひとつの課題として挙げられるのは人材育成である。地域の社会資源に詳しく、医療機関と地域の関係機関との連携を調整する人材の確保が必要となる。英国における前述のリンクワーカーに該当する人材である。そのような人材を保有する国内の既存の組織としては、まずは医療機関のMSWである。その職務は「医療ソーシャルワーカー業務指針」に規定され、①患者の療養中の心理的・社会的問題の解決・調整の援助 ②退院援助 ③社会復帰援助 ④受診・受療援助 ⑤経済的問題の解決 ⑥地域活動であり⁴⁹⁾、これらの活動は、社会的処方の受け皿となり地域資源へとつなぐリンクワーカーの役割と共通している。しかし現状では、MSWには制度と業務上の課題が存在する。MSWは法的に定められた資格ではなく、必ずしも社会福祉士の資格を有さずともMSWとして勤務できる。現に、社会福祉士や精神保健福祉士を持つことを採用条件とする医療機関が多いが、医療機関によっては、看護師や事務職からMSWとして勤務するケースも少なくない⁴⁹⁾。つまり、医療と保健福祉部門との連携を担う専門家であるべきMSWの質の担保がなされていない課題が存在する。その上、MSWとして勤務するための研修なども十分には普及していない。また、小規模病院や診療所など、MSWが配置されていない施設も存在する⁷⁾。業務上の課題としては、MSWの主な役割として退院援助が求められてお

り、人的配置が十分でなく業務量の課題があることなどから、その業務の多くは入院患者の退院支援にとどまっていることが挙げられる⁴⁷⁾⁴⁸⁾。さらに診療報酬上は、入院患者の退院援助にMSWが関与した場合にのみ「退院支援加算」を算定できるしくみであり⁴⁷⁾、外来患者に対するソーシャルワークには診療報酬上の規定がない。以上のことから、MSWの質の担保のための対応が求められる。現行の「医療ソーシャルワーカー業務指針」の改定や、専門者教育の場におけるコアカリキュラムの設置、実務者向けの研修プログラムの開発、などの対応が考えられる。国家資格である社会福祉士と精神保健福祉士をMSWの採用条件とする医療機関は多いが、義務ではない。MSW自体の質の担保のためには資格要件についても更なる検討が必要かもしれない。

また、MSWに限らず、患者のケアに係る人材全般に対する、SDHに関する教育も必要であろう。医師に関しては、2016年に医学部の卒前教育に関するコアカリキュラムにはSDHに関する事項が追加された⁴⁹⁾。卒前の医学教育の現場において、患者のSDHを理解し、診療に反映させるための具体的な教育の推進が期待される。患者の包括的な評価が求められる総合診療専門医には、患者の社会背景の評価もその専門性に含まれている。その養成課程においては社会的処方に必要なスキルの習得が標準化されることが期待される⁵⁰⁾。

MSWの介入が見込めない医療機関からの社会的処方の受け皿として医療機関と地域の関係機関との連携を調整する部門としては、地域包括支援センターや社会福祉協議会などがある。地域包括支援センターは保健師・看護師・社会福祉士・介護支援専門員が所属しており、医療機関や介護事業者との連携の推進者として機能している⁹⁾。全国社会福祉協議会は「社協・生活支援活動強化方

針」⁶¹⁾を公表し、経済的困窮や社会的孤立などの福祉課題・生活課題の解決に向けて、就労支援や権利擁護のための活動を強化するためにさまざまな専門機関やNPOとの連携を請け負っている。さらに、近年の新たな動きである生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）も重要な役割を担うことができると考えられる⁶²⁾。生活支援コーディネーターは、日常生活ニーズ調査や地域ケア会議等により、地域のニーズと資源の状況の見える化と問題提起・地縁組織等の多様な主体への協力依頼などの働きかけ・関係者のネットワーク化・目指す地域の姿や方針の共有と意識の統一・生活支援の担い手の養成やサービスの開発（担い手を養成し、組織化し、担い手を支援活動につなげる機能）・ニーズとサービスのマッチングといった取り組みを総合的に支援・推進する役割が期待されている。今後日本で社会的処方活動が普及を見た場合に、これらの人的資源を実際にどのように活用するか、また、全国的な普及に向けてどれだけの人材を追加で育成する必要があるか等について今後検討していく必要がある。

現行の診療報酬制度上の課題として、入院外の診療報酬が出来高払いのため外来患者数が増加するほどに医療機関の収益が上がるという構造がある。個人や地域に対する予防活動に対するインセンティブはほぼ設置されていない。つまり、疾病の予防的な活動につながる貧困や孤立といった疾病の社会的リスクへの対応することで外来受診が減少すると医療機関の収益が損なわれる逆インセンティブ構造となっている点である。他方、新たに提唱された医療保険の広域連合に対する「後期高齢者医療における保険者インセンティブ」など、予防・健康づくり・医療費適正化の事業などを点数化し、その合計点に応じて保険者にインセンティブ交付金が決定・提供されるといった動きもあり、今後の展開に注視していきたい⁶³⁾。例えば、医療

機関における患者の社会的課題の診断やSDHに関する問診やその診療録への記載・ケア提供機関への紹介（処方）、社会的処方を受けた患者の疾病管理への効果の客観的評価などに対して加算するような対応が可能であろう。米国では、医療機関が患者のSDHをスクリーニングしカルテへ記載し、そのSDHへの対応策を講じている場合やそのデータを分析している場合に、外部機関の認定を受け追加報酬が支払われるしくみが運用されていることは参考となる⁶⁴⁾⁶⁵⁾。患者のSDHへの対応には、地域の保健師や社会福祉士とMSWをはじめとする医療従事者を交えた連携会議の定期的な実施なども必要であろう。現在、全国的な普及が進められている、地域包括支援センターを主体とした「地域ケア会議」は、多面的な困難を抱えた住民や患者の事例をもとに、公的機関や介護・福祉関連の事業所の担当者が一堂に会して学び合い、ネットワーキングする場として重要である⁶⁶⁾。

また、外来受診や入院の際に効率よく、孤立や貧困などに関する社会的課題を正確に把握するためのスクリーニングツールの開発も求められよう。ツールを用いて手続きを標準化することで、限られた診療時間の中で多様な医療スタッフが迅速に患者の社会的課題を把握できる。カナダでは、外来診療の場で患者の経済的困窮をスクリーニングするために、“Do you ever have difficulty making ends meet at the end of the month?”（月末の支払いに困ったことがありますか？）と問診するツールが開発されている。オンタリオ州が定める貧困ライン以下の住民を感度98%、特異度64%でスクリーニングできる⁶⁷⁾。

効果に関する実証も重要である。紹介したように、英国の社会的処方の効果に関するエビデンスもいまだ乏しい。日本においても患者の社会背景の評価と対応がどのような臨床上の効果を生み出

すのかについて、更なる研究がまたれる。

<結論>

医療機関が患者の社会的課題を診断し、福祉的なケアや地域での社会関係構築などの社会資源を提供する機関へ患者をつなぐ支援をする活動が一定の広がりを見せ、その効果評価結果に関する論文が。複数の国から出版されている。限定的ではあるが、患者の健康アウトカムの改善や医療費の削減などの効果に関する報告もある。日本でも類似の取り組みやその実践に関連する諸制度は存在するが、活動には大きなばらつきがある。運用プロセスを標準化すること、各組織の役割と責任を明確にすること、実践へのインセンティブ等の活用を検討することなどが、普及に必要なことと考えられた。また、地域社会においては、医師やMSW、その他機関との有機的な連携、関係者に対する教育や研修の普及、MSWのスキルの標準化、社会背景診断ツールの開発、社会資源を利用したケアの活動の効果評価などが求められよう。

注

- 1) Wylie A. 順天堂大学にて講演。2018年2月。

参考文献

- 1) World Health Organization. Social determinants of health: The solid facts. 2nd ed. 2003. [cited 20 September 2018]. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf
- 2) CSDH. 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 [cited 20 September 2018].
- 3) 厚生労働省. 地域における保健師の保健活動について. 東京: 厚生労働省. [cited 23 September

2018]. Available from:

http://www.nacphn.jp/topics/pdf/2013_shishin.pdf

- 4) 日本ソーシャルワーク協会. 国際ソーシャルワーカー連盟 (IFSW) のソーシャルワークの定義. [cited 23 September 2018]. Available from: http://www.jasw.jp/kokusaiinfo/IFSW_SWTEIGI.pdf
- 5) 内山博之. ソーシャルワークと保健師活動との関係に関する一考察. 日本社会事業大学研究紀要. 2014; 60: 191-203
- 6) Thomas S. Doctors for health equity. London: UCL Institute of health equity, Oct 2016. [cited 20 September 2018]. Available from: <http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/doctors-for-health-equity-world-medical-association-report>
- 7) 公益社団法人 日本医療社会福祉協会. 在宅療養支援病院へのSW配置病院数および配置率調査. [cited 23 September 2018]. Available from: https://www.jaswhs.or.jp/upload/Img_PDF/145_Img_PDF.pdf?id=0924020730
- 8) 厚生労働省. 地域ケア会議について. [cited 2nd October 2018]. Available from: https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link3-1.pdf
- 9) 厚生労働省. 地域包括支援センターの手引き. 地域包括支援センターについて (概要). 東京: 厚生労働省. [cited 20 September 2018]. Available from: <http://www.mhlw.go.jp/topics/2007/03/dl/tp0313-1a-01.pdf>
- 10) Department of Health. White paper. Our health, our care, our say: a new direction for community services Crown Copyright; January 2006. [cited 20 September 2018]. Available from: <https://www.gov.uk/government/publications/our-health-our-care-our-say-a-new-direction-for-community-services>
- 11) Mackenzie G, Barnacle J. Social prescribing steps towards implementing self-care - a focus on social prescribing. London: Healthy London Partnership, January 2017. [cited 20 September 2018]. Available from: <https://www.healthylondon.org/sites/default/files/>

- Social%20prescribing%20-%20Steps%20towards%20implementing%20self-care%20-%20January%202017.pdf
- 12) Dixon M, Polley M. Report of the annual social prescribing network conference. London: Social Prescribing Network; 9 Mar 2016. [cited 20 September 2018]. Available from: <https://www.westminster.ac.uk/file/57446/download>
- 13) Horne M, Khan H, Corrigan P. Health for people, by people and with people. Part of the Nesta People Powered Health series. [cited 20 September 2018]. Available from: <https://www.innovationunit.org/wp-content/uploads/2017/04/7-PPH-system-change-paper.pdf>
- 14) Langford K, Baeck P, Hampson M. More than Medicine: New services for people powered health. Part of the Nesta People Powered Health series. [cited 20 September 2018]. Available from: https://media.nesta.org.uk/documents/more_than_medicine.pdf
- 15) Dyson B. Improving general practice: a call to action. Phase one report. NHS England. [cited 20 September 2018]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/03/emerging-findings-rep.pdf>
- 16) NHS England, Public Health England, Health Education England, Monitor, Care Quality Commission, NHS Trust Development Authority. Five Year Forward View. [cited 20 September 2018]. Available from: <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/10/5yfv-web.pdf>
- 17) Wilson P. Evidence to inform the commissioning of social prescribing. The Centre for Reviews and Dissemination, The University of York. [cited 20 September 2018]. Available from: https://www.york.ac.uk/media/crd/Ev%20briefing_social_prescribing.pdf
- 18) NHS England. Social prescribing. [cited 20 September 2018]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/personalised-health-and-care/social-prescribing/>
- 19) NHS England. Sustainability and transformation partnerships (STPs). [cited 20 September 2018]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/stps/>
- 20) Bickerdike L, 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
- 21) Dayson C, Damm C. The Rotherham Social Prescribing Service for People with Long-term Conditions: Evaluation Update. May 2017. [cited 20 September 2018]. Available from: <https://www4.shu.ac.uk/research/cresr/sites/shu.ac.uk/files/rotherham-social-prescribing-evaluation-update.pdf>
- 22) Maughan DL, et al. Primary-care-based social prescribing for mental health: an analysis of financial and environmental sustainability. *Prim Health Care Res Dev*. 2016 Mar; 17(2): 114-21. doi: 10.1017/S1463423615000328.
- 23) Loftus, AM., McCauley F., and McCarron MO. "Impact of social prescribing on general practice workload and polypharmacy." *Public health* 148 (2017): 96-101.
- 24) Popay J, et al. Social problems, primary care and pathways to help and support: addressing health inequalities at the individual level. Part II: lay perspectives. *J Epidemiol Community Health*. 2017 Nov;61(11):972-7
- 25) Popay J, et al. Social problems, primary care and pathways to help and support: addressing health inequalities at the individual level. Part I: the GP perspective. *J Epidemiol Community Health*. 2017 Nov;61(11):966-71
- 26) Davies CR, et al. The art of being healthy: a qualitative study to develop a thematic framework for understanding the relationship between health and the arts. *BMJ Open*. 2014 Apr 25; 4(4): e004790, doi: 10.1136/bmjopen-2014-004790
- 27) Bastiampillai T, et al. The IAPT@Flinders service: adapting the improving access to psychological therapies model to the emergency department setting in Australia. *Australas Psychiatry*. 2014 Jun; 22(3): 277-280.
- 28) Bloch G. Poverty: A clinical tool for primary care

- in Ontario. 2013. [cited 20 September 2018]. Available from:
[http://ocfp.on.ca/docs/default-source/poverty-tool/poverty-a-clinical-tool-2013-\(with-references\).pdf?sfvrsn=0](http://ocfp.on.ca/docs/default-source/poverty-tool/poverty-a-clinical-tool-2013-(with-references).pdf?sfvrsn=0)
- 29) Daniel H, et al. Addressing Social Determinants to Improve Patient Care and Promote Health Equity: An American College of Physicians Position Paper. *Ann Intern Med.* 2018; 168(8): 577-578. doi: 10. 7326/M17-2441
- 30) Alderwick HA, et al. Social Prescribing in the U.S. and England: Emerging Interventions to Address Patients' Social Needs. *Am J Prev Med.* 2018 May; 54(5): 715-718. doi: 10. 1016/ j.amepre. 2018. 01. 039. Epub 2018 Mar 15.
- 31) Jensen A, et al. Arts on prescription in Scandinavia: a review of current practice and future possibilities. *Perspect Public Health.* doi: 10. 1177/1757913916676853
- 32) Wahlbeck K, et al. Interventions to mitigate the effects of poverty and inequality on mental health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2017 May; 52(5): 505-514. doi: 10. 1007/s00127-017-1370-4.
- 33) 熊川寿郎, 他. 地域社会処方箋の可能性. *保健医療科学.* 2016; 65(2), 136-144
- 34) 鈴木清志. コミュニティと連携した英国と日本の統合医療モデル. *日本統合医療学会誌* 2016; 9(1): 8-18.
- 35) 福庭勲. HPH の選択と実践. *民医連医療.* 2015; 512: 25-29
- 36) 福庭勲. 貧困の評価の試みと支援・介入. *民医連医療.* 2017; 541: 16-17
- 37) 山中修. 無縁社会への処方箋孤独死防止への先駆的取り組み. *病院.* 2011; 70(1): 50-53
- 38) The college of family physicians of Canada. *Best Advice Guide: Social Determinants Of Health.* Ontario: The college of family physicians of Canada; Mar 2015. [cited 20 September 2018]. Available from:
<http://patientsmedicalhome.ca/resources/best-advice-guide-social-determinants-health/>
- 39) 日本 HPH ネットワーク. 「医師のためのベストアドバイス」カナダ家庭医協会版 日本 HPH ネットワーク訳. [cited 20 September 2018]. Available from:
<https://www.hphnet.jp/whats-new/1807/>
- 40) Cylus J, Richardson E, Findley L, Longley M, O'Neill C, Steel D. United Kingdom: Health system review. *Health Systems in Transition,* 2015; 17(5): 1-125.
- 41) RCGP calls on government to facilitate 'social prescribing' for all practices. [cited 20 September 2018]. Available from:
<http://www.rcgp.org.uk/about-us/news/2018/may/rcgp-calls-on-government-to-facilitate-social-prescribing-for-all-practices.aspx>
- 42) 厚生労働省. 地域包括ケアシステム. 東京: 厚生労働省. [cited 20 September 2018]. Available from:
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_kouresha/chiiki-houkatsu/
- 43) 厚生労働省. 「地域共生社会」の実現に向けて. 東京: 厚生労働省. [cited 20 September 2018]. Available from:
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000184346.html>
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000189728.pdf>
- 44) 厚生労働省. 生活困窮者自立支援制度. 東京: 厚生労働省. [cited 20 September 2018]. Available from:
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000059425.html>
- 45) 厚生労働省. 医療ソーシャルワーカー業務指針. 東京: 厚生労働省. [cited 23 September 2018]. Available from:
http://www.jaswhs.or.jp/upload/Img_PDF/183_Img_PDF.pdf?id
- 46) 野田秀孝, 山本奈々. 医療ソーシャルワーカーの現状と課題: 富山大学附属病院の業務分析から. *とやま発達福祉学年報* 2011; 2: 37-44.
- 47) 全国医療ソーシャルワーカー協会会長会. 2016年度退院支援動向調査報告書. [cited 23 September 2018]. Available from:
https://www.jaswhs.or.jp/upload/KT_Osirase/89_Osirase_PDF.pdf
- 48) 田中千枝子. 「保健医療領域における「連携」の

- 基本的概念と課題」, ソーシャルワーク研究, 2016; 167: 5-16.
- 49) 文部科学省, 医学教育モデル・コア・カリキュラム (平成 28 年度改訂版), 東京: 文部科学省; Mar 2017. [cited 20 September 2018]. Available from: http://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afieldfile/2017/06/28/1383961_01.pdf
- 50) 日本専門医機構, 「総合診療専門研修プログラム整備基準」, 東京: 日本専門医機構; 7 Jun 2017 東京: 厚生労働省. [cited 20 September 2018]. Available from: <http://www.japan-senmon-i.jp/program/doc/comprehensive170707rev2.pdf>
- 51) 社会福祉法人 全国社会福祉協議会 地域福祉推進委員会, 「社協・生活支援活動強化方針」地域における深刻な生活課題の解決や孤立防止に向けた行動宣言と第 2 次アクションプラン, 東京: 全国社会福祉協議会. [cited 20 September 2018]. Available from: http://www.shakyo.or.jp/news/houshin_20170703.pdf
- 52) 厚生労働省, 生活支援コーディネーター (地域支え合い推進員) と協議体に期待される機能と役割, 東京: 厚生労働省. [cited 20 September 2018]. Available from: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahUKEwjGwZPn-MndAhUCO3AKHWfjDvQQFjABegQIBxAC&url=https%3A%2F%2Fwww.mhlw.go.jp%2Ffile%2F06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku%2F0000084708.docx&usg=AOvVaw3IigEcdsFT4uMZRE5_xra6
- 53) 厚生労働省, 保険者インセンティブについて, 東京: 厚生労働省. [cited 20 September 2018]. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu-Shakaihoshoutantou/0000163331.pdf>
- 54) 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.
- 55) Achieving Health Equity via the Affordable Care Act: Promises, Provisions, and Making Reform a Reality for Diverse Patients: Workshop Summary. Washington (DC): National Academies Press (US); 2015 Dec 31.

著者連絡先

東京大学大学院医学系研究科 健康教育・社会学分野
近藤 尚己
〒113-0033 東京都文京区本郷 7-3-1
東京大学医学部 3 号館 3 階
TEL : 03-5841-3513
E-mail address: nkondo@m.u-tokyo.ac.jp