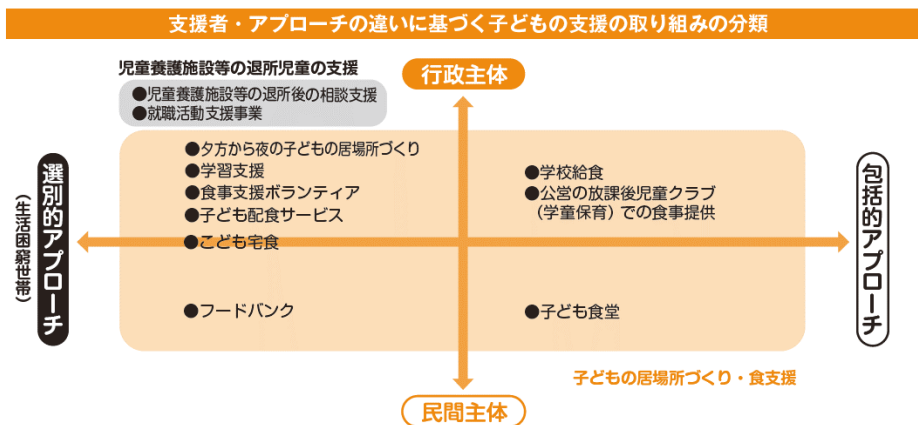


1. 制度的な対策の今後の方向性について

この度、孤独孤立対策推進法の施行に向けて、各省庁や各機関における関連事業の洗い出し作業が行われた。孤独孤立対策の推進に向けた第一歩として大きく評価すべきである。この作業を受けて、さらなる課題を明らかにしたうえで、次に何をすべきかを述べる。

提案① 各施策の分類と効果ロジックの検討

各機関の活動リストとしては膨大であり、一見素晴らしい広がりを見せているように感じるが、個々の活動の質や量は未評価であり、また、実際にどの程度孤独孤立対策に資するものとなっているのかわからない。そのため、孤独孤立対策として十分なものになっているか（介入カバレッジ・効果カバレッジは十分か）、孤独孤立対策の方向性と合っているのか（論理的整合性があるか）、“副作用”はないか（孤独孤立対策の重要ポイントである制度に縛られない自由な地域活動の妨げとなっていないか等）を評価できない。そのため、現状では施策の優先順位付けや改善などのマネジメントが困難となり、効果の小さい施策や悪影響のある施策の漫然とした継続が起りかねない¹。そこで、施策を整理する枠組みを作成し、それにあてはめる形で各施策をマッピングする、といった作業を進めてはどうか（下図参考）。



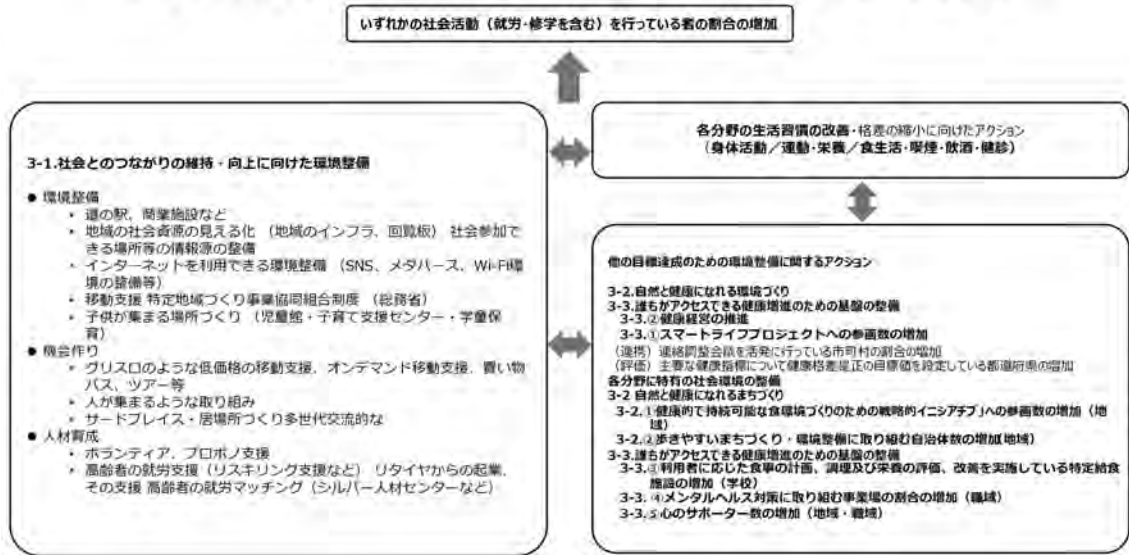
支援法の分類例。出典：「生活困窮世帯の子どもに対する支援ってどんな方法があるの？国内外の取り組みとその効果に関するレビューおよび調査 p.33」

ダウンロード：<https://www.jages.net/project/jititajointresearch/konkyu/>

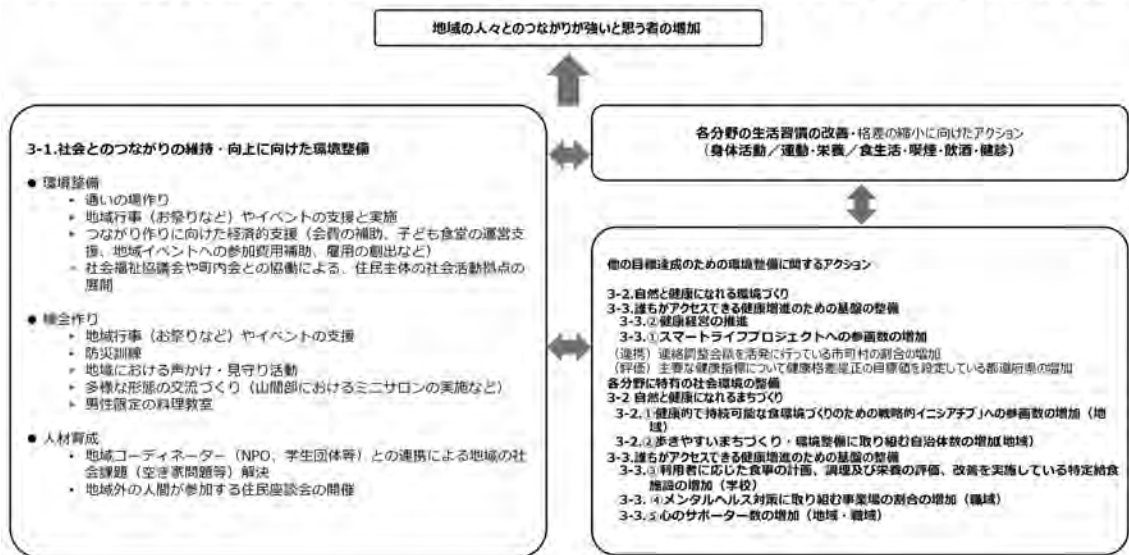
¹ 例えば、特定の集団（子ども・生活困窮者など）を対象とした施策が多くリストアップされたが、こういった選別アプローチはそれらの対象とならない「目立たない」人々をさらに辺縁化し、制度のスキマに落とし込むリスクをはらんでいる。現在把握されづらく、対象となっていない人々も包括できる包括的な取り組みが十分広がる計画となっているかを確認する必要がある。

また、各施策が孤独孤立対策にどのように資するかについて、ロジックモデルを構築し、そのロジックに各施策を当てはめる、といった作業を行ってはどうか（下図参考）。

「社会活動を行っている者の増加」アクションプランのロジックモデル



「地域の人々とのつながりが強いと思う者の増加」アクションプランのロジックモデル



健康日本2 1（第三次）の孤独孤立関連目標達成に向けた取り組みのロジックモデル（出典：厚生労働省「次期健康づくり運動プラン作成と推進に向けた研究班（代表：辻一郎）」における社会環境整備目標のロジックモデル構築担当の研究分担者（近藤尚己）提出資料

提案② 孤独孤立対策に向けた政策マネジメント研究体制の構築

孤独孤立に関する研究については、同重点計画の一部として実態把握のためのタスクフォースが立ち上がっており、また JST-RISTEX での孤独孤立予防に関するプロジェクトの推進など、効果的な取り組みモデル構築に関する研究が進んでいる。一方、重点計画の推進に直結する政策研究課題として、政策のマネジメントと評価が残されている。タスクフォースの課題に、政策のマネジメントのための研究を盛り込んでどうか。

例えば、前述のような各施策の整理枠組みの構築である。枠組みに盛り込むべき要素の候補としては、既存の取組か、新規か、既存制度の変更か／アプローチは選別的（特定の集団に特化したもの）か、包括的（特化しないもの）か／介入のターゲットは何か（孤独孤立の要因となる環境や制度の改善・孤独孤立の予防・孤独孤立の早期発見と対応・孤独孤立の状態にある者への支援・支援者の支援、等）／予算規模／事業期間／事業主体の種類（民間・市民・行政）などが考えられる。これらについて学際的なワーキンググループによる検討が必要である。厚生労働科学研究や AMED 等の研究機関への委託といった方法が考えられる。

提案③ 既存の政策の改善に向けた政策分析

前述のように膨大な関連施策がリストアップされたが、新たな事業を膨大に開始すれば、コストや必要なマンパワーが膨張し、持続不可能となることが懸念される。まずは既存の政策や施策を、孤独孤立および関連する社会的課題解決の観点でアセスメントし、必要な改善案や、推進すべき施策の優先順位付けを行ってどうか。例えば、「つながり実態調査」では病気や怪我の経験者の孤独感が強いことが分かり、医療機関の関与の重要性が示唆されたが、前回示した下表のように、医療保険の診療報酬制度の中には孤独孤立対策に資するもの、その視点を入れるべきと思われるが現状含まれていないものが混在する。

健康の社会的決定要因（SDH）を踏まえた医療や介護の活動を進めるための施策検討の余地はどこか

制度名	SDH要素有無	含まれるSDH要素	改善提案
入退院支援加算	○	経済困窮、住環境、虐待、ヤングケアラー	施設要件の連携先に福祉分野も含める 多職種カンファレンス内容の充実
総合機能評価加算	△	なし	スクリーニングするSDH要素の明確化・必須化 算定要件である医療者研修の簡易化
退院前訪問指導料	△	なし	SDH要素を加算要件へ明記
退院時共同指導料	△	なし	SDH要素を加算要件へ明記
退院後訪問指導料	△	なし	SDH要素を加算要件へ明記
介護支援等連携指導料	△	患者の心身の状態	SDH要素を加算要件へ明記
特定疾患療養管理料	×	なし	SDH要素を加算要件へ明記
こころの連携指導料	○	社会的孤立、経済困窮、住環境	スクリーニング項目内でのSDH要素の明確化・必須化 算定要件である医療者研修の簡易化・普及

厚生科研循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「循環器病に係る急性期からの回復期・慢性期へのシームレスな医療提供体制の構築のための研究代表・宮本恵宏」2022年度分担当研究報告書（近藤尚己分）より

表：既存の政策のアセスメントと見直し提案例：診療報酬制度の検討

提案④ 施策の評価について

国全体の孤独孤立対策のアウトカム評価としては、孤独孤立に関する年次調査をもとにした孤独孤立の状態にある者の割合や、その社会経済状況等による格差、各都道府県単位等でその地域格差をモニタリングしていくことが考えられる。関連する調査項目を含んでいる国民生活基礎調査や社会生活基本調査なども活用可能である。

プロセス指標については、前述したような政策研究により重点計画に基づき構築したロジックモデルに基づき、重要なプロセス部分のデータをモニタリングする作業が必要と思われる。例えば、関連団体同士の連携状況に関する指標、孤独孤立対策のための拠点機関の設置状況や活動状況などの指標が考えられる。

評価は健康日本21や生育基本法など関連施策の表かとも連動させることで、効率的に行うべきである。

提案③の補足：孤独孤立対策の観点による医療・介護制度の見直しについての具体案

病気や怪我の経験者の孤独感が高いことが「人々のつながりに関する基礎調査」で明らかとなった。世界保健機関は健康を「単に疾病や障害がないことを意味するのではなく、身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態のこと」と定義している。公衆衛生や保健医療の観点では、孤独孤立はこの健康の要素の一つである「社会的に良好な状態」に反する状態ととらえられる。しかし保健医療に関する施策の多くは、主に身体的、精神的な健康の維持増進を目指して整備されてきており、「社会的に良好な状態」を維持するための仕組みを十分に盛り込めていない。

例1) 診療報酬制度：患者の孤独孤立の状態の把握や対応が明記されたものは調べる限り2つにとどまり、その二つも2022年に新設されたものである(上記の表参照)。

例2) 介護保険制度：その利用申請の際には主に身体機能と精神・認知機能の障害の程度を評価し、そのレベルに応じて要介護認定度が決定されるが、社会的な機能(人と交流するための機能)の評価はほとんどされていない²。

一方、これまで繰り返し述べてきたように、医療や介護の現場は、孤独孤立を抱え、社会との接点が少ない人々と「出会う」貴重な場である。しかし現状では、診療や介護の現場で孤独孤立を含めた社会的状況の評価がほとんどなされていないため、多くの人々への孤独

² 申請者が記入する認定調査票74項目中、関連するのは2項目(外出頻度・地域の集まり参加)のみ。主治医が記入する主治医意見書では、「身体上又は精神上の障害(生活機能低下)の原因である疾病又は負傷の状況等」の評価に基づく意見が求められており、生活機能に関する注釈として「生活機能とは、①体・精神の働き、体の部分である「心身機能」、②ADL(日常生活行為)・外出・家事・職業に関する生活行為全般である「活動」、③家庭や社会での役割を果たすことである「参加」、のすべてを含む包括概念。生活機能には健康状態(病気・怪我・ストレスなど)、環境因子(物的環境・人的環境・制度的環境)、個人因子(年齢・性別など)などが様々に影響する。」と、社会的能力への言及が一部ある。

孤立ケアやそれらの予防の機会が見逃されている。また、そのような実態がどの程度あるのかもわかっていない。

反対に、現在の医療や介護制度を、孤独孤立対策、あるいは「社会的健康」という観点で再評価して改善していくことで、多くの人々の孤独孤立へ対応できる可能性がある。以上より、下記のような既存制度の見直しを提案する。

1. 医療制度の見直しに向けて

1. 1. 関連する医療制度の見直し作業の推進。例えば、診療報酬制度の内、孤独孤立やその他の社会的課題の把握と対応を可能にする制度はあるか、それらの効果は十分か、孤独孤立対策に役立たせるためにはどのような改定が安全かつ効果的かを検討する。
1. 2. 実態把握や取組の効果評価のための研究の推進：医療機関の利用者のうち、孤独孤立の問題を抱える人の割合の全国調査を行う（厚労科研・AMED 研究費・統計法に基づく各種調査等を活用）。また、「保険者とかかりつけ医等の協働による加入者の予防健康づくり事業」等で構築された社会的処方¹の活動モデルをもとに、その効果評価を学術的に実施する。

2. 介護制度の見直しに向けて

2. 1. 要介護認定の評価の際に、身体機能と認知機能に加え、社会的機能の評価を取り入れることの検討を始める。すなわち、孤独や孤立に関連するリスク（社会的活動が不十分、閉じこもり状態にあるなど）を要支援の評価基準に、より具体的に入れ込む、といったことが考えられる。その効果や注意点等についての検討を始めてはどうか。
2. 2. 介護事業者によるサービスに、孤独孤立対策あるいは社会参加推進に資するものを加え、強化することを検討する。現在、一般介護予防事業として、多くの市町村で通いの場づくりや見守り支援など、孤独孤立対策にもなり得る施策が展開されているが、その対象は要介護認定のない人や要支援1、2レベルの人に限定されている。これについては引き続きスケールアップを図りつつ、要介護1から5のレベルの人々への対応も考えるべきである。

3. 関連学会への協力の呼びかけをする。障害や慢性疾患は、孤独孤立のリスクとなることが数多く示されている。対策については、慢性疾患患者へのスティグマ付けの予防や、医療のかかわりが重要であるため、多くの学術機関にもその検討やガイドラインの策定を進めていただきたい。例えば、日本糖尿病学会と日本糖尿病協会が「糖尿病」の名称変更の提案をしたり、日本プライマリケア連合学会が健康格差への対応についての学会声明と行動指針 (<https://www.primary-care.or.jp/sdh/9>) を発するなどの動きがみられている。こうい

った学術団体のコミットメントを広げるべく各種機関に呼び掛けてはどうか。

以上。