

・つながりを生むための分野横断的な連携促進（医療分野等との連携の在り方）について

構成員 原田正樹

孤独・孤立対策として、地域の「かかりつけ医」と社会資源が連携すること、それによって本人と地域の人たちがつながる機会を創出することはとても重要な取り組みであると思います。その人が社会的孤立の状態にあっても、病気治療や健康不安といった場面で医療者から社会資源や地域の人たちとつながる情報提供や、参加を後押ししてもらえることは有効であると考えます。ただしそのための「仕組み」をどうしていくかについては、慎重に検討する必要があります。

「社会的処方」に対する地域福祉関係者の懸念として

・居場所への参加やそこでのプログラムが、医療者の管理下に置かれてしまうのではないかという危惧。そこには「処方」という用語への抵抗感もあります。個人的には「処方される」というよりも、「参加促進」という意図が伝わるとよいと考えています。ただし「参加」だけの施策にすると、参加しない本人が悪いという自己責任論が強化される懸念もありますので、施策の理念をしっかりと据えることが不可欠です。

・また実際問題として、「かかりつけ医」が地域の社会資源を全て把握できるわけではなく、ワンストップの連携先（リンクワーカーが所在するところ）が必要になると思われますが、それは「誰」を指すのか。医療ソーシャルワーカー、生活支援コーディネーター、コミュニティソーシャルワーカー、ボランティアコーディネーターといった専門職なのか、地域活動者といった非専門職まで含むのかも論点だと思います。既存の諸制度との連携の仕組みです。屋上屋の仕組みにならないような設計が不可欠です。

同様に連携する「組織」として地域包括支援センター、社会福祉協議会、ボランティア・市民活動センター、公民館(社会教育施設)など、どこまで想定するのか。対象となる社会資源の範囲と連携にあたっての権限、報酬、経費等はどうなっていくかも課題です。

・インフォーマルな活動にまで拡大することで、地域への責任の転嫁(支援の責任主体の曖昧化)が生じるのではないか。逆に本当に丁寧な支援をしていくためには、関係者による諸会議が増大するのではないか。イギリスでも社会的処方が医療費削減のための“安上がりの代替策”として使われる懸念が指摘されていますが、ネットワークを越えて、システムにしていく際の検討が必要です。

・その際に、「地域ごとに創意工夫して」という決まり文句がありますが、その結果、地域間格差が広がっていることも今日的な政策課題です。社会的処方だけの問題ではありませんが、地域によって創意工夫できる自由度と、一方で全ての自治体等で実施できる制度でない、過疎地域では益々厳しくなります。

ただし医療、介護、福祉、社会教育などが包括的に連携をして支援体制を構築していくという方向性は極めて重要ですから、そうした包括的な支援体制の構築とあわせて「社会的処方」の議論を進めていくことが重要ではないかと思います。

以上