

イギリス-9-1
応接録：Dr. Bogdan

2023 年 5 月 30 日

Dr. Bogdan

<要約>

- 医師の診察を受ける 5 人に 1 人は、pure social reasons（純粋に社会的理由）を理由に受診している。
- Social prescriber は、医師からの依頼を受けて患者の住居、雇用、孤独等の社会的問題について患者から話を聞き、必要とされるサービスに繋ぐ役割をする。
- 医師が多忙のあまり患者の社会的問題と向き合うことができず本質的な解決につながらないという課題に対して、患者の社会的問題に対処することを医師の業務から切り離し、他の職種がこれを担うものとされた。
- イングランドにおいては、social prescribing の予算は、NHS 予算の一部として ICS を介して措置される。
- イギリスで social prescribing が考え出された背景としては、患者の社会的問題が診療の現場に持ち込まれるために医師が臨床的な職務を行うための十分な時間が確保できないという問題がある。





National
Academy
for Social
Prescribing

Contents

- Social Prescribing: Purpose and Need
- UK SP Model: Workforce, Policy and Delivery
- Clinician buy in for Social Prescribing
- Global developments in Social Prescribing



(ボグダン) 今日はいくつかのことについてお話しするが、主として、なぜ社会的処方が必要なのか、その理由についてお話したい。そして、そこからイングランドにおけるポリシー・モデル、つまり社会的処方がどのように予算措置されているか、さらには社会的処方が臨床の中にどのように統合されているのか、さらにはグローバルな意義についても触れたい。



まず、我々の課題から説明する。これから取り上げようとしているものは、日本でも同様だと思うが、イングランドだけではなく、世界のあちこちで問題となっているものだ。当然ながら、問題の1つは人口過剰、慢性疾患の増加である。このスライドは、イングランドにおける重要な統計結果であり、私の立場から言うとショッキングなものだ。5人に1人の受

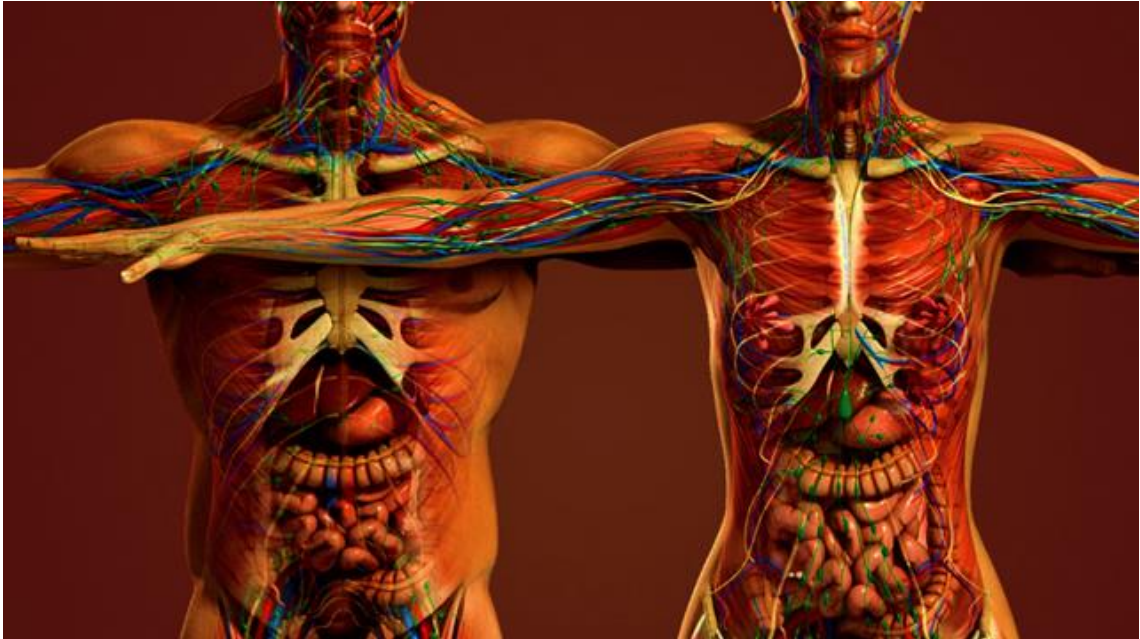
診 (doctor appointments)、つまり私のところにくる患者の 20%は、完全に社会的な理由による。これには精神疾患は含まれていない。さらに悪いことに、時に医師の側がむしろ害悪を引き起こしてもいる。イングランドにおいては、25%の救急外来受診が、そもそも処方されるべきではない薬の副作用によるものだ。是非お読みいただきたい資料として、イングランドの医薬品局長 (chief pharmaceutical officer) の報告がある。その中で、イングランドで処方された医薬品の 15%から 20%が不必要なものであるばかりか、有害なものだ、と述べられている¹。そのため、過剰処方はいングランドでは大きな問題だ。

また、高齢化の話題から一旦離れて精神疾患について言えば、3分の1のイングランドの十代の女性に自傷行為の既往があることが分かっている。そのため、精神疾患もまた、他の社会的問題を超えて、大きな問題となっている。



これは実際に私が自分で経験した救急外来での小児の症例だ。7歳の男児で、この写真はもちろん彼自身のものではないが、喘息の発作での受診だった。彼は、何週間ものあいだ何回も喘息の増悪で救急受診していた。そこで、我々は、吸入薬の用量を増やして、上限まで達していた。我々は、何が問題なのか、本当の診断は何なのか、どういうラベルを病名として貼ればいいのかをひたすら自問自答していた。

¹ 2021年9月22日の報告 (https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1019475/good-for-you-good-for-us-good-for-everybody.pdf) では、primary careでの処方される医薬品の少なくとも 10%は不必要なものとしている。



我々が医学部で受けた医学教育の中では、一つひとつの筋肉や動脈や骨について教えられた。しかし、時に我々は問い自体を間違った形でしてしまうことがある。何が問題で、何が診断なのか、病名のラベルは何なのかという風に。しかし、孤独や精神疾患やその他の社会的問題にはまた別のアルゴリズムが必要だ。つまり、我々が通常用いているのは健康の疾病ケアモデル (sick-care model of health) であって、健康そのもののケアモデル (health-care model) ではない。我々のこれまでの仕事は回転ドアのようなもので、患者1人を治して送り出せば、また別の1人が入ってくる。救急外来は修理屋であって、世界中の病院というのはそういう仕事をしている。私や先生方のような医師は、すべき質問をしている時間が十分でない。そのため、時々パズルのピースをなくしてしまうことがある。そこで、この症例の男児を、social prescriber に紹介した。



social prescriber は彼の家で、写真を何枚か撮ってきた。スライドはそのうちの1枚だ。我々は救急外来で、その場しのぎの絆創膏を当てて、火消しのような仕事をしているが、悲しいかな、そもそも彼を病気にさせている場所に彼を送り返していたのだ。しかし、そんなことをしても、より根源的な問題、つまり黴だらけの家という問題が解決されることはなかった。



しばしば、時間が障害となる。医師が本当の問題に到達するための時間が確保できないのだ。そのため、診断にこだわる時間ではなく、患者にとって本当は何が問題であるのかという問題の根本を突き止めるための時間に切り替えなければならない。

(D) 質問したい。今紹介いただいた7歳男児の症例についてのアプローチに賛成だ。その上で、質問するのだが、この症例の原因は家庭訪問をして黴だということが分かったということだった。しかし、先ほどの社会的処方の説明では、孤独や精神疾患の話をされていた。そこにズレを感じる。

(ボグダン) 素晴らしい質問だ。なぜなら、社会的処方の扱う領域の広さを示しているからだ。社会的処方は、確かに精神疾患にも関わるが、その他の地域のコミュニティで生じる社会的、物理的要素にも関連する。興味深いことに、社会的処方に紹介される50%から60%は住宅関連か経済的問題だ。なぜなら、人間の基本的なニーズはそういうものだからだ。社会的処方というのは、「社会的」側面のものだけではない。精神や社会福祉にも関わるものだ。



NHS Long Term Plan (2019)



The NHS Long Term Plan

Chapter 1: A new service model for the 21st century



This chapter therefore sets out **five major, practical, changes** to the NHS service model to bring this about over the next five years:

1. We will **boost 'out-of-hospital' care**, and finally dissolve the historic divide between primary and community health services.
2. The NHS will **redesign and reduce pressure on emergency hospital services**.
3. People will get more control over their own health, and **more personalised care** when they need it.
4. **Digitally-enabled primary and outpatient care** will go mainstream across the NHS.
5. Local NHS organisations will increasingly **focus on population health** and local partnerships with local authority-funded services, through new Integrated Care Systems (ICSs) everywhere.

2019年にNHS イングランドは新しいアプローチを取ることを決定した。これは予防のアプローチで、より個別化したケアを志向していた。つまり、患者一人ひとりにとっての本質的な問題を理解しようとするもので、従来の考え方とは違うものだ。

What Personalised Care means to me



最初に始めたことは、デジタル化によって、人々に彼ら自身の健康を理解させ、自分の健康により責任を持つことを促すということだった。しかし、すぐに気づいたのは、一部の人は自分の健康を自分で管理したり、動機付けされたりすることができないということだった。これは、彼らが健康の社会的決定要因や健康格差に影響されているためだ。

The Comprehensive Model for Personalised Care



3. People will get more control over their own health and more personalised care when they need it

What we will do

- Roll out the **NHS Comprehensive Model for Personalised Care** across England, so that 2.5 million people can have choice and control over support for their mental and physical health.
- Ensure up to 200,000 people benefit from a **personal health budget** by 2023/24, so they can control their own care, improve their life experiences and achieve better value for money.
- Put in place more than 1,000 **Social Prescribing link workers** by the end of 2020/21, rising further by 2023/24, with the aim that more than 900,000 people are connected to wider community services that can help improve health and well-being.

社会的処方という考え方はこの時すでに生まれていた。医療提供体制の中に、新しい人材を付け加えるという考えだ。これは新しい職種であり、看護師、助産師、薬剤師と同列のものだ。その目的は、人々により多くの時間を与えることだ。時間は最も価値のある資源だ。私自身も自分の患者について十分な時間を取れていない。social prescriber、またの名を

link worker ともいうが、彼らは人々に時間を与えるために雇われている。NHS では、医師が 10 分程度の短い診察で問題を推測しがちだ。しかし、link worker が十分な時間をかけることで、それぞれ患者が抱えている本当の問題を見つけ出し、問題の根本を掘り出すことができるようになる。

(D) 質問したい。まず誤解のないようにしたいのだが、私は、健康の社会的決定要因に対するアプローチは大賛成だ。そして、私の質問は、なぜここで link worker という新しい職種が必要なのかということだ。どういうことかということ、おっしゃっていたように、伝統的に看護師や助産師がすでについて、さらにイギリスは social worker 発祥の地でもある。特に地元自治体では素晴らしい social worker の活動の実績がある。医療分野では看護師・保健師、福祉分野では social worker を活用すればいいと思うが、なぜ link worker という新しい職種・役割を作らなければならないのか、それがいくら読んでも理解できない。

(ボグダン) 素晴らしい質問だ。この新しい役割が必要となった根本的な理由を捉えている。イングランドにおける問題は、サービスの種類を問わず、NHS が人々の公的サービスの最初の窓口になってしまっているということだ。誰でも無料なので、必要のないことでもサービスを求めてしまう。ある患者が病気がかなり悪くなってから私がいる救急外来に来る。そんな場合に、いい医者なら医学的問題以外に 10 個の社会的、精神的問題を見つけ出すだろう。つまり、彼らは確かに医学的問題を訴えて救急を受診する。しかし、例えば貧しいコミュニティの出身であれば、そこにはもういたくないと思っていて、そこでのサービスを受けようとしなかったりする。そのため、このような受診を契機に、彼らの問題を初めて把握できるようになったりする。医学的問題に加えて社会的・精神的問題があるが、我々医師はそれらの問題全部に対処する時間がない。そして往々にして我々はさらに多くの薬を処方することになる。本当の問題に対応する時間がないからだ。そうやって患者を家に戻して、患者はまた次の週に別の問題を訴えて救急受診することになる。イングランドでは、医療人材の不足は大きな問題だ。医師不足、看護師不足がある。これは世界中で見られる問題であるところ、我々には業務を選り分けるという新しい解決策が必要だった。そこでは、医師はより医学的なことに集中する。その一方で、social prescriber は、人々を心理的問題、社会的問題について支援し、共にデザイン・創造することになる。

(D) そこで、なぜ新たな職が出てくる必要があるのか。イギリスには看護師にも素晴らしい伝統があるし、保健師も伝統があるし、social worker も伝統がある。日本よりは social worker に関しては伝統がある。そういう既存の職種と一緒に医者がチームを組んで、多職種連携をしていけばいいと思うのだが、なぜ link worker という新しい概念を作る必要があるのか。

(E) 私はこれまでもボグダン先生のお話を聞いたことがあるので、私の方から補いたい。この後の説明で、link worker が具体的にやっていることの説明があると思うが、。

(D) それについては、私はさんざん読んできた。それでもさっぱりわからない。私は社会的アプローチには大賛成だ。私は医療と福祉を両方やっていたから。日本では link worker

が何を指すのかについて具体的に誰も言えない。なぜ、日本以上に social worker の伝統があるイギリスで、social worker を使うとか、あるいは保健師を使うとかをせずに、link worker という人々、これは厳密には職種ではないが、これを作り出さなければならないのか。地域保健の素晴らしい伝統があるのに。それがいくら読んでもどうしてもわからない点だ。私も勉強はずいぶんしている。研究者だから。

(E) おそらく、先生も読まれたと思うが、具体的に link worker がやっている仕事とは、地域のボランティアを回って、どういうボランティアが地域に存在しているのかをまず全部把握して自治体・市町村がやっている補助金事業を把握して、実際に来られた患者に対してこのボランティアを紹介するとかと言ったことをしている。

(D) そういったことは、日本なら地方自治体の福祉事務所とか、あるいは病院とか福祉施設の social worker が、ご存知の通り地域包括ケアでやっている。

(E) 日本にあてはめた時に最も link worker に近い存在は自治体にいる民生委員だとか social worker だ。また、より医療に近いところでいえば、介護のケアマネージャーが近い。

(B) まず、話を聞いてから。

(E) それがいい。

(ボグダン) 完璧なご指摘だ。おっしゃっている点は、社会的処方何たるかについての別の起源についてである。これは、実際に大いに議論があった点だ。社会的処方を新しい役割に対処させていくのか、それとも既存の仕組みの中で処理していくのかということの議論だ。その中で、新しい役割が創設されたのは、この機能が従来の仕組みの中では果たされてこなかったからだ。link worker という新しい仕組みが作られ、その中で link worker が一人ひとりに合わせて意見書を作成することになる。この意見書が5回ないし6回の面談を経て作成されなければ、アートや歌を歌うということや、あるいはお金の問題や住居補助に関するサービスについて患者がしかるべきところに紹介されることはない。link worker は我々のような従来の医療者が提供できなかったことまで提供している。時間も、link worker なら一人の患者に1回1時間と十分に確保できる。時には、こういったサービスに患者をつなげるための説得力ある意見書にするために、何週にも渡って全部で5時間、6時間と費やすこともある。

What is Social Prescribing?



Source: Husk et al. (1)

11 | WHO Toolkit on Social Prescribing

紹介先はかなり多岐に渡る。実際のサービス・活動を担う存在としては多くの要素・部門が考えられ、それはアートの活動から社会補助に属するものまで様々だし、これは社会サービスとも同時に進められていく。このような意見書がなければ、そういうサービスがあることも患者は自分では知ることがなかったかもしれない。そのため、この意見書があることで、医療とコミュニティをつなげることにになる。そして、このスライドが社会的処方何たるかをよく表していると思う。これが社会的処方の仕組みだ。まず、患者が医療機関を受診するが、これはGPである必要はない。2次医療でもいいし、救急外来でもいい。疾患としては、心臓発作でもいいし、COPD（慢性閉塞性肺疾患）でもいいし、何でもいい。その疾患に加えて、孤独や精神疾患の問題、お金や住居の問題が併存しているということがある。イングランドでは患者の診察は10分しかない。その時間の中で、我々医師は問題を2つに分ける。医学的問題と、心理・社会的問題だ。そして、心理・社会的問題に関しては、5分や10分で彼らの話を聞こうとするのではなく、彼らを link worker に紹介する。そうすることで、彼らはその受診とは別に1時間の social prescriber の予約を取ることができる。そして、彼らにとって何が本当の問題なのかということについて、医者が医学的問題に対処することと並行して向き合うことができる。この方法は、医師により多くの診療時間を与えることになるし、患者にとっても時間をかけて自分の状態を理解することができるようになる。さらに、患者の受診も減らすことになる。なぜなら、先ほど説明したように、イングランドでは5人に1人の患者は純粋な社会的問題で受診しているからだ。先生方のような元から素晴らしい医師ならば、これも全部ひとりでやってしまうところだし、昔の医師はそうやっていた。しかし、悲しいかな受診数が増えすぎたために、1人当たりの診察時間は短くなり、同じことはもうできなくなっている。（上記スライドの Link worker の部分を指して）ここでマジックが起こる。link worker、すなわち social prescriber に紹介すれば、患者と時

間を取って、動機付け面接やコーチングの方法を用いて、患者が抱えているすべての問題を書き出してくれる。引きこもり、孤独、高血圧、高コレステロール血症といった具合だ。そして、これらを関連付けて、その個人にとっての問題のつながりを理解しようとする。患者の教育レベルに応じて、link worker は必要と思われる活動をすぐに紹介してもいいし、またはより多くの時間をかけて意見書を作成して信頼を醸成してもいい。このことは、健康格差や健康の社会的決定要因に最も影響を受けているような人々にとってとりわけ重要だ。なぜなら、彼が救急外来で私の診察を受けるのは、医学上の問題しかない。彼らは、基本的にそのような場所に来たがらない。それでいて、彼らは誰にも対処されていない社会的問題を抱えている。社会制度というものをそもそも信用していない。したがって、link worker の仕事は、彼らの信頼の再獲得となる。だからこそ、具体的な活動を紹介する前に1時間から時には6時間もの時間をかけてじっくり話し合う。そのことが重要なのだ。先生方には是非今日の私の話でご理解いただきたいことは、社会的処方というのは単なる割り振り役ではないということだ。単に患者にあそこに行ってあれをやれという存在なのではない。そんなものが機能しないことは分かっている。私が患者に、禁酒、禁煙、運動を口で指示したとしても、そんなものに患者は従わないのと同じことだ。社会的処方、新しい革新だ。link worker が席について、患者の話を聞き、患者自身に合ったプランを共にデザインし共に創造する仕組みだ。皆さんはこの仕事の幅の広さをご想像いただけるだろう。個々人のニーズはみな違う。一部の人は高度の教育を受けていて、助言にも従いやすい。先生方や私は大学を卒業し、幸運にもブルーベリーや運動が身体にいいということを十分に知っている。そのように教育のある患者に対しては、link worker のかわりは比較的軽いものになり、割り振り役という面が強くなる。他方、最貧困地区・コミュニティの患者は、健康格差に最も強い影響を受けている。link worker は、単に活動先を紹介するだけではなく、このような患者と一緒にその活動が行われているところに実際に連れていく。徒歩や車で彼らを直接その活動の場所まで連れていく。少し誤解があるのは、新聞やメディアが「医師がアートや歌を“処方”する」などと表現することだ。医師は、実際には何もしない。すべての“処方”すなわち患者のための活動の選択をやるのは social prescriber だ。

(D) 定義の問題を聞きたい。social prescriber と link worker は同じ意味か。つまり、医師が患者を診て、link worker に処方するのではないのか。その流れで、医者が出方するものだと日本では理解されているのだが、イギリスでは link worker が social prescriber ということになるのか。

(ボグダン) 両者は同じだ。social prescriber に対しては、様々な呼び名が世界中にある。イングランドでは、social prescriber のことを link worker と呼んでいる。インドでは“ASHA worker”²という。カナダでは“community connector”という。スコットランドで

² ASHA worker : ASHA は Accredited Social Health Activist の略だが、“*asha*”はヒンドゥー教語で希望を意味する。Dr. Bogdan が Clinical Lead を務める The National Academy for Social Prescribing の資料 “Social Prescribing Around the World”によれば (<https://socialprescribingacademy.org.uk/media/41bdy5ip>)

も“community connector”という。スコットランドでは“link worker”とは言わない。だからイギリスの中でも呼び名は違う。私が話す時には“social prescriber”ということが多いが、それは皆にとってその方が理解しやすいと思うからだ。

(D) スコットランドでは違う呼び名なんだね。それは知らなかった。

(ボグダン) しかし、イングランドの中だけでも 20 個の違う呼び名があったりする。予算措置上、あるいは公的には、link worker と言っている。しかし、それぞれの地域ごとに現場での呼び名が少しずつ違う。

(A) イングランドにおける link worker というのは、一定の役割を担う人ということだが、それは資格の名前なのか。あるいはその役割を担う人は、いろんな資格の人がいるということか。

(D) 資格ではないだろう。素人さんなんだよ。

(C) 日本の地域連携室じゃないか。

(B) 地域連携室にいる人、ということではないか。

(A) 日本でも、連携室にいたり、地域包括支援センターにいたり、いろんなところにいる人が繋いでいる。

(D) それを言い出すと、僕と同じ論争になるから、ここは聞くしかない。

(B) いやいや、これは要するに NHS の負荷を軽くするために医者が抱えているものを外に出しているというだけだ。

(C) お金はどこから出ているのか。

(B) そうだ。次の質問はそうなる。どこのお金でやっているのかという。(ボグダン医師に向けて) お金の話しよう。

(ボグダン) お金のことだね。

(A) 日本では、医療費削減のためにこの社会的処方を使うのではないか、という意見がある。

(B) いや、まさにそうだ。NHS の負荷を軽くするのだから。

(A) 負荷を軽くというのはそういう意味か。

(B) まさにそうだ。医者が医療に集中できるように数十パーセントは医療の仕事じゃないから外に出すと言っているだけだ。仕事内容としてはそうだが、ここから財政の話になるから、別のところから予算が付けられるはずなのでトータルで見るとどうなるかは見てみないとわからない。

(A) 医療じゃないから医療費からは出ないのではないか。

(B) それはどこが出すかの話だが、結局トータル費用で見る必要がある。

(E) (ボグダン医師に対して) この点について説明してもいいか。

(ボグダン) 頼む。

(E) 後で説明があると思うが、link worker は GP 診療所に雇われている。したがって NHS の予算から出ることになる。

(C) 包括の中なのか外なのか。

(E) 包括というか、NHS イングランドから各 GP 診療所に配分されるお金の中から出ている。

(C) それは定額払いの中から出ているのか。

(ボグダン) NHS イングランド、保健省が医療費を予算措置している。これはイングランドだけだ。スコットランドや他の国 (nations) は別だ。イングランドは 2019 年から国全体で社会的処方に対する予算措置をしているが、これをやっている国は世界中を見ても他にない。スコットランドでも、北アイルランドでもこのような予算措置はない。ウェールズは、ちょうどこの 9 月から予算措置しようしているところだ。

(通訳) イングランドだけが、補助金を出しているということか。

(ボグダン) イングランドでは、医療に掛かるのに窓口払いはない。これは税によって賄われている。保健省が NHS イングランドに予算をおろすことになる。つまり予算は中央で決定されている。そしてこの予算は、2 次医療や primary care のハブである Integrated Care System (ICS) と今我々が呼んでいる組織を介して個々の地域に配分される。このことについては、今回の先生方の視察の中で聞かれることになると思う³。ICS は各地域での GP、コミュニティ・ケア、及び 2 次医療の代表者の集まりだ。これらから委員会が作られ、この委員会が中央から降りてきた予算をどのように使うかを決定する。地域によって問題は違うから、その具体的使途については地域が主体的に決める。

(D) さっきはそれぞれの GP 診療所に link worker の予算が行くと言っていたが。

(B) いや、まだそこまで話が進んでいないだけだ。彼はまだ全体のファンディングの話をしているだけなので。ここでは、social prescriber は誰の指示を受けるか、それから social prescriber に対して報酬は誰が払っているのかをまず押さえないといけない。今の説明で、ファンディング全体として NHS からファンドが来て、それをプライマリ、セカンダリにどうやって配分するかというのは ICS で決めるということが分かった。その先のこととして、個々の GP には患者の登録数に応じてお金が来るわけだが、さっきの話だと、医師の負荷を軽くするため、医療に集中するために social prescriber を雇うということだった。そして、一定の患者についてはその social prescriber に任せることになる。そこで、問題となるのが、その仕事に関して、誰が social prescriber にお金を払うのかということだ。ファンドはダイレクトに行われるのか、それとも GP が払うことになるのか。もし GP だとすると、GP は自分の予算の中から配分することになるので、その支払いについて聞きたい。social prescriber は誰の指示を受けるかという質問と合わせて聞きたい。

(ボグダン) まず、指示についてだが、臨床上の監督が行う。この臨床上の監督は、通常、

³ Dr. Kong のセッションを参照のこと。

GP が務める。臨床上の監督の役割は重要だ。link worker といえども、多職種連携の中の一員である。それは、primary care、2次医療の両方においてである。link worker は臨床上の監督である GP に報告書を提出してフィードバックを受ける。とりわけ自殺企図の可能性のある精神疾患患者の場合に問題となる。link worker が精神疾患の患者の紹介を受ければ、彼らが患者の治療や活動について立案することになる。しかし、精神疾患の程度や種類によっては、link worker ではなく、精神科医が見るべき患者の場合もある。そのため、link worker が臨床上の監督である GP に報告書を提出し、症例の適切性について情報共有する必要がある。この点についての先生のご質問は非常に重要だ。link worker という職種は、医療制度の中に組み込まれているものであることがカギだからだ。世界中の国、例えばオランダでは、このような職種は市町村のレベルに組み込まれている。このことはずっと議論になってきた。これを、医療や病院の中に置いて医療費の中で予算措置するのか、それとも市町村のソーシャル・サービスとして位置づけるのかという問題だ。また、デジタル・インフラを介して、link worker は臨床医とつながっており、患者ファイルにアクセスすることもできる。臨床家の側からも患者がどのような活動に参加することになったのかのコードを追うことができる。臨床医は医学的問題に集中すればいいのだが、彼らが多職種連携の中で link worker と顔を合わせて、彼らが社会的・心理的側面に関してしたことについても情報が共有される。また、予算の問題だが、link worker への報酬は医療費の一部である。したがって、保健省の予算になり、イングランドでは一定の基準に依ることになる。しかし、その予算は、社会的処方 of link worker の役割に対するものだけである。（スライドの Community and voluntary sector を指して）ここに対する予算はない。

(B) それはそうだろう。

(ボグダン) このことが興味深く、且つ重要な点だ。なぜならここが政治的に分かれるところだからだ。多くのコミュニティ・グループやボランティア団体は、これは患者を医療の枠からコミュニティに置き換えて、その資源を浪費させているだけだという風にも考える。したがって、この最後のコミュニティやボランティア団体にどのように予算を付けるのかということが重要となってくるのだが、これについては後で説明するようにボランティア団体に対する助成金と別の方法の2つのメカニズムがある。

The Social Prescribing Link Worker Model (England)

- Currently, approx. **3,400 SP Link Workers**
 - At least one for each General Practice surgery across the country
- National funding pot
- Local recruitment
- National training standards
- Local training delivery



12

これは先ほどの質問とも関係するのだが、link worker、つまり social prescriber に対する国家予算の枠としては、通常は地域の GP に配分される。時に救急外来に配分されることもある。その予算の配分先で雇用が発生する。これが重要だ。link worker はその地域のコミュニティの人間である必要がある。このことがなぜ重要かというと、その地域の人口構成についての知識が必要だからだ。例えば、ロンドンの最貧地区であるブロムリー・バイ・ボウというところでは、人口の大多数がバングラデシュ系だが、その link worker はバングラデシュ系だ。2019 年、1000 人の link worker でこの制度が始まった。2023 年 5 月現在、イングランド全体で 3400 人の link worker がおり、これは各 primary care に 1 人の割合となる。しかし、当然ながら 1 人の link worker が複数の GP をカバーすることもある。もう 1 つ 2019 年にこの制度が始まった時に大きな議論となったのは、トレーニングの水準をどうするかということだった。つまり、どういう人が link worker となるべきかということだ。多くの人はそれを国の責任でトレーニングされた人とすべきだと考えたが、最終的には、国がトレーニングの水準と主要なカリキュラムを定めるもののトレーニング自体は各地域で行われることとなった。そうすることで、地域特有の問題により特化したデザインがなされることとなった。その基礎となる資格については、例えば急性期病院で働いていた看護師が、ちょっとその仕事を休みたいといったような場合もあるし、栄養士が職を少し変えてみたいという場合もあるし、市役所の職員だった人が医療分野に興味を持って参入する場合もある。また、social worker でさえも、大学での学位を持っている限りは、医療に移って来たいということで、link worker になるケースもある。かなり多岐に渡る。その地域についての知識がある限りは、基本的にどんな人でもなれる。大学の学位は必要だが。



政治家が我々に求めてくるのは、数字であり、投資に対する成果だ。このスライドは、ロンドン・スクール・オブ・エコノミクス（LSE）の研究から出てきたもので、社会的処方が財政面でどのように機能したのかについてのものだ。直近の研究ではあるが、実質的には1年単位の数字と思っていただいてよい。研究によれば、社会的処方があるおかげで、イングランド全体で450万件の受診機会が抑制された。このようなことはこれまでに起こったことがなかった。link worker が継続的にサービスを提供することで、人々を診療から遠ざけることができた。また、LSE は、投資に対する成果の推定額を2兆7500万ポンドと算出している。このlink worker の費用全体が2兆ポンドだから、この制度は単に予算を消尽しているのではなく7500万ポンド程度の将来のための予防的手段の投資を残していることになる。しかもこの数字というのは、primary care の診療数のみを対象としている。救急受診や処方が入っていない。これは、研究がデジタルシステムのコーディングの中で捕捉できるのがそれしかなかったという手法的限界によるものだ。

(D) 少し戻って質問したい。link worker は大卒でなければならないとのことだった。そして、看護師やコミュニティ・ワーカーやsocial worker がlink worker になるとのことだった。日本でこの社会的処方が紹介される時には、link worker はトレーニングは受けるものの特別な資格がない職種だと言われる。つまり、一般人だと。しかし、今の説明では、基礎的な資格があり、専門的な知識がある人が、改めてlink worker になるということか。それならむしろ私は理解できる。日本で語られているところでは、素人さんがちょこちょこっと研修を受けて、町のおばちゃんがやる仕事ということで、こんな難しいことができるのかと疑問に思っていた。

(ボグダン) 確かに制度上は誰がなってもいい。しかし、そこに応募する人のほとんどはすでに一定の知識を備えている人だ。その地域の中で生きた経験を積み重ねた患者自身、つま

り一般人が link worker になったケースもあるにはあるが、しかしそれは、たまたま起こったことだ。ほとんどの応募者は、専門職からの応募者だ。

(D) では、実際の link worker において、医療や福祉の資格を一切持たない、本当の一般人はどれぐらいいるのか。

(ボグダン) 正確な数字は分からない。

(D) ラフに言えばどれぐらいか。

(ボグダン) 高々30%程度というところだろうか。この職に就こうとするうちの大多数は、元々これよりも上位の職種に就いていたものの、より楽な仕事を望んで移ってくるケースだ。具体的に言えば年収3万ポンドぐらいなので、駆け出しのPTや駆け出しの栄養士と同じぐらいだ。また、先ほどの経済分析については、これでも過小評価されているということを言いたい。この研究のフォローアップは今行われているところであり、この研究の観察期間はまだまだ短い。



Decreasing A&E attendance



Social Prescribing: Facts and links

Arts on Prescription
Gloucestershire has shown a 37% drop in GP consultation rates and a 27% reduction in hospital admissions. A social return on investment of between £4 and £11 has been calculated for every £1 invested in arts on prescription.

On average across multiple studies, regardless of activity proposed – between **20% and 40% decrease** in A&E and Primary Care attendance

34

しばしば引用されるいくつかの研究によれば、救急外来と primary care の受診が平均で20%から40%減少する。この効果は人々が参加している活動の種類に関わらない。つまり、地域でのアート活動を中心としたものだろうと、ボランティアを中心としたものだろうと、経済的な支援だろうと、大きく変わらない。ここで、どのようにしてこのような受診の減少がもたらされたかということについて、素晴らしい例を紹介したい。ある時、救急外来で14歳の女性を診察した。診療録を見ると、過去8週間に渡って毎週末救急外来を受診していた。その診療録には、医師たちはただ「社会的受診。primary care に紹介。地域のコミュニティ・サービスに送る。」とだけ記録していた。主訴は、14歳であるにも関わらず、動悸と重度の中心性絞扼性胸痛だった。彼女に関する記載には、いつも疑問符「？」が付されていた。「心臓：正常?」「心筋梗塞?」「社会的問題?」とトリアージボードに書かれていた。8回

の受診の度に、医師たちは血液検査、心電図、その他の医学的検査をやったがそれらは全て正常だった。繰り返しになるが、彼女の診療録には医学的所見は何もなかった。「ここはあなたが来る場所ではない。GPに行きなさい。」とだけ記載されていた。そして、彼女の9回目の受診の時に私が診察をした。私は5分と時間を予め区切って彼女に本当に何が起こったのかを理解しようとした。そうすると、彼女は泣き始めた。彼女が言うには、彼女には年上の、19歳のボーイフレンドがいた。そして彼女は妊娠し、10代で母親になった。ボーイフレンドは彼女の元を去り、彼女と赤ん坊が残された。彼女の両親は彼女を家から追い出し、2度と帰ってくるなと言った。彼女はその後友達の家で赤ん坊と共に寝泊りしていた。医師は彼女のために何をしてくれたのかと彼女に真摯に尋ねた。彼女は、primary careのGPに送り返され、そこで予約を取るように言われたただだと答えた。しかし彼女にはそれはできないことだった。誰も彼女のために社会的問題について検討する時間を取っていらなかった。彼女は受診して助けを求めていたし、社会的サービスへの紹介もなされていたが、過去8週に渡って誰も彼女に連絡していなかった。ご存じのように社会的サービスや一般診療（general practice）においてもバックログ⁴の問題がある。医師、看護師、職員が不足している。その彼女の診察で私がしたことは、5分間彼女の話聞いた後に、直接⁵彼女の住む地域のlink workerに紹介することだった。それから、彼女が救急に来ることはしばらくなかった。その後、2、3か月前に彼女のGPから報告をもらった。そのGPは私が彼女を直接social prescriberに紹介したことについて感謝を示していた。そのsocial prescriberが手助けして彼女は社会的サービスにアクセスすることができるようになった。social prescriberが、彼女が受給すべきサービスがどういうものがあるのかについて彼女に教えた。住宅、職、その他彼女が子供と暮らすための援助を得ることができるようになった。

(D) これは素晴らしい話だが、私が思うに、あなた自身が真のsocial prescriberなのではないか。

(ボグダン) おっしゃる通りだが、その話はあとで触れる。トレーニングが重要だと思っている。私たち医師は忙しすぎて、処方だけして済ますことが多い。私の同僚たちがやっていることは、彼女のような患者を元の場所に連れ戻すことだけだった。

(D) あなたはたった5分で十分な情報を収集した。これは優れた能力であり、すばらしいsocial prescriberだ。

(ボグダン) この話には続きがある、皮肉で悲しい話だ。それは、私が彼女の診察から戻った時に、私が働いていたこの救急外来のリーダーに言われたことだ。彼は「なぜあの患者にあんなに時間をかけたのか。ただの社会的受診じゃないか。我々は多くの患者を診察しない

⁴ サービスの申請をしてからそれを受けるまでに長期の時間がかかり、その待機者の数が大きくなることをbacklogと呼んでいる。コロナ禍後の問題として、入院待機患者、手術待機患者の問題として論じられることが多いが、ここでは社会的サービスにおいても同様の問題があることをしている。

⁵ 「GPを介さずに」の意味と思われる。

といけない。この長いリストを見てみる。次の患者を診ないといけないのに、なんであんなに時間がかかるんだ。」と言った。「病気に対するケア」という文化から「健康に対するケア」という文化、つまり、人々を不必要に受診させないように予防することを私たちは提唱している。しかしながら、D先生がおっしゃったことは非常に興味深い点だ。そもそも我々が社会的サービスについて話す時には、どれほど多くのことを社会的処方としてやろうとしても、そこにはある種の政治的、システムの問題があつて、これをなかなか解決できない。住まいや経済的援助が大事だと主張することはできるが、実際に家やその予算がなければ我々にできることは少ない。社会的処方と言うのは、医療機関に心理的・社会的問題で受診した人々に医師が対処するためのツールを見つけることを手助けするものだ。しかしだからと言って、これで社会が抱えている問題をなんでも解決できるわけではない。



Who delivers Social Prescribing?



Investing in Thriving Communities

<https://socialprescribingacademy.org.uk/thriving-communities/>

15

また、多くの議論があるのが、その活動内容についてだ。活動そのものは地域の人々が提供するのだが、社会的処方が一旦なされると、それを提供する人たちへの費用をどうするかという問題が発生する。これは、患者をガーデニングクラスに紹介するとか、新しいスキルを身につけさせるとか、慢性疼痛マインドフルネス呼吸法⁶をさせるとか、何であつても生じる問題だ。このことは、より広範な環境を取り込むという点において決定的に重要だ。健康の問題を病院の中で対処すべき問題と位置付けて、専門家が人々にあれをやれこれをやれと言うのではなく、コミュニティやボランティア団体との関りの中に位置付けなければいけない。医療機関の側も政治的サポートと地域活動の予算を得てこれに参画する。このスライドは、実際の例だ。繁栄するコミュニティ基金と呼ばれている。これは国全体の規模

⁶ 瞑想

のチャリティであり、様々な業種・業態が入っている。スポーツ・イングランド⁷、ヒストリック・イングランド⁸、ナチュラル・イングランド⁹、アート・カウンシル・イングランド¹⁰等の執行非省庁公共機関（NDPB：non-departmental public body）も参加している。彼らはそれぞれの専門知識を有すると同時に、実際の活動も提供している。また、全体の資金にも貢献している。基金の末端では、地域のコミュニティグループ用の申し込みフォームがあり、最も貧しい地区の集団、すなわち健康の社会的決定要因に最も影響を受ける集団が、年間2万5千ポンドから5万ポンドという小さい単位の資金需給を申請する。そして、この資金によって社会的処方¹¹の提供が行われている。小さな額だと思われるだろうが、ほとんどは患者の送迎や駐車場代等に使われる。そして、地元自治体がこれらの資金とサービスとをマッチングする。

（D）原資は寄付ということによいか。政府予算ではなくて。

（ボグダン）その通りだ。政府予算ではない。我々は、国の予算からも出すように働きかけてはいるが、政治的な様々な理由からそれは簡単なことではない。しかしながら、寄付について考えるとき、そこには何がしかの創造性がなくてはならない。我々はサッカーのプレミアリーグやイングランド・ナショナル・オペラ、オデオン・シネマズから寄付を受けているが、これらは全て何らかの地域活動を提供する主体でもある。是非先生方にも読んでいただきたいランセットの論文がある。これは我々とイングランド・ナショナル・オペラが共同で執筆したもので、歌についての社会的処方がロング・コビッドに効果があることを示したものだ¹¹。この研究はRCTで、ロング・コビッドで息切れ又は呼吸苦のある患者を対象にしたものだ。このような患者をオペラ歌手のところへ紹介し、彼らの呼吸法を学ばせるというものだ。結果として、息切れの改善と呼吸機能の改善が確認された。

⁷ イングランドのスポーツ政策に関連する文化省傘下の執行非省庁公共機関（non-departmental public body）。

⁸ 文化省傘下の執行非省庁公共機関。歴史的建造物の保存に関わっている。正式にはイングランド歴史的建造物・記念物委員会（Historic Building and Monuments Commission for England）。

⁹ イングランドの自然保護政策に関連する環境・食糧・農村地域省傘下の執行非省庁公共機関。

¹⁰ イングランドの芸術の助成・振興政策に関連する文化省傘下の執行非省庁公共機関。

¹¹ [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanres/PIIS2213-2600\(22\)00125-4.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanres/PIIS2213-2600(22)00125-4.pdf)

What is Social Prescribing?



Source: Husk et al. (1)

11 | WHO Toolkit on Social Prescribing

(再掲)

また、実際の活動についてのお金の話を私がここで強調するのには理由がある。この図の一番右側のように、政治家は community group とか voluntary sector という言葉で、「このような人々の活動を活用しています」と言いたがる。しかし、これは間違った言葉だ。お金の話をする場面以外では、我々はそのような言葉は使わない。この部分に対する財政措置がなければ、このような活動は存在しない。

Investing in Thriving Communities



Championing, supporting and sharing the work of thriving community groups

Thriving Communities is a new national support programme for voluntary, community, faith and social enterprise groups, supporting communities impacted by COVID19 in England, working alongside social prescribing link workers.

Thriving Communities will help you to share your learning, gain new ideas, access funding and develop partnerships across sectors.

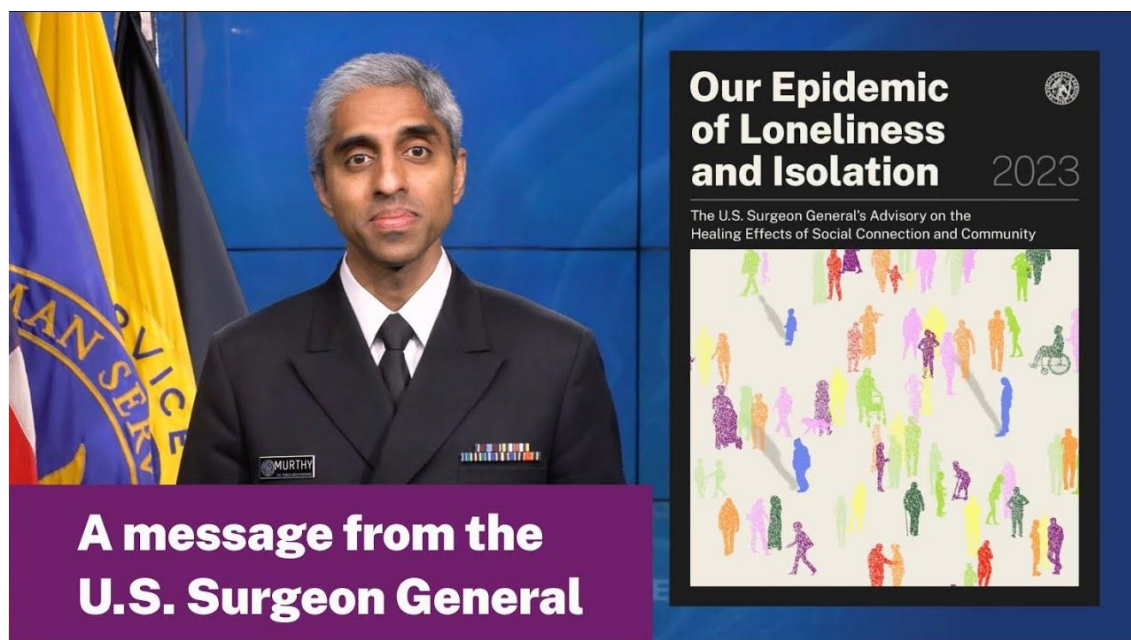
A network of 9,000+ community groups learning from each other

<https://socialprescribingacademy.org.uk/thriving-communities/>

16

先ほど申し上げたように、活動の幅は広い。様々な柱があるが、自然保護、ガーデニング、ボランティア、アート、美術館等がある。この制度が始まって3年の間に学んだこととして、

我々はさらに革新的なアプローチに取り組んでいる。それは学校や監獄を舞台とするものだ。そうすることで、監獄を出た後の再犯率の減少も実現できる。重要なのは、新しい活動を作るのではなく、既存のサービスを洗い出すことだ。学校の看護師を例に取れば、新しい役割を作り出すのではなく、すでにあるものを利用するのだ。我々イングランドにとっては、新しい役割を創設することが決めてだった。理由は2つある。1つは、医師たちがもうヘトヘトに疲れていること。もう1つは、イングランドでは医療へのアクセスは誰であれ無料であることだ。患者たちはまず彼らの医師のところへ行く。お金を払う必要がないからだ。他の国においては、新しい職種を作るなんてことはしない。例えば、オランダがそうだ。同様に、ポルトガルでは、social worker に追加的教育を行い、報酬を上げて、彼らに社会的処方の方の仕事させている。



国によってどの点に特に関心を寄せるかは違うが、アメリカの公衆衛生局長官が、孤独対策の中で、この社会的処方に言及しており、我々とも協働している。彼らは、孤独がアメリカの市民にとってリスクとなっていると認識しており、孤独対策の報告書を作成しているのだが、これにも我々は貢献した。是非先生方に覚えて帰っていただきたいことがある。それは、この社会的処方が最も効果を発揮するのが、健康格差への対策の場面だという点だ。社会的処方、最も貧しい人々を援助するためにこそ存在する。時に、研究結果や活動の中ではそういったことが見えないこともある。オペラ歌唱のランセットの論文は確かに素晴らしかったが、人口の階層を考えるとその意義は皮肉だ。オペラを歌う人々とはどういう人々だろうか考えてみてほしい。一定の教育水準がなければオペラは歌わない。私の今日の話のはじめの方で、人々が本当に求めていることは何かという点について触れたのはそういう訳だ。食、住、そしてお金。これら3つでイングランドの社会的処方のおよそ 60%の紹介内容を占める。



FALSE
Bigger barrier is
actually EDUCATION!

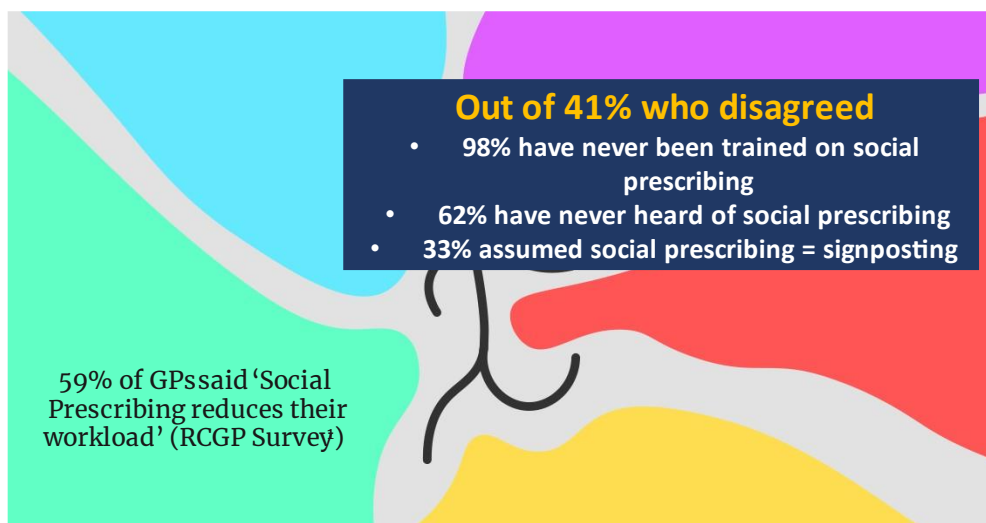
Clinician buy
in?

Biggest
barrier?

そこで、医師たちが引き受けることの中身は何であるのかという、先生方と議論した点に戻ってくる。この社会的処方考え方について、医師たちに提案した時、彼らが懸念したことは、臨床的な仕事に加えて、そんなことをやっている時間はないのではないかということだった。

(通訳) 彼ら自身がそれをやるという意味か。

(ボグダン) 彼らは、そう思った、ということだ。メディアや新聞が「ジムの処方箋」とか「医師がガーデニングを処方する」などの表現を使ったので、そのように伝わってしまった。これは、我々がしようとしていることの完全な誤解だった。我々としては、医師たちにはより多くの時間が生まれると言いたかったが、医師たちはまた何かをやれと言われるんじゃないかと思って走って逃げだした。そこで我々が気づいたのは、問題なのは時間ではないということだ。優秀な医師であれば、目の前の時間を最大限に活用して事前に投資を行い、将来の診療を減らすことをするはずだ。最大の障壁は、医師の教育だ。

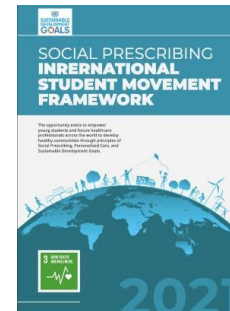


我々は、皆さんも今回の視察で訪問される予定となっている RCGP と共にある調査を行った。これはアンケート調査で、85%の回答率があった。59%が社会的処方によって仕事の負荷が減ったと回答した。しかし、この結果は私にとってそれほど興味を惹かれるものでもなかった。私が面白いと思ったのは、41%が社会的処方は負担軽減に役立たなかったと答えたことの方だ。私は、これはなぜだろうかと興味を持った。この質問には、それに引き続く質問があり、その中で「これまでに社会的処方についてトレーニングを受けたことがありますか。」「あなたにとって社会的処方とは何ですか。」「社会的処方についてあなたが理解していることを教えてください。」という問いが聞かれていた。そうしてみると、この41%のうち、98%は、医学部や大学院試験等において、これまで全くトレーニングを受けたことがないと答えた。62%は社会的処方について聞いたこともないと答えた。また、33%は、社会的処方とは人々に「あそこに行け。ここに行け。」と指示することだと答えた。

Future workforce (Student Champions)



Social Prescribing Studentship Recipients 2021



The UK now has Social Prescribing teaching embedded across all 44 of its medical schools

22

とすることで、我々は社会的処方についての教育を医学部教育の中で始めることとなった。6、7年前には、まだ社会的処方は実験的な段階だったので、社会的処方を科目として教えている大学はなかった。今は、イギリスの全ての医学部の教育課程と大学院試験にこの社会的処方が組み込まれている。また、我々は、アメリカやオーストラリアをはじめ、世界中の国で医学部教育の中にこの社会的処方を組みこむことについても支援している。私は招聘講師としてハーバード大学でも教えているし、インターンシップやカリキュラムの中に組み込むことも支援している。

Global Social Prescribing Alliance

<https://socialprescribingacademy.org.uk/our-work/global-social-prescribing-alliance/>



Aim:

The Alliance aims to build a global community of partners working collaboratively to raise awareness of social prescribing, to share knowledge and innovative approaches that enable thriving communities to deliver a social revolution in their health and wellbeing while generating value.

Our year in numbers:

Hosted
368
people for
international
learning visits



Visitors from
31
countries. Delegations
from Nigeria, Japan,
Denmark, Hong Kong,
Singapore, South
Korea & many others



Published
6
international reports and
frameworks to foster
good social prescribing
practice



Over
2000+
attendees for our public
webinars



ご質問の時間も取りたいし、かなり時間が押してしまっているが、2020年に設立された

グローバルな団体についてお知らせしたい。世界中に同じようなモデルが実はすでに動き始めている。イングランドの場合は、たまたま link worker に予算をつけるという形で、この役割に投資を行ったわけだが、同様の役割について各国で様々な取り組みがある。まず初めに、我々は WHO と一緒にグローバルな団体を立ち上げた。そこに、様々な経験を共有したいと考える国々が集まった。



この地図は少し古くなってしまっているものだが、32 か国からその国のリーダーが選ばれている。これらの人々が集まって、それぞれの異なったモデルの経験を共有している。ここでは様々な議論がされているが、多くの国は、医療の中に社会的処方位置づけるのではなく、自治体サービスの中でそれを行っているという点で、英国の制度とはかなり違う。シンガポールは非常に進んでいて、3つの大きな医療提供者があるのだが、この3つともが社会的処方に対して投資をし、社会的処方に関わる人材のトレーニングを始めている。カナダもまた国全体として社会的処方の取り組みを始めようとしている。ウェールズでも同様だが、イギリス4か国¹²の中ではイングランドに後れを取る形となっている。

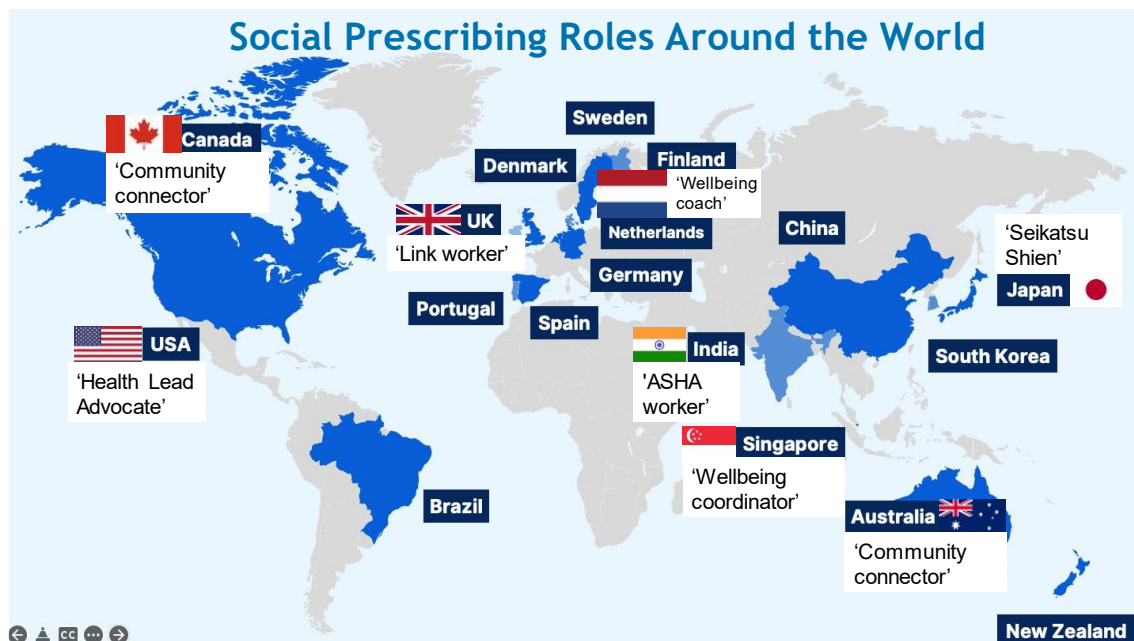
¹² イングランド、スコットランド、ウェールズ。北アイルランドを指している。

General resources and papers

- Download our Playbook outlining the building blocks of social prescribing
- Download the Toolkit developed by WHO colleagues on implementing social prescribing
- Read our BMJ Global Health Paper (2022) outlining recent global developments



これらの国に対して、様々な資料を提供している。その中にはツールキットがあり、これは我々が WHO と一緒に作成したもので、社会的処方をもどのように進めていけばいいのかについての戦略書となっている。またこの中には、様々な医療制度の中でのケーススタディが地図と共に掲載されており、それぞれの国での社会的処方の在りようを示している。



そして、これがそれぞれの国での社会的処方の呼び名を示したものだ。日本においては、social worker が“Seikatsu Shien”と呼ばれることが多いようだ。発音が正確にできているのか分からないのだが、これは非常に面白い点なのだが、日本では生活支援という職務はsocial worker がほとんど担っているものであるようだ。

(A) 生活支援のことだね。

(ボグダン) これはインドのアシャ・ワーカーに非常に近い。彼らが、この仕組みを地元地域の中に組み込んだやり方は非常に興味深い。その他にも世界中に様々な呼び名があるが、その基本的な考え方は同じだ。

(A) コメントしたい。お話を聞いていて、NHS は医療を担当しているので、それ以外の部分については、このように新しい役割を作っていかなければいけないということだろうなというふうに理解した。そして、イギリスでは介護の制度的システムがないから、介護に振り分けることもままならない。日本では、1 つには高齢化が進んでいるということもあるが、医療だけでは特に高齢者は支えられないという現実がある。そうすると、少なくとも高齢者医療は介護と一体化していかなければいけないし、そうやって取り組んでいくと、さらに福祉の分野との関わりも必要となってくる。そうしないと、支えきれない人たちが出てきてしまう。そして、その手前には、介護予防や保健に取り組んでサービスを必要とする状況になるだけ減らして、医療保険、介護保険の出番をできるだけ先に延ばすということが必要となる。もっと言えば、地域で暮らしていただくためには生活支援を幅広い形でやらなければならない。しかし、日本ではこれはもうやっている。だから、社会的処方と言えばそういうことなんでしょうなあと思って今聞いてみると、生活支援だということから、まさに日本の地域ではこれをやっているということが分かった。様々な活動を。それはもう、ケアマネージャーがいたり、地域包括支援センターの社会福祉士がいたりして、例えば私の施設では、地域包括支援センターの社会福祉士が中心になっている。本当は重層的支援体制整備事業と言うのがあがるが、それは行政が予算確保しないとできないものだ。我々のところは、それがなくてもできるようにしようということで、地域包括支援センターがハブになって連携型で行政から委託されているものもネットワークにして支える形にしている。例えば、コロナで孤立や孤独の状態に陥った住人が、特に山間部で増えた。これに対しては、身近なところで支えなければならないということで、緊急時には食糧支援もした。それから今は少し落ち着いた段階で、もっと身近なところで通いの場を作ろうということで、取り組んでいる。本当に来てほしい人と言うのは、すぐ傍にいないと来ないものだ。そういう取り組みを始めて、3 万 8 千人の市内に 92 の集落があるのだが、それぞれに通いの場を作ろうとしていて、すでに 49 か所でできている。

(D) 長すぎて訳せないよ。

(A) だから、新しい話というのではなく、日本では高齢化が進んでいるから、医療だけでも支えきれない、介護だけでも支えきれないということなので、生活支援まで取り組みが進んでいる。それを社会的処方と呼ぼうと思えば呼べるのかもしれないけれども我々にとってはすでにやっていること、というのが実感だ。

(D) 今日一番私が勉強になったことは、link worker にお金が 3 万ポンド支払われているということだ。どういうことかと言うと、日本で私が読んできたものによれば、link worker は専門職ではなく、地域に根ざしている人がボランティアでやっているという説明が多い。

それだと確かにすごく安上がりだ。しかし、今日の話を聞いて NHS イングランドがきちんと、NHS の枠内において、link worker に 3 万ポンドという決して安くない報酬を与えているということを初めて知った。

(ボグダン) それはよかった。次にいらした際には、実際の現場を是非お見せしたい。現場をみるということが大事だ。

(D) 健康の社会的決定要因へのアプローチの必要性を強調する点については、100%同意する。しかし、健康の社会的決定要因へのアプローチは国によって違う。あなたの国で社会的処方というアプローチをとることはいいだろう。しかし、日本においては、link worker に報酬をつけるという条件は全くそろっていない。そのため、日本及びその他の国では、それぞれの文化と歴史に応じて他の方策を取ることになる。

(ボグダン) そうだ。必ずしも新しい役割を作らなければならない訳ではない。その考え方はとても適切だ。1 つのやり方がすべての国でうまくいくなんてことはない。

(D) そこがポイントだ。

(ボグダン) しかしながら、我々が日本の孤独担当部局の仲間から学んだところによれば、日本にも問題はある。それは若い世代の精神疾患についてのものが多かった。思うに、日本の精神疾患の危機的状況に対しては、よりよいシステムがあればこういった人々をサポートすることができるはずだ。子供や若者を中心に、日本における精神疾患一般は増えている。担当省庁と話したことがあるのだが、お金や住居が問題なのではない。それらは十分にある。日本では、子供、若者、精神疾患に課題を抱えているのではないか。高齢者へのサポートは手厚いように思う。

(A) 確かに若年層の課題はある。

(D) 1 つ付け加えると、今の国会で、孤独・孤立対策推進法が成立する見込みとなっている¹³。その法律にも、趣旨説明にも、社会的処方という言葉はどこにも使われていない。アプローチとしても採用されていない。実は、近藤尚己さんという方が審議会でそれを入れようとしたがそれは否決された。これは事実だ。

(ボグダン) 是非、私がすでに知っている日本の方を先生方にも紹介したいのだが、社会的処方ラボラトリーが医師らによって設立され、200 人から 300 人の医師の会員がいて活動している。

(D) 私はそのキーパーソンである近藤尚己教授を知っている。日本では彼が社会的処方の唱道者となっている。そして彼は「社会的処方」という言葉を孤独・孤立対策推進法の中に入れようと努力したのだが、彼はそれに失敗した。

(ボグダン) 先生が指摘された点、すなわち優れた social worker は昔からやってきたことだという点に関して、興味深い事例がある。イングランドのある村での事例だ。そこでは、社会的処方と言うよりも、一般の人々を教育することに力が入れられている。そうすること

¹³ 同法はインタビュー翌日の 2023 年 5 月 31 日に成立し、同年 6 月 7 日に交付された。

で、消防士、警察官、理容師と言った人々が、自分で、精神科のサービスやサポートへ住人を紹介することができる。あるいは、これらの人々が、social prescriber に紹介することもできる。多かれ少なかれ、医師がなんでも決定しなければならないと考えられがちだが、そんなことはない。患者は自分で紹介することもできるし、誰でも自分で social prescriber に紹介できる。

(D) 医師が social prescriber という訳ではないということだ。実は、そのことが今日一番勉強になった。なぜなら日本では先ほど申し上げた社会的処方の唱道者になっている、使徒になっている近藤尚己先生は、医師が社会的処方を書いてそれにお金をつけるべきという提案をし、それが否決されたという経緯があるからだ。したがって、ボグダン先生が間違いだと指摘されたことを彼は日本で主張している。

(ボグダン) なるほど。それは別のアプローチだ。

(D) 間違ったアプローチだ。

(ボグダン) それは知らなかった。お教えいただきありがたい。助かる。