

## 特別報告

## 地域共生社会の理念と現実、および社会医学への期待

二木 立<sup>1)</sup>

【社会医学研究2023；40（1）：39-48】

キーワード：地域共生社会、地域包括ケア、社会医学

はじめに

—自己紹介と私の「地域共生社会」・「地域包括ケア」研究

本日の講演では、主として地域共生社会の理念と現実について話し、併せて、社会医学と日本社会医学学会への期待を述べます。八谷大会長から当初依頼されテーマは「地域共生社会」についてでしたが、「地域共生社会」は「地域包括ケア（システム）」と密接に関わっているので、講演では両者を対比させながら話します。

本題に入る前に、簡単に私の自己紹介と「地域共生社会」・「地域包括ケア（システム）」研究について説明します。

1972年に東京医科歯科大学医学部を卒業した「学生運動世代」です。当時は卒業生の大半は、卒業後母校の大病院で研修をしていましたが、その道は選ばず、1972～1984年度の13年間、東京の財団法人（当時）代々木病院で常勤医として働きました。最初の2年間代々木病院で内科の初期研修を行い、1974年度、東大病院リハビリテーション部の研修医となり、上田敏先生の指導を受けました。その後、1975～1984年度の10年間、代々木病院で脳卒中患者の早期リハビリテーションの診療と臨床研究を行いました。リハビリテーションは、

医療と福祉の接点にあるので代々木病院のリハビリテーション医療チームには最初から医療ソーシャルワーカーも参加していました。1982年、「脳卒中患者の障害の構造の研究」で医学博士号を取得しました。

代々木病院に就職した時点から、将来は「医療問題の研究者」になることを計画し、病院勤務の13年間、医師で医事評論家の故川上武先生の指導を受け、病院勤務医と医療問題・医療経済学の勉強・研究の「二本立て」の生活を続けました。

そして、医学博士号を取得したことが決め手となって、1985年度、日本福祉大学社会福祉学部教授に採用されました。当初の担当科目は「障害児の病理と保健」、つまり「障害児医学」でした。

その後、専門を徐々に、リハビリテーション医学から医療経済学・医療政策研究（医療経済・政策学）に移行しました。1995～1996年度には「（公的）介護保険論争」に積極的に参加し、2006年度、「介護保険制度の総合的研究」（勁草書房、2007）で第2の博士号（社会福祉学）を取得しました。

2013年度に日本福祉大学学長に就任し、その3年目の2015年に日本社会事業教育学校連盟会長に就任しました。それに伴い、医療政策に加えて福祉政策の研究も本格的に始めました。そして、2014～2022年の9年間に『安倍政権の医療・社会保障改革』、『地域包括ケアと地域医療連携』、『地域包括ケアと福祉改革』、『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』、『コロナ危機後の医療・社会保障改革』、『2020年代初頭の医療・社会保障』の

1) 日本福祉大学名誉教授

連絡先：二木 立

住所：〒467-0826

愛知県名古屋市長区白龍町1-56-6（自宅）

TEL/FAX：052-853-1626

E-mail：niki@n-fukushi.ac.jp

6冊の単著を出版し、全著作で「地域共生社会」または「地域包括ケア（システム）」の分析を行いました（1-6）。本日は、これら6冊の本で述べたことを中心にしつつ、その後の最新の動きも盛り込んで話します。

## 1 地域共生社会は崇高な理念と厚生労働省社会・援護局の個別施策との「二重構造」

地域共生社会についてもっとも強調したいことは、それが崇高な理念と厚生労働省社会・援護局の個別施策との「二重構造」になっていることです。以下、4つの柱を立てて話します。

### （1）地域共生社会と地域包括ケア（システム）の理念

まず、地域共生社会と地域包括ケア（システム）の理念について説明します。

「地域共生社会」は一部で「パラダイムシフト」と称されていますが、それは過大評価です。と言うのは、地域共生社会の類似概念である「共生社会」は、地域福祉分野では1970年代以降使われ、国も2000年以前から個別施策で使っていたからです（3:83-84頁）。

日本の地域福祉研究や「共生社会」研究の出発点は、故岡村重夫先生が1974年に出版した『地域福祉論』（光生館）で、これは現在も流通している名著です。ただし、この本では「共生社会」という用語そのものはまだ使われていません。

政府も2000年以前から、男女共生社会、農村と都市の共生社会、障害者と非障害者の共生社会等を掲げていました。特筆すべきは、内閣府が2004年以降、政策統括官を配置し「共生社会政策」を推進していることです（5:123-124頁）。

内閣府の「共生社会政策」のサイトの冒頭には次のように書かれています。＜国民一人一人が豊かな人間性を育み生きる力を身に付けていくとともに、国民皆で子供や若者を育成・支援し、年齢や障害の有無等にかかわらず安全に安心して暮らせる「共生社会」を実現することが必要です。

／このため、内閣府政策統括官（共生社会政策担当）においては、社会や国民生活に関わる様々な課題について、目指すべきビジョン、目標、施策の方向性を、政府の基本方針（大綱や計画など）として定め、これを政府一体の取組として強力に推進しています。＞

このサイトの右側には、その「政策」として、「子供・若者育成支援」、「子供の貧困対策」、「高齢社会対策」、「障害者施策」等、8つの領域が示されており、それぞれについて詳しい解説がされています。「共生社会」でイメージできる領域で、これに含まれないのは、「（狭義の）社会福祉」・「地域福祉」だけとも言えます。いくつかの領域では「白書」も出されています：「子供・若者白書」、「障害者白書」、「高齢社会白書」等です。さらに、「共生社会促進に対する指標体系」もできており、ウェブ上に公開されています。

それに対して、「地域共生社会」は2016年6月の安倍晋三内閣の閣議決定「ニッポン一億総活躍プラン」で初めて用いられた、新しい用語です。ここでは地域共生社会は以下のように説明されました。「子供・高齢者・障害者など全ての人々が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合うことができる『地域共生社会』を実現する。このため、支え手側と受け手側に分かれるのではなく、地域のあらゆる住民が役割を持ち、支え合いながら、自分らしく活躍できる地域コミュニティを育成し、福祉などの地域の公的サービスと協働して助け合いながら暮らすことのできる仕組みを構築する。また、寄附文化を醸成し、NPOとの連携や民間資金の活用を図る」。

それ以降6年が経過しましたが、現在でも、地域共生社会の法的定義はもちろん、政府文書による公式の定義も定められていません。この点は、後述する「地域包括ケア（システム）」とまったく異なります。

この閣議決定を受けて厚生労働省は、2016年7月に「『我が事・丸ごと』地域共生社会実現本部」を立ち上げましたが、会議を1回開いただけでその後6年間、開店休業の状態が続いており、HPも

更新されていません。この点は、昨日〔2022年7月26日〕、改めて確認しました。

なお、「我が事・丸ごと」という言わば枕詞は当時の塩崎恭久大臣の発案と言われており、一時は福祉系の研究者・団体の間でこの言葉が大流行しました。しかし、塩崎氏が2017年8月に大臣を退任後すぐ「厚生労働省内死語」となり、現在ではほとんど使われていません(4:26頁)。その理由を一言で言えば塩崎大臣に人望がなかったからです。

先に述べたように地域共生社会の理念は一見崇高ですが、医療が含まれていません。2016年時点では住まいも含まれていませんでした(後述するように、2022年からは含まれるようになりました)。

それに対して、「地域包括ケア(システム)」は法的に定義され、構成要素に最初から「医療」も「住まい」も含んでいます。しかし、法律上の対象は現在でも高齢者に限定されています。

地域包括ケアシステムの法的定義は以下の通りです。「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防(要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。)、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」としています。つまり、地域包括ケアシステムの法律上の構成要素は5つとされています。この定義は2013年の「社会保障改革プログラム法」に初めて盛り込まれ、2014年の「医療介護総合確保推進法」でもそれが改めて明記されました。

私が地域包括ケアでもっとも強調したいことは、地域包括ケアの実態は、医療保険制度や介護保険制度のように国が制度設計し全国一律に実施する「システム」・制度ではなく、それぞれの地域で自主的に推進される「ネットワーク」であることです。私はこのことを2013年からずっと主張しています(1:98-100頁,2:6-7頁等)。

しかもこれは私の独断ではなく、厚生労働省高官や『厚生労働白書』も認めています。例えば『平成28年〔2016年〕版厚生労働白書』は、「地域包括

ケアシステムとは『地域で暮らすための支援の包括化、地域連携、ネットワークづくり』に他ならない」と明記しています。

地域包括ケアの性格をもっとも明快に説明した厚生労働省高官は原勝則老健局長(当時)で、2013年の「全国厚生労働関係部局長会議」で次のように述べました。

『『地域包括ケアはこうすればよい』というものがあるわけではなく、地域のことを最もよく知る市区町村が地域の自主性や主体性、特性に基づき、作り上げていくことが必要である。医療・介護・生活支援といったそれぞれの要素が必要なことは、どの地域でも変わらないことだと思うが、誰が中心を担うのか、どのような連携体制を図るのか、これは地域によって違ってくる』(1:104頁)。

以上を踏まえて、以下、「地域包括ケアシステム」ではなく、「地域包括ケア」と呼称します。

地域共生社会と地域包括ケアに対しては、国の公的責任を放棄し、自己責任・自助のみを強調しているとの厳しい批判もあります。この批判にも一理あると思いますが、両者は決して自助一辺倒ではなく、伝統的な意味での「共助」や「互助」を強化し、地域社会の再建・再興を目指していることも見落とすべきではないと思います。原田正樹(日本福祉大学教授、日本地域福祉学会会長)は、この点を踏まえて、「権利としての地域共生社会」を提唱しており、同感しています(7)。

## (2) 地域共生社会施策と地域包括ケア(システム)

### 施策の現実

次に、地域共生社会施策と地域包括ケア施策の現実についてお話しします。

ここで注意を喚起したいことは、両施策については、厚生労働省内の縦割り行政があることです。具体的には、地域共生社会施策は社会・援護局の所管ですが、それは狭義の社会福祉施策(特に生活保護制度と生活困窮者自立支援制度)に限定されており、医療は含まれていません。それに対し、老健局は介護保険制度の枠内で、高齢者に限定した「地域包括ケア(システム)」づくりを推進して

います。毎年の『厚生労働白書』でも、「地域共生社会」と「地域包括ケア（システム）」は分離・縦割りで記述されています。

具体的施策としては、予算規模・実績の両面で、老健局が推進する地域包括ケア（システム）が圧倒しています。

#### 地域共生社会施策はごく狭い

社会・援護局の地域共生社会施策がごく狭いことは、山本真理社会・援護局長（当時）の「（講演録）コロナ禍の経験を踏まえた地域共生社会の実現」からも分かります（8）。この講演は、本年4月に地方議員を対象にして開かれた第26回地方から考える「社会保障フォーラム」セミナーで行われたものですが、講演タイトルが「地域共生社会」でありながら、内容は生活困窮者自立支援制度と生活保護に限定されています。

縦割りは自治体でも基本的には同じですが、少数ながら、地域共生社会施策と地域包括ケア施策を統合して実施している市区町村もあります。

これは意外に知られていないことですが、専門職団体でも地域共生社会と地域包括ケアに対する位置づけ・取り組みには大きな違いがあります。具体的には、ほとんどの医療系団体は地域包括ケアに注力しているのに対して、福祉系団体は地域共生社会を重視しています。例えば日本社会福祉士会は、2018年度臨時総会の「基本指針」で、「地域共生社会の実現に資する体制構築の推進」を掲げましたが、地域包括ケア（システム）の推進・構築にはまったく言及していません（5:126頁）。

地域共生社会施策で特に重要なのは、2020年改正社会福祉法で福祉分野の地域共生社会づくりの具体化が進んでいることです。具体的には、福祉分野の地域共生社会づくりを促進するために、市区町村が任意で行う「重層的支援体制整備事業の創設及びその財政支援」が盛り込まれました。私は、この法改正についてはもう1つ、参議院「附帯決議」で、重層的支援体制整備「事業を実施するに当たっては、社会福祉士や精神保健福祉士が活用されるよう努めること」と記載されたことに注目してい

ます。意外なことに、地域共生社会の公式文書に、社会福祉士と精神保健福祉士の両国家資格が明記されたのはこれが初めてです（6:153頁）。

地域共生社会施策では、最近（2022年）、「住まい」が重視されるようになってきました。先ほど述べた山本真理社会・援護局長は講演で、自立支援制度の改革課題として、「ホームレスに限らない『住まいの不安定』問題に対応」していくことを強調し、質疑応答時にも、「住宅支援は大変重要で、社会保障政策としてもこれから最も取り組みを進めるべき部分」と述べました。更に2022年6月に閣議決定された「骨太方針2022」にも、「医療・介護・住まいの一体的な検討・改革等地域共生社会づくりに取り組む」ことが初めて明記されました（9）。日本の広義の社会保障では、歴史的に住宅政策が極端に弱かったことを考えると、これは一歩前進と言えます。

#### 地域包括ケアの概念・範囲は拡大

次に、地域包括ケアの概念・範囲も拡大・進化し続けています「（2:22-34頁）。地域包括ケアシステム」が政府関係文書で最初に提案されたのは2003年に発表された高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」なのですが、それは介護保険制度の改革とされ、医療も診療所医療に限定され、病院は除外されていました。今では信じがたいことですが、当時は診療所医療の対象は状態が安定した要介護者に限定され、看取りの医療は含まれませんでした。しかし、2012年頃から厚生労働省の有力高官が地域包括ケア（システム）での病院・医療法人の役割を強調する発言を相次いで行い、現在では、地域包括ケアに病院も含むことが関係者の共通の理解になっています。病院の範囲は公式には示されていませんが、概ね200床未満の地域密着型の中小病院が想定されています。

2015年頃から、厚生労働省は地域包括ケアで「地域づくり」を強調するようになってきました（4:35頁）。それに先だって、地方の有力病院グループ・複合体は、2000年前後から、先駆的に独自に「地域づくり」、「地域振興・地域経済の活性化の取り

組み」を行っています (10)。

2020年に突発したコロナ・パンデミックにより、地域包括ケアはごく一部の地域を除いて停止しました。講演資料では省略しましたが、私は、『2020年代初頭の医療・社会保障』の第1章第1節で、「地域包括ケアを再起動するための3条件」として、以下の3つをあげました (6:18-21頁)。

①地域包括ケアの参加組織とサービス提供対象を拡大する。  
 ②地域包括ケアでもICT・デジタル技術を積極的に活用する。  
 ③地域包括ケアにおける、マネジメントコストは誰が負担するか? について検討する。

興味のある方はお読みください。

### (3) 「地域包括ケアから地域共生社会へ」、地域共生社会が「上位概念」、とは言えない

3番目の柱として、地域共生社会と地域包括ケアとの関連について述べます。一言で言えば、法・行政的には両者の関係はアイマイです。一般には地域共生社会が「上位概念」と言われていますが、これは地域共生社会の「理念」についてのみ言えることです。福祉関係者の一部は「地域包括ケアから地域共生社会へ」をスローガンにしていますが、これは不正確・誤解を招くと思います。

「地域共生社会」はアイマイ用語 (woolly word) の典型であり、それがどの意味で使われているかに注意する必要があります。ちなみに、woollyは wool (羊毛) によくふわふわしたという本来の意味から転じて、「曖昧な」「ぼんやりした」という否定的意味で用いられます。この点について、2019年12月に発表された「地域共生社会推進検討会最終とりまとめ」も、地域共生社会の理念と個別施策とを区別し、「この言葉を用いた政策論議においては、いかなる分野での問題提起をしているのかを明確にしつつ議論を進める必要がある」と強調しています (5:128-129頁)。

### (4) 地域共生社会づくりの現実的方法

最後に、地域共生社会づくりの現実的方法について述べます。各地域で、医療を含んだ地域共生社会づくり=全年齢・全対象型地域包括ケアを進

めるのが現実的と考えます。これは、法改正を伴わなくても、各自治体や各地域の裁量で実施可能です。地域包括ケアの理念・概念整理と政策形成の「進化」を長年主導してきた「地域包括ケア研究会」(座長:田中滋慶應義塾大学大学院名誉教授)も、2012年度報告書で、「地域包括ケアシステムは、元来、高齢者に限定されるものではなく、障害者や子どもを含め、地域のすべての住民にとっての仕組みである」と主張し、2015年度と2016年度の報告書でも、そのことを繰り返し確認しています (3:27-28頁, 4:41頁)。

そして、その際のキーワードは「多職種連携」で、専門職に限定していないことです。多職種連携は、従来医療界で一般的に使われてきた「チーム医療」と次の3つの違いがあると私は理解しています (5:100-102頁)。

第1は、多職種連携の範囲は医療の枠を超えることです。第2に、それに伴い多職種連携のリーダーが医師とは限らないことです。第3に、チーム医療の参加者がほとんど医療専門職に限定されているのに対して、多職種連携には医療・福祉の専門職以外に、地方自治体の職員、地域住民、地域の企業・団体等も含むことです。

私はこのような医療を含んだ地域共生社会づくり=全年齢・全対象型地域包括ケアを進める上で、医療職が特に力を発揮できるのは「健康の社会的要因」への取り組みだと考えています。

## 2 社会医学(会)への期待

この点とも関わらせて、社会医学と日本社会医学会への期待を述べます。

日本の社会医学には、第二次大戦前から、「病気と貧乏の悪循環」に取り組んできた蓄積があります。現代的に言えば、これは「健康の社会的要因」(social determinants of health, SDH) への取り組みと言えます。私も、1974年度、約50年前にリハビリテーション医学の研修・勉強を始めた時に、疾病や障害を医学的側面からだけでなく、社会的側面からも把握することを、恩師の上田敏先生から叩き込まれました。

## 日本の「社会疫学」研究への疑問

しかし、現在、日本のSDH研究の主流となっている「社会疫学」は、このような「社会医学」の蓄積を無視・軽視し、(方法論では)アメリカの輸入学問的側面が強いとも感じています。

この点について少し古いですが、私は2013年に日本福祉大学健康社会研究センターが主催したシンポジウム「日本における健康格差と『健康の社会的決定要因』」の学長挨拶で、社会疫学研究への期待を述べた上で、次のように2つの苦言も述べました。

「私は、現在の社会疫学研究、「健康の社会的決定要因」研究には、2つの寂しさ、または疑問を持っています。

1つは、その研究で鍵概念の1つとなっている「ソーシャルキャピタル」、あるいは「ソーシャルネットワーク」や「絆」のプラス面のみが強調され、そのマイナス面(個人を共同体に縛りつける一方、異質な他者を排除する因習的側面)を無視または軽視していることです。公平に言えば、それらの概念が説明される際にはマイナス面にも触れられることが多いのですが、ほとんどの実証研究ではそれらのプラス面のみが指摘されると思います。

もう1つの寂しさまたは疑問は、日本では第二次大戦前から「社会医学」とそれから派生した「農村医学」が、「健康の社会的決定要因」について着実に研究成果を積み重ねているにもかかわらず、それと現在の社会疫学研究が「断絶」しているように見えることです。しかし私は、医学、社会福祉学、あるいは経済学等、どんな学問分野でも、それぞれの学問の「歴史」を学ぶことは不可欠だと思っています。この点について詳しくは、私の恩師の故川上武先生の『現代日本医療史』(勁草書房,1965)や『日本の医者』(勁草書房,1961)をぜひお読み下さい。 >

この点については、本講演の要旨を作成した後に、うれしい発見をしたので紹介します。それは近藤克則さん(千葉大学教授)が本年6月に出版した『健康格差社会【第2版】』が、第4章の「健

康格差は過去の話か」の項(56-57頁)で、石原修等の第二次大戦前の社会医学の研究を紹介していること(11)。2005年に出版されたこの本の初版は「健康格差社会」という用語・概念を日本に定着させた名著ですが、この点についての言及はありませんでした。

## 「健康の社会的決定要因」は不適切訳

なお、「Social determinants of health」は「健康の社会的決定要因」が公式訳とされており、先ほど紹介した学長挨拶のように、私も以前はその訳語を用いていました。しかし、2020年頃からはこの訳語は不適切と考えるようになりました。その理由を簡単に述べます(6:174-175頁)。

まず、英語的には、determinantの動詞determineには「決定する」という強い意味だけでなく、「影響を与える」という弱い(?)意味もあります。WHOはそのものズバリ、SDHを以下のように定義しています。「The social determinants of health (SDH) are the non-medical factors that influence health outcomes.」(SDHは健康アウトカムに影響する非医療的要因である)。

内容的にも、「健康の社会的決定要因」という訳語は、健康の大半は社会的要因で決定されるとの誤解を与えるので、私はSDHを「健康に影響する社会的要因」または「健康の社会的要因」と訳すのが適切と思っています。

私には、個人の生活習慣が病気の「決定的要因」だと連想させる「生活習慣病」という用語と、社会的要因が健康の「決定的要因」だと連想させる「健康の社会的決定要因」という訳語とは、ベクトルは逆でも、極端だという点で共通していると思います。

## 「健康の社会的要因」に対する英・米・日の取り組み

次に、「健康の社会的要因」に対する取り組みは各国(英・米・日)で異なることを説明します。以下、拙著『2020年代初頭の医療・社会保障』の第5章第4節「健康の社会的要因の重視には大賛成: し

かし、日本での『社会的処方』制度化は困難で『多職種連携』の推進が現実的だ」のエッセンスを述べます(6:168-175頁)。

まず、イギリスでは、国営医療(NHS)の下で、GP(一般医)の一部が「患者の健康やウェルビーイングの向上などを目的に、医学的処方に加えて、治療の一環として患者の地域の活動やサービス等につなげる社会的処方と呼ばれる取組みを行う」ようになっています。社会的処方には様々なスキームが存在しますが、その肝は「リンクワーカー」と呼ばれる人材が介在することで、GPが患者をリンクワーカーに紹介し、リンクワーカーが当該患者に地域の活動やサービスを紹介しています。リンクワーカーは医療専門職とは位置づけられておらず、「元々なんらかのコミュニティ活動や福祉に従事していた人」、「地域のNPOで活躍していた人たち」等多様ですが、ソーシャルワーカーは含まれないようです。

よく知られているように、GPに対する報酬支払いは登録患者数に応じた人頭払いが原則で、GPは登録患者の治療だけでなく、予防・健康増進活動にも責任を持っています。この土壌の上に、イギリスではGP中心(主導)の「社会的処方」が普及しつつあるのだと思います。

それに対してアメリカには伝統的に、「生物医学モデル」に依拠する臨床医学と「社会モデル」に依拠する公衆衛生学との長い対立の歴史があります。しかし、最近では、臨床医学の側でも「健康の社会的要因」の重要性が見直されるようになっていきます。2020年、世界最高峰の臨床医学雑誌New England Journal of Medicineに、臨床医学と公衆衛生との「分極化に架橋する」論評が掲載されました。最近の動きで決定的だと思うのは、米国科学工学医学アカデミーが2019年に報告書「社会的ケアを医療提供に統合する」を発表したことです。本報告書は、「社会的ケア」を「健康関連の社会的リスク要因や社会的ニーズに取り組む活動」と定義し、その医療提供への統合を促進するための活動を提起すると共に、5つの包括的目標を示し、それを促進するための諸勧告を行っています。その際、

医師・医療職の業務を拡大するのではなく、ソーシャルワーカー等の福祉職を活用し、それをメディケア・メディケイドの償還対象に加えることを提唱するとともに、「多専門職チーム」、多職種連携の重要性を繰り返し強調しています。30年以上、英文の医療政策・医療経済学関連雑誌20誌以上を毎号チェックしていますが、この報告が出された後、健康の社会的要因についての論文(実証研究と評論)が急増していることを体感しています。

日本では、健康の社会的要因にストレートに取り組む動きは、まだ、ごく一部の医師・医療機関に限られています。しかし、2000年前後から全国で草の根的に行われるようになり、厚生労働省も積極的に後押ししている「地域包括ケア(システム)」の先進事例で、患者・障害者が抱える社会的問題の解決に積極的に取り組んでいることに注目すべきと思います。その鍵が多職種連携であり、ソーシャルワーカーが「医療と社会(福祉)」をつなぐ上で大きな役割を果たしています。

健康の社会的要因に対する取り組みを含むものとして、もう1つ期待できるのが「地域共生社会」づくりです。先に述べたように、2020年に成立した改正社会福祉法には、福祉分野の地域共生社会づくりを促進するために、市区町村が任意で行う「重層的支援体制整備事業の創設及びその財政支援」が盛り込まれました。地域共生社会と地域包括ケア(システム)の法的関係は曖昧ですが、今後は、両者を一体的に実施する市町村が増えると予想しています。

#### 日本に「社会的処方」制度化の条件はない

以上、3か国の健康の社会的要因に対する取り組みを紹介しました。それにより、イギリスの社会的処方が「国際標準」でないことは示せたと思います。

個人的には、社会的「処方」という、医師主導を含意する用語に強い違和感があります。現行の医事法制と診療報酬制度の下で社会的処方を制度化するためには、診療報酬上、医師が行う社会的処方何らかの「加算」をつけることが一番簡単

ですが、医療以外の「社会的」領域にまで医師の処方権を拡大することは「医療化」(メディカリゼーション)そのものであり、現代日本の保健医療福祉改革(地域包括ケアや地域共生社会づくり)で鍵概念となっている「多職種連携」とも相容れません。

残念ながら、日本の大半の医師は、イギリスのGPのように、予防・健康増進活動や健康の社会的要因についての教育はほとんど受けていません。私は、今後、日本の医学教育でもこの領域の教育を強めることが不可欠だと考えていますが、それを抜きにして、診療報酬上の社会的処方「加算」を制度化すると、コロナ危機等により経営困難に陥っている診療所や病院の医師が「加算」により収入を増やすために社会的処方を乱発し、医療費が不必要に増える危険もあります。医療費抑制を至上命令としている厚生労働省が、そのような「加算」を認めることはありません。

そのために、実現可能性がない社会的処方の制度化を夢見るのではなく、法・行政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成功の鍵となっている多職種連携チームに医師、医療機関や医師会が積極的に参加し、チーム全体として健康の社会的要因への取り組みを強める方が合理的・現実的だと思います。

なお、2020年の「骨太方針」に「社会的処方」が明記されたことでその制度化が近いと期待している方もいますが、その後、政府内でもその動きは失速・迷走・あるいは「竜頭蛇尾に終わりつつある」ようです(12)。

その象徴は、社会的処方が「骨太方針2020」では「『新たな日常』に対応した予防・健康づくり、重症化予防の推進」の項で位置づけられたのに対して、「骨太方針2021」では、新設された「孤独・孤立対策」の項に移されたことです。しかし、その理由はまったく説明されていません。日本でも診療所医師が「予防・健康づくり、重症化予防の推進」に積極的に参加することには大賛成ですが、「孤独・孤立対策」に主導的に取り組むとの方針は現実離れしていると思います。ここにも、イギリ

ス生まれの「社会的処方」を、日英の医療制度の大きな違いを無視して、安易に日本に直輸入しようとする一部の政治家、研究者や実践家の「腰の軽さ」が表れています(6:79頁)。

#### おわりに

以上、地域共生社会と地域包括ケアの理念と現実を中心に述べてきました。最後に、社会医学の研究者と日本社会医学会が、戦前からの伝統を受け継ぎ、「健康の社会的要因」とそれを軽減するための実証研究を積み上げることを期待して、私の話を終わります。

#### 文献

- (1) 二木立『安倍政権の医療・社会保障改革』勁草書房, 2014.
- (2) 二木立『地域包括ケアと地域医療連携』勁草書房, 2015.
- (3) 二木立『地域包括ケアと福祉改革』勁草書房, 2017.
- (4) 二木立『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』勁草書房, 2019.
- (5) 二木立『コロナ危機後の医療・社会保障改革』勁草書房, 2020.
- (6) 二木立『2020年代初頭の医療・社会保障』勁草書房, 2022.
- (7) 宮城孝・菱沼幹男・大橋謙策編集『コミュニティソーシャルワークの新たな展開－理論と先進事例』中央法規, 2019, 59頁(原田正樹「地域福祉の政策化とコミュニティソーシャルワーク」).
- (8) 山本麻里「(講演録) コロナ禍の経験を踏まえた地域共生社会の実現」『社会保険旬報』2022年7月1日号: 18-22頁.
- (9) 二木立「岸田内閣の『骨太方針2022』の社会保障・医療改革方針を複眼的に読む」『文化連情報』2022年8月号(533号): 32-38頁.
- (10) 二木立『TPPと医療の産業化』勁草書房, 2012, 165-177頁(「日本の保健・医療・福祉複合体の最新動向と『地域包括ケアシステム』」).



- (11) 近藤克則『健康格差社会【第2版】』医学書院, 2022.
- (12) 三原岳「『竜頭蛇尾』に終わった社会的処方  
の制度化」ニッセイ基礎研究所レポート,

2021年5月21日（ウェブ上に公開）.

（受付 2022.08.27：受理 2023.01.15）

# Ideal and reality of community-based inclusive society and my expectation to social medicine

NIKI, Ryu<sup>1)</sup>

---

【Bull Soc Med 2023 ; 40 ( 1 ) : 39 - 48】

Key words : community-based inclusive society, community-based comprehensive care, social medicine

---

1) Emeritus Professor of Nihon Fukushi University