

特集：地域における医療介護連携の展望**<総説>****地域社会処方箋の可能性**熊川寿郎¹⁾, 森川美絵¹⁾, 大冢賀政昭¹⁾, 大口達也^{1,2)}, 玉置洋¹⁾, 松繁卓哉¹⁾

1) 国立保健医療科学院医療・福祉サービス研究部

2) 高崎健康福祉大学健康福祉学部

**Social and community prescription in an integrated
community-based care system**Toshiro KUMAKAWA¹⁾, Mie MORIKAWA¹⁾, Masaaki OTAGA¹⁾,
Tatsuya OGUCHI^{1,2)}, Yoh TAMAKI¹⁾, Takuya MATSUSHIGE¹⁾

1) Department of Health and Welfare Services, National Institute of Public Health

2) Faculty of Health and Welfare, Takasaki University of Health and Welfare

抄録

日本においては第二次世界大戦以前より年金保険及び医療保険制度が運営されてきたが、農業従事者や自営業者などのインフォーマルセクターの一部は未加入にあった。戦後の高度経済成長の中でインフォーマルセクターの問題を解消すべく、1961年に年金及び医療の国民皆保険を達成した。皆保険制度導入後の日本の歴史は、まさに高齢化対策の歴史と重なるものである。

日本は介護保険制度導入後も、超高齢社会のニーズにより適うためにケアの統合とプライマリケア・地域医療の強化を図っており、2014年には「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」が成立した。この法律は可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進している。

また、老年学及び老年医学の分野においてFrailty（フレイル）の概念が重要になってきている。Frailty（フレイル）とは高齢期によく見られる症候群であり、転倒、生活機能障害、入院、死亡などの転帰に陥りやすい状態である。Frailty（フレイル）を経て要介護状態になる高齢者が多く、その対策は地域包括ケアシステムの新たな重要課題である。厚生労働省は2016年度より高齢者のフレイル対策を新たに実施する。

地域包括ケアシステムを構築し、各地域においてその質を向上させるためには、現在の地域資源のみならず、環境の変化により今後生まれてくる未来の地域資源をも戦略的に活用することが非常に重要になる。また同時に、地域資源の情報と実際のケアを結びつけるためのコーディネート機能の強化も必要となる。地域社会処方箋は、地域包括ケアシステムにおける非専門的サービスと専門的サービスを繋げる戦略的マネジメントツールである。同時にそのツールを活用することにより、地域資源のコーディネート機能を強化することができる。

キーワード：地域社会処方箋，高齢化，フレイル，地域包括ケアシステム，地域社会資源

連絡先：松繁卓哉

〒351-0197 埼玉県和光市南2-3-6

2-3-6, Minami, Wako-shi, Saitama, 351-0197, Japan.

Tel: 048-458-6133

E-mail: matsushige@nipsh.go.jp

[平成28年3月28日受理]

Abstract

Pension and medical insurance schemes were operated in Japan since before World War II, but some people in the informal sector were not covered. Amid rapid economic growth after the war, the government sought to solve this problem, and universal insurance coverage was introduced in 1961. Japan's history after the introduction of universal insurance coverage overlaps with the history of aging countermeasures.

The government has been continuing its efforts to integrate care to meet the needs of a super-aged society and to strengthen primary care and community medicine, enacting the Re-arrangement of Relevant Acts for Promoting the Comprehensive Provision of Medical and Nursing Care in Communities in 2014. This act promotes the building of community-level comprehensive support and service setups (which is to say community-level comprehensive care systems) so that, as far as possible, people can continue to live in their own way and in familiar surroundings until the end of their lives.

On the other hand, the concept of frailty has become more important in gerontology and geriatric medicine. Frailty is a common clinical syndrome in older adults that carries an increased risk for poor health outcomes including falls, incident disability, hospitalization, and mortality. There are many elderly people becoming the need of nursing care via frailty. The frailty measures are new important issues in the integrated community-based care system. Ministry of Health, Labour and Welfare will work on frailty measures of the elderly from fiscal 2016.

In order to structure the integrated community-based care system and to improve the quality of comprehensive care in the regions, it is critical to strategically use the regional activities that presently exist in each local region as well as new regional resources that might be created out of changes in the social environment in the future.

At the same time, it is likewise necessary to strengthen the coordinating functional capability to link information-based support to the specific care services. Social and community prescription is a strategic management tool that links the non-specialized service to the specialized service of the integrated community-based care system. We can strengthen the coordinating function by building up the system of social and community prescription.

keywords: social and community prescription, ageing, frailty, integrated community-based care system, regional resources

(accepted for publication, 28th March 2016)

I. 地域社会処方箋の考え方**1. 日本の高齢化対策**

日本においては第二次世界大戦以前より年金保険及び医療保険制度が運営されてきたが、農業従事者や自営業者などは未加入であった。戦後の高度経済成長の中でこの問題を解消すべく、1961年に年金及び医療の国民皆保険を達成した。高齢社会（高齢化率14%超）に到達する前に国民老人福祉法を制定し、その後も老人医療費の無料化及びその見直し、老人保健法の施行、ゴールドプランそして新ゴールドプランを実施した。また2000年には介護保険法を施行し、その後超高齢社会（高齢化率21%超）を迎えている。わが国の皆保険制度導入後の歴史は、まさに高齢化対策の歴史と重なるものである [1]。

日本は、諸外国に例をみないスピードで高齢化が進行している。65歳以上の人口は、現在3,000万人を超えており（国民の約4人に1人）、2042年の約3,900万人でピークを迎え、その後も、75歳以上の人口割合は増加し続けることが予想されている。このような状況の中、団塊の世代（約800万人）が75歳以上となる2025年以降は、

国民の医療や介護の需要が、さらに増加することが見込まれている。厚生労働省は、2025年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進している。

2014年成立した「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」は、①医療と介護の連携強化、②地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化、③地域における効率的で質の高い医療提供体制の構築などを通じて、持続可能な社会保障制度の確立を図ることを目的としている。具体的には地域包括ケアシステムの5つの構成要素である「予防」「医療」「介護」「住まい・住まい方」「生活支援・福祉サービス」をうまく組み合わせて高齢者の在宅での生活を支えることを目指している。ここでは「予防」「医療」「介護」の専門的サービスと「住まい・住まい方」「生活支援・福祉サービス」の非専門的サービスを、地域特性を反映させた上で実際に繋げる方法が必要となる。

2. 新たな課題：Frailty (フレイル)

Frailtyは今日の老年医学において最も重要なテーマの1つである。この日本語訳についてこれまで「虚弱」が使われているが、「老衰」、「衰弱」、「脆弱」といった日本語訳も使われることがあり、“加齢に伴って不可逆的に老い衰えた状態”といった印象を与えてきた。また、「虚弱」ではFrailtyの持つ多面的な要素、すなわち身体的、精神・心理的、社会的側面が十分に表現できていない。このような学術的背景により、平成26年5月に日本老年医学会はFrailtyの日本語訳を「フレイル」と改めた[2]。

Frailty (フレイル) とは高齢期に生理的予備能が低下することでストレスに対する脆弱性が亢進し、生活機能障害、要介護状態、死亡などの転帰に陥りやすい状態で、筋力の低下により動作の俊敏性が失われて転倒しやすくなるような身体的問題のみならず、認知機能障害やうつなどの精神・心理的問題、独居や経済的困窮などの社会的問題を含む概念である。Frailtyにはしかるべき介入により再び健全な状態に戻るという可逆性が包含されおり、早期に発見し適切な介入をすることにより、生活機能の維持・向上を図ることが期待できる。

2001年にはFriedらは①体重減少、②主観的疲労感、③日常生活活動量の減少、④身体能力(歩行速度)の減弱、⑤筋力(握力)の低下の5項目中の3項目が当てはまればフレイルとし、1~2項目が当てはまる場合はフレイル前段階とする診断基準を提案した[3]。しかしながら、その定義、診断基準については各国で議論が続いており、未だ世界的なコンセンサスが得られていない。その一方で、世界各国において高齢化が進んでいることを背景に、Frailty (フレイル) のスクリーニング法や介入法に関する関心が次第に高まっている。

高齢者においては生理的予備能が少しずつ低下し、恒常性が失われていく。わが国においては今後人口増加が見込まれる後期高齢者(75歳以上)の多くが、Frailty (フ

レイル) という中間的な段階を経て、徐々に要介護状態に陥ると考えられている。このことは今日の公的保険制度等の枠外において、新たに食事や運動などによりFrailty (フレイル) の予防に戦略的に取り組む必要があることを示唆している。Frailty (フレイル) を予防できれば、高齢者のQOL向上を図ることが可能となり、介護に関わる費用の減少も期待できる。

3. Social and Community Prescription (地域社会処方箋)

ここではSocial and Community Prescription (地域社会処方箋) を、わが国の掲げている地域包括ケアシステムにおける「予防」「医療」「介護」の3つの専門的サービスと「住まい・住まい方」「生活支援・福祉サービス」の2つ非専門的サービスを、地域特性を反映させた上で結びつける戦略マネジメントツールと定義する。「測定できないものはマネジメントできない」という箴言は、わが国の地域包括ケアシステムのマネジメントにも当てはまる。すなわち、地域包括ケアシステムをマネジメントするためには、それを構成する5つの要素について、それぞれの要素に属するサービスを体系的に分類し、さらにそれらを結びつけるプロセスを数値化する必要がある。

地域包括ケアシステムにおける「予防」「医療」「介護」の3つの専門的サービスは、わが国においては医療保険制度や介護保険制度などの公的な枠組みに属している。これらの専門的なデータは国、地方自治体、保険組合、医療機関、介護施設などが電子化されたデータとして保有しており、これらのデータを突合せ総合的にデータ分析を行う戦略がすでに実行されつつある。その一方で、「住まい・住まい方」「生活支援・福祉サービス」の2つ非専門的サービスについては、それらに関連する地域の重要な社会資源の把握が不十分であり、さらにそれらの社会資源がどのように活用されているかについての情報

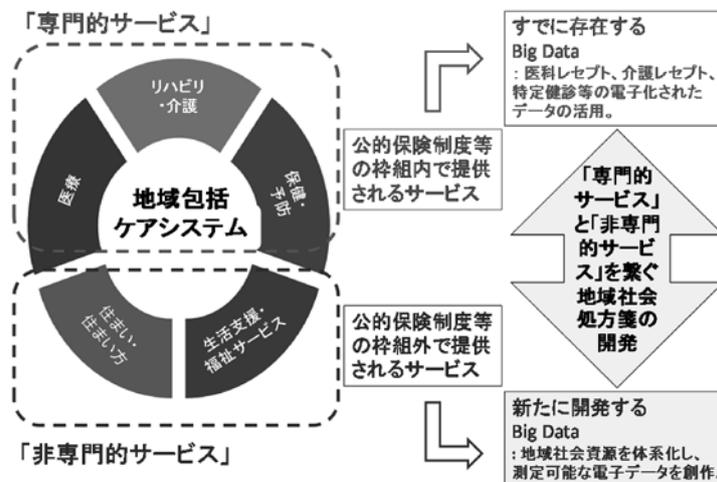


図1 地域包括ケアシステムと地域社会処方箋

も体系的に分類・整理されていない。

したがって、地域包括ケアシステムをマネジメントしてその成果を確実に引き出すためには、まずは「住まい・住まい方」「生活支援・福祉サービス」の非専門的サービスについて、地域における社会資源の実態を明らかにし、それらを比較可能な電子化データとして体系的に分類・整理する必要がある。そのことにより「住まい・住まい方」「生活支援・福祉サービス」の非専門的サービスのあり方を数値として把握することが可能となり、すでに数値化されたデータを有する「予防」「医療」「介護」の専門的サービスと突合させ、地域包括ケアシステムを真に包括的に分析することができる（図1）。

4. 英国におけるSocial Prescription（社会処方箋）

2006年に、英国保健省は長期の慢性疾患を有する患者を対象にSocial Prescription（社会処方箋）の導入を提案した。その目的は、地域のボランティアセクターやコミュニティセクターとの連携によって医療と社会的ケアの統合を促進することにあつた [4]。つまり、英国におけるSocial Prescription（社会処方箋）とは、既に慢性疾患を持つ人々の健康が悪化することを予防し、費用がかさむ専門家の治療を減少させるサービスをコミュニティ内にある非医療的な支援を提供する協力者に委託することを意味している。英国においては、2006年に以降数多くのSocial Prescription（社会処方箋）のパイロット事業が展開されているがいずれも小規模なものであり、また地域により取り組む姿勢に大きな格差がある。

2012年4月から2014年3月に実施された、慢性疾患患者の非医療的ニーズに対応するGeneral Practitioner（一般開業医）の能力を高めることを目的としたロザラム社会処方箋パイロット事業はロザラム市の全域をカバーするもので、この種のパイロット事業としては最大規模のものである。この事業の成果として、病院における治療の削減効果が示唆されたとの報告がある。その内容は社会処方箋サービスを紹介する6か月前から6か月後までのデータが利用できる161名の患者群を対象に、紹介の6か月前と比較して①事故および救急来院は21%減少、②入院は9%減少、③外来予約は29%減少というものである。このことが直接的に社会処方箋によるものとはいえないが、このサービスが長期的に見てリソースの削減に影響を持つ可能性があるという肯定的なサインであると解釈されている [5]。

その一方で、2015年に英国ヨーク大学のCentre for Reviews and Dissemination（レビュー普及センター）から“Evidence to inform the commissioning of social prescribing”というレポートが報告されている [6]。この中で、2015年の2月時点でソーシャル プリスクライビング プログラムのコミッションングについて参考となる質の高いエビデンスはほとんど集まっておらず、また存在するエビデンスのほとんどがパイロット事業の評価を示しているだけで、プロジェクトが成功したのかあ

るいは失敗したのかを判断するための詳細な情報が欠落しており、プロジェクトの費用対効果に関するエビデンスが不足していると報告している [6]。

II. 日本における生活支援ニーズを充足するためのサービス提供システムの視点

1. 日本における生活支援ニーズへの互助活用

本節では、高齢化に伴いわが国が直面する地域住民の生活支援ニーズの増加という課題とこれに対応するためのサービス提供システムの視点について検討を行う。

まず、日本の社会的課題として、単身や夫婦のみの高齢者世帯、認知症の高齢者が増加があり、そのような中で、高齢者の生活の全体を支えるためには、介護保険制度や医療保険制度などの社会保障制度で提供されるサービスでは解決が困難な日常生活支援を何らかの方法で提供する仕組みを構築する必要がある。

例えば、「一人暮らし高齢者・高齢者世帯の生活課題とその支援方策に関する調査 [7]」によれば、一人暮らし高齢者世帯が生活行動の中で困っていることは、「家の中の修理、電球交換、部屋の模様替え」「掃除」「買い物」「散歩・外出」「食事の準備・調理・後始末」「通院」「ごみ出し」など多様なものが挙げられている。

こうした状況に対し、社会保障制度改革国民会議 [8] は、「21世紀（2025年）日本モデル」の社会保障、特に医療・介護・福祉・子育てについて、「住民主体のサービスやボランティア活動など数多くの資源が存在する。こうした家族・親族、地域の人々等とのインフォーマルな助け合いを『互助』と位置づけ、人生と生活の質を豊かにする『互助』の重要性を確認し、これらの取組を積極的に進めるべき」「地域の『互助』や、社会福祉法人、NPO等が連携し、支援ネットワークを構築して、こうした高齢者が安心して生活できる環境整備に取り組むことも重要である。」と、インフォーマルケアの活用必要性を述べている。

他方で、インフォーマルケアは、フォーマルケアの代用品として使われやすく、ケアを共有するパートナーとしてはみられないという報告もある [9, 10]。近年のインフォーマルケアの活用に向けた政策動向に対し、全国社会福祉協議会は、「財源不足による公的サービスの抑制による不足分をインフォーマルに期待する動きをけん引しかねず、安易な住民頼み、地域社会頼みが起こらないように、自治体・住民、関係者間で十分な協議が必要である」と警鐘を鳴らしている [11]。

2. インフォーマルケアのサービス提供システムへの活用に向けた政策的動向

インフォーマルケアのサービス提供システムへの活用に向けた具体的方策に関する近年の政策的動向としては、厚生労働省が2008年にこれからの地域福祉のあり方に関する研究会を組織し、今後の住民活動の組織化やその活

用のあり方を提言が示した [12]. ここでは、「地域福祉コーディネーター」の配置を提言し、住民活動で発見された生活課題の共有化、社会資源の調整や開発、様々な地域の活動間のネットワーク形成と専門的な対応が必要な問題を抱えたものに対し、問題解決のためのコーディネートを行う人材の必要性が述べられている。

また、介護保険制度の見直しにおいても「1. 地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の見直し」として、「(4) 生活支援サービスの充実・強化」がうたわれた [13]. 第6期介護保険事業計画がスタートする平成27年度からは、地域のニーズと地域資源のマッチングなどを行うコーディネーターの配置や協議体の設置等を通じ、生活支援サービスを担う事業主体の支援体制の充実・強化が図られているところである。

III. インフォーマルケア・地域資源の活用方法論の構築にむけた研究

1. 基本的視点

生活支援ニーズへの対応により地域包括ケアの質向上を図るためには、地域社会に既に存在する地域資源、及び今後社会環境の変化から生み出される新たな地域資源をインフォーマルケアとして戦略的に活用する視点が重要である。このためには、地域資源に関する情報の収集・更新、有効活用に向けた情報の加工と共有が必要であり、さらには、地域資源情報を具体的なケアに結びつけるコーディネートについても強化される必要がある。

しかしながら現状において地域包括ケアの質向上に資する「地域資源情報」は、必ずしも体系的に整理されておらず、地域社会では、多様な組織・団体が、地域住民の健康づくりのレベルから地域社会の再構築に至るまで非常に幅広く活動している状況にある。

地域資源情報を支援に結び付けるコーディネート機能を担う代表的機関¹として、全国の市町村に存在する社会福祉協議会および地域包括支援センターがある。しかし、これらの機関が地域資源情報をどのように収集管理し、支援に活用しているか、全国的な実態はこれまでに明らかにされていない。

まずはこれらの実態把握に関わる研究を基礎としながら、インフォーマルケアをうみだす地域資源の把握、および把握の方法論の開発を進めることが求められる。

¹ 社会福祉協議会は、全国の市町村に在る準公的な組織であり、住民の組織化や、地域で福祉活動を担う組織の立ち上げ、やネットワーク化を推進することにより、地域住民の互助的な基盤を強化することをミッションの一つとする組織である。近年は、地域や組織レベルにはたらきかける活動とあわせ、それらを個別ケースの支援に結び付ける活動も重視するようになってきている。地域包括支援センターもまた、全国の市町村に設置されており、高齢者の生活支援等、保健医療に限られない社会的支援に係る地域資源の情報を、要介護・慢性疾患等の高齢者への支援に結び付けるコーディネート機能を担うことが期待されている。

以下に、こうした視点から筆者らがとりくんだ「地域資源情報の活用管理に関する調査」を紹介する [14].

2. 「地域資源情報の活用管理に関する調査」

地域資源情報の活用管理に関する調査を実施するにあたって、まず筆者らは、これまで社会福祉分野において捉えられてきた「地域資源」についての文献を渉猟し、地域資源の類型化を行った。また、地域のニーズを客観的に把握するために「ケアの活動」についても同時に類型化を行った。

これらの類型を活用し、「地域資源情報」の把握と、それらのケアの活動への活用に関する全国的な状況を明らかにするため、全国の市区町村社会福祉協議会 (N=1,741) 及び地域包括支援センター (N=5,317) に対して全国調査を行った。

主な調査項目は、①組織の基本属性 (所在自治体、職員体制、担当圏域と他の圏域区分との合致状況等)、②地域資源情報の収集・加工・活用の概況、③当該組織が行う支援における地域資源や機関との連携状況、④支援内容のタイプ別にみた連携先、⑤対象者の特性別にみた、連携先として活用される資源のパターン、⑥地域ケア会議の開催状況、である。

調査結果からは、全国的な地域資源や機関との連携状況、市区町村社会福祉協議会や地域包括支援センターの取り組み状況の差が明らかになっている。

今回の調査は、地域の生活支援ニーズに対する地域資源活用のエビデンス集積という要素をもつ。これらのエビデンスは、地域での整備がすすめられつつある地域福祉コーディネーターや生活支援コーディネーターの教育・研修プログラムの開発への応用も期待されよう。

IV. 地域社会資源の捉え方 — イギリス “social prescription” の事例検討から

前節では、筆者らが取り組んでいる研究の概容を示し、地域医療・地域福祉をめぐる現在の状況において本研究の有する意義について述べた。続く本節では、いったん視点を拡大し、本稿が「地域資源」と称してきた対象と、これに対する行政との相互関係について、あらためて再考していく。

地域ごとに存在する「地域資源」「社会資源」を行政としてどのように地域保健・地域医療・地域福祉に活用していくのか、国内外で展開されている複数の事例を見ていくと、社会資源の位置づけ方とその活用手法には大きなヴァリエーションが存在していることがわかる。位置づけ方・活用方法の違いは、それら社会資源が「フォーマルケア」としての医療・福祉サービスと結びつけられ、一つの統合体として形成される「ケアシステム」の性格に大きな影響を及ぼすことになる。例えば、日常生活におけるインフォーマルケアが中心に据えられて、これを補完するものとしてフォーマルケアが性格づけられる場

合と、その逆の位置づけられ方をした場合とでは、保健・医療・福祉の諸実践のみならず、地域の互助活動の内容にも変化が生じることとなる。「地域資源」の位置づけ方を注視することの重要性は、こうした理由による。

イギリスが諸外国にさきがけてインフォーマルケアの振興策に取り組んできたことは、これまでも報告されてきた [15-17]。イギリスのインフォーマルケア振興策の特徴は、次の3点から理解することができる。第一に、インフォーマルケアの一形態としての「セルフケア」の振興が、行政レベル・草の根レベルで展開され、2000年代の間に一定レベルの普及・浸透が見られたこと。第二に、セルフケアはヘルスケアの根幹をなすものとして位置づけられ（つまり正規医療が補完する対象としてセルフケアの基本性格が規定され）、セルフケアの充実が全体としての保健医療の成立の前提条件とされたこと。第三に、セルフケア振興策において取り入れられてきたプログラムの評価研究が重ねられてきて、施策の有効性が示されてきたことである。しかしながら、この「評価」のあり方については、様々な議論が繰り返された。

例えば医療社会学者のMichael Buryは、セルフケアの必要性を重視する思潮が広げられていく中で、健康に対する「個人的責任」「個人的要因」「自助努力」が強調された結果、公衆衛生施策がその方向に偏ることに警鐘を鳴らした [18]。また、セルフケア振興施策の中で採用されてきた各種のプログラムの有効性の評価も進められてきたわけであるが [19]、「症状の軽減」や「通院頻度の減少」など、保健医療の体制にとって有益であるか否か、という評価項目による「評価」である側面が濃厚であった。つまり、保健医療の視点からのみ「セルフケア」「インフォーマルケア」が評価され、日々の生活や意識においてどのような質的な変化が生じたのか、という観点から前面に出てくるのが稀であった。

このような特徴は、イギリス保健省が示す「セルフケ

ア」の概念図（図2）に現れている。この図は、ヘルスケアを1つの総体として見たときに、セルフケアとプロフェッショナルケアがこれを構成すると見る概念モデルを示すものである。注目すべき点は、ヘルスケアという総体の中にセルフケアが含まれている点であり、かつ、非常に大きな割合を占めている点である。図が示すように、慢性疾患患者の大半はセルフケアと最小限のプロフェッショナルケアにより対処されるべきものと位置づけられ、有限であるプロフェッショナルケアが主に向けられるべきは、ハイリスクケースや依存症の患者とされていることがうかがえる。

インフォーマルな資源として地域に暮らす人々がおこなうケアを「インフォーマルケア」と位置づけられてきたが、その特性・可能性をどのように捉えるべきか、という点については議論の余地が大きく残されているのではないかと。イギリスのセルフケア振興策では「保健医療に資するもの」という性格付けが突出した半面、「健康」や「病気」だけでは測れない地域住民の活動の多様性への理解が後退し、それがイギリス社会の中での議論を呼び起こした [21]。

これと同じ図式が、既に本稿前半で述べたイギリスにおけるsocial prescribing（社会処方箋）についても見ることができるだろう。ボランティアセクターとプライマリケアをつなぐ取り組み“referral pathways”として、プライマリケアの患者の非医療的ニーズ（例：社会参加、地域交流、他）について、これを充足できる地域のボランティア・グループへと橋渡しが行われる。ここで重要な点は、誰が橋渡しを行うのか、つまり社会処方箋を処方するのかという点であるが、イギリスにおいてこれを担うのがGP (general practitioner) であり、国営医療サービスNHS (National Health Service) である。

地域で築き上げられてきた各種の互助活動は、元々は

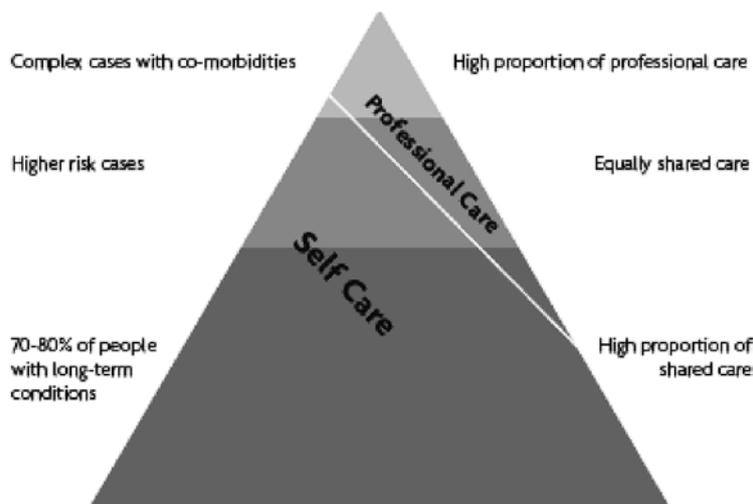


図2 イギリス保健省の示す“Healthcare Pyramid” [20]

保健医療とは別個に、地域の文化や歴史の中で生まれ、蓄積されてきた。今ここで、保健医療のフォーマルサービス事業であるNHSが、これら「地域資源」への処方箋を担うこととなったのは、国営サービスの財政・持続可能性が危ぶまれることになり、その打開の可能性を持つものとして地域の互助活動が着目されたことによる。

このようなイギリスの動向は、今後の日本の展開を考えるうえで示唆的である。とくに論点を挙げるとすれば以下ようになる。すなわち、文化的・歴史的・社会的に構成された地域の資源を、どれだけ多面的に捉えることができるか。保健医療に資する可能性は、そうした多面的要素の中の一側面であるわけであるが、その点をどのように取り扱うのが適切であるのか。「自助」「互助」のための「地域資源」と称される時、そこには多分に保健医療のシステムを補完するための利活用が意図されていることが見えてくるわけであるが、自発的にそれらの活動を展開してきた地域住民にとって、そうした意味合いでの性格付けがどのように映るのか。今後の展開を注視していく必要がある。

V. 結語

1. コモンズ（共有地）の悲劇

1968年にアメリカの生物学者であるGarrett HardinがScience誌に“The Tragedy of the Commons”と題する論文を寄稿した[22]。コモンズとは、ある特定の人々の集団やコミュニティにとって、生活上あるいは生存のために重要な役割を果たす希少資源のことである。または、そのような希少資源を生み出すような特定の場所を限定して、その利用に関して特定のルールを決める仕組みのことである。伝統的なコモンズは、漁場、海浜、河川、灌漑用水、森林、牧草地、焼き畑農耕地など多種多様なものがある。

何人かで共有している牧草地を考えた場合、その牧草地をこれ以上利用すれば牧草が枯渇してしまうということが認識されても、牧草地の共有権を持つ一人ひとは家畜を殖やすことにより得られる便益が牧草地全体の悪化によって被る被害より大きければ家畜の数を増やそうとする。一般的に一頭の家畜を殖やすことにより獲られる便益は、牧草地の条件が悪化することによって被る損失より遙かに大きいからである。したがって、牧草地の共有権を持つ一人ひとりが合理的な行動をとっても、全体としては牧草地が枯渇し消滅してしまうという不合理な結果を生み出してしまうということをHardinは主張している。

以後、「コモンズ（共有地）の悲劇」を巡って、文化人類学、環境学、社会学、経済学などの専門家間で大きな論争が展開されてきた。コモンズは過剰利用を避けて最適利用を図るために賦課する混雑税のような仕組みである。近年においては地球環境問題に対する関心の高まりのなかでコモンズの現代的意義が改めて注目されて

おり、持続可能な経済発展（Sustainable Economic Development）のあり方を議論する上で中心的な役割を果たしている。

2. 社会的共通資本としてのヘルスケアシステム

コモンズ概念は、東京大学名誉教授の宇沢弘文先生が提唱された社会的共通資本（Social Common Capital）の概念に含まれるものである[23]。社会的共通資本とは、「国ないし特定の地域に住むすべての人々が、豊かな経済生活を営み、すぐれた文化を展開し、人間的に魅力ある社会を持続的、安定的に維持することを可能にする社会的装置」を意味するものである。

社会的共通資本は、自然環境、社会的インフラストラクチャー、制度資本の3つの範疇に分けて考えられている。自然環境は森林、河川、湖沼、沿岸湿地帯、海洋、水、土壌、大気など多様な構成要素から成り立っている。社会的インフラストラクチャーは道路、橋、鉄道、上・下水道、電力・ガスなどから構成される。制度資本は医療、教育、金融、司法などさまざまな制度的要素から成り立っている。わが国のヘルスケアシステムは典型的な社会的共通資本であり、もっとも代表的な制度資本の一つである[24]。

また注目すべき点は、社会的共通資本（この中にコモンズ概念が内包される）の組織や管理のあり方は、必ずしも国家を通じて行われるものではないということである。一般的にコモンズは、コモンズを構成する特定の人々の集団やコミュニティから信託された形で管理されてきた。

3. 政策的イノベーションとしての地域社会処方箋

わが国は、諸外国に例をみないスピードで高齢化が進行している。65歳以上の人口は、現在3,000万人を超えており（国民の約4人に1人）、2042年の約3,900万人でピークを迎え、その後も75歳以上の人口割合は増加し続け、団塊の世代（約800万人）が75歳以上となる2025年以降は、国民の医療や介護の需要が、さらに増加することが見込まれている。また、認知症高齢者の増加も見込まれ、地域での生活を支えるシステムの構築が重要となる。さらに、人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部など、高齢化の状況は大きな地域差が生じてくる。

このような背景で2014年に成立した「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」は、①医療と介護の連携強化、②地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化、③地域における効率的で質の高い医療提供体制の構築—などを通じて、持続可能な社会保障制度の確立を目指すものである。具体的には、地域包括ケアシステムを構成する5つの構成要素、「予防」「医療」「介護」「住まい」「生活支援・福祉サービス」をうまく組み合わせることで在宅生活を支えることを目的としている。

経済学者ヨーゼフ・シュムペーターは「生産とは我々が利用しうるいろいろな物や力を結合することであり、生産物および生産方法の変更とはこれらの物や力の結合を変更することである。そして、非連続的な新結合が現れること、つまりイノベーションにより初めて経済発展が生まれる」としている [25]。このことから、技術に限らず、今手にすることができる「物」や「力」に当たるものを新しく組み合わせることにより、これまでにない新しい価値を生み出すことが今日的なイノベーションの解釈である。

地域社会処方箋は地域包括ケアシステムにおいて「予防」「医療」「介護」の3つの専門的サービスとその前提としての「住まい」「生活支援・福祉サービス」の2つの非専門的サービスをそれぞれ比較可能な標準的なコンポーネントに分類し、それらを数値化して新たに結合させる戦略的マネジメントツールである。そのことから、地域社会処方箋は保健医療福祉分野における政策的イノベーションとして位置づけることができる。地域社会処方箋を開発しモデル化することにより地域特性を反映した医療、介護、フレイル等の複合的な健康問題を現実的に解決することが可能となり、地域包括ケアシステムの真の成果を引き出すことができる。

引用文献

- [1] 厚生労働省大臣官房国際課. Active Ageing (活動的な高齢化)における日本の貢献に関する検討会報告書. 2014.3. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10501000-Daijinkanboukokuksaika-Kokusaika/0000044928.pdf> (accessed 2016-03-28)
- [2] 日本老年医学会. フレイルに関する日本老年医学会からのステートメント. http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/20140513_01_01.pdf (accessed 2016-03-28)
- [3] Fried LP, et al. Frailty in older adults : evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001;56: M146-56.
- [4] Department of Health. Our health, our care, our say: a new direction for community services. White paper. Crown Copyright; 2006.1. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/272238/6737.pdf (accessed 2016-03-28)
- [5] Sheffield Hallam University Center for Regional Economic and Social Research. From dependence to independence: emerging lessons from the Rotherham Social Prescribing Pilot Summary Report. 2013.12. <https://www.shu.ac.uk/research/cresr/sites/shu.ac.uk/files/rotherham-social-prescribing-summary.pdf> (accessed 2016-03-28)
- [6] The University of York. Center for Reviews and Dissemination: Evidence to inform the commissioning of social prescribing. 2015.12. https://www.york.ac.uk/media/crd/Ev%20briefing_social_prescribing.pdf (accessed 2016-03-28)
- [7] みずほ情報総研株式会社. 老人保健健康増進等事業「一人暮らし高齢者・高齢者世帯の生活課題とその支援方策に関する調査研究」平成23年度研究報告書. 2012.
- [8] 厚生労働省. 社会保障制度改革国民会議報告書. 2013.
- [9] Mestheneos E, Triantafyllou J. (Eds.) Supporting Family Carers of Older People in Europe: The Pan-European Background Report. Empirical Evidence, Policy Trends and Future Perspectives. Hamburg, Lit Verlag. 2005.
- [10] Eurocare. Services for Supporting Family Carers of Dependent Older People in Europe: the Trans-European Survey Report (TEUSURE). 2006.
- [11] 全国社会福祉協議会. これからの地域福祉のあり方に関する研究会「報告書」の概要と社協における今後の取り組み. 社協情報NORMA. 2008;216.
- [12] 厚生労働省社会・援護局. これからの地域福祉のあり方に関する研究会報告書. 2008.
- [13] 社会保障審議会介護保険部会. 「介護保険制度の見直しに関する意見」. 平成25年12月20日. 2013.
- [14] 熊川寿郎, 研究代表者. 日本医療研究開発機構委託費長寿・障害総合研究事業「エビデンスに基づく地域包括ケアシステム構築のための市町村情報活用マニュアル作成と運用に関する研究」平成27年度研究報告書. 2016.
- [15] Matsushige T, Tsutsui T, Otaga M. Mutual aid beyond formal institutions: Integrated home care in Japan. *Current Sociology.* 2010;60(4):538-550.
- [16] 松繁卓哉. 地域包括ケアシステムにおける自助・互助の課題. *保健医療科学.* 2012;61(2):113-118.
- [17] 松繁卓哉. 地域包括ケアにおける「自助」「互助」の課題—支援者—被支援者の固定的関係性からの脱却. *理学療法学.* 2016;42(8):728-729.
- [18] Bury M, Newbould J, Taylor D. A rapid review of the current state of knowledge regarding lay led self-management of chronic illness. National Institute for Health and Clinical Excellence. 2005.
- [19] Department of Health. The Expert Patients Programme. London: Department of Health; 2006.
- [20] Department of Health. Self care: a real choice; self care support: a practical option. London: Department of Health; 2005.
- [21] 松繁卓哉. 保健医療の移ろいゆく「基準」と生の固有性. *保健医療社会学論集.* 2016;26(2):13-20.
- [22] Garrett Hardin. *The Tragedy of the Commons.* Science. 1968;162(3859):1243-1248.
- [23] 宇沢弘文. 社会的共通資本. 岩波新書. 東京: 岩波

熊川寿郎, 森川美絵, 大冢賀政昭, 大口達也, 玉置洋, 松繁卓哉

書店：2004.10.

[24] Kumakawa T. Benefit evaluation of the health care system as social common capital: Quality measurement of the health care system as non-market goods and

services. *Journal of the National Institute of Public Health*. 2010;59(1):21-30.

[25] シュムペーター. 経済発展の理論 (上). 岩波文庫. 東京：岩波書店；2006.