

イギリスの孤独対応戦略と社会的処方

高田 寛

政策・経済研究部
主席研究員

1. はじめに

コロナ禍による孤独感の深まりに対応して、政府は本年2月に「孤独・孤立担当大臣」を任命するとともに、内閣官房に「孤独・孤立対策担当室」を設置した。担当大臣・担当室は2月以降に「緊急支援策」などの対応策を、また4月下旬には67項目に及ぶ「孤独・孤立対策支援施策」を公表した。

日本よりも早く世界で初めて2018年1月に孤独問題担当大臣を任命したイギリスは、同年10月に「孤独対応戦略」(A connected society - A strategy for tackling loneliness)を発表以降、施策の進捗状況について年次報告書で公表している。本年1月発行の年次報告書を参照しつつ、イギリスの孤独対策を見てみたい。

2. イギリスの孤独対応戦略

イギリスの孤独対応戦略では、その目標を「孤独について話し合うことで、孤独を恥ずかしいと思う人を減らすこと」、「政府における政策の立案において、つながりの強化を考慮すること」、「孤独に取り組むうえで、エビデンスに基づいた改善を行なうこと」の3点としている。2018年公表の孤独対応戦略報告書は80ページに及ぶものであるが、厚生労働省の2019年版の海外情勢報告を参考にすると、主な内容は図表1のとおりである。

図表1 孤独対応施策の主な内容

	主な内容
1	かかりつけ医による地域活動やコミュニティ活動の紹介
2	事業者による従業員の健康や社会生活の支援
3	郵便配達員による通常業務の一環での見守り
4	コミュニティカフェやアート空間等のコミュニティスペースの増設
5	小中学校の人間関係教育の中への孤独問題の取り込み
6	各省施策の中に孤独対策視点の取り入れ
7	長期的健康課題を抱える人々へのボランティア活動を支援する試験プロジェクトの実施

出所：厚生労働省「2019年 海外情勢報告」を基に明治安田総合研究所作成

これらの内容は、さらに60項目に及ぶイギリス政府の施策にブレークダウンされている。施策は多岐にわたるが、内容別に分類し、施策数の上位をピックアップしたものが図表2である。

図表2の施策の中で最上段に記載されることから分かるように、施策面で最も力を入れているのが「社会的処方」である。社会的処方とは、頭痛や腹痛などの身体的症状で診察を受けた場合でも、かかりつけ医がそれらの症状の真の原因が孤独や借金苦などの社会的要因によるものと判断した場合、ボランティア等の地域資源に詳しいリンクワーカーを通じて、多様な活動を行なう地域の支援グループや法律関係者等を紹介することで回復をはかるといった試みである。社会的処方に関連する9件の施策では、社会的処方を全国に拡大するためのリンクワーカーの増強やオンラインによる研修・情報交換、社会的処方学会による支援、ナショナルデータベースの構築、好事例の紹介等が推進されている。

第2の注目点はデジタル技術の活用で、5件の施策が推進されている。主な施策は、デジタルによる地域サービスの紹介、高齢者や障がいを持つ方へのデジタルスキル獲得の支援、インターネット使用の安全性の向上等で、対面での支援が困難なコロナ禍により重要性が増している。その他についても、コロナ禍で全体的に施策の進捗が遅れているようであるが、電話やデジタル通信を使うなどの工夫を取り込みつつ前進させていることがうかがえる。

図表2 孤独対応施策の分類と上位の内容

主な内容	施策数
社会的処方	9
デジタル技術	5
移動・交通	5
政府の対応	5
学校・教育	4
民間企業・事業者	4

出所：「LONELINESS ANNUAL REPORT JANUARY 2021」を基に明治安田総合研究所作成

3. 日本における社会的処方の適用について

イギリスの孤独対応戦略で重要視されている「社会的処方」であるが、日本においても「経済財政運営と改革の基本方針（骨太方針）2020」で取り上げられ、2021年度介護報酬改定で小規模ながらも導入が決定されるなど、注目度が高まっている。本項では、日本への社会的処方の適用について検討したい。

まず、課題として考えられるのは社会的処方と社会保障制度との重複である。孤立した高齢者を例にとって考えてみたい。イギリスのかかりつけ医は「疾病ではなく患者を診る」と言われるように、「患者が訴えている頭痛の原因は不眠であり、不眠の原因は孤独であり、その原因は配偶者の死亡である」というところまで原因を遡ったうえで、リンクワーカーを紹介するなどの社会的処方を行なう。一方、日本のかかりつけ医では頭痛の理由として不眠状態にあることを聞き取るまでにとどまり、不眠に至った経緯までは遡って医師が対処しようとは考えないケースがほとんどであると思われる。しかし、日本で「配偶者の死亡による孤独」の訴えを聞いて対処してくれるのは、高齢者の相談窓口となる「民生委員」や「地域包括支援センター」である。地域包括ケアシステムの高齢者支援では、医療機関や民生委員・地域包括支援センター等の多職種連携を想定しているのだから、日本に改めて「社会的処方」を導入せずとも、該当する機能は地域に存在しているのではないだろうか。筆者は社会的処方の本格的な導入よりも、現存する多職種連携の機能強化に注力すべきと考える。

2点目は、イギリスの社会的処方も日本の高齢者支援制度も「本人の訴えがあって、はじめて対応がスタートする」ことである。イギリスの孤独対応戦略の目標の一つが「孤独を恥ずかしいと思う人を減らすこと」であるように、「私には頼れる人も話し相手もおらず、孤独を感じています」と表明することを恥ずかしいと思うことは日本でも同じであろう。イギリスのように「孤独について話し合うキャンペーン」で「恥ずかしいと思う気持ち」を軽減していくことも一つの方法だが、それだけでは解決しないであろう。では、本人の訴えがない場合、どうすれば本人と地域の支援活動と結び付けられるであろうか。

積極的な支援を行なう際に「アウトリーチ」という言葉を改めてよく聞くようになった。その意味は、支援者が待ちの姿勢でいるのではなく、支援が必要であるのに届いていない人に対し、訪問活動を行なうことによって支援を届けていくことである。しかし、本人の訴えがない場合には訪問活動の対象者を見つけるのは困難であろう。その課題を解決するには、住民同士のネットワークを基盤とする情報収集が必要と筆者は考えている。

ネットワークを基盤とする例としては、以下のような場面が想定できるだろう。例えば、「旦那さんが亡くなってから、Aさんは楽しみにしていた散歩に出てこなくなった」という何気ない情報を、Bさんが高齢者支援の情報ネットワークに参与しているCさんに伝えたところ、Cさんから地域包括支援センターや地域の助け合いを支援する生活支援コーディネーターに伝わる、というようなルートである。そして、生活支援コーディネーター等の依頼によって地域のボランティア等がAさんを訪問し話し相手になるなどアウトリーチを開始する。やや迂遠のように聞こえるかもしれないが、こういった住民の情報ネットワークを支援に取り入れる仕組み（制度または文化）を地道に作っていくことが孤独・孤立支援対策には必要であると考えられる。