

# 社会的処方白書

一般財団法人オレンジクロス

## 目次

第1章 英国における社会的処方とは .....	3
1-1 社会的処方とその基本理念 .....	4
1-2 英国の保健医療システム及び関連施策における位置づけ .....	5
1-3 社会的処方の仕組み.....	8
1-4 社会的処方の効果と課題.....	9
第2章 日本で「社会的処方」に着目する背景.....	12
2-1 医療現場に持ち込まれる社会・経済的問題.....	12
2-2 「地域共生社会」の提案と社会環境の変化.....	14
2-3 健康問題の解決手段は医療サービスだけではない.....	19
2-4 社会的処方のインパクト.....	22
第3章 医療機関を起点とする社会的処方の手順と関係する職種・組織 .....	25
3-1 社会的処方の手順 .....	26
3-1-1 手順1：社会・経済的課題を発見する.....	26
3-1-2 手順2：地域社会へつなげる .....	26
3-1-3 手順3：生活に伴走する .....	26
3-2 日本で医療機関を起点として社会的処方を進める流れ.....	27
3-3 関係する職種・組織.....	29
① 社会・経済的課題を発見する保健医療専門職.....	29
② 地域社会へとつなげるリンクワーカー .....	29
③ 紹介先となる組織・グループなど .....	32
第4章 英国と日本の社会的処方に関わる取組み事例.....	36
4-1 はじめに.....	36
4-2 英国の事例.....	36
4-2-1 事例1：フルーム、サマーセット CCG (Frome, Somerset CCG).....	36
4-2-2 事例2：ハックニーCCG、ロンドン Hackney and City CCG .....	38
4-3 日本の事例.....	41

4-3-1	事例3：「おおた高齢者見守りネットワーク（みま～も）」東京都大田区.....	41
4-3-2	事例4：「HPH カルテ、くらしサポーター制度」医療生協さいたま.....	42
4-4	まとめ.....	45
第5章	今後に向けて.....	46
5-1	社会的処方各手順が有効に機能するための課題.....	46
5-1-1	社会・経済的課題の発見に関する課題.....	46
5-1-2	地域社会へつなげる際の課題.....	48
5-1-3	生活に伴走する際の課題.....	48
5-2	地域共生社会の実現：社会的処方が最終的に目指すもの.....	49
5-2-1	地域共生社会の実現に向けて.....	49
付録	検討体制・執筆者一覧.....	51
6-1	2018年度 日本版「社会的処方」のあり方検討事業（仮題）委員会.....	51
6-1-1	委員.....	51
6-1-2	アドバイザー.....	51
6-1-3	オブザーバー.....	52
6-1-4	事務局.....	52
6-2	執筆者一覧.....	52

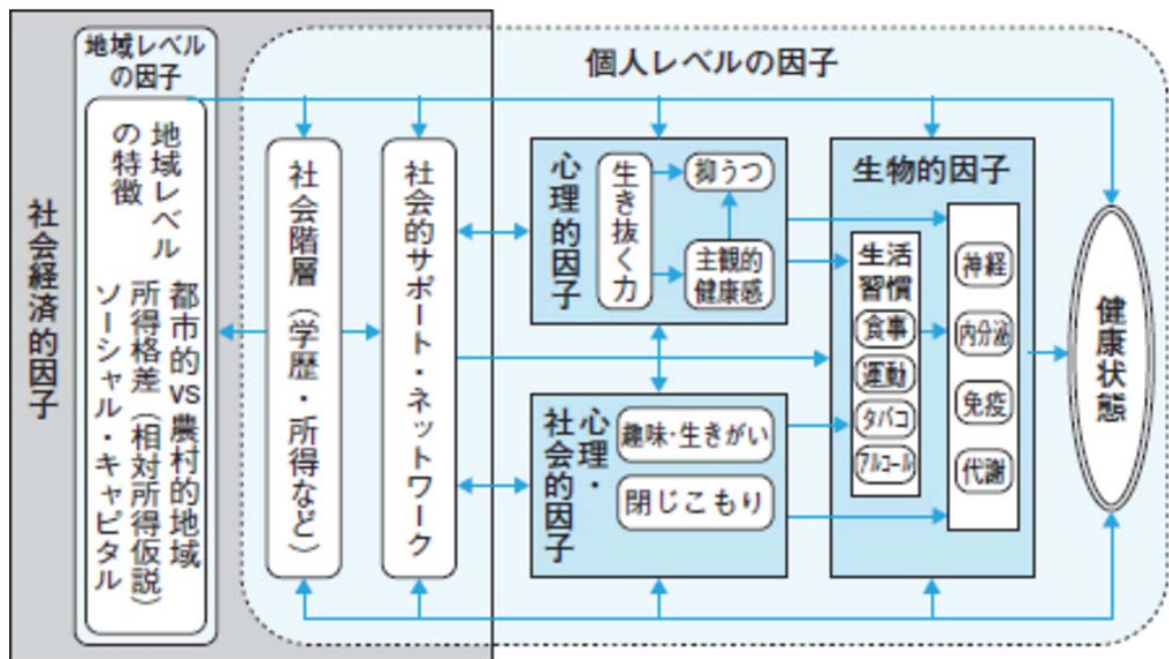
Photo by YasukiF

## 第1章 英国における社会的処方とは

高齢化の進展や疾病構造、経済・社会情勢の変化につれ、複数の疾患や障害とともに生きる人々、個人や世帯単位で多様かつ複雑な課題を抱える人々が増加している。人とのつながりや人への役立ちから排除され、既存の制度枠組みでは支援が届きにくい場合も少なくない。

他方、社会・経済的因子や環境が健康状態に大きな影響を及ぼすことが明らかにされており（図1-1）、顕在化した課題へのより包括的・効果的な対応とともに、本人がさまざまな問題に直面しながらも生きようとする力を高め、継続的につながり寄り添う支援に加え、ひろく生活全般の環境改善にアプローチする必要性が高まっている。

図1-1：社会経済的因子が健康に影響するプロセス



出典: 近藤克則. (2005). 健康格差社会-何が心と健康を蝕むのか. 医学書院, p.28

英国では、1970年代から健康格差に関する研究がすすみ、1998年の「アチェソン報告」において重層的な健康の社会的決定要因 (Social Determinants of Health、以下SDH) が概念化され、社会環境整備をつうじた健康格差対策の推進が強調された。そして、SDHへの対応に目を向け、社会経済的ニーズについては、地域における多様な活動やボランティア・グループなどの地域資源に橋渡しし、より人々が主体的に自立

して生きていけるよう支援するとともに、ケアの持続可能性を高める仕組みとして、「社会的処方」に注目が集まり、全土に広がりを見せている。

本白書は、この「社会的処方」をとりあげ、まずその定義と英国における動向を概観（第1章）、日本でいま社会的処方に着目する背景（第2章）を確認したのち、とくに医療機関を起点とする社会的処方に焦点をあて、その手順や我が国で進める際に関係する職種や組織を具体的に検討する（第3章）。第4章は第3章の理解を助ける英国及び日本の社会的処方にかかわる取組み事例を紹介し、以上から得られる示唆と今後に向けた提言をとりまとめる（第5章）。

## 1-1 社会的処方とその基本理念

社会的処方とは、英語の「social prescribing」を日本語に訳したものである。その定義は、異なるものが多く存在すると言われているが、現時点で、英国内で合意が得られていると考えられるものとして、社会的処方に関する国の保健医療システム（National Health Service、以下 NHS）の戦略をリードする Michael Dixon らが運営委員を務める Social Prescribing Network による以下を紹介しておく<sup>1</sup>。

その基本理念は、「人間中心性（person-centredness）」、「エンパワメント（empowerment）」、「共創（co-production）」の3点とされる。

社会的処方とは—社会的・情緒的・実用的なニーズを持つ人々が、時にボランティア・コミュニティセクターによって提供されるサービスを使いながら、自らの健康とウェルビーイングの改善につながる解決策を自ら見出すことを助けるため、家庭医や直接ケアに携わる保健医療専門職が、患者をリンクワーカー（link worker）に紹介できるようにする手段である。患者はリンクワーカーとの面談を通じて、可能性を知り、個々に合う解決策をデザインする。すなわち自らの社会的処方とともに

<sup>1</sup> Dixon, M, Polley, M. (2016). Report of the annual social prescribing network conference, Social Prescribing Network, London. (訳: 澤憲明, 堀田聡子. (2018). 英国における社会的処方. ジェネラリスト教育コンソーシアム, Vol.10, 139-144)。なお、NHS のウェブサイトでは、次のような説明がみられる。—社会的処方は、個々に最適化されたケアに向けた構成要素の一つである。地域の諸機関にとって、人々をリンクワーカーに紹介する方法であり、リンクワーカーは「何が私にとって大事なのか」に焦点を当て、健康とウェルビーイングへのホリスティックアプローチをとり、紹介された人々に時間を提供する。リンクワーカーは、実用的・情緒的な支援のために、人々をコミュニティのグループや法定サービスに結びつけるとともに、地域のあらゆる関係者と協働してコミュニティグループの利用しやすさや持続可能性を高め、人々が新たなグループを始めることを支援する。

<https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/social-prescribing/>

創り出していく。

本人が定義する問題に対応することは、時代や国に関係なく、優れた一般診療や家庭医療の普遍的価値観であり、社会的処方概念は、目の前の人にとってよりよい解を探索する専門職にとって、特段目新しいものではない。

しかし、「社会的処方」という言葉は比較的新しいものである。そして、この新しい言葉によって、これまで家庭医を含む多くのケア提供者たちが意識してきたものの、実際はどうしてよいかわからなかった SDH への対応の重要性が明確に認識されるきっかけとなり、SDH により良く実際に対応できるサービスとして関心を集めるようになった。

## 1-2 英国の保健医療システム及び関連施策における位置づけ

2000年代に入り、慢性疾患をもつ人々の支援を、予防及びヘルス・ソーシャルサービスの統合等を強調して推進する潮流のなかで、保健省の白書「Our health, our care, our say (2006)」が、健康と自立の促進・ローカルなサービスへのアクセスの仕組みとして社会的処方に言及している。

2013年には、地域医療に関わる意思決定を地域住民や患者に近い医療者が行えるようにするために、Clinical Commissioning Group (以下、CCG)が設立された。この組織は、NHSの下部組織として機能し、臨床的判断の責任とそれに伴う財政的責任を一括して委ねられる。加えて、いわゆる地域医療構想の策定、さまざまな医療制度の執行とともに、審査支払機関の役割も果たす。地域医療構想の検討委員会には、相互の投票で選出された医療者や地域住民が加わり、さまざまな観点から地域の医療ニーズを反映しやすい仕組みづくりが行われた。

翌2014年にまとめられたNHSの今後5年間のビジョンを示す「NHS Five Year Forward View (2014)」は、個人・地域のニーズに即した個人・地域主体のサービスを目指すうえで、「患者主体性の支援」、「地域参加」、「ボランティア・セクターとの協働」の重要性を指摘している。そのプライマリ・ケア版ともいえる「General Practice Forward View (2016)」においては、家庭医の負担軽減をはかるうえでインパクトが大きい10の取組みのひとつとしても社会的処方がとりあげられた。


こうして国レベルで社会的処方に対する関心と期待が高まるなか、2016年には全国

的なネットワークが構築され、2017年現在、全国で100以上の社会的処方（ソシアル・レシピー）の仕組みが稼働していたとされる。

さらに、メイ首相（当時）のもと、2018年に策定された社会的孤立の解消に向けた戦略は、前書きで公的サービスに求められる考え方の転換の例として社会的処方に光をあて、これにより社会的に孤立した人々の体験の改善をはかることをうたっている（図1-2）。

図1-2：社会的孤立の解消に向けた戦略と社会的処方

## Foreword from the Prime Minister



On Christmas Day, in my constituency of Maidenhead, the Churches Together project holds a community lunch so that no-one need be on their own at such a special time of year. It is a wonderful initiative that I have been proud to support for many years. But it is also a stark reminder of the loneliness that is a reality for too many people in our society today.

Loneliness can affect anyone of any age and background - from an older person mourning the loss of a life partner to a young person who simply feels different and isolated from their friends. Furthermore, as our society continues to evolve, so otherwise welcome advances

As Prime Minister I was pleased to be able to support the Loneliness Commission set up in Jo's name and I am determined to do everything possible to take forward its recommendations.

That is why in January I commissioned this strategy and appointed Tracey Crouch as the first ever government Ministerial lead on loneliness.

Part of the work we have to do is to change the way we think about public services. For example, the expansion of social prescribing across the country will change the way that patients experiencing loneliness are treated. Recognising that medical prescriptions alone cannot address the root causes of loneliness, it will invest millions of pounds in ways of connecting people with community support that can restore social contact in their lives. As such, it will also play a critical role in the prevention of ill-health which I have made a key priority for our long-term plan for the NHS.

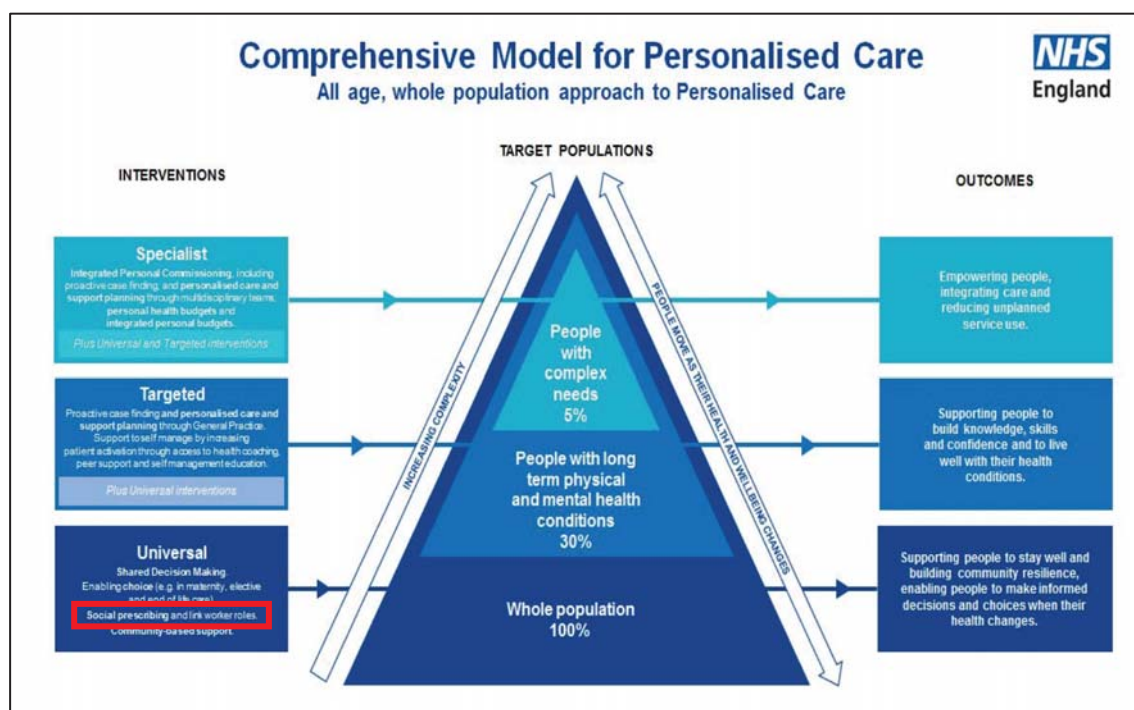
The strategy also enables all parts of society to play their role. It includes supporting the development of business champions who will tackle loneliness in the

出典: Department for Digital, Culture, Media and Sport. (2018). A connected society: A strategy for tackling loneliness – laying the foundations for change. p.2（赤線の囲み部分のみ追加）

また、NHSの10年ビジョンを示す「The NHS Long Term Plan (2019)」では、個別化されたケアのための包括的なモデル（図1-3）を、今後5年間で250万人に展開するとしており、社会的処方はこのモデルにおいてすべての人を対象とする介入に位置づけられ、浸透を急ピッチで進めるとしている。例えば、2020-2021年でリンクワーカー（第1章 1-3）を全国で1,000人養成・配置することが目標として明記され、各地で地域のボランティアセクターや企業等による社会参加の場のリスト作成も行われている。

なお、ここで「社会的処方」を使うことができるのは、Personal Health Budget と呼ばれる予算を持つ人々で、その対象は、年齢に関わらず要介護状態にある方、障害のある方、精神疾患のある方、孤立・孤独の状態にある方、ウェルビーイングに影響する複雑な社会背景のある方である<sup>2</sup>。各人の Personal Health Budget の使途は、ケアマネジャーやソーシャルワーカーが、本人や家族の意向を踏まえて作成するケアプランに基づいており、このケアプランに「社会的処方」も含めることができる。

図1-3 NHSの個別化されたケアのための包括的モデルと社会的処方



出典: NHS England. (2019). Universal Personalised Care: Implementing the Comprehensive Model. p.17  
(赤線の囲み部分のみ追加)

<sup>2</sup> 現在稼働している英国における社会的処方が対象としているのは、主に社会的・精神的または生活上の実用的なニーズを持つ、いわば医療的介入が難しい、もしくは不適切な人々といわれるが、各地の仕組みによってさまざまであり、扱うべきリスクについては議論が必要と考えられる(第3章 3-1-1)。



### 1-3 社会的処方<sup>3</sup>の仕組み

社会的処方の主たる構成要素は、次の3つである（図1-4）。

- **社会的処方者**：なんらかの健康にかかわる課題を抱える住民が、社会・経済・心理的ニーズを認識した場合に、社会的処方が行われる（リンクワーカーへの紹介・接点がつくられる）起点は3つあるとされる。

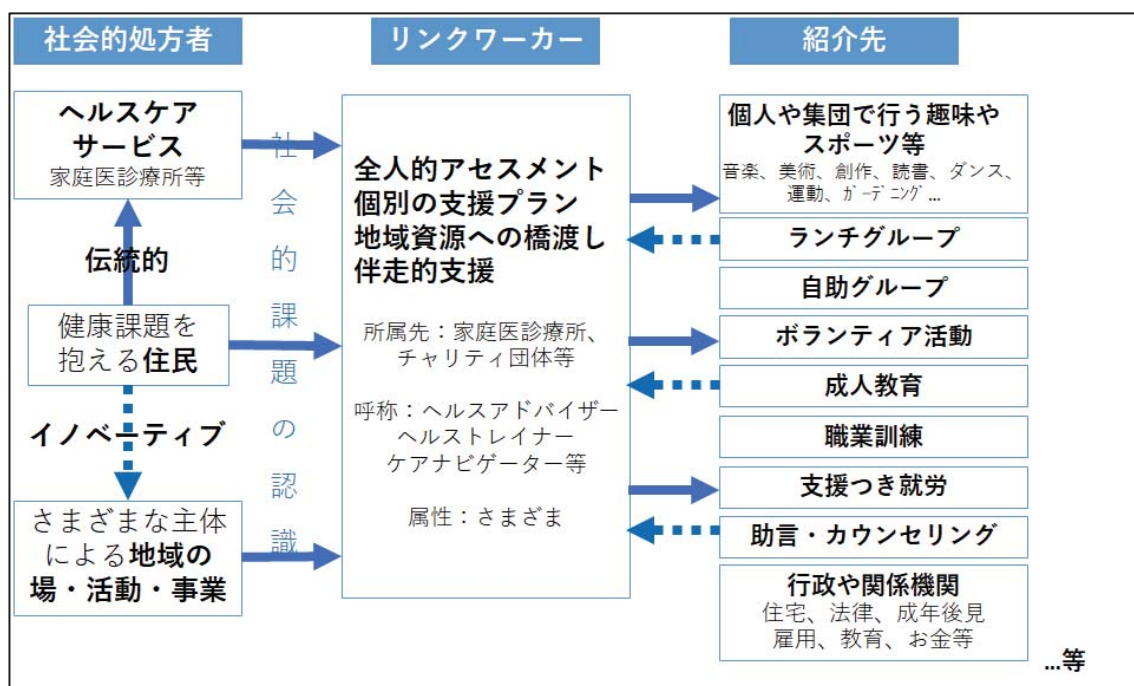
「伝統的」とされるのは、まず医療機関を受診し、多くは家庭医、時に診療所看護師、ソーシャルワーカー、薬剤師等がSDHを含む全人的なアセスメントを行い、社会・経済的課題が認識された場合である（本白書の第3章では、この伝統的な医療機関等を起点とするものに焦点をあてる）。

このほか、「創造的」とされるのは、本人が参加している地域におけるさまざまな主体による場や活動・事業等において、その関係者が課題に気づき、リンクワーカーにコンタクトするケースである。さらに住民自身がリンクワーカーに直接相談することもできる<sup>3</sup>。

- **リンクワーカー**：社会的処方者から紹介を受けた人を全人的にアセスメントし、地域資源へと橋渡しする役割を担う。主に非医療者で、現段階では全国共通の研修等は存在せず、呼称はヘルスアドバイザー、ヘルストレーナー、ケアナビゲーター、地域ケアコーディネーター等さまざま。所属先は地域によって家庭医診療所、チャリティ団体等多様。
- **紹介先**：個人や集団で行う趣味やスポーツ等（音楽、美術、創作、読書、ダンス、運動、ガーデニング…）、ランチグループ、自助グループ、ボランティア活動、成人教育、職業訓練、支援付き就労、助言やカウンセリング、行政や関係機関（住宅・雇用・教育・お金等）といったさまざまな機関やグループ等による地域資源の最新情報を、当該地域のリンクワーカーが把握、ニーズに応じて、ないものは時に紹介を受けた人とともに創り出す。

<sup>3</sup> すなわち、誰もが社会的処方者になることができる。本白書の第4章でとりあげる国内外の事例には、3つの起点を組み合わせたものも含まれている。社会的処方を日本で「文化にしていく」という考えに立つ西智弘編（2020）『社会的処方』学芸出版社も参照されたい。

図1-4 社会的処方 of 仕組み



出典: Healthy London Partnership. (2017). Social prescribing: Steps towards implementing self-care - a focus on social prescribing. p10 Figure 4 を元に筆者加筆・改変

### 1-4 社会的処方の効果と課題

社会的処方の効果については、孤独や社会的孤立の改善、不安や抑うつ軽減、自己効力感の向上に加え、系統的レビュー<sup>4</sup>によると、家庭医療、救急の利用、病院への紹介の減少とコスト削減につながることを示唆されている。ただし、多くの研究は規模が小さく、コントロール群が示されていないなど研究デザインが不十分であり、いずれの報告においても、信頼性の高いエビデンスの不足やさらなる研究の必要性が指摘されている（第2章 2-4）。

なお、Social Prescribing Network (2016)は、社会的処方に関わる多様なステークホルダーへの調査に基づき、その幅広い利点を、表1-1のとおりまとめている。

<sup>4</sup> Polley, M. et al. A review of the evidence assessing impact of social prescribing on healthcare demand and cost implications. University of Westminster, 2017.和文による社会的処方にかかわる諸外国の文献レビューについては、西岡 (2020) 「文献調査を通じた社会的処方の概念整理と現状把握」人とまちづくり研究所『高齢者の社会的リスクに関する基礎的調査研究事業報告書 (令和元年度老人保健健康増進等事業)』を参照のこと。

表 1-1 社会的処方ステークホルダーが述べた利点

心身の健康とウェルビーイング	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ レジリエンスの改善</li> <li>・ 自信</li> <li>・ 自尊心</li> <li>・ 生活習慣の改善</li> <li>・ メンタルヘルスの改善</li> <li>・ QOL 改善</li> </ul>
費用対効果と持続可能性☒	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 予防</li> <li>・ プライマリ・ケアの頻回受診の減少</li> <li>・ ケアコストの削減</li> <li>・ 薬の処方の減少</li> </ul>
ローカルコミュニティの構築	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用可能な資源☒知る</li> <li>・ ボランティア・セクターと保健医療サービス提供者間のつながり強化</li> <li>・ レジリエントな地域づくり</li> <li>・ コミュニティの強みを活かす</li> </ul>
行動変容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ライフスタイル</li> <li>・ 持続可能な変化</li> <li>・ セルフケアの推進</li> <li>・ オートノミー</li> <li>・ きっかけづくり</li> <li>・ 動機づけ</li> <li>・ 新たなスキルの習得</li> </ul>
ボランティア・セクターの構築	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ボランティア活動の推進</li> <li>・ 新卒対象のボランティアプログラム</li> <li>・ 患者の未対応のニーズに対応</li> <li>・ 社会のインフラの強化</li> </ul>
不健康の社会的決定要因	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ エンプロイアビリティの改善</li> <li>・ 孤立の減少</li> <li>・ 社会保障に関するアドバイスの提供</li> <li>・ 社会的弱者への配慮</li> <li>・ スキルの習得</li> </ul>

出典: 澤, 堀田. (2018). 英国における社会的処方. in (横林, カワチ編) 社会疫学と総合診療, Vol. 10, カイ書林, p.140, Box 1 より配置のみ改変

英国における社会的処方のチャレンジはなんだろうか。第一に、家庭医等の保健医療専門職が社会的処方者となる場合、社会・経済・心理的ニーズを十分認識できるか

という点である。患者とそれを取り巻くさまざまな環境因子の連関から状況の「見立て」を行い、患者の利益となる改善策を探索してゆく資質・能力が、社会的処方の扉を開く鍵を握る。

第二に、各地域の文化・歴史・社会的文脈のなかで育まれてきた「地域資源」との適切なつきあい方が問われる点である。人と地域の健康アウトカムに資するという側面にだけ焦点をあて、保健医療のシステムが地域の資源を一方向的に「利用」する、という構図に陥らないことが重要となる。

第三に、サービスデザインが地域によりきわめて多様でアウトカム指標が統一されていないこと、社会的処方プロジェクトの情報が国レベルで集約されていないこと等から、前述のとおり現段階ではエビデンスも十分でなく、全国共通の持続的な財源等が確立できていない点である。近年では、社会的処方の成果を、その生み出した社会的価値で評価する Social Return on Investment (SROI) を通じて評価する試みも始まっている。また、2020 年以降、Personal Health Budget 内での社会的処方の運用開始とともに、さまざまなアウトカムに対する効果検証も進むことが期待される。

## 第2章 日本で「社会的処方」に着目する背景

### 2-1 医療現場に持ち込まれる社会・経済的問題

#### コラム1 診察室で遭遇する事例

声かけに反応がなく耳が聴こえないようだとして2歳の少女が連れられ来院した。おたふくかぜの合併症である難聴を引き起こしていたことが判明した。経済的な困窮のため、実費のかかるおたふくかぜの予防接種を受けていなかったことが影響した可能性があった。

30歳の男性は強い喘鳴や下痢などのアレルギー症状を引き起こして来院した。彼はインドから来た研究者で、自身のアレルギーのことを医療機関に伝えたが、うまく伝わらずアレルギー反応を呈する薬が処方されてしまっていたのだ。

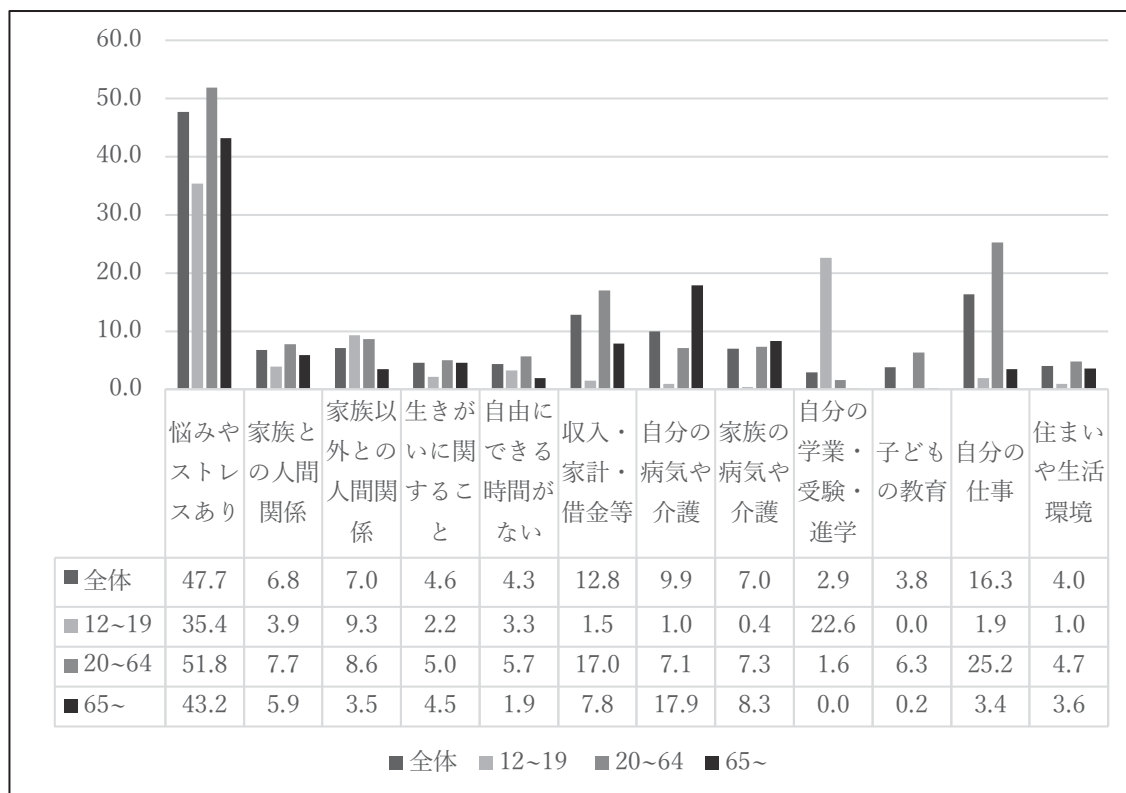
86歳の男性は「出家に失敗した」と1日に5回救急車を要請し搬送された。地域で孤立したお坊さんが、その寂しさを紛らわそうと飲酒してしまい、不飲酒戒を犯した罪の意識のためだ。

時代の変化に伴い、医療従事者は、貧困、言語の壁、孤独、地域の治安など、健康に影響を及ぼすさまざまな社会環境が隠れている事例に、日常的に出会うようになってきた。社会的処方、医学的な問題のみならず、家庭・学校・職場・地域といった社会生活を送っていく中で現れるさまざまな課題を受け止める手段のひとつとして期待されている。

ところで、わたしたちは社会生活の中でどのような悩みやストレスを抱えているのだろうか。国民生活基礎調査では、3年ごとに調査される健康票で、12歳以上の対象者に対し、日常生活で悩みやストレスがあるか、その原因、どのように相談しているかについて調査を行っている。図2-1で示す平成28年度の調査では、全体の48%が何らかの悩みやストレスを感じている。年齢層で内容は異なり、12~19歳では23%が「自分の学業・受験・進学」と答え、20~64歳では25%が「自分の仕事」、17%が「収入・家計・借金等」、65歳以上では18%が「自分の病気や介護」で、「家族の病気や介護」、「収入・家計・借金等」にそれぞれ8%が悩みやストレスを感じていると答えている。これらの数字は10年ほど前の同調査でもほとんど変わっていない。さらに前の平成10年度では仕事や病気に関する数字は変わらないものの、収入・家計・借金等を悩みやストレスだと感じているのは全体で8.3%であり、20~64歳では10%、

65歳以上では2.4%であった。若年層の仕事の悩み、高齢者の健康に関する悩みは時代によって同様の重要な悩みであるが、近年では全年齢層で経済的な悩みが増加していることがわかる。このような仕事や経済的な悩みはそれ自体が健康に大きな影響を与え、健康格差につながるということが指摘されている（第1章 図1-1）。

図2-1 悩みやストレスの内容（単位：％）

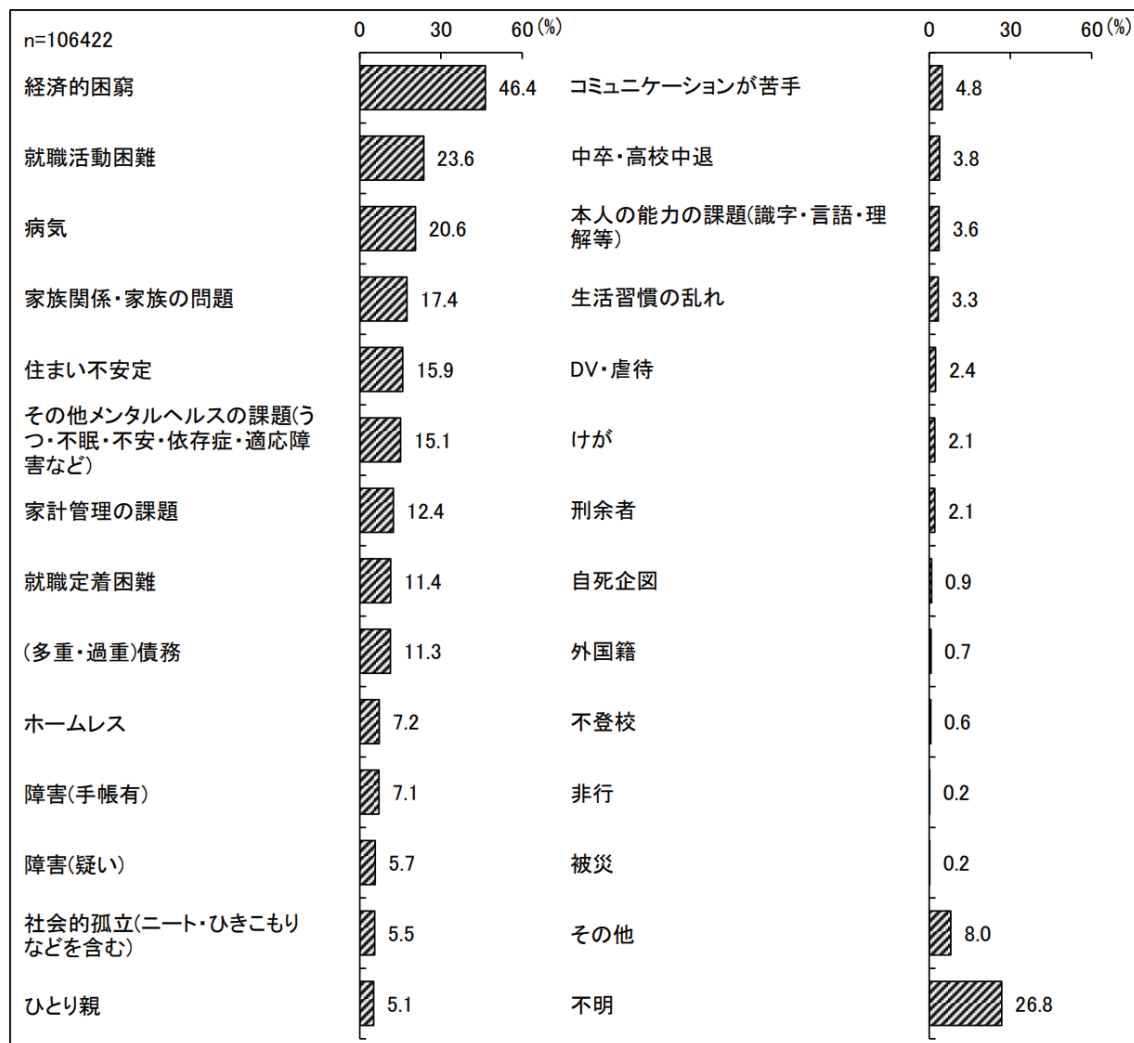


データ出所: 平成28年度国民生活基礎調査

次に、生活困窮者自立支援制度の自立相談支援機関への新規相談者の抱える課題を確認すると、お金や仕事、住まい、家庭、学校のことなどに加え、病気や障害、その疑いにかかわる課題が並んでいる（図2-2）。この各項目の該当個数をみると、2つ以上である割合が約6割を占め、5個以上という者も16.2%にのぼる。

新規相談者の26.7%は健康状態が良くない・通院しているとしており、社会的処方、さまざまな要因の結果として損なわれた健康への医学的な対処に加え、社会的な状況への介入の橋渡しとなるものといえる。

図2-2 生活困窮者自立支援制度の新規相談者が抱える課題（単位：％）



出典：みずほ情報総研株式会社（2017）『生活困窮者自立支援制度の自立相談支援機関における支援実績の分析による支援手法向上に向けた調査研究事業報告書（平成28年度社会福祉推進事業）』p.25

## 2-2 「地域共生社会」の提案と社会環境の変化

それでは、我が国ではどのような社会環境の変化がみられ、これにどのような政策的対応が行われているのだろうか。

わが国の社会保障は、人生において支援が必要となる典型的な要因・リスクを想定して対象者ごとに給付（金銭・現物・サービス）を行うというアプローチで整備がはかられ、特に社会福祉の分野では、属性別や課題別の制度が発展し、それぞれ専門的支援を提供してきた。

ところが近年、図2-2でみたように、個人や世帯が抱える生きづらさやリスクが複雑化・多様化し、個別のリスクに対する保障だけでは根本的に解決しないケースが増大した。さらにはすべてのリスクに何らかの形で関わる「社会的孤立」というリスクが認識され、その孤立の状況を打開して社会に主体的に参加することができるための「社会的包摂」の重要性が認識されてきた。

他方、家族・家庭、地域社会、雇用など生活をめぐる環境が大きく変化し、従来の支え合いの基盤（血縁、地縁、社縁）が弱体化するなかで、人々の日常の生活に起こりうる非常事態に対する帰納主義的保障のみならず、人の豊かな発達や成長に向けた前向きな支援の必要性が唱えられている。

こうしたなか、対人支援領域では、地域包括ケアシステムの構築、生活困窮者自立支援制度など、人が抱えるさまざまなニーズに対して必要な支援を包括的に提供するための施策の推進がはかられ、ニッポン一億総活躍プラン（平成28年6月2日閣議決定）において「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。」ことが提案された。

改正社会福祉法では、地域福祉の推進の理念とともに、市町村が包括的な支援体制づくりに努める旨が明記され、「具体的な課題解決を目指すアプローチ」と「つながり続けることを目指すアプローチ」を支援の両輪として、世代や属性を問わず、「相談支援」、「参加支援」、「地域づくりに向けた支援」を一体的に実施する「重層的支援体制整備事業」の創設が盛り込まれた。

以下では、お金、仕事、そしてつながりの観点から現状を確認しておきたい。

図2-3は、世帯員の年齢階級別にみた相対的貧困率<sup>5</sup>の推移である。65歳以上の高齢者では、下がってきているものの、他の年齢層に比べると最も高い。また、65歳以上の者がいる世帯の割合は1985年では約4分の1であったが、2015年では約半分

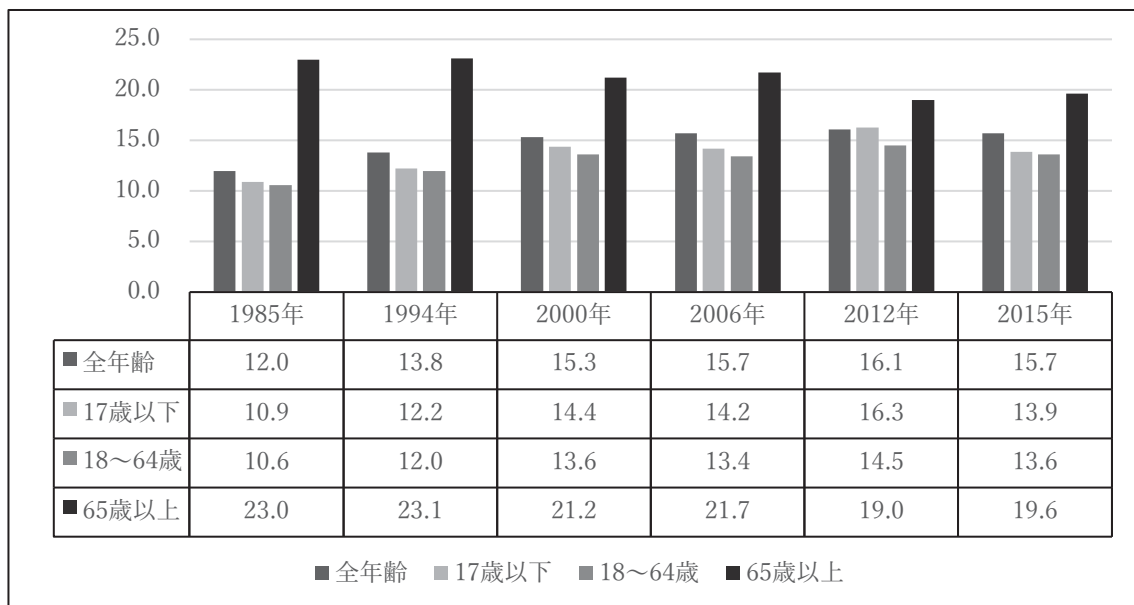
<sup>5</sup> 相対的貧困率とは、世帯の等価可処分所得（世帯人員で調整し、所得や年金などの収入から直接税から社会保険料を差し引いたもので、実際に使うことのできる金額を示す）が全世帯の中央値の半分を下回る世帯の率である。



と倍増している。したがって、高齢者を含む世帯の比率が上昇し続けていることを考えると、高齢者にとっての貧困も依然として、そして将来にわたって大きな問題である。

一方若年層については、2015年に下がっているが、80年代、90年代に比べると相対的貧困率が上がっている。特に子どもがいる世帯では、両親がいる世帯では貧困率が10.7%なのに対し、ひとり親世帯では50.8%と世帯構造による格差が非常に大きい。

図2-3：世帯の年齢階級別の相対的貧困率の推移（単位：％）



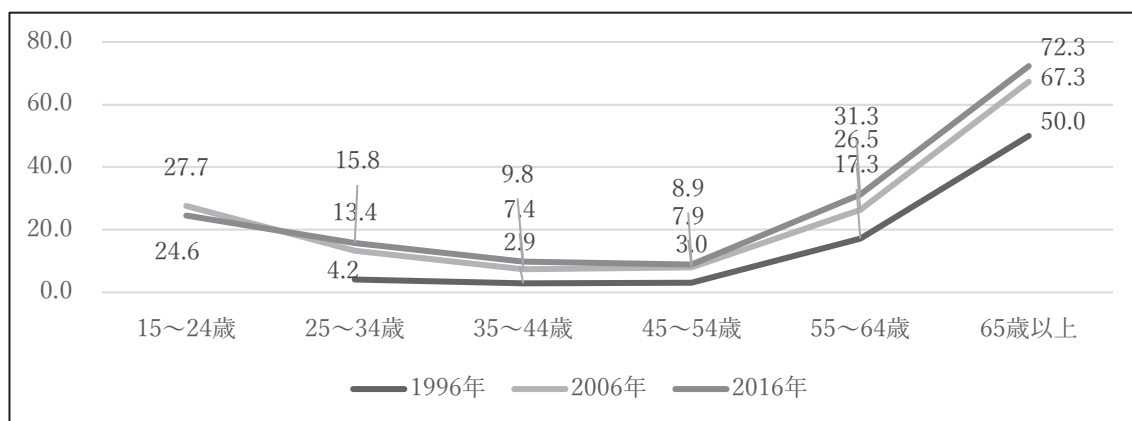
データ出所: 平成29年版厚生労働白書

平成28年度全国ひとり親世帯等調査（厚生労働省）によると、子どものいる世帯のうち、ひとり親世帯は、母子世帯が123.2万世帯、父子世帯が18.7万世帯であった。1988年の調査では、それぞれ84.9万世帯、17.3万世帯であったから、母子世帯数の伸びが著しい。同調査での母子世帯の平均年間収入は348万円であり、子どものいる世帯の平均所得の約半分となっている。このように若年層では、特に母子世帯で貧困に直面する世帯が増えている。

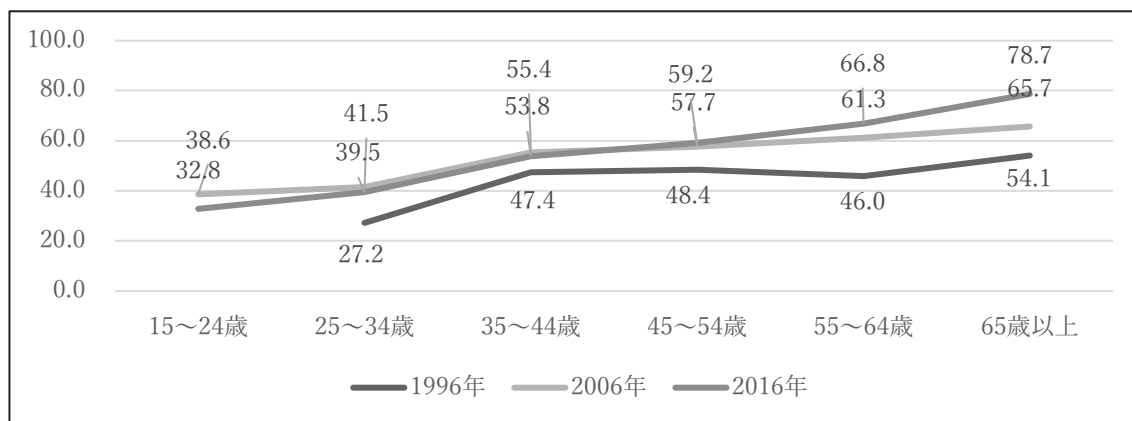
一方、若年者の悩みやストレスの原因として最も多かった仕事状況はどうか。図2-4は年齢階級別の非正規雇用労働者の比率である。男女ともほぼすべての年齢層で、非正規雇用の比率が増えているのがわかる。特に25～44歳の男性は1996年に比べ、3倍以上に非正規雇用の比率が高くなっている。

雇用形態は世帯所得とも直結する。若年層（30代～50代）が世帯主の世帯では、非正規雇用労働者が世帯主である世帯の平均等価可処分所得は正規雇用労働者が世帯主である場合の6割程度である。したがって、非正規雇用労働者が世帯主の世帯は、経済面でも苦しい状態におかれていることがわかる。

図2-4：年齢階級別非正規雇用労働者比率（単位：％）  
（男性）



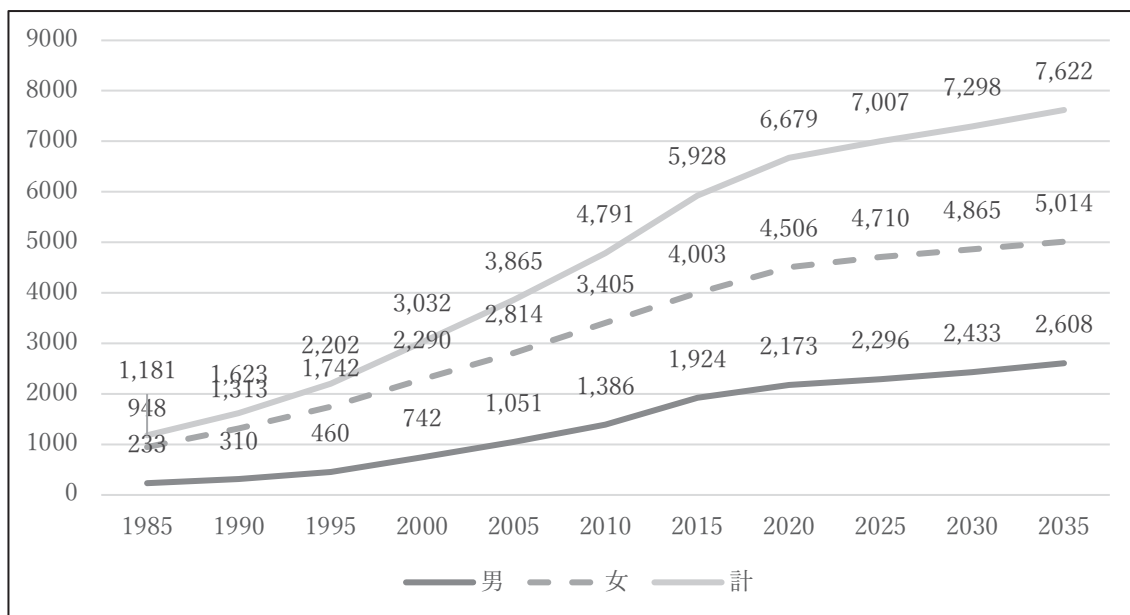
（女性）



データ出所：平成29年版厚生労働白書

さらに、特に高齢者にとっては貧困だけではなく、孤独も大きな問題である。子どもと同居する高齢者の率は減っており、ひとり暮らしの高齢者の数は男女とも一貫して増加している。図2-5は65歳以上のひとり暮らし高齢者数の推移を示している。2015年は全国に約600万人のひとり暮らし高齢者がいるが、この30年で実に約6倍に増加している。男性高齢者の13.3%、女性高齢者の21.1%は一人で暮らしており、この数は今後も増えることが予想されている。

図2-5：65歳以上のひとり暮らし高齢者数の推移（単位：千人）



データ出所：平成29年版高齢化白書（図注：2020年以降は予測値）

2017年の内閣府「社会意識に関する世論調査」によれば、60歳以上の高齢者で現在住んでいる地域でのつきあいの程度について、「あまり付き合っていない」か「全く付き合っていない」と答えた高齢者は男性で25.3%、女性で19.8%となっており、先ほどのひとり暮らしの高齢者が増えていることと合わせて、家族からも地域からも孤立するリスクを抱えている高齢者が多いことがわかる。

実際に、2012年の内閣府「高齢者の健康に関する意識調査」では、孤独死を身近な問題だと感じている人の割合は、60歳以上の高齢者全体では17.3%であるが、一人暮らしでは45.4%であった。

いうまでもなく、孤独・孤立は、高齢者に限った課題ではない。2000年頃の調査（World Values Surveys 1999-2002）で、友人、同僚、その他社会的グループの人と全く、あるいはめったに付き合わないと感じた者の割合が17%にのぼっており、「めったに付き合わない」と答えた者の割合は、OECD20か国で日本が最も高い。

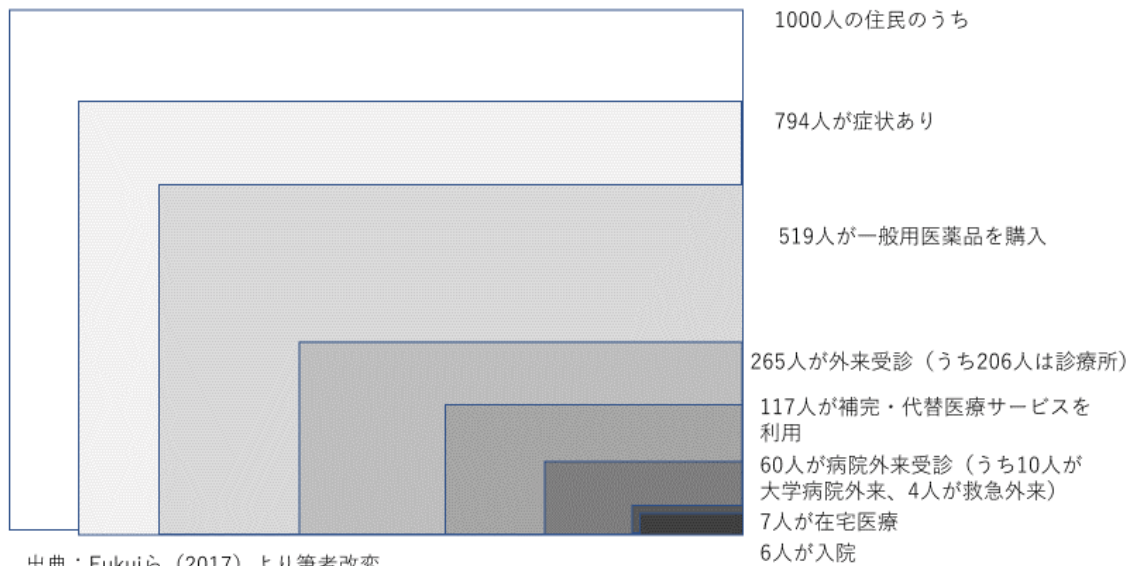
このように、近年の日本では、貧困、非正規雇用、孤立・孤独といった健康に影響を与える可能性がある社会的要因の重要性が増していることがわかる。

### 2-3 健康問題の解決手段は医療サービスだけではない

ところで、たとえ健康上の問題があったとしても、人々は専門的な医療サービスのみを求めているわけではない。

日本では、Fukui ら (2017) が、民間調査会社の調査パネルの対象者約 4,500 人に 1 ヶ月間日記形式の記録をしてもらったところ<sup>6</sup>、1,000 人の住民のうち、794 人が何らかの症状を持っていたが、519 人が一般用医薬品を購入しており、外来を受診した人は 265 人だった (図 2-6)。つまり、症状があった人の約 3 分の 2 は外来受診をしておらず、一般用医薬品を購入などのセルフケアを選択していると考えられる。補完・代替療法のサービスを受けた人は約 117 人で、医療サービスでも公的保険以外のサービスを受けている人もかなりの数になる。また、入院したのは、1,000 人のうち 6 人で 1% 以下だった。したがって、日本人全体で見ると、医療サービス、特に入院医療サービスは特別のことがらで、そうそう経験するものではない。

図 2-6：日本人の健康に関するさまざまな選択



このように症状があったとしても、余暇や学習、仕事といった時間を自分の症状の改善に充てたり、自分のお金を使って一般用医薬品を買うといったセルフケアを消費

<sup>6</sup> Fukui T, Rahman M, Ohde S, et al. Reassessing the ecology of medical care in Japan. *Journal of community health*. 2017;42(5):935-941.

者が自主的に選択行動していることも多い。もちろん、これが医学的に正しくない結果をもたらし、医療専門職が専門的なケアを供給する必要が生じることもある。

しかし、常に専門的なケアのみを供給し続けることが最適ではない場合もありうる。特に、症状や病気の背景に上記の貧困や仕事の問題、孤独と言った社会的な要素がある場合、専門的なケア以外にも健康問題を解決する手段があるかもしれない。一方、医療専門職は医学的な解決方法に最も知識や経験が豊富であり、社会的な要素に関しては専門家とは言えない。そのため医療専門職に求められることは、健康問題の背景にある社会的な要因を発見し、医学的な方法以外の解決策への道筋をつけることである。

英国における社会的処方も、まさにそのための一つの手段と言える。

人々が真に求めているのは健康をつうじた幸せであり、医療サービスは健康を改善するための一つの手段に過ぎないという考え方がある<sup>7</sup>。そして、医療サービスは専門的であるがゆえに、市民と専門職の間には情報格差がある。一方、医療以外の地域資源を用いた生活改善や支援のプログラムは、比較的情報格差がなく市民が主体的に選択できる。もし、後者の方法に可能性があるにも関わらず、医療者が、医学的な方法に固執してしまった場合、市民の選択を狭めることにもなりかねない。

コラム2にある60歳の女性の事例では、糖尿病と認知症に対して食事指導や薬剤の処方を行うことは、医学的には正しい解決方法である。こうした解決方法は短期的には病状の改善を達成することになるだろうが、長期的な個人の問題を解決したことはない。

---

<sup>7</sup> 医療経済学では、消費者の行動理論の中に健康を明示的に取り入れる。消費者は健康を改善するために、専門的な医療サービスとセルフケア（自分で休んだり、家族による看護・介護）を自由に組み合わせる意思決定主体であると想定される。

## コラム2 薬を処方するのではなく、生活環境を処方する

60歳の女性は、重症の糖尿病と認知症に罹患していた。生まれ育ったのは魚と米と酒の港町、夫と3人の娘、1人の孫との6人暮らしだった。夫は定年退職し、長女と次女は働きつめてほとんど帰宅しなかった。三女はひとり親で、母親と息子の面倒をみていた。寂れた団地に住み孤立していた。経済的にも厳しく、さらに、詐欺まがいの勧誘にお金を渡してしまっていた。そんな彼女の健康に影響を及ぼしうる社会的な要因としては、酒と米の食文化で生まれ育ったこと、社会での孤立や経済的な困窮、地域の治安などが考えられた。

このように生活する環境が健康に悪影響を及ぼしうる患者にも医療機関は社会制度を上手に利用し、地域と連携することで対応できることがある。たとえば、無料低額診療事業である。詳細は割愛するが、医療機関が患者の医療費の自己負担額を減免できる社会福祉法の制度である。他にも、社会的に孤立している状況はその目や耳で直接確認できる。担当医はその団地を直接訪れ、その地域に詳しい人々から情報収集した。たとえば、自治体の生活福祉課や保健師、地域包括支援センターや社会福祉協議会の担当者、民生委員や地域の自治会などである。そのような専門職が集まり地域の課題や気になるケースを議論する場である地域ケア会議に担当医は出席し、彼女のこと・団地のことを話題に挙げた。それにより、ボランティアや自治会の機能が強化され、彼女が孤立しない仕組みができた。すると、詐欺まがいの勧誘もなくなり、医療費の減免と重ねて経済的には安定し、病状も落ち着いた。

ここで特筆すべきことは、担当医は特に薬の処方を追加していない。医療的なケアだけでなく、さまざまな人々と連携して生活環境を整えた結果、病状が安定したのである。これは社会的処方の具体例ともいえる。

医療社会学では、非医学的な問題を医学的な問題として治療するようになる過程を、「医療化(medicalization)」と呼ぶ。英国で社会的処方への注目が高まってきた当初、社会的処方は、社会的な問題の医療化を防ぐものとして位置づけられていた<sup>8</sup>。

これまで述べたように、日本の社会は、さまざまな社会・経済的な課題に直面し、それが健康問題の背景となる可能性が高まっており、今後日本の医療システムにおいても、医療サービスと社会的サービスのバランスを再考する必要があるだろう。

<sup>8</sup> Brandling J, House W. Social prescribing in general practice: adding meaning to medicine. Br J Gen Pract. 2009; 59(563): 454-456

とはいえ、それは容易なことではない。上述の医療化は医療専門職のみの要因で進むわけではない。技術の進歩によって、以前は治療方法がなかったような疾患でも治療が可能になる場合がある。その際、医療サービスの消費者側である患者も、疾患の症状を重視して、背景にある社会課題への対処を軽視する可能性がある。医療サービスが安価でアクセス良く需要できる一方、社会保障分野の中で住宅政策や職業訓練などの積極的労働市場政策が他の先進国に比べて十分展開されていない中では、消費者側にとって医学的な解決方法の方が入手しやすいかもしれない。

## 2-4 社会的処方インパクト

エビデンスに基づいた医療が進められ、政策についても科学的な根拠が求められる現在では、日本での社会的処方を考える際に、そのほかの方法と比べて優れた方法であるかについて、異なるプログラム同士の効果や費用効果を検討することが非常に重要である。

しかし、社会的処方は、患者に対し医療専門職、リンクワーカー、紹介先となる多様な組織・グループ等がいろいろな形で関わる。また、それぞれの地域ごとに目的や対象者、財源も異なるため、プログラム全体の影響をどのように測定するのかを共通化することは容易ではない。

今後日本で社会的処方（すでに行われている関連した取り組みを含む）の評価のあり方を考える際には、英国で現在作成されている社会的処方の評価に関する枠組みが参考になる。

NHS England では最近アウトカム評価に関する枠組み案が検討され、社会的処方の評価システムの構築を目指している<sup>9</sup>。ここでは、社会的処方の影響を、個人、コミュニティグループ、保健医療システムの3つに分けている。それぞれについて、予想されるインパクトや指標の候補は図2-7の通りである。

---

<sup>9</sup> Bickerdike L, Booth A, Wilson PM, Farley K, Wright K. (2017). Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. *BMJ Open*, 7(4), e013384.

図2-7：NHS England の社会的処方共通評価項目（案）

<NHS England の社会的処方の共通アウトカム指標の枠組み>

1. 個人へのインパクト

- ・ 自分の健康やウェルビーイングを管理することができると感じ、実際に何らかの対処を行うことができる
- ・ より活動的になる
- ・ 借金、住居、移動と言った実際の問題についてよりよく対処できる
- ・ 他者とよりつながりを持ち、孤独や孤立を感じるようになる

指標の候補

- ・ patient activation measure (PAM)
- ・ ONS wellbeing scale
- ・ Short Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale (SWEMWBS)

2. コミュニティグループへのインパクト

- ・ 地域のボランティア・グループ、社会的企業などが社会的処方に参加することでどの程度組織としての対応力がついたかを測る調査票を作成中→ボランティア人員の変化、受け入れ可能な紹介患者数、社会的処方を持続可能な形で行うためのサポートなどを指標にする予定

3. 保健医療システムへのインパクト

NHS England では、以下の指標を測定することを推奨している。そのために必要なデータ共有の枠組みや協力体制の構築にもサポートを行っている。また、国全体でのサービス利用データ収集のためのコードを社会的処方についても策定した（社会的処方の提案、社会的処方の辞退、社会的処方先への紹介）。

- ・ GP の診察患者数の変化
- ・ 救急患者数の変化
- ・ 入院日数（人日）の変化
- ・ 処方される薬の量の変化
- ・ GP やその他の紹介先のスタッフのやる気の変化

出典: NHS England. Social prescribing and community-based support Summary guide. 2019. Annex D より筆者改変



このように社会的処方の評価方法の標準化を目指す背景には、第1章 1-4で述べたように、その有効性についてのエビデンスが現段階では不十分であることがあげられる<sup>10</sup>。

複数の系統的レビューによると、効果の検証には規模、期間、研究デザインの妥当性、指標の妥当性、健康やウェルビーイング、孤独や孤立といった幅広い影響への考慮などについて限界が指摘されている<sup>11,12</sup>。図2-6の指標には、社会的処方を受けた人の健康・ウェルビーイングもあるが、コミュニティグループの対応力といった社会的処方のサービスを供給する側の能力、保健医療サービスの中での社会的処方を用いることで影響を受ける可能性がある医学的サービスの供給量、社会的処方のプロセス自体に関する指標が含まれている。したがって、最終的な個人に対する健康・ウェルビーイングの改善を検討することも大事であるが、社会的処方というサービスそのものの生産性や、他の医療サービスへの影響も重要視されていることがわかる。

最後に、諸外国では社会的処方を進めていく際のいくつかの留意点が指摘されている点も付け加える<sup>13</sup>。まず、社会的処方も万能ではなく多くの患者には有効である可能性があるが、終末期の患者や重度の精神障害と言った人々には適切ではない可能性もある。また、社会的処方が医療サービスへの需要の増加を改善するための特効薬だと考えられてしまうことの危険性がある。医療システムの費用削減が第一の目的ではなく、患者へのベネフィットをあくまでも第一の目的だと考える必要がある。また、近年地方自治体への予算が縮小されている中で、処方先のボランティア団体の受け入れ能力の問題も指摘されている。

---

<sup>10</sup> 西岡大輔, 近藤尚己. (2018). 医療機関における患者の社会的リスクへの対応:social prescribing の動向を参考にした課題整理. 医療経済研究, 30(1), 5-19.

<sup>11</sup> Bickerdike L, Booth A, Wilson PM, Farley K, Wright K. (2017). Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. BMJ Open, 7(4), e013384.

<sup>12</sup> Chatterjee HJ, Camic PM, Lockyer B, Thomson LJ. (2018). Non-clinical community interventions: a systematised review of social prescribing schemes. Arts & Health, 10(2), 97-123.

<sup>13</sup> Drinkwater C, Wildman J, Moffatt S. (2019). Social prescribing. BMJ, 364:l1285.

## 第3章 医療機関を起点とする社会的処方の手順と関係する

### 職種・組織

医療機関で一般的に用いられる用語である「処方」は、医師が患者に対して、その病状に応じて薬の調合と服用法を指示することである。風邪をこじらせて肺炎になってしまった場合、肺炎の病原菌に効く抗生物質や熱などの症状を緩和するための薬が「処方」される。その後、医師は処方内容が治療効果に結びついたかを、再び診察や検査を行うことで評価し、処方の継続やその内容の修正、治療の終了を検討する。このように、医療機関では、診断・治療・評価という手順のなかで処方が行われる。

「社会的処方」も、基本的には、同じように患者の社会的な課題を、ある意味「診断」して、その課題を「治療」することがねらいである。しかし、通常の薬の処方にはない大切な手順がある。それが「つなぐ」ことである。主に病気の治療を扱う専門職だけでは、患者の生活をめぐる多様で複雑な課題を解決することができないため、それを可能にする人や場、サービス等、医療の「外」に患者を「つなぐ」ことが不可欠だからである<sup>14</sup>。

また、医療機関で「社会的処方」を進める際には、特に、「社会的処方」の基本理念とされる「人間中心性」、「エンパワメント」、「共創」(第1章 1-1)を念頭において患者と関わるのが重要となる。医療職が患者に関わる際、患者を支援の「対象」とみなし、時に意図せずに本人の意欲や残存機能の発揮を妨げていたり、選択の機会を奪ってしまっていることがある。主体はあくまでも課題を抱えて受診した本人である。医療職に求められているのは、個々の患者が自分に何が起きているのかを認識し、どのようにそれとつきあうのか、解決していくのかについての見通しや選択肢を持ち、自分で決める手助けをすることである。

これを踏まえて、本章では、社会的処方のうち「医療機関を起点として行う活動」に焦点をあて、医療機関等からみた一般的な手順と、それぞれの手順に含まれる機能について、次のように整理を試みた。

---

<sup>14</sup> 実際は通常の医療でも「つなぐ」ことはある。たとえば、脳卒中のリハビリのように、医師が他の医療専門職（この場合理学療法士）の力を借りて治療を施す場合は、その処置をオーダーする処方箋（リハビリテーションの処方箋）が「つなぐ」ためのツールとなっている。

## 3-1 社会的処方手順

### 3-1-1 手順1：社会・経済的課題を発見する

通常の医療行為を行うために必要な病気の診断やその原因の評価を行うのと同様に、患者が抱えているかもしれない社会・経済的課題を発見することが、医療機関を起点とする社会的処方の出発点になる。外来診療を受診したときや入院に際して、患者の普段の生活上の課題や、社会的に排除されやすい属性を持っているか否かなど患者が定義する問題に耳を傾ける。例えば、貧困・孤立・失業などの社会経済的な状況や差別・偏見などの課題である。

通院中の患者や入院患者を対象として医療費についての相談を幅広く受け付け、課題があれば医療ソーシャルワーカーが面談し、必要に応じて生活保護や無料低額診療などの制度の利用手続きを支援している医療機関は少なくない。患者の経済的な問題については、入院に際しては入院費用の支払い等の問題があり、また継続的な治療が必要な慢性疾患患者や高額な医療費がかかる病気を持っている患者の場合に、明らかになる可能性は高い。☒

他方、医療機関受診の背景にありうる社会・経済的課題を包括的に評価する有効な方法の開発は十分でなく、特に年に数回、調子を崩して外来受診をするような患者の社会背景の判断は難しい。一連の受診プロセスをつうじた「気づき」が重要となる（第3章 3-3-1）。

### 3-1-2 手順2：地域社会へつなげる

患者の医療ニーズの背景に社会・経済的課題があると判断（“診断”）した場合、その患者を全人的にアセスメントし、解決の手がかりへとつなげる存在へと患者を紹介する。英国 NHS ではこれを担う人を「リンクワーカー」と称し、日本でも、さまざまな職種・機関がこの機能を担っている（第3章 3-3-2）。

### 3-1-3 手順3：生活に伴走する

医療機関や保健医療専門職の役割は、患者を地域社会へとつなげる役割を持つ人へと紹介することで終わるのではなく、多くの場合、継続的なかわりが必要となる。患者として医療機関を訪れた方の場合、行った社会的処方が実際に健康の社会的リスクを低減したか、効果を評価するとともに、処方内容が患者に合っているか、いつま

で実施すべきか等について、適宜さまざまな関係者とともに判断していくことが求められる。

患者が持つ多様で複雑な生活にかかわる諸課題の解決につながる資源のすべてが身近な地域環境に存在することはあまりない。一人ひとりの患者、また地域住民が、どのような健康や社会・経済的課題を抱えているかを知りうる立場として、地域の多職種や、まちづくりなどにかかわるさまざまな領域の人々、そして本人とともに、資源を生み出すこと、その後方支援を行うことも医療機関の果たしうる役割のひとつである。

実際に、社会的処方好事例として紹介されている国内外の医療機関の多くが、そのような課題解決のための資源開発にも積極的に取り組んでいる。このことは、患者への社会的処方の紹介先を増やし、その質を向上させるだけでなく、保健医療専門職にとっても患者の社会生活を理解する格好の機会となる（第4章 事例1）。

医療機関が地域資源開発に関与することで、医療機関と地域・コミュニティとのパートナーシップが構築され、社会的な課題を持つ人を発見・対応する地域の力が高まる効果も期待できる（第4章 事例3）。

### 3-2 日本で医療機関を起点として社会的処方を進める流れ

前項（第3章 3-1）に示した手順に沿って、我が国の各地の状況・文脈に合わせた形で社会的処方を実装していくために、医療機関を起点として社会的処方を進める流れを図示した上で、3つの構成要素ごとに、日本でその機能を担う職種・組織等を例示する（第3章 3-3）。

まず、医療機関を起点として日本で社会的処方を進める流れのイメージを図3-1に示した。医療機関を受診する住民の中には、社会・経済的課題をもつ方が一定数いると言われている<sup>15</sup>。医療機関に所属する職員が、この社会・経済的課題に気づき、「リンクワーカー」の役割を担う人や機関へと適切に紹介することが第一段階である(①)。

---

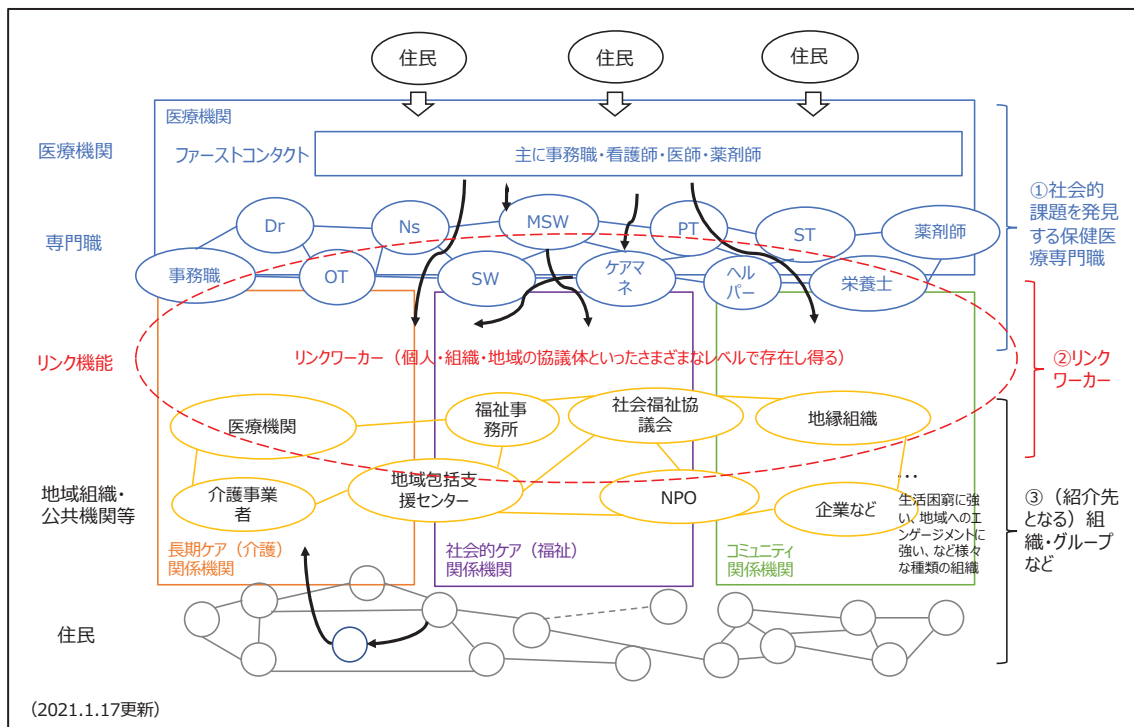
<sup>15</sup> 英国の家庭医診療所では、患者の約20%が社会的状況を主因に受診し、15%は福祉的助言を求めており、このような患者には従来型の医療的アプローチがふさわしくないだけでなく、患者・医師双方のフラストレーションにもつながっているといわれる（堀田聡子.(2018). 知っ得！手段⑤社会的処方. 治療, 100(1), 44-48.より）

続いて、医療機関職員から紹介を受けたリンクワーカー（医療機関内に存在する場合と、医療機関外に存在する場合が考えられる。）が、当該患者・住民を全人的にアセスメントし、地域資源へと橋渡しする（②）。

そして、紹介先となる多様な組織・グループ等に住民が参加し、居場所、安心感、何らかの役割等を見出すことができれば、その人の生きていこうとする力が発揮され、諸課題とつきあい、あるいは解決していくことにつながることを期待される（③）。

なお、ミスマッチが生じることもあるため、再び②のリンクワーカーとのやり取りに戻ったり、あるいは住民が①の医療機関受診による解決を望んだりすることも想定され、その場合には、（その住民のニーズが社会経済的なものであると解釈される場合には、）再び社会的処方プロセスを辿り、非医療ニーズの充足に努めることになる。

図3-1：医療機関を起点として日本で社会的処方を進める流れ（イメージ）



### 3-3 関係する職種・組織

続いて、日本の今の各種制度を踏まえながら、前述した社会的処方<sup>16</sup>の3つの構成要素の機能を果たし得る職種・組織等を具体的に例示していく。

#### ① 社会・経済的課題を発見する保健医療専門職

住民が医療機関を受診した際に、その社会・経済的課題を認識できる者がこの役割を果たす。一般的な外来受診を想定した場合には、住民は医療機関の受付→診察（必要ときには前後に検査が行われる）→会計→（薬剤処方がされた場合には）調剤薬局等での薬剤の受け取りという流れを辿る。ここで出会う職種は、受付の事務職員、診察にあたる医師、診察・検査の介助にあたる看護職等、会計を担当する事務職員、薬剤の用法等を説明する薬剤師である。これらの職種が、一連の受診プロセスの中で患者がもつ医療ニーズの背景にある社会・経済的課題に適切に「気づき」、リンクワーカーへとつないでいくことが求められる。

この「気づき」のプロセスを抜け漏れのない系統立った取り組みにしていくために、海外では電子カルテにSDH（健康の社会的決定要因）のアセスメントツールを搭載する試み<sup>16</sup>なども行われている。我が国の状況に当てはめて考えた場合には、地域包括診療料や在宅時医学総合管理料など患者の全人的アセスメントが求められる保険点数を算定する医療機関において、医師がこのようなツールを活用したり、予診を担当する（医師以外の）職員を配置して社会・経済的課題を同定するプロセスを設けたりしていくことなどが考えられるだろう。

#### ② 地域社会へとつなげるリンクワーカー

リンクワーカーについては、英国の文献では12項目にのぼる機能が列挙されている（図3-2）。我が国ですべての項目を満たす人を確保・育成することは難しいかもしれない。一方で、地域包括ケアシステムの構築や、それをつうじた地域共生社会の実現に向けて、さまざまな法制度・仕組みのもと「〇〇コーディネーター」等の呼称でリンクワーカーに類する機能を果たしている／果たしうる実践者（多職種の専門職・非専門職）が国内に存在することも確かである。中長期的にみて、これらの実践者が

<sup>16</sup> Gold, R., et al. (2018). Adoption of Social Determinants of Health EHR Tools by Community Health Centers. *Ann Fam Med*, 16(5), 399-407; doi: 10.1370/afm.2275

医療機関との連携を深め、地域の中でリンクワーカーとしての機能を発揮・充実していくことが期待できる（表3-1）。

表3-1：日本においてリンクワーカーの機能を果たし得る職種・組織の例

職種・組織	概要
医療ソーシャルワーカー	医療機関の職員の中で「ソーシャル（社会的）」という名前を冠する職種であり、まさに社会的処方へのリンク機能を期待されているということもできる。ただし、医療機関に所属し入退院に関する調整を担っていることが多いため、地域の保健医療介護福祉サービスとのつながりは強く持っている一方、それ以外の地域資源については詳しい知見を有しない場合もある。
看護職	日本全国に100万人以上の現職者（おおよそ国民の100人に1人）を擁する、最多数の医療職種である。入院病棟はもちろん、外来部門、地域連携部門、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、保健センター等々さまざまな組織に配置されているため、同職種間の連携の強みを活かして社会的処方へのリンク機能を担うことが期待される。ただし、医療ソーシャルワーカー同様に多くは医療機関に所属するため、地域資源についての知識を持たないことも多い。
地域包括支援センター	介護保険の地域支援事業のもと、一般的には日常生活圏域（人口1～数万人程度）に1ヶ所程度設置されている拠点。地域包括ケアに関する総合的な相談窓口であり、介護予防から虐待まで幅広く対応する。介護給付サービス以外の地域資源に関する情報も豊富に有していることが多い。保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員の3職種が配置されている。市町村直営か受託している法人の特徴とも関連するが、医療機関とは異なり、一定の地域資源に関する情報が集まっていることも多い。
介護支援専門員	通称「ケアマネジャー」。介護保険において要介護高齢者のケアマネジメントを担当し、全人的なアセスメントに基づいて介護給付サービス等を総合的に調整することとされている。
生活支援コーディネーター	介護保険の地域支援事業の1つである生活支援体制整備事業のもと、一般的には第一層＝市町村全域、第二層＝日常生活圏域（人口1～数万人程度）の単位で配置されている。住民の支えあいや介護予防に資するような活動・団体を支援する役割を担うことから、紹介先となる地域の組織・グループについての情報を多く有している可能性が高い。地域包括支援センター等に配置された専門職が生活支援コーディネーターとなる場合と、地縁組織等に所属する地域住民が自ら生活支援コーディネーターとなる場合がある。
認知症地域支援推進員	介護保険の地域支援事業の1つである認知症総合支援事業のもと、生活支援コーディネーターと同様に、地域ごと配置されている。認知症に関する

	地域のネットワークづくり等の役割を担うことから、認知症のある方のもつ社会・経済的課題に対する支援や、認知症に関するさまざまな活動・団体を支援する役割が期待される。
地域生活支援拠点	障害児者の地域での生活を支援するため、市町村が整備することとされている拠点で、①相談、②緊急時の受け入れ・対応、③体験の機会・場、④専門的人材の確保・養成、⑤地域の体制づくりの5つの機能を備えるものとされている。
相談支援専門員	介護支援専門員と同様、通称「ケアマネジャー」。障害児者のケアマネジメントを担当し、障害者総合支援法に基づく障害福祉サービス等を総合的に調整することとされている。
子育て世代包括支援センター・地域子育て支援拠点・利用者支援専門員	妊娠期から子育て期にわたるまでのさまざまなニーズに対して総合的な相談支援や交流促進等の個別支援・地域支援機能を果たす子育て世代包括支援センターや地域子育て支援拠点、主にそれらの機関に所属して個別支援を担う利用者支援専門員は、主に子育て世帯がもつ社会・経済的課題に対するリンク機能を果たすことが期待される。
相談支援包括化推進員	厚生労働省「多機関の協働による包括的支援体制構築事業」のもと、さまざまな相談支援機関に配置され、複数の法制度にまたがる多様な課題を抱える個人や世帯等に関する課題把握や連絡調整等を担う。
市町村保健師	市町村に勤務する保健師の活動体制として地区担当制をとっている場合には、それぞれの法制度の枠を超えて担当地区の課題を把握し、個人・世帯・機関に対する相談支援や連絡調整の機能を担うことが期待される。ただし、市町村によっては保健師の活動体制が法令ごとの業務分担制となっており、保健師が担当地区を持たない場合もある。
市町村社会福祉協議会	地域福祉の推進を目的とする団体であり、当該市町村において社会福祉に関する活動を行う団体・グループ・個人とさまざまな接点を持つ。活動領域は、子育て、高齢者、障害、ボランティアなど多様である。
民生・児童委員	昭和23年制定の民生委員法等に基づいて厚生労働大臣が委嘱する。非常勤の地方公務員に該当し、援助を要する住民に対する支援や社会福祉に関する活動を行う団体等と密に連携しながら活動する。市町村社会福祉協議会との関わりも深い。
その他	以上のほか、町会・自治会のような地縁組織、地域でさまざまな活動を行うNPOなども、社会的処方 <sup>17</sup> のリンク機能を担い得る。さらには、内閣府は、地域で暮らす人々を中心となってさまざまな地域課題を協議・解決に導いていく「小さな拠点・地域運営組織」 <sup>17</sup> づくりに言及しており、地域の実情に即した形でさまざまな課題解決機能を果たすことが期待される。

<sup>17</sup> 内閣府. 小さな拠点情報サイト: [https://www.cao.go.jp/regional\\_management/index.html](https://www.cao.go.jp/regional_management/index.html)



### 図3-2：リンクワーカーの機能（コンピテンシー）

1. アセスメントスキル (Right skills & attributes)
2. コミュニケーションスキル (Good communicator)
3. 傾聴力 (Good listener)
4. 本人とともに決定できる (Joint decisions with patient)
5. すぐに信頼関係を構築できる (Quickly establish trust)
6. 適切な言葉選びと活用ができる (Lay language)
7. 共感力がある (Empathy)
8. 非臨床家である (Non-clinical)
9. 地域コミュニティを的確に反映できる (Mirror local community)
10. コミュニティサービスに関する深い知識を持ち、不断にアップデートできる (Up-to-date and in-depth knowledge of community services)
11. 動機づけと能力開発ができる (Ability to motivate and empower)
12. 行動変容を引き出す (Skills to elicit behavior change)

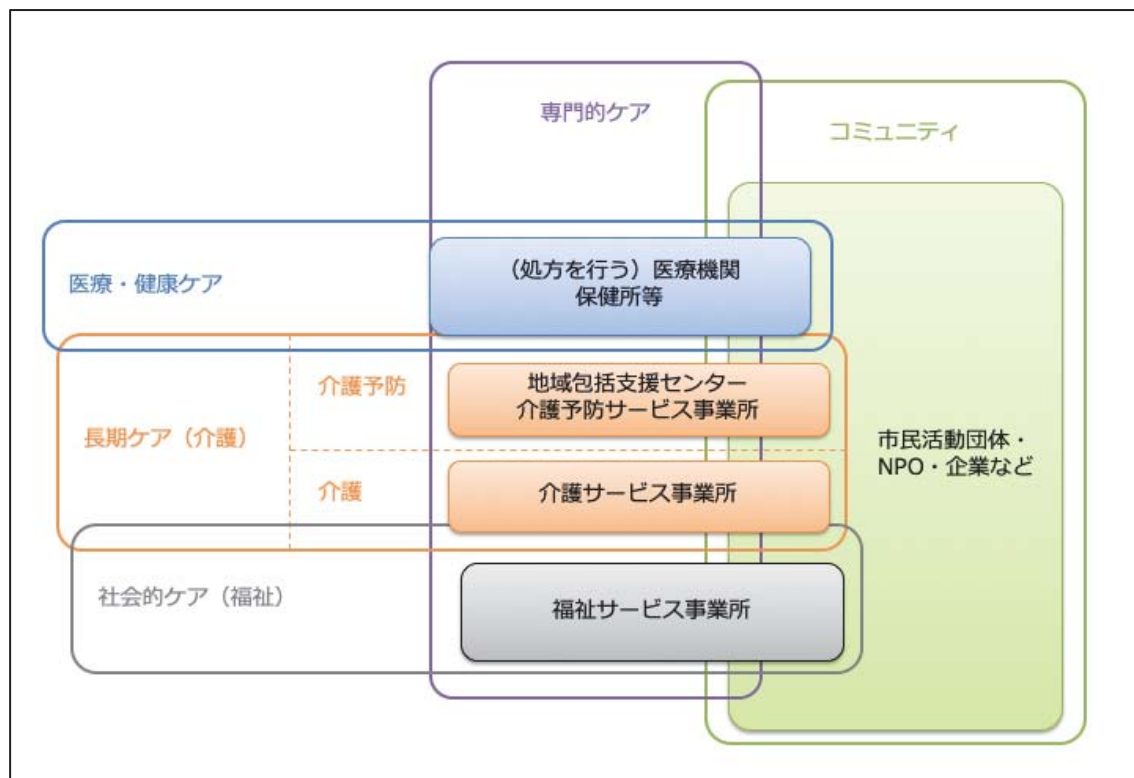
出典: Healthy London Partnership. (2017). Social prescribing: Steps towards implementing self-care - a focus on social prescribing. p10 Figure 4.のリンクワーカー部分、筆者訳

上記に示した既存の職種や組織以外にも、新たに医療機関内（主にかかりつけ医機能を持つ医療機関）にリンクワーカーを設置するところも出始めている。その主たる目的は、保健医療福祉関係職種や公的機関との連携の強化にとどまらず、地域内のさまざまな活動主体、キーパーソンと顔の見える関係性を作ることにある。今後は、支援にかかわる専門職との関わりだけでなく、ニーズを持つ個人自らが仲間と出会える場、主体的に参加していくことのできる地域内の民間の活動の場を見出したり、ともに創出したり、継続的に伴走していくことも、リンクワーカーに求められていくであろう。

### ③ 紹介先となる組織・グループなど

紹介先となる地域の組織・グループについては、図3-3に示したように、大きな区分として、主に専門職により提供される専門的ケアと、それ以外の広く地域に存在する活動とに二分した上で、提供されるケアの分類として、医療・健康ケア、長期ケア（介護）、社会的ケア（福祉）の3種類を設けた。

図3-3：紹介先となる組織・グループなど



まず、医療・健康ケアの提供機関としては、医療機関や保健所等があげられる。これらは基本的に紹介先ではなく社会的処方を行う機関として位置づけられるが、医療機関や保健所等が住民主体の活動を支援している場合については、紹介先となる可能性もある。

続いて、長期ケア（介護）の提供機関としては、大きく「介護予防」と「介護」を区分して整理した。介護予防については、地域包括支援センターや介護予防サービス事業所によって専門的ケアが提供されるとともに、介護予防・日常生活支援総合事業や生活支援体制整備事業の枠組みのもと、住民主体のサービス（通いの場など）も推進がされているところであり、これらは専門的ケアとコミュニティの活動の中間に位置づけられる。さらには、2018年以降「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」についての議論も進められてきているところであり<sup>18</sup>、介護予防に関する活動は、医療・健康ケアと長期ケア（介護）の中間にも位置づく活動と言える。介護については、各種介護サービス事業所により専門的ケアが提供されている状況にあるのに加えて、生活援助については前述の介護予防・日常生活支援総合事業等により徐々に非専門職

<sup>18</sup> 厚生労働省. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関する有識者会議.  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-hoken\\_553056\\_00001.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-hoken_553056_00001.html)

により提供される形に移行してきている。

社会的ケア（福祉）は、障害者総合支援法、生活困窮者自立支援法、児童福祉法などの各種法制度に基づき設置されている事業所等により専門的ケアが提供されている。

最後に、コミュニティの活動に関わる機関については、極めて多様な組織・グループが該当、地域に存在する。住民が中心となって組織されている町内会等の組織・グループはもちろんのこと、行政機関（公立学校など）、営利セクター（企業など）、非営利セクター（生協、NPO など）のような多様な運営主体による活動や、そこから派生した住民主体の活動（学校の PTA、生協の班会など）、そして住民個人が特技を活かして任意に行っている活動などもこれに該当する。さらに、必要であれば新たな組織やグループを立ち上げるということもあるだろう。

なお、上述したような組織・グループの充足度には地域によって大きな差が存在するため、たとえ法令上位置付けられている職種・組織であっても、全国一律に社会的処方の機能の一部を期待することは難しい。現実的には、肩書きや立場によらず、現に地域で活躍できる力をもった個人・グループ・組織に自発的に活躍してもらった運用を積み重ねて、薄皮を重ねるように少しずつ、ときには培ったものが崩れてしまうことも経験しながら、長い目で地域の重層的な体制を形成していくことになるだろう。

### コラム3 介護保険の主治医意見書を活用した社会的処方の一例

高齢者が要介護認定の申請を行う際、市町村は「被保険者の主治の医師に対し、当該被保険者の身体上又は精神上の障害の原因である疾病又は負傷の状況等につき意見を求める」（介護保険法第27条3）こととされている。具体的には、主治医意見書という全国一律の様式（平成21年9月30日 厚生労働省老健局長通知 老発0930 第5号「要介護認定等の実施について」別添3）に基づいて、主治医の意見が述べられることになる。要介護高齢者の主治医となる医師は、この様式を活用することで、高齢者の医療的課題はもとより社会・経済的課題についても、介護支援専門員はじめ介護サービス提供を担う専門職等へ情報を提供し、より全人的なアセスメントへと結び付けていくことが期待される。

主治医意見書の様式の中で、4.の(3)「現在あるかまたは今後発生の可能性が高い状態とその対処方針」の中に、「閉じこもり」、「意欲低下」、「徘徊」といった項目が設けられている。これらは精神医学的な見地からの意見として記載することもできるが、当該高齢者の生活する社会環境にも大きく依存する要素であり、社会・経済的課題として捉えることもできる。主治医としては、これらの項目、あるいは「その他」の欄に高齢者の社会・経済的課題に関する意見を付すことを通じて、社会的処方の端緒とすることができる。もちろん、「5. 特記すべき事項」の欄に、より具体的に当該高齢者が抱える孤立や生活困窮等の社会・経済的課題を記述していくことも有効だろう。



## 第4章 英国と日本の社会的処方に関わる取組み事例

### 4-1 はじめに

本章では、英国と日本の社会的処方あるいはそれと考え方を同じくする事例を概説する<sup>19</sup>。ここではなんらか医療機関が関与する事例をとりあげ、第3章で示された医療機関を起点とする社会的処方の手順と構成要素を手がかりにそれぞれの事例を考察することにより、英国ではどのような背景で社会的処方が進んだのか、日本ではどのような先進事例があり、どのように実践できるのかをイメージしやすくすることを目的とする。

### 4-2 英国の事例

#### 4-2-1 事例1：フルーム、サマーセット CCG (Frome, Somerset CCG)

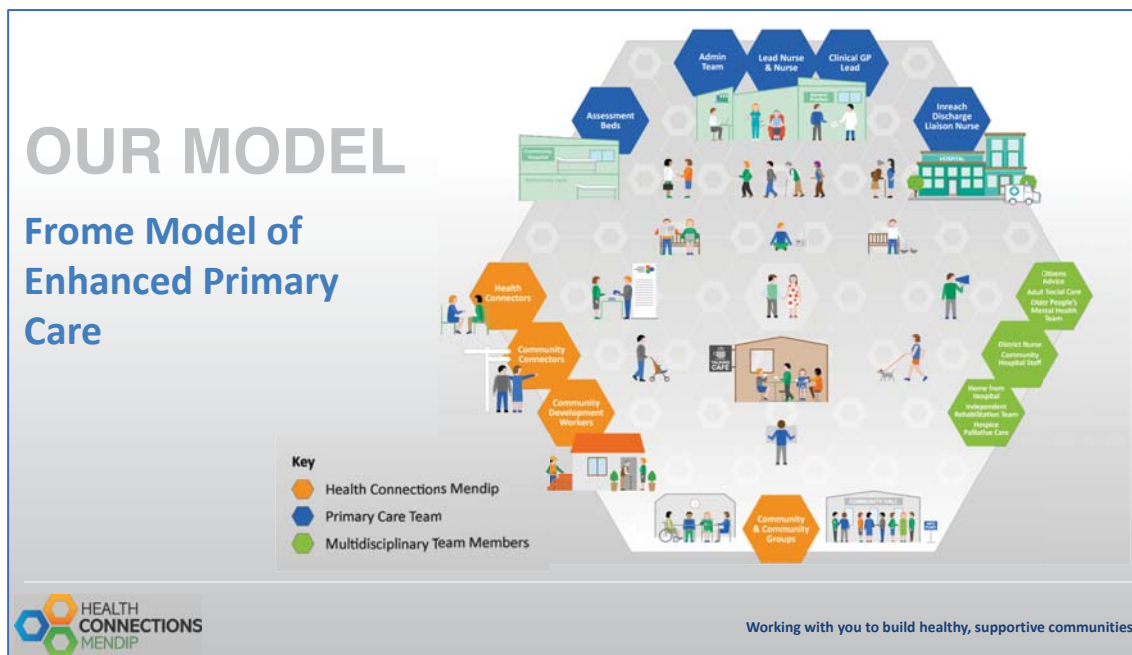
フルームはイングランド西部、ウェールズとの境に位置する地方集落。古くは繊維産業で栄えた街であったが、産業の衰退とともに人口も減少した。歴史的な建造物が多く並び、保存対象に登録されている。現在は、老後を穏やかに過ごす場所として、高齢者の流入人口が多い一方で、若者は仕事を求めて街を出ていく現象が起きており、コミュニティの分断と高齢化が起きている地域である。

医療では解決できないさまざまな課題を抱える患者に時間をとられすぎているという GP の気づきが、家庭医療診療所と緊密に連携する住民と地域のレジリエンスを高める諸活動へと展開した。現在では、Health Connections Mendip として地域の複数の医療機関との連携まで拡張されたモデルが成立している(図4-1)(社会的処方は Health Connections Mendip の機能の1つという位置づけ)。

---

<sup>19</sup> 一般財団法人オレンジクロスの「日本版「社会的処方」のあり方検討事業」ホームページ (<https://www.orangecross.or.jp/project/socialprescribing/>) では、本章掲載事例を含み、2018年度から2019年度にかけて実施した関連事業で収集・検討した国内外の事例にかかわる資料を公開している。

図4-1：フルームモデルの概念図<sup>20</sup>



出典: Jenny Hartnoll氏より提供

## <社会的処方に関係者>

### ① 患者の紹介を行う保健医療専門職

GP のいる診療所（11 箇所全て、電子カルテ上で処方できる）が紹介している。なお、フルームでは、コミュニティどこからでも処方が可能なしくみを作り上げている（保健医療専門職でなくてもよく、多職種連携会議の場合からも可能）。電子カルテ上に個人が社会的な課題を抱えているかどうかを記録できる箇所もあるのが特徴で、また地域の社会資源も登録されていて、マッチングしやすい。

### ② リンクワーカー

フルームのモデルでは、リンクワーカーには階層性があり、コミュニティコネクター（Community Connector：ヘルスコネクターによる研修を受けた住民ボランティア）とヘルスコネクター（Health Connector：地域連携チームのスタッフ）により展開されている。ヘルスコネクターが7.5名（常勤換算）、コミュニティコネクターが1,057名（2019年10月）。

<sup>20</sup> ヘルスコネクターが属する地域連携チーム（Health Connections Mendip）、医療機関チーム（Primary Care Team）、多職種チーム（Multidisciplinary Team Members）のそれぞれが互いに連携している。地域のどこからでも、必要な支援を提供できる。図中の青からオレンジへの紹介が本書で論じている「医療機関を起点とする社会的処方」であり、フルームモデルの一部である。

コミュニティコネクターは地域活動や居場所づくりに取り組む人、あるいはカフェやスーパーの店員など、属性はさまざまだが、暮らしのなかで「ちょっと気になる人」がいればヘルスコネクターに橋渡しする。

### ③ (紹介先となる) 組織・グループなど

地域組織(約400箇所存在する)など、ヘルスコネクターワークショップなどで新たに発見・開発されている。コミュニティコネクターも地域資源の持続的開発に携わっている。前述のように地域資源の状況はリアルタイムでウェブサイト反映され、電子カルテでも検索できるしくみである。

### <効果の評価>

フルームでは、患者の予定外入院をアウトカムとした Health Connections Mendip の効果検証が実施されている。2013年4月から2017年12月までのフルームでの予定外入院の数を四半期単位の時系列で分析し、Somerset CCGのものと比較したところ、Health Connections Mendip が構築されるまではフルームでの予定外の入院はCCGと同様に増加傾向があった。Health Connections Mendip の構築後には、CCGの予定外入院は増加し続けていた一方で、フルームでは持続的に減少した。2013年4月と2017年12月の入院数を比較すると、CCGでは28.5%増加していたが、フルームでは14.0%減少していた。

Mendip の構築と入院数の変化の因果に迫ることはできない研究デザインで、この入院の減少を説明するメカニズムは特定できないが、医師がコミュニティ開発に協力し、保健・福祉・住民組織などと共に連携を推進することにより、住民の健康を改善できるかもしれないことが示唆されている<sup>21</sup>。

## 4-2-2 事例2: ハックニーCCG、ロンドン Hackney and City CCG

東ロンドンに位置する新興開発地域。東ロンドンはオリンピックのために再開発されたことで景観や交通が整備されたが、従来はテムズ川の港町で働く労働者の町で、貧富の差が大きく、人種の多様性が豊かな地域である。GP診療所には、社会的な課題を抱える患者が多く来院しており、その対応が必要であった。例えば、社会的に孤立している人、頻回な受診行動をとる人、軽度から中等度の精神的な疾患を抱える人などである。そのため、かねてより存在していたコミュニティ内の資源と連携し、診

<sup>21</sup> Abel J, Kingston H, Scally A, et al. (2018). Reducing emergency hospital admissions: a population health complex intervention of an enhanced model of primary care and compassionate communities. Br J Gen Pract, 68(676), e803-e810.

療所からリンクワーカーを経由して地域資源につなぐ、社会的処方 of 取組みを成功させた。社会的処方 of 評価はウェルビーイングスター (Well-being Star) で行っている (図4-2)。ハックニーCCG のモデルは、都市部のモデルとして、スペインやポルトガル等への展開が進められている。

図4-2：ハックニーで使用されているウェルビーイングスター<sup>22</sup>

The diagram is a star-shaped assessment tool with eight points. Each point is labeled with a category and has a scale from 1 to 5. The categories are: Lifestyle (top), Looking after yourself (top-right), Managing symptoms (right), Work, volunteering and other activities (bottom-right), Money (bottom), Where you live (bottom-left), Family and friends (left), and Feeling positive (top-left). The center of the star contains a small circle with the number 1. At the top left and top right of the star, there are input fields for 'Name:' and 'Date:'. At the bottom of the star, there is a small copyright notice: '© Triangle Consulting Social Enterprise Ltd. Used under licence. See www.outcomesstar.org.uk'.

出典: Patrick Hutt 氏より提供

### <社会的処方 of 関係者> (図4-3)

#### ① 患者の紹介を行う保健医療専門職

GP 診療所 (ハックニーCCG 内の 22 すべての診療所。実施度合いには濃淡あり。) が主に社会的処方 of 者となる。一部、コミュニティが起点となる経路や近隣二次病院 (入院施設) からの紹介経路も存在する。

#### ② リンクワーカー

地域のチャリティ団体に所属している職員で、地域福祉に詳しく、対人援助の経験

<sup>22</sup> 本人の健康状態やセルフケアの状態、気分の状態、生活状況、家庭や友人関係、住居状況、経済状況、就労状況などを網羅的に全人的に把握するツール。繰り返し評価される。

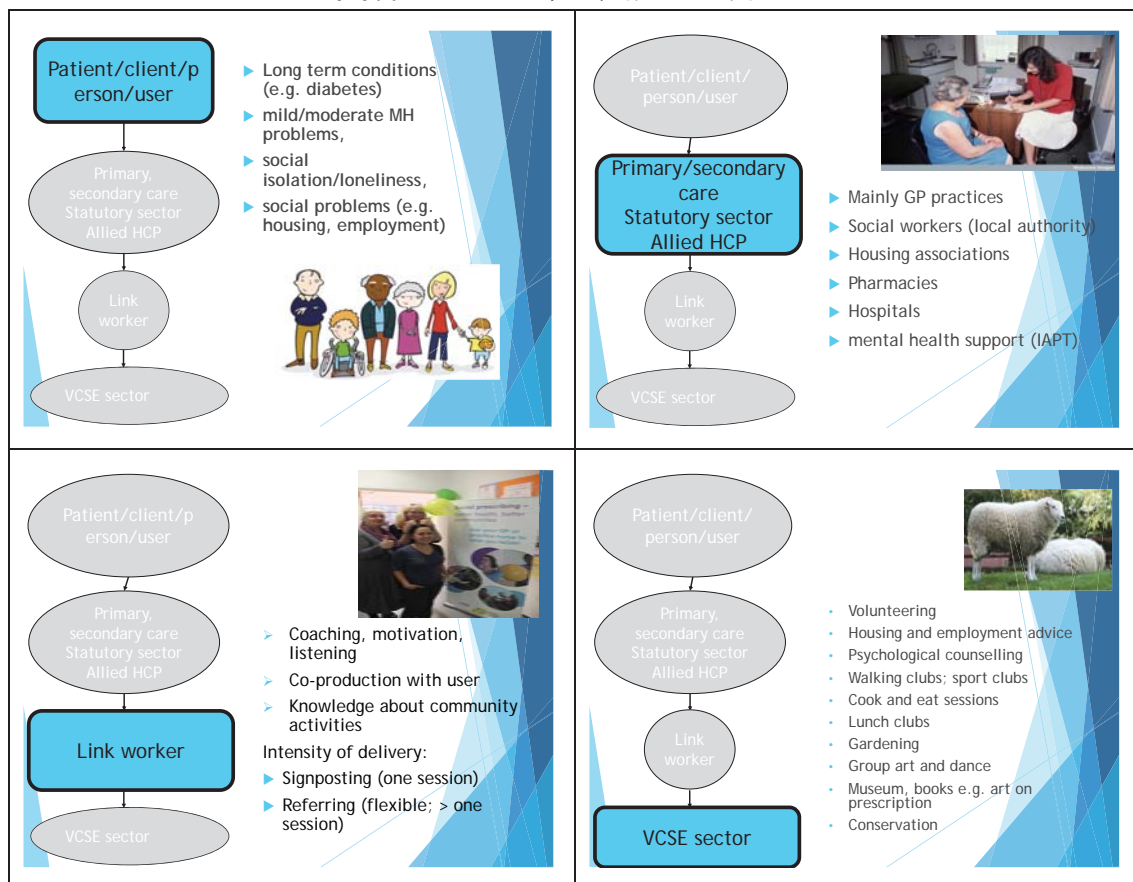


がある人が担っている。ここではウェルビーイングコーディネーター（Well-being coordinator）と呼ばれている。

### ③（紹介先となる）組織・グループなど

弁護士やソーシャルワーカーといった公的な支援につなげるケースもあれば、地域内のボランティア組織や公民館のような場などに紹介するケースもあり、多様である。

図4-3：ハックニーで実践されている社会的処方の流れ<sup>23</sup>



出典: Marcello Bertotti 氏より提供

### <効果の評価>

ハックニーCCG では、質・量の混合研究方法によるアプローチで社会的処方を経験している患者とそうでない患者を、傾向スコア

<sup>23</sup> 慢性的な疾患や精神疾患、孤立や孤独の状態などの社会・経済的課題を持つ患者を主に GP がリンクワーカーへつなぎ、全人的に患者の処方とともに創っていく。紹介される先は、ボランティア・カウンセリング・散歩クラブ・スポーツクラブ・ランチ会・ガーデニングなどがあり、多岐に渡るのがよくわかる。

を用いてマッチングし、社会的処方適用後8ヶ月の各群のひとりあたりの受診回数を比較した。すると、社会的処方を受けた群のほうが、そうでない群と比べて患者ひとりあたりのGPへの受診回数が少ない結果であった。また質的にも、ほとんどの患者が前向き・ポジティブな経験をしていることが示されていた<sup>24</sup>。

### 4-3 日本の事例

#### 4-3-1 事例3：「おおた高齢者見守りネットワーク（みま〜も）」東京都大田区

東京都大田区の社会医療法人仁医会牧田総合病院が受託している地域包括支援センター（当時）が、個別に相談に対応しているだけでは「もぐらたたき」に過ぎないと、センターを触媒として地域住民と地域で働く保健医療専門職のパートナーシップを構築し、支え合いの仕組みづくり、まちづくりを実践しはじめたのが発端である。

「みま〜も」はまちづくりを目的とする任意団体で、趣旨に賛同する組織の協賛金で運営されている。商店街の空き店舗を拠点として協賛企業やボランティアが開催する講座、寂れた公園を再生させる活動など、地域の専門職や企業が知恵を出し合って多彩な場を展開、ここで共感をつなぎ、出会った住民たちが仲間とともに次々に思いを形にしていっている。

社会的に孤立していて医療介護福祉へのアクセスが乏しい人に、専門職が直接アウトリーチするのはときに難しい。そこで、地域で暮らす人々がさりげなく見守り、必要な時に専門職へ対応を託せるよう地域の住民や組織が連携し「気づきのネットワーク」を構築している。たとえば、支援を必要としている人を、民生委員や自治会などの組織や地域の住民が生活の中で見守るだけではなく、郵便・新聞・配食配達員、商店街、金融機関、コンビニなどが日常業務のついでに見守り、気づいた時に相談しやすいようになっている。

行政と連携する地域包括支援センターは、医療機関・薬局・社会福祉協議会・居宅介護事業所・介護サービス事業所、さらに警察や消防等の公的機関と支援が必要な人

---

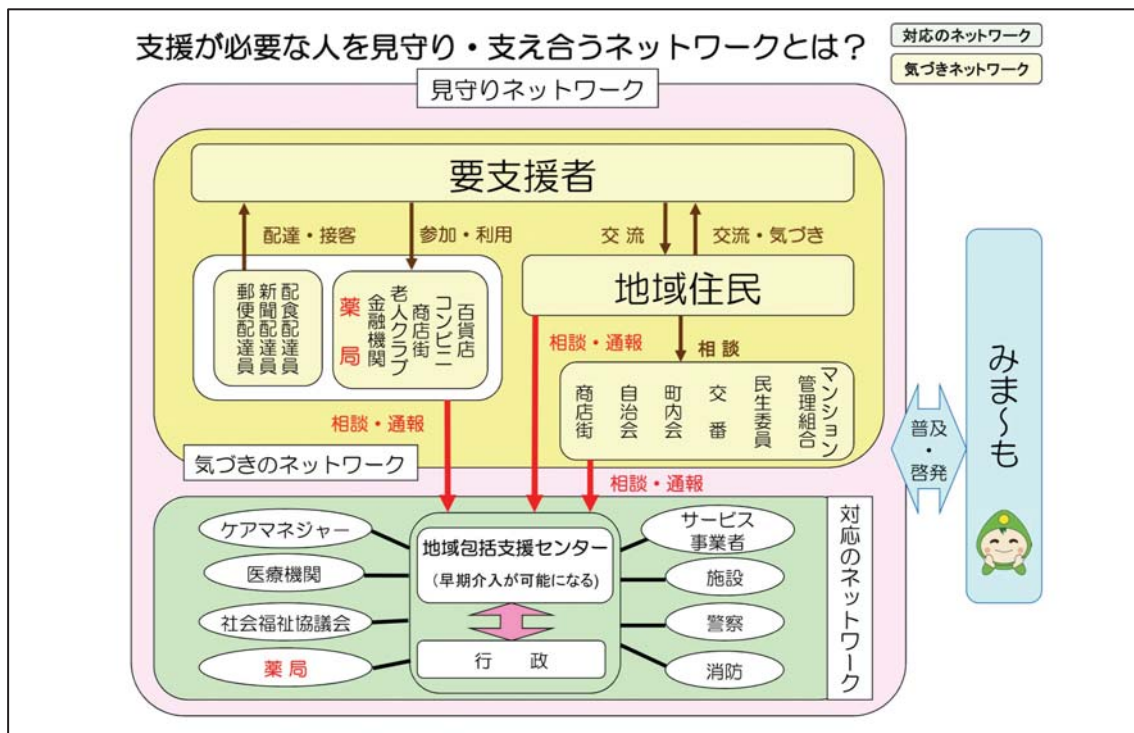
<sup>24</sup> Carnes D, Sohanpal R, Frostick C, et al. (2017). The impact of a social prescribing service on patients in primary care: a mixed methods evaluation. BMC Health Serv Res, 17(1), 835. doi:10.1186/s12913-017-2778-y

の相談や通報への「対応のネットワーク」を形成している。

このように「気づきのネットワーク」と「対応のネットワーク」を充実させ、地域包括支援センターや医療相談室、そしてみまも等がつなぎ役を担うことで、地域の「見守りネットワーク」(=紹介先となりうる地域資源)の充実がはかられ、社会的な課題を持つ人々を包摂している(図4-4)。

双方向性を持たせた「見守りネットワークのモデル」は、いわば地域社会のどこからでもつながりをつくることのできる連携であり、フルームモデルの実践とも類似性がある。

図4-4：東京都大田区における「見守りネットワーク」



出典: 澤登久雄氏より提供

#### 4-3-2 事例4：「HPH カルテ、くらしサポーター制度」医療生協さいたま

医療生協さいたまは、世界保健機関が認証するヘルスプロモーションホスピタル (Health Promoting Hospital: HPH 健康増進活動拠点) のひとつである。医療生協さいたまでは、患者の健康の社会的決定要因を外来受診する患者や入院する患者に問

診し、カルテに記載する実践を日常診療に取り入れている（HPH カルテと称されている）。それにより、孤立や貧困等の社会・経済的課題を抱える人を発見し、つなぐ機能を有している。

医療機関で発見された患者の社会的な課題に対応するために、保健医療専門職は患者を医療ソーシャルワーカーに紹介する。ここでは、医療ソーシャルワーカーがリンクワーカーとして機能し、社会的な課題を抱え支援が必要な人に対して、必要とされる社会資源を紹介することができる。たとえば、医療生協の組合員による班会やサークル・安心ルームを紹介し、参加の場や相談の場を提供したり、無料低額診療事業を利用し、医療費を減免したりする。

また、組合員同士が助け合う有償ボランティアである、くらしサポーター制度が存在する。地域の住民で、医療生協の組合員である人々が協力して、家事・通院や買い物につきそい・保育園の送り迎え・話し相手などの日常生活で支援を求めている人をサポートすることができるのである。

このように医療機関は発見・社会的診断の機能を持ち、リンクワーカーの機能を果たす医療ソーシャルワーカーがそのような患者を地域の社会資源を紹介し伴走する。一方、他の医療機関や介護保険施設、組合員活動等を通じて、地域の社会資源を充実・発展させ、ネットワークの受け皿を強化しているのである（図4-5）。

### <効果の評価>

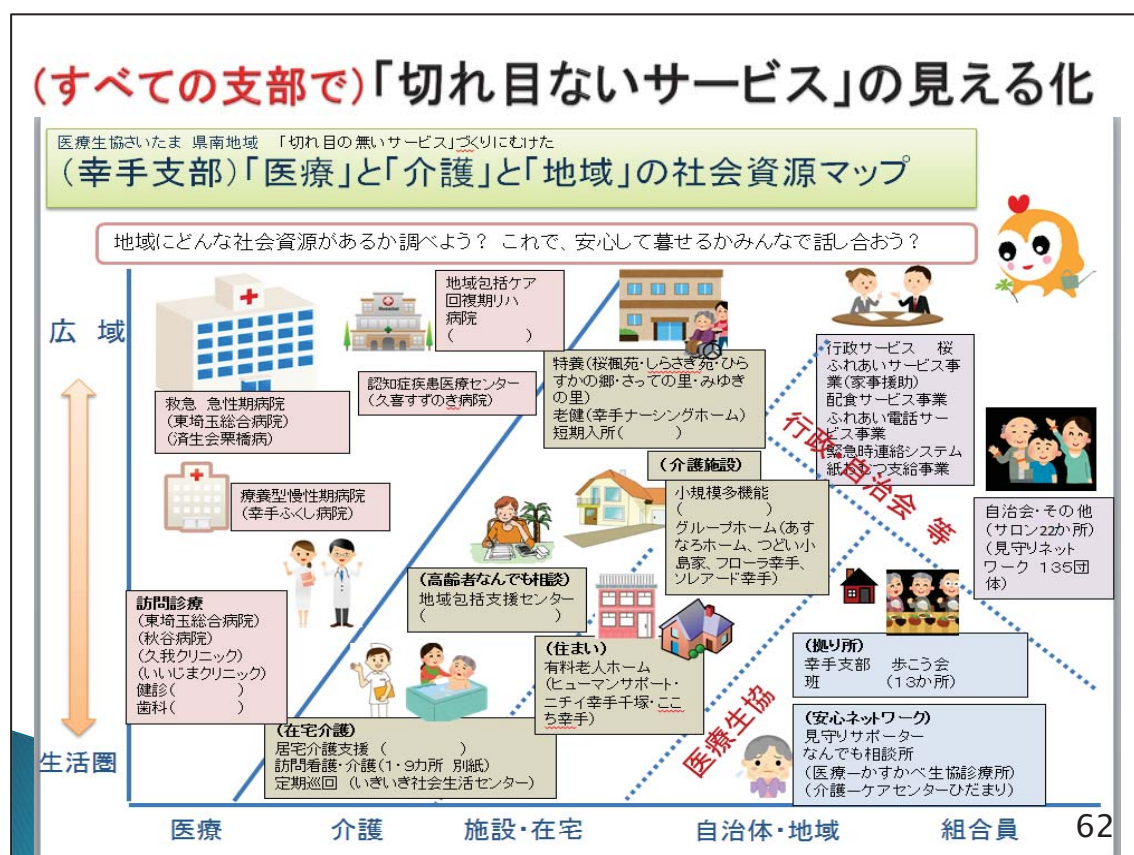
医療生協さいたまでは、このコミュニティのモデルによる効果の検証はされていない。しかし、日本 HPH ネットワークの「患者さんの暮らしぶりに関する情報を把握するための、簡易質問項目の開発に関するパイロット研究」への参加や無料低額診療事業の利用者調査等、住民の社会・経済的課題を発見する研究が進められている。今後、医療生協の組合員による班会の効果などを検証する取り組みも検討されている。

国内でも医療機関で患者の社会・経済的課題を発見するためのツールの作成が進んでいる。たとえば、日本 HPH ネットワークの研究班は、「患者さんの暮らしぶりに関する情報を把握するための、簡易質問項目の開発に関するパイロット研究」により、所得を基準にした患者の経済的な課題を把握するツールを開発している<sup>25</sup>。また貧困が多次元動的な概念であることを踏まえて、西岡らは同研究の収集データを二次利

<sup>25</sup> 日本 HPH ネットワーク、「医療・介護スタッフのための経済的支援ツール」・「症例事例集」  
<https://www.hphnet.jp/whats-new/5185/>

用し、患者の生活困窮を評価する尺度を開発している<sup>26</sup>。このような尺度を各医療機関での診療現場に実装することで、患者の社会・経済的課題を発見することが期待される。たとえば、医療ソーシャルワーカーとの面接を通じて、生活保護制度や無料低額診療事業などを活用することや、地域活動や患者会など本人の状況に適した参加の場へとつなげるような支援につながることを期待される。

図4-5：医療生協さいたま県南地域における「切れ目ないサービス」の見える化<sup>27</sup>



出典: 熊倉正明氏より提供

<sup>26</sup> 西岡大輔, 上野恵子, 舟越光彦, 齊藤雅茂, 近藤尚己. 医療機関で用いる患者の生活困窮評価尺度の開発. 日本公衆衛生学会雑誌, 2020; 67(7).461-70.

<sup>27</sup> 医療生協さいたまの県南地域では、医療機関どうし・介護保険施設・介護保険事業所・行政・自治会をはじめ、通いの場・サロン・見守りサポーターなどの社会資源をマッピングし、切れ目のない保健医療介護福祉連携の強化を進める取り組みがある。

#### 4-4 まとめ

どの事例においても医療機関は社会的処方への入口もしくは全体の流れの中で重要なプレーヤーとして機能している。医療機関は、医療ニーズを引き起こす患者の社会・経済的な課題を発見することができる。そして患者に社会・経済的課題があると判断する場合には、その患者に適した地域社会の資源を紹介する。患者がどのような健康や社会課題を抱えているかを知っている立場として、医療機関が地域のさまざまな取り組みを担う人材とともに地域資源を開拓し、生活に伴走していることがわかる。また英国の事例ではその効果についても研究が進んでいる。日本の事例も統計的な調査は実施されており、学術的な報告が期待される。

自治体の保健・福祉・介護の取り組みや地域で活動している市民組織が織りなすネットワークに、医療機関も積極的に関わりパートナーシップを構築することは、そこで生活する人々が支えあう地域共生社会の実現に貢献できるはずである。地域医療に従事する者は「待ち医者」ではなく、「町医者」として、地域住民や地域の多職種・多領域の人々と交流してみる、あるいはまず地域ケア会議の場に参加してみるのもよいだろう。



## 第5章 今後に向けて

### 5-1 社会的処方各手順が有効に機能するための課題

第3章 3-1で述べた社会的処方の3つの手順に沿って、各手順が機能するための課題の整理を試みた(表5-1)。

表5-1：医療機関を起点とする社会的処方の手順と課題

手順	機能	今後検討が必要な課題
手順1：社会経済的課題を発見する	患者の社会経済的課題をスクリーニングして、対応すべき課題を整理する	<ul style="list-style-type: none"><li>健康の社会的決定要因の理解の普及</li><li>簡便に社会・経済的課題を発見する方法(スクリーニングシート・電子カルテ等)の開発</li><li>扱うべき社会・経済的課題やその程度の検討</li><li>メディカル・ジェネラリズムの浸透</li></ul>
手順2：地域社会へとつなげる	全人的にアセスメントし、生きていこうとする力とその発揮、解決の手がかりへとつなげる	<ul style="list-style-type: none"><li>つなげる役割を担う人やチームの育成(既存の枠組みの中で機能を果たしている/果たしうる人やチームの確認と連携強化)</li></ul>
手順3：生活に伴走する	社会的処方を行った後も多くの場合継続的にかかわっていく	<ul style="list-style-type: none"><li>地域社会と医療機関の連携のしくみづくり</li><li>地域のさまざまな活動の持続可能性の担保</li><li>社会的処方の効果評価</li></ul>

#### 5-1-1 社会・経済的課題の発見に関する課題

##### ○ 健康の社会的決定要因への理解の普及

まず、健康が社会的な要因の影響を受けることを、保健医療専門職へと広く普及啓発していく必要がある。基礎教育課程における学習内容に含めることに加え、卒後研修や生涯学習の機会に定期的な学びと体験を盛り込むことも有益だろう。

## ○ 医療機関で簡便に社会・経済的課題を発見する方法

第3章 3-1-1で述べたように、患者の社会的な背景を包括的かつ簡便に評価できるツールは十分に開発・普及しているとはいいがたく、また、どの範囲まで、患者の社会的背景を聞き取り、掘り下げていくべきかについて明確なコンセンサスがな

英国では8つの指標で本人の状態を評価するウェルビーイングスターと呼ばれるツール（第4章 事例2）、カナダでは貧困のスクリーニング質問の開発<sup>28</sup>が行われ、国内でも入院時にすべての患者の社会的背景を評価している医療機関があるが（第4章 事例4）、こうした先進事例の収集・評価、医療機関で活用・導入しやすい社会・経済的課題のスクリーニングツールの開発が待たれる。

## ○ 扱うべき社会・経済的課題やその程度の検討

誰もが、多少なりとも、社会生活の悩みを抱えている。医療機関に来た人々のすべてに医療機関が介入し、よりよい生活を送るための支援をすることは、対応の量の面からも、患者側の期待の面からも、受け入れられないであろう。どの程度の、どのような質の社会・経済的課題を持つ患者を、医療機関を起点とする社会的処方の対象とすべきかについて、それぞれの国や地域の状況に応じて議論していくことが必要である。

## ○ メディカル・ジェネラリズムの浸透

患者の問題に対して広範かつ全人的な視点を日常的に適用させる保健医療に向けた環境整備については検討の余地が残されている。

ここでは個々の論点に立ち入らないが、少なくとも本白書で取り上げた英国と日本では、保健医療システムにおける家庭医の位置づけ、GP 専門医教育の浸透、診療報酬制度、統合された電子カルテの存在、地域ニーズに応じた資源マネジメントの在り方等、さまざまな前提の違いがあることを確認しておきたい。

---

<sup>28</sup> Poverty: A Clinical Tool for Primary Care Providers (ON)

[https://www.cfpc.ca/uploadedFiles/CPD/Poverty\\_flow-Tool-Final-2016v4-Ontario.pdf](https://www.cfpc.ca/uploadedFiles/CPD/Poverty_flow-Tool-Final-2016v4-Ontario.pdf)



## 5-1-2 地域社会へつなげる際の課題

### ○ つなげる機能を担う人やチームの育成

患者・住民のもつ諸課題を全人的にアセスメントし、生きていこうとする力とその発揮、課題解決へとつなげる機能を担う者やチーム、機関等は、近年我が国でも高齢者の生活支援・介護予防、障害者自立支援、子ども家庭支援、生活困窮者の自立支援などの枠組みの中でそれぞれ育成・充実がはかられてきている。

ただし、医療機関内をみると、入院医療については、地域社会に「つなぐ」医療ソーシャルワーカーのはたらきは手厚くなってきたものの、病院の外来や入院機能を持たない診療所では、その配置を促す制度的枠組みもない状況にある。

つなげる機能を担う人に求められるコンピテンシーの整理、人材育成と配置のあり方、その費用の調達についての検討を深めるとともに、既存の枠組みのなかで機能を果たしている／果たしうる人やチームについて、各地域で棚卸、相互理解と連携強化を試みる必要もあるだろう。

## 5-1-3 生活に伴走する際の課題

### ○ 地域社会と医療機関の連携のしくみづくり

地域資源、専門職同士ともに、お互いの専門性や強みを理解し、どのような連携が効果的かを知る不断のコミュニケーションの場が必要である。地域資源の整理や可視化の方法、医療機関からつなぐ際に必要な人材やシステムの検討も必要となる。

なお、医療機関が地域資源の開発にかかわる意義について前述したが、さまざまな方法があり、医療機関にとっての短期・長期の負担とメリットをあわせて整理しておくことも有効だろう。

### ○ 地域資源の持続可能性の担保

社会的処方「紹介先」となる地域のさまざまな活動や資源は基盤が脆弱なものも少なくない。

英国における先進地域では、コミュニティ資源にも財源を分配しているところもあ

り、また全国での浸透に向けた政策においても、医療者教育への計画的投資や、リンクワーカーの養成・配置とあわせてコミュニティへの助成が含まれている。

それぞれの活動等に関連する行政の事業等の活用のみならず、コミュニティ・ファンド等、地域における志あるお金の循環も活用して地域資源の持続可能性の担保、求められる資源が生み出される生態系を支える仕組みの検討が重要となる。

## ○ 社会的処方の効果評価

医療機関や地域の単位で社会的処方の推進を検討する際には、社会的処方を行うことによる患者への影響、医療機関にとっての負担とメリットの検討が必要である。第2章 2-4で述べたように社会的処方の評価指標については世界的に発展途上であるが、一例として、NHS で用いられている患者個人・コミュニティグループ・保健医療システムという3つの階層を意識しながら枠組みを整理していくことが重要だろう。また、患者が抱えている社会・経済的課題の内容等によっても評価のタイミングや方法を変えていく必要があるだろう。

## 5-2 地域共生社会の実現：社会的処方が最終的に目指すもの

### 5-2-1 地域共生社会の実現に向けて

本章では、医療機関を受診した患者一人ひとりの社会・経済的課題への対応をどうするか、という視点で論を展開しているが、社会的処方は、個々の患者の治療プロセス、ひいては保健医療専門職の職務満足度を改善させるだけでなく、医療機関等と地域・コミュニティ、行政の福祉サービス等が有機的に連携する仕組みづくり、これをつうじた地域のレジリエンス向上にもつながりうるものである。

「社会的処方」は、個人や世帯が抱える課題の多様化・複雑化や社会的孤立という日本と共通する背景のもと、英国で進められてきた（第1章・第2章）。その推進の経緯や基本理念は、日本での地域共生社会の実現に向けても示唆に満ちている。

英国で広がってきた「社会的処方」を手がかりに、地域共生社会推進の観点から、保健・医療・介護・福祉・コミュニティセクター各々に共通した示唆を5つにまとめる。

- ① 保健・医療・介護・福祉・コミュニティセクターそれぞれに、そこだけでは解決できない課題を抱えた方が訪れている可能性があることを認識する
- ② 患者や利用者として出会う方々の健康やウェルビーイングに関わる本質的なニーズを把握し、適切な支援につなげるためのアセスメント力を高めアドボケイトとして機能する、もしくはそれを促す仕組みを作る
- ③ 広く対人支援にかかわる専門職、行政や関係機関、地域で住民の日常生活におけるさまざまな困りごとや相談に対応する人々、まちづくりに携わる人々等がお互い顔が見える関係をつくり、ニーズの認識の視点を共有する
- ④ リンクワーカー機能を果たしうる地域のさまざまな人や機関を知り、その継続的な伴走に必要な環境整備をともに検討する
- ⑤ （主に行政等において）地域の多様な担い手によるさまざまな交流・参加・就労等の場の活動の継続性を高める方策（インセンティブ構造など）について検討する



## 付録 検討体制・執筆者一覧

### 6-1 2018年度 日本版「社会的処方」のあり方検討事業（仮題）委員会

※ 本委員会の各回の資料等については、一般財団法人オレンジクロスホームページに掲載（<https://www.orangecross.or.jp/project/socialprescribing/>）。

※ 所属・肩書は2019年7月1日時点

#### 6-1-1 委員

No.	氏名	所属・肩書
1	朝比奈 ミカ	中核地域生活支援センターがじゅまる 所長
2	後藤 励	慶應義塾大学大学院経営管理研究科 准教授
3	近藤 尚己	東京大学大学院医学系研究科健康教育・社会学分野 准教授 (現：京都大学大学院医学研究科社会疫学分野 教授)
4	柴垣 維乃	三重県名張市福祉子ども部地域包括支援センター 地域包括・総合支援係長
5	長嶺 由衣子*	東京医科歯科大学介護・在宅医療連携システム開発学講座 助教
6	野崎 伸一	厚生労働省社会・援護局地域福祉課・生活困窮者自立支援室 室長
7	馬袋 秀男	兵庫県立大学大学院経営研究科 客員教授 民介協 特別理事
8	藤沼 康樹	医療福祉生協連家庭医療学開発センター長
9	堀田 聡子*	慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科 教授 一般社団法人人とまちづくり研究所 代表理事
10	吉江 悟	東京大学高齢社会総合研究機構 特任研究員 一般社団法人 Neighborhood Care 代表理事

\* 世話人

#### 6-1-2 アドバイザー

No.	氏名	所属・肩書
1	迫井 正深	厚生労働省 審議官（医政、医薬品等産業振興、精神保健医療、災害対策担当）（老健局、保険局併任）
2	澤 憲明	リバーサイドメディカルセンター

3	武田 裕子	順天堂大学医学部医学教育研究室 教授
4	新田 國夫	全国在宅療養支援診療所連絡会 会長 全国在宅ケアアライアンス 議長

### 6-1-3 オブザーバー

No.	氏名	所属・肩書
1	西岡 大輔	東京大学大学院医学系研究科健康教育・社会学分野 博士課程
2	村越 英治郎	慶應義塾大学大学院経営管理研究科 研究生

### 6-1-4 事務局

No.	氏名	所属・肩書
1	村上 佑順	一般財団法人オレンジクロス 理事長
2	西山 千秋	一般財団法人オレンジクロス 事務局長
3	前田 実	一般財団法人オレンジクロス 事務局
4	吉江 悟	一般財団法人オレンジクロス 研究員

### 6-2 執筆者一覧

No.	氏名	担当章
1	後藤 励	第2章
2	近藤 尚己	第3章
3	長嶺 由衣子*	第3章 第5章
4	西岡 大輔	第2章 (コラム) 第3章 第4章
5	堀田 聡子*	第1章 第5章
6	吉江 悟	第3章

\* 編集

本白書は、2018年度 日本版「社会的処方」のあり方検討事業の成果を踏まえ、執筆者メンバー及び事務局が企画・制作したものであり、編集は同事業の世話人である長嶺・堀田が務めた。

---

## 社会的処方白書

2021年2月24日

編集・発行 一般財団法人オレンジクロス

〒104-0031 東京都中央区京橋2-12-11 杉山ビル6F

TEL : 03-6228-7216 FAX : 03-6228-7217

---

無断転載禁止



