

# 養父市の社会的処方への取組に対する 健康影響予測評価 報告書

養父市健康福祉部社会的処方推進課

公益財団法人 医療文化経済グローバル研究所 社会的処方研究室

## 概要

### 1. 背景・目的

本市では、令和4年度厚生労働省モデル事業採択を契機に、医療・介護・福祉・地域の多様な関係者と連携して社会的処方取組を推進してきた。3年間の取組を踏まえ、更なる発展に向けて、健康影響予測評価(Health Impact Assessment: HIA)の枠組みを用いた評価を実施した。評価の目的は、(1)本取組が健康や健康の社会的決定要因(Social Determinants of Health: SDH)に与える影響を検討し、改善の方向性を明確化すること、(2)評価過程を通じて関係者間の共通認識を形成し、より一層の連携強化を図ることである。

### 2. 評価対象

評価対象は、「養父市社会的処方推進事業」(以下、「本市の社会的処方取組」)全体である。

### 3. 評価方法

医療・介護・福祉・教育・子育て分野の関係者29名が参画し、全3回のワークショップを中心に、ワークショップでの議論、インタビュー、支援記録、統計データを用いて、取組の影響と改善案を検討した。

### 4. 評価項目

本評価では、影響の検討に加えて、(1)対象となり得る集団の特徴(2)課題・強化すべき機能(3)ロジックモデルの4点を検討した。影響の検討においては、個人・家族・地域コミュニティ・システムの4領域にわたる20項目を重点的な評価項目として選定した。

### 5. 結果の統合と解釈の方法

実施主体の会議及び第3回ワークショップで実施し、複数の収集データを踏まえた議論を通じて結果を取りまとめた。影響の検討では、「方向性(良い・悪い)」「大きさ(大・中・小)」と「根拠の確からしさ(確か・やや確か・不明)」の3観点を設定し、根拠として第2回ワークショップの個人の質問票の回答結果、グループワークの検討結果、事例の分析結果(件数・内容)を用いて影響を整理した。

### 6. 主要な結果の概要

#### (1) 対象となり得る集団の特徴と市内規模について

対象となり得る集団の特徴として、「独居高齢者」「過度な飲酒」「家族ケア負担」「経済的困窮」「ひきこもり」の5類型に整理した。過去3年間に医療機関から社会的処方推進課に紹介された29件の事例では、60代以上が約86%、男性が約66%、独居世帯が約66%を占め、他者との交流・つながりの不足、経済的困難・低所得、不健康な飲酒、服薬管理不良、人間関係や、家族介護等における課題が見られた。ワークショップのグループワークでも、高齢、男性、独居、アルコール、ひきこもり、経済的困窮、近所トラブル、介護者といった特徴が挙げられた。また、既存の統計データを整理した結果、対象となり得る集団の市内規模は数百～数千人に相当することを確認した。

#### (2) 健康やSDHへの影響について

20項目の影響を検討した結果、19項目は良い影響、1項目(支援者の業務負担感)は悪い影響として懸念されると整理した。ワークショップでは、質問票への回答とグループワークにより参加者の認識を把握し、19項目で良い影響と期待される一方、支援者の業務負担感について悪影響が懸念されるという評価になった。支援者の業務負担感の原因には、情報整理・共有に伴う負担、時間的負担、幅広い専門知識に伴う負担、心理的負担、ケースマネジメントに伴う負担が挙げられた。インタビュー及び支援記録から収集した52件の事例分析では、個人の変化として、他者とのつながり増加、不安感の軽減、就労機会の

獲得、飲酒量の減少、服薬管理改善、生きがいの獲得、スキル習得、自己管理能力の向上が確認できた。加えて、家族の安心感・心の余裕の獲得、地域住民の支え合い意識の向上、地域活動の担い手の増加、居場所の充実、頻回受診の減少、適切な制度・サービスへの新規接続、多職種・多機関での迅速な情報共有や役割分担の実現などの変化も確認できた。一方で、事例の蓄積が十分でない項目もあり、20項目中8項目の根拠の確からしさを「不明」とした。今後も、継続的なデータの蓄積が必要である。

### (3) 今後の改善の方向性

本市の社会的処方取組は、個人の健康やウェルビーイングの向上を中心に、家族、地域コミュニティ、システム面への良い影響が期待できることを確認した。一方、支援者の負担感増加は、取組推進に伴う主要なリスクとして位置づけた。ワークショップでは、取組の課題や強化すべき機能と、それに対する改善案及び支援者の負担感軽減のための提案を検討した。その中でも特に重点的に取り組むべき方向性を以下の通り整理した。

#### ① 地域住民(コミュニティコネクター)からの連絡・紹介ツール整備

民生委員・児童委員、見守りネットワーク事業所、市民団体等と連携し、地域の「気づき・見守り」から支援につながる入口を強化する。属性を問わず困り事を把握した際に活用できる連絡・紹介シート(地域版つながり処方箋)を整備し、早期に専門機関・部署へ接続する仕組みを構築する。

#### ② 包括的な支援体制と多職種連携の強化

リンクワーカー研修を継続し、分野横断の「顔の見える関係性」と多職種連携をさらに強化する。今後は、分野横断的な好事例共有を充実させ、社会的処方の3原則(本人中心性・エンパワメント・共創)に基づく伴走支援の学びを深める。加えて、有志による定期的な情報交換の場(支援者プラットフォーム)の立ち上げを検討する。

#### ③ 分野横断的な支援記録共有システムの導入

高齢・障がい・子ども・生活困窮など分野をまたぐ複合課題に対応するため、庁内で分散している支援記録を統合・共通化し、タイムリーな情報共有と状況把握を可能にする。併せて、重層的支援関係部局による継続的な検討の場を設け、運用設計と定着を進める。

#### ④ デジタルによる非対面相談(入口)の活用・普及

ヘルスケアチェックシステム(ポジティブヘルスクモの巣チャート、いきいき生活度チェック)を活用し、非対面での相談・気づきから支援につながる経路を拡充する。マイナンバーカード連携等により、本人の希望を起点に支援者が状況確認・アウトリーチできる仕組みを普及させ、従来把握しにくかった層へのアプローチと自発的な気づきから支援につながる経路を広げ、早期介入につなぐ。

#### ⑤ 「つながるDAYYABU」掲載情報の裾野拡大による質・量の充実

住民の多様な趣味・嗜好に応じた地域コミュニティへのマッチングを促進するため、地域活動・集いの場情報に加えて、身近なスポットや日常利用できる場・店舗等も掲載し、情報の質と量を高める。また情報収集・更新方法を含む運営体制を検討し、継続的に情報を充実させる。

#### ⑥ コミュニティナースの役割・位置づけの明確化と人材確保・育成

社会的処方におけるコミュニティナースの役割と位置づけを整理し、市内でコミュニティナース的な動きを担う人材の確保・育成を進める。具体的には、将来の配置規模、雇用形態、必要な資格・スキル、期待する役割を明確化し、関心層とのマッチングを促す。

## 【目次】

### 1. 背景

- (1) 目的
- (2) 健康影響予測評価とは
- (3) 本市の社会的処方取組の概要

### 2. 健康影響予測評価の実施方法

- (1) 健康影響予測評価の種類
- (2) 健康影響予測評価の流れとスケジュール
- (3) 健康影響予測評価の実施体制
- (4) 本市の社会的処方取組に対する評価ワークショップ
- (5) 評価項目

### 3. アプレイザル(評価)

#### (1) 対象となり得る集団の特徴について

- ① これまでに医療機関から社会的処方推進課に紹介を受けた人の属性
- ② これまでに医療機関から社会的処方推進課に紹介を受けた人が抱える課題の特徴
- ③ 第1回ワークショップの対象者像に関する検討
- ④ 対象となり得る集団の特徴に関する検討 まとめ
- ⑤ 対象となり得る集団の市内規模の整理

#### (2) 健康やSDHへの影響について

- ① 質問票に対する個人回答
- ② グループワークによる検討
- ③ 個人及びグループ間の意見のばらつき
- ④ その他の議論内容
- ⑤ これまでに社会的処方された事例から見られた健康及びSDHの変化について
  - 1) 対象者本人の変化
  - 2) 家族の変化
  - 3) 地域コミュニティ・住民の変化
  - 4) 医療介護福祉サービス提供体制の変化
  - 5) その他の変化
- ⑥ 影響に関する検討結果
  - 1) 結果の統合と解釈の方法
  - 2) 影響に関する検討 まとめ
  - 3) ロジックモデル

### 4. レコメンデーション(改善提案)

- (1) 今後重点的に取り組む方向性
- (2) 課題と強化すべき機能(第1回ワークショップまとめ)
- (3) 具体的な改善案(第3回ワークショップまとめ)

### 5. 参考文献

## 6. 実施体制

## 7. 謝辞

### 参考資料

#### A. スクリーニング

- (1) スクリーニングの方法
- (2) スクリーニングの結果

#### B. スコーピング(仕様決定)

- (1) 目的
- (2) 健康影響予測評価とは
- (3) 本評価の意義
- (4) 評価対象
- (5) 健康影響予測評価の種類
- (6) 実施の流れとスケジュール
- (7) 参画した関係者のメンバーと主な役割
- (8) 評価項目
- (9) データ収集方法
- (10) 改善案の作成方法
- (11) 報告の方法
- (12) ロジックモデル作成方法
- (13) 最終成果物

#### C. ワークショップ

##### (1) 第1回目ワークショップ 結果まとめ

- ① 実施概要
- ② グループワークの模造紙の写し
- ③ 当日の写真
- ④ 事後アンケート結果

##### (2) 第2回目ワークショップ 結果まとめ

- ① 実施概要
- ② グループワークの模造紙の写し
- ③ 当日の写真
- ④ 質問票
- ⑤ 事後アンケート結果

##### (3) 第3回目ワークショップ 結果まとめ

- ① 実施概要
- ② グループワークの模造紙の写し
- ③ 当日の写真
- ④ 事後アンケート結果

## 1. 背景

### (1) 背景と目的

本市では、令和4年度に厚生労働省の「保険者とかかりつけ医等の協働による加入者の予防健康づくり事業(社会的処方モデル事業)」に採択されたことを契機として、以降「社会的処方の取組」を推進している。「社会的処方の取組」とは、医療機関と連携した相談支援・参加支援・地域づくりのプロセスと、それらを支える一連の事業や活動を言い、市の社会的処方推進事業として取り組んでいるもののことを指す。本市では、医療・介護・福祉・行政・住民等の多様な関係者が連携し、事業や活動を通して地域共生社会の創造を目指している。

これまでの3年間の取組により一定の成果が得られたが、以下の課題へ対応したい思いがあった。

- ① 社会的処方の取組が市民の健康に与える多面的な影響を可視化すること
- ② 社会的処方の取組に対する関係者間での共通認識を形成すること
- ③ 社会的処方の取組の成果や課題を共有し、多職種・多機関連携を一層促進すること

こうした課題を踏まえ、本市では、「健康影響予測評価(Health Impact Assessment: HIA)」の枠組みを用いて、本市の社会的処方の取組に関する総合的な評価を実施した。(以下、本評価という)

本評価の主目的は、社会的処方の取組がもたらす多面的な影響を把握し、得られた知見を基に社会的処方の取組の質の向上に資する改善策を作成することである。併せて、副次的目的として、本評価の実施過程を通じて関係者間の理解促進と共通認識の形成を図り、多職種・多機関のさらなる参画と連携の強化につなげることを目的とする。

### (2) 健康影響予測評価とは

健康影響予測評価(Health Impact Assessment: HIA)とは、政策等が健康にどのような影響を及ぼすかを、定量・定性データを用いて事前に予測、評価することにより、この政策等による健康への良い影響を促進し、かつ悪い影響を最小化にするための改善策を作成し、その政策を最適化していく一連の過程とその方法論のことである[1,2,3]。

HIAにおける健康には、健康の社会的決定要因(Social Determinants of Health: SDH)を含む。また、HIAの目的は、将来予測ではなく、改善策を作成することにある[3]。

HIAは、広く影響評価(Impact Assessment)と呼ばれる手法の1つであり、WHOをはじめ、諸外国において、国や自治体等の意思決定を支援するツールとして活用されている[4]。HIAは、健康政策をはじめ、教育、住宅、雇用、交通、都市計画など、様々な政策分野で活用されており、その対象には国や自治体、事業者などが提案する全ての政策、施策、事業、計画などが該当する[2]。

### (3) 本市の社会的処方の取組概要

本評価の対象は、「社会的処方の取組(医療機関と連携した相談支援・参加支援・地域づくりのプロセスと、それらを支える一連の事業や活動を言い、市の社会的処方推進事業として取り組んでいるもの)」とする(図1)。評価対象の詳細は、参考資料「B. スコーピング(仕様決定)」に記載する。

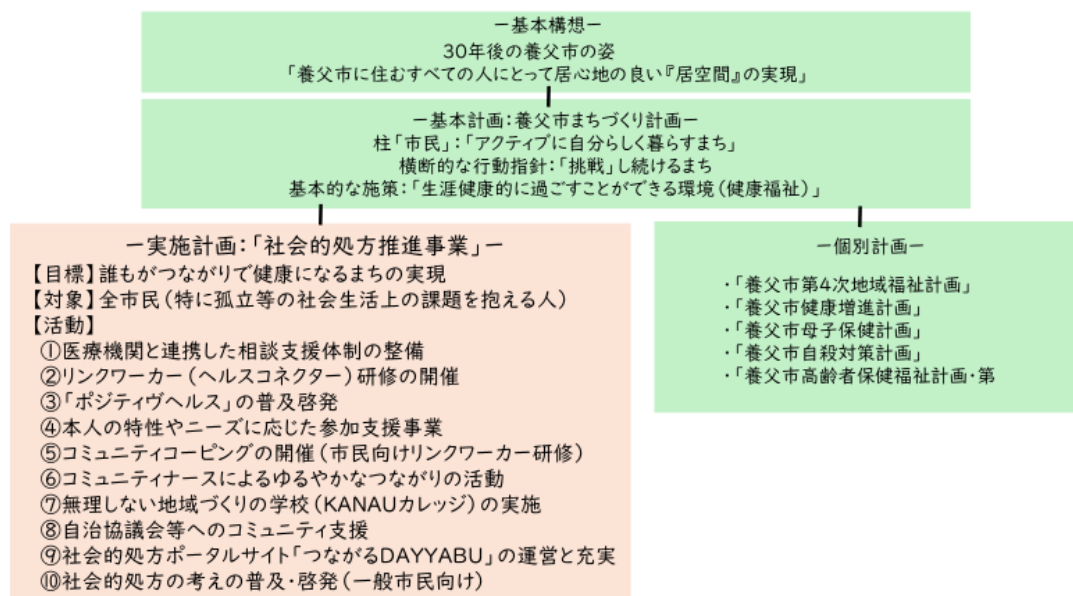


図1 本市の社会的処方の取組の位置づけと概要

## 2. 健康影響予測評価の実施方法

### (1) 健康影響予測評価の種類

本評価は、迅速(Rapid)評価を採用した。迅速評価とは、比較的短期間で、既存・定性データを活用して評価と改善策の作成を行う手法である[5]。本評価は、厳密な因果効果の検証は行わず、2025年8～12月の短期間で事業改善に資する方向性を検討した。

### (2) 健康影響予測評価の流れとスケジュール

本評価は、日本公衆衛生学会によるガイダンスに基づき[3]、HIAの一般的なステップ(スクリーニング、スコーピング、評価、改善策の作成、報告)の手順に沿って実施した(表1)。実施内容の概要とスケジュールを図2に示す。

表1 HIAの標準的なステップとその意味

<p><b>1.スクリーニング</b></p> <p>健康影響を予備的に評価して、本格的なHIAの実施要否を検討すること。</p> <p><b>2.スコーピング(仕様決定)</b></p> <p>HIA実施するための仕様(計画)を作成すること。実施体制と主な役割、タイムスケジュール、評価する項目と方法を決定すること。</p> <p><b>3.アブレイザル(評価)</b></p> <p>仕様(計画)に従い、評価の根拠となるデータを収集し結果を解釈すること。定量データのみならず、文献レビューやインタビューなどから得た定性データも用いること。</p> <p><b>4.レコメンデーション(推奨)</b></p> <p>評価の結果に基づいて、健康上の便益を促進し、不利益を最小化するための改善案を作成すること。</p> <p><b>5.レポートング(報告)</b></p> <p>一連の過程と結果を報告書にまとめ、広く共有すること。</p>
---

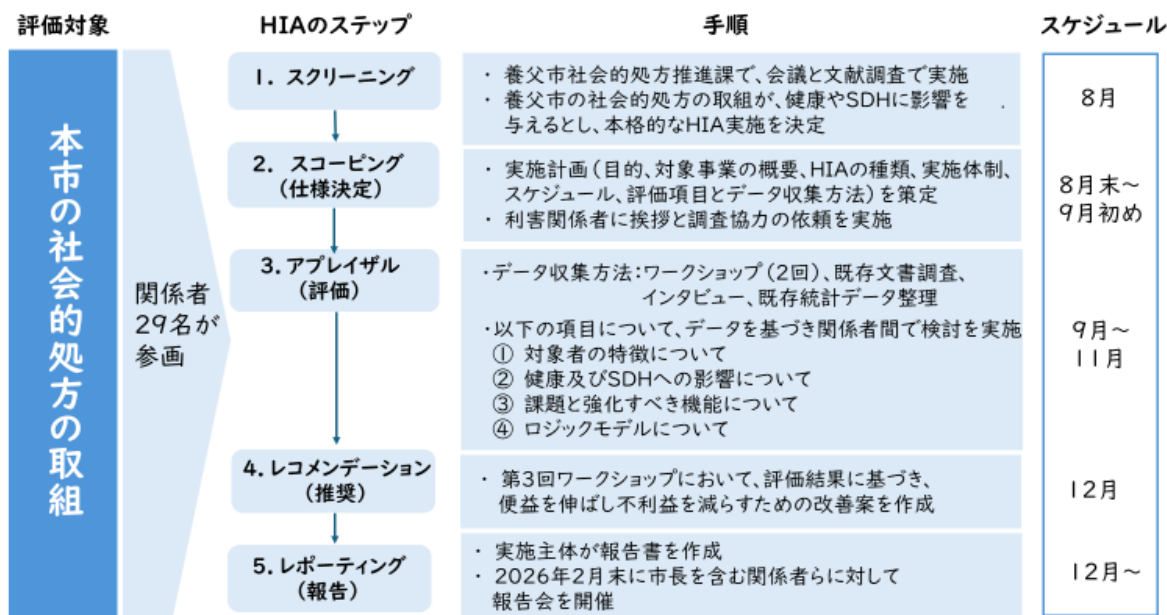


図2 本評価の手順とスケジュール

### (3) 健康影響予測評価の実施体制

本評価の実施主体である、社会的処方推進課の主な役割は、全体の企画・設計、関係者調整、スケジュール管理、調査実施・分析、調査結果の確認と内容の解釈、改善策の検討とまとめ、報告書を作成することである。適宜会議を開催しながら、進捗管理・課題共有を実施した。必要に応じて追加の打合せを行い、本評価の実施状況を把握しながら進めた。

公益財団法人医療文化経済グローバル研究所医療医学部門社会的処方研究室と京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻国際保健学講座社会疫学分野の社会的処方の専門家及びHIAの専門家を外部協力者として企画・運営に関する専門的な助言をいただいた。

本評価の共同実施者は、社会的処方推進事業の関与する、医療機関(医師、看護師)、社会福祉協議会NPO・民間支援団体、コミュニティナース、行政内部関連部署(健康医療課、社会的処方推進課、介護保険課、社会福祉課、子育て応援課、学校教育担当課)であり、総勢24名が参加した。主な役割は、専門知・現場知・経験に基づく情報・知見の提供、調査結果の確認と内容の解釈、改善策の検討、報告内容確認であった。

### (4) 本市の社会的処方の取組に対する評価ワークショップ

本評価では、ワークショップにおける意見や、インタビューや文書調査、既存統計資料から収集したデータに基づき検討を行った。関係者間の議論の中心となった、計3回のワークショップの概要を記載する(表3)。その他のデータ収集方法の詳細については参考資料「B.スコーピング(仕様決定)」に記載する。

表3 本市の社会的処方取組に対する評価ワークショップ 概要

第1回目 9月3日(水) (参加者22名)
<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価の流れについて</li> <li>・市の社会的処方取組と事例共有</li> <li>・対象となる人物像の検討</li> <li>・不足する機能や登場人物(課題・強化すべき機能)の検討</li> </ul>
第2回目 10月21日(水) (参加者18名)
<ul style="list-style-type: none"> <li>・市の事例の振り返り</li> <li>・健康やSDHへの影響に関する検討(20項目)</li> <li>・インタビューや文書調査から収集した社会的処方に関する事例紹介と意見交換</li> </ul>
第3回目 12月8日(月) (参加者19名)
<ul style="list-style-type: none"> <li>・支援者の負担が増えることへの対応策の検討</li> <li>・これまでの評価の流れと結果の報告・確認</li> <li>・改善策・強化策の検討</li> <li>・ロジックモデルについて</li> </ul>

### (5) 評価項目

本評価では、①対象者の特徴 ②健康やSDHへの影響 ③課題・強化すべき機能 ④ロジックモデルの4点について検討を行った。②については、スクリーニングの結果(参考資料A)を踏まえて、重点的に評価する20項目を選定した(表4)。この選定基準は、参考資料「A. スクリーニング」に記載する。

表4 重点的に評価する項目

項目	レベル	影響領域	影響項目
1	個人	身体	本人の身体活動
2		心理	本人の孤独感
3			本人の不安感
4			本人の自己効力感
5		精神・エンパワメント	本人の楽しさ・充実感
6			本人の生きがい
7		生活習慣・行動	本人の自己管理能力*1
8		社会とのつながり	本人の他者とのつながり・交流
9			本人の地域活動への参加
10		経済	本人の仕事・就労機会
11	家族・世帯	心理	家族の安心感・心の余裕
12	コミュニティ	住民同士のつながり	地域住民の支え合いの意識
13			地域住民のつながり・交流
14		住民主体の活動	地域活動や居場所の充実
15			地域活動の担い手
16		労働環境	地域の雇用・仕事の担い手
17	システム	サービスの利便性	サービスの適正利用*2
18		協働体制	多職種・多機関連携
19		支援者の負担	支援者(専門職)の業務負担
20		既存制度との関係	既存制度・サービスとの関係性*3

\*1「自己管理能力」:主体的に自分の健康や生活を維持・改善できる力が高まる/低下すること

\*2「サービスの適正利用」:過不足のない利用が受けやすくなる/受けにくくなること

\*3「既存制度・サービスとの関係性」:既存制度・サービスと補い合う/重複・競合すること

### 3. アプライザル(評価)

#### (1) 対象となり得る集団の特徴について

##### ① これまでに医療機関から社会的処方推進課に紹介を受けた人の属性

令和4～6年度の間、社会的処方推進課が医療機関から紹介を受けた計29件の事例記録を分析した(表5,6、図3,4)。紹介件数は各年度9～10件で推移しており、年代は、60代以上が約86%を占め、高齢者が中心であった。性別は男性が19名、女性が10名と、女性よりも男性の紹介が多く、世帯構成は、独居が19件(約66%)で最多であった。

表5 医療機関から紹介を受けた人の年齢・性別

年代	男性(件)	女性(件)	計(件)
20代	1	0	1
30代	0	1	1
40代	0	0	0
50代	2	0	2
60代	4	0	4
70代	5	3	8
80代	5	6	11
90代	1	0	1
100代	1	0	1
計	19	10	29

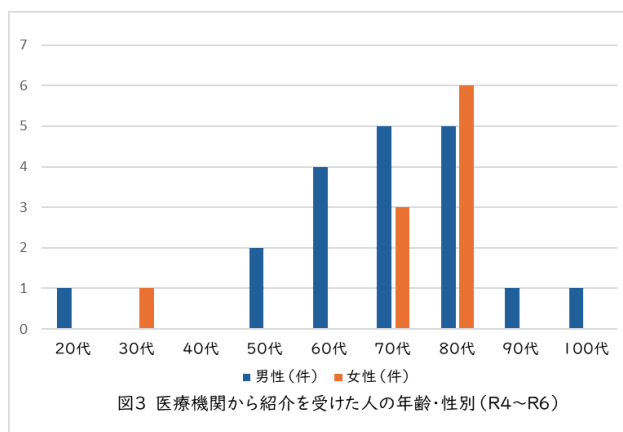
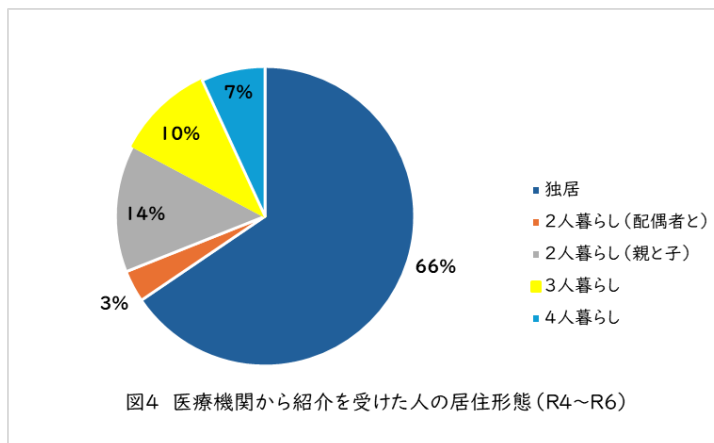


表6 医療機関から紹介を受けた人

居住形態	件数
独居	19
2人暮らし(配偶者と)	1
2人暮らし(親と子)	4
3人暮らし	3
4人暮らし	2
計	29



##### ② これまでに医療機関から社会的処方推進課に紹介を受けた人が抱える課題の特徴

令和4～6年度の間、社会的処方推進課が医療機関から紹介を受けた計29件の事例記録から、それぞれ個人が抱える課題について分析を行った(表7)。

言うまでもなく、全29事例において、個人の健康状態に課題を抱えており、医療機関への受診が支援につながる主要な契機であった。加えて1事例あたり平均2.8個の社会生活上の課題・ニーズが認められ、「個人の生活習慣・行動」「家族関係・役割」、「社会・地域とのつながり」「住宅・居住環境」「サービスへのアクセス」「経済状況」の各領域にまたがる複合課題を抱えていた。

個人の健康状態の課題として、身体的健康の問題には、慢性疾患、身体機能・認知機能の低下、難聴、

倦怠感、貧血などが含まれた。慢性疾患では、高血圧症が 11 件、糖尿病が 10 件、認知症が 6 件であった。その他、今後の生活に対する不安など、メンタルヘルスの問題を抱えていたのは 7 件、栄養・体重管理の問題は、やせ・低体重が 3 件と肥満が 1 件だった。

社会生活上の課題では、「他者とのつながり・交流の不足」が 10 件と最も多く、この中で「社会参加の不足」によるものが 10 件、「ひきこもり・閉じこもり」によるものが 4 件、「独居・一人暮らし」によるものが 4 件だった。

5 件以上 10 件未満の事例で見られた社会生活上の課題としては、「経済的困難・低所得」が 7 件、アルコール依存などの「不健康な飲酒行動」が 5 件、「不十分な服薬管理」が 5 件、「人間関係の問題」が 5 件であった。「人間関係の問題」では、気に入らないことがあると怒ることや、近所トラブルなどの問題が含まれた。

その他、支援者側の課題として、医療者側が対象者の生活実態が分からず、支援が困難であり紹介を受けた事例が 5 件（「生活・居住実態不明」）だった。

表7 医療機関から紹介を受けた個人が抱える課題の種類

種類	内容	件数
個人の健康状態・生物学的要因	身体的健康の問題（慢性疾患、身体機能・認知機能の低下、倦怠感、貧血等）	27
	メンタルヘルスの問題	7
	栄養・体重管理の問題（やせ・低体重、肥満）	4
	不定愁訴	1
生活習慣・行動	過度な飲酒	5
	不十分な服薬管理	5
	過剰な喫煙	1
	栄養バランスの悪い食生活	1
	運動不足	1
	家族関係・役割	家族関係上の問題
	本人が介護者（ケアを提供している）	3
地域・社会とのつながり	人間関係の問題	5
	コミュニケーションの問題	2
	相談相手の不在	3
	孤独感	2
	他者との交流・つながりの不足	11
	喪失・死別体験	1
住宅・居住環境	不十分な住環境	3
	サービスへのアクセス	頻回・多機関受診
	受診継続困難	1
	介護サービス未接続	3
経済状況	経済的困難・低所得	7
	就労上の問題	3
その他	生活・居住実態不明	5

ピンク色：10件以上，緑色：5件以上10件未満

### ③ 対象者像に関する検討

第1回目ワークショップ(参加者22名)では、これまでに医療機関から社会的処方推進課に紹介を受けた事例を踏まえて、本市の社会的処方の取組の対象者像に関して少人数グループで付箋と模造紙を用いて、対象者像に関する検討を行った。

ワークショップで多く見られたキーワードは、対象者の特徴として「高齢」「男性」「独居」であることや、対象者が抱える課題・ニーズとして、身体的健康の問題やメンタルヘルスの問題に加えて、「不健康な飲酒行動」「人間関係の問題」「他者との交流・つながりの不足」「経済的な困難・低所得」といった課題があがった(表8,9)。

表8 第1回目ワークショップで出た主な特徴や課題

グループ①から出た意見	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アルコール</li> <li>・高齢</li> <li>・独居</li> <li>・男性</li> <li>・ひきこもりがち</li> <li>・障がいをもっておられる方</li> <li>・金銭困窮</li> <li>・自分のことはできて地域からはあまり心配されていない</li> <li>・まだ大丈夫と思われ孤立</li> <li>・妻と死別</li> <li>・息子とは不仲で疎遠</li> <li>・家族はいるが相談できる人がいない</li> </ul>
グループ②から出た意見	<ul style="list-style-type: none"> <li>・8050(母親・息子)</li> <li>・無職</li> <li>・ひきこもり</li> <li>・疾患あり</li> <li>・息子が心配</li> <li>・介護が必要</li> </ul>
グループ③から出た意見	<ul style="list-style-type: none"> <li>・移動困難な人</li> <li>・接近拒否</li> <li>・支援拒否</li> <li>・地域から孤立</li> <li>・気難しい</li> <li>・健康問題あり</li> <li>・経済的困窮</li> <li>・独居</li> <li>・理解能力に不安</li> <li>・意欲がない</li> <li>・不衛生</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ひとりぐらし</li> </ul>
グループ④から出た意見	<ul style="list-style-type: none"> <li>・お酒好き(少し依存)</li> <li>・さみしい</li> <li>・外に出たくない</li> <li>・病気があっても受診しない</li> <li>・話すのが苦手</li> <li>・SOSが出せない</li> <li>・近所トラブル</li> </ul>

表 9 第1回目ワークショップの全体共有時の発言内容 議事録

<p>9月3日 WS</p> <p>全体共有時 発言議事録</p> <p>グループ1:</p> <p>高齢、独居男性、ひきこもり、金銭的に困っている人で話しを始めました。そういう人物像でそもそもこれ診療所を受診していない。この方が健康診断を受けてくれば、なんかこう接点のチャンスがあるのかなと思って、健康診断を受けていて欲しいなという話をしたんですよ。その中で出たのが、昔の健康診断はもう少し近い範囲で実施がされていて、近所のお医者さんが「あ、来なよ」みたいな健康診断自体がコミュニティの場になっていて、健康受診漏れを防いでいたと思う。健康診断遠いから、行きたくないと患者さんたちがいる。なので、その社会的処方の話で、健診診断をコミュニティとする仕組みが確かにあっていいかもと思いました。</p> <p>グループ2:</p> <p>80歳代のお母さん、50歳代の息子さん、8050問題、息子さんがひきこもりだったり、けれどお母さんが介護を必要だったり。同じように本人さんに身寄りがなかったりだとか、同じようになかなか助けてって言えずに、そういった同意が得られないからつなげないってところが課題としてあがって。もう少し別のところでつながり方があれば、もう少しいいんじゃないのかなと思って。待っているから助けてっていつながり方じゃなくて、なんかイベントやるから来ませんかというつながりが、例えば好きな花とか、こういう図書室がオープンしたからどうですか、ということがつながるきっかけになるというか。こういった方って、つながったときには重症化しているというか、そういったところにできるだけ早くつなげるためには、違ったつながり方があってもよい。そのためには、移動手段であるとか、こういうところにつなげたいと思っても養父市って車がないとなかなか行けなかったりするので、そういったところをどうしていくのかということを話しました。すでに最初からつながっているという感じがいいですね。</p> <p>なんらかで既存の中でつながっていて、それこそ会社さんとか、個人情報とかでなかなか取れないですけど、この人実は知っていたというような情報が、なんかこういったところにつながっているというような、例えばヤクルトとかアマゾンとかと連携できればいいですね。</p>
--

グループ3:

支援を拒否している人、気難しい人、不衛生な人、判断能力が低い人とか、そういった対象となる人はいっぱいいるんですけど、中には無関心で、関わりをさげるとか、関わらないでくれと言われてそこからなかなか関われなくて、気にはなるんだけどどうしていいかわからないとか、きっかけがないと、中にはおせっかいすること自体にネガティブな感じがあったりして、そういう最初の入口のところがたくさん出ていました。そのあとも、関わった後も継続的に関わるのが難しい。同意を取るのが難しい、その人が本当にどういうことがしたいのかっていうところ、ヘルパーさんが栄養状態が悪い人になかなか食べてくれない人に目の前で調理してあげたら、ちょっと味見してみたって食べてくれた。お風呂は行ってない人におしぼりを、顔をふいてあげたり、小さいところからつながっていったりという話が出ました。

(4) 対象となり得る集団の特徴に関する検討 まとめ

既存文書調査、第1回目ワークショップの結果を踏まえて、医療機関から紹介を受ける本市の社会的処方取組の対象者の特徴を以下の5類型として整理した(表10)。

表 10 本市の社会的処方の取組の対象者の特徴について

① 独居高齢者
② 過度な飲酒
③ 家族ケア負担
④ 経済的困窮
⑤ ひきこもり

(5) 対象となり得る集団の市内規模感の整理

対象となり得る5つの特徴を持つ集団の潜在的な市内規模の概観を把握するため、入手可能な既存の統計・調査結果を整理した(表11)。なお、本整理は、正確な実態把握を目的とするものではなく、あくまで概観を示すためのものである。

表 11 対象となり得る集団の市内規模の概要

対象となり得る集団の特徴	参照データ	実数/概算人数
①独居高齢者	住民基本台帳 (令和7年9月)	2,206人(65歳以上の約26%)
②過度な飲酒	健康やぶ21第4版/ 令和2年度健康づくりア	「ほぼ毎日飲酒」の人の割合 男性:35.2%、女性:10.2%

	ケート	「適正飲酒量(日本酒換算で1合未満)」 男性:29.2%、女性65.1% 「3合以上」 男性:3.5%、女性2.4% (令和7年度市内の20歳以上人口を用いて、単純推計すると、「3合以上」の人数は、男292人、女223人)
③家族ケア負担	要介護認定データベース (令和7年10月)	在宅要介護者数(要介護1~5) 1,100人
④経済的困窮	個人住民税データベース (令和5年12月1日)	非課税世帯・人数 2384世帯 3,445人 うち65歳以上 2,695人 65歳未満 750人
⑤ひきこもり	子ども家庭庁「令和4年度 子ども・若者の意識と生活に 関する調査」	広義のひきこもりに該当する者の割合 ・10~39歳:2.05% ・40~69歳:2.02% (令和7年度市内人口を用いて単純 推計すると、10~39歳:約95人、40 ~69歳:約160人)

## 5. 健康や SDH への影響について

### ① 質問票に対する個人回答結果

第2回目ワークショップへの参加者18名を対象に、「社会的処方取組を進めることで対象者本人とその家族、地域コミュニティや医療介護福祉サービス提供体制にどのような影響をもたらすか」という計20項目の質問票調査を実施し、各項目への個人評価を収集した。回答方法は5件法を用い、分析のために「+2(良い影響)」「+1(やや良い影響)」「0(影響なし)」「-1(やや悪い影響)~-2(悪い影響)」として数値化した上で、各項目の平均値・標準偏差を算出した(表12)。

分析の結果、20項目中19項目において、平均値がプラスとなり、「良い影響」と評価されました。特に、対象者本人及び家族に関する項目では平均値+1.0以上と高く、良い影響が強く認識されていた。一方で、地域コミュニティや住民への影響、及び医療・介護・福祉サービス提供体制への影響についても「良い影響」と評価されたものの、その平均値は+1.0未満にとどまる項目が見られ、対象者本人や家族への影響と比べて相対的に小さい結果になった。一方で、唯一、「悪い影響」(平均値がマイナス)と評価された項目は、「支援者(専門職)の業務負担」であり、増大する懸念があると評価された。

表12 個人の回答結果(平均値の大きさ順)

番号	影響項目	平均値	標準偏差
項目8	本人の他者とのつながり・交流の程度	1.29	0.33
項目1	本人の身体活動の回数	1.24	0.18
項目2	本人の孤独感の大きさ	1.18	0.15
項目9	本人の地域活動への参加の程度	1.12	0.34
項目20	既存サービスとの関係性	1.12	0.57
項目3	本人の不安感の大きさ	1.06	0.17
項目4	本人の自己効力感の大きさ	1.06	0.29
項目5	本人の楽しさ・充実感の大きさ	1.06	0.41
項目6	本人の生きがいを感じる程度	1.06	0.29
項目10	本人の仕事・就労の機会の有無と数	1.06	0.29
項目12	地域住民の支え合いの意識の大きさ	1.06	0.41
項目18	多職種・多機関との連携の程度	1.06	0.17
項目7	本人の自己管理能力	1	0.24
項目14	地域活動や居場所の数や種類	1	0.35
項目11	家族の安心感・心の余裕の大きさ	0.94	0.41
項目13	地域住民のつながり・交流の程度	0.94	0.41
項目15	地域活動の担い手の数	0.76	0.42
項目16	仕事や雇用の担い手の数	0.41	0.36
項目17	サービスの利便性	0.36	0.35
項目19	専門職の業務負担の大きさ	-0.29	0.91
	対象者本人への影響		
	家族への影響		
	地域コミュニティや住民への影響		
	医療介護福祉サービス提供体制への影響		

## ② グループワークによる検討結果

質問票の回答結果をもとに意見交換を行ったのち、4つのグループそれぞれが模造紙上に評価軸（+2:良い影響/+1:やや良い影響/0:影響なし/-1:やや悪い影響/-2:悪い影響）を設定し、カードの配置によるグループ内合意を実施した。配置されたカードの位置を小数点第2位まで読み取り数値化した上で、影響項目ごとに平均値と標準偏差を算出し、グループ間の回答傾向を比較した（表13）。

結果として、全4グループにおいて20項目中19項目が良い影響（平均値がプラス）と評価された。特に、対象者本人に関する「他者とのつながり・交流の程度」「身体活動の回数」「孤独感の大きさ」「楽しさ・充実感の大きさ」「生きがいを感じる程度」「自己効力感の大きさ」の6項目は、すべてのグループで平均値+1以上と、強い良い影響が認められた。一方、「支援者（専門職）の業務負担の大きさ」については、すべてのグループで悪い影響（平均値がマイナス）と評価された。

表13 グループの回答結果（平均値の大きさ順）

番号	影響項目	平均値	標準偏差
項目8	本人の他者とのつながり・交流の程度	1.34	0.04
項目1	本人の身体活動の回数	1.25	0.04
項目18	多職種・多機関との連携の程度	1.16	0.2
項目2	本人の孤独感の大きさ	1.13	0.02
項目20	既存サービスとの関係性	1.09	0.51
項目5	本人の楽しさ・充実感の大きさ	1.06	0.31
項目6	本人の生きがいを感じる程度	1.04	0.18
項目4	本人の自己効力感の大きさ	1	0.25
項目11	家族の安心感・心の余裕の大きさ	0.96	0.31
項目9	本人の地域活動への参加の程度	0.94	0.28
項目14	地域活動や居場所の数や種類	0.93	0.31
項目13	地域住民のつながり・交流の程度	0.91	0.06
項目7	本人の自己管理能力	0.88	0.06
項目3	本人の不安感の大きさ	0.84	0.08
項目12	地域住民の支え合いの大きさ	0.84	0.08
項目10	本人の仕事・就労の機会の有無と数	0.71	0.13
項目15	地域活動の担い手の数	0.56	0.1
項目16	仕事や雇用の担い手の数	0.2	0.06
項目17	サービスの利便性	0.1	0.01
項目19	専門職の業務負担の大きさ	-0.73	0.06
	対象者本人への影響		
	家族への影響		
	地域コミュニティや住民への影響		
	医療介護福祉サービス提供体制への影響		

### ③ 個人及びグループ間の意見のばらつき

個人の回答結果では、対象者本人とその家族、地域コミュニティや住民への影響はすべての項目についてポジティブで、17名の参加者間で意見が一致した。一方で、医療介護福祉サービス提供体制への影響は項目ごとに回答結果にばらつきがあった。「専門職の業務負担の大きさ」については、ややポジティブ影響(+1)からネガティブ影響(-2)の間で回答結果に大きなばらつきがあった。

グループの回答結果では、対象者本人とその家族、地域コミュニティや住民への影響はすべての項目について「良い影響」の方向で4つのグループの意見が一致した。また、医療介護福祉サービス提供体制への影響の「専門職の業務負担の大きさ」については、4つのグループすべてが不利益方向に回答した。一方で、意見のばらつきが見られた項目としては、「既存サービスとの関係性」であり、4グループすべてで「良い影響」の方向ではあるが、グループ間で、変わらない(+0.1)からポジティブ(+1.8)まで意見が異なった。

### ④ その他の議論内容

ワークショップ中の意見交換、事後アンケート結果の自由記述から、「最終的な影響は本人の主観的変化として確認する必要がある」「時間軸によって評価結果が変わる」「評価者の立場で評価結果が変わる」という意見があった。また、「専門職の業務負担の大きさ」に関して、「専門職の業務負担の大きさは、時間軸によって変化する。はじめは業務負担が大きい、次第に業務負担が減っていくのではないか」という意見があった。

## ⑤ これまでに社会的処方された事例から見られた健康及びSDHの変化について

これまでに養父市内で社会的処方された人（市が社会的処方に取り組む以前から関わりを続ける事例を含む）に見られた具体的な変化を明らかにするために、インタビューと既存の事例記録から得られた計56件の事例のうち、地域コミュニティや社会資源への紹介・接続が確認できた計52件の事例を分析した（表14）。その結果、対象者本人の健康と生活（身体的・心理的・精神的・社会的・経済的側面、生活習慣・行動）、その家族の心理的側面、地域住民のつながりや市民活動、雇用・労働環境、過不足のないサービス利用、多職種・多機関連携、支援者側の負担感といった多方面への変化が見られた（表15）。

### 1) 対象者本人の変化

対象者本人に見られた変化の中で最も多く見られた項目は、「他者とのつながり・交流の増加」（10件）であった。支援者や、つながり先である地域の活動の他の利用者やスタッフとの関わりが増えた事例があった（事例1,2）。

また、対象者本人の心理的側面における変化には「不安感の軽減」（9件）、経済的側面への影響の中には「仕事・就労機会の獲得」（5件）があった。「不安感の軽減」は、支援者による傾聴・受容的な対応や継続的な訪問や連絡、地域活動への参加を通じて、対象者本人の生活や将来への不安を和らげていた。

支援者が対象者本人の思いに基づいて、つながり先として就労サービス（一般就労支援やシルバー人材センター、スーパーなどでのパート就労）を紹介・接続することで、仕事・就労機会を得ることができた事例もあった（事例2）。

さらに、禁酒の達成（4件）や、支援者の関わりにより飲み忘れが減ることによる「適切な服薬管理ができるようになった」（3件）、「生活に必要な各種契約行為を自分でできるようになった」（2件）といった、対象者本人の自己管理能力の高まりにつながる変化（15件）が見られた（事例2,4）。

表14 事例対象者背景（計52名）

		人数(人)	(%)
年代	20代	7	13.5
	30代	3	5.8
	40代	1	1.9
	50代	5	9.6
	60代	6	11.5
	70代	11	21.2
	80代	18	34.6
	90代	1	1.9
	100代	1	1.9
	性別	男	30
女		22	42.3
居住形態	独居	26	50
	2人暮らし(配偶者と)	1	1.9
	2人暮らし(親と子)	7	13.5
	3人暮らし	7	13.5
	4人暮らし	3	5.8
	6人暮らし	5	9.6

表15 これまでに市内で社会的処方された事例(計52件)に見られた具体的な変化

レベル	影響領域	影響項目	事例から見られた具体的な変化	事例数 (/52件)		
<b>A. 事前に設定した影響領域・項目</b>						
個人	身体	身体活動の回数・頻度の増加	散歩が習慣化された	2		
			不安感が軽減した	9		
	生活習慣・行動	自己管理能力の向上	禁酒を達成できた	4		
			継続受診ができるようになった	2		
			血圧測定が習慣化された	1		
			自身で体調把握ができるようになった	1		
			食生活が改善した	1		
			自分でストレスや不安感に対処できるようになった	1		
			生活に必要な各種契約行為を自分でできるようになった	2		
			適切な服薬管理ができるようになった	3		
			社会とのつながり	他者とのつながりや交流の増加	近隣住民とのつながり・交流を得られた	2
					支援員とのつながり・交流を得られた	3
	支援員や利用者とのつながり・交流を得られた	4				
	近隣住民や子どもの学校の同年代の母親とのつながり・交流を得られた	1				
	地域活動への参加の増加	地域活動に積極的に参加するようになった			1	
	精神・エンパワメント	生きがいの実感	つながった活動が人生の目的や生きがいになった	3		
			楽しさ・充実感の高まり	毎日の楽しさ・充実感を得られるようになった	3	
経済		仕事や就労機会の獲得	新たに仕事や就労の機会を得ることができた	5		

レベル	影響領域	影響項目	事例から見られた具体的な変化	事例数 (/52件)
家族・世帯	心理	家族の心の余裕 や安心感の獲得	家族の心の余裕につながった	2
			家族の安心感につながった	1
地域コミュニティや住民	住民同士の つながり	住民同士の支え 合いの意識の向 上	支援員らの支え合いの意識が高まった	1
			住民同士の支え合いの意識が高まった	1
			住民同士のつながりや交流が増えた	1
	住民主体の 活動	活動の担い手の 数の増加	利用者(支えられる側)から新たに地域活動の担い手になった	4
		活動や居場所の 数や種類	当事者同士が対話する新たな対話の場が生まれた	1
システム	サービスの利 便性・アクセ ス	サービス利用の適 正化	頻回受診が減少した	3
			頻回電話が減少した	2
			新たに訪問看護サービスにつながった	4
			介護保険制度に新たにつながった	2
			救急医療に新たにつながった	1
			新たに福祉サービス(生活支援・失業給付金等)につながった	1
	協働体制	多職種・多機関連 携の促進	対象者の状況や支援内容の迅速な情報伝達ができた	14
<b>B. 事前に設定した影響領域・項目以外に見られたもの</b>				<b>事例数 (/52件)</b>
個人	身体	症状・体調の改善	持病の症状が安定した	2
			認知症周辺症状が安定した	1
			体調が改善した	2
			肝機能が改善された	1
			倦怠感が改善された	1
		歩行機能の強化	下肢筋力が強化された	1
	心理	抑うつ軽減	気分の落ち込みが改善された	2
	生活習慣・行動	スキルの習得	計算スキルが高まった	1
			できることを新たに見つけることができた	2
	家族とのつながり	家族からの支援 の獲得	家族の協力が得られるようになった	4
	家族とのつながり や交流の再獲得	疎遠だった家族と再交流できた	1	
	住まい	住環境の確保	安定した住環境を得ることができた	3
コミュニティ	その他	地域住民の負担 感の軽減	近隣住民への不安の電話が減少したことで住民の負担が軽減した	1
			近隣住民への迷惑行動が収まり住民の負担が軽減した	1
システム	実施体制	支援者側の満足 度・やりがいの実 感	支援者も感謝をされることでやりがいを感じ満足感が高まった	1

事例1 Aさん —自分史動画の作成がもたらす人とのつながり—

Aさんは、80代男性・独居で、親族も近くにおらず、長年地域との付き合いがほとんどなく、他者との関わりやつながりがほとんどなかった。Aさんは高齢になり、「自分の人生を誰かに知ってもらいたい」という思いを持っていた。そこで、支援者は、Aさんと「自分史動画」の作成を提案した。支援者は単なる記録作成ではなく、「本人が主体的に語る」「何を載せるかを自分で決める」ことを大切にし、継続的な対話と本人の主体性・自己決定を促す関わりを実施した。そうして、自宅で誕生日会を開き、Aさん・家族・支援者・地域住民らと一緒に完成した自分史動画を鑑賞し、Aさんを祝い合った。そうした関わりの中で、Aさんは疎遠だった家族や地域住民、支援者らとのつながり・交流を再び得ることができた。

事例2 Bさん —“おせっかい”が生み出す希望 孤立する外国人女性への伴走支援—

Bさんは、20代の東南アジア出身女性で、都市の年の離れた障がいのある夫と要介護の義父、子ども2人の5人暮らしであった。日本語理解の難しさから意思疎通が困難で、孤立して自宅に閉じこもりがちになり、社会参加が進まない状況に加え、介護・家事負担、夫からの行動制限、経済的困窮や就労不安といった複合的な課題を抱えていた。Bさんは、民間支援団体につながった後は、本人の思いや希望を丁寧に聴き、「してあげる支援」ではなく主体的な意思決定を尊重し、自分の生活を自分で選べるように継続的に伴走した。本人が自ら動く場面では、見守りを基本としつつ、必要時に支援し、外出などの初めての経験を小さな成功体験として積み重ねた。さらに、学校や少年野球の保護者、民生委員、行政など地域の関係者も巻き込み、誘い・連れ出し・待つを繰り返しながら10年以上途切れず見守りを継続した。その結果、携帯料金の支払い管理や運転免許の取得など、夫の許可に依存していた状態から自分で身の回りを管理しようとする姿勢が見られ、永住権取得も見据えて正規就労を目指す意欲も生まれた。加えて、支援者や地域住民との交流を通じて社会参加の機会が広がり、子どもも少年野球への参加を通じて仲間とのつながりを得ることができた。さらに、Bさんとの関わりを通じて、教員・民生委員・保護者といった地域住民が連携して見守ろうとする意識づくりにもつながった。

事例3 Cさん・Dさん —障がい・貧困・家族関係の複合課題に対する包括的な支援の実施—

Cさんは、40代・女性で、夫のDさんは50代男性であり、4人の子ども(20代)の6人で同居していた。Cさんは、知的障害と精神疾患を抱えていた。また、子どもの収入が家庭内で適切に管理されず、親による使い込み・借金問題が発生し、世帯全体で困窮していた。Cさん・Dさんは、民間の支援団体につながり、その支援者は、世帯全体の課題を把握し、Cさんには、本人の意向・ペースを重視して年金受給や就労継続支援B型事業所に紹介・接続した。また、夫のDさんに対しても近隣スーパーでパート就労ができるよう促した。関わりを行う上では、本人がただ支援を受けるだけでなく、自分で選択・意思決定を行えるよう意識した。そうした関わりの中で次第に、CさんとDさんは仕事・就労機会を得ることができた。

事例4 Eさん —医療介護福祉の枠を超えた高齢独居男性への社会的処方—

Eさんは、80代男性・独居で、かつては地区行事に積極的に参加し、料理が得意で地域との交流が

あったが今はなく、頼れる親族も少なく長年一人暮らしであった。経済的にも困窮し冷房設備も整っていない状況で生活していた。将来への不安感が強く、気に入らないことがあると怒り出すなど心理的に不安定な状況が続いていた。支援者はまずEさんの生活実態の把握と信頼関係の構築を目的に定期的な訪問・電話連絡を継続し、ゆるやかなつながりを行った。Eさんの不安な気持ちに対して、傾聴の姿勢を大切に受けとめた。一緒に服薬や健康管理について説明書を確認しながら理解を促し、主治医と連携して一包化を行うなどの工夫を行った。また、本人が得意としていた料理や交流もできる集い場を調整・紹介した。そうした関わりの中で次第に、Eさんは服薬指導や一包化により自己判断による服薬調整が減少し確実な服薬行動につながり、将来や体調への不安感の軽減が見られるようになった。

## 2) 家族の変化

対象者本人の家族の心理的側面にも変化が見られた。特に、「心の余裕の獲得」(2件)や「家族の安心感の向上」(1件)が確認できた。支援者との関わりを通じて、対象者本人が地域コミュニティの中で役割やつながりを得ることが、家族の心理的側面に良い影響をもたらしていた。また、対象者本人と一緒に家族も地域コミュニティの場に参加することで、地域住民との交流を通して心の余裕や安心感を得ていた(事例5,6)。

### 事例5 一創作活動を通じた本人の可能性の拡大一

Fさんは、30代男性で、障がいがあり、障がい者施設で就労していた。絵を描くことが好きなFさんだったが、作った作品の価値が家族や他者から理解されず捨てられていた。Fさんは、地域のアトリエと喫茶就労の場につながり、そこで支援者らはアート展への出品という機会を設けた。そうした関わりの中で次第に、「ゴミ」として扱われていた絵が「作品」として展示され、賞を取るなどして注目を受け、他者から肯定的な評価を得ることができ価値が認められた。Fさんは、自分の好きな「絵を描くこと」を自由に楽しめるようになり、アート展や喫茶就労を通じて多くの利用者や地域住民との関わりが増えた。それを見た家族も、Fさんの作品が他者から評価され、喜びや誇らしさを感じた。

### 事例6 一なじみの関係と居場所が認知症の母と息子に与えた変化一

Gさんは80代女性で認知症を持ち、息子のHさんは60代男性で母親の介護をしていた。Gさんは、他の介護施設やカフェでは馴染めず、落ち着かず暴れるなどの行動が見られ、複数のサービスを転々としていた。Hさんは、日常的な介護による孤独感や母親を安心して預けられないことによる不安感、自分自身の時間が取れず負担感を感じていた。地域の支援団体のつながり、支援者らは、Gさんとの顔を合わす時間を増やすことでなじみの関係を構築し、Gさんの生活リズムや特性への理解を深め個別ケアを実施した。また、Gさんが支援者らと関わる間に、Hさんも他の利用者や支援者となじみの関係になることで、冗談を言い合えるようになった。そうした関わりの中で、次第にGさんは、暴れるなどの認知症の症状が減少し穏やかな表情で過ごせるようになった。Hさんも、他の利用者や支援者との交流を通じて心の余裕や安心感を得ることができた。

### 3) 地域コミュニティ・住民の変化

地域コミュニティ・住民にも多様な変化が見られた。特に、市民活動の充実に関する側面への影響としては、「社会活動・地域活動の担い手の数の増加」(4件)が確認できた。これらは、対象者本人が社会活動・地域活動につながることで、そこで新たに自身の役割を見つけ、利用者(支えられる側)からスタッフ(支える側)に代わった事例であった(事例7)。その他に、「地域住民の支え合いの意識の高まり」(2件)や「地域住民同士の交流・つながりの増加」(1件)があった。これらは、対象者本人に対する、地域住民の見守りや声掛けをきっかけに、地域住民の中で対象者本人を気にかけていこうとする意識の高まりにつながった(事例2)。さらに、本人との関わりをきっかけに新たな活動や場が創られ、現在も地域の居場所になっている事例も確認できた(事例8)。

#### 事例7 —ひきこもりがちから地域の支援者へ 支援者らの伴走と居場所が生んだ変化—

Iさんは30代女性で、介護が必要な母親と二人暮らし。ひきこもりがちな生活で他者との接点がない状態で、母親の介護を一人で抱え、経済的に不安定な状況であった。Iさんは「私にも何かできることを見つけたい」という思いを持っていた。支援者は、本人の意思を尊重し、まずはカフェでのお茶出しなど簡単な役割から開始し、成功体験を積み重ねた。そうした関わりの中で次第に、Iさんは他の支援者と一緒に同じ役割を持つようになり、現在では単独でこなせるようになった。また、他の支援者らが苦手なデジタル機器の扱いが得意であることを活かし、周りから重宝される存在になった。Iさんは、ひきこもり状態から他者とのつながり・交流を獲得でき、さらに支えられる側から、地域の活動を支える一人になった。

#### 事例8 —“喫茶”という居場所と創作活動がもたらすつながりとエンパワーメント—

Jさんは、50代男性で、統合失調症の症状に苦しみ、禁煙したいものの不安で踏み出せず、人とのコミュニケーションの難しさも抱えていた。また、長時間集中して作業することが困難であり一般的な作業所での就労が難しく、同居家族との関係にも悩みがあった。支援団体につながり、支援者は、「本人の話を聴くこと」を重視し、幻覚も本人の視点で何が見え、何に困るかを理解しようとした。また、喫茶就労やアート展出品、禁煙に向けた行動など、日々の関わりの中で、やらされるのではなく、本人が主体的に選択できるように寄り添い対話を重ね、他の喫茶スタッフやアトリエの仲間たちと一緒に伴走した。その結果、喫茶やアトリエの仲間との交流が増え、出展した作品が評価・受賞され、自己効力感が高まり、長年困難だった禁煙も継続してできるようになった。また、Jさんの努力や才能への家族の理解も進み、少しずつ家庭内の緊張も緩和されていった。さらに、Jさんとの関わりをきっかけに、当事者同士の対話の場が新たに創られ、現在も継続している。

### 4) 医療介護福祉サービス提供体制の変化

「頻回受診の減少」(3件)や「制度・サービスへの新規接続」(8件)といった、過剰なサービス利用の適正化とサービスへのアクセス向上に変化が見られた。また、これに伴い、「医療者の業務負担感の軽減」(1件)も確認できた。不安感から頻繁に医療サービスにかかっていた人が、支援者の保健指導や傾聴・受容的対応、地域コミュニティ・社会資源への接続を通じて不安感が軽減され、医療サービスの利用が正常に戻った事例があった。また、これまで制度・サービスにつながっていなかった人が、支援者との関わり

を通じて本人の特性やニーズに合った地域コミュニティ・社会資源に紹介・接続されることで支援を受けられるようになる事例が確認できた。また、支援者は多職種・多機関連携への影響を認識しており、特に対象者本人への関わりを行うことで、「対象者の状況や支援内容の迅速な情報伝達ができた」（14件）と認識する事例があった（事例9）。

事例9—医療・介護・福祉・地域が連携して支えた高齢独居男性への社会的処方—

Kさんは、60代男性の独居で、大学卒業後近隣の中小企業で62歳まで勤務し退職後は父親の介護をしていたが、父親が施設入所後独居生活となる。さみしさによる飲酒行動の乱れや、不衛生な住環境、人間関係の問題も見られた。また、不安感から頻繁に診療所に電話をかけ、診療所側の日々の業務にも影響がでていた。支援者は、Kさんの思いを傾聴し、生活背景にも着目しながら、飲酒量の見直しや、住環境の整備を行った。本人の好きなことや得意なことに合わせて、本人と一緒に地域でアートワークショップを開催した。また、診療所の医師・看護師、地域包括支援センターなどの多職種と情報共有を行った。そうした関わりの中で次第に、不安感が軽減され診療所への頻回電話・受診の減少が見られるようになった。さらに、禁酒を達成でき、肝機能の改善、倦怠感や気分の落ち込みの改善も見られた。

## 5) その他の変化

事前に設定した20項目以外に、収集した事例から見られた変化の中には、「スキルの習得」（3件）、「家族からの協力の獲得」（4件）、「安定した住環境の獲得」（3件）が確認できた。「スキルの習得」は、対象者本人が地域コミュニティ・社会資源に紹介・接続されることで、計算スキルの向上や、木工、外仕事、食事準備、免許取得などのスキル・できることを習得した事例であった（事例10）。「家族からの協力の獲得」では、支援者が対象者本人の家族と連絡を取ることで、本人が家族からのサポートを得るきっかけになった事例もあった。また、住む場所を探す対象者本人に対して、支援者が住まいの確保・居住継続を支援することで、安定した住環境を得られた事例も確認できた。

事例10—地域の居場所での支え合いの中で見つけた生きがいとできること—

Lさんは、70代男性・独居であり、糖尿病を患っている。以前はお店を経営していたが、妻の認知症発症・死去を契機に店を閉店することになった。当時通っていた認知症カフェから現在の居場所につながった。妻の死去後、精神的に落ち込み大きな孤独感を抱え、外食中心の不規則な食生活、他者との会話や交流の機会が乏しかった。Lさんは、居場所の他の支援者らと一緒に自身も支援者として、興味があることや挑戦したいこと（木工や外仕事）には何でも挑戦するように過ごした。Lさんは、支援者として活動して役割を得ていく中で、「生きがいを感じている」「毎日が楽しい」と感じるようになった。さらに、木工、外仕事、食事準備などをこれまで経験しなかったことにも挑戦し、「外仕事もできるようになった」「意外な面での自分のできることが分かった」と述べる。

## ⑥ 影響に関する検討結果

### 1) 結果の統合と解釈の方法

対象者本人や家族、地域コミュニティ・住民、医療介護福祉サービス提供体制にわたる 20 項目の影響について、質問票、グループ評価、事例調査の 3 つの方法でデータ収集を行った。これらの結果を表 15 の基準に沿って統合し、実施主体による議論と第3回ワークショップでの確認を踏まえ、影響の方向性（良い/悪い）、大きさ（大きい/中程度/小さい）、及び根拠の確からしさ（確か/やや確か/不明）で分類した（表 16）。これを、社会的処方取組がもたらす健康及び SDH への影響に関する最終評価結果とした（表 17）。

表16 結果の統合と解釈の基準

種類	記号	定義	判断根拠
<b>1. 影響の方向性</b>			
良い影響	P	健康状態を改善すると考えられる、または改善の機会をもたらす影響	個人・グループ回答の平均値が正方向・ポジティブな変化が見られた事例
悪い影響	N	健康状態を低下させると考えられる影響	上記の結果が負方向・ネガティブな変化が見られた
<b>2. 影響の大きさ</b>			
大きい	◎	質的にも量的にも大きく、注目・対応が必要とされる重要な影響	個人とグループ両方の回答結果の絶対値が1以上
中程度	○	平均的な強度・質・程度の影響	個人とグループいずれかの回答結果の絶対値が0.5以上
小さい	△	ごくわずかで、無視できる程度の影響	個人とグループいずれかの回答結果の絶対値が0.5未満
<b>3. 根拠の確からしさ</b>			
確か	確か	複数データが整合し裏付けがある	個人とグループの両方の回答結果の方向性が一致かつ事例10件以上
やや確か	やや確か	一部データから裏付けがある	個人とグループどちらか一方の回答結果のばらつきが小さいかつ事例2~9件
分からない	不明	発生の可能性はあるが、裏付けが不十分	個人とグループ両方の回答結果のばらつきが大きい（標準偏差0.5以上）または事例1件未満

## 2) 影響に関する検討結果 まとめ

本評価では、20項目中19項目が良い影響として整理した。特に、対象者本人の身体・心理・精神（エンパワーメント）、社会とのつながり、生活習慣・行動、経済的側面において幅広い良い影響が期待できることを確認した。さらに、家族や地域コミュニティ、医療介護福祉サービス提供体制への波及的な良い影響も生じることが予測される一方で、支援者の業務負担感の増加が、潜在的な悪い影響であることを確認した。

### 対象者本人：社会とのつながりを中心とした、個人の健康やウェルビーイングへの幅広い良い影響

他者とのつながりや交流の増加を中核として、身体活動の増加、不安感の軽減、楽しさ・充実感の高まりや生きがいの実感、自己管理能力の向上、仕事や就労機会獲得への貢献等、多面的な便益が期待されると評価された。特に「他者とのつながりや交流」と「自己管理能力」は、大きさが「中程度～大きい」かつ根拠の確からしきは「確か」という結果になった。一方、「孤独感」「自己効力感」「地域活動への参加」へは良い影響が期待されるが、本評価で収集した事例から確認できた件数は限定的であり、本評価ではその根拠は「不明」となった。

### 家族：心理的側面への良い影響

安心感や心の余裕といった心理的側面において、中程度の良い影響（根拠の確からしき：「やや確か」）が期待されることを確認した。収集した事例からは、対象者本人が地域で役割やつながりを得ることで、家族の安心や心の余裕につながる事例があった。また、家族自身が活動に参加することで、地域住民との交流を通じた心理面での良い影響も確認できた。

### 地域コミュニティ：地域住民の支え合いの意識や地域のにぎわいへの波及的な影響

住民同士の支え合いの意識向上、つながりや交流の増加、地域活動や居場所の数・種類の増加、地域活動の担い手の数の増加等、地域の支え合いとにぎわいにつながる影響が期待できるという結果になった。一方で、本評価で収集した事例から確認できた件数は限定的であった項目もあり、本評価ではその根拠の確からしきは「不明」とした。

### 医療介護福祉サービス提供体制：多職種・多機関の連携強化が主要な良い影響、支援者の業務負担感の増加が悪い影響として懸念

多職種・多機関連携の促進は、本市の社会的処方方の取組を進めることにより期待される、「確か」かつ「大きい」良い影響であると示された。加えて、これまでにサービスにつながっていなかった人が社会的処方方の取組を通じて新規接続するようになったことや、頻回受診・頻回相談の減少といった、サービスの適正利用につながる良い影響も期待されることが明らかになった。一方で、支援者の業務負担感の増加が、本市の社会的処方方の取組推進に伴う潜在的な悪い影響として確認した。当該影響については、本評価において、事例から直接的に裏付ける情報は得られなかったため、確からしきは「不明」としたが、収集した事例における支援者の関与内容から、十分に生じ得る影響として、対応策の検討が求められる。

表17 最終評価結果

項目	レベル	影響領域	影響項目	個人		グループ		事例 (/52件)	最終評価結果*4		
				平均値 (点)	標準偏差	平均値 (点)	標準偏差		1. 影響 の方向性	2. 影響 の大きさ	3. 根拠の 確かさ
1	個人	身体	本人の身体活動	1.24	0.18	1.25	0.04	2	P	◎	やや確か
2		心理	本人の孤独感	1.18	0.15	1.13	0.02	0	P	◎	不明
3			本人の不安感	1.06	0.17	0.84	0.08	9	P	○	やや確か
4			本人の自己効力感	1.06	0.29	1	0.25	0	P	◎	不明
5		精神・エンパワーメント	本人の楽しさ・充実感	1.06	0.41	1.06	0.31	3	P	◎	やや確か
6			本人の生きがい	1.06	0.29	1.06	0.18	3	P	◎	やや確か
7		生活習慣・行動	本人の自己管理能力*1	1	0.24	0.88	0.06	15	P	○	確か
8		社会とのつながり	本人の他者とのつながり・交流	1.29	0.33	1.34	0.04	10	P	◎	確か
9			本人の地域活動への参加	1.12	0.34	0.94	0.28	1	P	○	不明
10		経済	本人の仕事・就労機会	1.06	0.29	0.71	0.13	5	P	○	やや確か
11	家族・世帯	心理	家族の安心感・心の余裕	0.94	0.41	0.96	0.31	3	P	○	やや確か
12	コミュニティ	住民同士のつながり	地域住民の支え合いの意識	1.06	0.41	0.84	0.08	2	P	○	やや確か
13			地域住民のつながり・交流	0.94	0.41	0.91	0.06	1	P	○	不明
14		住民主体の活動	地域活動や居場所の充実	1	0.35	0.93	0.31	1	P	○	不明
15			地域活動の担い手	0.76	0.42	0.56	0.1	4	P	○	やや確か
16		労働環境	地域の雇用・仕事の担い手	0.41	0.36	0.2	0.06	0	P	△	不明
17	システム	サービスの利便性	サービスの適正利用*2	0.36	0.35	0.1	0.01	13	P	△	確か
18		協働体制	多職種・多機関連携	1.06	0.17	1.16	0.2	14	P	◎	確か
19		支援者の負担	支援者(専門職)の業務負担	-0.29	0.91	-0.73	0.06	0	N	○	不明
20		既存制度との関係	既存制度・サービスとの関係性*3	1.12	0.57	1.09	0.51	0	P	◎	不明

\*1「自己管理能力」:主体的に自分の健康や生活を維持・改善できる力が高まる/低下すること

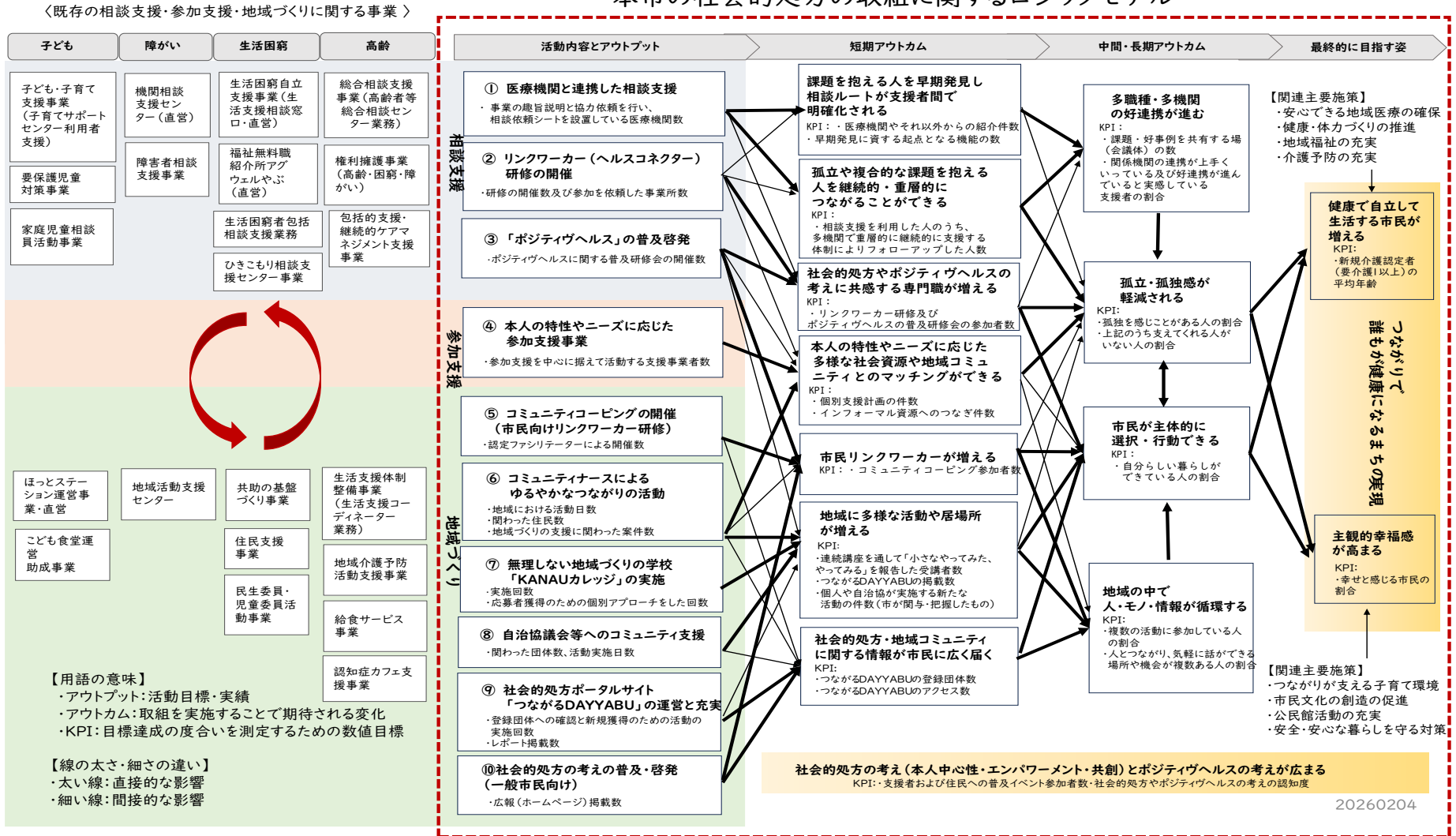
\*2「サービスの適正利用」:過不足のない利用が受けやすくなる/受けにくくなること

\*3「既存制度・サービスとの関係性」:既存制度・サービスと補い合う/重複・競合すること

\*4「統合の基準」:①影響の方向性(良い影響(P):健康状態を改善するもの、悪い影響(N):低下させるもの)②影響の程度(小さい(△):無視できる程度、中程度(○):平均的な程度、大きい(◎):重要で対応を要する③確からしさ(分からない(不明):裏付けが不十分、やや確か(やや確か):一部データがある、確か(確か):複数データが照合する)

## 6. ロジックモデル (図5)

### ー本市の社会的処方への取組に関するロジックモデルー



#### 4. レコメンデーション(推奨)

##### (1) 今後重点的に取り組む方向性

第1回目ワークショップでは、本市の社会的処方取組の課題点や強化すべき機能について検討を行った(図6)。その結果を踏まえて、第3回ワークショップでは、良い影響をさらに伸ばすための改善・強化策と、悪い影響を軽減するための緩和策を検討した(図7, 8, 9)。その意見の中でも、特に担当部局として重点的に取り組むべき方向性を整理した。

なお、医療機関から健康面と合わせて社会生活面に課題を抱える住民の紹介を受ける「つながり処方箋」の仕組みについては、医療機関との情報共有を行い、早期の介入を意識して取組を継続させる。

##### ① 地域住民(コミュニティコネクター)からの連絡・紹介ツールの整備

地域住民からの相談の入口の強化を図るため、民生委員、児童委員、見守りネットワーク加入事業所・市民団体等との連携を基盤として、気づき・見守り機能の共通認識と合わせ、属性を問わず社会生活上の困り事を抱える市民を把握した場合の連絡・紹介シート(地域版つながり処方箋)の作成・活用を検討し、地域での気づき・見守りから支援が必要な人が早期に専門セクションにつながる仕組みを再構築する。

○根拠: 負担軽減対応策から「専門職・非専門職の関係性構築(民生委員・区長)」(図9)

課題や強化すべき機能の改善・強化策から「<①入口について>見守りや気づきを増やす、地域の人材や組織の活用」(図6, 7, 8)

##### ② 包括的な支援体制と多職種連携の強化

リンクワーカー研修は、市内の医療介護福祉専門職が一堂に会し、分野を超えた顔の見える関係性を育み多職種連携を促進させるものであり、継続的に実施することが求められるが、今後はさらに、分野横断的な好事例共有による学びの場の充実を図る。各専門職が対象者の背景、関わり、変化を具体的に持ち寄って共有することで、社会的処方の3原則(本人中心性・エンパワーメント・共創)を意識した伴走支援の重要性を再認識する機会とする。また、有志による定期的に情報交換できる支援者プラットフォームの立ち上げを検討する。

○根拠: 負担軽減対応策の概ねすべての意見(図9)

課題や強化すべき機能の改善・強化策から「<⑥多職種協働に関すること>部門間を超える拠点や人材育成>」(図6, 8)

##### ③ 分野横断的な支援に対応する支援記録共有システムの導入

高齢・障がい・子ども・生活困窮といった分野の枠を超え、複雑化・複合化した困り事を抱える世帯を包括的に支援するため、現在の個別、分野別で使用している支援記録システムを統合・共通化するなど市内統一的な支援記録共有システムの導入が不可欠である。その導入に向けて、重層的支援関係部局による継続的な検討の場を設ける。

○根拠: 負担軽減対応策から「情報収集・整理共有の効率化」(図9)

課題や強化すべき機能の改善・強化策から「負担タイムリーな情報共有、話し合いができる仕組みづくり(情報共有多数)、情報のまとめや把握・取りまとめ」(図6, 7, 8)

#### **④ デジタルによる非対面相談(入口)の活用・普及**

AIデジタルヘルシーエイジング事業で構築したヘルスケアチェックシステム(養父市デジタルシステム内でのポジティブヘルスクモの巣チャート、いきいき生活度チェック)の活用を推進する。マイナンバーカードとの連携により、本人が相談希望した際に支援者が確認し、アウトリーチできる機能の普及・活用を進め、従来捉えにくかった層へのアプローチと自発的な気づきから支援につながる経路をひろげることにより、早期介入につなげていく。また、対話ツールであるポジティブヘルスクモの巣チャートを積極的に活用し、個人の管理記録としての有効な活用方法を検討する。

○根拠: 課題や強化すべき機能の改善・強化策から「<①入口について>デジタルを活用した非対面相談、<③継続的なつながり>主体性の尊重、<④参加支援について>ポジティブヘルスの活用でやってみたいこと得意なことを見つける」(図6, 7, 8)

#### **⑤ 「つながるDAYYABU」に掲載されている情報の裾野拡大による質と量の充実**

住民の多様な趣味・嗜好に応じた地域コミュニティへのマッチングを促進するため、既存の地域活動・集い情報を加え、住民が関心を持ちやすい地域のおすすめスポットや住民が日常的に利用できる場や店舗等を掲載するなど、掲載情報を充実させるための工夫が必要である。より住民目線の暮らしに近い情報を掲載するための方策を運営方法等も含めて検討を行う。

○根拠: 課題や強化すべき機能の改善・強化策から「<④参加支援について>つなぎ先情報の普及・啓発<⑤地域づくりについて>マッチング、つなぎ先情報の普及・啓発」(図6, 8)

#### **⑥ 本市のコミュニティナースの社会的処方における役割と位置づけの明確化**

本市におけるコミュニティナースの社会的処方における役割と位置づけを整理し、市内でコミュニティナース的な動きを担う人材を確保・育成が必要である。具体的には、将来の配置規模、雇用形態、必要な資格やスキル等の条件、期待する役割を整理し、興味ある者とのマッチングを促すための方策を検討する。

○根拠: 課題や強化すべき機能の改善・強化策から「<①入口について>地域の人材や組織の活用(各地区のキーマンを知る)<②支援の関わりのきっかけについて>地域のつどいの場に出向く<④参加支援について>本人と一緒に参加(役割が持てることをサポート)<⑤地域づくりについて>つなぎ先情報の普及・啓発(社会的処方のゆるい啓発、インフルエンサー)<⑥多機関協働に関すること>自由に動ける狭間担当」(図6, 7, 8)

(2) 課題と強化すべき機能 (第1回ワークショップまとめ)(図6)

## 養父市の社会的処方取組の課題・強化すべき機能について

### 【第1回目ワークショップ】まとめ

#### ①入口について

##### ■ 課題

- ・医療・健診へのアクセス障壁  
病気がありそうだが通院していない  
健診場所が遠い
- ・情報共有と連携の難しさ  
社会的処方推進課へつなぐ  
イメージ不足
- ・発見の遅れ  
問題が重度化してから発覚

##### ■ 強化すべき機能

- ・医療・健診の場  
健診自体をコミュニティの場  
通院困難サポート  
主治医から社会的処方推進課へ  
つなぐ視点  
医療職(Dr, NS, PT)が気軽に  
相談できる雰囲気
- ・情報共有のツール  
つながり処方箋
- ・地域の人材や組織  
民生委員・区長・近所の方
- ・暮らしに身近な場  
イベント、図書館、井戸端会議、  
カフェなど

#### ②支援や関わりの きっかけについて

##### ■ 課題

- ・同意取得の壁
- ・受け入れ拒否や無関心
- ・個人情報の壁
- ・おせっかいに対する壁

##### ■ 強化すべき機能

- ・生活背景の情報収集・理解
- ・見守り
- ・信頼関係の構築
- ・段階的支援
- ・タイミングを待つ

#### ③継続的なつながりに ついて

##### ■ 課題

- ・継続に関わるのが  
難しい

##### ■ 強化すべき機能

- ・本人の主体性を引き出す  
こと

#### ④参加支援について

##### ■ 課題

- ・移動手段どうする
- ・つなぎ先の情報どこ？

##### ■ 強化すべき機能

- ・つなぎ先の選択肢を増やす  
居場所、文化芸術作品、  
自分にできることを見つける
- ・本人主体  
その人が本当にどういう  
ことがしたいのか

#### ⑥多機関協働について

##### ■ 課題

- ・組織や分野の縦割り

##### ■ 強化すべき機能

- ・多様な主体との共創  
組織以外でできること
- ・対話と情報共有の場  
集まって話し合わないといけない

#### ⑤地域づくりについて

##### ■ 課題

- ・行ってみたい場の不足
- ・価値観や規範の共有の弱まり

##### ■ 強化すべき機能

- ・学校教育や文化  
子供の学びが大切
- ・価値観や規範  
上手な規制が大事



(2) 具体的な改善案(第3回目ワークショップまとめ)(図7)

## 養父市の社会的処方を取組をより良くするための提案

### 【第3回ワークショップ】まとめ

#### ①入口について

##### ■デジタルを活用した非対面相談

- ・デジタル
- ・顔を合わせずチャット・メール・アバター
- ・アナログ

##### ■見守りや気づきを増やす

- ・「やってあげる」や「おせっかい」ではなく気を配る等
- ・入口強化ではなく見守り・気づきを増やしましょう
- ・緊急時以外は見守る
- ・基本的は見守るスタンス
- ・近所の人=民生委員・区長・おしゃべりおばさんが見守る

##### ■地域の人材や組織の活用

- ・民生委員・区長・地域の人
- ・民生委員・区長・地域の人が訪問する理由をつくる(チラシをポスティングする等)
- ・近所の人聞きづらい
- ・近所の人も
- ・井戸端会議重要(だけど近所の人聞きづらい)
- ・おせっかいしづらい
- ・各地区のおしゃべりキーマンを知っておく
- ・駐在所は知っている?
- ・緊急時は適切につなげる

##### ■情報共有

- ・情報共有を行う
- ・普段から近所の人良く見えているので情報を持っている

#### ②支援や関わりのきっかけについて

##### ■アウトリーチ

- ・待っててはダメ、アクションをかける
- ・足を運ぶたびたび※1回であきらめるのダメ
- ・地域の集いの場に出向く
- ・個人情報の難しさを超える

##### ■あいさつ・声かけ

- ・回覧板などを顔を見てあいさつする
- ・書置きや留守番メッセージを残す
- ・チャット・オンライン・SNSの活用
- ・おすそわけ
- ・あいさつ・声かけ

##### ■顔なじみの関係から段階的に関わる

- ・顔なじみになることで声をかけやすくなる
- ・少しずつ深い関わりを深める(無理強いはいしない)
- ・最初は拒否があっても「関わってもらえてうれしかった」

##### ■協力者との連携

- ・自分がいけなくても協力者をつくる
- ・つながっている人や話せる人を知る

#### ③継続的なつながりについて

##### ■主体性の尊重

- ・当事者の主体性
- ・当事者

##### ■つなぎ先をたくさん持つておく

- ・つなぎ先としての社会資源をつくらせていく
- ・つなぎ先をたくさん持つておく
- ・つなげる業務を丁寧・スムーズに

##### ■複数人で関わる

- ・特定の方に依存しない
- ・複数人で関わる



## 養父市の社会的処方を取組をより良くするための提案

### 【第3回ワークショップ】まとめ

#### ④参加支援について

##### ■つなぎ先の創出

- ・作品や趣味の教室のs根性にPTがなる  
=役割ができる
- ・診療所で作品展示会
- ・しゃべりの場・コーヒー→診療所で
- ・作品の展示会
- ・(居場所の活用や移動手段の課題対応のために)  
つなぎ先がやってくる(移動式コーヒー販売、ヨガ、本、コインランドリー)
- ・発表の場を多様につくる
- ・ポジティブヘルスの活用によってやってみたいことや得意なことを見つける

##### ■移動支援・移動手段

- ・(移動手段の課題に対して)利用料金だけでなく何の目的で移動支援を使うのが大事  
(例:楽しみなこと)
- ・移動支援のプロモーション(例:おためし利用できるなど、2000pt活用)

##### ■つなぎ先情報の普及・啓発

- ・つなぎ先の普及・啓発や自分でも知っておくことが大事
- ・つながるDAYYABUの活用

##### ■デジタルの活用

- ・アナログ志向の方も同じ情報量が見られるように工夫
- ・デジタル活用や高齢者さんのスマホ教室等

##### ■本人と一緒に参加

- ・新しい場所にひとりで参加するハードルが高い
- ・雰囲気分かるものや一緒に  
行ってくれる人がいれば
- ・役割が持てることをサポートする人がいることが大切

#### ⑤地域づくりについて

##### ■マッチング

- ・募集の場・アプリ・マッチング
- ・趣味活動・アプリ・マッチング

##### ■住民主体の活動の多様化

- ・麻雀、映画、おいしいものを作って食べる、  
こどもの体験、キャンプ、  
ラフティング、オンライン●●(禁煙・  
筋トレ・飲み会というオンライン上の  
つながり)

- ・ちょっとした役割・仕事をつくる  
(しめ縄・子ども食堂手伝い)

##### ■つなぎ先情報の普及・啓発

- ・ゆるい啓発(社会的処方の方)
- ・インフルエンサー

#### ⑥多機関協働に関すること

##### ■部門間の壁を超える拠点や人材育成

- ・(集まって話し合わないといけないことについては)  
専門職が集まる部署や拠点をつくる
- ・コールセンターの設置を行う(包括ORサブ  
センター、コミナス)
- ・各専門のOB
- ・自由に動ける狭間担当
- ・組織の理解
- ・(境界線をなくすには)基本を常に傾聴して  
受け止め
- ・勉強会=学びの繰り返し=スペシャリストに  
なりすぎて他分野のことを知る機会をつくる
- ・(多様な主体との共創に対しては)どこが何を  
しているかを知る機会をつくる
- ・(対話と情報共有の場については)タイムリーに  
共有や話し合いができる仕組みをつくる



## 養父市の社会的処方を取組をより良くするための提案

### －何が負担感になるのか－

#### ■情報整理・共有に関する負担

- ・地域のことを知らないと繋げられない
- ・つなぎ先(特に地域)見つけても誰がキーパーソンで誰に伝えたらいいかわからない
- ・つなぎ先情報(人や場所)を収集しなければならない
- ・連絡先がバラバラが多い
- ・情報がブツブツに切れている
- ・分野ごとに切れる
- ・情報のまとめや把握・取りまとめ
- ・情報共有

#### ■時間に関する負担

- ・事務負担(重層予算配分の難しさ)
- ・時間がかかる⇔他業務やケースとの兼ね合い
- ・時間が足りない
- ・時間配分
- ・しっかり話を聞かなければならない(時間が必要)
- ・伴走するための時間・回数が増える

#### ■幅広い専門知識に関する負担

- ・ジェネラリストがない
- ・幅広い専門知識
- ・分野外のことを相談されたら
- ・連携しないと解決できない

#### ■支援者の心理面に関する負担

- ・支援者が孤立しがち
- ・どこまでも答え(結果)は出ない
- ・心理的負担
- ・なかなか心を開いてもらえない
- ・支援の終わりが無い

#### ■ケースマネジメントに関する負担

- ・個々の様々なニーズへの対応
- ・優先順位・緊急度
- ・アセスメント・振り分け



## 【第3回ワークショップ】まとめ

### －対応策－

#### ■専門職・非専門職間の関係性構築

- ・民生委員・区長
- ・経験積んだ人、ネットワークもあり
- ・組織内のバックアップ・理解の体制づくりが必要
- ・医療面だけで解決しない時つなぎやすい。その後の支援がしやすくなる。

#### ■情報収集・整理・共有の効率化

- ・AI活用・支援者のAI活用支援
- ・支援記録の共有システム(必要な記録内容の整理)
- ・支援の「記録」をうまくまとめられるもの
- ・つながり処方箋の記入

#### ■マンパワー確保

- ・リンクワーカーを増やす
- ・新分野の人を増やす
- ・支援者がコールセンターで週3回のシフト制で定年退職した集団
- ・コーディネイト業務を担う人(役割)
- ・支えられていた人が支える側に移っていく

## 5. 参考文献

1. World Health Organization, European Centre for Health Policy. Health impact assessment: Main concepts and suggested approach (Gothenburg consensus paper). Brussels; 1999.
2. 藤野善久, 松田晋也. Health Impact Assessment の基本的概念及び日本での今後の取り組みに関する考察. 日本公衆衛生雑誌. 2007;54(2):73-80.
3. 日本公衆衛生学会公衆衛生モニタリング・レポート委員会. 公衆衛生モニタリング・レポート:健康影響予測評価(Health Impact Assessment)の必要性と日本公衆衛生学会版ガイダンスの提案. 日本公衆衛生雑誌. 2011;58(11):989-992.
4. Fehr R, Vilianni F, Nowacki J, Martuzzi M, editors. Health in Impact Assessments: Opportunities not to be missed. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014.
5. World Health Organization, Regional Office for Europe. Vision to action: Concepts, processes, methods. Health Impact Assessment toolkit for cities. Copenhagen; 2005.

## 6. 実施体制

### (I) 共同実施者

共同実施者は、実施主体と継続的に協働し、専門知・現場知・経験に基づく情報・知見の提供、調査結果の確認と内容の解釈、改善策の検討、報告内容の確認に関与した。

※所属・肩書は2026年3月1日時点

No.	氏名	所属・肩書
1	世登 英明	養父市健康福祉部 部長
2	小谷 簾和	養父市健康福祉部社会福祉課 課長
3	宇都良 康寛	養父市健康福祉部社会福祉課 主幹
4	村崎 利和	養父市健康福祉部健康医療課 課長
5	濱 和子	養父市健康福祉部健康医療課 主幹
6	日下部 光俊	養父市健康福祉部介護保険課 課長
7	沖田 隆典	養父市こども・夢・えがお部子育て応援課 課長
8	小谷 純子	養父市こども・夢・えがお部子育て応援課 副課長
9	西山 浩司	養父市教育部 次長兼こども学び課 課長
10	中尾 順二	養父市教育部 学校教育担当課長
11	森 知美	養父市社会的処方推進課 保健師
12	森田 隆一	養父市社会的処方推進課 副主幹
13	小西 陽子	養父市社会的処方推進課 コミュニティナース
14	加藤 健	大屋診療所 所長
15	藤岡 トモ子	大屋診療所 看護師
16	加来 顕達	社会福祉法人養父市社会福祉協議会地域福祉課 課長
17	中川 みゆき	社会福祉法人養父市社会福祉協議会介護福祉課 課長
18	藤原 真弓	一般社団法人猫の手くらぶ 代表理事
19	茨木 やよい	NPO 法人がっせえアート 理事長
20	茨木 隆宏	NPO 法人がっせえアート 副理事長・事務局長
21	衣川 益子	NPO 法人リトルメイト 理事長
22	丸山 由紀	一般社団法人晴樹会 萬壽の家 代表理事
23	森田 淳一	一般社団法人晴樹会 萬壽の家 主任相談員
24	土居 一雄	地域おこし協力隊 コミュニティナース

## (2) 実施主体メンバー

全体の企画・設計、関係者調整、スケジュール管理、調査実施・分析、ワークショップ設計・進行、調査結果の確認と内容の解釈、改善策の検討とまとめ、報告書作成に関与した。

※所属・肩書は2026年3月1日時点

No.	氏名	所属・肩書
1	余根田 一明	養父市役所健康福祉部 次長 兼 社会的処方推進課 課長 公益財団法人医療文化経済グローバル研究所事務局長
2	吉田 由佳	養父市役所社会的処方推進課(地域包括支援センター)センター長
3	北出 緋里	養父市役所健康福祉部社会的処方推進課 非常勤職員 京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻専門職学位課程2年
4	佐伯 亮太	合同会社 Roof 共同代表
5	伊木 翔	合同会社 Roof 共同代表

## (3) アドバイザー

全体の企画・運営に関する専門的な助言を行い、報告書の構成及び記載内容の検討、原稿のレビューと改訂を行った。

※所属・肩書は2026年3月1日時点

No.	氏名	所属・肩書
1	近藤 尚己	公益財団法人医療文化経済グローバル研究所医療医学部門社会的処方研究室 主任研究員 京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻社会疫学分野 教授 一般社団法人安寧社会共創イニシアチブ(AnCo・あんこ) 代表理事
2	藤野 善久	産業医科大学 産業生態科学研究所 環境疫学研究室 教授
3	本多 由起子	京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻社会疫学分野 特定助教
4	土生 裕	京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻社会疫学分野 特定助教

## 7. 謝辞

本報告書の作成にあたり、多くの皆様に多大なるご協力とご助言を賜りました。ここに心より感謝申し上げます。本評価の実施にあたっては、市内の医療・介護・福祉・教育・子育て分野の関係者の皆様からの、資料・情報提供、ワークショップやインタビューへの参加など、多方面にわたりご協力いただきました。また、評価の設計・実施・取りまとめにあたってご指導、ご助言をいただいた、京都大学及び産業医科大学の先生方に、深く御礼申し上げます。