

令和元年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
高齢者の社会的リスクに関する基礎的調査研究事業

一般社団法人 人とまちづくり研究所

2020年3月

はじめに

72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。この女性のかかりつけ医は、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。医師は、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個別会議にも出席し、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、医師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。

これはある要介護状態にある高齢女性に関するかかりつけ医の経験を、個人情報に配慮して一部加工したものである。

一人暮らしで閉じこもりがちの高齢者、がんの治療を受けながらも多忙な毎日を送るサラリーマン、親の介護と子育てで心身とも疲労が蓄積していても周囲に頼る人がいないシングルマザー、仕事をなくして経済的に困窮してうつ状態にある人など、医療機関にかかる方のなかには、世代を超えて多様な課題を抱える方々が数多く存在している。

こうした様々な課題を有する外来患者等への対応策として、英国などで注目されている取組みが「社会的処方」である。なお、英国では、社会的処方を「社会的・情緒的・実用的なニーズをもつ人々が、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、保健医療専門職が、患者を（包括的な全人的ニーズ把握に基づき適切な支援へとつなぐ役割を担う）リンクワーカーに紹介できるようにする手段である」としている。

日本でも、上述したような、様々な課題を有する高齢者等の受診が増加していること、個人や世帯が抱える生きづらさやリスクが複雑化・多様化していることから、こうした取組を進めていく必要があると考えられるが、英国とは社会背景・制度が大きく異なるため、日本の実情にあった形で展開していくことが求められる。

そこで、本事業では、一部地域で展開されている国内での取組を中心に調査し、現状把握と論点整理を試みた。本報告書が、多様な課題を有する外来患者等への支援のあり方を検討するための今後の基礎資料の一つになることを期待したい。

令和元年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
高齢者の社会的リスクに関する基礎的調査研究事業
検討委員会 委員長 川越 雅弘
（埼玉県立大学大学院 研究開発センター 教授）

目次

はじめに.....	2
序章 事業概要.....	6
0-1. 事業内容.....	7
(1) 目的.....	7
(2) 実施内容.....	7
0-2. 検討体制.....	8
(1) 委員会.....	8
(2) 作業部会.....	8
(3) オブザーバー.....	9
(4) 事務局.....	9
0-3. 会議の開催.....	9
(1) 委員会.....	9
(2) 作業部会.....	10
第1章 地区医師会・市町村が主導する取組み.....	11
1-1. 地区医師会と社会的処方：宇都宮市医師会「社会支援部」とその活動.....	12
(1) 社会支援部設立の経緯.....	12
(2) 社会支援部の活動理念.....	12
(3) 社会支援部設立の活動方針.....	13
(4) 社会的処方の定義.....	13
(5) 医師会員に対する基礎調査.....	13
(6) 宇都宮市医師会の活動.....	14
(7) おわりに.....	16
1-2. かかりつけ医／かかりつけ診療所に期待される役割と求められる機能：国立市での取組みから.....	17
(1) 国立市の医療・介護を取り巻く状況.....	17
(2) 国立市の医療資源の状況.....	19
(3) 地域医療計画策定に向けて.....	19
(4) 市民がかかりつけ医に期待していることとは何か.....	24
(5) 今後に向けて.....	28
第2章 医療機関等を起点とする事例（概要）.....	30
2-1. 多く見られる課題等.....	31
2-2. 社会的処方の意義.....	31
2-3. 社会的処方の進め方.....	32
(1) 医療機関職員等が患者の多様な課題を認識・アセスメントする段階.....	32
(2) 課題を地域資源へと結びつけていく段階.....	32
2-4. 社会的処方をより充実させていくために求められること.....	32
2-5. 考察.....	33
第3章 文献調査を通じた社会的処方の概念整理と現状把握.....	34

3-1. 背景.....	35
3-2. 方法.....	35
3-3. 結果.....	35
3-4. 考察.....	36
3-5. 文献.....	40
おわりに.....	42
巻末資料.....	44
巻末資料1-1. 宇都宮市医師会 参考資料.....	45
参考1. 会長就任挨拶（「宇医会報」8月号, http://www.uma.or.jp/syakaishien_info.html)	45
参考2. 「健康格差」並びに『社会的処方』に関するアンケート結果.....	47
参考3. SDHに関する問診票・見える化シート (http://www.uma.or.jp/sdh/)	51
参考4. 「生活上の課題（生活環境、経済状況、家族関係など）」の記載欄を設けた診療情報提供書.....	53
資料5. 下野新聞 特集記事 (https://www.shimotsuke.co.jp/feature/social-prescription/)	54
参考6. 社会支援部員による講演・啓発活動.....	55
参考7. 全日本民医連「いつでも元気（2020年2月号）：医師会が健康格差に挑戦」 (https://www.min-iren.gr.jp/?p=39739)	56
巻末資料2-1. 医療機関等を起点とする事例 個別調査報告.....	58
01 済生会宇都宮病院.....	58
02 医療生協さいたま 埼玉西協同病院.....	62
03 総合病院 南生協病院.....	66
04 南医療生協かなめ病院.....	77
05 新田クリニック.....	81
06 生協浮間診療所.....	87
07 橋場診療所.....	95
08-1 東近江市永源寺診療所（チーム永源寺）.....	99
08-2 丸山薬局（チーム永源寺）.....	105
08-3 生活支援サポーター絆（チーム永源寺）.....	108
08-4 おいでえな高野（チーム永源寺）.....	111
09 ほーむけあクリニック.....	117
10 大山診療所.....	134
11 栗国診療所.....	138
巻末資料2-2. 医療機関職員が中心になってスタートした地域資源の例：ごきげんキッチン.....	143
巻末資料3-1. 文献調査から得られた海外の取組み.....	152
資料1 : Pescheny JV, Gunn LH, Pappas Y, Randhawa G. The impact of the Luton social prescribing programme on mental well-being: a quantitative before-and-after study. J Public Health (Oxf). 2019.....	152
資料2 : Carnes D, Sohanpal R, Frostick C, et al. The impact of a social prescribing service on patients in primary care: a mixed methods evaluation. BMC Health Serv Res. 2017;17(1):835.....	153
資料3 : Kellezi B, Wakefield JRH, Stevenson C, et al. The social cure of social prescribing: a mixed-methods study on the benefits of social connectedness on quality and effectiveness of care provision. BMJ	

Open. 2019;9(11):e033137.....	154
資料4 : Elston J, Gradinger F, Asthana S, et al. Does a social prescribing 'holistic' link-worker for older people with complex, multimorbidity improve well-being and frailty and reduce health and social care use and costs? A 12-month before-and-after evaluation. Prim Health Care Res Dev. 2019;20:e135.....	155
資料5 : rs ML, Meijs JJ. 'Welzijn op Recept' (Social Prescribing): a helping hand in re-establishing social contacts - an explorative qualitative study. Prim Health Care Res Dev. 2018;19(3):223-231.	156
巻末資料3 - 2. 追加的文献調査 医療機関が患者の社会的ニーズをとらえる方法.....	157
資料 : ソーシャルバイタルサイン.....	159
巻末資料4. 社会的処方に関する英国研修報告.....	163

0-1. 事業内容

(1) 目的

高齢化の進展や疾患構造の変化につれ、虚弱な高齢者、複数の疾患や障害とともに暮らす人々が増加している。個人や世帯単位で複数の課題を抱え、地域生活を送るうえで複合的な支援を必要とする場合も少なくない。他方、わが国で「友人、同僚、その他社会的グループの人」と「めったにつきあわない」と答えた者の割合は OECD 諸国で最も高く、「社会的孤立」による課題が表面化しつつある。

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、とりわけ高齢期の社会的孤立は、生きがいの低下や虚弱化、さらに死亡リスクの上昇にも影響を及ぼすといわれるなど、その場しのぎの医療ではなく、健康によくはない社会・経済的状況への介入の必要性が高まっている。

こうしたなか、医師等が健康の社会的決定要因への対応に目を向け、患者の多様なニーズについて地域における多様な社会資源に結びつけ、より患者が主体的に自立して生きていけるよう支援する取組みへの関心が広がりを見せている。英国等では、これを「社会的処方 (social prescribing)」と称して住民のよりよく生きる力とケアの持続可能性を高めうる仕組みとして推進するようになってきた。

英国で用いられている社会的処方 (social prescribing) の定義¹

「社会的・情緒的・実用的なニーズをもつ人々が、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をともに創り出していく。」

そこで本研究では、多様な課題をもつ高齢者等に対して、かかりつけ医等がその存在を認識し、地域の社会資源へと橋渡しする人や機関に紹介する取組みについて、地区医師会や市町村が主導する地域単位の取組みについてその内容を整理し (第1章)、かかりつけ医等 (診療所・病院) による主に医療機関単位での取組みについても 11 事例の内容を整理する (第2章) ことにより、課題も含めた活動の実態を明らかにすることを目的とした。さらに、英国を中心とした海外における取組み内容について、文献調査の手法により整理を行い、国内での実践に向けた示唆を得ることとした (第3章)。

(2) 実施内容

- 1) 事業全体の進め方を検討する委員会の開催
- 2) 以下の3)～5)の調査等の企画・実施を検討する作業部会の開催
- 3) 地区医師会や市町村が主導する地域単位の取組みの調査
- 4) かかりつけ医等 (診療所・病院) による主に医療機関単位での取組みの調査
- 5) 英国を中心とした海外における取組み内容についての文献調査

¹ Dixon, M, Polley, M. (2016). Report of the annual social prescribing network conference, Social Prescribing Network, London. (訳: 澤憲明, 堀田聰子. (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)

0-2. 検討体制

(1) 委員会

No.	氏名	所属・役職	委員長
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	江澤 和彦	日本医師会 常任理事	
3	草場 鉄周	日本プライマリ・ケア連合学会 理事長	
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	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	川越 雅弘	埼玉県立大学大学院 研究開発センター 教授	○
7	松田 晋哉	産業医科大学 医学部公衆衛生学 産業保健データサイエンスセンター 教授	

(2) 作業部会

No.	氏名	所属・役職
1	安藤 崇之	慶應義塾大学医学部総合診療教育センター 慶應義塾大学病院総合診療科 助教
2	奥村 圭子	認定栄養ケア・ステーション 杉浦医院 地域ケアステーションはらぺこスパイス 室長
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
4	後藤 励	慶應義塾大学大学院経営管理研究科 准教授
5	鈴木 佳奈子	生協浮間診療所 リンクワーカー 4UrSMILE 代表
6	長嶺 由衣子	東京医科歯科大学大学院医学部附属病院総合診療科 特任助教
7	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
8	堀田 聰子	一般社団法人 人とまちづくり研究所 代表理事 慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科 教授
9	三谷 慶	医療法人社団 花橘会 常務理事
10	村井 邦彦	宇都宮市医師会在宅医療・社会支援部 担当理事 宇光会村井クリニック 院長
11	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

(3) オブザーバー

No.	氏名	所属・役職
1	岩瀬 翔	自治医科大学医学部
2	金城 謙太郎	帝京大学医学部救急医学講座 総合診療科 教授
3	嶋本 恭子	慶應義塾大学大学院経営管理研究科
4	塚田 裕明	慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科
5	松澤 英克	宇都宮市医師会 事務局
6	吉田 真季	埼玉県立大学大学院 研究開発センター
7	北原 加奈子	厚生労働省 老健局 老人保健課 介護保険データ分析室長
8	田上 真理子	厚生労働省 老健局 老人保健課 医療・介護連携技術推進官
9	畦地 美幸	厚生労働省 老健局 老人保健課 介護技術係 主査

(4) 事務局

No.	氏名	所属・役職
1	堀田 聡子	一般社団法人 人とまちづくり研究所 代表理事 慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科 教授
2	村上 佑順	一般財団法人 オレンジクロス 理事長
3	西山 千秋	一般財団法人 オレンジクロス 事務局長
4	前田 実	一般財団法人 オレンジクロス 事務局/事業企画部長
5	吉江 悟	一般財団法人 オレンジクロス 研究員

0-3. 会議の開催

(1) 委員会

No.	開催日	主な議題
1	2019年8月2日	<ul style="list-style-type: none">メンバー自己紹介本事業の背景説明：社会的処方とはなにか、今なぜ社会的処方か本事業の実施計画フリーディスカッション先進事例調査についてその他
2	2020年3月19日	<ul style="list-style-type: none">文献レビュー

		<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機関を起点とする取組み事例調査 ・ 宇都宮医師会における取組み ・ かかりつけ医／かかりつけ診療所に期待される役割と機能：国立市 ・ 総括討論
--	--	--

(2) 作業部会

No.	開催日	主な議題
1	2019年8月2日	<ul style="list-style-type: none"> ・ メンバー自己紹介 ・ 本事業の実施計画 ・ 先進事例調査について
2	2019年9月4日	<ul style="list-style-type: none"> ・ 宇都宮市医師会社会支援部の活動 ・ 上記に関するディスカッション ・ 医療機関に対するプレ調査報告・質疑応答 ・ 本事業の目指すアウトプット、事業内容と役割分担
3	2019年12月25日	<ul style="list-style-type: none"> ・ 国内事例調査報告 <ul style="list-style-type: none"> ・ ほーむけあクリニック ・ 東近江市永源寺診療所（チーム永源寺） ・ 粟国診療所 ・ 新田クリニック ・ ごきげんキッチン ・ 苫小牧病院 ・ 国内・地域調査報告 <ul style="list-style-type: none"> ・ 宇都宮市医師会 ・ 国立市 ・ 海外調査報告 <ul style="list-style-type: none"> ・ 英国（Frome 等）
4	2020年2月4日	<ul style="list-style-type: none"> ・ 国内事例調査報告 <ul style="list-style-type: none"> ・ 総合病院 南医療生協病院／南医療生協かなめ病院 ・ 済生会宇都宮病院 ・ 医療生協さいたま 埼玉西協同病院 ・ 生協浮間診療所 ・ 大山診療所 ・ ほーむけあクリニック ・ 橋場診療所 ・ 国内・地域調査報告 <ul style="list-style-type: none"> ・ 宇都宮市医師会 ・ 文献調査 ・ その他

第1章 地区医師会・市町村が主導する取組み

1-1. 地区医師会と社会的処方：宇都宮市医師会「社会支援部」とその活動

(村井邦彦)

(1) 社会支援部設立の経緯

宇都宮市医師会「社会支援部」は、2019年6月、片山辰郎医師会長の3期目の開始とともに新設された。

同部の新設には、前年の2018年7月22日に、近藤克則千葉大学教授を講師に迎えて「健康格差社会への処方箋」の講演会（主催：栃木県保健医療生活協同組合、後援：宇都宮市医師会）が宇都宮市にて開催されたことが大きなきっかけとなった。これまでも、地域には多職種連携の勉強会を通じて「健康格差」や「健康の社会的決定要因」に関心のある医師は少なからずいたものの、こうした取組みに職能団体である宇都宮市医師会が関与したのは、この講演会が初めてであった。

むろん、そのベースには、マイケル・マーモット先生が2015年10月に行った世界医師会長就任演説が影響していると思われ、併せて一般財団法人オレンジクロスが、2018年より日本版「社会的処方」のあり方検討事業委員会を立ち上げ、英国視察や事例と効果に関する系統的レビューを行っていることも、多くの医師が意識していた。また、2018年3月には、日本プライマリ・ケア連合学会から「健康格差に対する見解と行動指針」が示されている。

さらに、地域のIPW/IPEもこれを後押しした。2018年3月7日開催の「宇都宮市医師会・第15回緩和ケア勉強会」では、北岡吉民医師（生協ふたば診療所所長）が「無料低額診療」の事例と「健康の社会的決定要因」について講演し、同年7月8日開催の「在宅緩和ケアとちぎ夏合宿」でも、千嶋 巖医師と関口真紀医師によって「SDH（健康の社会的決定要因）」に関する講演が行われた。

その後の2018年11月、近藤克則教授の講演会を聴講した宇都宮市議会議員の働きかけにより、宇都宮市および宇都宮市議会を対象に再び近藤克則教授が講演を行い、終了後には、宇都宮市副市長と片山会長を交えての意見交換が行われた。そして、2019年2月に有志による「SDHを検討する会」が発足。翌3月の会合には片山会長が参加し、参加者と意見交換を行った。

こうした一連の流れが、片山会長が自身の会長職3期目のテーマとした「(医師会が)世間のために何ができるのか」という問いかけと結びつくこととなり、「医師会の中での1つの仕事として行っていくべき」として「社会支援部」設立へと繋がっていった。

そして、2019年6月26日開催の宇都宮市医師会役員会において、新組織「社会支援部」の立ち上げと村井邦彦を担当理事とすることが提案、承認された。「社会支援部」のメンバーは、片山辰郎会長、遠藤秀樹医師（学校保健担当理事）、関口真紀医師（栃木保健医療生協理事長）、羽金和彦医師（宇都宮市保健所保健医療監）、千嶋 巖医師（日本プライマリ・ケア連合学会SDH検討委員会協力委員（事例収集担当））、村井邦彦（在宅医療・社会支援部担当理事、宇都宮市地域包括ケア推進会議議長、地域包括支援センター連絡協議会議長）である。

(2) 社会支援部の活動理念

「社会支援部」の設立にあたり、片山会長は「会長就任挨拶（「宇医会報」8月号、http://www.uma.or.jp/syakaishien_info.html 参考1）」の中で次の3つのポイントを挙げている。①昨今の性急かつ強引な医療費抑制政策に疑問を持ったこと、②2000年代初頭に行われた構造改革によって、国民間での格差が拡大し、経済的格差や教育不足、社会での孤立といった要因が、病気の危険因子を生み出す元になっていること、③こうした格差の解消や患者と地域とを繋ぐ「社会的処方」が、副作用の少ない医

療費抑制や国民の幸福度を高めることに繋がることである。さらに、そこには「病気と予防の上流にある、社会の状況にアプローチする」、「個人の資質にのみ（健康格差の）原因を帰することは誤りである」、「長野県佐久地域における戦後の保健活動を参考に、全世代への取組を目指したい」、「特に子供たちへの健康教育、心の問題の解消を重視したい」、「未来において「健康都市宇都宮」の確固たる地位を築きたい」などの言葉が並ぶ。

（３）社会支援部設立の活動方針

「社会支援部」は、2019年7月から毎月1回開催され、第1回部会（2019年7月17日）では、今後の活動方針と内容について検討し、①社会資源に関するデータベースの構築、②医療機関におけるSDHへの気づきのツール作成、③子供たちへの健康教育、④社会的処方とSDHの概念に関する普及・啓発、⑤生活支援に関する新たな連携を主な活動としていくこととなった。

また、社会支援部の特徴の1つとして、部会への医師会員以外の参加を認めている点が挙げられ、これまで医療、学術関係者や地域活動の実践者（団体）、マスコミ等がオブザーバーとして参加している。これは、「社会支援活動は、医師（医師会）だけでなく地域の幅広い連携のもとで成り立つ」との考えによるもので、今後もより多くの人達と意見交換を行うこととしている。

（４）社会的処方の定義

「社会的処方」の実践・普及を活動の柱と位置付けるにあたり、その用語の定義について議論を行なった。例えば、英国のNHSでは、「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」をともに創り出していく。」と定義づけている。

「社会支援部」では、医師会活動としての「社会的処方」を、狭義には「医療現場における気づきを発端に、リンクワーカーのような社会資源につなぐ機能を持つ人・団体に紹介し、地域の社会資源を活用することにより健康とウェルビーイングを改善することを目的とする手段」であり、広義には「医療機関における気づきや連携を必要としないが、社会資源を健康とウェルビーイングの改善のために活用すること」であると定義し、宇都宮市医師会が取り組むにあたっては、狭義の「社会的処方」を中心に据えた上で、社会資源マップや啓発活動を通じ、広義の「社会的処方」の展開・促進も期待することとした。

（５）医師会員に対する基礎調査

「社会支援部」の活動の参考とすべく、宇都宮市医師会員に対する「健康格差」並びに「社会的処方」に関するアンケート調査を実施した。最終的には、70名（回答率11.3%）からの回答があり、うち半数を内科系医師が占めたものの、ほぼ全ての診療科の医師から回答があった（参考2）。

アンケートの結果によると、日頃の診療の場で「何らかの支援の窓口に繋げる必要を感じた患者がいる」との回答は46名（65%）で、その主なニーズとしては、虐待や暴力、不登校、認知症や精神疾患、所得等の経済問題、食事や服薬の管理等が挙げられた。一方で、「地域の社会資源に紹介したことがある」との回答は17名（24%）に留まり、紹介先としては、行政などの公的な窓口や関係機関が主であった。そして「社会的処方」と「健康格差」の認知度については、「社会的処方」は約6割が「知っている（聞いたことがあ

る)」と回答し、「健康格差」については約9割が「知っている（聞いたことがある）」と回答した。さらに、具体的なニーズや地域に必要な社会資源について（フリーの記述式）は、フォーマル・インフォーマルとも多岐にわたる回答があった。

これらの結果から、医師が診療の中で患者の「SDH」に気づく機会が多い反面、その対応には苦慮していることが伺われた。今後は、「気づき」を如何に「社会資源に繋げるか」が課題として見る事ができた。

（6）宇都宮市医師会の活動

1）社会資源データベースの構築

会員アンケートの結果を受けて、宇都宮市における「社会資源」の見える化を図ることとした。具体的には、栃木県地域医療介護総合確保基金による「在宅医療連携拠点整備促進事業（2016～2017年度）」の中で製作した「宇都宮市地域包括資源検索サイト（<https://www.u-carenet.jp/> 開設：宇都宮市、管理・運営：宇都宮市医師会）」を活用することとした。同サイトは、宇都宮市内の医療・介護施設の情報をデータベース化してweb上で公開しているもので、条件やキーワードで検索できる他、マップによる位置表示も可能となっている。このプラットフォームを活用して、地域の「社会資源」も同様にデータベース化するため、2019年10月17日、宇都宮市長に対して「宇都宮市地域包括資源検索サイトにおける「社会資源」のデータベース化」の協力要望を行った。

今後は、既に宇都宮市や関係団体で公開されている公的サービスや、NPO、ボランティア団体が提供するインフォーマルサービス、地域のサロン、体操教室等の情報を収載し、さらにはNPO法人等の活動を取りまとめている中間支援組織（「まちびあ」）の支援を受けながら「社会資源データベース」の構築を図ることとしている。

2）SDH問診シートの作成

「社会的処方」の実践に向けた取組として、診療（相談）の現場で「社会的要因」に気づくことを目的とした「SDH問診シート」の作成について検討した。

これは、初診（相談）時の問診（アセスメント）に加えて患者（相談者）の主観的評価を簡便に4段階でチェックするものである。シートの検討段階において、①相手に負担や不安感を与えないよう設問項目と内容を絞り込む、②回答は、濃淡をつけた3～4段階に設定する、③回答をレーダーチャートによって見える化を図る等の意見が出され、最終的に3パターンのシートを作製した。

「SDHに関する問診票（「生活に関する問診票）」は、日頃の診療（相談）現場での問診（アセスメント）を補完するもので、患者（相談者）に紙ベースでの問診（アセスメント）を行い、その結果をwebシステムの見える化シート（「SDH問診シート」）に入力することで、その強弱をレーダーチャートによって見える化している。

また、再診（再訪）時の変化を経時的に測るものとして「生活・健康感シート（生活・健康感に関する問診票）」を作成した。これは、その後の指導や社会資源への繋ぎ（社会的処方）に対する効果（変化）を確認・評価することを目的としており、要因別の主観的な満足度を、同じくレーダーチャートによって見える化している。

この「SDH問診シート（ver1～ver3）」および「生活・健康観シート（ver1～ver2）」は、web（<http://www.uma.or.jp/sdh/>）にて公開しており、自由に利用することができる（参考3）。

今後、「SDH問診シート」と「生活・健康感シート」については、医師会員を初め幅広く周知を図ると共に、利用者からの意見・要望を収集し、適宜内容の検討、修正を行ってゆく。また、会員施設での利用状況

を基に、その効果についても検証する予定としている。患者（相談者）の主観的評価に加え、医療者による客観的評価項目の活用についても今後の検討課題である。システマ的には、「SDH 問診シート」から「社会資源データベース」へワンクリックでリンクし、「SDH 問診シート」上で強く抽出された課題に対応する社会資源を自動で検索、リスト化して表示するなど、「気づき」を社会資源に繋ぎ易くするための取組についても検討している。

さらに、宇都宮市医師会で作成している「診療情報提供書」に、「生活上の課題（生活環境、経済状況、家族関係など）」を記載する欄を新たに設けた。今後、「SDH 問診シート」と併せて活用することで、これまでの医療機関間だけでなく、地域の関係多職種との連携ツールとなることを期待している（参考4）。

3) 健康教育

健康格差の解消に向けた取組として、幼少、若年期からの生活習慣や教育が重要との観点から、小・中学校の生徒を対象とした「健康に関する出前講座」について検討した。折しも、「がん対策基本計画」を基に教育現場において「がん教育」を行なうことが検討されていたことから、令和元年度は、市立中学校1校をモデル校に設定し、同校の1年生を対象に「がん」と「がん予防」をテーマに、「いのちの大切さ」にも触れた50分の講座と、併せて帰宅後に家族に講話の内容を報告して、今後の健康について話し合う機会を設けることとした。終了後に行った生徒へのアンケートによると、単に「がん」に対する理解が深まっただけでなく、食事や運動、喫煙、飲酒といった生活習慣の重要性に気付いたとの意見もあり、教育現場における健康教育に一定の手応えを感じた。

2020年度以降は、より多くの学校で同様の講座を開催し、幼少・若年期からの健康意識の向上を図る予定としている。将来的には、松戸市で行っている「まちっこプロジェクト」などを参考に、「がん」以外にも、「健康の社会的決定要因（SDH）」や「死生観」、「人生会議」等についても取り入れたいと考えている。

4) 社会的処方とSDHの概念に関する普及・啓発

「社会的処方とSDH」の普及・啓発については、栃木県社会福祉協議会、宇都宮市医師会、栃木県社会福祉法人による「地域における公益的な取組」推進協議会との共催で、2020年5月16日に医療・介護等の多職種向けに講演会を開催することとした。当日は、東京大学の近藤尚己先生の講演会、参加者によるワークショップを開催し、「社会的処方」の意義とその気づきについて学ぶ予定としている（COVID-19の影響により開催延期）。

また、地元で最も発行部数の多い地方紙「下野新聞」社において、2回の特集連載記事が掲載され、第1部はSDHに関する事例、第2部は宇都宮市医師会の活動が紹介された（<https://www.shimotsuke.co.jp/feature/social-prescription/> 参考5）。

さらに、社会支援部員による啓発活動を様々な機会で行ったほか、全日本民医連「いつでも元気（2020年2月号）」において、「医師会が健康格差に挑戦」と題した記事が掲載された（<https://www.min-iren.gr.jp/?p=39739>, 参考6、参考7）。

5) 生活支援に関する新たな連携

従来の医療・介護連携に加えて、異業種との連携について検討した。具体的には、高齢化社会の進展と認知症高齢者の増加等によって、医療・介護現場で高齢者の財産管理や、住まいの確保を含む契約事項等への対応に苦慮している事例が多いことから、弁護士や司法書士、社会福祉士（三士業）の各職能団体と協働で、「成年後見制度」を活用した対策と、「高齢者の居住の安定確保」など、新たな地域連携の仕組みについ

て検討している。

今後は、既に宇都宮市全域で展開されているブロック制による医療・介護連携体制をベースに、新たに三士業（弁護士、司法書士、社会福祉士）を加えた連携体制の構築を図る予定である。

6) 活動に係る財源の確保

社会支援部の活動は、宇都宮市医師会の予算に加えて、2020年度からは宇都宮市の事業委託費も活用する予定となっている。

宇都宮市医師会では、2016年度から2017年度の2カ年にわたって、「栃木県地域医療介護総合確保基金」による「在宅医療連携拠点整備促進事業」を実施することとなり、その中で「地域の医療・介護サービス資源の把握」として、宇都宮市内の医療や介護等施設に係るweb版のデータベース「宇都宮市地域包括資源検索サイト」を作製することとなった。サイトの作製にあたっては、当初から宇都宮市にも参画して戴き、基本構成や登録内容の検討、施設情報の収集等について共同で行った。

その後、「在宅医療連携拠点整備促進事業」は2018年度より「宇都宮市医療・介護連携支援センター事業」として宇都宮市の委託事業に移行し、「宇都宮市地域包括資源検索サイト」の管理・運営を宇都宮市医師会が行っている（サイトの設置者は宇都宮市）。

「宇都宮市地域包括資源検索サイト」は、製作の過程で村井邦彦理事より「医療や介護に係る施設だけでなく、市の公的サービスや地域のサロン、介護予防教室といった地域資源も将来的には収載し、より幅広く役に立つ内容にすべき」との提案があったこともあり、初期の段階から「地域の社会資源」にまで内容を拡張することを念頭にシステム設計が行われている。

そして、2019年7月の第1回社会支援部会にて「社会資源に関するデータベースの構築」が検討され、併せて、宇都宮市の委託事業で行っている「宇都宮市地域包括資源検索サイト」の活用と宇都宮市の事業協力について、2019年10月に宇都宮市長へ協力の要望を行った。

こうした経緯から、「社会資源に関するデータベースの構築」は、2020年度から宇都宮市委託事業（「宇都宮市医療・介護連携支援センター事業」）として行われる予定となっている。

(7) おわりに

「なぜ保守的な医師会が社会支援部を作ったのか」と問われることが多い。しかし、私たち部会員には「すでにそうすべき時が来ているので当然」という感覚がある。社会的格差、健康格差が気になる時代の要請というべきだろうか。日本医師会綱領にもあるとおり、医師会は国民の生涯にわたる健康で文化的な明るい生活（positive health, well-being）を支援すべき立場である。

また、SDHが概念化され、さらに有効な対策が統計学的に示せるようになったこと、ビッグデータを活用した自治体レベルでの保健福祉施策が技術的に視野にあることなど、公衆衛生的な技術革新もまた、この答えのひとつであろう。

1-2. かかりつけ医／かかりつけ診療所に期待される役割と求められる機能：国立市での取組みから

(川越雅弘・吉田真季)

(1) 国立市の医療・介護を取り巻く状況

1) 人口の推移

図表 1-1-1 に、2015～2040 年間の国立市の年齢階級別人口の推移を示す。ここで、2015 年と 2040 年と比較すると、85 歳以上人口が 2,157 人増加し（増加率 90%）、総人口の 6.2%を占めるに至る一方で、0～14 歳人口は 1,012 人（減少率 12%）、15～64 歳人口は 5,206 人減少する（減少率 11%）。

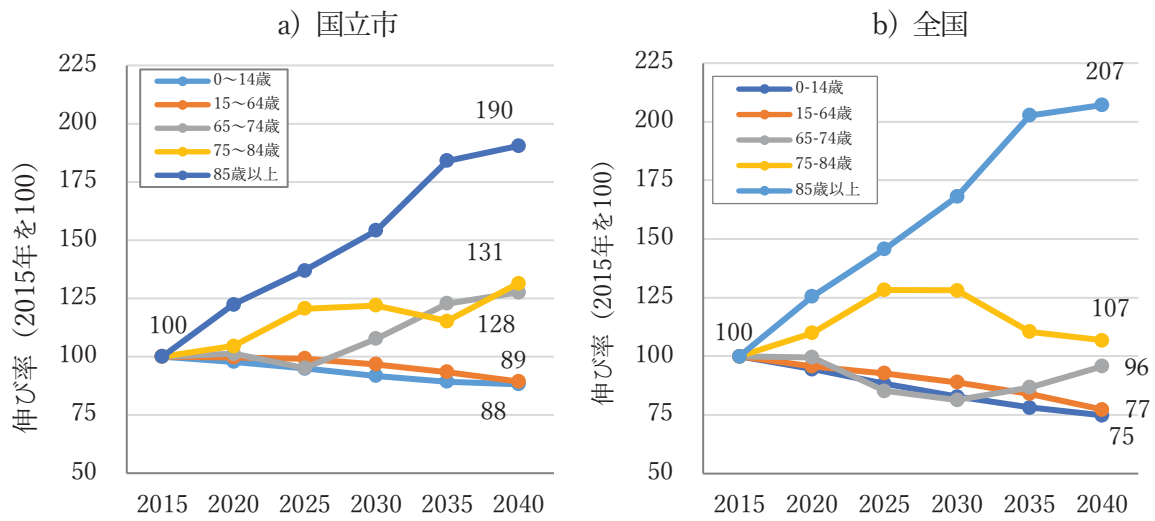
同期間の全国の推移（図表 1-1-2 参照）に比べ、①年少及び生産年齢人口の減少率は低い、②65-84 歳の増加率は高い、③85 歳以上の増加率は若干低い状況にあるが、年少及び生産年齢人口が減少する一方で、医療と介護の両方のニーズを有する 85 歳以上人口が急増する傾向は同じである。

図表 1-1-1_年齢階級別人口及び構成割合の推移

	2015 年	2020 年	2025 年	2030 年	2035 年	2040 年
人口（人）						
総数	73,655	74,259	74,429	74,513	74,293	73,641
0～14 歳	8,540	8,352	8,105	7,834	7,628	7,528
15～64 歳	48,850	48,751	48,433	47,260	45,654	43,644
65～74 歳	8,304	8,410	7,898	8,942	10,193	10,595
75～84 歳	5,576	5,828	6,728	6,800	6,429	7,332
85 歳以上	2,385	2,918	3,265	3,677	4,389	4,542
構成割合（%）						
総数	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
0～14 歳	11.6	11.2	10.9	10.5	10.3	10.2
15～64 歳	66.3	65.6	65.1	63.4	61.5	59.3
65～74 歳	11.3	11.3	10.6	12.0	13.7	14.4
75～84 歳	7.6	7.8	9.0	9.1	8.7	10.0
85 歳以上	3.2	3.9	4.4	4.9	5.9	6.2

出所) 総務省：国勢調査人口等基本集計、国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口（平成 29 年推計）、日本の地域別将来推計人口（平成 30 年推計）より作成

図表 1-1-2_年齢階級別人口の伸び率 (2015 年を 100 とした場合)



出所) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口 (平成 29 年推計)、日本の地域別将来推計人口 (平成 30 年推計) より作成

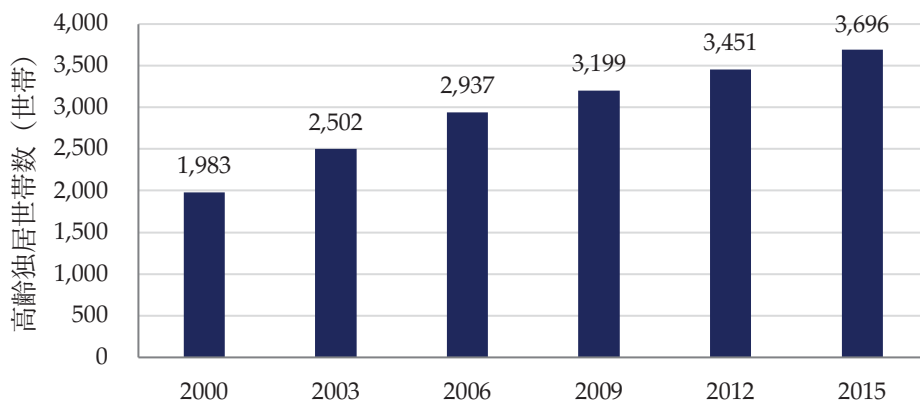
2) 独居世帯の状況

2000 年の国立市の高齢独居世帯は 1,983 世帯であったが、年々増加し、2015 年時点で 3,696 世帯 (86%増) となっている。

2000 年の全世帯に占める高齢独居世帯の割合は 6.2%で、全国より 0.3 ポイント低い状況であった。その後、同割合が急増し、2015 年時点で 10.9%となっている。

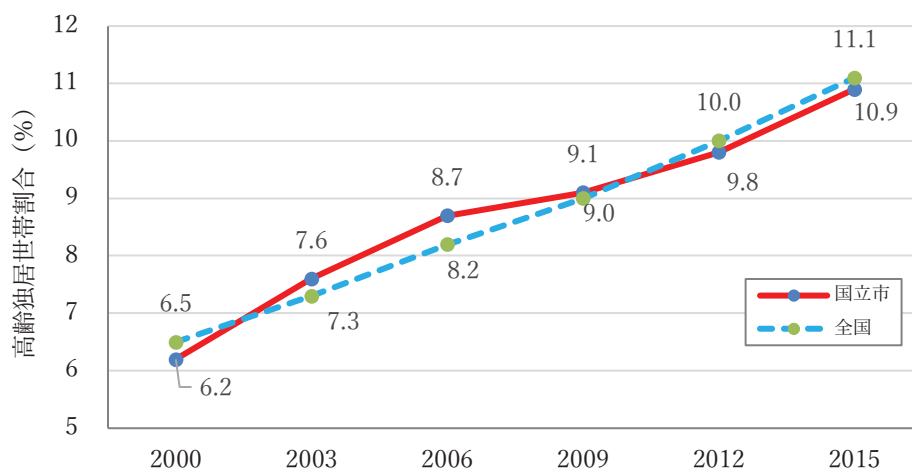
今後、85 歳以上人口の増加に伴い、独居高齢者世帯の割合も増加していくと予想される。

図表 1-2-1_高齢独居世帯数の推移



出所) 厚生労働省：見える化システムより作成

図表 1-2-2_高齢独居世帯の割合の推移



出所) 厚生労働省：見える化システムより作成

(2) 国立市の医療資源の状況

国立市は、立川市、昭島市、国分寺市、東大和市、武蔵村山市とともに北多摩西部医療圏に属する。北多摩西部医療圏には、2018年11月現在、病院25（病床数4,353床、うち一般病床3,255床、精神病床38床、療養病床1,054床、結核・感染症病床6床）、一般診療所が454か所（病床数156床）ある。病院の半数以上は立川市・昭島市に在しており、病院病床の大半も両市に集中している。人口10万人あたりの一般診療所の病床数は24.35（全国平均：74.13）、病院病床数は679.5床（全国平均：1,210.4床）を下回っている。

国立市は、病院が2、一般診療所が77あり、許可病床数は病院64床、診療所43床となっている。人口10万人あたりの一般診療所の病床数は58.38（全国平均：74.13）と若干下回っているが、病院病床数は86.89床（全国平均：1,210.4床）と全国平均を大きく下回っている。

一方、国立市の人口10万人あたり一般診療所数は104.54か所で、全国の68.66か所を大きく上回っている。なお、2018年11月現在、国立市には在宅療養支援診療所（以下、在支診）が7か所あり、人口10万人あたり9.50か所（全国平均：11.09か所）で、全国平均を若干下回っている状況にある（出所：日本医師会地域医療情報システムより引用）。

2014年10月時点の訪問診療・往診・看取り実施医療機関数を見ると、国立市はいずれも全国や東京都、北多摩西部医療圏を上回っており、特に訪問診療、看取りについては高い水準にある。

(3) 地域医療計画策定に向けて

1) 検討委員会の設置

国立市では、介護保険者として策定する「国立市地域包括ケア計画」に加え、地域医療計画を策定することとし、2017年12月に国立市地域医療計画策定検討委員会を設置、2018年4月からは国立市地域医療計画策定委員会として検討を進めた。

策定委員は市内関係機関・団体（在宅療養推進連絡協議会、医師会、歯科医師会、薬剤師会、介護保険事業者連絡会）、行政職員（健康福祉部、子ども家庭部ほか）、学識経験者により構成された。我々は、委員として参画し、「専門職」「住民」「行政」の三者が協働し、市民主体の計画を策定するプロセスを支援した。

2) 計画策定の基本コンセプト：住民との協働による地域医療計画の策定

本計画の策定にあたって、基本コンセプトを、「住民との協働による地域医療計画の策定」とした。ただし、計画の骨格を検討する会議に市民を入れる形ではなく、専門委員会でたたき台を作成し、その内容を市民の意見を聞きながらブラッシュアップする形（一緒に作り上げていく形）とした。

3) 目指す姿の設定

国立市民が望む地域医療の姿を「医療や介護が必要になっても住み続けられるまちづくり ～誰もが生まれてから最期までその人らしい生き方や暮らしを、国立市で実現できる～」と掲げ、市民が安心して住み続けられるまちづくりを目指すとした（最上位の目指す姿）。

その上で、在宅医療の4場面（日常療養支援、急変時、入退院時、看取り）における、それぞれの目指す姿も設定した。例えば、日常療養支援では、『市民がかかりつけ医を持ち、外来診療・在宅療養等を適切に受け、生活を継続できる』と設定した。

4) 地域課題の把握方法について

国立市地域医療計画では、市民の「思い」の反映を重視している。市民とともに地域医療のめざす姿を実現するには、医療提供者、市民、行政が地域課題を共有しながら、それぞれの役割を主体的に果たすことが肝要となるため、計画の策定や施策の実施においては、主体である市民や専門職が理解しやすいよう、具体的な事例に沿って課題の把握を行うこととした。

市内の地域包括支援センター、医療施設、介護支援専門員などから収集した事例を、地域医療計画策定委員会において整理・分析し、地域の専門職等で構成される作業部会での議論を経て、課題を抽出した。課題を俯瞰し、共通項を確認しながら、めざす姿とのギャップを解消するために必要な要素を設定した。事例を用いた課題抽出・整理の例を図表 3-1 に示す。

図表 3-1_事例を用いた課題抽出・整理の例

事例1 認知症となり、薬の管理ができなくなる事例

(概要) 70 歳代、男性、脳梗塞、高血圧、一人暮らし

(経過)

退職後は外出の機会が減り、たばこを吸っている (20 本/日) ことが多かったが、脳梗塞の再発予防のための定期的な通院と内服はできていた。70 歳代前半から認知機能が低下し、通院ができなくなり、薬の内服ができなくなった。自宅で昏睡状態となったところを近隣の友人に発見され、緊急入院となり、脳梗塞の再発と診断された。

(本事例から見える課題)

- ・受診が途切れたときのフォロー体制
- ・地域での仲間づくり、見守りの目
- ・認知症の方の支援体制

めざす姿の達成に必要な要素

○継続的な受診が必要な市民の、見守りを含めた支援体制

事例2 迅速な対応により救命できた事例

(概要) 80 歳代、男性、心不全、一人暮らし

(経過)

妻を病院で亡くして以来、病院嫌いとなり、通院をしていない。「全身倦怠感があり、歩けない」と本人から地域包括支援センターに相談が入り、往診[※]を依頼した。往診した医師より、血圧 168/98、顔色不良、心音の異常、全身にむくみ等があり、心不全と診断された。

2 回目の往診時に本人が転倒しており、同行していた地域包括支援センターの職員と在宅医療相談窓口職員が発見した。心不全の状態がさらに悪化し、往診医より入院治療の必要があると判断され、緊急入院となった。治療の結果、退院となる。現在、自宅で在宅医療を受けながら暮らすことができている。

(本事例で達成できていること)

- ・地域包括支援センターの依頼により、迅速な往診が行われた

(本事例から見える課題)

- ・かかりつけ医を持ち、日常療養を行う

めざす姿の達成に必要な要素

○かかりつけ医への受診と、適切な治療・療養の継続

○再発を予防するための、医療・介護専門職、家族、地域包括支援センター、行政による本人の状況の適時把握及び支援

※往診：本人の要望により、必要に応じて医師が自宅に診察に向くこと。なお、「訪問診療」も医師が自宅に診察に向くことを指すが、定期的に訪問する点に違いがある

事例3 かかりつけ医と訪問診療医の連携により、早期に介護保険サービスを利用できた事例

(概要) 80歳代、女性、高血圧、軽度認知症、一人暮らし

(経過)

夫の他界後、広い自宅で好きな本を読んで過ごし、外出はほとんどなし。高血圧のための定期的な通院はできていた。別居の家族が毎日薬の管理を行っていた。夕食は配食サービスを利用。本人は、自身の栄養不足を心配し、地域包括支援センターに相談していた。徐々に体力が低下し、通院が困難となった。高血圧の管理をしていた医療機関から訪問診療医に依頼があり、在宅療養が開始された。また、介護保険を申請し、リハビリサービスの利用が開始された。本人の体力が回復し、近所に買い物に行けるまで回復した。

(本事例で達成できていること)

- ・家族による服薬管理、サービスの利用等、見守り体制の確立

(本事例から見える課題)

- ・早期の介護保険サービスの利用
- ・栄養管理
- ・体力低下の予防
- ・地域包括支援センターの対応

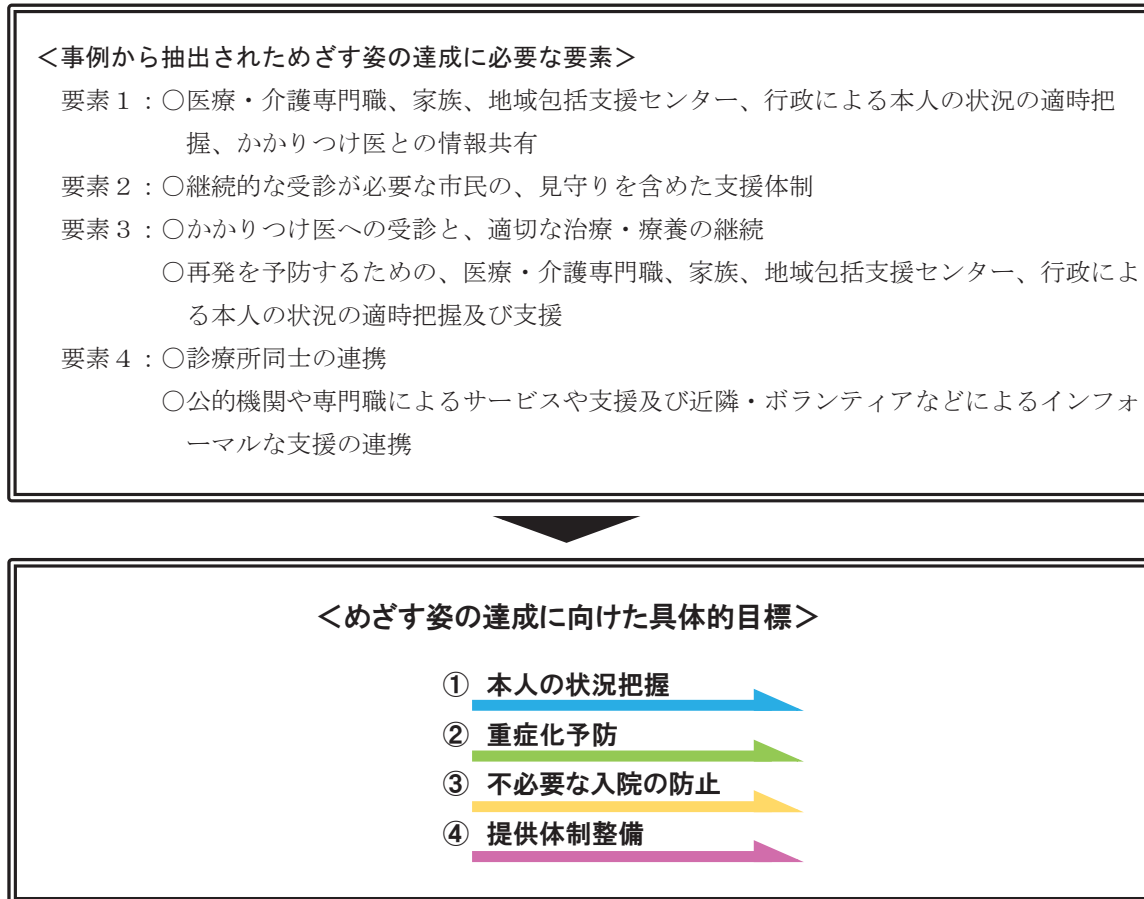
めざす姿の達成に必要な要素

- 医療・介護専門職、家族、地域包括支援センター、行政による本人の状況の適時把握、かかりつけ医との情報共有
- 診療所同士の連携

出所) 国立市地域医療計画 (2019年3月)

これらの事例について作業部会メンバーで検討を重ね、「めざす姿の達成に必要な要素」を抽出した。その結果の一例を図表 3-2 に示す。

図表 3-2_事例から抽出された日常療養支援の「めざす姿の達成に必要な要素」



出所) 国立市地域医療計画 (2019 年 3 月)

さらに、具体的目標として①本人の状況把握、②重症化予防、③不必要な入院の防止、④提供体制整備という4つを設定した。いずれの要素も、かかりつけ医機能との関連が深い。

(4) 市民がかかりつけ医に期待していることとは何か

1) 市民アンケートからわかったこと

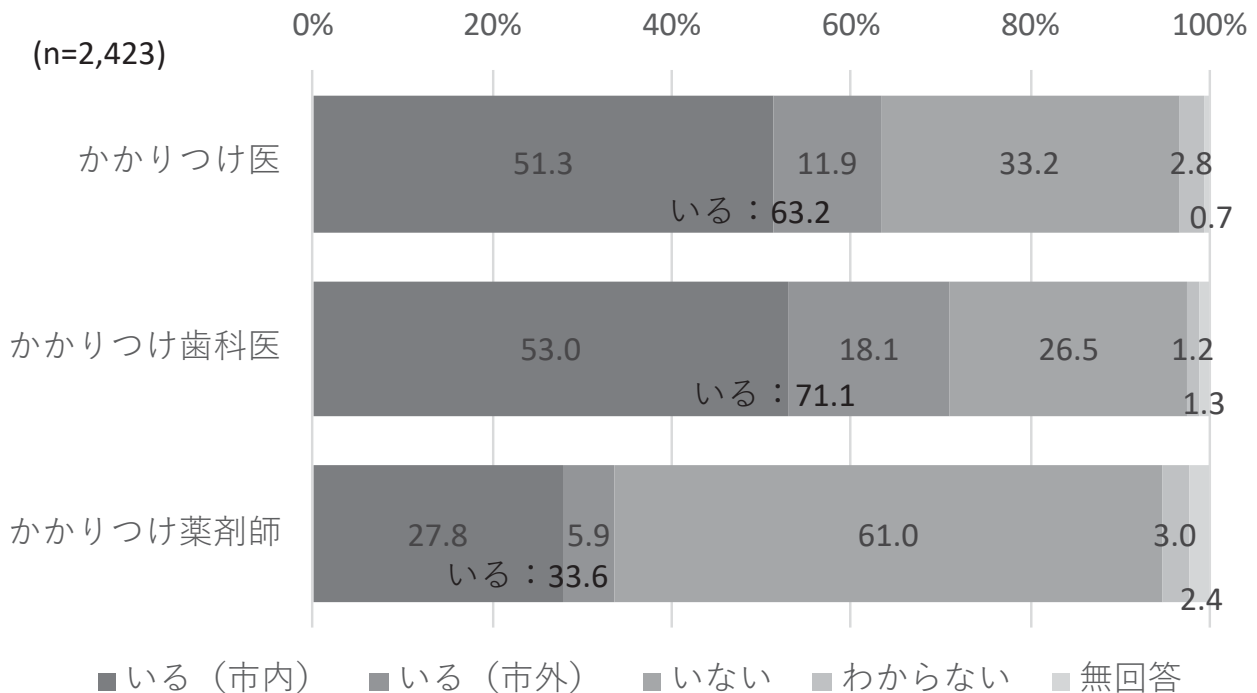
地域医療計画の策定に先立ち、市民の意識やニーズの充足状況を把握するため、2018年2月に、以下の4つの調査を実施した。

- (1) 市民アンケート調査 (40歳以上の市内在住者 5,154人を対象、回収数 2,423人)
- (2) 在宅療養に関する介護支援専門員調査 (国立市内の介護支援専門員及び当該介護支援専門員が担当している利用者の介護者を対象。介護支援専門員 23人、介護者 31人から回答あり)
- (3) 医療機関調査 (市内の病院・一般診療所・歯科診療所・薬局を対象。病院・一般診療所 51、歯科診療所 49、薬局 28から回答あり)
- (4) 介護保険施設調査 (市内の介護老人福祉施設・介護老人保健施設を対象。介護老人福祉施設 2、介護老人保健施設 2から回答あり)

この中から、かかりつけ医に関連する主な結果を紹介する。

まず、「あなたにはかかりつけ医／歯科医／薬剤師がいますか」という質問に対して、「いる」と回答した市民の割合は、「かかりつけ医」が63.2%、「かかりつけ歯科医」71.1%、「かかりつけ薬剤師」33.6%であった。

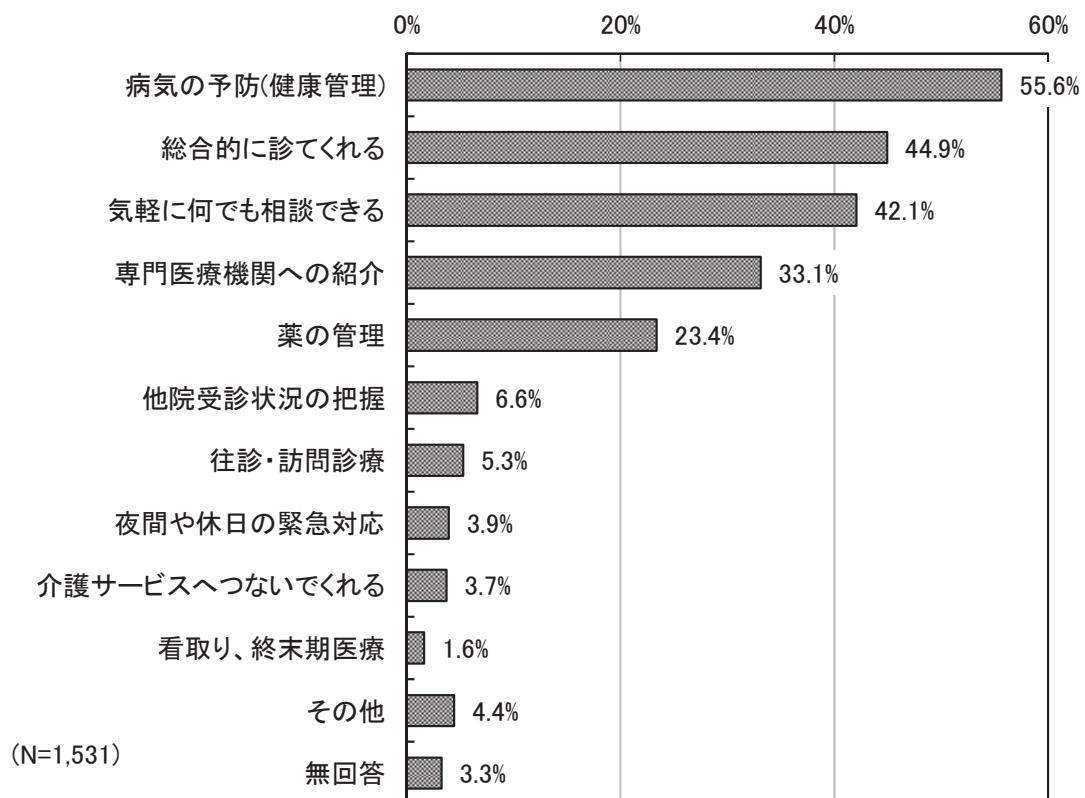
図表 4-1_かかりつけの有無 (n=2,423)



出所) 国立市地域医療計画 (2019年3月) に基づき著者作成

かかりつけ医が「いる」と答えた人に、かかりつけ医が行ってくれることを複数回答でたずねたところ、「病気の予防（健康管理）」が55.9%で最も高く、続いて「総合的に診てくれる」44.9%、「気軽に何でも相談できる」42.1%の順であった。かかりつけ医は、その人の全体を見てくれる存在という位置づけで認識されていることがうかがえた。

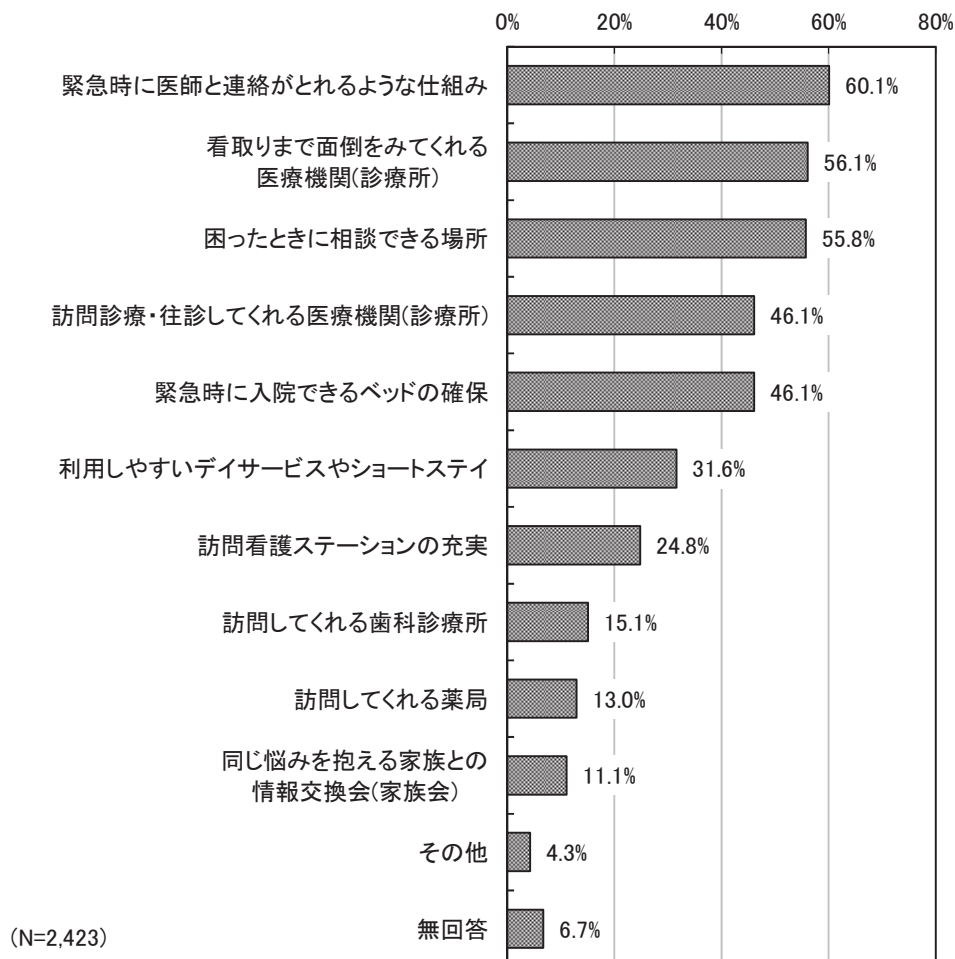
図表 4-2_かかりつけ医が行ってくれること (n=1,531)



出所) 国立市地域医療計画 (2019年3月)

在宅療養生活の実現に必要なことを複数回答で尋ねると、「緊急時に医師と連絡がとれるような仕組み」が60.1%、「看取りまで面倒をみてくれる医療機関」56.1%、「困ったときに相談できる場所」55.8%の割合が特に高く、日頃の支援と併せて、「もしもの時の安心」がかりつけ医へのニーズとして高いことがうかがえた。

図表 4-3_在宅療養生活の実現に必要なこと (n=2,423)



出所) 国立市地域医療計画 (2019年3月)

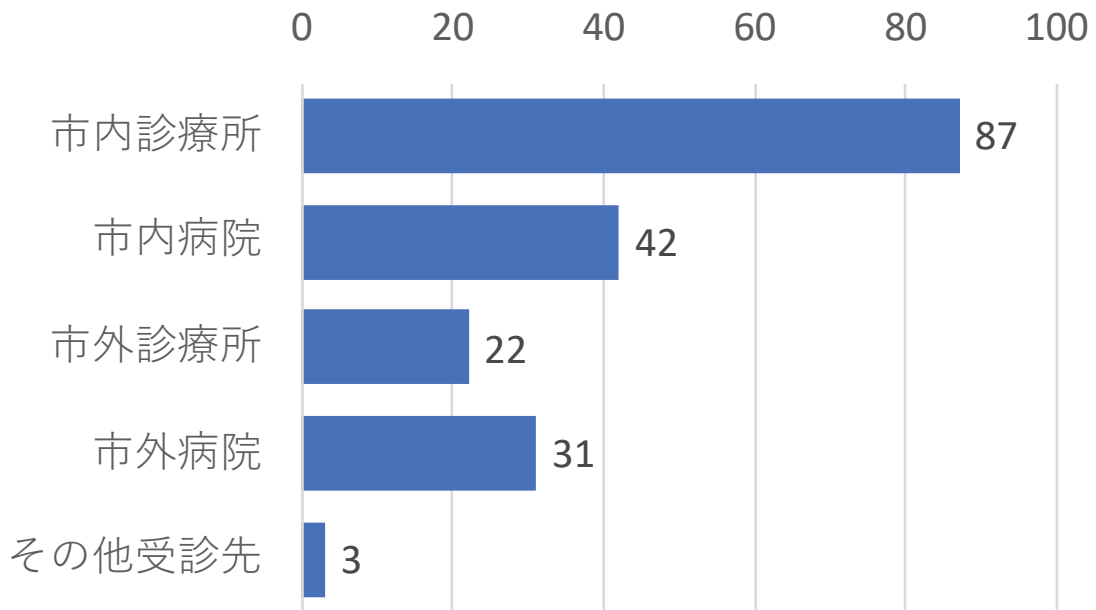
以上から、国立市においては、住民ニーズに応えるための医療提供体制の一部をかりつけ医（主として診療所）が担っていることが把握された。

国立市では、2019年3月の地域医療計画策定後、2019年9月～12月にかけて、市民への広報・啓発活動を目的に、月1回ペースの勉強会・市民意見交換会を定期的で開催しているが、この機会を利用して、かりつけ医機能に関する意識やニーズを把握する簡易アンケートを実施した。

回答者は、これら勉強会に参加いただいた10代～80代以上の165人である。

定期的な受診状況を聞いたところ、医療機関を受診している人の割合は56.3%、受診先で最も多かったのは国立市内の診療所であった。

図表 4-4 アンケート回答者の最近1年間の受診先 (n=158)



出所) 国立市地域医療計画推進に向けたアンケート (2019年)

ここで、市民の、かかりつけ医への期待に関連した集計結果を示す。

回答者が「医師に確認していること」「医師に伝えていること」「医師に相談していること」を複数回答で尋ねた結果を年代別に集計した。医師に確認している内容では、「病気の症状について」を挙げた割合が各年代で最も多かった。また、「受けた医療の内容」や「今後の治療の見通し」について医師に確認している割合は、30-40代で比較的高かった (N数が小さいため参考値)。

医師に伝えている内容については、「治療についての希望 (痛みを少なくしたい、仕事に支障ないようにしたいなど)」「普段の生活環境について (仕事のこと、家族のこと、経済的なこと、自宅の環境など)」を挙げた割合は各年代で高く、治療の希望については60-70代でやや高めであった。「生活の希望や目標 (なにかをできるようにになりたい、旅行にいきたい など)」について伝えている人は70代以上で40%前後みられた。

医師に相談したい内容としては「病気関連の不安について」「今後どう療養したらよいかについて」を挙げた割合が各年代で高かった。また、「自分や家族の生活」「家族の健康」について相談したい人の割合は30-40代でやや高かった (N数が小さいため参考値)。

図表 4-5_年代別にみた医師への確認・伝達・相談内容

年代別・医師に確認している内容

	20代 (N=2)	30代 (N=3)	40代 (N=5)	50代 (N=16)	60代 (N=28)	70代 (N=42)	80代以上 (N=41)	合計 (N=137)
病気の症状	100%	100%	100%	81%	89%	81%	66%	80%
受けた医療内容	100%	67%	80%	44%	54%	52%	46%	52%
治療の見通し	50%	67%	80%	56%	43%	50%	24%	43%
その他	0%	33%	0%	6%	0%	5%	15%	7%

年代別・医師に伝えている内容

	20代 (N=2)	30代 (N=3)	40代 (N=4)	50代 (N=15)	60代 (N=26)	70代 (N=36)	80代以上 (N=35)	合計 (N=121)
普段の生活環境	100%	67%	25%	73%	58%	61%	43%	56%
治療の希望	50%	100%	100%	47%	73%	61%	43%	59%
生活の希望や目標	0%	33%	50%	40%	19%	42%	37%	35%

年代別・医師に相談している/相談できる内容

	20代 (N=2)	30代 (N=3)	40代 (N=5)	50代 (N=17)	60代 (N=27)	70代 (N=31)	80代以上 (N=31)	合計 (N=116)
病気関連の不安	100%	100%	60%	71%	81%	77%	68%	75%
どう療養したらよいか	50%	100%	40%	65%	41%	65%	48%	54%
自分や家族の生活	50%	67%	60%	18%	15%	13%	6%	16%
家族の健康	0%	33%	40%	29%	11%	10%	6%	14%

出所) 国立市地域医療計画推進に向けたアンケート (2019年)

(5) 今後に向けて

今後、医療・介護・生活支援に対する包括的ニーズを有する一方で、入院や死亡リスクも高い85歳以上高齢者が2040年まで急増する。

こうした高齢者が、住み慣れた地域のなかで、「尊厳も持って自立した生活が継続できる状況を作ること」が、医療・介護関係者には求められるが、これを実現するためには、

- ① 本人が抱える多様な課題(健康課題、生活課題)を包括的に捉えること
- ② 多様な手段を組み合わせ、課題解決を図っていくこと

が必要となる。医療・介護専門職は、ICFで言えば、健康面、機能面、活動面に対するアセスメントや対策には精通しているが(標準化された世界)、個別性の高く解決手段が多様化する要素(個人因子、環境因子)へのアプローチは苦手である。逆に、地域でソーシャルワーク的な活動を行っている専門職は、標準化アプローチは苦手だが、個別性への対応能力は高い人はいる。こうした異なる特徴を有する多様な関係者が、「尊厳を持った暮らしを支える」観点から協働していくことが今後求められる。

では、こうした世界の中で、かかりつけ医に期待される役割とは何であろうか。

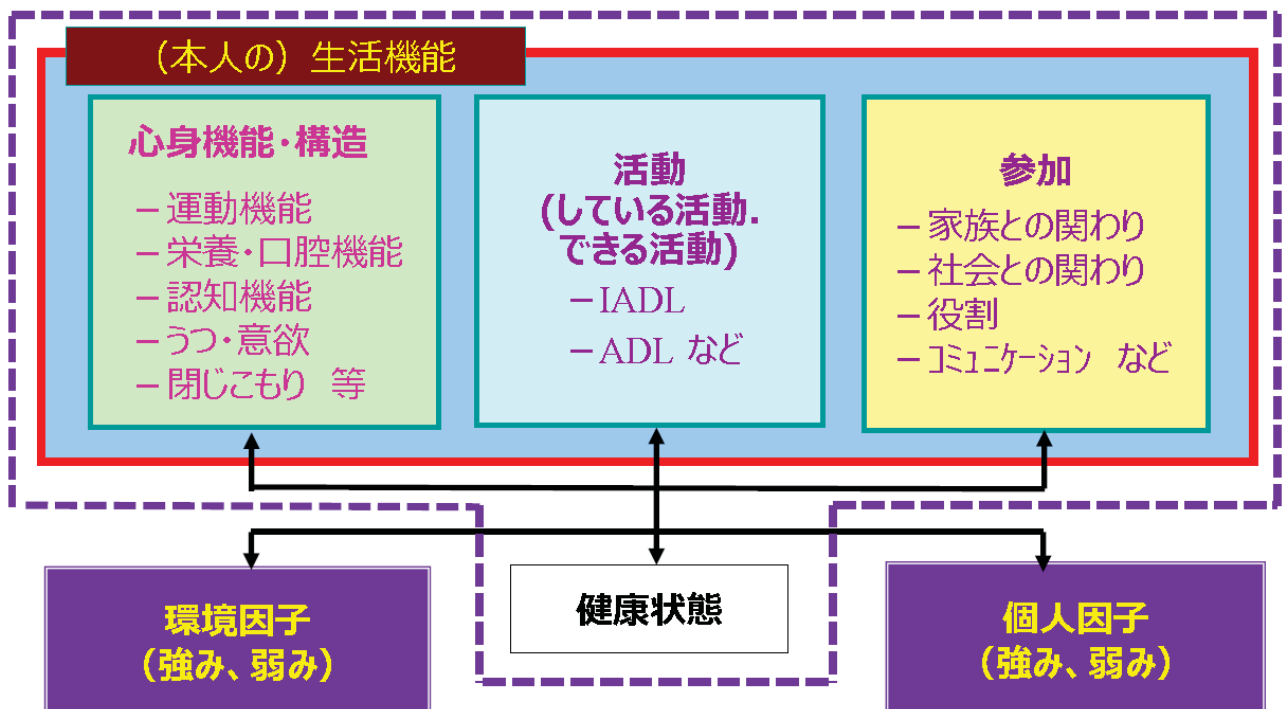
1つは、地域で活動する多様な医療職や介護職とのチーム活動である。「尊厳を持った暮らしを支える」ために、チームの動きを俯瞰しながら、目標の達成に近づくよう、直接的間接的に関係者に関与していくことが求められる。こうした活動を通じて、活動や参加を支えるリハビリテーション職や食べることを支える管理栄養士などの特徴を知ることでもできよう(学んでから知るのではなく、一緒に仕事をする中で、結果的に他の職種やその人に対する理解が深まる)。

もう1つは、生活課題の把握と関係者へのつなぎ役である。健康面に関する関与に対しては中心的役割を果たすべきであるが、地域資源を活用した生活課題の解決策に精通している訳ではない。その場合は、解決手段をより知っている地域関係者につなぐ役割が求められることとなろう。ただし、そのためには、本人が抱える生活課題を知る必要がある。そのための方法としては、①外来時の問診票を活用して、自ら把握を試みる、②本人に関わっている、ないし、そうした手法に慣れている地域包括支援センターや各種

コーディネーターから情報をもたらしておくなどの手段が考えられるが、いずれにしろ、地域関係者との双方向での情報のやり取りが必要となる。これを現場レベルで行っていくためには、新たに何かの仕組みを導入するよりも、現行の仕組みをうまく活用する方が現実的である。その一例として、「居宅療養管理指導」、ないし、「主治医意見書の活用」などが考えられよう。

重要なことは、健康面と生活面の状況をかかりつけ医が知ることであり、また、地域資源とのつながりを深めることであるが、そのためには、診療所の多職種（事務職員も含む）が連携して機能を発揮すること（＝診療所機能）を促すことも重要と考える（より機能を発揮できる人がその機能を担う仕組みの構築が必要）。

図 5-1_ICF の概念図



出所) ICF 国際生活機能分類 (中央法規出版, 2002) に基づき著者作成

第2章 医療機関等を起点とする事例（概要）

わが国においてかかりつけ医等（診療所・病院）が患者の多様なニーズを地域の多様な社会資源に橋渡ししている先進事例について、委員会・作業部会メンバーから情報収集を行い、全国から地域・人口密度・他の社会資源の状況・医療機関の規模等に留意して11事例を選定、2019年8月～2020年1月にかけて作業部会メンバーにより、訪問調査（ヒヤリング）を行った。

訪問調査の目的は、取組みの経緯・実態と課題を把握することであり、調査協力機関概要、社会的処方にかかわる取組みの概要（社会的処方の必要を感じた患者の割合、社会的処方のニーズのアセスメント、リンク機能、地域の資源、社会的処方の意義、より充実させていくために求められること）に加え、多く見られる課題と社会的処方にかかわる典型的な事例または印象に残っている事例を聴取した。

個別調査報告の詳細は、巻末資料に掲載している。調査項目に沿って各事例報告を縦覧することで、地域や機関の特性も含めて、それぞれの取組みの具体をイメージしやすいと思われる。国内における社会的処方の概念整理については発展途上であること、系統的な手法による事例調査ではないことから事例を比較対照した形での整理はあえて行わず、ここでは、各機関がどのような背景によって社会的処方にかかわる取組みをはじめることとなり、それによって患者・地域、そして調査対象機関がどのような意義を感じているか、概ねどのような手順ですすめているか、取組みの充実に向けて求められることについて、11機関の回答の傾向を概観しておくこととする。

2-1. 多く見られる課題等

多くみられる課題等としては、経済的困窮や社会的孤立といった課題はほとんどの事例において語られていた。さまざまな課題に対して支援を組み立てていく際に窓口となるような人物（いわゆるキーパーソン）が当該世帯内外にいない場合（高齢者の独居、老老世帯、精神疾患等で判断能力に課題がある場合、いわゆる8050問題など）についても多くの言及があり、虐待やアルコール依存といった具体的な問題が複合的に絡む事例も語られた。今回の事例調査においては要介護高齢者に関わる課題が多く語られたものの、産後うつや子育て中の苦悩といった子育て世代の課題、高校中退者などの若者世代の課題に関する言及もあった。

またこれらの課題のうち、特に対応が難しいと感じられる患者・世帯については、公的な制度（生活保護、成年後見、介護保険など）の狭間にある人、パーソナリティ障害があるように感じられる人が当該世帯内にいる場合などが語られていた。

2-2. 社会的処方の意義

患者にとっての意義として特に多く語られたキーワードは、「普段からかかっている関係性（継続性）」のもとで「何でも相談できる（包括性）」という、かかりつけ医やプライマリ・ケアの基本概念に関することであった。保健・医療・福祉の諸課題について、相談に乗り解決に結びつけていくことを通じて、患者の生活の質（QOL）全体を向上させることができると考えられていた。

調査対象機関にとっての意義としては、患者・住民・地域のためになるという公益的視点が多く語られた一方で、職員のやりがいや過重労働の軽減に関するコメントも聞かれた。地域内における自組織のプレゼンスが向上することによる経営的なメリットに言及する者もいた。

社会的処方地域にとっての意義については、地域力・ソーシャルキャピタルの向上といった言及が多く聞かれた。

2-3. 社会的処方の進め方

既往文献に示された社会的処方の構成要素²を参考にして、(1) 医療機関職員等が患者の多様な課題を認識・アセスメントする段階、(2) 当該社会的課題を地域資源へと結びつけていく段階 の2つの段階について、調査で聞かれた内容を概説する。

(1) 医療機関職員等が患者の多様な課題を認識・アセスメントする段階

まず、社会的な課題を認識する段階では、医師や看護師がその機能を担っているという回答が多く見られた。ソーシャルワーカーについては、病院の場合だと多くの場合中心的な役割を担う場合が多かったが、診療所の場合はそもそも雇用されていない場合が多い状況であった。受付等の事務職、あるいはあらゆる職員が発見機能を担うというコメントもあった。

また、課題を認識するための系統的なツールの使用については、多くの機関では何も使われていない状況だった。少数であるが、CGA（高齢者総合機能評価）³、受診時の情報収集用紙（アナムネーゼなど）を使うという回答もあった。なお、事例調査とは別で情報収集を行った苫小牧病院の「ソーシャルバイタルサイン」、宇都宮市医師会の「SDHに関する問診票」（いずれも巻末資料に掲載）も課題認識のツールとして利用できると思われる。

(2) 課題を地域資源へと結びつけていく段階

課題を地域資源へと結びつけていく機能を担う職種としては、(1)の段階と同様、自施設職員の中では、看護師、医師、ソーシャルワーカー、事務職といった回答が寄せられた。一方、自施設以外でその機能を担う機関としては、地域包括支援センター、社会福祉協議会、市町村行政、介護サービス事業所などがあげられた。病院の場合はソーシャルワーク機能全般を担う相談調整部門・職種が存在することが多いと思われるが、診療所の場合はそのような職員が雇用・配置されていないことが多い。地域包括支援センターや社会福祉協議会といった公的機関は全国に遍く存在し、かつ住民組織などの地域資源とのコミュニケーションも密にとっている場合が多いと想定されることから、地域の資源に結びつけていく機能をこういった機関と連携しながら担っていくことは、特に人員が限られる診療所では有効な選択肢の1つとなり得るだろう。

2-4. 社会的処方をより充実させていくために求められること

社会的処方をより充実させていくために求められることについては、まず各医療機関の取組みとしては、職員が医療だけでなく「生活」全体を見る視点・医療以外のニーズを排除しない視点を養うこと、そして行

² 澤憲明, 堀田聰子. (2018). 英国における社会的処方. 社会疫学と総合診療, Vol. 10, 138-144.

³ 「日本医療福祉生活協同組合連合会. (2012). 高齢者にやさしい診療所ツールキットの使い方: 導入マニュアル Ver.3.」に記載されているツールなどを使用。

政や住民組織も含めたさまざまな地域資源とのつながりを保って適切につなぐことができることがあげられ、また、職員・部署間の円滑なコミュニケーションが重要という指摘もあった。

仕組みとしては、医療機関単位ではなく地域単位の仕組みとすることが重要という指摘があり、「処方」という呼称について議論の余地があるというコメントも聴かれた。

2-5. 考察

患者がもつ多様な問題に対して社会的処方という手段・考え方を用いることによって、患者にとってどのような意義があるかという問いに対しては、「普段からかかっている関係性（継続性）」のもとで「何でも相談できる（包括性）」ことを通じて保健・医療・福祉の諸課題を解決に結びつけていくことができるという言及があり、これは江澤（2020）⁴による下記のかかりつけ医の機能に関する言説と一致する。

表. かかりつけ医の機能（江澤, 2020⁵より）

<p>かかりつけ医の機能には、医療的機能と社会的機能の二つの機能がある。医療的機能では、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、自己の専門性に基づき、医療の継続性を重視した適切な診療を行い、自己の範疇を超える様々な診療科にわたる広い分野において、地域における連携を駆使して、的確な医療機関への紹介（病診連携・診診連携）を行い、患者にとって最良の解決策を提供することとされている。また、<u>自らの守備範囲を医師側の都合で規定せず、患者のもちかける保健、医療、福祉の諸問題に、なんでも相談できる医師として全人的視点から対応することが求められている。</u></p> <p>一方、社会的機能においては、日常行う診療の他には、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行うこととされ、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療に理解を示すことが望ましいとされる。</p>
--

社会的処方をより充実させていくために求められることについても、医療機関職員が医療だけでない「生活」全体を見る視点・医療以外のニーズを排除しない視点を養うこと、行政や住民組織も含めたさまざまな地域資源とのつながりを保って適切につなぐことができること、といった言及があり、これらは、上記の江澤（2020）によるかかりつけ医の機能の「医療的機能」と「社会的機能」の2つと一致する部分が多い。すなわち、かかりつけ医としての機能を発揮していくことをつうじて、自然と社会的処方の充実もはかられていくものと思われた。

なお、今回調査対象となった11の事例に限っても、医療機関単位ではなく地域単位の仕組みとすることが重要という指摘、「処方」という呼称について議論の余地があるという指摘など、多様な意見が存在することから、各機関・各地域での運用については、今後とも協議を重ね、各地の実態に合ったあり方を考えていくことが必要と考えられる。

⁴ 江澤和彦. (2020). 認知症支援とかかりつけ医の役割. かかりつけ医のための認知症マニュアル（第2版）, pp106-110.

⁵ 江澤和彦. (2020). 認知症支援とかかりつけ医の役割. かかりつけ医のための認知症マニュアル（第2版）, pp106-110.

第3章 文献調査を通じた社会的処方概念整理と現状把握

(西岡大輔)

3-1. 背景

医療機関において、住居、所得、教育歴、社会関係など、患者の社会背景を把握し対応することの必要性は繰り返し主張され、特に「生物心理社会アプローチ」や「患者中心の医療の方法」を実践するプライマリケアの現場において重視されてきた^{1,3}。これらの社会背景によって、患者の健康状態が異なることや疾病の治療アドヒアランスが異なることが明らかになってきている⁴。そのため、医療従事者に対しても、患者の社会背景を評価し、疾病だけでなく、疾病を引き起こすまたはケアの障壁となる社会的なリスクに対しても対応することが推奨されている⁵。

近年、医療機関や地域の公的機関あるいは地域住民が、健康の社会リスクを抱える患者を把握して、福祉的なケアや社会参加の場等を紹介したり、本人のセルフケアの力を高めたりするような支援を行う「リンクワーカー」へと紹介し、患者の well-being の向上を目指す活動である social prescribing（以下、暫定的に社会的処方と直訳をつけ表現する）が注目されている^{6,9}。特に英国では、保健省 (Department of Health) や英国保健サービス (National Health Services: NHS) がそのような活動を推奨し、政策提言するなどの積極的な動きがみられるが、誰にどのように社会的処方を実施し、どのように評価するかに関しての指標はなく、また、効果に関してもエビデンスは乏しいのが現状である^{6,10}。

そこで本稿では、社会的処方に関する国外の文献をレビューし、国外における社会的処方の実践について実施方法などの特徴やその効果をまとめ、報告することを目的とした。

3-2. 方法

PubMed を用いて、“social prescribing” “social prescription” を検索した（検索日：2020年1月31日）。特に、社会的処方を推進するエビデンスがまだ乏しいことが報告された2017年のBickerdikeら(2017)による系統的レビュー¹⁰と、西岡ら(2020)による社会的処方の文献レビュー⁶の検索日（2017年6月）以降に新たに出版された論文から、医療機関で実践されている社会的処方のプロジェクトの効果を評価した原著論文を精読した。それらの論文から、1) 医療機関が患者のどのようなニーズを対象とし、2) 医療機関が患者のニーズをどのような方法で捉え、3) 医療機関が患者をリンクワーカーへどのように紹介し、4) 紹介を引き受けたリンクワーカーがどのように対応し、5) その結果患者に提供される社会資源にはどのようなものがあり、6) 社会的処方の効果をどう評価したか、という項目に分類しまとめた（表、巻末資料3）。

3-3. 結果

87件の論文を抽出した。そのうち、社会的処方のプロジェクトを評価しているものは11件であった¹¹⁻²¹。9件が英国（イングランド）で、1件がスコットランド、1件がオランダで実施されていた。それぞれ対象となった患者の背景要因は、精神疾患や、糖尿病や慢性閉塞性肺疾患等の慢性疾患、孤立・孤独の経験者、頻回受診者などであった。いずれのプロジェクトもこれらの背景因子を抽出するツールについては言及しておらず、どのように選択基準に加えられているかについては general practitioner（家庭医・総合診療

医) や practice nurse (診療看護師) が患者の利益になると考えた患者と記載されており、明確な基準は不明であった。いずれも患者の多様なニーズをアセスメントし、適切な社会資源につなげる役割を果たすリンクワーカーが存在した。リンクワーカーの特徴や役割については、複数の論文が言及していた。たとえば、行動変容を促す動機づけ面接などの対人援助技術を学んでいる専門職であったり、患者にとって適したリンクワーカーを配置するために専門職以外の地域住民がリンクワーカーとして採用されている事例もあった。提供されていた社会資源は芸術活動や身体活動、社会活動等多岐に渡っていた。効果の評価は量的なものや質的なものがあり、いずれも患者の well-being や QOL に主眼を置いていた。効果としては、対照群を置かない前後比較による評価がほとんどであり、必ずしも社会的処方の効果とは言えなかったが、well-being 尺度の改善が複数の研究で認められた。

3-4. 考察

文献レビューの結果から、以下のことが明らかになった。まず、社会的処方は、英国内の複数の地方だけでなく、英国外にも広がっていた。第二に、社会的処方の対象者は広いが、実施する患者を選択するツールなどは存在せず、対象者が general practitioner 等の主観で選択されていた。最後に、その効果に関してはいまだ頑健な評価はなく、前後比較で well-being 尺度の改善が見られたことや患者の自己肯定感が質的に得られたことなどで評価されていた。

本文献レビューは、先行研究で指摘された以降も頑健なエビデンスの構築には至っていない。しかし、社会的処方がエビデンスとしては十分ではない限界がある一方で、医療機関が患者の well-being の向上のために患者の多様なニーズを認識することに好意的な意見は多くみられる。たとえば、Alderwick ら(2018) は、英米において、医療機関が患者の社会的ニーズに対応する事例報告が増えていることに触れ、社会的処方(のような活動)についての研究論文や実証実験が増加していることは、各医療機関が、医療だけでは地域の住民の健康を向上することに限界があることを認めていることの証左でもあると述べている²²。本文献レビューでも、社会的処方を地域のプロジェクトとして実践する地域は増えてきていることがわかっており、今後大規模な実証実験等が実施される可能性がある。引き続き今後の研究結果にも注目していく必要がある。

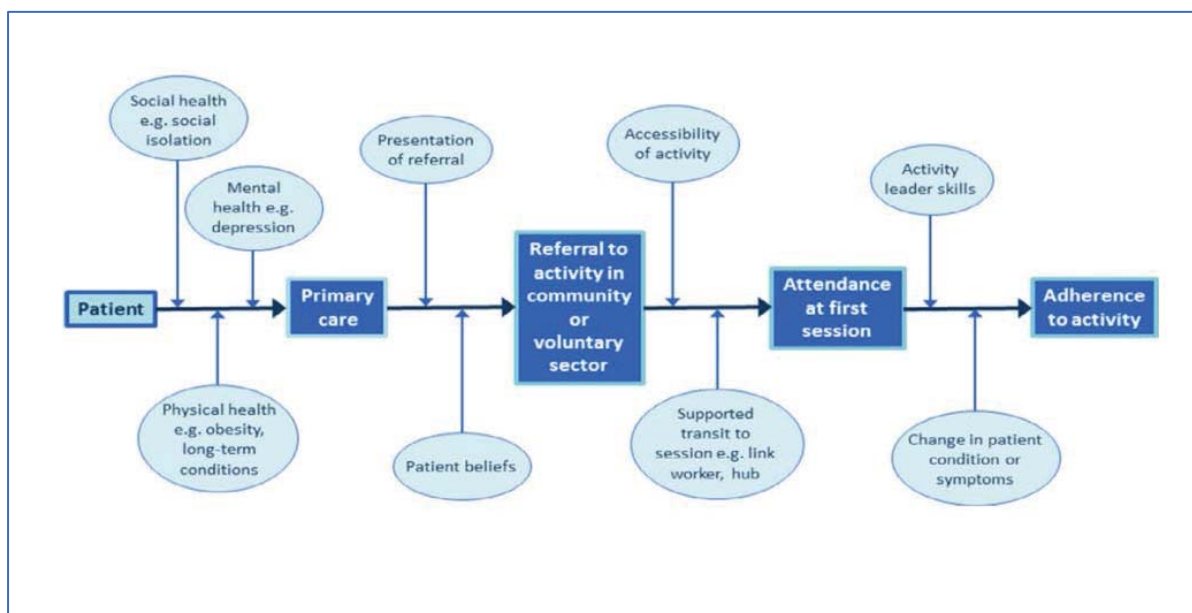
また、近年の社会疫学研究は、住民を地域社会につなげるような活動が患者の健康や well-being に役に立つことを示している。これには、社会的処方という呼称を使用していないが類似した活動が多く含まれている。たとえば、Fancourt ら(2020)は、9550 人の高齢者を対象に行った観察研究で、高齢者のコミュニティでのつながりや役割が認知症の予防に役立っていることを明らかにしており、その一つの方法として近年注目度があがっている社会的処方が活用できると述べている²³。

日本国内においても「社会的処方」という言葉の使用頻度が増えている。西岡ら(2020)によると、日本国内で健康の社会的リスクに対応するような医療機関の活動は多くなく、いずれも社会的処方という言葉を使用していない実践であった⁶。それ以降、たとえば、西(2020)は社会的処方研究所という組織を立ち上げ、地域と連携して孤独な地域住民につながりを処方するなどの実践事例を紹介し、書籍にまとめている²⁴。一般財団法人オレンジクロスでは、日本版「社会的処方」のあり方検討事業(仮題)を進め、委員会を開催し日本での社会的処方の推進に向けた可能性や課題を検討し、白書や報告書としてまとめている²⁵。宇都宮市医師会は、医師会として地域の患者の社会的ニーズに対応できる医療機関の取り組みを目指し、患者の社会的ニーズを把握するようなツールの開発、宇都宮市内の地域社会資源のマッピング、不足している

社会資源の開発を進めている²⁶。このように、医療機関が主体となり地域と共に患者の well-being を創っていくような活動に関して、質的にその活動が進められていくプロセスを記述することは、今後社会的処方概念を一般化するのに役に立つだろう。

社会的処方を国内で実践する場合にはいくつかの課題がある。まずは、誰に社会的処方を実践するのかを明らかにすることである。そのように誰に社会的処方を実践するのかの選択基準を明らかにすることで、社会的処方の効果が評価できる。第二に、社会的処方の実践には社会資源の開発も重要である。社会的処方では地域に患者の多様なニーズに対応できる資源が十分に存在しているときにのみ効果的であることも指摘されており²²、対応策が存在しない患者の状態に対するスクリーニングは非倫理的である²⁷。そのため、保健・医療・介護・福祉・地域社会の十分な連携と地域の社会資源の把握が重要である。第三に、頑健な方法での効果検証も重要である。いまだ社会的処方のエビデンスは確立されていないため、エビデンスを創生していく研究が求められる。社会的処方には医療従事者および患者自身による多様なニーズの認識、紹介、リンクワーカーによる面談（ソーシャルワーク）、社会資源への接続、伴走的な支援など、複数のプロセスがあることが示されている（下図）²⁸。社会的処方のどのプロセスが患者の well-being に寄与しているのかを明らかにすることも重要である。最後に、本文献レビューは医療機関が実施する社会的処方についての文献を収集したが、社会的処方の実践者は医療機関のみとは限らない。コミュニティですでに実践されている「つなぐ」活動にも注目し、国内の実施においては概念を整理する必要があるだろう。

図：患者が社会的処方を受けるプロセスとそのプロセスに関連する要因のフロー（文献 28 より引用）



表：文献レビューの結果得られた 11 件の論文の特徴：社会的処方の実施方法とその効果

著者・年	国	SPのプログラム名称	研究デザイン・論文の種類	研究の対象	対象者数	医療機関がSPの対象とした患者の背景因子		医療機関がSPの対象となる患者の背景因子を抽出する方法
						者の背景因子	方法	医療機関からリンクワーカーへの紹介の方法
Hassan, 2020	英国	Life Rooms social prescribing (North West Coast)	質的研究	若年成人で、精神疾患で通院している患者	18人、6グループ	精神疾患	記載なし	外来からLife Roomsというワンストップで紹介
Wildman, 2019	英国	Ways to Wellness (Newcastle upon Tyne)	質的研究	僻地地域に住む成人～高齢者	24	精神疾患、社会的孤立	記載なし	LWで紹介（GP、自身、ハブとなる機関いずれも）
Sumner, 2019	英国	Art on Prescription (Gloucester)	観察研究（量的）	社会的処方を受けた患者（ただし、研究対象者の選択基準は明記なし）	1297	明記なし	記載なし	GPからLWで紹介
Peschery, 2019	英国	Luton Social prescribing programme	観察研究（量的）	18歳以上の2型糖尿病・COPD・軽症～中等症の精神疾患の罹患者またはハイリスク者、孤立や孤独の経験者、介護者	63	左に同じ	記載なし	GPからLWで紹介
Mercer, 2019	スコットランド	The Glasgow Deep End Links Worker Programme	クラスターランダム化比較試験	超僻地地域に住む、成人	980	左のうち、GP/Practice nurses が、SPの提供が患者の利益になると考えた間	記載なし	GP/Practice NurseからLWで紹介
Elston, 2019	英国	Well-being Coordination service (Devon)	観察研究（量的）	50歳以上、2つ以上の慢性疾患を有する患者	82	左記のうち、社会資源の利用が効果的と考えられた者	記載なし	GP、コミュニティの支援部門、Secondary Careの退院支援員、ボランティア、Housing StaffがLWで紹介
Kellezi, 2019	英国	English East Midlands	混合研究	外来に通院している慢性疾患患者で、孤独を感じている人	19人の患者、7人のGP、3人のリンクワーカー	左記のうち、社会資源の利用が効果的と考えられた者	記載なし	指定された社会的処方に関心があるGP（Designated social prescribing advocate GP）が上記に該当した患者をリンクワーカー（health coach, link worker）で紹介する。紹介方法の詳細は記載なし。
Heijnders, 2018	オランダ	Welzijn op Recept programme	質的研究	心理社会的要因で頻回受診する患者	10	孤独、眠れない、心配ごとが多い、鬱々としている、多くは背景に引越しや失業、体調不良、死別などのイベントを経験	記載なし	Nieuwegein内の4診療所からGP、理学療法士、assistant practitioner、心理士が紹介できる。社会的処方箋を発行し、プログラムを説明の上、LWとつないでもいいかの許可をとる。承諾した場合には、LWに電話やメールで通知する。LWは、患者と都合の良い日を合わせ、1時間の初回面談を実施
Woodall, 2018	英国	Northern England（プログラム名・地域不明）	観察研究（混合）	社会的処方を受けた患者（ただし、研究対象者の選択基準は明記なし）	342/26	明記なし	記載なし	個人、GP、ヘルスセクター、ソーシャルケアなどさまざまな経路から紹介できる。電話または対面でLWが面談する。
Thomson, 2018	英国	Museums on Prescription (London)	観察研究（量的）	65-94歳の認知機能が低下していない高齢者	115	社会的孤立、就労していないこと、参加の場がないこと	記載なし	記載なし
Carnes, 2017	英国	City and Hackney CCG, England	観察研究（対照あり）	頻回受診者・社会的孤立者（ただし、緊急な状況やコントロールできない精神疾患や薬物依存等の患者を除く）	486	左に記載しており、GPが効果的だと考えたもの	記載なし	22箇所のGP診療所が上記に該当した患者をリンクワーカー（Social prescribing coordinator）で紹介する。その後、診療所で初回面談する。どのように紹介するかについての記載はなし。

GP: general practitioner, SP: Social prescribing

表：文献レビューの結果得られた 11 件の論文の特徴：社会的処方の実施方法とその効果（つづき）

著者・年	国	LWの特徴/役割	SPを受けた患者に提供された 社会資源	SPの効果の 評価尺度	効果・結果	結論
Hassan, 2020	英国	特記なし	mental health facilitator, チャ プレン, ボランティアなど	質的研究	半構造化フォーカスグループインタビュー	SPのニーズや利益が精神疾患患者にはあ り、疾病負荷軽減につながるうる
Wildman, 2019	英国	行動変容に関するト レーニング、動機づけ 面接、対人援助技術	体重管理グループ、福祉的権 利のアドバイス、芸術等の活 動、就労、ボランティア	Well-being Star	半構造化インタビュー	社会的孤立感の減少、セルフケアの改善。 ただし、さまざまな要因で支援を注視でき ない。長期間のサポートが必要
Sumner, 2019	英国	明記なし	芸術活動への参加	プログラム への参加頻 度、Well- being尺度	参加やプログラムへの従事やWell-beingの 変化を結果変数とした、回帰分析	開始当初のWell-being尺度が高いほうが、 継続的に参加できる Well-beingが低い人 に対する追加的なサポートが必要
Pescheny, 2019	英国	非医療ニーズのアセス メント、動機づけ面 接、継続的なサポー ト、非医療資源へのつ ながりづくり、健康や well-beingの向上	第三者機関が提供している サービス 例) 身体活動、社会活動、ク リエイティブな活動など	SWEMWBS	対照群をおかない前後比較。精神衛生尺度 (短縮版Warwick-Edinburgh mental well- being scale WEMWBS) の改善	潜在的に、SPを受ける人の精神衛生の改 善につながる可能性がある
Mercer, 2019	スコット - ランド		散歩のグループ、負債管理サ ポート、福祉的権利のアドバ イス、薬物・飲酒マネジメン トサポート、昼食会、仲間づ くりの会、工作、死別後のサ ポートなど	EQ-5D-5L	QOLの変化量を結果変数とした重回帰分析 の結果で、群間に差はなかった。サブ解析 ではLWIに会う回数が多いほど、数値がよ かった	刺戟地域においてLWとの面談はQOLを高 める可能性があるが、逆因果の可能性もあ る
Elston, 2019	英国	患者のストレスの把握 12週間のサポー ト (全人的サポート: コーチング、社会経済 的サービスや医療サー ビスへのアクセスへの ナビゲーション)	各患者の全人的なアセスメン トに合わせて提供	Well-being Star	対照群をおかない前後比較。Well-being starの改善	LWが全人的にケアすることで、患者に とってのキーパーソンとなり、ケアの持続 性と孤立の減少、介護者の支援が可能とな るが、より精緻な分析が必要
Kellezi, 2019	英国	紹介を受けた先の診療 所で患者と初回面談す る。患者のニーズをア セスメントし、セルフ ケアの指導、地域の サービスへの紹介、紹 介後のフォローアップ を行う。	第三者機関が運営する活動: 例) スポーツクラブ・運動教 室・社会活動・音楽やアート 教室・学習教室・教会・信仰 の場・疾病のピアサポート、 など	ULS-8 (孤 独感尺 度)、GPへ の受診回数	地域への所属感 (community belonging) の向上→孤独感(ULS-8)の減少→診療所へ の受診回数の減少	社会的な治療(social cure)によって、SPの 効果をできる。つまり、地域への所属感や 連帯が増し、孤独が解消されることでpが 少なくなると考えられる
Heijnders, 2018	オランダ	患者のストレスの把握、生活上の課題や 障壁の把握、自己肯定 感や自己効力の改善、 社会への包摂を促す。	ボランティア、社会活動、料 理教室、ビンゴ、修理会、	質的研究 量的評価な し	半構造化インタビュー	患者はGPらが発行する社会的処方箋を信 頼しており、リンクワーカーに感謝し、主 観的健康観や自己肯定感、前向きさ、生活 のコントロール感の改善を経験していた。
Woodall, 2018	英国	さまざまな背景を持つ 人をLWとして採用して いる (年齢、人種、経 験スキル)	最大6セッションに参加でき る。心理カウンセリング、健 康カウンセリング、身体活 動、身体的・情緒的なサポー ト、金銭問題へのアドバイ ス、クリエイティブなグルー プなど	WEMWBS, EQ-5D, Campaign to End Loneliness Measureme nt Tool	左の評価尺度の変化量と、質問紙による孤 独や不安、社会的サポートん変化などを統 計的に検定。質的に半構造化インタビュー を実施。	mixed methodで分析した珍しい研究で、 wellbeingの向上につながっている可能性 がある。ただし、コントロール群をのいた り、さらなる分析は必要
Thomson, 2018	英国	記載なし	Museum-based programを10 週間	Museum Wellbeing Measure for Older Adults	MANOVAの手法により、介入前中後の3 度の比較を実施し、左の尺度の有意な改善 があることを明らかにした	Museumは高齢者にとって、心理社会的な wellbeingを高めるほうほうにある可能性が ある。他の・集団・場所での検証も望まれ る
Carnes, 2017	英国	患者の生活環境の把握、アクションプラン の作成、地域の組織や サービスへの紹介	地域の組織やサービス・ボラ ンティア団体による支援 例) 運動教室・料理教室・図 書館・信仰の場・卓球など。	well-being Star	介入8ヶ月後の健康・well-being尺度・不 安・抑うつなどの尺度に量的な変化はない が、質的には、well-beingが改善している ような患者の発言があった。	健康やwell-beingに与える影響は限定的。 医療機関への受診回数は減ったが介入効果 とはいえない (平均への回帰かも)

GP: general practitioner, SP: Social prescribing

3 - 5. 文献

1. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-136.
2. Stoeckle JD, Candib LM. The neighborhood health center--reform ideas of yesterday and today. *N Engl J Med*. 1969;280(25):1385-1391.
3. Thomas RF JBaCL. The second component: Understanding the whole person, section2- Context. *Patient-Centered Medicine transforming the clinical method 3rd ed*. 2014:89-106.
4. 阿部彩. 子どもの健康格差の要因. *医療と社会*. 2012;22(3):255-269.
5. Thomas S. Doctors for Health Equity. <http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/doctors-for-health-equity-world-medical-association-report>. 2016.
6. 西岡大輔, 近藤尚己. 社会的処方事例と効果に関する文献レビュー: 日本における患者の社会的課題への対応方法の可能性と課題. *医療と社会*. 2019;advpub.
7. 西岡大輔, 近藤尚己. 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*. 2018;30(1):5-19.
8. 澤憲明, 堀田聰子. 社会疫学に関連した取り組み・研究と総合診療 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*. 2018;10:138-144.
9. 堀田聰子. 【患者と地域を救う新時代の処方箋】 知っ得!手段 社会的処方. *治療*. 2018;100(1):44-48.
10. Bickerdike L, Booth A, Wilson PM, Farley K, Wright K. Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. *BMJ Open*. 2017;7(4):e013384.
11. Hassan SM, Giebel C, Morasae EK, et al. Social prescribing for people with mental health needs living in disadvantaged communities: the Life Rooms model. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):19.
12. Wildman JM, Moffatt S, Steer M, Laing K, Penn L, O'Brien N. Service-users' perspectives of link worker social prescribing: a qualitative follow-up study. *BMC Public Health*. 2019;19(1):98.
13. Sumner RC, Crone DM, Baker C, Hughes S, Loughren EA, James DVB. Factors associated with attendance, engagement and wellbeing change in an arts on prescription intervention. *J Public Health (Oxf)*. 2019.
14. Pescheny JV, Gunn LH, Pappas Y, Randhawa G. The impact of the Luton social prescribing programme on mental well-being: a quantitative before-and-after study. *J Public Health (Oxf)*. 2019.
15. Mercer SW, Fitzpatrick B, Grant L, et al. Effectiveness of Community-Links Practitioners in Areas of High Socioeconomic Deprivation. *Ann Fam Med*. 2019;17(6):518-525.
16. Kellezi B, Wakefield JRH, Stevenson C, et al. The social cure of social prescribing: a mixed-methods study on the benefits of social connectedness on quality and effectiveness of care provision. *BMJ Open*. 2019;9(11):e033137.
17. Elston J, Gradinger F, Asthana S, et al. Does a social prescribing 'holistic' link-worker for older people with complex, multimorbidity improve well-being and frailty and reduce health and social care use and costs? A 12-month before-and-after evaluation. *Prim Health Care Res Dev*. 2019;20:e135.

18. Woodall J, Trigwell J, Bunyan AM, et al. Understanding the effectiveness and mechanisms of a social prescribing service: a mixed method analysis. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):604.
19. Thomson LJ, Lockyer B, Camic PM, Chatterjee HJ. Effects of a museum-based social prescription intervention on quantitative measures of psychological wellbeing in older adults. *Perspect Public Health.* 2018;138(1):28-38.
20. Heijnders ML, Meijs JJ. 'Welzijn op Recept' (Social Prescribing): a helping hand in re-establishing social contacts - an explorative qualitative study. *Prim Health Care Res Dev.* 2018;19(3):223-231.
21. Carnes D, Sohanpal R, Frostick C, et al. The impact of a social prescribing service on patients in primary care: a mixed methods evaluation. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):835.
22. Alderwick HAJ, Gottlieb LM, Fichtenberg CM, Adler NE. Social Prescribing in the U.S. and England: Emerging Interventions to Address Patients' Social Needs. *Am J Prev Med.* 2018;54(5):715-718.
23. Fancourt D, Steptoe A, Cadar D. Community engagement and dementia risk: time-to-event analyses from a national cohort study. *J Epidemiol Community Health.* 2020;74(1):71-77.
24. 西智弘. 社会的処方: 孤立という病を地域のつながりで治す方法. 学芸出版社. 2020.
25. 一般財団法人オレンジクロス. 日本版「社会的処方」のあり方検討事業 (仮題) .
<https://www.orangecrossorjp/project/socialprescribing/indexphp>.
26. 下野新聞 SOON. 健康格差是正へ新組織 宇都宮市医師会が設立 貧困、孤立に「社会的処方」.
<https://www.shimotsukecojp/articles/-/187739>. 2019.
27. Garg A, Boynton-Jarrett R, Dworkin PH. Avoiding the Unintended Consequences of Screening for Social Determinants of Health. *JAMA.* 2016;316(8):813-814.
28. Husk K, Blockley K, Lovell R, et al. What approaches to social prescribing work, for whom, and in what circumstances? A realist review. *Health Soc Care Community.* 2020;28(2):309-324.

おわりに

かかりつけ医の機能には、医療的機能と社会的機能の二つの機能がある。医療的機能では、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、自己の専門性にに基づき、医療の継続性を重視した適切な診療を行い、自己の範疇を超える様々な診療科にわたる広い分野において、地域における連携を駆使して、的確な医療機関への紹介（病診連携・診診連携）を行い、患者にとって最良の解決策を提供することとされている。また、自らの守備範囲を医師側の都合で規定せず、患者のもちかける保健、医療、福祉の諸問題に、なんでも相談できる医師として全人的視点から対応することが求められている。

一方、社会的機能においては、日常行う診療の他には、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行うこととされ、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療に理解を示すことが望ましいとされる。

地域包括ケアシステムの構築にあたり、かかりつけ医の社会的機能が大きいと期待されている。既に、「地域貢献活動」が一部の診療報酬・介護報酬の算定要件に規定されている。

地域貢献活動とは、医療機関や介護事業所が住民対象として、健康づくり講座・介護者教室・介護予防講座等の開催、地域の町内会や公民館あるいは民生委員の会合等への出前講座、施設自らによる認知症カフェ等の定期的な集いの場の開催、住民向け医療介護相談窓口の設置等を行うことである。こういった取り組みは、全国各地域で広がりを見せており、住民からはたいへん歓迎されており、住民とのネットワーク構築への期待も高まっている。

現在、我が国の介護予防の取り組みとして、各地の住民主体の通いの場における取り組みをより効果的・継続的に実施するために、医療介護専門職等の連携や専門職の関わり方の議論がなされている。また、市町村が取り組む地域ケア会議やフレイル対策についても専門職の関与が期待されており、地域の随所で専門職が関わることによる取り組みの質の向上が期待されている。

要支援・要介護度の原因は、生活習慣病関連が5割、老年症候群関連が3割であり、脳卒中・認知症・フレイルで5割を占めるため、介護予防の取り組みでは、日頃の生活習慣や健康管理、基礎疾患のコントロールは重要な要素となる。通いの場にかかりつけ医が参加し、気軽に相談にのることにより、取り組みの質の向上が期待され、例えば、フレイル対策では、筋肉の負荷運動と必須アミノ酸摂取の二者同時介入のみに医学的成果が認められており、参加者との会話により日頃の運動習慣や食生活へのアドバイスも可能である。また、血圧計や体重計を持ち込むことにより、健診の受診推奨や食事療法の話題に楽しく花が咲き、内服薬の話へ発展し、時にはポリファーマシーのアドバイスにもなり得る。認知症カフェに認知症サポート医が順次訪れて、楽しく語り合いながら日常生活支援につながる事例も存在する。

もちろん、これらは、医療保険・介護保険とは異なるインフォーマルサービスであり、義務付けられているものではないため、かかりつけ医に時間的余裕があり、地域づくりへの参画したいという意思がある場合に貢献すべき取り組みである。一方で、かかりつけ医による地域包括ケアの推進には大きく期待が寄せられているのも事実であり、かかりつけ医しか出来ない取り組みが存在する。例えば、今は寝たきりや意識障害であっても、誰しも普通の暮らしをしていたお元気の頃があり、仕事に精を出したり、家族との団らんを過ごしたりされていたはずである。かかりつけ医が、そこに想いを馳せながら寄り添い、心が通じ合うことで住み慣れた地域での生活が実現するはずである。今度のお正月も来年のお花見も確実に約束できない方々が世の中には大勢いらっしゃる、その人らしい暮らしの実現や穏やかな大往生を創造すること

はかかりつけ医の大きな役割ではないだろうか。お一人おひとりの人生最期までの「尊厳の保障」、これこそがかかりつけ医の最大の使命なのである。

本事業では、「社会的処方」という新しい概念に注目し、今後に向けた基礎資料の収集を行った。社会的処方の機能は、上述したかかりつけ医の機能（医療的・社会的）と通じる部分があり、またその目指すところは、「尊厳の保持」や「自立生活の支援」といった、地域包括ケアの推進や共生社会の実現とも一致する。本事業における検討も踏まえながら、日本における社会的処方のあり方について、今後さらに整理をしていく必要があるだろう。

令和元年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
高齢者の社会的リスクに関する基礎的調査研究事業
検討委員会 委員 江澤 和彦
（日本医師会 常任理事）

参考 1. 会長就任挨拶 (「宇医会報」8月号, http://www.uma.or.jp/syakaishien_info.html)

1 宇 医 会 報 令和元年8月1日発行

会長就任挨拶



会長 片山 辰 郎

今年はすでに5月には気温が30度を超え、6-7月の降水量も例年より多いなど厳しい環境ではありますが、会員の先生方におかれましてはご健勝のことと存じます。

私はこの度6月21日の代議員会及び理事会におきまして3期目の会長職を拝命致しましたので、改めてご挨拶を申し上げます。

今期は、世間が我々のために何をしてくれるかではなく、我々が世間のために更に何が出来るのかという観点に立ち、医師会内に社会支援部を立ち上げました。

先生方にご理解を頂きたく、私がここに至る決断をした経緯をお話いたします。

まずは、このところ国が進める性急且つ強引な医療費抑制を目指す医療改革に疑問と不満を持ったのが始まりです。ご存知のように、小泉政権時にニューエコノミーと呼ばれる経済システムが導入され、かつて1億総中流社会と呼ばれた日本の経済状況はまるで個人勘定の様相で経済格差が拡がりました。この時に立ち上がった経済財政諮問会議には、公職のメンバーに企業の役員が加わり、事実上の政策決定会議に位置づけられました。現在も継続されており、現場には足を運ばずに資料を眺めながら数字合わせをし、シーリングを設けます。一方で、大企業の法人税は下がり、内部留保が大きく膨らんでいる状況には言及しない不思議な会議です。保険においても医科の点数を上げたと公表し、日本医師会もほぼ満足したという結果は、蓋を開ければ請求が困難なところが高配点の状況で、陰の作戦負けです。

しかし、医療費が下がることは最終的には良いことです。医師は病気という不幸にいやというほど接している立場上、心情的にも病人が減り、その結果医療費が抑えられることは、国と共通の考えとなります。

病気を川の流れに例えれば、現在は多くの医師が下流で待ち構え、病人を救っている状況です。また、予防医学で中流にある肥満、喫煙、多量飲酒、運動不足やストレス等に手を差し伸べ、病気にならぬよう頑張っている先生方もおられます。しかし、この中流にある因子を作り出している上流があることも確かです。この上流で川に人々を落としている不幸の源は社会の状況であり、個人の資質のみに原因を帰することは誤りです。具体的な要因は、経済的格差、教育不足、社会での孤立等であり、これが様々な病気の危険因子を生み出す元になっています。この分野は予防医学というより公衆衛生学に属するのかもしれませんが。例えば、経済的格差は母子家庭には多く、子供たちが孤食できちんと3食摂れずに割高である野菜や魚、肉が不足し、炭水化物を多くとる等栄養のバランスの乱れを生じてしまいます。健康教育を受けていなければタバコやドラッグに手を出してしまい、消化器や性感染症の発症を抑える知識を得ることが出来ません。運動をしなければ肥満や筋力低下となり、動脈硬化や心肺機能の低下をきたします。社会との関わりが無くなれば孤独で喫煙や多量飲酒に結びついたり、食事の偏りが生じたり、精神的ストレスの為免疫が低下し、感染症や癌の罹患率が高まる等社会的要因が病気の危険因子を惹起することが容易に想像出来ます。

本年、WHOの関連機関が幸福度ランキング2019を発表しましたが、日本は156か国中58位で、年々ランクを下げている状況です。この決定要素として、日本の健康寿命は世界2位にも拘らず、社会的支援や他者に対する寛容さが低いために大きく順位を下げているとのことです。正に我々が今後目指す市民のための社会支援は幸福度を上げることにリンクします。

周知のように、長野県においては若月俊一先生が中心となり、佐久地域より保健師による減塩、運動の促進、社会とのつながりを持つ指導が行われ、これを広めたところ50年という年月はかかりましたが、最も長寿県となり、高齢者の医療費が日本一抑えられるという、誰もが認める健康県となりました。

私はこの取組よりさらに高みを目指す、全世代に対

する対策を望んでいます。特に子供たちという多くが未病の世代に減塩、バランスの良い食事、腹八分目、危険な嗜好品を避ける、運動することを指導し、いじめ等の心の問題の解消を図りたいと思います。既に私がこの世に存在しない未来になると思いますが、健康都市宇都宮の確固たる地位を築くという夢を描いています。そしてこの考えを後押ししてくれたのが、村井邦彦理事、関口真紀先生を中心に若手医師、多職種で構成されたSDH(健康の社会的決定要因)の検討会です。患者と地域をつなぐための社会的処方考えが、自分の構想と結びついたため、これは医師会の中での1つの仕事として行っていくべきと考えました。これは性急で痛みを伴う医療改革ではなく、副作用の少ない医療費抑制政策に繋がると確信しております。今話してきたことはよりよく生きるために考えていることですが、もう一方で逆のベクトルですが、より良い死を迎えるにあたってはどうしたらよいのかという課題もACPの普及

を含め考えていきたいと思っております。

私は医師会の仕事をして15年目となりますが、多くの先生方が人々を幸せにすること、そのためには自分たちが関与する病気を減らしていきたい、という正に衣食足りて礼節を知る、真摯な心を持つ集団であると感じております。私が進めていることは、利潤追求を第一とする団体ではお叱りを受ける行為ではありますが、今後も会員の先生方の善意に甘え、仕事をさせていただきます。どうか、より良い未来になるように宇都宮市医師会が力を発揮出来ますよう、これからもご支援、ご協力を宜しくお願い致します。



参考2. 「健康格差」並びに『社会的処方』に関するアンケート結果

期 間：令和元年11月8日～令和2年1月6日

回 答：70名／617名（11.3%）

【回答内訳】

①性 別

男 性	58名（83%）
女 性	11名（16%）
その他	1名（1%）

②機関別

病 院	9機関（13%）
診療所	59機関（84%）
その他	2機関（3%）

③主な診療科目

内 科	36名（51%）	眼 科	3名（4%）
外 科	4名（6%）	婦 人 科	4名（6%）
整形外科	4名（6%）	精 神 科	1名（1%）
小 児 科	5名（7%）	心療内科	2名（3%）
耳 鼻 科	4名（6%）	麻 醉 科	2名（3%）
皮 膚 科	3名（4%）	そ の 他	2名（3%）

Q1. 過去1年における貴院の患者のうち、受診理由や主訴が患者の社会・経済的背景によるものであり、なんらかの支援の窓口につなげる必要を感じた患者は何パーセントくらいいましたか（直感でお答えください）。

0%	21名	5%	9名	25～30%	2名
～0.5%	6名	10%	5名	40%	1名
1～2%	13名	15%	3名	50%	1名
2～3%	5名	20%	1名	無回答	3名

Q1-1. それはどのようなニーズですか。具体的にご記入下さい。

(虐待)・児童虐待の可能性

(暴力)・自宅で暴れる子ども、青年を抱える母親からの相談

・暴力を受けている女性からの相談

(不登校)・不登校の子どもに関する親や祖父母からの相談

・不登校や引き籠り等に関する医療機関の紹介

(疾患)・精神疾患の母親 ・神経の障がい者がいる家族

・認知症高齢者（独居を含む）

- ・かかりつけ医のない精神疾患で受診拒否
- ・独居でアルコール依存の高齢者
- (経 済) ・ 貧困 ・ 金銭問題 ・ 生活保護 ・ 保険料の未納
- ・ 経済的理由で通院・治療・検査・服薬が継続できない
(⇒ 病状改善されず休職・失業等のケースあり)
- ・ 医療費が払えない (⇒ 薬剤を減らす、検査を控える)
- ・ 薬が買えない。ジェネリック薬品以外の薬が購入できない
- ・ 片親で収入が少なく、十分な食事が得られていない
- ・ 老親の年金で生活している無職やニートの子ども
- ・ 経済的な理由での受診抑制 (同様の回答多数)
- (生 活) ・ 身の回りのことが自分でできずに身体が不衛生
- ・ 忙しくて家などを清潔に保てない ・ 独居の高齢者
- ・ 通院手段 ・ ひきこもりへの対応
- ・ 内服薬、外用薬 (軟膏) の自己管理ができない
- ・ ストレス ・ 肥満が糖尿病に
- ・ 両親の不和が子どものひきこもりや拒食症に
- ・ 長時間労働、不規則食事が十二指腸潰瘍穿孔
- ・ 家族が医療機関に連れて行ってくれない ・ 家族と連絡がとれない
- ・ 複数の疾患を持っていながら年数回しか受診しない人
- (支 援) ・ 社会参加への支援 ・ 就労支援 ・ 趣味の会
- ・ 基本的な日常生活ができない (例: 入浴しない) 者を支援する施設
- ・ 福祉サービス (デイサービスやショートステイ)
- ・ 介護保険による生活支援や自立支援 ・ キーパーソンが不在
- ・ インフォーマルな地域サロン (つながり)
- ・ 精神障がい者の就労 ・ 外国籍の方への支援
- ・ 女性労働者のアルコール依存症の支援センター

Q2. 地域の社会資源に患者さんを紹介したことがありますか。

あ る	17名 (24%)
ないがしてみたい	8名 (12%)
な い	42名 (60%)
無回答	2名 (3%)

Q2-1. 「ある」と回答した方。それはどのような社会資源ですか。

- (行 政) ・ 市役所 ・ 保健所 ・ 児童相談所 ・ 地域包括支援センター
- ・ 社会福祉協議会
- (民 間) ・ 医療機関 (心療内科など) ・ 訪問看護
- ・ 福祉サービス (デイケア、デイサービス、居宅介護、通院支援、グループホーム、就労事業所)

- ・老人施設 ・精神障害就労施設 ・認知症カフェ ・NPO
- (制 度) ・経済的支援 (生活困窮者の相談窓口・生活保護・障害年金・傷病手当)
- ・介護保険 ・成年後見人制度 ・限度額認定の利用
- ・無料低額診療
- (その他) ・市が開催している体操教室
- ・退院後の薬の指導方法

Q3. 地域にはどんな社会資源があると良いと思いますか。

- (ハード) ・市役所 ・地域食堂 (子ども食堂・大人の食堂)
- ・趣味の会、自分の特技が活かせる場、老人が集まれる場所
(サロン、スポーツ、体操、ウォーキング、自助サロンなど)
- ・公共交通手段 ・気軽に相談できる身近な場所
- ・不登校の子供たちを支援する学校以外の施設
- ・貧困や家庭内暴力、精神障害等が複合して起きている事があるので、
そうした問題についてワンストップで対応できる窓口
- ・医療と法律の合同相談窓口 ・1か所で完結する支援センター
- ・福祉が適正に行われているか (あるいは適切に受けている) ことをチェックする機関
- ・生活に支障が出た場合に、自身がどの資源を利用できるか、案内・説明・
連絡がすぐにとれる機関や援助体制
- ・最近使わなくなった駐車場や学校跡地などを緑化して、一部ウォーキン
グコースにするなど、健康増進のための設備を充実させてほしい
- ・地区のまちづくり協議会や健康づくり協議会
- (ソフト) ・生活保護 ・通院支援 ・障害年金 ・保健師訪問 ・栄養指導
- ・カウンセリング ・成年後見人制度 ・世話焼きな近所の人
- ・年齢や疾患・制度にとらわれず、ワンストップで相談受けて、そこから社
会資源へ繋がるような仕組み
- ・生活保護まではいかないが、医療費負担 1~2 割のサービス補助
- ・身体と精神のケースを相互で交流、包括的に支援する事業
- ・発達障がい者の就労支援をする事業
- ・臨床心理士、ソーシャルワーカー、自治体の福祉課と連携した事業
- ・ネグレクト・引きこもりは、本人や家族からの申し出は無いので、診察し
た医師が疑わしいと判断したら介入できるシステム (特に子供は、強制的
に親から引き離せる執行力が求められる)
- ・不登校や引き籠り、食の貧困、DVなどに対して、相談や社会的支援をし
てくれるサービス
- ・生活環境や経済事情等に関する問題に対応してくれる行政窓口
- ・入院に頼らず、たとえ麻痺があり要介護5でも、独居が続けられる社会資
源 (つまり、利用者からみて使い勝手のよい社会資源を揃える必要がある)
- ・薬 (内服・外用薬) の管理補助、患部を清潔にするためのシャワーの提供

- ・キーパーソン不在の方が増加している為、後見人制度がもう少し簡易かつスムーズに出来るシステム。
- ・年金生活者等で本人の意志が確認出来ない場合、一時生活保護を開始し、後から国へ返還するシステム。
- ・制度の周知をわかり易く ・市町間でのサービス格差をなくしてほしい

Q 4. 地域の社会資源を検索できるデータベースがあると良いと思いますか。

思 う	4 0 名 (5 7 %)
思わない	3 名 (4 %)
わからない	2 5 名 (3 6 %)
無回答	2 名 (3 %)

Q 5. 「社会的処方」について知っていますか。

知っている	1 7 名 (2 4 %)
聞いたことがある	2 4 名 (3 5 %)
知らない	2 9 名 (4 1 %)

Q 6. 「健康格差」について知っていますか。

知っている	3 5 名 (5 0 %)
聞いたことがある	2 7 名 (3 9 %)
知らない	8 名 (1 1 %)

SDHに関する問診票・見える化シート

＜宇都宮市医師会社会支援部作製＞

患者や相談者が抱える「健康の社会的決定要因(SDH)」に関する問診票と、結果を見える化するための専用シートです。

問診の結果を専用シートに入力することで、回答(要因)の強弱をレーダーチャートで表示します。

【注意事項】

この問診票は、通常の間診やアセスメントを補助するものです。また、質問内容によって回答者が回答しづらい場合は、そのまま無回答としてください。

○SDH問診シートver1 (生活に関する問診票ver1-Word版-)

生活に関する問診票ver1は、6分野の質問です。問診の結果をSDH問診シートver1に入力し、特に気になる質問を主課題として設定することで、主課題の回答を中央に(灰色)、他の回答をレーダーチャート(赤色)で表示します。2つのグラフを比較することで、回答(要因)の強弱と関係性を見ることができます。

○SDH問診シートver2 (生活に関する問診票ver2-Word版-)

生活に関する問診票ver2は、8分野の質問です。問診の結果をSDH問診シートver2に入力することで、回答(要因)の強弱を八角形のレーダーチャートで見ることができます。

○SDH問診シートver3 (生活に関する問診票ver3-Word版-)

生活に関する問診票ver3は、経済面と関係性に重点を置いた8分野の質問です。問診の結果をSDH問診シートver3に入力することで、回答(要因)の強弱を八角形のレーダーチャートで見ることができます。

○生活・健康感シートver1 (生活・健康感に関する問診票ver1-Word版-)

生活・健康感に関する問診票は、8分野の質問です。この問診票は、生活に関する問診票の結果をもとに指導や社会的処方を行った後、その効果や変化を本人の主観的な満足度で評価するものです。問診の結果を生活・健康感シートに入力することで、満足度の強弱を八角形のレーダーチャートで見ることができます。

○生活・健康感シートver2 (生活・健康感に関する問診票ver2-Word版-)

生活・健康感に関する問診票ver2は、8分野の質問です。ver1と同様に、生活に関する問診票の結果をもとに指導や社会的処方を行った後、その効果や変化を本人の主観的な満足度で評価するものです。質問のカテゴリーはver1と同じですが、比較的答えやすい表現になっています。問診の結果を、生活・健康感シートを使ってレーダーチャートで見ることができます。

※SDHに関する問診票・見える化シートに関するご意見やご感想は[こちら](#)からお願いします。

【宇都宮市医師会社会支援部】

SDHに関する問診シートver3

氏名 氏名をご入力ください 日付 2020年4月6日

1.規則正しい生活を送れていますか。

不規則になりがち

2.この1年で、家計の支払い(税金、保険料、通信費、電気代など)に困ったことがありますか。

特にない

3.生活の困りごとを気軽に頼める相手がありますか。

特にない

4.この1年間に、給与や年金の支給日前に暮らしに困りましたか。

たまにあった

5.家族や親戚と会話や連絡する機会はどのくらいありますか。

用事があれば

6.仕事や趣味などで外出することがありますか。

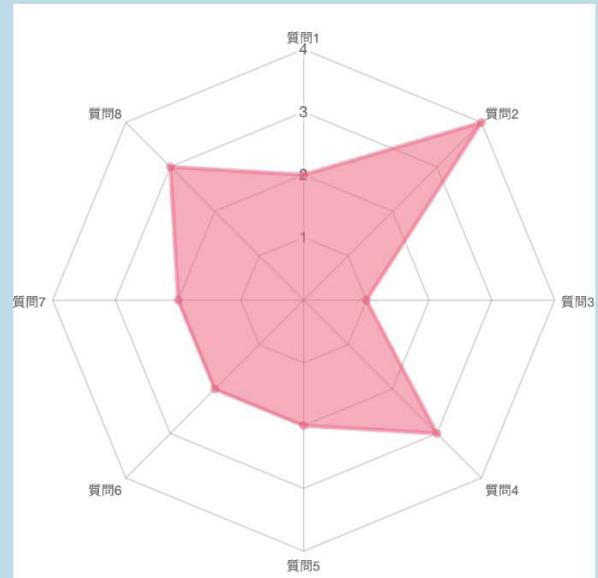
たまにある

7.友人・知人と会話や連絡する機会はどのくらいありますか。

用事があれば

8.家事や子育て、介護などが大変な時がありますか。

たまにある



0:無回答、1:注意、2:要注意、3:やや良、4:良

このページを印刷

このページを画像保存(jpg)

【宇都宮市医師会社会支援部作製】

参考4. 「生活上の課題（生活環境、経済状況、家族関係など）」の記載欄を設けた診療情報提供書

診 療 情 報 提 供 書

紹介先医療機関等
 担当医（担当者） (科) 殿
 年 月 日

紹介元医療機関（所在地） ()
 電話番号 ()

医師氏名 印

患者氏名：	性別： 男 ・ 女
生年月日： 年 月 日 (歳)	職業：
住 所：	TEL：

傷 病 名
紹 介 目 的
既往歴・家族歴
症状経過・検査結果
治療経過
現在の処方
生活上の課題（生活環境、経済状況、家族関係など）
備 考

1. 必要がある場合は、続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は、画像フィルム、検査記録、SDH問診シート等を添付すること。

掲載日：2019年11月26日、面名：第1面、記事ID：KIJ20191126_01001000100116005

©下野新聞社 無断複製転載禁止。

なぜ君は病に…

社会的処方 医師たちの挑戦

「なぜクエイソンは病院にいるの？ 足にひどい腫れを起したからだよ。」

「なぜ足に悪い病気があるの？ 足を切つてしまい、そこから感染を起したんだ。」

「なぜクエイソンは足を切つてしまったの？ アパートの隣の商店街まで通っていたら、そこにどろろしたクザザの鉄くすがあったからだよ。」

「なぜ商店街まで通っていたの？ 寒れ寒れと雨に任せているからだよ。その子どもたちはそんな場所を遊ぶし、誰も監視していないんだ。」

「なぜそういう所に任せているの？ 彼の前にもっと良い所に住むお前がいないからさ。」

「なぜお前がいないの？ お父さんは仕事でなくて、お母さんは病気だからさ。」

「仕事がないって、なぜ？ 僕のお父さんはあまり教育を受けていないんだ。それで仕事が見つからないんだ。」

「それは、なぜ？」

カナダの公衆衛生官は健康に及ぼすさまざまな社会的な要因、つまり個人では解決できない環境や社会的背景で「クエイソンの寓話」に込められている。子どもと大人の会話は、貧困や生活環境、社会的な支援の有無、教育などが、その人の健康を左右することを暗示している。急性肺炎、酒の飲み過ぎで

貧困、差別—広がる格差 社会が健康脅かす

プロローグ
クエイソンの寓話

体に貧困がかかっていたら、は明らかだった。階段から多量に散らばっているらしく、アールコートも散らばった。こんなひどくはならなかったはずだ。

母から出たまじり、自己責任、そんな言葉で病気を語るのにはなすかかった。ただ、それだけで病気を片付けていいのだろうか。

患者は1人で子どもを抱え、年をいた父親も抱えている。母親の仕事より別のいい夜の飲食店で働いていた。もともとは酒が好きではなかった。客との付き合いもあり、わむを愛すんだ。

身体的にもきつかった。自分が置かれている状況を相談する相手もいなかった。明々、帰宅してもすぐには寝付けなかった。次第に寝れがたまり、気持ちが悪くないことが多くなった。不眠は続いたが、病院に行くとお前はなかった。

眠るため寝間から水を飲んだ。やがて飲まずにはいられなくなった。

医師は投げ捨てる。「自己責任、それだけが問題なのか」

かつては有難無難な学校も併設していた宇都宮市医師会館は、同市戸籍4千自にある。そのうち建てた建物に4人の医師が集まったのは7月17日夜だった。



「僕らは下野で待ち續いて、貧困と孤立、差別などの患者を起している」。同市医師会の社会支援部長が最初に開いた会議、片山医師会長が患者と医療の関係を用いた話に引き出した。

「中流、さらにはその上流にも疾病の原因がある。そこにこそ医療の現場からアプローチする活動が医師会内で始まった。このように取り組む「社会的処方」と呼ぶ。

近年ますます急激に、複雑に交錯する社会的な要因、特に医療の現場からアプローチする活動が医師会内で始まった。このように取り組む「社会的処方」と呼ぶ。

「始まりは小さな部会だが、大きく育ちたい」と片山会長は話す。医師たちの挑戦が始まった。

読者へのご意見、ご感想、健康情報に関する情報をお寄せください 下野新聞社編集局 健康と社会的処方取材班
〒320-8686 宇都宮市昭和1-8-11 ファクス 028-625-1750 メール naze@shimotsuke.co.jp

参考6. 社会支援部員による講演・啓発活動

2019年1月-2020年3月現在

日 時	名 称	テ ー マ	対 象
2019年 1月17日	宇都宮大学地域デザイン学部講義	「SDHって知っていますか？」	学 生
3月 6日	さくら市勉強会	「健康に暮らすまち」	市長・市職員他
23日	医療生協研修会	「健康に暮らすまち」	生協職員・組合員
6月11日	寺子屋わーく	「社会的処方について学ぼう (初級編)」	医療・介護職他
29日	地域支え合い研究会	「おおた高齢者見守りネットワーク ～「みま～も」視察報告～」	市 民
7月11日	寺子屋わーく	「社会的処方について学ぼう (実践編)」	医療・介護職他
9月21日	在宅緩和ケアとちぎ	「SDH・社会的処方について」	市 民
10月 5日	秋の健康祭り (村井クリニック)	「社会的処方ってなに？」	市 民
11月10日	J-HPHカンファレンス2019	「地域で始めるHPH」	分科会参加者
12月 1日	多文化間精神医学会学術総会	「社会的処方と健康を決定づける社会的要因」	多文化間精神医学会員
3日	寺子屋わーく	「社会的処方について学ぼう Part3」	医療・介護職他
7日	地域リハビリテーション研究会	「ACPとSDH」	県内セラピスト
2020年 1月10日	介護支援専門員研修会	「社会的処方とは」	介護支援専門員・社会福祉士他
15日	宇都宮大学教育学部社会学講義	「SDH・社会的処方」	学 生
18日	豊田加茂医師会内科医会講演会	「社会的処方と健康を決定づける社会的要因」	医療・介護職、行政
2月 4日	NHO栃木医療センター・宇都宮市医師会合同医療セミナー	「健康の社会的決定要因と多職種連携」他	医師・病院スタッフ
11日	在宅ケアネットワーク栃木	「お互いさまの処方箋」健やかに、心豊かに、幸せに。 ～社会的処方～	医療・介護職、市民等
14日	成田市ケアマネジャー連絡会研修会	「SDH・社会的処方」	ケアマネジャー
3～4月	宇都宮市医師会報	「社会的処方」	宇都宮市医師会員

医師会が健康格差に挑戦 栃木

文・新井健治(編集部) 写真・酒井猛

栃木の宇都宮市医師会が昨年6月、健康格差の解消を目指す新組織「社会支援部」を立ち上げた。貧困や孤立など社会的な環境が健康に大きな影響を与えることが分かってきたが、地域の医師会がこうした社会問題に取り組むのは全国的にも珍しい。

新組織には栃木保健医療生協もかかわっており、地域連携の一環としても注目される。

昨年11月26日、栃木県で最大の発行部数を誇る「下野新聞」1面に、「社会が健康脅かす」との見出しが躍った。記事は失業や低所得、パワハラなどで健康を損なう県民の姿を追った連載の1回目。健康情報を掲載する新聞社は増えているが、疾病の背景に本格的に迫った連載は画期的だ。

健康は個人の資質と考える人もいるが、雇用形態や所得をはじめ、教育・食事など子どもの頃の家庭環境、家族・友人など人とのつながりといった社会的な環境が、大きな格差を生んでいることが各種データから明らかになってきた。

「社会支援部」の活動の一環として、連載に協力したのが宇都宮市医師会。会長の片山辰郎さん(片山医院院長)は「私たちは川の“下流”で患者を待っているだけでいいのか。人を病気という川に落としている“上流”の社会的要因を取り除かない限り、患者は増えるばかり」と、取り組みの動機を語る。

社会支援部の主な活動方針は3点。1点目は、医師が診察室で貧困や孤立など疾病以外にも患者が抱える問題に着目。問題に応じて患者を支援する地域のサークルやボランティア団体などを紹介する。

医師会独自に「社会的処方※のための気づきシート」を作成。宇都宮市の協力も得て、体操教室や子育て支援団体、子ども食堂、自助グループ、就労支援機関などの情報をデータベース化、さまざまな職種と連携してこうした社会資源を提供する。

活動方針の2点目は、子どもの頃から減塩や肥満の予防といった健康教育を行うこと。3点目は、社会的な環境が健康に大きく影響することを広く情報発信する予定だ。

「健康格差を解消すれば、病気が減って市民は幸福になるし、結果的に医療費の抑制にもつながる。貧困状態に置かれた子どもはアレルギーや虫歯が数倍も多いことが分かっている」と片山会長。

一般的に保守的とも言われる医師会が、社会問題に取り組むのは珍しい。「医師会の仕事は会員と市民の双方のためにある。医師は社会貢献の意識が高い人が多く、会員の理解も得られるのではないか。時間はかかるが、いずれは『健康都市・宇都宮』と言われるようになりたい」と話す。

臨床家としての出発点

宇都宮市医師会理事として、社会支援部立ち上げに力を発揮したのが、村井クリニックの村井邦彦院長。「治療をしたら同じ生活環境に戻していいのかと、疑問に思う患者さんもいる。臨床家としての出発点に立ったとき、患者の社会的背景を考えるのは当たり前のこと」と話す。

宇都宮市はもともと「在宅ケアネットワーク栃木」や「在宅緩和ケアとちぎ」など多職種の勉強会が盛んで、従来の医療モデルにはとらわれず患者の社会面、心理面に着目する医師が多い。

ただ、社会資源を提供しても興味を示さない患者もいる。「ケアマネジャーや地域包括支援センター職員ら、患者と社会資源の“つなぎ役”を養成するための研修も必要ではないか」と指摘する。

村井院長は地域で健康祭りを開き、SDH（健康の社会的決定要因）についての講演もたびたび行っている。「これからの診療所は地域密着がキーワード。住民と緩やかにつながりながら、患者であろうとなかろうと、困ったときには相談できる診療所を目指したい」と言う。

無差別・平等の地域包括ケアへ

片山会長や村井院長とともに、社会支援部の準備を進めてきたのが、栃木保健医療生協理事長の関口真紀医師。「全日本民医連の第43期方針は、無差別・平等の地域包括ケア実現のために、民医連以外の団体との積極的な連携を呼びかけている」と語る。

栃木民医連に病院はなく、会長の関口医師が勤務する宇都宮協立診療所を含め診療所が2つあるだけ。小さな県連のため、必然的に他団体との連携を模索してきた。

栃木保健医療生協は無料低額診療事業や子どもの貧困問題で、市内の病院やNPO団体と協力。村井クリニックや地域の社会福祉法人と共催し、子ども食堂や無料塾も行っている。

また、片山会長と村井院長、関口医師は、日本プライマリ・ケア連合学会でも活動する千嶋巖医師（国立病院機構栃木医療センター）らとともにSDHや社会的処方勉強会を開いてきた。こうした取り組みが社会支援部の発足につながった。

関口医師は「従来のつながりを越えた運動の形が出てきている。それだけ貧困など社会問題が深刻化し、心ある人が声をあげるようになってきたのではないか」と指摘する。



カンファレンスに臨む関口医師（右から2人目）。宇都宮協立診療所で

※ 社会的処方 薬など医学的な処方に対して、貧困や孤立といった患者の社会状況を改善することで健康を取り戻すこと

01 | 済生会宇都宮病院

1. 調査実施概要

調査員氏名	西岡大輔
調査日	2019年12月25日
実施場所	済生会宇都宮病院
調査協力者氏名	荻津 守
所属・肩書・職種	地域連携課 課長

2. 調査協力機関概況

協力機関名称 (URL)	栃木県済生会宇都宮病院 (http://www.saimiya.com/)	
所在地	栃木県宇都宮市竹林町 911-1	
医療提供範囲	宇都宮医療圏 (その人口規模 約 50 万人)	
開設者	栃木県済生会 支部長 近藤真寿	
開設年	1942 年	
標榜科目	30 科	
許可病床数	644 床	
患者に行っていること	<div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; padding: 2px;">1 病気の予防 (健康管理)</div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; padding: 2px;">2 往診・訪問診療</div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; padding: 2px;">3 夜間や休日の緊急対応</div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; padding: 2px;">4 専門医療機関への紹介</div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; padding: 2px;">5 総合的に診る</div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; padding: 2px;">6 気軽になんでも相談にのる</div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; padding: 2px;">7 介護サービスにつなぐ</div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; padding: 2px;">8 薬の管理</div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; padding: 2px;">9 他院受診状況の把握</div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; padding: 2px;">10 看取り・終末期医療</div> <div style="width: 100%; border: 1px solid black; padding: 2px;">11 いずれもなし</div> </div>	
患者概況	2019 年 (平均) 月の外来患者延べ数 : 29844 人 患者属性の特徴 :	
職員概況	全職員数 : 実人数 1455 人 うち医師数 : 実人数 193 人 うち看護師・准看護師数 : 実人数 705 人	

3. 社会的処方にかかわる取組みの概要

(1) 社会的処方の必要を感じた患者の割合（調査協力者の体感）

	社会的処方の必要を感じた患者の割合	うち社会資源につなぐことができた割合
外来	約5～30%	約50%
入院	約10～30%	約50%

(2) 社会的処方のニーズのアセスメント

誰が	<ul style="list-style-type: none"> ○ （入院患者に限って）退院支援看護師、医療ソーシャルワーカー ○ 疾患等の患者背景により歯科衛生士や薬剤師が行う場合もある。 ○ （全住民を対象に）病院の医療ソーシャルワーカー、社会福祉協議会の生活困窮担当者、ハローワークの担当者、社会保険労務士等
どんな場面で	<ul style="list-style-type: none"> ○ （入院患者に限って）全予定入院患者は、入院予約決定時に、入院サポートセンターで1時間程の面談を実施する。 ○ （全住民を対象に）「出張相談窓口」を病院で月1回開催している。病気を抱えて仕事ができない人、退職を考えている人、生活が難しい人等が対象となる。
どのように	<ul style="list-style-type: none"> ○ ツールは存在しない。予定入院患者は全例対象としている。 ○ 住民相談窓口に来てくれた人についても、チームで対応している。

(3) リンク機能（自施設内）

誰が	○ 医療ソーシャルワーカーや退院支援看護師
どのように社会資源を探し出し	<ul style="list-style-type: none"> ○ 個別性に対応しにくくなるとも考えており、リストは持っていない。 ○ 3次医療機関という特性もあり、自施設での探し出しや把握は難しい。自施設からの紹介先としては、コーディネーターとなりうるワンストップな機関の存在が重要。宇都宮圏域では社協が担っている。そこが資源を把握し、必要時に付き添い支援を行うのが重要だと思う。
どのようにつながっているか	<ul style="list-style-type: none"> ○ 住民個人に資源を紹介するだけでは実行に移せない。付き添い等の支援が必要。 ○ 行政等の公的資源につなぐ場合は、役所内で「うちの課じゃない」というたらい回しが容易に発生する。役所に医療ソーシャルワーカーが付き添うケースもあれば、社協による付き添いのケースもある。代弁者の存在と、役所内の福祉のワンストップ窓口が必要。
モニタリング	○ 急性期病院の機能を考えると難しい。社協や行政、包括にお願いするしかない。
資源がないとき	<ul style="list-style-type: none"> ○ 実際に探し出すこともある。（調査協力者）自身が地域の子ども食堂のプロジェクトや生活困窮者自立支援の事業の委員や世話人を行っている関係もあり、発掘がしやすい。 ○ 資源として対象者の隣人を頼ったりすることもある。

(4) リンク機能（自施設外）＋紹介先となる組織・グループ・個人など

ニーズに対応ができる人や機関	○ 行政・社協・包括、それぞれが該当するが、互いの機能を最大限に発揮するための、顔を知っている以上のネットワークが重要。互いの資源・機能・できることや地域の困りごとを共有するようなネットワークの構築。
地域の社会資源	○ NPO 法人などが上記のネットワークに入っていることが重要

(5) 社会的処方 of 意義

患者にとって	○ 医療機関は、はじめて社会的に課題を認識する場所になる。 ○ すぐに解決できなくても、課題を抱える人が外部とつながる接点になる。
自施設にとって	○ 済生会としての公益的な取り組みとして重要。 ○ 法人としての social inclusion の実践。
地域にとって	○ 潤滑油的な作用があると思っている。例：今までは行政や制度のはざまにある人たちが排除されやすかったのが、どんな問題でも「済生会で対応します」とはっきり明言してきた。すると、コミュニティからの紹介は、初期には丸投げ対応だったのが、お互いの機能を理解し、まずは、自分たちができる範囲のことをやってから連携する仕組みに変わってきた。各機関との結びつきを滑らかにする、「なんとかするネットワーク」を生み出す作用がある。

(6) 社会的処方をより充実させていくために求められること

自施設	○ 救急医療の充実と、そこに窓口を設置できれば。認知症、医療介護連携、地域連携、アドバンスケアプランニングなど。
医療機関一般	○ 排除しない姿勢が必要。「誰のため、何のため」に存在し、対応するのかの意識が重要だと思う。

4. 社会的処方に関わる事例

(1) 多く見られる社会的な課題、社会・経済・心理的ニーズ

多く見られる社会的な課題等	○ 独居・キーパーソン不在、疾病をきっかけに生活困窮になる（経済的困窮や孤立等）、虐待やネグレクトの問題、8050などの子世代による親世代の金銭的搾取、時に身元不明者などもある。
特に対応が難しい患者	○ 特にキーパーソンが不在なのだが、後見人／後見制度ですぐには対応できない狭間にある人。

(2) 典型的な事例または調査協力者の印象に残っている事例

○ 3世代世帯。高齢夫婦・ひとり親・子ども。ゴミ屋敷。生活保護を受給している。子どもが引きこもり・不登校等の課題を抱えていて、心療内科的な対応をしていた。ゴミ屋敷の対応に関して市役所がかけあってくれなかったため、NPOと連携し、病院職員も含めて訪問し1日で掃除をした。するとその環境の変化が影響したかは定かでないが、子どもが外交的になり、友人と外出したりするようになった。やはり、排除されやすいグレーゾーンの人々の課題に誰が対応してあげられるのが大事。	
--	--

- 高齢者の外国人の問題も多く抱えている。言葉や制度の問題があり、劣悪な環境で働かされている。また入国管理局での対応にも課題は多い。

(3) その他調査協力者の自由コメント

- 「社会的処方」は「社会福祉的地域包括ケア」であると思っている。社会的処方が必要な人は、問題が複雑な人で、それらをひっくるめて相談に乗れる窓口が必要。そもそも問題がシンプルな人は必要がない。既存の枠組みで対応できる。生活困窮者支援と病院には重要な関係があるが行政が認識できていない。
- 社会的処方には、大衆食堂的なよろず屋機能がもとめられる。個別性・コーディネート・必要なものが揃う場所といったイメージ。
- この活動が発展して、行政に多角的な視野を持ち、課を超える連携による対応ができるようになってもらいたい。また、この地域に必要な仕組みを独自に構築していく事が重要。

02 | 医療生協さいたま 埼玉西協同病院

1. 調査実施概要

調査員氏名	西岡大輔
調査日	2020年1月15日
実施場所	埼玉協同病院別館 ふれあい会館
調査協力者氏名	小野寺由美子
所属・肩書・職種	埼玉西協同病院 総看護長

2. 調査協力機関概況

協力機関名称 (URL)	医療生協さいたま 埼玉西協同病院 (https://www.mcp-saitama.or.jp)	
所在地	埼玉県所沢市中富 1865	
医療提供範囲	(その人口規模：約 人)	
開設者	医療生協さいたま 理事長 雪田慎二	
開設年	1992年	
標榜科目	内科・循環器内科・外科・眼科・歯科	
許可病床数	99 (一般 50 地域包括ケア 49)	
患者に行っていること	<div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">1 病気の予防 (健康管理)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">2 往診・訪問診療</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">3 夜間や休日の緊急対応</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">4 専門医療機関への紹介</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">5 総合的に診る</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">6 気軽になんでも相談にのる</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">7 介護サービスにつなぐ</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">8 薬の管理</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">9 他院受診状況の把握</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">10 看取り・終末期医療</div> </div>	11 いずれもなし
患者概況	2018年の月平均の外来患者延べ数：3,124人 患者属性の特徴：	
職員概況	全職員数：常勤 74.0人 + 非常勤 40.2人 (2018年) うち医師数：常勤 3.3人 + 非常勤 4.9人 (2018年) うち看護師・准看護師数：常勤 40名 + 非常勤 10名	

3. 社会的処方にかかわる取組みの概要

(1) 社会的処方の必要を感じた患者の割合（調査協力者の体感）

	社会的処方の必要を感じた患者の割合	うち社会資源につなぐことができた割合
外来	約50%	約50～70%
入院	約60～70%	約90%

(2) 社会的処方のニーズのアセスメント

誰が	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医事課受付事務① ○ 看護師①② ○ 医師② ○ リハビリのセラピスト③ ○ 病院送迎のドライバー④ ○ 地域連携課職員、医療ソーシャルワーカー等⑤
どんな場面で	<ul style="list-style-type: none"> ○ ①病院受付の時。埼玉西協同病院では、医事課の受付に看護師も駐在していて、医学的な・社会的なトリアージをできる体制をなるべく敷いている。 ○ ②外来診療時、入院時。 ○ ③通所リハビリの中で、セラピストが ICF の観点から参加を聴取したりする中で、課題があると思った人を紹介。 ○ ④個々の患者さんの送迎の中で、暮らしの困りごとや医療機関に関する不満をドライバーが生活に近い支援者として世間話の中で聴取していて、報告してくれる。 ○ ⑤地域包括ケア病棟からの退院後訪問で相談。受託している地域包括支援センターが開催するイベントには持ち回りで職員が参加するようにしている。そういった場での相談ごとから。フードドライブに参加した人との相談事から。
どのように	<ul style="list-style-type: none"> ○ ツールは用いていない。日常生活の相談事を受けている中で、「気になる人」を医療ソーシャルワーカーにつないでいる。「気になる人」を具体的に言語化するならば、「見た目やみなり」、「保険の状況」、「お金に関する質問をする人」、「検査を嫌がる人」、「受診間隔がばらばらな人」、「中断歴のある人」など。

(3) リンク機能（自施設内）

誰が	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療ソーシャルワーカー ○ 班会などの組織活動担当者
どのように社会資源を探し出し	<ul style="list-style-type: none"> ○ 自組織内の資源は把握されている。 ○ 地域とのつながりを地域包括支援センター（自組織が受託）が作っており、医療機関としてのリストは作成していない。 ○ あとは、NPO 法人「生活と健康を守る会」がつながりを多く持っていて、その

	人たちに依頼している。
どのようにつないでいるか	<ul style="list-style-type: none"> ○ 日常的な連絡業務の中で、電話や口頭、定期会議の際に共有する。 ○ 社協が実施する生活の相談会を医療機関内でやっており、その場で連携することもできる。一緒に活動の場などに同行して参加して引き合わせることもある。
モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> ○ 直接本人に電話連絡して状況を伺ったり、来院時や企画への参加のタイミングに合わせてこまめに声かけをしている。
資源がないとき	<ul style="list-style-type: none"> ○ ニーズにあったものを作れないかをすでに連携している包括・社協・NPO・自組織（班会）などで検討することがある。

(4) リンク機能（自施設外）＋紹介先となる組織・グループ・個人など

ニーズに対応ができる人や機関	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域包括支援センター ○ NPO 法人「生活と健康を守る会」 ○ 保健センター ○ 自治体の高齢福祉課 ○ 社会福祉協議会
地域の社会資源	<ul style="list-style-type: none"> ○ なんでも相談会（医療機関を会場にして社協が主催）、介護予防や認知症カフェ、サロン、などの活動の場にはそれぞれ包括や社協、医療機関の職員が参加している。多世代参加型子ども食堂、フードドライブ（いずれも自組織主催）。

(5) 社会的処方 の意義

患者にとって	<ul style="list-style-type: none"> ○ 病気以外にも困ったことをなんでも相談できる医療機関があることで安心・信頼できる。
自施設にとって	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療生協の病院として、地域に貢献する本来の役割である。プライマリ・ケアとして住民の困りごとに広く対応できることが地域貢献である。
地域にとって	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域の最後の砦として、困りごとを抱えた患者を受け入れられる病院として存在することに意義がある。

(6) 社会的処方をより充実させていくために求められること

自施設	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療機関でやっていることを繰り返し広く、何度も伝え、役割を知ってもらうこと。
医療機関一般	<ul style="list-style-type: none"> ○ 相談窓口になりうるという認識を深めること。患者の社会的な課題を感じ取れるアンテナをもった職員を育成すること。

4. 社会的処方に関わる事例

(1) 多く見られる社会的な課題、社会・経済・心理的ニーズ

多く見られる社会的な課題等	<ul style="list-style-type: none"> ○ 自営業の人々（国保）の経済的な困窮。保険料の滞納等の課題で医療機関受診ができない。老老介護、孤立の問題。
特に対応が難しい患者	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域にある課題として、詐欺被害の相談。精神的な症状と認知症との区別がつきにくい患者の訴えへの対応。

(2) 典型的な事例または調査協力者の印象に残っている事例

- 退院患者女性：事務職員（組織担当者）が退院日に退院後訪問と有償ボランティア（くらしサポーター）の紹介のため病室で話をした。夫が認知症でどこかに行ってしまうし会話にならない。息子は病氣療養中。家では気持ちが落ち込んでしまう。また食事づくりが大変との訴えあり。所沢市の配食サービスを紹介し退院後訪問することになった。後日訪問すると配食サービスは利用を開始されていたが本人は暗い表情。「膝が痛いので床掃除ができない。家にいると落ち込む。多世代参加型こども食堂に参加することが楽しみだが、今日は足がない。」事務職員が送迎し参加することができた。その他企画も紹介。介護保険利用開始されるまで有償ボランティア（くらしサポーター）利用した掃除依頼を勧める。別日うたごえに参加された時に社会福祉協議会の地区担当者を本人に紹介。こども食堂、うたごえなど開催している企画に参加され、参加される時には声をかけ様子を聞いている。
- 男性 40 代フードドライブ利用希望者：社協より、ガスが止められた方がいるのでフードドライブの対応をしてほしいと連絡があり、事務職員（組織担当）が対応。本人は歩いて病院に来院され相談を受ける。ヤフーニュースの書き込みをしているフリーライターをしていた男性。書き込みを叩かれたことで、ノートパソコンを開くことができなくなり収入がなくなる。他の仕事として派遣社員で働こうと思ってもフリーライターをしていたことがネックになり採用されず、ガスが止まるまでになってしまった。他県出身と複雑な家族関係のため相談する家族もいない。ガスを使わないで食べられるもの同法人内の診療所と協力して集め本人に渡した。とりあえず食べ物は確保できたので東京で日当の仕事を探したいと話されていた。若い方だったため再度声掛けをしなかった点が反省点である。

03 | 総合病院 南生協病院

1. 調査実施概要

調査員氏名	三谷慶
調査日	2019年12月13日
実施場所	総合病院 南生協病院
調査協力者氏名	大野京子
所属・肩書・職種	南医療生活協同組合 参与

2. 調査協力機関概況

協力機関名称 (URL)	総合病院 南生協病院 (https://www.minami-hp.jp/)													
所在地	名古屋市緑区南大高 2-204													
医療提供範囲	(その人口規模：約 人)													
開設者	南医療生活協同組合 代表理事 成瀬幸雄													
開設年	1976年													
標榜科目	内科・呼吸器内科・循環器内科・消化器内科・腎臓内科・神経内科・外科・呼吸器外科・消化器外科・乳腺外科・小児外科・肛門外科・整形外科・脳神経外科・精神科・リウマチ科・小児科・皮膚科・泌尿器科・産婦人科・眼科・耳鼻咽喉科・リハビリテーション科・放射線科・病理診断科・麻酔科													
許可病床数	313床													
患者に行っていること	<table border="0"> <tr> <td>1 病気の予防 (健康管理)</td> <td>2 往診・訪問診療</td> </tr> <tr> <td>3 夜間や休日の緊急対応</td> <td>4 専門医療機関への紹介</td> </tr> <tr> <td>5 総合的に診る</td> <td>6 気軽になんでも相談にのる</td> </tr> <tr> <td>7 介護サービスにつなぐ</td> <td>8 薬の管理</td> </tr> <tr> <td>9 他院受診状況の把握</td> <td>10 看取り・終末期医療</td> </tr> <tr> <td colspan="2">11 いずれもなし</td> </tr> </table>		1 病気の予防 (健康管理)	2 往診・訪問診療	3 夜間や休日の緊急対応	4 専門医療機関への紹介	5 総合的に診る	6 気軽になんでも相談にのる	7 介護サービスにつなぐ	8 薬の管理	9 他院受診状況の把握	10 看取り・終末期医療	11 いずれもなし	
1 病気の予防 (健康管理)	2 往診・訪問診療													
3 夜間や休日の緊急対応	4 専門医療機関への紹介													
5 総合的に診る	6 気軽になんでも相談にのる													
7 介護サービスにつなぐ	8 薬の管理													
9 他院受診状況の把握	10 看取り・終末期医療													
11 いずれもなし														
患者概況	2019年10月の外来患者延べ数：19,755人 患者属性の特徴：総合病院のため各年代の患者いるが、高齢者は多い。													
職員概況	全職員数：実人数 657人 常勤換算数 443.4人 うち医師数：実人数 160人 常勤換算数 64.3人 うち看護師・准看護師数：実人数 330人 常勤換算数 287.7人													

3. 社会的処方にかかわる取組みの概要

(1) 社会的処方の必要を感じた患者の割合（調査協力者の体感）

	社会的処方の必要を感じた患者の割合	うち社会資源につなぐことができた割合
外来	約2%	約80%
入院	約25%	約80%

(2) 社会的処方のニーズのアセスメント

誰が	<input type="radio"/> 医師 <input type="radio"/> 看護師 <input type="radio"/> MSW <input type="radio"/> その他コメディカル <input type="radio"/> 事務 他
どんな場面で	<input type="radio"/> 診察時 <input type="radio"/> 問診後診時 <input type="radio"/> 入院予約時 <input type="radio"/> 入院時 <input type="radio"/> 入院後面接時 他
どのように	<input type="radio"/> 入院時各種アンケートなど

(3) リンク機能（自施設内）

誰が	<input type="radio"/> 医師 <input type="radio"/> 看護師 <input type="radio"/> MSW <input type="radio"/> その他コメディカル <input type="radio"/> 事務 他
どのように社会資源を探し出し	<input type="radio"/> 外来、病棟で（例：身辺整容できていない→介護保険申請、話相手がいない→おたがいさまシート）。
どのようにつないでいるか	<input type="radio"/> 相談連携室につなぐ（電話、ケース依頼） <input type="radio"/> 地域につなぐ（おたがいさまシート）
モニタリング	<input type="radio"/> 支援方針をたてた段階で、モニタリング時期設定し、フォロー（次回受診時に介護保険の利用状況を確認する等） <input type="radio"/> 「おたがいさまシート」は地域ささえあいセンターでチェックしている。
資源がないとき	<input type="radio"/> インフォーマル資源や「おたがいさまシート」を 活用している。

おたがいさまシート

11～12年度52件、13年度90件、14年度165件、15年度196件、16年度333件
17年度334件、18年度301件 19年度上半期167件

累計1,638件

厚どおいおせ、かいでほびくあしの協同

おたがいさまシート



南医療生活協同組合

どなたがどのような事に困っていて、どんな手助けを希望しているのかを具体的に記入しましょう
ご本人またはキーパーソンの了承をいただき地域ささえあいセンターへFAX050-025-0653またはコピーを提出します
下記①～⑧の部分が個人情報に当たりますので、取り扱いに注意しましょう。対応が終了したら廃棄しましょう。
依頼される方は太線で枠内①～⑧、地域ささえあいセンターは⑨～⑪、対応される方は⑫～⑬

① 今期の使用目的		レ点		□お願ひ事の依頼		□経過報告		□結果報告	
② 困っている方は		大番号	年	月	日	歳	TEL	男	女
氏名		フリガナ							
厚生類/組合員本人・家族・未加入		住所							
③ 情報提供希望		氏名	関係など						
住所		電話							
④ 困っていること									
⑤ 困っている人の状態 (健康・家族構成など)									
⑥ キーパーソン(要介護)		⑦ 本人との							

対象者分類

① 高齢者	1135
② 障がい者	74
③ 子ども	54
④ 外国人	9
⑤ 病状	33
⑥ その他	318

要因分類

① 暮らしの不安	598
② 趣味	97
③ 情報提供	43
④ 受診・治療	148
⑤ トラブル	3
⑥ 身辺改善	296
⑦ その他	453

33

(4) リンク機能 (自施設外) + 紹介先となる組織・グループ・個人など

ニーズに対応ができる人や機関	<input type="checkbox"/> 役所、地域包括支援センター、介護事業所等
地域の社会資源	<input type="checkbox"/> 生協の班・支部組織、生協の地域ボランティア <input type="checkbox"/> 生協の班会、サロン、タオル体操、民生委員、町内会、新聞販売店他

(5) 社会的処方への意義

患者にとって	<input type="checkbox"/> QOL が向上する。
自施設にとって	<input type="checkbox"/> 医療介護の品質が上がる。
地域にとって	<input type="checkbox"/> 病気治療だけが目的でない医療機関が存在することで、地域力が高まる。

(6) 社会的処方をより充実させていくために求められること

自施設	<input type="checkbox"/> 暮らし目線で患者を診ることができ、問題の解決に寄与できる、目と構え。 <input type="checkbox"/> 入院に至る前の外来受診時からの状況把握、支援体制づくり。
医療機関一般	

4. 社会的処方に関わる事例

(1) 多く見られる社会的な課題、社会・経済・心理的ニーズ

多く見られる社会的な課題等	<input type="checkbox"/> 経済的問題で、退院先確保が困難な事例。 <input type="checkbox"/> 家族がいなく、保証人がいないと医療介護サービスの利用に支障がある事例。
---------------	--

特に対応が難しい患者

- 本人家族に、パーソナリティ障害等あり、支援が組み立てにくい事例。

(2) 典型的な事例または調査協力者の印象に残っている事例



おたがいさま事例①

K医師より「近くのスーパーが1月末に閉鎖。地域で買い物できなく困っている」⇒「おたがいさまシート」⇒地域の理事さんたちが相談⇒移動販売の豆腐屋さん「OK」+「お惣菜・野菜の移動販売」の方も「OK」⇒2月17日から毎週(火)星崎診療所駐車場にて「移動販売スタート」⇒町内会長「そんないごとは回覧板で回します」=「一人の困った」に寄り添うと、結果みんなが助かる！「おたがいさま運動」³⁴



おたがいさま事例②

83歳女性独居。ケアマネより「訪問したら、食べるものが何もない。お金もない。電気も切られている。地域包括支援センターに相談しても、介護保険料を滞納しているから介護サービスは受けられないと言われた。どうしたらいいでしょう」⇒「組織担当はすぐ担当理事と相談。とりあえず、社会資源につなげるまで、地域の人みんなで、支えましょう。とりあえず、懐中電灯2本もって、今日の夕食をなんとかしましょう・・・」³⁵



おたがいさま事例③

ご近所と一緒に「困っているお宅」の整理に乗り出し、ご本人もご近所も問題解決。これも、おたがいさまのおつきあいです。³⁶

おたがいさま事例④

ベッドが2階・・・でも、家に帰りたい

緩和ケア看護師

シートは緩和ケア病棟看護師よりどうしても自宅に帰りたい。ベッドは2階にあるけど、階段を上る力はもうないので・・・1階に下ろしてもらえませんか？

おあいご用！！
3人の男塾メンバーがベッドを下ろして退院の準備を整えました。³⁷

そのときに言った妻の一言
「私が先に逝ったら、残される夫が心配」

やや認知症が疑われていたKさんですが、「男塾に入った」ことでいきいきしてきました。奥様が亡くなっても、自分が誰かの役に立つ喜びで毎日はりのある生活が送れています。



38

(3) その他調査協力者の自由コメント



(調査員よりコメント)

- おたがいさま運動の各種事例に共通した精神は、生協が行政を「補完」する存在ではなく、完全に「独立・並列」した「第2のセーフティネット」であることだ。行政が対応できない部分を生協が、

生協が対応できない部分を行政が担い、二重のネットで地域住民の顕在化・潜在化したニーズを漏らさず拾い上げていく。

- しかも、その提供方法は大きく異なり、その意味でもしっかりと役割分担ができています。
- 行政のサービス提供はどちらかといえばトップダウン的で、あらかじめ決められた介護・福祉のサービス以外是对応できない。提供方法も、ともすれば「お上からのお仕着せ」のようになる。一方、生協のサービス提供は徹頭徹尾ボトムアップ的であり、たとえば行政の担当者を追い返してしまうようなセルフ・ネグレクト状態にある住民に対しては、「あなたも立派な地域の一員。あなたの生活のお役に立てることをぜひさせてもらえないか」とあくまで下方から頼み込むような姿勢で臨み、住民の心の氷を溶かしながら介入していく。
- どちらがいい・悪いではなく、双方向からサービスを提供する主体が揃っていることこそが、この地域における最大の強みといえる。

5. 参考資料

<p style="text-align: center;">ささえあいたすけあいで おたがいさまのまちづくり</p> <p style="text-align: center;">協同の力で事業所づくりまちづくり</p>  <p style="text-align: center;">2019年12月13日 常務理事 杉浦直美 南医療生活協同組合</p> <p style="text-align: right;">1</p>	<p style="text-align: center;">南医療生協の基本理念</p> <p style="text-align: center;">みんなちがって みんないい ひとりひとりの いのち輝く まちづくり</p> <p style="text-align: right;">2</p>
<p style="text-align: center;"><くらしの協同を拡げる 南医療生協の組織・運営図> 2019年3月末現在</p>  <p style="text-align: center;">3</p>	<p style="text-align: center;">南医療生協「地域協同のネットワーク」</p> <ul style="list-style-type: none"> ■組合員総数は 90,116人 ■出資金総額は 30億8,370万円 ■運営体制は 7地区、19ブロック、100支部 ■支部運営委員は 664人 ■機関紙手配りは 配布率:91.0% 現在:4,065ルート 49,505軒 配布者3,248人 ■積立増資は 4,278人 ■活動班は 1,361班 ■班会開催は 12,000回超 <p style="text-align: right;">2019年3月末現在 4</p>

66の事業所ネットワーク

- 職員数:1,030人(うち常勤797人)
- 事業収入:113.7億円(医療91億、福祉19億、その他2.9億)
- ①病院:2<南生協病院(急性期)・かなめ病院(回復期)>
- ②診療所:9(医科6、歯科3)
- ③訪問看護:5
- ④介護施設:35(居宅介護支援7、ヘルパーST7、デイケア7、デイサービス、ショートステイ、介護支援事業部、小規模多機能ホーム4、老人保健施設、グループホーム5)
- ⑤住宅:4(多世代、高齢者、医療対応型有料)
- ⑥その他:(病児保育、地域交流施設、健診センター、フィットネスジム、助産所、ツーリスト、院内保育所、就労継続支援事業B型事業所、本部)

5

班・班会

目的:組合員の自主的で創造的な活動で要求の実現を目指す

基準:3人以上

班長さんを選出

年2回(③④は3回)以上

班会を開催

- ①地域班、②職域班、③サークル班、④職場班

班会

人気班会ベスト5

- ①健康づくり・体操
- ②お茶会・食事会
- ③文化・バスハイク・旅行
- ④ものづくり(絵手紙・布ぞうり・ちぎり絵)
- ⑤健康チェック



2019年度 班会メニュー(毎年更新)は、
約170種類 *班会百科販売中

7

南医療生協の専門委員会・特別委員会

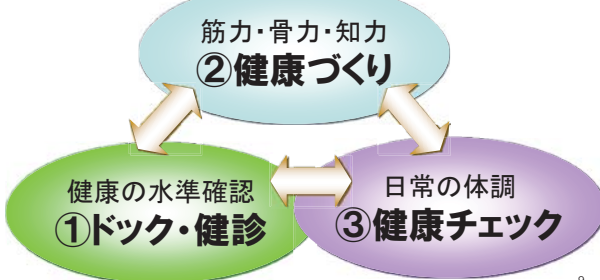
- ①健康づくり委員会
- ②くらしまちづくり委員会
- ③介護・福祉活動委員会
- ④環境・防災活動委員会
- ⑤子育て支援活動委員会
- ⑥教育・文化スポーツ活動委員会
- ⑦健康の友編集委員会

- ①スバルプロジェクト
- ②みんなで1000人職員紹介委員会

8

健康づくり委員会

南医療生協の健康づくり健診運動
～ケンケンサイクル～



9



あらゆる場所で
健康チェック

地域のどこでも健康チェック。スーパーの玄関横でも、イオンモールのコートでも、みなさん、南医療生協の健康チェックコーナーを無料で開放してくれます

10



健康づくり活動
「瀬戸外国人の健康チェック」

2008年から始めた、在日外国人の健康チェックや健康相談も、地元の自治会や組合員さん他病院の医師も含め、医師・看護師・リハビリ職員などと協力し合って実施しました。健康チェックサポーターがたくさんいるからいつでも体制が整います

11



たからブロックのタオル体操

健康づくり活動
各ブロックのケンケンサイクルは年間の行動
計画でスタート

たからブロックでは、2011年5月から地域の人々が朝8時に集まり、日祝日以外の毎日、ラジオ体操と南医療生協オリジナルの「タオル体操」に取り組み、その後いっしょに喫茶する仲間づくりはじまり、常連だけで40人、全体では毎日50～60人の健康づくりが広がっています。つながりで「絵手紙」など班づくりもすすんでいます

12

子育て支援活動委員会

台風託児



のびすくぱあく

小物作り

「のびすくの会」は子育て応援団です。現在154人登録。産後の兄弟の子守り・買い物の手伝い・保育園などの送迎・子育て相談などをします

13

協同の力ですすめる 事業所づくり

- ①土地・建物探し
 - ②出資金集め(20~30%)
 - ③組合員増やし
 - ④職員確保
- を組合員運動で確保する



14

①2002年「生協ひまわり歯科」



オープン前から職員・組合員が受診予約ワクを埋め、初年度から黒字

こは、知多市の「生協ひまわり歯科」。2002年の開設に向け、地域組合員が職員と連日、地域を訪問。開設までに、組合員を255人ふやし、出資金2400万円集め、そして、診療予約患者300名を確保。初年度から黒字という画期的なスタートです

15

②2003年「百人会議」

「自分たちのほしいもの(介護事業所)は、自分たちで考え、つくり、運営する」



「百人会議(介護事業推進会議)」は1年開催。協同組合らしい、まちにこけこみ・まちとふれあう介護事業所づくりに向け、本格的な市民・組合員交流を毎月定例開催。「居場所」「役割」「地域とのふれあい」を介護事業所づくりの3原則として確認しました。

③2004年「グループホームなも」



百人会議をきっかけに、自転車にまたがり、地域を回る「ちゃりんこ隊」を編成。空き家を見て回り、ご近所どうしの大家さんと家賃交渉も自分たちで行いました

それがかたちになりました。見つけた空き家を出資金1000万円集めて改修して「まちにとけこむ」介護施設になりました。ボランティアでも活躍しています。認知症で少しずつ記憶が薄れても、日常の暮らしの中で自分のことができることを行います。

17

④2005年「生協ゆうゆう村」



同じく、「生協ゆうゆう村」は敷地600坪以上。地元企業社長さんから「地元」に役立つなら」と格安で土地を提供。デイサービス・ショートステイ・多世代共生住宅・地域交流施設等。出資金1億7千万円を集めて実現。2017年、あい介護サービス大賞受賞

⑤2006年「千人会議」開始



2006年には、「千人会議(新南生協病院建設推進会議)」と名前を変え、地域協同・市民協同の実践と考え方が、新病院づくりにも活かされます。「10のゾーン」にこだわり、市民参加の総合病院づくりを実現しました。

19



災害時医療に対応。救急・急性期医療の充実。健康づくり・健診の拡大。組合員利用促進……。いろんな願いや様々な必要から、南生協病院の移転が総会で決まりました。毎月、組合員・職員・専門家が集い、この「10のゾーン」にこだわって、新病院づくりのアイデア・切実な願いの実現をめざしました

20

⑥2007年 「小規模多機能ホームもうやいこ」



新病院づくりをする中でも、地域の介護事業所づくりは止まりません。「グループホームなも」の地域に、「小規模多機能ホームもうやいこ」を開設。地元組合員が、出資金1300万円集め、職員・ボランティアも、日用品も、利用者さんも集めた、身の丈に合った事業所づくり、事業運営です

21

⑦2008年「老健あんき」



「老健あんき(29床・全室個室)」開設は、老朽化した星崎診療所の新築移転とセットで併設。ブロックで出資金5000万円集め、自分たちでつくる「要求実現」の大きな協同に広がっていました

22

⑧2009年「生協のんびり村」



のんびり村はマスコミの取材や見学が絶えない施設です。敷地800坪以上の複合施設。地元組合員からの土地の提供を受け、テラスや畑を組合員さんが作りました。グループホーム・小規模多機能ホーム・多世代共生住宅から喫茶・畑など出資金6000万円集めて実現しました。

23

⑨2010年 「南生協病院」新築移転オープン

市民の協同でつくる健康なまちづくり支援病院



「千人会議」から4年。ついに、「総合病院南生協病院」が2010年3月23日オープン。4年間45回毎月公開会議で議論を尽くし、新たな仲間が1万6千人、増資12億円、支部28、活動班264班など、市民と職員の参加と協同が広がりました。

24

⑩2012年「10万人会議」



近未来づくり
10万人会議

2012年には「10万人会議(南医療生協近未来事業構想会議)」がスタート。南医療生協の医療・介護・福祉・住宅、そしてまちづくりを一体としてどうしたいか、様々なテーマで話し合いました。現在も「まざりあい10万人会議」として、第3(土)14時より開催しています。

25

⑪2015年「南生協よってって横丁」

多世代のまざりあいがキーワード



「10万人会議」開始後、まずはじめにできたのが「南生協よってって横丁」。南生協初のサービス付き高齢者住宅。1階には複数の介護事業所。そして、地域のまざりあいの場として、カフェやレストラン、鍼灸や習習室。いろんな世代が立ち寄れる場所です。

⑫2018年就労継続支援B型事業所 「ま〜るいところ」



障がい者の自立支援をすすめるための「就労継続支援B型事業所ま〜るいところ」を2018年6月に開設。誰も役に立ち、ささえあい、くらしが成り立つ、まちづくりの取り組みです

27

⑬2018年南生協・医療対応住宅型 有料老人ホーム 「おあいこ」



医療依存度の高い方もご入居いただける住宅型有料老人ホーム。夜間吸痰ができる体制が整っており、1階・2階の各階に機械浴を完備しました。「やわらか食」でも素材の形があり「食べる食事」にこだわります。また、地域の組合員・ボランティアさんが季節やくらしの風を届けます。

28

おたがいさま事例④

ベッドが2階・・・でも、家に帰りたい



緩和ケア看護師



シートは緩和ケア病棟看護師より
どうしても自宅に帰りたい。
ベッドは2階にあるけど、階段を上る
力はもうないので・・・
1階に下ろしてもらえますか？

おあいご用！！
3人の男塾メンバーがベッドを下ろし
て退院の準備を整えました。

37

そのときに言った妻の一言
「私が先に逝ったら、残される夫が心配」

やや認知症が疑われていたKさん
ですが、「男塾に入った」ことでい
きいきとしてきました。
奥様が亡くなくても、自分が誰か
の役に立つ喜びで毎日はりのある
生活が送れています。



38

南医療生協25のボランティア(522人)

ボランティアの内容

- 南生協病院 総合案内、図書室、緩和ケア病棟、病棟、緑化
- 各診療所 テイクケア・グループホームなど
- 地域ボランティア 「ほしざきボランティアの会」(13年)、名南ブロック「男塾」(13年)、「おおだか男塾とお助け女子会」(17年)、「たからボランティアの会」(17年)、東海市ブロック「ボランティアグループたすくろ」(17年)

ボランティアの性格

生協運動と同様、自分の「自己実現・自己啓発」
だから、自発的・無償。活動資金は物資販売など
で工面します

39

たからブロック



ほしざき
ボランティアグループ



知立支部おたがさま班



東海市ブロック

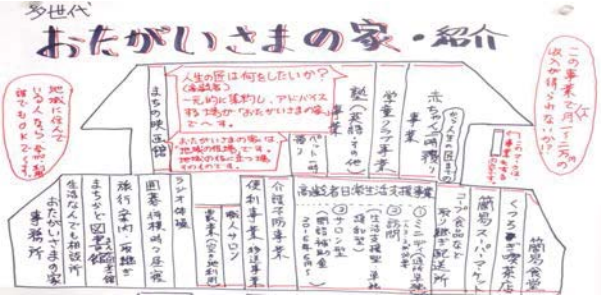
大高 おたすけ女子会



名南ブロック 男塾

40

おたがいさま運動 その②



2016年度よりすすめた常設型サロン「おたがいさまの家」
家賃・水光熱費なども組合員の自治で賄います。
「家」にいけばなんとかなる。をめざします。
誰かに会えて、何か食べられて、誰かに繋いでもらえるところ。

41

南生協のおたがいさまの家は 現在 5ヶ所

- ・みなあん(名南ブロック)
- ・イエローハウスだんらん(星崎ブロック)
- ・さなるかとんなtoto(瀬戸支部) ・りあん(緑ブロック)
- ・いっぶく(豊明ブロック)



42

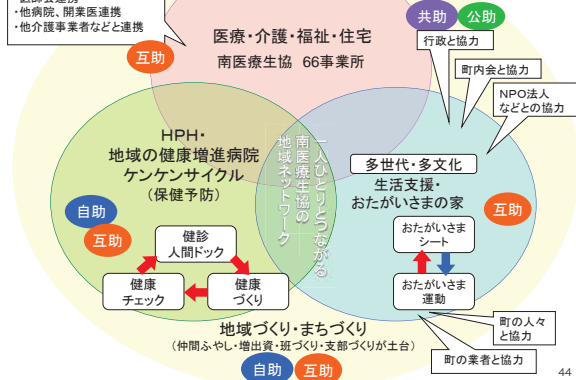
豊明市おたがいさまセンター
ちやっと(17年11月スタート)



「NPOおたがいさまの家いっぶく」で豊明市から「豊明市住民主体型生活サポート事業」の委託をうけ「豊明市おたがいさまセンターちやっと」を17年11月スタート。JAあいち尾東、コープあいち、南医療生協の3生協で推進体制をつくりました1月の利用者延べ件数は約200件、生活サポーターは200名以上。

43

南医療生協の「総合的な地域医療」は
市民参加のまちづくり



44

病院機能評価で最高の「S」評価

本年1月「日本医療機能評価機構」による病院機能評価を受審し高い評価を受けました。

- ①医療安全管理、感染管理は基本的に適正できています。
- ②機関紙「健康の友」が地域に健康づくりや病院の活動を発信しており、その数4万部以上を毎月手配りされていることは驚嘆に値する活動です。
- ③地域の組合員さんが「おたがいさま」の活動に取り組み、退院された患者さまや療養している患者さまを地域で支えている活動は、どこにもないすばらしい取り組みです。

※組合員・職員にとって「おたがいさま運動」が医療の品質として評価されたことは、大きな励みとなりました。

45

第16回日本地域福祉学会(2019年度) 地域福祉優秀実践賞受賞(6/8)

- ①組合員により構成された12ブロックごとに1ブロック1介護福祉事業づくり(いちぶいっかい運動)で多くの事業所を市民の協同の力で立ち上げている。
- ②多額の出資を集め、班会・支部・ブロックごとで多くの組合員・職員による合意形成のプロセスを重視し多様な事業が展開されている。
- ③社会的企業、共同生産の貴重な地域福祉実践。

46

2019年度 南医療生協のスローガン

ささえあい ひろがる
信頼ひろがる 希望ひろがる
地域だんらんまちづくり

～だれもが取り残されない地域社会をめざして
やれることから始めよう～

ご清聴ありがとうございました

47

04 | 南医療生協かなめ病院

1. 調査実施概要

調査員氏名	三谷慶
調査日	2019年12月13日
実施場所	総合病院 南生協病院
調査協力者氏名	大野京子
所属・肩書・職種	南医療生活協同組合 参与

2. 調査協力機関概況

協力機関名称 (URL)	南医療生協かなめ病院 (http://www.minami.or.jp/kaname/)	
所在地	名古屋市南区天白町 1-5	
医療提供範囲	(その人口規模：約 人)	
開設者	南医療生活協同組合 代表理事 成瀬幸雄	
開設年	2000年	
標榜科目	内科・神経内科・整形外科・リハビリテーション科	
許可病床数	60床	
患者に行っていること	<div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">1 病気の予防 (健康管理)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">2 往診・訪問診療</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">3 夜間や休日の緊急対応</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">4 専門医療機関への紹介</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">5 総合的に診る</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">6 気軽になんでも相談にのる</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">7 介護サービスにつなぐ</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">8 薬の管理</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">9 他院受診状況の把握</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">10 看取り・終末期医療</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">11 いずれもなし</div> </div>	
患者概況	2019年11月の外来患者延べ数：1,556人 患者属性の特徴：	
職員概況	全職員数：実人数 126人 常勤換算数 108.5人 うち医師数：実人数 9人 常勤換算数 3.8人 うち看護師・准看護師数：実人数 82人 常勤換算数 31.9人	

3. 社会的処方にかかわる取組みの概要

(1) 社会的処方の必要を感じた患者の割合（調査協力者の体感）

	社会的処方の必要を感じた患者の割合	うち社会資源につなぐことができた割合
外来	約70%	約100%
入院	約20～30%	約100%

(2) 社会的処方のニーズのアセスメント

誰が	<input type="radio"/> 医師 <input type="radio"/> 看護師 <input type="radio"/> 事務
どんな場面で	<input type="radio"/> 外来：診察時（医師、看護師）、保険証確認時（事務） <input type="radio"/> 入院：入院時3日以内の面接（退院支援加算）
どのように	<input type="radio"/> 外来：医師、看護師、事務 → 必要時MSWへ連絡 <input type="radio"/> 入院：入院時面談

(3) リンク機能（自施設内）

誰が	<input type="radio"/> 外来：医師、看護師、MSW、介護職、リハビリ職 <input type="radio"/> 入院：MSW
どのように社会資源を探し出し	<input type="radio"/> MSWの連携事業所（行政）へ相談 <input type="radio"/> または「おたがいさまシート」の活用
どのようにつながっているか	<input type="radio"/> 連携事業所へは電話連絡またはファックスでのやりとり。 <input type="radio"/> 「おたがいさまシート」は地域ささえあいセンターで集約し、関連地域、支部、班につなぐ。
モニタリング	<input type="radio"/> 連携部署や地域の組合員さんからのフィードバック
資源がないとき	<input type="radio"/> 関係がありそうな機関に相談を入れる。法人内ボランティアの相談をする。

(4) リンク機能（自施設外）+紹介先となる組織・グループ・個人など

ニーズに対応ができる人や機関	<input type="radio"/> いきいき支援センター（地域包括支援センター） <input type="radio"/> 障害者相談支援センター <input type="radio"/> 役所（生活保護、福祉課など） <input type="radio"/> 名古屋市仕事暮らしサポートセンター <input type="radio"/> チーム8050 <input type="radio"/> 地域の組合員さん
地域の社会資源	<input type="radio"/> おたがいさま運動「おたがいさまシート」と「おたがいさまの家」 <input type="radio"/> 生協の班・支部組織、「地域ボランティア」

(5) 社会的処方 の意義

患者にとって	<ul style="list-style-type: none"> ○ 普段かかっている受診先なので受診ついでに気軽に相談ができる。 ○ 自分からは動けなくても、受診ついでにつないでもらいやすい。身体 の状況を踏まえての相談ができる。 ○ 住みなれた地域で生活し続けることができる。
自施設にとって	<ul style="list-style-type: none"> ○ 生活や家族状況を知ることで本人を支える他機関も知ることができるため新たな連絡先ができる。
地域にとって	<ul style="list-style-type: none"> ○ 老いても、障がいがあっても安心して暮らせる。 ○ 地域支援を通じて「地域力」が向上する。

(6) 社会的処方をより充実させていくために求められること

自施設	<ul style="list-style-type: none"> ○ 職員間の連携 ○ MSW が制度の詳細をタイムリーに知ることができるシステム構築 ○ 全職員のアセスメント力の向上
医療機関一般	<ul style="list-style-type: none"> ○ 患者に関する医療機関同士の連携、情報交換

4. 社会的処方に関わる事例

(1) 多く見られる社会的な課題、社会・経済・心理的ニーズ

多く見られる社会的な課題等	<ul style="list-style-type: none"> ○ 老老介護・認認介護・障害者の子を持つ親の高齢化・独居・引きこもりの子がいる親の高齢化・就労しない子がいる親の高齢化（理解力の低下） ○ 低所得者（生活保護対象外） ○ 本人は支援を必要としないが、支援が必要に思われるケースを次につなぐまで ○ 成年後見制度につなぐケースには時間がかかる
特に対応が難しい患者	<ul style="list-style-type: none"> ○ 患者自身の判断能力が乏しい方 ○ 引きこもりの子がいる親の高齢化 ○ 就労しない子がいる親の高齢化 ○ 入院を機に一気に問題が表面化し、本人以外の家族にも支援が必要になるケース

(2) 典型的な事例または調査協力者の印象に残っている事例

<ul style="list-style-type: none"> ○ お菓子の袋、ペットボトル等自宅内に物が散乱されている方の自宅の清掃を南医療生協地域ボランティア（男塾）の協力を得て清掃し自宅に帰ったケース。独居の男性、入院中に唯一の家族（兄弟）から協力を拒否され頼れる人がいなくなり精神的に不安定になる。自宅に帰りたい気持ちは強いが歩行不安定で自宅内は物が散乱し転倒リスクが高かった。本人だけでは自宅内を生活できるよう整えることが難しく、大人数の人手が必要であった。退院後に本人を支援するケアマネやサービス事業所、南医療生協ボランティアの協力、当院職員で自宅内清掃。自宅退院できた。退院後訪問では、ヘルパーが清掃時に本人も掃除を手伝っている様子が見え、自宅は清潔に維持されていた。 ○ 本人は強い在宅退院希望があったが高次脳機能障害を発症しており身体的にも立位保持、歩行が安定せず転倒リスクは大きかった。離婚歴有り兄弟とも疎遠で身寄り無く入院時から借家の大家さんがキーパーソンとして動いてくれていた。生活保護にギリギリなれないくらいの年金生活で市町村

にも繋げなかった。本人には退院後もうすこしリハビリを継続して在宅へ戻る事を提案し家屋評価後納得を得た。身元保証の NPO を利用するには経済的に厳しい為後見人が入れば入所可という老健を探し成年後見制度を利用することとした。後見申請までには時間がかかり回復期の期限までには間に合わない為引き続き大家さんにキーパーソンを依頼して、無事退院後老健入所できた。上手く退院支援ができたポイントは院内リハビリ職員の目的把握した上での家屋評価、院外では成年後見センター、大家さん、老健相談員の連携協力が挙げられる。

5. 参考資料

- 総合病院 南生協病院の項を参照。

05 | 新田クリニック

1. 調査実施概要

調査員氏名	後藤 励、嶋本 恭子
調査日	2019年12月6日
実施場所	医療法人社団つくし会 新田クリニック*
調査協力者氏名	新田 國夫、三上 はつせ
所属・肩書・職種	医療法人社団つくし会理事長、新田クリニック院長・医師 新田クリニック看護師長・看護師

* なお、本報告書での事例報告は医療法人社団つくし会全体での取り組みではなく、新田クリニックの対応のみを取り上げる。

2. 調査協力機関概況

協力機関名称 (URL)	医療法人社団つくし会 新田クリニック (http://www.nitta-clinic.or.jp/)	
所在地	東京都国立市西 2-26-29	
医療提供範囲	国立市、及び国立市と近隣市との境界地区 (立川市、国分寺市、府中市) (その人口規模：国立市 75,256 人 2019年11月時点)	
開設者	理事長 新田 國夫	
開設年	1990年	
標榜科目	内科・神経内科・消化器科・循環器科・外科・整形外科・リハビリテーション科・物忘れ外科・脳神経外科・心臓外科 (順天堂大学) 地域連携型の認知症疾患センター指定	
許可病床数	無床	
患者に行っていること	<div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">1 病気の予防 (健康管理)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">2 往診・訪問診療</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">3 夜間や休日の緊急対応</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">4 専門医療機関への紹介</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">5 総合的に診る</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">6 気軽になんでも相談にのる</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">7 介護サービスにつなぐ</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">8 薬の管理</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">9 他院受診状況の把握</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">10 看取り・終末期医療</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">11 いずれもなし</div> </div>	
患者概況	2019年10月の外来患者延べ数：1,199人 (訪問診療も含む合計レセプト数) 患者属性の特徴：高齢者、独居・高齢者夫婦、認知症、抑うつ状態 (いずれも増加傾向)。85~95歳の患者に社会的孤立者が多い。整形外科は子どもも含む (骨折等)。	
職員概況	全職員数：実人数 30人 常勤換算数 23.7人	

	うち医師数：実人数 5 人 常勤換算数 3.0 人 うち看護師数（診療所）：実人数 4 人 常勤換算数 3.8 人 うち看護師数（訪問看護）：実人数 7 人 常勤換算数 4.0 人 うちその他（PT・事務・ケアマネ）：実人数 14 人 常勤換算数 12.9 人
--	---

3. 社会的処方にかかわる取組みの概要

(1) 社会的処方の必要を感じた患者の割合（調査協力者の体感）

	社会的処方の必要を感じた患者の割合	うち社会資源につなぐことができた割合
外来	約 30～40%	約 100%
入院	—	—

(2) 社会的処方のニーズのアセスメント

誰が	<ul style="list-style-type: none"> ○ 看護師（診療所及び訪問診療） ○ 医師（診療所及び訪問診療） ○ 地域包括支援センターからの依頼（一番多い。重症複雑な事例など、地域包括支援センター自体で対応する前に診療所に相談が来る） ○ 家族からの電話と往診時の相談 ○ 病院の連携室からの紹介 ○ ケアマネジャー ○ 近所の方からの依頼
どんな場面で	<ul style="list-style-type: none"> ○ 外来診察時 ○ 訪問診療時 ○ 電話相談（看護師が相談を受ける） ○ 上記機関職種からの依頼
どのように	<ul style="list-style-type: none"> ○ 外来診察時及び訪問診療時の聞き取り、電話相談（看護師が受ける）からの聞き取り。外来患者の場合は看護師を通さず直接医師の診察を受ける人もいる。 ○ 看護師・医師記録（カルテ）、看護師が別途記載管理するノート・メモ（保存なし）。 ○ 地域包括支援センターから書面での月例事例報告（「チーム国立検討事例」、各月 1 件ランダムなテーマ内容）と電話での相談。報告を受けてクリニックから往診に出向いて、状況に関係者に報告し対応を相談する。 ○ クリニックにはケースワーカーはおらず、看護師（ケアマネジャー資格を有する）が対応している。

(3) リンク機能 (自施設内)

誰が	○ 看護師 (診療所)
どのように社会資源を探し出し	○ 社会福祉協議会、国立市 (市はリスト所有)
どのようにつながっているか	○ 看護師から関連機関に報告相談。介護保険サービスに繋げ連携する支援 (ケアマネジャー、訪問看護、各サービス事業所、地域包括支援センターとの連携)。 ○ 必要であればボランティアにも連絡、クリニックの関連施設ではボランティア (傾聴ボランティアなど) も活用している。
モニタリング	○ 患者の診療所外来時、デイサービス利用時、ケアマネ、訪問診療時、ヘルパー。但し外部施設に入所した場合はモニタリング不可能。モニタリングを通して違い (良くなった部分) は見える。
資源がないとき	○ 重症な場合は国立市に相談し、特別養護老人ホームなどに入所。介護保険がない年齢層では精神疾患が多い傾向、施設ケア等に入所する。

(4) リンク機能 (自施設外) + 紹介先となる組織・グループ・個人など

ニーズに対応ができる人や機関	○ 生活保護関連部署に連絡。年金の活用、但し年金を受けているにも関わらず通帳の管理等が出来ておらず年金活用が不可能なケースも有る (例: 内縁の妻が管理していて通帳が見当たらない)。
地域の社会資源	○ ケアマネジャーや看護師も直接経済的なニーズに関してアセスメント聞き取りは行うが (訪問診療時など、年金の有無や金額など率直に聞く)、地域の社会資源には限界がある。患者の理解が不十分で自己負担分の購入が滞ったり (例: 訪問診療の未払いが何ヶ月もかさむケースや、デイサービスの借金 40 万円支払えない為訪問診療への切り替えを検討しているケース)、経済的な問題困難が理由で薬の利用や検査に制約が出るケースもある (例: 透析患者が入浴時にカテーテルの部分に貼るフィルムは自己負担な為、購入を渋る。MRI など高額な為検査の実施を取りやめる)。

(5) 社会的処方 の意義

患者にとって	○ 自分の事をわかってくれる医師らにやってもらえる、手軽に来られる事を良いと患者は思っている。対応した事例の 8~9 割の患者は結果として良くなったと実感しており、家族も良かったと感じている。
自施設にとって	○ 本人の状況を理解しているし患者本人にとってよいのであれば (医療だけでなく社会的処方を行う事に) 意義がある。
地域にとって	○ 地域からの期待と信頼に応える。 ○ 「それは出来ない」という内容 (例: 検査を早めて欲しいという希望) の場合でも「家族代々診療所にかかっている」(故に融通を利かせて対応してほしい) という期待と信頼。

(6) 社会的処方により充実させていくために求められること

自施設	<ul style="list-style-type: none"> ○ 看護師はケアマネジャーの資格を取得している、「たしなみ」として。楽しみとやり甲斐を感じる事が重要。一方で、人手を確保する事、看護師を確保して勤務してもらうのは困難でやめる人も多い（背景理由として、前職での一般病院業務との違い、患者家族対応やりとりも難しく業務に疲れる。同様に地域包括支援センターでもやめる看護師が多い）。軌道に乗れば来てくれる人もいるが。看護師がクリニックでの業務に慣れるまで何ヶ月も時間がかかり、（経験を有する）看護師が3ヶ月ほど同行する。経験のない看護師を受け入れる側であるクリニックの余裕も必要。高齢者男性の訪問診療介護（例：認知症重度の患者）も、若い女性看護師一人で行かなければいけない（ので大変）。
医療機関一般	<ul style="list-style-type: none"> ○ かかりつけ医としての対応は、特に医師個人経営のクリニックでは看護師がいない場合も多く、難しいのではないか。

4. 社会的処方に関わる事例

(1) 多く見られる社会的な課題、社会・経済・心理的ニーズ

多く見られる社会的な課題等	<ul style="list-style-type: none"> ○ 高齢者、独居・高齢者夫婦、認知症、抑うつ状態（いずれも増加傾向）。85～95歳の患者に社会的孤立者が多い。
特に対応が難しい患者	<ul style="list-style-type: none"> ○ 認知症、特に夫婦2者で認知症のケースでは、一方の程度が軽く社会的処方などの介入を嫌がり拒否する場合もあり対応が困難（例：ヘルパーを断る、デイサービスに旦那が行くのを妻が嫌がる）。 ○ 精神疾患（統合失調、うつ。70代から）の場合には話をする事が困難で対応が大変となる。特に重度の場合はニーズを訴えず生活から崩れてしまい、社会的処方の手法が見えない（例：誰がどう介入するか？どこかに移すのか？）。 ○ 不安神経症の方は電話を掛けてくるが、重度のうつの場合出て来られない為、拾いきれない。 ○ 夫婦どちらかが先立ったケースでは、残された方は生活設計が出来なくなり生活、食事が安定しなくなり、家は荒れた状態になる一方で、子どもはいなくなっており頼りにならない。

(2) 典型的な事例または調査協力者の印象に残っている事例

<ul style="list-style-type: none"> ○ 訪問診療により予防的な介入として効果的だった事例：高齢化した親（80代頃）と、内向的な子ども（精神疾患など、50代から70代位まで、独身）が実家に残って同居している事例が多い。優秀でしっかりした長男は家を出ていて親の面倒を見ない。親の年金で生活している。往診を通してケースを発見し声を掛ける事で、社会的な関わりと、役割、場所、生き甲斐を見つけてもらう。 <p>(1) 親（80代）と同居している娘（60代独身）に精神疾患があり内向的だったが、訪問診療時に親の飲食生活をノートに記録する事を娘に指導した後に一生懸命に実行し生き甲斐となっていた。娘が役割と関わりを得て認められ褒められる事で、外に出られる様になり（買い物等）元気になった。</p> <p>(2) 親の為に息子が薬を受け取りに来る事を依頼した所、精神疾患を持ち引きこもりの息子であった</p>
--

が何度か往診の際に話をした後に、何度か薬の受け取りの為に診療所に来診し外に出られる様になった。役割と関わりを得て元気になった。

- (3) 母親と精神疾患を持つ次男が同居生活をしていた。長男は会社を経営していて親とは別居しており、診療所から連絡してたまに実家に来る程度だった。しかし長男の仕事の経営が困難になった理由から家屋も手放す。母親を看取った後に、長男夫婦が実家に帰って来て、生保を受けさせる為という理由で兄弟が世帯を分け、次男は別宅アパートに居住、長男夫婦が親の家屋に居住する事となる。
- (4) 親（80代半ば）はCOPD（慢性閉塞性肺疾患）で酸素療法を行っており、同居している無職で統合失調がある息子に年金を残す為に長生きをするのが生き甲斐と話している。いずれも訪問診療を通して患者と家族に生き甲斐を作るきっかけを提供し患者と家族も元気になった事例。

○ 社会的処方での対応が難しい事例（最近の懸案の事例）：

- (1) 地域交流室への電話相談と地域包括からの相談として、夫がアルコール中毒だという妻からの相談が多い（夫は70代から上の世代）。食事を食べずに困っているとの相談を受け、具合を見る為に訪問診療に入る。電話相談を通して妻がクリニックと繋がりを持ち、取り得る対応策はクリニックから提供するが（例：診療所での点滴治療など）、それ以上のクリニック側の介入と社会的処方は難しい（「どうしようもない」）。お酒を飲んで夫本人が転倒し入院に至るケースもある。家族は相談する事で良いと感じてはいる様子。
- (2) 夫婦両者が認知症のケース（夫90代、妻80代）。クリニックからは夫への訪問診療を実施しデイサービスも利用している。自宅はゴミ屋敷で2階は電球も切れている上に不衛生な為、生活や家の中での移動が困難となり、夫は足もむくみ水泡が出来2階への移動が不可能となる。エコノミー症候群を懸念し、訪問診療と地域包括センターも関わってベッドを入れる事を提案するも、妻が断り続けていた。業者を呼んでも妻は片付けを断っていた。ようやくベッドを入れる合意を妻から得たものの直前に夫の足が動かなくなり緊急入院（脳梗塞の疑い）。娘は海外、息子と連絡してもあまり実家に来ない。
- (3) 妻が重度の認知症でデイサービスを長く利用していたが、現在はショートステイを利用している。夫は介護疲れからうつ状態となる。夫も腰痛から車椅子歩行にもなり、妻をどこか施設に入れる事を希望している。娘も精神疾患を抱えており、父親との人間関係も難しい状況。
- (4) 腎臓が悪く認知症で理解力も弱い患者（80代後半）が食事もしちゃんと食べられなかった。患者本人に病状や治療について説明するも、理解できず病気に恐怖心を抱き治療も拒否していた。診療所が関わって食事が改善して来て、患者本人の病状がだいぶ良くなったところで、息子とも連絡を取り、理解を得て治療についても説得する事が出来、透析を開始する予定となった。
- (5) 妻（70代）は介護が必要でデイサービスを利用しているが暴言も発していた。突然外に出て行ってしまう症状もあり一日中誰かが付いてないといけない症状だったが、認知症が進んだ為に少し暴言などは落ち着いてきた。地域包括支援センターが訪問すると夫はサービスを断ったり見張ったりもしていた。家族、特に介護を担う息子（60代独身）から暴力が続き患者は顔面など負傷。国立市は敏速に対応し、負傷の翌日に強制保護しショートステイに至るも、家族からは転倒が理由で怪我をしたとの言い訳があり、市の対応に抗議苦情が出る。障害を受けた被害者の写真は撮ってはいるが、暴行の証拠はない為難しい（息子は後で認めたが、夫は認めず不明）。訪問看護が提案されたが、夫は拒否している。
- (6) 認知症の女性の患者（70代）は2年間位に渡って動きまわる癖が著しかったが、グループホー

ムでの宿泊を斡旋した所、宿泊回数が増えて来た（経済的に支払い可能な為、宿泊費は徴収）。デイサービスでも動き回るため支払いが取れず、相談室にも行き薬の受け取りもしているが、いずれもサービスを受けるが料金がとれていない。

（3）その他調査協力者の自由コメント

- 「社会的処方に関わる取り組みの概要」の補足：外来患者の2割程度は、医療に満足しない為、医師による最初の医療に関する診断の後、患者は満足せず、その後に看護師にも相談に行く。いわゆる社会的処方。膠原病の患者さんに関して（全体の患者の2割程度）は、その半分以上は医師の診療の後に看護師に相談に行く。
- 腰や膝が痛いなど身体的不調に関してはご近所の人達が面倒を見てくれる場合もあるが、認知症が始まる事で周囲の人も関わらなくなってしまい、地縁も壊れてしまう（例：物を取られるという疑念と非難、近所でのゴミの分別での間違いと異なる対応）。
- 社会的処方にかかる時間（診察、カンファレンス）を踏まえた適正な診療報酬の手当が必要。
- 病気治療後の先の先の話の難しさ。夫婦片方が先立ったケースの対応の難しさ。親と子どもとの同居、親の住居をどう活用処分するかという課題について、家族内での意見と希望の食い違いが生じてしまう。経済的に豊かであっても使えないケースもある。
- 地域的には、年金や資産など所得は比較的高く、持ち家もあるため経済的には恵まれているはずの世帯が多いが、介入に難しい場合も多い。
- 老老介護と認認介護の難しさ。ご家族がいる場合、社会的処方を拒否するケースもあり対応が難しくなる。
- 社会的処方が家族介護を代替する事は難しい。日本では高齢者が多く、認知症が多い状況であり、国外の社会的処方（例：イギリス）とは異なる。
- リンクワーカーは繋げるパスする役割との概念ではあるが、該当クリニックではリンクワーカーを担う看護師がパスだけでなく見続けている。日本の現況ではずっと見続ける人が必要。
- 開業医の場合、医師と事務員だけである事がほとんどであり、忙しい状況では社会的処方が難しい或いは無理である。該当クリニックでは訪問診療を通して、そして基盤として、見えて来たものが大きい。
- 往診は医者と看護師のチームで実行する。医療だけではなく状況も含めて全体を見る。

06 | 生協浮間診療所

1. 調査実施概要

調査員氏名	鈴木佳奈子
調査日	2019年12月10～19日
実施場所	生協浮間診療所、赤羽北／浮間地域包括支援センター、虹のセンター
調査協力者氏名	藤沼康樹、小串路恵、佐藤節子、関口久子、本間太一
所属・肩書・職種	<ul style="list-style-type: none"> ○ 東京ほくと医療生活協同組合 生協浮間診療所 所長 医師 藤沼康樹 (家庭医療学センター長) 師長 看護師 小串路恵 組合員 理事 浮間第一支部長 佐藤節子 ○ 北区高齢者あんしんセンター 赤羽北 センター長 社会福祉士／精神保健福祉士 関口久子 浮間 センター長／生活支援コーディネーター 社会福祉士 本間太一

2. 調査協力機関概況

協力機関名称 (URL)	生協浮間診療所 (http://www.t-hokuto.coop/clinic/ukima/)	
所在地	東京都北区浮間 3-22-1	
医療提供範囲	北区浮間 1～5 丁目中心 (その人口規模 約 25,000～30,000 人)	
開設者	生協浮間診療所 所長 藤沼康樹	
開設年	1993 年	
標榜科目	内科・外科・小児科	
許可病床数	無床	
患者に行っていること	<div style="display: flex; flex-wrap: wrap; gap: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">1 病気の予防 (健康管理)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">2 往診・訪問診療</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">3 夜間や休日の緊急対応</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">4 専門医療機関への紹介</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">5 総合的に診る</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">6 気軽になんでも相談にのる</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">7 介護サービスにつなぐ</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">8 薬の管理</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">9 他院受診状況の把握</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">10 看取り・終末期医療</div> </div> <p>11 いずれもなし</p>	
患者概況	2019 年 11 月の外来患者延べ数：約 1,600 人 患者属性の特徴：全年齢層、急性期、慢性期まで幅広い	
職員概況	全職員数：実人数 18 人 常勤換算数 10 人 うち医師数：実人数 6 人 常勤換算数 2.5 人	

うち看護師・准看護師数：実人数6人 常勤換算数4人

3. 社会的処方にかかわる取組みの概要

(1) 社会的処方の必要を感じた患者の割合（調査協力者の体感）

	社会的処方の必要を感じた患者の割合	うち社会資源につなぐことができた割合
外来	医師 約10%	約50%
	看護師 約15(50*)%	約5(40*)%
	地域包括 約30~40%	約50%
	組合員 約20%	約20%
入院	—	—

* 要介護/要支援の認定を受けている患者における割合

(2) 社会的処方のニーズのアセスメント

誰が	<ul style="list-style-type: none"> ○ 診療所内：医師、看護師、ごく稀に事務職等 ○ 診療所外：近隣薬局、看護師、包括職員、組合員
どんな場面で	<ul style="list-style-type: none"> ○ 外来診療、訪問診療、処方箋薬受け取り、組合員活動、地域サロン等
どのように	<ul style="list-style-type: none"> ○ 院内で、随時昼休みの時などに、その場にいるスタッフでカンファレンスを開く。→師長の声かけが主。口頭でこういう患者さんがいるがどうだろう？等の相談や、気をつけてくださいなどの周知がある。ボードを使う時には、レジデント呼びかけのことが多く、臨床倫理4分割等の書式を用いて行うこともある。 ○ 医師：決まったツールは使っていない。プロフェッショナルとしての感覚、嗅覚→鈴木が複数回外来診療見学した時は、DEATHSHAFTを意識した問診を、外出頻度、趣味、外食や食事を誰かと摂るか等「必要に応じて」「1つか2つ選んで」行う。生活状況を聴こうと決めた時に細かく聴く医師も居る。 ○ 看護：アネムネシート(聞き取りしながら一緒に記入)資料添付 ○ 組合員：元々日頃から繋がっておくことが一番大事。そうでないと変化もわからない。その場だけの会話では問題ないように思えても、一緒に活動したりしっかり話をしてみると、おかしいということなども多い。 ○ 地域サロン等：来ていたのに最近来ない等

(3) リンク機能（自施設内）

誰が	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医師、看護師、リンクワーカー、包括、組合員
どのように社会資源を探し出し	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医師：看護師へカルテ指示、自分でネット検索して紹介、スタッフ間で相談等。 ○ 看護師：処置室に連絡先のファイル等を保管、よく連絡する先は貼り出してある(藤沼はそれを看護師集団の記憶データベースと呼ぶ)。 ○ リンクワーカー：外回りで情報収集、リスト作成中。 ○ 地域包括：北区でみるもネット導入予定、センター共有PC内で整理。

	○ 組合員：活動及び組合員同士の地域リソースから。
どのようにつながっているか	○ 医師／看護師：紹介先や連携先へは電話相談が主。患者へは声かけが主。 ○ リンクワーカー：訪問の上活動内容を把握し、必要な際に患者を紹介してに良いか同意を取り、紹介先を開拓。 ○ 包括：声かけ、同行。
モニタリング	○ 電話やカンファレンスで確認、日頃の業務の中で確認し合うことが多い。
資源がないとき	○ 芋づる式に援助手段を相談するとたいてい見つかる（藤沼）。 ○ フットケアの自主活動グループを診療所が支援する等。

(4) リンク機能（自施設外）＋紹介先となる組織・グループ・個人など

ニーズに対応ができる人や機関	○ 地域包括支援センター ○ 社協 ○ 法人内リンクワーカー
地域の社会資源	○ 組合員活動（虹のセンター） ○ 地域包括支援センター ○ いきいきサロン ○ オレンジカフェ ○ 地域ふれあい館の活動（浮間／北赤羽） ○ うさぎ屋（近隣で高齢者中心の有償ボランティア） ○ 浮間住民開催の自宅サロン ○ 北赤羽駅前の喫茶店 ○ 子ども食堂 ○ シルバー人材センター ○ あんしん北（社会福祉協議会） 等

(5) 社会的処方意義

患者にとって	○ 医師：孤独の解消。 ○ 地域包括：診療所はなんでも相談できる相手。10年かけてこの信頼関係を作ってきたので安心して紹介できる。 ○ 組合員：私たちのつながりそのものが社会・経済的ニーズに応えるものとなるよう活動してきた自負がある。 ○ リンクワーカー：診療所が立場を超えた連携強化のきっかけとなれたら嬉しい。
自施設にとって	○ 医師：地域内のプレゼンスの向上。 ○ 地域包括：介護保険の運用前に行った勉強会の記録に、藤沼医師が「患者に取り組むということは、地域のQOLが上がることだ」と仰った記録がある。 ○ リンクワーカー：看護は多くを語らないが、看護が常に患者や地域包括等に伴走し、相談しやすい関係性を長い時間の中で中心的に作っている。
地域にとって	○ 地域の問題対処能力＝地域力が上昇するということ。 ○ 地域包括：それぞれがたくさんのところに繋がって、多様な連携の形を考えたい。

(6) 社会的処方により充実させていくために求められること

自施設	○ ケースワーカー、コミュニティナースといった地域とリンクする専門家の配置。 あるいは看護師の研修によるそうしたコンピテンシーの獲得
医療機関一般	○ 外来看護師を配置しやすくする外来診療報酬のみなおし

4. 社会的処方に関わる事例

(1) 多く見られる社会的な課題、社会・経済・心理的ニーズ

多く見られる社会的な課題等	○ 貧困、孤独、精神疾患、アルコール依存
特に対応が難しい患者	○ 精神疾患、学習障害

(2) 典型的な事例または調査協力者の印象に残っている事例

○ 医師：	<ul style="list-style-type: none"> ・ 転倒傾向がある、老老世帯（高齢の兄妹のふたりぐらし）。兄が「孤独感」と先ゆきの不安を訴えた。聴きとりをしたところ、広島の前爆投下を運良く生き延びた兄妹だとわかる。それ以来ふたりでよりそうように生きてきた。高齢で足腰がよわくなり、自宅周囲でのつながりもなく不安も増加していた。そこで、当院でつくった、フットケアのコミュニティにおきそいしたところ、かならず月に1度参加するようになり、「たすかりました。ありがとうございます」という言葉がきかれた。積極的にそのコミュニティ運営にもかかわれるようになっている。 →活動創作したフットケアグループのこと。現在は月1回で開催中。
○ 地域包括：	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事例がたくさんありすぎて、改めてこれとあげにくい。星の数ほどある。なんでも診てくれてなんでも相談に乗ってくれる家庭医診療所だという安心感がある。特に社会的な問題(家族関係、精神疾患、認知症、ゴミ屋敷等)のある住民に対し、家族ケアと一緒に入って欲しいと思うと浮間診療所に相談する。2年間受診歴がない人を紹介したこともある。他の在宅診療所もやってくれるけれど、ここまでやってくれないところが多い。看護師がSW的な役割を果たしてくれているのがありがたい。一緒の土壌で考えてくれる。 ・ 診療所にはまるで同じ法人というような感覚で色々相談できる。最近、鈴木(LW)は運命共同体という感じ。なかなかうまくいかない/進まないことも多いが、一緒に考えられる仲間がいるのがありがたい。

(3) その他調査協力者の自由コメント

○ 地域の特徴（地域包括生活支援コーディネーター等より）：	<ul style="list-style-type: none"> ・ 診療所は東京都北区に位置し、浮間地域は平坦で横に広く川と池に囲まれている。政治参加が（特定の政党を応援、または特定の宗教による繋がりが強い等）盛んな高齢者が多い。北赤羽地域は高低差が大きく、崖の上に地域の拠点病院と大学等がある。浮間/北赤羽地区の両方が診療圏であり、車で移動する分には両地域の行き来はさほど大変ではないが、自転車や徒歩で地
-------------------------------	---

域を行き来するにはかなりの体力を要する。特に浮間地域は地域を走るバスがなくなってしまったことで、足腰が少し弱くなって自転車が乗れなくなると、途端に交通が不便になる。

- ・ 近年両地域に分譲マンションが増えてきており、子育て世代の人口が増えている。
- ・ 最近駅前に新たに小児科ができたり、近隣に新規に歯科医院が開業したりしている。

○ 診療所及び法人（医療生協）の特徴：

- ・ 家庭医療専門医の教育診療所としての歴史があり、常に専攻医が1-2人いる状態が長く続いている。
- ・ 1998年から、地域包括支援センターが前在宅支援センターの頃より診療所と連携した勉強会を開催しており、形を変えながら今も継続している。現在では月1回、地域のケアマネージャーらを中心に多職種が集まり診療所スタッフと共に勉強会をしている。年に4回程度は困難事例の多職種検討会を行っており、毎回4-50名の多職種が参加している。
- ・ 崖の上の拠点病院（北医療センター）の総合診療科と病診連携カンファレンスを2018年までほぼ毎月開催していた。現在、医師の異動等により2-3ヶ月に1回の開催となっているが、継続開催されている。救急に頻回受診（救急車等）する個別患者などの相談も行われる。
- ・ 地域包括との連携は特に盛んで、地域で医療ニーズや社会ニーズの高い患者が発見されると、直ぐに相談が入るような関係性がある（詳細は(2)参照。地域包括は当診療所以外にもいくつか連携先を持っているが、特に社会的背景が複雑な人については、本人が政治的嫌悪感を抱かない限りにおいて当診療所に真っ先に相談するとのことだった）
- ・ 組合員活動については、診療所から徒歩1分くらいのところに、「虹のセンター」という居酒屋を改装した場所があり、そこで班会を中心とした様々な活動が行われている。月1回の茶話会では昼食と歌、隔週の喫茶、体操グループ、輪飾り、ちりめん、フラダンス、ハーモニカ、麻雀等。この他に、近隣で“カレー曜日”と称したカレーを食べる会なども開催している。半年に1度うきうき散歩、年に1回スキー旅行も開催している。基本的に地域にも開かれ、組合員でなくても参加できるが、入り口が少し分かりにくく、外から中の様子も見えないため、地域包括などが一般の方を誘いにくい時もあるそうだ。インタビューに答えてくれた法人理事で支部長の佐藤さんは、それらをもっと改善していきたいと話してくれている。一方で、担い手たちの高齢化は進み疲弊の声もあり、多世代の活動を目指し若い世代を迎えたいと希望している。
- ・ 診療所発信で社会的処方の実装を地域で出来ないか2017年より取り組んでいる。上記勉強会に堀田聰子氏を講師として招き、その後月一回で話し合いを持ったりしていたが、一度休止となり、その後2018年冬よりリンクワーカーの雇用を診療所で行うための調整が始まり、2019年春より調査員鈴木が非常勤勤務開始。地域のリソース調査や連携模索を行い、両地域包括との協働の中で、地域ぐるみでフルム地域を想起するような展開ができないか相談を続けている。近隣にある社会福祉協議会が受任している地域活動拠点等との連携も進んでいる。見切り発車は多様なステークホルダーを巻き込めないという見解もあり、浮間/赤羽北地域包括のセンター長（生活支援コーディネーター）らと共に可能性を模索している。

5. 参考資料

東京都北区 浮間



1

東京都北区 浮間



2

診療所の概要

外来 : 60名/日前後 (健康診断を除く)
 訪問診療 : 90名/月前後
 訪問看護 : 10名前後 訪問リハビリ : 10名前後

【当院で出来る検査】

- ・血液検査、尿検査、便検査
- ・視力検査、簡易聴力検査
- ・X線検査、超音波エコー検査
- ・心電図、24時間心電図検査
- ・呼吸機能検査、骨塩定量検査



3

生協浮間診療所の特徴

特徴① プライマリ・ケアを実践していること

- ・外来機能 : よろず相談 (子どもから高齢者まで)
 乳幼児健診、予防接種、健康診断、
 禁煙指導、フィットケアなど
- ・在宅支援機能 : 訪問診療、訪問看護、介護相談など
- ・地域ケア機能 : 学校医、産業医、行政との協働など

特徴② 教育に力を入れていること

- ・医学生・看護学生の実習
- ・家庭医療専門医後期研修・指導医研修
- ・新人看護師研修・プライマリ・ケア診療所看護研修

4

オレンジカフェ



5

多職種 事例検討会



6

子ども医学体験



7

●生活の様子をお聞かせください

(当てはまる所に○をつけてください。詳細を記載する際は当てはまる欄に記入してください)

	自分ができる	軽度の手伝いを要する	全てにおいて介護者の 手伝いを要する
着替え (D)			
食事 (E)			
歩行・移動 (A)			
排泄 (T)			
清潔 (H)			
買い物 (S)			
家事一般 (H)			
金銭管理 (A)			
食事の用意 (F)			
交通手段の利用 (T)			
内服するまでの薬 の準備			
薬を飲むまでの 動作			

・上記で介護を要するにチェックされた方へ伺います。主な介護者はどなたですか？

親 ・ 兄弟 ・ 配偶者 ・ 子ども ・ 孫 ・ ヘルパー ・ その他：

●生活歴についてお聞かせください

1. ご出身はどちらですか？

()

2. ご趣味は何ですか？

()

3. 信仰している宗教はありますか？

()

ご協力ありがとうございました

07 | 橋場診療所

1. 調査実施概要

調査員氏名	長嶺由衣子
調査日	2020年1月23日
実施場所	橋場診療所
調査協力者氏名	松井美春、長嶺由衣子
所属・肩書・職種	看護師長 松井美春 非常勤医師 長嶺由衣子

2. 調査協力機関概況

協力機関名称 (URL)	東京保健生活協同組合 橋場診療所 (http://thoken.or.jp/hashiba/)													
所在地	東京都台東区橋場 2-2-5													
医療提供範囲	第一診療圏：橋場 1、2 丁目、清川 1、2 丁目 (人口 11,113 名；2017 年度) 第二診療圏：今戸 1、2 丁目、日本堤 1、2 丁目、東浅草 (人口 13,785 名；2017 年度)													
開設者	東京保健生活協同組合 理事長 根岸京田													
開設年	1959 年													
標榜科目	内科、整形外科、呼吸器内科、神経内科、皮膚科													
許可病床数	無床													
患者に行っていること	<table border="0"> <tr> <td>1 病気の予防 (健康管理)</td> <td>2 往診・訪問診療</td> </tr> <tr> <td>3 夜間や休日の緊急対応</td> <td>4 専門医療機関への紹介</td> </tr> <tr> <td>5 総合的に診る</td> <td>6 気軽になんでも相談にのる</td> </tr> <tr> <td>7 介護サービスにつなぐ</td> <td>8 薬の管理</td> </tr> <tr> <td>9 他院受診状況の把握</td> <td>10 看取り・終末期医療</td> </tr> <tr> <td colspan="2">11 いずれもなし</td> </tr> </table>		1 病気の予防 (健康管理)	2 往診・訪問診療	3 夜間や休日の緊急対応	4 専門医療機関への紹介	5 総合的に診る	6 気軽になんでも相談にのる	7 介護サービスにつなぐ	8 薬の管理	9 他院受診状況の把握	10 看取り・終末期医療	11 いずれもなし	
1 病気の予防 (健康管理)	2 往診・訪問診療													
3 夜間や休日の緊急対応	4 専門医療機関への紹介													
5 総合的に診る	6 気軽になんでも相談にのる													
7 介護サービスにつなぐ	8 薬の管理													
9 他院受診状況の把握	10 看取り・終末期医療													
11 いずれもなし														
患者概況	2018 年 6 月の外来患者延べ数：約 780 名 (在宅 90 名) 患者属性の特徴：全世代、外来、訪問、特養往診など													
職員概況	全職員数：実人数 15 名 常勤換算数 7 名 うち医師数：実人数 7 名 常勤換算数 2 名 うち看護師・准看護師数：実人数 5 名 常勤換算数 3 名													

3. 社会的処方にかかわる取組みの概要

(1) 社会的処方の必要を感じた患者の割合（調査協力者の体感）

	社会的処方の必要を感じた患者の割合	うち社会資源につなぐことができた割合
外来	約40%	約85%
入院	—	—

(2) 社会的処方のニーズのアセスメント

誰が	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 看護師 <input type="radio"/> 医師 <input type="radio"/> 訪問看護師 <input type="radio"/> ケアマネジャー <input type="radio"/> こども食堂 <input type="radio"/> 子ども家庭センター <input type="radio"/> 民生委員 <input type="radio"/> 保健師 <input type="radio"/> NPO
どんな場面で	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 外来受診時 <input type="radio"/> 訪問診療開始時 <input type="radio"/> 訪問診療内 <input type="radio"/> 日常で接する時（近所で会う時、食事会などで会う時など）
どのように	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> アセスメントツールなどは特に用いていないが、気づいた人が（最も地域内の専門職・非専門職ネットワークを持ち、地域資源を熟知している）師長に報告をし、必要な人につないでいる。 <input type="radio"/> 要援護家庭の子どもへの介入の際など必要な時には、要介護者に関わらず関係者会議が開催され、今後の各自の役割などの相談、決定がなされる。

(3) リンク機能（自施設内）

誰が	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 外来で見つけた時には介護関連であればケアマネジャー、地域包括などを通じて連携、それ以外は子ども家庭センターやこども食堂などを通じて連携、職業関連はアプローチできていない。 <input type="radio"/> 地域で医療受診が必要な方が見つかった時には、看護師長か診療所へ直接連絡があり、受診。
どのように社会資源を探し出し	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 地域のNPOなどが主催する会議に参加 <input type="radio"/> 地域の子ども家庭センターが主催する会議に参加 <input type="radio"/> 無料の医療相談会に参加し、地域のNPOと顔が繋がったり、医療ニーズがあるが医療につながっていない人の拾い上げを行う

どのようにつな いでいるか	<input type="radio"/> 関係者と直接のコミュニケーション。
モニタリング	<input type="radio"/> 関係者全員で適宜情報共有。重症ケースはオフラインミーティングも。
資源がないとき	<input type="radio"/> 無料低額診療など

(4) リンク機能（自施設外）+紹介先となる組織・グループ・個人など

ニーズに対応が できる人や機関	<input type="radio"/> 看護師 <input type="radio"/> 医師 <input type="radio"/> 訪問看護師 <input type="radio"/> ケアマネジャー <input type="radio"/> こども食堂 <input type="radio"/> 子ども家庭センター <input type="radio"/> 民生委員 <input type="radio"/> 保健師 <input type="radio"/> NPO
地域の社会資源	<input type="radio"/> NPO や医療相談会などでコミュニティ内で動いている人たちとつながることができる。

(5) 社会的処方 の意義

患者にとって	<input type="radio"/> ご本人が過剰な医療、介護ニーズを表出することなく地域である程度安定的に生きられるサポートになると感じる。
自施設にとって	<input type="radio"/> 医療従事者の過剰労働の軽減につながる。 <input type="radio"/> 地域や自治体、保健所との信頼関係構築につながる。
地域にとって	<input type="radio"/> 現在ニーズがある人のみならず、長い目で見れば、今後ニーズがある人が出てきた場合の受け皿になる可能性がある。

(6) 社会的処方をより充実させていくために求められること

自施設	<input type="radio"/> 社会的処方が必要な人の「人物像」をある程度施設内で共有したり、ツールを利用するなどして、誰が対応してもニーズのある人の拾い上げができるようにする。 <input type="radio"/> 可能であれば電子カルテから社会的処方が必要な人の「処方」ができるシステム、体制を作る。 <input type="radio"/> 医療機関と行政や地域資源とのコミュニケーションが円滑であること。 <input type="radio"/> 患者さんのニーズに沿った支援ができる体制が整えられていること。 <input type="radio"/> 地域資源が見えていること。
医療機関一般	<input type="radio"/> 地域との情報交換、収集。

4. 社会的処方に関わる事例

(1) 多く見られる社会的な課題、社会・経済・心理的ニーズ

多く見られる社会的な課題等	○ 独居高齢者、経済的困窮者、精神疾患、精神疾患の親を持つ子ども、アルコール多飲、LGBTQ、路上生活者、高校中退者、家出の子ども、うつや仕事中の事故などで仕事を辞めざるを得ず生活保護になった人、など。
特に対応が難しい患者	○ アルコール、精神疾患、精神疾患を持つ親の子ども、経済的困窮者、アルコール多飲、うつや仕事中の事故などで仕事を辞めざるを得ず生活保護になった人。

(2) 典型的な事例または調査協力者の印象に残っている事例

ケース	実際
<p>・ 42歳女性、統合失調症、気分障害、2型糖尿病、高血圧</p> <p>病歴： 統合失調症の発症時期は不明。コミュニケーションは取れるものの、気分障害を伴っており、定期通院が困難。精神科は訪問診療中。内科は外来診療中。 30代前半に糖尿病の診断を受け、インスリン投薬を行うも、治療の中断を繰り返しており、HbA1c 12台が続いている。 1日2箱のヘビースモーカーでもあり、禁煙外来も3-4回行っても全て脱落。</p> <p>内服歴： インスリン(ランタス(0-25-0-0))、降圧薬、抗精神病薬</p> <p>社会歴： 20代に海外渡航歴があり、英会話ができる。前夫はケニア人で、見た目が黒人の13歳の息子と2人で生活をしている。収入は生活保護と前夫から送られてくる不定期な仕送りがメイン。 息子は小学校2年生から不登校となり、同時期から喫煙も開始。本人としては今後の人生に不安もあり、高校進学希望はあるものの、自宅の経済状況、自分の学力と喫煙による集中力低下もあり、半ば諦めかけている。</p>	<p>・ 母親に対して 精神科往診からの情報、訪問看護からの情報、精神科デイケアからの情報を聴きながら必要なタイミングでインスリン等を処方</p> <p>・ 息子に対して 子ども家庭医療センター主催で、学校関係者、子ども家庭医療センター、教育委員会、スクールカウンセラー、保健師、訪問看護師、診療所医師、看護師、精神科往診ナース、子ども食堂、民生児童委員(近所のおばちゃん)、児童館職員、図書館職員が集まって課題とできることを話し合い。 現在、高校受験を目指して禁煙外来中。</p>

(3) その他調査協力者の自由コメント

- 都市部での他事例を確認したい。
- 地域資源の開拓の仕方でよい方法があれば知りたい。
- 社会的支援のニーズをうまく拾い上げられるツールがあれば知りたい。
- 実際の在宅、外来患者さんの中で社会的処方のニーズはどのようなところにあるのか、ないのかを知りたい。

08-1 | 東近江市永源寺診療所 (チーム永源寺)

1. 調査実施概要

調査員氏名	奥村圭子
調査日	2019年11月29日
実施場所	東近江市永源寺診療所
調査協力者氏名	花戸貴司、大石和美、川嶋富夫、柴田遙、九里重義、九里美和子 ※大石氏の調査結果は 08-2、川嶋氏、柴田氏については 08-3、九里氏については 08-4 を参照
所属・肩書・職種	花戸貴司：東近江市永源寺診療所 医師 大石和美：丸山薬局 薬剤師 川嶋富夫：生活支援サポート絆 代表 柴田遙：東近江市社会福祉協議会地域福祉課 主事 九里重義：自治会長／おいでえな高野 九里美和子：民生委員／おいでえな高野

2. 調査協力機関概況

協力機関名称 (URL)	東近江市永源寺診療所 (https://eigenji-clinic.jp/)	
所在地	滋賀県東近江市山上町 1352	
医療提供範囲	永源寺地区 (その人口規模 約 5,000 人)	
開設者	東近江市 (指定管理者 永源寺地井包括ケア推進会 代表 花戸貴司)	
開設年	1984 年	
標榜科目	内科・小児科・整形外科	
許可病床数	無床	
患者に行っていること	<div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">1 病気の予防 (健康管理)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">2 往診・訪問診療</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">3 夜間や休日の緊急対応</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">4 専門医療機関への紹介</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">5 総合的に診る</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">6 気軽になんでも相談にのる</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">7 介護サービスにつなぐ</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">8 薬の管理</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">9 他院受診状況の把握</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">10 看取り・終末期医療</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">11 いずれもなし</div> </div>	
患者概況	2019年11月の外来患者延べ数：800～1000人 患者属性の特徴：高齢者、子ども	
職員概況	全職員数：実人数 9 人 常勤換算数 5 人	

	うち医師数：実人数 2 人 常勤換算数 2 人 うち看護師・准看護師数：実人数 4 人 常勤換算数 3 人
--	--

3. 社会的処方にかかわる取組みの概要

(1) 社会的処方の必要を感じた患者の割合（調査協力者の体感）

	社会的処方の必要を感じた患者の割合	うち社会資源につなぐことができた割合
外来	約 95%	約 20%
入院	—	—

(2) 社会的処方のニーズのアセスメント

誰が	<input type="radio"/> 医師 <input type="radio"/> 看護師
どんな場面で	<input type="radio"/> 診療所、往診、地域を歩いていると人が教えてくれる、民生委員、外部サービス事業者からの情報。
どのように	<input type="radio"/> 対話。

(3) リンク機能（自施設内）

誰が	<input type="radio"/> 医師や看護師 → みんなでその都度検討（チーム永源寺等） → 役割や担当は自然に決まっていく。
どのように社会資源を探し出し	<input type="radio"/> 課題のある人は、皆が共通に知っている。
どのようにつながっているか	<input type="radio"/> それぞれ気が付いた人がやっている。
モニタリング	<input type="radio"/> 外来診療や往診時での対話や状態変化。
資源がないとき	<input type="radio"/> 移動手段や人材（専門職など）は不足しているし困るが、出来ないとは言わないし、いつもなんとか解決できている。

(4) リンク機能（自施設外）+紹介先となる組織・グループ・個人など

ニーズに対応ができる人や機関	<input type="radio"/> チーム永源寺。
地域の社会資源	<input type="radio"/> 医療機関、福祉事務所、社会福祉協議会、地縁組織（チーム永源寺）、介護事業所、地域包括支援センター、NPO、市役所、保健所、IT 企業など地域に関わる人や機関すべて。

(5) 社会的処方の意義

患者にとって	<input type="radio"/> 医療や介護サービスでは賄えない、病気の進行を抑える方法の一つ、介護予防や医療的ケアにも繋がる。その関わりのなかで、元気になる。
--------	---

自施設にとって	○ 患者の生活を知る方法としてなくてはならないもの。診療所では解決できないが、人々の健康に関するニーズを解決できるため、なくてはならない。
地域にとって	○ 年をとっても、障がいを抱えても、認知症になっても、暮らしやすい地域ができる。

(6) 社会的処方により充実させていくために求められること

自施設	○ チーム永源寺が資源としては大切であるが、今はボランティア集団として成り立っている。より発展し持続した取り組みのためには、ビジネス的にお金を循環させる仕組みが必要であり、それが結果的に社会や地域の貢献となる。
医療機関一般	○ そもそも論であるが、患者の社会・経済的背景やそれに伴うニーズなど生活背景を理解し、本人だけでなく我々も社会的にも関わりを持つことで、健康を維持できることを理解することが重要。医師も薬を出したら終わりではなく、病気だけを見るのではなく、暮らしを見続ける事の意味を理解するところから。

4. 社会的処方に関わる事例

(1) 多く見られる社会的な課題、社会・経済・心理的ニーズ

多く見られる社会的な課題等	○ (原因がそれぞれの) 社会的心理的な孤独。経済的な問題は、地域のなかでは差がないのではないかと考えている。皆が畑など仕事をしており、特別金持ちでもないが、食べることには困っていない。
特に対応が難しい患者	○ 医師が介入出来ない人、例えば、遠くに住む家族やかかりつけの主治医が大病院だったりすると、難しい。関わることができれば、精神疾患などどのような環境の人も対応はできるが、関われない理由がある人は困難である。

(2) 典型的な事例または調査協力者の印象に残っている事例

10月末、80歳になるAさんが診療所の外来を受診されました。普段は総合病院の外来を受診されているとのことですが、窓口で保険証とお薬手帳をだされたものの問診票にはどのように書けばいいのかわからない様子です。事務職員がAさんに症状を尋ねても要領を得ないので、看護師が呼ばれ症状を伺いました。

Aさんに話を伺うと10日前よりむかつきがあり食欲が落ちているとのこと。話す表情は落ち着いておられ、発熱はなく、血圧などのバイタルサインも安定しています。排便も今朝あったとのことでした。症状に緊急性はないものの、髪の毛はボサボサ、衣服は何日も洗濯していないような印象です。もう少し情報を集めるため、診察までの間、話を伺うことにしました。Aさんは息子さんと同居しておられますが、離れで一人生活しておられるそうです。普段、買い物や料理は「一人でできています」、掃除や洗濯も「できています」、と言われるものの定かではありません。「今日はどうやって来たの?」と尋ねると、診療所まで約1km弱の道のりを「老人車を押して歩いて来た」と言われました。確かに腰は曲がっていますが、足腰はしっかりされている印象です。

しばらくすると、診察の順番がまわってきました。診察に同席し、問診票が書けない代わりに私から医師に情報を伝えました。診察、検査も行われましたが、やはり異常はなさそうです。医師は整腸剤を処方し診察を終えようとしたのですが、私から「インフルエンザの予防接種は受けられましたか?」、「肺

「肺炎球菌ワクチンも対象年齢じゃないでしょうか？」Aさんに確認しますが、本人は首をかしげるだけでよくわからない様子でした。医師が少し考え、「介護保険の利用は必要ありませんか？」とAさんに尋ねられましたが「まだ必要ありません」とはっきりと断られました。

このような患者さんが外来に来られた時、皆さんならどうしますか？

診察が終わると、看護師から市役所に連絡し今日の状況を報告するとともに予防接種歴を確認しました。処方箋を受けたかかりつけ薬局さんにも報告し、Aさんから相談があれば情報を共有してもらうように連絡を取りました。そして地域の民生委員さんには、サロンに参加されているかどうかや、息子さんや親戚との関係なども伺い、場合によっては訪問してもらうようお願いしました。医師には栄養評価、うつ状態、認知症などのチェックが必要かどうかを相談し、次回受診時に確認しようとして申し合わせをしました。

翌週、Aさんは、その後の経過とインフルエンザワクチンと肺炎球菌ワクチンの接種のために外来受診されました。その時には、表情も明るく元気になっておられ、私が知っている以前のようなAさんに戻っておられました。もちろん認知症のテストも問題なく、どうやら、胃腸炎で体調がすぐれなかっただけだったようです。診察の終わり頃、医師からAさんに問いかけられました。「Aさん、今はお元気やけど、これから年をとってご飯が食べられなくなったり、寝たきりになったらどうする？」と。すると、Aさんは「それが一番心配なんです。これからも家にいたいけど今回のようなことがあれば、どこに行けばいいのかかわからないんです。」とこぼされました。「遠くの専門医もいいですが、近くのかかりつけ医も考えてはどうでしょうか」と医師と話をされていました。もちろん、私も「どうぞ、何かあったらいつでも連絡してくださいね」と伝えました。

その後、現在のAさんは少し体調を崩しただけで、生活がままならなくなる。そんな状態であることをスタッフ全員で確認しました。もしかすると、近いうちにAさんのことで地域の誰かから相談されることがあるかもしれませんが、驚くことはないと思います。

外来に通われていた79歳のBさんに肝臓がんが見つかったのは、ある年の8月のことでした。前年には胃がんの手術をされ、入退院を繰り返しておられました。私たちの診療所では、前述したように全ての患者さんに人生の最終章をどのように過ごしたいのか、対話を繰り返しています。Bさんの場合も「一人暮らしだけど、最期まで家で過ごしたい」と希望を語られていました。翌月から病院・診療所の医師同士が連携し、当院で訪問診療を行うことになりました。Bさんの身寄りには、近所に住む弟さんだけです。炊事や掃除はヘルパーさんに入ってもらいました。それ以外にも、訪問看護師さんには体調管理を、薬剤師さんにも服薬管理として訪問を依頼しました。当初は外出できるほど元気だったBさんですが、翌年の2月ごろからは、家で寝ている時間がだんだん長くなり、3月からは食事も入らなくなりました。

そんなある日、訪問診療に同行すると、Bさんのおうちにはご近所に住む方々が10人ほど集まっておられました。「ご苦労さんやな」私達にそう声をかけていただき、玄関に近い人から順に座っておられる場所を一步ずつ下がり道を作ってくださいました。集まっておられたのは、弟さんや親戚の皆さん、そしてご近所の方々です。Bさんの体調が悪いと聞きつけ、めいめい集まって来られたようです。

ご近所の一人、XさんからBさんに声がかかりました「先週、会った時にはゴミ出しに行ってはったのに……。次からは私が持って行ってあげるわ」と、自分たちにできることを言うてくださいました。数日後に再訪した時には、近所のYさんがBさんの歯磨きを手伝っておられました。「私、この前までお

ばあちゃんの介護をしてたから慣れとるんよ」と、食後の口腔ケアもお手のものです。(写真1) また、Bさんが足がだるいと話されると、近所のZさんが「ワシらが交代で足をさすってあげるわ」と。

どうやら近所の誰もが毎日お宅へ来ているよう。「病院では、こんな気楽に顔を見に来れへんもんな」「わしら男でも、居るぐらいならできるわ」そんな声も聞こえてきました。みんなで協力し、ゴミを出したり、掃除をしたり、Bさんの希望を叶えるために全員が同じ方向を向いて動いていました。その日も全く食事が摂れないBさんでしたが、にこやかに皆の話を聞きながらとてもうれしそうな表情でした。この3日後、皆さんに見守られながらご自宅で息をひきとられました。

このように一人暮らしであっても、最期まで「安心して生活」できることが、地域の力なのだと思います。医療・介護だけでは支えられない部分も「ご近助(ごきんじょ)」さんが支えてくれる。患者さんだけではなく私たちも地域の力に支えられていると感じます。



5. 参考資料

○ チーム永源寺パンフレットより



年老いても、認知症になっても、障がいを抱えていても、この地域で暮らし続けたいと願われる方がたくさんおられます。都会では「そんなことできるわけがない」「無理だ」と思われているような認知症の方の一人暮らしや老老介護なども、この永源寺地域はできています。それは単に田舎だからできているわけではないのです。

お一人お一人の地域で暮らしたいという想い、昔から共に地域で生活してきたご近所さんやボランティアの方々、そして医療や介護の専門職の繋がりが大切と考えています。

わたし達「チーム永源寺」は、そのような皆さんの願いが少しでも叶うよう、それぞれの立場からお手伝いをさせていただきます。病気を治療したり、介護のお手伝いをするのももちろんですが、わたし達が目指しているのは誰もが安心して生活できる「地域づくり」なのです。

永源寺診療所 花戸貴司

活動紹介

働き・暮らし応援センター

障がいのある人の「働くこと」「暮らすこと」を応援。彼らの「働きたい」の実現を企業も応援団にお返し、見学や実習など、その人に合った就職活動を共に行う。また働く事に大切な暮らしの相談や応援も地域の応援団と取り組む。誰もが働き、暮らしやすい地域づくりを目指して…



えんがわ喫茶

「ホットひとと」 「おいしわぁー」の笑顔に元気をもらっています。ぜひ一度お越し下さい。お待ちしております。



「チーム永源寺」へのお問い合わせ
 介護老人福祉施設 もみじ (代表 もみじ内)
 東近江市永源寺高野町431-2
 電話 0748-27-2031 FAX 0748-27-2032
 e-mail momiji@hachikikai.com

08-2 | 丸山薬局 (チーム永源寺)

1. 調査実施概要

調査員氏名	奥村圭子
調査日	2019年11月29日
実施場所	有限会社丸山薬局
調査協力者氏名	大石和美
所属・肩書・職種	有限会社丸山薬局 代表取締役

2. 調査協力機関概況

協力機関名称 (URL)	丸山薬局 (ホームページなし)												
所在地	東近江市山上町 923-2												
医療提供範囲	永源寺地区 (その人口規模 約 5,000 人)												
開設者	大石和美												
開設年	1906 年												
標榜科目	保険調剤												
許可病床数	—												
患者に行っていること	<table border="0"> <tr> <td>1 病気の予防 (健康管理)</td> <td>2 往診・訪問診療</td> </tr> <tr> <td>3 夜間や休日の緊急対応</td> <td>4 専門医療機関への紹介</td> </tr> <tr> <td>5 総合的に診る</td> <td>6 気軽になんでも相談にのる</td> </tr> <tr> <td>7 介護サービスにつなぐ</td> <td>8 薬の管理</td> </tr> <tr> <td>9 他院受診状況の把握</td> <td>10 看取り・終末期医療</td> </tr> <tr> <td colspan="2">11 いずれもなし</td> </tr> </table>	1 病気の予防 (健康管理)	2 往診・訪問診療	3 夜間や休日の緊急対応	4 専門医療機関への紹介	5 総合的に診る	6 気軽になんでも相談にのる	7 介護サービスにつなぐ	8 薬の管理	9 他院受診状況の把握	10 看取り・終末期医療	11 いずれもなし	
1 病気の予防 (健康管理)	2 往診・訪問診療												
3 夜間や休日の緊急対応	4 専門医療機関への紹介												
5 総合的に診る	6 気軽になんでも相談にのる												
7 介護サービスにつなぐ	8 薬の管理												
9 他院受診状況の把握	10 看取り・終末期医療												
11 いずれもなし													
患者概況	2019年10月の外来患者延べ数：約 1,100 人 患者属性の特徴：永源寺地区の人、元気な人も多い												
職員概況	全職員数：実人数 8 人 常勤換算 2.3 人												

3. 社会的処方にかかわる取組みの概要

(1) 社会的処方の必要を感じた患者の割合（調査協力者の体感）

	社会的処方の必要を感じた患者の割合	うち社会資源につなぐことができた割合
外来	約15%	約95%
入院	—	—

(2) 社会的処方のニーズのアセスメント

誰が	<input type="radio"/> 薬剤師、住民（自分）
どんな場面で	<input type="radio"/> 薬局、訪問先
どのように	<input type="radio"/> その人の生活背景はみんな知っているから変化がわかる

(3) リンク機能（自施設内）

誰が	<input type="radio"/> 薬剤師
どのように社会資源を探し出し	<input type="radio"/> 顔なじみの人で知っている。それぞれの機関の役割も知っている。
どのようにつながっているか	<input type="radio"/> 電話、FAX、メール
モニタリング	<input type="radio"/> 何が必要かあげてみる。例えば、9060のところに行って、自分で思った事をその都度関係者に話をもっていく。そこで、変化などを理解する。
資源がないとき	<input type="radio"/> 薬剤やその他サービスを減らし経済的負担を減らす。医師やケアマネに繋げる。

(4) リンク機能（自施設外）+紹介先となる組織・グループ・個人など

ニーズに対応ができる人や機関	<input type="radio"/> 薬剤師、生活支援サポーター、区長、組長、自治会長、民生委員、福祉推進委員
地域の社会資源	<input type="radio"/> 人や機関と同じ内容

(5) 社会的処方の意義

患者にとって	<input type="radio"/> 薬局は、地域のハブとなる。困った時には繋いでくれる。身体が悪くなくても来てくれる気楽な相談場所。
自施設にとって	<input type="radio"/> 地域のなかで商売をするために必要。お互い様という気持ち。
地域にとって	<input type="radio"/> 安心、安楽（守秘義務があるので、噂が広まらない）。

(6) 社会的処方をより充実させていくために求められること

自施設	<input type="radio"/> 健康サポート薬局になる。
医療機関一般	<input type="radio"/> 薬剤師も地域と繋がる＝薬局から出て地域にでて対話する。

4. 社会的処方に関わる事例

(1) 多く見られる社会的な課題、社会・経済・心理的ニーズ

多く見られる社会的な課題等	○ 高齢、独居、高齢者のみ家族、9060世帯。
特に対応が難しい患者	○ 9060世帯の60歳の対応が出来る制度がない(ちょうど狭間)。引きこもり対策が必要。

(2) 典型的な事例または調査協力者の印象に残っている事例

○ チームで繋がりが密であった人はうまくいく。チームで繋がりが弱い場合は、困難である。意思疎通やケアする人も無理が言える関係であれば、うまくいくと思う。
--

(3) その他調査協力者の自由コメント

○ 都市だから田舎だからという内容で、出来る出来ないを片付けないでほしい。地域の特性を活かした支援は、それぞれである。

08-3 | 生活支援サポーター絆（チーム永源寺）

1. 調査実施概要

調査員氏名	奥村圭子
調査日	2019年11月29日
実施場所	東近江市永源寺診療所
調査協力者氏名	川嶋富夫
所属・肩書・職種	生活支援サポーター絆 代表

2. 調査協力機関概況

協力機関名称（URL）	生活支援サポーター絆（ボランティア組織）
活動範囲	永源寺地区（その人口規模 約5,000人）
開設者	生活支援サポーター養成講座受講生の有志
開設年	2012年
職員概況	ボランティア30人

3. 社会的処方にかかわる取組みの概要

（1）社会的処方の必要を感じた患者の割合（調査協力者の体感）

	社会的処方の必要を感じた患者の割合	うち社会資源につなぐことができた割合
外来	—	—
入院	—	—

（2）社会的処方のニーズのアセスメント

誰が	○ 主な相談経路：医療福祉専門職、地域住民、民生委員児童委員、サポーター、社協 ○ 希望者へのアセスメント（面談）：生活支援サポーター コーディネーター、社協
どんな場面で	○ 相談先から、サポーターもしくは、社協に連絡が入る
どのように	○ 依頼を受け、本人の現状やどのようなことを希望されているか面談を行う

（3）リンク機能（自施設内）

誰が	○ サポーター（ボランティア）
どのように社会資源を探し出し	○ 地縁・血縁も残っている在所もあるため、住民同士が気にかけている中で、気になることなどをサポーターにつないでくれる。また、行政、医療福祉専門職

	とのつながりから、ニーズ把握をしている。
どのようにつないでいるか	○ 気になる人が分かれば、自然と必要な体制を作り見守りも出来る。月1回の定例会で情報共有している。
モニタリング	○ 月1回サポーターの定例会を行う事で、利用者の様子や、気になることなどの情報共有を行っている。
資源がないとき	○ 地域資源が少ないため、不足している資源はたくさんある。そのため、住民・専門職など、様々な立場の人が繋がりながら、協力し1人の人を見守っている。

(4) リンク機能（自施設外）+紹介先となる組織・グループ・個人など

ニーズに対応ができる人や機関	○ 永源寺地区住民（民児協、福祉推進員など） ○ 医療福祉専門職 ○ 地域包括支援センター ○ シルバー人材センター
地域の社会資源	○ 上記と同じ。

(5) 社会的処方ofの意義

住民にとって	○ 誰もが安心して幸せに暮らし続けていくことができるように、人と人とのつながりの中で支え合い、気軽に「助けて!」と言い合えるまち、永源寺を目指して、“すき間”を埋める助け合い活動を行います。 ○ サービスなどでは、補いきれない住民だからこそできる生活の困りごとのサポート（お話相手、ゴミ出し、お買いもの支援など、その人の持つつながりを切らない範囲でお手伝いをします。）
自施設にとって	○ サポーター同士の仲間づくり、生きがいつくり、自身の健康づくり
地域にとって	○ サービスや施策だけでは補えない「すき間」を埋める活動をすることによって、地域住民が、安心して永源寺地区で住み続けられる。 ○ 地域の1人の人をみんなで支える、アンテナ役として、専門職や住民のつなぎ役を行う。

(6) 社会的処方をより充実させていくために求められること

自施設	○ 知っているのと、関わるのは違うことを理解しつつも、困った時には泣き付ける場所であり、受け止めてくれる人が多いことが、更に充実した活動が出来る。
地域一般	○ 自分たちは何ができるか、その地域にあった支援とはなにか、支援体制のルールはどうするのかなど、地元の人が地元を支援できるサポーターの養成や仲間づくり。

4. 社会的処方に関わる事例

(1) 多く見られる社会的な課題、社会・経済・心理的ニーズ

多く見られる社会的な課題等	
---------------	--

特に対応が難しい患者

- 近い関係だからこそ手が出せない、SOSが出せない人にどうかわるか。

(2) 典型的な事例または調査協力者の印象に残っている事例

- 皆がアイデアにのってくれるという雰囲気、とりあえずやってみよう！というポジティブな発想が次の支援に繋がっている。既に支援があるのに、更に手をだしてはうまくいかない。

(3) その他調査協力者の自由コメント

- 個人の活動「おせっかい」では、地域のパワーバランスを保つのが難しいところもあるが、「生活支援サポーター 絆」として、団体で活動を行う事で、気になる人に声もかけやすくなった。
- 永源寺地区は、医療福祉専門職との関りもあり、声をかけ合える関係もできつつある。今後も、永源寺地区の中でいつまでも暮らし続けられる様に、横のつながりを大事に、活動を続けていきたい。
- サポーター自身が無理をして続かなくなってしまうと本末転倒になる。サポーター自身が楽しく続けられるよう、「とにかく焦らず、ボチボチと。楽しく、話し合いながら」を大切に活動を行います。

08-4 | おいでえな高野 (チーム永源寺)

1. 調査実施概要

調査員氏名	奥村圭子
調査日	2019年11月29日
実施場所	東近江市永源寺診療所
調査協力者氏名	九里重義、九里美和子
所属・肩書・職種	九里重義：自治会長／おいでえな高野 九里美和子：民生委員／おいでえな高野

2. 調査協力機関概況

協力機関名称 (URL)	おいでえな高野 (ボランティア組織)
医療提供範囲	永源寺高野町地区 (その人口規模 378人)
開設者	九里重義
開設年	2017年
職員概況	ボランティア13人

3. 社会的処方にかかわる取組みの概要

(1) 社会的処方の必要を感じた患者の割合 (調査協力者の体感)

	社会的処方の必要を感じた患者の割合	うち社会資源につなぐことができた割合
外来	—	—
入院	—	—

(2) 社会的処方のニーズのアセスメント

誰が	<input type="radio"/> 医師 <input type="radio"/> 看護師 <input type="radio"/> 認知症サポーター <input type="radio"/> 民生委員
どんな場面で	<input type="radio"/> 医療機関 <input type="radio"/> 民生委員
どのように	<input type="radio"/> 仲間づくりの方法を駆使している。

(3) リンク機能 (自施設内)

誰が	○ 民生委員 ○ 住民
どのように社会資源を探し出し	○ 本人と子どもから既に繋がっている人を確認し、友人や親類に直接繋げている。
どのようにつながっているか	○ 活動に参加してくれると繋げやすいので、ピラやロコミなど活動を周知している。
モニタリング	○ 普段の会話、継続的な活動の参加。
資源がないとき	○ 必要なもので無いものは企画する。

(4) リンク機能 (自施設外) + 紹介先となる組織・グループ・個人など

ニーズに対応ができる人や機関	○ 民生委員 ○ 自治体
地域の社会資源	○ 近所づきあい、自主的グループ (各特長のあるグループがあるので、繋がっている)。

(5) 社会的処方 の意義

住民にとって	○ 仲間づくり、自分の健康 (認知症や食事、運動の仕方を理解できる)、生活の質の向上。
自施設にとって	○ 生きがい、健康づくり、充実感、地域貢献。
地域にとって	○ 10年先も楽しく暮らせる環境を作れる。認知症や障害をもったとしても、暮らしていける。

(6) 社会的処方をより充実させていくために求められること

自施設	○ 今の活動を続ける。
地域一般	○ 楽しいと思える活動をやりたい事をやりたいようにできる環境を作れると良い。

4. 社会的処方に関わる事例

(1) 多く見られる社会的な課題、社会・経済・心理的ニーズ

多く見られる社会的な課題等	
特に対応が難しい患者	○ 医療的な専門的知識が必要な人は、ボランティアでは難しい事が多い。

(2) 典型的な事例または調査協力者の印象に残っている事例

○ 仲間づくりをすることで、知らない人との交流ができるようになってきた。参加メンバーがみるみる元気になって、活動範囲が広がりいろいろなところに出かけるようになった。活動が社会貢献にも繋がる実感をもつことで、更に楽しくなっている。
--

永源寺高野町内で コミュニティー作りを

楽しく♪

- ・ 何からしようか
- ・ 仲間は……
- ・ お金をどうしようか

- ・ 歩く距離でのコミュニティー作り
- ・ 伝統・文化・資産を知り活かしたい
- ・ 実績のある事業の復活をさせたい
- ・ 興味のある事、やってみたい事

- ・ 何からしようか
- ・ **仲間は……**
- ・ お金をどうしようか

- ・ 前向きに活動している人
- ・ 夫婦で取り組みそうな人

- ・ 何からしようか
- ・ 仲間は……
- ・ **お金をどうしようか**

東近江市の補助金「高齢者活動事業」

高齢者の生きがいつくり、健康づくり、地域参加を応援する制度です。

- ・ **ふれあい体育事業** ・ 文化教養事業
- ・ 環境保全事業 ・ **安心福祉事業**
- ・ **伝統継承事業** ・ 生活支援事業
- ・ 高齢者自らの生きがいと健康づくりまたは豊かな地域社会の構築に寄与すると市長が認める事業

「おいでえな高野」

**平成29年
立ち上げました**

1. おいでえな高野活動方針

皆がいつまでも健康でいられるように、健康づくり並びに地域の環境づくりを支援する事業を展開して生きがいつくりに寄与する。

2. 活動拠点

永源寺高野町(2019.1現在)

世帯数 142戸数

人 口 378人(男178人、女200人)

65歳以上人口(36.7%)

139人(男 61人、女 78人)



3. 発起人

夫婦5組、独身者3名の13名で立ち上げました。

九里重義 九里美和子 他11名

4. 取り組み事業

- 1) ふれあい体育事業
- 2) 安心福祉事業
- 3) 伝統継承事業

こんな事をしています

1) ふれあい体育事業

【2017年(平成29年)度活動内容】

- | | |
|----------------------|----------|
| (1) グラウンドゴルフ練習(2回/週) | 6人~8人/回 |
| (2) グラウンドゴルフ大会開催 | 30人/回 |
| (3) 高野八十八カ所めぐりのコース整備 | 2人~13人/回 |
| 高野八十八カ所めぐりウォーキング | 20人/回 |
| (4) 高野山ウォーキングコース整備 | 4人/回 |

【2018年(平成30年)度活動内容】

- | | |
|----------------------|---------|
| (1) グラウンドゴルフ練習(2回/週) | 6人~8人/回 |
| (2) グラウンドゴルフ大会開催 | 23人/回 |
| (3) 高野八十八カ所めぐりのコース整備 | 2人/回 |
| 高野八十八カ所めぐりウォーキング | 17人/回 |
| (4) 高野山ウォーキングコース整備 | 2人/回 |

2) 安心福祉事業

【2017年(平成29年)度活動内容】

- | | |
|-----------------------------|----------|
| (1) カラオケ大会 | 8人~12人/回 |
| (2) 料理教室(精進料理21人/回、介護食8人/回) | |
| (3) 健康増進運動 | |
| ポールウォーキング研修 | 11人/回 |
| ポールウォーキング 1回/週 | 3人~8人/回 |
| 足踏みラダー 1回/週 | 3人~8人/回 |
| (4) 趣味の教室(クラフト手芸3回) | 5人~13人/回 |

【2018年(平成30年)度活動内容】

- | | |
|--------------------------|-----------|
| (1) 歌声喫茶開催(1回/月) | 30人~50人/回 |
| (2) 修吉&高野ファミリーバンド結成3名、練習 | 5人/回 |
| (3) カラオケ大会 | 12人/回 |
| (4) 訪問サロン視察 | 6人/回 |
| (5) 足踏みラダー常設設置 | 3人/回 |
| (6) 健康増進運動 | |
| ポールウォーキング 1回/週 | 3人~6人/回 |
| 足踏みラダー 1回/週 | 3人~6人/回 |
| (7) 沖島探索 | 7人/回 |
| (8) 趣味の教室(折り紙) | 9人/回 |

3) 伝統継承事業

【2017年(平成29年)度活動内容】

- | | |
|--------------------|------------|
| (1) 高野の歴史学習会 | |
| 高野の歴史 | 21人、永源寺と高野 |
| (2) 地域の名所、史跡の紹介掲示板 | |
| 作成するための勉強会の開催 | 2人~4人/回 |
| 地域の名所、史跡の紹介掲示板の作成 | 4人/回 |
| (3) しめ縄飾りづくり等 | 4人/回 |

【2018年(平成30年)度活動内容】

- | | |
|----------------------|----------|
| (1) 高野の歴史学習会 | |
| 高野道 | 17人、鈴鹿十座 |
| (2) 地域の名所、史跡の紹介掲示板 | |
| 作成するための勉強会の開催 | 2人/回 |
| 地域の名所、史跡の紹介掲示板の作成 | 2人/回 |
| (3) しめ縄飾りづくり等(4人/回) | |
| (4) 高野道 歴史検証ウォーキング | 21人/回 |
| (5) ムラサキ栽培プロジェクト(3人) | |

⇒インパクトがあり印象に残った事業

【2017年（平成29年）】

- ◆ [グラウンドゴルフ](#) 30人/回(普段の練習6人～8人/回)
- ・ [精進料理教室](#) 20人/回
- ◆ [高野88ヶ所巡り 整備、ウォーキング](#)20人/回
- ・ [学習会 高野歴史](#)21人/回、[永源寺と高野](#)28人/回

【2018年（平成30年）】

- ◆ [歌声喫茶](#)40人/回 [修吉&高野ファミリーバンド](#)結成
- ・ [高野道学習会](#)17人/回、[歴史検証ツアー](#)20人/回
- ・ [鈴鹿十座学習会](#)21人/回
- ◆ [ムラサキ栽培プロジェクト](#)

活動報告

活動事業	活動年度	事業数	延回数（回）	参加延べ人数（人）
ふれあい体育事業	2017年度 (4月～3月)	4	121	672
	2018年度 (4月～12月)	4	85	477
安心福祉事業	2017年度 (4月～3月)	4	35	199
	2018年度 (4月～12月)	8	54	505
伝統継承事業	2017年度 (11月～3月)	3	11	111
	2018年度 (4月～12月)	5	35	163

【結果・考察】

- ・ 2017年度と2018年度の検討期間が違う為正しく比較した数値は出せませんが、安心福祉事業・伝統継承事業共に事業数、延実施回数、参加延べ人数も増加しました。
- ・ 心身の健康づくりには、ウォーキングや認知症予防ゲーム等が有効でした。
- ・ コミュニティーづくりには、グラウンドゴルフ大会や歌声喫茶が有効でした。

- ・ 同じ町に住むご近所同士の集まる機会が増え、心身を活発に活動させ、コミュニティーづくりに有効でした。
- ・ 町の歴史を共有しながら共に様々な事業に参加し、歴史を共有することが出来ました。
- ・ 文化的な事業や運動的の事業を広く展開したことで参加者の年齢層等の幅が広がりました。
- ・ 共に行動できる人材の発掘が出来ました。

【今後の取組】

- ・ 更に多くの町民が楽しい時間を共に楽しみコミュニティーが盛んになる様、世代を超えて楽しめる機会や工夫をしていきたいと思います。
- ・ [ムラサキプロジェクト](#)を軌道に乗せる

09 | ほーむけあクリニック

1. 調査実施概要

調査員氏名	安藤崇之
調査日	2019年11月2日
実施場所	ほーむけあクリニック
調査協力者氏名	横林賢一
所属・肩書・職種	ほーむけあクリニック 院長

2. 調査協力機関概況

協力機関名称 (URL)	ほーむけあクリニック (http://hcare-cl.asdxasd.com/)												
所在地													
医療提供範囲	(その人口規模：約 人)												
開設者	医療法人ほーむけあ 理事長 小西太												
開設年	2017年												
標榜科目	内科・小児科・皮膚科・訪問診療												
許可病床数	12床												
患者に行っていること	<table border="0"> <tr> <td>1 病気の予防 (健康管理)</td> <td>2 往診・訪問診療</td> </tr> <tr> <td>3 夜間や休日の緊急対応</td> <td>4 専門医療機関への紹介</td> </tr> <tr> <td>5 総合的に診る</td> <td>6 気軽になんでも相談にのる</td> </tr> <tr> <td>7 介護サービスにつなぐ</td> <td>8 薬の管理</td> </tr> <tr> <td>9 他院受診状況の把握</td> <td>10 看取り・終末期医療</td> </tr> <tr> <td colspan="2">11 いずれもなし</td> </tr> </table>	1 病気の予防 (健康管理)	2 往診・訪問診療	3 夜間や休日の緊急対応	4 専門医療機関への紹介	5 総合的に診る	6 気軽になんでも相談にのる	7 介護サービスにつなぐ	8 薬の管理	9 他院受診状況の把握	10 看取り・終末期医療	11 いずれもなし	
1 病気の予防 (健康管理)	2 往診・訪問診療												
3 夜間や休日の緊急対応	4 専門医療機関への紹介												
5 総合的に診る	6 気軽になんでも相談にのる												
7 介護サービスにつなぐ	8 薬の管理												
9 他院受診状況の把握	10 看取り・終末期医療												
11 いずれもなし													
患者概況	2019年10月の外来患者延べ数：984名 患者属性の特徴：小児・思春期 1/3、青年期・壮年期 1/3、高齢者 1/3												
職員概況	全職員数：実人数 33人 常勤換算数 30人 うち医師数：実人数 5名 常勤換算数 4名 うち看護師・准看護師数：実人数 10人 常勤換算数 10人												

3. 社会的処方にかかわる取組みの概要

(1) 社会的処方の必要を感じた患者の割合（調査協力者の体感）

	社会的処方の必要を感じた患者の割合	うち社会資源につなぐことができた割合
外来	約20～30%	約50%
入院	約20～30%	約50%

(2) 社会的処方のニーズのアセスメント

誰が	<ul style="list-style-type: none"> ○ 事務職 ○ 看護師 ○ 医師
どんな場面で	<ul style="list-style-type: none"> ○ 外来受診の場面 ○ 入院時
どのように	<ul style="list-style-type: none"> ○ 訪問診療や外来では気になる人はCGA（WHO 高齢者にやさしい診療所ツールキット⁶に記載されているツールを使用）を行っている。 ○ 入院患者では、CGA 未施行であれば施行するようにしている。 ○ WHO 高齢者にやさしい診療所ツールキットを全職種が使えるように入職時にトレーニングをやっている。 ○ フォーマル・インフォーマルな情報を収集するようにしている。 ○ 生活を診る視点は看護師が得意なので、実践を積む上で発見するスキルが上達してきている。 ○ 事務職からも拾い上げができるような環境・雰囲気作りをしている。 ○ 終礼の際に気になったことの拾い上げをしている。 ○ 母子手帳での抜けがあれば拾い上げをしている。 ○ また、患者自身が直接自分のニーズを釣垂ために、廊下に患者がやってほしい企画を貼ってもらうコーナーがある。

(3) リンク機能（自施設内）

誰が	<ul style="list-style-type: none"> ○ 65歳以上であれば、事業所内のケアマネジャー（法人内の居宅介護支援事業所） ○ 介護保険サービス以外であればソーシャルワーカー（しかし退職してしまった）
どのように社会資源を探し出し	<ul style="list-style-type: none"> ○ 隣接しているJaro Café（健康カフェ）につないでいる。 ○ 地域包括へつないだりしている（虐待など）。 ○ 地域のリソースへの紹介はまだ（紹介先のことを知らない状態での紹介は避けている、地区ごとの企画のバリア）。 ○ 広島市の「相談の手引」を利用（「5. 参考資料」に目次を掲載）。
どのようにつな	<ul style="list-style-type: none"> ○ 情報提供して、資料をプリントアウトして渡している。

⁶ 日本医療福祉生活協同組合連合会.(2012). 「高齢者にやさしい診療所」ツールキットの使い方: 導入マニュアル Ver.3.

いでいるか	<ul style="list-style-type: none"> ○ Jaro Cafe でやっている企画を紹介する。 ○ Jaro Café のイベントのチラシを渡している。
モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> ○ 外来患者であれば、定期診察時のフォロー。 ○ Jaro café 参加者には終了後アンケートをしている。 ○ リピーター率も高い（コミュニティが形成されている？）。 ○ 教室が無いときに Jaro café に来ていることもある。
資源がないとき	<ul style="list-style-type: none"> ○ 何の資源があるか分かっていないので、調べる。（医師が自分で調べることも看護師が調べることも。） ○ 高齢者であれば地域包括と情報交換をすることもある。

(4) リンク機能（自施設外）+紹介先となる組織・グループ・個人など

ニーズに対応ができる人や機関	<ul style="list-style-type: none"> ○ Jaro café にリンクワーカーとして働いている職員（非医療職）がおり、ニーズに応じて Jaro café 内のイベントを紹介する。 ○ 院内で対応できない場合は、高齢者であれば地域包括支援センターにつなぐ。 ○ それ以外のニーズは下記の「相談の手引」を参照して適宜紹介。
地域の社会資源	<ul style="list-style-type: none"> ○ 広島市「相談の手引」：健康問題、生活問題、家庭問題それぞれの項目について相談先のリストがある。公的なサポートセンター以外に NPO も含まれている。 ○ 地域の子育て支援に関する情報を Jaro Café の壁に張り出している。

(5) 社会的処方 の意義

患者にとって	<ul style="list-style-type: none"> ○ 法人や Jaro café の理念が「笑って過ごせる時間を長くする」ということなので、医療以外の方法で患者のニーズを汲み取って、笑える時間を増やしたい。（押し付けられないようにも気をつけている。）
自施設にとって	<ul style="list-style-type: none"> ○ 社会的処方をしてることが認知されると「何かあったら相談しよう」という駆け込み寺的な役割を果たせるようになる。 ○ 職員の充実感ややりがいにもつながるのではないかな。 ○ 経営的なメリットもあるかもしれない。
地域にとって	<ul style="list-style-type: none"> ○ 社会的経済的背景に対応すると個人→コミュニティーに影響できる。個人レベルと地域レベルのソーシャル・キャピタルが向上していくのではないかな。 ○ 社会の闇が減っていくことにつながればいいのではないかな。

(6) 社会的処方をより充実させていくために求められること

自施設	<ul style="list-style-type: none"> ○ 自施設内で養った能力を地域に目を向けて地域の社会資源を発掘していく。 ○ 地域で「良い活動」をしている人たちとつながっていくといい。
医療機関一般	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地区ごとの社会的処方センターができて、医療機関単位ではなく地域単位で社会的処方ができる場所ができたらいいいのではないかな。（行政主体？） ○ 社会的処方に点数がつけば、もう少しインセンティブがつくのではないだろうか。 ○ 「処方」という呼び方に関しては、議論の余地があるのではないかな。

4. 社会的処方に関わる事例

(1) 多く見られる社会的な課題、社会・経済・心理的ニーズ

多く見られる社会的な課題等	<ul style="list-style-type: none">○ 産後うつ、子育て中の苦悩（子育て世代のニーズ）。○ 高学歴地域と繁華街の間の地域なので、様々なニーズ。○ 介護サービスと繋がなければいけない要介護者。○ 介護に疲れている患者家族。
特に対応が難しい患者	<ul style="list-style-type: none">○ アルコール依存症。○ 発達障害を抱える人。○ 貧困（生活保護にかからないグレーな人）。

(2) 典型的な事例または調査協力者の印象に残っている事例

- 引越して来たばかりの母親がこどもの予防接種外来で受診。母の様子で産後うつを疑いリンクワーカーに紹介。その後ベビーマッサージ教室に紹介。当日の歓談タイムで育児の悩み相談をしていた。その後も何度か続けて参加してくれて、母親同士のつながりができて症状が改善した。予防接種の受診を期に Café の活動につなぐことができ、それをきっかけに新しいコミュニティーとのつながりを作ることができた。
- 76歳女性。娘からDVを受けていて、友人の家を転々としていたが難しくホテル生活になった。息切れがあり、地域包括支援センターより紹介をうけて娘からの隔離を含めて入院。最終的には食事を与えられず低栄養による貧血だった。入院中に行政とも連携し情報収集を行った。娘は引きこもりで家庭内に問題があることを把握できた。本人が歩行困難で介護を要する状態であったため、介護保険を導入して退院した。入院施設を持っていることで、医療ニーズもある社会的問題を抱えている患者を、行政からの依頼で受け入れて、行政と連携しながら課題を解決して地域に戻すことができた。
- 子育てが大変で抑うつ的となっているお母さんをクリニックの美容皮膚科の受診を勧めた。自分のためにもお金を使って美容に力を入れることで元気になり、子どもの言葉の遅れについても解決してきた。
- 引っ越してきた外国人の患者がおり、インターネットを使って必要な支援を受けられる紹介先を探した。
- 発達の遅れで困っている人を、「相談の手引」を参照して療育センターへ紹介した。

(3) その他調査協力者の自由コメント

- Jaro café では、まちの保健室、こども食堂、ケアラーカフェ、いきいき百歳体操などの定期イベントに加えて、ベビーマッサージ、離乳食教室などのイベントを行っている。開室している間はだれでも気軽に入ることができて、お茶を飲みながら職員や地域住民と語らいの場として使うことができる。

5. 参考資料



ほーむけあクリニック
と
Jaroホールディングス構想




1



医療法人
ほーむけあクリニック



- 外来
- 入院
- 訪問診療
- 訪問リハ
- 訪問看護

赤ちゃんから100歳を超える人生の大先輩まで、住み慣れた家で笑顔で過ごせるよう、健康面からサポート

2

外来

- 診察室が6つ
- 診察室で患者さんや家族が待ち、看護師や医師が部屋を回る（米国式）
- 目的
 - ① 感染管理（インフルエンザ、妊婦、乳児）
 - ② 子供も高齢者も気兼ねなくゆっくり過ごせる
 - ③ 待ち時間のヘルスプロモーション

3

訪問診療

- 約250人（個人宅、施設が半々）
- 癌の末期、脳梗塞後遺症、神経難病など
- 旧市内が訪問エリア
- 医師3名（1名は在宅専門、2名は半分在宅・半分外来）
- 在宅看取り40-45人/年
（当院入院中の看取り15-20人/年）

4

入院

- 12床（個室が8部屋、2人部屋が2部屋）
- 在宅患者のバックベッド
- レスパイト5割、肺炎など急性期2割、癌末期（看取り、緩和ケア）2割、他（PSGなど）1割
- レスパイト入院は呼吸器がついている方などショートステイではみれない方
- 個室にすることで患者も家族も心地よく過ごせる
- レスパイト入院中に検査による評価が可能。家族もリフレッシュできる
- 同じ医師が在宅・入院を担当するため、患者・家族が安心して過ごせる。無駄な検査が省ける

5

クリニックだけだと・・・

- 外来、入院、在宅で連続してみる事ができる、けど。。。。
- 病気の人しかみれない。
- 病気があっても医療機関が怖い人も多い
- 病気があっても無くても、「おいしい」「楽しい」「かっこいい」「きれいになりたい」「誰かとつながっていたい」は同じ

⇒ 医療機関だけだと限界がある！！

6



Jaroホールディングス

7



一般社団法人
Jaroカフェ

定期イベント

- まちの保健室
- こども食堂
- ケアラーカフェ
- いきいき百歳体操

不定期イベント（開催済）

- ベビーマッサージ
- 離乳食教室
- 手形足形アート
- パステルアート
- 健康フェア

不定期イベント（予定）

- 健康展示
- アロマ教室
- ヨガ教室
- 手作り小物教室
- クリニック探検

不定期イベント（予定）

- 注文を間違えるレストラン
- まちかど映画館（障害者向け）
- レモネードスタンド
- くちビルディング
- 介護食屋台

8



NPO法人
社会的処方センター

- 家庭医等が、薬ではなく社会資源を処方
- リンクワーカーが、その人に合った社会資源を紹介

発掘・創出する社会（地域）資源
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）

9



株式会社
Jaroエンタープライズ

階	店舗	内容
5	Bar (ホストクラブ?)	臨床心理士、医師、関連学生による お悩み相談
4	劇場	子連れや病気・障害があっても 楽しめるミュージカル、映画、落語
3	ビューティー サロン	癌の末期や寝たきりでも キレイになれるサロン
2	旅行 プランニング	要介護状態や病気の人でも楽しめる 旅行プランの作成
1	レストラン	嚥下障害の有無に関わらず、お腹 いっぱい食べられるレストラン

10



Jaroホールディングス

理念：いつの間にか笑顔、いつの間にか健康
戦略：行動経済学

11

System 1

直感

早い
自動的
努力なし
関連性
感情的

System 2

理性

ゆっくり
コントロールする
努力が必要
規律に制御される
中立的

(Daniel Kahneman, 2002)

人はsystem 1に従って選択する！

12

ほーむけあ・Jaroカフェ
と
行動経済学

13



14



15



16



17



18



19



20



21



22



23



24

悩みの項目別の相談機関等（目次）

1 健康問題

(1) 身体の病気の悩みについて

① がん患者の療養	がん電話相談（広島・ホスピスケアをすすめる会）	100
② 難病・慢性病に関する医療・福祉、日常生活での悩みや不安	広島難病相談（広島難病団体連絡協議会） 難病対策センター	101 102
③ エイズ	エイズに関する検査・相談（区役所厚生部健康長 寿課（東区は地域支えあい課））	12
④ 女性の医療	レディーステレホンサービス	99
⑤ 被爆者の健康・医療	広島市原爆被害対策部援護課	28
⑥ 健康管理、感染症、生活習慣病	区役所厚生部（福祉事務所・保健センター）	4

(2) こころの病気の悩みについて

① アルコール依存	区役所厚生部（福祉事務所・保健センター） 広島市精神保健福祉センター こころの電話（一般社団法人 広島県精神保健福祉協会）	4 27 111
② 薬物乱用	区役所厚生部（福祉事務所・保健センター） 広島市精神保健福祉センター 広島県警 電話相談 覚せい剤相談電話 中国四国厚生局麻薬取締部 こころの電話（一般社団法人 広島県精神保健福祉協会）	4 27 41 42 111
③ 精神疾患の相談	区役所厚生部（福祉事務所・保健センター） 広島市精神保健福祉センター こころの電話（一般社団法人 広島県精神保健福祉協会）	4 27 111
④ 精神科に関する医療機関	精神科救急情報センター 精神科関係医療機関	116 117

⁷ 広島市健康福祉局障害福祉部精神保健福祉課. (2019). 相談の手引.

⑤ 精神障害者保健福祉手帳、医療費、在宅支援、社会復帰等の精神保健福祉に関する相談	区役所厚生部(福祉事務所・保健センター) 4 精神保健福祉相談 11 広島市精神保健福祉センター 27 広島障害者就業・生活支援センター(社会福祉法人広島市手をつなぐ育成会) 53 地域活動支援センターI型事業及び障害者相談支援事業 77
⑥ 家族同士がお互いの悩みを話し合い、学習していく会	広島市精神保健福祉家族会 103
⑦ アルコール・薬物・ギャンブル依存に関する悩みを話し合う会	アルコール・薬物・ギャンブル依存関連の自助グループ 104
⑧ うつ病等に関する悩みを話し合う会	ホスピスケア広島 105
⑨ 私設相談所	広島県臨床心理士会会員 115
(3) その他	
① 大切な人を自死(自殺)で亡くした	自死遺族等のつどい 106

2 生活問題

(1) 勤務

- | | | |
|-------------------|---------------------------------------|----|
| ① 過重労働・作業環境に関する相談 | 地域産業保健センター・・・・・・・・・・ | 37 |
| ② 労働条件、労働問題など | 広島労働局及び労働基準監督署並びに総合労働相談コーナー・・・・・・・・・・ | 43 |
| ③ 仕事と家庭の両立 | マザーズハローワーク広島（ハローワーク広島）・・・ | 47 |

(2) 就労について

- | | | |
|------------------|--|----|
| ① 全般 | 公共職業安定所（ハローワーク）・・・・・・・・・・ | 44 |
| ② 女性、高齢者、障害者、外国人 | マザーズハローワーク広島（ハローワーク広島）・・・ | 47 |
| | 広島市母子家庭等就業支援センター（広島市母子寡婦福祉連合会）・・・・・・・・・・ | 51 |
| | 広島障害者職業センター（独立行政法人 高齢・障害・求職者雇用支援機構 広島支部）・・・・・・ | 52 |
| | 広島障害者就業・生活支援センター（社会福祉法人広島市手をつなぐ育成会）・・・・・・・・・・ | 53 |
| | 広島外国人雇用サービスコーナー（ハローワーク広島）・・・・・・・・・・ | 48 |
| ③ 学生・若者 | 広島新卒応援ハローワーク／ハローワーク広島・広島東（学卒部門）・・・・・・・・・・ | 49 |
| | 勤労青少年ホーム（ユーストピア）・・・・・・・・・・ | 50 |
| | 広島地域若者サポートステーション「若者交流館」（キャリアネット広島）・・・・・・・・・・ | 67 |

(3) 生活苦について

- | | | |
|--|------------------------------|----|
| ① 病気やけがなどにより収入が減少し、自力では生活を維持することができなくなった場合や低所得世帯で、緊急に生活上の資金が必要となった場合 | 区役所厚生部（福祉事務所・保健センター）・・・・・・・・ | 4 |
| ② 生活保護を受給するまでではないものの、様々な理由により経済的な面で生活に困窮し、課題解決のための支援が必要な場合 | 広島市くらしサポートセンター・・・・・・・・・・ | 59 |

(4) 多重債務など借金について

① サラ金やクレジット トなど	広島市消費生活センター・・・・・・・・・・	13
	広島弁護士会 紙屋町法律相談センター・・・・・・・・	85
	広島司法書士会 総合相談センター・・・・・・・・	86
	広島つくしの会（クレジット・サラ金被害者の会）・・	94
	広島市役所市民相談センター（法律相談）・・・・・・・・	1
	日本貸金業協会 広島県支部・・・・・・・・・・	95
	公益財団法人 日本クレジットカウンセリング協会 広島相談室・・・・・・・・・・	96
② 暴力絡みの債権取 り立て	広島市暴力被害相談センター（広島市市民局市民 安全推進課）・・・・・・・・・・	32

(5) 事業不振について

広島市中小企業支援センター・・・・・・・・・・	35
-------------------------	----

(6) 学校問題について

① 子どもたちの悩み 全般	広島市児童相談所・・・・・・・・・・	15
	広島市青少年総合相談センター・・・・・・・・・・	20
	少年サポートセンターひろしま・・・・・・・・・・	22
	広島県啓 電話相談 ヤングテレホン 広島・・・・・・・・	41
	思春期ホットライン・・・・・・・・・・	66
② いじめ	広島市児童相談所・・・・・・・・・・	15
	広島市青少年総合相談センター・・・・・・・・・・	20
	広島法務局 人権相談所・・・・・・・・・・	79
	ひろしまチャイルドライン（NPO法人 ひろし まチャイルドライン子どもステーション）・・・・・・・・	65
③ 不登校、思春期の 悩みごとなど	広島市青少年総合相談センター・・・・・・・・・・	20
	広島市精神保健福祉センター・・・・・・・・・・	27

(7) 仲間づくりや交流について

① ひとり暮らし高齢 者等の仲間づくりや 交流など	広島市社会福祉協議会・・・・・・・・・・	55
	区社会福祉協議会・・・・・・・・・・	56
② 心身障害者（児）の 社会参加や仲間づく りなど	広島障害者就業・生活支援センター（社会福祉法人 広島市手をつなぐ育成会）・・・・・・・・	53
	広島市社会福祉協議会・・・・・・・・・・	55
	区社会福祉協議会・・・・・・・・・・	56
	中途失聴者・難聴者相談（広島市中途失聴者・ 難聴者協会）・・・・・・・・・・	74

③ 精神障害者の社会参加や仲間づくりなど	広島市社会福祉協議会・・・・・・・・・・	55
	区社会福祉協議会・・・・・・・・・・	56
	地域活動支援センター I 型事業及び障害者相談支援事業・・・・・・・・・・	77
④ 母子(寡婦)、父子家庭の仲間づくりや交流など	広島市社会福祉協議会・・・・・・・・・・	55
	区社会福祉協議会・・・・・・・・・・	56
(8) その他		
① 障害者に対する自立更生のための総合的なこと	区役所厚生部(福祉事務所・保健センター)・・・・・・・・	4
	広島市知的障害者更生相談所・・・・・・・・・・	23
	広島障害者就業・生活支援センター(社会福祉法人広島市手をつなぐ育成会)・・・・・・・・・・	53
② 障害者の各種福祉サービスの相談	広島障害者就業・生活支援センター(社会福祉法人広島市手をつなぐ育成会)・・・・・・・・・・	53
	広島市障害者相談支援事業・・・・・・・・・・	75
	地域活動支援センター I 型事業及び障害者相談支援事業・・・・・・・・・・	77
③ 身体障害者の更生医療、補装具、職業、施設等に関する専門的な相談、判定など	広島市身体障害者更生相談所・・・・・・・・・・	24
④ 中途失聴者や難聴者による体験に基づいた悩みの相談	中途失聴者・難聴者相談(広島市中途失聴者・難聴者協会)・・・・・・・・・・	74
⑤ 高次脳機能障害に関する相談	高次脳機能地域支援センター(広島市立リハビリテーション病院)・・・・・・・・・・	25
	NPO法人 高次脳機能障害サポートネットひろしま・・・・・・・・・・	26
⑥ 知的障害に関する相談	広島市知的障害者更生相談所・・・・・・・・・・	23
⑦ 住宅の借地、借家、賃料など	広島市役所市民相談センター(民事相談・法律相談)・・・・・・・・・・	1
	広島弁護士会 紙屋町法律相談センター・・・・・・・・	85
⑧ 日常生活上の心配ごと	心配ごと相談所(各区社会福祉協議会)・・・・・・・・	57
	広島いのちの電話・・・・・・・・・・	112
	広島市自殺(自死)防止相談電話・・・・・・・・・・	113
	心の相談室「ちき」・・・・・・・・・・	114

⑨ 成年後見

公益社団法人 成年後見センター リーガルサポートひろしま	87
権利擁護センターぱあとなあひろしま（広島県社会福祉士会）	88
広島弁護士会 高齢者等財産管理センター あんしん	89
福祉サービス利用援助センター（広島県社会福祉協議会）	90
NPO法人 財産管理サポートセンター	91
広島県地域包括ケア推進センター	92

3 家庭問題

(1) 親子関係について

① 親子関係、夫婦関係、嫁姑関係のトラブル	広島県西部こども家庭センター（婦人相談所・配偶者暴力相談支援センター）・・・・・・・・ 39
	エソール広島相談事業・・・・・・・・ 33
	63
	広島法務局 人権相談所・・・・・・・・ 79
	広島弁護士会 紙屋町法律相談センター・・・・・・・・ 85

(2) 子育ての悩みについて

① 児童の成長や発達	区役所厚生部(福祉事務所・保健センター)・・・・・・・・ 4
	地域子育て支援センター・・・・・・・・ 10
	広島市児童相談所・・・・・・・・ 15
	広島市（北部・西部）こども療育センター・・・・・・・・ 16
	広島市青少年総合相談センター・・・・・・・・ 20
② 児童福祉施設への入所（一時的な入所も含む）、保育園の入園、里親、手当など	区役所厚生部(福祉事務所・保健センター)・・・・・・・・ 4
	広島市児童相談所・・・・・・・・ 15
③ 母子（寡婦）、父子家庭における介護の問題	区役所厚生部(福祉事務所・保健センター)・・・・・・・・ 4
④ 家庭教育、しつけなど	広島市児童相談所・・・・・・・・ 15
	女性のためのなんでも相談（ゆいぽーと（広島市男女共同参画推進センター））・・・・・・・・ 60
	男性のためのなんでも相談（電話相談のみ）（ゆいぽーと（広島市男女共同参画推進センター））・・・・・・・・ 62
	子どもなんでも相談ステーション（広島修道院）・・ 64
⑤ 心身・知的障害児に対する総合的なこと	区役所厚生部(福祉事務所・保健センター)・・・・・・・・ 4
	広島市児童相談所・・・・・・・・ 15
	広島市（北部・西部）こども療育センター・・・・・・・・ 16
	広島市発達障害支援センター（広島市こども療育センター）・・・・・・・・ 19
	広島市青少年総合相談センター・・・・・・・・ 20
⑥ ひきこもり	広島市青少年総合相談センター・・・・・・・・ 20
	広島市精神保健福祉センター・・・・・・・・ 27
	広島ひきこもり相談支援センター・・・・・・・・ 69
	NPO法人 青少年交流・自立・支援センター
	CROSS・・・・・・・・ 70
	KHJ広島「もみじの会」（特定非営利活動法人「KHJ全国ひきこもり家族会連合会」広島支部）・ 72
	楽らくゼミナール・・・・・・・・ 73

⑦ 非行、友人関係、 学校問題、犯罪被害 など、少年に関する 相談	広島市青少年総合相談センター・・・・・・・・・・ 20 少年サポートセンターひろしま・・・・・・・・・・ 22 広島県警 電話相談 ヤングテレホン 広島・・・・ 41
⑧ 暴走族加入防止・ 離脱に関する相談	少年サポートセンターひろしま・・・・・・・・・・ 22 広島県警 電話相談 ヤングテレホン 広島・・・・ 41

(3) 虐待について

① 児童の虐待	広島市児童相談所・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 15 子育てほっとライン広島（NPO法人子ども虐待 ホットライン広島事務局 はばたき法律事務所）・・・ 81
② 高齢者の虐待	広島市地域包括支援センター・・・・・・・・・・ 29 広島県地域包括ケア推進センター・・・・・・・・・・ 92
③ 障害者の虐待	広島障害者就業・生活支援センター（社会福祉法人 広島市手をつなぐ育成会）・・・・・・・・・・ 53 広島市障害者虐待通報ダイヤル・・・・・・・・・・ 80 障害者人権110番（広島市手をつなぐ育成会）・・・ 82

(4) 介護・看護疲れについて

① 高齢者に対する介 護、手当、医療、介 護保険などのサービ ス利用など	区役所厚生部（福祉事務所・保健センター）・・・・ 4 広島県地域包括ケア推進センター・・・・・・・・・・ 92 広島市地域包括支援センター・・・・・・・・・・ 29 広島市介護保険ほっとライン（広島市健康福祉局 介護保険課）・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 14
② 老人性認知症、介 護	広島県地域包括ケア推進センター・・・・・・・・・・ 92 広島市認知症疾患医療センター・・・・・・・・・・ 107 広島市認知症コールセンター・・・・・・・・・・ 108 広島市認知症初期集中支援チーム（オレンジ支援 チーム）・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 109 公益社団法人 認知症の人と家族の会 広島県支部・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 110

(5) その他

① 配偶者からの暴力 に関する相談や女性 の問題	広島市暴力被害相談センター（広島市市民局市民 安全推進課）・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 32 配偶者やパートナーからの暴力（DV）の相談窓 口・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 33 広島県西部こども家庭センター（婦人相談所、 配偶者暴力相談支援センター）・・・・・・・・・・ 39 広島法務局 人権相談所・・・・・・・・・・ 79
--------------------------------	---

4 その他

(1) 犯罪被害について

① 防犯	広島県警 電話相談 警察安全相談電話	41
② 悪質商法被害相談	広島県警 電話相談 悪質商法相談電話	41
③ 犯罪被害	公益社団法人 広島被害者支援センター	93
④ 暴力被害に関する相談	広島市暴力被害相談センター（広島市市民局市民安全推進課）	32
	権利擁護センターぱあとなあひろしま（広島県社会福祉士会）	88

(2) 人権について

① 人権	広島市役所市民相談センター	1
	区役所市民部区政調整課（人権相談）	2
	広島障害者就業・生活支援センター（社会福祉法人広島市手をつなぐ育成会）	53
	広島法務局 人権相談所	79
	障害者人権110番（広島市手をつなぐ育成会）	82
	広島弁護士会 紙屋町法律相談センター	85
	広島司法書士会 総合相談センター	86

(3) その他

① 交通事故による損害賠償など	広島市役所市民相談センター（交通事故相談、法律相談）	1
	区役所市民部区政調整課（交通事故相談）	2
	公益財団法人 日弁連交通事故相談センター	98
② 法律	広島市役所市民相談センター（法律相談）	1
	区役所市民部区政調整課（司法書士法律相談）	2
	日本司法支援センター広島地方事務所（法テラス広島）	83
	広島弁護士会 紙屋町法律相談センター	85
	広島司法書士会 総合相談センター	86

10 | 大山診療所

1. 調査実施概要

調査員氏名	三谷慶
調査日	2019年8月6日
実施場所	鳥取大学総合診療医学講座
調査協力者氏名	朴大昊
所属・肩書・職種	大山町国民健康保険大山診療所 所長 医師

2. 調査協力機関概況

協力機関名称 (URL)	大山町国民健康保険大山診療所 (https://www.daisen.jp/p/1/11/4/4/)	
所在地	鳥取県西伯郡大山町今在家 475	
医療提供範囲	大山町山間部 (旧大山村、大山小学校区) (その人口規模 1,800~2,000 人)	
開設者	大山町 町長 竹口大紀	
開設年	-	
標榜科目	内科・小児科・外科	
許可病床数	無床	
患者に行っていること	<div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">1 病気の予防 (健康管理)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">2 往診・訪問診療</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">3 夜間や休日の緊急対応</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">4 専門医療機関への紹介</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">5 総合的に診る</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">6 気軽になんでも相談にのる</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">7 介護サービスにつなぐ</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">8 薬の管理</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">9 他院受診状況の把握</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin: 2px;">10 看取り・終末期医療</div> </div> <p>11 いずれもなし</p>	
患者概況	2019年11月の外来患者延べ数：402名 患者属性の特徴：小児～高齢者まで、1回の外来で取り扱う問題が多い。	
職員概況	全職員数：実人数5名 常勤換算数5名 うち医師数：実人数1名 常勤換算数1名 うち看護師・准看護師数：実人数2名 常勤換算数2名	

3. 社会的処方にかかわる取組みの概要

(1) 社会的処方の必要を感じた患者の割合（調査協力者の体感）

	社会的処方の必要を感じた患者の割合	うち社会資源につなぐことができた割合
外来	約5%	約95%
入院	—	—

(2) 社会的処方のニーズのアセスメント

誰が	<input type="radio"/> 医師 <input type="radio"/> 看護師
どんな場面で	<input type="radio"/> 外来 <input type="radio"/> 訪問診療 <input type="radio"/> 電話相談
どのように	<input type="radio"/> すでに「よろず相談の場」としてのコンセンサスが住民の間に得られているため、電話や外来でそのような相談が直接なされることが多く、医師看護師などが患者の社会的状況を日常的に確認している。またカルテにも家族関係、家族の仕事状況や様々な社会的情報が共有されている。

(3) リンク機能（自施設内）

誰が	<input type="radio"/> 医師 <input type="radio"/> 看護師 <input type="radio"/> 事務員
どのように社会資源を探し出し	<input type="radio"/> 大山町社会福祉協議会や地域包括支援センターとは定期的に話し合いを行いケースの相談を行なっている。 <input type="radio"/> 地域に根差した診療所であるので、周囲の介護事業所などの正式な施設はもちろん、インフォーマルな地域自助団体/活動、さらに言えば地域で世話を焼いてくれる人、頼りになるご近所さんなどに精通している。 <input type="radio"/> 地域で「地域医療を考える会」を組織し、人のつながり、地域医療のあり方を継続的に地域住民と検討している。 <input type="radio"/> 医学生や大学教員とともに継続的に診療圏の小地区を周り、継続的にワークショップを行って地域とのネットワーク作りも行なっている。
どのようにつながっているか	<input type="radio"/> 社会福祉協議会や地域包括支援センターなどには直接電話、インフォーマルな場であればキーパーソンへの紹介、相談などを行っている。
モニタリング	<input type="radio"/> 外来でフォローアップをしながら様子を伺ったり、継続的な地域包括支援センターとの話し合いで確認したり、近所の人から情報収集したりしている。
資源がないとき	<input type="radio"/> 資源がなくて困るというよりは、本人に社会的処方がマッチしない、気が乗らないことやそういった「場」へのアクセスが悪いことが多く、アクセスの改善に向

けては上述の「地域医療を考える会」で地域の人と検討している。

(4) リンク機能（自施設外）+紹介先となる組織・グループ・個人など

ニーズに対応ができる人や機関	<ul style="list-style-type: none"> ○ 診療所、社会福祉協議会、地域包括支援センター、介護予防教室、町が主宰する運動教室など ○ 地域の頼りになるご近所、親族 ○ 公民館（放課後の学生の自習や預かり、高齢者の各種集まりなど）
地域の社会資源	<ul style="list-style-type: none"> ○ 小地区で独自に開催される定期茶話会（A 地区の毎週 2 回開催されているカフェ、B 地区で毎月開催されるニコニコ会（元看護師による血圧測定や指導なども含む沢会）など） ○ まちづくり協議会の各活動（高齢者の歌の会 etc） ○ 小学校のボランティア（地域住民が放課後の読み聞かせなどのボランティアを行っている） ○ 町の実施するシニアボランティア活動（些細な困りごとを元気な高齢者が請け負う。畑の草刈りなど）

(5) 社会的処方 の意義

患者にとって	○ 困ったことがあったときに非選択的に問題を相談できるため相談経路もシンプルで安心した暮らしを送ることができる。
自施設にとって	○ 包括的な問題を把握、アプローチできることで患者の全体像を把握した上で質の高い医療が提供できる。
地域にとって	○ なんでも相談できる場所、包括的な問題に対応する場所があることで、コミュニティを安定させる役割を持つとともに、地域の人と交流したり情報交換したりする場所になる。また包括的な問題に医療機関が対応することが、個別の医学的な問題に対応するより効率的で医療費の削減につながると考えられる。

(6) 社会的処方をより充実させていくために求められること

自施設	○ 地域情報のハブとなって地域住民との関係をいっそう密にするためには、診療所があらゆる問題に対する非選択性を維持すること、住民にとっての親しみを維持することに加えて、診療所を出て地区を回ること、地域に出て地域の人と信頼関係を築いていくことが基本で最も大事だと考える。
医療機関一般	<ul style="list-style-type: none"> ○ 基本的に当院のスタンスと同じ、問題の非選択性が担保できない医療機関では様々な問題に対応することは難しい。「すなわち〇〇は診察するけど、〇〇はうちじゃない」とか医学的な問題以外に対応していなかったり、医療者が興味のないそぶりを見せること自体が、地域からの情報を制限したり、相談の閾値を高めて問題を取りこぼすことになる。 ○ また医療機関自体が地域住民にとって非日常的であるため、より包括的に患者や患者の暮らす環境に関するニーズを知り、対応するには、医療機関外に出て情報収集、関係性の構築ができる場があることが望ましい。

4. 社会的処方に関わる事例

(1) 多く見られる社会的な課題、社会・経済・心理的ニーズ

<p>多く見られる社会的な課題等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 高齢独居、老老介護世帯、また一見子どもと同居している高齢世帯でも子どもが農業などで自立することはほぼ不可能なので日中通勤をしており、実質的な独居になっている世帯の心理的な孤独は非常にありふれている問題。 ○ 経済的な貧困を抱えている超高齢の要介護高齢者とその独身になる初老の息子世帯。 ○ 生活保護を検討中の高齢者の単身世帯などで、身体機能が通院困難な状況になっても、どうしても先祖から伝わった田畑や老朽化した家（屋根に穴が空き屋内に雪が積ったり、悪臭や汚れがひどかったりする）を離れられないケースなど。
<p>特に対応が難しい患者</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 超高齢の要介護の片親とその年金で生活しているアルコール依存症や精神的な問題を抱えているような息子との暮らしの支援。 ○ クレーマーの主たる介護者（息子）への対応が困難であるために家族関係が崩壊しているだけでなく、複数の医療機関、介護施設で診療やケアの拒否があつて十分な介護保険などが行使できない高齢者のケアなど。

(2) 典型的な事例または調査協力者の印象に残っている事例


<ul style="list-style-type: none"> ○ 独居の約 90 歳の女性の認知機能が低下して発言のちぐはぐさや食事摂取が十分できなくなり、どんどん痩せてきたケースで、内服や受診間隔の異常さから問題をピックアップして、地域包括支援センターと家族などと相談して息子夫婦と一緒に暮らすようになった。息子や嫁の負担感がないように心理的な配慮をしつつ対応したことがポイントだったように思う。 ○ 上記4. (1)にある95歳、要介護5の高齢者とクレーマーの息子（主たる介護者）の暮らす家庭で、当初社会福祉協議会から「他に対応できる医療機関がない」とのことで退院後の主治医として対応を開始し、その後訪問看護やヘルパーなどの拒否、離脱などがあつたが、高齢者虐待などの視点も考慮しながら地域包括支援センター、訪問介護、訪問看護ステーション、ケアマネなどと継続的に話し合いを診療所などが主導して開催し、地域の情報も収集しながら息子との関係性を徐々に構築してクレームが激減して関係性を構築できたケース。息子の困りごとに対する“絶対に断らない”というスタンス、法的なラインも明確にしながら忍耐強く関係諸機関を巻き込んだことがポイントだった。 ○ ・独居の高齢者で家に穴が開いたり、雨漏りやゴミ屋敷になっている家では、保健師や地域包括支援センターの社会福祉士などと息子とコミュニケーションをとり、元々隣に住んでいた人が移住した町営住宅の友達にも協力してもらって移住を含めて検討した。結果的には息子が町営住宅の家賃の支払いに難色を示して自宅で現在も暮らしている。 ○ ・些細な事例であるが、小学校（診療所から徒歩1分程度）で怪我などがあつた場合に、親の許可の元、学校の養護教諭がそのまま診療所に連れてきて、その場で親の電話での同意のもと診療（処方や怪我の縫合などを含む）を実施、親は仕事帰りに支払いにきて、その場で説明を受けることなどを学校、親と話して実施している。

11 | 栗国診療所

1. 調査実施概要

調査員氏名	長嶺由衣子
調査日	2019年12月1日
実施場所	栗国村
調査協力者氏名	上原美雅子、末吉亜矢子、和田正司、三宅孝充、関根愛、金嶺君子、末吉、末吉、新城、喜納、玉寄
所属・肩書・職種	上原美雅子：栗国村民生課 課長 末吉亜矢子：栗国村民生課 保健師 和田正司：栗国村総務課 地域おこし協力隊 三宅孝充：栗国村診療所 医師 関根愛：栗国村診療所 看護師 金嶺君子：栗国村診療所：事務員 末吉：栗国村社会福祉協議会 管理者 末吉、新城：栗国村社会福祉協議会 ホームヘルパー 喜納：特別養護老人ホームあぐに ケアマネジャー 玉寄：特別養護老人ホームあぐに デイサービス担当

2. 調査協力機関概況

協力機関名称 (URL)	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター附属栗国診療所 (http://www.hosp.pref.okinawa.jp/sinryo/aguni/aguni.html)
所在地	沖縄県島尻郡栗国村字東 573
医療提供範囲	栗国島 (その人口規模 600~800名) 

開設者	沖縄県 県知事 玉城康裕												
開設年	－												
標榜科目	内科・外科・循環器科・呼吸器科・消化器科・小児科												
許可病床数	無床（やむを得ない場合病棟管理あり）												
患者に行っていること	<table border="1"> <tr> <td>1 病気の予防（健康管理）</td> <td>2 往診・訪問診療</td> </tr> <tr> <td>3 夜間や休日の緊急対応</td> <td>4 専門医療機関への紹介</td> </tr> <tr> <td>5 総合的に診る</td> <td>6 気軽になんでも相談にのる</td> </tr> <tr> <td>7 介護サービスにつなぐ</td> <td>8 薬の管理</td> </tr> <tr> <td>9 他院受診状況の把握</td> <td>10 看取り・終末期医療</td> </tr> <tr> <td colspan="2">11 いずれもなし</td> </tr> </table>	1 病気の予防（健康管理）	2 往診・訪問診療	3 夜間や休日の緊急対応	4 専門医療機関への紹介	5 総合的に診る	6 気軽になんでも相談にのる	7 介護サービスにつなぐ	8 薬の管理	9 他院受診状況の把握	10 看取り・終末期医療	11 いずれもなし	
1 病気の予防（健康管理）	2 往診・訪問診療												
3 夜間や休日の緊急対応	4 専門医療機関への紹介												
5 総合的に診る	6 気軽になんでも相談にのる												
7 介護サービスにつなぐ	8 薬の管理												
9 他院受診状況の把握	10 看取り・終末期医療												
11 いずれもなし													
患者概況	2019年の月平均の外来患者延べ数：約600名 患者属性の特徴：全世代、外来、訪問、特養往診、学校医など												
職員概況	全職員数：実人数3名 常勤換算数3名 うち医師数：実人数1名 常勤換算数1名 うち看護師・准看護師数：実人数1名 常勤換算数1名												

3. 社会的処方にかかわる取組みの概要

(1) 社会的処方の必要を感じた患者の割合（調査協力者の体感）

	社会的処方の必要を感じた患者の割合	うち社会資源につなぐことができた割合
外来	約20～30%	約40～50%
入院	－	－

(2) 社会的処方のニーズのアセスメント

誰が	○ ゆんたく会メンバー：医師、看護師、事務員、役場保健師、役場補助職員、ヘルパー、デイサービス担当者、地域おこし協力隊→生活支援コーディネーター
どんな場面で	○ 日常生活で会ったとき、見回り時、デイサービス時、デイサービス送迎時、診療所問診時など
どのように	○ 特にツールなどは用いておらず、関係者の観察による

(3) リンク機能（自施設内）

誰が	○ ゆんたく会メンバー
どのように社会資源を探し出し	○ 同上
どのようにつな	○ 繋ぎ先をオンラインでのコミュニケーションツール（サイボウズ→medical care

いでいるか	station) や2週間に一度のゆんたく会で相談。急ぎの時は直接関係者間で相談。
モニタリング	○ ゆんたく会
資源がないとき	○ ゆんたく会。 ○ 他離島との情報交換で可能な道があるかを探る。 ○ 本島ケアマネに電話や地域ケア会議で相談。 ○ 地域おこし協力隊が入るようになってからは、可能な時は新たに創る試みを行う(地域や行政のサポートがあると、うまくいくことが多い)。

(4) リンク機能(自施設外) + 紹介先となる組織・グループ・個人など

ニーズに対応ができる人や機関	○ 役場、地域包括支援センター、診療所、特別養護老人ホーム、ケアマネ、断酒会、社会福祉協議会のスポーツレクリエーション、民生課主催のレクリエーションなど。
地域の社会資源	○ 2020年度の予算で生活支援コーディネーターによる地域資源の開発が行われることになった。 ○ 地域内NPOなどはなし、テーマ別のサポートは断酒会以外できていない。

(5) 社会的処方 の意義

患者にとって	○ ご本人様が過剰な医療、介護ニーズを表出することなく地域である程度安定的に生きられるサポートになると感じる。 ○ 社会的孤立の解消。 ○ 要援護者の定期的な見守り。
自施設にとって	○ 医療従事者の過剰労働の軽減につながる(見回り開始後緊急搬送数4-6割減少)。 ○ 地域の専門職・非専門職、行政からの信頼の獲得。
地域にとって	○ 現在ニーズがある人のみならず、今後ニーズがある人が出てきた場合の受け皿になる可能性がある。

(6) 社会的処方をより充実させていくために求められること

自施設	○ 行政や地域資源とのコミュニケーションが円滑であること。 ○ 小さい地域のため、人の異動などで容易にゆんたく会などの連絡会の開催が途絶えてしまう可能性がある。見回り事業は社会福祉協議会の事業として村からの委託費で継続されているが、必要性は高いものの、予算のつかない会議はどのように開催を維持していくかが課題。
医療機関一般	○ 地域との情報交換、収集。

4. 社会的処方に関わる事例

(1) 多く見られる社会的な課題、社会・経済・心理的ニーズ

多く見られる社会的な課題等	○ 独居高齢者、経済的困窮者、アルコール、精神疾患、高校中退者、島外からの移住者など。
特に対応が難しい患者	○ アルコール、経済的困窮者、精神疾患、島外からの移住者、経済的困窮者。

(2) 典型的な事例または調査協力者の印象に残っている事例

- 現行の福祉・介護・医療連携とゆんたく会の中で出てくるニーズに対応しているだけで、なかなか新しい資源を開発したり、小さい島のため地域資源に乏しく、つなぐということではできていないが、今後地域おこし協力隊などの活用により開拓までできるようになることを期待している。
- 65歳、男性、アルコール依存（何度も入院を繰り返している）。
- 地元商店との連携などはしやすいため、アルコールをやめられないが最近島酒からサワーになった人のために、地元の農協にノンアルコールサワーを入れてもらった。
- 近所の商店はすでにその人にはアルコールを売らない。
- 表情は日によって異なるものの、ノンアルコールサワーも交えて呑みながら、役場や断酒会、診療所などがよい距離感を保ちながら見守りをし、地域の中で生きるサポートを続けている。

(3) その他調査協力者の自由コメント

- 人事異動等に伴うコミュニケーションや連携の維持をどうしているか、他の事例を知りたい。

5. 参考資料

- ゆんたく会（福祉・介護・医療連絡会）について（地域ケア会議とは別に実施）

【ゆんたく会のメンバー】

- 民生課 課長、保健担当、介護担当、保健師
- 社会福祉協議会 事務長、ヘルパー
- 老人ホーム ケアマネ、(デイサービス担当者)
- 診療所 医師、看護師

【ゆんたく会の目的】

- 月1回の地域ケア会議のみでは確認しきれない、島内のサポートが必要な方々のタイムリーな情報共有や業務調整など
- オンラインでの情報交換に加えて、オフラインで顔を合わせて情報共有をすること
- 頻度：月に2回程度（水曜午後約1時間）、場所：診療所

【見回り事業開始経緯】

- 2012年、この連絡会の中で、社会福祉協議会から過去に島内の自宅で独居高齢者が熱中症で孤独死していたという事例の紹介があった。これをきっかけに、この小さな島で孤独死を出すのはやめようという目的の下、ヘルパーさんによる見回り事業の開始に至った。
- ヘルパーさんに見回りをお願いした背景には、2000年に老人ホームができたことにより、在宅の生活支援ニーズが徐々に減少していたことがあった。週に2日ぐらいい見回りに充てられる状況があった。

【見回りの目的】

- 島内の独居高齢者、老々介護世帯の生活支援ニーズや医療ニーズの状況把握

- 高齢者以外のサポートを要する地域在住者の状況把握
- 島内・島外の介護、福祉、医療関係者の情報共有、業務調整の円滑化

【見回り訪問時に行うこと】

- 血圧測定
- 対象者、自宅の状況等の観察
- 話し相手
- 診療所、役場等関係者への報告（原則週に 1-2 回、緊急を要する場合は即時電話等で緊急搬送等の手配）

【対象者の選定】

- 開始当初、社会福祉協議会が要援護者のリストアップを行った。
- 要援護者の定義：原則、要介護認定を受けていない地域在住高齢者（主に独居、老々介護世帯、必要な場合
 - ・ は家族がいる方も含む）→当時は村内に保健師不在であったため、被要介護認定者も対象となった。
 - ・ 開始時約 130 名→現在約 50 名
 - ・ 随時、診療所や民生委員、役場から見回りの必要そうな方の要望があり、追加された。

巻末資料 2 - 2. 医療機関職員が中心になってスタートした地域資源の例：ごきげんキッチン

1. 調査実施概要

調査員氏名	鈴木佳奈子
調査日	2019年12月14日
実施場所	新宿区立薬王寺町地域ささえあい館
調査協力者氏名	河合由紀、安田淑子
所属・肩書・職種	河合由紀：コンフォガーデンクリニック 非常勤医師 安田淑子：K-WORKER 認定ケア・ステーション 管理栄養士 (コンフォガーデンクリニック 非常勤管理栄養士)

2. 調査協力機関概況

協力機関名称 (URL)	ごきげんキッチン
所在地	新宿区市谷薬王寺町 51 薬王寺児童館等合築施設 2階
医療提供範囲	新宿区薬王寺町、市谷加賀町、市谷仲之町周辺 (人口規模約 8,000 人)
開設者	河合由紀 / 安田淑子

3. 社会的処方にかかわる取組みの概要

(1) 社会的処方の必要を感じた患者の割合 (調査協力者の体感)

	社会的処方の必要を感じた患者の割合	うち社会資源につなぐことができた割合
診療全体	約 10%	約 20%

(2) 社会的処方のニーズのアセスメント

誰が	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医師や管理栄養士が臨床現場で発見して、ヒヤリングし、声掛け ○ ささえあい館職員(主に元館長)が来館者全体との関わり合いの中で発見し、声掛け ○ ママ友等個人的な繋がりの中で、気になる親子に声掛け。又は相談を受けて紹介。 ○ 参加者がニーズのある知り合いを誘い、連れてきてくれる ○ スタッフが地域で協働している専門職が発見し、声掛けし、連れてきてくれる ○ ささえあい館の掲示を見て、ご自身でニーズ(興味)を感じ、来てくださる ○ スタッフが時間のあるときに近隣地域にポスターをポスティング ○ 地域包括支援センターと対象者が重なるため、そこからの紹介 ○ 栄養士がお料理系のイベントに参加された方々で外出機会等が少ない方をボランティア等にお誘いする (食べに来ていただくだけでも良い)
どんな場面で	○ 上記参照。

	<ul style="list-style-type: none"> ○ 処方機会という意味では外来診療の時に多くあるように感じるが、訪問診療の方が生活全体に良く目が届くので、ニーズに気がつきやすい。この経験を経て外来時の紹介も増えると感じている。 ○ 栄養士は調理を通して共に手を動かし自然な会話が弾みニーズ把握しやすい。
どのように	<ul style="list-style-type: none"> ○ 来てくださる中で、雑談するような形で関係構築を進め、当事者が語ってくださった時に具体的なお話を伺いながら徐々にアセスメント（詳細を知っていく）。 ○ 場合によっては、会の前後に時間をとって個別相談を受け付けることも有り（面談というような固いものではなく下記のように日常的にやるようになった）。 →キッチンに参加しなくても声掛けをきっかけに相談を受ける機会となる。 ○ 運営する医師や管理栄養士が、共食後にお茶など飲みながら、お客さんとしてきた高齢者や、ボランティアとして来た中高年～高齢者、若手栄養士のよろず相談にのっている。 ○ 住民相談窓口に来てくれた人についても、チームで対応している。

(3) リンク機能（自施設内）

誰が	○ (2)と同様。
どのように社会資源を探し出し	○ 相談を受ける中で、知っている地域の資源があればそれを紹介する場合もある。特に主催者の一人は、地域住民でもあり生活の中で得た資源も活用している。
どのようにつないでいるか	○ 声掛け内容は、その方の個別事情に応じて、食事に来ていただく or ボランティアとしてのお手伝い依頼など様々。
モニタリング	○ 気になる方場合は、お休みが続くと、お迎えに行ってみたり、声掛けしに行ったりすることもある。
資源がないとき	<ul style="list-style-type: none"> ○ 資源創作を行った(本ごきげんキッチンと、お花を生けてお抹茶を楽しむ会を2つ)。在宅の場面では多くの患者さんがサービス等を利用しており、絶対数は多くないもののデイなどでは満たし切れないニーズを常に感じていた(行きたくない、社会的関わりを持ちたい、栄養を満たしたいなど)。ささえあい館のリニューアルに際し館長よりお声掛けをいただき(子どもを児童館に連れて行く機会に知り合った)、開館時の助成金などの後押しもあり、当ごきげんキッチンは訪問診療の中で協働していた栄養士の安田さんと社会資源創出に挑戦した(お花は外来で外勤先の方に声かけ)。安田さんとは戸山団地の暮らしの保健室で提供している木曜日ランチという共通したイメージもあり、構想を練りやすかった。立ち上げ時には暮らしの保健室の川口栄養士とそのボランティアさんたちが、1年間月1回、食事作りに来て協力して下さった。(医師) ○ 様々な(他区の予防も含む)臨床の中で出会う方々を見ていると、どうしても栄養については二の次になりがち印象があった。要支援の認定に至っていなくても体重が減って来ていたり、自力で外出できていても栄養にまで配慮が及んでいない方も多い。また、在宅の場面で訪問栄養を紹介してもらうことはとても有り難いが、もう少し早くに関わっていたら…と歯がゆく思うことも少なくなかった。そんな思いから河合先生とごきげんキッチンの立ち上げに携わった。(栄養士)

	<ul style="list-style-type: none"> ○ ごきげんキッチンでは、「施しを受ける/ボランティアする」だけと感じないよう、食事に来ていただくだけでなく、調理ボランティアとして参加することもでき、最後には皆で一緒に食事を取る。子ども達がいることで、多世代のつながりや、子どもの見守りなど調理の苦手な人でも様々な形で参加することができる。また、絵本の読み聞かせボランティアに(練習も兼ねて)来ていただくなど、様々な過ごし方や出番ができるよう工夫をしており、ごちゃませ&フレキシブルをモットーに、様々な申し出をありがたく受けている。最近では木曜日は同館にある児童館の乳幼児サークルに参加後の、お弁当を作って来られなかった親子3組ほどにもご利用頂くようになった。コンビニではなくごきげんキッチンの手作りバランスごはんになることで、親子ともに非常に喜んでもらえている。バランスのとれた食事を作るのが大変なのは高齢者だけでないということに改めて気づかされた。小学生とは違った、乳幼児のもつ癒し力、育児を頑張っている若いお母さんの姿が特に高齢女性の心に響いているように感じる。(医師) ○ ひとことに多世代で調理といっても簡単なことではなく、栄養士でも一緒に調理をする経験がなかなか取れない人も多い。自分はデイなどでの勤務経験もあり、栄養面だけでなく、参加しやすい作業なども考えながら見守りの距離感を保ちやすい献立を考え、子どもも一緒に安全性を確保して調理するなど、食事に関する部分の責任を負っている。一方で声掛けやその他の様々なオーガナイズについては河合先生がしてくださることで自分自身にとって持続可能な活動となっている。一人ではやりきれないことも、二人でなのでやれている。(栄養士)
--	--

(4) リンク機能 (自施設外) + 紹介先となる組織・グループ・個人など

ニーズに対応ができる人や機関	<ul style="list-style-type: none"> ○ ささえあい館の区職員(熱心な職員は、通ってくる利用者さんの家族構成や入院歴などを知っている)、高齢者総合相談センター職員、ぬくもりだより配布員(区に登録した独居で見守り希望者に月2回チラシを配り見守りを行う)、民生委員。 ○ 少し文脈が逸れるが、立ち上げから8か月の時点でNPO法人サービスグラントのママボノ(育児休業中の母親のプロボノ)の方達7名に約2か月のプロジェクトとして、今後活動をプロモーションしていくための、地域や参加者のニーズ調査をしてもらった。新宿区高齢生きがい係の保健師の方に教えていただき、依頼するきっかけとなった。
地域の社会資源	<ul style="list-style-type: none"> ○ (2)の回答の他、暮らしの保健室や近隣小売店の方など多岐に渡る。新宿区立ささえあい館の他の活動団体(体操クラブやコグニサイズ、料理教室、聞き書きボランティア養成、読み聞かせボランティア養成、ガーデニング、カラオケ、麻雀クラブなど)。

(5) 社会的処方 の意義

患者にとって	<ul style="list-style-type: none"> ○ 同じエリアに存在するため、特に会場から近い患者さんにとっては紹介しやすく、顔見知りの医師たちや栄養士がいると参加のハードルが低い。担当患者であれば自力では来られない方でもご家族やケアマネージャなどとの相談も進めや
--------	--

	<p>すい。逆に、チラシを見て来て下さった方の食事の様子からヒヤリングをしたところ、日頃から関係のある訪問看護ステーションの患者さんであることがわかり、参加中の配慮がしやすくなったこともある。(医師)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 参加者であるボランティアは調理を通して細かな作業や会話もでき、社会参加の活躍の場となっている。多世代参加型のため、子どもたちも調理に加わり助けたり助けられたりが自然に起きる場となっている。また、管理栄養士がこの場に関わることで、栄養のバランスや小さな工夫などを紹介する事もできる。(栄養士) ○ ご飯を食べに来るだけでも OK、お手伝いも歓迎、その時々状況に応じて様々な参加の形があり、つながりを保ちやすい場を作ろうと心がけている。特に土曜日は子どもたちもいるので、皆で助け合うのが当たり前の雰囲気となっている。(栄養士)
自施設にとって	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域で働く医師として、子育て中の住民として、この団体を立ち上げた。誰かのためだけではなく、自分自身や子ども達にとってのサードプレイスにもなっている。なるべく無理の少ない持続可能な形でできるように気をつけている。制度で受け止めきれない人たちを「仕方ないね」では終わらせず、受け止める場の一つとして、将来自分が行きたいと思える場所を作りたいと考えている。(医師) ○ 薬局勤務の若手栄養士もボランティアとして活躍。相談業務が多く実際に調理する経験が少ないと、いざどのように作るのかを指導できない事も多い。高齢者や子どもと共に調理する事が貴重な学びの場となっている。(栄養士)
地域にとって	<ul style="list-style-type: none"> ○ 近隣に高齢者や子ども達が集って食事をしたり交流する場所がないため、貴重な場であるというお言葉を頂いている(多世代共食)。 ○ 近隣にある大妻女子大学の栄養科の学生もボランティアに参加し、卒論の題材としている。 ○ この活動の運営に医師が関わることで、区から実地活動経験のある専門職として、高齢者保健福祉推進協議会の区民委員に選出され、コミュニティの声を届ける機会を頂いている。 ○ この活動の運営に管理栄養士が関わることで、新宿区から実地活動経験のある専門職として、様々な栄養に関する場の講師などに呼んでいただくようになり、啓蒙の機会が増えている。 ○ 新宿区にはことぶき館と児童館が同じ建物内に配置されてきたが、ほとんど交流がないという歴史があった。ささえあい館は新宿区内の元ことぶき館を、多世代でささえあう形にリニューアルしていく先行事例として区が力を入れており、ここでの活動内容や経験実績が区全体の今後の展開に影響を持つ。

(6) 社会的処方をもっと充実させていくために求められること

自施設	<ul style="list-style-type: none"> ○ 上記ママボノの調査でわかったのは、この施設を知らない人が多かったことや、ことぶき館からささえあい館となり、登録している人しか使えない施設になってしまった等の誤解もあったことがわかった。全国の多事例や同区でのお茶会などの活動も紹介してもらい、「ご紹介無料デー」等の取り組みを試してみたりしている。今後町内会の方などとも繋がっていく予定でいる。
-----	--

医療機関一般	<ul style="list-style-type: none"> ○ 自分たちの会場は入り口に坂や階段があり、車椅子等では入りにくい環境にある。医療機関の多くはバリアフリーになっている事も多く、場として提供するという形でも地域貢献になるように思う。 ○ 本来であれば、勤務の一環としてこのような活動が認められるようになるのが理想なのかもしれないが、現実的には医療機関や管理者である上司が、医師等職員の社会貢献活動に理解や協力を示してくれること。
--------	--

4. 社会的処方に関わる事例

(1) 多く見られる社会的な課題、社会・経済・心理的ニーズ

多く見られる社会的な課題等	<ul style="list-style-type: none"> ○ 孤食、孤立、日中独居、老々夫婦、栄養不良、介護/育児疲れ、子どもの不登校等。
特に対応が難しい患者	<ul style="list-style-type: none"> ○ やはり出て来ていただかないといけないので、家から出てこれない人たちにどうやって出て来てもらうかは常に考えている。 ○ また、途中でなくなってしまった人への対応として、どこまで声をかけ続けるか悩む時もある。

(2) 典型的な事例または調査協力者の印象に残っている事例

事例1) 認知症の妻を在宅で支え、介護疲れで夫がうつになったご夫婦

- 妻は歩ける認知症の方。高齢者総合相談センターに顔を出した際、クリニックの外来に受診中の夫婦に社会的支援が必要との話を受けた。会場のすぐ前にお住まいだったため紹介。既に館自体に来訪されていたことがあったため、ささえあい館の職員がごきげんキッチンをご案内。
- デイケアなどでは夫婦で一緒に参加できる場がなく、ここに参加されている
- 取材当日は訪問看護師のお子さんと楽しく話されていた
- ご主人は、いつもお手伝いをする小学生に褒める言葉をかけて下さり、場のムードメーカー。認知症の妻をサポートする夫という役以外のことを自然として下さることで、リフレッシュしているようにお見受けする。
- 時に奥さんが機嫌を損ねて、ご主人一人でいらしたこともある。ご主人から悩みを聞くなどということは一回もしたことがなく毎回来て下さるので、食べに来て下さること自体を楽しんで下さっているのかもしれないと思っている。
- 街中をお散歩中にお会いすることが多くなり、お互い声をかけやすくなっている。

事例2) 片麻痺のある独居のNさん(女性)

- 河合医師が訪問診療中で、声掛け
- 初回はケアマネに連れられて参加して下さる。お食事を共に食べる中で、デイにも参加しているものの、自分で調理したいという希望をお持ちだと分かり、訪問栄養を入れることに
- 安田管理栄養士が数回訪問栄養指導に入り、実際のキッチンで一緒に調理しながら、ご本人がやれる形での調理を一緒に考え、その後栄養状態が改善し、元気になられていく
- 今では区のリフレッシュ券を利用。ヘルパーさんの都合のつく時に参加されるようになっている (https://www.city.shinjuku.lg.jp/fukushi/file05_02_00002.html)。

事例3) 数ヶ月参加した後、来なくなってしまった方の背中をどこまで押すか悩む

- IVH をされている日中独居の男性高齢者
- 会場の近くにお住まいで、初回はスタッフがポスティングしたチラシを受け取り参加して来てくださった。
- ほとんど食べられない様子だったので、スタッフがヒヤリングすると、地域で協働する訪問看護が入っていることが判明。ご本人の了解の下で連絡を取り、フォーマルサービスとコラボし、病名病状（短腸症候群）や栄養状態、食事指導内容などをヒヤリング。食事内容の工夫等を行い対応できた。
- 4~5ヶ月程来ていただいていたが、急性腰痛症をおこしてしまい、外出ができなくなってしまった。
- 急性期が過ぎた頃に4~5回お迎えに行ってみたが、外出の自信がなくなってしまったせいか、再参加には至っておらず、声をかけ続けるか悩んでいる。
- 訪問看護の担当者は、これをきっかけにご自身のお子さん等を連れてご家族で参加してくださるようになった。

事例4) パーキンソン患者のAさん

- 河合医師が往診中の患者さん。外出の機会が減っていることを聞きお誘いする。
- ご家族が付き添って連れてきてくださったが、ご家族も他の参加者と共にお食事をしていただけるので、単に送迎という形にしないことができる。

事例5) 参加者からボランティアへ

- 近隣病院の術後、区報を見て最初は体操に興味を持ちお越しになった。
- 館長からの勧めと、館内の掲示を見てごきげんキッチンを知り、まずは参加者として食事をしにお越しになるように。
- 実は調理師をお持ちで、シルバー人材センターにも登録し調理をしていたものの5年間に4回の手術が必要になり、シルバーは難しくなってしまったが、食事を食べにくるだけでなく、ごきげんキッチンの調理ボランティアとして参加するように。ここでの活動を続けるうちに少しずつ自信ができてきて、シルバーの復帰を考えるようになっていく。体操よりもこっちの方が自分に合っている。
- ご本人の言葉「こう言う場がないと、調理も忘れてしまう。やることがあると元気になる。一般的な高齢者の場に行くと(参加者にもスタッフにも)根掘り葉掘り(生活状況を)聞いてくる人が多くて嫌になるが、ここはそう言う人がいないから良い。(と言いつつ、ご自身の身の上話をたくさんしてください)」

事例6) インフルエンサーな参加者

- ご本人はどの様に参加されるようになったか思い出せない女性。
- 区の様々な場に出歩いて、情報も豊富。
- ニーズがある人を見つけては、声をかけ、一緒に連れてきてくれる。スタッフの声掛けでは来ないような人も連れてきてくれている。

(3) その他調査協力者の自由コメント

- 立ち上げ時には、声掛けしてもらったものの、子育て中の自分がやれるのか不安もあった。だが、以前から地元で何か活動をしたいと考えていたし、このささえあい館の事業が区の先行事例になっていくと聞いて、社会的課題のある人たちに届くものを作りたいとやってみようと思えた。やるのであれば、暮らしの保健室でやっている食事をいつも一緒に働いている管理栄養士の安田さんという思いがあった。
- 「自分が将来行きたい場所を作る」ということも意識している。絶対数は多くないかもしれないが、制度の狭間でフィットする場がない人たちでも集いやすい場であれるよう柔軟な対応を心がけているし、具合が悪くなるずっと前から関わりを持つことの大切さも改めて感じている。



ごきげんタイムズ

令和元年
8月4日発行

おいしい交流1033名

0歳～92歳 34回開催ありがとう！



「いつも一人で食べているが、ここに来ると食事がおいしい。楽しい」

ごきげんキッチンでは、2018年2月から月2回、ささえーる薬王寺で食事会を開催。これまで34回、計1033食を延べ269人のボランティアのみなさんで作ることができました。この間寄せられたみなさんの感想をまとめました。

【お客さんの声】

- ◆子ども達と話ができて嬉しい、心が開きました
- ◆栄養士の先生のお話も為になる。家で一人で作る時、ワンパターンになりがちなので参考になる
- ◆最高、美味しかったです。普段は一人。戸惑いもあったけど、友人にも教えてあげようと思う

【ボランティアの声】

- ◆料理しながら話をするのが楽しい（ごきげんキッチンの為に包丁とき

のレッスンを受けてきた左右田さん）

- ◆地味に疲れた！普段子どもとのふれあいはほとんどない。調理の段取りの勉強になった（初参加男性 斉藤さん）
- ◆歳を重ねることの厳しさの中でここに出てきて下さるだけでありがたい（金山）
- ◆子どもたちにとって、上の世代の人と作る＆提供するよい経験の場となっていると思う（上岡）

【子どもの声】

- ◆ごきげんキッチンは楽しいから毎週やってほしい！

【管理栄養士ボラの声】

- ◆若手管理栄養士：地域の方の声をきける。全員が笑顔で帰られるのがうれしい（和田）

- ◆大人数で作るのに周りを見れていないので、コミュニケーションをとりながらできるようにしたい。せっかく高齢者の方が来てくれているので、もっと気軽にお話をしたい（若井）
- ◆お客さんからお金を頂いている緊張感がある（藤井）

- ◆中堅管理栄養士：栄養のバランスや量、食感などを実際に感じて貰えるのがよい（松尾）

- ◆管理栄養士リーダー：地域の栄養士のアピールと、調理の現場を持たない若手栄養士の修行の場になればと考えている。ボランティアの方も色々な方に参加して頂き、楽しん頂きたい（安田）

（写真と文 中村由紀）

ごきげんキッチンのお客さんたち

●Nさん(女性)

ごきげんキッチンには車イスで2-3か月に1回、参加。貴重な介護保険の利用枠の中から、ヘルパーさんを工面して来館。ご病気により手足が不自由であるが、家で調理をしたいという希望がある。ごきげんキッチンの管理栄養士が、在宅でご支援できる旨をお伝えしたところ、正式に依頼があり、主治医より訪問栄養指導の指示が入る。2年越しのNさんの希望が叶うことに、乞うご期待！

●Yさん夫妻

ごきげんキッチンに夫婦でお越し頂いているご夫婦がいる。奥様は認知症。(詳細は口頭でご紹介)参加対象を「一人暮らし限定」にしない意義がここにある。



●Nさん(男性)

「チラシを手渡しでもらったので来てみました」。ご病気で食事をあまり摂れないが、毎回足を運んで下さるNさん。

1食分の食事代を頂くのが申し訳ないので、ご自宅に

訪問。どうい食事なら食べられるか、ご本人にお聴きした。ご本人の了承を得て、訪問看護師さんケアマネージャーさんからも情報を頂いた。

繊維質や刺激物を避けた方がよいことがわかり、提供する食事から除去して提供することとなった。

その後の多世代クッキングには、担当訪問看護師さんが家族連れでご参加。プライベートの時間をつかって、地域との橋渡しをしてくれた白十字訪問看護ステーションに感謝！！

今後の展開予定

- ・地元の牛込仲之小学校に、隔月で参加募集をかける。
- ・高齢者総合相談センター＋社会福祉協議会＋民生委員さんの民児協(第三水曜午後)にご挨拶。民生委員さん・ぬくもり配布委員さんがお越し下さった場合は、無料にする？
- ・地元のお店にチラシやポスター、コラボ企画？(銭湯や床屋さん、スーパー？)
- ・町会・自治会・老人会・ラジオ体操会にお声かけ(実績は、薬王寺町会定例会に一回)
- ・子ども達にゲームやでは動画配信サイトでは得られない「作る楽しみ、関わる&役立てる喜び」を味わってもらいたい・・・どんなメニュー？どんなイベントや話題？等

みなさまの夢やアイデアも大募集中です！！

【寄付／サポーター募集】

現在、薬王寺町の江木さまより、多世代クッキングに一回1万円のご寄付を頂いています。「子ども達に美味しい野菜や果物を！」ということで同町の佐藤青果さんから購入するお約束の元ご寄付頂いています。

用途や対象を限定したご寄付も募集しております。代表中村由紀までお問合せ下さい。

一人になりがちな食事を、みんなでバランスの良く、楽しく！ 中村由紀(ごきげんキッチン代表)



孤独(社会的つながりを持たないこと)の健康リスクは、①一日にたばこ15本を吸うことに匹敵 ②アルコール依存症であることに匹敵 ③運動しないことよりも高い④肥満の2倍高い。という有名な研究結果があります。新宿区の65歳以上の高齢者の3人に1人が一人住まいですが、単身でも孤独でない新宿を、共食を通して作っていきたいと考えています。

この間、ごきげんキッチンには以下のような特徴が育まれてきました。

- (1)区とのつながりが強い。(公共性)
- (2)管理栄養士、医師などの専門職がボランティアで多く関わっている。
- (3)様々な方に、ボランティアにご協力頂いている。この三つの特色を活かしながら、これからも地域の皆さまと歩んで行きたいと思ひます。

一医師であるとともに一母親、一区民なので、ぜひ今後は「由紀さん」と呼んで下さいね。よろしくお願ひします！

巻末資料 3 - 1. 文献調査から得られた海外の取組み

資料 1 : Pescheny JV, Gunn LH, Pappas Y, Randhawa G. The impact of the Luton social prescribing programme on mental well-being: a quantitative before-and-after study. *J Public Health (Oxf)*. 2019.

実施情報

地域 : Luton, England

期間 : 2015 年から開始された 3 年間のパイロットプログラム

1) 対象者

Luton 地域が抱える課題から設定された対象者

18 歳以上で、以下のいずれかを満たすもの

- ・ 2 型糖尿病・慢性閉塞性肺疾患の罹患者またはハイリスク者
- ・ 軽度から中等度の精神疾患
- ・ 孤独や孤立を経験しているもの
- ・ 介護従事者

2) 医療機関が患者の非医療的ニーズを捉える方法

記載なし

3) 医療機関からリンクワーカーへの紹介方法

記載なし

4) 紹介を引き受けたリンクワーカーの対応

紹介を受けた先の診療所で患者と初回面談し、インテーク・アセスメントを実施する。動機づけ面接を実施し継続的なサポートを提供する。非医療資源(社会資源)を紹介しつながりを作る支援をする。

5) 患者に提供される社会資源や支援

第三者機関が提供しているサービス:例) 身体活動、社会活動、クリエイティブな活動など(具体例は記載なし)

6) 社会的処方の効果

精神衛生尺度(短縮版 Warwick-Edinburgh mental well-being scale WEMWBS) の改善

実施体制 (Fig.1)

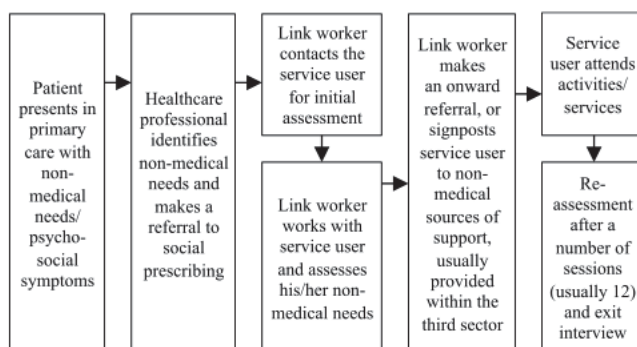


Fig. 1 Luton social prescribing scheme.

資料2 : Carnes D, Sohanpal R, Frostick C, et al. The impact of a social prescribing service on patients in primary care: a mixed methods evaluation. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):835.

実施情報

地域 : City and Hackney CCG , England

期間 : 2014 年から開始されたパイロットプログラム

1) 対象者

頻回受診者・社会的孤立者（ただし、緊急な状況やコントロールできていない精神疾患や薬物依存等の患者を除く）

2) 医療機関が患者の非医療的ニーズを捉える方法

記載なし

3) 医療機関からリンクワーカーへの紹介方法

22 箇所の GP 診療所が上記に該当した患者をリンクワーカー（Social prescribing coordinator）に紹介する。その後、診療所で初回面談する。どのように紹介するかについての記載はなし。

4) 紹介を引き受けたリンクワーカーの対応

患者の生活環境の把握、アクションプランの作成、地域の組織やサービスへの紹介

5) 患者に提供される社会資源や支援

地域の組織やサービス・ボランティア団体による支援

例) 運動教室・料理教室・図書館・信仰の場・卓球など。

6) 社会的処方の効果

介入 8 ヶ月後の健康・well-being 尺度・不安・抑うつなどの尺度に量的な変化はないが、質的には、well-being が改善しているような患者の発言があった。

実施体制（論文内にはフロー図なし）

資料3 : Kellezi B, Wakefield JRH, Stevenson C, et al. The social cure of social prescribing: a mixed-methods study on the benefits of social connectedness on quality and effectiveness of care provision. *BMJ Open*. 2019;9(11):e033137.

実施情報

地域 : English East Midlands

期間 : 2017 年

1) 対象者

外来に通院している慢性疾患患者で、孤独を感じている人

2) 医療機関が患者の非医療的ニーズを捉える方法

記載なし

3) 医療機関からリンクワーカーへの紹介方法

指定された社会的処方に関心がある GP (Designated social prescribing advocate GP) が上記に該当した患者をリンクワーカー (health coach, link worker) に紹介する。紹介方法の詳細は記載なし。

4) 紹介を引き受けたリンクワーカーの対応

紹介を受けた先の診療所で患者と初回面談する。患者のニーズをアセスメントし、セルフケアの指導、地域のサービスへの紹介、紹介後のフォローアップを行う。

5) 患者に提供される社会資源や支援

第三者機関が運営する活動 : 例) スポーツクラブ・運動教室・社会活動・音楽やアート教室・学習教室・教会・信仰の場・疾病のピアサポート、など

6) 社会的処方の効果

地域への所属感 (community belonging) の向上→孤独感(ULS-8)の減少→診療所への受診回数の減少

実施体制 (論文中にフロー図なし)

資料4 : Elston J, Gradinger F, Asthana S, et al. Does a social prescribing 'holistic' link-worker for older people with complex, multimorbidity improve well-being and frailty and reduce health and social care use and costs? A 12-month before-and-after evaluation. Prim Health Care Res Dev. 2019;20:e135.

実施情報

地域 : South Devon

期間 : 2016年 12カ月間

1) 対象者

50歳以上、2つ以上の慢性疾患、社会資源の利用が効果的と考えられた者

2) 医療機関が患者の非医療的ニーズを捉える方法

記載なし

3) 医療機関からリンクワーカーへの紹介方法

GP, コミュニティの支援部門、Secondary Care の退院支援員、ボランティア、Housing Staff がリンクワーカー (Well-being Coordinator) に紹介する。

4) 紹介を引き受けたリンクワーカーの対応

紹介を受けた先の診療所で患者と初回面談 (約 30 分) する。患者のストレングスの把握 12 週間のサポート (全人的サポート : コーチング、社会経済的サービスや医療サービスへのアクセスへのナビゲーション) を提供する。

5) 患者に提供される社会資源や支援

具体例は記載なし

6) 社会的処方の効果

Well-being star などの尺度の改善

実施体制 (Fig.1)

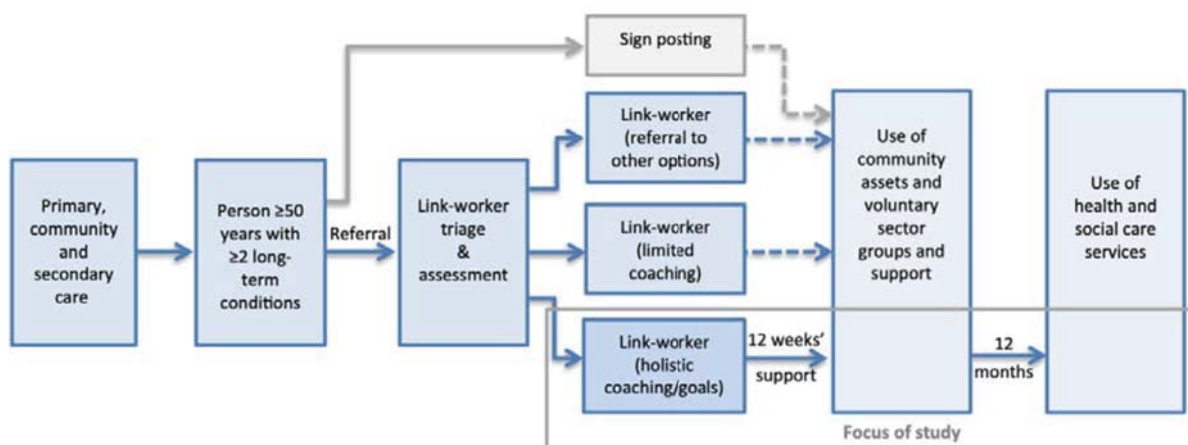


Figure 1. Referral routes and focus of study

資料 5 : rs ML, Meijs JJ. 'Welzijn op Recept' (Social Prescribing): a helping hand in re-establishing social contacts - an explorative qualitative study. Prim Health Care Res Dev. 2018;19(3):223-231.

実施情報

地域：オランダ Nieuwegein

期間：2013 年から、12 カ月間

1) 対象者

心理社会的要因で頻回受診する患者（孤独、眠れない、心配ごとが多い、鬱々としている、など）。多くは背景に引越しや失業、体調不良、死別などのイベントを経験していた。

2) 医療機関が患者の非医療的ニーズを捉える方法

記載なし

3) 医療機関からリンクワーカーへの紹介方法

Nieuwegein 内の 4 診療所から GP、理学療法士、assistant practitioner、心理士が紹介できる。社会的処方箋を発行する。その際、社会的処方プログラムを説明の上、リンクワーカー（Well-being coach）とつないでもいいかの許可をとる。患者が上記の説明に承諾した場合には、リンクワーカーに電話やメールで通知する。

4) 紹介を引き受けたリンクワーカーの対応

リンクワーカーは、患者と都合の良い日を合わせ、1 時間の初回面談（インテーク）を実施する。患者のストレングスを把握し、生活上の課題や障壁の把握、自己肯定感や自己効力の改善、社会への包摂を促す。

5) 患者に提供される社会資源や支援

ボランティア、社会活動、料理教室、ビンゴ、修理会

6) 社会的処方の効果

患者は GP らが発行する社会的処方箋を信頼しており、リンクワーカーに感謝し、主観的健康観や自己肯定感、前向きさ、生活のコントロール感の改善を経験していた。

実施体制 (Fig.1)

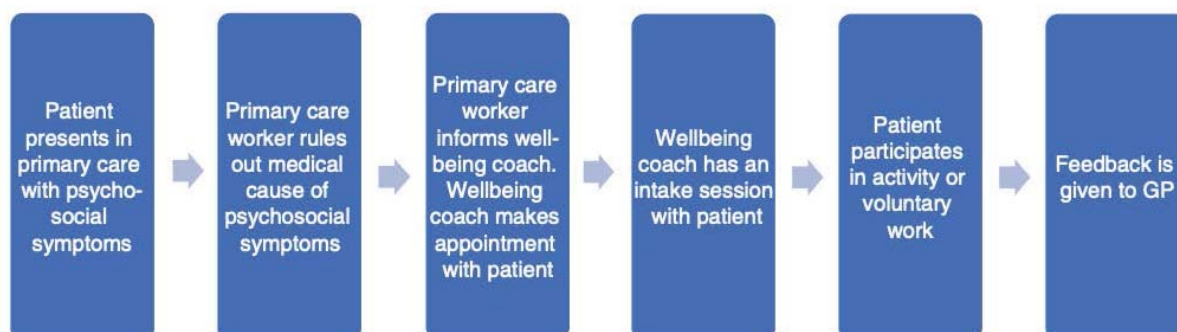


Figure 1 Welzijn op Recept pathway

巻末資料 3 - 2. 追加的文献調査 医療機関が患者の社会的ニーズをとらえる方法

(西岡大輔)

第3章の文献調査では、いずれの文献も社会的処方の対象とする患者像をある程度明示していた。しかしながら、そのような患者を把握する方法について言及したものがなかった。しかし、近年、患者の経済的困窮や社会的孤立などの生活困窮を健康の社会的リスクとして医療機関がスクリーニングし対応しようとする試みは国外で散見されており、その現状について追加的に文献調査した。

Andermann(2018)は、医療機関で患者の健康の社会的リスクをスクリーニングすることに関して言及している世界の英語の論文 67 件をスコーピングレビュー(系統的レビューの基準を満たさないが網羅的なレビュー)し、スクリーニングされている健康の社会的リスクには、経済的困窮や社会的な孤立を含む生活困窮・食品衛生・不就労・居住環境問題などがあること、近年健康の社会的リスクのスクリーニングに関する報告が増加していること、そのような介入を通じて健康格差が個人レベル・地域レベルで解消される可能性を述べていた¹。レビューされた論文のうち、Bricic(2011)は、カナダのオンタリオ州で、「月末に支払いが苦しくなることがありますか」という質問が患者の経済的困窮を 98%の感度でスクリーニングできることを示した²。Andermann 自身もカナダのケベック州において、患者への医療的ケアに加えて、患者の社会的状況を聴取し適切な社会資源へ繋ぎ、患者の生活の権利を擁護する(アドボケートする)ツールを開発している(引用)。同様の活動は、小児や妊婦を対象に米国や英国をはじめ複数の国で報告されていた。

国内においては、医療機関で患者の社会的リスクをスクリーニングする尺度についての報告は多くないが、日本 HPH ネットワークの「医療・介護スタッフのための経済的支援ツール」³や、そのデータの妥当性等を検証した「生活困窮スクリーニングツール」⁴がある。西岡らは、因子分析の手法を用いて、患者の社会的リスクが経済的困窮と社会的孤立に分類できること、それぞれの問診として「この1年で、家計の支払い(税金、保険料、通信費、電気代、クレジットカードなど)に困ったことはありますか。」「この1年間に、給与や年金の支給日前に、暮らしに困ることがありましたか。」という経済的状況を尋ねる質問と、「友人・知人と連絡する機会はどのくらいありますか。」「家族や親戚と連絡する機会はどのくらいありますか。」という家族や知人との交流を尋ねる質問があることを示した。そのうち、日本 HPH ネットワークの調査によると、「この1年間に、給与や年金の支給日前に、暮らしに困ることがありましたか。」という質問に「ある」と回答した場合には、等価世帯所得 132 万円以下を感度 30.2%、特異度 78.2%でスクリーニングできる³。その他にも、医療機関を受診する患者をとりまく社会的な環境を「ソーシャルバイタルサイン(Social Vital Signs: SVS)」(資料)と称して患者の社会的なニーズを情報収集・評価する取り組み⁵や、医療機関で入院時の問診項目として患者の経済的な困窮を直接聴取するカルテを導入している事例もある⁶(本報告書第2章参照)。本報告書1章でも紹介したように、宇都宮市医師会で実装を目指している「SDHに関する問診シート」も注目に値する。

ただし、患者の健康の社会的決定要因をスクリーニングする場合には、患者への倫理的な課題への対応が求められる。例えば、対応できない患者の社会背景を評価することは非倫理的であるとの意見⁷や、貧困等のセンシティブな患者の社会背景を聴取する行為自体が患者に不快感を与えるおそれがあるとの懸念が指摘されている⁸⁹。医療機関で患者の社会的ニーズを捉え、社会的処方につなげるためには、スクリーニング時の侵襲性に配慮することと、その解決に向けた支援の専門職や資源が十分に備わっていることが要件となるだろう。

1. Andermann A. Screening for social determinants of health in clinical care: moving from the margins to the mainstream. *Public Health Rev.* 2018;39(1):19.
2. Brcic V, Eberdt C, Kaczorowski J. Development of a tool to identify poverty in a family practice setting: a pilot study. *Int J Family Med.* 2011;2011:812182.
3. 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」. 2019.
<https://www.hphnet.jp/whats-new/5185/>
4. 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. (under review)
5. Mizumoto J, Terui T, Komatsu M, et al. Social vital signs for improving awareness about social determinants of health. *Journal of general and family medicine.* 2019;20(4):164.
6. 福庭 勲. 【世界と日本の HPH】 医療生協さいたま HPH の戦略と実践. *民医連医療.* 2015(512):25-29.
7. Garg A, Sheldrick RC, Dworkin PH. The Inherent Fallibility of Validated Screening Tools for Social Determinants of Health. *Acad Pediatr.* 2018;18(2):123-124.
8. Schickedanz A, Hamity C, Rogers A, Sharp AL, Jackson A. Clinician Experiences and Attitudes Regarding Screening for Social Determinants of Health in a Large Integrated Health System. *Medical care.* 2019;57:S197-S201.
9. Davidson KW, McGinn T. Screening for Social Determinants of Health: The Known and Unknown. *JAMA.* 2019;322(11):1037-1038.

- 医療機関を受診する患者をとりまく社会的な環境をソーシャルバイタルサイン(Social Vital Signs: SVS)と称し、情報収集・評価する取り組みがある
- ソーシャルバイタルサインの聞き取りシート(表1)を活用して、外来診療現場で健康の社会的リスクを持つ患者を抽出し、個別対応につなげている
- 健康の社会的決定要因を重視したケアの提供のためのアプローチや関係者の教育資料として、ソーシャルバイタルサインを可視化し、議論するアクションシートが紹介されている

(1) ソーシャルバイタルサイン

2012年、苫小牧病院が所属する北海道勤労者医療協会の堀毛清史医師がソーシャルバイタルサインという言葉を提唱した。堀毛医師は、ソーシャルバイタルサインを「人間らしく生きている証」の具体的な指標として、食生活・住居・ライフライン・社会的基盤・人間関係の5項目を提案していた。苫小牧病院では、外来患者の孤独死の事例をきっかけに、2013年より患者のソーシャルバイタルサインを評価するための問診票作成し、外来診療の現場での聞き取りを実施している¹⁾(表1)。この問診票は一般的な初診時間診票をベースに、住宅状況・経済状況・社会参加やつながりの状況を問うており、回答内容が気になる、患者自身の身なりや対応が気になるといった対応する看護師等の直感的な評価により医療ソーシャルワーカーの面談につながっているそうである。これらの活動は、2018年胆振東部地震の際にも、すでに抽出された社会的に不利な立場にある患者への重点的な対応に役立ったことが報告されている¹⁾。現在は、その概念を発展させ、多職種が連携し結成したTeam SAIL(Scope to upstream and Action with Interprofessional Investigating and Learning)²⁾により、ワークショップ等が日本プライマリ・ケア連合学会学術大会やJ-HPHカンファレンスを中心に開催されている³⁾⁴⁾。

(2) ソーシャルバイタルサインを評価するアクションシートと活用方法

Team SAILらによって、医療機関を受診する患者のソーシャルバイタルサインを評価する項目に関して、ワークショップ等を通じて重ねて議論され、以下の項目で成り立っている³⁾⁴⁾。

- 1) 人間関係：Human network and relationships
- 2) 就業と収入：Employment and income
- 3) 趣味・生きがい：Activities that make one's life worth
- 4) リテラシーと教育環境：Literacy and Learning environment
- 5) 衣食住：Taking adequate food, shelter and clothing
- 6) 保健・福祉・医療・介護サービス：Health care systems
- 7) 本人の意向や価値観：Patient preference/values

これらの頭文字を取ったHEALTH+Pの語呂合わせでアクションシートが構成され、各項目について、現状(What)と上流(Why)と方策(How)を書き込み、事例検討を行う。通常的事例検討で議論されやすい現状の共有(What)と方策(How)だけでなく、上流(Why)を明確に扱うことで患者の社会的な背景要因に配慮した議論の視点をもつように工夫されている(表2)。

活用方法としては、実際の事例をもとにして、アクションシートの「What」「Why」「Patient

preference/values」を埋めた後に、「How」を考え議論するしくみである⁴⁾。近年は Team SAIL の関係者が所属する医療機関を中心に、ソーシャルバイタルサインのアクションシートを活用したカンファレンス・診療・教育の実践が広がっている⁵⁾⁶⁾。

(3) 文献

- 1) 大矢亮, 幌沙小里, 大高由美. 社会的バイタルサインを使って患者さんの現在、過去、未来をみよう②. プライマリ・ケア. 5(2) 50-54.
- 2) Team SAIL ウェブサイト (<https://sites.google.com/s/1HZbnMesPApCf0r-hmZfqX3BSs-PdYJqT/p/1ZCQqX9xmFgJC5DIWjnWN-E58WKKAIWsp/edit>) (2019年12月20日アクセス)
- 3) Mizumoto, J., Terui, T., Komatsu, M., Ohya, A., Suzuki, S., Horo, S., Sugihara, D., Otaka, Y., Ashino, A., Imura, H., Harada, Y. and Sato, K. (2019), Social vital signs for improving awareness about social determinants of health. J Gen Fam Med, 20: 164-165. doi:10.1002/jgf2.251
- 4) 大矢亮. 社会的バイタルサインを使って患者さんの現在、過去、未来をみよう. プライマリ・ケア. 5(1) 47-50.
- 5) 大高由美. ミクロ 医療機関における事例個別対応 健生病院における Social Vital Signs カンファレンスを利用した chaotic 事例へのかかわり. 治療.101 卷 11 号 Page1293-1299.
- 6) 横田雄也, 小松真成. 健康の社会的決定要因(SDH)の全体像を把握する方法 Social Vital Signs . 治療.101 卷 11 号 Page1288-1292(2019.11)

表1：苫小牧病院外来で使用されている調査票（文献1より引用）

SVS聞き取りシート		記載日・更新日		年	月	日
コード		保険:	介護度: なし・要支援()・要介護()			
ふりがな		健康友の会	会員・非会員			
氏名		性別	ケアプラン作成事業所			
		男・女	ケアマネージャー氏名			
生年月日	M T S H 年 月 日		利用しているサービス			
		歳				
住所		☐自宅	☐携帯			
身体障害者手帳: 有・無	交付: 年 月 日	障害名:	(種 級)			
連絡先① 氏名:		続柄・関係:	☐自宅 ☐携帯			
住所						
連絡先② 氏名:		続柄・関係:	☐自宅 ☐携帯			
住所						
【既往歴】		発症				
#1		年 月 当院・他院 ()				
#2		年 月 当院・他院 ()				
#3		年 月 当院・他院 ()				
禁忌 無・有 ()		他院への通院	無・(病院名)			
		他院からの内服	無・(処方病院名)			
アレルギー 無・有 ()		がん告知の希望	無・有・他 意思決定者			
【ADL/認知の状況】 (65歳以上必須)						
◎障害老人の日常生活自立度	自立	◎認知症高齢者の日常生活自立度	自立			
J1 :	何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており、交通機関を利用して外出できる。	I :	何らかの認知症を有するが、基本的には在宅で自立した生活が可能レベル			
J2 :	何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており、隣近所へなら外出できる。	II a :	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが家庭内で多少みられても、誰かが注意していれば自立できる状態。			
A1 :	屋内での生活は概ね自立しているが、外出には介助が必要。日中は殆どベッドから離れて生活する。	II b :	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが家庭内みられるようになるが、誰かが注意していれば自立できる状態。			
A2 :	屋内での生活は概ね自立しているが、外出の頻度が少なく、日中も僅かり起き回りの生活をしている。	III a :	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが主に日中を中心みられ、介護を必要とする状態。			
B1 :	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体である素材を保つ、車いすに乗り、食事、排泄、入浴から離れて行う。	III b :	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが夜間にもみられるようになり、介護を必要とする状態。			
B2 :	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体である素材を保つ、介助により車いすに乗り換える。	IV :	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが顕著にみられ、常に介護を必要とする状態。			
C1 :	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。自力で履き履きもつ。	M :	著しい精神症状や痴呆症状あるいは重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする状態。			
C2 :	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。自力で履き履きもつない。					
【コミュニケーションにおける障害や特記事項】		(聴覚や構音障害その他)				
		HDS-R	点	MMSE	点	
【家族構成】		別居家族は誰がどこにいる？				
配偶者: あり・なし (未婚・死亡・その他)						
子供:						
キーパーソン:						
住宅状況: 持家・借家・施設等()						
経済状況: 給与・年金・公費・その他()						
ご近所や友人など家族以外で頼りにしている方 買い物や家事など手伝ってくれる方						
サークルや習い事、その他のコミュニティへの参加 信仰している宗教など		【職業歴・生活史】	現在の職業()			

表2：ソーシャルバイタルサインを評価し議論するアクションシートとその記入例（文献4より引用）

	① What (なにが起きているのか)	② Why (なぜ起きているのか)	③ How (どのようにするのか)
Human network and relationships 人間関係 (家族、近所、交友、冠婚葬祭など)	妻と2人暮らし。妻は糖尿病でインスリン使用。視力が落ちてきた。 愛犬3匹。 妻には、母親がいる	妻は再婚で子供がいるが、その子供とは疎遠。 近所からは嫌われている。話をしない、関わりたくないというような嫌な態度をとるせい(妻談) 本人の親とは疎遠(犬に多額の医療費を使うことを理解してもらえないため距離を置いている) かになってくれるような友人はいない	いつも妻と二人で来院するので、妻との信頼関係も築く 来院時は必ず二人に声掛けし、何かあった時には、C氏だけでなく妻からもすぐに相談してもらえるような関係を築く
Employment and income 収入、仕事内容、労働環境など	職を転々としてきたが、現在の仕事についてから26年。港で重機による荷物の積み下ろし作業(日雇い)月末に医療費の支払いが出来ないことがあった。 月1~2回の休日で35万円の収入	10年前に妻が退職するまでは、共働きで収入も多く、知人が借金を申し出に来たりすることもあった。 貯金はないため、将来への不安がある	仕事を休むと収入が減るので、現状の様に働けない状況になった時には、すぐに無料定額診療に繋ぐ
Activities that make one's life worth living 趣味、活動、生きがい	飼犬3匹。うち1匹が糖尿病でインスリン使用中(A氏が注射している)		
Literacy and Learning environment ヘルスリテラシー(健康観)、 幼少期の教育環境、学歴など	診察時の待ち時間が苦手。 主治医は決めず、待ち時間が短い医師を指定する。 内服コントロール不良。	中学卒業後職業訓練校に通い16歳から作業員として働いている。 仕事があって夜間診療しか受けられない 内服薬の必要性が認識できない。 内服を忘れてしまう。	妻の力も借りて内服管理を徹底する 一化などで対応 中断しないようにつながりを持続させる 妻との関係も保ちながら妻にもリウマチの療養についての知識を提供する
Taking adequate food, shelter and clothing 食事、住居、 地域(衛生、商店、交通/連絡手段、公園)など	アパート暮らし。家賃駐車場代で41000円 ペットのインシュリン2万円程度 食事はできあいのものばかり。 本人の移動は自家用車。妻は目が悪くほとんど見えないこととバス停が自宅から非常に遠いため、移動はA氏の車かタクシーのみ。 タバコは1日2箱。禁煙したことはありが失敗した。今はやめる気はない。	以前は持ち家だったが、妻が視力低下で仕事を辞めたため、支払いができず10年前に手離した。 食事は妻が準備するが、妻は視力が悪くほとんど出来ないものや簡単に調理できるもの。本人はあまり家で食事をとらない。	生活の状況について、受診時にはできるだけ話を聞いて、困っていることなどがすぐにわかるようにしておく すぐには無理でも禁煙について考えられるように、妻も交えて少しずつ話す
Health care systems 保健・医療・福祉・介護サービス	妻も糖尿病でインスリン使用 無料低額診療は利用できていない 医療費は2人で4万円弱+犬2万円程度。	月35万の収入のため無料低額診療は利用できない	現在は無料定額診療の対象外だが、月2日程度の休みなので、今のように働けなくなった時には介入が必要であり、MSWもつながりを持っておいてもらう
Patient preference/values 意向、価値観、性格など	リウマチの痛みのコントロール不良のため、生物学的製剤を医師から勧められるが、「注射は怖いから嫌」「禁煙もする気がない」医療費についても、「これ以上の支払いができない」 痛みはとりたい。		

令和元年度老人保健事業推進費等補助金
「高齢者の社会的リスクに関する基礎的調査研究事業」研究会
(社会的処方研究会)
第3回作業部会 報告

英国研修報告

岩瀬翔
自治医科大学医学部6年生

研修概要

【日程】2019年10月20日～11月9日

【目的】日本の地域医療に活かせる社会的処方の実践例を見学する

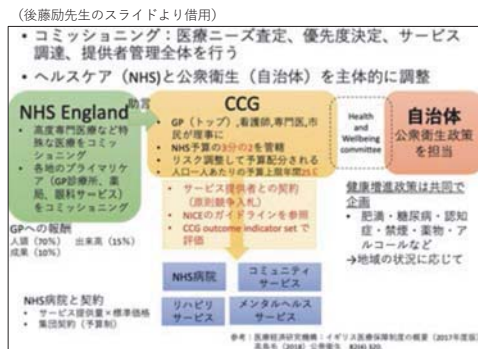
【訪問地】英国

- ロンドン2ヶ所 (1日ずつ)
 - Bromley by Bow Centre
 - Queens Bridge Group Practice (City & Hackney CCG)
- フルーム (約2週間)
 - Health Connections Mendip
well-beingに対する住民の意識調査を実施

研修地について



CCG(Clinical Commissioning Group)とは



Bromley-by-Bow Centre

- 見学者向けの公式ツアーに参加
- 都市部、貧困地域、イスラム・バングラデシュ系、コミュニティ主導(教会)
- 長い歴史(35年)、世界中からの見学者

【主な対象者】

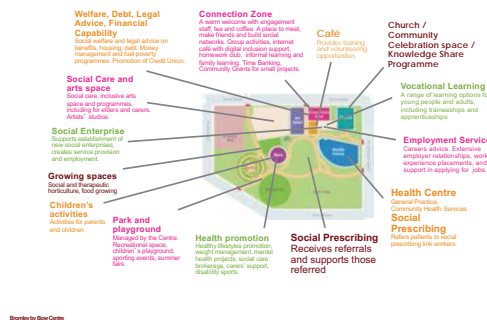
孤立 (高齢者・移民)、生活困窮、精神疾患、慢性疾患

【処方者】

GP診療所 (8ヶ所)、CCG併設の教会、コミュニティセンター

【処方の特徴】

- 地域内の多様な需要に応え続けることをミッションにしている
- 集約型公共施設の理想的モデル(community department)
- コミュニティーハブ、医療施設、研究施設の機能を共有
- アートとのコラボレーション
- 社会的処方のスキル開発のプログラム提供 (大学・NHSなどと共同)





7



8

City & Hackney CCG

- ※ Queensbridge Group Practiceにて研修
- ・ 都市部、人種の多様性、政府の都市開発で治安や格差が改善
- ・ 地域内の社会資源は社会的処方の特組みが始まる前からあった

【主な対象者】

社会的孤立、頻回受診、精神疾患、非医療的介入希望者

【処方者】

GP診療所（32ヶ所全て）

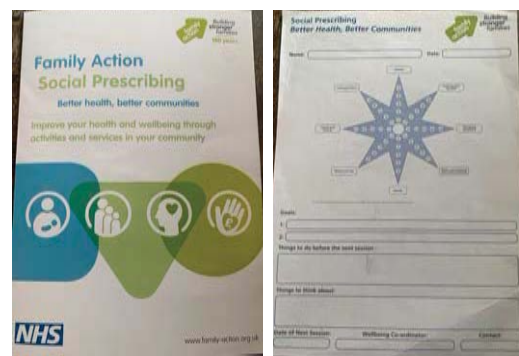
【リンクワーカー】

常勤3名+非常勤1名（8名新規募集中）
人材担当出身など多様なバックグラウンド

【処方の特徴】

- ・ 処方先としての提携団体100以上。提携団体からは処方後の報告も来る
- ・ 社会的処方の管理システム・書式は外部NPOに委託

9



10



11

Health Connections Mendip

- ※ Somerset 州 Mendip郡を管轄、Frome Medical Practice内併設の事務所で開催
- ・ 小規模自治体モデル（人口数万人規模）
- ・ 地域内の社会資源は乏しくリンクワーカー主導の開発が盛ん

【主な対象者】

地域住民全体（孤立、貧困から健康志向の強い人まで）

【処方者】

GP診療所（11ヶ所全て）、地域内のボランティア（コミュニティコネクター）

【リンクワーカー】（2019年10月現在）

常勤換算ヘルスコネクター7.5名（2名新規募集中）
コミュニティコネクター1057名 ≒多様な地域住民のボランティア

【処方の特徴】

- ・ 医師の電子カルテと社会的処方先リストのリンクシステムを独自開発
- ・ 処方先となる地域資源のリストは分かりやすくwebサイトで公開
- ・ 新規リソース開発のための効率化されたシステム

12



13



14



15



16

Fromeでの社会資源開発調査

【目的】

well-beingに対する意識調査（英国統計局調査の質問ONS4を使用）と地域全体でwell-beingを高めるアイデア調査

【対象者】 地域住民全体

【調査方法】

- 質問紙による直接調査
- 住民が登録するメーリングリストへの配信

（参考） Office for National Statistics 準拠の質問

1. Overall, how **satisfied** are you with your life nowadays?
2. Overall, to what extent do you feel that the things you do in your life are **worthwhile**?
3. Overall, how **happy** did you feel yesterday?
4. On a scale where 0 is "not at all **anxious**" and 10 is "completely **anxious**", overall, how **anxious** did you feel yesterday?

17

Fromeでの社会資源開発調査結果

【結果】 135件の回答

- ONS4の数値はいずれも、Mendip郡平均より少し悪かった
- 個人のwell-beingへの影響因子は、**家族や友人**といった人間関係が多い
- ヘルスコネクターを活用したコミュニティ向上のアイデア募集について、**21の新しい意見**が集まった

Q5 Who and what contribute most to your sense of wellbeing?

making you **healthier** via **wife** **home** **friends** **husband**
family **friends** **garden** **family dog** **work**
 exercise **young children** **nature**

Powered by SurveyMonkey

18

（参考）英国における社会的処方への学生運動

National Social Prescribing Student Champion Scheme

【設立】 2017年

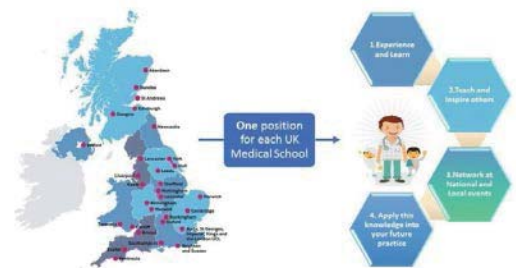
【理念】

医学生全員が社会的処方についての理解を深める

【活動】

- 全国の医学部にChampion（代表者）を置き、各校で普及活動を展開
- Championの数は毎年増加（2019年は各校5名）
- Social Prescribing Networkと連携

19



20

結語

- 社会的処方のシステムは全国で一元化できない
 - リンクワーカーの必要な能力は地域毎に異なる
→ 養成方法やコアコンピテンシーも統一化されていない
 - 地域同士の盛んな情報共有・メンタリング
- 根底を支えるのは強固な信頼関係
- 全ての医療者からの理解が必要
- 処方パターンの多様性（SDHはもっと多様）

21

令和元年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
高齢者の社会的リスクに関する基礎的調査研究事業（社会的処方研究会） 報告書

発行 一般社団法人 人とまちづくり研究所
代表理事 堀田 聡子
URL : <https://hitomachi-lab.com/>

2020年3月

不許複製

