

保険者とかかりつけ医等の協働による加入者の
予防健康づくりに係る集計・分析等業務
報告書

令和 6 年 3 月

株式会社エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所

NTT DATA

株式会社NTTデータ経営研究所

目次

1. 本事業の概要.....	3
1.1. 事業の背景・目的.....	3
1.2. 事業の全体像.....	4
1.3. 実施スケジュール.....	4
2. モデル事業の実施結果の取りまとめ業務.....	5
2.1. 実施内容.....	5
2.2. 保険者協議会等へのヒアリング調査.....	5
2.3. 調査結果.....	7
3. 海外の取組事例の収集及び取りまとめ業務.....	11
3.1. 実施内容.....	11
3.2. 机上調査結果.....	11
3.3. 海外有識者へのヒアリング結果.....	13
4. 総括.....	17
4.1. Social prescribing について.....	17
4.2. 日本における social prescribing.....	17

参考資料1	モデル事業取組事例集
参考資料2	モデル事業を踏まえた実践のためのステップ
参考資料3	海外における取組概要まとめ

1.1. 事業の背景・目的

本事業は、保険者とかかりつけ医等の協働による加入者の予防健康づくりの取組について、これまでのモデル事業での実施結果踏まえ、保険者等が活用可能な取組事例をまとめ、また、諸外国での social prescribing の取組の調査を行い、social prescribing の現状整理や当該取組についての推進方策の検討を目的として実施した。

加入者

かかりつけ医を受診

かかりつけ医

疾病管理

生活習慣病等の受診・診療（検査等）

・かかりつけ医等と医療保険者が協働することにより効果的・効率的な疾病管理が可能になる。
・かかりつけ医単独では栄養指導等の保健指導の実施が困難な場合、医療保険者がサポートすることで、かかりつけ医にとってもメリット。

・特定健診で受診勧奨域となった場合や、定期受診中に受診が遠切れた場合等にかかりつけ医への受診勧奨を実施。

加入者の受診状況、診断結果、治療方針を医療保険者と共有（統一した様式を作成し、情報連携に活用）
・栄養指導等の保健指導により、医療保険者がかかりつけ医をサポート。

社会生活面の課題も含めて加入者の状況を共有、情報連携

保健指導

かかりつけ医から依頼された栄養指導等の保健指導の実施

医療保険者（保健師・管理栄養士等）

加入者を紹介

地域社会への参加

地域社会の紹介

地域社会で行っている相談援助等（通いの場、NPO法人等）

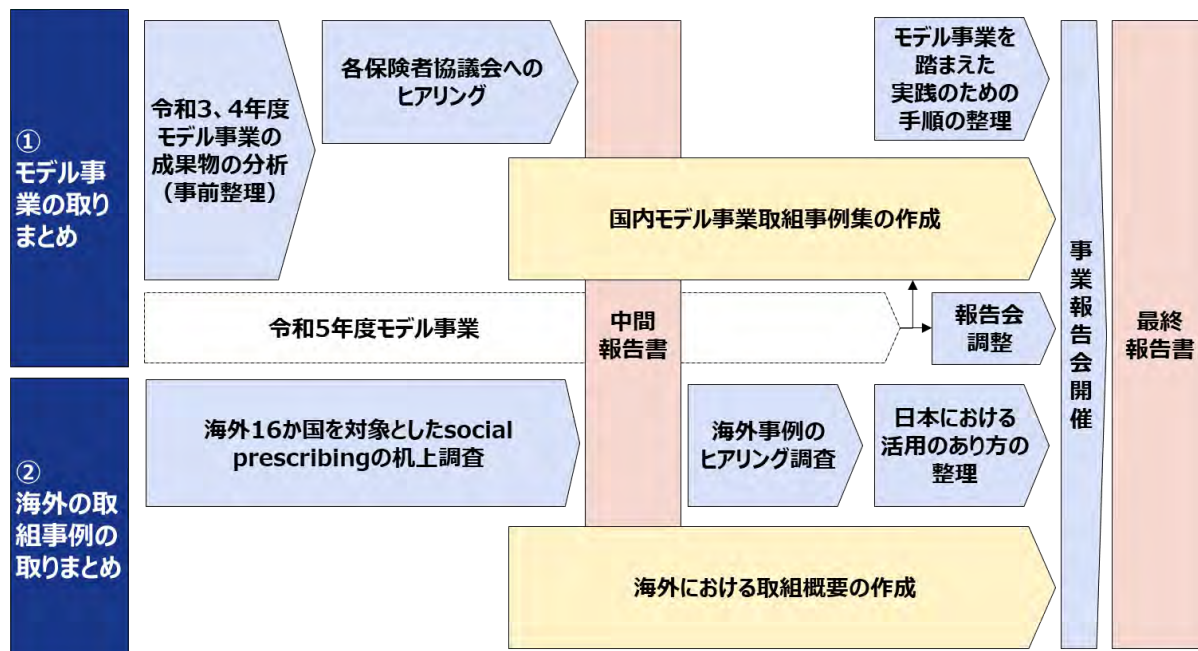
医療保険者がかかりつけ医等と連携して、加入者を地域社会で行っている相談援助等につなげることで、健康面の課題の原因となっている社会生活面の課題を解決。原因となっていた社会生活面の課題が解決することで、健康面の課題も改善、医療費適正化効果も期待。

3

1.2. 事業の全体像

本事業では、「①モデル事業の取りまとめ」と「②海外の取組事例の取りまとめ」の2つを並行して実施した。具体的には、国内及び海外における実態を調査し、日本における実践のための手順や活用のあり方を整理した。

図表 1-2 本事業における調査等の流れ



1.3. 実施スケジュール

実施スケジュールは以下のとおりである。

図表 1-3 実施スケジュール

	2023年										2024年		
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
モデル事業の実施結果の取りまとめ業務													
2022,2023年度モデル事業の分析 (保険者協議会等へのヒアリング含む)	報告資料等からの事前整理 保険者協議会等ヒアリング 共通点及び各事業の特徴の整理												
取組事例集作成													
海外の取組事例の収集取りまとめ業務													
調査設計検討													
デスクトップリサーチ													
取組概要の整理													
深掘調査、調査結果取りまとめ													
事業報告会の開催													
準備、登壇者調整													
周知、開催													
報告書等のとりまとめ													
報告書骨子作成													
報告書最終化、納品													

2. モデル事業の実施結果の取りまとめ業務

2.1. 実施内容

保険者とかかりつけ医の協働による加入者の予防健康づくりの取組について、取組事例集¹の作成を目的に、令和3年度から令和5年度にかけて実施したモデル事業の分析を実施した。分析に当たっては、令和3年度及び令和4年度にモデル事業を実施した保険者協議会から提出されるモデル事業完了後のデータや分析結果等の成果物を活用したほか、令和3年度から令和5年度にかけてモデル事業を実施した保険者協議会等を対象に、モデル事業に係る成果物だけでは取組に関する情報収集が困難な点について、ヒアリング調査を実施した。

2.2. 保険者協議会等へのヒアリング調査

(1) 目的

前述の取組事例集の作成に向けて、モデル事業における取組に関して、モデル事業に係る成果物から情報収集が困難な取組内容や課題及び結果の詳細について把握することを目的とした。

(2) 方法

令和3年度から令和5年度にかけてモデル事業を実施した9府県の保険者協議会を対象に、ヒアリングを実施した。

図表 2-1 ヒアリング調査の実施概要

調査方法	WEB 会議 (Zoom) によるヒアリング
調査対象	令和3年度から令和5年度にかけて「保険者とかかりつけ医の協働による加入者の予防健康づくりの取組」のモデル事業を実施した保険者協議会及び事業関係者 ・令和3年度 (実施保険者協議会: 秋田県、栃木県、静岡県、三重県、大阪府、鳥取県、沖縄県) ・令和4年度 (実施保険者協議会: 岩手県、秋田県、三重県、大阪府、兵庫県、鳥取県) ・令和5年度 (実施保険者協議会: 岩手県・秋田県・三重県)
調査期間	令和5年7月19日～令和5年7月31日
調査件数	9 保険者協議会 10 件 (鳥取県保険者協議会は令和3年度と令和4年度で取組実施地域等が異なるため、それぞれヒアリング調査を実施した)

(3) 調査項目

ヒアリング調査では、モデル事業の取組内容、取組における工夫点、取組結果について調査した。

¹ 取組事例集は、参考資料1として報告

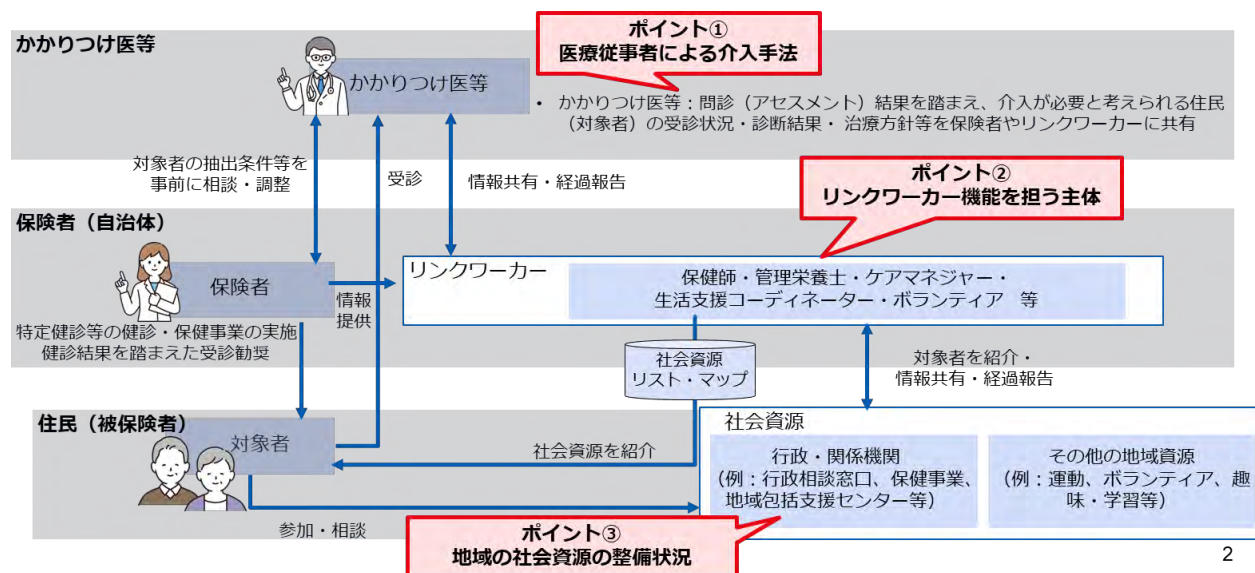
図表 2-2 ヒアリング調査における主な調査項目

モデル事業の取組内容	・ モデル事業実施のきっかけ・背景 ・ モデル事業実施の目的 ・ 対象者抽出の基準 ・ 対象者の発見・抽出を行った場面 ・ 社会資源の内容 ・ 社会資源の選定方法やリスト化(情報整理)の方法、社会資源の共有・管理・更新方法 ・ リンクワーカー機能を担った者 ・ 今後の方針
取組における工夫点	・ かかりつけ医等にモデル事業に参画してもらうにあたり、実施した働きかけ及び工夫点や苦労した点 ・ かかりつけ医やリンクワーカー等の負担を軽減するための工夫 ・ リンクワーカーの質を担保するための工夫や取組 ・ 支援結果(対象者の方が社会資源と繋がった後の経過状況)の追跡・評価方法 ・ 支援結果(対象者の方が社会資源と繋がった後の経過状況)の関係者への共有方法 ・ その他の取組における工夫点
取組の成果	○取組結果 ・ 支援が必要か否かを確認した人数 ・ 実際に支援が必要と判断された対象者数 ・ 実際に社会資源を紹介した対象者数 ・ 実際に社会資源の参加・利用までつながった対象者数 ・ 社会資源を紹介していないが、対象者に専門的な介入が必要と判断し、専門職が能動的にアプローチした対象者数 ・ 対象者を抽出した場面 ・ 支援対象者の年齢階級 ・ 提供した社会資源 ○取組効果 ・ モデル事業実施の成果 ・ 既存の保健事業の推進に与えた効果

2.3. 調査結果

各保険者協議会の取組内容²についてヒアリング調査を実施した結果、以下図表に示す3点(医療従事者による介入手法、リンクワーカー機能を担う主体、地域の社会資源の整備状況)について、取組ごとに様々な工夫がされていることがうかがえた。

図表 2-3 モデル事業における取組のポイント



各ポイントの詳細と、今後必要と考えられる対応は以下のとおりである。

図表 2-4 ポイントと考えられる対応

ポイント	詳細	考えられる対応
ポイント①: 医療従事者による介入手法	- 多様な関係者が取組の目的を共有し、一定の共通水準で対象者を抽出するために、アセスメントシートを作成する等、地域ごとに独自にゼロから作成している。 ※モデル事業においては、多くの地域で問診票をゼロから独自に作成している。	モデル事業で作成・使用された問診票(アセスメントシート)等を共有。他の地域で使用されているアセスメントシートを参考に、地域の特性を踏まえ作成できるよう支援。
ポイント②: リンクワーカー機能を担う主体	多様な主体(医療従事者、保険者・行政・民間(ボランティア))がリンクワーカー機能を担っており、各々が担う役割も多岐にわたっている。	地域には、既にリンクワーカーに近い役割を担っている主体(生活支援コーディネーター、民生委員等)が存在するため、地域の実態に合わせて必要な場合、リンクワ

² 各協議会の取組事例については、「参考資料1 モデル事業取組事例集」を参照。

	※モデル事業においては、紹介・介入が必要な住民の抽出に関与する医師も含めてリンクワーカーと呼称している事例もある。	一カー機能を担う主体を検討。
ポイント③: 地域の社会資源の整備状況	・対象者の社会生活面の課題やニーズを踏まえた上で適切な社会資源を選定することが重要であるが、地域毎に社会資源の整備状況が様々である。	・活用可能な社会資源の整備等、紹介可能な社会資源を共有するための地域資源マップ等を作成。

また、各保険者協議会の取組を踏まえ、日本国内での取組の実践においては、以下図表で示す「①状況分析」「②実施体制の構築」「③取組の改善・精緻化」「④追跡・評価」の4つのステップに基づいて、各地域の課題や現状を踏まえた適切なアプローチ方法を検討することが重要であると考えられる。「②実施体制の構築」を進める際に上述のポイント①及び②が、「③取組の改善・精緻化」における社会資源マップ・リストの作成等を進める際に上述のポイント③が重要になると考えられる。

図表 2-5 実践のためのステップ(概要)

ステップ	① 状況分析		② 実施体制の構築		③ 取組の改善・精緻化		④ 追跡・評価
WHO toolkit STEP※	STEP 1 : Conduct a situation analysis	STEP 2 : Assemble a core implementation on team	STEP 3 : Develop an implementation on work plan	STEP 4 : Map out community resource	STEP 5 : Get everyone on board	STEP 6 : Link worker training	STEP 7 : Monitoring and evaluation
概要	・ 対応すべき課題（孤独・孤立、生活習慣、生活困窮等）を整理 ・ 保険者協議会・行政等が主体となって関係者間で認識合わせを行い、取組の目的を設定		・ 地域の特性に合わせて、医師会・社会福祉協議会等の課題解決につなげるために必要な関係者と連携し、核となるチームを結成 ・ 関係者間で、対象者抽出のためのアセスメントシートの作成等、医療従事者による介入手法の検討、リンクワーカー機能の検討（既存の人的資源の活用、新規育成等）等を協議		・ 地域の実情や実践の成果に応じて、取組の改善・精緻化を図る (例) ・ 社会資源マップ・リストの作成：リンクワーカーが対象者の社会的課題やニーズを踏まえた上で適切な社会資源を選定できるよう、地域の社会資源をマップ化 ・ チームの拡充：取組状況を踏まえ、新たな関係者との連携が可能となるようチームを拡充 ・ リンクワーカー研修の実施：リンクワーカー機能の質向上に向けて、コンピテンシー（知識、能力、態度等）の取得を目指した研修を実施		・ 追跡：対象者への介入について定期的なモニタリング ・ 評価：対象者の目標が達成され、健康課題・社会課題の解決につながっているかの評価・取組の改善

※出典：WHO「A toolkit on how to implement social prescribing」

図表 2-6 実践のためのステップ(詳細-ステップ①)

ステップ①

地域の実情に応じて、取組で対応していく課題を整理し、取組の目的を設定。

①状況分析	【実施内容】 - 地域の社会文化的背景を踏まえ、取組において「どのような課題に対応するか」「対象となり得る住民は誰か」を検討する。 - 保険者協議会・行政等が主体となり、取組の目的や期待される効果について、関係者間で確認する。
-------	---

【モデル事業における事例】

取組の背景・課題認識	取組の目的
特定健診受診率が県平均より低く、健診受診の重要性の理解や、若いうちから生活習慣の改善に向けた行動を意識づけることが課題となっていた	地域総ぐるみの健康づくりを実施し、住民の健康意識の底上げを図るとともに、健康づくりが文化として日常生活に根づく
医療資源等が少ない中で、超高齢社会を迎え、健康課題を抱えながら、老々介護、ひきこもり、8050問題、生活困窮、虐待等の社会的な課題も抱える住民が増加していた	老々介護や生活困窮等の社会的リスクを抱える住民に対する予防健康づくり、孤独・孤立対策
大学の調査において、「産後うつ等で妊産婦サービスにつながる必要がある対象者のうち、実際にサービスにつながっている妊婦の割合が2割程度」と低かった。	妊産婦のメンタルヘルスの悪化、孤立・孤独、社会資源・サービス利用不足の改善

図表 2-7 実践のためのステップ(詳細-ステップ②)

ステップ②

ステップ①で整理した課題の解決・目的の達成に向けてチームを結成し、実践のためのフローについて検討。

②実施体制の構築	【実施内容】 - 地域の特性に合わせて必要な関係者と調整し、核となるチームを結成する - 対象者の抽出・リンクワーカーの確保・社会資源の整理等、具体的な実施体制について検討する
----------	--



検討項目	モデル事業における事例
①-1：対象者をどこで特定するか	・かかりつけ医等の診察時、特定健診・特定保健指導受診時、健康状態不明者への受診勧奨時
①-2：誰がどのように対象者を抽出するか	・保険者協議会が主体となり地域の専門職（医師等）と協議しながらアセスメントシートを作成 ・行政が実施する既存調査（例：高齢者実態調査）の結果から対象者を抽出
②-1：誰がリンクワーカーの担い手となるか	・市町村の国保・衛生・高齢・福祉に配置された保健師・社会福祉士等や研修等を終了したボランティア（民生委員など含む）等 ・保険者が主体となり取組を推進するケースにおいては、既存の保健事業等を通して地域住民と接点をもつ保健師等がリンクワーカーの役割を担うことで、健康面と社会生活面での一体的な支援が実施でき、取組を開始しやすい。
②-2：どのようにリンクワーカーを養成・確保するか	・自治体・保険者協議会によるリンクワーカー研修の実施
③-1：どのように社会資源を選定するのか	・社会資源のリスト・マップ化による管理 ・1人のリンクワーカーだけで選定するのではなく、多職種により社会資源を選定
③-2：どのような社会資源を紹介するか	・公的機関・サービス：行政（福祉・健康・栄養相談窓口、禁煙・減塩教室）、社会福祉協議会、地域包括支援センター、公民館、ハローワーク等 ・公的外の機関・サービス：通いの場、運動教室、オンライン健康相談、趣味文化活動、シルバー人材センター 等

図表 2-8 実践のためのステップ(詳細-ステップ③)

ステップ③

社会資源マップの更新・多様な関係者の参画・リンクワーカー研修等、取組の質を向上させる方策について検討。

③取組の改善・精緻化	【実施内容】 取組の結果に応じて、以下のような改善・精緻化を図る ・ 社会資源マップ・リストの更新：対象者の社会生活面の課題やニーズを踏まえた上で適切な社会資源を選定できるよう、地域の社会資源マップ（リスト）を更新する ・ 多様な関係者の参画：取組状況を踏まえ、新たな関係者との連携が可能になるようにチームを拡充 ・ リンクワーカー研修：リンクワーカーの質の向上に向けて、コンピテンシー（知識、能力、態度等）の取得を目指した研修を実施
------------	--

【モデル事業における事例】

取組内容	モデル事業における事例
社会資源マップ・リストの更新	・ 介護などの他分野（他事業）において活用されている資源リストを精査・更新した上で活用 ・ Googleマップなどの既存のツールを用いて社会資源を地図上に蓄積 ・ リンクワーカーなどの関係者間で新たに社会資源マップを作成
多様な関係者の参画	・ 行政・保険者協議会が関与していない主体（住民主体の趣味活動サークル等）とも連携 ※多様な関係者の参画においては、県や保険者協議会が橋渡し役となった。 ※モデル事業の取組を通して、取組の目的や成果が徐々に地域に認知され、様々な関係団体が提供する社会資源の活用が可能になった。
リンクワーカー研修	・ 事例に関する関係者間での情報共有と支援を検討する研修会 ・ リンクワーカーの情報交換会 ・ リンクワーカーのスキル向上に向けたコミュニケーションスキルや対象者の伴走支援の方法についての研修会 ※都道府県・保険者協議会と連携し県内横断的に実施する、大学の有識者と連携し実施するなど自治体以外の関係者と連携することで効率的な実施につながった。

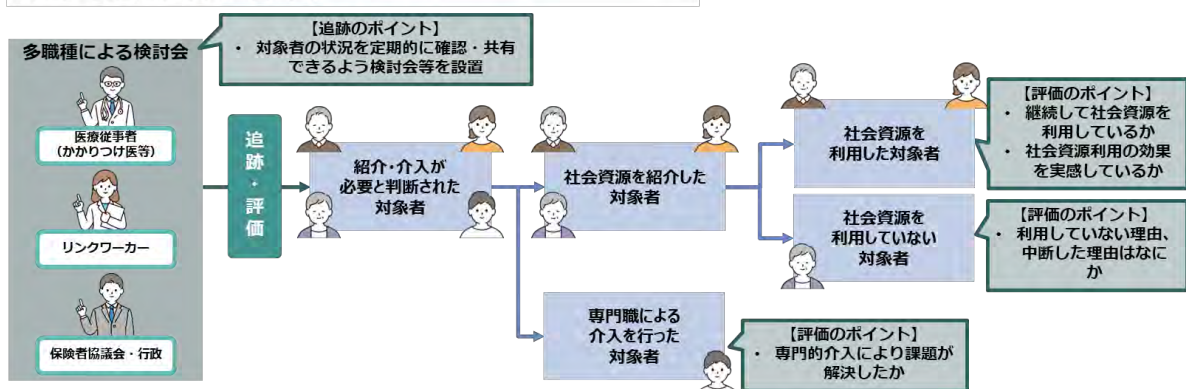
図表 2-9 実践のためのステップ(詳細-ステップ④)

ステップ④

取組の実効性を担保しながら、継続的に取組を実施するために、追跡や評価の仕組みについて検討。

④追跡・評価	【実施内容】 ・ 追跡：社会資源を紹介した後の動きについて定期的に確認するための検討会を設置する等、追跡の仕組みを構築する。 ・ 評価：「実際に社会資源を利用したのか」「社会資源利用の効果を実感しているか」、また、取組が中断してしまった対象者に関しては「なぜ中断したのか」など、健康課題・社会課題の解決につながっているか評価し、取組の改善につなげる。大学と協働して分析を実施する等も考えられる。
--------	---

【追跡・評価におけるポイント】



3. 海外の取組事例の収集及び取りまとめ業務

3.1. 実施内容

海外でも social prescribing の取組が進んでいることから、諸外国（以下の 16 カ国）の動向について机上調査を実施した。また、以下の 3 カ国の取組の背景や直近の動向を深掘りすることを目的に、各国の有識者へのヒアリング調査を実施した。

図表 3-1 調査対象国

机上調査	イギリス、中国、韓国、ドイツ、デンマーク、フィンランド、スウェーデン、スペイン、シンガポール、アイルランド、オランダ、ポルトガル、カナダ、ニュージーランド、アメリカ、オーストラリア
ヒアリング調査	イギリス、シンガポール、カナダ

3.2. 机上調査結果

(1) 目的

諸外国における social prescribing に関する取組動向を把握するとともに、ヒアリング調査で深掘りを行う対象国を絞り込むことを目的として調査を実施した。

(2) 方法

インターネット上で検索を行い、情報を収集した。検索エンジンとしては主には google を使用し、「social prescribing」等のキーワードを適宜各国の言語に翻訳して検索に用いた。

(3) 調査項目

机上調査では、各国で用いられている「social prescribing の定義」、及び各国における「social prescribing に関する直近の取組内容」を調査した。

(4) 調査結果

調査結果は以下のとおりである。

図表 3-2 机上調査結果 (social prescribing の定義)

国名 ³	social prescribing の定義 ⁴	引用元機関名
イギリス	social prescribing とは、かかりつけ医や看護師、また他の医療従事者やケア専門家が、患者に、幅広い地域の臨床以外のサービスを紹介すること	The U.K. Government
デンマーク	Culture on Prescription とは、ストレス、不安、うつ病により長期失業または長期病欠の恐れがある人全員を対象とし	Herning Kommune, Aalborg Kommune

³ 本調査において公的機関（各国政府と関係性が強いと想定される機関）からの情報発信が確認できなかった国は調査結果一覧から除外している。

⁴ 各機関のホームページ等に掲載されている social prescribing に関する言及を翻訳して掲載している。

	たプログラムのこと	
スウェーデン	Culture on Prescription とは、当局、文化機関、保健所が、精神的な問題を抱える人々を社会的な文化活動に参加させること	Lansstyrelsen Norrbotten
スペイン	social prescribing とは、医療従事者と患者が一緒になって、患者の健康と幸福を改善するための地域活動を特定する仕組みのこと	Ganeralitat de Catalunya
シンガポール	social prescribing とは、健康の社会的決定要因が不十分な患者を特定し、地域の資産との連携をすること	SingHealth Community Hospital
アイルランド	social prescribing とは、かかりつけ医や他の医療従事者が、人々の健康やウェルビーイングに大きな利益をもたらす、臨床以外の幅広いコミュニティサポートを紹介すること	Health Service Executive
カナダ	social prescribing とは、医療従事者が人々をコミュニティや社会活動等地域の臨床以外の活動に紹介すること	Canadian Institute for Social Prescribing

図表 3-3 机上調査結果 (social prescribing に関する直近の動向)

国名 ⁵	モデル事業の実施、具体的な政府目標の設定等の情報	参照元 URL
イギリス	・2019 年に NHS 長期計画にて全人口を対象にパーソナライズドケアと social prescribing の全人口からのアクセス拡大が重点化されている。 ・2020-21 年に 1000 人のリンクワーカーの設置、2023-24 年に 90 万人への social prescribing の実施を目標としている。 ・National Social Prescribing Student Champion Scheme (医学部生を含む医療系を学ぶ学生のリーダーが各地域で SP について、学び、教え、広めるためのスキーム) が設置されている。	https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/comprehensive-model/ https://socialprescribingacademy.org.uk/media/41bdy5ip/social-prescribing-around-the-world.pdf
デンマーク	・2016-2019 年に政府支援による Culture on Prescription のプロジェクトが計 700 万 DKK (約 1 億 3 千万円) の予算で、国内 4 つの自治体を対象に実施されている。	https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Kultur-paa-recept_tvaergaende-evaluering_foraar-2020.ashx
スウェーデン	・2020-2021 年に文化庁、プライマリケア教育機関等が共同で Culture on Prescription の効果検証を目的としたプロジェクトが実施されている。	https://vardgivare.skane.se/siteassets/3-kompetens-och-utveckling/sakkunniggrupper/primarvarden-s-utbildningsenhet/kultur-och-

⁵ 本調査において公的機関(各国政府と関係性が強いと想定される機関)によるモデル事業の実施、具体的な政府目標の設定等の情報が確認できなかった国は調査結果一覧から除外している。

		halsa/utvarderingsrapport-kultur-pa-recept-i-primarvarden-2020-2021.pdf
フィンランド	・保健福祉研究所 (Finnish Institute for Health and Welfare) が social prescribing の利用による服薬量の変化を検証している。	https://oem.bmj.com/content/80/2/111
シンガポール	・SingHealth (シンガポール最大医療グループ、政府管轄) が 2019 年にパイロット事業を実施している。 ・パンデミックをきっかけとして、social prescribing のデジタル版 "e-social prescribing (eSP)" が推進されている。 ・SingHealth は 2022 年 12 月にアジア太平洋地域をターゲットとした social prescribing の学会を開催している。	https://www.singhealth.com.sg/news/defining-med/digital-social-prescribing https://www.singhealth.com.sg/SCH/about-us/community-partnerships/Pages/spcs2022-programme.aspx
アイルランド	・公的医療システム (Health Service Executive) において、全国 30 か所で social prescribing サービスが運用されている。	https://www.hse.ie/eng/about/who/health-wellbeing/our-priority-programmes/mental-health-and-wellbeing/social-prescribing/
カナダ	・2021 年から healthy canadian communities fund の支援による、公衆衛生庁と州政府や民間セクターとの連携による健康増進プログラム開始されており、採択プログラムの中に social prescribing のプログラムが含まれている。	https://health-infobase.canada.ca/healthy-canadians-communities-fund/?p=hccf&ps=ongoing

上記結果をもとに、公的機関による social prescribing の定義 (公的機関による情報発信) が確認され、且つ政府等が関与する形でモデル事業等が進められていると考えられる国の中から、イギリス、シンガポール、カナダの 3 カ国をヒアリング調査の対象にすることとした。

3.3. 海外有識者へのヒアリング結果

(1) 目的

各国の social prescribing に関する取組の背景や直近の動向を深掘りすることを目的に、各国の有識者へのヒアリング調査を実施した。

(2) 方法

イギリス、シンガポール、カナダの各国の social prescribing に関する政策動向に詳しい有識者を対象に、ヒアリングを実施した。

図表 3-4 ヒアリング調査の実施概要

調査方法	WEB 会議 (Zoom) によるヒアリング
調査対象者	・イギリス: Bogdan Chiva Giurca 氏 (National Academy for Social Prescribing) ・シンガポール: Lee Kheng Hock 氏 (SignHealth) ・カナダ: Gary Bloch 氏 (University of Toronto)
調査期間	令和 5 年 12 月 11 日～令和 6 年 1 月 22 日

(3) 調査項目

ヒアリング調査では、各国の social prescribing に関する取組の経緯、具体的な取組内容(主な対象者、資金源、リンクワーカーの状況等)について調査した。

図表 3-5 ヒアリング調査における主な調査項目

取組の経緯	・ 取組のきっかけ、背景にある政策課題 ・ social prescribing を進める上での現在の課題
具体的な取組内容	・ 主な対象者 ・ 資金源(政府の関わり方を含む) ・ リンクワーカーの状況 等

(4) 調査結果

調査結果は以下のとおりである。

図表 3-6 ヒアリング調査結果(イギリス)

取組の経緯	・ 2000 年代にかかりつけ医 (GP) 等の業務がひっ迫していたことをきっかけに、業務ひっ迫の解消及び受診理由の約 70%を占めていた社会的課題(経済的課題、社会的孤立等)の解決を目的に、かかりつけ医等が自主的に患者へ社会的資源(法律相談、住居支援、コミュニティ参加等)への紹介を開始し、Social prescribing の元となる動きが始まった。 ・ 2015 年より英国政府は Social prescribing への資金投入を開始し、同時に医学教育においても全国 44 の医学部において Social prescribing に関するカリキュラムが追加された。 ・ 2019 年には英国政府による取組が正式に開始された。背景には、高齢化や労働人口の減少により新しい医療の提供体制としてパーソナライズド・ケアが推奨されたことや、孤独・孤立を抱える患者に対する過剰医療・過剰処方課題が顕在化し、政策的な介入が必須となったことがあった。
主な対象者	・ 社会的課題(住居、生活費、孤独、孤立等)を抱える患者

資金源	・ 政府の Social prescribing 用の予算
リンクワーカー	・ リンクワーカーは、地域の文化・言語・資源に精通している人であれば、誰でもなる ことができ、資格や専門性は不問である。 ・ リンクワーカー雇用のための費用は政府の social prescribing 用の予算で賄われ、プライマリケア診療所から直接雇用される場合と、NHS の地域ボランティア組織等への委託による地域経由の雇用の2通りで雇用される。 ・ リンクワーカーが雇用されると各地域にて全国統一のコンピテンシー・フレームワークに沿って教育され、主に動機づけ面接とヘルスケアコーチングのスキル獲得のための訓練を受ける。 ・ 2023 年7月に政府は長期目標として、現在の 4000 人から 9000 人のリンクワーカーへ採用人数を増やすことを発表した。

図表 3-7 ヒアリング調査結果(シンガポール)

取組の経緯	・ 90 年代後半から 2000 年代にかけて SingHealth は医療の統合を目指し、多くのプログラムを開発がされた。 ・ 2007 年、2008 年から 2009 年にかけて、SingHealth において「トランジショナル・ホーム・ケア」と呼ばれる病院から在宅への移行プログラムが立ち上がり、病院周辺で社会的ケアを提供する組織と共に、在宅への移行プログラムを計画するようになり、この活動が Social prescribing の原型となった。 ・ 2019 年頃に SingHealth の関係者が英国の Social prescribing の理論と実践を知り、これまでの実践を Social prescribing と呼称するようになった。
主な対象者	・ 健康の社会的決定要因が十分ではない患者
資金源	・ SingHealth Community Hospital で調達される資金を元に運用されている。
リンクワーカー	・ 非医療職で、対人援助や地域支援に興味関心がある者が従事している。 ・ 5 日間の基礎コースに参加し、その後職場ベースでの学習と SingHealth による OJT を受ける。 ・ 政府や慈善団体から提供される資金によって雇用されている。

図表 3-8 ヒアリング調査結果(カナダ)

取組の経緯	・ 2018 年にカナダ政府 Health and Wellbeing Grant による 18 カ月の助成金を元に、Alliance for Healthier Community 主催の Social prescribing のパイロット実証が開始された。パイロット実証では、英国より Social prescribing の専門家を招聘し、ワークショップの開催
-------	---

	や現地での訓練が実施された。以後、健康の社会的要因や健康格差の是正を目的に social prescribing が実施されている。 ・ 各地で Social prescribing の取組が進められているが、政府主導による Social prescribing の取組は実施されてない。(2023 年時点)
主な対象者	・ 社会的健康の支援を十分に受けられていない有色人種、先住民、障害者等
資金源	・ 個人投資家や NPO 等チャリティー団体からの資金援助が中心で、一部、州政府からの資金支援もある。 ・ 政府として国全体での予算拠出はされていない。
リンクワーカー	・ 看護師、ソーシャルワーカー、アウトリーチワーカー、ヘルスプロモーター、地域ケア専門員等が従事している。 ・ プロジェクトの予算の状況により有償となるケース、もしくはボランティアによる活動となるケースがある。 ・ 医療従事者から直接社会資源を紹介される場合もあり、必ずしもリンクワーカーを介した資源の紹介ではない。

4. 総括

4.1. Social prescribing について

近年、社会生活面の課題に対して医療側からアプローチする方法の一つとして social prescribing に注目が集まっており、各国で取組が進められている。social prescribing については、各国で様々な定義が用いられているが、WHO 等がとりまとめた報告書「Social Prescribing Around the World」⁶においては、各国の取組・位置づけに照らして「臨床及び地域社会において信頼された者が、ある個人が非医療的でありながら健康に関係する社会ニーズがあることを認識し、地域社会の中で social prescription を共に作り出すことで、その個人を非医療的サポートやサービスにつなげるための手段」とする定義が用いられている。この定義に照らしてみると、我が国においては、かかりつけ医等が主治医意見書や診療情報提供書等を通じて、介護や福祉等の非医療的な健康に関係するニーズを有する者を、医療から公的な介護・福祉サービスにつなげる social prescribing が既に実践されてきている。

各国の social prescribing の取組は、それぞれの国の社会保障制度や社会構造、それらを背景とした政策課題に応じて、異なる文脈の中で位置付けられている。例えば、イギリスにおいては、福祉的な役割も担っているかかりつけ医(GP)等の業務のひっ迫を解消することを目的の一つとして、social prescribing の取組が推進されてきた経緯がある。シンガポールにおいては、病院から在宅への移行プログラムが推進されてきた(入院患者を、より在宅をベースとした活動によるケアへと移行するため、病院と連携して社会的ケアを提供する組織との協働を進めてきた)経緯があり、その実践を後から social prescribing と位置づけて取組の拡充を図っている。カナダにおいては、健康格差の是正を目的に、支援を十分に受けられていない有色人種、先住民、障害者等に対しての取組が social prescribing として実施されている。我が国における social prescribing についても、国内でのこれまでの取組や政策課題に応じた必要な文脈の中で位置づけを検討することが求められる。

4.2. 日本における social prescribing

我が国においては、かかりつけ医等によって介護や福祉等につなげる取組のほか、入院患者に対する退院支援・社会復帰支援等、近年では高齢者に対する生活支援体制整備事業や妊婦・子育て家庭に対する伴走型相談支援等のさまざまな取組が推進されている。これらも「非医療的サポートやサービスにつなげる」取組である点では、social prescribing にあたる(あるいは、近い)ものである。令和3年度から令和5年度にかけて実施した各都道府県の保険者協議会によるモデル事業においても、これらの既存の取組との連携を基本とし、各地域で、孤立・孤独、妊産婦のメンタルヘルス、老々介護や生活困窮等の社会的課題について、かかりつけ医等を起点として、地域ごとに様々な取組が設計されている。これらの多くの場合において、非医療的でありながら健康に関係する社会ニーズがあることを把握する起点の一つとして医療・健診受診の場が位置付けられ、それを契機として公的サービスやその他のサービスにつなげられていた。近年、モデル事業のほかにも、「社会的処方」としての様々な取組がみられる。それらの中には医療従事者に限らない者によって、公的サービス以外の地域コミュニティへ接続する取組や、医療従事者が地域活動を主催する取組等、様々なものがある。こうした取組において用いられる「社会的処方」という語は、social prescribing の定義とは必ずしも一致せず、しばしば、より包摂的な概念としての「地域共生」や「まちづくり」等と同義語的に用いられていることは示唆的である。このよう

⁶ Social Prescribing Around the World: A World Map of Global Developments in Social Prescribing Across Different Health System Contexts. Khan & Giurca et al., 2023. National Academy for Social Prescribing.

に、我が国でのさまざまな地域での取組は、かかりつけ医を起点とする“英国型”、入院患者等に行われる“入退院支援型”、その他様々な“地域共生型”等とも言えるべき様々な social prescribing と関連する取組が、従前からあるいは新たに行われている。これらの一部は必ずしも social prescribing の定義の枠にとらわれないが、いずれも、社会的課題に対する解決手法の一つとして、医療のチャネルを通じて行う有用な手段と考えられる。

以上から、我が国における social prescribing (いわゆる社会的処方) の活用にあたっては、全く新しい概念として新たに位置づけるというよりはむしろ、地域における社会的課題の解決に向けて、時に従来の取組との連続性をもって、「地域共生」や「まちづくり」の中で、公的・その他のサービスに接続するための手段の一つとして、医療に携わる者が担いうる役割として認識し、地域ごとの社会的課題や活用可能な社会資源の実情に応じた取組を進めることが適切と考えられる。このため、こうした取組が進められるような、地域の関係者をつなぐための支援が必要と考えられる。

以上

参考資料 1

モデル事業取組事例集

取組事例（1/3） - 沖縄県保険者協議会（令和3年度）

- 取組実施市町村：南城市
 - 人口：44,043人（令和2年時点）
 - 高齢化率：25.9%（令和2年時点）

- 慢性腎臓病重症化ハイリスク者（治療中の者・未治療者・治療中断者）に対して、取組を活用して健康課題だけでなく社会生活面の課題も含め支援することで、慢性腎臓病の重症化を予防しようとしている。

取組の目的

- 慢性腎臓病重症化予防の取組の一環で慢性腎臓病重症化ハイリスク者をスクリーニングする中で、健康課題が生じる背景には社会生活面で課題を有しているケースが多いことを課題視。慢性腎臓病重症化ハイリスク者の社会生活面における課題を踏まえた上で、適切に医療へつなげ、慢性腎臓病の重症化を予防することを目的に取組を実施。

取組内容

課題発見 シーン

- 発見シーン：①慢性腎臓病重症化ハイリスク者への保健指導時・栄養指導時、②就労支援した事業所・生活保護担当部局・かかりつけ医等からの情報提供
- 対象者の抽出方法：①市で作成した「生活状況情報提供シート」を用いたアセスメントを実施し抽出 ②情報提供を基に抽出

リンクワーカー

- 担い手：保健師、管理栄養士
- 確保・養成のための取組：市内医療機関のかかりつけ医、コメディカル、薬剤師、地域包括支援センター、社会福祉協議会、生活保護担当課で、身体的・社会的な課題がある対象者の事例について関係者間での情報共有と支援を検討する多職種協働の研修会を実施

社会資源

- 主な社会資源：高齢者筋力向上トレーニング事業、地域ふれあいミニディサービス、運動教室、就労・生活支援サポートセンター、地域包括支援センター、社会福祉協議会、配食サービスや弁当に関する情報、無料低額診療事業、生活保護等の公的サービス
- 社会資源の選定の方法：市で作成した「生活情報提供シート」の情報を基に、リンクワーカーが対象者に応じて提供できる社会資源を検討

生活状況情報提供シート		記載日：R 年 月 日		新規・継続	
フリガナ 本人氏名		男	女	S	年 月 日生 () 歳
住所		連絡先		氏名 ()	連絡先 ()
家族構成		緊急連絡先		氏名 ()	連絡先 ()
キーパーソン ()		住宅種類		持ち家	借家
障がい等認定	なし () あり ()	要介護		要介護	
介護認定	なし () あり ()	要支援		要介護	
利用中の 公的サービス					
就労	現在 () 過去 () 廃止 ()	経済状況		就労先	
		就労者		本人・本人以外 ()	配偶者
1日の過ごし方		地域参加状況		本人や家族関係	
外出状況		外出手段			
通 () 回		徒歩・自転車・自動二輪・自転車・その他 ()			
外出先 ()		公共交通機関の利用		できる () できない ()	
食事 ()		運動 ()		睡眠 ()	
自炊中心 ()		中食中心 ()		外食中心 ()	
服薬管理 ()		コミュニケーション・こころの健康			
		不安なし () 不安あり ()			
内服忘れ	なし () あり ()	相談事項			
上記の情報提供に関するご本人の同意 あり () なし ()					
南城市役所市民部健康増進課 担当 () TEL.098-917-5324					

「生活状況情報提供シート」
出典：沖縄県提供資料

取組事例（2/3） - 沖縄県保険者協議会（令和3年度）

- 取組実施市町村：南城市
 - 人口：44,043人（令和2年時点）
 - 高齢化率：25.9%（令和2年時点）

取組の流れ・工夫点

- 実施体制：かかりつけ医・薬局・沖縄県保険者協議会・南城市（腎臓病重症化予防プロジェクトチーム）

工夫点：

- かかりつけ医からリンクワーカーに支援を依頼するための「南城市への支援依頼シート（チェックシート）」（右図参照）を対象者の血圧手帳・糖尿病連携手帳・おくすり手帳等に貼付け、かかりつけ医が指示項目に簡単にチェックできるようにした
- 薬剤師との連携において、腎機能に関するデータを分かり易くシール化し、対象者のお薬手帳に貼る等の工夫を行ったことで、薬剤師の的確な服薬指導につながった

南城市への支援依頼シート
南城市の保健師・管理栄養士が以下の項目について実施します。

指示項目にチェックをお願いします。

☐ 家庭血圧測定について
☐ 糖尿病連携について（内服薬等）
☐ 検査結果に応じた保健指導
（検査結果をご本人へ提供をお願いします）

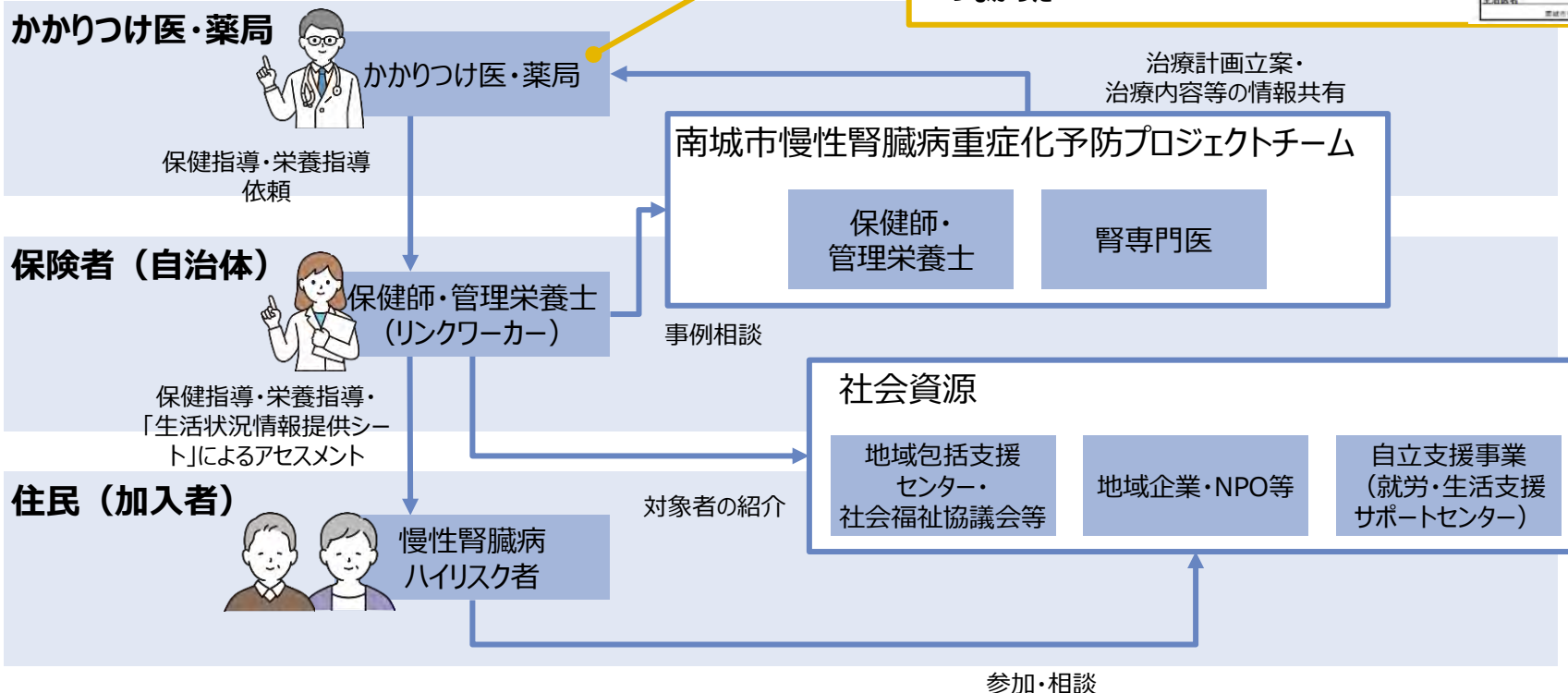
☐ 医師の指示による保健指導

項目	実施状況
血圧測定	○/△/□
血糖測定	○/△/□
たんぱく質	○/△/□
食塩摂取量	○/△/□

☐ 経済的支援に関する事
☐ 処方支援に関する事
☐ 地域コミュニティや通いの場への参加促進
☐ 運動など身体活動に関する事
☐ 外出手段や方法に関する事
☐ その他

保健師署名 _____ 記載日 R_ 年_ 月_ 日
主治医署名 _____

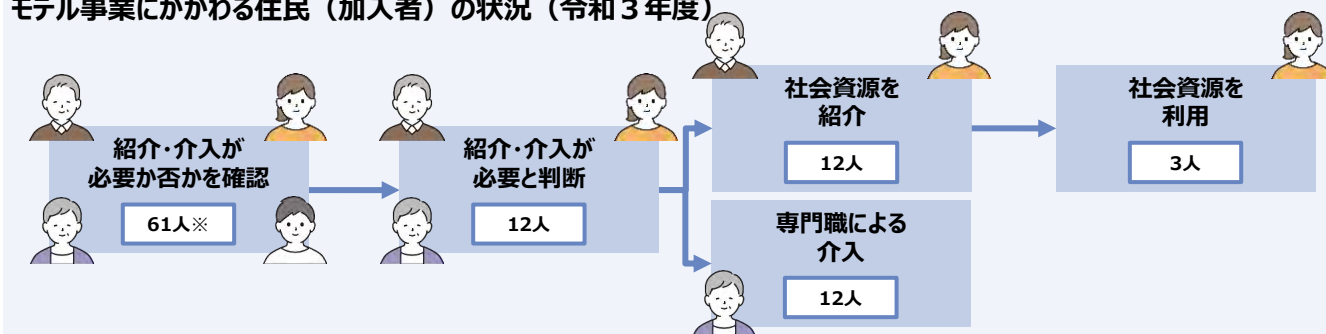
南城市社会福祉課 作成



取組の成果

取組結果

モデル事業にかかわる住民（加入者）の状況（令和3年度）



※：61人＝慢性腎臓病重症化予防の取組でかかりつけ医と連携し、1年以上支援している対象者

取組効果

- 既存事業（慢性腎臓病重症化予防プロジェクト）においても、かかりつけ医との連携はあったが、本事業において対象者の生活課題まで確認したことでかかりつけ医から「短い診療時間内では対象者の社会生活面の課題まで把握することが困難であるため助かった」との反応があり、**かかりつけ医と保険者の連携がさらに強化された**
- 多職種で事例検討を行うことで**医療と地域福祉との繋がり**の場となった
- 対象者からは、「地域活動へ参加することで生活にハリができた」という声があった
- 経済的な問題のあるケースを生活保護に繋ぎ、適正な医療受診に繋がった

今後の方針

- 既存事業である「慢性腎臓病重症化予防プロジェクト」を推進する中で、対象者の社会生活面の課題をかかりつけ医と共有しながら、地区担当保健師・管理栄養士がリンクワーカーとして必要な社会資源につなぐ等の取組を継続して実施
- 「県国保ヘルスアップ支援事業」を活用し、他の市町村国保へかかりつけ医等と連携した重症化予防の取組の横展開を進める予定

取組事例（1/3） - 静岡県保険者協議会（令和3年度）

- 取組実施市町村：静岡市
 - 人口：693,389人（令和2年時点）
 - 高齢化率：30.5 %（令和2年時点）

- かかりつけ歯科医と連携することで、生活習慣病等重症化予防対策における早期かつ多層的介入を実現できないか検証している。

取組の目的

- 以下の検証を目的として実施
 - かかりつけ歯科医がと取組の入口となり得るか
 - どのようなケースにおいて歯科診療が支援の窓口になり得るか

取組内容

課題発見 シーン

- 発見シーン：**かかりつけ歯科医による診察時
- 対象者の抽出方法：**対象者が記入したモニタリング用「チェックシート」からの抽出・指わっかテスト（フレイルチェック）結果による抽出・歯科医師の聞き取りによる判断

リンクワーカー

- 担い手：**歯科医（静岡市口腔保健支援センター）、社会福祉士（清水歯科医師会 在宅医療会議相談室）
- 確保・養成のための取組：**保健師等がコロナ対応に従事し始めたこともあり、実施無し

社会資源

- 主な社会資源：**地域包括支援センター、医療保険者や市町保険センターが実施している健康相談事業、通いの場等
- 社会資源の選定の方法：**リンクワーカーが対象者の状況を踏まえ、選定

二記入ください（※）

記入項目 氏名 性別 年齢 職 種 住 居

項目	内容	回答
Q1	健康に気を付けたいと考えていますか	1. はい 2. いいえ
Q2	自分（自身、家族、パートナー、同居など）を助ける方法を考えられていますか	1. はい 2. いいえ 3. どちらともいえない
Q3	健康で生活が営まれていますか	1. はい 2. いいえ
Q4	健康に気を付けたいと考えていますか	1. はい 2. いいえ
Q5	自分自身に健康に気を付けていますか	1. はい 2. いいえ
Q6	自分自身に健康に気を付けていますか	1. はい 2. いいえ
Q7	自分自身に健康に気を付けていますか	1. はい 2. いいえ
Q8	自分自身に健康に気を付けていますか	1. はい 2. いいえ
Q9	自分自身に健康に気を付けていますか	1. はい 2. いいえ
Q10	自分自身に健康に気を付けていますか	1. はい 2. いいえ
Q11	自分自身に健康に気を付けていますか	1. はい 2. いいえ
Q12	自分自身に健康に気を付けていますか	1. はい 2. いいえ
Q13	自分自身に健康に気を付けていますか	1. はい 2. いいえ
Q14	自分自身に健康に気を付けていますか	1. はい 2. いいえ
Q15	自分自身に健康に気を付けていますか	1. はい 2. いいえ
Q16	自分自身に健康に気を付けていますか	1. はい 2. いいえ
Q17	自分自身に健康に気を付けていますか	1. はい 2. いいえ
Q18	自分自身に健康に気を付けていますか	1. はい 2. いいえ
Q19	自分自身に健康に気を付けていますか	1. はい 2. いいえ
Q20	自分自身に健康に気を付けていますか	1. はい 2. いいえ

「チェックシート」
出典：静岡県提供資料

取組事例（2/3） - 静岡県保険者協議会（令和3年度）

- 取組実施市町村：静岡市
 - 人口：693,389人（令和2年時点）
 - 高齢化率：30.5 %（令和2年時点）

取組の流れ・工夫点

- 実施体制：静岡県保険者協議会、静岡市、歯科医師会、医師会

工夫点：
かかりつけ歯科医やリンクワーカーへの情報共有のため、モデル事業実施歯科医師による報告会。歯科医師会合同意見交換会等を実施

工夫点：
チェックリストについては、「歯科医の手間がかからないこと」「歯科医の診療に支障等をきたさないようにすること（患者に不信感を与えないようにすること）」を意識し、以下の形式とした

- ① 複写式（事務の負担軽減のため）
- ② 歯科医師にはFAXを送ってもらうだけの運用
- ③ 患者のフレイルチェックの実施有無が一目で分かるように壮年期患者用と更年期患者用でシートを色分け

かかりつけ歯科医・歯科医師会



かかりつけ
歯科医師

チェックシート・
患者情報の共有

保険者（自治体）

歯科受診・
チェックシートの記入・
フレイルチェック（指輪つかテスト）

住民（加入者）



住民
（子ども～高齢者）



リンクワーカー
（歯科医・社会福祉士）

社会資源の紹介

社会資源

健康・栄養指導の場
（健康相談事業、
料理の講習会等）

社会参加の場
（通いの場、老人クラブ
活動、ボランティア活動
等）

介護相談の場
（市町介護保険所、
地域包括支援
センター、）

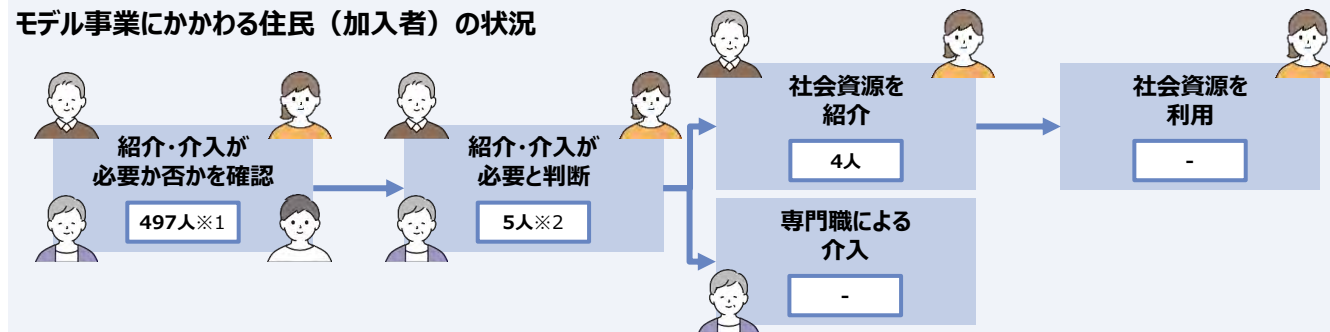
その他
（育児サークル、各種相
談窓口、フードバンク等の
経済的支援）

対象者の紹介

参加・相談

取組の成果

取組結果



※¹：497人＝チェックシートに記載された人数

※²：5人＝チェックシートにおいて「健康状態があまり良くない・良くない」と回答した対象者のうち、「悩み相談先がない」と答えた人数

取組効果

- 医科は受診しないが歯科には定期的に受診する方が多いことや歯科は日常的に患者と会話できる素地があることから、**紹介・介入や医療への受診が必要な対象者の把握**につながった
 - 歯科受診時に歯科以外の病気について聞き出せたことで、**重症化する前に医療機関への受診**につながったケースがみられた
- 対象者から「自分を見つめ直す機会となった」との感想が伺えた
- 本事業で実施した分析（KDBデータによる概況分析及び被用者保険の医科歯科レセプトデータによる生活習慣病との関連性分析）が、翌年、歯科口腔の健康課題に関する分析につながった

今後の方針

- 令和3年度に本事業を実施した結果、「社会的処方」に関する共通認識不足が課題としてから見てきたことから、令和4年度に静岡県として「社会的処方」を保険者等に啓発する事業を展開（健康保険組合及び国保保険者等への研修会の実施）

取組事例（1/3） - 栃木県保険者協議会（令和3年度）

- 取組実施市町村：宇都宮市
 - 人口：518,757人（令和2年時点）
 - 高齢化率：25.9%（令和2年時点）

- 特定健診・特定保健指導の機会を活用することで、住民の「社会生活課題」への気づきや医療機関や地域活動との連携の強化を進めようとしている。

取組の目的

- 宇都宮市の特定健診からみる被保険者の健康課題について、これまでの健診結果によるものだけでなく、被保険者の「社会・生活面」を踏まえた保健指導による課題の解決・改善を図ること
- 「健康の社会的決定要因（SDH）」に、かかりつけ医や保健師・看護師等が目を向け、健康面の改善だけでなく、生活面の改善や孤独・孤立防止等のための地域活動への繋ぎについても検証すること

取組内容

課題発見 シーン

- 発見シーン：特定健診の際に、健診の質問票に加えて「生活の課題」に関する質問シート（SDHアンケート、右図参照）を記載してもらい、経済面や周囲との関係性等の「社会・生活の課題」と、本人の主観的な健康感、生活満足度についてスクリーニングを実施
- 対象者の抽出方法：特定健診後に特定保健指導につながった方を対象に、特定保健指導の際にSDHアンケートの情報等を踏まえ、判断

リンクワーカー

- 担い手：特定健診実施機関である医療保健事業団健診センターの保健師
- 確保・養成のための取組：かかりつけ医やリンクワーカーを対象に、「社会的課題」への気づきや地域の「社会的資源」との連携、本人に寄り添った相談・支援の方法等についてケース検討を実施

社会資源

- 主な社会資源：地域活動（サロン・趣味の会・ボランティア等）、地域包括支援センター、社会福祉法人の相談窓口、まちの保健室、第2層協議体、市の相談窓口等
- 社会資源の選定・リスト化の方法：選定について、保健指導の内容を基に、個別のケース検討会を開催し、対象者に適した社会資源を選定。リスト化について、医療・介護資源をデータベース化した「宇都宮市地域包括資源検索サイト」に「社会資源」として地域活動や公的相談窓口等を新たに追加して公開

厚生労働省モデル事業
生活に関するアンケート

私は、貴団の事業運営を援助・増進し宇都宮市と宇都宮市医師会、宇都宮市医療保健事業団が行うかかりつけ医等の協働による加入者の予防健康づくり事業に参加・協力し、私の健診データや過去の情報に関するものを、本事業の範囲に基づき使用することに同意します。また、本事業に協力している研究機関（大学等）の調査・研究のため、個人を特定できない情報をとったうえで私に関する情報を使用することに同意します。

実施年 2022年 月 日
受付番号
氏名

該当する項目にチェックを入れてください。
なお、「該当しない」を選択については空白でも結構です。

NO	質問事項
1	この1年間で、前年や昨年と比べると、いつもの生活ができていますか。 1 できていた 2 ほぼできていた 3 時々困った 4 いつも困った
2	家族や親戚や連絡をする機会はある程度はありますか。 1 ほぼ毎日 2 時々ある程度 3 用事があれば 4 ほとんどない
3	この1年間で、資料の支払い（税金、保険料、医療費、電気代など）は、いかがでしたか。 1 問題なかった 2 ほぼ問題なかった 3 時々困った 4 いつも困った
4	友人・知人と会話や連絡をする機会はある程度はありますか。 1 ほぼ毎日 2 時々ある程度 3 用事があれば 4 ほとんどない
5	ご自身の健康に満足していますか。 1 とても満足している 2 おおむね満足している 3 あまり満足していない 4 満足していない
6	今の生活に満足していますか。 1 とても満足している 2 おおむね満足している 3 あまり満足していない 4 満足していない

「SDHシート」
出典：栃木県提供資料

取組事例（2/3） - 栃木県保険者協議会（令和3年度）

- 取組実施市町村：宇都宮市
 - 人口：518,757人（令和2年時点）
 - 高齢化率：25.9%（令和2年時点）

取組の流れ・工夫点

- 実施体制：**健診・保健指導実施機関（宇都宮市医療保健事業団）、栃木県保健者協議会、宇都宮市医師会、宇都宮市で実施

保健者（自治体）

保健者協議会

各種データ・事業実施報告

かかりつけ医・医師会



かかりつけ医

工夫点：
モデル事業以前から「健康の社会的決定要因」や「社会的処方」に関心・知見のある医師会関係者を中心に構成
上記以外の医師に対しては、勉強会を開催

健診結果、SDHアンケート結果の共有

特定保健指導の実施依頼
健診結果・生活上の課題の情報提供

健診・保健指導実施機関（健診センター）



保健師（リンクワーカー）

社会資源DB

特定健診受診
SDHアンケートの記載

特定保健指導の実施
医療機関への受診勧奨
地域資源の紹介と参加の勧奨
フォローアップ

工夫点：
特定保健指導の一環として、「社会・生活」面に関するアセスメントや地域資源の紹介・参加勧奨を行うことで、日常業務の延長線上でリンクワーカーとしての役割を担うことができるようにする

住民（加入者）



特定健診受診者

参加・相談

社会資源

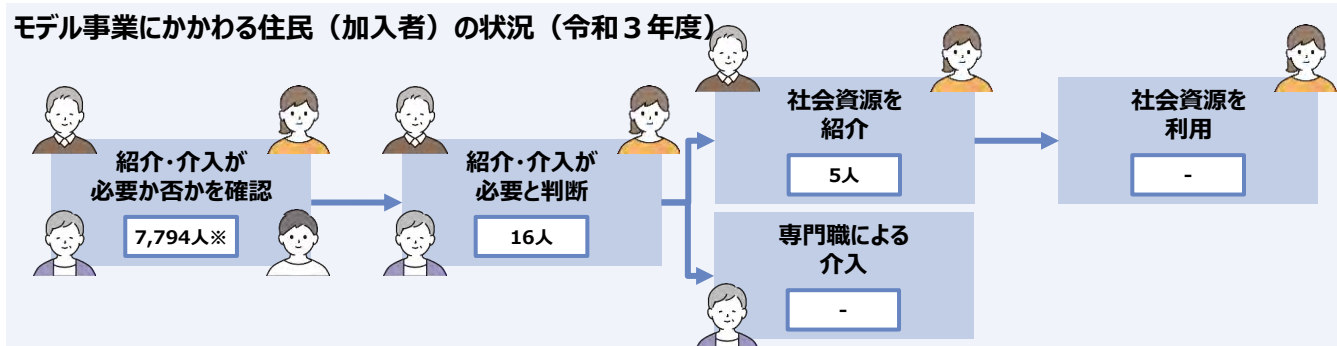
地域活動（サロン等）

地域包括支援センター・まちの保健室等

市区町村（相談窓口）

取組の成果

取組結果



※7,794人＝特定健診の受診者

取組効果

- 「SDHアンケート」を使用して特定健診受診者をアセスメントすることで、対象者の「生活に関する課題」が明確になり、**健康面以外の支援が必要な対象者を抽出した**
- 対象者の「生活に関する課題」が明確化されたことにより、保健指導においても、**課題・改善目標の設定や取り組みの方法のより具体的な提案**につながった。また、初回面談実施後、継続面談において担当保健師が変更になる際も「SDHアンケート」により、スタッフ間で対象者の生活背景について共通認識をもてるようになった
- 既存の保健指導に併せて取組を行ったことで、その人により適した、多角的な視点での保健指導が実施できた
- モデル事業に取り組む中で、これまで接点がありませんだった**医師と保健師のかかわりが増え、横のつながりが広がった**

今後の方針

- 特定健診及び保健指導の場において、引き続き「SDHアンケート」を継続実施し、経済面や周囲との関係性などの「社会・生活の課題」についてスクリーニングを行い、より効果的な保健指導を実施

取組事例（1/3） - 鳥取県保険者協議会（令和3年度）

- 取組実施市町村：琴浦町
 - 人口：16,365人（令和2年時点）
 - 高齢化率：36.8%（令和2年時点）

- 中山間地域における多様な地域主体が活躍する予防・健康づくりに向けて、持続可能な地域の連携役「チームコトウラ」（かかりつけ医、保健師、栄養士等）を構築し事業を推進している。

取組の目的

- かかりつけ医・特定健診の結果が受診勧奨判定又はその予備群とされた者（加入者）、医療保険者等がタイムリーに情報連携することで、「早期発見・早期治療着手による健康維持」及び「地域住民や地域組織が参画した社会的活動による健康づくり」のための体制を構築し、データ分析を介してPDCAサイクルを回しながら、健康寿命日本一のまちづくりを進めること

取組内容

課題発見 シーン

- 発見シーン**：かかりつけ医による診察時、町保健師・民生児童委員・社会福祉協議会の声掛け時等
- 対象者の抽出方法**：かかりつけ医による聞き取りの中で住民が抱える生活への不安や医療以外の支援の要否を判断、リンクワーカーである「チームコトウラ」が情報収集しアセスメントシートである「データヘルスプラン」を作成する中で、貧困でリハビリ通院できていない様子、家の散らかり具合（生活環境）、相談先がない様子等から、家計支援、社会参加が必要な対象者を判断

リンクワーカー

- 担い手**：チームコトウラ（医療保険者、医師会、薬剤師会、在宅保健師、かかりつけ医、栄養士会、民生児童委員等の地域住民、社会福祉協議会、行政等で構成）
- 確保・養成のための取組**：地域への繋ぎに必要な住民へのコミュニケーションスキルや伴走支援の仕方についての研修を実施

社会資源

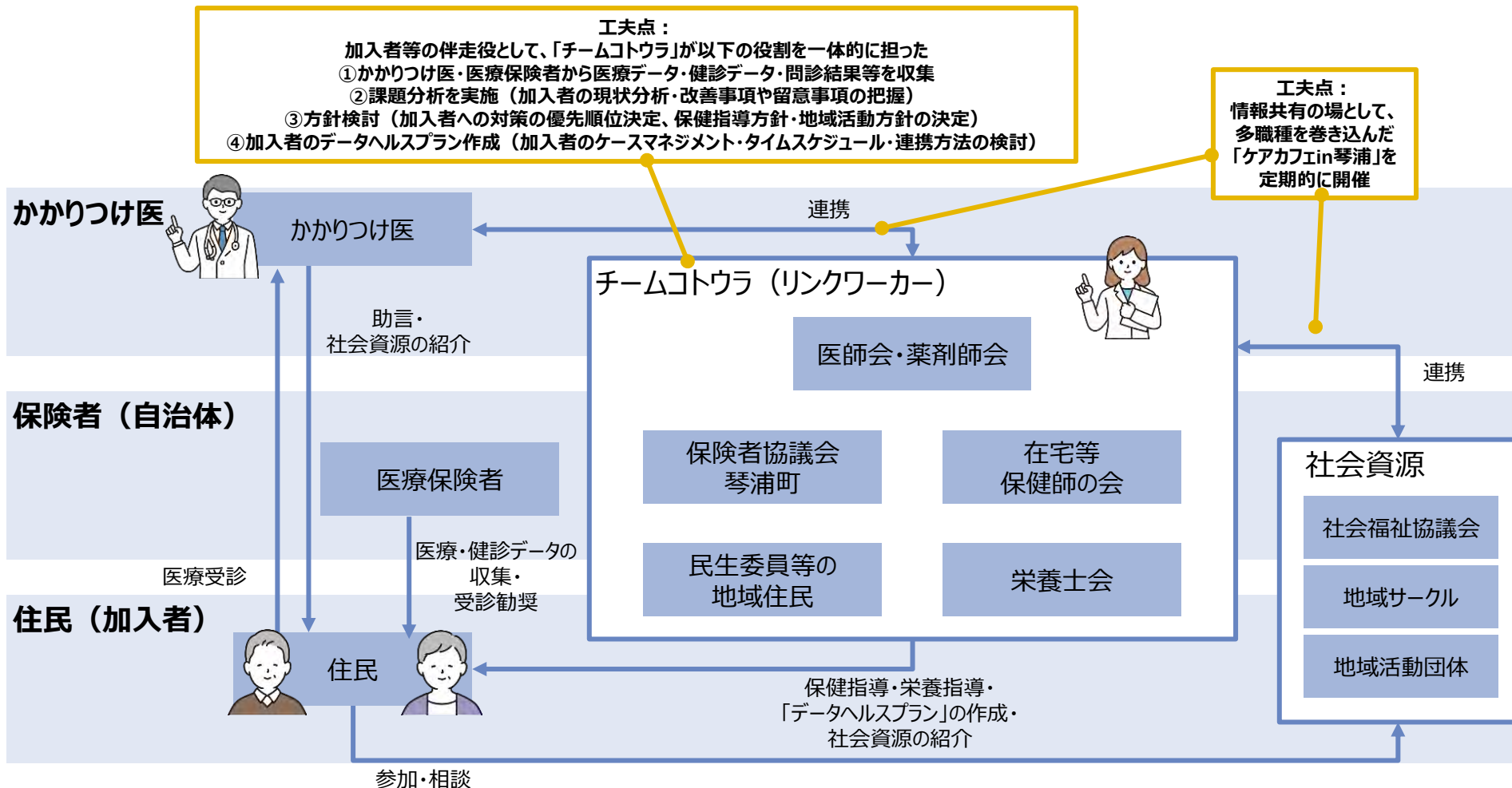
- 主な社会資源**：公的サービス（地域包括支援センター、ハローワーク、社会福祉協議会、家計支援等）、地域団体が実施する活動、まちの保健室、就業、趣味文化活動
- 社会資源の選定・リスト化の方法**：選定について、「チームコトウラ」メンバーによる情報収集の中で判断。また、「ケアカフェin琴浦」（町が事務局を担い、チームコトウラ・地域の活動団体等が参加）を定期的開催し、町内の地域活動グループや、医師、歯科医師、薬剤師、その他様々な分野の活動を紹介し、情報共有を実施。リスト化の方法について、町で把握した情報は地域コミュニティ・社会資源マップ（冊子）を作成するなどし随時更新

取組事例（2/3） - 鳥取県保険者協議会（令和3年度）

- 取組実施市町村：琴浦町
 - 人口：16,365人（令和2年時点）
 - 高齢化率：36.8%（令和2年時点）

取組の流れ・工夫点

- 実施体制：**琴浦町、保険者協議会、医師会、薬剤師会、栄養士会、在宅等保健師の会、民生委員等の地域住民

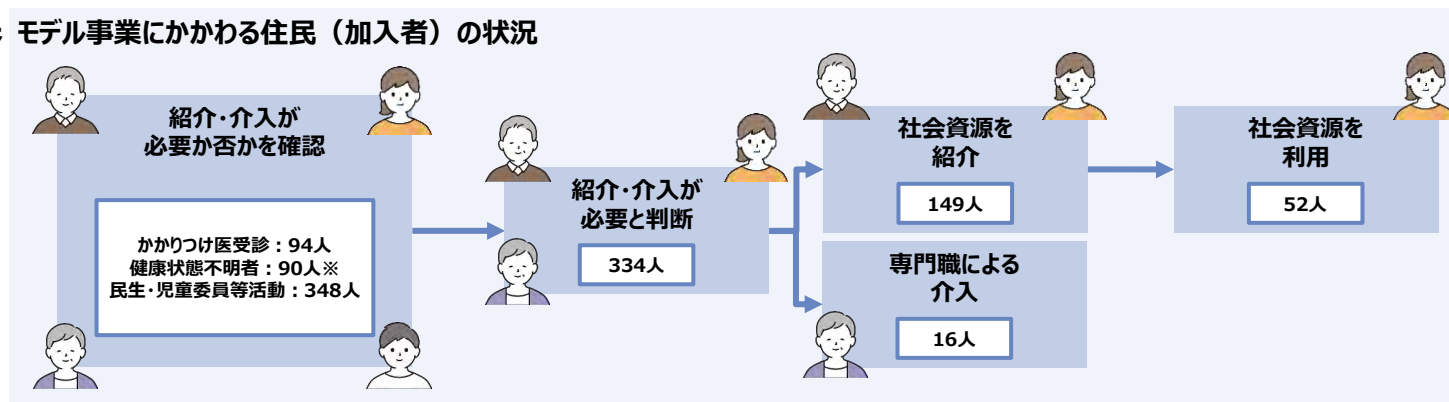


取組事例（3/3） - 鳥取県保険者協議会（令和3年度）

- 取組実施市町村：琴浦町
 - 人口：16,365人（令和2年時点）
 - 高齢化率：36.8%（令和2年時点）

取組の成果

● 取組結果 モデル事業にかかわる住民（加入者）の状況



※健康状態不明者：在宅保健師、町の保健師の訪問によってアプローチ

● 取組効果

- 主な成果として、以下が挙げられる
 - 「チームコトウ」という枠組で窓口を一本化したことで、町担当課とかかりつけ医等の関係者双方が相談しやすい体制となった
 - 家族以外の困りごとの相談先として、住民に町保健師・民生児童委員等のリンクワーカーや地域サークル等の周知が進んだ
- 医療適正化の観点における成果として、社会資源を紹介した149人の対象者の受療行動後の数値が以下の通り変化した
 - 血糖・血圧・脂質：73人中59人が改善（80.8%）
 - 肥満度：68人中43人が改善（63.2%）
 - 医療費の削減状況（対令和2年度）：100人中47人が削減
- 保健事業の推進における効果として、以下が挙げられる
 - かかりつけ医との連携が密になり、重症化予防事業や特定健診が円滑に実施された

今後の方針

- チームコトウの輪を拡大し、かかりつけ医と地域が連携する仕組みを継続して構築中
- 社会資源である地域サークルが新規に7団体増加して99団体となり、継続して地域活動を進行中
- 定期的に関係者が集まり、リンクワーカー研修や情報共有の場を開催
- 評価指標（特定健診受診率・地域活動参加率等）の達成状況を含めた「中山間地域版予防・健康づくりマニュアル」を作成し、全県下に横展開

- 取組実施市町村：大山町
 - 人口：15,370人（令和2年時点）
 - 高齢化率：40.3%（令和2年時点）

- ウェルビーイングスター
出典：鳥取県提供資料

取組事例（2/3） - 鳥取県保険者協議会（令和4年度）

- 取組実施市町村：大山町
 - 人口：15,370人（令和2年時点）
 - 高齢化率：40.3%（令和2年時点）

取組の流れ・工夫点

- 実施体制：おせっかい人（リンクワーカー）・保険者協議会・大山町・ウェルビーイング研究所・町内かかりつけ医（7機関）・地域自主組織・社会福祉協議会

かかりつけ医



かかりつけ医

工夫点：

「かかりつけ医」・「おせっかい人」が連携し、医療保険者や行政等関係者と月1回開催の「ウェルビーイング推進会議」で定期的に協議

情報交換
（健康状態・生活環境が
気になる方へのサポート等）

地域コミュニティ （自治体）

養成

ウェルビーイング
研究所

工夫点：

国保加入者以外の対応において、保険者協議会が調整や舵取りを担い、橋渡し役として機能

定期的な情報交換・
必要な行政サポートの検討及び提供

おせっかい人
（リンクワーカー）

保険者協議会・
自治体

医療受診

社会資源等の情報・サービ
ス提供のサポート

リンクワーカーが実施する活
動への参加・
ウェルビーイングスターによる
アセスメント

住民

地域住民

社会資源

公的サービス
（行政・公民館・地
域包括支援セン
ター）

地域団体による
活動
（暮らしの保健室・
サロン等）

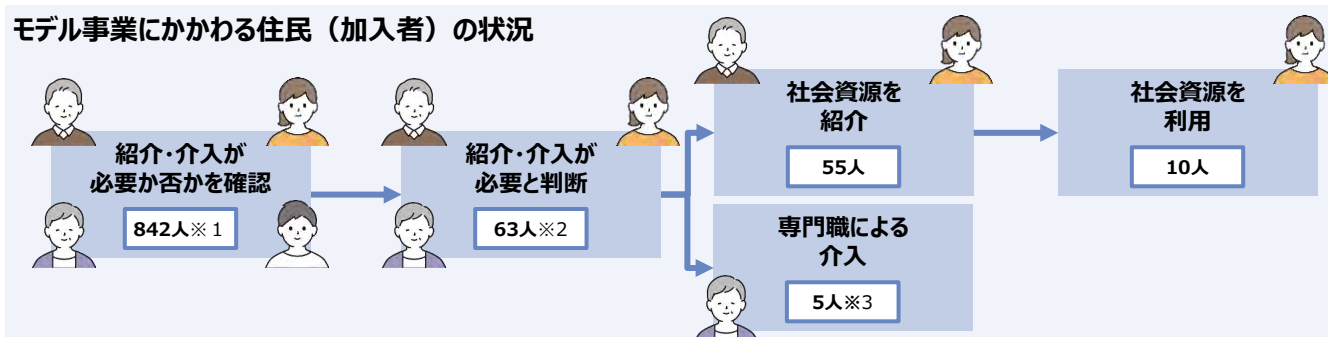
その他
（シルバー人材セン
ター・子育て支援セ
ンター）

参加・相談

取組の成果

取組結果

モデル事業にかかわる住民（加入者）の状況



※¹：842人→暮らしの保健室に参加し、ヒアリングを通じてウェルビーイングスターを用いた検討が必要かどうかを確認した人数

※²：63人→実際にウェルビーイングスターを作成した人数

※³：5人→社会資源の紹介はしていないが、リンクワーカー（看護師等）が継続的に介入した人数

取組効果

- モデル事業実施後、町民全体へのアンケートを実施した結果、以下の結果がみられた
 - この1年間で自身の健康を考える機会が増えた：77%
 - 地域活動参加率：69%（令和3年度：62%）
 - この1年で地域活動が増えた者のうち、満足度が向上：72%
- リンクワーカー（おせっかい人）の活動者数が**4名から70名に増加**（リンクワーカー同士の横のつながりを経て増加）
- 医療的成果の観点では、以下の傾向がみられた
 - 重複服薬者の月平均人数：**5.1%減少**（令和3年→令和4年）
 - 3機関以上重複受診者月平均人数：**3.2%減少**（令和3年→令和4年）

今後の方針

- リンクワーカーが地域で継続的に活動するための財源（ふるさと納税・新たな補助金等）を確保し、取組を継続
- 令和5年度から、鳥取県が市町村に対して補助制度（孤立孤独の県補助事業）を開始
- 「シン福祉ミーティング」の名称で、月1回、地域の実組織・おせっかい人・行政・社会福祉協議会等が集まり、地域の課題について議論し、顔の見える関係性を構築

取組事例（1/3） - 兵庫県保険者協議会（令和4年度）

- 取組実施市町村：養父市
 - 人口：22,129人（令和2年時点）
 - 高齢化率：39.6%（令和2年時点）

- 農業分野・芸術文化分野の活用を含めた「社会とのつながり」の紹介によって、社会的孤立に起因する健康面・社会生活面の課題解決を支援しようとしている。

取組の目的

- 孤立などに起因する疾病の重症化が懸念される住民（被保険者）について、かかりつけ医と連携して重症化を予防するとともに孤立を解消するために地域コミュニティや社会資源につなげる取組を行い、被保険者の健康面だけでなく社会生活面の課題解決につなげる仕組みを構築

取組内容

課題発見 シーン

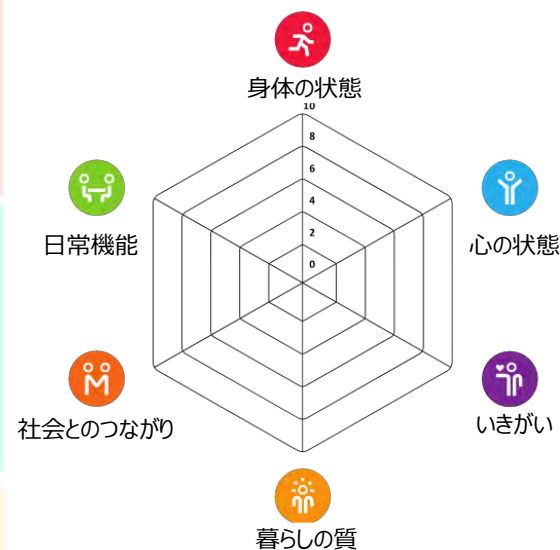
- 発見シーン**：かかりつけ医による診察時、健康状態不明者（65～74歳のうち、過去3年間で健診・通院がなく健康状態が不明の方）への受診勧奨時
- 対象者の抽出方法**：かかりつけ医の診察場面では医師が生活課題のある対象者を判断。健康状態不明者に対しては、電話・訪問を通じて保健師が聞き取り調査を実施し、生活面に問題がある対象者を抽出

リンクワーカー

- 担い手**：保健師、看護師
- 確保・養成のための取組**：リンクワーカー養成研修の実施（課題解決の基本的な考え方・技術を学び、地域包括ケア・地域共生社会の実現に向けて、リンクワーク機能の充実を図り、現場での実践に活かすことを目的として、全3回の研修を実施）また、ポジティブヘルス（クモの巣チャート）を参考に相談者とリンクワーカーでチェックし、コミュニケーションツールとしても活用できるアセスメントシートの作成を検討中

社会資源

- 主な社会資源**：趣味・文化的活動（農業、アート、毎日元気にクラス、ひとり暮らし高齢者のつどい）、公的サービス（介護保険制度、自立支援制度）、高齢者相談センター、地域包括支援センター、（公社）シルバー人材センター、（一社）猫の手くらぶ
- 社会資源の選定の方法**：対象者の話を聞く中でリンクワーカーが判断



クモの巣チャート
出典：Institute for Positive Health

取組事例（2/3） - 兵庫県保険者協議会（令和4年度）

- 取組実施市町村：養父市
 - 人口：22,129人（令和2年時点）
 - 高齢化率：39.6%（令和2年時点）

取組の流れ・工夫点

- 実施体制：保険者協議会、兵庫県、養父市、医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会

工夫点：
かかりつけ医からリンクワーカーに、対象者の状況や支援依頼について簡易に連携できるよう、「相談支援依頼シート」を作成・活用

かかりつけ医・
病院組合



かかりつけ医

情報連携

保険者（自治体）



保険者
（リンクワーカー）

特定保健指導・
受診勧奨・
地域コミュニティ等への参加勧奨

住民（加入者）

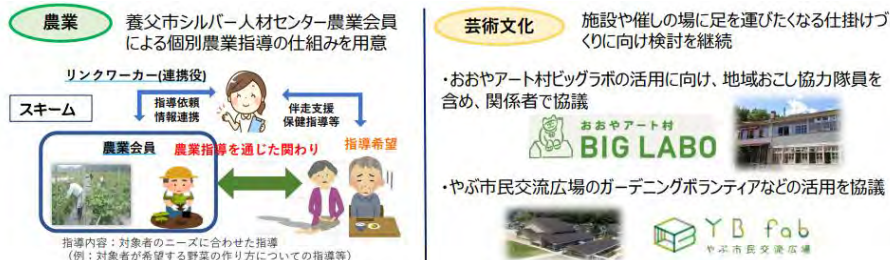
医療受診



住民

参加・相談

工夫点：
地域特有の社会資源（農業・芸術文化）の活用



出典：兵庫県提供資料

社会資源

既存の集いの場
(健康教室、自治協活動、高齢者サロン、趣味・スポーツ、高齢者大学、公民館教室、ボランティア活動)

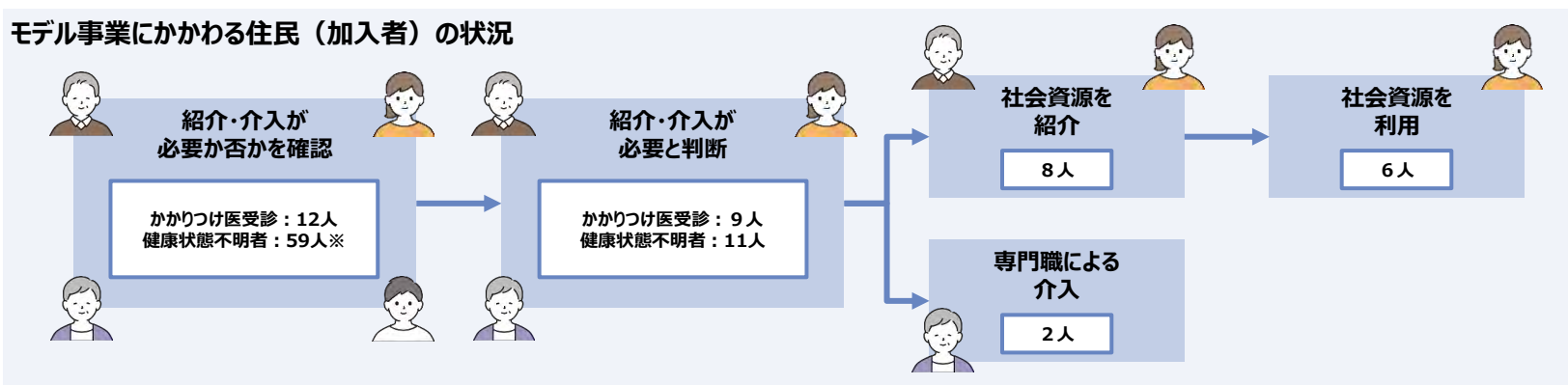
農業分野
(養父市シルバー人材センター農業会員による個別農業指導の仕組みを用意)

芸術・文化
(針金アート講座の開催、「やぶ市民交流広場」や「おおやアート村ビッグラボ」と連携したアート指導、イベント参加等による通いの場づくり)

取組の成果

取組結果

モデル事業にかかわる住民（加入者）の状況



※健康状態不明者：65～74歳のうち、過去3年間で健診・通院がなく健康状態が不明の方

取組効果

- かかりつけ医からの反応として、「**重複多剤服薬が改善した**（薬局一本化につながり、服薬管理の不安が減少した）」「医療だけでは担えない生活面に課題を持つ患者をつなげる（相談する）窓口・手段ができたことで、**医療機関への不定期の困った受診（2週間に3・4回）や体調不良を理由とした電話相談の数が減少**し、スタッフの負担が軽減した」「**重度の疾病を抱えるひきこもり事案が医療・介護につながった**ことで、今は本人が受診できる状況になった」といった声があった
- 様々な事例に対応する中で、社会的処方3要素「本人中心性」「エンパワメント」「共創」を意識した伴走支援の重要性を再認識できた

今後の方針

- 対象者の生活背景に対して、客観性をもってアプローチできるよう、「健康の社会的決定要因（SDH）」の観点を踏まえたアセスメントツールを活用し、糖尿病重症化予防・特定保健指導等への応用について検討
- 受け皿となる住民主体の多様な地域コミュニティ活動の促進（市民向けリンクワーカーであるコミュニティコネクターを対象とした研修の実施、地域・市民活動の支援、自治協の機能強化）
- ケースを積み上げ、好事例の横展開を実施
- 専門職リンクワーカー（ヘルスコネクター）研修の継続 等

- 取組実施市町村：釜石市
 - 人口：32,078人（令和2年時点）
 - 高齢化率：40.0 %（令和2年時点）

- ## 取組の目的

- ## 取組内容

リンクワーカー

- ## 社会資源

- 【Cパス: 健康・ふりばis】** 医師がチェックする

1. フォローが必要な項目「復旧系」

 - ☐ 自由直
 - ☐ 口腔 胃腸検査
 - ☐ 呼吸器検査
 - ☐ 消化器検査
 - ☐ その他()

2. 診断結果

1) 治療の方針

 - ☐ あり(複数可)
 - ☐ 食事療法
 - ☐ 運動療法
 - ☐ 薬物療法
 - ☐ その他以外()
 - ☐ 経過観察

2) 今後の生活について

1) 家庭治療や生活上の支援の必要性

 - ☐ あり(複数可)
 - ☐ なし

☐ 家族で
☐ 自宅へ

☐ 健康相談
☐ 生活相談
☐ 栄養相談
☐ 地域資源の活用による社会参加
☐ 家庭訪問
☐ 結核相談
☐ 禁煙チャレンジ教室(集団)
☐ 減塩チャレンジ教室(集団)
☐ その他()

判定可能? おおね相談会? ⇒

2. 医師がチェックする

【7月1日医療機関との連携の中で検診日に注意】

 - 保健事業の具体化のイメージが
 つかない、労力不足に悩んでいる
 ⇒ 国・自治体より
 支援を要する、大規模な支援が必要
 ⇒ 保健事業? 100%の達成率?
 による、判定は注意。(注)

保健事業の活用
 保健事業の活用による社会参加
 保健事業の活用による社会参加

- 【S パス：健康状態・生活状況調査シート】
1. あなたの現在の健康状態はいかがですか。
1)よい 2)まあいい 3)ふつう 4)あまりよくない 5)よくない 6)悪い
2. 喉嚨や体毛はとれていますか。
1)十分に 2)よく 3)あまり 4)少し 5)ほとんど 6)全く
3. 6か月間で2~3 kg以上の体重減少がありましたか。
1)はい 2)いいえ 3)よくない 4)よくない
4. 以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと感じますか。
1)はい 2)いいえ 3)よくない 4)よくない
5. 体調が悪いことや困りごとがあった時に、近くに相談できる人はいますか。
1)はい 2)いいえ 3)よくない 4)よくない
6. 生活の困りごとを気軽に頼める相手はいますか。
1)妻やいる 2)妻やいない 3)妻やいる 4)妻やいない 5)妻やいる 6)妻やいない
7. 家族や知人などへ話をしますか。
1)する 2)する 3)する 4)する 5)する 6)する
8. 同居家族は何人ですか。
1)一人暮らし 2)二人暮らし 3)三人暮らし 4)四人暮らし 5)五人暮らし 6)六人以上
9. 給食や年金の支給日前に、暮らしに困ることはありませんか。
1)はい 2)いいえ 3)よくない 4)よくない
10. 日常生活のなかで、不安や心配に陥ることはありますか。
1)はい 2)いいえ 3)よくない 4)よくない
- ・本人が記載する
・特定保健指導対象者
及び高齢高齢者特定者
は記載と同時に保健師等の面談あり
・判定区分者は、医師会が回収し、
クロス集計の結果より保健師等が
訪問面談を行う
- ・配慮はこれだけでよいかどうか？
か？
・クロス集計の項目はこれでよいかどうか？
か？
・さらに多職種連携で主体的な
アプローチ（セルフヘルプ）で
活用できないか？

アセスメントシート（「健康づくりパス」・「生活状況調査シート」）イメージ
出典：岩手県提供資料

取組事例（2/3） -岩手県保険者協議会（令和4～5年度）

- 取組実施市町村：釜石市
 - 人口：32,078人（令和2年時点）
 - 高齢化率：40.0%（令和2年時点）

取組の流れ・工夫点

- 実施体制：**釜石市、釜石医師会、釜石歯科医師会、釜石薬剤師会、在宅介護支援センター、社会福祉法人等

工夫点：
保険者、医師会、在宅介護支援センター、社会福祉法人等による連携体制（プロジェクトチーム）を構築し、年4回の事業推進検討会を開催

かかりつけ医・医師会



かかりつけ医

アセスメントシートを持参して医療受診

医師方針をアセスメントシートに追記して提出

検討会議

医師会

保険者

情報共有・経過報告

対象者に応じて適切なリンクワーカーに繋ぐ

工夫点：
リンクワーカー・プロジェクトチームを対象とした人材育成研修を実施し、事例検討を通じて社会資源への理解を深化

保険者（自治体）



保険者

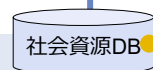
特定健診

受診勧奨とともにアセスメントシートを配布

リンクワーカー

ケアマネジャー・生活支援コーディネーター

保健師・栄養士



工夫点：
リンクワーカーが住民に適した社会資源を紹介できるよう、収集した社会資源データを精査しリスト化

住民（加入者）



住民



社会資源を紹介

参加・相談

社会資源

地域包括支援センター・社会福祉協議会等

市の保健事業（健康相談、栄養相談、禁煙・減塩教室）

地域の参加資源（運動、ボランティア、趣味・学習）

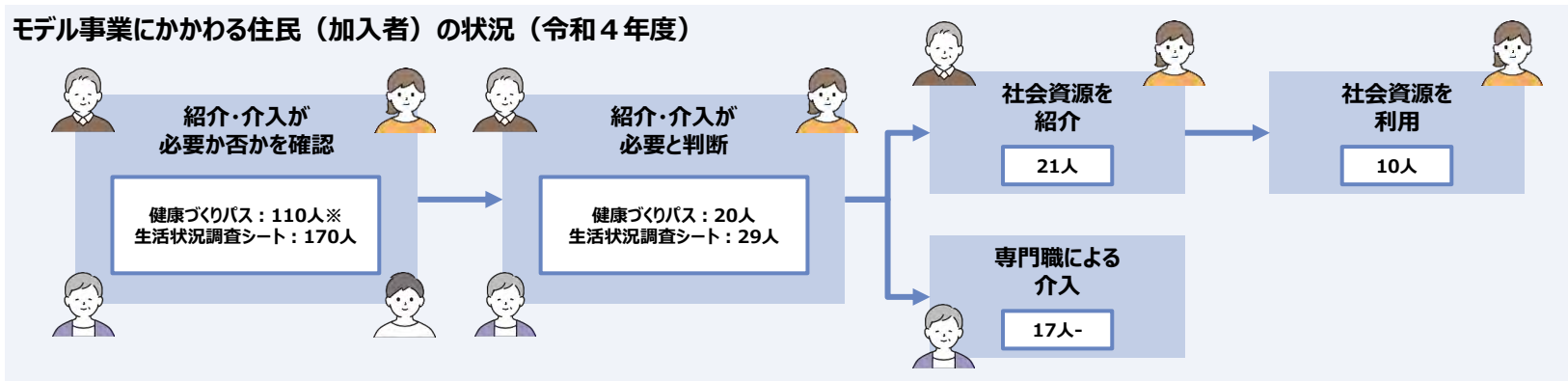
取組事例（3/3） - 岩手県保険者協議会（令和4～5年度）

- 取組実施市町村：釜石市
 - 人口：32,078人（令和2年時点）
 - 高齢化率：40.0%（令和2年時点）

取組の成果

取組結果

モデル事業にかかわる住民（加入者）の状況（令和4年度）



※健康づくりパス＝かかりつけ医受診時

取組効果

- 医療機関と市の保健師・管理栄養士の顔の見える関係づくりが推進され、**保健事業と医療機関の連動**が図られた
- 医師会が主体的に、市の健診受診勧奨に関する取組を行うため、医師からの理解が得られやすく、結果として、**健診の受診率が向上**（5.8ポイント増加）
- 医師会理事会などの場で、健診項目に関する医師の意見を聴取できたことで、市として検討するきっかけとなった
- 栄養相談のニーズが高いことが把握され、**市の管理栄養士のモチベーションが向上**
- かかりつけ医等に、**市の保健事業（相談窓口・教室）の認識・理解**を図れる機会となった

今後の方針

- 紹介・介入等が必要とされたケースに対する**保健師等のフォロー体制が確立されていないため、組織体制の整備と重層的支援体制整備事業等の活用による人材育成を実施予定**

取組事例（1/3） - 大阪府保険者協議会（令和3～4年度）

- 取組実施市町村：高石市
 - 人口：55,635人（令和2年時点）
 - 高齢化率：28.5 %（令和2年時点）

- 自治体連携による妊産婦の心身の予防的セルフケアを促進する社会的処方システムの構築を進めている。

取組の目的

- 妊産婦の体力低下、メンタルヘルスの悪化、孤立・孤独、社会資源・サービス利用不足の改善
- 妊産婦の心身の健康増進と予防的セルフケアを促進及び、参加しやすい社会資源の開発

取組内容

課題発見 シーン

- 発見シーン**：産婦人科・助産所の診察時、本事業で開発した「運動＆相談一体型教室」の参加時
- 対象者の抽出方法**：「エジンバラ産後うつ病自己評価票（EPDS）」による抽出、医療機関等の受診時や予防接種時、家庭訪問時に「運動＆相談一体型教室」へ誘導し助産師等との相談やヒアリング時に判断

リンクワーカー

- 担い手**：市立母子健康センターの助産師・地域ボランティア（出産後～1年までに3回全家庭を訪問するボランティア）
- 確保・養成のための取組**：市立母子健康センターの助産師や、市の母子保健専門職へ研修会を実施。地域ボランティアについては、講習会を実施し妊産婦に対し地域の社会資源・サービスの存在や内容、それらの有用性（魅力や楽しさを含む）等を口コミで伝える役割を担う「健幸アンバサダー」を育成した。

社会資源

- 主な社会資源**：「運動＆相談一体型教室」（オンライン・対面のハイブリッド形式）、市立母子健康センターで実施している各種教室（マタニティヨガ、アロマ、沐浴、産後ケア等）等
- 社会資源の選定の方法**：基本的に対象者には、本事業で開発した「運動＆相談一体型教室」や市立母子健康センターで実施している各種教室を案内



「運動＆相談一体型教室」の様子
出典：大阪府提供資料

取組事例（2/3） - 大阪府保険者協議会（令和3～4年度）

- 取組実施市町村：高石市
 - 人口：55,635人（令和2年時点）
 - 高齢化率：28.5 %（令和2年時点）

取組の流れ・工夫点

- 実施体制：大阪府保険者協議会、高石市、高石市医師会、つくばウェルネスリサーチ

産婦人科・小児科・保健センター



かかりつけ医

保険者（自治体）・市立母子健康センター

「エジンバラ産後うつ病自己評価票」等によるアセスメント

情報提供



助産師・地域ボランティア（リンクワーカー）

住民（加入者）

医療受診

社会資源の紹介

妊産婦

社会資源

運動＆相談
一体型教室

市立母子健康センターで実施している
各種教室

参加・相談

工夫点：
市内の妊産婦は、市域に産科がないことから、隣接する自治体と産科にも協力を依頼

工夫点：
オンライン・対面のハイブリッド形式で実施するほか、SNSでの動画配信も実施

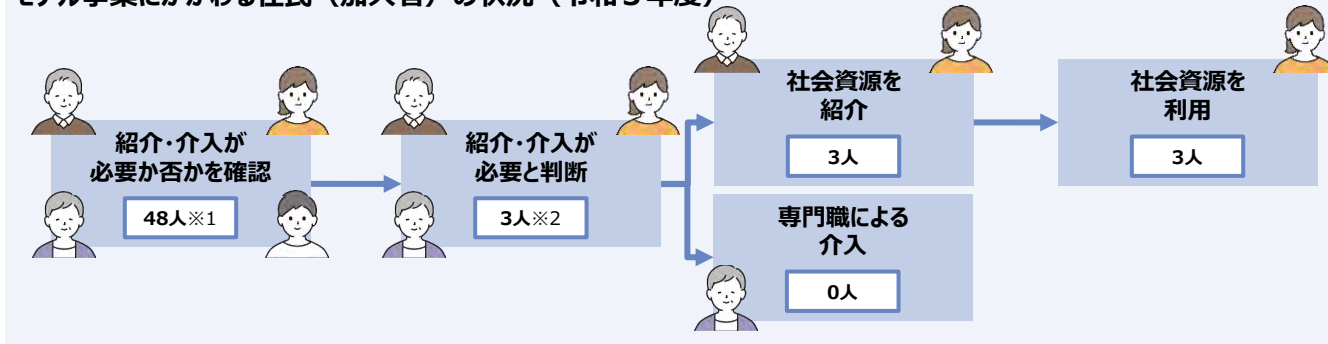
取組事例（3/3） - 大阪府保険者協議会（令和3～4年度）

- 取組実施市町村：高石市
 - 人口：55,635人（令和2年時点）
 - 高齢化率：28.5%（令和2年時点）

取組の成果

取組結果

モデル事業にかかわる住民（加入者）の状況（令和3年度）



※1：48人＝市立母子健康センターから一体型教室の活動に案内した人数

※2：3人＝教室に参加されたり、エジンバラ産後うつ病自己評価票で評価した結果、紹介・介入が必要と判断された人数

取組効果

- オンラインでの「運動＆相談一体型教室」は、子育てで時間がない母親において有用なサポート体制である可能性が示された
- 「運動＆相談一体型教室」の参加者からは、「ママ友ができた」や「子育てに自信がついた」等の肯定的な意見等があった
- 産婦人科からは、「産後3年の母親を対象とした取組が地域に提供されることは良い」との意見があり、積極的な本事業への協力につながった

今後の方針

- 「妊婦・子育て家庭への伴走型相談支援」の活用し、市立母子健康センターにおいて継続的に取り組む予定

取組事例（1/3） - 秋田県保険者協議会（令和3～5年度）

- 取組実施地域：8医療圏（令和3年度は、5医療圏で実施）
- 秋田県人口：959,502人（令和2年時点）
- 秋田県高齢化率：37.5%（令和2年時点）

- かかりつけ医への受診を通じて、対象者が抱える「健康の社会的決定要因：Social Determinants of Health (SDH)」を把握し、個々の対象者に合った社会資源へとつなげ、対象者の生活を支援しようとしている。

取組の目的

- 患者が抱える孤立、貧困、DV・虐待など、**健康に影響を及ぼす社会的決定要因（SDH）**を取組を通じて取り除き、病気の重症化予防・フレイル予防につなげることにより、**患者が地域において生き生きと健康で暮らせる社会を実現すること**

取組内容

課題発見 シーン

- 発見シーン**：かかりつけ医による診察時
- 対象者の抽出方法**：秋田県医師会・研究チーム等で検討し、独自の問診票を作成。問診票は社会的孤立リスク因子を以下の9項目で判断し、総点数が高いほど社会的孤立に陥っているリスクが高いと定義。
 - ①独居、②要介護、③閉じこもり傾向、④経済的困窮、⑤メンタル面、⑥環境面問題、⑦相談できる人いない、⑧認知症、⑨短縮版UCLA孤独感尺度

リンクワーカー

- 担い手**：保健師、看護師、社会福祉士、公認心理師等
- 確保・養成のための取組**：リンクワーカーのネットワーク化を視野に、相互に情報交換できる仕組みを令和4年度に構築した。令和5年度にはリンクワーカー研修会の開催を予定。活動費として1か月ごとにリンクワーカーに報酬を支払い

社会資源

- 主な社会資源**：サロン、運動教室、運動サロン、デイサービス、包括支援センター、高齢者の集いの場等
- 社会資源の選定・リスト化の方法**：選定について、リンクワーカーが保険者やかかりつけ医等と情報共有を図りながら、個々の患者にあった地域の社会資源につなげている。また、適切な地域の社会資源が地域にない場合には、自ら傾聴する等し、患者を支援するよう努めている。リスト化については、地域資源マップを作成

氏名		性別	男・女	生年月日 (年齢)	M・T・W・R ()	年 月 日
(1) 家族について						
氏名	続柄	介護・支援 であるか	現在の 状況	住所	備考	
〇〇 〇〇	本人	☐	職業など		健康状態や関係 性など	
(2) 健康状態について						
氏名	氏名	職業・活動状況	備考			
(3) あるたの合併状況						
(家支援1・2・3・4・5)・必要なし						
(2) 身近な人で介護の必要はないか。						
(続柄)) (家支援1・2・3・4・5)						
(続柄)) (家支援1・2・3・4・5)						
(続柄)) (家支援1・2・3・4・5)						
(3) 生活について						
①「日々暮らしていくことが難しいか。」						【備考】
1. 家族 2. 友人・知人 3. 地域など一人						
②週に1回は外出しているか。(通院以外)						
はい → はい						

問診票
出典：秋田県提供資料

取組事例（2/3） -秋田県保険者協議会（令和3～5年度）

- 取組実施地域：7 医療圏（令和3年度は、5 医療圏で実施）
- 秋田県人口：959,502人（令和2年時点）
- 秋田県高齢化率：37.5 %（令和2年時点）

取組の流れ・工夫点

- 実施体制：秋田県医師会、秋田県保険者協議会
- 令和3年度は5 医療圏、令和4年度は7 医療圏で実施

工夫点：
実施地区単位で開催する検討委員会や状況報告会のほか、
全県単位で開催する事業評価委員会や事業報告会を通じて、
関係者間で情報共有を行っている

かかりつけ医・医師会



かかりつけ医

診察・問診票を用いた
アセスメント

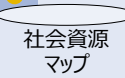
保険者（自治体）

保健師・看護師等
（リンクワーカー）



支援

情報提供・共有



対象者の紹介・
情報共有

工夫点：
リンクワーカーのネットワーク化を視野に、
リンクワーカー同士が相互に
情報交換できる仕組みを構築

工夫点：
秋田県・市町村から情報を
提供してもらい秋田大学が
地域資源マップを作成

住民（加入者）



住民
（SDHを抱える患者）

医療受診

相談

参加・相談

社会資源

自治組織
（町内会、老人クラブ、
自治会）

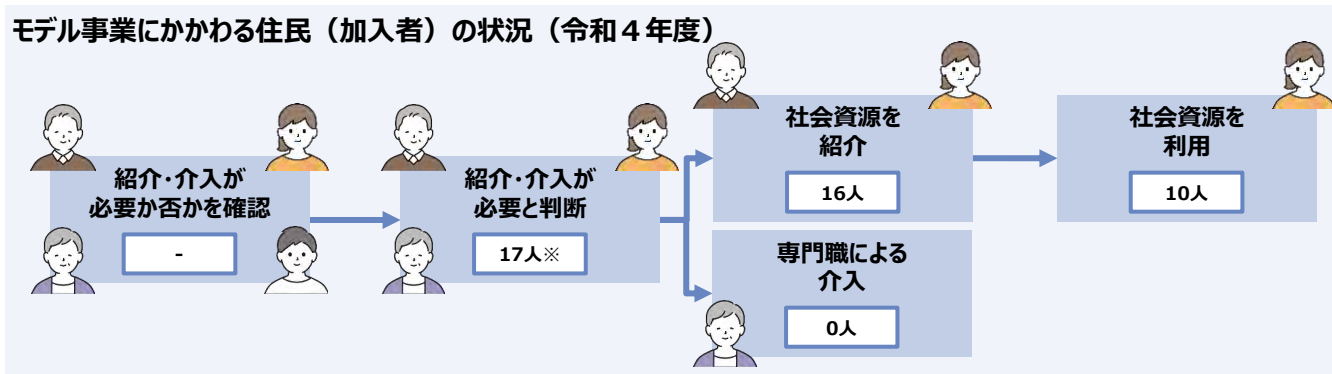
健康教室
（体操教室、
介護予防教室）

相談窓口
（暮らしの窓口、
サロン、弁護士等）

社会貢献等
（ボランティアセンター、
NPO、生涯学習サー
クル）

取組の成果

● 取組結果



※17人：問診票を使用した対象者

● 取組効果

- 対象者の**医師に対する信頼度が高まった**
- 対象者の**介護保険認定につながった**
- 対象者の**高脂血症数値の改善**がみられた
- 対象者の運動意欲が増し、**運動習慣が確立**した
- 「精神的に明るくなった」「町内会で周りの方と会話するようになった」「サロンなどへの外出が増えた」等の**対象者の行動変容が確認**できた

今後の方針

- 地域ごとの**社会資源・人的資源の偏在・不足が課題**となっているため、今後は**資源の掘り起こしが必要**
- 現在は秋田県が主体となり取組を実施しているが、将来的には**市町村を主体**とした事業の実施も想定

取組事例（1/3） - 三重県保険者協議会（令和3～5年度）

- 取組実施市町村：名張市
 - 人口：22,129人（令和2年時点）
 - 高齢化率：39.6%（令和2年時点）

- 既存の事業（重層的支援体制整備事業、在宅医療・介護推進事業等）や住民自治の意識が醸成された土壌を活かし、保険者・医師会等の連携を通じて社会的リスクを抱える対象者への社会生活面の支援を実施しようとしている。

取組の目的

- 医療を起点とした連携システムにより、**疾病の重症化予防と孤独・孤立による生活困窮を含む生活課題の重複・重症化を予防**すること。また、専門職や自治体、関係機関のネットワーク化により、**重層的な支援体制を構築**すること
- 支援の受け手・担い手の垣根をこえ、ともに支え合う地域共生社会の理念の具現化に向け、**リンクワーク機能の強化**を図ること

取組内容

課題発見 シーン

- 発見シーン**：かかりつけ医による診察時、地域住民や在宅医療・介護関係機関、行政他部署からリンクワーカーへの情報提供、既存調査（高齢者実態調査）による孤立ハイリスク者の抽出
- 対象者の抽出方法**：かかりつけ医による診察時は、ひきこもり・不登校・DV等の名張市が設定する12項目の課題を基に判断。その他住民やリンクワーカーからの発見においては、「名張市地域福祉教育総合支援ネットワーク」による15の課題を基に判断。（右図参照）

リンクワーカー

- 担い手**：保健師、看護師、社会福祉士、介護支援専門員、介護福祉士、行政職員、民生児童委員・区長等の住民
- 確保・養成のための取組**：リンクワーカー研修会の実施（「ステイホームダイアリー」、「できることもちよりワークショップ」、「まちあるき」等）

社会資源

- 主な社会資源**：高齢者サロン、子育て広場、老人クラブ、ボランティア、動物愛護団体、趣味活動、自助グループ、生涯学習の教室、公園、病院、運動施設等
- 社会資源の選定・リスト化の方法**：選定について、リンクワーカーが対象者本人の希望及び安全な生活・重症化予防のために必要なことを基に判断した。リスト化について、①「社会的処方」のタネ集（インフォーマル情報142件）を作成し、リンクワーカー内で共有②Googleマップを用いて生活者目線の社会資源を地図上に蓄積③地域資源情報共有システム「なばリンク」の活用④3点を実施

複合的な生活課題を抱える対象者



「名張市地域福祉教育総合支援ネットワーク」による15の課題
出典：三重県提供資料

取組事例（2/3） - 三重県保険者協議会（令和3～5年度）

- 取組実施市町村：名張市
 - 人口：22,129人（令和2年時点）
 - 高齢化率：39.6%（令和2年時点）

取組の流れ・工夫点

- 実施体制**：保険者協議会、保険者（名張市市民部保険年金室）、名賀医師会、名張市立病院

工夫点：
連携促進のため、1～2か月に1回程度
関係者間でカンファレンスを開催し、
事例検討や情報共有を実施

工夫点：
医師の手間を減らすため、
医療機関からの情報はFAX一枚
で提供してもらう形式とした

工夫点：
リンクワーカーの負担とならないよう、
内部研修はリンクワーカーの
就業時間内に実施

かかりつけ医・医師会



かかりつけ医

保険者（自治体）



保健師・
管理栄養士

保険者

住民（加入者）



住民

リンクワーカー

医療ソーシャル
ワーカー・看護師

保健師・介護支援
専門員

行政職員

地域住民
（民生委員等）

社会資源

公的サービス
（高齢者サロン等）

公的外サービス
（趣味の活動等）

医療受診・
特定健診

栄養指導・
保健指導

既存調査（高齢者実態調査）
による孤立ハイリスク者の抽出

養成・機能強化

情報提供・社会資源の紹介等

参加・相談

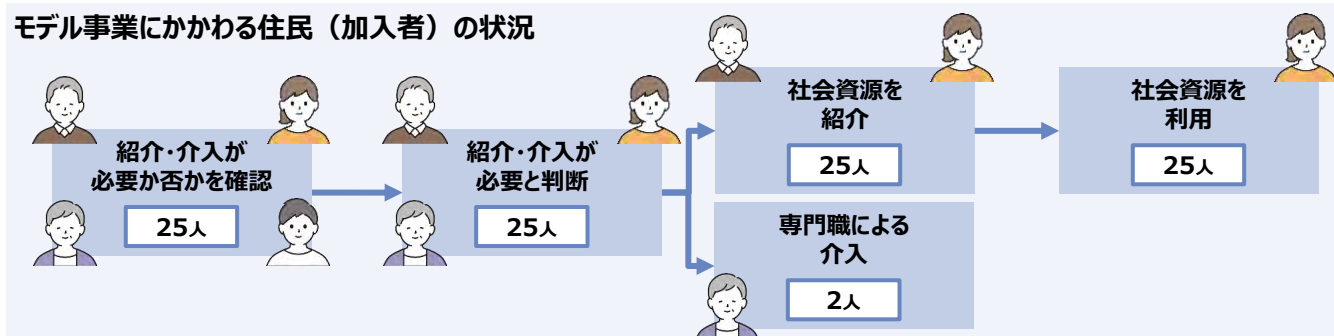
情報提供・フィードバック

取組事例（3/3） - 三重県保険者協議会（令和3～5年度）

- 取組実施市町村：名張市
 - 人口：22,129人（令和2年時点）
 - 高齢化率：39.6%（令和2年時点）

取組の成果

● 取組結果 モデル事業にかかわる住民（加入者）の状況



※かかりつけ医による診察時を起点とした人数のみを記載

● 取組効果

- 「ステイホームダイアリー（右図参照）」等の県独自のリンクワーカー研修の実施により、**新たな社会資源の発掘・創出**につながった
- 医療受診を起点とした対象者の発見に併せて、医療機関から遠ざかっている健康状態不明者の抽出を実施**することで、より効果的な対象者の発見につながった
- 「在宅医療・介護推進事業」、「重層的支援体制整備事業」、「高齢者と保健事業の一体的推進」、「重複受診への指導」等の**他事業との連動が対象者の発見や紹介・紹介の検討、紹介先となる関係機関との連携推進に有効**であり、必要と認識した
- 事業活用後、医療機関から市に情報提供等連絡があったりと、**市と医療機関との連携が強化**された
- リンクワーカーが、紹介先となることを意識して、地域における介護予防や健康づくりの教室等のポピュレーションの場との連携を主体的に図る等、既存の保健事業の推進にも効果がみられた



出典：ステイホームダイアリープロジェクトホームページ

今後の方針

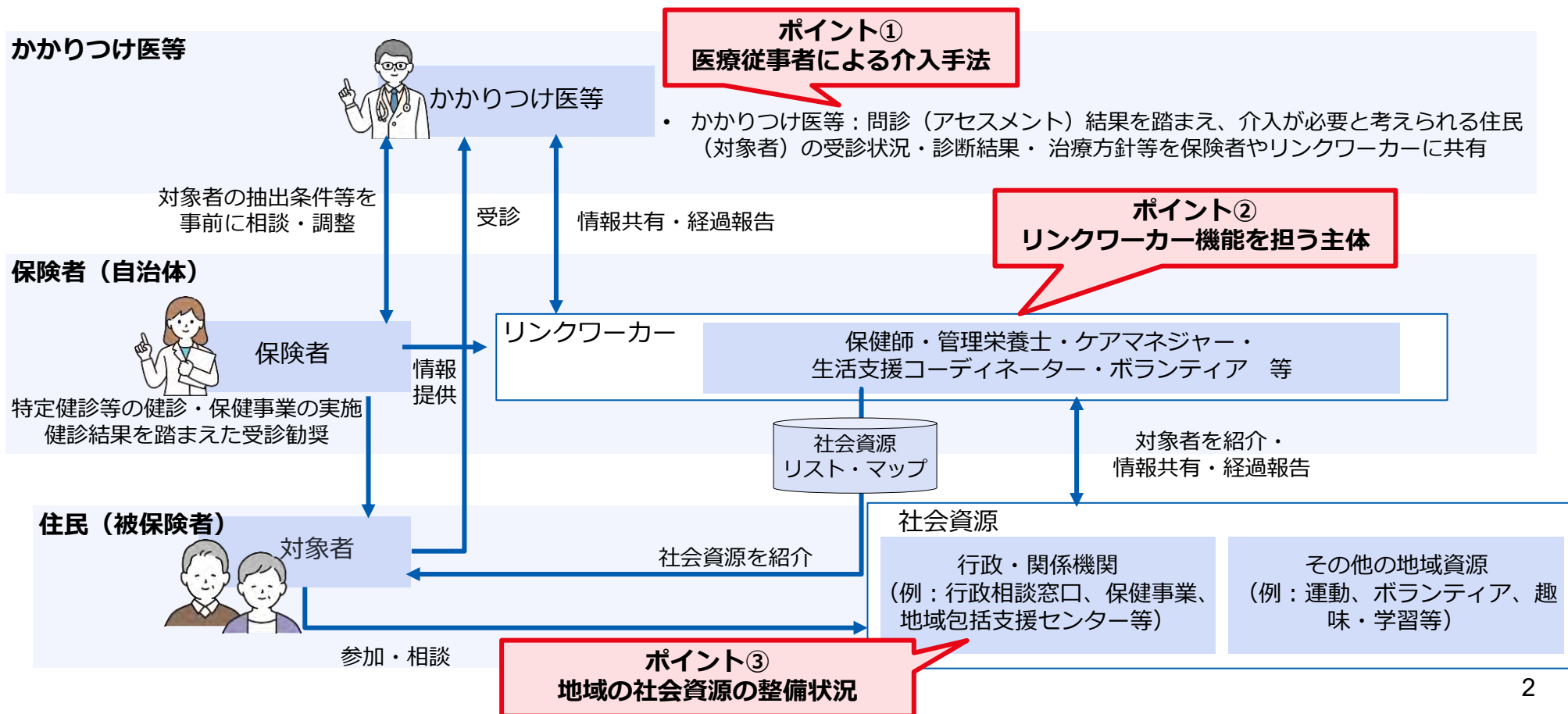
- 既存事業（在宅医療・介護連携事業、重層的支援体制整備事業、一体化事業等）との連動
- 三重県との連携による人材育成の継続

参考資料 2 - 1

モデル事業を踏まえた実践のためのステップ°

モデル事業における取り組み状況

- かかりつけ医と医療保険者の協働により、加入者の重症化予防に必要な保健指導の実施や、地域資源の活用を進めることで、加入者の健康面・社会生活面の課題を解決することを目的とし、令和3年度より開始。
- 令和5年度までの3力年で9府県の保険者協議会が実施。
- 取組のポイントとなる以下の3点については、協議会ごとに様々な工夫がされていた。
- 保険者協議会による、複数市町村や市町村国保以外の保険者を統括した取組の検討（地域資源マップ、アセスメントツールの作成・リンクワーカー合同研修会の開催等）が進むと、更なる取組の向上につながると考えられる。



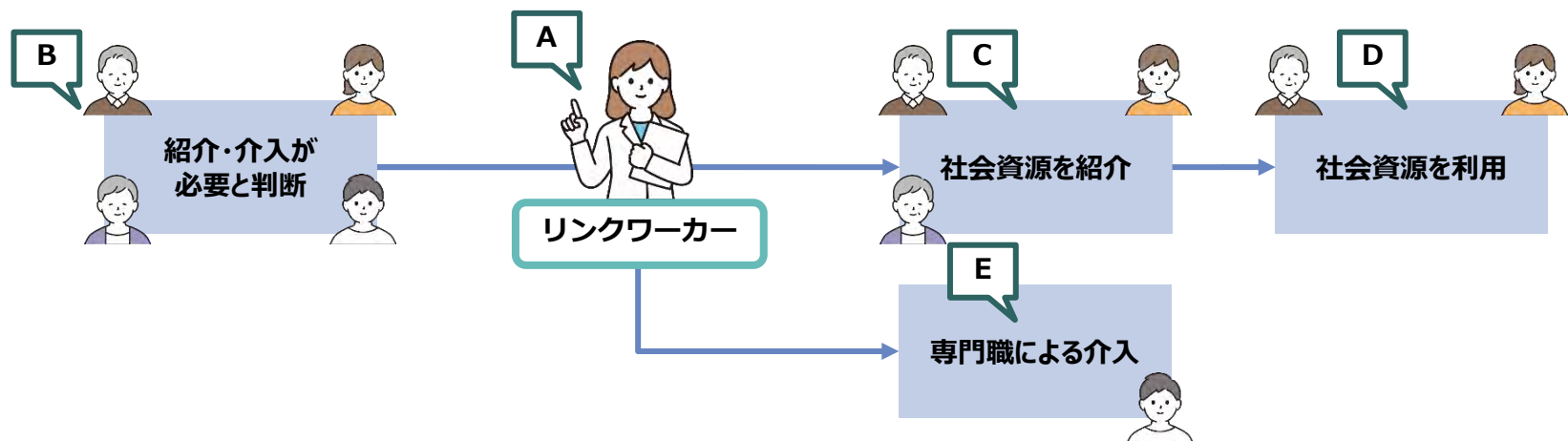
モデル事業で見られたポイントと考えられる対応

- 本モデル事業の取組におけるポイントについて、今後、以下のような対応が考えられる。

ポイント	詳細	考えられる対応
ポイント①： 医療従事者による 介入手法	多様な関係者が取組の目的を共有し、一定の共通水準で対象者を抽出するために、アセスメントシートを作成する等、地域ごとに独自にゼロから作成している。 ※モデル事業においては、多くの地域で問診票をゼロから独自に作成している。	モデル事業で作成・使用された問診票（アセスメントシート）等を共有。他の地域で使用されているアセスメントシートを参考に、地域の特性を踏まえ作成できるよう支援。
ポイント②： リンクワーカー機能を担う主体	多様な主体（医療従事者、保険者・行政・民間（ボランティア））がリンクワーカー機能を担っており、各々が担う役割も多岐にわたっている。 ※モデル事業においては、紹介・介入が必要な住民の抽出に関与する医師をも含めてリンクワーカーと呼称している事例もある。	地域には、既にリンクワーカーに近い役割を担っている主体（生活支援コーディネーター、民生委員等）が存在するため、地域の実態に合わせて必要な場合、リンクワーカー機能を担う主体を検討
ポイント③： 地域の社会資源の整備状況	対象者の社会生活面の課題やニーズを踏まえた上で適切な社会資源を選定することが重要であるが、地域毎に社会資源の整備状況が様々である。	活用可能な社会資源の整備等、紹介可能な社会資源を共有するための地域資源マップ等を作成

参考：モデル事業におけるリンクワーカーの実態

【モデル事業におけるリンクワーカーの活動実績※】



分類		平均人数	リンクワーカー 1人当たりの担当人数
A：リンクワーカーの人数	行政職員	14人	
	行政職員以外	10人	
B：介入を行った対象者の人数		117人	5人
C：社会資源を紹介した人数		24人	1人
D：社会資源の利用につながった人数		10人	
E：専門職による介入につながった人数		8人	

※：令和3～5年度にモデル事業を実施した9府県の平均値

実践のためのステップ（概要）

- 保険者協議会等による取組は、以下ステップに留意して推進する。

ステップ	①状況分析		②実施体制の構築		③取組の改善・精緻化		④追跡・評価
WHO toolkit STEP※	STEP 1 : Conduct a situation analysis	STEP 2 : Assemble a core implementation on team	STEP 3 : Develop an implementation on work plan	STEP 4 : Map out community resource	STEP 5 : Get everyone on board	STEP 6 : Link worker training	STEP 7 : Monitoring and evaluation
概要	- 対応すべき課題（孤独・孤立、生活習慣、生活困窮等）を整理 - 保険者協議会・行政等が主体となって関係者間で認識合わせを行い、取組の目的を設定	- 地域の特性に合わせて、医師会・社会福祉協議会等の課題解決につなげるために必要な関係者と連携し、核となるチームを結成 - 関係者間で、対象者抽出のためのアセスメントシートの作成等、医療従事者による介入手法の検討、リンクワーカー機能の検討（既存の人的資源の活用、新規育成等）等を協議		- 地域の実情や実践の成果に応じて、取組の改善・精緻化を図る （例） 社会資源マップ・リストの作成：リンクワーカーが対象者の社会的課題やニーズを踏まえた上で適切な社会資源を選定できるよう、地域の社会資源をマップ化 チームの拡充：取組状況を踏まえ、新たな関係者との連携が可能となるようチームを拡充 リンクワーカー研修の実施：リンクワーカー機能の質向上に向けて、コンピテンシー（知識、能力、態度等）の取得を目指とした研修を実施		追跡：対象者への介入について定期的なモニタリング 評価：対象者の目標が達成され、健康課題・社会課題の解決につながっているかの評価・取組の改善	
詳細	P.6参照	P.7参照		P.8参照		P.9参照	

実践のためのステップ（詳細）

①状況
分析

②実施体制の
構築

③取組の改善・
精緻化

④追跡・
評価

ステップ①

地域の実情に応じて、取組で対応していく課題を整理し、取組の目的を設定。

①状況分析

【実施内容】

- 地域の社会文化的背景を踏まえ、取組において「どのような課題に対応するか」「対象となり得る住民は誰か」を検討する。
- 保険者協議会・行政等が主体となり、取組の目的や期待される効果について、関係者間で確認する。

【モデル事業における事例】

取組の背景・課題認識

- 特定健診受診率が県平均より低く、健診受診の重要性の理解や、若いうちから生活習慣の改善に向けた行動を意識づけることが課題となっていた
- 医療資源等が少ない中で、超高齢社会を迎え、健康課題を抱えながら、老々介護、ひきこもり、8050問題、生活困窮、虐待等の社会的な課題も抱える住民が増加していた
- 大学の調査において、「産後うつ等で妊産婦サービスにつながる必要がある対象者のうち、実際にサービスにつながっている妊婦の割合が2割程度」と低かった。

取組の目的

- 地域総ぐるみの健康づくりを実施し、住民の健康意識の底上げを図るとともに、健康づくりが文化として日常生活に根付く
- 老々介護や生活困窮等の社会的リスクを抱える住民に対する予防健康づくり、孤独・孤立対策
- 妊産婦のメンタルヘルスの悪化、孤立・孤独、社会資源・サービス利用不足の改善

実践のためのステップ（詳細）

①状況
分析

②実施体制の
構築

③取組の改善・
精緻化

④追跡・
評価

ステップ②

ステップ①で整理した課題の解決・目的の達成に向けてチームを結成し、実践のためのフローについて検討。

②実施体制の構築

【実施内容】

- ・地域の特性に合わせて必要な関係者と調整し、核となるチームを結成する
- ・対象者の抽出・リンクワーカーの確保・社会資源の整理等、具体的な実施体制について検討する

【検討事項】



検討項目	モデル事業における事例
①-1：対象者をどこで特定するか	・かかりつけ医等の診察時、特定健診・特定保健指導受診時、健康状態不明者への受診勧奨時
①-2：誰がどのように対象者を抽出するか	・保険者協議会が主体となり地域の専門職（医師等）と協議しながらアセスメントシートを作成 ・行政が実施する既存調査（例：高齢者実態調査）の結果から対象者を抽出
②-1：誰がリンクワーカーの担い手となるか	・市町村の国保・衛生・高齢・福祉に配置された保健師・社会福祉士等や研修等を終了したボランティア（民生委員など含む）等 ・保険者が主体となり取組を推進するケースにおいては、既存の保健事業等を通して地域住民と接点をもつ保健師等がリンクワーカーの役割を担うことで、健康面と社会生活面での一体的な支援が実施でき、取組を開始しやすい。
②-2：どのようにリンクワーカーを養成・確保するか	・自治体・保険者協議会によるリンクワーカー研修の実施
③-1：どのように社会資源を選定するのか	・社会資源のリスト・マップ化による管理 ・1人のリンクワーカーだけで選定するのではなく、多職種により社会資源を選定
③-2：どのような社会資源を紹介するか	・公的機関・サービス：行政（福祉・健康・栄養相談窓口、禁煙・減塩教室）、社会福祉協議会、地域包括支援センター、公民館、ハローワーク 等 ・公的外の機関・サービス：通いの場、運動教室、オンライン健康相談、趣味文化活動、シルバー人材センター 等

実践のためのステップ（詳細）

①状況
分析

②実施体制の
構築

③取組の改善・
精緻化

④追跡・
評価

ステップ③

社会資源マップの更新・多様な関係者の参画・リンクワーカー研修等、取組の質を向上させる方策について検討。

③取組の改善・ 精緻化

【実施内容】

取組の結果に応じて、以下のような改善・精緻化を図る

- ・ **社会資源マップ・リストの更新**：対象者の社会生活面の課題やニーズを踏まえた上で適切な社会資源を選定できるよう、地域の社会資源マップ（リスト）を更新する
- ・ **多様な関係者の参画**：取組状況を踏まえ、新たな関係者との連携が可能になるようにチームを拡充
- ・ **リンクワーカー研修**：リンクワーカーの質の向上に向けて、コンピテンシー（知識、能力、態度等）の取得を目指した研修を実施

【モデル事業における事例】

取組内容	モデル事業における事例
社会資源マップ・ リストの更新	・ 介護などの他分野（他事業）において活用されている資源リストを精査・更新した上で活用 ・ Googleマップなどの既存のツールを用いて社会資源を地図上に蓄積 ・ リンクワーカーなどの関係者間で新たに社会資源マップを作成
多様な関係者の 参画	・ 行政・保険者協議会が関与していない主体（住民主体の趣味活動サークル等）とも連携 ※多様な関係者の参画においては、県や保険者協議会が橋渡し役となった。 ※モデル事業の取組を通して、取組の目的や成果が徐々に地域に認知され、様々な関係団体が提供する社会資源の活用が可能になった。
リンクワーカー 研修	・ 事例に関する関係者間での情報共有と支援を検討する研修会 ・ リンクワーカーの情報交換会 ・ リンクワーカーのスキル向上に向けたコミュニケーションスキルや対象者の伴走支援の方法についての研修会 ※都道府県・保険者協議会と連携し県内横断的に実施する、大学の有識者と連携し実施するなど自治体以外の関係者と連携することで効率的な実施につなげた。

実践のためのステップ（詳細）

①状況
分析

②実施体制の
構築

③取組の改善・
精緻化

④追跡・
評価

ステップ④

取組の実効性を担保しながら、継続的に取組を実施するために、追跡や評価の仕組みについて検討。

④追跡・評価

【実施内容】

- **追跡**：社会資源を紹介した後の動きについて定期的に確認するための検討会を設置する等、追跡の仕組みを構築する。
- **評価**：「実際に社会資源を利用したのか」「社会資源利用の効果を実感しているか」、また、取組が中断されてしまった対象者に関しては「なぜ中断したのか」など、健康課題・社会課題の解決につながっているか評価し、取組の改善につなげる。大学と協働して分析を実施する等も考えられる。

【追跡・評価におけるポイント】

多職種による検討会



医療従事者
(かかりつけ医等)



リンクワーカー



保険者協議会・行政

【追跡のポイント】

- 対象者の状況を定期的に確認・共有できるように検討会等を設置

追跡・
評価

紹介・介入が
必要と判断された
対象者

社会資源を紹介した
対象者

社会資源を
利用した対象者

社会資源を
利用していない
対象者

専門職による
介入を行った
対象者

【評価のポイント】

- 継続して社会資源を利用しているか
- 社会資源利用の効果を
実感しているか

【評価のポイント】

- 利用していない理由、
中断した理由はなに
か

【評価のポイント】

- 専門的介入により課題が
解決したか

資料集（1/8）

・アセスメントシートのサンプル

「孤独感を感じるか」「メンタルヘルスの不調を感じているか」等の対象者の状況を尋ねるようなアセスメントシート（問診票）となっている。

Examples of screening questions	
West Elgin CHC developed social prescription reminder card to help prompt providers during clinical appointments. These inform the "reasons for social prescribing referral" (below) that are entered into the Electronic Medical Record and passed to the Navigator.  The image shows a 'SOCIAL PRESCRIPTION' reminder card. It has a colorful logo at the top left. Below the title, there are fields for 'NAME' and 'DATE'. A section titled 'PLEASE CHECK ONE OF THESE OPTION IS:' contains a list of reasons for social prescribing referral, each with a checkbox: Feeling Lonely, Bored, Feeling Disconnected, Difficulty making ends meet, Housing problems, Lack of work opportunities, Feeling Sad, No one to rely on, Getting older, and Other. At the bottom, there are logos for 'West Elgin Community Health Centre' and 'Kitchener City Community Health Centre'.	Carea CHC's Client Navigation & Support Program includes the following script to help guide providers (questions are to be chosen as appropriate, not that all will be asked within one encounter): A. Do you feel you are coping with the current COVID-19 situation? B. Are you feeling lonely or isolated? C. Are you struggling with your mental health? D. Are you struggling to access services? E. Do you need help with any of the following: • Accommodation / Housing • Food Security / Nutrition • Social Supports • Parenting Supports • Quitting Smoking • Employment Insecurity • Individual or Family Counseling Support • Parenting Supports • Maintaining Healthy Relationships F. Would you like me to connect you with a Health Promotion staff who can call you and see if we can provide some support?

出典：WHO「A toolkit on how to implement social prescribing」

資料集 (2/8)

・モデル事業調査において活用されているアセスメントシート（鳥取県）

かかりつけ医等やリンクワーカーが住民の暮らしぶりや心身の健康状態などを把握するための問診票となっている。

社会的処方箋

記入日： 年 月 日

この書類に記載する個人情報（住所・氏名・年齢・性別・電話番号・メールアドレス・メールアドレス）及び学術研究機関における調査・研究の目的で利用することを理解し、大山町及び鳥取県保険者協議会へ情報提供することに同意します。
また、この書類の原本を大山町健康対策課にて保管することに同意します。
※鳥取県保険者協議会：鳥取県や県内医療保険者で構成する団体

【対象者氏名（ふりがな）】 () 【性別】： 男 ・ 女

【年齢】 歳 【連絡先】 () 【記入者】 ()

【住んでいる地区】
大山地区（高梁・大山・所子）名和地区（庄内・御来屋・名和・光徳）
中山地区（達坂・上中山・下中山）

現在の対象者の状態に関して、以下に該当するところに○をつけてください。
（5：よくできている、4：できている、3：まあまあ、2：あまりできていない、1：全くできていない）

生活習慣 健康的な食事・運動や、趣味などしていますか？

前向きな感情 前向きな気持ちで過ごしていますか？

心と身体のケア 自分自身の心と身体をいたわり、大事にしていますか？

家族と友人 家族や友人、近隣の方と定期的に連絡したり、会ったりしていますか？

症状の管理 (持病がある場合) 自分の症状を適切に管理できていますか？

住まい 住まいは快適に過ごしていますか？

経済状況 お金のやりくりの問題はありませんか？

仕事や活動 仕事や地域の活動に参加できていますか？（地域自主組織・老人クラブ・高齢者向けサロンへの参加等）

【社会的診断】（人とのつながりが少ない、経済状況が悪い、生活習慣が悪いなど、上記で低い評価の部分を中心に、具体的にどのような状態が多発してきていますか？）

【処方の提案】（現時点でどのように対処したらよいか、どのような支援・連絡先が考えられるか、ご意見等があれば記入してください。）

出典：鳥取県提供資料

問合せ先：鳥取県福祉保健部医療・保険課

・モデル事業調査において活用されているアセスメントシート（沖縄県）

事務局で把握した生活状況をかかりつけ医に情報提供するために活用されている。

生活状況情報提供シート

記載日： R 年 月 日

新規 ・ 継続

フリガナ 本人氏名 男 女 S 年 月 日生 () 歳

住所 () 連絡先 ()

緊急連絡先 () 氏名 (続柄) () 連絡先 ()

家族構成 キーパーソン () 住宅種類 持ち家 ・ 借家

障がい等認定 なし ・ あり (種類)

介護認定 なし ・ あり (要支援 要介護)

利用中の公的サービス

就労 現在 過去 () 歳迄 経済状況 管理者 本人・本人以外 () 飲酒歴 () 喫煙歴 ()

生活状況 1日の過ごし方 地域参加状況・友人や家族関係

外出状況 外出手段 週 () 回 徒歩・自動車・自動二輪・自転車・その他 () 公共交通機関の利用 できる ・ できない

食事 (習慣・志向) 運動 (種類・頻度) 自炊中心 ・ 中食中心 ・ 外食中心

服薬管理 (方法・工夫) コミュニケーション・こころの健康 不安なし ・ 不安あり

内服忘れ なし ・ あり (頻度)

相談事項

上記の情報提供に関するご本人の同意 あり ・ なし 市役所 課 担当 () TEL ()

出典：沖縄県提供資料

問合せ先：沖縄県保健医療介護部国民健康保険課

資料集 (3/8)

・モデル事業調査において活用されているアセスメントシート（秋田県）

対象者の家族構成、健康状態、介護状況、閉じこもりの度合いなどを把握するための問診票となっている。

問診票		年 月 日	
氏名		性別	男・女
		生年月日 (年齢)	M・T・S・H ()
(1) 家族について			
氏名	続柄	キーパーソン であるか	現在の 状況
〇〇 〇〇	本人	〇	職業 など
(2) 健康状態について			
現在 治療 中の 疾病	疾病名	病院名	投薬・治療状況
介護	① あなたの介護状況 (要支援1・2 要介護1・2・3・4・5)・必要なし		
	② 身近な人で介護の必要な人はいるか。 (続柄:) (要支援1・2 要介護1・2・3・4・5) (続柄:) (要支援1・2 要介護1・2・3・4・5) (続柄:) (要支援1・2 要介護1・2・3・4・5)		
(3) 生活について			
閉じこもり 度	①1日を誰と過ごすことが多いか。 1. 家族 2. 友人・知人 3. ほとんど一人		【備考】
	②週に1回は外出しているか。(通院以外)		
	はい ・ いいえ		

出典：秋田県提供資料

問合せ先：秋田県保険者協議会事務局（秋田県健康づくり推進課国保医療室）

・モデル事業調査において活用されているアセスメントシート（栃木県）

「友人・知人と連絡する頻度」や「今の生活に対する満足度」など、対象者の生活状況について尋ねる問診票となっている。

厚生労働省モデル事業 生活に関するアンケート	
私は、裏面の事業趣旨を確認・理解し宇都宮市と宇都宮市医師会、宇都宮市医療保健事業団が行う「かかりつけ医等の協働による加入者の予防健康づくり事業」に参加・協力し、私の健診データや医療情報に関するものを、本事業の範囲に基づき使用することに同意します。また、本事業に協力している研究機関(大学等)の調査・研究のため、個人を特定できない措置をとったうえで私に関する情報を使用することに同意します。	
受診日	2022年 月 日
受付番号	
氏名	
該当する項目1つに黒鉛筆で ☒ を記入してください。	
なお、答えたくない質問については答えて貰わなくても結構です。	
NO	質問事項
1	この1年間では、給与や年金の支給日前でも、いつも通りの生活ができていましたか。 ☐ できていた ☐ ほぼできていた ☐ 時々困った ☐ いつも困った
2	家族や親戚と会話や連絡をする機会はどのくらいありますか。 ☐ ほぼ毎日 ☐ 時々するくらい ☐ 用事があれば ☐ ほとんどない
3	この1年間で、家計の支払い(税金、保険料、携帯代、電気代など)は、いかがでしたか。 ☐ 問題なかった ☐ ほぼ問題なかった ☐ 時々困った ☐ いつも困った
4	友人・知人と会話や連絡をする機会はどのくらいありますか。 ☐ ほぼ毎日 ☐ 時々するくらい ☐ 用事があれば ☐ ほとんどない
5	ご自身の健康に満足していますか。 ☐ とても満足している ☐ おおむね満足している ☐ あまり満足していない ☐ 満足していない
6	今の生活に満足していますか。 ☐ とても満足している ☐ おおむね満足している ☐ あまり満足していない ☐ 満足していない

出典：栃木県提供資料

問合せ先：栃木県保健福祉部国保医療課

・モデル事業調査において活用されているアセスメントシート（静岡県）

対象者の心身の健康状態や生活状況（他者とのかかわり、気がかりなこと等）を尋ねるための問診票となっている。

医療保険区分	① 国保 ② 社保 ③ その他
被保険者証番号	
氏 名	男・女
住 所	静岡市 区
連絡先	
生年月日	年 月 日(才)
居住形態	持ち家・賃貸住宅・その他
配偶者	有 ・ 無
就労の有無	就労している ・ 就労していない

- ☐ 下記①～④を確認のうえ、7 承します。
- ① 当測定に係る質問票の回答は、社会的処方歯科モデルのデータ分析に活用させていただきます。
 - ② データの分析結果については個人が特定されない状態で管理されます。
 - ③ 本事業により収集したデータは、集計結果などを学会発表等を通して社会に還元していく可能性があります。(個人は特定されません。)
 - ④ 在宅医療介護相談室から状況の確認やサービスのご案内などのご連絡を差し上げることがございます。

3ヶ月間の目標



かかりつけ歯科医コメント (令和 年 月 日)

歯科医師名

ご記入ください⇒ 氏名

質問項目にあてはまる回答欄に「○」をお願いします。 記入日 令和 年 月 日

項目	回答
質問1 健康に気を付けた食事を心がけていますか	1. はい 2. いいえ
質問2 お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度をお答えください	1. ほぼ毎日 2. 週に2-3回 3. 週に1回又はほとんど飲まない
質問3 睡眠で体調が十分とれていますか	1. はい 2. いいえ
質問4 一週間に1回は汗をかく程度の運動をしていますか？	1. はい 2. いいえ
質問5 自分が活気にあふれていると思いますか	1. はい 2. いいえ
質問6 昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい 2. いいえ
質問7 1日1回以上は、誰かと一緒に食事をしますか	1. はい 2. いいえ
質問8 同居以外の友人・知人とのコミュニケーションをどの程度とっていますか？（対面、電話やメール、SNSなどのオンライン両方含む）	1. ほぼ毎日 2. 週1-3回 3. 月1-3回 4. 年に数回 5. なし
質問9 あなたの心配事や愚痴を聞いてくれる、もしくはあなたが聞いてあげる人はいいますか？	1. はい 2. いいえ
質問10 あなたに何か困りごとがあった時に相談先はありますか？（複数回答あり）	1. 家族・親戚 2. 友人・近所の人・自治会 3. 民生委員・ケアマネージャー 4. 医師・歯科医師・看護師 5. 行政窓口 6. いらない 7. その他（ ）
質問11 体調が悪い時や健康について相談したときに、いつも受診する医師はいますか	1. はい 2. いいえ
質問12 現在、生活上の気がかりなことはありますか？（病気、家族の介護、経済的な問題等）	1. はい 2. いいえ
質問13 気がかりなことで医師に相談したいことがあればお書きください（自由記載）	

資料集 (5/8)

・モデル事業調査において活用されているアセスメントシート（岩手県）

対象者の健康状態や生活状況を尋ねるための問診票となっており、医師が記入するシートと対象者本人が記入するシートの2種類に分かれている。

健康状態・生活状況調査シート ※ご本人が記入してください。

あてはまるものに○をつけましょう。

- ① あなたの現在の健康状態はいかがですか。
1.よい 2.まあよい 3.ふつう 4.あまりよくない 5.よくない
- ② 睡眠や休養はとれていますか。
1.十分とれている 2.やや不足気味 3.不足している
- ③ 6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。
1.はい 2.いいえ
- ④ 以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと感じますか。
1.はい 2.いいえ
- ⑤ 体調が悪いことや困りごとがあった時に、近くに相談できる人はいますか。
1.いる () 2.いない
- ⑥ 生活の困りごとを気軽に頼める相手はいますか。
1.身近にいる 2.心当たりがある 3.探せばいる 4.いない
- ⑦ 家族や知人とよく会話をしますか。
1.する 2.時々する 3.あまりしない 4.ほとんどしない
- ⑧ 同居家族は何人ですか。
1.一人暮らし 2.高齢夫婦 3.それ以外
- ⑨ 給与や年金の支給日前に、暮らしに困ることはありましたか。
1.特にない 2.たまにあった
- ⑩ 日常生活のなかで、不安や心配に思うことはありますか。
1.ある () 2.ない
- ⑪ 困っていることや相談したいことなど、ご自由にお書きください。

※このページは、診察の前に記入していただくようお願いします！

令和5年度 釜石市包括的支援の仕組みづくり(厚労省事業) 釜石医師会 社会的処方連携パス

医師記入欄

下記について、左側のシートを参考にあてはまるものに☑をお願いいたします。

1. 介護申請の状況について
☐ 申請あり ☐ 申請中 ☐ 申請なし
☒ 担当のケアマネジャーについて ☐ いる ☐ いない
2. 今後、必要と思われるつながり支援
 1) 生活上の支援の必要性
☐ あり ☐ なし
☒ 保健師等による相談
 (特記事項:)
☐ 薬剤師によるお薬相談
☐ 地域資源の活用による社会参加の必要性
☐ あり ☐ なし
☒ 運動
☐ ボランティア・社会貢献
☐ 学習・趣味
☐ 交流
☐ その他 ()
3. その他、気になること等
 []

受診日/受診医療機関

令和 年 月 日

医療機関名:

医師:

※本人記入欄

◎個人情報の保険者(釜石市)と釜石医師会への提供について ☐ 同意する ☐ 同意しない
 ※個人情報の提供に同意がない場合には、指導を受けることができません。

氏 名 (自署)	生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日生
住 所	

出典：岩手県提供資料

問合せ先：釜石市地域包括ケア推進本部事務局

・モデル事業調査において活用されているアセスメントシート（大阪府）

大阪府では、妊婦が抱える様々な問題を把握するための「エジンバラ産後うつ病自己評価票（EPDS）」を活用した上で対象者のアセスメントを実施している。うつや育児不安項目等、症状の持続期間や程度、家事・育児機能について評価するための問診票となっている。



エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）

母氏名 _____ 実施日 年 月 日（産後 日目）

ご出産おめでとうございます。ご出産から今までのあいだにどのようにお感じになったかをお知らせください。今日だけでなく、過去7日間にあなたが感じたことに最も近い答えに○をつけてください。必ず10項目全部に答えてください。

例) 幸せだと感じた。

- () はい、常にそうだった
(○) はい、たいていそうだった
() いいえ、あまり度々ではなかった
() いいえ、まったくそうではなかった

“はい、たいていそうだった”と答えた場合は過去7日間のことをいいます。このような方法で質問にお答えください。

1) 笑うことができたし、物事のおかしい面もわかった。

- () いつもと同様にできた。
() あまりできなかった。
() 明らかにできなかった。
() まったくできなかった。

2) 物事を楽しみにして待った。

- () いつもと同様にできた。
() あまりできなかった。
() 明らかにできなかった。
() ほとんどできなかった。

3) 物事が悪くいった時、自分を不必要に責めた。

- () はい、たいていそうだった。
() はい、時々そうだった。
() いいえ、あまり度々ではない。
() いいえ、そうではなかった。

4) はっきりした理由もないのに不安になったり、心配した。

- () いいえ、そうではなかった。
() ほとんどそうではなかった。
() はい、時々あった。
() はい、しょっちゅうあった。

5) はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた。

- () はい、しょっちゅうあった。
() はい、時々あった。
() いいえ、めったになかった。
() いいえ、まったくなかった。

6) することがたくさんあって大変だった。

- () はい、たいてい対処できなかった。
() はい、いつものようにはうまく対処しなかった。
() いいえ、たいていうまく対処した。
() いいえ、普段通りに対処した。

7) 不幸せなので、眠りにくかった。

- () はい、ほとんどいつもそうだった。
() はい、ときどきそうだった。
() いいえ、あまり度々ではなかった。
() いいえ、まったくなかった。

8) 悲しくなったり、惨めになった。

- () はい、たいていそうだった。
() はい、かなりしばしばそうだった。
() いいえ、あまり度々ではなかった。
() いいえ、まったくそうではなかった。

9) 不幸せなので、泣けてきた。

- () はい、たいていそうだった。
() はい、かなりしばしばそうだった。
() ほんの時々あった。
() いいえ、まったくそうではなかった。

10) 自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた。

- () はい、かなりしばしばそうだった。
() 時々そうだった。
() めったになかった。
() まったくなかった。

© 1987 The Royal College of Psychiatrists. Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry, 150, 782-786. Written permission must be obtained from the Royal College of Psychiatrists for copying and distribution to others or for republication (in print, online or by any other medium).

資料集 (7/8)

・モデル事業調査において活用されている医師会等との情報連携支援様式（三重県）

医師とモデル事業実施事務局（地域包括支援センター）が対象者に関する情報を交換するために活用されている様式で、相談支援依頼票と支援状況連絡票の2シートに分かれている。

様式①

相談支援 依頼票

(送付先) 名張市地域包括支援センター (FAX) 0595-63-4629

発信日: 令和 年 月 日 ()

受信者

名張市役所 福祉子ども部
地域包括支援センター
(全世代包括支援担当)

発信者

医療機関名
医師名
FAX番号

氏名 _____ (男・女) 生年月日 年 月 日

住所 名張市 _____ 電話(携帯) _____

ご相談されたい内容に☑をつけてください。
複数ある場合は、一番お困りのことに◎をつけてください。

☐ 病気や健康、障害のこと	☐ 住まいについて	☐ 収入・生活費のこと
☐ 仕事に関して	☐ 地域の関係について	☐ 家族の関係について
☐ 介護のこと	☐ ひきこもり	☐ 不登校
☐ DV等	☐ 食べるものがない	☐ 栄養に関すること
☐ その他 ()		

ご本人・ご家族が相談されたいことを書いてください。

【相談申し込み欄】

上記の内容等について相談を申し込みます。
また相談支援にあたり、必要となる関係機関(者)と情報共有することに同意します。※個人情報の目的外利用はいたしません。

令和 年 月 日 本人署名 _____

様式②

(支援状況連絡票)

発信日: 令和 年 月 日 ()

受信者

医療機関名
医師名
FAX番号

発信者

名張市役所
地域包括支援センター
(全世代包括支援担当)

氏名 _____ (男・女) 生年月日 年 月 日

住所 名張市 _____ 電話(携帯) _____

令和 年 月 日にご依頼いただいた方の支援の概要をお知らせします。

【支援に関わっている関係機関等】(関係機関例) ■…現在関わりのある関係機関
●…今後関わる予定の関係機関

☐ 市役所関連部署
健康・子育て支援室、介護・高齢支援室、生活支援室、障害福祉室(基幹相談支援センター)
子ども家庭室、保育幼稚園室、教育委員会、学校()
地域包括支援センター・ _____ 地域まちの保健室、保健年金室
その他()

☐ 児童相談所 ☐ 児童家庭支援センター ☐ 保健所 ☐ 警察署 ☐ 消防署
☐ 社会福祉協議会 ()

☐ 居宅介護事業所、その他の介護事業所 ☐ ライフライン事業者(電気・ガス・水道)

☐ 民生委員・児童委員、地域づくり組織(自治会、近隣住民) ☐ 法テラス・弁護士・司法書士

☐ 家族・親族・その他のキーパーソン

☐ その他(NPO ボランティア団体 等) ★ つながり 場所

【主な支援内容と今後の予定】

出典：三重県提供資料

問合せ先：名張市福祉子ども部地域包括支援センター

資料集 (8/8)

- ・モデル事業調査において活用されているかかりつけ医とリンクワーカー間の連携を促すための情報連携支援様式（兵庫県）

かかりつけ医とリンクワーカー間で対象者の情報を共有し合うために活用されている様式で、
相談支援依頼シートと支援状況連絡シートの2種類に分かれている。

様式①

【相談支援 依頼シート】

令和 年 月 日 ()

診療の場面で、『生活面・健康面の相談支援』『地域の中での関わり』が必要と思われる方があれば、下記までご連絡ください。

連絡先 養父市健康課 079-662-3167
社会的処方推進担当 吉田・藤岡

医療機関名： 医師名：

患者氏名： (男・女)
生年月日：S H 年 月 日生 (歳)
住所：養父市
連絡先電話番号：
既往歴(疾患名)

○生活状況等で気になること
(診察等を通じて、患者さんの該当する項目にチェックをつけてください)

☐ 社会参加の機会がほしいと感じている
☐ 仕事がしたい
☐ 相談相手がほしい
☐ 生活習慣を変えたいと思っている
☐ 生活や経済的な不安を感じている
☐ 気持ちが落ち込んでいる
☐ 最近、疲労やストレスを強く感じている
☐ 何かををするときに面倒に感じている
☐ その他

本人確認欄
上記の内容について相談を申し込みます。
相談支援にあたり、市保健師等と健康状態等について情報共有することに同意します。
*個人情報は目的外には利用いたしません。

令和 年 月 日 本人(家族)署名

様式②

【支援状況 連絡シート】

令和 年 月 日 ()

医療機関名： 医師名：

養父市健康課 079-662-3167
社会的処方推進担当 吉田・藤岡

患者氏名： (男・女)
生年月日：S H 年 月 日生 (歳)
住所：養父市
連絡先電話番号：
既往歴(疾患名)

○支援に関わっている関連機関等
☐ 市役所(社会福祉課・生活福祉、地域包括支援センター、健康課、その他)
☐ 高齢者相談センター ☐ ひきこもり相談センター『ボラリス』
☐ 相談支援事業所()
☐ 社会福祉協議会(支所： 生活支援コーディネーター：)
☐ 朝来健康福祉義務所
☐ 民生委員・児童委員
☐ 家族・親戚・その他キーパーソン
☐ その他(NPO、ボランティア団体 等)

○障害者手帳 無・有(口身体 口知的 口精神 部位、種 級・度 年交付)
○介護保険 無・有
☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5
○ケアマネジャー 無・有()

【主な支援内容と今後の予定】

出典：兵庫県提供資料

問合せ先：養父市健康福祉部社会的処方推進課