

大局大説



社会的処方 の 制度化に向けた10の提案

「ウェルビーイング」を社会保障に組み込むために

近藤 尚己

京都大学大学院医学研究科
社会学分野 教授

病は社会がつくる ―孤立が心身の健康を左右する

精神疾患のケアの現場ではしばしば「奇跡」が起きると言われる。付き添わないと外出もままならなかった、とある認知症との診断を受けた80代女性の患者は、周囲の誘いでお手玉サークルに通い始めたところ、当初は家族からの付き添いがないと会場まで行き着くこともできなかったのだが、参加するにつれて徐々に認知機能が回復し、5回目からは1人で会場まで出かけられるようになったという。その後は他の参加

者にお手玉を教える側として活躍している。また、ある統合失調症の50代男性は、幻覚や幻聴が妨げとなり周囲とのコミュニケーションがうまくいかず作業所でも孤立していたが、周囲の誘いで喫茶店での就労やアート展への出品などを始めたところ、地域との関係が広がり、今では当事者の活動拠点づくりに関わるようになったという。これらの人々に「処方」されたのは画期的な新薬ではない。「周囲の誘い」による活動の場、あるいは自分らしくいられる場所であり、人々との居心地のよいつながりである。

社会的孤立は、心身の健康に強い影響を

及ぼす。孤独感に基づくストレスは、認知機能や精神症状、健康行動へ悪影響を及ぼすだけでなく、慢性・急性のさまざまな疾患のリスクとなり、死亡リスクすら高めることが知られている⁽¹⁾。反対に、孤独・孤立⁽²⁾が緩和されることで、前述のように驚くほど症状が和らぎ、その人の潜在的な機能が発揮されることがある。

精神疾患は対人コミュニケーションを含む社会生活の側面と関係が深い分、関係性のケアを進めることで、一見奇跡とも思えるほど劇的な改善が見られ得るのだらう⁽²⁾。

孤独・孤立対策の現在地

今、孤独・孤立対策が世界的なうねりになっている。その契機はCOVID-19のパンデミックであることは明確だ。感染回避のための社会的接触の規制が生み出したもう一つのパンデミック「孤独と孤立のパンデミック」は、多くの健康二次被害をもたらした。感染ではなく、孤独・孤立による健康被害である。

この反省の下、世界保健機関(WHO)は「社会的つながり」に関する取り組みを強化し、孤独・孤立をグローバルヘルスのアジェンダに設定した⁽¹⁾。

国内でも、コロナ禍中に孤独・孤立対策担当大臣が生まれ、孤独・孤立対策法が制定された。行政・民間・地域がそれぞれ可能なことを持ち寄りながら、多様な現場で孤独・孤立対策が推進されている。注目すべきは、文化芸術分野からの提案である。東京藝術大学を中心とするJST事業「共生社会をつくるアートコミュニケーション共創拠点」では、住民主体の文化芸術活動を町ぐるみで生み出すコミュニティ環境づくりが進められている。筆者らは、自分らしい生き方やその表現ができるありさまを「文化的(あるいは実存的)ウェルビー

イング」と呼び、その基盤となる地域の文化資本(文化活動の実践の場や文化施設(図書館等)、伝統文化の担い手や教育環境など)の醸成が、孤独・孤立対策においても重要と考えている⁽²⁾。

「タッチポイント」としての医療の重要性

孤独・孤立対策の現場では、実際に困りごとを抱えている人に出会うのが難しいという課題がある。孤独・孤立対策法を踏まえた調査でも、孤独・孤立と関連の深い要因の1つに健康問題が挙げられている⁽⁴⁾。自身の不調、家族の病気や障害、介護、死別など、医療・介護に関わる出来事は孤立の契機になりやすい。

しかし医療現場では、患者の孤独・孤立を「発見」し、適切な支援に接続することを後押しする診療報酬上のインセンティブは限定的であり、スクリーニングツールも十分普及していない⁽⁵⁾。現状は、全人的ケアを目指す医師・医療チームの規範意識や自助努力に依存している部分が多い。

厚労省「社会的処方モデル事業」からの学び

医療を主なタッチポイントとして孤独・孤立対策を進める枠組み⁽⁶⁾として、世界的な広がりを見せているのが「社会的処方(Social Prescribing)」である。社会的処方の活動では、医療現場で出会った孤独・孤立に困る人々を、リンクワーカーと呼ばれる相談員に紹介する。リンクワーカーは本人との対話を通じて本人を取り巻く関係性や生活環境を整え、地域資源につなぎ、時には本人が望むコミュニティの場づくりを共に育てていく。個人の孤独・孤立への対応に加えて、地域の共生的な環境づくりを目的としている。

国内では2021年度から3年間「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」の事業として、社会的処方のモデル事業が実施された⁽⁶⁾。筆者は、このモデル事業の提案段階から運営支援、最終評価に至るまで一貫して関わった。

全国9地域の保険者協議会が受託し、基礎自治体単位でのモデル構築が行われた。実装場面は慢性10疾患重症化予防・歯科保健・特定保健指導・地域包括ケア・妊産婦ケア・重層的支援体制整備事業・在宅医療・介護推進事業と多様であった。

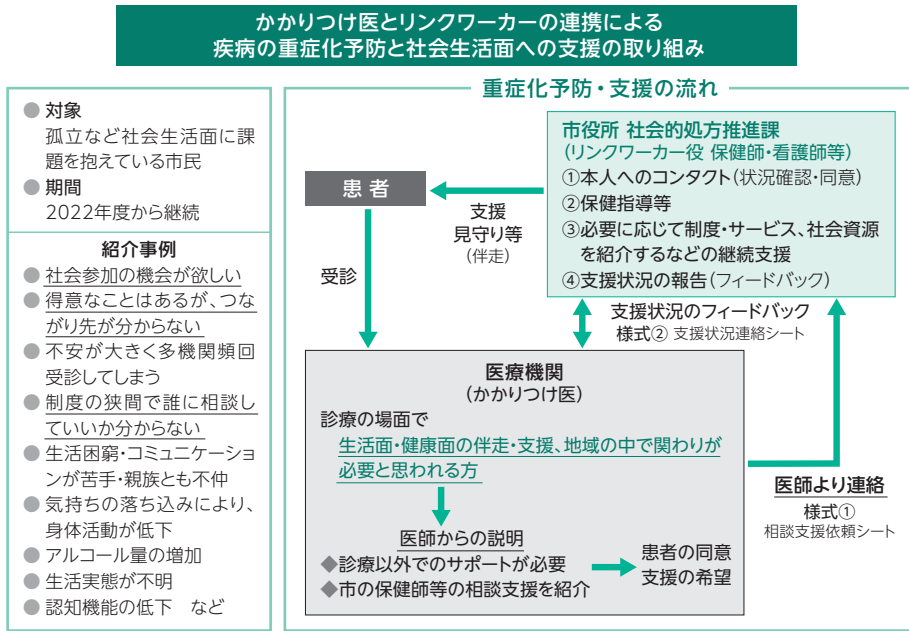
興味深いのは、実装場面が異なっても、成功の条件(最低限の型)がかなり共通していた点である。最終取りまとめの分析から、



社会的処方への制度化に向けた10の提案

—「ウェルビーイング」を社会保障に組み込むために—

図1 兵庫県養父市の社会的処方の仕組み図(資料提供:養父市社会的処方推進課)



次の4点が「共通点」として抽出された。
共通点① 推進チーム・対応部門(ハブ)の設置

社会的処方では、医療機関が単独で完結で

きる取り組みではない。モデル事業では、いずれの拠点でも、医療から紹介された人を地域で受け止め、生活課題を整理し、地域資源につなぎ、必要に応じてフォローする「ハブ」機関が設置されている(図1)。地域包括支援センター、福祉協議会、保健センター等が中心となり、庁内外の多職種チームを形成していた。医療機関側の理解と紹介導線を整えると同時に、地域側での「受け皿」づくりを支える機能も有するところが多い。

共通点② 生活課題の評価と情報連絡のためのツールの開発と活用

医療と地域の間で「何をどう共有するか」が明確でないという連携が進みづらい。モデル事業では、生活上の困りごと(孤独・経済・家族関係・就労・居住・社会参加等)を把握する評価シートや、診療情報提供書等への「社会生活

状況」を記載する欄の追加、といった工夫が多く見られた。

さらに、モデル事業を進めた兵庫県養父市では、本人の状態を「欠如」ではなく「可能性」から捉える対話ツールとして、ウェルビーイングを多面的に可視化するくもの巢チャート^(c)が活用されている(図2)。福祉的支援では、問題を列挙し矯正するよりも「きらりと光るきっかけ」を見つけ芽生えを待つほうが効果が高い場合は多い。

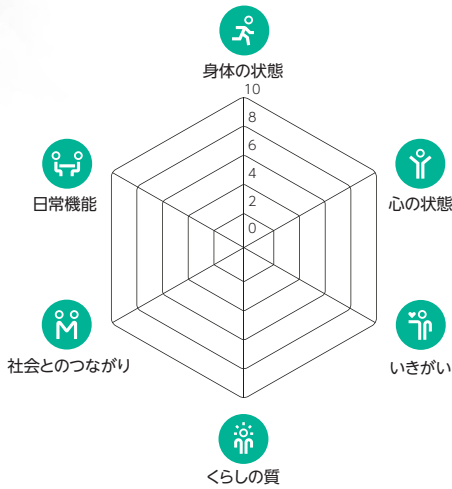
共通点③ 相談人材(リンクワーカー)の養成とその活動支援

社会的処方ではリンクワーカーがその中心的な人材となる。リンクワーカーは単なる紹介係ではなく、本人の希望を共に見出し、地域資源とマッチングし、参加の障壁(不安・移動・費用・対人関係など)を下げ、参加後の経験を共に振り返りながら次の一歩につなげる。モデル事業では、保健師・社会福祉士・コミュニティナース等が役割を担い、一般住民への養成研修会を実施した自治体も複数あった。

リンクワーカーの自己効力感と心理的安全性を高めるために、リンクワーカーの役割やその範囲、1人ひとりの担当ケースの数や内容を把握・共有しながら後方支援したり、相互の交流の機会を用意することも行われていた。ICTを活用したリンク



図2 くもの巣チャート:多面的健康・ウェルビーイングの自己評価と対話のツール



ワーカー支援も見られた。

共通点④ 社会資源情報の収集・更新・活用 (地域資源マップ)

社会的処方への紹介先となる地域資源には、行政の制度サービスだけでなく、サークル・居場所・学びや文化活動の場・就労支援・ボランティアなど多様であった。モデル事業では、地域資源の掘り起こしと情報の一覧化を行い、医療者も住民もアクセスできる形で整備する取り組みが共通して見られた。養父市では「つながるDAY YABU」サイト(図3)やアプリを通じて、市民が生活アセスメントツール(くもの巣チャート)と資源マップにアクセスできる。さらに利用状況や相談状況のデータ化(PHR的活用)

も構想されている。

社会的処方を進める10の提案

今後は、モデル事業の学びを、実効性のある形で社会実装しつつ、モデル地域での活動に終わらせずに、汎用可能なように調整していきながら、制度的な支えにより全国へ広げていくことを目指すべきである。後述のような制度化の弊害に十分留意しつつも、制度化は現場データ(Practice-based evidence)の収集と蓄積を可能とする。そうして集まったエビデンスは、当事者を中心とした熟議と改善のプロセス、すなわちevidence-based policy making (EBPM)に活用できる。

社会的処方への制度化には、いくつかの懸念や批判もある(図1)。第1に、市民活動や地域の自発的な支え合いが医療や行政の枠組みに取り込まれることで、いわば「医療化」される、活動の自由度や多様性が損なわれるのではないかという懸念である。第2に、制度が整う過程で地域の活動が行政の目的のために「消費」され、担い手の疲弊を招くのではないかという懸念である。第3に、医療・福祉の現場では既に多くの業務を

抱えており、新たな相談業務が追加されれば現場がパンクする可能性である。以上を踏まえるなら、社会的処方は「新制度を作る」よりも、まずは**既存制度・既存資源をアップデートして接点を増やす**方向で進めるのが現実的であり、かつ持続可能である。その観点から、以下に10の提案を示す。

提案1 医療を孤独・孤立対策の「タッチポイント」として明確化する

孤独・孤立は、本人が「孤独です」と訴える形では表面化しにくい。実際には、慢性疾患・メンタル不調・受診中断・生活困窮・家族介護・死別など、医療・介護に関わる出来事を通じて顕在化することが多い。従って医療は、孤独・孤立対策の最大の接点になり得る。医療者が「生活課題の可能性に気づく」ための医療者への啓発・地域連携先の明示・紹介導線の簡便化(ワンストップ化)を進めるべきである。

提案2 地域側に「受け皿(ハブ)」機能を整備し、責任の所在を明確にする

地域包括支援センター・社協・保健セン

独、経済、就労、家族関係、住まい)を疑った際に、院内で完結させず地域側のハブを紹介するルートを標準化する。

社会的処方への制度化に向けた10の提案

—「ウェルビーイング」を社会保障に組み込むために—

図3 つながるDAY YABU／アプリ・ウェブの画面（地域資源マップのイメージ）



ター・重層的支援の相談窓口など、地域には既に相談資源があるが、社会的処方への窓口を一本化するか、少なくとも「どこが何

を担うか」を明確にするほうが機能しやすいだろう。

具体例：自治体が社会的処方の地域窓口を明示し、医療機関を含むタッチポイントとなる人々・組織向けに紹介先・紹介方法・対応範囲を一覧化する。

提案3 リンクワーカーを「養成」し、支援する仕組みを作る

リンクワーカーの仕事は、紹介状の受領・本人の希望の形成（対話）・参加障壁の低減・伴走と振り返り・必要時の多機関連携など多様であり、担当者を要請することも、個人プレーではなく、組織的な支えの中で進めるように支援の仕組みを整えるべきである。

具体例：リンクワーカー養成研修の実施・コミュニティナース養成組織等との連携。ケース負荷の上限目安・スーパービジョン・定例の多職種ケース会議・研修の標準化・受講者同士のネットワーキング機会の提供など。ICT（後述）による記録・共有の省力化も推奨する。

提案4 生活課題評価を「欠如モデル」から「可能性モデル」へ転換するツールを普及する

問題を列挙して矯正する「欠如モデル」ではなくウェルビーイングを多面的に捉え、本人の望む生活像を共に言語化・実践・調整していくためのツールが必要である。

具体例：くもの巣チャート（図2）のように、身体・心・つながり・生きがい等を多面的に捉えて可視化して、一緒に考えるツールの運用を進める。

提案5 地域資源マップの作成と継続的運用の仕組みづくり

地域資源は流動的なため、定期的な更新・点検・新規開拓を含めた運用を可能とする仕組みを整えること。

具体例：①資源情報の更新責任者（部署）を決める②住民を広く巻き込んだマップ作成グループの組織化③年1回の棚卸し④医療機関からのフィードバック（紹介先の質の情報）を取り込む⑤住民自身が登録・更新できる仕組みを設ける——など。

提案6 既存の医療制度群を社会的処方の視点でアップデートする

社会的処方診療報酬に「新設」すると、形式的運用や現場負担増のリスクがある。まずは既存の地域連携・退院支援・慢性疾患管理等の枠組みにある「生活支援」「地域連携」の理念を点検し、社会的課題の把握と接続が実装されやすい形に改善するのが現実的である。



図4 宇都宮市医師会が活用する特定保健指導での生活評価シート

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いたなくても結構です。

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。 <input type="checkbox"/> できていた <input type="checkbox"/> ほぼできていた <input type="checkbox"/> 時々困った <input type="checkbox"/> いつも困った
2	家族や親戚と会話や連絡をする機会は何どのくらいありますか。 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 時々するくらい <input type="checkbox"/> 用事があれば <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 問題なかった <input type="checkbox"/> ほぼ問題なかった <input type="checkbox"/> 時々困った <input type="checkbox"/> いつも困った
4	友人・知人と会話や連絡をする機会は何どのくらいありますか。 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 時々するくらい <input type="checkbox"/> 用事があれば <input type="checkbox"/> ほとんどない
5	ご自身の健康に満足していますか。 <input type="checkbox"/> とても満足している <input type="checkbox"/> おおむね満足している <input type="checkbox"/> あまり満足していない <input type="checkbox"/> 満足していない
6	今の生活に満足していますか。 <input type="checkbox"/> とても満足している <input type="checkbox"/> おおむね満足している <input type="checkbox"/> あまり満足していない <input type="checkbox"/> 満足していない

具休例：生活習慣病管理料・療養就労両立支援指導料・入退院支援加算・こころの連携指導料など社会的処方に関する活動へのインセンティブの質改善や活用普及を目指す。また診療情報提供書に社会生活課題の記載欄を追加する、紹介先ハブとの連携を評価する、簡便なスクリーニング項目を推奨セット化するなど、小さなアツプ・デートを評価・改善しながら積み上げる。

提案7 特定保健指導を「生活習慣の指導」から「生活の再設計支援」へアツプ・デートする

特定保健指導は健康行動に直接働きかける制度だが、孤独・ストレス・生活困難といった健康の社会的決定要因(SDH)の課題がある場合、行動への指導だけでは指導が空回りしやすい。生活背景を丁寧に捉えて健康の先にある生きがいの創生も見据えた全人的な、生活支援を促す制度設計を目指すことで、行動変容の持続可能性が高まる。

具休例：宇都宮市医師会のように、面接時に生活課題(参加・交流、経済、居住、家族)を把握する「生活アンケート」を活用し、必要に応じて地域ハブへ接続する(図4)。社会的課題対応の努力に、保険者側の評価・インセンティブを設計する余地もある。

提案8 介護保険を「身体機能・認知機能」から「社会生活機能」も含む評価へアツプ・デートする

介護保険の認定やケアは、身体機能と認知機能評価が中心である。しかし、健康の維持にとって「人とつながる力」社会に参加・貢献する力」は本質的であり、国際生活機能分類

を把握する「生活アンケート」を活用し、必要に応じて地域ハブへ接続する(図4)。社会的課題対応の努力に、保険者側の評価・インセンティブを設計する余地もある。

(ICF)においても健康概念の中核をなしている。社会生活機能の視点を組み込み、社会的処方との接続機会を増やすことで、予防・自立支援の方向性が強化されるだろう。

具休例：認定調査や主治医意見書の中で、孤立リスクや社会参加の状況を把握する項目を整備し、通いの場・地域活動・文化活動等の活用を視野に入れたケアプランを後押しする(。保険者努力支援交付金(インセンティブ交付金)等で、医療機関・地域包括・地域資源の連携を評価する設計も考えられる。

提案9 文化的処方を中核として、文化資本の醸成を目指す

社会的処方の活動は、個人と地域の文化資本を尊重し、それを育むものであるべきである。新たな活動が、個人の嗜好・態度・教養などとして身体化された文化と大きく乖離している場合、居心地の悪さを生み、望まないつながりを押し付ける結果となりがねない。

具休例：住民が参加できる小規模な文化活動を地域に増やす(場と担い手の育成)。文化施設、芸術家、学校、福祉拠点、医療機関の連携・協働。文化政策、地域振興政策、健康政策が実装の場を共有する仕組み。福祉の主な目標を経済困窮支援から「表現し、



つながり、生きがいを持つ生活」の支援へ広げる。

提案10 ICT・データ基盤で「省力化」と「学習する制度」をつくる (PHR・実装研究を含む)

社会的処方は、善意と根性だけでは続かない。相談や紹介、参加状況、アウトカム(主観的ウェルビーイング、社会参加、医療利用等)を、個人情報保護に配慮しながら最小限の負担で記録・共有できる仕組みが必要である(practice-based evidenceの蓄積と活用)。現場の省力化と、制度の学習(EBPMによる改善プロセス)が可能になる。

具体例：養父市のようにアプリ等で利用状況をIDでデータ化する構想は、PHRの文脈とも接続し得る。どの資源がどの層に届きやすいか、紹介が滞るポトルネットは何か等を把握し熟議と改善(PDCA)を回す。国際的な知見(WHO、英国等)とも往還し、蓄積・活用する。

おわりに

社会的処方は、医療の新しい技法というよりも、社会保障の目的に立ち返り、医療を含むケアの在り方を問い直す試みである。また、「共生社会」という言葉では必ずしも

届きにくい医療セクターからの関心を引きやすい点も、この概念の特徴である。地域社会のつながりや文化活動を通じて文化資本を育み、人々のウェルビーイングを高めることは、社会保障の理念とも深く重なる。日本国憲法第25条が掲げる「健康で文化的な最低限度の生活」を現代社会の条件の下で具体化するには、医療・保健・福祉・文化・地域経済といった分野が分断を越えて連携し、現場の学びを踏まえながら制度を更新していくことが求められる。

社会的処方は、そのための現実的な入口であり、同時に、人々が「自然と健康になる」社会を設計するための方法論でもある。

引用文献

- (1) From loneliness to social connection - charting a path to healthier societies. Report of the WHO Commission on Social Connection. Accessed September 15, 2025. <https://www.who.int/groups/commission-on-social-connection/report/>
- (2) 近藤尚己. 社会的処方—個の医療から関係性の医療へ—. 精神医学. Published online 2026(作成中).
- (3) abu H, Kondo N. Culture as a determinant of health and well-being: Expanding the concept of cultural capital. F1000Res. 2025;14:638. (URL:https://www.cao.go.jp/kodoku_koritsu/torikumi/zenkokuchousahmi/).
- (5) 西岡大輔, 上野恵子, 舟越光彦, 斉藤雅茂, 近藤尚己. 医療機関で用いる患者の生活困窮評価尺度の開発. 日本公衆衛生雑誌. 2020;67(7):461-470.
- (6) 株式会社NNTデータ経営研究所. 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 (URL:<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001257241.pdf>)

(7) Huber M, Knauthner JA, Green L, et al. How should we define health? BMJ. 2011;343:d4163.

注

- (a) 孤独・孤立は、周囲とのつながりが乏しいという客観的な状況(社会的孤立)と、その乏しさをネガティブに捉える主観的な状況(孤独感)に分けて考えるのが一般的である。
- (b) 厚労省モデル事業では「かかりつけ医等と医療保険者が協働し、加入者の健康面や社会生活面の課題について情報共有を行いながら、重症化予防や健康づくりに必要な保健指導や地域資源へのつなぎ等を実施する取り組み」と定義されている。実際は医療機関以外のタッチポイントもさまざま存在しており、社会的処方への枠組み内外で活用されている。
- (c) Huberらによるpositive health概念に基づき開発されたツールの日本語版⁷⁾
- (d) 「制度化」論における「制度」の定義はまちまちであるが、「制度」や「しくみ」(いずれもsystemsと英訳されよう)とは、政府や自治体によるルールや公共事業のことではなく、社会の多様な構成員同士で協議しながら紡ぎあげるパブリックな仕組みやプロセスを意味すべきであり、それを担うのは公的部門だけでなく市民や事業者を含むさまざまな組織である。
- (e) 今回の提案の中で、最も制度化の弊害が懸念されるものでもある。本人の希望の確認や受け入れ態勢を無視した安易な「地域資源活用」のケアプランが行わない制度設計が必要である。

近藤尚己(じゅんどう なお己)

2000年山梨医科大学卒業。山梨医科大学助教・同講師・ハーバード大学フェロー・東京大学准教授などを経て現職。専門は社会疫学・文化疫学。内閣府孤独・孤立対策の在り方に関する有識者会議構成員・世界保健機関専門委員(社会的つながりに関する技術アドバイザーグループ)、ヘルシーエイジングに関する臨床コンソーシアム。趣味は野遊(山菜きのり、釣り・登山)とマラソン。