

成育医療領域における biopsychosocial アプローチの実践に向けた 社会的処方に関する調査研究

研究分担者 小倉加恵子（国立成育医療研究センター／鳥取県子育て・人財局、倉吉保健所）
研究協力者 秋山千枝子（あきやま子どもクリニック）
研究協力者 前垣 義弘（鳥取大学医学部脳神経小児科）
研究協力者 余谷 暢之（国立成育医療研究センター）

研究要旨

目的：本分担研究では、成育医療における biopsychosocial アプローチの実践に向けて、世界および日本における社会的処方の動向を把握し、社会的課題への対応に関する仕組み・社会資源の現状把握と社会的処方に向けた課題を整理することを目的とした。

方法：世界および日本における社会的処方の動向の把握として文献調査、社会的課題に対応するための社会的資源・仕組みの現状把握として文献調査及びヒヤリング調査を実施した。

結果：2006年英国にて始まった社会的処方は、有効性が証明されて現在は世界的に広まりつつある。日本でも介護保険制度に取り入れられ、特定健診を通じたモデル事業も実施されている。成育医療からの応用においては、つなぎ手として子育て世代包括支援センター、つなぐ先として重層的支援体制整備事業の体制が有用と考えられた。

結論：成育医療における biopsychosocial アプローチの実践として、社会的処方は SDH に対する biopsychosocial 健診を通じた社会的課題への解決策の一つと考えられた。課題として、処方する側の医師の技能向上、社会課題を明確化するためのツールの開発、地域づくりによるソーシャルキャピタルの醸成が必要と考えられた。

A. 研究目的

近年、日本の社会構造は大きく変化し、地縁の薄まりに伴う子育ての孤立や、こどもの貧困、ひとり親家庭やステップファミリーなど家族形態の多様化など、こども・子育て世帯における複雑化した社会的課題が顕在化してきた。同時に、社会疫学や医療サービス研究の発展により貧困や孤立など社会リスクが健康状態に影響を与えることが科学的に裏付けられてきた。世界保健機構（WHO）は、患者の健康に影響を与える社会背景を健康の社会的決定要因

（SDH: Social Determinants of Health）として重視している。成育医療領域においても、身体・生物学的（Biomedical）視点での日常診療に、心理的（Psychological）、社会的（Social）な視点を加える重要性が指摘されている。

SDH に対応するため、医療機関が患者の健康に対する社会的リスクを把握し、福祉的ケアなどを提供する機関・関係者と結びつける「社会的処方（social prescribing）」と呼ばれる活動が諸外国において始まっている。英国では、保健省や英国保健サービス（NHS: National Health Service）が中心となってこの活動が推

進されている。我が国においても、2020年7月に「社会的処方モデル事業実施を推進」する骨太方針が閣議決定され、既存の地域包括ケアシステムを活用した取り組みが始められている。こども・子育て世帯への社会的処方、こどもとその家族の地域参加の機会を増やし、社会生活面への課題解決につながることを期待される。しかし、成育医療において社会的な視点でのアプローチはまだ確立していない。さらに、仮に成育医療において社会的処方をおこなった場合、医療機関からつなぐ先としては子育て世代包括支援センター（利用者支援事業等）が想定されるが、そこからつながる多様なニーズに応えるための社会資源について、情報を整理していくことが課題と考えられる。

そこで、本分担研究では、成育医療におけるboipsychosocialアプローチの実践に向けて、世界および日本における社会的処方の動向を把握し、社会的課題に対応する仕組み・社会資源の現状把握と社会的処方に向けた課題を整理することを目的とした。

B. 研究方法

(1) 世界および日本における社会的処方の動向の把握

世界的な動向に関しては、英国保健省および英国保健サービスのウェブサイト、並びにPubMed、Web of Science、Google Scholarを用いた文献調査を実施した。日本における動向調査については、厚生労働省等のウェブサイトから法令の整備、関連する制度・事業等を調査した。

(2) 社会的課題に対応するための社会的資源・仕組みの現状把握

次に、社会的課題に対応するための仕組み・社会資源について厚生労働省等の公的なウエ

ブサイトを検索対象として調査を実施し、現場での実践状況についてヒヤリング調査を計画した。ヒヤリング対象は、新型コロナウイルス感染症の拡大状況を考慮し、自治体調査は鳥取県内の8自治体を対象とし、相談支援事業所調査は先進的取り組みをしている2か所の事業所とした。相談支援事業所調査では、鳥取県内の1か所は訪問による対面、北海道内の1か所はオンライン会議システムを用いてヒヤリング調査・意見交換を実施した。

(倫理面への配慮)

社会資源に関する調査は公表されている情報を対象に実施するものであり、ヒヤリング調査対象の同意を得て実施し、いずれも配慮を要する情報は取り扱わない。

C. 研究結果

(1) 世界および日本における社会的処方の動向の把握

世界的な動向として、社会的処方の用語や概念が登場したのは、2006年の英国保健省による文書であり、2016年にSocial Prescribing Networkの年次報告において明確な社会的処方の定義が記述された。澤ら(2018年)の日本語訳によると、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。医療者は薬を処方するように、社会的な課題のある患者に地域とのつながりを処方し、患者は地域とのつなぎ手となるリンクワーカーとともに自ら解決策となる地域資源を活用していく仕組みである。リンクワーカーは英国の制度に

おける職種であり、地域資源を発掘し、専門職と地域資源をつなぎ、調整する役割をもつ。

文献調査を通じて、社会的処方の対象となった患者の背景因子については孤立、失業、貧困、物質・アルコール関連問題などがあることがわかった。社会的処方の方法としては、診療医が処方内容について患者とその支援者に説明したうえで処方箋を通じて患者をリンクワーカーや地域のボランティア団体等に紹介する。または、救急外来スタッフが患者をNPOへ電話で紹介したり、医師が経済的支援に関する書類を作成して役所を案内したりするなどの事例もあった。社会的処方の効果としては、受診回数の減少等による医療経済的な効果や、患者の不安うつ尺度指標の改善や自己効力感が向上するなどが報告されていた。さらに、患者の潜在的な社会的課題の特定が可能となるなどの副次効果が得られていた。社会的処方は成人モデルで展開されてきたが、英国では「2019 NHS Long Term Plan」において全年齢を対象としたサービスとした。小児期を対象とした社会的処方については、RCTによる有効性の検証の報告は数が少なく、効果に関する証明は十分とは言えない。

今般日本で取り入れられた社会的処方は、介護保険の仕組みである地域包括ケアシステムの中で運用されている。1980年代から整備が始まった地域包括ケアシステムは、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けられる地域基盤の整備として進められてきた。「介護」「医療」「予防」という専門サービスに加えて、「住まい」と「生活支援」が重要とされ、地域における様々なレベルの支えあい（公助、共助、互助）を活かすことが特徴である。2020年10月の社会保障審議会介護給付費分科会において、居宅療養の仕組みに社

会的処方を加える検討が開始され、令和3年度介護報酬改定において取り入れられることになった。医師・歯科医師が居宅療養管理指導を通してケアマネジャーに情報提供する事項に社会的処方を加えるというものである。この改定では、在宅診療医が心身面だけでなく社会的課題にも目を向け、地域の多様な資源へつなげることが通知に記載され、医師がケアマネジャーへ渡す診療情報提供書の様式も見直された。

また、2021年から「高齢者医療制度円滑運営事業（保険者とかかりつけ医等の協働による加入者の予防健康づくり事業分）」が開始された。これまでの特定健康診査・特定保健指導（以下、特定健診）におけるかかりつけ医等と医療保険者の協働した健康づくりの仕組みを活用したモデル事業である。特定健診では、加入者の健康面に対する栄養指導等の保健指導を行ってきた。当該事業ではこの仕組みに加えて、社会生活面の情報共有と地域の相談援助等の活用により、社会生活面の課題解決にも取り組んでいくことを目的とした。調査した時点で2021年度の成果報告書が公開されていた。7事業者が参加しており、社会面を評価できる問診票等の開発やリンクワーカー研修を通じた人材育成などの成果が報告されていた。一方で課題として、医師の社会生活面への視点や認識の差、インフォーマル資源の不足等の社会資源確保の課題、ライフステージによる変化に応じた支援の必要などが指摘されていた。当該事業は、2022年も同様のモデル自治体による事業が行われ、2023年にモデル事業実施結果が取りまとめられ、2024年において実施結果を踏まえ保健指導プログラム・特定健診等実施計画へ反映される予定となっている。

（2）社会的課題に対応するための社会的資源・仕組みの現状把握

2019年に「地域共生社会に向けた包括的支援

と多様な参加・協働の推進に関する検討会（地域共生社会推進検討会）」において、今後の地域での支援の在り方に関する方針が取りまとめられた。地域における支援体制として、専門家による個別的な伴走型のアプローチと、住民相互のつながりによるセーフティネットの強化の必要性が示され、その実現に向けて、①断らない相談支援、②つながりや参加の支援、③地域づくりに向けた支援を可能とする重層的な支援体制の整備が提案された。そして、「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律」（2021年法律第52号）により、重層的支援体制整備事業が創設された。専門的な支援である公助・共助としての相談支援事業の整備に加えて、地域生活の場における様々なコミュニティや分野での活動をつなぎ、人と人をつなぎ合わせて地域づくりを進めて地域支援の基盤をつくるのが特徴である。患者の社会的課題への対応には、この両方の活動が不可欠と考えられた。特に後者は、インフォーマルな支援の互助の基盤であり、ソーシャルキャピタルの醸成ともいえる。社会的課題がある患者に対しえ、成育医療領域の医療機関からつなぐ先としては子育て世代包括支援センター（利用者支援事業等）が想定され、そこからつながる多様なニーズに応えるための社会資源として重層的支援体制整備事業における地域資源が考えられた。

以上を踏まえて、重層的支援体制整備事業の実践状況についてヒヤリング調査を実施した。まず、鳥取県内の状況について自治体担当者を対象に聞き取りをおこなった。

A市：既存の相談支援体制をベースとし、地域包括支援センターなどの支援機関で相談を受け付け、2021年度からは、各支援機関で対応が困難な事例については、市中央人権福祉センターが中心となって関係機関をコーディネー

トし、支援の方向性等の検討を行っていた。

B市：2022年4月に、「どこに相談したらいいかわからない」などの福祉の困りごとを総合的に受けるよろず相談窓口を新たに福祉保健総合支援センター内に設置して支援していた。中学校区への地域窓口設置への展開を準備中。

C市：2020年4月に、社協内に総合相談窓口を設置。以後、複合的な課題等については、各支援機関、社協、自治会、学校、警察等で構成する協議体を通じて連携して対応。

D市：包括的支援体制として制度化されていないが、関係機関（外部含む）が参集し、支援方針等を確認しながら連携して支援しており、これが十分に機能しているという認識。

E町：2023年1月に、町福祉課内に総合相談窓口を設置。以後、支援事業所やケアマネジャー等が参加する「初回連携会議」で情報共有。複雑なケース等は、関係機関で構成する支援会議につなぎプラン作成等を行うこととしていた。

F町：2015年度から包括的な支援体制整備の取組を開始。町社協に設置する福祉相談支援センターで相談をワンストップ対応。複合課題等については、関係機関による「支援調整会議」で連携して支援していた。

G町：既存の相談支援体制をベースとし、地域包括支援センターなどの支援機関で相談を受け付け、2021年度からは、各支援機関で対応が困難な事例については、町福祉課が中心となって関係機関をコーディネートし、支援の方向性等の検討を行っていた。

H町：1つの所属で福祉分野全般を所管。所属内で連携して支援しており、現在の連携体制で対応していく方針であった。

次に、重層的支援体制整備事業実施計画を公表しているB市が直営する相談支援事業所に対して詳細なヒヤリング調査および意見交換

を行った。支援対象は、こども・子育て世帯から高齢者、障害者、生活困窮など横断的に、家族丸ごとを対象とする相談支援を実践していた。市職員4名と市社協職員18名(市に出向)の計22名を配置して、①福祉のよろず相談、②地域包括支援センター、③ひきこもり相談、④成年後見制度の相談、⑤制度の狭間の相談、⑥チーム支援の調整の6つの機能を一体的に実施していた。課題としては、相談窓口の展開においてリンクワーカーとなりうる人材の不足、もう一つは地元での地域活動の担い手不足から日常生活レベルの支援に対して十分に手が届きにくいことであった。地域活動への参加が少ない状況は、住民の生産年齢層だけでなく、これまで地域活動の中心であった退職後の年代も就労していることが多く、「元気なお年寄り(仕事をしながら)地元にはいない。」と述べていた。当該自治体はこども食堂の取り組みが多い地域であるが、開設時間帯が決まっていることやコロナ禍における利用制限など既存の資源についても一定の限界があるということであった。現場においては、インフォーマルな支援の需要に対する供給が絶対的に不足する状況であった。介護領域における生活支援コーディネーター(地域支えあい推進員)や協議体の活用や、民生委員を新たにコミュニティワーカーと呼んで地域活動に加わってもらう取組を検討していた。

次に、民間事業所のヒヤリング調査を実施した。対象は北海道に所在する事業所で、小児慢性特定疾病児童自立支援事業の委託を受けていることから支援状況を知る機会があり、対象者の了解を得て聞き取りと意見交換をおこなった。事業所は障害者生活支援センターを母体とし、基幹相談支援センターの役割も担っていた。人員配置は、相談員10名、事務員1名、外国人対応の派遣通訳者2名の体制であった。

地域生活支援事業の委託相談事業から事業を始めており、開設時から窓口で受け付ける相談者については障害の有無や年齢は問わず、困りごとのある方を対象として対応してきた実績から、自治体の様々な分野から相談支援事業の委託を受けてきた経緯があった。相談者の困りごとを整理し、課題を解決するための方策を検討して、情報を持つ機関や人とならぬでいく支援方法であった。相談支援においては、支援者が方針を決めていくのではなく、相談者自身の意思を中心に据えて「一緒に考える」姿勢が明確であった。支援対象は、こども・子育て世帯から高齢者、障害者、生活困窮など横断的であった。また、医療的コーディネーターとして医療相談についても医療機関と連携しながら実施していた。相談者だけでなく相談者の家族の支援状況も確認し、それぞれの支援関係者を一堂に会する事例検討会を開いていた。支援関係者間のサービスの違いを相互に認識し、得意分野をお互いに生かすことにつながり、実践的な連携体制がつくられていた。小児に関しては、要保護児童対策協議会や地域のこども虐待防止勉強会など幅広くネットワークを作り、支援に生かしていた。相談元は当事者のみならず、民生委員など地域から持ちかけられることもあり、家庭問題で孤立する家族にある「繋がれる糸口」を探して(例えば、つながりにくい引きこもり児童がいる家庭において要介護の祖母が同居している場合、祖母の訪問看護や在宅診療医と連携して祖母だけでなく、こども・子育てのニーズを探るなど)支援に繋げる工夫をしていた。地域の社会資源の発掘については、社会資源を「キラッと資源」と名付けて、支援関係者と情報共有しながら活用していた。当事業所の所在する自治体は重層的支援体制整備事業を実施していないが、支援状況の実体として重層的な体制が構築されており、断らない支

援、伴走型のアプローチが実践されていた。

D. 考察

社会的処方とは成人期をモデルとしてその効果が示され、世界中で展開しているところである。成育医療における社会的処方の科学的なエビデンスは確立していないが、SDH に対する biopsychosocial 健診を通じた社会的課題への解決策の一つとなる可能性が考えられた。

現時点で日本において取り入れられている社会的処方とは介護保険領域であることから、成育医療における社会的処方の仕組みとして活用することは困難である。一方で、特定健診を通じたモデル事業については、健診事業と保健指導の枠組みを活用している点において成育医療における社会的処方にも応用可能性が考えられた。特定健診と乳幼児健診や妊産婦健診などの成育期の健診との類似点と相違点を対照しながら、応用できる部分を抽出していくことが必要と考えられた。

課題として医師の社会生活面への視点や認識の差、インフォーマル資源の不足等の社会資源確保、ライフステージによる変化に応じた支援の必要などがある。医師の社会生活面への視点や認識の差については、当研究班で開発する biopsychosocial assessment ツールが有用と考えるが、一方でツールを用いても、医師自身が社会的課題についての認識がなければ社会的処方には至らないため、SDH 視点や社会資源の活用等についての研修等が必要になると考えられた。

社会的処方の処方箋で書かれる薬、つまり受け皿となる仕組み・社会資源について、重層的支援体制整備事業の仕組みが有用であると考えられたが、現状としてインフォーマルな地域資源は十分とは言えない。住民自身の意識変容による地域の気づきの力をあげていくことが

重要であり、支援体制と地域づくりを一体的に取り組む必要があると考えられた。

ライフステージとともに変化していく支援ニーズに伴走する支援を実現するためには、これまでの対象者個別の特性ごとの支援体制だけでなく、子育て世帯全体を支援対象とした社会的課題の解決があわせて必要になる。そのためには、社会的処方は有用であり、あわせて地域づくりによるソーシャルキャピタルの醸成が重要と考えられた。

E. 結論

成育医療における biopsychosocial アプローチの実践において、社会的処方が SDH に対する biopsychosocial 健診を通じた社会的課題への解決策の一つと考えられた。課題として、処方する側の医師の技能向上、社会課題を明確化するためのツールの開発、地域づくりによるソーシャルキャピタルの醸成が必要と考えられた。

F. 研究発表

1. 論文発表

該当なし

2. 学会発表

該当なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

なし