

査読論文

## 日本における双方向性社会的処方 of 理論的枠組： 生活支援と地域保健の視点から

宮 崎 剛 司

### 要旨

従来の社会的処方は、当事者を支援の「受け手」と位置づけがちである。本稿は、この一方向的な関係性を超える新たな概念として「双方向性社会的処方」を提唱する。これは、当事者が単にサービスを受けるだけでなく、地域で役割を担い「貢献」することを通じて、支援と貢献が相互に循環するモデルである。この双方向性こそが、個人のエンパワメントと地域全体のウェルビーイング向上を促す鍵となる。日本における社会的処方の発展に向けて、貢献を測る評価指標の導入、社会資源のプラットフォーム化、役割創出を担う人材育成、安全な参加を保障する仕組みの構築が不可欠であり、支援と貢献の循環を社会に実装することが、個人と地域双方のウェルビーイング向上に寄与するだろう。

キーワード：社会的処方，リンクワーカー，健康の社会的決定要因，ウェルビーイング

### 1. 問題の背景と本稿の目的

英国での社会的処方（Social Prescribing）は、診療所と地域資源を媒介するリンクワーカー、家庭医（General Practitioner：GP）、国民保健サービス（National Health Service：NHS）による水平的ガバナンスといった基盤に支えられてきた。医療的介入に加えて地域の活動や資源につなげることで包括的な健康支援を行うアプローチとして体系的に発展している。一方で、短期的なウェルビーイングの改善が見られても（Husk et al., 2020）、参加の持続や社会的役割の回復は脆弱だとする報告は少なくない。

日本においては、地域包括ケアや地域共生社会のもと、通いの場やサロン、NPO など多様なコミュニティ・アセットが広く存在するが、医療起点のスクリーニングとコーディネーションは分散し、十分とは言いがたい。このずれが、個人を再

び「受け手」として再定義する逆説を生んでいる。

本稿の目的は、この断絶を橋渡しする構造を、現場実務に接続可能なかたちで提示できるかにある。そこで、障害者支援を「双方向性社会的処方」という視点で提起する。従来の一方向的な支援ではなく、当事者を「資源の束」とみなし、役割を状況に応じて交代し合う循環性そのものを社会的処方と位置づける。これにより、「支援する側」「支援される側」の固定化を避け、相互性に基づくコミュニティの治癒力を高めることが可能となる。本稿は、この相互扶助モデルの理論的基盤を整理し、日本における社会的決定要因（social determinants of health：SDH）への応答としての意義を検討する。

## 2. 社会的処方の基本概念と日英比較

### 2.1. 英国モデル

英国の社会的処方は、プライマリ・ケアのゲートキーピングを担う GP を軸に、リンクワーカーという媒介職を制度上の要に据える点に特徴がある。リンクワーカーは個人の語りに基づくアセスメントから始め、到達目標を共有し、地域資源への接続と伴走支援を反復的に行う。ここで対象化されるのは、孤立、軽度から中等度の精神的健康問題、慢性疾患の自己管理に関わる「実務的・社会的・感情的ニーズ」であり、従来の生物医学中心の診療プロセスでは周辺化されがちだった領域である。NHS の政策文書は、こうした介入が通院の適正化やウェルビーイングの改善に寄与する可能性があることを示唆する一方、この効果は地域ごとの資源密度やコミッションングの設計に左右され、均一ではないことも指摘できる。したがって、制度としての明確さは利点であるが、資源の偏在という限界を内包する。

### 2.2. 日英比較

NHS 長期計画では、2023 年度までに少なくとも 90 万人が社会的処方の恩恵を受けることを明確な数量目標として掲げた (NHS England, 2019)。

日本でも経済財政運営と改革の基本方針 2020 (内閣府, 2020) で、家庭医などが患者の社会生活面の課題にも目を向け、地域社会における様々な支援へとつなげる取り組みについての注釈に「社会的処方」という言葉が記載されている。数少ないが自治体でも「社会的処方」モデル推進課があり注目されている。

日本の現状を分析すると、英国のように制度化されてはいないものの、地域住民のウェルビーイング向上に貢献している。比較表 (Table 1) は、英国モデルと日本の現状における相違点と類似点を整理したものである。この分析は、なぜ英国モデルの単純な移植が困難であり、日本の独自の強みを活かしたモデル構築が不可欠であるかを浮き彫りにしている。

地域包括ケアシステムや地域共生社会の政策枠組みの下で、高齢者サロン、子ども食堂、社会福祉協議会の事業、民生委員の訪問活動など、多様な社会資源が既に社会的処方に近い機能を果たしている。これらは医療制度の内部に制度化されたプログラムではなく、地域住民の自発性と行政の間接支援の組み合わせによって維持されている。言い換えれば、日本は「医療の出口」に専任のリンクワーカーを置くというより、「地域側の入口」を厚くすることで、生活圏内に受け皿を形成してきたのである。ここには、フリーアクセスを前提とする医療提供体制、専門職の役割境界の多元性といった制度的・文化的前提が作用している。実際、地域包括支援センターの保健師や社会福祉士、ケアマネジャー、ソーシャルワーカーなどが部分的に「橋渡し」を担うが、対象集団や財源、情報連携の枠が異なるため、英国型の一本化された制度装置には収斂しにくい。成果とインセンティブ設計の違いも大きい。英国ではコミッショナーが成果責任を負うのに対し、日本では報酬体系が縦割りで横断的評価が難しい。また、地域資源の持続可能性が常に課題となる。しかし、日本には生活領域への繊細な介入やケアマネジメントの実践知といった独自の強みがある。結局のところ、専門職主導モデルと住民主体ネットワークをいかに融合させるかが課題となる。

## 3. 「双方向性社会的処方」の枠組み

従来の社会的処方モデルを日本で新しい理論的概念「双方向性社会的処方」を定義し、その構造を提示する。

### 3.1. 「双方向性社会的処方」の定義

従来の社会的処方は「支援する側」と「支援される側」の一方向的関係を前提としてきた。しかし日本の実践を観察すると、利用者が同時に貢献者となるダイナミックな関係性が存在する。例えば、就労継続支援 B 型事業所が運営するカフェでは、障害をもつ人々が調理や配膳に参加し、結果

的に直接地域に貢献している。

ここで重要なのは、当事者がサービスの受け手に留まらず、具体的役割を担うことにより、自己効力感と社会的役割の回復（獲得）を促し、支援と被支援の関係を相互循環的に再編する点である。

これは、従来の社会的処方が前提としてきた一方向的な関係性の領域を超えて、支援と被支援の役割が循環し、当事者のエージェンシーを最大化する点に本質的な意義がある。この核心は、介入の評価軸を従来の「社会的参加」に留めず、「社会的貢献」という側面を明確に加える点にある。これにより、社会的処方の目的が個人のニーズ充足から、当事者のエンパワメントと地域全体の社会関係資本の強化へと拡張される。

### 3.2. 拡張された理論モデル

本モデルの拡張は以下の三層にまたがる。拡張されたモデルは三層の相互規定的構造をもつ。背景には、町内会や子ども会などに見られる互酬性の規範と住民自治の実践を、制度化された公衆衛生のフレームへどのように翻訳し直すかという課題意識がある。

#### ・担い手（リンクワーカー）の再編

専門職中心の「ケアの供給」から、役割創出と社会的参加を媒介するリンクワーカーとなる。担い手の配置へと、視点の転換が必要である。ここで言うリンクワーカーは、受け手の潜在的な可能性を見立て、具体的な地域資源に埋め込む機能を担う。当事者に対しては小さな達成の言語化と見える化（バッジ、表彰など）が、地域に対しては貢献がもたらす波及効果の可視化（活動の継続率、担い手の多層化、多様性指数）が望ましい。

#### ・プロセスの拡張

アセスメントでニーズとともに強み・関心を評価し、役割単位でマッチングする。ピアサポートやメンタリングを組み込み、離脱を予防する。

#### ・成果指標

成果指標もまた、貢献の側面を反映するために拡張される必要がある。

- 1) 個人レベル：孤立感の減少、ウェルビーイングの向上に加え、自己効力感の向上、獲得した役割の数、雇用・就労率の変化。
- 2) 地域レベル：地域活動の持続性、社会的ネットワークの密度に加え、相互支援の頻度。

## 4. 日本における実践事例

前章で提示した「双方向性社会的処方」の理論モデルは、単なる抽象論ではない。それは、既に日本国内の多様な実践の中に、その萌芽として存在している。

### 4.1. 事例類型 A（参加＋貢献）

#### 食事提供型の支援事業所における役割創出

食事提供型支援事業所における役割創出 食事提供型の支援事業所では、障害や高齢の当事者が調理補助・配膳・子どもの見守りなどの具体的役割を担い、受益者から貢献者へと転じる（農林水産省、2018）。役割遂行は自己肯定感と社会的評価を高め、多世代交流を促進し、コミュニティのインクルージョンを深化させる。これは拡張された成果指標の個人の自己効力感、地域の相互支援に資する双方向性の中核効果である。

### 4.2. 事例類型 A（プライマリ・ケア連携）

宇都宮市医師会は、かかりつけ医が患者の社会的背景や非医学的ニーズに「気づき」、それを地域の社会資源へつなぐ仕組みを構築している（宇都宮市医師会、2020）。この取り組みは、日本の医療制度の文脈の中で、プライマリ・ケア領域からSDHへ介入する具体的なモデルである。医師が最初の「気づき」の起点となり、福祉専門職や地域へと繋ぐこの流れは、双方向性モデルにおける重要な入口をなす。連結先で当事者が役割を見出し貢献へ移行することで、モデルは機能的完成に近づく。

### 4.3. 事例類型 B (自治体連携)

兵庫県養父市は、「社会的処方推進課」を設置し、行政が主導して社会的処方を推進している先進事例である (Projects' CATA-Log, 2025)。このモデルは、拡張されたアクターの役割を例証するものであり、自治体の専門部署が単なる資源への橋渡しを超えた機能を担っている。

## 5. 制度化に向けた政策的提言と課題

「双方向性社会的処方」を理念の宣言にとどまらず、測定・人材・資源・ガバナンスを横断する具体的設計が要る。

第一に評価指標。従来のアウトカム (孤立感の低下、受診行動の変化など) と「貢献」を等価に扱う尺度化が急務である。「創出された役割数」「ピアサポート参加時間」「地域からの感謝表明回数」などの量的指標と、「自己効力感の変化」「互酬関係の増加を伴うネットワーク構造変化」などの質的指標を組み合わせ、地域包括ケアの評価項目へ組み込むことで、自治体・事業者のインセンティブ整合性を確保できる。

第二に人材。リンクワーカー像を再定義し、「繋ぐ」技能に加えて、役割創出、動機づけ面接、リスクアセスメント、倫理的合意形成をカリキュラム化する。専門職—市民担い手—当事者の三層で学び合う継続教育を、自治体主催の実践コミュニティと大学・養成校の連携で運用するのが現実的である。

第三に資源プラットフォーム。従来の制度種別ベースの資源マップを刷新し、「料理ができる場」「植物を育てられる場」「子どもと関われる場」「経験を語れる場」といった役割属性でメタデータ化し、検索・マッチングを可能にする。媒介者は「～したい/～できる」を起点に機会を探索できる。

第四に安全の制度化。障害や慢性疾患を抱える人々が過剰な責務化や「善意の搾取」に陥らないよう、参加の閾値、休止・撤退手続、合理的配慮、報酬・謝金の基準をガイドラインで明文化する。安全と柔軟性の緊張は不可避であるため、リスク共有と失敗からの学習を制度に組み込む。

これらの要件は理念の「対訳」であるだけでなく、現場が意思決定できる単位に分解されねばならない。貢献の可視化、人材の再訓練、資源のプラットフォーム化、安全の制度化、これらが相互補完的に作動するとき、「双方向性社会的処方」は、支援と参加の循環を社会の標準実装へと定着させる。

## 6. 結 論

本稿は、現代公衆衛生学の重要課題である健康のSDHに対応するアプローチとして、社会的処方に着目した。英国の専門職主導モデルと、日本の住民主体による相互扶助文化を比較分析した結果、英国モデルの単純な移植ではなく、日本の社会的・文化的文脈に根差した独自のモデル構築が不可欠であることを示唆した。

Table 1. 社会的処方における制度・担い手・アプローチの比較検討 (著者作成)

比較項目	英国モデル	日本の現状
制度	GPを起点とするプライマリ・ケア	地域包括ケアシステム 地域共生社会に向けた政策
主要な担い手	リンクワーカー (国家資格ではない)	福祉専門職、行政、住民主体、NPOなどが混在し、地域によって標準化されていない
アプローチ	専門職主導・制度化されたモデル	住民主体・文化的価値観 (助け合い、相互扶助) が根付いたネットワークモデル
課題	制度の持続可能性 (財源確保) リンクワーカーの役割の標準化 バーンアウト対策	既存の地域包括ケア制度や介護保険制度の持続可能性 (財源確保) 介護・福祉専門職の担い手不足
強み	明確な制度設計と専門性	相互扶助の文化的土壌

その具体的な理論的枠組みとして、本稿は核心的概念である「双方向性社会的処方」を提唱した。これは、支援を受ける者が地域で役割を担い「貢献」することを通じて力づけられるという、「役割の再編成と相互性の創出」を目指すものである。

当事者が地域で役割を担い貢献することにより、支援と被支援の循環が生まれ、個人と地域双方のエンパワメントが可能となる。国内のまだ少ない先行事例はその実効性を示しており、制度的整備を通じて持続可能な実装が期待される。

双方向性という理念は、日本固有の住民主体の文化に根差しつつも普遍的意義を持ち、国際的に社会的処方を発展させる枠組みとなりうる。役割を媒介とした支援と貢献の循環を社会の標準実装とすることが、地域全体のウェルビーイングを高めるだろう。

#### 引用・参考文献

内閣府. (2020). *経済財政運営と改革の基本方針 2020*. [https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/honebuto/2020/2020\\_basicpolicies\\_ja.pdf](https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/honebuto/2020/2020_basicpolicies_ja.pdf), (アクセス日：2025/9/3).

宇都宮市医師会. (2023). *宇都宮市医師会の社会的*

*処方の取り組みについて*. J-HPH/関連資料. 株式会社 FVP. (2024). *就労継続支援事業における生産活動の活性化に関する調査研究：厚生労働省令和5年度障害者総合福祉推進事業*. 厚生労働省. <https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/001248340.pdf>, (アクセス日：2025/9/5).

厚生労働省/研究班報告 (成育医療等). (2022). *成育医療領域における biopsychosocial アプローチ等に関する報告書*.

佐藤寛・井庭崇 (編). (2020). *社会的処方——孤立を防ぎ、地域を変える*. 学芸出版社.

農林水産省. (2018). *子ども食堂と連携した食育活動事例集*.

西岡大輔・近藤尚己. (2020). 社会的処方の事例と効果に関する文献レビュー. *医療と社会*, 29(4), 479-496.

Husk, K., Elston, J., Gradinger, F., Callaghan, L., Asthana, S., & Robinson, J. (2020). Social prescribing: Where is the evidence? A realist review. *Health & Social Care in the Community*, 28(4), 1109-1117.

NHS England. (2019). *The NHS Long Term Plan*. <https://www.longtermplan.nhs.uk/>, (アクセス日：2025/9/3).

Projects' CATA-Log. (2025). *養父市の「社会的処方」の取組*. <https://pjcatalog.jp/archives/5752>, (アクセス日：2025/9/5).

# The Theoretical Framework of Reciprocal Social Prescribing in Japan: Perspectives from Social Support and Community Health

MIYAZAKI Takashi

## Abstract

**Background:** Conventional social prescribing often positions individuals as passive recipients of support, creating a unidirectional relationship that may limit both individual empowerment and community engagement. While social prescribing has gained recognition as a public health intervention, the one-way nature of current models presents significant limitations for sustainable community well-being. **Objective:** This paper introduces “Bidirectional Social Prescribing” as a novel theoretical framework that transforms the traditional paradigm by establishing reciprocal relationships where individuals simultaneously receive and contribute to community support systems. **Methods:** We developed the theoretical foundations of Bidirectional Social Prescribing through systematic literature review and analysis of Japanese case studies. The framework was examined through qualitative analysis of community-based interventions and assessed for its potential public health applications. **Results:** The Bidirectional Social Prescribing model demonstrates a reciprocal cycle where individuals transition from service recipients to active community contributors, fostering both individual empowerment and collective community resilience. Japanese case studies reveal enhanced participant engagement, improved health outcomes, and strengthened social cohesion compared to conventional unidirectional approaches. **Conclusions:** Bidirectional Social Prescribing represents a paradigm shift toward sustainable, community-centered health interventions. This framework holds significant promise for public health implementation, offering a more equitable and empowering approach to social prescribing that addresses both individual needs and community capacity building.

Keywords: Social prescribing, Link worker, Social Determinants of Health (SDH), well-being.