ISSN 2758-7142

VOL. 1

とよなか都市創造 2023

刊行に寄せて「健康と都市政策」

特集

ソーシャル・キャピタルと子どもの健康
ソーシャル・キャピタルの意義と学校教育の可能性
ソーシャル・キャピタルと地域の子ども支援

トピックス

（報告）庁内グループ研究支援事業
～ソーシャル・キャピタルを活用した市南部地域活性化～

調査研究報告

健康と都市政策（総論）
豊中市における孤独・孤立に関する調査研究
豊中市における地域づくりと健康づくりに関する調査研究
豊中市における健康データの利活用に関する調査研究

活動報告・出版物案内

とよなか都市創造研究所活動報告
とよなか地域創生塾活動報告
とよなか都市創造研究所刊行物一覧

編集後記

「とよなか都市創造」発行にあたって

とよなか都市創造研究所は、市の持続的な発展と計画的な市政の推進に向け、中長期的な視点に立った都市政策に関する調査研究を実施しています。また、都市の問題や豊中市の抱える課題や調査研究活動の成果などについて関心を深めていただくことをめざし、市民の皆さんや職員に向けた情報提供をさまざまな形で行ってきました。

少子高齢化や地域のつながりの希薄化が進む中、豊中市を取り巻く環境は大きく変化し、地域の課題は多様化・複雑化しています。このたび、時代のニーズをとらえた情報発信に向け、機関誌「とよなか都市創造」を、ここに刊行します。本機関誌は、従来発行してきた都市政策に関する情報誌「TOYONAKA ビジョン 22」及び研究員が執筆する調査研究報告書を 1 冊に統合し、より多くの方々に興味を持っていただけるような内容をめざしました。

本機関誌が、よりよい地域社会の創造に少しでも寄与できるものであればと期待しておりますので、本研究所への今後一層のご理解ご協力をお願い申し上げます。

令和 5 年（2023 年）3 月
豊中市都市経営部とよなか都市創造研究所　事務局

とよなか都市創造 VOL.1　2023.3

目　次

巻頭言　刊行に寄せて「健康と都市政策」

立命館大学専門職大学院 経営管理研究科 研究科長・教授　　肥塚 浩 …… 1

特集　ソーシャル・キャピタルと子どもたち

ソーシャル・キャピタルと子どもの健康〔インタビュー〕

東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 国際健康推進医学分野 教授　　藤原 武男 …… 7

ソーシャル・キャピタルの意義と学校教育の可能性

立命館大学 産業社会学部 現代社会学科 教授　　柏木 智子 …… 13

ソーシャル・キャピタルと地域の子ども支援〔インタビュー〕

二葉パンダ食堂・パンダほぉむ　　山中 智代 …… 23

トピックス

（報告）庁内グループ研究支援事業

～ソーシャル・キャピタルを活用した市南部地域活性化～ …… 29

調査研究報告

健康と都市政策（総論）…… 33

豊中市における孤独・孤立に関する調査研究　　研　究　員　　平田 誠一郎 …… 39

豊中市における地域づくりと健康づくりに関する調査研究

――社会的処方の視点をふまえて――　　研　究　員　　比嘉 康則 …… 107

豊中市における健康データの利活用に関する調査研究　　主任研究員　　石村 知子 …… 159

活動報告

とよなか都市創造研究所活動報告 …… 211

とよなか地域創生塾活動報告 …… 213

出版物案内

とよなか都市創造研究所刊行物一覧 …… 215

編集後記

豊中市都市経営部とよなか都市創造研究所長　　森田 宏人 …… 218

刊行に寄せて

健康と都市政策

肥塚 浩

とよなか都市創造研究所機関誌『とよなか都市創造』Vol.1　監修
立命館大学専門職大学院 経営管理研究科 研究科長・教授

○総合計画における「健康」

自治体の最上位計画は総合計画であるが、1969（昭和 44）年の地方自治法改正において基本構想の策定と議会議決が義務づけされたことから、2011（平成 23）年の同法改正が義務づけていた第 2 条第 4 項を削除して以降も、総合計画の策定を継続している自治体はたいへん多い。これは、総務大臣より、自治体の判断で議会議決により基本構想の策定を行うことが可能であるとの通知が出されたことも影響していると考えられている。

さて、総合計画は、一般的に自治体の政策と施策と事務事業を掲載するが、様々な住民ニーズ等に基づいてこれらに関して無限に掲載するわけではない。制約するのは、人口フレームと財政フレームであり、この 2 つのフレームに制約されて総合計画は策定されるものである。2010（平成 22）年以降、これまでどおり人口増加のフレームとするのか、人口推計から人口減少のフレームとするのかは重要な論点であった。現在は、多くの自治体において今後も人口減少が継続することから、人口フレームもそれを踏まえたものになっているが、やはり人口減少をできる限りとどめる人口フレームが散見される。

また、人口減少幅を低めに設定すると、財政フレームもそれに影響されることになり、長期的財政見通しと実際の財政の動きとの乖離が広がるリスクは高くなる。現在の人口減少社会は、少子社会であり、かつ超高齢社会でもあることから、社会福祉関係の支出をどうするかは重要な政策上の論点である。子育て支援への重点化をどうするのか、高齢者向け支出をどうするのか、いずれも住民の重要な関心事であることから、どうしても支出を増加させる期待値が大きくなることへの向き合い方が問われることになっている。

人口に占める高齢者比率が高くなることから、高齢者向けの社会福祉関係支出が国も地方も多くならざるを得ない。同時に、住民の健康状態が良好でありつづけることは、結果として財政支出を少なくすることに繋がっている。健康寿命の延伸は住民の願いであると同時に、自治体財政にとってもポジティブな影響をもたらすことになる。したがって、総合計画において、健康を重視することは、住民の願いを実現することにつながり、自治体財政に貢献することでもある。こうした位置づけが、現在、総合計画において健康が重視される大きな理由と考えられる。

○都市政策としての「健幸都市」及び「スマートウエルネスシティ」

健幸都市を標榜している自治体が増えている。この分野で知られている新潟県見附市は、2003（平成 15）年に「見附市いきいき健康づ

くり計画」を策定し、2009（平成 21）年に「スマートウエルネスシティ構想」を策定すると同時に、Smart Wellness City 首長研究会の設立（当初 9 自治体が参加）を主導している。その後、2011（平成 23）年に「見附市健幸基本条例」と「見附市歩こう条例」、2014（平成 26）年に「見附市健幸づくり推進計画」を策定し、2016（平成 28）年の「第 5 次見附市総合計画（平成 28 年～令和 7 年）」の都市の将来像に「スマート ウエルネス みつけ」の実現を掲げている（見附市役所 Web サイト）。こうした一貫した「健幸」や「スマートウエルネス」を見附市政の根幹にすえた都市政策の策定と市政運営を行っていると言える。

こうした健幸やスマートウエルネスの重視は、全国の自治体に広がりつつある。例えば、先述した Smart Wellness City 首長研究会には 2022（令和 4）年 12 月現在 64 自治体が加盟している。この研究会では、「健幸づくりは「まち」づくりから」を掲げ、次のように述べている。「健康で元気に暮らせること、すなわち、「健幸＝健康で幸せ」であることは、個人と社会の双方にとってメリット（生きがい、豊かな生活、医療費の抑制）があります。高齢化・人口減少が進んでも地域住民が「健幸（身体面の健康だけでなく、人々が生きがいを感じ、安心安全で豊かな生活を送れること）」であるためには、そこに暮らすことで健幸になれるまち“Smart Wellness City”（スマートウエルネスシティ）が求められます」。そして、「Smart Wellness City の実現のために、「「①公共交通インフラの充実や、緑道・歩道・自転車道等ハードな面のまちづくり」、「②健康医療データ分析と総合的エビデンス（データ的根拠）に基づく客観評価」、「③健康増進インセンティブ等による住民の行動変容促進」、「④ソーシャルキャピタルの醸成」の 4 つの要素が重要です」（Smart Wellness City 首長研究会 Web サイト（一部表現修正））。ここでは、公共交通インフラ、健康医療データ、住民の行動変容、社会的つながりが重要であることが示されている。健康を柱にすえた都市政策とは何かを端的に明らかにしている。

また、日本健幸都市連合（以下、連合と略す）が東京都荒川区長、新潟県見附市長、茨城県取手市長、大阪府高石市長、北海道白糠町長の 5 名が代表幹事となって、2017（平成 29）年に発足している（連合 Web サイトでは 2019（令和元）年 11 月で 95 自治体が参加と記載）。この連合の設立趣旨には、「①レセプト・健診データ分析による糖尿病重症化予防、ジェネリック医薬品促進などからなる、呉市方式と呼ばれる予防運動を地域医療機関等と協力して推進し、住民の健康増進とともに医療費の適正化を図る。②健康で幸せな生活の基本となる食生活について、子供から高齢者までライフステージに応じ、産・官・学が協力して「健幸」に資する食生活の改善を推進。③高齢者のフレイル予防など、歩きたくなるまち、外出したくなる「健幸」なまちづくりをソフト・ハードの両面で推進。などを主なテーマとして活動する」としている。また、この連合の認識として、「人口減少・超高齢化社会の到来が現実となった今、住民はもちろん全国の自治体、医療関係者にとって「健幸都市」の実現は極めて重要な課題」、「「健幸都市」は、健康づくりだけでなくコミュニティ活動や街づくり等を含む、住民主体の観点に立った総合的な取り組みによって実現される」（以上、連合 Web サイト）と考えている。この連合でも、「健幸都市」実現のために、健康医療データ、食生活の改善という住民の行動変容、「健幸」なまちづくりのための公共交通インフラが重要であると考えている。こちらも健康を柱に据えた都市政策のありようを指し示している。

○超高齢社会と「コンパクト＋ネットワーク」

2014（平成 26）年に「消滅可能性自治体」

といった用語が大きな社会的反響を生み、今後の自治体のありように関する様々な議論が行われるようになった。この議論と関連した重要キーワードとして、「コンパクト＋ネットワーク」がある。国土交通省は「人口減少・高齢化が進む中、特に地方都市においては、地域の活力を維持するとともに、医療・福祉・商業等の生活機能を確保し、高齢者が安心して暮らせるよう、地域公共交通と連携して、コンパクトなまちづくりを進めることが重要」だとして、この「コンパクト＋ネットワーク」を2014（平成26）年の「国土のグランドデザイン2050～対流促進型国土の形成～」において提唱した。

さて、この「国土のグランドデザイン2050～対流促進型国土の形成～」では、高齢者の社会参画について次のように述べている。「人口減少、高齢化が進む中においては、意欲と能力のある高齢者が年齢に関わりなく社会参画できるような国土・社会環境の整備が重要である。まず、「生産年齢人口」の考え方や定義を見直し、健康な高齢者が「多様な働き方」で、広義の意味での「働く」ことを可能とし、それを前提とした社会を実現していく必要がある」。また、「高齢者の健康寿命を伸ばし、コミュニティの中で社会的役割を担うだけでなく、元気に働き、創造的生産活動にも大きく貢献し、年金＋αの収入を確保するとともに、必要になれば介護が受けられる社会を実現することが必要である」。このように、健康な高齢者の多様な働き方、健康寿命の延伸と地域コミュニティの中での社会的役割、必要になれば介護を受けることが可能の3点を重視している。

また、この参考資料として、「サービス施設の立地する確率が50%及び80%となる自治体の人口規模」がある。この中には様々なサービス施設が記載されているが、例えば、超高齢社会に関連する介護施設は、次のようになっている。介護老人福祉施設の存在確率80%は3,500人で、存在確率50%は500人である。また、通所・短期入所介護事業の存在確率80%は9,500人で存在確率50%は6,500人であり、介護老人保健施設の存在確率80%は27,500人で存在確率50%は9,500人である。さらに、訪問介護事業の存在確率80%は27,500人で存在確率50%は22,500人であり、有料老人ホームの存在確率80%は125,500人で存在確率50%は52,500人である。この間の人口減少の加速により、これらの存在確率はもっと小さな数字になることが予想される。介護施設以外にも、小売、宿泊・飲食サービス、生活関連サービス、金融、学術研究・教育・学習支援、医療・福祉、対企業サービスなどが掲載されており、それぞれの存在確率を明示しているが、多かれ少なかれ、一定の人口規模がないとこうしたサービス施設を維持出来ないことを示している。

結局のところ、人口減少社会において、道路、上下水道、電力やガスといったエネルギー供給、公共交通機関、小中学校や公民館等の公共施設を中心市街地と幾つかの拠点性を有するエリア以外は継続することは今後できなくなるということである。したがって、地域がどのように変容していくのかを正確に把握した上で、様々なサービス施設が適切に維持・展開されることが求められているのであり、都市政策として重要な観点であると考える。

○地域包括ケアシステムと都市政策

地域包括ケアシステムは、2014（平成26）年に制定された医療介護総合確保推進法第2条に、「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう」と定義されている。この地域包括ケアシステムと都市

巻頭言

政策の関係をどう考えたらよいであろうか。

このことに関して、次のような通知がある。内閣府子ども・子育て本部子ども・子育て支援担当参事官、厚生労働省医政局地域医療計画課長 、同雇用均等･児童家庭局保育課長、同社会･援護局障害保健福祉部企画課長、同老健局高齢者支援課長、同振興課長、国土交通省都市局都市計画課長は連名で、「地域包括ケア及び子育て施策との連携によるコンパクトなまちづくりの推進について」という通知を、2016（平成28）年に、各都道府県衛生主管部局長、都道府県･指定都市･中核市介護保険主管部（局）長、同障害保健福祉主管部局長、各都道府県子育て支援主管部局長、各都道府県・指定都市都市計画主管部局長あてに出している。そこでは、次のように述べている。コンパクトシティと地域包括ケアシステムについて、「高齢者が住み慣れた地域で人生の最後まで自分らしい暮らしを続けることができる仕組みを構築するためには、医療や介護だけでなく、住まい、生活支援･介護予防など、高齢者の生活全般にわたる各種支援サービスの提供体制を総合的に考えていくことが必要です。また、これらのサービスが包括的に提供されるためには、関連施設の立地、高齢者の居住地や外出機会、地域コミュニティの状況等の観点を考慮することも重要です。そのため、コンパクトシティ施策に取り組む市町村においては、都市の将来像を明確にし、将来の高齢者の居住地や地域公共交通ネットワークの状況を考慮するなど、時間軸を意識して、コンパクトシティの形成を地域包括ケアシステムの構築と一体的に検討することが必要です。」

この通知では、コンパクトなまちづくりに関して地域包括ケアシステムは重要な意味合いを有していることを指摘している。また、コンパクトなまちづくりを内閣府と厚生労働省と国土交通省が推進していくという考えを共同で出していることは注目に値する。しかしながら、多くの自治体において、部局を超え、例えば、健康福祉部と都市計画部局や建設部が部局の壁を乗り越えて、共同で、こうした考え方でコンパクトなまちづくりが推進されているというわけでは必ずしもない。

さらに、高齢者の生活全般に関する各種支援サービスは、生活娯楽サービス業等のサービス産業が大きく関係している。したがって、自治体の商工観光部などの部局が関係することが必要であるが、こうした部局が横串に連携してコンパクトなまちづくりを推進していることもあまり見られない。地域包括ケアシステムの構築を行うには、健康福祉関係部局の範囲のみで可能となるわけではないという認識はありつつも、自治体で具体的な取り組みが十分行われているかは疑問があるところであり、かつ実際の自治体の施策において、各部局の壁を越えた取り組みもそれほど行われているわけではない。今後、この認識を変えること、部局の壁を越えた具体的な施策とそれに基づいた具体的な事業の展開が待たれている。健康を柱とした都市政策として、こうした観点はたいそう重要ではないだろうか。

最後に、この機関誌発刊の経緯について紹介しておく。これまで、とよなか都市創造研究所は、『TOYONAKA ビジョン 22』と『研究報告書』を刊行してきたが、今回よりこの２つを１冊に統合し、『とよなか都市創造』としてリニューアルすることになった。この新しい機関誌の目的は、都市政策に関するデータや情報とともに、研究員が執筆する調査研究報告を発信することにより、都市に関する問題や市の抱える様々な課題などについて、市民や職員の認識を深め、市行政の運営や調査研究活動に対する理解と協力を啓発することである。今号は健康と都市政策を特集としていることから、この巻頭文もこの特集の内容に関連したものとして、書かせていただいた。

【特　集】

ソーシャル・キャピタルと子どもたち

ソーシャル・キャピタルと子どもの健康〔インタビュー〕

ソーシャル・キャピタルの意義と学校教育の可能性

ソーシャル・キャピタルと地域の子ども支援〔インタビュー〕

【トピックス】

（報告）庁内グループ研究支援事業

ソーシャル・キャピタルを活用した市南部地域活性化

健康、教育、経済、政治など、さまざまな分野においてソーシャル・キャピタルの重要性が指摘されている。日本語では「つながり」「縁」とも呼ばれるソーシャル・キャピタルに関し、本特集では子どもとの関係に注目する。

周囲のつながりのなかで育つ子どもたちは、家庭や学校、地域などに埋め込まれたソーシャル・キャピタルに支えられている。一方で、子どもたち自身も周囲と関係を築きながら成長するとともに、そこで育まれる周囲とつながる力は今後の地域を支えていく。子どもとソーシャル・キャピタルの関係を考えることは、持続可能な地域づくりについて考えることだとも言えるだろう。

ソーシャル・キャピタルは、子どもたちの健康や学び・育ちをどのように支えているのだろうか。地域において子どもたちを支えるつながりを醸成するにはどうすればよいのだろうか。論考やインタビューなどを通じて考える。

トピックスでは、市職員の政策形成能力の向上を目的として、令和3年度（2021年度）に人事課と本研究所が共催で実施した、ソーシャル・キャピタルの政策活用をテーマとする庁内グループ研究支援事業の概要を紹介する。

特　集

ソーシャル・キャピタルと子どもの健康

藤原 武男
東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科
国際健康推進医学分野 教授

孤独・孤立が健康悪化につながるなど、私たちの健康は社会関係によっても支えられている。それは子どもたちにとっても同様である。私たちは､子どもたちの健康を支えるために､社会としてどのようなことができるのであろうか。

社会疫学の観点からソーシャル・キャピタル（人のつながり）が子どもの健康に与える影響について研究している東京医科歯科大学大学院の藤原武男教授に、つながりの醸成・活用における基礎自治体や地域の役割について伺った。

1．ソーシャル・キャピタルと子ども

――特に子どもに着目してソーシャル・キャピタルを研究されたきっかけをお聞かせください。

まず社会疫学の研究の流れがあります。古くたどると 1970 年代にまでさかのぼるのですが、平成 9 年（1997 年）にハーバード大学のイチロー・カワチ先生がソーシャル・キャピタルが健康に非常に関係しているということを発表されました。アメリカは格差が大きくて、格差が広がっている州では寿命が短いのですが、それはどうもソーシャル・キャピタルという人への信頼、お互いに助け合う相互扶助が壊れてしまっていることが原因なのではないかという論文を出されました。いわゆる人と人のつながりだけではなく、地域レベルでのお互いに助け合う風土、信頼し合っている雰囲気みたいなものが大事なのではないかということを提唱されて、保健分野に大きな影響を与えたのです。その研究がとても面白いと思い、自分でもハーバードに留学した時に、イチロー・カワチ先生にいろいろお話を伺い、一緒に論文を書かせてもらったりしました。

私はもう一つの専門として子どもの虐待の予防研究を行っていました。平成 17 年（2005 年）頃に東京都世田谷区にある国立成育医療センターにいたのですが、当時は病院で子どもの患者さんの虐待の可能性を疑うことをあまりやっていなかった中で、成育医療センターは先駆的に救急などで虐待を疑い、きちんとアセスメントすることをやっていて、虐待を予防していくためにはどうしたらいいかという研究を行っていたのです。その中で、虐待というのは幼少期の非常に悪い環境の中で起きていて、その原因としての貧困が、大人あるいは高齢者になってからの身体的な不健康にもすごく影響し、肥満になったり、心臓病や糖尿病になったりすると

いう研究を知りました。そこで、やはり子どもの時期に虐待も含めて、社会環境というのは非常に重要だと思ったのです。私は社会疫学を専門にしていたので、社会環境を良くすれば人は健康になるというソーシャル・キャピタルの議論を、虐待を含めた子どもの健康にも当てはめて見ることができるのではないかと思いました。それがきっかけと言えると思います。

――ソーシャル・キャピタルとはどのようなものか、ご解説をお願いします。

端的に言えば、人と人のつながりで得られる資源です。社会的なネットワークがあるとその人たちは健康になるのですが、それは周りの人からのサポートがあるからだと考えられるわけです。例えば、とよなか都市創造研究所の皆さんがいま私につながれたのも、中継点になる人がいたり場所があったりしたからですよね。信頼関係がベースにあるから人と人がつながり、こうやってお互い支え合って、情報提供したり、手を貸したり、話を聞いてあげたり、聞いてもらったりということが成立します。ただ、ソーシャル・サポートそれ自体の効果というのは、いままでも研究は山のようにあって、それ自体はそんなに新しくはないと思います。

これに対して組織や集団が持っている、お互いに助け合う風土というか、組織文化みたいなものの影響が、空気感染のように人々を健康にさせているかもしれないというところが、実はソーシャル・キャピタルの中でも新しい部分です。従いまして、ソーシャル・キャピタルというのは本当に単なる人のつながりではなくて、決められた場所、組織、グループで支え合う雰囲気みたいなものです。それをもたらすものとしては3つあります。まず、お互いに信頼し合っていることです。そして、お互いに支え合うという互酬性があります。最後に、その組織に対する愛着ですね。ソーシャル・キャピタルの影響もいろいろあるのですが、例えばある地域でソーシャル・キャピタルが高いことによって、ご近所の知らないおじさんもちゃんと子どもを叱ってあげるといったインフォーマルなコントロールがある。法律でどうこうということではなくて、インフォーマルなコントロールが働くということが一つあります。それによって子どもの問題行動が低くなることが実証されています。

この他にもいろいろとそのメカニズムとして説明できるのですが、まだわかってないところもあります。基礎知識としては、認知的なソーシャル・キャピタルといって、ひとりひとりが考える、頭の中で認識している“つながり”というものです。もう一つは組織への所属というので評価することもできます。会社でも学校でも、つながっている・所属しているというだけでメリットがあります。情報が勝手に入ってきたりとか、行きたくないけど飲み会に行ったらそれはそれで楽しかったということがあったりしますよね。それを構造的なソーシャル・キャピタルといいます。もう一つは、垂直型のソーシャル・キャピタルといって、政治家など権力を持っている人とのつながりが、いろんな意思決定において非常に重要だったりします。

もう一つ、全く別の次元でのソーシャル・キャピタルの分類として、ブリッジング（橋渡し型）とボンディング（結合型）とがあります。ブリッジングというのは、多様な人がそのグループにいるということで、メリットがあるということです。ボンディングというのは同質性の高い人たちがいることで、安心感とか心地よさとかいったものが得られると考えられています。この分類については、実はまだちゃんとした研究はそれほどないと理解していまして、何が同質で何が異質かという定義がすごく難しいですね。

ソーシャル・キャピタルは、一人一人がその集団なりグループなり組織につながっていることによって得られる資源ということなので、個人レベルでも捉えることができます。ですが、個人レベルのソーシャル・キャピタルというのは、先に説明したように、実はソーシャル・サポートと全く同じなのです。この点はあまり意識しないで使われていますが、ソーシャル・キャピタルの凄さ、本当の価値というのは、集団レベルでの意義があるというところです。

――大人と子どもとでは、ソーシャル・キャピタルの影響の度合いや形に違いがあるのでしょうか。

どの場のソーシャル・キャピタルかということが重要です。今日のお話ではまず地域ですよね。イメージとしては大人の場合であれば自治会、子どもの場合であれば学校を考えてもらうといいと思います。それぞれ場所やリーダーが違うので影響も異なりますね。また、大人にとっては地域のほかに、職場のソーシャル・キャピタルもあります。大人にとっては、職場がほとんどで影響が強く、地域は少しだけという場合もあるでしょう。

子どもの場合、地域の影響は、直接は学校からですが、親からの影響も受けるわけです。親からの影響という意味では、家庭のソーシャル・キャピタルというのも考えないといけません。その親は、地域からのソーシャル・キャピタルの影響を受けています。ですので、子どもにとって地域のソーシャル・キャピタルは直接学校から受ける分と、家庭を通じてくる分があるので、大人とは多少メカニズムが違います。



藤原武男さん

実は大人に関しても、ソーシャル・キャピタルのメカニズムはそんなにまだ分かっていないのです。例えばソーシャル・キャピタルによって、単純に心理的に安心感が得られるから健康に良いのか、健康情報が得られるから検診に行くようになるのか、それを一つ一つ見ていかないといけないのですが、ずばりこれという結論は出ていない。ですが、子どもについて見ると、ソーシャル・キャピタルが高いと予防接種を受けに行く可能性が高まります。また、親のメンタルヘルスを良くすると、子どもの問題行動が減るということは、足立区の調査（後述）でも確認しています。なぜ親のメンタルを強くすると良いのかというメカニズムには、分かっていない部分もたくさんありますが、ソーシャル・キャピタルの影響については、大人と子どもで同じ経路と違う経路があるのだと思います。

2．東京都足立区での調査研究から――サードプレイスとロールモデル

――東京都足立区での「子どもの健康・生活実態調査（A-CHILD）」[1] に専門家として関わっておられますね。

足立区で地域のソーシャル・キャピタルと個人のソーシャル・キャピタルの両方で、虐待への影響というのを見てみました。母親のメンタ

[1] 東京都足立区と足立区教育委員会による調査で、区立の全小学校と一部の中学校に在籍する児童・生徒を対象とし、小学校１年生の全数調査と学年を追跡しての縦断調査を毎年交互に実施している。主な調査項目は子どもの身体の健康、運動、生活習慣、こころの健康、生活困難など。

ルヘルスが悪いと虐待が起きるケースがありますが、個人のソーシャル・キャピタルはそれを媒介しているというか、母親のメンタルヘルスが悪いと人と繋がらないので虐待してしまうのです。それに対し地域のソーシャル・キャピタル、助け合いや信頼ということとの関連を見ると、母親のメンタルヘルスには関係なく、子どもの虐待は地域のソーシャル・キャピタルによって防げていたのです。

このように、いわゆるソフト面でのまちづくりが子どもを虐待から守りうるということのエビデンスを得た意味は大きいと思っています。地域のソーシャル・キャピタルの影響はお母さんを介さないので、地域づくりというのが、子ども自身に直接何がしかの良い影響を与えて、自分で虐待から回避、防御できるようになるのかもしれませんが、少なくともデータ上からそうした関連が見えています。

――データの扱いなど研究の中で工夫された点についてもお聞かせください。

私は足立区の「健康あだち21」という「健康日本21」の足立区版の委員だったのですが、足立区の健康政策についてアドバイスをする立場にありました。そして足立区が子どもに野菜から食べさせる健康政策をやっているのですが、その効果が検証できるからぜひ調査研究しましょうという話をしていたのです。ぜひやりましょうと言っている時に区長が子どもの貧困対策をやるとおっしゃって、足立区の現場の人もちょうどタイミングが良かったという感じでした。

調査については、まず学校経由で調査票を配布して学校経由で回収するというのが、回収率を上げるためには必須です。そこで、学校で調査票を配って持ち帰り保護者が記入するというシステムを作ることになりました。一回きりの調査であればIDをつけなくてもいいのですが、縦断で継続して追跡調査を行うということと、学校の検診データとも結合しますので、ID管理が必須なのです。足立区の方で名前とIDを管理して乱数を発生させて、全く推測できないようにしたうえで、学校でIDのついた回答票を封筒に入れて渡した段階で、個人の名前は識別できなくなるようにしました。また質問紙に直接記入すると、万が一落とした時に問いと答えが両方見えてしまうので、回答だけ書く紙を別に作っているのですね。その後はIDが入っている回答用紙を学校で回収して東京医科歯科大学に直接送ります。足立区は全く答えには触れないという状態にしていて、この回答結果を行政が直接知ることはないというふうにしているのです。

最初は一つの学年だけ追いかけて調査していたのですが、私は比較できる学年がないと検証ができないので比較のための対照コホートを置きましょうと強く申し上げて、次の年からほかの学年も始めました。結果的にはそれがやはり良くて、2020年にコロナ禍が起きた際に、コロナ禍による変化なのか、学年が成長したことによる変化なのかを見ることができました。

足立区の話は色々なところでしていますし、質問紙も毎年の報告書で全部公開しているのですが、やはり同じような縦断調査ができているところはないと思います。この調査を実施するにあたっての足立区の職員の方々、教育委員会の方々、現場の先生方のご苦労は並大抵ではないと思います。

――足立区の研究の中で、子どものいろいろな問題に対してサードプレイス的な場所とか、ロールモデルがあることによって自己肯定感や幸福度が高まり、問題を乗り越える力が出てくるというところが重要な知見かと思うのですが、この辺りについてもお聞かせいただければと思います。

日本でも馴染みのある「斜めの関係が大事」が一番わかりやすいと思います。直接の目上でも同級生でもなく、学校の交通整理をしてくださる方などですね。それは子どもにとって親でもクラスの担任でもないが、見守ってくれている存在だということです。それはある程度の距離があるからいいという面もあると思います。アメリカですとビッグブラザー・ビッグシスターという形で、ちょっと上のお兄さんお姉さんがロールモデルとなって年下の子の面倒をみるということがあります。実際に例えば部活のクラブの先輩だったり顧問だったりとか、そういう人たちからの薫陶というのがいい影響になりうると思います。それがロールモデルです。

サードプレイスはどちらかと言うと、ソーシャル・サポートとして機能しているという面があると思います。簡単に言うと息抜きなのですが、社会学者のオルテンバーグが大人の世界でのサードプレイスの重要性を論じています。例えばフランスのカフェだとか、アメリカだと教会かファミリーレストラン、ドイツもビアホールとか、そういうものがある。おそらく日本人にとっては居酒屋だったりするだろうし、女性にとってはランチする場所だったりすると思います。

子どもにとっても、きっとそのような、学校と家庭以外でほっとする場所が重要だろうというふうに、敷衍して考えたわけです。そして、そこでロールモデルに出会うかもしれないということもあります。このことは、まちづくりを行う上で意図的に仕掛けられるのではないかというのが私の考えなのですが、またそれを実証しているところがあるかもしれないですね。例えば塾一つとってみても、勉強のためというより実はサードプレイスとして機能している側面があるということです。他の習い事なども同じところがあると思います。

3．ソーシャル・キャピタルの醸成に向けて

――豊中市でも子ども食堂がサードプレイスみたいになったり、ロールモデルに出会う場になったりすればいいなと思います。

足立区の調査では、質問紙上にこども食堂を想定した「地域で開催される夕食会に行きました」という設問に丸をしている子が、1%程度しかいないのです。子ども食堂に行って助かっている人たちのナラティブとしてその良い影響があることは確認できますが、データとしてその影響はまだ見えてきていないという印象です。もし豊中で調査をされるのであれば、それが可視化されるといいですよね。

――以前、スクールソーシャルワーカーの活躍についてもお話されています。その役割はどのようなものでしょうか。

スクールソーシャルワーカー、スクールカウンセラーは重要ですよね。それは大変な家庭環境にある子どもをいかにサポートしていくかっていうことです。学校も大事なのですが、親、特にお母さんのメンタルヘルスが子どもの育ちにとって何より重要ということが、あらゆる研究で分かっています。お母さんのメンタルヘルスが悪いとき、多くは社会福祉の面での課題が背景にあります。そこをスクールソーシャルワーカーがきちんと支えてあげたり、アドバイスできたりするといいということです。ソーシャル・キャピタルはどちらかと言えば地域全体をいい方向にもっていくものだと思うので、スクールソーシャルワーカーが学校なり地域のソーシャル・キャピタルを醸成していくというよりは、個別のケースに対応するほうが主であると思います。

ソーシャル・キャピタルをどうやったら醸成

できるかということはいま研究途上です。リーダーを探すことなどいろいろな取り組みがあると思いますが、効果検証を最初から組み込んだうえでの施策のデザインが大事ですし、そのような研究を蓄積しています。

――これまでの足立区での試みから、政策としてソーシャル・キャピタル醸成に向けた動きが出てきたということはありますか。

足立区はもともとソーシャル・キャピタルに関する取組みがたくさんあって、「地域のちから推進部」という部門もあります。

子どもとソーシャル・キャピタルということであれば、例えばお祭りや子ども会、月に１回高齢者と一緒にみんなで集まってご飯を食べるなど、他の自治体でも行っていることに加えて、「野菜から食べましょう」というキャンペーンをしているのが足立区の独自なところです。

それは健康課題を解決したいというロジックが背景にあるのです。足立区は糖尿病の患者さんが多くて、健康寿命が東京との平均に比べて約２歳短くなっています。行政としてもいかに糖尿病を予防していくのかということが課題になっているわけです。こうした健康課題という点など、多くの住民が納得する部分があれば、それを軸に政策を立案したりや市民活動を促せるのだと思います。

４．子どもたちを支えるためにできること

――本誌の読者として、特に市の職員や学校の関係者、市民の方に多く読んでいただければと思っていますが、それぞれが今後具体的に子どもたちを支えていくために、ソーシャル・キャピタルに絡めてどんな関わりをすればいいのかというところや、具体的にどう行動したら良いのかというところをお話しいただいてもよろしいでしょうか。

子どもが目に触れる市の活動はすごくたくさんあると思います。そういうところで和気あいあいと楽しくやるということが直接子どもに関わるのであれば、もちろんなのですが、そうでなくても信頼関係とか、仲の良さとかというのは、確実に子どもに伝わると思います。あとは具体的に、先のロールモデルの話と重なる形で言うと、市の職員さん自身や、ほかの町で頑張っていらっしゃるボランティアの人などがいかに子どもの目に触れるかということも大事かもしれません。ロールモデルとしての姿を見せられているかということです。公共施設についても、子どもも大人も高齢者も自然に知り合える、関われるように作るということもあるでしょう。それぞれの地域の課題を解決する方向で行政も地域の方々も子どもも問題意識を共有して、行動を始めることがソーシャル・キャピタルの醸成に大事なのではないでしょうか。

聞き手：
石村 知子（とよなか都市創造研究所 主任研究員）
比嘉 康則（とよなか都市創造研究所 研究員）
平田 誠一郎（とよなか都市創造研究所 研究員）
インタビュー実施日：令和４年（2022 年）10 月 20 日

特　集

ソーシャル・キャピタルの意義と学校教育の可能性

柏木 智子
立命館大学 産業社会学部
現代社会学科 教授

1．ソーシャル・キャピタルの子どもへの教育的効果

本稿では、子どもの成長に資するソーシャル・キャピタルの意義について述べた上で、それを醸成する学校の役割について論じる。子どもの成長を促す際にソーシャル・キャピタル概念に着目する理由は、それが子どもの学力等のさまざまな能力、意欲といった社会情動的スキル、ウェルビーイングを高める点がこれまでの先行研究から解明されているからである（志水 2014、露口 2017 等）。

例えば、露口（2016a）は、子どもの学力や学習意欲には、子ども間、あるいは教師－子ども間のつながりの方が、家庭環境がもたらす影響よりも強い影響を及ぼす点を明らかにしている。また、露口（2016b）では、学級レベルでのつながりが、学級レベルでの学習意欲の向上と学習意欲の格差抑制に効果を有するとされている。これらは、学校で醸成されるつながり、つまりソーシャル・キャピタルが、子どもの生まれによる格差を抑制する効果を有することを示すものである。

その他、人間関係づくりを学ぶ学習活動によって醸成された生徒をとりまくソーシャル・キャピタルが、生徒たちのストレス反応を抑制する点（露口ら 2014）、および不登校の予防につながる点（松原市立松原第七中学校区教育実践研究会 2013）が指摘されている。加えて、諸外国における研究成果から、ソーシャル・キャピタルが子どもの退学抑制（Coleman 1988）、問題行動の抑制（Parcel & Dufur 2001）、いじめや暴力の減少（Gottfredson & Dipietro 2011）に正の影響を及ぼすこと等が明らかになっている。

不登校や中途退学といった学校からの離脱は、近年では子どもの選択肢の一つとして認めるべきところとなっている。しかしながら、仮に教師や友達との良好な関係性が豊かにあれば、離脱をしない選択をする子どもが増えるならば、その選択ができるようにソーシャル・キャピタルを醸成する必要があるであろう。というのも、学校からの離脱は、学習機会のみならず、他者とのかかわりの機会を縮小させる場合が多く、将来の社会参加やキャリア形成にも影響して、生涯にわたりさまざまな不利をもたらすからである。

例えば、貧困状態にある子どもが、必要なモノを学校に持っていけなかったり、保護者の長時間労働により宿題をなかなかこなせなかったりするために、学校にうまくなじめない場合がある。そうすると、自信がなくなり、何かをしたいという意欲を持てずに、徐々に無気力になっていく中で、学校に行く意味を見失い、学校から遠ざかってしまうときがある。こうした離脱者は、学力低下や孤立状態に陥りやすくな

り、その後の社会参加をしにくくなったり、就職活動や勤務がうまくいかずに貧困から抜け出せないままで過ごさざるを得なくなったりする。

このプロセスに欠けているのは、上記のような子どもの苦況に気づき、なんとか学校に来られるように対応し助けようとする、学校内外の人々の気遣いや配慮、あるいは応答である。また、そうした子どもが、助けてくれる誰かがいるから学校に行こうと思えるようなあたたかな信頼関係である。ソーシャル･キャピタルとは、これらに示される、人々の助け合いを促すつながりという目に見えにくい財産のことであり、応答や配慮､信頼からなるものである｡ソーシャル･キャピタルに恵まれずに学校を去った者は、「どうせ何を言ってもむだだ」「だれも助けてくれない」と他者への信頼をもてなくなる場合がある（青砥 2009)。この点は、信頼に関する量的データからも明らかにされており、教育水準が高い人ほど一般的他者への信頼度が有意に高くなる（大石 2011)[1]。

これを翻すと、教師や友達からの気遣いや配慮、応答が絶え間なくなされる学校や学級があり、その中で教師と子ども、子ども間の信頼関係がある場合に、学校からの離脱者が減るのであれば、そうした学校や学級づくりに取り組むべきであろう。そうすれば、困難を抱える子どもの認知･非認知能力の向上に加え､ウェルビーイングの状態が大きく変わる可能性が示唆される。また、学校でのそうした経験から、困難を抱える子どもは助け合うことが当たり前の社会がどこかにあり、信頼できる誰かが必ずいると思えれば、社会での活動に参加しようとする意欲も高まるであろう。さらに、将来の岐路に立った時に、あきらめたり自暴自棄になったりせずに、援助要求を出しつつ逆境を克服するすべを見つけることができるかもしれない。一方で、今困りごとを抱えていない子どもも、誰かが助けてくれる信頼関係のある社会に所属していると思えるならば、何かの折には助けてもらえると希望をもてるし、精神的にも安心して生きられるようになる。こうした関係性が社会に多くあるほど、社会全体のウェルビーイングが向上する点が示されている（Kawachi et al., 2004 等)。

ソーシャル・キャピタルの意義は、上記の内容に加え、そのスピルオーバー効果にある。これは、当該コミュニティ集団に所属しているだけで、それらの有するソーシャル・キャピタルの恩恵を受けられるというものである。通常、効果というと、例えばＡ先生がＢさんを励ますとＢさんのやる気が増す、家庭の経済力が高ければ習い事ができてＢさんの成績が上がるというように、人と人、人とモノや背景要因が直線的に結び付けられる状況が想定される。一方でスピルオーバー効果は、Ｃ学級に所属しているだけで、ＢさんもＤさんもＥさんも学習意欲が高まり学力が上がりやすくなる、Ｂ地区に住んでいるだけで長生きしやすいといったような、集団間のつながりがその成員みなに影響を及ぼす状況をさししめす。学級・学校づくりや地域づくりが重要な理由はここにある。

2．ソーシャル・キャピタルとは

ここで、ソーシャル・キャピタル概念をあらためて整理する。ソーシャル・キャピタルとは人々の協調的行為を促進させる「人間関係」に

[1] 教育水準、つまり学歴が高くなればなるほど、多様な他者との出会いがあり、豊かなネットワークを形成できるのか、そもそも豊かなネットワークを有している上位階層に所属する人々が家庭内の資源を活用して高い学歴を取得するのか、どちらの経路が優位なのかはわからない。ただ、いずれにしても、社会的なつながりを豊富に持っている人ほど他者に対する信頼度が高いという結果は、信頼における階層間格差を示すものである。

焦点をあてた資本であり、「調整された諸活動を活発にすることによって、社会の効率性を改善できる、信頼、規範、ネットワークといった社会組織の特徴」（Putnam1993 = 2001: 206-207）を意味する。それは、他者とのかかわりとしての「ネットワーク」、助け合いとしての「規範」、「信頼」から成り立っている。これらは、コミュニティや共同体に着目してソーシャル・キャピタルの教育効果を示したPutnam（2000 = 2006）やColeman（1988）の研究等から導き出されたものである。ただし、信頼については意見が分かれる。Coleman（1988）が信頼をソーシャル・キャピタルの構成要素とするのに対し、Woolcock（2001）やPutnam（2000 = 2006）らは信頼をネットワークと規範の産物であるとしている（Putnamは記述によって若干異なる面もある）。ただし、これらの論者は共通して、ネットワーク、規範、信頼の関係は一方向的な因果関係ではなく、累進的に増減するような共変関係にあるとしている。本稿では、これらを参考に、ネットワークと規範から信頼が生み出されるという図式を基本にもちつつも、これらの要素が相互に関連しあって、ソーシャル・キャピタル全体が増減すると考える。

ソーシャル・キャピタルには、主に次の3形態があるとされる（表1）。結束型（Bonding）の特徴は、強い絆が集団内の信頼や安心を生み出すところにある。それは、組織内部での改革の実行可能性を高めたり、コミュニティ内における健康や福祉にプラスの影響を及ぼし、生活の安定を促したりする。ただし、結束型の集団は内向きであり、よそ者を排除し受け入れないという排他性や帰属集団への利益誘導が強く現れたり、内部規範が個人の自由を制約したりする欠点を併せ持つとされている。こうした結束型のソーシャル・キャピタルの欠点を補い、さらなる社会的利益を生むのが橋渡し型（bridging）である。橋渡し型の特徴は、異質な人々を対等に結びつけ、社会の平等、公正、寛容、自由の推進にアプローチするところにある。連結型（linking）は、底辺層の人々の困窮を縮減させるために、かれらが行政等のガバナンス組織や階層の異なる人々にアクセスしやすくすることを目的としたものであり、他の二つとは性質が異なるものである。

構成要素について簡単に説明すると、ネットワークは、家族や地域、組織などにおける個人や組織間のかかわりをさす。規範は、互酬性の

表1　ソーシャル・キャピタルの諸形態

形態	結束型（bonding）	橋渡し型（bridging）	連結型（linking）
特徴	同質的な利害や背景をもつ人々の固い結びつき	異質な利害や背景をもつ人々のゆるやかな結びつき	社会階層の異なる個人や集団間のつながり
関係性の主な範囲	集団内	集団間	異なる階層の集団間
キー概念	共通のアイデンティティ、結束、帰属意識	多様性、包含性、寛容性	権力、富の移行、支援
志向	内部志向	外部志向	外部志向
信頼	特定化信頼	一般的信頼	ガバナンスへの信頼
規範	特定化互酬性	一般的互酬性	資源、資金的支援

Woolcock（2001）らを参照に作成された柏木（2016：67）を修正

規範を意味する場合が多い。互酬性の規範は相互依存的な利益交換として捉えられる。結束型の集団内における特定の相手との間で成り立つ互酬性の規範は特定化互酬性である。それは、町内会や地域内活動への一定程度義務的な参加行為を含む。一方、「お互い様」という言葉に表されるような、社会全般での互酬性の規範は、橋渡し型における一般的互酬性として分類される（稲葉、2011）。これは、市民活動やボランティア活動への参加行為をもって認知される場合が多い。

3．学校で醸成されるソーシャル・キャピタル

第2章のソーシャル・キャピタルの諸形態を学校で例えるならば､結束型のソーシャル･キャピタルは学級で、あるいはより広い範域から捉えると学校で醸成されることとなる。一方で橋渡し型のソーシャル・キャピタルは、学年や学校間、あるいは学校と地域のつながりと言い換えられるであろう。また､連結型のソーシャル･キャピタルは、貧困家庭等の困難を抱える家庭からの行政、あるいはその他外部機関・施設へのアクセス、あるいは逆方向としての支援に相当し、学校にはそれらを媒介する役割がある。

先行研究では、結束型を個人の自由や自律を制約する伝統的な共同体に、橋渡し型を個人の自由や自律を尊重する市民社会になぞらえる場合もある。ただし、共同体の有する共同性は何ほどか個人の自由や自律を制約するけれども、よりよいコミュニティには不可欠であり、両者の両立が必要とされる（三隅 2014）。

というのも、ハイデガー（1927 = 1994）が述べるように、人間は、他者やモノとのかかわりの広がる世界に誕生し、意識する前から、他者と相互にかかわりあう共存在として存在するからである。共存在は、人間が、ともに存在する他者に対する関心をそもそも持ち合わせているために、無条件の気遣いを他者に向けている状態であるとされる。それゆえに、人間は、他者に近づき、他者とともにあろうとするとされる。

つまり、人間として生まれ育つ上で、他者との関係性は所与のものであり、その中でいかに他者とかかわり、他者の自由や自律をともに解放していくのかが個々人に求められていると言える（柏木 2021）。しかしながら、人間は生きていくうちに、無条件の気遣いを失う場合があるとされる。その場合は、個が切り離されて浮遊する分断された社会になりやすい。それは人々の孤立の問題を生む。今田（2014）は、そうした事態を回避するために、他者を出し抜くことを厭わない成果主義の競争原理を乗り越え、他者とともに生き、相互に支え合い、他者からの呼びかけに応答し合う「力」を与えてくれる市民共同体の形成を求める。今田（2014）の述べる力は、ハイデガーの述べる顧慮に相当し、それは、ケアする能力として言い換えられるものである（柏木 2020）。ケアする能力は、ネットワークを介しての一般的互酬性の規範を含むものである。

したがって、ソーシャル・キャピタルの醸成を考える上で、共同体から市民社会へという二項対立的な捉え方ではなく、市民社会にも共同体に内包される共同性は必要であるという二者を両立させる社会構想が要請される。その際に重要なのは、共同性の質である。求められるのは、自他の自由や自律を自他の助力とともに解放する、ケアからなる共同性であり、無条件の気遣いを他者に向けることで醸成される一般的互酬性や一般的信頼を内包するものであると考えられる。これについては、結束型の有する伝統的な凝集性が、精神的健康やウェルビーイングに負の影響がある点（辻・佐藤 2014）、一方で一般的互酬性や一般的信頼が人々の社会参加

を促進し、市民社会を形成する点（Marschall and Stolle 2004、Putnam 1993 = 2001 等）からも首肯できる。一般的互酬性や一般的信頼を有するケアする市民社会に暮らす人々は、社会的に孤立せずに無力感から脱することができ、他者や社会への失望や不信から免れて安心してウェルビーイングを保ちながら生きられる（辻・佐藤 2014）。前章で述べた学校でのソーシャル・キャピタルの効用と同様である。

これらから、学校では、現在に子どもが利用可能なソーシャル・キャピタルを醸成するとともに、それを通じて子どもたちがケアからなる共同性を有する市民社会を形成する力を育成する必要がある。そのために、学級や学校で結束型の特定化互酬性や特定化信頼を、学年間や学校間等の多様な他者との交流を通じて橋渡し型の一般的互酬性や一般的信頼を子どもたちが体験的に学べるようなカリキュラムが求められる。というのも三隅（2014）では、結束型のソーシャル・キャピタルが、一般的信頼に影響を及ぼす点、橋渡し型のソーシャル・キャピタルが寛容や一般的互酬性を促進する点が明らかにされているからである。特に、一般的互酬性には居住年数や教育年数などの基本属性が寄与しないとされ、生まれによらず、多様な他者とのつながりによってそれを構築しうる点が示唆されている。したがって、上記カリキュラムを通じて子どもを取り巻く一般的信頼や一般的互酬性を育み、子どもたちが将来的に公共へ積極的にかかわるように促す教育活動が重要となる。

その際に留意すべきは、結束型のソーシャル・キャピタルの有する閉鎖性や排他性は、学級や学校における子どもの排除と通底する点である。これまで、日本の学校では、みなが同時に同じ目標を達成できるはずだとみなす価値規範のもと、みなが同じように振る舞うことを期待する一斉体制・一律一斉主義による学校・学級運営がなされる傾向にあった。そして、その中で、困難を抱える子どもが排除される状況が生み出される点が明らかにされてきた（武井 2017）。ただし、そうした価値規範は、子どもを差別的に見るのではなく、みなが同じ力量を有しているはずだとする子どもへの基本的信頼から成り立っている。しかしながら、それが、達成目標や行為規範やルールとして設定されると、困難を抱える子どもは同じように振る舞う資源がないために徐々に周縁化されていく。

例えば、家庭の事情でノートや鉛筆を持ってこられない子どもがいる。ところが、学校では、指示された持ち物は全て持参して登校することができるはずで、そうすることがよいという価値規範のもと、忘れ物をしないというルールが定められていたり、目標とされていたりする。そのために、持ち物を持参できない子どもは、忘れ物をせざるを得なくなる。そうすると、ルールを守らない者、目標達成できない者として劣位に位置付けられ、負の烙印を押されやすくなり、自信をもって積極的に授業に参加したり友達とかかわったりすることができずに排除されやすくなる。さらに、思いやりや共感という名のもとで、そうした子どもの立場に立って、子ども間で助け合うことが推奨される場合がある。しかしながら、それも結局のところ、同じように振る舞う、つまり忘れ物をしないというルールの遵守は変更されていないため、みなと同じように振る舞わなければいけないという同調圧力を高めることにもつながる。それが、思いやりや共感という仲間の対人関係を用いた絆の逆機能となる（恒吉 2008）。

結束型のソーシャル・キャピタルは、集団間の強い絆を生み出し、互酬性を高め、厚い信頼関係を生み出すためにイノベーションを起こせる点が、つまり学級や学校の中で予想を超える学びを生み出す点が大きな利点である。しかしながら、目標や規範やルールが定められている場合、同調圧力を高め、他者の自由や自律を制

約し、ウェルビーイングを下げる結果となる場合がある。重要なのは、結束型のソーシャル・キャピタルの利点を活かしつつ、いかにオープンな目標設定や行為規範を定め、橋渡し型のソーシャル・キャピタルと連動させるのかという視点である。そこでは多様な他者との交流を充実させることにより、異質性を取り込み尊重する活動が求められよう。

4．ソーシャル・キャピタル醸成の方法

(1) 中学校における「人間関係学科」のカリキュラム

本節では、結束型と橋渡し型の双方のソーシャル・キャピタルを醸成する2つのカリキュラムについて述べた上で、連結型のソーシャル・キャピタルを育む学校の役割について触れる。まず、上記で述べたソーシャル・キャピタルを醸成するカリキュラムとして、2003年度から取り組まれた中学校における「人間関係学科」の取り組みをあげることができる。以下では、柏木（2016）を簡略化して述べる。人間関係学科は、子どもの人間関係づくりをめざして創設されたカリキュラムである。その目標は、不登校の予防と改善に向けて、ストレスマネジメント力、および「自己理解を通して、相手を受け入れ、自己表現しながら温かい人間関係をつくる力」の育成とされている。人間関係学科は、「第1段階：教室内の授業としてのスキル学習」「第2段階：特別活動や総合的な学習の時間、学校行事等での体験学習」「第3段階：地域の中でのボランティア活動」という3段階の学びから構成されている。

2003年度からの学習内容は、WHOの提唱する10のライフスキルが軸となっている。それは、主体的でありながら他者と協調しつつ社会を創り上げていくための力を養うもので、他者との協力、寛容、信頼といったソーシャル・キャピタルの要素についても学べるものである。そのために、人間関係学科の学習の中で最初に扱われたのが自己認識である。人間関係をつくるためにも、自分を知ることから始めるのである。そして、3年生になると、自他の多様性を尊重しつつ、自己の権利や自己主張といった自己を大切にする内容とともに、他者からの支援やアドバイスを受け入れる態度を養う内容が設定されている。これは、他者からの援助を拒否するのではなく、それを受け入れ、よりよい生活を営めるようにするものであり、ケアからなる共同性を培うものとなる。ただし、その過程にあたる2年生では、他者との共通性と違いの双方について目を向け、他者との軋轢や葛藤を経験しつつも、違いを尊重して問題を解決する活動が重視される。2007年度からは、「人を信じ、人とつながろうとする子ども」という、ソーシャル・キャピタルの醸成を担う子どもの育成を目標に、上記の活動にアサーティブな活動を取り入れ、カリキュラムの刷新が図られた。

学習方法としては、「人とつながるのは楽しいと子どもが感じること」が重視され、参加・体験型の授業づくりが行われた。具体的なプログラムとしては、生徒同士が自他の考えや思いを聞きあえたり、プレッシャーの中での他者と助け合わざるをえなかったりするゲームをしたり、日常の揉め事を題材に互いの理解をしながらどうケアしあいつつ折り合いをつけていくのかをロールプレイで体験したりするものが実施された。その際に重要なのは、教師もその中に混じって、思いを吐露したり考えを伝えたり、教師同士が見本を示して助け合ったり、コスプレをしてロールプレイングをしたりしていたところである。また、学級・学年・学校でのこれらの学びを踏まえて、地域でボランティア活動をしたり、地域行事を生徒が企画して実施したりする活動が行われた。

上記の学習活動において、生徒たちは、自己

を知って自己信頼をできるようになる中で、自らの率直で素直な思いや考えを語り合うことが次第にできるようになっていった。そして、他者の語りを聞くうちに、「ああ、そんなふうに考えていたのか」「だから、そんな行動をしていたのか」と互いの背景や置かれている状況に気づくようになっていった。そこでは、自分とは異なる他者を認め、他者を信頼し、相互尊重を図りつつ、お互いの困りごとやニーズに気づいて応答し合うという、ケアする関係が醸成されつつあった。それは、集団内の中での互酬性の規範のあり方を体得しながら、寛容な態度をもって多様な価値を認められるようになるための学びでもあったと考えられる。そうした学びは、一般的互酬性を発揮するための素地となっていたため、地域に住む子どもや大人を対象に地域活動を行った際にも、生徒たちは、いかにかれらのニーズに応答するかを第一に考えて企画を立て、実行に移していった。ここからは、地域活動が、生徒の特定化信頼を一般的信頼へ、特定化互酬性を一般的互酬性へと移行させる契機になりうる点を指摘することができる。

さらに、教師と子どもの信頼関係も高まり、子どもは教師をモデルに人間関係の作り方やケアのあり方を学んでいたといってよい。そのため、教師との関係は、対等でいながら相互に尊重し、教師に思いや考えを話せるようなものであった。そうした関係性は卒業後も続き、高校を中退しそうな仲間に対しては、仲間同士でケアするとともに、仲間から連絡を受けた中学時の担任教師が相談に乗り、中退を抑制した事例があった。これは、Coleman（1988）の述べる、親同士の閉鎖的で監視的な結束型のソーシャル・キャピタルの中でなされた退学抑制とは異なり、子ども同士の水平的で仲間の困りごとやニーズに応答するケアするつながりの中でなされたものである。その意義は、上述したケアからなる共同性を有する市民社会のあり方とその重要性を示唆した点にあろう。

(2) 小学校における地域学習カリキュラム

本カリキュラムは、貧困地域に位置する小学校において、子どもが自己と地域に自信をもって学校生活を送り、その後社会を創る担い手となることを目標として実施されたものである。以下では、柏木（2020）を簡略化して述べる。カリキュラムの特徴は、弱者を排除する社会に対する批判的思考を養い、すべての人が包摂される社会の有り様を学ぶところにある。これはソーシャル・キャピタル醸成の最終的な目的と合致する。一般的互酬性や一般的信頼を有する市民の育成は、社会の格差を是正し、社会の分断を防ぐ市民の育成と重なるものであり、弱者を包摂する社会を創造する担い手の育成とも言い換えられる。それゆえに、市民の育成は、社会全体のウェルビーイングの向上へとつながるのである。

カリキュラムの流れは、以下の通りである。まず、教師は、日雇労働者に対して出された「くさい、きたない、こわい」といった子どもの本音を一旦受け止める。次に、公的機関やNPO等、日雇労働者への支援者というケアするモデルと子どもたちが繰り返し出合うように設定する。その後、教師は、以下の学びが立ち上がるよう、ファシリテートする。①ケアするモデルから、日雇労働者が差別されるべき存在ではなく、社会は相互依存関係から成り立っていることを学ぶ、②ケアするモデルから、日雇労働者の過酷な状況は社会構造の問題の結果であることを学び、批判的思考力を身につける、③ケアは人権保障として当然の行為であり、ケアを相互授受するケアリングが社会の基盤であることを学ぶ、④これらを通じて、すべての人が希望をもち、尊厳を守られながら生きられることを学ぶ、⑤その結果として、ウェルビーイングが保持される社会が形成されることを学ぶ。最後

は、子ども自身もケアする活動家となり、地域の問題を改善できる体験を行う。

その結果として、子どもたちは、偏見や差別をアンラーニングし、弱者の存在を肯定的に捉え直し、ケアと人権保障のある地域のよさを感じ、ケアする能力を高めつつあった。そして、人権の主体であることを自己認識して援助要求を出せたり、社会構造の問題を見出す批判的思考をもって偏見や差別といった自他の人権侵害に抗するまちづくりへの関与意欲を高め、社会参加をなしつつあった。そして、ケアする能力の習得により、すべての子どもの尊厳やウェルビーイングの保持が可能となっていた。ただし、このカリキュラムが実施される前提として、子どもの生理的欲求の充足、学習・生活用品の貸与・供与、宿題や洗濯等の支援を含めた生の保障を実施することが必要となる。つまり、子どもたちは、まずは学びに必ず参加できる仕組みとありのままを認められるあたたかな空間の中で、被受容感や安心感を高めることにより上記の学びが可能となるのである。

したがって、まずは子どもの生の保障をすることで、教師と子どもの信頼関係を構築する教育活動が求められる。その上で、市民社会形成の基盤となる地域のソーシャル・キャピタルの在り方をモデルとして提示し、子どもたちがそれを相対化して自分たちの学級や学校および日々の活動に援用できるようにするカリキュラムが重要となる。そうした学校では、同調圧力を解体することが可能となる。加えて、子どもたちが、互酬性や信頼を特定のものから一般的なものへを広げていく地域参加を経験しつつある点が重要となる。また、こうしたカリキュラムを他校とともに実施することも橋渡し型ソーシャル・キャピタルの醸成に有用である。

(3) 連結型ソーシャル・キャピタルの醸成

連結型ソーシャル・キャピタルを醸成するための学校の役割は、困難を抱える家庭と公的機関やNPO団体等の支援機関・団体とをつなげることである。これが、子どもの貧困対策として求められた、「プラットフォームとしての学校」である。「プラットフォームとしての学校」とは、子どもを支援するための拠点として学校を位置づけようとする考え方のことをさす。学校は、すべての子どもの状態を把握することのできるところである。そうした学校の利点を活かして、さまざまな課題を抱える子どもを早期発見し、何らかの支援へとつなげ、子どもの最善の利益を保障しようとする発想から生まれた用語になる。プラットフォームとしての学校では、教師が、心理や福祉等の専門家や専門機関の職員と連携・協働しながら課題の解決にあたることが求められる。また、保護者や地域住民の力を借りることも必要な場合がある。つまり、学校を拠点に、多様なメンバーからなるチームを作り、連携・協働して子どもを支援することが重要である。

プラットフォームとしての学校は、子どもの貧困対策の一環として提示されたものではあるが、今や子どもの抱える課題全般への対策を推進するものとなっている。困難を抱える、あるいは抱えつつある子どもたちの状態に大人たちが一早く気づき、子どもたちが生まれてきてよかった、生きるのが楽しい、幸せだと感じられるような手だてを打ち、すべての子どもが生きる希望をもてるようにすることが学校に求められていると言える。

5．今後に求められる学校の役割

学校は、基本的にはすべての子どもが通う場であり、子どもたちはそこで人間関係を学ぶ。学校の第一の意義は、子どもたちのかかわりを保障し、社会の分断を防ぐところにある。学校で知識やスキルを学ぶ理由は、強い主体として

経済的競争を生き残るためだけにあるわけではない。それらを生かして、いかにすべての人々が安心して生きられるウェルビーイングの高い社会を創るのかという点にある。そのためには、多様な他者との軋轢や葛藤を経験しながらも、多様な他者の考えや思いを知り、それに応えようとすることで自分の不十分さを相互に認知し、その上でケアをし合いながら学びを深めることが必要となる。イノベーションは、自身の孤独な学びからではなく、多様な他者の有り様を学ぶところから生まれると考えられる。

そのために、学校では、子どもが他者に恐怖をもったり、他者とのかかわりを敬遠したりすることを防ぐ教育活動がまず求められる。他者とのかかわりの楽しさを学ぶ活動の方が、アカデミックな学力を向上させるよりも優先されるべきであり、それがなければ人間が人間として育ち、社会を形成していくことが難しくなる。AIが日常生活に当たり前のように登場し、メタバースの中でアバターでのかかわりが浸透する中で、人間とは何か、人として育つとはどういうことか、他者とのかかわりはなぜ必要なのか、その際の対面の意義とは何かが改めて問い直されている。社会環境がドラスティックに変わりつつある状況の中で、人間社会をいかに築いていくべきなのか、ソーシャル・キャピタル研究には根本的な課題が突きつけられていると思われる。

【参考文献】

青砥恭『ドキュメント高校中退』筑摩書房、2009年。

Coleman, J.S.“Social Capital in the Creation of Human Capital,”*American Journal of Sociology*, vol. 94, 1988, ppS95-S120.

Gottfredson, D. & S.M. Dipietro“School Size, Social Capital, and Student Victimization”*Sociology of Education*, 84(1), 2011, pp69-89.

Heidegger, M. *Sein und Zeit*, 1927.（＝細谷貞雄訳『存在と時間上・下』筑摩書房、1994年）

今田高俊「信頼と連帯に支えられた社会を構築する」辻竜平・佐藤嘉倫『ソーシャル・キャピタルと格差社会』東京大学出版会、2014年、17-34頁。

稲葉陽二『ソーシャル・キャピタル入門－孤立から絆へ』中央公論新社、2011年。

柏木智子「学校と地域の連携による校区ソーシャル・キャピタルの醸成」露口健司『ソーシャル・キャピタルと教育』ミネルヴァ書房、2016年、64-86頁。

柏木智子『子どもの貧困と「ケアする学校」づくり』明石書店、2020年。

柏木智子「子どもの生と学びを保障する学校づくり」『日本教育経営学会紀要』第63号、2021年、35-51頁。

Kawachi, I., D. Kim, A. Coutts and S. V. Subramanian, “Commentary: Reconciling the Three Accounts od Social Capial,”International Journal of Epidemiology, 33, 2004, pp682-690.

Marschall, M, J, and Stolle, D,“RACE AND THE CITY: Neighborhood Context and the Development of Generalized Trust,”Political Behavior, 26(2), 2004, pp125-153.

松原市立松原第七中学校区教育実践研究会『子どもが先生が地域とともに元気になる人間関係学科の実践』図書文化社、2013年。

三隅一人「ソーシャル・キャピタルと市民社会」辻竜平・佐藤嘉倫『ソーシャル・キャピタルと格差社会』東京大学出版会、2014年、35-51頁。

大石亜希子「くらしと社会に関する意識調査にみる社会的つながりと信頼醸成」『公共研究』7(1)、2011年、46-61頁。

Parcel, T.L. & Dufur M.J.“Capital at Home and at School: Effects on Child Social Adjustment,”*Journal of Marriage and Family*, 2001, 63(1), pp32-47.

Putnam, R.D. *Making democracy work: Civic tradition in modern Itary*, Princrton University Press, 1993.（= 河田潤一訳『哲学する民主主義』NTT出版、2001年）

Putnam, R.D. Bowling Alone: the collapse and revival of American community, 2000.（柴内康文訳『孤独なボウリング』柏書房、2006年）

志水宏吉『「つながり格差」が学力格差を生む』亜紀書房、2014年。

武井哲郎『「開かれた学校」の功罪』明石書店、2017年。

辻竜平・佐藤嘉倫『ソーシャル・キャピタルと格差社会』東京大学出版会、2014年。

恒吉僚子『子どもたちの三つの「危機」』勁草書房､2008年。

露口健司・柏木智子・生田淳一・増田健太郎「生徒を取り巻く「つながり」はストレス反応を抑制できるか？－縦断的データのマルチレベル分析」『九州教育経営学会研究紀要』第20号、2014年、25-33頁。

露口健司『ソーシャル･キャピタルと教育』ミネルヴァ書房、2016年a。

露口健司「学級における「つながり」は学習意欲の格差を抑制できるか」『「つながり」を深め子どもの成長を促す教育学』ミネルヴァ書房、2016年b。

露口健司「学校におけるソーシャル・キャピタルと主観的幸福感」『愛媛大学教育学部紀要』64 号、2017 年、171-198 頁。
Woolcock,M. “The Place of Social Capital in Understanding Social and Economic Outcomes,” in J.F. Helliwall(Ed.) *The Contribution of Human and Social Capital to Sustained Economic Growth and Well-being: International Symposium Report*, Human Resourced Development Canada and OECD, 2001, pp5-7.

特　集

ソーシャル・キャピタルと地域の子ども支援

山中 智代
二葉パンダ食堂・パンダほぉむ

豊中市では、市民団体・事業者・行政などが連携し、地域の子ども食堂や無料・低額の学習支援といった多様な子どもの居場所づくりを先駆的に進め、子どもたちを支えてきた。コロナ禍以降の現在において、子どもたちの居場所はどのような状況に置かれているのであろうか。

豊中市南部で月に1回弁当の提供を行う「二葉パンダ食堂」と子どもたちの居場所である「パンダほぉむ」は、令和4年（2022年）の春から始まった新しい活動であるが、地域での人のつながりを生かして、早くも多くの子どもたちを始め地域の住民が集う場所となっている。この活動に携わる山中智代さんに、これまでの経緯や地域、子どもたちとの関わりについて伺った。

1．「二葉パンダ食堂」「パンダほぉむ」を始めたきっかけ

――山中さんが「二葉パンダ食堂」を開かれたきっかけをお教えください。

この活動をしている校区の庄内西小学校でPTA会長を5年前にしていまして、それがきっかけです。副会長を2年、会長を1年、参与を1年務めたのですが、PTAをしていると地域の課題がすごくよく見えますし、ここの校区限定での人脈を活かして地域の方が集う場を作りたいと思ったからです。

――地域の課題とは。

小中学校の統廃合がこの辺りで進んでいまして、4年後に千成小学校の跡地で（仮称）南校ができます。そうすると庄内西小校区の子は通学距離が伸びるのですね。私がPTA会長をしていたときに、その統廃合の話が出始めて、不登校児のことが気になっていました。いまは1クラスしかない学年が多くて、それが解消されるのは統廃合のいいところですが、新しい学校に慣れるまでの間に、ちょっと遠くなることで不登校児も増えるのではないかと保護者目線で思いました。そういう時に、近所に家以外で、いろんなことが話せる場所があったらいいだろうなという、当初はそういう気持ちで始めました。

――そのあと、居場所としての「パンダほぉむ」

も始められたのですね。

そうです。地元の方から「何かやる時空き物件あるから、言ってくださいね」って声をかけてもらっていたのですが、月１回の二葉パンダ食堂をやっているうちに、やっぱり子どもたちを近所で見守ってあげた方がいいなあと思って、それならいっそのこと私がやろうかっていう、本当にそういうスタートだったんです。

ここの備品もほとんどが貰いものです。近所にリユース品を集めている人がいて、賛同して分けてくれたので、お金もかけずにできました。パンダほぉむの場所は、昔、魚屋さんだったんです。だから土間と手洗いできる場所があって、子どもたちが汚しても水洗いできますし、すごく使いやすいです。

――地元の方やリユース品を分けてくれた人とはもともと知り合いだったのでしょうか。

４年間 PTA で校区の地域活動をして、関わり続けてきたので、そこでのつながりです。今から考えると、全部 PTA 時代のつながりから始まっています。今、とよなか地域創生塾でも学んでいるのですが、そこで「ソーシャル・キャピタル」について調べた時には、「これは私のことだ（笑）」と本当に思いました。学べば学ぶほどそう思いますね。

いま手伝ってくれているもスタッフも実は PTA 時代の仲間で、お互いに信頼関係があるし、得意不得意も分かっているので、仕事もパパッとスムーズにできます。PTA の役員をすると大変だと思われているかもしれませんが、意外といいこともいっぱいあるとおすすめしたいです。

――PTA に関わるようになったきっかけは。

私もこの校区の卒業生だったのですが、子どもが小学校に入ったときに PTA の役員をしていたのが、昔子ども会で一緒に遊んでいたお兄ちゃんたちだったのです。いま私の活動に協賛いただいている社会福祉法人の理事長も PTA 時代の仲間で、校区で活動するので協賛してほしいと言うと、二つ返事で協力をしてくれました。

２．食堂、居場所の日常

――「二葉パンダ食堂」「パンダほぉむ」の活動内容や利用状況について教えてください。

二葉パンダ食堂は多世代型地域食堂で、子どもだけではなく高齢者の方にもちょっと楽しみにしてもらえるような月１回のイベントにできたらいいなと思って始めました。高齢者の方にもたくさん来てもらっています。人数は大人と子どもが半々くらいですね。毎月お弁当配布にフードパントリーを併設していまして、お米やレトルト食品、調味料など選んで持って帰れるようになっています。大人からは 300 円いただいて、子どもは無料です。

お弁当は１回に 100 食作ります。100 食作ってほぼ売り切れることが多いです。

パンダほぉむは週に１回水曜日と土日に不定期で開けています。おやつを食べにだけくる子どもも合わせると、約 40 ～ 50 人の利用があります。おやつは毎回無料です。極力、手作りしたものにしようと頑張っています（笑）。オープン当初から今まで、臨機応変に形を変えて運営してきました。

――パンダほぉむには地域の子どもたちがたくさん集まっているのですね。

そうですね。だいたい同じメンバーが集まっ

ていますが、口コミで聞いて初めての子どもも来ますよ。パンダほぉむは校区の子の居場所になっていて、二葉パンダ食堂に関しては地域の外からも来られています。

パンダほぉむでは私たちの目の届くところで、子どもたちが遊んでいます。ここにはwi-fiも、テレビのアンテナもつなげていません。ちょっとDVDを見られるぐらいにしているだけです。子どもたちには、何もない中で想像して、遊び方を考えてもらった方がいいと思っています。

あと、初めての試みなのですが、年少・年中の子がたくさん来るイベントを企画しました。水曜日の活動は小学生の居場所になっていて、定員もあるし、未就学のお子さんは保護者同伴してくださいって言っているので、平日の利用が未就学の方にはなかなか難しいんですね。それで、ハロウィンに合わせて、日曜日にクレープを食べる会をすることにしました。これは予約を取ったのですが、未就学のお子さんですぐに予約が埋まりました。小さいお子さんがいる方もやっぱり利用したかったんだと思います。また未就学デーみたいなものを作ってもいいかなと思いますね。

――始めてから1年も経っていないのに、パンダ食堂に毎月100人近く来られ、パンダほぉむに毎週入りきらないほど子どもたちが来るのはどうしてなのでしょうか。

市民活動についてはまだ本当に新米なんです。ただ、地域の中に住んでいて、子どもの通学路の見守りをいまのパンダ食堂のメンバーとずっと続けてきました。登校時注意が必要なところがあって、そこを通る子どもの保護者が当番で立つようになっているのですが、保護者が来られない時もあって危険だということが、PTA時代から気になっていたのです。だから卒業して4年間OBだけで保護者のプラスアルファで立っています。そこで子どもと顔がつな



【写真1　山中智代さん（左奥）】（写真を加工しています）

がっているので、地域の子は私の顔を見ても怪しまないんです。ただ、悪さする子には普通に遠慮しないで叱るので、「あのおばちゃんこわいけど、面倒見てくれるなあ」みたいな、そんな立ち位置ですね（笑）。お母さんなど保護者がいてもきちんと叱った理由を伝えます。おせっかいの極みですね。だから本当に子どもを集めるのは全然難しくなかったんです。

――では逆に難しかったことは？

高齢者の方にもうちょっとアプローチしたいと思っているのですが、難しいところもあります。

二葉町の民生委員さん、自治会長さん、婦人会長さんの協力で、独居高齢者の方にお弁当の宅配を始めました。約 20 世帯にお弁当を届けます。まだ始まったばっかりなのですが、これから信頼関係が出てきたら困りごとなど話してくれるのではないかと思っています。

あとは子どもでも、本当に支援したい子って、例えばこれをあげたいとか、これを持って帰ってねと言っても、すぐには受け取ってくれないんですよね。パンダ食堂のお昼ごはんのお弁当なら、食べに来られたり、持って帰ったりできるけど、それ以上となるとなかなか難しい時もあります。まずは関係性をつくることから始めています。

パンダ食堂については、本当は会館で食べて帰ってもらう取り組みをしたかったんですけど、コロナ禍っていうのもあって、お弁当になりました。毎回 90 食以上の利用があるのに、会館で全員食べるスタイルは無理なので、パンダ食堂はお弁当配布を継続することになるんじゃないかなと思っています。

3．PTA からつながりを広げる

――活動を始められたころから変化したところはありますか。

高齢者の方の情報をまだあまり持っていないのですが、少しずつ高齢者の方と距離が近づいてきているかなと思います。あと、街を歩いていたら「パンダのおばちゃん」って毎日誰かに言われますね。小さなお子さんもパンダ食堂に来てくれているんですけど、「あ、パンダの！」とか言われるから可愛いですよね。名称もパンダ食堂にして正解だったかもしれません。

――PTA で活動されていたころに比べて、パンダ食堂やパンダほぉむという新しい活動を重ねることで、地域や子どもたちについて、新しく分かったことはありますか。

PTA 時代にはちょっと警戒されていた時があったんです。だけど今はもう何も所属がないから、フランクに近寄りやすくなったところはあるみたいです。ただのパンダのおばちゃんで、私の子どもは大きいので、小学校と直接関係がなくて、その方が家庭のこととかも言いやすいみたいですね。適度に離れているから言えるっていうのがあるんじゃないかなって。だから、もっと早く年齢を重ねたいなと思っています（笑）。その方がいろいろ相談しやすくなるんじゃないかなって。

いかに近寄りやすい人物像になるかということをその時思いました。人にしんどいですよってなかなか言えないので、それを言える存在になるというのが、やっぱりこちらの課題です。子どもは結構話しかけてくれますけど、親が変

[1] ごはん処おかえり（庄内西町）のことを指す。多世代型地域食堂として、子どもや困窮した大人への食事提供を行ってきた。現在は、店頭での弁当の配布（「ただ飯」）を行っている。

わらないと子どもの生活も変わらないと思うので、大人にももっと心置きなく話しやすい、パンダのおばちゃんになるのが目標です。発達障害をお持ちのお子さんの親御さんともつながるようにもしています。課題のあるご家庭に寄り添いたいと思っています。パンダほぉむを子どもたちが来るよりちょっと早い時間に開けて、必要ならばお母さんとしゃべる時間を設けたりもしています。

――パンダほぉむの運営についてですが、協賛している企業や団体がたくさんあります。どのようにしてつながって協賛を得たのでしょうか。

協賛してくださっている企業さんや団体さんには、私が全部声をかけました。飛び込みで行ったところもあります。たとえばある会社の役員さんは、同じ校区での保護者としてのつながり



【写真２　二葉パンダ食堂ちらし】

がありましたし、私がボランティアでお手伝いに行っていた社会福祉法人さん、そうしたもとのつながりもありました。

ほとんどはPTAのつながりからですね。飛び込みで行っても窓口にPTAの知り合いがいて案内してくれたところもあります。

多世代食堂や子ども食堂では、おかえりさん[1]と豊中本町子ども食堂さんにも協賛していただいています。おかえりを運営している上野さんにも、私は飛び込みで会いに行ったんです。パンダ食堂を二葉会館でするのも上野さんが、それだったらすぐできるんじゃないのと発案してくれて、最初の回のお弁当もおかえりさんが全部用意をしてくれました。本当に後ろ盾になっていただいて、そこから自分たちの地域にあったやり方や、私のキャラクターにもあったやり方で活動を増やしていきました。最初は自力で立ち上げをしたくて、同じように自分でやっていらっしゃるおかえりさんを頼ったんですね。それで、しっかり基盤ができてからだんだんと地域につながりを広げていきました。

４．今までのことをすべて活かして

――「二葉パンダ食堂」や「パンダほぉむ」をやっていて苦労した点や良かったことなど、印象に残ったエピソードをお聞かせください。

苦労した点は本当に、思い当たりませんね。本当に人を集めるのが一番難しいと思うんですけれど、そこに苦労がなかったんです。面白いですね。ずっと地域の真ん中に居るからじゃないでしょうか。地域に住んでいる、PTAでずっと活動し続けてきた、今度はそこで市民活動をするという、縦線がつながっていることが、困らない要因だと思います。

良かったことは、本当にしんどい世帯の子どもの表情が変わってきていることですね。だん

だんこちらを受け入れてくれるようになったんですよ。何かしてあげたい子ほど、あげようとしてもずっと「要らない」って言っていたんです。それが「今日は何々食べる？」って言ったら「うん！」って言ってくれるようになってきたっていうのが本当に嬉しかったです。

子どもたちは、学校でちょっと嫌なことがあったら、ここで言ってくれていると思います。週一回会っているだけでも、そうなりましたね。「今日は○○君、どうしたの？　すごくチクチク言葉が多いけど何かあったん？」って声を掛けたら、「今日は～～ちゃんに、こうやって言われたからイライラしてんねん」って言うんです。学校で起こった出来事は結構話してくれています。

この間は襖が穴だらけになっていたんです。今の家は襖がない家が多いから簡単に破れると思わなかったのか、ちょっといたずらをしたのかは分からないのですが、当初より穴が増えていたので、そのままにせずスタッフと穴をわざと紙で塞ぎました。それで、大事に使ってねということを今度は言おうと思っています。ただ、「誰々がした」とかは聞かないし、「誰々がしていたって言いに来ないで」と言ったうえで、約束の下で今から気を付けてくれたらいいからって言います。みんなの場所で長く利用したいし、この家は借りているから大事に使ってねということを話さないといけないと思っています。

あとは、おやつがやっぱりただで食べられると、それが当たり前になるときがあるんですね。どうしてもらえているかというのをちゃんと説明しました。パンダに来ている子どもたちに食べさせてあげてねってお金をいただいているから、みんなにお渡しできているんだよ、と。食べきれないものまで手を出さずにちゃんと食べ切ろう。もったいないことをした時は厳しく注意します。

――司会のお仕事をされていて、その時の営業の経験などもつながっているのでしょうね。

そうなんです。今までのやってきたことが全部パンダに活かされていると思います。だからもう本当に何か運命だと思っているんですね。あとは、やはりPTAの経験だと思います。

――とよなか地域創生塾で、今年塾生として学ばれていますね。

第6期生です。おかえりの上野さんが第2期生で「創生塾面白いよ」と言われて、行ってみますってすぐ申し込んだんです。上野さんが「創生塾がなかったら今の自分はなかった」とおっしゃっていて、それで興味がありました。

実際に参加して、これまでとは出会わないタイプの人と出会ったと思います。いろんな人がいて、本当に面白いですね。私が高齢者の方にお弁当持って行こうと思ったのは、創生塾のメンバーとの関わり、影響があったからなんです。グループを作って企画を立てていくのは大変なときもありますが、〝これも全てに意味がある〟と前向きに捉えていく方がいいんじゃないかって私は思っています。

聞き手：
平田 誠一郎（とよなか都市創造研究所 研究員）
比嘉 康則（とよなか都市創造研究所 研究員）
石村 知子（とよなか都市創造研究所 主任研究員）
インタビュー実施日：令和4年（2022年）10月26日

トピックス

（報告）庁内グループ研究支援事業
～ソーシャル・キャピタルを活用した南部地域活性化～

とよなか都市創造研究所は市職員の政策形成能力の向上を目的に様々な事業を展開しています。令和３年度（2021 年度）は人事課と共催し標題の研究支援事業を実施しました。

地域政策を進める際にソーシャル・キャピタル（以下「SC：Social Capital」）を活用する視点が注目されています。本事業では、地域活性化が課題となる市南部地域を取り上げ、地域課題の解決やまちの魅力創造を進める上での SC の活用をテーマに５名の公募職員による調査研究・政策提言を行いました。

◆研究参加者

（公募研究員（市職員））

所属	名前
都市経営部　創造改革課創造改革係	上保　直人
こども未来部　こども政策課企画調整係	内田　哲
教育委員会事務局　学び育ち支援課運営係	梅野　崇宜
財務部　資産管理課明示係	中西　由美子
福祉部　地域共生課地域共生推進係	室田　貴子



（事務局）主管課　とよなか都市創造研究所　石村知子・比嘉康則・平田誠一郎・松田泰郎
人事課研修係　長谷川万里子・前田直也

◆活動経過

回	テーマ	日程	内容
1	オリエンテーション・研究会	令和３年（2021）年６月 30 日（水）	自己紹介・オリエンテーション
2	キックオフ講座	８月 20 日（金）	「見える資源・見えない資源の見つけ方」 講師：山下　香さん（甲南女子大学文学部准教授）
3	とよなか地域創造塾の講座受講	９月 18 日（土）	「ソーシャル・キャピタルの見つけ方」 講師：金谷信子さん（広島市立大学国際学部教授）
4	研究会	９月 29 日（水）	研究テーマの設定、研究目的に関する議論
5	南部地域のまちあるき	10 月６日（水）	フィールドワークによる南部地域の現状把握・地域資源・地域課題の発見等
6	とよなか地域創生塾の講座受講	10 月 30 日（土）	「地域資源の見つけ方」 講師：後藤　良輔さん（豊中市都市経営部秘書課課長）
7	研究会	12 月７日（火）	南部地域の現状と課題、SC の活用方策の検討
8	研究会	12 月 15 日（水）	政策提言の検討
9	研究会	12 月 21 日（火）	政策提言の検討・庁内照会の検討
10	研究成果報告会	令和４年（2022）年３月３日（木）	時間：14 時～ 15 時　場所：市役所別館３階研修室 会場参加及び Zoom 配信による開催

◆研究目的・手法

南部地域では市内の他地域に比べ少子化・高齢化が進んでいます。南部地域の現状・課題を踏まえ、研究では南部地域の子どもと親に焦点をあて、①地域の子どもや親の実態把握②子どもや親の支援団体の把握③地域の SC の整理④SC の空間的把握の 4 点を研究目的とし地域の課題を解決し子育て世代が住み続けたい・訪れたいまちづくりに向けた提言を検討しました。

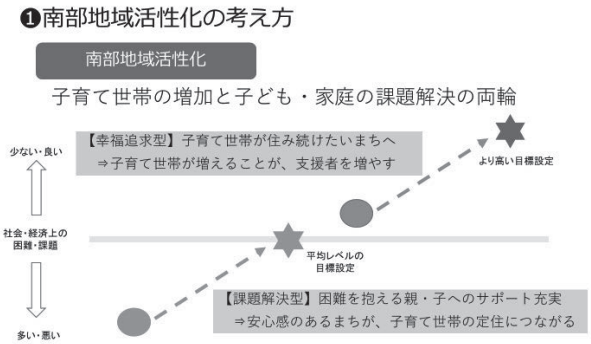
研究を進めるにあたっては、本研究所主催のとよなか地域創生塾と連携し塾の講座を市民参加者とともに受講し地域課題の理論を学ぶとともに、まちあるきや関係者へのインタビュー、SC に関する庁内照会等の調査を実施しました。

◆研究成果

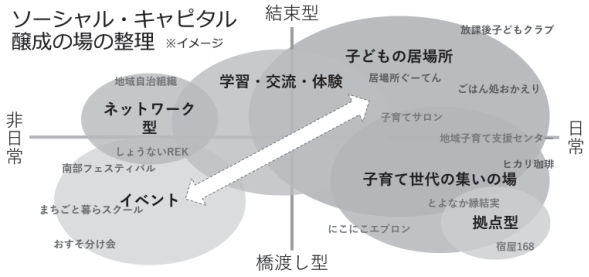
調査結果をもとに以下の 3 点を政策提言としてまとめました。

①南部地域活性化の考え方
② SC をつなぐ南部地域活性化コンソーシアムの形成
③ SC 醸成の場を補完するサテライト機能の検討

①では図表 1 のとおり本研究における活性化の考え方を示しました。②では南部地域の SC 醸成の場（図表 2）を整理し、これらを縦断的につなぎ、調整するコンソーシアムの検討を行いました。さらに地理情報システム（GIS）で SC 醸成の場をプロットし（図表 3）公共の場を中心に SC 醸成の場が作られていることを可視化したうえで③その空白地を補完するサテライト機能の必要性を提言しました。研究成果は令和 4 年（2022 年）3 月 3 日に庁内報告会で報告した他、同年 10 月 29 日にとよなか地域創生塾の講座でも発表し、活発な質疑応答がなされました。

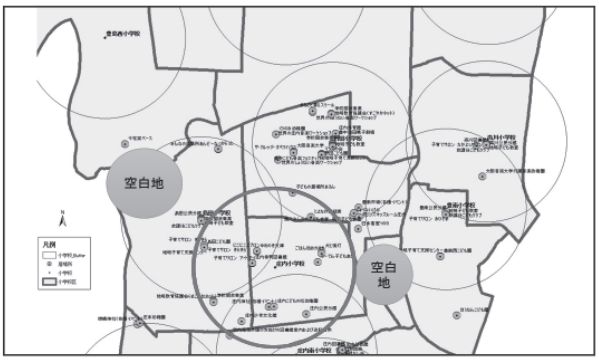


図表 1　南部地域活性化の考え方



・結束型～橋渡し型まで混在するが、カテゴリ間の連携で様々な機会・選択肢が増加
・カテゴリ間を横断的につなぐ・調整するプラットフォームが必要

図表 2　南部地域活性化コンソーシアムの形成



図表 3　SC 醸成の場を補完するサテライト機能の検討

執筆者：
石村 知子（豊中市都市経営部とよなか都市創造研究所）

【調査研究報告】

健康と都市政策（総論）

豊中市における孤独・孤立に関する調査研究

豊中市における地域づくりと健康づくりに関する調査研究

――社会的処方の視点をふまえて――

豊中市における健康データの利活用に関する調査研究

とよなか都市創造研究所では、市の持続的な発展と計画的な市政の推進に資するため、市を取り巻く社会経済環境の変動を見据えながら、中長期的視点に立った都市政策に関する調査研究を実施している。

令和４年度（2022 年度）の調査研究事業では、「健康と都市政策」を大テーマに掲げ、「豊中市における孤独・孤立に関する調査研究」、「豊中市における地域づくりと健康づくりに関する調査研究――社会的処方の視点をふまえて――」、「豊中市における健康データの利活用に関する調査研究」の３つの小テーマに基づく調査研究に取り組んだ。

以上の調査研究の全体像とその関係性及び成果の概要は、「健康と都市政策」においてとりまとめている。

調査研究報告

健康と都市政策（総論）

＜目次＞

1　はじめに
2　健康の捉え方
3　豊中市における健康関連の計画等
4　本年度の調査研究

1．はじめに

全国的に高齢化が進むなかで、「健康寿命」の延伸が課題となっている。また、地域や社会経済状況の違いによって生じる「健康格差」の縮小も求められている[1]。

さらに、特にコロナ禍に入って以降、望まない孤独・孤立に焦点があたり、その解消が求められている。豊中市においては、令和2年（2020年）8月に市長による「豊中市安心つながり宣言」が出され、社会的孤立の解消や「誰一人取り残さない社会」の実現が宣言された。

市民の健康を支える効果的な仕組みはどのようなものか。その仕組みをいかに整えていけばよいか。そのような課題は、基礎自治体において近年ますます重要になってきていると言えるだろう。

そこで令和4年度（2022年度）の当研究所の調査研究事業では、「健康と都市政策」を大テーマに掲げ、3つの小テーマに取り組むことにした。この総論では、3つの小テーマが共有する前提（健康の捉え方、豊中市における健康関連の計画など）を整理したうえで、本年度の調査研究全体の目標の設定などを行いたい。

2．健康の捉え方

まず、「健康」の捉え方について確認したい。健康の定義としてよく知られているのは、世界保健機関（WHO）によるものだ。WHOは設立時に採択された憲章で、健康を次のように定義している。

> Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

[1] 健康寿命の延伸と健康格差の縮小は、国による「二十一世紀における第二次国民健康づくり運動（健康日本21（第二次））」における主要な目標のひとつである。運動推進を図るための基本的な事項を示した「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」（厚生労働省告示第四百三十号、平成24年（2012年））によれば、健康寿命とは「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」をさす。また、健康格差とは「地域や社会経済状況の違いによる集団間の健康状態の差」を意味する。

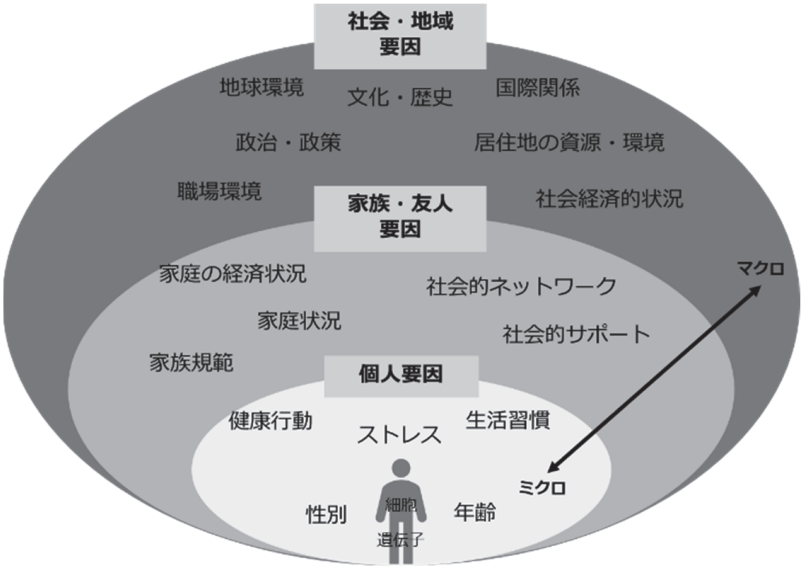
> 健康とは、病気ではないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあることをいいます。（日本WHO協会訳[2]）

この国際的に共有された定義によれば、健康とは心と体の次元だけではなく、社会的な次元も含んだ「すべてが満たされた状態」、つまりウェルビーイング（well-being）な状態をさすとされる。

では、「社会的」に満たされた状態とはどういう意味か。それは、「社会の中で孤立することなく他者とよい関係を持つことができ、自分の居場所や役割を持つことのできる状態」とも説明される（草郷 2022：112）。健康は、単に病気がないことといった意味ではなく、つながりや社会関係、居場所の確保なども含んだものとして理解される必要がある。

一方、実証研究においても、健康が社会的な要因に影響されている点は繰り返し指摘されている。たとえば、「身体的・心理的・社会的な側面を統合した視点（bio-psychosocial paradigm）を重要視する」（川上 2006：8）とされる社会疫学においては、経済的水準や健康格差、小児期の経験や生活史、社会的サポートや社会関係、職業、差別、文化などと健康との関連についての知見が積み重ねられてきた（同前：11-15）。同様の知見は、社会学や経済学など社会科学の分野でも蓄積されている。

健康に影響を与える社会的な要因は「健康の社会的決定要因（Social Determinants of Health：SDH）」と呼ばれる。健康はミクロレベルの個人要因だけではなく、マクロレベルの社会・地域要因によっても影響されているのだ（図表1）。個人の努力のみに帰せられる問題ではなく、単なる運の問題でもなく、社会的な要因も絡むものとして健康を理解する必要がある。



図表1　健康の社会的決定要因

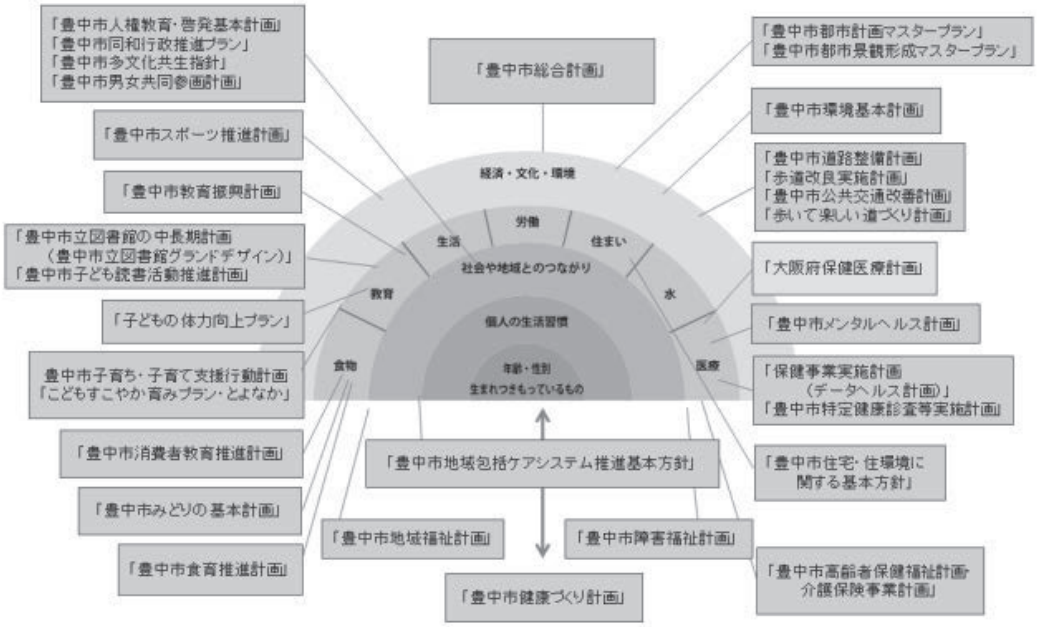
出典：本庄（2022：2）

[2] 公益社団法人 日本WHO協会「健康の定義」https://japan-who.or.jp/about/who-what/identification-health/

3．豊中市における健康関連の計画等

ここで豊中市における健康関連の計画等の方向性を確認しておきたい。前節で見てきたような健康の捉え方を反映し、豊中市の計画等でも、市民の健康は医療だけでなく福祉・都市計画・住宅・交通・教育・環境・人権などさまざまな分野のなかで捉えられている。

たとえば、『豊中市健康づくり計画 中間見直し』（平成 30 年（2018 年））では、「『健康の社会的決定要因（WHO）』に関わりのある関連計画とともに健康格差の縮小と健康寿命の延伸をめざします」として、図表 2 のように豊中市の多くの計画等が網羅的に図示されている（豊中市 2018：3）。「健康の社会的決定要因」という考え方が、各分野をつなぐハブになっていると言えるだろう。



図表 2　健康の社会的決定要因に関連する豊中市の計画

出典：豊中市（2018：3）

また、『豊中市地域包括ケアシステム推進基本方針』（平成 29 年（2017 年）3 月）においては、豊中市の「市民力」「地域力」といった強みを活かした「地域包括ケアシステム・豊中モデル」の構築がめざされており、取り組みの基本姿勢として「ネットワークを常に強化･成長･発展させる」など、地域における創発的なネットワークづくりが掲げられている。

『第 4 期豊中市地域福祉計画』（平成 31 年（2019 年）3 月）でも、豊中市の「市民力」「地域力」を活かしながら、課題や不安を抱える人をつなげる市民と地域資源をつなげるといった方向性が、4 つの基本目標（「市民一人ひとりの地域や福祉への意識、理解、行動を『拡げる』」「豊中の多様な地域資源を『つなげる』」「課題や不安を抱える人が必要な人・モノ・コト・地域と『つながる』」「今よりももっと幸せになるための活動・仕組みを『持続・発展させる』」）のもとで示されている。

さらに、『豊中市健康づくり計画 中間見直し』（平成 30 年（2018 年）3 月）では、「健康をつくろう！ みんなでつくろう！」という基本理

念のもと、市民の社会参加や交流や歩きやすい・出かけたくなる都市空間の整備といった総合的な取り組みにより、「たとえいま健康に関心のない人であっても、自然に意識・行動に働きかけて、健康へと導くまちづくり」（豊中市 2018：54）がめざされている。

これらの豊中市の計画等には、市民の健康づくりを地域づくりと一体のものとして捉える方向性があると言えるだろう。同様の方向性は、『第 8 期豊中市高齢者保健福祉計画・介護福祉計画』（令和 3 年（2021 年）3 月）、『豊中市健康医療戦略方針』（令和 2 年（2020 年）3 月）といった計画等にも一部見られる。

4．本年度の調査研究

以上をふまえ、本年度の調査研究の目標を次のように設定したい。

「健康の社会的決定要因への対応を通じた市民の健康・ウェルビーイングの増進」

健康の社会的決定要因と市民の健康の関係について現状を分析するとともに、そのような現状に対し市として何ができるのか、すべての市民の健康・ウェルビーイングの増進に向け、量的・質的なデータの裏付けを持ちながら分析・考察を行うことにしたい。

このような目標のもと、本年度は次の 3 つの課題を検討する。

(1) 孤独・孤立

健康は社会的な要因により影響されるが、なかでも昨今、社会問題化しているのが孤独・孤立である。望まないかたちで周囲とのつながりを欠いたり孤独を深めたりする状況は、健康にネガティブな影響を与えるとされている。

では、豊中市民の孤独･孤立の実態はどうなっているのだろうか。孤独・孤立と健康はどのように関連しているのだろうか。人びとの生活と孤独・孤立、そして健康の関係はどうなっているのだろうか。国の調査に準拠したアンケート調査の実施・分析などにより、豊中市における孤独・孤立の発生状況や健康との関連などについて実態を把握し、求められる支援の方向性について考察する。

(2) 地域のつながりと健康づくり（社会的処方）

孤立・孤独による健康への悪影響は繰り返し指摘されているが、行政による介入が難しい問題でもある。一方で、健康づくりは地域づくりと一体となったものとして捉えられてきた。望まない孤立・孤独の発生を抑え、健康を支える地域づくりを一層進めることが求められていると言えるだろう。

そのなかで、近年注目されているのが「社会的処方」という考え方である。社会的処方とは、社会的なつながりのなかで人びとの健康を支える取組み・仕組みのことを意味する。地域のつながりづくりと一体となった健康づくりのさらなる推進に向け、社会的処方のエッセンスをどのように活かすことができるのか。概念・先行事例の整理や庁内勉強会などをとおして検討したい。

(3) 庁内健康データの利活用

健康政策において注目されているのは、地方自治体の内部で蓄積されている行政データである。市民の健康をどのように可視化し、政策形成につなげるかが問われている。社会的な要因をふまえた市民の健康・ウェルビーイングの増進を図るためには、部局間のデータを接合した分析も必要になってくるだろう。ただ、現状では、そのようなデータの利活用が十分に行われ、政策に生かされているとは言い難い。

では、庁内の健康データはどのように利活用

できるのだろうか。今後のデータ利活用の推進に向けどのような課題があるのだろうか。データを用いた市民の健康課題の可視化や、健康政策の効果の分析に取り組むとともに、関連部署と連携した大学との共同研究を実施し、庁内健康データの利活用のあり方を実践的に検討していきたい。

5．調査研究の推進体制と成果

本年度の調査研究は、次のような３つの連携体制のもとで進めた。

第１に、研究所内での連携である。それぞれの研究課題に主担当となる研究員を１人ずつおいてはいるが、すべての研究課題について所員の間で議論を重ね、一部の作業は分有しながら調査研究を行った。

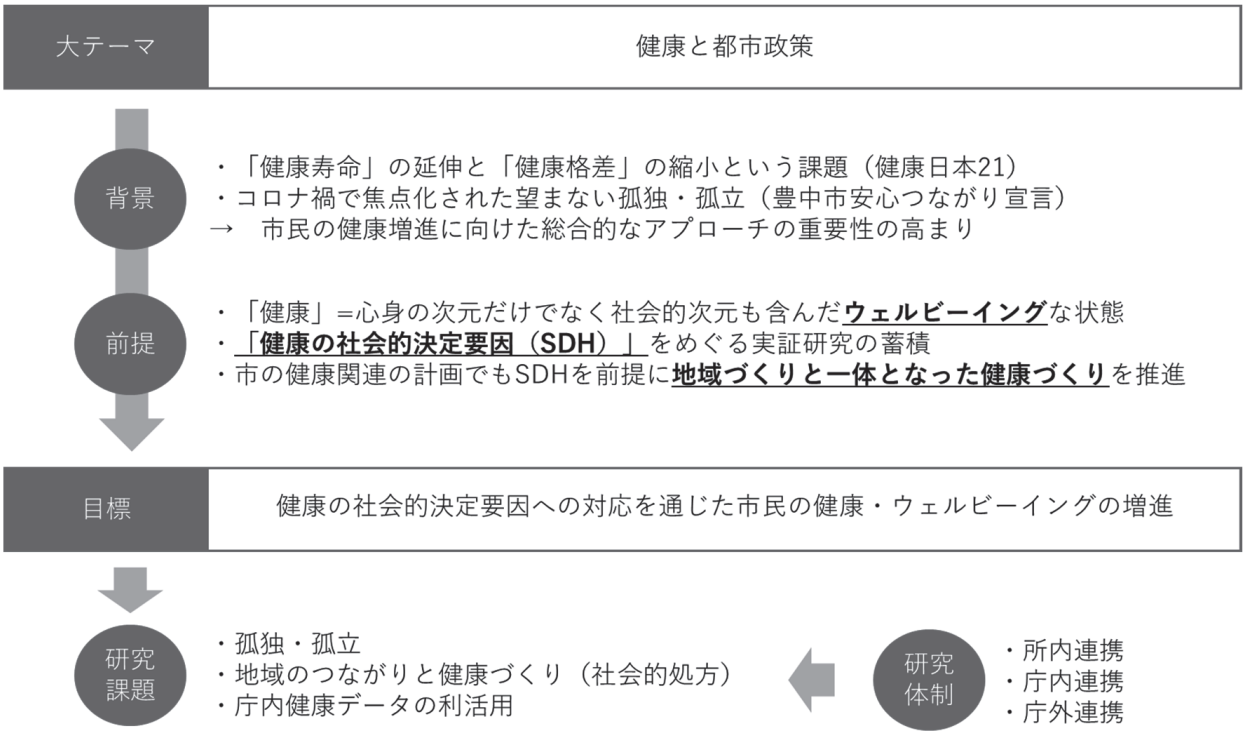
第２に、関連部署との連携である。健康医療部や福祉部などの各課と積極的に連携を図りながら、担当部署にとって意味のある結果が産出できるよう調査研究を進めた。具体的にどのような部局と連携したかは、各調査研究の報告に譲る。

第３に、外部の研究者や団体との連携である。健康データの分析等は専門性の高い領域でもある。また、地域づくりに関しては社会福祉協議会などでの蓄積がある。学識経験者や社会福祉協議会などとの連携を積極的に図りながら、より質の高い調査研究となるよう検討を進めた。具体的な連携先や協働内容については、各調査研究の報告のなかに記載する。

以上のような調査研究を通して、市の政策形成や人材育成などの面ではひとまず次のような成果が得られている。

まず、孤独・孤立研究については、福祉部地域共生課との連携のもと、分析結果が地域福祉計画の策定の基礎資料として活用された。

地域のつながりと健康づくり（社会的処方）



図表３　令和４年度（2022 年度）調査研究事業「健康と都市政策」全体概要

に関する研究については、庁内セミナーの実施をとおして、地域共生社会の推進に向けた人材育成につなげることができた。

健康データ利活用研究については、被保護者健康管理支援事業の効果検証など担当部署からの依頼に応えるとともに、複数部署のデータの接合や大学との共同研究の実施など、今後の庁内データ利活用の促進につながるノウハウを蓄積した。

【参考文献】

本庄かおり, 2022,「日本における社会的健康格差」『TOYONAKA ビジョン 22』24：2-9.

川上憲人，2006,「社会疫学――その起こりと展望」川上憲人・小林廉毅・橋本英樹編『社会格差と健康――社会疫学からのアプローチ』東京大学出版会：1-21.

厚生労働省，2014,『平成 26 年版厚生労働白書』.

草郷孝好，2022,『ウェルビーイングな社会をつくる――循環型共生社会をめざす実践』明石書店.

豊中市，2018,『豊中市健康づくり計画 中間見直し』.

調査研究報告

豊中市における孤独・孤立に関する調査研究

平田 誠一郎
とよなか都市創造研究所 研究員

＜目次＞
1　研究の背景と目的
2　孤独・孤立とは何か
3　豊中市「市民のつながりに関するアンケート」調査概要
4　豊中市における人々の孤独感の現状
5　豊中市における社会的孤立の現状
6　「誰を」「どのように」支援できるか

1．研究の背景と目的

1-1　新型コロナウィルス感染症の流行と孤独・孤立

令和２年（2020 年）に突如として発生し、世界中に猛威を振るった新型コロナウィルス感染症の流行は、それまでの人々の日常生活を一変させることとなった。感染予防の観点から定められた「新しい生活様式」が推奨され、身体的距離の確保、マスクの着用が求められるとともに、外出自粛や対面での面会制限が行われ、学校でのオンライン授業や職場でのテレワークなど人々の交流のリモート化が進められた。

これらはいずれも人々の接触を減らし、物理的な距離を確保していくものである。「ソーシャルディスタンス」という新たな言葉も生み出され、「いかにして距離を取るか」が日常生活において配慮すべき事柄に加わったのである。

ただし、新型コロナウィルスの感染症の流行（以下、コロナ禍）で広がったのは物理的な距離だけではない。人と対面で会う回数の減少のみでなく、食事会などの会合やコンサートなどのイベントの自粛、また対面状況であっても必要な接触の制限は、人々の交流の質を変えてきたと考えられる。また、職場の休業や失業によって拠り所とする居場所自体を失うケースもある。つまり、人々の間で心理的な距離も拡大し、孤独感が深まっていることが懸念されるのである。コロナ禍の影響は、私たちの「気持ち」といった主観的な意識の部分にも及んでいる。

言い換えれば、コロナ禍は感染に伴う症状自体が健康問題を引き起こすわけであるが、罹患しているか否かに関わらず社会生活が制限され「心の健康」にも悪影響を及ぼすという、二重の健康問題として私たちの前に立ち現れている。このようにしてコロナ禍では人々の抱える

孤独感やつながりの喪失による社会的孤立が改めて注目されるようになった。

国では令和3年（2021年）2月に内閣官房に孤独・孤立対策担当室が設置され、担当大臣が任命された。孤独･孤立対策担当室は「ソーシャルメディアの活用、孤独・孤立の実態把握、孤独・孤立関係団体の連携支援の3つのテーマに関するタスクフォースを設置し、NPO等の支援団体、民間企業、学識経験者、行政が一体となって取り組みを進め」るとともに「孤独・孤立対策に取り組むNPO等への緊急支援策の取りまとめなど、支援団体等がより活動しやすくなるような環境整備などに政府一体で取り組んで」いる（内閣官房孤独・孤立対策室2023）。その一環として、後に詳述するように令和3年（2021年）12月から令和4年（2022年）1月にかけ、「人々のつながりに関する基礎調査」として国民2万人を対象とした孤独・孤立に関する大規模なアンケート調査が実施された。その調査結果については本稿の中でもたびたび触れることになるが、若年層のあいだに孤独感が広がっていることが注目される点である。また、コロナ禍において「人と会う機会が減った」とする人は回答者全体の7割近くを占め、「日常生活全体がやや悪くなった、悪くなった」と答える人が合計で約40％に上ることが示された（内閣官房孤独・孤立対策室2022a）。

本稿では、このような日本社会全体における孤独・孤立に関する状況を踏まえ、豊中市における孤独・孤立について実態調査を通じての現状把握を試みる。コロナ禍において健康問題との関わりでクローズアップされた孤独・孤立問題だが、それは以下に述べるように現在に至る長期的な社会構造の変化によって生じた「脆弱性（ヴァルネラビリティ：傷つきやすさ）」の現れでもある。今回の調査研究を通じて、社会構造の変化やコロナ禍の影響によって望まない孤独・孤立の状況にある人々の実態を明らかにし、どのような支援ができるかを総合的に考えるための糸口を見出していきたい。

1-2　社会における「脆弱性」としての孤独・孤立問題

コロナ禍以前から、孤独・孤立は社会問題として人々の大きな関心を呼ぶことがあった。「無縁社会」という言葉に代表されるように、孤独や孤立は生活を脅かすリスクとして、とりわけ孤独死・無縁死への不安と結び付けられる形で人々の関心の的となっている。

社会学者の石田光規は朝日新聞・読売新聞の記事データベース検索結果から「孤独」「孤立」を含む記事の数を集計している。昭和59年（1984年）から「孤独」「孤立」を含む新聞記事の数は増加傾向にあり、平成22年･23年（2010年・2011年）をピークにして高止まりの状況となっている[1]（石田2018：2）。

孤独・孤立への関心がこのように大きく広がっていることの背景には、少子高齢化や晩婚化・非婚化に伴う単身世帯の増加など家族構成の変化、職場などの中間集団への関わり方の変化など、総じて言えば「人間関係の希薄化・選択化」による社会構造の変化が進んでいることがある。そのため心身の健康を損なったり、経済的困窮に陥ったりした際に、家族・親族や近隣の地縁集団、職場などでの相互扶助に頼れないまま孤立を深める人々がいることは報道でもたびたび取り上げられている。その最も深刻なケースが先に述べた孤独死や無縁死として捉えられているといえる。

そして現在では孤独・孤立の問題が、誰もが

[1] ここで石田は2010年にNHKスペシャルで無縁社会の報道がなされたこと、2011年に東日本大震災が発生したことに言及している。

直面するリスクとして捉えられる。現在の社会では、人間関係の希薄化・選択化と並行する形で、生活に関わる様々なことがらを人々が個人単位で決定し、その結果生じる問題についても自らの手で自律的・主体的に対応することを求められる「個人化」が進行している。このように個人化された社会での生活には、例えば突発的な病気や経済的困難によって生活基盤が揺らいだ場合、平常時からの十分な準備がなければ急激に孤立状況に陥って支援を求められなくなる脆弱性がある。孤立に陥る人々の増加とともに、そうでない人々にもこのことが日常に影を落とす不安やリスクとして捉えられているからこそ、孤独・孤立の問題は高い関心を引き起こすのではないだろうか[2]。

特に、令和2年（2020年）からのコロナ禍は、個人化された社会での脆弱性を示す出来事であった。突然の営業自粛に伴う経済の停滞は、急激な経済的困難に陥る人々を多く産み出し、外出自粛やテレワーク、学校の長期休校やオンライン授業にともなう対面での人との関わりの減少は、人々の孤独感を深めた[3]。災害に関する研究では、災害は平時における「脆弱性」を明らかにするということが言われている（浦野2007：20）。その意味ではコロナ禍は従来から問題になっていた点をより顕在化させたといえる。孤立・孤独についてもコロナ禍によって突如引き起こされた問題であるというよりも、従前からの問題と連続性を持ったものであると考えられる。

1-3　豊中市における孤独・孤立問題への取り組み

行政においてもこのような状況の中、孤独・孤立に関して近年さまざまな取り組みが推進されているが、コロナ禍以前からも孤独・孤立対策は行政課題として様々な自治体でも取り組まれてきた。高齢者施策の立案に向けたアンケートなどにおいて、孤独・孤立に関する設問を盛り込んでいる自治体も多く見られる。

豊中市では、国による地域包括ケアシステム構築の考えに基づき、「地域包括ケアシステム・豊中モデル」の構築に向けて「豊中市地域包括ケアシステム推進基本方針」を平成29年（2017年）3月に策定した。この中では、ケアやサポートの「対象者別」の概念から先に進み、目的や対象者が異なるネットワークが情報共有・連携することで切れ目のないトータルケア・トータルサポートのネットワークを創りあげること、そして本市の強みである「市民力」「地域力」を活かしたシステムの構築が目指されている。これまでも豊中市では、小学校区を単位としての市民活動が盛んであり、福祉活動では民生・児童委員と校区福祉委員による「福祉なんでも相談窓口」が概ね小学校区ごとに設けられ、身近な地域の中での相談窓口の役割を果たしてきた。そのような地域の窓口と日常生活圏域での専門機関や中間支援組織、市全体を担う行政の重層的な連携が上記の方針でも目指されているのである（豊中市2017：27, 29）。

そして、豊中市では中間支援組織である社会福祉協議会のコミュニティ・ソーシャルワーカー（CSW）の取り組みも高く評価され、全国に先進事例として広く知られている。このように豊中市では孤独・孤立問題を含むケア・サポートの領域において、地域の市民活動や中間支援組織との連携を通じた取り組みが重点的に行われている。

---

[2] このことはBeck（1986）が述べている「リスク社会」の一つの例として考えられる。

[3] 後述するように、客観的な状況としての「孤立」と区別される、主観的な感情としての「孤独感」もまた人々の心身の健康にネガティブな影響を及ぼすものである。

コロナ禍が発生した2020年の8月には、豊中市長による「豊中市安心つながり宣言」が表明された。新型コロナウィルスの感染拡大によって地域活動が困難になったこと、また社会的・経済的困難に直面した人々に対して、ソーシャルディスタンスが求められる状況であってもつながりを作り支援を届けるため豊中モデルを推進していくこと、SDG's の理念である「誰一人取り残さない社会」の実現を宣言したものである。

「豊中市安心つながり宣言」からも、近年のコロナ禍を受けて、福祉部門を中心に積み上げられてきたこれまでの施策のさらなる推進が重要な課題となっていると考えられる。

1-4 「望まない孤独・孤立」へのアプローチ

以上を踏まえて本調査研究の目的を明確化していきたい。本調査研究では豊中市における孤独・孤立の実態について、市民を対象としたアンケート調査から孤独感・社会的孤立、外出や対人コミュニケーションの頻度、支援の有無や相談への意向、健康状態などを数量的に把握していくことが中心的な目的となる。

孤独・孤立について、個々の事例（ケース）の実態はもちろん支援の現場で把握されるものであるが、ここでは先に述べた「多くの人にとってリスクとみなされる孤独・孤立」という観点から、現在孤独・孤立の状況にない人も含めた全体的な状況把握を行う。また調査項目については、先に触れた内閣官房孤独・孤立対策室による「人々のつながりに関する基礎調査」に準拠したものとし、国による調査結果との比較を可能にするほか、孤独の解消やケア・サポートの窓口に関する意識などを豊中市独自の項目に加えた。また、コロナ禍による影響についても実態の把握を簡潔にではあるが行っている。

孤独と孤立は併記されることの多い言葉であるが、日常語としてはこれらの言葉がほぼ同義に用いられている点に注意が必要である。多くの調査研究では、孤独は孤独感という主観的な意識であり、孤立は人との交流がない状態として区別されている。本調査研究においてもこの区別を踏襲する。

またとりわけ孤独という言葉については、必ずしもネガティブな意味だけで捉えられない点にも注意が必要である。例えば「孤高」「おひとりさま」といった言葉で「一人の時間、行動」をライフスタイルに取り入れることを肯定的に捉える見方もある。しかしながらこのように個人にとって肯定的に選択された「孤独」は、本調査研究の主眼とするところではない。本調査研究では、心身の健康状態の悪化など個人のネガティブな状態に結びつく孤独と社会的孤立を問題視し、その実態を把握しようとするものである。これらのネガティブな孤独と社会的孤立は、その状態にある個人にとっては不本意な「望まない孤独・孤立」であると言える[4]。このような孤独・孤立の区別やその把握方法については次章で詳しく述べたい。

以上の実態把握を通じて、本調査研究は豊中市における孤独・孤立の問題について、市の関係部局の施策の立案・推進に広く参照可能なデータを提供するとともに、市民をはじめとする一般の読者に対しても孤独・孤立問題への知見や意識を深めてもらうことを目的とするものである。

1-5 本稿の構成について

本稿の構成について述べる。ここまでの第1章では研究の背景と目的について記してきた。

[4] 国の内閣官房孤独・孤立対策室による「孤独・孤立対策」の重点計画においても、「望まない孤独」を抱える人を支援対象としている。本稿ではここでの国による孤独の捉え方を踏襲している。

第２章では本調査研究のキー概念である「孤独」「孤立」について先行研究を踏まえた整理を行い、この研究における定義を行うとともに、アンケート調査における孤独感と社会的孤立の測定法について記す。第３章では、本調査研究の核となる「市民のつながりに関するアンケート調査」についてその実施概要、国との調査項目の違い、回答者の属性についてまとめている。第４章以降はアンケート調査の結果であり、第４章では孤独感に関する集計、第５章では社会的孤立に関する集計を示していく。第６章では相談･支援に関する集計を示すとともに、孤独･孤立の影響を分析し、とりわけ生活上の困難と結びつく孤独感の緩和に向けた施策の方向性を提示して全体のまとめとする。

なお、本稿の執筆に関しては主担当の平田が調査データの集計・分析（グラフの作成）・全体の構成を行った上で、第４章・第５章については研究所の職員が分担して調査結果に関する解説を記述し、残る章については平田が執筆するとともにすべての章の文体の統一など全体の調整を行った。本稿の最終的な文責は平田にあることをお断りしておきたい。

２．孤独・孤立とは何か

2-1　孤独と孤立を区別する意味

第１章で述べたように、孤独と孤立は日常語ではほぼ同義で用いられる場合もある。この孤独と孤立をなぜ区別するのかについて、研究史をもとに説明しておきたい。

イギリスの社会学者ピーター・タウンゼント（1928-2009）は、1957 年に出版された『居宅老人の生活と親族網』において、東ロンドンにおける高齢者の家族生活や社会問題を丹念なフィールドワークによって実証的に研究した。その中には「孤立、孤独と生活の保持」という章があり、孤独と孤立について以下のように記述されている。

> 二つのものを区別しておく必要がある。社会的に孤立しているというのは、家族やコミュニティとほとんど接触がないことであり、孤独であるというのは、仲間づきあいの欠除あるいは喪失による好ましからざる感じ（unwelcome feeling）をもつことである。一方は客観的で、他方は主観的なものであり、あとで明らかにするように、それらの二つは同日の論ではない。
> （Townsend1957=1974: 227）

タウンゼントは孤独について「好ましからざる感じ」というように明らかにネガティブなものであると規定している。それに対し社会的孤立は単に家族やコミュニティとの接触がないことであり、そこは肯定も否定もない。そして社会的孤立が客観的に捉えられるのに対し、孤独は主観的な意識であるとしているのである。

その区別の意味は、タウンゼントが孤独と孤立について記した章の結論である「老年期における孤独の原因は孤立よりもむしろ惜別である」（Townsend1957=1974: 248）という言明にある。ここでの「惜別」とは家族や仲間との死亡、病気、移転による別れであり、そのことが老人の健康に重大な影響を及ぼすとタウンゼントは述べている。これに対し社会的孤立は家族やコミュニティとの接触がないため困難を抱えたときに支えてくれる相手がいないという、社会的資源の問題として捉えられる。つまり、惜別に起因する孤独はライフイベント上の危機であり、孤立はそのような危機も含めた困難に対処する資源のなさを示すというように、分析上異なる概念として規定されているのである。

このタウンゼントによる区別は、日常語としては混同されやすい孤独と孤立を社会問題として研究するための概念の精緻化に寄与したと言

える。高齢者の貧困について研究している河合克義は「タウンゼントの研究は、それまで使われてきた孤独（loneliness）概念で実態を説明することから一歩進んで、孤独と社会的孤立（social isolation）を区別し、社会的孤立を客観的に指標化し、その量と質を把握したところに特色がある」（河合 2015：41）と述べている。すなわち孤独と孤立を明確に区別し、特に社会的孤立を実証的な研究に耐えうる指標とする基礎を築いた点でタウンゼントの研究は評価された。高齢者の社会的孤立を研究している斉藤雅茂が孤立について自身の知る限り「タウンゼントの定義に基づく研究が圧倒的に多い」（斉藤 2018：15）と述べているように、現在に至るまでタウンゼントによる孤独・孤立の定義は活用されているのである。

本調査研究においても、基本的にこのタウンゼントによる区別に従い、孤独を個人にネガティブな影響をもたらす主観的な感情、孤立を個人に他者とのつながりがない客観的な状態（他者との交流がない状態）として扱っていくこととしたい。

2-2　近年の孤独・孤立研究

それでは、近年の孤独・孤立研究にはどのようなものがあるのであろうか。以下に簡単にではあるが、3つに分けてその流れを整理することとする。

(1) 孤立の背景としての親密圏の変容

社会学者の石田光規は、2011年に『孤立の社会学』を上梓して以降、孤独・孤立問題に関連する著作を立て続けに発表してきた。『孤立の社会学』（石田 2011）では、日本社会における社会構造の変容を背景に、JGSS（日本版 Genrral Social Surveys）などの社会調査データから実証的に孤立の現状を描いた。

この中で石田は、親密圏の変容が孤立問題の鍵となっていることを述べている。現在の社会では、人間関係、とりわけ結婚などの情緒的なサポートをもたらす親密な関係の形成が個人の自由な選択に基づいている。そのことは関係の形成が個々人の持つ経済的・人的資源に左右されることを意味しており、人間関係が選択的であるがゆえに、それを形成できるか否かの格差も拡大していると見るのである。

(2) 高齢者の孤立、地域福祉に関する研究

社会福祉学者の斉藤雅茂は高齢者の孤立問題について、計量的な社会調査のアプローチから研究を行った。ここでは社会的孤立の基準の検討から、社会的孤立の要因やセルフ・ネグレクトと孤立死の関連、見守り活動など孤立の予防・軽減策の評価に至る総合的な実証研究が展開されている（斉藤 2018）。

また社会福祉学者の河合克義は高齢者の貧困について、社会的孤立との関係を東京都港区での3回にわたるひとり暮らし高齢者の調査などから研究した。独居高齢者の生活類型などがその研究結果として得られている（河合 2015）。

また同じく河合が編著者の1人である論集『社会的孤立問題への挑戦』では高齢者、子育て、障害者など様々なトピックから社会的孤立の実態を捉えるとともに、社会福祉協議会などによる地域福祉の取組みにも焦点を当てた研究の成果がまとめられている（河合・菅野・板倉編 2013）。

(3) ソーシャル・キャピタルに関する研究

孤独・孤立問題の研究は、ソーシャル・キャピタルの観点からも研究されている。稲葉・藤原編（2013）は、社会的孤立の実態や健康との関連、孤立の予防策についてソーシャル・キャピタルをキー概念として研究からなる論集である。

2-3　省庁・自治体や研究機関による調査研究

国の省庁、地方自治体や民間研究機関においても、孤独・孤立が課題として捉えられ、調査研究がなされている。先述の内閣官房による「人々のつながりに関する基礎調査」についてはこの次に触れることとし、ここでは内閣官房による調査以外のものを挙げておきたい。

まず、厚生労働省の令和2年度社会福祉推進事業として実施された「社会的孤立の実態・要因等に関する調査分析等研究事業報告書」では、平成29年の社会保障・人口問題基本調査である「生活と支え合いに関する調査」のデータ再分析が行われ、社会的孤立に関する集計・分析が行われている。

地方自治体では千葉市が令和4年（2022年）3月に「コロナ下における社会とのつながりに関する実態調査報告書」をまとめている。これは女性を対象としたアンケート調査の結果をまとめたものである。ここでは「必要とする支援」や「市の相談窓口の利用経験」などが質問項目に含まれており、本調査研究での項目作成においても参考とした。

民間の研究機関では、野村総合研究所が令和3年（2021年）と令和4年（2022年）の2回にわたって「新型コロナウィルス流行に係る生活の変化と孤独に関する調査報告」を発表している。これらはいずれも20歳代～80歳代の男女約2,200人を対象としたインターネット調査の結果に基づくもので、令和3年の調査結果では20歳代～30歳代の若者に孤独感が広がっていること、令和4年の調査結果では全ての性・年代で孤独感が上昇していることや、相談に関する意識が報告されている（株式会社野村総合研究所2021、2022）。

また、豊中市でも、孤独・孤立を主題としているわけではないが、近年の市民を対象としたアンケート調査で、地域活動への参加や相談相手の有無など、孤立･孤独に関する項目がある。この他、保井美樹・全労済協会「つながり暮らし研究会」編による『孤立する都市、つながる街』では豊中市社会福祉協議会の事例が、同協議会のコミュニティソーシャルワーカーである勝部麗子によって紹介されている（勝部2019）。

2-4　内閣官房孤独・孤立対策担当室による調査研究

新型コロナウィルス感染拡大の影響により、孤独・孤立が深刻化する中で設置された国の内閣官房孤独・孤立対策担当室では、令和3年（2021年）12月に孤独・孤立に関する実態調査として「人々のつながりに関する基礎調査」を実施した。日本全国に住む16歳以上の男女20,000人を対象とする調査で、有効回答者数は11,867人（有効回答率59.3%）である[5]。

この調査では新型コロナウィルス感染拡大を背景として、社会的孤立に加えて孤独感が大きく取り上げられているのが特徴である。後述するが、概ねタウンゼントによる孤独と孤立の区別がここでも踏襲されている。

先に述べたように、本調査研究で実施したアンケート調査項目は、この内閣官房孤独・孤立対策室による「人々のつながりに関する基礎調査」に準拠している。そこで、まずは国の調査について質問項目の概要を記すとともに、孤独感を尋ねるために使用されている「直接質問」「間接質問」の2種類の質問、そして主な調査結果について説明しておきたい。

---

[5] 実態調査のほかにも、「孤独・孤立の実態把握に関連する調査項目を含む統計調査等」が孤独・孤立対策室によってまとめられている。

(1)「人々のつながりに関する基礎調査」質問項目

図表１に示したのは、「人々のつながりに関する基礎調査」における質問項目の概要である。属性項目のほか、社会的孤立に関する項目として外出や家族・友人とのコミュニケーション、団体参加、支援の状況があり、孤独については直接質問と間接質問の２種類（後述）がある。関連項目として心身の健康状態や満足度、新型コロナウィルス感染拡大の影響がある。

図表１　「人々のつながりに関する基礎調査」質問項目

①属性項目	年齢、性別、婚姻状況、同居人・同居人数・同居人数で収入を得ている人数、学歴、職業、住宅、世帯年収、人とのコミュニケーションに使う情報通信機器
②外出について	外出頻度・外出目的、最近１週間の行動範囲
③家族・友人とのコミュニケーション頻度	同居していない家族や友人たちとの頻度、同居している家族や友人たちとの頻度(それぞれ「直接会って話す」「電話（ビデオ通話含む）」「郵便やFAX」「SNS」「電子メールやショートメール」の５問)
④団体参加	PTA・自治会・町内会など各種団体への参加
⑤支援	行政・民間からの支援有無・支援主体・支援内容・受けていない理由、相談相手の有無・相談相手の属性、相談する際の感情、他者への手助けの頻度
⑥孤独感	・直接質問：孤独であると感じる頻度 ・間接質問：UCLA 尺度（後述）から３項目抜粋 「つきあいがないと感じる」「取り残されていると感じる」「孤立していると感じる」 ・孤独の継続期間、孤独を感じる前に経験した出来事
⑦健康状態	心身の健康状態
⑧満足度	社会や他人との関わり方に対する満足度
⑨新型コロナウィルス感染拡大の影響	コミュニケーションの変化（対面・非対面)、日常生活の変化：生活全体、家族との関係、家族以外の親しい人との関係、地域・社会とのつながり、学習環境・職場環境（学び方・働き方を含む)、心身の健康状態

出典：内閣官房孤独・孤立対策室 2022a および「人々のつながりに関する基礎調査」調査票から筆者作成

(2) 孤独感を尋ねる「直接質問」と「間接質問」

「人々のつながりに関する基礎調査」で特徴的なのは、先に示したの「⑥孤独感」の質問項目について、直接質問と間接質問という２種類の項目が採用されていることである。２種類の質問の違いとそれらを併用することの意味についてここで説明したい。

直接質問は「あなたはどの程度、孤独であると感じることがありますか」という設問で、回答は「1　決してない」「2　ほとんどない」「3　たまにある」「4　時々ある」「5　しばしばある・常にある」の５つの中から１つを選ぶものである。

それに対して間接質問は「あなたは、自分には人とのつきあいがないと感じることがありますか」「あなたは、自分は取り残されていると感じることがありますか」「あなたは、自分は他の人たちから孤立していると感じることがあ

りますか」という3つの質問について、それぞれ「1　決してない」「2　ほとんどない」「3　時々ある」「4　常にある」という4つの選択肢から1つを選んで回答するものである。その上で、国では集計に際して3つの質問に対する回答から、選択肢の番号を点数として合計したスコアを作成している。そのスコアを点数順に4つに区分し、便宜的に「10点～12点」を孤独感が「常にある」、「7～9点」を「時々ある」、「4～6点」を「ほとんどない」、「3点」を「決してない」というように整理したものが、間接質問の結果である。

直接質問については文字通り孤独感について尋ねるものであるが、間接質問には「孤独」という言葉は使われていない。それゆえ間接質問と呼ばれるが、これは1978年にカリフォルニア大学ロサンゼルス校（UCLA）の研究者であるラッセルら3人によって開発された孤独感を測定するための尺度を元にしている。日本では舛田ゆずりらによって日本語版UCLA孤独感尺度（第3版）が開発され、その詳細については舛田・田高・臺（2012）に記されている。舛田らによれば従来の孤独感を測定する尺度においては、設問数が多く多次元的な尺度であるため測定される孤独感も多面的で、研究者による類型化を必要とするなど地域保健の実践で用いるには課題があったという。これに対してUCLA尺度は、「単一次元的に孤独感をとらえていること、測定において孤独感という表現を避けていること、状況的立場から孤独感をとらえていることが特長である」（舛田・田高・臺2012：26）という。

舛田らの説明を言い換えれば、孤独感という言葉そのものを使わず、「人とのつきあいがないと感じることがありますか」といった状況的な質問に限定することで、設問の点数を合計するだけで孤独感が測定できるほか、「孤独感」という言葉が回答者にバイアスを生じさせ社会的に望ましい回答をすることを抑制し、個人の不変な特性ではなく社会状況とのかかわりで調査時の孤独感を測定できるというメリットがあると言える。

また以下は筆者の考えであるが、UCLA尺度での項目は、どちらかといえばネガティブな状況について尋ねるものが多い。その意味では、これによって測定される孤独感は2-1でタウンゼントが示した「好ましからざる感じ」や1-4で本調査研究の主眼とした「望まない孤独」とも矛盾のないものであると考えられる。

この日本語版UCLA尺度から3問を抜粋したのがここでの間接質問である。もちろん直接に孤独感を尋ねる直接質問にも分かりやすさという意義はあり、直接・間接と2種類の質問を併用することで、より正確に孤独感を捉えることができると考えられる。国の調査結果では直接質問と間接質問が概ね同様の傾向を示しており、また豊中市の調査結果においても同じ傾向が見られる。本稿第4章以降の調査結果においては、孤独感については直接質問、間接質問双方の結果を対照して見ることを推奨したい。

(3)「人々のつながりに関する基礎調査」の主な調査結果

この調査結果については、すでに概要が内閣官房孤独・孤立対策室から発表されているが、従来から高齢者の孤立が問題視されているのに対し、今回の調査では30歳代など若年層で孤独感が高まっていることが注目されている。

以下の図表2は「人々のつながりに関する基礎調査」の結果について概要をまとめたものである。紙幅の都合上孤独感についてはここでは直接質問の結果のみを掲載している。間接質問の結果を含む詳細については内閣官房孤独・孤立対策室（2022a）を参照されたい。また本稿の第4章以降でも、国の集計結果との比較を行っている。

図表２　国「人々のつながりに関する基礎調査」調査結果の概要

孤独	孤独感の有無（ここでは直接質問のみを掲載）	しばしばある・常にある：4.5%　時々ある：14.5%　たまにある：17.4% 【属性ごとに見た「しばしばある・常にある」の割合】 ・（年齢）30 歳代で最多（7.9%）、30 歳代男性は 8.3%、30 歳代女性は 7.3% ・（性別）男性 4.9%、女性 4.1% ・（配偶者の有無）未婚者 9.6%、既婚者 2.4%　（未婚者男性 10.8%、未婚者女性 7.7%） ・（同居人の有無）同居人がいる人が 3.7%、同居人がいない人が 8.7% ・（現在の仕事の有無）仕事なし（失業中）が 12.5% で最も高い ・(現在の住まい）公営住宅居住:7.9%（最多）、持ち家（戸建て):3.6%（最少） ・（世帯年収）年収 100 万円未満（税・社会保険料込み）：7.3%（最多） ・（相談相手の有無）いる：2.9%、いない：23.6% ・（心身の健康）健康状態がよくない：36.9%、健康状態がよい：1.4% ・（固定・携帯電話、PC 等を使ったコミュニケーション）使っていない：12.4%、使っている：4.4%
	孤独感継続期間	「しばしばある・常にある」と回答した人の 54.4%が 5 年以上継続
	現在の孤独感に至る前に経験した出来事	(「しばしばある・常にある」、「時々ある」、「たまにある」と回答した人の調査結果) 「一人暮らし」、「転校・転職・離職・退職（失業を除く)」、「家族との死別」、「心身の重大なトラブル（病気・怪我等)」、「人間関係による重大なトラブル（いじめ・ハラスメント等を含む)」を選択した人の割合が高かった
孤立	社会的交流	同居していない家族や友人たちと直接会って話すこと →全くない：11.2%、月 1 回未満：15.2%
	社会参加	現在の社会活動（人と交流する活動のみ）→特に参加はしていない:53.2%（最多）
	社会的サポート	・社会的サポート（行政機関や NPO 等からの支援）→支援を受けていない：89.2%　「支援を受けている」は 80 歳以上で割合が高くなる：男性 8.4%、女性 12.2% ・孤独を感じる頻度が高くなるほど、「支援が必要であるが、我慢できる程度であるため」、「支援の受け方がわからないため」、「支援を受けるための手続が面倒であるため」などの理由を選択する人の割合が高い ・孤独感が「しばしばある・常にある」と回答した人のうち、8.2%の人が現在、行政機関や NPO 等から支援（対価を直接支払うものを除く）を受けている ・手助けをしている→全体で 44.9%（16 歳～ 19 歳が最多)、男性：41.5%　女性：48.1%　「しばしばある・常にある」と回答する割合は「手助けをしていない」で 9.5%
	コロナ禍による変化	・人と直接会ってコミュニケーションを取ることが減った：67.6% ・生活全体について→変わらない：53.5%、悪くなった：10.1%、やや悪くなった：29.8%

出典：内閣官房孤独・孤立対策室 2022 から筆者作成

2-5　孤独・孤立をどのようにして捉えるか

以上、本章では孤独・孤立の概念を先行研究も踏まえつつ整理してきた。その結びとして、本調査研究において孤独感と社会的孤立をどのようにして捉えるかということを述べておきたい。

先述したように、本調査研究でのアンケート調査は、国による「人々のつながり関する基礎調査」に準拠した質問紙を使用している。これは「望まない孤独」を捉えるという点で妥当な質問項目であり、孤独感に関しては、直接質問・間接質問の回答結果をそのまま孤独感の強弱を示す度合いとして用いる。

社会的孤立については、国による調査結果の概要報告においても頻度が示されているのみで、どこから社会的孤立に該当するのかという基準は示されていない。そこで、本調査研究では、斉藤雅茂による社会的孤立の基準に関する考察を参考にしつつ、一定の目安を定めることとした。

斉藤（2018）では2003年に愛知老年学的評価研究（AGES: Aichi Gerontological Evaluation Study、現在はJAGES: Japan Gerontological Evaluation Study）のプロジェクトとして実施した高齢者対象のアンケート調査とその後の追跡調査に基づいて、社会的交流の頻度と要介護、死亡のリスクとの関係を論じている。それによれば同居者以外の他者との交流頻度が週1回未満の場合、認知症を含む要介護リスクが高まり、月1回未満の場合は死亡リスクも高まるという（斉藤 2018：62）。このように高齢者における社会的孤立と健康リスクは関連している。

本調査研究では16歳以上が対象であり、高齢者に限定した結果をそのまま適用できるわけではないが、実証研究から得られた上記の結果は参考になるものである。ただ週1回未満という基準に関しては、例えば若年の単身者が非同居の家族・友人と1週間以上会わない場合は十分に考えられる[6]。このことを考えあわせれば、非同居の家族・友人との交流が月1回未満という、より少ない頻度を一定の目安とし、社会的孤立を取り上げていきたいと考える。

なお、本調査研究での孤独感の測定においても、非同居の家族・友人との交流が月1回未満および全くない人の孤独感がそれ以外に対して高いという結果が出ており、ネガティブな影響へのリスクとの関連性も伺える。

そこで、本調査研究では孤独・孤立について以下の図表3の通りとすることとした。

図表3　本調査研究での孤独・孤立

孤独：直接質問「**どの程度、孤独であると感じるか**」を5段階に区分
　　間接質問「**人とつきあいがない**」「**自分は取り残されている**」「**他の人たちから孤立している**」の3問の回答結果の合計を4段階に区分
孤立：「**同居していない家族・友人と直接会って話す回数**」が**月1回未満**を一定の目安とする

[6] 本調査研究でのアンケートでは、非同居の家族・友人と直接会って話す頻度を尋ねている。

3．豊中市「市民のつながりに関するアンケート」調査概要

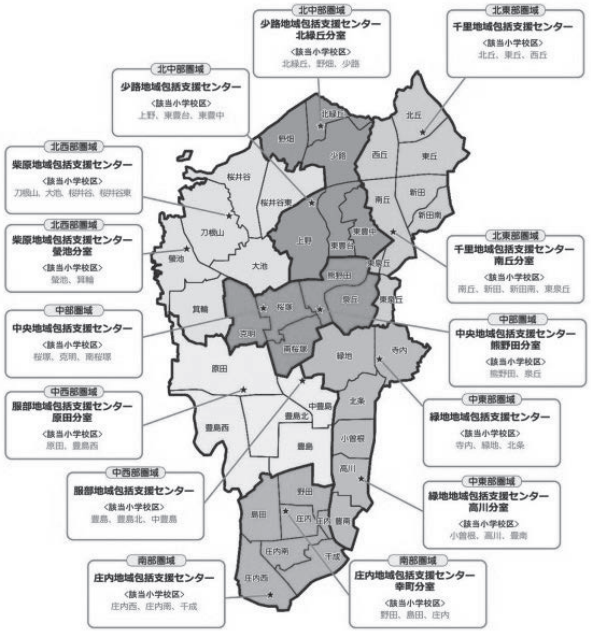
3-1　アンケート調査実施の概要

本調査研究を推進するために、とよなか都市創造研究所では「市民のつながりに関するアンケート調査」を実施した。実施時期、調査対象者数、回収率など実施概要については以下 の通りである。

図表４　「市民のつながりに関するアンケート」実施概要

調査時期：令和４年（2022 年）７月 15 日～29 日
調査対象：豊中市在住の 16 歳以上の市民 6,000 人（福祉部門で用いられる日常生活圏域７区分の年齢・性別による人口比から対象者数を各圏域に割り当て、無作為抽出を行った。その内訳は北西部：1,077 人、北中部：926 人、北東部：940 人、中部：828 人、中東部：742 人、中西部：828 人、南部：659 人）
有効送付数：5,963 件　有効回答者数：2,435 人　有効回答率 40.3%

なお、ここでの日常生活圏域とは にある通り、豊中市内に 41 ある小学校区を７つの圏域に分けたものである。主に福祉部門で用いられる地域区分で、各圏域に地域包括支援センターと分室が設けられ、２～４小学校区ごとを受け持っている。今回は孤独・孤立ということで、福祉部門との関連性が深いため、この圏域ごとによる回答結果の比較を可能にしている。



図表５　豊中市における日常生活圏域

出典：豊中市 2021：17

3-2　アンケート調査票の内容について

アンケート調査票の内容については、国による「人々のつながりに関する基礎調査」に準拠しており、多くの質問項目を共通のものとしている。調査票の作成に際しては、とよなか都市創造研究所にて原案を作成した上で、福祉部地域共生課など担当部局とも連携して内容を検討した。そこで、一部の項目については豊中市の状況などを踏まえて若干の変更を行ったほか、国の調査にはない独自の項目を追加している。

図表６は「市民のつながりに関するアンケート調査」の調査項目である。豊中市独自の調査項目を強調表示している。独自項目の１つ目は孤独の解消についてのもので、孤独感（直接質問）で「たまにある」「時々ある」「しばしばある・常にある」と答えた人が対象である。２つ目は暮らし向きを「大変ゆとりがある」から「大変苦しい」までの５段階で答えてもらった。３つ目は人とのつながりを実感できる場所の有無を尋ね、あると答えた人にはその種類も尋ねている。４つ目は公的な支援機関や専門家から支

援を受ける場合の希望する相談形態である。5つ目は居住する小学校区であり、ここから先述の日常生活7圏域への紐づけを行う。6つ目に「豊中市の社会や人とのつながりづくりに関する事業・施策に対する意見・要望」を自由記述で尋ねた。

調査票の末尾には豊中市長による「豊中市安心つながり宣言」（令和2年（2020年）8月）の全文を掲載している。

図表6　豊中市「市民のつながりに関するアンケート調査」調査項目

①属性項目	年齢、性別、婚姻状況、同居人・同居人数・同居人数で収入を得ている人数、学歴、職業、住宅、世帯年収、人とのコミュニケーションに使う情報通信機器
②外出について	外出頻度・外出目的、最近1週間の行動範囲
③家族･友人とのコミュニケーション頻度	同居していない家族や友人たちとの頻度、同居している家族や友人たちとの頻度（それぞれ「直接会って話す」「電話（ビデオ通話含む）」「郵便やFAX」「SNS」「電子メールやショートメール」の5問）
④団体参加	PTA・自治会・町内会など各種団体への参加
⑤支援	行政・民間からの支援有無・支援主体・支援内容・受けていない理由、相談相手の有無・相談相手の属性、相談する際の感情、他者への手助けの頻度
⑥孤独感	・直接質問：孤独であると感じる頻度 ・間接質問：UCLA尺度（後述）から3項目抜粋 「つきあいがないと感じる」「取り残されていると感じる」「孤立していると感じる」 ・孤独の継続期間・孤独を感じる前に経験した出来事
⑦孤独の解消	孤独感の解消に関する意向
⑧健康状態	心身の健康状態
⑨満足度	社会や他人との関わり方に対する満足度
⑩新型コロナウィルス感染拡大の影響	コミュニケーションの変化（対面・非対面）、日常生活の変化：生活全体、家族との関係、家族以外の親しい人との関係、地域・社会とのつながり、学習環境・職場環境（学び方・働き方を含む）、心身の健康状態
⑪暮らし向き	暮らし向きのゆとり・苦しさ
⑫人とのつながりを実感できる場所	人とのつながりを実感できる場所の有無とその種類
⑬希望する相談形態	窓口での対面、電話、メール、SNS、インターネットで顔を見ながらなど
⑭小学校区	居住する小学校区
⑮自由記述	豊中市の社会や人とのつながりづくりに関する事業・施策に対する意見・要望

※強調部分が豊中市独自の調査項目

3-3　回答者の属性

今回のアンケート調査における回答者の属性は以下の のとおりである（一部抜粋）。

図表7　豊中市「市民のつながりに関するアンケート調査」回答者の属性

属性		n	%
性別	男性	979	40.2%
	女性	1,436	59.0%
	その他	12	0.5%
	無回答	8	0.3%
年齢	16 ～ 19 歳	63	2.6%
	20 ～ 29 歳	142	5.8%
	30 ～ 39 歳	267	11.0%
	40 ～ 49 歳	376	15.4%
	50 ～ 59 歳	412	16.9%
	60 ～ 69 歳	368	15.1%
	70 ～ 79 歳	472	19.4%
	80 歳以上	303	12.4%
	無回答	32	1.3%
婚姻状況	未婚	550	22.6%
	配偶者あり	1,356	55.7%
	死別	314	12.9%
	離別	204	8.4%
	無回答	11	0.5%
同居人数	0 人（単身）	526	21.6%
	1 人	770	31.6%
	2 人	448	18.4%
	3 人	371	15.2%
	4 人	129	5.3%
	5 人	20	0.8%
	6 人	10	0.4%
	7 人	3	0.1%
	11 人	2	0.1%
	無回答	156	6.4%
最終学歴	小学校・中学校	192	7.9%
	高校（旧制中学校を含む）	740	30.4%
	専門学校	218	9.0%
	短大・高専	304	12.5%
	大学	841	34.5%
	大学院	115	4.7%
	その他	5	0.2%
	無回答	20	0.8%
世帯収入	100 万円未満	174	7.1%
	100 ～ 150 万円未満	163	6.7%
	150 ～ 200 万円未満	198	8.1%
	200 ～ 300 万円未満	288	11.8%
	300 ～ 400 万円未満	323	13.3%
	400 ～ 500 万円未満	181	7.4%
	500 ～ 600 万円未満	218	9.0%
	600 ～ 700 万円未満	132	5.4%
	700 ～ 800 万円未満	123	5.1%
	800 ～ 900 万円未満	95	3.9%
	900 ～ 1,000 万円未満	90	3.7%
	1,000 ～ 1,250 万円未満	98	4.0%
	1,250 ～ 1,500 万円未満	45	1.8%
	1,500 ～ 1,750 万円未満	25	1.0%
	1,750 ～ 2,000 万円未満	14	0.6%
	2,000 万円以上	25	1.0%
	わからない	150	6.2%
	無回答	93	3.8%

属性		n	%
現在の仕事	正規の職員・従業員	658	27.0%
	派遣社員	36	1.5%
	パート・アルバイト（学生アルバイトを除く）	336	13.8%
	契約社員・嘱託	86	3.5%
	会社などの役員	64	2.6%
	自営業主	123	5.1%
	家族従業者・内職	20	0.8%
	学生・生徒	90	3.7%

属性		n	%
現在の仕事	家事専業	346	14.2%
	収入をともなう仕事をしていない（求職中）	67	2.8%
	収入をともなう仕事をしていない（非求職中）	407	16.7%
	その他	109	4.5%
	無回答	93	3.8%
住居	持ち家（一戸建）	854	35.1%
	持ち家（マンションなどの共同住宅）	686	28.2%
	民営の賃貸住宅	577	23.7%
	府・市営の賃貸住宅	98	4.0%
	都市再生機構（UR）・公社などの賃貸住宅	93	3.8%
	給与住宅（社宅・公務員住宅など）	38	1.6%
	会社・学校等の寮・寄宿舎	14	0.6%
	その他・わからない	55	2.3%
	無回答	20	0.8%

3-4　本稿における調査結果の記述について

アンケート調査の概要についての説明の最後に、以下に続く章における調査の記述方法について述べておきたい。第4章では孤独感、第5章では社会的孤立、第6章では支援・相談等について調査結果を示していくが、その際、豊中市の調査と、国の「人々のつながりに関する基礎調査」との傾向の違いにも言及していく。

豊中市での調査結果については基本的に図表で示し、結果の要点を合わせて説明する。図表では割合が0%の項目も基本的に記載しているが、一部はスペースの都合で省略した。また説明では項目を足し合わせた割合について、便宜的にグラフに表示された数値を加算している。国との傾向の違いについては、割合の差などで説明を加えることとする。

国の調査結果については、「人々のつながりに関する基礎調査（令和3年） 調査結果の概要」（内閣官房孤独・孤立対策担当室 2022a）に詳しく記されている。本稿での比較も大部分はこの概要に示された調査結果の割合に基づいている。表記の煩雑さを避けるため都度引用元を示すことは行っていないが、特記したもの以外は全てこの調査概要を出典としている。また、一部の比較においては、e-stat（政府統計の総合窓口）にて公開されている「人々のつながりに関する基礎調査（令和3年）」の集計表を用いた。

孤独・孤立の問題に関心のある読者には、国による調査結果の概要を手元に置いていただき、豊中市の結果と比較対照されることを推奨したい[7]。

4．豊中市における人々の孤独感の現状

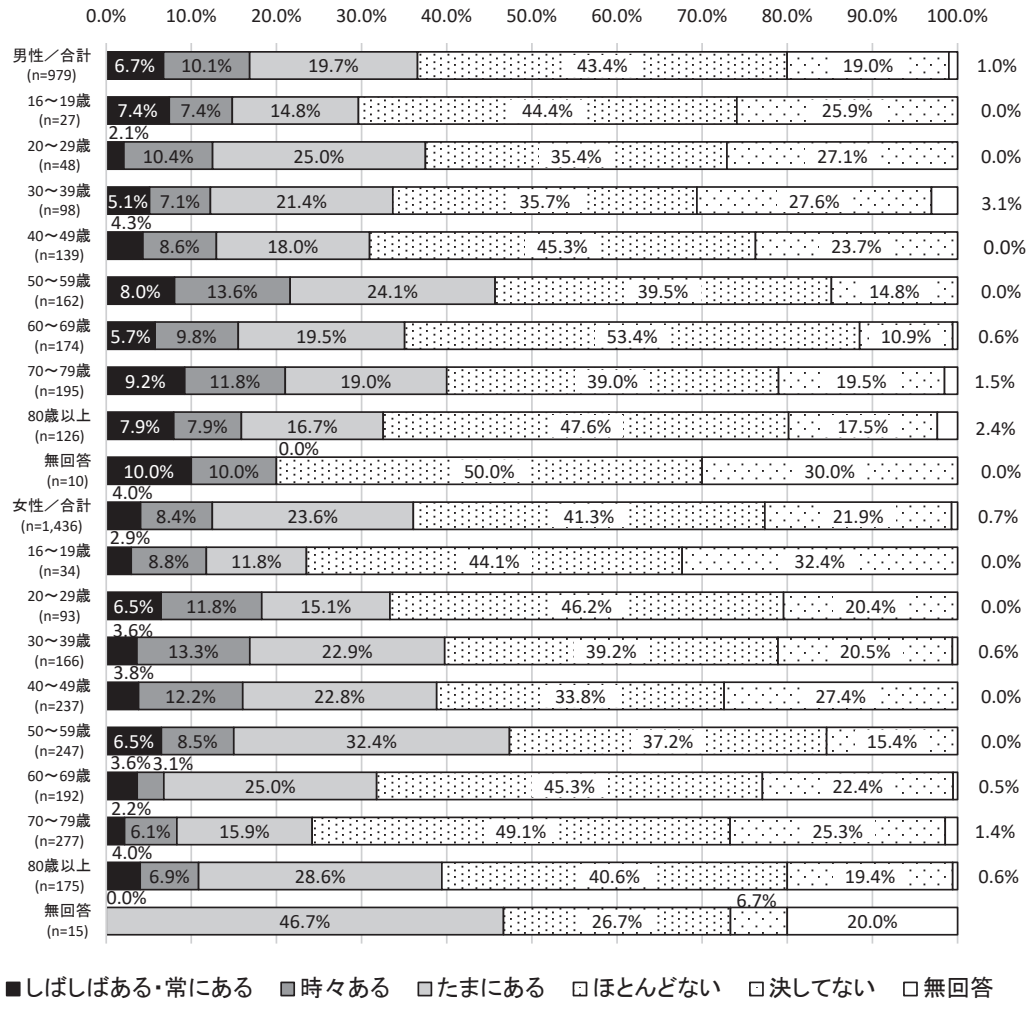
4-1　属性別に見た孤独感

本章では、孤独感に関する集計を見ていくこととする。孤独感に関する集計では、直接質問・間接質問の結果を併記している。まず、回答者の属性ごとの孤独感について述べていく。

(1) 男女・年齢階級別の孤独感

図表8は、直接質問で尋ねた孤独感を、男女・年齢階級別に示したものである。「しばしばある・常にある」「時々ある」「たまにある」を合わせた割合が最も高いのは、男女ともに50歳代（男性＝45.7%、女性＝47.4%）となっている。国の調査では相対的に若い世代での孤独感の強さが明らかになっていたが（男性30歳代＝41.5%、女性20歳代＝46.7%）、豊中市ではそれとは異なる傾向が見られる（国の調査では男性50歳代＝41.1%、女性50歳代＝38.6%）。

[7] 国による調査結果の概要は、内閣官房孤独・孤立対策室のホームページ「政府の取組」からリンクしている「孤立・孤独の実態把握に関する全国調査」のページから入手可能である（令和5年2月現在）。またe-stat（政府統計の総合窓口）のサイトからも入手できる。



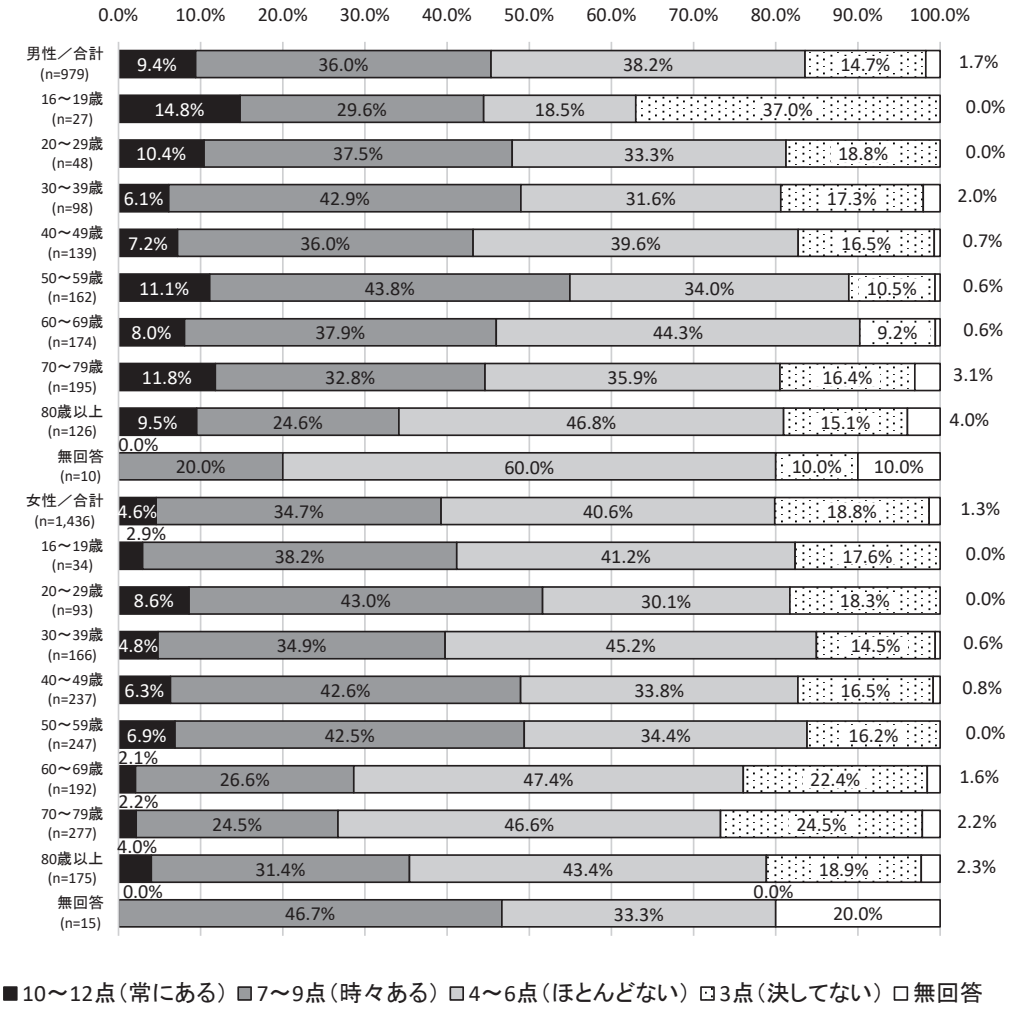
図表８　男女・年齢階級別の孤独感（直接質問）

図表 9 は、間接質問で尋ねた孤独感を、男女・年齢階級別に示したものである。「10 ～ 12 点（常にある）」と「7 ～ 9 点（時々ある）」を合わせた割合が最も高いのは、男性は 50 歳代（54.9％）、女性は 20 歳代（51.6％）となっている。女性は 50 歳代（49.4％）でも割合が高くなっている。国の調査では 30 歳代で割合が高くなっていたが、豊中市はそれとは異なる傾向が見られる（国の調査では男性 50 歳代＝ 50.4％、女性 50 歳代＝ 44.8％）。

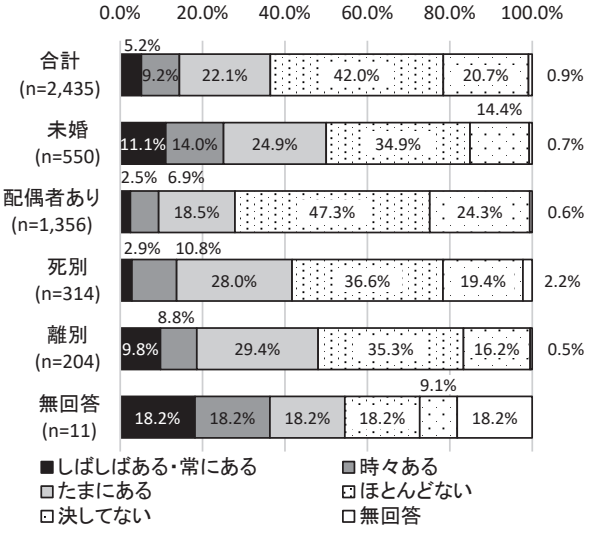
(2) 配偶関係別の孤独感

図表 10 は、直接質問で尋ねた孤独感を、配偶関係別に示したものである。「しばしばある・常にある」「時々ある」「たまにある」を合わせた割合が最も高いのは、未婚で 50.0％である。次いで高いのは、離別で 48.0％である。国の調査でも同様の傾向が見られるが、国では離別の同割合が 52.2％となっている。

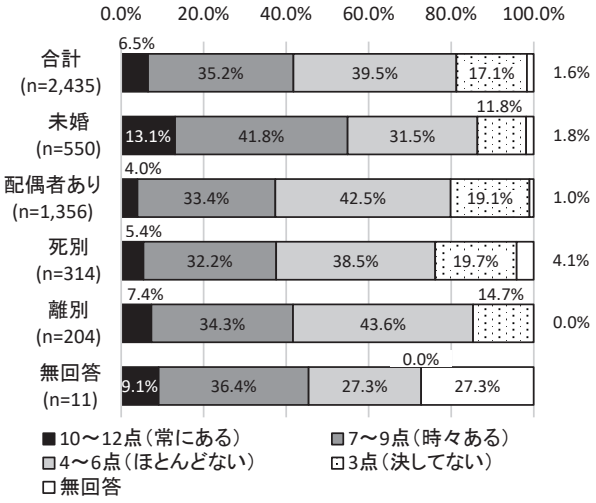
図表 11 は、間接質問で尋ねた孤独感を、配偶関係別に示したものである。「10 ～ 12 点（常にある）」と「7 ～ 9 点（時々ある）」を合わせた割合が最も高いのは、未婚で 54.9％となっている。次いで高いのは離別で 41.7％である。国の調査でも同様の傾向が見られるが、国では離別の同割合が 52.8％である。直接質問の結果と合わせても、豊中市は離別者の孤独感が弱い傾向が見られる。



図表９　男女・年齢階級別の孤独感（間接質問）



図表 10　配偶関係別の孤独感（直接質問）

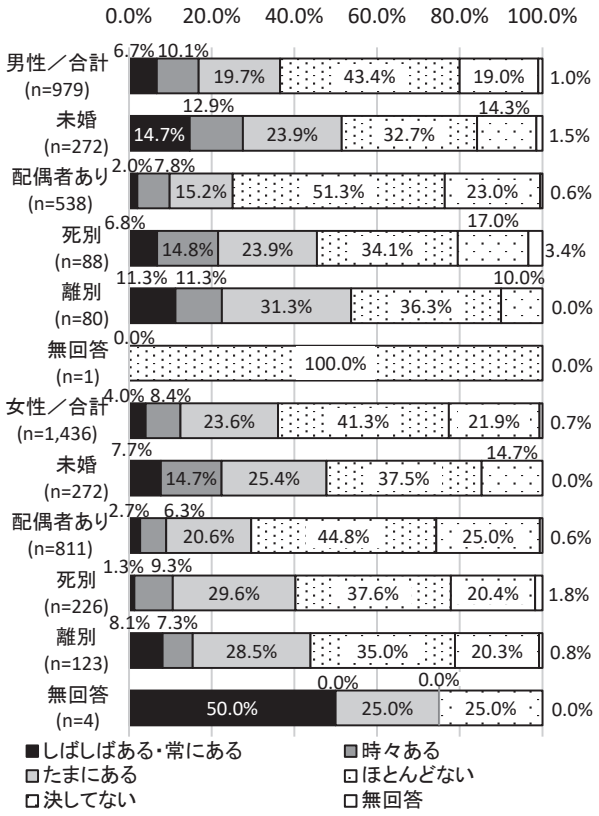


図表 11　配偶関係別の孤独感（間接質問）

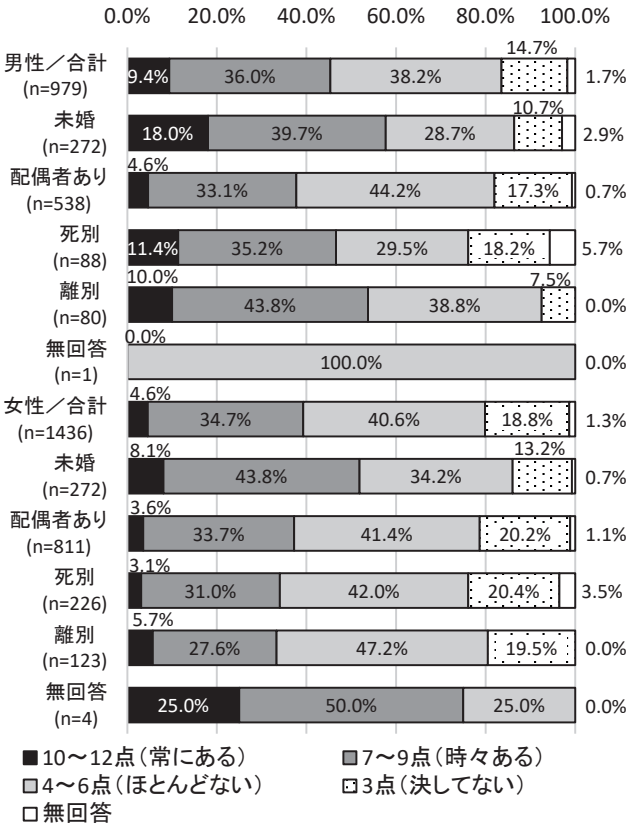
(3) 男女・配偶関係別の孤独感

図表 12 は、直接質問で尋ねた孤独感を、男女・配偶関係別に示したものである。「しばしばある・常にある」「時々ある」「たまにある」を合わせた割合は、男女ともに未婚・離別で高くなっている。ただし、女性に比べて男性では離別の孤独感の割合が高い傾向にある（男性離別＝53.8％、女性離別＝43.9％）。国の調査でも同様の傾向が見られる。

図表 13 は、間接質問で尋ねた孤独感を、男女・配偶関係別に示したものである。「10～12点（常にある）」と「7～9点（時々ある）」を合わせた割合は、男女ともに未婚・離別で高くなっている。ただし、女性に比べて男性では離別の孤独感の割合が高い傾向にある（男性離別＝53.8％、女性離別＝33.3％）。国の調査でも同様の傾向が見られる。



図表 12　男女・配偶関係別の孤独感（直接質問）



図表 13　男女・配偶関係別の孤独感（間接質問）

(4) 同居人の有無別の孤独感

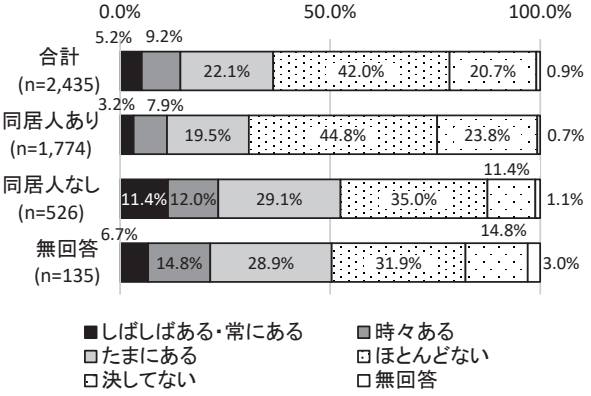
図表 14 は、直接質問で尋ねた孤独感を、同居人の有無別に示したものである。「しばしばある・常にある」「時々ある」「たまにある」を合わせた割合は、同居人なしのほうが 52.5％と高い。国の調査でも同様の傾向が見られる。

図表 15 は、間接質問で尋ねた孤独感を、同居人の有無別に示したものである。「10～12点（常にある）」と「7～9点（時々ある）」を合わせた割合は、同居人なしのほうが 49.8％と高い。国でも同様の傾向が見られる。

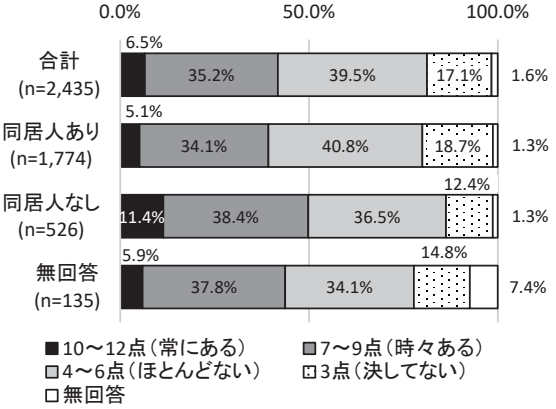
(5) 年齢・同居人の有無別の孤独感

図表 16 は、直接質問で尋ねた孤独感を、年齢・同居人の有無別に示したものである。「しばしばある・常にある」「時々ある」「たまにある」

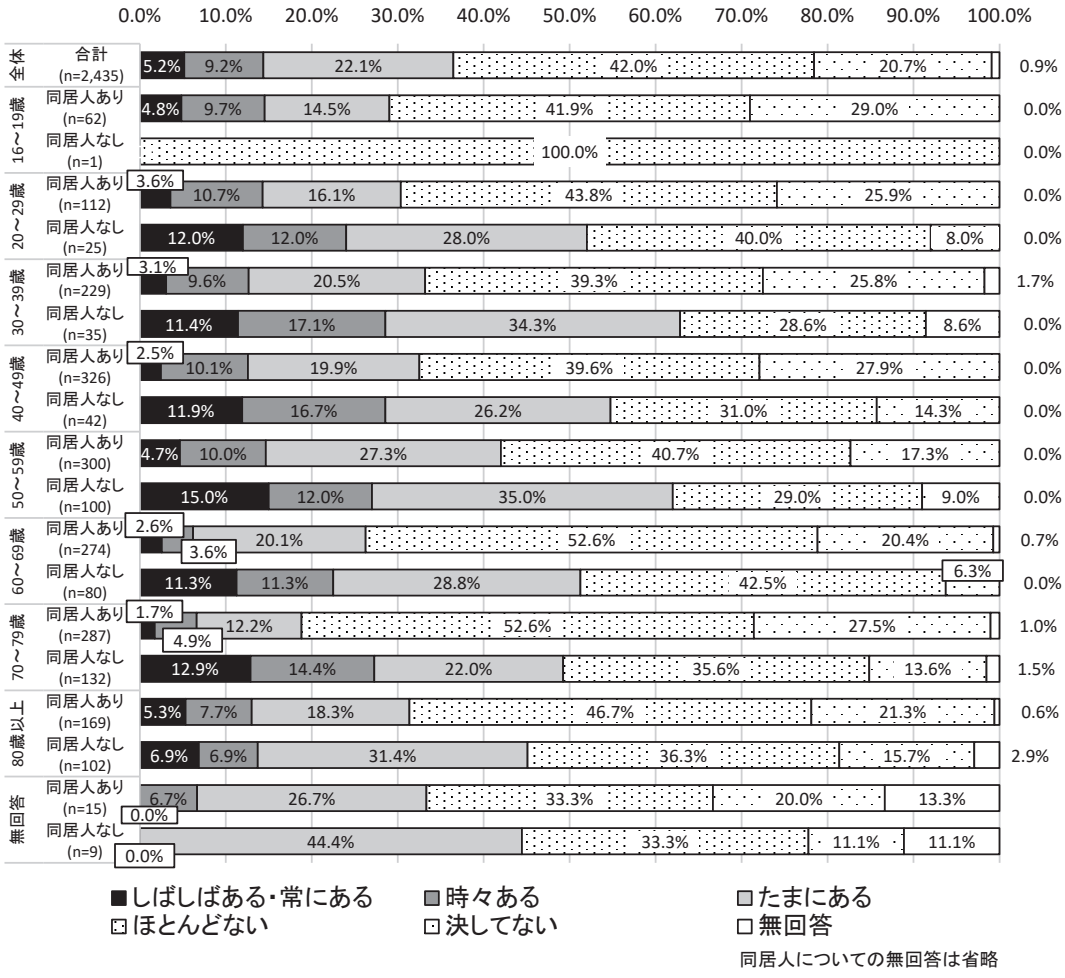
を合わせた割合は、標本数が少ない 16 ～ 19 歳を除き、いずれの年齢層でも同居人なしのほうが高くなっている。詳細は略すが、同割合については同居人あり・なしともに国と比較して「しばしばある・常にある」「時々ある」が少なく、「たまにある」が多い傾向がある。また 70 歳代の同居人なしの孤独感が国に比べて強くなっている。



図表 14　同居人の有無別の孤独感（直接質問）

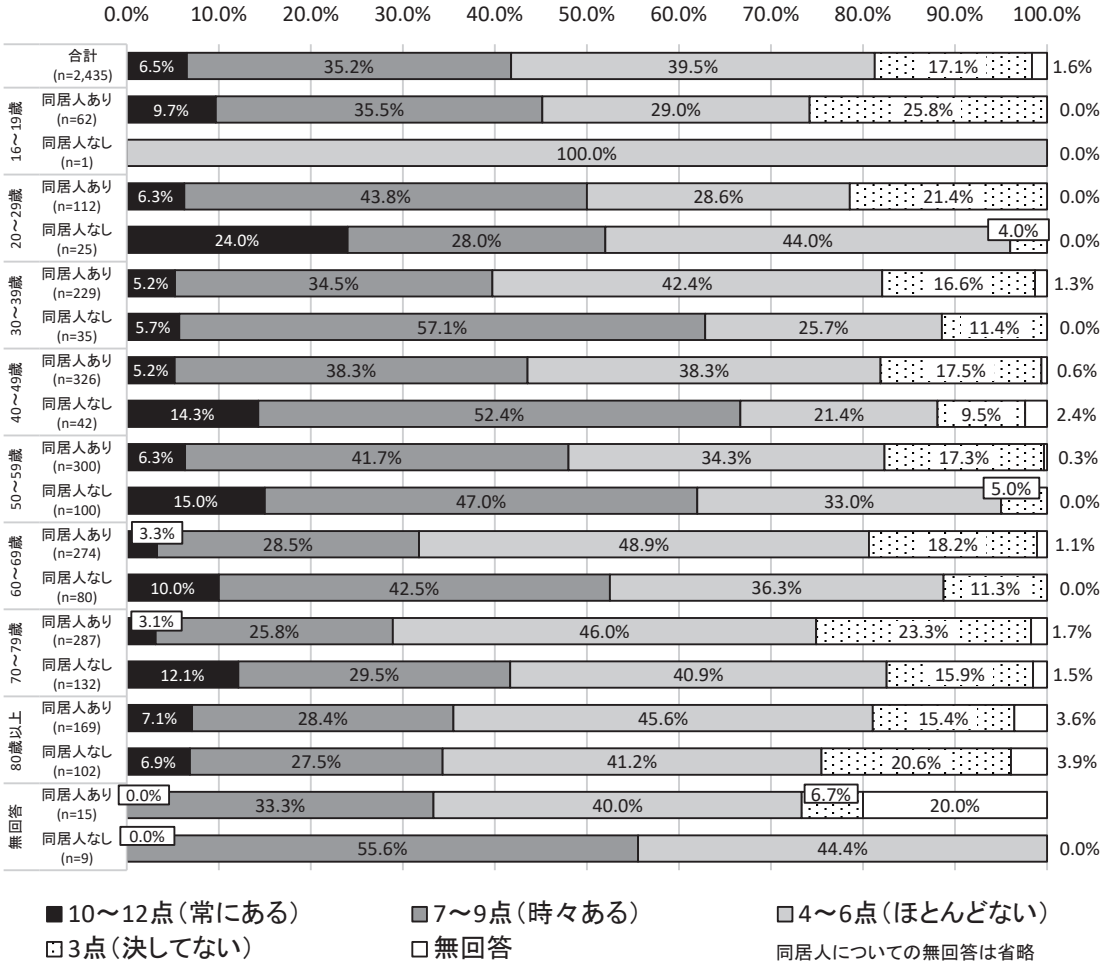


図表 15　同居人の有無別の孤独感（間接質問）



図表 16　年齢・同居人の有無別の孤独感（直接質問）

図表 17 は、間接質問で尋ねた孤独感を、年齢・同居人の有無別に示したものである。「10 ～ 12 点（常にある）」と「7 ～ 9 点（時々ある）」を合わせた割合は、標本数が少ない 16 ～ 19 歳を除いていずれの年齢層でも同居人なしのほうが高くなっている。最も割合が高いのは、同居人がいない 40 ～ 49 歳で 66.7%、次いで同居人がいない 30 ～ 39 歳で 62.8%、同居人がいない 50 ～ 59 歳で 62.0%である。同割合では国の調査結果と大きな差がない一方、その中での内訳には詳細は略すが差が生じている。



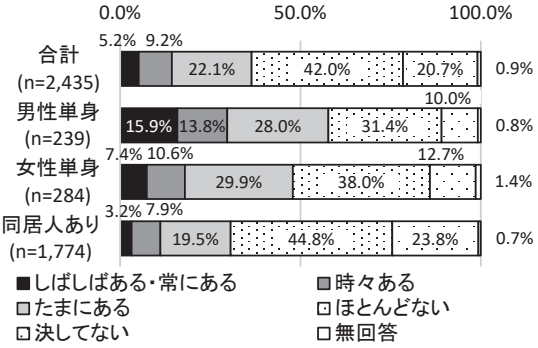
図表 17　年齢・同居人の有無別の孤独感（間接質問）

(6) 男女別単身者の孤独感

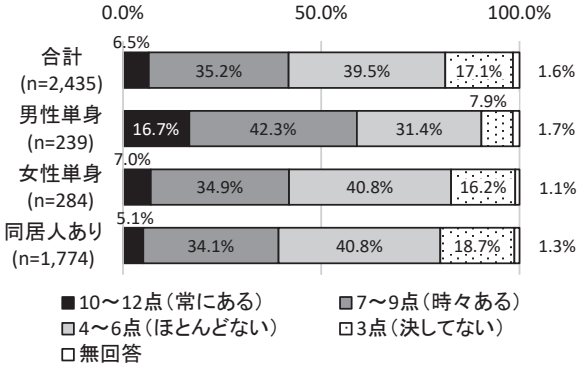
図表 18 は、直接質問で尋ねた孤独感を、単身者について男女別に示したものである。「しばしばある・常にある」「時々ある」「たまにある」を合わせた割合は、男性のほうが高く 57.7%、女性は 47.9%である。国の調査では男性 56.3%、女性 52.5%であり、豊中市では単身女性の孤独感が相対的に低い（ただし、最も孤独感が強い「しばしばある・常にある」は豊中市の単身女性は 7.4%、国の単身女性は 6.5%であり、大きな差は見られない）。

図表 19 は、間接質問で尋ねた孤独感を、単身者について男女別に示したものである。「10 ～ 12 点（常にある）」と「7 ～ 9 点（時々ある）」を合わせた割合は、男性のほうが高く 59.0%、女性は 41.9%である。国の調査では男性 59.2、

女性 47.4%であり、豊中市では単身女性の孤独感が相対的に低い（ただし、最も孤独感が強い「10 ～ 12 点（常にある）」は豊中市の単身女性は 7.0%、国の単身女性は 6.8%であり、大きな差は見られない）。



図表 18　男女別単身者の孤独感（直接質問）

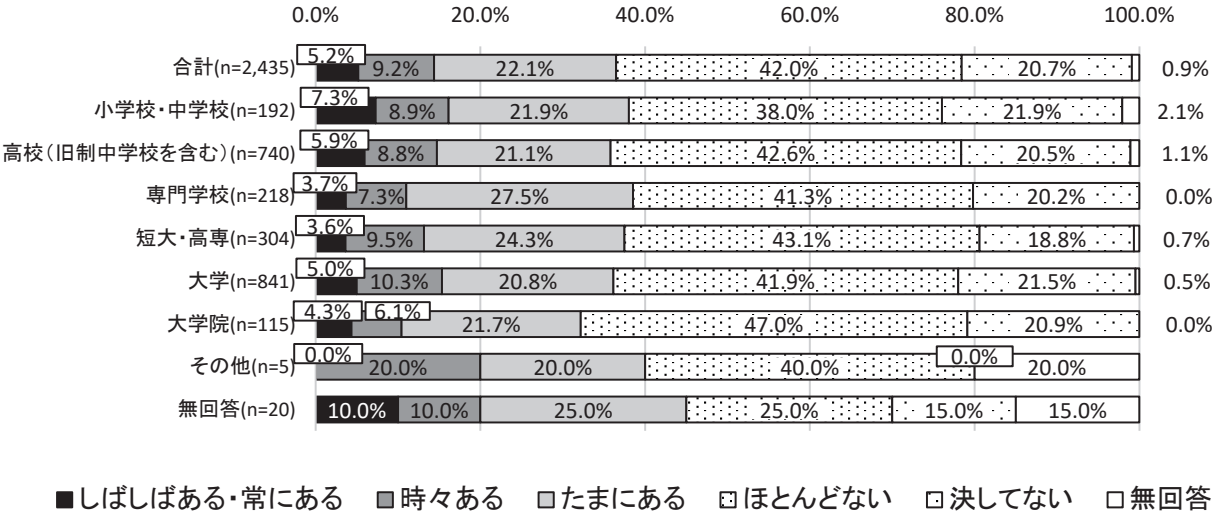


図表 19　男女別単身者の孤独感（間接質問）

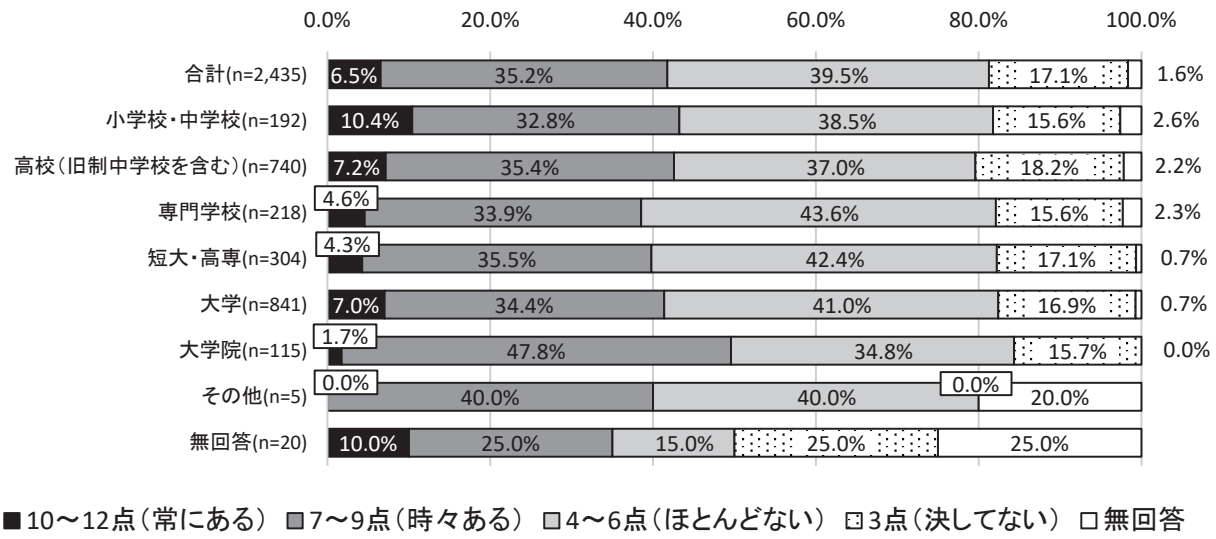
(7) 最終学歴別の孤独感

図表 20 は、直接質問で尋ねた孤独感を、最終学歴別に示したものである。「しばしばある・常にある」「時々ある」「たまにある」を合わせた割合に大きな差は見られないが、大学院で 32.1%と若干低くなっている。国の調査では同割合が 38.7%であり、豊中市は最終学歴が大学院である人の孤独感が相対的に低い。

図表 21 は、間接質問で尋ねた孤独感を、最終学歴別に示したものである。「10 ～ 12 点（常にある）」と「7 ～ 9 点（時々ある）」を合わせた割合にあまり大きな差は見られないが、大学院で最も高く 49.5%となっている。直接質問とは異なる傾向が見られる。国の調査では同割合が 47.1%である。



図表 20　最終学歴別の孤独感（直接質問）

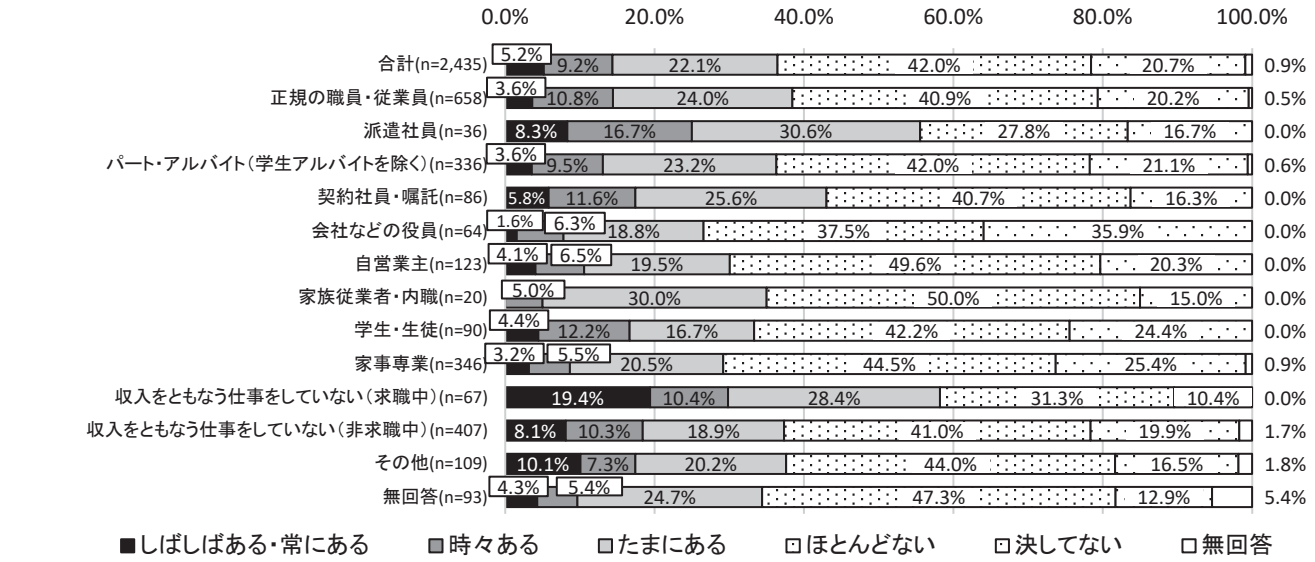


図表 21　最終学歴別の孤独感（間接質問）

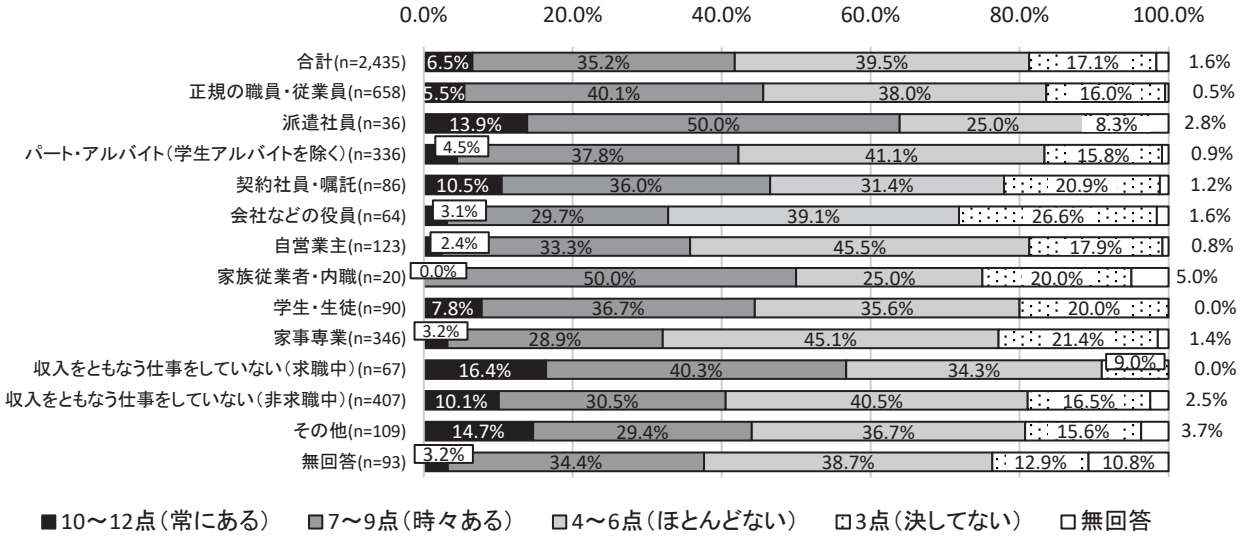
(8) 現在の仕事の種類別の孤独感

図表 22 は、直接質問で尋ねた孤独感を、現在の仕事の種類別に示したものである。「しばしばある・常にある」「時々ある」「たまにある」を合わせた割合が最も高いのは、収入をともなう仕事をしていない（求職中）で 58.2％となっている。次いで高いのは派遣社員で 55.6％である。国の調査でも同様の傾向が見られる。

現在の仕事別孤独感については、標本数の少ない属性もあるため、属性を整理しなおして再度集計を行った。図表 24 は直接質問、(9) 現在の住まいの状況別の孤独感は間接質問による結果である。「職員・従業員」を「正規」と「非正規」に分けたところ、直接・間接のいずれにおいても孤独感に大きな差はなかった。は、間接質問で尋ねた孤独感を、現在の仕事別に示したものである。「10 ～ 12 点（常にある）」と「7 ～ 9 点（時々ある）」を合わせた割合が最も高



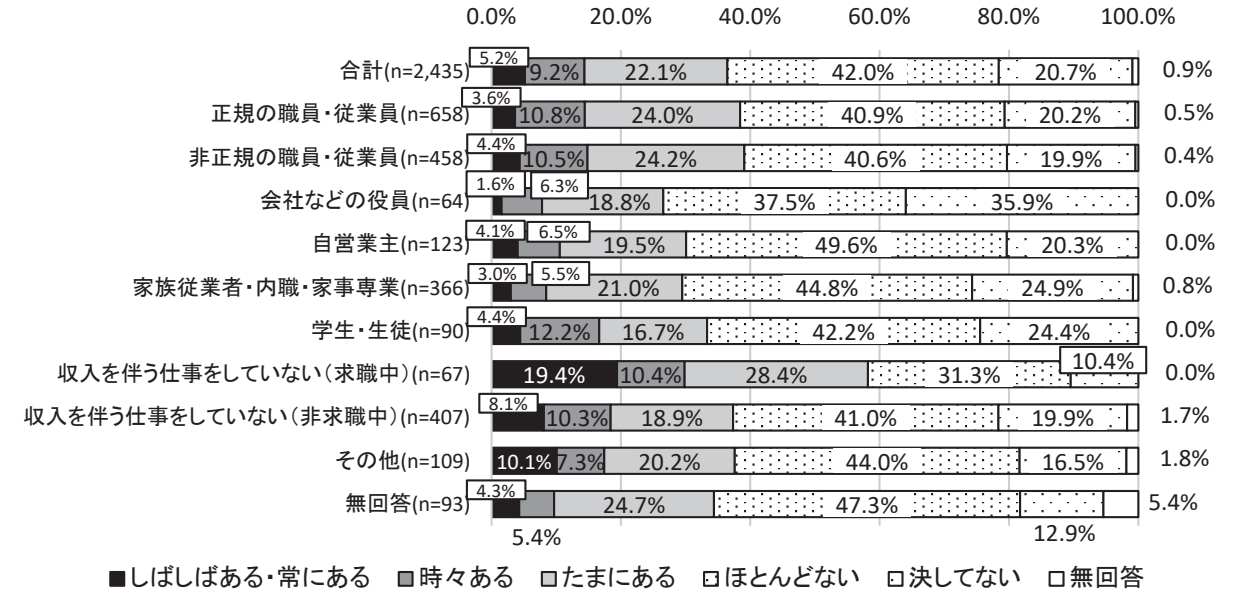
図表 22　現在の仕事の種類別の孤独感（直接質問）



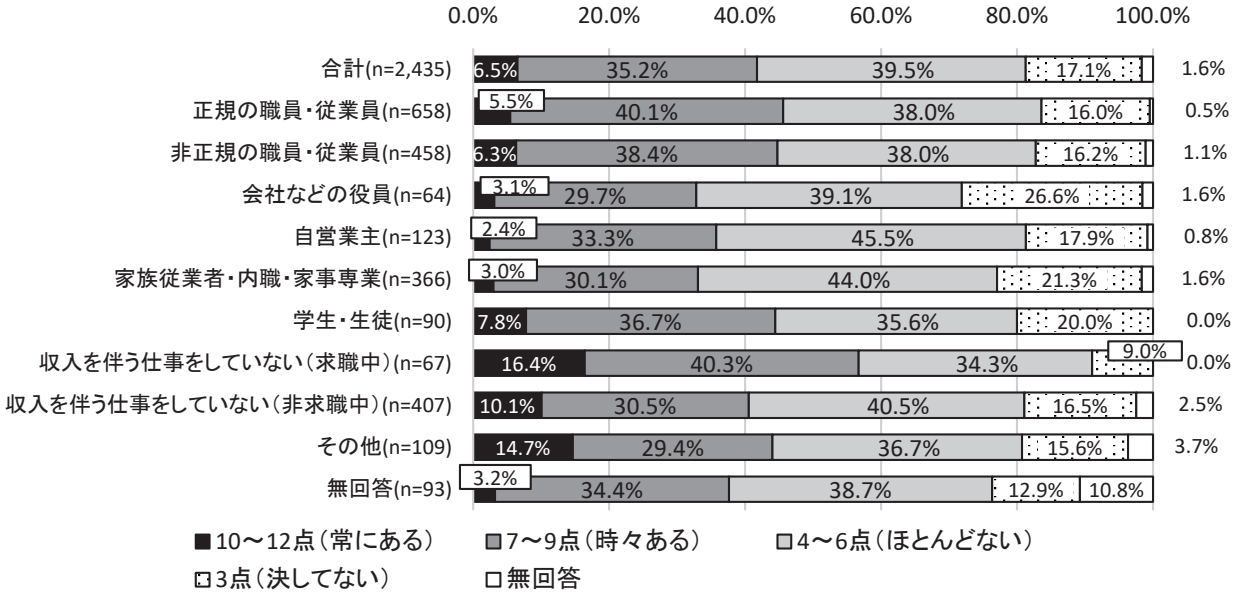
図表 23　現在の仕事の種類別の孤独感（間接質問）

いのは、派遣社員で 63.9％となっている。次いで高いのは、収入をともなう仕事をしていない（仕事を探している）で 56.7％である。国の調査でも同様の傾向となっている（豊中市は国より派遣社員の孤独感の割合が若干低いが、豊中市の調査では派遣社員は標本数が n=36 と少ないため、直接的な比較は難しい）。

現在の仕事別孤独感については、標本数の少



図表 24　現在の仕事（集約）別孤独感（直接質問）

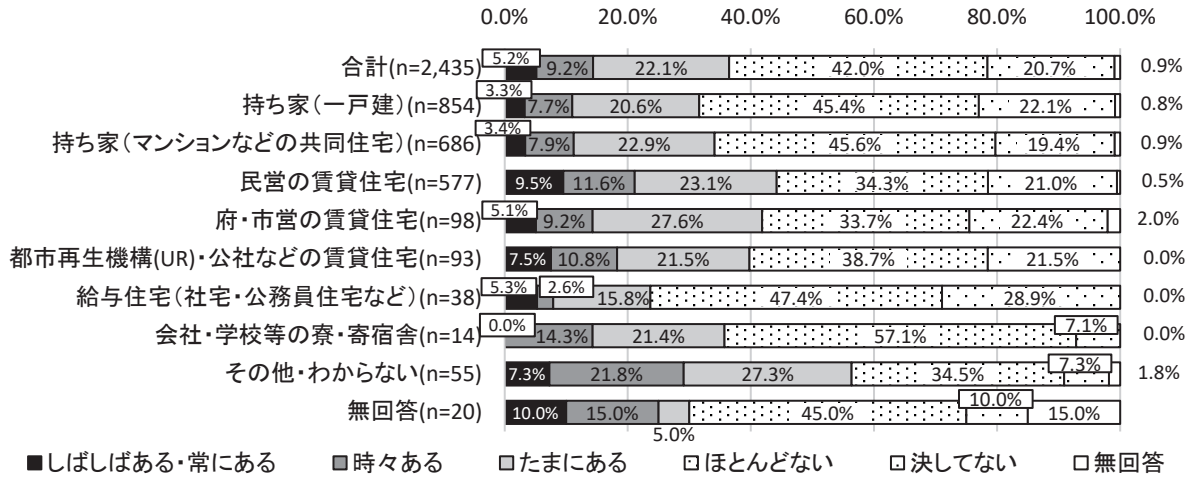


図表 25　現在の仕事（集約）別孤独感（間接質問）

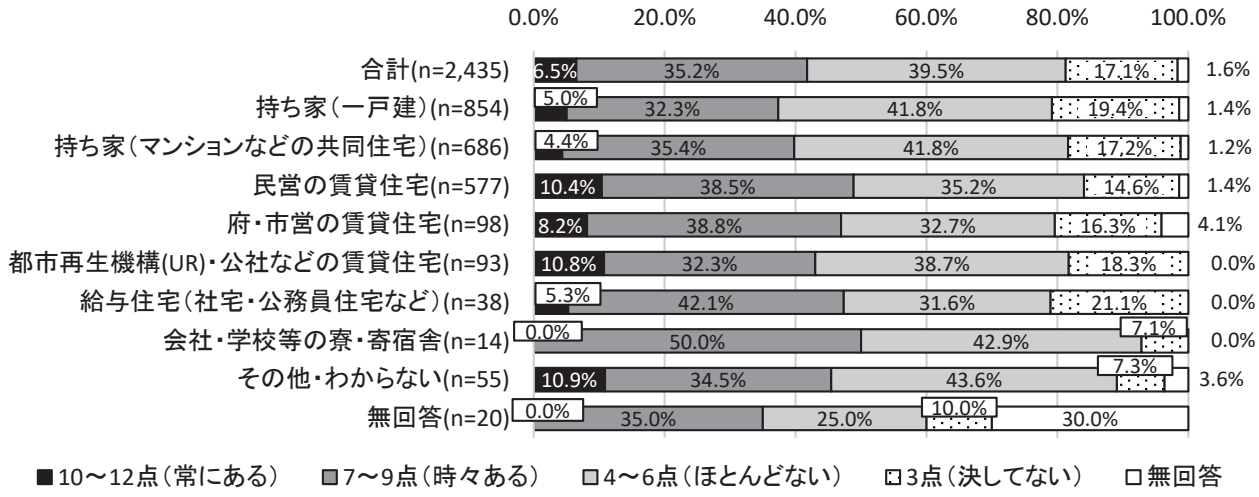
ない属性もあるため、属性を整理しなおして再度集計を行った。図表 24 は直接質問、図表 25 は間接質問による結果である。「職員・従業員」を「正規」と「非正規」に分けたところ、直接・間接のいずれにおいても孤独感に大きな差はなかった。

(9) 現在の住まいの状況別の孤独感

図表 26 は、直接質問で尋ねた孤独感を、現在の住まいの状況別に示したものである。「しばしばある・常にある」「時々ある」「たまにある」を合わせた割合が最も高いのは、「その他・わからない」の 56.4%だが、それを除くと民営の賃貸住宅で 44.2%である。府・市営の賃貸住宅（41.9%）、都市再生機構（UR）・公社などの賃貸住宅（39.8%）など、持ち家に比べ賃貸住宅で相対的に高くなっている。国の調査でも同様の傾向が見られる。



図表 26　現在の住まいの状況別の孤独感（直接質問）

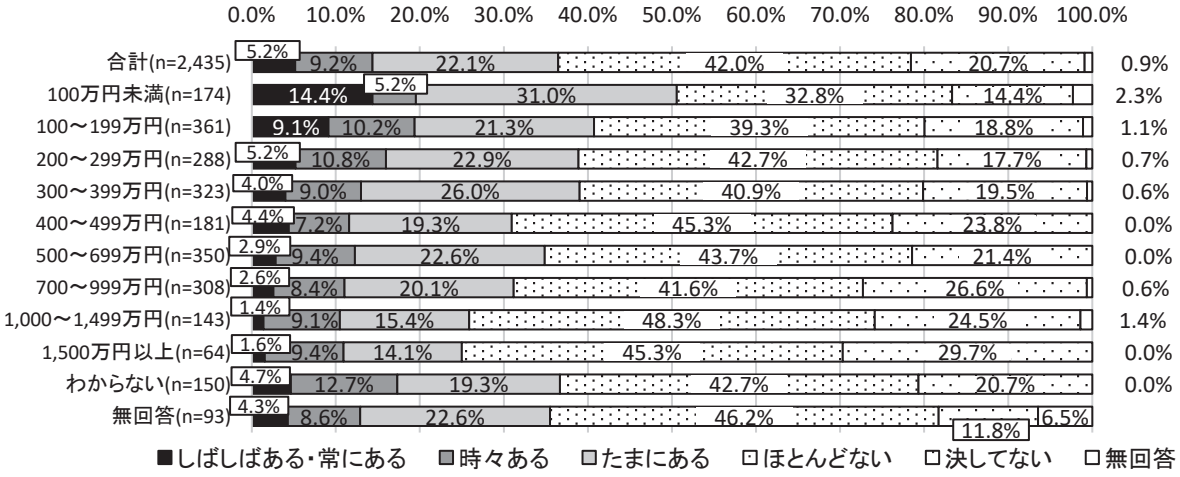


図表 27　現在の住まいの状況別の孤独感（間接質問）

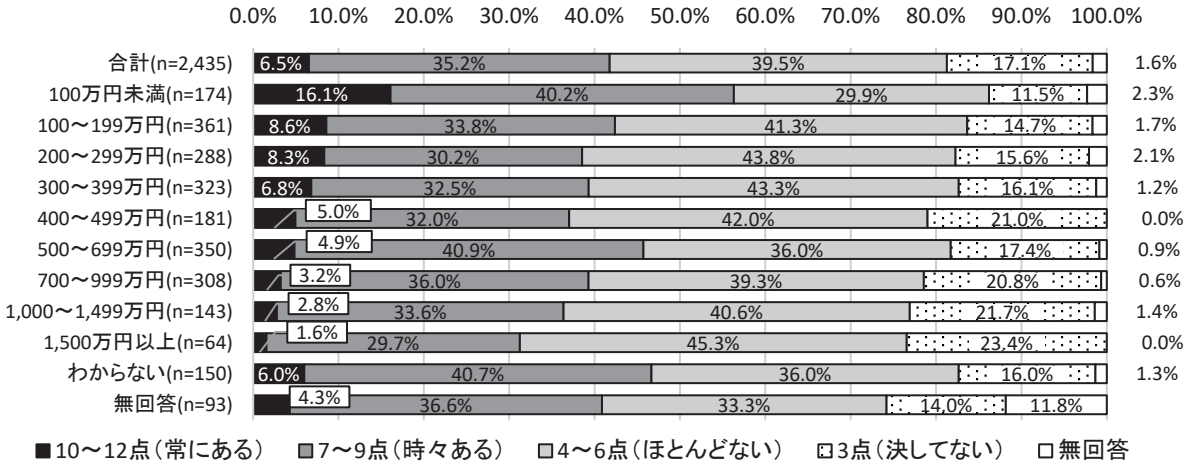
図表 27 は、間接質問で尋ねた孤独感を、現在の住まいの状況別に示したものである。「10 ～ 12 点（常にある）」と「7 ～ 9 点（時々ある）」を合わせた割合は、直接質問と同じく持ち家に比べ賃貸住宅で相対的に高い。民営の賃貸住宅で 48.9%、府・市営の賃貸住宅で 47.0%、都市再生機構（UR）・公社などの賃貸住宅で 43.1% となっている。国の調査でも同様の傾向が見られる。

（10）世帯年収別の孤独感

図表 28 は直接質問で尋ねた孤独感を世帯年収別に示したものである。質問紙では応用的な分析も視野に入れ、より細かな区分で年収を尋ねているが、国の調査結果に合わせて集計した。世帯収入が大きくなるにつれて孤独感は低くなっていく。国と比較して 100 万円以下では「しばしばある・時々ある」が多いのに対し、「時々ある」は少なく、両方を合わせた割合は国より少ない（国の調査では、しばしばある・時々あ



図表 28　世帯収入別孤独感（直接質問）



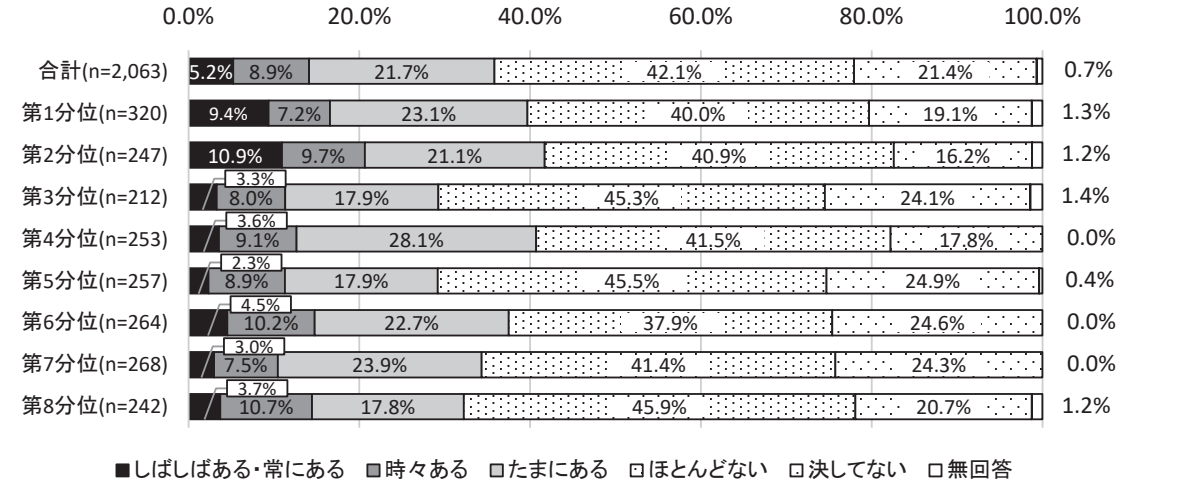
図表 29　世帯収入別孤独感（間接質問）

る =7.3%、時々ある =17.6%）。

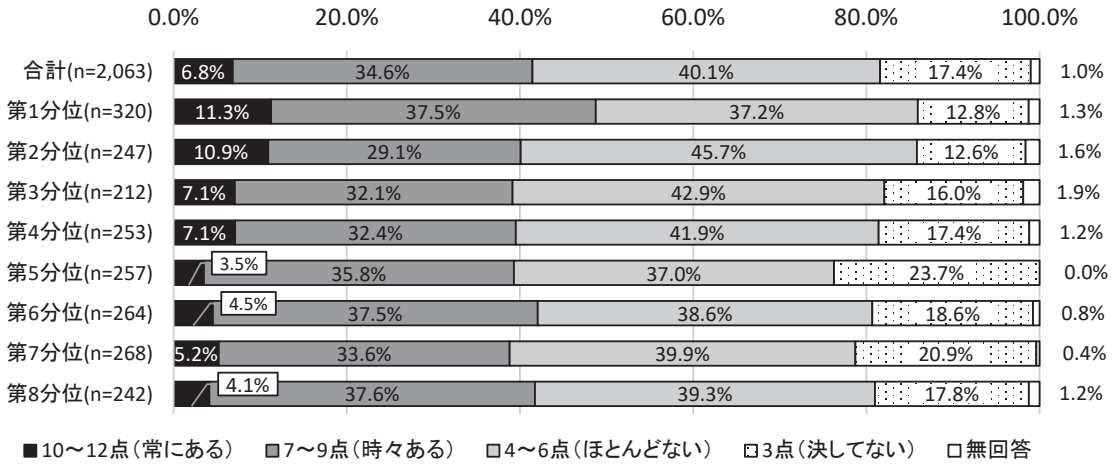
図表 29 は間接質問で尋ねた孤独感を世帯年収別に示したものである。国と比較して 100 万円以下では「10 ～ 12 点（常にある）」が多く、「7 ～ 9 点（時々ある）」もわずかに上回っている（国の調査：10 ～ 12 点（常にある）=9.2%、7 ～ 9 点（時々ある）=38.2%）。200 万円～ 299 万円の層においては「10 ～ 12 点（常にある）」が国に比べて少し多く、と「7 ～ 9 点（時々ある）」は国より少ない（国の調査では、10 ～ 12 点（常にある）=4.9%、7 ～ 9 点（時々ある）=38.2%）。

以上に示したのは世帯全体での年収であり、世帯の人数については考慮されていない。そこで世帯全体の年収を世帯人員数に応じて調整し、1 人当たりの所得を示す等価世帯所得を算出して孤独感との関係を調べた。その結果を図表 30（直接質問）、図表 31（間接質問）に示している。

ここでは等価世帯所得を値が小さい順に 8 つのグループに分けた。直接質問・間接質問ともに所得が少ない第 1 分位、第 2 分位の孤独感が高い。なお、この集計は豊中市独自のものである。



図表 30　等価世帯所得 8 分位別孤独感（直接質問）



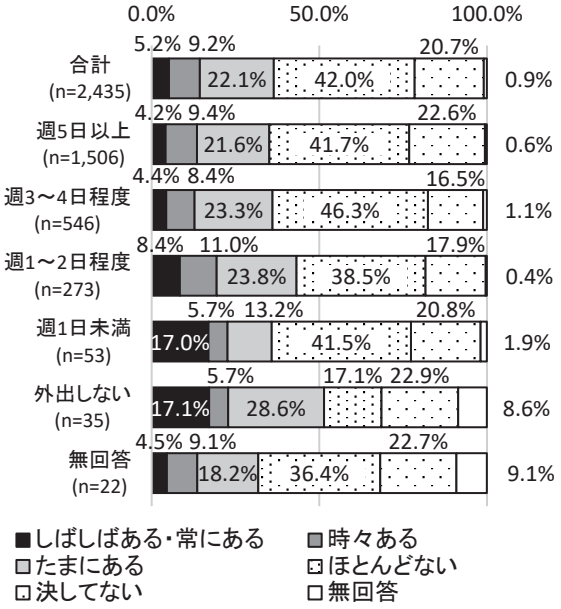
図表 31　等価世帯所得 8 分位別孤独感（間接質問）

4-2　社会的交流の状況と孤独感

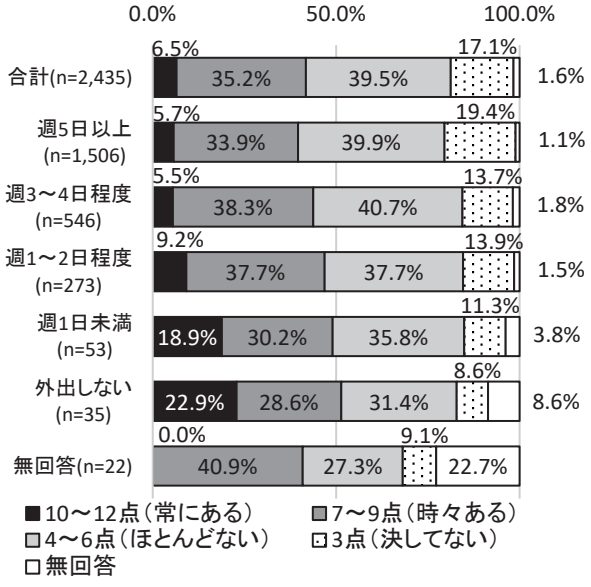
続けて社会的交流に関係する項目ごとの孤独感を見ていく。外出頻度、コミュニケーション頻度、社会活動への参加状況別の孤独感を以下に示す。これらは社会的孤立とも関連の強い項目である。

(1) 外出頻度別の孤独感

図表 32 は、直接質問で尋ねた孤独感を、外出頻度別に示したものである。「しばしばある・常にある」「時々ある」「たまにある」を合わせた割合が最も高いのは、「外出しない」で 51.4％である（ただし標本数が n=35 と少ない）。次に高いのは「週 1 ～ 2 日程度」で 43.2％となっている。「週 1 日未満」も「しばしばある・常にある」が 17.0％と高く（ただし標本数が n=53 と少ない）、外出頻度が少ないほど孤独感が強い傾向が見て取れる。国の調査でも同様の



図表 32　外出頻度別の孤独感（直接質問）



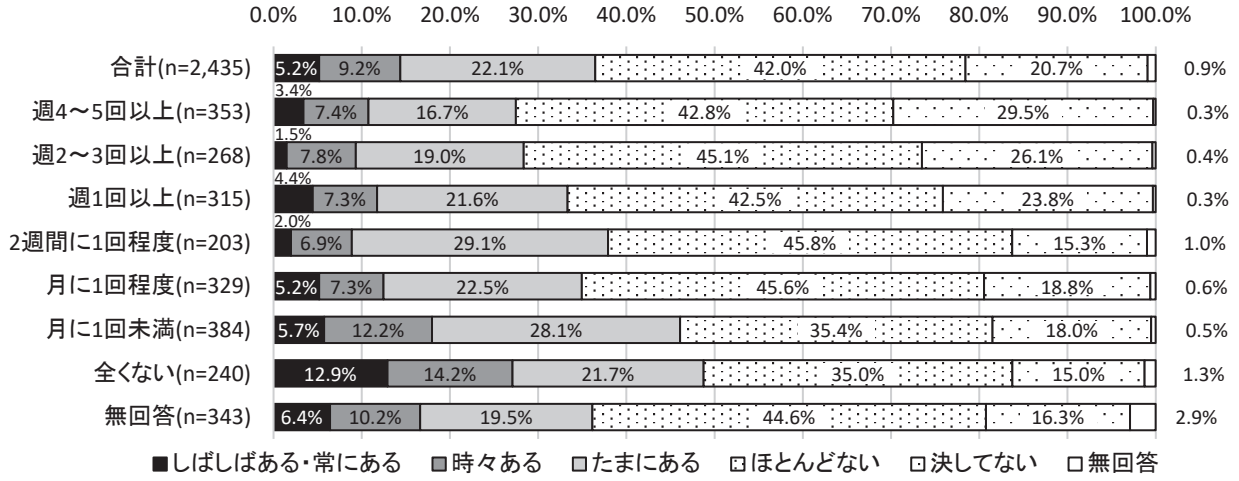
図表 33　外出頻度別の孤独感（間接質問）

傾向が見られる。

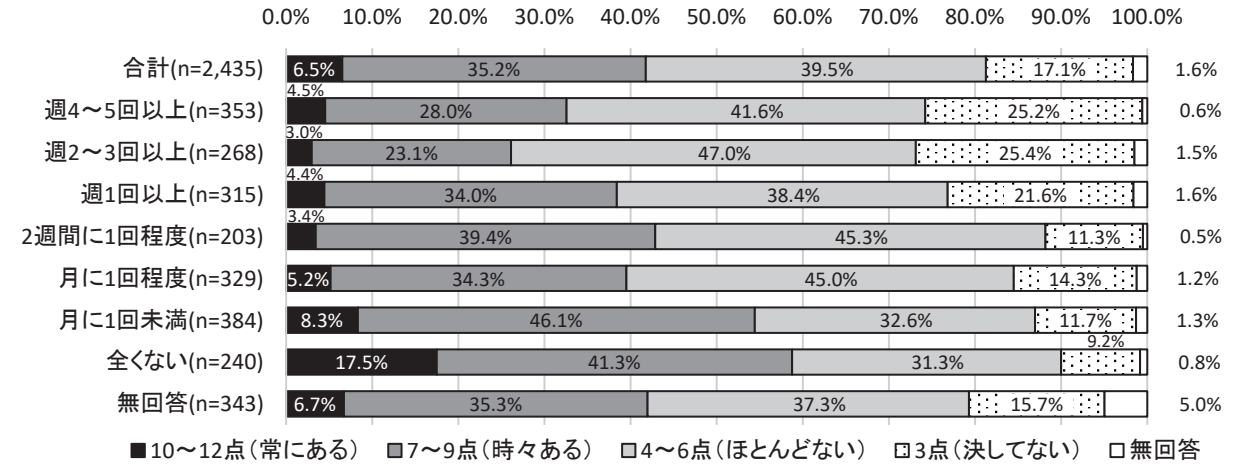
図表 33 は、間接質問で尋ねた孤独感を、外出頻度別に示したものである。「10 ～ 12 点（常にある）」と「7 ～ 9 点（時々ある）」を合わせた割合が最も高いのは、「外出しない」で 51.5％である（ただし標本数が n=35 と少ない）。次に高いのは「週 1 日未満」で 49.1％となっている（ただし標本数が n=53 と少ない）。「週 1 ～ 2 日程度」では 46.9％である。直接質問と同様に、外出頻度が少ないほど孤独感が強い傾向が見て取れる。国の調査でも同様の傾向が見られる。

(2) 非同居の家族・友人と直接会って話す頻度別の孤独感（直接質問）

図表 34 は、直接質問で尋ねた孤独感を、同居していない家族や友人たちと直接会って話す頻度別に示したものである。「しばしばある・常にある」「時々ある」「たまにある」を合わせた割合が最も高いのは、「全くない」で 48.8％である。次いで高いのは、「月に 1 回未満」で 46.0% である。国の調査でも同様の傾向が見られるが、豊中市のほうが高い割合を示す（国の調査では全くない = 48.6%、月に 1 回未満 = 42.7%）。

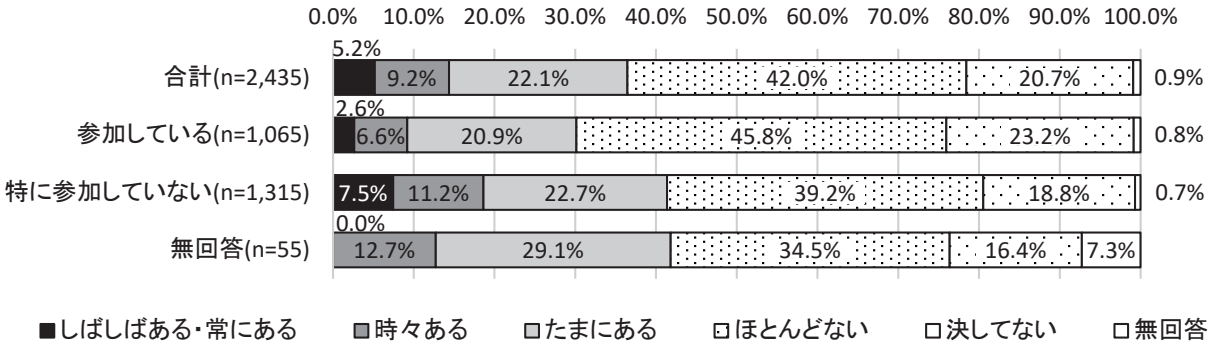


図表 34　非同居の家族・友人と直接会って話す頻度別の孤独感（直接質問）

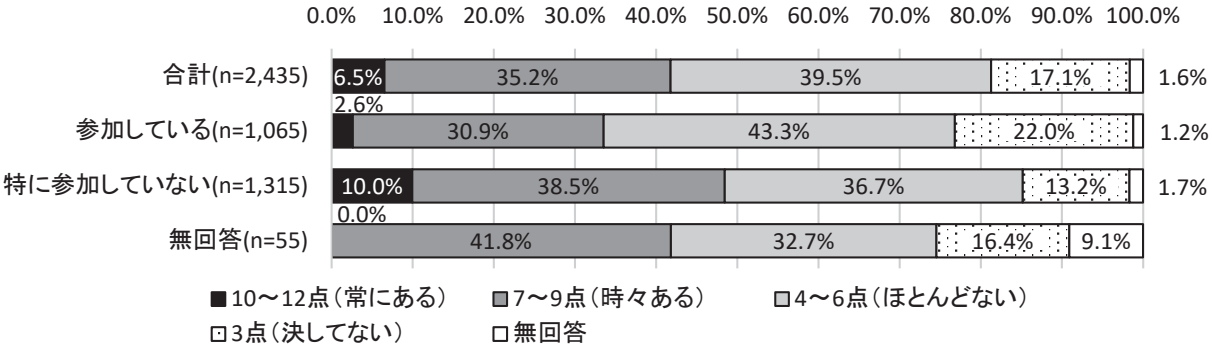


図表 35　非同居の家族・友人と直接会って話す頻度別の孤独感（間接質問）

図表 35 は、間接質問で尋ねた孤独感を、同居していない家族や友人たちと直接会って話す頻度別に示したものである。「10 ～ 12 点（常にある）」と「7 ～ 9 点（時々ある）」を合わせた割合が最も高いのは、「全くない」で 58.8% となっている。次いで高いのは月に 1 回未満で 54.4% である。国の調査でも同様の傾向が見られる（国の調査では全くない = 59.7%、月に 1 回未満 = 54.0%）。



図表 36　社会活動への参加状況別孤独感（直接質問）



図表 37　社会活動への参加状況別孤独感（間接質問）

(3) 社会活動への参加状況別孤独感 (直接質問)

図表 36 は、直接質問で尋ねた孤独感を、社会活動への参加状況別に示したものである。「しばしばある・常にある」「時々ある」「たまにある」を合わせた割合は、「特に参加していない」のほうが 41.4% と高い。国の調査でも同様の傾向が見られる。

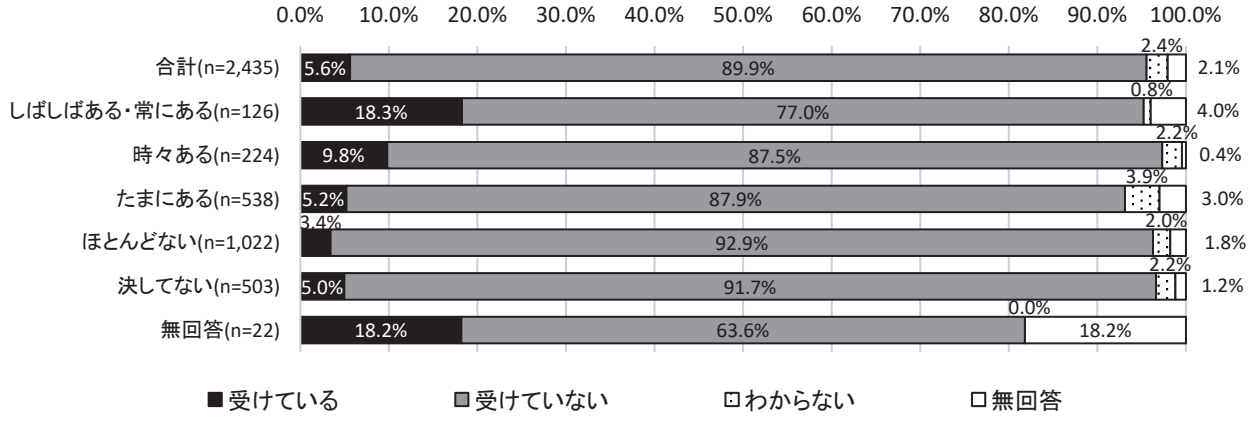
図表 37 は、間接質問で尋ねた孤独感を、社会活動への参加状況別に示したものである。「10 ～ 12 点（常にある）」と「7 ～ 9 点（時々ある）」を合わせた割合は、特に参加していないのほうが 48.5% と高い。国の調査でも同様の傾向が見られる。

4-3　支援・相談に関する項目と孤独感

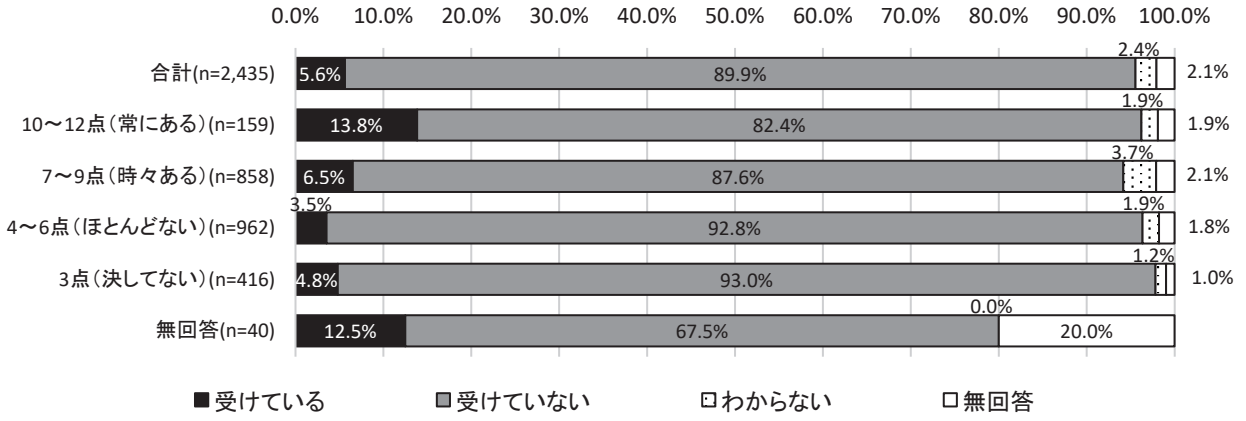
次に行政機関・NPO 等からの支援、相談相手の有無、他者への手助けとの関連で孤独感を見ていく。

(1) 孤独感別行政機関・NPO 等からの支援の有無

図表 38 は、行政機関・NPO 等からの支援の有無を直接質問で尋ねた孤独感別に示したものである。支援を受けている割合が最も高いのは、「しばしばある・常にある」で 18.3% である。次いで「時々ある」が 9.8% となる。孤独感が強い人ほど支援を受ける割合も高い傾向を示す。国の調査でも同様の傾向が見られるが、孤独感が強い人は国よりも支援を受けている割合が高い（国では支援を受けている割合について、しばしばある・常にある = 8.2%、時々ある = 5.4%）。

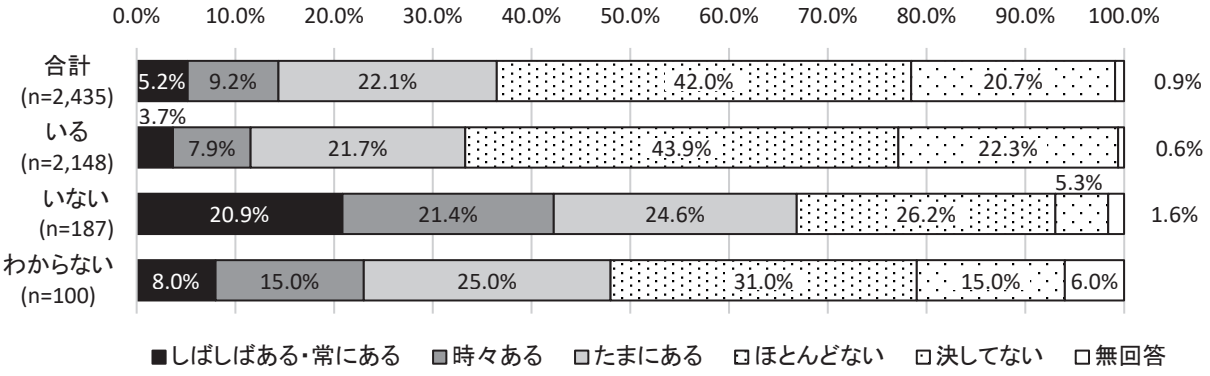


図表 38　孤独感（直接質問）別行政機関・NPO 等からの支援の有無

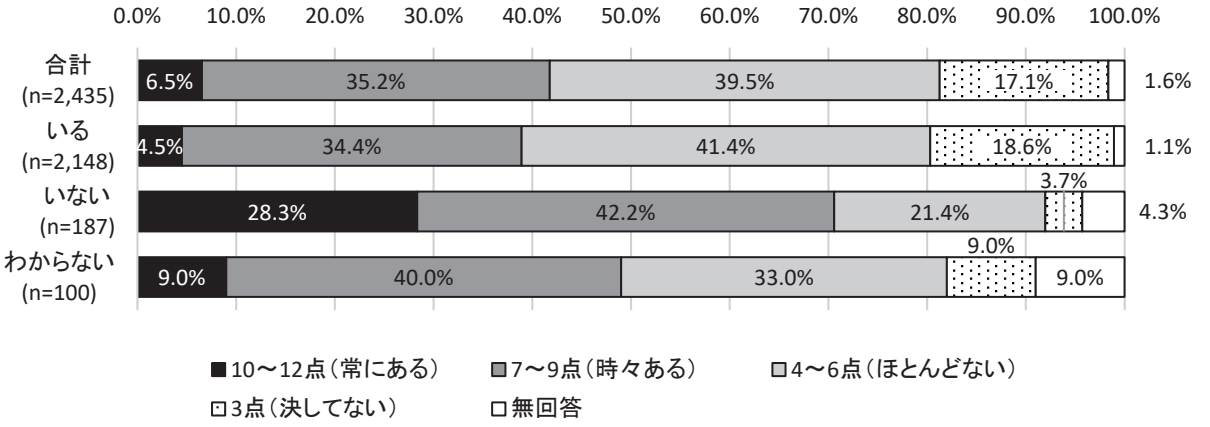


図表 39　孤独感（間接質問）別行政機関・NPO 等からの支援の有無

図表 39 は、行政機関・NPO 等からの支援の有無を間接質問で尋ねた孤独感別に示したものである。支援を受けている割合が最も高いのは、「10 ～ 12 点（常にある）」で 13.8% である。次いで「7 ～ 9 点（時々ある）」が 6.5% となる。孤独感が強い人ほど支援を受ける割合が高い傾向を示す。国の調査でも同様の傾向が見られるが、孤独感が強い人は国よりも支援を受けている割合が高い（国では支援を受けている割合について、10 ～ 12 点（常にある）= 8.3%、7 ～ 9 点（時々ある）= 5.0%）。



図表 40　不安や悩みの相談相手の有無別孤独感（直接質問）



図表 41　不安や悩みの相談相手の有無別孤独感（間接質問）

(2) 不安や悩みの相談相手の有無別孤独感

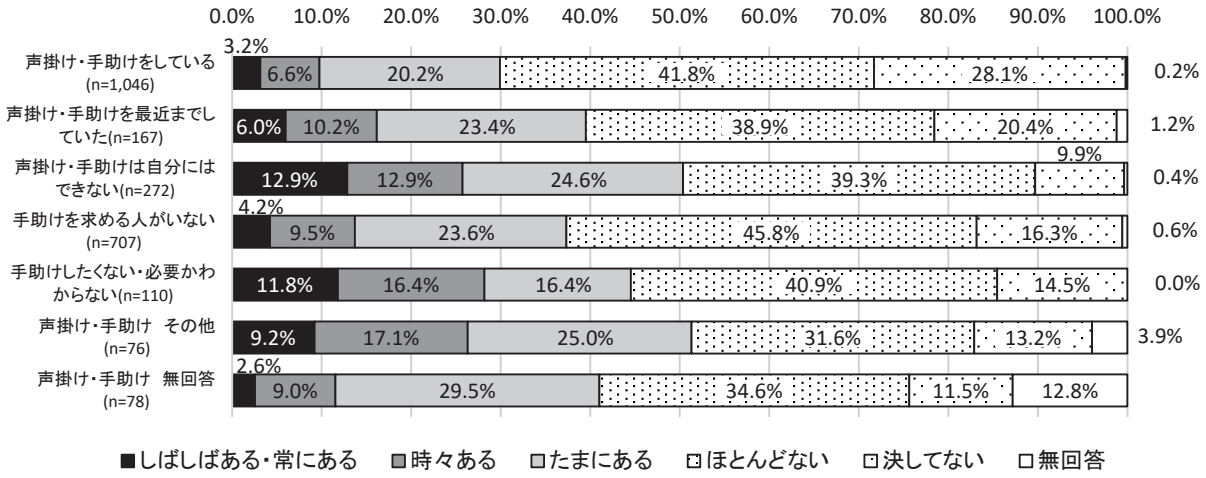
図表 40 は、直接質問で尋ねた孤独感を、不安や悩みの相談相手の有無別に示したものである。「しばしばある・常にある」「時々ある」「たまにある」を合わせた割合は、相談相手がいないほうが、66.9% と高い。国の調査でも同様の傾向が見られるが、国に比べて孤独感がやや弱い傾向がみられる（国の調査では相談相手がいない＝ 70.3%）。

図表 41 は、間接質問で尋ねた孤独感を、不安や悩みの相談の有無別に示したものである。「10 ～ 12 点（常にある）」と「7 ～ 9 点（時々ある）」を合わせた割合は相談相手がいないほうが 70.5% と高い。国の調査でも同様の傾向が見られるが、間接質問でも相談相手がいない人で国に比べて孤独感が弱い傾向がみられる（国の調査では相談相手がいない＝ 77.1%）。

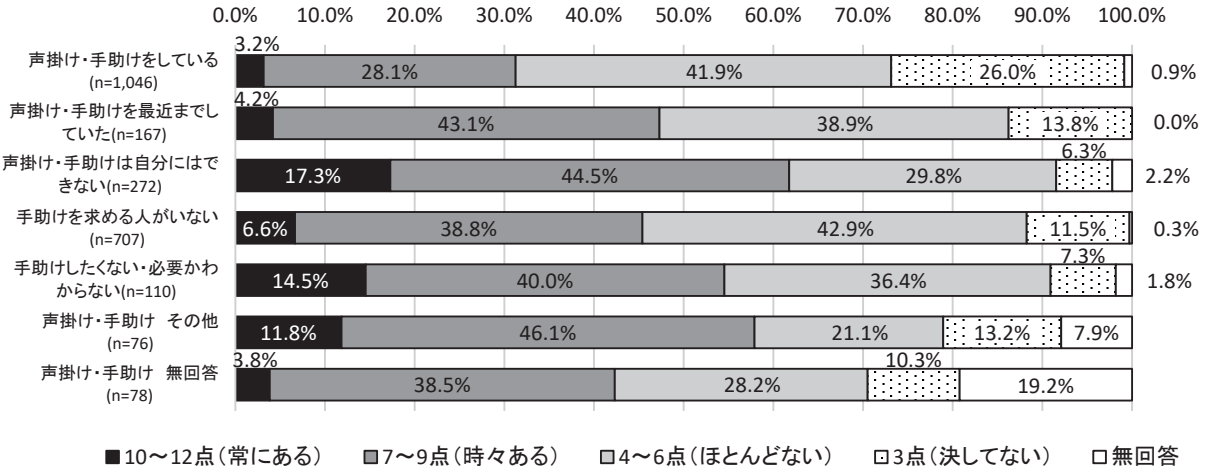
(3) 他者への手助けの状況別孤独感

図表 42 は、直接質問で尋ねた孤独感を、他者への手助け（複数選択）の状況別に示したものである。「しばしばある・常にある」「時々ある」「たまにある」を合わせた割合が最も高いのは、「声掛け・手助けが自分にはできない」で 50.4％となっている。次いで高いのは、「手助けしたくない・必要かわからない」で 44.5％である（その他は除く）。国の調査でも同様の傾向が見られる。

図表 43 は、間接質問で尋ねた孤独感を、他者への手助けの状況別に示したものである。「10



図表 42　他者への手助けの状況別孤独感（直接質問）



図表 43　他者への手助けの状況別孤独感（間接質問）

～ 12 点（常にある）」と「7 ～ 9 点（時々ある）」を合わせた割合が最も高いのは、「声掛け・手助けが自分にはできない」で 61.8% となっている。次いで高いのは、「手助けしたくない・必要かわからない」で 54.5%である（その他は除く）。国の調査でも同様の傾向が見られる。

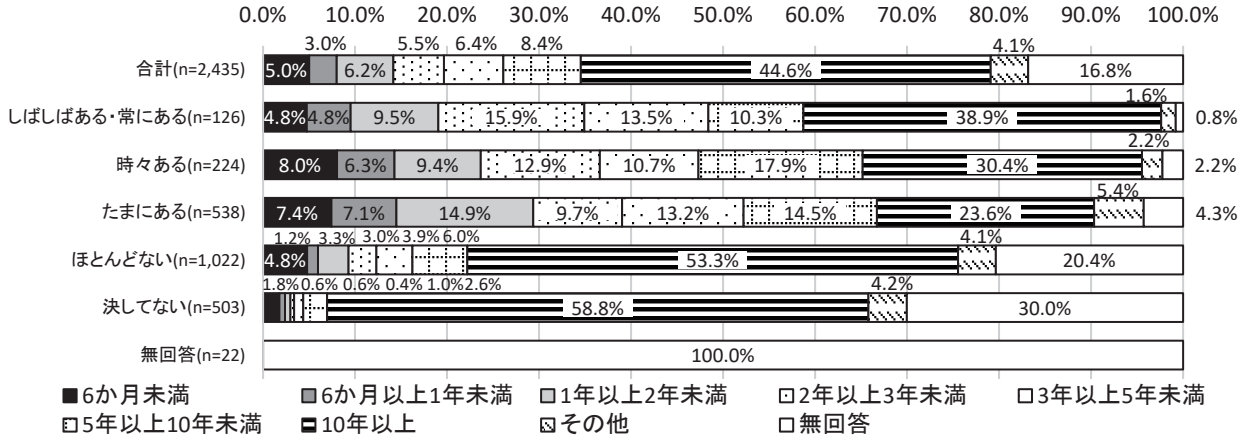
4-4　孤独感の継続期間と孤独に至る前に経験した出来事

ここでは孤独感別にその継続期間や、孤独の背景と考えられる「孤独に至る前に経験した出来事」についての集計をまとめていく。

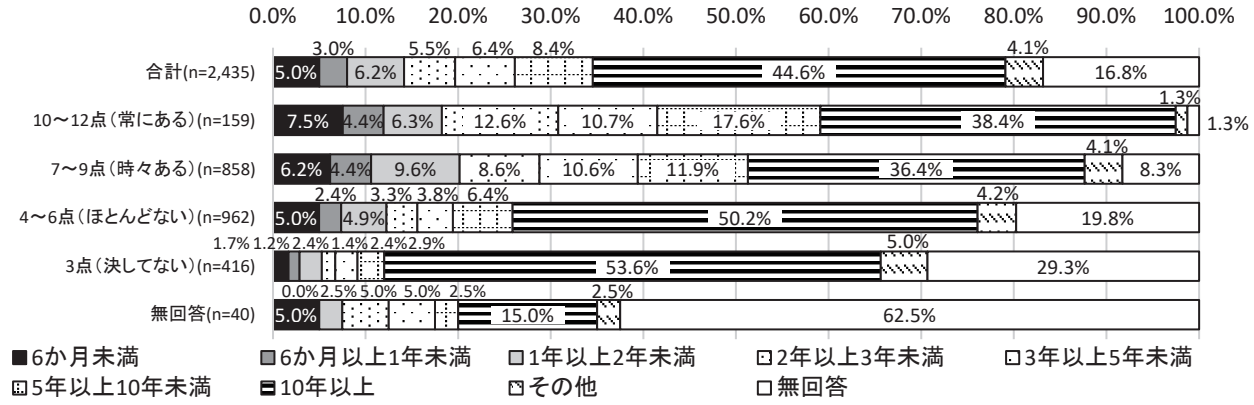
(1) 孤独感別現在の孤独感の継続期間

図表 44 は、現在の孤独感の継続期間を直接質問で尋ねた孤独感別に示したものである。10 年以上の孤独感の継続期間がある割合が最も高いのは、「決してない」で 58.8% となる。次いで「しばしばある・常にある」で 44.6% となり、孤独感が強い人、弱い人の両極に分かれる。

なお、継続期間 10 年以上という区分は豊中市独自の項目で、国では 5 年以上が最長の区分となっている。そこで国に合わせて豊中市の結果から 5 年以上と 10 年以上を合算して比較した。「しばしばある・常にある」では 6 か月未満が国より少し多く、2 年以上 3 年未満は多く、



図表 44　孤独感（直接質問）別現在の孤独感の継続期間



図表 45　孤独感（間接質問）別現在の孤独感の継続期間

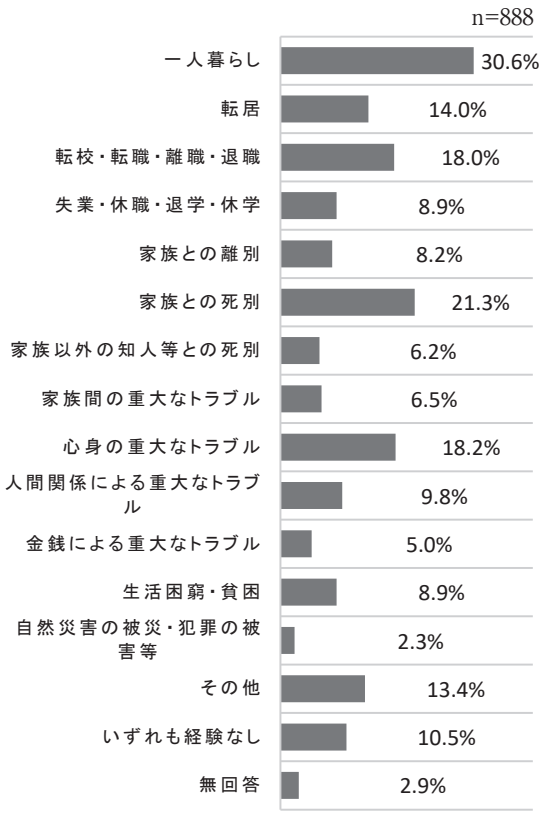
5 年以上が少ない（国の調査では、6 か月未満 =1.7%、2 年以上 3 年未満 =10.6%、5 年以上 54.4%）。「時々ある」では、2 年以上 3 年未満と 5 年以上が国より多い（国の調査では、2 年以上 3 年未満 =9.8%、5 年以上 40.6%）。

図表 45 は、現在の孤独感の継続期間を間接質問で尋ねた孤独感別に示したものである。10 年以上の孤独感の継続期間がある割合が最も高いのは、「3 点（決してない）」で 53.6% となる。次いで「4 ～ 6 点（ほとんどない）」で 50.2% となり、孤独感が弱い人で長期間の孤独の継続期間を回答する割合が高い傾向がみられる。

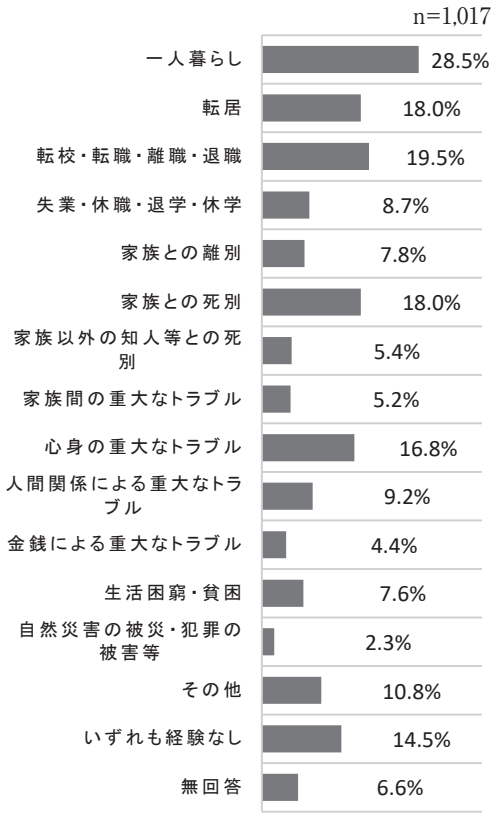
直接質問と同様の方法で、国との比較を行った。孤独感が「10 ～ 12 点（常にある）」で 6 か月未満が国より多く、2 年以上 3 年未満、5 年以上も少し多い（国の調査では、6 か月未満 =3.0%、2 年以上 3 年未満 =9.2%、5 年以上 52.5%）。「7 ～ 9 点（時々ある）」で 5 年以上が国より多い（国の調査では、5 年以上 =43.5%）。

(2) 現在の孤独感に至る前に経験した出来事

図表 46 は、直接質問で尋ねた孤独感と、孤独感に至る出来事の関係を示したものである。国での集計方法を踏襲して、孤独感が「しばしばある・常にある」「時々ある」「たまにある」と答えた人の回答を集計した結果である。最も



図表 46　現在の孤独感に至る前に経験した出来事（孤独感あり・直接質問）



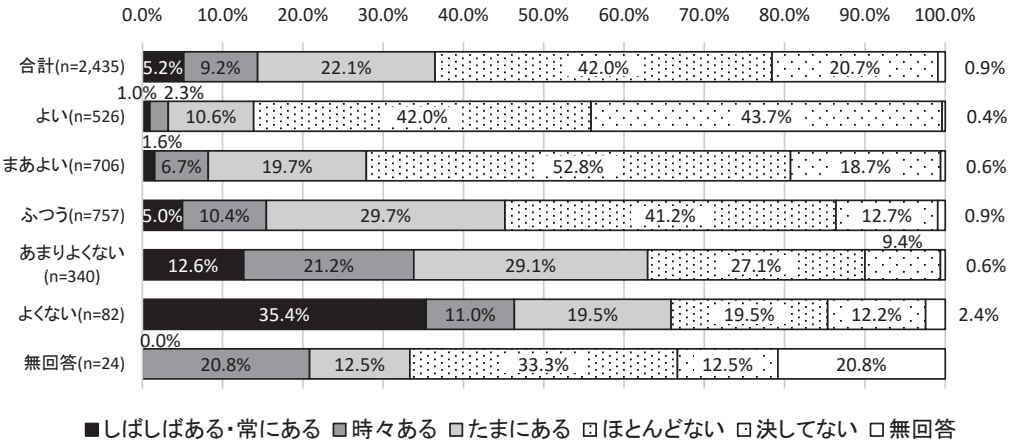
図表 47　現在の孤独感に至る前に経験した出来事（孤独感あり・間接質問）

割合が高いのは「一人暮らし」で 30.6% となる。次いで「家族との死別」が 21.3%、「心身の重大なトラブル」が 18.2%、「転校・転職・離職・退職」が 18.0%、「転居」が 14.0% と続く。国も概ね同様の傾向を示すが、国に比べ一人暮らしの割合が高く、転居も少しではあるが高い（国の調査では一人暮らし＝ 22.5%、家族との死別＝ 20.7%、心身の重大なトラブル＝ 17.2%、転校・転職・離職・退職＝ 16.2%、転居＝ 11.2%）。

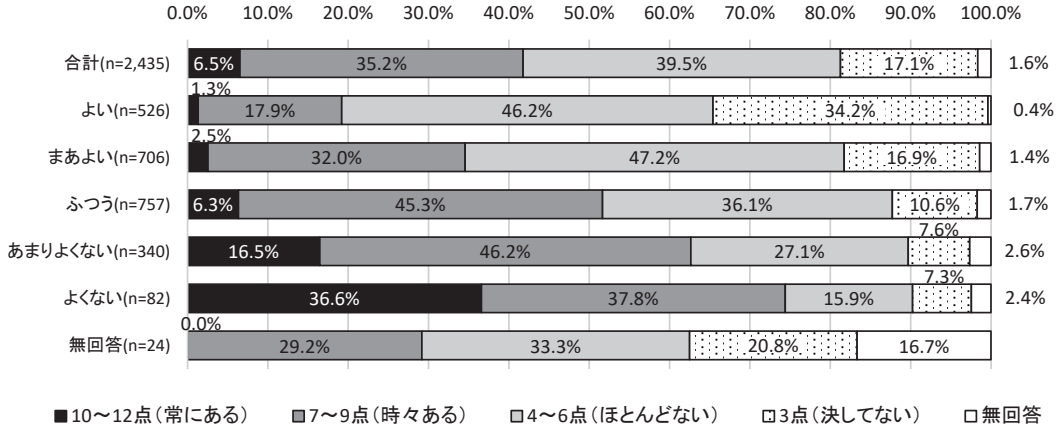
図表 47 は、間接質問で尋ねた孤独感と、孤独感に至る出来事の関係を示したものである。孤独感が「10 ～ 12 点（常にある）」「7 ～ 9 点（時々ある）」と答えた人の回答を集計した結果である。最も割合が高いのは「一人暮らし」で 28.5% となる。次いで「転校・転職・離職・退職」が 19.5%、「家族との死別」および「転居」が 18.0%、「心身の重大なトラブル」が 16.8% と続く。国も同様の傾向を示すが、一人暮らしと転居が国に比べ割合が高い（国の調査では一人暮らし＝ 20.8%、転校・転職・離職・退職＝ 16.7%、家族との死別＝ 18.1%、転居＝ 12.6%、心身の重大なトラブル＝ 15.4%）。

4-5　心身の健康状態、関わりの満足度、暮らし向きと孤独感

次に、心身の健康状態や社会・他人との関わりについての満足度、暮らし向きなど日々の生活状況一般と孤独感の関係を見ていく。



図表 48　心身の健康状態別孤独感（直接質問）

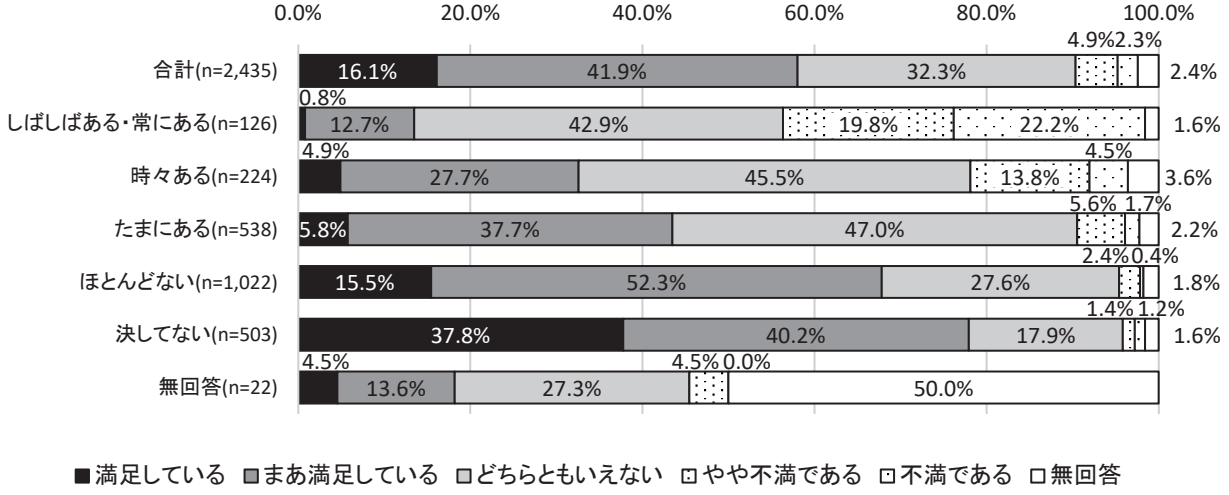


図表 49　心身の健康状態別孤独感（間接質問）

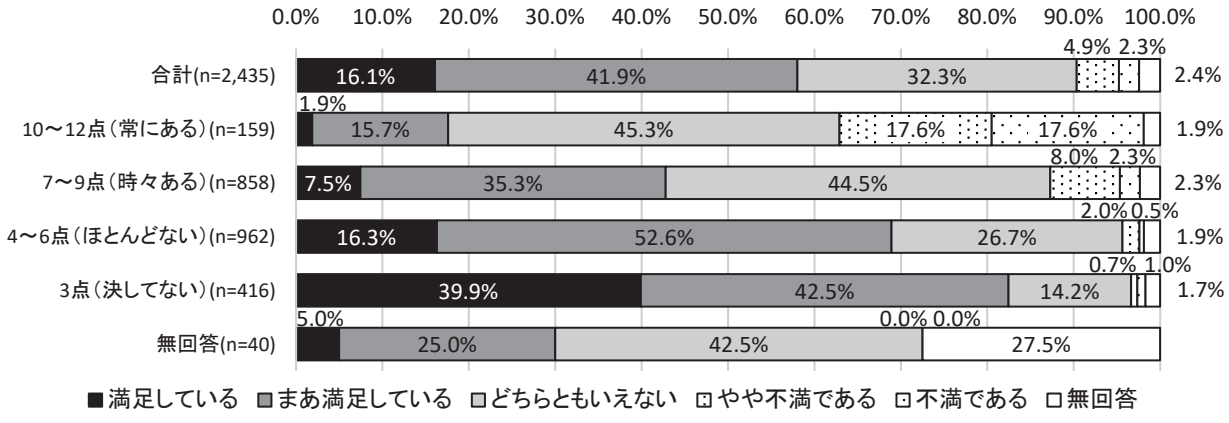
(1) 心身の健康状態別孤独感

図表 48 は、直接質問で尋ねた孤独感を、心身の健康状態別に示したものである。「しばしばある・常にある」「時々ある」「たまにある」を合わせた割合が最も高いのは、「よくない」で 65.9% となる。次いで高いのは、「あまりよくない」で 62.9% となり、健康状態が良くないほど孤独感が強くなる。国の調査でも同様の傾向が見られるが、豊中市の方が健康状態が良くないと答える人の孤独感が弱い（国の調査では、よくない＝ 73.2%、あまりよくない＝ 65.7%）。

図表 49 は、間接質問で尋ねた孤独感を、心身の健康状態別に示したものである。「10 ～ 12 点（常にある）」と「7 ～ 9 点（時々ある）」を合わせた割合が最も高いのは、「よくない」で 74.4% となっている。次いで高いのは「あまりよくない」で 62.7% である。国の調査でも同様の傾向が見られ、また直接質問と同様に豊中市の方が、健康状態が良くないと答える人の孤独感が弱い（国の調査では、よくない＝ 73.6%、あまりよくない＝ 69.5%）。



図表 50　孤独感（直接質問）別社会との関わり満足度



図表 51　孤独感（間接質問）別社会との関わり満足度

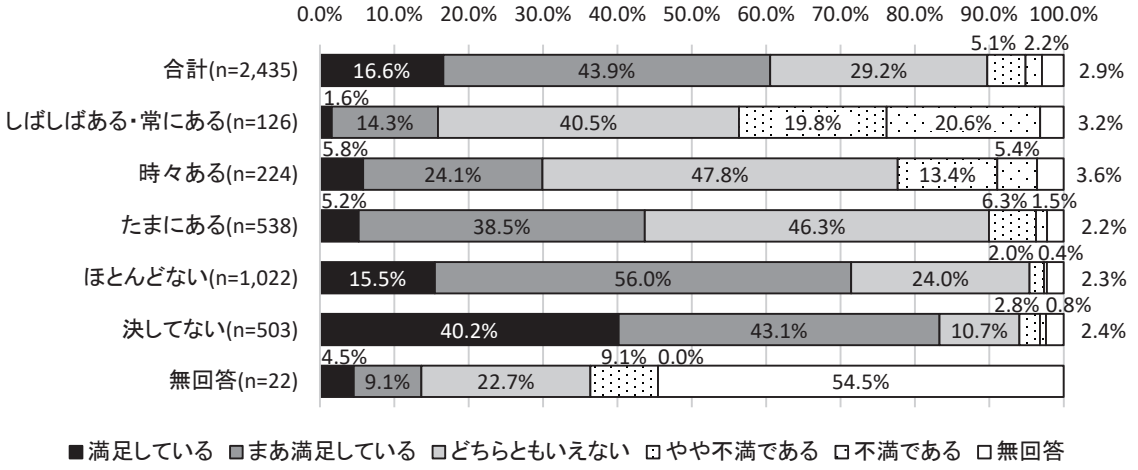
(2) 孤独感別社会との関わりの満足度

図表 50 は、直接質問で尋ねた孤独感別に社会とのかかわりの満足度を示したものである。

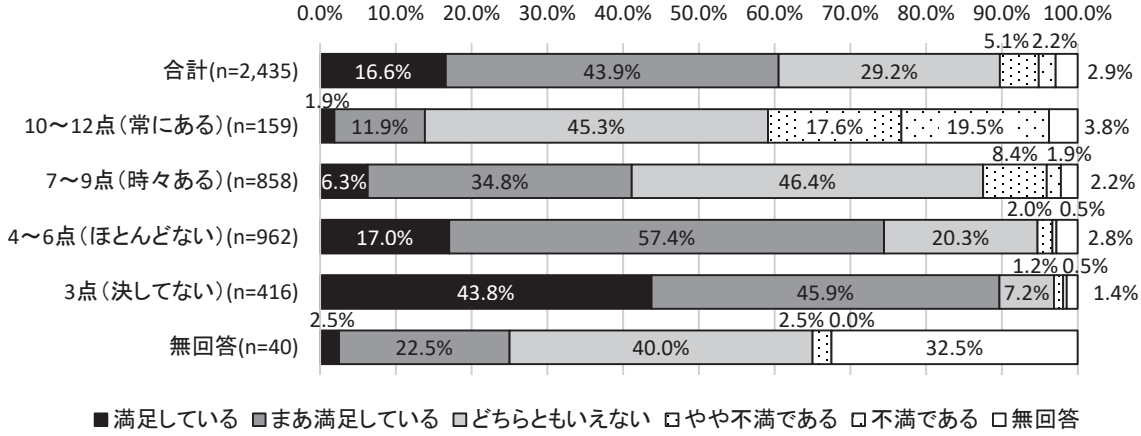
「満足している」「まあ満足している」を合わせた割合が最も高いのは、「決してない」で 78.0% となる。次いで高いのは、「ほとんどない」で 67.8% となり、孤独感が弱いほど満足度が高くなり、孤独感が強いほど不満が高まる。国の調査でも同様の傾向が見られるが、孤独感の弱い人で満足度がより高い（国の調査では、決してない＝ 77.4%、ほとんどない＝ 61.9%）。

図表 51 は、間接質問で尋ねた孤独感別に社会とのかかわりの満足度を示したものである。

「満足している」「まあ満足している」を合わせた割合が最も高いのは、「3 点（決してない）」で 82.4% となる。次いで高いのは、「4 ～ 6 点（ほとんどない）」で 68.9% となり、ここでも孤独感が弱いほど満足度が高く、孤独感が強いほど不満が高い。国の調査でも同様の傾向が見られるが、こちらも孤独感の弱い人で満足度がより高い傾向がある（国の調査では、決してない＝ 79.7%、ほとんどない＝ 65.4%）。



図表 52　孤独感（直接質問）別他人との関わり満足度



図表 53　孤独感（間接質問）別他人との関わり満足度

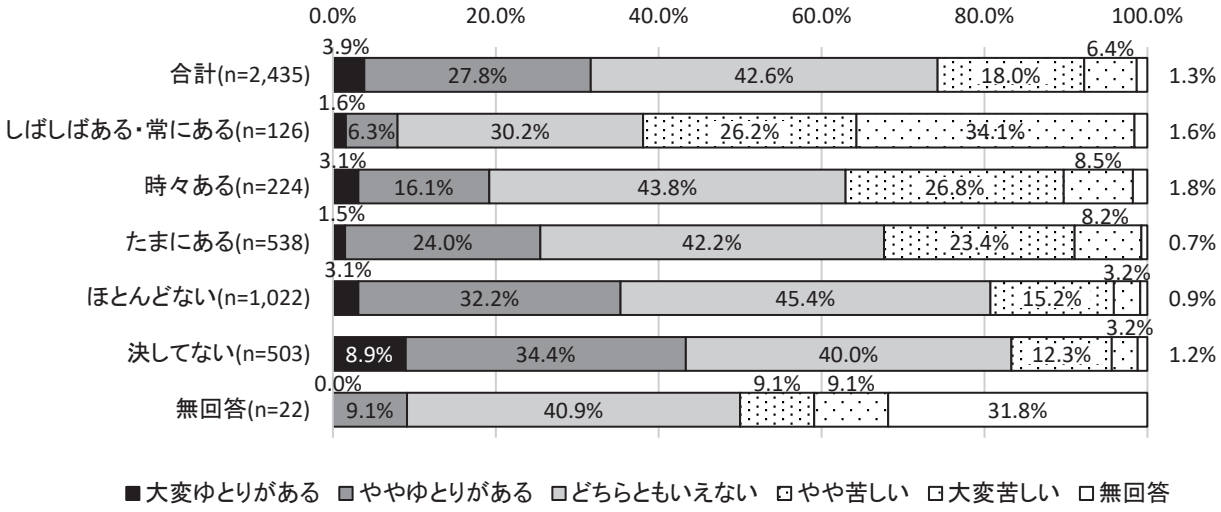
(3) 孤独感別他人との関わりの満足度

図表 52 は、直接質問で尋ねた孤独感別に他人とのかかわりの満足度を示したものである。

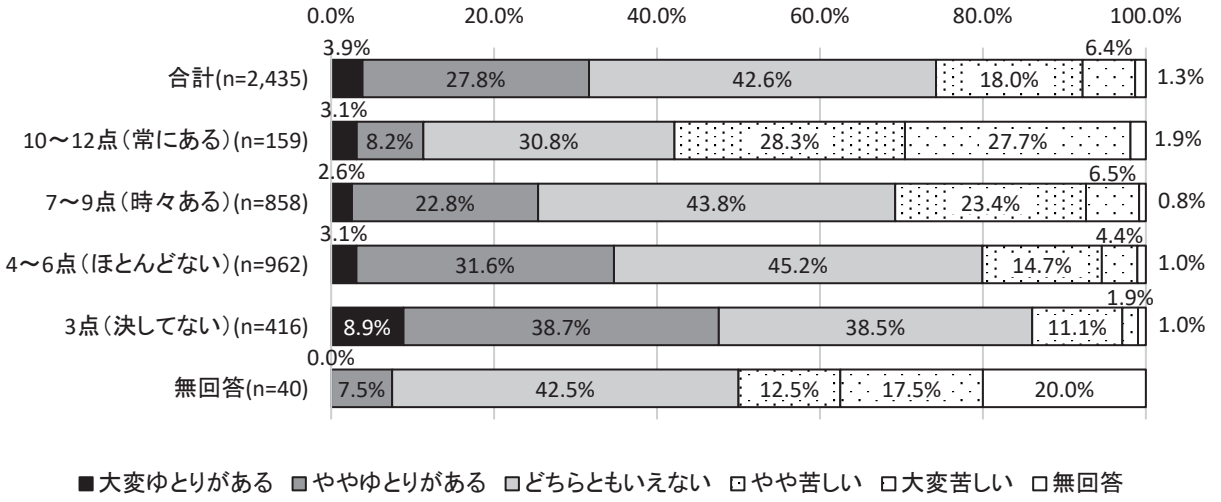
「満足している」「まあ満足している」を合わせた割合が最も高いのは、孤独感が「決してない」で 83.3% となる。次いで高いのは、「ほとんどない」で 71.5% となり、孤独感が弱いほど満足度が高くなる。国の調査でも同様の傾向が見られるが、孤独感の弱い人で満足度がより高い傾向がある（国の調査では、決してない＝82.8%、ほとんどない＝ 67.1%）。

図表 53 は、間接質問で尋ねた孤独感別に他人とのかかわりの満足度を示したものである。

「満足している」「まあ満足している」を合わせた割合が最も高いのは、3 点（決してない）で 89.7% となる。次いで高いのは、4 ～ 6 点（ほとんどない）で 74.4% となり、孤独感が弱いほど満足度が高くなる。国の調査でも同様の傾向が見られるが、孤独感の弱い人で満足度がより高い傾向がある（国の調査では、決してない＝85.8%、ほとんどない＝ 71.7%）。



図表 54　孤独感（直接質問）別暮らし向き

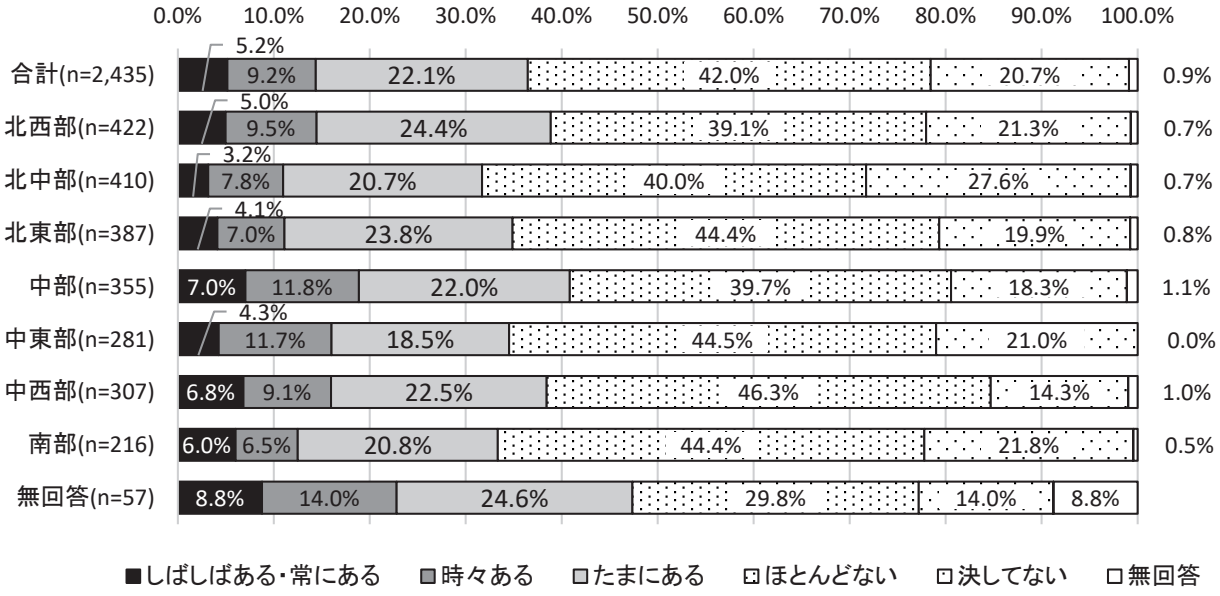


図表 55　孤独感（間接質問）別暮らし向き

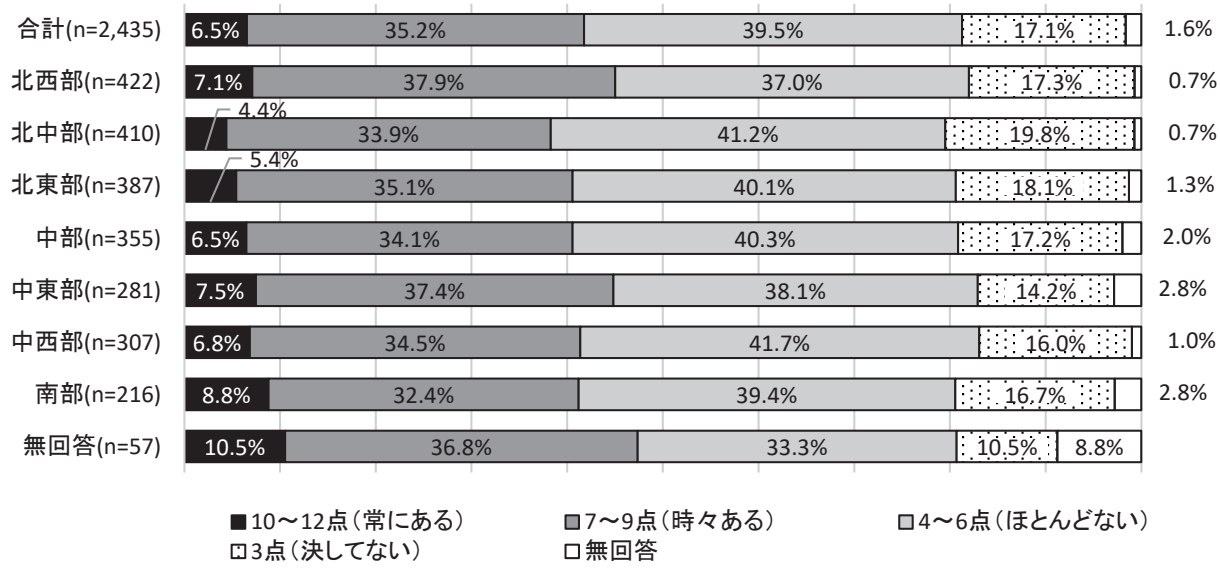
(4) 孤独感別暮らし向き

図表 54 は、直接質問で尋ねた孤独感別に暮らし向きを示したものである。「大変ゆとりがある」「ややゆとりがある」を合わせた割合が最も高いのは、「決してない」で 43.3% となる。次いで高いのは、「ほとんどない」で 35.3% となり、孤独感が弱いほど暮らし向きがよいと答える割合が高くなる。本設問は豊中市独自の調査項目である。

図表 55 は、間接質問で尋ねた孤独感別に暮らし向きを示したものである。「大変ゆとりがある」「ややゆとりがある」を合わせた割合が最も高いのは、3 点（決してない）で 47.6% となる。次いで高いのは、4 ～ 6 点（ほとんどない）で 34.7% となり、孤独感が弱いほど暮らし向きがよいと答える割合が高くなる。本設問は豊中市独自の調査項目である。



図表 56　日常生活 7 圏域別孤独感（直接質問）



図表 57　日常生活 7 圏域別孤独感（間接質問）

4-6　日常生活７圏域別孤独感

図表 56 は豊中市における日常生活７圏域別に直接質問で尋ねた孤独感の状況を示したものである。「しばしばある･常にある」「時々ある」ともに中部圏域が最も多く、それらと「たまにある」を足した合計は 30.8％である。同じ合計を見ていくと、北西部（38.9%）、中西部（37.3%）の順に続く（無回答を除く）。

図表 57 は同じ日常生活７圏域別に間接質問で孤独感を尋ねた結果をまとめたものである。全体の傾向に大きな違いはないとも言えるが、「10 ～ 12 点」（常にある）と「7 ～ 9 点」（時々ある）を合計した割合は、北西部（45.0%）が最も高く、次いで中東部（44.9%）、中西部（41.3%）と続いていく。また、「10 ～ 12 点」（常にある）だけを見ると、一番高いのは南部（8.8%）である（無回答を除く）。

4-7　孤独感についての小括

以上、第４章では孤独感の状況を属性や社会的交流、支援や相談、孤独の継続期間や孤独に至るまでの出来事、心身の健康や暮らし向きなど様々な角度から孤独感を見てきた。その結果で特徴的なところは以下の図表 58 の通りである。

図表 58　豊中市での調査における孤独感のポイント

・国の結果と比較して、男女ともに 50 歳代の孤独感が強い。
・求職中の人の孤独感が強い。
・世帯収入（または等価世帯所得）が少ない層で孤独感が強い。
・人と会って話す回数が少ないほど孤独感が強い。
・孤独感に至る出来事で最も多いのは「一人暮らし」である。
・心身の健康状態が悪いほど、暮らし向きが苦しいほど孤独感も強い。

５．豊中市における社会的孤立の現状

5-1　コミュニケーションの頻度

本章では他者との交流に関する質問項目から、豊中市における社会的孤立の現状について見ていくこととする。

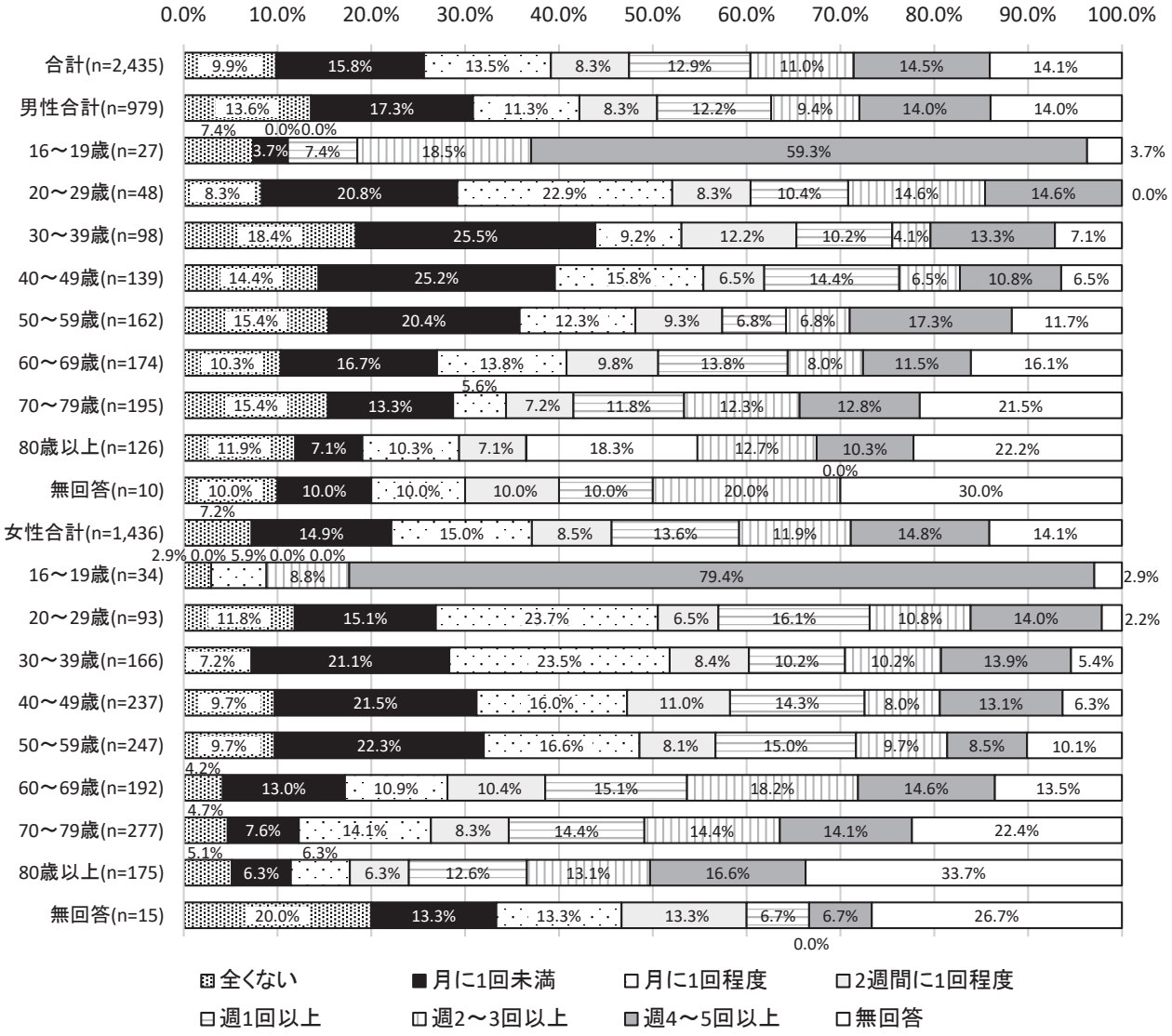
(1) 男女・年齢階級別非同居者とのコミュニケーション頻度

図表 59 は、非同居の家族や友人と直接会って話す頻度）を、男女・年齢階級別に示したものである。「全くない」「月１回未満」を合わせた割合が最も高いのは、男性では 30 歳代（43.9%）、女性では 50 歳代（32.0%）となっている。

国による調査結果と比較したところ、「全くない」「月１回未満」を足した割合は、30 歳代男性と 70 歳代男性、20 歳代女性が国より多く、特に 70 歳代男性では国より 10.7% 多い（国の調査結果では、30 歳代男性 =38.2％、70 歳代男性 =18.0%、20 歳代女性 =24.0%、50 歳代女性 = 31.2％）。これ以外の年代では、「全くない」「月１回未満」の割合は男女ともに国の調査結果と大きく変わらず、男女別合計、総合計においても同様である [8]。

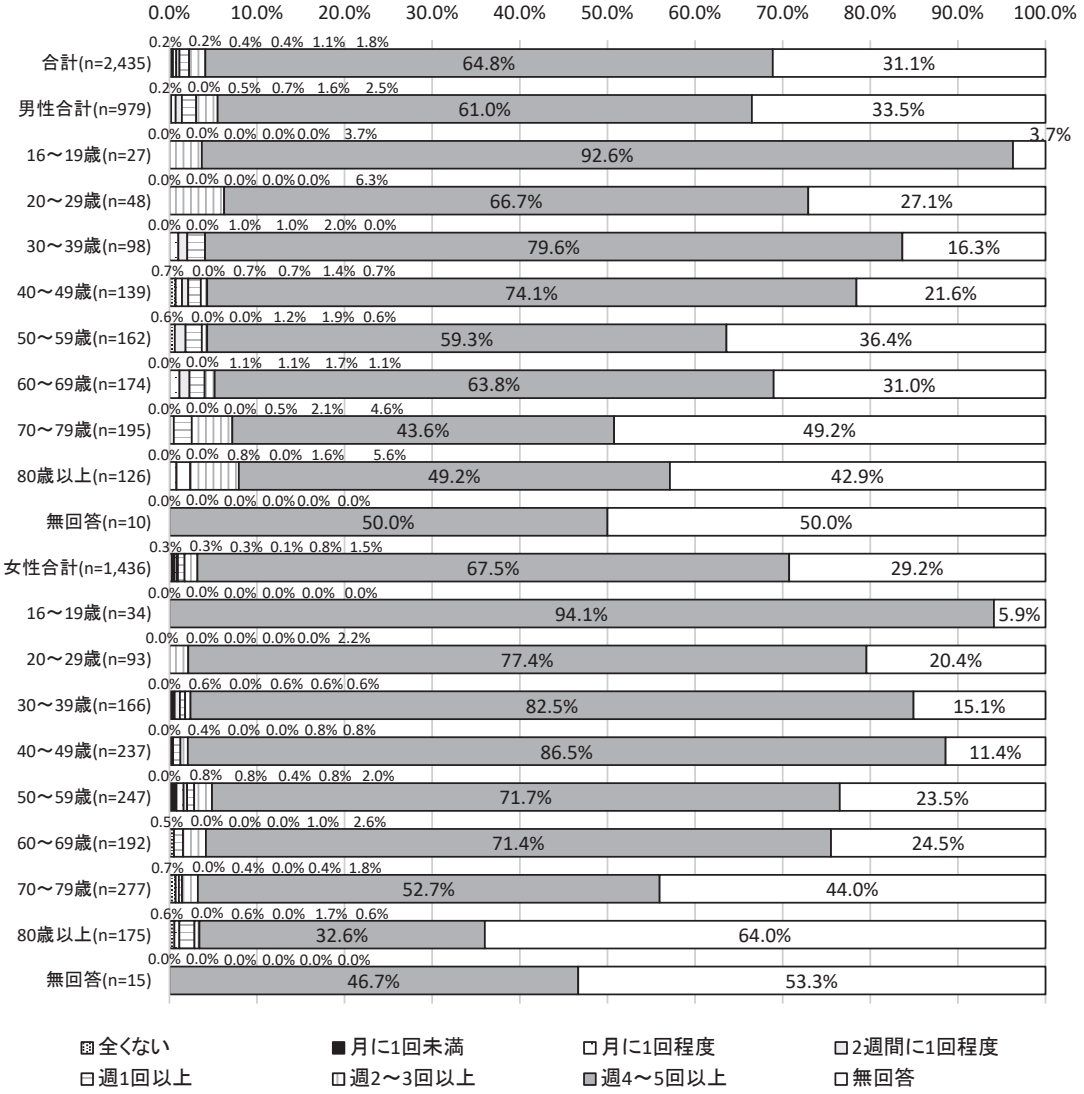
[8] ここでの比較では、国のデータは e-stat（政府統計の総合窓口）で公開されているデータを使用したが、表の集計項目自体は「人びとのつながり関する基礎調査（令和３年）調査結果の概要」と同一である。

第2章で述べたように、非同居の家族・友人と直接会って話すことが月1回未満ということを、孤立の目安とするならば、今回の調査結果では男性では30歳代を中心に40歳代､50歳代、女性では50歳代とそれに近い割合の40歳代を中心に、20歳代と30歳代を合わせた年代に孤立が比較して多いということになる[9]。



図表59　男女・年齢階級別非同居の友人や家族とのコミュニケーション頻度

[9] 今回の調査では非同居・同居の家族・友人それぞれについて、対面に加えて電話やSNS等の他のコミュニケーションツールを用いた頻度を尋ねているが、ここでは紙幅の都合上もっとも一般的な対面での頻度に限って掲載した。



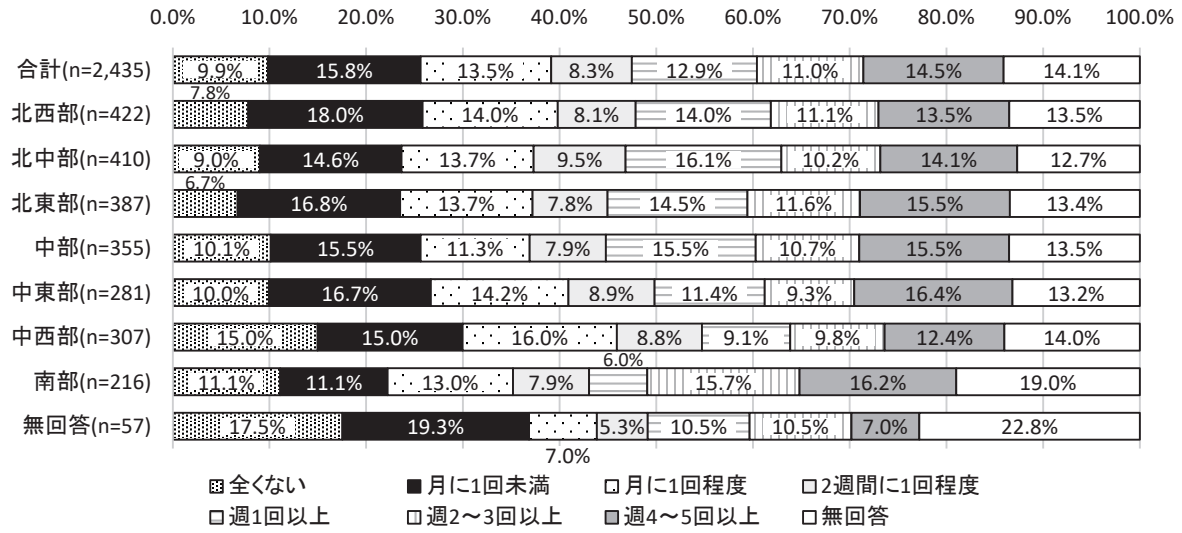
図表 60　男女・年齢階級別同居の家族・友人とのコミュニケーション頻度

(2) 男女・年齢階級別同居者とのコミュニケーション頻度

図表 60 は、同居者とのコミュニケーション頻度（友人や家族と直接会って話す頻度）を、男女・年齢階級別に示したものである。総じて週 4 ～ 5 回の回答割合が高く、無回答も多い。国の調査結果と比較すると、「全くない」から「週 2 ～ 3 回以上」までは大きな差はないが、全体に「週 4 ～ 5 回」の割合が国よりも低く、その分無回答が多くなっている。

(3) 日常生活 7 圏域別非同居者とのコミュニケーション頻度

図表 61 は、非同居者とのコミュニケーション頻度（友人や家族と直接会って話す頻度）を、7 圏域別に示したものである。「全くない」「月 1 回未満」を合わせた割合が最も高いのは、中西部で 30.0％となり、次いで高いのは中東部で 26.7％である。最も低いのは南部で 22.2％となり、市全体よりも 3.5％低くなっている。ただし、圏域不明（無回答）を除くと、コミュニケーション頻度に関する無回答の割合も南部が最も多くなっている（19.0%）。



図表 61　日常生活 7 圏域別非同居の家族・友人とのコミュニケーション頻度

5-2　外出・社会参加の状況

(1) 外出頻度

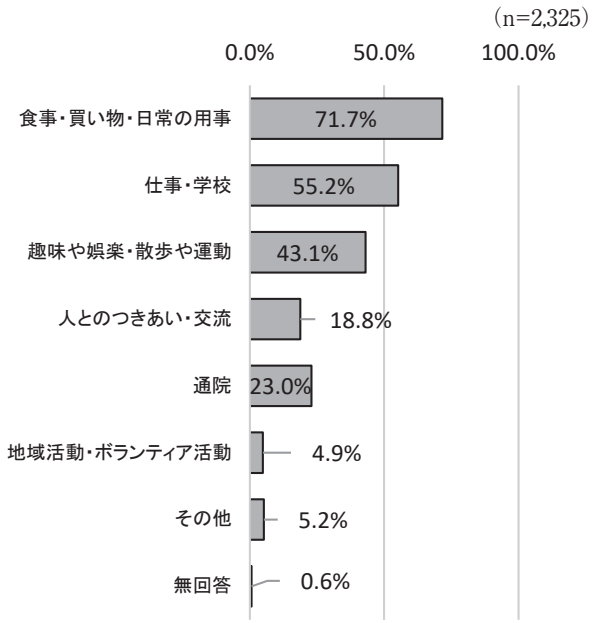
図表 62 は外出頻度を尋ねた結果である。「週 5 日以上」(61.8%) が最多となっている。国の調査結果ともほぼ同じ傾向であるが、「週 5 日以上」「週 3 ～ 4 日程度」が国を少し上回り、「週 1 ～ 2 日程度」「週 1 日未満」は国を少し下回っている（国での調査結果では、「週 5 日以上」= 59.0%、「週 3 ～ 4 日程度」=20.0%、「週 1 ～ 2 日程度」=14.1%、「週 1 日未満」=4.0%、「外出しない」=1.9%)。

図表 62　外出頻度

外出頻度	n	%
週 5 日以上	1,506	61.8%
週 3 ～ 4 日程度	546	22.4%
週 1 ～ 2 日程度	273	11.2%
週 1 日未満	53	2.2%
外出しない	35	1.4%
無回答	22	0.9%
合計	2,435	100.0%

(2) 外出目的

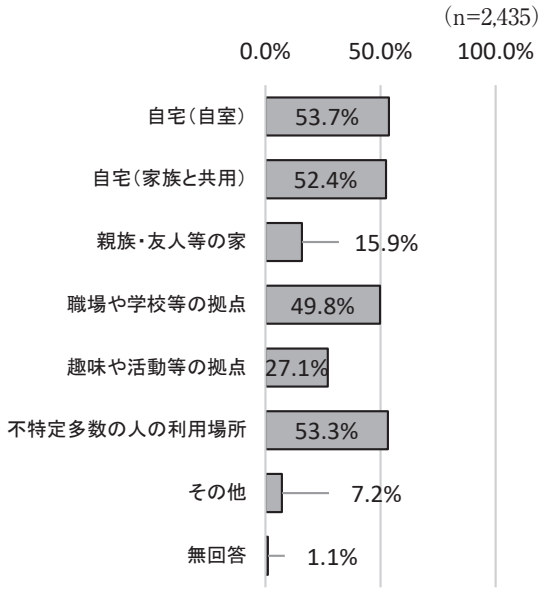
図表 63 は上記で尋ねた外出頻度のうち「週 1 日以上」にあてはまる人の外出目的を示したものである。「食事・買い物・日常の用事」が 71.7% で最も割合が高く、次いで「仕事・学校」で 55.2 %、「趣味や娯楽・散歩や運動」で 43.1% となる。国の調査でも同様の傾向が見られるが、国の調査に比べ「仕事・学校」「人とのつきあい・交流」の割合が低い（国の調査では、仕事・学校 = 60.2%、人とのつきあい・交流 = 25.2%)。



図表 63　外出目的（週 1 回以上外出する人・複数回答)

(3) 行動範囲

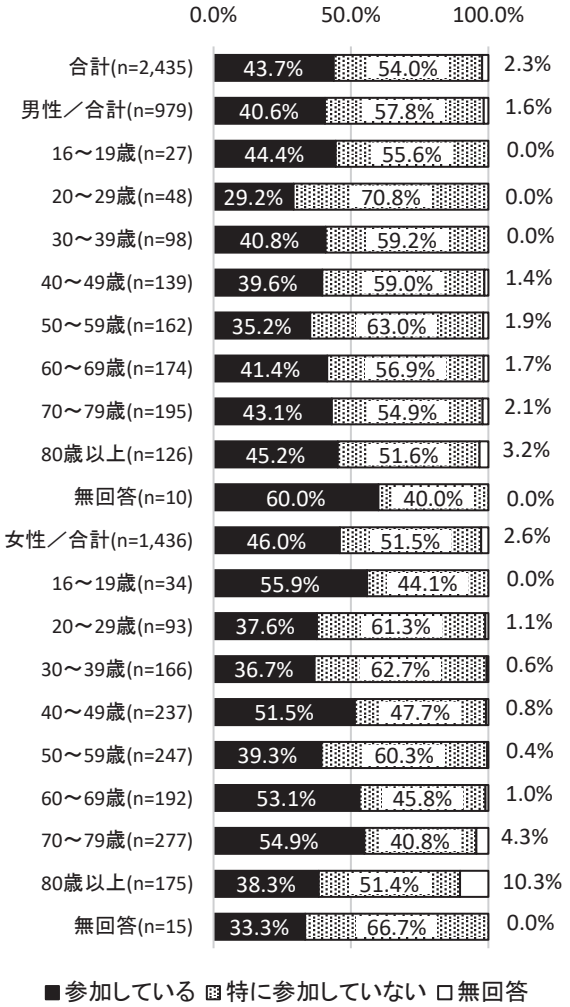
図表 64 は、回答者全員を対象として尋ねた行動範囲を示したものである。「自宅（自室）」が 53.7％で最も割合が高く、次いで「不特定多数の人の利用場所」で 53.3％、「自宅（家族との共用）」で 52.4％となる。国の調査でも同様の傾向を示すが、国の調査に比べると「自宅（家族との共用）」「職場や学校の拠点」の割合が低く、「趣味や活動の拠点」で若干高くなっている（国の調査では、自宅（家族との共用）＝ 60.0％、職場や学校の拠点＝ 54.7％、趣味や活動の拠点＝ 24.3％）。



図表 64　行動範囲（複数回答）

(4) 男女・年齢階級別社会参加の状況

図表 65 は、社会参加の状況を男女・年齢階級別に示したものである。全体では 43.7％となり、男女とも平均して 40％前後の参加がみられる。参加の割合が最も高いのは、男性では 80 歳以上で 45.2％、女性では 16 ～ 19 歳で 55.9％となる。特に、女性の 16 ～ 19 歳、40 歳代（51.5％）、60 歳代（53.1％）、70 歳代（54.9％）で参加の割合が高い。国の調査と比較すると全体に男性の参加率が国より低く、特に 60 歳代、70 歳代のほか、20 歳代と 50 歳代にその傾向が強くみられる（国の調査では、男性で 20 歳代 =38.3%、30 歳代 =44.1%、50 歳代 =45.0%、60 歳代 =54.6%）。逆に女性では参加率が全体に国より高く、20 歳代で特に国との差が大きいが、50 歳代のみ女性も参加率が国を下回っている（国の調査では、女性で 20 歳代 =28.1%、50 歳代 =43.7%）。全体的に国と比べて男性の参加率が低く、女性の参加率が高い。



図表 65　男女・年齢階級別社会参加の状況

なお、上記の社会参加の状況については次に示す図表 66 から作成したものである。ここでは社会参加の内容を複数選択で尋ねている。全体の傾向として、「スポーツ・趣味・娯楽など（部

活動等含む）」（以下「スポーツ等」）の割合が多く、「PTA・自治会・町内会等の活動」（以下「PTA・自治会等」）「子ども・障がい者・高齢者など手助け」が続く。国との比較では、男性 20 歳代の「スポーツ等」、男性 50 歳代～ 70 歳代の「PTA・自治会等」が国より少ない（国の調査では、男性で 20 歳代の「スポーツ等」=32.9%、「PTA・自治会等」については 50 歳代 =20.6%、60 歳代 =27.4%、70 歳代 =27.6%）。女性では 20 歳代の「スポーツ等」が国より多く、50 歳代～ 70 歳代の「PTA・自治会等」が国より少ない（国の調査では、女性で 20 歳代の「スポーツ等」=23.4%、「PTA・自治会等」については 50 歳代 =17.6%、60 歳代 =16.9%、70 歳代 =18.7%）。

図表 66　男女・年齢階級別社会参加の状況（詳細・複数選択）

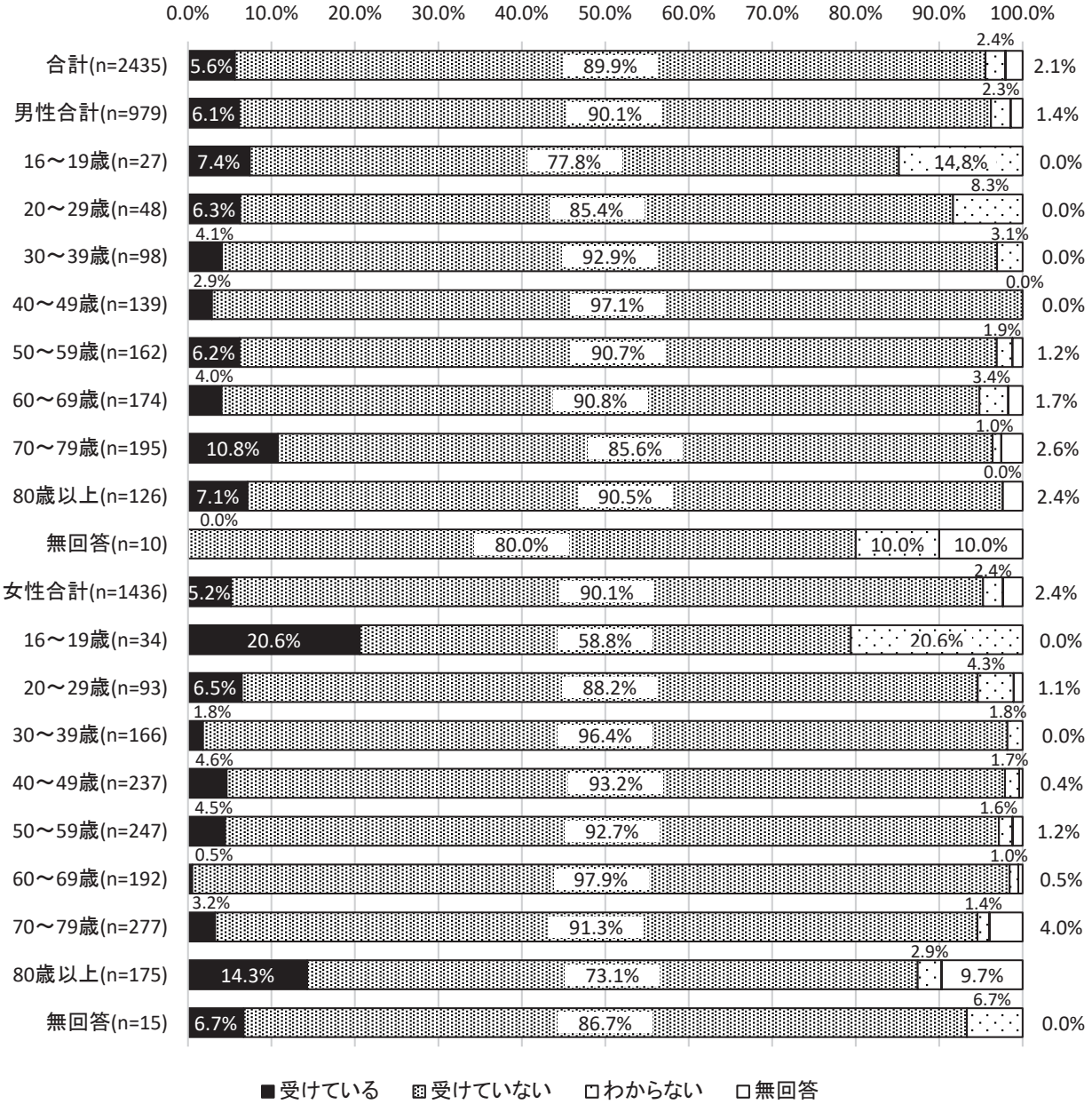
	n（人）	スポーツ・趣味・娯楽など（部活動等含む）	PTA・自治会・町内会等の活動	子ども・障がい者・高齢者など手助け	上記以外のボランティア活動	その他の活動	特に参加はしていない	無回答
合計	2,435	30.9%	10.7%	3.9%	3.8%	5.8%	54.0%	2.3%
男性合計	979	29.0%	8.4%	2.5%	4.5%	5.9%	57.8%	1.6%
16 ～ 19 歳	27	44.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	55.6%	0.0%
20 ～ 29 歳	48	22.9%	0.0%	4.2%	4.2%	2.1%	70.8%	0.0%
30 ～ 39 歳	98	32.7%	6.1%	0.0%	3.1%	3.1%	59.2%	0.0%
40 ～ 49 歳	139	28.8%	9.4%	2.2%	2.2%	2.9%	59.0%	1.4%
50 ～ 59 歳	162	24.1%	4.9%	3.1%	3.1%	3.7%	63.0%	1.9%
60 ～ 69 歳	174	26.4%	12.6%	3.4%	5.2%	8.6%	56.9%	1.7%
70 ～ 79 歳	195	30.3%	9.2%	2.1%	6.2%	10.3%	54.9%	2.1%
80 歳以上	126	33.3%	11.9%	3.2%	6.3%	6.3%	51.6%	3.2%
無回答	10	30.0%	0.0%	0.0%	20.0%	10.0%	40.0%	0.0%
女性合計	1,436	32.2%	12.3%	4.9%	3.3%	5.7%	51.5%	2.6%
16 ～ 19 歳	34	55.9%	0.0%	2.9%	0.0%	0.0%	44.1%	0.0%
20 ～ 29 歳	93	34.4%	1.1%	3.2%	2.2%	1.1%	61.3%	1.1%
30 ～ 39 歳	166	22.3%	14.5%	1.8%	1.2%	1.8%	62.7%	0.6%
40 ～ 49 歳	237	26.2%	26.2%	4.6%	0.8%	3.4%	47.7%	0.8%
50 ～ 59 歳	247	28.7%	7.7%	2.8%	3.6%	8.5%	60.3%	0.4%
60 ～ 69 歳	192	39.1%	11.5%	7.3%	5.7%	6.3%	45.8%	1.0%
70 ～ 79 歳	277	40.4%	13.4%	9.7%	5.4%	8.3%	40.8%	4.3%
80 歳以上	175	28.6%	6.3%	2.9%	4.0%	8.0%	51.4%	10.3%
無回答	15	26.7%	6.7%	0.0%	0.0%	0.0%	66.7%	0.0%

5-3　支援の受領や手助けの状況

(1) 男女・年齢階級別各種支援の受領状況

図表 67 は、各種支援の受領状況を男女・年齢階級別に示したものである。支援を受けている割合が最も高いのは、男性では 70 歳代で 10.8％、女性では 16 ～ 19 歳で 20.6％（ただし標本数が少ないので参考とする）、次いで 80 歳以上で 14.3％となる。国との比較では、男性 20 歳代・70 歳代の「受けている」の割合が国より多く、男性 40 歳代、女性 30 歳代･60 歳代･70 歳代の「受けていない」の割合が国より少ない（国の調査では、「受けている」が男性 20 歳代 =3.2%、男性 70 歳代 =4.3%。「受けていない」が女性 30 歳代 =90.3%、女性 60 歳代 =94.7%、女性 70 歳代 =87.5%）。

なお、ここで受領されている支援の内容については第 6 章で詳述する。



図表 67　男女・年齢階級別各種支援の受領状況

(2) 男女・年齢階級別他者への手助け状況

図表 68 は、他者への手助けの状況を男女・年齢階級別に示したものである。全体としては、割合の多い項目は「声掛け･手助けをしている」(43.0%)、「手助けを求める人がいない」(29.0%)「声掛け・手助けは自分にはできない」(11.2%)である。「声掛け・手助けをしている」の割合に注目すると、最も高いのは男性では 20 歳代(52.1%)、女性では 16 ～ 19 歳(58.8%)となる。男性では 16 歳～ 30 歳代で、女性では 16 歳～ 60 歳代で 50%を超える割合を示す。

国の調査との比較では、全体の傾向としては同様であるが、「声掛け・手助けをしている」に着目すると、男女各年齢階級とも国よりも若干少ない割合の層が多い。特に男性の 40 歳代と 70 歳代が国より少ない度合いが大きく、女性の 60 歳代が国より多い(国の調査結果では、「声掛け・手助けをしている」について、男性 40 歳代 =48.1%、男性 70 歳代 =37.2%、女性 60 歳代 =44.0%)。

図表 68　男女・年齢階級別他者への手助け状況(複数回答)

	声掛け・手助けをしている	声掛け・手助けを最近までしていた	声掛け・手助けは自分にはできない	手助けを求める人がいない	手助けしたくない・必要かわからない	その他	無回答
合計(n=2,435)	43.0%	6.9%	11.2%	29.0%	4.5%	3.1%	3.2%
男性合計(n=979)	35.6%	6.4%	15.5%	33.0%	5.9%	2.3%	2.0%
16 ～ 19 歳(n=27)	51.9%	7.4%	18.5%	22.2%	0.0%	0.0%	0.0%
20 ～ 29 歳(n=48)	52.1%	4.2%	12.5%	22.9%	6.3%	2.1%	0.0%
30 ～ 39 歳(n=98)	50.0%	7.1%	7.1%	27.6%	6.1%	2.0%	0.0%
40 ～ 49 歳(n=139)	38.1%	5.8%	6.5%	36.7%	9.4%	2.9%	0.7%
50 ～ 59 歳(n=162)	38.3%	5.6%	15.4%	29.0%	6.8%	4.9%	1.2%
60 ～ 69 歳(n=174)	32.8%	5.7%	17.2%	36.2%	6.3%	1.1%	1.1%
70 ～ 79 歳(n=195)	27.7%	7.7%	16.9%	35.4%	5.6%	2.6%	5.6%
80 歳以上(n=126)	25.4%	7.9%	25.4%	37.3%	2.4%	0.8%	3.2%
無回答(n=10)	30.0%	0.0%	50.0%	20.0%	0.0%	0.0%	0.0%
女性合計(n=1436)	47.7%	7.2%	8.3%	26.7%	3.6%	3.6%	3.8%
16 ～ 19 歳(n=34)	58.8%	5.9%	5.9%	29.4%	0.0%	0.0%	0.0%
20 ～ 29 歳(n=93)	55.9%	5.4%	3.2%	23.7%	9.7%	2.2%	0.0%
30 ～ 39 歳(n=166)	50.6%	7.2%	6.6%	22.9%	8.4%	2.4%	1.8%
40 ～ 49 歳(n=237)	50.2%	6.8%	3.8%	27.8%	3.4%	6.3%	1.7%
50 ～ 59 歳(n=247)	51.4%	6.1%	7.7%	29.6%	1.2%	3.6%	2.4%
60 ～ 69 歳(n=192)	52.6%	3.1%	7.3%	27.1%	3.1%	3.6%	3.6%
70 ～ 79 歳(n=277)	45.5%	9.0%	9.0%	27.8%	1.8%	2.2%	6.1%
80 歳以上(n=175)	28.6%	12.0%	20.0%	23.4%	3.4%	5.1%	8.6%
無回答(n=15)	40.0%	6.7%	6.7%	26.7%	0.0%	0.0%	20.0%

5-4　社会的孤立の状況に関する小括

ここまで社会的孤立に関する状況を社会的交流の頻度、外出や社会参加、支援の受領や他者への手助けから見てきた。その結果で特徴的なところは以下の図表 69 の通りである。

図表 69　豊中市での調査における社会的孤立に関する状況のポイント

・非同居の家族や友人と直接会って話す頻度が「全くない」「月 1 回未満」を合わせた割合が最も高いのは、男性では 30 歳代、女性では 50 歳代である。国の調査結果と比較して 30 歳代男性と 70 歳代男性、20 歳代女性が多い。
・外出頻度は「週 5 日以上」が最も多い（61.8%）。「週 1 日未満」「外出しない」は合わせて 3.6%。週 1 日以上外出する人の目的は「食事・買い物・日常の用事」、「仕事・学校」、「趣味や娯楽・散歩や運動」の順に多い。国と比較して「仕事・学校」が少なく「趣味や娯楽・散歩や運動」が多い。
・社会参加は女性の方が多い。国との比較では男性の社会参加がより少なく、女性がより多い。
・支援の受領は男性 70 歳代・80 歳代、女性 80 歳代で多い。国と比較して男性 70 歳代の受領している割合が多い。
・他者への手助けをしている人は、全体で 43.0% である。全体的に国と比較して若干少なく、特に男性の 40 歳代と 70 歳代で少ないが、女性の 60 歳代では国より多い。

6．「誰を」「どのように」支援できるか

6-1　支援に関する集計

前章までは、孤独感と社会的孤立に関する集計を見てきた。本章では、支援や相談に重点を置いた集計をもとにして、望まない孤独や孤立の状況にある人々にどのようにアプローチできるかを考えてみたい。

(1) 孤独感別支援主体

以下の図表 70 は「行政機関等から困りごとに対する支援を受けている」という設問に答えた人の支援主体を直接質問での孤独感別に示したものである。支援主体については複数回答で答える問となっている。全体には「行政機関と」答える人が多い。ただし国と比較すると支援主体に「社会福祉協議会」を選択する人が多く、「行政機関」を選択する人は国よりも少ない（国の調査では、「しばしばある・常にある」の層において行政機関 =68.2%、社会福祉協議会 =22.7%）。

同様に、支援主体について間接質問の回答別に整理すると、次の図表 71 の通りになる。ここでも全体には「行政機関」と答える人が多いが、孤独感の高い人において、国と比べて「社会福祉協議会」を挙げる人が多い（国の調査では「10 ～ 12 点（常にある）」の層において、行政機関 =54.8%、社会福祉協議会 = 22.6%）。

(2) 孤独感別支援を受けている人の支援内容

続いては支援内容について示す。(1) と同様、支援を受けている人にその内容を尋ねた。以下の は、直接質問での孤独感別に支援内容（複数回答）をまとめたものである。全体に「経済的支援」の割合が高く、孤独感が「しばしばある・常にある」の層では「相談支援」も多い。国との比較では、孤独感が「時々ある」の層において「人的支援」「相談支援」が国よりも少

図表 70　孤独感（直接質問）別支援主体（複数回答）

	行政機関	社会福祉協議会	NPO等民間・ボランティア団体	自治会・町内会	その他	無回答
合計（n=137）	52.6%	36.5%	4.4%	2.2%	7.3%	5.1%
しばしばある・常にある（n=23）	30.4%	47.8%	8.7%	0.0%	8.7%	8.7%
時々ある（n=22）	45.5%	36.4%	0.0%	0.0%	9.1%	9.1%
たまにある（n=28）	60.7%	42.9%	0.0%	0.0%	3.6%	0.0%
ほとんどない（n=35）	62.9%	25.7%	5.7%	5.7%	11.4%	2.9%
決してない（n=25）	64.0%	36.0%	4.0%	4.0%	0.0%	4.0%
無回答（n=4）	0.0%	25.0%	25.0%	0.0%	25.0%	25.0%

図表 71　孤独感（間接質問）別支援主体（複数回答）

	行政機関	社会福祉協議会	NPO等民間・ボランティア団体	自治会・町内会	その他	無回答
合計（n=137）	52.6%	36.5%	4.4%	2.2%	7.3%	5.1%
10 ～ 12 点（常にある）（n=22）	40.9%	40.9%	4.5%	0.0%	13.6%	4.5%
7 ～ 9 点（時々ある）（n=56）	51.8%	42.9%	1.8%	1.8%	3.6%	5.4%
4 ～ 6 点（ほとんどない）（n=34）	61.8%	26.5%	5.9%	2.9%	8.8%	0.0%
3 点（決してない）（n=20）	60.0%	35.0%	5.0%	5.0%	5.0%	10.0%
無回答（n=5）	20.0%	20.0%	20.0%	0.0%	20.0%	20.0%

なくなっている（国の調査結果では、「時々ある」の層で人的支援 =37.6%、相談支援 =41.9%）。

同様の集計を間接質問について行ったのが図表 73 である。ここでも孤独感の高い層においては経済的支援が多いが、国と比較すると「10 ～ 12 点（常にある）」の層において経済的支援が多く、人的支援と相談支援は国よりも少ない（国の調査では「10 ～ 12 点（常にある）」の層で、経済的支援 =50.0%、人的支援 = 27.4%、相談支援 =35.5%）。直接質問・間接質問のいずれにおいても全体的に人的支援・相談支援の割合が国より低いのが特徴である。

図表 72　孤独感（直接質問）別支援を受けている人の支援内容（複数回答）

	経済的支援	現物給付	人的支援	相談支援	その他	無回答
合計（n=137）	44.5%	4.4%	27.7%	23.4%	10.2%	8.0%
しばしばある・常にある（n=23）	65.2%	0.0%	21.7%	34.8%	0.0%	4.3%
時々ある（n=22）	45.5%	9.1%	27.3%	13.6%	13.6%	9.1%
たまにある（n=28）	39.3%	0.0%	25.0%	25.0%	10.7%	10.7%
ほとんどない（n=35）	51.4%	5.7%	20.0%	14.3%	20.0%	5.7%
決してない（n=25）	24.0%	8.0%	40.0%	36.0%	4.0%	8.0%
無回答（n=4）	25.0%	0.0%	75.0%	0.0%	0.0%	25.0%

図表 73　孤独感（間接質問）別支援を受けている人の支援内容（複数回答）

	経済的支援	現物給付	人的支援	相談支援	その他	無回答
合計（n=137）	44.5%	4.4%	27.7%	23.4%	10.2%	8.0%
10 ～ 12 点（常にある）（n=22）	68.2%	4.5%	22.7%	22.7%	4.5%	4.5%
7 ～ 9 点（時々ある）（n=56）	44.6%	3.6%	25.0%	25.0%	10.7%	7.1%
4 ～ 6 点（ほとんどない）（n=34）	50.0%	8.8%	23.5%	11.8%	14.7%	2.9%
3 点（決してない）（n=20）	15.0%	0.0%	45.0%	45.0%	5.0%	15.0%
無回答（n=5）	20.0%	0.0%	40.0%	0.0%	20.0%	40.0%

(3) 孤独感別支援を受けていない理由

次に支援を受けていない人に着目してみる。以下の図表 74 は、支援を受けていない人にその理由を尋ね、孤独感（直接質問）別に整理したものである。全体に「支援が必要でないから」が多いが、孤独感が高くなるにつれ「支援は必要だが我慢できるため」「支援の受け方が分からないため」を選択する割合が増える。国との比較においては孤独感が「しばしばある・常にある」の層において、「支援が必要でないため」と答える人が少なく、「我慢できるため」が多い（国の調査結果では、「しばしばある・常にある」の層で、支援が必要でないから＝60.5%、我慢できるため＝ 13.7%）。

同様の集計を間接質問について行ったのが図表 75 である。ここでも全体に「支援が必要でないため」が多いが、国との比較では「10 ～ 12 点（常にある）」の層において、「支援が必要でないため」が少なく、「我慢できるため」が多い（国の調査結果では、「10 ～ 12 点（常にある）の層で、支援が必要でないから＝60.4%、我慢できるため＝ 15.3%）。直接質問と合わせて、国と比較して「我慢できるため」と答える人の割合が若干多い。

図表 74　孤独感（直接質問）別支援を受けていない理由（複数回答）

	支援が必要ではないため	支援が必要だが我慢できるため	支援の受け方がわからないため	支援を受ける手続きが面倒であるため	支援を受けるのが恥ずかしいため	相手に負担をかけるため	申し込んだが断られたため	その他	無回答
合計（n=2,190）	78.4%	7.0%	6.3%	2.7%	0.8%	0.6%	0.9%	1.6%	8.7%
しばしばある・常にある（n=97）	44.3%	20.6%	22.7%	6.2%	5.2%	1.0%	4.1%	5.2%	12.4%
時々ある（n=196）	65.8%	11.7%	13.3%	6.1%	1.5%	0.5%	0.5%	1.5%	10.7%
たまにある（n=473）	73.8%	10.1%	8.9%	4.7%	1.1%	1.1%	0.6%	1.3%	9.3%
ほとんどない（n=949）	82.2%	4.6%	3.7%	1.6%	0.4%	0.6%	0.7%	1.7%	9.0%
決してない（n=461）	88.3%	3.9%	2.4%	0.9%	0.0%	0.0%	0.9%	1.1%	5.6%
無回答（n=14）	71.4%	0.0%	14.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	14.3%

図表 75　孤独感（間接質問）別支援を受けていない理由（複数回答）

	支援が必要ではないため	支援が必要だが我慢できるため	支援の受け方がわからないため	支援を受ける手続きが面倒であるため	支援を受けるのが恥ずかしいため	相手に負担をかけるため	申し込んだが断られたため	その他	無回答
合計（n=2,190）	78.4%	7.0%	6.3%	2.7%	0.8%	0.6%	0.9%	1.6%	8.7%
10 ～ 12 点（常にある）（n=131）	55.0%	19.8%	18.3%	9.9%	5.3%	0.0%	3.1%	4.6%	7.6%
7 ～ 9 点（時々ある）（n=752）	75.4%	7.7%	9.6%	4.3%	1.1%	1.2%	0.7%	1.3%	9.4%
4 ～ 6 点（ほとんどない）（n=893）	81.6%	6.0%	3.6%	1.2%	0.2%	0.4%	0.6%	1.7%	7.8%
3 点（決してない）（n=387）	86.8%	3.1%	2.1%	0.8%	0.0%	0.0%	1.0%	0.8%	8.0%
無回答（n=27）	51.9%	11.1%	7.4%	0.0%	0.0%	0.0%	3.7%	3.7%	29.6%

6-2　相談に関する集計

(1) 不安や悩みを相談する際の感情

次に、不安や悩みについての相談に関する集計を見ていく。図表 76 は不安や悩みを相談する際の感情について尋ねた結果（複数回答）を孤独感（直接質問）別に集計したものである。孤独感の高い層になると、全体の傾向に比べ「相談で解決できる手掛かりが得られる」「相談で気持ちが楽になる」を選択する人の割合が減り、「相談しても無駄である（解決しない）」「相談すると相手の負担になる」「連絡や、不安や悩みの説明が面倒」を選択する人の割合が増える。国と比較したところ、全体の傾向は同様であるが、「無駄である」「負担になる」「説明が面倒」等の項目を選択する人の割合は国よりも比較的少ない（国の調査では孤独感が「しばしばある・常にある」の層で、負担になる =26.0%、無駄である =41.6%）。

同様の集計を間接質問についても行った結果を、図表 77 に示した。孤独感が高いほど「相

談しても無駄である」「相手の負担になる」を選択する割合が増えるのは直接質問と同様の傾向である。国との比較では、孤独感が「10～12点（常にある）」の層で、「相談することが恥ずかしい」「相談しても無駄である」のいずれもが国より少ない（国の調査では孤独感が「10～12点（常にある）」の層で、相談することが恥ずかしい=15.6%、相談しても無駄である=37.0%）。直接質問と合わせて、相談に否定的な感情を選択する人の割合は国に比較して少なくなっている。

図表76　孤独感（直接質問）別不安や悩みを相談する際の感情（複数回答）

	相談で解決できる・手掛かりが得られる	相談で気持ちが楽になる	連絡や、不安や悩みの説明が面倒	相談することが恥ずかしい	相談すると相手の負担になる	相談しても無駄である（解決しない）	相談について感じること・その他	相談について感じること：無回答
合計（n=2,435）	62.4%	70.7%	7.2%	3.5%	7.8%	9.2%	2.4%	2.2%
しばしばある・常にある（n=126）	35.7%	46.0%	15.9%	7.9%	15.1%	34.1%	4.8%	3.2%
時々ある（n=224）	40.6%	66.5%	11.6%	6.7%	19.6%	21.4%	2.2%	3.1%
たまにある（n=538）	58.7%	71.9%	9.3%	5.9%	11.0%	11.0%	3.0%	2.4%
ほとんどない（n=1022）	67.7%	74.2%	5.8%	2.3%	4.8%	5.7%	1.7%	1.1%
決してない（n=503）	73.2%	72.2%	3.8%	0.8%	3.4%	3.4%	2.4%	2.2%
無回答（n=22）	31.8%	31.8%	9.1%	4.5%	4.5%	0.0%	9.1%	36.4%

図表77　孤独感（間接質問）別不安や悩みを相談する時の感情（複数回答）

	相談で解決できる・手掛かりが得られる	相談で気持ちが楽になる	連絡や、不安や悩みの説明が面倒	相談することが恥ずかしい	相談すると相手の負担になる	相談しても無駄である（解決しない）	相談について感じること・その他	相談について感じること：無回答
合計（n=2,435）	62.4%	70.7%	7.2%	3.5%	7.8%	9.2%	2.4%	2.2%
10～12点（常にある）（n=159）	30.8%	49.1%	19.5%	9.4%	20.8%	30.8%	3.8%	3.1%
7～9点（時々ある）（n=858）	57.0%	71.6%	9.6%	5.8%	11.7%	13.4%	3.0%	1.4%
4～6点（ほとんどない）（n=962）	67.9%	73.9%	4.7%	1.9%	4.8%	4.7%	1.8%	2.0%
3点（決してない）（n=416）	75.2%	73.6%	3.4%	0.2%	1.7%	2.4%	1.7%	1.7%
無回答（n=40）	37.5%	32.5%	10.0%	5.0%	7.5%	15.0%	5.0%	27.5%

(2) 不安や悩みの相談相手の種類

不安や悩みの相談相手については、図表 78 の通りである。回答者全体での集計であるが、「家族・親族」「友人・知人」「仕事・学校関係者」の順に多くなっている。国の調査での同様の質問に対して、豊中市の調査では「民生委員・児童委員に相談」の項目を加えている。そのため全く同一の設問になっていないが参考として述べると、国と比べて「家族・親族に相談」「友人・知人に相談」を選ぶ人の割合は少ない（国の調査では、家族・親族に相談 =93.0%、友人・知人に相談 =63.2%）。

図表 78　不安や悩みの相談相手の種類（複数回答）
（n=2,435）

家族・親族に相談	79.9%
友人・知人に相談	55.2%
自治会・町内会・近所の人に相談	3.8%
仕事・学校関係者に相談	21.9%
行政機関に相談	3.7%
NPO 等民間・ボランティア団体に相談	1.1%
民生委員・児童委員に相談	1.5%
相談相手・その他	2.4%
誰に相談するのかがわからない	0.2%
相談相手；無回答	11.8%

(3) 希望する相談形態

次に、豊中市での調査の独自項目として希望する相談形態について尋ねた。図表 79、図表 80 はその結果について、男女・年齢階級別に集計したものである。

表の強調部分が各年代の中で回答の多い項目である。男女ともに多くの年齢階級において「窓口で対面」「電話」の割合が多いが、男女（特に女性）の若年層では「ネットで顔を見ながら」を選択する人の割合が多く、男性の中年層では「メール」を選択する人の割合も比較的多い。また、男性の高齢層では「相談員の自宅訪問」の割合が多い。

図表 79　希望する相談形態（男性・年齢階級別）（複数回答）

	窓口で対面	電話	メール	ネットで顔をみながら	SNS	相談員の自宅訪問	その他	相談支援を受けたくない	わからない	無回答
男性合計（n=979）	53.8%	35.4%	16.0%	14.0%	7.8%	13.6%	0.7%	9.3%	11.5%	2.5%
16 ～ 19 歳（n=27）	33.3%	29.6%	11.1%	22.2%	14.8%	7.4%	3.7%	14.8%	29.6%	0.0%
20 ～ 29 歳（n=48）	45.8%	25.0%	20.8%	37.5%	14.6%	8.3%	0.0%	12.5%	8.3%	0.0%
30 ～ 39 歳（n=98）	45.9%	33.7%	18.4%	24.5%	17.3%	6.1%	0.0%	17.3%	7.1%	2.0%
40 ～ 49 歳（n=139）	56.8%	34.5%	25.2%	19.4%	12.9%	7.2%	0.0%	11.5%	7.2%	0.0%
50 ～ 59 歳（n=162）	53.7%	35.2%	21.0%	17.9%	6.2%	8.6%	0.0%	8.0%	16.0%	1.9%
60 ～ 69 歳（n=174）	63.8%	34.5%	16.7%	13.8%	8.0%	11.5%	1.1%	5.2%	9.2%	1.1%
70 ～ 79 歳（n=195）	54.4%	44.1%	10.8%	4.6%	1.5%	22.6%	0.5%	8.7%	10.8%	3.6%
80 歳以上（n=126）	51.6%	32.5%	4.8%	0.0%	2.4%	26.2%	2.4%	7.1%	12.7%	6.3%
無回答（n=10）	30.0%	20.0%	10.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	20.0%

図表 80　希望する相談形態（女性・年齢階級別）（複数回答）

	窓口で対面	電話	メール	ネットで顔をみながら	SNS	相談員の自宅訪問	その他	相談支援を受けたくない	わからない	無回答
女性合計（n=1,436）	49.4%	38.7%	14.2%	22.1%	8.1%	12.5%	0.5%	5.9%	12.0%	2.6%
16 ～ 19 歳（n=34）	14.7%	11.8%	11.8%	38.2%	2.9%	0.0%	0.0%	20.6%	17.6%	0.0%
20 ～ 29 歳（n=93）	44.1%	32.3%	23.7%	60.2%	8.6%	6.5%	0.0%	4.3%	8.6%	1.1%
30 ～ 39 歳（n=166）	47.6%	31.9%	18.1%	41.6%	12.0%	12.7%	0.0%	11.4%	7.8%	0.6%
40 ～ 49 歳（n=237）	49.8%	39.7%	24.1%	34.2%	15.6%	7.2%	0.4%	6.3%	7.2%	1.3%
50 ～ 59 歳（n=247）	57.9%	39.7%	19.0%	23.5%	11.7%	6.5%	0.4%	5.3%	9.7%	1.2%
60 ～ 69 歳（n=192）	61.5%	47.9%	14.1%	12.5%	5.2%	9.4%	0.5%	2.1%	13.5%	0.5%
70 ～ 79 歳（n=277）	53.1%	44.8%	4.7%	3.6%	2.5%	17.7%	0.4%	2.5%	17.0%	3.6%
80 歳以上（n=175）	30.3%	30.9%	0.0%	1.7%	1.7%	30.3%	1.7%	9.1%	16.6%	9.1%
無回答（n=15）	40.0%	46.7%	26.7%	26.7%	6.7%	0.0%	0.0%	0.0%	20.0%	13.3%

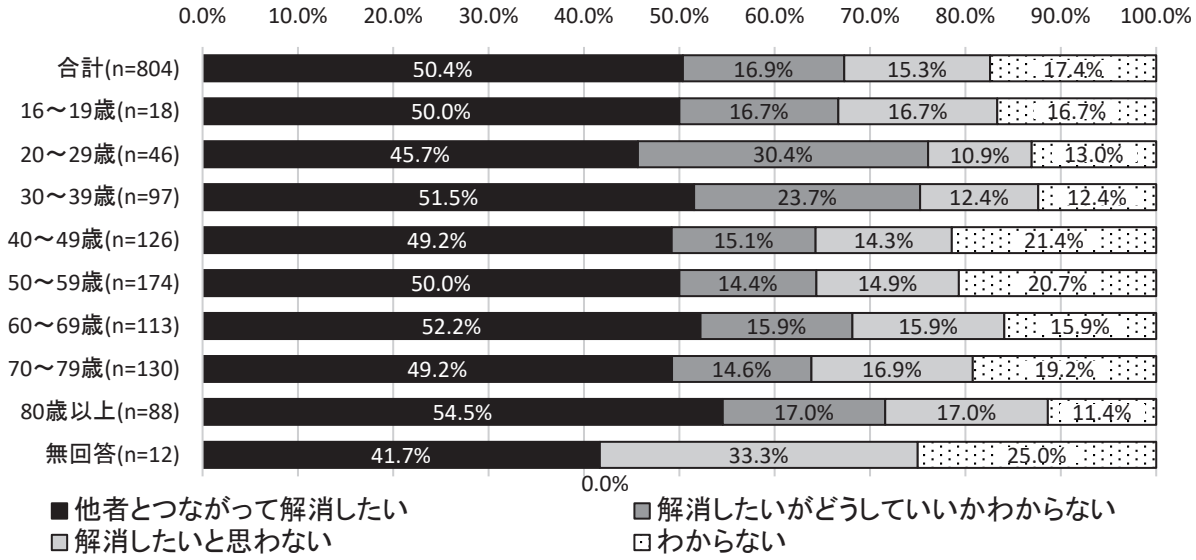
6-3　孤独の解消に関する集計

豊中市の調査での独自項目として、孤独の解消に関する意向を尋ねた。これは、孤独感に関する直接質問において「たまにある」「時々ある」「しばしばある・常にある」と回答した人を対象としたものである。

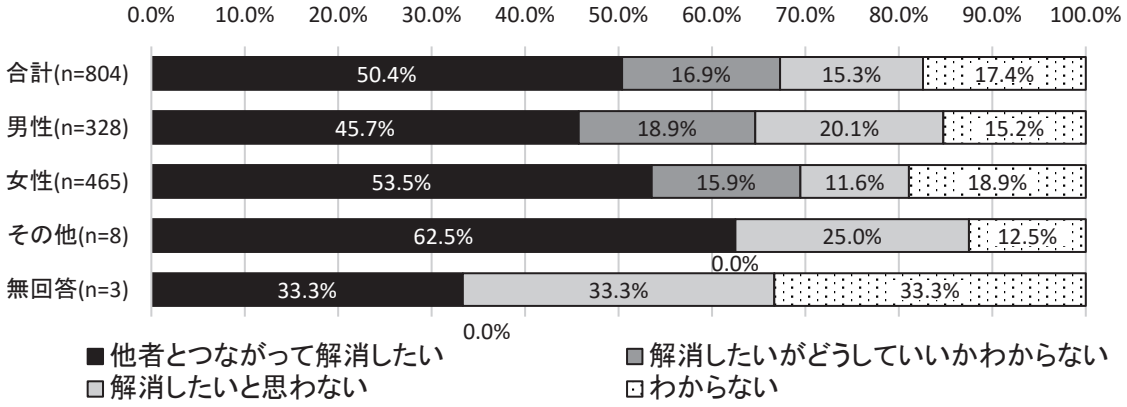
まず年齢階級別に見ると図表 81 の通りである。全体としては「他者とつながって解消したい」が 50.4％を占め、次いで「わからない」（17.4%）「解消したいがどうしていいかわからない」（16.9%）「解消したいと思わない」（15.3%）の順に続く[10]。20 歳代・30 歳代では「解消したいがどうしていいかわからない」を選ぶ人の割合が多く、40 歳代・50 歳代・70 歳代では「わからない」を選ぶ人の割合が多い。若年層には、解消のきっかけをもたらすこと、中高年層には「わからない」という状況がまずはどのような状態であるのか（例えば何らかの支援が必要であるならばどのような問題が生じているのか）を確認することが求められるのではないかと考えられる。

図表 82 は性別ごとに孤独の解消意向をまとめたものである。男性と女性を比較すると、男性は「他者とつながって解消したい」の割合が女性より少ない一方で、「解消したいと思わない」の割合が女性に比べて多く、女性は「わからない」の割合が男性よりも多い。

[10] もともとは「家族とつながって解消したい」「友人・知人とつながって解消したい」「身近でない人とつながって解消したい」「解消したいがどうしていいかわからない」「解消したいとは思わない」「わからない」「その他」という選択肢への回答で複数回答としていたものを、項目をまとめて加工し、単一回答となるようにした。



図表 81　年齢階級別孤独の解消に関する意向



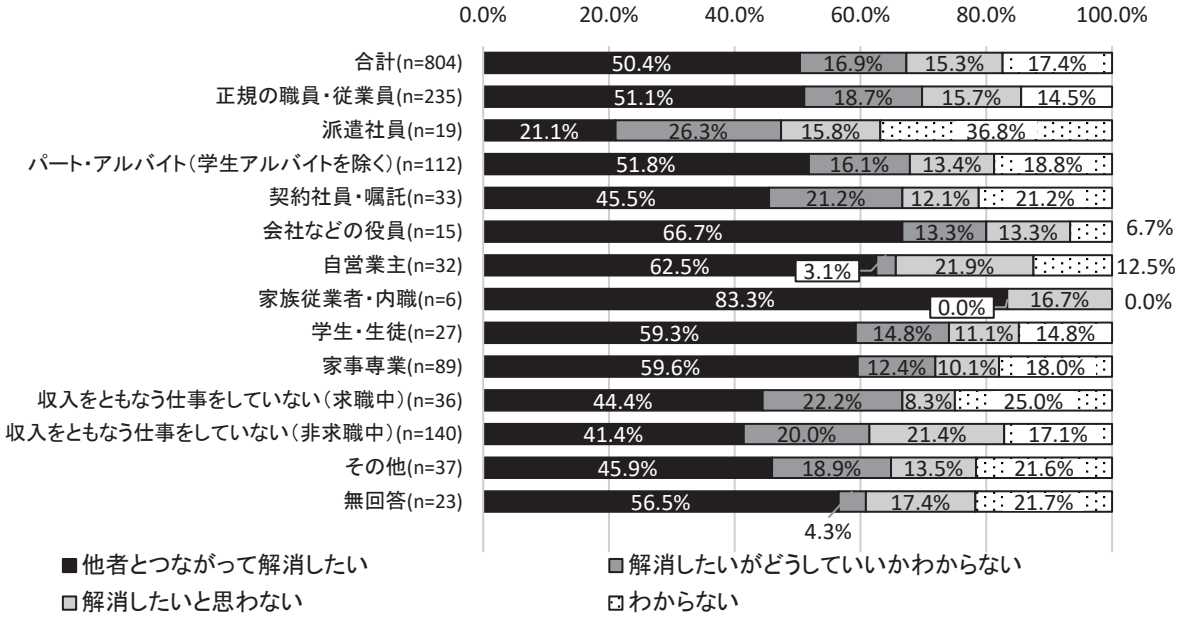
図表 82　性別と孤独の解消に関する意向

図表 83 は現在の仕事別に見た孤独の解消意向である。現在の仕事を派遣社員と答えた人では、「わからない」がもっとも多い割合を占め、「解消したいがどうしていいかわからない」も多い。契約社員においても、「解消したいがどうしていいかわからない」「わからない」が比較的多く、収入を伴う仕事をしていないが現在仕事を探しているという人も、「解消したいがどうしていいかわからない」と「わからない」を選択する人が多い。パート・アルバイト以外の非正規雇用の職にある人や求職中の人に、支援のニーズがあるのではないかと考えらえる。

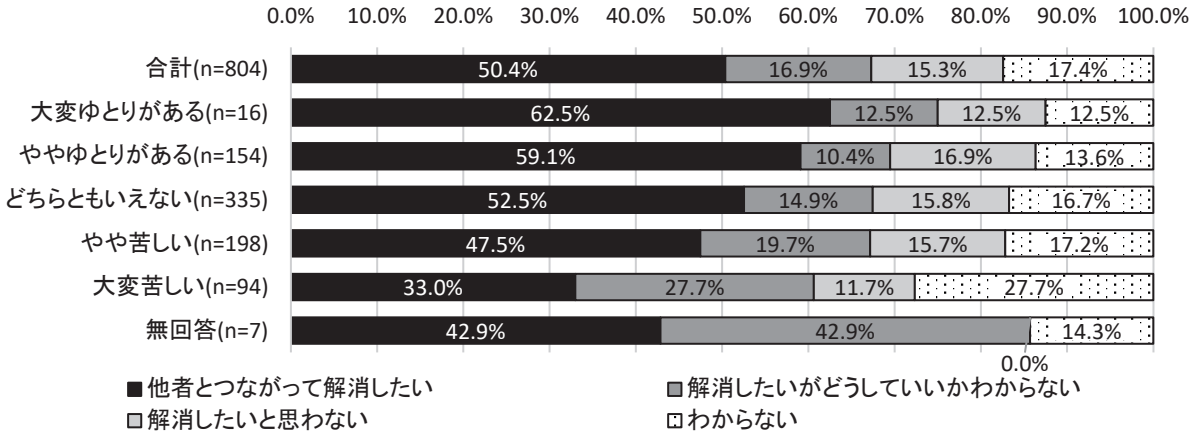
図表 84 は現在の暮らし向きごとに孤独の解消意向を見たものである。暮らし向きが苦しくなるほど、「他者とつながって解消したい」を選択する人の割合は減少し、「解消したいがどうしていいかわからない」「わからない」を選択する人の割合が増えていく。

図表 85 は心身の健康状態別に孤独の解消意向を見たものであるが、これは先に示した暮ら

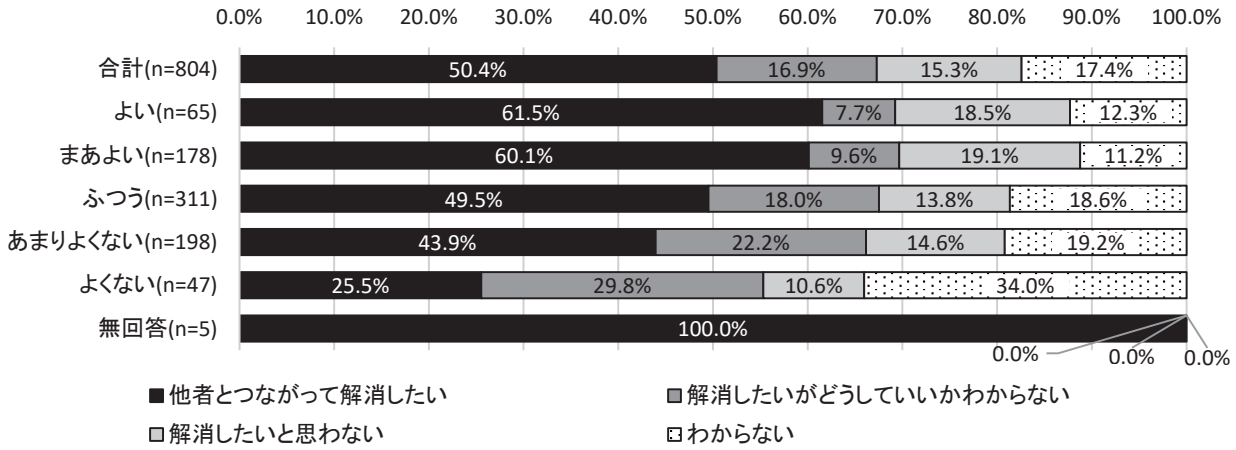
し向きと同様の傾向であり、「心身の健康状態がよくない」ほど、「他者とつながって解消したい」を選択する人の割合は減少し、「解消したいがどうしていいかわからない」「わからない」を選択する人の割合が増えていく。暮らし向きと心身の健康自体が相関していることも考えられるが、いずれにせよここにも支援のニーズがあるのではないかと考えらえる。



図表 83　現在の仕事別孤独の解消意向



図表 84　暮らし向き別孤独の解消意向

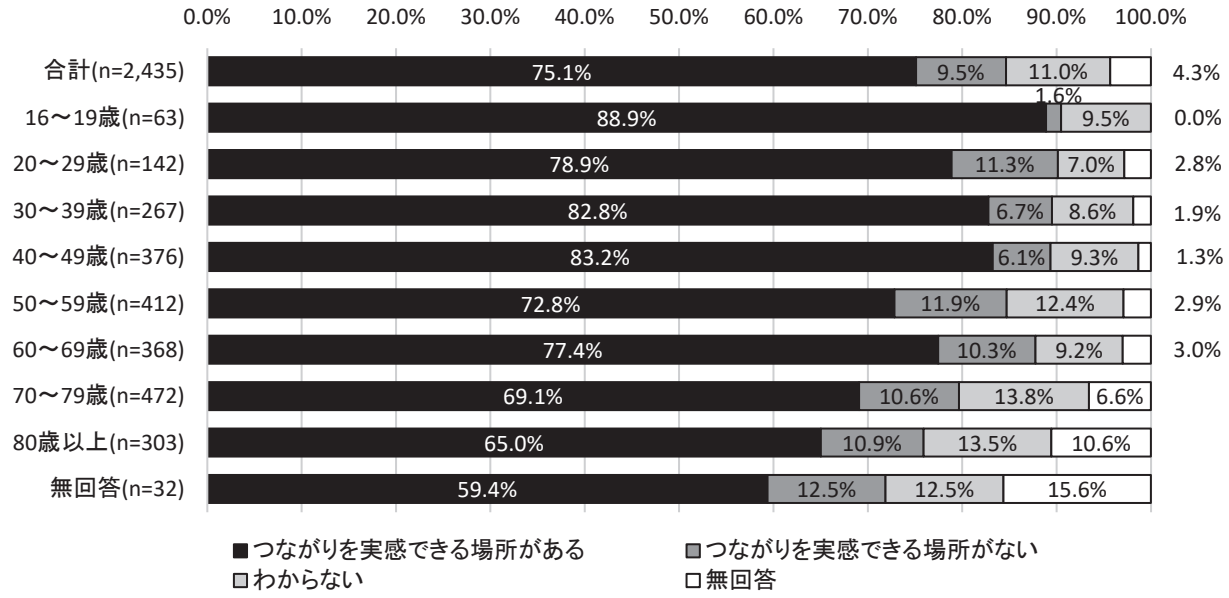


図表 85　心身の健康状態別孤独の解消意向

6-4　人とのつながりを実感できる場所についての集計

以下の図表 86 は、人とのつながりを実感できる場所の有無を年齢階級別にまとめたものである。全体としては 75.1% がつながりが実感できる場所があると答えているが、年齢階級が高齢になるとともにその割合が下がっていく。

続く図表 87 は、上記の設問でつながりを実感できる場所があると答えた人に、人とのつながりを実感できる場所の種類を尋ねた結果（複数回答）を年齢階級別にまとめたものである。高齢になるほど、つながりが実感できる場所として「趣味活動サークル･団体」「地域活動サークル・団体」が選択される割合が増えていく。高齢者にとっての、自宅以外での活動場所の重要性が伺える。



図表 86　人とのつながりを実感できる場所の有無

図表 87　人とのつながりを実感できる場所の種類（複数回答）

	自宅	職場	学校（部活含む）	飲食店・販売店	趣味活動サークル・団体	地域活動サークル・団体	公共施設（図書公民館）	公園	インターネット空間	その他	無回答
合計（n=1,829）	81.0%	29.5%	3.7%	9.6%	22.0%	5.5%	3.9%	4.0%	12.1%	6.2%	0.2%
16 ～ 19 歳（n=56）	83.9%	3.6%	78.6%	1.8%	14.3%	0.0%	0.0%	1.8%	16.1%	1.8%	0.0%
20 ～ 29 歳（n=112）	83.9%	37.5%	15.2%	8.9%	13.4%	1.8%	0.9%	0.9%	28.6%	6.3%	0.0%
30 ～ 39 歳（n=221）	85.1%	42.5%	0.5%	6.8%	15.4%	1.8%	2.7%	5.4%	17.2%	2.3%	0.0%
40 ～ 49 歳（n=313）	87.2%	40.9%	0.6%	7.7%	12.1%	1.9%	2.9%	2.9%	8.3%	6.1%	0.0%
50 ～ 59 歳（n=300）	81.0%	44.3%	0.3%	12.0%	19.3%	2.3%	2.3%	2.3%	13.7%	5.7%	0.0%
60 ～ 69 歳（n=285）	78.6%	28.4%	0.0%	10.5%	24.9%	6.0%	2.5%	3.9%	10.9%	6.7%	0.4%
70 ～ 79 歳（n=326）	75.8%	14.4%	0.0%	12.0%	36.2%	9.8%	6.7%	6.4%	9.5%	5.5%	0.0%
80 歳以上（n=197）	76.6%	3.6%	0.5%	8.6%	28.9%	16.2%	9.6%	5.6%	4.1%	13.7%	1.5%
無回答（n=19）	78.9%	26.3%	5.3%	15.8%	15.8%	0.0%	5.3%	0.0%	31.6%	5.3%	0.0%

6-5　新型コロナウィルス感染拡大による変化に関する集計

次に、新型コロナウィルス感染拡大による変化に関する集計をまとめた。図表 88 は新型コロナウィルス感染拡大によるコミュニケーションの変化で、人と直接会ってのコミュニケーションが減少し、直接会わずにコミュニケーションすることが増えたことを示している。国の同様の質問項目との比較では、回答結果の割合に大きな差が見られない。

図表 88　新型コロナウィルス感染拡大によるコミュニケーションの変化

（n=2,435）

	増えた	変わらない	減った	無回答
①人と直接会ってコミュニケーションすること	1.0%	29.8%	66.8%	2.4%
②人と直接と会わずにコミュニケーションすること	26.0%	57.7%	12.4%	3.8%

図表 89 は新型コロナウィルス感染拡大による日常生活の変化に関して尋ねた結果をまとめたものである。①の生活全体については回答者全体のうち 55.5%が「変わらない」、26.7% が「やや悪くなった」と答えている。②の家族との関係については「変わらない」と答える人の割合が①生活全体より多く、③家族以外の親しい人④地域・社会とのつながり⑥心身の健康については①生活全体とほぼ同傾向である。⑤学習・職場環境については「やや悪くなった」「悪くなった」と答える傾向がやや多い。

なお、この設問においては国の調査結果とほぼ同傾向であった。

図表 89　新型コロナウィルス感染拡大による日常生活の変化

（n=2,435）

	良くなった	まあ良くなった	変わらない	やや悪くなった	悪くなった	無回答
①生活全体	1.1%	3.4%	55.5%	26.7%	9.9%	3.4%
②家族との関係	2.6%	6.1%	77.4%	6.2%	2.6%	5.1%
③家族以外親しい人との関係	0.7%	2.2%	62.8%	24.6%	5.9%	3.8%
④地域・社会とのつながり	0.5%	0.9%	59.0%	26.7%	7.9%	5.0%
⑤学習・職場環境（学び方・働き方を含む）	1.3%	4.6%	49.0%	20.9%	8.9%	15.2%
⑥心身の健康状態	0.8%	2.5%	63.5%	23.9%	5.7%	3.5%

6-6　孤独と孤立の影響の違い

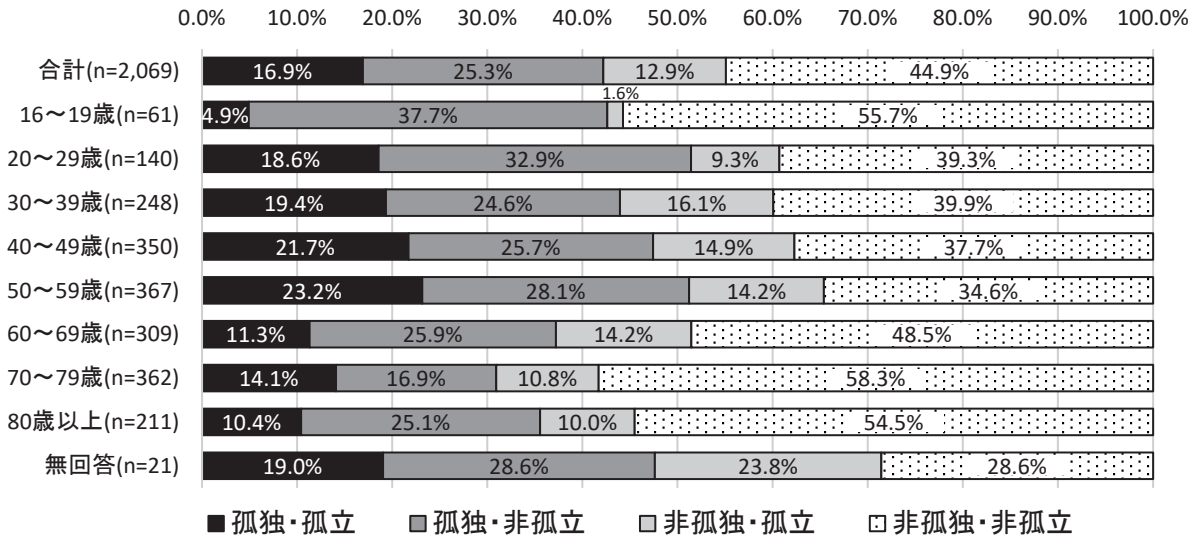
以上では支援や相談、また孤独の解消意向等に関する集計結果を見てきた。ここからは、孤独感の高い人の中に「支援が必要だが我慢できる」と答えている人が一定の割合で存在していること、また心身の健康状態が良くないことや暮らし向きの苦しさが孤独の解消における対処方法のわからなさや回答自体の困難さ（「わからない」を選択すること）と結びついていることが見て取れる。何らかの支援を必要としているにもかかわらず、支援の申し出にまでは至っていないケースがあるのではないだろうか。

そこで、孤独・孤立との関係から、どのような状態にある人が困難を抱えているのかをまず検討することとする。本調査研究では第 2 章で示したように、孤独と孤立を区別して捉えている。この区別を活用して、回答者を「孤独・孤立」「孤独・非孤立」「非孤独・孤立」「非孤独・非孤立」の 4 類型に分割し、いくつかの設問における回答を分析した[11]。

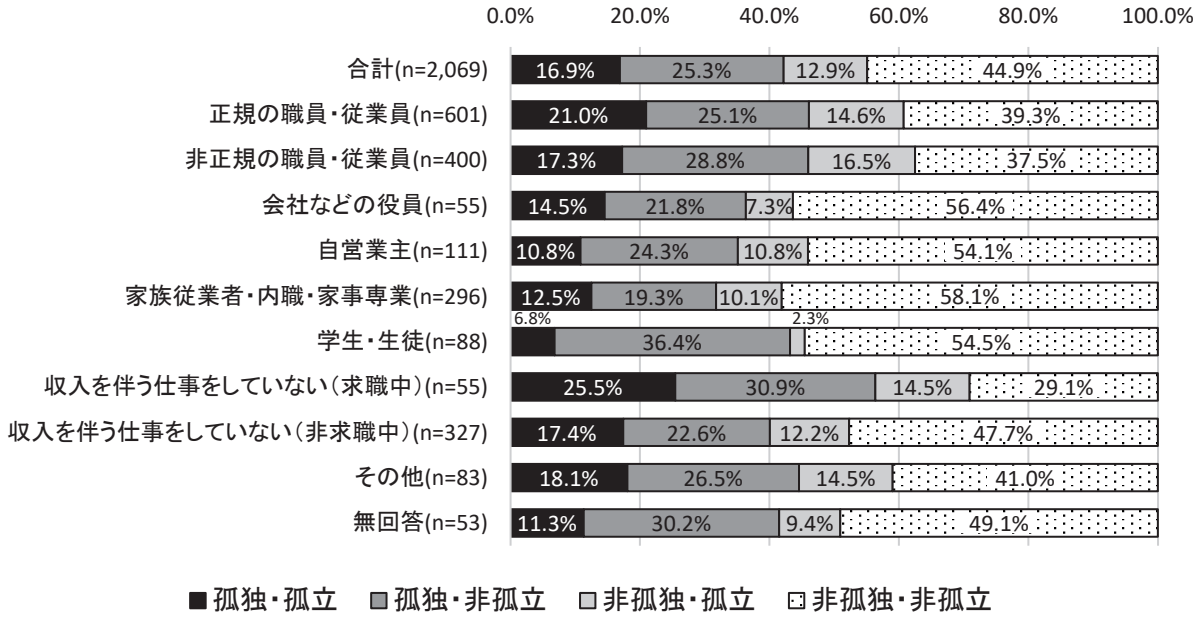
図表 90 は年齢と孤独・孤立の関係を示したものである。40 歳代～ 50 歳代の壮年層、次いで 20 歳代～ 30 歳代の若年層に孤独・孤立および孤独・非孤立が多い。逆に 60 歳代以上の高齢者層では特に孤独･孤立が少なくなっている。孤独感のみの集計においても高齢者の孤独感は壮年層に比べて低いことが関係しているが、一方で孤立に関する集計（コミュニケーション頻度）では高齢者に無回答が多いため、その分がここでの分析から除外されている。したがって高齢者が相対的に孤独・孤立の度合いが低いということには留保が必要であるが、孤独感が比較的低いのは確かである。

次の図表 92 は世帯収入を世帯人数の平方根で割ることで人数の影響を調整した等価世帯所得を値の小さい順に 8 つのグループに分け、それぞれのグループごとの孤独・孤立の割合を示したものである。第 1 分位において孤独・孤立および孤独・非孤立の割合が高いほかは、若干の差はあるものの各グループとも同様の傾向である。収入が多い層においても間接質問でやや

[11] 具体的には、孤独感に関する間接質問の合計スコアが高い方のグループ（「10 点～ 12 点（常にある）」「7 点～ 9 点（時々ある）」を「孤独」とし、非同居の家族･友人と直接会って話す回数が 1 回未満のグループを「孤立」とした上で、それぞれの分類を掛け合わせた。



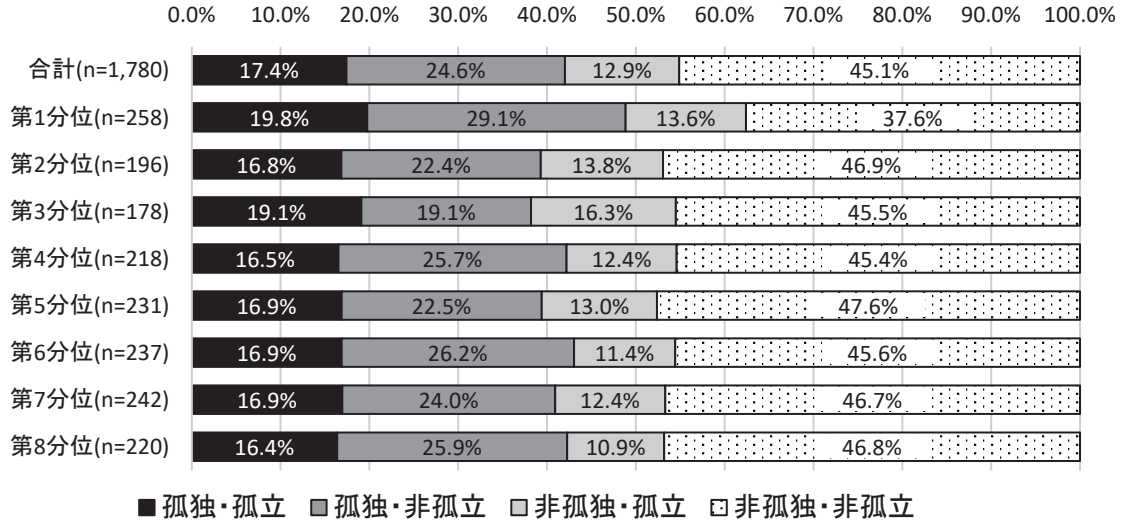
図表 90　年齢階級別孤独・孤立の 4 類型



図表 91　現在の仕事（集約）別孤独・孤立の 4 類型

強い孤独感を示す回答が少なくないことも影響しており、4 類型で見ると収入の多寡にかかわらず一定の孤独･孤立があることを示している。

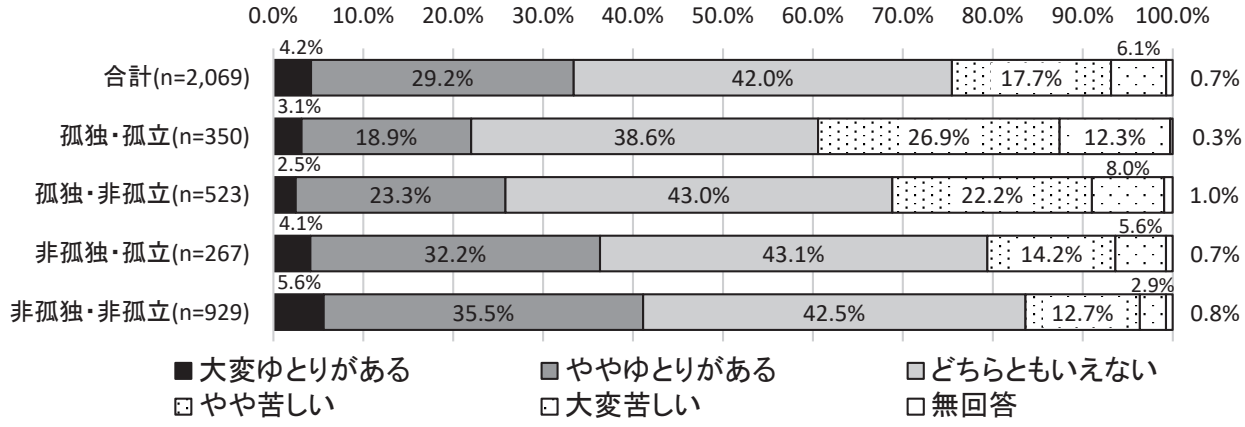
は現在の仕事と孤独・孤立の関係を示した。集計にあたって項目を集約している。孤独・孤立の割合が最も高いのは、収入を伴う仕事をしていない求職中の人である。また正規の職員・従業員においても孤独・孤立の割合が比較的高いが、これは孤独感の間接質問においてやや強い孤独感を示す回答が多かったためである。また、学生・生徒において孤独・非孤立の割合が高い。



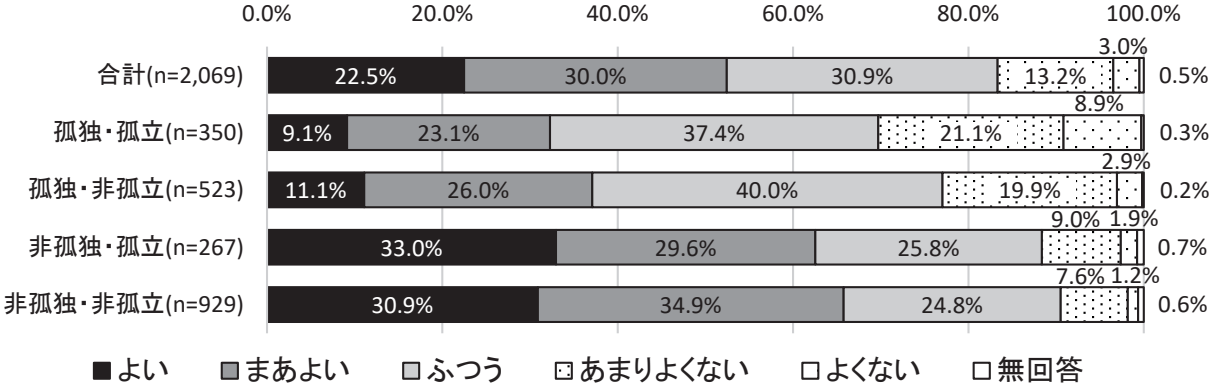
図表 92　等価世帯所得 8 分位別孤独・孤立の 4 類型

図表 92 は世帯収入を世帯人数の平方根で割ることで人数の影響を調整した等価世帯所得を値の小さい順に 8 つのグループに分け、それぞれのグループごとの孤独・孤立の割合を示したものである。第 1 分位において孤独・孤立および孤独・非孤立の割合が高いほかは、若干の差はあるものの各グループとも同様の傾向である。収入が多い層においても間接質問でやや強い孤独感を示す回答が少なくないことも影響しており、4 類型で見ると収入の多寡にかかわらず一定の孤独・孤立があることを示している。

4 類型に関する集計の最後に、生活上の困難に直結すると思われる 2 つの項目を見ておきたい。1 つ目は暮らし向きに関するもので、図表 93 に孤独・孤立 4 類型別の暮らし向きを示した。暮らし向きが「やや苦しい」「大変苦しい」と答える人の割合は、孤独・孤立が最も多く、次いで孤独・非孤立、非孤独・孤立、非孤独・



図表 93　孤独・孤立の 4 類型別暮らし向き



図表 94　孤独・孤立の 4 類型別心身の健康状態

非孤立の順に少なくなっていく。とりわけ孤独を含む 2 つのグループと非孤独を含む 2 つのグループで結果が大きく異なっている。

図表 94 は同様の集計を心身の健康状態について行ったものである。ここでも心身の健康状態が「あまりよくない」「よくない」と答える人の割合は、孤独・孤立がもっと多く、孤独・非孤立、非孤独・孤立、非孤独・非孤立の順に少なくなっていく。暮らし向きの場合と同様、孤独の有無で回答の傾向に大きな差がある。

以上に示した暮らし向きと心身の健康状態に関する集計から考えられるのは、生活上の困難に直結したこれらの項目は、孤立よりも孤独感と強く結びついているということである。もちろん孤立の状況が孤独感を生むという場合もあるので、孤立が全く問題ではないというわけではないが、孤独・非孤立のグループは非孤独・孤立に比べて、暮らし向きと心身の健康のネガティブな状況への結びつきが強い。このことを考え合わせると、孤立の有無にかかわらず、孤独感が生活上の困難に伴っていることが見て取れるのである。

6-7　都市における孤独と孤立

ここまでの分析で、孤独感と生活上の困難との結びつきを確認してきた。そのことと同時に、このような困難を抱える人々にどのような支援を行っていけば良いのかという課題が立ち上がってくる。それらの課題については後で若干の考察を加えるが、その前提として今回の調査結果から得られた豊中市における孤独・孤立の特徴を検討してみたい。

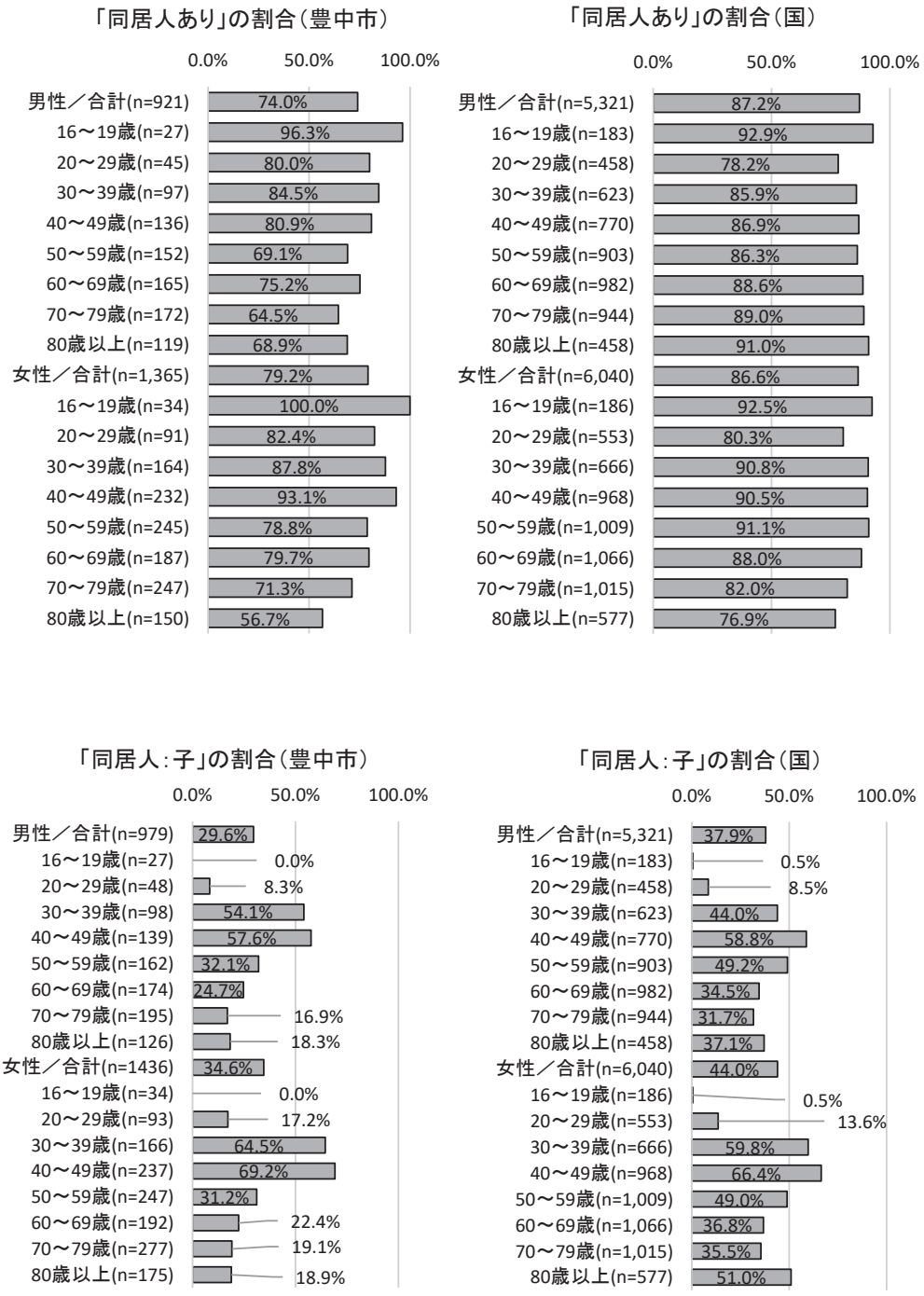
第 4 章から第 6 章にかけてのアンケート調査結果の分析では、国による調査結果との比較を行いつつ考察を展開してきた。その比較を通して得られたのは、豊中市における調査結果が大都市近郊における孤独・孤立の実態を表わしているのではないかということである。広く言えば大都市・地方都市あるいは都市部と農村部の両方を含む全国規模に国による調査に対して、以下に述べるような都市部特有の傾向が表れているのではないだろうか[12]。

(1) 壮年期以降の単身世帯の多さ

豊中市の調査において最も特徴的なのは、第 4 章で見たように国と比較して 50 歳代の孤独

[12] 厳密には、都市における孤独・孤立の独自なあり方として一般化するには、他都市における類例が必要で、一つの都市のみにおける調査では不十分である。ここでの考察は豊中市においての実態把握であることが第一義であるが、都市性という概念を導入することが豊中市での実態把握にも有用であるとの観点からこのような考察を行った。

感が高いことであった。その背景として、豊中市と国の調査における回答者の属性を比較したのが図表 95 である。同居人の有無を尋ねた設問に関しては 40 歳代までは国での回答での割合と大きな開きがないのに対し、50 歳代以降では男女ともに 10% 以上の顕著な差が見られるようになっている[13]。



図表 95 「同居人あり」「子との同居」に関する豊中市と国の男女別比較

[13] ここでの比較では、国のデータは e-stat（政府統計の総合窓口）で公開されているデータを使用した。

合わせて子との同居の状況について見ておく。同居人について尋ねる設問で、「子と同居」を選択した人の割合は、30歳代では豊中市が男女ともに国の割合を上回っており、40歳代でもほぼ同水準にあるのに対し、50歳代で急激に割合が低くなり男女とも10%以上の差で国を大きく下回っている。ここには全国での傾向に対し、大都市近郊部でのライフスタイル、例えば子の成長に伴う独立や、単身で暮らす人の多さなどが作用していると考えられる。また、このことが人との関わりを相対的に減らすため孤独感につながっている可能性があるのではないだろうか。

(2) 外出目的と行動範囲

第5章で見たように、外出目的については国と比較して「仕事・学校」や「人との付き合い」の割合が低く、行動範囲についても「自宅」「職場や学校等の拠点」の割合が国より少なく、「趣味や活動等の拠点」が国よりも多い。これらのことを考え合わせると、豊中市では個人的な趣味などの活動に重点を置く人の割合が相対的に多く、より個人主義的なライフスタイルになっている可能性が考えられる。

(3) 孤独感に至る出来事

第4章で見た孤独感に至る出来事の集計では、孤独感があるグループにおいて「一人暮らし」「転居」を選ぶ人の割合が国よりも多かった。特に「一人暮らしについては、都市部において進学や就職に伴って一人暮らしを始める若年層が多いことが背景にあると考えられる。「転居」については、直接質問と間接質問で国との差に開きがあるが、いずれも国を上回っており都市部の人口の流動性の高さが反映しているのではないかと思われる。こうした点も都市部における孤独・孤立の特徴ではないだろうか。

(4) 相談への感情

第6章で先に述べたように「不安や悩みを相談するときの感情」について、孤独感の高い人が「相談しても無駄である」「相談することが恥ずかしい」を選択する割合が国に比べて低い。このことは他者への相談への期待度が豊中市では相対的に高いこと、また相談する際に他者の目を気にする程度が相対的に低いことを示しているのではないかと考えられる。この点も、日常の人間関係への考え方がより個人主義的であるとすれば、都市部の特徴である可能性がある。

6-8　孤独・孤立へのアプローチ

以上に述べたように豊中市における孤独・孤立のあり方が都市部におけるより個人主義的なライフスタイルと関連するとすれば、孤独・孤立で何らかの手助けを必要とする人々に対してどのようなアプローチが望ましいのであろうか。

社会学者の石田光規は、自治体による孤独・孤立支援の難しさについて以下のように述べている。

> とはいえ、問題の所在が孤独・孤立にあるならば、究極的には、つながりをつくれば問題そのものが解消されるように思われる。しかし、事態はそんなに簡単ではない。というのも、つながりは、そもそも、意図的に形成しがたいものだからだ。
>
> 行政も、各種の相談コーナーを開設したり、つながりづくりの場を提供したりということは、ずいぶん前からやっている。それ自体は評価すべきことだし、今後も継続していくべきだろう。しかし、孤独・孤立を「問題」と捉えるときに焦点が当てられるのは、つながりづくりの場や相談の場に積極的にアクセスしない人である。このよ

うな人にアプローチし、支援につなげるのはことの外難しい。（石田 2021：30）

上記の内容は孤独・孤立一般についてのものであるが、先に述べたように豊中市における都市的なライフスタイルではこのような状況がより強まっていると考えられる。さらに社会一般の傾向として、そもそも他者と対面的なやりとりを介さずに生活できる状況が広がりを見せている。例えばインターネットのショッピングでは、サイトを通じて商品を注文・支払いし、配送も置き配を選択すれば誰とも会わずに、いつでもどこでも買い物ができる。

社会学者のアンソニー・ギデンズは近代社会の高度化とともに社会的行為（上記の例では買い物）が､特定の時間･場所を必要としなくなったことを「脱埋め込み化」という概念で示している（Giddens1990=1993: 31-44）。生活する上で必要な様々なやりとりが、特定の場所や定められた時間から抜き出されて､「人と人との関わり」のない「抽象的システム」に委ねられているのである。そして新型コロナウィルスの感染対策を背景として社会的行為の脱埋め込み化はさらに推し進められている。

もちろん、私たちはこのような状況に利便性も感じているわけであって、従来の状況に戻ることが必ずしも望まれているわけではない。他方、失われた「人と人との関わり」だけを別個に取り戻そうとしても、先の引用で石田が述べているように「つながりを意図的に形成しがたい」のが現状なのである。そうであるとするならば、私たちは現代的な、あるいは都市的なライフスタイルを享受しつつも、その中に「人と人との関わり」を再度埋め込んでいくことが、孤独や孤立のネガティブな作用を和らげていく道筋になるのではないだろうか。

このことを踏まえて、孤独・孤立による負の影響の緩和、そして支援につなげるための施策の方向性を以下の４つの観点から示したい。

(1) ゆるやかなつながりの形成

本稿でのアンケート調査の結果からも分かるように、孤独・孤立は日々の人間関係や就業状況、心身の健康や暮らし向きとも関係する複合的な問題である。一方で本章6-6での考察から、孤立の状況に関わらず孤独感が生活上の困難と強く結びついていることが分かる。孤独感を低減することが問題解決を即座にもたらすものでなくとも、その糸口にはなるのではないだろうか。たとえ密な社会関係を築いていなくても、「私たちはひとりではない」と人々のゆるやかなつながりを感じとることができる、そのような場面を増やしていくことがひとつの方向性として考えられる[14]。

(2)「共在」を感じられるイベント

上記(1)は抽象的な記述にとどまっているが、これを具体化したものとして、「人と人とが共にいること」すなわち「共在」を感じられる様々なイベントを地域で行うということが考えられる。今回実施したアンケート調査において、調査票の末尾に「豊中市の社会やひととのつながりづくりに関する事業・施策」に関する意見を自由記述で記入してもらう設問を作成した。そこでの回答の中でも「音楽会」など、新型コロナウィルスの流行の下で開催が制限されてきたものでもあるが、人が集まるイベントを求める声は多くみられる。必ずしもつながりづくりを

[14] ここでの考察は、令和４年（2022 年）11 月 26 日に開催された令和４年度せたがや自治政策研究所主催公開セミナー「コロナ禍における『つながり』を考える――みんなでつくる地域社会の未来――」での議論からヒントを得ている。

目的としなくとも、音楽やスポーツなど様々な活動を通じて他者と時間・空間をともにすることにも意義があるのである。

また自由記述では、子育て中の親の交流の場を求める声も多かった。子育てに限らず、何らかのトピックを媒介とした結びつきは現代の都市的な生活ともマッチするものである。さらに、近年よく実施されているフードドライブなどのイベントは、食品ロスを防ぐとともに助け合いの要素も含むが、食品を通じた他者とのつながりを感じることができるものでもある。

これらのイベントは、もちろん従来から実施されているものではあるが、個別の目的に留まらず、広い意味で人々のゆるやかなつながりづくりに貢献するという意義があることを強調しておきたい。

(3) 社会活動への参加

アンケートの自由記述の中には、新型コロナウィルスの流行が落ち着けば、自分の経験等を活かして何らかの社会活動をしたいという趣旨の回答も見られた。市民の中にも状況が変化すれば社会参加をしたいという人は一定の割合でいると考えられる。これらの人々に、適切な活動場所や活動内容を紹介していくことも重要な課題である。

(4)「入口」を多く作ること

以上に示したものは、従来からの施策とも重なり、また一例に過ぎないが、重要なのは何らかの形で、人との関わりを持つための「入口」を多く作ることであると考えられる。またイベントや社会活動への参加は、孤独感が強い「暮らし向き」が苦しかったり、健康状態がよくなかったりする人々にとっては難しい場合もあろうが、多様なトピックの設定、参加費の軽減など、行政だからこそ可能になる手段を講じての工夫も重要である。

例えば従来からのイベントやあるいは行政内部にとどまらない地域資源の活用など、既存の事業をつながりづくりという観点から位置づけ、庁内の部局を横断しての取り組みや地域コミュニティ、民間との連携を推進することもまた「入口」を分かりやすく示していくことには有効であろう。このことは、本稿に続く調査研究報告である「地域のつながりづくりと健康づくり（社会的処方）」と重なるものであり、詳細はそちらに譲ることとするが、そのような庁内外のさまざまな主体との連携が、つながりづくりの「入口」を多くし、より困難を抱えた人にも本格的な支援のきっかけとなることが期待されるのである。

6-9　おわりに――本調査研究の課題

本稿を閉じるにあたって、残された課題について記しておきたい。本調査研究は実態把握を主眼としたものであるため、孤独･孤立の要因、健康状態への影響等さらに精緻な分析の余地が残されている。これらについては、機会を改めて発表していきたいと考えている。

一方で実態把握に重点を置くことで、孤独・孤立の現状についてはできるだけ切り口を多くして調査結果を掲載し、データ集としての意義も持たせることができた。

また、都市的な孤独・孤立の状況を見ていくには同種の調査研究との比較が必要である。孤独・孤立を主眼とした実態調査が今後も蓄積されることを期待したい。

謝辞

最後になりましたが、本調査研究の推進に当たり、お忙しい中アンケートへの回答にご協力いただいた市民の皆様に感謝いたします。まことにありがとうございました。

【参考文献】

Beck, Ulrich, 1986, *Risikogesellschaft Auf dem Weg in eine Moderne*, Suhrkamp, Frankfurt am Main.（＝1998，東廉・伊藤美登里訳『危険社会　新しい近代への道』法政大学出版会.）

千葉市，2022,「千葉市コロナ下における社会とのつながりに関する実態調査報告書」(https://www.city.chiba.jp/shimin/seikatsubunka/danjo/documents/coronakatyousahoukokusyo.pdf，2022 年 4 月 19 日閲覧).

Gidenns, A., 1990, *The Consequences of Modernity*, Polity Press（＝1993，松尾精文・小幡正敏訳『近代とはいかなる時代か――モダニティの帰結』而立書房.）

石田光規，2011,『孤立の社会学――無縁社会の処方箋』勁草書房.

――――，2018,『孤立不安社会――つながりの格差、承認の追求、ぼっちの恐怖』勁草書房.

――――，2021,「自治体で孤独・孤立問題を扱うために」『市政』70（12），28-30.

稲葉陽二・藤原佳典編，2013,『ソーシャル・キャピタルで解く社会的孤立――重層的予防策とソーシャルビジネスへの展望――』ミネルヴァ書房.

勝部麗子，2019,「SOS が出せない地域コミュニティ：地域共生社会への挑戦」保井美樹編著・全労済協会「つながり暮らし研究会」編『孤立する都市、つながる街』日本経済新聞出版，81-99.

株式会社野村総合研究所，2021,「コロナ禍の生活の変化と孤独に関する調査報告」(https://www.nri.com/-/media/Corporate/jp/Files/PDF/knowledge/report/cc/no_category/20210712_1.pdf?la=ja-JP&hash=E7D8210CC9F43F9E46ECFE56533E717BBFBDF071，2023 年 2 月 3 日閲覧).

――――，2022,「コロナ禍の生活の変化と孤独に関する調査報告―増加する「潜在的な孤独」―」(https://www.nri.com/-/media/Corporate/jp/Files/PDF/knowledge/report/cc/mediaforum/2022/forum334.pdf?la=ja-JP&hash=076B8A0439398A5C25BE01DCF993214C968EAA92，2023 年 2 月 3 日閲覧).

河合克義・菅野道生・板倉香子編，2013,『社会的孤立問題への挑戦――分析の視座と福祉実践』法律文化社.

河合克義，2015,『老人に冷たい国・日本――「貧困と社会的孤立」の現実』光文社.

北波孝，2022,「孤独・孤立対策に関する政府の取組と実態把握全国調査結果（日本学術会議公開シンポジウム「孤独・孤立と『つながり』の再生」資料）」(https://www.scj.go.jp/ja/event/2022/322-s-0423.html，2022 年 5 月 10 日閲覧).

舛田ゆずり・田高悦子・臺有佳，2012,「高齢者における日本語版 UCLA 孤独感尺度（第 3 版）の開発とその信頼性･妥当性の検討」『日本地域看護学会誌』15（1）：25-31.

みずほリサーチ＆テクノロジー，2021,「社会的孤立の実態・要因に関する調査分析等研究事業報告書（厚生労働省令和 2 年度社会福祉推進事業）」(https://www.mizuho-rt.co.jp/case/research/pdf/r02konkyu2020_0201.pdf，2022 年 4 月 1 日閲覧).

内閣官房孤独・孤立対策室，2022a,「人々のつながりに関する基礎調査（令和 3 年）調査結果の概要」(https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/kodoku_koritsu_taisaku/zittai_tyosa/tyosakekka_gaiyo.pdf，2022 年 4 月 8 日閲覧).

――――，2022b，孤独・孤立の実態把握に関連する調査項目を含む統計調査等（https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/kodoku_koritsu_taisaku/kanren_toukei/toukei_tyosa.pdf，2023 年 2 月 3 日閲覧).

――――，2023,「あなたはひとりじゃない　内閣官房孤独・孤立対策室」(https://www.notalone-cas.go.jp/，2023 年 2 月 3 日閲覧).

斉藤雅茂，2018,『高齢者の社会的孤立と地域福祉――計量的アプローチによる測定・評価・予防策』明石書店.

Townsend, Peter, 1957, *The Family Life of Old People*, London: Penguin Books Ltd.（= 1974，山室周平監訳『居宅老人の生活と親族網――戦後東ロンドンにおける実証的研究』垣内出版.）

豊中市，2017,「豊中市地域包括ケアシステム推進基本方針　地域共生社会をめざして～希望に満ちた未来の創造 へ 」(https://www.city.toyonaka.osaka.jp/kenko/chiiki/chiikifukushi/kihonhousinn.files/kihonhousin2905.pdf，2023 年 2 月 10 日閲覧).

――――，2021,「豊中市高齢者保健福祉計画　介護保険計画（第 8 期：令和 3 年度（2021 年度）～ 5 年度（2023 年度））」(https://www.city.toyonaka.osaka.jp/kenko/kaigo_hukushi/keikaku/8keikaku.files/8keikaku_zentai.pdf，2023 年 2 月 17 日閲覧). 17

浦野正樹，2007,「災害研究の成立と展開」大矢根淳・浦野正樹・田中淳・吉井博明編『災害社会学入門』，17-24.

調査研究報告

豊中市における地域づくりと健康づくりに関する調査研究
――社会的処方の視点をふまえて――

比嘉 康則
とよなか都市創造研究所 研究員

＜目次＞
1　はじめに
2　社会的処方の概念整理
3　社会的処方の先行事例
4　社会的処方の庁内セミナー
5　おわりに

1．はじめに

1-1　調査研究の背景・目的

家計の状況や就労環境、周囲とのつながりといった社会的な要因が健康を左右することが知られるなかで、健康づくりは地域づくりと一体で捉えられるようになってきた。総論で述べたように、豊中市における計画等でもその一体性は前提となっており、「市民力」「地域力」を活かした「地域包括ケアシステム・豊中モデル」の構築などがすでに進められている。

一方で、近年、孤独・孤立が社会問題となっている。他者とのつながりを欠いたり、孤独を深めたりする状況は健康にネガティブな影響を与える可能性があり、そのことは本年度の調査研究のひとつ「豊中市の孤独・孤立に関する調査研究」でも確かめられたところである。地域づくりと一体となった健康づくりは、一層の推進が求められる状況にあると言えるだろう。

そのようななかで注目したいのが、「社会的処方（social prescribing）」と呼ばれる取組みである[1]。英国が源流とされる社会的処方は、健康に何らかの課題を抱える人を医療だけでなくさまざまな地域資源につなげる試みをさす。

たとえば、不眠を訴えている人がいるとする。どうすればよいか。不眠の原因が仕事のストレスや社会的な孤立であるならば、睡眠薬を処方しても対処療法に過ぎないだろう。その人の趣味に近いサークルなどを紹介すれば、ストレスの解消につながり不眠が緩和されるかもしれない[2]。このように、健康課題の背景に社会的な原因を見てとり、その解決にも伝統的な医療の

[1]「社会的処方」は「social prescribing」の訳である。訳語の適切さについては議論があるが、社会的処方という言葉は学術論文などだけでなく国の文書や一般向けの書籍、新聞記事などでも採用されており、本報告でもそれにならうこととする。

[2] この不眠の例は、三原（2021）を参考にした。

対応だけでなく社会的なアプローチを採用するような一連の取組みが、社会的処方と呼ばれている。

社会的処方については、国も取組みをはじめている。令和2年（2020年）に策定された「経済財政運営と改革の基本方針」では、「『新たな日常』に対応した予防・健康づくり、重症化予防の推進」に向け、社会的処方のモデル事業の実施が明記された[3]。

また、内閣府が令和3年（2021年）に策定した「孤独･孤立対策重点計画」では、見守り･交流の場や居場所づくりを確保し、人と人との「つながり」を実感できる地域づくりを進める目的で、「いわゆる『社会的処方』」[4]の活用があげられている。具体的には、令和3～4年度（2021～2022年度）にモデル事業を実施し、その結果を令和6年度（2024年度）に保健指導プログラム・特定健診等実施計画に反映するスケジュールで進められている[5]。

このように、地域づくりと一体となった健康づくりが基礎自治体で進められ、コロナ禍において一層の推進が求められるなかで、それを後押しするコンセプトのひとつとして社会的処方が浮上してきている。ただ、日本で社会的処方が注目されてまだ日が浅いこともあり、その言葉が何をさすのか、既存の地域福祉における取組みと何がちがうのか、具体的にどういった仕組みが想定されているのかなど、未整理なところも見受けられる。

そこで本調査研究では、社会的処方とは一体どういう考え方なのか、どういった実践の枠組みが考えられるのかといった点に関する検討を通して、豊中市における地域づくりと一体となった健康づくりの一層の推進に向け、社会的処方の考え方や実践から何が活かせるのかを考えたい。

1-2　調査研究の検討課題

本調査研究は、以下のような検討課題に即して進める。

(1) 社会的処方の概念の整理

英国を発祥とする社会的処方は、日本ではまだ十分にその考え方が広がっていない。そこで、まずは概念の整理を行いたい。文献調査を通じ、その定義、仕組み、効果、課題などをまとめる。地域包括ケアシステムやコミュニティソーシャルワークなど近接する考え方との関係についても整理する。これらの検討をつうじて、本調査研究での社会的処方の捉え方を示す。

(2) 社会的処方の実践枠組みの整理

基礎自治体において社会的処方はどのように実践していけばよいのか。英国発祥の社会的処方ではあるが、すでに国内でも地方自治体や民間団体などでの取組み事例がいくつか存在する。文献調査や現地調査、ヒアリングなどによりそれら先進事例の情報を収集し、実践のスキームについて整理する。

また、豊中市における地域づくりと一体となった健康づくりについては、「地域包括ケアシステム・豊中モデル」の推進などがこれまでも取り組まれてきた。そのようななかで、社会的処方のエッセンスを具体的にどう実践に落と

---

[3]「経済財政運営と改革の基本方針2020～危機の克服、そして新しい未来へ～」（令和2年（2020年）7月17日閣議決定 https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2020/2020_basicpolicies_ja.pdf）。なお、翌年、翌々年の同方針においても、社会的処方の推進は盛り込まれている。

[4]「かかりつけ医等と医療保険者が協働し、医療保険の加入者の健康面や社会生活面の課題について情報共有しながら、加入者の重症化予防に必要な栄養指導等の保健指導の実施や地域社会で行っている相談援助等の活用を進めることで、加入者の健康面及び社会生活面の課題を解決するための取組（いわゆる「社会的処方」の活用）」

[5] 厚生労働省「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（モデル事業）」https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000896541.pdf

し込めるのか。庁内職員によるセミナーの実施を通して検討する。

本報告では、本章に続く第２章で（1）について、第３章で（2）のうち先行事例について、第４章で(2)のうち庁内セミナーについて整理･分析する。最後の第５章では、地域づくりと一体となった健康づくりの一層の強化に向け、社会的処方の視点から考えられる展開案を示したい。

２．社会的処方の概念整理

2-1　社会的処方の背景

健康に課題を抱える人にどのような対応が求められるのか。近年、医学的な治療だけではなく、個々人が抱える社会的課題への対処も必要と考えられるようになってきた。

個人の健康は、その人の身体的な傾向（遺伝子、高血圧など）や、健康習慣（喫煙、運動の習慣など）だけに左右されるものではない。社会経済的な状況や、友人・隣人関係における社会的ネットワーク、社会的支援、職場の就労環境、居住地域環境など、さまざまな社会的な要因の影響も受けている。そして、それらの影響へのアプローチは、医療従事者による従来の診療の範囲を超えている（本庄 2022、高守 2019、坪谷・西岡 2019）。

健康に影響を与える社会的な要因は、健康の社会的決定要因（Social Determinants of Health：SDH）と呼ばれる。SDH にはさまざまなものが考えられるが、たとえば WHO の報告書では、図表１のような 10 の項目が健康の社会的決定要因としてあげられている（ウィルキンソン＆マーモット編 2004）。

図表１　健康の社会的決定要因の例

社会格差	社会的・経済的により不利な条件下にあるほど、平均余命は短く多くの疾病が見られる
ストレス	心配や社会からの孤立などで長期・頻繁にストレスにさらされる人は、病気にかかりやすくなる
幼少期	幼少期の不十分な発達・教育環境は、成長後も病気にかかりやすくなるなど健康に長い影響を及ぼす
社会的排除	貧困や差別などを理由に社会参加の機会が制約された人ほど、健康問題を抱えやすくなる
労働	仕事上の裁量の自由が乏しかったり、努力に見合う報酬が得られない人ほど、健康問題を抱えやすくなる
失業	失業者とその家族は、経済的問題やストレス・不安感などから病気にかかりやすくなる
社会的支援	他者からの好ましい社会的・精神的な支えが期待できない状況下では、病気にかかりやすくなる
薬物依存	アルコール・薬物・タバコへの依存には、貧困や孤立など社会環境も影響している
食品	社会的・経済的な状況により食事の質が左右され、健康の不平等が生じる
交通	自転車や徒歩、公共交通機関の利用は、運動量の増加や社会的つながりの深化など健康上の利点がある

出典：ウィルキンソン＆マーモット編（2004）より作成

以上のような健康の社会的決定要因のなかで、近年特に注目されているのが孤独や孤立である。図表1では特に「社会的排除」や「社会的支援」に関連するだろう。「社会格差」や「労働」「失業」といった要因が孤独・孤立を引き起こし、健康を損なうといった連鎖も考えられる。

このように、健康と社会的要因の関連が指摘されるなかで、健康課題を抱える人と地域資源などとのつながりを創出する戦略として注目されているのが、社会的処方である。

2-2　社会的処方の経緯

社会的処方は、もともと英国発祥の考え方・実践である。いくつかの先駆的な取組みは古くから行われていたが、特にここ10～15年ほどの間で関心が広がっているようだ。

英国における社会的処方の説明に際して、当地の医療保障制度について簡単に説明しておきたい。英国の医療保障制度はNHS（National Health Service）と呼ばれ、全住民を対象に原則無料で医療サービスが提供されている。その特徴であり要諦のひとつは、かかりつけ医としてのGP（General Practitioner、一般家庭医）の存在と言われる。住民は基本的に地元のGPに登録しており、救急の場合以外、登録したGPの診察を受けている。また、地域医療を担う団体としてCCG（Clinical Commissioning Groups）が地域ごとに設置され、医療サービスと福祉サービスなどとの連携が図られている（西岡・近藤2018、高守2019）。

社会的処方と呼ばれる活動は、そのような医療保障制度のなかで推進されてきた。英国の社会的処方の試みの萌芽は1980年代にあるようだが、2006年に保健省の白書で社会的処方が推奨されるに至った。その後、2016年にはNHSのプライマリ・ケア領域のビジョンを示す文書（「General Practice Forward」）のなかで、GPの負担軽減を図るうえでインパクトが大きい10の取組みのひとつとしても取り上げられた。また、2019年にはNHSの今後10年の計画（「The NHS Long Term Plan」）のなかで幅広い人びとを対象とする介入として社会的処方が位置づけられた（内閣府2019、オレンジクロス編2021、澤・堀田2018）。

そのような動きを通じ、社会的処方の実践は英国内で広がりを見せていった。2016年には社会的処方の全国的なネットワーク（Social Prescribing Network）が構築され、2017年の時点で、100以上の社会的処方の仕組みが全国で稼働していたという。また、2018年の調査によると、GPの4人に1人が社会的処方を一般的に行っているとされ、前年の調査結果（5人に1人）から増加した。社会的処方は地域単位でGPの自主的な取組みとして進められてきたが、2018年には保健省の補助金も用意されるようになっている。これは「社会的処方計画を受けた患者の80％が救急外来、外来診察、入院の使用を減らした」という実績を確認したことによるとされる（内閣府2019、オレンジクロス編2021、澤・堀田2018、高守2019）。

たとえば、英国での社会的処方のさきがけとなったブロムリーバイボウ（Bromley by Bow）という地域では、まちの教会が集会所を開放し、地域住民のさまざまな困りごとを聞き、必要と思われる機能（グループの会や子育て、おしゃべりのクラブなど）を地域の人たちと創り上げてきた。そのなかで医療を必要とする人びとへの対応が課題となり、GPが地域のつながりづくりに理解のある医師を誘致し、診療所が併設された。医療従事者も一緒になって地域住民のニーズを把握し、地域住民の必要な支援につなげる仕組みがつくられているという（西岡2022、オレンジクロス編2019）。

以上のように、社会的処方は英国で発展してきた実践であり制度である。それは前述のよう

な英国の医療保障制度に埋め込まれている。そのため、日本における社会的処方の受容は、英国と日本の制度のちがいを十分にふまえる必要があるとの指摘もある（三原 2021）。

2-3　社会的処方の定義

では、社会的処方はどのように定義できるのだろうか。議論がはじまったばかりの日本では、具体的な活動内容や論者の立場などにより、社会的処方という言葉はいまださまざまな意味で使われているように見える。定義の多様性は社会的処方の源流である英国でも同様であり、国際的に広く合意された定義もないようだ（西岡・近藤 2020）。

ただ、「いろいろな考え方がある」では話が進まない。ここでは主要な定義を確認し、本調査研究における考え方を整理したい。図表2は、国内を中心に主な定義をまとめたものである。

図表２　社会的処方の主な定義

文献	定義
Dixon and Polley（2016） ※Social Prescribing Network 年次報告	「社会的・情緒的・実用的なニーズを持つ人々が、時にボランタリー・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」（訳は澤・堀田（2018）を参照）
村井（2021）	狭義「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もつ人や団体に紹介し、地域の社会資源を活用することによって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」 広義「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」
内閣府（2021）	「かかりつけ医等が患者の社会生活面の課題にも目を向け、地域資源と連携する取組」
西編（2020）	「社会的処方とは、患者の非医療的ニーズに目を向け、地域における多様な活動や文化サークルなどとマッチングさせることにより、患者が自律的に生きていけるように支援するとともに、ケアの持続性を高める仕組み」
西岡（2022）	「孤立などといった生活上の困難を抱える住民がいたときに、保健、医療、介護、福祉、その他の地域生活を支える組織（警察、消防、郵便、清掃、ボランティアグループなどの地縁組織、民生委員など）、そして住民とが十分に連携を取り合い、必要な支援につなげたり、つくったりする活動」
西岡・近藤（2020）	「医療機関等を起点として、健康問題を引き起こしたり治療の妨げとなる可能性のある社会的課題を抱える患者に対して、その社会的課題を解決し得る非医療的な社会資源につなげ、ケアの機会を患者とともにつくる活動」
西岡・長嶺（2021）	「『健康の社会的決定要因を抱える住民に対して、保健・医療・介護・福祉・地域の他の機関・地域の住民などの連携のもと、本人のニーズに合致する社会的課題を解決し得る社会的資源につなげる支援をすること』で、『そのケアの機会を地域組織とともに創る活動』」

まず、英国における定義を確認しよう。英国でも定義の揺れが見られる社会的処方だが、そのなかでも「現時点で、英国内で合意がとられていると考えられるもの」（澤・堀田 2018）が、Social Prescribing Network の年次報告における定義[6]である。

それによると、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、時にボランタリー・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」と定義されている[7]（Dixon and Polley 2016：19、訳は澤・堀田 2018：139）。

以上のような定義からもうかがわれるように、社会的処方の仕組みのなかでひとつのポイントとなっているのが「リンクワーカー」である。社会的処方の方法はさまざまありうるが、ひとつのシンプルな枠組みとして、医療機関が患者をリンクワーカーに紹介し、リンクワーカーが患者に地域資源を紹介する、といった形が考えられる。Social Prescribing Network の年次報告では、「端的に言えば、リンクワーカーはその人のニーズを評価し、その人が利用できる適切なリソースを提案する者」（Dixon and Polley 2016）とされている（リンクワーカーについては、節を変えて詳述したい）。

一方、社会的処方の英語文献を中心にレビューした西岡・近藤（2020）は、その考察のなかで社会的処方の包括的な定義を示している。それによれば、社会的処方とは「医療機関等を起点として、健康問題を引き起こしたり治療の妨げとなる可能性のある社会的課題を抱える患者に対して、その社会的課題を解決し得る非医療的な社会資源につなげ、ケアの機会を患者とともにつくる活動」である。

他方、社会的処方の国内での認知を広げたと思われる一般向けの書籍として西編（2020）がある。ここでは、「患者の非医療的ニーズに目を向け、地域における多様な活動や文化サークルなどとマッチングさせることにより、患者が自律的に生きていけるように支援するとともに、ケアの持続性を高める仕組み」と社会的処方が定義されている。

以上のいくつかの定義からは、社会的処方の起点に関する論点が浮かび上がってくる。Social Prescribing Network の年次報告における定義、あるいは西岡・近藤（2020）では、社会的処方の定義に医療機関の起点性が含まれている。つまり、医療従事者が患者を診察するところから社会的処方は開始される[8]。医療機関

---

[6] 平成 28 年（2016 年）に開かれた第 1 回の Social Prescribing Network の会議において、参加者への事前調査や当日のワークショップを通じてたどりついた定義とされる。

[7] 同報告では社会的処方の「短い定義」として、「医療従事者が患者をリンクワーカーに紹介し、患者の健康とウェルビーイングを改善するための非臨床的で社会的な処方を共にデザインできるようにすること」という定義も示されている（Dixon and Polley 2016：19）。また、同ネットワークのウェブサイトでは、社会的処方について次のように説明されている。「社会的処方とは、専門家（多くは医療従事者）が人びとに健康とウェルビーイングを支援するための非臨床サービスを紹介することを可能にする手段である。社会的処方の主要な構成要素はリンクワーカーである。リンクワーカーは、健康やウェルビーイングを向上させるための社会的・感情的・実用的なニーズを支援するため、人びとが自分にとって何が重要かを特定し、個人的な解決策を設計するための特別な訓練を受ける。よく利用されるのは、ボランティア、コミュニティ、教会、社会的企業などによるサービス、たとえば合唱団、園芸クラブ、体操教室、芸術グループなどである」（Social Prescribing Network “What is Social Prescribing?” https://www.socialprescribingnetwork.com/about）

[8] 西岡・近藤（2020）の定義では「医療機関等」と、必ずしも社会的処方の起点が医療機関に限られるわけではないことが示唆されている。ただ、社会的処方の起点として特に医療機関が重視されているのは確かだろう。

の起点性は、内閣府（2021）による社会的処方の説明（「かかりつけ医等が患者の社会生活面の課題にも目を向け、地域資源と連携する取組」）にも含意されている。

対して、西編（2020）では必ずしも医療機関の起点性が含まれていない。西は著書のなかで、「まちにいる誰しもが、つなげるときにつなげる範囲でつないでみる。まちのみんなが『リンクワーカー的』にはたらく社会」（同前：66）が、望ましい社会的処方の形と述べる。そこではあらゆる人が「リンクワーカー」として地域の住民の課題に気づき、さまざまな資源につなげていく文化の形成が理想とされており、医療機関は住民の健康づくりにおける地域の重要なアクターのひとつではあるものの、社会的処方の出発点では必ずしもない。

同様に、西岡（2022）や西岡・長嶺（2021）は、医療だけでなく保健や福祉、介護やその他の地域組織、そして地域住民との連携のなかで、健康課題を抱える人たちを地域資源とつなげたり、地域資源を新たにつくったりする活動を社会的処方と呼んでいる。これらの定義では、社会的処方における多職種連携、地域に埋め込まれた社会的処方の重要性が強調されており、医療機関の起点性は後景に退いていると言ってよいだろう。

定義の幅をふまえ、社会的処方の狭義と広義の考え方を示しているのが宇都宮市医師会である[9]。宇都宮市医師会における社会的処方の取組みを報告している村井（2021）によると、同会は一方で、狭義の社会的処方を「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もつ人や団体に紹介し、地域の社会資源を活用することによって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」と定義する。医療機関を起点とする社会的処方の考え方と言えるだろう。他方で、広義の社会的処方を「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」と定義する。そのうえで、同会は狭義の定義を中心に据えつつ、広義の社会的処方の展開・促進も期待する取組みを進めるとしている。

同様に、西（2022）も「狭義の社会的処方は医療者が患者に対して行うものであるが、広義には市民同士が社会資源をつなぎ合うことと捉えてよい」（同前：17）と述べ、2つの考え方を示している。

このように、医療機関を起点とするか否かで社会的処方の定義は狭義・広義に整理できる。ただ、そのように整理した場合、社会的処方の起点の置きどころだけではなく、対象や目的、方法などの捉え方も異なってくると考えられる。

以上をふまえ、社会的処方の定義について、図表3のように整理してみたい。狭義の定義では、起点は医療機関や医療関係者に置かれる。その場合、対象は医療を受診する患者と言えるだろう。目的は患者の健康とウェルビーイングの改善に置かれ、そのための方法としては対象である患者の地域資源への接続が採用される。

広義の定義では、起点は保健・医療・介護・福祉をはじめとしたさまざまな機関と関係者、そして地域住民に置かれる。その場合、対象は患者だけでなく住民全体となる。目的は健康とウェルビーイングの改善だけではなく、コミュニティづくりにまで広がる。そのため、方法も対象者を地域資源に接続するだけにとどまらず、地域資源を新たに創造していくことも含まれる。

[9] 宇都宮医師会では、令和元年（2019年）に「社会支援部」を新設し、健康の社会的決定要因や社会的処方に関する取組みをはじめている。

図表３　社会的処方概念の整理

	起点	対象	目的	方法
狭義	・医療機関・関係者	・患者	・健康とウェルビーイングの改善	・地域資源への接続
広義	・保健・医療・介護・福祉・その他の機関・関係者、地域住民	・住民	・健康とウェルビーイングの改善 ・コミュニティづくり	・地域資源への接続 ・地域資源の創造

社会的処方の定義に関連して、3点ほど補足しておきたい。

第1に、広義と狭義の社会的処方の関係は、広義が狭義を包含する形で捉える。医療だけでなく幅広い分野を起点とする社会的処方は、医療分野を起点とする社会的処方も含んだものとして理解する。

第2に、以上の狭義・広義の整理はあくまで社会的処方の考え方を整理するための図式的なものである。実際には、ひとつの定義のなかにここで整理した2つの捉え方が混在している場合もあり、各定義が狭義・広義のどちらかに一対一で対応しているわけではない。

第3に、社会的処方の基本理念についてである。英国のSocial Prescribing Networkの整理によると、社会的処方の基本理念は「人間中心性（person-centredness）」「エンパワメント（empowerment）」「共創（co-production）」の3点とされる（Dixon and Polley 2016）。

このような理念は、上の整理では広義の定義と相性がよいように思われる。コミュニティソーシャルワークの考え方とも近いだろう（岩間・原田2012、岩間ほか2019）。ただ、狭義の定義、すなわち医療機関を起点とする社会的処方においても重視されるべき理念とされる。オレンジクロス編（2021）では、医療機関を起点とした社会的処方の手順を解説する際、「医療職が患者に関わる際、患者を支援の『対象』とみなし、時に意図せずに本人の意欲や残存機能の発揮を妨げていたり、選択の機会を奪ってしまっていることがある。主体はあくまでも課題を抱えて受診した本人である」と注意を促しつつ、「医療職に求められているのは、個々の患者が自分に何が起きているのかを認識し、どのようにそれとつきあうのか、解決していくのかについての見通しや選択肢を持ち、自分で決める手助けをすることである」（同前：25）と指摘している。

2-4　社会的処方の仕組み

次に、社会的処方の仕組みについて整理したい。

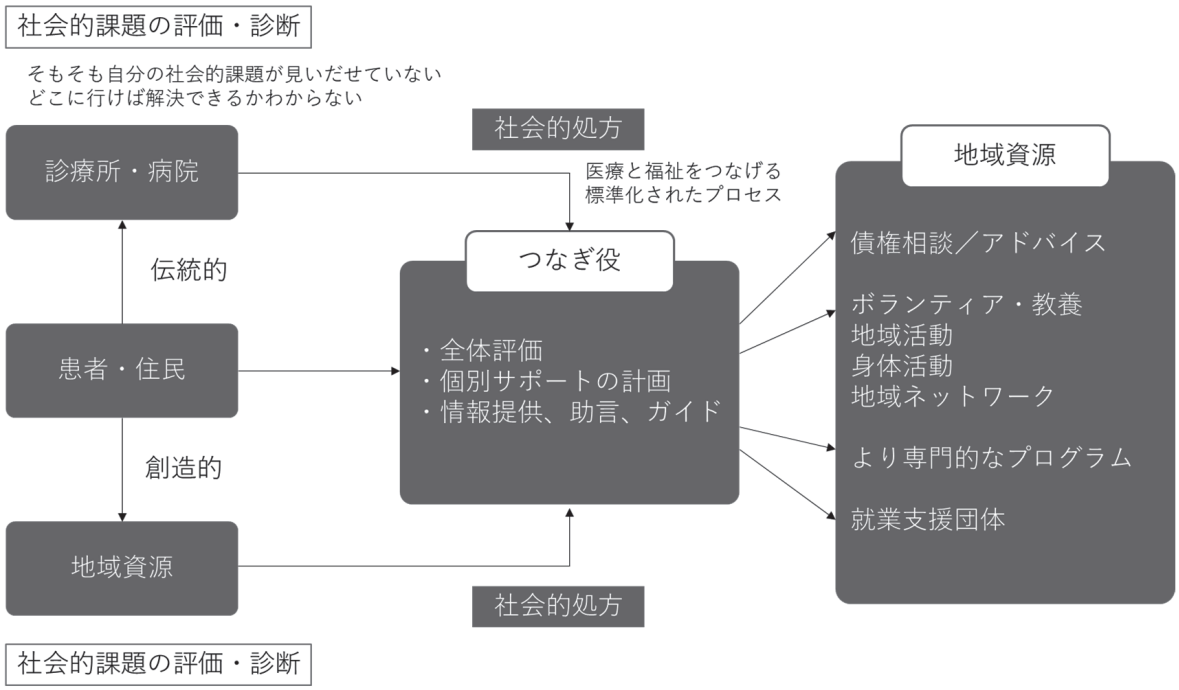
社会的処方の構成要素は、主に「社会的処方者」「リンクワーカー」「紹介先」の3つに整理することができる（オレンジクロス編2021:8）。「社会的処方者」とは、何らかの健康にかかわる課題を抱える住民が、社会･経済･心理的ニーズを認識した場合に、社会的処方が行われる起点である。「リンクワーカー」とは、社会的処方者から紹介を受けた人を全人的にアセスメントし、地域資源へと橋渡しする役割を担う者のことである。「紹介先」とは、個人や集団で行う趣味やスポーツ、自助グループ、ボランティア活動、成人教育、職業訓練などさまざまな機

関やグループなどによる地域資源のことである。

社会的処方者とリンクワーカーについて、主としてオレンジクロス編（2021）を参考に注記を加えていきたい。

まず、社会的処方者について。社会的処方者としては主に3つの主体が考えられる。第1に、医療機関である。医療機関を受診した人について、医師やソーシャルワーカーなどが社会的・経済的課題を認識し、リンクワーカーにつなぐケースである。第2に、対象者が参加している地域におけるさまざまな主体による場や活動・事業などにおいて、その関係者が課題に気づき、リンクワーカーにコンタクトするケースである。第3に、当人が直接リンクワーカーに相談するケースである。

西岡・長嶺（2021）は、英国・ロンドンのHealthy London Partnershipが作成した報告書の整理をもとに、社会的処方の経路とその支援方法について図表4のような図を示している[10]。上述の医療機関を起点とする第1のケースが「伝統的」な社会的処方、地域の関係者や当人を起点とする第2･第3のケースが「創造的」な社会的処方と呼ばれる。上述の社会的処方の定義に照らせば、「伝統的」な社会的処方は狭義の定義に対応し、「創造的」な社会的処方まで含めると広義の定義に対応するだろう。



図表4　社会的処方の経路

出典：西岡・長嶺（2021：41）　※ Healthy London Partnership, 2017, Social prescribing: Step towards implementing self-care——a focus on social prescribing を一部改変

次に、リンクワーカーについて。リンクワーカーについては、日本の文脈において具体的に誰がその役割を担うのかが問われるだろう。ひとつの考え方としては、先述の西編（2020）のように「まちのみんなが『リンクワーカー的』にはたらく社会」（同前：66）を想定すること

[10] 同様の図はオレンジクロス編（2021）でも示されているが、ここでは日本の状況により即した形で翻訳がなされている西岡・長嶺（2021）を引用した。

もできるが、オレンジクロス編（2021）は日本でリンクワーカーの機能を果たしえる特定の職種・組織を図表５のように示している。医療、福祉、保健、子育てなどさまざまな領域の主体が列記されていることがわかる。

また、上述の広義の定義をさらに広げるならば、リンクワーカーの担い手は特定の職種・組織などに限られないだろう。西（2020）は、地域の誰もがリンクワーカーとして活動できる状態を理想としている。

図表５　日本においてリンクワーカーの機能を果たしえる職種・組織の例

医療ソーシャルワーカー	医療機関の職員のなかで「ソーシャル（社会的）」という名前を冠する職種であり、まさに社会的処方のリンク機能を期待されているということもできる。ただし、医療機関に所属し入退院に関する調整を担っていることが多いため、地域の保健医療介護福祉サービスとのつながりは強くもっている一方、それ以外の地域資源については詳しい知見を有しない場合もある。
看護職	日本全国に 100 万人以上の現職者（およそ国民の 100 人に１人）を擁する、最多数の医療職種である。入院病棟はもちろん、外来部門、地域連携部門、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、保健センター等々さまざまな組織に配置されているため、同職種間の連携の強みを活かして社会的処方のリンク機能を担うことが期待される。ただし、医療ソーシャルワーカー同様に多くは医療機関に所属するため、地域資源についての知識をもたないことも多い。
地域包括支援センター	介護保険の地域支援事業のもと、一般的には日常生活圏域（人口１～数万人程度）に１か所程度設置されている拠点。地域包括ケアに関する総合的な相談窓口であり、介護予防から虐待まで幅広く対応する。介護給付サービス以外の地域資源に関する情報も豊富に有していることが多い。保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員の３職種が配置されている。市町村直営か受託している法人の特徴とも関連するが、医療機関とは異なり、一定の地域資源に関する情報が集まっていることも多い。
介護支援専門員	通称「ケアマネジャー」。介護保険において要介護高齢者のケアマネジメントを担当し、全人的なアセスメントに基づいて介護給付サービス等を総合的に調整することとされている。
生活支援コーディネーター	介護保険の地域支援事業の１つである生活支援体制整備事業のもと、一般的には第一層＝市町村全域、第二層＝日常生活圏域（人口１～数万人程度）の単位で配置されている。住民の支えあいや介護予防に資するような活動・団体を支援する役割を担うことから、紹介先となる地域の組織・グループについての情報を多く有している可能性が高い。地域包括支援センター等に配置された専門職が生活支援コーディネーターとなる場合と、地縁組織等に所属する地域住民が自ら生活支援コーディネーターとなる場合がある。
認知症地域支援推進員	介護保険の地域支援事業の１つである認知症総合支援事業のもと、生活支援コーディネーターと同様に、地域ごとに配置されている。認知症に関する地域のネットワークづくり等の役割を担うことから、認知症のある方のもつ社会・経済的課題に対する支援や、認知症に関するさまざまな活動・団体を支援する役割が期待される。
地域生活支援拠点	障害児者の地域での生活を支援するため、市町村が整備することとされている拠点で、①相談、②緊急時の受入れ･対応、③体験の機会・場、④専門的人材の確保・養成、⑤地域の体制づくりの５つの機能を備えるものとされている。
相談支援専門員	介護支援専門職と同様、通称「ケアマネジャー」。障害児者のケアマネジメントを担当し、障害者総合支援法に基づく障害福祉サービス等を総合的に調整することとされている。
子育て世代包括支援センター・地域子育て支援拠点・利用者支援専門員	妊娠期から子育て期にわたるまでのさまざまなニーズに対して総合的な相談支援や交流促進等の個別支援・地域支援機能を果たす子育て世代包括支援センターや地域子育て支援拠点、主にそれらの機関に所属して個別支援を担う利用者支援専門員は、主に子育て世帯がもつ社会・経済的課題に対するリンク機能を果たすことが期待される。
相談支援包括化推進員	厚生労働省「多機関の協働による包括的支援体制構築事業」のもと、さまざまな相談支援機関に配置され、複数の法制度にまたがる多様な課題を抱える個人や世帯等に関する課題把握や連絡調整等を担う。
市町村保健師	市町村に勤務する保健師の活動体制として地区担当制をとっている場合には、それぞれの法制度の枠を超えて担当地区の課題を把握し、個人・世帯・機関に対する相談支援や連絡調整の機能を担うことが期待される。ただし、市町村によっては保健師の活動体制が法令ごとの業務分担制となっており、保健師が担当地区を持たない場合もある。
市町村社会福祉協議会	地域福祉の推進を目的とする団体であり、当該市町村において社会福祉に関する活動を行う団体・グループ・個人とさまざまな拠点を持つ。活動領域は、子育て、高齢者、障害、ボランティアなど多様である。
民生・児童委員	昭和 23 年制定の民生委員法等にもとづいて厚生労働大臣が委嘱する。非常勤の地方公務員に該当し、援助を擁する住民に対する支援や社会福祉に関する活動を行う団体等と密に連携しながら活動する。市町村社会福祉協議会との関わりも深い。
その他	以上のほか、町会・自治会のような地縁組織、地域でさまざまな活動を行う NPO なども、社会的処方のリンク機能を担い得る。さらには、内閣府は、地域で暮らす人びとが中心となってさまざまな地域課題を協議・解決に導いていく「小さな拠点・地域運営組織」づくりに言及しており、地域の実情に即した形でさまざまな課題解決機能を果たすことが期待される。

出典：オレンジクロス編（2021：30-31）

以上のように社会的処方では、「社会的処方者」「リンクワーカー」「紹介先」といった構成要素のなかで、つながりをつくることを通して、人びとの健康の改善や疾病の予防などが図られる。ただ、国内での社会的処方の展開を見た場合、特に広義の定義に基づくなら、「つながりをつくる」には2つの方向があると考えてよいだろう。健康・社会課題を抱える個人を地域の資源につなぐ方向と、地域内のつながりを豊かにする方向である。

これはコミュニティソーシャルワークの分野で整理されるような、「個を地域で支える援助」と「個を支える地域を作る援助」（岩間ほか2019）に対応している。もちろん2つの方向は実践のなかで重なっており明瞭な区別はできないが、社会的処方と言われる際には両者が「つながり」の一語で括られている場合もあり、一定の整理が必要と思われる。

2-5　社会的処方の効果

社会的処方にはどのような効果があるのだろうか。

英国の Social Prescribing Network の年次報告（Dixon and Polley 2016）によると、社会的処方にかかわる関係者へのアンケートの結果、社会的処方の利点として図表6のようなものが挙がったという。

図表6　社会的処方の利点

心身の健康とウェルビーイング	・レジリエンスの改善 ・自信 ・自尊心 ・生活習慣の改善 ・メンタルヘルスの改善 ・QOL 改善
費用対効果と持続可能性	・予防 ・プライマリ・ケアの頻回受診の減少 ・ケアコストの削減 ・薬の処方の減少
ローカルコミュニティの構築	・利用可能な資源を知る ・ボランティア・セクターと保健医療サービス提供者間のつながり強化 ・レジリエントな地域づくり ・コミュニティの強みを活かす
行動変容	・ライフスタイル ・持続可能な変化 ・セルフケアの推進 ・オートノミー ・きっかけづくり ・動機づけ ・新たなスキルの習得
ボランティア・セクターの構築	・ボランティア活動の推進 ・新卒対象のボランティアプログラム ・患者の未対応のニーズに対応 ・社会のインフラの強化
不健康の社会的決定要因	・エンプロイアビリティの改善 ・孤立の減少 ・社会保障に関するアドバイスの提供 ・社会的弱者への配慮 ・スキルの習得

出典：Dixon and Polley（2016：15）、訳は澤・堀田（2018：140）を参照

実証研究ではどのような結果が出ているのだろうか。英国における社会的処方に関する論文の系統的レビューを行ったBickerdikeほか(2017)によると、これまでの諸研究のなかには、社会的処方による健康やウェルビーイングの改善、孤独・孤立の改善といった結果を示しているものがある。医療利用の頻度の抑制などについては、研究により結果の揺れが見られるようだ。質的な研究によると、社会的処方の対象者はおおむね満足しており、特にリンクワーカーへの評価は高いという。

同じく英国の論文を系統的にレビューしたChatterjeeaほか（2018）によると、社会的処方には自尊心や自信の向上、精神的ウェルビーイングの改善、不安や抑うつの減少、身体の健康や生活習慣の改善、医療サービス利用の減少、社会的孤立や孤独の軽減といった効果が見られる。

また、社会的処方による医療サービスの需要の抑制に関して、Polleyほか（2017）は英国の論文をレビューしている。それによると、社会的処方はサービス需要を抑制する効果をもつとの報告が見られるという。

ただし、いずれのレビューも共通して指摘するのは、社会的処方の効果についての実証的なエビデンスは、まだ充分に得られていないという点である。Bickerdikeほか(2017)によれば、レビュー対象となった論文は、研究が小規模であることや研究デザインの説明が不十分であること、比較対象の欠如や潜在的な交絡因子の考慮の不足といった問題があり、社会的処方の効果を適切に判断できない。

もちろん、有効性に関する堅牢なエビデンスが不足していることは、社会的処方が有効でないことを意味しない。そもそも社会的処方として実施されている活動は多様であり、それぞれが地域の文脈に依存しているため、強固なエビデンスの構築は困難を伴う。地域をまたいで一般化可能なエビデンスを得ることも難しい(Husk et al. 2019)。社会的処方が予期せぬ個人的な効果をもたらしうることを考えると、あらかじめ定義された指標をもちいる定量的な研究では、サービス利用者の視点を反映した成果を捉えることが困難かもしれない。その場合、量的研究だけでなく、質的研究や混合研究法（量的・質的研究を組み合わせた手法）に基づく知見も有用だろう（Pescheny et al. 2019)。

以上のように、英国で実施されている社会的処方の効果については、関係者によって何らかのメリットが実感されており、個々の実証研究がいくつかの効果を確認しているものの、活動の多様性や文脈依存性といった特徴もあいまって説得的なエビデンスの構築はいまだ十分ではないようだ。

そのようななか、英国のNHSは社会的処方の評価のための共通フレームワークを示している。それによれば、社会的処方が影響する範囲は「個人」「コミュニティグループ」「保健医療システム」の3つの領域に整理できる（NHS England and NHS Improvement 2020)。この枠組みをふまえてこれまでの議論を整理すると、社会的処方は現在のところ、対象となる個人（健康やウェルビーイングの向上、生活習慣の改善、孤立や孤独の解消など)、実際の活動が行われるコミュニティの諸グループ（地域活動にかかわる人の増加、諸グループの活動力の向上など)、医療や介護などを提供するシステム（医療サービスの頻回利用の抑制、医療費の抑制、スタッフのモチベーションの向上など）といった次元での効果が見込まれており、より確かなエビデンスの構築に向けた議論と研究が積み重ねられている段階だと言えるだろう。

2-6　社会的処方の課題

次に、社会的処方の課題を整理したい。基礎自治体における取組みを念頭においた場合、そ

の主な課題は先行する実践・制度との関連が未整理であることと、それにより派生する課題に整理できると思われる。

つまり、ここまで見てきたような社会的処方の考え方は、「地域共生社会」といったコンセプトのもとで現在展開されている地域福祉分野の取組みや仕組みと重複する部分が小さくない。特に、上で整理した広義の意味で社会的処方を捉えるなら、地域包括ケアシステムやコミュニティソーシャルワークとの区別がつきづらくなる。

社会保障政策においては、制度を支える基盤として地域が重要視されて久しい。これまでに、障害者の地域生活支援、地域包括ケアシステムの展開、生活困窮者自立支援など、地域づくりの視点を打ち出した法改正や制度構築が順次進められてきた（菊池 2019）。

地域を基盤としたケアの重要性は、社会福祉分野において理論的にも支持されている。近年は生活問題の複雑化が見られ、経済的困窮をモデルとした従来の社会保障制度からは抜け落ちるような問題が指摘されるようになってきた。非経済的な生活困窮や、いわゆる「制度の隙間」の問題である。それらに対応するためには、本人の生活の文脈をふまえた支援や、時間をかけて対象者の困難を解きほぐすような支援、関わりのプロセスを重視した伴走型の支援が求められる。そのような支援を進め、当事者の生活上の諸価値を実現するうえでは、当事者が日々暮らす地域を基盤にケアを展開することが望ましい（猪飼 2016、2017）。

そのような流れのなかで構築されてきた仕組みのひとつが地域包括ケアシステムであり、普及してきた実践のひとつがコミュニティソーシャルワークである。

地域包括ケアシステムとは、地域の実情にあった医療、介護、介護予防、住まい、生活支援といったさまざまな分野の領域横断的な支援を、関係者の協働のもと一体的・体系的に提供する体制をいう[11]。高齢者が主な対象とされることも多く、年齢を重ねても住み慣れた地域で生活が続けられる体制づくりが志向されている。

ただ、地域包括ケアの対象は必ずしも高齢者に限られない。豊中市では「地域包括ケアシステム・豊中モデル」として、高齢者だけでなく障害者、子ども、難病患者、生活困窮者などにも広げ、「誰であっても何らかの支援が必要になった場合には、その心身の状態に応じたケアやサポートが受けられる」体制づくりが構想されている。

なお、国はその後、地域包括ケアシステムがめざす地域を基盤とした包括的な支援の考え方を、高齢者だけでなく全世代・全対象に発展・拡大させるため、地域共生社会[12]の実現という方向性を示している。さらに、地域共生社会という考え方に基づきつつ、重層的支援体制整備事業の推進に努めるよう基礎自治体に求めている。重層的支援体制整備事業では、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制を構築するため、相談支援、参加支援、地域づくりに向けた支援の一体的な実施が求められている。

このような地域包括ケアシステムや後続の構

[11]「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」では、「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（中略）、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう」（第２条第１項）と定義されている。

[12]「ニッポン一億総活躍プラン」（平成 28 年（2016 年）6 月 2 日閣議決定）に盛り込まれた厚生労働省のビジョン。地域住民や地域の諸主体が分野や属性の壁を越えた協働を実現し、地域のあらゆる住民が役割を持ち、支え手と受け手に分かれるのではなく支え合いながら、自分らしく活躍できる地域をつくっていくことがめざされている。

想・事業は、地域を基盤に住民へのケアを提供するネットワークを整えるという点で、住民を地域資源につなげ健康やウェルビーイングの改善を図る社会的処方の考え方と重なるところが大きい。

一方、コミュニティソーシャルワークの考え方も、社会的処方の考え方と少なからず重なっている。コミュニティソーシャルワークは、「人々の生活・人生の再建とともに地域の再建・成長をめざす実践」などと説明される（中島・菱沼編 2015：17）。岩間ほか（2019）では、「個を地域で支える援助と個を支える地域を作る援助を一体的に推進すること」を基調とした実践が「地域を基盤としたソーシャルワーク」と呼ばれている。

その理念を、岩間・原田（2012）[13] は２つに整理している。第１に、それは「クライエントを援助の中核におき、その個々の状況に合わせた援助システムによって援助を展開すること」である。既存のサービスや制度に対象者が合わせるのではなく、対象者にサービスや制度が合わせていくことが基本となる。第２に、「クライエントを中心に据えた援助システムに地域住民等のインフォーマルサポートが積極的に参画すること」である（同前：15）。地域の専門職だけでなく、近隣住民やボランティア、NPOなど地域の力を活かす視点が重要となる。

大阪府では、全国に先駆けてコミュニティソーシャルワーカーを各地域に配置する取組み（「コミュニティソーシャルワーク機能配置促進事業」）が進められてきた[14]。豊中市社会福祉協議会では、豊中ライフセーフティネットなど、「制度の隙間」にある地域の課題を住民が中心となって発見し、コミュニティソーシャルワーカーが行政と協力して、その課題を解決していく公民協働の仕組みがつくられてきた（勝部 2016）。

以上のように、社会的処方――特に 2-3 で整理した広義の社会的処方――は、すでに福祉領域で蓄積のある取組みと少なからず重複していると言える。社会的処方の考え方を何らかの形で施策に反映するならば、社会福祉の分野でこれまで長年積み重ねられてきた議論と実践をふまえる必要があるだろう。

近接する概念・制度と社会的処方の関係が未整理なことは、屋上屋を架したり、無用な混乱をもたらしたりするだけでない。「医療化」と呼ばれる問題に派生する懸念もある。

医療化とは、「医学で解決しなくても済む健康上の課題について、医療や医学が必要以上に介入すること」などと説明される（三原 2020）。医療の視点が生活者の暮らしに過剰に干渉し、結果的にウェルビーイングが毀損される事態をさすと言えるだろう。

社会的処方の推進によって、そのような医療化が地域福祉の現場で進む懸念を示す三原（2020）は、「ソーシャルワークへの意識を持たないまま、社会的処方を本格的に制度化すれば、他の専門職や地域社会の住民が必要以上に医師の動向に振り回されることになるかもしれない」と述べる。さらに三原は、「誤解を恐れずに言えば、医学では解決し切れない複雑な案件ほど、地域社会や他の職種に『処方』される危険性がある」とも指摘している[15]。

---

[13] 岩間・原田（2012）では、コミュニティソーシャルワークではなく「地域を基盤としたソーシャルワーク」という呼称が採用されている。

[14] 大阪府ではコミュニティソーシャルワーカーについて、「地域において、支援を必要とする人々の生活圏や人間関係等環境面を重視した援助を行うとともに、地域を基盤とする支援活動を発見して支援を必要とする人に結びつけたり、新たなサービスを開発したり、公的制度との関係を調整したりすることをめざすもの」と説明している（大阪府コミュニティソーシャルワーカー（CSW）https://www.pref.osaka.lg.jp/chiikifukushi/csw/）。

[15] 英国でも同様に、社会的処方が複雑な社会問題に対する「万能薬」として扱われたり、医療サービスの需要増を解決するための「銀の弾丸」とみなされたりする危険性に触

関連して、内閣官房「孤独・孤立対策の重点計画に関する有識者会議」では、地域福祉を専門とする委員から社会的処方に関し、「医療との連携ができると大変いいと思いましたが、処方という言葉に対して[16]、福祉関係者の中では、心配をしている声が非常に多い」「医療関係者が処方するというロジックではなくて、あくまでもこれは本人の選択であるべき」といった意見が出されている[17]。

同様に、介護事業所を経営しケアマネージャーでもある工藤（2021）は、社会的処方という概念がソーシャルワーク的なものなのか、それとも公衆衛生など保健医療的なものなのかによって、活動が展開された場合の地域での影響が変化すると述べる。工藤によれば、「人の『身体』の『状態回復（健康）』に専門性を発揮するのが医療であり、またその『からだ』の持ち主の『望む生活の実現』に専門性を発揮するのが介護福祉」である（同前：79）。可視化や定量化が難しい「関係性」や「つながり」を前提とする実践が、介護福祉であるとも言える。それゆえに、医療の視点が強調され、介護福祉の視点が後景化した場合、「地域の『孤立』や『分断』をさらに深め、伝え方によってはスティグマを生む危険性もある」とされる（同前：80）。

このように、社会的処方への警戒感の背景には、本人主体を重視する福祉領域と、専門職主導に傾きがちとみなされている医療領域とのギャップがある。

もちろん、社会的処方を推進する議論のなかでは、これらの懸念への応答も見られる。すでに触れたように、社会的処方の基本理念は「人間中心性（person-centredness）」「エンパワメント（empowerment）」「共創（co-production）」の3点とされる（Dixon and Polley 2016）。これらの点は、上述した岩間・原田（2012）による「地域を基盤としたソーシャルワーク」の理念と重なるところも少なくないだろう。社会的処方を積極的に紹介する近藤（2021）も、「そもそも社会的処方は脱医療化（demedicalization）を目指している」と強調する[18]。

ただ、社会的処方が進められるなかで、もし福祉の現場への医療の必要以上の介入＝医療化が見られ、福祉領域で重視されてきた理念やそれに紐づいた実践が顧みられないとすれば、それは地域包括ケアシステムや地域共生社会が前提とするような多職種連携の考え方とは相容れないだろう[19]。そのような懸念を払拭するため

れ、より広い社会政策の文脈を認識する重要性を指摘する声もある（Drinkwater et al. 2019：2）。社会的処方を積極的に推進している西（2020）も、社会的処方が「バラ色の未来を作ってくれる処方箋」に見えてしまう可能性に触れるなかで、当人へのヒアリングが不十分な状態でリンクワーカーが地域資源を紹介する場合など、進め方によっては「社会的処方を行うことで害になってしまうケース」も出てくる懸念を示している（同前：70-71）。

[16] 社会的処方はSocial Prescribingの訳語だが、「処方」という医師から患者への一方向的な措置を想起させる言葉が、専門職主導を思わせるという面もあるようだ。英国のSocial Prescribing Networkの年次報告（Dixon and Polley 2016）においても、関係者のワークショップで出てきた意見をまとめるなかで、「処方という言葉は最適ではないかもしれないが、社会的処方のフレーズは現在受け入れられているので、この時点で変更することはできない」（同前：18）といった言及が（どのような意味で「最適ではないかもしれない」のか文脈が不明瞭だが）見られる。

[17]「第2回孤独・孤立対策の重点計画に関する有識者会議」（令和3年（2021年）11月22日開催）における原田正樹委員の発言（https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/juten_keikaku/dai2/gijiroku.pdf）、ならびに、同委員の配布資料（https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/juten_keikaku/dai2/siryou.html）より。

[18]「全ての人が『善き生』、あるいは、幸福や生きがいを含めた広義の健康を達成するための様々な活動を医療制度だけに依存しないことが必要だ。社会的処方はそのための手段の一つとすべきだ」（近藤 2021）。

[19] 本節では、基礎自治体における取組みを念頭において社会的処方の課題を整理した。議論を国の政策レベルに引き上げるならば、その課題はより大きくなるかもしれない。たとえば三原（2021）は、英国と日本の診療報酬制度のちがいに触れ、日本で社会的処方が制度化された場合の弊害を懸念する。英国では、プライマリ・ケアを受ける医療機関を事前に指名する登録制度が採用され、その部分は「人頭払い」で報酬が支払われている。それゆえ、社会的処方が実施されてもされなくても医師が受け取れる報酬は変わらない。それに対し、日本では治療・検査ごとに報酬単価

にも、地域福祉の分野における既存のコンセプトや制度と社会的処方との関係の整理は重要であると考えられる。

2-7　本調査研究における社会的処方の捉え方

本章ではここまで、社会的処方の意味、仕組み、効果、課題などについて整理してきた。以上をふまえ、本調査研究において社会的処方をどのように捉えるのかを考えたい。

(1) 健康の社会的決定要因としての社会的つながり

まず、社会的処方をめぐる議論の背景に、健康の社会的決定要因（SDH）という考え方がある点を押さえておきたい。健康は個人の心身の特徴や生活習慣だけに還元できるものではなく、家庭の経済状況や地域の特性、他者とのつながりや地域活動への参加など、社会的な要因によっても影響されている。

社会的処方は、そのなかでも特に社会的なつながりに注目する。孤独・孤立の状態が健康にネガティブな影響を与えることは、実証研究から明らかになっている。そこで、社会的なつながりをつくる（個人の地域資源へのつながりをつくる､個人を支えるつながりを地域につくる）ことで健康増進を図るのが社会的処方である。

このように、社会的処方の考え方･実践には、健康状態の原因に社会的つながりを見出すとともに、健康増進の手立てとしてつながりを活かす視点がある。地域づくりと一体となった健康づくりを、実証的なエビデンスを伴って推進する際に有用なコンセプトでもあるだろう。

(2) 地域福祉の制度・実践との連続性

社会的処方は広義と狭義に整理できる。ただ、基礎自治体ではすでに地域共生社会の推進のもと、地域包括ケアシステムや重層的支援体制整備事業など法的な裏づけをもった施策・事業が展開されており、そのような地域福祉における取組みは広義の社会的処方と重なるところが大きい。

たとえば、地域住民が一種の「リンクワーカー」となり、健康課題や生活課題を抱える可能性のある人に地域活動への参加機会を「処方」する取組みを進めるとしたら、それは社会福祉法（昭和二十六年法律第四十五号）が定める重層的支援体制整備事業の「参加支援事業」（106条の4第2項2号）に含まれるかもしれない。地域社会に住民相互の交流の拠点となるような居場所をつくり、「処方」先となる地域資源の創出を促進することは、同事業の「地域づくり事業」（同3号）と重なるように思われる。

以上をふまえるならば、基礎自治体で社会的処方の考え方を活かそうとする場合、地域福祉のさまざまな制度･実践と連続的なものとして、社会的処方を捉える必要があるだろう。つまり、広義の意味での社会的処方が前提にされるべきだろう。

豊中市では、「豊中市地域包括ケアシステム推進基本方針」（平成29年（2017年）3月）において、市の「市民力」「地域力」といった強みを活かした「地域包括ケアシステム・豊中モデル」の構築がめざされている。また、社会福祉協議会によるコミュニティソーシャルワークも活発である。そのような市の状況をふまえても、主に広義の定義に基づきながら議論を進めること、つまり地域福祉の制度・実践の上で社

を設定する「出来高払い」が採用されている。そのような制度に社会的処方が組み入れられた場合、収入をめあてとした社会的処方が相次ぐおそれがある。同様の観点から、社会的処方について積極的に発信している近藤（2021）も、「社会的処方加算」のような形で社会的処方の仕組みを日本に導入することは問題が大きいとしている。文脈は異なるが、西編（2020）では、必ずしも資格をもたない地域の人もリンクワーカーとしての役割を果たすことが望ましいという考えから、社会的処方を制度ではなく文化にする方向性がめざされている。

会的処方を捉えることが適切であるように思われる。

(3) 医療分野から発信されたコンセプト

では、地域福祉の分野でこれまで提唱されてきたコンセプトと社会的処方の間には、どのようなちがいがあるのだろうか。

社会的処方がこれまでの取組みに新たに何かをつけ加えているとすれば、その「何か」は医療分野から発信されたコンセプトである点に特に宿るように思われる。つまり、医療機関や医療関係者の役割に焦点化した狭義の意味に、その独自性の中心はあるだろう。

では、その独自性にはどのような実践上の利得があるのか。2点ほど指摘しておきたい。

第1に、医療機関だからこそリーチできる層が存在する。福祉と接点をもたない人も、医療とは接点をもつことがある。当事者による申請を基本とする福祉制度は、本人からの申請がないかぎり利用が難しい。そのため、当人が福祉制度を知らなかったり、知っていても的確な情報を把握していなかったり、さらには世間から受給者へのネガティブな視線があったりといったいくつもの「壁」により、福祉制度を利用できる人、利用すべき人が制度の利用から遠ざけられる場合が少なからずある（後藤 2017）。

対して、そのような福祉制度にアクセスできない、したくない人でも、心身の不調から病院にかかることはある。もちろん、経済的な理由から病院にかかることを避けるケースなども見られるが、社会的な支援を受けることにしばしばつきまとうスティグマは医療機関では相対的に弱い。そのため、社会的処方の考え方を通じて医療従事者が地域との連携を充実できるならば、これまで福祉制度へのアクセスが難しかった人も包摂するかたちで、地域福祉のネットワークが広げられる可能性がある（西岡・近藤 2021：67-69）。

第2に、医療関係者への訴求力である。基礎自治体における地域包括ケアシステムの構築では多職種連携が重視されるが、医療機関との連携が十分に進まない点はしばしば懸案事項であったとされる（野村 2020）。社会的処方は「処方」という言葉の選択からも、医師をはじめとした医療関係者に馴染みやすいと言われる（近藤 2021、三原 2020）。医療機関もふくめた多職種連携を地域でより推進していく際に、健康の社会的決定要因といった考え方を伴った社会的処方のコンセプトは、医療関係者への訴求力が高いように思われる[20]。

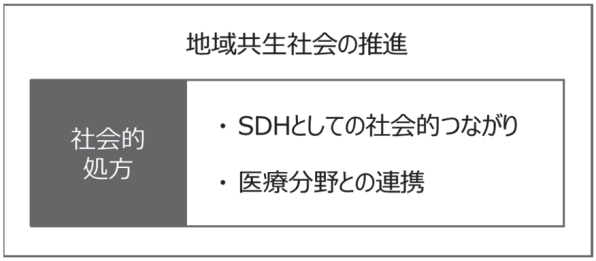
もちろん、社会的処方の課題の整理で見たように、医療化の懸念もふまえる必要がある。よって、医療分野を起点とした狭義の社会的処方を実践する場合にも、地域包括ケアシステムなどで議論されてきた多職種連携の枠組みのなかで、医療機関・関係者を巻き込んだ社会的処方を捉えることが適切だと考えられる。

以上の議論を整理すると、まず、本調査研究においては、地域共生社会を推進していく際の視点のひとつとして社会的処方を捉える。では、どのような点でそれは地域共生社会の推進に寄与しうるのか。第1に、社会的処方は、地域共生社会の推進を健康の社会的決定要因（特に社

[20] 社会的処方を推進する近藤（2021）は、「患者の生活課題を踏まえた診療をすることの重要性を医療従事者に訴えるための言葉として、『社会的処方』ほどわかりやすいものは今のところ見当たらない」と述べる。一方、社会的処方が医療や医学の必要以上の介入（「医療化」）を招く可能性を懸念する三原（2020）も、「福祉業界で実践されていたソーシャルワーク、あるいはソーシャルワークに近い方法について、医師が『社会的処方』と理解することを通じて、それまで医師達に関心を持ってもらえなかった社会資源や社会的決定要因の重要性がクローズアップされる可能性」がある点に、社会的処方の意義を見ている。

会的つながりの重要性）の観点から意義づける。第２に、医療分野を含んだ多職種連携をより積極的に進め、地域福祉のネットワークを医療分野にも拡大・深化する際に有用なひとつの考え方・仕組みである（図表7）。

以上をふまえ、次章以降は、基礎自治体における地域共生社会の推進に社会的処方のエッセンスをどのように落とし込めるかを、国内事例の検討（第３章）と市職員参加による庁内セミナーの実施（第４章）を通して検討したい。



図表７　本調査研究における社会的処方の捉え方

３．社会的処方の先行事例

3-1　事例の選定

本章では、社会的処方の先行事例について整理する。地域共生社会の推進のなかに社会的処方のエッセンスをどのように落とし込めるのか、事例を通じて考えたい。

今回取り上げる事例は、活動主体が社会的処方と銘打って展開しているケースに絞っている。すでに各地で進められている活動のなかには、社会的処方という名前を冠していないがそれに当てはまるケースも多いと思われる（西編2020、西岡・長谷田2019）。ただ、社会的処方を自称していないケースは、今回の検討には含めていない。

それというのも、特に広義の意味で捉えた場合、特定の活動が社会的処方と呼べるか否かの境界線は見定めにくい。もちろん、すでに地域で展開されている実践が「社会的処方」と呼ばれることで、実践の意義がより浮き彫りになる効果もあるだろう。しかし、前章で見たとおり社会的処方には警戒感も含めた多様な反応があり、一方的な“名付け”は適切ではないと思われる。対象を広げすぎると、社会的処方に固有の意義が見えにくくなる可能性もある。

以上をふまえ、本章では実施主体が社会的処方を自称しているケースに絞って検討する。各事例の情報は、書籍や雑誌記事、ウェブサイトなどから収集するとともに、三重県名張市と一般社団法人ケアと暮らしの編集社については、視察・ヒアリングも実施した。

なお、今回は医療機関が起点となって行われる社会的処方、つまり第２章で整理した狭義の定義に当てはまる社会的処方の事例については、あまり取り上げることができなかった。社会的処方が日本で紹介されはじめてまだ日が浅いこともあり、医療機関が起点となった事例の報告はまだ十分に積み重ねられていないためである。

一方、社会的処方は厚生労働省によるモデル事業も実施され、かかりつけ医が起点のひとつとなった取組みが実施されている。本章の最後で各事例の概要をまとめるが、そこでモデル事業で見られた課題についても触れることにしたい。

3-2　事例

(1) 三重県名張市[21]

名張市では、地域ごとに住民が支え合う自治の仕組みづくりが積極的に進められてきた。ひとつの契機は、平成14年（2002年）に前市長

[21] 名張市の事例は、永田（2013、2021）、北井（2021a）を参考にしたほか、市担当者へのヒアリングをもとにまとめた。ヒアリングは、令和４年（2022年）12月16日にZoomで実施した。

が就任したことである。平成 15 年（2003 年）には、地域の多様な団体をまとめた「地域づくり組織」が 15 の小学校区ごとに設立された。住民自治の中核となる組織として、同組織では地域課題について住民自らが考え、自らが解決に向け行動することがめざされている。同組織には、地域づくりに寄与する活動であれば自由に使用できる「ゆめづくり交付金」も一括で支給されている。

また、平成 17 年（2005 年）の地域福祉計画の策定を受け、おおむね小学校区を単位として「まちの保健室」が整備された（現在は 15 か所に設置）。まちの保健室は地区保健福祉センターとして、地域づくり組織と一体となった地域福祉推進の要となっている。

まちの保健室には、介護福祉士、ケアマネージャー、看護師といった専門職が、嘱託職員として 1 か所につき 1 ～ 3 名配置されている。具体的な業務は、初期相談対応、訪問相談、運動や健康的な生活に関する教室の開催、住民の自主的活動の支援、検診、赤ちゃんの身長・体重の測定、介護保険をはじめとする高齢者福祉サービスの申請代行、介護保険認定審査、民生児童委員と協働した地域の見守り活動、地域づくり組織と連携した介護予防教室などであり、さまざまな取組みが各地域の特性に合わせて実施されている。まちの保健室は、地域包括支援センターのブランチとしても位置づけられている。

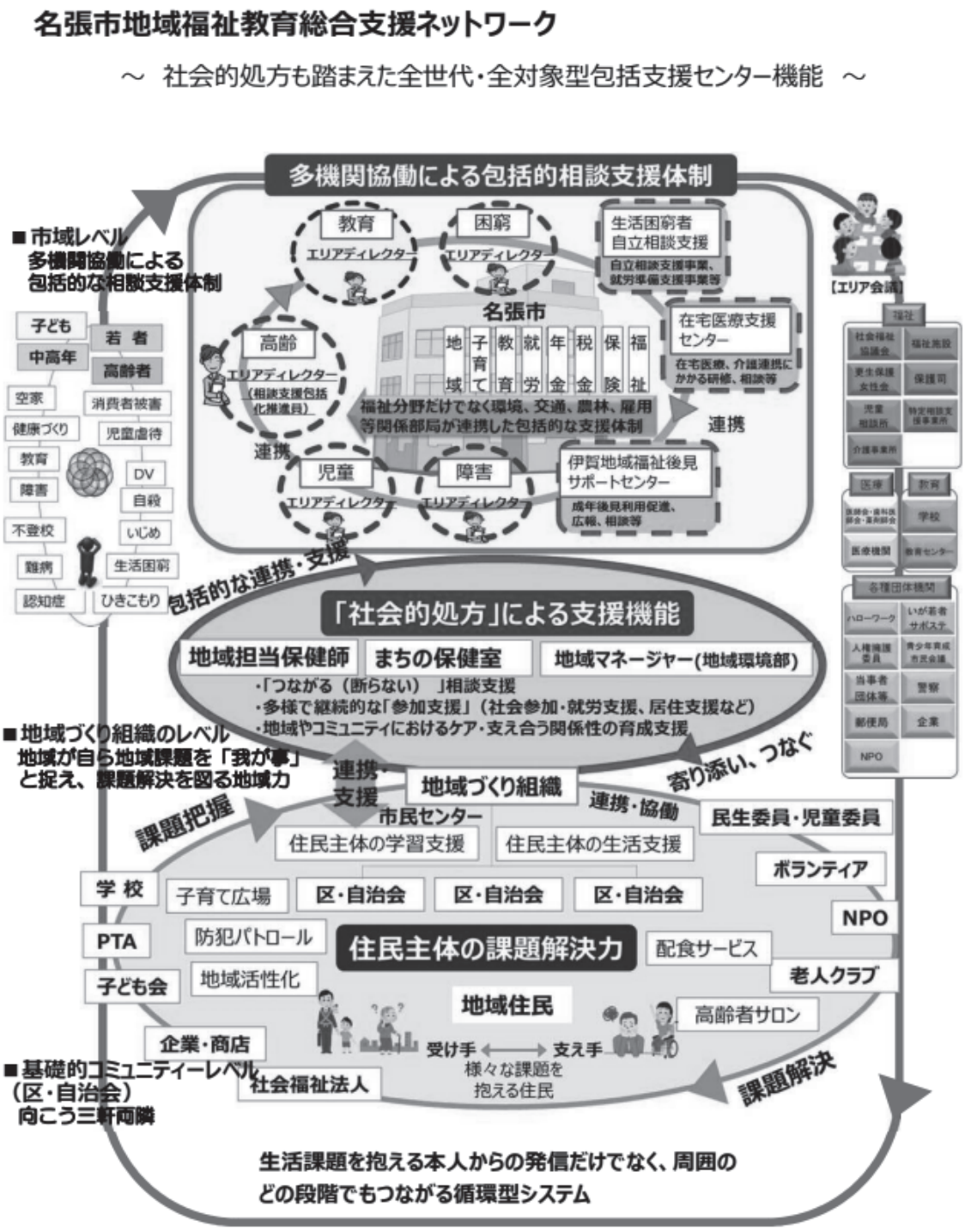
また、まちの保健室の多くは、地域づくり組織が指定管理を受けて管理する市民センターの一角を事務所としており、そうでない場合も近くに事務所がある。そのため、住民から見れば活動のなかでの気づきをすぐに相談できる場であり、専門職から見れば課題の早期発見・対応が可能になる場である。まちの保健室が地域に必要な存在として住民に認知されるようになったのは、地域づくり組織の関係者と専門職が顔を合わせながら課題解決を図るなかで、信頼関係が構築されたためでもあるという。

さらに、平成 25 年（2013 年）から名張市では、健康・子育て支援室の保健師とまちの保健室を軸にした妊娠・出産・育児の切れ目ない相談・支援（名張版ネウボラ）の取組みを開始した。職員が「チャイルドパートナー」としても位置づけられることになったまちの保健室は、子育て世代にも気軽に立ち寄れる場所になっているようだ。

以上のように、名張市では地域内分権と地域福祉施策が一体的に展開されてきた。

その上で、平成 28 年度（2016 年度）には、社会的処方をふまえた全世代・全対象型包括支援センター機能をもつ、「名張市地域福祉教育総合ネットワーク」が庁内に設置された。同ネットワークは、複雑化する社会のなかでさまざまな困難を抱え孤立した人びとをまち全体で支えていこうとするものである。地域づくり組織を中心とする地域づくりの活動と、行政や支援機関の連携による包括的支援の仕組み、その両者をまちの保健室や地域担当保健師、地域マネージャーがつなぐ仕組みが構築されている（図表8）。

図表 8 の上部にあるように、同ネットワークでは庁内にエリアディレクター（相談支援包括化推進員）が置かれている。エリアディレクターは、福祉子ども部内の 4 課（子ども家庭、生活支援、障害、包括）と教育委員会を加えた 5 つの課に配置されており、教育と福祉の連携が図られている点がひとつの特徴である。エリアディレクターは、月に 1 回、定例の会議を行い、それぞれが主になって支援している複合課題のケースを共有し、進捗管理を行うとともに、ケースから見える地域課題を共有している。このような会議をつうじて日頃から顔の見える関係が構築されることで、教育委員会も含め個別ケースにおける連携もスムーズに行えるようになっているという。



図表８　名張市地域福祉教育支援ネットワーク

出典：名張市（2020）

なお、名張市の地域包括支援センターは直営（1か所）であり、先述のように、そのブランチとして各地域のまちの保健室が位置づいている。地域包括支援センターは重層的支援体制整備事業の事務局であり、多機関協働のハブの役割も担っている。令和2年度（2020年度）には全世代包括支援係を設置し、公的な制度に乗らないケースに伴走しながら支援を続ける体制

を強化している。

以上のような名張市の取組みは、令和2年（2020年）3月に策定された『名張市第4次地域福祉計画』の取組み方針のなかで、「社会的処方」にも触れながら次のように言及されている。

> 本市の誇る地域力を生かした地域の社会資源や仕組みなどを基盤として、地域社会に多様なつながりが生まれやすくするための環境整備を進め、高齢者、障害者、子どもなどの各分野を横断した連携や相談支援体制を更に推進するとともに、これから必要となる断らない相談支援・参加支援（社会とのつながりや参加の支援）や専門職による伴走型支援といった「社会的処方」による支援機能の充実を図り、全世代・全対象型包括支援センター機能を持った「地域福祉教育総合支援ネットワーク」として推進していきます。（名張市 2020：32）

名張市の計画のなかで、社会的処方は「断らない相談支援・参加支援（社会とのつながりや参加の支援）」や「専門職による伴走型支援」などを意味している。地域づくりと一体となった地域福祉・地域包括ケアの基盤の上で展開されるとともに、その基盤をさらに強化するものとして、社会的処方が捉えられていると言えるだろう[22]。

社会的処方を担う人材育成のため、同市ではリンクワーカーの養成研修も開催されている。まず、令和2年度（2020年度）から2年間、三重県医療介護総合確保基金による補助事業を名張市が受託する形で、県内の専門職を対象とした研修が実施された。研修では、半日×3日間の日程で、座学や事例検討が行われた。令和4年度（2022年度）からは、地方創生交付金を使った名張市の事業として継続実施され、同様の研修が行われている。また、ゆるやかなネットワークづくりも進められ、月1回、県内の専門職を中心に、オンラインでの事例検討会も実施されている。

一方、住民を対象としたリンクワーカー養成研修も実施されている。これは、令和3・4年度（2021・2022年度）に三重県保険者協議会が採択された、厚生労働省による社会的処方のモデル事業（「かかりつけ医と専門医、保険者の協働による予防健康づくり事業」）のなかで実施されているものである。住民対象の研修では、普段は交わらない世代や地域の人と3人1組となり交換日記を回し、交流を重ねるとともに新しいつながりづくりや地域資源探しにつなげる「ステイホームダイアリー」、ボードゲームを通じて社会的孤立の解決に向けたヒントをつかむ「コミュニティコーピング」の取組み[23]、地域のさまざまな困りごとに対して、制度の垣根、専門家とそうでない人たちとの垣根をこえたつながりを作る「できることもちよりワーク

---

[22]「第4次名張市地域福祉計画」の用語解説では、社会的処方について「地域での孤立や精神面での不調といった課題を抱える人に対し、ボランティア活動や運動サークルの紹介等、地域活動への参加を勧める（＝『社会とのつながり』を処方する）ことで、身体的、精神的、社会的に良好な状態を取り戻していくための手助けをしようというもの」と説明されている。

[23]「コミュニティコーピング」は一般社団法人コレカラ・サポートが開発したボードゲームである。ゲームは認定ファシリテーターが進めることになっており、同法人ではファシリテーターの養成研修なども実施している（コミュニティコーピング公式ホームページ https://comcop.jp/）。名張市では、まちの保健室や保健師、地域包括支援センターなどの市の職員を中心に認定ファシリテーターの資格の取得が進められており、民生委員や商工会議所のメンバー、地域のボランティアなどを対象にゲームをする取組みも行われているという。ゲームを入口としながら、参加者が自身の地域での暮らしを振り返ったり、支援者が普段から地域でさまざまな人とつながっておくことの重要性に気づく機会となっているようだ。

[24]「できることもちよりワークショップ」は、NPO法人草の根ささえあいプロジェクトが、NPO法人起業支援ネットと開発したワークショップである。

ショップ」[24] などが実施されている。参加者に合わせ、さまざまな切り口の研修が用意されているようだ。地域づくりの担い手の高齢化が課題となるなかで、世代間の交流が図られるステイホームダイアリーなどの取組みには、若い担い手の育成・発掘の期待もかかる。

なお、社会的処方のモデル事業のなかでは、医師会との連携支援や、地域の予防健康づくり（医療機関のない地域で、市立病院の総合診療科の医師、まちの保健室、地域担当の保健師の3者が地域づくりと協働しながら、健康講座や座談会などを実施）も行われている。三重県保険者協議会は、モデル事業での取組みを県内保険者および関係機関等に横展開する想定のようだ[25]。

また、医師会との連携支援の一環として、名張市では、社会的課題がうかがわれる患者を診察した医師が、地域包括支援センターに患者をつなぐ支援依頼票の様式が作成されている。地元医師会との連携のなかで、令和3年度（2021年度）は15件ほどの依頼があったという。医師から送られてくるケースは早急に公的支援が必要なハードな事例が多いが、孤立がうかがわれる独居高齢者を地域の緩やかなネットワークにつなげるような事例もあるようだ。それまでも個別の医師とのつながりのなかで社会的課題がうかがわれるケースが送られてくる場合はあったが、現在は地元医師会の総会で市の取組みを伝えるなどして、より多くの医師からの支援依頼を求めているという。

(2) 大阪府高石市[26]

高石市では、従前よりスマートウェルネスシティ（Smart Wellness City）の推進が図られてきた。スマートウェルネスシティとは筑波大学の久野譜也教授が提唱している概念・取組みであり、そこでは居住者が暮らしのなかで歩行が自然と促進され、健康寿命の延伸が図られるといった、「健幸都市づくり」がめざされている（久野 2020）。

同市では、総合計画の基本理念として「市民主体のやさしさと活力あふれる健幸のまち」（第4次・平成23年（2011年）3月）、「みんなが輝く 育みと健幸の住みよいまち」（第5次、令和3年（2021年）3月）が掲げられるなど、「健幸」を目標としたまちづくりが進められてきた。平成24年（2012年）1月には「『スマートウェルネスシティたかいし』基本計画」が策定されている。また、スマートウェルネスシティを推進する自治体を中心に「スマートウェルネスシティ首長研究会」が立ち上げられているが[27]、令和4年（2022年）8月現在、高石市は副会長市として参加している。

同市では、スマートウェルネスシティを推進するなかで、景観や歩行者の安全性に配慮した「健幸ウォーキングロード」の整備や、特定健診や健康増進事業などへの参加にポイント（市内で利用できる共通商品券などに交換可能）を付与する「健幸ポイント事業」などが取り組まれてきた。同市では、平成27年度（2015年度）以降、国民健康保険1人あたりの医療費の抑制

---

[25] 厚生労働省 令和3年度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）の公募について 事業報告資料（三重県保険者協議会） https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000886156.pdf

[26] 高石市の事例は、阪口（2021）のほか、以下の情報を参考にした。
・厚生労働省 令和3年度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）の公募について 大阪府保険者協議会「事業概要」および「事業報告資料」 https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_16654.html
・筑波大学スマートウエルネスシティ製作開発研究センター・Smart Wellness City 首長研究会「少子化対策としての妊産婦の心身ケア～新しい地域システムとしての社会的処方～」https://www.twr.jp/post-1326/
・高石市社会福祉協議会「乳幼児すこやか見守り支援事業」http://takaishi-shakyo.com/join_5.html

[27] 令和4年（2022年）8月現在、116市区町村が参加。スマートウエルネスシティ「組織」http://www.swc.jp/members/

が続いているという。

また、高石市では令和3年度（2021年度）より、「高石版ネウボラ」として乳幼児のすこやか見守り支援事業が行われている。高石市社会福祉協議会が受託している同事業では、専門の養成講座を受講した市民ボランティアが「すこやか見守りサポーター」となって、生後5か月から1歳を迎える乳幼児をもつ家庭を計3回訪問し、そのなかで状況把握や育児に対する不安・悩みなどの相談に応じる活動が行われている。訪問は、オムツ等の子育てに必要な物品を購入できるチケットや、友好都市である和歌山県有田川町産の木材で作成した積み木などを届ける形で行われている。

加えて、令和3年度（2021年度）より、妊娠中から産後3年未満の母親向けの運動と相談教室である「ママのからだとこころのケア教室」が、市立母子健康センターで開催されている。教室の開催形態は、子育てで時間が限られる対象者にあわせて、自宅から参加できるオンライン形式が主であり（月に1回ほど対面教室を開催）、運動指導は健康運動指導士が、相談は助産師・保健師が行っている。

この取組みでは、教室への参加を健康意識の高い母親以外にも広げるため、自治体からの案内だけではなく、令和3年度（2021年度）は医療機関および母子保健センターの専門職などにより、中程度の健康リスクの者を含む妊産婦を運動・相談一体型教室へとつなげる仕組みが構築されている。加えて、令和4年度（2022年度）は地域のボランティア（健幸アンバサダー）による紹介のほか、地域資源（子どもの遊び場、書店、ドラッグストアなど）や妊産婦向けの情報サイトによる教室の紹介も行われている。

以上のような高石市の取組みは、令和3・4年度（2021・2022年度）に大阪府保険者協会が代表となり採択された厚生労働省による社会的処方のモデル事業（「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」）にも組み込まれている。この事業では、中高年の生活習慣病の重症化予防や、妊産婦・子育て女性の体力向上とメンタルヘルスの悪化予防を目的に、医療機関からの紹介、行政や関係機関からの参加者募集などを通じて、対象者を市の一連の健康づくり事業（ママのからだとこころのケア教室、健幸ポイント事業、健幸づくり教室など）につなぐことが図られている。また、これらの取組みには、大学の研究者と連携した効果検証が組み込まれている。

なお、このような社会的処方の取組みをもとに、「かかりつけ医や保険者が活用できる社会的処方ガイド」を策定し、今後、大阪府下の保険者に展開することも考えられている。

(3) 宇都宮市医師会[28]

宇都宮市医師会では、令和元年（2019年）に社会支援部を新設した。これは社会的処方や健康の社会的決定要因（SDH）に関する活動を医師会のなかで推進する部会である。このような活動を行うセクションが医師会内におかれるのは、全国的にも珍しいという。

社会的処方に関する取組みを進めるにあたり、まず、同医師会では医師会員を対象に基礎的なアンケート調査（回答者70人、回収率11.3%）が行われている。それによると、日常の診療のなかで「何らかの支援につなげる必要を感じた患者がいる」と答えた割合は65%で、内容としては虐待や暴力、不登校、認知症や精神疾患、経済問題、食事や服薬の管理などが挙がった。しかし、そのような気づきをふまえ「地域の社会資源に紹介したことがある」割合は

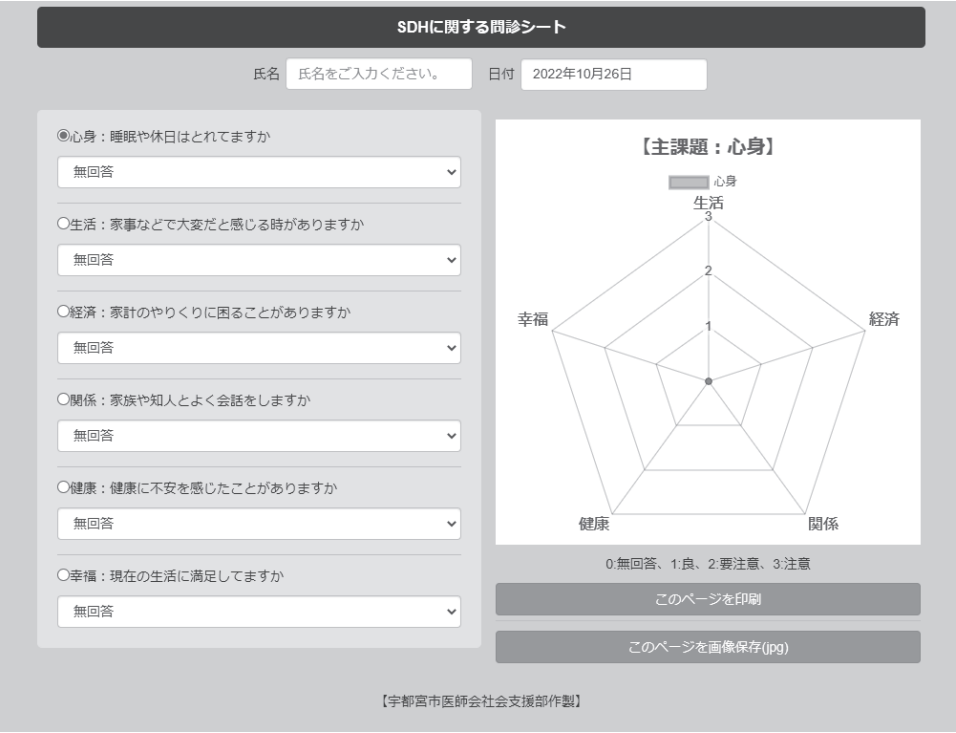
[28] 宇都宮市医師会の事例は、村井（2020、2021）、千嶋（2020）を参考にまとめた。

24%にとどまった。医療機関における気づきを、いかに地域の資源につなげるかが課題としてうかびあがった。

それをふまえ、同医師会では宇都宮市の社会資源のデータベースを作成した。宇都宮市の協力を得て、市や関係団体が公開している公的サービスやNPO、ボランティア団体などによるインフォーマルサービス、地域のサロン、体操教室などの情報が収載され、リスト化・地図化されている。このデータベースはウェブ上で公開されている[29]。

また、日常診療の現場で医療従事者がSDHに気づくための問診シート（「SDHに関する問診票」）と、何らかの社会的処方を行った後の評価のための問診シート（「生活・健康感に関する問診票」）も作成されている。いずれも患者の主観的評価をもとに4段階で評価するもので、ウェブ上の見える化シートに入力すると、結果をレーダーチャートで確認できる仕組みになっている[30]（図表9）。利用者からの意見・要望をふまえながら今後も内容を検討・修正するとともに、利用状況をもとに効果を検証する予定だという。

さらに、教育委員会と連携した小中学生対象の健康教育や、社会的処方とSDHに関する普及・啓発の取組みなども行っている。医療や介護の現場では高齢者の財産管理や契約事項への対応に苦慮するケースが少なくないことから、従来の医療・介護連携に加え、弁護士・司法書士・社会福祉士の各職能団体と協働で、成年後見制度や高齢者の居住安定確保を相談できる新たな連携体制の検討も進められているという。



図表9　SDHアンケートシート

出典：SDHに関するアンケート・見える化シート 宇都宮市医師会社会支援部作製
https://www.uma.or.jp/sdh/sdh1/index.html

[29] 宇都宮市社会資源検索サイト https://www.u-carenet.jp/sdh/map/index.php

[30] SDHに関するアンケート・見える化シート https://www.uma.or.jp/sdh/

(4) 一般社団法人 ケアと暮らしの編集社[31]

兵庫県豊岡市で活動する一般社団法人ケアと暮らしの編集社は、「だいかい文庫」や「YATAI CAFÉ」などの事業を通して、地域づくりとケア活動を一体的に実践している団体である。

活動のはじまりは、医師でもある同法人の代表理事・守本陽一氏が医学生だった2010年代なかごろにさかのぼる。当時、守本氏は医学生を中心とした健康プロジェクトを立ち上げ、地方の医療・健康問題の解決のためにできることを考えていた。そのころ出会ったのが、東京大学大学院医学教育国際研究センターに所属する家庭医らが東京の谷根千地域ではじめていた「モバイル屋台 de 健康カフェ」だった。

この取組みは、地域住民と医療系専門職・研究者の協働により地域の人たちのウェルビーイング向上を目的とした「谷根千まちばの健康プロジェクト」の一環として行われており、平成28年（2016年）にはじまった。医師や看護師、医学生などが屋台を引いて街に繰り出し、出会った人びとにコーヒーをふるまいながら対話をするといった活動だった。

活動の特徴は、そこでのコーヒーを介した出会いが「医師と患者」ではなく「コーヒーを配る人ともらう人」の関係になる点にある。そのような関係のなかで、健康に関する対話が偶発的にはじまる。健康無関心層とゆるくつながれる点、医療従事者が地域資源を知ることができる点、地域のなかに多層的なネットワークが形成される点、地域のネットワークのなかに医療従事者が巻き込まれる点なども、この活動の意義としてあげられている。

この活動に学生として参加した守本氏は、豊岡市でも同様の取組み（「モバイル屋台 de 健康カフェ in 豊岡」）を実施。その後も、「YATAI CAFÉ」として継続的に行ってきた。スタッフは10人程度で、地元の医療福祉の専門職が中心だという（ただ、コロナ禍に入ってからは屋台を出す頻度は落ちているようだ）。

令和2年（2020年）には、守本氏が代表理事となり「一般社団法人 ケアと暮らしの編集社」を設立。令和4年（2022年）10月15日のヒアリング当時は、法人のスタッフは代表の守本氏のほかに2名（1名は事務系の仕事のほか相談事業を担当。1名は休職中）で構成されていた。また、プロボノの形で活動するスタッフ約7～8人がイベントや支援のサポートなどを担っていた。

同法人は、令和2年（2020年）12月に豊岡市でシェア型図書館「だいかい文庫」を開設した（図表10）。だいかい文庫では、住民が2,400円で一箱本棚オーナーとなり、利用者はその本を無料で借りることができる[32]。ヒアリング時点では、一箱本棚のオーナーは80人ほどで、約8割は地元の人、約2割は遠方の人だという。貸し出しカードの登録者は約400人、本の貸し

---

[31] ケアと暮らしの編集社の事例は、守本（2020）、西編（2020）、孫ほか（2018）や下記のウェブサイトを参考にまとめた。また、令和4年（2022年）10月15日に実施した「だいかい文庫」の視察と、同法人で代表理事をつとめる守本陽一氏へのヒアリングを実施し、その内容もふまえた。
・一般社団法人 ケアと暮らしの編集社　https://carekura.com/
・note 守本陽一　https://note.com/ymrmn/

[32] 一箱本棚オーナー制度による民間図書館は、令和2年（2020年）3月に開設された「みんなの図書館さんかく」（静岡県焼津市）をはじめ、「おんせん図書館みかん」（石川県加賀市）、「あひる図書館」（静岡県三島市）、「私設図書館つぐみ」（福井県鯖江市）、「C の辺り」（神奈川県茅ヶ崎市）など全国に事例がある。だいかい文庫を参考に令和4年（2022年）5月に設立された「みんなの図書館ほんむすび」（大阪府大阪市）では、医療福祉従事者による相談所も定期的に開設されている（マガジンハウスここここ「シェア型図書室×悩みに寄り添う相談所〈みんなの図書室ほんむすび〉が大阪府阿倍野に誕生！」https://co-coco.jp/news/hommusubi/）。兵庫県尼崎市では、一般社団法人オリコム（市職員が副業制度を活用し設立）と関西国際大学、地元商店街の協働により、一箱本棚オーナー制度を導入した民間図書館「さんとしょ」が開設された（尼崎経済新聞「尼崎の商店街で空き店舗活用した図書館「さんとしょ」開設へ向け取り組み進む」https://amagasaki.keizai.biz/headline/1325/）。

出しは1,500冊以上にのぼる。そのような本の貸し借りのほかに、守本氏が選書した新刊書籍の販売や、コーヒーの販売も行っている。店番は、法人のスタッフやインターンのほか、一箱本棚オーナーが日替わりで務めている。

また、だいかい文庫では現在、月4回・各1時間ほど「居場所の相談所」も開設している。相談への応対は医療福祉の専門職が担い、ヒアリング当時は法人のスタッフの1人（薬学部出身でメンタルケア心理士の資格を所持）が担当していた。

そのような本の貸し借りや相談などを通して気になるケースがあった場合は、社会福祉協議会や市の保健師など、関係者・関係機関につなげられることもある。常設のだいかい文庫ができたことで、YATAI CAFÉだけのころと比べ特定の人の継続的なフォローもしやすくなったという。だいかい文庫の開設に向けたプロセスのなかでは、地元の社会福祉協議会の生活支援コーディネーターとも相談を重ねてきたようだ。

法人の運営は、一箱本棚オーナーの登録料、新刊書籍の売上げ、コーヒーなどの飲食の売上げ、守本氏の講演料のほか、助成金などで賄われている。助成金は地元の社会福祉協議会や民間財団などからのもので、行政からの経済的な支援は受けていない。

なお、だいかい文庫は駅に近い商店街の空き店舗をリノベーションする形で開設されているが、リノベーション費用のほか法人登記費用、







図表10　だいかい文庫（視察時撮影）

書籍購入費なども含め、開設資金はクラウドファンディングで集められた。リノベーションもまたひとつのイベントとして実施し、多くの人を巻き込む形で行われた。

豊岡駅から徒歩７～８分ほどの商店街の一角に店を構えたのは、たまたま空き店舗があったという理由のほかにも、ケアに関するサービスと地域が相互につながるハブとしての機能をだいかい文庫が果たすためには、多くの人にとって見えやすい場にあることが望ましいという理由もあるようだ。建物としても、道路に面した壁はほぼガラス張りとなっており、外から見えやすい開放的な店構えとなっていた。

守本氏は、YATAI CAFÉ やだいかい文庫を「小規模多機能な公共空間」と表現する。だいかい文庫には図書館としての機能の他に相談所としての機能もあるわけだが、そのほかにも、一箱本棚オーナーや地域の人によるイベントが開催されることもある。特に目的なく居場所として使用することもできる。特定の機能だけがある場所には、その機能を求める人だけがやってくる。「よくわからないけど何かをやっている場」であることでさまざまな人が訪れ、それが結果として無関心層へのリーチにもつながるという。

また、だいかい文庫での人の関わり方を、守本氏は「中距離コミュニケーション」と呼ぶ。いわゆるコミュニティカフェでは、場合によっては､その場にいる人たちの積極的な関わり（近距離コミュニケーション）が求められることもある。一方、だいかい文庫は必ずしもコミュニケーションを目的とした場ではないため、ただ本を読んだりコーヒーを飲んだりして過ごしてもよい。そのような関わりであっても、店番をするスタッフや他の利用者など同じ空間にいつもいる他者の存在は認知されている。このような中距離でのコミュニケーションが、人との会話が苦手な人やイベントが苦手な人にとっても、いざ何かあったときに相談しやすい間柄を培っていくという。コーヒーや本といった「暮らしのなかのワンコンテンツ」を介した中距離の関わりは、支援を求める声があげられない人との関係をつくり、維持する際のひとつの工夫と考えられる。

そのような中距離コミュニケーションの場では、関わり方は人によってグラデーションがある。また、定期的に通っている人に店番を頼んでみたり、店番によく入ってくれる人にスタッフとしての関わりを勧めてみたりといった具合に、同じ人でも時期によって関わり方が移り変わっていく。そのような「関わりしろのグラデーション」のなかで、生きづらさを抱えて相談所に来た人が、ボランティアで店番をするようになり、元気を取り戻して働きはじめるといったケースもあるようだ。

守本氏によると、だいかい文庫は「みんなでつくっていく場」である。「お客さんから『もうちょっと開けてほしい』という声があったら、『ちょっとお店番やりませんか？』と声をかけるような、そういう場所なんです。みんなが使えば使うほどここは開いていくよ、という仕組みです」と語られる。

ケアと暮らしの編集社では新しい動きとして、地域住民が講師となる「だいかい大学」という生涯学習的なイベントの準備が進められていた。このようなアイデアも、活動のなかで関わってくれた人たちからあがってきたものだという。だいかい文庫などを利用する人たちの声に応じながら、活動の形を変えていくことが今後もめざされている。

---

[33] 可児市の事例は、西編（2020）、北井（2021b）、衛（2020）、可児市文化芸術振興財団（2021）のほか、下記のウェブサイトを参考にした。
・可児市文化創造センター　https://www.kpac.or.jp/ala/

(5) 公益財団法人 可児市文化芸術振興財団（可児市文化創造センター ala）[33]

岐阜県可児市にある可児市文化創造センター ala（以下、アーラ）は、公益財団法人可児市文化芸術振興財団が管理運営する文化芸術施設である。同法人は平成 12 年（2000 年）に設立。平成 14 年（2002 年）にアーラが開館した際に、可児市が全額出資する同財団が指定管理者となった。

アーラでは、社会的処方を冠した取組みをはじめる前から、通常イメージされるような文化芸術施設のあり方を超えて、市民に向け生活課題・社会的課題の解決のため「アートを通じた体験の機会」を多様に提供してきた。

きっかけとなったのは、演劇批評などで知られる衛紀生氏を館長兼劇場総監督に迎えてからだという。平成 20 年度（2008 年度）からは、社会包摂型のコミュニティ・プログラム「アーラまち元気プロジェクト」を実施。公式サイトでは、次のように説明されている。

> アーラの「まち元気プロジェクト」は、2008 年から始まりました。「生きづらさ」や「生きにくさ」を感じている人々を、文化芸術の力を活用して精神的にも社会的にも孤立させないという取り組みです。文化芸術には「共創性」という、複数の人間が関わりあって新しい価値＝仲間・コミュニティをつくる力があります。この文化芸術の力で「生きる力」と「コミュニティを創出」し、社会の健全化を目指します[34]。

社会的処方は、そのようなアーラの「社会包摂型劇場経営」をさらに発展させ、地域の福祉・保健医療・教育・多文化共生などの領域と文化芸術をつなげていくコンセプトとなっている。

可児市文化芸術振興財団は、アーラを舞台に多彩な事業を行ってきた。たとえば、外国にルーツのある人たちと日本人が一緒に演劇をつくりあげる「多文化共生プロジェクト」や、障害・国籍・年齢・性別などの垣根を超えてダンスでつながるイベント「みんなのディスコ」、ひとり親家庭の親子を対象とし、演劇的手法を用いたゲームで親子の絆や参加者同士の交流を深める「親子で楽しむコミュニケーションワークショップ」などである。「児童・生徒のためのコミュニケーションワークショップ」では、小中学校に出向いてクラス単位で演劇的手法による表現活動に関するワークショップが開催されている。アーラでは、積極的なアウトリーチで多様な層を巻き込む取組みが進められてきた。

令和 3 年（2021 年）4 月には「アーラまち元気そうだん室」をプレオープンした（翌年 7 月の開館 20 周年記念日に本格的に開室）。これは、誰もが日常的に集い気軽につながり合うことのできる「みんなのアットホームなたまり場」である。さまざまな社会的課題に直面した人びととその解決を担うワーカー、アーティストが、非日常の芸術体験だけでなく、日常的につながることのできる場として開設された。将来的には、医療機関や高齢者福祉施設、学校など教育機関とつながり、その人にあった文化芸術活動を処方するプラットフォームとして機能することがめざされているようだ。

可児市文化芸術振興財団によるアーラでの取組みは、アートを介して人びとをつなげる社会的処方として展開されている。アートが社会的孤立を予防・緩和するセーフティネット機能をもつ可能性を示す事例と言えるだろう。

---

[34] KANI PUBLIC ARTS CENTER ala まち元気プロジェクト https://www.kpac.or.jp/machigenki/%e3%81%be%e3%81%a1%e5%85%83%e6%b0%97%e3%81%a8%e3%81%af/

(6) 小杉湯（東京都杉並区）[35]

小杉湯は東京都杉並区にある銭湯である。昭和 8 年（1933 年）に創業され、地元・高円寺の住民に長年にわたり親しまれてきた。平成 29 年（2017 年）に法人化し、以降は株式会社小杉湯により運営されている。

小杉湯の利用客は、平日 400 ～ 500 人で、土日には 800 ～ 900 人近くにのぼるという。1 日平均で 120 人未満ともいわれる一般的な銭湯の利用状況に比べると、その利用者は多い。

小杉湯の隣には、令和 2 年（2020 年）3 月に「小杉湯となり」が開設されている。会員制のシェアスペースとして月会費 22,000 円（入会金 11,000 円）で自由に使用することができ、令和 3 年（2021 年）の記事によると当時の会員は 60 人前後である。もともとは誰にでも開かれた場所にする予定だったが、新型コロナウイルス感染症の拡大もあり、会員用施設へと切り替わったという。

3 階建ての建物は、1 階は台所・食卓、2 階は居間・書斎スペース、3 階は個室となっている。小杉湯は東京の公衆浴場の伝統的な外観を維持し、国の登録有形文化財に登録されているが、対する小杉湯となりは個性的でモダンなデザインとなっている。令和 4 年（2022 年）には、日本建築学会作品選集新人賞に選ばれている。

もともと、そこには老朽化した風呂設備のないアパートがあった。これを「風呂なしアパート」ではなく「銭湯つきアパート」としてSNS などで入居者を募集したところ、会社員、建築家、編集者、ミュージシャン、広告パーソン、デザイナーなど小杉湯のファンが入居。入居者の専門性を活かし、営業時間外の銭湯を利用した音楽イベントや、アーティストがアパートで生活しながら作品を制作する「アーティスト in 銭湯」の企画運営など、さまざまな取組みがなされた。取り壊し後、元入居者を中心に株式会社銭湯ぐらしが設立され、令和 2 年（2020 年）3 月に小杉湯となりの開設にいたった。

そのような小杉湯や小杉湯となりでは、医療関係者による健康に関する企画も開催されてきた。理学療法士のレクチャーを受けながら街を歩く「夕焼け散歩」や、医療関係者が心身の悩みを聞く「となりの保健室」、地域包括支援センターや社会福祉協議会などとともに行うプロジェクト「高円寺健康まちづくり」、病院などの専門機関と健康プログラムを提供する「EIM 小杉湯」などである。これらの活動は、医療関係者もメンバーとなっている「小杉湯健康ラボ」によって運営されている。

地域包括支援センターの保健師でもある小杉湯のコミュニティナースによれば、医療関係者にとって、銭湯という場所は「個別性のあるケア」を実現しやすい環境にある。患者である前に「住民であるその人」に出会うことができれば、疾患だけに着目するのではなく、その人の生活や価値観をふまえた関わりができるからだという。

また、行政が提供する「福祉」に対する住民の心理的ハードルの高さもふまえるなら、生活に埋め込まれた銭湯に医療関係者が関わる意義は小さくないという。

病院や行政の相談窓口には訪れることはな

[35] 小杉湯の事例は、堀田ほか（2021）、藤澤（2021）のほか、下記のウェブサイトを参考にした。
・小杉湯　https://kosugiyu.co.jp/
・銭湯ぐらし　http://sentogurashi.com/
・遅いインターネット 加藤優一×平松佑介｜街の銭湯からこれからの「ご近所」について考える https://slowinternet.jp/article/20200622/
・XD（クロスディー）荻原雄太「一つの目的に縛られない場所「小杉湯となり」が生み出す余白のある暮らしとは」https://exp-d.com/interview/8523/
・tayorini　坂口ナオ「地域の交流拠点がまちの保健室に!? 銭湯が叶える新しい医療の形―高円寺・小杉湯」https://kaigo.homes.co.jp/tayorini/interview/kosugiyu/

> くても、銭湯には生活の中で自然と足を運びます。であれば、銭湯の方に医療者が自然と存在していれば、病気になる以前の元気なうちから関わることもできるかもしれないと思いました。しかもそこがなんでも話せる場であれば､街にとっての『保健室』のような存在になる可能性もあるでしょう。（藤澤 2021：124）

小杉湯は、創造的な活動を求める人びとのネットワークと、地元に根づいた住民たちの生活が重なり合うなかで、社会的処方が行われる場所となっているといえるだろう。

3-3　小括

本章では、国内の社会的処方の事例について概観してきた。最後に、事例から読みとれる実践の枠組みについて考察したい。

(1) 健康（ウェルビーイング）をテーマにした分野横断的な取組み

地方自治体において社会的処方が推進されている場合、庁内外における分野横断的な連携が積極的に進められていた。そこでは健康をテーマとした連携が図られていたわけだが、そこにおける健康とは、身体的・精神的な次元だけでなく、社会的な次元も含んだウェルビーイングな状態として捉えることができるだろう。

名張市では、地域福祉教育総合ネットワークが構築され、庁内では生活困窮、障害、児童、高齢、教育の５分野のエリアディレクター（相談支援包括化推進員）の連携が進められていた。同市の社会的処方は従前からの地域づくり組織を中心とする地域づくり活動を基盤としており、コミュニティ関連の政策とも一体的に推進されている。

また、高石市では、従前からのスマートウェルネスシティの推進のなかで社会的処方が取り組まれていた。歩道の整備、乳幼児の見守り支援事業、妊産婦向けの運動･相談教室など、ハード面も含むさまざまな取組みが「健幸都市づくり」の一環として進められている。大学と連携し、取組みの効果について検証が行われているのも特徴的である。

地方自治体が主体となり社会的処方を進めるにあたっては、庁内の多部署、庁外の多機関との連携が重要といえる（西岡 2022)。いわゆる「縦割り行政」からの脱却は繰り返し指摘されてきたことではあるが、社会的処方の背景にある健康の社会的決定要因の考え方に基づくならば、健康は伝統的な医療だけで支えられるものではなく、分野横断的な取組みが必要となる。

また、生活問題が複雑化し、従来の社会保障制度からは抜け落ちる「制度の狭間」の問題が多く見られるようになった現在では（猪飼 2016、2017)、何らかの困難を抱えた人びとを地域につなげ、健康を支えるためには、多部署･多機関の連携が必要となってくる。

以上のような多部署・多機関の連携は、地域共生社会の推進の方向性とも一致する。地域共生社会の理念のもとで、現在、重層的支援体制整備事業が進められているが、そこで整理されているような相談支援、参加支援、地域づくりに向けた支援が、健康（ウェルビーイング）をテーマとした包括的な支援のなかで展開されることが期待される。

なお、名張市ではリンクワーカー研修が開催されていたが、その対象には市役所職員も含まれていた。市職員はさまざまなチャンネルで何らかの困難を抱える市民と接点を持つことがあるが、そのような市民を制度や機関、専門職や地域資源へとつなぐリンクワーカーの機能は、市職員もある程度担うことが可能だと考えられる。

(2) 個人の暮らしの延長上にある定常的な場

民間の事例では、個人の暮らしの延長上にある定常的な場を起点に社会的処方が取り組まれていた。

一般社団法人ケアと暮らしの編集社では、商店街でシェア型図書館（だいかい文庫）を開設しており、そこが地域の人びとに利用される場になっていた。図書館としてだけではなく、医療福祉従事者による健康相談も定期的に開かれ、社会福祉協議会など地域の機関との連携のなかで健康や生活に課題を抱える人を相互に紹介し合う関係も築かれていた。

小杉湯では、銭湯を起点とした健康関連の取組みが、社会的処方と呼ばれていた。長年地元住人に親しまれてきた銭湯は、人びとの日常生活に埋め込まれた場所である。そのような場を中心に、コミュニティナースなど医療福祉従事者も関与する形で健康に関するイベントが随時開催されていた。

第２章で整理したように、社会的処方の定義には医師の起点性を含むものもあれば、含まないものもある。誰がリンクワーカーとして適切かという議論もある。ただ､誰が起点になるか､誰がつなぐのかということ以上に、多様な人が生活の延長上でかかわりつながりが得られる定常的な場が重要といえるかもしれない。

それはたとえば、読書や飲食、入浴など日常の生活の営みを展開する場である。そこに健康の視点を重ね、医療や福祉の専門職が関わっていくという形が事例からは見て取れる。そのような場では、参加に際して集団の強いメンバーシップは求められないが、コミュニティとしての活動に積極的に関わることもできる。言語的なコミュニケーションを前提としないが、場合によっては専門職に相談もできる。本を読むことや風呂に入ることといった日常的な活動がベースにあるため、場に関与する際の障壁は低いが、そこは医療や福祉など専門的な機関や人材と接点をもつハブにもなる。

以上のような小規模多機能な場、グラデーションをもった関わり方ができる定常的な場、専門的な支援にもつながるハブとなるような場が生活の連続性のなかにあることは、健康にあまり関心がない層に対するリーチの面でも意味があるだろう[36]。名張市における「まちの保健室」も、そのような場に近いと思われる。

個人の暮らしの延長上にある定常的な場で社会的処方を展開する事例からは、次のようなことも言えるだろう。健康づくりに限らず、モチベーションやインセンティブがないイベントや活動への「参加」の障壁は高い。窓口への「相談」の障壁も低くない。一方、普段の生活を送るなかで私たちはさまざまなサービスを「利用」している。暮らしの延長上にある定常的な場が健康無関心層にもリーチし、時に健康づくりのイベントや活動への「参加」や窓口への「相談」につながるとしたら、それは入口が「利用」だからだろう。「利用→参加・相談」の経路の組込みが、社会的処方においては重要と考えられる。それは医療機関の「利用」を起点とした社会的処方においても同様だろう。

(3) ナッジやインセンティブの実装

事例では、活動への参加に対するポイントの付与や、活動の楽しさ、場の洗練さなども重視されていた。これらは、ナッジやインセンティブの実装とまとめることができるだろう。

ナッジとは、「人々の選択肢を奪うことなく、

[36] 健康増進のために市民の行動変容を求める政策――情報提供、健康プログラムの提供など――は、社会経済的にゆとりのある人びとほど届きやすい。そのため、健康格差への介入は、やり方によっては格差をかえって拡大する危険性がある（Tengland 2012）。

環境を整えることで、本人や社会にとって望ましい行動をするようにそっと後押しする手法」などと説明される。基礎自治体による取組みでも導入されはじめている（Policy Garage 編 2022）。

今回取り上げた事例でいえば、大阪府高石市では、特定健診や健康増進事業などへの参加にポイント（市内で利用できる共通商品券などに交換可能）を付与する「健幸ポイント事業」などが従来から取り組まれてきており、社会的処方の実践もこのポイント制度と接続されていた。

可児市文化芸術振興財団では、ダンスや演劇などアート関連のイベントが多様な層を巻き込みながら行われていた。それらのイベントは非日常的なものだが、住民とアーティストが日常的なつながりをつくる場もつくられ、アートと生活課題を結びつける取組みもはじめられていた。

ケアと暮らしの編集社や小杉湯でも、活動の楽しさや空間の洗練さなどが重視されているように思われる。移動式のコーヒー屋台について、ケアと暮らしの編集社の代表である守本氏は次のように書いている。

> YATAI CAFE には、楽しさ、美味しさ、オシャレさが内包されている。移動式屋台を見ると、神輿のようで楽しくなってくる。コーヒーは美味しさとオシャレさのアイコンと言える。YATAI CAFE にいると、ワクワクしてくる。ためにはなるが、そんなに楽しくもない貸し会議で行われる医療教室とは異なり、YATAI CAFE には、ふと訪れてみたくなる仕掛けがある。[37]

楽しさや洗練さは、健康づくりにあまり関心がない人も惹きつける誘因になりうる。健康を支える活動がより幅広い人びとを呼び込むには、大切な要素だろう。

（4）健康（ウェルビーイング）の視点をもった専門人材の関わり

宇都宮市医師会では、社会的処方に関する活動を医師会のなかで推進する部会を設置し、市内の社会資源のデータベース作成、医療従事者が健康の社会的決定要因に気づくための問診シートや社会的処方の評価のための問診シートの作成などを行っていた。実際の医療現場でどのように活用されているかは明らかではないが、医師会が主体となった社会的処方の取組みは国内であまり例がなく、注目される。

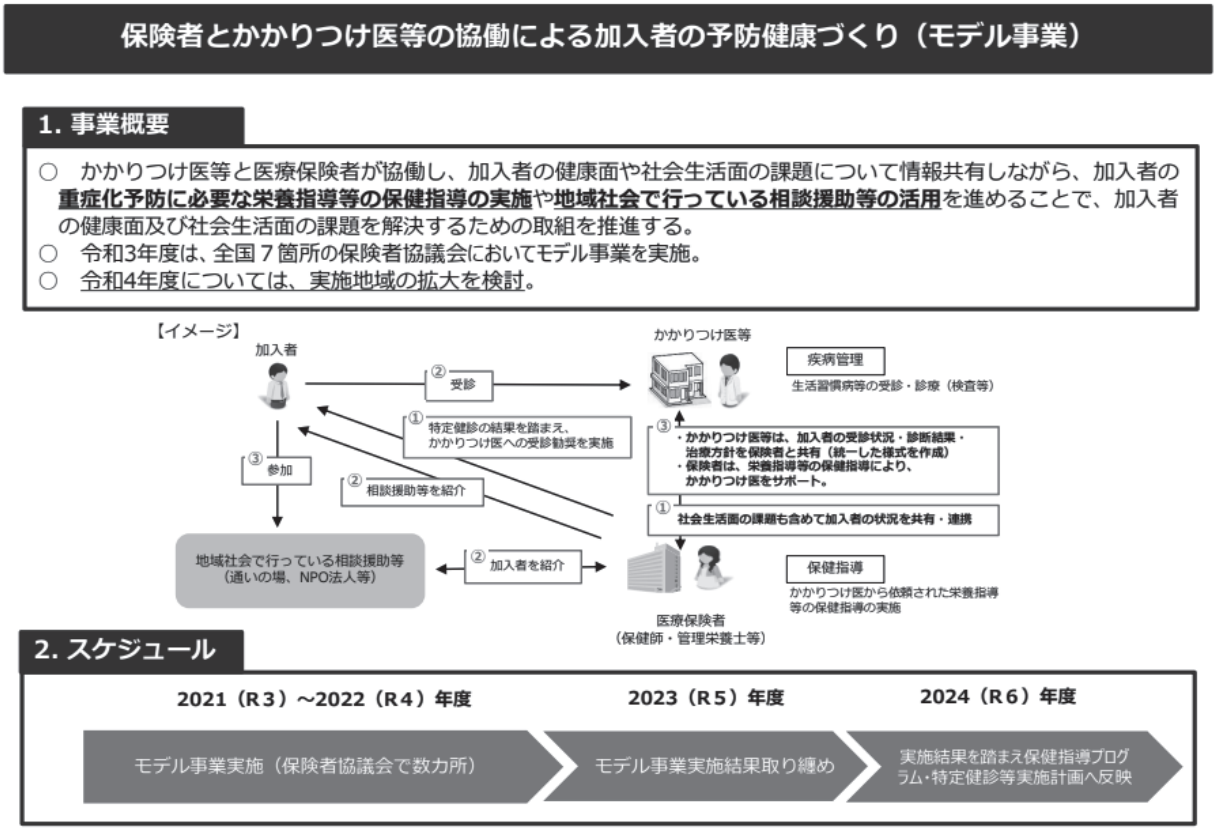
また、三重県名張市では、医師が社会的課題を抱えた患者を地域包括支援センターにつなぐ仕組みづくりが進められていた。支援依頼書の様式が作られ、地元医師会を通じた普及が図られているようだ。

医療機関が起点のひとつとなり、関係機関との連携のもとで進められる社会的処方は、令和3年度（2021 年度）から厚生労働省のモデル事業も進められている[38]（図表11）。モデル事業は、これまで2年度にわたり実施された（図表12）。各保険者協議会では、医療機関を含む関係機関との連携体制の構築、対象者に地域資源や公的制度を紹介する社会的処方の仕組みの構築・実施、社会的処方の効果の検証、リンクワーカーの養成、地域資源の見える化などが行われている。三重県名張市ではさまざまなモデル事業を利用しながら地域共生社会の仕組みづくりが進められているが、社会的処方のモデル事業もそのひとつである。

---

[37] note 守本陽一「医療者が引く移動式屋台カフェの正体とは。YATAI CAFE が生み出す健康的な空間の理由。」https://note.com/ymrmn/n/n3ca817dcf1bd

[38] 厚生労働省 令和4年度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）の公募について　https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_23861.html



図表 11　保険者とかかりつけ医等の協同による加入者の予防健康づくり（モデル事業）

出典：厚生労働省 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（モデル事業）
https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000896541.pdf

図表 12　社会的処方モデル事業受託者

年度	採択事業者	年度	採択事業者
令和 3 年度 （2021 年度）	秋田県保険者協議会 栃木県保険者協議会 静岡県保険者協議会 三重県保険者協議会 大阪府保険者協議会 鳥取県保険者協議会 沖縄県保険者協議会	令和 4 年度 （2022 年度）	岩手県保険者協議会 秋田県保険者協議会 三重県保険者協議会 大阪府保険者協議会 兵庫県保険者協議会 鳥取県保険者協議会

出典：厚生労働省 令和 3 年度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）の公募について（https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_16654.html）、令和 4 年度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）の公募について（https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_23861.html）より作成

本報告書の執筆時点では、令和 3 年度（2021 年度）の事業成果と課題をまとめた各協議会の報告資料が公開されている。そこでは事業実施から見えた社会的処方の課題として、対象者へのアプローチ、生活背景の把握、関係機関の連携、つなぎ役（リンクワーカー）、つなぎ先（地域資源）、効果といった面での困難さが報告されている（図表 13）。

図表 13　社会的処方のモデル事業で見られた課題（R3）

項目	主な課題
対象者へのアプローチ	・患者自身が社会的処方の必要性を感じていないケースがある【秋田】 ・患者によっては病状の関係から社会的処方についての理解が難しい場合がある【秋田】 ・診察場面での患者への同意取得が困難【秋田】 ・緊急対応が必要で予防介入の段階ではない事例が多い【三重】 ・孤立・貧困者、引きこもり者へのアプローチは、主として民生児童委員と町職員が担っているが、医療受診に至るまでの信頼関係構築に時間がかかる【鳥取】
生活課題の把握	・質問シートだけでは対象者の「生活に関する課題」の内容を探ることが難しい【栃木】 ・保健指導に「生活に関する課題」の把握結果を取り入れると、実際とは異なる先入観を抱きがちになる【栃木】 ・「生活に関する課題」の視点が加わることで、これまでの保健指導の範囲を超えたアドバイスや支援が求められる【栃木】 ・要介護認定を受けているが本人の拒否や経済的事情により介護サービス利用に至っていない事例が半数以上見られ、医療サイドから社会・生活面の状況把握がしにくい【三重】 ・患者の SDH に気づく問診票の作成など医師が連携しやすく手続きが簡略化した仕組みづくり【大阪】 ・かかりつけ医の有している情報だけで支援プランを判断してしまい、地域活動へのつなぎなどに反映されない場合がある【鳥取】 ・限られた診療時間のなかでは医師による生活背景の詳細な聞き取りが難しい（市町村からかかりつけ医への情報提供が必要）【沖縄】
関係機関の連携	・医療現場における「生活に関する課題」についての認識が低い【栃木】 ・連携職種や団体の役割について相互に理解を深める必要がある【栃木】 ・社会的処方を認識した上での連携体制構築の必要性【静岡】 ・伴走支援には一定の時間が必要となり、医療が期待するスピード感とギャップがある【三重】 ・医師により社会生活面への支援の視点・認識に差がある【三重】 ・医療機関のない地域での地域づくり組織と協働した予防健康づくり活動に、医師が地域へ出向ける体制が継続的に確保できるか【三重】 ・患者の SDH に気づく問診票の作成など医師が連携しやすく手続きが簡略化した仕組みづくり（再掲）【大阪】 ・かかりつけ医の有している情報だけで支援プランを判断してしまい、地域活動へのつなぎなどに反映されない場合がある（再掲）【鳥取】 ・企業（産業医）との連携強化【鳥取】 ・保険者横断的に継続支援するにあたり協会けんぽ検診データの入手が困難【沖縄】 ・かかりつけ医と腎専門医・市が連携した重症化予防の取組みにおいて、それぞれの対象者の社会的背景や家庭環境等を考慮して自分ごととしてとらえられるようなサポートの必要性【沖縄】
つなぎ役（リンクワーカー）	・家族や地域にキーパーソンが不在で社会資源につながらないケースがある【秋田】 ・リンクワーカーの人材育成【静岡】 ・地域住民対象のリンクワーカー養成研修は即効性が低く、参加呼びかけに対し拒否的な地域もあった【三重】 ・リンクワーカー養成研修は単年度事業として効果をあげることが難しい【三重】 ・リンクワーカーとして機能する専門職等の確保【大阪】
つなぎ先（地域資源）	・社会資源を収集・公開するにあたっての同意取得や情報更新の際の手続きが困難【秋田】 ・つなぎ先となるインフォーマルな資源の不足【三重】 ・医学的根拠に基づき安全性とリスク管理が担保された社会的処方先の確保【大阪】
効果	・社会的処方の効果検証は一定程度の期間を要する【秋田】 ・「生活に関する課題」への対応や改善は、短期間で結果を出すことが難しい【栃木】 ・リンクワーカー養成研修は単年度事業として効果をあげることが難しい（再掲）【三重】
その他	・かかりつけ医の負担が大きく対象者を増やすことが困難【秋田】 ・社会的処方に関する共通認識不足（定義の曖昧さ、エビデンスの少なさ）【静岡】 ・件数増加に伴い支援対応可能な体制づくりや人材の確保が必要【三重】 ・対象者の資格異動による支援の中断を避ける継続支援【沖縄】 ・ライフステージごとに変化する生活背景に応じた支援の必要性【沖縄】

出典：厚生労働省 令和３年度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）の公募について（https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_16654.html）、令和４年度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）の公募について（https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_23861.html）より作成

現在のところ、国のモデル事業においては、従来から指摘されてきた医療と福祉の連携の課題が改めて浮き彫りになっていると言えるだろう。医療機関が組織的に社会的処方を積極的に実践する国内事例は今のところあまり見られず、多くは個々の医師の実践として展開されている状況と思われる[39]。

ただ、社会的処方の固有性のひとつは、医療領域から発信されはじめた概念・実践である点だと考えられる。そのような経緯から考えても、医療分野との連携は社会的処方について検討する際は重要な論点であり、積極的に模索する必要があるだろう。

今回の事例をふまえるならば、医療分野と連携した社会的処方の枠組みとして、第1に、個人の暮らしの延長上にある定常的な場に医師等が関与する仕組みを作り出すといった形が考えられる。事例では、医師が代表を務める一般社団法人が民間シェア型図書館を運営するケアと暮らしの編集社のケースや、銭湯のイベントに医療関係者が関わる小杉湯のケースが見られた[40]。

第2に、医師が基礎自治体やその関連機関に患者をつなぐ形である。三重県名張市では、支援依頼書の様式を用意し、医師が地域包括支援センターに気になる患者を送る仕組みづくりが進められていた。そのような仕組みを回すためには、地元医師会と積極的な連携を図ることに加え、医師からの依頼を受け止め支援につなげる庁内外の分野横断的な連携体制が整えられていることが前提となるだろう。

名張市へのヒアリングによると、医師から紹介されるケースはすぐに公的支援につなげる必要がある深刻な事例が多いようだ。そのような状況は医療起点の社会的処方の難しさを示すものだが、それまで福祉分野でのキャッチが不十分だったケースが医療機関を介して支援につながっているという意味で、医療機関を起点とした社会的処方の意義が示されているとも言えるだろう。

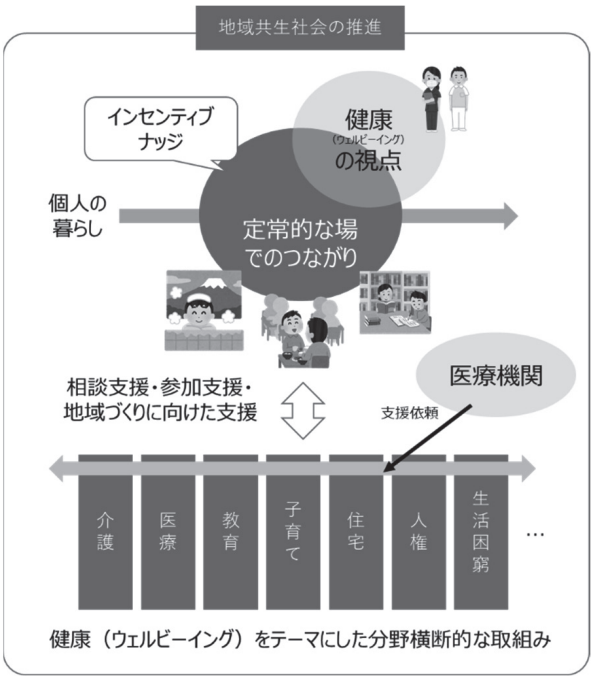
一方、緊急度が高くなる前の支援、予防的な観点からの社会的処方は、1つ目の、個人の暮らしの延長上にある定常的な場に医師等が関与する仕組みのほうが、より適していると言えるかもしれない。この場合は特に、健康（ウェルビーイング）の視点をもった専門人材の関わりとして、医師だけではなく看護師や保健師、薬剤師や介護士など、医療や介護の関係者が幅広く想定されるだろう。

以上、事例をふまえた社会的処方の実践枠組みを考察してきた。整理したものが図表14である。社会的処方の実践においては、(1) 健康（ウェルビーイング）をテーマにした庁内外での分野横断的な取組みを基盤に、(2) 個人の暮らしの延長上にある定常的な場でのつながりづくりを支援する形が考えられる。そのような場には、(3) インセンティブやナッジの実装と、(4) 健康（ウェルビーイング）の視点をもった専門的な人材の関わりが求められる。医療機関からの支援依頼を庁内外の分野横断的な連携のなか

[39] もちろん、今後、医療機関が組織的に社会的処方に取り組む事例は多く出てくるかもしれないし、現時点でも、診療所や薬局などが組織的に取り組んでいる事例は各地に多くあると思われる。断片的な情報になるが、たとえば、京都府舞鶴市のまいづるゆう薬局では、平成29年（2017年）から薬局近隣にあるレンタルキッチン付きコミュニティカフェで月1回、薬局スタッフが勤務時間内に「ゆう薬局カフェ」を運営し、健康に配慮したメニューの提供や、健康に関連したミニ講座の開催に取組んでいる。行政や地域包括支援センターなどと連携した取組みは、社会的処方の実践として報告されている（ファーマシストライフ働き方研究所「2022年『第6回みんなで選ぶ薬局アワード』結果発表レポート「まちへ出て、地域と人と健康を繋げる“ゆう薬局カフェ”～社会的処方／健康サポートの実践事例としての5年間＋α～」https://www.onenationworkingtogether.org/63305、京都移住計画「地域と共に歩む薬局の一員になる」https://kyoto-iju.com/works/yuuyakkyoku_maizuru）。

[40] 脚注39に挙げた事例も、個人の暮らしの延長上にある定常的な場に医療関係者が関わる形での、社会的処方の実践と言える。

で受け止め、地域資源や公的制度につなげる形も考えられる。



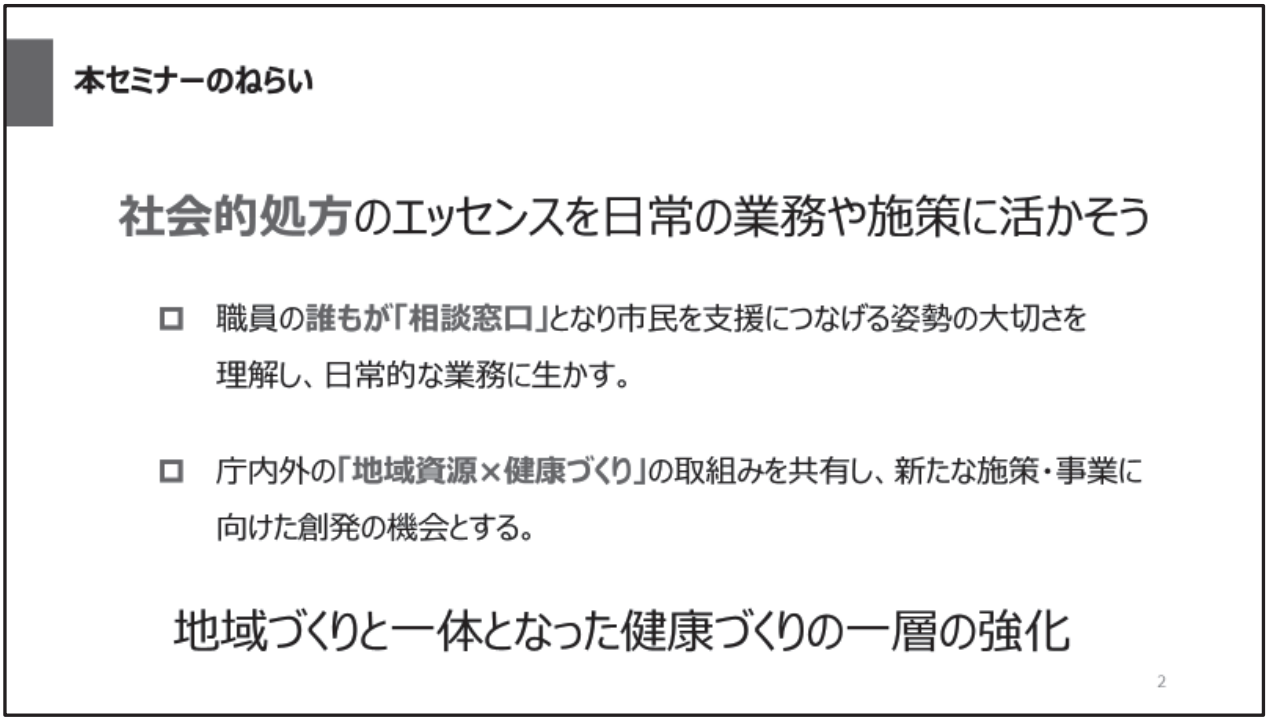
図表 14　社会的処方の先行事例の整理

4．社会的処方の庁内セミナー

4-1　セミナーの概要

本研究を進めるにあたり、庁内職員を対象とした社会的処方セミナー（全 4 回）を実施した。セミナー開催の研究上の目的は、基礎自治体における地域共生社会の推進のなかに、社会的処方のエッセンスをどのように落とし込めるのか、職員による議論を通して検討するためである。

セミナー参加者に対して示した研修のねらいは、「社会的処方のエッセンスを日常の業務や施策に活かす」である（図表 15）。地域共生社会の推進に向け、誰もが「相談窓口」になり市民を支援につなげる大切さを学ぶとともに、庁内外の「地域資源×健康づくり」の取組みを共有し、新たな施策・事業に向けた創発の機会とすることをめざした。



図表 15　社会的処方セミナーのねらい（第 2 回説明資料より抜粋）

セミナーの開催にあたっては、社会的処方に関する学術論文等があり、医師・社会福祉士・介護支援専門員でもある、大阪医科薬科大学研究支援センター医療統計室講師の西岡大輔さんに全体のアドバイザーを依頼した。第１回の講演をお願いするとともに、第２～４回は職員の議論に対しコメントなどをいただいた。セミナーの準備段階でも、構成やワークの内容などについて適宜アドバイスをいただいた。また、関西大学社会学部社会学科教授の草郷孝好さんもオブザーバーとしてセミナーに参加いただいた。

セミナーのスケジュールは図表16、参加者は図表17のとおりである。セミナーは全４回開催したが、第１回の講演については市民も参加できるオープンな形で行った（対面とオンラインの同時双方向型）。第２回から第４回は、主に庁内職員が参加する形で実施した。少人数での開催を想定して参加者は８名程度を募集し、最終的に７名の参加となった。

セミナーの構成としては、まず、第１回の講演で社会的処方の前提や考え方を共有した上で、２回め以降に入ることとした。第２回には、地域共生社会の推進という文脈で社会的処方を理解するため、重層的支援体制整備事業についてのレクチャーを実施した。第３回には、地域資源や支援の視点などについて知るため、豊中市社会福祉協議会の事業についてのレクチャーを組み込んだ。また、第２回と第４回には、多部署・多機関連携に関するグループワークを実施した。

なお、本セミナーは、総務部人事課と共催する職員研修として実施された。

図表 16　社会的処方セミナーのスケジュール

日時	内容
第１回（8月9日） 14：00～16：00	講演（大阪医科薬科大学講師・西岡大輔さん） 「『社会的処方』を知って、対応力を豊かにしよう 目の前に現れる住民は、数々の障壁を乗り越えられた人」
第２回（11月15日） 10：00～12：00	重層的支援体制整備事業レクチャー 多部署・多機関連携についての個人・グループワーク（連携を促進／阻害する要因について）
第３回（12月8日） 9：00～10：30	豊中市社会福祉協議会レクチャー
第４回（1月24日） 10：00～12：00	多部署・多機関連携の手立てについてのグループワーク（連携を促進するための手立てについて）

図表 17　社会的処方セミナー（第２～４回）参加職員

健康医療部	保健予防課
	コロナ健康支援課
福祉部	福祉事務所（2名）
市議会事務局	議事課
こども未来部	こども政策課
都市経営部	経営計画課

4-2　セミナー各回の内容

各回の概要は以下のとおりである。

(1) 第１回

大阪医科薬科大学講師の西岡大輔さんの講演を実施した。社会的処方はまだ十分に知られた言葉ではない。そのため、セミナーを開催するにあたり、社会的処方という考え方を共有する目的で講演をお願いした。講演の目次は次のとおりである。

・自己紹介・アイスブレイク
・住民の健やかな暮らしを脅かす社会的孤立
・社会的孤立に対応できるか？「社会的処方」の概念とその実践上のポイント
・豊中市における「社会的処方」のあり方は？

講演では、健康の社会的決定要因、特に社会的孤立が健康に与える影響について、社会的処方という概念について、社会的処方という言葉をきっかけに行政職員が学べることについてなどが､計量的なデータや具体的なケースを用い、豊中市の状況もふまえた形でレクチャーが行われた（図表 18)。





図表 18　社会的処方セミナー第１回

(2) 第２回

第２回は、次のような流れで実施した。

・セミナーの導入
・重層的支援体制整備事業についてのレクチャー
・多部署・多機関連携についての個人・グループワーク

まず、セミナーの導入として、事務局からセミナー全体のねらい、社会的処方の概説、全体のスケジュール､今回のねらいなどを確認した。

続けて、福祉部地域共生課の職員による重層的支援体制整備事業についてのレクチャーを聴講した。

第２章で整理したように、基礎自治体の諸施策のなかで社会的処方を理解する場合、すでに取り組まれている地域共生社会の実現という文脈の上で捉えることが重要と考えられる。そこで、令和３年（2021 年）３月の社会福祉法改正に伴い、地域共生社会を推し進めていくための具体的な事業として取り組まれている重層的支援体制整備事業について、レクチャーを実施することとした。レクチャーでは、地域共生社会や地域包括ケアシステム、重層的支援体制整備事業などの概念や事業内容の整理、包括的な支

援が求められる具体事例の紹介などが行われた。

後半では、多部署・多機関連携についての個人・グループワークを行った。内容は、これまでに出会った多部署･多機関にまたがる“困難”を抱えたケースについて、うまく対応できた事例、うまく対応できなかった事例を振り返り、グループ内で報告し合う形とした。

各グループには、ケースの報告を通じて、うまく対応できた／できなかった原因を抽出するように求めた。時間があまりないなかでの話し合いとなったが、各グループからは次のような要因が指摘された。

【うまく対応できた原因】
・他の部署が何をしているのか、何を頼めるのかを事前に認知していた。
・各部署の役割を少しずつ超えたやり取りが担当者間で以前から行われていた。
・事前に役割分担をした上で複数の部署による対象者へのアセスメントが行われ、部署間の情報交換がなされた。
・庁外の関係機関とも情報共有を行い見守りが継続された上で、各部署がケースにかかわることができた。

【うまく対応できなかった原因】
・部局が担当する事業の対象から法的・制度的に外れることで関われなくなった。
・必要な情報が部署間で共有されないことで、支援が動かなくなってしまった。

以上のような話し合いの上で、アドバイザーからは次のような指摘がなされた。

・うまく対応できた事例は、別の機関や部署とのいい協力関係が事前にある。
・探り探りの関係だと各部署・機関の守備範囲のあいだに隙間ができ、そこにこぼれ落ちる人が出てくる。その隙間が埋まるような、守備範囲を一歩踏み出すような関わりが大切。
・アウトリーチは相手に課題を見つけるために行うと失敗しがち。相談窓口に来る人はさまざまな障壁を越えてやって来ている。そのような障壁を下げるための事前の取組みとして、アウトリーチが行われることが重要。

セミナー後に提出された受講者のふりかえりシートには、今回のセミナーを通して学んだこととして以下のようなコメントがあった（一部抜粋）。グループワークをふまえ、多部署・多機関連携を促進するために必要なポイントについての気付きが多くあげられた。たとえば、連携先の役割・機能についての十分な理解（①）、普段からの顔の見える関係の構築（②）、対象者についての認識（潜在的課題も含む）のすり合わせ（②）、対象者が制度を外れても関係者が相談し合う関係･場の構築（③）などである。一方、連携の制約条件として、連携先となる庁内の関係部署や地域資源についての知識の不足（④）や、人員の不足（⑤）なども指摘された。

① 意識的に連携を意識し、個人や世帯が抱える課題・問題を発信し支援を共有していれば良ければと思った。また、連携先の役割や機能についてもしっかりと理解し、やってほしいサポートや連携先が出来ることをあらかじめ把握して支援の依頼や相談が出来ればよかったと感じた。
② うまくいったケースとそうでないケースを書き出してみると、うまくいったケースは制度やサービスは同じであっても顔の見える関係ができており、また、対象者の顕在している問題だけでなく潜在している問題についても支援者が共通認識を持っていたということを振り返ることができた。

③　困難事例で上手くいった事例では、関係機関の役割を明確に把握したうえで、対象者を軸として、積極的な情報共有を行っていたと学んだ。切れ目ない支援を続けていくためには、制度等で対象者に関わりが終了しても、現在の担当者へ支援内容だけでなく、対象者の生活等も情報共有すること、担当者が困った時に、前任者や関連部署等で相談し合う関係や場所を作ることが必要だと感じた。

④　発表した困難例について、対象者を取り巻く環境を、業務・部署単位で考えていたところがあった。対象者を中心として、何ができるのかをもう少し考える必要があった。また、庁内や地域資源について知識不足であり、情報収集を行う必要があった。

⑤　「支援を受ける側」と「支援する側」のやりたいことがおり合わないという問題は解決が難しいと感じました。グループ内では結局のところお互いの信頼関係を築くことが大切というお話がありましたが、限られた人員で１人の被支援者にどこまで手厚くできるのかというのは大変難しい課題だと感じました。

(3) 第３回

第３回は、次のような流れで実施した。

・社会福祉協議会の活動の説明
・意見交換

まず、豊中市社会福祉協議会の事務局長でコミュニティソーシャルワーカーの勝部麗子さんに、社協の活動内容について説明していただいた。社会福祉協議会の概要、全国や豊中市の社会的孤立の状況やその背景、求められる地域共生社会の方向性などについての説明とともに、社協が地域で取組んでいるさまざまな活動についての紹介などが行われた。

説明内容は多岐にわたるが、エッセンスとしては次のような点があげられるだろう。

・支えられた人が支える人になる活動、当事者をエンパワメントする活動の積み重ね。
・課題を抱える人を周囲の住民が地域の資源につなげる地域力の重要性。
・本人の人生や生活の文脈をふまえたストレングス視点（本人の強み・資源・可能性への注目）に基づく関わり。
・本人が自身の状況に合った居場所と役割を見つけられる多様な場やプログラムの開発。
・問題解決型のアウトリーチ（本人に困り感がないと支援拒否となる）や見守り型のアウトリーチ（本人にとっては監視に感じられかねない）というより、本人にとって必然性があり喜ばれるアウトリーチが重要。

アドバイザーからは次のようなコメントがあった。

・今回のお話では、現場で対応しきれない、対応する枠組みがない人が、社会福祉協議会や市民協働の力で支え合いをしていることがよくわかった。そのようななかで行政機関に相談に来る人は、よほどの困りごとがあるということでもある。
・そのため、ひとつの事業・部門の枠組みを超えた関わりが生む力は大きい。困難を抱えている人は、その困難ゆえに、まったく関係ないような課に相談をしてしまったりする。それを自分の課の問題ではないと対応してしまうと、「助けて」の声があげられない人に対応できるチャンスを失ってしまう。
・社会福祉協議会の活動に加わりながら、困難を抱えている人たちがどのような暮らしをしているのか、どのような言動をしがちなのか

を共に学ぶことが大切。

セミナー後に提出された受講者のふりかえりシートには、今回のセミナーを通して学んだこととして以下のようなコメントがあった（一部抜粋）。社会福祉協議会のレクチャーをふまえ、支援の視点やスタンスなどについての気づきが多くあげられた。たとえば、支えられる人が支える人になる支援（①）、対象者を「支援する人」として捉えるのではなく、強みを発見し（ストレングス視点）それを発揮できる機会・場を創造する支援（エンパワメント）の重要性（②③④⑤）などである。そのような支援が、地域社会の再生につながりうる（③）という言及もあった。また、そのような支援のためにも、地域活動の内容・趣旨の理解（⑥）、支援者の地域活動への参加（⑦）の重要性が指摘された。

① 継続的な自立のためには、一方的に支援するだけでなく、支援する側になるような役割が必要だということを学んだ。また、仕事等で支援側にいる人も、日常生活では支えられている立場であったりするということも改めて忘れてはいけないと感じました。

② 対象者を「支援する人」として捉えて対応していて、対象者を「人」として理解できていないところもあると発見がありました。支援しても拒否され、支援方法に苦慮することもありますが、対象者が心配で気に掛けていることを伝え、対話の中で対象者を理解することから始めていくことが大切だと気付きました。

③ 支援で関わっている人も、その人の人生があり、強みがあることを理解し、社会資源と繋がる方法を検討することも、保健師として大切な役割だと学ぶことができました。人をつなぐことで新たな価値や地域で生活できる楽しみが生まれ、より地域に住みやすくなると考えることもできました。

④ 地域での交流や助け合いが社会の機能維持に大きな効果があるということが印象に残った。一方で、社会構造の変化により繋がりがなくても生きていける社会となりつつある状況に危機感も感じた。本日の講義では住民それぞれには問題意識や能力を有しているという事が印象的であった。個々が有する意識や能力を掘り起こし、その力を発揮できる場所や機会を創造することがそれぞれの社会的役割を生み出し、「我が街」の意識を高め、地域社会の再生に繋がるのだという事を強く感じた。

⑤ 今回の気づきは（1）ストレングス視点とエンパワメント、（2）問題における本質を見抜く力である。（1）については、地域住民を社会の担い手としてとらえ、個人個人の持つ強みに注目し、実現可能なところから段階を踏んで成長を目指していくという点が大きな気づきであった。また、行政としてはその担い手のニーズや特性をしっかり把握し、多様性を受け入れた上で、実現可能な支援方法を考えることの重要さを学ぶことが出来た。（2）については現在表面化している問題ばかりに目を向けるのではなく、その問題を引き起こす事に至った原因についてしっかりと考察し、解決方法、支援方法を考え実践していくという過程の重要性を改めて認識できた。例えば、ゴミ屋敷という現象が起きている場合、ゴミの解決のみでは再発する可能性も高い。なぜ問題が起きているのか、どこにその原因があるのかを突き詰めて本人と考えていく事で継続的な解決となるのだと考えた。また、支援に拒否的な場合においても、その原因は何かと考えながら関わりを保っておく事で、支援時期が来た際に機会を逃さない事

に繋がるという事を学んだ。

⑥ 制度の対象にならない方の場合に社会的な孤立を防ぐためにも、地域活動の内容や趣旨をよく理解しておく事で、ニーズを把握した際には適切に地域の社会資源につなぐことが出来るよう意識していきたい。

⑦ 多世代での地域活動の実際を、詳しく丁寧に教えていただき大変勉強になりました。豊中の地域や社会資源など知らないことが沢山あり、自ら地域活動に参加して、地域の方から学ぶ時間が必要だと感じました。

(4) 第４回

第４回は、次のような流れで実施した。

・アドバイザーによる全４回のふりかえり
・多部局・多機関連携についてのグループワーク

まず、アドバイザーの西岡大輔さんに、これまでの全４回のセミナーについてふりかえり、ポイントをまとめていただいた。

次に、グループワークを実施した。地域共生社会の推進に向けた他部署・機関との連携を進めるために具体的にできる手立てを考えるワークとした。まず、個人ワークとして、他の部署・機関との連携がうまくいく／いかない原因、円滑な連携に向け自身の持ち場でできる短期的なこと、自身の持ち場あるいは組織レベルで中長期的に求められることについて付箋に書き出してもらった。そのうえで、各グループで意見を共有しながら議論をし、最終的に参加者全体でディスカッションを行った。

議論の主な内容は次のとおりである。

・連携が属人的になりがち。異動が頻繁にあるため担当者が変わると連携が止まってしまう。そのため制度のなかだけで動きがちになってしまう。
・連携先の担当者による支援の視点は、対面的な関係を重ねるなかで見えてくる。「顔の見える関係」を構築することで、メールなどでの情報共有も円滑に進む。
・各部署が開くケース会議などに関係部署の担当者が参加することがあれば、日頃からの連携もやりやすいのではないか。個人情報の観点から他部署との共有が難しい内容もあるので、可能な枠のなかで行う必要がある。
・まずは部署のなかで目的が適切に共有されることが大切ではないか。目的に照らして連携が必要と理解されれば、チームのバックアップも受ける形で連携が円滑に進むのでは。担当者が変わると連携が止まるといったことも減るはず。組織としての目的が共有されないなかでは、前例が基準になりがち。前例に乏しい連携は進みにくい。
・連携を担える人材の育成には時間がかかる。連携のとれる機関を整理した資料などがあれば本来はよいが、それをまとめる時間がとれない。新人は過去の事例を読んでそこからやり方を拾い上げたり、先輩にやり方を聞いたりしながら学んでいるのが実情。ただ、マニュアル化しすぎるのもよくない。職務の本質をおさえることが大切。そのためにはチームのなかで新人も含めて一緒に考える機会をつくることも必要だが、なかなかその時間をとることも難しい。
・若手の育成に際しては、実際の仕事を通じて先輩から後輩が学ぶこともちろん大切だが、ICT の活用なども考えられてよいのではないか。
・まずは自分でアウトリーチし、地域のことを知っていく必要がある。今回の研修で、自分から地域に出向くことの大切さにも気づいた。
・対象者の最重要課題について部署間で共有しておくことが大切。それがないと連携が進まず業務の押しつけ合いのようになってしま

う。重要な課題がおさえられていれば、福祉職や保健師などは専門職としての特性上、すすんで仕事をするはず。そのための仕掛けづくりが必要。
・コロナ禍のなかで入職したが、対面での研修がなかなかないなかで、他部署が何をしているのかを知る機会も少なかった。周囲も研修に誘うなどして横のつながりをつくることが大切だと感じる。

アドバイザーからは次のようなコメントがあった。

・どうしても支援をする立場からの意見になりがちだが、行政職員も市民の一人。自分自身のことや仲間のことも守りながら何ができるのかを一緒に考えていければと思う。
・行政の取組みが外にも広がっていくためには、行政のなかで働いている人たちの困りごとを市民が知る機会があることも大切なのだろう。地域とオープンな関係を築いていくことも、将来めざせると良いように思う。

セミナー後に提出された受講者のふりかえりシートには、今回のセミナーを通して学んだこととして以下のようなコメントがあった（一部抜粋）。多部署・多機関連携を進める際の視点について多く言及されたが、目標共有の重要性（①②③）、部署内の連携の重要性（④）、つながりを次世代に引き継いでいくことの大切さ（⑤）、自分自身が積極的に行動することの大切さ（⑥）などに触れられていた。また、部署内での目標共有に関連して、連携が目標になるのではなく各セクションの目標達成に向けて必要な手段が連携である（③）との指摘もあった。

① 組織としての目標を職員が共有していなければ、何をするかが曖昧になる。
② 担当者が変わっても連携が続く土台作りとして、組織内での目標や業務を行う本質を共有することが必要だと学びました。組織風土が築かれるとともに、目的を達成するという共通認識を持って仕事ができると考えます。
③ 課の目標設定について明確な目標を立てることの必要性について学ぶことが出来た。所属組織が明確な目標を設定、周知を徹底する事により所属職員は目標達成に向けた志向となる。目標達成の為の行動は目的や動機がはっきりと存在するため、支援者自身もその行動について納得、理解をしたうえで取り組むことが出来るのではないかと感じた。それらが各々の組織で実行する事で「押し付け合い」という意識は感じなくなるのではないか。「連携」についてもその言葉が一人歩きし、「連携」する事が目標になっていると感じた。しかし、本セミナーの学習の中で本来はそれぞれの課や組織が掲げる目標の達成に向けて必要な手段が「連携」であると気づいた。
④ 部署外や外部の連携を議論する前に、部署内の連携が取れているかを考える必要があると感じました。風通しの良い組織や心理的安全性のある組織は、困った時も相談しやすく、新たなアイデアも生まれやすいと考えます。
⑤ 「つながり」を次の世代に引き継いでいく、変わらないものとして土台に変えていく作業が必要なのだろうと思います。異動で担当者が変わったから、とか、機構改革で所管が変わったから、という理由で立ち消えていかないようにできる取組と工夫が必要であることがわかりました。
⑥ 自分が源となって、相手に関わること、積極的に行動することが、円滑に連携するために必要だと学びました。

4-3　小括

本調査研究では、地域共生社会を推進していく際の視点のひとつとして社会的処方を捉え、議論を進めてきた。ここでは特に、多部署・多機関連携の促進に焦点をあてながら、セミナーでの議論を整理しておきたい。考察を若干加えながら要点をまとめると、以下のようになる。

(1) 部署内での目標の共有

多部署・多機関との連携のまえに、各部署内で目標が共有される必要がある。各部署の目標達成に向け必要な手段として連携を位置づけることが、属人的ではなく組織的な連携のための前提となる。

(2) 関連部署が情報・認識を共有する機会・場

法律・制度から外れて自部署の支援対象から外れる人への継続的な支援のためにも、関係部署が情報共有をするとともに、お互いの支援の視点・認識をすり合わせる機会・場が求められる。普段から顔の見える関係を構築するなかで、役割を少しずつ超えたやり取りを積み重ねることも大切となる。ケース会議への関連部署の参加などがあれば、普段からの連携もより積極的に進めることができる。ただし、個人情報の取り扱いなどが連携の制約となる。

(3) 連携のための人材育成

連携を継続的に進めていくためには人材育成の視点も重要。業務の本質を共有する機会を各部署内でもつことや、研修を通して他部署の職員と横のネットワークを築くこと、地域にある資源を知る機会や地域資源に主体的にアプローチする動機づけを図る機会などをつくることが大切。

最後に、本セミナーの研修としての意義について触れておきたい。今回実施した社会的処方セミナーは、庁内職員が大学の研究者も含めた参加者と議論をしながら進める形式を採った。参加職員を少人数に絞ったこともありワークショップなどでの議論は活発に行われ、ふりかえりシートからも個々の職員が学びを深めた様子がうかがえた。また、社会福祉協議会からのレクチャーやその後の議論などを経て、地域資源を知ること、地域の活動に参加することへの動機づけが図られた参加者もいた。社会的処方の実践枠組みを検討するという調査研究上の意義だけでなく、今後の職務や政策形成につながる研修として実践的な意義もあったと考える。

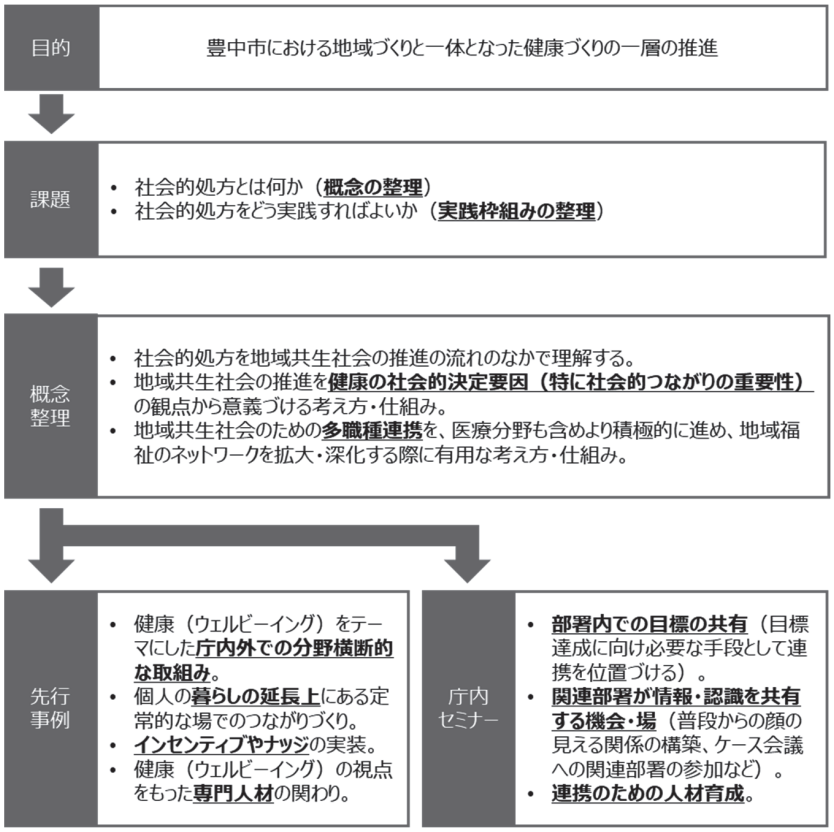
5．おわりに

5-1　本調査研究の整理

本調査研究では、豊中市における地域づくりと一体となった健康づくりの一層の推進に向け、社会的処方の考え方や実践から何が活かせるのかを考えてきた。議論の流れとしては、本調査研究における社会的処方の意味を定位した上で、そのエッセンスをいかに実践に落とし込めるかを先行事例や庁内セミナーを通して検討した。要点は次のとおりである。

① 社会的処方概念を整理したうえで、地域共生社会の推進に資する観点から社会的処方の意味・意義を捉えた。
② 先行事例の検討をとおして、健康（ウェルビーイング）をテーマにした分野横断的な取組みなど、社会的処方を実践する際の枠組みのポイントを 4 つ抽出した。
③ 庁内セミナーの実施をとおして、社会的処方の実践に不可欠な多部署・多機関の連携促進に向け求められる視点・手立てについて整理した。

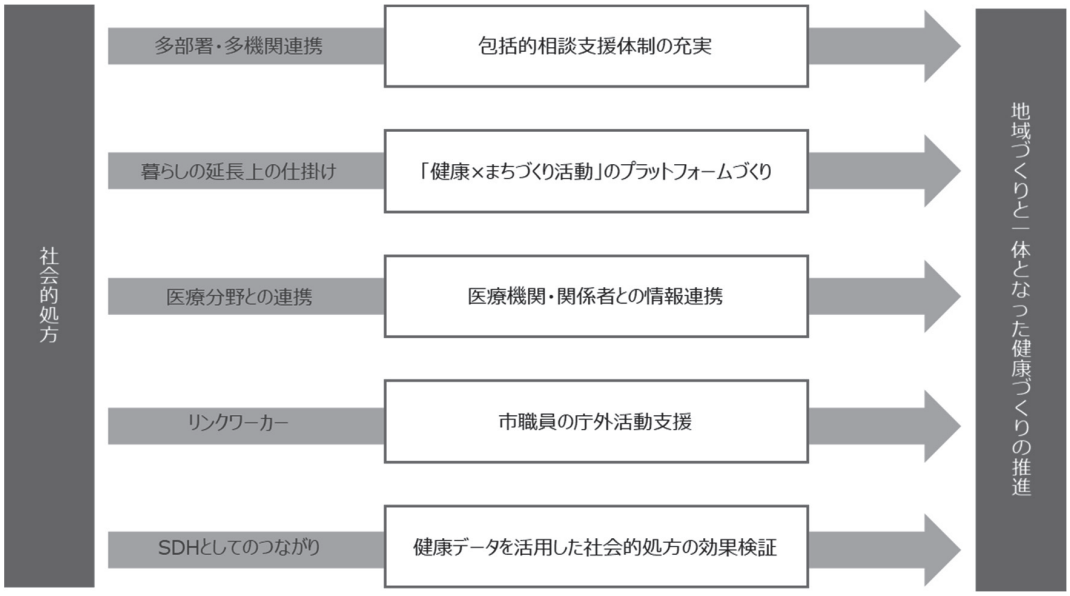
もう少し詳しい内容もふくめて全体の結果を図示したものが図表 19 である。



図表 19　本調査研究の結果概要（第 4 章まで）

5-2　考察

以上のような検討をふまえ、では、社会的処方のエッセンスをどのように実践に落とし込むことができるだろうか。試案として 5 つの方向性を示したい。概略は図表 20 のとおりである。以下、説明を加えたい。



図表 20　検討をふまえた方向性

①包括的相談支援体制の充実

地域共生社会の推進にあたっては、庁内の複数の部署や庁外の機関との連携が不可欠である。重層的支援体制整備事業においては、相談者の属性や世代、相談内容にかかわらず相談を受け止め、多機関協働へとつなげる体制（包括的相談支援体制）の整備が求められている。社会的処方の先行事例や庁内セミナーなどをふまえても、包括的な相談支援体制を一層充実させていく必要があるだろう。

そのためには、包括的な相談支援を調整する体制を庁内に築くことはもちろんのこと、実際の担当者間の連携が進むように、関係する連携部署・機関が情報や認識を共有するような場・機会が設けられる必要がある。そのような場・機会はフォーマルな形で運営される会議体のような形式だけでなく、普段からの職員間のやり取り（守備範囲を一歩踏み出すような関わり）の積み重ねも重要になってくる。そのような普段からの連携を促進するような人材育成のあり方も大切だろう。

また、庁内セミナーで議論されたように、そのような連携のためには、各部署の目標・役割を改めて整理するとともに、部署内で十分に共有し、目標・役割に照らして必要な手段として連携を位置づけるといったプロセスも求められる。そのような各部署での目標共有があることで、連携が属人的ではなく組織的に進められ、担当者レベルで築かれた連携体制が異動などを介しても途切れることなく継承されていくと考えられる。

参考となるような基礎自治体の事例として、以下に、庁内外をつなぐ共有アセスメントシートを作成・活用している東京都足立区の取組みを取り上げたい。

【東京都足立区】「つなぐ」シート[41]

東京都足立区では積極的な自殺予防対策を進めてきたが、そのひとつに「つなぐ」シートを活用した取組みがある。経済的に苦しい人や社会から孤立している人は、病気や障害、家族関係の問題、社会への不適応など、さまざまな課題を複合的に抱えていることが多い。いくつかの要因が重なり合った結果、自殺に至る場合もある。ただ、課題解決のために何をすればよいかわからない人も多く、相談窓口に行けずに悩んでいる人も少なくない。

そこで、足立区では「つなぐ」シートを独自に作成し、支援機関の間での正確かつ効率的なケースの引き継ぎを図っている。この「つなぐ」シートには、相談員が相談者から聞き取った相談内容が記録されるが、他の部署や機関の支援などにつなげていく必要がある場合、このシートもリレー形式で受け渡されていく。これにより、相談者が何度も説明をしなければならなくなる負担を軽減できるなど相談へのハードルが下がるとともに、チームで相談者を支えられるというメリットもある。シートの使用に際しては、相談者から関係機関間での個人情報のやりとりに関する承諾を得ている。

なお、足立区では、区民に接することの多い窓口担当職員を中心に、自殺の兆候を見つけて関係機関につなぐ「ゲートキーパー」の研修、部門間の連携をコーディネートする担当課の設置なども行われており、「つなぐ」シートの活用もそのような総合的な自殺予防対策のひとつとして機能している。

[41] 事例は、足立区（2018）、上林（2022）のほか、以下のWebサイトを参考にした。
・足立区 くらしとしごとの相談センター https://www.city.adachi.tokyo.jp/seikatsu-shien/gaiyou.html

②「健康×まちづくり活動」のプラットフォームづくり

事例の検討からは、個人の暮らしの延長上にある定常的な場を起点に社会的処方が取り組まれていることがわかった。そのような場には医療分野の専門職が何らかの形で関わっており、相談窓口の定期的な開設やイベントの開催なども行いながら、他の機関へのつなぎや健康に関する啓発、関係者のネットワークづくりなどを展開していた。健康にあまり関心がない層へのリーチという面でも、そのような場は大切だろう。

事例で取り上げたなかでは、三重県名張市の「暮らしの保健室」も生活に身近な場と言えるが、一般社団法人ケアと暮らしの編集社の図書館や、株式会社小杉湯の銭湯など、民間が運営している拠点の役割も大きいだろう。特に都市部では、活動の楽しさや場の洗練さといったナッジの要素も伴った民間の取組みが、効果的かもしれない。

そこで、健康分野とまちづくり分野の出会いと学びのプラットフォームづくりを提案したい。厚生労働省の「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」（令和元年（2019 年））では、その議論のなかで、「多様な主体による地域活動の展開における出会い・学びのプラットフォーム」の構築を提案している。まちづくり分野の活動と福祉分野の活動が出会い、学び合うなかで、新たな活動が生み出されていく場・機会がそこでは想定されている。

同様のプラットフォームが、健康分野とまちづくり分野の間でもできないだろうか。そういった場・機会を通して、健康課題を抱える人を地域資源へとつなげていくような、あるいは地域資源との接点をつくることで健康予防につながるような、新たな活動の創発を促すといったイメージである。すでに市内で動いているまちづくり関係のプラットフォームに、医療分野の関係者の参加を促す形も考えられる。そのようなプラットフォームを十分に機能させるためには、市民の健康づくりに関して庁内外の連携体制が築かれていることも必要だろう。

参考となるような基礎自治体の事例として、コミュニティナース[42]の育成などを行う事業者に委託する形で会議体を立ち上げている、島根県雲南市の取組みを取り上げたい。

【島根県雲南市】おせっかい活動を中心とした健康なコミュニティづくり事業[43]

島根県雲南市では、コミュニティナースの育成・実践支援・研究を手がける Community Nurse Company 株式会社に委託し、「おせっかい活動を中心とした健康なコミュニティづくり事業」を行っている。同事業では「地域おせっかい会議」が開催されるなどして、住民相互の「おせっかい」による健康的なまちづくりがめざされている。

地域おせっかい会議は、地域の住民や企業、行政関係者など、多様な主体が参加する定期会議を中心とする。事務局は、雲南市が展開している「幸雲南塾」（社会起業や地域貢献を志す若者の企画立案と実践を

[42] コミュニティナースは特定の資格制度に基づく職業ではない。その育成などを手掛ける Community Nurse Company 株式会社の代表取締役を務める矢田（2019）は、コミュニティナースについて、「地域の住民たちとの関係性を深めることで、健康的なまちづくりに貢献する医療人材」（矢田 2019：11）などと説明している。日常的に地域住民と接するなかで、普段から健康意識を高めるアプローチや、病気の早期発見、医療や福祉、行政機関への橋渡しなどを行っている。

[43] 事例は、矢田（2019）、總山（2022）のほか、以下の Web サイトを参考にした。
・Community Nurse Company 株式会社　https://community-nurse.jp/

サポートする事業)の卒業生が中心である。月１回の会議では、地域住民の心や身体、社会的な健康に関連するアイデアや困りごとなどを参加者や事務局が持ち寄り、協力者を獲得する交流が図られている。また、日常的にも、住民の相談に事務局のメンバーが応じ、民家の縁側や地域の交流センター、時にはスーパーマーケットなどで企画会議が開催されるなどしているという。

以上のような取組みを通じて、同事業では、従来の民間・行政サービスでは解決し得なかった地域課題の解決が模索され、健康づくりの機会創出や、地域内人材の発掘などにつながっているようだ。地元の医師会・病院・大学の第三者評価により、介護費用の削減効果についても可能性が指摘されたという。

③医療機関・関係者との情報連携

本調査研究では、地域共生社会の推進という文脈で社会的処方を理解してきた。ただ、社会的処方という概念の独自性は、医療分野から発信されている言葉である点だと思われる。地域共生社会の推進に向け医療分野とより積極的な連携を図る際に、社会的処方という概念は有用と考えられる。

では、医療機関・関係者と具体的にどのような連携が考えられるのか。ひとつには、三重県名張市で行われていたような、相談支援依頼票を通じた医療機関との情報連携だろう。名張市では地元医師会との連携のもと、何らかの社会課題を抱える患者について、医師が地域包括支援センター（市直営）に支援を依頼する仕組みが作られている。支援に際しては、医師により患者の同意が得られた上で、市が様式を作成した相談支援依頼票が用いられている。また、地域包括支援センターの支援状況は、支援状況連絡票をとおして医師にフィードバックされている。

以上のような情報連携は、医療機関を起点とした社会的処方のひとつの実装の形と言えるだろう。そのような連携がうまくいくためにも、医師からの支援依頼を的確につなぐような庁内外の連携体制の構築が必要と考えられる。また、第３章で触れたように、伴走型支援には一定の時間が必要となり、医療が期待するスピード感とギャップがあるようだ。地元医師会との十分な連携のもと、事例の積み重ねによる質的な検証と意義の説明を行うとともに、中長期を見据えた量的な検証に向けた準備も必要だろう。

名張市の事例については、第３章も参照してほしい。

④市職員の庁外活動支援

第２章で触れたように、社会的処方の仕組みにはリンクワーカーと呼ばれる役割が存在する。健康課題・社会課題がある人を地域資源につなぐ人たちのことである。そのようなリンクワーカーの視座や技法を学ぶために、第３章の三重県名張市の事例では、市職員のなかでも特に福祉･保健分野の専門職を中心とした研修や、それらの専門職と庁外の医療機関の関係者や学生なども交えた研修が実施されていた。

ただ､広義の社会的処方では､リンクワーカーも特定の職業というわけではなく、地域の誰もが担うことができる機能として捉えられている。三重県名張市でも住民を対象としたリンクワーカー研修が行われ、ボードゲームや交換日記を活用した地域資源の発掘、人間中心性、エンパワメント、共創といったリンクワーカーの理念の体得などが試みられている。特に住民を対象としたリンクワーカーに関する研修は、地域資源につなぐ人を育てるだけでなく、地域資源となる人たちの学びの場を提供していると言えるだろう。

以上をふまえるならば、市職員が地域での活動に一層取組みやすくする支援が考えられてもよいだろう。健康課題・社会課題を抱えた人を地域資源につなぐとともに、自身が地域資源となる、そのような役回りを果たす職員が活躍できるようなサポートである。すでに自治会やPTAの役員など地域の無償ボランティアにかかわる職員は多く、豊中市でも地域貢献のための副業について許可基準の一部緩和を進めているが、有償の地域貢献活動の積極的な推奨や、地域で活動する職員間でのノウハウ共有の仕組みの構築などにより、さらに活発な活動を誘発することができるのではないか。後述のように兵庫県尼崎市では「尼崎市職員パラレルキャリア応援制度」を設けているが、他の基礎自治体でも行政職員の副業やパラレルキャリアを後押しする流れがある。魅力的な地域活動を行う職員について近隣の自治体との連携で報告会を開催し、秀でた活動を表彰するなどしてもよいかもしれない。

もちろん、庁外活動が増えることで職員が多忙化し、健康を害するようなことがあってはならない。地域で活動する職員が増えることは望ましいと思われるが、職員のワーク・ライフ・バランスに配慮した制度設計が望まれる。

参考となるような基礎自治体の事例として、社会・地域貢献につながる職務以外の活動への市職員の参加を支援している、兵庫県尼崎市の取組みを取り上げたい。

【兵庫県尼崎市】尼崎市職員パラレルキャリア応援制度[44]

兵庫県尼崎市では、令和3年（2021年）から「尼崎市職員パラレルキャリア応援制度」を開始した。地域や社会で活躍する職員やこれから挑戦しようとする職員の後押しと、庁内における理解促進を目的とした制度である。

同制度では、まず、公務員として法制度的に可能な副業なのかを相談できる窓口を人事課に設置し、職員からの相談に応じる体制が構築されている。また、届出制度が創設され、パラレルキャリアに挑戦している職員のネットワークづくりや、活動における職場の理解、職員間の活動ノウハウの共有などにつなげられている。対象となる活動の範囲は尼崎市の内外を問わない。具体的な活動としては、PTA役員といった地域団体における無報酬の活動のほか、NPOや公益法人の役員として報酬を受けて行う活動などが挙げられている。また、活動がシティプロモーションにつながるなど貢献度合いが高い場合には、職員表彰の候補にもなるとされている。

同制度を活用して展開されている具体的な活動としては、一般社団法人を立ち上げ、地元商店街や大学などと協働しながら、商店街の空き店舗に民間図書館を開設したプロジェクトがある。一箱本棚オーナー制度を導入し、イベントなどでの会場貸しや、創作物の販売ができるチャレンジショップなども展開している。利用者同士の出会いが生まれる場所として、新たな価値を商店街に創出することなどがめざされている。

⑤健康データを活用した社会的処方の効果検証

繰り返し述べているように、本調査研究では

[44] 事例は、以下のWebサイトを参考にした。
・尼崎市「尼崎市職員パラレルキャリア応援制度」を創設します！ https://www.city.amagasaki.hyogo.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/023/846/0212-2.pdf
・尼崎経済新聞 尼崎の商店街で空き店舗活用した図書館「さんとしょ」開設へ向け取り組み進む https://amagasaki.keizai.biz/headline/1325/
・さんとしょ https://sites.google.com/view/3tosyo/home

地域共生社会の推進という文脈で社会的処方を捉えている。その上で、社会的処方がこれまでの地域共生社会に関する制度・取組みなどと差異化される特徴のひとつは、それが健康の社会的決定要因（SDH）という考え方を背景に、実証的なエビデンスの積み上げも志向している点にあると考えられる。

ただ、第2章で見たように、孤独・孤立が健康にネガティブな影響を与えていることについては多くの実証的な知見があるものの、社会的処方がどのような効果をあげているかについては、十分なエビデンスの積み上げがまだ不足している。③で改めて確認したように、長いスパンで効果を考える伴走型支援は、医療が期待するスピード感とギャップがある。医療分野との連携を進める上でも、そして何より効果的な取組みを進めるためにも、中長期を見据えた量的な検証に向けた準備を進めながら、社会的処方を実践する必要があるだろう。

地域づくりと一体となった健康づくりについては、大学や民間企業などと連携しながら、その効果の検証が望まれる。庁内にはさまざまな健康データが存在しているが、それらのデータを他の行政データと接合し、分析を進めることも必要になってくるだろう（庁内の健康データの活用に関しては、本調査研究報告に所収の「豊中市における健康データの利活用に関する調査研究」も参照）。

もちろん、多様な要因が絡む社会的処方は、その効果を量的に捉えることが難しい面もある。“数字の独り歩き”も避けられるべきだ。質的なケースの積み上げと並行しながら量的なデータの検証も進め、質的なケースが量的なデータ検証の仮説や結果の解釈を提供したり、量的なデータが質的なケースの意義をより強い説得力で説明したりといった、量と質が相互に補完し合う研究体制の構築が大切だろう。

参考となるような基礎自治体の事例として、資源ごみの収集拠点での実証実験を実施した、奈良県生駒市の取組みを取り上げたい。

【奈良県生駒市】日常の「ごみ出し」を活用した地域コミュニティ向上モデル事業[45]

奈良県生駒市では、令和元年（2019年）12月から令和2年（2020年）2月にかけて、2つの自治会（それぞれ約700世帯、約200世帯）を対象に、地域づくりと一体となった健康づくりに関する実証実験を実施した。地域に資源ごみの収集拠点とコミュニティカフェを併設した施設（通称「こみすて」）をつくり、ごみ出しと一緒に市民の交流を促す取組みである。

実証実験が開始された際に事業を受託したのは、資源リサイクルに強みをもつ事業者である。また、同社とIT企業により、「こみすて」への参加を促す仕組みをICT技術で構築した。大学と連携した効果検証の結果、「こみすて」の利用者は非利用者に比べ、健康への意識や幸福感が1～3割増加していた。さらに、要介護リスク得点が低下することで、介護費用の抑制が期待できるとの結果が得られたという。

同事業が行われた2つの自治会のうち1つは、実証実験の終了後、令和2年（2020年）12月より「こみすて」の運営を地域

[45] 事例は、以下のWebサイトを参考にした。
・新・公民連携最前線　資源ごみ回収拠点での「ついでの交流」に健康増進効果、奈良県生駒市　https://project.nikkeibp.co.jp/atclppp/PPP/434167/010600231/
・SUUMOジャーナル　ごみ捨て場が憩いのサロンに！奈良県生駒市「こみすて」が面白い　https://suumo.jp/journal/2021/02/23/178470/
・生駒市　生駒市複合型コミュニティ支援補助金　https://www.city.ikoma.lg.jp/0000023227.html

住民に引き継いで再開している。同市では、地域住民や地域内外の企業、市民団体などさまざまな主体が相互に関わり地域課題の解決をめざす自治会に対し、複合型コミュニティ支援補助金が交付されており、再開後の「こみすて」もそのひとつに指定されている。

【参考文献】

足立区，2018,『足立区の「生きる支援」自殺対策計画』.

Bickerdike L, Booth A, Wilson PM et al., 2017, "Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence," *BMJ Open*, 7(4): e013384.

Chatterjee H, Camic P, Lockyer B and Thomson L, 2018, "Non-clinical community interventions: a systematised review of social prescribing schemes," Arts & Health, 10(2): 97–123.

千嶋巌，2020,「想いがあればできる！私にもできた！宇都宮医師会の社会的処方の実装に向けての取り組み」『プライマリ・ケア：実践誌』5（3）：55–57.

Drinkwater C, Wildman J and Moffatt S., 2019, "Social prescribing," *BMJ*. 364: l1285.

Dixon M and Polley M, 2016, "Report of Annual Social Prescribing Networks Conference." https://www.artshealthresources.org.uk/wp-content/uploads/2017/01/2016-Social-Prescribing-Network-First-Conference-Report.pdf

衛紀生，2020,「文化政策 3.0 へ――本質的価値（芸術的価値）とともに、経済的・社会的価値を重視する戦略的投資へ」日本都市センター編『文化芸術ガバナンスと公民連携 第 21 回都市経営セミナー』日本都市センター：2–19.

藤澤春菜, 2021,「地域包括支援センターで働く私が『銭湯』に見た可能性――ソーシャルキャピタルとしての『小杉湯』」『訪問看護と介護』26（2）：122–127.

總山萌，2022,「ゆるやかな他者への依存が育む豊かな暮らし――おせっかい活動を通じたコミュニティづくり」『地域づくり 特別編』397：18–19.

後藤玲子，2017,「福祉における情報の壁――自治体の事例調査に基づく考察」『社会政策』9（2）：135–146.

本庄かおり, 2022,「日本における社会的健康格差」『TOYONAKA ビジョン 22』24：2–9.

堀田聰子･西上ありさ･密山要用，2021,「まちケアプロジェクト探訪記・2『くらしの余白』にケアを持ち込んでみたら？ 老舗銭湯・小杉湯と専属コミュニティナースを訪ねて」『訪問看護と介護』26（6）：379–385.

Husk K, Elston J, Gradinger F, Callaghan L and Asthana S, 2019, "Social prescribing: where is the evidence?" *British Journal of General Practice*, 69（678）: 6–7.

猪飼周平，2016,「ケアの社会政策への理論的前提」『社会保障研究』1（1）：38–56.

――――，2017,「地域包括ケア政策の総括から共生社会へ」『月刊保険診療』72（6）：34–39.

岩間伸之・原田正樹，2012,『地域福祉援助をつかむ』有斐閣.

岩間伸之・野村恭代・山田英孝・切通堅太郎，2019,『地域を基盤としたソーシャルワーク――住民主体の総合相談の展開』中央法規.

上林陽治，2022,「役所は総合病院 自殺対策と足立区の庁内連携」『日経グローカル』438：50–51.

可児市文化芸術振興財団，2021,『エッセンシャルワーカーとしての文化芸術「社会的処方箋活動」の実践＜成果報告書＞（令和 2 年度戦略的芸術文化創造推進事業「文化芸術収益力強化事業」）』.

勝部麗子，2016,『ひとりぼっちをつくらない――コミュニティソーシャルワーカーの仕事』全国社会福祉協議会.

菊池馨実，2019,『社会保障再考――〈地域〉で支える』岩波書店.

北井弘，2021a,「地域福祉教育総合支援ネットワークを構築し包括的支援を実現」『月刊ガバナンス』246：45–50.

――――，2021b,「社会包摂型劇場経営から社会的処方箋の実践拠点へ」『月刊ガバナンス』246：48–50.

近藤尚己，2021,「『社会的処方』は孤独・孤立を癒やすシステムとなるか 国内で始まっている試み」BuzzFeed https://www.buzzfeed.com/jp/naokikondo1/social-prescribing-2?bfsource=relatedmanual

工藤美奈子，2021,「認知症の人のケア実践から『孤立』について考える――地域包括ケアシステムの現場から」『日本保健医療行動科学会雑誌』36（1）：79–81.

久野譜也，2020,「自然と健幸になるまちづくり――Smart Wellness City」『都市とガバナンス』33：8–15.

三原岳，2021,「骨太方針に盛り込まれた「社会的処方」の功罪を問う――薬の代わりに社会資源を紹介する手法の制度化を巡って」ニッセイ基礎研究所 https://www.nli-research.co.jp/report/detail/id=66226?site=nli

守本陽一，2020,「まち全体を健康にする」西智弘・守本陽一・藤岡聡子『ケアとまちづくり、ときどきアート』中外医学社：198–214.

村井邦彦，2020,「在宅医療分野における医師会の展望――在宅医療を支えるこれまでの医師会活動とこれからの医師会活動」『医学のあゆみ』275（2）：176–180.

――――，2021,「一般社団法人宇都宮市医師会『社会支援部』の活動――プライマリ・ケアの理論と実践」武

田裕子編『格差時代の医療と社会的処方――病院の入り口に立てない人々を支えるSDH（健康の社会的決定要因）の視点』日本看護協会出版会：70-78.
名張市，2020,『名張市第4次地域福祉計画』.
永田祐，2013,『住民と創る地域包括ケアシステム――名張式自治とケアをつなぐ総合相談の展開』ミネルヴァ書房.
――――，2021,『包括的な支援体制のガバナンス――実践と政策をつなぐ市町村福祉行政の展開』有斐閣.
内閣府，2019,『令和元年版高齢社会白書』.
――――，2021,『経済財政運営と改革の基本方針2021日本の未来を拓く4つの原動力～グリーン、デジタル、活力ある地方創り、少子化対策～』.
中島修・菱沼幹男編，2015,『コミュニティソーシャルワークの理論と実践』中央法規.
NHS England and NHS Improvement, 2020, *Social prescribing and community-based support* : Summary guide.
西智弘，2020,「社会的処方とは何か」西智弘・守本陽一・藤岡聡子『ケアとまちづくり、ときどきアート』中外医学社：59-73.
――――，2022,「貧困と健康問題――社会的処方の実践を通して考えること」『こころの科学』224：14-19.
西智弘編，2020,『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.
西岡大輔，2022,「健康を支える地域のつながりと社会的処方」『TOYONAKA ビジョン22』24：10-17.
西岡大輔・長谷田真帆，2019,「社会的処方ってなに？ プライマリ・ケア医はやるべき？ Part.2」『プライマリ・ケア：実践誌』4（3）：48-50.
西岡大輔・近藤尚己，2018,「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』30（1）：5-18.
――――，2020,「社会的処方の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』29：527-544.
――――，2021,「精神医療における『社会的処方』の可能性」『精神科』39（1）：64-70.
西岡大輔・長嶺由衣子，2021,「健康格差に対する社会的処方の可能性」武田裕子編『格差時代の医療と社会的処方――病院の入り口に立てない人々を支えるSDH（健康の社会的決定要因）の視点』日本看護協会出版会：39-54.
野村晋，2020,『「自分らしく生きて死ぬ」ことがなぜ、難しいのか――行き詰まる『地域包括ケアシステム』の未来』光文社.
オレンジクロス編，2019,『英国社会的処方現地調査報告書』.
オレンジクロス編，2021,『社会的処方白書』.
Pescheny JV, Randhawa G, Pappas Y, 2019, "The impact of social prescribing services on service users: a systematic review of the evidence," *Eur J Public Health*, 30(4): 664-673.
Policy Garage 編，2022,『自治体職員のためのナッジ入門』公職研.
Polley M, Bertotti M, Kimberlee R, Pilkington K and Refsum C, 2017, *A review of the evidence assessing impact of social prescribing on healthcare demand and cost implications*, London: University of Westminster.
阪口伸六，2021,「コロナに負けるな！ともにがんばろう！～健康二次被害防止・高石版ネウボラの推進～」https://www.city.takaishi.lg.jp/material/files/group/37/zenkokutoshimondai.pdf
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』10：138-144.
孫大輔・密山要用・守本陽一，2018,「家庭医が街で屋台を引いたら――モバイル屋台による地域健康生成プロジェクト」『日本プライマリ・ケア連合学会誌』41（3）：136-139.
高守徹，2019,「英国で取組みが進む社会的処方」『損保ジャパン日本興亜総研レポート』74：52-67.
玉手慎太郎，2022,『公衆衛生の倫理学――国家は健康にどこまで介入すべきか』筑摩書房.
Tengland, P-A., 2012, "Behavior Change or Empowerment: On the Ethics of Health-Promotion Strategies," *Public Health Ethics*, 5(2): 140-153.
坪谷透・西岡大輔，2019,「社会的処方ってなに？ プライマリ・ケア医はやるべき？ Part.1」『プライマリ・ケア：実践誌』4（2）：49-53.
ウィルキンソン．R ＆ マーモット．M，2004，WHO健康都市研究協力センター・日本健康都市学会訳『健康の社会的決定要因（第二版）』特定非営利活動法人健康都市推進会議.
矢田明子，2019,『コミュニティナース――まちを元気にする“おせっかい”焼きの看護師』木楽舎.

調査研究報告

豊中市における健康データの利活用に関する調査研究

石村 知子
とよなか都市創造研究所 主任研究員

＜目次＞
1　はじめに
2　市民の健康課題の見える化
3　被保護者健康管理支援データの活用
4　共同研究による健康政策形成の可能性
5　おわりに

1．はじめに

1-1　背景・目的

健康政策の分野では、早くから大量のレセプトデータ（医療費等の支払い業務データ）が扱われ、国の実施する公的統計データも数多く蓄積されてきた。ただし、これらのデータは、これまで、政策を立案するための判断材料として十分に生かされてきたとは言い難い。

豊中市における健康に関する諸施策の推進においても、市民の健康に関する膨大なレセプトデータや健診データや保険・医療等の健康データが蓄積されているものの、その活用が課題となっている。データを用いて医療・介護施策の効果を検証し、その結果を累積することで医療・介護の効率的運用を図る「根拠に基づく健康政策（EBHP、evidence-based health policy）」が求められるなか、本報告では、健康データをいかに活用し政策立案・評価に活かしていくかについて論じたい。

現在、国の法令、指針や自治体の計画等では、データを活用した健康政策推進が掲げられ、各自治体では、推進に向けてのデータ基盤整備を実施しているところである。ただし、データ自体は多く蓄積されているものの、現場で実際に活用する局面では課題が多い。例えば、健康データについては、専門性が高く構造が複雑なものが多いため、日々の業務繁忙の中、データの利用が関連計画策定時の分析等に留まることが多い。また、地域別や属性別の傾向にといった詳細について、十分に分析し、日々の対策や政策推進に活かすことが実務では、未だ難しいのが現状である。

そのため本報告では、庁内に蓄積する健康データを積極的に活用し根拠（エビデンス）に基づいた健康政策・健康まちづくりにつなげることを目的に以下の３つの研究課題を掲げ研究を進めることとした。

①健康データの分析に裏づけられた豊中市民の健康課題の整理
②健康データを用いた豊中市における健康政策の分析
③健康データの利活用のありかたについての検討

1点目は、庁内に蓄積されているレセプトデータ、健診データや医療費データ等の健康データの基礎的な分析を通じて豊中市民の健康課題を整理することをねらいとする。2点目は、健康データをもとに、健康課題を解決するための政策・施策が適切であるかどうかや健康状況の決定要因についてデータを用いて検証することをめざす。3点目は、現場での活用に課題の多い健康データを、庁内でいかに活用するかという点を整理することを目標とする。

本報告では「健康と都市政策（総論）」で整理した、調査研究全体を貫くテーマである「健康の社会的決定要因への対応を通じた市民の健康・ウェルビーイングの増進」の視点に沿って論考を進める。すなわち医療・健康関連部門の職員以外の様々な関係者､政策の担当者も含め、私たちが個人として、或いは組織として、どのように市民の健康に関わることができるのかを考えるきっかけを提供することをめざしている。そのため、生物学的、医学的な観点からというよりは、多くは専門家ではない健康に関わる地域のアクターが､前段の報告でまとめた｢社会的処方」の視点から地域社会全体として住民の健康にどう関与できるかという点に重きを置いて論じている。

また、健康データの分析を通じて豊中市の政策課題を抽出・整理するとともに、対策にかかわる多様な人材・組織間での健康データの利活用のありかたについても検討する。データの庁内縦断的な活用については、今後も重要なテーマとなることが見込まれる。健康分野以外のデータ利活用に応用できる知見を研究プロセスの中で得ることについてもねらいとしたい。

特に、健康データの活用という専門性が高い分野であることから、本調査研究の一部においては医療・データ分析の専門家・研究者の参画を得ることとした。具体的には外部の研究者、健康政策の所管部局及び自治体シンクタンク（市の調査研究機関）であるとよなか都市創造研究所での共同研究を進めることとした。研究の推進においては、市の健康政策の実態・現場に精通した保健師、担当者、医学・経済学の専門家、それらをつなぐ本研究所のメンバーで打合せを何度も重ね、研究参加者が共に現場の課題を発掘・検討し、できる限り研究内容を実務にフィードバックできるように努めた。このような実践と研究が循環的に進められるアクション・リサーチ型の研究は本市の事例として数は多くないため、本調査研究の研究過程についても、政策への研究成果の実装のプロセスの一部として考察を加えていきたい。

1-2　報告の構成

本報告の構成は以下のとおりである。

1.「はじめに」では、研究の背景･目的、データを利活用した健康政策の課題と意義、国・自治体の動向について整理する。また、自治体で利活用可能な具体的な健康データの概要、健康データに関わる法令等の他、先進事例についてまとめている。

2.「市民の健康課題の見える化」では、研究課題の1つ目の健康データの分析に裏づけられた豊中市民の健康課題の整理を目的とし、国民健康保険データベース（KDB）のデータを活用して、全市的な健康水準及び医療費の状況と市内の地域別の状況を可視化する。このような地域の疾病構造の見える化により、他の地域よりも健康状況に課題があり、重点的に健康対策を進めるべき地域を明らかにすることをめざす。

3.「被保護者健康管理支援データの活用」では、研究課題の２つ目の健康データを用いた豊中市における健康政策の分析の視点に沿って、市福祉事務所が所管する生活保護受給者（被保護者）の健康管理支援データの活用について論じる。本データの活用については、専門的な内容であることから大学の研究者と本市との共同研究として分析に取り組んでおり、その概要を紹介する。

4.「共同研究による健康政策形成の可能性」では、上記の 3. で実施した共同研究のプロセスをとりあげ、共同研究を今後の市の政策形成へどのように活かせるかについて論じる。自治体において、複雑化する地域課題を解決する方策の一つとして、共同研究は新たな可能性を秘めており、共同研究の意義、成果と課題及び今後の展望について考察を行う。

1-3　データを活用した健康政策の課題と意義

基礎自治体の推進する健康政策においては、一律の答えはなく、地域ごとの特性を適切なエビデンスを用いて捉えたうえで、その地域、地域にあった施策実施が必要となる。同じ市町村の中でも地区ごとに居住者の健康状況、健康行動は大きく異なることが多く、地域・地区の状況について客観的なデータを利用し、健康政策を進めていくことが求められている。

ただし、健康政策の推進については、これまでに、いくつか特有の問題が指摘されてきた。代表的な課題、対策を進めるうえでの問題とその解決策をまとめると図表１のとおりとなる。

図表１　健康政策の課題等と対策

課題	対策を進める際の問題点	対策
①因果関係が複雑である	どれから着手するべきかわからない	見える化して優先順位をつける
②データの入手が困難又は入手できないものも多い	データがあったとしても担当部署が違う等で使いづらい	部署間連携と情報技術の活用を促進する
③他部署や外部組織との連携が必要	本来各部門目的は異なるので、連携を継続しにくい	見える化したデータを共有して、win-win の連携を探る
④すでに目の前の課題がたくさんある	社会環境という根本的な問題が無視されがち	見える化して優先順位をつける
⑤役割の細分化・分権化が進んでいる	利害関係者の調整がいっそう難しくなっている	見える化したデータを共有して、win-win の連携を探る
⑥健康はライフコースにわたる問題である	数年単位で計画を練る行政の業務計画のスケジュールにそぐわない	各ライフステージの特徴的課題や特に社会的弱者が陥りやすい課題に対応することで次のステージでのリスクが減らせる

出典：近藤（2016：25、表Ⅰ-1、同：36、表Ⅰ-3）をもとに作成。表現を一部改変している。

近藤（2016）に依拠し図表の内容を紹介すると、①因果関係が複雑については、健康に関連する要因が多岐にわたりどの要因から手をつければよいか分からなくなるという点が問題となる。

②データの入手については、多くの健康政策の分析においては、所管部署以外からもデータを入手する必要があり、健康の社会的な背景と

して大きな影響を与えるとされる所得などの社会経済状況に関するデータは個人情報保護の観点から自治体内部であっても入手が困難なものもある。また、データを入手できたとしても専門外なので扱い方がわからないこともある。

③他部署等との連携については、健康づくりが担当でない部署については､協力が得にくく､（本来各部門の目的が異なるため）連携を継続しにくい。また、専門的な分野であるため、大学等の外部の組織との連携が期待されるが、連携事例や連携のためのノウハウが不足し、連携がうまく進まない自治体も多い。

④については、現時点ですでにたくさん課題があり、新しい課題として健康格差対策を追加すること自体が自治体職員にとって厄介な存在とされがちである。また、目の前の課題を解決することに注力するあまり、社会環境・地域環境の改善や近年注目されている地域の人と人とのつながり（ソーシャル・キャピタル）の視点といった根本的なテーマが無視されやすい。

⑤の役割の細分化・分権化については、行政課題の多様化、複雑化から各部局で扱うテーマについて細分化、専門化が進みつつあり、利害関係者や担当者が増え､調整が難しくなっている。

⑥について、健康は、子どもから高齢者までライフコース全般にわたる問題であるため、10年スパンの長期計画の策定が必要となるものの、多くの計画は5年程度の計画期間を設定しておりそぐわないことも多い。業務担当者が3年程度で異動になることが多く、引継ぎが難しいことがある。

以上の健康政策推進上の課題について、近藤（2016)､近藤（2017）では､その解決策として､居住地域や所得等の社会経済的な背景ごとの健康指標の差異を客観的なデータを用いて可視化する「見える化」や「見える化」したデータの関係者間における横断的な共有を提言する。また、見える化の必要性については①対策に関わる多様な人材や組織同士の課題共有のため、②対策の優先順位づけのため、③対策のマネジメントとして計画の立案と評価のための3点を強調している。

1-4　国・自治体のデータ利活用の動向

国においては、データ（エビデンス）に基づく健康政策を進めていくための支援が課題とされ、さまざまな戦略・方針が決定されてきた。

平成25年（2013年）6月に国が発表した日本再興戦略では、健康保険事業において､「保険者が健康管理や予防の必要性を認識しつつも、個人に対する動機付けの方策を十分講じていない」ことを課題として､「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として“データヘルス計画[1]”の作成・公表、事業実施、評価等の取組みを求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する」ことを求めた。

また、日本再興戦略とともに、図表2のとおり、骨太の方針及び健康・医療分野における成長戦略である「健康医療戦略」､｢｢国民の健康寿命が延伸する社会」に向けた・予防・検討管理に係る取組の推進｣を決定し､保険情報のデータ分析や分析結果に基づく事業推進を、健康・医療分野における主要な政策として示した。

このような流れの中、厚生労働省は、全国規模の医療保険レセプトデータと特定健診・特定保健指導等のデータを接合した､「レセプト情

[1] レセプトや健診等のデータを分析することで、効果的・効率的に保健事業を実施するための実施計画であり、データ分析を通じて被保険者の健康課題を把握し、PDCAサイクルに沿って事業展開を行う目的で策定されるものである。

報･特定健診等情報データベース（NDB､ナショナルデータベース）」を構築し、データの外部提供を平成 25 年（2013 年）度から本格的に開始している。また、国民健康保険連合会では、保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施を支援することを目的に、特定健診・特定保健指導、医療、介護保険等に関する情報を利活用するための国民健康保険データベース（KDB）システムを構築し、平成 25 年（2013 年）10 月からシステムを稼働した。平成 29 年（2017 年）には、厚生労働省が介護保険事業計画の策定・実施を総合的にサポートすることを目的に､「地域包括ケア『見える化』システム」の開発・提供が開始された。

さらに、都道府県においても、基礎自治体が地域特性についてデータを用いて適切にとらえ施策を進めていくためのツールの開発が進められてきた。例えば、大阪府では、平成 30 年度（2018 年度）より大阪府ヘルスアップ支援事業「地域差見える化支援事業」を実施し､KDB データ等を用い、地域診断、保健事業の対象とすべきターゲットの可視化を行うことで、効果的な保健事業が実施できるような市町村向けのツールを開発するなどの取組を進めている。

図表２　健康政策に関する主要な戦略・方針等

政府の施策方針	主要な内容	
日本再興戦略 （平成 25 年（2013 年）6 月 14 日閣議決定）	・予防・健康管理の推進に関する新たなしくみづくり	・保険者によるレセプト等のデータ分析 ・分析に基づく健康保持増進のための事業計画・評価等
	・医療情報の電子化	・ICT を活用したレセプト等のデータ分析と健康づくりの増進
健康・医療戦略 （平成 25 年（2013 年）6 月 14 日関係閣僚申合わせ）	・保健情報の分析促進	・市町村によるレセプト等のデータ分析に基づく保健事業の実施を推進 ・市町村における KDB システムの利活用による医療介護情報の統合的利活用を推進
経済財政運営と改革の基本方針（骨太の方針） （平成 25 年（2013 年）6 月 14 日閣議決定）	・健康管理・疾病予防に向けた医療関連情報の電子化・利活用の推進 ・医療保険者による疾病予防の促進	
「国民の健康寿命が延伸する社会」に向けた・予防・検討管理に係る取組の推進について（平成 25 年（2013 年）8 月 30 日厚生労働大臣公表）	・医療・介護情報の「見える化」等を通じた介護予防等の更なる推進	・市町村は、後期高齢者医療広域連合における KDB を活用し、介護予防等の視点を踏まえた保健事業を推進
経済財政運営と改革の基本方針（骨太の方針） （平成元年（2019 年）6 月 21 日閣議決定）	・予防・重症化予防・健康づくりの推進	・疾病予防促進における保険者の予防・健康インセンティブの強化 ・介護予防促進における保険者と都道府県の予防・健康インセンティブの強化 ・地域の高齢者が集まり交流する集いの場の拡大・充実。ポイントの拡大 ・健康無関心層も含めた予防・健康づくりの促進及び地域・保険者間の格差の解消に向け、自然に健康になれる環境づくりや行動需要を促す仕掛けの創出 ・運動、口腔、栄養、社会参加などの観点から市町村における保健事業と介護予防の一体的な実施
経済財政運営と改革の基本方針（骨太の方針） （令和 2 年（2020 年）7 月 17 日閣議決定）	・医療・介護分野におけるデータ利活用の推進 ・予防・重症化予防・健康づくりの推進	・PHR の拡充も含めたデータヘルス改革の推進 ・データヘルス計画の標準化等の取組の推進 ・医師による遠隔健康相談の推進 ・介護予防サービス等におけるリモート活用 ・多職種連携による生活習慣病や慢性腎臓病の予防の推進 ・負荷の低い健診に向けた簡素化

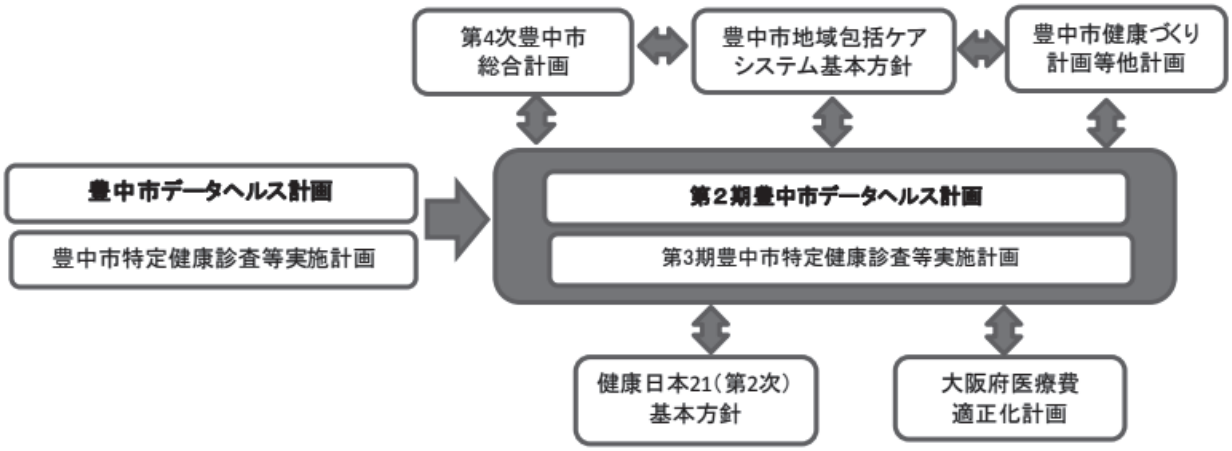
出典：国保データベース（KDB）システム活用マニュアル（国民健康保険中央会）より抜粋

続いて、豊中市の取組の経過として、データを活用した健康政策の推進に関わりが深いデータヘルス計画の沿革について紹介する。

豊中市では、生活習慣病の発生予防、重症化予防を中心とした健康の保持・増進及び医療費適正化にむけ諸計画を策定し事業を推進している。

平成 20 年（2008 年）3 月に豊中市特定健康診査等実施計画、平成 25 年（2013 年）3 月に第 2 期豊中市特定健康診査等実施計画を策定し、特定健診及び特定保健指導等の保健事業を進めてきた。平成 30 年（2018 年）3 月には、平成 30 年度（2018 年度）～令和 5 年度（2023 年度）を計画期間とする第 2 期データヘルス計画を策定し、第 3 期豊中市特定健康診査等実施計画と一体となった計画の推進を実施している。

図表 3 のとおり、データヘルス計画は、「第 4 次豊中市総合計画」、「豊中市健康づくり計画」等市の基幹計画との整合性を図り、「豊中市地域包括ケアシステム推進基本方針」を踏まえたものとなっている。



図表３　豊中市データヘルス計画の位置づけ

出典：第 2 期豊中市国民健康保険 保険事業実施計画（データヘルス計画）（平成 30 年（2018 年）3 月）

1-5　自治体で利活用できる健康データ

自治体における健康課題については、地域間の相違が大きく、全国一律の健康政策の立案、評価ではなく、地域の特徴をとらまえた政策立案、評価が必要となる。そのため、地域の健康状況を適切に示すデータを効果的に活用することが重要である。

ここでは、自治体が健康政策を検討する際に活用可能な代表的なデータとして、①レセプトデータ②国民健康保険データベース（KDB）データ③ JAGES（日本老年学的評価研究）データ④被保護者健康管理支援データ⑤ヘルスケアデータの 5 つについて説明する。

(1) レセプトデータ [2]

地域の健康課題を詳細に分析していく際には、全国単位、地域単位等で集計されたデータとともに、特に、個人や施設ごとの状況を詳細に追うことができる、集計前の個人や施設ごとの生データ（ミクロデータ）を有効活用する視

[2] 本項目については、JAGES 事務局（日本老年学的評価機構）が開催した「JAGES サマーセミナー 2022 サイドイベント　テーマ「医療経済」」（令和 4 年（2022 年）7 月 29 日開催）での報告内容及びワークショップでの議論を参考としている。

点が求められる。日本では、徐々にミクロデータを活用した研究成果が蓄積し始めているが、海外では、早くからミクロデータが一般の研究者等にも広く公開され、膨大な健康政策に関する研究が蓄積しており、研究成果が具体的な政策立案の実践にも活かされている。近年､特に、自治体においては、地域の健康課題を明確化するにあたり、自らが保有し詳細な情報が含まれる国民健康保険のレセプトデータの活用やレセプトとレセプト以外の健診の状況、地域環境、経済状況等のデータを接合した分析の推進に注目が集まっている。

自治体で活用可能な代表的な健康に関するミクロデータとして、レセプトデータが挙げられる。レセプトデータとは、患者が受けた診療内容について、医療機関や調剤薬局が保険者に対して費用を請求するために発行する請求明細書である。現在、自治体が政策の検討や研究で利用することができる主な国内のレセプトデータは図表４のとおりとなる。保有する主体については、大きくは国、企業、自治体などの保険者に区分できる。それぞれデータの構造はほぼ同じであるもののデータ固有の特徴がある。

図表４　自治体が利用可能なレセプトデータの概要

名称	保有主体	概要
NDB （レセプト情報・特定健診等情報データベース・ナショナルデータベース）	厚生労働大臣	・日本最大の医療データベースであり、全レセプトの９割以上の情報を含む悉皆性の高さが特徴。 ・レセプト情報と特定健診・特定保健指導の情報を格納し、相互に紐づけた分析が可能。 ・個人情報保護の観点から、基本的に個人レベルの外部データと接合することが不可能。 ・利用申請の手続きが複雑で取得への労力、時間を多く要する。
民間企業が販売するレセプトデータ	企業	・複数の保険者から収集したレセプトデータを研究者や企業に有償で提供。NDB では個人情報保護により研究者に提供されないデータが利用可能な場合もある ・被保険者台帳が整備され、加工・分析がしやすいデータ構成となっている。 ・個人レベルデータと外部データとの結合は不可能。
保険者のレセプトデータ等	保険者(自治体･保健組合等)	・個別の保険者のデータに限られるためデータ数が少ない。 ・保険者が変わるとその時点で個人の追跡が不可能。 ・NDB では利用できない変数が利用可能な場合がある。 ・被保険者台帳等の基礎台帳が整備されている場合が多い。 ・個人レベルデータと外部データとの結合が可能。 ・データが分析用に整備されていることは少なく、データベース整備に労力がかかる場合が多い。

図表の１番目のNDB（レセプト情報・特定健診等情報データベース（ＮＤＢ：National Data Base)、ナショナルデータベース）は、厚生労働省が保有する全国規模の医療データベースである。「高齢者の医療の確保に関する法律」（平成 20 年（2008 年）４月施行）に基づき、保険者から収集したレセプト情報情報（平成 21 年度（2009 年度）分以降）及び特定健診･

特定保健指導（平成 20 年度（2008 年度）分以降）等に関する匿名化データを利用することができる。

令和 2 年（2020 年）3 月末現在、レセプトデータは、約 187 億 6,800 万件（平成 21 年度（2009 年度）～令和元年（2019 年）12 月診療分）、特定健診・特定保健指導データは 約 2 億 8,700 万件（平成 20 年度（2008 年度）～平成 30 年度（2018 年度）実施分）が収納され[3]、全レセプトの 9 割以上の情報を網羅する悉皆性の高さが特徴である。

当初は、国や都道府県の医療費適正化計画の作成、実施及び評価のための調査や分析などに用いるデータベースとして構築されたものの、平成 25 年度（2013 年度）からは、医療サービスの質の向上等に向けた行政機関や大学等の公益的な研究への第三者提供が本格実施された。平成 28 年（2016 年）からは、広く活用を進めるため、NDB データから作成された都道府県別の診療行為の請求件数や薬剤の使用状況といった基礎的な集計表を「NDB オープンデータ」[4] としてホームページで一般公開している。

NDB データに含まれる情報の詳細は図表 5 のとおりである。なお、レセプトは、保険診療に関する情報であるため、保険外の診療（健康診断、妊娠、予防医療等）はレセプトデータとして記録されない。匿名化されたレセプト情報と特定健診等情報が格納されており、相互に紐づけることにより、診療の情報と健康情報を関連づけた、様々な角度からの分析が可能となる。令和 2 年（2020 年）10 月からは、介護データ、令和 4 年（2022 年）4 月からは DPC[5] データ、との連結を開始し、今後、他の保健医療分野の公的データベース（障害福祉、予防接種、感染症等）、民間データベースである次世代医療基盤データベース[6]、死亡情報との連結が国において検討されている[7]。

NDB のデータは、個人が特定できないように匿名化処理が施され、個人情報の保護、情報セキュリティ面に留意した形で地域別の受診状況や健診データの分析等が行えるように配慮されている。一方、匿名化処理がなされているものの、レセプト情報等には患者個人の年齢や性別、診療情報が含まれ、他の情報と接合することにより患者が特定される可能性がある。そのため、個人情報保護の観点から、基本的に NDB のデータと外部データと接合することは不可能となっている。また、個人情報保護の面から、使用許可申請は厳格なものとなっており、データ入手に時間を要し利用のハードルが高いことが課題となる。

図表 4 の 2 番目の民間企業が販売するレセプトデータについては、企業が複数の健康保険組合から収集したレセプトデータを研究のために有償提供するものである[8]。NDB とは異なり、全ての保険者のデータを網羅していないため、診療を受けた患者の保険者が変わると、その後の追跡が不可能になる場合がある。一方、NBD では整備されていない、被保険者台帳が整備され研究者が加工・分析しやすいデータ構

---

[3] 厚生労働省保険局医療介護連携政策課保険データ企画室「第 49 回レセプト情報等の 提供に関する有識者会議 資料 3 「第三者提供の現状について」」（令和 2 年（2020 年）6 月 17 日）（https://www.jspe.jp/committee/pdf/db20210315TM.pdf）

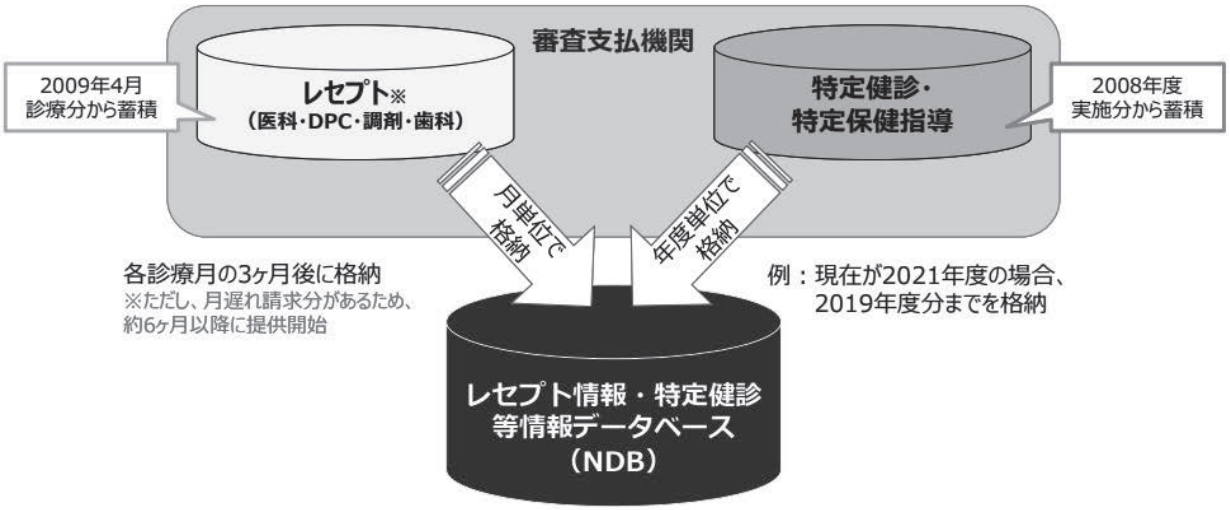
[4] 厚生労働省「NDB オープンデータ」（https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177182.html）

[5] 急性期入院医療を対象とした診療報酬の包括評価制度。DPC データからは、急性期医療の状況が把握できる。

[6] 次世代医療基盤法に基づく主務大臣の認定を受けた認定事業者が保有するデータベース

[7] 厚生労働省老健局老人保健課「今後の介護 DB と他の DB との連結について」第 9 回匿名医療・介護情報等の提供に関する委員会「今後の介護 DB と他の DB との連結について」第 9 回匿名医療・介護情報等の提供に関する委員会（令和 4 年（2022 年）9 月 29 日）資料（https://www.mhlw.go.jp/content/12301000/000995137.pdf）

[8] 例として、JMDC、MDV などの企業が構築するデータベースが挙げられる。



図表５　NDB データに含まれる情報

出典：厚生労働省「【NDB】匿名レセプト情報・匿名特定健診等情報の提供に関するホームページ」[9]

成となっている。被保険者台帳があることで、レセプトが発生していない健康な人（非受診者）を含めた全数調査も可能である。NDB では個人情報保護の面から研究者に提供されないデータも利用可能な場合があるものの、NDB と同様、基本的に個人レベルデータと外部データとの結合は不可能である。

図表４の３番目は、自治体や健康保健組合等の保険者がそれぞれで保有するレセプトデータである。限られた集団内のデータとなり、総じて特定健診の受診率が低いことも相俟って、データの規模が極めて小さい。また、２番目の企業のレセプトデータと同様、診療を受けた患者の保険者が変わった時点でその後の追跡ができなくなる。例えば、自治体が保有する国民健康保険のレセプトデータは国民健康保険加入者のみのデータとなり、企業の被用者保険に変更した人のデータは取得することができない。

データ規模が小さく、特定の集団に限られたデータであるという課題がある一方、大きなメリットとして、NDB 等では個人情報保護の面から研究に利用できないデータが、保険者が保有するレセプトデータでは利用可能となる場合がある点が挙げられる。特に、個人レベルの情報と外部データとの結合が可能であり、レセプトに含まれない情報を含めた分析を行うことができ、NDB や企業の販売するレセプトデータに比べて多様で幅広い視点での分析が可能となる。

また、保険加入者を管理する被保険者台帳が整備されており、レセプトが発生していない人も含めた全ての加入者の情報を利用することができる。但し、データが分析の用途では整理されておらず、データベース整備を研究者自身で行う必要がある場合が多い。データ提供方式についは、NDB のように統一的な申請方式やガイドラインが定められているわけではなく、現状では、それぞれの自治体・健康保険組合と研究者間での個別のやり取りでデータの提供が行われている。

[9]「利用を検討している方々へのマニュアル」より抜粋。（https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryouhoken/reseputo/index.html）

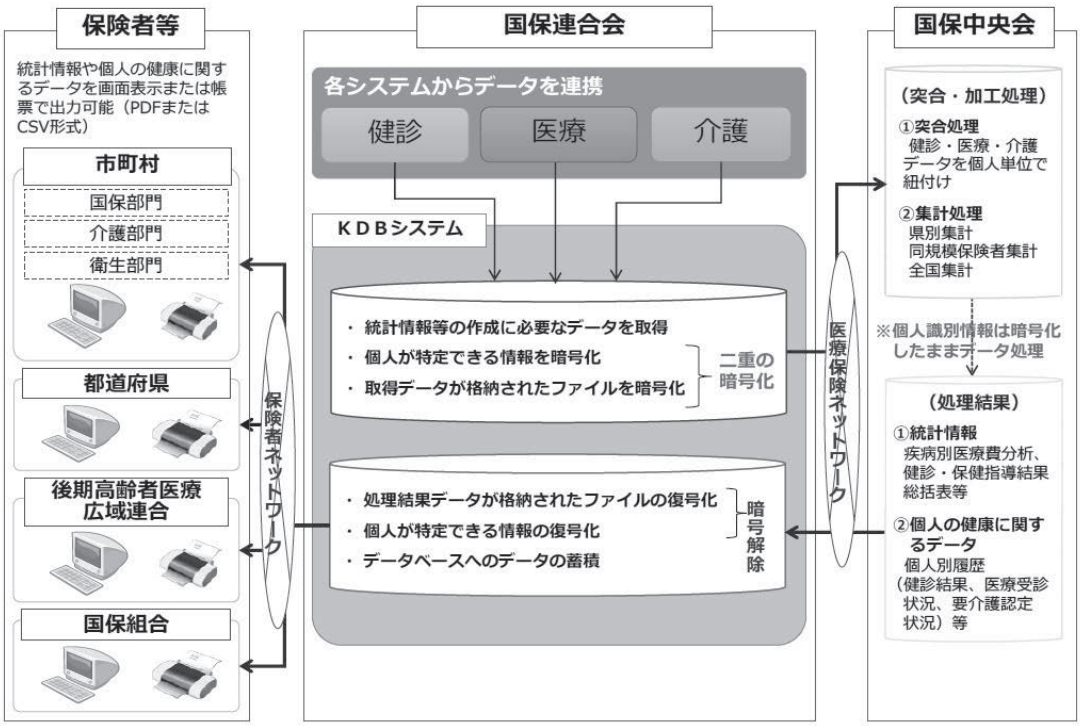
以上のように、3つの主なデータベースにはそれぞれ固有の特徴・限界があり、データの特性を理解した上での利用が重要である。各データの利用にあたって制度・時間・利用コストの問題が存在し、また、技術的な課題として、多くの場合、統計解析・分析に適した内容にデータを整備する必要がある。また、データ量が膨大で内容も非常に専門的なものとなるため、データ構造に関する知識や大量のデータを処理するためのデータ加工技術も不可欠である。

(2) 国民健康保険データベース（KDB）データ

先述のとおり、これまで、国・自治体の施策においては、データを活用した効果的、効率的な保健事業の展開が目標とされてきた。そのような背景から保険者の効率的かつ効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的として、構築されたのが国民健康保険データベース（KDB）（以下「KDB」という）システムである。

KDBシステムは、図表6のとおり国保連合会が各種業務を通じて管理する給付情報（健診・医療・介護）等から統計情報を作成すると同時に、保険者からの委託をうけて、個人の健康に関するデータを作成・提供するシステムとなっている。

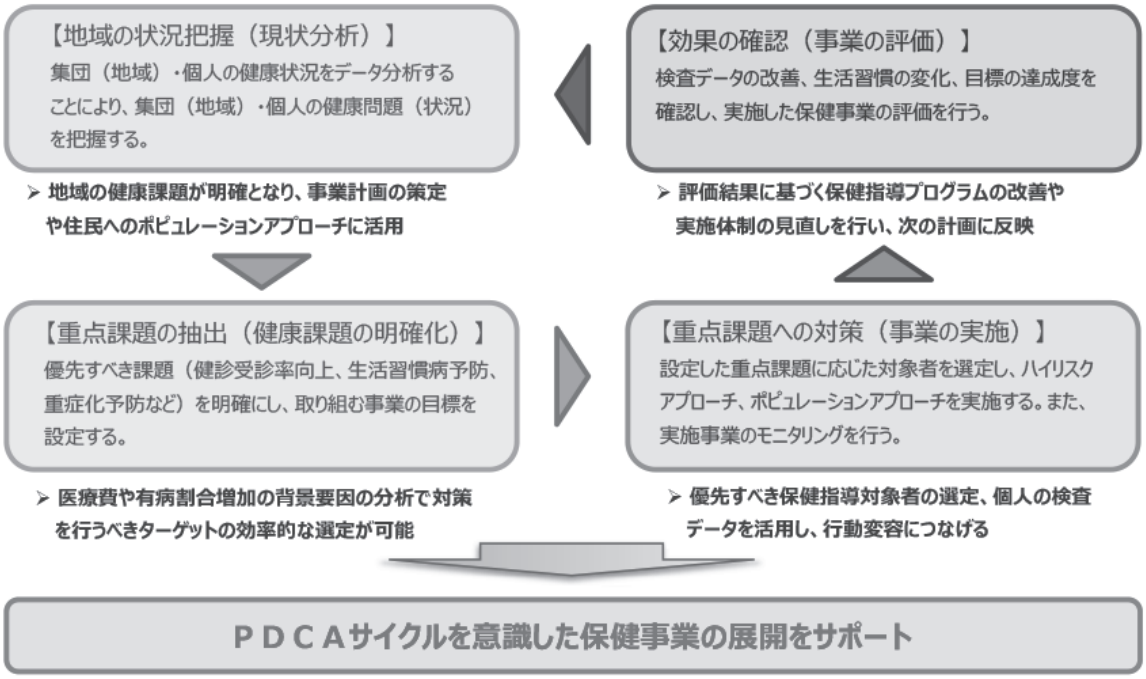
KDBシステムの活用においては、PDCAサイクルに沿った事業展開を目標としている。図表7のとおり、「地域の把握（現状分析）」を行ったのち「重点化課題の抽出（健康課題の明確化）」として地域住民の健康課題を明確化し、「重点課題への対策（事業の実施）」として事業計画を策定した上で、それに沿った効率的・効果的な保健事業を実施し、「効果の確認（事業の評価）」で評価を行い、次の課題解決に効率的な事業展開を実施することが可能となる。



図表6　KDBシステムの概要

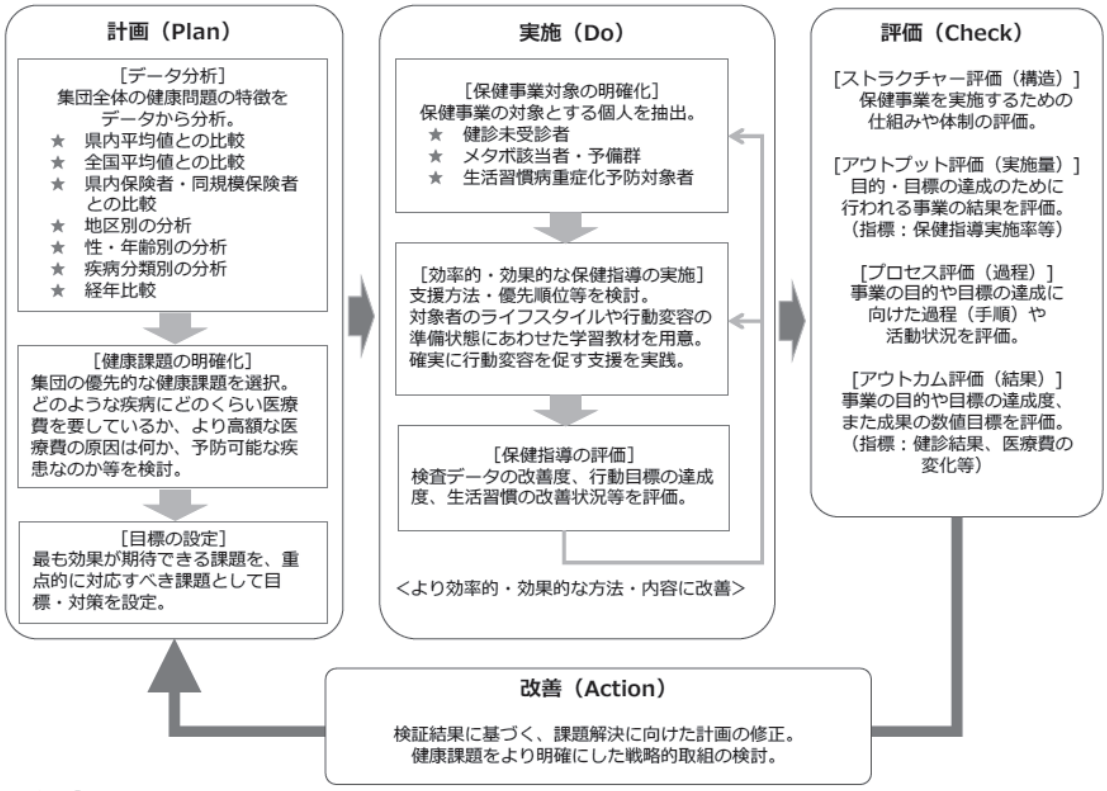
出典：（公財）国民健康保険中央会ホームページ[10]

[10]「国保データベース（KDB）システム」（https://www.　　kokuho.or.jp/hoken/kdb.html）より抜粋。



図表７　KDB システムの活用

出典：（公財）国民健康保険中央会ホームページ



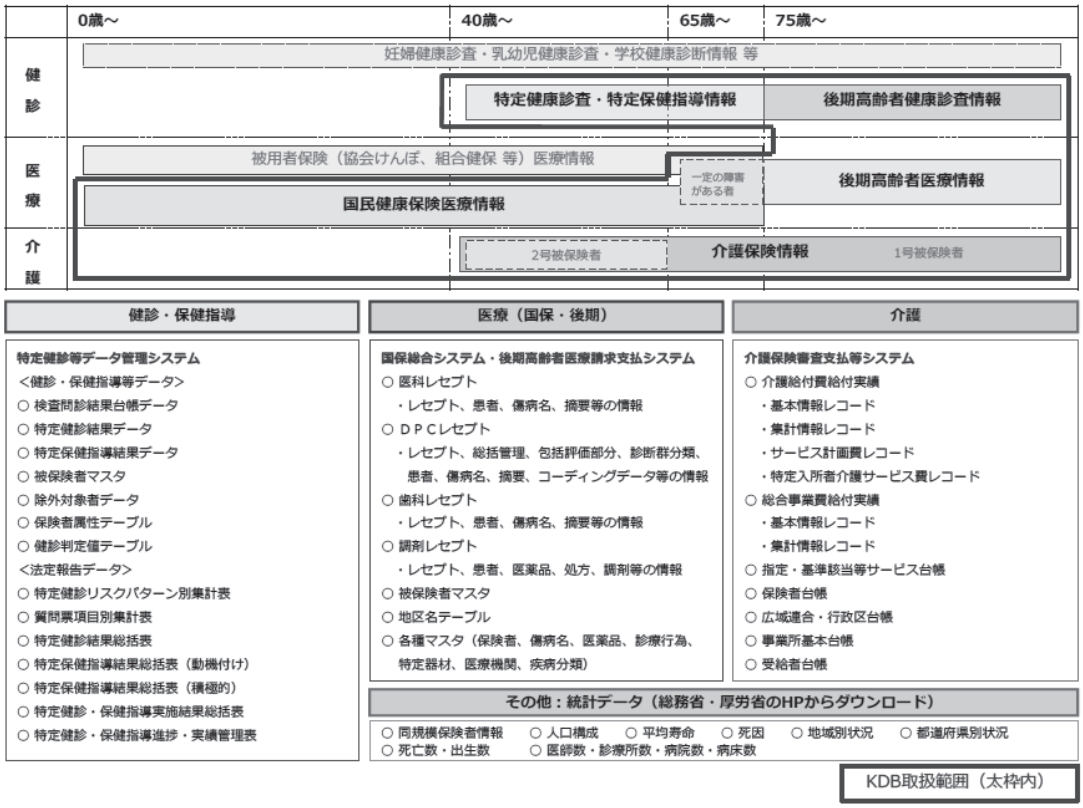
（注）「★」を付した部分が、KDB システムを特に活用できると思われるもの。

図表８　KDB システムと保健事業の PDCA サイクルとの関係

出典：KDB 等利活用部会（2018）

また、KDB システム を活用することで、特に、図表 8 のとおり、PDCA のうち計画段階（Plan）について、集団全体の健康問題の特徴をデータ面からとらえることが可能となる。また、実施段階（Do）についても、健診未受診者、メタボ該当者・予備群、生活習慣病重症化予防対象者への対応を効果的に実施するために、事業の対象とすべき個人を抽出できるようになっている。

KDB で扱うデータは図表 9 のとおりである。健診、医療、介護の各種データを個人、保険者、比較対象（県・同規模保険者・全国）単位で接合・集計し、帳票として出力することができる。帳票は PDF 及び CSV 形式での出力が可能となっている。



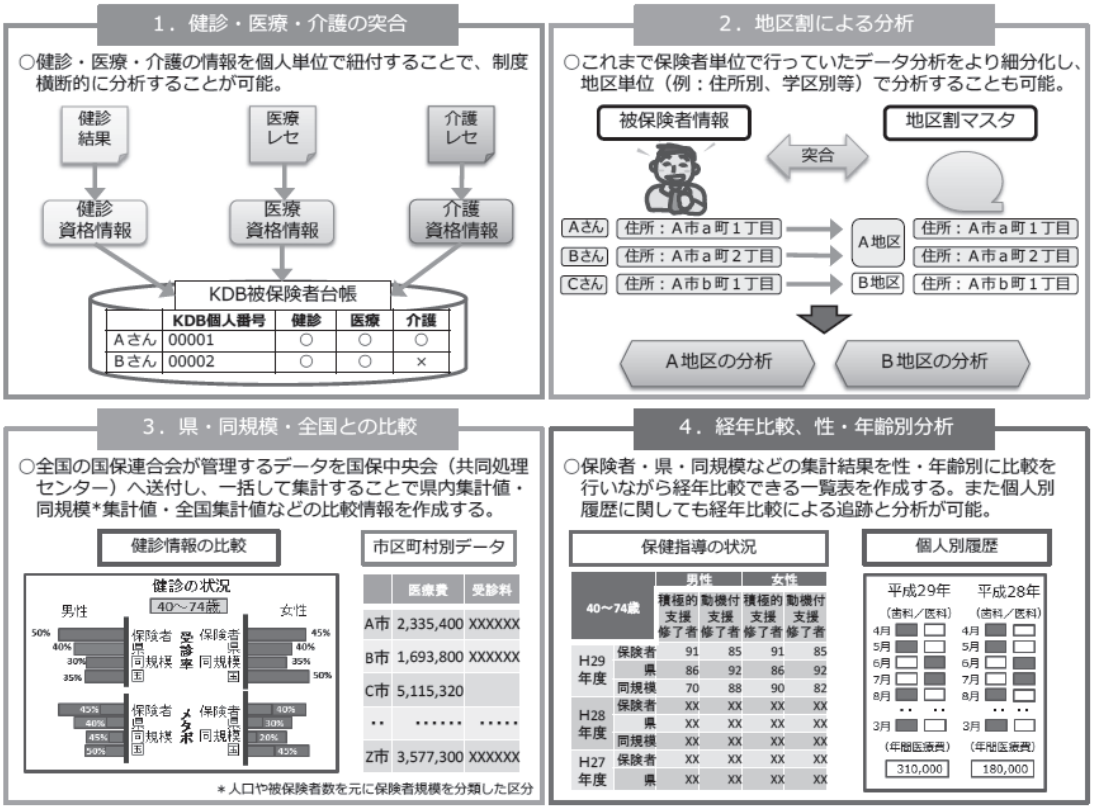
図表９　KDB で取り扱うデータ

出典：KDB 等利活用部会（2018）

KDB の特徴として図表 10 のとおり 4 点が挙げられる。KDB には健診・保健指導事業、医療、介護の情報が格納されており、健診・医療・介護のデータを接合させて利用できる点が大きな特徴である。この他、地区割による分析、県・同規模・全国との比較、経年比較、性・年齢別分析を行うことができる。地区割に関しては、行政区単位をさらに詳細に区分し、保険者の要望に沿って、住所の丁目別、学区別といった地域分割によってデータ分析をすることができるものである。豊中市においては、地域福祉計画が定める日常生活圏域（7 地域）での集計が可能となっている。県・同規模・全国との比較に関しては、都道府県内保険者との比較のほか、人口規模別に 12 分類した人口規模分類の中で、同規模程度の人口分類に属する保険者との比較

が可能となっている。経年比較、性・年齢別分析に関しては、現在、過去 5 年分のデータについてシステムの画面上で確認することができる。

このように KDB は、地域の健康状況の見える化を推進し、それぞれの地区特性にあった施策立案の実施・評価をサポートするツールとなっている。



図表 10　国保データベースの特徴

出典：KDB 等利活用部会（2018）

(3) JAGES（日本老年学的評価研究）データ

JAGES（Japan Gerontological Evaluation Study, 日本老年学的評価研究）は健康長寿社会をめざした予防政策の科学的な基盤づくりを目的とした研究である。全国の 25 都道府県 64 市町村を対象に、要介護認定を受けていない高齢者を対象に質問紙調査を実施し、これまでに約 25 万人の高齢者が回答している。

全国の大学・国立研究所などの 60 超の機関に所属する研究者が多面的な分析を進めており、文部科学省、厚生労働省、米国 National Institute of Health（国立衛生研究所）を始めとする多数の研究助成を受け、その取組は国からも評価されている[11]。

JAGES プロジェクト参加自治体は、校区ごとの情報を地図やグラフにより見える化した支

[11] JAGES と共同研究を実施している熊本県御船町では、「地域づくり型の介護予防活動と健康格差対策の推進」に関する研究を行い令和 4 年度（2022 年度）「第 11 回健康寿命をのばそう！アワード（介護予防・高齢者生活支援分野）」の自治体部門において、厚生労働省老健局長優良賞を受賞している。

援システムを利用することができる。

質問紙調査の個票データにおいては、氏名、生年月日、住所、被保険者番号等の情報が含まれ、個人の情報と外部データの情報を紐づけることができるようになっている。令和元年（2019年）調査には豊中市も参画しており[12]、質問紙調査の個票データが蓄積していることから、データの再分析や他のデータと突合させての分析が期待できる。

(4) 生活保護受給者の健康データ

生活保護受給者（以下「被保護者」）の多くが健康上の課題を抱える中、近年、被保護者支援においては、従来の経済的な支援だけではなく、健康・生活面等への支援に力が入れられている。平成25年度（2013年度）の生活保護法の一部を改正する法律（平成26年（2014年）1月施行）には、健康・生活面等に着目した支援について定められ、平成30年（2018年）6月の「生活困窮者等の自立を促進するための生活困窮者自立支援法等の一部を改正する法律案」によって、令和3年（2021年）には、「被保護者健康管理支援事業」が全国の福祉事務所で必須化され、データに基づいた疾病予防や健康支援の取組が開始されている。

被保護者は国民健康保険の被保険者から除外され、医療費は医療扶助で負担されている。そのため、国民健康保険のレセプトデータからは、被保護者の健康状況を把握することができない。豊中市では、福祉事務所が独自に収集・管理する医療扶助のレセプトや被保護者に関する基礎情報データを早くから蓄積しており、健診等の受診勧奨や頻回受診[13]の防止等の医療費適正化業務に日々利用されている。これらのデータについては、基礎台帳を整備し、経年で保存している。被保護者の受診行動や健康行動や医療費・介護費などについて、詳細な分析が可能な内容となり、基礎的な分析とともに他の外部データを連結させる等発展的な研究利用も期待される。

(5) ヘルスケアデータ

以上で紹介した健康データのほか、新しいデータとして健康な人を対象として日常的・継続的に取得されるヘルスケアデータの活用にも注目が集まっている。通信機能付きの歩数計や体組成計から得られた歩数、心拍数、体重等のデータに基づいて、生活習慣や運動習慣について維持、改善を促すモバイルアプリ等がその例である。ヘルスケアデータの活用の事例として、大阪府では、健康づくり支援プラットフォーム整備等事業「おおさか健活マイレージ アスマイル」[14]を企業と連携して実施し、スマートフォンアプリ「アスマイル」を通じて、ウォーキング、特定健診の受診や健康イベントへの参加などの活動実績に対してポイントを付与し、抽選への参加や電子マネーなどとの交換を可能とすることで、参加者の健康管理・意識向上につなげることをめざしている。

1-6　健康データに関わる法令等

続いて、健康データの取り扱いに関する法やガイドライン、自治体の取組についてまとめたい。健康データには個人の病歴、通院記録等のプライバシーに関わる重要な情報が含まれ、データの取り扱いや分析においては、個人情報

[12] 豊中市が参画したJAGESプロジェクトについては、とよなか都市創造研究所（2022）「豊中市のアンケート調査の活用に関する調査研究――市民ニーズ等の把握手法の検討――」（pp30-31）において概要を紹介している。
[13] 治療に必要な範囲を超えて過度に病院を受診することであり、医療費適正化のうえでの課題の一つとなっている。
[14] 大阪府「おおさか健活マイレージ　アスマイルについて」（https://www.pref.osaka.lg.jp/kokuho/platform/asmile.html）

の保護や、情報セキュリティについて十分配慮し進める必要がある。また、健康データの分析においては専門性や技術的な制約から自治体職員のみで行うことが難しく、外部の研究者と協力しながら調査研究を進める場合が多い。個人情報保護法等の法令等を前提に、自治体内部でのデータの取り扱いの検討やデータをどのように自治体の外部の研究者に提供するのかの枠組みを検討する必要がある。

平成 29 年（2017 年）には、個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）が改正され（平成 29 年（2017 年）5 月 30 日施行）病歴、健診結果等が含まれるレセプト・健診データ等については、「要配慮個人情報」として取扱いが厳格化されると同時に、「匿名加工情報」の条項が新設され、個人情報を匿名化した匿名加工情報[15]については、本人同意を要しないで第三者提供することが可能となった。特に、健康データの分析については、匿名加工情報の活用が有用であるが、個人情報保護法が定める安全管理、第三者提供時の公表・明示、識別行動の禁止に留意するほか、データの規模が小さい場合や希少疾患等に係る情報の取り扱いに注意する必要がある。国や関連団体、一部の自治体では、データ利活用に関する詳細を定めたガイドラインを策定している[16]。

自治体の事例として、足立区では「区保有データの外部提供に関する手引き」（令和 3 年（2021 年）4 月 26 日版）を制定し、個人情報の保護や情報セキュリティの確保をさらに確実なものにするため、データ提供について区として統一的な方針や手続き方法を定めている。

また、健康データを扱ううえでは、個人情報法等の法令遵守に加えて、プライバシーや人権といった価値への倫理的な側面からの配慮も重要になっている。健診等のデータについての倫理的な取り扱い方針としては、「民間 PHR 事業者による健診等情報の取扱いに関する基本的指針」及び「民間利活用作業班報告書」（総務省・厚生労働省・経済産業省）が 令和 3 年（2021 年）4 月に公表されている。

多くの大学では、健康分野の研究に関する倫理審査委員会が設置されており、先進的な自治体において倫理的側面を審査する組織を設置する事例が見受けられる。神戸市では、「神戸市保健事業に係る研究倫理審査会」を設置し、学術機関等へのデータの外部提供にあたって研究倫理審査会の承認を経た上で行うこととしている。さらに、研究概要を市のホームページに掲載し、市民への情報提供及びオプトアウト[17]の機会（拒否の機会）確保を図っている。

自治体から外部の研究者に対してのデータ提供の個別の方法に関しては、自治体の裁量にまかせられている部分が大きく、研究目的、研究期間、経費負担、守秘義務等について規定した協定書等に従って実施されることが多い。また、

---

[15] 個人情報を加工して、通常人の判断をもって、個人を特定することができず、かつ、加工する前の個人情報へと戻すことができない状態にした情報。

[16] 例として下記があげられる。
- 厚生労働省個人情報保護委員会「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（平成 29 年（2017 年）4 月 14 日（令和 4 年（2022 年）3 月一部 改 正 ））（https://www.ppc.go.jp/personalinfo/legal/kenpokumiai_guidance/）
- 全国健康保険協会「匿名加工情報によるレセプト等データの第三者提供等に関するガイドライン」（令和 4 年（2022 年）4 月 26 日）（https://www.kyoukaikenpo.or.jp/ 〜 /media/Files/honbu/other/sb7110/dai3shateikyougaidorain_202204.pdf）

また、自治体に向けデータ利活用の方策を示した次のガイドブックでは、個人情報を含むデータ活用検討のためのワークシートや自治体での個人情報リスク評価、個人情報保護評価書について触れている
- 総務省情報流通行政局地域通信振興課地方情報化推進室「地方公共団体におけるデータ利活用ガイドブック（Ver2）」（令和元年（2019 年）5 月）（https://www.soumu.go.jp/main_content/000620312.pdf）

[17] 個人情報の第三者提供に関し、個人データの第三者への提供を本人の求めに応じて停止すること

自治体と研究者・研究機関の共同研究の形式をとって実施される場合もある。例として、福岡市（福岡県）では、「地域包括ケア情報プラットフォーム」で集約したデータを活用し、令和2年（2020年）に九州大学と健康づくり施策に関するデータ分析を連携して進めていくこととした覚書（令和2年（2020年）7月31日付）を締結したうえで、九州大学と委託契約を締結し、健康課題に関するデータ分析を実施している。また、金沢大学との包括連携協定のもと小松市（石川県）では、「国保データベースシステムを活用した地域の健康づくりのための調査研究」（平成30年度（2018年度）、令和元年度（2019年度））、同県の羽咋市では「国保データベース・後期高齢者データベースなどを活用した地域の健康まちづくりのための調査研究」（平成30年度（2018年度）～令和2年度（2020年度）共同研究）が金沢大学共創型研究支援プロジェクトの中で実施されている。

データ提供の方法は様々であり、研究者に自治体が依頼･委託した形でのデータ提供のほか、研究者を自治体が非常勤職員や派遣職員として雇用し、研究者が自治体に出向いてデータ整備や匿名化加工を行う場合もある。研究目的、内容や自治体の実情に合わせた方法で、倫理性、法令遵守を担保しつつ弾力的にデータの取得・収集・分析を行うことが求められる。

1-7　健康データ利活用の先進事例

続いて、健康データを利活用し、政策展開につなげている自治体の先進事例を紹介する。各事例について概要をまとめるとともに、データ整備・運用について自治体に導入する際のコストについても触れた。

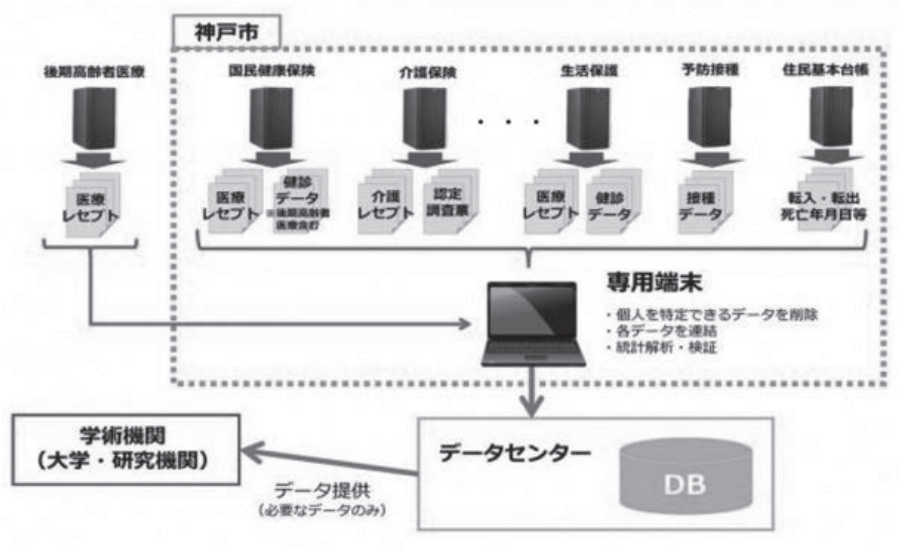
(1) 神戸市[18]

神戸市では、これまで所管ごとに保有していた医療・介護のレセプトデータや健診データを連結・匿名化した「ヘルスケアデータ連携システム」（図表11）を新たに整備し、令和2年（2020年）11月から運用を開始している。健康医療分野における施策評価のための基礎資料となる既存のデータが存在しないなか、新たに整備した悉皆性の高いデータを分析することで、市民全体の健康状態や課題の把握、保健事業の効果検証が可能となった。本システムの導入費・運用費は979千円（サーバー管理費、分析用データセット作成費等、令和3年度（2021年度）現在）である。

また、学術機関へデータ提供し、研究結果をフィードバックできる体制があり、新型コロナウイルス感染症の感染拡大期において、医療提供体制が維持されていたかについて、学術機関にデータを提供し検証を行っている。

個人情報の保護については、個人情報保護審議会の承認を得た上で、各所管部署より関連データを収集している。収集にあたっては、データ連結プログラムを活用し、各所管部署が保存するデータ形式のまま収集することで、各部署の負担軽減を図っている。先に述べたように、神戸市では、神戸市保健事業に係る研究倫理審査委員会を設置し、保健事業に係る研究を実施または協力をする際、「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」（令和3年（2021年）3月23日文部科学省・厚生労働省・経済産業省通知）を踏まえた倫理審査を実施している。また、個人情報の保護については個人が特定できる情報は削除し、匿名化された情報を学術機関に提供している。神戸市保健事業に

[18] 神戸市の事例については、以下を参照した。
・神戸市ホームページ「ヘルスケアデータ連携システム」（https://www.city.kobe.lg.jp/a15830/kenko/souzoutoshi/health-care-system2.html）
・総務省統計局「地方公共団体のためのデータ利活用支援サイト（Data StaRt）」、先進事例2021、ヘルスケアデータ連携システム
（https://www.stat.go.jp/dstart/case/42.html）



図表 11　ヘルスケアデータ連携システムのイメージ図

出典：神戸市ホームページ「ヘルスケアデータ連携システム」

係る研究倫理審査会の承認のもと実施される研究は、神戸市ホームページに掲載し、市民への情報提供とオプトアウトの機会確保を図っている。

(2) 佐賀市[19]

佐賀市では、令和 2 年度（2020 年度）から医療・介護・健診等ビッグデータを活用し、地域の民生委員や医療機関等の関係者と連携して重症化リスクの高い高齢者の介護予防を推進するプロジェクトを実施している。支援対象者の抽出及び介護予防支援を行う仕組みづくりについて、データに基づいて実施し、高齢者の重症化予防・介護予防の佐賀市モデルを創出する取組である。本事業の運用費は 6,000 千円（データ分析委託料、令和 3 年度（2021 年度現在））である。

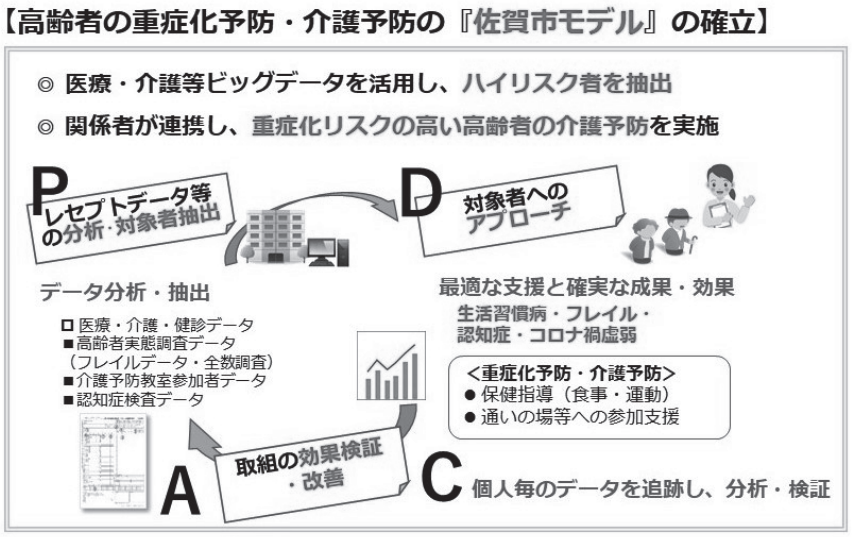
事業の実施においては、重症化リスクが高い高齢者を抽出し、最適な支援を行うことが健康寿命の延伸に結び付くという仮説を設定し、課題が多い後期高齢者の状況について把握するため、KDB を活用するとともに、民生委員の協力を得て市独自のデータを収集した。

収集したデータから、介護や健診有無等の観点から後期高齢者を階層化し、ハイリスク者を抽出し支援対象者の優先順位付けを行い、重症化リスクが高い高齢者に対して医療専門職の指導と医療機関への受診勧奨を実施するなど分析結果を具体的な事業で活用している。また、フレイルに関する質問項目の結果をリスクスコアとして数値化し、見守りが必要な高齢者の見える化を進め、民生委員の見守り活動に活かす取組も進めている。

佐賀市では、上記の取組全体についての効果検証を行い、PDCA サイクルを確立するなど事例を横展開につなげる「佐賀市モデル」の構築（図表 12）をめざしており、事業のモニタリングについても配慮している点が注目できる。

---

[19] 佐賀市の事例については、以下を参照した。
・総務省統計局「地方公共団体のためのデータ利活用支援サイト（Data StaRt）」、先進事例2021、介護予防DX ～データを活用した介護予防推進事業～（https://www.stat.go.jp/dstart/case/41.html）
・佐賀新聞「介護予防で総務大臣賞　佐賀市、データ利活用表彰」（令和3年（2021年）12月22日付）（https://www.saga-s.co.jp/articles/-/787130）



図表 12　佐賀市モデルの構築

出典：総務省統計局「地方公共団体のためのデータ利活用支援サイト（Data StaRt）」

(3) 静岡県[20]

静岡県では、自治体や医療保険者の生活習慣病対策の施策立案、健康づくりの活動の推進に向け、県内特定健診受診者の約 8 割にあたる 68 万人分の特定健診データを統合し、データから健康課題などを分析した上で、その結果をグラフや地図上に示す「見える化」を実施する。

市町国保・国保組合のデータだけではなく、共済組合、健保組合、協会けんぽといった県内に本部を置く全ての医療保険者の特定健診データを平成 22 年（2010 年）から毎年収集し、地域・保険者の健康課題を明らかにする等多面的な分析を実施している点が特徴である。なお、本事業では運用費等においてコストをかけずに実施している（冊子印刷代のみ）。

分析においては、特定健診データを活用し、メタボリックシンドローム該当者や糖尿病有病者を地図上に色分けして分かりやすく示している（図表 13）。また、市町別標準化死亡比（SMR）の算出を行うほか、65 歳以上の高齢者が要介護や寝たきりにならず自立して生活している期間について「お達者度」として提示を行っている。

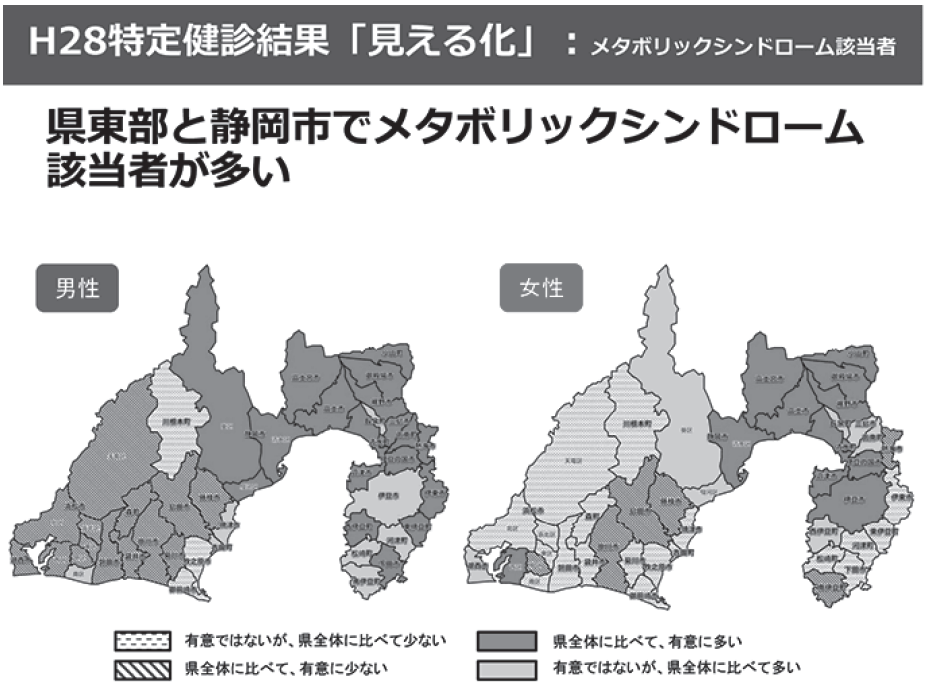
同県の取組においては、分析結果を数字だけで表すのではなく、県内の医療保険者及び市町、健康福祉センター（保健所）等の関係者が、地域の実情を踏まえた具体的な目標値の設定や、目標の達成度の評価に利活用しやすいように示している点が注目される。各市町においては、結果を市町別に色分けしたマップ化を見て自分の市町を「良い色に変えたい（＝改善したい）」といった健康課題に対する意識を高く持つようになったという。

詳細な分析結果は、静岡県総合健康センターホームページ[21]において報告書としてまとめられており、医療保険者単位（市町単位等）で分析・評価した結果を経年でみることができる。

---

[20] 静岡県の事例については、以下を参照した。
・総務省統計局「地方公共団体のためのデータ利活用支援サイト（Data StaRt）」健康課題の「見える化」～健診結果 68 万人ビッグデータをマップ化
（https://www.stat.go.jp/dstart/case/08.html）

[21] 静岡県総合健康センターホームページ「特定健診等データ分析」（https://shizuoka-sogokenkocenter.jp/area_health/?page=sin_dan_data）



図表 13　メタボリックシンドローム該当者の市町別の状況

出典：総務省統計局「地方公共団体のためのデータ利活用支援サイト（Data StaRt）」

2．市民の健康課題の見える化

健康課題の解決へ向けての第一歩は課題を見える化し関係者間で共有することにある。本章では、第1章で紹介した自治体が保有する代表的な医療・健康に関するデータである国民健康保険データベース（KDB）のデータ（以下「KDBデータ」という）を用いて、豊中市民の健康課題を見える化（可視化）し、データに基づいた課題設定や解決策の検討に向けた手がかりを創出することをめざす。

KDBでは、蓄積した情報を集約し帳票及びCSVで出力することができる。また、各自治体・都道府県・全国・同規模自治体別の集計値の把握が可能であり、他の集団との比較ができるほか、経年変化や年齢別の状況が把握できるようになっている。KDBデータから得られる、健診、医療費のデータを用い、豊中市の地域別の健康状況について見える化を行うことで、他の地域よりも健康状況に課題があり、重点的にコストや労力をかけて健康対策を進めるべきエリアを明らかにすることを目標としたい。

以下では、まず、全国及び大阪府との比較を通じた豊中市の健康状況及び医療費の状況を整理したあと、豊中市の日常生活圏域に基づく7圏域の健康状況の特徴・傾向を把握する。KDBの出力帳票「地域の全体像の把握」によると、豊中市、大阪府、全国の被保険者の構成は図表14のとおりとなる。令和3年度（2021年度）の豊中市における被保険者は75,644人で人口総数の約2割を占める。

図表 14　被保険者の構成

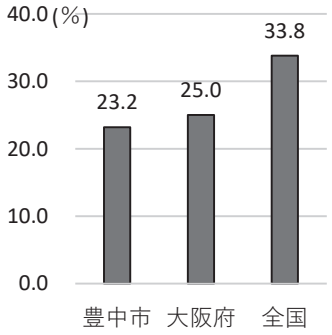
	人口総数	高齢化率	被保険者数	平均年齢
豊中市	393,686	25.4	75,644	52.5
大阪府	8,713,089	26.1	1,973,502	50.5
全　国	125,640,987	26.6	28,705,575	52.2

出典：KDBデータ（健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（令和3年度））

2-1　市全体の健康課題

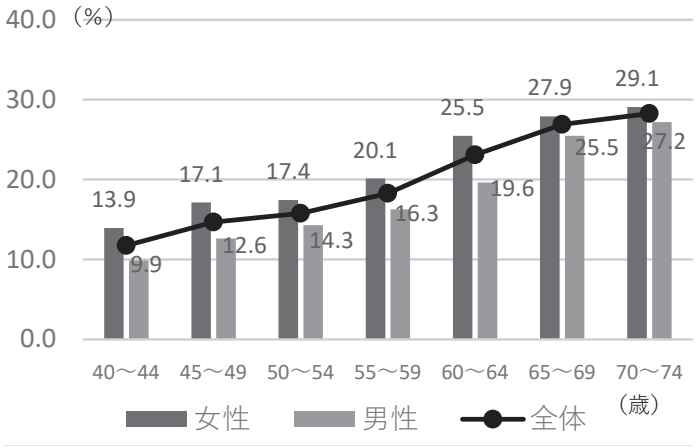
(1) 特定健診

特定健診はメタボリックシンドローム該当者及び予備群の生活習慣の改善を図り、糖尿病等の生活習慣病の発症のリスクを軽減することを目的として実施する。対象は40～74歳となる。図表15は地域別の特定健診受診率を示したものである。令和3年度（2021年度）の豊中市の特定健診受診率は23.2%となり、コロナ禍で全国的に受診率が低下した令和2年度（2020年度）よりも増加傾向にあるものの、大阪府（25.0%）、全国（33.8%）の値よりも低くなっている。図表16のとおり、性別・年齢階級別にみると、女性のほうが男性よりも受診率が高い傾向があり、男女とも年齢が高くなるとともに受診率は高まっている。女性は54歳以下、男性は64歳以下では受診率が2割を下回る。



図表15　特定健診受診率

出典：KDBデータ（地域の全体像の把握（令和3年度））



図表16　豊中市の年齢階級・性別特定健診受診率

出典：KDBデータ（健診の状況（令和3年度））

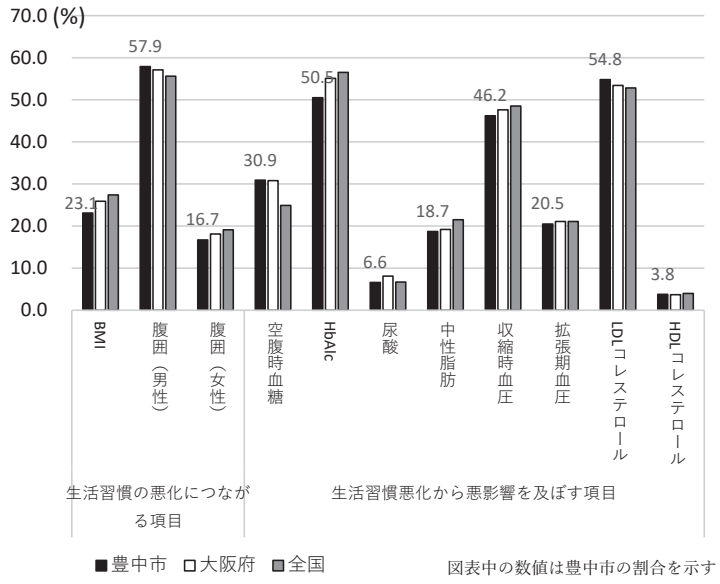
第2期豊中市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）及び第3期豊中市国民健康保険特定健康診査等実施計画（中間評価）（令和4年（2022年）3月）においても、特定健診の受診率の低さを課題とし、受診率向上に向けた未受診者対策及び受診環境の整備について取り組まれている。

(2) 健康状況

厚生労働省が定める「標準的な健診・保健指導プログラム（改定版）」を参考に、健康状況に課題のある有所見者の状況の把握を行った。有所見者の判定基準は図表17のとおりである。図表18で有所見者の状況をみると、どの項目も概ね全国・大阪府と同じか、割合が下回っているものの、腹囲（男性）、LDLコレステロールの値が全国及び大阪府の割合よりも高くなっている。

図表 17　有所見者の判定基準

生活習慣の悪化につながる項目	BMI（肥満度）25 以上 腹囲（男性）90㎝以上 腹囲（女性）85㎝以上
生活習慣悪化から悪影響を及ぼす項目	空腹時血糖 100mg/dl 以上 HbAlc5.6％以上 尿酸 7.0mg/dl 以上 中性脂肪 150mg/dl 以上 収縮時血圧 130mmHg 以上 拡張時血圧 85 ｍｍ Hg 以上 LDL コレステロール 120mg/dl 以上 HDL コレステロール 40mg/dl 未満

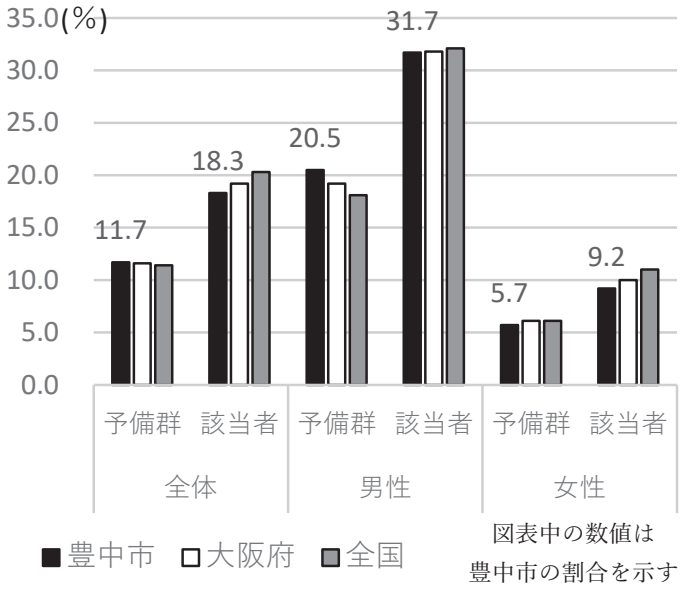


図表 18　有所見者の状況

出典：KDB データ（厚生労働省様式 5-2（令和 3 年度））

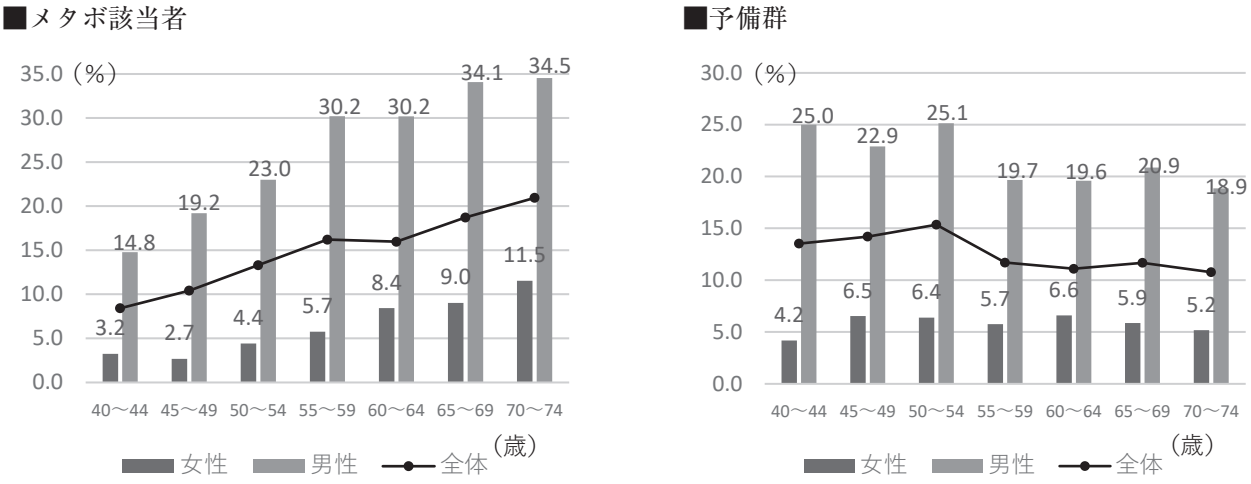
図表 19 はメタボリックシンドローム該当者等の割合を地域別に示したものである。法定報告[22]によると豊中市のメタボリックシンドローム該当者（以下「メタボ該当者」）は年々微増傾向にありその対策が課題となっている。令和 3 年度（2021 年度）のメタボ該当者の割合は 18.3％、予備群は 11.7％となり、予備群の割合が若干大阪府（11.6％）、全国（11.4％）より高くなっている。男性のほうがメタボ該当者・予備群とも割合が高く、男性予備群（20.5％）の割合は大阪府（19.2％）、全国（18.1％）の値を上回る。年齢別の状況をみると、メタボ該当者については、男女ともに年齢の上昇とともに割合が高くなっている（図表 20）。

[22] 国民健康保険加入者のうち健診実施年度中に 40 ～ 74 歳となる者（実施年度中に 75 歳になる 75 歳未満の者も含む）で、かつ当該実施年度の 1 年間を通じて加入している者（年度途中での加入・脱退等異動のない者）を対象とする。



図表 19　メタボ該当者等の割合

出典：KDB データ（地域の全体像の把握（令和 3 年度））

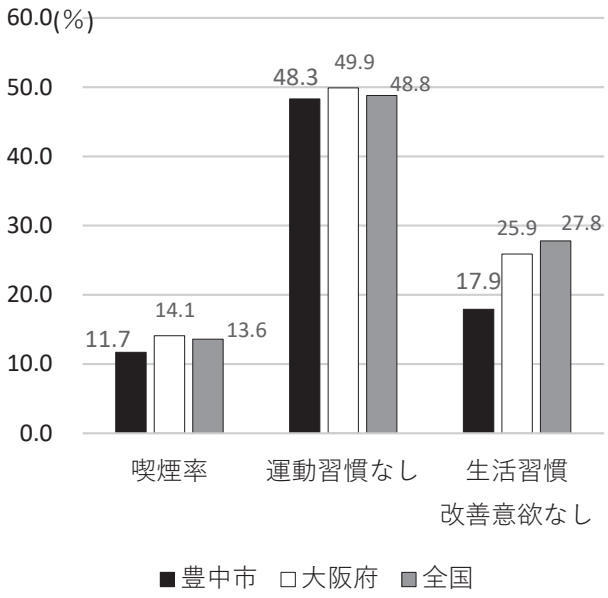


図表 20　豊中市の年齢階級別メタボ該当者等の割合

出典：KDB データ（健診の状況（令和 3 年度））

(3) 生活習慣

KDB データでは、特定健診の際に行う、健康につながる生活習慣についての質問の回答割合も集計している。図表 21 は喫煙率、1 日 30 分以上の運動習慣のない人の割合（低いほうが良い）、生活習慣改善意欲のない人の割合（低いほうが良い）を地域別に示したものである。全て、全国及び大阪府の割合を下回り、特に生活習慣改善意欲のない人の割合は、大阪府よりも 8 ポイント、全国よりも 9.9 ポイント低くなっている。

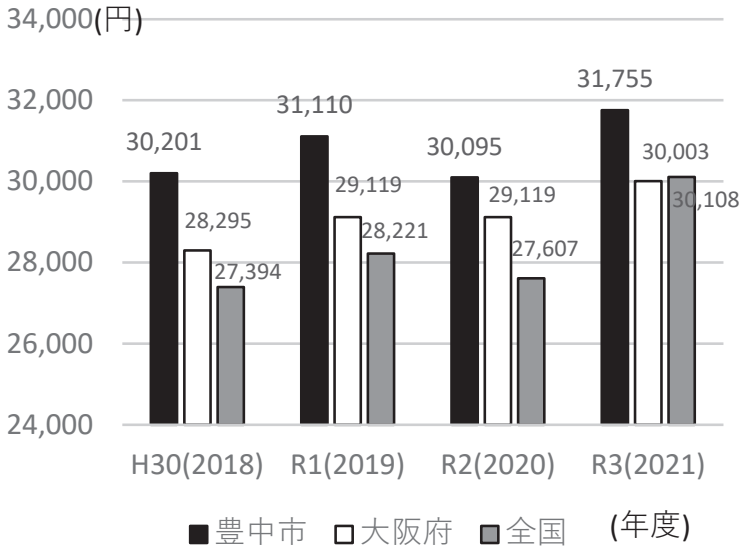


図表 21　生活習慣

出典：KDB データ（地域の全体像の把握（令和 3 年度））

(4) 1 人あたり医療費

特定の集団における医療費の水準を表す代表的な指標に 1 人当たり医療費がある。図表 22 は豊中市の被保険者 1 人あたり医療費の経年推移を示している。これをみると、平成 30 年度から令和元年度までは増加しており、令和 2 年度（2020 年度）はコロナ禍の受診控えの傾向から医療費が減少している。令和 3 年度（2021 年度）は 31,755 円となり、令和 2 年度よりも増加している。全国、大阪府も同様の傾向を示すが、豊中市の医療費はいずれの年度も全国及び大阪府よりも高くなっている。

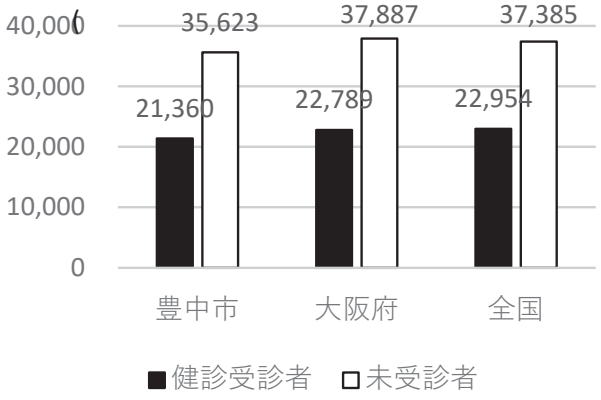


図表 22　被保険者 1 人あたり医療費の推移

出典：KDB データ（健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（令和 3 年度））

(5) 健診受診状況別医療費

図表 23 は健診受診状況別にレセプト 1 件あたりの医療費（入院＋外来）を示したものである。豊中市の健診受診者と未受診者の医療費を比較すると、健診受診者は 21,360 円となり非受診者よりも約 14,000 円低くなっている。大阪府、全国も同様の傾向である。



図表 23　健診受診状況別レセプト 1 件あたり医療費（入院＋外来）

出典：KDB データ（健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（令和 3 年度））

(3) 疾病別医療費

図表 24 は疾病別（最大医療資源疾病名別[23]）の医療費構成を示している。がんが 31.6％と最も割合が高く、筋・骨格が 17.3％、精神が 13.0％と続く。全国または大阪府よりも割合が高い疾病名について網掛けを行っている。

図表 25 は最大医療資源疾病別構成比の経年変化を示している。大きな変動はなく、平成 30 年度（2018 年度）と令和 3 年度（2021 年度）年度を比較し、変動があったものをみると、慢性腎臓病（透有）が 0.5 ポイント低下、がんが 0.6 ポイント増加、高血圧症が 0.7 ポイント低下している。

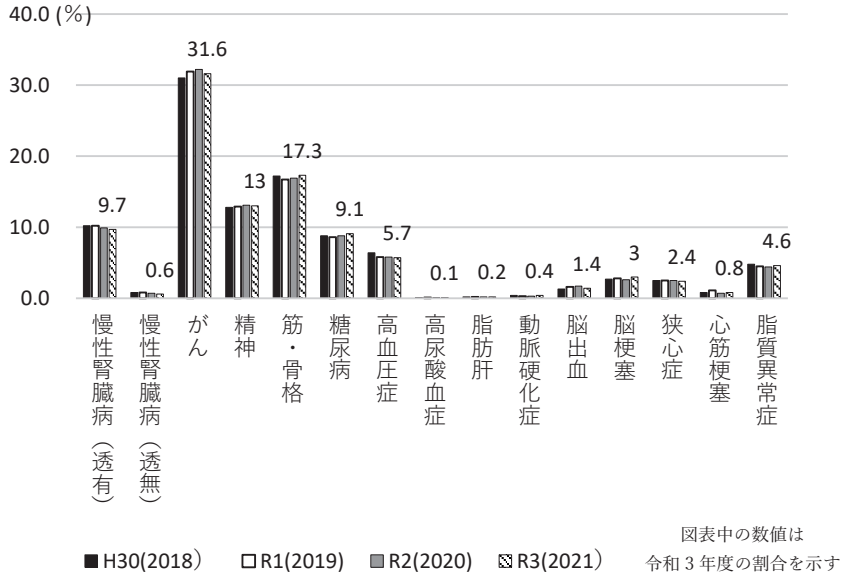
医療費について、さらに細かい分類（疾病中分類別）でみると（図表 26）、総医療費に占める割合が高い疾病は、「腎不全」「その他の悪性新生物」「その他の心疾患」「糖尿病」「その他の消化器系の疾患」の順となる。腎不全、糖尿病、高血圧性疾患など生活習慣病が上位に位置

図表 24　豊中市の最大医療資源疾病別構成比

	豊中市	大阪府	全国
慢性腎臓病（透有）	9.7	9.6	8.2
慢性腎臓病（透無）	0.6	0.5	0.5
がん	31.6	32	31.5
精神	13	12.5	14.7
筋・骨格	17.3	17.3	16.6
糖尿病	9.1	9.9	10.5
高血圧症	5.7	5.9	6.1
高尿酸血症	0.1	0.1	0.1
脂肪肝	0.2	0.2	0.2
動脈硬化症	0.4	0.2	0.2
脳出血	1.4	1.4	1.3
脳梗塞	3	2.7	2.7
狭心症	2.4	2.2	2.3
心筋梗塞	0.8	0.7	0.7
脂質異常症	4.6	4.7	4.5

出典：KDB データ（健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（令和 3 年度））
（※四捨五入の関係で合計が 100％にならない場合がある。以下同じ。）

[23] レセプトに複数の疾病名がある場合、最も医療資源（医療費）を要した疾病名



図表 25　豊中市の最大医療資源疾病別構成比の推移

出典：KDB データ（健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（令和３年度））

している。

図表 27 は総医療費、レセプト件数、レセプト１件あたり医療費について上位５件を示しており、全国、大阪府とほぼ同じ傾向が確認できる。レセプト件数では「高血圧性疾患」「脂質異常症」「糖尿病」といった生活習慣病が上位を占め、レセプト１件あたり医療費においては高い順に「白血病」、「くも膜下出血」、「その他の周産期に発生した病態」となった。

図表 26　豊中市の疾病中分類別医療費の状況（上位 10 位）

順位	疾病項目	構成比（%）	医療費（百万円）
1	腎不全	7.4	1,958
2	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	5.9	1,578
3	その他の心疾患	5.2	1,382
4	糖尿病	4.9	1,307
5	その他の消化器系の疾患	3.6	964
6	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	3.2	863
7	気管、気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞	3.0	789
8	高血圧性疾患	3.0	787
9	その他の神経系の疾患	2.9	762
10	その他の眼及び付属器の疾患	2.5	677
	それ以外	58.4	15,554
	合計	100.0	26,621

出典：KDB データ（医療費分析　大、中、細小分類（令和３年度））

図表 27　疾病中分類別医療費等（地域別・上位 5 位）

■総医療費

順位	豊中市	大阪府	全国
1	腎不全	腎不全	その他の悪性新生物＜腫瘍＞
2	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	その他の悪性新生物＜腫瘍＞	腎不全
3	その他の心疾患	糖尿病	糖尿病
4	糖尿病	その他の心疾患	その他の心疾患
5	その他の消化器系の疾患	その他の消化器系の疾患	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害

■レセプト件数

順位	豊中市	大阪府	全国
1	高血圧性疾患	高血圧性疾患	高血圧性疾患
2	脂質異常症	脂質異常症	糖尿病
3	糖尿病	糖尿病	脂質異常症
4	その他の眼及び付属器の疾患	その他の眼及び付属器の疾患	その他の眼及び付属器の疾患
5	皮膚炎及び湿疹	その他	その他の神経系の疾患

■レセプト 1 件あたり医療費

順位	豊中市	大阪府	全国
1	白血病	白血病	白血病
2	くも膜下出血	くも膜下出血	くも膜下出血
3	その他の周産期に発生した病態	その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害
4	肺炎	脳内出血	脳内出血
5	その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	肺炎	肺炎

出典：KDB データ（医療費分析　大、中、細小分類（令和 3 年度））

2-2　日常生活圏域（7 圏域）別の健康課題

続いて、豊中市を 7 つの地域に分けて健康状況等を把握する。地域区分については、前出の「豊中市における孤独・孤立に関する調査研究」と同様に、豊中市地域福祉計画による日常生活圏域（7 圏域）を用いた[24]。日常生活圏域は住民に身近な地域福祉の単位として、複数の小学校区から構成され、北東部、北中部、北西部、中部、中東部、中西部、南部の区分となる。各地域の被保険者の構成は図表 28 のとおりである。

図表 28　被保険者の構成（7 圏域別）

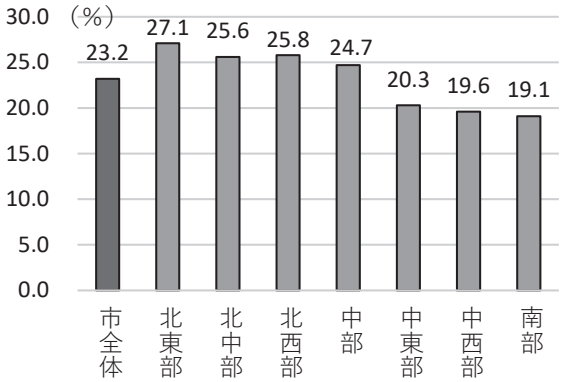
		市全体	北東部	北中部	北西部	中部	中東部	中西部	南部	その他
被保険者数（人）		75,644	9,408	10,621	13,260	10,248	9,569	11,723	10,203	612
年齢構成（%）	～ 39 歳	25.2	20.0	23.2	27.1	24.5	26.9	26.8	25.1	52.6
	40-64 歳	33.9	33.1	31.8	32.8	33.9	35.1	34.8	36.4	29.2
	65-74 歳	41.0	46.9	45.1	40.2	41.7	38.0	38.5	38.5	18.1

出典：KDB データ（地域の全体像の把握（令和 3 年度））

[24] 7 圏域の位置図は「豊中市における孤独・孤立に関する調査研究」の図表 5 豊中市における日常生活圏域（p50）を参照されたい。

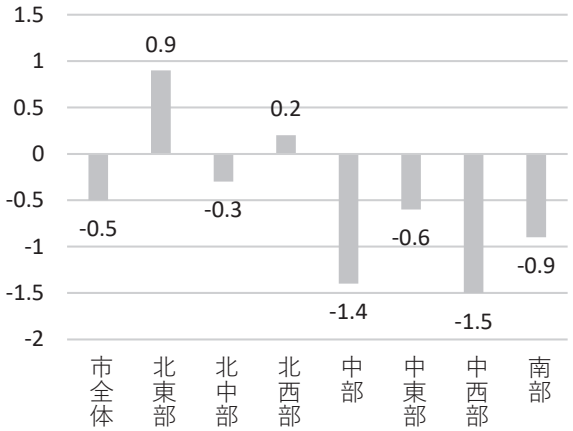
(1) 特定健診受診率（7 圏域別）

図表 29 は 7 圏域別の特定健診受診率を示している。市全体の 23.2%を下回るのは、低い順に、南部（19.1%）、中西部（19.6%）、中東部（20.3%）である。また、図表 30 で令和 2 年度（2020 年度）と令和 3 年度（2021 年度）の受診率の差をみると、全体では 0.5 ポイント低下している。北東部は 0.9 ポイント、北西部は 0.2 ポイント増加しているものの、中部は 1.4 ポイント、中西部は 1.5 ポイント下落している。



図表 29　特定健診受診率（7 圏域別）

出典：KDB データ（地域の全体像の把握（令和 3 年度））

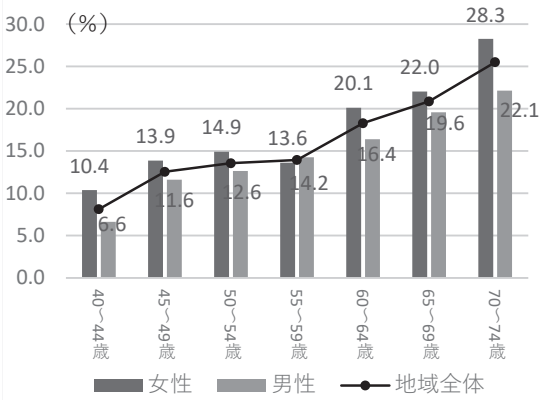


図表 30　特定健診受診率の変化（R2 → R3 年度・7 圏域別）

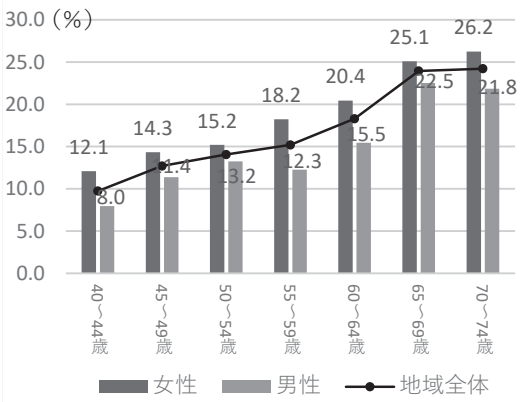
出典：KDB データ（地域の全体像の把握（各年度））

図表 31 は令和 3 年度（2021 年度）の特定健診受診率が市全体を下回った地域の年齢構成別受診率を示している。いずれの地域においても、40 代前半で健診受診率が特に低い傾向がみられる。

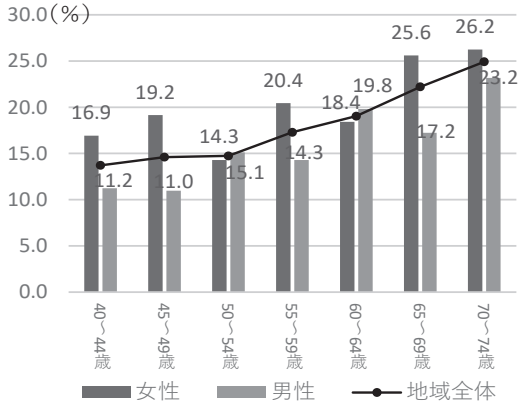
■南部



■中西部



■中東部

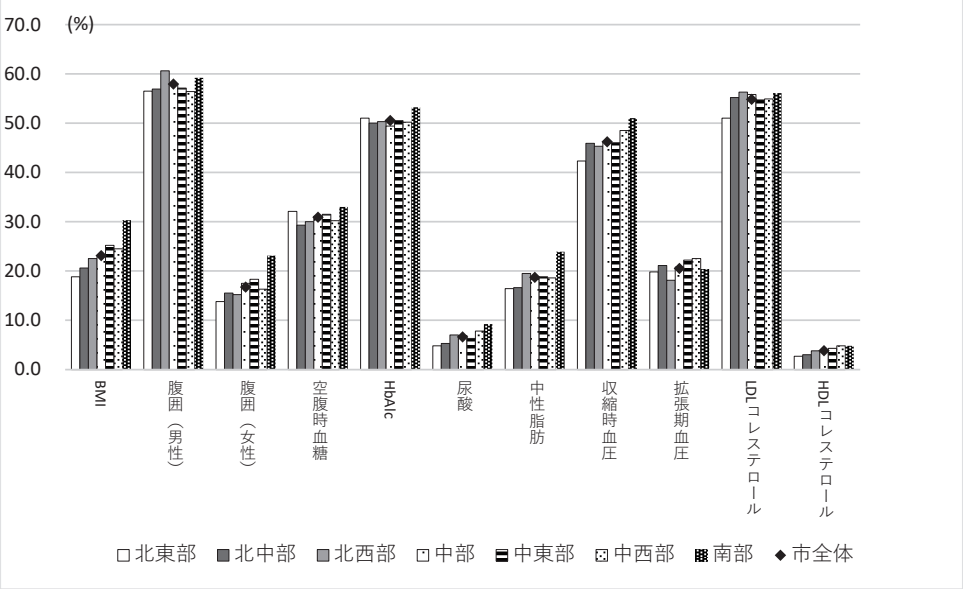


図表 31　年齢別特定健診受診率（南部・中西部・中東部）

出典：KDB データ（健診の状況（令和 3 年度））

(2) 有所見者の状況

地域別の有所見者の状況は図表 32 のとおりである。市全体の値よりも 5 ポイント以上割合が高いものを抽出すると、BMI について南部地域が 30.3%（市全体との差は 5.8 ポイント）、腹囲（女性）について南部地域が 23.1%（市全体との差 6.8 ポイント）、中性脂肪について 23.9%（市全体との差 5.3 ポイント）となり、南部地域で特に割合が高くなっている。



図表 32　有所見者の状況（7 圏域別）

出典：KDB データ（厚生労働省様式（様式 5-2）（令和 3 年度））

図表 33 は南部地域の有所見者の年齢構成別状況を示している。地域全体の値よりも割合が高いものに網掛けをしており、これをみると BMI では 40 歳代､50 歳代､65 ～ 69 歳､腹囲（女性）及び中性脂肪では、50 歳代、60 歳代が全体よりも高い傾向を示す。

図表 33　有所見者の年齢構成（南部）

（%）	BMI	腹囲（女性）	中性脂肪
40 歳代	41.5	17.9	22.0
50 歳代	37.7	24.7	27.5
60 ～ 64 歳	26.6	28.2	25.9
65 ～ 69 歳	34.1	27.0	28.6
70 ～ 74 歳	24.9	20.9	20.6
全体	30.3	23.1	23.9

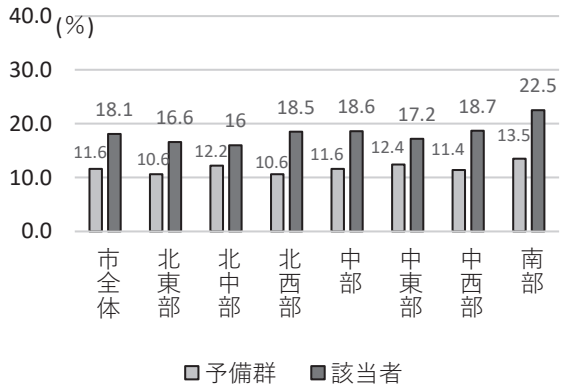
出典：KDB（厚生労働省様式（様式 5-2））

(2) メタボ該当者等

図表 34 は、メタボ該当者及び予備群の割合を示している。メタボ該当者の割合について、市全体よりも高い地域をみると、高い順に南部（22.5%）、中西部（18.7%）、中部（18.6%）、北西部（18.5%）となる。最も割合の高い南部地域では､メタボ該当者の割合が市全体よりも 4.4 ポイント高くなっている。予備群について、市全体よりも高い地域をみると、高い順に南部（13.5%）、中東部（12.4%）、北中部（12.2%）となる。

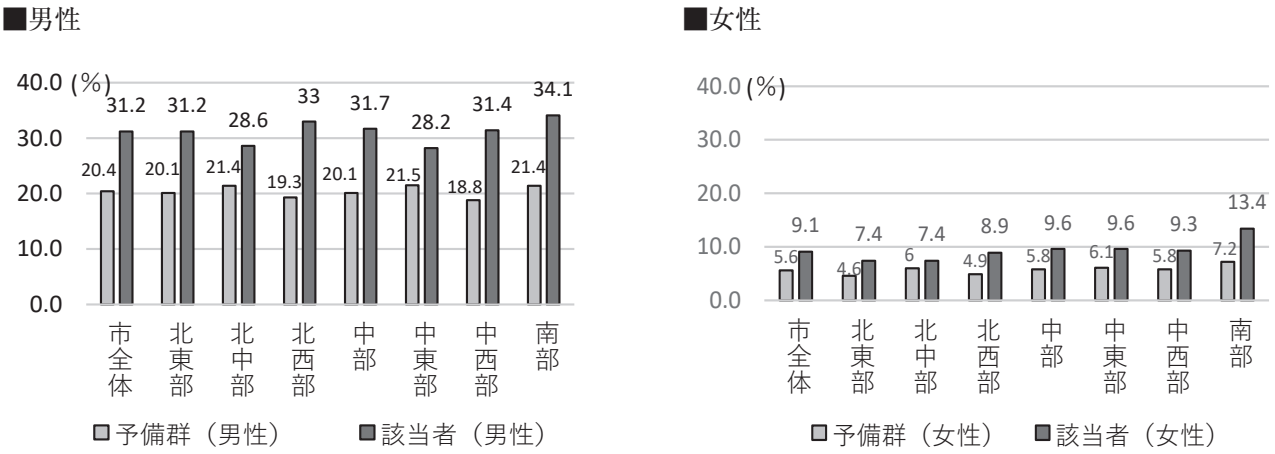
図表 35 はメタボ該当者及び予備群の状況を男女別に見たものである。メタボ該当者の男性について、市全体よりも割合が高い地域をみると、高い順に南部（34.1%）、北西部（33.0%）、中部（31.7%）となる。男性の予備群では、中

東部（21.5%）、北中部・南部（21.4%）が市全体よりも高い割合を示す。メタボ該当者の女性では、市全体よりも割合が高い地域をみると、高い順に南部（13.4%）、中東部・中部（9.6%）、中西部（9.3%）となり、最も高い南部地域では市全体よりも 4.3 ポイント高くなっている。女性の予備群では、南部が 7.2% と最も高く、中東部（6.1%）、北中部（6.0%）、中部・中西部（5.8%）の順に市全体よりも高い値となる。



図表 34　メタボ該当者及び予備群（7 圏域別）

出典：KDB データ（地域の全体像の把握（令和 3 年度））

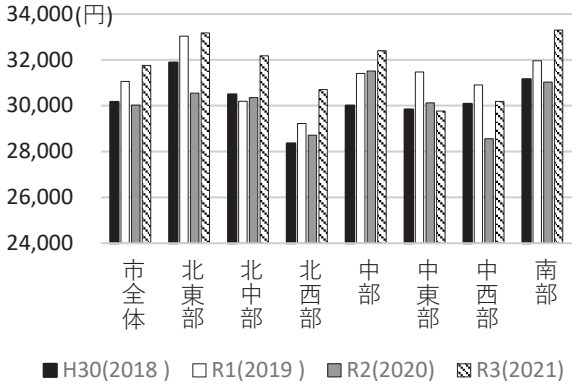


図表 35　メタボ該当者及び予備群（7 圏域別・性別）

出典：KDB データ（地域の全体像の把握（令和 3 年度））

(3) 1 人あたり医療費

図表 36 は 1 人あたり医療費の地域別の経年変化を示している。平成 30 年度（2018 年度）から令和元年度（2019 年度）にかけては増加傾向となり、令和 2 年度（2020 年度）はコロナ禍による受診控えの影響もあり医療費が低下している。令和 3 年度（2021 年度）はその反動から増加傾向を示す地域が多い。令和 3 年度（2021 年度）の 1 人あたり医療費について市全体（31,755 円）より高い地域をみると、高い順に、南部（33,295 円）、北東部（33,175 円）、中部（32,398 円）、北中部（32,173 円）となる。



図表 36　1 人あたり医療費の推移（7 圏域別）

出典：KDB データ（健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（各年度））

(4) 疾病別医療費

最大医療資源疾病の状況については図表 37 のとおりである。市全体よりも高い割合を示すものに網掛けをしている。

図表 37　最大医療資源疾病の状況（7 圏域別）

	市全体	北東部	北中部	北西部	中部	中東部	中西部	南部
がん	31.6	34.0	34.7	30.6	32.7	26.7	33.1	30.3
筋・骨格	17.3	17.3	18.1	19.8	18.7	15.6	15.3	16.3
精神	13.0	12.0	13.0	12.1	10.9	13.9	14.5	13.1
慢性腎臓病（透析有）	9.7	9.3	7.3	8.6	8.7	13.9	10.3	11.0
糖尿病	9.1	8.3	8.5	8.6	9.1	10.2	9.0	10.8
高血圧症	5.7	5.2	5.6	5.6	6.5	6.1	5.8	5.4
その他	13.5	8.4	7.8	10.6	13.3	13.8	12.1	13.1

出典：KDB データ（健診・医療・介護データからみる地域の健康課題（令和 3 年度））

(5) 生活習慣

図表 38 は喫煙率、生活習慣改善意欲なし（低い値のほうが良い）、1 日 30 分以上の運動習慣なし（低い値の方が良い）の地域別の割合について示している。市全体（11.7%）より高い値を示すものをみると、喫煙率では、南部（17.0%）、中東部（14.8%）、中西部（13.1%）、生活習慣改善の意欲なしでは、北東部・中東部（20.3%）、中西部（20.0%）、北西部（19.8%）、となる。運動習慣なしでは、北西部（65.2%）、中西部（61.8%）、南部（61.4%）が市全体より高くなっている。市全体の割合と 5 ポイント以上差があるものをみると、喫煙率では南部が 17.0％と市全体より 5.3 ポイント高くなっている。また、運動習慣では、北西部が 9.7 ポイント、中西部が 6.3 ポイント、南部が 5.9 ポイント、市全体よりも高くなっている。

以上の KDB データの地域別の整理から、市内でも地域によって特定健診の受診状況や健康状況、医療費、健康につながる生活習慣にかなりばらつきがあることがわかる。内容によっては、市全体の値と非常に大きな差がある地域も見受けられた。

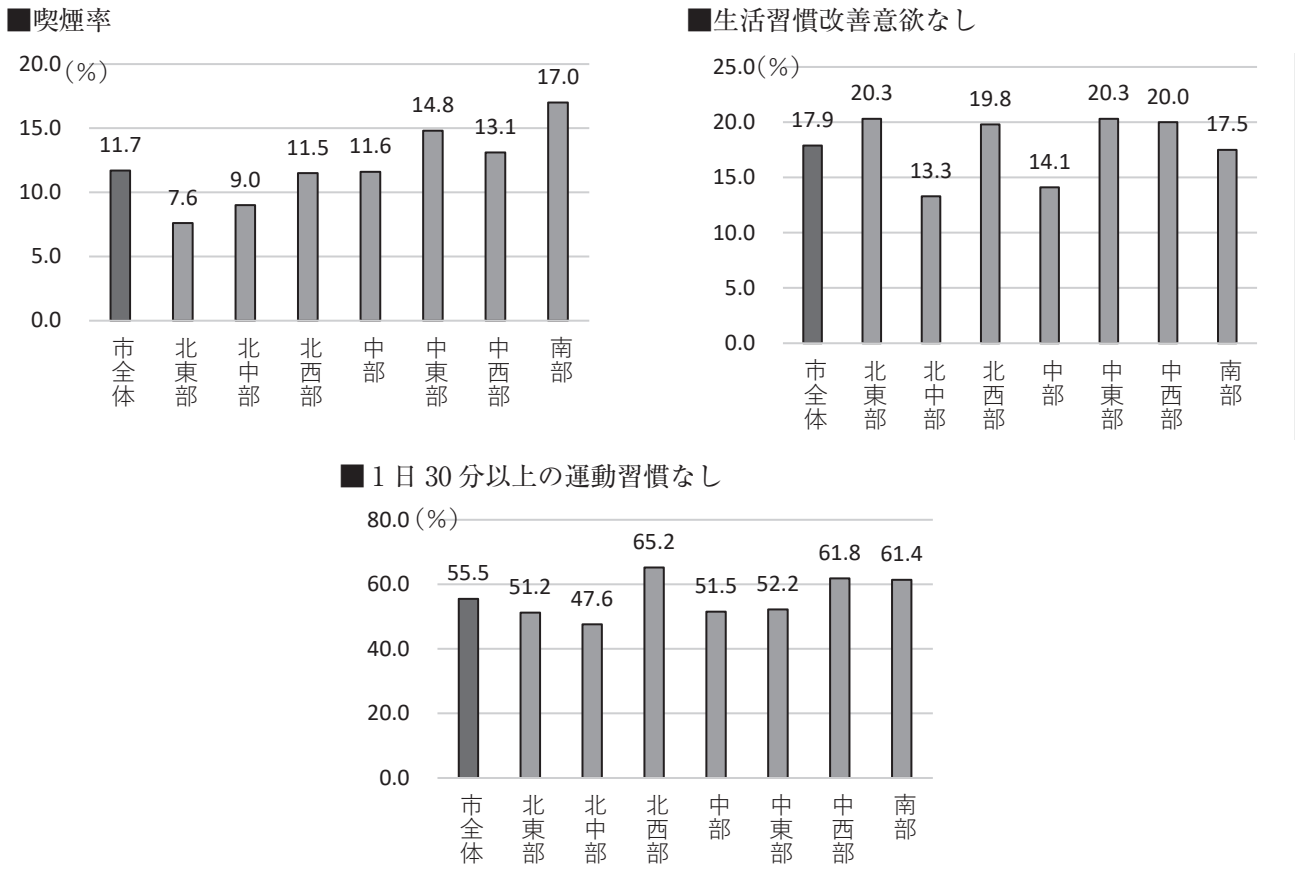
本章では、データの基本的な集計結果から、重点的にコストや労力をかけて健康対策を進めるべきエリアを「見える化」して特定し、関係者間で共有するための基礎資料の作成をめざした。次のステップとしては、見える化した内容を関係者間で共有し政策を立案し、事業を実践・効果を検証するという KDB の目的の一つである PDCA サイクルを意識した事業展開にいかにつなげるかが求められる。

2-3　ソーシャル・キャピタルと地域の健康水準

地域の健康課題を解決していくためにはどのような施策や対策が有効となるだろうか。近年、健康に関するさまざまな課題の解決に向けて、地域や人のつながりや信頼関係であるソーシャル・キャピタル（以下「SC 」（Social capital）という）を政策的に活用する視点が注目される。そして様々な研究結果から SC の水準が高い地域ほど、個人・地域の健康指標が良好であることが報告されている。

ここでは、既往研究が示すように豊中市内においても地域の健康状況に SC が好ましい影響を与えているかどうか確認してみたい。分析にあたっては、市内の 41 小学校区別の SC の指標と地域の健康指標の 2 つの変数の関係について把握するため相関分析の手法を用いる。

分析に利用するデータについて、SC の指標



図表 38　生活習慣（7 圏域別）

出典：KDB データ（地域の全体像の把握（令和 3 年度））

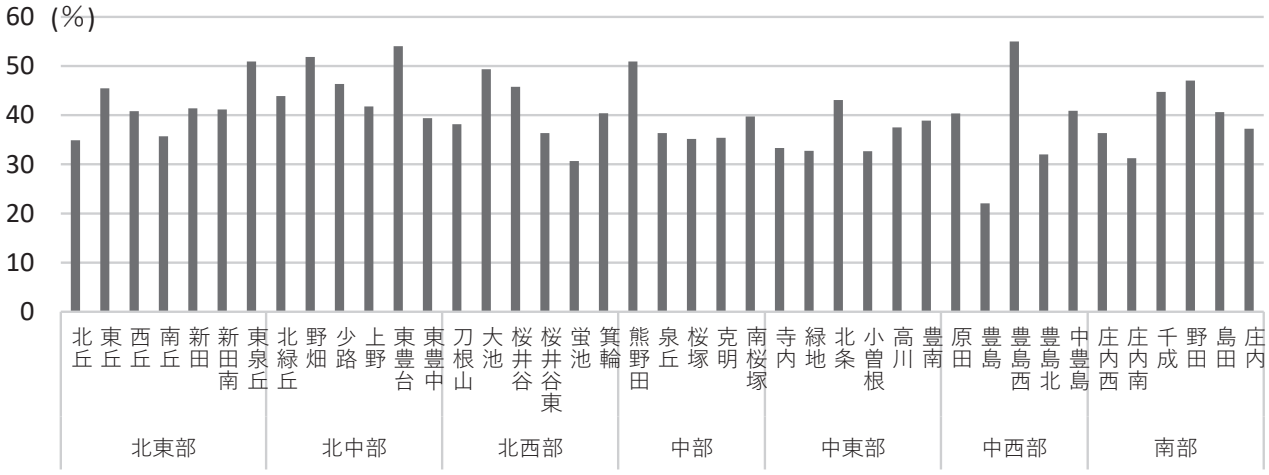
については、多くの研究において SC の代表指標として使われている他者への「一般的な信頼」を使用する。令和 2 年度（2020 年度）に本研究所が実施した「豊中市における多文化共生の地域づくりに向けたアンケート」（対象 6,000 人・有効回収率 40.2%）における一般的信頼に関する設問を用い、41 小学校区ごとに信頼に関する指標（アンケート回答者のうち一般的な信頼があると答えた人の地域での割合）を作成した。各小学校区の SC の指標の状況については図表 39 のとおりである。小学校区別の健康状況の指標については、KDB データから得られる令和 2 年度（2020 年度）の小学校区ごとの特定健診受診率、1 人あたり医療費、メタボ該当者の割合を用いた。

相関分析の結果は図表 40 のとおりである。健診受診率は相関係数が 0.244 となり、弱い正の相関、1 人あたり医療費（＝相関係数 − 0.239）及びメタボ該当者（＝相関係数 − 0.265）では同じく弱い負の相関がみられる [25]。この結果か

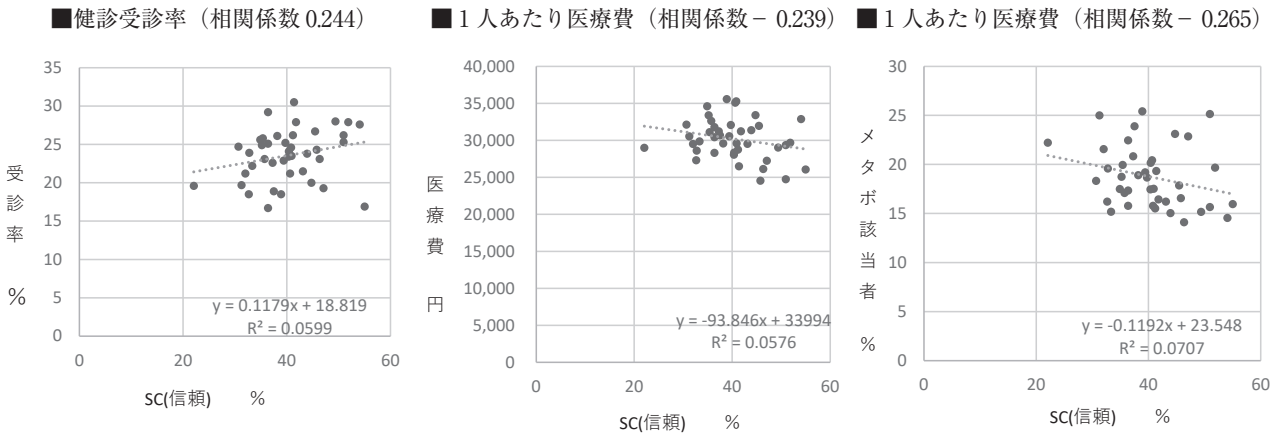
[25] 相関係数は絶対値が 1 に近いほど強い相関があり、今回の分析では一般に相関の強弱の目安として用いられる以下の基準を用いて解釈した。相関係数を r とすると、| r |（絶対値）＝ 0.0 ～ 0.2　ほとんど相関関係がない、| r | = 0.2 ～ 0.4　弱い相関関係がある、| r | = 0.4 ～ 0.7　やや相関関係がある、| r | = 0.7 ～ 1　強い相関がある。
なお、相関分析の結果については、図表の散布図をみると外れ値（他のデータからみて、異常に大きな（小さな）値）の影響を受けている可能性も考えられる。参考に、外れ値を除いた分析を行った結果、特定健診受診率では相関係数が 0.290（N=39）、メタボ該当者では相関係数が − 0.396（N=39）となりより高い相関を示した。

ら、SC が高い地域ほど健診受診率が高い傾向にあり、医療費、メタボ該当者の割合は低い傾向にあることが確認できる。豊中市においても地域の SC が健康に好ましい影響を与えていることが示唆され、これまでにも取り組まれてきた地域コミュニティでの居場所づくりや人と人との交流の場・機会の創出といった SC の醸成につながる様々な取組の推進は、地域の健康水準の向上にも寄与することが期待できる。

但し、地域や個人の健康水準には様々な要因が影響を及ぼしており、SC が健康につながるメカニズム・経路については十分解明されているとはいえないため、この結果を単純に因果関係に結び付けることはできない。さらに地域の所得水準等の他の指標との疑似相関（見せかけの相関）の可能性もあり、おおよその傾向をつかむ、或いは発展的なデータ分析を行う前の一つの手がかりとして分析結果の指標の関係を捉える視点が必要である。



図表 39　41 小学校区別 SC（信頼）



図表 40　相関分析（小学校区別健康状況× SC（信頼）、N=41）

3．被保護者健康管理支援データの活用

3-1　背景・目的

前段の「健康と都市政策（総論）」で触れたように、地域の健康課題の解決に向けては、居住地域や社会経済状況等の違いによって生じる健康格差の縮小の観点が重要となる。格差の縮小に向けては、ポピュレーション・アプローチとして地域全体を対象として働きかけを行い、健康水準を向上させる取組とともに、生活困窮者などの困難な状況に置かれやすい層に対象を絞ったアプローチが必要である[26]。本章では、対象を特定したアプローチの一例である、生活保護制度の被保護者の健康管理支援事業を取り上げる。

生活保護受給者（以下「被保護者」という）は、健康上の課題を抱える人が多いことが統計的に示されてきたものの、これまでその対策が十分に実施されていない状況があった。

経済的な自立に加え、健康管理や生活支援の側面からの支援が必要とされる一方、医療扶助等のデータが蓄積しているにも関わらず、客観的な現状把握やデータ分析を行い、被保護者の健康課題に対応してきたとは言い難かった。

このような状況のもと、平成 30 年（2018 年）の生活保護法改正により、被保護者健康管理支援事業が創設され、令和 3 年（2021 年）1 月からは全国の福祉事務所において必須事業として施行され、被保護者に対する生活習慣病対策等の取組が進められることとなった。

健康管理支援事業は、福祉事務所がデータに基づき被保護者の生活習慣病の発症予防や重症化予防を推進することを目的としており、自治体ごとに現状の医療・健康情報、地域資源を調査分析することで、被保護者の健康課題を把握し、各自治体における事業方針を作成し、事業評価を行うという一連のサイクルが示されている[27]。

健康管理支援事業の方針においては、（ア）健診受診勧奨、（イ）医療機関受診勧奨、（ウ）生活習慣病等に関する保健指導･生活支援、（エ）主治医と連携した保健指導・生活支援（重症化予防）、（オ）頻回受診指導の 5 つの取組が掲げられ、そのうち（オ）の頻回受診指導は必ず実施することとし、（ア）～（エ）の事業のうちから少なくとも一つを各福祉事務所が選択して実施することとされる。

豊中市福祉事務所においては、必須事業化以前から、独自に医療扶助に特化した実施方針を策定し、保健師等の専門職員の積極的な配置を進めながら、被保護者における生活習慣病対策等の取組を推進してきた経過がある。今後の更なる事業推進にあたり、これまで蓄積してきた事業実績データに基づき、事業実施による効果を検証し、見える形で示していくことが課題となっている。

3-2　共同研究の経緯と体制

とよなか都市創造研究所では、豊中市の内部に設置された自治体シンクタンクとして、市の政策形成能力の向上をめざし、他部局からの調査研究に関する相談への伴走支援を行ってきた。この取組を進める中で、令和 3 年度（2021 年度）に、先述の背景のもと福祉事務所から被保護者健康管理支援データを用いた事業の効果検証についての相談があり、これをきっかけに、

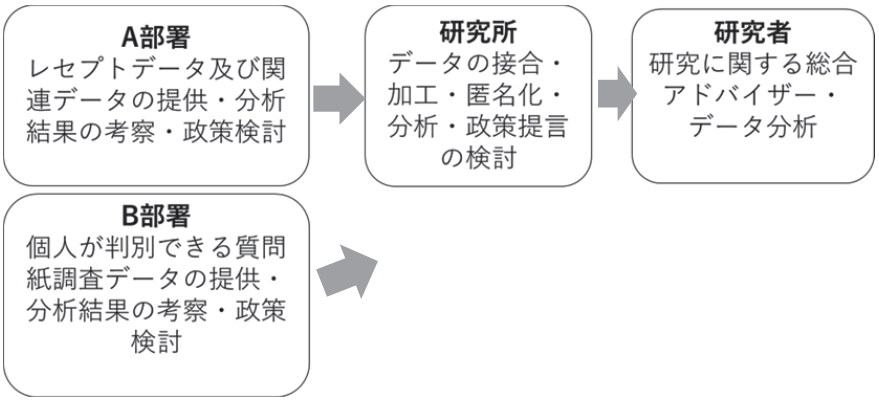
[26] ただし、特定の集団に特化した選別的なアプローチについては、以下の注意点と課題が指摘されており（近藤 2016, p.26）、これらに留意しながら政策検討を行う必要がある。①社会的弱者にレッテルを張り、差別を生む可能性がある②支援対象者の基準選定（線引き）が難しい③支援制度の申請手続きが難しく、社会的な弱者にはハードルが高い。

[27] https://www.mhlw.go.jp/content/12000000/000809908.pdf　被保護者健康管理支援事業の手引き－厚生労働省（令和 2 年（2020 年）8 月改定版）2022.6.13 閲覧

令和 4 年度（2022 年度）に被保護者のデータを分析し政策立案につなげるという本報告の研究課題が提起された。

被保護者のデータ分析については専門的な知識が必要であるため、外部の研究者をとよなか都市創造研究所がコーディネータとなって探索し、大学の研究者、福祉部門、とよなか都市創造研究所で実施する共同研究の体制を構築した。

共同研究におけるデータ整備・分析体制概要は図表 41、令和 4 年度（2022 年度）スケジュールは図表 42 のとおりである。共同研究については、後で述べるように、最終的に研究者の所属する大学と豊中市とで共同研究契約を締結することとなった。共同研究契約及び研究内容の概要、役割分担等の詳細は巻末の参考資料 1 に示している。



図表 41　データ整備・分析体制

図表 42　令和 4 年度（2022 年度）の共同研究のスケジュール

日程	内容
5 月 27 日	研究①打合せ・研究目的、課題について
6 月 15 日	研究②打合せ・研究目的、課題について
6 月 17 日	研究①打合せ・分析内容について
7 月 21 日	研究②打合せ・分析データについて
8 月～ 11 月	庁内データの収集・整備、共同研究契約締結関連事務 研究①京都先端科学大学との共同研究契約締結（11 月 1 日）、 研究②大阪医科薬科大学との共同研究契約締結（9 月 26 日）
11 月～	データ分析実施
2 月 1 日	研究①打合せ
2 月 7 日	研究②打合せ

図表 42 で経過を示したとおり、5 月以降打合せを重ね、8 月から 11 月にかけては、研究に使用する庁内データの収集、分析用データの整備（データ突合作業等）、データに関する所管課及び法務部門との諸調整や大学との共同研究の締結事務について等の事務をとよなか都市創造研究所が調整役となって実施した。11 月以降は外部の共同研究者にデータ提供し、具体

的な分析を進め、2月に担当者での打ち合わせで研究の進捗状況を共有した。今回の共同研究にあたっては、大学との共同研究契約書をとりかわすこととしたが当初のスケジュールで想定していたよりも多くの時間を割いた。本市では今回のような共同研究の事例は多くなく、共同研究契約書の様式についても、大学の雛形に準拠しつつ、今回の研究の趣旨に沿った内容に変更を加える必要があったため、関係部局、法務部門の協力を得ながら契約書の文言の細かな修正を何度も行った。データ整備や分析以外の大学との公民連携部門の担当者との調整、契約締結など、諸調整事務にも時間が割かれることとなった。

なお、この図表以外でも、分析に用いるデータの内容等細かい問合せについても随時メール等で行い、研究者と密に相談する体制を構築している。

3-3　研究計画

共同研究においては、研究者・福祉部門・とよなか都市創造研究所で打合せを重ね、研究目的・内容等のすり合わせを行い、最終的には2つのテーマで研究を実施することとなった（令和4年度（2022年度）現在）。

1つ目の研究については、生活保護受給者の医療費・介護費が年々増加傾向にあるなか、生活保護受給者の医療費・介護費に関する分析をテーマとした。本テーマにおいては医療経済・データ分析の専門家（京都先端科学大学経済経営学部　跡田直澄特任教授・新潟大学経済科学部　小川顕正准教授）、市福祉事務所、とよなか都市創造研究所で構成する共同研究チームを組織し研究を進めることとした。本研究は市の被保護者健康管理支援事業の効果について医療・介護の両面から検証するものである。研究の進め方については、まず、福祉事務所が被保護者に行う保健指導・受診勧奨等の政策的介入を受けた者と受けなかった者とで、医療費・介護費に統計的な差があるかどうかを分析し、次に、医療費・介護費の変化を、個人の健康状況や社会経済状況などを統制したうえで、計量分析の手法を通じてとらえることを予定している。

2つ目の研究としては、生活保護受給者の健康行動･健康状態に関する分析をテーマにした。本テーマについては被保護者に関する医療面での専門的な知見をもつ研究者（大阪医科薬科大学医療統計室　西岡大輔講師）、市福祉部及びとよなか都市創造研究所からなるチームを組織した。本テーマでの研究計画としては、市の被保護者健康管理支援事業の推進にあたり、被保護者の健康状態や健康行動が地域の社会環境によってどのように異なるのかを検証し、政策に応用する資料を作成する。分析にあたってはJAGES（日本老年学的評価研究）の市内調査をもとに算出された地域レベルのソーシャル・キャピタルを被保護者の個票データと接合し、ソーシャル・キャピタルが被保護者個人の健康状態や健康行動（入院･受診中断･頻回受診等）に関連するかどうかを分析することを計画している。

研究で扱うデータについては被保護者に関する重要な状況が含まれているため、研究目的・研究計画及びデータの取り扱い、研究上知りえた情報の秘密の保持、研究成果の公表等を定めた共同研究契約書を作成し、共同研究に参加する研究者の所属大学と豊中市で共同研究契約を締結した。また、共同研究契約書で定めた研究内容については、各研究者の所属大学の倫理審査を経ている。

各共同研究の期間については、長期的な視点が必要な研究テーマとなるため調査研究①では令和5年度（2023年度）末、調査研究②では令和6年度（2024年度）末まで継続して実施することを予定している。共同研究に係る経費については、大学・研究者、豊中市とも負担な

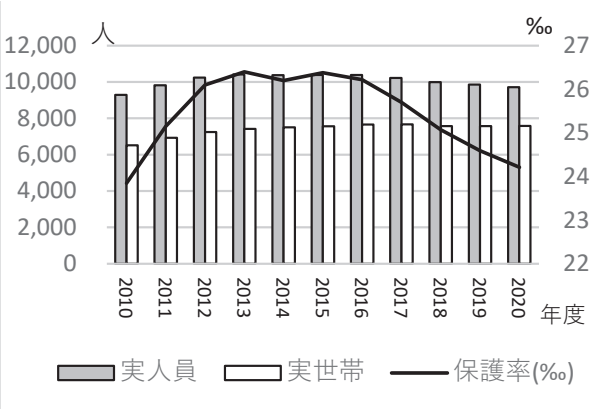
しとし、研究に係る委託料等は発生していない。なお、打合せの際に外部の研究者に対して指導・助言に係る謝礼金を支払っている。

以下では、共同研究の現時点での成果を紹介したい。それに先立って、豊中市のこれまでの被保護者の健康支援の状況、被保護者の健康課題を概説する。

3-4　豊中市における生活保護の状況

(1) 被保護者の現状

図表 43 は豊中市の生活保護者の動向の経年推移を示している。豊中市の被保護実人員は、令和 4 年(2022 年)10 月現在 9,417 人(前年 9,709 人)、被保護者世帯数 7,503 世帯(前年 7,853 人)、保護受給率は 23.55‰(前年 24.21‰)となる。過去からの推移をみると平成 20 年(2008 年)の世界金融危機(リーマンショック)の影響から平成 24 年(2012 年)～平成 28 年(2016 年)までは、保護率が上昇したものの、その後減少に転じている。直近の 5 年をみると実人員・保護率は減少傾向、保護世帯数は微増傾向を示す。



図表 43　豊中市の生活保護者の動向

出典：豊中市市政年鑑(各年度)

(2) 医療扶助費・介護扶助費

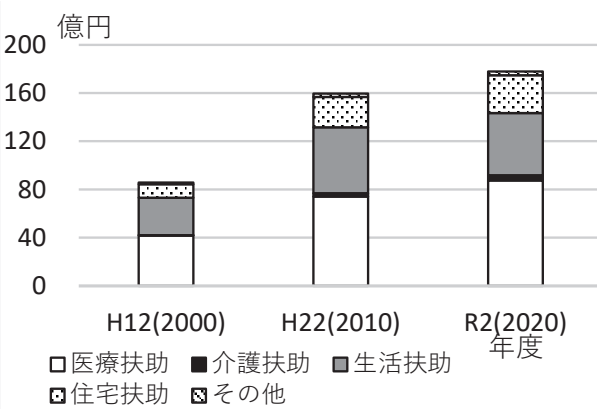
生活保護は(1)生活扶助、(2)教育扶助、(3)住宅扶助、(4)医療扶助、(5)介護扶助、(6)出産扶助、(7)生業扶助、(8)葬祭扶助の 8 つから構成されている[28]。健康に関わる扶助としては、(4)医療扶助と(5)介護扶助がある。(4)医療扶助は、病気やケガの際に、医療機関を受診するための費用であり、(5)介護扶助は、介護保険の給付対象となる介護サービスを利用するための費用となり、どちらも現物給付となる。

なお、被保護者は国民健康保険の被保険者から除外されているため、ほとんどの被保護者の医療費は全額医療扶助で負担される。医療扶助による医療の給付は、生活保護法の指定を受けた医療機関等に委託して実施し、指定医療機関の診療方針及び診療報酬は、別に定める場合を除き、国民健康保険の例による。

介護については、生活保護を受けていても、65 歳以上(第 1 号被保険者)と 40 歳以上 65 歳未満の医療保険加入者(第 2 号被保険者)は、介護保険の被保険者となる。介護保険の被保険者である場合には、自己負担部分(介護費の 1 割分)が生活保護からの給付(介護扶助)となり、介護保険の被保険者以外の者の場合には、介護扶助として 10 割全額が給付される。他法令等による給付がある場合には、その給付が優先される。介護扶助の介護方針及び介護報酬は、介護保険の介護方針及び介護報酬の例による。

図表 44 で豊中市の令和 2 年度(2020 年度)・平成 22 年度(2010 年度)、平成 12 年度(2000 年度)の生活保護費の総額及び扶助費の種類別構成をみると、令和 2 年度(2020 年度)については、生活保護費総額約 117.9 億円のうち医療扶助費は 87.5 億円(49.2%)、介護扶助費は 4.3 億円(2.4%)となり、医療扶助費は生活保護費全体の約 5 割を占めている。総額は年々増加傾向にあり、構成比は各年度ともほぼ同じとなっている。

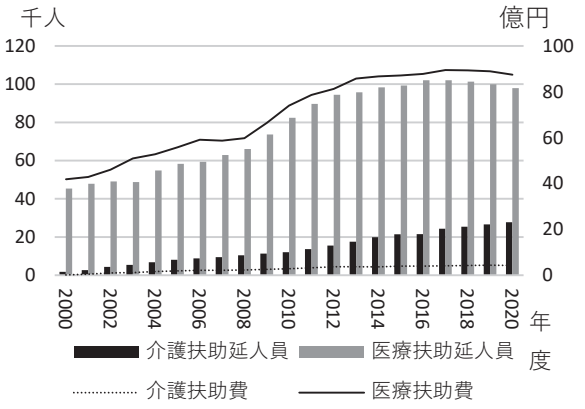
[28] 生活保護法(昭和 25 年法律第 144 号)第 11 条～18 条



図表 44　保護費の総額及び扶助費の種類別構成の推移

出典：豊中市統計書（各年度）

また、図表 45 で平成 12 年（2000 年）から令和 2 年（2020 年）までの医療扶助・介護扶助（費用･人員）の推移をみると、医療扶助費、人員とも平成 28 年（2016 年）頃までは増加傾向にあったものの、近年は減少傾向を示している。一方介護扶助費、介護扶助人員は、一貫して増加している。



図表 45　医療扶助・介護扶助（費用・人員）の推移

出典：豊中市統計書（各年度）

(3) 豊中市の健康管理支援の沿革[29]

豊中市の被保護者に対する健康管理支援は、国の取組に先駆けて行われてきた。平成 22 年度（2010 年度）に、健康管理支援員（非常勤職員・保健師）を配置し、CW（＝ケースワーカー・地区担当員）との同行による個別支援を開始し、平成 27 年度（2015 年度）には、後に必須事業のメニュー（ア）（イ）（ウ）に挙げられている健診受診勧奨や受診後のフォロー事業に着手した。令和 4 年（2022 年）4 月現在、健康管理支援員として保健師 4 名（うち 1 名欠員）及び精神保健福祉士 1 名（社会福祉職として採用）が健康管理支援業務に従事している。

平成 28 年度（2016 年度）に糖尿病の重症化が疑われる者への個別支援（必須事業メニュー（エ）に該当）を開始し、令和 3 年度（2021 年度）には、一定期間改善が見られない頻回受診者への個別支援（必須事業メニュー（オ）に該当）を開始した。また、令和元年度（2019 年度）からは、データ利活用基盤の整備にむけ、レセプト管理システムを改修し健康管理支援機能を追加している。令和 2 年度（2020 年度）には、レセプト管理システムを用いた健康・医療データ分析を実施し、専門職員の体制強化に向け、業務量の増加見込みや効果額の積算を実施した。

また、平成 28 年（2016 年）7 月には、医療扶助費の伸び、被保護者の高齢化、生活習慣病対策の重要性の高まり等の状況をふまえ、医療扶助のあるべき姿と取組の方向性を明確化させる目的で「豊中市医療扶助の適正な実施に関する方針（第 1 期）」を策定した。本方針は平成 30 年（2018 年）3 月に第 2 期方針を策定し、

[29] 本項目については以下の資料を参考にした。
・厚生労働省 令和 3 年度（2021 年度）「被保護者健康管理支援事業に関する担当者会議」（令和 4 年（2022 年）1 月 14 日）資料 6「豊中市福祉事務所における「被保護者健康管理支援事業」の取組状況」（https://www.mhlw.go.jp/content/12000000/000878238.pdf）
・厚生労働省 第 7 回 医療扶助に関する検討会（令和 4 年（2022 年）7 月 22 日）参考資料 2「豊中市における「被保護者健康管理支援事業」の取り組みについて」（https://www.mhlw.go.jp/content/12002000/000967021.pdf）

令和3年（2021年）3月に中間評価と方針の見直しを実施している。

なお、本方針は豊中市独自で策定しており、PDCAサイクルに沿って年度ごとに実施スケジュールを決定するとともに、進捗管理については、市社会福祉審議会で報告を行うなど外部意見を聴取するよう工夫している。

さらに、令和3年度（2021年度）には、被保護者健康管理支援事業実施マニュアルを作成した。当マニュアルは①医療扶助に特化した方針の策定によるPDCAサイクルを取り入れた支援②評価指標と数値目標の設定と外部評価を取り入れた支援③行動変容理論に基づく保健指導を取り入れた支援④関係機関（医療機関）や関係部局（保健部門）との連携を重視した支援⑤コロナ禍においても持続可能な支援の5つの支援の方向性とそのサイクルを示している。

以上で述べた様々な取組については、厚生労働省の担当者会議[30]にて発表するなど、先進事例として国や他の自治体からも注目されているところである。

(4) 近年の取組

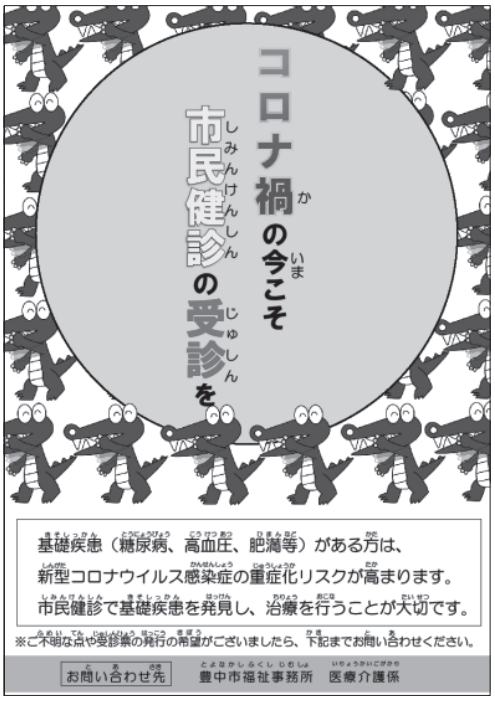
以下では、令和3年度（2021年度）以降に実施した具体的な取組を紹介する。

①必須事業メニュー（ア） 健診受診勧奨

健診受診勧奨においては、生活保護開始者・全被保護世帯について指定医療機関との連携による働きかけを行っている。また、健診受診勧奨強化月間を設定し、9月末、12月末、3月末に被保護者に向けて健診受診の案内チラシを送付し、年間を通じて生活保護新規開始者に向けた健診受診勧奨を行うとともに、保護開始説明の面接時においても健康管理支援員が同席し、健診受診勧奨を実施している。

上記の取組に加え、より効果的な受診勧奨の推進に向け、令和3年度（2021年度）には初めての試みとして、健診受診勧奨におけるターゲット層を決定し、ターゲット層に該当する対象者について、医療担当者から電話による健診受診勧奨を実施している。

さらに、コロナ禍においても持続可能な支援を検討している。コロナの重症化リスクを高める基礎疾患の早期発見・治療に向けた健診受診の啓発ポスター（図表46）を作成するなど、コロナ禍特有の課題を踏まえた働きかけにも力を入れている。



図表46 啓発ポスター

②必須事業メニュー（イ）（ウ） 医療機関受診勧奨並びに保健指導・生活支援

健診受診後のフォローとして、市民健診受診結果のうちメタボリックシンドロームに関連する項目の「要医療」該当者に対して医療機関の受診勧奨を行い、必要時には同行受診を行っている。また、保健指導・生活支援においては、

[30] 厚生労働省主催「被保護者健康管理支援事業に関する担当者会議」（令和4年1月14日開催）

特定保健指導における判定基準を参考に指導・支援該当者を抽出し、健診の重要性を示した啓発媒体を送付するほか、動機づけ支援対象者・積極的支援対象者を振り分けての個別連絡（行動変容のためのプランやモニタリングシートの作成、個別指導の3か月プログラムの策定）を行っている。

③必須事業メニュー（エ） 主治医と連携した保健指導・生活指導重症化予防

糖尿病患者全体への働きかけのほか、重症化リスクの高い糖尿病患者への働きかけを実施している。支援対象者については、糖尿病重症化予防支援（個別支援）用モニタリングシートを作成し、モニタリングを行っている。令和2年度（2020年度）からは、医療機関（主治医）から、生活習慣病などで通院している人の中で、生活習慣の改善が見込まれる人の情報を福祉事務所に提供してもらい、本人と医療機関の協力のもと重症化予防プログラムを実施している。

上記以外にも、医療受診が必要と考えられる者や受診を中断している者、医療受診中であるが経過不良の者等については、CWからの依頼に基づき同行訪問や同行受診を行い、受療支援を行っている。

(5) 健康管理支援における課題

上記で紹介した、市の被保護者健康管理支援事業の推進体制をさらに強化していくためには、これまでの成果を「見える化」していくことが必要である。特に、成果においては、費用対効果の指標が求められ、健診受診の推奨、重症化予防、受診行動の適正化等の様々な支援が、どの程度医療扶助費・介護扶助費の抑制につながっているのかのエビデンスの創生が課題である。

3-5 令和4年度（2022年度）の共同研究概要

令和4年度(2022年度)は分析に利用するデータの収集・整備を実施した。ここでは、分析に利用するデータの内容と整備状況について触れる。

図表47は分析に用いるデータの概要である。データは①基礎データ、②収入データ、③他法情報データ、④介護等データ、⑤健診データ、⑥レセプトデータの6種類から構成される。今後、これらのデータを接合して基礎分析を実施するとともに、パネルデータ化し、経年分析等発展的な分析を行う予定である。各データの詳細については参考資料2にまとめている。

図表47 データの概要（令和4年度（2022年度）時点）

データ項目	内容	ID附番数
①基礎データ	令和元年度（2019年度）から令和3年度（2021年度）までに被保護者となった者の年齢、性別、住所、家族構成（独居かどうか）・国籍等	12,883
②収入データ	基礎データにある者の収入・就労状況に関する情報（各月データ・延べ件数）	43,197
③他法情報データ	基礎データにある者の他法情報（障害者手帳等の情報等）	17,663
④介護等データ	基礎データにある者の介護認定状況（介護状況（要介護・要支援度等）、介護費用、障害の程度等）	16,275
⑤健診データ	基礎データにある者の健診受診、保健指導の有無・内容等	452
⑥レセプトデータ	基礎データにある者の受診日、受診内容（疾病名）、医療費等（医療機関等受診者のみ・延べ件数）	742,868

各データは福祉事務所が業務で利用している被保護者健康管理支援データベースから、令和元年度（2019 年度）～令和 3 年度（2021 年度）分のデータを抽出し、とよなか都市創造研究所の研究員が分析に適する形に加工した。①の基礎データは被保護者の属性等の基礎情報で構成されており、令和元年度（2019 年度）～令和 3 年度（2021 年度）の間に 1 度でも生活保護を受給した者のデータを抽出した（なお基礎データには、当該期間の途中で廃止・死亡、途中から開始した者も含まれている）。①～⑥のデータを接合するため、とよなか都市創造研究所において、共通する独自キー ID を設定し、各ファイルを接合できるようデータを加工した。共同研究者である外部の研究者に提供する際には法務部門及びデータ提供課と相談のうえ、個人情報を削除し、匿名化したデータを提供している[31]。

図表 48 は、今年度及び次年度以降のスケジュール概要である。先述のとおり今年度は主にデータ収集・整備を実施し被保護者データ及び JAGES データの接合作業及び次年度分析内容の検討を行った。利活用体制については、データ整備・活用面の課題を整理し、庁内連携体制の構築を進めるとともに、主にデータ整備面での振り返りを行い共同研究者間で課題を共有した。次年度以降も引き続き本スケジュールをもとに共同研究を推進する。

図表 48　今後の共同研究スケジュール

項目	令和 4 年度（2022 年度）	令和 5 年度（2023 年度）～
データ整備	・被保護者データの接合 ・JAGES データの接合	・被保護者データの接合 ・JAGES データの接合
データ分析	・次年度分析内容の検討	・基礎分析 ・詳細分析
利活用体制	・データ整備・活用面の課題の整理 ・庁内連携体制の構築 ・データ整備面での振り返り	・結果報告会の実施 ・取組のモニタリング

4．共同研究と自治体の政策形成の可能性[32]

自治体には、すでに住民基本台帳データやレセプトデータをはじめとした様々なデータが多く蓄積されている。しかし、現状では、データ処理･分析を行う人材･ノウハウが不足し、データが十分に政策に活かされているとは言い難い。EBPM（Evidence-Based Policy Making 根拠に基づく政策立案）が求められるなか、高度な専門知識を有する研究者･事業者等と共同し、様々な行政データを活用しながら多面的に地域課題を分析していく共同研究の取組は今後さらに重要になってくるだろう。

ここでは、前述の研究における共同研究のプ

[31] データ提供に際しては、法務部門及びデータ提供課と相談を重ね特に個人情報保護に留意した。被保護者番号、名前、住所等の個人情報を削除し、元のデータに復元が不可能なように附番したキー ID を設定した。また、個人が特定される恐れがある諸給付・事業の開始年月等のデータについては極力削除して外部提供を行ったが、研究上どうしても必要なものについては、元データに任意の年月を加える等共同研究参加者以外には元のデータの内容が分からないように調整する等工夫を行った。

[32] 本章の内容は、日本計画行政学会全国大会 in 山口（令和 4 年（2022 年）9 月 10 日）におけるワークショップでの発表「自治体の政策における研究の意義－自治体シンクタンクの事例から」の発表内容をもとに作成している。

ロセスから見えてきた共同研究の意義及び課題と成果について論じたい。

4-1　自治体と大学等の共同研究推進

少子高齢化の中で地域活性化・イノベーションの創出推進が自治体の重要なテーマとなるなか大学、企業、国・自治体、公的研究機関などが、それぞれの特徴・強みを生かしながら研究を進める公民学連携の取組が広がっている。また、ICT の進展によりビッグデータの利用可能性が拡大し、EBPM の推進について社会的な関心が高まる一方、自治体には高度なデータ処理・分析を行うことのできる人材・ノウハウが不足している。

このような背景のもと、自治体においては高度な専門性を有する大学・研究者などと共同研究を行うニーズが近年急速に高まっており、実際に連携する事例も増加している。ただし多くの自治体では連携の経験やノウハウに乏しく、共同研究の実施が円滑に進まない事例もみうけられる。また、政策に共同研究の成果が十分生かされているとは言い難い状況にある。

今後、各自治体にとっては、いかに大学や研究者と連携し、その知的、人的、物的資源を活用し、地域活性化や地域課題の解決につなげるかが、持続可能な地域づくりの鍵となるだろう。現状では、共同研究の内容、方法は各自治体の裁量に委ねられ、手探りで進められている。自治体、大学・研究者双方がどのような状況、体制であれば、最も効果的であるかということをお互いに議論し、より良い関係をつくりながら連携の条件・環境を整えていくことが必要である。

4-2　豊中市における共同研究の背景

豊中市では、市や民間事業者、NPO 法人、教育機関といった多様な主体がつながり、連携することにより、市民サービスの向上や、複雑化・多様化する地域課題の解決をめざす取組として「公民学連携」を推進している。

令和元年度（2019 年度）には、公民連携の専門部署を創設し、専門窓口として「公民学連携窓口」を立ち上げた。市の課題に対応した実証実験の成果としてシェアサイクルやキッチンカーの導入といった具体的な施策が企業や大学との連携のもと創出されている。

とよなか都市創造研究所は豊中市の内部に設置されたシンクタンクとして、中長期的な視点に立った都市政策に関する調査研究及び人材育成等を所掌するところ、公民学連携については、特に大学や研究者・学生との調査研究分野に力点を置き、調査研究活動の専門性の確保や研究の客観性の向上に努めてきた。

現在、庁内でより専門性の高い調査研究ニーズが高まっている。例えば、とよなか都市創造研究所においても、AI を用いた効果的な税収向上に関する研究やレセプトデータの分析など、データ処理や分析にあたり専門性が高く、職員の力だけでは限界があり、データ処理や分析をするにあたり外部の研究者と連携を希望する相談を受ける機会が増加している。前章で紹介したとおり、本年度については、福祉部局からの相談をきっかけにこれまでに連携の蓄積が少ない「健康データの活用」をテーマに医療・健康分野の研究者と共同研究を実施することとなった。

4-3　共同研究の意義

先述の「3. 被保護者健康管理支援データの活用」では被保護者の健康データ分析における共同研究を実施した。ここではその経過の詳細を紹介するとともに、研究のプロセスから共同研究の意義について考えてみたい。

研究のきっかけについては、令和 3 年度（2021 年度）末に福祉事務所の担当者から、とよなか都市創造研究所に生活保護受給者のレセプト

データについて、より詳しい分析を行い、医療費の削減や健診受診率の向上に資する政策を検討したいという問題提起があったことが出発点であった。専門的な内容であるため、とよなか都市創造研究所で助言・指導を行える外部の研究者を探すこととし、研究所の機関誌の寄稿者や過去に市の事業でつながりのあった学識経験者等に照会し研究者を探索することとなった。

研究の推進にあたっては、最終的に共同研究契約を締結して進めることとなったが､研究者、担当課、研究所の３者が研究の目的やゴールを共有し、信頼関係を構築することが重要であると考え、打合せの場を数度設定し、共同研究参加者で研究内容や目標を確認できてから本格的に研究を進めていくことにした。

業務繁忙の中、担当課にとって、通常業務以外に新しく調査研究を開始するのは大きな負担を伴うことが多い。そこで、とよなか都市創造研究所では、調査研究・分析のサポートとともに、共同研究が円滑に行えるよう、打合せの場の設定・日程調整などの研究者と担当課のコーディネート､データ提供に関する法令等の調査、共同研究契約の締結事務、研究者への謝礼金支給等の調整事務も併せて実施した。

また、本年度の共同研究においては、研究に利用するデータ収集･整備をメインに実施した。その際に留意したのは、データ利用に関する知見を庁内に蓄積することを目的に、外部への委託を行わず、とよなか都市創造研究所の研究員で分担し、データの加工作業を実施することとした点である。研究員がデータの構成や加工を行った内容については簡易なマニュアルを作成し、次年度以降も同じようにデータ加工ができるよう作業の標準化に努めた。なお、データ整理においては、庁内の職員が誰でも実施でき、引継ぎが容易に行えるように、特別な統計ソフトを利用することはせず､エクセルを利用した。なおデータ加工においてはエクセルの関数を使用し誰もが理解しやすい手法をとるよう留意している。

本年度から開始した共同研究においては、調査研究に関するノウハウや知見を市の内部に蓄積し、市の政策形成能力を向上させることが一つの意義であるといえ、その実現に向けてはデータから課題を発見し、それを施策に落とし込んでいく過程を共同研究に参加した関係部局の職員とともに実施していくことが重要である。

数値をどのように読み解き、分析し、その結果を市民に説明していくかという点について、外部の研究者やとよなか都市創造研究所の研究員だけではなく、共同研究の関係部局の職員も主体的に関わりながら進めていく今回の試みは、現在のところ順調に進捗しているように思われる。

その要因としては、担当部局発意で調査研究が始まり、関係部局の職員に強い問題意識があったため研究課題が明確であったことや、関係部局から、このデータを分析してほしいという具体的な依頼がスタートラインにあったため、データ提供・加工が非常にスムーズに進んだ点が挙げられる。調査研究のプロセスにおいては、関係部局の職員が外部の研究者に研究してもらう、また、外部の研究者も研究してあげるという姿勢ではなく、当事者意識をもってそれぞれの役割分担の中でお互いにフラットな関係で信頼感をもって調査研究に臨めたことも共同研究の円滑な推進につながっているのではないだろうか。

さらに、今回の共同研究は生活保護をテーマとしたものであったが、取組の中で得られたノウハウや体制は、他の分野でのデータ利活用や各種の調査研究においても応用が可能であると思われる。生活保護受給者以外の生活困窮者、ヤングケアラー、ひとり親家庭等特に支援の必要性が高い層に向けた重点的な支援を検討する

際の庁内でのモデルケースとしての役割も期待できるのではないだろうか。

4-4　共同研究の課題・成果

以上の共同研究のプロセスを振り返り、以下では共同研究における課題及び成果の詳細を取り上げる。

(1) 共同研究における課題

①データ整備面での課題

研究を進める際にまず障壁となったのは、個人情報を含む元データをどのように加工し、外部の共同研究者に提供すればよいかという点であった。最終的には個人情報を含まないデータに庁内で加工してから外部提供することになった。研究に携わったメンバーのデータ整備・提供に関する経験・知識があまりなかったことから一から提供方法を調査し検討した。検討にあたっては、市の法務部門の助言を得るとともに、先進自治体の事例を調査し担当者にヒアリングを行う他、学術機関が行う医療データ分析の勉強会に研究員が参加した。また、共同研究者の過去の研究事例等を参考に外部提供の方法を整理した。検討の結果、研究所で個人情報を削除し、特定の個人が判別できないよう匿名化した上で外部提供を行うこととした。

次いで具体的なデータの整理・加工をどのように行うかも大きな課題となった。自治体内部で保有するデータについては、業務の目的に沿って整備されているため、調査研究での分析・データ接合を意識した構造とはなっていない。今回の共同研究に利用するデータについては、6種類のファイルに格納されていたため、それぞれのファイルを接合しうる共通のキーIDを設定する必要があった。当初複数のファイルについて、それぞれ、名前・生年月日・被保護者番号から同一人物を特定し、接合のためのIDを附番する予定としていたが、婚姻等により苗字が変わる事例やシステム上の問題で名前の字体、表記が統一されていないデータが見られ、そのままでは利用することはできなかった。また、後からファイルの中に生年月日がないファイルがあることが分かり、また、同一人物であっても、場合によっては被保護者番号が途中から変更される事例がある等イレギュラーなパターンがあることが分かり、当初の接合手順を変更しなければならなくなった。何度も試行錯誤しながら接合の方法を検討し、データ整備を進め、分析に至る前のデータ整備にも多くの労力と時間を割いた。

今回の共同研究で扱うデータについては、データ構造がそれほど複雑ではなく、ファイルも6種類であったため、とよなか都市創造研究所職員のみでデータ加工を行うことができ、また、エクセルで接合作業ができる内容であったため、データ加工・整備に関する委託料等の費用は発生しなかった。ただし、今後、様々な庁内データを活用する際には、より膨大で構造が複雑なデータを扱う可能性もあり、誰がデータ加工を担当するかという点や、外部研究者との共同研究における費用負担の問題も看過できないものとなるだろう。

EBPMの基盤となる自治体内部のデータ整備に向けては、接合しやすいデータを蓄積するシステム・既存データの接合方法の検討が課題である。多くの研究者から、一自治体に留まらない他市との比較や広域的なデータ活用の視点も提案されているところであるが、課題が多く実現が難しいのが現状である。データ提供に際しては、現状では、担当課、担当者の裁量による部分が大きく、データ取得からデータベース管理に至るまでのデータガバナンスや個人情報保護以外のデータ提供の倫理面にも配慮した取り扱いについても今後の検討課題となる。

特に近年ではデータを活用した調査研究テーマが増加している。その際、大学等の外部の研

究者と協力して研究を進める事例が多いが、自治体の外部の研究者に業務上重要なデータを提供することには、個人情報保護の要請の高まりから自治体職員にとっては非常にハードルが高い行為となる。データを提供して分析を行う事例では、まずは本格的に研究を開始する前に、密に打合せを実施するなど自治体職員と研究者がお互いに信頼関係を構築したうえで､法令面、制度面をチェックしながら共同研究を進めていく必要があるだろう。

②共同研究者の探索

とよなか都市創造研究所が庁内から受ける相談事例で多いのが、外部の研究者とどうコンタクトをとるか、どうつながって調査研究を進めるかである。今回の共同研究では、過去の事業のつながりから研究者を探索し、幸い共同研究に発展させることができたものの、今後も別のテーマを扱う際や他部局からの相談の際にどのように、豊中市が求めるニーズにあった研究者を探していくかは引き続きの課題となる。

総じて自治体と共同研究を円滑に実施している研究者については、審議会や自治体の事業などで自治体と過去に関わりのあった研究者やその研究者の紹介でのつながりができた研究者であることが多い。まずは所管の審議会や会議などで知り合った学識経験者にコンタクトをとってみることがはじめの第一歩かもしれない。また、全く新しい分野の研究者を見つける必要がある場合などには、関連分野の学会発表の参加者から探索を進める方法もある。実際の発表内容を聞いて、研究者の問題意識や詳細な専門分野を知ってからアプローチすることも有用であると思われる。

多くの大学に設置されている公民学連携窓口に相談して共同研究者を見つける方法もよく取られる。但し、大学によっては、自治体が求める実用的・実務的な知見というよりも新たな知見の創出やイノベーションなどの成果を強く求める場合もあり、共同研究が成立しない事例も見られる。このような大学側の立ち位置のほかに、自治体側の姿勢が共同研究での連携を難しくしている可能性もある。大学・研究者への依頼内容が整理できていない場合や研究内容が漠然としかイメージできていない場合、研究をいわば丸投げしてしまう場合も散見され、自治体側も相談する前に研究内容を十分整理する必要がある。

(2) 共同研究の成果

続いて、今回の共同研究から見えてきた利点や成果を紹介したい。

①庁内連携の促進・政策形成能力の向上

今回の共同研究の成果は、第一に研究を通じて庁内の連携が促進された点や新しい分析視点、知見が得られ市の政策形成能力の向上につながった点である。

共同研究では、当初は福祉事務所の被保護者健康管理支援データのみを利用することを検討していたが、研究者の提案により、他部署の実施したアンケートデータも接合して研究に活用することとなり、「研究」というキーワードで所属を超えた連携･交流がスムーズに行われた。共同研究が庁内横断型の研究を進めるきっかけとなり、職員の問題意識をより広げ、初めに利用を予定していたデータ以外のデータを利用することにもつながり、現場だけでは思いつかない総合的・相対的な視点や実務以外での問題意識が得られることとなった。

また、先述の（1）でデータ整備面での課題を取り上げたが、外部の研究者の知見により、克服することが可能なものも多くあった。データ整備の面やどのデータを利用し具体的にどのように分析を行えば良いかといった市職員のみでは難しい問題について、専門的・技術的な助言を細やかに得ることができ、研究が大きく前

進したことも共同研究を実施した利点といえる。

② EBPM に資する人材育成の推進

さらに共同研究者は研究に参加した職員の政策形成能力の向上や人材育成にもつながっている。令和 2 年（2020 年）から本格的に広がったコロナ禍では、基礎自治体の政策・施策の推進において、これまでの経験が通用しない局面が数多く見受けられた。

その際に頼りにされたのは、信頼できるデータに基づく科学的・合理的な説明であった。住民への説明責任の増強、費用対効果の高い政策推進が求められる中、基礎自治体においては、様々な課題・障壁を、データを活用しながら多面的に分析する必要がある。そして、分析結果を内部や地域をとりまくアクター間での課題共有につなげ、効果的な政策検討を実施する視点が求められている。

データに基づく政策推進については、課題を発見し、仮説を立て、データを収集・分析し評価するサイクルを職員が実践していくことが重要となる。仮説を立てて検証を行うアプローチ方法や調査研究の進め方について、共同研究のプロセスの随所で外部の研究者から学ぶことができ、豊中市の政策形成能力の向上や人材育成に大きくつながったといえる。

4-5　今後の展望――研究成果の共有に向けて――

共同研究の実施後の問題点の一つに、研究者と自治体の求める成果の食い違いが挙げられる。自治体によっては外部の研究者が実施した分析結果が殆ど政策や事業で利用されていない事例も多い。自治体の政策現場にとって重要なテーマは、研究者にとって重要とは限らず、自治体と研究者の問題意識の違いが大きいために研究成果の政策への反映が難しいという点が課題として指摘されている（鈴木 2018）。自治体側のニーズとして議会や市民説明のため主に 1 年間での成果等短期的な成果・評価を求めるものが多く、中長期的な目標のもと進められる調査研究と成果がそぐわない場合もある。解決方法としては、短期的・実務的な成果と中長期的な成果、学術的な成果を分けて目標を設定するといった工夫が考えられる。

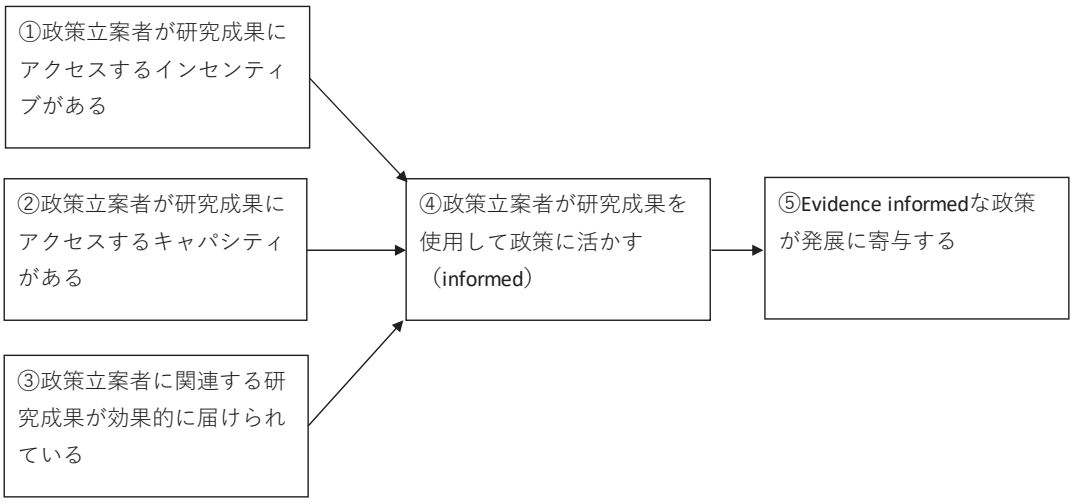
今回の共同研究では本格的な研究を始めるまえに、打合せの場を何度かを設定し研究成果のイメージを共有してから研究を開始したため、今のところ、成果のイメージを共同研究者間で共有しながら研究を推進することができている。定期的に打合せを行い、コミュニケーションを密にすることで、問題意識や成果のイメージを共有しお互いの食い違いを防いでいく地道な積み重ねが、求める成果の共有につながるのではないだろうか。

本市では、大学との共同研究の蓄積が多いとはいえず、今回実施した共同研究については現場の意識から施策の効果を検証し、政策の精度を向上させていく過程について、所管部局及び研究者のフィードバックの中で少しずつ進み始めている好事例といえる。共同研究の取組が次年度以降も継続するが、引き続き定期的な打合せを実施する等コミュニケーションを密にし、成果を確認しながら進めていきたい。

5．おわりに

ヨーロッパでの健康格差対策の取組の差を検証した Mackenbach（2002）では、取組の差ができる要因として①データ②研究③政治的意思の 3 点を挙げている。このことは、健康に関するデータの収集・整備と研究のみでは健康政策につながらず、何が問題であるのかをまずは政策担当者や地域住民が知り、適切な政策・対策を社会・地域政策として講じる必要性を示している（近藤 2016）。

本研究では、データ分析・結果の報告に留まらない政策への実装性を重視し、健康政策所管部局とすり合わせを行いながら、現場での実践に寄与する調査研究をめざした。データ・研究内容を政策立案につなげるには何が必要だろうか。解決策の一つとして、政策立案者に研究内容をいかに分かりやすく届けるか（informed）という“EIPM”（Evidence-Informed Policy Making：エビデンスを踏まえた政策形成）の視点が注目される。現在、WHO 等の国際機関などでは“EIPM”による政策推進が進み始めている（WHO 2017）。



図表 49　エビデンスに基づく政策立案の枠組み

出典：松本（2020：190）より一部を加工している

図表 49 は、研究成果（エビデンス）を政策立案担当者が政策に活かすまでに必要な視点を示している。①政策立案者側のインセンティブ（＝なぜ研究成果を利用するかがはっきりしている）、②キャパシティ（＝研究成果を読み解く力がある）とともに、③研究者が研究成果を政策立案者に分かりやすく届ける（informed）ことの重要性の 3 点を指摘したものである。政策立案者側の要素と研究実施者側の要素の 2 方向がうまく調和することではじめて、研究が政策に活かされることが伺われる。そのためには、日ごろから政策立案者と研究実施者がコミュニケーションをとり、信頼感をもってつながっていることが必要である（松本 2020）。この点、政策立案者と研究実施者の橋渡し役として自治体シンクタンクとしてのとよなか都市創造研究所の果たす役割、意義があるのではないだろうか。「研究所」という立場で、全庁的・中長期的な視点での検討、庁内横断的な連携が進めやすい利点を活かし、大学等の研究者のニーズの把握に努めるとともに、庁内のデータ収集・整備を実施しながら、担当部局、市民、府、近隣市、他の大学、シンクタンクなど市の健康課題をとりまく様々なアクターを意識し、積極的に連携を深める姿勢と行動が今後も引き続き重要となる。外部の研究者や大学と自治体との共同研究には様々な形があるが、研究者、自治体の双方の様々な事情から共同研究に発展し成功を収める事例は必ずしも多くない。自治体シンクタンクがコーディネート役として、円滑な研究推進をサポートすることが期待される。

最後に改めて自治体が健康データを用い調査研究・分析を進める際の留意点・展望についてまとめたい。

第一に、データ固有の特徴・限界に留意し、調査研究の目的を明確にしてデータを活用する必要がある。健康データは量が膨大で、様々な内容を含むため、しばしば、自治体の現場では何から手をつけてよいか分からないといった声が散見される。さまざまな意思決定、政策推進を有意義に行うためのデータ利活用という基本に立ち帰り、課題や目的を明確にしたうえで、適切なデータを入手し活用する必要がある。

また、データを基に施策を決めるのは重要であるが、数値に振り回され、拙速に施策や制度の方向性を変えていくのは好ましくない。中長期的な観点からみるデータ、短期的視点でみるデータなど、データの活用にあたっては、その政策活用の意義と射程、具体的な活用方法についても整理する必要があるだろう。

第二に､多くのデータは政策を実施のためや、個々の事務処理のために取りまとめられているので、必ずしも研究目的に対応した形で収集されているわけではない。分析に必要なデータが1つのファイルに全て格納されている場合はまれで、多くの場合、複数のデータが格納されたファイルを探索し、それらを分析可能な形式に接合する必要がある。分析以前にデータの整備に一定の時間がかかり、また、データの整備においては技術的な制約が高い場合が多いため、この点に留意しデータを取り扱い、調査研究の進行管理を検討する必要がある。

第三に自治体が自ら管理している健康データの特徴と活用のメリットを意識したうえで調査研究を進めることが有用である。近年では､データ利活用が重要なテーマとなるなか、自治体内部に蓄積しているレセプトデータや健診等の情報を、自治体内部で分析し活用する事例が増加している。個々の自治体が持つデータは特定の集団に限られ、規模が小さいという課題がある一方、大きな利点としては、①個人を識別できる基礎台帳が整備され、データ全体の構造が明確であること②レセプトデータやアンケート調査結果の個票データ等に含まれない外部の情報を個人レベルで結合して詳細な分析を行うことが挙げられる。特に、2番目の他のデータとの接合は、自治体データを使うメリットといえ、個人の情報と居住環境や社会経済状況等を連携させることで、豊かな研究成果を導くことができる。このような自治体の保有データの特徴と利点を意識し、調査研究を進めることで、より地域政策の立案に資する知見を得ることが可能となるだろう。

【参考文献】

KDB 等利活用部会，2018,「KDB 等利活用部会報告書～KDB の利活用の推進・高度化に向けて」（平成 30 年 7 月 4 日）.

近藤克則，2017,『健康格差社会への処方箋』医学書院.

近藤尚己，2016,『健康格差対策の進め方　効果をもたらす 5 つの視点』医学書院.

Mackenbach, Johan and Martijntje Bakker eds., 2002, *Reducing Inequalities in Health: A European Perspective*, London, Routledge.

松本晴樹，2020,「第 3 章コメント：EBM から学ぶ EBPM に必要なステップと EBPM ならではの注意点」，大橋弘編『EBPM の経済学　エビデンスを重視した政策立案』東京大学出版，: 173-192.

鈴木亘，2018,「EBPM に対する温度差が意味するところ」『医療経済研究』30（1）: 1-4.

World Health Organization（WHO）, 2017, *Situation analysis on evidence-informed policy-making: Slovenia*, EVIPNet Europe Series, No.1, HO Regional Office for Europe.

【参考資料】

参考資料 1　共同研究契約の概要

①京都先端科学大学及び豊中市の共同研究契約の概要

1．共同研究題目「生活保護受給者の医療費・介護費の評価に関する分析」

2．共同研究契約締結日　令和4年（2022年）11月1日
3．共同研究期間　令和4年（2022年）11月1日～令和6年（2024年）3月31日
4．研究目的・内容　豊中市における被保護者健康管理支援事業の効果について、被保護者健康管理支援データを用い、医療・介護の両面から計量分析の手法を用いて検証する。
5．研究費用（運用・データ整備費）　0円

6．役割分担

氏　　名	所属部局・職名	本研究における役割
跡田　直澄	京都先端科学大学経済経営学部経済学科特任教授	研究全体のアドバイザー・データ分析・総括
小川　顕正	新潟大学経済科学部准教授	研究アドバイザー・データ分析・分析結果の考察
宮城　節子	豊中市福祉部長	政策展開
森　浩也	豊中市福祉部福祉事務所長	分析結果の考察、政策の検討、実施
本城　吉訓	豊中市福祉事務所長補佐	分析結果の考察、政策の検討、実施
※武本　翔子	豊中市福祉部福祉事務所医療介護係長	データ提供・ヒアリング協力・分析結果の考察、政策の検討、実施
小久保　小百合	豊中市福祉部福祉事務所医療介護係	データ提供・ヒアリング協力・分析結果の考察、政策の検討、実施
森田　宏人	豊中市都市経営部とよなか都市創造研究所長	分析結果の考察・政策提言の検討
石村　知子	豊中市都市経営部とよなか都市創造研究所主任研究員	データ整理・分析・分析結果の考察・政策提言の検討
比嘉　康則	豊中市都市経営部とよなか都市創造研究所研究員	データ整理・分析・分析結果の考察・政策提言の検討
平田　誠一郎	豊中市都市経営部とよなか都市創造研究所研究員	データ整理・分析・分析結果の考察・政策提言の検討

※研究担当代表者

②大阪医科薬科大学及び豊中市の共同研究契約の概要
1．共同研究題目「生活保護受給者の健康行動・健康状態に関する分析」
2．共同研究契約締結日　令和4年（2022年）9月26日
3．共同研究期間　令和4年（2022年）9月26日～令和7年（2025年）3月31日
4．研究目的・内容　豊中市における被保護者健康管理支援事業の推進に向け、被保護者健康管理支援データ等の行政データを利用し、被保護者の健康状態や健康行動と地域レベルのソーシャル・キャピタルの関連について多変量解析等の手法で明らかにする。
5．研究経費（運用・データ整備費）　0円

6．役割分担

氏　　名	所属部局・職名	本研究における役割
西岡　大輔	大阪医科薬科大学研究支援センター医療統計室講師	研究全体のアドバイザー・データ分析・総括
宮城　節子	豊中市福祉部長	政策展開
森　浩也	豊中市福祉部福祉事務所長	分析結果の考察、政策の検討、実施
本城　吉訓	豊中市福祉事務所長補佐	分析結果の考察、政策の検討、実施
※武本　翔子	豊中市福祉部福祉事務所医療介護係長	データ提供・ヒアリング協力・分析結果の考察、政策の検討、実施
小久保　小百合	豊中市福祉部福祉事務所医療介護係	データ提供・ヒアリング協力・分析結果の考察、政策の検討、実施
山岸　明子	豊中市福祉部長寿社会政策課長	データ提供、政策の検討、実施
森本　亮	豊中市福祉部長寿社会政策課長補佐	データ提供、政策の検討、実施
伊藤　富貴子	豊中市福祉部長寿社会政策課副主幹兼計画推進係長	データ提供、政策の検討、実施
小林　拓哉	豊中市福祉部長寿社会政策課	データ提供、政策の検討、実施
森田　宏人	豊中市都市経営部とよなか都市創造研究所長	分析結果の考察・政策提言の検討
石村　知子	豊中市都市経営部とよなか都市創造研究所主任研究員	データ整理・分析・分析結果の考察・政策提言の検討
比嘉　康則	豊中市都市経営部とよなか都市創造研究所研究員	データ整理・分析・分析結果の考察・政策提言の検討
平田　誠一郎	豊中市都市経営部とよなか都市創造研究所研究員	データ整理・分析・分析結果の考察・政策提言の検討

※研究担当代表者

参考資料２　分析データ詳細

種　　類	主なデータ内容
基礎データ	匿名 ID、世帯匿名 ID、性別、年齢、続柄、国籍、世帯人員数、保護開始年月日、保護停止年月日、保護再開年月日、世帯員廃止年月日、世帯類型、開始理由、居住地区（日常生活圏域）他 （※令和元年度～令和３年度の間に１度でも生活保護を受給した者のデータ。当該期間の途中で廃止・死亡、途中から開始した者も含まれている。）
介護認定データ	匿名 ID、正式名称、要介護認定（開始）、要介護認定（終了）他
就労収入状況データ	匿名 ID、収入種別、各月収入額、年度合計、地区
他法情報データ	匿名 ID、正式名称、略式名称、他法 CD、資格取得年月日、資格喪失年月日
健診データ	匿名 ID、受診時年齢、支援区分、基準該当（胸囲＋血糖）、基準該当、検診方式、受診日、現病歴、既往歴、食後時間、喫煙状況、飲酒状況、身長、体重、標準体重、BMI、胸囲、最高血圧、最低血圧、中性脂肪、HDLC、LDLC、血糖値、ヘモグロビン A1c、AST（GOT）、GPT、γ-GTP、尿酸、クレアチニン、尿蛋白、尿糖他
レセプトデータ	匿名 ID、診療・調剤年月、点数、傷病コード、受診回数、医薬品・特定機材・診療行為・歯科診療コード、医薬品等使用量、医薬品等点数、医薬品等回数名他 （※医療機関等への受診歴がない対象者は含まれない）

【活動報告】

とよなか都市創造研究所活動報告

とよなか地域創生塾活動報告

【出版物案内】

とよなか都市創造研究所刊行物一覧

【編集後記】

令和４年(2022年)(1月～12月)活動報告

◆研究所の活動◆（主なもの）

○調査研究活動

市の持続的な発展と計画的な市政の推進に資するため、市を取り巻く社会経済活動の変動を見据えながら、中長期的視点に立った都市政策に関する調査研究を行っています。

令和４年度（2022年度）は「健康と都市政策」をテーマに、以下の研究を行っています。

・豊中市における地域づくりと健康づくりに関する調査研究―社会的処方の視点をふまえて―
・豊中市における孤独・孤立に関する調査研究
・豊中市における健康データの利活用に関する調査研究

▶研究会・勉強会等

・〔5月〕関西・自治体シンクタンク情報交流会参加（Zoom開催）
・〔4月・12月〕産業連関表活用に関する勉強会（Zoom開催、講師：㈱経済計量研究所代表取締役　前川知史さん）
・〔7月・12月〕多文化まなびあいネットへの参加（研究員　比嘉康則）
・〔11月〕ISFJ日本政策学生会議論文審査に参加（主任研究員　石村知子）
・〔11月〕自治体シンクタンク研究交流会議参加（於　東京都港区）（研究員　比嘉康則・平田誠一郎）

○普及啓発事業

豊中市政資料やまちづくり、行政経営など、都市政策全般に関わるさまざまな文献データや関係機関の資料などを収集し、市民や市職員に提供しています。また、他の自治体や大学機関からの視察などもあり、意見交換、勉強会などの交流も行っています。

▶令和４年（2022年）の意見交換会等

・〔1月・10月・12月〕大阪大学公共政策研究会
・〔9月〕京都先端科学大学「地域課題解決ワークショップ」にファシリテータ参加（主任研究員　石村知子）
・〔9月〕EBPMミニ講座《第1回》「人口データを活用した政策検討」（講師：研究員　比嘉康則）《第2回》「交通政策とMaas」（講師：Osaka Metro西村慶友さん）
・〔8月・11月・12月〕行政課題セミナー（総務部人事課との共催事業）
「社会的処方セミナー『withコロナのつながり・コミュニティづくり』」（アドバイザー：大阪医科薬科大学研究支援センター医療統計室講師　西岡大輔さん）

○データバンク事業

都市政策、地方自治に関する文献や資料を収集しています。蔵書リストはホームページで公開しており、市民や職員へも貸出しています。（令和４年（2022年）12月現在で、書籍約1990冊、雑誌約2810冊を所蔵）

○人材育成事業

市職員の政策形成能力の向上を図る取り組みや大学インターンシップ生の受け入れを行っています。

・研究所インターンシップ受け入れ１名（京都女子大学）インターンシップ生が関心のあるテーマについて調査研究を行い、成果を発表しました。
・４大学合同ゼミ受け入れ（10月～12月）甲南大学（マネジメント創造学部　金坂成通ゼ

ミ)、京都産業大学（経済学部　倉本宜史ゼミ)、兵庫県立大学（大学院社会科学研究科　橋本浩幸ゼミ)、新潟大学（経済科学部　小川顕正ゼミ）の学生 34 名が合同で、市内をフィールドに 3 ヵ月にわたって調査研究を行い、12 月に政策提言を行いました。



写真１　研究所所員とインターンシップ生







写真２　講座・街歩き・グループ発表

◆調査研究報告会の開催◆

（総務部人事課との共催事業）

目　的：令和 3 年度（2021 年度）に実施した調査研究の報告を行い、都市政策に関する問題や本市の抱える課題等について市民や職員の認識を深め、市民の市行政に対する理解と市職員の政策形成能力を高める機会とします。

日　時：令和 4 年（2022 年）7 月 8 日（火）
14：00 ～ 16：00

会　場：豊中市役所別館及び Zoom によるオンライン配信

【研究報告 1】「少子高齢社会における人口の変化と市政への影響に関する調査研究Ⅳ」

研究員　比嘉 康則

自治体にとって、的確な人口の把握は政策検討の基礎的な資料です。そこで、令和 2 年国勢調査・住民基本台帳データをもとに、豊中市人口動態の現状把握と将来人口推計手法の検証を行いました。また、当研究所が平成 26 年度に作成した豊中市将来人口推計マニュアルの改訂版を発行しました。

【研究報告 2】「南部地域活性化推進に関する調査研究」　研究員　平田 誠一郎

市の南部地域活性化推進に寄与するため、市民 2,000 人を対象に地域のイメージや人との関わりについてのアンケート調査を実施し、地域で居場所づくり活動等に携わる方へのインタビュー調査を行いました。これらの調査結果から南部地域の魅力について考察しました。

【研究報告 3】「豊中市のアンケート調査の活用に関する調査研究」　主任研究員　石村 知子

豊中市が実施しているアンケート調査の実態と課題を整理し、市民のニーズや意見をより効果的に把握し、アンケート調査を政策立案に活かしていくための方策を検討しました。

【令和 3 年度（2021 年度）とよなか地域創生塾（第 5 期）活動報告】　松田 泰郎

企画力や実践力を身に着けることをめざした地域人材育成プログラムです。詳しい報告は次ページをご覧ください。

令和４年度（2022 年度）とよなか地域創生塾活動報告

１．「とよなか地域創生塾」とは

地域課題の解決を実践する人材育成を目的とする、学習と実践のプログラムを提供する学びの場です。修了した人が地域の魅力づくりや課題解決に取り組むことで、地域の未来を創造していくことをめざします。

２．開設準備・開校から現在まで

「とよなか地域創生塾」は、平成 27 年度に「（仮称）とよなか大学院」として創設の検討を始め、平成 28 年度には開設準備を行い、平成 29 年２月開催のプレ事業の際に名称を「とよなか地域創生塾」に改めました（開設に至る経緯は『TOYONAKA ビジョン 22Vol.20』に掲載）。

令和元年度に事業の振返りを行い、令和２年度（第４期）の開校準備業務について「提案公募型委託制度」により受託事業者を公募し、現在の受託事業者（有限会社協働研究所）と契約しました。

○　申込者数

平成 29 年度（第１期）	平成 30 年度（第２期）	令和元年度（第３期）	令和２年度（第４期）	令和３年度（第５期）	令和４年度（第６期）
25 人	23 人	20 人	13 人	15 人	19 人
定員 20 人			定員 10 人		定員 20 人

３．「とよなか地域創生塾」の特徴

(1) 活動に必要な知識・技術を学ぶ講座やワークショップ、活動を実施・検証する実習を通して実践に結びつけることを重視したカリキュラムを設定します。
(2) さまざまな地域団体や NPO など地域活動の担い手との交流の機会を提供し、ネットワークづくりを支援します。
(3) 専門スタッフが相談・助言を行い、修了後も引き続き活動の継続・発展を支援します。

４．「とよなか地域創生塾」カリキュラム構成について

過去２年間は、新型コロナウィルス感染症拡大防止のため開校プレ講座及び募集説明会を中止しましたが、本年度はいずれも開催し、カリキュラムも予定どおり７月からオリエンテーション１回、個人企画編３回、グループ企画編８回、理論講座２回の計 14 回を実施しました。

(1) 個人企画編

令和２年度から新たに導入。個人の企画づくりを通じて、問題を考え抜く力やデータを掘り起こす力、プレゼンテーション力などを養成します。作成した企画は第５回のカリキュラムで発表しました。

(2) グループ企画編

塾生でグループを結成し、地域の魅力づくりや課題解決に向けた事業計画書を作成しました。グループワークを中心に、企画づくりの情報収集をするため各グループでヒアリングやフィールドワークを行いました。練り上げた企画は、第 13 回の企画プレゼンテーションの場で発表しました。



ワークの様子
合意形成を目指して対話



フィールドワーク
庄内の地域資源を探してまちあるき

(3) 理論講座

地域活動をする上で必要となる知識の吸収を目的とした理論講座を座学及びワークショップ中心で行いました。過去2年間は新型コロナウィルス感染拡大予防のため非公開としましたが、本年度は公開講座としました。

5．令和4年度概要

○プレ講座

「どう作る？コミュニティビジネス・市民活動の企画」(5月21日開催)

講師：中山光子さん（認定NPO法人宝塚NPOセンター理事長）

○　令和4年度カリキュラム

日時	内容
7月　2日	オリエンテーション 講師：森本誠一さん（大阪大学大学院理学研究科招へい研究員）
7月16日	地域課題とは何か 講師：後藤良輔さん（豊中市都市経営部秘書課）
7月30日	課題設定 講師：とよなかESDネットワークの皆さん
8月20日	企画書の作り方 講師：協働研究所スタッフ
9月　3日	企画書発表会 グループづくり
9月17日	ソーシャル・キャピタルのつくりかた 講師：金谷信子さん（広島市立大学国際学部教授）
10月　1日	コミュニケーション、討論、対話 講師：鈴木径一郎さん（大阪大学産学共創機構特任助教）
10月15日	グループ中間発表
10月29日	地域資源の見つけ方 講師：橋本慶さん（豊中市都市経営部創造改革課）他
11月12日	フィールドワーク（まちあるき） 講師：地域の団体等
11月26日	社会調査（関係機関、団体ヒアリング）
12月17日	企画書作成作業、公開プレゼン準備
1月21日	公開プレゼンテーション
2月11日	修了式・ふりかえり

※講師が無記入の回は、森本誠一さん（大阪大学大学院理学研究科招へい研究員）及びとよなかESDネットワークの皆さんがファシリテーターを担当

＊上記カリキュラムのほか学びを深め、交流の機会を提供するため次のオプション企画を実施しました（任意参加）。

水曜定例会	実施日：8月24日より概ね隔週・水曜日 18：30～20：00（全13回） 話題提供者：市民団体、学識経験者、事業者、塾生等

「とよなか地域創生塾」専用ホームページ

：http://toyonaka-souseijuku.org/

執筆者：松田泰郎（豊中市都市経営部とよなか都市創造研究所）

とよなか都市創造研究所 出版物のご案内

機関誌「TOYONAKA ビジョン 22」

平成 10 年発行 創刊号	都市自治体運営と政策形成 ―その課題と展望―
平成 11 年発行 第 2 号	次代を見据えた都市計画づくり
平成 12 年発行 第 3 号	地域単位の政策－計画－まちづくり
平成 13 年発行 第 4 号	危機に直面する都市財政再生へのシナリオ
平成 14 年発行 第 5 号	ニュータウン解体新書
平成 15 年発行 第 6 号	子どもと大人 ―孤立から新しいつながりへ―
平成 16 年発行 第 7 号	子どもと大人 ―少子化時代の小児医療と母子保健への提言―
平成 17 年発行 第 8 号	地域コミュニティの構築
平成 18 年発行 第 9 号	自然災害と向き合う
平成 19 年発行 第 10 号	分権改革と自治
平成 20 年発行 第 11 号	分権時代における都市の自律とガバナンス
平成 21 年発行 第 12 号	地方分権下の自治体政策
平成 22 年発行 第 13 号	持続可能な地方自治 ―中長期的な仕組み作り―
平成 23 年発行 第 14 号	地域の再生を論ずる視角
平成 24 年発行 第 15 号	安全・安心システム構築とは何か
平成 25 年発行 第 16 号	地方政府間の広域連携における課題や方策
平成 26 年発行 第 17 号	都市の地域ブランド戦略
平成 27 年発行 第 18 号	都市の更新とこれからのまちなか政策
平成 28 年発行 第 19 号	これからの産官学の連携
平成 29 年発行 第 20 号	地域公共人材
平成 30 年発行 第 21 号	子ども・若者の学びと育ちを支える
平成 31 年発行 第 22 号	持続可能な地域共生社会
令和 2 年発行 第 23 号	自治体版 SDGs
令和 4 年発行 第 24 号	健康を支えるまち
平成 11 年発行 別冊	よりよき未来の選択のために ～諸改革の方向～　大久保昌一

調査研究報告書

平成 11 年発行

●公会計改革 ―豊中市への導入試論

●豊中市における地域コミュニティ組織に関する基礎調査

・資料編 1

・資料編 2

●住宅更新と居住者変動に関する調査研究 1

―豊中都心ゾーン地域を対象に―

平成 12 年発行

●とよなか市民の暮らしと意識

―生活者の視点から―

●豊中市における公共建築物のライフサイクルコストの研究

―計画的・効率的な行財政運営を目指して―

●住宅更新と居住者変動に関する調査研究 2

―千里ニュータウン地区及び市内計画的住宅開発地を対象に―

・資料編

平成 13 年発行

● IT 産業振興“とよなかモデル”

―税収の安定確保に向けて―

●地域社会に求められる生活支援システムの再構築

―豊中都心ゾーンを対象に―

●廃棄物に関する意識・行動調査（1）

―ライフスタイルの視点から―

・資料編

●千里ニュータウンの暮らしの変化とまちづくりに関する調査報告書

平成 14 年発行

●千里ニュータウン　住宅地再生に向けた提言

●市民公益活動を促進する条例の類型比較

―新しいコミュニティづくりのために―

●廃棄物に関する意識・行動調査（2）

●高齢者の生活保護等に関する意識調査

平成 15 年発行

●都市交通から見た豊中市の政策課題

―自治体で考える地域交通政策の必要性―

●いわゆる「孤独死」問題に関する考察

●豊中市の廃棄物行政における市民参加の検討

平成 16 年発行

●地方自治体における福祉サービスの評価のあり方についての考察
●都市交通から見た豊中市の政策展開の考察
●地方自治体における協働型政策評価の可能性と課題
●地方分権時代へ向けた財政情報提供への施策
—Web サイト「豊中市の財政事情」の作成—
●まちの財産評価に向けた仕組みづくり
—人、土地、空間のつながり—
●豊中市政研究所と大学の政策研究提携について

平成 17 年発行

●交通政策における広域連合制度の可能性について
●地方自治体における協働型政策評価の可能性と課題２
●地域コミュニティ構築に向けた基礎調査
●豊中市における保育所政策の財政的特長と課題

平成 18 年発行

●地方自治体における協働型政策評価の可能性と課題３
●地域コミュニティ構築に向けた基礎調査Ⅱ
●豊中市における地域特性の再検討

平成 19 年発行

●市民感覚に基づく都市情報データベースの構築に向けた提言
●豊中市の地域コミュニティづくりに向けて

平成 20 年発行

●豊中市の都市空間における集会機能の再編に向けた基礎研究
●次代を担う豊中市職員の人材育成のあり方に関する調査

平成 21 年発行

●基礎自治体の自律性に関する研究
—豊中の自律へ向けて—
●政策立案に資する都市情報データベース構築への提言
—階層的な分類構造と地図情報の活用によるモデルの作成—
●市民のまちづくりへのかかわり方に関する研究
—豊中市行政の施策・事業等における市民のかかわり状況基礎調査—
●豊中市の都市空間における集会機能の再編に向けた基礎研究２

平成 22 年発行

●基礎自治体の自律性に関する研究（Ⅱ）
●政策立案に資する都市情報データベース構築への提言Ⅱ
●若年層の地域活動への参加促進と地域コミュニティ活性化の考察

平成 23 年発行

●基礎自治体の自律性に関する研究（Ⅲ）
●都市情報の運用に関する研究
●若年層の地域活動への参加促進と地域コミュニティ活性化の考察（Ⅱ）

平成 24 年発行

●豊中市の活力・魅力づくりに関する調査研究（Ⅰ）
—市民から見た豊中のイメージとブランド化—
●若年層の地域活動への参加促進と地域コミュニティの活性化の考察（Ⅲ）
—高校のインタビュー調査から見えてきたもの？新たな地域コミュニティの創造に向けて—
●データブック☆とよなか

平成 25 年発行

●少子高齢社会における人口の変化と市政への影響に関する調査研究
—住民基本台帳の異動情報からみた人口移動—
●道路整備に伴う居住者特性の変化の調査
—庄内駅西部地区を事例として—
●豊中市の活力・魅力づくりに関する調査研究（Ⅱ）

平成 26 年発行

●少子高齢社会における人口の変化と市政への影響に関する調査研究Ⅱ
—人口移動要因と将来における行政課題の把握—
●道路整備に伴う居住者特性の変化の調査Ⅱ
—庄内駅西部地区における都市更新状況をふまえて—
●豊中市の活力・魅力づくりに関する調査研究（Ⅲ）

平成 27 年発行

●少子高齢社会における人口の変化と市政への影響に関する調査研究Ⅲ
—将来人口推計の精度向上および人口の変化に対応するための施策展開の検討—
●豊中市の財政構造に関する調査研究
●豊中市・沖縄市の都市間交流の新たな展開に関する調査・研究

平成 28 年発行

●総合計画等の見直しにかかる基礎調査
●豊中市の財政構造に関する調査研究Ⅱ

平成 29 年発行
●豊中市の地域経済構造分析に関する調査研究 ●南部地域の活性化に向けた調査研究Ⅰ ●公共データの活用のあり方に関する調査研究
平成 30 年発行
●豊中市民の生活の質に関する調査研究 ●南部地域の活性化に向けた調査研究Ⅱ
平成 31 年発行
●豊中市の単身世帯の生活に関する調査研究Ⅰ ―壮年単身世帯の定量調査― ●豊中市の地域自治組織に関する調査研究
令和 2 年発行
●豊中市の単身世帯の生活に関する調査研究Ⅱ ―壮年単身世帯の定性調査― ●豊中市における女性の就労に関する調査研究Ⅰ ●政策形成における自治体シンクタンクの役割に関する調査研究 ―とよなか都市創造研究所の事例を中心に―
令和 3 年発行
●豊中市における多文化共生の地域づくりに向けた調査研究 ●豊中市における女性の就労に関する調査研究Ⅱ ●豊中市におけるデータ分析に基づく政策立案 EBPM の推進に関する調査研究
令和 4 年発行
●少子高齢社会における人口の変化と市政への影響に関する調査研究Ⅳ ―人口の現状把握および人口把握手法の精緻化― ●南部地域活性化推進に関する調査研究 ●豊中市のアンケート調査の活用に関する調査研究 ―市民ニーズ等の把握手法の検討―

刊行物の入手方法について（無料）

機関誌・報告書をご希望の場合は、とよなか都市創造研究所ホームページよりダウンロードできます。

印刷物をご希望の場合は、冊子名、部数、送付先（お名前、ご住所、お電話番号）をとよなか都市創造研究所までご連絡ください。

※在庫切れのためコピーによる製本となることがあります。ご了承ください。

Mail: tium@tcct.zaq.ne.jp
URL: https://www.tium-toyonaka-osaka.jp/

編集後記

令和２年（2020 年）１月に国内で最初の新型コロナウイルス感染症が確認されて以来３年が経過し、この間、様々な行動制限などにより社会生活は大きく変化してきました。

このような状況において、国では、新型コロナウイルス感染症の感染法上の類型を、危険度が２番目に高い「2 類」相当から、季節性インフルエンザ並みの「5 類」に緩和する方針が示されました。

本市では、昨年の夏に３年ぶりに「豊中まつり」が会場で執り行われ、各地域では多くのイベントや体育祭などが開催されるなど、コロナ禍前の活気に満ちたまちが戻りつつあります。あらためて、人と人のつながり、人と社会のつながりの重要性を認識しているところです。

今年度の調査研究は、「健康と都市政策」という大テーマを掲げ、孤独・孤立と健康リスクに着目した「孤独･孤立に関する調査研究」、健康を医療だけではなく地域資源とのつながりに着目した「地域づくりと健康づくりに関する調査研究――社会的処方の視点をふまえて――」、既存の健康データの活用に着目した「健康データの利活用に関する調査研究」の３つの小テーマに取り組んでいます。

調査研究の推進にあたっては、従来の先進事例や文献の調査、市民アンケートを基本にしながら、研究テーマに関連する各事業部局の職員が研究課題について理解し、研究成果を政策形成や今後の日常業務に活かせるような工夫を行いました。具体的には、大学、庁内事業部局、研究所の３者による共同研究の取り組みや、研究分野の学識経験者を講師に迎えた形での事業部局の担当者らによる庁内セミナーの実施など、現場の声を研究に活かしながら取り組んできました。

このような工夫により、職員の政策立案能力の向上をはじめとした人材育成に取り組みながら、日常業務で忙殺される事業部局だけでは、手を付けづらい行政課題の中長期的な展望について研究を行うなど、あらためて自治体のシンクタンクに求められる役割に回帰した研究を心掛けました。

今年度の機関誌発行におきましては、とよなか都市創造研究所運営委員会の肥塚委員長をはじめとした委員のみなさま、共同研究に参画していただいた京都先端科学大学の跡田直澄特任教授、新潟大学の小川顕正准教授、共同研究に加え庁内セミナーにもアドバイザーとしてご協力いただきました大阪医科薬科大学の西岡大輔講師、また、本機関誌に寄稿していただきましたみなさまに、多大なご協力、ご助言頂きましたこと、誌面をお借りいたしまして、厚くお礼申し上げます。

また、本機関誌が、本市だけでなく、基礎自治体をはじめとした各種団体の職員のみなさま、読者のみなさまの参考になれば幸いです。

豊中市都市経営部とよなか都市創造研究所

所長　森田 宏人

とよなか都市創造 VOL.1

令和 5 年（2023 年）3 月
発行所　とよなか都市創造研究所
〒 561-0884
大阪府豊中市岡町北 3 丁目 13-7　人権平和センター豊中　3 階
TEL 06-6858-8811　　FAX 06-6858-8801
URL: https://www.tium-toyonaka-osaka.jp
E-mail: tium@tcct.zaq.ne.jp（共通）

40万人のとよなか未来バトン
SDGs to 2030

3 すべての人に健康と福祉を

豊中市 | SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS

豊中市は「SDGs 未来都市」です。私たちは持続可能な開発目標（SDGs）を支援しています。