

生活保護受給者への

健康支援実態調査



医療扶助レセプトデータ分析と
健康支援事例調査：
令和元年度厚生労働省社会福祉推進事業
「生活保護受給者の受診行動に関連する
要因への効果的な支援に関する
調査研究事業」報告書

生活保護受給者への 健康支援実態調査

医療扶助レセプトデータ分析と健康支援事例調査：
令和元年度厚生労働省社会福祉推進事業「生活保護受給者の受診
行動に関連する要因への効果的な支援に関する調査研究事業」報告書



目次

ご挨拶.....	4
はじめに.....	6
全体サマリー（報告書概要版）.....	8
1 章 被保護者健康管理支援事業の概要	14
1. 被保護者の健康管理支援の背景.....	15
2. 被保護者の健康管理支援のあり方に関するこれまでの調査・研究.....	16
3. 現時点でわかっていること.....	18
4. 健康管理支援の全国的実施に向けてさらに明らかにすべきこと.....	22
2 章 被保護者の健康状態や受診行動に関連する要因の分析	24
I. 被保護者の健康状態および受診行動に関連する要因： 被保護者基本管理データと医療扶助レセプトデータの連結分析.....	24
1. はじめに.....	25
2. 被保護者の成人の健康状態に関連する要因の分析.....	27
3. 被保護世帯の子ども（15歳以下）の健康状態に関連する要因の分析.....	34
4. 被保護者の頻回受診に関連する要因の分析.....	40
II. 被保護者の特性データを用いた健康診断を受診しにくいグループの抽出.....	43

3 章	被保護者健康管理支援事業に関する自治体のヒアリング調査報告	72
1.	背景	72
2.	自治体のヒアリング調査結果	73
3.	考察	88
4 章	被保護者健康管理支援事業の実施に向けた提案	108
1.	本調査研究事業の主な結果	108
2.	被保護者健康管理支援事業の実施に向けた提案	109
3.	区市町村・都道府県・国それぞれへの推奨事項	110
	付録・謝辞・著者・協力者一覧	116

ご挨拶

生活保護制度の被保護者には健康上の問題を抱えている者が多く、経済的自立に加え健康管理と生活の両側面からの支援が必要である。そのような考え方に基づいて、2018（平成30）年の生活保護法改正により創設されたのが「被保護者健康管理支援事業」である。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等を推進する事業として、2021（令和3）年1月からの全国的な施行に向けて準備が進められている。

このような背景のもとで、2021年からの全国展開に向けた準備に資する基礎資料を作成することを目的とし、調査研究事業の成果をまとめたのが本報告書である。本報告書は、2つの調査研究の報告からなる。

1つ目は、被保護者の受療行動に関するデータ分析の結果である。福祉事務所が所有する被保護者基本管理データと、医療扶助・介護扶助レセプトデータを用いて、健診未受診や頻回受診と関連する被保護者の要因を検討した。特に被保護世帯の子どもの健康に着目し、疾病や入院などについて分析した。これらの分析に基づき、健康管理支援の優先度が高い被保護者を把握し、各福祉事務所が的確に対応できるための支援策を提案した。

2つ目は、基礎自治体における健康管理支援事業に向けた準備状況に関する調査の結果である。健康管理支援をすでに実践している自治体や準備段階の自治体、合わせて16自治体にアンケート調査とヒアリングを実施した。その内容は、健康管理支援に関する連携機関・団体、具体的な取り組み内容、好事例の紹介、健康管理支援のメリット・デメリットなどである。また、2021年度施行となる健康管理支援事業への期待と懸念、国・都道府県から受けたい支援なども聴取してまとめた。

本報告書が、健康管理支援事業に関わることが想定される、福祉事務所職員（ケースワーカー、社会福祉士、精神保健福祉士など）、医療専門職（保健師、看護師、栄養師など）に役立つことを願っている。

2020年3月

一般社団法人 日本老年学的評価研究機構
代表理事 近藤克則

はじめに

生活保護法の制定から 70 年。増加する生活保護受給者数や、子どもの貧困問題への社会的関心の高まりを受け、近年、様々な追加措置や体制整備が進められてきた。社会保障の理念は「すべての人々の生活に多面的にかかわり、その給付はもはや生活の最低限度ではなく、その時々々の文化的・社会的水準を基準と考える」へと変遷した¹⁾。生活保護制度に関しても 2012（平成 24）年からの生活困窮者対策と生活保護制度の一体的な見直しにより、生活困窮者の最低限度の生活を保障するだけでなく、生活面や就労面の支援が充実された。2013（平成 25）年には生活保護法の改正、新たな「生活困窮者自立支援法」の制定など、大きな動きがあった。子どもの貧困対策に向けては、同年「子どもの貧困体側の推進に関する法律」が成立、翌 2014（平成 26）年にはその基本理念を具体化した「子供の貧困対策に関する大綱」が策定された。

これらの生活保護や生活困窮者支援を取り巻く歴史的な動きの中でも特筆すべき新しい動きの一つが「健康面の支援」である。生活保護受給者など、生活困窮者には健康面で課題を持つ者が多い一方、医療扶助費等のデータが蓄積されているにもかかわらずそれが有効活用されていないために、客観的な現状把握とデータに基づく健康づくりが行われておらず、医療扶助費も増大している、といった問題意識を発端としている。このたび、有識者や支援団体による議論を経て、2021（令和 3）年 1 月 1 日より新たに「被保護者健康管理支援事業」が施行される運びとなった。この事業では、福祉事務所がデータに基づいた被保護者の健康状態の現状、健康課題の把握、事業の企画・実施・効果の評価と見直しを行うことで、被保護者の疾病予防や重症化予防等を推進することが目的となっている²⁾。

しかしながら、全国的な実施に向けては課題も多い。まず、被保護者や被保護世帯の子どもの健康状態に関する知見が圧倒的に乏しい。特に、疾病への罹患や受療行動（頻回受診・重複受診・ジェネリック医薬品利用など）を決定する要因については、ほとんどデータがない。当法人が受託した 2018（平成 31）年度厚生労働省社会福祉推進事業「社会的弱者への付き添い支援等社会的処方の効果の検証および生活困窮家庭の子どもへの支援に関する調査研究」では、2 自治体から提供された被保護者の基本管理データと医療扶助レセプトデータを個人単位で結合し、健康状態や受療行動の実態やと関連する各種要因について分析・報告した³⁾。本報告書では、さらに生活保護受給者へのアンケートデータを追加で実施し、レセプトデータ等と結合した分析を行うことで、健康管理支援の全国展開に資するエビデンスを追加することを目指した。

<引用文献>

- 1) 社会保障体制の再構築（勧告）。社会保障制度審議会。平成 7 年 7 月 4 日。
<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryuu/no.13/data/shiryuu/syakai/fukushi/539.pdf>
- 2) データに基づいた生活保護受給者の健康管理支援について（議論のまとめ）。厚生労働省。
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyo/kushougai/hoken/fukushibu-Kikakuka/0000164511.pdf>

また、現在多くの自治体が、2021年の施行に向けた準備を進めているが、準備状況の実態はほとんどわかっていない。特に、全国的な実施に向けては、各地域や自治体を持つ特性を十分に踏まえ、柔軟に運用していくことが求められるが、その際には様々なニーズの違いを把握し、政策を適宜軌道修正していく必要がある。

以上を踏まえ、本報告書は、今後の健康管理支援事業の全国展開に向けた準備に役立ててもらうべく、被保護者やその子どもの健康状態や受療行動、及びそれらと関連する社会生活状況についてのデータ分析の結果、および複数の自治体における準備状況についての調査結果を報告するものである。

本報告書は4章からなっている。第1章では、被保護者健康管理支援事業を実施するにあたっての基本事項を示す。具体的には、これまでの施策の動向と現在実施されている取り組みの類型や、それらの効果に関する学術的研究成果の紹介である。また、さらに明らかにすべき事柄を整理して提示した。第2章では、生活保護基本情報や医療扶助・介護扶助レセプトデータを用いて、成人の被保護者並びに被保護世帯の子どもの健康状態の現状について記述した。また、被保護者の医療機関への頻回受診や健診未受診と関連する要因について分析した結果を示した。第3章では、全16自治体の福祉事務所で実施したアンケート調査とヒアリングの結果を報告した。被保護者の健康管理支援を実施している自治体並びに準備段階の自治体について、自治体の特徴、福祉事務所と他機関との連携状況、2021（令和3）年に開始される被保護者健康管理支援事業への期待や懸念、そして国・都道府県からの支援として期待する事項をまとめた。すでに被保護者への健康管理支援を独自に実施してきた自治体からは、支援内容、支援体制、実質的な成果、支援取り組みのメリットやデメリットを聞き取り参考事例として紹介した。全体のまとめとして第4章では、被保護者健康管理支援事業の実施についての考察、提案、そして今後の課題を述べた。

本報告書で取り上げた内容が、2021（令和3）年より被保護者健康管理支援事業を推進する際に、福祉事務所の担当者のみならず、他部局の関係者、医療関係者、福祉関係者など多くの方々に役立つ情報となれば幸いである。

2020年3月

編集者および著者一同

- 3) 「付き添い」のちから。生活困窮者の医療サービス利用の実態および受診同行支援の効果に関する調査研究。平成30年度厚生労働省社会福祉推進事業「社会的弱者への付き添い支援等社会的処方」の効果の検証および生活困窮家庭の子どもへの支援に関する調査研究」報告書。一般社団法人 日本老年学的評価研究機構。
https://www.jages.net/project/konkyu/?action=common_download_main&upload_id=5271

全体サマリー（報告書概要版）

背景

生活保護制度は、被保護者の最低生活を保障することを目的のひとつとしているが、被保護者は若年者を含めて医療的なケアを必要としており、その対応方法が求められている。2021（令和3）年1月より、データに基づく被保護者健康管理支援事業が全国の福祉事務所で実施される。

全国での事業の実施に向けて、6自治体の被保護者基本管理データと医療扶助レセプトデ

ータを個人単位で連結し、被保護者の慢性疾患や受診行動（頻回受診・健診未受診）に関連する要因を分析し、またその結果の一般化可能性について検証した。また、計16自治体の福祉事務所へのヒアリングを通じて、事業の準備状況を調査した。先進的な事例だけでなく、準備段階にある福祉事務所にもヒアリングをして、事業の実施に向けた課題や困難さ、国・都道府県に向けた要望などを収集・分析した。

被保護者の健康状態および受診行動に関連する要因： 被保護者基本管理データと医療扶助レセプトデータの連結分析

国内2自治体の福祉事務所で管理している2016年1月の被保護者基本管理データとその後1年間の医療扶助レセプトデータを連結して、被保護者の慢性疾患に関連する社会背景要因について分析した。また、都市近郊と地方を含む6自治体のデータを用いて頻回受診と関連する患者の社会背景要因を再度分析し、一般化可能性を検証した。

主な結果

注）ここで掲載した図は本文中からの再掲である。図の番号は本文中で用いた番号をそのまま使用している。

1) 働き世代（16歳以上65歳未満）では、独居と不就労の群のほうが、そうでない群よりも高血圧症・糖尿病・慢性腎臓病が多かった。高齢者では不就労の場合に高血圧症・糖尿病・慢性腎臓病・慢性閉塞性肺疾患・気管支喘息が多い傾向があ

った。（図2-2-1, 2-2-2, 2-2-4）

2) ひとり親世帯の子ども（15歳以下）は、それ以外の世帯に比べて、入院の経験に加え、気管支喘息・アレルギー性鼻炎・皮膚炎／湿疹・歯の病気といった慢性疾患による受診が多かった。外傷や急性下気道感染症（肺炎など）等の急性疾患では関連が乏しかった。（図2-3-1）

3) 独居や不就労と頻回受診との関連は、昨年度の調査とは別の都市近郊2自治体および地方の2自治体でも同様にみられた。

以上の結果より、以下が重要と考察した。

- ・ 独居や不就労の働き世代への重点的支援
- ・ 高齢期においても就労支援など社会的役割の保持を目指した支援

- ・ 被保護世帯の子どもへの重点的な支援：必要な受診控えがないか等の現状調査を含む
- ・ ひとり親世帯の子どもの慢性疾患の予防

- ・ 不必要な頻回受診の回避や健診受診の促進などの受診行動の適正化に向けては、独居・不就労といった社会的孤立が引き起こされやすい状況の把握やその影響を考慮した対応の実施

図 2-2-1) 2人以上世帯を1として、独居である場合の各疾病の有病割合比 (若年)

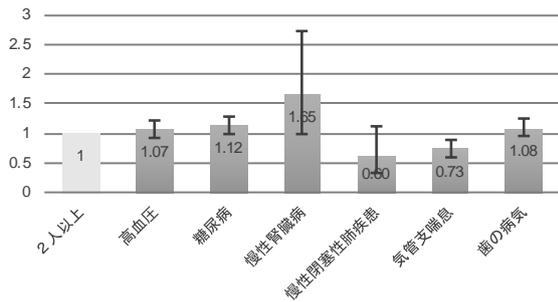


図 2-2-2) 就労している場合を1として、不就労である場合の各疾病の有病割合比 (若年)

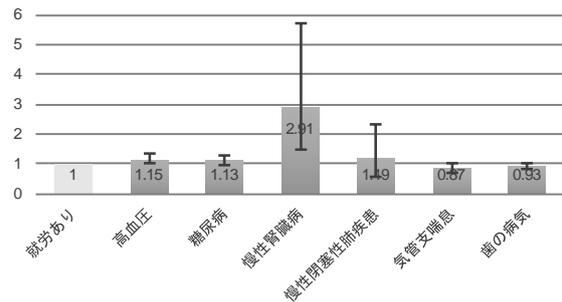


図 2-2-4) 就労している場合を1として、不就労である場合の各疾病の有病割合比 (高齢)

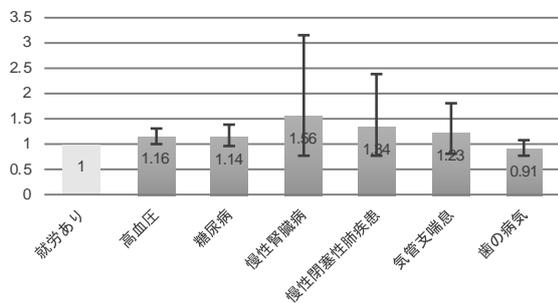


図 2-3-1) 非ひとり親世帯を1とした場合の、ひとり親世帯で生活する子どもの各疾病の有病割合比

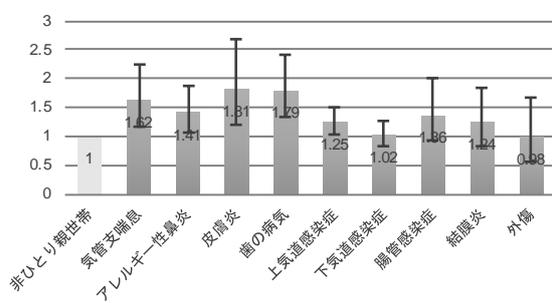
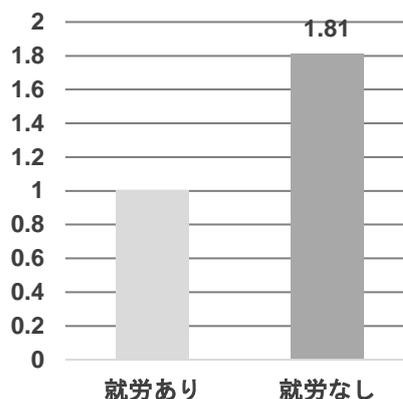
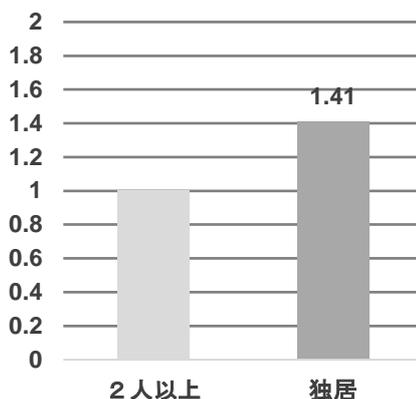


図 2-4-1) 2人以上で住んでいる場合および就労している場合の頻回受診の頻度を1としたときの、独居者および不就労者の頻回受診の有病割合比



被保護者の特性データを用いた健康診断を受診しにくいグループの抽出

健診受診勧奨は健康管理支援事業の中核的な取り組みの一つである。2自治体の福祉事務所の被保護者基本管理データと、独自に実施したアンケートデータを使って、健診未受診と関連する要因を決定木分析という手法で検討した。

主な結果

注) ここで掲載した図は本文中からの再掲である。図の番号は本文中で用いた番号をそのまま使用している。

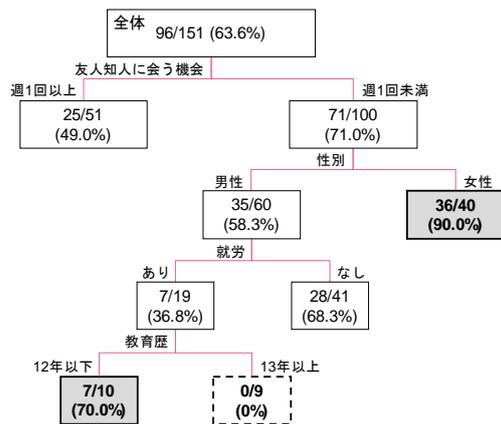
- 働き世代（16-64歳）の女性で、外出機会が週1回未満である場合に健診未受診割合が多かった（90%）。（図A）

- 男性では外出機会が週1回未満かつ就労しているが教育歴が12年以下である場合に健診未受診割合が多かった（70%）。（図A）
- 高齢者では「看病や世話をしている人（介護者など）」で健診未受診が多かった（76.1%）。（図B）

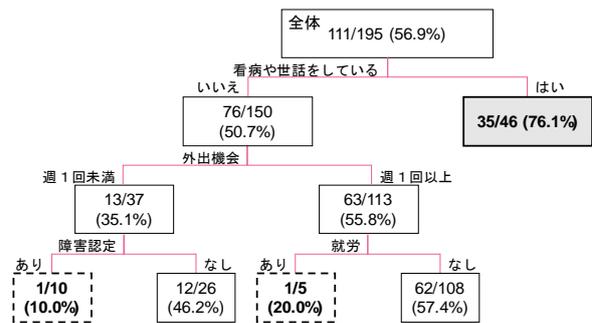
考察

人口規模の小さい2つの自治体での検討であるため、一般化には慎重を期する。しかし、被保護者のなかでも特に社会的に孤立しやすい人々や介護等の世話をしている人々の健診受診が少ないことが分かった。本アンケートは、比較的簡易に収集・評価できる項目であり、対応の優先順位付けの分析に活用できる。

図A) 決定木分析によって分類されたグループごとの健診未受診者割合（65歳未満の成人被保護者）



図B) 決定木分析によって分類されたグループごとの健診未受診者割合（65歳以上の高齢被保護者）



被保護者健康管理支援事業に関する自治体のヒアリング調査報告

被保護者健康管理支援事業の全国的な準備状況について、16自治体の福祉事務所へのヒアリング調査を実施した。

主な結果

- ・ 健康管理支援をすでに実施している自治体では、関連機関（特に保健部門）との連携体制が構築され、保健医療専門職が活躍していた。
- ・ 健康管理支援を担当する保健医療専門職の確保に困難を抱えている自治体が多かった。
- ・ 健康管理支援のための専門領域の人材確保には、①福祉事務所と保健部局との協同、②保健部局から福祉事務所への異動（人材交流）、③福祉事務所で独自に採用、④外部委託などの方法が行われていた。
- ・ 健康管理支援をすでに実施している自治体の中には、ボランティア団体・民間団体・学術機関・子どもの支援等に関わる機関（NPO等）などと連携して取り組みを進めているものがあつた。
- ・ 医療扶助費の減少や健診受診率の向上などの成果を上げている自治体では、厚生労働省の手引き等を参考にしつつ、健康管理支援事業で実施すべき独自の計画に基づき、また具体的な評価指標と目標を定めて実施していた。
- ・ 健康管理支援に向けて準備中の自治体では、データ分析事業者と委託契約を締結するなどの準備を進めていた。しかし実施する取り組み内容を決定している自治体は1自治体のみであった。
- ・ 健康管理支援に向けて準備中の自治体では、保健医療専門職の担当者探しに苦慮していた。保健指導等を外部委託する予定を組んでいる自治体は少なかった。
- ・ 国や都道府県への要望および提案として、評価の指標や基準の明示、関係機関への周知・通知、標準様式の提供、参考となる事業事例の紹介、情報共有の場の提供、被保護者以外への支援活動との一体的な実施などが挙げられた。

被保護者健康管理支援事業の実施に向けた提案

- (1) 20歳代の若年層からの健康管理支援
- (2) 社会生活支援と健康管理支援との一体的実施
- (3) データを積極的に活用する
- (4) 多様な組織を巻き込んだ地域ガバナンス体制の構築

区市町村・都道府県・国への推奨事項のまとめ

被保護者健康管理支援事業の実施に向けては、区市町村レベル、都道府県レベル、国レベルでの**縦の連携の強化（国、都道府県、区市町村の連携）**と**横の連携の強化（区市町村内レベルでのステークホルダーの連携）**が重要である。ヒアリング調査の中で聞かれた様々な現場の取り組み事例を参考に、区市町村・都道府県・国のそれぞれへの推奨事項を列挙する。

区市町村への推奨事項

組織連携のための工夫について

1) 人材交流

保健センターと福祉事務所との人材交流により、連携体制ができた後も、お互いの困りごとを相談しやすくなるなどの利点がある。

2) トップ会合

被保護者健康管理支援事業に向けては、福祉事務所と保健センター等と保健医療部門との連携は不可欠である。早期から福祉部門と保健部門とのトップ会談を行い、重要性を繰り返し相談する機会を設けるのはどうか。

3) 多職種同伴での被保護者訪問

健康面で気になる被保護者の自宅にケースワーカーと保健師がともに訪問してみると、互いの役割や連携の重要性の認識が深まり、お互いにスキルアップできる。

4) 福祉事務所職員の地域ケア会議への参加

地域包括支援センターが主催する地域ケア会議への参加を推奨する。地域ケア会議は、複合的な課題を抱えた患者に対して地域の各専

門職が連携して検討することで、その患者の課題解決に向けた個別のケアプランを作成したり、事例を通じて専門職同士の顔の見える関係づくりを推進するための会議であり、福祉事務所の職員も参加することで地域での連携の糸口が得られる。

都道府県への推奨事項

1) 福祉事務所への伴走型支援

- ① 情報共有の場の提供：各福祉事務所が行っている健康管理支援事業の情報共有の場の提供（研修会・意見交換会・オンライン等での相互相談手段の提供など）
- ② 人材育成：担当者のスキルアップのための職員研修会の開催やネットワークの構築
- ③ データ分析支援：区市町村のデータを収集して分析する、分析方法に悩んでいる福祉事務所への個別支援
- ④ マネジメント支援：事業実施内容の検討や目標値設定への支援
- ⑤ 組織づくり支援：組織連携に有用な機会の提供や関連する情報提供、委託業者の情報収集と紹介など

2) 国と自治体とをつなぐ橋渡し役となる

都道府県は福祉事務所への伴走型支援を通じて、福祉事務所のニーズを俯瞰的に把握できる立場であり、ニーズを国に積極的に伝えることができる。その結果、当事業の見直しや追加措置、法改正は、現場のニーズに即したもののになる。

国への推奨事項

1) 効果的な実施に向けたエビデンスづくり

健康管理支援に向けた調査研究を引き続き継続し、下記の様な研究が引き続き期待される。

- ① 被保護者の健康状態や受療行動の社会的決定要因・地域差等の解明
- ② 効果的な健康管理支援の進め方に関する実証研究
- ③ 健康管理支援に向けた効果的なデータ利用方法の提案とその効果に関する研究
- ④ 継続的な事例研究・現場の課題抽出

2) 都道府県・福祉事務所への重層的支援の枠組みづくり

好事例の選定と横展開・人材育成・データ仕様や重要な評価指標の標準化、有益な情報提供等、福祉事務所の能動活動を後押しするための支援を引き続き推進すべきである。都道府県による支援のガイダンス、都道府県職員（保健所職員等）に向けた福祉事務所支援に向けた人材育成研修会等も有用と思われる。

3) 人材育成

導入の初期段階においては、保健センターや健診事業者、生活困窮者支援のNPOなどの健康管理支援事業に参入しうる組織の育成、人材育成を促す仕組みが必要かもしれない。

4) 関連する諸事業同士の調整

被保護者健康管理支援事業は、全世代型地域包括ケア・地域共生社会創生等の関連する政策に強く関連する。生活困窮者自立支援法・健康増進法・介護保険法等、関連する諸法との一貫性や自治体内外の関係機関との調整が進むような政策デザインが期待される。

5) 予算措置

予算措置については継続的な議論と現場とのコミュニケーションが求められる。被保護者健康管理支援事業が効果を得るためにどれだけの追加コスト（ヒト・モノ・カネ）を発生させるかといった検討や研究の推進が期待される。

1 章 被保護者健康管理 支援事業の概要

要旨

被保護者の健康管理支援に向けては、健康リスクや適切な受療行動をとりづら
らい者の背景要因等を明らかにして、支援の優先度や強度を踏まえて進めてい
く必要がある。昨年度、当法人が受託した社会福祉推進事業により、都市近郊
2自治体のデータ分析を行い、独居と不就労といった社会的孤立のリスク要因
が頻回受診と関連すること、ひとり親世帯であることが子どもの慢性疾患（気
管支喘息・アレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚炎・歯の疾患）に関連すること
が明らかとなった。

また、効果的な支援方法についてのエビデンスも求められる。昨年度の同事
業では、医療機関を受診する際の同行受診（受診同行支援）について、米国等
から治療効果や受診行動の改善などを示唆する有力なエビデンスが出されて
いることが示された。また、生活困窮世帯の子どもへの支援方法として、子ど
も食堂などの地域における市民活動との連携を、柔軟な公的資金の活用等によ
り推進することの重要性が示された。

2021（令和3）年からの健康管理支援事業の全国実施に向けての準備として
進めるべき課題には、次のようなものが考えられる。

- ・ 被保護者の健康状態に関連するより詳細な生活状況の解明
- ・ 都市近郊以外の地域でも独居や不就労といった社会的孤立リスクが頻回
受診に関連するか
- ・ 厚生労働省「被保護者健康管理支援事業の手引き」が推奨する生活に関す
る情報収集によって、支援対象者の選定等に役立つ
- ・ 福祉事務所における実際の健康管理支援の現状と課題の洗い出し（受診
同行支援やその他の支援法の実践例）

1. 被保護者の健康管理支援の背景

政策の動向

生活保護制度の被保護者は保健医療サービスのニーズが高い。65歳以上の高齢者が約半数を占め保護に至る理由が疾病であるケースが多いこと、その約8割が何らかの疾病により医療機関を受診していること、生活保護受給世帯全体の約4分の1を傷病・障害者世帯が占めていること、糖尿病や肝炎などの慢性疾患及び長期治療が必要な精神疾患を抱えている人が多いこと、若年層でも医療を必要とする人が多いことなどが示されている^{1,2}。そのため、2013（平成25）年の改正生活保護法では健康面の支援を行うことが明確に打ち出された。同法は「受給者の自立に向けて、自ら、健康の保持及び増進に努め、また、収入、支出その他生計の状況を適切に把握することを受給者の責務」と位置づけ、福祉事務所でそれを支援することを求めている。その後、厚生労働省社会・援護局が2016-7（平成28-29）年にかけて開催した「生活保護受給者の健康管理支援等に関する検討会」での議論を受け、社会保障審議会「生活困窮者自立支援及び生活保護部会」は同年「被保護者健康管理支援事業」の創設を決定、法改正を行い2021（令和3）年1月より全ての福祉事務所で実施するとした。

健康管理支援においては、医療扶助のレセプト（支払い明細）や健診結果などのデータを積極的に活用することが重視された。レセプトの電子化を進め、頻回に受診をしている者、過剰な薬剤投与や重複処方を受けている者、重複に受診している者等を把握して個別の支援・指導を行う事、そして医療機関側に対しては、一件当たりの請求金額が高い・特定の診療

行為や検査が多いなどの特徴がみられる医療機関の把握と指導を強化することが定められた^{1,2}。また、福祉事務所において、被保護者の主たる相談相手であるケースワーカーが医療を専門とする場合はほとんどなく、加えて、近年の被保護者の増加が著しく、労務が増大するケースワーカーに更なる業務を要求するのは難しい。そのため、福祉事務所に保健師等の専門職員を配置したり、福祉事務所の調査権限を強化して健康診査結果等を入手可能にし、それをもとに健康面の支援を効果的に行えるようにすることが求められている。

全国では、埼玉県上尾市、神奈川県川崎市および相模原市、千葉県千葉市などが先進的に健康管理支援を行ってきており、2018（平成30）年には各自治体で試行事業が実施された。また厚生労働省により「被保護者健康管理支援事業の手引き」が作成され、試行事業先の自治体に配布された³。2019（令和元）年にはレセプト管理システムの改修、データ分析等がすすめられるなど、2021年からの義務化に向けた準備が進められている。

しかし、多様な状況下にある全国の自治体の準備の現状は明らかになっていない。特に、義務化に向けた懸念、各自治体が抱える特有の事情やそういった自治体への支援のあり方を検討しておくことが、義務化に向けて役立つことと思われる。また、被保護者に対する効果的な支援法を考慮するためのエビデンスについては、次節のごとく一部の研究がすすめられてきてはいるが、十分とは言えない。

2. 被保護者の健康管理支援のあり方に関するこれまでの調査・研究

当法人が受託した平成 30 年度厚生労働省社会福祉推進事業「社会的弱者への付添支援等社会的処方の効果の検証および生活困窮家庭の子どもへの支援に関する調査研究」^{4,5}では、医療サービス利用時の支援の具体案として議論されている同行受診の効果に着目した検討を行った。具体的には、米国を中心に実践されており、豊富な学術的検討がなされている受診同行支援の一種であるペイシェント・ナビゲーション (Patient Navigation) に注目し、その方法や効果について、文献調査を行った。それらの結果をもとに、日本国内で受診同行支援を実施する可能性や課題を整理した。さらに、都市近郊の 2 つの福祉事務所が所有する被保護者の基本管理データと医療扶助レセプトデータを個人単位で連結したデータの提供を受け、被保護者の疾病の有病割合や、被保護者の頻回受診に関連する生活状況の要因、被保護世帯の子どもの慢性疾患の有病割合とその関連する生活状況の要因を明らかにした。

本章では、まず上記の調査研究でまとめた、生活困窮者に対する支援の類型と調査研究によって明らかになったエビデンスについて簡潔に振り返り、2021 年からの健康管理支援義務化に向けた課題を整理する。

生活困窮者支援の類型

「生活困窮者」とは、「現に経済的に困窮し、最低限度の生活を維持することができなくなるおそれのある者」を指す(生活困窮者自立支援法第 2 条の定義)。これを受けて、生活保護を含む生活困窮者への支援事業の多くは、経済的困窮者を支援の対象としている。ただ

し、**経済的支援が、生活・社会活動・健康の各部門において万能に効果を及ぼすという根拠はなく、そのため同法においても、就労面・生活面の追加支援を重視**している。

このような支援の多面性を踏まえ、当法人が実施した昨年度事業において、生活困窮者への支援を以下のように分類した。ひとつは、支援のゴールによる類型で、**緊急的・短期的な支援と伴走的・長期的な支援**である。Coleman (1994) が、ある支援によって一つの社会的つながりができると、そのつながりが資源となり、別の場面の支援につながる可能性を「流用可能な社会組織」として紹介しているように、支援には波及効果がある⁶。つまり、**支援の入り口が金銭や食料であったとしても、それを受け渡す際に生じる他者とのやり取りがきっかけとなり、社会的つながりが構築され、長期的な生活課題解決に向けた資源 (social capital) となる可能性**である。

また、社会福祉の分野では、一般的に、支援対象者による支援の類型がなされてきた。つまり、**すべての人を対象とする普遍的な支援と特定の状況に置かれた人に対する選別的な支援**である。さらに近年、すべての人々を対象とした支援の機会を作りつつ、生活困窮の程度に応じて支援を強めたりする**傾斜付きユニバーサリズム (proportionate universalism)**も紹介されている^{7,8}。

<生活困窮者への支援の類型>

- 支援のゴールによる類型
 - 緊急的・短期的な支援：緊急性を要する金銭・食料・医療などのカネ・モノ・サービスなどの物質的・経済的・社会的な資源の供給
 - 伴走型支援（長期的な生活課題への支援）：社会的なつながり、ライフスタイルの変化などの生活環境の構造的な課題を解決するために長期間にわたり行う支援
- 支援対象による類型
 - 包括的（普遍的）支援：すべての人を対象とした支援。
例）学校給食、ベーシックインカム、など。
 - 選別的支援：特定の状況に置かれた人々のみを対象とする支援。
例）生活保護、フードスタンプ、など。
 - 傾斜付きユニバーサリズム：すべての人々を対象とした支援の機会を作りつつ、生活困窮の程度に応じて支援を強めたり、支援ニーズの異なる集団の特性に応じたテーラーメイドな支援を追加する。
例）こんにちは赤ちゃん事業（乳児家庭全戸訪問事業）など。

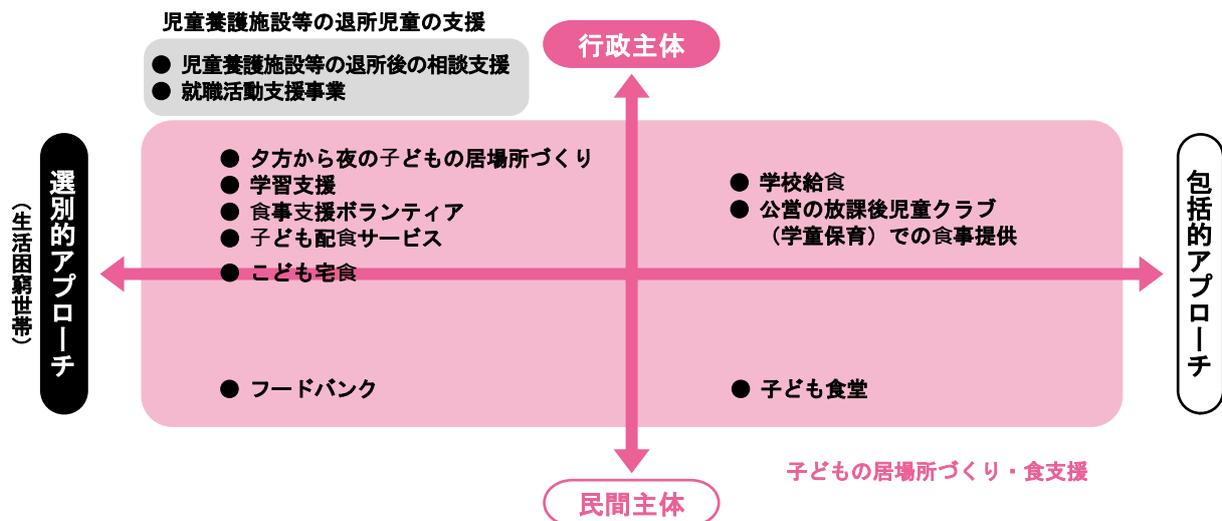
社会的孤立・社会的排除の是正に向けた支援

生活困窮者は社会孤立や社会的排除、そして社会的役割の喪失を経験することが多く⁹、社会が対応すべき課題である。経済的困窮が社会的サポートや社会的なつながりの欠如の要因となることが知られている¹⁰。反対に、社会的なつながりがなければ、バランスの取れた食事・運動・適正な治療（継続的な薬の内服など）など、健康・生活上の望ましい行動をしにくい¹¹。そのため、前述の「支援のゴールによる類型」に示したように、現金・現物給付による経済支援だけでなく、生活環境や行動様式などの構造的な課題に長期的に伴走しながら対応する必要がある^{5,9,12}。

支援主体と対象集団の違いによる分類

支援を提供する主体（行政主体か民間主体か）および支援対象とする集団（普遍的か選別的か）の違いによって既存の様々な支援の取り組みをマッピングしたのが図表 1-1 である。被保護者健康管理支援事業に関しては、行政が主体となり保健部局などとの部局連携で進めるだけでなく、地域の NPO や民間事業者と連携し事業を進めることで、対策の幅を広げることができるであろう。ただし、それぞれのアプローチには利点と注意点があり、うまく組み合わせるべきである（図表 1-1）。

図表 1-1) 支援の提供者とその対象者へのアプローチ方法の分類および利点・注意点
(子ども食堂を例にしたもの)



2つの支援アプローチの利点と注意点

	支援の例	利点	注意点
包括的アプローチ	学校給食・公営の放課後児童クラブでの食事提供・子ども食堂（共生食堂型）など	生活困窮世帯の子どもに対するスティグマが生じにくい	利用者の多様なニーズにこたえにくい・利用者の利用スキル向上や、ニーズの高い対象者に向けて利用を促す情報提供等の追加的支援が必要
選別的アプローチ	児童養護施設等の退所後の相談支援・就職活動支援事業・夕方から夜の子どもの居場所づくり・学習支援・子ども配食サービス・食事支援ボランティア・こども宅食・フードバンク・生活困窮児童向け給食・CCT・マイクロファイナンスなど	生活困窮世帯に特化した支援を行うことができる	対象者のスティグマ付けや差別の防止をする工夫が必要

出典：引用文献⁴⁾

被保護者健康管理支援事業においても、孤立の防止など、社会生活面の支援が期待されている。また、対象者の状況の評価においては、医療アクセス状況や医療サービスの提供状況のような経済的支援による健康効果だけ

ではなく、就労状況や社会関係・対人関係の状況などもとらえることや、支援によって被保護者の生活環境や行動様式がどのように変化するかも評価していくべきである。

3. 現時点でわかっていること

厚生労働省の「データに基づいた生活保護受給者の健康管理支援について（議論のまとめ）」や「被保護者健康管理支援事業の手引き」では、「支援の類型」として、**1) データに基**

づいた支援、2) 受診同行等による支援、3) 子どもへの健康支援等が議論されてきた^{1,3)}。

では実際に、支援に役立つにはどのようなデータがあるだろうか。また、同行受診や子ど

もへの支援として、どのような事例があり、どのような効果が見込まれるだろうか。上記の「支援の種類」に基づき、これまでに明らかになっている効果的な支援策をまとめる。

データに基づいた支援：

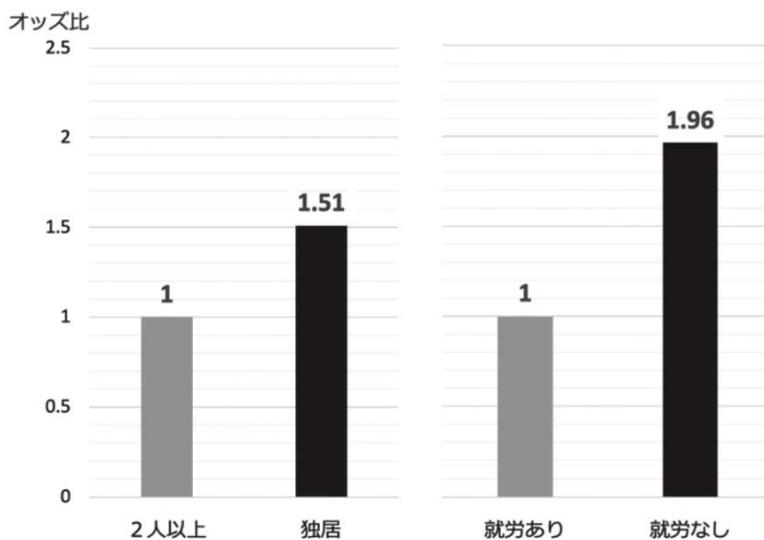
独居・就労なしが頻回受診に関連

昨年度の調査研究事業では、都市近郊2自治体で生活保護を受給している成人を対象に生活保護受給者の基本管理データと医療扶助

(介護扶助) レセプトデータを結合したデータの提供を受け、分析した。

分析の結果、生活保護を受給している成人6,016人のうち、139人(2.3%)の受給者が頻回受診しており、受給者が独居や不就労の場合に、そうでない場合と比べて頻回受診しやすいことが示された⁵⁾。生活保護受給者の頻回受診の背景には、家庭や職場というコミュニティの欠如(あるいは排除)による社会的孤立の問題がある可能性を示唆するデータである(図1-2)。

図1-2) 2人以上の世帯および就労ありの世帯の頻回受診の頻度を1とした時のオッズ比
(独居や就労なしの場合に何倍頻回受診しやすいか)



出典：引用文献⁵⁾

同行受診等による支援：

受診同行支援の効果に関するエビデンス⁵⁾

被保護者には、医療サービスの適正な利用を阻む様々な事柄がある。まず、疾病や心身の障害により移動が難しいことが挙げられる。また、言語理解やコミュニケーション上の課題により治療方針等の意思決定が難しい場合もある。

こういった「受診の難しさ」に対応する方法として、受診へ同行するサービスを行う自治体がある。医療機関に受診する際に、福祉事務

所のケースワーカーや保健師が被保護者に同行して情緒的・手段的な支援を提供することで、効果的かつ適正な医療サービスを受けられることをめざしている。保健師や管理栄養士など保健指導の経験がある人材や、介護支援専門員などの被保護者の日常生活をよく知る人材が医療機関と一緒に受診し診察室に同席し、被保護者への指導やケアの提供方針を確認するとともに、被保護者自身の理解を助ける役割を果たす。これらのような**付き添い**

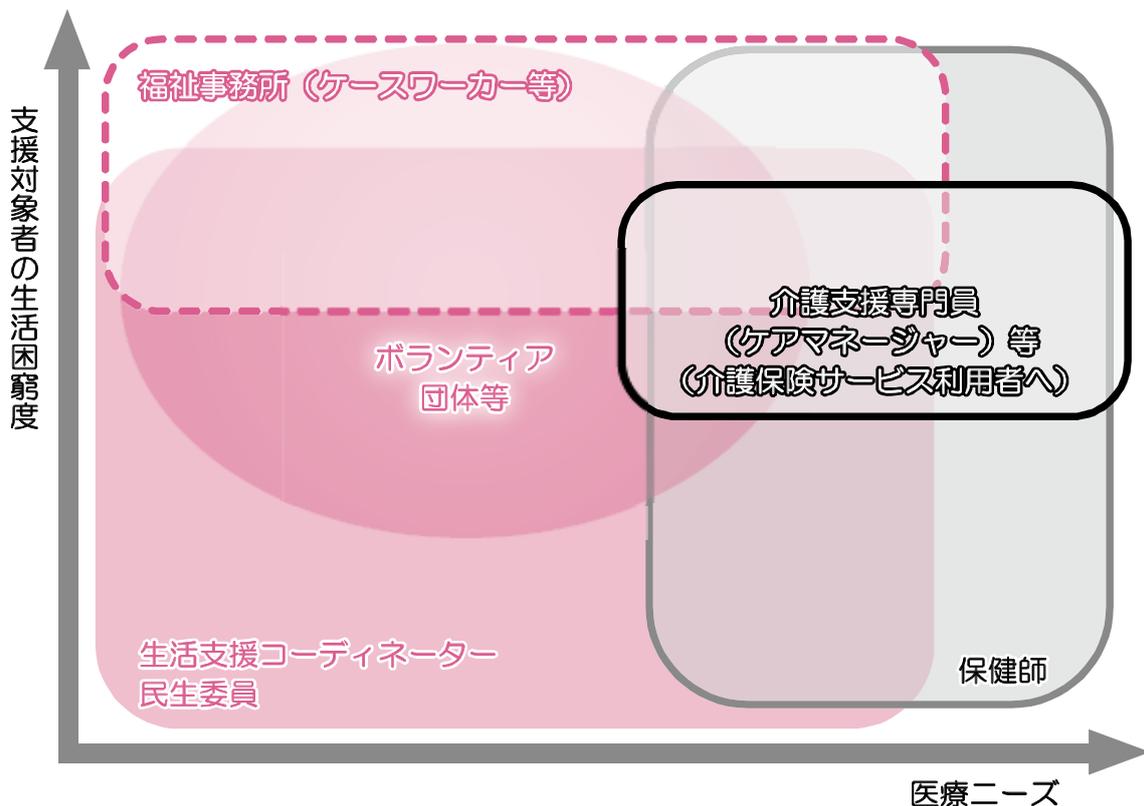
支援者の存在は、被保護者の健康や医療機関への受診に係る手続き等に関する直接的・短期的な支援だけでなく、生活環境を整え、被保護者の生活に伴走する長期的な支援となる可能性もある。

昨年度の調査研究事業では、米国の同行受診型の支援活動である **ペイシェント・ナビゲーション**に関する文献レビューを実施した。その結果、**がん検診の受診率の向上やその経済状況や人種による受診率格差の減少、再入院や受診中断、頻回受診の減少などの受診行動の適正化、患者満足度や生活の質（QOL:**

Quality Of Life）の向上といった効果を報告した研究がみられた⁵。

また、日本における**受診同行支援サービス**の担い手となり得る人材について、**保健師・管理栄養士・介護支援専門員・福祉事務所のケースワーカー・ボランティア・民生委員**などが考えられた。下図に示したように、福祉事務所のケースワーカーだけでなく、保健・介護・他の福祉部門・地域社会とうまく連携し、被保護者の医療のニーズや介護・障害の認定の状況等によって**役割分担**することが示されている⁵（図 1-3）。

図 1-3) 支援対象者の生活困窮度と、医療ニーズの大きさから見た受診同行支援の担い手となり得る人材とその対応範囲の概念図



出典： 引用文献⁵⁾

生活困窮世帯の子どもへの支援：

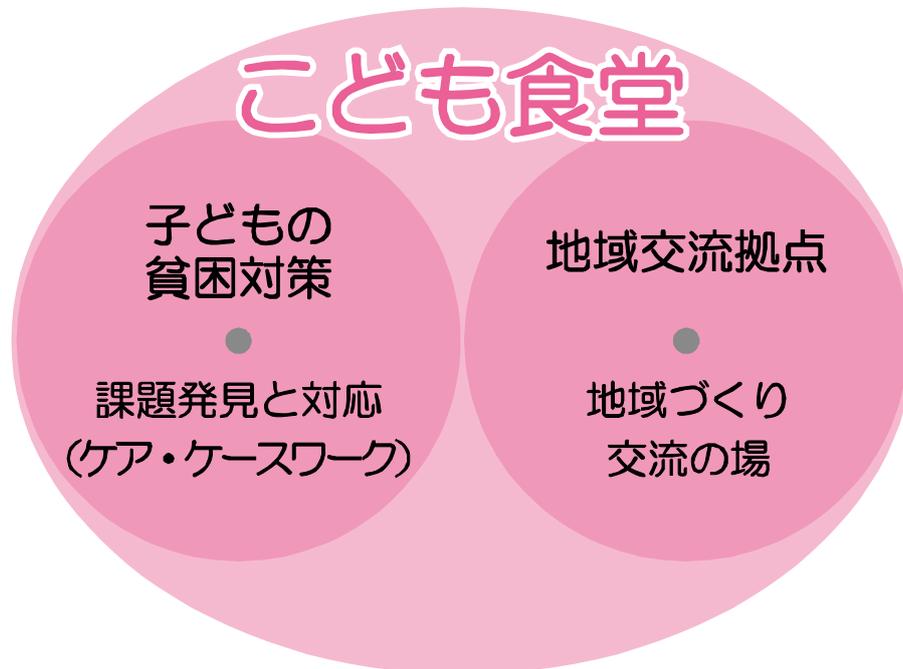
子ども食堂・無料塾（学習支援事業）等

地域の子ども食堂や無料塾とのつながりを作ることも効果的な支援になると期待される。子ども期の生活環境や社会経済的な状況は、子ども期の健康状態や学習能力に影響するだけでなく、成人期の健康やアクセスし得る社会資源に影響を与える¹³⁻¹⁵。湯浅（2019）は、「こども食堂は、子どもの貧困対策と地域交流拠点という二つの中心をもつ楕円」と表現しており（図 1-4）、子ども食堂においては、食事という直接的な支援を提供しながら、子ども食堂に参加することで他の組織・人との社会関係の構築につながり、地域社会における孤立を予防するような効果も期待されている⁴。また、子ど

も食堂に自身の子どもを参加させている保護者にとっても、彼らが地域とのつながりをつくることのできる場として役立つ⁴（図 1-5）。

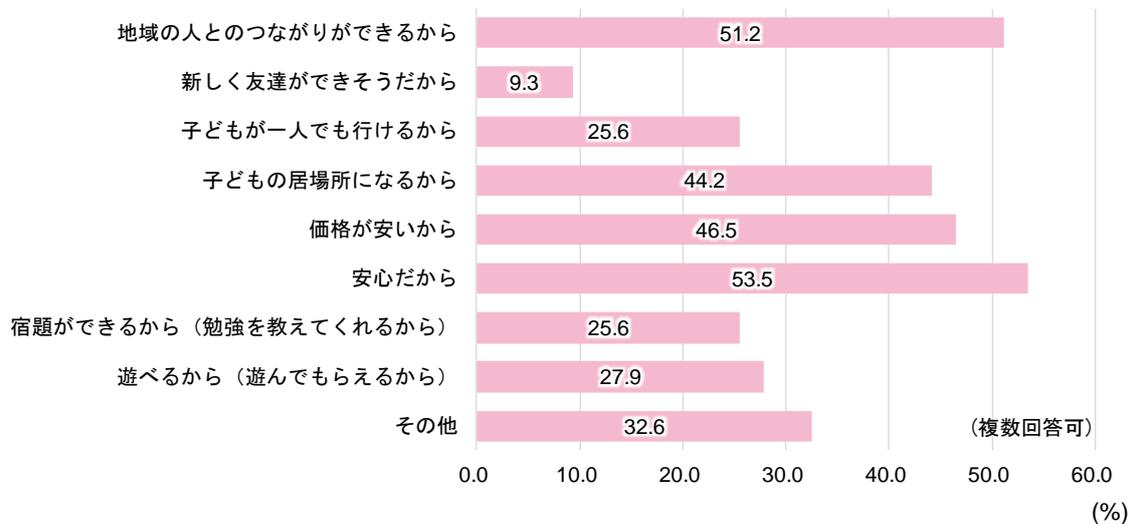
また、一般的に高校進学率の低さや高校中退率の高さが指摘されている被保護世帯の中学高校生に対しては、地域の無料塾等の学習支援活動と連携することも支援方法の一つとして考えられる。子どもたちに学びという直接的な支援を提供するだけでなく、自治体が行っている学習支援事業とも連携することで、特に、被保護世帯の子どもの孤立を防止するだけでなく、将来の子どもの健康状態や就労に好ましい影響をもたらすことができれば、被保護世帯の世代間連鎖を防ぐ取り組みとなる。その意味でも注目すべき活動である。

図 1-4) こども食堂の理念図。子どもの貧困対策と地域交流拠点の二つの中心的役割を果たすことが期待されている



出典：引用文献⁴⁾

図 1-5) 調布市の「こども食堂かくしょうじ」で実施された参加児の保護者へのアンケート結果。保護者が子ども食堂に子どもを行かせている理由として、「安心」や「つながり」「居場所」といったものが挙げられた。



出典： 引用文献⁴⁾

<まとめ>

- ・ 地域のコミュニティで、被保護者との社会的つながりを構築し維持することが被保護者の頻回受診等を防止につながる。
- ・ 受診同行支援などの付き添い支援者は、被保護者の生活に伴走する長期的な支援者として、生活環境を整えたり社会的つながりを構築するためにも役立つ。
- ・ 子ども食堂などの場が食事の提供といった直接的・短期的な支援に加えて孤立を予防する長期的支援となり、健康や学習面にも良い影響が期待される。

4. 健康管理支援の全国的実施に向けてさらに明らかにすべきこと

昨年度の調査研究事業では、被保護者への健康支援が一般集団と比べて必要であることや、また、独居や就労なしといった社会的な孤立が頻回受診と関連するなどのことが明らかとなった。しかし、健康上のリスクと関係するより詳細な社会背景（他者とのかかわり、職業、学歴等）は十分わかっていない。健康管理支援の優先順位づけのためには、一層の分析が求められる。さらに、都市近郊2自治体のデータであったために一般化しづらく、地方の自治体のデータ等を用いたさらなる分析が必要である。

関連して、福祉事務所がもつ既存のデータやレセプトデータ、「被保護者健康管理支援事業の手引き」で示された被保護者の生活状況（フェイスシート）を具体的にどのように収集・活用することができるかといった応用面の検討は十分にされていない。現在提案されているフェイスシート項目で、実際に頻回受診や健診未受診などのリスクを実際に同定できるのかはわかっていない。

同行受診や子ども食堂等のコミュニティでの介入法に一定の効果が期待できることが理

論上かつ実証研究上明らかとなったが、国内で現在実際にどのような支援の取り組みがなされているのか、それを全国展開する際の具体的な手法や課題はまとまっていない。2021年からの被保護者健康管理支援事業の全国的実施に際して、多くの自治体が準備を進めているところであるが、その進捗には大きなばらつきがあると推察される。しかし現在、事業の実施に際して福祉事務所がどのような連携

体制を構築しているか、どのような課題を認識し対応しているかについては詳しくまとまっていない。先進的に健康管理支援事業を実施している自治体の好事例を収集し、事例の特徴や実施方法を分析し類型化することが大切であろう。そして準備を進めている自治体を感じる実施上の懸念、政府への要望等をまとめておくことも有益であると考ええる。

<引用文献>

1. データに基づいた生活保護受給者の健康管理支援について（議論のまとめ）．厚生労働省．2017年．
2. 社会・援護局関係主管課長会議資料．厚生労働省．2019年．
3. 被保護者健康管理支援事業の手引き．厚生労働省．2018年．
4. 上野恵子（編著），小貫美幸（編），可知悠子，黒谷佳代，新杉知沙，高木大資，中出麻紀子，山口麻衣，近藤尚己（編），西岡大輔（編）生活困窮世帯の子どもに対する支援ってどんな方法があるの？国内外の取り組みとその効果に関するレビューおよび調査．（平成30年度厚生労働省社会福祉推進事業「社会的弱者への透き添い支援等社会的処方の効果の検証および生活困窮家庭の子どもへの支援に関する調査研究」報告書）．日本老年学的評価研究機構（代表・近藤克則）．2019年．
5. 近藤尚己（編著），西岡大輔（編著），高木大資，森田直美，上野恵子（編），小貫美幸（編）．「付き添い」のちから 生活困窮者の医療サービス利用の実態及び受診同行支援の効果に関する調査研究（平成30年度厚生労働省社会福祉推進事業「社会的弱者への透き添い支援等社会的処方の効果の検証および生活困窮家庭の子どもへの支援に関する調査研究」報告書）．日本老年学的評価研究機構（代表・近藤克則）．2019年．
6. Coleman JS. *Foundations of social theory*. Harvard university press; 1994.
7. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TAJ, Taylor S, Hlt CSD. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008;372(9650):1661-1669.
8. 健康格差対策の7原則．公益財団法人医療科学研究所．
9. 志賀文哉．生活困窮者支援の現状と課題．*富山大学人間発達科学部紀要* 2015;9(2):137-140.
10. Weyers S, Dragano N, Mobus S, et al. Low socio-economic position is associated with poor social networks and social support: results from the Heinz Nixdorf Recall Study. *International journal for equity in health*. 2008;7(1):13.
11. Umberson D, Montez JK. Social relationships and health: a flashpoint for health policy. *J Health Soc Behav*. 2010;51 Suppl(1_suppl):S54-66.
12. 高木大資．生活困窮者への健康管理支援の考え方．*公衆衛生情報* 2020;49(10):6-7.
13. Council On Community P. Poverty and Child Health in the United States. *Pediatrics*. 2016;137(4).
14. Condliffe S, Link CR. The Relationship between Economic Status and Child Health: Evidence from the United States. *Am Econ Rev*. 2008;98(4):1605-1618.
15. Currie J. Healthy, Wealthy, and Wise: Socioeconomic Status, Poor Health in Childhood, and Human Capital Development. *Journal of Economic Literature*. 2009;47(1):87-122.

2章 被保護者の健康状態や 受診行動に関連する 要因の分析

I. 被保護者の健康状態および受診行動に関連する要因： 被保護者基本管理データと医療扶助レセプトデータの 連結分析

要旨

東京および大阪の都市近郊 2 自治体において、被保護者の基本管理データと医療扶助レセプトデータとを個人単位で連結して分析した。その結果、主に以下のことが明らかとなった（頻回受診の分析には都市近郊および地方の計 6 自治体のデータを用いた）。各傷病があること（有病）を、レセプトデータ上に過去一年間に各傷病による受診があった場合に「有病あり」とした。

- 1) 働き世代（16 歳以上 65 歳未満）では、独居と不就労の者のほうが、そうでない者よりも高血圧症・糖尿病・慢性腎臓病が多い
- 2) ひとり親世帯の子ども（15 歳以下）は、それ以外の世帯に比べて、入院の経験に加え、気管支喘息・アレルギー性鼻炎・皮膚炎／湿疹・歯の病気といった慢性疾患の有病が多かった。一方、外傷や急性下気道感染症（肺炎など）等の急性疾患では統計的に有意な差がなかった。
- 3) 独居や不就労と頻回受診との関連は、都市近郊および地方の計 6 自治体のデータを用いても同様にみられた。

さらなる検討が必要ではあるが、以上の結果からは、

- ・ 被保護者健康管理支援事業を進めるにあたっては、独居や不就労の働き世代への重点的支援が必要といえる。
- ・ 就労している高齢者ほど有病割合が低いことから、高齢期においても就労支援等、社会的役割保持を目指した支援が健康管理の視点からも有益である可能性がある。

- ・ 被保護世帯の子どもの支援においては、ひとり親世帯の子どもの慢性疾患の予防的アプローチに加え、そうでない世帯の子どもが適切に受診につながっているかの把握が必要である。
- ・ 頻回受診等、受診行動の適正化においても、社会的孤立が引き起こされやすい独居・不就労といった状況にある被保護者への配慮が求められる。

1. はじめに

被保護者の健康状態や受療行動と関連要因： これまでの研究

被保護者の健康管理支援で行うべき課題は多く、対象者も多い。そのため、厚生労働省による「データに基づいた生活保護受給者の健康管理支援について（議論のまとめ）」では、「生活保護受給者に対する健康管理支援を行うに当たっては、医療扶助等レセプトや健診・検査データなどから、地域課題の分析や生活習慣病の該当者・予備群を抽出する機能と、更に受給者の生活面のデータを組み合わせ、優先的に具体的な支援の対象者を絞り込んだ上で、その者についての個別の支援計画の策定を補助する機能が求められる」とされている¹。また、慢性疾患や受療行動には、地域や職場の環境、個人の人間関係、ヘルスリテラシーなど、さまざまな要因が関係していることが知られており、被保護者健康管理支援事業においては、そのような関連要因を踏まえた対策の立案と実施が求められよう。しかし、生活保護制度の被保護者など、生活困窮者には、一般の集団よりも顕著な特徴がある可能性がある。また、生活困窮者は様々な理由からアンケート調査へ参加する割合が低いことが知られ

ており²、これまで一般集団で明らかにされてきた知見が当てはまらない場合も想定しなければならない。

被保護者への健康管理支援に向けた、対象者の優先順位付けや介入プログラムの開発に必要なエビデンスを構築すべく、当法人では、平成30年度厚生労働省社会福祉推進事業「社会的弱者への付き添い支援等社会的処方の効果の検証および生活困窮家庭の子どもへの支援に関する調査研究」³を受託し、都市近郊の2自治体の福祉事務所のデータを用いた分析をおこなった。医療扶助レセプトデータを用いて、各疾病による受診の有無を調べた。被保護者も含めた全国民のデータと比較するために、厚生労働省による「国民生活基礎調査」の集計報告書のデータと比較した。その結果、以下の点が明らかとなった。

1. 子どもから成人、高齢者のすべてで、さまざまな疾病による受診頻度は被保護者の方が、一般集団に比べて高かった
2. 一般集団に比べて被保護者では若年世代の慢性疾患（糖尿病・高血圧症・気管支喘息・歯の病気等）が多かった

3. 子どもの慢性疾患（気管支喘息・アトピー性皮膚炎・菌の病気等）は、ひとり親世帯の子どもで多くみられた
4. 頻回受診は独居や不就労の者で多く、また個人医療機関で多かった

これらの分析結果は、厚生労働省等によるこれまでの分析結果と一致しており、また、新たに、子どもから大人まで、**ひとり親世帯であること、独居や不就労といった社会的孤立を招きやすい状況が健康状態と関連し、また頻回受診にも関連する**ことを明らかにした。

一方、成人の被保護者のうち、慢性疾患等を患っている者がどのような生活背景を持つかがわかっていなかった。また、被保護世帯の子どもの健康状態に関しては、怪我や風邪など急性の傷病の状況、およびそれに関連する生活背景要因も明らかにできなかった。さらに、これらの分析では、傷病の有無を、それを理由として受診したか否かで評価したが、この場合、同じ程度の症状でも様々な理由で受診したりしなかったりする状況が生まれる可能性があるため、疾病が重いのか、医療へのアクセスが良いのか、あるいは受診をしたくないような動機があるか、といった違いが分からなかった。加えて、これらの分析には、都市近郊の2自治体のデータを用いたため、他の特徴を持つ自治体にも当てはまるのかどうか定かではなかった。

本分析の目的

そこで今回、これらの点を解決すべく、新たに以下を目的とした分析を行った。

1. 成人（16歳以上）の被保護者において、高血圧症、糖尿病、慢性腎臓病などの慢性疾患と関連する被保護者の社会背景の特徴を、年代別に明らかにする
2. 子ども（15歳以下）の被保護者において、これまで明らかにした慢性疾患に加え、急性疾患による受診および入院が起きやすい世帯の社会背景の特徴を明らかにする
3. 独居や不就労といった社会背景要因が頻回受診に関連するかを、地方を含む4つの自治体のデータを追加して、計6自治体のデータで検証する

また、受診するかしないかは、各疾病やけがの程度以外にも、就労していて多忙であるなどの世帯の様々な要因の影響を受ける。しかし、「入院の有無」については、そういった疾病の重症度以外の影響を比較的受けにくいため、入院の有無を評価対象とした分析をすることで、入院を必要とするような比較的重症度の高い疾病への罹患に関連する子どもの社会背景要因をよりの確に明らかにできる。

2. 被保護者の成人の健康状態に関連する要因の分析

【目的】

被保護者は若いうちから糖尿病等の慢性疾患を持つ者が多いことから、健康管理支援のあり方検討会等でも、優先すべき課題として議論された¹。若年層から被保護者の疾病予防、および罹患後の重症化予防を行う事は、本人の健康上の利点だけでなく、健康を維持することで就労しやすくなるなど、自立支援の観点からも重要である。

本項では、16歳以上64歳以下の生産年齢人口にある被保護者を対象として、福祉事務所にある彼らの基本管理データおよび医療扶助レセプトデータを個人単位で結合したデータを用いて分析したので、これを報告する。

【方法】

方法の概要

2016年1月時点で生活保護を受給している人（合計約7,000人）が、1年間に医療機関へどのような傷病で受診したかを確認した。高血圧症や糖尿病など、受診時に医療機関からの診断がある場合を有病と定義した。各傷病の有病割合の比を社会背景ごとに回帰分析の手法を用いて算出した（ある要因を持つ人は、その要因がない人と比べて有病割合が何倍か）。多変量解析を用いて、当該要因以外の要因の影響を統計的に除いた有病割合比を算出した。

<研究方法の詳細>

研究デザイン

横断研究。

対象者・観察期間

被保護者数が約5,000人、約2,000人の都市部近郊の2つの自治体（A、B）に住民登録しており、2016年1月時点で生活保護を受給しているもののうち、16歳以上64歳以下の成人（3,030人）、および65歳以上の高齢者（3,165人）を対象とした。2016年12月までの1年間の医療扶助レセプトデータを抽出した。

データ

研究に用いるデータは自治体が所有している生活保護に関する基本情報の管理データ・医療扶助に関するレセプトデータである。

- ・ 被保護者の基本管理データ：
主に受給の可否や支給額などを決定するために用いられる台帳データである。これらのデータには世帯構成・収入（個人・世帯）・就労状況（職種・就労日数）・障害・傷病の有無（精神・知的・身体障害、精神疾患、アルコール依存、その他の疾患、健康に異常なし）・住居種類（公営住宅・賃貸住宅・持家・その他）、保護となった理由や国籍などが含まれる。いずれも自治体の福祉事務所など、生活保護担当部署の職員によって聴取され、保護決定や生活扶助費の決定に用いられるものである。
- ・ 医療扶助レセプトデータ：
レセプト対象月・医療機関コード・レセプトの種類（内科・歯科・薬局・訪問看護などに分類）・入院外来の種類別・診療日数・診療点数・受診時に診断された病名とその傷病名コードなどの情報が記載されている。しかし、重症度や実際の診療内容、管理加算などの情報は含まれていない。また、医療機関への受診歴がない対象者や他法によって全額補助されるレセプトは含まれない。

変数

被説明変数

医療扶助レセプトデータの個人の傷病名欄に記載されているもののうち、国民生活基礎調査で調査されている傷病で、罹患や重症化の予防が可能で、かつ国の健康づくり施策において重視されている傷病を中心に抽出した。その傷病による過去1年間の受診ありを有病ありと定義した。個人の傷病名として付与されているコードから、厚生労働省のマスターを用いて世界保健機関による国際疾病分類（ICD-10）コードへと変換した。個人に該当ICD-10コードが含まれる場合に、その傷病の有無に関する二値変数を付与した。抽出した傷病とICD-10コードは以下の通りである。

- 1) 高血圧性疾患 I10-I15
- 2) 糖尿病 E10-14
- 3) 慢性腎臓病 N18-19
- 4) 慢性閉塞性肺疾患（肺気腫） J43-44
- 5) 気管支喘息 J45-J46
- 6) 口腔の疾患 K00-K06

説明変数

先行研究等から、慢性疾患の罹患と関連する生物学的、心理社会的な要因を抽出した。生物学的な要因としては、個人の性別、年齢、障害認定の有無（身体障害・精神障害等）、要介護認定を用いた。心理社会的な要因として、世帯構成（独居かどうか）・就労の有無・国籍を用いた。自治体間の特性を調整するために、居住自治体のダミー変数を作成した。

統計分析

対象者に関して個人の性別・年齢・世帯構成（独居かどうか）・就労の有無・国籍・居住自治体などに関して記述統計量を算出した。また、それぞれの傷病について、有病数と有病割合に関する記述統計量を作成した。さらに、各傷病の有無を被説明変数として、ロバスト標準誤差を推定したポアソン回帰分析を行った。個人や家庭、自治体の要因（性別・年齢・世帯構成（独居かどうか）・就労の有無・国籍・居住自治体など）を説明変数として分析した単変量回帰分析と、説明変数を組み合わせて分析した多変量回帰分析を行った。

【結果】

若年成人（16歳以上65歳未満）

基本集計結果（表2-2-1）

全対象者は3,030人で、平均年齢は46.7歳、標準偏差は13.1であった。独居の者が1,726人（57.0%）で、就労している者は963人（31.8%）であった。ひとり親世帯に属する者は373人（12.3%）であった。観察期間中に医療機関への受診歴があり、医療扶助レセプトデータによる情報が入手できたのは、2,643人（87.2%）であった。平均年齢は47.2歳、標準偏差は12.8であった。

傷病の状況とその関連要因

1) 高血圧症（表2-2-2）

観察期間中に高血圧症（高血圧性疾患による受診歴）があった被保護者は、746人（24.6%）であった。平均年齢は54.8歳で、標準偏差は7.7であった。多変量回帰分析の結果、年齢が1歳上昇すると高血圧症のある人が6%増えるという結果であった（有病割合比1.06, 95%信頼区間1.05-1.06）。男性では、女性と比較して高血圧症が有意に多かった（有病割合比1.39, 95%信頼区間1.23-1.58）。**独居である場合（有病割合比1.07, 95%信頼区間0.93-1.23）や不就労である場合（有病割合比1.15, 95%信頼区間1.00-1.33）に、そうでない場合と比較して高血圧が多い傾向があった。**

2) 糖尿病 (表2-2-3)

観察期間中に糖尿病による受診歴のあった被保護者は、763人(25.2%)であった。平均年齢は51.8歳で高血圧よりもやや若く、標準偏差は9.8であった。多変量回帰分析の結果では、年齢が1歳上昇すると糖尿病のある人が3%増えるという結果であった(有病割合比1.03, 95%信頼区間1.03-1.04)。独居である場合(有病割合比1.12, 95%信頼区間0.97-1.30)や不就業である場合(有病割合比1.13, 95%信頼区間0.98-1.31)に、そうでない場合と比較して糖尿病が多い傾向があった。また外国籍の世帯である場合に、日本国籍の世帯と比較して、糖尿病が少なかった(有病割合比0.63, 95%信頼区間0.43-0.94)。

3) 慢性腎臓病 (表2-2-4)

観察期間中に慢性腎臓病による受診歴のあった被保護者は、102人(3.3%)であった。平均年齢は53.3歳で高血圧よりもやや若く、標準偏差は8.3であった。多変量回帰分析の結果では、年齢が1歳上昇すると慢性腎臓病のある人が2%増えるという結果であった(有病割合比1.02, 95%信頼区間1.00-1.04)。男性では、女性と比較して慢性腎臓病が有意に高かった(有病割合比1.74, 95%信頼区間1.15-2.64)。また、独居である場合(有病割合比1.65, 95%信頼区間1.00-2.74)や不就業である場合(有病割合比2.91, 95%信頼区間1.49-5.72)に、そうでない場合と比較して慢性腎臓病が多かった。

4) 慢性閉塞性肺疾患(肺気腫) (表2-2-5)

観察期間中に慢性閉塞性肺疾患による受診歴のあった被保護者は、44人(1.5%)であった。平均年齢は56.3歳で、標準偏差は8.1であった。多変量回帰分析の結果では、年齢が1

歳上昇すると慢性閉塞性肺疾患のある人が10%増えるという結果であった(有病割合比1.10, 95%信頼区間1.06-1.14)。男性では、女性と比較して慢性閉塞性肺疾患が多い傾向にあった(有病割合比1.60, 95%信頼区間0.88-2.90)。

5) 気管支喘息 (表2-2-6)

観察期間中に気管支喘息による受診歴のあった被保護者は、415人(13.7%)であった。平均年齢は46.7歳と若く、標準偏差は12.2であった。多変量回帰分析の結果では、気管支喘息は、男性では、女性と比較して有意に少なかった(有病割合比0.61, 95%信頼区間0.50-0.74)。独居である場合に、そうでない場合と比較して受診率が有意に低かった(有病割合比0.73, 95%信頼区間0.59-0.90)。また、外国籍の世帯である場合に、日本国籍の世帯と比較して気管支喘息が少ない傾向にあった(有病割合比0.62, 95%信頼区間0.36-1.06)。

6) 口腔の疾患 (表2-2-7)

観察期間中に口腔の疾患による受診歴のあった被保護者は、1,153人(38.1%)であった。平均年齢は46.7歳と若く、標準偏差は12.5であった。多変量回帰分析の結果では、口腔の疾患は、男性では、女性と比較して口腔の疾患が有意に少なかった(有病割合比0.89, 95%信頼区間0.81-0.97)。独居である場合に、そうでない場合と比較して受診率が高い傾向にあった(有病割合比1.08, 95%信頼区間0.94-1.25)。また、就労している場合には、そうでない場合と比較して口腔の疾患が少ない傾向にあった(有病割合比0.93, 95%信頼区間0.85-1.03)。

高齢者（65歳以上）

基本集計結果（表2-2-8）

全対象者は3,165人で、平均年齢は75.1歳、標準偏差は6.93であった。独居の者が2,264人（71.5%）で、就労している者は259人（8.2%）であった。観察期間中に医療機関への受診歴があり、医療扶助レセプトデータによる情報が入手できたのは、2,921人（92.3%）であった。平均年齢は75.2歳、標準偏差は7.0であった。

傷病の状況とその関連要因

1) 高血圧性疾患（表2-2-9）

観察期間中に高血圧症（高血圧性疾患による受診歴）のあった被保護者は、1,871人（59.1%）であった。平均年齢は75.6歳で、標準偏差は6.9であった。多変量回帰分析の結果では、男性では、女性と比較して高血圧症が有意に多かった（有病割合比1.08, 95%信頼区間1.02-1.14）。**就労していない場合に、就労している場合と比較して高血圧症が有意に多かった（有病割合比1.16, 95%信頼区間1.02-1.31）**。また、要支援と認定されている場合に、認定がない場合と比べて高血圧症が有意に多かった（有病割合比1.15, 95%信頼区間1.04-1.26）

2) 糖尿病（表2-2-10）

観察期間中に糖尿病による受診歴のあった被保護者は、1,122人（35.5%）であった。平均年齢は74.5歳で高血圧よりもやや若く、標準偏差は6.4であった。多変量回帰分析の結果では、男性では女性と比較して糖尿病が有意に多かった（有病割合比1.12, 95%信頼区間1.02-1.23）。**不就労である場合に、そうでない場合と比較して糖尿病が多い傾向があった（有病割合比1.14, 95%信頼区間0.95-1.37）**。

また外国籍の世帯である場合に、日本国籍の世帯と比較して、糖尿病が少なかった（有病割合比0.63, 95%信頼区間0.43-0.94）。

3) 慢性腎臓病（表2-2-11）

観察期間中に慢性腎臓病による受診歴のあった被保護者は、171人（5.4%）であった。平均年齢は75.1歳で、標準偏差は7.1であった。多変量回帰分析の結果では、男性では、女性と比較して慢性腎臓病が有意に多かった（有病割合比1.39, 95%信頼区間1.03-1.87）。また、**不就労である場合に、そうでない場合と比較して慢性腎臓病が多い傾向があった（有病割合比1.56, 95%信頼区間0.77-3.16）**。

4) 慢性閉塞性肺疾患（肺気腫）（表2-2-12）

観察期間中に慢性閉塞性肺疾患による受診歴のあった被保護者は、181人（5.7%）であった。平均年齢は75.9歳で、標準偏差は7.3であった。多変量回帰分析の結果では、男性では、女性と比較して慢性閉塞性肺疾患が多かった（有病割合比2.20, 95%信頼区間1.67-2.91）。また、**不就労である場合に、そうでない場合と比較して慢性閉塞性肺疾患が多い傾向があった（有病割合比1.34, 95%信頼区間0.76-2.37）**。

5) 気管支喘息（表2-2-13）

観察期間中に気管支喘息による受診歴のあった被保護者は、381人（12.0%）であった。平均年齢は75.1歳で、標準偏差は6.9であった。多変量回帰分析の結果では、気管支喘息は、男性では、女性と比較して有意に少なかった（有病割合比0.70, 95%信頼区間0.77-1.16）。また、**不就労である場合に、そうでない場合と比較して有意が多い傾向があった（有病割合比1.23, 95%信頼区間0.83-1.81）**。

6) 口腔の疾患（表2-2-14）

観察期間中に口腔の疾患による受診歴のあった被保護者は、922人(29.1%)であった。平均年齢は74.1歳と若く、標準偏差は6.4であった。多変量回帰分析の結果では、口腔の疾患は、独居である場合に、そうでない場合と比較して口腔の疾患が多かった（有病割合

比1.13,95%信頼区間1.00-1.28）。また、外国籍の世帯である場合に、日本国籍の世帯と比較して口腔の疾患が多かった（有病割合比1.45,95%信頼区間1.08-1.96）。さらに、介護認定がない場合と比べ、要支援・要介護の認定を受けている場合に口腔の疾患が多い傾向があった。

<結果のまとめ>

若年層では、年齢の上昇とともに慢性疾患の有病割合が上昇していた。独居・不就労である被保護者では、特に慢性腎臓病が多かった。高血圧や糖尿病との関連もられた(図2-2-1,2-2-2)。慢性閉塞性肺疾患は、不就労の被保護者で多かったが、独居よりも2人以上世帯で多い結果であった。

高齢者では、不就労であることが多くの慢性疾患による受診率と関連がみられた。しかし、若年層と異なり、独居であることと慢性疾患の受診率にはほとんど関連がみられなかった。高血圧・糖尿病・慢性腎臓病・慢性閉塞性肺疾患に関しては、男性において受診率が高く、気管支喘息・口腔の疾患に関しては女性において受診率が高かった。

図 2-2-1) 2人以上世帯を1として、独居である場合の各疾病の有病割合比（若年）

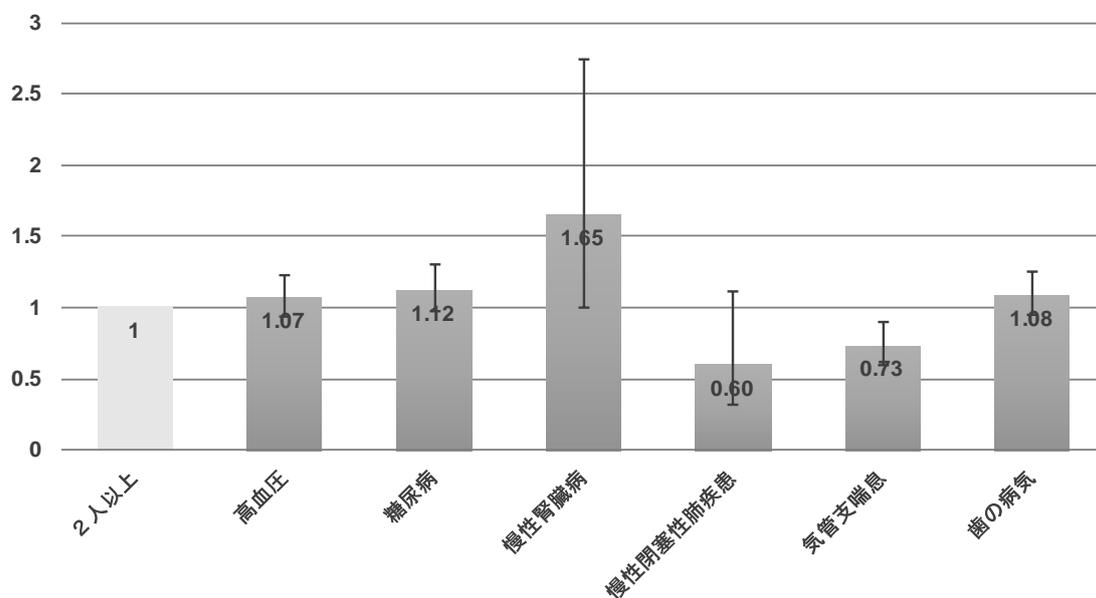


図 2-2-2) 就労している場合を 1 として、不就労である場合の各疾病の有病割合比 (若年)

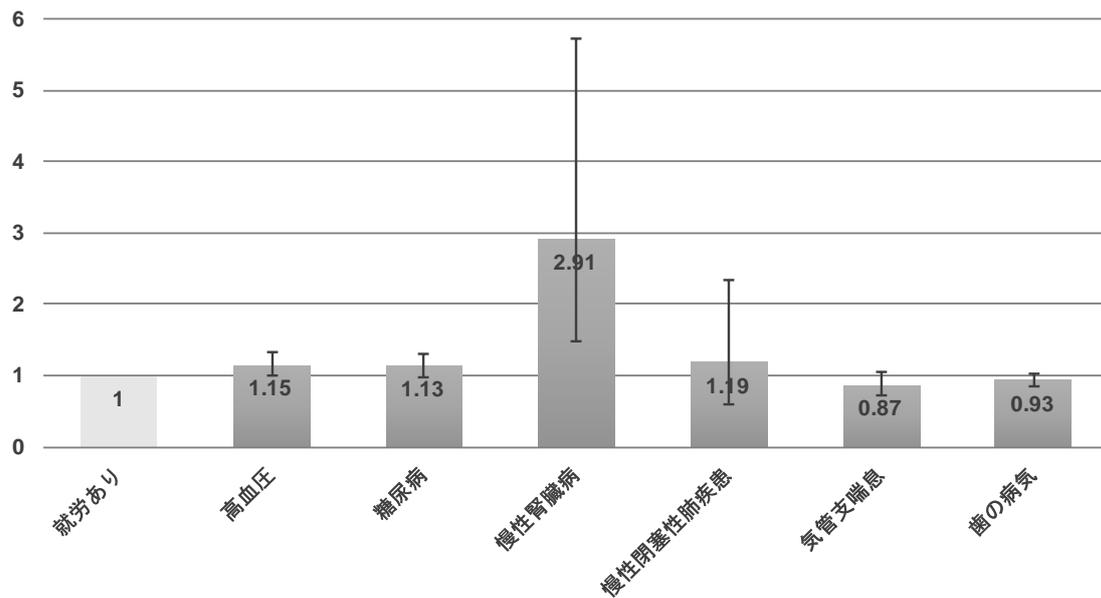


図 2-2-3) 2人以上世帯を 1 として、独居である場合の各疾病の有病割合比 (高齢)

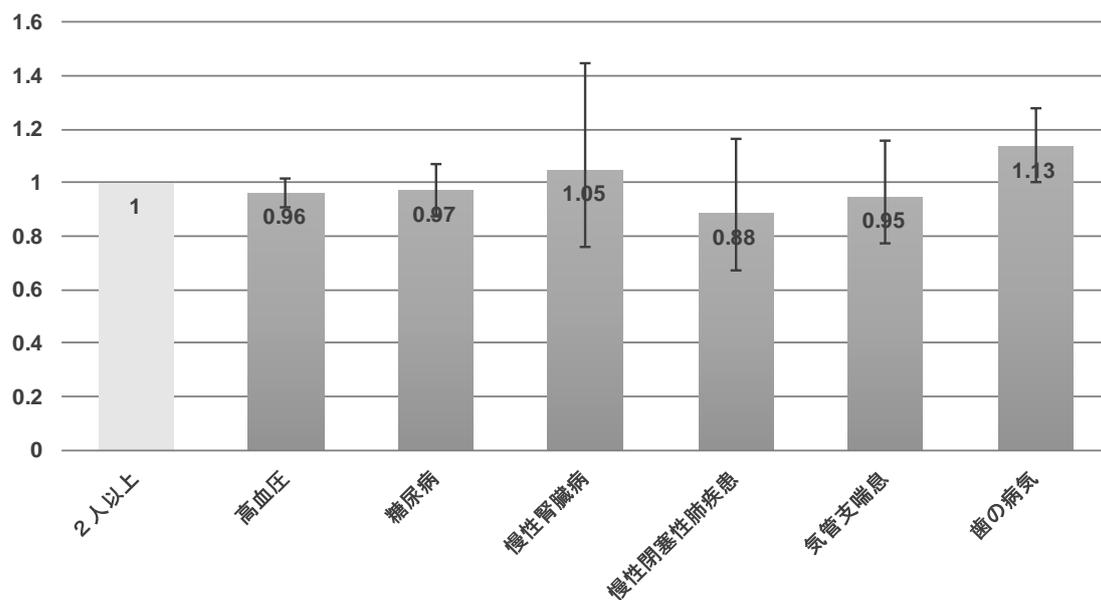
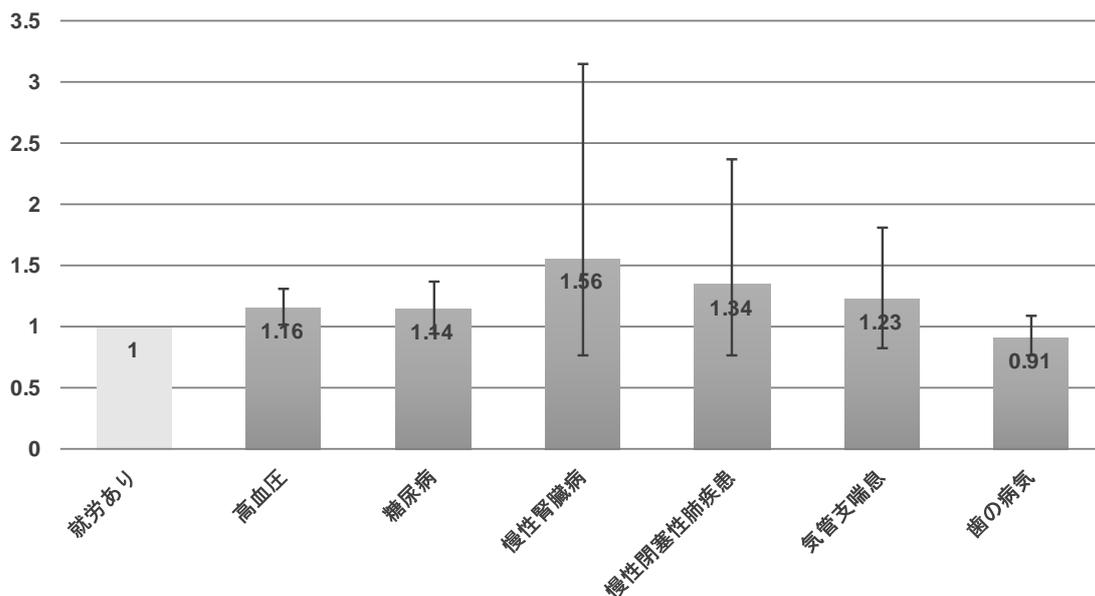


図 2-2-4) 就労している場合を 1 として、不就労である場合の各疾病の有病割合比（高齢）



【考察】

解釈の注意点

これらの結果を解釈する際の注意点を説明する。まず、**実際の傷病の割合を過大または過小評価してしまう可能性がある点である**。過大評価される可能性については、医療扶助レセプト情報ではその疾病に実際に罹患していることと、確定診断できないがその疑いがある場合（いわゆる「疑い」病名）、診療上必要となった検査や治療のために使用する病名（いわゆる「検査」病名や「保険」病名）を区別できず、どちらの場合も「当該傷病による受診あり」と判断されることがある。過小評価される可能性については、今回各傷病を持つ（有病）か否かは、その傷病で医療機関を受診したことで判断したため、その傷病を持っていても被保護者が受診を控えた場合にはデータに反映されないことがある。

また、因果関係にも言及できない。つまり、**生活保護を受給しているから傷病を発症している、ということや、独居や不就労であるか**

ら慢性疾患を発症しているとは言い切れない。また、今回のデータからは、生活保護を受給してから新たに発症したのか、それ以前から罹患していたかがわからないからである。例えば、重症の傷病のためうまく就労できず、生活に困窮し保護に至るといった逆の因果関係の状況も含まれる。

政策への示唆

16 歳から 64 歳という若年の被保護者においても、一般集団と同様に、今回観察した慢性疾患のほとんどで年齢が上がるほど傷病が多いことから、一般集団と同様に若いうちからの疾病予防を進めるべきである。また、これらの慢性疾患が男性・独居・不就労の人で多かったことから、これらの人々に対する健康管理支援を重点的に進める必要があるだろう。

高齢被保護者では、就労していない人のほうがほとんどの慢性疾患が多かった。慢性疾患に罹患していることがきっかけで生活保護を受給している可能性がある。一方、就労が、

社会参加の機会となり、慢性疾患になりにくい状況を作っている可能性もある。また、今回はその傷病により医療機関を受診したか否かで傷病の有無を判断しているため、就労のために医療機関を受診する時間的制約を受けており、見かけ上有病が少ない可能性もある。反

対に、就労していない人は若年世代と同様に、社会的孤立状態となり、不安や孤立感から医療機関を訪ねる機会がふえている可能性もある。これらの状況をさらに調べることで、高齢者への適切な健康管理支援につなげられる可能性がある。

3. 被保護世帯の子ども（15歳以下）の健康状態に関連する要因の分析

【目的】

福祉事務所では通常世帯主との面談を行うため、被保護世帯の子どもと直接面談をする機会はほとんどない。就労支援等の事業も子どもは対象とならないため、現状では被保護世帯の子どもへの支援や世帯への経済的支援等による間接的なものにとどまっている。一方生活困窮世帯の子どもは一般世帯の子どもに比べて心身の健康上の課題を抱えていることは国内外のデータが一貫して示している³⁻⁷。そのため、厚生労働省による被保護者への健康管理支援に関する議論においては、世帯の子どもへの健康管理支援は重点的に検討すべきこととされている。

当法人が受託した平成30年度厚生労働省社会福祉推進事業「社会的弱者への付き添い支援等社会的処方の効果の検証および生活困窮家庭の子どもへの支援に関する調査研究」では、これまでの報告と同様に、被保護世帯の

子どもは、一般世帯の子どもよりもあらゆる傷病の有病割合が高く、さらにひとり親世帯の子どもではアレルギー性疾患や歯の病気など、慢性疾患が多いことが分かった。しかしながら、ひとり親であることなどが風邪（急性上気道感染症）や肺炎（急性下気道感染症）、怪我など、急性の傷病と関連するか、また、入院を要するような比較的重症度の高い傷病の発生と関連する要因は明らかにできなかった。

そこで本項では、被保護世帯の子どもの急性および慢性の各疾患と関連する生活背景の要因を分析した結果を提示する。また、入院の有無との関連要因も分析した。

【方法】

研究デザインや使用したデータは前述の成人の分析と同じである。同データのうち、15歳以下の子ども（573人）のデータを分析した。

<研究方法の詳細>

変数

被説明変数

- (1) 医療扶助レセプトデータのうち、入院のコードが付与された医療扶助レセプトを特定した。過去1年間に入院歴がある個人を「入院あり」それ以外を「入院なし」とした。
- (2) 医療扶助レセプトデータの個人の傷病名欄に記載されているもののうち、先行研究において、国内の子どもの傷病として分析に利用されている傷病名を参考に、本データでも有病割合が多いものを抽出した。個人の傷病名として付与されているコードから、厚生労働省のマスターを用いて世界保健機関による国際疾病分類（ICD-10）コードへと変換した。過去1年間の受診時の傷病名として、個人に該当 ICD-10 コードが含まれる場合に、その「傷病あり」とした。ICD-10 としては以下を採用した。
 - 1) 急性上気道感染症 J00-06
 - 2) 急性下気道感染症 J10-18
 - 3) 怪我および骨折 S00-S99/T00-T14
 - 4) 腸管感染症 A00-09
 - 5) アレルギー性鼻炎 J30
 - 6) 気管支喘息 J45-46
 - 7) 結膜炎 H10
 - 8) 皮膚炎および湿疹 L20-L30
 - 9) 口腔・歯肉の疾患 K00-K06

説明変数

先行研究等から、子どもの健康と関連する要因として、性別、年齢、世帯構成（ひとり親世帯かどうか）、きょうだいの有無、親の就労の有無、国籍を用いた。自治体間の特性を調整するために、居住自治体のダミー変数を作成した。

統計分析

対象者に関して個人の性別・年齢・ひとり親世帯の有無・きょうだいの有無・親の仕事の有無・外国籍世帯か否か・居住自治体などに関して記述統計量を算出した。また、入院歴およびそれぞれの傷病について、有病数と有病割合に関する記述統計量を作成した。さらに、入院歴と各傷病について、個人や地域の要因との関連を表す記述統計表を作成した。さらに、各傷病の有無を被説明変数として、ロバスト標準誤差を推定したポアソン回帰分析を行った。個人や家庭の要因（性別・年齢・ひとり親世帯の有無・きょうだいの有無・親の仕事の有無・外国籍世帯か否か・居住自治体）を説明変数として分析した単変量回帰分析と、説明変数を組み合わせて分析した多変量回帰分析を行った。

【結果】

被保護世帯の子ども（15歳以下）の個人や世帯の状況と受診・入院歴（表2-3-1）

観察期間中に医療機関への受診歴があり、医療扶助レセプトデータによる情報が入手できたのは、478人（83.4%）であった。受診歴がある子どもの平均年齢は9.4歳で、標準偏差は4.2であった。医療機関への受診割合は男児（87.2%）、きょうだいなし（86.5%）、ひとり親世帯（84.6%）であった。

入院歴がある子どもは、22人（3.8%）であった。平均年齢は9.0歳で、標準偏差は5.0であった。入院の発生割合は、男児（5.2%）、きょうだいなし（5.8%）、ひとり親世帯（4.7%）であった。自治体Aでは4.5%、自治体Bでは2.4%であった。

入院に関連する要因（表2-3-2）

被保護世帯の子どもの入院に関して、多変量回帰分析の結果、**男児は女兒に比べて入院**

が多い傾向があった（有病割合比 2.16, 95%信頼区間 0.90-5.21）。また、ひとり親世帯においても非ひとり親世帯と比較して入院が多い傾向にあった（入院の割合比 2.28, 95%信頼区間 0.76-6.87）。きょうだいがいる世帯では、きょうだいがいない世帯と比べて、入院が少ない傾向にあった（有病割合比 0.46, 95%信頼区間 0.18-1.19）。

傷病の状況とその関連要因（表2-3-3）

1) 急性上気道感染症（表2-3-4）

観察期間中に急性上気道感染症による受診歴のある子どもは、286人（49.9%）であった。平均年齢は 8.7 歳で、標準偏差は 4.4 であった。急性上気道感染症は、女兒（52.7%）、きょうだいなし（53.1%）、ひとり親世帯（53.0%）であった。自治体 A では 47.8%、自治体 B では 55.0%であった。

また、多変量回帰分析の結果では、急性上気道感染症は、年齢、性別、きょうだいの有無、親の就労有無との関連はほとんどみられなかった。ひとり親世帯においては、非ひとり親世帯と比較して急性上気道感染症がやや多かった（有病割合比 1.21, 95%信頼区間 1.01-1.46）。外国籍の世帯では、日本国籍の世帯と比べて、急性上気道感染症が少ない傾向にあった（有病割合比 0.81, 95%信頼区間 0.55-1.19）。

2) 急性下気道感染症（表2-3-5）

観察期間中に急性下気道感染症による受診歴のある子どもは、219人（38.2%）であった。平均年齢は 8.6 歳で、標準偏差は 4.1 であった。急性下気道感染症は、男児（41.4%）、きょうだいなし（39.1%）、ひとり親世帯（38.1%）であった。自治体 A では 35.4%、自治体 B では 45.0%であった。

また、多変量回帰分析の結果では、急性下気道感染症は、年齢、性別、きょうだいの有無、ひとり親世帯かどうか、親の就労有無との関連はほとんどみられなかった。外国籍の世帯では、日本国籍の世帯と比べて、急性下気道感染症が少ない傾向にあった（有病割合比 0.63, 95%信頼区間 0.36-1.11）。

3) 外傷（けが・骨折）（表2-3-6）

観察期間中に外傷による受診歴のある子どもは、50人（8.7%）であった。平均年齢は 10.9 歳で、標準偏差は 2.8 であった。外傷は、男児（10.7%）、外国籍世帯（10.3%）であった。自治体 A では 5.0%、自治体 B では 17.8%であった。

また、多変量回帰分析の結果では、外傷は、年齢が 1 歳上昇するごとに 10%増加していた（有病割合比 1.10, 95%信頼区間 1.04-1.17）。男児では、女兒と比べて、外傷が多い傾向があった（有病割合比: 1.40, 95%信頼区間 0.81-2.41）きょうだいがいる世帯では、きょうだいがいない世帯と比べて外傷が多い傾向があった（有病割合比 1.28, 95%信頼区間 0.70-2.31）、ひとり親世帯かどうか、親の就労有無との関連はほとんどみられなかった。外国籍の世帯では、日本国籍の世帯と比べて、外傷が多い傾向があった（有病割合比 1.66, 95%信頼区間 0.60-4.64）。

4) 腸管感染症（表2-3-7）

観察期間中に腸管感染症による受診歴のある子どもは、101人（17.6%）であった。平均年齢は 8.5 歳で、標準偏差は 3.9 であった。腸管感染症は、男児（20.3%）、きょうだいなし（18.8%）、ひとり親世帯（18.5%）であった。自治体 A では 20.0%、自治体 B では 11.8%であった。

また、多変量回帰分析の結果では、腸管感染症は、年齢が 1 歳上昇するごとに 14%減少し

ていた（有病割合比 0.86, 95%信頼区間 0.83-0.90）。男児では、女児と比べて腸管感染症が多かった（有病割合比 1.44, 95%信頼区間 1.02-2.04）。きょうだいがいる場合にはいない場合と比べて腸管感染症が少ない傾向にあった（有病割合比 0.75, 95%信頼区間 0.52-1.08）。ひとり親世帯においては、非ひとり親世帯と比較して腸管感染症が多い傾向にあった（有病割合比 1.36, 95%信頼区間 0.92-2.01）。外国籍の世帯では、日本国籍の世帯と比べて、腸管感染症が多い傾向にあった（有病割合比 0.86, 95%信頼区間 0.60-1.23）。

5) アレルギー性鼻炎（表2-3-8）

観察期間中にアレルギー性鼻炎による受診歴のある子どもは、185人（32.3%）であった。平均年齢は 9.5 歳で、標準偏差は 4.0 であった。アレルギー性鼻炎は、男児（35.5%）、きょうだいなし（34.8%）、ひとり親世帯（35.8%）であった。自治体 A では 27.7%、自治体 B では 43.2%であった。

また、多変量回帰分析の結果では、アレルギー性鼻炎は、年齢、性別、きょうだいの有無、親の就労有無、国籍との関連はほとんどみられなかった。ひとり親世帯においては、非ひとり親世帯と比較してアレルギー性鼻炎が有意に多かった（有病割合比 1.41, 95%信頼区間 1.07-1.86）。

6) 気管支喘息（表2-3-9）

観察期間中に気管支喘息による受診歴のある子どもは、146人（25.5%）であった。平均年齢は 8.3 歳で、標準偏差は 4.2 であった。気管支喘息は、男児（27.2%）、きょうだいなし（27.1%）、ひとり親世帯（29.0%）であった。自治体 A では 22.5%、自治体 B では 20.1%であった。

また、多変量回帰分析の結果では、気管支喘息は、年齢が 1 歳上昇するごとに 7%減少していた（有病割合比 0.93, 95%信頼区間 0.91-0.96）。性別、きょうだいの有無、親の就労有無との関連はほとんどみられなかった。ひとり親世帯においては、非ひとり親世帯と比較して気管支喘息が有意に多かった（有病割合比 1.62, 95%信頼区間 1.16-2.26）。外国籍の世帯では、日本国籍の世帯と比べて、気管支喘息が少ない傾向にあった（有病割合比 0.69, 95%信頼区間 0.31-1.50）。

7) 結膜炎（表2-3-10）

観察期間中に結膜炎による受診歴のある子どもは、102人（17.8%）であった。平均年齢は 8.9 歳で、標準偏差は 4.1 であった。結膜炎は、男児（18.3%）、きょうだいなし（21.7%）、ひとり親世帯（19.1%）であった。自治体 A では 18.1%、自治体 B では 17.2%であった。

また、多変量回帰分析の結果では、結膜炎は、年齢、性別、国籍との関連はほとんどみられなかった。きょうだいがいる場合には、きょうだいなしの場合と比べて結膜炎が少ない傾向があった（有病割合比 0.75, 95%信頼区間 0.51-1.09）。親が就労している場合に、そうでない場合と比べて結膜炎が有意に少なかった（有病割合比 0.62, 95%信頼区間 0.42-0.91）。ひとり親世帯においては、非ひとり親世帯と比較して結膜炎がやや多い傾向があった（有病割合比 1.24, 95%信頼区間 0.84-1.84）。

8) 皮膚炎／湿疹（表2-3-11）

観察期間中に皮膚炎／湿疹による受診歴のある子どもは、108人（18.8%）であった。平均年齢は 7.8 歳で、標準偏差は 4.7 であった。皮膚炎／湿疹は、男児（21.0%）、きょうだい

なし（20.8%）、ひとり親世帯（21.7%）であった。自治体 A では 19.6%、自治体 B では 17.2%であった。

また、多変量回帰分析の結果では、皮膚炎／湿疹は、年齢が 1 歳上昇するごとに 11%減少していた（有病割合比 0.89, 95%信頼区間 0.86-0.93）。男児では、女児と比べて皮膚炎／湿疹が多い傾向があった（有病割合比 1.29, 95%信頼区間 0.93-1.78）。きょうだいがいる場合には、きょうだいがいない場合と比べて皮膚炎／湿疹が少ない傾向があった（有病割合比 0.72, 95%信頼区間 0.51-1.02）**ひとり親世帯においては、非ひとり親世帯と比較して皮膚炎／湿疹が多かった（有病割合比 1.81, 95%信頼区間 1.21-2.70）**。親の就労の有無や国籍との関連はほとんどみられなかった。

9) 口腔の疾患（表2-3-12）

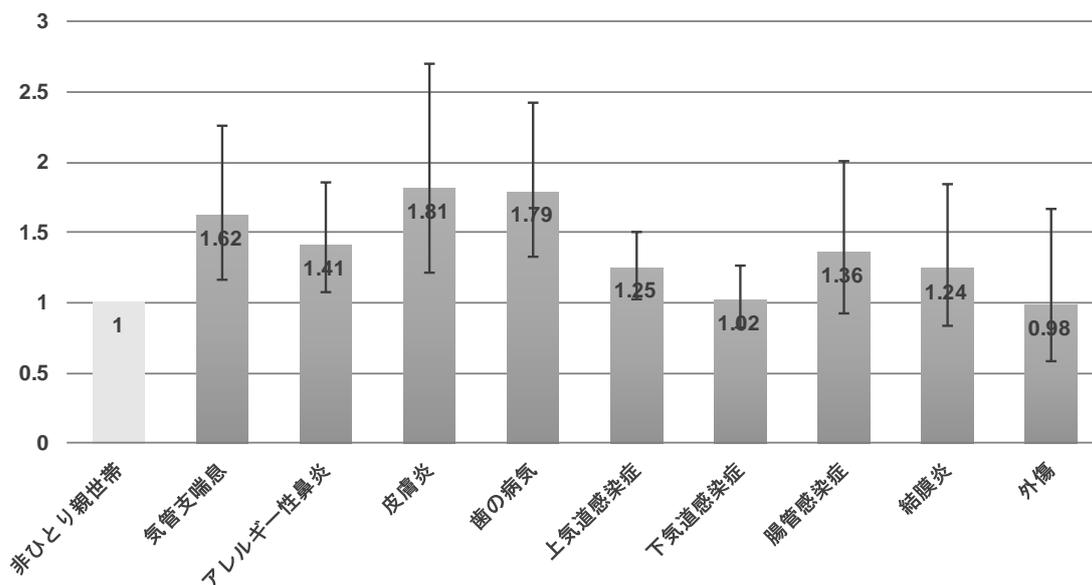
観察期間中に口腔・歯肉の疾患による受診歴のある子どもは、181 人（31.6%）であった。平均年齢は 9.5 歳で、標準偏差は 3.7 であった。口腔の疾患は、男児で 30.3%、女児で 32.9%であった。また、きょうだいなし（34.8%）、ひとり親世帯（36.8%）であった。外国籍では 48.7%であった。自治体 A では 30.0%、自治体 B では 35.5%であった。

また、多変量回帰分析の結果では、口腔の疾患は、年齢、性別、きょうだいの有無、親の就労有無との関連はほとんどみられなかった。**ひとり親世帯においては、非ひとり親世帯と比較して口腔の疾患が有意に多かった（有病割合比 1.79, 95%信頼区間 1.33-2.42）**。外国籍の世帯では、日本国籍の世帯と比べて、口腔の疾患が有意に多かった（有病割合比 1.81, 95%信頼区間 1.27-2.57）。

<結果のまとめ>

都市近郊 2 自治体の生活保護の基本管理データと医療扶助レセプトデータを用いて、子どもの入院や健康状態と関連する要因を分析した。入院に関しては、男児・ひとり親世帯の子どもにおいて多い傾向があった。上気道感染症・下気道感染症・腸管感染症・結膜炎・外傷などの急性疾患においては、個人や世帯の要因との関連がほとんどみられなかった。一方、喘息・アレルギー性鼻炎・皮膚炎／湿疹・口腔の疾患に関しては、ひとり親世帯の子どもにおいて、ひとり親でない世帯の子どもと比較して有意に多い結果であった。

図 2-3-1) 非ひとり親世帯を 1 とした場合の、
ひとり親世帯で生活する子どもの各疾病の有病割合比



【考察】

解釈の注意点

成人のデータ分析同様に、測定上の限界、因果関係かどうかわからないといった限界があるため注意して解釈されたい。

入院や、気管支喘息・アレルギー性鼻炎・皮膚炎／湿疹・口腔疾患（の受診率）がひとり親世帯で多かった理由についていくつかの可能性が考えられる。

1) 各慢性疾患の有病割合が実際にひとり親世帯で高い可能性

喘息をはじめとする子どもの慢性疾患がひとり親世帯で多いことは、国外の一般集団からの報告がある⁸⁹。今回の分析では、ひとり親世帯で特に気管支喘息や皮膚炎が多いことが示された。これについては、親ひとりで仕事・家事・子育てのすべてを行う事のストレスが関連している可能性がある¹⁰⁻¹²。親ひとりで孤軍奮闘状態となり、子どもへの十分なかか

わりができない、配慮ある接し方が難しいといった状況が生まれ、子どもの精神的ストレスの増大が起きている可能性がある¹³。

2) 実際には、慢性疾患の有病割合はひとり親世帯と非ひとり親世帯でほぼ同じである可能性

データ上はひとり親世帯のほうがそれ以外の世帯よりも子どもの慢性疾患が多かったというデータが得られたが、実際には、ひとり親世帯の親は、子どもの健康状態への配慮が多い、或いは不安な場合に相談できる相手が家族内や近隣にいないため、不安の解消のために医療機関を余計に受診するといった可能性も考えられる。

たとえば、ひとり親は子どもの健康に関してリテラシーが高い可能性^{14,15}や、ひとり親世帯では学童や保育園などの利用率が高いため、それらの施設を利用する中で、子どもの疾病に気づく可能性が高くなり受診につながっている可能性がある¹⁶。また、ひとり親世帯の場合、

福祉事務所が健康だけでなく生活全般について支援ニーズが高いと認識し、追加的な支援を行っている中で受診に結びついている可能性もある。

子どもの健康管理支援に向けての示唆

上述のように、ひとり親世帯で慢性疾患による受診が多い理由には様々なことが考えられるが、今回はデータの制約で理由までは明らかにできなかった。実際の健康支援に向けてより詳細なデータを用いて検証していくべきである。

入院に関しても、ひとり親世帯の子どもで起こりやすい傾向があったことから、例えば気管支喘息の様な慢性疾患の悪化がひとり親世帯で起きやすく、**発作予防のための定期通**

院などが十分できているのか、発作を起こしやすいような環境がないかなどを確認することで子どもの入院を予防できる可能性がある。入院は発生数が少ないため、今後より多くの対象者を集めた分析が必要である。

本研究でのひとり親世帯はほぼ母子世帯のデータであり、父子世帯はごく一部であった。被保護世帯には限らないものの、父子世帯の現状把握は重要である。今後はケーススタディなどを通じて、被保護父子世帯の状況や親子の健康状態を記述し把握することも求められよう。本分析は生活環境などの生活歴やそれぞれの疾病の重症度や治療内容がわからず、個人や地域の要因を十分に考慮できていないため、今後は縦断的な、詳細な生活歴などを考慮した分析が求められる。

4. 被保護者の頻回受診に関連する要因の分析

【目的】

昨年度の事業では、都市近郊の2自治体のみの分析結果であり、結果の一般化可能性に

限界があった。そこで今回は、地方の自治体のデータを新たに入手して分析を追加した。

<研究方法の詳細>

研究デザイン

横断研究。

対象者・観察期間

被保護者数が約5,000人(A)、約2,000人(B)、約5,000人(E)、約3,000人(F)の都市部近郊4自治体および約800人(C)、約600人(D)の地方の2自治体に住民登録しており、2016年4月時点で生活保護を受給しているもののうち、20歳以上の成人を対象とした。2017年3月までの1年間の医療扶助レセプトデータを抽出した。今回追加された自治体の特徴としては、前回分析した都市近郊2自治体に似た2自治体および、保護率が低く被保護者数が1,000人未満である地方の自治体という点があげられる。

データ

研究に用いるデータは昨年度の事業で用いたものと同様で、被保護者の基本管理データと医療扶助レセプトデータを結合したデータを用いた。

頻回受診の定義

医療扶助レセプトデータのうち、外来レセプトを抽出し、診療実日数が15日以上レセプトを特定した。該当する個人に、頻回受診の有無に関する二値変数を付与した。

統計分析

対象者に関して個人の性別・年齢・世帯構成（独居かどうか）・就労の有無・国籍・居住自治体などに関して記述統計量を算出した。また、頻回受診の発生数と発生割合に関する記述統計量を作成した。さらに、頻回受診の有無を被説明変数として、ロバスト標準誤差を推定したポアソン回帰分析を行った。個人や家庭、自治体の要因（性別・年齢・世帯構成（独居かどうか）・就労の有無・国籍・居住自治体など）を説明変数として分析した単変量回帰分析と、説明変数を組み合わせて分析した多変量回帰分析を行った。

【結果】

分析対象者の特徴（表2-4-1）

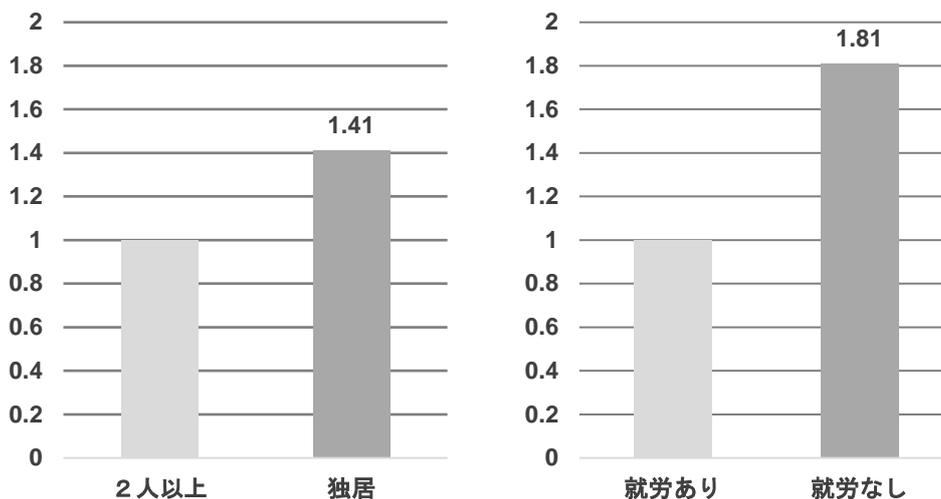
研究の対象となったのは15,739人であった。平均年齢は62.0歳で標準偏差は16.7であった。そのうち高齢者が8,160人（51.8%）、男性が7,077人（45.0%）、独居者は9,993人（63.5%）、就労していない者は13,423人（85.3%）であった。医療機関を頻回受診した者は435人（全体の2.8%）で、平均年齢が66.8歳、標準偏差は14.0であった。頻回受診者のうち、高齢者は279人（36.3%）、男性は197人

（45.3%）、独居者は319人（73.3%）、就労していない者は407人（93.6%）であった。

頻回受診に関連する要因（表2-4-2）

統計分析の結果、高齢者である場合に、若年者と比較して1.33倍頻回受診しやすかった。また、**独居であることは、2人以上で暮らしている場合と比較して、1.41倍頻回受診しやすく、就労していない場合も就労している場合と比べて1.81倍頻回受診しやすい傾向があった。**自治体によるばらつきもみられた。

図 2-4-1) 2人以上で住んでいる場合および就労している場合の頻回受診の頻度を1としたときの、独居者および不就労者の頻回受診の有病割合



都市近郊の4自治体および地方2自治体の成人被保護者の頻回受診と関連する要因を、先行研究に準じて個人の年齢、性別、居住人数、就労状況、国籍、障害認定自治体を調整して分析した。その結果、独居や不就労であることが頻回受診と関連しており、平成30年度厚生労働省社会福祉推進事業「社会的弱者への付き添い支援等社会的処方」の効果の検証および生活困窮家庭の子どもへの支援に関する調査研究³において示した結果と同様で、関連の大きさも同程度であった。頻回受診に関しては自治体間のばらつきが大きかったが、いずれの自治体でも、独居または不就労がリスクとなっていた。

【考察】

昨年度の分析と同様の結果がみられたことから、この関係は自治体の特性による偶然の関連ではない可能性が強まった。独居や就労がないなど社会的孤立を起しやすい状況が、不安等を助長させ、医療機関への受診を促している可能性が考えられる。しかし、健康状態や社会経済状況が悪いため独居や不就労である逆因果の可能性などが考えられるため、必ずしも独居や不就労であることと頻回受診の因果関係は本研究結果からは断定できない。

なお、データは都市近郊の4自治体と地方の2自治体のものを用いたが、いずれも政令市や中核市ではない。政令市等の規模の大きい自治体でのデータを用いた分析も求められる。

<引用文献>

1. データに基づいた生活保護受給者の健康管理支援について（議論のまとめ）．厚生労働省．2017年．
2. Gelb BD. Incentives to Increase Survey Returns - Social Class Considerations. *Journal of Marketing Research*. 1975;12(1):107-109.
3. 近藤尚己（編著）、西岡大輔（編著）、高木大資、森田直美、上野恵子（編）、小貫美幸（編）．「付き添い」のちから生活困窮者の医療サービス利用の実態及び受診同行支援の効果に関する調査研究（平成30年度厚生労働省社会福祉推進事業「社会的弱者への透き添い支援等社会的処方の効果の検証および生活困窮家庭の子どもへの支援に関する調査研究」報告書）．日本老年学的評価研究機構（代表・近藤克則）．2019年．
4. 平成30年度報告書「第4回子どもの健康・生活実態調査」．足立区衛生部こころとからだの健康づくり課健康づくり係．2019年．
5. Abe A. Poverty among Japanese Children and Youths: Issues & Policies. The Ministry of Health, Labour and Welfare.
6. Organization WH. 10 facts about early child development as a social determinant of health.
7. Pearce A, Dundas R, Whitehead M, Taylor-Robinson D. Pathways to inequalities in child health. *Arch Dis Child*. 2019;104(10):998-1003.
8. Moncrief T, Beck AF, Simmons JM, Huang B, Kahn RS. Single parent households and increased child asthma morbidity. *Journal of Asthma*. 2014;51(3):260-266.
9. Shiba K, Kondo N. The Global Financial Crisis and Overweight among Children of Single Parents: A Nationwide 10-Year Birth Cohort Study in Japan. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(6):1001.
10. McKenzie C, Silverberg JI. Association of family structure with atopic dermatitis in US children. *J Am Acad Dermatol*. 2018;79(4):638-644 e634.
11. Meier A, Musick K, Flood S, Dunifon R. Mothering Experiences: How Single Parenthood and Employment Structure the Emotional Valence of Parenting. *Demography*. 2016;53(3):649-674.
12. Raymo JM, Park H, Iwasawa M, Zhou Y. Single Motherhood, Living Arrangements, and Time With Children in Japan. *J Marriage Fam*. 2014;76(4):843-861.
13. Raymo JM. Single Motherhood and Children's Health and School Performance in Japan. *Marriage Fam Rev*. 2016;52(1-2):64-88.
14. Mullins LL, Wolfe-Christensen C, Chaney JM, et al. The relationship between single-parent status and parenting capacities in mothers of youth with chronic health conditions: The mediating role of income. *Journal of Pediatric Psychology*. 2010;36(3):249-257.
15. Mullins LL, Wolfe-Christensen C, Pai AL, et al. The relationship of parental overprotection, perceived child vulnerability, and parenting stress to uncertainty in youth with chronic illness. *J Pediatr Psychol*. 2007;32(8):973-982.
16. Gage-Bouchard EA. Social support, flexible resources, and health care navigation. *Soc Sci Med*. 2017;190:111-118.

II. 被保護者の特性データを用いた健康診断を受診しにくいグループの抽出

概要

健診受診勧奨は健康管理支援事業の中核的な取り組みの一つである。どのような特徴をもつ集団への受診勧奨を強化すべきかを検討するために、ある2自治体における福祉事務所の被保護者基本管理データと、独自に実施したアンケートデータを使って、健診未受診と関連する要因を決定木分析という手法で検討した。

その結果、働き世代（16-64歳）の女性で、外出機会が週1回未満である場合に健診未受診割合が高いことがわかった（90%）。男性では外出機会が週1回未満かつ就労しているが教育歴が12年以下である場合に健診未受診割合が高かった（70%）。高齢者では看病や世話をしている人（介護者など）が未受診割合の高い特徴的な集団であった（76.1%）。

人口規模の小さい2つの自治体での検討であるため、一般化するのは難しいが、被保護者のなかでも特に社会的に孤立しやすい人々や介護等の看病中の人々の健診受診が少なかった。これらは、比較的簡易に収集・評価できる項目であり、地域の実情を考えながら対応の優先順位付けに活用できるだろう。特徴的な集団が抽出されていない被保護者も多く、更なる要因を明らかにすることも必要である。

背景

被保護者健康管理支援事業の主要な取り組みに健康診断（健診）の受診勧奨がある¹（「被保護者健康管理支援事業の手引き」第3章）。一般的に、被保護者の健診受診率は低く、保護期間が長期化するほどに受診率は低下することが知られている²。健診受診は健康の自己管理の手段であるが、被保護者の健康管理支援上は、保健師や管理栄養士等の保健専門職との接点を作るきっかけとして活用する事例もある^{3,4}（第3章）。

健診受診勧奨はケースワーカーの面談時や一斉はがき送信等で通知している現状があるが、健康づくりへの意識が低い場合や、住んでいる場所や仕事等による生活の多忙さ、交通手段の有無の事情によって健診の機会へのアクセスが悪い場合などは、そういった受診勧奨や健診の情報提供だけでは不十分になる可能性がある。

「被保護者健康管理支援事業の手引き」¹では、既存のデータの分析に加え、被保護者の暮らしぶりや生活状況に関する情報（フェイス

シート)を収集し、対象者の一定の基準に基づいて絞り込みを行うことが推奨されている。これらのデータを活用して健診受診しにくい集団を特定することで、それらの人々に特化した対応を強化できる。

そこで、上記の「フェイスシート」項目を参考にして、ある2自治体で実施した被保護者への生活状況に関するアンケート結果のデータを用いて、健診受診の有無と関連する集団を予測した。

<研究方法の詳細>

研究デザイン

横断研究。

対象者

被保護者数がそれぞれ約800人、約600人の地方の2自治体に住民登録しており、2019年1月時点で生活保護受給している世帯の世帯主のうち、ケースワーカーが回答協力を得られると判断した者を対象とした。

データ

自治体が所有している被保護者の基本情報の管理データと生活状況に関するアンケートデータを個人単位で結合した。

被保護者の基本管理データ：

受給の可否や支給額などを決定するために用いられる台帳データである。世帯構成・収入(個人・世帯)・就労状況(職種・就労日数)・障害・傷病の有無(精神・知的・身体障害、精神疾患、アルコール依存、その他の疾患、健康に異常なし)・住居種類(公営住宅・賃貸住宅・持家・その他)、保護となった理由や国籍などが含まれる。生活保護担当部署の職員によって聴取され入力されるものである。

アンケートデータ：

各被保護世帯ごとに、留め置き方式(アンケートを郵送して、訪問時に回収する方法)で収集した。被保護者には事前に記入できるところを記入してもらい、空白部分などについては、ケースワーカーが追加で質問するなど、回答の援助を行った。

・ 健診未受診の判断：

アンケートには、「過去1年間に、健診を受診しましたか。」という設問を含めた(資料2-1)。その回答結果から健診受診の有無に関する二値変数を加工した。

・ 健診未受診と関連する可能性があるものとして用いた情報：

個人の性別・世帯構成(独居かどうか)・就労の有無・学歴・認定された障害の有無・看病世話の授受の有無・外出機会の頻度・友人知人に会う頻度を用いた。これらを選んだ理由については後述する。

統計解析手法：

決定木分析を行った。分枝を多くすることに本データに過度に適合してしまい(オーバーフィッティング)、一般化可能性が得られにくくなるため分枝を4回までに留め、年齢別に分析した(65歳未満/65歳以上)。回答に欠損がある対象者は分析から除外した。統計ソフトはJMP pro 14.2を用いた。

【結果】

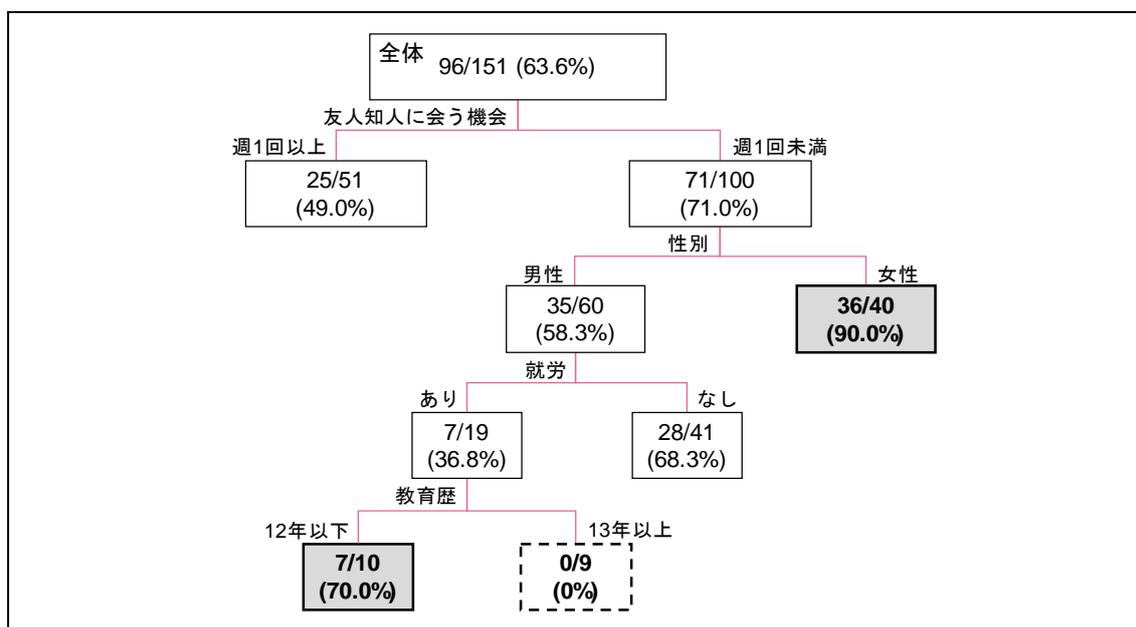
基本集計結果

2019年1月時点で生活保護を受給している世帯主は1,275世帯であった。そのうちアンケートを渡すことができ、回答できたのは392人であった（回答率：30.7%）。回答者の平均年齢は65.8歳で標準偏差は13.0であった。そのうち高齢者が226人（57.7%）、男性が194人（45.0%）、独居者は301人（76.8%）、就労していない者は316人（85.3%）であった。回答に欠損がない対象者は346人であった。有効回答が得られた346人のうち、健診未受診者は207人（59.8%）であった。

決定木分析の結果

若年成人（65歳未満）では、151人中96人（63.6%）が過去1年に健診を受診していないと回答した。決定木分析の結果、友人知人に会う機会が週1回以上である被保護者では51人中25人（49.0%）が健康診断を受診していなかった。友人知人に会う機会が週1回未満の女性では、未受診者割合が90%であり、それ以外に健診未受診と関連する要因はみつからなかった。また、友人知人に会う機会が週1回未満の男性で、就労しているが教育歴が高校卒業以下（教育を受けた年数が12年以下）である場合には未受診者割合が70%、教育を受けた年数が13年以上の場合には未受診者は0%で全くいなかった（図A）。

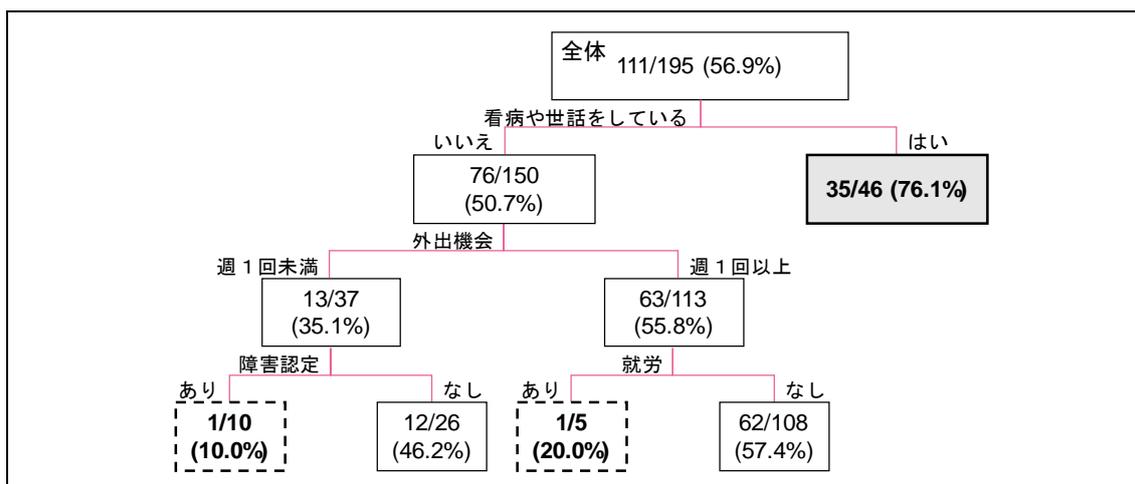
図A) 決定木分析によって分類されたグループごとの健診未受診者割合（65歳未満の成人被保護者）



高齢者では、195人中111人（56.9%）が過去1年に健診を受診していないと回答した。決定木分析の結果、看病や世話をすると回答した場合には、未受診者割合が76.1%であった。一方、看病や世話をすると

がおらず、外出機会が週1回未満、障害認定を受けている場合には未受診者割合は10%、看病や世話をすると回答した場合には、未受診者割合が週1回以上・就労ありの場合には20%であった（図B）。

図 B) 決定木分析によって分類されたグループごとの健診未受診者割合 (65 歳以上の高齢被保護者)



<結果のまとめ>

決定木分析の結果、いくつかの特徴をもつ集団に分類された。

- 1) 働き世代 (65歳未満) 全体の未受診割合 : 63.6%
 - a. 友人知人に会う機会が週 1 回以上の場合 : 未受診割合 49%
 - b. 友人知人に会う機会が週 1 回未満+女性 : 未受診割合 90%
 - c. 友人知人に会う機会が週 1 回未満+男性+就労あり+教育を受けた年数が 12 年以下 : 未受診割合 70%
 - d. 友人知人に会う機会が週 1 回未満+男性+就労あり+教育を受けた年数が 13 年以上 : 未受診者は 0%

- 2) 高齢者 (65以上) 全体の未受診割合 : 56.9%
 - a. 看病や世話をする相手あり : 未受診割合 76.1%
 - b. 看病や世話をする相手なし+外出機会が週 1 回未満+障害認定あり : 未受診割合 10%
 - c. 看病や世話をする相手なし+外出機会が週 1 回以上+就労あり : 未受診割合 20%

【考察】**結果の解釈の注意点**

前述のように、2自治体データの分析であり、回収率が高いとは言えないため、全国の状態へと一般化するには注意が必要である。例えば、回答者の偏りにより、健診未受診者の割合が少なく見積もられているなどの可能性がある。今回はケースワーカーの負担を考慮して、協力を得やすい被保護者（普段からケースワーカーとのやり取りが多いなど）のみにアンケートが収集された。世帯主が回答できない場合には、世帯員に代理回答をしてもらうなども行った。ケースワーカー等とのやり取りの多い被保護者や、代理回答ができるような支援者がいる場合には、普段から健診受診勧奨や健診の受診に対する支援を受けている可能性がある。第二に、回答が欠損している対象者を分析対象から除外しており、結果を歪めている可能性がある。第三に、自己回答式であり、実際には健診に該当しないものを健診と回答したり健診を受けているにも関わらず健診と認識していないといった誤った分類が生じている可能性がある。

実際の応用にむけて

たとえば、女性は外出が少ない（閉じこもり・引きこもり）人、男性では外出が少なく、かつ就労していない人、あるいは就労していても、教育歴が少ない人、というように、これらの結果を使って健診受診勧奨の優先順位をつけられる。

今回評価した項目は、いずれも一般の人々を対象とした先行研究で健診未受診と関連する可能性が指摘されているものであり、その中から、上記「フェイスシート」に含まれており、福祉事務所で比較的簡便に収集できると思われるものを用いたため、応用しやすいと思われる。

今回用いた決定木分析や多変量解析により、被保護者の生活状況等のデータを分析することで事業の優先的な実施対象者を絞り込める。各福祉事務所に既に所有しているデータでもこのような分析は可能である。

健診未受診に限らず、医療扶助レセプトデータから頻回受診・重複受診・重複処方などの有無を抽出して結果変数とし同様の分析を行うことで他の特徴的な受診行動をする集団を特定し、効果的な指導や支援につなげることができる。

決定木分析は、今回評価した健診未受診の様に、人々を特性に応じてグループ分けすることができるため、実際の保健活動のターゲット選定に有益である。各変数の分け方（例えば友人知人と会う回数）など、連続値や順序のある値を持つ変数を、どの値で分類するかについても、統計モデルの当てはまりの観点で自動的に分類してくれる解析ソフトウェアも多い。本分析では一般化を保つために分枝を4回に限定したが、分析対象者を増やせば、さらに分枝させることができる。そうすることで、自治体等の特徴を踏まえたより正確な集団抽出が可能と考えられる。

<引用文献>

1. 被保護者健康管理支援事業の手引き。厚生労働省。2018年。
2. 齋藤順子，近藤尚己，高木大資。生活保護受給者における健診受診関連要因——基本属性調査を対象として。厚生指標 2018;65(5):15-20。
3. 近藤尚己（編著），西岡大輔（編著），高木大資，森田直美，上野恵子（編），小貫美幸（編）。「付き添い」のちから生活困窮者の医療サービス利用の実態及び受診同行支援の効果に関する調査研究（平成30年度厚生労働省社会福祉推進事業「社会的弱者への透き添い支援等社会的処方効果の検証および生活困窮家庭の子どもへの支援に関する調査研究」報告書）。日本老年学的評価研究機構（代表・近藤克則）。2019年。
4. 高橋真奈美。川崎市における健康管理支援の取り組み—生活保護受給者への生活習慣病重症化予防対策—。日本健康教育学会誌 2016;24(1):37-42。

2章 付録

表 2-2-1) 若年被保護者（16-64 歳）の社会背景ごとの各疾病の有病割合（疾病による受診ありの割合）

		対象者全員 (N=3030)		受診歴あり (N=2643)		高血圧 (N=746)		糖尿病 (N=763)		慢性腎臓病 (N=102)		慢性閉塞性肺疾患 (N=44)		気管支喘息 (N=415)		口腔の疾患 (N=1153)	
		n	(%)	人数 (平均)	% (標準 偏差)	人数 (平均)	% (標準 偏差)	人数 (平均)	% (標準 偏差)	人数 (平均)	% (標準 偏差)	人数 (平均)	% (標準 偏差)	人数 (平均)	% (標準 偏差)	人数 (平均)	% (標準 偏差)
年齢	1 歳ごと	46.7±13.1		47.2	(12.8)	(54.8)	(7.7)	51.8	(9.8)	53.3	(8.7)	56.3	(8.1)	46.7	(12.2)	46.7	(12.5)
性別																	
	女性	1470	48.5	1,310	89.1%	266	18.1%	349	23.7%	28	1.9%	17	1.2%	263	17.9%	614	41.8%
	男性	1560	51.5	1,333	85.4%	480	30.8%	414	26.5%	74	4.7%	27	1.7%	152	9.7%	539	34.6%
世帯人数																	
	独居	1726	57.0	1,534	88.9%	538	31.2%	518	30.0%	82	4.8%	25	1.4%	202	11.7%	650	37.7%
	2 人以上	1304	43.0	1,109	85.0%	208	16.0%	245	18.8%	20	1.5%	19	1.5%	213	16.3%	503	38.6%
世帯構成																	
	ひとり親世帯	373	12.3	327	87.7%	29	7.8%	58	15.5%	3	0.8%	5	1.3%	66	17.7%	161	43.2%
	その他の世帯	2657	87.7	2,316	87.2%	717	27.0%	705	26.5%	99	3.7%	39	1.5%	349	13.1%	992	37.3%
就労																	
	なし	2067	68.2	1,848	89.4%	578	28.0%	573	27.7%	93	4.5%	33	1.6%	272	13.2%	782	37.8%
	あり	963	31.8	795	82.6%	168	17.4%	190	19.7%	9	0.9%	11	1.1%	143	14.8%	371	38.5%
世帯主の国籍																	
	日本	2910	96.0	2,534	87.1%	724	24.9%	744	25.6%	99	3.4%	42	1.4%	403	13.8%	1,100	37.8%
	日本以外	120	4.0	109	90.8%	22	18.3%	19	15.8%	3	2.5%	2	1.7%	12	10.0%	53	44.2%
介護認定																	
	なし	2969	98.0	2,585	87.1%	704	23.7%	743	25.0%	96	3.2%	42	1.4%	410	13.8%	1,129	38.0%
	要支援	10	0.3	9	90.0%	7	70.0%	4	40.0%	2	20.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	10.0%
	要介護	51	1.7	49	96.1%	35	68.6%	16	31.4%	4	7.8%	2	3.9%	5	9.8%	23	45.1%
障害認定																	
	なし	2302	76.0	1965	85.4%	532	23.1%	538	23.4%	54	2.3%	37	1.6%	308	13.4%	843	36.6%
	精神障害	436	14.4	411	94.3%	92	21.1%	140	32.1%	7	1.6%	3	0.7%	72	16.5%	203	46.6%
	知的障害	83	2.7	71	85.5%	18	21.7%	15	18.1%	0	0.0%	1	1.2%	9	10.8%	29	34.9%
	身体障害	209	6.9	196	93.8%	104	49.8%	70	33.5%	41	19.6%	3	1.4%	26	12.4%	78	37.3%
自治体																	
	A	2278	75.2	1,960	86.0%	535	23.5%	548	24.1%	75	3.3%	75	3.3%	314	13.8%	881	38.7%
	B	752	24.8	683	90.8%	211	28.1%	215	28.6%	27	3.6%	25	3.3%	101	13.4%	272	36.2%

表 2-2-2) 若年被保護者 (16-64 歳) における高血圧症 (による受診歴) の有病割合比 (参照カテゴリに対して有病割合が何倍か)

		単変量解析			多変量解析		
		粗有病割合比	95%信頼区間		有病割合比	95%信頼区間	
年齢	1 歳ごと	1.07	1.06	1.07	1.06	1.05	1.06
性別							
	女性	参照			参照		
	男性	1.77	1.56	2.02	1.39	1.23	1.58
世帯人数							
	2 人以上	参照			参照		
	独居	1.87	1.63	2.15	1.07	0.93	1.23
世帯構成							
	その他の世帯	参照			参照		
	ひとり親世帯	0.29	0.20	0.41	0.74	0.52	1.05
就労							
	あり	参照			参照		
	なし	1.48	1.27	1.72	1.15	1.00	1.33
世帯主の国籍							
	日本	参照			参照		
	日本以外	0.71	0.48	1.03	0.80	0.55	1.15
介護認定							
	なし	参照			参照		
	要支援	2.86	2.00	4.07	1.44	1.03	2.00
	要介護	2.62	2.17	3.17	1.29	1.02	1.63
障害認定							
	なし	参照			参照		
	精神障害	0.60	0.48	0.75	0.81	0.67	0.98
	知的障害	0.51	0.17	1.60	1.17	0.79	1.71
	身体障害	1.06	0.97	1.15	1.33	1.13	1.56
自治体							
	A	参照			参照		
	B	1.13	0.99	1.29	1.10	0.97	1.24

ポアソン回帰分析の結果。太字は統計的に有意な値を示す (両側 $p < 0.05$)。多変量解析では、当該要因以外の要因の影響は統計的に除いた値が示されている。

表 2-2-3) 若年被保護者 (16-64 歳) における糖尿病 (による受診歴) の有病割合比 (参照カテゴリに対して有病割合が何倍か)

		単変量解析			多変量解析		
		粗有病割合比	95%信頼区間		有病割合比	95%信頼区間	
年齢	1 歳ごと	1.03	1.03	1.04	1.03	1.03	1.04
性別							
	女性	参照			参照		
	男性	1.17	1.03	1.31	1.00	0.89	1.13
世帯人数							
	2 人以上	参照			参照		
	独居	1.53	1.34	1.74	1.12	0.97	1.30
世帯構成							
	その他の世帯	参照			参照		
	ひとり親世帯	0.58	0.46	0.74	0.97	0.75	1.27
就労							
	あり	参照			参照		
	なし	1.30	1.13	1.49	1.13	0.98	1.31
世帯主の国籍							
	日本	参照			参照		
	日本以外	0.59	0.39	0.90	0.63	0.43	0.94
介護認定							
	なし	参照			参照		
	要支援	1.55	0.74	3.22	1.12	0.53	2.33
	要介護	1.14	0.76	1.71	0.78	0.51	1.19
障害認定							
	なし	参照			参照		
	精神障害	1.24	1.07	1.45	1.17	1.00	1.37
	知的障害	0.77	0.49	1.22	0.89	0.57	1.38
	身体障害	1.30	1.07	1.60	1.08	0.87	1.32
自治体							
	A	参照			参照		
	B	1.13	0.99	1.28	1.08	0.95	1.22

ポアソン回帰分析の結果。太字は統計的に有意な値を示す (両側 $p < 0.05$)。多変量解析では、当該要因以外の要因の影響は統計的に除いた値が示されている。

表 2-2-4) 若年被保護者 (16-64 歳) における慢性腎臓病 (による受診歴) の有病割合比 (参照カテゴリに対して有病割合が何倍か)

		単変量解析			多変量解析		
		粗有病割合比	95%信頼区間		有病割合比	95%信頼区間	
年齢	1 歳ごと	1.05	1.03	1.07	1.02	1.00	1.04
性別							
	女性	参照			参照		
	男性	2.60	1.69	3.99	1.74	1.15	2.64
世帯人数							
	2 人以上	参照			参照		
	独居	2.96	1.83	4.80	1.65	1.00	2.74
世帯構成							
	その他の世帯	参照			参照		
	ひとり親世帯	0.21	0.07	0.67	0.80	0.22	2.88
就労							
	あり	参照			参照		
	なし	4.45	2.25	8.77	2.91	1.49	5.72
世帯主の国籍							
	日本	参照			参照		
	日本以外	0.70	0.23	2.19	1.04	0.34	3.17
介護認定							
	なし	参照			参照		
	要支援	5.98	1.73	20.64	1.79	0.37	8.60
	要介護	2.20	0.84	5.74	0.55	0.19	1.57
障害認定							
	なし	参照			参照		
	精神障害	0.62	0.28	1.35	0.53	0.24	1.15
	知的障害	-	-	-	-	-	-
	身体障害	7.61	5.21	11.11	5.25	3.52	7.83
自治体							
	A	参照			参照		
	B	1.03	0.67	1.59	0.97	0.64	1.46

ポアソン回帰分析の結果。太字は統計的に有意な値を示す (両側 $p < 0.05$)。多変量解析では、当該要因以外の要因の影響は統計的に除いた値が示されている。

表 2-2-5) 若年被保護者 (16-64 歳) における慢性閉塞性肺疾患 (による受診歴) の有病割合比 (参照カテゴリに対して有病割合が何倍か)

		単変量解析			多変量解析		
		粗有病割合比	95%信頼区間		有病割合比	95%信頼区間	
年齢	1 歳ごと	1.09	1.05	1.13	1.10	1.06	1.14
性別							
	女性	参照			参照		
	男性	1.56	0.85	2.85	1.60	0.88	2.90
世帯人数							
	2 人以上	参照			参照		
	独居	0.95	0.53	1.72	0.60	0.32	1.11
世帯構成							
	その他の世帯	参照			参照		
	ひとり親世帯	0.91	0.36	2.29	2.41	0.87	6.71
就労							
	あり	参照			参照		
	なし	1.29	0.66	2.54	1.19	0.60	2.33
世帯主の国籍							
	日本	参照			参照		
	日本以外	1.11	0.27	4.52	0.96	0.22	4.18
介護認定							
	なし	参照			参照		
	要支援	-	-	-	-	-	-
	要介護	2.51	0.63	10.09	1.38	0.37	5.19
障害認定							
	なし	参照			参照		
	精神障害	0.39	0.12	1.25	0.47	0.14	1.54
	知的障害	0.75	0.10	5.38	1.09	0.15	8.11
	身体障害	0.81	0.25	2.61	0.56	0.17	1.89
自治体							
	A	参照			参照		
	B	0.96	0.49	1.88	0.96	0.47	1.95

ポアソン回帰分析の結果。太字は統計的に有意な値を示す (両側 $p < 0.05$)。多変量解析では、当該要因以外の要因の影響は統計的に除いた値が示されている。

表 2-2-6) 若年被保護者 (16-64 歳) における気管支喘息 (による受診歴) の有病割合比 (参照カテゴリに対して有病割合が何倍か)

		単変量解析			多変量解析		
		粗有病割合比	95%信頼区間		有病割合比	95%信頼区間	
年齢	1 歳ごと	1.00	0.99	1.00	1.00	1.00	1.01
性別							
	女性	参照			参照		
	男性	0.57	0.47	0.68	0.61	0.50	0.74
世帯人数							
	2 人以上	参照			参照		
	独居	0.69	0.57	0.82	0.73	0.59	0.90
世帯構成							
	その他の世帯	参照			参照		
	ひとり親世帯	1.34	1.06	1.70	0.97	0.75	1.26
就労							
	あり	参照			参照		
	なし	0.82	0.68	0.98	0.87	0.72	1.05
世帯主の国籍							
	日本	参照			参照		
	日本以外	0.69	0.40	1.19	0.62	0.36	1.06
介護認定							
	なし	参照			参照		
	要支援	-	-	-	-	-	-
	要介護	0.64	0.28	1.48	0.68	0.29	1.59
障害認定							
	なし	参照			参照		
	精神障害	1.12	0.88	1.41	1.22	0.96	1.56
	知的障害	0.81	0.44	1.50	0.85	0.45	1.60
	身体障害	0.85	0.58	1.23	1.04	0.71	1.54
自治体							
	A	参照			参照		
	B	0.92	0.75	1.13	0.92	0.75	1.13

ポアソン回帰分析の結果。太字は統計的に有意な値を示す (両側 $p < 0.05$)。多変量解析では、当該要因以外の要因の影響は統計的に除いた値が示されている。

表 2-2-7) 若年被保護者 (16-64 歳) における口腔の疾患 (による受診歴) の有病割合比 (参照カテゴリに対して有病割合が何倍か)

		単変量解析			多変量解析		
		粗有病割合比	95%信頼区間		有病割合比	95%信頼区間	
年齢	1 歳ごと	1.00	0.99	1.00	1.00	0.99	1.00
性別							
	女性	参照			参照		
	男性	0.86	0.79	0.94	0.89	0.81	0.97
世帯人数							
	2 人以上	参照			参照		
	独居	0.93	0.86	1.02	1.08	0.94	1.25
世帯構成							
	その他の世帯	参照			参照		
	ひとり親世帯	1.15	1.02	1.30	1.00	0.90	1.11
就労							
	あり	参照			参照		
	なし	0.91	0.83	0.99	0.93	0.85	1.03
世帯主の国籍							
	日本	参照			参照		
	日本以外	1.12	0.92	1.37	1.10	0.90	1.35
介護認定							
	なし	参照			参照		
	要支援	0.25	0.04	1.62	0.28	0.04	1.79
	要介護	1.07	0.80	1.45	1.19	0.87	1.63
障害認定							
	なし	参照			参照		
	精神障害	1.15	1.03	1.29	1.21	1.08	1.35
	知的障害	0.95	0.72	1.27	0.98	0.73	1.30
	身体障害	0.93	0.78	1.11	0.98	0.81	1.18
自治体							
	A	参照			参照		
	B	0.89	0.80	0.98	0.88	0.79	0.97

ポアソン回帰分析の結果。太字は統計的に有意な値を示す (両側 $p < 0.05$)。多変量解析では、当該要因以外の要因の影響は統計的に除いた値が示されている。

表 2-2-8) 高齢被保護者（65 歳以上）の社会背景ごとの各疾病の有病割合（疾病による受診ありの割合）

		対象者全員 (N=3165)		受診歴あり (N=2921)		高血圧 (N=1871)		糖尿病 (N=1122)		慢性腎臓病 (N=171)		慢性閉塞性肺疾患 (N=181)		気管支喘息 (N=381)		口腔疾患 (N=922)	
		n	(%)	人数 (平均)	% (標準 偏差)	人数 (平均)	% (標準 偏差)	人数 (平均)	% (標準 偏差)	人数 (平均)	% (標準 偏差)	人数 (平均)	% (標準 偏差)	人数 (平均)	% (標準 偏差)	人数 (平均)	% (標準 偏差)
年齢	1 歳ごと	75.1±6.93		75.2	(7.0)	75.6	(6.9)	74.5	(6.4)	75.1	(7.1)	75.9	(7.3)	75.1	(6.9)	74.1	(6.4)
性別																	
	女性	1,682	53.1	1,598	95.0%	1,002	59.6%	575	34.2%	78	4.6%	82	4.9%	241	14.3%	509	30.3%
	男性	1,483	46.9	1,323	89.2%	869	58.6%	547	36.9%	93	6.3%	135	9.1%	140	9.4%	413	27.8%
世帯人数																	
	独居	2,264	71.5	2,081	91.9%	1,317	58.2%	792	35.0%	123	5.4%	149	6.6%	266	11.7%	678	29.9%
	2 人以上	901	28.5	840	93.2%	554	61.5%	330	36.6%	48	5.3%	68	7.5%	115	12.8%	244	27.1%
就労																	
	なし	2,906	91.8	2,696	92.8%	1,749	60.2%	1,042	35.9%	163	5.6%	205	7.1%	356	12.3%	840	28.9%
	あり	259	8.2	225	86.9%	122	47.1%	80	30.9%	8	3.1%	12	4.6%	25	9.7%	82	31.7%
世帯主の国籍																	
	日本	3,112	98.3	2,874	92.4%	1,842	59.2%	1,105	35.5%	170	5.5%	214	6.9%	374	12.0%	900	28.9%
	日本以外	53	1.7	47	88.7%	29	54.7%	17	32.1%	1	1.9%	3	5.7%	7	13.2%	22	41.5%
介護認定																	
	なし	2,331	73.6	2,110	90.5%	1,325	56.8%	815	35.0%	119	5.1%	160	6.9%	270	11.6%	660	28.3%
	要支援	194	6.1	190	97.9%	136	70.1%	86	44.3%	9	4.6%	14	7.2%	38	19.6%	58	29.9%
	要介護	640	20.2	621	97.0%	410	64.1%	221	34.5%	43	6.7%	43	6.7%	73	11.4%	204	31.9%
障害認定																	
	なし	2,769	87.5	2,538	91.7%	1,645	59.4%	982	35.5%	126	4.6%	197	7.1%	340	12.3%	787	28.4%
	精神障害	120	3.8	116	96.7%	45	37.5%	39	32.5%	1	0.8%	4	3.3%	10	8.3%	35	29.2%
	知的障害	6	0.2	6	100.0%	2	33.3%	2	33.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	16.7%	4	66.7%
	身体障害	270	8.5	261	96.7%	179	66.3%	99	36.7%	44	16.3%	16	5.9%	30	11.1%	96	35.6%
自治体																	
	A	2,280	72.0	2,078	91.1%	1,311	57.5%	782	34.3%	124	5.4%	138	6.1%	273	12.0%	667	29.3%
	B	885	28.0	843	95.3%	560	63.3%	340	38.4%	47	5.3%	79	8.9%	108	12.2%	255	28.8%

表 2-2-9) 高齢被保護者（65 歳以上）における高血圧症（による受診歴）の有病割合比（参照カテゴリに対して有病割合が何倍か）

		単変量解析			多変量解析		
		粗有病割合比	95%信頼区間		有病割合比	95%信頼区間	
年齢	1 歳ごと	1.01	1.00	1.01	1.01	1.00	1.01
性別							
	女性	参照			参照		
	男性	1.05	0.99	1.11	1.08	1.02	1.14
世帯人数							
	2 人以上	参照			参照		
	独居	0.96	0.90	1.02	0.96	0.91	1.02
就労							
	あり	参照			参照		
	なし	1.20	1.06	1.35	1.16	1.02	1.31
世帯主の国籍							
	日本	参照			参照		
	日本以外	0.96	0.77	1.21	0.80	0.55	1.15
介護認定							
	なし	参照			参照		
	要支援	1.14	1.04	1.25	1.15	1.04	1.26
	要介護	1.05	0.98	1.12	1.01	0.95	1.09
障害認定							
	なし	参照			参照		
	精神障害	0.60	0.48	0.75	0.60	0.48	0.76
	知的障害	0.51	0.17	1.60	0.55	0.17	1.78
	身体障害	1.06	0.97	1.15	1.04	0.96	1.14
自治体							
	A	参照			参照		
	B	1.05	0.99	1.12	1.07	1.01	1.13

ポアソン回帰分析の結果。太字は統計的に有意な値を示す（両側 $p < 0.05$ ）。多変量解析では、当該要因以外の要因の影響は統計的に除いた値が示されている。

表 2-2-10) 高齢被保護者（65 歳以上）における糖尿病（による受診歴）の
有病割合比（参照カテゴリに対して有病割合が何倍か）

		単変量解析			多変量解析		
		粗有病割合比	95%信頼区間		有病割合比	95%信頼区間	
年齢	1 歳ごと	0.98	0.98	0.99	0.98	0.98	0.99
性別							
	女性	参照			参照		
	男性	1.15	1.05	1.26	1.12	1.02	1.23
世帯人数							
	2 人以上	参照			参照		
	独居	0.97	0.88	1.07	0.97	0.88	1.07
就労							
	あり	参照			参照		
	なし	1.09	0.91	1.30	1.14	0.95	1.37
世帯主の国籍							
	日本	参照			参照		
	日本以外	0.94	0.64	1.38	0.63	0.43	0.94
介護認定							
	なし	参照			参照		
	要支援	1.17	0.99	1.38	1.24	1.05	1.47
	要介護	0.92	0.82	1.04	1.01	0.89	1.14
障害認定							
	なし	参照			参照		
	精神障害	0.87	0.67	1.13	0.78	0.60	1.02
	知的障害	0.86	0.28	2.67	0.80	0.25	2.51
	身体障害	0.98	0.83	1.15	0.94	0.79	1.11
自治体							
	A	参照			参照		
	B	1.07	0.97	1.18	1.09	0.98	1.20

ポアソン回帰分析の結果。太字は統計的に有意な値を示す（両側 $p < 0.05$ ）。多変量解析では、当該要因以外の要因の影響は統計的に除いた値が示されている。

表 2-2-11) 高齢被保護者 (65 歳以上) における慢性腎臓病 (による受診歴) の有病割合比 (参照カテゴリに対して有病割合が何倍か)

		単変量解析			多変量解析		
		粗有病割合比	95%信頼区間		有病割合比	95%信頼区間	
年齢	1 歳ごと	1.00	0.98	1.02	1.00	0.98	1.03
性別							
	女性	参照			参照		
	男性	1.44	1.08	1.93	1.39	1.03	1.87
世帯人数							
	2 人以上	参照			参照		
	独居	1.03	0.75	1.43	1.05	0.76	1.45
就労							
	あり	参照			参照		
	なし	1.70	0.85	3.41	1.56	0.77	3.16
世帯主の国籍							
	日本	参照			参照		
	日本以外	0.36	0.05	2.52	0.39	0.05	2.73
介護認定							
	なし	参照			参照		
	要支援	0.84	0.43	1.63	0.81	0.42	1.59
	要介護	1.23	0.88	1.72	1.03	0.71	1.48
障害認定							
	なし	参照			参照		
	精神障害	0.17	0.02	1.23	0.17	0.02	1.19
	知的障害	-	-	-	-	-	-
	身体障害	3.40	2.47	4.67	3.25	2.31	4.56
自治体							
	A	参照			参照		
	B	0.93	0.67	1.29	0.88	0.63	1.23

ポアソン回帰分析の結果。太字は統計的に有意な値を示す (両側 $p < 0.05$)。多変量解析では、当該要因以外の要因の影響は統計的に除いた値が示されている。

表 2-2-12) 高齢被保護者（65 歳以上）における慢性閉塞性肺疾患（による受診歴）の有病割合比（参照カテゴリに対して有病割合が何倍か）

		単変量解析			多変量解析		
		粗有病割合比	95%信頼区間		有病割合比	95%信頼区間	
年齢	1 歳ごと	1.01	0.99	1.03	1.02	1.00	1.04
性別							
	女性	参照			参照		
	男性	1.99	1.53	2.59	2.20	1.67	2.91
世帯人数							
	2 人以上	参照			参照		
	独居	0.88	0.67	1.16	0.88	0.67	1.16
就労							
	あり	参照			参照		
	なし	1.43	0.81	2.51	1.34	0.76	2.37
世帯主の国籍							
	日本	参照			参照		
	日本以外	0.86	0.28	2.58	0.92	0.31	2.77
介護認定							
	なし	参照			参照		
	要支援	0.97	0.57	1.64	1.07	0.63	1.82
	要介護	0.91	0.66	1.26	0.86	0.62	1.21
障害認定							
	なし	参照			参照		
	精神障害	0.44	0.17	1.17	0.44	0.16	1.17
	知的障害	-	-	-	-	-	-
	身体障害	0.79	0.48	1.29	0.75	0.46	1.24
自治体							
	A	参照			参照		
	B	1.41	1.08	1.84	1.51	1.16	1.98

ポアソン回帰分析の結果。太字は統計的に有意な値を示す（両側 $p < 0.05$ ）。多変量解析では、当該要因以外の要因の影響は統計的に除いた値が示されている。

表 2-2-13) 高齢被保護者（65 歳以上）における気管支喘息（による受診歴）の有病割合比（参照カテゴリに対して有病割合が何倍か）

		単変量解析			多変量解析		
		粗有病割合比	95%信頼区間		有病割合比	95%信頼区間	
年齢	1 歳ごと	1.00	0.98	1.01	0.99	0.97	1.00
性別							
	女性	参照			参照		
	男性	0.70	0.58	0.85	0.70	0.57	0.85
世帯人数							
	2 人以上	参照			参照		
	独居	0.93	0.76	1.14	0.95	0.77	1.16
就労							
	あり	参照			参照		
	なし	1.19	0.81	1.74	1.23	0.83	1.81
世帯主の国籍							
	日本	参照			参照		
	日本以外	1.14	0.57	2.28	1.11	0.56	2.22
介護認定							
	なし	参照			参照		
	要支援	1.56	1.15	2.12	1.55	1.14	2.12
	要介護	0.92	0.72	1.17	0.95	0.74	1.23
障害認定							
	なし	参照			参照		
	精神障害	0.64	0.35	1.17	0.64	0.35	1.15
	知的障害	1.24	0.21	7.47	1.23	0.20	7.46
	身体障害	0.86	0.60	1.22	0.87	0.61	1.24
自治体							
	A	参照			参照		
	B	0.98	0.79	1.20	0.98	0.79	1.21

ポアソン回帰分析の結果。太字は統計的に有意な値を示す（両側 $p < 0.05$ ）。多変量解析では、当該要因以外の要因の影響は統計的に除いた値が示されている。

表 2-2-14) 高齢被保護者 (65 歳以上) における口腔の疾患 (による受診歴) の有病割合比 (参照カテゴリに対して有病割合が何倍か)

		単変量解析			多変量解析		
		粗有病割合比	95%信頼区間		有病割合比	95%信頼区間	
年齢	1 歳ごと	0.98	0.97	0.98	0.97	0.96	0.98
性別							
女性		参照			参照		
男性		0.98	0.88	1.09	0.91	0.82	1.01
世帯人数							
2 人以上		参照			参照		
独居		1.12	0.99	1.27	1.13	1.00	1.28
就労							
あり		参照			参照		
なし		0.85	0.71	1.03	0.91	0.76	1.10
世帯主の国籍							
日本		参照			参照		
日本以外		1.49	1.10	2.04	1.45	1.08	1.96
介護認定							
なし		参照			参照		
要支援		0.98	0.78	1.22	1.03	0.82	1.28
要介護		1.05	0.92	1.19	1.19	1.04	1.36
障害認定							
なし		参照			参照		
精神障害		0.97	0.73	1.29	0.86	0.65	1.15
知的障害		2.15	1.22	3.80	1.65	0.90	3.01
身体障害		1.19	1.00	1.41	1.13	0.95	1.34
自治体							
A		参照			参照		
B		0.94	0.84	1.06	0.93	0.82	1.04

ポアソン回帰分析の結果。太字は統計的に有意な値を示す (両側 $p < 0.05$)。多変量解析では、当該要因以外の要因の影響は統計的に除いた値が示されている。

表 2-3-1) 被保護世帯の子ども（15歳以下）の個人や世帯の社会背景ごとの
受診や入院の発生割合

	全対象者 (N=573)		受診歴あり (N=478)		入院歴あり (N=22)	
	人数 (平均)	% (標準偏差)	人数 (平均)	発生割合 (標準偏差)	人数 (平均)	発生割合 (標準偏差)
年齢	(9.7)	(4.3)	(9.4)	(4.2)	(9.0)	(5.0)
性別						
女児	283	49.4	225	79.5%	7	2.5%
男児	290	50.6	253	87.2%	15	5.2%
きょうだいの有無						
なし	207	36.1	179	86.5%	12	5.8%
あり	366	63.9	299	81.7%	10	2.7%
世帯構成						
非ひとり親	190	33.2	154	81.1%	4	2.1%
ひとり親	383	66.8	324	84.6%	18	4.7%
親の就労						
なし	268	46.8	225	84.0%	12	4.5%
あり	305	53.2	253	83.0%	10	3.3%
世帯主の国籍						
日本	534	93.2	449	84.1%	21	3.9%
日本以外	39	6.8	29	74.4%	1	2.6%
自治体						
A	404	70.5	327	80.9%	18	4.5%
B	169	29.5	151	89.3%	4	2.4%

表 2-3-2) 被保護世帯の子ども（15歳以下）における入院の発生割合比
(参照カテゴリに対して発生割合が何倍か)

		単変量解析			多変量解析		
		粗有病割合比	95%信頼区間		有病割合比	95%信頼区間	
年齢	1歳ごと	0.97	0.87	1.08	0.95	0.85	1.06
性別							
女児		参照			参照		
男児		2.09	0.86	5.06	2.16	0.90	5.21
きょうだいの有無							
なし		参照			参照		
あり		0.47	0.21	1.07	0.46	0.18	1.19
世帯構成							
非ひとり親		参照			参照		
ひとり親		2.23	0.77	6.51	2.28	0.76	6.87
親の就労							
なし		参照			参照		
あり		0.73	0.32	1.67	0.93	0.37	2.33
世帯主の国籍							
日本		参照			参照		
日本以外		0.65	0.09	4.73	0.63	0.08	4.84
自治体							
A		参照			参照		
B		0.53	0.18	1.55	0.49	0.18	1.36

ポアソン回帰分析の結果。太字は統計的に有意な値を示す（両側 $p < 0.05$ ）。多変量解析では、当該要因以外の要因の影響は統計的に除いた値が示されている。

表 2-3-3) 被保護世帯の子どもの社会背景ごとの各疾病の有病割合 (疾病による受診ありの割合)

		全員 (N=573)		気管支喘息 (N=146)		アレルギー性鼻炎 (N=185)		皮膚炎/湿疹 (N=108)		口腔疾患 (N=181)	
		n	(%)	人数 (平均)	% (標準偏差)	人数 (平均)	% (標準偏差)	人数 (平均)	% (標準偏差)	人数 (平均)	% (標準偏差)
年齢	1歳ごと	9.7 (4.25)		8.3	(4.2)	9.5	(4.0)	7.8	(4.7)	9.5	(3.7)
性別											
	女兒	283	49.4	67	23.7%	82	29.0%	47	16.6%	93	32.9%
	男兒	290	50.6	79	27.2%	103	35.5%	61	21.0%	88	30.3%
きょうだいの有無											
	なし	207	36.1	56	27.1%	72	34.8%	43	20.8%	72	34.8%
	あり	366	63.9	90	24.6%	113	30.9%	65	17.8%	109	29.8%
世帯構成											
	非ひとり親	190	33.2	35	18.4%	48	25.3%	25	13.2%	40	21.1%
	ひとり親	383	66.8	111	29.0%	137	35.8%	83	21.7%	141	36.8%
親の就労											
	なし	268	46.8	81	30.2%	95	35.4%	57	21.3%	90	33.6%
	あり	305	53.2	65	21.3%	90	29.5%	51	16.7%	91	29.8%
世帯主の国籍											
	日本	534	93.2	140	26.2%	175	32.8%	102	19.1%	162	30.3%
	日本以外	39	6.8	6	15.4%	10	25.6%	6	15.4%	19	48.7%
自治体											
	A	404	70.5	91	22.5%	112	27.7%	79	19.6%	121	30.0%
	B	169	29.5	34	20.1%	73	43.2%	29	17.2%	60	35.5%

		急性上気道感染症 (n=286)		急性下気道感染症 (n=219)		腸管感染症 (n=101)		結膜炎 (n=102)		外傷 (n=50)	
		n	(%)	人数 (平均)	% (標準偏差)	人数 (平均)	% (標準偏差)	人数 (平均)	% (標準偏差)	人数 (平均)	% (標準偏差)
年齢	1歳ごと	8.7	(4.43)	8.6	(4.1)	8.5	(3.9)	8.9	(4.1)	10.9	(2.8)
性別											
	女児	149	52.7%	99	35.0%	42	14.8%	49	17.3%	19	6.7%
	男児	137	47.2%	120	41.4%	59	20.3%	53	18.3%	31	10.7%
きょうだいの有無											
	なし	110	53.1%	81	39.1%	39	18.8%	45	21.7%	17	8.2%
	あり	176	48.1%	138	37.7%	62	16.9%	57	15.6%	33	9.0%
世帯構成											
	非ひとり親	83	43.7%	73	38.4%	30	15.8%	29	15.3%	17	8.9%
	ひとり親	203	53.0%	146	38.1%	71	18.5%	73	19.1%	33	8.6%
親の就労											
	なし	141	52.6%	107	39.9%	44	16.4%	40	14.9%	23	8.6%
	あり	145	47.5%	112	36.7%	57	18.7%	62	20.3%	27	8.9%
世帯主の国籍											
	日本	270	50.6%	210	39.3%	96	18.0%	95	17.8%	46	8.6%
	日本以外	16	41.0%	9	23.1%	5	12.8%	7	17.9%	4	10.3%
自治体											
	A	193	47.8%	143	35.4%	81	20.0%	73	18.1%	20	5.0%
	B	93	55.0%	76	45.0%	20	11.8%	29	17.2%	30	17.8%

表 2-3-4) 被保護世帯の子ども（15 歳以下）における急性上気道感染症（による受診歴）の有病割合比（参照カテゴリに対して有病割合が何倍か）

		単変量解析			多変量解析		
		粗有病割合比	95%信頼区間		有病割合比	95%信頼区間	
年齢	1 歳ごと	0.96	0.94	0.98	0.95	0.94	0.97
性別							
	女兒	参照			参照		
	男児	1.06	0.90	1.25	1.04	0.89	1.22
きょうだいの有無							
	なし	参照			参照		
	あり	0.90	0.77	1.07	0.82	0.69	0.97
世帯構成							
	非ひとり親	参照			参照		
	ひとり親	1.21	1.01	1.46	1.25	1.03	1.50
親の就労							
	なし	参照			参照		
	あり	0.90	0.77	1.06	1.02	0.86	1.21
世帯主の国籍							
	日本	参照			参照		
	日本以外	0.81	0.55	1.19	0.87	0.60	1.27
自治体							
	A	参照			参照		
	B	1.15	0.97	1.37	1.14	0.96	1.35

ポアソン回帰分析の結果。太字は統計的に有意な値を示す（両側 $p < 0.05$ ）。多変量解析では、当該要因以外の要因の影響は統計的に除いた値が示されている。

表 2-3-5) 被保護世帯の子ども（15 歳以下）における急性下気道感染症（による受診歴）の有病割合比（参照カテゴリに対して有病割合が何倍か）

		単変量解析			多変量解析		
		粗有病割合比	95%信頼区間		有病割合比	95%信頼区間	
年齢	1 歳ごと	0.95	0.93	0.98	0.95	0.93	0.97
性別							
	女兒	参照			参照		
	男児	1.18	0.96	1.46	1.14	0.93	1.41
きょうだいの有無							
	なし	参照			参照		
	あり	0.96	0.78	1.19	0.85	0.68	1.06
世帯構成							
	非ひとり親	参照			参照		
	ひとり親	0.99	0.80	1.24	1.02	0.82	1.27
親の就労							
	なし	参照			参照		
	あり	0.92	0.75	1.13	1.05	0.84	1.30
世帯主の国籍							
	日本	参照			参照		
	日本以外	0.59	0.33	1.05	0.63	0.36	1.11
自治体							
	A	参照			参照		
	B	1.27	1.03	1.57	1.22	0.99	1.51

ポアソン回帰分析の結果。太字は統計的に有意な値を示す（両側 $p < 0.05$ ）。多変量解析では、当該要因以外の要因の影響は統計的に除いた値が示されている。

表 2-3-6) 被保護世帯の子ども (15 歳以下) における外傷 (による受診歴) の有病割合比 (参照カテゴリに対して有病割合が何倍か)

		単変量解析			多変量解析		
		粗有病割合比	95%信頼区間		有病割合比	95%信頼区間	
年齢	1 歳ごと	1.10	1.04	1.16	1.10	1.04	1.17
性別							
	女兒	参照			参照		
	男児	1.59	0.92	2.75	1.40	0.81	2.41
きょうだいの有無							
	なし	参照			参照		
	あり	1.09	0.62	1.92	1.28	0.70	2.31
世帯構成							
	非ひとり親	参照			参照		
	ひとり親	0.96	0.55	1.68	0.98	0.58	1.67
親の就労							
	なし	参照			参照		
	あり	1.03	0.61	1.76	0.89	0.50	1.57
世帯主の国籍							
	日本	参照			参照		
	日本以外	1.19	0.45	3.14	1.66	0.60	4.64
自治体							
	A	参照			参照		
	B	3.58	2.09	6.13	3.55	2.05	6.16

ポアソン回帰分析の結果。太字は統計的に有意な値を示す (両側 $p < 0.05$)。多変量解析では、当該要因以外の要因の影響は統計的に除いた値が示されている。

表 2-3-7) 被保護世帯の子ども (15 歳以下) における腸管感染症 (による受診歴) の有病割合比 (参照カテゴリに対して有病割合が何倍か)

		単変量解析			多変量解析		
		粗有病割合比	95%信頼区間		有病割合比	95%信頼区間	
年齢	1 歳ごと	0.87	0.84	0.90	0.86	0.83	0.90
性別							
	女兒	参照			参照		
	男児	1.37	0.96	1.97	1.44	1.02	2.04
きょうだいの有無							
	なし	参照			参照		
	あり	0.90	0.63	1.29	0.75	0.52	1.08
世帯構成							
	非ひとり親	参照			参照		
	ひとり親	1.17	0.79	1.73	1.36	0.92	2.01
親の就労							
	なし	参照			参照		
	あり	0.68	0.47	0.97	0.74	0.49	1.13
世帯主の国籍							
	日本	参照			参照		
	日本以外	0.71	0.31	1.65	0.86	0.60	1.23
自治体							
	A	参照			参照		
	B	0.59	0.37	0.93	0.52	0.34	0.79

ポアソン回帰分析の結果。太字は統計的に有意な値を示す (両側 $p < 0.05$)。多変量解析では、当該要因以外の要因の影響は統計的に除いた値が示されている。

表 2-3-8) 被保護世帯の子ども (15 歳以下) におけるアレルギー性鼻炎 (による受診歴) の有病割合比 (参照カテゴリに対して有病割合が何倍か)

		単変量解析			多変量解析		
		粗有病割合比	95%信頼区間		有病割合比	95%信頼区間	
年齢	1 歳ごと	1.00	0.97	1.03	1.00	0.97	1.03
性別							
	女児	参照			参照		
	男児	1.23	0.96	1.56	1.17	0.92	1.48
きょうだいの有無							
	なし	参照			参照		
	あり	0.89	0.70	1.13	0.89	0.69	1.15
世帯構成							
	非ひとり親	参照			参照		
	ひとり親	1.42	1.07	1.87	1.41	1.07	1.86
親の就労							
	なし	参照			参照		
	あり	0.83	0.66	1.06	0.89	0.69	1.14
世帯主の国籍							
	日本	参照			参照		
	日本以外	0.78	0.45	1.35	0.91	0.52	1.60
自治体							
	A	参照			参照		
	B	1.56	1.23	1.97	1.53	1.21	1.93

ポアソン回帰分析の結果。太字は統計的に有意な値を示す (両側 $p < 0.05$)。多変量解析では、当該要因以外の要因の影響は統計的に除いた値が示されている。

表 2-3-9) 被保護世帯の子ども (15 歳以下) における気管支喘息 (による受診歴) の有病割合比 (参照カテゴリに対して有病割合が何倍か)

		単変量解析			多変量解析		
		粗有病割合比	95%信頼区間		有病割合比	95%信頼区間	
年齢	1 歳ごと	0.94	0.91	0.97	0.93	0.91	0.96
性別							
	女児	参照			参照		
	男児	1.15	0.87	1.52	1.15	0.87	1.52
きょうだいの有無							
	なし	参照			参照		
	あり	0.91	0.68	1.21	0.83	0.62	1.12
世帯構成							
	非ひとり親	参照			参照		
	ひとり親	1.57	1.12	2.21	1.62	1.16	2.26
親の就労							
	なし	参照			参照		
	あり	0.71	0.53	0.94	0.83	0.62	1.11
世帯主の国籍							
	日本	参照			参照		
	日本以外	0.59	0.28	1.24	0.69	0.31	1.50
自治体							
	A	参照			参照		
	B	1.00	0.73	1.36	0.94	0.69	1.27

ポアソン回帰分析の結果。太字は統計的に有意な値を示す (両側 $p < 0.05$)。多変量解析では、当該要因以外の要因の影響は統計的に除いた値が示されている。

表 2-3-10) 被保護世帯の子ども (15 歳以下) における結膜炎 (による受診歴) の有病割合比 (参照カテゴリに対して有病割合が何倍か)

		単変量解析			多変量解析		
		粗有病割合比	95%信頼区間		有病割合比	95%信頼区間	
年齢	1 歳ごと	0.97	0.93	1.01	0.97	0.93	1.01
性別							
	女兒	参照			参照		
	男児	0.90	0.63	1.28	0.90	0.64	1.27
きょうだいの有無							
	なし	参照			参照		
	あり	0.72	0.50	1.02	0.75	0.51	1.09
世帯構成							
	非ひとり親	参照			参照		
	ひとり親	1.25	0.84	1.85	1.24	0.84	1.84
親の就労							
	なし	参照			参照		
	あり	0.57	0.39	0.81	0.62	0.42	0.91
世帯主の国籍							
	日本	参照			参照		
	日本以外	1.01	0.50	2.02	1.15	0.57	2.31
自治体							
	A	参照			参照		
	B	0.95	0.64	1.40	0.95	0.65	1.40

ポアソン回帰分析の結果。太字は統計的に有意な値を示す (両側 $p < 0.05$)。多変量解析では、当該要因以外の要因の影響は統計的に除いた値が示されている。

表 2-3-11) 被保護世帯の子ども (15 歳以下) における皮膚炎/湿疹 (による受診歴) の有病割合比 (参照カテゴリに対して有病割合が何倍か)

		単変量解析			多変量解析		
		粗有病割合比	95%信頼区間		有病割合比	95%信頼区間	
年齢	1 歳ごと	0.91	0.87	0.94	0.89	0.86	0.93
性別							
	女兒	参照			参照		
	男児	1.27	0.90	1.79	1.29	0.93	1.78
きょうだいの有無							
	なし	参照			参照		
	あり	0.85	0.60	1.21	0.72	0.51	1.02
世帯構成							
	非ひとり親	参照			参照		
	ひとり親	1.65	1.09	2.49	1.81	1.21	2.70
親の就労							
	なし	参照			参照		
	あり	0.79	0.56	1.11	0.98	0.69	1.40
世帯主の国籍							
	日本	参照			参照		
	日本以外	0.81	0.38	1.72	0.91	0.43	1.91
自治体							
	A	参照			参照		
	B	0.88	0.60	1.29	0.82	0.57	1.17

ポアソン回帰分析の結果。太字は統計的に有意な値を示す (両側 $p < 0.05$)。多変量解析では、当該要因以外の要因の影響は統計的に除いた値が示されている。

表 2-3-12) 被保護世帯の子ども (15 歳以下) における口腔の疾患 (による受診歴) の有病割合比 (参照カテゴリに対して有病割合が何倍か)

		単変量解析			多変量解析		
		粗有病割合比	95%信頼区間		有病割合比	95%信頼区間	
年齢	1 歳ごと	1.00	0.97	1.03	0.99	0.97	1.02
性別							
	女兒	参照			参照		
	男児	0.92	0.73	1.18	0.90	0.71	1.15
きょうだいの有無							
	なし	参照			参照		
	あり	0.86	0.67	1.09	0.88	0.68	1.13
世帯構成							
	非ひとり親	参照			参照		
	ひとり親	1.75	1.29	2.37	1.79	1.33	2.42
親の就労							
	なし	参照			参照		
	あり	0.89	0.70	1.13	0.91	0.71	1.17
世帯主の国籍							
	日本	参照			参照		
	日本以外	1.61	1.14	2.27	1.81	1.27	2.57
自治体							
	A	参照			参照		
	B	1.19	0.92	1.53	1.26	0.98	1.63

ポアソン回帰分析の結果。太字は統計的に有意な値を示す (両側 $p < 0.05$)。多変量解析では、当該要因以外の要因の影響は統計的に除いた値が示されている。

表 2-4-1) 6 自治体の成人被保護者（20 歳以上）による社会背景ごとの頻回受診
（同一医療機関を月 15 回以上受診）の発生割合

	対象者全員 (N=15739)		頻回受診歴あり (N=435)	
	人数	(%)	人数	%
年齢				
(平均±標準偏差)	62.0±16.7		66.8±14.0	
若年 (20-64 歳)	7,585	(48.2)	158	2.1%
高齢者 (65 歳-)	8,160	(51.8)	279	3.4%
性別				
女性	8,666	(55.1)	238	2.7%
男性	7,077	(45.0)	197	2.8%
世帯人数				
独居	9,993	(63.5)	319	3.2%
2 人以上	5,752	(36.5)	118	2.1%
就労				
なし	13,423	(85.3)	407	3.0%
あり	2,322	(14.7)	30	1.3%
世帯主の国籍				
日本	15,255	(96.9)	423	2.8%
日本以外	490	(3.1)	14	2.9%
障害認定				
なし	12,700	(80.7)	337	2.7%
精神障害	1,433	(9.1)	34	2.4%
知的障害	262	(1.7)	2	0.8%
身体障害	1,344	(8.5)	62	4.6%
自治体				
A	4,437	(28.2)	72	1.6%
B	1,562	(9.9)	81	5.2%
C	756	(4.8)	21	2.8%
D	590	(3.7)	3	0.5%
E	5,009	(31.8)	164	3.3%
F	3,387	(21.5)	96	2.8%

表 2-4-2) 成人被保護者による頻回受診（同一医療機関を月 15 回以上受診）の発生割合比
（参照カテゴリに対して有病割合が何倍か）

	単変量解析			多変量解析		
	粗有病割合比	95%信頼区間		有病割合比	95%信頼区間	
年齢						
若年（20-64 歳）	参照					
高齢者（65 歳-）	1.64	1.35	1.99	1.33	1.08	1.64
性別						
女性	参照			参照		
男性	1.01	0.84	1.22	1.00	0.83	1.20
世帯人数						
2 人以上	参照			参照		
独居	1.56	1.26	1.92	1.41	1.13	1.75
就労						
あり	参照			参照		
なし	2.35	1.62	3.39	1.81	1.21	2.71
世帯主の国籍						
日本	参照			参照		
日本以外	1.03	0.61	1.74	0.87	0.50	1.54
障害認定						
なし	参照			参照		
精神障害	0.89	0.63	1.26	0.87	0.61	1.25
知的障害	0.29	0.07	1.14	0.36	0.09	1.43
身体障害	1.73	1.33	2.25	1.54	1.18	2.01
自治体						
A	参照			参照		
B	3.20	2.34	4.37	3.10	2.27	4.25
C	1.71	1.06	2.77	1.82	1.13	2.95
D	0.31	0.10	0.99	0.31	0.10	0.99
E	2.02	1.53	2.65	2.06	1.56	2.71
F	1.75	1.29	2.36	1.79	1.32	2.43

ポアソン回帰分析の結果。太字は統計的に有意な値を示す（両側 $p < 0.05$ ）。多変量解析では、当該要因以外の要因の影響は統計的に除いた値が示されている。

3 章 被保護者健康管理支援事業 に関する自治体のヒアリング 調査報告

1. 背景

2021（令和3）年1月1日より被保護者健康管理支援事業が施行され、全国でデータに基づいた疾病予防や重症化予防をはじめとした取り組みが始まる¹。現状では、任意の自治体が被保護者への健康管理支援を実施しており、取り組み事例が報告されている²。しかし、健康管理支援を実施している自治体は少数であり、大多数の自治体は準備段階にあるのが現状である。例えば、2015（平成27）年に福祉事務所を設置する全901自治体を対象にした調査では、被保護者の健診結果を入手している自治体は17%（136自治体）にとどまり、健診結果を利用した健康管理支援を実施している自治体はそのうちの75%（102自治体）であった²。

2021年から全国の自治体が被保護者への健康管理支援事業を実施するにあたり、現在健康管理支援を実施している様々な規模の自治体の事例報告はもとより、健康管理支援実施に伴う利点や課題を抽出することは、有用な情報になると考えられる。また、健康管理支援の準備

段階にある自治体からの声も集めることで、多くの自治体が健康管理支援事業の策定にあたり直面していると思われる懸念事項や問題点について検討することが可能となろう。

本章では、2つの報告を行う。1つ目は自治体ヒアリング調査報告として、健康管理支援を実施している自治体と健康管理支援の準備段階にある自治体の現状についてまとめた（第2節1、2）。健康管理支援を実施している自治体からは、担当職種、取り組み、連携体制などについて聞き取りし、整理した。そして、2つ目はヒアリングにご協力いただいた全自治体からの集約意見として、健康管理支援事業への期待する点や懸念する点、国・都道府県から受けたい支援、被保護者健康管理支援事業の手引き（平成30年10月、厚生労働省社会援護局）（以下、手引き）に関する意見をまとめた。最後に、**以上の報告をもとに、2021年より全国の自治体が被保護者健康管理支援事業を推進する際に必要とされる実施方法、課題となりうる点などについて考察した。**

<引用文献>

1. データに基づいた生活保護受給者の健康管理支援について（議論のまとめ）、厚生労働省、2017年。
2. 社会・援護局関係主管課長会議資料、厚生労働省、2019年。

2. 自治体のヒアリング調査結果

【方法】

協力の同意を得られた 16 の自治体に対して調査票（資料 3-1）を事前に送付し回答を得た。調査票では、健康管理支援事業の準備段階、被保護者・福祉事務所の現状、健康管理支援の取り組み内容・担当職種・連携機関、健康管理支援の実施に際する利点・課題などを聴取した。さらに 2019 年 11 月から 2020 年 2 月にかけて、各自治体を訪問しヒアリングした。ヒアリング調査では、調査票の回答結果をもとに健康管理支援の取り組みや調査票の回答結果の補足内容、健康管理支援以外の取り組みなどを聴取した。さらに、2021 年から実施される健康管理支援事業に関する意見を調査した。

【結果】

1) 健康管理支援事業を実施している自治体 ヒアリング調査

10 自治体にヒアリングした。自治体ごとに、被保護者・福祉事務所の現状、健康管理支援の取り組み内容と実施体制、健康管理支援の取り組み実施における利点や課題点について一覧表にまとめた（表 3-1）。なお、各自治体の詳細な報告は資料 3-2：健康管理支援をすでに実施している自治体の調査結果を参照のこと。

2) 健康管理支援を準備中の自治体ヒアリング調査

6 自治体にヒアリングした。自治体ごとに、被保護者・福祉事務所の現状、健康管理支援事業の準備状況、他の特色ある事業・取り組みについて一覧表にまとめた（表 3-2）。なお、各

自治体の詳細な報告は資料 3-3：健康管理支援を準備中の自治体の調査結果を参照のこと。

3) 健康管理支援事業への期待や懸念、受けたい支援、手引きに関する意見

全 16 自治体にヒアリングした。①健康管理支援事業の期待する点、②健康管理支援事業の懸念する点、③健康管理支援事業の実施に際し、国や都道府県から受けたい支援、④手引き内のフェイスシートの項目例に関する意見を聴取し、自治体からの集約意見としてまとめた（表 3-3～3-6）。また、健康管理支援事業に関する上記以外の意見も聴取した（表 3-7）。

表 3-1) 健康管理支援事業を実施している自治体の特徴（政令指定都市）

	兵庫県神戸市	大阪府堺市
人口（人）（2015年国勢調査）	1,537,272	839,310
被保護世帯数（世帯）	34,209	19,260
被保護実人員（人）	45,240	25,499
保護率（人口千対）	29.70（2019年7月中旬時点）	30.18（2020年1月1日時点）
一人当たりの担当ケース数（世帯）	約100	110
健康管理支援を担当する医療専門職（嘱託医は除く）	11区に10名の健康相談員（人材派遣会社からの看護師、准看護師）	保健師、栄養師・管理栄養士、看護師（保健部門、委託業者からの派遣）
取り組み内容	<ul style="list-style-type: none"> 人材派遣会社を活用した健康相談員の配置。ケースワーカーとともに健康相談員が同行受診し、医療・健康面のサポートを行い、被保護者に安心感をもたらす。 専門業者による被保護者の医療データ分析に基づいた事業計画策定。 	<ul style="list-style-type: none"> 学術機関と連携した生活習慣病で医療機関の受診がない者や、通院が中断しており健康管理支援の候補となる者の絞り込み。 保健分野の実績のある委託事業者を活用した面会時のケア。 ケースワーカーの定期家庭訪問に委託事業者の支援員が同行し、対象者の課題に応じた支援を実施。 保健と福祉の連携に加えて、職員の人材育成のチャンスととらえ、本庁部局で話し合っている。
他機関との連携	<ul style="list-style-type: none"> 保健部局や保健センターとは健診や保健指導で連携。 医師会や医療機関とは対象者抽出の相談で連携。 	<ul style="list-style-type: none"> 保健部局・保健センターと健診・保健指導で連携。 学術機関と連携し、生活習慣病で医療機関の受診がない者や、通院が中断しており健康管理支援の候補となる者のリストを作成。
担当課の特色	<ul style="list-style-type: none"> 外部委託（人材派遣会社、医療データ分析専門業者、健康相談員の民間業者等）をうまく活用。 	<ul style="list-style-type: none"> 学術機関・民間企業をうまく活用している。 生活保護部門と保健部門が連携し、各区でも対応。 将来的には被保護者以外の市民にも同様の事業展開を構想している。

表 3-1) 健康管理支援事業を実施している自治体の特徴（中核市）

	岡山県倉敷市	大阪府豊中市
人口（人）（2015年国勢調査）	477,118	395,479
被保護世帯数（世帯）	5,269	7,593
被保護実人員（人）	7,129	9,891
保護率（人口千対）	14.8（2019年11月1日時点）	25.07（2019年3月31日時点）
一人当たりの担当ケース数（世帯）	82.9	約120～130
健康管理支援を担当する医療専門職（嘱託医は除く）	なし	保健師（3名、常勤）、精神保健福祉士（1名、常勤）
取り組み内容	<ul style="list-style-type: none"> 健診受診勧奨、医療機関受診勧奨は保健所と連携して実施。対象者を選定後、ケースワーカーによる医療機関受診の声かけ、数か月後のフォローアップも行っている。 	<ul style="list-style-type: none"> 指定医療機関や調剤薬局による来院・来局した被保護者への健診受診勧奨。 指定医療機関から福祉事務所へ通院中の被保護者の情報を提供し、保健指導や重症化予防につなげる。 一般職員を対象とした医療専門職による講座の開催。
他機関との連携	<ul style="list-style-type: none"> 保健所と連携。 	<ul style="list-style-type: none"> 保健部局や保健センターとは健診受診で連携。 通院する被保護者への健診受診勧奨や福祉事務所への情報提供で医療機関・調剤薬局と連携。
担当課の特色	<ul style="list-style-type: none"> 手引きの通知後、健康管理支援に取り組んでいる。 保健師等の医療専門嘱託の応募が非常に少なく、人材確保に苦慮している。 	<ul style="list-style-type: none"> 事業の文書化とそれらを利用した事業実施が進んでいる。 医療機関との連携も積極的にアイデアが豊富。 福祉事務所全体の本事業に対する理解を深める努力をされている。

表 3-1) 健康管理支援事業を実施している自治体の特徴（特例市）

	大阪府茨木市	大阪府岸和田市
人口（人）（2015年国勢調査）	280,033	194,911
被保護世帯数（世帯）	2,652	4,285
被保護実人員（人）	3,367	5,849
保護率（人口千対）	11.92（2019年11月1日時点）	34.32（2019年4月1日時点）
一人当たりの担当ケース数（世帯）	約 95	約 116
健康管理支援を担当する医療専門職（嘱託医は除く）	保健師 4 名（正職員、嘱託職員各 2 名）、看護師（1 名嘱託）、精神保健福祉士（1 名嘱託）の計 6 名	看護師（1 名、非常勤、レセプトチェック担当）
取り組み内容	<ul style="list-style-type: none"> ・健診受診勧奨における受診券の配布（受診率の向上）。 ・主治医等に「受診状況調査票」を提出してもらうことで、頻回受診者の状況を把握。 ・子どもの食育支援により、食生活の改善だけでなく、保護者以外の大人たち等との触れ合うことで将来を考えるきっかけとなったり、必要時地域や適切な社会資源につないでいる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・支援対象の条件を満たす被保護者をケースワーカーとともに選定。委託業者の看護師が面談し、保健指導・生活支援を行っている。
他機関との連携	<ul style="list-style-type: none"> ・保健センター：健診受診データの共有。 ・医師会・医療機関・調剤薬局：頻回受診や重症化予防、医療扶助の適正化。 ・学校・ユースプラザ・学習支援・主任児童委員・民間企業・地域の栄養系大学等：子どもの食育。 	<ul style="list-style-type: none"> ・民間企業に委託
担当課の特色	<ul style="list-style-type: none"> ・医療専門職を 6 名配置し、子どもへの健康支援を含めた様々な事業を推進している。 ・積極的に医療機関と連携し、医療扶助費適正化の効果を認めている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・外部委託の看護師を活用し、保健指導・生活支援を実施。 ・担当ケース数が多く、ケースワーカーに現在以上の業務は困難。

表 3-1) 健康管理支援事業を実施している自治体の特徴 (市)

	埼玉県上尾市	東京都府中市	長野県安曇野市	京都府南丹市
人口 (人) (2015 年国勢調査)	225,196	260,274	95,282	33,145
被保護世帯数 (世帯)	1,754	4,058	302	299
被保護実人員 (人)	2,269	5,255	360	408
保護率 (人口千対)	10.1 (2019 年 3 月 31 日時点)	19.9 (2019 年 10 月 1 日時点)	3.8 (2019 年 12 月 1 日時点)	22.9 (2016 年時点)
一人当たりの担当ケース数 (世帯)	92	119	60	85
健康管理支援を担当する医療専門職 (嘱託医は除く)	保健師 (2 名、常勤)、 看護師 (1 名、非常勤)	保健師 (2 名、常勤)、 精神保健福祉士 (2 名、常勤)	管理栄養士 (1 名、常勤)	保健師 (1 名、福祉事務所全体を担当)
取り組み内容	<ul style="list-style-type: none"> 健康増進、健康管理支援、食生活改善プログラムなど数多くの取り組みを実施。 食生活改善プログラムでは、メニューの考案やデモンストレーションにおいて外部団体に協力を得ている。 子どもの食育支援プログラムを実施。その際に外部団体と協力し、健康に関する講義を開催。 	<ul style="list-style-type: none"> 治療中断者への医療機関受診勧奨。 保健師や精神保健福祉士による同行受診。 健診データによる対象者を選定し、保健指導を実施。 	<ul style="list-style-type: none"> 管理栄養士が受給者の保健栄養指導を伴走的に支援し、被保護者との継続的な関わりがある。 	<ul style="list-style-type: none"> 福祉のワンストップサービス課を設置、保健師を採用し、福祉部門全般を対応。 生活困窮者自立支援事業の一環で、教育担当者が生活困窮世帯の子どもの家庭訪問指導を実施。
他機関との連携	<ul style="list-style-type: none"> 連携機関多数。 年 3 回の連絡会議を実施。 	<ul style="list-style-type: none"> 保健部局 (健康推進課) と健診データの授受。 	<ul style="list-style-type: none"> 市町村の保健部門と連携。 	<ul style="list-style-type: none"> 市町村の保健部門と連携。
担当課の特色	<ul style="list-style-type: none"> 元々、健康管理支援の重要性を認識し、取り組みを行ってきた福祉事務所である。 多数の関係機関と密に連携して健康管理支援を実施している。 	<ul style="list-style-type: none"> 外部委託による健診データ抽出と保健師による対象者選定により、効率的な保健指導を実施している。 ケースワーカーからの医療専門職への健康相談もあり、部内連携は密である。 	<ul style="list-style-type: none"> 福祉事務所の予算で管理栄養士を中途採用し、参加に同意した被保護者一人ひとりに対して目標設定した保健指導プログラムを実施している。 	<ul style="list-style-type: none"> 保健師による様々な取り組みを実施している。 学習支援員による被保護世帯の子どもの学習支援を実施している。

表 3-2) 健康管理支援事業を未実施・準備中の自治体の特徴

	特別区	中核市	市			
	東京都足立区	長野県長野市	新潟県十日町市	新潟県南魚沼市	長野県中野市	愛知県東海市
人口(人)(2015年国勢調査)	670,122	377,598	54,917	58,568	43,909	111,944
被保護世帯数(世帯)	18,699	2,655	244	165	146	636
被保護実人員(人)	24,184	3,346	259	204	174	810
保護率(人口千対)	34.98 (2020年1月時点)	8.90 (2019年12月1日時点)	5.05 (2019年時点)	3.69	3.97 (2020年1月31日時点)	6.94 (2019年11月時点)
一人当たりの担当ケース数(世帯)	89	80	70	57	48	90
福祉事務所の医療専門職の配置 (嘱託医は除く)	なし	なし (栄養士採用予定)	なし	精神保健福祉士 (1名、常勤)	課長補佐は保健師	福祉事務所長は保健師
他の事業・取り組み	事業準備のためのケーススタディ(受診状況から分析した「指導レポート」を基に、ケースワーカーと健康管理支援員による被保護者の健康管理支援)を実施。	ケースワーカーが気がかりに思う人に対して、地区担当保健師と連携して健診受診者に対する同行訪問を実施することがある。ただし、体系化していない。	要援護世帯除排雪援助事業やプレミアム付き商品券事業など多様な事業に取り組んでいる。	・レセプト点検員による高額レセプトや扶助費推移の「見える化」。 ・他自治体との定期的な研究会および学習会を開催。	県内他市2か所と経済省による自治体システムのクラウド化および共同化を進めている。	介護予防事業では通いの場など先進的な取り組みはあるが、生活困窮者を巻き込むところまでには至っていない。
他機関との連携	衛生部・保健所と健診受診の情報共有。	保健所、市町村保健センター	なし	なし	健康づくり課(保健部局)と連携し、学習会を開催。	なし
担当課の特色	・9割の被保護者が医療機関に通院し、既に治療を受けている。医療機関を受診していない残り1割の被保護者に対する取り組みの費用対効果は低いと考え積極実施を見送っている。	・地区担当保健師と連携して同行訪問を適時実施している。 ・中核市であり、国・都道府県とうまく連携しながら、また周囲の市町村とも情報共有できる立場である。	・民生委員・児童委員、要援護世帯除排雪援助事業、プレミアム付き商品券事業といった他の福祉関連業務を実施している。	・ケースワーカーは他の業務・事業を兼務している。 ・担当地域が広いため、被保護者宅への訪問時間がかかり、余裕がない。	・ケースワーカーは3人。担当世帯は多くないものの、担当地域が広いため移動に時間を要する。 ・課長補佐を通じて、保健部局と連携開始。	・福祉事務所長は保健師である。 ・介護予防事業では通いの場など先進的な取り組みがあるので、被保護者の参加を促したい。

表 3-3) 健康管理支援事業の期待する点

健康管理支援事業の期待する点	自治体からの回答内容
被保護者の健康意識の改善、健康増進	<ul style="list-style-type: none"> ・継続的な事業の実施により、対象者の健康への意識が高まることを期待する。 ・事業実施により、被保護者の健康に対する意識向上に繋がる。 ・被保護者の中でも健康に関心を寄せる人が増える。 ・健康になることで、服薬量の減少を目指す。 ・健診受診率の向上が期待できる。 ・被保護者の健康状態が改善し、自立できる。 ・健康面で自立支援ができる。 ・被保護者の健康増進につながる。 ・手遅れになる前に重症化予防の取り組みにつながる。 ・本事業がなければ、アプローチできない層が一定数おり、その層への支援ができる。
医療扶助費削減	<ul style="list-style-type: none"> ・健診、早期治療により、就労促進、医療扶助費削減を期待する。 ・ジェネリック医薬品の使用促進などにより、医療扶助費の削減を期待する。
他自治体との情報交換	<ul style="list-style-type: none"> ・それぞれの市町村で色々な展開をされると考えられるので、成功事例を参考にし、事業のブラッシュアップ、情報交換ができる。 ・自治体内外での情報交換の機会が増えること。 ・近隣自治体と連携協力し、情報共有する機会があるとよい。 ・自治体間の交流の場があってもよい。 ・全国的な実施により、他の福祉事務所と取り組み内容を情報共有し、分析・評価することで、被保護者の健康課題や効果的な支援方法の検証が可能となる。
他部門との連携強化	<ul style="list-style-type: none"> ・自治体内外での情報交換の機会が増えること。 ・保健部門も、以前から被保護者の健診受診率が低いことや医療費が高いことを懸念していたので、これを機に連携が進むようにしたい。
他保険者でも同様の取組が進む	<ul style="list-style-type: none"> ・自治体全体の取り組みに広がってほしい。医療費増加は被保護者に限った話ではない。 ・生活保護分野において疾病予防の取組が進むことで、これまで取組を進めてきていた国民健康保険や社会保険、さらには後期高齢者を対象とする部門においても同様の取組が進むことを期待している。 ・医療保険者における取組みとの均衡が図られる。
他の取り組みへの活用	<ul style="list-style-type: none"> ・頻回受診、重複処方、重複受診などの適正受診指導との一体的な取り組みに繋がる。 ・難病患者の把握に活用できるのではと期待している。
予算確保	<ul style="list-style-type: none"> ・補助事業としての予算確保
人員確保	<ul style="list-style-type: none"> ・福祉事務所に保健師の配置（障がい以外）を望む。
関係機関への周知	<ul style="list-style-type: none"> ・国レベルで日本医師会と調整し、地域の医師会まで情報をおろしてもらえると連携しやすくなる。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・健康管理支援事業により、生活の質があがること。医療費削減はその次の課題かと思われる。 ・保健師との連携や委託事業者の活用により、ケースワーカーの知見が広がり、支援が充実することを期待している。 ・現在レセプトを紙媒体でチェックしているため、システム化できると人的資源がより利用できて望ましい。 ・予防医学に焦点があたること。 ・他自治体においても、健康管理支援事業に関わる担当職種が増えること。 ・現状を把握した結果に基づいて、当自治体特有の健康に関する課題を整理した健康管理支援事業を実施する予定である。この作業により、さらに効果的な取り組みを行うことができる。

表 3-4) 健康管理支援事業の懸念する点

健康管理支援事業の懸念する点	自治体からの回答内容
評価指標・基準の提示	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の目標・評価指標の設定が難しい。健康維持に興味を持たない人たちが多く、何を目標にするのか。人口規模が同じ自治体の事例があっても、医療専門職の配置人数、被保護者の特性も違うため、参考にできるかどうか分からない。また、事業の実施にあたり、指導人数を設定するか、どのような目標を設定すればよいのか分からない。 ・健診受診率の算出方法等、指標となる数値についても、統一した基準を設ける必要がある（データの標準化。健診対象とする年齢等が自治体によって異なるため）。 ・事業を実施するうえで、各取り組みにおける評価基準を明確にし、自治体間で比較できるような統一したものにしておく必要がある。 ・何をもちて医療扶助の適正化とするか、評価基準を示す必要がある。 ・事業必須化に向け、対象者の抽出や分析、評価方法を自治体独自のものとするのか、統一的な取扱いができるよう標準化された方法で事業を実施するのか、方向性を明確にしてほしい。 ・対象を絞り込みにくい。誰を指導すると効果的なのか。 ・定量的な事業効果が測りづらい（費用対効果が測れない）。事業全体の評価を求められたときに、何を評価するのか。改善した人数や医療費の抑制といったことであれば、基準を設けないと評価はできない。また、被保護者の行動変容が数量化できるものであるか。行動変容は長期間かかるものであり、阻害要因も多く、評価期間の目安や設定にはそういった事情の考慮も必要である。 ・「被保護者健康管理支援事業の手引き」では、国民健康保険等の保険者が行う特定保健指導を参考にしているが、個別支援の対象者におけるリスク階層化や重症化予防の対象者選定にバラつきがあり、事業の取り組み内容にも大きな開きが発生すると思われる。また、全国的な評価を行うには対象者の抽出基準を設けるべきと思われる。
医療専門職の確保	<ul style="list-style-type: none"> ・人員や予算に限りがあり、仕事量だけが増えてしまう可能性がある。現時点では、事業拡大のために市の医療専門職員を当課に異動させることはまずない。もともと保健師の数が少なく、職員増員の募集をかけても、人材の確保は容易ではない。 ・人員体制や人員確保をどうすべきか考える必要がある。医療専門職の人材不足もあるが、給料が少ないことも問題かもしれない。 ・各事業に専門職を雇わなければ対応できない（健診・頻回受診等）。 ・保健師等の医療専門職の確保が難しく、保健指導が実施できない。 ・福祉事務所に保健指導の機能を持たせることが可能であるのか。医療専門職の配置が必須になるのであれば、早目に通知してほしい。 ・医療という専門的な分野であるため、福祉事務所のみでまかなうことが難しく、外部委託や人材派遣等の検討をせざるを得ない。今後、当自治体の職員で行えるような、持続可能なスキームを構築することが課題である。
実施体制	<ul style="list-style-type: none"> ・事業体制の構築までに時間がかかる。 ・ケースワーカーの健康指導を被保護者が受け入れる可能性は低いと思われ、他の担当者が必要。 ・保健と福祉の新しい仕事の押し付け合いになってしまうため、トップ同士で理解し合う話し合いの場を設けてもらわなければ現場レベルでは動けない。 ・担当職種の種類や雇用形態にばらつきがあり、職種同士のつながりが希薄であることや、支援者が変わってしまうことで支援の継続性が問題となる。 ・人事異動があるため、ケースワーカーの人員確保や充分に経験を積めるかどうか、健康管理支援事業を継続できるかどうかの懸念がある。 ・保健師を福祉事務所で採用すると保健師のひとり職場となってしまう、判断を委ねられたり、責任問題が生じたり、孤立しやすい状況になってしまう。 ・保健師の業務について、当初は保健医療課の手法を用いて指導するつもりでいた。しかし、福祉部門における保健師の立ち位置や業務内容に不明点が多く、戸惑いがあったため、現在は福祉部門を横断（障害者・母子・高齢者・生活困窮者・生活保護）して担当する形で保健師を一人配置している。 ・生活保護部局で事業を実施するにあたり、保健部局の体制と違いスーパーバイザーのような役割が得にくいいため、支援事業計画や事業実施に迷いや不安が出るのではないかと思う。
ケースワーカーの負担	<ul style="list-style-type: none"> ・実際にどの程度の事務量になるのか見えてこない部分があり、日々多忙なケースワーカーの事務負担大きくなるのではないかと懸念している。 ・健康管理支援事業は、医療・保健に関する専門知識が必要である。福祉事務所のケースワーカーが様々な業務を行う中で、健康管理支援事業の実施が過度の負担とならないよう、民間事業者の活用など十分な配慮が必要。 ・ケースワーカーの増員なしに事業を追加すると現場が疲弊する可能性がある（地方の小規模自治体はケースワーカー以外の業務も兼務していることが多い）。 ・受診勧奨の声掛けやフェイスシートの記入などによるケースワーカーの業務量の増加。

関係機関との連携体制	<ul style="list-style-type: none"> ・医師会等との連絡連携ができておらず、情報共有の方法が課題である。 ・主治医との連携が必要であると考えているが、主治医と連携した保健指導・生活支援の実施はハードルが高い。 ・保健所等の関係機関との連携や協力体制が構築できるか。連携体制の構築にあたり、本事業が生活保護の業務という括りになるため、普段直接関係していない機関や部局、団体が何を担当するか、責任をどう持つのか、どこまで踏み込んで業務を行うのかといった内容を手引き等で具体的に明記し、各所へ周知し、各所が認識することが必要である。漠然と他部局や団体へ連携をお願いするのは難しい。 ・保健所と違い医師がいないため、医療機関に対して意見を提案しにくい。地域で連携してくれる医療機関があるとよいのだが。
被保護者への健康支援の難しさ	<ul style="list-style-type: none"> ・被保護者の改善意欲等を含めた生活の基盤が、国保等の保健指導の対象者と異なる可能性があり、同じ方法では展開できないように感じている。 ・健康支援を理解してくれない被保護者へのアプローチができる見込みがない。全世帯に展開することが非常に困難であることが予想される。 ・若年者を対象にした場合、関係構築に課題が生じやすいため、健康管理支援を実施するのは、難しい印象をもつ。
自治体による取り組みの差	<ul style="list-style-type: none"> ・実施方法がある程度具体的に示さないと、福祉事務所間での取り組みや効果の差が大きくなってしまおうと思う。 ・自治体による取組状況に差が生じることで、被保護者への自立助長、健康管理支援状況にも差が生じてくる。支援状況の差が被保護者の健康状況の差につながることを懸念している。 ・自治体によって事業の実施状況に差があるため、国のリードが重要だと思う。
予算確保	<ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣病への支援は長期的な支援が必要で、短期で効果を測定することが難しく、継続的に事業を進めるための予算を確保できるか懸念している。費用対効果では検討せず、獲得した予算次第でどこまでの事業を展開するかを定めていく必要がある。 ・財源の確保が問題である。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問指導の実施にあたり、資料や訪問指導の報告書を作成するため時間がかかる。手間対効果が悪い印象。 ・近年は民生委員の訪問が多いただでも「あそこの家は…」とスティグマの原因になりやすい。健康管理支援事業の同行訪問などがそうならない配慮が必要。 ・他保険者の行う保健指導との整合がとれるか。国保なども健康指導を行っているが、対象者が本事業とは異なる。 ・健康管理支援を実施したことがないため、ノウハウが不足している。 ・都道府県の本庁にいる担当者にケースワーカー歴がない人がいる現状では、事業の開始が効率的でなくなるのではないかと。 ・収集・蓄積したデータを適切に管理し、被保護者の健康管理支援に有効活用できるような仕組み作りが必要。 ・保健部門の保健師が健康管理支援事業に携わるよりも、本来の業務を進め疾病のため保護になる人を抑えてほしい。 ・ケースワーカーはレセプトの扱いに慣れていないため、活用方法がわからない。 ・必須化事業ということが先行しているように感じられ、取り組みが必要な理由、どのような成果が得られるのか、具体的に示していくことが必要ではないかと考える（QOL への影響、健康寿命への影響、医療費・介護費への影響等も含めて）。なぜ必須事業になったのか、必要性を説明できる材料があるとよい。 ・他自治体の取り組みを知る機会がないので、自分たちが実施する方法が正しいのか分からず不安に思っている。 ・保健栄養の専門職とケースワーカーの専門職で、言語の違いに困ることがある。専門用語が理解しにくい。 ・被保護者はケースワーカーとの信頼関係があっても、医療や健康のことは話せない、もしくは敷居が高いと感じてしまうかもしれない。 ・高齢者を対象とした場合、地域包括支援センターの職員と一緒に支援できるため、若年者と比べて支援しやすい。

表 3-5) 健康管理支援事業の実施に際し、国や都道府県から受けたい支援

国や都道府県から受けたい支援	自治体からの回答内容
予算確保	<ul style="list-style-type: none"> ・健康管理支援事業システム改修費用やシステム改修による保守点検費用の初年度の補助は受けられても、長年の管理費用がかかる。初年度のみならず、引き続き 10 割補助を希望している。 ・初年度のデータ分析の費用のみならず、評価のたびに同じだけ費用がかかることを考慮してほしい。 ・事業実施にあたっては人員の配置が必要。生活保護は調整業務が多いため、柔軟に使える予算がほしい。 ・生活保護事業は第 1 号法定受託事務のため、新たに事業する場合であったとしても自治体の費用負担はなしで、全額を国庫扶助で賄ってほしい。 ・補助事業としての予算確保：事業運営に必要なデータ分析や人材確保のための予算の補充。 ・正職員の人件費などに充てる国庫補助の拡充。 ・事業にかかる費用の補助において対象範囲を広く認めてもらいたい。たとえば、国保と同じ分析システムを利用して生活保護のデータを分析した際に、利用状況に応じた金額の補助を請求できないのは疑問。 ・保健師などの医療専門職の確保が報酬面から困難なため、予算確保をお願いしたい。
情報共有、研修会の開催	<ul style="list-style-type: none"> ・他自治体との連絡会議など、情報共有する場の提供や研修の開催。 ・他自治体（特に小規模自治体）の実施状況を知らせてほしい。 ・保健指導に関する実務的な研修会の開催。 ・都道府県内など、広域的にケースワーカーの人材交流・異動をしてもいいのでは。
標準様式の提供	<ul style="list-style-type: none"> ・実施状況や効果の評価等に関する基本様式の提供。同意書や事業決定通知などのフォーマットがあるとよい。 ・目標設定、アンケート、基礎代謝量などの基本教材（ツール）の提供。 ・活用しやすい媒体や様式等の標準的なデータの提供があると、各自治体において取り組みを進めやすいのではないかと考える（健診受診勧奨、健診受診後の要指導者への保健指導、糖尿病重症化予防に向けた保健指導で使用する媒体・様式等）。 ・ケースワーカーの異動が多くノウハウが蓄積されにくいので、簡素な見やすいマニュアルの作成をお願いしたい。 ・近隣の自治体が「何をやっていいかわからない」と困っているため、福祉事務所の保健師のための業務マニュアルも必要。 ・国や県にどのような様式で事業の実施状況を提出すべきなのかガイドを作成してもらいたい。 ・効果や実施状況、実績をどのように報告すればいいかわからない。年度単位で報告できる事業ではないのでは。何を取りまとめて報告すべきなのかのフォーマットもわからない。2021 年 1 月から開始され、年度末まで 3 ヶ月しかない。どのような様式で報告すればいいのかのフォーマットを作成してもらいたい。
関係機関への通知	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医を含めた医師に向けて健康管理支援事業の周知。主治医と検査結果や治療方針等の情報を共有し、保健指導を実施したい。 ・日本医師会との連携の上で、地域に情報をおろしてもらいたい。 ・医師会等連携機関への本事業の周知。
事例紹介	<ul style="list-style-type: none"> ・他自治体の事例の提供。 ・好事例の紹介。 ・先進的な事業を実施・活用している自治体の紹介。 ・早めに事例集を作成してもらいたい。どのような体制で、どのように支援しているか。政令市や特別区の情報は参考になりにくい。
効果指標の提示	<ul style="list-style-type: none"> ・事業開始前に、より具体的なスキームの提示及び評価基準の明確化がなされると事業計画を定めることが容易である。誰もが納得できる説明ができるようにしてほしい。 ・必要性や効果を見える化するための評価指標の提示。予算執行関係の部署・職員に説明しやすくなるような評価指標があるとよい。 ・糖尿病などの重症化予防に関するデータの抽出基準の提供。
事業の分析	<ul style="list-style-type: none"> ・レセプトデータを元にした福祉事務所ごとの健康状況や傷病傾向の分析。 ・国や都道府県レベルの医療扶助費の傾向と、国民健康保険の療養費の傾向の比較分析。健康管理支援事業のターゲットとする疾病をスムーズに絞り込むことができるのではないかと考えている。 ・システムができるまでは、府や国が市町村から提供されたデータを取りまとめて、分析や事業評価を行い、市町村に周知してほしい。
都道府県との連携体制の確立	<ul style="list-style-type: none"> ・都道府県は、国の提案を横流しするのではなく、各都道府県の特性に落とし込んで解説をしてもらいたい。 ・都道府県の業務を市町村が分担しているように感じている。都道府県の保健部門に余力があるようならば、市町村のケースワーカーを教育・支援する体制・連携ができればいいと思う。

データ管理システムの導入	<ul style="list-style-type: none"> ・システムを入れて、事務処理の電算化によりケースワークに時間を割けるように支援してもらいたい。 ・被保護者情報と健診・医療・介護に関する情報を併せて分析し、健康問題を明確にするとともに、指導対象者を容易に抽出することのできる KDB（国保データベース）と同様のシステムを被保護者の健康管理支援にも導入してほしい。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・健康管理支援事業の定義がなく、既存の他事業も混ざっている。類似プログラムとの整合性の確保や一体化の検討が望ましい。連携先との予算配分も煩雑になると考えられる。これらを明確化してほしい。 ・福祉課の資料を他課に提供する場合に、個人情報保護法に抵触しないか不安なため、個人情報の取り扱いについて厚労省から説明してもらえると現場は動きやすい。 ・「被保護者健康管理支援事業の手引き」には事業方針に盛り込む具体的な取組方策が 5 点あるが、全ての取り組みが必須となるのか、いつから必須となるのか、明確にしてほしい。また、必須にならないとしても、最低限どの程度の取組が求められるか早目に明示してほしい。 ・実際にどういう事業を実施することが求められるのか知りたい。 ・国から事業の実施に関して具体的な指示が欲しい。例えば、「保健師の採用が必要」など。 ・厚労省で事業を立案している人に実際の現場の状況をもっと見に来てもらいたい。 ・事業内容の相談・問い合わせ窓口の設置。 ・ケースワーカーに対して健康管理支援の必要性の周知と協力依頼（研修や生活保護手帳への項目の追加）。 ・被保護者の健診受診の義務化。

表 3-6) 手引き内のフェイスシートの項目例に関する意見

フェイスシートの項目例に関する意見	自治体からの回答内容
項目数が多い	<ul style="list-style-type: none"> ・比較ができる項目かどうか分からない。 ・福祉事務所指導台帳に記載されている項目と重複する項目がある。 ・対象者を選定するために使うのであれば、A4 1枚程度のチェックリストでよいのではないか。 ・項目は以前にも記入した情報が含まれており、重複しない箇所のみ記入する等して、シート1枚程度に減らすほうがよい。 ・被保護者全員にフェイスシートの全項目の記入をお願いするのは難しい。 ・項目数が多く、ケースワーカーが作業するには重い。要介護度判定のチェックリストに似た感じがする。
評価指標・手法の明示	<ul style="list-style-type: none"> ・評価項目としては、実施率や扶助費の変化など数値化できるものと、行動変容など数値化できないものがある。 ・実践方法だけでなく、評価指標も提示してもらいたい。 ・目標がわかりやすく評価のしやすい、誰でも理解できる文章であるとよい。 ・使用目的や事業目標を設定したうえで、必要なアセスメントをするのがよい。 ・事業実施前に評価指標や行動変容の指標の明示（指標によって事前に収集する情報が異なるため）。 ・事業効果の評価指標や個別効果の判断基準の明確化と評価手法の明示。 ・事業計画の雛形や見本を示し、計画を設定するための簡単なフォーマットがあると、計画が立てやすい。
聞き取りのタイミング・方法	<ul style="list-style-type: none"> ・初回面談でフェイスシートの記入をいきなり行くと、お互いに疲れてしまうかもしれない。まずは信頼関係を築くことが重要なので、2回目以降がよいだろう。 ・初回面談でフェイスシートの項目をすべて聞くことはできないだろう。受給者との関係性がないと難しいと思われる。 ・対象者との面談の場で、全ての項目の記入を一から行う必要はないと思う。 ・開始のタイミングで使うのであれば、健診時に聞くこともできる（初回の面談時に記入しなくてもよい）。 ・フェイスシートの情報入力、健診時の問診票を利用するか、健診時に記入してもらうことが可能ではないか。 ・病気につながる内容であれば聞けばいいと思うが、保健指導や栄養指導の中で収集されるべき情報かと思う。
フェイスシートの使用目的の明確化	<ul style="list-style-type: none"> ・使用目的や事業目標を設定したうえで、必要なアセスメントをするのがよい。 ・使用目的が明確にならないと、被保護者への質問がしづらい（なぜその質問が必要なのか説明する必要があるため。裏付けがほしい）。 ・漠然としていて、何をやっていいかわからない。 ・市町村の配慮という言葉を用いずに、具体的にわかりやすい通知を希望する。
ケースワーカーの負担	<ul style="list-style-type: none"> ・ケースワーカーのみが記入するには負担が多い。 ・ケースワーカーが普段のケースワークで聴取できる内容ではない。 ・人数が少なければ全数対応が可能だが、毎月評価するというわけにはいかない。 ・ケースワーカーの業務を増やさないと配慮が必要。
実施中の事業との整合性	<ul style="list-style-type: none"> ・既に実施している事業とのすりあわせがなされているとよりよい。 ・当自治体では、保健指導の際にケースワーカーからの情報や既存（レセプト等）の情報を確認後、保健師が独自のフェイスシート用いて、対象者本人から聞き取った内容を記入している。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・文字ではなく、数字やチェック欄など簡易に記入できるほうがよい。 ・内容によっては聞きにくい項目もある。 ・フェイスシートの記入で何か解が出てくるのであれば、まだ意味がある。 ・項目例ということであればよいが、必ずこの様式で、となると各自治体も困惑されると思う。 ・記載されている項目を聴取すると決定したわけではないが、一見して記入が大変そうな印象。繁忙期と閑散期があるので、できなくはないと思うが。

表 3-7) 健康管理支援事業に関するその他の意見

その他の意見	自治体からの回答内容
被保護者にとどまらない健康管理支援の実施	<ul style="list-style-type: none"> ・国民全体を対象にする事業に進められないものか。 ・被保護者に特化して事業を実施するのは、事情はわかるが理由がわからない。国民全体を対象にする事業に進められないものか。 ・ぜひ、本事業がひとり親世帯の子どもなどにも展開できるようにしてほしい。 ・母子の支援も検討してもらいたい。生活保護部門と保健部門の連携だけでなく、母子に関しては特に子育て部門、母子保健部門、学校・教育部門との連携が取れるような制度設計にしてもらいたい。ケースワーカーだけでは支援しきれず、子どもが重症化して入院してしまう家庭もある。 ・本事業は生活保護の括りにはなっているが、自治体が住民に対して行うものであり、生活保護部門だけでなく関係機関も一緒に動かないといけない。事業の統一性という部分で、国保も同様に保健指導に動いており、同じような動きをしたい。根底には、対象は自治体住民、実施する内容は保健指導ということで、全体の関係機関が同じように動けるようなシステムづくりが必要ではないか。
事業の担当部署	<ul style="list-style-type: none"> ・事業の実施にあたり、他係に所属する医療専門職員に協力を依頼するのは、他の業務も担当しているので難しい。 ・制度上の保健指導の担当は、保健部局と福祉事務所のどちらになるか明確になるだろうか。 ・他の自治体では、保健センターとの連携が難しいと聞く（仕事が増えるという理由から）。本事業を通知する際に、保健センターの「保健師」の業務であることを明確に記載されていればあれば、自分の仕事として認識しやすい。
対象事業を絞る	<ul style="list-style-type: none"> ・アからオの5つの取り組み^(注1)のうち、どこまで踏み込んで事業を行うのか、また最低限やるべきことを明確にしてほしい。 ・いくつも事業があるが、まずは健診受診勧奨を入り口にデータを集めて広げていくのが現実的ではないでしょうか。 ・手引きの改訂にあたっては、事業者が一步踏み出しやすいマニュアルになるとよく、まずは健診受診を促進するのがよいのではないか。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・早期の段階で、被保護者と自治体の両者とも成功体験を蓄積できることが望ましい。過去に被保護者の自立支援プログラムを展開したときにも、今回の健康管理支援事業と同様に反発や苦労があった。被保護者が前向きな気持ちになるような配慮をしてもらいたい。 ・評価基準に関して通知が出ることは望ましいように思えるが、基準達成が目標となってしまうため、慎重な姿勢が必要。本来目指している業務とは違う方向に進みかねない。 ・国内事例が少ないので、国外の先進的な取り組みがあれば、どのような支援をしているか知りたい。生活困窮世帯の健康管理支援事業のような取り組みがあれば教えてほしい。

(注1) 手引き p8 図表3「事業方針に盛り込む具体的な取組方策例」にある取組方策例のこと。

ア 健診受診勧奨、イ 医療機関受診勧奨、ウ 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 頻回受診指導を指す。

<結果のまとめ>

1) 健康管理支援を実施している自治体の状況

ヒアリング調査に参加した10の自治体の健康管理支援の取り組みとして、多くの自治体で健診受診勧奨（8自治体）、保健指導・生活支援（8自治体）、医療機関受診勧奨（7自治体）、が実施されていた。

健康管理支援を担当している医療専門職は、保健師もしくは看護師が最も多く（5自治体）、精神保健福祉士が次いで多かった（3自治体）。管理栄養士が担当している自治体もみられた（2自治体）。医療専門職の担当が不在の自治体もあった（2自治体）。

医療専門職の雇用形態は、常勤職員（5自治体）、非常勤職員（嘱託職員を含む、3自治体）が多かったが、人材派遣会社からの医療専門職を活用し健康管理支援に取り組んでいる自治体もあった（2自治体）。

健康管理支援の取り組みで連携している機関は、市町村保健部局（8自治体）、市町村保健センター（6自治体）が多かった。医師会や医療機関（3自治体）、薬剤師会や調剤薬局（2自治体）、歯科医師会や歯科医院（1自治体）との連携も挙げられた。また、ボランティア団体・民間団体（2自治体）、民間企業（2自治体）、学術機関（1自治体）と連携して、講座の開催、データの分析などを実施していた。子どもへの健康支援に取り組んでいる自治体では、多くの関係機関（児童相談所、民生委員児童委員協議会、学校、教育委員会、市町村子ども担当課）と連携していることがわかった。

先進的に取り組んでいる自治体には、健康管理支援事業により医療扶助費の適正化といった具体的な成果が上がっている事例があった。たとえば、茨木市は、医療扶助費適正化という明確な目標設定と組織内での共有を進め、年度ごとの医療扶助費の減少傾向を確認していた。具体的には、その方法として、医療機関等に対して受診状況調査票の配布・収集と分析、行政で収集している医療要否意見書情報の活用等により、適正な医療扶助の利用かどうかを判断し個別対応していた。ねらいを絞った目標設定と活動が効果的であると思われた。

2) 健康管理支援を準備中の自治体の状況

健康管理支援事業の実施に向けての準備状況は、ヒアリング調査に参加した6の自治体のうち5自治体が、データ分析のため業者と委託契約を締結している状況であった。

健康管理支援事業の担当者を決定済み、もしくは担当部署と連携済みであった自治体は 3 自治体であった。健康管理支援事業として実施する取り組み内容（健診受診勧奨・医療機関受診勧奨・頻回受診指導等）が決定している自治体は 1 自治体であった。

健康管理支援事業の担当者として想定している職種は、保健師（2 自治体）、栄養師・管理栄養士（1 自治体）、社会福祉士（1 自治体）、医療事務職員（1 自治体）と様々であった。また、連携を進めている機関は、市町村保健部局（3 自治体）、市町村保健センター（2 自治体）、保健所（1 自治体）であったが、3 自治体は連携機関をまだ検討していないとの回答だった。

なお、健康管理支援を準備中の自治体の中には、生活保護関連以外の事業を兼務していたり、地方都市の自治体では一人当たりの担当ケース数は多くないものの、担当地域が広範囲であるため時間的余裕がないといった状況が聴取された。また、連携機関や健康支援の担当者を選定したくても、地方であれば人材がそもそも少なく、対応できる業者も十分ではないので、なかなか準備が進行しないという言葉も聞かれた。

3) 自治体から国・都道府県への改善要望・提案

国や都道府県への改善要望・提案を表 3-8 にまとめた。特に目立ったのは、評価指標や基準を明示してほしい、関係・協力機関への周知や連携の調整であった。保健指導や事業実施報告の際に使用する標準様式を望む声も目立った。多くの自治体に特徴的であったのは、「手引きに書かれていることをすべては実施するのは難しい」という意見であった。

しかし、県によるイニシアチブにより市町村が準備を段階的に実施できるようにしたり、県内の市町村同士の情報共有が促されている事例が見られた。たとえば、長野県においては、長野県全体の健康管理支援事業の準備状況を鑑み、市町村に対してまずは健診の受診勧奨の段階的な実施を推奨することを通知していた。さらに、長野市や中野市は、安曇野市が実施している方法を模倣するなど、市町村間の情報共有もうまくできていた。

他にも、自治体規模別の好事例の紹介、情報共有の場の提供（連携機関や他自治体との連絡会議、研修会の開催など）、他の健康づくりや医療介護関連の支援の枠組みとの一体的実施の推進（特定健診・保健指導、地域包括ケア、障がい者支援の諸制度など）に向けた調整といった声が多く聞かれた。

表 3-8) 被保護者健康管理支援事業に対する自治体からの国や都道府県に対する改善要望・提案

事業実施段階	改善要望・提案
① 現状・健康課題の把握	手引きの改定 ・ フェイスシートの簡素化 ・ フェイスシート項目内容の再検討 ・ フェイスシートの使用目的の明示 ・ 簡潔な手引き（マニュアル）の作成
	データ管理システムの導入 ・ 国保データベースと同様のシステムの導入
② 事業企画	関係・協力機関への周知・通知 ・ 自治体内の他部門（保健、介護など）への周知・通知 ・ 関連・協力機関に向けた事業への橋梁要請の周知・通知 ・ 保健部門など関連機関との役割分担の例示
	予算確保 ・ 人員配置にかかる予算補充 ・ データ分析など外注費にかかる予算補助 ・ データシステム維持のための予算補助
	評価指標・基準の明示 ・ 具体的な評価手法・指標・基準の明示→対象となる取組方策、対象者の選定にも影響 ・ 評価手法・指標は全国統一のものか、自治体任意のものか方向性を示す必要あり
	手引きの改定 ・ 上記「①現状・健康課題の把握」を参照
	データ管理システムの導入 ・ 上記「①現状・健康課題の把握」を参照
③ 事業実施	類似事業との整合性 ・ すでに実施中の事業・取り組みとの整合性の確保 ・ 他保険者の健康指導との整合性の確認
	標準様式の提供 ・ 保健指導などに必要な書類のフォーマットの提供
④ 事業評価	評価指標・基準の明示 ・ 上記「②事業企画」を参照
	データ分析の実施 ・ 福祉事務所から収集したデータを国もしくは都道府県が分析する
	データ管理システムの導入 ・ 上記「①現状・健康課題の把握」を参照
⑤ 事業報告	標準様式の提供 ・ 事業報告書のフォーマットの提供

3. 考察

結果の解釈の注意点

本ヒアリング調査に参加した自治体の選定は、機縁法によるものである。特に、健康管理支援事業をすでに実施している自治体にとって、参考になる他の自治体の取り組みをご紹介いただき訪問を繰り返した。また、健康管理支援の準備段階にある自治体からの本調査への参加は、健康管理支援の取り組みを実施している自治体よりも少なかった。したがって、国内のすべての自治体の意見、要望や提案を反映していない点に留意する必要がある。

ヒアリング調査結果から示唆される課題

連携体制の構築

福祉事務所のスタッフから、健康管理支援事業を実施するための連携体制の構築に困難を感じているという声が多数聞かれた。健康管理支援をすでに実施している自治体においても、保健部局をはじめとする関係機関と連携するためには、国や都道府県から関係機関への周知もしくは通知してほしいといった要望があった。また、健康管理支援事業を準備している自治体の中には、どの関係機関と連携すべきか模索しているとの声もあった。これらの結果から、健康管理支援事業の実施に関する関係機関と福祉事務所の連携体制の構築に対する支援がまず必要であると考えられる。そのひとつとして、福祉事務所と保健部局の組織間の人材交流や顔の見える関係の強化、国や都道府県からのそういった場の設定支援が必要だと考えられる。

保健医療専門職の人材不足

健康管理支援を担当する保健医療専門職の確保は、多くの福祉事務所で苦慮しているようだった。保健医療専門職の採用は、募集をかけても応募がない、健康管理支援を請け負う外部委託先がないといった声も聞かれた。健康管理支援を外部委託することは選択肢の一つであるが、それを検討している自治体は少なく、委託への抵抗感、委託先が地域にいないと思えない、といった認識が関係しているようであった。人材確保、外部委託に関しては、都道府県等が人材や委託可能な組織とのマッチングを支援するなどの工夫が求められよう。

評価指標

評価指標の設定は、健康管理支援のマネジメントの中核的作業であるが、現在健康管理支援を実施しているか否かにかかわらず、ほとんどの福祉事務所の職員が困難や不安を感じていた。指標については、各地域の実情に合わせて柔軟な設定ができるよう配慮しつつも、ある程度の標準化をすることで、健康管理支援事業の円滑な導入が可能となると思われる。どの事業または傷病を評価の対象とし、評価指標を何にするか、そして評価基準を設定するのか等について、福祉事務所が所属する自治体の実情に即した評価指標の策定が求められているが、都道府県が支援の上で、市町村ともに検討することが望ましい。そういう点で茨木市や長野県での実践は参考になるだろう。一方、特に自治体間の状況を一律に評価するような、中核的な指標については、国レベルで明示し、そのためのデータ抽出、計算、報告、活用のプロセスも含めて標準化するべきである。

資料3-1 被保護者健康管理支援事業の準備状況に関するアンケート

2019年11月11日

被保護者健康管理支援事業の準備状況に関するアンケート

一般社団法人日本老年学的評価研究機構

研究責任者：近藤尚己（東京大学大学院医学系研究科 准教授）

連絡先：（担当：西岡大輔、上野恵子）

TEL：03-5841-3514

E-mail:jages-office1@jages.net

令和3年1月より、各自治体の福祉事務所による生活保護受給者の健康管理支援事業が義務化されます。開始に向けた準備状況は、福祉事務所によってばらつきがあり、また自治体の特徴等により想定される課題も異なることと存じます。そこで、生活保護受給者への健康管理支援事業について、さまざまな自治体の現状や、直面している課題点を把握することを目的として、本アンケートを実施いたします。

なお、事前にお伝えしておりますように、本アンケート用紙をもとに後日訪問のうえでインタビューを実施します。インタビューの実施日までにご回答の上、保管いただき、当日ご提供いただけますと幸いです。

収集したアンケートとインタビューの結果に関しては、自治体ごとの特性等を踏まえて分析を加えた上で、報告書に提言としてまとめ、厚生労働省と提出します。また、健康管理支援事業の円滑かつ効果的な運用が進むように、国の検討会・委員会等、さまざまな場で報告・活用させていただきます。アンケートへのご協力のほど、何卒ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

なお、本アンケートは、一般社団法人日本老年学的評価研究機構がこの度受託した、令和元年度厚生労働省社会・援護局社会福祉推進事業「生活保護受給者の受診行動に関連する要因への効果的な支援に関する調査研究」の一環として実施するものです。

問1. 生活保護受給者・福祉事務所に関する現状について教えてください。

- (1) 生活保護受給者数 () 世帯 () 人
(年 月 日 時点) (わかる範囲でご記入ください)
- (2) 生活保護受給者数の過去5年間の推移
 1. 増減なし
 2. 増加している
 3. 減少している
- (3) ケースワーカー1人あたりの担当世帯数 1人あたり () 世帯
- (4) ケースワーカーとして福祉専門職を採用していますか(非常勤職員も含む)
 1. はい
 2. いいえ
- (5) 福祉事務所に保健医療専門職を採用していますか(非常勤職員も含む)。当てはまるすべての職種に丸をつけてください。
 1. 保健師
 2. 栄養士・管理栄養士
 3. 看護師
 4. 医師
 5. 薬剤師
 6. 理学療法士
 7. 作業療法士
 8. その他 ()
 9. 在籍していない

問2. 被保護者健康管理支援事業について、当てはまる番号に丸をつけてください。

1. すでに実施している
2. まだ実施していない・・・→問4へ

問3. 問2で、1. すでに実施している を選択した場合にお聞きします。

- (1) 被保護者健康管理支援事業として実施する取り組み内容に丸をつけてください。
 1. 健診受診勧奨
 2. 医療機関受診勧奨
 3. 保健指導・生活支援
 4. 主治医と連携した保健指導・生活支援(重症化予防)
 5. 頻回受診指導
 6. その他の事業内容 ()
- (2) 健康管理支援事業の担当者の職種として当てはまる番号に丸をつけてください。
 1. 社会福祉士
 2. 保健師
 3. 栄養士・管理栄養士
 4. 看護師
 5. 医師
 6. 薬剤師
 7. 理学療法士
 8. 作業療法士
 9. その他 ()
 10. 専門職は関与しない

(2) 健康管理支援事業の担当者として決定・想定している職種に丸をつけてください。

- | | | |
|---------------|----------|--------------|
| 1. 社会福祉士 | 2. 保健師 | 3. 栄養士・管理栄養士 |
| 4. 看護師 | 5. 医師 | 6. 薬剤師 |
| 7. 理学療法士 | 8. 作業療法士 | 9. その他 () |
| 10. 専門職は関与しない | 11. 検討中 | |

(3) 健康管理支援事業を実施するにあたり、連携を進めている機関・団体をすべて教えてください。

- | | | |
|-------------------|---------------|-----------------|
| 1. 市町村保健部局 | 2. 市町村保健センター | 3. 都道府県保健部局 |
| 4. 保健所 | 5. 市町村介護担当部局 | 6. 地域包括支援センター |
| 7. 精神保健福祉センター | 8. 医師会 | 9. 歯科医師会 |
| 10. 薬剤師会 | 11. 医療機関 | 12. 歯科医院 |
| 13. 調剤薬局 | 14. 市町村国保 | 15. 後期高齢者医療広域連合 |
| 16. 社会福祉協議会 | 17. 母子保健部局 | 18. 児童相談所 |
| 19. 民生委員児童委員協議会 | 20. 学校 | 21. 教育委員会 |
| 22. ボランティア団体・民間団体 | | 23. 民間企業 |
| 24. その他 () | 25. まだ検討していない | |

問5. 令和3年度の健康管理支援事業が開始にあたり、制度への期待、懸念について教えてください。

期待する点

懸念する点

問6. 令和3年度に健康管理支援事業が開始されるにあたり、都道府県や国からどのような支援があるといいと思いますか。



問7. その他、被保護者健康管理支援事業に関して、ご意見がありましたらご自由にお書きください。



アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。

資料3-2 健康管理支援をすでに実施している自治体の調査結果

自治体名〔兵庫県神戸市〕

1. 被保護者・福祉事務所の現状

被保護実人員：

45,240 人

被保護世帯数：

34,209 世帯（2019 年 7 月中旬時点）

過去 5 年間の推移：

減少している

ケースワーカー1 人あたりの担当世帯数：

約 100 世帯

福祉専門職のケースワーカーの在籍：

あり

保健医療専門職の在籍：

医師（嘱託医）

2. 健康管理支援の内容

取り組み内容：

健診受診勧奨、医療機関受診勧奨、保健指導・生活支援、主治医と連携した保健指導・生活支援（重症化予防）、頻回受診指導

担当者の職種：

看護師（派遣）、ケースワーカー

連携機関・団体：

市町村保健部局、市町村保健センター、医師会、医療機関

取り組み内容の詳細：

- ① 健診受診勧奨
- ② 医療機関受診勧奨
- ③ 保健指導・生活支援
- ④ 重症化予防
- ⑤ 頻回受診指導

人材派遣会社を活用して各区に健康相談員（派遣の看護師・准看護師）を配置し、被保護者の健康管理を行っている。

①～③の医療・健康サポートにおいて、ケースワーカーを主体として、健康相談員も共同する。健康相談員の看護師が専門知識を用いて健康相談や脈拍の測定などの診療行為を行うことで、被保護者にとっては安心感がある。

④では、2019 年度から保健師が重点対象者を訪問し、健康・生活指導を行う事業に取り組んでいる（重症化予防は保健部局との連携）。

現在、事業計画を作成中で、2020 年 4 月から段階的に進める予定である。

3. 健康管理支援の実施の利点、課題

利点：

- ・ 国として事業化し、補助等の予算を確保できれば、全国的な課題となっている医療扶助の適正化の取り組みが推進される。

課題：

- ・ 被保護者の健診受診率が低く、健康状態が把握できていない。まずは健診の周知と勧奨を進めていく。

参考：健診受診率

- * 40～74 歳受診者数/40～74 歳被保護者数（H30 年度 0.9%）
- * 30～64 歳受診者数/30～64 歳被保護者数（H30 年度 1.1%）
- ・ レセプトには検査データが記載されておらず、病名だけでは重症度の判断ができない。現時点では対象者の抽出はケースワーカーの推薦によるところが大きい。
- ・ 被保護者の健康管理に対する意識をどのように高めていくかが課題である。
- ・ 民間事業者の活用を検討しているが、保健指導を行うための保健師などの医療専門職の確保が難しく、体制整備が難しいと聞いている。
- ・ 費用対効果を示すことが難しい。また、一時的には通院勧奨などで医療費が増える可能性が高い。

自治体名〔大阪府堺市〕

1. 被保護者・福祉事務所の現状

被保護実人員：

25,499 人

被保護世帯数：

19,260 世帯（2019 年 4 月 1 日時点）

過去 5 年間の推移：

被保護世帯数は増加しているが、被保護実人員は減少している

ケースワーカー 1 人あたりの担当世帯数：

110 世帯

福祉専門職のケースワーカーの在籍：

あり

保健医療専門職の在籍：

医師

2. 健康管理支援の内容

取り組み内容：

健診受診勧奨、医療機関受診勧奨、保健指導・生活支援

担当者の職種：

社会福祉士、保健師、栄養師・管理栄養士、看護師、ケースワーカー

連携機関・団体：

市町村保健部局、市町村保健センター、民間企業、学術機関（大学）

取り組み内容の詳細：

- ① 健診受診勧奨：健康診査や医療機関を受診していない者に対して訪問を行い、血圧測定等による健康状況把握の上、対象者の状況に合わせ健康診査について丁寧に説明する。
 - ② 医療機関受診勧奨：健康診査や過去の医療機関受診で治療が必要と判断されたにも関わらず医療機関を受診していない者に対して訪問を行い、血圧測定等による健康状況把握の上、医療機関受診の必要性について説明を行う。また、医療機関の場所の確認、受診可能時間など丁寧に説明する。
 - ③ 保健指導・生活支援：血液検査や問診等の結果から対象者の健康上の課題をアセスメントし、保健指導計画（食事、喫煙、運動、睡眠など）に基づき支援を行う。
- ・ 学術機関に被保護者の医療扶助のレセプトデータ等を提供し、生活習慣病で医療機関の受診がない者や、通院が中断しており健康管理支援の候補となる者のリストを作成してもらっている。レセプ

トデータの時点とリスト作成の時点で対象者の状況が変わっている可能性があるため、学術機関が作成したリストを実施機関及び委託事業者で精査し、対象者の加除を行っている。

- ・ 2019 年 10 月から事業を開始し、11 月下旬からリストの精査を経て、対象者への事業勧奨等を開始した。対象者のうち、事業参加の同意が取れた被保護者に対して委託事業者（看護師等）が介入し、健康支援を行っている。今までにない事業なので、実施機関や委託事業者も試行錯誤しながらやっている。
- ・ 評価指標は定まっておらず、アウトプット指標だけでなく、アンケートを実施し、質的な変化もみていく。ただし、成果が現れるまでは時間がかかる可能性がある。

3. 健康管理支援の実施の利点、課題

利点：

- ・ 保健部門との連携や委託事業者の活用により、保健・医療分野の専門的な支援を効率的かつ効果的に行うことができる。
- ・ ケースワーカーが保健・医療分野の専門職と関わることで、ケースワーカーの保健・医療分野の知見が広がり、支援が充実することを期待している。
- ・ 保健部門の専門職も同様に、福祉分野と関わり業務を進めることで、対象者の支援において視野が広がる。
- ・ 保健部門側では、これまで成人保健分野の個別支援は実績が少ない状況だったが、新たに被保護者の健康管理支援に関わることで実績を積み、知識と経験を深めることができると考えている。
- ・ 福祉と保健がお互いに学び合える Win-Win の機会である。それぞれの人材育成ができる。

課題：

- ・ 堺市では、局内での理解のもと、企画段階から福祉分野と保健分野が連携し進めている。部署横断的な新事業に取り組む体制づくりに時間が必要である。
- ・ 職員の知識習得、スキルアップに関する継続的な支援体制が必要である。
- ・ 評価方法については現在検討している。

自治体名〔岡山県倉敷市〕

1. 被保護者・福祉事務所の現状

被保護実人員：

7,129 人

被保護世帯数：

5,269 世帯（2019 年 10 月 1 日時点）

過去 5 年間の推移：

減少している

ケースワーカー 1 人あたりの担当世帯数：

82.9 世帯

福祉専門職のケースワーカーの在籍：

あり

保健医療専門職の在籍：

在籍していない

2. 健康管理支援の内容

取り組み内容：

健診受診勧奨、医療機関受診勧奨、頻回
受診指導

担当者の職種：

専門職の関与はなし

連携機関・団体：

保健所

取り組み内容の詳細：

- ① 健診受診勧奨
- ② 医療機関受診勧奨
- ③ 頻回受診指導

- ・ 保健所が被保護者全員へ住民健診の受診を勧奨。保健所の健診データと被保護者のレセプトデータを突合し、対象者を抽出。健診データのみの人で異常値であれば、「治療放置」とみなし、医療機関受診勧奨の対象となる。健診データとレセプトデータの両方がある人で、半年以上受診していない人は「治療中断」とみなされ、医療機関受診勧奨の対象となる。対象者へ受診勧奨の通知を行い、ケースワーカーが声掛けをする。また、数ヶ月後に受診したかどうかケースワーカーが確認する。

- ・ 2019 年 11 月～12 月から受診勧奨を始め、ケースワーカーによる声掛けの作業をこれから始めるため、勧奨の効果に対する評価は 2020 年 8 月以降となる見込みである。

3. 健康管理支援の実施の利点、課題

利点：

- ・ 被保護者の健康状態や傷病傾向が把握できる。
- ・ ケースワークにおける具体的な援助方針の策定かつ援助に繋がると思われる。
- ・ 被保護者の健康に対する意識付けが図れると思われる。

課題：

- ・ 現在の福祉事務所の人員、体制では「被保護者健康管理支援事業の手引き」に示されている事業内容をすべて実施するのは難しいと思われる。特に保健指導・生活支援や重症化予防は保健医療専門職が必要。
- ・ 対象者の抽出基準や手法に統一的な方法が示されていないこと、関係機関との協力体制の構築、多忙なケースワーカーの業務にどう組み込んでいくのかを十分に検討しないといけない。

自治体名〔大阪府豊中市〕

<p>1. 被保護者・福祉事務所の現状</p> <p><u>被保護実人員：</u> 9,891人</p> <p><u>被保護世帯数：</u> 7,593世帯（2019年11月30日時点）</p> <p><u>過去5年間の推移：</u> 減少している</p> <p><u>ケースワーカー1人あたりの担当世帯数：</u> 約120~130世帯</p> <p><u>福祉専門職のケースワーカーの在籍：</u> あり</p> <p><u>保健医療専門職の在籍：</u> 保健師、精神保健福祉士</p> <p>2. 健康管理支援の内容</p> <p><u>取り組み内容：</u> 健診受診勧奨、医療機関受診勧奨、保健指導・生活支援、主治医と連携した保健指導・生活支援（重症化予防）、頻回受診指導</p> <p><u>担当者の職種：</u> 保健師、精神保健福祉士</p> <p><u>連携機関・団体：</u> 市町村保健部局、市町村保健センター、保健所、医師会、薬剤師会、医療機関、調剤薬局</p> <p><u>取り組み内容の詳細：</u></p> <p>① 健診受診勧奨：9月末と3月末に被保護者に向けて健診受診の案内ちらしを送付。6月に生活保護新規受給者に向けて健診受診勧奨を実施。また、健診の指定医療機関や薬局と連携して、来院・来局した被保護者に対して健診受診を勧奨してもらっている。</p> <p>② 医療機関受診勧奨ならびに③保健指導・生活支援：毎年7月から健診受診後のフォローを行う。要指導者を3回訪問し、行動変容のためのプランやモニタリングシートを作成後に指導を進める。</p> <p>④ 重症化予防：糖尿病重症化予防支援（個別支援）用のモニタリングシートを作成し、対象者のモニタリングを行っている。2020年度から、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</p>	<p>善に取り組んでいけそうな方の情報を福祉事務所へ提供してもらう方式で、本人と医療機関の協力の下、重症化予防のプログラムを行うことを予定している。ただし、大人数にならないよう留意する。</p> <p>⑤ 頻回受診指導</p> <p>⑥ その他：ケースワーカーを含めた一般職員対象とした嘱託医による講座（健診について、糖尿病の理解について等）や医療介護系の職員によるミニ講座（適切な医療の活用促進、医療扶助の適正給付促進、制度適用の適正化、医療扶助の適正な実施・医療扶助全体を支える取り組みに関する各種トピック）を開催している。</p> <p>3. 健康管理支援の実施の利点、課題</p> <p><u>利点：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病は初期段階では自覚症状がないため放置されやすいが、重症化すると本人のQOLや医療費・介護費への影響が大きいため、支援に取り組むことで一定の効果（発症予防・重症化予防）が期待できる。事業の必須化により、各福祉事務所での取り組みが進み、様々な好影響が出てくると思われる。 <p><u>課題：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 健診受診や生活習慣の改善に対する意識・意欲が低い被保護者への対応。福祉事務所・医療機関ともに治療と並行して生活習慣の見直しが必要と考えていても、本人の意識や意欲が低く、結果として行動変容に結び付かないケースが見られている。対象者の選定において工夫が必要である。 取り組みよる成果が見えにくい。各取り組み内容の評価基準等を明確にしておく必要がある。 保健師等の人員確保が難しい。他職種の活用（看護師等）等、柔軟な対応が必要であると感じている。その場合、保健師と看護師の業務をどう分担して進めていくか、検討しておく必要がある。
--	---

自治体名〔大阪府茨木市〕

1. 被保護者・福祉事務所の現状

被保護実人員：

3,367人

被保護世帯数：

2,652世帯（2019年11月1日時点）

過去5年間の推移：

減少している

ケースワーカー1人あたりの担当世帯数：

約95世帯

福祉専門職のケースワーカーの在籍：

あり

保健医療専門職の在籍：

保健師、看護師、精神保健福祉士

2. 健康管理支援の内容

取り組み内容：

健診受診勧奨、自立・生活支援、主治医と連携した保健・栄養指導（重症化予防）、医療扶助適正化事業（頻回受診指導、後発医薬品使用促進、訪問看護・施術・介助扶助の適正化）、子どもへの健康・生活支援（食育支援、思春期教育等）

担当者の職種：

保健師、看護師、精神保健福祉士

連携機関・団体：

市町村保健センター、保健所、市町村介護担当部局、地域包括支援センター、医師会、歯科医師会、薬剤師会、医療機関、調剤薬局、社会福祉協議会、児童相談所、民生委員児童委員協議会、学校、教育委員会、ボランティア団体・民間団体、民間企業、市町村子ども担当課、地域の大学

取り組み内容の詳細：

- ① 健診受診勧奨：誕生月の前後3か月の間に健診推奨の案内文および受診券を送付。必要に応じて、ケースワーカーからの受診勧奨も行う。2019年度は40～74歳を対象に健診受診券を配布し、2018年の受診率（約4%）を倍増する見込みである。
- ② 自立・生活支援：主に精神疾患・ひきこもり・虐待等、ケースワーカーから医療専門職に支援や指導を依頼した対象者に対して、必要に応じて対象者に適した社会資源につなげる。

③ 重症化予防：外部委託している管理栄養士と連携し、40～64歳を対象に医療要否意見書や健診結果のデータから選定した対象者に対して、訪問や電話等で栄養・運動指導や受診勧奨を行う。

④ 頻回受診指導：嘱託医が頻回受診者の病状や適正な受診回数について主治医への確認が必要と判断した場合、看護師等が同行受診を行っている。また、月1回主治医と本人に対して「受診状況調査票」の記載・提出を依頼し、頻回受診者の状況を把握する。

⑤ 医療扶助適正化事業：訪問看護・施術・介護扶助の見直しおよび適正化のための指導・支援。（④の頻回受診指導もここに含まれる。）

⑥ 食育支援：アンケート調査を実施したところ、被保護者の子どもは朝食を摂らないなど食生活に問題を抱えているケースが多いことが判明。子どものときからの食育が重要と考え、2019年度から学校やユースプラザ（不登校やひきこもり等の相談、居場所）等と連携・協力して家庭訪問や子どもの調理実習等の食育支援を行う。今後、学習支援や主任児童委員、地域の大学等とも連携していく予定である。

⑦ その他：若年者の妊娠などをテーマとした思春期教育ほか。

3. 健康管理支援の実施の利点、課題

利点：

- ・ 被保護者の健康に関するデータを把握することで、健康課題や傾向等が明らかになり、支援方法や対策等を検討できる。
- ・ ケースワーカーが医療や介護について、専門職と相談することにより、よりの確かなケースワークを行うことができる。
- ・ 専門職が医療・介護扶助の適正化に取り組むにあたり、本人の病状に適した医療・介護サービスが提供されているか判断するために主治医や関係機関から適確な情報を収集することで、被保護者の受診行動をより安全で経済的な方向に導くことができる。

課題：

- 重症化予防：生活習慣病以外に精神疾患や知的・発達障害、ひきこもり等の問題を抱えていることが多く、検査数値だけで対象者を選定することは難しい。また、支援の途中で精神状態の悪化等で継続が困難になるケースもある。健康状態が良くなった場合、ケー

スワーカーから就労開始や増収の指導を受けることがあるが、生活習慣改善における本人の意識が低いというまくいかないことがある。

- 食育支援：ネグレクト等、健康意識が低い家庭を対象にしているため、事業の参加勧奨が困難である。

自治体名〔大阪府岸和田市〕

1. 被保護者・福祉事務所の現状

被保護実人員：

5,849 人

被保護世帯数：

4,285 世帯（2020 年 1 月時点）

過去 5 年間の推移：

増加している

※ 2015（平成 27）年～2018（平成 30）年は増加していたが、2018（平成 30）年～2019（令和元）年は減少している。

※ 2015（平成 27）年 1 月時点から 2020（令和 2）年 1 月時点の推移 4,149 世帯（6,012 人）→4,266 世帯（6,110 人）→4,378 世帯（6,187 人）→4,373 世帯（6,110 人）→4,321 世帯（6,033 人）→4,285 世帯（5,849 人）

ケースワーカー 1 人あたりの担当世帯数：

約 116 世帯

福祉専門職のケースワーカーの在籍：

あり

保健医療専門職の在籍：

看護師

2. 健康管理支援の内容

取り組み内容：

保健指導・生活支援

※ 頻回受診指導は、生活困窮者就労準備支援事業費等補助金の「医療扶助適正化事業 適正受診指導等の推進」にて実施中。

担当者の職種：

看護師（委託）、ケースワーカー

連携機関・団体：

民間企業

取り組み内容の詳細：

- 支援対象の条件を満たす被保護者をケースワーカーとともに選定し（下記参照）、委託業者の看護師との面談を通じて、セルフケアの目標設定や健康指導を行っている。意識や行動は変わるが、評価には至っていない。

- 下記①～④及び、稼働年齢層（40 歳以上 65 歳未満）で、医療機関の受診歴及び健康診査の受診がない者のうち、高い効果が見込まれる者を優先して支援対象者とし、担当ケースワーカーとの協議により 25 名を選定する。

- ① 糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病を現在治療中の者
- ② 糖尿病、高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病の治療を中断している者
- ③ 上記②の生活習慣病以外の疾病の治療を中断している者
- ④ 健康審査の受診結果において異常があるが、治療を行っていない者

- 支援対象者に健康管理支援計画書（血圧、体重、腹囲データ等を含む）を作成し、福祉事務所内での面談、支援対象者宅への訪問、電話、文書送付等の方法により保健指導・生活支援を実施している。
- 支援対象者への支援については、支援対象者との面接を基本とし、電話又は文書送付は面接を補うものとしている（ケースワーカーは、原則面接や訪問に同席）。
- 初回面談後、支援後の経過評価、最終評価の計 3 回の面接および評価をおこなう。

3. 健康管理支援の実施の利点、課題

利点：

- 医療扶助の適正化の取り組みが推進される。

課題：

- 通常業務に加えて健康管理支援という業務体系は難しいため、人員や費用の充実が必要。
- どのような成果が出るかわからないため、何を評価したらいいのか具体的な方法がない。評価ができないことには、財政部局にアピールできない。

自治体名〔埼玉県上尾市〕

1. 被保護者・福祉事務所の現状

被保護実人員：

2,269 人

被保護世帯数：

1,754 世帯（2019 年 3 月 31 日時点）

過去 5 年間の推移：

増加している

ケースワーカー 1 人あたりの担当世帯数：

92 世帯

福祉専門職のケースワーカーの在籍：

あり（社会福祉士、精神保健福祉士）

保健医療専門職の在籍：

保健師、看護師（当時の福祉事務所長による働きかけにより、2012 年から保健師が配置された。）

2. 健康管理支援の内容

取り組み内容：

健診受診勧奨、医療機関受診勧奨、保健指導・生活支援、主治医と連携した保健指導・生活支援（重症化予防）、料理教室、講義や体操などの健康講座

担当者の職種：

保健師、看護師

連携機関・団体：

市町村保健センター、都道府県保健部局、保健所、市町村介護担当部局、地域包括支援センター、精神保健福祉センター、医師会、歯科医師会、薬剤師会、医療機関、歯科医院、調剤薬局、市町村国保、社会福祉協議会、ボランティア団体・民間団体

取り組み内容の詳細：

- ① 健康増進プログラム：一般健診の受診勧奨や「要指導」と判定された被保護者への個別保健指導。
- ② 健康管理支援プログラム：生活習慣病の発症・重症化予防を目的とした個別保健指導。上尾市では、レシピに記載されている主病名と処方薬、腎不全のステージなどから生活習慣病を検出する作業を業者に委託（2018 年は 30 人検出）し、その結果から支援対象者をリストアップしている。検出後、リストアップした中から、ケースワーカーが面談可能な人

を抽出し、保健指導を勧める面談のための調整を行う。面談は市庁舎、もしくは自宅訪問で行い、初回は担当のケースワーカーが同行する。リストアップしたうち、およそ 1/3 の人が保健指導を受ける。残り 2/3 の人たちは、保健指導の面談を断る。

- ③ 食育支援プログラム：子どもの料理教室を保健センターや老人ホームの栄養士と連携協力して子どもの料理教室を実施している。周知の方法として、学習支援教室の子どもに声掛け、教室の先生にも声掛けを依頼、親に電話するなどの人海戦術をとっているが、学校全体を対象とするところまでは難しい（予算、人手の不足）。
- ④ 食生活改善プログラム：病態別に被保護者・生活困窮者を対象とした成人の料理教室を実施したことがある。成人の料理教室については、予算や申込などの実施主体は上尾市で、メニューの考案や当日のデモンストラクションをパストーン（特別養護老人ホーム パストーン浅間台）に協力していただいている。
- ⑤ ジェネリック薬使用促進：非常勤看護師と保健師が協力してレシピ分析し、被保護者へ電話や文書指導を行っている。
- ⑥ 外部団体と協力した取り組み：上記③の「子どもの料理教室」ではご飯を食べた後に、参加者に歯ブラシ指導やサプリメント使用に関するレクチャーなどを実施している。その他、性教育や自殺防止、飲料水メーカーによる熱中症予防などのレクチャーも実施。当初は保健師が行っていたが、予算がついたため、外部講師を招くようになった。
- ⑦ 市内連携機関・団体との連絡協議会：鴻巣保健所に年 2 回、事業評価として協力していただいている。庁内の会議として、保健センターとの連絡会議を行っている。

3. 健康管理支援の実施の利点、課題

利点：

- ・ ケースワーカーや就労支援相談員と連携することで、自立への支援強化ができる。
- ・ 医療中断者や未受診者への的確な指示や介入ができる。
- ・ 慢性疾患や糖尿病重症化予防の対象者へ病状悪化予防の支援ができる。
- ・ 虐待や若年妊娠など他課と連携が必要なケースに対して、保健師が早期に介入することでスムーズに連携が図れる。

課題：

- ・ 事業全体の評価を金額や人数で効果を表現することは難しい。
 - 予防的な支援に関して金額的な評価が難しい。
 - 個別指導に偏りがちで、それぞれの評価や目標に差があるため、全体的な傾向が見えづらい。「自分がどうなりたいか」「自分の生活をどうしたいか」といった個別評価や目標設定を話し合いで決め、評価は本人にも共有する。高すぎない目標設定をしている。

- 精神疾患を持つ被保護者に対する効果の評価についても、全体を評価するのは難しい。「安定した生活」を営めているか、就労につながったかのような個別評価になろう。「悪くならない」「安定した」という評価も大切なのでは。
- 医療費の削減が最終的な目標となるだろうが、早々につながるものではない。糖尿病の受診指導であれば、長期的な目標として「透析移行年数の延伸」などが挙げられるが、このような長期的な指標での評価はなかなか難しい。
- ・ データヘルスとの連動は難しい。高齢者、傷病者がほとんどであるため、国や県などの指標や傾向とは比べることが難しい。

自治体名〔東京都府中市〕

1. 被保護者・福祉事務所の現状

被保護実人員：

5,255 人

被保護世帯数：

4,058 世帯（2019 年 10 月 1 日時点）

過去 5 年間の推移：

世帯数は増加しているが、受給者数は減少している

ケースワーカー 1 人あたりの担当世帯数：

119 世帯

福祉専門職のケースワーカーの在籍：

なし

保健医療専門職の在籍：

保健師、精神保健福祉士

2. 健康管理支援の内容

取り組み内容：

医療機関受診勧奨、保健指導・生活支援

担当者の職種：

保健師、精神保健福祉士

連携機関・団体：

市町村保健部局

取り組み内容の詳細：

① 医療機関受診勧奨

- ・ 治療中断者への受診勧奨。
- ・ ケースワーカーから相談を受けた方に対して、保健師や精神保健福祉士が医療機関への同行受診を行っている。（保健師：重症な身体疾患、精神保健福祉士：精神疾患）

② 保健指導・生活支援

- ・ 保健部局（健康推進課）から健診データを入手後、外部にデータ抽出を委託して、糖尿病性腎症重症化予防プログラムと同様の指標でデータの抽出や糖尿病・高脂血症・高血圧症のリスクを評価してもらっている。その後、保健師が生活習慣などの情報も考慮して対象者を選定している。
- ・ 保健指導・生活支援は上記の対象者や、ケースワーカー・精神保健福祉士から情報提供を受けた人に対して実施している。基本的に保健指導対象者には来庁してもらっている。
- ・ 昨年度（2018 年度）から糖尿病重症化予防の保健指導を受けた被保護者に対して、保健指導実施前

後のアンケートを実施している。今後、アンケート結果の評価を検討していく。

3. 健康管理支援の実施の利点、課題

利点：

- ・ ケースワーカーから対象者の生活情報などを得られ、対象者本人とも連絡を取ることができるので、面談の予定が立てやすい。
- ・ 面談時間・回数の制限は少ない。
- ・ 他者との関わりが希薄な方もコンタクトを取ることによって、関係性が構築できる。
- ・ 自立に向けた健康支援に関わることができる。

課題：

- ・ 対象者の健康管理に対するモチベーションが低いため、目標設定が難しい。健康に興味を持ってもらうことから支援が必要である。
- ・ 連絡が途絶え、保健指導のために来庁されなくなる対象者への対応を考える必要がある。
- ・ 精神疾患や発達障害のある方が多く、病状によっては対応が困難である。
- ・ 説明にあたっては、絵を用いたり簡易な文章を使うなどの工夫が必要であるため、個別対応の準備に時間を要する。
- ・ 食事内容の工夫に関する提案時に、体重計、電子レンジ、冷蔵庫などが無い、または故障している等といった状況の方がおり、金銭的な理由である場合が多い。
- ・ 「長生きしても生きがいや楽しみがないため意味がない」と言われる方がいる。
- ・ 運動教室や栄養指導など、外部（保健センターや福祉関係）の活動への参加を勧めるも、社会性が乏しく活用が難しい。
- ・ 対象者に高齢者が多く、長年の生活習慣の変容が困難である。また、同居人が食事管理をしている場合には、同居人へのアプローチも必要となる。
- ・ 実施体制として、正職員の保健師が計画立案・医療費分析、事業や対象者の管理等を行い、嘱託保健師が保健指導の実働をし、また、栄養士が重症者への栄養指導を行えると理想的である。

自治体名〔長野県安曇野市〕

1. 被保護者・福祉事務所の現状

被保護実人員：

360人

被保護世帯数：

302世帯（2019年12月1日時点）

過去5年間の推移：

減少している

ケースワーカー1人あたりの担当世帯数：

60世帯

福祉専門職のケースワーカーの在籍：

なし（ただし、たまたま一般職採用の社会福祉士がいる）

保健医療専門職の在籍：

栄養師・管理栄養士

2. 健康管理支援の内容

取り組み内容：

健診受診勧奨、保健指導・生活支援

担当者の職種：

栄養師・管理栄養士、ケースワーカー

連携機関・団体：

市町村保健部局、市町村保健センター

取り組み内容の詳細：

- ① 健診受診勧奨：これから着手する。現在の健診受診率は1%程度。健診受診勧奨の対象者に優先順位を付けることはせず、40歳以上74歳以下のすべての対象者に対して通知はがきを送付し、回答（希望する・希望しない）を求める予定。「希望する」と回答した人は健診を受診してもらい、必要に応じて保健部局が指導する予定。「希望しない」と回答した人には健康管理支援担当又はケースワーカーから個別の勧奨アプローチを予定している。

- ② 保健栄養指導：2019年11月より健康管理支援担当者として、管理栄養士を採用。その後、母子世帯やケースワーカーが気に掛けている世帯から指導を開始し、2020年度は全ての被保護者を対象として訪問可能な範囲で指導を行う。手順としては、初回面談時に健康管理支援担当者がケースワーカーの訪問に同行し、事業内容を紹介しプログラムの概要を説明する。同意が得られた場合、安曇野市独自の事前アンケート（フェイスシートの項目を参考に作成したもの）を手渡し、1ヶ月後の面談までに記載してもらい、2回目の面談時に、保健栄養指導・次回面談等のスケジュール確認・目標設定等を実施する。3ヶ月おきに達成状況の確認、必要に応じて目標の再設定を行う。

3. 健康管理支援の実施の利点、課題

利点：

- ・ ケースワーカー、被保護者に健康に関して意識できる。
- ・ 被保護者自身が健康や生活面に関して不安に思っていること等を聴取できる（実は不安を抱えている被保護者が多いことが判明）。

課題：

- ・ 自治体の負担が増えかねない。
- ・ 健康管理支援事業の効果の測定が難しい。

自治体名〔京都府南丹市〕

1. 被保護者・福祉事務所の現状

被保護実人員：

299 世帯

被保護世帯数：

408 人（2019 年 9 月 1 日時点）

過去 5 年間の推移：

増加している

ケースワーカー 1 人あたりの担当世帯数：

85 世帯

福祉専門職のケースワーカーの在籍：

なし

保健医療専門職の在籍：

保健師、医師（嘱託）

2. 健康管理支援の内容

取り組み内容：

健診受診勧奨、医療機関受診勧奨、保健指導・生活支援、主治医と連携した保健指導・生活支援（重症化予防）、頻回受診指導

担当者の職種：

保健師、ケースワーカー

連携機関・団体：

市町村保健部局

取り組み内容の詳細：

- ① 2016 年度まで、レセプトデータから生活習慣病（高血圧症、高脂血症、糖尿病）の治療や投薬の記載がある人を抽出して対象者を選定していた。しかし、その方法で選定した対象者はすでに医療機関による管理が行われており、保健師による健康管理支援は入り込む余地がなかった。そこで、2017 年度から医療機関が管理していない人を選定するように改め、保健指導を行っている

- ② 2017 年度から、レセプトデータの内容検討を行う京都府の嘱託医師の意見だけでなく、保健師の意見も反映する仕組みにした。また、保健師とケースワーカーと一緒に訪問して、対象者からの意見の聞き取りや対象者への助言・指導に取り組んでいる。

- ③ 生活困窮者自立支援事業・子どもの貧困対策の一環で、被保護世帯に向けた学習支援事業を実施している。教員免許を持った学習支援員が生活困窮世帯の家庭に訪問し、学習指導を行っている。学習環境や生活習慣にもアプローチできる機会なので、保健師の介入も期待できる。

3. 健康管理支援の実施の利点、課題

利点：

連携するところが多い事業なので、部署間の連携が強化されると思う。

課題：

ケースワーカー 1 人あたりが担当する被保護世帯は平均 85 世帯だが、担当地区によって差がある。なかには 90 世帯を担当しているケースワーカーもおり、通常のケースワークに加えて健康管理支援事業の取り組みが大きな事務負担になり兼ねない。

ケースワーカーにとって出来る限り負担の少ない進め方を考えている。

資料3-3 健康管理支援を準備中の自治体の調査結果

自治体名〔東京都足立区〕	
<p>1. 被保護者・福祉事務所の現状</p> <p><u>被保護実人員：</u> 24,184人</p> <p><u>被保護世帯数：</u> 18,699世帯（2020年1月1日時点）</p> <p><u>過去5年間の推移：</u> 増減なし</p> <p><u>ケースワーカー1人あたりの担当世帯数：</u> 89世帯</p> <p><u>福祉専門職のケースワーカーの在籍：</u> なし</p> <p><u>保健医療専門職の在籍：</u> 医師（嘱託医）</p> <p>2. 健康管理支援事業の準備状況</p> <p><u>現在の状況：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 健康管理支援事業の担当者を決定済み、または担当部署と連携済みである その他の準備（レセプトの分析業務委託）をしている <p><u>想定している担当者の職種：</u> 保健師</p> <p><u>連携を進めている機関・団体：</u> まだ検討していない</p>	<p>3. 他の特色のある取り組み</p> <ul style="list-style-type: none"> 健康管理支援事業の計画の準備段階として、足立区の現状を把握するため、被保護者の受診状況やレセプトデータの分析結果等をまとめた基礎資料を作成している。資料作成は民間業者に委託して進めており、2019年度中に終わる予定である。 健康管理支援事業のケーススタディのように、「指導レポート」を基にしてケースワーカーと健康管理支援員による被保護者の健康管理支援を計画している。指導レポートとは、データ分析業者が各世帯の健康や健診受診・医療受診状況を分析した結果に基づいて、アプローチ方法を提案したものである。レポートに記載されている提案に沿って、1世帯につき半年間で3回アプローチを行い、その結果から状況の改善が見込めるかどうか、また事業の継続性を検証する。対象の24,184人から、状況改善を見込める70人を事務所が選定する。本事業の計画作成において参考にする試みである。

自治体名〔長野県長野市〕	
<p>1. 被保護者・福祉事務所の現状</p> <p><u>被保護実人員：</u> 3,346人</p> <p><u>被保護世帯数：</u> 2,655世帯（2019年12月1日時点）</p> <p><u>過去5年間の推移：</u> 増加している</p> <p><u>ケースワーカー1人あたりの担当世帯数：</u> 80世帯</p> <p><u>福祉専門職のケースワーカーの在籍：</u> なし（在職時に社会福祉主事の研修に必ず出席させている。一般職で在職1年目、2年目対象のケースワーカー研修会あり。社会福祉士の資格をもって、ケースワーカーをしている人もいる。）</p> <p><u>保健医療専門職の在籍：</u> 医師（嘱託医）</p>	<p>2. 健康管理支援事業の準備状況</p> <p><u>現在の状況：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 健康管理支援事業の担当者を決定済み、または担当部署と連携済みである 健康管理支援事業として実施する取り組み内容（健診受診勧奨・医療機関受診勧奨・頻回受診指導等）が決まっている その他の準備（予算請求・関係機関との打ち合わせを始めている）をしている <p><u>想定している担当者の職種：</u> 栄養師・管理栄養士（未採用）</p> <p><u>連携を進めている機関・団体：</u> 市町村保健センター、保健所</p> <p>3. 他の特色のある事業</p> <p>以前に健診を受診した人およびケースワーカーが気掛かりに思う人に対して、地区担当保健師と連携して同行訪問したことがある（ただし、事業として実施しているわけではない）。</p>

自治体名〔新潟県十日町市〕	
<p>1. 被保護者・福祉事務所の現状</p> <p><u>被保護実人員：</u> 259人</p> <p><u>被保護世帯数：</u> 244世帯（2019年11月30日時点）</p> <p><u>過去5年間の推移：</u>増加している</p> <p><u>ケースワーカー1人あたりの担当世帯数：</u> 70世帯</p> <p><u>福祉専門職のケースワーカーの在籍：</u> なし</p> <p><u>保健医療専門職の在籍：</u> 在籍していない</p> <p>※ 健康管理支援事業の担当である市民福祉部福祉課福祉支援係に保健医療専門職の在籍はなし。市民福祉部の他課には在籍あり。</p> <p>2. 健康管理支援事業の準備状況</p> <p><u>現在の状況：</u> その他の準備（データ分析のため、業者と委託契約を締結）をしている</p>	<p><u>想定している担当者の職種：</u> 医療事務職員</p> <p><u>連携を進めている機関・団体：</u> まだ検討していない</p> <p>3. 他の特色のある事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 市民福祉部福祉課福祉支援係では、様々な事業を担当している。 ① 民生委員及び児童委員に関すること ② 要援護世帯除排雪援助事業：民生委員が高齢者世帯の支援事業を実施していたため、付随する事業として担当するようになった。非課税世帯の高齢・母子・障がい者世帯が対象。 ③ プレミアム付き商品券事業：産業政策課が担当していたが、非課税世帯が対象であることや「臨時福祉給付金」を担当していたことから担当係となった。 ・ 社会福祉法という福祉事務所の人員要件を満たしているものの、生活保護業務以外の兼務業務が多い。

自治体名〔新潟県南魚沼市〕	
<p>1. 被保護者・福祉事務所の現状</p> <p><u>被保護実人員：</u> 204人</p> <p><u>被保護世帯数：</u> 165世帯（2019年10月末日時点）</p> <p><u>過去5年間の推移：</u> 増加している</p> <p><u>ケースワーカー1人あたりの担当世帯数：</u> 57世帯</p> <p><u>福祉専門職のケースワーカーの在籍：</u> なし</p> <p><u>保健医療専門職の在籍：</u> 精神保健福祉士</p> <p>2. 健康管理支援事業の準備状況</p> <p><u>現在の状況：</u> 準備（データ分析のため、業者と委託契約を締結）は行っているが、まだ具体的な準備は始めている</p>	<p><u>想定している担当者の職種：</u> 社会福祉士</p> <p><u>連携を進めている機関・団体：</u> 市町村保健部局</p> <p>3. 他の特色のある取り組み</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 新潟県内では、公的扶助の学習会が定時開催されている（にいがた公扶研）。 ・ レセプト点検員が、高額になりやすい疾病のデータ抽出や扶助額の経時的な推移のグラフ化を行っているが、実際の支援にはまだ至っていない。

自治体名〔長野県中野市〕	
<p>1. 被保護者・福祉事務所の現状</p> <p><u>被保護実人員：</u> 174人</p> <p><u>被保護世帯数：</u> 146世帯（2019年12月31日時点）</p> <p><u>過去5年間の推移：</u> 増減なし</p> <p><u>ケースワーカー1人あたりの担当世帯数：</u> 48世帯</p> <p><u>福祉専門職のケースワーカーの在籍：</u> なし（ただし一般職で社会福祉士の資格をもつ人間がたまたま福祉事務所に異動になり勤務している）</p> <p><u>保健医療専門職の在籍：</u> 保健師（保健師はいるが、福祉課長補佐として異動したため、現場レベルでの関与は難しい）</p>	<p>2. 健康管理支援事業の準備状況</p> <p><u>現在の状況：</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 健康管理支援事業の担当者を決定済み、または担当部署と連携済みである その他の準備（データ分析のため、業者と委託契約を締結）をしている <p><u>想定している担当者の職種：</u> 保健師</p> <p><u>連携を進めている機関・団体：</u> 市町村保健部局、市町村保健センター</p> <p>3. 他の特色のある取り組み</p> <p>現在、県内他市2か所と経済省による自治体システムのクラウド化および共同化を進めており、2020～2021年度からの実用化を目指している。</p>

自治体名〔愛知県東海市〕	
<p>1. 被保護者・福祉事務所の現状</p> <p><u>被保護実人員：</u> 810人</p> <p><u>被保護世帯数：</u> 636世帯（2019年11月1日時点）</p> <p><u>過去5年間の推移：</u> 増加している</p> <p><u>ケースワーカー1人あたりの担当世帯数：</u> 90世帯</p> <p><u>福祉専門職のケースワーカーの在籍：</u> なし</p> <p><u>保健医療専門職の在籍：</u> 在籍していない</p> <p>2. 健康管理支援事業の準備状況</p> <p><u>現在の状況：</u> 準備（データ分析のため、業者と委託契約を締結）は行っているが、まだ具体的な準備は始めている</p>	<p><u>想定している担当者の職種：</u> まだ検討していない</p> <p><u>連携を進めている機関・団体：</u> まだ検討していない</p> <p>3. 他の特色のある事業</p> <p>福祉事務所の事業ではないが、保健部門が通いの場事業として「健康交流の家」を推進しており、非常に盛んに活動している。そこに生活困窮者や被保護者を巻き込んだ活動ができればよいと思っている。</p>

4章 被保護者健康管理支援事業の実施に向けた提案

1. 本調査研究事業の主な結果

本調査研究事業では、昨年度事業で分析した2自治体のデータに加え、新たに4自治体のデータを追加して、被保護者の慢性疾患や頻回受診、健診未受診と関連する社会背景に関する要因を分析した。また、被保護者健康管理支援事業の全国的な準備状況について、16自治体の福祉事務所へのヒアリングを行った。その主な結果は以下のとおりである。

「外出機会が週1回未満」である場合に健診未受診が多かった(90%)。男性では「外出機会が週1回未満」かつ「就労している」かつ「教育歴が12年以下」である場合に多かった(70%)。高齢者では「看病や世話をしている人(介護者など)」で健診未受診が多かった(76.1%)。

被保護者の傷病や受療行動と関連する要因について

- 1) 働き世代(16歳以上65歳未満)では、独居と不就労の者は、そうでない者よりも高血圧症・糖尿病・慢性腎臓病による受診が多かった。高齢者では不就労の場合に慢性腎臓病が多かった。
- 2) ひとり親世帯の子ども(15歳以下)は、それ以外の世帯の子どもに比べて、入院の経験に加え、気管支喘息・アレルギー性鼻炎・皮膚炎/湿疹・歯の病気といった慢性疾患による受診が多かった。外傷や急性下気道感染症(肺炎など)等の急性疾患では関連が乏しかった。
- 3) 独居や不就労と頻回受診との関連が、都市近郊および地方の計6自治体で同様に観察された。
- 4) 健診未受診が多い者の特徴を複数抽出した。まず、働き世代(16-64歳)の女性で

福祉事務所における健康管理支援事業の準備状況について

- 1) 健康管理支援をすでに実施している自治体では、関連機関(特に保健部門)との連携体制が構築され、保健医療専門職が活躍していた。
- 2) 健康管理支援を担当する保健医療専門職の確保に困難を抱えている自治体が多かった。
- 3) 健康管理支援のための専門領域の人材確保には、①福祉事務所と保健部局との協同、②保健部局から福祉事務所への異動(人材交流)、③福祉事務所で独自に採用、④外部委託などの方法が行われていた。
- 4) 健康管理支援をすでに実施している自治体の中には、ボランティア団体・民間団体・学術機関・子どもの支援等に関わる機関(NPO等)などと連携して取り組みを進めているものがあつた。

- 5) 医療扶助費の減少や健診受診率の向上などの成果を上げている自治体では、厚生労働省の手引き等を参考にしつつ、健康管理支援事業で実施すべき独自の計画に基づき、また具体的な評価指標と目標を定めて実施していた。
- 6) 健康管理支援に向けて準備中の自治体では、データ分析事業者と委託契約を締結するなどの準備を進めていた。しかし実施する取り組み内容を決定している自治体は1自治体のみであった。
- 7) 健康管理支援に向けて準備中の自治体では、保健医療専門職の担当者探しに苦慮していた。保健指導等を外部委託する予定を組んでいる自治体は少なかった。
- 8) 国や都道府県への要望および提案として、評価の指標や基準の明示、関係機関への周知・通知、標準様式の提供、参考となる事業事例の紹介、情報共有の場の提供、被保護者以外への支援活動との一体的な実施などが挙げられた。

2. 被保護者健康管理支援事業の実施に向けた提案

以上の結果を踏まえて、被保護者健康管理支援事業の全国的な実施に向けて重要と思われた以下の4つを提案する。

1) 20歳代の若年層からの健康管理支援

「被保護者健康管理支援事業の手引き」では、40歳以上の被保護者への健康管理支援が想定されていた。一方、一般集団と比較して、被保護者では、20歳・30歳代の若年層から糖尿病等の慢性疾患を持つ者の割合が多いことが分かった。若い時期の健康は老年期の健康を予測することが知られている。そのため、若い年代への健康支援のニーズは高く、また若い世代に重点を置いて支援することで、生涯にわたる疾病リスクの低減を図ることができる。

2) 社会生活支援と健康管理支援との一体的実施

独居・不就労・ひとり親世帯・外国籍世帯といった社会的に孤立しやすい特徴を持つ被保護者は慢性疾患が多く、頻回受診や健診未

受診も多かった。また、健診未受診と関連する要因にも孤立の関与が示唆された。外出が少ない（閉じこもり・引きこもり）女性や、外出が少なく就労していない男性などである。社会的孤立が重要な健康リスクであることは多くの先行研究でも示唆されている¹。社会的孤立が慢性疾患や適正な受診行動の妨げになっているとすれば、疾病の治療や受診行動の是正指導を行っても長期的な効果は得られない可能性が高い。そのため、孤立を防ぐための社会生活支援と健康管理支援とを一体的に実施することを推奨する。

3) データを積極的に活用する

健康管理支援の内容は多岐にわたるため、優先すべき対象者や課題を特定すべきである。そのためには、福祉事務所が保有する被保護者の基本管理データ・医療扶助レセプトデータ等を効果的に分析することが有益である。本研究で一部実施したように、個人識別番号でこれらのデータを連結することで、社会生

活状況と健康・医療サービス利用状況との関係など単独のデータでは明らかにできないことがわかる。個人単位で連結したデータを用いて、頻回受診・重複受診・重複処方・傷病や入院の有無などをアウトカムにした分析を進めることで、**健康管理支援を優先的に実施すべき対象者や健康課題を選定できる。**

対象者の優先順位付けには、被保護者をグループ分けすることが有益と思われる。たとえば、本事業で利用した決定木分析や回帰分析の手法である。近年ではビッグデータの解析手法の発達が目覚ましく、レセプトデータ等の分析にも活用することができる。ただし、大規模なデータの分析とその結果の活用は技術的に困難であるため、**都道府県／保健所や国による分析・活用支援**が必要である。

4) 多様な組織を巻き込んだ地域ガバナンス体制の構築

保健・医療・介護部門との連携は必須であるが、本研究の結果で一部示されたように、社会的孤立への対応や社会参加機会の創出等を進めることも健康管理支援を実施する上で重要となる。地区医師会等の職能団体、地域包括支援センター、社会福祉協議会、介護サービス事業所、地域のNPO、健診業者など、関係団体それぞれの力量が最大化されるように有機的に連携する体制が求められる。被保護者の健康管理支援に向けた地域ガバナンス体制である。

その際、地域包括ケアシステム強化・生活困窮者支援・障がい者福祉・地域共生社会づくり・いわゆる社会的処方(医療と地域福祉の連携)の取り組みの動きと連動させることが必要と思われる。自治体内では、これらの各取り組みを担当している部局同士の顔の見える関係づくりが重要である。

3. 区市町村・都道府県・国それぞれへの推奨事項

被保護者健康管理支援事業の推進に向けては、事業の手引きの作成など、実施主体である区市町村の福祉事務所における活動の推進が図られてきた。今回のヒアリングにより、多くの福祉事務所から、都道府県や国による重層的な支援を要望する声が聴取された。今後全国展開する中でも、継続的にニーズの吸い上げと対応ができるように、国・都道府県／政令市・区市町村の**縦の連携**を密にするべきである。また、今回ヒアリングで聴取された要望のうち、どれを国や都道府県／政令市がそれぞれ引き受けるかを判断する必要がある。今回多くの要望があった事項については、福祉事

務所が引き続き中心的に実施すべき業務であって、その支援を国や都道府県が行っていくことで、円滑に事業が進むであろう。

また、前述のように、**横の連携**、すなわち住民組織・行政・企業・民間支援団体等のステークホルダー同士が区市町村レベルで連携することが必要であるが、それを推進・維持強化するためには、都道府県による連携の場の提供や国による政策の実施等による支援が求められる。

以上を鑑み、ここでは、ヒアリングの中で聞かれた様々な現場の取り組み事例を参考に、区市町村・都道府県・国のそれぞれへの推奨事項を列挙する。

区市町村への推奨事項

ヒアリングからは、保健部門をはじめとして他部署・組織との連携に困難さや不安を感じるとする意見が多数あった。一方で、独自の工夫で良好な連携体制を築いている自治体もあった。福祉事務所だけでなく様々な組織と連携して、地域全体で「ワンチーム」となるガバナンス体制づくりにむけて、いくつかの自治体が行っていた効果的と思われる工夫を示す。

1) 人材交流

保健部門と福祉部門で人材交流を行うことで、組織同士の連携が円滑になり、健康管理支援の体制づくりに役立ったという意見が多数あった。例えば保健センターと福祉事務所との人材交流である。連携体制ができた後も、お互いの困りごとを相談しやすくなるなどの利点がある。

2) トップ会合

最終的な連携の決定は組織長の判断でなされる。遅かれ早かれ、連携には組織長同士の話し合いが必要な場合が多い。被保護者健康管理支援事業に向けては、福祉事務所と保健センター等と保健医療部門との連携は不可欠である。であれば、早期から福祉部門と保健部門とのトップ会談を行い、重要性を繰り返し相談する機会を設けてはどうか。

3) 多職種同伴での被保護者訪問

健康面で気になる被保護者の自宅にケースワーカーと保健師がともに訪問してみると、互いの役割や連携の重要性の認識が深まった事例がある。被保護者の中には、ケースワーカー以外の者に生活場面を見られるのを嫌

う方もおり、保健師からは家庭訪問がしづらく困っているとの訴えがある。ケースワーカーに同伴することで家庭訪問することで、被保護者の生活状況に触れることができる。ケースワーカーが実践している対人援助技術を学ぶこともできる。ケースワーカーも保健師等から保健指導の知識やスキルを得られる。ヒアリングでは、そのようにお互いにスキルアップできる Win-Win なケースがあった。多職種での同時の住民訪問は、高齢者の地域包括ケア体制作りにも取り入れられている手法である²⁾。

4) 福祉事務所職員の地域ケア会議への参加

地域包括支援センターが主催する地域ケア会議への参加を推奨する。複合的な課題を抱えた患者に対して、地域の各専門職が連携して検討することで、その患者の課題解決に向けた個別のケアプランを作成したり、事例を通じて**専門職同士の顔の見える関係づくりを推進**するための会議である。そのような場に福祉事務所の職員も参加することで、地域での連携の糸口が得られる。実際に被保護者が事例となる場合、あるいはケアプランの中に生活保護の申請が含まれる場合もある。地域共生社会づくりに関する議論と関連して、地域包括ケアは高齢者に限らず全世代に必要な枠組みであるとの認識が高まっており、今後は若年世代の事例検討も増えてくる可能性が高い^{3,4)}。被保護者への健康管理支援だけでなく、ひとり親世帯や障害者、路上生活者等へのケアのための連携枠組みにもなり得る。このような議論に、福祉事務所の職員も参加していただきたい。

都道府県への推奨事項

1) 福祉事務所への伴走型支援

被保護者への健康管理支援は長期的な伴走型とすることを提案した。伴走型支援は、福祉事務所にもニーズがある。特に被保護者健康管理支援事業の開始にあたっては、準備期から開始期、維持期とフェーズが変わる中で、各フェーズで求められる支援を継続的に提供していただきたい。

具体的には、以下のような支援が求められる。

① 情報共有の場の提供

各福祉事務所が行っている健康管理支援事業の情報共有の場の提供（研修会・意見交換会・オンライン等での相互相談手段の提供など）

② 人材育成

担当者のスキルアップのための職員研修会の開催やネットワークの構築

③ データ分析支援

区市町村のデータを収集して分析する、分析方法に悩んでいる福祉事務所への個別支援

④ マネジメント支援

事業実施内容の検討や目標値設定への支援

⑤ 組織づくり支援

組織連携に有用な機会の提供や関連する情報提供、委託業者の情報収集と紹介など

2) 国と自治体とをつなぐ橋渡し役となる

都道府県は福祉事務所への伴走型支援を通じて、福祉事務所のニーズを俯瞰的に把握できる立場にある。ニーズを国に積極的に伝えることで、当事業の見直しや追加措置、法改正は、現場のニーズに即したものになる。

国への推奨事項

1) 効果的な実施に向けたエビデンスづくり

本事業のように、健康管理支援に向けた調査研究を引き続き継続するべきである。省庁を超えて、エビデンスに基づく政策実行（EBPM: Evidence based policy making）を重視する動きが活発になっており、当事業の推進においても積極的に投資すべき事項であろう。例えば下記の様な研究が引き続き期待される。

① 被保護者の健康状態や受診行動の社会的決定要因・地域差等の解明

優先的に対応すべき対象者や課題の選定に役立つエビデンスの創生が期待される。今回は独居や不就労等が健康リスクや頻回受診等と関連し、その関連が世代や性別により異なることが示されたが、これらの状況には地域のさまざまな特性の影響を受けると思われる。地域の特性に応じた健康管理支援事業を推進するために役立つ更なる分析が待たれる。

② 効果的な健康管理支援の進め方に関する実証研究

ゴール設定と評価・組織連携・人材育成などを効果的・効率的に進めるための研究の推進である。

③ 健康管理支援に向けた効果的なデータ利用方法の提案とその効果に関する研究

公的部門の各種データ仕様の標準化が進んでいる。この動きを受け、安全かつ有効に多種類のデータベースを個人単位・組織（福祉事務所やその管轄エリア等）単位で連結するための識別番号の共有方法、連結データの活用方法の提案、その効果検証、安全な活用に向けた倫理的配慮の仕組みづくりを発展させるべきである。これらは事業を担う公的部門に資するだけでなく、民間活力の活用にもつながる。健康管理支援を担う事業者、データ分析事業者、システム事業者等が参入する健全かつ活発な市場の育成に資するであろう。

④ 継続的な事例研究・現場の課題抽出

被保護者健康管理支援事業を本格的に実施する中で、各フェーズにおける現場の課題の整理と検討、好事例・失敗例の収集と分析等を引き続き進める事を推奨する。このような検討に基づき、事業の手引きの継続的なアップデートを進めていただきたい。

2) 都道府県・福祉事務所への重層的支援の枠組みづくり

好事例の選定と横展開、人材育成、データ仕様や重要な評価指標の標準化、有益な情報提供等、福祉事務所の活動を後押しするための支援を引き続き推進すべきである。先進的に健康支援に取り組んでいる自治体が、優先的に実施すべき事業項目を選定し活用している評価指標や基準、取り組み方の例示等を求める声が今回のヒアリングで聴取された。都道

府県による支援のガイダンス、都道府県職員（保健所職員等）に向けた福祉事務所支援に向けた人材育成研修会等も有用と思われる。

3) 人材育成

ヒアリングでは、各福祉事務所で保健専門職を採用することが困難な状況が分かった。人材が不足していること、予算措置がないことを理由とする意見が多かった。健康管理支援事業の外部委託を検討する福祉事務所が少なかった背景には、委託業者が見つからない、福祉事務所が委託可能な事業者の存在を認識していない状況が伺えた。このことから、保健センターの職員や地域のNPO、その他の事業者が、被保護者をはじめとした福祉事務所が対応する住民へのサービス提供を行った経験が乏しい状況があると見受けられた。被保護者健康管理支援事業は、そういった経験をすすめる好機であるが、導入の初期段階においては、保健センターや健診事業者、生活困窮者支援のNPOなど健康管理支援事業に参入しうる組織の育成、人材育成を促す仕組みが必要かもしれない。

4) 関連する諸事業同士の調整

被保護者健康管理支援事業は、全世代型地域包括ケア・地域共生社会の創生といった関連する政策に強く関連する。生活困窮者自立支援法・健康増進法・介護保険法などの関連する諸法との一貫性や自治体内外の関係機関との調整が進むような政策デザインが期待される。

5) 予算措置

自治体のヒアリング調査では、予算に関する懸念が多く聞かれたことから、予算措置については継続的な議論と現場とのコミュニケーション

ーションが求められる。被保護者健康管理支援事業が効果を得るためにどれだけの追加コスト（ヒト・モノ・カネ）を発生させるかといった検討や研究の推進が期待される。健診受診の推奨、重症化予防、受診行動の適正化、健

康づくりとしての孤立支援・就労支援等、様々な支援課題がある中でそれぞれが将来的にどの程度医療（介護）扶助費削減につながるかを予測できるようなエビデンスも有用であろう。

<引用文献>

1. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. PLoS Med. 2010;7 (7): e1000316. doi: 10.1371/journal.pmed.1000316.
2. 地域包括ケアシステムの構築に向けた医療と介護の連携指針. 山梨県介護・医療連携推進協議会. 平成 26 年 3 月.
<https://www.pref.yamanashi.jp/chouju/documents/iryokaiigoshishin.pdf>
3. 5 新たな時代に対応した 福祉の提供ビジョンについて. 厚生労働省. 平成 28 年 1 月.
<https://www.mhlw.go.jp/topics/2016/01/dl/tp0115-1-13-05p.pdf>
4. 全世代・全対象型地域包括ケアシステムの構築について. 第 1 回豊田市高齢者専門分科会.愛知県豊田市. 平成 28 年 8 月.
https://www.city.toyota.aichi.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/016/420/2801_01.pdf

謝辞

本報告書は、令和元年度厚生労働省社会福祉推進事業「生活保護受給者の受診行動に関連する要因への効果的な支援に関する調査研究事業」として国庫による補助を受け、一般社団法人日本老年学的評価研究機構（代表理事：近藤克則、事業担当責任理事：近藤尚己）が事業実施主体となり実施した調査研究をまとめたものです。

本事業の推敲に際しては、16の自治体の方々に被保護者の健康管理支援のヒアリング調査にご協力をいただきました。また、以下の方々には、専門家として報告書作成の過程でご助言をいただきました。さらに、本調査研究では北日本コンピューターサービス株式会社からご提供いただいたデータを分析しました。関係者一同、心より感謝申し上げます。

お名前・ご所属先

斉藤 雅茂様 日本福祉大学社会福祉学部社会福祉学科准教授

塩原 悟 様 北日本コンピューターサービス株式会社

監修・著者・編集・協力者一覧（あいうえお順）

<監修>

近藤 尚己 一般社団法人日本老年学的評価研究機構理事／
東京大学大学院医学系研究科准教授

<著者>

上野 恵子 一般社団法人日本老年学的評価研究機構研究員／
東京大学大学院医学系研究科博士課程 主に3章、4章を担当

近藤 尚己 一般社団法人日本老年学的評価研究機構理事／
東京大学大学院医学系研究科准教授

西岡 大輔 一般社団法人日本老年学的評価研究機構研究員／
東京大学大学院医学系研究科博士課程 主に1章、2章、4章を担当

<編集>

上野 恵子 一般社団法人日本老年学的評価研究機構研究員／
東京大学大学院医学系研究科博士課程

<編集補助>

小林 優香 東京大学大学院医学系研究科健康教育・社会学教室学術支援職員

<協力者>

高宮亜紀子様 株式会社日本開発サービス調査部主任研究員
藤並 祐馬様 一般社団法人日本老年学的評価研究機構事務局長
前田 梨沙様 一般社団法人日本老年学的評価研究機構コーディネーター

<利益相反情報>

監修者である近藤尚己の研究室（東京大学大学院医学系研究科健康教育・社会学分野）はデータの提供を受けた北日本コンピューターサービス株式会社と締結した生活保護受給者への健康管理支援法の開発に関する共同研究契約のもとに、同社から共同研究費を委託している。同社は本調査研究のデザイン、データ分析、結果の解釈、報告方法のすべてにおいて一切関与していない。

生活保護受給者への 健康支援実態調査

医療扶助レセプトデータ分析と健康支援事例調査：
令和元年度厚生労働省社会福祉推進事業「生活保護
受給者の受診行動に関連する要因への効果的な支援に
関する調査研究事業」報告書

発行日 2020年3月

発行者 近藤克則

デザイン・
イラスト 小林碧

制作協力・
印刷製本 株式会社 日本開発サービス
〒105-0001
東京都港区虎ノ門 1-14-1
郵政福祉琴平ビル 4階
Tel.03-3580-8247
<https://www.jds21.com/>

ISBN : 978-4-9910804-0-1

生活保護受給者への 健康支援実態調査

医療扶助レセプトデータ分析と健康支援事例調査：

令和元年度厚生労働省社会福祉推進事業「生活保護受給者の受診
行動に関連する要因への効果的な支援に関する調査研究事業」報告書

ISBN : 978-4-9910804-0-1