「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

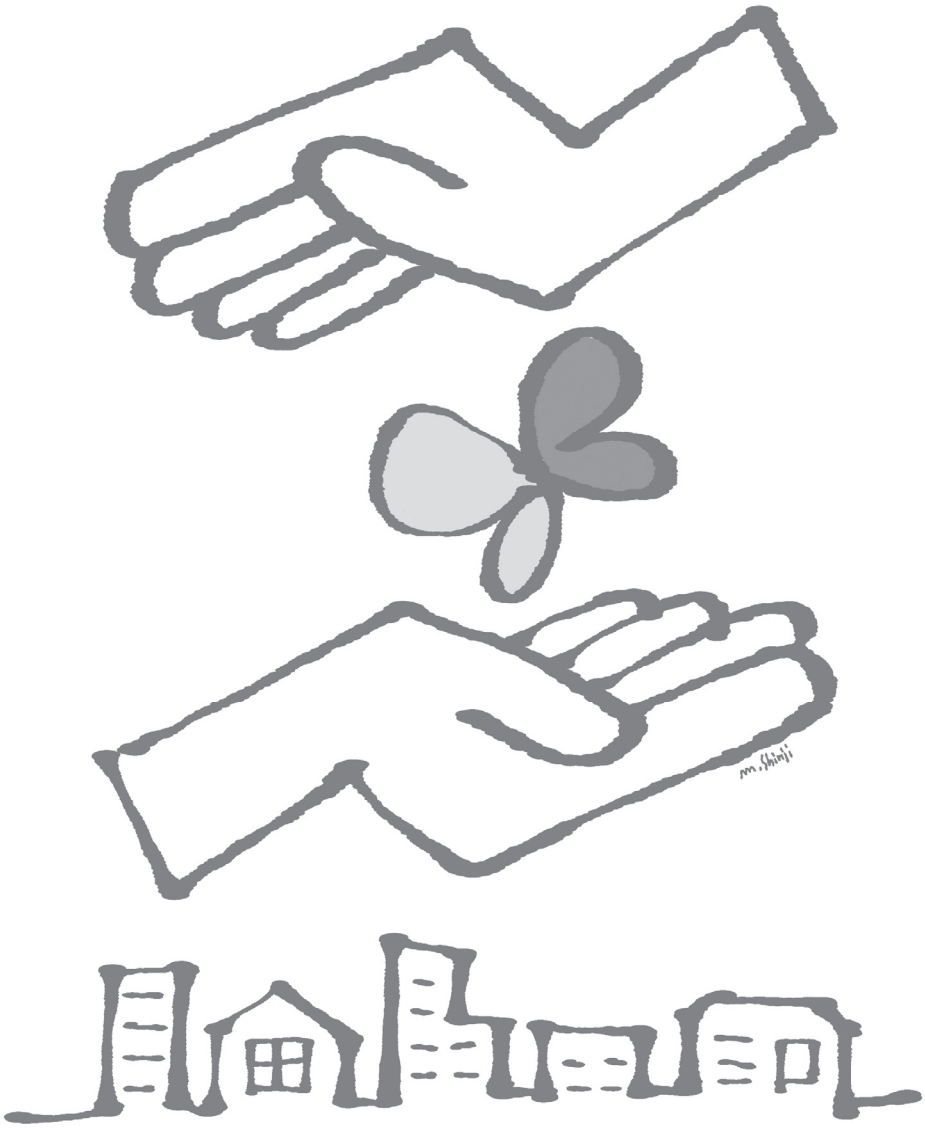
平成 30 年度厚生労働省社会福祉推進事業
「社会的弱者への付き添い支援等
社会的処方の効果の検証および
生活困窮家庭の子どもへの
支援に関する調査研究」
報告書

一般社団法人 日本老年学的評価研究機構

「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



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　生活困窮者健康支援の考え方 …… 12

2章　生活困窮者に対する医療機関への「付き添い支援」の効果に関する文献レビュー …… 18

1. 緒言 …… 18
2. 医療機関等への付き添い支援に関する文献レビュー …… 19
3. 国内の付き添い支援・同行受診の取り組みについてのレビュー …… 33
   1）公的サービスによる送迎支援（有償、介護保険サービス）…… 33
   2）私的サービスによる送迎・受診手続き支援（有償）…… 33
   3）ボランティア団体等による送迎・受診手続き支援・診察同席（無償・有償）…… 34
   4）フォーマルケアの担当者による業務外の受診支援・診察同席（無償）…… 34
   5）フォーマルケアの担当者による業務内の受診支援・診察同席（無償）…… 34
4. 今後の付き添い支援サービスの展開にむけて …… 37
   1）制度上の位置付けについて …… 37
   2）担い手の明確化とその業務としての規定 …… 37
   3）人材育成 …… 39
   4）支援対象者のプライバシーと権利の確保 …… 39
   5）取り組みの効果評価と、効果的な実践のあり方についての研究事業の展開 …… 40
5. 提言のまとめ …… 41

コラム：
言葉を届けたい：在住外国人等、日本語に困難を抱える人へ「寄り添う」…… 45

3章 生活保護受給者の健康状態とその関連要因の分析：生活保護データベースと国民生活基礎調査結果の比較 …… 50

1. はじめに …… 51
2. 生活保護受給者の疾病の状況（16 歳以上） …… 52
3. 生活保護受給者の疾病の状況（子ども） …… 61
4. 生活保護受給者の頻回受診に関連する要因 …… 69
5. 本章のまとめ：今後の生活困窮者支援への示唆 …… 72

コラム：
もう一つの生活困窮者への受診支援 ～無料低額診療事業の実態調査～ …… 84

4章 全体のまとめ：生活困窮者の現状を明らかにし、地域の実情に即した付き添い支援を …… 92

付録・謝辞・著者・協力者一覧 …… 94

ご挨拶

従来の社会福祉制度の対象からは漏れてしまいがちな子どもの貧困や生活困窮者の自立支援への制度的な対応は 2013 年に始まった。2013 年 6 月に「子どもの貧困対策の推進に関する法律」が，同年 12 月に「生活困窮者自立支援法」が制定され、社会的弱者に対する支援制度は拡充された。その背景には、我が国の 18 歳未満の子どもの相対的貧困率が 16.3%（2012 年時点）となり、OECD 加盟国平均（11.4%）を上回り高水準であったこと、生活保護受給者だけでなく、その一歩手前の「働きたくても働けない」「住む所がない」などの生活困窮者が増えたなど、社会的弱者支援の必要性が明らかになったことがあった。

このような背景のもとで進められる政策に科学的な根拠を提供することを目的に、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」の成果をまとめたのが本報告書である。以下の２つの報告書からなる。報告書１：「「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」および報告書２：「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」である。

生活困窮者は経済的困窮だけでなく、社会的孤立の問題も抱えているため、金銭的・物質的支援だけでなく社会的資源の支援を必要としている。そのため医療機関や福祉サービスへ付き添う「付き添い支援 (patient navigation)」は国内外で実施されている。報告書１では、付き添い支援の効果検証について文献レビューを行い、国内の類似の取り組みについても総括し、我が国の生活困窮者への付き

添い支援の可能性と課題について検討した。そして、国際化の潮流の中で増加が予想される在住外国人の医療機関での医療通訳の付き添い支援についても検討した。

本報告書が、生活保護受給者だけでなく、高齢者、障碍者、日本語が不自由な外国籍の方など社会的に不利な人々の受診を支援する付き添い支援、ならびに生活困窮世帯の子どもの健康・生活支援のため、子ども自身の食・生活・教育支援だけでなく、保護者に対する生活・就労・経済的支援の拡充に向けた科学的な根拠を提供することを期待している。

一般社団法人日本老年学的評価研究機構 * は、健康長寿社会の実現に資する諸事業を推進することを目的に 2018 年 1 月に設立したばかりの法人である。本事業は、設立年に採択された、一般社団法人日本老年学的評価研究機構にとって記念すべき調査報告書である。その意味でも、本報告書がこの分野における、Evidence Based Policy Making（EBPM，根拠に基づく政策形成）に科学的な基盤を提供できることを願っている。

2019 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

＊本機構の活動内容の詳細については、ウェブサト：www.jages.net/ をご覧ください。

はじめに

長らく一億総中流社会といわれてきた日本であるが、「失われた２０年」と称される長期的な景気低迷の時代を経て、経済的に困窮する世帯における孤立や不健康の問題が顕在化し、社会的課題として認知されるようになった[1)]。近年では、生活困窮世帯に対する新たな公的・私的な支援や社会包摂に向けた活動がみられるようになっている。例えば、2013 年 12 月「生活困窮者自立支援法」が制定され、生活困窮者への家計相談や生活困窮世帯の子どもへの学習支援などの社会的資源の支援も盛り込まれた[2)]。2021 年には現在モデル事業として進められている生活保護受給者への健康管理支援事業が法的根拠を持ち、全国的に展開される予定である。生活保護受給者を対象として、データに基づいた疾病予防や疾病の重症化予防の取り組みが開始される[3)]。

しかしながら、現時点において**生活保護受給者や生活保護受給世帯の子どもの健康状態の実態や、関連する要因についてのまとまった知見はない。**また健康管理支援事業では、既存の社会的資源を活用しつつ、不足する部分は福祉事務所が自ら支援を行うことで総合的に受給者の健康を支援するとあるが、**不足する支援が何であるかは明らかではない。**本報告書は、今後の支援方策を検討するために不可欠な基本的情報である、**生活困窮者の健康状態や医療サービス利用状況についてのデータを収集、ないし筆者自らが分析し、報告する**ものである。

貧困というと、衣食住に事欠き、生命が脅かされるレベルの「絶対的貧困」をイメージするかもしれないが、日本を含む高所得国で一般的にみられるのは「相対的貧困」である[4)]。衣食住を賄うだけの経済的ゆとりはあるが、その社会の慣習となっている生活様式や社会的活動を行うだけのゆとりはない状態である。例えば、冠婚葬祭に必要な礼服を買えない、友人知人と交流するための飲食費を捻出できない、といった状態である。こうなると、次第に友人知人の輪から距離を取らざるを得ないことになり、次第に社会から孤立することになる[2)]。このため、日本において生活困窮者への支援方策を検討する際は、当該者が置かれた金銭的・物質的な側面だけではなく、周囲とのつながりや公的制度へのアクセスなど、社会的側面を含めた多角的な検討をする必要がある。

＜引用文献＞
1) 貧困率の状況．厚生労働省．
https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/seigo_g_171005.pdf
2) 「生活困窮者自立支援法」の概要について．厚生労働省．
https://www.mhlw.go.jp/content/000362589.pdf

本報告書は4章からなっている。第1章ではまず、生活困窮者の健康支援を行うにあたり、その考え方の基礎となる理論について説明した。第2章では、社会的課題を抱えている人々の適正な受診を支援するために海外で実施されている医療機関や福祉サービスへ付き添う「付き添い支援(patient navigation)」を取り上げた。国内では、いわゆる同行受診と呼ばれる事業が当てはまる。付き添い支援の効果検証について文献レビューを行い、国内の類似の取り組みをまとめ、日本の生活困窮者への付き添い支援の応用可能性を探索し、応用のための課題を提示した。第3章では、生活保護基本情報・医療扶助レセプトデータを用いて成人生活保護受給者並びに生活保護受給世帯の子どもの健康状態の現状、社会的要因を詳細に記述した。また、生活保護受給者の医療機関への頻回受診と関連する各種要因について検討した。最後に、第4章では生活保護制度の対象者をはじめとした生活困窮者への健康支援と付き添い支援のあり方についての提案を行い、総括した。

関連事項として、2つのコラムを掲載した。第2章でのコラムは、在住外国人をはじめとした日本語に困難を抱える人々に提供する医療通訳を取り上げた。第3章のコラムでは、無料低額診療事業を取り上げた。生活困窮者の医療受診を経済的に援助する制度であるが、これまでその実態や利用者の特性のほとんどについて客観的なデータが存在していなかったため、筆者らによる関連する研究データを提示した。

本報告書の内容は、現在厚生労働省が推進している生活保護受給者へ向けた健康管理支援事業や同行受診事業を推進する際に有用なエビデンスとなることを期待している。本報告書が政策担当者、福祉関係者、実務者、医療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。

2019年3月

編集者および著者一同

3) 生活保護受給者の健康管理支援等に関する検討会における議論のとりまとめについて．厚生労働省．平成29年5月11日．
https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000164511.pdf

4) Townsend P. Poverty in the United Kingdom: A Survey of Household Resources and Standards of Living, Penguin Books, 1979.

全体サマリー（報告書概要版）

近年、生活困窮世帯に対する新たな私的・公的な支援活動がみられるようになってきた。2021 年には現在モデル事業として進められている生活保護受給者への健康管理支援事業が全国展開される。こういった取り組みの推進の一助とすべく、医療機関や福祉サービスへ付き添う「付き添い支援」を取り上げ、その現状と効果についてまとめた。特に、厚労省の上記事業の検討の際に取り上げられていた、米国等で進められている「ペイシェント・ナビゲーション (patient navigation)」や、国内で実施されている「同行受診」の取り組みに焦点を当てた。また、生活保護世帯の管理システム上で利用可能な基本情報と医療扶助レセプトデータを用いて、生活保護受給者の健康状態や受療行動の現状と、その関連要因について、成人と子どもに分けて分析した。特に、政策上議論となっている頻回受診に関連する患者側、医療者側の要因について分析した。

生活困窮者に対する医療機関への「付き添い支援」の効果に関する文献レビュー

社会的な課題を抱える住民と医療機関などに付き添って支援する方法（ここでは付き添い支援と呼ぶ）が諸外国で実践されている。米国では国立機関の主導のもと研究プロジェクトとして patient navigation という取り組みが実践されている。無作為化比較試験等により、がん検診の受診率や各種疾病の治療開始率の向上、受診の中断や再入院の予防、救急・頻回受診の減少、医療機関受診時の満足度の向上などの効果が報告されていた。

Patient navigation の効果に関する学術論文のまとめ：
主な効果ごとに、どのような研究デザインにより効果が確認されているかをまとめた。

○は効果ありの報告。△は効果あり、効果なしの双方が報告されている場合

エビデンスレベル　高 ←→ 低

効　果	系統的レビュー / メタアナリシス	複数の RCT	ひとつの RCT	観察研究(準実験)	観察研究
受けた医療への患者満足度	○	○			○
がん検診受診率の向上	○	○			
がん検診格差の縮小	○	○			
がん精査受診率の向上	○	○			
QOL(Quality of Life) の向上	○	○			
再入院予防		○			
未来院の予防		○			
受診中断の予防		○			
禁　煙		○			
救急受診減少		△		△	
頻回受診減少		△		△	
受診時の差別的体験の減少			○		
コミュニケーションの改善			○		
医療費の削減				○	
付き添い支援への患者満足度					○
慢性疾患のアドヒアランス					○
転倒の減少					○
社会参加の向上					○

国内の同行受診の取り組みは多数報告されていたが、担い手・定義・方法にはばらつきがあり、支援内容にも濃淡があった。

日本で行われている同行受診の種類とそれぞれのサービスの内容

同行受診のタイプ	サービス内容			
	通院介助	受診手続き	診療同席	金銭的負担
1）公的サービスによる送迎支援（有償、介護保険サービス）	○	○	×	低
2）私的サービスによる送迎・受診手続き支援（有償）	○	サービスによる	サービスによる	高
3）ボランティア団体等による送迎・受診手続き支援・診察同席（無償・有償）	サービスによる	サービスによる	サービスによる	サービスによる
4）フォーマルケアの担当者による業務外の受診支援・診察同席（無償）	○	○	○	なし
5）フォーマルケアの担当者による業務内の受診支援・診察同席（無償）	○	○	○	なし

日本での付き添い支援サービスの担い手としては、介護支援専門員・保健師・地域のボランティア団体等や、生活支援コーディネーター・民生委員・福祉事務所のケースワーカーなどが有力と考えられた。

付き添い支援の事業には大きなばらつきがあることから、住民への効果、実践者への影響、費用対効果などについて多面的な評価を行い、継続的に見直していくべきである。

生活保護受給者の健康状態や受診行動とその関連要因の分析

国内２自治体の福祉事務所で管理している生活保護受給者の、2016 年１月の管理データとその後１年間の医療サービスのレセプトデータを連結して、生活保護受給者の受療行動および健康状態について分析し、その結果を 2016 年の国民生活基礎調査の結果と比較した。また、同データを用いて、頻回受診と関連する患者の社会背景や医療機関側の要因を分析した。

生活保護受給世帯では、

◉子ども・成人は若年でも通院率が高い

◉全世代にわたり慢性疾患などの疾病の有病割合が多い

◉成人では慢性疾患などの有病割合が比較的若くから上昇する

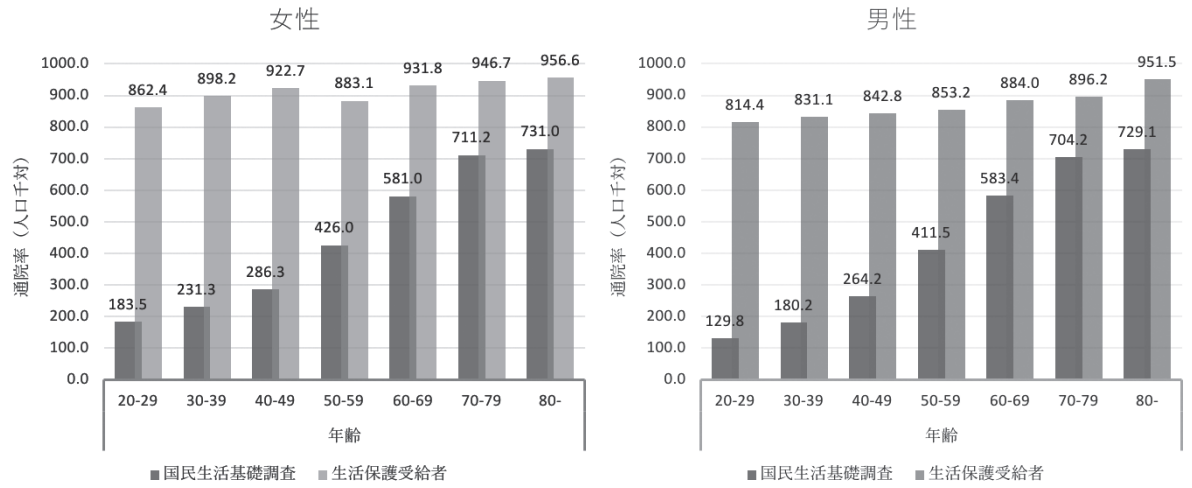
◉子どもでは、ひとり親世帯にぜんそく・アレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚炎・歯の疾患のリスクがある

◉子どもでは、外国籍世帯で歯の疾患が多い

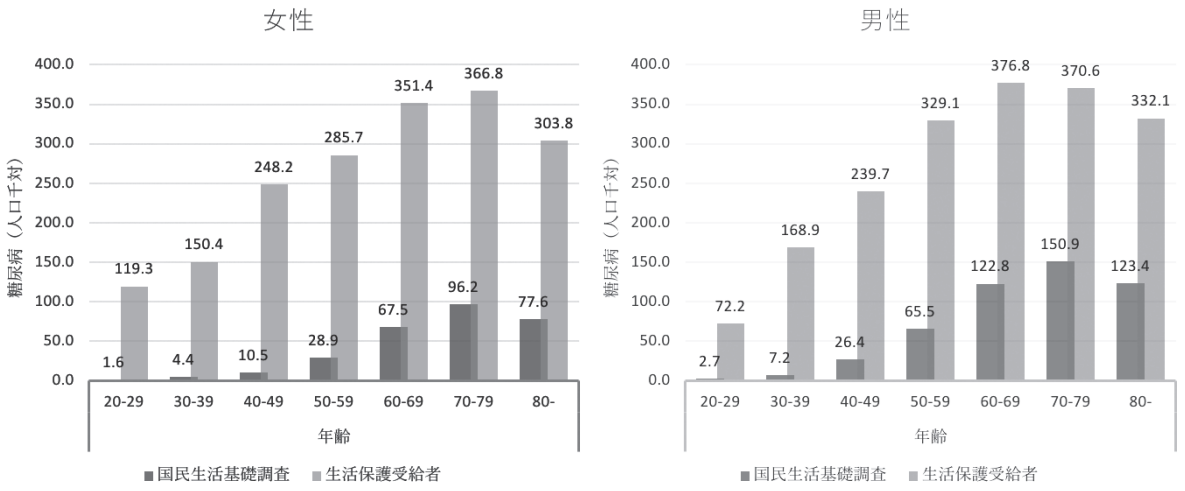
◉成人では独居や不就労が頻回受診と関連がある

◉成人の頻回受診は個人医院で多い

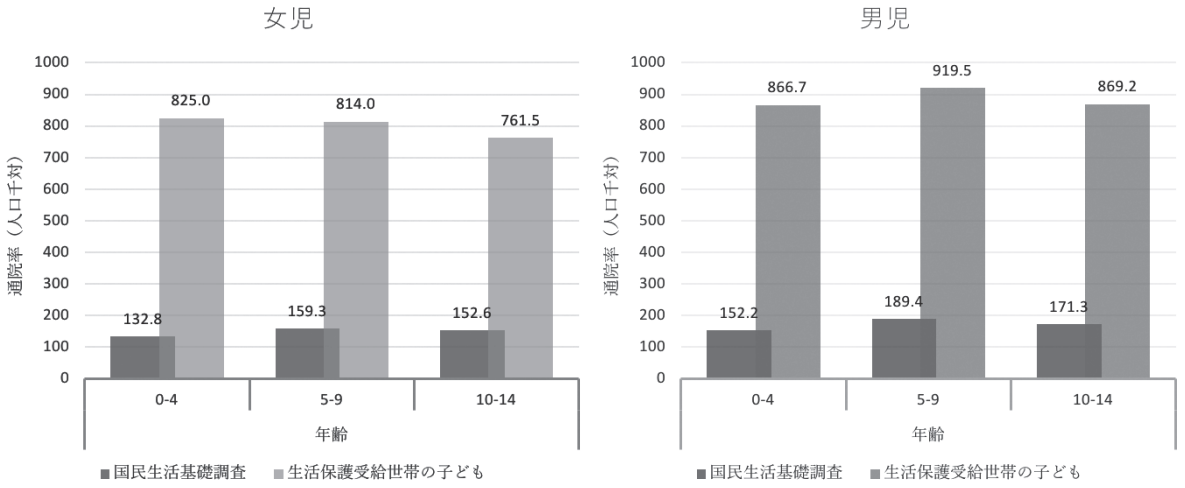
生活保護受給者と一般集団（国民生活基礎調査）の比較：通院率



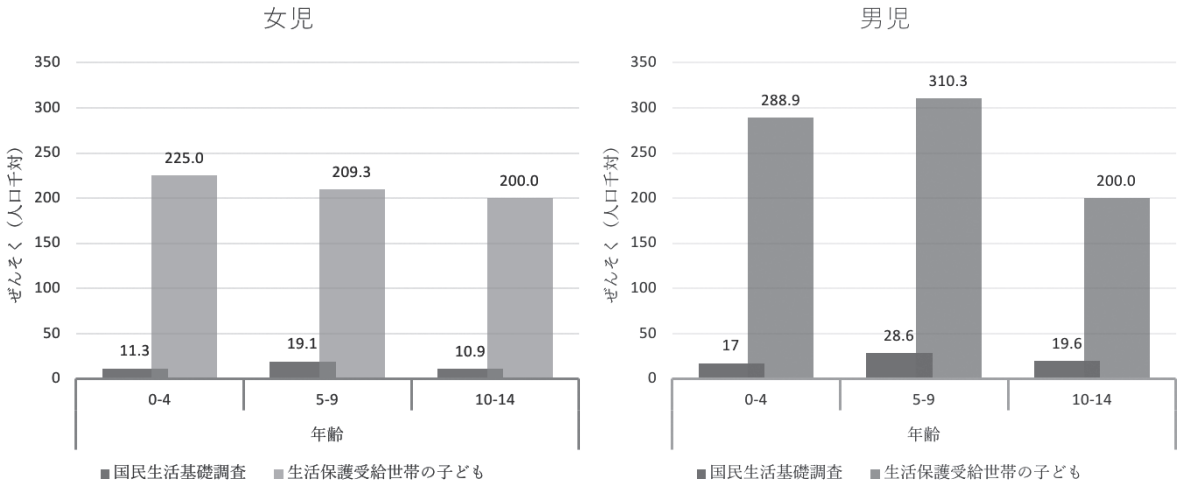
生活保護受給者と一般集団（国民生活基礎調査）の比較：糖尿病有病割合



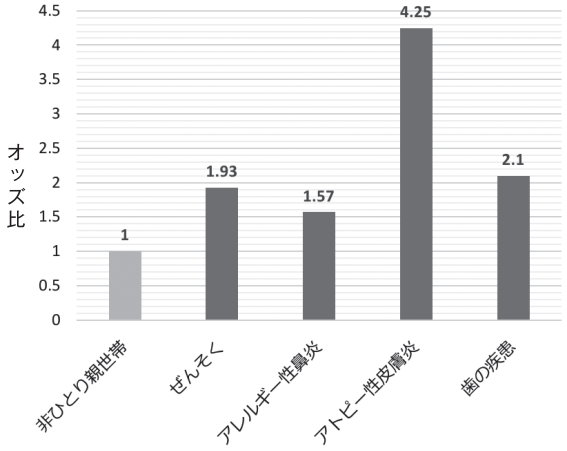
生活保護受給世帯と一般集団（国民生活基礎調査）の子どもの比較：通院率



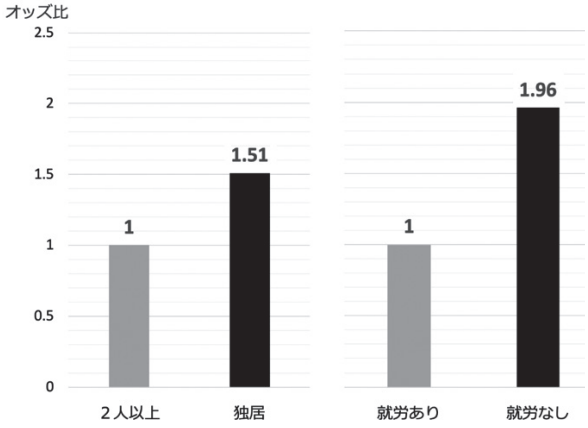
生活保護受給世帯と一般集団（国民生活基礎調査）の子どもの比較：気管支喘息の有病割合



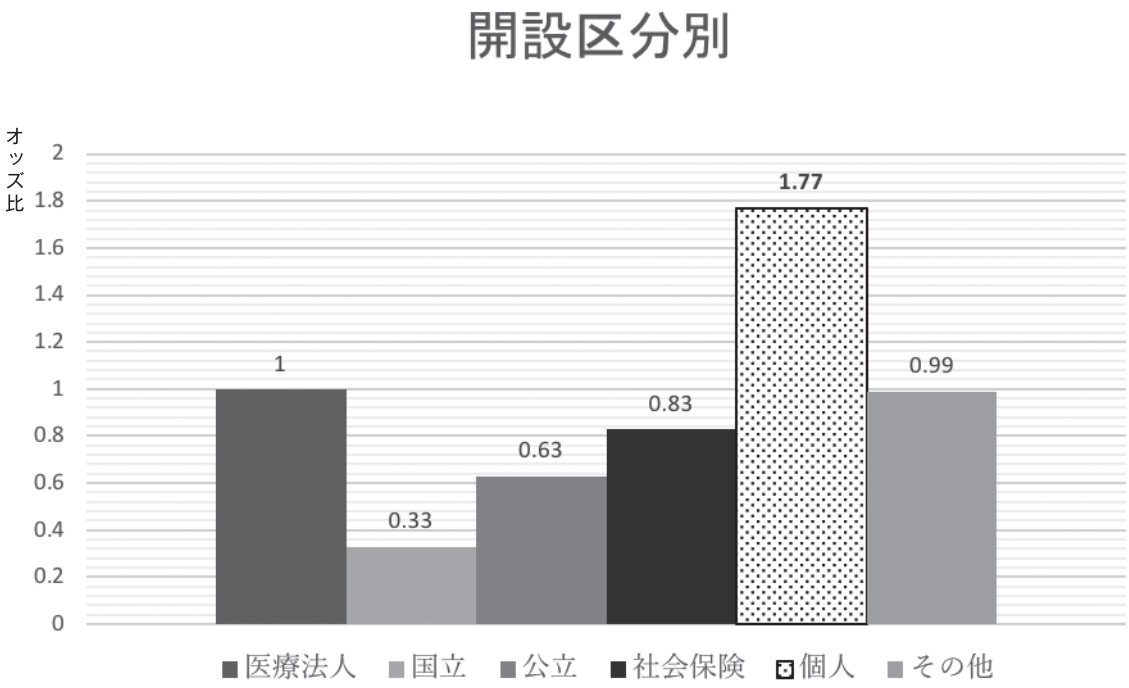
ひとり親でない世帯に対するひとり親世帯の各疾病の有病オッズ比



２人以上の世帯および就労有りの世帯の頻回受診の頻度を１とした場合のオッズ比



医療法人が開設者の医療機関で発生する頻回受診の頻度を１とした場合のその他の医療機関のオッズ比



このように、生活保護受給者は若年から健康状態の課題を多く抱えており、医療サービス利用も高いことがわかった。生活保護世帯の子どもでも同様であった。健康上の課題のために生活困窮状態となり、保護に至った可能性が考えられる一方で、現状の生活保護制度による支援では解決できない健康問題が多く存在する可能性が示された。頻回受診等の受療行動上の課題については、社会的孤立を引き起こしやすい独居・不就労・ひとり親世帯・外国籍などが関連することが示唆された。孤立を防止するための取り組みを進めることで、頻回受診等を軽減できる可能性がある。たとえば**医療機関への付き添い支援などの伴走型の取り組みが、医療サービスを利用する際の障壁や不安を取り除くだけでなく、孤立の防止の点でも役立つ可能性がある。**

1章 生活困窮者支援の考え方

日本では、2013年6月に「子どもの貧困対策の推進に関する法律」が成立し（2014年1月施行）、2014年8月には「子どもの貧困対策に関する大綱」が策定された。また、2013年12月には「生活困窮者自立支援法」が制定された（2015年4月施行）。このような政策の動向に伴い、現在、子どもを含めた生活困窮世帯の人々を支援するための社会的な取り組みが注目されている。

支援には、様々な考え方に基づいた様々な方法がある。方法によっては、大きな効果が得られる場合もあれば、思わぬ「副作用」を招くものもある。本書では様々な支援の現状やその効果検証の結果を紹介していくが、それぞれの支援がどのような考えに基づき、どのような効果や予期せぬ効果を持ちうるのかを理解するための糧とすべく、ここでは、まず生活困窮者への支援に関連する主な概念を紹介する。

生活困窮者とは誰か

「生活困窮者」とはどのような人々であろうか。一般的には、単に「経済的に不利な状況にある人々」というイメージで捉えられることが多いかもしれない。しかし、生活困窮者自立支援法第2条に「生活困窮者とは、就労の状況、心身の状況、地域社会との関係性その他の事情により、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」とあるように、生活困窮者は経済的困窮のみによって不利な立場にあるのではない。

経済的困窮者は同時に社会的孤立の問題も抱えていることが多い。つまり、彼らの生活における問題は物質的資源（モノ・カネ・サービスへのアクセス）と社会的資源（人や社会とのつながり）の不足から生じている。経済的困窮者は、家族・親族、友人・知人、同僚といった社会の中のつながり、つまり「社会的ネットワーク」が少なく、そのため、ネットワークを介して得られるはずの「社会的サポート」も少ないことが知られている[1)]。

社会的サポートには、買い物する際の手助けなど、日々の生活の中での困ったときに必要な手段的サポートと、悩みや苦しみを打ち明けたり、そのようなときに寄り添う情緒的サポートがある。生活の中で必要なサポートは様々であるので、私たちには、それを提供できるだけの多様な人びととの交流が必要であるが、生活困窮世帯が有する社会的ネットワークは、規模も多様性も小さい[2) 3)]。

このように、社会的ネットワークが少なく、多様性がないことは、健康・生活上の望ましい行動をする機会が少ないことにつながる[4)]。私たちの行動習慣は、どれだけお金や持ち物を持っているかだけで決まるのではなく、どのような人とどのように付き合っているかや、私たちが日々生活している地域や職場といったコミュニティの中でどのような社会的地位にあるのか、といった社会的な側面の影響を受けるか

らである。ライフスタイルは、このように、物質や社会関係・社会的地位といった様々な側面を通じて習得・会得される[i)]。

WHO の「健康の社会的決定要因に関する特別委員会（Commission on Social Determinants of Health）：CSDH」による報告書（2008）においても、健康格差対策の指針の１つとして「生活環境を改善する」が挙げられており、健康格差対策には**広く生活全般の環境の改善にアプローチすること**の必要性が示されている[6)]。したがって、生活困窮者の支援の際には、現金給付や医療扶助など、金銭やサービス面の援助だけでは一時的な支援にしかならない。同時に社会的孤立や社会的排除、ライフスタイル、生活環境など、支援の対象者がおかれた地域や社会の構造的な部分に関係する問題の解消を長期的な目標として設定する必要がある。

誰を支援対象とするか：包括的支援と選別的支援

社会福祉の分野等では、支援は、包括的な支援（普遍主義：ユニバーサリズム universalism）と選別的な支援（選別主義：セレクティビズム selectivism）に分類されることが多い。包括的な支援がすべての人を対象にした支援であるのに対して、選別的支援は、特定の状況におかれた人々のみを対象とする支援である。たとえば、子どもの食支援における包括的なアプローチとしては日本の学校給食がある。子どもたち全員に栄養価の高い食事を提供し、また食を通じた教育の機会にもなっている。一方、諸外国には、生活困窮世帯の子どもたちだけが利用可能な学校給食や、生活困窮世帯に食料品を購入できるカード等を配布する、といった選別的な支援もある。金銭的支援の方法としては、生活保護制度は選別的、北欧等で実験的に実施されているベーシックインカムは包括的なアプローチと言える。

包括的なアプローチは、全員を対象としているので、今は生活に困窮していない人も含め、将来の不安を減らして心理的な安定を与える効果が期待できる。たとえ生活に困窮することになっても支援を得られるという安心感である。一方、支援に必要なコストが大きいというデメリットがある。また、様々な背景がある人々に一様にアプローチするため、様々な生活様式や行動の好みに対応できず、一部の人がせっかくの支援の機会を利用しない、といったデメリットも考えられる。

選別的なアプローチは、特定の人々に提供するため、予算など、利用できる資源の量に合わせて相手を選び、効率的に支援を届けることができるのが利点である。対象者の興味関心を把握しやすいため、しっかりと利用してもらえる支援サービスを開発することもできる。一方で、特定の人々を選別するため、それがラベリングやスティグマ（烙印）付けになってしまうという深刻なデメリットもあり、注意が必要である。「あの人は○○支援を受けている（＝自分で生活を安定させられないダメな人だ）」といった差別意識を持たれる対象になってしまったり、「私は○○支援を受けているダメな人間だ」というように自らをスティグマ付けしてしまい、周囲から自発的に距離をとってしまったり、就職などの社会参加の機会をあきらめてしまったりする[ii)]。

たとえば、子ども食堂に関しても、湯浅（2016）による類型として、参加対象を限定しないもの（「共生食堂」）と貧困家庭の子どもを対象にしたもの（「ケア付き食堂」）が存在する[7)]。前者は包括的、後者は選別的なアプローチである。後者のほうが、リスクの高い貧困世帯の子どもに直接支援を届けられるという点で、栄養や社会とのつながりの格差をより強く減少させられる可能性がある。しかしながら、上述のように、後者の形態は、方法によっては参加する子どもたちへのスティグマやラベリングを生み出すことも危惧されるため、経験を積んだ人々による注意深い活動が求められるだろう。

健康格差是正のための“発展型”の包括的アプローチ

すべての人が何かしらの問題を抱えており、またいつどのような問題を抱えるかはわからない。そのため、基本的には福祉的な対策は包括的なものを基本としたほうが良いであろう。また、スティグマの問題からもそのことが言える。一方で、上述のように、ユニバーサルな対応だけでは、深刻な生活困窮状態にある人々へのアウトリーチが難しく、取り残されてしまう人々を作ってしまう可能性がある。

そこで、単純な包括的アプローチを発展させる考え方も提案されている。一つは、**包括的なアプローチと選別的なアプローチを組み合わせる方法**である。全員に対してのサービスを提供しつつ、特定の特徴を持つ人々には、その人々のニーズや興味関心にあった追加的な支援を提供する、といったアプローチである。たとえば、医療保険は全員を対象としているが、生活保護受給者など、特定の条件を持つ人々は、その保険料や受診時の負担金を減らす、といった制度設計がされている。

もう一つは、**社会的に不利な度合いに応じて傾斜をかけた包括的アプローチ**、あるいは**傾斜付きのユニバーサリズム（proportionate universalism）**である。すべての人々を対象とした支援の機会を作りつつ、生活困窮の程度が強い人には、その度合いに応じて、支援を受けるためのハードルを下げたり、支援の内容を強化したりするのである。日本では、いわゆる「こんにちは赤ちゃん事業（乳児家庭全戸訪問事業）」など、すべての新生児を訪問する取り組みが全国で行われているが、保健師等が各家庭を訪問する中で、生活困窮の程度が大きいと思われた家庭には追加的な支援を提供することができる。このように傾斜を掛けてテーラーメードに支援を調整することで、健康格差の是正を目指すのである[8]。フランスではユニバーサリズムに基づくスクリーニング支援は大腸がんスクリーニングへの参加の格差を拡大させるが、傾斜付きのユニバーサリズムはその格差を減少させることが報告されている[9]。

支援の効果評価および支援の届け方の研究に必要な視点

支援の効果を評価することは重要である。実施した支援が参加者にどのような影響をもたらしたのかを把握することは、支援事業の良かった点や課題となる点を抽出するうえでとても役に立つ。前述の WHO による CSDH 報告書には健康格差対策の指針として**「課題を測定し、理解して、取り組みの効果をアセスメントする」**が挙げられている[6]。支援の効果をデータとして示すことは、**関係者間の合意形成、効果的な活動の推進、住民の理解の推進のいずれにも大いに役立つ。**また、支援が実際に参加者の健康の向上や生活課題の解決につながっていることが数値として示されれば、**支援に携わっている人々のモチベーションの維持・向上にもつながる。**

＊評価の視点

それでは、支援の効果をどのような視点で評価すべきであろうか。たとえば子どもの食支援であれば子どもの栄養摂取、付き添い支援であれば適切な受診行動が、その事業が求めるゴールと近く、優先的に検討されるべき指標であろう。しかしながら、「生活困窮者とは誰か」の節で述べたように、背景には社会的孤立の問題もある。したがって、支援によって**社会とのつながりが構築され得るか、実際にされたか、**も評価したい。実際に生活困窮者の支援にあたっている現場においては、生活困窮世帯をいかにして社会的資源につなげるかに注力されているし[10]、学術的な観点からも、経済的困窮と不健

康をつなぐ重要なプロセスの１つとして社会的資源の不足が社会疫学における研究対象とされている[11]。

支援の取り組みの個々の事例を検討する際にも、物質的側面と社会的側面の両面において評価したい。たとえば、食を通じた支援の１つであるフードバンクは、緊急的に命をつなぐための物質的な支援という性格を有するが、実際は社会とのつながりの構築のねらいもあると思われる。たとえば、国内のフードバンクの取り組みの草分けである「フードバンク山梨」では月２回の食糧支援の際に、食品に手書きの手紙と無料で返信できるはがきを同封し、被支援者との社会的つながりを構築する工夫がなされている[12]。

＊ソーシャル・キャピタル：一つの支援が、さらなる支援や一層の社会包摂につながる

上述のように、人や社会とのつながりは、必要なサポートを受けるために不可欠なものである。つまり、つながりは、生活していくために必要な資源といえよう。このように、つながりの資源的な側面のことを、ソーシャル・キャピタルという。

ある支援によって一つの社会的なつながりができると、そのつながりが資源となり、さらに別の場面の支援につながる可能性を持っている[iii]。つながりには、そのような「波及効果」あるいは「スピルオーバー効果」がある[13][14]。たとえば、米国のコミュニティ・ガーデン（市民農場のようなもの）の研究では、本来的な食糧を作る場という意味に加えて[15]、青少年の社会的つながりの構築、非行の防止といった副産物的効果があることが知られている[16]。子ども食堂などの食を通じた子どもの支援についても、食事摂取だけでなく子ども食堂に参加することが、地域社会への入口となっている。社会との接点として、「食」は有用なツールとなる。付き添い支援に関しても、制度そのものは一時的な医療アクセスのバリアの除去および不適切な医療利用の削減が目的であるが、付き添いの過程の中で築かれた信頼のおける人間関係は、更なる支援や資源につながるきっかけとなるだろう。

したがって、**食や医療へのアクセスを通じたこれらの支援の副産物として、被支援者にどのような利益がもたらされるか**を検討することも、今後の研究課題の１つとして挙げられる。

組織・部署間の連携の重要性：地域包括ケアはガバメントではなくガバナンス

生活困窮者の物質・金銭的欠乏の代替だけでなく、社会的つながりの構築や生活環境へのアプローチを目指すためには、１つの組織だけでできることは限られている。そのため、幅広い、横断的・縦断的な連携が不可欠である。WHO の CSDH 報告書において、これを「権力・お金・資源の不公正な分配を是正するために**幅広い連携とガバナンスを構築する**」という指針として示している[6][iv]。同報告書では、「ガバメント」ではなく「ガバナンス」という用語をあえて強調して用いている。ガバメント（government）が、行政や為政者が配下の組織に指令を出し、管理する、いわば「縦の統治」であるのに対して、**ガバナンス（governance）は各組織が、それぞれの機能を最大限に発揮できるような有機的な連携体制を整えること**である。ガバメントよりも、水平的、双方向的な要素の強い組織間連携体制といえよう。たとえば、子ども食堂に来た子どもが、食べ物以外の課題を抱えていることに支援者が気づいた際に、普段から相談先となる行政機関を含めた地域の組織同士のネットワーク（ガバナンス体制）があれば、その子どもについて相談する組織に速やかに連絡することができる。いわば、子どものための**地域包括ケアのネットワーク**である。

＊組織連携体制の構築が支援の効果を最大化させる

何らかの支援を始めようという場合、新たな

支援事業を始めることを考えがちであるが、新しいことを一から始めるのはお金も時間もかかる。一方、今現在、**すでに地域で行われている支援事業どうし、その運営組織どうしの連携を深めることでも、支援の効果を上げられる場合もある**だろう。組織同士のつながりを増やすことが、地域全体のソーシャル・キャピタルの醸成につながり、それぞれの支援の効果を最大化することにつながるのである。

＊地域の状況を見える化し、共有することで、地域の実情に即した支援体制を

組織同士のネットワークを広めようとする場合、「支援の効果評価」の節で述べたように、客観的なデータで支援の効果や課題の大きさを示し、共有することが、関係者間の合意形成・効果的な活動の推進・住民の理解の推進といった効果を生みだすために大いに役立つだろう。

その際、地域の特性によってそれぞれの組織が担うべき役割は異なるため、地域の事情とマッチした支援体制をつくることも大切であろう。地縁ネットワークが減少した現代社会においては[18)-20)]、伝統的な地域コミュニティに基づく住民間の社会関係よりも行政・民間のサービスが人々の生活に与える影響力が大きい。一方で、その影響力は地域によって異なる可能性がある。地縁組織の力が弱い都市部等では行政や民間の取り組みの重要性が大きいが、反対に、行政・民間サービスが乏しい農村地域では地域住民どうしの助け合いを促す仕組みが有効である[18)]。地域の実情に即したガバナンスが求められる。

＜引用文献＞
1) Weyers S, Dragano N, Möbus 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.
2) Fischer CS. To dwell among friends: Personal networks in town and city. Chicago: University of Chicago Press;1982.
3) Small ML. Unanticipated gains: Origins of network inequality in everyday life. New York:Oxford University Press;2009.
4) Umberson D, Montez JK. Social relationships and health: A flashpoint for health policy. J Health Soc Behav. 2010;51(1_suppl):S54-S66..
5) Bourdieu P. The forms of capital. In: Richardson JG, ed. Handbook of theory and research for the sociology of education. New York:Greenwood Press; 1986, p241-58.
6) Marmot M, Friel S, Bell R, et al:Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Lancet. 2008;372(9650):1661-69.
7) 湯浅誠 .「こども食堂」の混乱、誤解、戸惑いを整理し、今後の展望を開く .Yahoo! ニュース JAPAN. 2016 年 10 月 16 日. https://news.yahoo.co.jp/byline/yuasamakoto/20161016-00063123/
8) Marmot M, Bell R. Fair society, healthy lives. Public Health 2012;126:S4-S10.
9) Guillaume E, Dejardin O, Bouvier V, et al. Patient navigation to reduce social inequalities in colorectal cancer screening participation: A cluster randomized controlled trial. Prev Med. 2017;103:76-83.
10) 奥田知志 , 稲月正 , 垣田裕介 , 堤圭史郎 . 生活困窮者への伴走型支援：経済的困窮と社会的孤立に対応するトータルサポート. 明石書店、2014.
11) Glymour MM, Ayendano M, Kawachi I. Socioeconomic status and health. In: Berkman LF, Kawachi I, Glymour MM, eds. Social epidemiology. 2nd ed. New York: Oxford University Press;2014,p17-63.
12) 村山伸子 , 米山けい子 . フードバンクによる子どもがいる生活困窮世帯への夏休み期間の食料支援プロジェクト . 日本健康教育学会誌. 2017;25(1):21-38.
13) Coleman JS. Foundations of social theory. Cambridge: Belknap Press of Harvard University Press;1994.
14) Castiglione D, Van Deth JW, Wolleb G. The handbook of social capital. Oxford:Oxford University Press;2008.
15) Litt JS, Soobader M-J, Turbin MS, et al. The influence of social involvement, neighborhood aesthetics, and community garden participation on fruit and vegetable consumption. Am J Public Health. 2011;101(8):1466-73.
16) McCabe A. Community gardens to fight urban youth crime and stabilize neighborhoods. Int J Child Health Hum Dev.2014;7(3):1-14.

17）　近藤尚己 . 健康格差対策の進め方：効果をもたらす 5 つの視点.　医学書院、2016.
18）　石黒格 , 野沢慎司 , 赤枝尚樹 , 他 . 変わりゆく日本人のネットワーク：ICT 普及期における社会関係の変化.
勁草書房、2018.
19）　Wellman B, Haase AQ, Witte J, Hampton K. Does the Internet increase, decrease, or supplement social capital? Social networks, participation, and community commitment. Am Behav Sci.2001;45(3):436-55.
20）　Wellman B, Wong RY, Tindall D, Nazer N. A decade of network change: Turnover, persistence and stability in personal communities. Social Networks. 1997;19(1):27-50.

＜脚注＞

i）　このような、ある社会的地位内で獲得・表出される習慣やライフスタイルを、Bourdieu（1982）は文化的資本（cultural capital）と呼んだ[5)]

ii）　これを自己スティグマ：self stigma という。あるいはそうすることをスティグマの内面化 internalizing という

iii）　Coleman（1994）は、そのような特性を持つ社会的つながりを「流用可能な社会組織（appropriable social organization）」と呼んでいる[13)]。

iv）　原文(tackle the inequitable distribution of power, money, and resources）には「幅広い連携とガバナンスで」とは入っていないが、解説文ではそこが強調されており、これが肝心な部分であることがうかがえたため、近藤（2016）に倣い、この言葉を追加している[17)]。

2章 生活困窮者に対する医療機関への「付き添い支援」の効果に関する文献レビュー

概　要

◉社会的な課題を抱える住民と医療機関などに付き添って支援する方法（ここでは付き添い支援と呼ぶ）が諸外国で実践されている。

◉付き添い支援のひとつである patient navigation は特に米国で普及しており、国立機関の主導のもと研究プロジェクトとして実践されている。

◉ Patient navigation には、がん検診の受診率、治療開始率の向上、これらの（所得や人種による）格差の縮小、受診の中断や再入院の予防、救急・頻回受診の減少、医療機関受診時の満足度の向上などの効果がある可能性が報告されていた（表Ⅱ-3-2）。

◉国内では、患者の医療受診の障壁をできるかぎり取り除くことを目的として付き添い支援が行われており、医療機関への同行・受診手続き等の支援・診療現場への同席などが行われている（同行受診と呼ばれる）。担い手や定義や方法にはばらつきがあった。

◉日本での付き添い支援の担い手としては、介護支援専門員（ケアマネジャー）・保健師・地域のボランティア団体等や、生活支援コーディネーター・民生委員・福祉事務所のケースワーカーなどが有力である。

◉地域の実情や対象者の特性に即した付き添い支援サービスとなるように、住民への効果、実践者への影響、費用対効果などについて多面的な評価を行い、継続的に見直していくべきである。

1　緒言

生活困窮者や人種的なマイノリティなど、社会的に不利な立場の人々は、推奨される健診やがん検診を受診していなかったり、医療機関への必要な受診をためらったり、反対に、相談相手の欠如や健康への過度の不安等のために頻回に受診するなど、医療機関の利用に課題をもつ

場合が多い[1)-6)]。また、そのような状況にある人々の中には、日々のストレスに関連するさまざまな症状や不安を主訴に、医療機関を必要以上に受診することがあったり、受診をしても自身の症状や困りごとを具体的に伝えられない、医療従事者や保健指導者の説明に十分な理解を示せないなど、その人の生活背景やコミュニケーションに関連する課題もある[7) 8)]。

社会的な困難を抱える人々の適正な受診を支援するために、医療機関や福祉サービスに付き添って支援する取り組みは世界各地に見られる。たとえば、厚生労働省はペイシェント・ナビゲーターやペイシェント・ナビゲーション（patient navigator, patient navigation）を例として取り上げている[9)]。その他にもケースマネジメント（case management）、ケアコーディネーション（care coordination）、ヘルスコーチ（health coach）と呼ばれる活動も見られる[10)]（以降、本報告書では関連する支援の取り組みを「付き添い支援」と表現する）。近年、これらの付き添い支援に関する効果を検証した研究が国外では散見されるようになっている。

日本でも、付き添い型の支援は既に様々な形で展開されており、厚生労働省も、健康管理支援事業の一環として患者の受診へと同行する支援サービスを展開する動きが見られる[11)]。国内では付き添い支援に類似した用語として同行受診[9)]があるが、同行受診の定義や方法について具体的にまとめた報告はなく、その実態は十分には明らかになっていない。

そこで本章では、2つの報告を行う。まず、**1）付き添い支援に関して、世界各国で出版された論文や報告書の文献レビューを行った結果を報告する。**各国で実施され、効果検証されてきた取り組みに関する文献を可能な限り網羅的に収集し、各文献について、調査時期・国・介入方法・対象者・対象地域・効果等についてのデータを抽出し、その結果から、付き添い支援として実際に行われている活動とその効果を整理した。さらに、**2）国内の同行受診の事例を収集し、対象者や実施者の種類、支援の方法や実践上の課題をまとめた結果を報告**する。

これらの2つの報告をもとに、付き添い支援の取り組みを日本で進める際の具体的な方法と期待できる効果について考察する。支援の担い手となり得るのは誰か、どのような方法で実践されるべきか、そして誰に対してどのような効果が期待できるかを検討した。また、生活保護受給者に対する受診同行支援の展開の可能性と課題について整理した。

2　医療機関等への付き添い支援に関する文献レビュー

【方法】

前述の通り、人々の生活や健康に関することを包括的にマネジメントして、同行受診や付き添い支援する方法は、patient navigation, case management, care coordination, health coach, community health work など、さまざまな用語で実践されている。今回は、生活保護受給者の健康管理支援の検討会の中で取り上げられていた patient navigation に焦点を絞り、可能な限り包括的に文献収集し、レビューした。

文献収集には、文献検索エンジンである PubMed を用いた。Patient navigation に関する論文のうち、特に社会的な課題を抱える人に対する効果を検証した論文で、英語で記載されているものを抽出・精読した。これらの論文について、著者・年・国・介入方法・対象者・対象地域・効果 / 結論を表にまとめた。検索のキーワードとしては、patient navigation、patient navigator を用いた。また、サービス対象者として、vulnerable、social determinants of health、SDH などの社会的な課題を表現しうる用語を用いた。

文献選択の基準としては、検索の結果得られた候補となる文献について、タイトルや抄録を読み、対象者に上記の社会的な課題を表現する用語を含んでいるものから候補となる論文を抽出した。そのうち、本文が入手可能で、付き添い支援の効果に関して言及しているものと研究計画を詳細に記述しているものを採用し精読した。

【結果】

候補となる文献213件について、タイトルや抄録から候補となる論文を86件に絞り、本文が入手可能な74件について最終的に精読した。そのうち、付き添い支援の効果に関して言及しているものは50件、研究のプロトコール論文は8件であった。それらの文献についてまとめた結果である「エビデンステーブル」を表2-2-1、表2-2-2に示す。

得られた文献において、**patient navigationは社会的な困難を抱えた患者が医療機関を受診する障壁を少なくすることを目的とした取り組みと説明されている**ことがわかった。具体的には、以下のような取り組みを実践していた。

文献から得られたペイシェント・ナビゲーションの取り組み例

◉医療への受診やがん検診に同席

◉診断や処方を患者に再度説明したり、理解を確認したりするなどして、医療従事者との合意形成や患者理解の向上を図る

◉受診のための交通手段の手配・調整

◉医療機関へ受診時の通訳

◉医療機関への受診時に保険等に関する相談を通じた医療に関わる支払い手続き支援

◉介護ケアプランの立案やその他のケアのための社会資源の活用調整

◉定期通院や退院後受診の調整

◉緊急時の相談

付き添い支援を行う人材の呼称については、patient navigator, community health worker などがみられた。付き添い支援の人材はボランティアや自治体の職員、医療機関に所属している対人支援の経験や研修歴のある者が実践しているケースが多かった。

米国ではPatient Navigation Research Program（PNRP）というプログラムが州単位や都市単位で実践されていた。PNRPは、米国国立がん研究所 (National Cancer Institute: NCI) の主導のもと都市や州単位で実践されている研究プログラムで、特に乳がん・子宮頸がん・前立腺がん・大腸がんの患者に関して、予防や治療開始への格差が大きいことに注目し、patient navigatorによる人的支援がそれらの格差を縮小するかを検証するために始まった。対象として、社会的なリスクを有する人種的マイノリティにあたる者と、貧困や孤立などの社会

経済的に低い地位にある人、および米国内のへき地に在住する者を想定している。PNRP 研究は、patient navigator によるがん検診の受診率やがん診断のための精密検査・がん治療へのアドヒアランスの向上効果や、受診中断や未受診率の改善効果などを検討することを目的としており、米国の複数の州でランダム化比較試験 (randomized control trial: RCT) などが実践されている。米国国立がん研究所からの補助金が各地域でのプログラムへと配分されており、数多くの論文が出版されていた（表 2-2-1）。米国のモデルを参考にして、英国やフランス、デンマーク・その他発展途上国においても同じような実践があった（表 2-2-1）。

Patient navigation の効果に関しては、**社会的な課題を抱える集団のがん検診の受診率や治療開始率の向上**や、**これらの格差の縮小**が報告されていた。それだけでなく、**地域のすべての住民の受診率や治療開始率の向上がみられる**ことも報告されていた。また、**社会的な課題を抱える人の受診中断や入院の予防、頻回受診の減少、医療機関受診時の満足度の向上**なども報告されていた。

調査対象者には、糖尿病などの慢性疾患を有する患者、HIV 感染症および AIDS 患者、孤立などの社会的な課題を抱える患者、小児や妊婦を選定した研究も存在した。付き添い支援の効果を検証するための研究のプロトコールについての論文も多く、米国をはじめとした諸外国でも社会的な課題を抱えるとされる集団への付き添い支援への効果を実証しようとする動きが見受けられた（表 2-2-2）。

表 2-2-1：社会的な課題を抱える人への付き添い支援の効果に関するエビデンステーブル

（PN：patient navigation.　RCT: randomized controlled trial, ランダム化比較試験）

著者・年	国	デザイン	対　象	PN の方法	効果 / 結果
Ali-Faisal et al (2017)[12]	米　国	系統的レビュー・メタアナリシス	PN の効果を示した英語の論文	文献にもよるが、受診や検診の同行・アレンジメント・保健指導など	健診・予防活動への参加 がん治療アドヒアランス改善
Arosemena et al (2013)[13]	米　国	横断研究	ハリケーンに被災した妊産婦	ソーシャルサポートやエジンバラ産後うつスケールなどを用いて、被災した妊産婦の精神状態や社会的なつながりを評価	PN の調査によりより詳しく被災した妊産婦の状況が理解できた。（PN による介入のアプローチは今後の課題）
Austad et al (2017)[14]	グァテマラ	総　説	低所得な者への対応から始まったが、がん検診の対象者や慢性疾患の罹患者など、PN の対象者は拡大している	受診に同行し、医療従事者とのコミュニケーションの向上を図る	個人が持つ社会的な障壁を減少させられるアプローチである。パイロット研究が進行中である。
Balaban et al (2015)[15]	米　国	RCT	再入院予測スコアの高い患者	受診や交通手段のアレンジメント・電話や面接・服薬支援・プライマリケア医との連携	高齢者の再入院を予防
Basu et al (2018)[16]	米国	RCT	腎移植を待っている者で、社会的な課題を抱える者（無保険・低所得・人種など）	受診のスケジューリング・アレンジメント・金銭的支援の指導・通訳・ソーシャルサポートの提供・コミュニティへの包摂・腎移植ケアチームとのつながりづくり	腎移植を待つ患者登録割合の上昇、しかしその効果は大きくない

著者・年	国	デザイン	対　象	PN の方法	効果 / 結果
Battaglia et al (2012)[17]	米　国	コホート研究	乳がん検診・子宮頸がん検診で異常を指摘された女性	受診や社会資源の利用などのケアのコーディネート、保健指導	精査受診へと繋がるまでの期間の有意な減少
Battaglia et al (2016)[18]	米　国	メタアナリシス	PN の効果を示した論文	文献にもよるが、受診や検診の同行・保健指導など	社会階層によらず、がん検診で異常を指摘されたあと、精査が必要な患者の受診行動にも好ましい影響がある
Berkowitz et al (2015)[19]	米　国	前後比較研究 時系列中断デザイン	52-75 歳の大腸がん検診が必要な者	通訳・カウンセリング・保健指導・交通手段や受診のアレンジメント	全住民のがん検診が向上し、学歴による格差が縮小した
Binswanger et al (2015)[20]	米　国	RCT	違法薬物で収監歴のある者	依存症への治療プログラムへの付き添い	入院の減少効果あり。救急受診の減少効果はなし
Capp et al (2016)[21]	米　国	RCT	救急外来の頻回受診者	医療機関への受診支援や付き添い、保健指導など	プライマリケア医へ信頼感の向上、プライマリケアにおけるネガティブな差別的な体験の減少
Carter et al (2018)[22]	米国・英国・カナダ・オーストラリア	系統的レビュー	PN の効果を示した論文	文献にもよるが、受診や検診の同行・保健指導など	方法や効果にばらつきが大きいが、プライマリケアにおける今後の PN の発展が期待される
Enard et al (2013)[23]	米　国	コホート研究 準実験デザイン：差の差分析	救急外来の受診者のうち無保険者・メディケイドに加入している者	アドボケート・かかりつけ医の有無の聴取や誘導・プライマリケア医への受診同行・地域の社会資源の紹介・健康教育など	救急外来を再診する割合の低下・個々にかかる医療費の低下

著者・年	国	デザイン	対　象	PN の方法	効果 / 結果
Fouad et al (2014)[24]	米　国	RCT	低所得層が多く住む地域の女性で子宮頸がん検診の対象者	患者教育、受診日のスケジューリング、リマインドの電話、交通手段のアレンジ、保険の課題解消、受診同行、自宅訪問	予約日に受診できる割合の有意な上昇
Freund et al (2017)[25]	米　国	総　説	PN の効果を示した論文	文献にもよるが、受診や検診の同行・保健指導など	特に社会的弱者（経済的な困窮・無保険・人種的マイノリティ）での効果あり
Galbraith et al (2017)[26]	米　国	RCT	病院を退院した患者	受診支援・付き添い・電話連絡	60 歳以上で再入院を予防
Goff et al (2016)[27]	米　国	RCT	低所得・人種的マイノリティな人が多い地域の 16-50 歳の妊婦	医療機関の質評価の方法（インターネット）の指導	高い評価を受けた医療機関を選択する割合が増え、患者経験の満足度スコアも良好であった
Guadagnolo et al (2011)[28]	米　国	レビュー論文	人種的マイノリティのがん患者	文献による	全てのがんのステージで好ましい結果が出ているが、予防・スクリーニングの段階での介入に最も頑健な成果が多い
Guillaume et al (2017)[29]	フランス	クラスター RCT（剥奪地域と非剥奪地域、介入群と通常群の４群）	各地域に住む大腸がん検診対象者（50-75 歳）	がん検診への受診支援・同行受診・検診の完遂の確認	受診率向上（豊かな地域ほど効果あり）　格差が拡大する可能性→傾斜のつけた普遍的アプローチが格差解消には必要

著者・年	国	デザイン	対　象	PN の方法	効果 / 結果
Highfield et al (2014)[30]	米　国	ケーススタディ（対照群なし）	低所得者・無保険者	オンラインでの患者の支援	医療機関へのアクセスを改善できる可能性がある
Horny et al (2017)[31]	米　国	後ろ向きコホート・差の差分析	糖尿病患者で、受診中断歴のある者	つながりづくり・受診支援（スケジューリング。・交通のアレンジメントなど）・心理社会的サポート・プライマリケア医や眼科医など糖尿病ケアに関わる部門との連携	血糖コントロールの改善、受診行動の適正化（予約受診に来院する・受診中断が少ない）
Ingram et al (2017)[32]	米　国	観察研究	慢性疾患患者	患者への連絡・セルフケアのサポート・医療や社会資源への誘導と同行支援・患者教育	血糖・BMI・血圧・脂質の改善
Jean-Pierre et al (2016)[33]	米　国	横断研究	がん検診で異常を示した者のうち、人種的マイノリティ・低所得な者	がん検診陽性者への医療機関への受診支援	患者の PN への満足度と、医療ケアの満足度は相関する
Ko et al (2014)[34]	米　国	多施設共同研究の RCT	National Patient Navigation Research Program に参加している乳がん女性	医療機関への受診支援や付き添い、保健指導など	PN は検診や受診行動の改善だけでなく、患者にとって最善の治療を受けられる効果もある

著者・年	国	デザイン	対　象	PN の方法	効果 / 結果
Lasser et al (2017)[35]	米　国	RCT	喫煙患者で低所得な者	電話連絡・面談・受診支援	禁煙の推進
Leone et al (2013) [36]	米　国	コホート研究	50-74 歳のメディケイドに入っている者で、大腸がん検診が推奨されるもの	医療従事者からの手紙・電話連絡・映像による受診推奨・実際の受診支援	6 か月の観察期間では検診受診の向上などに有意な結果なし
Liang et al (2016)[37]	米　国	RCT	50-75 歳の大腸がん検診が必要な者	検査の相談・計画・受診支援	推奨されている毎年の大腸がん検診を長期的に受け続けることができる
Localio et al (2018)[38]	米　国	RCT 質的研究	中等症から重症の気管支喘息患者（成人）	受診支援・同行受診・医療従事者の説明の復習など	医療従事者と患者の理解や知識のギャップが存在しており、それを埋められる可能性がある
Luckett et al (2015)[39]	米　国	後ろ向きコホート研究	産婦人科クリニックの受診中断者・未受診	受診支援･電話連絡･保健指導･傾聴など	受診中断者・未受診率の改善
Madore et al (2014)[40]	米　国	混合研究法	人種的多様性がある地域の乳がん患者	受診支援・保健指導・電話連絡	治療アドヒアランスの改善
Matousek et al (2017)[41]	ハイチ	後ろ向きコホート研究	ハイチの僻地にいる医療へのアクセスに困難を有する者	医療機関への付き添い、自宅への訪問、保健指導	経済的な支援だけでなく、人的支援を行うことで適切に医療機関にアクセスできるようになった
Mertz et al (2017)[42]	デンマーク	RCT	新規に診断され、困難を感じている乳がん患者	傾聴と会話・心理教育・目標の設定・医療機関への受診支援など	治療やリハビリへの満足度に好ましい影響があった。困難さの指標が改善した。

著者・年	国	デザイン	対　象	PN の方法	効果 / 結果
Myers et al (2017)[43]	米　国	総　説	収監されている HIV 患者	記載なし	釈放後の HIV の伝播の防止や個人が抱える社会的ニーズに対応できる可能性がある
Natale-Pereira et al (2011)[44]	米　国	総　説	PN の効果を示した論文	文献にもよるが、受診や検診の同行・保健指導など	低所得者、人種的マイノリティ、他の医療的ケアが行き届いていない人への支援ができるだろう
Percac-Lima et al (2015)[45]	米　国	RCT	受診中断のリスクがある者（独自の基準）	電話連絡	受診中断者・未受診率の改善、長期的な影響は検討が必要
Percac-Lima et al (2015)[46]	米　国	コホート研究	非白人、英語を話せない者、メディケイド、無料医療制度の対象者、無保険の者でマンモグラフィに異常がある者	患者教育、受診日のスケジューリング、リマインドの電話、交通手段のアレンジ、保険の課題解消、受診同行、自宅訪問	社会的な課題をもつがん検診陽性者に対して、精査受診や治療受診を完遂できる割合を増加させる
Pratt-Chapman et al (2011)[47]	米　国	総　説	英語を話せない者、移民、無保険の者などの不利な立場にある人	受診や社会資源の利用などのケアのコーディネート、保健指導	がんの生存者としての適切なケアを受けられる
Primeau et al (2013)[48]	米　国	コホート研究　準実験デザイン（Battaglia, 2012）の二次分析	乳がん検診・子宮頸がん検診で異常を指摘された女性	受診や社会資源の利用などのケアのコーディネート、保健指導	ヒスパニックや無保険の者は精査のための受診が遅れていた。（効果論文ではない）

著者・年	国	デザイン	対　象	PN の方法	効果 / 結果
Raj et al (2012)[49]	米　国	記述疫学研究（対照群なし）	人種や言語的に不利な人が多く住む地域に住む人 乳がんと診断された者	がん検診への付き添い・検診の完遂の確認	人種や言語で不利な立場にいる者の乳がんの診断に役立った
Ramirez et al (2014)[50]	米　国	コホート研究 準実験デザイン	乳がんに関しているラテン系アメリカ人女性	同行受診、移動手段のアレンジ、電話サポート、言語サポート、保険用書類記入支援	PN の介入によりがんの治療を開始した人の割合が向上した
Reuland et al (2017)[51]	米　国	RCT	５０-７５歳 大腸がんの中等度リスクのあるもの 英語・スペイン語を話す者	がん検診への付き添い・検診の完遂の確認・通訳・受診や交通のアレンジメント	全住民（社会的な課題を抱える者も含めて）のがん検診受診率の向上
Roland et al (2017)[52]	米　国	系統的レビュー	PN の効果を示した論文	文献にもよるが、受診や検診の同行・保健指導など	乳がん・子宮頸がん・大腸がん検診が増加
Rosario et al (2017)[53]	米　国	前向きコホート	16-70 歳の脳挫傷の後遺症をもつ患者	受診支援・患者と家族への教育・心理社会的サポート・社会資源とのつながりづくり・緊急時の相談	転倒・再入院の減少　社会参加・自立度の改善
Sarango et al (2017)[54]	米　国	質的研究 （デプスインタビュー）	HIV 陽性のホームレス	医療機関への付き添い、ケアプランの立案などの全人的サポート	時間をかけて対応できる PN は健康アウトカムを改善できる可能性がある
Seaberg et al (2017)[55]	米　国	RCT	救急外来への頻回受診患者	診断や処方を患者に再度説明・フォローアップのアレンジメント・交通のアレンジメント・社会資源との連携	救急受診の減少、かかりつけ医受診の増加

著者・年	国	デザイン	対　象	PN の方法	効果 / 結果
Shommu et al (2016)[56]	カナダ	系統的レビュー	移民や人種的マイノリティである者への PN の効果論文	文献にもよるが、受診や検診の同行・保健指導など	米国では移民の健康に関連する行動を改善できるが、カナダをはじめその他の国ではまだ報告が少ない。
Shroff et al (2014)[57]	米　国	Feasibility study	低所得者や人種的マイノリティの人が住む地域にある診療所を受診した 51-70 歳の女性	マンモグラフィの必要性の把握、受診やケアのための障壁を把握とその対応、検診の完遂の確認	マンモグラフィの検診受診率向上の可能性
Shusted et al (2018)[58]	米　国	系統的レビュー	肺がんへの PN の効果を評価した論文	検診受診、精査受診、治療のための受診への支援（詳細な方法は文献による）	検診受診率や精査受診率の向上、治療開始までの時間の短縮、患者満足度の上昇、QOL の向上
Tejeda et al (2013)[59]	米　国	横断研究	アフリカ系アメリカ人とラテン系アメリカ人の女性でがん検診に異常が認められた者	受診支援・電話連絡・保健指導・傾聴など	PN が介入することで、検診や医療機関受診への障壁が明らかになり、解消されやすくなる可能性
Valaitis et al (2017)[10]	カナダ	レビュー論文	プライマリケアと関連がある PN（その他キーワード含む）の効果論文	文献にもよるが、受診や検診の同行・保健指導など	ヘルスケアの提供と社会的ケアの提供の改善・特定の医療ニーズがある者への支援・QOL の改善など
Zibrik et al (2016)[60]	カナダ	前後比較研究（対照群なし）	非小細胞がん患者	電話連絡・家族との連携の維持	適切な治療介入効果

表 2-2-2：Patient Navigation（PN）の研究プロトコール論文。がん検診や治療以外への応用も検討されている。

（RCT: ランダム化比較試験）

著者・年	国	デザイン	対　象	PN の方法
Blake-Lamb et al (2018)[61]	米　国	コホート研究 準実験デザイン	低所得な妊娠初期の女性とそのパートナー・生まれてくるこどもとその養育者	食事や身体活動などを含む生活指導・電話相談・保健指導など
Brenner et al (2014)[62]	米 国	RCT	50-75 歳のラテン系アメリカ人	がん検診への付き添い・リマインドの電話連絡・受診アレンジメントなど
Broder-Fingert et al (2018)[63]	米　国	RCT	自閉症スペクトラム障害をもつ小児	自閉症スクリーニングの質問紙を完成するための補助・早期介入に向けた環境調整など
Buscemi et al (2017)[64]	米　国	コホート研究 準実験デザイン	50-75 歳の大腸がん検診が推奨される者	がん検診の教育と動機付け、スケジューリング、同行受診
Gwadz et al (2017)[65]	米　国	一部実施要因計画法（Fractional factorial design）	アフリカ系アメリカ人・ヒスパニック・黒人の HIV 患者で、特に男性同性愛者（MSM）	HIV の治療を受けるための指導・受診のアレンジメント
Highfield et al (2015)[66]	米　国	非ランダム化 Stepped wedge 法 （クラスター毎に対象者はランダム割付）	乳がん患者で無料または低額の医療を受けたことがある者・貧困ラインの 200% 以下の収入の者・無保険の者	検診受診、精査受診、治療のための受診へのアレンジメント
Lloyd-Evans et al (2017)[67]	英　国	RCT	うつや不安障害があり孤立している人	社会資源などの紹介、つながりづくり、目標の設定とその支援などの情緒的サポート
Quintiliani et al (2015) [68]	米　国	RCT	低所得な喫煙患者	金銭的インセンティブを与えた禁煙指導・外来への付き添い支援

レビュー結果のまとめ

国内外の文献レビューの結果、付き添い支援とは孤立や貧困などの社会的な課題を抱える人々の受診に付き添って、手続きやコミュニケーション等の障壁を改善する活動をすることにより、社会的な課題を抱える人々の受診を支援することと定義できると考えられた。また、単に医療機関の受診への付き添いに終始せず、公的サービス利用のための手続きなど、個々の住民のニーズに合わせた支援がされていた。個別のボランティアによる同行受診と異なり、組織的にプログラム化された取り組みの場合、支援を提供するスタッフやボランティアには、対人支援の方法に関する研修等、人材育成の手段が提供されているものが多かった。

付き添い支援の効果についてのまとめと考察

諸外国、特に米国では、patient navigation と呼ばれる取り組みが各州や各都市でプログラム化され、効果に関する数多くの論文が出版されていた[82)]。系統的レビューやランダム化比較試験*による研究の報告が多く含まれていた。

Patient navigation が持ちうる効果についての研究成果を表にまとめた（表 2-2-3）。**Patient navigation は、対象者のがん検診の受診率やがんの治療開始率の向上だけでなく、その格差の縮小、対象者の受診中断や再入院などの受診行動に関して保護的な効果がエビデンスレベルの高い研究により報告されている**。つまり、社会的な課題を抱える人々の医療機関の受診に、信頼関係の構築されている支援者とともに同行することで、患者の健康が維持され、より良いケアを提供できる可能性が高いことを示す、複数の科学的証拠が確認できた。しかし、付き添い支援が**頻回な救急受診を減らすか否かについては、効果があるとする研究とないとする研究が混在**しており、さらなる検証が待たれる。

また、がんに関連する研究だけでなく、糖尿病や HIV 感染症などの慢性疾患を有する患者、孤立などの社会的な課題を抱える患者、小児や妊婦を対象とした研究へと応用されていたが、まだ研究のエビデンスレベルは高くなく、効果を検証した研究も少ない。しかし、表 2-2-1、表 2-2-2 にあるようにさまざまな規模でランダム化比較試験などが現在進行中、ないし実施が計画されており、将来さらに有望なエビデンスが出てくる可能性がある。

本文献レビューで得られた研究結果は米国のものが多数を占めていたが、米国のエビデンスをそのまま日本の文脈に当てはめられるかどうかについては慎重な検討が必要である。諸外国で実施または計画されている研究を参考にして、今後日本でも、科学的に妥当性の高い、効果検証のための研究を行うことが望ましい。

*ランダム化比較試験は、対象者を無作為に割り付けて、該当するサービスを受ける群と受けない群に分けてその影響や効果を評価するものであり、因果関係を最も正確に評価し得る（エビデンスレベルが高い）研究デザインである。さらに、ランダム化比較試験の結果を報告した複数の論文のデータを包括的に分析した「ランダム化比較試験の系統的レビュー」は、個々の研究が様々な特徴を持つ集団でも同じように効果がみられるかを観察することができるため、さらにエビデンスレベルが高い研究とされている。

表 2-2-3：本レビューで得られた文献による社会的な課題を抱える患者への patient navigation の効果のまとめ

エビデンスレベル　高 ←→ 低

効　果	系統的レビュー / メタアナリシス	複数の RCT	ひとつの RCT	観　察 研　究 (準実験)	観　察 研　究	ケース スタ ディ	総　括
受けた医療への患者満足度	○	○			○		複数の RCT を統合して検証済
がん検診受診率の向上	○	○					複数の RCT を統合して検証済
がん検診格差の縮　小	○	○					複数の RCT を統合して検証済
がん精査受診率の向　上	○	○					複数の RCT を統合して検証済
QOL(Quality of Life) の向上	○	○					複数の RCT を統合して検証済
再入院予防		○					複数の RCT により検証され信頼できる
未来院の予防		○					複数の RCT により検証され信頼できる
受診中断の予防		○					複数の RCT により検証され信頼できる
禁　煙		○					複数の RCT により検証され信頼できる
救急受診減少		△		△			差があるものとないものでばらつきあり
頻回受診減少		△		△			差があるものとないものでばらつきあり
腎移植待機リストへのエントリー			○				複数の RCT により検証（効果は小さい）
受診時の差別的体験の減少			○				ひとつの RCT で検証、追加研究が待たれる
コミュニケーションの改善			○				ひとつの RCT で検証、追加研究が待たれる
医療費の削減				○			RCT による追加研究が待たれる
付き添い支援への患者満足度					○		因果効果には迫れず追加研究が待たれる
慢性疾患のアドヒアランス					○		因果効果には迫れず追加研究が待たれる
転倒の減少					○		因果効果には迫れず追加研究が待たれる
社会参加の向上					○		因果効果には迫れず追加研究が待たれる
ADL(Activities of daily living) の改善					○		因果効果には迫れず追加研究が待たれる
災害後の精神衛生・社会的つながり						○	ケーススタディのみ

○は効果ありの報告。△は効果あり、効果なしの双方が報告されている場合

（RCT: ランダム化比較試験．エビデンスレベルの信頼度の高低は引用文献 83）を参考に著者作成．）

3　国内の付き添い支援・同行受診の取り組みについてのレビュー

【方法】

本レビューでは、まず日本の現在の医療機関への同行受診に関して、書籍や論文、インターネットから広く情報を収集し、同行受診の実態を整理した。また、文献検索エンジンである医学中央雑誌・Google Scholar などを用いて、特に社会的な課題を抱える人に同行して医療機関への受診を支援する活動報告を抽出した。これらの報告から国内で実践されている同行受診についての実態を調査し、対象者や実施者などの方法やそれぞれの同行受診の利点や欠点、課題などを整理した。

【結果】

日本での付き添い支援の現状

家族以外の第三者が患者の受診に付き添うことは「同行受診」という用語で行われていることが多かった。自治体・福祉事務所・地域包括支援センター・社会福祉協議会・NPO などさまざまな団体による活動が報告されていた。同行受診にはいくつかのパターンがあり、文脈や目的によって同行受診の方法や意味が異なっていた。そこで、まずは同行受診という言葉に含まれるそれぞれの意味を確認し以下の５つに分類した。

以下、この５つの分類のそれぞれについて、同行受診の方法や実践例について記述する。

同行受診の５つのパターン

1）公的サービスによる送迎支援（有償、介護保険サービス）
2）私的サービスによる送迎・受診手続き支援（有償）
3）ボランティア団体等による送迎・受診手続き支援・診察同席（無償・有償）
4）フォーマルケアの担当者による業務外の受診支援・診察同席（無償）
5）フォーマルケアの担当者による業務内の受診支援・診察同席（無償）

1）公的サービスによる送迎支援（有償、介護保険サービス）

身体的な不自由や認知機能の問題のためにひとりでは受診できない場合には、家族や近隣の住民が付き添うことがあるが、家族が遠方であったり、近隣住民からの支援が得られないなどの理由で付き添いが困難な場合に、公的な介護保険サービスの一環で訪問介護や介護タクシーを用いた送迎サービスが使われる。一般的には居宅から医療機関への通院に必要な身体介助のみであり、受診手続き以降の院内での介助は原則として適応外である[69]。診察室での同席は公的には認められていない。また、介護保険による公的サービスでり利用者負担は一部である。要介護認定を持つ者しか使用できないサービスであり、時間的制約もある。

2）私的サービスによる送迎・受診手続き支援（有償）

医療機関への送迎による通院介助に加え、書類記入や会計などの受診手続き支援を有償で実施する全国的な NPO 法人が存在することがわかった[70),71)]。利用者の制限がなく、要介護認定者でなくとも利用でき、時間外の対応をしてい

る事業所もある。したがって、介護保険制度ではカバーできない部分を担っているといえる。

有償であるため、経済的に困窮している場合は利用しづらい。また、支援員は私的サービスの提供者として派遣される者であり、サービス提供に際してどの程度、利用者との信頼関係や治療内容等の情報共有がされているのかについては判断できなかった。

3）ボランティア団体等による送迎・受診手続き支援・診察同席（無償・有償）

ボランティア団体による支援も散見された。社会的な課題を抱える患者の受診について、通院の介助から受診手続き、診察同席まで対応しているケースも広く存在していた。たとえば、医療ニーズを抱えた在日難民の受診をコーディネートしたり、無料低額診療事業*を実施している医療機関に同行して受診したりすることで医療費の負担を軽減するなどして、難民の受診行動を支援するNPO法人があった[72]。受診に同席して医師や患者とのコミュニケーションを援助している団体もあった。聴覚に障害をもつ住民への手話や日本語の理解が困難な人への医療通訳なども該当する[73][74]。

利用者の費用負担があるものと、無償のものとがあった。支援の質の管理方法や、ボランティアへの研修や教育の機会の有無については、組織ごとにばらつきがみられた。

4）フォーマルケアの担当者による業務外の受診支援・診察同席（無償）

フォーマルケアの担当者が受診支援や診察同席を実施している事例があった。たとえば、介護保険サービスを利用している住民が医療機関を受診する際に、その担当の介護支援専門員（ケアマネジャー）が直接通院の介助を行ったり、救急車に同乗したりして診察室まで付き添い、病状や生活の現状を医療従事者に説明するケースである[75]。同じように精神障害をもつ患者の就労支援のために、就労支援機関やその担当者が医療機関へ同行受診し、主治医と連携を取るケースもあった[76]。

これらは公的サービスの担い手である介護支援専門員等が、本来の役割を超えてボランティアで行っている業務外の支援である[75]。また、支援の受け手は現在公的サービスを何らかの形で利用している人に限られる。

5）フォーマルケアの担当者による業務内の受診支援・診察同席（無償）

医療や保健の専門職や担当者が患者に同行して医療機関を受診するケースもあった。代表的なものは保健師による同行受診である。保健師は、社会的なリスクを抱える住民の健康だけでなく、幅広く地域保健の課題の解決にも重要な役割を果たす専門職である[77]。保健師が同行受診するケースについては、生活保護受給者や精神障害を有する者、児童虐待のハイリスク家庭など、さまざまに渡っており、また受診前後に継続的な関わりを持っていることも特徴的であった[78]。多くは福祉事務所に所属している保健師、あるいは福祉事務所と連携している自治体の保健センター等の保健師による同行受診の事例であった。現在、福祉事務所に常勤の保健師が配置されている自治体は少ないが、生活保護受給者への健康管理支援の普及に伴い、今後増加していく可能性がある[78]。

保健師の活動として、いくつかの先進的な取り組みが存在した。埼玉県上尾市では、生活保護受給者の自立支援プログラムに保健師が参画していた。特に健康状態にリスクを抱える受給者に対して保健師が直接指導する健康管理支援プログラムにおいて、必要時に医療機関への同行受診を行っていた。このように住民全体を対象とする包括的なアプローチを実践しつつも、医療機関受診が必要な受給者に対して、選別的なアプローチとしての同行受診を実践することで、医療中断者や未受診者を減らし、受給者本

＊無料低額診療事業については報告書1：第3章 生活保護データベースの分析による生活保護受給者の健康状態とその関連要因の分析の「コラム」を参照されたい。

人がもつ力を後押しする取り組みとして報告されていた[79]。

神奈川県川崎市では、生活保護受給者のうち、ケースワーカーの訪問頻度が少ないケースを中心に、高齢者の健康支援や生活習慣病の重症化予防に関する取り組みを実践していた。具体的には、生活習慣病をもつ受給者の通院や服薬指導を実践している。また、うまくコミュニケーションを取りにくいといった課題がある受給者などとは、医療機関へ同行受診し連携を密にしており、このような個別支援の事例も報告されていた（表 2-3-1）。こちらも同様に、社会的なリスクを多く抱える受給者に対して直接医療機関に同行受診し、連携をとってケアを提供するなど、医療機関への送迎以上の付き添い支援が実践されていた[80]。

その他にも、各都道府県に配置されている若年性認知症支援コーディネーターが同行受診を行う場合があった[81]。企業に勤める 40-50 代の若年性認知症の患者に対する同行受診を通じて、医療機関との協働を図りながら、患者の仕事や生活の支援を行うことができることが報告されていた。

表 2-3-1：川崎市における保健師による生活保護受給者の健康支援の事例

事例 1	頻回受診をきっかけに生活習慣病の重症化予防、介護予防の支援を行った事例
	85 歳女性、単身生活。高血圧と腰痛で通院及び内服治療中で、健康の相談相手がほとんどおらず、ほぼ毎日整形外科を受診。最初は警戒心が強かったが、本人が信頼しているケースワーカーから保健師と民生委員を紹介し、さらに保健師と民生委員が地域包括支援センターを紹介する形で相談相手を増やしていった。保健師が病院へ同行受診をして、適正な受診回数を主治医に確認。訪問を継続して飲み忘れがないように服薬支援を行った。本人から関係者に受診について相談するようになり、居場所づくりや介護予防サービスの利用を始めたことで受診回数が減少した。
事例 2	家族それぞれに健康課題があり、他部署と連携をとりながら支援を行った事例
	70 歳代の夫妻、30 歳代の長男長女との 4 人暮らし。夫の心疾患での入院をきっかけに保護開始となった。ケースワーカー、保健師、障害者支援担当職員で同行訪問。長男長女とも中学卒業後から引きこもり生活。妻は病院嫌いで、長年健康診断を受けていない。時々頭痛があるが受診歴なし。「自己管理はしっかりしているから体で悪いところはない」と話す。訪問時の血圧測定で 260/110mmHg と高値、受診の必要性を伝えたが拒否の姿勢を示す。妻が健康でいることの大切さや治療の必要性を伝え、健康に対する思いを聞き、受診方法を提案することで不安が解消され、訪問当日に同行受診し治療開始となった。家族がもつ健康課題に対し、他部署と連携、役割確認をしながら多方面から支援した。その結果、長男長女は精神科通院を開始した。その後、キーパーソンである妻の健康状態の把握に努め、定期的に面接し、体調や受診、服薬状況の確認、食事等の指導を行っている。

出典：引用文献 80）より

表 2-3-2 に現行の同行受診に関連する人的資源がカバーしている範囲、表 2-3-3 に「同行受診」のパターンと付き添い支援としての利点と欠点をまとめた。

表 2-3-2：日本の現状の同行受診に関連する人的資源がカバーする範囲

	サービス内容			
同行受診のタイプ	通院介助	受診手続き	診療同席	金銭的負担
1）公的サービスによる送迎支援（有償、介護保険サービス）	○	○	×	低
2）私的サービスによる送迎・受診手続き支援（有償）	○	サービスによる	サービスによる	高
3）ボランティア団体等による送迎・受診手続き支援・診察同席（無償・有償）	サービスによる	サービスによる	サービスによる	サービスによる
4）フォーマルケアの担当者による業務外の受診支援・診察同席（無償）	○	○	○	なし
5）フォーマルケアの担当者による業務内の受診支援・診察同席（無償）	○	○	○	なし

表 2-3-3：同行受診のパターンと付き添い支援としての利点と欠点

	利　点	欠　点
1）公的サービスによる送迎支援（有償、介護保険サービス）	介護保険によるサービスであり比較的低額である 利用者のことをよく知る人が支援者として対応できる	介護保険の認定を受けている者でないと利用できない 休日や夜間の対応が困難になりやすい 医療機関までの通院の介助であり、診察室などへ付き添えない 医療機関利用に際して書類などの手続きの支援ができない場合がある
2）私的サービスによる送迎・受診手続き支援（有償）	介護保険や行政のサービス時間外や休日の対応ができる 介護保険の認定を受けていなくても利用可能である 医療機関内の手続きにも対応できる	自費サービスであるため費用負担が大きくなりやすい 継続的に利用していなければ利用者のことを知らない人が支援者となる
3）ボランティア団体等による送迎・受診手続き支援・診察同席（無償･有償）	受診者や地域の生活や状況をよく知る存在が対応できる 診察室まで同席しているケースも多い	経済的・人的な持続可能性の課題がある ボランティアに依存するため地域ごとのばらつきがある
4）フォーマルケアの担当者による業務外の受診支援・診察同席（無償）	受診者の生活を熟知した担当者が対応できる 診察室などに付き添うことで、理解を助ける存在となる	本来の業務外の対応である 介護保険の認定や障害の認定を受けている者でないと担当する支援者とつながりにくい
5）フォーマルケアの担当者による業務内の受診支援・診察同席（無償）	専門職かつ行政職が関わる対応ができる。 診察室などに付き添うことで、理解を助ける存在となる行政による継続的なケアが提供できる 社会資源などにつなげる介入を行いやすい	全ての住民に対応するにはマンパワーが不足 行政機関内の他部門との連携が必要

4　今後の付き添い支援サービスの展開へむけて

1）制度上の位置付けについて

現在厚生労働省は、地域包括ケアを社会的孤立や制度の隙間にある人、障害のある人、子ども等への支援にも普遍化する、いわゆる地域共生社会の実現を目指している。個人やその世帯の地域での生活課題を把握し、解決していくことができる包括的な支援体制の構築によって、分野別・年齢別に縦割りだった支援を当事者中心の「丸ごと」の支援とすることを提唱している[84) 85)]。付き添い支援の普及に向けた検討も地域共生社会の枠組みの中で論じることが望ましい。

諸外国で行われている付き添い支援では、住民の個別性に合わせた受診行動に関する教育と、受診に向けた調整役を担うことが重視されていた。付き添い支援の実施者は、生活困窮者の生活上の課題を理解し、生活困窮者へのケアの在り方やプライバシーの保護に関しての基本的な態度と知識が求められるだろう。また、場合によっては、医療に関するある程度の専門知識を有することが求められる。実際はそのような人材は限られていることから、今後は一定程度の教育の機会を設けつつ、多様な人材を活用する必要があると思われる。

以上を踏まえ、国内での付き添い支援については、以下の４点の課題があり、今後の展開に向けて検討すべきだと思われた。すなわち、

- 付き添い支援の業務上の規定の整理
- 付き添い支援の担い手の育成
- 支援対象者のプライバシーの確保
- 取り組みの効果評価と、効果的な実践のあり方についての研究事業の展開

である。以下、それぞれについて説明する。

2）担い手の明確化とその業務としての規定

これらの担い手として、国内の同行受診のレビューからわかったことは、現状としては介護支援専門員や保健師、地域のボランティア団体に所属する一般住民や専門職等も同様の活動を実践している状況であった。生活保護受給者に関しては、福祉事務所のケースワーカーや保健師等、健康管理支援にかかわる専門職による支援もあった。また文献としては発見できなかったが、関係者らからの意見等を鑑みるに、生活支援コーディネーターや民生委員による同行受診も存在するのではないかと思われる。

いずれにしても、文献上の指摘や現場での意見にもあるように、本来規定されている業務の範囲外であるが、対象者に必要な支援であるとの個人的、ないし組織的な認識のもとに、職員が無償で実施している事例が一定数存在することは注目に値する。公的なサービスとして付き添い支援を普及していく場合は、それぞれの担い手が付き添い支援を行う際の業務上の定義づけが求められるだろう。

以下にそれぞれの職種が付き添い支援を実践する際の位置づけと課題をまとめてみた。

介護支援専門員（ケアマネジャー）

制度上、個々の住民の介護ニーズを把握しており、なお医療や介護、利用できる社会資源などに関する知識を有し得る介護支援専門員は、現在も業務の範囲内外で付き添い支援を実施していた。同行受診の普及においても、担い手となる重要な人材となる可能性が高い。

介護支援専門員の対象者は、介護保険サービスの利用者であるため、同サービス利用者の医療サービス利用の困難さ等を簡便に評価できる仕組み等を介護サービスの提供プロセスに組み込むことで、医療機関への同行受診を効率的に実施できる可能性がある。現状では介護支援専門員の慈善的な無償の活動となっている場合が多く、業務として規定するなどの制度的措置を検討することが推奨される。

保健師

保健師の業務範囲は幅広く、受診同行も含まれ得る。実際に業務として生活困窮者への同行受診が実施されている。今後も重要な担い手として期待される。

課題としては、人材不足がある。地域包括ケアシステムの構築に向け、保健師には、社会的リスクを抱えた住民への個別支援に加え、地域づくり型の介護予防活動やそのための地域組織のネットワーキングのコーディネーション、地域ケア会議の開催等々、地域保健における統括的、マネジャー的な役割が期待されている。支援を強化するには、保健師の人材確保を進めるか、社会福祉協議会等との一層の連携のもと、個別の住民への支援活動に関してはタスクシフトしていくことが必要と思われる。生活保護受給者や路上生活者など、福祉的支援の対象となっている生活困窮者への同行受診の充実が検討されているが、医療ニーズを抱えている場合、医療の専門知識のある保健師の存在は大きい。しかし、自治体の福祉事務所に保健師が配属されているケースはごく限られているのが現状である[78]。福祉事務所と保健センター等との一層の連携が期待される。

ボランティア団体や NPO 等

ボランティア団体や NPO 等による付き添い型の支援活動は、社会的な課題を抱えた人への共助に基づく支援にあてはまる。各地で、様々なレベルで生活に困難を抱える人びとを支援するボランティア活動が行われている。一般の人の誰もがボランティアとなり得るため、人材確保の観点からは担い手候補として人材育成を強化すべき対象者といえそうである。諸外国には、一般住民への研修により付き添い支援の担い手として育てる取り組みが進められており、日本でも応用可能と思われる。受診同行支援を担うボランティア活動を普及することは、ボランティア自体のあらたな役割の創出にもつながるだろう。

課題としては、ボランティアや NPO という特性上、支援内容のばらつきと活動の持続可能性がある。受診同行支援に対する報酬の設定や支給の手続き、契約方法、質の標準化、安全の確保等の整理が求められる。また、特に診察室まで同行する場合、支援者は対象者の健康状態などのプライベートな情報に触れることになるため、情報の秘匿の徹底やそのための技能育成についても検討する必要がある。

生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）[86]

生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）には、日常生活ニーズ調査や地域ケア会議などによって地域ニーズや地域に存在する社会資源の見える化を行うことや、地域の課題に関しての問題提起、地域に存在する組織などの多様な主体への協力を依頼することなどを通じて、その居住地域の関係者のネットワークづくりと生活支援の担い手の養成、必要なサービスの開発（担い手を養成し、組織化し、担い手を支援活動につなげる機能）を行うことが期待されている。また地域の住民のニーズと社会資源などのサービスをつなげる役割を総合的に支援・推進することが期待されている。

活用に際しては、上記のボランティアと同様、報酬の問題、質の確保やプライバシー保護等についての課題を検討する必要がある。

民生委員[87]

民生委員は民生委員法にもとづき、厚生労働大臣より委嘱を受けている非常勤の地方公務員である。民生委員は、広く地域の実情に通じ、社会福祉の増進に熱意があるボランティア職員で、住民の生活上のさまざまな相談に応じたり、行政のなどのサービスへの「つなぎ役」としての役割を果たしたりしており、同行受診の担い手となり得る。活動上知り得た支援対象者のプライバシーについても、民生委員法第 15 条が「民生委員は、その職務を遂行するに当つては、個人の人格を尊重し、その身上に関する秘密を守り、人種、信条、性別、社会的身分又は門地によつて、差別的又は優先的な取扱をすることなく、且つ、その処理は、実情に即して合理的にこれを行わなければならない。」と明確に言及され

ている。

保健指導等、業務のカバー範囲が広いことから、業務量が増えやすい点、および近年の高齢化に伴う担い手の減少が課題と考えられる。

福祉事務所のケースワーカー

生活保護受給者を担当するケースワーカーは、業務上、生活保護受給者の個人の生活やその居住地域の状況を把握することが求められていることから同行受診を含めた支援対象者のニーズを把握し、自らが支援を提供する、あるいは必要なサービスへとつなげる担い手として重要である。さらに必要に応じて保健師や医療機関と連携し、診察室まで同席できうる存在である。

課題としては、昨今の生活保護受給者の増加に伴い、業務量が増大していること、医療の専門職ではないため医療的ケアのニーズを把握する能力に限界があること等がある。福祉事務所における同行受診の推進においては、保健センターや外部の専門職を有する事業者との協力により、健康管理支援事業等と連携しつつ行うことが求められよう。

3）人材育成

人材確保については、上述のように、現在同行受診を実施している多くの事業所が人材不足の状態にあるため、さらなる人材の動員や、業務の合理化等が必要であろう。また、社会的に困難を抱える人々は複数の機関に関わる者も多いため、同行受診を実践する人員の効率的な配置と連携の強化などの対応を検討する必要があるだろう[78]。例えば、**同行受診を実施しているボランティア団体などへの追加的な経営支援**を行政機関が実施することで、同行できるボランティア数を増やすといった取り組みが考えられる。これはボランティア団体による活動の持続可能性の観点からも検討するべき事項であろう。

必要な資源量を算定するためには、**需要予測**が有効である。同行受診のニーズがある対象者が、全国、ないし各地で何名いるかを推計するのである。

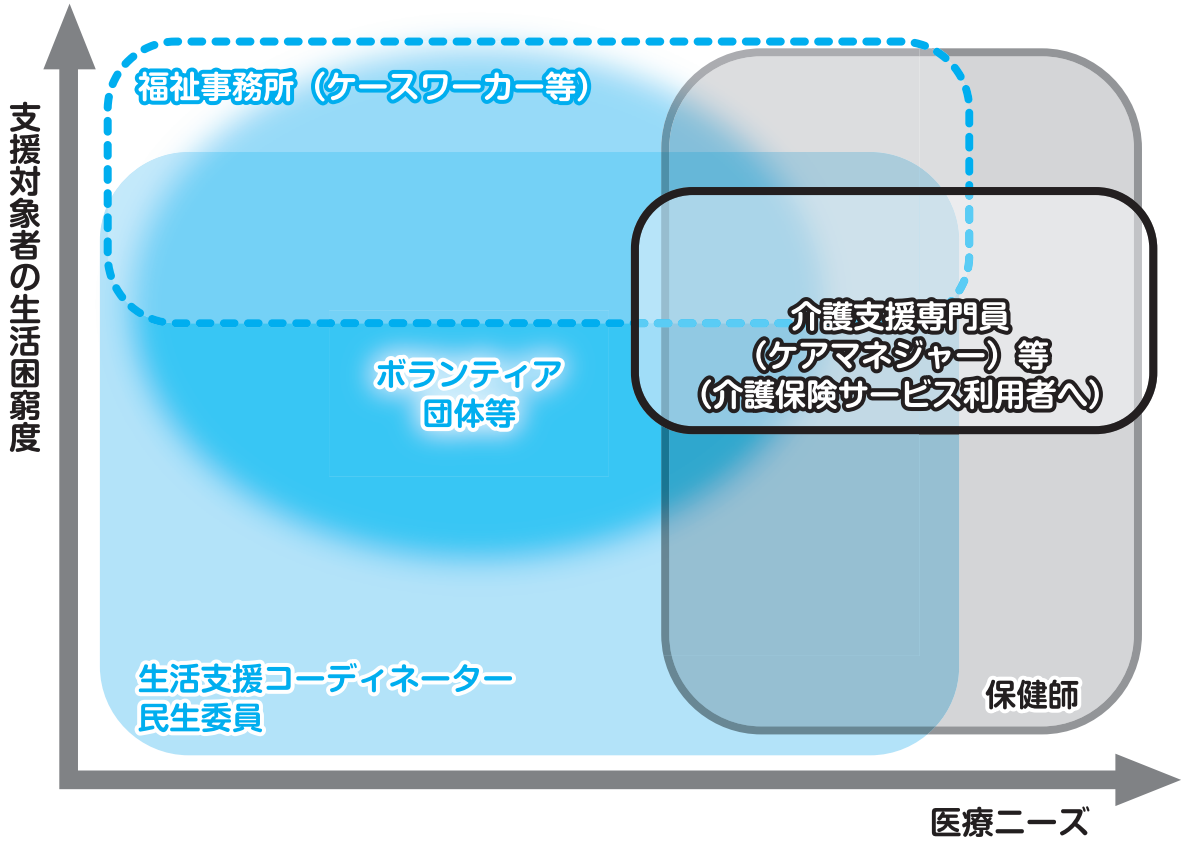
4）支援対象者のプライバシーと権利の確保

支援の質の確保については、生活支援コーディネーターや民生委員、福祉事務所のケースワーカーは、必ずしも医学・介護・保健・福祉の知識が十分とは言いがたく、対人支援の理論などを学ぶ機会が保証されているわけではない。また、付き添い支援の実践においては**生命の危険や予後の告知、治療選択の意思決定などに迫られる場面に出会った時の対応法、その他の倫理的な配慮など**について研修を受けることが望ましい。さらには、医療や介護、福祉に関わる個人情報に触れる機会が増えるため、個々の**住民のプライバシーへの配慮**に関する教育も重要である。さらには、対象者への過剰な監視や介入により、権利を阻害することを避けなければならない。医療費の抑制等、行政や医療者側の期待に添うように対象者の意思決定に介入することを防止する必要がある。米国が研究プログラムの一環として、patient navigator を育成するために、それら関する学習や研修の機会を提供していた。そういった諸外国の活動が参考になるだろう。

＊対象者の状況に応じた支援者の選定

現状想定される付き添い支援の担い手それぞれについて、その役割と可能な支援内容を明確にし、**だれがだれを支援するのが適切か**を整理するとよいであろう。例えば、高度な医療的ケアや治療法に関する重大な決断が必要なケースの場合、保健師等の医療の専門知識を有する者が担当するか、非医療職の支援者が医療職に相談できる体制が求められよう。反対に、医療的ニーズが小さい一方で、孤立等の問題から医療機関への頻回受診を行っているような場合は、地域にある社会参加の機会に詳しいケースワーカーやボランティア団体、生活支援コーディネーターや民生委員など、“地域寄り”の人材や組織による付き添い支援のほうがよいかもしれない。支援者とそのカバー範囲を把握することで、すべての住民へと、支援が行き届くように対応することが望ましい[88]（図 2-4-1）。

図 2-4-1：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



5）取り組みの効果評価と、効果的な実践のあり方についての研究事業の展開

我々のレビューした限りでは、国内には、付き添い支援の効果を実証した研究は見当たらない。諸外国とは医療制度や文化が異なるため、日本でも有効か、あるいはどのような支援のあり方が効果的かを、日本において検証することが求められる。例えば、諸外国でも実践・検証されているように**付き添い支援により健診・検診の受診率は向上するのか、患者の頻回受診や受診中断は減少するのか、生活の質（QOL）は改善するのか、社会的な関係構築の副次的な効果はあるのか、付き添い支援にかかる費用効果はどうか、といった視点で、研究事業等により実証を進めていくべき**である。

また、効果的な付き添い支援のあり方は対象者や地域特性によっても異なる。PDCA あるいは PDSA のサイクル * によりそれぞれの環境に適した支援へと継続的に改善していくべく自己評価と学びのプロセスを踏むとよいだろう。

評価の際は、支援の担い手と期待される人々に対して、新しい同行支援事業を進めるにあたる不安や期待等についてヒアリングや業務負担量の評価を行うことは有用である。国内で実施されるモデル事業等によって、既存の人材を生かした制度設計や研修の機会の提供などを行い、その実践方法や効果に関して評価しつつ、全国的な展開を講じるための課題抽出が望まれる。

＊ PDCA: Plan（計画）、Do（実行）、Check（評価）Act（行動）という流れで事業を改善させていくマネジメントプロセス。単なる check(評価) ではなく、当事者間で学び合う (study) ことの重要性を強調して、PDSA（Plan- Do-Study-Act-）と呼ぶこともある [89]。

5　提言のまとめ

本章では、諸外国の付き添い支援の実践からその方法や効果、付き添い支援員に求められる能力について整理した。また国内の現在実践されている同行受診について、その担い手や定義、利点や欠点について整理した。これらのプロセスを通じて日本においても、付き添い支援の担い手が存在し、対応すべき課題が明確となった。

検討すべき事項

1）各担い手の業務における付き添い支援の位置づけ

2）支援の担い手間の役割分担の明確化

3）支援者の教育機会の提供と教育方法

4）様々な支援者間の情報共有等の連携方法

5）モデル事業等による支援方法の開発とその評価

モデル事業等を通じて評価すべき事項

1）付き添い支援の住民への効果

2）付き添い支援の実践者への影響

3）付き添い支援の費用対効果

4）地域や対象者の特性による個別化の必要性

＜引用文献＞

1) Hand C, McColl MA, Birtwhistle R, et al. Social isolation in older adults who are frequent users of primary care services. Can Fam Physician. 2014; Jun;60(6):e322, e324-9.

2) Malone RE. Heavy users of emergency services:social construction of a policy problem.Soc Sci Med.1995;40(4):469-77.

3) van Tiel S, Rood PP, Bertoli-Avella AM, et al. Systematic review of frequent users of emergency departments in non-US hospitals: state of the art. Eur J Emerg Med.2015;22(5):306-15. doi: 10.1097/MEJ.0000000000000242.

4) Schoen C, Osborn R, Squires D, et al. New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated. Health Aff; 2011;30(12):2437-48. doi: 10.1377/hlthaff.2011.0923.

5) 日本の医療に関する 2008 年世論調査 . 日本医療政策機構．2008 年 6 月 15 日. https://hgpi.org/research/42.html

6) 生活保護受給者の健康管理の在り方に関する研究会とりまとめ (概要)．厚生労働省 . https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-hakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000068892.pdf

7) 第 4 回生活保護受給者の健康管理の在り方に関する研究会議事録．厚生労働省 . https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000070336.html

8) 第 5 回生活保護受給者の健康管理の在り方に関する研究会議事録．厚生労働省 . https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000164488.html

9) 平成 30 年度社会福祉推進事業の募集について 募集テーマについて (重点テーマ分)．厚生労働省 . https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12001000-Shakaiengokyoku-Shakai-Soumuka/0000196025.pdf

10) Valaitis RK, Carter N, Lam A, et al. Implementation and maintenance of patient navigation programs linking primary care with community-based health and social services: a scoping literature review. BMC Health Serv Res. 2017;17(1):116. doi:10.1186/s12913-017-2046-1

11) 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-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000164406.pdf

12) Ali-Faisal SF, Colella TJ, Medina-Jaudes N, et al. The effectiveness of patient navigation to improve healthcare utilization outcomes: A meta-analysis of randomized controlled trials. Patient Edu Couns. 2017;100(3):436-48.

13) Arosemena FA, Fox L, Lichtveld MY. Reproductive health assessment after disasters: embedding a toolkit within the disaster management workforce to address health inequalities among Gulf-Coast women. J Health Care Poor Underserved. 2013;24(4 Suppl):17-28. doi: 10.1353/hpu.2014.0013.

14) Austad K, Chary A, Martinez B, et al. Obstetric care navigation: a new approach to promote respectful maternity care and overcome barriers to safe motherhood. Reprod Health. 2017;14(1):148. doi: 10.1186/s12978-017-0410-6.
15) Balaban RB, Galbraith AA, Burns ME, et al. A patient navigator intervention to reduce hospital readmissions among high-risk safety-net patients: a randomized controlled trial. J Gen Intern Med.2015;30(7):907-15.
16) Basu M, Petgrave-Nelson L, Smith KD, et al. Transplant center patient navigator and access to transplantation among high-risk population: a randomized, controlled trial.Clin J Am Soc Nephrol.2018;13(4):620-27. doi: 10.2215/CJN.08600817.
17) Battaglia TA, Bak SM, Heeren T, et al. Boston Patient Navigation Research Program: the impact of navigation on time to diagnostic resolution after abnormal cancer screening. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2012;21(10):1645-54. doi: 10.1158/1055-9965.
18) Battaglia TA, Darnell JS, Ko N, et al. The impact of patient navigation on the delivery of diagnostic breast cancer care in the National Patient Navigation Research Program: a prospective meta-analysis. Breast Cancer Res Treat. 2016;158(3):523-34. doi: 10.1007/s10549-016-3887-8.
19) Berkowitz SA, Percac-Lima S, Ashburner JM, et al. Building equity improvement into quality improvement: reducing socioeconomic disparities in colorectal cancer screening as part of population health management. J Gen Intern Med. 2015;30(7):942-49. doi: 10.1007/s11606-015-3227-4.
20) Binswanger IA, Whitley E, Haffey PR, et al. A patient navigation intervention for drug-involved former prison inmates. Subst Abus. 2015;36(1):34-41. doi: 10.1080/08897077.2014.932320.
21) Capp R, Kelley L, Ellis P, et al. Reasons for frequent emergency department use by Medicaid enrollees: a qualitative study. Acad Emerg Med. 2016;23(4):476-81. doi: 10.1111/acem.12952.
22) Carter N, Valaitis RK, Lam A, et al. Navigation delivery models and roles of navigators in primary care: a scoping literature review. BMC Health Serv Res. 2018;18(1):96. doi: 10.1186/s12913-018-2889-0. Review.
23) Enard KR, Ganelin DM. Reducing preventable emergency department utilization and costs by using community health workers as patient navigators. J Healthc Manag. 2013;58(6):412-27; discussion 428.
24) Fouad MN, Johnson RE, Nagy MC, et al. Adherence and retention in clinical trials: a community-based approach. Cancer. 2014;120 Suppl 7:1106-12. doi:10.1002/cncr.28572.
25) Freund KM. Implementation of evidence-based patient navigation programs. Acta Oncol. 2017;56(2):123-127. doi: 10.1080/0284186X.2016.1266078.
26) Galbraith AA, Meyers DJ, Ross-Degnan, et al. Long-term impact of a postdischarge community health worker intervention on health care costs in a safety-net system. Health Serv Res. 2017;52(6):2061-78.
27) Goff SL, Mazor KM, Pekow PS, et al. Patient navigators and parent use of quality data: a randomized trial. Pediatrics. 2016;138(4). pii: e20161140.
28) Guadagnolo BA, Dohan D, Raich P. Metrics for evaluating patient navigation during cancer diagnosis and treatment: crafting a policy-relevant research agenda for patient navigation in cancer care. Cancer. 2011;117(15 Suppl):3565-74. doi: 10.1002/cncr.26269.
29) Guillaume E, Dejardin O, Bouvier V, et al. Patient navigation to reduce social inequalities in colorectal cancer screening participation: A cluster randomized controlled trial. Prev Med. 2017;103:76-83.
30) Highfield L, Ottenweller C, Pfanz A, et al. Interactive web-based portals to improve patient navigation and connect patients with primary care and specialty services in underserved communities. Perspect Health Inf Manag. 2014;11:1e.
31) Horny M, Glover W, Gupte G,et al. Patient navigation to improve diabetes outpatient care at a safety-net hospital: a retrospective cohort study. BMC Health Serv Res. 2017;17(1):759. doi: 10.1186/s12913-017-2700-7.
32) Ingram M, Doubleday K, Bell ML, et al. Community health worker impact on chronic disease outcomes within primary care examined using electronic health records. Am J Public Health. 2017;107(10):1668-74.
33) Jean-Pierre P, Cheng Y, Wells KJ, et al. Satisfaction with cancer care among underserved racial-ethnic minorities and lower-income patients receiving patient navigation. Cancer. 2016;122(7):1060-7. doi: 10.1002/cncr.29902.
34) Ko NY, Darnell JS, Calhoun E, et al. Can patient navigation improve receipt of recommended breast cancer care? Evidence from the National Patient Navigation Research Program. J Clin Oncol. 2014;32(25):2758-64. doi: 10.1200/JCO.2013.53.6037.
35) Lasser KE, Quintiliani LM, Truong V, et al. Effect of patient navigation and financial incentives on smoking cessation among primary care patients at an urban safety-net hospital: a randomized clinical trial. JAMA Intern Med. 2017;177(12):1798-807.
36) Leone LA, Reuland DS, Lewis CL, et al. Reach, usage, and effectiveness of a Medicaid patient navigator intervention to increase colorectal cancer screening, Cape Fear, North Carolina, 2011. Prev Chronic Dis. 2013;10:E82. doi:10.5888/pcd10.120221.
37) Liang PS, Wheat CL, Abhat A, et al. Adherence to competing strategies for colorectal cancer screening over 3 years. Am J Gastroenterol. 2016;111(1):105-14. doi: 10.1038/ajg.2015.367.
38) Localio AM, Black HL, Park H, et al. Filling the patient-provider knowledge gap: a patient advocate to address asthma care and self-management barriers. J Asthma. 2018:1-10. doi: 10.1080/02770903.2018.1520864.
39) Luckett R, Pena N, Vitonis A, et al. Effect of patient navigator program on no-show rates at an academic referral colposcopy clinic. J Womens Health (Larchmt). 2015 ;24(7):608-15. doi: 10.1089/jwh.2014.5111.

40) Madore S, Kilbourn K, Valverde P, et l. Feasibility of a psychosocial and patient navigation intervention to improve access to treatment among underserved breast cancer patients. Support Care Cancer. 2014;22(8):2085-93. doi: 10.1007/s00520-014-2176-5.
41) Matousek AC, Addington SR, Kahan J, et al. Patient navigation by community health workers increases access to surgical care in rural Haiti. World J Surg. 2017;41(12):3025-30. doi: 10.1007/s00268-017-4246-6.
42) Mertz BG, Dunn-Henriksen AK, Kroman N, et al. The effects of individually tailored nurse navigation for patients with newly diagnosed breast cancer: a randomized pilot study. Acta Oncol. 2017;56(12):1682-1689. doi: 10.1080/0284186X.2017.1358462.
43) Myers JJ, Koester KA, Kang Dufour MS, et al. Patient navigators effectively support HIV-infected individuals returning to the community from jail settings. Int J Prison Health. 2017;13(3-4):213-218. doi: 10.1108/IJPH-08-2016-0037.
44) Natale-Pereira A, Enard KR, Nevarez L, et al. The role of patient navigators in eliminating health disparities. Cancer. 2011;117(15 Suppl):3543-52. doi: 10.1002/cncr.26264.
45) Percac-Lima S, Cronin PR, Ryan DP, et al. Patient navigation based on predictive modeling decreases no-show rates in cancer care. Cancer. 2015;121(10):1662-70. doi: 10.1002/cncr.29236.
46) Percac-Lima S, Ashburner JM, McCarthy AM, et al. Patient navigation to improve follow-up of abnormal mammograms among disadvantaged women. J Womens Health (Larchmt). 2015;24(2):138-43. doi: 10.1089/jwh.2014.4954.
47) Pratt-Chapman M, Simon MA, Patterson AK, et al. Survivorship navigation outcome measures: a report from the ACS patient navigation working group on survivorship navigation. Cancer. 2011;117(15 Suppl):3575-84. doi: 10.1002/cncr.26261. Review. Erratum in: Cancer. 2012 Nov 1;118(21):5450.
48) Primeau SW, Freund KM, Ramachandran A, et al. Social service barriers delay care among women with abnormal cancer screening. J Gen Intern Med. 2014;29(1):169-75. doi: 10.1007/s11606-013-2615-x.
49) Raj A, Ko N, Battaglia TA, et al. Patient navigation for underserved patients diagnosed with breast cancer. Oncologist. 2012;17(8):1027-31. doi: 10.1634/theoncologist.2012-0191.
50) Ramirez A, Perez-Stable E, Penedo F, et al. Reducing time-to-treatment in underserved Latinas with breast cancer: the Six Cities Study. Cancer. 2014;120(5):752-60. doi: 10.1002/cncr.28450.
51) Reuland DS, Brenner AT, Hoffman R, et al. Effect of combined patient decision aid and patient navigation vs usual care for colorectal cancer screening in a vulnerable patient population: a randomized clinical trial. JAMA Intern Med. 2017;177(7):967-74. doi: 10.1001/jamainternmed.2017.1294.
52) Roland KB Milliken EL, Rohan EA, et al. Use of community health workers and patient navigators to improve cancer outcomes among Ppatients served by federally qualified health centers: a systematic literature review. Health equity. 2017;1(1):61-76.
53) Rosario ER, Espinoza L, Kaplan S, et al. Patient navigation for traumatic brain injury promotes community re-integration and reduces re-hospitalizations. Brain injury. 2017;31(10):1340-7.
54) Sarango M, de Groot A, Hirschi M, et al. The role of patient navigators in building a medical home for multiply diagnosed HIV-positive homeless populations. J Public Health Manag Pract. 2017;23(3):276-282. doi: 10.1097/PHH.0000000000000512.
55) Seaberg D, Elseroad S, Dumas M, et al. Patient navigation for patients frequently visiting the emergency department: a randomized, controlled trial. Acad Emerg Med. 2017;24(11):1327-33.
56) Shommu NS, Ahmed S, Rumana N, et al. What is the scope of improving immigrant and ethnic minority healthcare using community navigators: a systematic scoping review. Int J Equity Health. 2016;15:6. doi: 10.1186/s12939-016-0298-8.
57) Shroff S, McCoy ME, Sherman BJ, et al. Feasibility of patient navigation in resident primary care practice: a screening mammography quality improvement initiative. J Ambul Care Manage. 2014;37(4):293-302.doi: 10.1097/JAC.0000000000000022.
58) Shusted CS, Barta JA, Lake M, et al. The case for patient navigation in lung cancer screening in vulnerable populations: a systematic review. Popul Health Manag. 2018. doi: 10.1089/pop.2018.0128.
59) Tejeda S, Darnell JS, Cho YI, et al. Patient barriers to follow-up care for breast and cervical cancer abnormalities. J Womens Health (Larchmt). 2013;22(6):507-17. doi: 10.1089/jwh.2012.3590.
60) Zibrik K, Laskin J, Ho C. Integration of a nurse navigator into the triage process for patients with non-small-cell lung cancer: creating systematic improvements in patient care. Curr Oncol. 2016;23(3):e280-3. doi: 10.3747/co.23.2954.
61) Blake-Lamb T, Boudreau AA, Matathia S, et al. Strengthening integration of clinical and public health systems to prevent maternal-child obesity in the first 1,000 days: a collective Impact approach. Contemp Clin Trials. 2018;65:46-52. doi: 10.1016/j.cct.2017.12.001.
62) Brenner AT, Getrich CM, Pignone M, et al. Comparing the effect of a decision aid plus patient navigation with usual care on colorectal cancer screening completion in vulnerable populations: study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2014;15:275. doi: 10.1186/1745-6215-15-275.
63) Broder-Fingert S, Walls M, Augustyn M, et al. A hybrid type I randomized effectiveness-implementation trial of patient navigation to improve access to services for children with autism spectrum disorder. BMC Psychiatry. 2018;18(1):79. doi: 10.1186/s12888-018-1661-7.

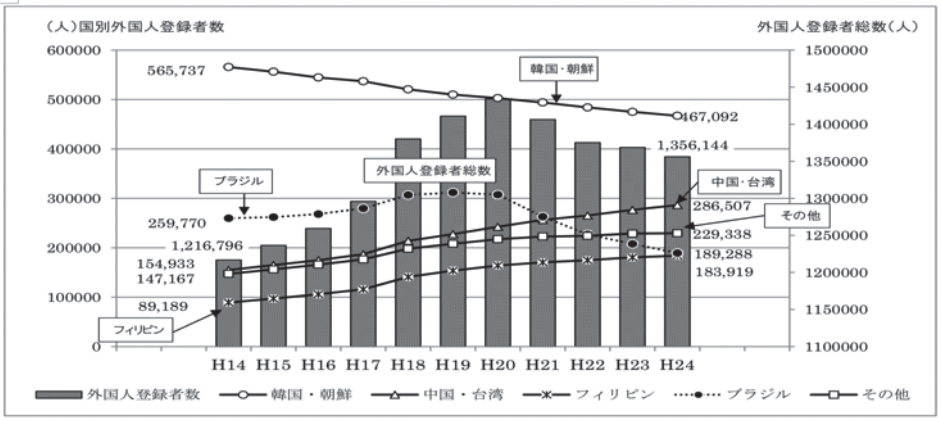
64) Buscemi J, Miguel YS, Tussing-Humphreys L, et al. Rationale and design of Mi-CARE: the mile square colorectal cancer screening, awareness and referral and education project. Contemp Clin Trials. 2017;52:75-79. doi: 10.1016/j.cct.2016.11.009.
65) Gwadz MV, Collins LM, Cleland CM, et al. Using the multiphase optimization strategy (MOST) to optimize an HIV care continuum intervention for vulnerable populations: a study protocol. BMC Public Health. 2017;17(1):383. doi: 10.1186/s12889-017-4279-7.
66) Highfield L, Rajan SS, Valerio MA, et al. A non-randomized controlled stepped wedge trial to evaluate the effectiveness of a multi-level mammography intervention in improving appointment adherence in underserved women. Implement Sci. 2015;10:143. doi: 10.1186/s13012-015-0334-x.
67) Lloyd-Evans B, Bone JK, Pinfold V, et al. The community navigator study: a feasibility randomized controlled trial of an intervention to increase community connections and reduce loneliness for people with complex anxiety or depression. Trials. 2017;18(1):493. doi: 10.1186/s13063-017-2226-7.
68) Quintiliani LM, Russinova ZL, Bloch PP, et al. Patient navigation and financial incentives to promote smoking cessation in an underserved primary care population: A randomized controlled trial protocol. Contemp Clin Trials. 2015;45(Pt B):449-457. doi: 10.1016/j.cct.2015.09.005.
69) 訪問介護における院内介助の取扱いについて．厚生労働省 .
https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200000063e0-img/2r985200000063fi.pdf
70) 生活支援 . NPO 法人きずなの会 .
https://kizuna.gr.jp/seikatsushien/
71) 病院・通院付き添い・院内介助 . クラウドケア .
https://www.crowdcare.jp/services/hospital-attendant/
72) 医療同行ボランティア活動－難民が安心して医療機関を受診できるように．認定 NPO 法人難民支援協会 .
https://www.refugee.or.jp/jar/report/2014/03/31-0000.shtml
73) 各地の活動紹介 . 一般社団法人全国医療通訳者協会 .
https://national-association-mi.jimdo.com
74) 聴覚障害者医療サポート協会 .
http://sign-hospital.sakura.ne.jp/wp/category/ 手話通訳 /
75) ケアマネジャー業務と平成 27 年度改正 に関するアンケート集計及び提言 . 横浜市介護支援専門員連絡協議会制度対策委員会 . 平成 29 年 3 月.
http://www.ycm-kyougikai.net/activity/document/2017teigensho.pdf
76) 就労支援と精神科医療の情報交換マニュアル．独立行政法人高齢･障害･求職者雇用支援機構 障害者職業総合センター .
http://www.nivr.jeed.or.jp/download/kyouzai/kyouzai55.pdf
77) 地域における保健師の保健活動について．厚生労働省.
http://www.nacphn.jp/topics/pdf/2013_shishin.pdf
78) 福祉事務所等における保健師の効果的な活動・活用事例 . 厚生労働省 .
https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000057161.pdf
79) 保健師が関わる自立支援プログラム（上尾市の取り組み）．厚生労働省 .
https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/shiryou5_1.pdf
80) 高橋真奈美 . 川崎市における健康管理支援の取り組み．日本健康教育学会誌． 2016; 24(1):37-42.
81) 若年性認知症支援コーディネーターのためのサポートブック～若年性認知症の人の「就労支援」「居場所づくり支援」～ . 厚生労働省 .
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/saportbook.pdf
82) Patient Navigation Research Program (PNRP). National Cancer Institute.
https://www.cancer.gov/about-nci/organization/crchd/disparities-research/pnrp
83) 森實敏夫，吉田雅博，小島原典子編．Minds 診療ガイドライン作成の手引き 2014 第 2 版．医学書院．2015 年.
84) 「地域共生社会」の実現に向けて．厚生労働省 .
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000184346.html
85) 地域共生社会の実現に向けた地域福祉の推進について．厚生労働省 .
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/ 0000189728.pdf
86) 生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）と協議体に期待される機能と役割．厚生労働省.
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahUKEwjGwZPn-MndAhUCO3AKHWfjDvQQFjABegQIBxAC&url=https%3A%2F%2Fwww.mhlw.go.jp%2Ffile%2F06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku%2F0000084708.docx&usg=AOvVaw3IigEcdsFT4uMZRE5_xra6
87) 民生委員・児童委員とは．全国民生委員児童委員連合会 .
http://www2.shakyo.or.jp/zenminjiren/minsei_zidou_summary/index.html
88) 健康格差対策の７原則 Ver. 1.1。公益財団法人医療科学研究所.
http://www.iken.org/project/sdh/pdf/17SDHpj_ver1_1_20170803.pdf
89) Moen R. Foundation and History of the PDSA Cycle.
https://deming.org/uploads/paper/PDSA_History_Ron_Moen.pdf

言葉を届けたい：
在住外国人等、日本語に困難を抱える人へ「寄り添う」

2017 年末現在、中国、韓国・朝鮮、ベトナム、フィリピン、ブラジルなど 190 カ国以上から来日した約 256 万人（全人口の約 2%）の外国籍住民が日本で暮らしている[1) 2)]。

外国人登録者のうち生活保護法に準じた保護対象者は、永住者、日本人の配偶者等、永住者の配偶者等、定住者の在留資格を有するもの、ならびに特別永住者及び認定難民等とされている。2012 年度は約 203 万人の在留外国人のうち生活保護法に準じた保護の対象となりうる者は 135.6 万人であった（図 1）[3) 4)]。生活保護法に準じた保護を受給している被保護外国人世帯数は、2011 年度は約 4.3 万世帯あり、多い順に韓国・朝鮮、中国・台湾、フィリピン、ブラジルであった（図 2）[4)]。

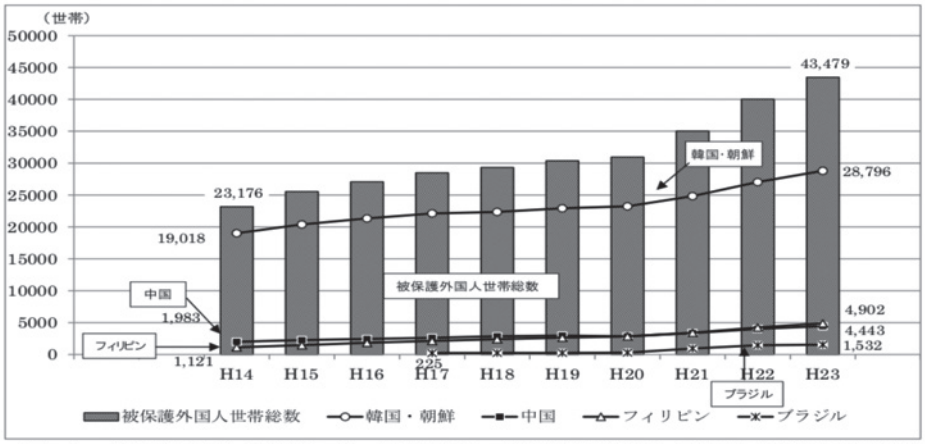
図 1：外国人登録者数（生活保護対象在留資格保有者数）の推移



（注）　「外国人登録者数」は、法務省「在留外国人統計」に基づき、当省が生活保護の対象となる在留資格保有者（永住者、日本人の配偶者等、永住者の配偶者等、定住者及び認定難民）数を集計した。

出典：総務省行政評価局 (2014)「生活保護に関する実態調査　結果報告書」(p.41)

図 2：被保護外国人世帯数・世帯人員数、保護率の推移



（注）1　「被保護外国人世帯総数」は、調査日現在、生活保護を適用される外国人が世帯主である被保護世帯数であり、国籍別外国人被保護世帯数は、世帯主の国籍により分類した世帯数である。
2　厚生労働省「被保護者全国一斉調査」（各年度 7 月 31 日現在）による。
3　ブラジルについては、平成 16 年度以前の被保護世帯は不明である。

出典：総務省行政評価局 (2014)「生活保護に関する実態調査　結果報告書」(p.42)

多くの住民は日本語が話せ、生活用語は困らないが、医療機関の受診時は一人では困難な場合が多い[5) 6)]。社会的困難を抱える日本人には受診抑制が起きることが先行研究から明らかにされている[7)]。受診抑制の理由は、経済的制約、時間的制約などが挙げられるが[8–11)]、外国人の場合には、不安定な社会的地位、孤立、無保険、それ以外にも宗教上の制約、医療通訳不在による言葉の壁など様々な理由が考えられる[12) 13)]。

このような理由から、具合が悪くても市販薬だけで済ませたり、受診を先延ばしにして重症化したりする場合があるとも聞く。柴沼ら（2018）によると「医療通訳サービスへのアクセス改善により１万３千人程度の在留外国人の服薬継続改善が見込まれる」とのことである[14)]。

在住外国人の医療機関利用を支援する取り組みとして、全国の自治体・国際化協会、NPOなどで医療通訳者を育成・派遣している[15)]。医療通訳者は対象者が受診時、外来や検査室に同行し、医療者と対象者の間で対面通訳を行う。通訳がいることで会話が成立し、文化的背景が異なる場合は文化的な側面を考慮に入れながら会話による理解を促進する。また必要に応じて専門家につなぐ役割を果たす。

以下は、現場で医療通訳が同席した場合、言葉の壁による情報不達がなくなることや、通訳者の存在が寄り添いとしての役割を果たしていることを示す事例である。

事例１ 情報が伝わらない家族の不安と医療通訳者

【アジア少数言語・医療通訳者の体験談】

以下はNPOの医療通訳者によるコメントである。

患者は10代女性、肺外結核に罹患。両親は共働きでいつもは一人で受診していた。本人は日本語を多少話すことができるものの、両親は日本語がほとんど話せない。患者は家では「大丈夫、大丈夫」と病院でのことをほとんど話さなかった。ある日、患者が母親と一緒に来院したので医療通訳者が同行した。母親は「今まで大きな病気を何一つしたことのない、いたって健康的な娘だったのに、なぜ、こんなことになったのか。何が起きているのか、よくわからない」ととても不安そうだった。医師との診察に通訳が入ったことで、母親は状況をすべて把握できたようで、説明が終了してから「よかった、よかった。ありがとう！」といい、ほっとしたのか診察室で泣き出した。母親は家族の健康状態を今まで把握することができず不安だったが、医療通訳を介して医師からきちんと病状説明を受けることができて、安心されたようであった。通訳が入ることの大切さを改めて痛感した。

事例 2 中国帰国者二世と中国語通訳・相談員

【中国語通訳・相談員の体験談】

以下は医療通訳を支援する認定 NPO 法人 IVY が、孤立が原因で精神症状を発症したと思われる在住中国人に対して、医療通訳サービスを提供した際の、通訳者の言葉である。この時は、急性期直後に入院中の本人から要請を受けて通訳を派遣した。

「支援する側として、本人が生活保護を受給したことで安心せず、かかわり続けることが大事であることを実感した事例がある。生活保護の受給が決定し、これで生活は大丈夫と安堵し、しばらく経った頃、突然本人から精神科に入院したと連絡が来た。今にして思えば、生活保護がもらえるまでは本人も支援者と緊密に連絡し合い、私も関係機関に同行して通っていたのに、受給が決まった途端、本人は医療ソーシャルワーカーが数ヶ月に一度来るだけのさみしい状況に陥った。趣味のサークルでも学習でも活動内容や目的は何でも構わない。本人の気持ちが向くどこかとつながれるまで、見守るべきということを学んだ。」

李節子編著：「在日外国人の健康支援と医療通訳」, 杏林書院 , 2018. P.107 より引用、改変。

在住外国人等への付き添い支援

患者が英語を用いる場合、医療従事者の中で対応可能なケースも少なくない。しかし医療現場では、代表的な外国語である英語が通じない場面に出くわすことがある。事例 1 のように、少数言語で医療者側がまったくその言語を知らない場合、医療通訳者の役割は極めて大きいだろう。

支援が必要なのは外国人にとどまらない。例えば、日本語利用に困難を持つ中国からの帰国者も日本語の支援を場合により必要としている。要件に該当する人は、「中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律」（2014 年 10 月改正）に基づいて支援・相談員や自立支援通訳のサポートが受けられる。2015 年度「中国残留邦人等実態調査結果報告書」[6] によると、帰国者は高齢化が進んでおり、平均年齢は 76 歳、93.4% が 70 歳以上とのことである。4 分の 1 は東京に住んでおり、67.5% 以上が健康問題を抱えている。帰国者の支援給付受給者では 46.4% が支援・相談員に「よく相談する」「時々相談する」と回答している。53.5% が医療機関や介護サービスを利用する際に通訳を「必要としている」「時々必要とする場合がある」と回答しており、通訳が必要な理由として 72% が「通訳がいないとコミュニケーションがとれず、施設等を利用することが困難であるから」と回答している。

日本の医療通訳の現状と課題

日本ではまだ統一された定義はないが、「通訳とは、A 言語を話す人と B 言語を話す人の間で言葉を変換し、会話が成立するように介入することである。医療通訳は、医療の現場で通訳を行うこと」である[16]。会話が成立するためには、言語に精通しているだけでなく専門分野の基礎知識・単語、医療制度や対人援助についての理解も必要である。会話中の文化的背景や医療文化の違いによる会話のズレなどを察知し、誤解が大きくなる前に指摘できる能力も必要である。研修には通訳技術や知識習得だけでなく医療通訳特有のスキルや倫理もある[17]。医療通訳や支援員の存在をより広く理解してもらうことで、より多くの人たちに「言葉を届ける」ことができると考える。また、近年日本では専門職として認定化の動きもある[18]。

2018 年には全国 38 の自治体･国際化協会や NPO で専門の研修を受けた医療通訳者が登録･活動しており、そのうち 15 団体に 23 言語、1,500 名以上の医療通訳者が登録している[15]。登録通訳者以外にも病院の職員として働く医療通訳者もいる。

前述のように、会話のために言語的障壁があることは、受診を阻害する大きな要因となり得る。日本語に困難を抱える人々に対して、医療機関へのアクセスを確保することは健康格差の広がりを防ぎ、WHO も人権擁護の観点から推奨している[12][19]。実際、医療通訳には、治療中断のリスクを回避できるなどの効果が期待されている。上記のような事例を鑑みれば、医療通訳は単なる会話の支援にとどまらず、本レビューが扱っている「付き添い支援」の効果と考えられる言語的な障壁の軽減や患者満足度の向上、受診中断や再入院の予防といった要素を必然的に併せ持つ可能性がある。

医療通訳は医療費の適正化の上でも検討の価値があろう。十分な検証はまだなされていないが、例えば、柴沼ら (2018) によれば、治療中断に伴うコストが結核で約 3 億円、非感染性疾患（NCDs）で 83 億円削減できるとの試算がされている[14]。

医療通訳者は、在住外国人に同行し通訳をすることで、異なる言語間のコミュニケーションを実現するだけではなく、対象者に寄り添い思いを受け止め、関係者や専門家につなげる役割も持つ。外国人労働者の増加、オリンピック・パラリンピックに代表される国際化の潮流の中で、医療通訳、あるいは対象言語が話せる相談員による「付き添い支援」サービスは今後ますます重要になるものと思われる。サービスを提供する団体や通訳者の育成、そして多言語対応が急務である。

＜引用文献＞
1) 平成 29 年末現在における在留外国人人数について（確定値）法務省
http://www.moj.go.jp/nyuukokukanri/kouhou/nyuukokukanri04_00073.html
2) 平成 29 年末確定値公表資料．法務省入国管理局.
http://www.moj.go.jp/content/001256897.pdf.
3) 在留外国人統計．法務省 e-stat.2012 年 12 月.
https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00250012&tstat=000001018034&cycle=1&year=20120&month=24101212&tclass1=000001060399
4) 生活保護に関する実態調査結果報告書．総務省行政評価局．平成 26 年 4 月.
http://www.soumu.go.jp/main_content/000305409.pdf
5) 外国人住民実態調査．山梨県立大学多文化共生研究会．2008.
http://libweb.nlib.yamanashi-ken.ac.jp/infolib/user_contents/02/ G0000002repository/cch2008008.pdf
6) 平成 27 年度中国残留邦人等実態調査実態報告書．厚生労働省社会・援護局.
https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12102000-Shakaiengokyoku-Engo-Chuugokuzanryuhoujinshienshitsu/houkokusyo2015.pdf
7) 医療政策に関する 2007 年世論調査．日本医療政策機構.
https://hgpi.org/wp-content/uploads/2010-02-03_51_616703.pdf
8) 川添希、馬場園明．健康保険組合被保険者の医療受診における所得効果．厚生の指標、2007;54(6):14-19.
9) 菅万理．社会経済的階層による健康格差と老人保健制度の効果―全国高齢者パネルを用いた試作的研究―．世代間問題研究プロジェクト「世代間問題の経済分析」(特別推進研究) デイスカッション・ペーパー．2007;308.
10) 村田千代栄、尾島俊之、藤克則、平井寛．地域在住高齢者の所得と受療行動の関連．第 18 回日本疫学会学術総会講演集．30, 2008.
11) Roy A Carr-Hill, Nigel Rice, Martin Roland. Social determinants of rates of consultation in general practice based on fourth national morbidity survey of general practices. BMJ.1996;312:1008-1013.
12) Norredam M. Migrants access to healthcare. Dan Med Bul. 2011:58(10); B4339.
13) Prakash Shakya. Nepalese migrants in Japan: What is holding them back in getting access to healthcare?, PloS ONE. 2018;13(9):e0203645.
14) 柴沼晃、桐谷純子、神馬征峰．医療通訳の経済評価に関する基礎的研究．厚生労働科学研究費補助金（地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業）, 2018.
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/kenkyujigyou/hojokin-koubo-h29/gaiyo/03.html
15) 医療通訳者の派遣団体について. 第2回訪日外国人等に対する医療の提供に関する検討会(資料7). 厚生労働省.
https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000472217.pdf
16) 森田直美．医療通訳の活動の実際と日本国内の普及における課題．診療研究．　2018;541:13-17.
17) 医療通訳．一般財団法人日本医療教育財団.
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000057158.pdf
18) 国際臨床医学会医療通訳士認定制度規則（改定案）．国際臨床医学会.
http://kokusairinshouigaku.jp/activities/authentication/m-interpreter/files/　draft_rev_pub01.pdf
19) 25 Questions & Answers on Health & Human Rights. World Health Organization. 2002.
https://www.who.int/hhr/NEW37871OMSOK.pdf

3章 生活保護受給者の健康状態とその関連要因の分析

生活保護データベースと国民生活基礎調査結果の比較

概　要

生活保護受給者の医療サービス利用や健康状態、その背景要因についてまとまった資料はほとんどない。また、利用者や医療機関、および医療財政への負担が懸念される頻回受診が発生する背景要因について検証された国内の研究はない。さらに、医療費の支払い困難を抱える患者に対する緊急避難的な支援制度である無料低額診療事業が全国的に実施されているが、利用者の社会背景等について報告されたデータは存在しない。

そこで、まず国内２自治体の福祉事務所で管理している生活保護受給者の、2016年１月の管理データとその後１年間の医療サービスのレセプトデータを連結して、生活保護受給者の受療行動および健康状態について分析し、その結果を国内の代表的な健康と生活の調査である国民生活基礎調査の2016年の結果と比較した。また、同データを用いて、頻回受診と関連する要因について、患者やその社会背景、そして医療機関側の要因を踏まえて分析した。さらに、京都市内の１法人において実施した無料低額診療事業の利用患者へのアンケート結果および利用者の診療データから、同事業利用者の実態を分析した。その結果、主に以下のことが明らかとなった。

生活保護受給世帯では、

◉子ども・成人は若年でも通院率が高い

◉全世代にわたり慢性疾患などの疾病の有病割合が多い

◉成人では慢性疾患などの有病割合が比較的若くから上昇する

◉子どもでは、ひとり親世帯にぜんそく・アレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚炎・歯の疾患のリスクがある

◉子どもでは、外国籍世帯で歯の疾患が多い

◉成人では独居や不就労が頻回受診と関連がある

◉成人の頻回受診は個人医院で多い

無料低額診療事業の制度利用者には、

◉高学歴者が一定割合いる

◉孤立しがちな者が多い

◉受診抑制の経験が多い

このように、生活保護受給者は、子どもや若年成人の時期から健康状態の課題を多く抱えており、医療サービス利用も高いことがわかった。健康上の課題のために生活困窮状態となり、保護に至った可能性が考えられる一方で、現状の生活保護制度による支援では解決できない健康問題が多く存在する可能性が示された。頻回受診等の受療行動上の課題については、社会的に孤立しやすい状態にある生活保護受給者の中でも、社会的孤立に影響しやすいような状況（独居・不就労・ひとり親世帯・外国籍など）では、疾病のリスクや頻回受診などの受診行動の課題につながりうる。孤立や、医療サービス利用上の不安や課題の解消の観点から、第２章でまとめた同行受診などの伴走的な支援が、生活困窮世帯の健康管理支援の一環として有効な可能性が考えられた。

1　はじめに

＊生活困窮世帯の健康と受療行動

社会経済状況が健康や受診行動に与える影響に関する知見が蓄積されている。例えば、経済的な困窮は人々の健康に影響するだけでなく、服薬を適切に続けるなど、病気の治療を難しくさせることにつながることが報告されている[1)]。生活困窮者には、健康診断等の一般的な保健サービスが届きにくいことが報告されている[2)]。また、所得が少ない人ほど受診抑制を経験したり、反対に必要以上に頻回に受診したりすることも報告されている[3)-7)]。

生活困窮者のうち、特に生活保護受給者は若いうちから糖尿病や肝炎などの慢性疾患を抱えている者が多く、医療を必要としていることが報告されている[8)]。そのため、医療機関への受診や健康管理が適切に行われないと重症化するリスクが高い。生活保護受給者の健康状態管理は、受給者の生活を支え、生活保護からの自立を図るための基礎として重要である。

生活保護受給者の健康づくりや適切な受療行動を支援することを目的として、厚生労働省は、「生活保護受給者に対する健康管理支援事業」を行っている。2021 年度には全国展開が予定されており、事業を進める自治体に対して支援マニュアルを策定するなど、動きが活発になってきている[8)]。

しかし、生活保護受給者の健康状態に関して詳細に記述した報告はほとんどなく、また、生活保護受給者の医療機関利用の実態についても明らかになっていない。生活保護世帯の子どもについても同様である。生活保護受給者の健康状態や受療行動を明らかにすることは、今後、効果的な健康管理支援を提供するうえで重要であろう。

生活保護世帯の子どもに焦点を当てた分析も求められる。生活保護は成人の世帯主に対して給付されるため、子どもへの直接的な支援を提供する枠組みとはなっていないことから、現在生活保護世帯の子どもへの支援法についても議論が続いている。

＊頻回受診の原因は何か

また、頻回受診など、適切に医療サービスを利用できない理由を明らかにすることで、効果的な支援の方法を探ることができるだろう。生活保護受給者の受療行動については、健康状態だけでなく、地域社会での生活状況や、医療機関側の要因も考慮する必要がある。たとえば、地域で孤立しがちな状況であると、日々の生活や体調への不安感が増し、頻回に受診してしまう、といったことが考えられる。さらに、生活保護受給者は医療扶助を受けられるため、基本的に医療機関での支払いが存在しない。そのため、医療機関は、生活保護受給者に対しては、患者の支払いを気にせず、受診を促したり検査や投薬などの医療サービスを提供することができる。これは医療機関誘発需要と呼ばれている。理屈上、医療機関が経営を安定化させるために不必要に医療サービスを提供することも考えられるため、その対策が議論されているところである。

＊本章の目的

そこでここでは、以下の作業を行った結果を報告する。

1）既存のデータベースを活用して生活保護受給者（16 歳以上）の健康状態を記述し、それを同年実施された国民生活基礎調査と比較する。

2）生活保護受給世帯の子ども（0 歳から 15 歳）の健康状態を記述し、それを同年実施された国民生活基礎調査と比較する。また、生活保護受給世帯の子どもが抱える疾病に関連する社会的要因を明らかにする。

3）生活保護受給者の頻回受診に関連する様々な要因を分析する。

以上より得られた結果を踏まえて、今後の生活保護受給者をはじめとした生活困窮者への支援や制度のあり方について考察する。

また、生活保護による医療扶助とは異なる、もう一つの生活困窮者への医療機関受診の経済的支援として行われている無料低額診療事業の実態について分析したので、その結果をコラムとして紹介する。

2　生活保護受給者の疾病の状況（16 歳以上）

【目的】

本節では、16 歳以上の生活保護受給者の医療扶助の支払い伝票の情報である「レセプトデータ」を用いて、罹患している疾病やその年齢構成などを詳細に記述し、同年に実施された国民生活基礎調査[9]の結果と比較することで、生活保護受給者の健康状態の現状を報告する。

【方法】

まず、2 自治体の福祉事務所が管理しているデータを分析した。福祉事務所が利用しているデータ管理システムに登録されている生活保護受給者（16 歳以上）の 2016 年 1 月時点における基本情報と、その後 1 年間の医療扶助レセプトデータを結合したものの提供を受けた。そのうえで、主要な疾病の有病数と有病割合を年齢構成別・性別ごとに計算して記述した。そして、同年に実施された国民生活基礎調査による一般住民と、生活保護受給者の有病割合を比較した。

【方法の詳細】

研究デザイン

記述疫学研究

対象者・観察期間

生活保護受給者数が約 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者である。15 歳以下の子どもは分析から除外した（15 歳以下の子どもの分析については、第 3 節 生活保護受給者の疾病の状況（子ども）の結果を参照）。観察期間は 12 ヶ月とし、2016 年 12 月まで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と公表資料である国民生活基礎調査の公表データである。

◉生活保護受給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。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、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入力されるものである。

◉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（医科・歯科・薬局・訪問看護などに分類）、入院外来の種別、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収載されている。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は含まれない。

◉国民生活基礎調査：

保健、医療、福祉、年金、所得等の国民生活に関する基礎的事項が集計されている、3 年ごとに実施される大規模な調査である。対象者は層化無作為に抽出される。収集方法は自己記入式の質問票による集計であり、日本を代表する統計資料である。本研究では 2016（平成 28）年度の公表されている統計資料を利用した。

変数

医療扶助レセプトデータの個人の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集計されている情報を参考に、通院率と有病割合の多い以下の傷病を抽出した。ただし、がんや眼科・整形外科的疾患などについては部位や記載方法がばらついていることや国民生活基礎調査でも詳細な傷病名が聴取されていないため、正確な状況が把握できないため本研究では割愛した。それぞれの疾病が各個人の傷病名欄に登録されている場合に、疾病の罹患有無に関する二値変数を付与した。病名に関しては、医療機関による付与病名のばらつきが

あるため、各病名に加えて、カッコ内の病名も含めて検索した。

1. 高血圧（本態性高血圧）
2. 糖尿病（１型糖尿病・２型糖尿病）
3. 脂質異常症（高脂血症・高コレステロール血症）
4. 脳卒中（脳出血・脳梗塞）
5. 慢性閉塞性肺疾患（肺気腫）
6. 気管支喘息
7. 認知症（アルツハイマー病･アルツハイマー型認知症･脳血管性認知症･血管性認知症･レビー小体型認知症・アルコール認知症）
8. うつ病やこころの病気（うつ病・統合失調症など）
9. 歯の疾患（齲歯・歯周炎・歯肉炎など）

分析

対象者の一般的な個人・世帯の情報に関して記述統計量を算出した。また、それぞれの疾病について、年齢構成別・性別の有病数と有病割合に関する記述統計量を作成し、2016 年に実施された国民生活基礎調査の結果を併記して視覚的に傾向を比較した。

【結果】

生活保護受給者（16 歳以上）の個人や世帯の状況（付録表 3-2-1）

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、5,564 人であった。平均年齢は 61.9 歳で、標準偏差は 17. 3 であった。独居のものが 65.0% で、就労しているものは 18.3% であった。一方、観察期間の 1 年間に外来・入院・歯科・薬局・訪問看護の利用が 1 度もなかったのは 631 人であった。平均年齢は 54.7 歳で、標準偏差は 18.7 であった。また、独居のものが 59.4%、就労しているものは 32.0% であった。

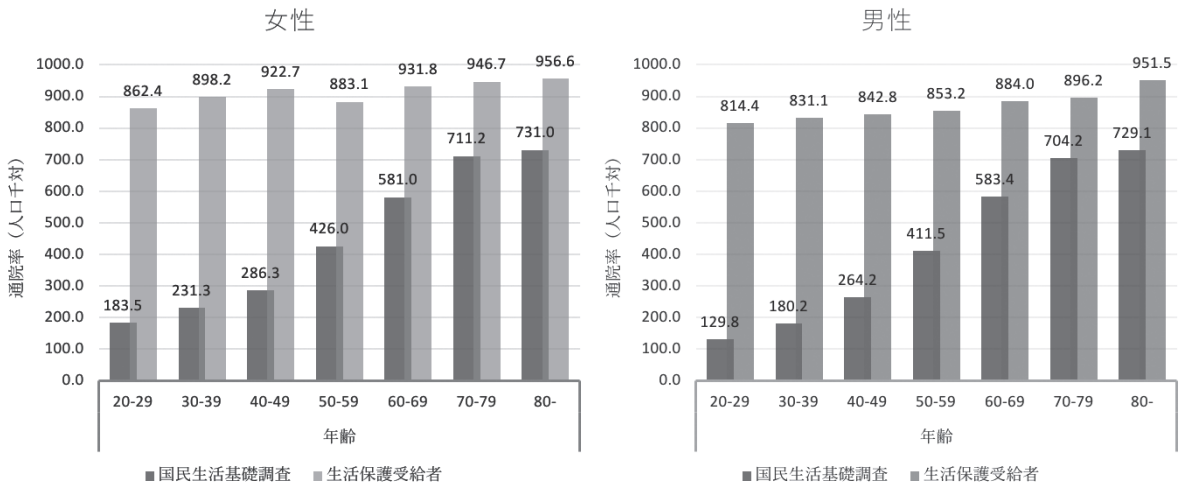
受給者の疾病の状況（図 3-2-1 から図 3-2-10、付録表 3-2-2 から 3-2-4）

各傷病の有病割合を年齢構成別および性別で層化したものを算出した（詳細な表は付録を参照）。糖尿病・脂質異常症は 20 歳代から有病割合が高いが、30 歳以降に増加している傾向があった。高血圧は 40 歳以降に有病割合が上昇していた。脳卒中や慢性閉塞性肺疾患は 60 歳代から割合が増加していた。認知症は 70 歳代以降に増加している傾向であった。気管支喘息は全世代に渡って人口 1000 人あたり 100 人から 200 人の有病割合がみられた。うつ病や統合失調症などの疾患の有病割合は若年者で多く見られ、高齢になる程少なかったがすべての年代で人口 1000 人あたり 100 人を超えていた。歯科疾患は全世代に渡り、高い有病割合をもつ傾向があった。

国民生活基礎調査との比較（図 3-2-1 から図 3-2-10、付録表 3-2-5）

生活保護受給者の有病割合と、本調査の観察年と同年（2016 年）に実施された国民生活基礎調査の結果を年齢構成別・性別で算出し比較した。生活保護受給者は国民生活基礎調査の結果と比べて通院率・高血圧・糖尿病・脂質異常症・脳卒中･慢性閉塞性肺疾患･気管支喘息･認知症･うつ病などのこころの病気、歯の疾患のすべての疾病において高い有病割合を示しており、また疾病の有病割合の増加が比較的若い傾向で見られた。

図 3-2-1：生活保護受給者と一般集団（国民生活基礎調査）の比較：通院率

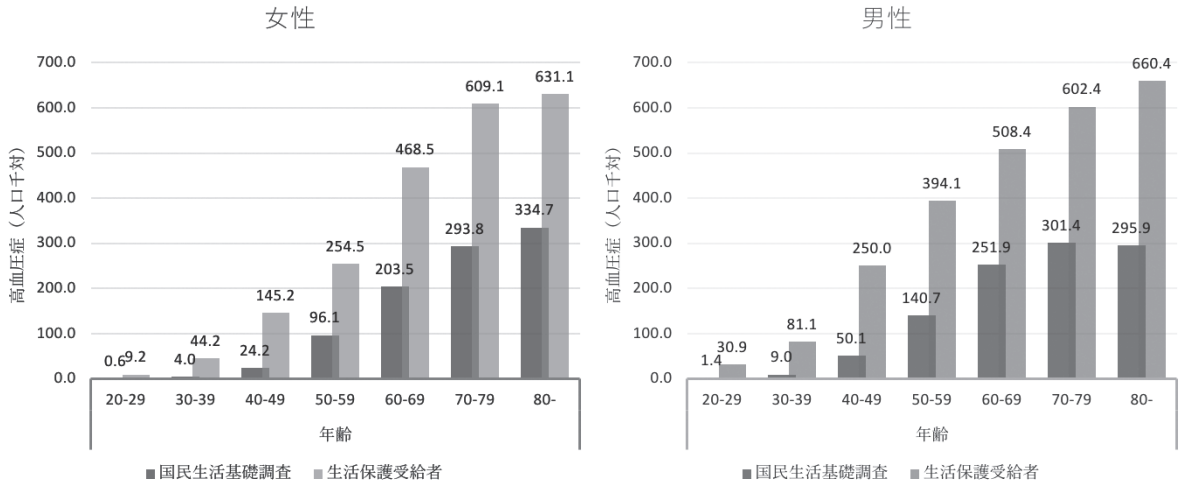


生活保護受給者では全年齢層で通院率が高い

通院率とは、調査対象者のうち、現在医療機関に通院している割合である。国民生活基礎調査では、通院率を「現在、傷病（病気やけが）で病院や診療所（医院、歯科医院）、あんま・はり・きゅう・柔道整復師（施術所）に通っていますか。」との設問に通っていると回答した者の割合を通院率としている[9)]。

また、生活保護受給の対象者の通院率は、2016 年 1 月から 12 月に医療機関（医科・歯科）への受診歴がある者の割合で定義している。国民生活基礎調査によると、通院率は 50 歳を超えると上昇する傾向があり、高齢者になると約 7 割である。一方で、生活保護受給者では、20 歳代から 40 歳代の若年層を含む全ての年齢層で通院率が高く、どの年代でも 9 割近くの人が通院していることが分かった。病気のために働けず生活保護を受けることになることが多いなど様々な原因が考えられる。そのため一般集団との比較には注意を要する[注)]。

図 3-2-2：生活保護受給者と一般集団（国民生活基礎調査）の比較：高血圧症

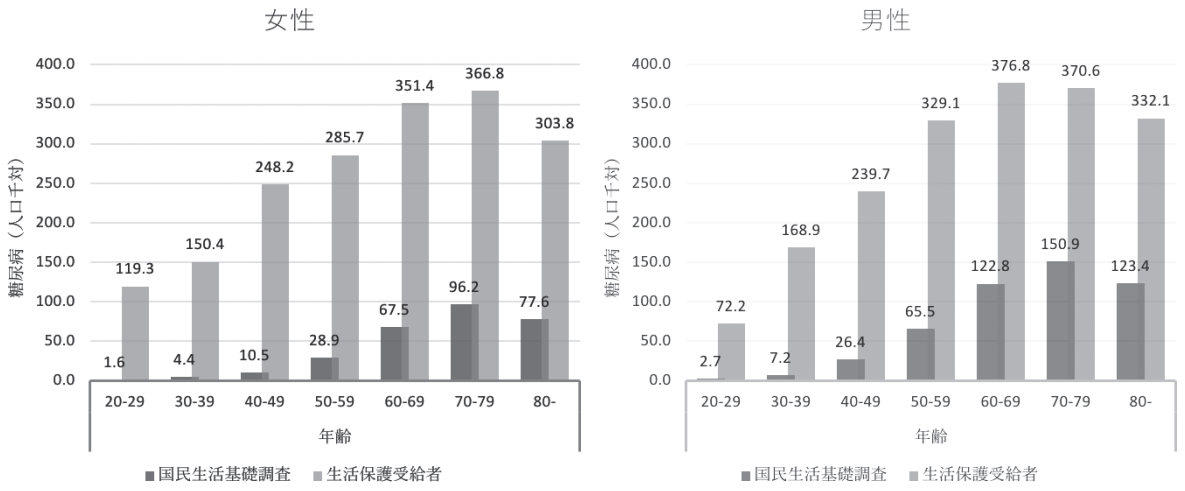


生活保護受給者では高血圧の有病割合が高く、比較的若年から有病割合が上昇し始める

国民生活基礎調査によると、高血圧は 60 歳以降に有病割合が 2 割を超える。しかし生活保護受給者においては、男性で 40 歳代、女性で 50 歳代より有病割合が 2 割を超える。また、70 歳代以降では約 6 割が高血圧である。データの集計方法が異なるため、比較には注意を要する[注)]。

注）比較する際は 60 ページに記載した「結果の解釈の際の注意点」を参考にしてください。

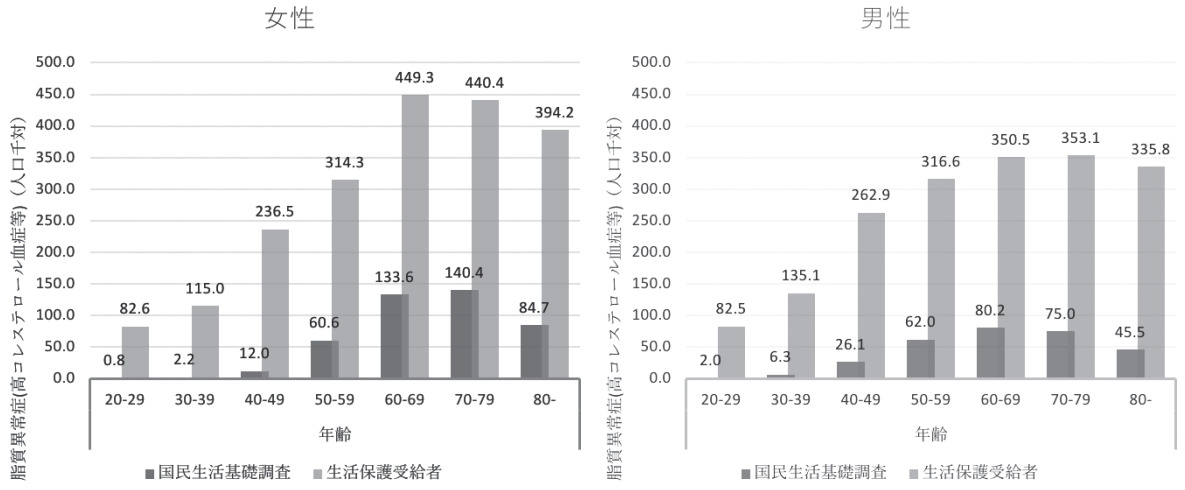
図 3-2-3：生活保護受給者と一般集団（国民生活基礎調査）の比較：糖尿病



生活保護受給者では糖尿病の有病割合が全年齢層で高く、若年から有病割合が高い

国民生活基礎調査によると、糖尿病は 40 歳から 50 歳以降に有病割合が上昇し、70 歳代で約 10-15％と有病割合のピークを迎える。しかし生活保護受給者においては、20 歳代からすでに有病割合が高く、また、70 歳代では約 4 割弱が罹患している。年齢構成別の分布の形は一般集団に似ている。データの集計方法が異なるため、比較には注意を要する[注)]。

図 3-2-4：生活保護受給者と一般集団（国民生活基礎調査）の比較：脂質異常症

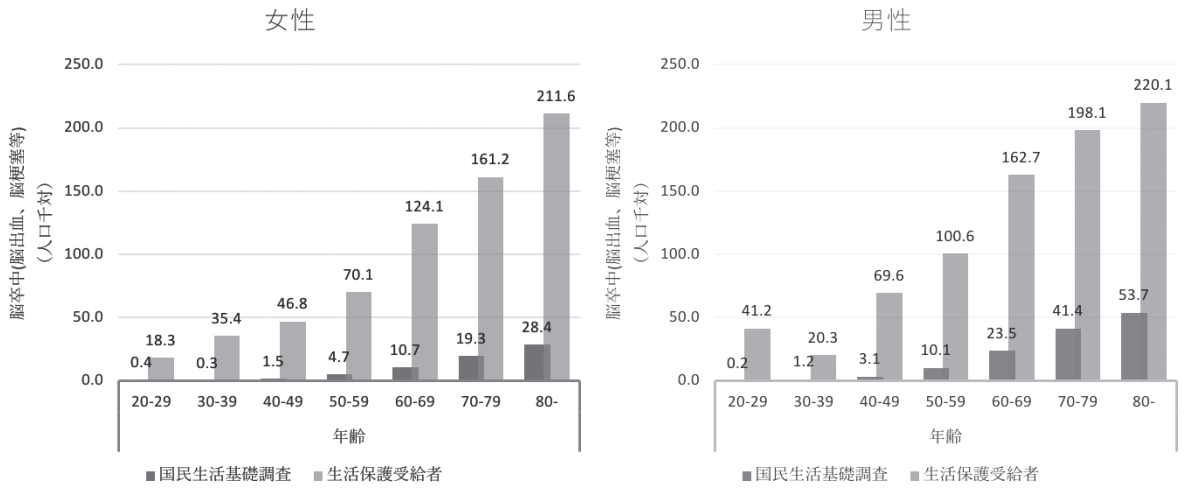


生活保護受給者では全年齢層で脂質異常症の有病割合が高く、若年から有病割合が高い

国民生活基礎調査によると、脂質異常症は 50 歳から 80 歳代に緩やかな山が存在し、約 1 割前後の有病割合である。生活保護受給者においては、20 歳代から比較的有病割合が高く、また、50 歳から 80 歳代では約 3 割から 4 割が罹患している。データの集計方法が異なるため、比較には注意を要する[注)]。

注）　比較する際は 60 ページに記載した「結果の解釈の際の注意点」を参考にしてください。

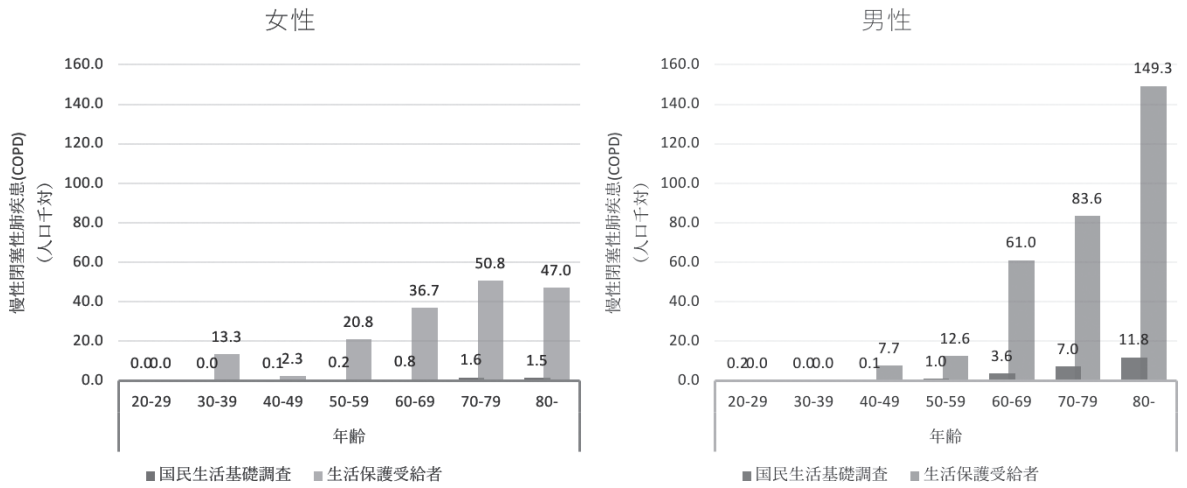
図 3-2-5：生活保護受給者と一般集団（国民生活基礎調査）の比較：糖尿病



生活保護受給者では若年から脳卒中の有病割合が高く、高齢女性では約 8 倍、高齢男性では約 4 倍有病割合が高い傾向がある

国民生活基礎調査によると、脳卒中は男性では 50 歳代、女性では 60 歳代より約 1 %の有病割合を示すが、生活保護受給者においては 20 歳代と若年から約 2 %の有病割合が見られる。また、高齢の女性では約 8 倍、高齢の男性では約 4 倍の有病割合である。これは脳卒中に罹患したことがきっかけで生活保護を受給するなどの経路も考えられる。データの集計方法が異なるため、比較には注意を要する[注)]。

図 3-2-6：生活保護受給者と一般集団（国民生活基礎調査）の比較：慢性閉塞性肺疾患（COPD）

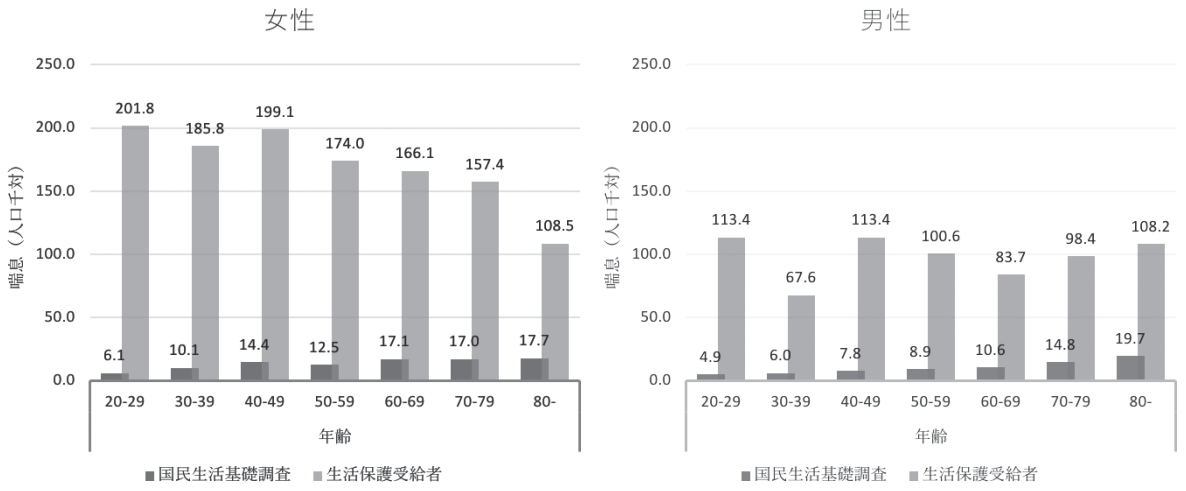


生活保護受給者では慢性閉塞性肺疾患の有病割合が男女ともに国民生活基礎調査よりも高く、40-50 歳以降に上昇する

国民生活基礎調査によると、慢性閉塞性肺疾患の有病割合は最も多い 80 歳代の男性で約 1.2%ほどであり少ない。しかし生活保護受給者においては、特に男性において 60 歳代以降に有病割合が上昇し、最も多い 80 歳代の男性では約 15%多い。また、生活保護受給者においては、女性の慢性閉塞性肺疾患の患者が 50 歳以降に一定割合存在することも特徴である。データの集計方法が異なるため、比較には注意を要する[注)]。

注）　比較する際は 60 ページに記載した「結果の解釈の際の注意点」を参考にしてください。

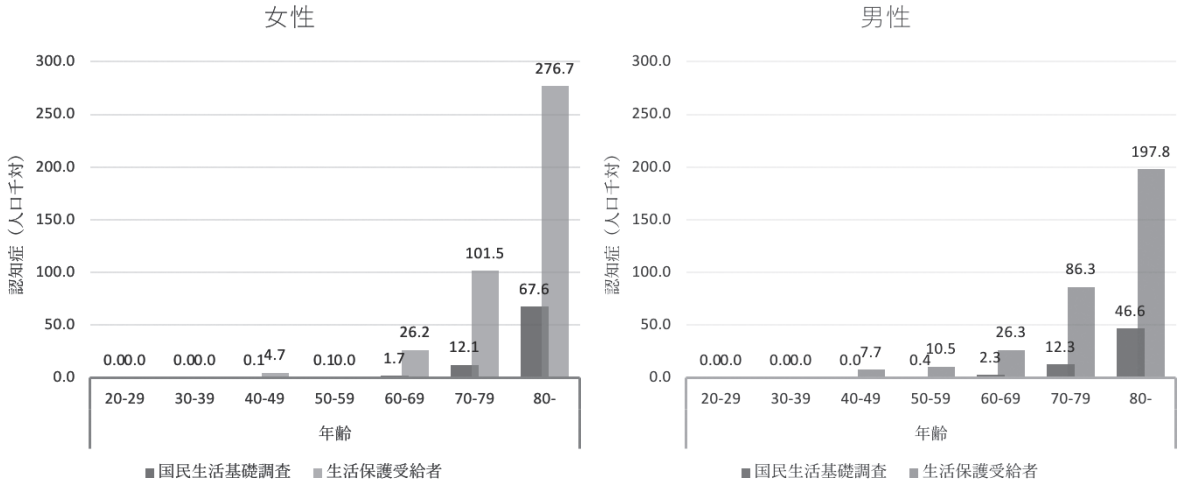
図 3-2-7：生活保護受給者と一般集団（国民生活基礎調査）の比較：気管支喘息



生活保護受給者では気管支喘息の有病割合が全年齢層で高い

国民生活基礎調査によると、気管支喘息はすべての年齢層で約 1 %前後の有病割合であることがわかる。一方で、生活保護受給者においては、全年齢層で有病割合が高く、約 1 割から 2 割の有病割合を示している。国民生活基礎調査も生活保護受給者の結果もともに女性の方が気管支喘息の有病割合が多い。データの集計方法が異なるため、比較には注意を要する[注)]。

図 3-2-8：生活保護受給者と一般集団（国民生活基礎調査）の比較：認知症

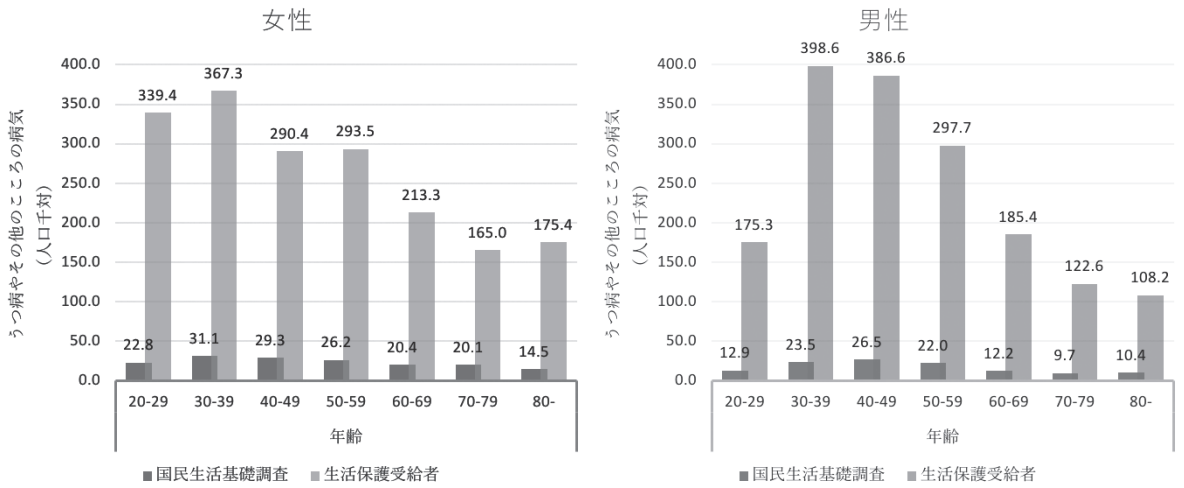


生活保護受給者では認知症の有病割合が高く、特に男性では比較的若年から有病割合が高い

国民生活基礎調査によると、認知症は 60 歳代からみられ、70 歳以降に有病割合が上昇する。70 歳代では約 1%、80 歳代では約 5%前後の有病割合である。生活保護受給者においては、男女ともに 40 歳代から有病割合が上昇し、70 歳代では約 10%、80 歳代では女性で約 28%、男性で約 20% と高い有病割合を示している。年齢構成別の分布の形は一般集団に似ているが、有病割合が上昇を始める年齢は生活保護受給者のほうが早い。データの集計方法が異なるため、比較には注意を要する[注)]。

注） 比較する際は 60 ページに記載した「結果の解釈の際の注意点」を参考にしてください。

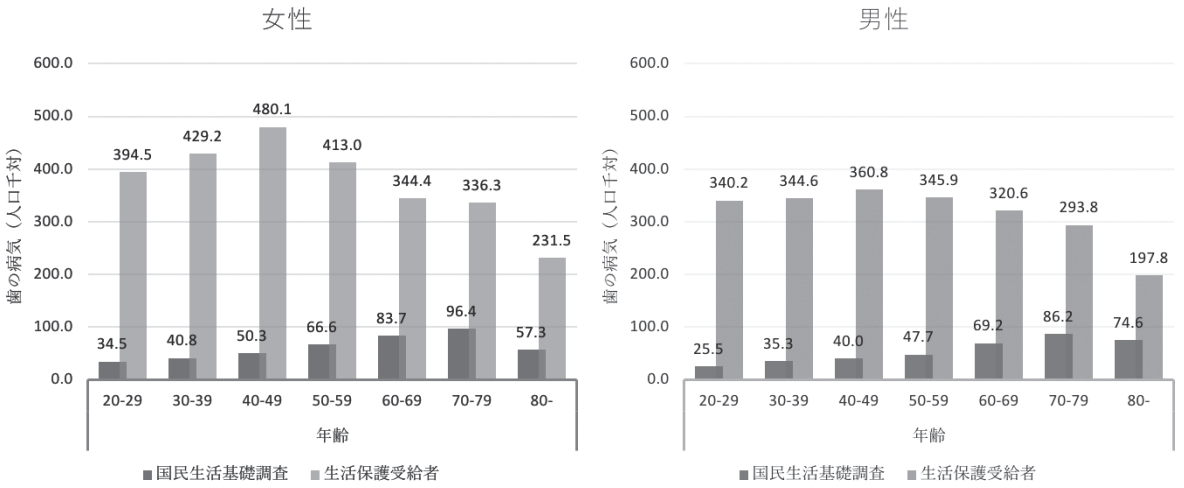
図 3-2-9：生活保護受給者と一般集団（国民生活基礎調査）の比較：うつ病またはこころの病気



生活保護受給者ではうつ病またはこころの病気の有病割合が全年齢層で高い

生活保護受給者においては、うつ病と統合失調症を含んだデータである。全年齢層で有病割合が高く、特に若年層に多いのが特徴である。有病割合は約 10% から最大で約 40% を示している。一方、国民生活基礎調査では、「うつ病またはこころの病気」の定義が具体的に示されていない。また、これらの疾患に罹患している患者による回答率は低くなることが予想されるため、自己記入式の調査である国民生活基礎調査では過小評価になっている可能性が考えられる。データの集計方法が異なるため、比較には注意を要する[注)]。

図 3-2-10：生活保護受給者と一般集団（国民生活基礎調査）の比較：歯の疾患



生活保護受給者では歯の疾患の有病割合が全年齢層で国民生活基礎調査よりも高く、特に若年者ではおよそ 10 倍多い

国民生活基礎調査と比較して、生活保護受給者の歯の疾患の有病割合は、20 歳から 40 歳ごろまでは約 10 倍多い結果である。50 歳以降は生活保護受給者の有病割合が減少しており、また国民生活基礎調査の有病割合は上昇している。データの集計方法が異なるため、比較には注意を要する[注)]。

注）　比較する際は 60 ページに記載した「結果の解釈の際の注意点」を参考にしてください。

【考察】

主な結果

生活保護受給者では、受診歴がある者のうち、高血圧や糖尿病、脂質異常症が30歳代から40歳代にかけて高かった。脳卒中や慢性閉塞性肺疾患は60歳代から割合が増加していた。一方で、気管支喘息や歯科疾患は全世代に渡って有病割合が高い傾向にあった。

一般集団と比べて、生活保護受給者は、すべての年齢層で、性別によらず通院率が高く、特に若年層では顕著であった。各疾病を持つ人の割合も高血圧・糖尿病・脂質異常症・脳卒中・慢性閉塞性肺疾患・気管支喘息・認知症・うつ病などのこころの病気、歯の疾患のすべての疾病において、一般集団と比較して顕著に高く、また若年のうちからこれらの疾患を発症している傾向がみられた。

結果の解釈の際の注意点

本報告のデータを活用する際には以下に挙げた２点に注意して用いていただきたい。

注意点１：２つのデータの比較の際の注意

医療扶助レセプトデータと国民生活基礎調査は集計方法が異なる２つのデータであり、それぞれ、実際に疾病に罹患しているかどうかを過大または過小に評価しいる可能性がある。

まず、医療扶助レセプトデータによる結果は過大評価の可能性がある。具体的には、医療扶助レセプトデータから得られる結果は生活保護受給者が医療機関を受診したことにより、医療機関によって付与される病名から把握される有病割合である。医療機関では、一般に、検査や投薬などの処方を行う際には、関連する病名が医療保険の支払い請求情報として記載されていることが求められるため、実際にはその病気ではない類似の病気であったり「糖尿病の疑い」というような、いわゆる「疑い病名」が含まれる場合が考えられるからである。

一方で、国民生活基礎調査による病気の有病割合については、一概に過大評価になるか過小評価になるかはわからない。まず過小評価される可能性について、国民生活基礎調査によって把握される有病割合は、調査票へ回答者自らが記入した各病気の有無の情報を集計したものである。そのため、その病気のことをあまり意識していない人の場合は、実際はその病気を持っている人でも「持っていない」と回答してしまう場合が考えられる。反対に、過大評価になる可能性もある。医療機関を受診した際に、医師から「高血圧の疑いがあります」といったように、まだその病気の確定診断がついていない状態であっても、本人としてはもう病気になってしまったように認識してしまうといったことが考えられる。

注意点２：因果関係ではなく、相関関係を示している

生活保護を受給していること、あるいは生活保護を受給するほど生活に困窮することが、各々の病気の原因となる可能性があるが、今回はそういった「因果関係」を検証していない。生活保護の受給と各病気の有無との「相関関係」を示しているのみである。たとえば、**病気になったことで働けなくなり、生活保護に至る、というように反対の方向の関係性も考え得る。**実際に、生活保護を受給するきっかけとして傷病は多くの割合を占める。[8] 今回のデータでも、脳卒中やうつ病等のこころの病気が、生活保護受給者では若年層から相当数いることが示されたが、これらの疾患は後遺症等により就労を困難にする可能性が高い。

まとめ

本研究は自治体が所有している生活保護の管理データとレセプトデータを連結して分析した希少な研究である。この研究により、すべての年齢層で様々な病気の割合が生活保護受給者に多いことが明らかとなった。特に、糖尿病などの慢性疾患や認知症・脳卒中などは、一般集団

では若い世代ではほとんどないにもかかわらず、生活保護受給者ではそれらの病気の頻度が高かった。生活保護受給者は、病気の予防のための公衆衛生活動を進める際に意識すべき重要な集団であることが示された。

3　生活保護受給者の疾病の状況（子ども）

【目的】

生活保護受給世帯の子どもには、生活習慣や健康に支援が必要な子どもが一般世帯よりも多い可能性が指摘されているが、それらの指摘は、生活保護世帯か否かの情報を直接用いておらず、経済的に困窮しているかどうか、といった情報で代用している[10)]。そこで、生活保護受給者のデータベースから、子どものデータを抜き出して、健康状態について分析した。

【方法】

前節と同様に、まず、2 自治体の福祉事務所が管理しているデータ分析した。15 歳以下の子どものデータに絞って分析した。福祉事務所が利用しているデータ管理システムに登録されている生活保護受給者の 2016 年 1 月時点における基本情報と、その後 1 年間の医療扶助レセプトデータを結合したものの提供を受けた。そのうえで、主要な疾病の有病数と有病割合を年齢構成別・性別ごとに計算して記述した。そして、同年に実施された国民生活基礎調査による一般住民と、生活保護受給者の有病割合を比較した。加えて、生活保護受給世帯の子どもの疾病の罹患に関連する要因を統計的に分析した。

【方法の詳細】

研究デザイン

横断研究

対象者・観察期間

生活保護受給者数が約 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者のうち、15 歳以下の子どもを対象とした。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と公表資料である国民生活基礎調査の公表データである。

◉生活保護受給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、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入力されるものである。

◉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（医科・歯科・薬局・訪問看護などに分類）、入院外来の種別、診療日数、診療点数、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収載されている。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は含まれない。

◉国民生活基礎調査：

保健、医療、福祉、年金、所得等の国民生活に関する基礎的事項が集計されている、3年ごとに実施される大規模な調査である。対象者は層化無作為に抽出される。収集方法は自己記入式の質問票による集計であり、日本を代表する統計資料である。本研究では2016（平成28）年度の公表されている統計資料を利用した。

変数

医療扶助レセプトデータの個人の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集計されている情報を参考に、通院率と、有病割合の多い以下の傷病を抽出した。それぞれの疾病が各個人の傷病名欄に登録されている場合に、疾病の罹患有無に関する二値変数を付与した。病名に関しては、医療機関による付与病名のばらつきがあるため、各病名に加えて、カッコ内の病名も含めて検索した。

1. ぜんそく（気管支喘息）
2. アレルギー性鼻炎
3. アトピー性皮膚炎
4. 歯の疾患（齲歯・歯周炎・歯肉炎など）

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、それぞれの病名について、有病数と有病割合に関する記述統計量を作成し、年齢構成別・性別に層化し記述した。それらを本調査研究と同年に実施された国民生活基礎調査の結果を併記して視覚的に傾向を比較した。

また、各傷病（ぜんそく、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、歯の疾患）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たロジスティック回帰分析を行った。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ロジスティック回帰分析と、説明変数を組み合わせて分析した多変量ロジスティック回帰分析を行った。

【結果】

生活保護受給世帯の子ども（15歳以下）の個人や世帯の状況（付録表3-3-1）

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人であった。一方、観察期間の1年間に外来・入院・歯科・薬局・訪問看護の利用が1度もなかったのは95人であった。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。受診歴がない子どもの平均年齢は9.9歳で、標準偏差は4.3であった。受診歴がない子どもでは女児が61%と多くを占めてい

た。また受診歴がない子どもでは受診歴がある子どもと比べて外国籍の割合が多い傾向があった。

生活保護受給世帯の子どもの疾病の状況と国民生活基礎調査との比較（図 3-3-1 から 3-3-5、付録 表 3-3-2 から 3-3-4）

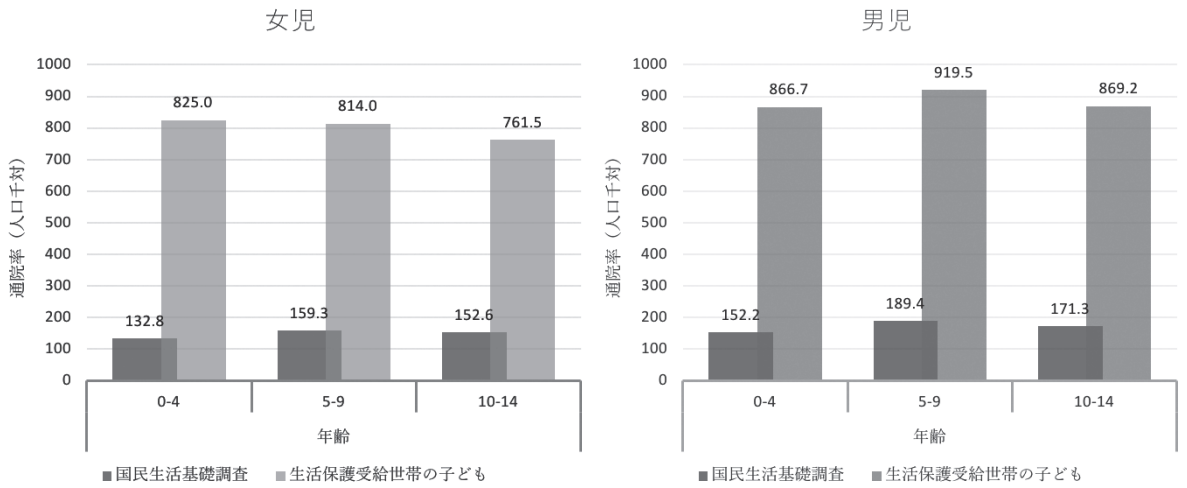
生活保護世帯の子どもの疾病状況に関して、罹患者数とそれぞれの有病割合を算出した。ぜんそく、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、歯の疾患の子どもの中での有病割合はそれぞれ人口 1000 人あたり、218.2 人、389.2 人、57.6 人、347.3 人であった。

また、生活保護受給世帯の子どもにおけるぜんそく、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、歯の疾患の有病割合を年齢構成別・性別に層化して算出した。2016 年に実施された国民生活基礎調査の結果得られた一般世帯の子どもと比較して、生活保護受給世帯の子どもは通院率が高く、すべての年齢層・性別でぜんそく、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、歯の疾患のすべての疾病で有病割合が多い傾向がみられた。

生活保護受給世帯の子どもの疾病に関連する要因（付録 表 3-3-5 から 3-3-8）

ひとり親世帯に住む子どもは、そうでない場合と比べて、ぜんそくによる医療機関受診が 1.93 倍多かった。また同様に、ひとり親世帯に住む子どもは、そうでない場合と比べて、アレルギー性鼻炎では 1.57 倍、アトピー性皮膚炎では 4.25 倍、歯の病気 2.10 倍多く医療機関を受診していた。ぜんそくとアトピー性皮膚炎による受診は年齢の上昇に従い減少する傾向があった。外国籍世帯の子どもは、日本国籍の世帯の子どもと比べて、歯の疾患で 2.34 倍医療機関を受診していた。

図 3-3-1：生活保護受給世帯と一般集団（国民生活基礎調査）の子どもの比較：通院率

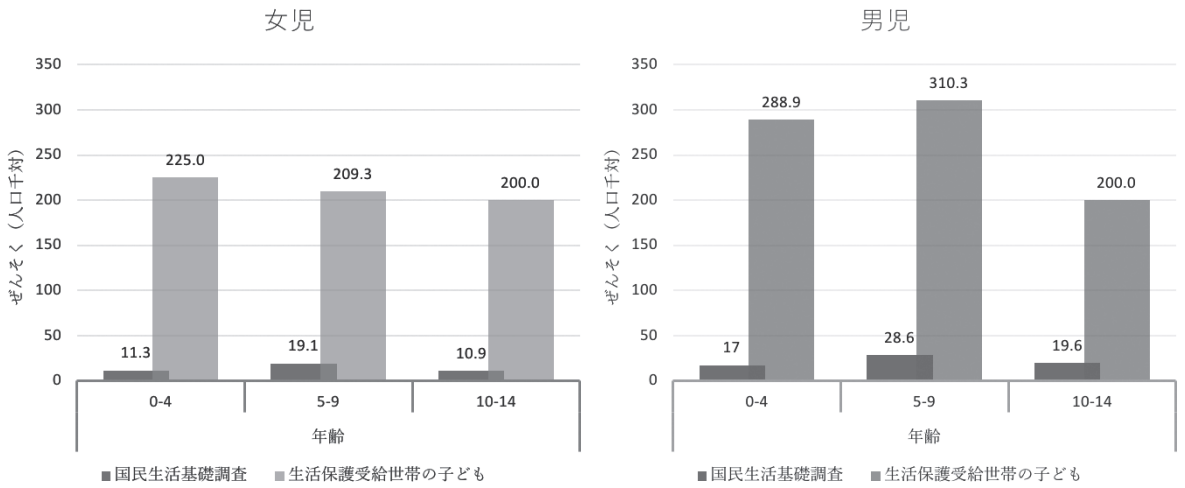


生活保護受給者では全年齢層で通院率が高い

通院率とは、調査対象者のうち、現在医療機関に通院している割合である。国民生活基礎調査では、通院率を「現在、傷病（病気やけが）で病院や診療所（医院、歯科医院）、あんま・はり・きゅう・柔道整復師（施術所）に通っていますか。」との設問に通っていると回答した者の割合を通院率としている[9]。また、生活保護受給の対象者の通院率は、2016 年 1 月から 12 月に医療機関（医科・歯科）への受診歴がある者の割合で定義している。国民生活基礎調査によると、子どもの通院率はおよそ 10% から 20% であるのに対して、生活保護受給世帯の子どもでは、約 70%代後半から 90%代と高かった。親が病気のために働けず生活保護を受けることになることが多いなど様々な原因が考えられる。そのため一般集団との比較には注意を要する[注)]。

注）比較する際は 60 ページと 66 ページに記載した「結果の解釈の際の注意点」を参考にしてください。

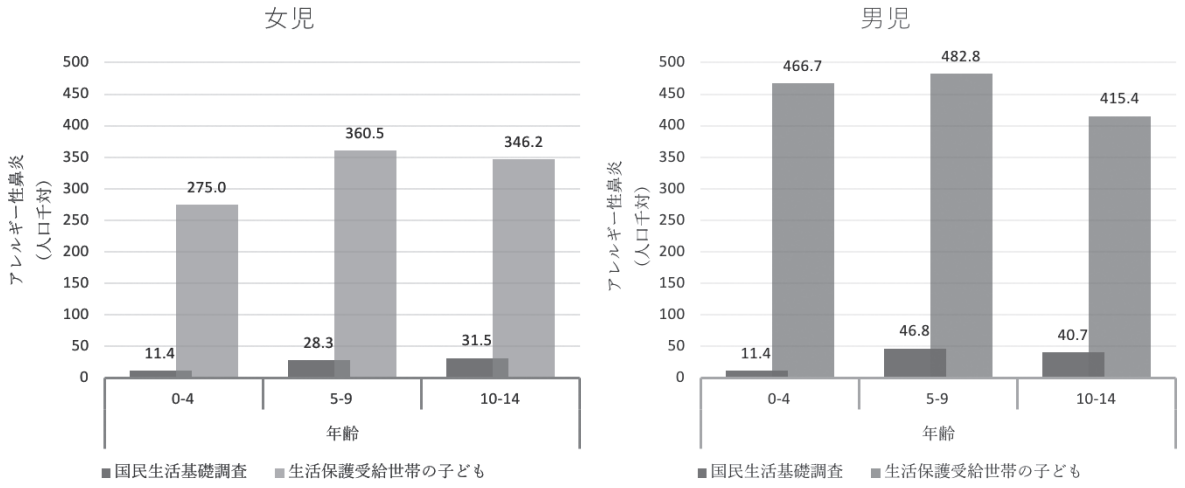
図 3-3-2：生活保護受給世帯と一般集団（国民生活基礎調査）の子どもの比較：ぜんそく



生活保護受給世帯の子どもではぜんそくの有病割合が国民生活基礎調査よりも高く、男児に多い

国民生活基礎調査と比較して、生活保護受給世帯の子どものぜんそくの有病割合は、全年齢層で高く、加齢に伴いやや減少する傾向が見られた。しかし、最も有病割合の低い 10-14 歳においても約 20%を示しており、国民生活基礎調査の約 1.1%（女児）、約 2.0%（男児）と比較しても極めて高い。また有病割合は生活保護受給世帯の子どもにおいても、国民生活基礎調査においても男児の方が多い。データの集計方法が異なるため、比較には注意を要する[注)]。

図 3-3-3：生活保護受給世帯と一般集団（国民生活基礎調査）の子どもの比較：アレルギー性鼻炎

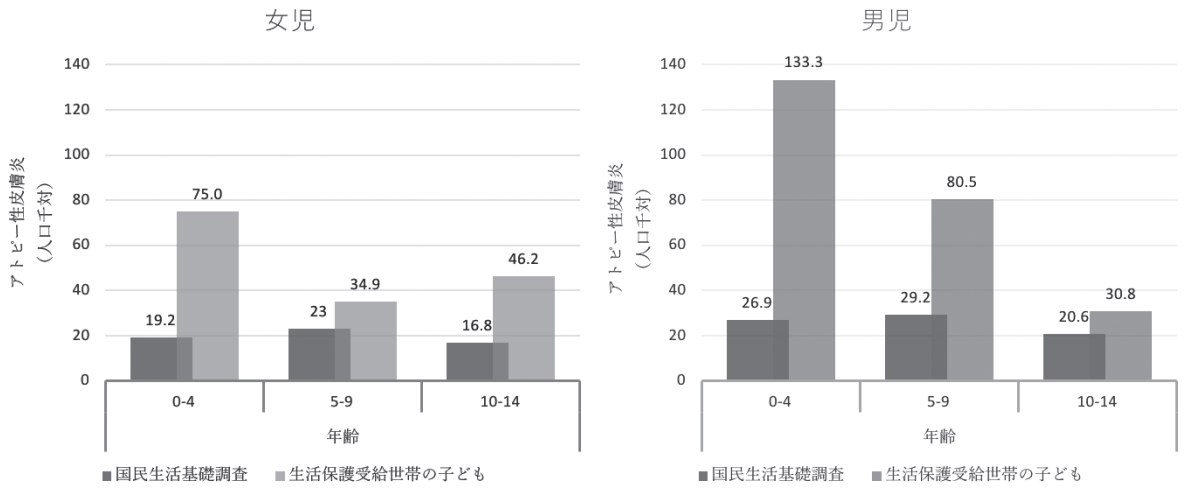


生活保護受給世帯の子どもではアレルギー性鼻炎の有病割合が国民生活基礎調査よりも高く、男児で多い。

国民生活基礎調査と比較して、生活保護受給世帯の子どものアレルギー性鼻炎の有病割合は、全年齢層で高い。国民生活基礎調査では 0-4 歳の年齢層でアレルギー性鼻炎の有病割合が最も低い（男女ともに約 1.1%）が、生活保護受給世帯の子どもにおいては、有病割合は女児で 28%、男児で約 47% と極めて高い。また有病割合は生活保護受給世帯の子どもにおいても、国民生活基礎調査においても男児の方が多い。データの集計方法が異なるため、比較には注意を要する[注)]。

注） 比較する際は 60 ページと 66 ページに記載した「結果の解釈の際の注意点」を参考にしてください。

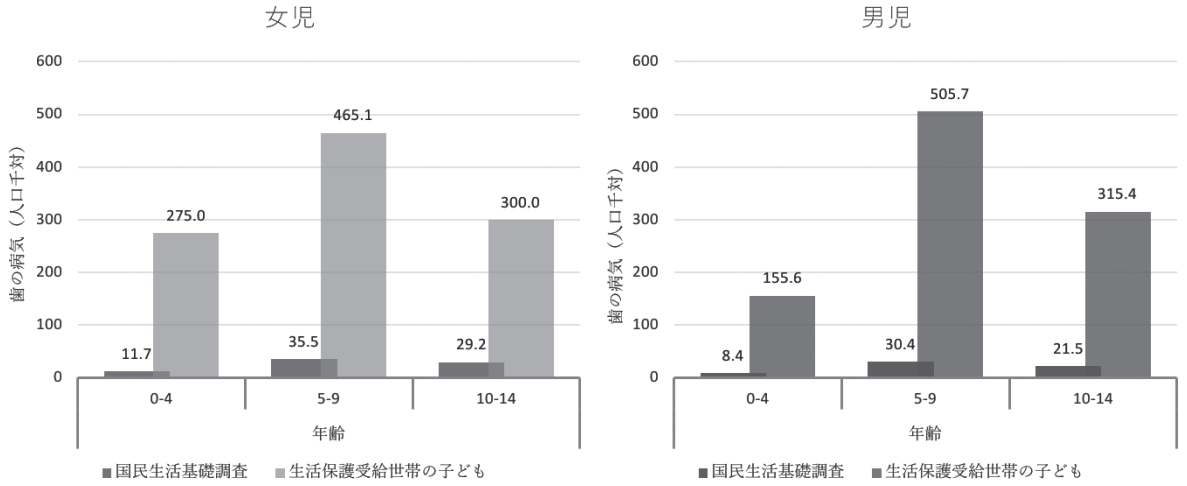
図 3-3-4：生活保護受給世帯と一般集団（国民生活基礎調査）の子どもの比較：アトピー性皮膚炎



生活保護受給世帯の子どもではアトピー性皮膚炎の有病割合が国民生活基礎調査よりも高く、0 歳から 4 歳の年齢層で顕著である

国民生活基礎調査と比較して、生活保護受給世帯の子どものアトピー性皮膚炎の有病割合は、0-4 歳の年齢層で約 7.5%（女児）、約 13.3%（男児）と高いが、年齢とともに生活保護世帯の子どもの有病割合と国民生活基礎調査の有病割合の差は縮小している。データの集計方法が異なるため、比較には注意を要する[注)]。

図 3-3-5：生活保護受給世帯と一般集団（国民生活基礎調査）の子どもの比較：歯の疾患



生活保護受給世帯の子どもでは歯の疾患の有病割合が国民生活基礎調査よりも高く、0 歳から 4 歳の年齢層でも高い

国民生活基礎調査と比較して、生活保護受給世帯の子どもの歯の疾患の有病割合は、0-4 歳の年齢層から約 28%（女児）、約 15%（男児）と高く、5 歳から 9 歳にピークを迎える。この分布は国民生活基礎調査の有病割合の分布と似ているが、有病割合は生活保護受給世帯の子どもで極めて高い。データの集計方法が異なるため、比較には注意を要する[注)]。

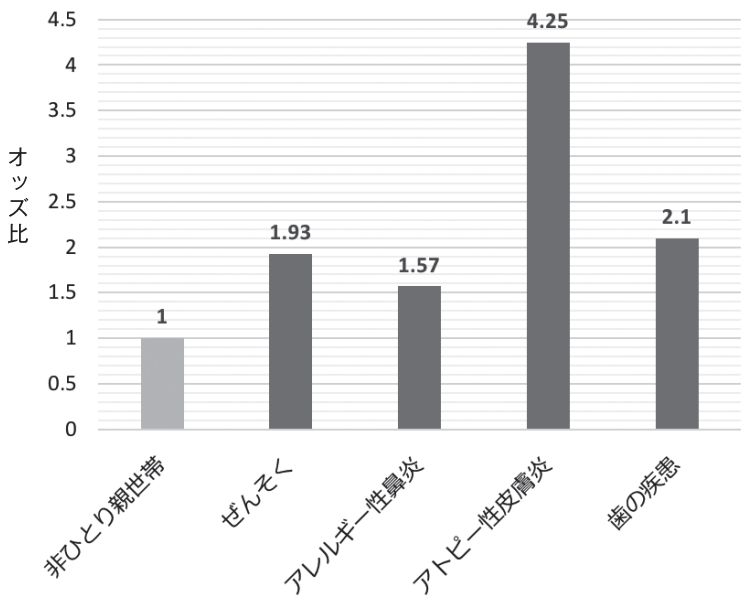
注）比較する際は 60 ページと 66 ページに記載した「結果の解釈の際の注意点」を参考にしてください。

子どもが各疾病を持つことと関連する生活保護世帯の特徴についての回帰分析の結果

オッズ比は非ひとり親世帯の有病割合を1とした場合にひとり親世帯の子どもが各疾病を何倍持っているかを表す。詳しくは付録の表3-3-5から表3-3-8にまとめてある。

関連する可能性のある生活保護世帯の特徴として、子どもの年齢、性別、きょうだいの有無、世帯構成（ひとり親世帯か否か）、親の就労の有無、世帯の国籍、居住している自治体について検証した。

図3-3-6：非ひとり親世帯に対するひとり親世帯の各疾病の有病オッズ比



その結果、生活保護受給世帯のうち、ひとり親世帯では、非ひとり親世帯と比べて、子どもがぜんそく、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、歯の疾患を持っている割合が1.57倍から4.25倍、統計的に有意に多かった。

また、付録の表3-3-8に示したように、外国籍の世帯の場合、日本国籍に比べて2.34倍、歯の疾患が多かった。多変量解析では、オッズ比は、そのほかのすべての要因とその疾病との関連の強さの影響を除いた値を示している。

【考察】

結果のまとめ

一般集団の子どもと比較して、生活保護世帯の子どもは通院率が顕著に高く、ぜんそくやアレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、歯の疾患といった疾患が多かった。回帰分析の結果では、ぜんそく、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、歯の疾患のすべての疾病について、ひとり親世帯である場合に、非ひとり親世帯である場合と比較して多かった。また、外国籍世帯の子どもはそうでない場合と比べて、歯の疾患で受診しやすかった。

結果の解釈の注意点

成人の結果と同様に、医療扶助レセプトデータと国民生活基礎調査は集計方法が異なるため、一般集団との比較をする際には注意が必要である。また、生活困窮が原因となって病気になる、という因果関係を示しているのではなく、両者の相関関係を示していることにも注意していただきたい。例えば、子どもが長期の療養を必要とする病気になったために親が十分に就労できないといった理由で生活保護に至る、というように、子どもの健康状態が生活保護の原因になる可能性も考えられる。得られた結果はこれらの両方向の関係性を含んでいる。

生活保護世帯の子どもの通院率が一般世帯の子どもより高い理由について

生活保護世帯の子どもの通院率はどの年齢層でも75%以上と、一般集団の子どもの15%前後に比べて5倍以上も高いという結果であった。このように生活保護世帯の子どもの通院率が一般世帯の子どもより極めて高い理由について、以下の3つの側面から検討してみる。

＊生活保護世帯の子どものほうが実際の医療ニーズが高い可能性

まず、今回の分析でも示されているように、生活保護世帯の子どもが一般の世帯の子どもに比べて実際に病気を持っている割合が高いこと、また病気が重症であるなどにより、実際の医療ニーズが高いことを反

映している可能性がある。生活保護により、経済的な支援を受けているとはいえ、生活保護世帯には生活保護の原因とも関連する様々な生活困難がある。子ども自身や両親にそのためのストレスや不安がかかり、子どもの健康を害する可能性がある。今回分析したぜんそくやアレルギー性疾患はいずれも精神的ストレスとの関連が強いことが知られている疾病である。また、生活困窮に伴う生活環境の課題がこれらの病気と関連する可能性もある。自宅の衛生環境（ハウスダストなど）や子どもの遊び場の有無といった居住地域の環境により、子どもの健康リスクが影響を受ける可能性である。日本で行われたUedaらの研究では、所得が低い世帯の子どもは肥満になるリスクが所得の高い世帯の子どもよりも有意に高く、特に2008年のリーマンショック以降、その健康格差が拡大した可能性があり、またひとり親世帯も同様に子どもの肥満のリスクが高いという結果がみられている[11)]。生活保護世帯に焦点を当てた研究ではないが、今回の結果と類似している。

＊社会的な孤立が招く受診増加の可能性

生活保護受給世帯の社会的な孤立が関係している可能性も考えられる。生活保護受給世帯では、軽微な症状であっても、自宅での対処法やそれを教えてくれたり、支援してくれたりする社会関係が不足しており、医療機関への対処を求める可能性である。

＊受療行動への医療費制度の影響の可能性

制度上、生活保護世帯のほうが受診のハードルが低いために一般の世帯よりも頻回に通院している可能性も考える必要がある。つまり、生活保護世帯は医療扶助を受けられるため窓口負担が無料であり、生活保護受給世帯の子どもが受診しやすいことである。反対に、一般の世帯では、受診に際して窓口での医療費負担が生じるため本来は必要な受診を抑制している可能性も考えられる。特に、生活困窮状態にあっても生活保護を受けていない一般世帯においては、そのような受診抑制がかかることが懸念される。

ただし、現在多くの自治体が、子どもの医療費については免除や減免制度を持っており、特に所得の低い世帯に対しては、免除される場合が多いことを考えると、医療費の制度による受診行動の変化は子どもの場合成人ほどは強くない可能性もある。

＊その他の理由

生活保護世帯の子どもが一般世帯に比べて受診しやすいその他の理由としては、両親やきょうだいの受診に合わせて、同時に（ついでに）子どもも受診している可能性もある。成人の分析結果で示されたように、生活保護受給世帯では成人の通院率が一般世帯と比較して高いため、親などとの受診に合わせて、子どもの受診も増えている可能性がある。

ひとり親世帯と外国籍の子どもの病気が多い点について

ひとり親世帯では、ぜんそく、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、歯の疾患全ての割合が生活保護世帯のほうが多かった（図3-3-6）。ひとり親世帯も外国籍の世帯も、社会的な孤立や言語の問題等により、普段の生活上の困難やストレスを抱えやすく、それが子どもの健康に影響している可能性がある。

一方、これらの世帯のほうが普段から受診する機会が多い場合、喘鳴や鼻汁、皮疹、歯痛などの各症状があったときに医療機関で診察を受ける機会が増える結果、ひとり親世帯でない場合よりも診断に至りやすい可能性もある。

加えて、外国籍世帯の子どもで歯の疾患が多かった点に関しては、歯の健康維持に対する認識や食べ物、食べ方、歯磨き行動などに関係する文化的な背景が日本国籍の世帯と異なることも考えられる。

しかしながら、今回の分析では、居住環境や生活に関する状況や、個々の疾病の重症度や体型、血液検査結果などの生物学的情報、投薬内容などの治療に関連する情報が得られないため、これらの可能性については更なる検証が必要である。

子どもの健康管理支援に向けての課題と提案

今回、一般世帯の子どもに比べて、生活保護世帯の子どもは医療機関の利用が大幅に多く、また様々な病気の割合が一般世帯の子どもに比べて極めて高いことが明らかとなった。また、特にひとり親世帯や外国籍の子どもでそのリスクが高いことが示された。

子ども時代の健康はその後の生涯にわたり影響を与える。また、子ども時代に獲得した生活習慣は生涯にわたり受け継がれる可能性が高い。これらのことを考えると、生活習慣や環境の改善によりリスクを減らせる病気であるならば、子どもの健康管理支援を成人以上に強化することは合理的であろう。生活習慣が不適切なために疾病になる場合があることから、疾病を自己責任とする見方があるが、少なくとも幼少期の生活習慣について、子どもにその責任を問うことが妥当ではない。

また、ひとり親世帯で子どもの病気が多かったことからもわかるように、いわゆる「ワンオペ」で育児をするというように、経済的な問題以外の生活上の困難さが及ぼす子どものへの健康影響も考えるべきであろう。そうであるならば、親に対しても、その責任を批判するのではなく、生活困窮世帯の場合は子育てやその他の生活場面に関して、非医療的な、必要な支援を追加することで子どもの健康の改善へと貢献できる可能性がある。外国籍の世帯に対しては45ページから49ページのコラムに掲載したように、医療機関や公的機関での通訳やその他の同行受診等のサポートを提供することの効果が期待できる。外国人の雇用受け入れ増大をはじめとした国際化の流れが加速する中、今後生活困窮する外国籍世帯の増加も見込まれるため、準備しておくべき課題である。

医療機関においては、成人同様、子どもでも、外来診療の現場等で、世帯構成や経済状況、地域での孤立の有無等、来院者の生活困窮状態を明らかにすることができれば、生活困窮世帯に対しては、福祉事務所や保健センター等と連携して、今後の通院時の同行受診やその他の追加的な生活指導や支援を提供することで、疾病の予防や治療効果の改善が期待できる可能性がある。

とはいえ、今回検証したのはごく一部の病気やその背景要因についてであり、見られた結果の理由についてもわからないことが多い。生活保護受給者の管理データベースやレセプトデータ等を活用したり、福祉事務所での受給者に向けた追加情報収集を行い分析するなどをして、効果的な支援につながる分析を進めていくべきであろう。

4　生活保護受給者の頻回受診に関連する要因

生活保護受給者の医療機関利用に関して問題となっている頻回受診[12]はなぜ発生するのだろうか。ここでは、既存の生活保護受給者のデータベースを活用して頻回受診と関連する要因を探索したのでその結果を報告する。

【方法の詳細】

研究デザイン

コホート研究（追跡研究）

対象者

生活保護受給者数が約 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成人とした。観察期間は 12 ヶ月とし、2016 年 12 月までのレセプトデータを抽出した。観察期間中に生活保護を利用しなくなった個人、観察期間中ずっと入院を継続している個人は分析対象から除外した。

データ

研究に用いたのは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、介護扶助に関するレセプトデータ 3 つで、いずれも自治体が所有しているものである。

◉生活保護受給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、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入力されるものである。

◉医療扶助のレセプトデータ：

レセプト対象月、医療機関コード、レセプトの種類（医科･歯科･薬局･訪問看護などに分類）、入院外来の種別、診療日数、診療点数、受診主病名などの情報を含んでいる。しかし、重症度、実際の診療内容、管理加算などの情報は含まれていない。

◉介護扶助レセプトデータ：

レセプト対象月、要支援・介護度認定、資格認定期間、介護機関コード、介護サービスの種類などが収載されている。

観察する要因の定義とその変数の加工

◉頻回受診：

「1 ヶ月間に同一医療機関・診療科を 15 回以上受診すること」という厚生労働省の定義[13]を採用した。医療扶助レセプトデータを用いてこれに該当するか否かを判断した。

◉独居：
2016 年 1 月時点で世帯主以外の世帯員がいない場合に「独居」と定義した。

◉かかりつけ医療機関の種類：
レセプトデータから各個人が受診している医療機関を抽出し、そのうち、各個人が観察期間中の各月あたり最も受診した医療機関を、かかりつけ医療機関とし、その医療機関コードを個人ごとのデータに付与した。厚生労働省は医療機関の開設者の区分を定義しており[14]、その医療機関コードから各医療機関の開設者区分（大区分：医療法人・国立・公立・社会保険・個人・その他）を特定し、医療機関の開設者区分のダミー変数を付与した。

◉その他、終了の有無等をデータから抽出して用いた。

統計分析

頻回受診を被説明変数としたロジスティック回帰分析を行った。それぞれの要因を説明変数として分析した単変量ロジスティック回帰分析と、説明変数のうち個人レベルのみの変数を同時に数式に投入して、その他の変数の影響を取り除く多変量ロジスティック回帰分析を行った。さらに、医療機関をレベル 2、個人をレベル 1 として、多変量ロジスティック回帰分析で用いた変数に加えて、医療機関の開設者区分のダミー変数を投入したマルチレベル多変量ロジスティック回帰分析を行った。

【結果】

成人の生活保護受給者とそのうち頻回受診者の特徴（付録 表 3-4-1）

研究の対象となったのは 6,016 人であった。平均年齢は 62.5 歳で標準偏差は 16.1 であった。そのうち男性が 2,956 人（49.1%）、独居者は 2,030 人（33.7%）、就労していない者は 5,081 人（84.5%）、自治体 A の住民が 4,432 人（73.7%）であった。かかりつけ医療機関として最多であったのは医療法人で、2,870 人（47.7%）が受診していた。次に多かったのが、開設者が個人の医療機関で、1,102 人（18.3%）が受診していた。

頻回受診した者は 139 人（全体の 2.3%）で、平均年齢は 67.2 歳、標準偏差は 11.6 であった。頻回受診者のうち、男性は 64 人（46.0%）、独居者は 107 人（77.0%）、就労していない者は 124 人（89.2%）、自治体 A の住民が 69 人（49.6%）であった。頻回受診の対象となっていた医療機関は、医療法人が 72 人（51.8%）、個人病院が 45 人（32.4%）であった。観察機関中に一度も医療機関受診がなかった者は 921 人であった。

生活保護受給者の頻回受診に関連する要因（付録 表 3-4-2）

統計分析の結果、独居の場合は、2 人以上で暮らしている場合と比較して、1.51 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 1.96 倍頻回受診しやすい傾向があった（図 3-4-1）。自治体によるばらつきも大きかった。医療機関の要因としては、個人経営の医療機関では医療法人と比較して 1.77 倍、頻回受診しやすい結果であり、その他の医療機関は頻回受診との関連がみられなかった（図 3-4-2）。

【考察】

結果のまとめ

独居や就労していないことが頻回受診と関連する傾向があった。また、個人医療機関に通院している場合に頻回受診しやすいことが明らかとなった。居住している自治体間のばらつきも大きかった。個人の健康状態や介護の状態は頻回受診と関連がなかった。

図 3-4-1：2 人以上の世帯および就労有りの世帯の頻回受診の頻度を 1 とした場合のオッズ比（何倍頻回受診しやすいか）

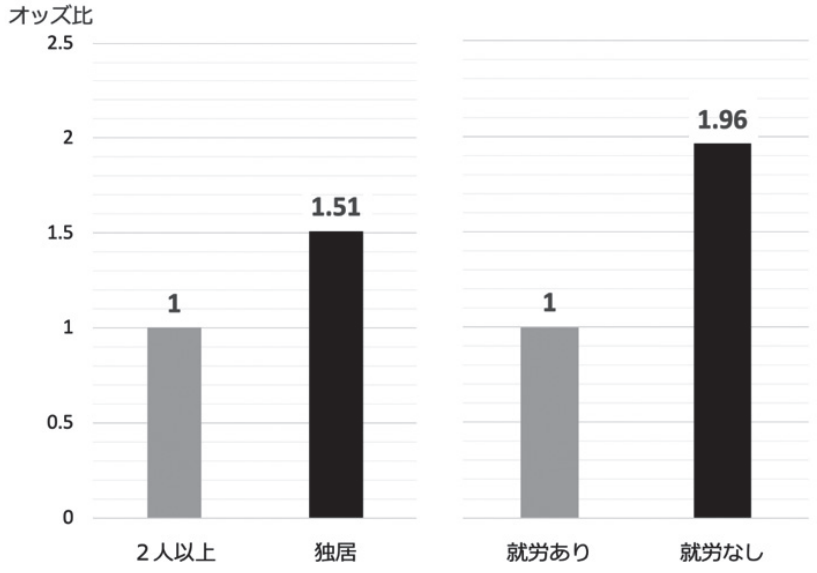
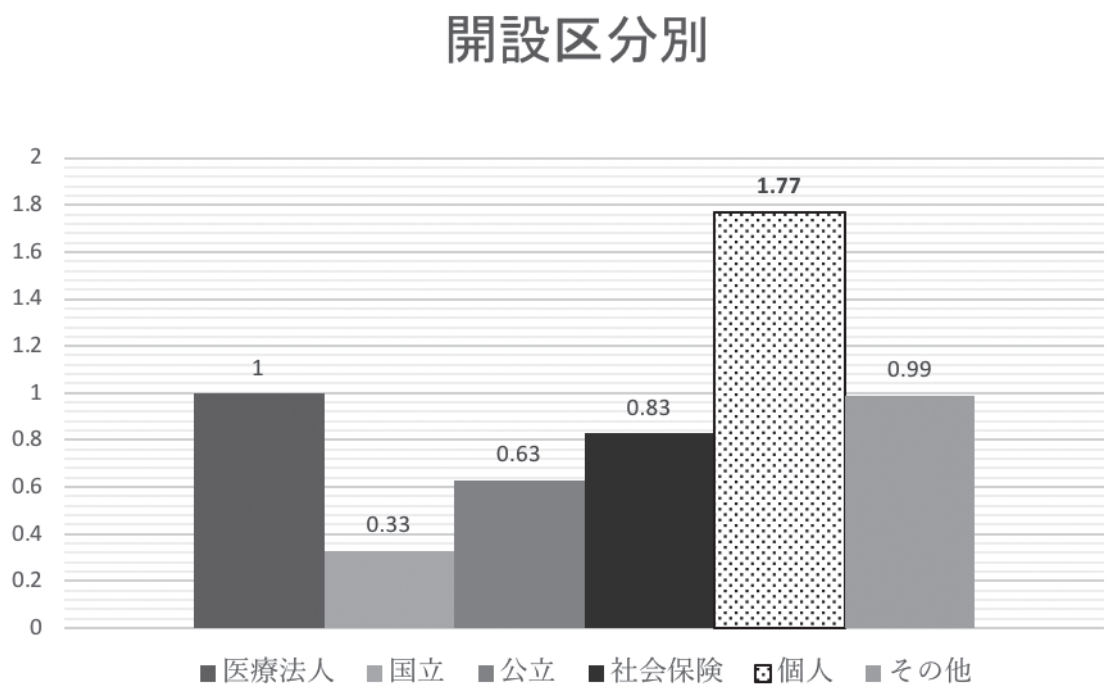


図 3-4-2：医療法人が解説者の医療機関で発生する頻回受診の頻度を 1 とした場合のその他の医療機関のオッズ比（何倍頻回受診しやすいか）



独居や就労なしの場合に頻回受診が多い理由について

生活困窮者は日常生活の中で様々な支援を必要とする場面に出くわすことが多いが、そういた支援は、家庭や職場、地域といったコミュニティ内でのつながりによって得られることが多い。2 章で説明したように、支援には、生活するうえで必要な手助けや、不安や悲しみがあるときに必要な慰めや寄り添いなど、様々なものがある。一人暮らしをしていたり就労していないということは、家庭や職場というコミュニティがないことを意味している。そのため、上記のような必要な支援が身近な場所では得られにくく、福祉事務所や医療機関などフォーマル

な支援提供の場に依存する可能性がある。そのため、体調が悪く、健康に不安がある状態が続く場合に、医療機関を頻回に受診する結果となることも考えられる。慢性的なストレスは、腰痛や頭痛など身体の様々な痛みを引き起こしたり、痛みの症状を強めたり長引かせることが知られている[15) 16)]。

個人医療機関で頻回受診が多い理由について

今回の分析では、個人経営の医療機関をかかりつけとしている場合に頻回受診しやすい傾向がみられた。地域に根差した診療を行っている小規模な個人経営の診療所の場合、生活の困窮状況など患者の社会的背景を踏まえた診療を行いやすいために、患者の要望にこたえる形で頻回にケアをすべく受診している可能性がある。

一方、診察をする医師等のすすめによって受診回数や検査、投薬等が増えることも考えられる。生活保護受給者は医療扶助があるために支払い負担がないため、医療者側は通院を促しやすいという状況がある。真に必要な治療を促すことは望ましいが、実際は不必要なのに医療者側の事情（通院患者を増やしたり、収入を増やしたいという希望など）で誘発する場合も考えられ、これは医師（または医療機関）誘発需要と呼ばれ、問題視される。不要な検査や通院が発生し、また医療費の増大を招くため社会的な不利益ともなるからである。

結果の解釈の注意点

今回は、独居であることや就労していないことが頻回受診の原因となっているか否かという因果関係を示すことはできず、相関関係を示している。例えば、頻回に長期に受診する必要がある病気をした場合、通院のために通勤できなくなり職を失うことや、健康の問題でパートナーが見つからず、独居生活をしている可能性もあるだろう。

頻回受診者への健康管理支援に向けての提案と課題

生活保護受給者の健康管理支援事業では、医療機関への同行受診などの支援により、不適切な頻回受診等を是正する目的も含まれる。今回の結果からは、生活保護受給者の中では、独居者や就労していない人にそのような支援を優先的に提供することが求められることが示唆される。付き添い支援については、第２章　生活困窮者への付き添い支援の効果に関する文献レビューを参照されたい。

ただし、今回は生活保護受給者のデータベース上にあった基本的な情報に限って検証したため、実際には、日々の人付き合いや実際の支援の授受の状況、家族や友人との交流、地域活動への参加等、社会的交流等に関する詳しい情報を取得し、頻回受診との関連を明らかにするような研究が求められる。

5　本章のまとめ：今後の生活困窮者支援への示唆

本章では、生活保護受給者の通院率と主な病気の有病割合に関して、子どもと大人に分けて分析し、一般集団のデータである国民生活基礎調査の結果と比較した。子どもに関しては、それらと関連がある要因について分析した。さらに、医療機関への頻回受診に関連する要因を探索した。その結果、生活保護受給者は若年層から８割前後という極めて高い通院率であること、糖尿病やうつ病など多くの疾患の有病割合が、一般集団に比べて顕著に高いこと、子どもではひとり親世帯でそれらの病気の有病割合が高く、歯の疾患の場合は外国籍の世帯の子どもが多かった。さらに、独居者や就労していない者の頻回受診が多いという結果であった。また、個人経営の医療機関では医療法人経営の医療機関に比べて、頻回受診が７割程度多い傾向も明らかとなった。

これらの情報は、今後の生活保護受給者への健康管理支援事業を推進する際の、対象者や対応すべき健康課題の優先順位付けに役立つもの

と期待している。今回の分析結果からは、ひとり親世帯や外国籍の世帯のへの支援が子どもの健康を守る観点から優先されるべきことが示唆された。

また、頻回受診など、課題のある受療行動への対応については、独居や就労していない世帯で発生しやすい可能性があり、付き添い支援等により、患者の受療行動そのものを調整したり、医療機関からの通院指示を見直すことで、是正される可能性がある。

さらに、健康不安や孤立感が原因で頻回受診をしているようなケースでは、地域の相談窓口や趣味等の集まりの場へつなぐことで、それまで医療機関で受けていた情緒的なサポート等の提供元を医療機関外に変えるような取り組みに効果がある可能性がある。このように、医療機関等で確認された患者の社会的リスクに対して、地域社会の資源へとつなぐことで解決する糸口を探ることを social prescribing（社会的処方）と呼び、近年その有用性が報告され、事業化されたり効果検証の為の研究が盛んに進められている[17)]。

ただし、今回は既存のデータベースから得られる限られた情報を活用した分析にとどまり、生活保護受給者の健康状態や受療行動の実態や、その関連要因については、さらなる研究を行う必要がある。たとえば、現在健康管理支援事業の一環として生活保護受給者の生活背景や社会関係、健康状態に関する問診情報や健診データなどをデータベース化して積極的に活用することが推奨されているが、そのようなデータを活用した分析やケアの効果検証を行っていくことで、健康管理支援の効率を高めることが可能と思われる。

＜引用文献＞

1) 阿部彩 . 子どもの健康格差の要因　過去の健康悪化の回復力に違いはあるか (解説). 医療と社会 .2013;22(3):255-269
2) 阿部彩 . 誰が受診を控えているのか :J-SHINE を使った初期的分析. 一橋大学経済研究所世代間問題研究機構 .2013.
3) Hand C, McColl MA, Birtwhistle R, et al. Social isolation in older adults who are frequent users of primary care services. Can Fam Physician. 2014;60(6):e322, e324-9.
4) Malone RE. Heavy users of emergency services: social construction of a policy problem. Soc Sci Med. 1995;40(4):469-77.
5) van Tiel S, Rood PP, Bertoli-Avella AM, et al. Systematic review of frequent users of emergency departments in non-US hospitals: state of the art. Eur J Emerg Med. 2015 ;22(5):306-15. doi: 10.1097/MEJ.0000000000000242.
6) Schoen C, Osborn R, Squires D, et al. New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated. Health Aff(Millwood). 2011;30(12):2437-48. doi: 10.1377/hlthaff.2011.0923.
7) 日本の医療に関する 2008 年世論調査 . 日本医療政策機構. 2008 年 6 月 15 日. https://hgpi.org/research/42.html
8) 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-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000164511.pdf
9) 平成 28 年　国民生活基礎調査の概況. 厚生労働省 . https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/
10) 第 4 回生活保護受給者の健康管理の在り方に関する研究会議事録. 厚生労働省 . https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000070336.html
11) Ueda P, Kondo N, Fujiwara T. The global economic crisis, household income and pre-adolescent overweight and underweight: a nationwide birth cohort study in Japan.Int J Obes (Lond). 2015 Sep;39(9):1414-20. doi: 10.1038/ijo.2015.90.
12) 医療扶助の適正化・生活保護受給者の健康管理について. 厚生労働省 . https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000169132_5.pdf
13) 頻回受診者に対する適正受診指導について. 厚生労働省 . https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00ta8841&dataType=1&pageNo=1
14) Ⅳ . 用語の解説 . 厚生労働省 . https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/08/dl/02.pdf
15) 身体のストレス反応から考える職場のメンタルヘルス対策　No.1 ストレスと腰痛. 厚生労働省. http://kokoro.mhlw.go.jp/column/body001/
16) 神経障害性疼痛薬物療法ガイドライン改訂第 2 版. 一般社団法人日本ペインクリニック学会. https://www.jspc.gr.jp/Contents/public/kaiin_guideline06.html
17) 西岡大輔 , 近藤尚己 . 医療機関における患者の社会的リスクへの対応:social prescribing の動向を参考にした課題整理 . 医療経済研究 . 2018;30(1):5-19.

表 3-2-1：1 年間に受診歴のある受給者の特徴・疾病の状況と、一度も受診歴のない受給者の特徴

	受診歴あり (n=5,564)		受診歴なし (n=631)	
	数（平均）	%（標準偏差）	数（平均）	%（標準偏差）
年　齢	(61.9)	(± 17.3)	(54.7)	(± 18.7)
性　別				
女　性	2908	52.3%	244	46.0%
男　性	2656	47.7%	387	61.3%
世帯人数				
2 人以上	1949	35.0%	256	40.6%
独　居	3615	65.0%	375	59.4%
就　労				
あ　り	1020	18.3%	202	32.0%
な　し	4544	81.7%	429	68.0%
収入（年金含む）				
な　し	3212	57.7%	373	59.1%
あ　り	2352	42.3%	258	40.9%
国　籍				
日　本	5408	97.2%	614	97.3%
日本以外	156	2.8%	17	2.7%
自治体				
A	4038	72.6%	520	82.4%
B	1526	27.4%	111	17.6%

表 3-2-2：成人生活保護受給者の年齢構成別・性別の各疾病の有病数と有病割合（全体）

年　齢	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-
受給者数	206	374	815	862	1408	1530	821
通院者数	173	326	721	747	1272	1411	784
糖尿病	20	59	199	267	516	564	257
脂質異常症	17	46	203	272	550	609	308
うつ病やその他のこころの病気	54	142	274	255	277	221	126
認知症	0	0	5	5	37	144	206
高血圧症	4	22	159	286	693	927	526
脳卒中 (脳出血、脳梗塞等)	6	11	47	75	207	274	176
慢性閉塞性肺疾患 (COPD)	0	3	4	14	72	102	66
喘息	33	52	129	115	165	197	89
歯の病気	76	148	345	324	465	483	181

有病割合（人口千対）

年　齢	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-
通院率	839.81	871.66	884.66	866.59	903.41	922.22	954.93
糖尿病	97.09	157.75	244.17	309.74	366.48	368.63	313.03
脂質異常症	82.52	122.99	249.08	315.55	390.63	398.04	375.15
うつ病やその他のこころの病気	262.14	379.68	336.20	295.82	196.73	144.44	153.47
認知症	0.00	0.00	6.13	5.80	26.28	94.12	250.91
高血圧症	19.42	58.82	195.09	331.79	492.19	605.88	640.68
脳卒中 (脳出血、脳梗塞等)	29.13	29.41	57.67	87.01	147.02	179.08	214.37
慢性閉塞性肺疾患 (COPD)	0.00	8.02	4.91	16.24	51.14	66.67	80.39
喘息	160.19	139.04	158.28	133.41	117.19	128.76	108.40
歯の病気	368.93	395.72	423.31	375.87	330.26	315.69	220.46

表 3-2-3：成人生活保護受給者の年齢構成別・性別の各疾病の有病数と有病割合（男性）

年　齢	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-
受給者数	97	148	388	477	836	742	268
通院者数	79	123	327	407	739	665	255
糖尿病	7	25	93	157	315	275	89
脂質異常症	8	20	102	151	293	262	90
うつ病やその他のこころの病気	17	59	150	142	155	91	29
認知症	0	0	3	5	22	64	53
高血圧症	3	12	97	188	425	447	177
脳卒中 (脳出血、脳梗塞等)	4	3	27	48	136	147	59
慢性閉塞性肺疾患 (COPD)	0	0	3	6	51	62	40
喘息	11	10	44	48	70	73	29
歯の病気	33	51	140	165	268	218	53

有病割合（人口千対）

年　齢	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-
通院率	814.43	831.08	842.78	853.25	883.97	896.23	951.49
糖尿病	72.16	168.92	239.69	329.14	376.79	370.62	332.09
脂質異常症	82.47	135.14	262.89	316.56	350.48	353.10	335.82
うつ病やその他のこころの病気	175.26	398.65	386.60	297.69	185.41	122.64	108.21
認知症	0.00	0.00	7.73	10.48	26.32	86.25	197.76
高血圧症	30.93	81.08	250.00	394.13	508.37	602.43	660.45
脳卒中 (脳出血、脳梗塞等)	41.24	20.27	69.59	100.63	162.68	198.11	220.15
慢性閉塞性肺疾患 (COPD)	0.00	0.00	7.73	12.58	61.00	83.56	149.25
喘息	113.40	67.57	113.40	100.63	83.73	98.38	108.21
歯の病気	340.21	344.59	360.82	345.91	320.57	293.80	197.76

表 3-2-4：成人生活保護受給者の年齢構成別・性別の各疾病の有病数と有病割合（女性）

年　齢	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-
受給者数	109	226	427	385	572	788	553
通院者数	94	203	394	340	533	746	529
糖尿病	13	34	106	110	201	286	168
脂質異常症	9	26	101	121	257	347	218
うつ病やその他のこころの病気	37	83	124	113	122	130	97
認知症	0	0	2	0	15	80	153
高血圧症	1	10	62	98	268	480	349
脳卒中 (脳出血、脳梗塞等)	2	8	20	27	71	127	117
慢性閉塞性肺疾患 (COPD)	0	3	1	8	21	40	26
喘息	22	42	85	67	95	124	60
歯の病気	43	97	205	159	197	265	128

有病割合（人口千対）

年　齢	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-
通院率	862.39	898.23	922.72	883.12	931.82	946.70	956.60
糖尿病	119.27	150.44	248.24	285.71	351.40	366.75	303.80
脂質異常症	82.57	115.04	236.53	314.29	449.30	440.36	394.21
うつ病やその他のこころの病気	339.45	367.26	290.40	293.51	213.29	164.97	175.41
認知症	0.00	0.00	4.68	0.00	26.22	101.52	276.67
高血圧症	9.17	44.25	145.20	254.55	468.53	609.14	631.10
脳卒中 (脳出血、脳梗塞等)	18.35	35.40	46.84	70.13	124.13	161.17	211.57
慢性閉塞性肺疾患 (COPD)	0.00	13.27	2.34	20.78	36.71	50.76	47.02
喘息	201.83	185.84	199.06	174.03	166.08	157.36	108.50
歯の病気	394.50	429.20	480.09	412.99	344.41	336.29	231.46

表 3-2-5：2016 年国民生活基礎調査の各疾病の有病割合（全体）

有病割合（人口千対）

年　齢	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-
通院率	156.79	205.99	275.48	418.79	582.19	708.06	730.34
糖尿病	2.13	5.79	18.38	46.81	94.16	121.48	95.04
脂質異常症	1.42	4.23	18.87	61.35	107.87	110.26	69.74
うつ病やその他のこころの病気	17.76	27.25	27.87	24.10	16.41	15.34	12.97
認知症	0.1	0.07	0.11	0.32	1.99	12.23	59.60
高血圧症	1.01	6.46	36.86	117.90	226.89	297.41	319.85
脳卒中 (脳出血、脳梗塞等)	0.30	0.67	2.43	7.34	16.87	29.46	38.06
慢性閉塞性肺疾患 (COPD)	0.10	0.00	0.11	0.63	2.19	4.12	5.33
喘息	5.48	8.17	11.20	10.75	13.91	16.08	18.30
歯の病気	30.14	38.17	45.31	57.37	76.73	91.75	63.89

男　性

年　齢	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-
通院率	129.82	180.15	264.25	411.52	583.37	704.16	729.09
糖尿病	2.65	7.22	26.41	65.49	122.78	150.93	123.39
脂質異常症	2.04	6.32	26.08	62.00	80.20	75.03	45.52
うつ病やその他のこころの病気	12.86	23.46	26.53	21.96	12.15	9.69	10.42
認知症	0.00	0.00	0.00	0.39	2.32	12.33	46.61
高血圧症	1.43	9.02	50.13	140.66	251.90	301.42	295.86
脳卒中 (脳出血、脳梗塞等)	0.20	1.20	3.15	10.07	23.46	41.40	53.74
慢性閉塞性肺疾患 (COPD)	0.20	0.00	0.11	1.03	3.59	7.05	11.79
喘息	4.90	6.02	7.76	8.91	10.57	14.83	19.74
歯の病気	25.52	35.34	40.01	47.66	69.21	86.18	74.58

女　性

年　齢	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-
通院率	183.45	231.33	286.32	425.99	581.03	711.18	730.99
糖尿病	1.61	4.40	10.52	28.89	67.50	96.23	77.56
脂質異常症	0.81	2.20	12.03	60.62	133.62	140.41	84.66
うつ病やその他のこころの病気	22.81	31.10	29.27	26.16	20.37	20.15	14.53
認知症	0.00	0.00	0.11	0.12	1.67	12.14	67.59
高血圧症	0.61	3.96	24.18	96.08	203.48	293.83	334.74
脳卒中 (脳出血、脳梗塞等)	0.40	0.29	1.52	4.71	10.73	19.27	28.39
慢性閉塞性肺疾患 (COPD)	0.00	0.00	0.11	0.25	0.79	1.63	1.52
喘息	6.05	10.12	14.42	12.52	17.12	17.02	17.74
歯の病気	34.51	40.78	50.30	66.58	83.74	96.36	57.28

表 3-3-1：1 年間に受診歴のある生活保護世帯の子どもと受診歴のない子どもの個人・世帯の特徴

	受診歴あり (n=478)		受診歴なし (n=95)	
	数（平均）	%（標準偏差）	数（平均）	%（標準偏差）
年　齢	(9.37)	(4.18)	(9.91)	(4.28)
0-5 歳	93	19.5%	17	17.9%
6-10 歳	167	34.9%	27	28.4%
11-15 歳	218	45.6%	51	53.7%
性　別				
女　性	225	47.1%	58	61.1%
男　性	253	52.9%	37	38.9%
きょうだいの有無				
な　し	179	37.4%	28	29.5%
あ　り	299	62.6%	67	70.5%
ひとり親世帯				
な　し	154	32.2%	36	37.9%
あ　り	324	67.8%	59	62.1%
親の就労				
な　し	225	47.1%	43	45.3%
あ　り	253	52.9%	52	54.7%
世帯主の国籍				
日　本	449	93.9%	85	89.5%
日本以外	29	6.1%	10	10.5%
自治体				
A	327	68.4%	77	81.1%
B	151	31.6%	18	18.9%

表 3-3-2：生活保護世帯の子どもの年齢構成別・性別の各疾病の有病数と有病割合

	年　齢	0-4	5-9	10-14
全体	受給者数	85	173	260
	通院者数	72	150	212
	喘　息	22	45	52
	アレルギー性鼻炎	32	73	99
	歯の病気	18	84	80
	アトピー性皮膚炎	9	10	10
	有病割合（人口千対）			
	年　齢	0-4	5-9	10-14
	通院率	847.1	867.1	815.4
	喘　息	258.8	260.1	200.0
	アレルギー性鼻炎	376.5	422.0	380.8
	歯の病気	211.8	485.5	307.7
	アトピー性皮膚炎	105.9	57.8	38.5

	年　齢	0-4	5-9	10-14
男児	受給者数	45	87	130
	通院者数	39	80	113
	喘　息	13	27	26
	アレルギー性鼻炎	21	42	54
	歯の病気	7	44	41
	アトピー性皮膚炎	6	7	4
	有病割合（人口千対）			
	年　齢	0-4	5-9	10-14
	通院率	866.7	919.5	869.2
	喘　息	288.9	310.3	200.0
	アレルギー性鼻炎	466.7	482.8	415.4
	歯の病気	155.6	505.7	315.4
	アトピー性皮膚炎	133.3	80.5	30.8

	年　齢	0-4	5-9	10-14
女児	受給者数	40	86	130
	通院者数	33	70	99
	喘　息	9	18	26
	アレルギー性鼻炎	11	31	45
	歯の病気	11	40	39
	アトピー性皮膚炎	3	3	6
	有病割合（人口千対）			
	年　齢	0-4	5-9	10-14
	通院率	825.0	814.0	761.5
	喘　息	225.0	209.3	200.0
	アレルギー性鼻炎	275.0	360.5	346.2
	歯の病気	275.0	465.1	300.0
	アトピー性皮膚炎	75.0	34.9	46.2

表 3-3-3：2016 年国民生活基礎調査の各疾病の有病割合

有病割合（人口千対）

	年　齢	0-4	5-9	10-14
全体	通院率	142.6	174.7	162.3
	喘　息	14.2	23.9	15.4
	アレルギー性鼻炎	11.4	37.8	36.3
	歯の病気	10.0	32.9	25.2
	アトピー性皮膚炎	23.1	26.2	18.8

有病割合（人口千対）

	年　齢	0-4	5-9	10-14
男児	通院率	152.2	189.4	171.3
	喘　息	17.0	28.6	19.6
	アレルギー性鼻炎	11.4	46.8	40.7
	歯の病気	8.4	30.4	21.5
	アトピー性皮膚炎	26.9	29.2	20.6

有病割合（人口千対）

	年　齢	0-4	5-9	10-14
女児	通院率	132.8	159.3	152.6
	喘　息	11.3	19.1	10.9
	アレルギー性鼻炎	11.4	28.3	31.5
	歯の病気	11.7	35.5	29.2
	アトピー性皮膚炎	19.2	23	16.8

表 3-3-4：生活保護受給世帯の子どもの全体の記述統計量と各疾病を有するものの特徴

	全体 (n=573)		ぜんそく (n=125)		アレルギー性鼻炎 (n=223)		アトピー性皮膚炎 (n=33)		歯の疾患 (n=199)	
	数（平均）	%（標準偏差）	数（平均）	%（標準偏差）	数（平均）	%（標準偏差）	数（平均）	%（標準偏差）	数（平均）	%（標準偏差）
年　齢	(9.7)	(4.25)	(8.5)	(3.93)	(9.3)	(3.98)	(7.8)	(4.7)	(9.5)	(3.63)
性　別										
女　性	283	49.4%	57	46.0%	98	43.9%	14	42.4%	101	50.8%
男　性	290	50.6%	68	54.4%	125	56.1%	19	57.6%	98	49.2%
きょうだいの有無										
な　し	207	36.1%	51	40.8%	82	36.8%	12	36.4%	78	39.2%
あ　り	366	63.9%	74	59.2%	141	63.2%	21	63.6%	121	60.8%
ひとり親世帯										
な　し	190	33.2%	29	23.2%	61	27.4%	4	12.1%	47	23.6%
あ　り	383	66.8%	96	76.8%	162	72.6%	29	87.9%	152	76.4%
親の就労										
な　し	268	46.8%	70	56.0%	112	50.2%	16	48.5%	95	47.7%
あ　り	305	53.2%	55	44.0%	111	49.8%	17	51.5%	104	52.3%
世帯主の国籍										
日　本	534	93.2%	119	95.2%	209	93.7%	32	97.0%	179	89.9
日本以外	39	6.8%	6	4.8%	14	6.3%	1	3.0%	20	10.1%
自治体										
A	404	70.5%	91	72.8%	150	67.3%	20	60.6%	139	69.8%
B	169	29.5%	34	27.2%	73	32.7%	13	39.4%	60	30.2%

表 3-3-5：ぜんそくの有無を従属変数としたロジスティック回帰分析の結果（太字は統計的に有意な値を示す（両側 p<0.05）

	単変量解析			多変量解析		
	粗オッズ比	95% 信頼区間		オッズ比	95% 信頼区間	
年　齢　1 歳ごと	**0.94**	**0.90**	**0.98**	**0.93**	**0.89**	**0.98**
性　別						
女　性	参照			参照		
男　性	0.78	0.82	1.81	1.24	0.83	1.87
きょうだいの有無						
な　し	参照			参照		
あ　り	0.78	0.52	1.16	0.72	0.46	1.12
世帯構成						
非ひとり親	参照			参照		
ひとり親	**1.86**	**1.17**	**2.94**	**1.93**	**1.21**	**3.08**
親の就労						
な　し	参照			参照		
あ　り	**0.62**	**0.42**	**0.93**	0.74	0.49	1.13
世帯主の国籍						
日　本	参照			参照		
日本以外	1.22	0.69	2.14	0.73	0.29	1.84
自治体						
A	参照			参照		
B	0.87	0.56	1.35	0.81	0.51	1.28

表 3-3-6：アレルギー性鼻炎の有無を被説明変数としたロジスティック回帰分析の結果（太字は統計的に有意な値を示す（両側 p<0.05）

	単変量解析			多変量解析		
	粗オッズ比	95% 信頼区間		オッズ比	95% 信頼区間	
年　齢　1 歳ごと	0.98	0.94	1.02	0.98	0.94	1.02
性　別						
女　性	参照			参照		
男　性	**1.43**	**1.02**	**2.00**	**1.41**	**1.00**	**1.98**
きょうだいの有無						
な　し	参照			参照		
あ　り	0.96	0.67	1.35	0.96	0.66	1.39
世帯構成						
非ひとり親	参照			参照		
ひとり人親	**1.55**	**1.08**	**2.23**	**1.57**	**1.08**	**2.27**
親の就労						
な　し	参照			参照		
あ　り	0.80	0.57	1.12	0.85	0.59	1.21
世帯主の国籍						
日　本	参照			参照		
日本以外	0.87	0.44	1.71	1.03	0.51	2.07
自治体						
A	参照			参照		
B	1.29	0.89	1.86	1.23	0.85	1.80

表 3-3-7：アトピー性皮膚炎の有無を被説明変数としたロジスティック回帰分析の結果（太字は統計的に有意な値を示す（両側 p<0.05）

	単変量解析			多変量解析		
	粗オッズ比	95% 信頼区間		オッズ比	95% 信頼区間	
年　齢　1 歳ごと	**0.91**	**0.84**	**0.99**	**0.90**	**0.82**	**0.98**
性　別						
女　性	参照			参照		
男　性	1.35	0.66	2.74	1.29	0.62	2.68
きょうだいの有無						
な　し	参照			参照		
あ　り	0.99	0.48	2.05	0.77	0.35	1.67
世帯構成						
非ひとり親	参照			参照		
ひとり親	**3.81**	**1.32**	**11.00**	**4.25**	**1.45**	**12.44**
親の就労						
な　し	参照			参照		
あ　り	0.93	0.46	1.88	1.27	0.60	2.70
世帯主の国籍						
日　本	参照			参照		
日本以外	0.41	0.05	3.10	0.49	0.06	3.84
自治体						
A	参照			参照		
B	1.60	0.78	3.30	1.50	0.71	3.16

表 3-3-8：歯の疾患の有無を被説明変数としたロジスティック回帰分析の結果（太字は統計的に有意な値を示す（両側 p<0.05）

	単変量解析			多変量解析		
	粗オッズ比	95% 信頼区間		オッズ比	95% 信頼区間	
年　齢　1 歳ごと	1.00	0.96	1.04	0.99	0.95	1.03
性　別						
女　性	参照			参照		
男　性	0.92	0.65	1.30	0.91	0.64	1.30
きょうだいの有無						
な　し	参照			参照		
あ　り	0.82	0.57	1.17	0.83	0.56	1.21
世帯構成						
非ひとり親	参照			参照		
ひとり親	**2.00**	**1.36**	**2.95**	**2.10**	**1.42**	**3.12**
親の就労						
な　し	参照			参照		
あ　り	0.94	0.67	1.33	0.98	0.68	1.41
世帯主の国籍						
日　本	参照			参照		
日本以外	**2.09**	**1.09**	**4.01**	**2.34**	**1.18**	**4.64**
自治体						
A	参照			参照		
B	1.05	0.72	1.53	1.15	0.78	1.69

表 3-4-1：生活保護受給者全体とそのうち頻回受診者の特徴

	全体 (n=6016)		頻回受診者 (n= 139)		頻回受診 / 全体
	数（平均）	%（標準偏差）	数（平均）	%（標準偏差）	%
年　齢	(62.5)	(± 16.1)	(67.2)	(± 11.6)	
性　別					
女　性	2965	49.1%	64	46.0%	2.2%
男　性	3060	50.9%	75	54.0%	2.5%
世帯人数					
独　居	3986	66.3%	107	77.0%	2.7%
2人以上	2030	33.7%	32	23.0%	1.6%
就　労					
あ　り	935	15.5%	15	10.8%	1.6%
な　し	5081	84.5%	124	89.2%	2.4%
収入（年金含む）					
あ　り	2563	42.6%	69	49.6%	2.7%
な　し	3453	57.4%	70	50.4%	2.0%
国　籍					
日本以外	161	2.7%	5	3.6%	3.1%
日本	5855	97.3%	134	96.4%	2.3%
健康状態					
疾病なし	3051	50.7%	68	48.9%	2.2%
精神障害	556	9.2%	15	10.8%	2.7%
知的障害	85	1.4%	0	0%	0%
身体障害	478	7.9%	10	7.2%	2.1%
アルコール依存症	44	0.7%	1	0.7%	2.3%
精神疾患（手帳なし）	618	10.3%	12	8.6%	1.9%
その他の疾患	1184	19.7%	33	23.7%	2.8%
要介護認定					
認定なし	5121	85.1%	116	83.5%	2.3%
要支援	204	3.4%	6	4.3%	2.9%
要介護	691	11.5%	17	12.2%	2.5%
自治体					
A	4432	73.7%	69	49.6%	1.6%
B	1584	26.3%	70	50.4%	4.4%
受診回数が最大の医療機関（開設者区分）					
受診なし	921	15.3%			
国　立	159	2.6%	1	0.7%	0.6%
公　立	180	3.0%	4	2.9%	2.2%
社会保険	208	3.5%	3	2.2%	1.4%
医療法人	2870	47.7%	72	51.8%	2.5%
個　人	1102	18.3%	45	32.4%	4.1%
その他（公益・社会福祉・学校など）	576	9.6%	14	10.1%	2.4%

表 3-4-2　生活保護受給者の頻回受診に関連する社会的・自治体・医療機関の要因（頻回受診を被説明変数とした多変量マルチレベルロジスティック回帰分析の結果）（太字：両側 p<0.05）

	単変量解析			多変量解析			マルチレベル多変量解析		
	粗オッズ比	95% 信頼区間		粗オッズ比	95% 信頼区間		粗オッズ比	95% 信頼区間	
年齢　1 歳ごと	**1.02**	**1.01**	**1.03**	**1.01**	**1.00**	**1.03**	**1.01**	**1.00**	**1.03**
性　別									
女　性	参照			参照			参照		
男　性	0.88	0.63	1.23	0.94	0.66	1.34	1.03	0.72	1.46
世帯人数									
2 人以上	参照			参照			参照		
独　居	**1.72**	**1.16**	**2.57**	1.45	0.96	2.20	1.51	0.98	2.32
就　労									
あ　り	参照			参照			参照		
な　し	**2.41**	**1.26**	**4.60**	2.04	0.99	4.21	1.96	0.88	4.38
収　入									
な　し	参照			参照			参照		
あ　り	1.34	0.96	1.87	1.45	0.99	2.10	1.40	0.96	2.05
国　籍									
日　本	参照			参照			参照		
日本以外	1.37	0.55	3.39	1.79	0.71	4.52	1.84	0.72	4.68
健康状態									
疾病なし	参照			参照			参照		
精神障害	1.22	0.69	2.14	1.11	0.60	2.07	1.12	0.57	2.18
身体障害	0.94	0.48	1.83	0.80	0.40	1.59	0.83	0.42	1.64
アルコール依存症	1.02	0.14	7.52	1.31	0.17	9.84	1.21	0.17	8.77
精神疾患（手帳なし）	0.87	0.47	1.61	0.88	0.46	1.70	0.90	0.45	1.78
その他の疾患	1.26	0.83	1.92	1.21	0.78	1.86	1.16	0.75	1.79
要介護認定									
認定なし	参照			参照			参照		
要支援	1.31	0.57	3.01	1.09	0.47	2.57	0.98	0.41	2.31
要介護	1.09	0.65	1.82	0.71	0.41	1.24	0.69	0.40	1.21
自治体									
A	参照			参照			参照		
B	**2.92**	**2.09**	**4.10**	**2.78**	**1.98**	**3.93**	**2.77**	**1.95**	**3.93**
受診回数が最大の医療機関（開設者区分）									
医療法人							参照		
国　立							0.33	0.05	2.40
公　立							0.63	0.22	1.77
社会保険							0.83	0.26	2.72
個　人							**1.77**	**1.20**	**2.62**
その他（公益･社会福祉･学校など）							0.99	0.55	1.77

もう一つの生活困窮者への受診支援
～無料低額診療事業の実態調査～

背景

病気やけがは突然やってくる。現在の日本では、生活保護をすでに受けている人であれば、医療扶助の制度があるために、そんな時も医療機関での費用を心配することなく受診することができる。ただし、日本には生活保護を受けられる基準と同程度に経済的に困窮していても、実際は生活保護を受けていない人は多い。そのような人が急な病に倒れた場合、医療費を心配して受診を控えてしまうことが考えられ、場合によっては手遅れとなり命を起こす事態もあるかもしれない。生活保護を受けるためには多くの手続きが必要なため、病気やけがをしてから申請して、それから受診をする、というのでは間に合わない[1)]。

そのようなときに活用できるのが無料低額診療事業である。無料低額診療事業は、医療的なケアの必要性がありながら、経済的な理由で医療機関に受診できない人や、生活保護などの福祉制度が利用できない人、その他にもホームレスなど生活に困窮している人々に対して適用できる社会福祉法の制度[2)]である。

しかし、無料低額診療事業に関して、本事業の運用方法や、利用する患者の背景要因について明らかにした調査はほとんど存在しないため、実態は十分把握されていない。さらに、本事業の効果についての科学的な評価は行われていない。同事業を利用した患者は、利用しなかった場合よりも、病気の治療や精神的な不安の解消といった面でどのような利益を得て、それは医療者側が支払ったコストに見合うものなのか。今後、これらの点を検証していく必要がある。後述のように、無料低額診療事業が設立されたのは戦後間もなくのころで、現在の社会情勢においてその必要性を疑問視する声もあり、政府内外で議論されているが、議論に資する客観的なデータがないために充実した議論が進んでいないのが現状である。

そこで、本コラムでは無料低額診療の歴史的背景やその方法などの現状を紹介する。さらに、現在筆者らが進めている無料低額診療事業の実態と効果に関する研究の中間分析結果から、その利用者の特性の一端を示すデータを紹介する。

内容のまとめ

無料低額診療事業は、戦後設置された社会福祉事業法による、特に生活保護法に該当しない者で事実上医療費を支払うことができないものへの支援方法である。医療機関と社会福祉協議会、福祉事務所が患者への適応水準（収入等）を設定する。その適応水準以下の患者の窓口支払いを医療機関が肩代わりする。医療機関は無料低額診療を適応した患者の割合に応じて資産税等の減免を受けられる。

京都市内の一医療機関のデータ分析によると、無料低額診療事業の利用者は

◉高学歴者が一定の割合で含まれている：大学卒業者が約２割（21.3%）

◉社会的に孤立している：友人知人に会う機会が「ない」または「年に数回」の人が約半分（ない：30.0%, 年に数回：21.3%）

◉受診控えの経験がある：過去１年に経済的理由で受診を控えた人が約３割（2 回以上：21.3%, 1 回：7.5%）

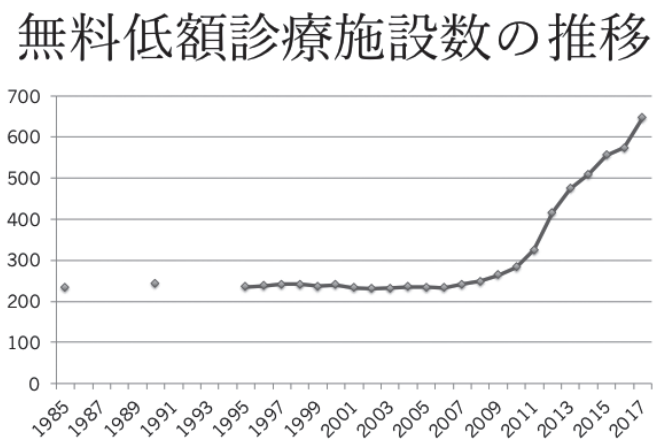
といったことが明らかとなった。

今後、無料低額診療事業の実態把握を進めるための課題としては、医療機関ごとに実施の方法やデータの形式にばらつきがあるため、全国的なデータの集計が難しいことがある。また、無料低額診療事業の利用により生活の状況や健康にどのような影響があるのか、社会的なつながりに変化があるのか、受診控えは減少するのか、運用している医療機関の経営上の利点や負担はどうかなど、について検討していくことで、同事業の改善をしていくことが期待される。

無料低額診療事業とは？

無料低額診療事業等（無料低額診療事業、無料低額介護老人保健施設利用事業および無料低額介護医療院利用事業を含む）は、公式には 1950 年に制定された社会福祉事業法第二条三項に「生計困難者のために、無料または低額な料金で診療を行う事業」として、特に生活保護法に該当しない者で事実上医療費を支払うことができないものへの支援方法として制定さ

図 1：無料低額診療施設数の推移



出典：引用文献 4）より著者作成

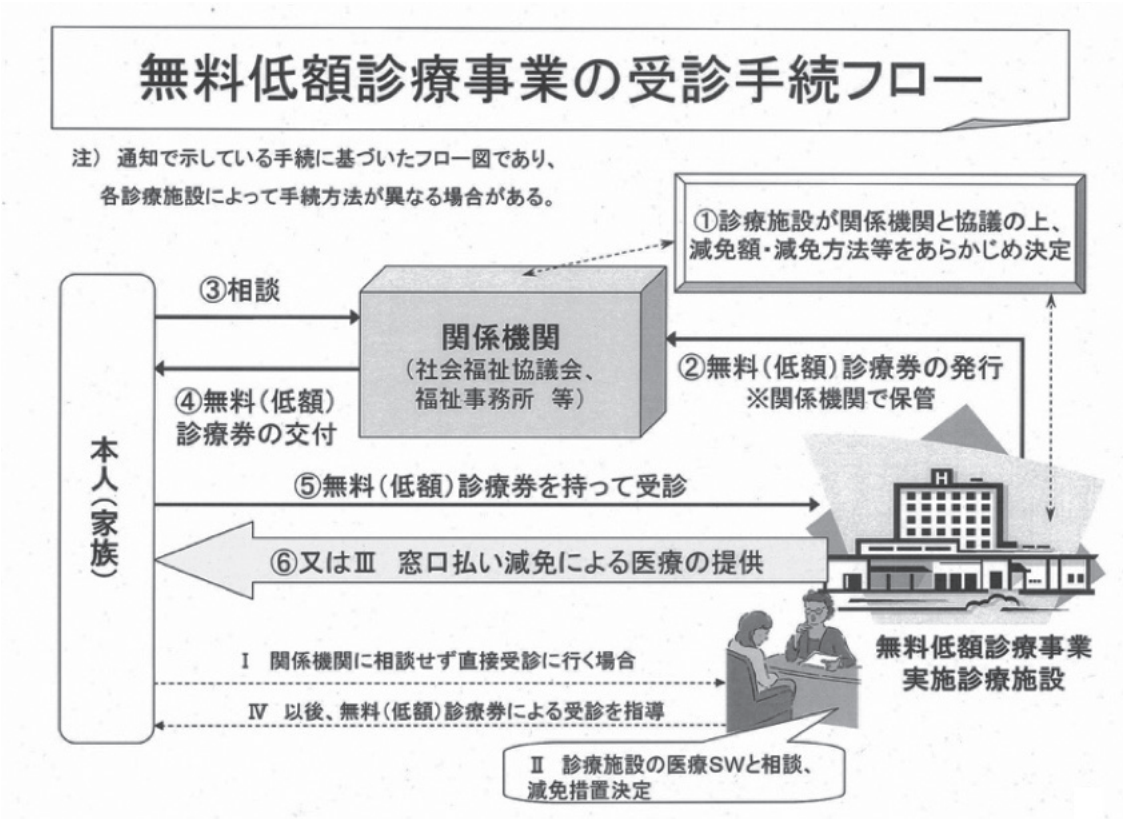
れたのが始まりである。経済成長の著しかった 1960 年代以降、生活保護制度や国民皆保険制度が醸成した社会において、本事業のあり方に関する議論が繰り返されてきた。しかし、近年の高齢化や経済危機の影響などにより 2000 年代以降に再度注目されるようになり、利用者数や実施施設数が増加した（図 1）。2018 年の報告では、664 施設、のべ 773 万人／年が利用している [3)]。

無料低額診療事業の実施方法 [2)]

無料低額診療事業は、医療機関と社会福祉協議会、福祉事務所が患者への適応水準を設定し同意する。その適応水準以下の患者に対して無料（低額）診療券を上記施設が発行する（図 2）。その診療券をもつ患者の窓口支払いを医療機関が減免し、その医療費は医療機関が肩代わりする。一方、医療機関には無低診を適応した患者の割合に応じて資産税等の減免を受けられるなどの優遇制度がある。

これらの無料低額診療事業はすべての医療機関で実施できるわけではなく、認定された無料低額診療事業実施診療施設（無料低額診療施設）が各自治体に存在する。厚生労働省によるその認定基準を図 2 に示す [5)]。

図 2：無料低額診療事業の受診手続フローの概要



出典：引用文献 2）より

無料低額診療施設の要件

全ての施設に求められる要件

1. 低所得者、要保護者、行旅病人、一定の住居を持たない者で、野外において生活している者等の生計困難者を対象とする診療費の減免方法を定めて、これを明示すること。
2. 生活保護法による保護を受けている者及び無料又は診療費の 10%以上の減免を受けた者の延数が取扱患者の総延数の 10%以上であること。
3. 医療上、生活上の相談に応ずるために医療ソーシャル・ワーカーを置き、かつ、そのために必要な施設を備えること。
4. 生活保護法による保護を受けている者その他の生計困難者を対象として定期的に無料の健康相談、保健教育等を行うこと。

施設によって求められる要件
（病院：5 から 10 のうち 2 つ以上、診療所：7 または 8）

5. 老人、心身障害児者その他特別な介護を要する特殊疾患患者等が常時相当数入院できる体制を備えること。
6. 生活保護法による保護を受けている者、その他の生計困難者のうちで日常生活上、特に介護を必要とする者のために常時相当数の介護者を確保する体制を備え、かつ、そのために必要な費用を負担すること。
7. 当該診療施設を経営する法人が、特別養護老人ホーム、身体障害者療護施設、肢体不自由者更生施設、重症心身障害児施設等の施設を併せて経営していること。又は、当該診療施設がこれらの施設と密接な連携を保持して運営されていること。
8. 夜間又は休日等通常の診療時間外においても、一定時間外来診療体制がとられていること。
9. 地区の衛生当局等との密接な連携の下に定期的に離島、へき地、無医地区等に診療班を派遣すること。
10. 特別養護老人ホーム、身体障害者療護施設、肢体不自由者更生施設、重症心身障害児施設等の施設の職員を対象として定期的に保健医療に関する研修を実施すること

出典：引用文献 5）より著者改変

無料低額診療事業の利用者の特性に関する調査研究

東京大学大学院医学系研究科健康教育・社会学分野と公益社団法人京都保健会（京都市）では、「無料低額診療事業の実態と効果に関するコホート研究」を実施しており、その集計データの

中間報告として利用者の特性を報告する。2018 年 7 月 1 日から 12 月 31 日までの 6 ヶ月間に京都保健会（京都市）の無料低額診療施設（1 法人）を受診し、無料低額診療事業を新たに適用した成人患者のうち、研究に同意した者の特性である（表 1）。

表 1：京都保健会の無料低額診療事業を新規に適用した患者の特性

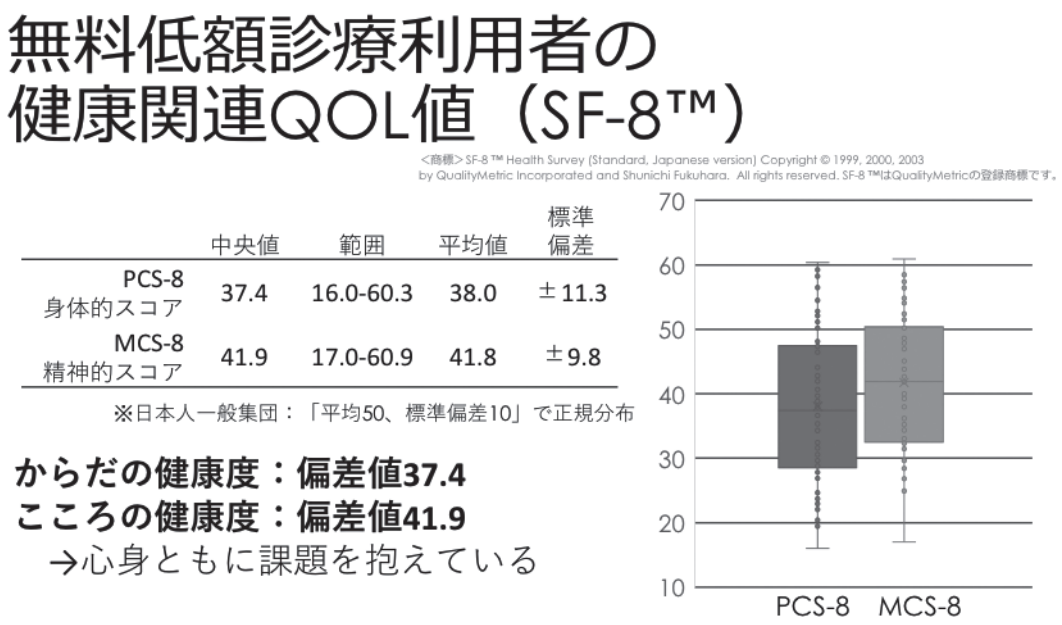
全体 (n=80)	人数	%
(平均± SD)	(68.3 ± 16.2)	
年　齢		
30 歳以下	2	2.5%
31-40	3	3.8%
41-50	7	8.8%
51-60	5	6.3%
61-70	21	26.3%
71-80	22	27.5%
81 歳以上	20	25.0%
性　別		
男　性	40	50.0%
女　性	40	50.0%
世帯人数		
独　居	42	52.5%
2 人	30	37.5%
3 人	4	5.0%
4 人以上	4	5.0%
就　労		
な　し	63	78.8%
あ　り	16	20.0%
教育年数		
6 年以下	4	5.0%
7-9 年	31	38.8%
10-12 年	28	35.0%
13 年以上	17	21.3%
世帯収入（生活保護基準比（%））		
0-20	12	15.0%
21-40	2	2.5%
41-60	6	7.5%
61-80	11	13.8%
81-100	8	10.0%
101-120	20	25.0%
121-140	14	17.5%
141-150	7	8.8%
住居の状況		
持　家	26	32.5%
賃　貸	39	48.8%
住所不定	6	7.5%
その他	9	11.3%

全体 (n=80)	人数	%
現在のあなたの健康状態はいかがですか		
とてもよい	2	2.5%
まあよい	28	35.0%
あまりよくない	26	32.5%
よくない	24	30.0%
お酒を飲みますか		
現在飲酒	14	17.5%
過去飲酒	25	31.3%
飲酒なし	37	46.3%
たばこを吸いますか		
現在喫煙	18	22.5%
過去喫煙	28	35.0%
喫煙なし	33	41.3%
あなたが外出する頻度はどのくらいですか。		
週 4 以上	38	47.5%
週 2-3 回	23	28.8%
週 1 回	6	7.5%
月 1-3 回	6	7.5%
年に数回	1	1.3%
な　し	5	6.3%
友人・知人と会う頻度はどれくらいですか		
週 4 以上	11	13.8%
週 2-3 回	10	12.5%
週 1 回	10	12.5%
月 1-3 回	7	8.8%
年に数回	17	21.3%
な　し	24	30.0%
現在の暮らしを経済的にどう感じていますか		
大変苦しい	47	58.8%
やや苦しい	22	27.5%
ふつう	9	11.3%
ややゆとり	0	0.0%
大変ゆとり	0	0.0%
過去 1 年に経済的な理由で受診を控えたことがありますか		
な　し	55	68.8%
1 回	6	7.5%
2 回以上	17	21.3%
過去 1 年に健診・検診を受診しましたか		
受けた	41	51.3%
受けていない	37	46.3%

対象者は 80 人で、平均年齢は 68.3 歳であった。40 人 (50.0%) が男性で、42 人 (52.5%) が独居であった。58 人 (72.5%) は友人知人に会う機会が週 1 回以下で、41 人 (51.3%) は月 1 回も会っていなかった。過去 1 年間に受診を控えたことがある者は 23 人 (28.8%) であった。

健康関連 QOL（SF-8™）の調査では、身体的 QOL 値 (PCS-8) は中央値 37.4 で、精神的 QOL 値 (MCS-8) は中央値 41.9 であった（一般集団では平均 50、標準偏差 10 で正規分布する）（図 3）。

図 3：無料低額診療事業利用者の健康関連 QOL 値（SF-8™）



一般集団のスコアを 50 として偏差値が示されている。無料低額診療事業の利用者は心身ともに健康度が低い人が多いことがわかる。

結果の考察

無料低額診療事業を利用した患者のうち、約 2 割が大卒の学歴を持ち、生活保護基準前後の収入で生活している人が多かった。無収入の者もいた。健康関連 QOL 値は一般集団と比較して低かった。また、友人・知人に会う機会が少ないなど経済的に困窮しているだけでなく、孤立などの社会的な問題を有している可能性も示唆された。過去 1 年間の健診・検診の受診率は約 50%であり、受診を控えた経験は約 30%にあった。

大学卒業の学歴を持つものであっても、本制度を利用している人数が一定の割合で存在するのは特徴的である。現在の日本では、学歴が必ずしも経済的な補償につながらないことが指摘されている[6)]。一見社会的なリスクが少なそうな高学歴者であっても、実は医療的ケアが必要となった時の支払いが困難なほどの経済的リスクを抱えていることを医療関係者は念頭に置いて診療にあたる必要があるかもしれない。

無料低額診療制度を受けたことのある人は、生活保護は受けていないものの、その所得水準は生活保護基準と同程度か、時に低い場合もみられた。この点からは、同制度は制度の趣旨にあるように、医療が必要となった場合に生活困窮者へ緊急避難的な経済支援を行うという目的に合致した運用となっている可能性がある。

制度利用者の多くが、社会的孤立状態にある可能性がみられたのは特筆すべきである。約半数が友人知人との交流が「ない」または「年に数回未満」であると回答した。この点において、無料低額診療事業を使うことが、フォーマルな支援へと包摂されるきっかけになる、という効果も重要と思われた。また、地域でこの制度を運用するプロセスにより、医療ソーシャルワーカーと福祉事務所や社会福祉協議会などの組織連携が強化されることにより、生活困窮者に対するセーフティーネットが強化されることも期待できる。筆者らの予備的分析では、無料低額診療事業を利用するに至った経路について、患者の約半数は医療機関を受診して初めてこの制度を知ったことがわかっているが、その他の経路としては自治体の福祉事務所や社会福祉協議会、近隣の医療機関からの紹介といった経路も存在している。地域の組織連携が進むと、生活保護を受けていないが、社会的支援のニーズの高い人に「気づく」地域力が醸成されることにつながるかもしれない。

今後は、無料低額診療の利用により生活や健康状態が改善するか、社会的なつながりは豊かになるかといった点について、さらに検討していくことが筆者らの研究の目的である。また、これは１法人と限定された地域の医療機関のまとめであり、制度をより精緻に把握し効果を測定するためには、複数の医療機関の参画による検討や、全国的なデータの集計を行うことも重要だろう。

＜引用文献＞
1) 原昌平．医療とお金（1）お金がなくても受けられる「無料低額診療」. ヨミドクター . 2014 年 9 月 12 日.
https://yomidr.yomiuri.co.jp/article/20140912-OYTEW54616/
2) 無料低額診療事業について．厚生労働省 .
https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/01/dl/s0121-7d.pdf
3) 無料低額診療事業等に係る実施状況の報告．厚生労働省 .
https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/muryou_sinryoujigyou_h29.pdf
4) 社会福祉施設等調査．厚生労働省.
https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/23-22.html
5) 社会福祉法第 2 条第 3 項に規定する生計困難者のために無料又は低額な料金で診療を行う事業について.
厚生労働省 .
https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tb0072&dataType=1&pageNo=1
6) 水月昭道．高学歴ワーキングプア 「フリーター生産工場」としての大学院 . 光文社新書．2007 年.
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/

4章 全体のまとめ

生活困窮者の現状を明らかにし、地域の実情に即した付き添い支援を

本報告書では、第２章で、社会的な課題を抱える住民と医療機関などに付き添って支援する「付き添い支援」について、諸外国の現状とその効果をまとめた。また、日本での同行受診の実態を整理し、「付き添い支援」を展開する方法に関して、可能性と課題を考察した。また、言語の障壁を抱える外国人を中心に医療機関に同行受診する医療通訳について、コラムを設けた。

第３章では、生活保護受給者の医療サービス利用や健康状態、その背景要因について分析した。国内の２自治体の福祉事務所で管理している生活保護受給者の、2016 年１月の管理データとその後１年間の医療サービスのレセプトデータを連結して、生活保護受給者の受療行動および健康状態について分析し、その結果を国内の代表的な健康と生活の調査である国民生活基礎調査の 2016 年の調査結果と比較した。同データを用いて、頻回受診と関連する要因について、患者やその社会背景、そして医療機関側の要因を踏まえて分析した。さらに、医療費の支払い困難を抱える患者に対する緊急避難的な支援制度である無料低額診療事業の現状についてもコラムに掲載した。京都市内の１法人で実施した無料低額診療事業の利用患者へのアンケート結果および利用者の診療データから、同事業利用者の実態を分析した。

本報告書で得られた知見の概要

◉（第２章）

- 付き添い支援とは、社会的な課題を抱える住民と医療機関などに同行するなど、付き添って支援すること。
- 付き添い支援のひとつである patient navigation は特に米国で普及し、国立機関の主導のもと研究プロジェクトとして実践されている。
- Patient navigation には、がん検診の受診率や治療開始率の向上、受診の中断や再入院の予防、救急・頻回受診の減少、医療機関受診時の満足度の向上といった効果を示唆する研究成果が報告されている。
- 国内では、患者の医療受診の障壁をできるかぎり取り除くことを目的として付き添い支援が行われていた。医療通訳はその好事例である。
- 医療機関への同行（同行受診）・受診手続き等の支援・診療現場への同席などが行われているが、その担い手・定義・方法にはばらつきがあり、支援内容にも濃淡があった。
- 日本での付き添い支援の担い手としては、介護支援専門員（ケアマネジャー）・保健師・地域のボランティア団体等や、生活支援コーディネーター・民生委員・福祉事務所のケースワーカーなどが有力と思われる。

- 付き添い支援の事業には大きなばらつきがあることから、住民への効果、実践者への影響、費用対効果などについて、多面的な評価を行い、継続的に見直していくように計画するべきである。

◉（第３章）生活保護受給世帯では、以下のことが明らかとなった。

- 子どもの通院率が高く、若年成人でも通院率が高い
- 全世代にわたり慢性疾患などの疾病の有病割合が多い
- 成人では慢性疾患などの有病割合が比較的若くから上昇する
- 子どもでは、ひとり親世帯にぜんそく・アレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚炎・歯の疾患のリスクがある
- 子どもでは、外国籍世帯で歯の疾患が多い
- 成人では独居や不就労が頻回受診と関連がある
- 成人の頻回受診は個人医院で多い

生活保護受給者は、子どもや若年成人の時期から健康状態の課題を多く抱えており、医療サービス利用も多いことがわかった。健康上の課題のために生活困窮状態となり、保護に至った可能性が考えられる一方で、現状の生活保護制度による支援では解決できない健康問題が多く存在する可能性が示された。頻回受診等の受療行動上の課題については、社会的に孤立しやすい状態にある生活保護受給者の中でも、社会的孤立に影響しやすいような状況（独居・不就労・ひとり親世帯・外国籍など）では、疾病のリスクや頻回受診などの受診行動の課題につながりうる。孤立や、医療サービス利用上の不安や課題の解消の観点から、「付き添い支援」のような伴走的な支援が、生活困窮世帯の健康管理支援の一環として有効な可能性が考えられた。

しかし、日本では、付き添い支援の業務上の規定、支援員となるものとその支援対象の役割分担の明確化、支援員の教育や研修の機会の提供、支援員の地域の担当者間の連携の強化などについて課題があるため、モデル事業による支援方法の開発やその評価が必要である。また、モデル事業を通じて、付き添い支援による住民への効果や支援員への影響の研究、費用効果分析の研究などを行ったうえで、モデル事業から日本全体へ展開する方法の検討することを推奨したい。米国の patient navigation をめぐる検証と改善のプロセス等を参考にして、日本でも、付き添い支援の実装と効果についての研究と改善を継続的に実施し、各地の実情に即した効果的なプログラムに洗練していくプロセスが求められる。

謝　辞

本報告書は、**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」**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推進した調査研究をまとめたものです。

以下の方々には、専門家として報告書作成の過程で様々なご助言をいただきました。また、本調査研究では、公益社団法人京都保健会及び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、感謝申し上げます。

お名前・ご所属先（あいうえお順・調査実施当時）

岩 元 陽 子 様　一般社団法人全国医療通訳者協会 理事／特定非営利活動法人多言語社会リソースかながわ（MIC かながわ）副理事長

金 田 英 子 様　日本体育大学 教授（青年海外協力隊 OG）

齋 藤 順 子 様　国立がん研究センター 社会と健康センター 研究員

西上紀江子様　認定 NPO 法人 IVY 理事

根 本 真 紀 様　文京区社会福祉協議会／地域連携ステーション フミコム

竹 内 誠 悟 様　北日本コンピューターサービス株式会社

高 橋 裕 之 様　北日本コンピューターサービス株式会社

監修・検討会委員・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

＜検討会委員＞

可　知　悠　子　北里大学医学部公衆衛生学 講師

黒　谷　佳　代　国立研究開発法人　医薬基盤・健康・栄養研究所／国立健康・栄養研究所　栄養疫学・食育研究部食育研究室 室長

高　木　大　資　東京大学大学院医学系研究科 講師

中 出 麻 紀 子　兵庫県立大学 環境人間学部 食環境栄養課程 准教授

山　口　麻　衣　豊島区池袋保健所健康推進課栄養グループ／東京大学 客員研究員

＜著者＞

近　藤　尚　己　（はじめに）

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

高　木　大　資　（1 章）

東京大学大学院医学系研究科 講師

西　岡　大　輔　（全体サマリー（報告書概要版）・2 章・3 章・4 章）

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

森　田　直　美　（2 章コラム）

一般社団法人全国医療通訳者協会 代表理事／東京大学大学院医学系研究科専門職学位課程

＜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

小　貫　美　幸　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

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

＜協力者＞

雨　宮　愛　理　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

金 森 万 里 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 博士過程

藤　並　祐　馬　一般社団法人日本老年学的評価研究機構 事務局長

前　田　理　沙　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

矢 野 真 沙 代　東京大学大学院医学系研究科専門職学位課程

＜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の間に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下に、同社から共同研究費を受託している。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。

「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

発　行　日　2019年3月

発　行　者　近藤克則

デザイン・イラスト　ラウンドアラウンド　道田真司
福岡市博多区
http://roundaround.net

印　刷　所　社会福祉法人　名古屋ライトハウス
〒455－0831
愛知県名古屋市港区十一屋　1-70-5
Tel.052-383-4381

ISBN：978-4-9910804-1-8

「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

ISBN：978-4-9910804-1-8