

別添1

厚生労働行政推進調査事業費補助金 総括・分担研究報告書表紙

厚生労働行政推進調査事業費補助金

政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

生活保護受給者における効果的な健康支援方法の立案に向けた実証研究
(24AA2004)

令和7年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 西岡 大輔

令和8（2026）年 5月

目次

I. 総括研究報告

生活保護受給者における効果的な健康支援方法の立案に向けた実証研究

～被保護者の健康・生活実態に関するエビデンス形成、支援基盤構築と課題整理～

----- 1

研究代表者 西岡 大輔 (京都大学)

研究概要

研究 1 被保護世帯の健康・生活実態

研究 1-1 被保護世帯の妊産婦・子どもの健康実態およびその関連要因に関する研究

研究 1-1-1 被保護世帯の子どもにおける麻疹風疹混合ワクチン第 2 期接種状況の検討

研究 1-1-2 生活保護利用期間中に出産を経験した女性と出生児に関する分析

研究 1-1-3 中学校給食導入が被保護世帯の子どもの医療利用に与える影響に関する分析

研究 1-2 高齢被保護者の健康実態調査に関する研究

研究 1-2-1 高齢被保護者を対象としたフレイル調査

研究 1-2-2 郵送調査回答者の代表性に関する分析

研究 1-3 精神科に長期入院する被保護者の実態に関する研究

研究 1-4 被保護者における医療扶助による睡眠薬等の処方に関連要因に関する研究

研究 1-5 被保護者の健康支援に資するアルゴリズム開発に関する基礎的研究

研究 1-6 公的データを活用した被保護者健康管理支援事業の検証

研究 1-6-1 自治体におけるデータ利活用状況と地域特性の関連

研究 1-6-2 生活保護世帯の家計支出構造の変化

研究 2 被保護世帯の子どもの健康・生活実態を把握するフェイスシート開発

研究 3 被保護世帯の子どもの健康支援に関するケースワーカーに対する調査

II. 分担研究報告

1. 生活保護世帯に暮らす子どもの健康支援におけるケースワーカーの支援判断構造の解明と実践的困難・可能性の言説分析—探索的因子分析および計量テキスト分析による検討—

研究分担者 小出 直 (新潟医療福祉大学)

研究代表者 西岡 大輔 (京都大学)

----- 30

2. 被保護世帯の子どもの健康・生活状況を把握し支援する基盤構築：子どもフェイスシートの開発

----- 50

研究分担者 上野 恵子 (金沢大学)
研究代表者 西岡 大輔 (京都大学)
研究分担者 近藤 尚己 (京都大学)
研究分担者 木野 志保 (東京科学大学)
研究分担者 久保木紀子 (横浜創英大学)
研究分担者 林 明子 (大妻女子大学)
研究分担者 越智真奈美 (国立研究開発法人国立成育医療研究センター)
研究分担者 田中 琴音 (神奈川県立保健福祉大学)
研究分担者 小出 直 (新潟医療福祉大学)
研究分担者 川内はるな (京都大学)
研究分担者 新杉 知沙 (国立社会保障・人口問題研究所)
研究協力者 林 慎吾 (東北大学)

3. 当事者インタビューから考える生活保護世帯の子どもフェイスシートの活用の効果的な実施と障壁・課題

----- 67

研究分担者 林明子 (大妻女子大学)

4. 生活困窮世帯の子どもの歯科口腔保健の実態と支援方法・効果に関するレビュー

----- 71

研究分担者 木野 志保 (東京科学大学)
研究協力者 堀家 彩音 (東京科学大学)
研究協力者 藤本 来さき (東京科学大学)
研究協力者 八重 檉有里 (東京科学大学)

5. 公的統計を応用した被保護者健康管理支援事業の効果検証のための基礎的検討
----- 78

研究分担者：田中 琴音 (神奈川県立保健福祉大学)

研究分担者：新杉 知沙 (国立社会保障・人口問題研究所)

研究分担者：川内 はるな (京都大学)

研究分担者：小出 直 (新潟医療福祉大学)

研究代表者：西岡 大輔 (京都大学)

研究協力者：山口ケイ歩未 (京都大学)

III. 研究成果の刊行に関する一覧表
-----110

IV. 倫理審査報告書
-----111

生活保護受給者における効果的な健康支援方法の立案に向けた実証研究
～被保護者の健康・生活実態に関するエビデンス形成、支援基盤構築と課題整理～

研究代表者 西岡 大輔 (京都大学大学院医学研究科社会的インパクト評価学講座)

研究要旨

2021年より被保護者健康管理支援事業が全国の福祉事務所で必須事業となったが、医療扶助レセプトデータのみでは、被保護者の健康・生活実態を十分に把握することは難しい。2年計画の2年目となる今年度は、被保護者の健康・生活実態をライフコース全体にわたりより詳細に多角的なデータから明らかにし、被保護者の効果的な健康支援方法を継続的に検討した。

研究1では、被保護世帯の健康・生活実態を、妊産婦・子ども、高齢者、長期入院者等に関して、福祉事務所が管理するデータや公的統計等、被保護世帯の子どもの生活状況に関する聞き取りデータをもとに記述した。その結果、被保護世帯の子どもでは麻疹風疹混合ワクチン第2期接種率が低く、居住地区の影響を受けていること、医療機関との接点があっても予防接種につながっていない実態があり、**unmet needs**が存在していることが示唆された。高齢の被保護者では約4割がフレイルに該当し、健診未受診、口腔機能低下、社会的孤立等の課題が確認された。精神科長期入院者では、医療上の問題に加え、住居確保困難や家族の受け入れ困難など生活・社会的課題が入院長期化に関与していた。子どもの生活状況データをもとにした分析では、生活保護世帯の子どもには、医療依存、生活困難・未受診、心理社会的課題等の異なる支援ニーズをもつサブ集団を形成していることがわかった。公的統計を用いた検討では、被保護者健康管理支援事業の効果は現時点では明らかとならなかった。

研究2では、修正デルファイ法と当事者インタビューにより、被保護世帯の子どもと養育者の健康・生活状況を把握するフェイスシートを開発した。実務者の合意形成により項目を精選し、生活状況聞き取り、子ども回答、養育者回答の各フェイスシートを確定した。当事者視点からは、フェイスシートを単なる情報収集票ではなく、子どもとの関係形成を支える媒介として活用する必要性が示された。

研究3では、全国のケースワーカー調査により、子どもの健康支援における支援判断構造と実践上の困難を検討した。ケースワーカーが被保護世帯の子どもの健康支援を判断する視点には「生活習慣・日常生活管理」「養育環境・保護者要因」「発達・コミュニケーション」の3つ因子があることが示唆されたが、子どもに関する情報入手、実際の支援実践、子どもに関係する他部門連携それぞれに困難が存在することが示された。

以上を通じて、本研究課題の今年度の研究からは、40歳以上の生活習慣病対策にとどまらず、妊産婦、子ども、高齢者、精神疾患を抱える者等の実態を記述し、被保護者がおかれている状況に応じたライフコース全体の健康支援に加え、他部門や地域環境要因への働きかけの重要性を示唆した。福祉事務所においては、医療扶助レセプトデータに加え、母子保健、予防接種、学校保健、健診、介護、教育、生活状況等の情報を活用し、多機関連携による重層的な支援体制を構築することが求められる。

研究分担者一覧

近藤尚己（京都大学）
上野恵子（金沢大学）
木野志保（東京科学大学）
林明子（大妻女子大学）
越智真奈美（国立成育医療研究センター）
田中琴音（神奈川県立保健福祉大学）
小出直（新潟医療福祉大学）
久保木紀子（横浜創英大学）
川内はるな（京都大学）
新杉知沙（国立社会保障・人口問題研究所）

A. 研究目的

2021年より被保護者健康管理支援事業が全国の福祉事務所において必須事業となり、生活保護受給者に対する健康づくりや重症化予防の取組が推進されてきた[1]。被保護者健康管理支援事業では、福祉事務所が保有する医療扶助レセプトデータ等を活用し、被保護者の健康状態や受療行動を把握したうえで、支援対象者の選定や保健指導等を行うことが期待されている[1]。これまでの被保護者の健康状態に関する研究は、被保護者では糖尿病をはじめとする生活習慣病の有病率が高いこと、入院率が高い疾病分類が多いこと、独居や不就労等の生活状況が健康状態や受療行動と関連することなどを明らかにしてきた[2-5]。これらの知見は、被保護者が不利な健康状態に置かれやすく、医療・保健・福祉が連携した継続的な支援が重要であることを示してきた[2,6]。

一方で、被保護者の健康状態を把握し、支援につなげるための情報基盤にはなお多くの制約がある。生活保護制度には「他法優先の原則」があるため、医療扶助に優先して他制度が利用される場合、その支援内容や受療状況に関する情報は福祉事務所に十分蓄積されない[7]。ま

た、被保護者の健康診査は生活保護法上に位置づけられておらず、健康増進法等に基づく既存の保健事業を通じて実施される[1,8]。そのため、医療扶助、健診、予防接種、母子保健、精神保健、介護、教育等、被保護者に関する情報は複数の部署や制度に分散しており、被保護者の健康・生活実態を包括的に把握することは容易ではない[1,6,8]。

昨年度の本研究班の取り組みは、これまで十分に記述されてこなかった被保護世帯の子どもおよび若年成人、特に30歳代の若年被保護者に焦点を当て、その健康・生活実態の一端を明らかにした[a]。また、出生時から生活保護世帯にある子どもの健康リスクや、若年成人における生活習慣病リスクの高さ、さらに地域の社会環境が一部の被保護者の受療行動に影響を与える可能性を示してきた[2,4,9,10]。また、被保護世帯の子どもの生活状況を福祉事務所で把握し、支援につなげるためのフェイスシート開発にも着手してきた[a]。

これらの研究は、被保護者健康管理支援事業は従来主な対象とされてきた40歳以上の被保護者に限定されるべきではなく、妊産婦、子ども、若年成人、高齢者、長期入院者、精神疾患や不眠等の課題を抱える者など、多様なライフステージや生活背景をもつ被保護者を視野に入れて再設計される必要性を提唱してきた[a]。

特に、被保護世帯の子どもや妊産婦については、健康状態や生活環境がその後のライフコースに長期的な影響を及ぼす可能性がある[9-11]。母子保健、予防接種、乳幼児健診、学校保健、教育、子育て支援等の制度は、生活保護制度とは別の枠組みで実施されているが、被保護世帯の子どもや養育者が抱える健康・生活上の困難を早期に把握し、支援につなげるうえで重要な資源となる[1,6,9-12]。しかし、これらの情

報が福祉事務所に集約される仕組みは十分に整備されておらず、子どもや養育者の実態を可視化し、支援方針を検討するための標準化された方法も確立されていない[6,17]。

また、高齢被保護者についても、医療、介護、生活支援を横断した実態把握が不可欠である。高齢期には、慢性疾患、フレイル、要介護状態、認知機能の低下、社会的孤立等が複合的に生じやすく、後期高齢者の質問票もフレイルを含む高齢者の健康状態を総合的に把握する目的で整備されている[13]。一方で、被保護者は後期高齢者医療制度や介護保険制度、地域保健事業との関係において、既存のデータから十分に実態を把握しにくい場合がある[1,8]。加えて、長期入院する被保護者については、医療上の必要性のみならず、退院後の住まい、介護、家族・地域とのつながり、支援体制の不足等が入院の長期化に関与している可能性があり、福祉事務所による生活支援の観点からも重要な課題であるが、その実態は十分にわかっていない[14]。

さらに、被保護者の健康課題を把握するうえでは、医療扶助における薬剤処方状況にも着目する必要がある。近年、被保護者の重複処方や多剤処方への対応が議論されてきた[15]。睡眠薬等の処方、不眠や精神的困難、生活上のストレス、社会的孤立、精神疾患の併存等と関連している可能性があり、単なる医療利用の指標にとどまらず、被保護者の生活困難や支援ニーズを反映する情報となり、多剤処方とも関連する要因となりうる[2,15,16]。これらの処方実態とその関連要因を明らかにすることは、医療扶助の適正化のみならず、精神保健や生活支援を含む包括的支援のあり方を検討するうえで重要である[2,6,15]。

このように、被保護者健康管理支援事業をより実効性のあるものとするためには、個別の疾病や医療利用の把握にとどまらず、ライフステ

ージ、世帯構成、生活状況、地域環境、制度利用状況等を踏まえて、健康リスクや支援ニーズを多面的に把握する必要がある[1,2,6]。加えて、被保護者健康管理支援事業の実施においては、福祉事務所のケースワーカーが果たす役割も大きい。ケースワーカーは、被保護者の日常生活や世帯状況を継続的に把握し、必要に応じて医療機関、保健部門、教育部門、子育て支援部門等との連携を担う立場にある[6]。一方で、健康課題の把握や支援に関して、ケースワーカーがどのような困難を感じているのか、どのような情報や仕組みがあれば支援に活用しやすいのかについては、十分に明らかにされていない[6]。被保護者の健康支援を制度として定着させるためには、支援を受ける側の実態把握だけでなく、支援を担う福祉事務所職員の認識や実践上の課題を把握することも不可欠である[6]。

以上を踏まえ今年度には、昨年度に明らかとなった若年被保護者および被保護世帯の子ども健康・生活実態に関する知見を発展させ、より幅広いライフステージと支援課題を対象として研究を実施した[a]。具体的には、研究1として、被保護世帯の健康・生活実態を多面的に把握するため、妊産婦・子どもの健康実態およびその関連要因、高齢被保護者の健康実態、長期入院する被保護者の実態、医療扶助による睡眠薬等の処方の関連要因、ならびに被保護者の健康支援に資するアルゴリズム開発に関する研究を行った。また、研究2として、被保護世帯の子どもおよび養育者の健康・生活実態を福祉事務所で把握するためのフェイスシートの完成を進めた。さらに、研究3として、福祉事務所のケースワーカーに対する調査を実施し、現場における健康支援の実態、課題、必要とされる支援体制について検討した。これにより、多様な背景を持つ被保護者への効果的な健康支援方法の立案に資する知見を得ることを

目的とした。

B. 研究方法

研究 1：被保護世帯の健康・生活実態

研究 1-1：被保護世帯の妊産婦・子どもの健康実態およびその関連要因に関する研究

本研究では、被保護世帯の妊産婦および子どもの健康実態を把握するため、複数自治体における生活保護関連データ、医療扶助レセプトデータ、予防接種記録等を用いて、以下の 3 つの分析を行った。

研究 1-1-1：被保護世帯の子どもにおける麻疹風疹混合ワクチン第 2 期接種状況の検討

中核市 X において、2021 年度から 2024 年度に MR ワクチン第 2 期の接種対象であり、当該期間中に被保護世帯に属していた子ども 112 人を対象とした。対象児について、MR ワクチン第 2 期の接種状況、接種月、接種対象年度における医療機関の外来受診歴を記述した。また、接種率を世帯主の就労の有無、生活保護の開始時期、子の出生順位、世帯構成、居住地等の属性別に集計、記述した。

さらに、MR ワクチン第 2 期の接種有無を目的変数とし、母親の出産時年齢、世帯の就労状況、家族構成、出生順、子どもの障害等の認定の有無、接種対象年度、居住小学校区における全体の子どもの接種率を説明変数とする多変量マルチレベルロジスティック回帰分析を行い、接種に関連する要因を検討した。

研究 1-1-2：生活保護利用期間中に出産を経験した女性と出生児に関する分析

6 市町村において、2016 年から 2022 年までの期間に生活保護を利用したことのある住民のうち、生活保護利用期間中に出産を経験した

女性 60 人と、その出生児 60 人を分析対象とした。本データには、月次で更新される年齢、性別等の社会人口学的情報、就労状況、障害の有無など生活保護費の給付決定に関わる情報が含まれている。

出産を経験した母親と出生児の抽出にあたっては、当該世帯に新たに加わる 0 歳児の情報および誕生年月情報を用いた。さらに、医療扶助の利用有無および医療扶助レセプトデータから、観察期間中の周産期合併症や入院の発生を把握した。母親の年齢、世帯構成、就労状況、障害の有無、入院歴、生活保護利用開始時期等について記述した上で、出産・出生月の産科合併症が特定可能であった事例や、生活保護の利用開始時期が出産前であった事例、出産と同時期であった事例について、特徴的なケースを記述した。

研究 1-1-3：中学校給食導入が被保護世帯の子どもの医療利用に与える影響に関する分析

2016 年 9 月に中学校給食が導入された自治体 B を介入群、すでに中学校給食が導入されていた隣接自治体 C を対照群として比較した。

分析対象は、自治体 B の被保護世帯の中学生 228 人、自治体 C の被保護世帯の中学生 185 人である。両自治体は地理的に近接しており、人口規模や社会経済的背景も類似している。

2016 年 4 月から 2017 年 3 月までの医療扶助レセプトデータを用い、1 人・月あたりの診療日数および診療報酬点数を集計した。まず、中学校給食導入前後における 1 人・月あたりの平均診療日数および平均診療報酬点数の推移を記述した。その上で、個人および時点の固定効果を含む差分の差分分析（Difference-in-Differences）を用い、中学校給食導入が医療利用に与える影響を推定した。

研究 1-2 : 高齢被保護者の健康実態調査に関する研究

本研究では、高齢被保護者の健康・生活実態を把握するとともに、郵送調査によって得られる回答がどのような高齢者集団を代表しているのかを検討するため、以下の 2 つの分析を行った。

研究 1-2-1 : 高齢被保護者を対象としたフレイル調査

被保護者は後期高齢者医療制度の被保険者ではないため、後期高齢者医療制度において実施されるフレイル状態等の把握を目的とした質問票調査の対象外となる。そのため、高齢被保護者については、後期高齢者医療制度の加入者で把握可能なフレイル、栄養状態、口腔機能、運動機能、認知機能、社会的孤立等の健康・生活実態を十分に把握することが困難である。

そこで本研究では、中核市 X をフィールドに、まず高齢被保護者の健康・生活実態を把握することを目的として収入申告書と同じ送付物に、フレイルに関する質問紙調査を同封し、被保護者に対する独自に実施した。調査では、現在の健康状態、生活満足度、1 日 3 食の摂取状況、口腔機能、むせ、体重減少、歩行速度、転倒歴、運動習慣、物忘れ、日付の見当識、喫煙状況、外出頻度、家族・友人との交流、相談相手の有無、健診受診歴等を、フレイル調査に準じて尋ねた。

回答が得られた 681 人を分析対象とし、対象者の基本属性および各質問項目への回答分布を記述した。さらに、性別および居住圏域別に回答傾向を比較し、高齢被保護者におけるフレイル関連課題の特徴を検討した。フレイル該当については、所定の判定基準に基づき分類し、未回答項目があるため判定できない者は判定不能として扱った。

研究 1-2-2 : 郵送調査回答者の代表性に関する分析

被保護者を対象とした郵送調査が被保護者の誰を代表しているのかの基礎的な資料が欠けており、郵送調査の結果を一般化しにくい。そこで、被保護者に対する郵送調査の規定要因を検討した。

中核市 X が 2019 年に実施した日常生活圏域ニーズ調査において、サンプリング対象となった（被保護者とは限らない）高齢者 6,150 人を分析対象とした。高齢福祉部門が保有する日常生活圏域ニーズ調査のサンプリング対象者台帳には、介護保険料区分が付与されており、この情報から住民税課税状況および所得区分を把握した。さらに、同市の福祉事務所が保有する生活保護台帳データを個人単位で結合し、サンプリング対象者に含まれる生活保護利用者を特定した。その上で、日常生活圏域ニーズ調査への回答データを結合し、調査への回答の有無を目的変数とした分析を行った。

説明変数には、介護保険料区分に基づいて定義した個人の社会経済状況を用いた。具体的には、生活保護利用状況、住民税課税状況、合計所得金額を踏まえ、生活保護利用者、住民税非課税者、均等割のみ課税者、課税者を所得段階別に分類した。

全体の回答率を記述した上で、社会経済状況ごとの回答率を比較した。また、回答の有無を目的変数とした多変量ポアソン回帰分析を行い、課税世帯と比較した生活保護利用者および住民税非課税者の回答率比を推定した。さらに、生活保護利用者に限定し、回答の規定要因を探索的に検討した。

研究 1-3 : 精神科に長期入院する被保護者の実態に関する研究

本研究では、医療扶助により精神科病床に長期入院している被保護者の実態を明らかにすることを目的とした。

令和 6 年 6 月末時点において、医療扶助により精神科病床に 1 年以上入院している中核市 X の被保護者 85 人を分析対象とした。対象者について、精神疾患入院要否意見書、医療扶助レセプトデータ、ケース記録を用いて、基本属性、医療扶助費、入院期間、主診断、入院形態、障害者手帳の所持状況、住居の有無、施設入所等の経験、入院外医療が困難な理由等を記述した。

入院外医療が困難な理由については、精神疾患入院要否意見書に記載された項目をもとに、医療上の問題とその他の生活・社会的問題に分けて集計した。医療上の問題としては、病状不安定、服薬管理、身体的合併症、問題行動等を確認した。その他の問題としては、日常生活に指導を要すること、家族の受け入れ困難、住居確保困難等を確認した。

研究 1-4：医療扶助による睡眠薬等の処方に関連要因に関する研究

本研究は、被保護者の睡眠薬等の処方有無との関連を検討するマルチレベル横断研究である。

対象者は、X 市が収集した生活保護データに含まれる 2021 年 10 月時点の 18 歳以上の生活保護利用者のうち、その後 6 か月間の医療扶助レセプトにおいて、少なくとも 1 種類の同じ内服薬が 90 日以上処方されていた 4,155 人とした。

目的変数は、医療扶助レセプトに基づく睡眠薬、抗精神病薬、抗うつ病薬等の処方の有無とした。少なくとも 1 種類以上の睡眠薬等の処方が確認された者を「処方あり」、確認されなかった者を「処方なし」として 2 群に分類した。

説明変数には、地域レベルのソーシャル・キャピタル指標を用いた。地域レベルのソーシャル・キャピタルは、2019 年に日本老年学的評価研究機構が非要介護高齢者を対象として収集した全国規模データを用いて、斉藤らが開発・検証した指標に基づいた。具体的には、社会参加、社会的凝集性、互酬性の 3 指標を用いた。各指標は小学校区単位で集計し、標準化した上で分析に用いた。

統計解析では、小学校区レベルの地域ソーシャル・キャピタル指標と、個人レベルの生活保護利用者における睡眠薬等の処方有無との関連を検討するため、マルチレベルポアソン回帰分析を実施した。分析では、人口統計学的要因および医療アクセス状況を含む 8 つの調整変数を同時に投入し、各地域ソーシャル・キャピタル指標が 1 標準偏差高い場合の睡眠薬等処方のリスク比および 95%信頼区間を算出した。

研究 1-5：被保護者の健康支援に資するアルゴリズム開発に関する基礎的研究

本研究では、生活保護世帯の子どもの健康・生活実態を多面的に把握し、支援ニーズに応じた対象者把握の方法を検討することを目的として実施された中核市 X の独自の子供の生活状況の聞き取り調査データを用いた。

2024 年 5 月から 2025 年 3 月に中核市 X で実施された、0～15 歳の生活保護世帯の子どもの対象とする調査データを用いた。このデータは、担当ケースワーカーによる聞き取りおよび、養育者・本人による記入形式で収集された。

調査への回答が得られた 307 人の子どもについて、まず対象者全体の基本属性および健康・生活状況を記述した。そのうえで、分析に使用する項目に欠損のない 251 人を解析対象とした。

解析には、基本属性として年齢および性別、

健康状態として主観的健康観、病気の有無、病名、医療利用として受診頻度およびかかりつけ医の有無、学校適応として欠席頻度および遅刻頻度、生活習慣として食事回数、入浴習慣、歯磨き習慣、さらにスマートフォン所有の有無を用いた。なお、未回答が 15%以上と多い項目や、自由記述項目については、解析の安定性および解釈可能性を考慮して除外した。

分析には、確率的潜在意味解析 (Probabilistic Latent Semantic Analysis: PLSA) を用いた。PLSA は、個人および観測された変数が潜在クラスに確率的に所属する構造を仮定し、観測データから潜在的なパターンを抽出する手法である。最適グループ数を決定した後、各グループに特徴的な変数を確認し、所属確率 0.5 以上の変数に基づいて各グループの特徴を定義し、生活状況データによる子どもの実態把握の有効性を検討した。

研究 1-6 : 公的データを活用した被保護者健康管理支援事業の検証 (詳細は p78~の分担研究報告書を参照)

本研究では、公的データを活用して、被保護者健康管理支援事業の実施状況および同事業導入前後の生活保護世帯の生活状況の変化を探索的に検討した。分析は、自治体単位のデータ利活用状況に関する分析と、生活保護世帯の家計支出構造に関する分析の 2 つから構成した。

研究 1-6-1 : 自治体におけるデータ利活用状況と地域特性の関連

厚生労働省が令和 7 年度に全国の福祉事務所を対象として実施したブロック会議アンケートの回答と、匿名医療保険等関連情報データベース、すなわち NDB における福祉事務所別の医療扶助関連集計データを用いた生態学的

研究を行った。

対象は、ブロック会議アンケートにおいて自治体区別に全数回答が得られていた政令指定都市および中核市とした。NDB において生活保護利用者数が一部マスクされていた自治体を除外し、最終的に 81 自治体を分析対象とした。NDB データは、被保護者健康管理支援事業の必須化前後にあたる令和元年度から令和 3 年度までの 3 年間の福祉事務所別医療扶助関連集計データを用いた。

アウトカムは、令和 7 年度時点における被保護者健康管理支援事業でのデータ利活用状況とした。具体的には、重複投薬対策として他法によるレセプトを確認しているか、また、被保護者への支援において他部署が保有する健康増進法に基づく健診データを活用しているかの 2 項目を用いた。説明変数として、NDB データから算出した 1 人当たり医療扶助費、糖尿病患者割合、75 歳以上割合、1 人当たり医療費の変化率等を用いた。解析では、自治体ごとの 3 年間平均値を代表値とし、修正ポアソン回帰分析により、データ利活用状況と自治体特性との関連を検討した。

研究 1-6-2 : 生活保護世帯の家計支出構造の変化

生活保護世帯の生活状況の推移を把握するため、厚生労働省が実施する社会保障生計調査の個票データを用いた観察研究を行った。分析対象期間は令和元年 1 月から令和 5 年 12 月までとし、生活保護を受給する世帯の月次データを分析単位とした。

主要アウトカムは、生活保護世帯の健康および生活の質を反映しうる支出項目とした。具体的には、健康関連支出として保健医療費、生活の質を反映する支出として教養娯楽費、食生活に関する支出として食料総額、野菜・海藻・果

物支出、菓子類支出を用いた。補助的アウトカムとして、光熱水道費、被服及び履物費、酒類支出、たばこ支出も把握した。

解析では、各支出項目の年次・月次推移を記述し、線形回帰モデルにより年次変化および月次変動を評価した。また、令和3年1月の被保護者健康管理支援事業導入期を含む期間について、家計支出構造の変化を検討した。ただし、同時期には新型コロナウイルス感染症の流行や物価変動等の外的要因が存在するため、本分析は事業単独の因果効果を識別するものではなく、導入期における時系列的関連を把握するものと位置づけた。

さらに、新型コロナウイルス感染症の流行に伴って給付された特別定額給付金を一時的な所得変化（現金給付の介入）とみなし、給付に対する消費反応を検討した。

（倫理面への配慮）

研究1における一連の研究は、京都大学医学部医の倫理委員会（R3356、R3565-1、R5204、R5600、）において承認を得て実施した。

研究2：被保護世帯の子どもの健康・生活実態を把握するフェイスシート開発：詳細はp50～およびp67～の分担研究報告書を参照

本研究では、被保護世帯の子どもおよび養育者の健康・生活状況を福祉事務所で体系的に把握し、支援につなげるための標準的なフェイスシートを開発することを目的とした。令和6年度に文献レビューおよび専門家の知見に基づいて作成された項目案を基盤とし、今年度は修正デルファイ法により、実務者間の合意形成を行った。

研究参加者は、査察指導員、ケースワーカー、保健師など、福祉事務所や関係機関に所属し、子どもの支援に携わった経験がある者、または

今後携わる可能性がある者とした。3回のアンケート調査をGoogleフォームまたは郵送で実施し、生活状況聞き取りフェイスシート、子ども回答フェイスシート、養育者回答フェイスシートの各項目について、5件法で適切性を評価した。第1・第2回調査では同意率70%未満の項目を中心に修正・削除し、第3回調査では同意率80%未満の項目を削除した。自由記述も項目の修正や表現の調整に用いた。

さらに、開発したフェイスシートの実施方法を当事者視点から検討するため、被保護世帯で育った若者2名を対象にインタビュー調査を行った。研究分担者がケースワーカー役、研究協力者が子ども役となる模擬面接を実施し、その後、質問項目の受け止め方、話しやすさ・話しにくさ、望ましい聞き方について聞き取りを行った。また、役割を交代した模擬面接と聞き取りも実施した。

（倫理面への配慮）

被保護者の健康状況に関する福祉事務所への質的研究とフェイスシート開発研究は、京都大学医学部医の倫理委員会（R3565-1、R5146）において承認を得ている。また当事者性を持つものや支援者へのインタビューは、大妻女子大学生命科学研究倫理委員会に申請し、承認を得た（07-041）。

研究3：被保護世帯の子どもの健康支援に関するケースワーカーに対する調査：詳細はp30～の分担研究報告書を参照

本研究では、生活保護世帯の子どもの健康支援において、ケースワーカーがどのような視点で支援の要否を判断しているのか、また支援実践上どのような困難や可能性を認識しているのかを明らかにすることを目的とした。

全国の福祉事務所に勤務する生活保護ケースワーカーを対象に、無記名 Web 調査を実施した。全国 1,304 か所の福祉事務所および出張所に調査協力依頼書を郵送し、各事務所1名のケースワーカーに回答を依頼した。実質的な到達先は1,262 か所であり、311 件の回答を得た。このうち有効回答は299 件で、実質回収率は23.7%であった。

調査票は、回答者属性、子どもの健康状態を把握するための記録活用状況、健康支援の要否判断に影響する視点、他機関連携の困難度、健康支援に関する自由記述から構成した。支援判断の視点については、子どもの健康状態、食生活、生活習慣、養育環境、養育者の状態等に関する24項目を用い、健康支援の要否判断への影響度を7件法で尋ねた。

分析は2つに分けて行った。第一に、支援判断に関する24項目について探索的因子分析を行い、ケースワーカーの支援判断を構成する因子構造を検討した。因子得点を用いて K-means 法によるクラスター分析を行い、支援判断スタイルを類型化した。第二に、自由記述6項目、計184件を対象に、KH Coder を用いた計量テキスト分析を実施した。自由記述は「困難に関する語り」と「可能性に関する語り」に分類し、共起ネットワーク、特徴語抽出、対応分析、Key Word In Context (KWIC) コンコーダンスにより、ケースワーカーが直面する困難と支援可能性の言説構造を検討した。

(倫理面への配慮)

本研究は新潟医療福祉大学研究倫理委員会の承認を受けて実施した(承認番号: 19435-241203)。

C. 研究結果

研究1：被保護世帯の健康・生活実態

研究1-1：被保護世帯の妊産婦・子どもの健康実態およびその関連要因に関する研究

研究1-1-1：被保護世帯の子どもにおける MR ワクチン第2期接種状況

2021年度から2024年度までのMRワクチン第2期接種対象児は112人であり、このうち接種者は71人であった。接種率は63.3%であり、市全体の2021年度から2023年度までの平均接種率91.5%と比較して顕著に低かった(図1-1-1A)。

一方で、112人中111人には、接種対象年に1回以上の外来受診歴が確認された。このことから、被保護世帯の子どもにおいてMRワクチン第2期の接種率は低いものの、医療機関との接点そのものが乏しいわけではないことが示された。

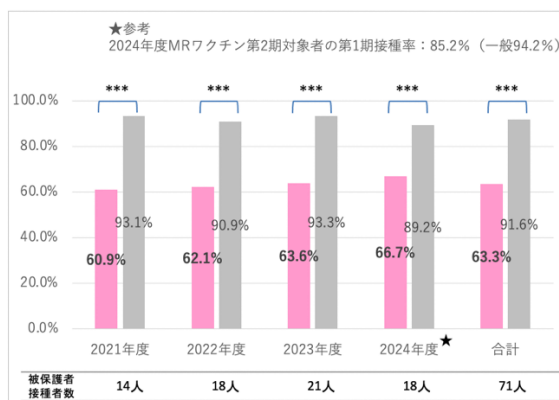


図1-1-1A：各年の被保護世帯の子どもと子ども全体のMRワクチン2期の接種率の違い(ピンク色が被保護世帯の子ども、グレーが市の子どもの全体) *** p<0.01

属性別にみると、世帯主の就労の有無や生活保護の開始時期による接種率の明確な差は認められなかった。世帯構成別では、母子世帯できょうだいがいない場合の接種率は73.7%、母子世帯できょうだいがいる場合は62.7%、両親

がそろっている世帯では 80.0%であった。一方、三世帯世帯等、両親以外の親族が同居する世帯では 27.3%と低かった。

接種者の接種月をみると、接種者 71 人のうち 22 人、すなわち 31.0%が 3 月に接種を受けていた。特に 3 月下旬に 14 人が接種しており、接種期限直前に接種する行動が多くみられた (図 1-1-1B)。

④ 月別接種率 (2021~2024年度)

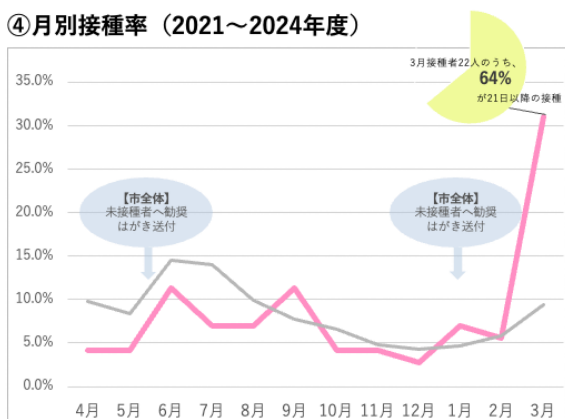


図 1-1-1B：対象となった被保護世帯の子どもの各月の接種行動 (ピンク色が被保護世帯の子ども、グレーが市の子どもの全体 各月の接種数の全接種数に占める割合)

また、被保護者の居住小学校区による接種率と連動した被保護世帯の接種率の差も示唆された (図 1-1-1C)。

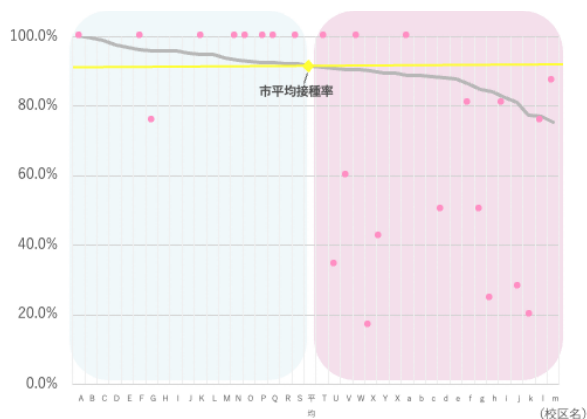


図 1-1-1C：対象となった被保護世帯の子どものが居住する小学校区ごとの接種率 (ピンクのプロットが当該校区に住む被保護世帯の子どもの接種率、グレーが市の子どもの全体の接種率)

多変量ロジスティック回帰分析では、母親の出

産時年齢が若いほど、子どもの MR ワクチン第 2 期接種率が低い傾向がみられた。母親の出産時年齢が 35 歳以上の群と比較して、25 歳未満の群の調整済みオッズ比は 0.27 (95%信頼区間: 0.06-1.30, p=0.10) であり、25 歳以上 35 歳未満の群の調整済みオッズ比は 0.37 (95%信頼区間: 0.08-1.69, p=0.20)、p 値は 0.20 であった。また、居住小学校区全体の接種率が低い地域に住む被保護世帯の子どもほど、接種していない傾向がみられた。小学校区全体の接種率が 90%以上の地域に住む子どもと比較して、接種率が 80%未満の校区に住む子どもの調整済みオッズ比は 0.17 (95%信頼区間: 0.02-1.11, p=0.06) であり、接種率が 80%以上 90%未満の校区に住む子どもの調整済みオッズ比は 0.44 (95%信頼区間: 0.12-1.56, p=0.20) であった。世帯構成については、両親がいる世帯と比較して、ひとり親世帯の調整済みオッズ比は 0.26 (95%信頼区間: 0.04-1.85, p=0.18) であった。また、三世帯世帯等の複雑な世帯構成では調整済みオッズ比が 0.04 (95%信頼区間: 0.001-0.58, p=0.02) であり、接種率が有意に低かった (表 1-1-1)。

以上より、被保護世帯の子どもにおける MR ワクチン第 2 期接種率は市全体と比べて低く、特に母親の出産時年齢、世帯構成、居住地域の接種状況が接種行動と関連している可能性が示された。

表 1-1-1: 被保護世帯の子どもの予防接種に関連する要因：マルチレベルロジスティック回帰分析の結果

	調整済み オッズ比	95%信頼区間	
母親の年齢区分			
35歳以上	参照		
25歳未満	0.27	0.06	1.30
25歳以上	0.37	0.08	1.69
校区接種率			
90%以上	参照		
80%未満	0.17	0.02	1.11
80%以上	0.44	0.12	1.56
90%未満			

世帯の就労				
なし	参照			
あり		1.14	0.36	3.56
世帯構成				
両親あり	参照			
ひとり親		0.26	0.04	1.85
その他		0.04	0.00	0.58
子どもの性別				
男児	参照			
女児		1.66	0.59	4.69
出生順				
第1子	参照			
第2子以降		0.67	0.22	2.05
子どもの障害等認定				
なし	参照			
あり		2.40	0.29	19.71
年度				
2021	参照			
2022		0.98	0.22	4.41
2023		1.75	0.36	8.49
2024		2.05	0.44	9.45

母親の多くは世帯主であり、42人、70.0%が本人を世帯主とする世帯であった。一方、配偶者が世帯主である者は7人、11.7%であった。観察期間中に就労していた者は21人、35.0%であり、精神障害者保健福祉手帳を所持していた者は7人、11.7%であった。

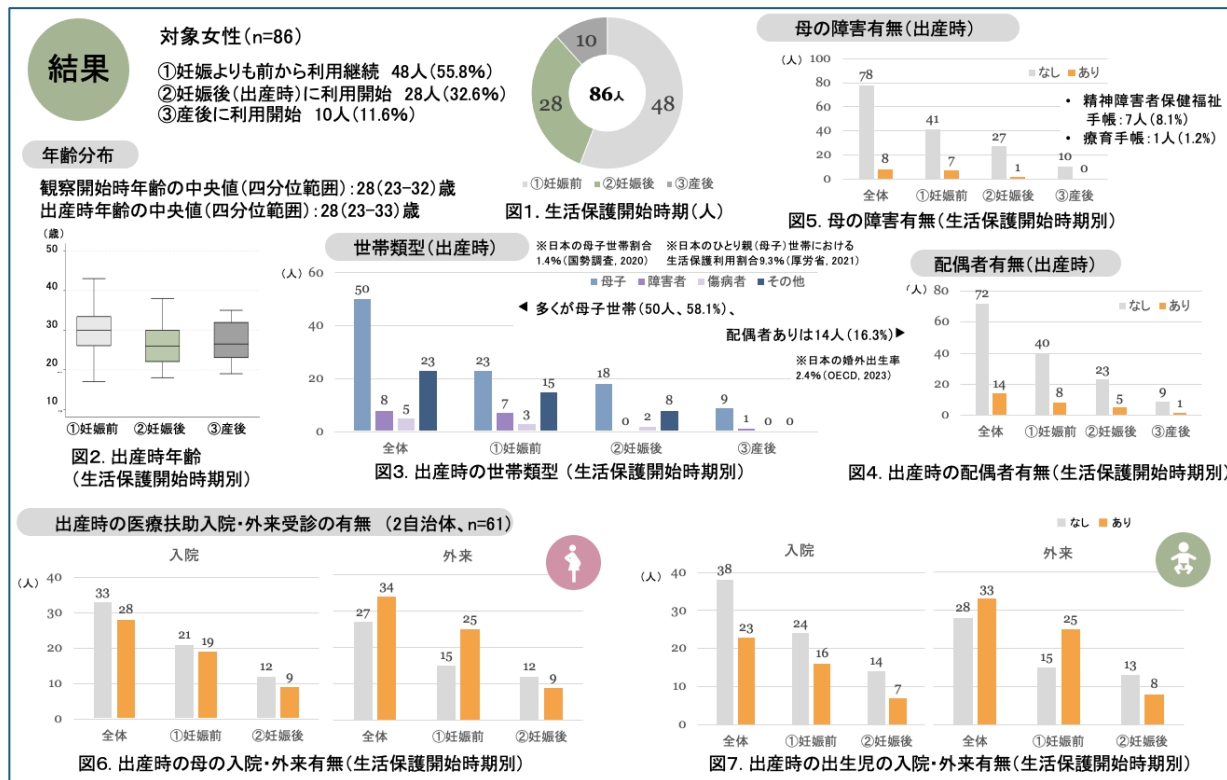
生活保護の利用開始時期をみると、出産と同時期に生活保護の利用を開始した者は24人、40.0%であり、出産以前から生活保護を継続して利用していた者は36人、60.0%であった。出産月に医療扶助による入院歴があった母親は28人、46.7%であり、出生月に医療扶助を利用していた出生児は30人、50.0%であった。

医療扶助の利用と母親や世帯の特性との間に明確な傾向は認められなかった。しかし、個別事例の検討では、早産や出産直前に生活保護利用を開始した事例など、妊娠期から出産・出生直後にかけて支援上の困難が想起されるケースが確認された(図1-1-2)。

研究 1-1-2：生活保護利用期間中に出産を経験した女性と出生児に関する分析

6市町村において、生活保護利用期間中に出産を経験した母親60人と、その出生児60人を抽出した。母親の出産時年齢の中央値は29歳、四分位範囲は24歳から33歳であった。

図 1-1-2：出産を経験する被保護者女性に関するまとめ



これらの結果から、生活保護利用期間中に出産を経験する女性には、若年での出産、単独で世帯主となる状況、精神障害、就労の不安定さ、出産と同時期の生活保護開始など、妊娠・出産・養育をめぐる複合的な支援ニーズを有する者が含まれることが示された。

研究 1-1-3：中学校給食導入が被保護世帯の子どもの医療利用に与える影響に関する分析

中学校給食が導入された自治体 A の被保護世帯の中学生 228 人と、すでに中学校給食が導入済みであった自治体 B の被保護世帯の中学生 185 人を比較した。

給食導入前には、介入群である自治体 A の 1 人・月あたりの診療日数および診療報酬点数は、対照群である自治体 B よりも一貫して低かった。しかし、中学校給食導入後には、自治体 A において 1 人・月あたりの診療日数および診療報酬点数がともに上昇し、介入群と対照群の差は縮小した。

差分の差分法による推定では、中学校給食の導入により、1 人・月あたりの診療日数は約 0.23 日増加しており、p 値は 0.007 であった。また、1 人・月あたりの診療報酬点数は約 602 点増加しており、保険点数換算で約 6,000 円相当の増加であった。p 値は 0.050 であった。

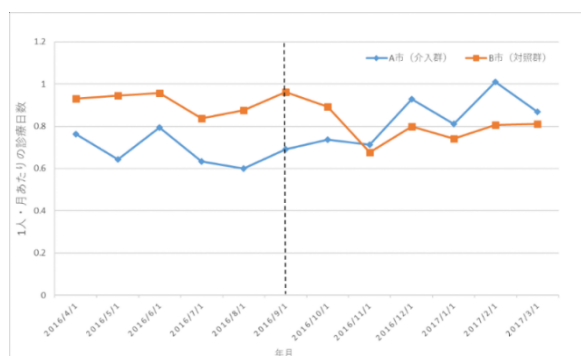


図 1-1-3：中学校給食導入群（介入群）とすでに実施していた群（対照群）の 1 人・月あたりの診療日数が均衡するようになった。青：介入群、橙：対照群

これらの結果から、中学校給食導入後には、被保護世帯の中学生における医療利用水準が対照自治体に近づき、両自治体間の医療利用の差が縮小したことが示された。中学校給食の導入は、栄養状態や学校生活上の支援にとどまらず、被保護世帯の子どもが医療につながる機会や健康状態の把握にも影響した可能性がある。

研究 1-2：高齢被保護者の健康実態に関する研究

研究 1-2-1：高齢被保護者を対象としたフレイル調査

フレイル調査の回答者は 681 人であった。平均年齢は 80.1 歳、標準偏差は 3.85 歳であり、女性が 373 人、54.8%、男性が 308 人、45.2% であった。

現在の健康状態については、「ふつう」が 337 人、49.5% で最も多く、「あまりよくない」が 172 人、25.3%、「よくない」が 25 人、3.7% であった。「よい」または「まあよい」と回答した者は 102 人、15.0% であり、自身の健康状態を良好と評価する者は限定的であった。

生活満足度については、「満足」が 115 人、16.9%、「やや満足」が 314 人、46.1% であり、あわせて約 6 割が一定の満足を示していた。一方で、「やや不満」が 176 人、25.8%、「不満」が 42 人、6.2% であり、約 3 割には生活への不満がみられた。

栄養・口腔機能に関する項目では、1 日 3 食食べている者は 492 人、72.2% であった一方、181 人、26.6% は 1 日 3 食食べていなかった。固いものが食べにくいと回答した者は 324 人、47.6%、お茶や汁物等でむせると回答した者は 184 人、27.0% であった。また、半年間で 2～3kg 以上の体重減少があった者は 159 人、23.3% であった。

身体機能に関する項目では、歩く速度が遅く

なると回答した者が483人、70.9%と高い割合を占めた。過去1年間に転倒した者は182人、26.7%であり、週1回以上運動している者は395人、58.0%であった一方、276人、40.5%は週1回以上の運動をしていなかった。

社会参加・社会的つながりに関する項目では、週に1回以上外出している者は576人、84.6%であった一方、84人、12.3%は週1回以上外出してなかった。家族や友人との付き合いがある者は471人、69.2%であり、200人、29.4%は付き合いがないと回答した。身近に相談できる人がある者は493人、72.4%であったが、182人、26.7%は相談できる人がいないと回答した。

健診受診歴については、健診を受診していた者は64人、9.4%にとどまり、617人、90.6%は健診受診歴がなかった。

フレイル判定では、フレイルに該当した者は284人、41.7%であり、該当しない者は248人、36.4%であった。未回答項目があるため判定不能であった者は149人、21.9%であった（別添表1-2-1Aを参照（p26））。

性別にみると、男性では女性と比較して、1日3食食べていない者、半年間で2~3kg以上の体重減少があった者、現在喫煙している者、家族や友人との付き合いがない者、身近に相談できる人がいない者の割合が高かった。フレイル該当割合も、女性38.1%に対し男性46.1%であり、男性で高かった（別添表1-2-1Bを参照（p28））。

居住圏域別にみると、平均年齢に大きな差は認められなかった。歩く速度が遅いと回答した者の割合や健診受診歴には圏域差がみられたが、フレイル該当割合そのものには統計学的に有意な地域差は認められなかった。いずれの圏域においても、歩行速度低下や健診未受診の割合が高く、高齢被保護者全体に共通する健康支援上の課題が示された。

研究 1-2-2：郵送調査回答者の代表性に関する分析

中核市 X の日常生活圏域ニーズ調査において、サンプリング対象となった高齢者は6,150人であった。うち回答が得られた者は3,326人であり、全体の回答率は54.1%であった。

サンプリング対象者のうち、被保護者は162人であり、そのうち79人が調査に回答していた。被保護者の回答率は48.8%であり、調査全体の回答率54.1%を下回っていた。

社会経済状況別に回答率を比較したところ、全体の回答率と比較して、被保護者の回答率が最も低く、次いで住民税非課税の低所得群、均等割のみ課税の低所得群で回答率が低かった。すなわち、社会経済的に不利な状況にある高齢者ほど、郵送調査に回答しにくい傾向が認められた（図1-2-2A）。

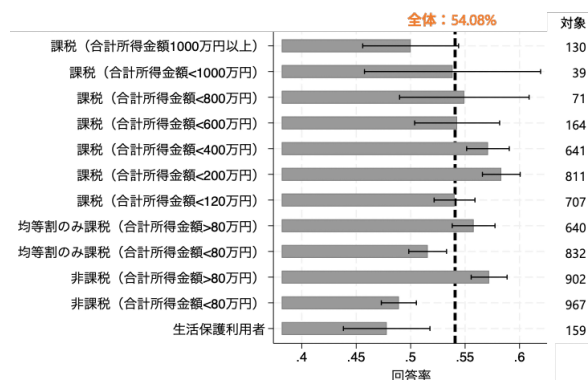


図1-2-2A：介護保険料区分に基づく所得区分と被保護者（生活保護利用者）の調査回答率の違い

さらに、生活保護利用者に限定して分析したところ、独居の利用者は、同居者のいる利用者よりも回答している傾向がみられた。独居の生活保護利用者の回答率比は1.48（95%信頼区間1.02-2.13、 $p=0.04$ ）であった（図1-2-2B）。

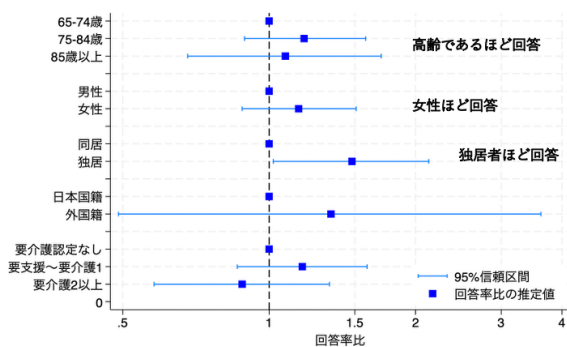


図 1-2-2B：被保護者における調査回答率の規定要因：多変量ポアソン回帰分析の結果

これらの結果から、高齢者を対象とした一般的な社会調査では、被保護者や住民税非課税者など、社会経済的に不利な状況にある高齢者の声が十分に反映されにくいことが示された。特に、被保護者の中でも同居者のいる者は回答が得られにくく、郵送調査の結果をもとに高齢者全体の健康・生活実態を解釈する際には、非回答による選択バイアスに留意する必要がある。

研究 1-3：精神科に長期入院する被保護者の実態に関する研究

X 市の対象者 85 人に係る総医療扶助費は年間約 4.7 億円であり、全医療扶助費の約 5% を占めていた。対象者 1 人あたりの平均医療扶助費は年間約 500 万円であった。性別は男性 31 人、女性 54 人であり、女性が多かった。対象者の平均年齢は 65.9 歳であり、年齢階級別では 60 歳代が 22 人で最も多かった。20 歳代以下の者はいなかった (図 1-3A)。

一方、長期入院開始時の平均年齢は 54.3 歳であり、入院開始時の年齢階級では 40 歳代が 22 人で最も多かった。長期入院開始時点では 20 歳代以下の者も 6 人含まれていた。平均入院期間は 4,409 日であり、きわめて長期にわたる入院が継続していた (図 1-3A)。

主診断は ICD-10 分類の F2、すなわち統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害に該

当する者が 65 人で最も多かった。入院形態は医療保護入院が 43 人、任意入院が 41 人であり、両者がほぼ同程度であった (図 1-3A)。

障害者手帳の所持状況については、精神障害者保健福祉手帳 1 級の所持者が 28 人、2 級の所持者が 29 人であった。3 級の所持者はいなかった。また、療育手帳所持者は 5 人、身体障害者手帳所持者は 9 人であった (図 1-3A)。

住居の状況をみると、住居がある者は 11 人にとどまった。これらの者はいずれも、入院中の本人以外に世帯員がいる世帯であった。すなわち、多くの対象者では、退院後に戻ることのできる住居が確認されなかった (図 1-3A)。

精神疾患入院可否意見書における「入院外医療が困難な理由」をみると、医療上の問題としては、「病状不安定」が 66 人で最も多く、次いで「服薬管理」が 50 人であった。また、「問題行動」、すなわち暴言、暴力、粗暴行為、迷惑

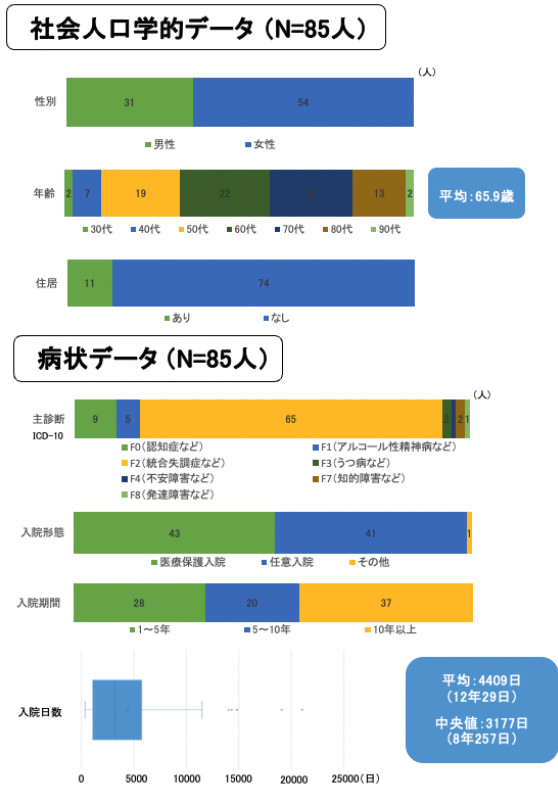


図 1-3A：精神科長期入院を経験する被保護者の社会人口学的要因および病状・入院日数の分布：記述統計

行為、衝動行為、多飲水等が 38 人、「身体的合併症」が 24 人であった（図 1-3B）。

医療上の問題以外では、「日常生活に指導を要する」が 50 人、「家族の受け入れが困難」が 36 人、「住居確保が困難」が 27 人であった。また、過去に施設入所等の経験がある者は 23 人、27%であった。地域生活や施設生活への移行を経験した者も一定数存在したものの、再び、あるいは継続して精神科病床での長期入院に至っている者が含まれていた。一方で、令和元年度以降に新たに長期入院に至った者は 7 人のみであり、対象者の多くはそれ以前から長期にわたり入院していた（図 1-3B）。

入院外医療が困難な理由

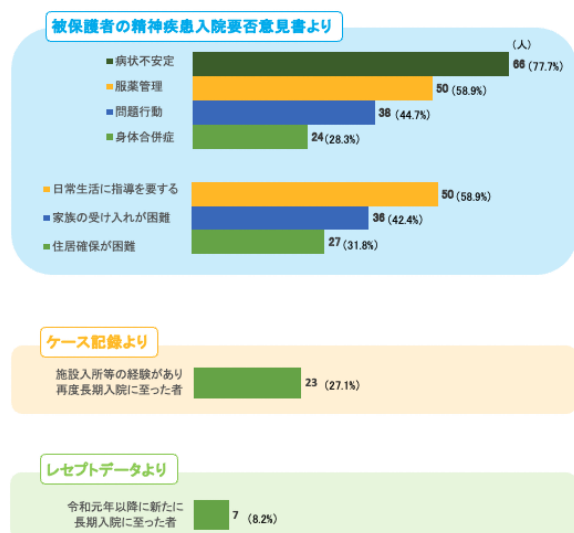


図 1-3B：精神科長期入院を経験する被保護者の精神疾患入院要否意見書、ケース記録のまとめと入院時期の検討：記述統計

研究 1-4：医療扶助による睡眠薬等の処方に関連要因に関する研究

分析対象となった被保護者 4,155 人のうち、睡眠薬等の処方があった者は 1,439 人であり、全体の 34.6%であった。

マルチレベルポアソン回帰分析の結果、地域

レベルの社会参加が 1 標準偏差高い場合の睡眠薬等処方ありのリスク比は 0.97 (95%信頼区間 0.91-1.03)。地域レベルの社会的凝集性が 1 標準偏差高い場合のリスク比は 1.03 (95%信頼区間 0.96-1.10)、地域レベルの互酬性が 1 標準偏差高い場合のリスク比は 0.98 (95%信頼区間 0.93-1.03) であった。

いずれの地域ソーシャル・キャピタル指標についても、被保護者における睡眠薬等の処方有無との明確な関連は認められなかった。

研究 1-5：被保護者の健康支援に資するアルゴリズム開発に関する研究

中核市 X の子どもの生活状況聞き取り調査の回答者 307 人のうち、男子は 166 人、54.1%、女子は 141 人、45.9%であった。年齢階級では、7～12 歳が 137 人、44.6%で最も多く、次いで 13～15 歳が 80 人、26.1%、3～6 歳が 63 人、20.5%、0～2 歳が 27 人、8.8%であった。主観的健康観については、「良い」が 284 人、92.5%であり、多くの子どもで健康状態は良好と評価されていた。一方で、病気ありとされた者は 89 人、29.0%であった。病名としては、発達障害、自閉スペクトラム症、注意欠如・多動症が 21 人、6.8%、喘息・アレルギーが 20 人、6.5%、耳鼻科疾患が 9 人、2.9%、精神疾患が 4 人、1.3%などであった。医療利用については、受診頻度が「なし、その他を含む」とされた者が 247 人、80.5%であり、定期的な受診をしている者は一部に限られていた。一方で、かかりつけ医がある者は 173 人、56.4%であり、122 人、39.7%はかかりつけ医がないと回答していた。学校適応に関する項目では、欠席頻度について「なし」が 270 人、88.0%、遅刻頻度について「なし」が 282 人、91.9%であり、多くの子どもでは欠席や遅刻は認められなかった。一方で、毎日または長期の欠席がある者は 19 人、6.2%、週 2

回以上遅刻している者は 13 人、4.2%であり、一部に学校生活上の困難を有する子どもが存在した。生活習慣については、入浴習慣が毎日ある者は 267 人、87.0%、歯磨き習慣がある者は 268 人、87.3%であった。食事回数は 1 日 3 回が 257 人、83.7%で最も多かった。一方で、1 日 2 回以下、決まっていない、または欠損を含む者も一定数認められ、生活習慣の不安定さを有する子どもが含まれていた（表 1-5）。

以上より、回答者全体では主観的健康観、学校適応、生活習慣において比較的良好な指標が多くみられた一方で、一部には疾患、医療利用、欠席・遅刻、食事回数の不足等の課題を有する子どもが存在した。

表 1-5：X 市の被保護世帯の子どもの生活状況聞き取りデータの記述統計量（n=307）

変数	カテゴリー	n (%)
性別	男子	166 (54.1)
	女子	141 (45.9)
年齢	0～2 歳	27 (8.8)
	3～6 歳	63 (20.5)
	7～12 歳	137 (44.6)
	13～15 歳	80 (26.1)
主観的健康観	良い	284 (92.5)
	悪い	16 (5.2)
	未回答	7 (2.3)
病気の有無	あり	89 (29.0)
	なし	209 (60.1)
	未回答	9 (2.9)
病名	発達障害、ASD、ADHD	21 (6.8)
	喘息、アレルギー	20 (6.5)
	耳鼻科疾患（中耳炎など）	9 (2.9)
	精神疾患（摂食障害、適応障害など）	4 (1.3)
	眼科疾患（斜視、乱視など）	3 (1.0)
	てんかん	3 (1.0)
	内分泌・血液疾患	2 (0.7)
	その他	20 (6.5)
	なし	225 (73.3)
	受診頻度	月 1 回以上
2～3 か月ごと		7 (2.3)
年 1～3 回		11 (3.6)
年 4～6 回		8 (2.6)
不定期		6 (2.0)

	なし（その他を含む）	247 (80.5)
かかりつけ医	あり	173 (56.4)
	なし	122 (39.7)
	未回答	12 (3.9)
手帳の名称	療育手帳	20 (6.5)
	精神障害者保健福祉手帳	10 (3.3)
	なし	277 (90.2)
	未回答	
欠席頻度	毎日・長期	19 (6.2)
	週 2～4 回	11 (3.6)
	週 1 回	7 (2.3)
	なし	270 (88.0)
遅刻頻度	週 2 回以上	13 (4.2)
	週 1 回	6 (2.0)
	月 1 回	6 (2.0)
	なし	282 (91.9)
入浴習慣	毎日	267 (87.0)
	2 日に 1 回	11 (3.6)
	不規則	9 (2.9)
	未回答	20 (6.5)
歯磨きの習慣	あり	268 (87.3)
	なし	15 (4.9)
	未回答	24 (7.8)
虫歯の有無	あり	52 (16.9)
	なし	201 (65.5)
	未回答	54 (17.6)
スマートフォン	所有あり	160 (52.1)
	所有なし	126 (41.0)
	未回答	21 (6.8)
食事回数	3 回	257 (83.7)
	2 回	27 (8.8)
	1 回	3 (1.0)
	それ以外	3 (1.0)
	決まっていない	6 (2.0)
	欠損値	11 (3.6)

これらのデータから形成された 5 つサブ集団は、それぞれ異なる健康・生活上の特徴を示した。

グループ 1：乳幼児・生活安定群

グループ 1 は、0～6 歳の低年齢層を中心とし、食事習慣等の基本的な生活習慣が比較的安定している群であった。明確な健康課題や学校生活上の課題は目立たず、養育環境や生活リズムが一定程度維持されている子どもたちと考えられた。

グループ 2：疾患・生活不安定群

グループ 2 は、13～15 歳の思春期の子ども

を中心とし、疾患を有することに加えて、食事習慣の不規則性、欠席の多さ、主観的健康観の不良が同時に認められる群であった。健康面と生活面、学校適応上の課題が重なっており、支援の必要性が高い子どもたちであると考えられた。

グループ3：発達・医療依存群

グループ3は、発達障害やてんかん等の疾患を有し、精神障害者保健福祉手帳や療育手帳の所持、定期的な医療受診が認められる群であった。すでに医療や福祉サービスとの接点を有しており、継続的な支援や関係機関との連携が必要な子どもたちであると考えられた。

グループ4：生活困難・未受診群

グループ4は、食事回数の不足、欠席や遅刻の多さ、医療受診なし、かかりつけ医の不在などを特徴とする群であった。明確な疾患が把握されていないにもかかわらず、生活基盤の脆弱さや医療へのつながりにくさが認められた。この群は、医療機関の受診歴や診断名を中心とした把握では見落とされやすい可能性がある。生活習慣や学校生活、医療アクセスに関する情報を組み合わせて把握することで、支援未介入の子どもを早期に発見できる可能性が示された。

グループ5：心理社会的課題群

グループ5は、小学生から中学生の女子に多く、精神疾患の存在や生活習慣の不規則性が認められる群であった。心理的・社会的な困難を抱えている可能性があり、医療的支援に加えて、学校、家庭、福祉、心理的支援を含む多面的な支援が必要な子どもたちであると考えられた。

以上のように、本報告書の研究2で開発した子どもを対象に聴取するフェイスシートは、子どもたちの特徴をアルゴリズムにより想起しやすい集団へとグルーピングすることが可能になることが示唆された。しかしながら、回収

数が十分でなかったことと、入院等のイベントの発生が少なかったことから予測モデルの構築までは確立できなかった。成人を含め被保護者のフェイスシートデータ等をより広く収集することができれば、被保護者像をより明確にし、優先して支援すべき被保護者を抽出することが可能になると期待される。

研究1-6：公的データを活用した被保護者健康管理支援事業の検証

研究1-6-1：自治体におけるデータ利活用状況と地域特性の関連

分析対象となった81自治体のうち、令和7年度時点で、重複投薬対策として他法によるレセプト確認を実施していた自治体は21自治体、25.9%であった。また、被保護者への支援において健康増進法に基づく健診データを活用していた自治体は60自治体、74.1%であった。

修正ポアソン回帰分析の結果、重複投薬対策としての他法レセプト確認の実施は、1人当たり医療扶助費が高い自治体で多い傾向が認められた。連続変数として扱った1人当たり医療費は、事業実施と正の関連を示し、IRRは1.008（95%信頼区間は1.003-1.014）であった。1人当たり医療費を五分位カテゴリで扱った分析では統計学的に有意な差は認められなかったものの、最上位の第5五分位で実施割合が高い傾向がみられた。

一方、健康増進法に基づく健診データの活用については、1人当たり医療扶助費との明確な関連は認められなかったが、糖尿病患者割合と正の関連が認められた。糖尿病患者割合が高い自治体ほど健診データを活用している傾向があり、IRRは1.08（95%信頼区間1.00-1.15）であった。

これらの結果から、医療扶助費が高い自治体では重複投薬対策としてのデータ利活用が、糖

尿病患者割合が高い自治体では健診情報を用いた健康支援が実施されている可能性が示された。

研究 1-6-2：生活保護世帯の家計支出構造の変化

社会保障生計調査の個票データを用いた分析では、令和元年を基準とした場合、保健医療費は令和2年以降すべての年で有意に増加していた。光熱水道費も令和3年以降に有意な増加が認められた。一方、教養娯楽費は令和3年以降に減少傾向を示し、特に令和3年および令和4年には有意な減少が確認された。

食料総額は令和2年以降段階的に増加していたが、その内訳には異なる傾向がみられた。菓子類支出は令和2年以降一貫して有意に増加しており、野菜・海藻・果物支出も一定の増加を示したが、その増加幅は年次とともに縮小する傾向がみられた。また、被服及び履物費は令和4年以降に有意な減少が認められ、たばこ支出は令和4年以降に有意な増加が認められた。

子育て世帯についてみると、実収入総額に占める保健医療費の割合が5%未満である世帯は、いずれの年度でも95%前後で推移しており、年度間で大きな変動は認められなかった。一方、実収入総額に占める食料費の割合が20%以上である子育て世帯の割合は、令和元年度の12%から令和5年度には16.4%へと増加傾向を示した。特に、母子世帯では世帯構成により食料費の推移に違いがみられた。

特別定額給付金による一時的な所得増加に対する消費反応を差分の差分法で検討したところ、給付前後1か月の分析では教養娯楽費が有意に増加した。給付前後3か月平均の分析では、教養娯楽費に加えて、野菜・海藻・果物支出、菓子類支出にも有意な増加が認められた。

以上より、家計支出を指標とした場合、被保護者健康管理支援事業の導入に対応する明確な変化は現時点では十分に確認されなかった。一方で、追加的な給付は、教養娯楽費など生活の質に関わる支出や、食品支出の一部の増加と関連する可能性が示された。

研究2：子どもフェイスシート開発

修正デルファイ法では、研究協力を依頼した53名のうち49名から回答を得た。参加者はケースワーカー25名、査察指導員10名、保健師9名を中心としており、福祉事務所に所属する者が大多数であった。子どもと養育者の双方を支援した経験がある者は31名であった。

3回の調査を通じて、各フェイスシートの項目は段階的に精選された。生活状況聞き取りフェイスシートは29項目から17項目へ、子ども回答フェイスシートは36項目から24項目へ、養育者回答フェイスシートは11項目から10項目へ整理された。

生活状況聞き取りフェイスシートでは、睡眠、食事、身の回りの生活、通学、放課後の活動、家庭での学習、スマートフォンの利用、家族との関わりなど、子どもの生活の基本構造と社会的関係を把握する項目が最終的に残された。一方、実務者からは「質問数が多い」「細かすぎると回答しにくい」といった意見があり、現場での聞き取り負担を考慮して項目が絞り込まれた。

子ども回答フェイスシートでは、子ども自身の健康状態、医療受診、身体症状、日常生活、学校生活、困りごと等を把握する項目が採択された。一方、歯科関連項目は同意率が基準に達せず、最終的には削除された（なお、歯科関連項目は依然として重要であり、分担研究報告書において、その支援方法をレビューした結果を掲載した：p71を参照）。養育者回答フェイスシ

ートでは、子どもの健康状態、発達、養育状況に関する項目が高い評価を受け、ほとんどの項目が維持された。

当事者インタビューでは、フェイスシートは「あったらよい」と肯定的に受け止められた。一方で、質問の仕方によっては子どもが警戒心や不信感を抱く可能性があり、一問一答形式で情報を収集するのではなく、会話を重視しながら関係形成を進めることが重要であると示された。また、円グラフ等を用いて一緒に生活状況を整理する方法、筆談やイラストを用いたコミュニケーション、安心して話せる面談環境の設定、質問順序への配慮が必要であることが示された。

最終的に、本研究では、生活状況聞き取りフェイスシート、子ども回答フェイスシート、養育者回答フェイスシートの確定版に加え、フェイスシート活用ガイド、各項目の解説と活用例、実務者へのヒアリング結果が作成された。これらは、福祉事務所において被保護世帯の子どもの状況を体系的かつ効率的に把握し、支援につなげるための実践ツールとして位置づけられる。

研究3:被保護世帯の子どもの健康支援に関するケースワーカーに対する調査

1) 回答者の特徴

回答者299名のうち、年齢は20代が95名、31.8%で最も多く、次いで30代が89名、29.8%であった。通算経験年数は5年未満が235名、78.6%と大多数を占めていた。社会福祉士資格を有する者は73名、27.3%であった。勤務地域は3級地、すなわち地方部が171名、57.4%で最も多かった。子どもへの年間接触回数は年2回、すなわち法定最低回数が161名、54.8%であり、過半数のケースワーカーが子どもとの接触頻度は最低限にとどまっていた。

2) ケースワーカーの支援判断構造

支援判断に関する24項目について探索的因子分析を行った結果、3因子構造が抽出された。分析の適合性は良好であり、Kaiser-Meyer-Olkin(KMO)指標は0.927、累積寄与率は67.6%であった。

第1因子は、間食、メディア視聴、偏食、外遊び、食事時間の規則性、加工食品、歯磨き、睡眠、入浴、欠食などに関する項目で構成され、「生活習慣・日常生活管理」と命名された。第2因子は、養育者の精神的疲弊、肉体的疲労、子育てへの関心、家庭内環境等に関する項目で構成され、「養育環境・保護者要因」と命名された。第3因子は、子どもの言動、既往歴・現病歴、保護者との意思疎通、発育状況に関する項目で構成され、「発達・コミュニケーション」と命名された。各因子のCronbach's α 係数はいずれも0.80以上であり、内的一貫性は良好であった。因子得点を用いたクラスター分析では、支援判断スタイルは3類型に分類された。第1は「標準型」で、94名、57.0%を占め、3因子すべての得点が平均的であった。第2は「包括的支援志向型」で、41名、24.8%を占め、生活習慣、養育環境、発達・コミュニケーションのいずれの観点にも積極的に着目する傾向がみられた。第3は「支援関与低位型」で、30名、18.2%を占め、3因子すべての得点が低く、健康支援アセスメントへの関与が全般的に乏しい特徴を示した。

3) ケースワーカーが認識する困難と可能性

自由記述の計量テキスト分析では、ケースワーカーが語る困難は、「情報入手の困難」「支援実践の困難」「連携の困難」という三層構造として整理された。情報入手の困難では、保護者が保持する記録の閲覧や他機関が保有する情

報の共有において、同意取得、プライバシー、閲覧許可、情報提供の難しさが語られていた。支援実践の困難では、医学的知識の不足、業務量の多さ、時間的制約、子ども本人への聞き取りの難しさなどが示された。連携の困難では、関係機関との役割分担、情報共有、業務範囲、時間的制約が課題として挙げられた。

一方、可能性に関する語りは、「連携の成功」と「可能性の展望」という二層構造を示した。連携がうまくいく場合には、機関同士の抽象的な連携というよりも、特定の担当者を介した顔の見える関係や継続的なやりとりが重要であることが示唆された。また、保健領域との連携は、成功事例としてよりも今後の可能性として語られており、子どもの健康支援における保健部門との連携が十分に制度化されていないことが示された。

支援判断スタイル別に自由記述をみると、「支援関与低位型」では「無い」「特に」といった語が特徴的に出現した。Key Word In Context (KWIC) コンコーダンスによる分析では、これらの語りは単なる関心の低さではなく、ケースワーカー個人の専門性や知識の不足、組織としての実践資源の不足、制度的な支援基盤の不足という三層の構造的不在を反映していると解釈された。

D. 考察

本研究班では、被保護者健康管理支援事業の主な対象となっている 40 歳以上の被保護者に限定せず、妊産婦、子ども、若年成人、高齢者、長期入院者、精神的健康課題を抱える者など、多様なライフステージと生活状況にある被保護者の健康状態や健康課題について検討した。その結果、被保護者の健康課題は、特定の年齢層や疾病に限定されるものではなく、出生前後、子ども期、思春期、成人期、高齢期にわたって

連続的に存在し、生活環境、家族関係、地域資源、制度利用状況、支援者との接点によって大きく影響を受けることが示された。

第一に、被保護世帯の子どもや妊産婦については、医療扶助データのみでは把握しきれない健康・生活課題が存在することが明らかとなった。MR ワクチン第 2 期の接種率は市全体と比較して低く、しかも対象児のほとんどに外来受診歴があったことから、医療機関との接点があることと、予防接種や予防的支援につながることは同義ではないことが示された。また、生活保護利用期間中に出産を経験した女性には、若年での出産、出産と同時期の生活保護開始、精神障害、就労の不安定さなど、妊娠・出産・養育をめぐる複合的な支援ニーズを有する者が含まれていた。さらに、中学校給食導入後に被保護世帯の中学生の医療利用が増加した結果は、学校を基盤とした生活支援施策が、栄養や学校生活だけでなく、健康把握や医療アクセスにも影響しうることを示唆している。

第二に、高齢被保護者については、既存の高齢者保健事業から抜け落ちやすい集団であることが改めて確認された。被保護者は後期高齢者医療制度のフレイル調査の対象外となるため独自に調査を実施した結果、回答者の約 4 割がフレイルに該当し、歩行速度の低下、口腔機能の低下、体重減少、運動不足、社会的つながりの乏しさ、健診未受診など、複数の健康・生活課題が確認された。特に男性では、1 日 3 食食べていない者、体重減少を経験した者、喫煙者、家族や友人との付き合いがない者、相談相手がいない者が多く、フレイル該当割合も高かった。一方で、郵送調査の代表性に関する分析からは、被保護者集団は、一般的な高齢者調査に回答しにくい傾向があることも示された。したがって、郵送調査に回答した者のデータのみをもって高齢被保護者全体の実態を評価する

ことには限界があり、回答しにくい層に到達するための把握方法が必要である。

第三に、精神科病床に長期入院する被保護者の分析からは、医療上の課題と生活・社会的課題が重なることで、精神科病院が事実上の療養・生活の場として固定化している可能性が示された。対象者の平均入院期間は極めて長く、主診断は統合失調症圏が大半を占めていたが、入院外医療が困難な理由としては、病状不安定や服薬管理だけでなく、日常生活に指導を要すること、家族の受け入れ困難、住居確保困難などが多く挙げられていた。住居がある者は少なく、多くの対象者では退院後の生活基盤が十分に確保されていなかった。このことは、長期入院者の地域移行を進めるためには、医療的支援だけでなく、住まい、生活支援、家族以外の社会的サポート、障害福祉サービス等を一体的に整備する必要があることを示している。ただし、令和元年以降に長期入院に至っているものは少なく、古くからの長期入院者への対応が課題であると言える。

第四に、睡眠薬、抗精神病薬、抗うつ病薬等の処方に関する分析では、被保護者の約3分の1に睡眠薬等の処方が医療扶助レセプトデータから確認された一方で、居住地域ソーシャル・キャピタルとの明確な関連は認められなかった。この結果は、昨年度報告した多剤処方と整合しなかった。これは、被保護者における睡眠薬等の処方を医療扶助のみで特定していることが影響している可能性がある。自立支援医療のレセプトデータからより被保護者個々の精神科治療薬の実態を捉える必要があるかもしれない。したがって、睡眠薬等の適正使用や精神的健康支援を検討する際には、医療扶助レセプトデータだけでなく、他法のデータに加得ることが有用である。一方で、本人が実際に利用可能なお薬手帳の携帯や、かかりつけ薬局の

設定などといったしくみの構築により、個別の被保護者からデータを収集する仕組みが必要な可能性があった。

第五に、子どもの生活状況の聞き取りデータを用いたグループ分類では、被保護世帯の子どもが均質な集団ではなく、異なる特徴を有する複数の集団に分類でき、それを想像しやすくできる可能性が示された。発達上の課題や医療への依存群、疾患・生活不安定群、生活困難・未受診群、心理社会的課題群など、異なる支援ニーズをもつ集団が抽出されたことは、子どもの健康支援において、一律の支援ではなく、状態像に応じた支援設計が必要であることを示している。特に生活困難・未受診群は、明確な疾患が把握されていないにもかかわらず、食事回数不足、欠席・遅刻、医療未受診、かかりつけ医の不在といった課題を有しており、医療扶助レセプトや診断名に基づく把握では見落とされやすい可能性がある。今年度はアウトカムの発生数が十分ではなく、予測モデルとしてのアルゴリズム開発には至らなかったが、フェイスシートを用いたグループ分析は、将来的に支援ニーズの高いリスク集団を抽出する手法となりうる可能性を示した。成人を含め被保護者のフェイスシートデータ等をより広く収集することができれば、被保護者像をより明確にし、優先して支援すべき被保護者を抽出することが可能になると期待される。

第六に、公的データを活用した分析からは、被保護者健康管理支援事業の実施状況と地域特性との関連を一定程度可視化できることが示された。医療扶助費が高い自治体では、重複投薬対策として他法レセプト確認が行われている傾向があり、糖尿病患者割合が高い自治体では、健診データの活用が進んでいる可能性が認められた。これは、自治体におけるデータ活用が、地域の医療扶助費や疾病構造といった

実情に応じて進められている可能性を示す。一方で、社会保障生計調査を用いた家計支出分析では、被保護者健康管理支援事業の導入に対応する明確な支出構造の変化は確認されなかった。導入時期が新型コロナウイルス感染症流行や物価変動の時期と重なっていたこと、被保護者健康管理支援事業の効果が中長期的な健康アウトカムとして現れる可能性が高いことを踏まえると、家計支出のみを用いて事業効果を評価することには現時点では限界があった。一方で、特別定額給付金の分析からは、追加的な所得が教養娯楽費や食品支出の一部を増加させる可能性が示され、生活の質を支える裁量的支出への配慮も健康支援の一部として重要である可能性が示唆された。

第七に、研究2で開発した子どもフェイスシートは、福祉事務所において被保護世帯の子どもや養育者の健康・生活状況を体系的に把握するための実践的な基盤となりうるものである。修正デルファイ法により、ケースワーカー、査察指導員、保健師等の実務者の合意を得ながら、生活状況聞き取りフェイスシート、子ども回答フェイスシート、養育者回答フェイスシートの項目が精選された。また、当事者インタビューからは、フェイスシートは子どもの状況や困りごとを把握する有効なツールとして期待される一方、質問の仕方や面談環境によっては子どもに警戒心や負担感を与える可能性があることも示された。したがって、フェイスシートは単なる情報収集票としてではなく、子どもとの関係形成を支える媒介として活用される必要がある。会話を重視したやりとり、視覚的ツールの活用、安心して話せる環境設定、質問順序への配慮などが、現場実装において重要である。

第八に、ケースワーカー調査からは、生活保護世帯の子どもの健康支援における現場の判断構造と支援実践上の困難が明らかとなった。

ケースワーカーの支援判断は、「生活習慣・日常生活管理」「養育環境・保護者要因」「発達・コミュニケーション」の3因子から構成されていた。また、支援判断スタイルは「標準型」「包括的支援志向型」「支援関与低位型」に分類された。自由記述分析からは、ケースワーカーが直面する困難が、情報入手、支援実践、連携の三層にまたがっていることが示された。特に支援関与低位型における「無い」「特に」といった語りは、単なる関心の低さではなく、個人の専門性不足、組織の実践資源不足、制度的足場の不足という構造的不在を反映していた。これは、子どもの健康支援の実装において、ケースワーカー個人の努力や研修だけでは不十分であり、制度上の位置づけ、情報共有の仕組み、関係機関連携、人員体制を含めた多層的な支援基盤が必要であることを示している。

以上の知見を総合すると、被保護者健康管理支援事業に今後検討が求められる事項として、第一に、支援対象を40歳以上の生活習慣病対策に限定せず、ライフコース全体にわたる健康支援へと拡張することである。妊産婦、子ども、若年成人、高齢者、精神疾患を抱える者、長期入院者など、それぞれのライフステージや生活状況に応じた支援課題を明確に位置づける必要がある。第二に、医療扶助レセプトだけでなく、母子保健、予防接種、学校保健、健診、介護、障害福祉、教育、家計支出等の情報を、制度横断的に活用する仕組みが求められる。第三に、支援対象者を把握するためには、疾病名や医療利用だけでなく、生活習慣、学校適応、社会的孤立、家族関係、住居、生活の質といった情報を含めた多面的な評価が必要である。第四に、データやツールを整備するだけでなく、それを活用するケースワーカーや保健師等の専門職、医療機関、教育機関等の協働体制を整える必要がある。

本研究の強みは、複数の自治体データ、医療扶助レセプト、公的統計、フェイスシート調査、デルファイ調査、当事者インタビュー、ケースワーカー調査を組み合わせ、被保護者の健康・生活実態を多面的に検討し、被保護者健康管理支援事業の今後の発展に資するエビデンスを提供した点にある。一方で、各分析は自治体やデータの範囲に制約があったり、収集できるデータが十分でなかったことなど、一般化可能性には限界があったことも事実である。また、横断研究や探索的分析が多く、因果関係や支援効果を明確に示すには至っていない。さらに、郵送調査やフェイスシート調査では、回答しにくい世帯や支援から遠い世帯が十分に反映されていない可能性がある。

今後は、フェイスシートの継続的な運用によりデータを蓄積し、支援介入、健康状態の変化、学校適応、医療・福祉サービス利用、生活の質等のアウトカムを把握することで、支援対象者抽出手法の精緻化、アルゴリズムの開発と効果検証を進める必要がある。また、被保護者健康管理支援事業において、子どもや妊産婦、高齢者、精神疾患を抱える者等をどのように位置づけるのかを明確化し、福祉事務所、保健部門、医療機関、教育部門、障害福祉部門、住宅部門等が連携する実装体制を横断的に構築していくことが求められる。

E. 結論

本研究では、被保護者の健康支援を医療扶助費の適正化や個人の生活習慣改善にとどめずに、生活基盤、社会的つながり、支援者との関係、地域資源を含む包括的な生活支援・健康支援として再構成する必要性を提案するとともに、被保護者への効果的な健康支援の実施に向けた方法の可能性を示した。被保護者は、生活保護の利用に至るまでに、さまざまな困難を経

験しており、社会の綻びや社会における不利が最初に顕在化する集団であると捉えることもできる。被保護者健康管理支援事業を通じて、社会全体の課題を抽出し、データに基づく対象者把握と、当事者に配慮したアセスメント、現場で実行可能な支援体制、多機関連携を一体的に進めつつ、社会全体の福祉の向上が実現できると期待される。

(引用文献)

1. 厚生労働省. 被保護者健康管理支援事業の手引き (令和2年8月改定版). 2020.
2. Kawachi H, Nishioka D. Health Statuses of People in Poverty Receiving Public Assistance in Japan: A Scoping Review. *JMA Journal*. 2024;7(3):301-312.
3. Sengoku T, Ishizaki T, Goto Y, et al. Prevalence of type 2 diabetes by age, sex and geographical area among two million public assistance recipients in Japan: a cross-sectional study using a nationally representative claims database. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2022;76(4):391-397.
4. Nishioka D, Saito J, Ueno K, et al. Single-parenthood and health conditions among children receiving public assistance in Japan: a cohort study. *BMC Pediatrics*. 2021;21:214.
5. Okumura Y, Sakata N, Tachimori H, et al. Geographical variation in psychiatric admissions among recipients of public assistance. *Journal of Epidemiology*. 2019;29(7):264-271.
6. 上野恵子, 西岡大輔, 近藤尚己. 生活保護受給者への健康管理支援事業に対する福祉事務所の期待と課題認識: 福祉事務所への質問紙およびヒアリング調査結果よ

- り. 日本公衆衛生雑誌. 2022;69(1):48-58.
7. 生活保護法. e-Gov 法令検索. 第4条「保護の補足性」.
 8. 厚生労働省. 生活保護受給者に対する健康管理の取組における健康増進法に基づく健診情報等の活用について.
 9. Weitoft GR, Hjern A, Batljan I, et al. Health and social outcomes among children in low-income families and families receiving social assistance: a Swedish national cohort study. *Social Science & Medicine*. 2008;66(1):14-30.
 10. Koyama Y, Fujiwara T, Isumi A, et al. The impact of public assistance on child mental health in Japan: results from A-CHILD study. *Journal of Public Health Policy*. 2021;42(1):98-112.
 11. Shonkoff JP, Garner AS, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, et al. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*. 2012;129(1):e232-e246.
 12. Nishioka D, Ueno K, Kino S, et al. Characteristics and hospitalizations among children on public assistance in Japan: A population-based cohort study. *Pediatrics International*. 2025;67(1):e70005. doi:10.1111/ped.70005.
 13. 厚生労働省. 後期高齢者の質問票の解説と留意事項. 2019.
 14. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. *Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Opportunities for the Health Care System*. Washington, DC: National Academies Press; 2020.
 15. 厚生労働省. 医療扶助に関する見直しに向けた整理. 2022.
 16. Soyombo S, Stafford M, Patel R, et al. Socioeconomic status and benzodiazepine and Z-drug prescribing: a cross-sectional study of practice-level data in England. *Family Practice*. 2020;37(2):179-186.
(参考文献)
 - a. 西岡大輔. 生活保護受給者における効果的な健康支援方法の立案に向けた実態把握のための研究. 令和6年度厚生労働行政推進調査事業費補助金研究報告書.
- F. 健康危険情報**
なし
- G. 研究発表**
1. 論文発表
 - 武本翔子, 西岡大輔. 被保護者健康管理支援事業の効果的な実施に向けたデータ利活用の取り組み: 豊中市福祉事務所の事例からみる40歳未満の被保護者の健康実態. (Online First)
 - 室橋彩佳, 太田亜里美, 村山伸子, 他. 生活保護受給者および生活困窮者への健康・食生活支援の実態. *日本公衆衛生雑誌*. 73(1): 60-70.
 - Nishioka D, Kawachi H, Ueno K, et al. Sociodemographic determinants of dental care utilization among children receiving public assistance in Japan: a one-year observational study. *Discov Soc Sci Health*. 2025;5:108.
 - Nishioka D, Kino S, Ueno K, et al. Representativeness of Social Surveys among Older Individuals Living in Poverty: Who Were Left Behind?. *JMA J*. 2025;8(3):985-989.
 - Tanaka K, Nishioka D, Nakagomi A, et al.

- Public assistance program and food diversity among older people: a cross-sectional study using the Japan Gerontological Evaluation Study data. *Int J Equity Health* 2025; 24:134.
- 川内はるな, 西岡大輔. 生活保護利用世帯の健康・生活を支援する ―子ども・若年世代への支援の必要性および健康管理 支援事業事例共有プラットフォームの構築に向けて. 季刊公的扶助研究. 2025; 278: 20-23
 - 西岡大輔. こどものウェルビーイングを支えるデータ―見えにくい子どもたちの存在にどう向き合うか―. 計画行政. 2025; 48(3): 15-20.
- ## 2. 学会発表
- 小出直. 生活保護世帯に暮らす子どもの健康支援に関するケースワーク実態調査. 日本保健医療社会福祉学会第35回大会. 2025.
 - 室橋彩佳, 太田亜里美, 村山伸子, 他. 生活保護受給者および生活困窮者への健康・食生活支援の実態. 第84回日本公衆衛生学会総会. 2025.
 - 武本翔子, 西岡大輔. 生活保護受給世帯の子どもにおけるMRワクチン第2期接種率の実態～豊中市のデータから～. 第84回日本公衆衛生学会総会. 2025.
 - 上田勲, 武本翔子, 西岡大輔. 豊中市における生活保護精神科長期入院患者の実態. 第84回日本公衆衛生学会総会. 2025.
 - 田中琴音, 西岡大輔, 川内はるな, 他. 中学校給食の導入が生活保護世帯の中学生の医療利用に与える影響: 差分の差分分析. 第84回日本公衆衛生学会総会. 2025.
 - 川内はるな, 西岡大輔, 近藤尚己. 生活保護利用中の出産実態と支援課題: 記述的研究. 第84回日本公衆衛生学会総会. 2025.
 - 西岡大輔. 制度的包摂は「声」を保障するか ―自治体の部署間連結データに基づく行政調査への排除の構造―. 第73回社会福祉学会秋季大会. 2025.
 - Nishioka, D. The Impact of Community Social Capital on Frequent Outpatient Attendance Among Public Assistance Recipients in Japan. *European Conference on Social Work Research*. 2025.
 - 西岡大輔, 川内はるな. 社会調査における貧困集団の代表性の検証: 日常生活圏域ニーズ調査データの応用. 貧困研究会第17回研究大会. 2025.
- ## H. 知的財産権の出願・登録状況
1. 特許取得
なし
 2. 実用新案登録
なし
 3. その他
なし

別添表 1-2-1A. フレイル調査回答者の基本属性

		N=681
年齢		80.1(3.85)
性別	女	373(54.8%)
	男	308(45.2%)
現在の健康状態	よい	54(7.9%)
	まあよい	48(7.0%)
	ふつう	337(49.5%)
	あまりよくない	172(25.3%)
	よくない	25(3.7%)
	未回答	45(6.6%)
毎日の生活に満足	満足	115(16.9%)
	やや満足	314(46.1%)
	やや不満	176(25.8%)
	不満	42(6.2%)
	未回答	34(5.0%)
一日 3 食食べる	はい	492(72.2%)
	いいえ	181(26.6%)
	未回答	8(1.2%)
固いものが食べにくい	いいえ	349(51.2%)
	はい	324(47.6%)
	未回答	8(1.2%)
お茶づけでむせる	いいえ	492(72.2%)
	はい	184(27.0%)
	未回答	5(0.7%)
半年で 2-3 キロの体重減少	いいえ	507(74.4%)
	はい	159(23.3%)
	未回答	15(2.2%)
歩く速度が遅い	いいえ	187(27.5%)
	はい	483(70.9%)
	未回答	11(1.6%)
一年間に転倒	いいえ	492(72.2%)
	はい	182(26.7%)
	未回答	7(1.0%)
運動を週 1 回	はい	395(58.0%)
	いいえ	276(40.5%)
	未回答	10(1.5%)

物忘れがある	いいえ	585(85.9%)
	はい	86(12.6%)
	未回答	10(1.5%)
今日が何月何日かわからない	いいえ	393(57.7%)
	はい	185(27.2%)
	未回答	103(15.1%)
たばこを吸う	吸っている	113(16.6%)
	やめた	407(59.8%)
	吸っていない	151(22.2%)
	未回答	10(1.5%)
週に 1 回は外出	はい	576(84.6%)
	いいえ	84(12.3%)
	未回答	21(3.1%)
家族と友人と付き合いある	はい	471(69.2%)
	いいえ	200(29.4%)
	未回答	10(1.5%)
身近に相談できる人がいる	はい	493(72.4%)
	いいえ	182(26.7%)
	未回答	6(0.9%)
健診受診歴	なし	617(90.6%)
フレイル該当	あり	64(9.4%)
	いいえ	248(36.4%)
	はい	284(41.7%)
	未回答項目あり判定不能	149(21.9%)

別添表 1-2-1B. 性別ごとのフレイル質問紙に対する回答傾向の違い

		女 N=373	男 N=308	p-value
年齢		80.6(3.90)	79.4(3.70)	<0.001
現在の健康状態	よい	26(7.0%)	28(9.1%)	0.23
	まあよい	31(8.3%)	17(5.5%)	
	ふつう	193(51.7%)	144(46.8%)	
	あまりよくない	92(24.7%)	80(26.0%)	
	よくない	11(2.9%)	14(4.5%)	
	未回答	20(5.4%)	25(8.1%)	
毎日の生活に満足	満足	73(19.6%)	42(13.6%)	0.13
	やや満足	176(47.2%)	138(44.8%)	
	やや不満	86(23.1%)	90(29.2%)	
	不満	20(5.4%)	22(7.1%)	
	未回答	18(4.8%)	16(5.2%)	
一日 3 食食べる	はい	285(76.4%)	207(67.2%)	0.019
	いいえ	83(22.3%)	98(31.8%)	
	未回答	5(1.3%)	3(1.0%)	
固いものが食べにくい	いいえ	190(50.9%)	159(51.6%)	0.94
	はい	179(48.0%)	145(47.1%)	
	未回答	4(1.1%)	4(1.3%)	
お茶づけでむせる	いいえ	268(71.8%)	224(72.7%)	0.52
	はい	101(27.1%)	83(26.9%)	
	未回答	4(1.1%)	1(0.3%)	
半年で 2-3 キロの体重減少	いいえ	291(78.0%)	216(70.1%)	0.007
	はい	71(19.0%)	88(28.6%)	
	未回答	11(2.9%)	4(1.3%)	
歩く速度が遅い	いいえ	106(28.4%)	81(26.3%)	0.70
	はい	262(70.2%)	221(71.8%)	
	未回答	5(1.3%)	6(1.9%)	
一年間に転倒	いいえ	281(75.3%)	211(68.5%)	0.13
	はい	88(23.6%)	94(30.5%)	
	未回答	4(1.1%)	3(1.0%)	
運動を週 1 回	はい	217(58.2%)	178(57.8%)	0.26
	いいえ	148(39.7%)	128(41.6%)	
	未回答	8(2.1%)	2(0.6%)	
物忘れがある	いいえ	326(87.4%)	259(84.1%)	0.47
	はい	42(11.3%)	44(14.3%)	

	未回答	5(1.3%)	5(1.6%)	
今日が何月何日かわからない	いいえ	220(59.0%)	173(56.2%)	0.50
	はい	102(27.3%)	83(26.9%)	
	未回答	51(13.7%)	52(16.9%)	
たばこを吸う	吸っている	30(8.0%)	83(26.9%)	<0.001
	やめた	279(74.8%)	128(41.6%)	
	吸っていない	58(15.5%)	93(30.2%)	
	未回答	6(1.6%)	4(1.3%)	
週に 1 回は外出	はい	322(86.3%)	254(82.5%)	0.35
	いいえ	40(10.7%)	44(14.3%)	
	未回答	11(2.9%)	10(3.2%)	
家族と友人と付き合いある	はい	299(80.2%)	172(55.8%)	<0.001
	いいえ	68(18.2%)	132(42.9%)	
	未回答	6(1.6%)	4(1.3%)	
身近に相談できる人がいる	はい	298(79.9%)	195(63.3%)	<0.001
	いいえ	71(19.0%)	111(36.0%)	
	未回答	4(1.1%)	2(0.6%)	
健診受診歴	なし	332(89.0%)	285(92.5%)	0.12
	あり	41(11.0%)	23(7.5%)	
フレイル該当	いいえ	155(41.6%)	93(30.2%)	0.009
	はい	142(38.1%)	142(46.1%)	
	未回答	76(20.4%)	73(23.7%)	

生活保護世帯に暮らす子どもの健康支援における ケースワーカーの支援判断構造の解明と実践的困難・可能性の言説分析 —探索的因子分析および計量テキスト分析による検討—

研究分担者 小出 直 (新潟医療福祉大学)

研究代表者 西岡 大輔 (京都大学)

研究要旨

本研究は、全国の福祉事務所に勤務する生活保護ケースワーカー（以下、CW）を対象とした Web 調査（有効回答 299 件）を用い、生活保護世帯の子どもの健康支援における CW の支援判断構造と、支援実践をめぐる困難・可能性の言説構造を解明することを目的とした。

【研究 1：ケースワーカーの支援判断構造の解明に関する研究】

健康支援に関する 24 項目について主因子法・オブリミン回転による探索的因子分析（EFA）を実施した結果、CW の支援判断は「生活習慣・日常生活管理」（ $\alpha = .946$ ）、「養育環境・保護者要因」（ $\alpha = .923$ ）、「発達・コミュニケーション」（ $\alpha = .844$ ）の 3 因子から構成されることが明らかになった（KMO=.927、累積寄与率 67.6%）。K-means 法によるクラスター分析では、支援判断スタイルが「標準型」（57.0%）、「包括的支援志向型」（24.8%）、「支援関与低位型」（18.2%）の 3 類型に分類された。「支援関与低位型」は 3 因子すべての中心値が-1.2 前後と極端に低く、健康支援アセスメントへの関与が全般的に乏しいという特徴を示した。

【研究 2：計量テキスト分析】

同調査の自由記述 6 項目（計 184 件）を対象に KH Coder（Version 3.02）による計量テキスト分析を実施した。その結果、第一に、CW が語る困難は「情報入手」「支援実践」「連携」の三層構造として把握された。第二に、可能性の語りは「連携の成功」と「可能性の展望」という二層構造を有し、保健領域との連携は未だ実現されていない可能性として位置づけられていた。第三に、CW の支援判断類型ごとに異なる言説基盤が確認され、支援関与低位型では「無い」「特に」といった語が特徴的に出現し、KWIC コンコーダンスによる分析の結果、これらは（1）CW 個人の専門性の欠如、（2）組織の実践資源の欠如、（3）制度的足場の欠如という三層の構造的不在を反映していた。

以上より、子どもの健康支援の強化に向けては、被保護者健康管理支援事業における子どもの位置づけの明確化、CW と医療機関を含む関係機関との協働体制の整備、支援判断スタイルに応じた段階的な人材育成、および保健領域との連携の制度的位置づけを含む多層的な施策が求められる。

A. 研究目的

生活保護法第 1 条は、「生活に困窮するすべての国民に対し、その困窮の程度に応じ、必要な保護を行い、その最低限度の生活を保障するとともに、その自立を助長すること」を制度の目的として定めている。「健康日本 21（第三次）」においても健康格差の縮小と保健・医療・福祉へのアクセス保障が基本方針として明記されて

おり、生活保護制度には包括的な健康支援が求められている。

2021 年 1 月から福祉事務所において被保護者健康管理支援事業が必須事業として実施されているが、その対象は主に中高年層を念頭に置いており、子ども期からの健康格差是正を視野に入れた支援の必要性が近年の検討会においても指摘されている[1]。一方、福祉事務所のケー

スワーカー (CW) が健康支援の障壁として被保護者の健康意識の低さ、時間的制約、子どもとの接触機会の少なさを挙げていることが報告されている[2]。わが国の子どもの貧困率(2021年)は 11.5%であり[3]、生活困窮世帯ほど食生活の乱れや家庭内コミュニケーションの希薄さが生じていることが報告されている[4]。被保護世帯の子どもでは慢性疾患リスクが高く[5]、医療機関への受診率が低い傾向も指摘されている[6]。なお 2022 年度の 18 歳未満の被保護人員は 157,032 人と受給者総数の約 8%を占める[7]。

そのような中で、被保護者健康管理支援事業は子どもへの支援を明確に位置づけているわけではなく、乳幼児健診・学校健診等の子どものデータを利活用する基盤は十分に整っていない[7]。福祉事務所が母子保健部門・教育部門との連携を必要としながらも実現できていない実態も報告されており[8]、こうした制度的・構造的な制約が CW の実践を規定していることが示唆される。さらに、CW が子どもの健康をどのような視点でアセスメントし、いかなる判断構造に基づいているかは、実証的に検討されていない。その結果、福祉事務所の CW がどのように被保護世帯の子どもを支援しうるかに関する基礎的な資料は不十分なのが現状である。

そこで本研究では、以下の 2 つの研究から構成する。研究 1 では、全国の福祉事務所を対象に生活保護 CW への質問し調査を実施する。その調査データに基づいて生活保護世帯の子どもの健康支援における CW の支援判断を構成する因子構造を統計的に明らかにし、支援判断スタイルの類型化とその特性を検討することを目的とした。研究 2 では、同調査における自由記述データを計量テキスト分析の手法により解析し、CW の直面する困難と可能性の言説構造を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

1. 研究デザイン・対象・データ収集方法 (研究 1-1・研究 1-2 共通事項)

横断的質問紙調査として、全国の福祉事務所に勤務する生活保護 CW を対象とした無記名 Web 調査を実施した。全国 1,304 か所の福祉事務所および出張所を対象に、各事務所の所長宛てに調査協力依頼書を郵送し、各事務所で 1 名の CW からの無記名 Web 調査回答を依頼した。発送は 2024 年 12 月上旬に行い、住所変更等により郵便物が届かなかった 39 か所、生活保護担当でない 3 か所を除く 1,262 か所が実質的な到達先となった。最終的に 311 件の回答を得て、有効回答は 299 件、実質回収率は 23.7%であっ

た。

調査票は、①回答者属性 (年齢、経験年数、資格、所属地域区分)、②記録活用状況 (母子手帳・医療要否意見書・通知表等 9 種類の活用頻度を 4 件法で評価)、③支援判断の視点 (子どもの健康状態・食生活・生活習慣・養育環境・養育者の状態に関する 24 項目について、健康支援の要否判断への影響度を 7 件法で評価)、④他機関連携の困難度 (5 件法)、⑤健康支援に関する自由記述 6 項目の 4 領域から構成した。

なお、調査項目の選定にあたっては、足立区「子どもの健康・生活実態調査」[9]、「子どもとその養育者への健康生活支援モデル事業」報告書[10]、生活保護受給者の健康管理支援等に関する検討会の議論の取りまとめ[11]を参照し、食事・睡眠・衛生習慣・外遊びなど日常生活習慣に関する項目、養育環境・保護者要因に関する項目、子どもの発達・コミュニケーションに関する項目を体系的に設定した。

倫理的配慮として、本研究は新潟医療福祉大学研究倫理委員会の承認を受けて実施した (承認番号: 19435-241203)。

2. 分析方法

(研究 1)

ケースワーカーの支援判断構造の解明に関する研究

統計解析には SPSS Statistics (Ver.30) を用いた。支援判断に関する 24 項目の記述統計量を算出し、天井効果・床効果の有無を確認した。次に、探索的因子分析 (EFA) を実施した[12]。因子抽出法には主因子法を用い、固有値 1.0 以上のカイザーの停止ルールおよびスクリープロットによる視覚的確認を併用した。支援判断の各視点は相互に関連している可能性が想定されたため、因子間の相関を許容する斜交回転 (オブリミン回転) を採用した[12]。パターン行列において 0.30 未満の因子負荷量は表中で空白とした[12]。得られた因子の内的一貫性を Cronbach's α 係数で検討し、0.70 以上を許容水準とした[13]。

次に、得られた因子得点を投入変数として K-means 法 (非階層的クラスター分析) による支援判断スタイルの類型化を行った。クラスター数については 2~4 クラスター解を算出し、各解の解釈可能性と理論的整合性を検討したうえで最終的な解を決定した。有意水準は 5%とした。

(研究 2)

ケースワーカーの実践的困難・可能性の言説分析に関する研究

分析対象は、同調査に含まれる 6 項目の自由

記述設問（設問⑱、㉑、㉓、㉕、㉗、㉙）への回答計 184 件とした（表 1）。

分析対象とした自由記述設問は、設問の趣旨に基づき「困難に関する語り」（設問⑱、㉑、㉓、㉕）の 4 設問、計 115 件）と「可能性に関する語り」（設問㉗、㉙）の 2 設問、計 69 件）に分類した。

計量テキスト分析には KH Coder Version 3.02 を用い[14,15]、形態素解析には ChaSen を用い、辞書は UniDic を用いた。

総抽出語数は 5,060 語（うち分析使用語 2,369 語）、異なり語数は 821 語（うち分析使用語 645 語）であった。外部変数として、「群」（困難・可能性）、「CW3 類型」（クラスター）、「設問ラベル」（6 値）を設定した。分析は、①語-外部変数の共起ネットワーク作成、②各外部変数に対する特徴語抽出（Jaccard 係数）、③対応分析（抽出語×クラスター）、④主要語の KWIC コンコーダンスの 4 段階で実施した。

C. 研究結果

（研究 1）

ケースワーカーの支援判断構造の解明に関する研究

1. 対象者の属性

対象者の属性を表 1 に示した。年齢は 20 代が 95 名（31.8%）と最も多く、次いで 30 代が 89 名（29.8%）であった。社会福祉士資格保有者は 73 名（27.3%）にとどまった。通算経験年数については、5 年未満が 235 名（78.6%）と大多数を占め、勤務地域は 3 級地（地方部）が 171 名（57.4%）と最多であった。子どもへの年間接触回数は年 2 回（法定最低回数）が 161 名（54.8%）と最多であり、過半数の CW が最低限の接触頻度にとどまっていた。

2. 支援判断に関する 24 項目の実施状況

支援判断に関する 24 項目の記述統計量を算出した結果、24 項目の平均得点は 2.68～3.90 の範囲であり、天井効果および床効果に該当する項目は認められなかった。平均得点が比較的高い項目は住居の衛生状況（M=3.90）、養育者の精神的疲弊（M=3.77）、子育てへの関心（M=3.73）などであった。一方、平均得点が比較的低い項目は間食（M=2.68）、偏食（M=2.82）、メディア視聴（M=2.86）などであった。

3. 探索的因子分析の結果

支援判断に関する 24 項目の因子構造を明らかにすることを目的に探索的因子分析を行った（表 2）。KMO=.927、Bartlett 検定 $\chi^2(276)=3427.839$ ($p<.001$) と良好な適合性が確認された。因子のスクリープロット、固有値

（第 3 因子=1.431、第 4 因子=0.993）、因子の解釈可能性を検討し、3 因子構造が妥当と判断した。3 因子の累積寄与率は 67.6%であった。因子間相関は.53～.56 と中程度の正の相関を示しており、斜交回転の選択は妥当であった。各因子の Cronbach's α 係数はすべて.80 以上であり、内的一貫性は良好であった。

第 1 因子（固有値 12.641、寄与率 52.7%、 $\alpha=.946$ ）は間食・メディア視聴・偏食・外遊び・食事時間の規則性・加工食品・歯磨き・睡眠・入浴・欠食に関する 10 項目への負荷量が高く、「生活習慣・日常生活管理」と命名した。第 2 因子（固有値 2.152、寄与率 9.0%、 $\alpha=.923$ ）は養育者の精神的疲弊・肉体的疲労・子育てへの関心などの保護者状態と家庭内環境に関する 10 項目への負荷量が高く、「養育環境・保護者要因」と命名した。第 3 因子（固有値 1.431、寄与率 6.0%、 $\alpha=.844$ ）は子どもの言動・既往歴・保護者との意思疎通・発育状況に関する 4 項目への負荷量が高く、「発達・コミュニケーション」と命名した。

4. クラスタ分析の結果

3 因子の因子得点を投入変数として K-means 法によるクラスタ分析を実施した。有効ケースは 165 名（欠損率 44.8%）であった（表 3）。CL1「標準型」（n=94, 57.0%）は 3 因子すべての中心値が平均的（-0.077～-0.011）であった。CL2「包括的支援志向型」（n=41, 24.8%）は 3 因子すべての中心値が高値（+0.951～+1.084）を示し、いずれの観点も積極的にアセスメントする傾向が認められた。CL3「支援関与低位型」（n=30, 18.2%）は 3 因子すべての中心値が極端な低値（-1.182～-1.265）を示し、健康支援アセスメントへの着目が全般的に乏しかった。

（研究 2）

ケースワーカーの実践的困難・可能性の言説分析に関する研究

1. 困難と可能性の言説的差異

「群」を外部変数とした共起ネットワーク分析（図 1）では、自由記述データが「困難」と「可能性」という 2 つの言説的中心の周囲に明確に分化していた。「困難」のみに共起する語として「時間」「場合」「多い」「難しい」「個人」「業務」「感じる」等が抽出され、時間的・人的資源の制約と個人情報をめぐる障壁を示唆する語群を形成した。一方、「可能性」のみに共起する語として「訪問」「受診」「相談」「確認」「学校」「病院」「保健」「定期」等が抽出された。特徴語の Jaccard 係数による比較（表 5）では、可能性群の特徴語が困難群に比して収束的な語彙で語ら

れていることが示唆された。

2. 困難の三層構造と可能性の二層構造

「設問ラベル」を外部変数とした共起ネットワーク分析(図2)では、困難の語りが「情報入手の困難」「支援実践の困難」「連携の困難」という三層構造を示した。情報入手の困難①では「閲覧」「プライバシー」「実態」「聞き取る」が特徴語として抽出され、保護者との直接交渉における障壁が中心的論点であった。情報入手の困難②では「記録」「共有」「閲覧」「提供」「許可」が特徴語として抽出された。連携の困難では「情報」「機関」「役割」「業務」「難しい」「時間」が特徴語となった。可能性の語りは「連携の成功」

(担当者を介した具体的連携先と継続的やり取り)と「可能性の語り」(包括的健康観に基づく支援可能性)の二層構造を示した。注目すべきは、「保健」が連携の成功事例としてではなく「可能性」としてのみ語られていた点であり、保健領域との連携が未だ十分に制度化されていないことを示唆する。

3. CWの判断支援構造3類型の言説的差異

「クラスター」を外部変数とした共起ネットワーク分析(図3)では、4つの類型がそれぞれ異なる語彙基盤を有していた。特徴語のJaccard係数による比較(表6)においても、CW類型間の差異が顕著であった。支援関与低位型では、第1特徴語が「無い」(Jaccard=0.200)、第6特徴語が「特に」(同0.100)であり、他類型に見られる「訪問」「受診」「相談」「指導」といった具体的支援行為を示す語が共起語として現れなかった。

4. 「無い」「特に」の用法(KWICコンコーダンスによる解釈)

特徴語「無い」「特に」の解釈の妥当性を検討するため、KWICコンコーダンスにより全用法を確認した結果、6つのパターンに整理できた(表7)。(1)CW個人の専門性・知識の欠如、(2)CWを取り巻く実践資源の欠如、(3)組織的・制度的足場の欠如という三層の構造的不在を表明する用法が中核を構成していた。これらの「無い」の語りは、支援への関心の低さや消極性を示すものではなく、実践そのものが成立しにくい環境に置かれていることの表出として理解される必要がある。

5. 対応分析によるCW類型の統計的距離

差異が顕著な上位30語を対象としたクラスター×抽出語の対応分析(図4)では、第1主成分(寄与率45.48%)と第2主成分(寄与率31.62%)の2軸で全分散の77.10%が説明された。包括的支援志向型と支援関与低位型が対角線的に対極の位置を示し、本研究で観察された最も対照的

な類型として位置づけられた。

D. 考察

(研究1)

ケースワーカーの支援判断構造の解明に関する研究

1. 支援判断の3因子構造が示すもの

全国規模の調査データを用いてCWの支援判断構造を統計的に検討した研究は、これまでに十分な蓄積がない。3因子構造が抽出されたことは、CWのアセスメントが単一の観点に依拠するのではなく、生活習慣・養育環境・発達という多面的な視点から構成されていることを示しており、母子保健や人間関係・生活環境を含めた幅広いアセスメントの必要性を指摘した原・黒田(2020)の質的知見[16]を統計的に補強する結果といえる。

最も高い固有値を示した第1因子「生活習慣・日常生活管理」($\alpha=.946$)が支配的な判断軸をなしていた点は、CWが家庭訪問時に把握しやすい食事・睡眠・衛生習慣の乱れを健康支援の優先指標としやすいことがうかがえる。第2因子「養育環境・保護者要因」($\alpha=.923$)は、被保護世帯の子ども健康問題が保護者の状態と不可分であることを定量的に示している。第3因子「発達・コミュニケーション」($\alpha=.844$)の低寄与率(6.0%)は、CWが子どもを直接観察・聴取する機会が構造的に制限されていることの反映と考えられる。

2. 3類型の特性と実践的含意

CL2「包括的支援志向型」は3因子すべてにわたって高い中心値を示し、多面的にアセスメントを行う傾向が認められた。CL3「支援関与低位型」は3因子すべての中心値が-1.2前後と極端に低く、本調査で経験年数5年未満のCWが78.6%を占めていたことを踏まえると、このクラスターの存在は、個々のCWの関心や資質の問題に帰するのではなく、久保木ら(2025)[7]が指摘した制度的支援基盤の未整備を背景とした、支援体制全体の課題として捉える必要がある。

3類型の存在は、一律の研修プログラムでは対応が難しく、支援判断スタイルに応じた段階的な人材育成が必要であることを示している。

「標準型」への多面的視点の強化、「包括的支援志向型」への接触機会の拡充、「支援関与低位型」への基礎的アセスメント技術の習得支援という3層の介入が求められる。

3. 被保護者健康管理支援事業の制度的空白とCW・医療ソーシャルワーカー(MSW)の連携
被保護者健康管理支援事業は子どもへの健康

支援を明確に位置づけおらず、母子手帳や学校健診結果も同事業の活用対象として明示されていない。自由記述では「医学的知識がないため支援につなぐことが難しい」といった回答が複数みられた。医療機関において被保護世帯の家族状況と子どもの健康課題を把握しうる医療ソーシャルワーカー（MSW）は、CW の判断を補完する役割を担いうる連携職種の一つとして位置づけられる。

（研究 2）

ケースワーカーの実践的困難・可能性の言説分析に関する研究

1. CW が直面する困難の三層構造

本研究の主要知見の第一は、CW が語る困難が「情報入手の困難」「支援実践の困難」「連携の困難」という三層構造を呈したことである。これらは支援過程の各段階に対応する、質の異なる構造的制約として理解できる。情報入手をめぐる困難は個人情報取り扱いをめぐる制度的制約が基盤に存在していることを示唆し、連携の困難においては組織間の役割葛藤と業務量過多が重なる構造が確認された。上野ら[8]は健康管理支援事業の実施において同様の課題を指摘しており、本研究の知見と整合的である。

したがって、CW への支援策は個人の能力向上に限定されるべきではなく、情報入手・支援実践・連携という各段階に対応した制度設計を通じて、支援基盤そのものを再構築する視点が求められる。

2. 可能性の語りを見る連携の成立条件

CW にとって連携の成功は、機関対機関の制度的枠組みではなく、特定の担当者という顔の見える個人を介して初めて実現するものであることがうかがえる。「担当」の Jaccard 係数が 0.349 と本研究で観察された最大値を示したことがこれを支持する。また、「保健」が「可能性の語り」においてのみ語られていた点は、子どもを対象とした CW と保健師の連携体制を制度的に位置づけることの正当性と急務性を示唆している。

3. 支援関与低位型における「語りの不在」とその構造的背景

支援関与低位型における「無い」「特に」の語りは、KWIC コンコーダンスにより、(1) CW 個人の専門性・知識の欠如、(2) 組織の実践資源の欠如、(3) 制度的足場の欠如という三層の構造的不在を反映していることが確認された。これは支援関与低位型の CW が個人として怠慢であることを意味しない。二本松・岩島（2022）が量的研究で実証した生保 CW のストレス発生

の三層構造とも一致しており、個人の資質の問題ではなく構造的条件に規定された現象として理解される必要がある[17]。

総合考察

研究 1・研究 2 はいずれも同一調査データを基盤としており、両研究の知見は相互補完的である。量的研究（研究 1）が構造化された質問項目を通じて「何をアセスメントしているか」という判断構造を示したのに対し、計量テキスト分析（研究 2）は「どのような困難が経験され、どのような可能性が構想されているか」という実践の質的次元に焦点を当てた。

クラスター分析で示された「支援関与低位型」

（18.2%）の存在は、自由記述レベルでも「語りの不在」として再現されており、両研究が独立した手法から同一の構造を照射していることが確認できた。これは、CW の支援構造を多面的に捉えるための実証的基盤を提供する重要な知見である。

子どもの健康支援に関する今後の制度的整備においては、第一に、被保護者健康管理支援事業における子どもの位置づけの明確化、第二に、CW と MSW を含む関係機関との協働体制の整備、第三に、保健領域との連携の制度的位置づけ、第四に、支援判断スタイルに応じた段階的な人材育成（個人・組織・制度の三層への介入）が一体的に進められる必要がある。

E. 結論

本研究は、生活保護世帯の子どもの健康支援における CW の支援判断が「生活習慣・日常生活管理」（ $\alpha = .946$ ）、「養育環境・保護者要因」（ $\alpha = .923$ ）、「発達・コミュニケーション」（ $\alpha = .844$ ）の 3 因子から構成されること（研究 1）、および自由記述の計量テキスト分析により CW の困難が「情報入手・支援実践・連携」という三層構造を持ち、支援関与低位型の「語りの不在」が個人・組織・制度の三層にまたがる構造的不在を反映すること（研究 2）を明らかにした。

これらの知見は、被保護世帯の子どもの健康支援の空白が、専門性形成の不十分さ、制度上の位置づけの曖昧さ、連携環境の脆弱さが重なった組織的・制度的課題であることを示している。その解消には、支援判断スタイルに応じた段階的な人材育成、被保護者健康管理支援事業における子どもの位置づけの明確化、CW と MSW を含む関係機関との協働体制の整備、および保健領域との連携の制度的保障が必要である。

【付録】

付録 1 調査質問票

【参考文献】

1. 厚生労働省 (2025) 「第 1 回 医療扶助・健康管理支援等に関する検討会 議事録」.
2. 厚生労働省 (2020) 『令和 2 年度社会福祉推進事業 子供とその養育者への健康生活支援における行動変容に関する調査研究事業報告書』.
3. 厚生労働省 (2022) 『令和 4 年 国民生活基礎調査の概況』.
4. 厚生労働省 (2025) 第 4 回 医療扶助・健康管理支援等に関する検討会 資料「前回までの議論」.
5. Nishioka D, Saito J, Ueno K, et al. Single-parenthood and health conditions among children receiving public assistance in Japan: a cohort study. *BMC Pediatr.*2021;21:214.
6. 原政代, 黒田研二 (2019) 「生活保護受給者の健康支援—ニーズに関するレビューと支援体制の検討—」『人間健康学研究』(12):15-28.
7. 久保木紀子, 川崎裕美, 恒松美輪子, 他 (2025) 「被保護者健康管理支援事業における子どもとその養育者への健康支援」『日本健康学会誌』. 91(2):37-52.
8. 上野恵子, 西岡大輔, 近藤尚己 (2022) 「生活保護受給者への健康管理支援事業に対する福祉事務所の期待と課題認識」『日本公衆衛生雑誌』 69(1):48-58.
9. 足立区 (2024) 「第 9 回子どもの健康・生活実態調査」.
10. みずほリサーチ&テクノロジーズ (2022) 『子どもとその養育者への健康生活支援における行動変容に関する調査研究事業報告書』.
11. 厚生労働省社会・援護局保護課 (2017) 「生活保護受給者の健康管理支援事業に関する検討会における議論の取りまとめ資料」.
12. グリム LG, ヤーノルド PR 編, 小杉考司監訳 (2006) 『研究論文を読み解くための多変量解析入門〈基礎篇〉』北大路書房.
13. Tavakol M, Dennick R. Making sense of

Cronbach's alpha. *Int J Med Educ.* 2011;2:53-55.

14. 樋口耕一 (2020) 『社会調査のための計量テキスト分析—内容分析の継承と発展を目指して—【第 2 版】』ナカニシヤ出版.
15. 樋口耕一 (2019) 「計量テキスト分析における対応分析の活用」『コンピューター&エデュケーション』(47):18-24.
16. 原政代, 黒田研二 (2020) 「生活保護ケースワーカーによる受給者の健康支援に関する研究—都市部福祉事務所における質問紙調査の分析—」『人間健康学研究』(13):43-54.
17. 二本松直人・岩島孔文 (2022) 「生活保護ケースワーカーのストレス要因測定尺度の開発」『心理学研究』(93)4:337-347.

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

1. 論文発表

該当なし。

2. 学会発表

- 小出直, 生活保護受給世帯の子どもに対する健康支援に関するケースワーク実態の分析—健康支援の要否判断に影響する要因と連携困難の実態に着目して—, 日本保健医療社会福祉学会第 35 回大会.

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1. 特許取得

該当なし。

2. 実用新案登録

該当なし。

3. その他

該当なし。

図 表

表 1. 対象者の特性 (n=299)

	度数	%
年齢層		
20 代	95	31.8
30 代	89	29.8
40 代	78	26.1
50 代以上	36	12.0
資格		
社会福祉士あり	73	27.3
社会福祉士なし	202	72.7
通算経験年数		
5 年未満	235	78.6
5～10 年未満	35	11.7
10 年以上	27	9.0
勤務地域（級地）		
1～2 級地（都市部）	127	42.6
3 級地（地方部）	171	57.4
子どもへの年間接触回数（姿確認回数）		
年 2 回（法定最低回数）	161	54.8
年 3 回以上	133	45.2

(本調査結果をもとに筆者作成)

表 2. 支援判断に関する 24 項目の探索的因子分析結果 (パターン行列)

項目	第 1 因子 生活習慣・日常生活管理	第 2 因子 養育環境・保護者要因	第 3 因子 発達・コミュニケーション
第 1 因子「生活習慣・日常生活管理」($\alpha = .946$)			
間食摂取状況の影響度	.933		
メディア視聴時間の影響度	.824		
食事時間の規則性の影響度	.779		
加工食品利用の影響度	.775		
偏食傾向の影響度	.768		
外遊び機会の影響度	.742		
歯磨き習慣の影響度	.696		
睡眠時刻・時間の影響度	.629		
入浴頻度の影響度	.601		
私物の管理状況の影響度	.473	.367	
欠食状況の影響度	.326		
第 2 因子「養育環境・保護者要因」($\alpha = .923$)			
養育者の精神的疲弊の影響度		.892	
養育者の肉体的疲労の影響度		.863	
子育てへの関心度の影響度		.769	
養育者自身の健康関心の影響度		.626	
家族間の関係性の影響度		.501	
生活用品の整備状況の影響度	.430	.452	
学習環境の整備状況の影響度	.440	.446	
住居の衛生状況の影響度		.399	.321
衣服管理状況の影響度	.304	.338	
第 3 因子「発達・コミュニケーション」($\alpha = .844$)			
子ども本人の言動・行動の影響度			.791
子どもの既往歴・現病歴の影響度			.788
保護者との意思疎通状況の影響度			.733
子どもの発育・体格状況の影響度			.656
固有値	12.641	2.152	1.431

寄与率 (%)	52.7	9.0	6.0
累積寄与率 (%)	52.7	61.6	67.6

注) 因子抽出法：主因子法、回転法：オブリミン回転 (Kaiser の正規化あり)。0.30 未満の負荷量は空白で示した。α : Cronbach's α 係数。

(本調査結果をもとに筆者作成)

表 3. クラスター別支援判断スタイルの特性 (最終クラスター中心値)

	CL1 標準型 (n=94)	CL2 包括的 支援 志向型 (n=41)	CL3 支援関 与 低位型 (n=30)
構成比	57.0%	24.8%	18.2%
第 1 因子「生活習慣・日常生活 管理」中心値	-0.077	+1.084	-1.240
第 2 因子「養育環境・保護者要 因」中心値	-0.046	+0.969	-1.182
第 3 因子「発達・コミュニケー ション」中心値	-0.011	+0.951	-1.265

(本調査結果をもとに筆者作成)

表 4. (研究 2) 自由記述設問の構成と回答数

群	設 問 番号	設問内容	設問ラベル / n
困難	⑱	質問⑱ (保護者保持記録の閲覧課題) で「そのほか」を選択した者の自由記述	情報入手の困難① / 12
困難	㉑	質問㉑ (他機関保持記録の閲覧課題) で「そのほか」を選択した者の自由記述	情報入手の困難② / 10
困難	③③	健康支援実践場面で感じる困難 (質問項目以外) の自由記述	支援実践の困難 / 42
困難	③⑨	他機関連携場面で感じる困難の自由記述	連携の困難 / 51
可能性	④⑩	他機関連携がうまくいった事例の自由記述	連携の成功 / 30
可能性	④①	CW の現行業務範囲での支援可能性の語り (自由記述)	可能性の語り / 39
合計		(困難 115 件、可能性 69 件)	184 件

表 5. (研究 2) 群別の特徴語 (Jaccard 係数)

順位	可能性 (n=69)	Jaccard	順位	困難 (n=115)	Jaccard
1	健康	.244	1	保護	.198
2	担当	.244	2	情報	.194
3	訪問	.225	3	場合	.147
4	世帯	.221	4	ケース	.133
5	支援	.215	5	時間	.122
6	子ども	.205	6	ケースワーカー	.116
7	機関	.192	7	個人	.113
8	行う	.185	8	多い	.113
9	関係	.171	9	難しい	.113
10	生活	.167	10	感じる	.096

表 6. (研究 2) CW3 類型別の特徴語 (Jaccard 係数)

順	除外群 (n=84)	J	標準型 (n=46)	J	包括的 (n=39)	J	低位型 (n=15)	J
1	機関	.243	保護	.171	支援	.186	無い	.200
2	関係	.181	情報	.149	健康	.167	行う	.125
3	健康	.173	生活	.133	連携	.150	医療	.111
4	行う	.156	共有	.125	情報	.147	担当	.103
5	ケースワーカー	.156	思う	.118	機関	.143	閲覧	.100
6	担当	.155	ケース	.117	必要	.129	特に	.100
7	連携	.152	子ども	.109	世帯	.123	ケース	.091
8	訪問	.133	親	.102	保護	.119	児童	.087
9	受診	.114	ケースワーカー	.100	個人	.106	思う	.083
10	場合	.109	状態	.094	相談	.106	世帯	.081

注：J は Jaccard 係数。包括的=包括的支援志向型、低位型=支援関与低位型を表す。

表 7. (研究 2) 「無い」「特に」の主要用法と典型的記述 (KWIC コンコーダンスより)

用法分類	典型的記述
第 1 層: CW 個人の専門性・知識の欠如	「医学的知識がないため健康診断結果やレセプト、お薬手帳を見ても支援につなぐことが難しい」/「専門的な知識がないため、見立てが誤っていた」/「連携先がわからない(どこを頼ってよいかわからない)」
第 2 層: 実践資源の欠如	「業務量が多く連携のための時間がとれない」/「世帯数が多くてそこまで手が回らない」/「ケースワーカーの業務が多忙で丁寧に聞き取りやアセスメントを行う時間が取れない」/「強く対応できる機関がない」
第 3 層: 組織的・制度的足場の欠如	「そもそも子どもの健康支援に取り組む意識が無いためアセスメントを行っていない」/「相談に対応できるスキルを有している CW は少なく、大半の CW は子どもまで目が届いていない」/「各分野の専門職の考えが偏りすぎていることで逆に支援ができない場合もある」
(参考) 当事者の問題意識の不在	「本人(親子共に)が改善を望んでないケース」/「当事者に問題意識がないケース」
(参考) 困難の不在表明	「特になし」/「特にありません」/「なし◇なし◇なし◇なし」(複数設問にわたる連続回答)

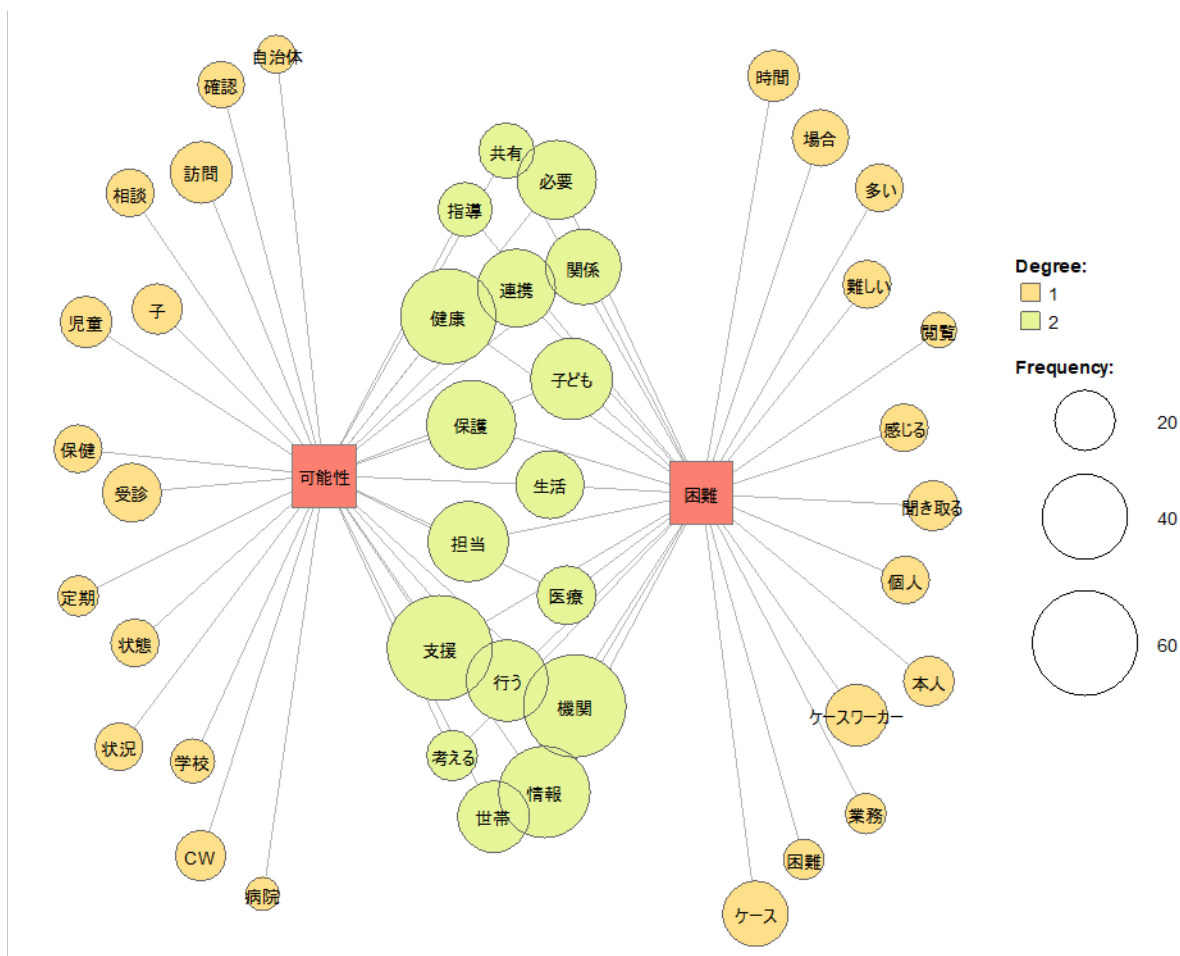


図 1. (研究 2) 群を外部変数とした共起ネットワーク (困難 vs 可能性)

注：Jaccard 係数による共起関係。係数の標準化を実施。Degree=1 (薄黄色) は当該群のみに共起する語、Degree=2 (緑) は両群に共起する語を示す。最小出現数 5、最小文書数 3、描画する共起関係数 60。

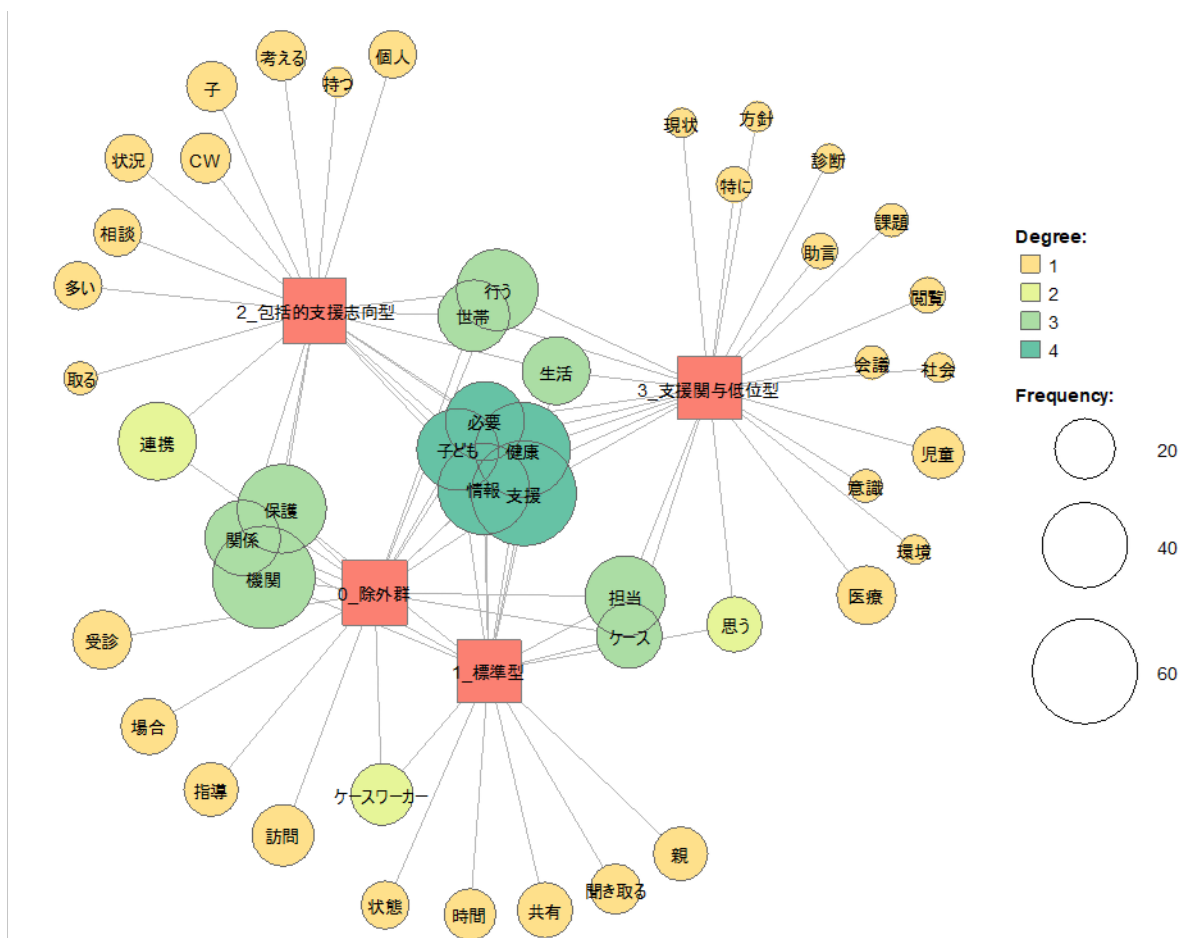


図 3. (研究 2) クラスタ (CW3 類型) を外部変数とした共起ネットワーク

注：Jaccard 係数による共起関係。0_除外群、1_標準型、2_包括的支援志向型、3_支援関与低位型の 4 類型。中央の Degree=4 (濃緑) は 4 類型すべてに共起する基盤語彙。最小出現数 5、最小文書数 3、描画する共起関係数 80。

付録 1 調査質問票

以下は、本研究の分析対象とした自由記述設問を含む、調査質問票の全文である。本研究で計量テキスト分析の対象とした 6 設問（設問⑬、⑭、⑯、㉑、㉒、㉓）については、設問番号を太字で示す。

【1】回答者および所属福祉事務所の属性

①あなたの年齢として該当する年代を選択してください。

（20 代、30 代、40 代、50 代、60 代）

②あなたのケースワーカーとしての通算経験年数に一番近いものを選択してください。

（1 年未満、1 年以上 3 年未満、3 年以上 5 年未満、5 年以上 10 年未満、10 年以上 15 年未満、15 年以上）

③あなたの保有する資格をすべて選択してください。

（社会福祉主事、社会福祉士、精神保健福祉士、保健師、その他）

④その他を選択した方は資格をご記入ください。

⑤あなたの所属する福祉事務所の住所地の級地を選択してください。

（1 級地 1、1 級地 2、2 級地 1、2 級地 2、3 級地 1、3 級地 2）

⑥あなたの所属する福祉事務所の設置主体を選択してください。

（政令指定都市、中核市、市、町村、都道府県）

⑦あなたの担当する 18 歳未満の世帯員（居宅に限る）が、最も多く暮らしている級地を選択してください。

（1 級地 1、1 級地 2、2 級地 1、2 級地 2、3 級地 1、3 級地 2）

⑧所属組織において下記に示す国家資格を有する専門職が配置されている場合は、配置のある専門職が保有する国家資格名を選択してください。（複数回答可）

（保健師、栄養士、管理栄養士、保育士、その他の国家資格保有者の配置がある、国家資格を有する者の配置はない）

⑨質問⑧で「そのほか」を選択した方は資格をご記入ください。

⑩質問⑧の回答として、「国家資格名」または「そのほかの国家資格」を選択された方に伺います。所属する福祉事務所内において先ほど回答していただいた国家資格を有する専門職は合計何名配置されていますか。当てはまる人数に近いものを選択してください。

（1 名、2 名、3 名、3 名以上）

【2】子どもの健康状態を把握するための記録の活用状況

⑫子どもの健康状態を把握するための記録の活用状況についてお伺いします。以下の記録の活用

頻度について、あてはまる番号を選択してください。

(1: 全く活用していない、2: あまり活用していない、3: 時々活用している、4: 必ず活用している)

(1) 母子手帳 (2) 成績表 (3) 要保護児童対策協議会の記録 (4) 児童相談所の相談記録 (5) 子育て世代包括支援センター記録 (6) 相談支援事業所の記録 (7) 医療要否意見書 (8) レセプト情報 (9) お薬手帳

⑬母子手帳の記録・文章からどのような情報を確認していますか。重点を置いて収集している情報の項目をひとつ選択してください。

(1) 妊娠中の経過 (2) 出産時の状況 (3) 乳幼児健診の記録 (4) 予防接種の記録 (5) 活用する必要性を感じないため活用していない (6) 活用したいが理由があり活用していない

⑭成績表(通知表)の記録・文書からどのような情報を確認していますか。重点を置いて収集している情報の項目をひとつ選択してください。

(1) 身長体重の推移 (2) 出席状況 (3) 学校生活の様子 (4) 保護者のコメント欄 (5) 活用する必要性を感じないため活用していない (6) 活用したいが理由があり活用していない

⑮子どもの育成に関与する機関の記録(要保護児童対策地域協議会の記録・児童相談所の相談記録・子育て世代包括支援センター・相談支援事業所等の記録を指す)から、どのような情報を確認していますか。

(1) 相談・参加の頻度 (2) 家族構成 (3) 家族以外の支援者の情報 (4) 日常生活の様子 (5) 関係している他の機関の情報 (6) 発達の経過 (7) 障害サービス利用に関する相談記録 (8) (9) (10) 当該機関の利用有無による不活用

⑯子どもの健康に関与する機関(医療要否意見書・レセプト情報・お薬手帳を指す)の記録・文書から、どのような情報を確認していますか。

(1) 医師の意見 (2) 頻回受診の有無 (3) 処方されている薬の内容 (4) 処方情報の整理状況 (5) 受診中断の有無 (6) (7) 医療機関利用状況による不活用

⑰下記の記録の活用は子どもの健康に関する支援の要否を判断する際にどの程度役立つと考えますか?

(1: 全く役立たない、2: あまり役立たない、3: どちらともいえない、4: ある程度役立つ、5: 非常に役立つ)

(1) ~ (9): 母子手帳、成績表、要対協記録、児相記録、子育て世代包括支援センター記録、相談支援事業所記録、医療要否意見書、レセプト情報、お薬手帳

【3】記録の閲覧課題

⑱質問⑰で「母子手帳」「学校の成績表」「お薬手帳」など、保護者が保持している記録の閲覧について、4・5を選択した方に伺います。質問⑰で4・5を選択した記録の入手・閲覧時の課題と

考える事項をひとつ選択してください。

- (1) 保護者が保有していない (2) 閲覧理由の説明が困難 (3) 保護者の同意が取得できない
(4) そのほか (5) 課題はない

⑱【本研究分析対象：情報入手の困難①】 質問⑱で「そのほか」を選んだ方に伺います。課題と
感じている内容を記入してください。

⑳質問⑳で他機関保持記録の閲覧について 4・5 を選択した方に伺います。質問⑳で 4・5 を選択
した記録の入手・閲覧時の課題と考える事項をひとつ選んでください。

- (1) 閲覧に時間がかかる (2) 閲覧許可の交渉が困難 (3) 許可を得ることができない (4)
そのほか (5) 課題はない

㉑【本研究分析対象：情報入手の困難②】 質問㉑で「そのほか」を選んだ方に伺います。課題と
感じている内容を記入してください。

【4】子どもとの接触状況

㉒あなたは、生活保護世帯に暮らす子どもと、訪問時どの程度接触していますか？接触の回数で
はなく、接触内容について教えてください。

- (1) できていると考える (2) まあまあできていると考える (3) あまりできていない (4)
ないと考える (5) 学校等のため訪問時に会わない (6) 学校等に通っていないが会えてい
ない

子どものいる世帯に訪問に行く際、本人の姿を 1 年に何回程度確認できていますか？

- (1) 年に 2 回 (2) 年に 4 回 (3) 年に 6 回 (4) 年に 8 回 (5) 年に 8 回以上

【5】健康支援アセスメント項目 (5 領域・24 項目)

以下のアセスメント項目群 (設問㉓～㉖、㉙) については、各項目について次の選択肢から該当
する番号を選択する形式である：

- (1：影響なし、2：影響は軽微、3：一定の影響あり、4：大きな影響あり、5：決定的な影響あ
り、6：確認したことはないが影響があると考え、7：確認したことはないが影響はないと考
える)

(1) 発達・健康状態に関する項目 (4 項目／設問㉓)

- (1) 子どもの発育の状態 (2) 既往歴・現病歴にかかわる症状の有無 (3) 子ども本人の言
動や行動から得ることができる情報 (4) 保護者とのコミュニケーションで得られる情報

(2) 食習慣・栄養管理に関する項目 (5 項目／設問㉔)

- (1) 欠食の有無 (2) 食事時間が規則的か (3) 偏食傾向の有無 (4) 間食・清涼飲料な
どの摂取量 (5) レトルト食品・調理済商品の摂取量

(3) 生活習慣・セルフケアに関する項目 (5 項目／設問㉕)

- (1) 入眠起床時刻が規則正しいか (2) 入浴の頻度は適切か (3) 歯磨きの頻度適切か (4) 運動機会の頻度 (外遊びを含む) (5) 一日のメディア視聴の長さ

(4) 家庭内環境・生活基盤に関する項目 (5 項目/設問⑳)

- (1) 衛生状況が保たれているか (2) 必要な生活用品が整備されているか (3) 学習環境が整備されているか (4) 子どもの私物が極端に少なくないか (5) 衣服の適切な管理が行われているか

【家庭内環境に関する補足自由記述】

㉗質問㉖で「衛生状況が保たれているか」に対して 4・5 を選んだ方に伺います。住居の衛生状況が保たれていないと感じる状態を具体的に教えてください。

㉘質問㉖で「必要な生活用品が整備されているか」に対して 4・5 を選んだ方に伺います。必要な物が不足していると感じる状態を具体的に教えてください。

㉙質問㉖で「学習環境が整備されているか」に対して 4・5 を選んだ方に伺います。学習環境が未整備だと感じる状態を具体的に教えてください。

(5) 養育者の態度・心身状態に関する項目 (5 項目/設問㉑)

- (1) 自身の健康に関心があるように見えるか (2) 育児・養育へ関心があるように見えるか (3) 家族と交流があるように見えるか (4) 精神的に疲弊しているように見えるか (5) 身体的に疲弊しているように見えるか

【アセスメント全体に関する補足自由記述】

㉓CW として自宅を訪問した際、健康に関する支援の要否を判断する上で、ここまでの質問事項以外で、支援の要否に影響を与える日常生活の状態についてご存じの場合は、その状態をご記入ください。

【6】健康支援実践の困難性 (9 項目)

㉔日常生活の状態をアセスメントした結果、健康に関する支援を行っていく場面において、以下の項目を実施することの困難度として当てはまる番号をひとつ選択してください。

(1: 全く困難でない、2: あまり困難でない、3: どちらかといえば困難、4: 困難、5: 非常に困難、6: 実施・判断したことはないが困難ではないと考える、7: 実施・判断したことはないが困難だと考える)

- (1) 子ども本人へ自身の生活状態の詳しい聞き取り (2) 保護者への聞き取り (3) 保護者以外の家族への聞き取り (4) 関係機関への聞き取り (5) 計画外訪問 (6) 受診指導等の単独判断 (7) 他機関への協力要請の単独判断 (8) 査察指導員同行下の助言・指導判断 (9) 援助方針への記載判断

㉕【本研究分析対象：支援実践の困難】アセスメントに基づき、なんらかの健康に関する支援を CW として行っていく場面において、質問項目以外で困難を感じることがあれば、困難の詳細を

ご記入ください。

【7】多職種連携の困難性および連携先の優先順位

③④日常生活の状態をアセスメントした結果、健康に関する支援を以下の機関と連携して行っていくことの困難度として当てはまる番号をひとつ選択してください。

(1) 保育園・学校 (2) かかりつけ医療機関 (3) 自治体担当課 (4) 学習・生活支援事業の委託法人

③⑤連携先として最も連携が重要だと考える機関を選択してください。(4 機関+そのほか)

③⑥質問③⑤で「そのほか」を選択した方に伺います。連携を重要視している機関名をご記入ください。

③⑦連携先として、③⑤で選択した機関の次に連携が重要だと考える機関を選択してください。

③⑧質問③⑦で「そのほか」を選択した方に伺います。連携を重要視している機関名をご記入ください。

③⑨【本研究分析対象：連携の困難】他機関と連携して健康に関する支援を行っていく場面において、困難を感じていることがあれば自由にご記入ください。

④⑩【本研究分析対象：連携の成功】他機関と連携して健康に関する支援を行っていく場面において、連携がうまくいっている事例があれば事例の詳細をご記入ください。

【8】CWの現行業務範囲における支援可能性

④⑪【本研究分析対象：可能性の語り】生活保護世帯に暮らす、子どもの健康を向上させるために必要な健康リテラシーを、世帯員全員が獲得するため、CWは現行法制度で定められる業務範囲で、どのような支援を行うことが可能だと考えますか？案がある場合はご記入ください。

被保護世帯の子どもの健康・生活状況を把握し支援する基盤構築：子どもフェイスシートの開発

研究分担者	上野 恵子	(金沢大学)
研究代表者	西岡 大輔	(京都大学)
研究分担者	近藤 尚己	(京都大学)
研究分担者	木野 志保	(東京科学大学)
研究分担者	久保木紀子	(横浜創英大学)
研究分担者	林 明子	(大妻女子大学)
研究分担者	越智真奈美	(国立研究開発法人国立成育医療研究センター)
研究分担者	田中 琴音	(神奈川県立保健福祉大学)
研究分担者	小出 直	(新潟医療福祉大学)
研究分担者	川内はるな	(京都大学)
研究分担者	新杉 知沙	(国立社会保障・人口問題研究所)
研究協力者	林 慎吾	(東北大学)

研究要旨

2021 年より「被保護者健康管理支援事業」が必須事業となり、全国の福祉事務所で展開されている。しかし、本事業の対象者は主に 40 歳以上の被保護者が想定されており、被保護世帯の子どもやその養育者は支援対象として選定されにくい現状がある。また、ケースワーカーは主な支援対象者を世帯主としており、被保護世帯の子どもが支援対象となることは少ない。国内外の先行研究や国内の行政調査で被保護世帯の子どもの健康や社会生活についての報告は散見されるが、現時点ではそれらの知見は十分ではなく、被保護世帯の子どもを対象にした効果的な健康支援策を十分に立案できていない現状がある。そこで本研究は、被保護世帯の子どもの健康・生活状況を把握し、全国の福祉事務所で標準的に活用できるフェイスシートを開発することを目的とした。

本研究は、被保護世帯の子どもの健康・生活状況を包括的に把握するための標準化されたフェイスシートの開発を目的として実施した。令和 6 年度に文献レビューおよび専門家の知見に基づき作成されたフェイスシート項目案を基盤とし、本年度は福祉事務所職員等を対象とした修正デルファイ法により項目の合意形成を行った。査察指導員、ケースワーカー、保健師等を対象に 3 回のアンケート調査を実施し、各項目の妥当性についてリッカート尺度を用いて評価した。第 1・第 2 回調査では同意率 70%以上、第 3 回調査では 80%以上を採択基準とし、段階的に項目の削減と精緻化を行った。その結果、初期 29 項目から最終 17 項目へと収束し、フェイスシート最終版が確定した。

本研究により、被保護世帯の子どもの生活・健康・社会環境を多面的に評価可能なツールの基盤が構築された。今後は各項目に対応する支援方法を整理した実装支援資料を作成し、福祉現場での活用可能性を検証する予定である。

A. 研究目的

子どもの貧困は世界的に深刻な課題であり、日本においても 2021 年時点の子どもの相対的貧困率は 11.5%と報告されている [1]。特にひとり親世帯では 44.5%と高く [1]、日本は主要 7 か国 (G7) の中でも相対的貧困率が高い国の一つである [2]。

これまでの研究により、経済的困窮は子

どもの健康に多面的な影響を及ぼすことが明らかになっている。肥満 [3]、喘息 [4,5]、慢性腎疾患 [6] などの身体的健康問題に加え、学業成績の低下や社会関係の希薄化 [7-9] といった精神的・社会的側面にも影響が及ぶ。また、子ども期の困窮は成人期の健康悪化や死亡リスクの増加にも関連することが報告されており [10-11]、早期からの支援

は公衆衛生上重要である。

被保護世帯の子どもは経済的支援を受けているものの、健康や社会生活に対する支援は十分とは言えない可能性がある。海外の先行研究では、長期的に公的扶助を受給する世帯の子どもは、健康面および生活面の双方において不利な結果を示すことが報告されている [13]。日本においても、被保護世帯の子どもは不登校傾向が強いことや [14]、被保護世帯内でも健康状態に格差が存在し、ひとり親世帯の子どもでは慢性疾患の有病率が高いことが報告されている [15]。

2018 年以降、福祉事務所では子どもと養育者を対象とした支援事業が実施されており、2021 年からは「被保護者健康管理支援事業」が全国で展開されている [16,17]。しかし、支援対象の選定や支援計画の策定には課題があり [18]、特に子どもは支援対象として選定されにくい状況にある。また、ケースワーカーは世帯主を主な対象としていることや、家庭訪問時に子どもと接する機会が限られていることから、子どもの健康・生活状況を十分に把握することが困難である。このような背景から、福祉事務所において被保護世帯の子どもの健康および生活状況を体系的に把握するための標準化された評価ツールの整備が求められている。しかし、現時点ではその基盤となる実態把握や評価項目に関する知見は十分ではない。

そこで本研究では、被保護世帯の子どもの健康・生活状況を把握し、全国の福祉事務所で活用可能なフェイスシートを作成することを目的とした。本年度は令和 6 年度に文献レビューおよび専門家の知見に基づき作成された被保護世帯の子どもの健康・生活状況に関するフェイスシート項目案を基盤とし、子どもの支援に携わった経験のある、もしくは今後子どもの支援に携わる可能性のある実務家による項目の合意形成を行い、最終項目を確定することを目的とした。

B. 研究方法

1. 研究デザイン

修正デルファイ法。

デルファイ法は、検証対象に関する専門家を研究参加者とし、参加者が無記名で質

問項目に回答し、その回答を統計的に集約した結果を参加者に提示し、次いでこの結果を参考に参加者が質問項目に再度回答する過程を繰り返す合意形成の方法の一種である [19]。デルファイ法は、科学的根拠が十分でない領域において専門家の意見集約を通じて意思決定を支援する方法として医療・公衆衛生分野で広く用いられており、本研究のように標準化された評価項目が未整備な領域において有用なアプローチと考えられる。修正デルファイ法は、専門家による初期項目の設定と複数回の評価を通じて合意形成を図る方法であり [19]、本研究では、令和 6 年度に研究者チームが文献レビュー、専門的知見をもとに、被保護世帯の子どもの健康・生活状況に関して収集すべき情報を抽出し、フェイスシート項目案の一覧を作成した。

2. 研究参加者

デルファイ法では、研究参加者の設定と選定が結果に影響を及ぼすため、以下の選定基準を設けた：査察指導員、ケースワーカー、保健師など福祉事務所や他機関に所属し子どもの支援に携わった経験のある者、もしくは今後子どもの支援に携わる可能性のある者。

デルファイ法の対象者数の明確な定義はないが、多くの文献では対象者数は 1~100 人である [20]。調査分野に十分な知識がある者が参加する場合、対象者数が少なくとも信頼性のある結果が得られることから、本研究では 50 名の研究参加者を目標とした。研究参加者の選定は機縁法とし、選定基準を満たす者の紹介を受けた。

3. 実施期間

2025 年 7 月~2025 年 12 月

4. データ収集方法

修正デルファイ法の調査回数は 3 回とした。調査の回答方法は Google フォームまたは郵送とし、各調査の回答期間は 3 週間とした。

令和 6 年度に作成した 3 つの項目案：① ケースワーカーが子どもや養育者から子どもの一日の生活状況を聞き取るタイプのフェイスシート（以下、生活状況聞き取りフェ

イスシート項目案) ②子どもが回答する項目(以下、子ども回答フェイスシート項目案)、③子どもの養育者が回答する項目(養育者回答フェイスシート項目案)において、各項目の設定が適切か否かを「5. 適切である」から「1. 不適切である」のリッカート尺度(5件法)で回答を得た。各項目の適切性の評価である同意率は、「5. 適切である」と「4. やや適切である」と回答した者の割合とした。自由記述により、追加・修正すべき項目などについて回答してもらった。

1回目調査では、研究参加者の背景情報として職種、現在の職場、現在の職種の経験年数、子ども(0~18歳)の健康・生活問題の支援経験について回答を求め、同意書に研究参加の有無を記入してもらった。同意率が70%未満の項目を中心に自由記述の結果も考慮し、項目の修正・削除、表現の修正などを行った。2回目調査では、1回目調査の結果をもとに修正した調査票と1回目調査結果の報告書を同意が得られた研究参加者に送付し、前回調査の結果を参考にして自身の結果を回答してもよいことを明記した[19]。1回目調査と同様に、同意率が70%未満の項目を中心に自由記述の結果も考慮し、項目の修正・削除、表現の修正を行った。3回目調査も各項目の適切性と自由記述により意見を得た。3回目調査では、80%以上に達しない項目を削除した[21]。

さらに、②子ども回答フェイスシート項目と③養育者回答フェイスシート項目の最終版については、エビデンスおよび支援への活用方法を明確化するため、項目ごとの解説および活用例を作成した。

5. 解析方法

各調査回で研究参加者の特性の記述統計を算出し、各項目の中央値、同意率を算出した。自由記述は項目の追加・修正の参考とした。量的分析には Stata SE ver.16.2 (Stata Corp., USA) を用い、自由記述の質的分析には Excel を用いて整理した。

(倫理面への配慮)

被保護者の健康状況に関する福祉事務所への質的研究の実施については、京都大学医学部 医の倫理委員会 (R3565-1) において承認を得ている。

C. 研究結果

1. 研究参加者の特性

研究協力を依頼した53名のうち、49名から回答を得た(回収率92.5%)。参加者の現在の職種は、ケースワーカーが25名(51.0%)と最も多く、次いで査察指導員10名(20.4%)、保健師9名(18.4%)であった。その他、福祉相談課職員、福祉の総合窓口担当、家庭児童相談員、児童福祉司、児童相談所の係長がそれぞれ1名(各2.0%)であった。現在の職場は、福祉事務所が41名(83.7%)と大多数を占め、自治体保健部局4名(8.2%)、教育委員会1名(2.0%)、生活困窮者自立支援法による自立支援機関1名(2.0%)、保健センター1名(2.0%)、児童相談所1名(2.0%)であった。現在の職種における経験年数は、中央値4年(四分位範囲:1-7年)であり、平均は7.1年(標準偏差8.4)であった。経験年数の範囲は0~30年であり、1年未満の者は9名(18.4%)であった。子どもの健康・生活問題に関する支援経験については、「子どもとその養育者の双方を支援したことがある」が31名(63.3%)と最も多く、「子どもを支援したことがある」が10名(20.4%)、「子どもの養育者を支援したことがある」が4名(8.2%)、「いずれも支援したことがない」が4名(8.2%)であった。

2. 参加者数および項目数の推移

修正デルファイ法による調査の各回の参加者数は、1回目49名、2回目43名、3回目47名であった。フェイスシート項目数は、調査の進行に伴い段階的に削減された(次頁表1)。

表1 参加者数および項目数の推移

	1 回 目	2 回 目	3 回 目
参加者数(人)	49	43	47
聞き取りフェイスシート項目案	29	21	17
子ども回答フェイスシート項目案	36	27	24
養育者回答フェイスシート項目案	11	10	10

3. 生活状況聞き取りフェイスシート項目案

生活状況聞き取りフェイスシート項目案では、子どもの1日の生活行動を把握する項目について検討した(表2)。1回目調査では29項目が提示されたが、2回目調査で21項目、3回目調査で17項目へと段階的に削減された。

1回目調査においては、睡眠、身のまわりのこと、食事、通学、家庭での学習、家族との関わりなどの基本的な生活行動に関する項目は高い同意率を示し、多くが3回目調査まで維持された。一方で、通学以外の移動、習い事の練習、本・新聞、マンガ・雑誌、音楽、買い物、休息などの項目は1回目調査の段階で同意率が基準を満たさず削除された。さらに2回目調査では、学校での活動(授業等)や室内遊び、テレビ・DVDなどの項目が削除され、3回目調査では、屋外遊び、ソーシャルゲーム、学習塾、習い事、家族以外との交流、家事手伝いなどの項目が削除された。

1回目から3回目調査にかけての自由記述では、項目の網羅性は高いが、簡略化が必要という意見が一貫して認められた。特に2回目調査では、「1時間単位ではなく、より簡略な時間区分が望ましい」との指摘があり、実際に調査設計の修正(午前・午後・夜への集約)につながった。また、塾や習い事は対象児では該当しない場合が多い、メディアやゲームなどは内容の重複や定義の曖昧さがあるといった指摘があった。3回目では、項目内容そのものに対する大きな異論は減少し、子どもへの聞き方や関係性構築の重要性に関する意見が中心となった(表3)。

最終的に、睡眠、食事、身の回りの生活、通学、放課後の学校活動、部活動、家庭での学習、スマートフォンの利用、家族との関わりなど、生活の基本構造および重要な社会的関係を把握する項目に収束した。

4. 子ども回答フェイスシート項目案

子ども回答フェイスシート項目案では、子ども自身による健康状態や生活状況の把握を目的とした項目を検討した(表4)。1回目調査では36項目が提示され、2回目調査

で27項目、3回目調査で24項目へと削減された。

健康状態や医療受診、身体症状に関する項目は全体として高い同意率を示し、多くが最終項目として採択された。一方で、学校健診の受診状況など一部の項目は3回目調査において削除された。特に、歯科に関連する項目については、複数の設問が含まれていたものの、いずれも同意率が基準を満たさず、最終的にすべて削除された。

自由記述では、全体として子どもの主観的健康、困りごと、学校生活や日常生活の状況を把握する項目については肯定的な意見が多かった。一方で、回答選択肢に「ふつう」を追加すべき、子どもが答えやすい表現にすべきといった、回答しやすさへの配慮に関する指摘がみられた。また、歯科関連項目を積極的に支持する意見は少なく、優先度の相対的低さが示唆された(表5)。

5. 養育者回答フェイスシート項目案

養育者回答フェイスシート項目案では、養育者の視点から子どもの健康や生活状況を把握する項目について検討した。1回目調査では11項目が提示され、2回目調査で10項目に削減され、その後3回目調査でも同数が維持された(表6)。

多くの項目が初回から高い同意率を示し、大幅な削減は認められなかった。特に、子どもの健康状態、発達、養育状況に関する項目は一貫して高い評価を受け、最終的なフェイスシートにおいても維持された。

自由記述では、乳幼児健診では医師による診断だけでなく保健師・心理士等による評価も含めるべきという意見があり、発達に関する質問項目の修正に反映された。また、尺度使用(例:エジンバラ尺度)に関しても、利用方法の妥当性に関する指摘がみられた(表7)。

6. 付録について

本研究で開発したフェイスシート最終版、フェイスシート活用の手引き、子ども回答フェイスシートと養育者回答フェイスシートの各項目の解説および活用例を付録に示す(付録1~11)。これらは、現場でのアセスメントおよび支援に直接活用できる実践ツールとして作成した。さらに、子ども回答

フェイスシートの効果的な活用のために、実務経験者にヒアリングを行った結果を付録12に示す。

D. 考察

本研究では、被保護世帯の子どもの健康・生活状況を把握するフェイスシート項目案について、修正デルファイ法を用いて多職種の実務者の合意形成を行った。その結果、初期段階で設定された項目群は、調査を重ねる中で段階的に精選され、最終的には実務者間で合意が得られた項目構成へと収束した。

調査の進行に伴い各項目案の項目数の削減が認められた。これは、初期段階で網羅的に設定された項目が、実務者の評価を通じて優先度の高い項目へと精選された結果と考えられる。内閣府や地方自治体による子どもの生活実態調査では、生活状況、学習、居場所、相談相手、家庭環境などを多面的に把握するために幅広い質問項目が設定されているが[22,23]、これらは主として実態把握や政策評価を目的とした調査であり、福祉事務所職員が面接や訪問の中で活用するツールとは性質が異なる。本研究で項目が絞り込まれた背景には、現場における聞き取り負担の軽減や、限られた接触時間の中で実施可能な構成への最適化を念頭に置いた選択があったと解釈できる。

自由記述では、特に生活状況聞き取りフェイスシート項目案および子ども回答フェイスシート項目案において、「質問数が多い」「細かすぎると回答しにくい」「信頼関係がなければ答えにくい項目がある」といった実施上の課題が繰り返し指摘された。これは、評価項目の内容妥当性のみならず、回答者および聞き取り者双方の負担や受容性が、フェイスシートの現場実装において重要な要素であることを示している。生活困窮世帯への支援に関する先行報告においても、福祉現場では限られた人的資源の中で多様な課題に対応する必要があり、簡便かつ実用的な評価ツールの必要性が指摘されている[24]。本研究における項目削減の過程は、このような現場の制約を反映したものと考えられる。

子ども回答フェイスシート項目案では、最終的に歯科に関する項目はすべて削除さ

れた。これは、歯科に関する情報がフェイスシートにおける優先度として相対的に低いと研究参加者に評価された可能性を示唆する。一方で、子どもの口腔健康は全身の健康や生活の質と密接に関連し、社会経済的に不利な状況にある子どもほど、う蝕や口腔健康関連 QOL の悪化を経験しやすいことが報告されている[15,25]。したがって、本研究の結果は歯科領域の重要性そのものを否定するものではなく、福祉現場で優先的に把握される項目と、健康格差対策として重要な口腔健康との間に一定の乖離が存在することを示唆している。今後は、既存の健診情報や別の簡便なスクリーニング手法と組み合わせるのかについて検討が必要である。

養育者回答フェイスシート項目案では、初回から多くの項目が高い同意率を示し、大きな削減は認められなかった。これは、子どもの生活背景や健康状態を把握する上で、養育者から得られる情報の重要性が実務者間で一貫して共有されていたことを示している。子どもの貧困に関する先行研究においても、保護者の健康状態、社会的孤立、養育環境が子どもの発達や健康に影響を及ぼすことが指摘されており[26]、養育者に関する情報は支援方針の検討において不可欠である。本研究の結果は、福祉現場における実務的判断においても同様の認識が共有されていることを示唆する。さらに、自由記述では、「聞き取って終わりではなく、回答の仕方や理解の程度も含めて評価する必要がある」、「母子保健や精神保健分野の専門職と連携して活用すべき」といった意見がみられた。これは、本フェイスシートが単なる情報収集ツールではなく、ケースワークのプロセスや多職種連携の契機として機能する可能性も示している。生活困窮世帯への支援では福祉、保健、医療、教育の連携が重要であるとされており[26, 27]、本研究の知見はその具体的な実装手段の一つを提示するものと位置づけられる。

一方で、本研究にはいくつかの限界がある。第一に、研究参加者は福祉事務所に勤務する者が多く、他機関の視点が十分に反映されていない可能性がある。第二に、本研究は合意形成を目的としたものであり、実際の現場における運用可能性や支援効果につ

いては検証していない。第三に、本フェイスシートは実態把握の網羅性よりも現場での実用性を重視して構成されており、把握できる情報には一定の限界がある。今後は、本フェイスシートを用いた実証研究を通じて、聞き取り負担、実施率、支援への接続可能性、多職種連携への寄与などを評価する必要がある。また、本フェイスシートの実装を促進するためには、実務者が具体的な活用場面をイメージできる支援が不可欠である。本研究で作成した活用ガイドに加え、フェイスシートを用いた教材作成や模擬面談等を通じて、項目の聞き取り方や支援へのつなげ方に関する実践的理解を支援していく必要がある。

E. 結論

本研究では、修正デルファイ法を用いて被保護世帯の子どもの健康・生活状況を把握するフェイスシート項目の合意形成を行い、最終項目を確定した。開発されたフェイスシートは、福祉事務所における被保護世帯の子どもへの支援において、対象者の状況を体系的かつ効率的に把握し、適切な支援につなげるための標準的評価ツールとして活用されることが期待される。今後は、本ツールの現場実装およびその効果検証を通じて、被保護世帯の子どもに対する支援の質向上に寄与することが求められる。

【付録】

- 付録 1 生活状況聞き取りフェイスシート
- 付録 2 子ども回答フェイスシート
- 付録 3 養育者回答フェイスシート
- 付録 4 生活状況聞き取りフェイスシート_小学生
- 付録 5 生活状況聞き取りフェイスシート_中学生以上
- 付録 6 子ども回答フェイスシート_小学生
- 付録 7 子ども回答するフェイスシート_中学生以上
- 付録 8 養育者回答フェイスシート
- 付録 9 生活保護世帯の子ども支援におけるフェイスシート活用ガイド
- 付録 10 子ども回答フェイスシートの各項目の解説とその活用例
- 付録 11 養育者回答フェイスシートの各項目の解説とその活用例

付録 12 実務者へのヒアリング結果

【参考文献】

1. 厚生労働省. 2022 (令和 4) 年 国民生活基礎調査の概況. 2023. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa22/dl/14.pdf>
2. Organization for Economic Co-operation and Development. CO2.2 Child poverty. OECD family database. 2021. https://www.oecd.org/els/CO_2_2_Child_Poverty.pdf.
3. Lee H, Andrew M, Gebremariam A, Lumeng JC, Lee JM. Longitudinal associations between poverty and obesity from birth through adolescence. *Am J Public Health.* 2014;104:e70-6.
4. Yang-Huang J, van Grieken A, You Y, Jaddoe VWV, Steegers EA, Duijts L, et al. Changes in family poverty status and child health. *Pediatrics.* 2021;147:e2020016717.
5. Mendes AP, Zhang L, Prietsch SO, Franco OS, Gonzáles KP, Fabris AG, et al. Factors associated with asthma severity in children: a case-control study. *J Asthma.* 2011;48:235-40.
6. Friedman D, Luyckx VA. Genetic and developmental factors in chronic kidney disease hotspots. *Semin Nephrol.* 2019;39:244-55.
7. Hair NL, Hanson JL, Wolfe BL, Pollak SD. Association of child poverty, brain development, and academic achievement. *JAMA Pediatr.* 2015;169:822-9.
8. Cooper K, Stewart K. Does household income affect children's outcomes? A systematic review of the evidence. *Child Ind Res.* 2021;14:981-1005.
9. Ge T, Wang L. Multidimensional child poverty, social relationships and academic achievement of children in poor rural areas of China. *Children Youth Serv Rev.* 2019;103:209-17.
10. Lai ETC, Wickham S, Law C, Whitehead M, Barr B, Taylor-Robinson D. Poverty dynamics and health in late childhood in the UK: evidence from the Millennium Cohort Study. *Arch Dis Child.* 2019;104:1049-55.
11. McLaughlin KA, Breslau J, Green JG, Lakoma MD, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Childhood socio-economic status and the onset, persistence, and

- severity of DSM-IV mental disorders in a US national sample. Soc Sci Med. 2011; 73:1088-96.
12. Rod NH, Bengtsson J, Budtz-Jørgensen E, Clipet-Jensen C, Taylor-Robinson D, Andersen AN, et al. Trajectories of childhood adversity and mortality in early adulthood: a population-based cohort study. Lancet. 2020;396:489-97.
 13. Weitoft GR, Hjern A, Batljan I, Vinnerljung B. Health and social outcomes among children in low-income families and families receiving social assistance—a Swedish national cohort study. Soc Sci Med. 2008;66:14-30.
 14. Koyama Y, Fujiwara T, Isumi A, Doi S, Ochi M. The impact of public assistance on child mental health in Japan: results from A-CHILD study. J Public Health Policy. 2021;42:98-112.
 15. Nishioka D, Saito J, Ueno K, Kondo N. Single-parenthood and health conditions among children receiving public assistance in Japan: a cohort study. BMC Pediatr. 2021;21:214.
 16. 厚生労働省. 生活保護世帯の子どもとその養育者への健康生活支援について. 2021. https://boshikenshu.cfa.go.jp/assets/files/history/r3/tr6_lecture_3.pdf.
 17. 厚生労働省. 被保護者健康管理支援事業の手引き (令和 2 年 8 月改定版). 2020. <https://www.mhlw.go.jp/content/12000000/000809908.pdf>.
 18. 上野 恵子, 西岡 大輔, 近藤 尚己. 生活保護受給者への健康管理支援事業に対する福祉事務所の期待と課題認識 福祉事務所への質問紙およびヒアリング調査結果より. 日本公衆衛生雑誌. 2022;69:48-58.
 19. Keeney S, Hasson F, McKenna H. The Delphi technique in nursing and health research. Wiley-Blackwell, Chichester, 2010.
 20. Akins RB, Tolson H, Cole BR. Stability of response characteristics of a Delphi panel: Application of bootstrap data expansion. BMC Med Res Methodol 2005;5:37.
 21. Hasson F, Keeney S, McKenna H: Research guidelines for the Delphi survey technique. J Adv Nurs 2000;32:1008–15.
 22. 内閣府. 子供の生活状況調査の分析報告書. 2021. <https://www5.cao.go.jp/keizai2/wellbeing/action/pdf/shiryoku3.pdf>
 23. 大阪府. 子どもの生活に関する実態調査報告書. 2024. <https://www.pref.osaka.lg.jp>
 24. みずほリサーチ&テクノロジーズ株式会社. 厚生労働省 令和 2 年度社会福祉推進事業 子どもとその養育者への健康生活支援における行動変容に関する調査研究事業報告書. 2021. <https://www.mizuho-rt.co.jp/business/consulting/articles/2021-c0006/pdf/c0006-PDF01.pdf>
 25. Almajed OS, Aljouie AA, Alharbi MS, Alsulaimi LM. The Impact of Socioeconomic factors on pediatric oral health: a review. Cureus. 2024 Feb 4;16:e53567.
 26. Shonkoff JP, Garner AS. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. Pediatrics. 2012;129:e232–e246.
 27. Ikeda S, Iwabuchi Y, Nakamura M, Ohno K, Shibahashi H. Child poverty and its associated issues in a city, Tokyo: Insights from community-based participatory research. Children.2025;12:252.
- F. 健康危険情報
なし
- G. 研究発表
1. 論文発表
なし
 2. 学会発表
なし
- H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)
1. 特許取得
該当なし
 2. 実用新案登録
該当なし
 3. その他
該当なし

表 1 ケースワーカーが子どもの一日の生活状況を聞き取るフェイスシートの項目案 (24 時間聴取フェイスシート項目案)

先週 1 週間の平日の中から、あなたがその日にしたことを 1 時間ごとに教えてください。 「番号」に【行動の種類】の番号を記入し、「96：その他」を選んだときは「補足事項」に行動の内容を書いてください。		
時間 (午前)	番号	補足事項
午前 0 時		
午前 1 時		
午前 2 時		
午前 3 時		
午前 4 時		
午前 5 時		
午前 6 時		
午前 7 時		
午前 8 時		
午前 9 時		
午前 10 時		
午前 11 時		
時間 (午前)	番号	補足事項
午後 0 時		
午後 1 時		
午後 2 時		
午後 3 時		
午後 4 時		
午後 5 時		
午後 6 時		
午後 7 時		

午後 8 時		
午後 9 時		
午後 10 時		
午後 11 時		

【行動の種類】			
分類	番号	行動	行動の例
生活に必要な時間	1 1	睡眠	起きる、昼寝をする、寝る
	1 2	身のまわりのこと	顔を洗う、着替える、トイレ、お風呂、歯磨き、次の日の準備をするなど
	1 3	食事	朝ごはんや晩ごはんを食べる、おやつを食べる、外食をするなど
移動	2 1	通学	学校に行く（登校）、学校から帰る（下校）
	2 2	移動（通学以外）	遊びや買い物に行くときの移動、習い事や塾に行くときの移動など
学校で過ごす	3 1	学校	朝の会、授業、休けい時間、帰りの会など
	3 2	放課後に学校で過ごす（部活動以外）	放課後に運動場で遊ぶ、図書室で本を読む、児童会（小学生）・生徒会（中学生・高校生）や委員会の活動をする、クラブ活動をする、放課後に学校で勉強するなど
	3 3	【中学生・高校生のみ】部活動	部活動をする（朝練習を含む）
遊び（学校以外）	4 1	屋外での遊び・スポーツ	公園や広場で遊ぶ、スポーツをするなど
	4 2	室内での遊び	自分や友だちの家で遊ぶ、カードゲームで遊ぶなど
	4 3	ソーシャルゲーム	テレビゲーム、携帯ゲーム（DS や P S P など）、オンラインゲームをする
勉強（学校以外）	5 1	家での勉強	学校の宿題をする、自分で勉強をする、塾の宿題をするなど
	5 2	学習塾	塾に行き勉強する
	5 3	他の場所での勉強	無料で勉強を教えてもらえるところで勉強する

習い事	6 1	習い事・スポーツクラブ	楽器・習字・そろばんなどの習い事に行く、スポーツクラブに行くなど
	6 2	習い事の練習	楽器の練習、そろばんの宿題など
メディア	7 1	テレビ・DVD	テレビやDVDなどを見る
	7 2	本・新聞	本を読む(マンガ・雑誌以外)、新聞を読む
	7 3	マンガ・雑誌	マンガを読む、雑誌を読む
	7 4	音楽	音楽を聴く、楽器を弾くなど
	7 5	スマートフォン・携帯電話	インターネットで調べる、チャットなど
人と過ごす	8 1	家族と話す・過ごす	親や祖父母、きょうだいなどと話をする、一緒に過ごすなど
	8 2	家族以外と話す・過ごす	仲の良い人と話をする、一緒に過ごすなど(オンラインを含める)
その他	9 1	家の手伝い	晩ごはんのしたくを手伝う、きょうだいの面倒を見るなど
	9 2	買い物	コンビニやショッピングセンターに行く、お店で買い物をするなど
	9 3	からだを休める	休けいする、ぼーっとする、ごろごろする、うたた寝をするなど
	9 4	ペットと過ごす	ペットと遊ぶ、ペットの散歩に行くなど
	9 5	【高校生のみ】 アルバイト	アルバイトをする
	9 6	その他	その他(どれにもあてはまらない行動)

表 2 子どもが回答するフェイスシートの項目案（子ども回答フェイスシート項目案）

分野	質問	選択肢	参考文献等の情報
健康 (医療)	この 1 年間に、学校で健診（内科、歯科、眼科、耳鼻科健診を含む）を受けましたか。	1. 受けた 2. 受けていない（理由： ） 3. わからない	・ 文部科学省. 学校保健統計調査. https://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/chousa05/hoken/gaiyou/chousa/1268648.htm
	現在病院で治療をしている病気はありますか。	1. ある（病気の名前： ） 2. ない 3. わからない	・ Weitoft GR, Hjern A, Batljan I, Vinnerljung B. Health and social outcomes among children in low-income families and families receiving social assistance-a Swedish national cohort study. Soc Sci Med. 2008;66:14-30. ・ Nishioka D, Saito J, Ueno K, Kondo N. Single-parenthood and health conditions among children receiving public assistance in Japan: a cohort study. BMC Pediatr. 2021;21:214.
	あなたは、自分の体の状態で気になることはありますか（あてはまる番号すべてに○をつけてください）。	1. ねむれない 2. よく頭がいたくなる 3. よくおなかがいたくなる 4. よくかぜをひく 5. よくせきをする 6. よくかゆくなる 7. とくに気になるところはない 8. その他	・ 大阪府子どもの生活に関する実態調査（令和 5 年度）：小学生・中学生向け調査 調査票 . 2023. https://www.pref.osaka.lg.jp/documents/88177/tyousahyou_kodomo.pdf
健康 (歯科)	あなたの歯の健康状態を教えてください。	1. すばらしい 2. とてもよい 3. よい 4. ふつう 5. わるい 6. とてもわるい 7. わからない	・ Petersen PE, Baez RJ, World Health Organization. Oral health surveys: basic methods, 5th ed. 2013. World Health Organization. (一般社団法人口腔保健協会. 口腔診査法第 5 版—WHO によるグローバルスタンダード—)
	あなたの歯ぐきの健康状態を教えてください。	1. すばらしい 2. とてもよい 3. よい 4. ふつう 5. わるい 6. とてもわるい 7. わからない	
	過去 12 ヶ月間で、歯痛や歯による不快感を	1. よくあった 2. ときどき 3. あまりな	

	感じたことがありますか。	かった 4. なかった 5. わからない	https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/97035/9784896053166-jpn.pdf?sequence=8&isAllowed=y)
	過去 12 ヶ月間に歯科受診していない場合は、下記の質問に答えずに次の質問に進んでください。		
	過去 12 ヶ月間にどのくらい歯科医院に行きましたか。	1. 1回 2. 2回 3. 3回 4. 4回 5. 5回以上 6. 過去 12 か月に一度も行ってない 7. 今までに一度も行ったことがない 8. わからない・覚えていない	
	最後に歯科医院に行った理由は何ですか。	1. 歯、歯ぐき、口の痛みや問題 2. 治療 3. 定期健診 4. わからない・覚えていない	
	どのくらいの頻度で歯を磨きますか。	1. 磨いていない 2. 月に何回か 3. 週一回 4. 1週間に何回か 5. 1日1回 6. 1日2回以上	
	歯磨きの際に歯磨剤を使用していますか。	1. はい 2. いいえ 3. わからない	
	フッ化物入り歯磨剤を使用していますか。	1. はい 2. いいえ 3. わからない	
	歯と口の状態について、過去 1 年間に以下のような経験はありますか。		
	(a) 自分の歯の見た目に満足していない。	1. はい 2. いいえ 3. わからない	
	(b) 歯並びが気になって、笑ったりするのを避けることが多い。	1. はい 2. いいえ 3. わからない	
	(c) 他の子どもたちに歯をからかわれる。	1. はい 2. いいえ 3. わからない	
	(d) 歯の痛みや不快感で、学校の授業を休んだり、丸一日学校を休んだりした。	1. はい 2. いいえ 3. わからない	
(e) 噛みにくい。	1. はい 2. いいえ 3. わからない		
生活	お風呂（シャワー）にはいつていますか。	1. ほぼ毎日 2.1日に1回（週に2～3回） 3. 週に1回 4.月に1～3回 5. はいらない	・内閣府. 令和元年度子供の貧困実態調査に関する研究報告書. 2019. https://warp.da.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/12772297/www8.cao.go.jp/kodomonohinkon/chousa/r01/pdf/b2.pdf ・内閣府. 令和元年度子供の貧困実態調査に関する研究報告書. 2019. https://warp.da.ndl.go.jp/info:ndljp/pid
	身の回りの掃除（片づけ）をしていますか。	1. はい 2. 週に2回くらい手伝う 3. 週に1回くらい手伝う 4. いいえ	

			/12772297/www8.cao.go.jp/kodomonohinkon/chousa/r01/pdf/b2.pdf
	あなたはおうちでほっとする場所がありますか。	1. ある 2. ない 3. わからない	・厚生労働省. 平成 30 年社会福祉推進事業報告書「生活保護世帯の保護者・子どもの生活状況等の実態や支援のあり方等に関する調査研究事業」. 2018. https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000526290.pdf
	お小遣いは定期的に決まった額をもらっていますか。	1. もらっている 2. もらっていない 3. 必要な時に必要な額をもらっている	・梶原 豪人. 子どもの所有物の欠如といじめ被害の関連に関する実証分析. 社会政策. 2024;16:252-263.
	家族の誰かの世話をしていますか。	1. ほぼ毎日している 2. 週に 3～5 日 3. 週に 1～2 日 4. 1 か月に数日 5. していない	・吉田美穂、越村康英. ヤングケアラーと子どもの貧困 —青森県の定時制・通信制高校生調査を踏まえて—. 弘前大学教育学部紀要. 2022; 128:113-122.
	ふだんの食事を準備しているのは誰ですか。	1. おうちの人 (誰:) 2. 保育園、幼稚園、学校の給食 3. 自分 4. 子ども食堂やフードバンクの人 5. その他 (誰:)	
社会生活	困った時に相談できる人がいますか。	1. おうちの人 (誰:) 2. 親戚の人 3. 学校の先生・保健室の先生 4. 学校のカウンセラー 4. お友だち 5. 先輩・後輩 6. 福祉事務所の人 (ケースワーカー) 8. 地域の人 (こども食堂など) 9. オンライン上で知り合った人 10. その他 (誰:) 11. だれにも相談できない、相談したくない	・令和 6 年度神奈川県子どもの生活状況調査. 2024. https://www.pref.kanagawa.jp/documents/99069/r6_zentai_tyousakekka.pdf
	おじいさんやおばあさん、あるいはおじさんやおばさんと会ったり話したりすることはありますか。	1. よくある 2. たまにある 3. ほとんどない 4. まったくない	・江楠. 母子世帯と社会的孤立：ソーシャルサポートの側面から. 北海道大学大学院教育学研究院紀要. 2021;138:251-274.

	次の a～d のような場所を利用したことがありますか。利用したことがない場合、今後利用したいと思いますか。		・内閣府. 令和 3 年 子供の生活状況調査の分析報告書. 2021. https://warp.da.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/12772297/www8.cao.go.jp/kodomonohinkon/chousa/r03/pdf-index.html	
	a) 児童館など (自分や友人の家以外で) 平日の夜や休日を過ごすことができる場所 (自分や友人の家以外で)	1. 利用したことがある 2. 利用したことがない: ①あれば利用したいと思う、②今後も利用したいと思わない、③今後利用したいかどうかわからない		
	b) タごはんを無料か安く食べることができる場所 (子ども食堂など)	1. 利用したことがある 2. 利用したことがない: ①あれば利用したいと思う、②今後も利用したいと思わない、③今後利用したいかどうかわからない		
	c) 勉強を無料でみてくれる場所 (家や学校以外で)	1. 利用したことがある 2. 利用したことがない: ①あれば利用したいと思う、②今後も利用したいと思わない、③今後利用したいかどうかわからない		
	d) 何でも相談できる場所 (電話やネットの相談を含む。)	1. 利用したことがある 2. 利用したことがない: ①あれば利用したいと思う、②今後も利用したいと思わない、③今後利用したいかどうかわからない		
	放課後やお休みの日に、お友だちと遊ぶことはどのくらいありますか。	1. よくある 2. たまにある 3. ほとんどない 4. まったくない		Ridge T, 2002, <i>Childhood poverty and social exclusion</i> , The Policy Press. (リッジ、中村好孝・松田 洋介訳、渡辺雅男. 子どもの貧困と社会的排除. 2010. 桜井書店.)
	地域の行事には参加していますか (子ども会や夏祭り、地域のボランティアなど)。	1. 毎回参加している 2. たまに参加し 3. ほとんど参加したことがない 4. まったく参加したことがない 5. 開催を知らない開催していない		江楠. 母子世帯と社会的孤立 : ソーシャルサポートの側面から. 北海道大学大学院教育学研究院紀要. 2021;138:251-274.
学校生活	学校に行くのは楽しいですか。	1. 楽しい 2. まあ楽しい 3. あまり楽しくない	・公益財団法人あすのば. あすのば給付金受給者 6 千人調査 中間報告. 2024.	

		4. ぜんぜん楽しくない (理由:) 5. わからない	https://www.usnova.org/wp-content/uploads/2024/04/240402-001.pdf
	学校の授業が分からないことがありますか。	1. いつもわかる 2. だいたいわかる 3. 教科によってはわからないことがある 4. 分からないことが多い 5. ほとんどわからない	・梶原豪人. 子どもの所有物の欠如といじめ被害の関連に関する実証分析. 社会政策. 2024;16:252-263. ・松戸市子ども・子育てに関するアンケート調査報告書(令和5年度). 2024. https://www.city.matsudo.chiba.jp/shiminokoe/enquete/kekka/report_2023.files/R5_report_5.pdf
	将来どの学校まで進学したいですか。	1. 中学まで 2. 高校まで 3. 短大・高専・専門学校まで 4. 大学またはそれ以上 5. その他() 6. まだわからない	https://www.city.matsudo.chiba.jp/shiminokoe/enquete/kekka/report_2023.files/R5_report_5.pdf
自分のことやこれからのこと	将来の夢や目標を持っていますか。	1. 持っている 2. どちらかというと持っている 3. どちらかというと持っていない 4. 持っていない	・大阪府子どもの生活に関する実態調査:小学生・中学生向け調査調査票. 2023. https://www.pref.osaka.lg.jp/documents/88177/tyousahyou_kodomo.pdf
	悩みや心配なことがありますか。	1. ある(悩み・心配なことの内容:) 2. すこしある 3. あまりない 4. ない 5. わからない	・内閣府. 令和元年度子供の貧困実態調査に関する研究報告書. 2019. https://warp.da.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/12772297/www8.cao.go.jp/kodomonohinkon/chousa/r01/pdf/b2.pdf
	楽しみなこと、好きなことがありますか。	1. ある(楽しみ・好きなことの内容:) 2. すこしある 3. あまりない 4. ない 5. わからない	・内閣府. 令和元年度子供の貧困実態調査に関する研究報告書. 2019. https://warp.da.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/12772297/www8.cao.go.jp/kodomonohinkon/chousa/r01/pdf/b2.pdf

注: 設問、選択肢の漢字にはルビを併記する。

表3 養育者が回答するフェイスシートの項目案（養育者聴取フェイスシート項目案）

質問	選択肢	参考文献等の情報
お子さんの発育・発達について教えてください。		
最近の身長	1. () cm (年 月頃) 2. わからない	・国立保健医療科学院(2021)『乳幼児身体発育評価マニュアル(令和3年3月改訂)』 ・国立保健医療科学院(2021)『乳幼児身体発育曲線の活用・実践ガイド』
最近の体重	1. () kg (年 月頃) 2. わからない	
お子さんの健康や発達について、何か気になることがありますか。	1. ある(具体的に:) 2. ない	・養育支援訪問事業ガイドライン(雇児発第0316002号 平成21年3月16日) ・要支援児童等(特定妊婦を含む)の情報提供に係る保健・医療・福祉・教育等の連携の一層の推進について 別表2「要支援児童等」の様子や状況例【乳幼児期】(平成29年3月雇児総発0331第9号・雇児母発0331第2号)
お子さんの健康診断で、発達について医師から何か言われたことがありますか。	1. ある(具体的に:) 2. ない 3. 健康診断を受けていない	・在宅支援共通アセスメント・プランニングシート活用のてびき 2023年5月(平成29年度子ども・子育て支援推進調査研究事業) ・養育支援訪問事業ガイドライン(雇児発第0316002号 平成21年3月16日)
あなたは子育てに困った時に相談できる人はいますか。	1. いる 具体的に(複数選択可): 配偶者・パートナー、父母、義父母、友人、近所の人、職場の人、その他(誰:) 2. いない	
あなたのお子さんについてどのように感じていますか。今のあなたの気持ちに一番近いと感じられる表現を選んでください。		
赤ちゃんをいとしいと感じる。	1. ほとんどいつも強くそう感じる 2. たまに強くそう感じる 3. たまに少しそう感じる 4. 全然そう感じない	・Yoshida K, Yamashita H, Conroy S, Marks M, Kumar C. A Japanese version of mother-to-infant bonding scale: factor structure, longitudinal changes and links with maternal mood during the

赤ちゃんのためにしないといけないことがあるのに、おろおろしてどうしていいかわからない時がある。	<ol style="list-style-type: none"> 1. ほとんどいつも強くそう感じる 2. たまに強くそう感じる 3. たまに少しそう感じる 4. 全然そう感じない 	<p>early postnatal period in Japanese mothers. Arch Womens Ment Health. 2012;15:343-52. (赤ちゃんへの気持ち質問票による 10 項目のうち 3 項目)</p>
赤ちゃんのことが腹立たしくいやになる。	<ol style="list-style-type: none"> 1. ほとんどいつも強くそう感じる 2. たまに強くそう感じる 3. たまに少しそう感じる 4. 全然そう感じない 	<p>・日本産婦人科医会. 妊娠等について悩まれている方のための相談援助事業連携マニュアル. 平成 26 年 3 月. http://www.jaog.or.jp/wp/wp-content/uploads/2013/03/jaogmanual.pdf</p>
あなたは、あなたの住む地域(同じ町内会くらいの範囲)の人々について、信頼できると思いますか。	<ol style="list-style-type: none"> 1. そう思う 2. どちらかというと思う 3. どちらともいえない 4. どちらかというと思わない 5. そう思わない 	<p>・Runyan K, Hunter M, Socolar R, Amaya-Jackson L, English D, Landsverk J, et al. Children who prosper in unfavorable environments: the relationship to social capital. Pediatrics January. 1998; 101: 12-18. ・Fujiwara, T, Yamaoka Y, Kawachi I. Neighborhood social capital and infant physical abuse: a population-based study in Japan. Int J Ment Health Syst.2016; 10:13.</p>
あなたは、過去 1 か月の間に、気分が落ち込んだり、元気がなくなる、あるいは絶望的になったりして、しばしば悩まされたことがありますか。	<ol style="list-style-type: none"> 1. はい 2. いいえ 	<p>・Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. J Gen Intern Med. 1997;12:439-45. (Wooley の 2 項目質問票)</p>
あなたは、過去 1 か月の間に、物事をすることに興味あるいは楽しみをほとんどなくして、しばしば悩まされたことがありますか。	<ol style="list-style-type: none"> 1. はい 2. いいえ 	

注：設問、選択肢の漢字にはルビを併記する。

付録1 生活状況聞き取りフェイスシート

先週1週間の平日の中から、あなたがその日にしたことを1時間ごとに教えてください。

「番号」に【行動の種類】の番号を記入し、「96：その他」を選んだときは「補足」に行動の内容を書いてください。

時間（午前）	番号	補足
午前0時		
午前1時		
午前2時		
午前3時		
午前4時		
午前5時		
午前6時		
午前7時		
午前8時		
午前9時		
午前10時		
午前11時		
時間（午前）	番号	補足
午後0時		
午後1時		
午後2時		

午後3時		
午後4時		
午後5時		
午後6時		
午後7時		
午後8時		
午後9時		
午後10時		
午後11時		

【行動の種類】			
分類	番号	行動	行動の例
生活に必要な時間	1 1	睡眠	起きる、昼寝をする、寝る
	1 2	身のまわりのこと	顔を洗う、着替える、トイレ、お風呂、歯磨き、次の日の準備をするなど
	1 3	食事	朝ごはんや晩ごはんを食べる、おやつを食べる、外食をするなど
移動	2 1	通学	学校に行く（登校）、学校から帰る（下校）
学校ですごす	3 2	放課後に学校ですごす (部活動以外)	放課後に運動場で遊ぶ、図書室で本を読む、児童会（小学生）・生徒会（中学生・高校生）や委員会の活動をする、クラブ活動をする、放課後に学校で勉強するなど

	3 3	【中学生・高校生のみ】 部活動	部活動をする（朝練習を含む）
勉強（学校以外）	5 1	家での勉強	学校の宿題をする、自分で勉強をする、塾の宿題をするなど
メディア	7 5	スマートフォン・携帯電話	インターネットで調べる、チャット、マンガを読む、音楽を聴くなど
人と過ごす	8 1	家族と話す・過ごす	親や祖父母、きょうだいなどと話をする、一緒に過ごすなど
その他	9 5	【高校生のみ】 アルバイト	アルバイトをする
	9 6	その他	その他（どれにもあてはまらない行動）

付録2 子ども回答フェイスシート

分野	質問	選択肢
健康 (医療)	現在病院で治療をしている病気はありますか。	1. ある (病気の名前:) 2. ない 3. わからない
	あなたは、自分の体の状態で気になることはありますか (あてはまる番号すべてに○をつけてください)。	1. ねむれない 2. よく頭がいたくなる 3. よくおなかがいたくなる 4. よくかぜをひく 5. よくせきをする 6. よくかゆくなる 7. とくに気になるところはない 8. その他
家庭生活	お風呂 (シャワー) にはいつにいますか。	1. ほぼ毎日 2. 1日に1回 (週に2~3回) 3. 週に1回 4. 月に1~3回 5. はいらない
	あなたはおうちでほっとする場所がありますか。	1. ある 2. ない 3. わからない
	家族の誰かの世話をしていますか。 ※「世話」には家族の介護、幼いきょうだいの世話、障害や病気等のある家族に代わって行う家事や労働のほか、目の離せない家族の見守りや声掛けなどの気遣いや心理的な配慮、通訳なども含まれます。	1. ほぼ毎日している 2. 週に3~5日 3. 週に1~2日 4. 1か月に数日 5. していない
社会生活	困った時に相談できる人がいますか。	1. おうちの人 (誰:) 2. 親戚の人 3. 学校の先生・保健室の先生 4. 学校のカウンセラー 5. お友だち 6. 先輩・後輩 7. 市 (区) 役所の人 (ケースワーカー) 8. 地域の人 (こども食堂など) 9. オンライン上で知り合った人 10. その他 (誰:)

		1 1. だれにも相談できない・相談したくない
	おじいさんやおばあさん、あるいは親戚のおじさんやおばさんと会ったり話したりすることはありますか。	1. よくある 2. たまにある 3. ほとんどない 4. まったくない
	勉強を無料でみてくれる場所（家や学校以外で）を利用したことがありますか。利用したことがない場合、今後利用したいと思えますか。	1. 利用したことがある 2. 利用したことがない→①あれば利用したいと思う ②今後も利用したいと思わない ③今後利用したいかどうかわからない
学校生活	学校に行くのは楽しいですか。	1. 楽しい 2. まあ楽しい 3. あまり楽しくない 4. ぜんぜん楽しくない（理由： ） 5. わからない
	学校の授業が分からないことがありますか。	1. いつも分かる 2. だいたい分かる 3. 教科によっては分からないことがある 4. 分からないことが多い 5. ほとんど分からない
	将来どの学校まで進学したいですか。	1. 中学 2. 高校 3. 短大・高等専門学校・専門学校 4. 大学またはそれ以上 5. その他：（ ） 6. まだわからない
自分のことやこれからのこと	悩みや心配なことがありますか。	1. ある：（悩み・心配なことの内容： ） 2. すこしある 3. あまりない 4. ない 5. わからない
	楽しみなこと、好きなことがありますか。	1. ある（楽しみ・好きなことの内

	ますか。	容：) 2. すこしある 3. あまりない 4. ない 5. わからない
--	------	---

注：設問、選択肢の漢字にはルビを併記する

あなたは、過去1か月の間に、気分が落ち込んだり、元気がなくなる、あるいは絶望的になったりして、しばしば悩まされたことがありますか。	1. はい 2. いいえ
あなたは、過去1か月の間に、物事することに興味あるいは楽しみをほとんどなくして、しばしば悩まされたことがありますか。	1. はい 2. いいえ

注：設問、選択肢の漢字にはルビを併記する。

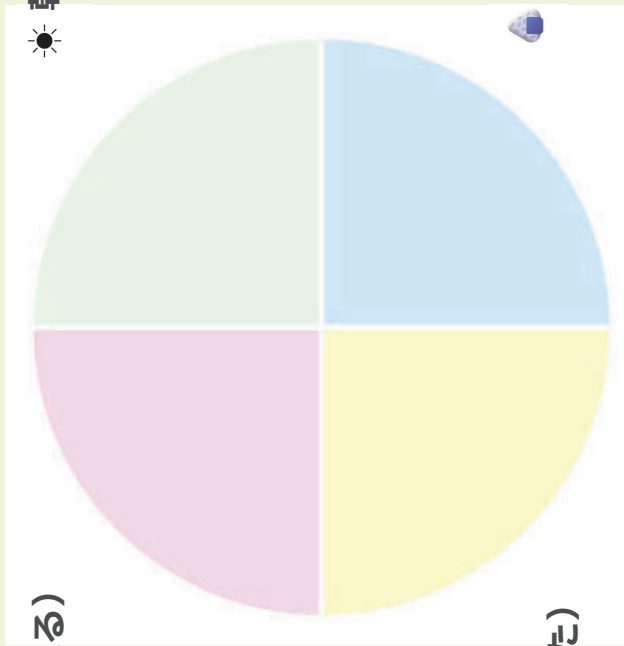
分類	番号	行動	行動の例
生活に必要な時間	1	睡眠	起きる、昼寝をする、寝る
	2	身のまわりのこと	顔を洗う、着替える、トイレ、お風呂、歯磨き、次の日の準備をするなど
	3	食事	朝ごはんや晩ごはんを食べる、おやつを食べる、外食をするなど
移動	4	通学	学校に行く(登校)、学校から帰る(下校)
学校ですごす	5	放課後に学校ですごす(部活動以外)	放課後に運動場で遊ぶ、図書室で本を読む、児童会(小学生や委員会の活動をする、クラブ活動をする、放課後に学校で勉強するなど)
勉強(学校以外)	6	家での勉強	学校の宿題をする、自分で勉強をする、塾の宿題をするなど
メディア	7	スマートフォン・携帯電話	インターネットで調べ、チャット、マンガを読む、音楽を聴くなど
人とすごす	8	家族と話す・すごす	親や祖父母、きょうだいなどと話をし、一緒にすごすなど
その他	9	その他	その他(どれにもあてはまらない行動)

ぼく・わたしの1にちマップ

学校(がっこう)のある日(ひ)を思(おも)い出(だ)して、朝・昼・夕方・夜に何をしていたか書(か)いてみよう。

名前(なまえ) : _____ 学年(がくねん) : _____
 書(か)いた日(ひ) : _____ ねん _____ つき _____ ひ

夜(よる)  朝(あさ) 



夕方(ゆうがた)  昼(ひる) 

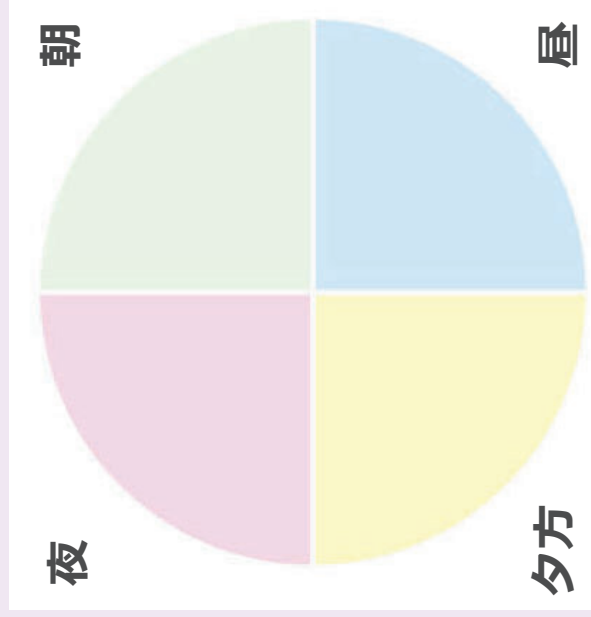
ケーソフーカーの人が書(か)く欄(らん)

1日の生活時間マップ（中学生以上）

先週の平日の1日を思い出し、朝・昼・夕方・夜の時間帯ごとに主な活動を書いてください。

名前： _____ 年齢： _____

記入日：)： _____年 _____月 _____日



ケースワーカー記入欄

分類	番号	行動	行動の例
生活に必要な時間	1	睡眠	起きる、昼寝をする、寝る
	2	身のまわりのこと	顔を洗う、着替える、トイシ、おふる、歯磨き、次の日の準備をするなど
	3	食事	朝ごはんや晩ごはんを食べる、おやつを食べる、外食をするなど
移動	4	通学	学校に行く（登校）、学校から帰る（下校）
学校です	5	放課後に学校ですごす（部活動以外）	放課後に運動場で遊ぶ、図書室で本を読む、児童会（小学生）・生徒会（中学生・高校生）や委員会の活動をする、クラブ活動をする、放課後に学校で勉強するなど
勉強（学校以外）	6	【中学生・高校生のみ】部活動	部活動をする（朝練習を含む）
	7	家での勉強	学校の宿題をする、自分で勉強をする、塾の宿題をするなど
メディア	8	スマートフォン・携帯電話	インターネットで調べるチャット、マンガを読む音楽を聴くなど
人とすごす	9	家族と話す・すごす	親や祖父母、きょうだいなどと話をする、一緒にすごすなど
その他	10	【高校生のみ】アルバイト	アルバイトをする
	11	その他	その他（どれにもあてはまらない行動）

みなさんの生活（せいかつ）や気持（きもち）についてアンケート

名前（なまえ）： _____ 学年（がくねん）： _____

書（か）いた日（ひ）： _____ ねん _____ つき _____ ひ _____

これから、みなさんの生活（せいかつ）や学校（がっこう）のことについて質問（しつもん）します。答（こた）えたくない質問（しつもん）には答（こた）えなくても大丈夫（だいじょうぶ）です。思（おも）ったとおりに答（こた）えてください。

【健康（けんこう）】

現在（げんざい）病院（びょういん）で治療（ちりょう）（ちりょう）をしている病気（びょうき）はありますか。

1. ある
(病気（びょうき）の名前（なまえ）： _____)
2. ない
3. わからない

自分（じぶん）の体（からだ）の状態（じょうたい）で気（き）になることはありますか。

1. ねむれない
2. よく頭（あたま）がいたくなる
3. よくおなかがいたくなる
4. よくかぜをひく
5. よくせきをする
6. よくかゆくなる
7. とくに気（き）になるところはない
8. その他（た）

【家庭生活（かていせいかつ）】

おふる（シャワー）にはいつていますか。

1. ほぼ毎日（まいにち）
2. 1日（いちにち）に1回（かい）（週（しゅう））に2～3回
3. 週（しゅう）に1回
4. 月（つき）に1～3回
5. はいらない

おうちでほとととする場所（ばしょ）はありますか。

1. ある
2. ない
3. わからない

家族（かぞく）のだれかの世話（せわ）をしていますか。

1. ほぼ毎日（まいにち）している
2. 週（しゅう）に3～5日（いちにち）
3. 週（しゅう）に1～2日（いちにち）
4. 1か月（げつ）に数日（すうにち）
5. していない



【社会生活（しゃかいせいかつ）】
困（こま）った時（とき）に相談（そうだん）でき
る人（ひと）がいますか。

1. おうちの人（ひと）
2. 親戚（しんせき）の人（ひと）
3. 学校（がっこう）の先生（せんせい）
4. 学校（がっこう）のカウンセラー
5. お友（とも）だち
6. 先輩（せんぱい）・後輩（こうはい）
7. 市（し）役所（やくしよ）の人（ひと）
（ケースワーカー）
8. 地域（ちいき）の人（ひと）
9. オンライン上（じょう）で知（し）り合
（あ）っ
た人（ひと）
10. その他（た）
11. だれにも相談（そうだん）できない

おじいさんやおばあさん、親戚（しんせき）と話（は
な）すことはありますか。

1. よくある
2. たまにある
3. ほとんどない
4. まったくない

勉強（べんきょう）を無料（むりょう）でみてくれ
る場所（ばしよ）を利用（りょう）したことがあり
ますか。

1. 利用（りょう）したことがある
 2. 利用（りょう）したことがない
- ①あれば利用（りょう）したい
→②利用（りょう）したくない
→③わからない



【学校生活（がっこうせいかつ）】
学校（がっこう）に行（い）くのは楽（たの）しい
ですか。

1. 楽（たの）しい
2. まあ楽（たの）しい
3. あまり楽（たの）しくない
4. ぜんぜん楽（たの）しくない
5. わからない

学校（がっこう）の授業（じゅぎょう）が分（わ）
からないことがありますか。

1. いつも分（わ）かる
2. だいたい分（わ）かる
3. 教科（きょうか）によって分（わ）からない
4. 分（わ）からないことが多（おほ）い
5. ほとんど分（わ）からない

将来（しょうらい）どの学校（がっこう）まで進学
（しんがく）したいですか。

1. 中学（ちゅうがく）
2. 高校（こうこう）
3. 短大（たんだい）
専門学校（せんもんがっこう）
4. 大学（だいがく）またはそれ以上（いじょう）
5. その他（た）
6. まだわからない

ケースワーカーの人（ひと）が書（か）く欄（らん）

☀️【自分（じぶん）のこと】

悩（なや）みや心配（しんぱい）なことがありますか

1. ある
(なやみ・しんぱいなこと：)

2. すこしある
3. あまりない
4. ない
5. わからない

楽（たの）しみなこと、好（す）きなことがありますか

1. ある
(たのしみ・すきなこと：)

2. すこしある
3. あまりない
4. ない
5. わからない

アンケートに答（こた）えてくれて、ありがとうございました。



生活や気持ちについてのアンケート

名前： _____ 年齢： _____

記入日： _____年 _____月 _____日

このアンケートは、みなさんの生活や学校の様子について知るためのものです。答えたくない質問には答えなくともかまいません。思ったとおりに答えてください。

【健康・医療】

現在病院で治療している病気はありますか。

1. ある (病気の名前： _____)
2. ない
3. わからない

自分の体の状態で気になることはありますか。

1. ねむれない
2. よく頭がいたくなる
3. よくおなかがいたくなる
4. よくかぜをひく
5. よくせきをする
6. よくかゆくなる
7. とくに気になるところはない
8. その他 _____

【家庭生活】

おふろ（シャワー）にはいつていますか。

1. ほぼ毎日
2. 1日に1回 (週に2～3回)
3. 週に1回
4. 月に1～3回
5. はいらない

おうちでほっとする場所がありますか。

1. ある
2. ない
3. わからない

家族のだれかの世話をしていますか。

1. ほぼ毎日している
2. 週に3～5日
3. 週に1～2日
4. 1か月に数日
5. していない

【社会生活】

祖父母や親戚と会ったり話したりすることはありますか。

1. よくある
2. たまにある
3. ほとんどない
4. まったくない

【社会生活】

困った時に相談できる人がいますか。

1. 家の人
2. 親戚の人
3. 学校の先生
4. 学校のカウンセラー
5. 友だち
6. 先輩・後輩
7. 市役所の人（ケースワーカー）
8. 地域の人
9. オンラインで知り合った人
10. その他
11. 誰にも相談できない

勉強を無料でみてくれる場所を利用したことがありますか。

1. 利用したことがある
2. 利用したことがない
→ あれば利用したい
→ 利用したくない
→ わからない

【学校生活】

学校に行くのは楽しいですか。

1. 楽しい
2. まあ楽しい
3. あまり楽しくない
4. ぜんぜん楽しくない
5. わからない

学校の授業がわからないことがありますか。

1. いつも分かる
2. だいたい分かる
3. 教科によって分からない
4. 分からないことが多い
5. ほとんど分からない

将来どの学校まで進学したいですか。

1. 中学
2. 高校
3. 短大・専門学校
4. 大学またはそれ以上
5. その他
6. まだわからない

【自分のこと】

悩みや心配なことがありますか。

1. ある
(悩み・心配なこと：)
2. すこしある
3. あまりない
4. ない
5. わからない

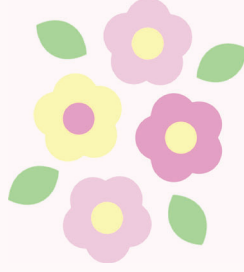
楽しいなこと、好きなことがありますか。

1. ある
(楽しみ・好きなこと：)
2. すこしある
3. あまりない
4. ない
5. わからない

アンケートに答えてくれて、ありがとうございました。



お子さんの生活についてのアンケート (保護者の方へ)



お名前： _____

お子さんの年齢： _____

記入日： _____年 _____月 _____日

このアンケートは、お子さんの生活や健康の様子についてお聞きするものです。

答えたくない質問には答えなくてもかまいません。現在のお気持ちに一番近いものをお選びください。

お子さんの発育・発達について教えてください。

最近の身長：

1. () cm (年 月頃) 2. わからない

最近の体重：

1. () kg (年 月頃) 2. わからない

お子さんの健康や発達について、気になることがありますか。

1. ある (具体的に教えてください： _____)

2. ない

乳幼児健診で発達について指摘を受けたことがありますか。

1. ある (具体的に教えてください： _____)
2. ない
3. 健診を受けていない

困ったとき相談できる人はいますか。

1. いる (相談できる人に○をつけてください： 配偶者・父母・友人・近所の人・職場の人・保育士・保健師・児童相談所職員・その他)

2. いない

子どもをいとしと感じますか。

1. ほとんどいつも強くそう感じる
2. たまに強くそう感じる
3. たまに少しそう感じる
4. 全然そう感じない

子どものことでどうしていいかわからない時がありますか。

1. ほとんどいつも強くそう感じる
2. たまに強くそう感じる
3. たまに少しそう感じる
4. 全然そう感じない

子どものことが腹立たしくいやになりますか。

1. ほとんどいつも強くそう感じる
2. たまに強くそう感じる
3. たまに少しそう感じる
4. 全然そう感じない

過去1か月、気分が落ち込んだり元気がなくなることがありましたか。

1. はい
2. いいえ

過去1か月、物事への興味や楽しみをなくすことがありますか。

1. はい
2. いいえ

アンケートにご協力いただき、ありがとうございます。
皆さまの回答は、子どもとご家庭をよりよく支えるための
支援に活かしていきます。



生活保護世帯の子ども支援におけるフェイスシート活用ガイド

1. フェイスシートの目的

本フェイスシートは、生活保護世帯で暮らす子ども一人ひとりの生活状況、健康状態、学習状況、気持ち、家庭環境を多面的に把握し、適切な支援につなげるためのアセスメントツールです。日常の援助業務の方針策定と課題分析を補助するツールにもなります。

本フェイスシートは単なる「情報収集」ではなく、以下を目的としています。

- * 子どもや養育者の困りごとに気づく
- * 子どもの強み・資源を見つける
- * 支援の優先順位を考える
- * 関係機関・専門職と共有できる共通言語をつくる

フェイスシートは「評価」や「選別」のためのものではなく、子どもと家庭を理解し、支援につなぐための対話の道具です。

また、養育者や子どもがフェイスシートに回答することで、養育者や子ども自身の気づきに繋がり、支援のきっかけとなり、支援が円滑に実施できる可能性があります。

2. 聞き取り・記入を行う際の姿勢

① 関係性づくりを最優先に

- ・ いきなり質問項目を読み上げない
- ・ 雑談や近況確認から始める
- ・ 子ども・養育者のペースを尊重する
- ・ 回答は任意であり、話した内容はご家族であっても勝手に伝えない

(例)

「今日は普段の生活のことを少し教えてもらえたらと思っています。答えたくない質問は無理に答えなくて大丈夫ですよ。」

「これから少しお話を聞かせてもらいますが、話した内容は私とあなただけの秘密です。お父さんやお母さん（お子さん）にも、あなたが『言わないでほしい』と思うことは勝手に伝えたりしないので、安心してくださいね。」

② 聞き取りの目的をわかりやすく伝える

- ・ 困りごとがあれば一緒に考えるため
- ・ 必要な支援につなげるため

(例)

「答えてもらった内容は、よりよい支援を一緒に考えるために使います。」

③ 評価・指導しない

正誤や良し悪しを判断するのではなく、「理解する」姿勢を大切にする。

④ 安心・安全の確保

- ・ 個人情報適切に管理されることを伝える
- ・ 命や安全に関わる内容については、必要に応じて関係機関と共有する可能性があることを説明する

3. 各フェイスシートの役割

◆ ケースワーカーが子どもの一日の生活状況を聞き取るフェイスシート

子どもの一日の生活リズムを把握するためのシートです。

- ・ 起床・就寝時刻
- ・ 食事
- ・ 学校・放課後の過ごし方
- ・ 家庭での過ごし方
- ・ メディア利用 など

生活の「見える化」を行い、生活リズムの乱れや支援の糸口を把握します。

◆ 子どもが回答するフェイスシート

子ども自身の視点から、以下を把握します。

- ・ 体の調子
- ・ 家庭での安心感
- ・ 相談できる人の有無

- ・ 学校生活・学習状況
- ・ 悩み・心配ごと・楽しみ

子どもの主観的な声を大切にします。

◆ 養育者が回答するフェイスシート（主に未就学児の養育者向け）

- ・ 子どもの発育・発達
- ・ 養育者の相談先
- ・ 養育に対する気持ち
- ・ 養育者自身の心身の状態

養育環境や養育者の負担を把握します。

4. 「点」ではなく「組み合わせ」で見る視点

各項目は単独で判断するのではなく、複数の情報を組み合わせて理解します。

（例）

- * 子ども：不眠・頭痛あり
- * 生活リズム：夜型
- * 養育者：抑うつ症状あり

→ 子どもだけでなく、家庭全体への支援が必要な可能性があります。

（例）

- * 子ども：学校が楽しくない
- * 生活リズム：朝食欠食
- * 養育者：相談相手がいない

→ 学校での困りごとの背景に、家庭内での養育負担や孤立が影響している可能性を検討します。

5. 支援検討の基本的な流れ

- ① 気になる項目に印をつける
- ② 安全・虐待・自殺念慮など緊急性の確認
- ③ 優先順位を整理
- ④ 相談先・連携先を検討

⑤ 支援内容を共有

6. 多職種・多機関連携の考え方

フェイスシートで把握した内容は、多職種・多機関間で共有し、役割分担して支援します。

必要次はこども家庭センターや要保護児童対策地域協議会などで検討します。

(例)

- ・身体・発達：保健師、医師
- ・食事・栄養：管理栄養士、栄養士
- ・心理面：スクールカウンセラー、心理職
- ・学校関係：教員、スクールソーシャルワーカー
- ・学習支援・進路：学習支援ボランティア、子ども食堂などの地域資源
- ・生活リズム：保健師
- ・制度・生活支援：ケースワーカー

一人で抱え込まず、「相談すること」が支援の第一歩です。

7. 子ども・養育者へのフィードバック

- ・「教えてくれてありがとう」と伝える
- ・「一緒に考えていきましょう」という姿勢を示す

8. おわりに

このフェイスシートは、子どもと家庭を評価するためのものではありません。

子どもと家庭の声を受けとめ、支援につなぐための「対話の道具」です。

現場での工夫を加えながら、柔軟に活用してください。

付録 10 子ども回答フェイスシートの各項目の解説とその活用例

	質問項目	解説・エビデンス	活用例
1	<p>現在病院で治療をしている病気はありますか。</p> <p>(参考文献 1、2 を参考に筆者らが作成)</p>	<p>被保護世帯の子どもは一般世帯より健康問題がある¹、被保護世帯の子どもの中でもひとり親世帯の子どもは特に慢性疾患の受診率が高い² という報告がある。</p>	<p>医療機関を受診していない、もしくは通院が不十分な子どもには、保健師等の医療者と相談の上適切な医療機関を紹介することを検討する。</p>
2	<p>あなたは、自分の体の状態で気になることはありますか（あてはまる番号すべてに○をつけてください）。</p> <p>(出典：参考文献 3)</p>	<p>調査結果から、困窮度が増すほど身体面、精神面の不調が高くなると報告されている³。</p>	<p>気になることがあると回答した場合は、保健師等と連携し、心と身体状況を把握する。情緒面での支援や受診が必要な場合は適切な機関につなげる。養育者と子どもの状態を共有して対応できるよう配慮する。</p>

3	<p>お風呂（シャワー）にはいつていますか。</p> <p>（参考文献 3、4、5 を参考に筆者らが作成）</p>	<p>経済状況が生活習慣の形成に影響が出ている可能性が示唆されている³。</p> <p>非困窮世帯と比べた困窮世帯の傾向として、入浴の頻度が低いことが挙げられている⁴。</p> <p>被保護世帯の自立支援プログラムの中で、入浴などの自分の生活リズムを維持することができることが重要とされている⁵。</p>	<p>清潔行動がとれていないと思われる場合は、要因をアセスメントする。</p> <p>養育状況（ネグレクトのリスクはないか）、環境要因（お風呂やシャワーが利用できる状況か）、子ども自身の要因（入浴や水に対する拒否感）ももとの生活習慣などを把握する。</p> <p>子どもや養育者の心情に十分配慮し、清潔行動について助言する。また、養育者の疾患等で養育が困難な場合は支援施設などの利用を勧める。</p>
4	<p>あなたはおうちでほっとする場所がありますか。</p> <p>（参考文献 6 を参考に筆者らが作成）</p>	<p>約 75%の小中学生がほっとできる場所として家を挙げている⁶。</p>	<p>ほっとする場所がないと話した子どもには、子ども食堂や居場所支援、フリースペースを紹介する。また虐待を受けていないかや家族関係の良好さ、ヤングケアラーの状態にないかを把握する。</p>
5	<p>家族の誰かの世話をしていますか。</p> <p>※「世話」には家族の介護、幼いきょうだいの世話、障害や病気等のある家族に代わって行う家事や労</p>	<p>ヤングケアラーの子どもの負担は、心身のみならず、進路にも関わる。支援が入ることにより、精神的な負担が減り、将来について考えられるようになることが分かっている⁸。</p> <p>ヤングケアラーであることにより、抑うつ、自傷行為や希死念慮のリスクが高まることが報告され</p>	<p>誰かの世話をしている子どもがいた場合には、その負担の程度や子どもの精神状態を把握する。ヤングケアラー当事者を対象とした調査では、「相談ができたこと」「家事やお世話の代行、手伝いを受けたこと」をよかったと回答している。まずは詳しく話を聞かせてもらい、市区町村のサービ</p>

	<p>働のほか、目の離せない家族の見守りや声掛けなどの気遣いや心理的な配慮、通訳なども含まれます⁷。</p> <p>(参考文献 8、9 を参考に筆者らが作成)</p>	<p>ている⁹。</p>	<p>スにつなげることを想定する。</p> <p>特に支援が優先されるケースとして、保護者に病気や障がいがある場合や、こどもが唯一のケア担い手として長時間ケアを担っている状況が挙げられる。こうしたケースでは、こども家庭センターの職員がケースワーカーやひとり親担当職員と情報共有し、学校と連携してスクールカウンセラーによる相談支援を行うことが重要である。また、精神保健福祉センター、保健所、訪問看護事業者等との連携により、家庭の負担を和らげ、安心して過ごせる体制を整える。これらの支援内容は、こども家庭庁通知の別紙2 <参考> ヤングケアラーの負担軽減につながる支援内容(例)に詳細が記載されており⁷、負担軽減のための具体的支援につなげる際の参考となる。</p>
--	--	-------------------------	---

7	<p>困った時に相談できる人がいますか。</p> <p>(参考文献 10 を参考に、筆者らが作成)</p>	<p>困っていることや悩みごとがあるときに相談できると思う人について、小学 5 年生では、「親」「学校の友だち」「学校外の友だち」など、相談できる相手として挙げる割合が、等価世帯収入が「中央値の 2 分の 1 未満」の場合に低い傾向がみられる。中学 2 年生でも、「学校の先生」「学校の友だち」「学校外の友だち」などで同様に、収入水準が低いほど回答割合が低い傾向がある。</p> <p>一方、「だれにも相談できない、相談したくない」と答える割合は、どちらの調査でも収入水準が低いほど高くなる傾向がみられる¹¹。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・「だれにも相談できない・相談したくない」と回答した場合は、可能な限り子どもの話を傾聴し状況を把握する。 ・「オンライン上で知り合った人」と回答した場合は、サイト情報などを確認しリスクの有無を検討する。どちらも、子どもの状況から必要な場合は適切な支援機関（子ども家庭センターなど）に相談する。
8	<p>おじいさんやおばあさん、あるいはおじさんやおばさんと会ったり話したりすることはありますか。</p> <p>(出典：参考文献 12)</p>	<p>家族・親戚がいない場合や頼りにならない場合、世帯主が病気になっても、子どもの世話を頼む相手はいない。親子が密着する可能性も高い¹²。</p>	<p>会ったり話したりすることが全くない場合、世帯が親族から孤立している（親族がいない）可能性があり、何のサポートも見込めないため、親子への公的支援の紹介をしておく。トワイライトステイなど。</p>

9	<p>勉強を無料でみてくれる場所（家や学校以外で）を利用したことがありますか。</p> <p>（出典：参考文献 13）</p>	<p>居場所等を利用したことによる変化は、等価世帯収入の水準別にみると、いずれの学年でも**「中央値の2分の1未満」の子どもで肯定的な回答が多い傾向がある。小学5年生では主に学習理解や学習時間の増加**、中学2年生ではそれに加えて友人関係や安心できる大人の存在、ほっとできる時間など幅広い面で効果がみられる。16・17歳では生活の楽しみの増加や学習理解の向上がより強く表れていた¹¹。</p> <p>早期に居場所に繋ぎ、居場所が誰にとっても当たり前の1つの選択肢にする必要がある³。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・「利用したことがある」と回答した場合は、利用場所・利用する理由などの追加情報について本人に確認してみてもよい。 ・「利用したことがない」と回答し、「①あれば利用したいと思う」を選択した場合、地域の社会資源を紹介する。「②今後も利用したいと思わない」、「③今後利用したいかどうかわからない」を選択した場合は、子どもや養育者の意向も配慮しつつ、必要時紹介する。
10	<p>学校に行くのは楽しいですか。</p> <p>（出典：参考文献 14）</p>	<p>生活保護世帯の子どもは学校が楽しくないと回答する割合が一般より高い¹⁴。</p> <p>貧困層の子どもほど、学校社会とのつながりを示すソーシャルボンドが希薄、経済的に困窮した生活を送る中で学校生活や学校社会の規範とのつながりが弱くなり、登校する理由を見出せなくなることで不登校になりやすくなる¹⁵。</p>	<p>楽しくないと回答した子どもがいたとすれば、不登校になっている（あるいは保健室登校）可能性がある。本人の承諾を得る必要があるかもしれないが、学校の先生との情報共有をしたり、希望に沿って地域の居場所や学習支援教室の紹介をしたりする。</p>
11	<p>学校の授業が分からないことがありますか。</p>	<p>経済的に困難な世帯・生活保護世帯は学力、学歴が低い傾向がある¹⁶。</p>	<p>学年を考慮しつつ、学習支援事業の紹介、塾費用の支援等を検討する必要がある。特に中学3年生</p>

	(出典：参考文献 16)		<p>の場合には、進学希望を確認する必要があり、学校の成績の把握や学校との連携も必要なケースもあるかもしれない。外国につながるケースや特別な支援を必要としているケースもありえる。</p>
12	<p>将来どの学校まで進学したいですか。</p> <p>(出典：参考文献 17)</p>	<p>経済的に困難な世帯・生活保護世帯は学力、学歴が低い傾向がある¹⁷。</p>	<p>中学生の場合には、高校進学まで見通せているかどうか、その後は就職・進学を考えているかどうかについて段階的に話せると、その後の対応の検討がしやすい。</p> <p>進学準備のためのアルバイトは可能であることや、各種奨学金があることや、大学や専門学校に行く場合には、世帯分離の必要があることなど、必要な情報を十分に提供していく。考える時間や家庭内で話し合える時間がもてることが必要。</p>

13	<p>悩みや心配なことがありますか。</p> <p>(参考文献 13 を参考に筆者ら作成)</p>	<p>神奈川県調査では、「私は、心配ごとが多く、いつも不安だ。」の回答割合は等価可処分所得は[中央値の2分の1未満]が59.0%と最も高くなっている¹¹。</p> <p>大阪府調査結果から、家庭と学校しかソーシャルキャピタルを持たない子どもたちにとって、「おうちの人に関する悩み」は「おうちの人」と「学校の友だち」に話しにくいという結果であった。これは、経済的に厳しい子どもたちを孤立させ、ソーシャルキャピタルを欠如させてしまう。おうちの人や学校の友だちに相談すること自体難しいと考えられるが、おうちの人や友だちに話せないという今回の結果から、自然と話せるような場や人材を確保し、すべての子どもが自然に通う、学校から自然に構えずに参加できる、流れるような仕組みを創設または充実させる必要がある³。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・「ある」と回答した場合で、悩み・心配な内容がわかる場合でサポートが必要な内容であれば支援を行う。また、質問7の項目とあわせて確認をし、「だれにも相談できない・相談したくない」と回答している場合は丁寧に話を聴くことを心がける。 ・わからないと回答した場合は、悩みや心配なことを言語化できない可能性もあるため、引き続き様子を観察(←医療系よりの言葉?)していく。養育者との関係も考慮して、子どもに了解を得て養育者と悩みを共有することも必要である。 <p>ただし、生命や安全にかかわること、虐待が疑われるなどの緊急案件の場合は早急に対応する。</p>
----	---	--	--

14	<p>楽しみなこと、好きなことがありますか。</p> <p>(参考文献3を参考に筆者らが作成)</p>	<p>大阪府の調査では、「この一週間の気持ちの状況で、楽しみにしていることがたくさんある」の設問の回答を困窮度別に見ると、困窮度が高まるにつれ、「いつもそうだ」と回答する割合が低くなっている³。</p> <p>こどもの可能性を引き出すためには、楽しみなこと好きなことを伸ばしていく支援が求められる¹⁸。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・「ある(楽しみ・好きなことの内容:)」と回答した場合、子どもとのコミュニケーションや信頼関係を構築するためにも、楽しみや好きなことを積極的傾聴(アクティブ・リスニング)しポジティブなフィードバックを心がける。 ・「あまりない」「ない」「わからない」と回答した場合は、楽しみなこと・好きなことを無理に見つけようとするのではなく、コミュニケーションをとりながら見つけられるように声をかける。
----	---	---	--

【参考文献】

- 1 Weitoft GR, Hjern A, Batljan I, Vinnerljung B. Health and social outcomes among children in low-income families and families receiving social assistance-a Swedish national cohort study. Soc Sci Med. 2008;66:14-30.
- 2 Nishioka D, Saito J, Ueno K, Kondo N. Single-parenthood and health conditions among children receiving public assistance in Japan: a cohort study. BMC Pediatr. 2021;21:214.
- 3 大阪府. 子どもの生活に関する実態調査（令和5年度）：小学生・中学生向け調査 調査票 2023. https://www.pref.osaka.lg.jp/documents/88177/tyousahyou_kodomo.pdf
- 4 内閣府. 令和元年度子供の貧困実態調査に関する研究報告書. 2019. https://warp.da.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/12772297/www8.cao.go.jp/kodomonohin_kon/chousa/r01/pdf/b2.pdf
- 5 久保田純. ソーシャルワークにおけるパートナーシップ形成に向けたツール使用の可能性: ケースワーカーとの共同研究から. 福祉社会開発研究. 2010; 3: 35-47.
- 6 厚生労働省. 平成30年社会福祉推進事業報告書「生活保護世帯の保護者・子どもの生活状況等の実態や支援のあり方等に関する調査研究事業」. 2018. <https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000526290.pdf>
- 7 こども家庭庁. 子ども・子育て支援法等の一部を改正する法律」の一部施行について（ヤングケアラー関係）（令和6年6月12日付けこ支虐第265号こども家庭庁支援局長通知）. https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/e0eb9d18-d7da-43cc-a4e3-51d34ec335c1/3ba2cef0/20240612_policies_young-carer_13.pdf
- 8 子ども家庭庁. 令和5年度ヤングケアラー支援の効果的取り組みに関する調査研究. 2023. <https://www.cfa.go.jp/policies/young-carer>
- 9 Stanyon, D., Nakanishi, M., Yamasaki, S., et al. Investigating the differential impact of short- and long-term informal caregiving on mental health across adolescence: data from the Tokyo Teen Cohort. J Adolesc Health. 2024;75: 642-649. doi : 10.1016/j.jadohealth.2024.06.005.
- 10 内閣府. 令和3年子供の生活状況調査の分析報告書. 2021. https://warp.da.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/12772297/www8.cao.go.jp/kodomonohin_kon/chousa/r03/pdf-index.html

- 11 神奈川県. 令和 6 年度神奈川県子どもの生活状況調査. 2024.
https://www.pref.kanagawa.jp/documents/99069/r6_zentai_tyousakekka.pdf
- 12 江楠. 母子世帯と社会的孤立 : ソーシャルサポートの側面から. 北海道大学大学院教育学研究院紀要. 2021;138:251-274.
- 13 内閣府. 令和 3 年 子供の生活状況調査の分析報告書. 2021.
<https://warp.da.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/12772297/www8.cao.go.jp/kodomonohin/kon/chousa/r03/pdf-index.html>
- 14 公益財団法人あすのば. あすのば給付金受給者 6 千人調査 中間報告. 2024.
- 15 梶原豪人. なぜ貧困家庭の子どもは不登校になりやすいのか ——不登校生成モデルを用いた実証研究——教育社会学研究. 2021;109:51-70.
- 16 梶原豪人. 子どもの所有物の欠如といじめ被害の関連に関する実証分析. 社会政策. 2024;16:252-263.
- 17 松戸市子ども・子育てに関するアンケート調査報告書 (令和 5 年度). 2024.
https://www.city.matsudo.chiba.jp/shiminokoe/enquete/kekka/report_2023.files/R5_report_5.pdf
- 18 久保木紀子、川崎裕美、恒松美輪子、他. 被保護者健康管理支援事業における子どもとその養育者への健康支援. 日本健康学会誌. 2025; 91:37-52.

付録 11 養育者回答フェイスシートの各項目の解説とその活用例

質問項目		解説・エビデンス	活用例
1	<p>お子さんの発育・発達について教えてください。</p> <p>最近の身長</p> <p>(出典：参考文献 1,2)</p>	<p>子どもの身体的成長は、栄養状態や生活環境を反映する重要な指標である。特に経済的困難を抱える世帯では、食習慣の乱れ等により肥満や発育不全のリスクが高いことが指摘されている。</p>	<p>成長曲線を活用して、標準的な成長範囲から著しく逸脱している場合には、生活習慣の聞き取りや食育支援、必要に応じた医療機関への受診勧奨を検討する。</p>
2	<p>最近の体重</p> <p>(出典：参考文献 1,2)</p>		
3	<p>お子さんの健康や発達について、何か気になることがありますか。</p> <p>(出典：参考文献 3,4)</p>	<p>養育者が抱く主観的な不安や「気になること」は、潜在的な発達課題や疾患の早期発見につながる重要なサインである。養育者の観察力に基づいた気づきを拾い上げることが、早期支援の第一歩となる。</p>	<p>自由記述の内容から、専門的な評価が必要な場合は、発達相談窓口や専門医療機関へのつなぎを行う。養育者の不安が強い場合には、心理的サポートや相談体制の強化を図る。</p>
4	<p>乳幼児健診で、お子さんの発達に関して保健師・心理士・医師などから指摘を受けたことがありますか。</p>	<p>乳幼児健診は子どもの発達を公的に確認する機会であり、健診結果の把握は、継続的な支援の必要性を判断する基準となる。指摘を受けた後のフォローアップが中断しているケースもある。</p>	<p>指摘内容に基づいた現在の通院・療育状況を確認する。</p> <p>フォローアップが中断している場合は、再受診の動機づけや、関係機関との情報共有による支援の再構築を行う。</p>

	(出典：参考文献 5,6 をもとに筆者らが改変)		
5	<p>あなたは困った時に相談できる人はいますか。</p> <p>(出典：参考文献 7,8)</p>	<p>乳幼児期における養育者のソーシャルサポート（社会的支援）の欠如は、育児不安や抑うつを高めるだけでなく、不適切な養育（マルトリートメント）のリスク因子となる。本項目は、こども家庭庁が定める「乳幼児健診における問診項目」や「母子健康手帳」においても、養育者の心理的社会的背景を把握するための標準的な質問として位置づけられている。</p>	<p>「相談できる人がいない」と回答した養育者については、地域社会からの孤立リスクが高いと判断し、保健師による家庭訪問や電話相談などのアウトリーチ支援を実施する。</p> <p>具体的な困りごと（家事、育児、経済等）を整理し、ファミリー・サポート・センター事業や一時預かり事業、養育支援訪問事業などの公的サービスの紹介・調整を行う。</p> <p>地域の子育て支援拠点などの紹介を通じ、情緒的サポートを得られる場とともに、養育者が一人で抱え込まない体制を構築する。</p>
6	<p>次の(a)～(c)について、あなたのお子さんについてどのように感じていますか。今のあなたの気持ちに一番近いと感じられる表現を選んでください</p>	<p>養育者の子どもに対する肯定的・否定的な感情は、愛着形成や育児ストレスの状態を反映する。特に「腹立たしい」「どうしていいかわからない」という感情の強まりは、不適切な養育（マルトリートメント）のリスクを示唆する。</p>	<p>否定的な感情が強い場合、養育者が限界を感じている可能性がある。レスパイトケア（一時預かり）の利用や一時保護の必要性を検討し、養育者の休息と心理的安定を確保する。</p>

	<p>い。</p> <p>(a)子どもをいとしいと感じる。</p> <p>(出典：参考文献9,10)</p>		
7	<p>(b)子どものためにしないといけないことがあるのに、おろおろしてどうしていいかわからない時がある。</p> <p>(出典：参考文献9,10)</p>		
10	<p>(c)子どものことが腹立たしくいやになる。</p> <p>(出典：参考文献9,10)</p>		
11	<p>あなたは、過去1か月の間に、気分が落ち込んだり、元気がなくなる、あるいは絶望的になったり</p>	<p>養育者の抑うつ状態は、子どもの発達や安全に多大な影響を及ぼす。スクリーニングを通じて、精神医学的な支援が必要な状態にある養育者を早期に特定する。</p>	<p>該当する場合は、精神保健福祉士や保健師による面談を行い、必要に応じて心療内科等の受診を促す。</p> <p>養育支援訪問事業等の家事育児支援サービスを</p>

	<p>して、しばしば悩まされたことがありますか。</p> <p>(出典：参考文献 11)</p>		導入し、養育者の負担軽減を図る。
12	<p>あなたは、過去1か月の間に、物事をするに 興味あるいは楽しみをほとんどなくして、しばしば悩まされたことがありますか。</p> <p>(出典：参考文献 11)</p>		

【参考文献】

- 1 国立保健医療科学院（2021）『乳幼児身体発育評価マニュアル（令和3年3月改訂）』
- 2 国立保健医療科学院（2021）『乳幼児身体発育曲線の活用・実践ガイド』
- 3 養育支援訪問事業ガイドライン（雇児発第 0316002 号 平成 21 年 3 月 16 日）
- 4 要支援児童等（特定妊婦を含む）の情報提供に係る保健・医療・福祉・教育等の連携の一層の推進について 別表 2「要支援児童等」の様子や状況例【乳幼児期】（平成 29 年 3 月雇児総発 0331 第 9 号・雇児母発 0331 第 2 号）
- 5 在宅支援共通アセスメント・プランニングシート活用のてびき 2023 年 5 月（平成 29 年度子ども・子育て支援推進調査研究事業）
- 6 養育支援訪問事業ガイドライン（雇児発第 0316002 号 平成 21 年 3 月 16 日）
- 7 母子健康手帳の交付・活用の手引き. 平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）「乳幼児身体発育調査の統計学的解析とその手法及び利活用に関する研究」報告書. 2012.
- 8 国立成育医療研究センター. 乳幼児健康診査事業実践ガイド：平成 29 年度子ども・子育て支援推進調査研究事業 乳幼児健康診査のための「保健指導マニュアル（仮称）」及び「身体診察マニュアル（仮称）」作成に関する調査研究. 2018.
- 9 Yoshida K, Yamashita H, Conroy S, Marks M, Kumar C. A Japanese version of mother-to-infant bonding scale: factor structure, longitudinal changes and links with maternal mood during the early postnatal period in Japanese mothers. Arch Womens Ment Health. 2012;15:343-52.
- 10 日本産婦人科医会. 妊娠等について悩まれている方のための相談援助事業連携マニュアル . 平成 26 年 3 月 .
<http://www.jaog.or.jp/wp/wp-content/uploads/2013/03/jaogmanual.pdf>
- 11 Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. J Gen Intern Med. 1997;12:439-45

当事者インタビューから考える生活保護世帯の子どもフェイスシート活用の
効果的な実施と障壁・課題

研究分担者 林明子（大妻女子大学）

研究要旨

本研究では、被保護世帯の子どもを対象に健康・生活状況や暮らしの困りごとを福祉事務所が把握するために本研究班で開発されたフェイスシートについて、当事者視点から活用方法や課題を検討することを目的とした。被保護世帯で育った当事者性をもつ若者をインタビューの対象者（研究参加者）として選定し、研究分担者がケースワーカー役、研究参加者が子ども役となり、実際の使用場面を想定した模擬面接を行った後、質問項目の受け止め方や話しやすさ・話しにくさ等について聞き取りを行った。さらに研究分担者と研究参加者とで役割を交代し、同様の調査を実施した。

調査の結果、フェイスシートについては「あったらよい」と肯定的に受け止められた一方で、実施方法や面談環境には慎重な配慮が必要であることが示唆された。とくに質問の仕方によっては、子どもが警戒心や不信感を抱く可能性があることが分かった。また、一問一答形式で情報を収集するのではなく、会話を重視しながら関係形成を進めることの重要性が改めて確認された。さらに、円グラフ等を活用しながら一緒に生活状況を整理する方法や、筆談・イラスト等を用いたコミュニケーション方法の必要性も示された。子どもが安心して話せる環境設定や、質問項目の順番、実施時期についても具体的な意見が得られたため、今後は本研究で得られた知見を踏まえ、実際の現場での活用についてさらに検討を進めることが求められる。

A. 研究目的

本研究班において、被保護世帯の子どもおよびその養育者の健康・生活状況や困りごとを把握し、支援を検討するためのツールとして、フェイスシートが開発されている。フェイスシートは修正デルファイ法を用いて、主に福祉事務所のケースワーカー、査察指導員、保健師等が参画して段階的に検討・作成されてきた。被保護世帯の子どもや養育者の健康・生活状況や困りごとを把握するための有効なツールとなることが期待されてきたが、質問の仕方や場面設定によっては、当事者に負担を与えるのみならず、当事者とケースワーカーとの関係性の構築に不利が生じる可能性も考えられる。これには、本フェイスシートの開発プロセスに当事者が十分に含まれていないことが挙げられる。そのため、実際の現場で活用可能なフェイスシートとするためには、当事者の視点からフェイスシートの実施方法を検討する必要がある。

そこで本研究では、被保護世帯で育った若者を対象にインタビュー調査を実施し、当事者がフェイスシートをどのように捉えるのかを明らかにすることを通じて、その有用性

や効果的な活用方法、および課題や障壁について検討することを目的とした。

B. 研究方法**1. 研究デザイン**

フェイスシートについてより詳細な考えや意見を聞き取る必要があると考え、研究分担者がこれまで研究対象としてきた被保護世帯出身の若者を対象にインタビュー調査を実施した。

研究参加者にはフェイスシートの目的や内容を説明した後、本研究の趣旨についても説明を行い、調査協力の同意を得た。インタビュー方法としては、以下の順で行うこととした。

1. 研究分担者がケースワーカー役、研究参加者が被保護世帯の子ども役となり、実際にフェイスシートを使用する場面を想定した模擬面接を行う。
2. 模擬面接後に質問の受け止め方や話しやすさ・話しにくさ、望ましい聞き方について聞き取りを行う。
3. 役割を交代し、模擬面接と聞き取りを行う。

2. 対象者

開発中のフェイスシートについて検討することから、研究分担者がこれまでインタビューを依頼したことがあり、すでに信頼関係が十分に築けていると判断される者を選定する必要があった。また子ども時代を振り返って語ることができる者が適していると考え、若者（20代後半から30代）を選定した。

本研究で対象としたのは、被保護世帯に育った若者2名（20代後半～30代前半）である。Aさんは中学生時代、被保護世帯の中高生を対象とした学習支援事業に参加していた。全日制高校進学（不登校経験あり、高卒認定試験を併用して卒業）した後、四年制大学に進学し卒業した。卒業後は就職し、20代半ばで結婚と妊娠出産を経験し、体調面を理由として退職した。BさんもAさんと同様、中学生時代に被保護世帯の中高生を対象とした学習支援事業に参加した経験をもつ。定時制高校に進学し、卒業後は専門学校に進学したものの中退した。現在はアルバイトをしながらパートナーと暮らしている。

当事者がどのようにフェイスシートや使用場面について捉えるかについて明らかにするべく、実際に想定した模擬面接とその後の聞き取りを行うため、個別のインタビュー調査を実施した。インタビュー時間は1人あたり平均1.5時間であった。

（倫理面への配慮）

本研究については、大妻女子大学生命科学研究倫理委員会に申請し、承認を得た（07-041）。

C. 研究結果

インタビュー調査の結果、2名とも子ども時代にケースワーカーとの良好な関係を望んでおり、フェイスシートの活用については好意的に捉えていることが分かった。ただし「(こうした機会が) あったらいいと思う」と語られた一方で、ケースワーカーとのやりとりや面談場所については入念な検討や準備の必要であるとの意見が示された。

1. やりとりを進める上での困難さ

模擬面接後のインタビューでは、フェイスシートを用いたケースワーカーと子どものやり取りの前には、ケースワーカーのフェイ

スシート活用についての十分な理解とそれに基づく事前準備、また子どもへの事前説明が重要であるとの考えが研究参加者から強く示された。

また1日の生活状況を聞き取るパートについては、聞き取りながら表に記入していく作業が困難であることが浮かび上がった。代わりに、円グラフを24時間と見立て、1日の過ごし方をケースワーカーが聞き取り、子どもと一緒に円グラフを完成させていく方法が提案された。

さらに、一気に聞くのは困難であるため、対象となる子どもにはフェイスシートを使用しながら面談を行う趣旨を事前に説明した上で、会う回数を重ねながら、少しずつやりとりを進めることが望ましいとの意見が示された。

2. 質問項目の内容と順番について

専門家や現場の職員にとっては重要と思われる事柄であっても、子どもにとっては答えにくい内容があることが浮かび上がった。例えば、「困った時に相談できる人がいますか」という問いに対して用意している選択肢の中に「オンライン上で知り合った人」があるが、実際には相談していたとしても、大人には伝えづらく、子どもは回答を避ける可能性があることが語られた。

また「お風呂（シャワー）にはいつていますか」という問いについても、研究参加者によれば「(自分が) 匂っているのが気になる」と言い、ネガティブな受け取りをされる可能性が高いことが示唆された。

さらに「おうちでほっとする場所がありますか」という問いについても、「ない」とは答えにくいと感じる可能性があるとの指摘がなされた。

そして、一般的に大人から子どもにたずねる内容として学校生活に関する事柄は違和感がないため、質問する順番としては学校生活に関する内容から聞き始め、その後に体調面や家庭生活面へと進む方が子どもは答えやすいのではないかという意見が示された。

3. 話しやすい聞き取り方法について

子どもが安心して話せるためには、質問の方法や表現、環境面の工夫が重要であることも浮かび上がった。子どもの年齢や発達段階、特性、またケースワーカーとの関係性によっ

ては、円滑なやりとりが難しい場合も考えられる。研究参加者からは、イラストを用いたやりとりや筆談などの工夫が必要となる可能性が指摘された。

また地域の学習支援や生活支援、子ども食堂、図書館、奨学金の情報など、子どもが利用可能な支援サービスについて情報をまとめてから、面談に臨むことにより、会話のきっかけが作りやすくなることも提案された。

4. 面談をする環境への配慮

子どもは保護者の存在を気にして回答することが考えられるため、可能であれば子どものみの空間で回答してもらうように環境を設定することが望ましいという意見が出された。一方で、完全に切り離された空間よりも、保護者の声が適度に聞こえる環境の方が安心して話せる場合もあることが語られた。これは、保護者自身も別の場所でケースワーカーと話している状況であれば、「自分の話は聞かれていない」と子どもが確認できるからである。

また実施時期については、夏休みの前後が望ましいという意見が得られた。学校がない時期は家庭に籠ってしまい、しんどくなるケースが考えられるため、誰かに話したくなる子どもが増える可能性が考えられるという。加えて、夏休みであれば、平日の日中に子どもに会える可能性が高まることが期待できる。

D. 考察

本研究では、被保護世帯で育った若者を対象としてフェイスシートに対するインタビュー調査を実施し、その有用性や効果的な活用方法、および課題や障壁について当事者目線で検討することを目的とした。模擬面接を行った上で、インタビュー調査をした結果、支援者側の意図と、子どもの受け止め方との間にずれが生じる可能性が考えられた。全国の福祉事務所で標準的に活用できることを想定したフェイスシートであるため、質問は簡潔になっている。子どもとのやり取りを重視しながら進めることを想定しているものの、フェイスシート活用に関する理解が十分ではない場合には、事務的な質問を淡々と子どもに行ってしまう可能性が考えられた。一問一答で単に情報を収集するのではなく、会

話を重視し、やり取りを重ねながら、子どものことを理解していく関わり方を意識することにより、子どもの警戒心や不信も薄らぎ、フェイスシートを効果的に活用することができるだろう。

研究参加者からは質問項目の内容だけではなく、実施方法や事前準備について具体的な意見やアイデアが出された。1日の生活状況を聞き取るパートについては、研究参加者が提案するように円グラフを用いて可視化しながら確認していく方法が双方にとって進めやすく視覚的にも理解しやすいだろう。ケースワーカーと子どもが面と向かい、質問と回答を繰り返す形式では、やりとりが円滑に進まない可能性も考えられる。そのため、シートを用いて一緒に整理しながらやり取りを進めていく方が、心理的負担の軽減や円滑な対話につながる可能性がある。とくに不登校の児童生徒の中には、支援者と直接目を合わせて話すことに強い緊張や抵抗を感じる者もいるだろう。そのため、ツールを介してやり取りを進められる点には、大きな意義があると考えられる。

またフェイスシートについても子どもが答えづらいと感じる内容や表現は極力避け、双方にとって負担の少ないフェイスシートの活用方法を検討する必要があるだろう。例えば「お風呂（シャワー）にはいついますか」という質問は、項目としてはそのままにしておき、実際のやりとりでは「お風呂に入るのは好きですか」や「お風呂に入る時間は決まっていますか」など臨機応変に対応することが望ましい場合もあるだろう。同様に、「おうちでほっとする場所がありますか」という質問も、項目としてはそのままにしておき、子どもの年齢や状況に合わせて「おうちでリラックスできる場所はどこですか」や「何をして過ごすのが好きですか」などのやり取りを重ね、子どもの状況を多面的に理解していくことが必要であると考えられる。

子どもが安心して話せる時期や環境をどのように設定するのかについても、十分に検討される必要があることが確かめられた。例えば、家庭訪問時にはケースワーカーが複数名で訪問し、保護者対応をする者と子どもへの聞き取りをする者とで役割を分担することが考えられるが、ケースワーカーの負担増加とならないよう慎重にシミュレーションを行うことが求められる。

E. 結論

本研究では、被保護世帯で育った若者を対象にインタビュー調査を実施し、フェイスシートの活用について当事者視点から検討を行った。その結果、フェイスシートは、子どもの状況や困り感を把握するための有効なツールとして期待される一方で、質問項目の内容や聞き方、面談環境によっては、子どもに負担感や警戒感を与え、フェイスシートが効果的に活用されない可能性があることが示唆された。また、フェイスシートを単なる情報収集のためのツールとして運用するのではなく、子どもとの関係形成を支える媒介として位置づけることの重要性が確かめられた。とくに、会話を重視したやりとり、視覚的ツールを活用した支援、安心して話せる環境設定、子どもの心理的負担に配慮した質問の順番などが、円滑な面談を行う上で重要であると考えられた。今後は、本研究で得られた知見を踏まえ、フェイスシートの実用に向けてさらなる分析や検討が求められる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

当事者インタビューから考える生活保護世帯の子どもフェイスシート活用の
効果的な実施と障壁・課題

研究分担者 林明子（大妻女子大学）

研究要旨

本研究では、被保護世帯の子どもを対象に健康・生活状況や暮らしの困りごとを福祉事務所が把握するために本研究班で開発されたフェイスシートについて、当事者視点から活用方法や課題を検討することを目的とした。被保護世帯で育った当事者性をもつ若者をインタビューの対象者（研究参加者）として選定し、研究分担者がケースワーカー役、研究参加者が子ども役となり、実際の使用場面を想定した模擬面接を行った後、質問項目の受け止め方や話しやすさ・話しにくさ等について聞き取りを行った。さらに研究分担者と研究参加者とで役割を交代し、同様の調査を実施した。

調査の結果、フェイスシートについては「あったらよい」と肯定的に受け止められた一方で、実施方法や面談環境には慎重な配慮が必要であることが示唆された。とくに質問の仕方によっては、子どもが警戒心や不信感を抱く可能性があることが分かった。また、一問一答形式で情報を収集するのではなく、会話を重視しながら関係形成を進めることの重要性が改めて確認された。さらに、円グラフ等を活用しながら一緒に生活状況を整理する方法や、筆談・イラスト等を用いたコミュニケーション方法の必要性も示された。子どもが安心して話せる環境設定や、質問項目の順番、実施時期についても具体的な意見が得られたため、今後は本研究で得られた知見を踏まえ、実際の現場での活用についてさらに検討を進めることが求められる。

A. 研究目的

本研究班において、被保護世帯の子どもおよびその養育者の健康・生活状況や困りごとを把握し、支援を検討するためのツールとして、フェイスシートが開発されている。フェイスシートは修正デルファイ法を用いて、主に福祉事務所のケースワーカー、査察指導員、保健師等が参画して段階的に検討・作成されてきた。被保護世帯の子どもや養育者の健康・生活状況や困りごとを把握するための有効なツールとなることが期待されてきたが、質問の仕方や場面設定によっては、当事者に負担を与えるのみならず、当事者とケースワーカーとの関係性の構築に不利が生じる可能性も考えられる。これには、本フェイスシートの開発プロセスに当事者が十分に含まれていないことが挙げられる。そのため、実際の現場で活用可能なフェイスシートとするためには、当事者の視点からフェイスシートの実施方法を検討する必要がある。

そこで本研究では、被保護世帯で育った若者を対象にインタビュー調査を実施し、当事者がフェイスシートをどのように捉えるのかを明らかにすることを通じて、その有用性

や効果的な活用方法、および課題や障壁について検討することを目的とした。

B. 研究方法**1. 研究デザイン**

フェイスシートについてより詳細な考えや意見を聞き取る必要があると考え、研究分担者がこれまで研究対象としてきた被保護世帯出身の若者を対象にインタビュー調査を実施した。

研究参加者にはフェイスシートの目的や内容を説明した後、本研究の趣旨についても説明を行い、調査協力の同意を得た。インタビュー方法としては、以下の順で行うこととした。

1. 研究分担者がケースワーカー役、研究参加者が被保護世帯の子ども役となり、実際にフェイスシートを使用する場面を想定した模擬面接を行う。
2. 模擬面接後に質問の受け止め方や話しやすさ・話しにくさ、望ましい聞き方について聞き取りを行う。
3. 役割を交代し、模擬面接と聞き取りを行う。

2. 対象者

開発中のフェイスシートについて検討することから、研究分担者がこれまでインタビューを依頼したことがあり、すでに信頼関係が十分に築けていると判断される者を選定する必要があった。また子ども時代を振り返って語ることができる者が適していると考え、若者(20代後半から30代)を選定した。

本研究で対象としたのは、被保護世帯に育った若者2名(20代後半～30代前半)である。Aさんは中学生時代、被保護世帯の中高生を対象とした学習支援事業に参加していた。全日制高校進学(不登校経験あり、高卒認定試験を併用して卒業)した後、四年制大学に進学し卒業した。卒業後は就職し、20代半ばで結婚と妊娠出産を経験し、体調面を理由として退職した。BさんもAさんと同様、中学生時代に被保護世帯の中高生を対象とした学習支援事業に参加した経験をもつ。定時制高校に進学し、卒業後は専門学校に進学したものの中退した。現在はアルバイトをしながらパートナーと暮らしている。

当事者がどのようにフェイスシートや使用場面について捉えるかについて明らかにするべく、実際に想定した模擬面接とその後の聞き取りを行うため、個別のインタビュー調査を実施した。インタビュー時間は1人あたり平均1.5時間であった。

(倫理面への配慮)

本研究については、大妻女子大学生命科学研究倫理委員会に申請し、承認を得た(07-041)。

C. 研究結果

インタビュー調査の結果、2名とも子ども時代にケースワーカーとの良好な関係を望んでおり、フェイスシートの活用については好意的に捉えていることが分かった。ただし「(こうした機会が)あったらいいと思う」と語られた一方で、ケースワーカーとのやりとりや面談場所については入念な検討や準備の必要であるとの意見が示された。

1. やりとりを進める上での困難さ

模擬面接後のインタビューでは、フェイスシートを用いたケースワーカーと子どものやり取りの前には、ケースワーカーのフェ

イスシート活用についての十分な理解とそれに基づく事前準備、また子どもへの事前説明が重要であるとの考えが研究参加者から強く示された。

また1日の生活状況を聞き取るパートについては、聞き取りながら表に記入していく作業が困難であることが浮かび上がった。代わりに、円グラフを24時間と見立て、1日の過ごし方をケースワーカーが聞き取り、子どもと一緒に円グラフを完成させていく方法が提案された。

さらに、一気に聞くのは困難であるため、対象となる子どもにはフェイスシートを使用しながら面談を行う趣旨を事前に説明した上で、会う回数を重ねながら、少しずつやりとりを進めることが望ましいとの意見が示された。

2. 質問項目の内容と順番について

専門家や現場の職員にとっては重要と思われる事柄であっても、子どもにとっては答えにくい内容があることが浮かび上がった。例えば、「困った時に相談できる人がいますか」という問いに対して用意している選択肢の中に「オンライン上で知り合った人」があるが、実際には相談していたとしても、大人には伝えづらく、子どもは回答を避ける可能性があることが語られた。

また「お風呂(シャワー)には入っていますか」という問いについても、研究参加者によれば「(自分が)匂っているのが気になる」と言い、ネガティブな受け取りをされる可能性が高いことが示唆された。

さらに「おうちでほっとする場所がありますか」という問いについても、「ない」とは答えにくいと感じる可能性があるとの指摘がなされた。

そして、一般的に大人から子どもにたずねる内容として学校生活に関する事柄は違和感がないため、質問する順番としては学校生活に関する内容から聞き始め、その後に体調面や家庭生活面へと進む方が子どもは答えやすいのではないかという意見が示された。

3. 話しやすい聞き取り方法について

子どもが安心して話せるためには、質問の方法や表現、環境面の工夫が重要であることも浮かび上がった。子どもの年齢や発達段階、特性、またケースワーカーとの関係性によ

ては、円滑なやりとりが難しい場合も考えられる。研究参加者からは、イラストを用いたやりとりや筆談などの工夫が必要となる可能性が指摘された。

また地域の学習支援や生活支援、子ども食堂、図書館、奨学金の情報など、子どもが利用可能な支援サービスについて情報をまとめてから、面談に臨むことにより、会話のきっかけが作りやすくなることも提案された。

4. 面談をする環境への配慮

子どもは保護者の存在を気にして回答することが考えられるため、可能であれば子どものみの空間で回答してもらうように環境を設定することが望ましいという意見が出された。一方で、完全に切り離された空間よりも、保護者の声が適度に聞こえる環境の方が安心して話せる場合もあることが語られた。これは、保護者自身も別の場所でケースワーカーと話している状況であれば、「自分の話は聞かれていない」と子どもが確認できるからである。

また実施時期については、夏休みの前後が望ましいという意見が得られた。学校がない時期は家庭に籠ってしまい、しんどくなるケースが考えられるため、誰かに話したくなる子どもが増える可能性が考えられるという。加えて、夏休みであれば、平日の日中に子どもに会える可能性が高まることが期待できる。

D. 考察

本研究では、被保護世帯で育った若者を対象としてフェイスシートに対するインタビュー調査を実施し、その有用性や効果的な活用方法、および課題や障壁について当事者目線で検討することを目的とした。模擬面接を行った上で、インタビュー調査をした結果、支援者側の意図と、子どもの受け止め方との間にずれが生じる可能性が考えられた。全国の福祉事務所で標準的に活用できることを想定したフェイスシートであるため、質問は簡潔になっている。子どもとのやり取りを重視しながら進めることを想定しているものの、フェイスシート活用に関する理解が十分ではない場合には、事務的な質問を淡々と子どもに行ってしまう可能性が考えられた。一問一答で単に情報を収集するのではなく、会

話を重視し、やり取りを重ねながら、子どものことを理解していく関わり方を意識することにより、子どもの警戒心や不信も薄らぎ、フェイスシートを効果的に活用することができるだろう。

研究参加者からは質問項目の内容だけではなく、実施方法や事前準備について具体的な意見やアイデアが出された。1日の生活状況を聞き取るパートについては、研究参加者が提案するように円グラフを用いて可視化しながら確認していく方法が双方にとって進めやすく視覚的にも理解しやすいだろう。ケースワーカーと子どもが面と向かい、質問と回答を繰り返す形式では、やりとりが円滑に進まない可能性も考えられる。そのため、シートを用いて一緒に整理しながらやり取りを進めていく方が、心理的負担の軽減や円滑な対話につながる可能性がある。とくに不登校の児童生徒の中には、支援者と直接目を合わせて話すことに強い緊張や抵抗を感じる者もいるだろう。そのため、ツールを介してやり取りを進められる点には、大きな意義があると考えられる。

またフェイスシートについても子どもが答えづらいと感じる内容や表現は極力避け、双方にとって負担の少ないフェイスシートの活用方法を検討する必要があるだろう。例えば「お風呂（シャワー）にはいついますか」という質問は、項目としてはそのままにしておき、実際のやりとりでは「お風呂に入るのは好きですか」や「お風呂に入る時間は決まっていますか」など臨機応変に対応することが望ましい場合もあるだろう。同様に、「おうちでほっとする場所がありますか」という質問も、項目としてはそのままにしておき、子どもの年齢や状況に合わせて「おうちでリラックスできる場所はどこですか」や「何をして過ごすのが好きですか」などのやり取りを重ね、子どもの状況を多面的に理解していくことが必要であると考えられる。

子どもが安心して話せる時期や環境をどのように設定するのかについても、十分に検討される必要があることが確かめられた。例えば、家庭訪問時にはケースワーカーが複数名で訪問し、保護者対応をする者と子どもへの聞き取りをする者とで役割を分担することが考えられるが、ケースワーカーの負担増加とならないよう慎重にシミュレーションを行うことが求められる。

E. 結論

本研究では、被保護世帯で育った若者を対象にインタビュー調査を実施し、フェイスシートの活用について当事者視点から検討を行った。その結果、フェイスシートは、子どもの状況や困り感を把握するための有効なツールとして期待される一方で、質問項目の内容や聞き方、面談環境によっては、子どもに負担感や警戒感を与え、フェイスシートが効果的に活用されない可能性があることが示唆された。また、フェイスシートを単なる情報収集のためのツールとして運用するのではなく、子どもとの関係形成を支える媒介として位置づけることの重要性が確かめられた。とくに、会話を重視したやりとり、視覚的ツールを活用した支援、安心して話せる環境設定、子どもの心理的負担に配慮した質問の順番などが、円滑な面談を行う上で重要であると考えられた。今後は、本研究で得られた知見を踏まえ、フェイスシートの実用に向けてさらなる分析や検討が求められる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

生活困窮世帯の子どもの歯科口腔保健の実態と支援方法・効果に関するレビュー

研究分担者 木野 志保 (東京科学大学)
研究協力者 堀家 彩音 (東京科学大学)
研究協力者 藤本 来さき (東京科学大学)
研究協力者 八重樫 有里 (東京科学大学)

研究要旨

【背景】子どもの貧困は世界的な公衆衛生課題であり、日本においても生活困窮世帯の子どもは依然として高い割合を占める。社会経済的困難は、栄養、医療アクセス、教育機会など多領域に影響を及ぼし、口腔健康も例外ではない。しかし、生活困窮世帯の子どもを対象とした歯科口腔保健の実態や支援方法に関するエビデンスは十分に整理されていない。そこで、生活困窮世帯の子どもの歯科口腔保健の実態および支援方法・効果に関する国内外の文献を整理し、現状の課題と政策的含意を明らかにすることを目的とした。

【方法】PubMed を用いて、低所得・生活困窮世帯の子どもを対象とした歯科口腔保健の実態および支援方法に関する文献を検索し、出版年・言語の制限を設けずにレビューを行った。

【結果】生活困窮世帯の子どもでは、う蝕の高い有病率、未処置う蝕の残存、予防的歯科サービスの低利用、口腔関連 QOL の低さなど、多面的な口腔健康指標において一貫した不利が認められた。これらの不利は、個人の行動要因のみでは説明できず、所得、教育、家庭環境、地域資源、医療アクセスなどの社会経済的条件が複合的に作用していた。また、口腔健康の不利は乳幼児期から思春期にかけて連続的に形成され、ライフコースを通じて累積する可能性が示されていた。支援方法としては、学校を基盤とした口腔保健教育が一定の効果を示す一方、教育的介入のみでは口腔健康格差の是正には不十分であり、医療アクセス改善や予防サービス提供体制の強化など多層的介入の必要性が示唆されていた。

【結論】生活困窮世帯の子どもにおける口腔健康格差は、社会経済的条件と医療提供体制の構造的要因が相互に作用して形成される複合的課題である。口腔健康格差の是正には、ライフコースの視点に基づく早期介入と、医療資源の配分やアクセスの公平性を高める制度的改革を組み合わせた包括的支援体制が不可欠である。今後は、日本の制度的・地域的文脈を踏まえ、効果的な支援の組み合わせを実証的に検討する研究が求められる。

A. 研究目的

子どもの貧困は、世界的な社会課題であり、その影響は健康、教育、社会的発達など多岐にわたる。国連児童基金 (UNICEF) の報告によれば、世界では約 5 億 6600 万人の子ど

もが貧困に直面し、そのうち 3 億 3300 万人は極度の貧困下で暮らしているとされている [1]。これらの子どもたちは、栄養不足や医療アクセスの欠如など、基本的な生活ニーズが満たされない状況に置かれている。

日本の子どもの貧困率は主要先進国の中でも決して低くない。厚生労働省の国民生活基礎調査(2021年)によると、日本の子どもの貧困率は11.5%、相対的貧困率は15.4%であり、OECD平均(子どもの貧困率12.4%、相対的貧困率11.0%)と比べても高い水準にある[2,3]。特にひとり親世帯における子どもの貧困率は44.5%と、ほぼ半数が困窮状態にあることが明らかになっている[2]。このような高い貧困率は、教育機会や医療アクセスの不利、社会的孤立のリスク増大だけでなく、健康問題を引き起こす要因となる。小児期の健康は将来の生活の質に長期的に影響を及ぼすため、早期の予防的介入が重要とされる。このような背景から、子どもの貧困対策は先進国・途上国を問わず、喫緊の公衆衛生課題として位置づけられてきた。

また、子どもが抱える様々な健康問題の中で口腔疾患は大きな割合を占めている。令和5年度学校保健統計調査によると、幼稚園から高校生のすべての年代において、視力低下に次いでう蝕が多いことが報告されている。また小学生のう蝕の有病率は、全体としては減少傾向にあるものの、小学生の約3分の1(34.8%)を占めており、依然として子どもの口腔・歯科疾患は小児期の重要な健康課題であることがわかる[4]。さらに、う蝕の有病率は社会経済的背景と関連し、生活保護世帯では予防ケアや歯科受診の機会が限られる傾向がある[5,6]。加えて、学校歯科健診後の受診についても、特に、生活困窮世帯やひとり親家庭では、未受診や重度の口腔疾患が一定数報告されている[7]。

しかし、身体健康の中でも歯科口腔領域に関しては、国際的にも国内でもエビデンスが著しく乏しい。う蝕や歯周病は生活習慣や社会環境の影響を強く受け、同時に糖尿病などの非感染性疾患の規定要因であるにもかかわらず、単独では命に直結しにくいという特性から、医療・福祉の現場では優先度が低く扱われやすい。特に生活困窮世帯を支援する現場では、虐待対応、生活再建、教育支援など緊急性の高い課題が山積しており、口腔の健康問題にまで十分に目を向ける余力がないという構造的背景も存在する。

その一方で、口腔の健康は食事、発達、自己肯定感、社会参加など子どもの生活全体に

影響を及ぼす基盤であり、支援の遅れは子どもの生涯の健康の不利につながる。にもかかわらず、生活困窮世帯の子どもを対象とした歯科口腔の実態、さらにどのような支援方法がどの程度効果を持つのかについては、体系的に整理された知見が不足している。

そこで、生活困窮世帯の子どもの歯科口腔実態と支援方法・効果に関する国内外のエビデンスを整理し、現状の課題と政策的意義を明らかにすることを目的としたレビューを実施した。

B. 研究方法

低所得・生活困窮世帯の子どもを対象とした歯科口腔保健の実態および支援方法や効果について、文献レビューを実施した。文献検索にはPubMedを用いた。言語制限は設けず、2010-2026年に出版された関連論文を網羅的に検索した。検索語には、(children OR adolescents) AND (socioeconomic status OR low income OR poverty OR parental education) AND (dental caries OR untreated caries OR oral health related quality of life OR OHRQoL OR early childhood caries OR ECC) AND (dental attendance OR dental utilization OR access to dental care) AND (("2010"[Date - Publication] : "2026"[Date - Publication]))を用い、2,024件の論文がヒットした。

その中で、歯科口腔保健の実態に関しては、①子どもを対象としていること、②所得・親学歴・家庭環境などの社会経済的要因を扱っていること、③う蝕、未処置う蝕、口腔関連QOL、歯科受診・アクセスに関する等、口腔健康の内容を含むこと、④社会的脆弱性と口腔健康に関してのテーマであること、を基準に論文を選定した。また、支援方法に関しての文献検索については、上記の基準に加えて、生活困窮世帯の歯科口腔課題や支援の方向性について論じていること、を基準に論文を選定した。

C. 研究結果

C-1. 生活困窮世帯の子どもの歯科口腔保健の実態

生活困窮世帯を含む社会経済的に不利な背景をもつ子どもでは、歯科口腔保健の実態

に明確な格差がみられる。Maklennan ら (2024) の系統的レビュー・メタ分析では、71 か月未満の子どもを対象とした 100 報の研究が統合され、早期小児う蝕 (Early Childhood Caries : ECC) の世界全体の推定有病率は 49%と高く、国民総所得 (gross national income : GNI) が低い国ほど ECC の有病率が高い傾向を示している。とくに、GNI が最も低い国群では ECC 有病率が 57%であったのに対し、20,000~39,999 ドルの国群では 30%であり、地理的条件や社会経済的指標が幼児期のう蝕と関連することを報告している [8]。また Blomma ら (2024) は、2010 年および 2019 年における 6 歳児のう蝕有病率と、家族および居住地域レベルの社会経済的変数との関連性を分析したところ、家族レベルでは、出産時の母親の年齢、親の雇用状況、親および子供の移民背景、母親の教育レベル、住居形態、および経済的支援等の要因が、居住地域レベルでは、移住背景、教育水準、および世帯人数等の社会経済的リスク要因が多いほど、う蝕が増加することを報告した [9]。

こうした社会経済的な背景が子どもの口腔健康に与える影響は口腔疾患だけではない。Kumar ら (2014) は、口腔関連 QOL (OHRQoL) と親の社会経済的要因および家庭環境との関連についてレビューを行った。その結果、一般化には慎重を要するものの、高所得や親の教育水準が高い家庭の子どもは OHRQoL が高いこと、母親の年齢、家族構成、家庭内の混雑具合、兄弟の存在といった家庭環境も子どもの OHRQoL を左右する要因であることが示された [10]。

また、こうした格差は日本国内でも確認されている。Aida ら (2017) は、日本の全国代表性を有する縦断調査データを用いて、2.5 歳から 5.5 歳までの幼児 35,260 人を追跡し、保護者の教育歴を指標とした社会経済的地位が低い群ほど、う蝕治療を受けた割合が高いことを示した。絶対的不平等を示す slope index of inequality (SII) は、2.5 歳時点で 4.13%であったものが 5.5 歳時点では 15.50%へと拡大しており、幼児期から学童期にいたる過程の中で、子どもの歯科治療に関する格差が拡大することを示唆している

[11]。

さらに、歯科疾患の有無だけでなく、未処置のまま残存するう蝕にも社会経済的格差が存在する。Gupta ら (2018) は、米国の全国代表データを用いて、2011~2014 年における未処置う蝕の状況を検討し、子どもの 15.9%が未処置う蝕を有していたと報告している。とくに、貧困線未満の子どもでは未処置う蝕の割合が 21.7%であったのに対し、貧困線の 400%以上の群では 8.0%であり、低所得層で疾病負担が大きかった。また、過去 1 年以内の歯科受診は未処置う蝕の低さと関連し、逆に金銭的・非金銭的な受診障壁は未処置う蝕と有意に関連していた。これらの結果は、経済的困難のみならず、歯科受診のしにくさそのものが口腔健康格差を拡大させる可能性を示している [12]。

さらに、歯科医療へのアクセスについても低所得・生活困窮世帯の子どもにはいくつかの障壁があると考えられる。Senavirathna ら (2025) は、2000 年 1 月から 2024 年 9 月までに発表された文献を対象に、社会経済的要因と歯科医療サービスの利用との関連性を明らかにすることを目的としたシステマティックレビューおよびアナリシスを実施した。48 本の論文を分析した結果、社会経済的に不利な立場にある子どもは歯科医療サービスの利用率が低いことを明らかにした [13]。加えて、Oliveira ら (2026) は、10~19 歳の青少年における歯科医療へのアクセスに影響を与える障壁と促進要因を明らかにすべく 58 論文を検証した。その結果、障壁としては、歯科治療への不安、マイノリティとしての立場、親の教育水準の低さ、収入の制限、仲間からの支援の弱さ、地理的不利、保険の不安定さ、および医療提供者の不足が挙げられた。一方、促進要因としては、公的保険制度、学校内歯科診療所、文化に配慮した教育、養育者の模範的行動、地域社会の関与などが挙げられた [14]。

さらに、予防的歯科サービスの利用にも格差がみられる。Pontigo-Loyola ら (2025) は、メキシコの 12 歳および 15 歳の青年 1,538 人を対象とした横断研究において、小窩裂溝シーラントを有する者は全体の 1.3%にとどまり、予防的介入の利用率が極めて低いことを報告した。そのうえで、教育および職業に基

づく社会経済的地位が高いほどシーラント保有率が高く、また定期的に歯科受診をしている者の方がシーラント保有率が高かった。すなわち、予防的歯科サービスは必要度に応じて均等に提供されているとは言い難く、社会経済的に有利な層ほど利用しやすい実態を示している [15]。

以上より、生活困窮世帯の子どもの歯科口腔保健の実態としては、う蝕の有病率の高さ、未処置う蝕の残存、治療・予防サービス利用の不均衡が重層的に存在していると考えられる。とくに、社会経済的に不利な背景をもつ子どもでは、疾病負担が大きいだけでなく、必要な歯科医療や予防介入に到達しにくいことが、口腔健康格差の持続・拡大につながっている可能性がある。

C-2. 生活困窮世帯の子どもの歯科口腔保健の支援方法・効果

子ども・青少年の口腔健康に関する支援方法とその効果については、複数の先行研究が報告されている。Almajed ら (2024) は、小児の口腔健康に関するレビューにおいて、学校を基盤とした口腔保健教育が、子どもの口腔保健に関する知識、態度、行動の改善に有用であることを示している [16]。特に、歯みがき習慣、食習慣、定期的な歯科受診の重要性を学校教育の中で継続的に学ぶことは、日常的な口腔衛生行動の定着に寄与するとされている。また、講義形式に加え、体験型学習を取り入れた支援では、口腔衛生状態の改善効果がより大きい可能性が示唆されており、保護者の関与を通じて家庭での実践につなげることの重要性も指摘されている。一方、Kaneko ら (2026) は、日本の出生コホート研究において、フッ化物応用、歯みがき習慣、哺乳びん使用、間食管理などの行動要因を検討したが、これらのみで口腔健康格差を十分に説明することは難しいことを示した [17]。さらに、Pontigo-Loyola ら (2025) は、予防的歯科サービスである小窩裂溝シーラントについて、定期的な歯科受診と利用との関連を示す一方、その利用率自体は低く、必要な対象に十分届いていないことを報告している [18]。

D. 考察

低所得・生活困窮世帯の子どもを対象とした歯科口腔保健の実態および支援方法や効果について、文献レビューを実施したところ、生活困窮世帯を含む社会経済的に不利な背景をもつ子ども・青少年では、う蝕の有病率、未処置う蝕、予防的歯科サービスの利用、さらには口腔関連 QOL に至るまで、多面的な口腔健康指標において一貫した不利が認められた。これらの不利は、単に個人のセルフケア不足に起因するものではなく、所得、教育、生活環境、医療アクセスといった社会経済的条件の違いを背景として形成されていることが示唆された [8-15]。特に低所得層や生活困窮世帯の子どもでは、疾病負担が大きいだけでなく、必要な治療や予防的介入に到達しにくい状況が重なり、健康上の不利が累積しやすい構造も存在することが明らかになった [13-15]。

さらに重要なのは、こうした不利が乳幼児期から思春期に至るまで連続的に生じ、ライフコースを通じて累積していく可能性である。幼少期のう蝕や不十分な口腔保健行動は、その後の歯科受診行動や口腔健康状態に持続的な影響を及ぼすことが示唆されており、Aida らの研究が示すように、幼児期における歯科治療の不平等が時間とともに拡大する現象は、初期の不利が後の健康状態に持ち越される「累積的不利」の存在を裏付けている [11]。この視点に立てば、口腔健康格差はある時点で突然生じるものではなく、発達過程の中で段階的に形成・固定化されていく現象として理解する必要がある。本研究班で示されてきた生活保護世帯の子どもの口腔健康の不利とその不平等の拡大の結果もこれを支持していると言える。

一方で、格差の持続には保健医療提供体制の構造的特性も関与している可能性が高い。本レビューで示された予防的歯科サービスの利用率の低さや、社会経済的に有利な層への偏在は、医療資源の供給が健康ニーズに応じて最適に配分されていないことを示唆している [18]。すなわち、保健医療サービスが形式上は利用可能であっても、それが必要な集団に十分に届いていないという構造的問題が存在する。また、歯科医療へのアクセスは、個人、家庭、地域、社会制度といった複

数レベルの要因が複雑に関与することが知られており、口腔健康格差が単一の介入によって解消されるものではない。すなわち、家庭環境や保護者の社会経済的背景、地域資源の分布、医療制度の設計といった複数の要因が相互に作用する中で、健康格差が固定化されていると考えられる [16,17]。

支援の観点からみると、学校を基盤とした口腔保健教育は、知識・態度・行動の改善に一定の効果を有し、体験型学習や保護者の関与を組み合わせることでより高い効果が期待される [16]。しかし、予防的歯科サービスの利用率そのものが低い現状を踏まえると、教育的介入のみでは格差の根本的な解消には至らないと考えられる [18]。Kaneko らの研究が示すように、個人レベルの行動要因だけでは格差を十分に説明できないことから、教育に加えて医療アクセスの改善や予防サービス提供体制の見直しといった供給側の改革が不可欠である [17]。

加えて、社会経済的に不利な背景をもつ子どもにおいては、口腔保健における多面的な問題が存在する一方で、「必要な人に必要な支援が届いていない」という現状がある [16-18]。これは、社会経済的背景に左右されず、すべての子どもが恩恵を受けられる環境整備と支援方法の確立が不可欠であることを示している。また、格差の形成にはライフコース上の累積的過程と医療提供体制の構造的な特性が相互に作用している可能性があり、これらを統合的に捉える視点が求められる。

以上より、子ども・青少年における口腔健康格差の是正には、学校教育、家庭支援、歯科受診支援を個別に実施するのではなく、それらを有機的に結び付けた包括的な支援体制の構築が必要である。さらに、ライフコースの視点に基づく早期介入と、医療資源の配分やアクセスの公平性を高めるヘルスシステムの再設計が不可欠である。今後は、日本の制度的・地域的文脈を踏まえつつ、どの時期に、どのような支援を、どのような体制で提供することが最も効果的であるのかを、時間的および制度的観点を統合した実証研究として蓄積していくことが求められる。そうすることで、口腔保健・歯科の健康の優先度が低く扱われやすい医療・福祉の現場においても、生活困窮世帯の子どもの口腔保健・歯科に目を向けるしくみを構築していくこと

ができるだろう。生活に困窮する世帯の子どもに対して、具体的に支援をしやすい環境を整える基盤を整えることで、生活保護世帯や生活困窮世帯の子ども、ひいては子ども全体の小児期からの健康維持支援にとって重要な足掛かりになると考えられる。

E. 結論

本レビューにより、生活困窮世帯を含む社会経済的に不利な背景をもつ子どもでは、う蝕の有病率、未処置う蝕、予防的歯科サービスの利用、口腔関連 QOL など、歯科口腔保健の多面的指標において一貫した不利が存在することが明らかとなった。

子どもの口腔健康格差の是正には、ライフコースの視点に基づく早期介入と、医療資源の配分やアクセスの公平性を高める制度的改革を組み合わせた多層的アプローチが求められる。本レビューで整理した知見は、今後の政策立案および実践的支援の方向性を検討する上で重要な基盤となるものであり、今後は日本の制度的・地域的文脈を踏まえた実証研究の蓄積が必要である。

【参考文献】

[1] ユニセフ (国連児童基金) 著, 公益財団法人日本ユニセフ協会 訳, 世界子供白書 2024 2050 年の子どもたち . https://www.google.com/url?q=https://www.unicef.or.jp/sowc/sowc.html?utm_source=%3Dcopilot.com&sa=D&source=docs&ust=1777085145972391&usg=AOvVaw2iCoVqJHPnJ3GEJ6DXWGs (2026 年 4 月 25 日アクセス) .

[2] 厚生労働省. 2022 (令和 4) 年国民生活基礎調査の概況 . <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa22/dl/14.pdf> (2026 年 4 月 25 日アクセス) .

[3] Organization for Economic Cooperation and Development. CO2. 2Child poverty. OECD family database.

https://webfs.oecd.org/Els-com/Family_Database/CO_2_2_Child_Poverty.pdf (2026 年 4 月 25 日アクセス) .

[4] 文部科学省. 学校保健統計調査—令和 5 年度 (確定値) の結果の概要 . https://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/chousa05/hoken/kekka/k_detail/2023.htm (2026 年 4 月 25 日アクセス) .

[5] Kino S, Ueno K, Nishioka D, Kondo N, Aida J. Prevalence of dental visits in older Japanese adults receiving public assistance. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2024;52:68-75.

[6] Nishioka D, Ueno K, Kino S, Aida J, Kondo N. Sociodemographic inequities in dental care utilisation among governmental welfare recipients in Japan: a retrospective cohort study. *Int J Equity Health.* 2021;20:141.

[7] 東京歯科保険医協会地域医療部. 2023 年学校歯科治療調査報告書 . https://www.google.com/url?q=https://www.tokyo-sk.com/wp/wp-content/uploads/2024/02/546e100252ee059bb43cb2cde4f4b420.pdf?utm_source%3Dcopilot.com&sa=D&source=docs&ust=1777085145972848&usg=AOvVaw2eBRpHmQHUI dGStlWdS8xE (2026 年 4 月 25 日アクセス) .

[8] Maklennan A, Borg-Bartolo R, Wierichs RJ, Esteves-Oliveira M, Campus G. A systematic review and meta-analysis on early-childhood-caries global data. *BMC Oral Health.* 2024;24:835.

[9] Blomma C, Davidson T, Gerdin EW, Bågesund M, Lyth J. Persistent oral health inequality in children-repeated cross-sectional studies in 2010 and 2019. *BMC Public Health.* 2024;24:3528.

[10] Kumar S, Kroon J, Laloo R. A systematic review of the impact of parental

socio-economic status and home environment characteristics on children's oral health related quality of life. *Health Qual Life Outcomes.* 2014;12:41.

[11] Aida J, Matsuyama Y, Tabuchi T, Komazaki Y, Tsuboya T, Kato T, et al. Trajectory of social inequalities in the treatment of dental caries among preschool children in Japan. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2017;45:407–412.

[12] Gupta N, Vujicic M, Yarbrough C, Harrison B. Disparities in untreated caries among children and adults in the U.S., 2011–2014. *BMC Oral Health.* 2018;18:30.

[13] Senavirathna N, Kabir E, Abebe AM, Khanam R. Socioeconomic status and dental service utilization among children and adolescents: systematic reviews and meta analysis. *BMC Oral Health.* 2025;25:1370.

[14] Oliveira RCG, Shafik S, Khalid H, Stellrecht E, McKernan SC. Multilevel Determinants of Adolescent Dental Care Access: A Scoping Review Using a Health Disparities Framework. *Inquiry.* 2026;63:469580261427669.

[15] Pontigo-Loyola AP, Márquez-Corona ML, Mendoza-Rodríguez M, Lucas-Rincón SE, Villalobos-Rodelo JJ, Casanova-Rosado AJ, et al. Socioeconomic Inequalities in the Prevalence of Pit and Fissure Sealant Use Among Mexican Adolescents Aged 12 and 15: Implications for Public Policy. *Cureus.* 2025;17:e83980.

[16] Almajed OS, Aljouie AA, Alharbi MS, Alsulaimi LM. The Impact of Socioeconomic Factors on Pediatric Oral Health: A Review. *Cureus.* 2024;16:e53567.

[17] Kaneko F, Yamada E, Miyazaki J, Ikehara S, Kawasaki R, Iso H; Japan

Environment and Children's Study (JECS) Group. Associations of household income and parental education with early childhood caries: the Japan Environment and Children's Study. Environ Health Prev Med. 2026;31:23.

[18] Pontigo-Loyola AP, Márquez-Corona ML, Mendoza-Rodríguez M, Lucas-Rincón SE, Villalobos-Rodelo JJ, Casanova-Rosado AJ, et al. Socioeconomic Inequalities in the Prevalence of Pit and Fissure Sealant Use Among Mexican Adolescents Aged 12 and 15: Implications for Public Policy. Cureus. 2025;17:e83980.

F. 健康危険情報
なし

G. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得
該当なし
2. 実用新案登録
該当なし
3. その他
該当なし

公的統計を応用した被保護者健康管理支援事業の効果検証のための基礎的検討

研究分担者：田中 琴音 (神奈川県立保健福祉大学)
 研究分担者：新杉 知沙 (国立社会保障・人口問題研究所)
 研究分担者：川内 はるな (京都大学)
 研究分担者：小出 直 (新潟医療福祉大学)
 研究代表者：西岡 大輔 (京都大学)
 研究協力者：山口ケイ歩未 (京都大学)

研究要旨

本研究は、公的統計を用いた 2 つの分析によって、被保護者健康管理支援事業の実効性向上に向けた基礎的知見を得ることを目的とした。福祉事務所における自治体の特徴とその後の当該事業におけるデータ利活用の実施状況の関連性(研究 1)と、生活保護世帯における家計支出構造の健康管理支援事業導入前後の変化(研究 2)について、探索的に検討することを目的とした。

方法として、(研究 1)では、厚生労働省の実施した福祉事務所へのブロック会議アンケートの回答よりすべてのデータが取得可能であった政令指定都市・中核市を対象とした。令和 7 (2025)年度時点の当該事業におけるデータの利活用状況有無を 2 値のアウトカムとし、福祉事務所別の医療扶助費関連集計データ(令和元(2019)から令和 3(2021)年度)と結合しデータセットを構築した。データ利活用状況と自治体の地域特性の関連性を、修正ポアソン回帰にて検討した。(研究 2)では、令和元(2019)から令和 5(2023)年までの社会保障生計調査の個票データを用いて、各支出項目(保健医療費、教養娯楽費、食料総額、野菜・海藻・果物支出、菓子類支出等)について年次推移を把握するとともに、回帰分析により支出構造の変化を評価した。さらに、特別定額給付金による一時的な所得変化に対する消費反応を検討するため、差分の差分法を用いた分析を行った。

その結果、(研究 1)では、「重複投薬対策としての他法レセプト確認」の実施が、1 人当たり医療扶助費の高額な自治体と有意に関連していた(IRR 1.008, 95%CI 1.003–1.014)。また、約 7 割の政令指定都市・中核市が取り組む「健診情報の活用」は、地域の糖尿病患者割合と正の関連を示した(IRR 1.08, 95%CI 1.00–1.15)。(研究 2)では、保健医療費や光熱水道費といった基礎的支出では分析期間年において一定の増加が認められた一方で、教養娯楽費は減少傾向を示し、特に令和 3(2021)年以降に有意な低下が確認された。また、食料総額の内訳では、菓子類支出が一貫して増加するとともに、野菜・海藻・果物支出にも増加がみられるなど、支出内容の変化が認められた。これらの変化には、新型コロナウイルス感染症の流行や物価変動といった外的要因が影響している可能性が示唆された。さらに、差分の差分分析の結果、追加的な給付は教養娯楽費の増加として現れる傾向が確認された。

以上より、健康管理支援事業におけるデータの利活用において、地域の実情に応じた取り組みがなされている実態をある程度可視化することができることがわかった。また当該事業の効果を検討する上で、家計支出を指標とした場合、導入に対応する明確な変化は現時点で十分には確認されなかった。一方で、追加的な給付は生活の質に関わる支出の増加と関連している可能性が示唆された。本事業の実効性を高めるためには、地域の実情に応じたデータに基づく健

A. 研究目的

貧困は疾病負担や死亡率の上昇と関連することが広く知られており(1)、健康を阻害する重要な社会的要因とされている。こうした問題は国際的にも重要な課題とされており、持続可能な開発目標(SDGs)においても、貧困の解消や健康の確保が主要な目

標として位置付けられている(2)。

貧困に伴う健康上の不利益から人々を保護する制度として、日本では生活保護制度が整備され、「健康で文化的な最低限度の生活」を保障する役割を担っている。しかし、実際には、生活保護利用者では喫煙、肥満、血圧・血糖異常などの健康リスク指標を有

する者の割合が高いことが報告されている(3)。また、生活保護利用者、特に障害のある利用者では、社会的孤立や制度利用困難など複合的な生活課題を抱えている場合が多く、適切な健康管理や支援につながりにくい状況に置かれていることが指摘されている(4)。これらの要因は、社会参加や日常生活の活動機会を制約し、生活の質や文化的活動の機会の低下を通じて、健康行動の形成や維持に影響している可能性がある(5)。

このような状況を踏まえ、生活保護制度においては医療扶助に加えた健康管理や生活支援の重要性が認識されてきた。平成30(2018)年以降、福祉事務所において健康支援に関するモデル事業が実施され、令和3(2021)年1月より「被保護者健康管理支援事業」(以下、健康管理支援事業)が全国で必須事業として導入された(6)。本事業は、生活保護利用者の健康状態および生活の質の向上を目的とし、データに基づく健康支援の推進が求められている。しかしながら、福祉事務所における専門職の配置や実施体制は自治体によって大きく異なり、健康管理支援事業が委託事業として実施されている場合もある。そのような限られた人的資源、地方財政の中で、複雑な課題を抱える生活保護利用者に対しより効果的、効率的に事業を実施するための枠組みの整備が求められている。

また、生活保護利用者に対する健康支援や生活支援が、利用者の健康と生活の質にどのような変化をもたらしているのかについては、十分に検討されていない。生活保護利用者の生活状況の推移を反映する指標としては、家計支出が有用な指標となりうる。山田らは、生活保護世帯の家計支出に関する分析を行い、生活保護制度変更による給付水準の低下に伴い、食費に加えて被服及び履物費や教養娯楽費といった生活の質に関わる支出が減少することを報告した(7)。

以上を踏まえ、本研究では、公的統計を用いた2つの分析によって、健康管理支援事業のより効果的、効率的な実施に向けた可能性を探索的に検討する。

1つは、厚生労働省が全国の都道府県・指定都市・中核市を対象として行うブロック会議にて実施された令和7(2025)年度アンケート調査の回答と過去の福祉事務所別の

医療扶助費に関わる集計データを用いて、自治体における医療扶助費および関連指標の特徴とその後の事業実施との関連性を探索的に検討することを目的とする(研究1)。

2つ目に、社会保障生計調査の個票データを用いて、生活保護世帯における家計支出構造の推移を明らかにし、健康管理支援事業導入前後における健康関連支出および文化的・社会的生活に関連する支出の変化を検討することを目的とする(研究2)。

B. 研究方法

【研究1】

1.1. 研究デザイン

研究1は、厚生労働省が全国の都道府県・指定都市・中核市を対象として行うブロック会議にて実施されたアンケート(以下、ブロック会議アンケート)の回答と、匿名医療保険等関連情報データベース(以下、NDB)における福祉事務所別の医療扶助集計データ(厚生労働省 社会・援護局 保護課 保護事業室で集計)を用いた生態学的研究である。ブロック会議アンケートは、令和7(2025)年度に実施されたもので、アンケート項目は被保護者健康管理支援事業の実施状況に関わる一部の項目のみについて、厚生労働省担当部局より提供を受けた(補足表1.1)。NDBにおける福祉事務所別の医療扶助費関連集計データの対象年度は、被保護者健康管理支援事業の必須化前の時期で利用可能であった令和元(2019)から令和3(2021)年度の3年間とした。

1.2. 対象者

ブロック会議アンケートデータの回答の得られた自治体(n=615)の内、自治体区分別に全数回答が得られていた「政令指定都市」20自治体、「中核市」62自治体の回答を今回の分析対象とした。ただしこの内、NDBにおいて、生活保護利用者数が一部マスクされていた政令指定都市の1自治体は除外とした。また全数回答を得ている「都道府県」については、地域の自治体規模の特徴が上記の政令指定都市、中核市と大きく異なることから今回の解析からは除外した。

分析単位は自治体とし、NDBにおいて複数の福祉事務所ごとに集計されていた自治体においては自治体単位に集約した。

1.3. アウトカム

提供を受けたブロック会議アンケート項目の健康管理支援事業のデータの利活用の実施状況に関わる質問のうち、実施率の高かった以下の 2 つの項目についてアウトカムを設定した。

(1) 重複投薬対策として、他法によるレセプトの確認を行っているか (全ての回答自治体における実施率: 20.3%、補足表 1.1)

(2) 被保護者に対する支援を実施する上で、他部署の所有する「健康増進法に基づく健診」データを活用しているか (全ての回答自治体における実施率: 56.1%、補足表 1.1)

1.4. 解析方法

記述統計として、表 1.1 に当該取り組み実施群と非実施群における各指標の中央値 (四分位範囲) または平均値 (標準偏差) を示した。NDB データから、各年度の 1 人当たり医療費、糖尿病患者割合、後期高齢者割合等を算出した。分析には自治体ごとの 3 年間平均値を代表値として用いた。また、1 人当たり医療費の変化率は、(令和 3 (2021) 年度値 - 令和元 (2019) 年度値) ÷ 令和元 (2019) 年度値 × 100 により算出した。令和 7 (2025) 年度時点における当該取り組み実施有無をアウトカムとして、関連要因を探索的に検討した。結果は、ロバスト標準誤差を用いた修正ポアソン回帰にて incidence rate ratio (IRR) および 95%信頼区間を算出した。

1 人当たり医療費については、非線形な関連の可能性を検討するため、連続変数としての解析 (モデル 1) に加えて、五分位カテゴリによる分析 (モデル 2) を行った。さらに、上記取り組み「(1) 重複投薬対策として他法によるレセプトの確認の実施」については、回帰モデルに基づく調整済み予測実施率を算出し、一人当たり医療費の 5 分位カテゴリ間の関係性を視覚的に把握するため、95%信頼区間を含むマージンプロットを作成した。統計解析には Stata version 19 (StataCorp, College Station, TX, USA) を使用した。

【研究 2】

2.1. 研究デザイン

研究 2 は、生活保護世帯の家計支出データをを用いた観察研究である。

データは厚生労働省が実施する社会保障生計調査の個票データを用いた。本調査は、生活保護世帯の収入および支出の詳細を把握することを目的としており、月次単位で家計情報が収集されている。

分析対象期間は令和元 (2019) 年 1 月から令和 5 (2023) 年 12 月までとした。

2.2. 対象者

生活保護を受給する世帯を対象とし、各世帯の月次データを分析単位とした。

2.3. アウトカム

主要アウトカムは、生活保護世帯における健康および生活の質を反映すると考えられる支出項目とした。具体的には、保健医療費 (市販医薬品、健康保持用摂取品、健康医療用品・器具、自己負担を伴う保健医療サービス等を含む) を医療サービス利用の代理指標として用い、健康関連の側面を評価した。また、教養娯楽費を文化的生活の質の代理指標として用い、生活の質の側面を評価した。さらに、食料総額と、その内訳として野菜・海藻・果物支出および菓子類支出を用い、それぞれ健康的食行動と関連しうる食品への支出および嗜好的食品への支出として、健康と生活の双方に関わる消費行動を捉えた。

さらに補助的アウトカムとして、光熱水道費、被服及び履物費、酒類支出、たばこ支出を把握し、生活の質や社会参加、嗜好品消費の側面から、生活行動の変化を補足的に評価した。

2.4. 解析方法

(1) 記述的分析

各支出項目について、年次および月次の平均値を算出し、時系列的な変化および季節変動を把握した。調査対象世帯のうち、18 歳未満のこどもがいる世帯を「子育て世帯」と定義し (n=5,274)、この世帯について保健医療費および食料費の支出状況について別途年次推移を記述した。

また、新型コロナウイルス感染症対策として全国民に一律に支給された特別定額給付金 (1 人当たり 10 万円) については、健

健康管理支援事業の導入時期と重なる時期における一時的な所得変化として扱い、世帯ごとの受給割合を算出した。

(2) 回帰分析

線形回帰モデルを用い、各支出項目を従属変数とし、年次、月、世帯属性(世帯人数、世帯類型、就業有無、設置主体等)を説明変数として調整した。年次および月についてはそれぞれ基準カテゴリ(令和元(2019)年、1月)を設定し、支出構造の年次変化および月次変動を統計的に評価した。

(3) 健康管理支援事業導入期における支出構造の変化

令和3(2021)年1月の健康管理支援事業導入期を含む期間について、年次ダミー変数を用いた分析により支出構造の変化を検討した。ただし、同時期には新型コロナウイルス感染症流行や物価変動など複数の社会経済的要因が存在するため、本分析は健康管理支援事業単独の因果効果を識別するものではなく、導入期における時系列的関連の把握を目的とした。

(4) 特別定額給付金による一時的所得変化に対する消費反応

特別定額給付金の受給を曝露とし、差分の差分法(difference-in-differences)を用いて給付前後の支出変化を評価した。受給世帯については受給月を基準とし、未受給世帯については給付が集中した時期を基準としてイベントタイムを設定した。各支出項目をアウトカムとし、世帯固定効果および調査月固定効果を含むモデルを推定した。

本分析では、給付前後1か月および給付前後3か月の平均支出(月当たり)を用いて推定を行い、短期的およびやや中期的な消費反応の違いを検討した。

(倫理面への配慮)

研究1は、厚生労働省より提供を受けたアンケート回答データの一部、集計データを用いた生態学的研究であり、個人を特定できる情報を含まない。研究2は、厚生労働省より提供を受けた社会保障生計調査の個票データを用いるものである。対象が生活保護受給世帯という配慮を要する属性で

あることを鑑み、京都大学医の倫理委員会にて審査を受け承認を得た(番号:R5600)。

C. 研究結果

【研究1】

1.1. 対象福祉事務所の特徴

表1.1より、データがすべて利用可能であった政令指定都市と中核市である計81自治体のうち令和7(2025)年度時点で「(1)重複投薬対策として、他法によるレセプトの確認」については21自治体(25.9%)で、「(2)被保護者に対する支援を実施する上で、他部署の所有する『健康増進法に基づく健診』データの活用」については、60自治体(74.1%)で、実施していた。(1)の実施自治体では、非実施自治体と比較して後期高齢者割合、糖尿病患者割合を含め、大きな差は認められなかった。(2)の実施自治体でも同様に、実施自治体と非実施自治体では大きな傾向の差は認められなかった。

1.2. 医療扶助費関連実績との関連性

修正ポアソン回帰分析の結果、(1)の実施について、モデル1における1人当たり医療費は実施と正の関連を示した(IRR 1.008, 95%CI 1.003-1.014)。一方で、モデル2の1人当たり医療費の五分位カテゴリによる解析では、統計学的な有意差は認められなかったものの、第5五分位でIRRの点推定値が高かった(表1.2)。調整済み予測実施率を示したマージンプロットにおいても、最上位の第5五分位において調整済み予測実施率の上昇が認められた(図1.1)。(2)の実施については、モデル2において糖尿病患者割合が事業実施と正の関連を示した(IRR 1.08, 95%CI 1.00-1.15、表1.3)

【研究2】

2.1. 支出構造の変化

各支出項目の記述統計(年次および月次の平均値)については図2.1A~Iに示す。本節では回帰分析の結果(表2.1A~I)に基づき、支出構造の年次変化および月次変動を記述する。

2.1.1.1 年次推移：全体

令和元年を基準とした場合、保健医療費は令和2(2020)年以降すべての年で有意に

増加しており(令和2(2020)年 +903.4円、令和3(2021)年 +750.8円、令和4(2022)年 +303.0円、令和5(2023)年 +283.9円、いずれも $p<0.01$)、保健医療費の増加が継続して確認された。

一方で、教養娯楽費は令和3(2021)年以降に減少傾向を示し、特に令和3(2021)年および令和4(2022)年では有意な減少が確認された(それぞれ約-363円、約-462円、 $p=0.01$ 、 $p=0.001$)。

食料総額は令和2(2020)年以降段階的に増加しており(+1513円~+2731円、いずれも $p<0.001$)、支出の内訳では異なる動きが認められた。特に菓子類支出は一貫して増加しており、令和2(2020)年以降すべての年で有意な増加が確認された(令和2(2020)年 +471.4円、令和3(2021)年 +679.2円、令和4(2022)年 +931.0円、令和5(2023)年 +1069.9円、いずれも $p<0.001$)。野菜・海藻・果物支出についても令和2(2020)年以降に有意な増加がみられたが(令和2(2020)年 +457.4円、令和3(2021)年 +287.9円、令和4(2022)年 +198.3円、いずれも $p<0.01$)、増加幅は年次とともに縮小する傾向がみられた。

さらに、被服及び履物費は令和2(2020)~3(2021)年では変化は認められなかったが、令和4(2022)年以降に有意な減少が認められた。一方、光熱水道費は令和3(2021)年以降に有意な増加がみられた。酒類支出については有意な変化はなかった。たばこ支出は令和4(2022)年以降に有意な増加が認められた。

2.1.1.2 年次推移：子育て世帯

さらに子育て世帯をその世帯構成別にみると、「ひとり親で養育者が母親の母子世帯」が全体の子育て世帯の約80%を占めていた。この「母子世帯」の内訳としては、世帯人員2人(子ども1人)の世帯が約45%、世帯人員3人(子ども2人)の世帯が約25%であった。

子育て世帯において、保健医療費の年次推移について検討したところ、子育て世帯全体において、実収入総額に占める保健医療費の割合が5%未満である世帯は、いずれの年度においても95%前後で推移しており、年度間で顕著な変動は認められなかった(図2.2A)。一方、「子育て世帯全体」、ならびに「母子世

帯(子ども1人、子ども2人)」の3類型別にみた場合、保健医療費は年次に伴い有意な変化を示したが(傾向検定 $p<0.05$)、その変動は年度間で一定の増減にとどまり、一貫した上昇または下降傾向は認められなかった(図2.2B)。

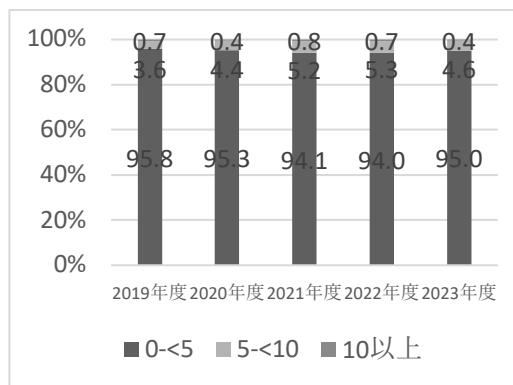


図 2.2A 子育て世帯における実収入総額に占める保健医療費割合(%)の年次推移

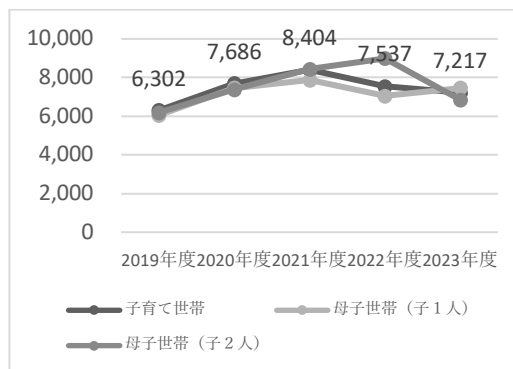


図 2.2B 子育て世帯の世帯構成別にみた保健医療費(円)の年次推移

次に、食料費の年次推移について検討した。子育て世帯全体では、実収入総額に占める食料費の割合が20%以上である世帯の割合は、コロナ禍前の令和元(2019)年度に12%であったのに対し、令和3(2023)年度には16.4%へと増加傾向がみられた(傾向検定 $p=0.001$) (図2.2C)。さらに、世帯類型別に食料費の推移をみると、「母子世帯(子ども1人)」では、令和元(2019)年度を基準とした場合に、令和3(2023)年度には約25%増加していた。一方、「母子世帯(子ども2人)」では、コロナ禍にあった令和2(2020)年度において、食料費が基準年度比で約15%減少しており、同年度において食料費支出を抑制していた状況がうかがえた(図2.2D)。

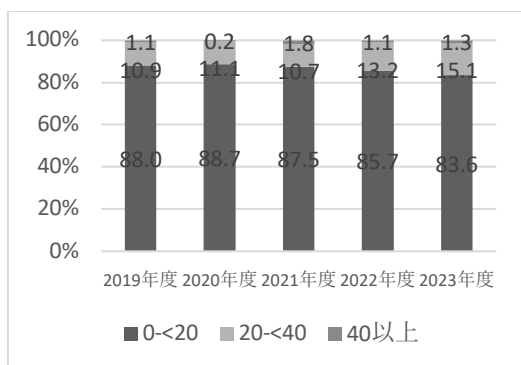


図 2.2C 子育て世帯における実収入総額に占める食料費割合(%)の年次推移

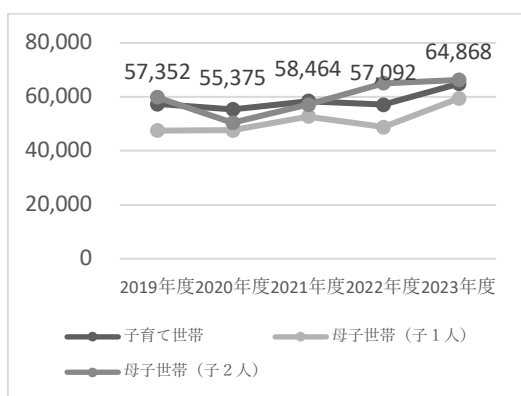


図 2.2D 子育て世帯の世帯構成別にみた食料費(円)の年次推移

2.1.2 月次変動

多くの支出項目において 12 月に顕著な増加が認められた。保健医療費、菓子類支出、教養娯楽費、酒類支出、被服及び履物費など複数の項目で 12 月の係数は有意に正であり、年末期における支出増加が一貫して確認された。

また、菓子類支出や酒類支出に加え、野菜・海藻・果物支出についても夏季(6~8月)に有意な増加が認められ、季節的要因に伴う支出変動が示唆された。

一方で、その他の月においても一部の項目では有意な変動が認められたが、その規模は相対的に小さく、全体としては季節的なピークを中心とした変動パターンがみられた。

2.2. 特別定額給付金による一時的所得増加に対する消費反応

特別定額給付金の受給率は約 34%であっ

た。

差分の差分法による分析結果について、1 か月前後の分析(補足表 2.1A)では、教養娯楽費(+2453.1 円, $p=0.04$)が有意に増加した。一方で、菓子類支出については有意ではないものの増加傾向が認められた(+612 円, $p=0.08$)。その他の支出項目では明確な変化は確認されなかった。

さらに、3 か月前後平均(月あたり)の分析(補足表 2.1B)では、教養娯楽費(+1981.4 円, $p=0.04$)、野菜・海藻・果物支出(+705 円, $p=0.02$)、菓子類支出(+677.7 円, $p=0.01$)において有意な増加が確認された。

D. 考察

【研究 1】

1.1. データ利活用と地域特性との関連

研究 1 では、令和 7 (2025) 年度の被保護者健康管理支援事業におけるデータ利活用状況について、過去の NDB 集計データから得られる福祉事務所の特徴との関連性を探索的に検討した。令和 7 (2025) 年度時点で、

(1) 重複処方対策として他法レセプトから確認していた政令指定都市・中核市は全体の 26%程度であり、これは過去の一人当たり医療費と関連性が示唆された。ただし、この関連に線形の関係性は認められず、過去の一人当たり医療費が特に高かった自治体において実施されている可能性がある。約 7 割の政令指定都市・中核市で実施されていた (2) 健康増進法に基づく健診データの利用については、医療費との関連は認められなかったものの、糖尿病患者割合との正の関連の傾向が認められた。

本研究の結果は、現場で行われているデータ利活用の実践について、全国の政令指定都市・中核市を対象に自治体レベルデータを用いて可視化したものである。その結果、特に医療扶助費水準の高い自治体において、重複投薬対策に関するデータ利活用が実施されている可能性が示唆された。従来、頻回受診や重複投薬への対応は医療扶助費適正化の文脈において、政策課題として位置づけられてきた。特に近年では、向精神薬を含む重複投薬や多剤投与に対するレセプトを活用した取組が進められている(8)。本研究で取り上げた他法レセプトの重複投薬対策への活用は、被保護者健康管理支援

事業だけでなく、医療扶助費適正化の取り組みの一つとして実施されている。しかし、精神通院医療の管理主体は都道府県、指定都市であるため、中核市でデータを共有するには障壁が生じている可能性がある。実際にブロック会議アンケートでは、重複投薬対策において、都道府県、指定都市の実施割合がわずかに他の自治体区分よりも高い傾向が示されていた（都道府県, 27.7%; 政令指定都市, 35%; 中核市, 22.6%; 補足表1.1）。このことから、都道府県や政令指定都市において、他法レセプトの活用についての調査研究事業等が展開され、実態が把握されることが望ましい。実際の重複投薬対策では、レセプト情報の活用のみならず、地域の医療機関、薬局、医師会、薬剤師会等との連携も重要とされている(8)。現在広く社会に認識されている「お薬手帳」の持参やパーソナルヘルスレコード、マイナンバーカードによる電子処方箋の確認が効果的に行われるようになれば、被保護者個人を単位として、重複処方等の実態が把握できるようになるだろう。本研究においては、特に高額な医療費負担の発生している自治体において他法レセプト確認による重複投薬対策が実施されている傾向が認められたことがうかがわれ、これまでの政策的背景と整合するものとする。

健診データの活用については、医療扶助費水準との関連は認められなかった一方、糖尿病患者割合との関連が認められた。健診情報の活用は、重複投薬対策のような医療扶助適正化の側面だけでなく、糖尿病等の生活習慣病重症化予防の対象としても政策的に重要視されており(6)、生活習慣病の把握や重症化予防等を目的とした健康支援の取り組みとして位置づけられている。また、約7割の自治体が健診情報を活用していたことから、被保護者健康管理支援事業では、レセプト情報のみならず健診情報等を活用したデータに基づく健康支援が求められており(6)、本研究結果は、そのような取り組みが地域の糖尿病患者割合の実態を反映して実施されている可能性があることを示した。

本研究の結果は以下のような点に限界があり、結果の解釈には注意が必要である。第

1に、この研究は地域の特徴の関連性をみた生態学的研究であることから、本研究結果を用いた因果関係の議論は難しい。第2に、NDB集計データの分析期間とデータ利活用の取り組み実施状況についてのアンケート実施時期には数年のラグが発生している。過去の実績がどの程度の現在の取り組み実施状況に影響を及ぼしている可能性があるかについては定かではない。また、NDB集計データの期間は各福祉事務所において当該事業の初期導入の期間であったことが想定され、多くの自治体においてアンケート回答時の令和7(2025)年度の事業定着時期とは実施体制等の状況が異なることが想定される。しかし、利用可能であった3年度分のデータから平均値算出したことによって、一定当該地域の実情を反映できている可能性はある。最後に、本研究は利用可能なデータから探索的に指標を検討したものであり、その関連性が認められた理由やその背景にあるものについては、更なる検証が必要である。具体的には、自治体の財政状況、人員配置、当該事業の業務委託体制等の影響については十分に考慮できていない。

【研究2】

2.1. 支出構造の変化と健康管理支援事業

本研究では、生活保護世帯の支出構造の変化を通じて健康管理支援事業導入期における支出構造の変化を検討した。

年次推移に着目すると、保健医療費は令和2(2020)年以降すべての年で有意に増加しており、保健医療費の拡大が継続して確認された。この増加は健康管理支援事業の導入後に限られたものではなく、令和2(2020)年時点から既に認められていたことから、事業導入の効果として単純に解釈することは困難である。なお、本研究で用いた保健医療費は、医療扶助による医療サービス利用そのものを直接反映する指標ではなく、市販医薬品や健康関連用品等の家計支出を中心に捉えたものである。そのため、実際の健康状態や医療利用を包括的に反映する代理指標としては限界があり、結果の解釈には留意が必要である。

一方で、教養娯楽費は令和3(2021)年および令和4(2022)年に有意な減少を示した。教養娯楽費は、文化的活動や余暇活動に関

連する支出を含み、文化的・社会的生活の側面を反映する指標と考えられる。この減少は、令和2(2020)年以降の新型コロナウイルス感染症流行に伴う外出機会の減少や地域活動・余暇活動の制限などの影響を受けた可能性がある。先行研究では、経済的安定性が高い世帯ほど社会的関係維持に関連する支出が増加する一方、経済的不安定下では必需支出が優先され、社会的支出が抑制されることが報告されている(9)。すなわち、観察された変化は、単なる消費行動の変化というよりも、生活環境や活動機会の制約を反映している可能性が考えられる。

食料総額については、令和2(2020)年以降段階的に増加していたが、その内訳には異なる傾向が認められた。特に菓子類支出は一貫して増加していた一方で、野菜・海藻・果物支出については一定期間で増加が認められたものの、その増加幅は年次とともに縮小していた。この結果は、生活保護世帯における消費行動が単一方向に変化したというよりも、生活様式の変化や物価変動など複数の要因の影響を受けながら変化していた可能性を示唆している。低所得世帯では、限られた所得の中で価格変動に応じた食品選択や代替行動が生じやすいことが報告されており(5)、本研究で観察された食料支出構成の変化についても、こうした経済的制約下での消費行動の変化を反映している可能性がある。

さらに、子育て世帯について保健医療費および食料の年次推移をみると、保健医療費については、子育て世帯全体において、実収入総額に占める保健医療費の割合に年度間で大きな変動が認められなかった。このことから、コロナ禍という社会的制約の大きい状況下においても、市販薬の購入を含む保健医療へのアクセスは概ね維持されていたことが示されており、生活保護制度における医療扶助等の公的支援が、受給世帯の保健医療ニーズを一定程度下支えしていた可能性が考えられる。

一方、食料費については、子育て世帯全体において、実収入総額に占める食料費の割合が年次的に増加する傾向がみられた。この背景には、近年の物価上昇、とりわけ食料品価格の高騰の影響を受けている可能性が示唆される。また、「母子世帯(こども2人)」

においては、コロナ禍初期にあたる令和2(2020)年度に食料費が抑制されていたことから、当該時期において、限られた家計資源の中で支出の選択・調整が行われていた可能性が示唆される。

また、月次変動をみると、保健医療費、菓子類支出、教養娯楽費、酒類支出など複数の支出項目で12月に有意な増加が確認された。加えて、菓子類支出や酒類支出は夏季にも増加しており、生活保護世帯においても支出は完全に固定的ではなく、季節的・慣習的な要因に応じて変動することが示された。特に12月の支出増加は、年末における社会的行事や家庭内消費の増加を反映している可能性があり、最低生活水準の中でも一定の文化的・社会的支出が維持されていることが示唆された。

なお、本研究の対象期間には、物価上昇の影響が含まれている点に留意が必要である。特に食料品や生活必需品の価格上昇は、生活保護世帯のように可処分所得の調整余地が限られている集団において、支出配分に直接的な影響を与える可能性がある。食料総額自体は令和2年以降有意に増加していた一方で、内訳としての菓子類支出の増加と野菜・海藻・果物支出の増加幅の縮小が同時に観察された点についても、価格変動と購買行動の変化が複合的に影響している可能性がある(5)。

以上を踏まえると、健康管理支援事業導入後に観察された支出変化は、事業導入に特異的な変化だけではなく、新型コロナウイルス感染症流行期における生活環境の変化、季節変動、物価や購買行動の変化など、複数の外生的要因の影響を受けたものと考えられる。本データに基づく限り、家計支出を指標とした場合、同事業の導入が生活保護世帯の支出行動に独立した影響を与えたとは現時点では明確には確認されず、評価するには時期尚早である、または評価指標として妥当でない可能性があった。

2.2. 特別定額給付金による消費反応

解析の結果、給付の影響は全ての支出項目に一様に現れるのではなく、教養娯楽費や野菜・海藻・果物支出、菓子類といった裁量的または準必需的支出において顕著であった。

時間的には、給付直後には教養娯楽費の増加が確認され、菓子類支出についても増加傾向がみられた。その後、野菜・海藻・果物などを含む食料支出において有意な増加が認められ、支出の変化が食料の内容へと広がる傾向が確認された。教養娯楽費は文化的活動や余暇活動に関連する支出を含むことから、本研究で観察された結果は、追加的な所得が生活保護世帯における文化的・社会的な生活に関連する支出へ配分された可能性を示唆している(9)。COVID-19期の現金給付に対する消費反応については、流動性制約の強い世帯ほど限界消費性向が高いことや、支出カテゴリによって反応が異なることが報告されており(10, 11)、内閣府による分析においても、等価所得下位層で相対的に大きな消費増加効果が示されている(12)。本研究の対象である生活保護世帯は、可処分所得や貯蓄余力が限られている集団であり、追加的な所得に対する消費反応が相対的に大きく生じやすい可能性がある。

基礎的な生活維持に関わる支出において大きな変化が認められなかったことから、追加的な給付はこれらの支出ではなく、相対的に裁量性の高い支出へと配分された可能性がある。教養娯楽費は「健康で文化的な最低限度の生活」を構成する重要な要素の一つであり、本研究で観察された支出の増加は、追加的な給付が文化的な生活に関わる支出の増加に寄与していることを示唆している。このことは、生活保護世帯に対する追加的な給付が、受給者の生活の質を補完し、「健康で文化的な最低限度の生活」を支える上で一定の役割を果たしていることを示している。

E. 結論

本研究では、自治体単位の分析(研究1)と世帯単位の家計支出分析(研究2)の2つの側面から、被保護者健康管理支援事業の効果的・効率的な実施に向けた探索的な検討を行った。

研究1では、公的統計データを用いて、福祉事務所におけるデータ利活用の実施状況と福祉事務所単位の地域特性との関連を生態学的研究によって探索的に検討した。過去の特に高額な医療扶助費負担は、令和7(2025)年度における重複投薬対策への他

法レセプトの活用と関連していた。また、約7割の政令指定都市・中核市において実施されていた健診情報の利活用は、地域の医療費負担とは関連性がなく、地域の糖尿病患者割合との関連が認められた。これらのことは、福祉事務所の実践と地域の状況との関連性を可視化した点で、健康管理支援事業の今後の更なる実装推進に向けた基礎的知見を提供するものと考えられる。

研究2では、生活保護世帯の家計支出構造の変化を通じて、健康管理支援事業導入前後の変化を検討した。

その結果、健康管理支援事業については、家計支出を指標とした場合、導入に対応する明確な変化は現時点では確認されなかった。光熱水道費や保健医療費といった基礎的支出では一定の増加が認められた一方で、教養娯楽費など生活の質に関わる支出は、COVID-19パンデミックの影響や物価変動といった外的要因の影響を受けて変動している可能性があった。

補足的な分析として、特別定額給付金に対する消費反応を検討した結果、追加的な給付は主として生活の質に関わる支出の増加として現れ、その後、健康的食行動と関連する食品の消費の上昇を含む支出へとつながる可能性が示唆された。

以上より、生活保護制度は基礎的な生活の維持には一定の機能を果たしている一方で、健康管理支援事業については、家計支出を指標とした場合、導入に対応する明確な影響は確認されなかった。また、生活の質に関わる支出については、追加的な給付が一定の役割を果たしていることが示唆された。

これらの研究成果を踏まえ、自治体レベルでは医療扶助費適正化や重症化予防という行政課題に応じたデータ利活用が進みつつある一方、世帯レベルの家計支出においては、事業導入による健康関連行動の明確な変化を捉えるまでには至っていなかった。これは、被保護者健康管理支援事業が生活習慣病の重症化予防という中長期的なアウトカムを想定していることや、事業開始時期にはCOVID-19パンデミック等の外的要因が消費行動に強く影響したためと考えられる。

今後の展望として、本事業の実効性を高めるためには、更なるデータの利活用を推

進するためのより詳細な自治体背景に関する検証を進めるだけでなく、特別定額給付金の分析で示唆されたような「生活の質 (QOL)」を規定する裁量的支出 (教養娯楽費等) への配慮を含めた、より包括的な生活支援・健康支援の枠組みを構築することが求められる。

総じて、本研究で得られた知見は、EBPM の観点からも、次期事業計画の策定や、各自治体における効果的な支援手法の最適化のための基礎資料となるものと考えている。

【参考文献】

1. Wagstaff A. Poverty and health sector inequalities. *Bull World Health Organ.* 2002;80(2):97-105.
2. 外務省. 持続可能な開発目標 (SDGs) と日本の取組. 東京: 外務省国際協力局; 2020.
3. 武本翔子, 西岡大輔. 被保護者健康管理支援事業の効果的な実施に向けたデータ利活用の取り組み: 豊中市福祉事務所の事例からみる 40 歳未満の被保護者の健康実態 *日本公衆衛生雑誌*. 2026. 早期公開.
4. 林慎吾. 生活保護を受給している障害者における社会的孤立の要因分析: 障害特性や生活保護受給前後の状況に関する質的調査. *障害理解研究*. 2025;J25:33-52.
5. Yeboah SA. Navigating Scarcity: An Analysis of Expenditure Patterns Among Low-Income Households. *MPRA Paper*. 2024(122642).
6. 厚生労働省. 被保護者健康管理支援事業. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_19953.html (2026 年 5 月 16 日アクセス)
7. 山田篤裕, 四方理人. 高齢者の貧困の構造変化と老齢加算廃止による消費への影響. 2016; 1(2):399-417.
8. 厚生労働省. 第 7 回医療扶助に関する検討会資料 1「医療扶助の適正化に係る現状と課題について」. 2022. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_26802.html (2026 年 5 月 16 日アクセス)
9. Liu X, Zhou C, Li Y, Fang F. How economic stability shapes social relationship expenditures: Moderating

effects of health and education. *International Review of Economics & Finance*. 2025;99:104041.

10. Kaneda M, Kubota S, Tanaka S. Who spent their COVID-19 stimulus payment? Evidence from personal finance software in Japan. *Jpn Econ Rev (Oxf)*. 2021;72(3):409-37.
11. Baek S, Kim S, Rhee TH, Shin W. How effective are universal payments for raising consumption? Evidence from a natural experiment. *Empir Econ*. 2023:1-31.
12. 内閣府. 政策課題分析シリーズ第 22 回 「特別定額給付金が家計消費に与えた影響ーリアルタイムに記録される家計簿アプリデータを活用した分析ー」. 2023. <https://www5.cao.go.jp/keizai3/seisakukadai.html> (2026 年 5 月 16 日アクセス)

F. 健康危険情報
なし

G. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1. 特許取得
該当なし
2. 実用新案登録
該当なし
3. その他
該当なし

表 1.1 データ利活用状況別の対象自治体の特徴

	全体	(1) 重複投薬対策としての 他法によるレセプトの確認		(2) 健康増進法に基づく 健診データの活用	
		非実施群	実施群	非実施群	実施群
全体自治体数, n (%)	81 (100)	60 (74.1)	21 (25.9)	21 (25.9)	60 (74.1)
自治体区分, n (%)					
指定都市	19 (100)	12 (63.2)	7 (36.8)	5 (26.3)	14 (73.7)
中核市	62 (100)	48 (77.4)	14 (22.6)	16 (25.8)	46 (74.2)
年齢構成(%), mean(SD)					
20歳未満割合	8.0 (1.8)	7.8 (1.8)	8.6 (1.6)	8.5 (1.6)	7.8 (1.8)
65歳以上割合	54.7 (4.4)	55.1 (4.5)	53.4 (3.6)	53.5 (4.4)	55.1 (4.3)
75歳以上割合	29.5 (3.7)	29.9 (3.8)	28.6 (3.1)	29.0 (4.1)	29.7 (3.5)
糖尿病患者割合 (%), mean(SD)	20.5 (2.1)	20.6 (2.2)	20.2 (1.9)	19.8 (1.9)	20.7 (2.2)
医療扶助費					
一人当たり医療費 (十万円), median(IQR)	7.96 (7.04, 21.16)	8.03 (7.0, 19.8)	7.92 (7.0, 59.5)	7.92 (7.0, 8.8)	8.03 (7.1, 22.4)
1人当たり医療費変化率(2019年度比, %), median(IQR)	-12.3 (-16.4, 7.9)	-11.5 (-16.2, 7.7)	-14.0 (-16.6, 9.5)	-11.77 (-17.2, 8.1)	-12.41 (-15.8, 7.2)

表 1.2 2025 年度時点のデータ利活用状況（1）重複投薬対策としての他法によるレセプトの確認と自治体特性との関連：修正ポアソン回帰分析

変数	モデル 1			モデル 2			
	調整 IRR	95%信頼区間	p-value		調整 IRR	95%信頼区間	p-value
75 歳以上割合 (%)	0.93	(0.84-1.03)	0.16		0.94	(0.86-1.04)	0.24
糖尿病患者割合 (%)	0.98	(0.82-1.17)	0.82		1.01	(0.84-1.21)	0.93
一人当たり医療費 (十万円)	1.008	(1.003-1.014)	0.002	Q1	Ref.		
				Q2	0.88	(0.26-2.98)	0.84
				Q3	0.78	(0.21-2.87)	0.71
				Q4	0.43	(0.10-1.88)	0.26
				Q5	1.48	(0.58-3.77)	0.41
医療費変化率 (%)	0.97	(0.91-1.04)	0.38		0.96	(0.90-1.02)	0.23

IRR: incidence rate ratio; CI: confidence interval; Ref: Reference

モデル 1: 75 歳以上割合 (%), 糖尿病患者割合 (%), 一人当たり医療費 (十万円、連続値)、医療費変化率 (%) を調整; モデル 2: 75 歳以上割合 (%), 糖尿病患者割合 (%), 一人当たり医療費 (十万円、5 分位)、医療費変化率 (%) を調整

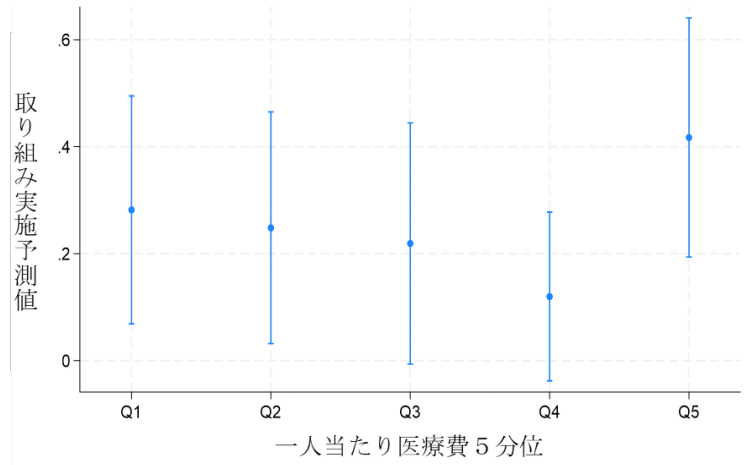
表 1.3 2025 年度時点のデータ利活用状況（2）健康増進法に基づく健診データの活用と自治体特性との関連：修正ポアソン回帰分析

変数	モデル 1			モデル 2			
	調整 IRR	95%信頼区間	p-value		調整 IRR	95%信頼区間	p-value
75 歳以上割合 (%)	1.00	(0.96-1.04)	0.96		1.00	(0.96-1.04)	0.98
糖尿病患者割合 (%)	1.05	(0.99-1.2)	0.12		1.08	(1.00-1.15)	0.045
一人当たり医療費 (十万円)	1.001	(0.999-1.004)	0.39	Q1	Ref.		
				Q2	0.81	(0.52-1.25)	0.35
				Q3	0.74	(0.47-1.16)	0.19
				Q4	1.02	(0.72-1.46)	0.90
				Q5	0.94	(0.64-1.38)	0.75
医療費変化率 (%)	1.01	(0.99-1.03)	0.53		1.01	(0.99-1.03)	0.38

IRR: incidence rate ratio; CI: confidence interval; Ref: Reference

モデル 1: 75 歳以上割合 (%), 糖尿病患者割合 (%), 一人当たり医療費 (十万円、連続値)、医療費変化率 (%) を調整; モデル 2: 75 歳以上割合 (%), 糖尿病患者割合 (%), 一人当たり医療費 (十万円、5 分位)、医療費変化率 (%) を調整

図 1.1 一人当たり医療費の 5 分位ごとの 2025 年度時点の (1) 重複投薬対策としての他法によるレセプトの確認実施状況の調整予測値 (95% 信頼区間) : マージンプロット



*75 歳以上割合 (%)、糖尿病患者割合 (%)、医療費変化率 (%) を調整

補足表 1.1 自治体規模別の令和7年度ブロック会議アンケート回答（一部の質問項目のみ）太字項目：研究1での分析項目。

		全体		都道府県		指定都市		中核市		一般市		特別区		町村	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
		615	(100)	47	(7.6)	20	(3.3)	62	(10.1)	443	(72.0)	18	(2.9)	25	(4.1)
下記(ア)～(ウ)の対策として、他法によるレセプトの確認有無															
(ア) 重複投薬	なし	480	(78.1)	29	(61.7)	13	(65.0)	48	(77.4)	358	(80.8)	12	(66.7)	20	(80.0)
	あり	125	(20.3)	13	(27.7)	7	(35.0)	14	(22.6)	81	(18.3)	6	(33.3)	4	(16.0)
	回答なし	10	(1.6)	5	(10.6)	0	(0)	0	(0)	4	(0.9)	0	(0)	1	(4.0)
(イ) 多剤投薬	なし	513	(83.4)	31	(66.0)	18	(90.0)	52	(83.9)	377	(85.1)	14	(77.8)	21	(84.0)
	あり	92	(15.0)	11	(23.4)	2	(10.0)	10	(16.1)	62	(14)	4	(22.2)	3	(12.0)
	回答なし	10	(1.6)	5	(10.6)	0	(0)	0	(0)	4	(0.9)	0	(0)	1	(4.0)
(ウ) 頻回受診	なし	506	(82.3)	31	(66.0)	18	(90.0)	50	(80.7)	371	(83.8)	15	(83.3)	21	(84.0)
	あり	99	(16.1)	11	(23.4)	2	(10.0)	12	(19.4)	68	(15.4)	3	(16.7)	3	(12.0)
	回答なし	10	(1.6)	5	(10.6)	0	(0)	0	(0)	4	(0.9)	0	(0)	1	(4.0)
対象(a)～(d)に対して、特に健康面に関して行っている取組の有無															
(a) 妊産婦	あり	16	(2.6)	1	(2.1)	2	(10.0)	3	(4.8)	9	(2.0)	0	(0)	1	(4.0)
(b) 未就学児	あり	14	(2.3)	1	(2.1)	3	(15.0)	3	(4.8)	6	(1.4)	0	(0)	1	(4.0)
(c) 小学生	あり	21	(3.4)	2	(4.3)	3	(15.0)	5	(8.1)	10	(2.3)	0	(0)	1	(4.0)
(d) 中学生	あり	20	(3.3)	1	(2.1)	2	(10.0)	5	(8.1)	11	(2.5)	0	(0)	1	(4.0)
被保護者に対する支援を実施する上で、他部署の所有する(1)～(7)のデータを利活用しているか															
(1) 予防接種記録		8	(1.3)	0	(0)	0	(0)	2	(3.2)	4	(0.9)	0	(0)	2	(8.0)
(2) 乳幼児健診		9	(1.5)	0	(0)	0	(0)	3	(4.8)	5	(1.1)	0	(0)	1	(4.0)
(3) 学校検診		6	(1.0)	1	(2.1)	0	(0)	3	(4.8)	2	(0.5)	0	(0)	0	(0)
(4) がん検診		50	(8.1)	3	(6.4)	0	(0)	6	(9.7)	37	(8.4)	0	(0)	4	(16.0)
健康増進法に基づく															
(5) 健診		345	(56.1)	17	(36.2)	15	(75)	46	(74.2)	239	(54)	16	(88.9)	12	(48.0)
(6) 介護予防事業利用記録		22	(3.6)	3	(6.4)	0	(0)	0	(0)	15	(3.4)	0	(0)	4	(16.0)

別添 4

令和 7 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金 分担研究報告書

(7) その他	16	(2.6)	0	(0)	0	(0)	3	(4.8)	13	(2.9)	0	(0)	0	(0)
(8) 利用なし	241	(39.2)	25	(53.2)	5	(25)	15	(24.2)	181	(40.9)	2	(11.1)	13	(52.0)

図 2.1A 令和元年～令和5年 月別保健医療費の推移（世帯当たり・1人当たり）

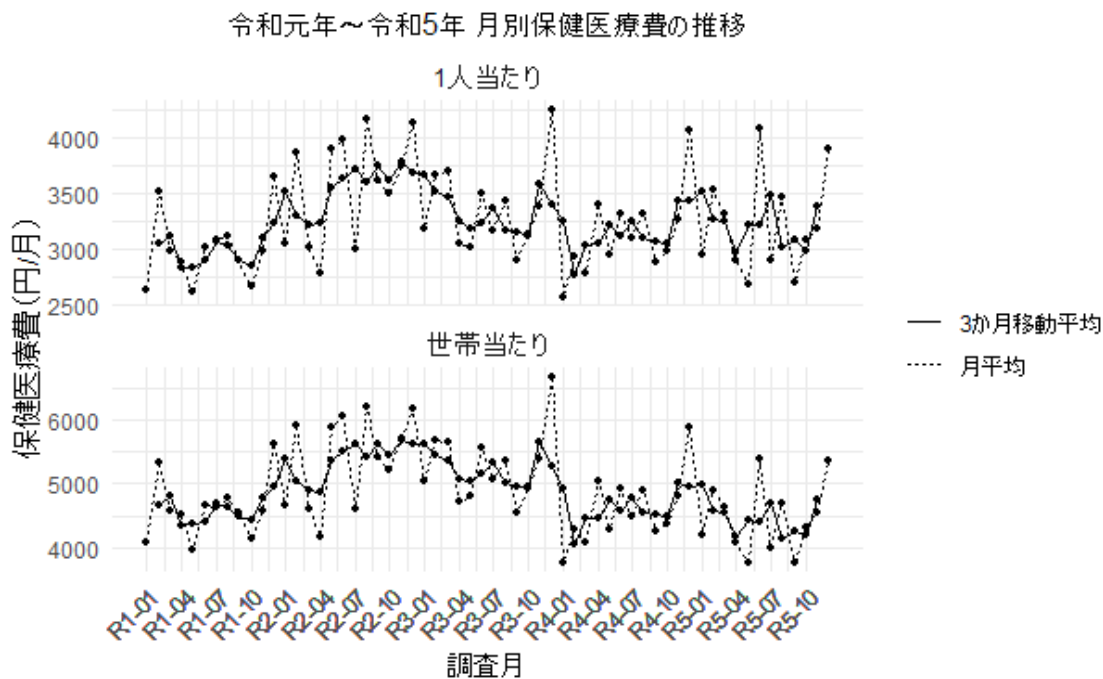


図 2.1B 令和元年～令和5年 月別教養娯楽費の推移（世帯当たり・1人当たり）

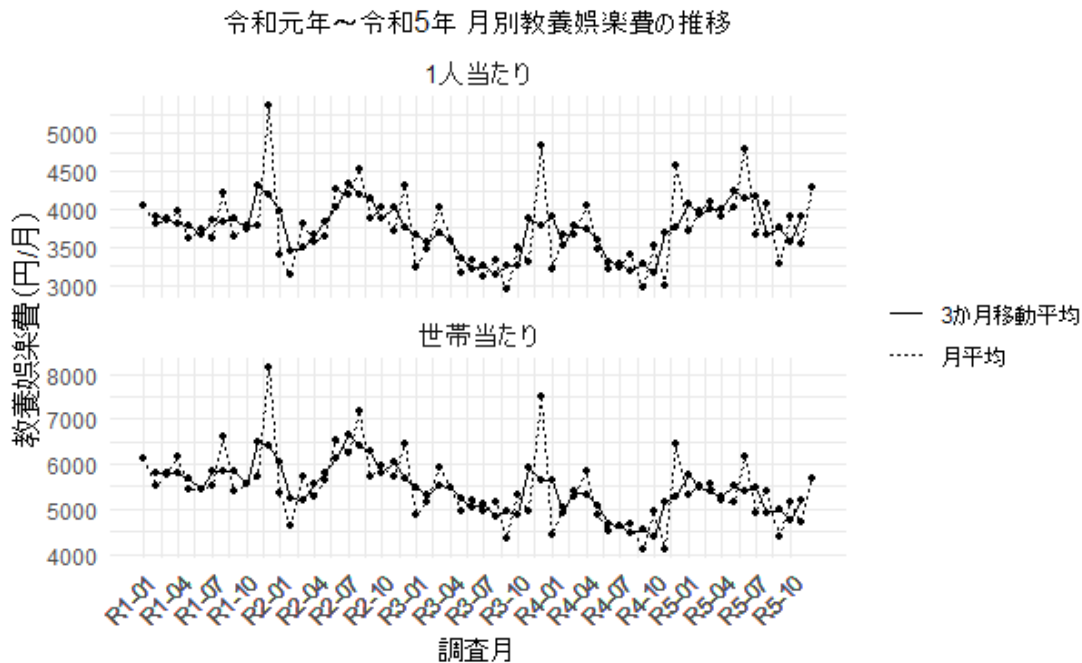


図 2.1C 令和元年～令和5年 月別食料総額の推移（世帯当たり・1人当たり）

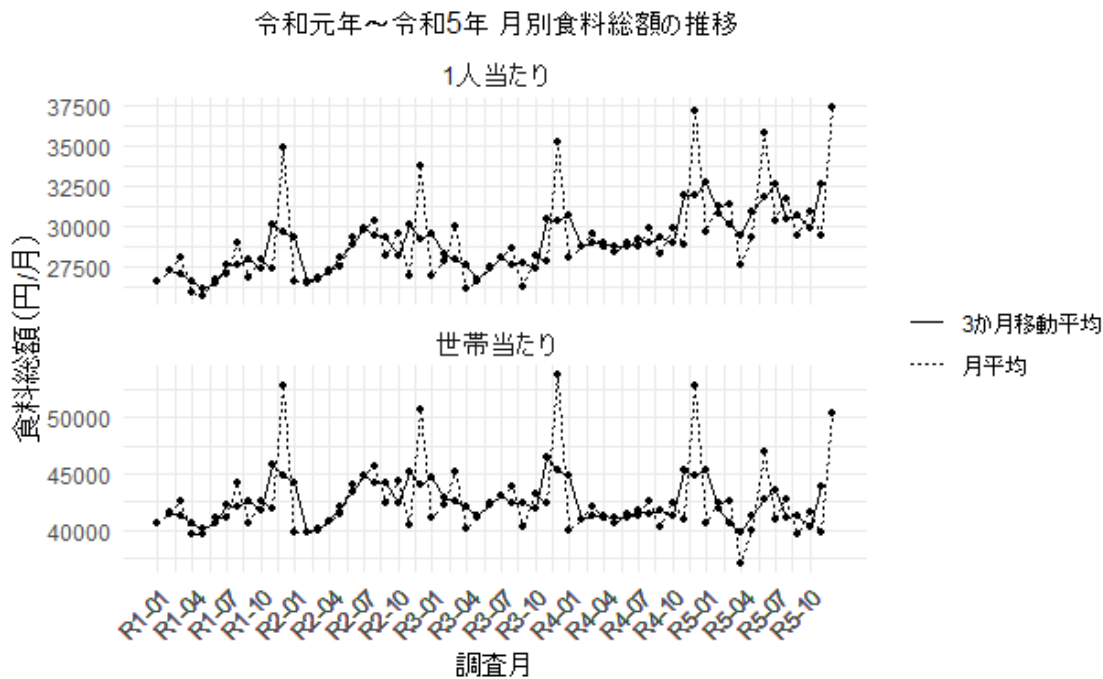


図 2.1D 令和元年～令和5年 月別菓子類支出の推移（世帯当たり・1人当たり）

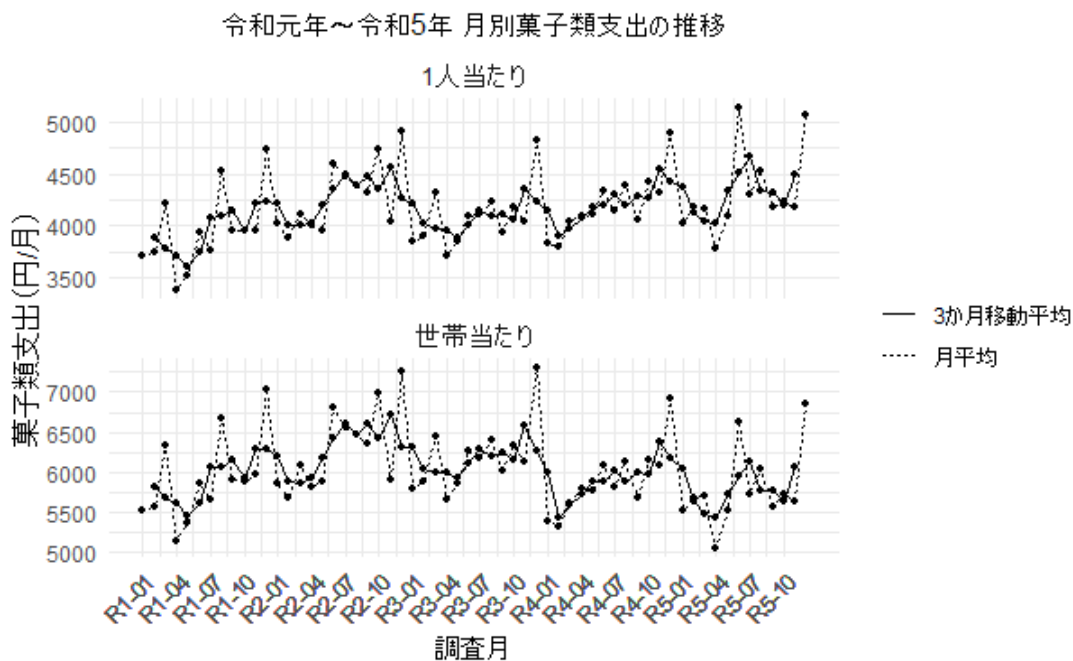


図 2.1E 令和元年～令和 5 年 月別野菜・海藻・果物支出の推移（世帯当たり・1 人当たり）

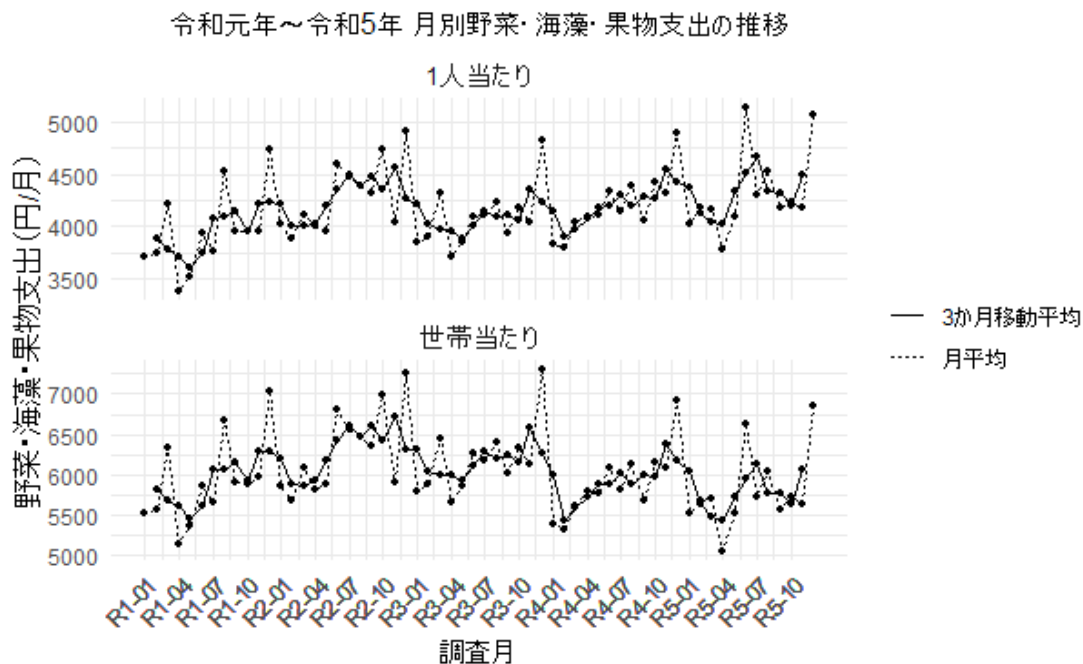


図 2.1F 令和元年～令和 5 年 月別被服及び履物費の推移（世帯当たり・1 人当たり）

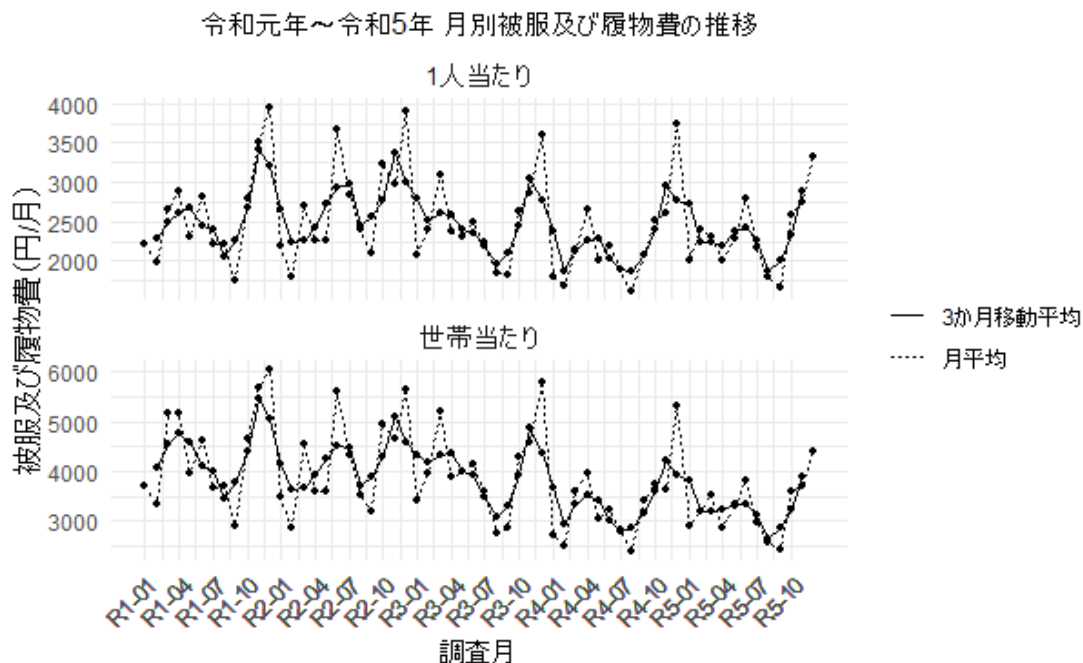


図 2.1G 令和元年～令和 5 年 月別酒類支出の推移（世帯当たり・1 人当たり）

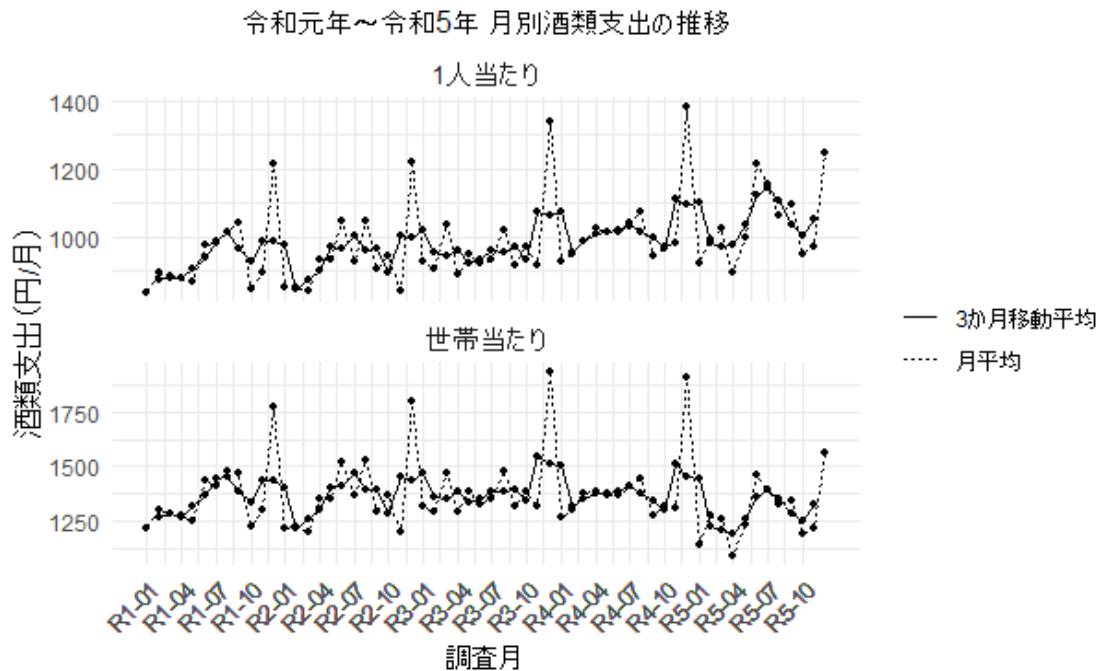


図 2.1H 令和元年～令和 5 年 月別光熱水道費の推移（世帯当たり・1 人当たり）

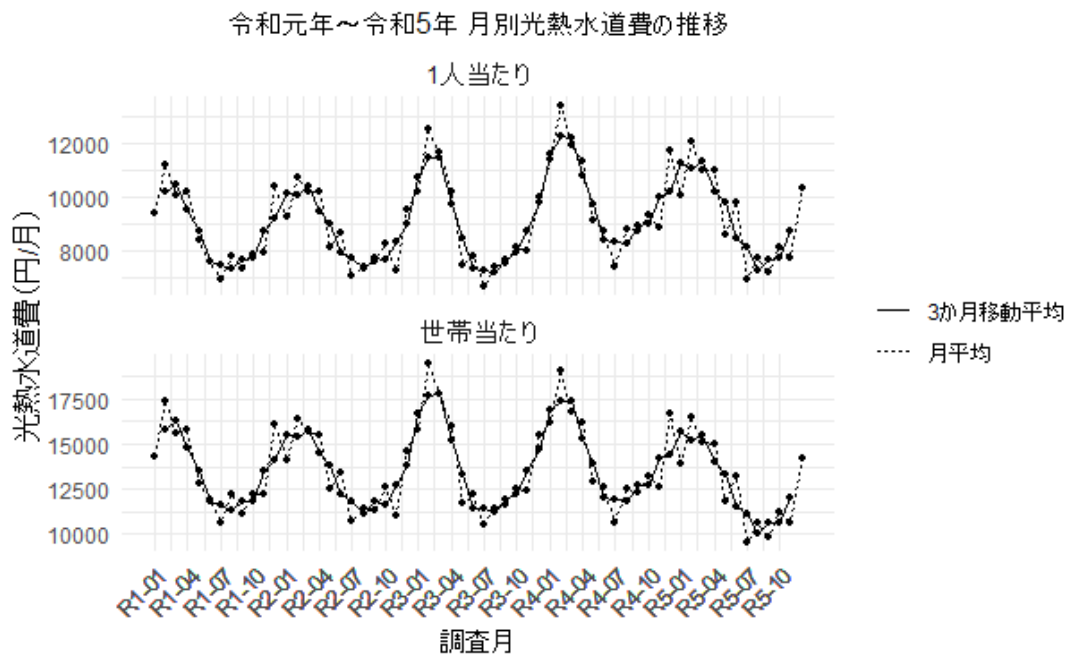


図 2.1I 令和元年～令和 5 年 月別たばこ支出の推移（世帯当たり・1 人当たり）

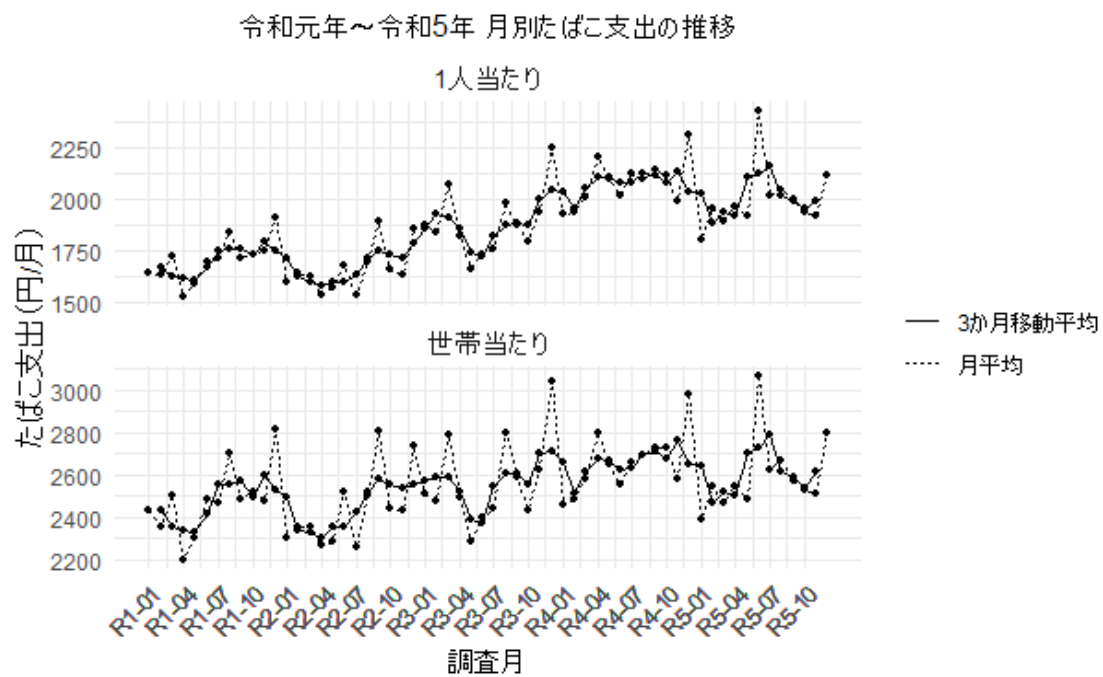


表 2.1A 保健医療費に関する線形回帰モデルの推定結果

変数	回帰係数 β (95%CI)	p 値
令和 2 年	903.4 (713.1, 1093.6)	<0.001
令和 3 年	750.8 (563.8, 937.8)	<0.001
令和 4 年	303.0 (116.0, 490.0)	0.002
令和 5 年	283.9 (92.3, 475.6)	0.004
2 月	854.2 (566.2, 1142.2)	<0.001
3 月	367.0 (79.0, 655.0)	0.01
4 月	146.0 (-141.9, 434.0)	0.32
5 月	171.3 (-116.7, 459.2)	0.24
6 月	956.2 (668.3, 1244.2)	<0.001
7 月	203.4 (-84.6, 491.3)	0.17
8 月	825.7 (537.7, 1113.7)	<0.001
9 月	146.5 (-141.5, 434.5)	0.32
10 月	236.2 (-51.8, 524.1)	0.11
11 月	647.9 (359.9, 935.9)	<0.001
12 月	1597.6 (1309.6, 1885.6)	<0.001

Note : 推定値は線形回帰モデルにより推定した回帰係数である。モデルには年次（令和 2～令和 5 年）、月ダミー、世帯人数、世帯類型、就業有無、設置主体を共変量として含めた。基準年は令和元年、基準月は 1 月とした。

表 2.1B 教養娯楽費に関する線形回帰モデルの推定結果

変数	回帰係数 β (95%CI)	p 値
令和 2 年	160.4 (-124.9, 445.6)	0.27
令和 3 年	-362.8 (-643.1, -82.4)	0.01
令和 4 年	-462.3 (-742.6, -182.0)	0.001
令和 5 年	-151.7 (-439.0, 135.6)	0.30
2 月	-17.8 (-449.6, 414.0)	0.94
3 月	482.7 (50.9, 914.5)	0.03
4 月	374.2 (-57.5, 806.0)	0.09
5 月	-3.1 (-434.9, 428.6)	0.99
6 月	352.4 (-79.4, 784.2)	0.11
7 月	43.6 (-388.2, 475.3)	0.84
8 月	581.6 (149.9, 1013.4)	0.008
9 月	-409.1 (-840.9, 22.7)	0.06
10 月	181.5 (-250.3, 613.2)	0.41
11 月	-177.9 (-609.7, 253.8)	0.42
12 月	1653.1 (1221.4, 2084.9)	<0.001

Note : 推定値は線形回帰モデルにより推定した回帰係数である。モデルには年次（令和 2～令和 5 年）、月ダミー、世帯人数、世帯類型、就業有無、設置主体を共変量として含めた。基準年は令和元年、基準月は 1 月とした。

表 2.1C 食料総額に関する線形回帰モデルの推定結果

変数	回帰係数 β (95%CI)	p 値
令和 2 年	1513.5 (1002.3, 2024.7)	<0.001
令和 3 年	1700.3 (1197.9, 2202.7)	<0.001
令和 4 年	2583.7 (2081.2, 3086.1)	<0.001
令和 5 年	2730.7 (2215.8, 3245.7)	<0.001
2 月	953.2 (179.3, 1727.0)	0.02
3 月	2169.6 (1395.7, 2943.4)	<0.001
4 月	-813.5 (-1587.3, -39.7)	0.04
5 月	88.0 (-685.8, 861.8)	0.82
6 月	2674.2 (1900.3, 3448.0)	<0.001
7 月	1752.6 (978.8, 2526.5)	<0.001
8 月	3378.2 (2604.3, 4152.0)	<0.001
9 月	172.2 (-601.6, 946.0)	0.66
10 月	2349.9 (1576.1, 3123.7)	<0.001
11 月	685.9 (-87.9, 1459.7)	0.08
12 月	11720.5 (10946.7, 12494.3)	<0.001

Note : 推定値は線形回帰モデルにより推定した回帰係数である。モデルには年次（令和 2～令和 5 年）、月ダミー、世帯人数、世帯類型、就業有無、設置主体を共変量として含めた。基準年は令和元年、基準月は 1 月とした。

表 2.1D 菓子類支出に関する線形回帰モデルの推定結果

変数	回帰係数 β (95%CI)	p 値
令和 2 年	471.4 (353.7, 589.0)	<0.001
令和 3 年	679.2 (563.6, 794.8)	<0.001
令和 4 年	931.0 (815.4, 1046.7)	<0.001
令和 5 年	1069.9 (951.4, 1188.4)	<0.001
2 月	225.4 (47.3, 403.4)	0.01
3 月	329.4 (151.3, 507.4)	<0.001
4 月	-219.3 (-397.4, -41.3)	0.02
5 月	213.3 (35.3, 391.4)	0.02
6 月	181.8 (3.7, 359.8)	0.05
7 月	219.9 (41.9, 398.0)	0.02
8 月	320.5 (142.4, 498.5)	<0.001
9 月	-187.1 (-365.1, -9.0)	0.04
10 月	-21.3 (-199.3, 156.8)	0.82
11 月	-293.9 (-471.9, -115.8)	0.001
12 月	1171.7 (993.6, 1349.7)	<0.001

Note : 推定値は線形回帰モデルにより推定した回帰係数である。モデルには年次（令和 2～令和 5 年）、月ダミー、世帯人数、世帯類型、就業有無、設置主体を共変量として含めた。基準年は令和元年、基準月は 1 月とした。

表 2.1E 野菜・海藻・果物支出に関する線形回帰モデルの推定結果

変数	回帰係数 β (95%CI)	p 値
令和 2 年	457.4 (326.4, 588.3)	<0.001
令和 3 年	287.9 (159.2, 416.6)	<0.001
令和 4 年	198.3 (69.6, 327.0)	0.003
令和 5 年	103.3 (-28.6, 235.2)	0.13
2 月	11.8 (-186.4, 210.0)	0.91
3 月	420.4 (222.2, 618.7)	<0.001
4 月	-115.1 (-313.3, 83.1)	0.26
5 月	58.9 (-139.3, 257.1)	0.56
6 月	700.8 (502.6, 899.0)	<0.001
7 月	359.2 (161.0, 557.5)	<0.001
8 月	711.2 (512.9, 909.4)	<0.001
9 月	278.6 (80.4, 476.8)	0.006
10 月	599.5 (401.3, 797.7)	<0.001
11 月	336.3 (138.1, 534.6)	<0.001
12 月	1455.0 (1256.8, 1653.2)	<0.001

Note : 推定値は線形回帰モデルにより推定した回帰係数である。モデルには年次（令和 2～令和 5 年）、月ダミー、世帯人数、世帯類型、就業有無、設置主体を共変量として含めた。基準年は令和元年、基準月は 1 月とした。

表 2.1F 被服及び履物費に関する線形回帰モデルの推定結果

変数	回帰係数 β (95%CI)	p 値
令和 2 年	35.1 (-210.7, 280.8)	0.78
令和 3 年	-152.0 (-393.5, 89.4)	0.22
令和 4 年	-497.2 (-738.7, -255.7)	<0.001
令和 5 年	-427.1 (-674.6, -179.6)	<0.001
2 月	-46.1 (-418.0, 325.9)	0.81
3 月	1197.4 (825.4, 1569.4)	<0.001
4 月	631.4 (259.5, 1003.4)	<0.001
5 月	336.8 (-35.2, 708.7)	0.08
6 月	1018.1 (646.2, 1390.1)	<0.001
7 月	233.2 (-138.7, 605.2)	0.22
8 月	-261.3 (-633.2, 110.7)	0.17
9 月	-262.4 (-634.3, 109.6)	0.17
10 月	1003.4 (631.5, 1375.4)	<0.001
11 月	1202.4 (830.5, 1574.4)	<0.001
12 月	2211.4 (1839.4, 2583.3)	<0.001

Note : 推定値は線形回帰モデルにより推定した回帰係数である。モデルには年次（令和 2～令和 5 年）、月ダミー、世帯人数、世帯類型、就業有無、設置主体を共変量として含めた。基準年は令和元年、基準月は 1 月とした。

表 2.1G 酒類支出に関する線形回帰モデルの推定結果

変数	回帰係数 β (95%CI)	p 値
令和 2 年	16.3 (-81.2, 113.9)	0.74
令和 3 年	66.2 (-29.6, 162.0)	0.18
令和 4 年	68.6 (-27.2, 164.4)	0.16
令和 5 年	-89.5 (-187.7, 8.7)	0.07
2 月	42.8 (-104.9, 190.3)	0.57
3 月	88.6 (-59.0, 236.2)	0.24
4 月	43.1 (-104.5, 190.7)	0.57
5 月	84.3 (-63.3, 231.9)	0.26
6 月	184.1 (36.5, 331.7)	0.01
7 月	151.7 (4.1, 299.3)	0.04
8 月	214.2 (66.6, 361.8)	0.004
9 月	102.2 (-45.4, 249.8)	0.18
10 月	63.7 (-83.9, 211.3)	0.40
11 月	37.4 (-110.2, 185.0)	0.62
12 月	567.8 (420.2, 715.4)	<0.001

Note : 推定値は線形回帰モデルにより推定した回帰係数である。モデルには年次（令和 2～令和 5 年）、月ダミー、世帯人数、世帯類型、就業有無、設置主体を共変量として含めた。基準年は令和元年、基準月は 1 月とした。

表 2.1H 光熱水道費に関する線形回帰モデルの推定結果

変数	回帰係数 β (95%CI)	p 値
令和 2 年	-29.1 (-296.0, 237.7)	0.83
令和 3 年	380.5 (118.2, 642.7)	0.004
令和 4 年	1429.7 (1167.4, 1691.9)	<0.001
令和 5 年	487.0 (218.2, 755.8)	<0.001
2 月	2921.9 (2517.9, 3325.9)	<0.001
3 月	1354.6 (950.7, 1758.6)	<0.001
4 月	780.2 (376.3, 1184.2)	<0.001
5 月	-2563.6 (-2967.5, -2159.6)	<0.001
6 月	-2261.8 (-2665.7, -1857.8)	<0.001
7 月	-4522.4 (-4926.3, -4118.4)	<0.001
8 月	-3242.7 (-3646.6, -2838.7)	<0.001
9 月	-3637.4 (-4041.3, -3233.4)	<0.001
10 月	-2519.2 (-2923.1, -2115.2)	<0.001
11 月	-3089.5 (-3493.5, -2685.6)	<0.001
12 月	558.5 (154.6, 962.4)	0.007

Note : 推定値は線形回帰モデルにより推定した回帰係数である。モデルには年次（令和 2～令和 5 年）、月ダミー、世帯人数、世帯類型、就業有無、設置主体を共変量として含めた。基準年は令和元年、基準月は 1 月とした。

表 2.11 たばこ支出に関する線形回帰モデルの推定結果

変数	回帰係数 β (95%CI)	p 値
令和 2 年	-8.1 (-181.8, 165.7)	0.93
令和 3 年	151.3 (-19.4, 322.1)	0.08
令和 4 年	214.3 (43.5, 385.0)	0.01
令和 5 年	203.1 (28.1, 378.1)	0.02
2 月	23.2 (-239.8, 286.3)	0.86
3 月	123.7 (-139.3, 386.7)	0.36
4 月	42.9 (-220.1, 306.0)	0.75
5 月	-17.7 (-280.7, 245.3)	0.90
6 月	180.1 (-82.9, 443.2)	0.18
7 月	70.8 (-192.2, 333.9)	0.60
8 月	253.4 (-9.6, 516.4)	0.06
9 月	217.5 (-45.6, 480.5)	0.11
10 月	109.1 (-153.9, 372.1)	0.42
11 月	105.1 (-157.9, 368.1)	0.43
12 月	454.8 (191.8, 717.9)	<0.001

Note : 推定値は線形回帰モデルにより推定した回帰係数である。モデルには年次（令和 2～令和 5 年）、月ダミー、世帯人数、世帯類型、就業有無、設置主体を共変量として含めた。基準年は令和元年、基準月は 1 月とした。

補足表 2.1A 特別定額給付金受給前後における各支出項目の変化: 差分の差分分析(1 か月前後)

支出項目	DID 係数 (円) [95%信頼区間]	p 値
食料総額	1689.1 (-1225.3, 4603.5)	0.26
穀類	-326.4 (-771.9, 119.2)	0.15
魚介類	222 (-165.8, 609.8)	0.26
肉類	452 (17, 887)	0.04
乳卵類	39.6 (-193.2, 272.4)	0.74
野菜・海藻・果物	716.5 (-139.1, 1572.2)	0.10
油脂調味料	113.2 (-228.2, 454.6)	0.52
菓子類	612 (-72.7, 1296.7)	0.08
調理食品	-850 (-2585, 885)	0.34
外食	379.1 (-328.5, 1086.7)	0.29
酒類	-31 (-267.8, 205.8)	0.80
保健医療費	-668.5 (-2172.9, 835.9)	0.38
たばこ	106.4 (-271.4, 484.3)	0.58
被服及び履物費	159.2 (-1356.3, 1674.6)	0.84
光熱水道費	-549.1 (-2033.1, 934.9)	0.47
教養娯楽費	2453.1 (97, 4809.2)	0.04
耐久財 P C A V 機器	451.2 (-348.9, 1251.3)	0.27
耐久財 他の耐久財	722.7 (-725.7, 2171.2)	0.33
学習用文房具	-13.6 (-31.8, 4.6)	0.14
スポーツ用品	21.7 (-140.6, 184.1)	0.79
書籍他の印刷物 新聞	177.3 (-113.9, 468.5)	0.23
書籍他の印刷物 書籍他の印刷物	71 (-393.6, 535.7)	0.76
教養娯楽サービス 月謝類	43.3 (-186.3, 273)	0.71
教養娯楽サービス 放送受信料	147.2 (-309.8, 604.1)	0.53
教養娯楽サービス 他の教養娯楽サービス	-243.4 (-941, 454.2)	0.49

Note : 係数は特別定額給付金受給群における給付前後 1 か月の追加的支出変化 (difference-in-differences estimator) を示す。モデルには世帯固定効果および調査月固定効果を含めた。

補足表 2.1B 特別定額給付金受給前後における各支出項目の変化：差分の差分分析（3 か月前後平均・月当たり）

支出項目	DID 係数（円） [95%信頼区間]	p 値
食料総額	1836.9 (-115.1, 3788.9)	0.07
穀類	4.6 (-332.7, 342)	0.98
魚介類	217.7 (-89.1, 524.4)	0.16
肉類	316.6 (16, 617.1)	0.04
乳卵類	70.8 (-104.6, 246.2)	0.43
野菜・海藻・果物	705 (104.9, 1305.2)	0.02
油脂調味料	176.5 (-76.5, 429.4)	0.17
菓子類	677.7 (133.3, 1222.1)	0.01
調理食品	-1168.3 (-2385.3, 48.7)	0.06
外食	62 (-452.2, 576.1)	0.81
酒類	42.9 (-189.4, 275.2)	0.72
保健医療費	422.5 (-543.8, 1388.8)	0.39
たばこ	77.4 (-318, 472.7)	0.70
被服及び履物費	24.8 (-1066.2, 1115.8)	0.96
光熱水道費	-816.4 (-2069.3, 436.5)	0.20
教養娯楽費	1981.4 (107.3, 3855.5)	0.04
耐久財 P C A V 機器	892.4 (-5.7, 1790.5)	0.052
耐久財 他の耐久財	662.8 (-430.5, 1756.2)	0.23
学習用文房具	56.5 (-33.9, 147)	0.22
スポーツ用品	-36.7 (-251.9, 178.6)	0.74
書籍他の印刷物 新聞	-46.3 (-265.2, 172.6)	0.68
書籍他の印刷物 書籍他の印刷物	-63.7 (-482.5, 355.1)	0.77
教養娯楽サービス 月謝類	-214.6 (-575.2, 146)	0.24
教養娯楽サービス 放送受信料	114.5 (-153, 382)	0.40
教養娯楽サービス 他の教養娯楽サービス	334.4 (-312.9, 981.6)	0.31

Note：係数は特別定額給付金受給群における給付前後 3 か月間の平均的な追加的支出変化（月当たり）（difference-in-differences estimator）を示す。モデルには世帯固定効果および調査月固定効果を含めた。

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍：該当なし

雑誌：

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Nishioka D, Kino S, Ueno K, et al.	Representativeness of Social Surveys among Older Individuals Living in Poverty: Who Were Left Behind?	JMA J	8(3)	947-951	2025
Tanaka, K., Nishioka, D., Nakagomi, A. et al.	Public assistance program and food diversity among older people: a cross-sectional study using the Japan Gerontological Evaluation Study data.	Int J Equity Health	24	134	2025
Nishioka, D., Kawachi, H., Ueno, K. et al.	Sociodemographic determinants of dental care utilization among children receiving public assistance in Japan: a one-year observational study.	Discov Soc Sci Health	5	108	2025
武本翔子, 西岡大輔.	被保護者健康管理支援事業の効果的な実施に向けたデータ利活用の取り組み：豊中市福祉事務所の事例からみる40歳未満の被保護者の健康実態	日本公衆衛生雑誌	早期公開	-	2026
川内はるな, 西岡大輔.	生活保護利用世帯の健康・生活を支援する一子ども・若年世代への支援の必要性および健康管理 支援事業事例共有プラットフォームの構築に向けて	季刊公的扶助研究	278	20-23	2025
西岡大輔.	こどものウェルビーイングを支えるデータ—見えにくい子どもたちの存在にどう向き合うか—	計画行政	48(3)	15-20	2025

厚生労働大臣 殿

機関名 京都大学

所属研究機関長 職名 医学研究科長

氏名 波多野 悦朗

次の職員の令和7年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
2. 研究課題名 生活保護受給者における効果的な健康支援方法の立案に向けた実証研究（24AA2004）
3. 研究者名（所属部署・職名） 社会的インパクト評価学講座 特定准教授
(氏名・フリガナ) 西岡 大輔 (ニシオカ ダイスケ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	京都大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容：)

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 京都大学
所属研究機関長 職名 医学研究科長
氏名 波多野 悦朗

次の職員の令和7年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
2. 研究課題名 生活保護受給者における効果的な健康支援方法の立案に向けた実証研究（24AA2004）
3. 研究者名（所属部署・職名） 京都大学大学院医学研究科・教授
(氏名・フリガナ) 近藤 尚己（コンドウ ナオキ）

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	京都大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容：)

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人金沢大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 和田 隆志

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

2. 研究課題名 生活保護受給者における効果的な健康支援方法の立案に向けた実証研究

3. 研究者名（所属部署・職名） 附属病院先端医療開発センター ・ 特任助教

（氏名・フリガナ） 上野 恵子 ・ ウエノ ケイコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	京都大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称：）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由：）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合は委託先機関：）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由：）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （有の場合はその内容：）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

別添6 厚生労働科学研究費における倫理審査及び利益相反の管理の状況に関する報告

令和8年2月26日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京科学大学

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 大竹 尚登

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
2. 研究課題名 生活保護受給者における効果的な健康支援方法の立案に向けた実証研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 大学院医歯学総合研究科・教授
(氏名・フリガナ) 木野 志保・キノ シホ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	京都大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2026年 5月 11日

厚生労働大臣 殿

機関名 大妻女子大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 市川博

次の職員の令和7年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
2. 研究課題名 生活保護受給者における効果的な健康支援方法の立案に向けた実証研究（24AA2004）
3. 研究者名 （所属部署・職名）大妻女子大学家政学部児童学科・専任講師
（氏名・フリガナ） 林明子・ハヤシアキコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	京都大学・大妻女子大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称：）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由：）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合は委託先機関：）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由：）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （有の場合はその内容：）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2026年 4月 30日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立研究開発法人国立成育医療研究センター

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 五十嵐 隆

次の職員の令和7年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
2. 研究課題名 生活保護受給者における効果的な健康支援方法の立案に向けた実証研究（24AA2004）
3. 研究者名（所属部署・職名） 政策科学研究部・政策開発研究室長
 （氏名・フリガナ） 越智 真奈美・オチ マナミ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	京都大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称：）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由：）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合は委託先機関：）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由：）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （有の場合はその内容：）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2026年 5月 11日

厚生労働大臣 殿

機関名 新潟医療福祉大学

所属研究機関長 職名 学長
にしざわ まさとよ
氏名 西澤 正豊

次の職員の令和7年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
2. 研究課題名 生活保護受給者における効果的な健康支援方法の立案に向けた実証研究（24AA2004）
3. 研究者名 （所属部署・職名） 新潟医療福祉大学 心理・福祉学部 社会福祉学科 助教
（氏名・フリガナ） 小出 直 コイデ ナオ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	京都大学 (新潟医療福祉大学)	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和8年5月8日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立社会保障・人口問題研究所

所属研究機関長 職 名 所長

氏 名 林 玲子

次の職員の令和7年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
2. 研究課題名 生活保護受給者における効果的な健康支援方法の立案に向けた実証研究（24AA2004）
3. 研究者名 （所属部署・職名） 社会保障応用分析研究部 研究員
（氏名・フリガナ） 新杉 知沙（シンスギ チサ）

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	京都大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和8年4月20日

厚生労働大臣 殿

機関名 京都大学

所属研究機関長 職名 医学研究科長

氏名 波多野 悦朗

次の職員の令和7年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
2. 研究課題名 生活保護受給者における効果的な健康支援方法の立案に向けた実証研究（24AA2004）
3. 研究者名（所属部署・職名） 京都大学大学院医学研究科・特定助教
 （氏名・フリガナ） 川内 はるな（カワチ ハルナ）

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
		審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	京都大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容：)

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

別添6 厚生労働科学研究費における倫理審査及び利益相反の管理の状況に関する報告

2026年 5月 8日

厚生労働大臣 殿

機関名 横浜創英大学看護学部

所属研究機関長 職名 学長

氏名 北村 公一

次の職員の令和7年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
2. 研究課題名 生活保護受給者における効果的な健康支援方法の立案に向けた実証研究（24AA2004）
3. 研究者名（所属部署・職名） 横浜創英大学看護学部・准教授
 （氏名・フリガナ） 久保木 紀子・クボキ ノリコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	京都大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称：）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由：）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合は委託先機関：）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由：）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （有の場合はその内容：）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 神奈川県立保健福祉大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 村上 明美

次の職員の令和7年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
2. 研究課題名 生活保護受給者における効果的な健康支援方法の立案に向けた実証研究（24AA2004）
3. 研究者名（所属部署・職名） 神奈川県立保健福祉大学・助教
 （氏名・フリガナ） 田中 琴音・タナカ コトネ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	京都大学	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由：）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合は委託先機関：）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由：）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （有の場合はその内容：）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。