

## 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 (オブリンミン回転) 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  $\alpha$  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  $\alpha$  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」

(担当者を紹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」といった具体的な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
<b>第 1 因子「生活習慣・日常生活管理」(<math>\alpha = .946</math>)</b>			
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		
<b>第 2 因子「養育環境・保護者要因」(<math>\alpha = .923</math>)</b>			
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	
<b>第 3 因子「発達・コミュニケーション」(<math>\alpha = .844</math>)</b>			
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
<b>固有値</b>	<b>12.641</b>	<b>2.152</b>	<b>1.431</b>

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)

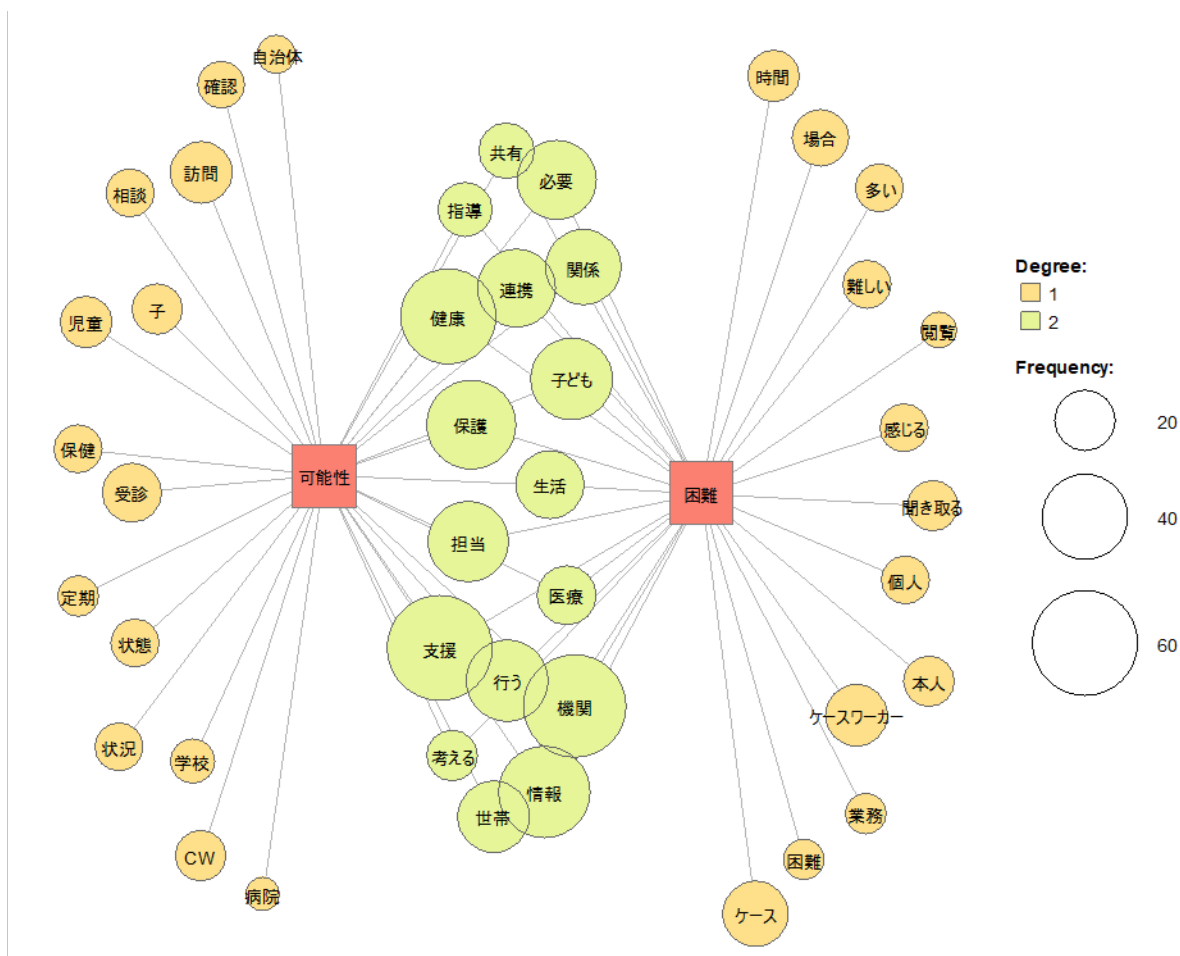


図 1. (研究 2) 群を外部変数とした共起ネットワーク (困難 vs 可能性)

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。

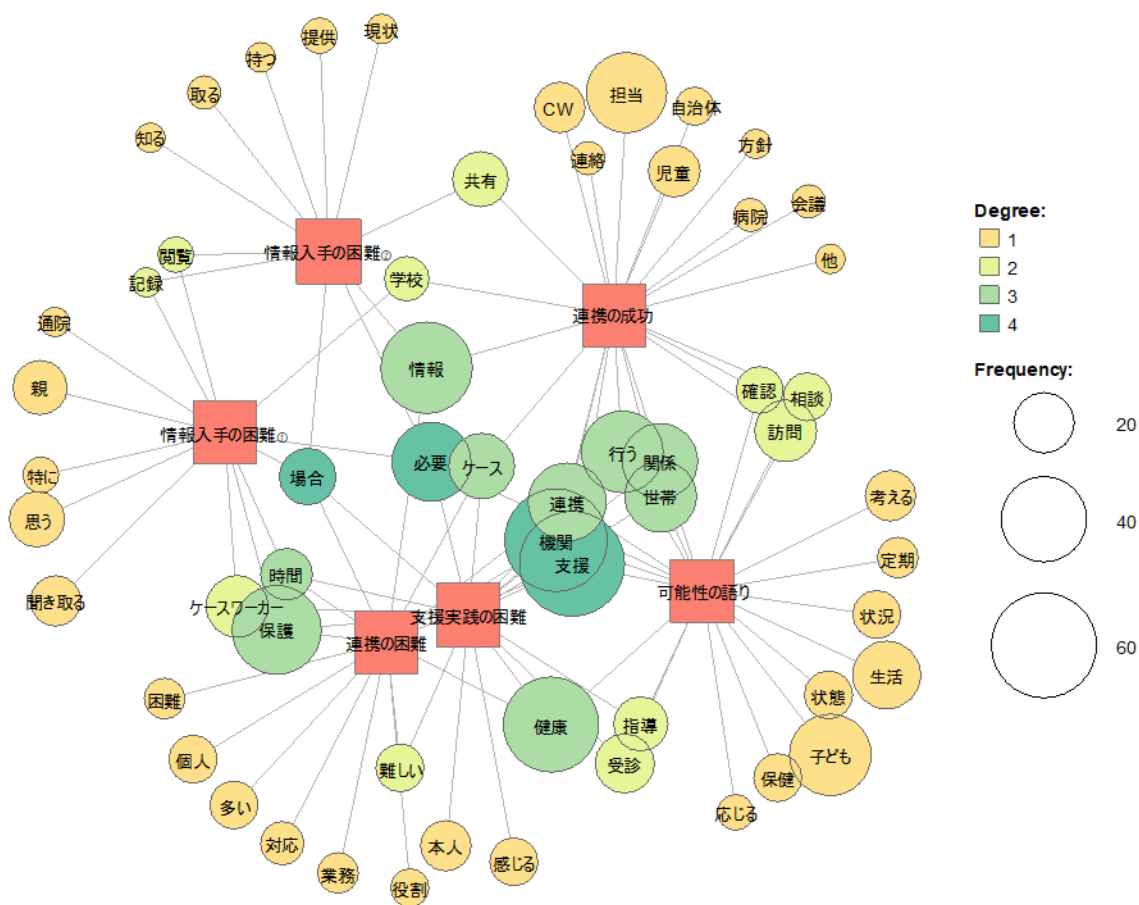


図 2. (研究 2) 設問ラベルを外部変数とした共起ネットワーク (6 設問)

注 : Jaccard 係数による共起関係。Degree=1 (薄黄色) は 1 設問のみに共起、Degree=2-4 は複数設問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 100。

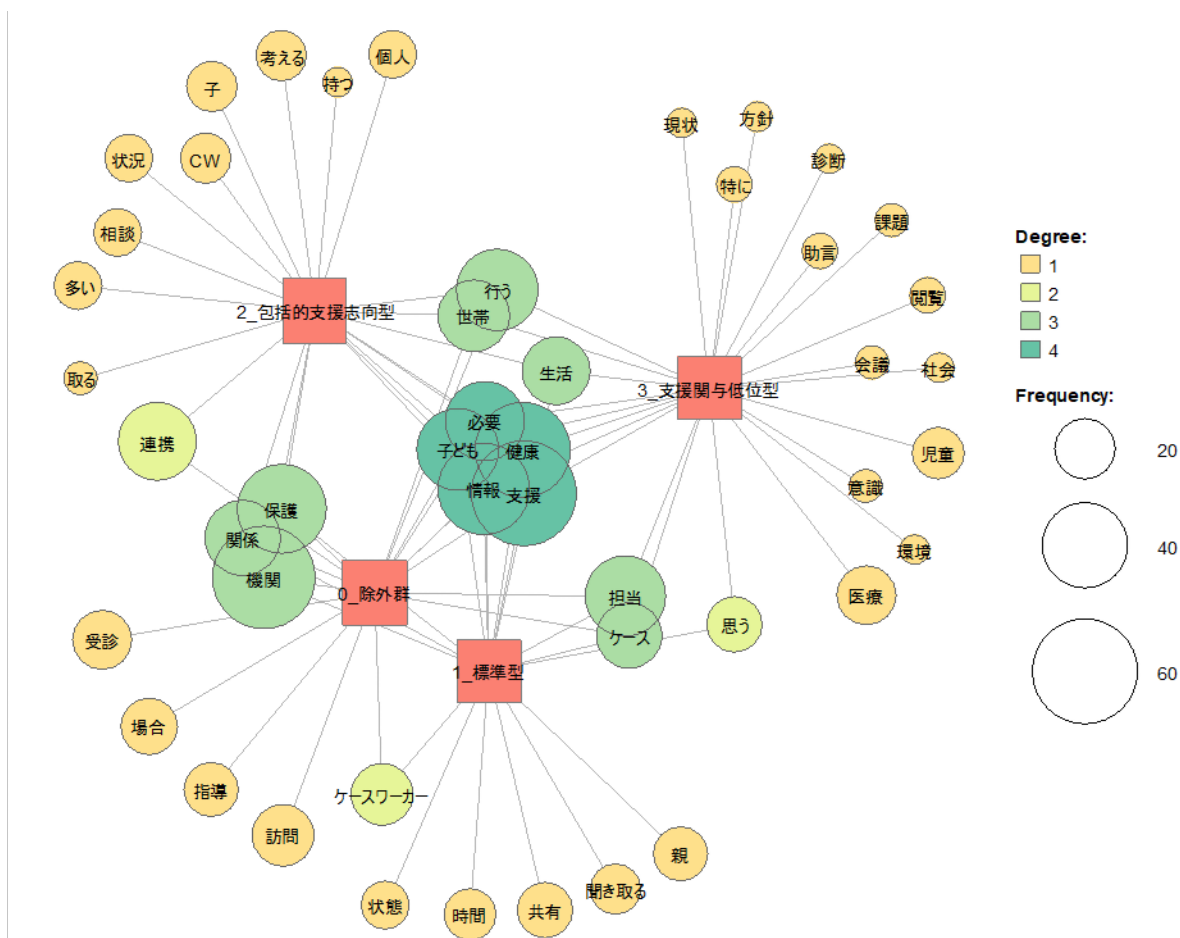


図 3. (研究 2) クラスタ (CW3 類型) を外部変数とした共起ネットワーク

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。

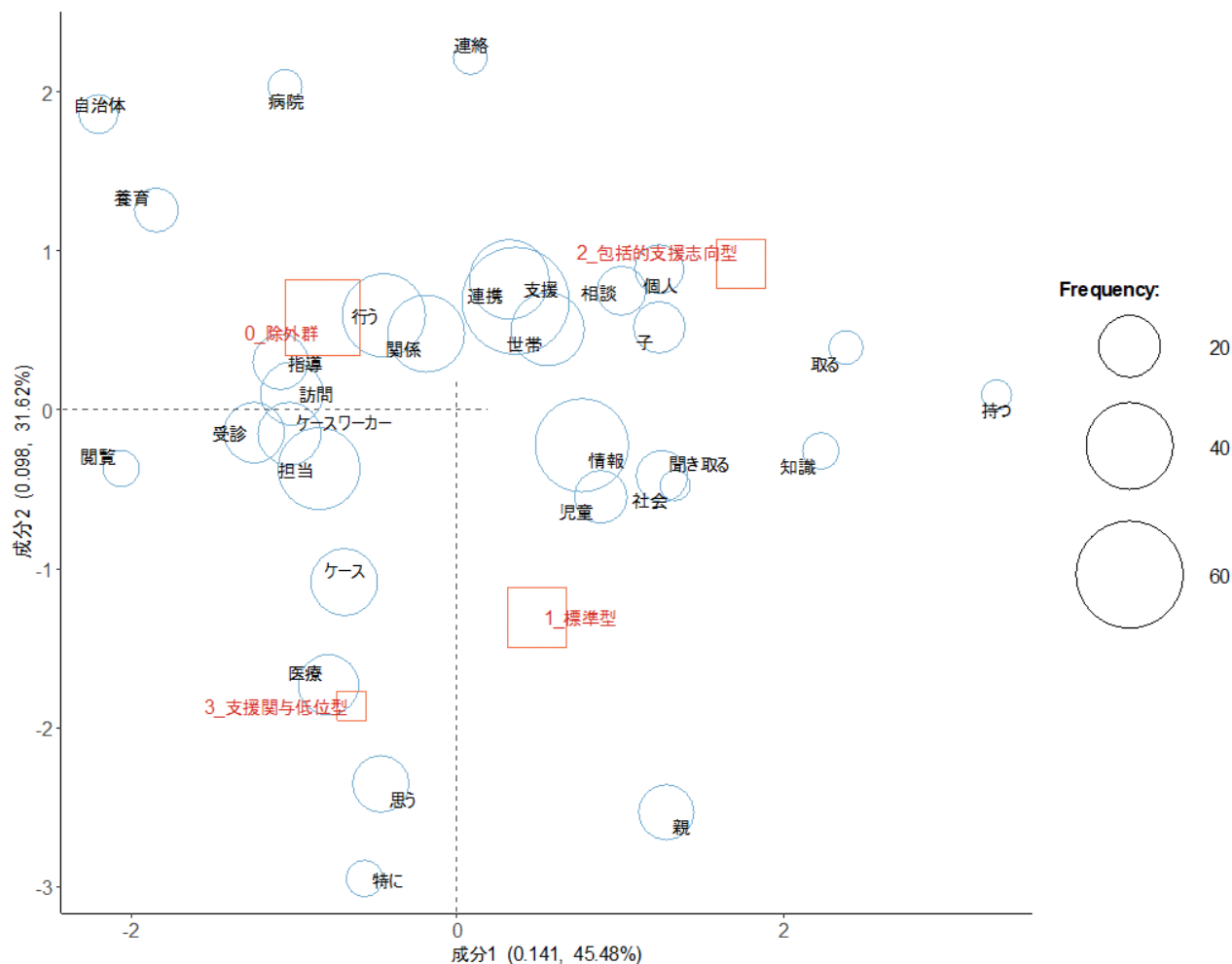


図 4. (研究 2) 抽出語×クラスターの対応分析

注：差異が顕著な上位 30 語。第 1 主成分（寄与率 45.48%）：具体的支援行為-抽象的検討軸、第 2 主成分（寄与率 31.62%）：主体的検討-観察的距離軸。累積寄与率 77.10%。バブルの大きさは出現頻度を表す。

## 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っていない

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、㉗) 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)

##### (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。