

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、被保護者の健康実態を把握し、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。

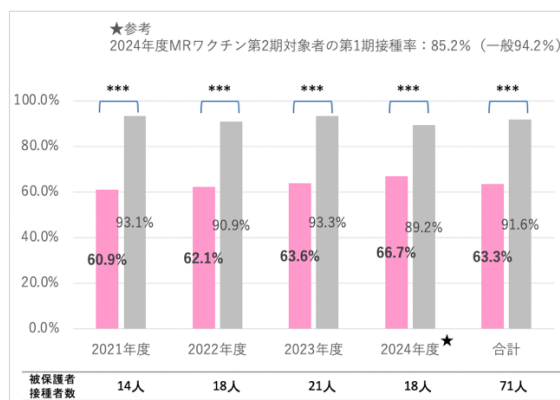


図1-1-1A：各年の被保護世帯の子どもと子ども全体のMRワクチン2期の接種率の違い(ピンク色が被保護世帯の子ども、グレーが市の子どもの全体) \*\*\* p<0.01

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)

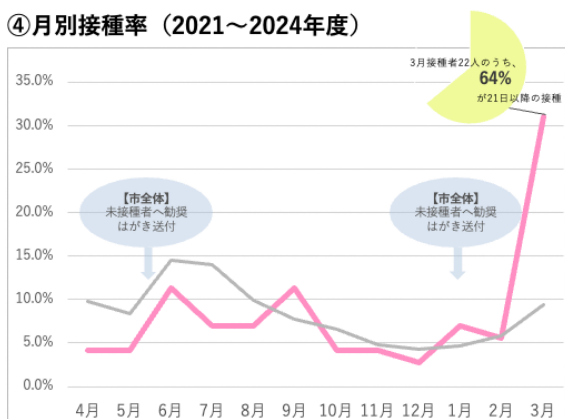


図 1-1-1B：対象となった被保護世帯の子どもの各月の接種行動 (ピンク色が被保護世帯の子ども、グレーが市の子ども全体 各月の接種数の全接種数に占める割合)

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)。

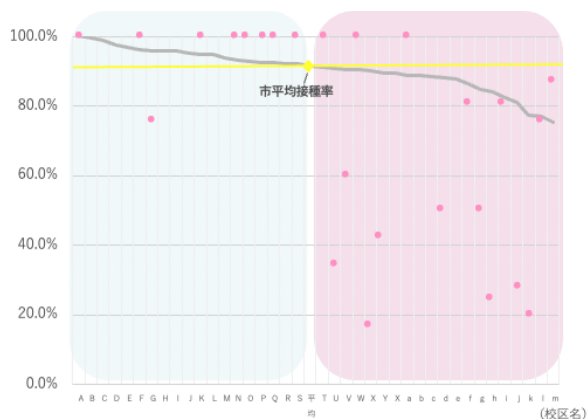


図 1-1-1C：対象となった被保護世帯の子どもが居住する小学校区ごとの接種率 (ピンクのプロットが当該校区に住む被保護世帯の子どもの接種率、グレーが市の子ども全体の接種率)

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。

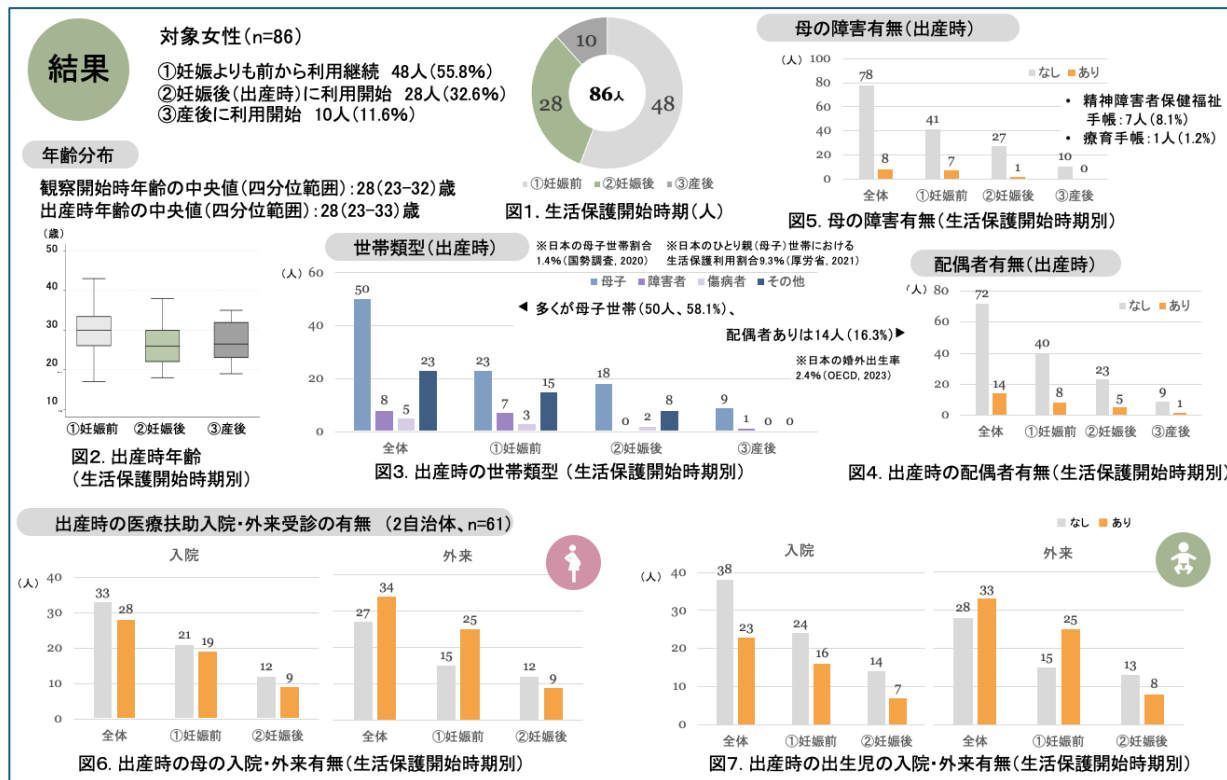
生活保護の利用開始時期をみると、出産と同時期に生活保護の利用を開始した者は24人、40.0%であり、出産以前から生活保護を継続して利用していた者は36人、60.0%であった。出産月に医療扶助による入院歴があった母親は28人、46.7%であり、出生月に医療扶助を利用していた出生児は30人、50.0%であった。

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。

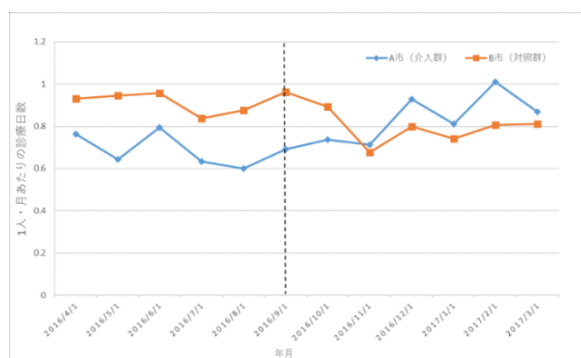


図 1-1-3：中学校給食導入群（介入群）とすでに実施していた群（対照群）の 1 人・月あたりの診療日数が均衡するようになった。青：介入群、橙：対照群

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）。

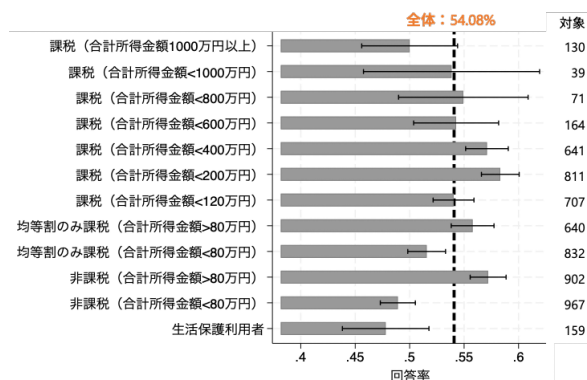


図1-2-2A：介護保険料区分に基づく所得区分と被保護者（生活保護利用者）の調査回答率の違い

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）。

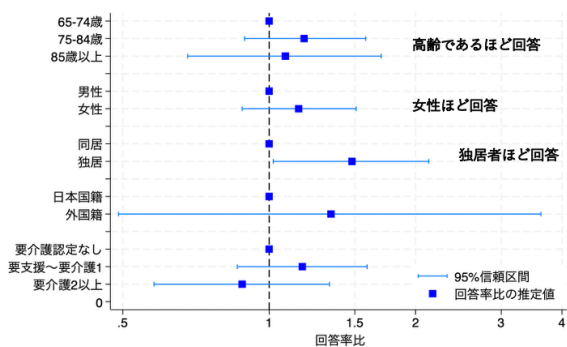


図 1-2-2B：被保護者における調査回答率の規定要因：多変量ポアソン回帰分析の結果

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

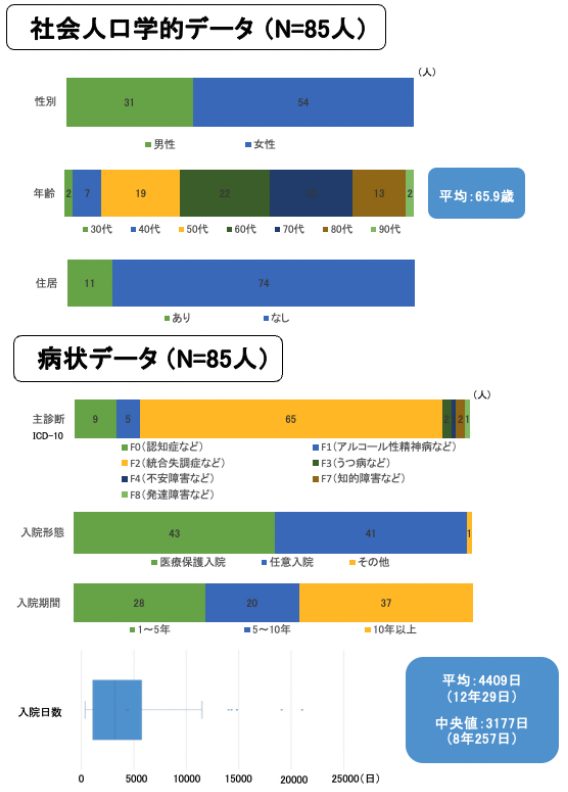


図 1-3A：精神科長期入院を経験する被保護者の社会人口学的要因および病状・入院日数の分布：記述統計

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

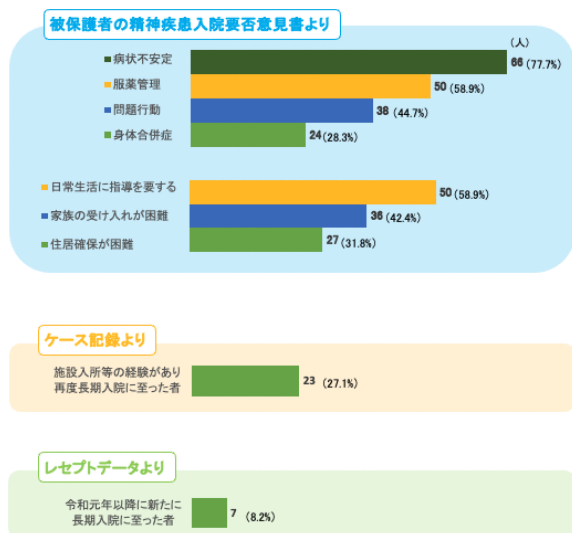


図 1-3B：精神科長期入院を経験する被保護者の精神疾患入院要否意見書、ケース記録のまとめと入院時期の検討：記述統計

### 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)
	なし	
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  $\alpha$  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%)	