

データに基づいた生活保護受給者の健康管理支援について (議論のまとめ)

平成 29 年 5 月 11 日
生活保護受給者の健康管理支援等に関する検討会

〈目次〉

I はじめに

II 今後の基本的な方向性

III 生活保護受給者に対する生活習慣病予防・重症化予防のための健康管理支援について

1. 基本的な考え方
2. 生活保護受給者健康管理支援事業の対象者と支援方法
 - (1) データ収集の対象者
 - (2) データの取得
 - (3) 支援対象者の絞り込み
 - (4) 支援の内容・方法
3. 生活保護受給者健康管理支援事業の流れ
 - (1) 実施方針の策定
 - (2) 支援対象者の絞り込みと援助計画への明記
 - (3) 個別の支援計画の策定と支援の実施
 - (4) 効果の評価と見直し

IV 生活保護受給世帯の子どもへの健康・生活支援について

1. 基本的な考え方
2. 子どもへの健康支援の考え方と整理事項について
 - (1) 着眼点
 - (2) データの取得
 - (3) 支援の考え方

V 生活保護受給者の健康増進に関するデータインフラの整備

1. 基本的な考え方
2. 福祉事務所が活用するためのデータインフラの整備
 - (1) データ分析システムに求められる機能

- (2) データの標準化とデータの流れ
- 3. 国において生活保護受給者の健康・医療について分析するためのデータインフラの整備
 - (1) データベースの目的
 - (2) データの流れ
 - (3) データベースの運用

VI おわりに

I はじめに

現在、生活保護受給世帯は、高齢者世帯が約半数を占め、特に単身の高齢世帯の増加が著しい。また、生活保護受給者の約8割以上が何らかの疾病により医療機関を受診しており、傷病・障害者世帯も受給世帯全体の約4分の1を占め、若年者も含めて医療を必要とする受給者が多い。受給者の健診結果からは、糖尿病等の生活習慣病の該当者や予備群も被保険者より多いことが明らかになってきた。さらに、健診受診率は約10%となっており、一般国民と比べ食事や運動などへの関心が薄く、孤立した生活を送っている者が多いとの調査結果もある¹⁻⁴。これらのことから見て、生活保護受給者は、健康上の課題を多く抱えるにもかかわらず、健康に向けた諸活動が低調な状況にあると考えられる。受給者の健康を増進することは、健康で文化的な最低限度の生活の保障と自立の助長という生活保護法の目的に適うものであるとともに、医療扶助費の適正化にもつながるものである。このため、生活保護受給者の特性に応じてその健康を支援する取組を強力に進める必要がある。

国における「経済財政運営と改革の基本方針2016（平成28年6月経済財政諮問会議決定）」においても、「データヘルス等の強化」や「健康づくり、疾病予防、重症化予防等の取組推進」が盛り込まれており、政府全体の方針として、国民の健康寿命の延長のためデータヘルスの推進に取り組んでいるところであり、生活保護受給者についても、その方針に即して、データに基づいた疾病予防・重症化予防に取り組んでいく必要がある。平成26年12月に生活保護受給者の健康管理のあり方に関する研究会のとりまとめが行われ、生活習慣病の重症化予防の必要性などの提言がされたところであるが、本検討会においては、より具体的な、健康管理支援を行うためのデータの収集、活用方法などの仕組みの整備についても提言を行うこととする。

また、子どもの頃に身についた生活習慣や食習慣は成人期まで影響を受けやすく、子ども時代に適切な生活習慣・食習慣を確立することが、将来の健康や生活習慣病の予防につながると考えられる。貧困家庭で育つ子どもの食生活についての課題が指摘されており、次世代への不健康な生活習慣・食習慣の連鎖を断ち切るためには、生活保護受給者世帯の子どもに対し、健全な生活習慣や健康の増進に対する支援を行うことが重要である。

II 今後の基本的な方向性

生活保護受給者の自立の助長を促すため、福祉事務所が主体となって、受給者の健康状態を把握し、ケースワーカーやかかりつけの医師、保健師等の様々な関係者が協働し、（家庭訪問等を通じて）生活に密着した健康管理支援を行うことを目指す。また、健診情報、医療情報及び生活情報をデータ化し、分析・活用することにより、効率的・効果的な支援を行う仕組みの整備に取り組む。さらに、子どもの将来の健康と、生活習慣病の予防のため、子どもが適切な生活習慣・食習慣を確立できるよう、世帯全体に対し支援していくことを目指す。

Ⅲ 生活保護受給者に対する生活習慣病予防・重症化予防のための健康管理支援について

1. 基本的な考え方

生活保護受給者は、医療保険の被保険者等と比較して、適切な生活習慣が確立していない者の割合や、生活習慣病の有病割合が高い¹⁻⁴。被保険者に対しては、医療保険者において、医療のレセプトデータや特定健診・保健指導などのデータに基づいた生活習慣病の予防や重症化予防の取組が実施されている。医療保険者における取組を参考に、受給者の健康に対して自立の助長を促すべき福祉事務所が主体となって、生活保護受給者に対して、データに基づく生活習慣病予防・重症化予防のための健康管理支援事業（以下この章において「生活保護受給者健康管理支援事業」という。）を行うことが必要である。

2. 生活保護受給者健康管理支援事業の対象者と支援方法

（1）データ収集の対象者

生活保護受給者健康管理支援事業においては、生活習慣病[※]の発症リスクの高い年齢層や特定健診の対象年齢を踏まえ、40歳以上74歳以下の受給者について、健診等のデータや生活状況に関するデータを収集することが適当である。
※生活習慣病とは、食生活や運動習慣、休養や喫煙、飲酒などの生活習慣が、病気の発症や進行に関与している疾患と定義されている。今回の健康管理支援は、この中でも内臓脂肪症候群等の生活習慣病を主な対象者とする。

（2）データの取得

生活保護受給者は、健康増進法に基づく健康診査の対象となっている。福祉

事務所において、まずはこの健診のデータを、地方自治体の保健部局から標準化された様式の電子データで入手することが考えられる。また、地方自治体の保健部局と連携して、健診の受診率向上に取り組むことが必要である。

生活保護受給者は、生活習慣病に罹患している者の割合が高く、重症化予防を行うことが非常に重要である。このため、特定健診で行う検査項目を含む検査を医療機関で受けている者については、検査データを医療機関より入手することが適当である。この治療上の検査データの入手については、医療扶助レセプトから検査の実施状況を把握し、該当する医療機関から標準化された様式の電子データを入手できるよう関係機関と調整を行う必要がある。

現状では、福祉事務所は生活保護受給者で他の公費負担医療を受給している者のレセプトを入手することができないため、障害者総合支援法に基づく自立支援医療等による人工透析や精神科通院医療などの医療情報がない。生活保護受給者の治療状況の全体像を把握できるよう、自立支援医療のデータ入手・活用ができるようにすることが適当である。

生活習慣病は生活習慣に起因することが多い疾病であり、生活習慣病の予防や重症化予防のための支援を行うためには、受給者の生活背景や喫煙・飲酒等の生活習慣、食生活に関する調理能力等の生活スキルに関する情報を取得することが必要である。

なお、様々なデータの取得と個人情報保護との関係について、国において整理し、必要な制度的な手当を講じるべきである。

(3) 支援対象者の絞り込み

支援対象者の絞り込みに用いるデータとその手順は以下の通りとすることが考えられる。

- ① 40歳から74歳の受給者の健診データ又は医療機関において実施された検査のデータから、特定健診の階層化基準と同様の基準により、内臓脂肪症候群等の生活習慣病の該当者・予備群を抽出する。また、健診データや検査データと医療扶助レセプトを活用し、内臓脂肪症候群には該当しないが、糖尿病等の生活習慣病に罹患している者を抽出する。
- ② 生活保護受給者にあつては、生活習慣病に罹患している者の割合が高いこと

に鑑み、限られた資源を有効に活用し、効率的・効果的な支援を行うために、生活習慣病の該当者・予備群について、地域の社会資源や生活習慣や生活スキル等に関する情報と組み合わせて、優先的に具体的な支援を行う対象者を絞り込む。例えば、以下のような絞り込み方が想定される。

- ・ 支援の効果が期待しやすい者
例) 比較的若年の者、生活保護受給歴の短い者
生活スキルが確立している者等
- ・ 身体的に緊急性が高い者
例) 糖尿病の自己管理が不十分で救急受診などを繰り返す者
治療中断を繰り返す者等
- ・ 社会的な必要性が高い者
例) 子どもがいる者も含めて家族全体の生活習慣の改善が求められる者
孤立して支援者がいない者等
- ・ 精神疾患が生活習慣病に大きな影響を及ぼしていると思込まれる者
例) 飲酒行動に問題のある者
精神疾患に罹患しており精神科医療・福祉分野との連携が必要な者等

(4) 支援の内容・方法

支援対象者の絞り込みの過程で、生活習慣病等の治療が必要と思込まれるにもかかわらず、医療機関に受診していない者、又は治療を中断している者については、まず医療機関への受診を勧奨することが必要である。その際、本人への口頭での働きかけでは確実な受診につながらない可能性がある場合については、後述の健康管理に係わる支援の一環として、支援者が受診に付き添うことも考えられる。

生活保護受給者健康管理支援事業における個人への支援は、既存の社会資源を最大限活用し、不足する部分は福祉事務所が自ら支援を行うことで、総合的に受給者の健康を支援することが基本となる。医療保険では、特定保健指導が行われており、健診結果により、リスクが高い者を的確なタイミングで選定し、専門職が個別に介入することで、重症化に至る前に、本人が自ら健康状態を自覚し、生活習慣の改善の必要性を理解した上で実践につなげる支援が行われている⁵。生活保護受給者の中で、対象者自身が生活習慣を変化させることが出来ると思込まれる者については、特定保健指導の手法と機会を活用することが考えられる。一方で、生活保護受給者の中には、生活上の困難さを抱え、健康に無関心である者や生活スキルが確立していない者が少なからず存在すると見込

まれ、健康的な生活習慣に向けて自らの行動を変えることが難しいと想定される。また、生活習慣に課題のある受給者に対しては、既に様々な事業者等がサービス提供等を通して関わっていると考えられる。生活保護受給者健康管理支援事業における個人への具体的な支援は、関係者が協力して、本人の日常生活に密着した支援を行うことが適当である。

現時点で想定される支援の形としては、福祉事務所において、データに基づき、対象者が必要とする支援の全体像を描き、その全体像を反映させた個別の支援計画に沿って、医療・保健・福祉の様々なサービス提供者や地域の社会資源となる主体が、それぞれの役割を果たす中で、対象者の生活習慣に働きかけるというイメージになる。

生活習慣病により医療機関に受診中である場合には、かかりつけの医師の治療方針と齟齬を来さぬよう、福祉事務所による生活面の支援の内容についてかかりつけの医師と十分に調整する必要がある。一定期間支援を行った効果について、かかりつけの医師に情報提供することも必要である。また、受給者が調剤を受ける薬局との連携も必要である。

具体的な支援対象者の絞り込み方法や、支援方法のパターン化・層別化については、今後、国において実務担当者によって健康管理支援のためのマニュアル作成に取り組んでいくことが必要である。

3. 生活保護受給者健康管理支援事業の流れ

生活保護受給者健康管理支援事業については、以下のような流れで、医療扶助等レセプト・健診情報等のデータ分析に基づき、PDCA サイクルにより効果的・効率的に実施していくことが適当である。

(1) 実施方針の策定

まず、管内の生活保護受給者全体の集団としての戦略を立て、地域の資源や関係機関との連携体制の構築を行う。具体的には、健診・検査データや医療扶助レセプトを用いて、福祉事務所において、受給者の集団としての健康状態、疾病の特徴等について分析し、どのような対策に重点を置き、又は優先して取り組むか明確化する。さらに、地方自治体の保健部局や国民健康保険の担当部局等と情報共有することにより、地域全体の特性や、地域で利用・協働可能な

資源を把握した上で、生活保護受給者健康管理支援事業の実施方針を立てる。

（２）支援対象者の絞り込みと援助計画への明記

次に、前述の方法〈2.（３）①、②〉により支援対象者を絞り込み、何らかの支援を行う必要のある者については、その者の状況と個別の支援計画を定める対象者である旨を保護の実施に当たって作成する援助計画に明記する。

（３）個別の支援計画の策定と支援の実施

絞り込まれた対象者について、各人の健診等のデータ、疾病等の治療状況、生活習慣・生活スキル等の情報に基づき、複数年を単位とする個別の支援計画を作成する。個別の支援計画の作成は、福祉事務所内に配属されている専門職が行う場合や、ケースワーカーと地方自治体の保健部局が協働して行う場合、外部の事業者へ委託する場合が想定される。事業委託する場合においても、福祉事務所が主体となって委託事業の進捗や質の管理、事業の評価を行うことが必要であり、福祉事務所における委託事業の管理体制の確保が求められる。事業委託を行う場合における支援の質の確保をするための留意点については、今後検討を深め、マニュアル等において明らかにしていくことが必要である。

支援の実施は、対象者に関わる様々な機関や主体に協力を求めることにより行うことが想定される。このため、福祉事務所においては、関係機関等との間で、支援の開始に当たり、個別の支援計画の内容について共有するとともに、支援の実施状況や効果等について、定期的に情報を提供しながら、支援の継続やその内容の改善等について協力を求めていくことが必要である。

（４）効果の評価と見直し

効果の評価の方法としては、個人、集団、事業単位でストラクチャー評価・プロセス評価・アウトカム評価を行う。

個人に着目した評価は、検査結果や症状の改善・進行防止だけでなく、生活保護受給者独自の指標として、生活習慣の改善や自立の程度等の社会的な指標も測定することが適当である。また、支援開始前に定めた指標について、概ね1年に1回程度を目安として効果の中間評価を行い、その都度支援計画を見直すPDCAサイクルを実施することが適当である。最終評価時には、振り返りを行

い、十分な効果が得られなかったと判断される場合には、必要な見直しを検討することが必要である。

集団及び事業に着目した評価については、生活習慣病の該当者・予備群の減少や、それに付随した自立の促進や医療扶助費等の適正化に関する成果が、データとして現れるには一定の年数が必要であることから、これらの項目を効果の指標にするだけではなく、短期間で評価できる事項や、最終目標に至るまでのプロセスとしての事業の実施状況等を評価することが必要である。これらの指標を評価し、事業の実施方針等について必要な見直しを行うことにより、PDCA サイクルを回していくことが重要である。

(参考) ストラクチャー評価とは、事業を実施するための仕組みや体制を評価するもので、職員体制や他機関との連携体制、社会資源の活用状況などがある。プロセス評価とは、事業の目的や目標の達成に向けた過程や活動状況を評価するもので、健康管理支援を実施する上で必要な、情報収集、アセスメントの実施の有無や、支援実施率、継続率などがある。アウトカム評価は、事業の目標の達成度、成果の数値目標を評価するもので、生活習慣の改善や肥満度、検査値の結果の変化、透析導入率の変化、適切な生活習慣による就労自立などがある。

IV 生活保護受給世帯の子どもへの健康・生活支援について

1. 基本的な考え方

子どもの頃に身についた生活習慣や食習慣は成人期まで影響を受けやすく、子ども時代に適切な生活習慣・食習慣を確立することが、将来の健康や生活習慣病の予防につながると考えられる。厚生労働省の調査において、経済的な暮らし向きにゆとりがない家庭の子どもは、魚、大豆・大豆製品、野菜、果物の摂取頻度が低い傾向がみられ⁶、いくつかの地方自治体において実施された子どもの健康・生活実態に関する調査などにおいて、経済的な暮らし向きにゆとりがない家庭の子どもは、適切な食習慣や運動習慣、生活習慣が確立されておらず、虫歯や肥満など健康への影響が出ていることが明らかになってきた⁷。生活保護受給世帯の子どもも同様である可能性が高く、不健康な生活習慣の積み重ねが成人後の生活習慣病の発症リスクを高める可能性がある。生活保護受給世帯の子どもの自立を助長し、不健康な生活習慣・食習慣の連鎖を断ち切るためには、受給者世帯の子どもに対し、子どもの頃からの健全な生活習慣の確立や健康の増進に対する支援を行うことが重要である。

2. 子どもへの健康支援の考え方と整理事項について

(1) 着眼点

生活保護受給世帯の子どもたちの中で、不健康な生活習慣・食習慣を送っている者を発見するための手段としては、母子保健法に基づいて実施される乳幼児健診や、学校保健安全法に基づいて実施される学校における児童生徒等の健康診断の結果を生活保護業務から得られる情報に組み合わせて活用することが考えられる。福祉事務所において、これらのデータを活用することで、重点的に支援すべき世帯を把握できるほか、関係者間での情報共有を通じた連携体制構築により、子どもを取り巻く環境全体へのアプローチが可能となり、子どもの望ましい生活習慣・食習慣確立に繋がることが期待される。子どもの健康、成長状態の確認により、ネグレクト等の虐待の早期発見にもつながる。

(2) データの取得

児童生徒等の健康診断においては、虫歯や肥満など、子どもの生活習慣に関するデータが把握されている。受給世帯の子どもについて、福祉事務所から学校に照会し、保護者の同意を得て、児童生徒等の健康診断の関連するデータを福祉事務所において入手することが考えられる。

このほか、地方自治体の母子保健部局や学校・児童相談所など関係機関から子どもの生活や健康についての情報提供を受け、日常のケースワークの中で養育者の生活状況や生活スキル、育児面の課題などを把握し、これらを総合的に勘案することにより、支援が必要な子どもを特定する。なお、健診データ等に基づく関わりが円滑に進むよう、ケースワーカーからも乳幼児健診の受診を促したり、地区担当の保健師を紹介したりするなど、ケースワーカーと母子保健部局の保健師との協働が重要である。

(3) 支援の考え方

生活保護受給世帯については、福祉事務所がその生活の状況を把握し、必要な助言等を行う仕組みとなっている。これを生かし、福祉事務所において、子どもと子どもに一番近い社会環境である養育者や家庭全体に対して、子どもへの適切な生活習慣形成に関わる環境整備を目指して支援を行う。現状では、まだ取組の実践例に乏しいことから、具体的な支援の手法が確立されていないが、

例えば、子どもの生活の援助を行う様々な場の提供者と連携することや、調理など生活スキルを高める機会を福祉事務所自らが提供することが想定される。

まずは、試行的な取組により、子どもの生活を支援する方法等に関する知見を蓄積することが必要である。地域の様々な関係者と協働することを基本として、地方自治体におけるモデル的な取組を促進するとともに、具体的な事例、知見を重ねる中で支援のあり方を検討し、さらに国において、どのような支援が効果的か検証し、好事例を基に支援方法等の標準化を行った上で、将来的には、効果的な取組の全国展開を目指すべきである。

V 生活保護受給者の健康増進に関するデータインフラの整備

1. 基本的な考え方

医療保険者においては、「データヘルス計画」として、電子化された医療のレセプトデータや特定健診・保健指導のデータなどを分析し、保健事業を実施することにより、加入者の健康増進と医療費の適正化を目指した取組が進められている⁸。生活保護制度においても、保険者と同様に、福祉事務所がデータに基づいた健康管理支援を行うためのデータインフラを整備することが必要である。

また、医療保険制度では、医療のレセプトと特定健診・保健指導の結果の全国のデータを匿名化して収載するデータベースが存在し、医療費適正化計画の作成、実施及び評価に資する調査及び分析のために利活用されている⁹。生活保護受給者については、現状では、医療扶助レセプト、受給者の自立支援医療レセプト、健康増進法に基づく健診データ等が分散している。今後、これらの全国データを合わせて収載するデータベースを構築し、生活保護受給者の健康状態や、生活保護受給者に係る医療費の調査・分析を進めることが適当である。

2. 福祉事務所が活用するためのデータインフラの整備

(1) データ分析システムに求められる機能

生活保護受給者に対する健康管理支援を行うに当たっては、医療扶助等レセプトや健診・検査データなどから、地域課題の分析や生活習慣病の該当者・予備群を抽出する機能と、更に受給者の生活面のデータを組み合わせて、優先的に具体的な支援の対象者を絞り込んだ上で、その者についての個別の支援計画の

策定を補助する機能が求められる。

このうち、地域課題の分析や生活習慣病の該当者等を抽出する機能については、医療保険分野における蓄積があり、これを参考にしたデータ分析のシステムを整備することが考えられる。

また、生活面のデータを組み合わせて対象者を絞り込む機能や、個別の支援計画の策定を補助する機能については、データの内容や絞り込みの方法・手順の整理、個別の支援計画の標準化を進めた上で、新たに開発する必要があると見込まれる。このため、当面は内容面の標準化を優先して進めることが適当であり、電子システムの整備については、健康管理支援の実践を行いながら、知見を蓄積し、将来的なシステム導入を目指すことが適当である。

(2) データの標準化とデータの流れ

入手する健診・検査データについては、データ処理の効率性をあげ、医療保険と同様の分析を実施可能とするために、特定健診と同じフォーマットに変換し、利活用しやすい形にする必要がある¹⁰。健診・検査データの電子化・標準化の主体や手順等については、今後、関係者と調整しながら実務的な検討を行っていく必要がある。

受給者の生活背景や生活面のスキル等に関する情報については、ケースワークを通じて把握し、ケース記録に標準化して記載すべき項目をマニュアル作成の検討過程の中で整理していく必要がある。

生活保護受給者の自立支援医療レセプト情報について、電子媒体で入手可能になるよう関係機関との調整を行うことが必要である。

標準化した健診・検査データについて、福祉事務所が入手する方法や具体的なデータの流れについては、実務者で検討を行っていく。

3. 国において生活保護受給者の健康・医療について分析するためのデータインフラの整備

(1) データベースの目的

生活保護受給者の健康・医療に関する政策の検討・立案に当たっては、現状の科学的な分析が不可欠である。このため、全国の受給者に係る生活保護の医療扶助のレセプト、健診・検査データ、受給者の自立支援医療レセプトについて、匿名化処理を行った上で、国が保有するデータベースに収載し、受給者の健康状態や医療の利用状況の全体像を把握し、分析することが求められる。

(2) データの流れ

医療扶助のレセプトと生活保護受給者の自立支援医療レセプトについては、社会保険診療報酬支払基金においてその審査を行っており、また医療保険制度においては、レセプトデータや特定健診・保健指導の結果のデータが同基金を通じて国のデータベースに集められていることから、これを参考として情報の流れを整理することが考えられる。

(3) データベースの運用

生活保護受給者に関する全国データベースの運用は、医療保険制度加入者との比較や異動など我が国全体の健康・医療政策の中における受給者の状況を把握する観点や、効率的な運用とする観点から、医療保険制度のデータベース（ナショナルデータベース）の仕組みを参考として運用することが適当である。また、データの学術研究等への二次活用についても、医療保険制度と同様に運用することが適当である。

VI おわりに

本報告は、生活保護受給者の健康管理支援に関して、その骨格となる考え方を整理した。この取組が制度化され、全国に展開されるためには、実務として円滑にデータが収集・分析され、現場において一定程度以上標準化された内容の支援が行われることが極めて重要である。このため、今後、実務の有識者・関係者の知見を結集して、生活保護受給者の健康管理支援を行うためのマニュアル作成と、健診・検査データを福祉事務所において入手する様式等の標準化やデータを利活用するためのインフラ整備の検討を進めていくことを求めたい。また、健康管理支援にかかわる人材の確保、養成についても検討が必要である。

〈参考資料〉

1. 平成 22 年度 家庭の生活実態及び生活意識に関する調査
2. 平成 22 年度 国民生活基礎調査
3. 平成 26 年度 地域保健・健康増進事業報告
4. 平成 25 年度 特定健康診査・特定保健指導の実施状況
5. 標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】（平成 25 年 4 月厚生労働省 健康局）
6. 平成 27 年度 乳幼児栄養調査
7. 平成 27 年度 厚生労働科学研究費 小中学生の食行動の社会格差是正に向けた政策提案型研究
8. 厚生労働省ホームページ 医療保険者によるデータヘルスについて
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/iryoku_hoken/hokenjigyou/index.html (2017.3.14 accessed)
9. 厚生労働省ホームページ レセプト情報等の提供に関する有識者会議
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-hoken.html?tid=129210>
(2017.3.14 accessed)
10. 関係団体による先行的な取組として以下のものがある
日本医学健康管理評価協議会推奨・日本医師会総合政策研究機構「健診標準フォーマット」<https://www.kenshin-hyojun.jp/>
(2017.3.27 accessed)