

令和4年7月22日

第7回 医療扶助に関する検討会

参考資料2

医療扶助に関する検討会 参考人報告資料

被保護者健康管理支援事業におけるデータ活用について

京都大学

京都大学大学院医学研究科社会疫学分野

主任教授

近藤 尚己

KYOTO UNIVERSITY



これまでのかわり 現場データを活用したエビデンスに基づく政策作りに向けて

福祉関連

- 生活保護受給者の健康管理支援等に関する検討会（H28-29）参考人報告
- 厚労省「被保護者健康管理支援事業の手引き」作成検討会メンバー
- 関連する社会福祉推進事業等への参画（同行受診の効果についてのエビデンスレビュー・頻回受診の要因分析・生活困窮世帯の子ども支援法についての文献調査等）
- R3年度「医療扶助の更なるガバナンス強化のため、保健医療施策全般との連携に関する調査研究」検討委員会（みずほ総研）座長
- ケースワーカー向けの健康管理支援ツール開発（文部科研・RISTEX）

地域包括ケア関連

- 日本老年学的評価研究コアメンバー
- 基礎自治体・都道府県の活動ガイド作成・効果実証（AMED・厚労科研）
- 都道府県による市町村支援研修会講師（国立保健医療科学院）

政策全般・社会保障

- R3年度 内閣官房「孤独孤立に関する重点計画」検討委員会構成員
- 国会議員有志「明るい社会保障改革推進議員連盟」学術アドバイザー



内容

1. **被保護者健康管理支援事業の必要性**
2. **データ活用：優先すべき支援対象の決定のために**
 - 「個別支援」の対象者はだれか
 - 「環境づくり」の対象地域はどこか
3. **データ活用：活動の効果・効率・公正性を上げるために**
 - 地域の環境づくりを例に
4. **データ活用：効果的な施策に関するエビデンスづくりのために**
 - 個別支援：頻回受診・同行支援を例に
 - 環境づくり：子どもへの支援を例に

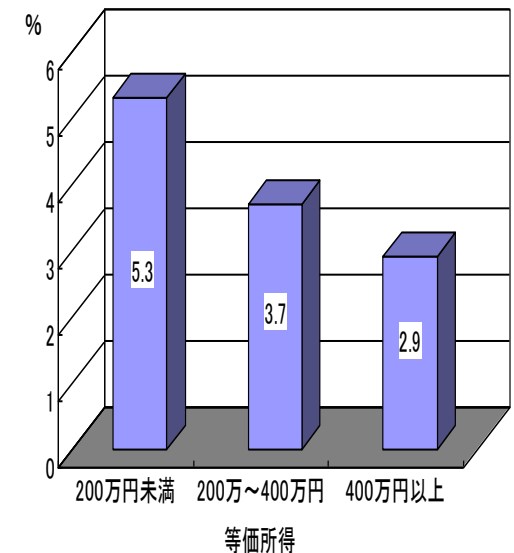
健康は個人の生活に加えて、周囲の環境も影響



「健康の社会的決定要因」

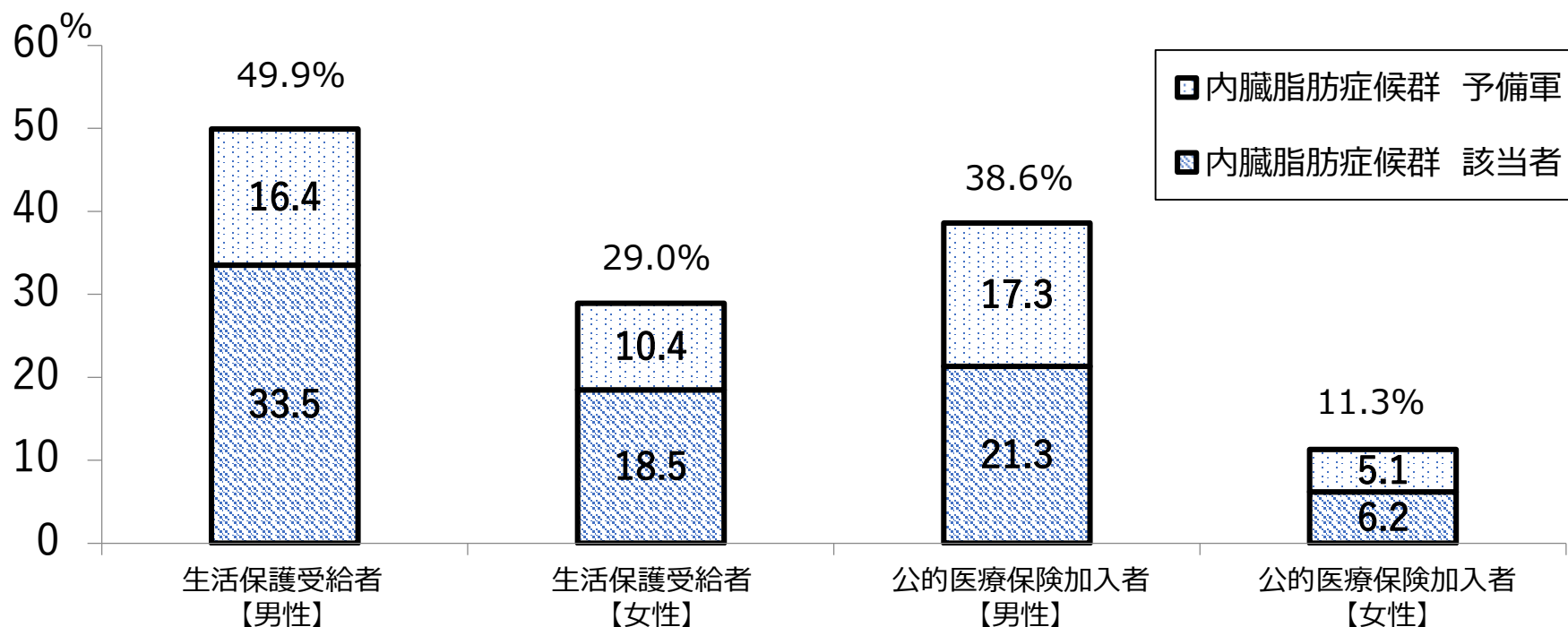
Social Determinants of Health

多重レベルの社会的要因が健康に影響する



閉じこもり（「外出が週1回未満」）の高齢者の割合（所得別）65歳以上の高齢者
n=32,891（平井・近藤克則，2005）

生活保護受給者の生活習慣病の罹患状況

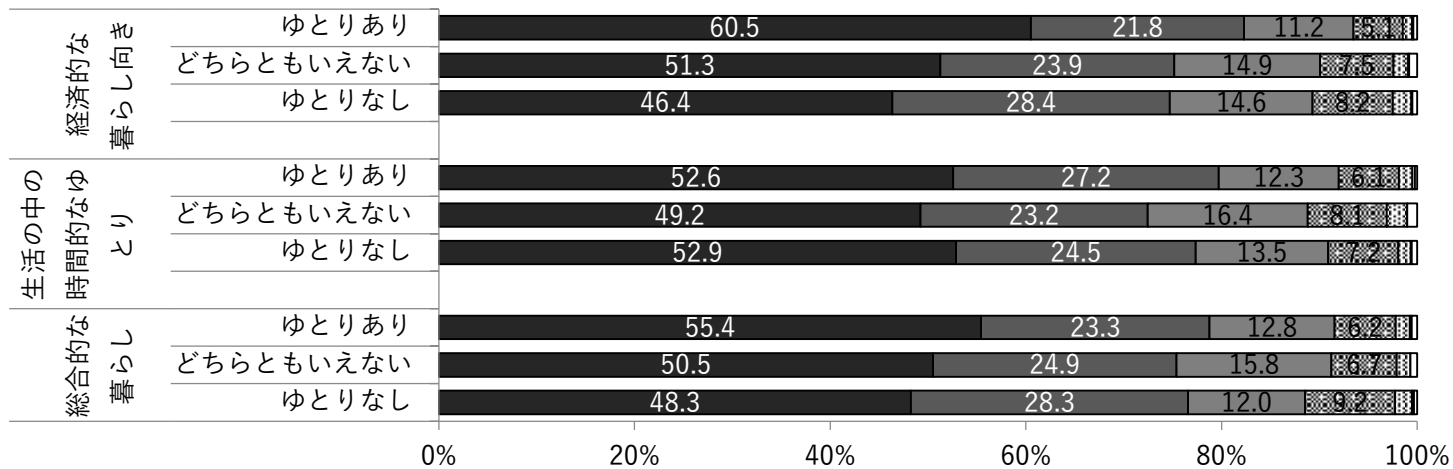


出典：平成27年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ及び平成27年度地域保健・健康増進事業報告

子どもの食生活：生活の「ゆとり」が関連

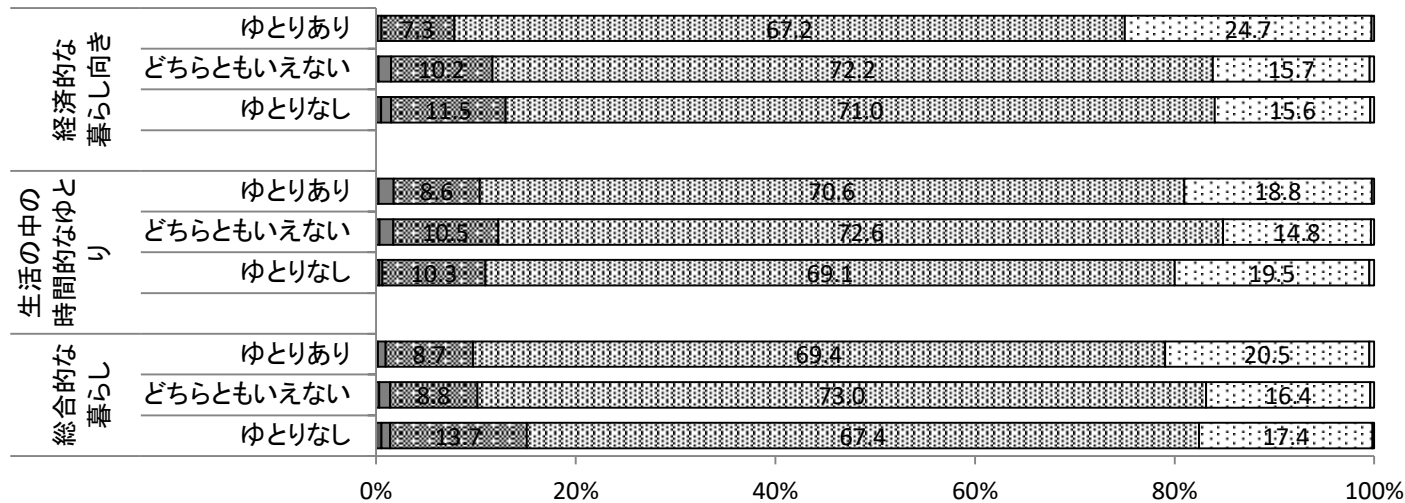
■毎日2回以上 ■毎日1回 ■週に4～6日 ■週に1～3日 ■週に1回未満 □まだ食べていない(飲んでいない) □不詳

野菜



■毎日2回以上 ■毎日1回 ■週に4～6日 ■週に1～3日 ■週に1回未満 □まだ食べていない(飲んでいない) □不詳

インスタントラーメンやカップ麺



人とのつながり（ソーシャルキャピタル）の欠乏： コロナ禍で顕在化 タバコに匹敵する健康への悪影響

148研究・31万人のデータ解析

→「孤立」はたばこ1日15本に匹敵する影響

OPEN ACCESS Freely available online PLOS MEDICINE

Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review

Julianne Holt-Lunstad¹*, Timothy B. Smith², J. Bradley Layton³

1 Department of Psychology, Brigham Young University, Provo, Utah, United States of America, 2 Department of Counseling Psychology, Brigham Young University, Provo, Utah, United States of America, 3 Department of Epidemiology, University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, North Carolina, United States of America

Abstract

Background: The quality and quantity of individuals' social relationships has been linked not only to mental health but also to both morbidity and mortality.

Objectives: This meta-analytic review was conducted to determine the extent to which social relationships influence risk for

お金や時間の欠乏が認知的能力発揮を妨げる

- インド農村と米国での行動経済学の研究
- 欠乏状態では認知力が低下
 - 欠乏状態：穀物収穫前（インド）・車の修理費が高くつくシナリオ（米国）

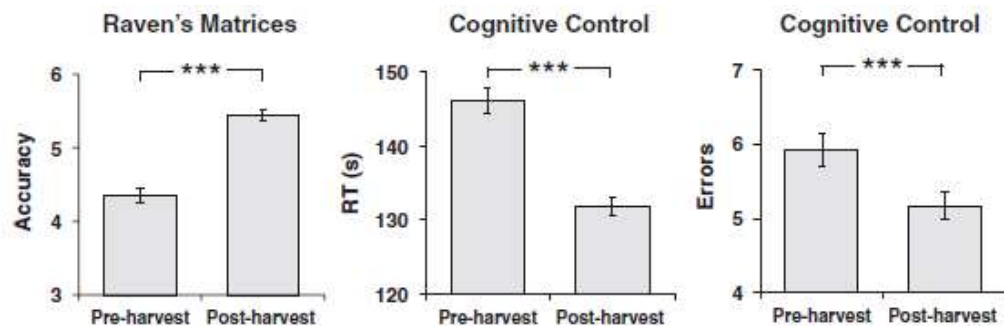


Fig. 4. Accuracy on the Raven's matrices and the cognitive control tasks for pre-harvest and post-harvest farmers in the field study. (Left) Performance on Raven's matrices task. (Middle and Right) Stroop task (measuring cognitive control) response times (RT) and error rates, respectively; error bars reflect ± 1 SEM. Top horizontal bars show test for main effect of pre- versus post-harvest ($***P < 0.001$).

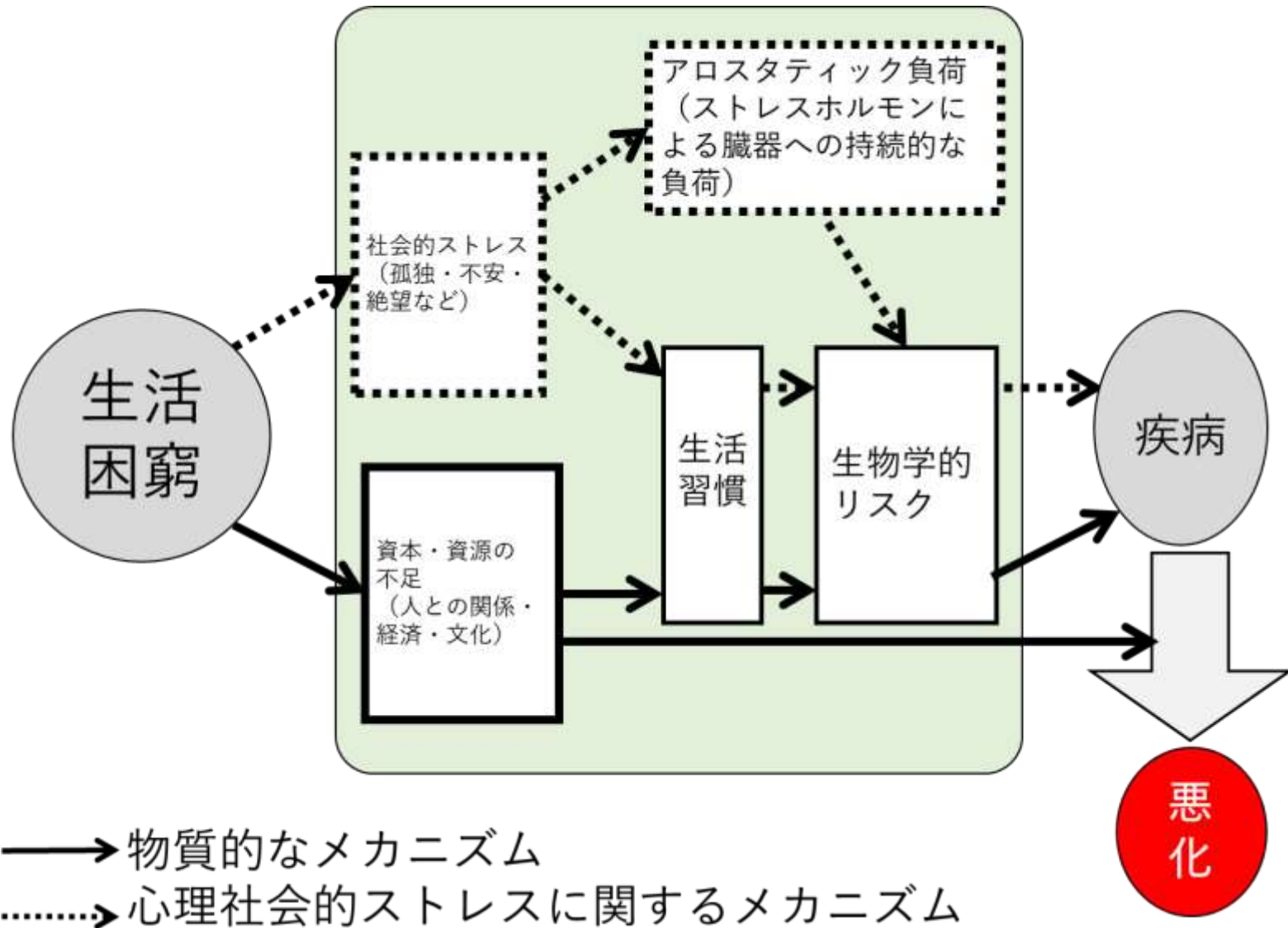
縦軸：認知力テストの結果

横軸：左が収穫前・右が収穫後

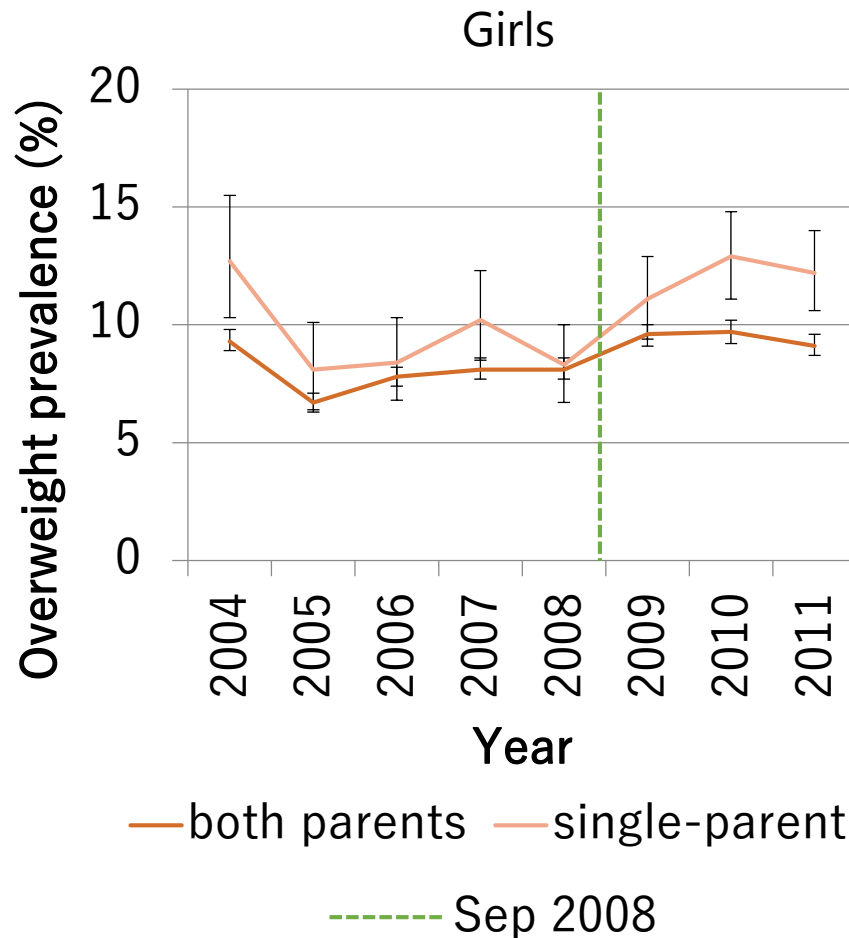
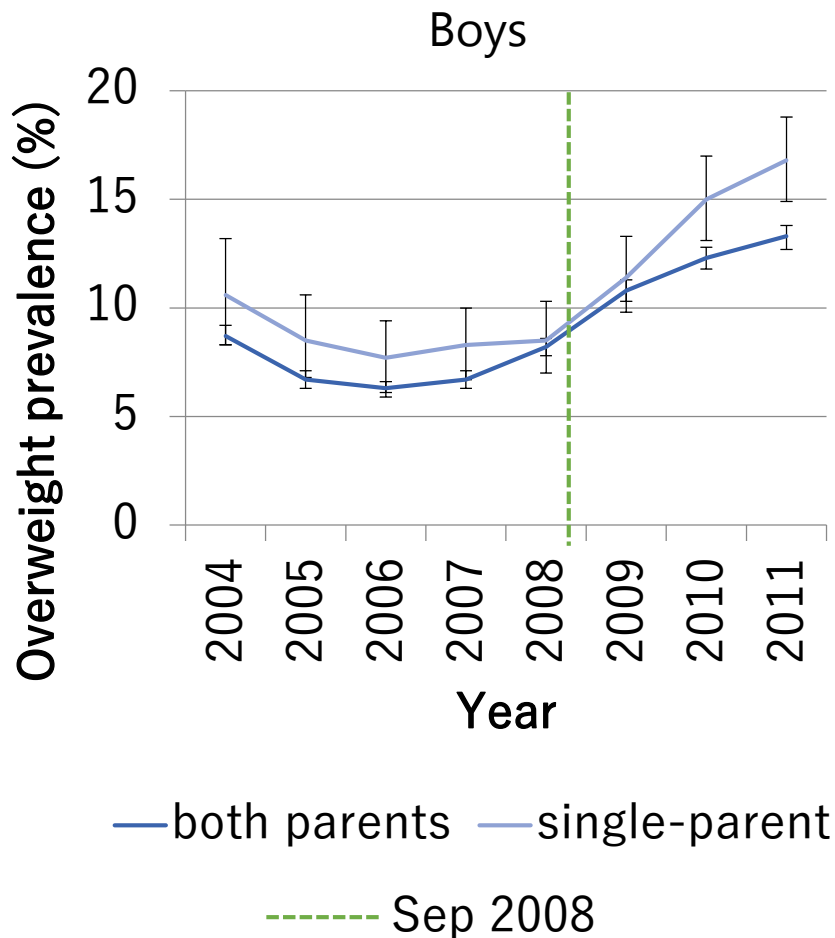
出展：Mani et al, Poverty Impedes Cognitive Function. Science. 2013



支援は物質面と心理社会面の両方で



BMI>25相当の過体重の推移 21世紀新生児縦断調査 所得・居住地・親の他の要因等調整済み



個別支援と環境づくり支援の特徴

支援法	考え方	内容	利点	注意点
個別支援： ハイリスクアップ ローチ	選別主義 (selectivism)	支援ニーズの 高い人を見つ け、その人の 生活に伴走す る	対象者のニー ズにそうきめ 細かい支援が 可能	対象者へのス ティグマを生ま ないように配慮 する
環境づくり支援： ポピュレーション アプローチ	包括主義 (universalism)	自然と健康に なれる環境を つくる	すべての人が 利益を享受で きる	人により効果が 異なるため、格 差を縮小させる 方向にデザイン することが大切

公正な健康づくりの考え方

世界保健機関：健康の社会的決定要因への対応のための3つの推奨事項

(WHO Commission on Social Determinants of Health最終報告書, 2008)

1. 生活環境の改善

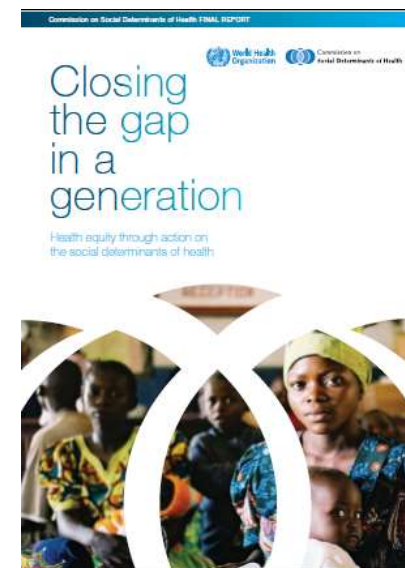
- 「生活環境づくり」を優先すべき
- 職場・学校・地域・交通・健康に生活しやすい地域づくり・・・

2. 連携

- 必要な資源を必要な人に真っ先に届けるために
- 部門連携で効果的なケアの創成と提供

3. 見える化

- 格差の視覚化と活動のアセスメント
- 対策の効果を評価してカイゼン



内容

1. **被保護者健康管理支援事業の必要性**
2. **データ活用：優先すべき支援対象の決定のために**
 - 「個別支援」の対象者はだれか
 - 「環境づくり」の対象地域はどこか
3. **データ活用：活動の効果・効率・公正性を上げるために**
 - 地域の環境づくりを例に
4. **データ活用：効果的な施策に関するエビデンスづくりのために**
 - 個別支援：頻回受診・同行支援を例に
 - 環境づくり：子どもへの支援を例に

既存のデータに社会生活情報を追加

• 個別支援の優先対象者の選定

• 収集すべき情報：

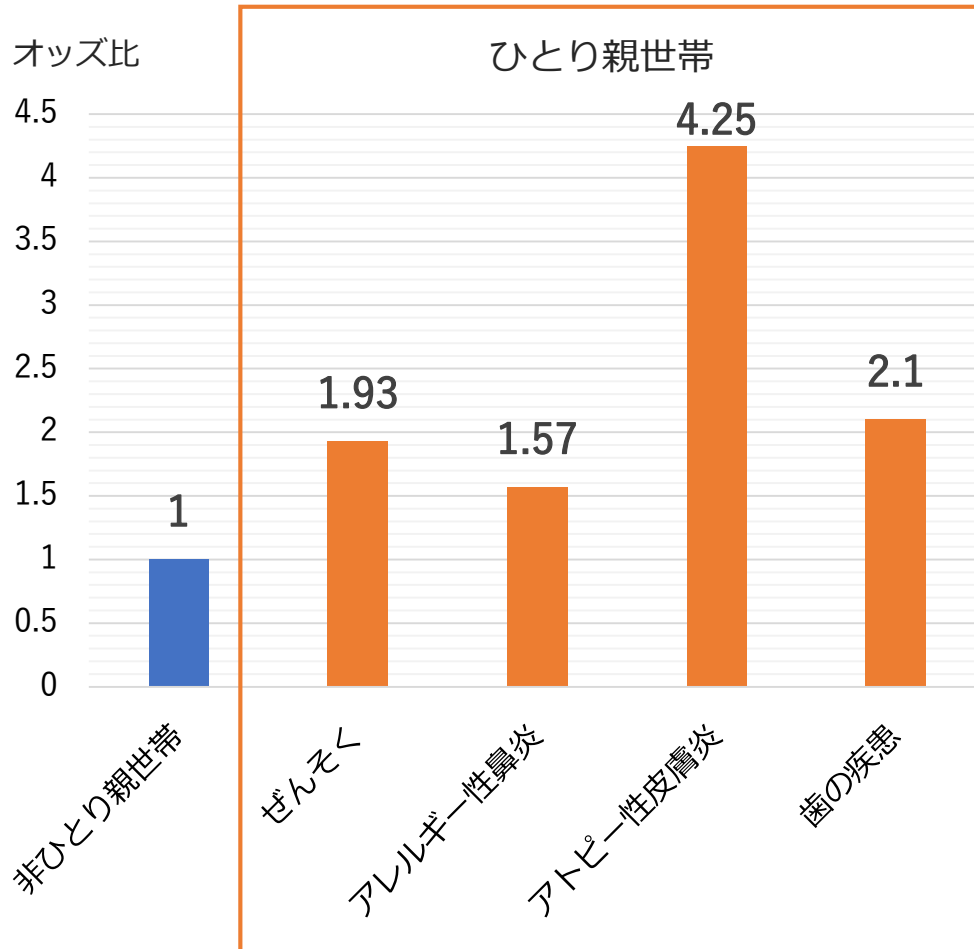
- 健康状態：慢性疾患・精神疾患・健診／検診受診・健康行動
- 欠乏状態
 - 経済状況・社会関係（人とのつながり・支援の授受の量）
- 想定する支援法に関連する項目：
 - （例）同行受診→受診行動の課題（受診への不安・頻回受診の有無など）
 - （例）健診受診勧奨→健診未受診状況の把握

• 優先地区の選定

- 支援ニーズ：被保護者が多い地区・健康課題が大きい
- 支援活動や支援リソースが少ない地区：健康管理支援の実施率が低い・支援活用できる地域資源が少ない
- 介入により改善が見込める地区：有望な連携先組織があるなど

データ連結でわかること①：優先対象者の把握

生活保護受給世帯の子ども健康



生活保護受給世帯の子ども
の中でも「ひとり親世帯」
の子どもは慢性疾患が有意
に多い



医療機関や地域での重層的
な対応が必要

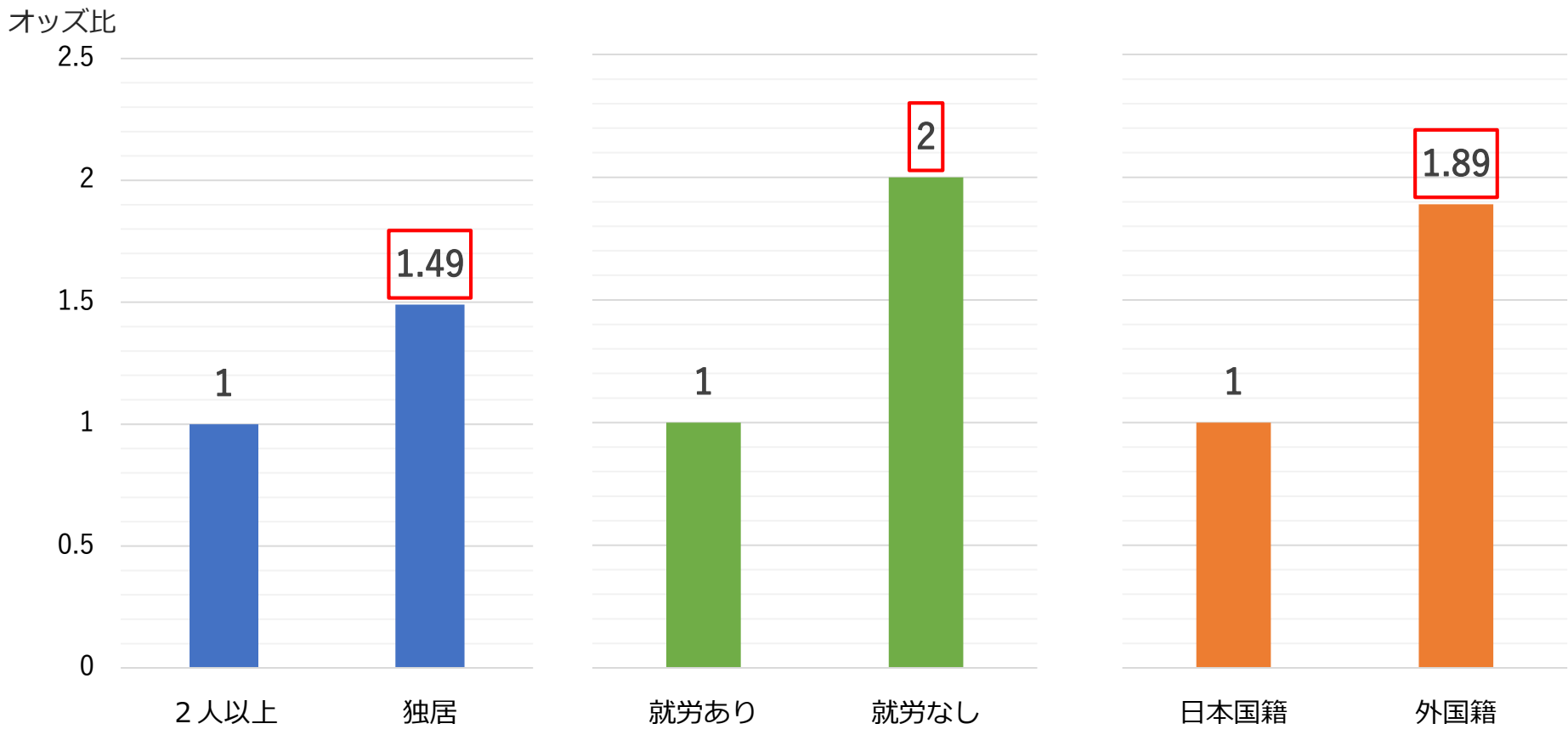
Nishioka, Kondo 2021

都市近郊の2自治体の生活保護管理データと医療扶助レセプトデータを2016年1月から1年間追跡して分析。
対象者は0-15歳の生活保護世帯の子ども(n=573)。各疾病の有無をアウトカムとする多変量ロジスティック回帰分析の結果。
年齢・性別・居住地・世帯の他の要因等調整済。

データ連結でわかること②：効果的な支援のヒント

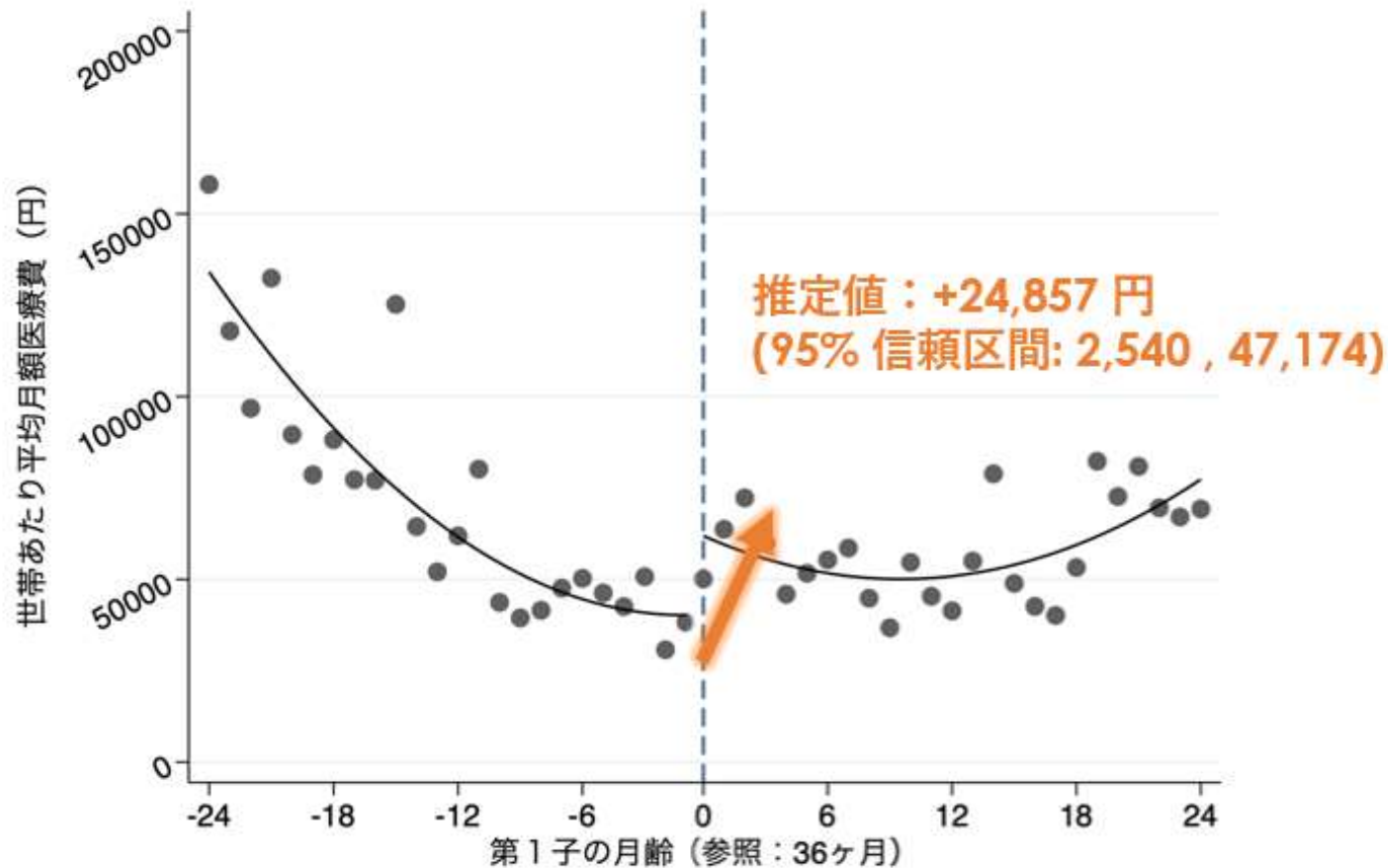
生活保護受給者の頻回受診

独居・不就労・外国人の受給者は頻回受診が多い傾向
背景には受給者の孤立などがあるかもしれない



都市近郊の2自治体の生活保護管理データと医療扶助・介護扶助レセプトデータを2016年1月から1年間追跡して分析。
対象者は20歳以上の生活保護受給者(n=6016, うち頻回受診者は139人)。
頻回受診の有無をアウトカムとするマルチレベル多変量ロジスティック回帰分析の結果。
年齢・性別・居住地・登録された健康状態等・個人と世帯の他の要因調整済。

データ連結でわかること③支援の効果



2016年4月から2018年9月に国内5自治体で第1子を養育している生活保護世帯（総世帯数：476、延べ観察世帯数：4,893）を追跡。生活扶助費が月額5,000円減少する前後で平均世帯医療費は月額24,857円上昇した。

優先地区の選定：「ヒートマップ」の活用（介護予防を例に） 個人への質問紙への回答&行政データを地区ごとに集計し、項目ごとに塗分ける

神戸市版「介護予防事業対象地区選定シート」 version 2.1 → 実際に4地区選定。毎年4地区ずつ横展開。

要介護リスク（社会参加・うつ・地域の経済状況など）

地域資源スコア（人口当たりサロン数、福祉センター数など）

自由設定項目

介入ニーズをスコア化

圏域別・自治体別に評価

◆介護予防事業実施対象地区選定シート（神戸市版ver.2.1）◆

No.	自治体	行政区	センター数	項目ごとのスコア										合計スコア（合計スコアを各行政区内で比較）				合計スコア（合計スコアを全市域で比較）						
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			
1				2	2	2	2	0	2	3	4	1	3	4	1	1	10.1	11.1	14.0	13.0	13.1	11.3	14.0	13.5
2				3	3	2	3	3	3	3	2	4	3	3	3	4	13.7	13.7	14.0	13.0	13.7	15.3	14.0	13.0
3				2	2	4	2	1	1	2	3	3	4	4	2	2	14.6	12.6	13.8	13.0	14.6	12.6	13.8	13.8
4				3	1	3	1	2	2	2	3	1	2	1	4	2	13.9	14.9	9.7	13.9	13.9	14.9	9.7	13.9
5				1	1	2	3	2	2	2	3	2	2	3	2	2	11.4	11.4	11.8	12.9	11.4	11.4	11.6	12.8
6				3	1	4	4	1	3	4	4	4	3	4	3	2	16.2	14.2	18.3	18.5	16.2	14.2	18.3	18.5
7				1	2	3	3	3	3	4	1	1	2	1	1	1	11.1	9.9	14.2	11.7	11.1	9.9	14.2	11.7
8				3	2	1	1	1	4	1	3	2	3	2	3	1	16.1	16.1	14.2	11.6	16.1	16.1	14.2	11.6
9				1	2	1	3	2	1	4	3	1	1	1	1	1	15.9	9.9	17.9	13.3	15.9	9.9	17.9	13.3
10				3	3	1	4	3	2	2	1	3	2	3	1	1	12.7	12.7	13.0	14.4	12.7	12.7	13.0	14.4
11				4	3	1	1	1	1	2	4	1	3	1	1	1	12.1	12.1	13.0	14.1	12.1	12.1	13.0	14.1
12				3	3	1	3	3	3	2	4	2	4	2	3	1	14.3	12.3	16.4	13.8	14.3	12.3	16.4	13.8
13				2	3	1	1	1	3	4	1	1	2	1	2	1	11.4	13.4	12.8	15.5	11.4	13.4	12.8	15.5
14				3	1	3	1	1	3	2	3	2	2	4	1	2	11.4	13.4	13.6	14.7	11.4	13.4	11.6	14.7
15				3	4	3	2	1	4	4	1	4	3	3	4	1	13.6	15.6	13.5	17.1	13.6	15.6	13.5	17.1
16				4	4	4	1	3	2	1	2	4	3	4	1	1	13.9	15.9	13.4	17.1	13.9	15.9	13.4	17.1
17				3	3	1	1	1	3	1	2	4	2	1	1	1	12.4	12.4	12.8	16.7	12.4	12.4	12.8	16.7
18				3	3	1	2	3	3	4	3	4	3	4	1	1	14.6	16.6	13.3	16.9	14.6	16.6	13.3	16.9
19				4	3	2	2	1	1	2	4	1	3	1	1	1	15.9	13.9	14.9	14.4	15.9	13.9	14.9	14.4
20				4	3	1	3	3	4	3	3	3	3	4	3	1	15.4	15.4	13.3	17.6	15.4	15.4	13.3	17.6
21				3	1	1	4	1	1	3	3	3	4	3	2	1	13.1	12.9	15.3	18.3	13.1	12.9	15.3	18.3
22				3	3	2	4	1	4	3	4	4	3	4	1	1	16.2	12.2	17.5	14.4	16.2	12.2	17.5	14.4
23				1	4	1	2	4	3	1	5	1	2	3	4	3	15.4	17.4	14.3	18.7	15.4	17.4	14.3	18.7
24				4	4	4	2	3	3	3	1	2	3	3	4	3	14.6	16.6	14.3	18.0	14.6	16.6	14.3	18.0
25				4	4	4	4	4	4	1	1	1	1	1	1	1	16.6	16.6	14.4	17.0	16.6	16.6	14.4	17.0

経年変化のヒートマップも有効：改善・悪化の地域別の傾向が一目瞭然

地域診断書（2019年度・小地域・コア）

変化0.5以上、あるいは-0.5以下を色付け

No	指標名	小地域名 改善状況									
1	コア: 幸福感がある者の割合	-2.3	3.0	3.9	1.9	0.7	5.1	-4.5	5.6	-3.4	-18.7
2	コア: 要支援・要介護リスク得点の平均点	14.9	16.8	13.9	8.2	16.8	22.1	20.1	27.5	19.3	20.5
3	コア: フレイルあり割合	5.0	4.9	1.9	1.5	1.5	6.1	5.5	-3.5	9.6	-3.1
4	コア: 運動機能低下者割合	3.1	3.3	1.7	0.9	3.4	3.3	8.0	0.8	5.3	-0.7
5	コア: 1年間の転倒あり割合	5.9	5.6	1.5	2.8	8.0	4.2	-4.1	1.4	6.0	-12.2
6	コア: 認知症リスク者割合	1.9	2.0	1.2	-0.3	1.4	5.4	4.2	3.8	5.8	-5.1
7	コア: 物忘れが多い者の割合	-0.2	1.1	3.9	-1.5	-0.1	4.3	7.9	-4.4	9.9	-10.6
8	コア: 口腔機能低下者割合	-0.2	1.9	-0.9	3.4	4.3	-0.2	3.4	-2.6	1.2	-5.7
9	コア: 残歯数19本以下の者の割合	1.4	6.9	0.6	3.6	4.6	5.0	5.1	-2.2	-9.5	-0.3
10	コア: うつ割合（GDS5点以上）	3.7	4.0	2.7	-0.4	-2.7	1.6	6.5	-2.5	-5.0	-8.9
11	コア: 閉じこもり者割合	0.2	1.5	1.5	1.3	2.8	-3.0	1.3	4.0	2.6	10.8
12	コア: スポーツの会参加者割合	2.0	-3.8	-3.4	-0.8	-2.0	2.6	-9.0	-0.8	3.9	0.0
13	コア: 趣味の会参加者割合	-4.3	-5.2	-1.8	-6.6	-10.1	-6.4	-7.6	-3.8	16.1	-14.6
14	コア: ボランティア参加者割合	-1.4	-1.0	0.5	-1.2	0.0	-0.8	-12.0	-0.7	12.3	1.1
15	コア: 学習・教養サークル参加者割合	0.6	-1.8	2.0	-1.3	-3.4	0.5	-4.9	1.8	7.4	-4.6
16	コア: 特技や経験を他者に伝える活動参加者割合	-2.2	-0.1	-0.6	-3.1	0.6	-0.6	0.2	-3.4	16.7	-2.2
17	コア: 友人知人と会う頻度が高い者の割合	0.7	0.5	-5.2	-5.3	-5.7	-4.1	-1.3	-0.4	-9.1	-1.8
18	コア: 交流する友人がいる者の割合	1.0	0.2	0.9	-2.1	-8.2	-7.1	4.3	-2.8	10.2	-8.6
19	コア: 情緒的（心配事や愚痴）サポート受領者割	0.0	2.9	-1.6	-1.2	0.8	-1.4	-0.4	-1.4	2.2	-3.6
20	コア: 情緒的（心配事や愚痴）サポート提供者割	1.3	4.0	-1.7	0.2	-0.7	0.0	-1.0	-2.8	5.2	-4.8
21	コア: 手段的（看病や世話）サポート受領者割合	-0.4	2.1	-1.2	1.2	-0.8	0.7	-2.2	-1.6	-2.2	-1.9
22	コア: 手段的（看病や世話）サポート提供者割合	-6.4	-3.9	-6.8	-6.4	2.9	4.9	-7.2	-6.7	-7.5	-10.9
23	コア: ソーシャル・キャピタル得点（社会参加）	-0.3	-3.7	2.1	-5.6	-10.3	-2.6	-13.4	-0.2	30.1	-6.7
24	コア: ソーシャル・キャピタル得点（連帯感）	-8.1	2.8	-15.9	-9.1	-6.6	9.7	-3.0	2.6	-9.0	-7.4
25	コア: ソーシャル・キャピタル得点（助け合い）	3.1	8.1	-2.8	2.4	3.0	0.1	-4.1	2.0	2.5	-3.2

内容

1. **被保護者健康管理支援事業の必要性**
2. **データ活用：優先すべき支援対象の決定のために**
 - 「個別支援」の対象者はだれか
 - 「環境づくり」の対象地域はどこか
3. **データ活用：活動の効果・効率・公正性を上げるために**
 - 地域の環境づくりを例に
4. **データ活用：効果的な施策に関するエビデンスづくりのために**
 - 個別支援：頻回受診・同行支援を例に
 - 環境づくり：子どもへの支援を例に

環境改善・連携・データ活用

= 地域包括ケア（戦略的なコミュニティの組織化）

今後の地域保健対策のあり方

～ 地域のソーシャル・キャピタルの活用を通じた健康なまちづくりの推進 ～



■ 2016調査協力保険者

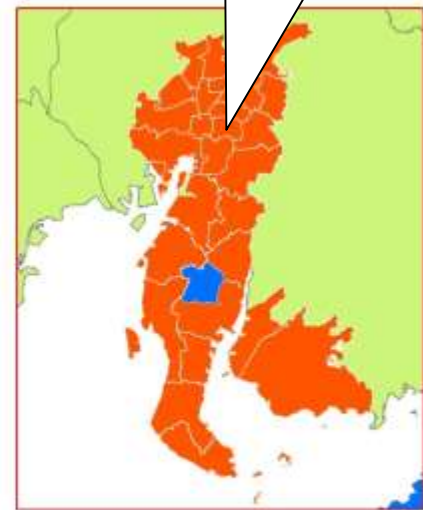
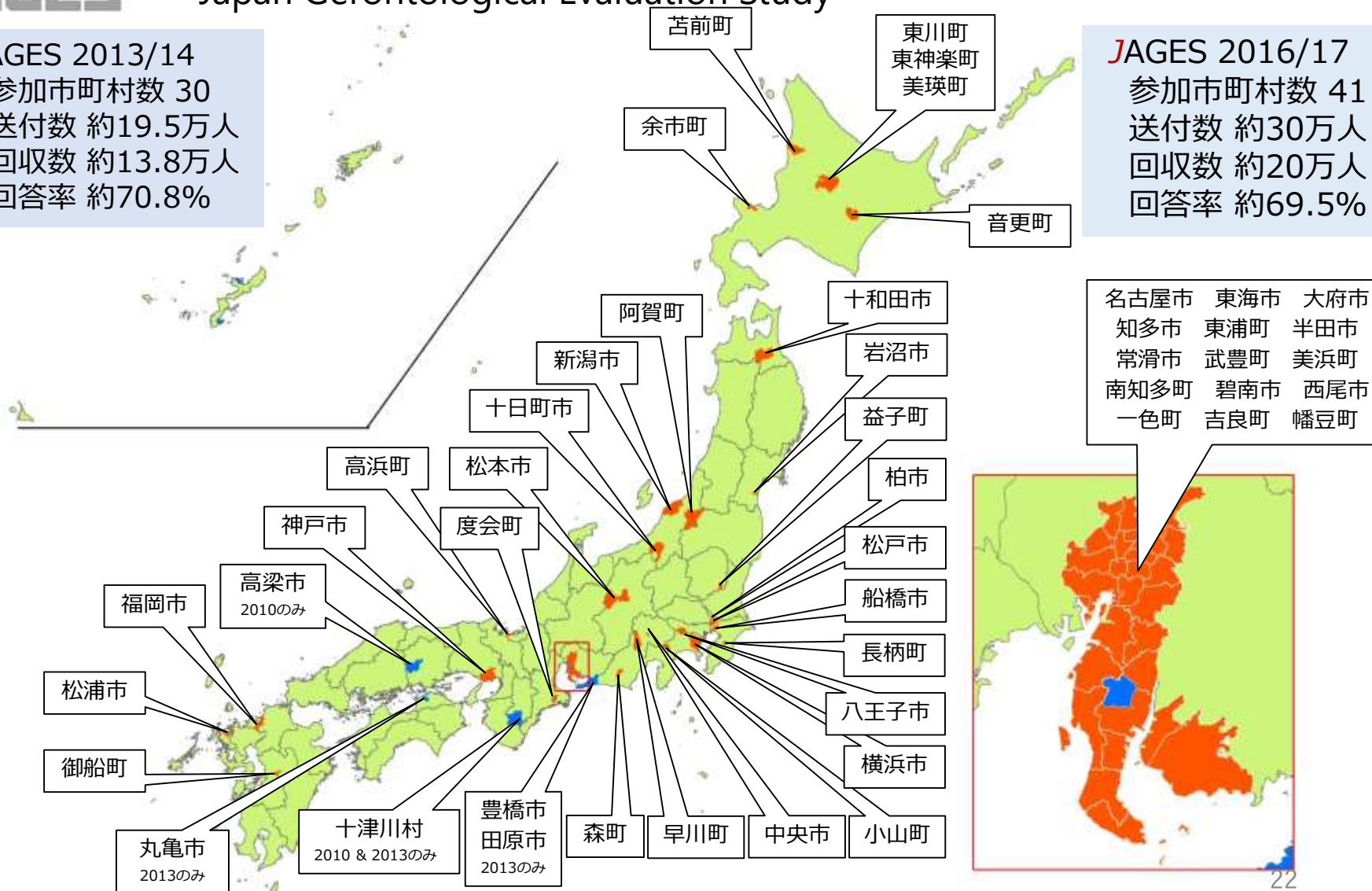
■ 過去の協力保険者

JAGES 2013/14

参加市町村数 30
 送付数 約19.5万人
 回収数 約13.8万人
 回答率 約70.8%

JAGES 2016/17

参加市町村数 41
 送付数 約30万人
 回収数 約20万人
 回答率 約69.5%



地域包括ケアシステム構築支援の効果はあるか： データ活用による環境づくりに向けた部局連携支援の取り組み評価

「積極支援群」 16自治体
 研究者が密に関わり、提供した地域診断データの活用や、部署間連携を支援。
 ①介入優先度が高い地区の選定支援
 ②選定した地域への介入アドバイス
 ③介入効果評価のアドバイス

「対照群」 16自治体
 地域診断データの提供のみ



地域診断書

自治体	高齢化率	認知症人口	介護職員	介護施設	地域包括ケア
自治体A	22.5%	1,200人	1,500人	100施設	高
自治体B	21.8%	1,100人	1,400人	90施設	中
自治体C	23.1%	1,300人	1,600人	110施設	高
自治体D	20.9%	1,000人	1,300人	80施設	中
自治体E	22.8%	1,150人	1,450人	95施設	中
自治体F	21.5%	1,050人	1,350人	85施設	中
自治体G	23.5%	1,350人	1,650人	115施設	高
自治体H	20.7%	950人	1,250人	75施設	低
自治体I	22.2%	1,100人	1,400人	90施設	中
自治体J	21.3%	1,050人	1,350人	85施設	中
自治体K	23.0%	1,250人	1,550人	105施設	高
自治体L	20.5%	900人	1,200人	70施設	低
自治体M	22.7%	1,150人	1,450人	95施設	中
自治体N	21.6%	1,050人	1,350人	85施設	中



様々な部署が参加

JAGES-HEARTによる地域診断

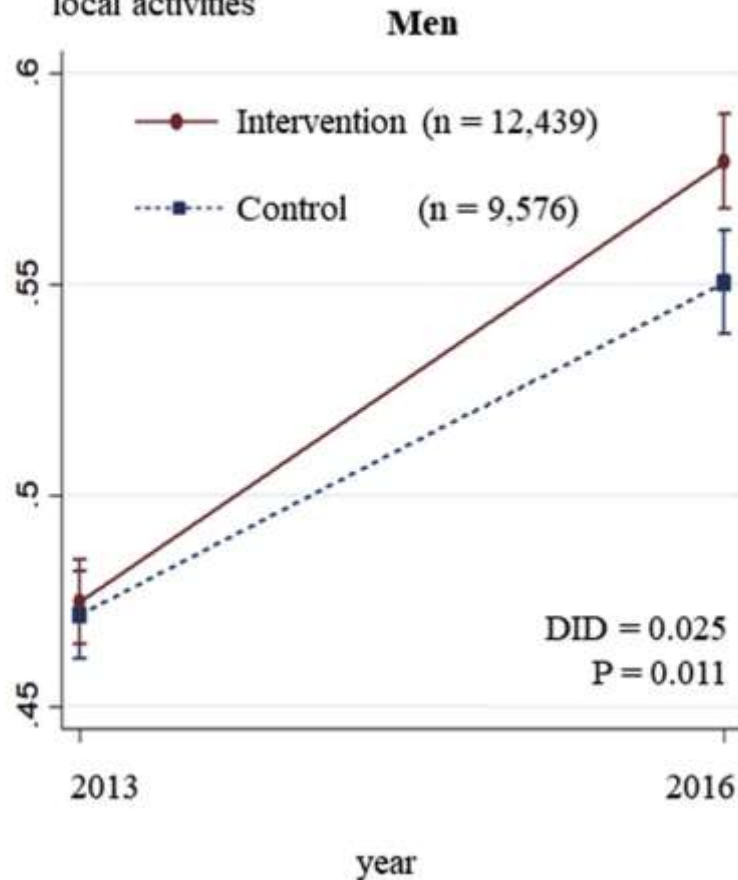


介護予防Webアトラスを活用した地域診断

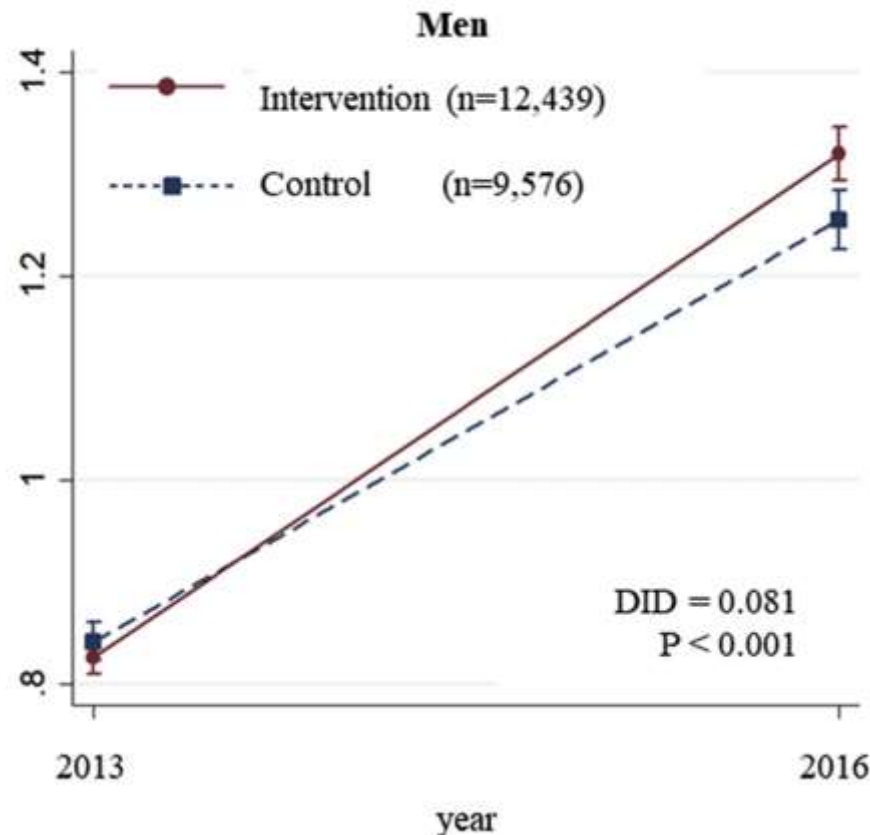
写真：熊本県御船町の「地域ケア推進会議」の様子

社会参加（趣味・スポーツの会など）の割合の変化（男性）

Proportion of participating in local activities



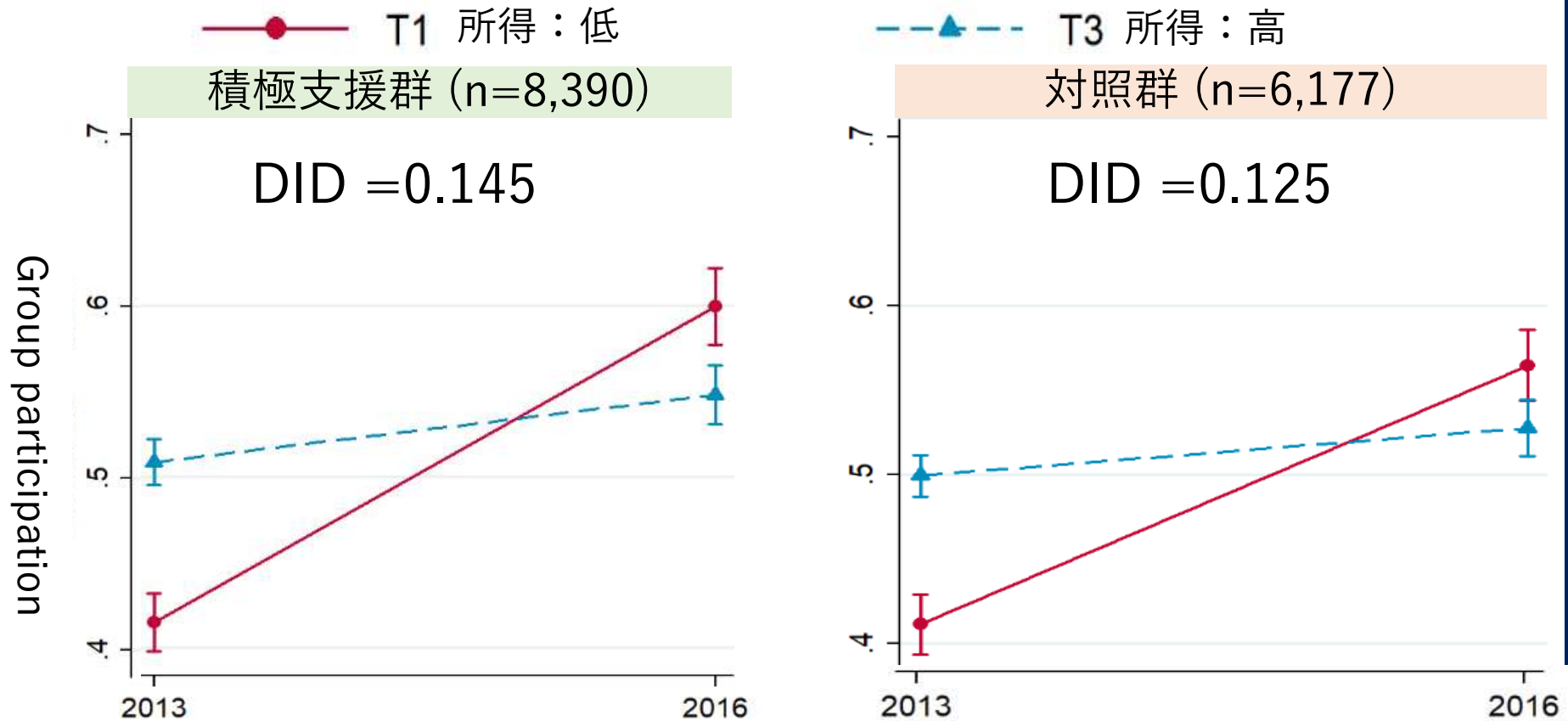
Number of local groups participated in



左：地域活動へ参加している人の割合 右：参加している活動数
積極支援をした自治体で、男性の地域活動への参加が増加（女性は変化なし）

傾向スコアで自治体の特徴の違いを調整

所得別の効果（男性）



所得間の効果の差 (DIDID) = 0.020 (P=0.474)

所得が低い群にも、高い群にも同等に効果あり

累積死亡率

● 積極支援群

● 対照群

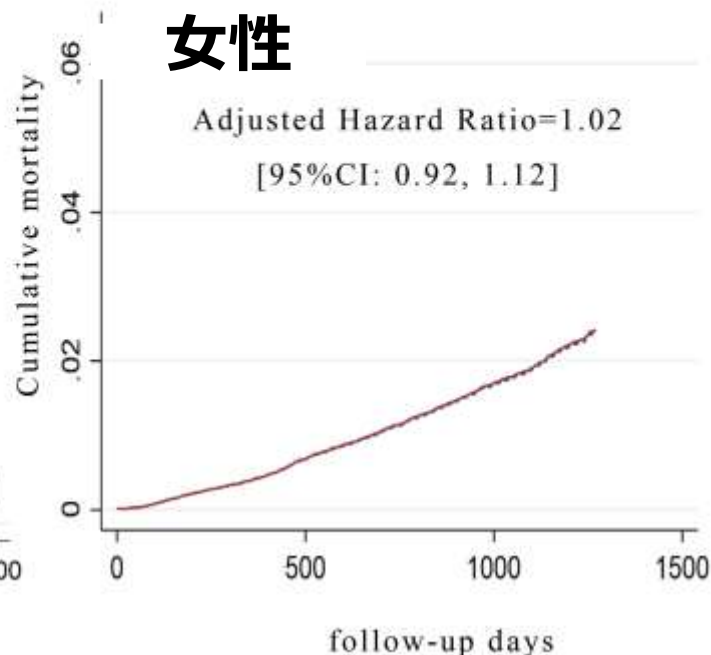
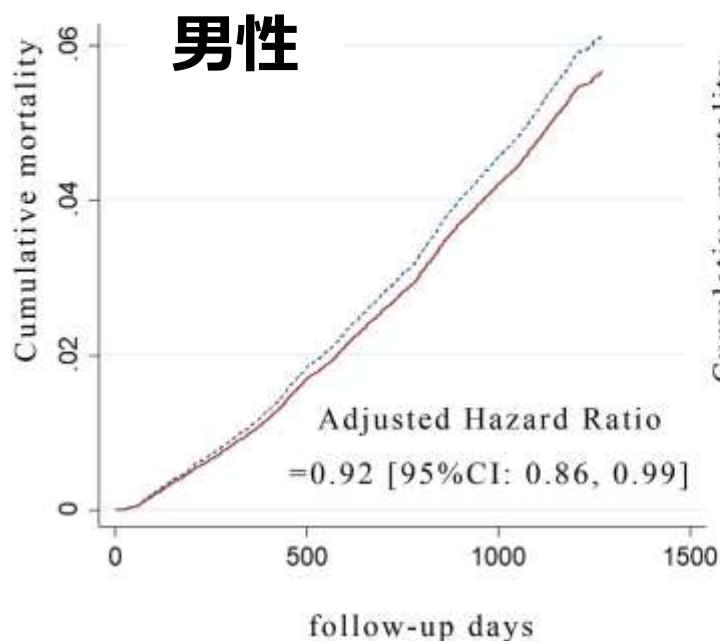
Men

Women

— Intervention (n=24,718)
- - - Control (n=18,115)

— Intervention (n=28,140)
- - - Control (n=20,891)

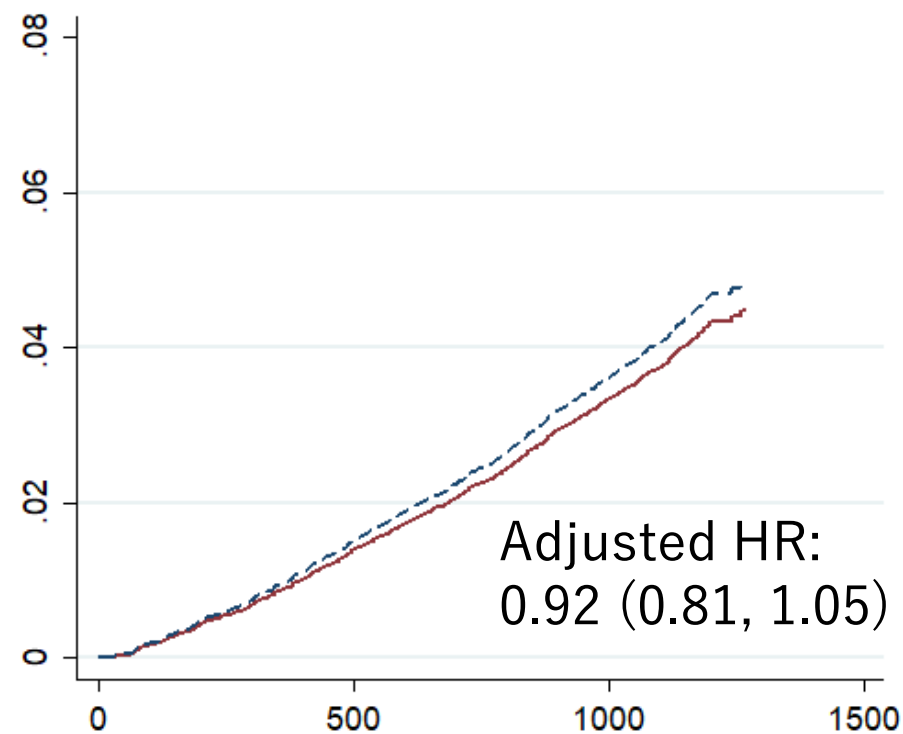
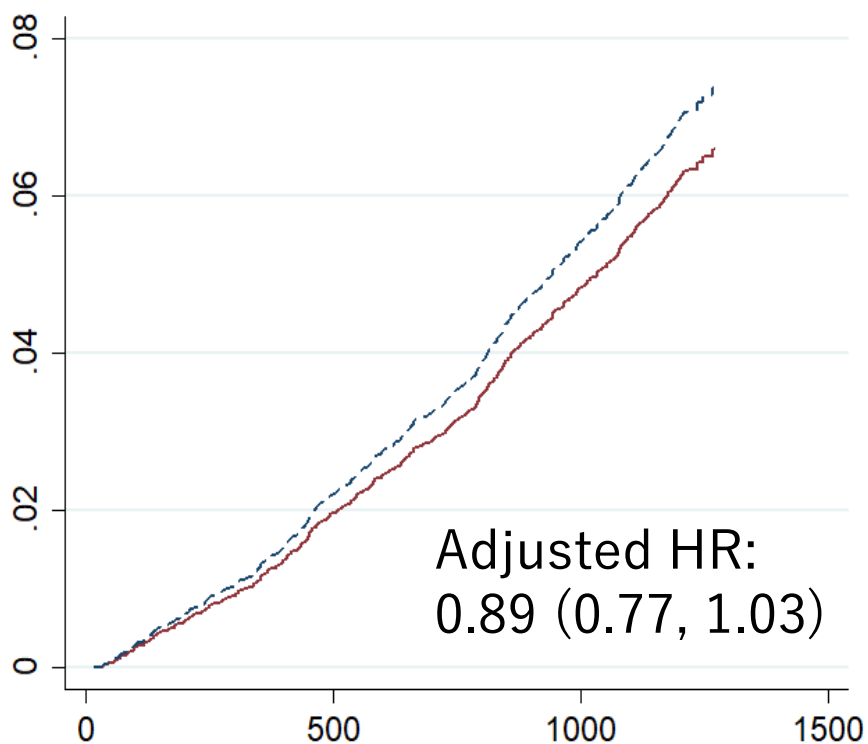
累積死亡率



積極支援群の自治体に住む高齢男性では、その後の死亡リスクが低かった

所得別の効果（男性）

—●— 積極支援群 —●— 対照群



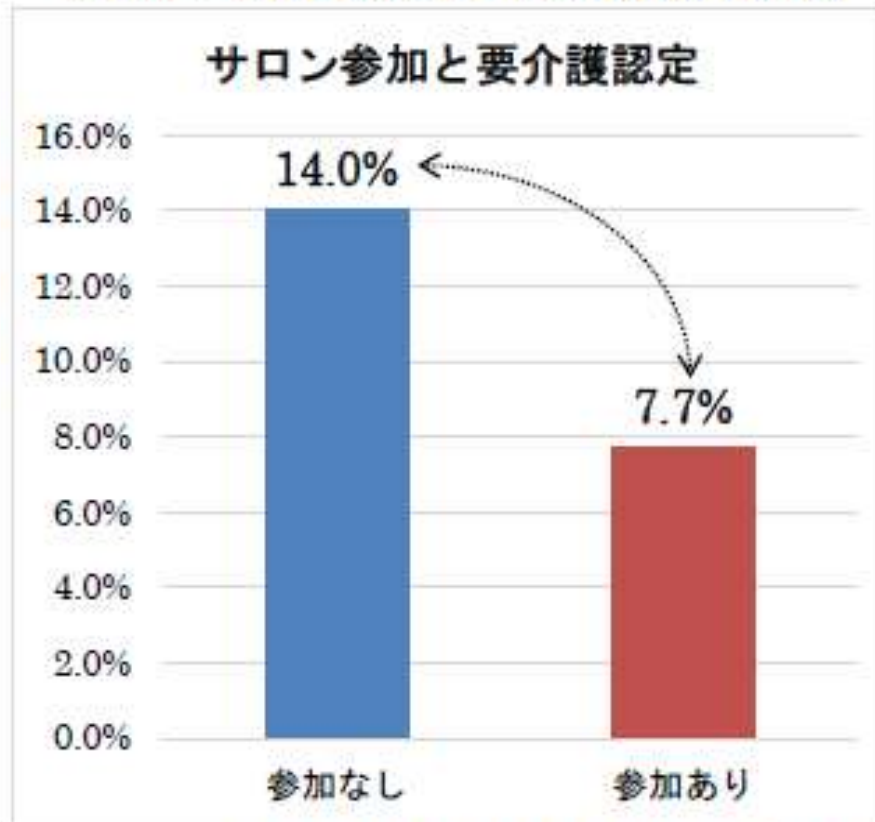
所得：低 (n=9,910)

所得：高 (n=15,621)

所得による効果の違いなし

通いの場事業：楽しく参加することが介護予防に 高齢者が交流を持つ「コミュニティ・サロン」をまちに設 置すると、要介護認定率が半減する可能性

図：サロン参加者と非参加者の要介護認定率の比較



注 3回以上参加した人のみを「参加者」と見なしている（2回以下の参加者は「参加なし」に分類）。

サロンまでの距離を操作変数として健康→参加の逆因果を調整 (Hikichi et al, JECH, 2015)

内容

1. **被保護者健康管理支援事業の必要性**
2. **データ活用：優先すべき支援対象の決定のために**
 - 「個別支援」の対象者はだれか
 - 「環境づくり」の対象地域はどこか
3. **データ活用：活動の効果・効率・公正性を上げるために**
 - 地域の環境づくりを例に
4. **データ活用：効果的な施策に関するエビデンスづくりのために**
 - 個別支援：頻回受診・同行支援を例に
 - 環境づくり：子どもへの支援を例に

個別支援例： 米国Patient Navigation（ボランティアによる 同行受診）の効果に関するエビデンス

○は効果ありの報告。△は効果あり、効果なしの両方が報告されている場合

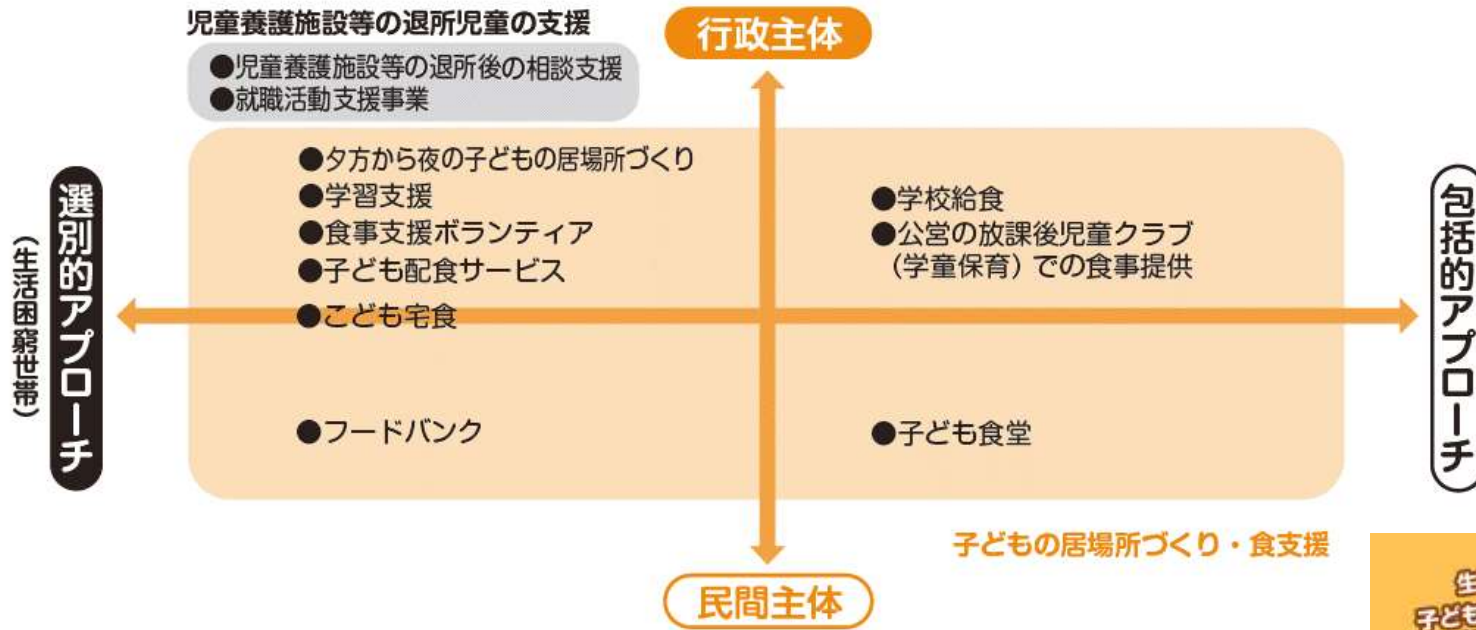
エビデンスレベル 高 ←————→ 低

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



環境づくり例：様々な子ども支援の取組

支援者・アプローチの違いに基づく子どもの支援の取り組みの分類



出典：黒谷他. 生活困窮世帯の子どもに対する支援ってどんな方法があるの？ 国内外の取り組みとその効果に関するレビューおよび調査 p.33

行政による選別的アプローチ例

江戸川区の食支援事業

食事支援ボランティア派遣「おうち食堂」

できたての食事を支援家庭で提供

対象：区が食の支援が必要と認めた家庭30世帯
派遣回数：1世帯年度内48回
(週1回→1年 週2回→半年)
派遣員：シルバー人材等の女性等
派遣報酬：1回1,250/1H 最大3時間
保険加入：利用世帯および支援員は保険に加入
運営方法：NPO法人への委託により実施
(ボランティア管理、派遣管理、報酬支払い管理、支援アドバイス)
区民負担額：無料
食事代支援：子ども一人500円＋一人増につき＋250円
(WAONにて支援員に支給)

「おうち食堂」のポイント

- 食事支援ボランティアの管理を専門業者に委託することで、行政は支援家庭のケースワークに専念できる
- 実際に家庭にボランティアが入ることで食事以外の問題にも気付きやすく、それを生活支援（専門機関）につなげる

配食サービス「KODOMO ごはん便」

手作り弁当を支援家庭に配達

対象：区が食の支援が必要と認めた家庭児童100人（基本非課税世帯）
配達回数：1人年度内48回
(週1回→1年 週2回→半年)
実施方法：仕出し弁当組合への委託により実施
(配達調整、集金、請求)
区民負担額：1食100円
その他：区長が必要と認めた場合に限り、自己負担の免除や、実費負担により保護者分の配達も可能とする

出典：江戸川区における食の支援事業の実施について

「ごはん便」のポイント

- 配達事業者による支援家庭の見守りや語りかけにより、支援家庭の抱える課題を行政へ繋げることが可能に
- 支援家庭に支援の選択肢を、状況に応じて臨機応変に対応できる

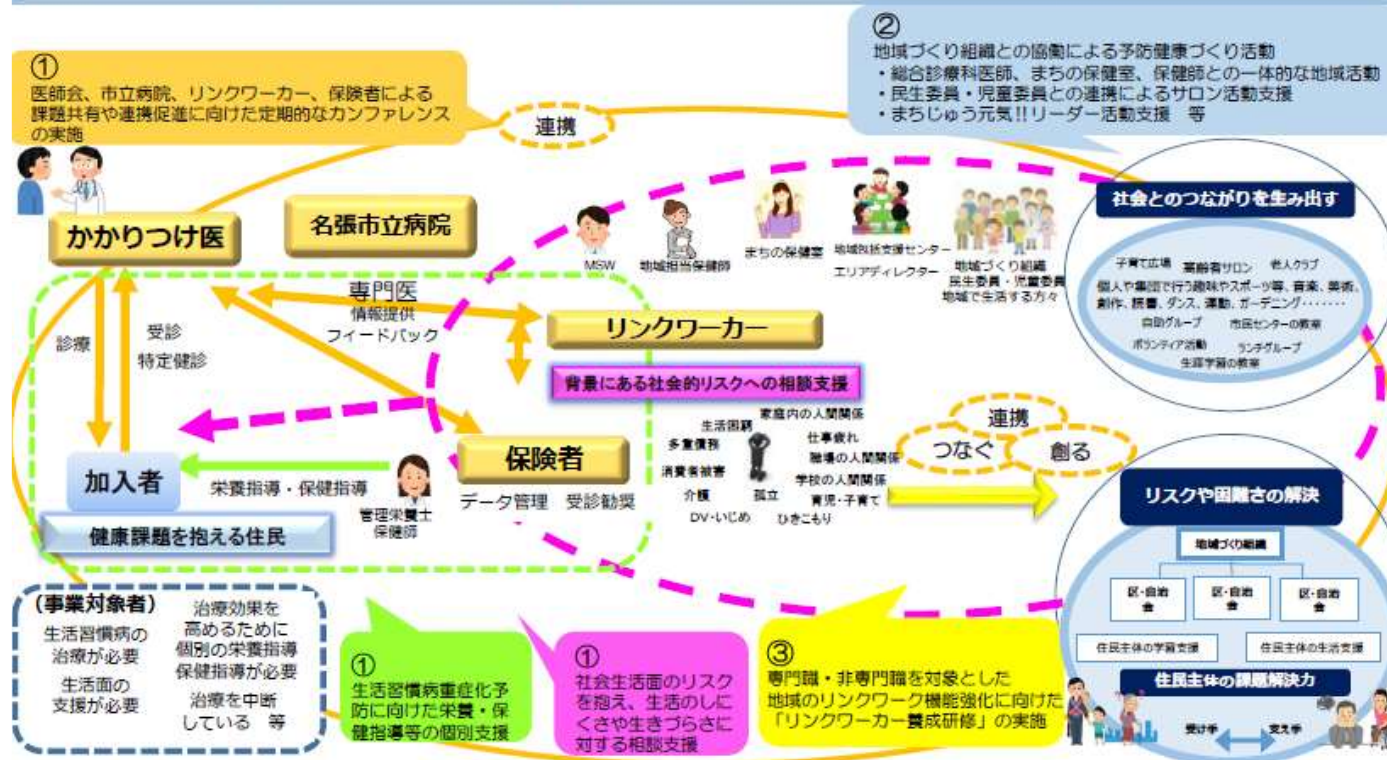
他部局による医療と福祉の連携の「環境づくり」モデルづくり

三重県保険者協議会

かかりつけ医と専門医、保険者の協働による予防健康づくり事業と保険者協議会の役割

【目的】 特定健診を受診しながら治療につながらない加入者や、かかりつけ医の診療のみでは改善しにくい状況にある加入者に対し、保険者と医師会等による連携により、受診勧奨や個別の栄養指導等の保健指導を行うことで生活習慣病重症化を予防する。また地域コミュニティを基盤とした保健・医療・福祉・介護等の機能が主体的につながり、地域づくり組織等とも協働し、社会的孤立を防ぐリンクワーク機能の強化を図ることで地域における健康づくりを促進することを目的とする。

- 【内容】
- ① 医師会、専門医、リンクワーカーの連携による生活習慣病重症化予防の取組と社会生活面のリスクへの相談支援のしくみづくり
 - ② 地域コミュニティにおける地域づくり組織との協働による予防健康づくり活動
 - ③ かかりつけ医、専門医、リンクワーカーに対する人材育成、プログラム作成



出典：厚生労働省資料 (<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000797404.pdf>)

厚労省保険局「保険者とかかりつけ医等の協働による加入者の予防健康づくり事業」
→「加入者」向けだが、構築した連携システムは汎用性が高い

効果的な支援施策の開発と効果検証の方法

1. モデルづくり

- 先行事例の情報収集・新たなアイデアの創出
- 現場への実装コンセプト確定(Proof of Concept: POC)

2. パイロット実施

- 少人数・モデル地区での実証の積み上げ

3. 本格的な検証・運用しながらの検証

- ランダム化比較試験など
- 事業データを活用した疑似実験

4. 実施後の継続評価と改善

まとめ 今後の課題は何か

被保護者健康管理支援事業に対する現場の期待と課題認識 (R2年)

主な懸念点

- 目標設定方法・評価基準
- 保健人材確保
- ケースワーカーの負担増
- 連携体制の構築・継続
- 自治体間の支援内容格差
- 財源
- 対象者へのスティグマ

出展：上野恵子, 西岡大輔, 近藤尚己 (2021). “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 69(1): 48-58 (オープンアクセス).
16の福祉事務所へ調査。

カテゴリー	サブカテゴリー	コ	ド
評価指標・基準や対象者の設定	評価指標の設定	<ul style="list-style-type: none"> ● 目標・評価指標の設定が難しい ● 評価基準を示す ● 評価方法を示す ● 定量的な事業効果の測定が難しい 	
	評価指標の統一化	<ul style="list-style-type: none"> ● 指標について統一した基準を設ける ● 評価基準を明確にし、比較できるように統一する 	
	対象者の設定	<ul style="list-style-type: none"> ● 対象者の抽出基準を設ける ● 対象者を絞りにくい 	
	評価基準の設定に配慮	<ul style="list-style-type: none"> ● 評価基準の設定により、基準達成が目標となる恐れがある 	
保健医療専門職の確保	保健医療専門職の他部門からの異動	<ul style="list-style-type: none"> ● 保健師などの保健医療専門職の異動が難しい 	
	保健医療専門職の雇用	<ul style="list-style-type: none"> ● 保健医療専門職の雇用が難しい 	
	事業専任担当者が必要	<ul style="list-style-type: none"> ● ケースワーカー以外の担当者が必要 	
ケースワーカーの負担増加	ケースワーカーの業務量増加	<ul style="list-style-type: none"> ● ケースワーカーの業務量が増加する ● 現場が疲弊する 	
実施体制の構築と継続性	保健部門と福祉部門の連携体制	<ul style="list-style-type: none"> ● 保健部門と福祉部門の話し合いの場が必要 ● 保健部門と福祉部門のどちらが担当部門となるか 	
	福祉部門の保健医療専門職への支援	<ul style="list-style-type: none"> ● 福祉部門の保健医療専門職にとって孤立しやすい状況になる ● 福祉部門の保健医療専門職に迷い・不安が出る 	
	事業の継続性	<ul style="list-style-type: none"> ● 人事異動があり、事業の継続性に懸念 ● 担当者間のつながりが希薄であり、事業の継続性が問題 	
関係機関との連携体制の構築	関係機関との連携	<ul style="list-style-type: none"> ● 医師会と連携ができていない ● 保健所などの関係機関と連携構築 ● 主治医との連携 ● 医療機関との連携 	
被保護者への健康支援の難しさ	保健指導が難しい	<ul style="list-style-type: none"> ● 被保護者への保健指導が他保険者と同じ方法ではできない 	
	全世帯への支援が困難	<ul style="list-style-type: none"> ● 全世帯に展開することが非常に困難 	
	若年層への支援が困難	<ul style="list-style-type: none"> ● 若年者では関係構築に課題を生じやすく、難しい印象 	
	ケースワーカーには健康の相談がしづらい	<ul style="list-style-type: none"> ● ケースワーカーには健康のことは話づらい 	
自治体間の実施状況の差	自治体間の取り組み・効果の差	<ul style="list-style-type: none"> ● 自治体間での取り組みや効果に差が出る ● 自治体間の支援状況の差が被保護者の健康状況の差につながる 	
財源の確保	継続的な予算の必要性	<ul style="list-style-type: none"> ● 短期的な効果を測定することが難しく、継続的に事業を進めるための予算が必要 	
対象者への配慮	対象者へのスティグマ	<ul style="list-style-type: none"> ● 対象者のスティグマの原因にならぬよう配慮が必要 	36

被保護者健康管理支援事業に対する現場の期待と課題認識（R2年）

国や都道府県から受きたい主な支援

- 財源確保（特にデータ分析のための予算）
- 実施や評価の標準化（CW,保健師向けマニュアルなど）
- 連携体制構築（県・医師会など）
- 人材育成（研修・CW,保健師等の交流機会）
- 事例提示（国内外の成功事例を紹介）
- データ分析（福祉事務所単位の集計結果など）
- データ管理システム（国保等他のシステムとの連動）
- 相談窓口設置（CW,福祉事務所への伴走型支援）

出展：上野恵子, 西岡大輔, 近藤尚己 (2021). “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 69(1): 48-58 (オープンアクセス).

16の福祉事務所へ調査。

カテゴリー	サブカテゴリー	コ ー ド
財源の確保	国庫補助金	• すべて国庫補助金を望む
	データ分析のための予算	• データ分析のための予算補充
	人材確保のための予算	• 医療専門職の確保のための予算 • 正職員の人件費のための国庫補助
標準様式・実施マニュアルの提供	保健指導用の標準様式の提供	• 保健指導の際の基本教材の提供 • 保健指導で使用する媒体・様式
	担当職員用の実施マニュアルの作成	• ケースワーカーのためのマニュアルの作成 • 保健師のための業務用マニュアルの作成
	実施状況・評価の標準様式の提供	• 実施状況を記載する基本様式の提供 • 効果の評価を記載する基本様式の提供
都道府県との連携体制の構築	都道府県レベルの支援体制の構築	• 都道府県は自治体の特性に沿った解説をしてほしい
	都道府県からのケースワーカーへの教育支援	• 都道府県の保健部門がケースワーカーの教育をする体制を作る
関係機関への周知	医師会への周知	• 主治医を含めた医師に向けた周知 • 医師会と連携
	保健センターへの周知	• 保健センターの保健師の業務であると伝える
情報共有の場・研修会の開催	情報共有の場の提供	• 他自治体との連絡会議の開催 • ケースワーカーの人材交流
	研修会の開催	• 保健指導に関する実務的な研修会の開催 • ケースワーカーへの研修会
事例の提示	各自治体の事例紹介	• 各自治体の事例の提供
	先進的事業の紹介	• 先進的に事業を実施している自治体の紹介
	国外の類似事例の紹介	• 国外の先進的な生活困窮世帯の健康管理支援事業のような取り組みを知りたい
対象事業を絞る	「手引き」 ^(注1) で提示された取り組みの優先度	• 「手引き」の5つの取り組み ^(注2) のうち、すべての取り組みが必須となるのか • 「手引き」の5つの取り組み ^(注2) のうち、最低限やるべきものを明確にする
	健診受診勧奨から開始	• 健診受診勧奨を入口にする • まずは健診受診勧奨を促進
評価指標・基準の提示	評価基準の明確化	• 評価基準の明確化
	評価指標の提示	• 予算執行部門に説明できる評価指標の提示
	データ抽出基準の提示	• 重症化予防に関するデータの抽出基準の提示
データの分析	福祉事務所単位の健康状態・傷病の分析	• 各福祉事務所の健康状況の分析 • 各福祉事務所の傷病傾向の分析
	国・都道府県単位の医療扶助費の分析と比較	• 国・都道府県レベルの医療扶助費の傾向 • 国・都道府県レベルの国民健康保険の療養費との比較分析
データ管理システムの導入	事務処理の電算化	• ケースワークに時間を割けるように事務処理の電算化
	システム化	• 国保データベースと同様のシステム導入してほしい • 人的資源の利用のため、システム化が望ましい
相談窓口の設置	相談・問い合わせ窓口の設置	• 事業内容の相談・問い合わせ窓口の設置

医療扶助ガバナンス強化に向けた 調査結果より

福祉事務所向けアンケート 主な結果（回収率71%） R3年10-11月実施

・ データ活用

- ・ 健診結果の活用は5 – 6割
- ・ 評価指標設定は28%のみ
- ・ 評価法（項目等）一層の明確化の要望あり

・ 連携

- ・ 医療介護データとの連携事例あり
- ・ 地域ケア会議との連携は低調（5%）

・ 事業推進関連

- ・ 生活保護分野への健康管理事業インセンティブを望む
- ・ ケースワーカーの間の健康管理の重要性が浸透
- ・ 普段からの部局間連携が被保護者健康管理支援事業における連携に効果

医療扶助ガバナンス強化に向けた調査結果より（続き）

視点	国及び都道府県に求められること	
① <u>多角的なデータ分析</u>	国	<ul style="list-style-type: none"> 優先的に把握すべき社会生活面のスクリーニング項目の検討・整理 データ分析のための環境整備として健康管理支援事業のための標準的なデータ分析方法の提示
	都道府県	<ul style="list-style-type: none"> データ分析の事例収集・整理、及び管内市町村への情報共有
② <u>目標・評価指標の設定</u>	国	<ul style="list-style-type: none"> 評価指標の提示
	都道府県	<ul style="list-style-type: none"> 評価支援として被保護者の生活面の支援に関する好事例の収集、及び管内市町村への情報共有
③ 保健医療専門職の関与	国	<ul style="list-style-type: none"> 関係部局に対する協力依頼通知の発出 好事例の収集・横展開
	都道府県	<ul style="list-style-type: none"> 保健医療専門職の確保

今後重点的に進めるべき取組

• 推進するためのメカニズム構築

- 標準フェイスシートづくり
- データ活用に関する規制とインセンティブの設計
 - どこまで義務化すべきか、どこにインセンティブを置くか：健診・医療機関受診勧奨・保健指導・生活支援・主治医連携・頻回受診指導
 - 40保険者向けインセンティブ交付金（特定保健指導や介護予防等）の評価項目への盛り込みは可能か（被保護者へのアプローチの実施有無・生活状況評価の有無などでスコア算定するなど）
- 国・都道府県によるデータ分析支援・好事例の普及展開支援の仕組みづくり
- 他事業との具体的な接点の洗い出しと連携方法を検討
- 保健部門・医療機関の積極関与のある全世代型地域包括ケアの推進

• エビデンスに基づく施策展開のために

- データ連結（基本管理データ・フェイスシート・医療介護扶助レセプト等）とその活用推進
- 健康改善や受診行動（頻回受診など）の要因探索
- 具体的な事業連携モデルづくり