

令和4年度 厚生労働省社会福祉推進事業

被保護者健康管理支援事業における対象者の
標準評価項目及び事業目標設定に関する調査研究

一般社団法人 日本老年学的評価研究機構

令和5年（2023年）3月

目次

はじめに	2
報告書の概要	5
1章 被保護者健康管理支援の考え方	11
1. はじめに	11
2. 被保護者健康管理支援事業のアプローチ	12
3. 「健康の社会的決定要因」モデルに基づく支援の考え方	13
4. 地域における組織連携の推進：コミュニティの組織化の効果	15
5. まとめ	16
2章 被保護者健康管理支援事業の手引きにおける現行のフェイスシート項目例の有用性と負担感に関するヒアリング調査	18
1. 背景	18
2. ケースワーカーへの質問紙調査	19
3. 福祉事務所へのヒアリング調査	24
4. 考察	38
3章 フェイスシート項目例案の文献レビューとエビデンスの有無に基づく評価と検討	40
1. 背景	40
2. フェイスシート項目例の文献レビュー	40
3. フェイスシート項目例のランク付け評価	65
4. 考察	74
4章 被保護者の健康状態および受診行動に関連する新フェイスシート項目案の作成	75
1. 背景	75
2. 方法	75
3. 結果	76
4. 考察	94
5章 被保護者健康管理支援事業における評価指標案の検討	99
1. 背景	99
2. 被保護者健康管理支援事業の評価指標案の検討	99
3. 考察	106
謝辞	120

はじめに

生活困窮者の置かれている生活環境や抱えている健康問題が社会的課題と認識されるようになり、福祉事務所での被保護者の健康管理を支援する取り組みの必要性が議論されてきた^{1),2)}。そして、2021（令和3）年1月1日より福祉事務所がデータに基づいた被保護者の疾病予防や重症化予防等を推進する「被保護者健康管理支援事業」（以下、「健康管理支援事業」）が必須事業として施行された。この事業では、被保護者の健康状態の現状、健康課題の把握、事業の企画・実施・効果の評価と見直しを行うことで、被保護者の健康維持や増進を目的としている³⁾。

被保護者の健康や健康関連行動に社会生活上の要因が関連していることが、国内の研究でも明らかになってきている⁴⁾⁻⁷⁾。これらの知見は、被保護者の健康支援を行う際には、医療面での支援にとどまらず、社会参加を含む被保護者の生活状況を把握し支援することが重要であることを示唆している。健康管理支援事業においても、福祉事務所の医療扶助・介護扶助レセプトデータや健診データを用いた分析だけでなく、被保護者の社会生活面の情報も活用した課題の分析とその結果に基づく支援が必要であること、これらを実現するための対象者の抽出基準や評価指標等の重要性を指摘している⁸⁾。「被保護者健康管理支援事業の手引き」（以下、「手引き」）では、被保護者の社会生活面の情報として把握することが望ましい項目を『フェイスシートの項目例』として示している。しかし、フェイスシートの項目数が多いこと、その具体的な活用方法が示されていないことなどの理由から、福祉事務所ではフェイスシートの活用が十分に進んでいないのが現状である。また、福祉事務所からは、被保護者の健康支援は多岐にわたり健康管理支援事業の目標設定の幅が広く、取り組みの達成度評価が困難であることから、具体的な目標、評価指標の提案を求める意見も挙がっている。

そこで、本報告書では、健康管理支援事業を実施する際に使用できる被保護者の社会生活面の情報を収集する標準化されたフォーマットである「新フェイスシート案」を作成し、その活用方法も提案する。そして、健康管理支援事業の目標とその評価項目についてもあわせて提案する。本報告書は5章からなっている。第1章では、健康管理支援事業を実施するにあたり、健康支援モデルを提示し、関連する議論や概念について説明した。第2章では、現行の「手引き」に示されているフェイスシートの項目例に関して、健康管理支援事業に携わる福祉事務所のケースワーカー、保健師などの方々に質問紙調査ならびにヒアリング調査を実施した。フェイスシートの項目例のうち、収集を優先すべき項目と優先しなくてもよい項目について意見を伺い、さらに福祉事務所が健康管理支援事業で必要と考える評価指標ならびに都道府県から受けたい支援に関する意見をまとめた。第3章では、「手引き」のフェイスシートの項目例と健康アウトカムの関連を検討した文献をレビューし、学術的観点からフェイスシートの項目例の重要度を検討した。第4章では、第2章の福祉事務所から得られた収集の優先度が高いフェイスシートの項目の結果と、第3章で検証した学術的観点から重要と思われるフェイスシートの項目の結果を突合し、新フェイスシート案を報告した。最後に、第5章では、健康管理支援事業の評価指標について検討し、事業実施についての考察、提案、そして今後の課題を述べた。

本報告書で取り上げた内容が、健康管理支援事業を推進する際に、福祉事務所のケースワーカー・事業担当者、そして、他部局の関係者、医療関係者、福祉関係者など健康管理支援事業に関わる多くの方々に有益な情報となれば幸いである。

2023年3月

著者一同

<引用文献>

- 1) 浜田勇. 生活困窮者等の自立促進のための支援強化策—生活困窮者自立支援法等改正案—. 立法と調査. 2018; 399: 17–36.
- 2) 厚生労働省. 社会保障審議会 生活困窮者の生活支援の在り方に関する特別部会報告書. 2013. [https:// www. mhlw. go. jp/ stf/ shingi/ 2r9852000002tpzu-att/ 2r9852000002tq1b. pdf](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002tpzu-att/2r9852000002tq1b.pdf) (2023年3月22日アクセス可能)
- 3) 厚生労働省. 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). 2018. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000164511.pdf> (2023年3月22日アクセス可能)
- 4) Kino S, Nishioka D, Ueno K, Haseda M, Kondo N. Public assistance program and depressive symptoms of the recipient: a cross-sectional Japan Gerontological Evaluation Study. *BMC Geriatr.* 2022;22(1):177.
- 5) Kino S, Nishioka D, Ueno K, Kondo N. Changes in social relationships by the initiation and termination of public assistance in the older Japanese population: A JAGES panel study. *Soc Sci Med.* 2022;293:114661.
- 6) Nishioka D, Saito J, Ueno K, Kondo N. Single-parenthood and health conditions among children receiving public assistance in Japan: a cohort study. *BMC Pediatr.* 202;21(1):214.
- 7) Nishioka D, Saito J, Ueno K, Kondo N. Frequent outpatient attendance among people on the governmental welfare programme in Japan: assessing both patient and supplier characteristics. *BMJ Open.* 2020;10(10):e038663.
- 8) 厚生労働省. 被保護者健康管理支援事業の手引き (令和2年8月改定版). 2020. <https://www.mhlw.go.jp/content/12002000/000948319.pdf> (2023年3月22日アクセス可能)

報告書の概要

健康管理支援事業では、福祉事務所の医療扶助・介護扶助レセプトデータや健診データだけでなく、被保護者の社会生活面の情報も活用した課題の分析とその結果に基づく支援が必要である。また、優先対象者の抽出基準や評価指標が求められる。そこで、「被保護者健康管理支援事業の手引き」（以下、「手引き」）に掲載されている『フェイスシートの項目例』をたたき台として、被保護者の健康・受療・社会生活の各面の情報を収集する新しい「フェイスシート案」を作成し、その活用方法を提案した。また、健康管理支援事業の目標とその評価項目を提案した。

フェイスシート案の作成と活用法の提案

現行の『フェイスシートの項目例』をもとに、福祉事務所の現場の担当者へのインタビュー調査（第2章）および、科学的なエビデンスの検証とエビデンスに基づいた優先順位付けを行った（第3章）。これらの結果を統合して素案を作成し、福祉事務所の担当者との協議の上で、健診・検診の受診やかかりつけ医の有無、日常生活習慣や被保護者のつながり等の社会関係などの内容を含む15項目からなるフェイスシート案とその活用法を提案した（p.86~87 図4-3-2）。また、各項目に関連する学術的なエビデンスを紹介した（p.88~92 表4-3-4）。

活用法として、生活保護申請に向けた面談の際に、フェイスシート項目の聞き取りを行い、明らかとなった健康上の支援ニーズに基づき保健医療専門職への紹介の必要性を判断することが期待される。また、健康管理支援事業の対象者に対し定期的（年1回程度等）に被保護者の健康状態や受診状況、社会生活の状況を把握し、支援対象者の選定や個別の支援法の検討、支援の効果評価等を行うことができる。定期的に情報収集することで健康や生活等の状況の変化を追跡できる。

フェイスシート項目の情報収集法としては、ケースワーカーや保健師による面談での聴取や留め置き法（先だてて郵送して回答を依頼し訪問時に確認する）が考えられる。

健康管理支援事業の評価指標案の提案

健康管理支援事業の目標と評価指標のあり方の概念整理を行い、短期、中期、長期目標案を作成した（図5-2-1）。短期目標については単年度ごとの予算計画の根拠としての

活用が期待されるため、計画策定の際の活用を想定したチェックリストを提案した。(表5-2-1)。

各基礎自治体での指標の活用に加えて、各評価指標の基準の達成度について都道府県等が、自治体規模や事業実施体制を考慮したうえで自治体間比較をすることで、支援を優先すべき基礎自治体を把握したり、各基礎自治体の福祉事務所が重視すべき支援内容を検討することができる。これらにより、データに基づき、健康管理支援事業の推進において都道府県と基礎自治体との連携強化や基礎自治体同士の情報共有や支援手法についての学び合いの推進が期待される。

今後の課題

フェイスシート案について、今回は成人の被保護者に対して収集すべき基本的な項目（「コア」項目）を収集するためのシート案を作成したが、被保護者の状況は多様であることから、今後は対象者の属性に応じたバージョンの作成等による充実が求められる。特に、子ども、高齢者、障害を持つ者、ひとり親世帯、外国籍の世帯などに特化したバージョン項目の開発が待たれる。

事業評価指標について、基準の達成度（短期目標のチェックリストのチェック項目数など）が、中長期的な指標を予測し、短期目標の達成が中長期的な目標達成につながるのかどうかについて、今後フェイスシート項目や医療扶助・介護扶助レセプトのデータを活用して検証することや、検証結果を踏まえてフェイスシートおよび評価指標を見直すといった作業が進むことを期待する。

被保護者健康管理支援事業におけるフェイスシート

世帯番号 _____

世帯員番号 _____

聴取年月日 _____

年 _____

月 _____

日 _____

被保護者氏名 _____

健康や医療についての質問です。

Q1. この1年間に、健診・検診を受けましたか。

1. 受けた 2. 受けていない (理由 _____)

Q2. あなたには「かかりつけの医師」はいますか。

1. いる 2. いない

いる場合：それは誰ですか (_____)

Q3. 過去1年間に、必要な治療を受けなかったことがありますか。

1. ある 2. 必要な治療を控えたことはない
3. 過去1年間治療を受ける必要がなかった

Q4. 最後に、歯科医院に通院したのはいつですか。

1. 半年以内 2. 半年～1年前 3. 1～3年前
4. 3年以上前 5. いったことがない

ふだんの暮らしについての質問です。

Q5. 1日3回食べますか。

1. はい 2. いいえ ⇨ 「いいえ」の方：よく抜く食事はどれですか 朝 昼 夕

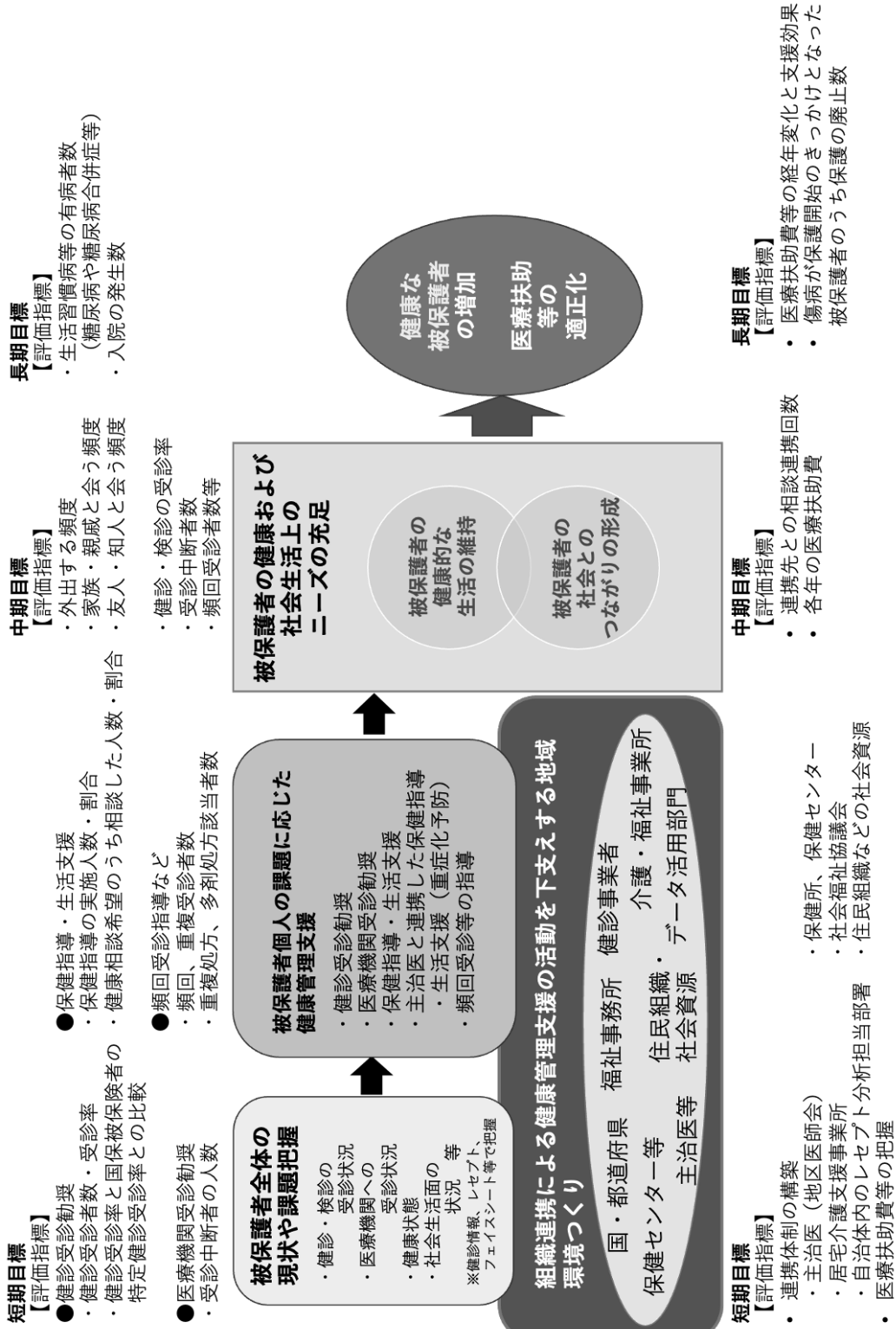
Q6. ふだん、何時に寝て、何時に起きますか。(おやすみの日はのぞきます)

(_____) 時 に寝て (_____) 時 に起きる

Q7. 普段1日に仕事を含めて体を動かす時間はどれくらいですか？

- | | | | |
|-----------------|--------|--------|--------|
| a. 筋肉労働や激しいスポーツ | なし | 1 時間未満 | 1 時間以上 |
| b. 座っている時間 | 3 時間以下 | 3~8 時間 | 8 時間以上 |
| c. 歩いたり立っている時間 | 1 時間未満 | 1~3 時間 | 3 時間以上 |

本報告書 p.102 図 5-2-1 被保護者健康管理支援事業の目標・評価指標の概念図



本報告書 p.105 表 5-2-1 被保護者健康管理支援事業における短期評価指標のチェックリスト案

評価側面	評価指標案	実施状況
ストラクチャー指標	・主治医（地区医師会等）との連携体制の構築	<input type="checkbox"/>
	・保健所・保健センター（健診や保健指導担当部署等）との連携体制の構築	<input type="checkbox"/>
	・居宅介護支援事業所や社会福祉協議会等との連携体制の構築	<input type="checkbox"/>
	・自治体内のデータ利活用、医療扶助レセプトや国保レセプトデータ分析担当部署との連携体制の構築	<input type="checkbox"/>
プロセス指標	・健診を受診勧奨すべき対象を選定したか	<input type="checkbox"/>
	・選定した対象のうち、健診受診券を送った人の割合	<input type="checkbox"/>
	・当該自治体における国民健康保険被保険者の健診・検診受診率（一般健診・歯科検診・がん検診など）の把握	<input type="checkbox"/>
	・健診受診率の目標値設定をしたか（たとえば、国民健康保険の特定健診受診率の50%など）	<input type="checkbox"/>
	・健診受診の結果、保健指導の対象者を把握したか	<input type="checkbox"/>
	・フェイスシート調査の実施対象者数・割合を算出したか	<input type="checkbox"/>
	・頻回受診者の把握と対策の立案をしたか	<input type="checkbox"/>
	・重複受診者の把握と対策の立案をしたか	<input type="checkbox"/>
	・重複処方該当者の把握と対策の立案をしたか	<input type="checkbox"/>
	・多剤処方該当者の把握と対策の立案をしたか	<input type="checkbox"/>
	・受診中断者の把握と対策の立案をしたか	<input type="checkbox"/>
	アウトカム指標	・選定した対象の中での健診・検診受診の人数・割合（一般健診・歯科検診・がん検診など）
・要保健指導対象者のうち、保健指導をした人数・割合		<input type="checkbox"/>
・要医療者のうち、医療機関に受診した人数・割合		<input type="checkbox"/>
・フェイスシート調査を実施した人数・割合		<input type="checkbox"/>
・フェイスシートにおける健康相談希望ありの者のうち、実際に保健担当部門が相談した人数・割合		<input type="checkbox"/>
・頻回受診者数・被保護者全体に占める割合		<input type="checkbox"/>
・重複受診者数・被保護者全体に占める割合		<input type="checkbox"/>
・重複処方者数・被保護者全体に占める割合		<input type="checkbox"/>
・多剤処方該当者数・被保護者全体に占める割合		<input type="checkbox"/>
・受診中断者の人数・被保護者全体に占める割合		<input type="checkbox"/>
・保健指導対象者のうち、フェイスシートの情報をもとに、保健師等と連携し共有した人数・割合		<input type="checkbox"/>

1 章 被保護者健康管理支援の考え方

1. はじめに

生活保護制度に基づく被保護者への支援のニーズは時代とともに多様化し、それに伴い支援内容も充実が図られてきた。具体的には、制度設立当初からの金銭面・物質面の支援に加えて、就労に向けた自立生活支援が行われるようになり、2021（令和 3）年からは健康管理支援事業が提供されることとなった。

近年の疫学や経済学研究の進展により、教育や就労、衣食住など、個人を取り巻く社会生活の多くの側面が健康で文化的な生活の条件であることが明らかとなっており、それらの多くが生活保護制度に基づく扶助の対象となっていることは合理的である¹⁾。一方、健康も生活を発展・改善する資本として機能することも明らかとなっており²⁾。健康上の課題があれば、社会生活を営むことが難しくなるし、反対に健康づくりを推進することで、その他の課題を克服しやすくなる。健康管理支援事業は、こういった社会生活と健康との相互の関係を踏まえ、社会生活が不健康を生み、不健康が社会生活を困難とさせるという悪循環を断ち切るための重要な支援事業となり得る。

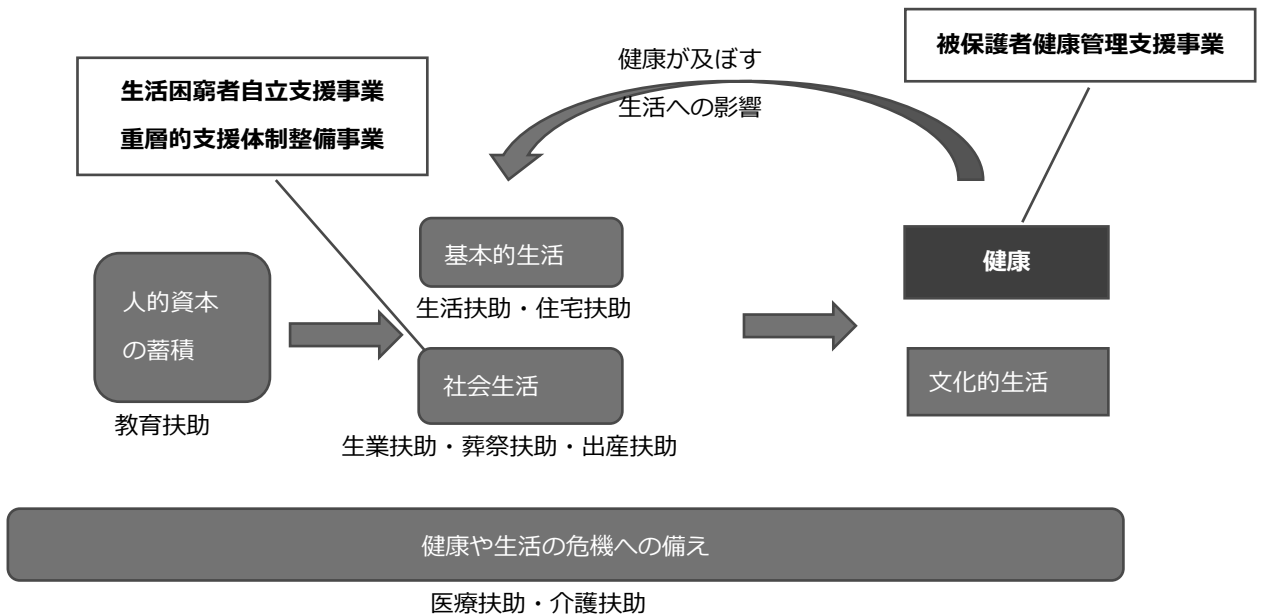


図 1-1-1 生活保護制度等で利用できる扶助や支援事業の位置づけ

2. 被保護者健康管理支援事業のアプローチ

健康管理支援のアプローチには、生物学的な健康リスクが高い個人をスクリーニングして個別対応する「ハイリスク・アプローチ」と、そのような健康リスクによらず、集団全体に支援する「ポピュレーション・アプローチ」とがある。ポピュレーション・アプローチには、集団全体へと健康リスクや対応法についての知識の普及啓発を図る方法（知識啓発型ポピュレーション・アプローチ）と、集団が享受できる制度や生活環境の改善を目指すことで、健康づくりを進めやすく、自然と健康行動をとりやすくする方法（環境改善型ポピュレーション・アプローチ）がある³⁾。

また、ポピュレーション・アプローチを行う際に、特定の特徴を持つ集団にターゲットを定めて、その集団の健康や社会生活の状況を踏まえて支援の内容をデザインし、提供方法等を検討することが有効な場合がある。とりわけ、社会的に脆弱（vulnerable）な集団に特化したポピュレーション・アプローチ（VPA: vulnerable population approach）を実施することで、健康格差の是正を目指すことができる。健康管理支援事業は、VPAと位置付けられる。

それぞれのアプローチを組み合わせることも可能である。例えば、VPAに基づき、特定の集団に健康管理支援を行い際も、さらにその集団内で特に健康リスクが高い個人をスクリーニングしてハイリスク・アプローチの取組を行うことができる。被保護者の中から、特定の特徴を有する人々を選び出し、その人々に伝わりやすい形で知識の啓発型ポピュレーション・アプローチの介入を行うこともできる。例えば、子どもに伝わりやすいような食育の教材を作り、被保護世帯に配布することで、子どもに対する啓発ができる。また、特定の人々に特に関係の強いサービスを強化する環境改善型ポピュレーション・アプローチを組み合わせることもできる。例えば、子どもに食育の啓発を行いつつ、地域の食支援の団体との連携による新しい食育プログラムを地域に導入するなどが考えられる。健康管理支援事業を進める際には、事業の中のそれぞれの取組がどのアプローチに属するのかを踏まえることで、各アプローチの長所や短所を意識した事業展開が可能になる³⁾（表 1-2-1）。

表 1-2-1 健康管理支援の各アプローチの利点と欠点

アプローチ	長所	短所
ハイリスク・アプローチ	個別指導のため、個人単位に丁寧に対応可能 指導が成功した場合個人へは高い効果が期待できる	健康づくりに向けた動機付けが不十分だと効果が薄い スティグマを付与する可能性
ポピュレーション・アプローチ (PA)	集団全体へアプローチするため、ひとりへの効果が小さくても、集団全体として高い効果を期待可能	集団の特徴を十分に踏まえた支援法の開発が困難な場合がある
社会的に脆弱な手段に特化した PA (VPA)	健康格差の是正が期待できる 集団の特徴を踏まえた効果的な支援方法をデザインできる 集団の選択基準が明確だと行いやすい*	社会的な脆弱性の基準設定 (介入対象者の線引き) が必要 スティグマを付与する可能性
知識啓発型 PA	簡便に実行できる	すべての人に効果のある啓発手段は考えにくい (対象者の生活状況や関心等を踏まえた伝え方の工夫が必要) 健康の自己責任論的なメッセージとならないような注意が必要
環境改善型 PA	対象となる環境を享受するすべての人にアプローチできる ”自然と健康になれる環境“作りのアプローチとなる 健康の社会的決定要因を踏まえた施策 (保健以外の制度による健康づくり) が可能	コストや時間がかかる 常に効果がある制度設計や環境整備は困難 (継続的なマネジメントやメンテナンスが必要) 保健の枠を超えた連携が必要な場合が多い

* 「生活保護制度の被保護者」などは制度上基準が明確なためよい適用となる

3. 「健康の社会的決定要因」モデルに基づく支援の考え方

前述のように、健康は、出生から老年期に至る中で得た知識やスキル (人的資本) に基づき、基本的な日常生活 (食・健康・睡眠) や社会生活 (就労・交流・参加) が整うことで維持・増進される。また、これらの要因は制度や経済状況といった、社会全体のマクロな要因の影響を受ける。このように、健康が多様な社会的要因によって規定されるとする考え方を「健康の社会的決定要因: Social Determinants of Health, SDH」モデルと呼ぶ (図 1-3-1) ³⁾。

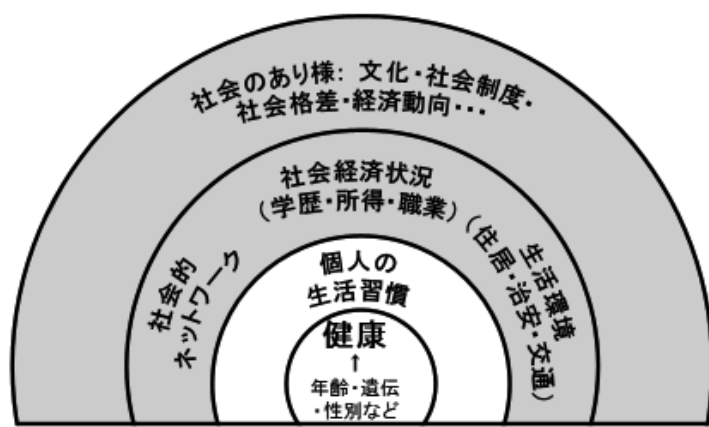


図 1-3-1 健康に影響を与える要因

世界保健機関は、健康づくりに関するエビデンスレビューの結果を踏まえて、健康の社会的決定要因は健康格差を引き起こす要因であると明言している。また、これらに対応するためには、生活環境を変えること、つまり環境改善型のポピュレーション・アプローチの介入が不可欠であり、そのためには保健の枠を超えた組織連携により、健康づくりに役立つ資源（お金や人、時間等）を適切に再分配することが必要としている。さらに、このような連携による環境改善をマネジメントするために、健康格差の可視化と、組織連携による環境改善の取組のアセスメントが必要としている⁴⁾。

健康の社会的決定要因モデルの観点からは、健康管理支援事業の推進においては、保健センターや介護事業所、社会福祉協議会など、福祉事務所を超えた連携の枠組みを広げて環境改善型のポピュレーション・アプローチを進めることで、地域社会での役割の創出や孤立の予防といった社会的要因の改善を図ることが求められる。また、福祉事務所が有するデータを他の組織（保健センター等）の有するデータと連結して、健康格差の可視化を進めることが有効である。例えば、健診受診率や頻回受診等、健康管理支援事業の対象となる受療行為や、健康に影響する重要な要因（生活習慣や社会参加状況など）について、医療扶助の対象者だけのデータを集計するのではなく、他の集団（国民健康保険等他の保険の利用者等）と比較し、その差を明らかにし、ゴール設定をする、といったマネジメントが有効といえる。

4. 地域における組織連携の推進：コミュニティの組織化の効果

組織連携を進めることには多くの利点があることが理論的に検討され、また実証データでも示されている^{5),6)}。組織同士が共通課題を設定して互いの資源を活用し合い、戦略的に取組を進めることができるからである^a。コミュニティ連携活動理論（Community Coalition Action Theory：CCAT）によれば、適切な支援を得ながら、福祉の枠を超えた連携が進むことで、参加する各者の施策化能力やリーダーシップ力、評価スキル等が向上し、また、当該事業に対するコミットメントが増えたり、各者が持つ資源や機会を有効に活用できる結果、被保護者が生活するコミュニティ全体の対応力（地域力）が増強され、効果的な健康管理支援の取組が進むと期待される（図 1-4-1）^{7),8)}。こうして構築された連携のネットワークやその推進システムは、被保護者に限らず、様々な人々の健康づくりにも応用可能である。健康管理支援の推進においては、福祉と保健との連携は必須であり、可能な限り、地域住民・事業者・農業・産業といった多様な部門を巻き込んでいく姿勢が求められる。その際、取り組みが連携相手を含め関係者すべてにとってメリットがあること、関係者それぞれにとってデメリットが許容範囲であることを目指すことが効果的で持続的な連携の条件となる。

また、本報告書で具体的に提案するように、事業のゴール設定やその管理においては、これらの連携状況をモニタリングしていくことが有効といえる。

分野を超えた連携に基づく取組法としては、例えば、高齢者ケアにおいては、コミュニティでの組織連携の取組や地域包括ケアシステム構築の枠組みで進められており、各地域における同システム構築の取組に健康管理支援事業のための取組も位置づけ、連携して取り組んでいくようなアプローチが考えられる。他の世代や集団を対象とした支援のための連携も充実してきている。子どもに対しては、成育基本法等の理念に基づく連携（子育て包括支援センター等）や、子どもへの支援に向けた組織の設置も進んでいる。一般成人に対しては、地域—職域連携や健康経営の推進の観点で、保健師が企業や職域保健の保険者（保険組合、協会けんぽ等）と連携して、健康づくりへの取組や環境整備を進めている。こういった多世代にわたる健康管理支援のチャンネルを効果的に活用することもできる。

^a 「コミュニティの組織化」と呼ばれ、「コミュニティの中の組織同士が、共に設定したゴールに向かい、共通の課題を特定し、資源を用いて、戦略的に活動を進めるために助け合うプロセス」と定義される（Minkler and Wallerstein, 2004）。

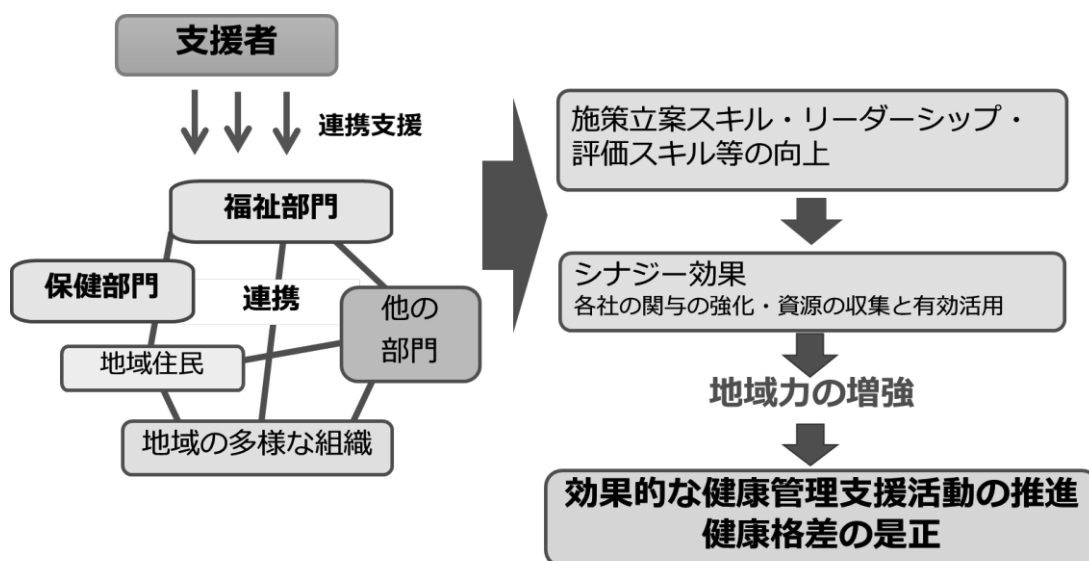


図 1-4-1 組織連携の効果メカニズム

5. まとめ

以上解説してきたように、健康管理支援事業の推進は、健康格差を是正することが期待できる戦略的な取り組みとなり得る。被保護者にターゲットを定めることで、多様な扶助制度が活用できることや福祉事務所等の支援者の関与があること等、被保護者の置かれた制度的状況等を踏まえた効果的な支援が行えるため、高い効果が期待できる。

また、健康管理支援事業を進めることは、住民全体の健康状態の底上げにも貢献できる。健康管理支援には、ハイリスク・アプローチやポピュレーション・アプローチなど様々なアプローチが可能であるが、被保護者が抱える多様な社会的課題の存在を踏まえると、特に多様な組織連携によりシナジー効果を高め、地域力を底上げするような環境改善型のポピュレーション・アプローチの推進が肝要といえる。そのため、住民全体の健康づくりを目指す部署（保健センター等）とも連携して取り組むことは、双方にメリットがある。

健康管理支援事業を進める際には、健康の社会的決定要因の考え方を参考にして、社会生活状況や地域環境、利用可能な制度の活用状況など、健康に影響を及ぼす社会的要因の状況进行评估し、それらの状況を改善することで健康づくりを支援することが有効である。事業の推進においては、そういった健康や健康リスクとなる生活習慣に加えて社会生活状況のモニタリングを進め、組織連携や社会的要因への対応の状況も事業評価の際の評価指標に盛り込んでいくべきである。

<引用文献>

- 1) 近藤克則. (2022). 健康格差社会：何が心と体を蝕むのか（第2版）. 医学書院.
- 2) Grossman, M. (1972). On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *The Journal of Political Economy*, 80(2), 223-255.
- 3) 近藤尚己. (2016). 健康格差対策の進め方：効果をもたらす5つの視点. 医学書院.
- 4) WHO Commission on Social Determinants of Health. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization.
- 5) Haseda, M., Takagi, D., Stickley, A., Kondo, K., & Kondo, N. (2022). Effectiveness of a community organizing intervention on mortality and its equity among older residents in Japan: A JAGES quasi-experimental study. *Health Place*, 74, 102764. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2022.102764>
- 6) Haseda, M., Takagi, D., Kondo, K., & Kondo, N. (2019). Effectiveness of community organizing interventions on social activities among older residents in Japan: A JAGES quasi-experimental study. *Soc Sci Med*, 240(July), 112527. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112527>
- 7) Butterfoss, F., & Kegler, M. (2009). The community coalition action theory. *Emerging Theories in Health Promotion Practice and Research*, 237-276.
- 8) Minkler, M. (2012). *Community Organizing and Community Building for Health and Welfare* 3rd eds. Rutgers University Press.

2章 被保護者健康管理支援事業の手引きにおける現行のフェイスシート項目例の有用性と負担感に関するヒアリング調査

1. 背景

2021（令和3）年1月1日より健康管理支援事業が施行され、全国の福祉事務所で必須事業となったり。各福祉事務所では、データに基づき被保護者の生活習慣病の発症予防や重症化予防等を目的とする取り組みが開始された。2021年以前にすでに補助金等で健康管理支援事業を実施してきた福祉事務所はあるものの少数であり、大部分の福祉事務所では事業の進め方を模索している状況である。

「被保護者健康管理支援事業の手引き」（以下、「手引き」）では、事業の実施の際に把握する被保護者の情報を『フェイスシートの項目例』として記載している²⁾。

「手引き」では、フェイスシートの項目例は「例示であり、目的に応じて取捨選択すべきであり、全てを網羅する必要はない。」と記載があるものの、フェイスシートの項目例数が多いこと、優先して聴取すべき項目が何か分からないこと、活用方法が十分に提示されていないことなどの課題が福祉事務所から聴取されており^{b)}、福祉事務所で活用されやすいフェイスシートの項目作成が求められている。

本章では、2つの報告を行う。1つ目（第2節）はケースワーカーへ質問紙調査を実施し、「手引き」に示されたフェイスシートの項目例についてケースワーカーの意見をまとめた。2つ目（第3節）はヒアリングに協力していただいた福祉事務所からも「手引き」に示されたフェイスシートの項目例について意見を聴取して、その結果をまとめた。さらに、福祉事務所が健康管理支援事業で必要と考える評価指標ならびに都道府県から受けたい支援に関する意見をまとめた。最後に、以上の報告結果について整理し考察した。

^{b)} 筆者らは福祉事務所の健康管理支援事業担当者やケースワーカーの方々と意見交換の機会をもち、意見を伺うことができた。

2. ケースワーカーへの質問紙調査

1) 目的

「手引き」に示されたフェイスシートの項目例についてケースワーカー個人の意見を収集することを目的とした。

2) 方法

下記 I、II の方法により、ケースワーカーから質問紙調査の回答を収集した。

- I. 2022 年 11 月 5 日に開催された第 54 回公的扶助研究全国セミナーの分科会 7「被保護者健康管理支援事業を活用して支援の充実を」にて、講師が参加したケースワーカーに質問紙調査への協力を依頼した。なお、講師から調査への参加は任意である旨を説明した。
- II. 2022 年 11 月に京都府京都市の福祉事務所に質問紙調査の参加を依頼した。京都市ではケースワーカー個人の回答を収集する方針となった。

質問紙調査では、手引きで示されたフェイスシート項目例のうち、「生活習慣」、「生活環境」、「就労」、「コミュニケーション等」に関する項目で、かつ種別 B『他のプログラム等ですでに把握されている可能性のある情報』ならびに C『健康管理支援事業で収集する情報』の項目例について、以下の質問①、②を尋ねた（表 2-1-1）。

① 手引きで示されたフェイスシート項目例のうち、被保護者の健康を支援する際に重要だと考えられる社会生活面の項目を、査察指導員やケースワーカーの観点から 5 つ選択してください。

② 反対に、被保護者の健康を支援する際に重要でないと考えられる項目例を、査察指導員やケースワーカーの観点から 5 つ選択してください。

質問項目①、②について、フェイスシートの項目例ごとに回答結果を得た。次いで、質問項目①で選択された項目例には 1 点加算、質問項目②で選択された項目例には 1 点減算として、各フェイスシートの項目例の合算結果（満点 44 点）を算出した。

表 2-2-1 被保護者健康管理支援事業の手引きで示されたフェイスシート項目例

喫煙習慣	趣味
飲酒習慣	趣味を通じた社会活動
運動習慣	レクリエーション
歩行習慣	ギャンブル等（パチンコ・パチスロを含む）
食事習慣	居宅の状態
食志向	家の中の移動
入浴習慣	台所の有無
外出	トイレ
睡眠リズム	風呂・シャワー
1日の過ごし方	ボランティアへの参加
洗濯頻度	周囲の者との助け合い
買い物	困った時の対処方法
服装	意思伝達に対する認識等
手洗い・うがい	友人・知人と会う頻度
金銭管理	必要な時に介護・福祉サービスを受けること
余暇時間の過ごし方	必要な時に医療機関を受診すること

3) 結果

計 44 名（方法 I:16 名、方法 II: 28 名）のケースワーカーから回答を得た。質問①（重要だと考えるフェイスシートの項目例）では、食事習慣（81.8%）、運動習慣（54.4%）、飲酒習慣（52.3%）、喫煙習慣（50.0%）、必要な時に医療機関を受診すること（43.2%）が多く選択された（表 2-2-2）。質問②（重要ではないと考えるフェイスシートの項目例）では、ボランティアへの参加（61.4%）、服装（50.0%）、洗濯頻度（45.5%）、趣味を通じた社会活動（43.2%）が多く選択された（表 2-2-3）。

フェイスシートの項目例ごとの合算結果では、食事習慣（36 点）、運動習慣（24 点）、飲酒習慣（23 点）、喫煙習慣（21 点）、必要な時に医療機関を受診すること（18 点）の項目例の順に点数が高かった（表 2-2-4）。

表 2-2-2 被保護者の健康支援の際に重要だと考えるフェイスマシント項目例（ケースワーカー44名）

フェイスマシント項目例	回答数	フェイスマシント項目例	回答数
喫煙習慣	22	趣味	2
飲酒習慣	23	趣味を通じた社会活動	2
運動習慣	24	レクリエーション	0
歩行習慣	6	ギャンブル等（パチンコ・パチスロを含む）	2
食事習慣	36	居宅の状態	10
食志向	1	家の中の移動	0
入浴習慣	0	台所の有無	0
外出	6	トイレ	0
睡眠リズム	17	風呂・シャワー	1
1日の過ごし方	13	ボランティアへの参加	0
洗濯頻度	0	周囲の者との助け合い	7
買い物	2	困った時の対処方法	5
服装	0	意思伝達に対する認識等	1
手洗い・うがい	0	友人・知人と会う頻度	6
金銭管理	7	必要な時に介護・福祉サービスを受けること	6
余暇時間の過ごし方	2	必要な時に医療機関を受診すること	19

※ : 75%以上が回答、 : 50~74%が回答、 : 25~49%以上が回答。

表 2-2-3 被保護者の健康支援の際に重要ではないと考えるフェイスイスシート項目例 (ケースワーカー44名)

フェイスイスシート項目例	回答数	フェイスイスシート項目例	回答数
喫煙習慣	1	趣味	12
飲酒習慣	0	趣味を通じた社会活動	19
運動習慣	0	レクリエーション	13
歩行習慣	5	ギャンブル等 (パチンコ・パチスロを含む)	4
食事習慣	0	居宅の状態	0
食志向	5	家の中の移動	8
入浴習慣	2	台所の有無	7
外出	0	トイレ	4
睡眠リズム	1	風呂・シャワー	5
1日の過ごし方	3	ボランティアへの参加	27
洗濯頻度	20	周囲の者との助け合い	5
買い物	9	困った時の対処方法	5
服装	22	意思伝達に対する認識等	4
手洗い・うがい	9	友人・知人と会う頻度	7
金銭管理	6	必要な時に介護・福祉サービスを受けること	1
余暇時間の過ごし方	10	必要な時に医療機関を受診すること	1

※ : 50~74%が回答、 : 25~49%以上が回答。

表 2-2-4 フェイスシート項目例の合算結果 (ケースワーカー44名)

フェイスシート項目例	集計	フェイスシート項目例	集計
喫煙習慣	21	趣味	-10
飲酒習慣	23	趣味を通じた社会活動	-17
運動習慣	24	レクリエーション	-13
歩行習慣	1	ギャンブル等 (パチンコ・パチスロを含む)	-2
食事習慣	36	居宅の状態	10
食志向	-4	家の中の移動	-8
入浴習慣	-2	台所の有無	-7
外出	6	トイレ	-4
睡眠リズム	16	風呂・シャワー	-5
1日の過ごし方	10	ボランティアへの参加	-27
洗濯頻度	-20	周囲の者との助け合い	2
買い物	-7	困った時の対処方法	0
服装	-22	意思伝達に対する認識等	-3
手洗い・うがい	-9	友人・知人と会う頻度	-1
金銭管理	1	必要な時に介護・福祉サービスを受けること	5
余暇時間の過ごし方	-8	必要な時に医療機関を受診すること	18

※「重要である」と回答した項目例には1点加算、「重要でない」と回答した項目例には1点減算とし、合計得点を算出した。

■ : 34~44点、■ : 23~33点、■ : 12~22点、■ : 1~11点。

3. 福祉事務所へのヒアリング調査

1) 目的

福祉事務所に「手引き」に示されたフェイスシートの項目例についての意見、健康管理支援事業で必要と考える評価指標、ならびに都道府県から受けたい支援に関する意見を収集することを目的とした。

2) 方法

本調査に協力の同意を得た福祉事務所に質問紙調査票（p.109 資料 2-1「市町村における被保護者健康管理支援事業の実情に関する調査のお願い」、p.114 資料 2-2「都道府県における被保護者健康管理支援事業の実情に関するヒアリング調査のお願い」）を送付し回答を得た。さらに2022年8月から2023年1月にかけて、福祉事務所に対面もしくはオンラインでヒアリング調査を実施した。

質問紙調査票では、基本情報として被保護者・福祉事務所の現状、健康管理支援事業での取り組み内容や担当職種について尋ねた。そして、「2. ケースワーカーへの質問紙調査」と同様に、以下の2つの質問について尋ねた：①「被保護者健康管理支援事業の手引きで示された以下の項目（表 2-1-1）のうち、被保護者の健康を支援する際に重要だと考えられる社会生活面の項目例を、査察指導員やケースワーカーの観点から、5つ選択してください」、②「反対に、被保護者の健康を支援する際に重要でないと考えられる項目例（表 2-1-1）を、査察指導員やケースワーカーの観点から、5つ選択してください」。質問①、②について、フェイスシートの項目例ごとに回答結果を得た。次いで、質問①で選択された項目例には1点加算、質問②で選択された項目例には1点減算として、各フェイスシートの項目例の合算結果（満点7点）を算出した。さらに、福祉事務所が健康管理支援事業で必要と考える評価指標、都道府県から受けたい支援について自由記述で回答を得た。

ヒアリング調査では、上記の調査票の回答の補足事項や不明点を質問紙の内容に沿って聞き取りを実施した。ヒアリング内容をその場で研究者が記述し、許諾を得られた場合には録画もしくは録音した。後日録画・録音記録を確認し、文書データを作成した。1自治体につき平均80分のヒアリングを1回実施した。

3) 結果

(1) 福祉事務所の概要と健康管理支援事業についての情報

8 か所の福祉事務所（市部福祉事務所 6 か所、郡部福祉事務所 2 か所）から調査の協力を得た。福祉事務所ごとに、被保護者・福祉事務所の現状、健康管理支援事業の取り組みや担当職種についてまとめた（表 2-3-1、2-3-2）。なお、愛媛県は南予地方局から取り組み内容について聞き取りを行ったため、他の地方局からの取り組み内容は把握していない。

表 2-3-1 郡部福祉事務所の概要と健康管理支援事業の基本情報

自治体名	大阪府	愛媛県
人口（人）（2020年国勢調査）	8,842,523	1,334,841
府県全体の被保護世帯数（世帯）	218,626	16,682
府県全体の被保護実人員（人）	267,477	16,879
府県全体の保護率（人口千対）	30.25	12.64
郡部被保護世帯数（世帯）	1,187	1,011
郡部被保護実人員（人）	1,518	1,220
郡部福祉事務所	①池田子ども家庭センター（豊能郡） ②岸和田子ども家庭センター（泉北郡・泉南郡） ③富田林子ども家庭センター（南河内郡）	①東予地方局（越智郡） ②中予地方局（上浮穴郡、伊予郡） ③南予地方局（北宇和郡、南宇和郡） ④南予地方局八幡浜支局（喜多郡、西宇和郡）
福祉専門職ケースワーカー	いる	いない
保健医療専門職の採用（嘱託医は除く）	なし	保健師（上記②～④に在籍）
取り組み内容	<ul style="list-style-type: none"> ・健診受診勧奨 ・医療機関受診勧奨 ・保健指導・生活支援 ・頻回受診指導 	<ul style="list-style-type: none"> ③で実施している事業 ・健康受診勧奨 ・医療機関受診勧奨 ・保健指導・生活支援 ・頻回受診指導
健康管理支援事業担当者の職種	保健師 ³ 、管理栄養士	保健師

³ 大阪府の郡部福祉事務所では保健師の採用はないため、保健指導等に関する業務を委託している。

表 2-3-2 市部福祉事務所の概要と健康管理支援事業の基本情報

自治体名	政令指定都市		中核市		市		
	京都府京都市	京都府京都市	神奈川県横須賀市	大阪府豊中市	埼玉県飯能市	京都府南丹市	山口県山口市
人口 (人) ⁴	1,463,723	1,463,723	388,078	401,558	80,361	31,629	193,966
被保護世帯数 (世帯)	41,585	41,585	4,258	7,503	673	291	1,162
被保護実人員 (人)	53,627	53,627	5,412	9,417	871	366	1,443
保護率 (人口千対)	36.64	36.64	13.95	23.45	10.84	11.57	7.44
ケースワーカー 1人当たりの担当世帯数 (世帯)	88	88	78.8	127	84	72	77
福祉専門職のケースワーカー	いる	いる	いる	いる	いる	いない	いる
保健医療専門職の採用 (嘱託医は除く)	保健師	保健師	保健師	保健師、精神保健福祉士 ⁵	なし	保健師	保健師

⁴ 2020年実施の国勢調査での人口を示す。

⁵ 精神保健福祉士の資格を有する方が医療介護係に配置されている。

表 2-3-2 市部福祉事務所の概要と健康管理支援事業の基本情報（続き）

自治体名	政令指定都市			中核市			市		
	京都府京都市	神奈川県横浜市	神奈川県横須賀市	大阪府豊中市	埼玉県飯能市	京都府南丹市	山口県山口市		
取り組み内容	<ul style="list-style-type: none"> ・健診受診勧奨 ・医療機関受診勧奨 ・保健指導・生活支援 ・頻回受診指導 	<ul style="list-style-type: none"> ・健診受診勧奨 ・医療機関受診勧奨 ・保健指導・生活支援 ・頻回受診指導 	<ul style="list-style-type: none"> ・健診受診勧奨 ・医療機関受診勧奨 ・保健指導・生活支援 ・頻回受診指導 	<ul style="list-style-type: none"> ・健診受診勧奨 ・医療機関受診勧奨 ・保健指導・生活支援 ・主治医と連携した保健指導・生活支援（重症化予防） ・頻回受診指導 	<ul style="list-style-type: none"> ・健診受診勧奨 ・医療機関受診勧奨 ・頻回受診指導 	<ul style="list-style-type: none"> ・健診受診勧奨 ・医療機関受診勧奨 ・保健指導・生活支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・健診受診勧奨 ・医療機関受診勧奨 ・主治医と連携した保健指導・生活支援（重症化予防） ・頻回受診指導 		
健康管理支援事業担当者の職種	保健師、ケースワーカー	保健師、社会福祉士	保健師、精神保健福祉士 ⁶	保健師、ケースワーカー	保健師、ケースワーカー	保健師、ケースワーカー	保健師、ケースワーカー		

⁶ 精神保健福祉士の資格を有する方が医療介護係に配置されている。

(2) フェイスシート項目例に関する意見

質問①（重要だと考えるフェイスシートの項目例）と質問②（重要ではないと考えるフェイスシートの項目例）に関しては、京都府京都市を除く7か所の福祉事務所から回答を得た。京都市はケースワーカー個人の回答を収集したため、本結果には含まれていない（第2節参照）。

質問①（重要だと考えるフェイスシートの項目例）では、食事習慣、運動習慣、飲酒習慣、喫煙習慣、必要な時に医療機関を受診することが多く選択された（いずれの項目例も57.1%）（表2-3-3）。

質問②（重要ではないと考えるフェイスシートの項目例）では、ボランティアへの参加(57.1%)、ギャンブル等(パチンコ・パチスロを含む)(42.9%)、家の中の移動(42.9%)が多く選択された(表2-3-4)。フェイスシートの項目例ごとの合算結果では、食事習慣、運動習慣、飲酒習慣、喫煙習慣、必要な時に医療機関を受診することの項目例が最も高い点数だった（いずれの項目も4点）（表2-3-5）。

表 2-3-3 被保護者の健康支援の際に重要だと考えるフェイスイースシート項目例（福祉事務所7か所）

フェイスイースシート項目例	回答数	フェイスイースシート項目例	回答数
喫煙習慣	4	趣味	1
飲酒習慣	4	趣味を通じた社会活動	0
運動習慣	4	レクリエーション	0
歩行習慣	0	ギャンブル等（パチンコ・パチスロを含む）	1
食事習慣	4	居宅の状態	1
食志向	0	家の中の移動	0
入浴習慣	0	台所の有無	0
外出	1	トイレ	0
睡眠リズム	1	風呂・シャワー	0
1日の過ごし方	3	ボランティアへの参加	1
洗濯頻度	0	周囲の者との助け合い	0
買い物	1	困った時の対処方法	0
服装	0	意思伝達に対する認識等	0
手洗い・うがい	0	友人・知人と会う頻度	1
金銭管理	1	必要な時に介護・福祉サービスを受けること	2
余暇時間の過ごし方	0	必要な時に医療機関を受診すること	4



※  : 50~74%が回答、  : 25~49%以上が回答。

表 2-3-4 被保護者の健康支援の際に重要ではないと考えるフェイスイースト項目例（福祉事務所7か所）

フェイスイースト項目例	回答数	フェイスイースト項目例	回答数
喫煙習慣	0	趣味	0
飲酒習慣	0	趣味を通じた社会活動	2
運動習慣	0	レクリエーション	2
歩行習慣	1	ギャンブル等（パチンコ・パチスロを含む）	3
食事習慣	0	居宅の状態	2
食志向	1	家の中の移動	3
入浴習慣	1	台所の有無	2
外出	0	トイレ	1
睡眠リズム	1	風呂・シャワー	1
1日の過ごし方	0	ボランティアへの参加	4
洗濯頻度	1	周囲の者との助け合い	0
買い物	0	困った時の対処方法	0
服装	2	意思伝達に対する認識等	0
手洗い・うがい	0	友人・知人と会う頻度	1
金銭管理	0	必要な時に介護・福祉サービスを受けること	0
余暇時間の過ごし方	1	必要な時に医療機関を受診すること	0

※  : 50~74%が回答、 : 25~49%以上が回答。

表 2-3-5 フェイスシート項目例の集計結果 (福祉事務所 7 か所)

フェイスシート項目例	集計	フェイスシート項目例	集計
喫煙習慣	4	趣味	1
飲酒習慣	4	趣味を通じた社会活動	-2
運動習慣	4	レクリエーション	-2
歩行習慣	-1	ギャンブル等 (パチンコ・パチスロを含む)	-2
食事習慣	4	居宅の状態	-1
食志向	-1	家の中の移動	-3
入浴習慣	-1	台所の有無	-2
外出	1	トイレ	-1
睡眠リズム	0	風呂・シャワー	-1
1日の過ごし方	3	ボランティアへの参加	-3
洗濯頻度	-1	周囲の者との助け合い	0
買い物	1	困った時の対処方法	0
服装	-2	意思伝達に対する認識等	0
手洗い・うがい	0	友人・知人と会う頻度	0
金銭管理	1	必要な時に介護・福祉サービスを受けること	2
余暇時間の過ごし方	-1	必要な時に医療機関を受診すること	4

※「重要である」と回答した項目例には 1 点加算、「重要でない」と回答した項目例には 1 点減算とし、合計得点を算出した。

■ : 4~5 点、■ : 2~3 点、■ : 1 点。

(3) 福祉事務所が健康管理支援事業で必要と考える評価指標

福祉事務所が健康管理支援事業で必要と考える評価指標として、様々な評価指標が挙げられた。特に、健診受診や医療機関受診に関する指標が複数の自治体から挙げられた(表 2-3-6、表 2-3-7)。

健診受診率に関しては、「自治体によって対象年齢が異なる事や、長期入院や施設入所者を除いた実質的な受診率を算出し、他自治体と比較するのは難しいという実態がある。」(横須賀市) といった意見があった。

健診受診勧奨や医療機関受診勧奨で保健部局と連携体制を構築している自治体からは、連携体制の評価や、生活習慣改善の支援方法のプロセス評価の指標が挙げられた(飯能市: 利用者の健診結果を保健部局と共有している、保健センターの保健師が利用者に重症化予防のための受診指導を実施している)。

また、具体的な指標の設定は難しいと回答した自治体でも、「他の自治体がどのような指標を設け、事業を実施しているかについて参考にしたい。」との声があった(京都市)。

(4) 福祉事務所が都道府県から受きたい支援

市部福祉事務所のみが本項目に回答した。市部福祉事務所が都道府県から受きたい支援は、情報共有の場の設定、事業担当者の研修会参加のとりまとめ、連携体制の支援、統一事業の実施、予算関連の要望などの意見が挙げられた(表 2-3-8)。

複数の福祉事務所から、情報共有の場の設定を希望する意見が聞かれた。「本事業については、県内自治体間においてもその取組状況についてはバラつきがあると想定されるが、各福祉事務所はその情報を得る機会がない。県本庁は、それらを知り得る立場にあるため、情報共有に加え、必要と思われる市町村支援(研修企画など)を検討して欲しい。」(横須賀市) との声があった。事業担当者の研修会参加のとりまとめについては、「現状は、保健師、精神保健福祉士が自ら情報を得て、いろいろな研修会に参加しています。都道府県には、健康管理支援事業の担当者が保健部局の研修担当の主催の研修会に参加できるようなどを調整していただくことをお願いしたい。」(豊中市) との意見が挙げられた。連携体制の支援に関しては、「保健所の相談員との連携」(南丹市) のように、都道府県の管轄にある機関との連携を望む意見があった。統一事業の実施は、「可能であれば京都市独自ではなく、京都府下の被保護者全体が参加できる事業があれば望ましいと考えている。」(京都市) との意見があった。

なお、都道府県から受けたい支援として予算関連の要望が挙げたが、国への要望として述べられた意見と思われる。

表 2-3-6 福祉事務所が健康管理支援事業で必要と考える評価指標（市部福祉事務所）

自治体名	中核市			市			
	政令指定都市	京都府京都市	神奈川県横須賀市	大阪府豊中市	埼玉県飯能市	京都府南丹市	山口県山口市
健康管理支援事業の実施・評価に必要なと考える指標	<ul style="list-style-type: none"> 自治体ごとに被保護者の規模等が異なるため、実情に応じた指標を設けることとなり、具体的な指標を設定するのは難しいと考えている。 	<ul style="list-style-type: none"> 市民健診受診率 特定保健指導利用者数。利用前後の BMI や血糖値の改善など。 生活保護受給者、生活困窮者及び一般世帯との比較（健康に関する意識の違い等）が分かるデータ。 	<ul style="list-style-type: none"> 歯科健診受診率 がん検診受診率 	<ul style="list-style-type: none"> 《ストラクチャ一評価》 予算措置（健康診査料等） 健康づくり支援課、医療機関等との連携 	<ul style="list-style-type: none"> 《プロセス評価》 対象者の選定方法（レセプト等の分析、ケース診断会議での検討等） 生活習慣改善の支援方法（健康づくり支援課、医療機関等との連携） 	<ul style="list-style-type: none"> 担当（保健師）が、対象者に対し健診受診や医療機関受診を勧奨し、いかにそれらに結びつけられたか。 社会参加がない者、相談者がいない者に対して、いかに相談者や居場所等の支援を提供することができたのか。 	<ul style="list-style-type: none"> 重症化予防：定期通院ができているか 頻回受診：頻回受診傾向に当てはまる人を抽出できているか

表 2-3-7 福祉事務所が健康管理支援事業で必要と考える評価指標（郡部福祉事務所）

自治体名	大阪府	愛媛県
健康管理支援事業の実施・評価に必要と考える指標	・健診受診率、健診結果の比較など、効果が数値で表れる指標	・取り組み内容ごとの評価指標。例えば健診受診者と非受診者の成果の比較など。

表 2-3-8 福祉事務所が都道府県から受けた支援（市部福祉事務所）

自治体名	政令指定都市			中核市		市	
	京都府京都市	京都府下の被保護者全体が参加できる事業	神奈川県横須賀市	大阪府豊中市	埼玉県飯能市	京都府南丹市	山口県山口市
健康管理支援事業に関して都道府県から受けた支援			<ul style="list-style-type: none"> 県内各自治体の被保護者健康管理支援事業の取組状況について情報共有をもつ場の設定（研修企画など） 	<ul style="list-style-type: none"> 健康管理支援事業担当者との研究会参加のとりまとめ 	<ul style="list-style-type: none"> 予算措置（健康診査料等） 	<ul style="list-style-type: none"> 保健所の相談員との連携 健康管理事業システム改修費用や維持費用について、10割補助 	<ul style="list-style-type: none"> 他市の取り組み状況、支援内容の例示 それぞれの取り組みにおける具体的な抽出基準の例示 評価指標の設定方法

※本項目は市部福祉事務所のみが回答した。

(5) 健康管理支援事業に関して府県内の福祉事務所に対する支援

調査に協力した2府県から、健康管理支援事業に関して府県内の福祉事務所に対する支援について伺うことができた。「事業の更なる充実を目的に、府内福祉事務所に対して取組み状況のアンケートを実施することで府内の状況を経年で把握し、情報共有している。」「評価指標については、府内福祉事務所で内容が異なっている状況であるため、府内へ共通指標案を示すことで事業効果の経年把握に努めている。」(以上、大阪府)、「市町村が提出した健康管理支援事業の報告書から結果は把握している状況である。」(愛媛県)との回答があり、福祉事務所での事業実施状況を把握しているとのことだった。

4. 考察

本章では、「手引き」に示されたフェイスシートの項目例についてケースワーカーの意見と福祉事務所の意見を聴取し、集計結果をまとめた。そして、福祉事務所が健康管理支援事業で必要と考える評価指標ならびに都道府県から受けたい支援に関する意見をまとめた。

フェイスシートの項目例ごとの合算結果は、ケースワーカーの回答と福祉事務所の回答ともに、食事習慣、運動習慣、飲酒習慣、喫煙習慣、必要な時に医療機関を受診することの項目例が上位の項目となり一致した。これらの結果は、被保護者の援助活動に携わるケースワーカーが考える被保護者の健康支援に関係する社会生活面の項目であると言えよう。第4章では、被保護者の健康支援を行う現場の意見である本結果と学術的に評価した文献レビューの結果(第3章)をもとに、新フェイスシート案を作成する。

福祉事務所が健康管理支援事業で必要と考える評価指標としては意見が分かれたが、複数の自治体が健診受診や医療機関受診に関する指標を挙げた。「手引き」では、「ストラクチャー(構造)評価」、「プロセス(過程)評価」、「アウトプット(事業実施量)評価」、「アウトカム(結果)評価」が健康管理支援事業の目標・評価指標の設定として提示されている²⁾。福祉事務所から得られた意見においても、これらの評価指標が混在した結果であった。第5章では、本結果も踏まえて、健康管理支援事業の評価指標の提案を試みる。

市部福祉事務所が都道府県から受けたい支援として、情報共有の場の設定、事業担当者の研修会参加のとりまとめ、連携体制の支援、統一事業の実施、予算関連の要望などが挙げられた。情報共有の場の設定、連携体制の支援、予算関連の要望に関しては、以

前の調査でも同様の意見が福祉事務所から挙がっている³⁾。今回、調査に協力した府県は、現時点では福祉事務所での事業実施状況を把握することで、福祉事務所への支援を実施している状況であった。2つの府県から得た回答であるため、他の都道府県の支援状況は分かっていない。今後は都道府県からの支援の現状を明らかにし、健康管理支援事業において都道府県が福祉事務所をどのように支援していくかについて検討することが期待される。

<引用文献>

- 1) 厚生労働省. 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）. 2018. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000164511.pdf>（2023年3月23日アクセス可能）
- 2) 厚生労働省. 被保護者健康管理支援事業の手引き（令和2年8月改定版）. 2020. <https://www.mhlw.go.jp/content/12002000/000948319.pdf>（2023年3月23日アクセス可能）
- 3) 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. 日本公衛誌. 2022; 69(1): 48-58.

3 章 フェイスシート項目例案の文献レビューとエビデンスの有無に基づく評価と検討

1. 背景

本章では、保健医療サービスの利用などの健康管理に必要な項目、被保護者の健康に関連する生活習慣を把握するために必要な項目、被保護者の健康に関連する社会生活面の支援に必要な項目、という観点から、学術的な観点で項目例の重要性のランク付け評価を行い、現状の項目例を見直した。まず、現状のフェイスシート項目例の優先度を決定するために、各項目例に関する文献レビューを実施し、どの程度のエビデンスがあるかを調査した。その上で、疫学・公衆衛生学の研究者の知見を踏まえて、各項目例にランク付け評価を行い、聴取すべき項目例の優先順位を提案した。対象者（例えば、高齢者世帯、障害者世帯、母子世帯など）により優先順位が大きく異なる可能性があるが、今回は成人の被保護者に対して必ず聴取した方が良い項目（コア項目）の選定をめざした。

本章では、「フェイスシート項目例の文献レビュー」（本章2節）および「各項目例のランク付け評価」（本章3節）結果に基づき、フェイスシートで聴取すべき項目のランク付け評価をした。

2. フェイスシート項目例の文献レビュー

1) 目的

フェイスシートの項目例の再検討にあたり、「手引き」に示されたフェイスシート項目例と健康アウトカム（健康状態、QOL、幸福度などの健康度を測る判定項目を指す）との関連に関する先行研究を調査し、優先順位をつけるためのランク付け評価の参考資料を作成することを目的とした。

2) 方法

(1) 検討したフェイスシート項目例案

フェイスシートの項目例の注釈には「保護開始時またはほかのプログラムなどですでに得られている項目があると想定されるため、目安として以下のA～Cの種別を示す」として、以下のように分類されている。

A：保護の開始、実施に係る基本情報

B：他のプログラム等ですでに把握されている可能性のある情報

C：健康管理支援事業で収集する情報

本文献レビューでは、どの項目を優先的に聴取するか優先順位をつけることが目的であるため、「A:保護開始、実施に係る基本情報」は検討の対象外とし、上記 B と C に分類された以下の項目例を対象に文献レビューを実施した（表 3-2-1）。

表 3-2-1 「手引き」に示された種別 B および C に分類されたフェイスシート項目例

医科の受療状況	買い物
歯科の受療状況	服装
生活習慣病受診歴	手洗い・うがい
かかりつけ医	金銭管理
病状の理解	余暇時間の過ごし方
服薬管理	趣味
健診受診状況	趣味を通じた社会活動
健診結果	レクリエーション
保健指導状況	ギャンブル等 (パチンコ・パチスロを含む)
一般介護予防事業利用の有無と内容	居宅の状態
喫煙習慣	家の中の移動
飲酒習慣	台所の有無
運動習慣	トイレ
歩行習慣	風呂・シャワー
食事習慣	ボランティアへの参加
食志向	周囲の者との助け合い
入浴習慣	困った時の対処方法
外出	意思伝達に対する認識等
睡眠リズム	友人・知人と会う頻度
1日の過ごし方	必要な時に介護・福祉サービス等 を受けること
洗濯頻度	必要な時に医療機関を受診すること

(2) 文献検索の実施方法

上記項目例を対象に、研究者 A と研究者 B が文献レビューを実施した。文献検索・選定の基準は、以下の通りである。

<文献検索・選定の基準>

- ① 成人を対象にした、各項目例と健康アウトカムとの関連について検証している、エビデンスレベルが高いとされているシステマティックレビューやメタアナリシス論文（以下、コラム参照）を選定した。

なお、検索ワードに「低所得者（層）」の関連ワードを入れていない理由は、各項目

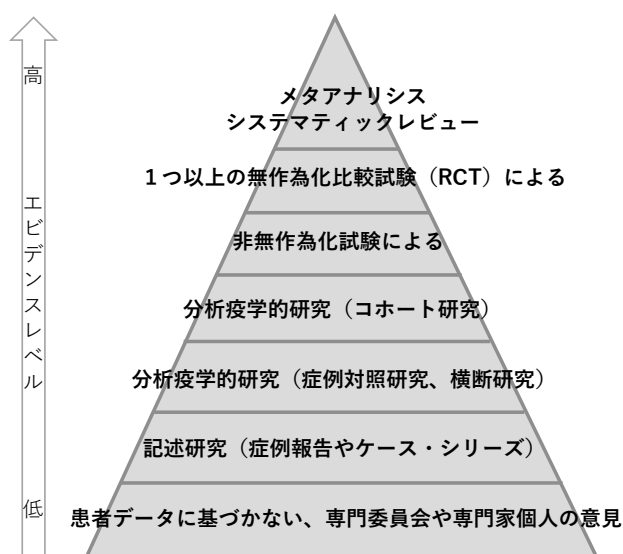
例と健康アウトカムとの関連に関して、関係の強弱はあるにせよ、機序に関してはすべての人間において同様に説明するという前提に基づいている。

※検索ワード：(フェイスシート項目例) + **adults + health outcome + systematic review or meta-analysis**

- ② システマティックレビューやメタアナリシスがない場合は、2～3の文献を選定した。その際、システマティックレビューやメタアナリシスの次にエビデンスレベルが高いとされるランダム化比較試験を用いた論文を最初に検討し、なければその次にエビデンスレベルの高い縦断研究等、最後に横断研究を含めて関連論文を選定した。
- ③ 英文論文が存在しない場合は、和文論文を検索した。

コラム：エビデンスレベルについて

因果関係の判定に有用な度合い（エビデンスレベル）の吟味において、重視される研究方法をわかりやすいように類型化し、信頼度の目安を示したエビデンスピラミッドを以下に示す。一般に、上位ほどエビデンスレベルが高いとされている。しかし、多様な基準が存在するため、エビデンスレベルの記述のある文献を参照する際には、どのような基準を用いているかを確認する必要がある。下記はエビデンスレベルの1例として、「診療ガイドライン作成の手引き 2014」で採用されているエビデンスレベルを示す。



参考文献：診療ガイドライン作成の手引き 2014

(<http://minds4.jcqh.or.jp/minds/guideline/handbook2014.html>)

(3) 選定した論文から抽出した情報

上記の方法で文献検索を行い、選定した論文から、以下の情報を抽出し表にまとめた。

- a. 文献情報および文献 URL
- b. システマティックレビュー、メタアナリシスの有無（0 = なし、1 = あり）
- c. 文献要約
- d. 備考（検索の際に研究者間で共有しておくべき事項）

3) 結果

いくつかの項目例においては、項目内容と健康アウトカムとの関連を示すシステマティックレビューやメタアナリシスがあり、エビデンスレベルの高い項目例であることが

示唆された（表 3-2-2）。一方で、該当する先行研究が存在しないなど健康アウトカムとの関連を示すエビデンスが乏しい項目例が浮き彫りになった。選定した論文から抽出した情報を表 3-2-3 にまとめた。

表 3-2-2 健康アウトカムとの関連を示すシステマティックレビュー・メタアナリシスが存在した項目例（太字）

医科の受療状況	買い物
歯科の受療状況	服装
生活習慣病受診歴	手洗い・うがい
かかりつけ医	金銭管理
病状の理解	余暇時間の過ごし方
服薬管理	趣味
健診受診状況	趣味を通じた社会活動
健診結果	レクリエーション
保健指導状況	ギャンブル等（パチンコ・パチスロを含む）
一般介護予防事業利用の有無と内容	居宅の状態
喫煙習慣	家の中の移動
飲酒習慣	台所の有無
運動習慣	トイレ
歩行習慣	風呂・シャワー
食事習慣	ボランティアへの参加
食志向	周囲の者との助け合い
入浴習慣	困った時の対処方法
外出	意思伝達に対する認識等
睡眠リズム	友人・知人と会う頻度
1日の過ごし方	必要な時に介護・福祉サービス等 を受けること
洗濯頻度	必要な時に医療機関を受診すること

表 3-2-3 選定した論文から抽出した情報のまとめ

担当者	項目例	文献情報	レビュー	文献要約	文献 URL	備考
B	医科の受療状況	疾患をアウトカムにしているの で文献レビューに該当しない				
B	歯科の受療状況	疾患をアウトカムにしているの で文献レビューに該当しない				
B	生活習慣病受診歴	疾患をアウトカムにしているの で文献レビューに該当しない				
B	かかりつけ医	Kaneko, et al. Gatekeeping function of primary care physicians under Japan's free- access system: a prospective open cohort study involving 14 isolated islands. Fam Pract.2019;36:452-459.	0	日本の国内調査 (Fukui 2013) と比較して、本研究 (沖 縄県の離島 14 か所の患者の 1 年間の受診行動) では病 院の外来受診を受診した患者の割合は低く、プライマリ ケア医を受診する患者が多かった。日本でも (海外のよ うに) ゲートキーパー機能をプライマリケア医が持て ば、専門医への紹介受診が減るかもしれない。	https://academic.oup.com/fampra/article/36/4/452/5093187	
		Smetana GW, et al.A comparison of outcomes resulting from generalist vs specialist care for a single discrete medical condition: a systematic review and	1	総合診療医と専門医を比較した研究の半数で、専門医 に受診するほうが一つの疾患に罹患している患者のア ウトカムは良好だった。しかし、多くの研究が複数の疾 患を持つ患者を考慮していない、医師の診療状況の特徴 を述べていないなどの難点があった。	https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/411483	

		methodologic critique. Arch Intern Med 2007;167:10-20.					
B	病状の理解	該当論文なし。					
B	服薬管理	Foot H, et al. Impact of pharmacist and physician collaborations in primary care on reducing readmission to hospital: A systematic review and meta-analysis. Res Social Adm Pharm.2022;18:2922-2943.	1	薬剤師がプライマリケア医と協力したケースの患者では、退院後の再入院率(特にフォローアップ期間が30日間の研究)が低下した。	https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1551741121002734?via%3Dihub	服薬アドヒアランスをフェイェンシート項目にすべきか?それとも「かかりつけ薬局の存在の有無」でいいのでは?	
		Walsh CA, et al. The association between medication non-adherence and adverse health outcomes in ageing populations: A systematic review and meta-analysis.Br J Clin Pharmacol. 2019; 85: 2464-2478.	1	服薬アドヒアランスが不良な高齢者(55歳以上)は、入院率の上昇と関係し、服薬アドヒアランスが良好な患者は不良な患者と比べて長期間の死亡率が21%低下していた。	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6848955/pdf/BCP-85-2464.pdf		
		Evans M, et al. Adherence to and persistence with antidiabetic medications and associations with clinical and economic	1	服薬アドヒアランスが良好で継続している2型糖尿病の患者は、微小血管・大血管病の発生率や入院率が低く、全医療費の低下もしくは増加を認めなかった。	https://dom-pubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/		

		outcomes in people with type 2 diabetes mellitus: A systematic literature review. Diabetes Obes Metab.2022;24:377-390.				epdf/10.1111/dom.14603	
B	健診受診状況	Liss DT, et al. General Health Checks in Adult Primary Care: A Review. JAMA.2021;325:2294-2306.	1	総合的な健康診断は、死亡率や心血管系疾患イベントの低下とは関連がなかったが、慢性疾患（うつ病、高血圧）の発見と治療、リスク因子（血圧、コレステロール値）のコントロール、予防サービス（大腸癌、子宮癌スクリーニング）の利用、患者報告アウトカム（QOL、主観的健康感）の改善と関連していた。予防サービスを利用しない、リスク因子に介入のない、主観的健康感が低い、プライマリケアへのアクセスがないもしくは不十分なハイリスク群の人たちにとって、総合的な健康診断を提供するのは合理的かもしれない。	https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2780614		
		Si S,et la.Effectiveness of general practice-based health checks: a systematic review and meta-analysis.Br J Gen Pract. 2014;64: e47-e53.	1	総合診療クリニックで実施される健康診断は、特にハイリスク群の患者（血圧 140/90～100mmHg、総コレステロール値 6-8mmol/l 以上、BMI 27.5-30 kg/m2 以上）において血圧、総コレステロール値、BMI が統計的には有意だが臨床的にはわずかに改善した。多くの研究は死亡率を検証するデザインではなかった。	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3876170/pdf/bjgpjan2014-64-618-e47.pdf		
		Krogsbøll LT, et al.General health checks in adults for reducing morbidity and mortality	1	総合的な健康診断は、罹患率、全死亡率や心血管系疾患・癌による死亡率を低下しない。一方で、健診により新規診断数は増加する。	https://www.bmj.com/content/bmj		

		<p>from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. BMJ 2012; 345.</p> <p>(「健診受診状況」と同じ文献レビュー)</p>	1		/345/bmj.e7191.full.pdf	<p>フェイスシート項目で本人から聴取するのは難しいのでは？「健診受診状況」と項目をまとめてもいいと思う。</p>
B	健診結果		1	<p>積極的支援では対照群に比較し、BW (体重)・BMI (肥満度)・WC (腹囲)・SBP (収縮期血圧値)・TG (中性脂肪値)・HDL-C (HDL コレステロール値)・FPG (空腹時血糖値)・HbA1c が対照群に比較し有意に改善したが、DBP (拡張期血圧値) については有意な差を認めなかった。動機付け支援は対照群と比較し、BW・BMI・WC・TG・HDL-C は有意に改善したが、SBP・DBP・HbA1c は有意差を認めなかった。</p> <p>日本の勤労男性を対象にした特定保健指導は臨床的に差のある体重減少、心血管系疾患のリスク要因の低下とは関連がなかった。</p>	<p>https://www.jstag.e.jst.go.jp/article/ningendock/31/5/31_689/_pdf/char/ja</p>	<p>(参考) 動機づけ支援と積極的支援 https://www.kyoukai-aikenpo.or.jp/g4/c/420/r36/</p>
B	保健指導状況	<p>松下 まどか. 特定保健指導の有効性：メタアナリシスから得た知見. 人間ドック. 2017; 31: 689-697.</p>	0		<p>https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2771507</p>	

		Japanese Men. JAMA Intern Med. 2020;180:1630-1637.				
B	一般介護予防事業利用の有無と内容	鶴川重和他. 介護予防の二次予防事業対象者への介入プログラムの関連する文献レビュー. 日本公衆誌 2015; 62(1): 3-19.	1	公民館等で実施される集合型の筋力トレーニングや運動による介入プログラムが運動器の機能改善を報告するとの研究が多かった。研究デザインは前後比較試験が大半であった。	https://www.jstaged.jp/article/jph/62/1/62_14-018/_pdf/-char/ja	
B	喫煙習慣	Jayes L, et al. Systematic reviews and meta-analyses on the effects of active and passive smoking on respiratory health outcomes: the SmokeHaz online resource. The Lancet. 2014;384:S4.	1	能動喫煙は肺癌、COPD（慢性閉塞性肺疾患）、喘息、睡眠時無呼吸症候群、結核感染のリスクとなる。能動喫煙は小児の喘息、下気道感染症、肺機能低下、成人の肺癌、結核感染のリスクとなる。	https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)62168-1/fulltext	
		AL-Bashaireh AM, et al. The Effect of Tobacco Smoking on Musculoskeletal Health: A Systematic Review. J Environ Public Health. 2018; 2018: 4184190.	1	喫煙は筋骨格系疾患（骨折、骨密度の低下、関節疾患、関節機能低下など）に悪影響を及ぼす	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6077562/pdf/JEPH2018-018-4184190.pdf	
B	飲酒習慣	Ronksley PE, et al. Association of alcohol consumption with selected cardiovascular disease	1	2.5-14.9 g/日 (約 ≤1 杯/日)の飲酒は心血管系疾患のリスクを14~25%低下させる。大量飲酒 60g/日は脳卒中、死亡のリスクとなる。	https://www.bmj.com/content/bmj	

		outcomes: a systematic review and meta-analysis. <i>BMJ</i> .2011;342:d671				/342/bmj.d671.fu ll.pdf	
		Taylor B, et al. Alcohol and hypertension: gender differences in dose-response relationships determined through systematic review and meta-analysis. <i>Addiction</i> . 2009;104:1981-1990.	1	飲酒量に比例して、高血圧のリスクは高くなる。		https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1360-0443.2009.02694.x	
B	運動習慣	Amagasa S, et al. Is objectively measured light-intensity physical activity associated with health outcomes after adjustment for moderate-to-vigorous physical activity in adults? A systematic review. <i>Int J Behav Nutr Phys Act</i> . 2018; 15: 65.	1	軽強度活動 (3METs 未満) は全死亡率の低下と関係し、腹囲、中性脂肪、インスリン、メタボリックシンドロームに好影響を及ぼす。		https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6038338/pdf/12966_2018_Article_695.pdf	
		Cunningham C, et al. Consequences of physical inactivity in older adults: A systematic review of reviews and meta-analyses. <i>Scand J Med Sci</i>	1	身体活動は高齢者 (60 歳以上) で全死亡率、心血管疾患による死亡率、乳癌、前立腺癌、骨折、頻回の転倒、ADL (日常生活動作) 低下、認知機能低下、アルツハイマー病、認知症、うつ病のリスクを低下させる。		https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/sms.13616	

B	歩行習慣	Sports . 2020;30:816-827..	1	歩行グループの参加は、血圧、脈拍、体脂肪率、BMI、総コレステロール値、うつスコアの低下、SF-36 スコアの改善と関係する。	https://bjsm.bmj.com/content/bjspots/49/11/710.full.pdf			
		Hanson S, et al. Is there evidence that walking groups have health benefits? A systematic review and meta-analysis.Br J Sports Med . 2015;49:710-5.	1					
		Moggetti P, et al. Walking for subjects with type 2 diabetes: A systematic review and joint AMD/SID/SISMES evidence-based practical guideline.Nutr Metab Cardiovasc Dis . 2020;30:1882-1898.	1	定期的な歩行、特に見守り下では、2型糖尿病患者の血糖コントロールを改善し、心肺機能、体重、血圧にも好影響を及ぼす。長時間の座位を避けるための短時間の歩行でも、座位行動する糖尿病患者の血糖値を改善する。	https://www.nmcjournal.com/action/showPdf?pii=S0939-4753%2820%2930359-8			
		Lee LL, et al. The effect of walking intervention on blood pressure control: A systematic review.Int J Nurs Stud. 2010;47:1545-1561.	1	中強度から強度の歩行で介入期間が長い場合、血圧に好影響を及ぼす。	https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748910002981?via%3Diuhub			

B	食事習慣	Farmer L, et al. Psychosocial Benefits of Cooking Interventions: A Systematic Review. Health Educ Behav . 2018;45:167-180. Tegart K, et al. Group-based nutrition interventions to promote healthy eating and mobility in community-dwelling older adults: a systematic review. Public Health Nutr. 2022;1-32.	1	地域社会や入院中の料理プログラムは、他者との交流、自尊心、生活の質、感情面において好影響を及ぼす。	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5862744/pdf/nihms920512.pdf	
			1	行動変容を取り入れた集団での栄養教室に参加した人たちは対照群と比較して食事摂取、栄養状態、健康的な食事の知識の改善を認めた。	https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/BF11ACD2588CEC8D10A132A2F43D44A3/S136898002200115Xa.pdf/group-based-nutrition-interventions-to-promote-healthy-eating-and-mobility-in-community-dwelling-older-adults-a-	

B	食志向	Tourlouki E, et al. Dietary habits and cardiovascular disease risk in middle-aged and elderly populations: a review of evidence. Clin Interv Aging. 2009; 4:319–330.	1	健康的な食事（地中海式ダイエットを含む）は心血管系疾患のリスクを低下させる。	systematic-review.pdf https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2722871/pdf/cia-4-319.pdf	
		McEvoy CT, et al. A Posteriori Dietary Patterns Are Related to Risk of Type 2 Diabetes: Findings from a Systematic Review and Meta-Analysis. J Acad Nutr Diet . 2014; 114:1759-75.e4.	1	野菜・果物・複合炭水化物の高摂取と精製炭水化物・加工肉・揚げ物の低摂取で特徴づけられる食事(Posteriori-derived dietary patterns)を取ることは、2型糖尿病の罹患リスクを低下させる。	https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2212267214004973	
B	入浴習慣	(bathing と health outcome の関連を示すシステマティックレビューは見つからなかった)				「自立、介助が必要」は ADL の項目でいいのでは？入浴頻度は ADL に含まれる、それとも生活支援の項目

B	外出	Proper KL, et al. Sedentary Behaviors and Health Outcomes Among Adults: A Systematic Review of Prospective Studies. <i>Am J Prev Med.</i> 2011;40:174-82.	1	座位時間は2型糖尿病のリスク(中等度のエビデンス)、全死亡率と心血管系疾患による死亡率のリスク(質の高いエビデンス)の関係がある。	https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(10)00608-2/fulltext	<p>なるのではないか?</p> <p>「移動手段」「公共交通機関の利用が一人のできるか」は生活支援に必要な項目であり、健康アウトカムとは直接関係しない。「主な外出先」の項目は必要でないのでは? "going out" "outing" でシステマティックレビューを見つけれなかった。</p>
		Bailey DP, et al. Sitting Time and Risk of Cardiovascular Disease and Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Am J Prev Med.</i> 2019;57:408-416.	1	長い座位時間は、身体活動に関係なく心血管疾患と糖尿病のリスクの増加と関係する。	https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(19)30209-0/fulltext	

B	睡眠リズム	Kwok CS, et al. Self - Reported Sleep Duration and Quality and Cardiovascular Disease and Mortality: A Dose - Response Meta - Analysis. J Am Heart Assoc. 2018;7(15): e008552.	1	推奨されている 1 日 7～8 時間の睡眠時間からの乖離は死亡率と心血管系イベントのリスクの増加と関係する。	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6201443/pdf/JAH3-7-e008552.pdf	
		Chaput JP, et al. Sleep duration and health in adults: an overview of systematic reviews. Appl Physiol Nutr Metab . 2020;45(10 (Suppl. 2)):S218-S231.	1	1 日 7～8 時間の睡眠が健康（死亡率、心血管疾患、2 型糖尿病、高血圧、認知機能、転倒）に最もよい影響を及ぼす。	https://cdnsiencepub.com/doi/pdf/10.1139/apnm-2020-0034	
B	1 日の過ごし方	Biswas A, et al. Sedentary Time and Its Association With Risk for Disease Incidence, Mortality, and Hospitalization in Adults A Systematic Review and Meta-analysis. Ann Intern Med. 2015;162:123-32.	1	座位時間が長時間であると、身体活動に関係なく健康（全死亡率、心血管疾患死亡率・発症率、がん死亡率・発症率、2 型糖尿病発症率）に悪影響を及ぼす。	https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M14-1651	「歩行習慣」「運動習慣」で健康アウトカムはカバーできるので、「1 日の過ごし方」とこれらの項目を合併するのがいいのでは？ "daily activity" と健康アウトカムで検索し、"sedentary

							behavior" の文献を選定した。
				1	Jingjie W, et al.Sedentary time and its association with risk of cardiovascular diseases in adults: an updated systematic review and meta-analysis of observational studies.BMC Public Health . 2022;22(1):286.	長時間の座位時間 (1日 10~11 時間) とスクリーン時間 (1日 5~6 時間) の両者とも心血管系罹患率・死亡率に関係する。	https://bmcpublishing.com/article/10.1186/s12889-022-12728-6
B	洗濯頻度	(laundry, washing clothes と health outcome の関連を示すシステマティックレビューは見つからなかった)					「洗濯頻度」は生活支援の項目になるのではないか?
A	買い物	Fultz AK, Sundermeir SM, Katz S, Robson SM. More Frequent Food Shopping May Promote Fruit and Vegetable Intake: A Systematic Review. J Nutr Educ Behav. 2021 Nov;53(11):957-965. doi: 10.1016/j.jneb.2021.07.010.		1	買い物頻度が多いと、野菜や果物の摂取量が増える。		https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34452830/

		Epub 2021 Aug 25. PMID: 34452830.					
A	服装	該当論文なし					
A	手洗い・うがい	Gozdzielewska L, Kilpatrick C, Reilly J, Stewart S, Butcher J, Kalule A, Cumming O, Watson J, Price L. The effectiveness of hand hygiene interventions for preventing community transmission or acquisition of novel coronavirus or influenza infections: a systematic review. BMC Public Health. 2022 Jul 2;22(1):1283. doi: 10.1186/s12889-022-13667-y.	1	手洗いは感染症の予防に有効である。(うがいに関する該当論文はない。)	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9250256/		

		Arch Phys Med Rehabil. 2018 Sep;99(9):1848-1875. doi: 10.1016/j.apmr.2018.02.004. Epub 2018 Mar 7. PMID: 29524397.						
A	余暇時間の過ごし方	該当論文なし						
A	趣味	Kobayashi T, Tani Y, Kino S, Fujiwara T, Kondo K, Kawachi I. Prospective Study of Engagement in Leisure Activities and All-Cause Mortality Among Older Japanese Adults. J Epidemiol. 2022 Jun 5;32(6):245-253. doi: 10.2188/jea.JE20200427. Epub 2021 Jun 22. PMID: 33551388; PMCID: PMC9086310.	0	余暇活動の総数と死亡率ハザードとの間に関係が認められた（調整ハザード比、0.93；95%CI、0.92-0.95）。さらに、身体活動を伴う余暇活動への参加、およびグループベースの交流は、死亡率の低下と最も強い関連を示した。一方、文化的な余暇活動や孤独な余暇活動への参加は、全死因死亡率とは関連がなかった。	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3551388/	Systematic Review ではない。		
A	趣味を通して社会活動	上記と同論文						上記との違いがわからない。
A	レクリエーション	上記と同論文						上記との違いがわからない。

A	ギャンブル等（パチンコ・パチスロを含む）	Erevik EK, Landrø H, Mattson ÅL, Kristensen JH, Kaur P, Pallesen S. Problem gaming and suicidality: A systematic literature review. <i>Addict Behav Rep.</i> 2022 Mar 11;15:100419. doi: 10.1016/j.abrep.2022.100419. PMID: 35340768; PMCID: PMC8943245.	1	ギャンブルと自殺願望・企図に関連がみられた。	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35340768/	高齢者に着目した論文
A	居宅の状態	該当論文なし				
A	家の中の移動	該当論文なし				
A	台所の有無	該当論文なし				
A	トイレ	該当論文なし				
A	風呂・シャワー	該当論文なし				
A	ボランティアへの参加	Moore A, Motagh S, Sadeghirad B, Begum H, Riva JJ, Gaber J, Dolovich L. Volunteer Impact on Health-Related Outcomes for Seniors: a Systematic Review And Meta-Analysis. <i>Can Geriatr</i>	1	28 論文の Systematic review から、ボランティアは、高齢者の身体活動レベルや身体機能の主観的評価を、害を与えることなく向上させる可能性がある。	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3680263/	

A	周囲の者との助け合い	<p>J. 2021 Mar 2;24(1):44-72. doi: 10.5770/cgj.24.434. PMID: 33680263; PMCID: PMC7904324.</p> <p>Kelly ME, Duff H, Kelly S, McHugh Power JE, Brennan S, Lawlor BA, Loughrey DG. The impact of social activities, social networks, social support and social relationships on the cognitive functioning of healthy older adults: a systematic review. <i>Syst Rev.</i> 2017 Dec 19;6(1):259. doi: 10.1186/s13643-017-0632-2. PMID: 29258596; PMCID: PMC5735742.</p>	1	社会的関係と認知機能には関連がある	<p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29258596/</p>	高齢者に着目した論文
A	困った時の対処方法	<p>Kamalpour M, Rezaei Aghdam A, Watson J, Tariq A, Buys L, Eden R, Rehan S. Online health communities, contributions to caregivers and resilience of</p>	0	インフォーマルな介護者による社会的支援の共有と受領が、高齢者のセルフケア、自立、利他主義、外部とのつながりといった4つのレジリエンス要因を支える。	<p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3278312/</p>	高齢者に着目した論文 ・ Online health communication の効果

		older adults. Health Soc Care Community. 2021 Mar;29(2):328-343. doi: 10.1111/hsc.13247. Epub 2020 Dec 5. PMID: 33278312.					
A	意思伝達に対する認識等	該当論文なし					
A	友人・知人と会う頻度	Navipour E, Neamatshahi M, Barabadi Z, Neamatshahi M, Keykhosravi A. Epidemiology and Risk Factors of Alzheimer's Disease in Iran: A Systematic Review. Iran J Public Health. 2019 Dec;48(12):2133-2139. PMID: 31993381; PMCID: PMC6974866.	1	認知症のリスクファクターの一つ。	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31993381/		
A	必要なときに介護・福祉サービスを受けること	Ruiz Escobar E, Pathak S, Blanchard CM. Screening and Referral Care Delivery Services and Unmet Health-Related Social Needs: A Systematic Review. Prev Chronic Dis. 2021	1	患者の満たされていないニーズに対応するために必要なリソースへの接続を促進するためには、医療機関と地域社会の組織との効果的な連携が不可欠。	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34387188/	健康アウトカムではない	

A	必要な時に 医療機関を 受診するこ と	Aug 12;18:E78. doi: 10.5888/pcd18.200569. PMID: 34387188; PMCID: PMC8388203.	0	社会的に不利な人は Unmet health care needs が多い。	https://pubmed.n cbi.nlm.nih.gov/1 5836548/	Systematic Review ではない。
---	------------------------------	---	---	--	---	----------------------------

3. フェイスシート項目例のランク付け評価

1) 目的

フェイスシート項目例に優先順位をつけて選定できるようにするため、各項目例のランク付け評価を行うことを目的とした。

2) 方法

(1) 各フェイスシート項目例のランク付け評価方法

研究者 A (社会福祉士、疫学・公衆衛生学研究者)、C (プライマリケア医、社会疫学研究者)、D (医師、社会疫学研究者) の 3 名がそれぞれお互いの評価を見ず、独立して、各々の知見や上記文献を参考にしたエビデンスを基に、以下の 5 段階でランク付け評価を実施した。その際、評価の統合の際に参考にすべく研究者間で共有しておくべき事項に関しては備考欄に自由記述で記載した

1. 必ず入れた方がよい項目例
2. 必ずではないがあつた方がよい項目例
3. スペースがあれば入れた方がよい項目例
4. どちらでもよい項目例
5. 削除してよい項目例

(2) ランク付け評価の統合

上記の通り 3 名の研究者が独立して評価したランクを統合し、総合評価とした。総合評価として用いた基準は以下の通りである。

- a. 3 名全員の評価が一致したものをその評価を総合評価とする。
- b. 2 名の評価が一致し、かつもう一人の評価が 1 ランクしか変わらない場合は多数の評価を総合評価とする。
- c. それ以外の場合は、3 名で議論・検討し、総合評価を決定する。

3) 結果

各フェイスシート項目例について、3 名の研究者 (研究者 A, C, D) によるランク付け評価、およびその総合評価およびその際の議論内容を-をまとめた (表 3-3-1)。また、上記の評価統合基準を用いた結果、3 者議論・検討になった項目例を赤字で示した。

表 3-3-1 各研究者のフェイスシート項目例の評価と最終評価

項目例	研究者 A の評価	研究者 A の備考	研究者 C の評価	研究者 C の備考	研究者 D の評価 (備考なし)	総合評価	議論内容
医科の受療状況	1		1	レビューに該当せずとも、すべての年齢層で受療状況は「健康管理」に含めるべきかなと思いました…服薬管理とセットでしようか	2	1	「受療状況、何の病気か」の自由記述でも良いと思う。「治療に関して不安があるか」の質問はどうか。生活習慣病に関してだけ聞いてはどうか。既往・現在治療中の両方を聞くのはどうか。保健師に優先的につなぐための情報であれば、細かすぎることは聞く必要はないのではないか。治療を中断したかどうか、診療上に不安があるか、という質問の方がよいのではないか。
歯科の受療状況	1		2	同上	2	2	
生活習慣病受診歴	1	生活習慣病のみでなく、あらゆる疾患の既往を聞いた方がよい。	4		3	—	医科の受診状況に吸収する。

かかりつけ医	3		4	エビデンス的には弱いように思いますが、医科の受療状況を聞けば結局聞くことにならないか…という気がします	1	1	体調が悪い時や健康について相談したいときに、いつも受診する医師や医療機関はありますか、はどうか。
病状の理解	2	本人が理解しているかどうかであれば、聞いた方がよい	4	解釈モデルは重要な気もしますが、どう聞かか問題か	2	2	短いVersionからは割愛でよいと思う。 体調が悪い時や健康について相談したいときに、いつも受診する医師や医療機関はありますか、等の質問はあってもよいのではないか。
服薬管理	1		1		1	1	
健診受診状況	1		3	エビデンス的には微妙ではありますが、この要約の一番最後の文章からは入れておいても良いのかなと思いました。特に壮年期にはあっても	1	1	

健診結果	2	5	良いかもしれない。	5	1	5	本人に聞いてわかるのか？ 健診の結果、受診が必要なのは、受診に至っていない人の把握は重要だが、被保護者の健診受診率は一般世帯に比べて著しく低いことから、受診率を今後の課題とする必要があると考える。
保健指導状況	3	4	システムマイグレーションはあるものの、削除しても良いような	4	1	—	フェイスシートはアンケートと別。項目ごとどこから(本人のアンケート、ケースワーク記録、初回面談か)情報を得るか、を把握する必要がある。 保健指導状況は、記録から情報を得られるのではないか。
一般介護予防事業利用の有無と内容	4	4		4	1	5	社会参加の有無をカバーできる項目。現役なら就労、子ども・高齢者は地域との関わりは聞いておいた方がよい。
喫煙習慣	1	1		1	2	1	
飲酒習慣	1	1		1	2	1	
運動習慣	1	1		1	2	1	

歩行習慣	5	対象が高齢者でなければ、いろいろな。運動習慣で補える。	3	運動習慣を聞くならそれで良いかも？身体活動量が分かれば良いか	2	5
食事習慣	2		4		2	2
食志向	4		3	塩分摂取量、エネルギー摂取量などに関わる内容もここですか？エビデンスないでしょうか？もしあれば格上げ？	3	3
入浴習慣	3		5		3	3
外出	1		1	外出と右記に示される座位時間は違うものを見て異なるように感じるが、外出と健康アウトカムの関連はrobustではないかと思うので左	1	1

					記判断としました。					
睡眠リズム	3		1	1	相対的にはスペースがあれば、で良いような気がするが、学術的にはこの評価か。	2	3		保健師さんに聞いてもらう。「毎日の睡眠に満足していますか？」などはどうか。一日のまとまった睡眠時間を聞いた方がよいか。	
1日の過ごし方	4	運動習慣を聞けばよいと思う。	1	1	相対的にはスペースがあれば、で良いような気がするが、学術的にはこの評価か。	3	5			
洗濯頻度	4		5	5		3	5		スクリーニングではいいかもしれない。フェイスシートの位置づけによって異なる。認識では、優先的に指導する人をスクリーニングであり、詳細な健康状態は保健師に聞いてもらう。	
買い物	5	食習慣を聞けばよい	4	4		3	4		社会生活を聞いている。	

服装	5		5	更衣など保清に関わることはADLの項目として入れても良いかも	3	4	4	社会生活を聞いている。
手洗い・うがい	5		4		5	5		
金銭管理	3	高齢者は特に必要だと思いが、若年者はあまり必要でないかも。	4		3	3		
余暇時間の過ごし方	4		5		5	5		
趣味	4		3		1	5		社会活動を聞く項目があればよい。
趣味を通じた社会活動	5		4	社会参加という文脈なら入れて良いのかも？宗教など、趣味とは異なる社会活動もあるように思います。	5	5	5	
レクリエーション	5		5		4	5	5	

ギャンブル等(パチンコ・パチスロを含む)	2	1	2	2	2	2	2	
居宅の状態	2	5	健康的な生活を送るためには必要。	5	3	3	3	健康的な生活を送るためには必要。
家の中の移動	5	4		4	3	3	5	高齢者ではADL把握のために入れた方が良い。 高齢者の項目である。
台所の有無	4	5	居宅の状況と統合できる？	5	3	3	4	食事習慣で調理頻度など炊事に関する事項を聞くなら不要？
トイレ	4	4	居宅の状況と統合できる？	4	3	3	4	高齢者ではADL把握のために入れた方が良い。
風呂・シャワー	4	4	居宅の状況と統合できる？	4	3	3	4	高齢者ではADL把握のために入れた方が良い。
ボランティアへの参加	1	4	Social Capitalの指標としてはあつた方がよい。	4	2	2	5	生保の人に聞く項目かは疑問。 地域参加を別の形で聞ければよい。

周囲の者との助け合い	1	Social Capitalの指標としてはあつた方がよい。	3	べき内容かは疑問。 授受どちらも把握する？	1	2	手段的・情緒的サポートの授受を聞いたら良い。
困った時の対処方法	4		3	アウトカムの一つにある「自立」は生活保護受給者にとっては重要か。	1	—	フェイスシートの意図によって変わる。
意思伝達に対する認識等	5	質問の意図がわからない。	5		5	5	
友人・知人と会う頻度	2	Social Capitalの指標としてはあつた方がよい。	2	別居の家族は含む？	1	2	
必要なときに介護・福祉サービス等を受けること	2		3	困った時の対処方法を聞けばそれで良いかも。	1	—	利用可能な介護・福祉サービスを受けていることが前提なので、この項目がいろいろかかるとは疑問である。
必要な時に医療機関を受診すること	2		4		1	—	一番上の項目と統合したらどうか。

加えて、現状のフェイスシート項目例以外で、追加検討した方がよいという意見があった項目として、以下のものが挙げられた。

既往歴

認知機能

知的レベル

視覚・聴覚

ワクチン接種状況

孤独尺度 (Loneliness)

精神状態 (K6)

4. 考察

本章では、現状のフェイスシート項目例について、まずは、先行研究を考証し、各項目例と健康アウトカムとの関連のエビデンスレベルを確認した上で、研究者が各々の知見と上記のエビデンスを基に“学術的な観点で”独立して評価をした。それらの結果を統合することで、評価者によるばらつきを緩和した。

一方で、質問の意図がわかりにくい項目例もいくつか存在した。たとえば、余暇時間の過ごし方、趣味、趣味を通じた社会活動、レクリエーションに関する質問を分けて問うている点や、意思伝達に対する認識に関する質問である。これらは健康に影響する項目であるために把握するのではなく、効果的な支援を提供するために把握しておくべき必要項目として提案されたものである可能性があるため、フェイスシートの項目例に含めるかどうかは、実際に被保護者の健康管理に取り組む担当者の方々が判断することが望ましく、必ずしもエビデンスの有無や研究者の視点だけで判断されるべきものではないと考えた。

4章 被保護者の健康状態および受診行動に関連する新フェイスシート項目案の作成

1. 背景

健康管理支援事業の手引きにおいては、被保護者の社会生活面の支援を通じた健康支援を目指すべく、被保護者の社会生活の状況を把握するフェイスシートの活用が提案されてきた。しかし、その実施方法は各福祉事務所の裁量に委ねられ、その実施内容にばらつきが生じていた。健康管理支援事業の実施に関して、令和元年度社会福祉推進事業報告書「生活保護受給者への健康支援実態調査」¹⁾では、フェイスシートに対してさまざまな意見が収集されていた。例えば、フェイスシートで聴取すべき項目例が多岐にわたることや福祉事務所指導台帳に記載されている項目との重複があることから、フェイスシートの簡素化と項目内容の再検討についての要望が挙げられた。フェイスシートの使用目的や運用方法が明示的でなく、被保護者へ質問がしづらいこと、なぜその質問が必要なのかを説明する必要があり裏付けが欲しいこと、健康管理支援事業の対象者を選定する目的であれば、用紙1枚程度のチェックリストでいいのではという声も挙がっていた。文字ではなく、数字やチェック欄など簡易に記入できる内容で、ケースワーカーの業務負担を増やさない配慮が必要との意見もあった。

そこで本章では、健康管理支援事業の手引きに示されたフェイスシート項目例のうち、福祉事務所指導台帳に含まれていない社会生活上の項目に関して、前章まで検討した学術的重要性（研究者の視点）と実用性（現場の担当者の視点）の双方の観点での評価結果を統合した。統合した内容を福祉事務所や研究者で協議することで新たなフェイスシートの項目案とその活用方法を提案することを目的とした。

2. 方法

1) データ

手引きに示されたフェイスシートの項目例のうち、福祉事務所指導台帳に含まれていない社会生活上の項目例（以下のB/C項目）を選定し、福祉事務所の支援担当者へのインタビュー調査を行った（第2章）。また、科学的なエビデンスに基づく項目の優先順位付けを行った（第3章）。これらのデータを統合して、フェイスシート案（素案）を作成した。

2) データの統合の手法

研究者4名により統合の作業を行った。第2章で得られた上位項目（食事習慣、運動習慣、飲酒習慣、喫煙習慣、必要な時に医療機関を受診すること、睡眠習慣）および、第3章で得られた上位項目（喫煙習慣、飲酒習慣、食事習慣、運動習慣、外出、健診受診状況、服薬管理、医科の受療状況、歯科の受療状況、かかりつけ医、病状の理解、周囲の者との助け合い、友人・知人と会う頻度）のうち、重複している項目をまず採用した。反対に、その他の現場の担当者および研究者の双方にとって優先度が低い項目は除外した。現場の担当者と研究者にとって優先順位付けが合致しない項目に関しては、いったんフェイスシート案（素案）に含めた。

手引きで具体的に示されていない項目例であったが、第2章のヒアリングで現場の担当者から新規に提案された項目（家族や友人・知人に会う頻度ではなく、そのような人がいるかどうか、つながりがあるかどうか）、また第3章の研究者の議論で提案された新規設問項目（既往歴、認知機能、知的レベル、視覚・聴覚、ワクチン接種状況、孤独尺度（Loneliness）、精神状態（K6））を新たに挿入すべきかを合わせて検討した。検討にあたっては、令和元年度事業のヒアリング調査¹⁾および本事業で実施したヒアリング調査結果から、A4サイズ1枚（両面）程度に収まる項目数が適当との意見があったこと、さらに自由記述ではなく選択式や数字を挿入する形式での構成が望ましいという意見を踏まえ、項目数を設定した。

3) フェイスシート案（素案）の改定作業

研究者で協議して作成したフェイスシート案（素案）を、ヒアリング調査に協力した福祉事務所に送付し、使用における注意点に関してコメントを募集した。得られたコメントをもとに、再度研究者で項目を検討し、フェイスシート案（最終版）を作成した。

3. 結果

1) 現場の担当者の優先順位付けと研究者の優先順位付けの照会

現場の担当者の優先順位付けと研究者の優先順位付けが上位で合致していた項目例は、「食事習慣」、「運動習慣」、「飲酒習慣」、「喫煙習慣」であった。これらの4項目例に関する質問を国内で用いられている標準的な質問紙調査から引用してフェイスシート案の質問項目に設定した。また、現場の担当者にとって重要であると考えられた

「必要な時に医療機関を受診すること」、「睡眠習慣」も、国内で用いられている標準的な質問紙調査から引用し含めた。一方、研究者によって重要であると挙げられた「外出」、「健診受診状況」、「服薬管理」、「医科の受療状況」、「歯科の受療状況」、「かかりつけ医」、「病状の理解」、「周囲の者との助け合い」、「友人・知人と会う頻度」に関しては、国内で用いられる標準的な質問紙調査があるかどうか、およびその質問の回答方法が選択式かといった観点から、「外出」「健診受診状況」「医科の受療状況」「歯科の受療状況」「周囲の者との助け合い」「友人知人に会う頻度」を選択し、フェイスシート案の質問項目に設定した。なお、「服薬管理」や「病状の理解」に関しては標準的な質問項目がなく、生活習慣病や精神疾患等の疾病の罹患状況や認知機能など、個別の事情が大きい可能性や詳細な聞き取りが必要である可能性が考えられたため、フェイスシート案の項目に設定しなかった。さらに、被保護者の糖尿病の罹患や頻回受診等の受療行動には独居や不就労といったコミュニティからの排除が要因になっている可能性があるとの先行研究の報告をもとに^{2,3)}、社会的孤立・孤独に関連する質問項目を含めることが研究者から提案されたことから、フェイスシート案に社会的孤立・孤独に関する質問項目を設定した。

以上を踏まえて作成したフェイスシート案（素案）（図 4-3-1）を以下に示す。

図 4-3-1 現場と研究者の意見を統合したフェイスシート案 (素案)

被保護者健康管理支援事業におけるフェイスシート (案)

健康に関わる生活環境についての項目です。

Q1. タバコを吸いますか (加熱式タバコ、電子タバコ等を含みます)。

1. ほぼ毎日 2. 時々 3. 5年以内にやめて今は吸っていない
4. 5年以上前にやめて今は吸っていない 5. もともと吸わない _

Q2. お酒を飲みますか。

1. 現在飲んでいる 2. 5年以内にやめて今は飲んでいない
3. 5年以上前にやめて今は飲んでいない 4. もともと飲まない

Q3. 普段 1 日に仕事を含めて体を動かす時間はどれくらいですか?

- | | | | |
|-----------------|--------|--------|--------|
| a. 筋肉労働や激しいスポーツ | なし | 1 時間未満 | 1 時間以上 |
| b. 座っている時間 | 3 時間以下 | 3~8 時間 | 8 時間以上 |
| c. 歩いたり立っている時間 | 1 時間未満 | 1~3 時間 | 3 時間以上 |

Q4. 1 日 3 回規則正しく食べますか

1. はい 2. いいえ ⇨ 「いいえ」の方: いつ欠食しますか 朝食 昼食 夕食

Q5. ふだん、何時に寝て、何時に起きますか。合計何時間眠っていますか。

() 時 から () 時 (時間睡眠)

健康に関わる社会生活面についての項目です

Q6. 外出する頻度はどのくらいですか (畑や隣近所へ行く、買い物、通院などを含む)

1. 週に 5 回以上 2. 週 4 回 3. 週 2~3 回 4. 週 1 回
5. 月 1~3 回 6. 年に数回 7. していない

Q7. 友人・知人と会う機会がありますか

1. ある 2. ない

⇨ 「ある」場合: その頻度はどれくらいですか

1. 週 4 回以上 2. 週 2~3 日 3. 週 1 回
4. 月 1~3 回 5. 年に数回 6. 会っていない

2) フェイスシート案（素案）に対する各自治体からのコメントに基づく改定

フェイスシート案（素案）を福祉事務所に送付して意見を収集したところ、査察指導員、ケースワーカー、保健師、精神保健福祉士などの職種の担当者からコメントが得られた。得られたコメントには、フェイスシート案（素案）全体に対するコメント（表 4-3-1）、質問項目の必要性に関するコメントや補足事項についてのコメント（表 4-3-2）、および実際の運用方法や新たに追加できる可能性のある質問項目の提案（表 4-3-3）があった。これら全てのコメントに対して、その内容の検討および最終版のフェイスシート案へ反映できるかを研究者 4 人で検討した。福祉事務所からのコメントに対して、研究者で検討した内容及びその結果を示す（表 4-3-1～4-3-3）。

フェイスシート案（素案）全体に対するコメントでは、フェイスシート案（素案）の分量に対して好意的なコメントが得られた。一方、フェイスシート案（素案）の質問項目ごとの妥当性を示すエビデンスの提示が必要との意見が挙げられたほか、フェイスシート案（素案）の対象者や聴取の方法といった運用面での疑問や指摘が挙げられた。

また、個別の質問項目に対するコメントについては、追加の自由記述を求める意見も多く挙げられた。その中でも、保健師が聴取した方が効果的と考えられるもの（保健指導につながるもの）と、ケースワーカーが聴取した方が効果的と考えられるもの（保健師への紹介や連携につながるものなど）に分類し、ケースワーカーが聴取することが望ましいと考えられた自由記述を求める項目のみを簡潔に追加した。一方、社会的孤立・孤独に関する質問項目に対しては、心理的に被保護者へ聴取しづらいとの意見が多くみられ、フェイスシート案の質問項目からは削除した。

これらの結果を踏まえ、最終的なフェイスシート案（最終版）を作成した（図 4-3-2）。フェイスシート運用方法に関する意見を考慮して、フェイスシート案の各項目の解説とその活用例を作成した。各項目の解説とその活用例には、各質問項目に関連するエビデンス、質問の意図、考えうる支援、運用方法について詳細に記載した（表 4-3-4）。

・表 4-3-1 全体的なコメントに対する検討内容・結果

得られたコメント	検討した内容・結果
<p>基本的には、凄くシンプルかつ分かりやすい。それは、CW*だけでなく、被保護者の理解能力も踏まえているのではと思われたので、よかった。</p>	<p>A4 両面で収まる範囲の内容のまま、改定した。</p>
<p>質問がシンプルでも、エビデンスに基づいているのならよと思う。各質問項目について、エビデンスの部分についての解説があると嬉しい。</p>	<p>エビデンスに関する情報を記載したフェイスシート利活用の手引きを作成した。</p>
<p>既往歴は、レセプトや健診結果から導き出せるという内部での意見もあったが、レセプトに記載されている情報が必ずしも正しくない（既に完治しているものだったり、正確でないこともある）ので、既往歴に関する内容を質問項目に入れなかった理由があるか。被保護者が正確に記載できるか疑問という側面もある。</p>	<p>既往歴に関しては、時間的な制約のあるケースワーカーの業務内で、正確に把握することが困難という意見も多く聴かれたため、省略した。正確な既往歴等は保健医療専門職が評価すべき項目であると考えられた。</p>
<p>ADL*やIADL**に関する質問が少ない。省いていることの意図はあるか。</p>	<p>ADL*に関しては、日中の過ごし方や外出を聞くことができればある程度推測できるという福祉事務所の意見があった。フェイスシートは、ケースワーカーが誰を保健師等の保健医療専門職へ紹介すべきか、健康支援の対象を誰と考えるかといった優先順位付けのために収集されるものであり、正確に ADL*や既往歴を評価することは保健医療専門職の役割であると考えられた。</p>
<p>前提として、CW*等が活用するのであれば、アンケートの内容はできるだけ簡潔な方が良い。</p>	<p>A4 両面で収まる範囲の内容のまま、改定した。</p>
<p>全ての被保護者から必ず聴取しないといけないとなると、正直厳しいと考えている。あくまでも活用は任意の方が良い。</p>	<p>活用方法に関する事項をフェイスシート利活用の手引きに含め、左記の内容について配慮した。</p>
<p>書類の右上付近に「聴取年月日」や「被保護者氏名」等を記入する欄を設ければ、フェイスシートとして1枚で完結させることができる。</p>	<p>フェイスシート案に反映した。</p>
<p>書類の順番どおりに聞いていくことを想定した際、いきなりQ1の喫煙状況から聞くより、Q5の生活リズム等から聞き始める方がスムーズか。</p>	<p>重要な指摘であると考え、生活リズムの項目から質問が始まるように順番を再構成した。</p>
<p>聞き取りの方法を、一問ごとに聞き取るのではなく、最初にシートを渡して記入してもらって後から補足して質問するなどすればよいのではという意見もあった。</p>	<p>活用方法に関しては、フェイスシート利活用の手引きを作成した。その中に左記内容を含めた。</p>

★CW: ケースワーカー (Case Worker の略称) * ADL: 日常生活動作 (Activity of Daily Living の略称) * IADL: 手段的日常生活動作 (Instrumental Activities of Daily Living の略称)

表 4-3-2 各設問へのコメントに対する検討内容・結果

設問	得られたコメント	検討した内容・結果
<p>Q1. タバコを吸いますか（加熱式タバコ、電子タバコ等を含みます）。</p> <p>Q2. お酒を飲みますか。</p>	<p>1.ほぼ毎日→（本）を加えてはどうか。本数が知れるとよい。</p> <p>1.現在飲んでいる→（種類 合・ml）を加えてはどうか。</p> <p>どのぐらいの量飲むのか、頻度を聞ければ保健師としては望ましい。</p>	<p>喫煙本数や飲酒量に関しては、ケースワーカーが聴取できる場合には追加で聴取することが望ましい。ただし、それらは保健医療専門職に紹介されたのちに聴取され、評価することが想定される。これらの点フェイスシートの利活用の手引きに説明書きを加えた。</p>
<p>Q3. 普段1日に仕事を含めて体を動かす時間はどれくらいですか？</p>	<p>歩いたり立っている時間に関して、立っている時間は、分りにくいのでは？</p> <p>激しいスポーツというと、ラグビーやサッカーのようなスポーツやウエイトリフティングなどの筋トレをイメージしてしまいかもしれない。例を挙げるのはいかがでしょうか。</p>	<p>激しい運動などの具体的な内容をフェイスシート利活用の手引きに含めた。</p>
<p>Q4. 1日3回規則正しく食べますか</p>	<p>食べる時間がバラバラで、いつ欠食するのか答えにくい人もいる。いつ欠食しますか という質問の仕方はわかりにくい。</p>	<p>欠食に関する質問は、被保護者本人の主観でよいと判断し、元の設問のまま残した。ただ、質問方法が難しい可能性があり、修正を加えた。</p>
<p>Q5. ふだん、何時に寝て、何時に起きますか。合計何時間眠っていますか。</p>	<p>何時間を計算する必要があるのでは。</p>	<p>フェイスシートの収集を煩雑にする可能性があり、時間を計算しない様式に変更した。</p>
<p>Q6. 外出する頻度はどのくらいですか（畑や隣近所へ行く、買い物、通院などを含む）</p>	<p>外出先も分かれば良い。</p>	<p>外出先については多岐にわたる可能性がある。ケースワーカーが聴取できる場合には、追加で聴取することが望ましい。その点をフェイスシート利活用の手引きに含めた。</p>
<p>Q7. 友人・知人と会う機会はありますか</p>	<p>親族・近隣の人も併せて聞いた方がよいのでは。</p>	<p>重要な項目としてフェイスシート案に含めた。</p>

表 4-3-2 各設問へのコメントに対する検討内容・結果（続き）

設問	得られたコメント	検討した内容・結果
<p>Q8. あなたは、自分に仲間付き合いがないと感じることがありますか</p> <p>Q9. あなたは、疎外されていると感じることがありますか</p> <p>Q10. あなたは、他の人から孤立していると感じることがありますか</p>	<p>同じ内容に思う。ネガティブな印象も受けるため、1～2問へ集約するのはどうか。</p> <p>うつ病でほとんど引きこもっている人のような相手によつては聞きにくい。</p> <p>Q9 については初回の面接ではすこし聞きにくい内容かと思う。</p> <p>Q8～Q10 を聞いた後（特に、付き合いなく、孤立を感じている場合）に Q11、12 を聞くのは酷なような気がする。順番を変更する、質問を飛ばすなどは出来るか。</p>	<p>指摘を考慮し、Q8～10の社会的孤立・孤独に関する尺度はフェイスシート案から削除した。</p>
<p>Q11. あなたが病気で数日間寝込んだときに看病や世話をしてくれる人はいいますか</p> <p>Q12. 反対に、看病や世話をしてあげる人はいいますか</p>	<p>（コメントなし）</p>	<p>（修正なし）</p>
<p>Q13. この1年間に、健診・検診を受けましたか。</p>	<p>2.受けていない→（理由）を加えてはどうか。</p>	<p>フェイスシート案に反映させた。</p>
<p>Q14. あなたには「かかりつけの医師」はいますか。</p>	<p>「かかりつけ医」のイメージの共有が必要ではないかと思った。たとえば、大学病院で半年に1回通院していることもかかりつけ医という認識の人もいると思われる。どのような意図で「かかりつけ医」なのかをはっきりさせておく方がいい。</p>	<p>フェイスシート利活用の手引きにかかりつけ医の定義を記載した。</p>
<p>Q15. 過去1年間に、必要な治療を受けなかったことがありますか。</p>	<p>ある、と答えた人へは具体的に聞きたい。</p>	<p>「ある」と回答した人については、保健指導を含めさまざまな支援の対象者となる可能性があり、ケース会議等の場で議論すべき内容であると判断し、フェイスシートには含めなかった。この点をフェイスシート利活用の手引きに記載した。</p>

表 4-3-2 各設問へのコメントに対する検討内容・結果（続き）

設問	得られたコメント	検討した内容・結果
<p>Q16. 最後に、歯科医院に通院したのはいつですか。</p>	<p>この前に自身の歯の状態を尋ねる項目を入れてみてはいいかがでしょうか。</p>	<p>歯の状態に関わらず、歯科医院への定期的な通院は重要である。本設問で支援方法が検討できるため、指摘事項を反映しなかった。</p>

・表 4-3-3 新規質問案についての検討内容・結果

新規質問案	検討した内容・結果
「野菜、果物を食べますか？」	食志向については、研究者で協議した優先順位が高くなく、まずは基本的な食事回数数の把握が重要と考え、反映しなかった。
本人が自分のことを「健康状態をどう思っているか？」 「健康面でどのような不安を感じますか？」 「本人が健康面で困っていることがあるかどうか」 あなたは健康づくりや医療受診について、心がけていることや心配なこと、聞いてみたいことがございましたらお教えください。→（自由回答）	本人の健康状態に関する認識の把握は重要であると考えた。本人の健康状態の認識が悪い場合にも、すでに医療につながっているケースや、保健師等との面談を希望しないと考えると考えられる。健康面で困っていることがある場合に、その相談に乗ることができると注目し、改訂し採用した。自由回答項目に関しては、具体的にケースワーカーが記載できれば望ましいが、その自由記載内容に対してケースワーカーが回答することが想定されないため、保健師等への相談時に改めて聴取する項目でよいと判断した。
可能なら介護や障害サービスについての利用状況も把握できればと思った	対象となるサービスが多岐にわたるため聴取が難しく、フェイシートには採用しなかった。
同居人（家族）の有無を確認する質問を追加する必要があるのでは。	健康支援に関して、重要な指摘である。関連する設問を加えた。同居人の有無を確認する質問は、すでに把握されている情報であり、フェイシートでは質問しない方針とした。

図 4-3-2 最終的なフェイスシート案

被保護者健康管理支援事業におけるフェイスシート

世帯番号 _____ 世帯員番号 _____

聴取年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 被保護者氏名 _____

健康や医療についての質問です。

Q1. この1年間に、健診・検診を受けましたか。

1. 受けた 2. 受けていない (理由 _____)

Q2. あなたには「かかりつけの医師」はいますか。

1. いる 2. いない

いる場合：それは誰ですか (_____)

Q3. 過去1年間に、必要な治療を受けなかったことがありますか。

1. ある 2. 必要な治療を控えたことはない

3. 過去1年間治療を受ける必要がなかった

Q4. 最後に、歯科医院に通院したのはいつですか。

1. 半年以内 2. 半年～1年前 3. 1～3年前

4. 3年以上前 5. いったことがない

ふだんの暮らしについての質問です。

Q5. 1日3回食べますか。

1. はい 2. いいえ ⇨ 「いいえ」の方：よく抜く食事はどれですか 朝 昼 夕

Q6. ふだん、何時に寝て、何時に起きますか。(おやすみの日はのぞきます)

(_____)時 に寝て (_____)時 に起きる

Q7. 普段1日に仕事を含めて体を動かす時間はどれくらいですか？

a. 筋肉労働や激しいスポーツ	なし	1 時間未満	1 時間以上
b. 座っている時間	3 時間以下	3~8 時間	8 時間以上
c. 歩いたり立っている時間	1 時間未満	1~3 時間	3 時間以上

表 4-3-4 フェイスシート案の各項目の解説とその活用例

質問項目		解説・エビデンス	活用例
1	この1年間に、健診・検診を受けましたか。 (出典：日本老年学的評価研究 (JAGES) 調査票)	健康診断は、慢性疾患（うつ病、高血圧）の発見と治療、リスク因子（血圧、コレステロール値）のコントロール、予防サービス（大腸癌、子宮癌スクリーニング）の利用、患者報告アウトカム（QOL、主観的健康感）の改善と関連していたとの報告がある ^{*1} 。	医療機関を受診していない、もしくは通院が不十分なハイリスク群の人たちに健診受診勧奨を行うことを検討する ^{*1} 。
2	あなたには「かかりつけの医師」はいますか。 (出典：日本老年学的評価研究 (JAGES) 調査票)	「かかりつけの医師（かかりつけ医）の定義は、「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」であり、病院の医師、診療所の医師、あるいは診療科は問われない ^{*2} 。	医療機関受診勧奨、主治医と連携した保健指導・生活支援（重症化予防）を実施する際に必要な質問項目であるので、かかりつけの医師がいない者には近隣の受け入れ可能な医療機関を紹介する。
3	過去1年間に、必要な治療を受けなかったことがありますか。 (出典：日本老年学的評価研究 (JAGES) 調査票)	社会的に不利な状況にある人は、必要な治療を受けていない割合が多いという報告がある ^{*3} 。	必要な治療受診につなげるため、「ある」と回答した者には、適切な医療機関を紹介することを検討する。
4	最後に、歯科医院に通院したのはいつですか。 (出典：日本老年学的評価研究 (JAGES) 調査票)	被保護者は治療・予防受診ともに歯科受診の割合が低いことがわかっている ^{*4} 。 歯科医療へのアクセスを把握するための項目である。	半年以上歯科医院を受診していない場合には、歯科検診受診を勧める。
5	1日3回食べますか。 (種々の社会調査を参考に、回答者に配慮して筆者ら作成)	朝食を抜くことは心血管系疾患や死亡のリスクの上昇と関連があることが分かっている ^{*5} 。 朝食を抜くことで、食後のインスリン値や脂肪の酸化が増加して体内の代謝に悪影響を及ぼすことも報告されている ^{*6} 。	朝食を抜くと答えた者には、仕事や家庭などの事情を確認し、少しでも改善できるための対策を一緒に考えるなどの支援を行う。 夕食の摂取時間、就寝時間の状況も確認し、朝食を食べなくなるような状況を作ることも大切である。

表 4-3-4 フェイスシート案の各項目の解説とその活用例 (続き)

質問項目		解説・エビデンス	活用例
6	ふだん、何時に寝て、何時に起きますか(お休みの日はのぞきます)。 (種々の社会調査を参考に、回答者に配慮して筆者ら作成)	<ul style="list-style-type: none"> ・1日7～8時間の睡眠が健康アウトカム(死亡率、心血管系疾患、2型糖尿病、高血圧、認知機能、転倒)に最もよい影響を及ぼすとの報告がある^{※7}。 	<ul style="list-style-type: none"> ・睡眠不足は、睡眠時無呼吸症候群に罹患していることがある。肥満者の場合は減量が有効な場合がある。持続陽圧呼吸療法 (CPAP) 等の治療を要することもあり、医療機関受診を勧奨する。 ・睡眠不足がうつ病や生活習慣病につながることを伝え、睡眠の質と量を確保できるように支援を行う。
7	普段1日に仕事を含めて体を動かす時間はどれくらいですか。 a. 筋肉労働や激しいスポーツ b. 座っている時間 c. 歩いたり立っている時間 (出典：多目的コホート研究 (JPHC 研究) 調査票)	<ul style="list-style-type: none"> ・国際標準化身体活動質問票 (IPAQ short version 2002 年 8 月版) を参照した項目である^{※8}。 ・選択肢 a は、重い荷物の運搬、自転車坂道を上ること、ジョギング、テニスのシングルスなどの強い身体活動を指し、身体的にきついと感じるような、かなり呼吸が乱れるような活動を意味する。 ・選択肢 b は、机に向かう、友人とおしゃべりをする、読書をする、寝転んでテレビを見するという全ての時間を含む。なお、睡眠時間は含まない。 ・選択肢 c は、仕事や日常生活で歩くこと、ある場所からある場所へ移動すること、あるいは趣味や運動としてのウォーキング、散歩などの全てを含む。 ・「21 世紀における国民健康づくり運動 (健康日本 21 (第 2 次))」での身体活動・運動対策の 3 つの目標のうち、日常生活における歩数の増加、運動習慣者の割合の増加が設定されている。健康日本 21 の参考資料によると、1 日 1,500 歩の増加は、非感染性疾患発症および死亡リスクの約 2%減少に相当することや、血圧を 1.5mmHg 減少させることが報告されている^{※9}。 	<ul style="list-style-type: none"> ・座っている時間 (選択肢 b) が非常に長時間 (8 時間以上) の者、歩いたり立っている時間 (選択肢 c) が非常に短時間 (1 時間未満) の者には、自宅内での歩行、近所での散歩、地域で主催されている運動教室を紹介するなどの支援を検討する。 ・ただし、疾患や ADL 低下のため歩行や運動が困難な人には、保健師をはじめ保健医療専門職に方針を相談することを考慮する。

表 4-3-4 フェイスシート案の各項目の解説とその活用例 (続き)

質問項目	解説・エビデンス	活用例
<p>8</p> <p>外出する頻度はどのくらいですか(畑や隣近所へ行く、買い物、通院などを含む)。 (出典：日本老年学的評価研究(JAGES) 調査票)</p>	<p>・長時間の座位時間は、身体活動に関係なく健康アウトカム(全死亡率、心血管疾患死亡率、発症率、がん死亡率・発症率、2型糖尿病発症率)に悪影響を及ぼす¹⁰。</p> <p>・長時間の座位時間(1日10～11時間)とスクリーン時間(1日5～6時間)の両者とも心血管系罹患率・死亡率に関係するとの報告もある¹¹。</p> <p>・また、外出の頻度を質問することで、他者や社会との交流を持っているかについても確認することができる。</p>	<p>・選択肢5、6、7に回答した者に対しては、外出を阻害している要因を確認し、要因に応じた支援を提供する。 例：足腰が弱っていて外出できない場合、医療機関受診を勧奨、介護サービスの利用を検討。</p>
<p>9</p> <p>家族や親戚と会う機会はありますか。 (出典：日本老年学的評価研究(JAGES) 調査票をフェイスシート用に改変)</p>	<p>・他者との関わりが、身体機能、精神保健、認知症、死亡等の様々な健康アウトカムと関連していることがわかっている^{12,13,14,15}。</p> <p>・家族や親戚との関わりを把握するための項目である。</p>	<p>・基礎情報から家族や親戚がいるかを把握し、いない場合には本質問を控える。</p> <p>・会う機会が週1回未満の場合は、本人の希望も踏まえつつ、他の専門職・機関と連携して、社会参加の場につなげることを検討する。</p> <p>・家族・親戚との関係性に配慮しつつ、被保護者とその家族との関係継続を促す。</p>
<p>10</p> <p>友人・知人と会う機会はありますか。 (出典：日本老年学的評価研究(JAGES) 調査票をフェイスシート用に改変)</p>	<p>・他者との関わりが、身体機能、精神保健、認知症、死亡等の様々な健康アウトカムと関連していることが報告されている^{12,13,14,15}。</p> <p>・同居者以外との対面・非対面交流が週1回未満であると、その後の要介護状態や認知症と関連し、月1回未満になると早期死亡とも密接に関連することが報告されている¹⁶。</p>	<p>・会う機会が週1回未満の場合は、社会から孤立しないように、本人の希望も踏まえつつ、他の専門職・機関と連携して、社会参加の場につなげることを検討する。</p> <p>・機会が減少し、社会参加の場が減少している場合には、その要因をアセスメントする。</p>

表 4-34 フェイスイースシート案の各項目の解説とその活用例 (続き)

	質問項目	解説・エビデンス	活用例
11	あなたが病気で数日間寝込んだときに看病や世話をしてくれる人はいいますか。 (出典：日本老年学的評価研究(JAGES) 調査票)	<ul style="list-style-type: none"> ・社会的支援(日常的な手助け、悩みの相談など)人間同士がやりとりする支援)は健康に良好な影響を与えることが報告されている^{*17,18}。 ・インフォーマルな介護者による社会的支援の供給と受領が、高齢者のセルフケア、自立、利他主義、外部とのつながりといった4つのレジリエンス要因を支える^{*19}。 	<ul style="list-style-type: none"> ・「いない」と回答した場合には、社会から孤立しないように、本人の希望も踏まえつつ、他の専門職・機関と連携して、社会参加の場につなげることを検討する。
12	反対に、あなたが看病や世話をしている人はいいますか。 (出典：日本老年学的評価研究(JAGES) 調査票)	<ul style="list-style-type: none"> ・ボランティアは、高齢者の身体活動レベルや身体機能の主観的評価を向上させる可能性がある^{*20}。 ・インフォーマルな介護者による社会的支援の供給と受領が、高齢者のセルフケア、自立、利他主義、外部とのつながりといった4つのレジリエンス要因を支える^{*19}。 	<ul style="list-style-type: none"> ・「いない」と回答した場合には、社会から孤立しないように、本人の希望も踏まえつつ、他の専門職・機関と連携して、社会参加の場につなげることを検討する。
13	タバコを吸いますか(加熱式タバコ、電子タバコ等を含みます)。 (出典：日本老年学的評価研究(JAGES) 調査票)	<ul style="list-style-type: none"> ・喫煙は、動脈硬化が原因となる疾患(脳卒中、心筋梗塞、高血圧など)のリスク因子である。 ・喫煙により、血糖上昇、中性脂肪・LDLコレステロールの増加、HDLコレステロールの減少などが起こりやすい^{*21}。 ・喫煙は他にも肺癌、COPD、喘息、睡眠時無呼吸症候群、結核感染、筋骨格系疾患(骨折、骨密度の低下、関節疾患、関節機能低下など)のリスクとなる^{*22}。 	<ul style="list-style-type: none"> ・本フェイスイースシートではまず喫煙習慣について確認し、喫煙状況の評価(喫煙本数、喫煙年数)に関しては、保健指導など支援開始時に確認する。 ・現在習慣的にたばこを吸っている者に対しては、対象者の禁煙の意向を踏まえて、禁煙の助言や禁煙外来を実施している医療機関の提示などの情報提供を行う。 ・禁煙したと回答した者に対しては、禁煙したことを称賛し、今後も禁煙を継続するように励ます。

表 4-3-4 フェイスシート案の各項目の解説とその活用例 (続き)

質問項目		解説・エビデンス	活用例
14	<p>お酒を飲みますか。</p> <p>(出典：日本老年学的評価研究(JAGES) 調査票)</p>	<p>・飲酒はがん、高血圧、脳出血、心血管系疾患など多くの健康問題のリスク因子である。</p> <p>・高血圧のリスクは飲酒量とともに高くなり^{※23}、心血管系疾患や脳梗塞は飲酒量との関係は直線ではないが、一定の量を超えるとリスクが高まることが分かっている^{※24}。</p>	<p>・本フェイスシートではまず飲酒習慣について確認し、保健指導などの支援が必要なか者かどうかを検討する。</p> <p>・飲酒状況の評価(飲酒頻度、1日当たりの飲酒量)に関しては、保健指導など支援開始時に確認する。</p>
15	<p>健康のことで、相談したいことや心配なことがありますか。</p> <p>(被保護者健康管理支援事業についての自治体ヒアリングで出された複数の意見を統合し作成)</p>	<p>・被保護者の健康ニーズを把握し、保健師に引き継ぐ必要があるかを判断するための項目である。</p>	<p>・「ある」と回答した場合は、保健師に引き継ぐことを検討する。</p> <p>・「ない」と回答している被保護者で医療サービスなどの利用が多い場合には、その経験などを聴取する。</p>

表 4-3-4 フェイスシート案の各項目の解説とその活用例（参考文献）

<参考文献>

- ※1 Liss DT, et al. JAMA. 2021;325:2294-2306.
- ※2 日本医師会・四病院団体協議会. 医療提供体制のあり方 日本医師会・四病院団体協議会合同提言. 2013.
- ※3 Shi L, et al. J Gen Intern Med. 2005;20(2):148-54.
- ※4 Kino S, et al. Community Dentistry and Oral Epidemiologyにて現在 Under review.
- ※5 Chen H, et al. Clin Nutr. 2020;39:2982-2988.
- ※6 Nas A, et al. Am J Clin Nutr 2017;105:1351-61.
- ※7 Chaput JP, et al. Appl Physiol Nutr Metab . 2020;45(10 (Suppl. 2)):S218-S231.
- ※8 村瀬訓生他. 厚生 の 指 標 . 2002;49:1-11
- ※9 厚生労働省. 21 世紀における国民健康づくり運動（健康日本 21）. 2000.
- ※10 Biswas A, et al. Ann Intern Med. 2015;162:123-32. 13
- ※11 Jingjie W, et al. BMC Public Health . 2022;22(1):286.
- ※12 Kawachi I, et al. Journal of Urban Health, 2001 ; 78(3):458-467
- ※13 Bowling A. Family Practice. 1991; 8(1): 68-83
- ※14 Kanamori S et al. PLOS ONE 2014; 9(6): e99638..
- ※15 Saito M, et al. Geriatr Gerontol Int. 2021;21(2):209-214.
- ※16 斉藤雅茂他, 日本公衆衛生雑誌, 2015, 62 巻, 3 号, p. 95-105,
- ※17 Kelly ME, et al. Syst Rev. 2017;19;6(1):259.
- ※18 村田千代栄他. 老年社会科学, 2011-2012, 33 巻, 1 号, p. 15-22
- ※19 Kamalpour M, et al. Health Soc Care Community. 2021;29(2):328-343.
- ※20 Moore A, et al. Can Geriatr J. 2021;2;24(1):44-72.
- ※21 Jayes L, et al. The Lancet. 2014;384:S4.
- ※22 AL-Bashaireh AM, et al. J Environ Public Health. 2018; 2018: 4184190.
- ※23 Ronksley PE, et al. BMJ. 2011;342:d671
- ※24 Taylor B, et al. Addiction. 2009;104:1981-1990.

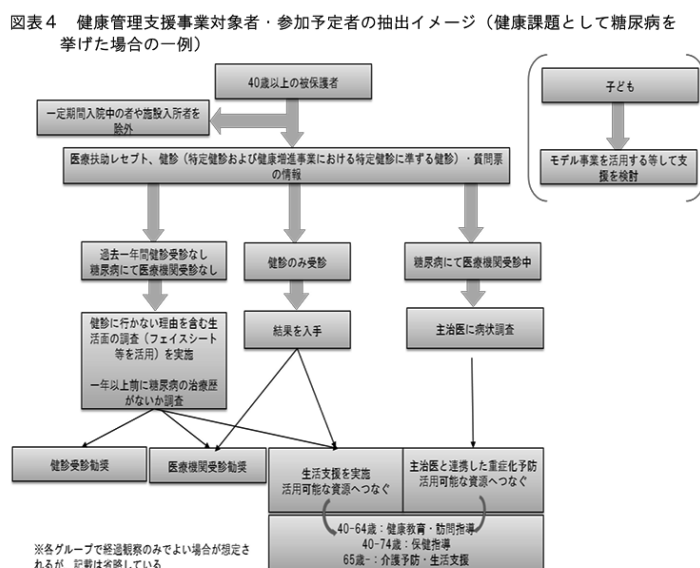
4. 考察

各項目の学術的な重要性と実用性の双方を考慮してフェイスシート案を作成した。健康状態、生活習慣、社会生活の項目を中心に15問が選定され、A4用紙両面で聴取できる簡潔なフェイスシート案（最終版）（図4-3-2）と、その活用例を提示した（表4-3-4）。

フェイスシート調査実施対象者について

健康管理支援事業の対象者選定の考え方について、「手引き」においては、国民健康保険の特定健康診査の枠組みを参考に、40歳以上の被保険者を対象とした対象者の選択およびその支援方法を提示している⁴⁾（図4-4-1）。しかしながら、近年の研究では、特定健康診査の対象者である40歳代の国民健康保険の被保険者と30歳代の被保護者における糖尿病の有病割合が同程度であることが示されていることから、被保険者健康管理支援事業においては、40歳という基準にこだわらず、より若い世代へのアプローチも前提とすることが重要と考えられる⁵⁾（図4-4-2）。また、生活保護に関わる指導や面談は世帯主が対象となりやすいが、健康管理支援はすべて世帯構成員を対象とすべきである。40歳という年齢基準や世帯主か否にかかわらず、すべての被保護者を対象としてフェイスシート調査を実施することが望ましい。

図4-4-1 健康管理支援事業の対象者の選択・支援方法の提示



2型糖尿病有病割合(%) (外来のみ)

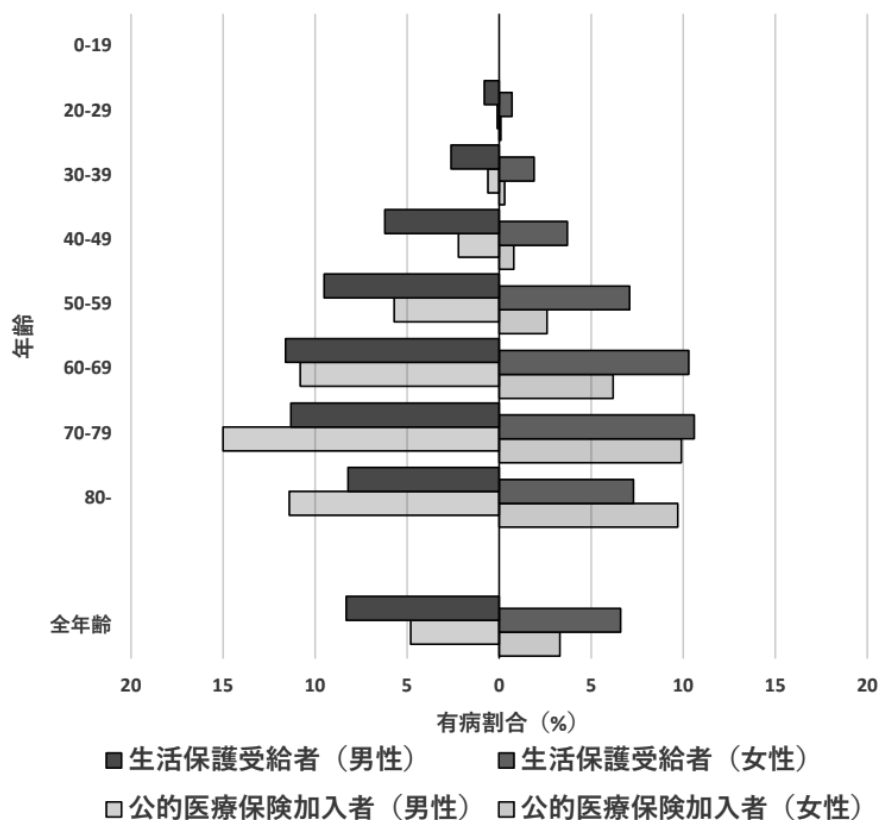


図 4-4-2 公的医療保険加入者と被保護者の2型糖尿病の有病割合 (出典：引用文献4のプレスリリース資料より)

フェイスシート案の活用法について

フェイスシート案の活用法には、①健康管理支援事業の優先対象者の選定および個別の支援内容の検討、②支援の効果の評価、③健康管理支援事業の推進体制の改善が考えられる。以下、それぞれを提案する。

① 健康管理支援事業の優先対象者の選定および支援内容の検討

健康管理支援事業で優先的に保健師等の保健医療専門職と連携し支援すべき被保護者個人や世帯を選定する。例えば、健康について相談したいことや心配なことがある被保護者を保健医療専門職へと優先的に紹介することや、健診を受けていない人に対して健診の受診勧奨を促す戦略を立案することが考えられる。

保健師等の保健医療専門職との面談を通じて、運動の機会が少ない被保護者が運動の地域活動に参加するような機会を得たり、栄養や睡眠衛生の指導を受けるといった

支援を受けたりすることも考えられる。また、習慣的な喫煙や飲酒をしている被保護者を禁煙外来や断酒会といった活動につなぐことも有効であろう。社会参加や社会的な支援が乏しい人ほど、健康を害しやすいことはよく知られている。健康支援に焦点をおくならば、NPO等の支援団体や民生委員、生活支援コーディネーターなどの協力のもと、その被保護者個人にとって必要と考えられる居住地域における参加の場・通いの場へつなぐことも有効な場合もあるだろう。上記のような支援内容を検討する際に、各個人のフェイスシート情報が役立つと考えられる。

② 支援の効果の評価

フェイスシート案の活用方法の例として、福祉事務所が設定する健康管理支援事業の対象者に対して年度ごとに被保護者の健康的な生活を把握することが挙げられる。ケースワーカーが直接聴取することも可能であるし、先だって被保護者に送付して回答を依頼し、ケースワーカーが訪問時に確認するという方法も可能だろう。また、新規申請者の初回面談の際に、健康上のニーズの有無を把握し、保健医療専門職と連携する必要があるかを判断する材料としても活用が期待される。1年に1度、被保護者に聴取することで被保護者の生活状況の変化を追跡し、健康支援を検討する資料にもなるだろう。例えば、喫煙や飲酒の状況が継続しているのか、改善しているのか、悪化しているのかといった評価が考えられる。

③ 健康管理支援事業の推進体制の改善が考えられる

フェイスシート項目を自治体単位、自治体内の地区単位で集計し、その経時変化を評価することで、健康管理支援事業の推進計画やその体制の見直しに活用できる。次章で紹介する事業評価の際にも、フェイスシート項目のデータを活用できる。

フェイスシート案の今後の改善について

今回作成されたフェイスシート案（最終版）は、被保護者の健康支援を検討する上で重要な項目を可能な限り選択したが、今後もフェイスシートの内容について、項目の拡充も含めた検討を重ねていく必要がある。例えば、今回はすべての成人被保護者に対応できるであろう「コア」項目を作成したが、被保護世帯の子どもの健康を評価することには適していない。貧困の世代間連鎖を断ち切るために、子どもの支援が重要であることは、以前から強調されている⁹⁾。そのため、被保護世帯の子どもの健康

支援に向けた調査研究や子どもを対象としたフェイスシート案の開発が今後求められる。母子保健分野は、子どもの健康・成長発達に対応しやすい機会は、3歳児健診までは定期的に存在するが、3歳児健診以降は法的に定められた健康支援の機会が学校健診まで存在しない。特に生活困窮世帯の子どもへの健康支援は、3歳児健診以降アウトリーチが困難になるケースがあることもヒアリング調査で聞かれた。しかしながら、健康管理支援事業において保健医療専門職との連携が機能している場合に、事業対象者に子どもを含めることができれば、被保護世帯の子どもに対する健康支援を行うきっかけを創出できる。現に豊中市では、新規に生活保護を申請する世帯に子どもがいる場合には必ず保健師が同行するようにしており、子どもの健やかな成長に貢献できる可能性が示唆されている。学童期では子どもの不登校や引きこもりといった課題がみられやすくなり、学校が子どもの保健を担うことが難しいケースも存在する。そのため、被保護世帯の子どもの健康支援を行う場合には、就学状況を勘案しながら、特に未就学児において、市町村や都道府県単位の生活保護行政のみならず、保健所や保健センター、学校・教育委員会、児童相談所・要保護児童対策地域協議会、NPOを含めたその他の支援者（子ども支援員など（神奈川県））と連携できるためのしくみづくりが必要となる。国としても、厚生労働省だけでなく、文部科学省と連携し通知を発出するなど後方支援を担う必要があるだろう。

子どもだけでなく、高齢、障害、ひとり親、外国籍など世帯の属性に応じた項目を設定することも重要である。例えば、今回作成したフェイスシート案（最終版）には設定しなかったが、視力・聴力といった感覚器に関する評価は、特に高齢者や障害者において重要となるだろう。外国籍で生活保護を準用している世帯においては、健康へのアクセスに関して言語の障壁がないかを把握する必要がある。そのような「バージョン」項目のフェイスシート案の作成が求められる。

<引用文献>

- 1) 近藤尚己（編著），西岡大輔（編著），上野恵子（編著）．「生活保護受給者への健康支援実態調査医療扶助レセプトデータ分析と健康支援事例調査：令和元年度厚生労働省社会福祉推進事業「生活保護受給者の受診行動に関連する要因への効果的な支援に関する調査研究事業」報告書．東京：日本老年学的評価研究機構（代表・近藤克則）；2020.
- 2) Nishioka D, Saito J, Ueno K, Kondo N. Frequent outpatient attendance among people on the governmental welfare programme in Japan: assessing both patient and supplier characteristics. *BMJ Open*. 2020;10(10):e038663.
- 3) Nishioka D, Saito J, Ueno K, Kondo N. Non-financial social determinants of diabetes among public assistance recipients in Japan: A cohort study. *J Diabetes Investig*. 2021 Jun;12(6):1104-1111.
- 4) 厚生労働省．被保護者健康管理支援事業の手引き（令和2年8月改定版）．2020.
<https://www.mhlw.go.jp/content/12002000/000948319.pdf>（2023年3月22日アクセス可能）
- 5) Sengoku T, 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. *J Epidemiol Community Health*. 2022;76(4):391–397.
- 6) 駒村康平; 道中隆; 丸山桂. 被保護母子世帯における貧困の世代間連鎖と生活上の問題. *三田学会雑誌*, 2011, 103.4: 619 (51)-645 (77).

5章 被保護者健康管理支援事業における評価指標案の検討

1. 背景

健康管理支援事業は各福祉事務所で年度ごとに実施されており、被保護者の健康や健康行動が十分に变化する前にその評価が求められる。しかしながら、令和元年度社会福祉推進事業報告書「生活保護受給者への健康支援実態調査」¹⁾においても、健康管理支援事業において何を評価指標とすべきかについての指針が明確ではないという指摘があり、指標がないために財務部門との予算交渉が難しいという意見も聞かれた。

「手引き」では一部の評価指標が例示されていたが、その根拠や事業の時間的要素を踏まえた短期的、中長期的目標などは十分に明確にはなっていなかった。

そこで本章では、事業の目標に照らし合わせた概念整理を行い、整理した概念と、福祉事務所へのヒアリング調査に基づき、健康管理支援事業における評価指標案を提案することを目的とした。

2. 被保護者健康管理支援事業の評価指標案の検討

1) 方法

(1) 健康管理支援事業の目標・評価指標の概念図作成

生活保護制度の目的および健康管理支援事業の創設の経緯をもとに、事業の目標・評価指標の概念図を検討、作成した。概念図に応じて短期、中期、長期目標を設定した。それぞれについて、単年度ごとに経時的に評価できる指標を提案した。事業の目標・評価指標の概念図の検討・作成は、前章においてフェイスシート案の作成に携わった研究者4名を中心に行われた。

(2) 福祉事務所へのヒアリング調査

第2章の福祉事務所への質問紙調査において、「健康管理支援事業の実施と評価に際し、どのような項目に対して、どのような指標が必要だと考えられますか。」と尋ね、自由記載による回答を求めた。その回答をもとに追加で福祉事務所へのヒアリング調査を実施し、追加の意見を得た。

(3) 評価指標案の提案

事業の目標・評価指標の概念図と福祉事務所へのヒアリング調査結果をもとに、各福祉事務所において実施可能な評価指標案を検討した。評価指標案については、医療の質評価に用いられるドナベディアンモデルにおける構造（ストラクチャー）、過程（プロセス）、結果（アウトカム）の3つの側面を参考に検討した²⁾。なお、アウトプット指標に関しては、ドナベディアンモデルのプロセス指標およびアウトカム指標にオーバーラップする概念であるため、明示しなかった。

2) 結果

(1) 健康管理支援事業の目標・評価指標の概念図

事業の目標・評価指標の概念図の作成にあたっては、短期、中期、長期的な目標を設定し、それぞれ関連付けた。長期目標として、「健康的な生活をおくる被保護者の増加」および「医療扶助等の適正化」を挙げた。健康管理支援事業は被保護者の自立に寄与する側面があることは想定されるが、「自立」は多義的であることや、必ずしも「自立」が目標とならないケースも存在すること、「自立」する見込みのある者のみに事業が実施されるのは好ましくないという観点から、「健康な被保護者の増加」とした。また、健康管理支援事業は医療扶助の適正化効果も期待されて創設された事業であったことから、「医療扶助等の適正化」を挙げた。ここで医療扶助費としなかった理由としては、費用が適正化される場合には、過剰な費用が抑制されるという意を内包することが考えられるためである。必要であったにもかかわらず医療サービスを利用してこなかった被保護者に適正な医療扶助が実施されることも重要である。

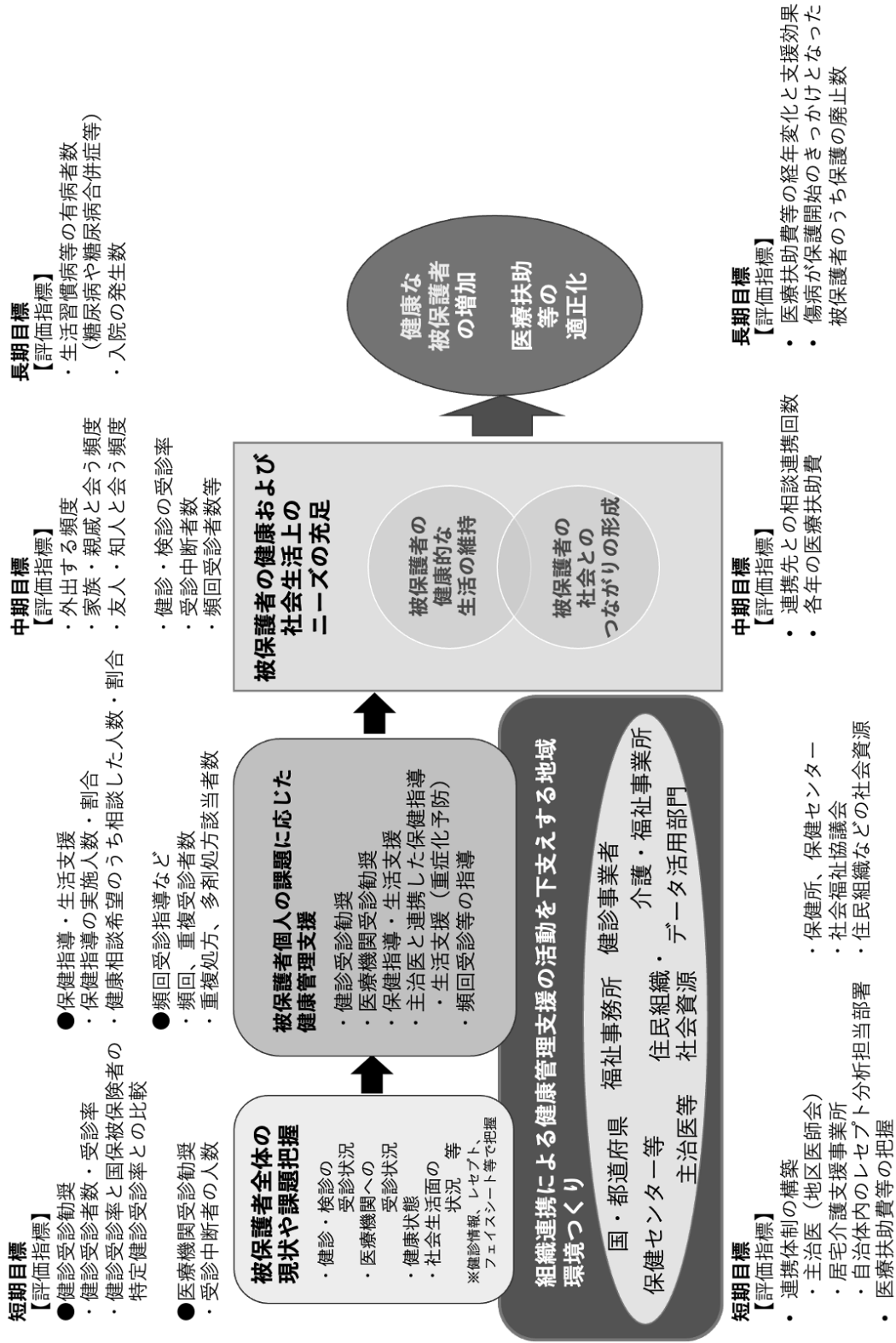
中期目標として、「被保護者の健康的な生活の維持」、「被保護者の社会とのつながりの維持」を挙げて関連付けた。ここでは、被保護者に対する健康支援が被保護者の健康および社会生活上のさまざまなニーズを充足しうることを、そしてそれぞれが関連していることを明示する意図でこのように表現した。

短期目標として、従来の健康管理支援事業で示されていたように、課題に応じた健康管理支援として、単年度の各事業項目を掲げた。具体的には「健診受診勧奨」、「医療機関受診勧奨」、「保健指導・生活支援」、「主治医と連携した保健指導・生活支援（重症化予防）」、「頻回・重複受診指導、服薬指導」である。現行の手引きでは、頻回受診指導が示されているが、頻回受診指導とあわせて重複受診指導もこれまで現場では重要視されてきた。また近年、重複・多剤処方による薬物有害事象発生のリスクが

増加することが注目されてきており³⁾、被保護者の健康を意図せず損ねてしまうことがある。そのため今後は被保護者の重複・多剤に着目した服薬指導も実施すべきだと考えられることから、本報告書では重複・多剤処方を含めて整理することとした。

健康管理支援事業は、被保護者個人の健康な生活を支援するミクロレベルの事業ではあるが、その実現のためには組織単位での連携・協力体制の構築が必須となる。さらにそのような組織連携は地域のソーシャル・キャピタルの醸成に寄与し、被保護者個人のつながりを構築していく効果も期待される。有機的な組織連携を通じた被保護者の社会生活面での支援が被保護者の健康や自立へとつながっていくことが考えられ、事業の目標・評価指標の概念図に反映させた（図 5-2-1）。

図 5-2-1 被保護者健康管理支援事業の目標・評価指標の概念図



(2) 福祉事務所による評価指標に対する意見

福祉事務所へのヒアリング調査（第2章）では、健診受診勧奨の事業項目に関して、「自治体によって対象年齢が異なる事や、長期入院や施設入所者を除いた実質的な受診率を算出し、他自治体と比較するのは難しいという実態がある」といった意見が聞かれた。また、「一律の指標を作るのは現実的でないため、それぞれの自治体の状況を考慮した基準や市町村を比較可能にする基準の考え方が必要」との意見も聞かれた。

健診受診勧奨や医療機関受診勧奨の事業に関して保健部局と連携体制を構築している複数の自治体からは、連携体制の評価や生活習慣改善の支援方法のプロセス評価の指標が必要との意見があった。また、具体的な指標の設定は難しいと回答した自治体でも、「他の自治体がどのような指標を設け、事業を実施しているかについて参考にしたい。」との声も聞かれた。また、実際に「健康管理支援事業の対象として選定され参加している被保護者が数少ない。また、割合を算出するとその分母とすべき対象の選定が難しい」などの意見があり、評価指標案に関しては割合だけでなく実数、分母を被保護者全体にした指標などを含めた。

(3) 事業の目標・評価指標の概念図とヒアリング調査結果を踏まえた評価指標案の作成

目標・評価指標の概念図を基礎に、健康管理支援事業における評価指標案を構造（ストラクチャー）、過程（プロセス）、結果（アウトカム）の3側面から検討した。

長期目標については、特に被保護者個人について、健康支援を受けた被保護者の生活保護制度からの自立の状況、被保護者の周囲の者との助け合い、被保護者の生活習慣病（糖尿病や糖尿病合併症等）の有病者数や入院の発生数などを挙げた。また、福祉事務所が全体で把握すべき医療扶助費等の経年変化や、傷病が保護開始のきっかけとなった被保護者のうち（健康支援により）保護が廃止された数を算出することも長期目標の理念にかなっていると考えられた。医療扶助費「等」と表現していることに関しては、医療扶助費の動態は生活扶助費等の動態とも関連していることが先行研究の知見から示唆されており⁴⁾、医療扶助費を抑制しても生活扶助費が増える、もしくは医療扶助費の増加の要因に生活扶助費の減少がある、といった関係性が想定されるためである。つまり、健康管理支援事業がそれぞれの扶助費の「付け替え」になっていないかのモニタリングが必要である。

中期目標については、被保護者の健康支援を通じた社会生活状況の変化をモニタリングすることを挙げた。具体的には、外出する頻度の変化、家族・親戚と会う頻度の変化、友人・知人と会う頻度の変化、助け合いの関係性の変化、健診・検診への受診行動の状況、受診中断の経験の変化などである。福祉事務所における連携先との相談連携回数の変化や各年の医療扶助費の変化を集計することも事業の中期的な評価として役立つだろう。

短期目標のストラクチャー指標に関しては、健康管理支援事業に関連する他部署・他機関との連携、体制づくりが挙げられた。主治医や保健所・保健センターとの連携体制の構築、被保護者が利用しうる介護・福祉サービスを展開する事業所や法人との連携体制の構築、データに基づく支援のためにデータ利活用部門、特に医療扶助レセプトや国民健康保険レセプトデータ分析担当部署との連携状況を例に挙げた。このほか、福祉事務所が都道府県から受けたいと考える支援の内容も踏まえ、都道府県が情報交換の場を設定することや、好事例を共有することなども考えられるため、都道府県と市町村との連携体制の構築についても提案した。次に、プロセス指標に関しては、特に多くの福祉事務所で取り組んでいる健診受診勧奨や頻回受診対策を例に健康管理支援事業の対象者を選定したかどうか、選定した対象者に対して行う支援内容や計画の立案をしたかどうかを中心に検討した。具体的に意見が出された健診受診勧奨の対象者については、選定基準があいまいである点、福祉事務所の裁量に任されている点に対応可能な指標を作成するために、当該自治体の国民健康保険の被保険者の特定健診受診率を参照して設定することを提案した。これにより、健診受診率の基準設定を福祉事務所の裁量とするのではなく、当該自治体の保健事業の実施状況を踏まえて福祉事務所が立案することができる。最後に、アウトカム指標に関しては、実施している事業ごとに実人数および被保護者全員に対する割合を算出することを含めた。これらの短期目標が達成されているかどうかに関して、毎年確認できるチェックリストを作成した（表 5-2-1）。

表 5-2-1 被保護者健康管理支援事業における短期評価指標のチェックリスト案

評価側面	評価指標案	実施状況
ストラクチャー指標	・主治医（地区医師会等）との連携体制の構築	<input type="checkbox"/>
	・保健所・保健センター（健診や保健指導担当部署等）との連携体制の構築	<input type="checkbox"/>
	・居宅介護支援事業所や社会福祉協議会等との連携体制の構築	<input type="checkbox"/>
	・自治体内のデータ利活用、医療扶助レセプトや国保レセプトデータ分析担当部署との連携体制の構築	<input type="checkbox"/>
プロセス指標	・健診を受診勧奨すべき対象を選定したか	<input type="checkbox"/>
	・選定した対象のうち、健診受診券を送った人の割合	<input type="checkbox"/>
	・当該自治体における国民健康保険被保険者の健診・検診受診率（一般健診・歯科検診・がん検診など）の把握	<input type="checkbox"/>
	・健診受診率の目標値設定をしたか（たとえば、国民健康保険の特定健診受診率の 50%など）	<input type="checkbox"/>
	・健診受診の結果、保健指導の対象者を把握したか	<input type="checkbox"/>
	・フェイスシート調査の実施対象者数・割合を算出したか	<input type="checkbox"/>
	・頻回受診者の把握と対策の立案をしたか	<input type="checkbox"/>
	・重複受診者の把握と対策の立案をしたか	<input type="checkbox"/>
	・重複処方該当者の把握と対策の立案をしたか	<input type="checkbox"/>
	・多剤処方該当者の把握と対策の立案をしたか	<input type="checkbox"/>
	・受診中断者の把握と対策の立案をしたか	<input type="checkbox"/>
	アウトカム指標	・選定した対象の中での健診・検診受診の人数・割合（一般健診・歯科検診・がん検診など）
・要保健指導対象者のうち、保健指導をした人数・割合		<input type="checkbox"/>
・要医療者のうち、医療機関に受診した人数・割合		<input type="checkbox"/>
・フェイスシート調査を実施した人数・割合		<input type="checkbox"/>
・フェイスシートにおける健康相談希望ありの者のうち、実際に保健担当部門が相談した人数・割合		<input type="checkbox"/>
・頻回受診者数・被保護者全体に占める割合		<input type="checkbox"/>
・重複受診者数・被保護者全体に占める割合		<input type="checkbox"/>
・重複処方者数・被保護者全体に占める割合		<input type="checkbox"/>
・多剤処方該当者数・被保護者全体に占める割合		<input type="checkbox"/>
・受診中断者の人数・被保護者全体に占める割合		<input type="checkbox"/>
・保健指導対象者のうち、フェイスシートの情報をもとに、保健師等と連携し共有した人数・割合		<input type="checkbox"/>

3. 考察

本章では、健康管理支援事業が目指す短期、中期、長期目標を検討し、それをもとに事業の目標・評価指標の概念を整理した。整理した概念に基づき福祉事務所で評価が可能と考えられる評価指標案を作成した。特に単年度ごとの予算計画の根拠となる短期目標についてはチェックリストを提案した。これらの評価指標案を健康管理支援事業に採用する場合には、①評価指標案の目標値設定、②都道府県による基礎自治体支援、③評価指標の経時的な評価が重要になるだろう。

① 評価指標案の目標値

現状では基礎自治体ごとに事業に費やすことができる経済的・人的な資源が異なり、また事業実施体制の準備状況も異なるため、本調査では各指標案についてその目標値の具体的な提案は見送った。例えば健診の受診率の自治体間のばらつきは極めて大きいため、すべての基礎自治体に共通の目標値設定を行い、その達成度を比較することは現実的でないと考えた。むしろ、自治体間で比較するのではなく、自治体ごとに目標設定することのほうが、実行可能性が高いと思われる。具体的には、当該自治体の国民健康保険の被保険者の特定健診受診率を参照、当該自治体の特定健診受診率の50%などを目標値に設定することで、自治体の実情に応じた無理のない実施計画の策定につなげやすいだろう。

今後の事業展開の状況によっては、全国統一の数値目標を定め、それらを参酌標準として用いる運用も視野に入る。例えば、頻回受診者の割合や重複受診者、重複処方者の割合などの目標値である。

② 都道府県による基礎自治体支援の必要性

第2章の福祉事務所へのヒアリング調査結果からもわかるように、健康管理支援事業に関しては、都道府県と基礎自治体との連携体制は十分とはいえないのが現状である。都道府県には、基礎自治体の規模や事業実施体制を考慮したうえで自治体間比較をすることが期待される。基礎自治体からの評価指標の達成度データを集計し、俯瞰的に比較分析することで、優先して支援すべき自治体の特定や支援手法について検討できる。評価指標を標準化しモニタリングすることで都道府県の役割を明らかにし、縦の連携を強化できる。その結果、被保護者の健康支援がより効果的になることが期待される。さらに、収集した自治体間比較のデータ等を用いた都道府県が自治体間の

交流の機会を設けることで、それぞれに自治体が他の自治体の好事例から学ぶといった効果が期待できる。例えば、データを活用した地域診断のワークショップの開催等が考えられる。

③ 評価指標案の検証

基準の達成度（短期目標のチェックリストの達成度など）が、中長期的な指標を予測し、短期目標の達成が中長期的な目標達成につながるのかどうかについて、各自治体の状況を収集して検証することが求められる。福祉事務所間でばらつくチェックリストの達成度と被保護者の健康や健康に関連する行動、医療扶助費等との関係性をモニタリングすることが今後の健康管理支援事業を発展する上で重要な基礎資料となる。評価指標の達成が被保護者の健康支援に有効であることがわかれば、これらの評価指標の達成度に応じて、自治体に何らかのインセンティブを設けるような方法も検討できるだろう。

ただし、生活保護制度は、当事者の申請が支援の起点となる。健康管理支援事業の事業達成にインセンティブを設ける場合、その目標が達成できることが想定される効果が得られやすい住民の方が生活保護を開始しやすいといった構造的差別を生み出さない仕組みづくりが求められる。

また、今後の指標の改善に向けて、フェイスシート項目や医療扶助・介護扶助レセプトのデータを活用してその妥当性等を検証し、フェイスシートや評価指標の質改善を進めるべきである。

<引用文献>

- 1) 近藤尚己（編著），西岡大輔（編著），上野恵子（編著）．「生活保護受給者への健康支援実態調査医療扶助レセプトデータ分析と健康支援事例調査：令和元年度厚生労働省社会福祉推進事業「生活保護受給者の受診行動に関連する要因への効果的な支援に関する調査研究事業」報告書．東京：日本老年学的評価研究機構（代表・近藤克則）；2020.
- 2) Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank memorial fund quarterly*, 1966, 44.3: 166-206.
- 3) Fried TR, et al. Health outcomes associated with polypharmacy in community - dwelling older adults: a systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2014, 62.12: 2261-2272.
- 4) Nishioka D, Takaku R, Kondo N. Medical expenditure after marginal cut of cash benefit among public assistance recipients in Japan: natural experimental evidence. *J Epidemiol Community Health*. 2021 Nov 12;76(5):505–11.

市町村における被保護者健康管理支援事業の実情に関する

調査のお願い

一般社団法人日本老年学的評価研究機構

研究責任者：近藤尚己（京都大学大学院医学研究科 教授）

連絡先（担当：大阪医科薬科大学 西岡大輔

京都大学大学院 上野恵子）

TEL：072-684-7255

E-mail: daisuke.nishioka@ompu.ac.jp

ueno.keiko.6s@kyoto-u.ac.jp

令和 3 年より、各福祉事務所による被保護者健康管理支援事業が必須事業として実施されました。被保護者の健康や健康に関連する行動は、被保護者の社会生活上の要因に関連していることが明らかになってきたことなどから、厚生労働省では、被保護者の社会生活面など幅広い側面の情報も活用した課題の分析・支援が必要であることを指摘しています。特に、社会生活面については「被保護者健康管理支援事業の手引き」において、把握すべき情報の例をフェイスシートの項目例として示されてきました。

しかしながら、「被保護者健康管理支援事業の手引き」に示されたフェイスシートの項目数が多いことや活用方法が十分に示されていないこと、具体的な質問項目の提案がないこと等のご意見が各福祉事務所から聞かれました。また、本事業の目標・評価指標について、何らかの基準を策定する意見もありました。そこで私どもは、現場で活用されやすいフェイスシートを検討する資料を作成し、事業の評価指標を提案することを目的に、複数の福祉事務所のみなさまにアンケート・ヒアリング調査を実施しています。

収集した結果は、各市町村の特性等を踏まえて分析を加えた上で、報告書を厚生労働省に提出します。何卒ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

なお本アンケート・ヒアリング調査は、令和 4 年度厚生労働省社会福祉推進事業「被保護者健康管理支援事業における対象者の標準評価項目及び事業目標設定に関する調査研究」を一般社団法人日本老年学的評価研究機構が受託し、実施するものです。

問1. 被保護者・福祉事務所に関する現状について教えてください。

(1) 全体の被保護者世帯数・人数

() 世帯 () 人
() 年 () 月 () 日 現在) (わかる範囲でご記入ください)

(2) ケースワーカー一人あたりの担当世帯数 一人あたり () 世帯

(3) ケースワーカーとして福祉専門職を採用していますか (非常勤職員も含む)

1. はい 2. いいえ

(4) 福祉事務所に保健医療専門職を採用していますか (非常勤職員も含む)。当てはまるすべての職種に丸をつけてください。

- | | | |
|----------|--------------|------------|
| 1. 保健師 | 2. 栄養士・管理栄養士 | 3. 看護師 |
| 4. 医師 | 5. 薬剤師 | 6. 理学療法士 |
| 7. 作業療法士 | 8. その他 () | 9. 在籍していない |

問2. 被保護者健康管理支援事業について、回答してください。

(1) 被保護者健康管理支援事業として重点をおいている取り組みに丸をつけてください。

- | | | |
|------------------------------|-------------|--------------|
| 1. 健診受診勧奨 | 2. 医療機関受診勧奨 | 3. 保健指導・生活支援 |
| 4. 主治医と連携した保健指導・生活支援 (重症化予防) | 5. 頻回受診指導 | |
| 6. その他の事業内容 () | | |

(2) 健康管理支援事業の担当者の職種として当てはまる番号に丸をつけてください。

- | | | | |
|------------|---------------|--------------|----------|
| 1. 社会福祉士 | 2. 保健師 | 3. 栄養士・管理栄養士 | 4. 看護師 |
| 5. 医師 | 6. 薬剤師 | 7. 理学療法士 | 8. 作業療法士 |
| 9. その他 () | 10. 専門職は関与しない | | |

(3) 健康管理支援事業の実施にあたり、被保護者の社会生活面の聴取が求められています。被保護者健康管理支援事業の手引き(12-13ページ)で示された以下の項目のうち、被保護者の健康を支援する際に重要だと考えられる社会生活面の項目を、査察指導員やケースワーカーの観点から、5つ選択してください。また、その理由もお聞かせください。

喫煙習慣	趣味
飲酒習慣	趣味を通じた社会活動
運動習慣	レクリエーション
歩行習慣	ギャンブル等(パチンコ・パチスロを含む)
食事習慣	居宅の状態
食志向	家の中の移動
入浴習慣	台所の有無
外出	トイレ
睡眠リズム	風呂・シャワー
1日の過ごし方	ボランティアへの参加
洗濯頻度	周囲の者との助け合い
買い物	困った時の対処方法
服装	意思伝達に対する認識等
手洗い・うがい	友人・知人と会う頻度
金銭管理	必要なときに介護・福祉サービス等を受けること
余暇時間の過ごし方	必要な時に医療機関を受診すること

(4) 反対に、被保護者の健康を支援する際に重要でないと考えられる項目を、査察指導員やケースワーカーの観点から、5つ選択してください。また、その理由もお聞かせください。

喫煙習慣	趣味
飲酒習慣	趣味を通じた社会活動
運動習慣	レクリエーション
歩行習慣	ギャンブル等 (パチンコ・パチスロを含む)
食事習慣	居宅の状態
食志向	家の中の移動
入浴習慣	台所の有無
外出	トイレ
睡眠リズム	風呂・シャワー
1日の過ごし方	ボランティアへの参加
洗濯頻度	周囲の者との助け合い
買い物	困った時の対処方法
服装	意思伝達に対する認識等
手洗い・うがい	友人・知人と会う頻度
金銭管理	必要なときに介護・福祉サービス等を受けること
余暇時間の過ごし方	必要な時に医療機関を受診すること

(5) 健康管理支援事業の実施と評価に際し、どのような項目に対して、どのような指標が必要だと考えられますか。



(6) 健康管理支援事業に関して、都道府県からどのようなサポートを受けたいですか。



アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。

都道府県における被保護者健康管理支援事業の実情に関する

ヒアリング調査のお願い

一般社団法人日本老年学的評価研究機構

研究責任者：近藤尚己（京都大学大学院医学研究科 教授）

連絡先（担当：大阪医科薬科大学 西岡大輔）

TEL：072-684-7255

E-mail：daisuke.nishioka@ompu.ac.jp

令和 3 年より、各福祉事務所による被保護者健康管理支援事業が必須事業として実施されました。被保護者健康管理支援事業においては、都道府県が市町村の各福祉事務所と連携することが期待されています。しかしながら、これまで都道府県の生活保護担当部局が果たしてきた役割や、直面している業務上の課題などは十分に把握されてきませんでした。都道府県により政令市や中核市との関わり、郡部の担当範囲など、想定される課題も異なることと存じます。そこで、被保護者健康管理支援事業の効果的な実施に向けて、さまざまな都道府県の現状をお聞かせいただきたく、ヒアリングに伺わせていただけましたら幸いです。

なお、ヒアリングに際し、事前に質問内容をお送りいたします。ヒアリングの実施日までにご確認いただき、当日お聞かせいただけますと幸いです。収集した結果に関しては、都道府県ごとの特性等を踏まえて分析を加えた上で、令和 4 年度社会福祉推進事業の報告書に提言としてまとめ、厚生労働省と提出します。また、健康管理支援事業の円滑かつ効果的な運用が進むように、国の検討会・委員会等、さまざまな場で報告・活用させていただきます。何卒ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

本ヒアリングは、令和 4 年度厚生労働省社会福祉推進事業「被保護者健康管理支援事業における対象者の標準評価項目及び事業目標設定に関する調査研究」を一般社団法人日本老年学的評価研究機構が受託し、実施するものです。

問1. 被保護者・福祉事務所に関する現状について教えてください。

(1) 都道府県全体の被保護者世帯数・人数

() 世帯 () 人
(年 月 日 現在) (わかる範囲でご記入ください)

うち、都道府県が直接担当している郡部の被保護者世帯数・人数

() 世帯 () 人

(2) ケースワーカー一人あたりの担当世帯数 一人あたり () 世帯

(3) ケースワーカーとして福祉専門職を採用していますか (非常勤職員も含む)

1. はい 2. いいえ

(4) 福祉事務所に保健医療専門職を採用していますか (非常勤職員も含む)。当てはまるすべての職種に丸をつけてください。

- | | | |
|----------|--------------|------------|
| 1. 保健師 | 2. 栄養士・管理栄養士 | 3. 看護師 |
| 4. 医師 | 5. 薬剤師 | 6. 理学療法士 |
| 7. 作業療法士 | 8. その他 () | 9. 在籍していない |

問2. 郡部で実施している被保護者健康管理支援事業について、回答してください。

(1) 被保護者健康管理支援事業として重点をおいている取り組みに丸をつけてください。

- | | | |
|------------------------------|-------------|--------------|
| 1. 健診受診勧奨 | 2. 医療機関受診勧奨 | 3. 保健指導・生活支援 |
| 4. 主治医と連携した保健指導・生活支援 (重症化予防) | 5. 頻回受診指導 | |
| 6. その他の事業内容 () | | |

(2) 健康管理支援事業の担当者の職種としてあてはまる番号に丸をつけてください。

- | | | | |
|------------|---------------|--------------|----------|
| 1. 社会福祉士 | 2. 保健師 | 3. 栄養士・管理栄養士 | 4. 看護師 |
| 5. 医師 | 6. 薬剤師 | 7. 理学療法士 | 8. 作業療法士 |
| 9. その他 () | 10. 専門職は関与しない | | |

(3) 健康管理支援事業の実施にあたり、被保護者の社会生活面の聴取が求められています。被保護者健康管理支援事業の手引き(12-13 ページ)で示された以下の項目のうち、被保護者の健康を支援する際に重要だと考えられる社会生活面の項目を、査察指導員やケースワーカーの観点から、5つ選択してください。また、その理由もお聞かせください。

喫煙習慣	趣味
飲酒習慣	趣味を通じた社会活動
運動習慣	レクリエーション
歩行習慣	ギャンブル等(パチンコ・パチスロを含む)
食事習慣	居宅の状態
食志向	家の中の移動
入浴習慣	台所の有無
外出	トイレ
睡眠リズム	風呂・シャワー
1日の過ごし方	ボランティアへの参加
洗濯頻度	周囲の者との助け合い
買い物	困った時の対処方法
服装	意思伝達に対する認識等
手洗い・うがい	友人・知人と会う頻度
金銭管理	必要なときに介護・福祉サービス等を受けること
余暇時間の過ごし方	必要な時に医療機関を受診すること

(4) 反対に、被保護者の健康を支援する際に重要でないと考えられる項目を、査察指導員やケースワーカーの観点から、5つ選択してください。また、その理由もお聞かせください。

喫煙習慣	趣味
飲酒習慣	趣味を通じた社会活動
運動習慣	レクリエーション
歩行習慣	ギャンブル等 (パチンコ・パチスロを含む)
食事習慣	居宅の状態
食志向	家の中の移動
入浴習慣	台所の有無
外出	トイレ
睡眠リズム	風呂・シャワー
1日の過ごし方	ボランティアへの参加
洗濯頻度	周囲の者との助け合い
買い物	困った時の対処方法
服装	意思伝達に対する認識等
手洗い・うがい	友人・知人と会う頻度
金銭管理	必要なときに介護・福祉サービス等を受けること
余暇時間の過ごし方	必要な時に医療機関を受診すること

(5) 健康管理支援事業の実施と評価に際し、どのような項目に対して、どのような指標が必要だと考えられますか。

[]

以上です。ご協力ありがとうございました。

問3. 都道府県として、健康管理支援事業に関して市町村へどのようなサポートを実施していますか。



アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。

謝辞

本報告書は、令和4年度厚生労働省社会福祉推進事業「被保護者健康管理支援事業における対象者の標準評価項目及び事業目標設定に関する調査研究」として国庫による補助を受け、一般社団法人日本老年学的評価研究機構（代表理事：近藤克則、事業担当責任理事：近藤尚己）が事業実施主体となり実施した調査研究をまとめたものです。

本事業の推敲に際しては、8か所の自治体の方々に被保護者の健康管理支援のヒアリング調査にご協力をいただきました。また、以下の方々には、専門家として報告書作成の過程でご助言をいただきました。関係者一同、心より感謝申し上げます。

調査にご協力いただいた自治体

大阪府
愛媛県
埼玉県飯能市
神奈川県横須賀市
京都府京都市
京都府南丹市
大阪府豊中市
山口県山口市

お名前・ご所属

長谷田 真帆様 京都大学大学院医学研究科社会疫学分野特定助教

監修・著者・協力者一覧（あいうえお順）

<監修>

近藤 尚己 一般社団法人日本老年学の評価研究機構理事／
京都大学大学院医学研究科社会疫学分野教授

<著者>

上野 恵子 京都大学大学院医学研究科社会疫学分野特定研究員
2章を担当

木野 志保 東京医科歯科大学大学院健康推進歯学分野助教
3章を担当

近藤 尚己 一般社団法人日本老年学の評価研究機構理事／
京都大学大学院医学研究科社会疫学分野教授
1章を担当

西岡 大輔 大阪医科薬科大学医学研究支援センター医療統計室講師
4章、5章を担当

<協力者>

藤並 祐馬様 一般社団法人日本老年学の評価研究機構事務局長

前田 梨沙様 一般社団法人日本老年学の評価研究機構コーディネーター

令和4年度 厚生労働省社会福祉推進事業

被保護者健康管理支援事業における対象者の標準評価項目
及び事業目標設定に関する調査研究

令和5(2023)年3月

一般社団法人 日本老年学的評価研究機構(JAGES)

Japan Agency for Gerontological Evaluation Study

住所 〒277-0814 千葉県柏市正連寺 394 番地 11 中央 133 街区 6

電話 04-7157-0996