

資 料

生活保護受給者および生活困窮者への健康・食生活支援の実態

ムロハシ 室橋 サイカ 彩佳* オオタ アサミ 太田亜里美^{2*} ムラヤマ 村山 ノブコ 伸子^{2*} サカモト 坂本 タツアキ 達昭^{3*}
コバヤシ 小林 トモミ 知未^{4*} ホリカワ 堀川 チカ 千嘉^{2*} ニシオカ 西岡 ダイスケ 大輔^{3*}

目的 生活困窮者の自立を支援する上で重要な一つの側面に健康支援があるが、その地域における取組実態や行政内外との具体的な連携先の実態は十分に明らかになっていない。本研究では、生活保護制度の実施主体である福祉事務所と生活困窮者自立支援制度の自立相談支援事業における主な実施機関である社会福祉協議会を対象に、初回面談時の事業対象者の健康状態や食事状況の確認、それらの状況を評価するためのアセスメントシートの活用状況、行政内外との連携状況および食生活支援内容について明らかにすることを目的とした。

方法 2024年1月に全国1,250の福祉事務所および全国612の社会福祉協議会に対しアンケート調査を行った。事業対象者への健康・食生活支援実施状況として初回面談時の事業対象者の健康状態や食事状況の確認、それらの状況を評価するためのアセスメントシートの活用状況、行政内外との連携状況および食生活支援内容について回答を求めた。

結果 福祉事務所および社会福祉協議会の50%以上が事業対象者との初回面談時に確認していた項目は、健康状態では「体調」「定期的な通院・服薬状況」「移動手段」、食事状況では「外食、中食、自炊状況」「食事回数」であった。健診受診状況を確認していた団体は福祉事務所、社会福祉協議会ともに30%程度であった。福祉事務所の50%以上はアセスメントシートを使用していなかった。社会福祉協議会はアセスメントシートを使用していたが、とくに食事状況の確認項目がなかった。他団体との連携状況は、福祉事務所では保健医療部門との連携がみられ、社会福祉協議会では幅広い団体との連携がみられた。フードバンク等の食品提供支援と合わせた食生活への助言、子ども食堂等の情報提供等を行っている団体は未実施の団体より連携団体合計数の平均値が有意に高かった。

結論 支援対象者の健康状態や食事状況を評価するアセスメントシートの活用や、保健医療専門職を含めた他団体と連携を進め支援をつなげていくことが、今後重層的な健康・食生活支援を推進するために必要となると考えられた。

Key words : 生活保護受給者, 生活困窮者, 被保護者健康管理支援事業, 食生活支援, 連携

日本公衆衛生雑誌 2026; 73(1): 60-70. doi:10.11236/jph.24-142

I 緒 言

我が国では、2024年から第5次国民健康づくり対策である「健康日本21（第三次）」が開始され、健康寿命の延伸・健康格差の縮小、誰一人取り残さな

い健康づくりの展開が挙げられている¹⁾。生活保護受給者を含む日本の低所得者層は、高所得者層よりも死亡率や感染症の有病率の他、脳卒中や高血圧、肥満、精神病等の有病率が有意に高いことが報告されている²⁻⁴⁾。また、低所得者層の健康問題には食生活も関連している可能性がある。低所得世帯では高所得世帯より有意に主食の摂取量が多く、野菜、果物、魚の摂取量が少ないことや、家計支出が多い人ほどたんぱく質やカルシウム、ビタミン等の栄養素を十分に摂取していたことが報告されている^{5,6)}。このような背景から、健康格差の縮小に向けた一つの方策として、低所得者層の健康・栄養状態の実態把握、課題の抽出、取組の実施等のPDCA

* 新潟県新発田地域振興局健康福祉環境部

^{2*} 新潟県立大学人間生活学部健康栄養学科

^{3*} 熊本県立大学環境共生学部環境共生学科

^{4*} 武庫川女子大学短期大学部食生活学科

^{5*} 京都大学大学院医学研究科社会的インパクト評価学講座

責任著者連絡先：〒957-8511 新発田市豊町3-3-2
新潟県新発田地域振興局健康福祉環境部 室橋彩佳
E-mail: murohashi.saika@pref.niigata.lg.jp

サイクルの考え等に基づいた広範な「健康・食生活支援」が重要である⁷⁾。

日本における低所得者層への支援制度の中でも代表的なものとして、生活保護制度と生活困窮者自立支援制度が挙げられる。生活保護制度とは、生活保護法に基づき、福祉事務所が実施主体となって生活の困窮の程度に応じた保護を行うことで生活の保障と自立の助長を促すことを目的とした制度である⁸⁾。生活困窮者自立支援制度とは、生活困窮者自立支援法に基づき、生活保護に至る前の対策の強化を図るものとして、福祉事務所設置自治体が実施主体となって生活困窮者の自立を支援する制度であり、自立相談支援事業を必須に、必要に応じて就労準備支援事業や家計改善支援事業を実施する⁹⁾。これらの制度は低所得者層への重層的なセーフティネットとして総合的に取り組むものとされている⁹⁾。

各制度において、生活困窮者の自立を支援する上で重要な一つの側面に健康支援がある。生活保護制度では、2021年1月から被保護者健康管理支援事業が全国の福祉事務所における必須事業となった¹⁰⁾。2020年8月に改定された本事業の手引きには、データに基づく被保護者の健康課題の把握から事業評価までPDCAサイクルに基づいた事業の進め方や行政内部の他部局や社会資源と連携した実施体制の必要性について記載されている¹¹⁾。連携強化により、地域資源の開拓や個別支援の効果的な実施が可能となることも考えられると述べられている。また、手引きには対象者を抽出するためのフェイスシートも掲載されている¹¹⁾。食事に関する項目として食事習慣や食志向があるが、目的に応じて取捨選択が可能となっている。生活保護受給者は一般世帯と比較して、適切な食事習慣が確立されていない傾向にあることが指摘されており¹¹⁾、支援するためには食事状況の確認が重要だが、どの程度確認されているかは不明であり、十分な支援ができていない可能性がある。また、生活困窮者自立支援制度では、2023年6月の厚生労働省通知によって、生活困窮者自立支援制度主管部局と衛生主管部局が連携して健康支援を行うことが推奨されるようになった¹²⁾。通知には、生活困窮者自立支援制度の各事業において、事業利用者の健康課題の把握（菓子類やインスタント食品等の購入が多い、食品の購入がない等）や、保健師や管理栄養士等の専門職種との情報共有、フードバンク等の食品提供支援と合わせた食生活への助言等を行うことが示されている。しかしながら、被保護者健康管理支援事業および生活困窮者自立支援制度における健康・食生活支援の地域にお

ける取組実態はまだ十分に明らかになっていない。いずれの制度においても、支援に際しては行政内外との連携を推奨しているが^{10),11)}、具体的な連携先の実態も十分に明らかになっていない。

そこで本研究では、生活保護制度の実施主体である福祉事務所と生活困窮者自立支援制度の自立相談支援事業における主な実施機関である社会福祉協議会を対象に、生活保護受給者および生活困窮者への健康・食生活支援実施状況として初回面談時の事業対象者の健康状態や食事状況の確認、それらの状況の評価するためのアセスメントシートの活用状況、支援を行うための行政内外との連携状況、実施している食生活支援内容について明らかにすることを目的とした。

Ⅱ 方 法

1. 調査対象

1) 福祉事務所

被保護者健康管理支援事業を含む生活保護制度の実施主体が福祉事務所であるため、全国の福祉事務所1,250団体の生活保護制度担当者を対象とした（公開されている福祉事務所一覧¹³⁾ 2022年4月時点）。

2) 社会福祉協議会

生活困窮者自立支援法では、生活困窮者自立支援制度の実施主体を福祉事務所設置自治体としつつ、事務の全部または一部を委託できることとなっている。厚生労働省がホームページに掲載している自立相談支援事業の実施状況・委託先一覧によると、実施主体である自治体の6割以上が社会福祉協議会に委託していたことから、一覧に掲載されている社会福祉協議会612団体の自立相談支援事業担当者を対象とした（自立相談支援事業の実施状況・委託先一覧¹⁴⁾ 2022年7月時点）。

2. 調査方法・項目

アンケートは郵送法による記名自己記入式質問紙調査で実施した。2024年1月第2週にアンケートを福祉事務所の生活保護制度担当者および社会福祉協議会の自立相談支援事業担当者あてに郵送し、現時点での団体内の事業実施状況について把握している範囲で回答を求め、同年1月31日を締切日とし返送してもらった。なお、社会福祉協議会へのアンケートは、自立相談支援事業（以下、「自立相談」）の他、就労準備支援事業・認定就労支援事業（以下、「就業支援」）、家計改善支援事業（以下、「家計改善」）の2事業についても回答を求めたため、自立相談支援事業担当者から可能な範囲で他2事業担当者にもアンケートを渡していただき、回答していただいた。

アンケートは、過去の生活困窮者支援に関する報告書をもとに調査項目を決定し、複数回答可の選択肢で尋ねた(電子付録参照)。具体的には、団体名、回答者名、団体所在地、連絡先の基本情報の他、初回面談時の口頭確認状況(健康状態、食事状況、家計改善支援における家計収支状況)、アセスメントシートの活用状況、各事業実施における現在の他団体連携状況、生活保護受給者および生活困窮者への食生活支援の実施状況について尋ねた。なお、本研究における定義として、「初回面談」とは、生活保護制度の申請窓口や生活困窮者自立相談支援の窓口に来た対象者に対する申請や相談のための面談や家庭訪問を指す。「アセスメントシート」とは、初回面談時の口頭確認を行う被保護者健康管理支援事業のフェイスシートや自立相談支援事業のインターク・アセスメントシート等を指す。「他団体連携」とは、健診担当課等行政内の他課やフードバンク等の市民団体等含む関係団体との連携を指す。

3. 分析方法

上記質問項目のうち、団体所在地の市町村規模については回答された団体所在地に基づき区別した。初回面談時の口頭確認状況、アセスメントシートの使用状況および他団体連携状況については記述統計を行った。他団体連携においては、連携している団体数が多い方が食生活支援の取組を進めていると考えたことから、連携していると回答した団体の合計を算出し、食生活支援の実施状況の有無別に平均値を求め、対応のない t 検定による分析を行った。いずれも統計学的有意水準は5%とし、EZR Version 1.63を用いて統計処理を行った。

4. 倫理的配慮

調査への回答は自由意志に基づき任意で行われるものであること、研究対象者が依頼を拒否しても不利益を被ることはないこと、個人や団体が特定されないよう配慮して集計することをアンケートに記載した。

本研究は、新潟県立大学倫理委員会の承認を得て実施した(2024年1月11日 受付番号2341:被保護者、生活困窮者の支援団体が活用できる「被保護者、生活困窮者への食支援ガイド(仮)」の作成のための基礎調査)。

Ⅲ 結 果

1. アンケート用紙の回収状況

アンケート用紙の回収率は、福祉事務所491団体(39.3%)、社会福祉協議会の自立相談233団体(38.1%)、就労支援102団体(16.7%)、家計改善158団体(25.8%)であった。回答した団体所在地の市

町村規模について、福祉事務所では政令指定都市9団体(1.8%)、中核市35団体(7.1%)、その他447団体(91.0%)、社会福祉協議会では政令指定都市6団体(2.6%)、中核市22団体(9.4%)、その他205団体(88.0%)であった。

2. 調査項目の回答状況

1) 生活保護受給者および生活困窮者との初回面談時での健康状態、食事状況、家計改善支援における家計収支状況の口頭確認項目(表1)

健康状態の項目のうち、「体調について」は福祉事務所92.7%、社会福祉協議会の自立相談94.4%、就労支援92.2%、家計改善94.9%、「定期的な通院・服薬状況」は福祉事務所93.1%、自立相談88.0%、就労支援83.3%、家計改善89.2%と各事業を行う団体がほぼ口頭で確認していた。また、「移動手段(自立歩行確認)」は福祉事務所59.7%、社会福祉協議会の自立相談64.8%、就労支援70.6%、家計改善60.8%と各団体の6割が口頭で確認していた。「健診受診状況」は福祉事務所35.8%、社会福祉協議会の自立相談27.0%、就労支援37.3%、家計改善30.4%であった。

食事状況の項目のうち、「外食、中食、自炊状況」は福祉事務所57.0%、社会福祉協議会の自立相談66.1%、就労支援57.8%、家計改善87.3%、「食事の回数(1日3回、1日2回)など」は福祉事務所50.7%、社会福祉協議会の自立相談45.5%、就労支援51.0%、家計改善51.9%であった。家計改善では「食費(1か月など)」「外食、中食、自炊状況」「お酒・たばこの摂取状況の確認時に食事内容を聞く」の順に口頭で確認していると回答していた。

家計収支状況の項目では、福祉事務所、社会福祉協議会の家計改善ともに「酒・たばこ代」が最も多く(36.7%、29.7%)、次いで福祉事務所では「菓子パンの購入状況・代金」「インスタント、ファストフードの代金」10.0%、家計改善では「菓子類の購入状況・代金」12.0%であった。

2) 各事業におけるアセスメントシートの使用状況(表2)

各事業の窓口等で何かしらのアセスメントシートを使用していると回答した割合は、福祉事務所28.1%、社会福祉協議会の自立相談81.5%、就労支援47.1%、家計改善67.1%であった。シートを使用していると回答した団体のうち、健康状態や薬の内服状態について確認項目があると回答したのは福祉事務所75.4%、自立相談86.1%、就労支援29.2%、家計改善19.8%であった。普段の食生活について確認項目があると回答したのは福祉事務所67.4%、自立相談2.9%、就労支援18.8%、家計改善2.8%であった。

表 1 各事業における初回面談時の健康・食事の口頭確認状況

	生活保護制度 (福祉事務所)		自立相談支援事業 (社会福祉協議会)		就労準備支援事業・ 認定就労支援事業 (社会福祉協議会)		家計改善支援事業 (社会福祉協議会)	
	(n = 491)		(n = 233)		(n = 102)		(n = 158)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1 初回面談時の健康状態の確認の有無（複数回答可）								
体調について	455	92.7%	220	94.4%	94	92.2%	150	94.9%
定期的な通院・服薬状況	457	93.1%	205	88.0%	85	83.3%	141	89.2%
健康診断の受診状況	176	35.8%	63	27.0%	38	37.3%	48	30.4%
移動手段（自立歩行確認）	293	59.7%	151	64.8%	72	70.6%	96	60.8%
窓口の担当者に任せている	22	4.5%	18	7.7%	5	4.9%	8	5.1%
確認していない	1	0.2%	2	0.9%	0	0.0%	0	0.0%
わからない	1	0.2%	0	0.0%	1	1.0%	0	0.0%
その他	14	2.9%	14	6.0%	3	2.9%	7	4.4%
2 初回面談時の食事状況の確認の有無（複数回答可）								
食費（1 か月など）	127	25.9%	197	84.5%	52	51.0%	154	97.5%
外食，中食，自炊状況	280	57.0%	154	66.1%	59	57.8%	138	87.3%
食事の回数（1 日 3 回，1 日 2 回 など）	249	50.7%	106	45.5%	52	51.0%	82	51.9%
お酒，たばこの摂取状況の確認時 に食事内容を聞く	184	37.5%	98	42.1%	34	33.3%	92	58.2%
通院・服用の状況の確認時に食事 内容を聞く	154	31.4%	66	28.3%	25	24.5%	49	31.0%
子どもがいる時は子どもの食事の 状況も聞く	163	33.2%	90	38.6%	21	20.6%	75	47.5%
窓口の担当者に任せている	62	12.6%	16	6.9%	10	9.8%	7	4.4%
確認はしていない	36	7.3%	3	1.3%	7	6.9%	1	0.6%
わからない	1	0.2%	0	0.0%	2	2.0%	0	0.0%
その他	35	7.1%	28	12.0%	6	5.9%	4	2.5%
3 家計改善支援における家計収支の状況確認の項目（複数回答可）								
たばこ代・酒代	180	36.7%	—	—	—	—	47	29.7%
菓子パンの購入状況・代金	49	10.0%	—	—	—	—	15	9.5%
菓子類の購入状況，代金	48	9.8%	—	—	—	—	19	12.0%
インスタント，ファストフードの 代金	49	10.0%	—	—	—	—	15	9.5%

3) 各事業を行うにあたり現在連携をとっている団体（表 3）

福祉事務所では，健診担当課64.4%，健康づくり担当課44.0%，主治医27.5%，クリニック・病院22.6%の順に連携していると回答していた。社会福祉協議会の自立相談では，地域包括支援センター90.6%，福祉事務所89.3%，障害者担当課85.8%，高齢介護課と民生委員・児童委員78.5%，フードバンク73.4%の順に連携していると回答していた。一方，社会福祉協議会の就労支援と家計改善では，健診担当課や主治医と連携していると回答した割合が，福祉事務所や社会福祉協議会の自立相談と比べて低かった（健診担当課：就労支援6.9%，家計改善

12.0%，主治医：就労支援18.6%，家計改善12.0%）。

4) 生活保護受給者および生活困窮者への食生活支援実施状況別の連携団体数平均の比較（表 4）

福祉事務所，社会福祉協議会ともに最も多くの団体が実施していると回答した食生活支援の内容は「食品提供支援（フードバンク等）」で，どちらも約80%以上が実施していた。次いで福祉事務所では「食品提供支援に合わせた食生活への助言」，社会福祉協議会では「子ども食堂等の情報提供」であった。また食生活支援の実施の有無で連携団体数の平均値に有意差がみられ，福祉事務所では「食品提供支援と合わせた食生活への助言」（実施群6.6±5.1団体，未実施群3.0±2.7団体），社会福祉協議会の

表2 各事業における初回面談時のアセスメントシート使用状況および健康・食事状況確認項目の状況

	生活保護制度 (福祉事務所)		自立相談支援事業 (社会福祉協議会)		就労準備支援事業・ 認定就労支援事業 (社会福祉協議会)		家計改善支援事業 (社会福祉協議会)	
	(n = 491)		(n = 233)		(n = 102)		(n = 158)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1 面談時のアセスメントシートの使用状況								
手引き等のシート※1を使用	45	9.2%	142	60.9%	6	5.9%	85	53.8%
団体独自のシートを使用	88	17.9%	26	11.2%	30	29.4%	12	7.6%
その他公開されているシートや家計簿等を使用	5	1.0%	22	9.4%	12	11.8%	9	5.7%
窓口の担当者に任せている	9	1.8%	2	0.9%	0	0.0%	3	1.9%
使用していない	244	49.7%	8	3.4%	36	35.3%	20	12.7%
わからない	13	2.6%	3	1.3%	5	4.9%	5	3.2%
その他	22	4.5%	18	7.7%	7	6.9%	8	5.1%
未回答・除外等※2	65	13.2%	12	5.2%	6	5.9%	16	10.1%
	(n = 138)		(n = 208)		(n = 48)		(n = 106)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
2 (使用していると回答した団体のみ) アセスメントシートへの健康状態, 薬の内服状態に関する確認項目の有無								
ある	104	75.4%	179	86.1%	14	29.2%	21	19.8%
ない	19	13.8%	16	7.7%	30	62.5%	77	72.6%
わからない	1	0.7%	3	1.4%	2	4.2%	0	0.0%
その他	9	6.5%	4	1.9%	2	4.2%	4	3.8%
未回答・除外等※2	5	3.6%	6	2.9%	0	0.0%	4	3.8%
3 (使用していると回答した団体のみ) アセスメントシートへの普段の食生活 (1日3食など) に関する確認項目の有無								
ある	93	67.4%	6	2.9%	9	18.8%	3	2.8%
ない	34	24.6%	185	88.9%	35	72.9%	96	90.6%
わからない	0	0.0%	5	2.4%	1	2.1%	1	0.9%
その他	7	5.1%	4	1.9%	1	2.1%	1	0.9%
未回答・除外等※2	4	2.9%	8	3.8%	2	4.2%	5	4.7%

※1 生活保護受給者：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）内のフェイスシート
生活困窮者（自立相談）：令和元年度生活困窮者自立支援制度人材養成研修資料内のインテーク・アセスメントシート

生活困窮者（就労支援）：KPS ビジュアルライズツール

生活困窮者（家計改善）：公開されている家計改善支援のための評価シート

※2 複数種類のシートを使用している等の複数回答については、本集計結果から除外した。

自立相談では「子ども食堂等の情報提供」（実施群15.4±6.1団体，未実施群11.4±5.2団体），家計改善では「食品提供支援」（実施群7.9±5.5団体，未実施群5.0±3.8団体），「子ども食堂等の情報提供」（実施群10.0±5.5団体，未実施群6.3±4.9団体）において，いずれも実施群の方が未実施群よりも連携団体数の平均値が有意に高かった（ $P<0.001$ ）。

IV 考 察

本研究は，全国の福祉事務所および社会福祉協議会にアンケート調査を行い，健康・食生活支援の実施状況を明らかにした。その結果，初回面談時に事業対象者の健康状態や食事状況を確認しているが，

それらの項目があるアセスメントシートは活用しておらず，他団体と連携している団体では，そうでない団体と比べて健康・食生活支援を実施している可能性があった。また，福祉事務所では保健医療部門との連携が行われていたが，社会福祉協議会ではとくに就労支援や家計改善に関する事業で保健医療部門との連携が少なかった。生活保護受給者および生活困窮者を対象とした支援において，保健医療専門職を含めた他団体と連携を進めることが重層的な支援体制の構築を推進するために必要となると考えられた。

初回面談時での健康状態や食事状況の口頭確認状況は，福祉事務所，社会福祉協議会ともに8割以上

表 3 各事業における事業を実施するあたって現在連携している団体（複数回答可）

	生活保護制度 (福祉事務所)		自立相談支援事業 (社会福祉協議会)		就労準備支援事業・ 認定就労支援事業 (社会福祉協議会)		家計改善支援事業 (社会福祉協議会)	
	(n = 491)		(n = 233)		(n = 102)		(n = 158)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
福祉部門								
福祉事務所	—	—	208	89.3%	70	68.6%	103	65.2%
社会福祉協議会	50	10.2%	—	—	—	—	—	—
保健医療部門								
健康づくり担当課	216	44.0%	115	49.4%	22	21.6%	47	29.7%
健診担当課	316	64.4%	70	30.0%	7	6.9%	19	12.0%
主治医	135	27.5%	78	33.5%	19	18.6%	19	12.0%
クリニック・病院	111	22.6%	122	52.4%	28	27.5%	47	29.7%
医師会	23	4.7%	6	2.6%	0	0.0%	0	0.0%
歯科医師会	7	1.4%	2	0.9%	0	0.0%	0	0.0%
薬剤師会	6	1.2%	2	0.9%	1	1.0%	0	0.0%
栄養士会	2	0.4%	1	0.4%	0	0.0%	0	0.0%
高齢・介護・障害部門								
介護保険担当課	51	10.4%	139	59.7%	9	8.8%	57	36.1%
障害者担当課	76	15.5%	200	85.8%	43	42.2%	80	50.6%
高齢介護担当課	59	12.0%	183	78.5%	12	11.8%	74	46.8%
地域包括支援センター	73	14.9%	211	90.6%	24	23.5%	95	60.1%
地域障害者支援センター	17	3.5%	113	48.5%	27	26.5%	47	29.7%
民生委員・児童委員	10	2.0%	183	78.5%	29	28.4%	62	39.2%
パーソナルサポートセンター	0	0.0%	9	3.9%	5	4.9%	3	1.9%
子ども部門								
教育委員会	8	1.6%	75	32.2%	5	4.9%	11	7.0%
子ども家庭センター	6	1.2%	71	30.5%	8	7.8%	26	16.5%
児童相談所	2	0.4%	72	30.9%	7	6.9%	24	15.2%
児童養護施設	0	0.0%	21	9.0%	4	3.9%	5	3.2%
保育所	3	0.6%	30	12.9%	5	4.9%	10	6.3%
通学している学校	8	1.6%	83	35.6%	5	4.9%	23	14.6%
大学	0	0.0%	11	4.7%	3	2.9%	3	1.9%
学生ボランティア団体	0	0.0%	10	4.3%	2	2.0%	2	1.3%
スクールソーシャルワーカー	3	0.6%	108	46.4%	11	10.8%	28	17.7%
その他関係機関								
保健所	46	9.4%	125	53.6%	14	13.7%	31	19.6%
弁護士会	0	0.0%	84	36.1%	6	5.9%	53	33.5%
企業	8	1.6%	64	27.5%	47	46.1%	11	7.0%
NPO 法人	3	0.6%	95	40.8%	28	27.5%	28	17.7%
フードバンク	11	2.2%	171	73.4%	17	16.7%	70	44.3%
子ども食堂・地域食堂	1	0.2%	89	38.2%	19	18.6%	29	18.4%
他団体との連携はしていない	34	6.9%	0	0.0%	2	2.0%	4	2.5%
その他	34	6.9%	38	16.3%	28	27.5%	41	25.9%

表4 生活保護受給者および生活困窮者への食生活支援実施状況別の連携団体数平均の比較

	生活保護制度（福祉事務所） (n = 99)				自立支援相談事業（社会福祉協議会） (n = 160)				家計改善支援事業（社会福祉協議会） (n = 158)			
	n	%	連携団体数 平均	標準偏差	P値 ^{※1}	n	%	連携団体数 平均	標準偏差	P値 ^{※1}	n	%
食品提供支援（フードバンク等）を行っている	実施あり	78	78.8%	3.6	3.5	0.990	148	92.5%	12.4	5.8	130	82.3%
	実施なし	17	17.2%	3.6	3.5		7	4.4%	15.7	4.8	28	17.7%
食品提供支援（フードバンク等）とあわせ、食生活の助言を行っている	実施あり	16	16.2%	6.6	5.1	<0.001	21	13.1%	14.8	6.1	21	13.3%
	実施なし	79	79.8%	3.0	2.7		134	83.8%	12.2	5.7	137	86.7%
食品提供支援（フードバンク等）時に食育（栄養バランス・生活習慣等）に関するパンフレット・リーフレットを配付している	実施あり	1	1.0%	—	—	—	1	0.6%	—	—	3	1.9%
	実施なし	94	94.9%	—	—	—	154	96.3%	—	—	155	98.1%
フードバンク等から提供のあった食料を渡す際、必要に応じて衛生主管部局の管理栄養士等が同席し、食生活の助言や情報提供を行っている	実施あり	0	0%	—	—	—	0	0%	—	—	0	0%
	実施なし	95	96.0%	—	—	—	155	96.9%	—	—	158	100%
食育に関する動画の情報を渡している	実施あり	0	0%	—	—	—	0	0%	—	—	1	0.6%
	実施なし	95	96%	—	—	—	155	96.9%	—	—	157	99.4%
食育に関するパンフレット・リーフレットを渡している	実施あり	3	3%	—	—	—	0	0%	—	—	1	0.6%
	実施なし	92	93%	—	—	—	155	96.9%	—	—	157	99.4%
子ども食堂、地域食堂等の情報を渡している	実施あり	8	8.1%	3.5	4.9	0.946	46	28.8%	15.4	6.1	45	28.5%
	実施なし	87	87.9%	3.6	3.3		109	68.1%	11.4	5.2	113	71.5%
料理教室等を開催している	実施あり	1	1.0%	—	—	—	3	1.9%	—	—	2	1.3%
	実施なし	94	94.9%	—	—	—	152	95.0%	—	—	156	98.7%
自宅訪問の際、生活支援員が食事を手伝うことがある	実施あり	0	0%	—	—	—	2	1.3%	—	—	1	0.6%
	実施なし	95	96.0%	—	—	—	153	95.6%	—	—	157	99.4%

※1対応のないt検定

※就労準備支援事業・就労訓練支援事業に関しては質問していないため掲載なし

※n<5の場合は、サンプル数が少ないためt検定の対象から除外した。

が事業対象者の体調や定期的な通院・服薬状況を、5割以上が食費や外食・中食・自炊状況、食事の回数を確認していた。菓子類等の購入状況を確認している団体は1割であった。堀川らの研究によると、生活保護利用世帯では過去5年間の食料支出額において、菓子類の支出額が有意に増加しており、食料支出項目のうち2番目に高い割合を示したことが報告されている¹⁵⁾。菓子類は安価にエネルギー源を確保できる一方で、糖質や脂質の過剰摂取につながりやすいことから、同じ菓子類でもより栄養価の高い商品を選択したり、安価で栄養価の高い旬の野菜や果物を購入したりするような行動変容につながる食生活支援が必要である。そのためには、対象者の菓子類等の購入状況に着目し、購入額が著しく高い場合は、行政衛生部局の管理栄養士・保健師等と連携して支援することが望まれる。

一方で、健康診断の受診状況を確認している団体は3割前後であった。被保護者健康管理支援事業における対象者の社会生活面に関する情報を収集するためのシートには、医療機関未受診者や通院が不十分な人等のハイリスク群を抽出するため、健康診断の受診状況を確認する項目が選定されている¹⁶⁾。生活保護受給者および生活困窮者において生活上の困難さを抱える中で健康に関心を寄せることが困難な者が存在する可能性があり、健診受診までの障壁が高い¹¹⁾。そのため、初回面談時に健診受診の有無を確認し、その障壁を取り除く支援へとつなげることがすすめられる。

初回面談時に確認した健康状態・食事状況の情報から事業対象者の健康課題の抽出や関係者間での情報共有を行うためには、情報を可視化して共有できるアセスメントシートの使用が勧められる¹⁷⁾。被保護者健康管理支援事業では、シートに基づく健康・生活状況の把握が推奨されているが¹⁰⁾、回答のあった半数以上の福祉事務所ではアセスメントシートを使用していなかった。社会福祉協議会ではアセスメントシートを使用していたが、とくに食事状況の確認項目がなかった。統一された指標が掲載されたアセスメントシートを使用することで、担当者の経験や知識等に左右されることなく対象者の状況を同じ項目で評価し、必要な支援につなげることができるだけでなく、他自治体や他団体の実態および活動状況を比較したり共有したりできるようになることで生活困窮者に対する健康・食生活支援の効果的な実施につなげることが可能になる¹⁸⁾。このことから、具体的な健康支援の実施に向けたPDCAサイクルを回すためのアセスメントシートには、事業対象者の体調や医療機関・健診受診状況、1日の食事回

数、自炊や外食の回数等の項目が含まれ、事業対象者の相談窓口において活用されることが望まれる。

健康・食生活支援の実施には、行政内外の関係団体との連携が重要である。他団体連携の状況について、福祉事務所では被保護者健康管理支援事業を実施する中で、保健医療部門との連携が進められていた。社会的な課題を抱える住民の医療機関等受診に支援者が付き添う支援は、医療機関等との連携のひとつとして諸外国で実践されており、がん検診の受診率、治療開始率の向上、受診の中断や再入院の予防などの効果がある可能性も報告されている¹⁹⁾。社会福祉協議会では幅広い団体との連携がみられ、高齢者や障害者の在宅支援等の既存事業で得たつながりを生活困窮者支援でも生かしていると考えられる。本研究で、福祉事務所では保健医療部門、社会福祉協議会では幅広い団体と連携できていることが分かり、それぞれの強みが異なっていた。この強みをお互いに生かすこと、健康支援の専門的立場である衛生主管部局との連携をさらに強化することで、生活保護受給者および生活困窮者への健康支援が推進されるのではないかと考える。

生活保護受給者および生活困窮者への食生活支援の実施状況について、最も実施されていたのは食品提供支援であった。食品提供支援の多くは、食品ロスの削減や生活困窮世帯への支援を目的として活動しているフードバンクが実施している²⁰⁾。フードバンクを活用した食生活支援の数少ない事例として、2型糖尿病のリスクが高い対象者への介入研究が報告されており²¹⁾、糖尿病予防に適した食品の追加提供とテキストベースの健康教育等を実施し、健康状態やうつ病のスコアの改善につながった。フードバンク等の食生活支援では支援を必要とする者に直接働きかけられるため、行政衛生主管部局や医療機関等と連携し、提供食品の組み合わせの検討の他、提供食品を使った簡単なレシピの配付等の健康支援を行う場にできる可能性がある。

本研究では食生活支援の実施有無別に連携団体数の平均値を比較した。いずれも実施群で未実施群よりも連携団体数の平均値が有意に高く、多くの団体と連携していると健康・食生活支援を実施している可能性が示された。福祉事務所では食品提供支援と合わせた食生活への助言において有意差がみられ、被保護者健康管理支援事業を実施する中で保健医療部門との連携により、健康管理の視点での支援の実施につなげられていると考える。社会福祉協議会では食品提供支援や子ども食堂等の情報提供において有意差がみられ、幅広い団体との連携により、食生活に関する支援情報等を得やすく、実施につなげら

れているのではないかと考える。

本研究の限界点として、アンケートは各事業担当の代表者あてに回答を依頼したが、回答者の職種までは確認できていない。また、具体的な客観的なデータは求めていることから、主観的な回答であり、回答者の職種間による回答の違いも明らかにできなかった。さらに横断研究のため健康・食生活支援の実施状況と連携団体数との因果関係について明らかにできなかった。しかし、健康・食生活支援を実施していると連携団体数の平均値が高いことを示すことができ、他団体との連携が進むと健康・食生活支援の実施につながる可能性は残っている。健康・食生活支援の実施状況と具体的な連携先との関連までは調査できなかった。今後、どのような団体と連携していると取組が進むのかを示すことで、福祉事務所や社会福祉協議会が優先的に連携すべき団体が明確になり、健康・食生活支援実施の推進につながると考える。

V 結 語

生活保護受給者および生活困窮者への福祉事務所および社会福祉協議会による健康・食生活支援の実態について、健康状態や食事状況は確認しているがそれらの項目が載ったアセスメントシートは十分に活用されていないことが確認された。また、福祉事務所と社会福祉協議会とでは連携している団体の特徴が異なり、他団体との連携が多い団体では健康・食生活支援が広く行われている可能性があることも分かった。本研究は、地域共生社会の軸となる重層的な支援を実施する中で、生活保護受給者および生活困窮者の健康・食生活支援として健診業務やフードバンク等を活用した食生活支援の推進等を包括的に行うための手段の検討の基礎調査となる。

本研究の実施にあたり、ご協力いただきました全国の福祉事務所および社会福祉協議会の事業担当者の方々に深謝いたします。

本研究は厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）23FA1011, 24AA2004の助成を受けたものです。

Supporting Information

Supplemental online material is available on J-STAGE.

URL: <https://doi.org/10.11236/jph.24-142>

（ 受付 2025. 1. 9 ）
（ 採用 2025. 7.15 ）
（ J-STAGE 早期公開 2025.10.15 ）

文 献

- 1) 厚生労働省. 健康日本 21（第三次）推進のための説明資料. 2023. <https://www.mhlw.go.jp/content/10904750/001158816.pdf> (2025年4月12日アクセス可能).
- 2) Murata C, Yamada T, Chen C-C, et al. Barriers to health care among the elderly in Japan. *Int J Environ Res Public Health* 2010; 7: 1330–1341.
- 3) Fukuda Y, Nakamura K, Takano T. Accumulation of health risk behaviors is associated with lower socioeconomic status and women's urban residence: a multilevel analysis in Japan. *BMC Public Health* 2005; 5: 53.
- 4) Kawachi H, Nishioka D. Health statuses among people in poverty receiving public assistance in Japan: a scoping review. *JMA Journal* 2024; 7: 301–312.
- 5) Nishi N, Horikawa C, Murayama N. Characteristics of food group intake by household income in the National Health and Nutrition Survey, Japan. *Asia Pac J Clin Nutr* 2017; 26: 156–159.
- 6) Fukuda Y, Hiyoshi A. High quality nutrient intake is associated with higher household expenditures by Japanese adults. *Biosci Trends* 2012; 6: 176–182.
- 7) 上田 遥. 食生活支援の実態と今後の課題—「結果」から「潜在能力」の平等へ—. *フードシステム研究* 2023; 29: 243–248.
- 8) 厚生労働省. 生活保護制度の概要等について. 2021. <https://www.mhlw.go.jp/content/12002000/000771098.pdf> (2025年4月7日アクセス可能).
- 9) 厚生労働省. 生活困窮者自立支援法について. 2015. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujo-uhou-12000000-Shakaiengokyoku-Shakai/2707seikatu-konnkyuushajiritsusienneidonituite.pdf> (2025年4月12日アクセス可能).
- 10) 厚生労働省. 被保護者健康管理支援事業の現状と今後の方向性. 2024. <https://www.mhlw.go.jp/content/12000000/001209989.pdf> (2025年4月12日アクセス可能).
- 11) 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/12000000/000809908.pdf> (2025年6月15日アクセス可能).
- 12) 厚生労働省. 生活困窮者自立相談制度と健康増進施策との連携について. 2023. <https://www.mhlw.go.jp/content/001115388.pdf> (2025年4月6日アクセス可能).
- 13) 厚生労働省. 福祉事務所一覧. 2025. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/

seikatsuhogo/fukusijimusyo/index.html (2025年 4 月12日アクセス可能).

- 14) 厚生労働省. 自立相談支援事業の実施状況・委託先一覧. 2024. <https://www.mhlw.go.jp/content/001465017.pdf> (2025年 4 月12日アクセス可能).
 - 15) 堀川千嘉, 村山伸子, 太田亜里美, 他. 生活保護利用世帯における家計収支から見た5年間の食料支出状況の検討. 栄養学雑誌 2024; 82: 181–196.
 - 16) 上野恵子, 木野志保, 近藤尚己, 他. 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」報告書. 千葉: 一般社団法人日本老年学的評価研究機構. 2023; 2–92.
 - 17) 橋本祥行, 前川 茜, 屋敷法子, 他. 脳卒中患者の歩行自立判定評価—回復期リハビリテーション病棟におけるアセスメントシートの導入効果—. 理学療法科学 2016; 31: 635–639.
 - 18) 村田夏希, 吉川晶子, 小山内悠佳, 他. 車椅子移乗動作自立へ向けてのアセスメントシートの作成. 京都府立医科大学附属病院看護部看護研究論文集 2019; 31–35.
 - 19) 近藤尚己, 高木大資, 西岡大輔, 他. 「付き添い」のちから—生活困窮者の医療サービス利用の実態および受診同行支援の効果に関する調査研究. 上野恵子, 小貫美幸, 西岡大輔, 編. 平成30年度厚生労働省社会福祉推進事業「社会的弱者への付き添い支援等社会的処方の効果の検証および生活困窮家庭の子どもへの支援に関する調査研究」報告書. 千葉: 一般社団法人日本老年学的評価研究機構. 2019; 12–32.
 - 20) 佐藤順子. フードバンクと食品ロス—生活困窮者支援の立場から—. 廃棄物資源循環学会誌 2020; 31: 294–300.
 - 21) Cheyne K, Smith M, Felter EM, et al. Food bank-based diabetes prevention intervention to address food security, dietary intake, and physical activity in a food-insecure cohort at high risk for diabetes. Prev Chronic Dis 2020; 17: E04.
-

Reality of health and dietary support for public assistance recipients and individuals experiencing poverty

Saika MUROHASHI^{*}, Asami OHTA^{2*}, Nobuko MURAYAMA^{2*}, Tatsuaki SAKAMOTO^{3*},
Tomomi KOBAYASHI^{4*}, Chika HORIKAWA^{2*} and Daisuke NISHIOKA^{5*}

Key words : public assistance, individuals experiencing poverty, health management support program, dietary support, cooperation

Objective Health support is important to promote independent living among individuals experiencing poverty who require welfare support. However, the actual state of the initiative and specific reality of the collaboration partners, within and outside the administration, remain unclear. The participants were welfare offices, which are the main implementers of the public assistance system, and social welfare councils, which are the main implementers of self-reliance consultations and support services for individuals experiencing poverty. This study aimed to clarify whether the health and dietary status of individuals receiving welfare support were checked at the initial interview and whether an assessment sheet was used to evaluate their health and dietary status. We aimed to confirm which organizations collaborate with and outside the government and clarify the content of dietary support.

Methods In January 2024, we conducted a nationwide questionnaire survey of 1,250 welfare offices and 612 social welfare councils. We requested information regarding the confirmation of health and dietary status during the initial interview, use of assessment sheets, cooperation with other organizations, and implementation of dietary support.

Results Of the welfare offices and social welfare councils, > 50% reported checking “physical condition,” “regular visits to the hospital and medication,” and “means of transportation” for health status during the initial interview with service recipients. They checked “frequency of eating out” and “meal frequency” for dietary status. Approximately 30% of patients in both groups had undergone medical examinations, and > 50% of the welfare offices did not use assessment sheets. The social welfare councils used assessment sheets but did not have any items to check dietary status. The multidisciplinary cooperation of welfare offices was in cooperation with the administration of health checkups and physicians. Social welfare councils cooperated with various organizations. The average number of cooperative groups was significantly higher among those who provided dietary advice in combination with food provision support, such as food banks. These groups were better informed about children’s and community cafeterias than groups that did not provide such support.

Conclusion To promote multilayered health and dietary support, assessment sheets could be beneficial for evaluating the health and dietary conditions of individuals requiring support, and cooperation with other organizations, including health professionals, may help create effective support networks.

^{*} Health and Welfare Department, Niigata Prefecture Shibata Regional Promotion Bureau

^{2*} Department of Health and Nutrition, Faculty of Human Life Studies, University of Niigata Prefecture

^{3*} Department of Environmental and Symbiotic Sciences, Faculty of Environmental and Symbiotic Sciences, Prefectural University of Kumamoto

^{4*} Department of Dietary Life and Food Sciences, Junior College Division, Mukogawa Women’s University

^{5*} Department of Social Impact Assessment and Evaluation, Graduate School of Medicine, School of Public Health, Kyoto University