

生活保護受給者における効果的な健康支援方法の立案に向けた実証研究

～被保護者の健康実態に関するエビデンス形成～

研究代表者 西岡 大輔（京都大学大学院医学研究科社会的インパクト評価学講座）

研究要旨

本研究は、生活保護受給世帯（被保護世帯）に属する子どもおよび若年成人、特に子どもと30歳代の被保護者の健康・生活実態を多角的に検証し、現行の被保護者健康管理支援事業の限界と今後の支援の方向性を整理することを目的とした。分析には福祉事務所が所有する生活保護台帳や医療扶助レセプトデータ、自治体が所有する他部署の被保護者等のデータを活用して、既存の被保護者健康管理支援事業がカバーしない集団の健康・生活実態を記述した。その結果、子ども期から若年成人期にかけてすでに、被保護世帯では健康上の不利を経験していることが示された。特にこれまで既存の研究が指摘してこなかったことに関して、被保護世帯に出生した子どもでは入院や歯科への未受診が生じやすいこと、被保護世帯の子どもでは予防接種や学校健診における健康指標でも不利な傾向があることがわかった。加えて、30歳代の被保護者では、BMIや血糖値、血圧、脂質異常など多くの健康指標で一般市民よりも好ましくない傾向が観察され、事業の対象年齢が主に40歳以上に設定されている現行の被保護者健康管理支援事業は介入時期の検討が示唆された。また、地域の社会環境（ソーシャルキャピタル）が被保護者の受療行動に与える影響について、市民参加が活発な地域では頻回受診などの受療行動が抑制されることも示された。他にも、これまでその声が聞かれることが少なかった被保護世帯の子どもの実態を把握できる、福祉事務所で実務に活用可能なフェイスシートの開発の経過を報告した。本研究の成果のひとつとして、フェイスシートの試作・開発を通じて、これまで把握が困難であった子どもの生活状況を福祉事務所が継続的に記録・把握できる基盤が存在している潜在的な可能性も示唆された。フェイスシートの情報を既存の行政データと組み合わせることにより、可視化されづらい被保護世帯の子どもの健康・生活実態を把握できる可能性があった。総じて本研究は、生活保護制度による健康支援が若年層や子どもに対して十分に届いていない現状を明らかにした。フェイスシートなどを活用した見えにくい子どもの可視化とともに、若年被保護者や子どもの支援体制の再構築、部局横断的な連携の強化、データの利用可能性の向上が求められる。

研究分担者 近藤尚己（京都大学）
 研究分担者 上野恵子（京都大学）
 研究分担者 木野志保（東京科学大学）
 研究分担者 林明子（大妻女子大学）
 研究分担者 越智真奈美（国立研究開発法人国立成育医療研究センター）

研究分担者 田中琴音（神奈川県立保健福祉大学）
 研究分担者 小出直（新潟医療福祉大学）
 研究協力者 久保木紀子（横浜創英大学）
 研究協力者 川内はるな（大阪医科薬科大学）

A. 研究目的

2021 年より被保護者健康管理支援事業（健康管理支援事業）が全国の福祉事務所で必須事業となり、主に 40 歳以上の被保護者（生活保護受給者）に対する健康づくりが推進されるようになった。被保護者健康管理支援事業の手引きによれば、被保護者（生活保護受給者）に対する健康支援に際してデータを活用することが推奨され、福祉事務所が所有する生活保護の医療扶助レセプトデータや医療扶助実態調査のデータを活用した研究が実施されてきた。その結果、被保護者では糖尿病の有病率が公的医療保険加入者よりも高く、有病率の分布が 10 歳若いこと[1]や、多くの疾病分類における入院率が高いこと[2]などが報告され、不利な健康状態におかれやすいことが示されてきた[3]。被保護者に限ってその健康状態を記述した既存研究からは、独居や不就労の被保護者では健康を害しやすく、頻回受診を経験しやすいが[4, 5]、就労し家庭役割をもつ被保護者では適切な予防行動が難しい[6]ことが示されてきた。

その一方で、被保護者においては健康支援を進めるにあたり、エビデンスを十分に創出しづらい構造も存在している。生活保護制度には「他法優先の原則」があるため、医療扶助に優先する他の制度による支援データは福祉事務所には通常存在しない。そのため、上記に示したような医療扶助に関するデータから把握される被保護者の健康状態や受療行動は、被保護者の健康に関する全体像を十分に反映しない。

他にも、被保護者の健康診査は生活保護法上に位置付けられておらず、健康増進法に基づく健康診査を受診することになるため、国民健康保険の被保険者のように個人単位で予防、健診、医療に関する連結データを単一部署で構築することができない。これまで被保護者健康管理支援事業においては主に 40 歳以上の被保護者

に対する健康支援が主に検討され、40 歳未満の若年被保護者や被保護世帯の子どもは健康支援の対象として選定されづらく、その実態はまだ十分に明らかになっていなかった。

近年、子どものライフコースにわたる支援の重要性に関する認識が高まるとともに、被保護世帯の子どもについての研究が散見されるようになった。Koyama らの研究をはじめ多くの自治体からの報告では、生活保護利用世帯の子どもほど不登校を経験しやすい[7]。他にも、教育社会学や心理学の領域で、生活保護世帯出身生徒の学校生活をはじめとするライフストーリーが記述されるなど、その生活実態は定性的に理解が進められてきた[8-11]。他方で、Nishioka らは、成人期まで長期的に渡って影響するぜんそく、アレルギー、アトピー、歯の病気などといった慢性疾患の受診率は、こどもがひとり親世帯に属しているかによって大きく異なり、ひとり親世帯のこどもほど受診率が高くなることを定量的に示し、生活保護の利用がすべての子どもの健康を支援できていない可能性を提起した[12] (図)。しかし、Nishioka らの研究は疾病の重症度や受診理由を反映できていない課題があった。

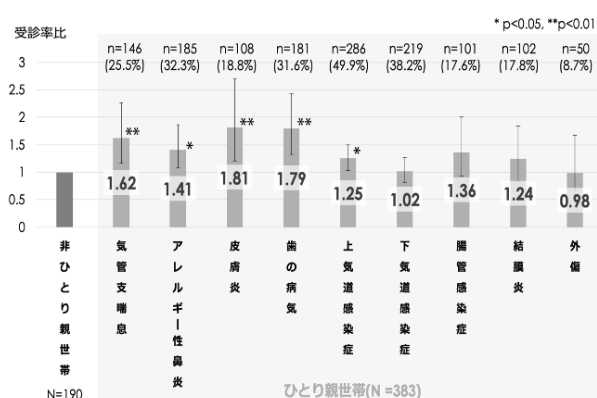


図) 生活保護世帯のうち、ひとり親世帯のこども (N=383)の受診行動:非ひとり親世帯(N=190)を 1 とした場合の受診率比: 2 自治体のデータ

出典: Nishioka et al. (2021) をもとに報告者作成

総じて、被保護世帯の子どもや若年成人の状況は部分的に把握されるようになってきたものの、まだ理解や解釈に資する情報・資源は十分とはいえない。特に、全国の福祉事務所で被保護世帯の子どもの状況をどのように捉え、支援を進めるべきに関しては十分な資料がなく、またその仕組みも確立していない。

そこで本研究では、以下の 2 つの視点をもとに研究を進める。まず、若年被保護者および被保護世帯の子どもの健康実態および生活実態をより詳細なデータを参照しながら改めて明らかにするとともに、被保護者健康管理支援事業の実施における留意点等を整理することを目的とした。そして、被保護世帯の子どもの支援方法を立案・開発すべく、子どもの生活実態を福祉事務所でどのように把握し、支援可能かの方法を検討することを目的とした。

なお本報告書では、2 年計画の初年度に達成した研究成果のうち、若年被保護者および被保護世帯の子どもの健康・生活実態を記述したものを報告する。また、これまでまだ明らかにされてこなかった被保護世帯の子どもの生活状況をより理解するためのフェイスシートの開発研究の進捗を報告する。

B. 研究方法

（研究 1：被保護世帯の健康・生活実態）

一般に、被保護世帯の子どもにはアウトリーチしづらいことが知られている。それは、ケースワーカーが被保護世帯を訪問する際には、世帯主と面談を実施することが一般的で、その世帯の子どもとは直接関わる機会が少ないことが一因とされる。そのため、被保護世帯の子どもの状況、特に健康面の状況に関して把握するチャンスは多くはない。そこで研究 1 では、福祉事務所における被保護者の住民台帳データおよび医療扶助レセプトデータ等、福祉事務所

におけるケース記録等の既存のデータを活用するとともに、自治体がもつ他部署のデータを活用して、子どもや若年成人の被保護者の健康実態に関して検証した。研究 1 の成果は、以下の 3 研究に分けて報告する。

（研究 1-1）

被保護世帯の子どもの健康実態に関する研究

- ・生活保護の基本台帳および医療扶助レセプトデータを用いた研究

<研究デザイン>

コホート研究

<データ>

本研究は、日本国内 6 自治体（市）における生活保護利用世帯の 15 歳未満の子どもの生活保護基本台帳データおよび医療扶助レセプトデータを組み合わせたデータを用いた。

<対象>

2016 年 4 月時点で生活保護を利用していた世帯の 15 歳未満の子ども 1,990 人で、子どもそれぞれの 1 年間の入院や歯科受診の発生を追跡した。

<変数>

目的変数として、医療扶助レセプトデータから、追跡期間中の入院経験、歯科受診の有無を抽出し、二値変数を生成した。説明変数には、被保護世帯の子どもの年齢、性別、世帯構成、親の就労状況、出生時点の生活保護利用状況、居住自治体等を用いた。

<統計解析手法>

利用者の入院・歯科受診の発生率を個人の説明変数ごとに記述した。多変量修正ポアソン回帰分析により説明変数との関連を検証した。

- ・自治体の他部署データを活用した研究

被保護世帯で養育されている子どもの情報を新たに取得することは、人的・経済的・時間

的な資源等が必要となる。それに加え郵送法等による社会調査による情報収集は、特に低所得者等の生活に困窮する人を対象にする場合、回答がその人の能力や意向に依存するため、十分な実態把握が難しい。そこで注目することができなのが既存の公的データである。被保護世帯の子どもでなくとも、すべての子どもが享受する公的な制度に基づくデータを収集することができれば、被保護世帯に新たな調査を行わなくてもある程度の情報収集が可能となる。特に子どものデータとして、乳幼児健康診査に関するデータと、予防接種に関連するデータ、学校保健に関するデータはその世代の子ども全員が対象に行われる事業であることから、被保護世帯の子どもの状況が把握できる。さらには、それらの事業によるサービスを受けているかどうか把握できる。そこで本研究では、自治体の他部署が所有するデータを元に何が把握できるのかに関する整理を単純なデータの記述とともにに行った。

（研究 1-2）

若年成人被保護者の健康実態に関する研究

特にこれまで被保護者健康管理支援事業の対象になりづらく、現状が把握されていなかった 30 歳代に注目した。30 歳以上の市民全体を対象に市民健診の機会が提供されている自治体のデータを活用し 30 歳代の被保護者の健診データを入手した。単年度では、受診者数が少ないため 2018 年度から 2023 年度にかけて健康診断を受診した被保護者の受診結果を集計した。複数年度受診している人に関しては最新の結果を採用した。2022 年度に同市で生活保護を利用していない 30 歳代の市民健診の集計値（N=1,216）を比較として用いた。

さらに、被保護者のがん検診の受診状況に関してもデータを入手した。特に若年被保護者女

性が受診勧奨対象となる子宮頸がんに関して、その受診率を記述した。

（研究 1-3）

被保護者の受療行動の社会環境規定因子に関する研究

被保護者のように生活に困窮している人では、健康に資する行動変容をもたらすことは決して容易ではない。このように社会的な要因により人々の健康が規定される場合にも、地域やコミュニティといった文脈で健康づくりを展開することが効果的であり、社会的な要因による健康格差を縮小できる可能性が数多くの研究から示唆されてきた。そこで、本研究では、地域のソーシャルキャピタルに注目することで、地域のどのような社会環境整備が被保護者の健康行動・受療行動に好ましい影響をもたらすのかを検証した。

＜研究デザイン＞

回顧的コホート研究。

＜対象＞

研究対象者は 2019 年 4 月時点で国内の中核市 A で生活保護を利用している 18 歳以上の成人 7,542 人で、同集団を 2020 年 3 月まで 1 年間追跡した。

＜データ＞

福祉事務所が所有する生活保護台帳データ（年齢、性別、世帯構成、居住地区など）、医療扶助レセプトデータ（傷病名、投薬内容、処置内容、医療機関名）、介護扶助データ（要介護認定の状況）、2019 年の A 市の日常生活圏域ニーズ調査のデータを用いた。

＜変数＞

目的変数として、医療扶助レセプトデータから、追跡期間中の頻回受診（先行研究（引用）同様、1 ヶ月間に同一医療機関を 15 回以上外来受診と定義）の経験の有無を抽出し、二値変数を生

成した。説明変数である地域の社会環境指標には、日常生活圏域ニーズ調査のデータを用い、Saito らの先行研究に基づき[13]、A 市の小学校区単位の地域ソーシャルキャピタル（Social Capital: SC）スコアを地域の「市民参加」「社会的凝集性」「互酬性」の側面からそれぞれ算出し、標準化した。利用者の個人要因として、年齢（連続変数）、性別（男性／女性）、世帯構成（同居／独居）、就労状況（なし／あり）、障害認定（なし／あり）、国籍（日本人／その他）、要介護認定（なし／要支援／要介護）、併存疾患数（チャールソン併存疾患指数：なし／1 つ／2 つ／3 つ以上）を用いた。

<統計解析手法>

利用者の頻回受診の発生率を個人の説明変数ごとに記述した。各地域 SC スコアと利用者による頻回受診の発生との関連を、マルチレベル多変量ロジスティック回帰分析を用いて検証し、その関連性に利用者の世帯構成や就労状況による異質性が生じているかどうかをクロスレベル交互作用により検証した。

<倫理的配慮>以上の研究はすべて、大阪医科薬科大学研究倫理委員会の承認を得て実施した（2022-089）。

（研究 2：被保護世帯の子どもの健康・生活実態を把握するフェイスシート開発）

研究 2 では、初期段階で専門家チームがフェイスシートの項目案を選定する修正デルファイ法を実施した。今年度は研究者チームが文献レビュー、専門的知見をもとに、被保護世帯の子どもの健康・生活状況に関して収集すべき情報を抽出し、フェイスシート項目案の一覧を作成した。

フェイスシート項目案の作成においては、被保護世帯に限らず、子ども全般を対象とし

た、子どもの健康・社会生活状況に関連する文献、書籍、報告書など多数の文献レビューを行うとともに、実際の子どもの支援活動でよく使われている項目も参照し、被保護世帯の子どもの健康・生活状況を総合的に評価できる項目を抽出した。

初めに、研究参加者が各自の専門分野において被保護世帯の子どもの健康・生活状況の把握に必要と判断した項目を選定した。次いで、研究参加者を含め研究者が一堂に集う研究班定例会議にて、それらの項目を①ケースワーカーが子どもや養育者に聞き取る項目（以下、ケースワーカー聴取フェイスシート項目案）、②子どもが回答する項目（以下、子ども回答フェイスシート項目案）、③子どもの養育者が回答する項目（養育者回答フェイスシート項目案）に分類した。最後に、フェイスシートの項目案として選定するかどうかの優先度を研究班で決めることとした。しかし、研究班で議論を重ねていく過程で、複数の研究参加者から被保護世帯の子どもの健康・生活状況を最初に把握することが想定されるケースワーカーがフェイスシートの項目だけを確認し、項目に記載のない子どもの生活状況を把握しないのではないか、フェイスシートの項目にとらわれることなく、ケースワーカーが比較的自由に子どもの生活状況を聞き取ることも必要ではないか、との意見が挙がった。そこで、前述の①ケースワーカー聴取項目を、ケースワーカーが子どもや養育者から子どもの一日の生活状況を聞き取るタイプのフェイスシート（以下、24 時間聴取フェイスシート項目案）に変更することとした。

<倫理的配慮>

被保護者の健康状況に関する福祉事務所への質的研究の実施については、大阪医科薬科大学研究倫理委員会（審査番号 2022-089）および

京都大学医学部医の倫理委員会（R3565-1）において承認を得て実施した。

C. 研究結果

（研究 1：被保護世帯の健康・生活実態）

（研究 1-1）

被保護世帯の子どもの健康実態に関する研究

・生活保護の基本台帳および医療扶助レセプトデータを用いた研究

被保護世帯のこどもたちでは、入院の発生率がそうでないこどもたちの外部統計と比較した場合に高い傾向があり、被保護世帯の子どもの全体のうち 4.6%が、1 年以内に入院を経験していた。同じ被保護世帯のこどもにおいても、入院の発生率にはこどもが置かれている家庭環境がひとり親世帯かどうか、親が就労しているかどうかの家庭、地域環境によって子どもの入院の発生率が異なっていた（表 1）。

たとえば、0 歳児の 1 年間の入院率は 16.7%と最大で、21 世紀出生児縦断調査（平成 13 年出生児）から得られる一般集団の子どもの入院率（非貧困世帯 12.4%）を上回っていた。ひとり親世帯、ひとり親世帯でなくとも親が就労している世帯、出生時点で生活保護利用世帯の子どもの入院リスクが高い傾向がみられた。被保護世帯の子どもの入院の発生率には、自治体間による差が存在していた（表 1, 2）。

すべてのこどもが 3 ヶ月に 1 回は受診することが推奨されている歯科受診に関しても、被保護世帯のこどもでは 54.5%にとどまっていた。中でも特に受診率が低かった集団に「生活保護世帯に出生した児（生まれた時点でその世帯が生活保護世帯だった児）」がいることを明らかにした。生活保護世帯に出生したこどもでは、歯科の受診率が 51.1%であり、出生後に生活保護世帯となったこどもの受診率 55.8%と比較すると受診率が 4.7%ポイント低く、受診

率比は 0.88（95%信頼区間：0.79-0.98）であった（表 3）。表 2 のように、この集団は入院の発生率も高い傾向が見られていた。

・自治体の他部署データを活用した研究

被保護世帯の子どもでは乳幼児期に必要なワクチン接種の中でも幼児期の接種が十分に行えていないことが明らかになった。たとえば、麻しん風しんワクチン（以下「MR ワクチン」）の第 2 期（年長児対象）は、集団免疫を維持するために極めて重要であり、接種率 95%以上を維持することが望ましいとされているが、被保護世帯の子どもではその接種状況が低調であることが示唆された。2024 年 4 月から 2025 年 3 月に被保護世帯で養育されていた子どもは 27 人いたが、そのうち第 2 期接種を受けた子どもは 18 人（66.7%）にとどまっていた。過年度を振り返っても、2021 年では 60.9%、2022 年度では 62.1%、2023 年度では 63.6%と、例年接種率は 6 割程度にとどまり、対象自治体全体の第 2 期接種が 90%を毎年を超えていることを鑑みると、被保護世帯の乳幼児期の予防接種行動への支援が必要なことが把握された。

乳幼児健康診査や学校健診の結果をもとに、被保護世帯の子どもの状況を記述した分析では、2023 年度の 3 歳児健診での肥満傾向の児の割合は 9.1%であった（（参考：被保護世帯以外=4.2%）。それ以後の就学期においても、被保護世帯の子どもでは肥満傾向の児の割合がすべての学年において持続的に高いことが把握された。一方で、女兒では痩せの割合も小学校高学年意向に一般集団よりも高まる可能性が示唆された。同様に、う歯や未処置歯の保有割合も、被保護世帯の子どもにおいて持続的に高いことが示された。たとえば、3 歳児健診の結果、う歯のある子どもは、被保護世帯では 18.2%にのぼるが、一般世帯では、8.9%あった。

この傾向は、学校健診においても持続的に見られ、小学生から中学生にかけて未処置歯の保有割合が被保護世帯において高いことが示された。

（研究 1-2）

若年成人被保護者の健康実態に関する研究

研究対象となった自治体で健診を受診した被保護者は 61 人であった。そのうち、喫煙者は 31.1%（非受給者では 10.4%）、飲酒者は 41.0%（非受給者では 50.3%）であった。身体計測では BMI が 25 以上である者が 55.7%（非受給者では 16.4%）、BMI が 30 以上である者は 23.0%（非受給者では 4.1%）と高かった。腹囲に関しては男性のうち 85cm 以上の者が 50.0%（非受給者では 35.2%）、女性のうち 90cm 以上である者が 29.8%（非受給者では 5.9%）であった。収縮期血圧が 130mmHg 以上である者が 11.5%（非受給者では 7.7%）、拡張期血圧が 85mmHg 以上である者も 11.5%（非受給者では 5.8%）であった。血液検査では血糖値が 110mg/dL 以上である者が 6.6%（非受給者では 3.5%）、HbA1c $\geq$ 5.6%が 19.7%（非受給者では 10.9%）、中性脂肪 $\geq$ 150mg/dL が 32.8%（非受給者では 11.7%）、HDL コレステロール $<$ 40 mg/dL が 14.8%（非受給者では 2.6%）であった。以上より、いわゆる非感染性疾患の有病割合およびそのリスクをもつ者の割合が高いことが示唆され、30 歳代被保護者に対しても健康支援を進めることの重要性が把握された（表 4、図 2）。

被保護者のがん検診については、たとえば 2023 年度の子宮頸がん検診の受診率を記述した場合、20 歳代の対象となったのは 67 人で、そのうち受診は 1 人しかなかった。残る 66 人のうち 9 人は対象期間中に妊娠中であったため、必要な検診を受けていることが想定される

ものの、それを含めても 10 名しか検診されていない結果であった。30 歳代では、対象となったのは 120 人で、そのうち受診は 10 人とどまった（12.5%）。

（研究 1-3）

被保護者の受療行動の社会環境規定因子に関する研究

研究対象者 7,542 人の平均年齢は 68.7 歳で、女性利用者が 54.5%、ひとり暮らしの利用者が 71.1%を占めた（表 5）。研究対象者のうち、頻回受診の経験がある利用者は 140 人（1.86%）で、平均年齢は 69.7 歳であった。中でも、男性利用者（2.16%）、ひとり暮らしの利用者（2.14%）、障害の認定がある利用者（2.94%）、介護保険が要支援と認定されている利用者（3.60%）、チャールソン併存疾患指数が高い利用者（2 つ 3.32%、3 つ以上 2.26%）では、頻回受診が多く発生していた（表 5）。

クロスレベル交互作用を用いたマルチレベル多変量ロジスティック回帰分析では、同居者のいる利用者と比べて独居の利用者では頻回受診が多く発生していた（調整済みオッズ比 [aOR] 2.21; 95%信頼区間 [CI] 1.26, 3.87; $p=0.005$ ）が、市民参加に関する地域 SC スコアが高い地域ほど、同居者のいる利用者の頻回受診が有意に少なかった（aOR 0.63; 95%CI 0.41, 0.97; $p=0.038$; 1 標準偏差増加あたり）。しかし、独居の利用者では、市民参加に関する地域 SC スコアが高い地域であっても、同居者のいる利用者と比べて頻回受診は減少しなかった（aOR 1.46; 95%CI 0.93, 2.27; $p=0.097$ ）（表 X6 図 3）。また、社会的凝集性および互酬性に関する地域 SC スコアと世帯構成との間に関連性や効果の異質性は認められなかった。さらに、就労状況に関しても、いずれの地域 SC スコアとの間に有意な関連の異質性は確認されなかった。これらの

関係性は年齢階級による影響は小さくなく、若年成人に限定した分析でも同様にみられた。

（研究 2）

1. 24 時間聴取フェイスシート項目案

2008 年に小学生・中学生・高校生を対象に実施された「第 1 回 放課後の生活時間調査」の『24 時間調査』を参考に、食事、生活習慣、放課後の過ごし方などの生活保護受給世帯の子どもの 1 日の生活をケースワーカーが聞き取るフェイスシートの項目案を作成した。平日 24 時間に行った行動を 1 時間ごとにケースワーカーが子どもから聞き取り、その行動を番号から選択して記入、番号に該当しない行動は補足に追記する形式とした。

2. 子ども回答フェイスシート項目案

子ども自身が回答するフェイスシートの項目案を作成した。選定された項目を、「健康（医療）」、「健康（歯科）」、「家庭生活」、「社会生活」、「学校生活」、「自分のことやこれからのこと」に分類した。

3. 養育者回答フェイスシート項目案

子どもの養育者が回答するフェイスシートの項目案を作成した。対象の子どもが乳幼児（未就学児）であるなど子どもから聞き取ることが難しい場合に、養育者が回答することを想定した。子どもの発育・成長や、子どもの成長に密接に関係する養育者の社会生活や精神状態についての項目が選定された。

D. 考察

（研究 1）

研究 1-1 では、子どもが出生時点で生活保護を利用し、その後継続的に保護世帯であることは、子ども期の健康・保健医療サービスの受療状況における不利なアウトカムの独立した予測因子となることが示された。生活保護世帯

の子どもがライフコースを通じて抱え続けていることが示唆された。また研究 1-2 では、30 歳の被保護者がすでに健康の不利を抱え、健康に好ましくないと言われる生活習慣を抱えやすいことが示された。被保護者健康管理支援事業において、40 歳以上の成人を対象に健康のハイリスクアプローチを実施した場合には、すでに疾病を発生した集団が存在しうる。そのため効果的な被保護者健康管理支援事業を展開するためには、むしろそれよりも若い世代を対象とすることが求められる。さらに、既存の保健事業は被保護者も対象として含んでいるが、その保健事業の効果は、ワクチンの接種率やがん検診の受診率をもとに鑑みると限定的である可能性があった。被保護者健康管理支援事業はこれらの本来すべての市民が享受する健康資源やサービスへのアクセスをどのように保障できるかに関する議論が必要な可能性がある。

生活保護制度により最低限度の生活や医療へのアクセスが経済的に保障されている一方で、こどもたちの健康やウェルビーイングはその居住地域や世帯構成などにより等しく保障されていないことを示唆している。特に、これまで明らかでなかったこととして、出生時から困窮状態にあることがこどもの生涯にわたり健康や健康行動に不利な影響を与えている可能性を示唆していた。一連の研究からは、生活保護制度による支援だけでは、こどもたちの健やかな暮らしを十分に保障できていない事実が示唆されており、よりリスクの高い集団を特定し、現状の生活保護制度に加えて重層的な支援を提供する必要があることの根拠となる。しかし、これらの定量的な集計データにも限界がある。社会人口学的なデータをもとにした集計は、特定のリスクを有する集団を把握できる一方で、なぜリスクの偏りが生じているのかに関

して、説明する資料として十分な役割を果たさない。特にこれらは生活保護行政の実務の一環で収集されているデータであり、生活保護世帯のこどもを理解するために取られているデータではない。既存の行政資料、研究、報道記事等において、生活保護世帯に育つこどもの実態や経験に関する報告はいくらか見られるが、それらの報告を検索しうる限りの文献を把握したとしても、本研究で健康リスクを有すると推測された「出生時点で生活保護かどうか」に注目したライフストーリーやその生活環境が描かれていることはなかった。これらの属性をもつこどもの支援を検討するための資料はいまだ不足しており、福祉事務所が所有する既存の生活保護基本台帳やレセプトデータに加え、このような境遇にあるこどもの経験や生活状況が把握され収集されるしくみを構築する必要が示唆された。

（研究 1-2）

若年成人被保護者の健康実態に関する研究

30 歳代の被保護者の健診データを考慮すると、40 歳以上を対象とする被保護者健康管理支援事業は介入時期として不十分な可能性が示唆された。結果で示されたように 30 歳代の生活保護利用者においては、すでに健康に好ましくない生活習慣を獲得している者の割合、そして体型や血液検査結果などの健康指標が好ましくない割合が高かった。20 歳からすでに 30 歳代において体重の増加が見られることや、食事を噛んで食べることに困難を抱えているものが一定程度存在していることは、30 歳代で生活保護を利用するよりも以前から、生活習慣の獲得に向けた支援を設計することが重要性であることを示している。この重要性は研究 1-1 で明らかになった、こどもの健康・生活実態によっても補強されている。将来の非感染性疾患のリスクとなることが知られている肥満

やう歯の有病割合が学童期・乳幼児期よりすでに高いという事実は、被保護者健康管理支援事業がより若年、こどもの健康支援も視野に入れて実施される必要性を示している。

（研究 1-3）

被保護者の受療行動の社会環境規定因子に関する研究

中核市 A における小学校区の市民参加が豊かな地域に居住している被保護者ほど、頻回受診の発生が少ないことが示唆されたが、その関連性は同居者のいる被保護者で強く、独居の被保護者では乏しいことがわかった。これまでの被保護者を対象にした研究では、利用者の社会関係や地域要因に関するデータを取得できず、利用者の受療行動に潜むメカニズムを考慮できていなかったが、本研究ではこの限界の一部に対応することができた。しかし、本研究にも複数の限界がある。まず、被保護者個人の社会関係に関するデータはいまだ不足しているため、被保護者個人が参加することによって頻回受診が減少するのかどうかは検証できていない。そのため、被保護者自身の社会関係などをフェイスシート等で把握しつつ、地域社会とのつながりの効果を検証していくことが今後求められる。

その一方で、日本がこれまで推進してきた通いの場づくりなど市民参加等に注目した地域ソーシャルキャピタルの醸成は、被保護者にも効果的な可能性がある。被保護者も包摂できる地域社会環境づくりを福祉事務所が担当部署と一体となって実施することができれば、個別の健康行動を変えづらい被保護者であっても恩恵を享受できる可能性があった。

（研究 2）

本研究では、こどもの健康・社会生活状況

に関連する文献レビューを行い、実際の子どもの支援活動でよく使われている項目も参照し、被保護世帯の子どもの健康・生活状況を総合的に評価する項目を抽出した。それらの項目を、3つのフェイスシート項目案に分類した：①ケースワーカーが子どもや養育者から子どもの1日の生活状況を聞き取るタイプのフェイスシート（24時間聴取フェイスシート項目案）、②子どもが回答する項目（子ども回答フェイスシート項目案）、③子どもの養育者が回答する項目（養育者回答フェイスシート項目案）。

子ども・養育者回答フェイスシート項目案の利点には、(1)設問とその選択肢が設定されているため、子ども・養育者が回答しやすい、(2)実際にフェイスシートを活用して、支援や見守りが必要な子どもをスクリーニングする場合、基準となる回答を設定することができる点が挙げられる。なお、難点として、(1)選択肢に当てはまらない回答がある場合、無回答になりうる、(2)同フェイスシートの項目だけをケースワーカーなどの担当者が確認することになり、それ以外の子どもの生活状況を把握することができない点がある。(1)に対しては、今回作成したフェイスシートでは、設問肢に「その他」や自由記述を設けることで対処した。(2)については、前述したように、担当者が子どもから平日1日の生活状況を聞き取ることで、選択肢形式では得ることができない情報や見落としがちな情報を把握できる24時間聴取フェイスシートを作成し、併用することが対応策になると考えた。

フェイスシートを開発し福祉事務所において子どもの声が聞かれるようになることで、これまでその実態が把握されづらかった被保護者の子どもを理解できるようになる。特にフェイスシートの情報は、福祉事務所がすでに所有

している生活保護基本台帳や医療扶助レセプトデータ等と個人単位で連結できるため、今まで明らかになってこなかった被保護世帯の子どもの実態をより解像度高く可視化できる。たとえば、福祉事務所にはいつからその個人が生活保護を利用しているかに関する情報がすでに存在している（保護開始日）。この情報と組み合わせることにより、被保護世帯で出生した児かどうかで、健康・生活の実態がどう異なるのかを記述できるようになる。本フェイスシートを活用することによって見えにくい子どもを可視化し、その実態に関する社会の理解が進むことが期待される。その結果、今後のより若い世代を対象とした被保護者健康管理支援事業の展開を見据えたエビデンスを提供できるようになるだろう。

総合考察

本研究は、これまで十分に記述されてこなかった被保護世帯の子どもや若年成人、特に30歳代の若年生活保護利用者の健康・生活実態の一端を明らかにした点で新規性があるが、一般化可能性の限界も有している。今後は、全国的なデータを整備して検証することや、より若年の生活保護利用者（10歳代、20歳代）にも焦点を当てた取り組みが必要となるだろう。実際に Sengoku らの報告や報告者の個人的な見聞・経験では、被保護者では10歳代で2型糖尿病と診断され加療されているものも少なくない[1]。今まで明らかにされることが少なかった潜在的なハイリスク集団に焦点を当てた研究を展開し、政策決定に資するこれらの集団に対する社会の理解の解像度を上げていくことが求められる。

被保護者健康管理支援事業における活動も、40歳以上ではなくより若い世代の健康支援へと舵を切ることの重要性も本研究からは示唆された。たとえば、40歳未満の若年成人の被

保護者に対する糖尿病の重症化予防の取り組みの立案と実施や健康診断の受診勧奨、被保護世帯の子どもの予防接種の接種率向上に向けた多部署への働きかけ、被保護世帯の子どもの肥満対策やう歯の予防といった生活習慣を獲得する世代への支援の検討、被保護者のがん検診の受診率向上に向けた取り組みの検討が必要である。これらの活動により、被保護者に対する直接的な健康支援を進めるだけでなく、本来保健事業の対象であるが、取り残されがちな被保護者の存在を保健部門へと共有し、縦割りでない重層的な健康支援体制が構築できることにもつながるだろう。

被保護者健康管理支援事業において中心的な役割を担うのは、福祉事務所の保健・医療担当者であるが、重層的に被保護者の生活支援を担うことができる他の部門も存在する。上述のように母子保健や予防接種、健康診査等、被保護者に限らず市民全員を対象に含んでいる事業を実施する保健部門、福祉事務所の生活保護以外の担当課、学童期の子どもと日常的に関わる教育部門などが挙げられる。これらのポピュレーションアプローチである事業の実施において、被保護世帯の子どもの傾斜をかけたアプローチを提供することにより、被保護者に生じている健康状態や受診・受療行動の格差を縮小する視点が重要である。実際に、田中らは、学校給食費の滞納という事象が生活困窮者の生活状況の把握や支援の糸口となりうることを提示している[14]。

本研究では、自治体の福祉事務所以外の部門が所有する被保護者のデータを活用することで、被保護世帯の子どもや若者等の健康状態や健康行動を把握できた一方で、その実態の解明はまだ十分ではない。その一因として、データがそもそも存在していないこと、もしくは入手困難であることが課題である。まず、自治体が実施している事業の対象者から被保護者が外れてしまう場合には、そのデータが把握されな

いため、自治体の他部署のデータを活用しても得られない情報がある。たとえば、フレイル健診は後期高齢者医療制度の健診として実施されているが、被保護者は後期高齢者医療制度の被保険者ではない。そのため、被保護者はフレイル健診の対象者にならず、そのデータを収集される機会がない。その結果、75歳以上の後期高齢者の生活実態を既存調査から十分に把握することは難しい。次に、都道府県が管掌するデータの存在である。被保護者の中には、自立支援医療制度を用いた精神通院療法、更生医療等を受けている者が多く存在する。自立支援医療制度の実施は都道府県が管掌しており、福祉事務所にそのレセプトデータは集積されない。つまり、精神疾患や透析医療を受けている被保護者に対する処方や病名は福祉事務所では十分に把握することができない。この課題は、自立支援医療を管掌しているのが都道府県で、福祉事務所を設置している市町村ではないという障壁だけでなく、都道府県レベルでも、自立支援医療の担当課が生活保護の担当課とは異なるといった障壁に由来しており、効果的な被保護者健康管理支援事業の実施においては、双方のレセプトを把握するための仕組み整備が必要だと考える。

E. 結論

本研究は、これまで十分に把握されてこなかった被保護世帯の子どもおよび若年成人の健康・生活実態を明らかにし、被保護者健康管理支援事業において健康に関して支援が必要とされる領域を浮き彫りにした。特に、出生時から生活保護世帯にある子どもの健康リスクや、30歳代の若年被保護者における生活習慣病リスクの高さが明らかとなった。また、地域の社会環境が一部の被保護者の受療行動に影響を与えていることも確認された。さらに、被保護世帯の子どもの実態を福祉事務所で可視化す

るフェイスシートを開発し、より包括的な健康支援の必要性を示した。今後、40 歳以上に限定せず、若年層や子ども世代も含めた健康支援の枠組みの再設計と、多機関連携による重層的支援体制の構築、被保護者を特別にターゲットとして限定していない市民全体を対象とした保健事業における被保護者への傾斜をかけたアプローチの検討が求められる。

【参考文献】

1. Sengoku T, Ishizaki T, Goto Y, Iwao T, Ohtera S, Sakai M, Kato G, Nakayama T, Takahashi Y: 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.
2. 渡邊 英之, 松永 眞章, He Yupeng, 太田 充彦, 李 媛英, 桑木 光太郎, 谷原 真一: 性別と年齢を考慮した生活保護受給者における入院受療状況の疾病分類別分析. *日本公衆衛生雑誌* 2024, advpub.
3. Kawachi H, Nishioka D: Health Statuses of People in Poverty Receiving Public Assistance in Japan: A Scoping Review. *JMA J* 2024, 7(3):301-312.
4. 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.
5. Nishioka D, Kino S, Ueno K, Kondo N: Risk profiles of frequent outpatients among public assistance recipients in Japan: a retrospective cohort study using a classification and regression trees algorithm. *BMJ Open* 2022, 12(5):e054035.
6. Nishioka D, Saito J, Ueno K, Kondo N: Sociodemographic inequities in unscheduled asthma care visits among public assistance recipients in Japan: additional risk by household composition among workers. *BMC Health Serv Res* 2023, 23(1):1084.
7. Koyama Y, Fujiwara T, Isumi A, Doi S, Ochi M: The impact of public assistance on child mental health in Japan: results from A-CHILD study. *J Public Health Policy* 2021, 42(1):98-112.
8. 盛満弥生: 学校における貧困の表れとその不可視化——生活保護世帯出身生徒の学校生活を事例に——. *教育社会学研究* 2011, 88:273-294.
9. 林明子: 生活保護世帯の子どもの生活と進路選択: ライフストーリーに着目して. *教育学研究* 2012, 79(1):13-24.
10. 林明子: 生活保護世帯に育つ子どもの中卒後の移行経験に関する研究. *教育社会学研究* 2014, 95:5-24.
11. 孫応霞: 生活保護世帯における高校未進学・中退の子どもへの支援に関する研究. 2022.
12. 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 2021, 21(1):214.

13. Saito M, Kondo N, Aida J, Kawachi I, Koyama S, Ojima T, Kondo K: Development of an instrument for community-level health related social capital among Japanese older people: The JAGES Project. J Epidemiol 2017, 27(5):221-227.
14. 田中琴音, 西岡大輔, 遠又靖丈, 田淵貴大: 学校給食費を滞納する世帯の貧困状態: JACSIS 研究を用いた記述的研究. 日本公衆衛生雑誌 2025;24-097.

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- Kasahara M, Kawachi H, Ueno, K, et al. Community-level social capital and polypharmacy among public assistance recipients in Japan: A multilevel cross-sectional study. SSM-Population Health. 2025.101788.
- Nishioka D, Ueno K, Kino S, et al. Characteristics and hospitalizations among children on public assistance in Japan: A population-based cohort study. Pediatr Int. 2025. (In press)
- 田中琴音, 西岡大輔, 遠又靖丈, 他. 学校給食費を滞納する世帯の貧困状態: JACSIS研究を用いた記述的研究. 日本公衆衛生雑誌. [早期公開]
- 西岡大輔, 武本翔子. 生活保護受給者への架電による健診の受診勧奨と受診行動との関連: 豊中市の2年間の取り組み. 日本公衆衛生雑誌 2024; 71: 713-720.

2. 学会発表

- 西岡大輔, 川内はるな, 武本翔子, 他. 地域のソーシャルキャピタルと生活保護利用者の受療行動: 属性による異質性検証, 第 83 回日本公衆衛生学会総会.
- 奥本あや, 武本翔子, 江口幸一, 他. 生活保護受給開始時の市民健診受診勧奨の効果, 第 83 回日本公衆衛生学会総会.
- 武本翔子, 江口幸一, 奥本あや, 他. 30 歳代生活保護受給者における健康診査の実態: 豊中市の取り組み, 第 83 回日本公衆衛生学会総会.
- 笠原正幸, 川内はるな, 上野恵子, 他. 生活保護利用者の多剤併用と地域のソーシャル・キャピタル: マルチレベル横断研究, 第 83 回日本公衆衛生学会総会.
- 西岡大輔, 生活保護利用者の健康・生活支援の可能性と課題. シンポジウム 32 生活保護受給世帯の健康・生活を支援する: エビデンス・実践事例・将来展望, 第 83 回日本公衆衛生学会総会.
- 西岡大輔, 川内はるな, 武本翔子, 他. 生活保護利用世帯の子ども入院経験に関連する要因: 混合研究法による探究, 第 15 回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

別添 3

令和 6 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））

総括研究報告書

表 1．被保護世帯のこどもの社会人口学的特徴による入院発生率：6 自治体のデータ (N=1900)

変数	カテゴリー	1 年間の 入院発生率
年齢	0 歳	16.7%
	1-4 歳	6.7%
	5-9 歳	4.8%
	10-14 歳	2.6%
性別	男児	5.1%
	女児	4.0%
世帯状況	就労あり・ひとり親	4.0%
	就労なし・ひとり親	5.5%
	就労あり・非ひとり親	4.5%
	就労なし・非ひとり親	3.3%
きょうだい	なし	4.8%
	あり	4.5%
出生時点	生活保護の利用なし	3.6%
	生活保護を利用中	7.1%
障害の認定	なし	4.3%
	精神障害あり	0%
	知的障害あり	12.5%
	身体障害あり	30.8%
自治体	A	4.2%
	B	5.4%
	C	3.1%
	D	7.4%
	E	3.9%
	F	0%

別添 3

令和6年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））
総括研究報告書

表 2. 被保護世帯の子どもの入院発生率比：多変量修正ポアソン回帰分析の結果

変数名	カテゴリー	調整済み入院発生率比 (95%信頼区間)
年齢（参照: 10-14 歳）	0 歳	6.49 (2.83-14.84)
	1-4 歳	2.52 (1.37-4.65)
	5-9 歳	1.80 (1.06-3.05)
性別（参照：男児）	女児	0.82 (0.55-1.23)
世帯状況 （参照：就労なし・非ひとり親）	就労あり・ひとり親	1.48 (0.73-3.00)
	就労なし・ひとり親	1.65 (0.88-3.09)
	就労あり・非ひとり親	1.62 (0.78-3.36)
きょうだい（参照：なし）	あり	0.90 (0.59-1.36)
出生時点の生活保護（参照：なし）	あり	1.16 (0.71-1.90)
国籍（参照：日本）	外国人	0.31 (0.04-2.19)
障害の認定（参照：なし）	知的障害あり	4.03 (1.32-12.34)
	身体障害あり	7.30 (3.04-17.50)
自治体（参照：A）	B	1.38 (0.87-2.19)
	C	0.86 (0.44-1.67)
	D	1.89 (0.99-3.61)
	E	0.93 (0.28-3.11)
	F	N/A

別添 3

令和 6 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））

総括研究報告書

表 3. 被保護世帯の子どもの歯科受診発生率比：多変量修正ポアソン回帰分析の結果

(N=1990)

変数名		調整済み歯科受診率比 (95%信頼区間)
年齢（1 歳ごと）		0.99, (0.98-1.00)
性別（参照：男児）	女児	1.05, (0.97-1.13)
ひとり親世帯（参照：非ひとり親）	あり	1.13, (1.03-1.23)
親の就労（参照：なし）	あり	0.95, (0.88-1.03)
きょうだいの有無（参照：なし）	あり	1.05, (0.95-1.15)
出生時点の生活保護受給（参照：なし）	あり	0.88, (0.79-0.98)
国籍（参照：日本）	外国籍	1.26, (1.05-1.51)
障害の認定（参照：なし）	精神障害あり	0.55, (0.12-2.63)
	知的障害あり	1.12, (0.77-1.64)
	身体障害あり	0.85, (0.47-1.54)
自治体（参照：A）	B	0.88, (0.69-1.10)
	C	1.12, (0.76-1.65)
	D	1.14, (0.99-1.30)
	E	1.04, (0.95-1.14)
	F	0.65, (0.56-0.75)

別添 3

令和 6 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））

総括研究報告書

表 4. A 市における 2018 年度から 2023 年度の 30 歳代生活保護利用者の市民健診の受診結果の集計値：2022 年度の非利用市民の結果との比較

		生活保護利用者 (N=61)		令和 4 年度受診者のうち 生活保護非利用者 (N=1216)	
性別	男性	18	29.5%	315	25.9%
	女性	43	70.5%	901	74.1%
喫煙	喫煙あり	19	31.1%	126	10.4%
	なし	37	60.7%	1090	89.6%
	欠損	5	8.2%	0	0.0%
飲酒	毎日	3	4.9%	122	10.0%
	時々	22	36.1%	490	40.3%
	飲まない	31	50.8%	603	49.6%
	欠損	5	8.2%	1	0.1%
BMI	18.5 未満	6	9.8%	191	15.7%
	18.5-24.9	21	34.4%	825	67.8%
	25 以上	34	55.7%	200	16.4%
HbA1c	5.6 未満	49	80.3%	1084	89.1%
	5.6 以上	12	19.7%	132	10.9%
収縮期血圧	130 未満	54	88.5%	1122	92.3%
	130 以上	7	11.5%	94	7.7%
拡張期血圧	85 未満	54	88.5%	1146	94.2%
	85 以上	7	11.5%	70	5.8%
HDL コレステロール	40 未満	9	14.8%	32	2.6%
	40 以上	52	85.2%	1184	97.4%
中性脂肪	150 以上	20	32.8%	142	11.7%
	150 未満	41	67.2%	1074	88.3%
血糖値	110 以上	4	6.6%	42	3.5%
	110 未満	57	93.4%	1174	96.5%

別添 3

令和6年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））

総括研究報告書

表 5. A 市の市民健診を受診した生活保護利用者の問診票の回答のまとめ

20歳から体重10kg以上増加しているか	はい	いいえ	無回答	
	54.1%	44.3%	1.6%	
運動（1回30分以上・週2回）を1年以上しているか	はい	いいえ	無回答	
	21.3%	77.0%	1.6%	
日常生活において歩くまたは同等の身体活動（1日1時間以上）をしているか	はい	いいえ	無回答	
	45.9%	52.5%	1.6%	
同年代と比較して歩く速さはどうか	速い	遅い	無回答	
	19.7%	78.7%	1.6%	
食事を噛んで食するときの状態	なんでも噛める	噛みにくい	噛めない	無回答
	73.8%	19.7%	3.3%	3.3%
人と比較して食べる速度が速いか	速い	普通	遅い	無回答
	31.1%	57.4%	8.2%	3.3%
就寝前2時間以内に夕食が週3回以上あるか	はい	いいえ	無回答	
	31.1%	67.2%	1.6%	
3食以外に間食・甘い飲料水を摂取しているか	毎日	時々	ほとんどない	無回答
	27.9%	50.8%	18.0%	3.3%
朝食を週3回以上抜くことがあるか	はい	いいえ	無回答	
	32.8%	65.6%	1.6%	
睡眠で十分な休息がとれているか	はい	いいえ	無回答	
	45.9%	52.5%	1.6%	
飲酒頻度はどのくらいか	毎日	時々	飲まない（飲めない）	無回答
	4.9%	42.6%	49.2%	3.3%
運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思うか	意識なし	意識あり	すでに始めている	無回答
	21.3%	39.3%	37.7%	1.6%
保健指導受ける機会があれば利用するか	はい	いいえ	無回答	
	34.4%	63.9%	1.6%	

図 2) A 市の市民健診を受診した生活保護利用者の問診票の回答のまとめ

別添 3

令和 6 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））

総括研究報告書

表 6. 研究対象者の記述統計量：各カテゴリーの頻回受診の発生割合 (N=7,542)

変数	カテゴリー	利用者全員 (N=7,542)	頻回受診 経験者 (N=140)	頻回受診 発生率 1.86%
年齢 (平均, 標準偏差)		68.7, 19.1	69.7, 13.2	
性別	女性	4,112 (54.5%)	66 (47.1%)	1.61%
	男性	3,430 (45.5%)	74 (52.9%)	2.16%
世帯構成	同居	2,177 (28.9%)	25 (17.9%)	1.15%
	独居	5,365 (71.1%)	115 (82.1%)	2.14%
就労状況	なし	6,956 (92.2%)	136 (97.1%)	1.96%
	あり	586 (7.8%)	4 (2.9%)	0.68%
障害認定	なし	6,047 (80.2%)	96 (68.6%)	1.59%
	あり	1,495 (19.8%)	44 (31.4%)	2.94%
国籍	日本人	7,287 (96.6%)	137 (97.9%)	1.88%
	その他	255 (3.4%)	3 (2.1%)	1.18%
介護保険認定	なし	4,852 (64.3%)	93 (66.4%)	1.92%
	要支援	1,029 (13.6%)	37 (26.4%)	3.60%
	要介護	1,661 (22.0%)	10 (7.1%)	0.60%
チャールソン併存疾患指数	0	3,333 (44.2%)	42 (30.0%)	1.26%
	1	1,336 (17.7%)	22 (15.7%)	1.65%
	2	1,146 (15.2%)	38 (27.1%)	3.32%
	3 以上	1,727 (22.9%)	39 (27.9%)	2.26%

別添 3

令和6年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））
総括研究報告書

表 7. 利用者の世帯構成と地域 SC が利用者の頻回受診に与える影響

変数	カテゴリー	市民参加			社会的凝集性			互酬性		
		aOR	95% CI		aOR	95% CI		aOR	95% CI	
世帯構成	同居	Ref			Ref			Ref		
	独居	2.21	1.26	3.87	1.78	1.09	2.90	1.79	1.12	2.87
標準化地域 SC スコア (1 標準偏差増加あたり)										
	市民参加	0.63	0.41	0.97	0.85	0.67	1.09	0.86	0.67	1.10
	社会的凝集性	1.10	0.85	1.43	1.11	0.71	1.74	1.10	0.85	1.43
	互酬性	1.01	0.82	1.23	1.01	0.83	1.25	1.20	0.79	1.83
クロスレベル交互作用										
	独居×市民参加	1.46	0.93	2.27						
	独居×社会的凝集性				1.00	0.63	1.57			
	独居×互酬性							0.82	0.53	1.25

aOR: 調整済みオッズ比、95%CI: 95%信頼区間、太字は $p < 0.05$ を示す。個人の年齢、性別、勤労収入の有無、障害認定状況、国籍、要介護認定の状況、併存疾患数を調整した結果。

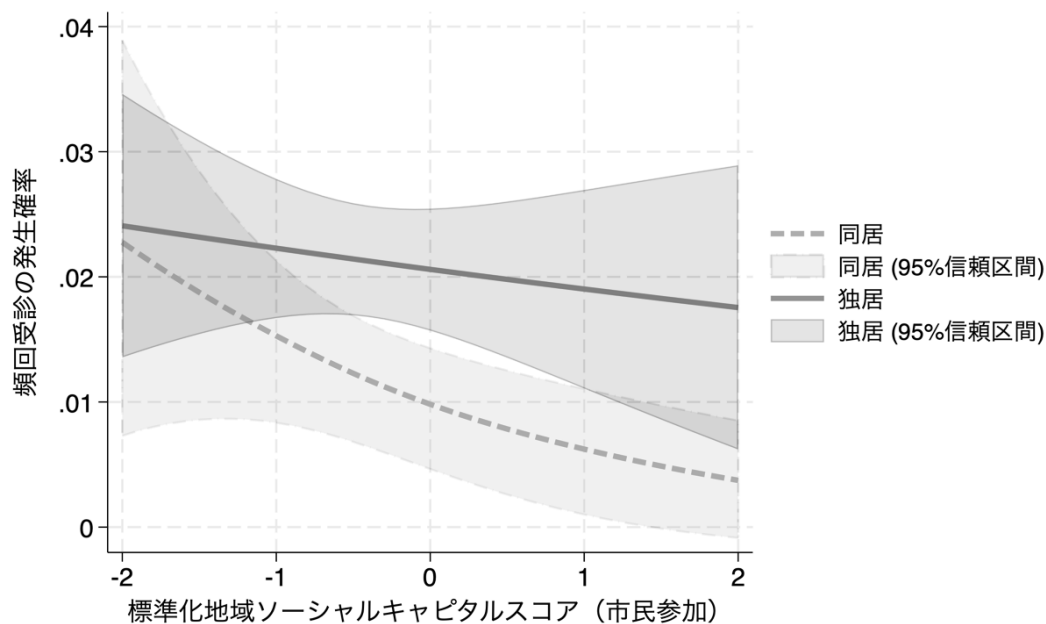


図 3. 地域の市民参加の程度と頻回受信の発生率：独居同居の関連の異質性