

令和6年度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)  
分担研究報告書

生活保護制度利用者の生活実態把握：  
自治体における生活保護利用者のデータを用いた検証

研究分担者 西岡 大輔（大阪医科薬科大学 総合医学研究センター医療統計室）

**研究要旨**

**目的：**生活困窮は健康に重大な影響を与える社会的健康規定因子であり、日本では生活困窮者に対する支援として生活保護制度が整備されている。本研究の目的は、生活困窮者における生活実態を把握することで、健康支援のあり方を検討することである。

**方法：**生活保護利用者の生活実態について、A市で2018～2023年度に健康診査を受診した30代生活保護利用者の健診および問診票データを分析し、非利用者との比較を行った。

**結果：**健診データから、生活保護利用者では喫煙、肥満、運動不足、食生活の乱れなどの不健康な生活習慣が30代以前から広く見られることが明らかとなった。

**結論：**生活保護利用以前から不健康な生活習慣が形成されている実態が示され、より若年期からの健康教育・生活習慣支援の重要性が示唆された。今後は若年層を対象とした包括的な予防的介入の推進が必要である。

**A. 研究目的**

生活困窮状態は人々の健やかな暮らしを脅かし、健康に不利な影響をもたらす重要な社会的健康規定因子（Social Determinants of Health）の重要なひとつであることは広く知られるようになった[1]。そのため先進各国では、生活困窮状態にある者に対して経済的な生活保障を行う公的扶助制度等を整備している[2]。日本では、生活に困窮する人々に健康で文化的な最低限度の生活を保障する制度に生活保護制度がある。生活保護制度は、経済的に困窮する人々の最低限度の

生活を保障するための社会福祉制度であり、最低生活水準を満たすための現金給付が行われる。さらに医療や介護等のサービスの現物支給が提供されている[3]。2024年時点では、日本の人口の1.6%が生活保護を利用している。

これまでの疫学研究は、生活保護利用者では最低限度の生活が経済的に保障されているものの、利用者の健康状態が一般住民よりも好ましくないことを報告してきた[4]。特に、日本において約1,000万人が罹患している糖尿病に関しては、Sengokuらによって有病割合が生活保護

利用者において高いだけでなく、有病割合の分布が若年にシフトしており、特に30代から有病割合の上昇が見られることが報告されている[5]。しかしながら、これらの結果は医療扶助実態調査およびNDBデータに基づいた分析であり、生活困窮状態の一つの指標である個人の所得の状況が考慮されていないため、低所得状態にある生活保護利用者よりもより高所得である一般住民とを比較しているにすぎない。さらに、使用しているデータの制約から糖尿病の重症度や背景にある生活実態を考慮することができていない。その結果、生活困窮者の健康支援を検討するためのエビデンスは十分ではない。

本研究では、生活困窮者の生活実態を把握することを試みる。ここではアクセス可能なデータの制約上生活保護利用者に注目する。特に、若年利用者では先述のように一般集団よりも糖尿病の有病割合が高いことから、その生活状況を把握し支援の可能性を検討することを目的とする。

## B. 方法

令和3年1月より被保護者健康管理支援事業がすべての保護の実施機関において必須事業となり、健診の受診勧奨がすすめられた。しかし、特定健康診査に準じた設定で実施する自治体が多く、40歳以上の生活保護利用者を対象に事業が展開されている。そのため、糖尿病の有病割合が上昇し始める30歳代の生活保護利用者の健康状態や生活実態に関するデ

ータを収集する機会に乏しく、現状が把握されていなかった。

そこで、本研究では30歳以上の市民全体を対象に健康診査の機会を提供しており、生活保護利用者もその対象としているA市の健診結果およびその問診票の結果を入手し分析した。生活保護利用者の健診受診率は全国的に非常に低調であること、30歳代の利用者の総数がそれ以上の年代よりも多くないことから単年度のデータでは、サンプルサイズが小さいため2018年度から2023年度にかけて健康診断を受診した30歳代生活保護利用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。比較として、2022年度の同市の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=1216)を用いた。

## C. 結果

5年間で市民健診を受診した生活保護利用者は実人数で61人であった。そのうち、喫煙者は31.1%（非利用者では10.4%）、飲酒者は41.0%（非利用者では50.3%）であった。身体計測ではBMIが25以上である者が55.7%（非利用者では16.4%）、BMIが30以上である者は23.0%（非利用者では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%（非利用者では35.2%）、女性のうち90cm以上である者が29.8%（非利用者では5.9%）であった。収縮期血圧が130mmHg以上である者が11.5%（非利用者では7.7%）、拡張期血圧が85mmHg以上である者も11.5%（非利用者では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%（非利用者では 3.5%）、HbA1c $\geq$ 5.6%が 19.7%（非利用者では 10.9%）、中性脂肪 $\geq$ 150mg/dL が 32.8%（非利用者では 11.7%）、HDL コレステロール $<$ 40 mg/dL が 14.8%（非利用者では 2.6%）であった（表 1）。

また、健診を受診した 30 代生活保護利用者では、20 歳から半数以上が 10kg 以上の体重増加を経験していた。運動習慣のあるものが 2 割程度で、8 割弱は歩く速さが遅い、2 割が食事を噛みにくい、3 割が就寝 2 時間前に夕食を摂取する習慣があった。朝食の欠食も 3 割に見られ、健康的とされる生活習慣を 30 代において獲得できていない状況が推察された（下図）。

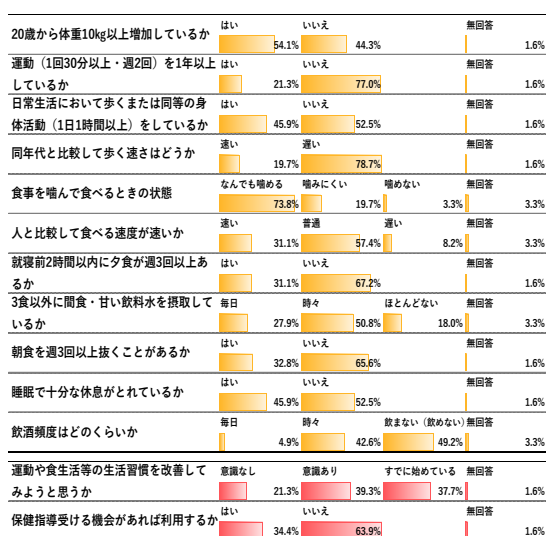


図) A 市の市民健診を受診した生活保護利用者の問診票の回答のまとめ

#### D. 考察

結果より、30 歳代の生活困窮者集団に対する健康な生活習慣支援では介入時期として遅い可能性も示唆された。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、食事を噛む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、適切な生活習慣の獲得に向けた支援をすることの重要性が示唆された。合わせて、各福祉事務所における被保護者健康管理支援事業では 40 歳代の生活保護利用者を中心に健診受診勧奨や重症化予防の取り組みが推進されていることが多いが、それよりも若い世代の利用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。

これらの研究は、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のある結果であるが、単一自治体の結果である点において、一般化可能性の限界を有している。今後は、全国的に双方の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 らの報告や分担者自身の個人的な見聞では、生活保護利用者では 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。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、これらの集団の解釈資源を提供し、政策決定に資する理解の解像度を上げていくことが求められる。

## E. 結論

本研究の結果より、生活保護利用者の生活習慣や健康指標の実態からは、糖尿病の発症に関与するような不健康な生活習慣がすでに30歳代以前から形成されていることが示された。特に、若年層における喫煙、肥満、運動不足、朝食の欠食などの問題は、生活困窮状態にある若者へのより早期からの生活習慣介入の必要性を強く示唆するものであった。したがって、生活保護制度は若年の生活困窮者にとって健康の維持に寄与しうるが、その効果を最大化するには、制度的な経済支援と並行して、早期の健康教育や適切な生活習慣形成への包括的支援が不可欠である。

## 参考文献

1. Commission on Social Determinants of Health. 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; 2008.
2. Solar O, Irwin A: A conceptual framework for action on the social determinants of health. In.: WHO Document Production Services; 2010.
3. 岩永理恵, 卯月由佳, 木下武徳: 生活保護と貧困対策: その可能性と未来を拓く. 有斐閣. 2018.
4. 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.
5. Sengoku T, Ishizaki T, Goto Y, 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. 西岡大輔, 玉木千里, 古板規子, 他. 無料低額診療事業の利用者の特性に関する研究: 無料低額診療の実態と効果に関するコホート研究より. 厚生の指標. 2020, 67(2):1-7.

## F. 健康危機情報

該当なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

Funakoshi M, Nishioka D, Haruguchi S, et al. Diabetes control in public assistance recipients and free/low-cost medical care program beneficiaries in Japan: a retrospective cross-sectional study. BMJ Public Health. 2024;2(1):e000686.

### 2. 学会発表

田中琴音, 他. 第83回日本公衆衛生学会 (2025.10. 札幌) .

武本翔子, 他. 第83回日本公衆衛生学会 (2025.10. 札幌) .

## H. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

表1.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%
飲酒	欠損	5	8.2%	0	0.0%
	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%
BMI	欠損	5	8.2%	1	0.1%
	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%