

生活保護受給者における健診受診関連要因

—基本属性調査を対象として—

サイトウ ジュンコ コンドウ ナオキ タカギ ダイスケ
齋藤 順子*1 近藤 尚己*2 高木 大資*3

目的 生活保護受給者の特性に応じた健康管理支援をすすめるための基礎資料として、生活保護受給者の基本属性調査を用いて、健診受診の関連要因を明らかにすることを目的とした。

方法 A市の生活保護管理システムデータと健診データを結合したデータセットを用い、2015年3月1日～2016年3月31日の間に、A市にて生活保護を受給していた40歳以上75歳未満の者のうち、生活保護受給期間（以下、受給期間）が365日未満や入院・入所中の者（225人）などの除外基準に該当しない2,736人を対象とした。目的変数を健診受診の有無、説明変数を年齢、性別、世帯人数、世帯類型、障害・傷病の状況、受給期間、保護開始前の医療保険の種類としたロジスティック回帰分析を行い、オッズ比および95%信頼区間を算出した。受給期間は2016年4月1日時点における保護開始年月日からの日数とし、すでに保護を廃止・停止している者については廃止・停止年月日までの日数とし「1年以上5年未満」「5年以上10年未満」「10年以上15年未満」「15年以上」の4区分とした。

結果 対象者の平均年齢は59.5歳、世帯の受給期間は平均3,015日（約8年3カ月）であった。対象者全体の健診受診割合は8.2%で、男性に比べて女性の方が高かった（男：6.2%、女：9.9%）。ロジスティック回帰分析の結果、「女性」「障害あり（障害・傷病なしを基準）」が健診受診と正の関連を、「受給期間が10年以上（1年以上5年未満を基準）」「保護開始前の医療保険が未加入・その他（国民健康保険を基準）」が健診受診との負の関連を認めた。受給期間については、「1年以上5年未満」の者に比べて、「10年以上15年未満」の者は調整オッズ比が0.64（95%信頼区間：0.42-0.96）、「15年以上」の者は調整オッズ比が0.57（95%信頼区間：0.35-0.91）であった。

結論 生活保護受給者において、保護開始前の医療保険が未加入であること、また受給期間が5年以上と長いほど、健診を受診しにくくなることが示唆された。これらの要因そのものに介入することは困難であるが、保護開始前の医療保険未加入者や受給期間が5年以上と長い受給者は、健診未受診のハイリスク群と捉え、受診勧奨を含めた健康管理支援を進めていくことが効果的である可能性がある。

キーワード 生活保護受給者、生活保護受給期間、健康診査受診、健康管理支援

I 緒 言

近年、社会経済的状况により健康状態に違いが生じる、いわゆる健康格差の実態が明らかに

なり、健康日本21（第2次）では「健康格差の縮小」が目標の一つとして掲げられた¹⁾。特に生活保護受給者は、健康上の課題を多く抱えているにも関わらず、一般国民と比べて食事や運

* 1 東京大学大学院医学系研究科特任研究員 * 2 同准教授 * 3 同講師

動への関心が薄く、孤立した生活を送っている者が多いこと、そして、長期的な将来を見据えた計画的な健康行動を維持することが容易ではないことが知られている²⁾。現在の生活保護の被保護者数は200万人を超え、生活保護受給者の約8割が医療扶助（生活保護の8つの給付種類の一つ）を受けており、その費用は生活保護費全体の約5割にのぼる³⁾。また、受給者は被保険者と比較して生活習慣病のリスクが高く、入院外受給者における医療扶助の疾患別割合も循環器系疾患が最も高く、早期介入による予防が期待されている⁴⁾⁵⁾。「健康格差の縮小」の具体策として、また、生活保護受給者の自立の助長および医療扶助費の適正化という観点からも、彼らの特性に応じた健康管理支援の意義は大きい。

わが国では2008年度から、高齢者の医療の確保に関する法律において、40歳以上の各医療保険加入者に対する特定健康診査・特定保健指導を義務づけ、生活習慣の見直しおよび生活習慣病の予防等を図っている。国全体の特定健康診査受診割合は2014年で約49%と普及啓発が進む一方、世帯所得が低いほど受診割合も低くなる傾向があり、生活保護受給者の受診割合は約10%と非常に低い⁵⁾⁶⁾。入院患者や高齢者を除いた居宅の壮年期生活保護受給者に絞っても、定期健診の受診割合は、国民平均よりも低いことが報告されている⁷⁾。健康診査（以下、健診）は疾病のハイリスク者を抽出し、適切な治療を行うことで疾病発症および死亡率の減少につながることを示唆されており⁸⁾⁹⁾、こうした受診割合の格差は中長期的な健康アウトカムの格差につながる可能性がある。

国内外の先行研究では、健診未受診の関連要因として、健康状態などの身体的要因、健診会場までの距離やかかりつけ医の不在などの環境要因、将来の楽しみがない、健康への関心が低いといった心理的要因に加え、低所得・周囲の人や社会とのつながりが薄いなどの社会経済的要因が知られている¹⁰⁾¹³⁾。しかし、社会保障の最後のセーフティネットといわれる生活保護受給者における、健診未受診に関連する要因は

ほとんど調べられておらず、ケースワーカーらが効果的な受診勧奨をすすめるためのエビデンスは不足している。そこで本研究では、福祉事務所が把握している基本属性調査を用いて、生活保護受給者における健診受診の関連要因を明らかにすることを目的とした。

Ⅱ 方 法

(1) 研究対象

本研究では、A市より提供のあった生活保護管理システムデータと健診データ（2015年3月1日～2016年3月31日の間でA市が実施する健診を受診した生活保護受給者345人分）を結合したデータセットを用いた。分析対象者は、2015年3月1日～2016年3月31日の間に、A市にて生活保護を受給していた40歳以上75歳未満の者3,631人のうち、生活保護受給期間（以下、受給期間）が365日未満および他自治体ですでに受給して転入した者（501人）、入院・入所中の者（192人）、要介護度1～5の認定を受けている者（167人）、入院・入所および要介護度情報が欠損の者（35人）を除外した2,736人とした。

(2) 調査方法

目的変数は、健診データより取得した健診受診の有無とした。説明変数は、生活保護管理システムデータの項目のうち、年齢、性別、世帯人数、世帯類型、障害・傷病の状況、保護開始前の医療保険、受給期間を用いた。年齢は2016年4月1日時点における年齢を10歳刻みの4区分とし、世帯類型は、「高齢者世帯」「母子世帯」「障害者世帯」「傷病世帯」「その他世帯」の5区分とし、障害・疾病の状況は、「なし」「障害あり」「傷病あり」の3区分とした。受給期間は、2016年4月1日時点における保護開始年月日からの日数とし、すでに保護を廃止・停止している者については廃止・停止年月日までの日数とし、「1年以上5年未満」「5年以上10年未満」「10年以上15年未満」「15年以上」の4区分とした。また、保護開始前の医療保険の

種類は、「国民健康保険」「被用者保険（被保険者・被扶養者）」「未加入・その他（国民健康保険・被用者保険以外）」の3区分とした。

(3) 分析方法

健診受診の有無を目的変数に、そして年齢、性別、世帯人数、障害・傷病の状況、受給期間、保護開始前の医療保険を説明変数に投入したロジスティック回帰分析を行い、オッズ比および95%信頼区間を算出した。なお世帯類型は、「年齢」および「障害・傷病の状況」変数との相関が強いため、ロジスティック回帰分析には含めなかった。すべての分析はSTATA 14.1 (Stata Corp, College Stations, Texas) を用いて行った。

(4) 倫理的配慮

本研究実施にあたり、生活保護受給者管理システムを提供する企業が保有しているA市の生

活保護管理システムデータおよび健診データが、個人情報を含まない状態で、東京大学大学院健康教育・社会学分野教室に無償提供された。なお、本データの研究利用はA市も了承している。研究対象者個人への接触は行わないため、直接的な健康被害は生じないが、東京大学大学院医学系研究科健康教育・社会学のホームページでオプトアウトの機会を設けている。なお本研究は、東京大学医学部倫理委員会の承認を得ている（承認年月日：平成29年7月7日、承認番号：11503）。

Ⅲ 結 果

対象者の平均年齢は59.5歳、（男性60.5歳、女性58.6歳）、世帯の受給期間は平均3,015日（約8年3カ月）、中央値は2,366日（約6年6カ月）であった。対象者全体の健診受診割合は8.2%で、男性に比べて女性の方が高かった（男：6.2%、女：9.9%）。

受給期間は、「1年以上5年未満」と比較的短い期間が約4割を占める一方、約3割の受給者は「10年以上」の長期間の受給を受けていた。また健診受診割合を受給期間の区分別にみると

表1 対象者の基本的属性 (n=2,736)

	未受診群 (n=2,512)		受診群 (n=224)		p 値
	n	%	n	%	
性別					
男性	1 188	47.3	79	35.3	0.001*
女性	1 324	52.7	145	64.7	
年齢 (2016年4月1日時点)					0.088
40-49歳	615	24.5	58	25.9	
50-59	569	22.7	56	25.0	
60-69	874	34.8	60	26.8	
70-74	454	18.1	50	22.3	
世帯人数					0.240
1人	1 583	63.0	150	67.0	
2人以上	929	37.0	74	33.0	
世帯類型					<0.001*
高齢者世帯	800	31.8	82	36.6	
母子世帯	218	8.7	14	6.3	
障害者世帯	446	17.8	62	27.7	
傷病世帯	746	29.7	46	20.5	
その他世帯	302	12.0	20	8.9	
障害・傷病の状況					<0.001*
なし	705	28.1	60	26.8	
障害者・精神障害	354	14.1	42	18.8	
障害者・知的障害	26	1.0	18	8.0	
障害者・身体障害	159	6.3	10	4.5	
傷病者・アルコール依存症	9	0.4	0	0.0	
傷病者・精神疾患	312	12.4	22	9.8	
傷病者・その他	947	37.7	72	32.1	
受給期間					0.337
1年以上5年未満	868	34.6	91	40.6	
5年以上10年未満	876	34.9	72	32.1	
10年以上15年未満	447	17.8	36	16.1	
15年以上	321	12.8	25	11.2	
保護開始前の医療保険					0.096
国民健康保険	2 159	85.9	198	88.4	
被用者保険(被保険者・被扶養者)	74	2.9	10	4.5	
未加入・その他	279	11.1	16	7.1	

注 健診受診と未受診の分布の差の検定は、 χ^2 検定で行った。*p<0.05

表2 健診受診を従属変数としたロジスティック回帰分析 (n=2,736)

	オッズ比	95%信頼区間	p 値
性別			
男性	1.00		
女性	1.79	1.32-2.41	<0.001*
年齢			
40-49歳	1.00		
50-59	1.12	0.75-1.65	0.587
60-69	0.85	0.57-1.26	0.422
70-74	1.40	0.92-2.14	0.118
障害・傷病の状況			
なし	1.00		
障害あり	1.88	1.26-2.81	0.002*
傷病あり	0.97	0.68-1.37	0.853
世帯人数			
1人	1.00		
2人以上	0.79	0.58-1.08	0.133
受給期間			
1年以上5年未満	1.00		
5年以上10年未満	0.73	0.52-1.01	0.060
10年以上15年未満	0.64	0.42-0.96	0.032*
15年以上	0.57	0.35-0.91	0.019*
保護開始前の医療保険			
国民健康保険	1.00		
被用者保険(被保険者・被扶養者)	1.28	0.64-2.56	0.485
未加入・その他	0.58	0.34-0.99	0.046*

注 *p<0.05

「1年以上5年未満」が9.5%と最も高く、受給期間が長くなるほど受診割合が低下していたが、トレンド傾向は有意ではなかった（ $P = 0.119$ ）（表1）。

ロジスティック回帰分析の結果、「女性」と「障害あり（障害・傷病なしを基準）」が健診受診と正の関連を、「受給期間が10年以上（1年以上5年未満を基準）」と「保護開始前の医療保険が未加入（その他）（国民健康保険を基準）」が健診受診と負の関連を認めた。受給期間が「1年以上5年未満」の者に比べて、「5年以上10年未満」の者は調整オッズ比が0.73（95%信頼区間：0.52-1.01）、「10年以上15年未満」の者は0.64（95%信頼区間：0.42-0.96）、「15年以上」の者は0.57（95%信頼区間：0.35-0.91）であった（表2）。

Ⅳ 考 察

生活保護受給者における健診受診行動は、生活保護受給期間が「1年以上5年未満」と比較的短い受給者が最も受診しており、その後、受給期間が長いほど受診しにくくなるという傾向がみられた。受給期間が「15年以上」の受給者では、「1年以上5年未満」の受給者に比べて1.75倍健診を受診しにくかった。さらに、保護開始前の医療保険が「未加入・その他」だった受給者は、「国民健康保険」だった受給者に比べて1.72倍健診を受診しにくかった。

受給期間と健診受診割合との関連が認められた理由として、まず、受給期間によるソーシャルサポート・ソーシャルネットワークの違いが考えられる。地域住民を対象とした先行研究では、社会的ネットワークが健診受診に有意な効果を持つことが示されており、そのメカニズムとして健診の効果に関する認知度が媒介しているのではないかと考察されている¹⁴⁾⁻¹⁶⁾。生活保護の開始理由の2割以上は失業等による収入の減少・喪失であるが¹⁷⁾、受給期間が長い受給者ほど、生活保護受給前の職場での人とのつながりが疎遠となり、健診受診の動機づけが乏しくなっていくのかもしれない。一方、生活保護受

給者は生活保護受給によって行政の担当ケースワーカーとの新たなつながりができるが、生活保護受給者に対する健診受診の普及啓発は十分とはいえない。実際、居宅の生活保護受給者を対象とした調査では、健診未受診者における未受診の理由として、実際は費用がかからないものの「費用がかかる」「知らなかった」と回答した受給者が各3割にのぼっていた¹⁸⁾。

また、将来への希望や楽しみの違いも影響している可能性がある。厚生労働省の被保護者調査によると、平成26年度の生活保護廃止世帯数のうち、受給期間が5年未満の世帯が約8割を占めていた（死亡と失そうによる保護廃止を除く）。保護廃止の最大の理由は、働きによる収入の増加・取得であり、受給期間が短いほど就労しやすく、生活保護から脱却しやすいことが示唆されている¹⁹⁾。つまり受給期間が短いほど、生活保護脱却後の将来に対する楽しみや希望をもち、それが自身の健康への関心とつながっている可能性が考えられる。実際、所得が低くても将来の楽しみがある地域在住高齢者の方が、高所得で楽しみがない高齢者よりも健診受診経験が多いことが先行研究で示されている¹²⁾。

さらに、保護開始前に医療保険が「未加入・その他」だった受給者は、「国民健康保険」だった受給者に比べて、より健診を受診していなかった。無保険状態の者の多くは低所得世帯であり、無保険者は医療受診を抑制する傾向があるが²⁰⁾、生活保護受給者の間においても、受給開始前の経済状況によって受給後の健診受診割合が異なる可能性が示唆された。

2017年の生活保護受給者の健康管理支援等に関する検討会では、今後の生活保護受給者の生活習慣病の予防や重症化予防のための支援には、健診データや医療機関での検査データなどから支援対象者を絞り込み、それぞれの特性に合わせた健康管理支援を実施していく必要性が議論された²¹⁾。そのためには、生活保護受給者の健診受診割合を上げることが欠かせない。しかし、本研究では年齢や世帯人数と健診受診との関連は認められず、現在福祉事務所が把握している基本属性調査の項目だけでは、効果的な健診受

診促進をすすめるための予測要因としては不十分である可能性がある。今後は、生活保護受給者の喫煙、運動、食事、ギャンブル依存などの健康行動に加えて、健診受診の効果を含む健康に関するヘルスリテラシー¹⁰⁾、ソーシャルサポートやソーシャルネットワークなどの社会環境要因¹¹⁾¹⁵⁾、そして将来への希望などの心理的要因¹²⁾の情報を新たに受給開始時に取得することで、それらの要因の組み合わせからいくつかの典型像を抽出し、優先順位をつけて生活保護受給者の特性に合わせた健診受診および健康管理支援の実施が可能になるかもしれない。

本研究の限界は以下の点である。まず、生活保護受給者の定期的な医療機関への通院および就労の有無を調整できていない点である。同じ健診未受診者でも、医療機関への通院の有無によって未受診の関連要因は異なり¹¹⁾、また就労の場合は職場の健診を受けている可能性もある。今後の研究では、生活保護受給者の定期的な医療機関への通院および就労の有無を考慮して、受給期間との関連を確認することが望まれる。次に、生活保護受給者と同居している家族構成の内訳を考慮していない点があげられる。生活保護受給者が親、配偶者、子ども、その他の誰と同居しているかによって、受給期間および健診受診行動に与える影響が異なると考えられるため、今後の検討が必要である。最後に、本研究はA市のみの生活保護受給者を対象とした結果である点である。例えば、生活保護廃止までの受給期間をみると大規模市は全国平均より短いことが示されており¹⁹⁾、本研究結果の全国代表性は限界があるといえる。今後は生活保護受給者における健診受診の関連要因について、異なる地域での追試・検証が必要である。

V 結 語

本研究結果より、生活保護受給者において、保護開始前の医療保険が未加入であること、また受給期間が5年以上と長いほど、健診を受診しにくくなることが示唆された。これらの要因そのものに介入することは困難であるが、医療

保険未加入者や受給期間が5年以上と長い生活保護受給者は、健診未受診のハイリスク群と捉え、健診受診勧奨を含めた健康管理支援を進めていくことが効果的であると考ええる。また、今後は生活保護受給者の健康行動やヘルスリテラシー、そしてソーシャルサポートやソーシャルネットワークなどを、生活保護受給開始時のケースワーカーの面談記録などから入手することで、優先順位をつけて生活保護受給者の特性に合わせた健診受診および健康管理支援が実施できる可能性がある。

謝辞

本研究をまとめるにあたり助言いただいた、東京大学大学院医学系研究科の熊倉陽介氏および西岡大輔氏に感謝します。

本研究は、東京大学大学院医学系研究科健康教育・社会学分野の運営交付金で実施した。近藤尚己は、A市に生活保護受給者管理システムを提供している1企業から奨学金寄付金を受け取っている。この件は東京大学利益相反アドバイザリー機関および東京大学大学院医学系研究科・医学部倫理委員会に申告し承認を得ている（承認年月日：平成29年7月7日、審査番号：11503）。

文 献

- 1) 厚生労働省. 健康日本21（第2次）の推進に関する参考資料 2012. 厚生労働省ホームページ (http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_02.pdf) 2017.10.9.
- 2) 厚生労働省. 家庭の生活実態及び生活意識に関する調査 2010. 総務省統計局e-statホームページ (<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?bid=000001055370&cycode=0>) 2017.10.9.
- 3) 総務省行政評価局. 生活保護に関する実態調査結果報告書 2014. 総務省ホームページ (http://www.soumu.go.jp/main_content/000305409.pdf) 2017.10.9.
- 4) 厚生労働省. 平成27年度医療扶助実態調査 2015. 総務省統計局e-statホームページ (<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001142415>)

- 2017.10.9.
- 5) 厚生労働省社会・援護局保護課. 生活保護受給者の健康管理支援等に関する検討会(第1回)資料2 2016. 厚生労働省ホームページ (http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokuyokushougaihoukushibu-Kikakuka/shiryoku2_2.pdf) 2017.10.9.
 - 6) 厚生労働省. 平成26年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況 2014. 厚生労働省ホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/info02a-2.html>) 2017.10.9.
 - 7) 富田早苗, 三徳和子. 壮年期にある生活保護受給者の健康行動と課題. 川崎医療福祉会誌 2011; 21: 145-50.
 - 8) Hozawa A, Kuriyama S, Watanabe I, et al. Participation in health check-ups and mortality using propensity score matched cohort analyses. *Prev Med* 2010; 51(5): 397-402.
 - 9) Robson J, Dostal I, Sheikh A, et al. The NHS Health Check in England: an evaluation of the first 4 years. *BMJ Open* 2016; 6(1).
 - 10) 築島恵理, 高橋恭子, 矢野公一, 他. 所得状況による特定健康診査の受診行動と関連する因子の検討所得の指標として市民税課税層と非課税層の相違に着目して. *日本公衆衛生雑誌* 2012; 59(11): 810-21.
 - 11) 舟橋博子, 西田友子, 岡村雪子, 他. 中年期における特定健康診査未受診者の特性. *日本公衆衛生雑誌* 2013; 60(3): 119-27.
 - 12) 芦田登代, 近藤克則, 平井寛, 他. 高齢者の健診受診と「将来の楽しみ」, うつ, 社会経済的要因との関連: AGESプロジェクト. *厚生指標* 2012; 59(12): 12-21.
 - 13) Burgess C, Wright AJ, Forster AS, et al. Influences on individuals' decisions to take up the offer of a health check: a qualitative study. *Health Expect* 2015; 18(6): 2437-48.
 - 14) 菅万理, 吉田裕人, 藤原佳典, 他. 縦断的データから見た介護予防健診受診・非受診の要因. *日本公衆衛生雑誌* 2006; 53(9): 688-701.
 - 15) 杉澤秀博, 杉原陽子. 特定高齢者の候補者の健診受診に対する社会的ネットワークの直接および間接効果 一般高齢者との対比. *日本公衆衛生雑誌* 2011; 58(9): 743-53.
 - 16) 三薺雄, 岸玲子, 江口照子, 他. ソーシャルサポート・ネットワークと在宅高齢者の検診受診行動の関連性 社会的背景の異なる三地域の比較. *日本公衆衛生雑誌* 2006; 53(2): 92-104.
 - 17) 厚生労働省. 平成27年度被保護者調査(月次調査) 2015. 総務省統計局e-statホームページ (http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_toGL08020103_&listID=000001181523&disp=Other&requestSender=search) 2017.10.9.
 - 18) 富田早苗. 居宅の壮年期生活保護受給者の健康関連QOLと健康支援のニーズに関する研究. 科学研究費助成事業 研究成果報告書 2014.
 - 19) 厚生労働省. 平成26年度被保護者調査年次調査(基礎調査) 2014. 総務省統計局e-statホームページ (http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020102.do?_toGL08020102_&tclassID=000001063244&cycleCode=7&requestSender=search) 2017.10.9.
 - 20) 鈴木亘, 大日康史. 医療需要行動のConjoint Analysis. *医療と社会* 2000; 10(1): 125-44.
 - 21) 生活保護受給者の健康管理支援等に関する検討会. 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) 2017. 厚生労働省ホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokuyokushougaihoukushibu-Kikakuka/0000164511.pdf>) 2017.10.9.