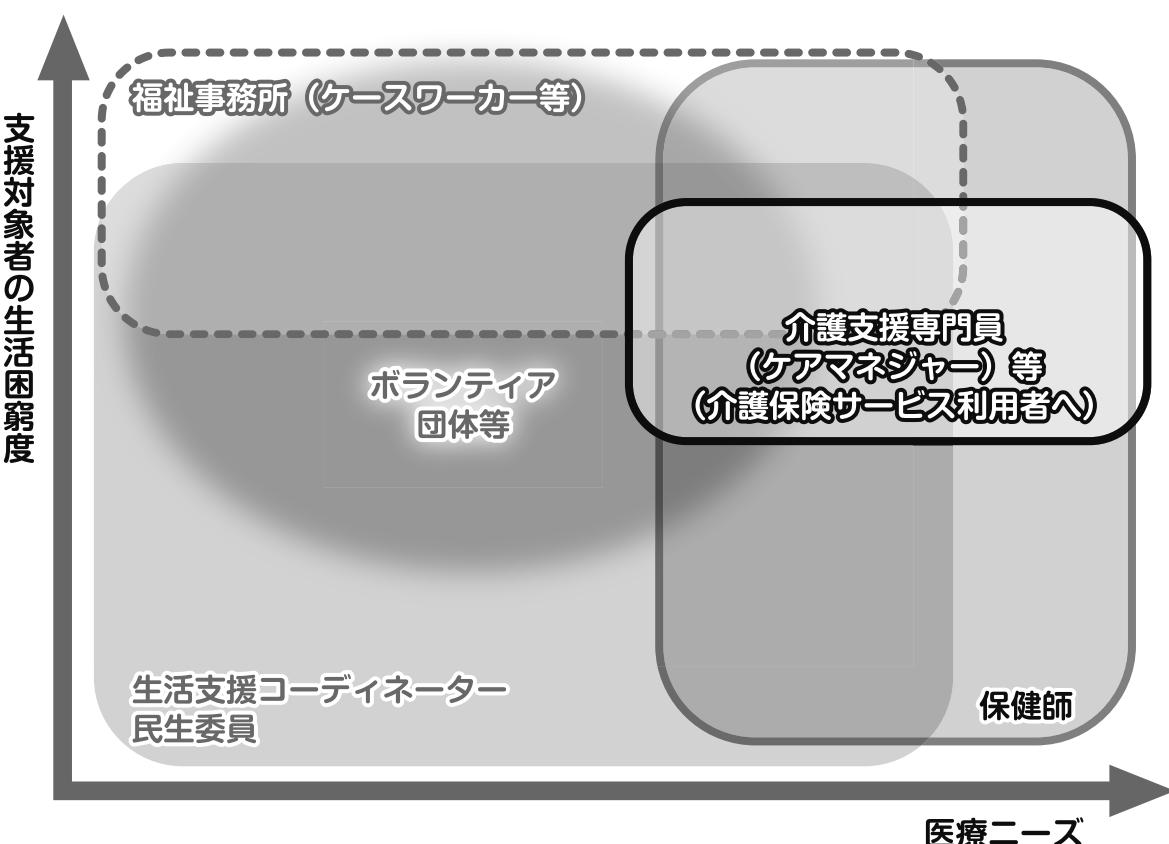


図 2-4-1：支援対象者の生活困窮度と医療ニーズの大きさから見た受診同行支援の担い手となり得る人材とその対応範囲の概念図

生活困窮者に対する医療機関への「付き添い支援」の効果に関する文献レビュー

2



5) 取り組みの効果評価と、効果的な実践のあり方についての研究事業の展開

我々のレビューした限りでは、国内には、付き添い支援の効果を実証した研究は見当たらぬ。諸外国とは医療制度や文化が異なるため、日本でも有効か、あるいはどのような支援のあり方が効果的かを、日本において検証することが求められる。例えば、諸外国でも実践・検証されているように付き添い支援により健診・検診の受診率は向上するのか、患者の頻回受診や受診中断は減少するのか、生活の質（QOL）は改善するのか、社会的な関係構築の副次的な効果はあるのか、付き添い支援にかかる費用効果はどうか、といった視点で、研究事業等により実証を進めていくべきである。

また、効果的な付き添い支援のあり方は対象者や地域特性によっても異なる。PDCA あるいは PDSA のサイクル^{*}によりそれぞれの環境に適した支援へと継続的に改善していくべく自己評価と学びのプロセスを踏むとよいだろう。

評価の際は、支援の担い手と期待される人々に対して、新しい同行支援事業を進めるにあたる不安や期待等についてヒアリングや業務負担量の評価を行うことは有用である。国内で実施されるモデル事業等によって、既存の人材を生かした制度設計や研修の機会の提供などを行い、その実践方法や効果に関して評価しつつ、全国的な展開を講じるための課題抽出が望まれる。

* PDCA: Plan (計画)、Do (実行)、Check (評価) Act (行動) という流れで事業を改善させていくマネジメントプロセス。単なる check(評価)ではなく、当事者間で学び合う (study) ことの重要性を強調して、PDSA (Plan- Do-Study-Act-) と呼ぶこともある⁸⁹⁾。

5 提言のまとめ

本章では、諸外国の付き添い支援の実践からその方法や効果、付き添い支援員に求められる能力について整理した。また国内の現在実践されている同行受診について、その担い手や定義、利点や欠点について整理した。これらのプロセスを通じて日本においても、付き添い支援の担い手が存在し、対応すべき課題が明確となった。

検討すべき事項

- 1) 各担い手の業務における付き添い支援の位置づけ
- 2) 支援の担い手間の役割分担の明確化
- 3) 支援者の教育機会の提供と教育方法
- 4) 様々な支援者間の情報共有等の連携方法
- 5) モデル事業等による支援方法の開発とその評価

モデル事業等を通じて評価すべき事項

- 1) 付き添い支援の住民への効果
- 2) 付き添い支援の実践者への影響
- 3) 付き添い支援の費用対効果
- 4) 地域や対象者の特性による個別化の必要性

<引用文献>

- 1) Hand C, McColl MA, Birtwhistle R, et al. Social isolation in older adults who are frequent users of primary care services. *Can Fam Physician.* 2014; Jun;60(6):e322, e324-9.
- 2) Malone RE. Heavy users of emergency services:social construction of a policy problem. *Soc Sci Med.* 1995;40(4):469-77.
- 3) van Tiel S, Rood PP, Bertoli-Avella AM, et al. Systematic review of frequent users of emergency departments in non-US hospitals: state of the art. *Eur J Emerg Med.* 2015;22(5):306-15. doi: 10.1097/MEJ.0000000000000242.
- 4) Schoen C, Osborn R, Squires D, et al. New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated. *Health Aff.* 2011;30(12):2437-48. doi: 10.1377/hlthaff.2011.0923.
- 5) 日本の医療に関する2008年世論調査. 日本医療政策機構. 2008年6月15日.
<https://hgpi.org/research/42.html>
- 6) 生活保護受給者の健康管理の在り方に関する研究会とりまとめ(概要). 厚生労働省.
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-hakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000068892.pdf>
- 7) 第4回生活保護受給者の健康管理の在り方に関する研究会議事録. 厚生労働省.
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000070336.html>
- 8) 第5回生活保護受給者の健康管理の在り方に関する研究会議事録. 厚生労働省.
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000164488.html>
- 9) 平成30年度社会福祉推進事業の募集について募集テーマについて(重点テーマ分). 厚生労働省.
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12001000-Shakaiengokyo-Shakai-Soumuka/0000196025.pdf>
- 10) Valaitis RK, Carter N, Lam A, et al. Implementation and maintenance of patient navigation programs linking primary care with community-based health and social services: a scoping literature review. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):116. doi:10.1186/s12913-017-2046-1
- 11) 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). 厚生労働省.
https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000164406.pdf
- 12) Ali-Faisal SF, Colella TJ, Medina-Jaudes N, et al. The effectiveness of patient navigation to improve healthcare utilization outcomes: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Edu Couns.* 2017;100(3):436-48.
- 13) Arosemena FA, Fox L, Lichtveld MY. Reproductive health assessment after disasters: embedding a toolkit within the disaster management workforce to address health inequalities among Gulf-Coast women. *J Health Care Poor Underserved.* 2013;24(4 Suppl):17-28. doi: 10.1353/hpu.2014.0013.

- 14) Austad K, Chary A, Martinez B, et al. Obstetric care navigation: a new approach to promote respectful maternity care and overcome barriers to safe motherhood. *Reprod Health.* 2017;14(1):148. doi: 10.1186/s12978-017-0410-6.
- 15) Balaban RB, Galbraith AA, Burns ME, et al. A patient navigator intervention to reduce hospital readmissions among high-risk safety-net patients: a randomized controlled trial. *J Gen Intern Med.* 2015;30(7):907-15.
- 16) Basu M, Petgrave-Nelson L, Smith KD, et al. Transplant center patient navigator and access to transplantation among high-risk population: a randomized, controlled trial. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2018;13(4):620-27. doi: 10.2215/CJN.08600817.
- 17) Battaglia TA, Bak SM, Heeren T, et al. Boston Patient Navigation Research Program: the impact of navigation on time to diagnostic resolution after abnormal cancer screening. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2012;21(10):1645-54. doi: 10.1158/1055-9965.
- 18) Battaglia TA, Darnell JS, Ko N, et al. The impact of patient navigation on the delivery of diagnostic breast cancer care in the National Patient Navigation Research Program: a prospective meta-analysis. *Breast Cancer Res Treat.* 2016;158(3):523-34. doi: 10.1007/s10549-016-3887-8.
- 19) Berkowitz SA, Percac-Lima S, Ashburner JM, et al. Building equity improvement into quality improvement: reducing socioeconomic disparities in colorectal cancer screening as part of population health management. *J Gen Intern Med.* 2015;30(7):942-49. doi: 10.1007/s11606-015-3227-4.
- 20) Binswanger IA, Whitley E, Haffey PR, et al. A patient navigation intervention for drug-involved former prison inmates. *Subst Abus.* 2015;36(1):34-41. doi: 10.1080/08897077.2014.932320.
- 21) Capp R, Kelley L, Ellis P, et al. Reasons for frequent emergency department use by Medicaid enrollees: a qualitative study. *Acad Emerg Med.* 2016;23(4):476-81. doi: 10.1111/acem.12952.
- 22) Carter N, Valaitis RK, Lam A, et al. Navigation delivery models and roles of navigators in primary care: a scoping literature review. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):96. doi: 10.1186/s12913-018-2889-0. Review.
- 23) Enard KR, Ganelin DM. Reducing preventable emergency department utilization and costs by using community health workers as patient navigators. *J Healthc Manag.* 2013;58(6):412-27; discussion 428.
- 24) Fouad MN, Johnson RE, Nagy MC, et al. Adherence and retention in clinical trials: a community-based approach. *Cancer.* 2014;120 Suppl 7:1106-12. doi:10.1002/cncr.28572.
- 25) Freund KM. Implementation of evidence-based patient navigation programs. *Acta Oncol.* 2017;56(2):123-127. doi: 10.1080/0284186X.2016.1266078.
- 26) Galbraith AA, Meyers DJ, Ross-Degnan, et al. Long-term impact of a postdischarge community health worker intervention on health care costs in a safety-net system. *Health Serv Res.* 2017;52(6):2061-78.
- 27) Goff SL, Mazor KM, Pekow PS, et al. Patient navigators and parent use of quality data: a randomized trial. *Pediatrics.* 2016;138(4). pii: e20161140.
- 28) Guadagnolo BA, Dohan D, Raich P. Metrics for evaluating patient navigation during cancer diagnosis and treatment: crafting a policy-relevant research agenda for patient navigation in cancer care. *Cancer.* 2011;117(15 Suppl):3565-74. doi: 10.1002/cncr.26269.
- 29) Guillaume E, Dejardin O, Bouvier V, et al. Patient navigation to reduce social inequalities in colorectal cancer screening participation: A cluster randomized controlled trial. *Prev Med.* 2017;103:76-83.
- 30) Highfield L, Ottenweller C, Pfanz A, et al. Interactive web-based portals to improve patient navigation and connect patients with primary care and specialty services in underserved communities. *Perspect Health Inf Manag.* 2014;11:1e.
- 31) Horny M, Glover W, Gupte G,et al. Patient navigation to improve diabetes outpatient care at a safety-net hospital: a retrospective cohort study. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):759. doi: 10.1186/s12913-017-2700-7.
- 32) Ingram M, Doubleday K, Bell ML, et al. Community health worker impact on chronic disease outcomes within primary care examined using electronic health records. *Am J Public Health.* 2017;107(10):1668-74.
- 33) Jean-Pierre P, Cheng Y, Wells KJ, et al. Satisfaction with cancer care among underserved racial-ethnic minorities and lower-income patients receiving patient navigation. *Cancer.* 2016;122(7):1060-7. doi: 10.1002/cncr.29902.
- 34) Ko NY, Darnell JS, Calhoun E, et al. Can patient navigation improve receipt of recommended breast cancer care? Evidence from the National Patient Navigation Research Program. *J Clin Oncol.* 2014;32(25):2758-64. doi: 10.1200/JCO.2013.53.6037.
- 35) Lasser KE, Quintiliani LM, Truong V, et al. Effect of patient navigation and financial incentives on smoking cessation among primary care patients at an urban safety-net hospital: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med.* 2017;177(12):1798-807.
- 36) Leone LA, Reuland DS, Lewis CL, et al. Reach, usage, and effectiveness of a Medicaid patient navigator intervention to increase colorectal cancer screening, Cape Fear, North Carolina, 2011. *Prev Chronic Dis.* 2013;10:E82. doi:10.5888/pcd10.120221.
- 37) Liang PS, Wheat CL, Abhat A, et al. Adherence to competing strategies for colorectal cancer screening over 3 years. *Am J Gastroenterol.* 2016;111(1):105-14. doi: 10.1038/ajg.2015.367.
- 38) Localio AM, Black HL, Park H, et al. Filling the patient-provider knowledge gap: a patient advocate to address asthma care and self-management barriers. *J Asthma.* 2018;1-10. doi: 10.1080/02770903.2018.1520864.
- 39) Luckett R, Pena N, Vitonis A, et al. Effect of patient navigator program on no-show rates at an academic referral colposcopy clinic. *J Womens Health (Larchmt).* 2015 ;24(7):608-15. doi: 10.1089/jwh.2014.5111.

- 40) Madore S, Kilbourn K, Valverde P, et al. Feasibility of a psychosocial and patient navigation intervention to improve access to treatment among underserved breast cancer patients. *Support Care Cancer.* 2014;22(8):2085-93. doi: 10.1007/s00520-014-2176-5.
- 41) Matousek AC, Addington SR, Kahan J, et al. Patient navigation by community health workers increases access to surgical care in rural Haiti. *World J Surg.* 2017;41(12):3025-30. doi: 10.1007/s00268-017-4246-6.
- 42) Mertz BG, Dunn-Henriksen AK, Kroman N, et al. The effects of individually tailored nurse navigation for patients with newly diagnosed breast cancer: a randomized pilot study. *Acta Oncol.* 2017;56(12):1682-1689. doi: 10.1080/0284186X.2017.1358462.
- 43) Myers JJ, Koester KA, Kang Dufour MS, et al. Patient navigators effectively support HIV-infected individuals returning to the community from jail settings. *Int J Prison Health.* 2017;13(3-4):213-218. doi: 10.1108/IJPH-08-2016-0037.
- 44) Natale-Pereira A, Enard KR, Nevarez L, et al. The role of patient navigators in eliminating health disparities. *Cancer.* 2011;117(15 Suppl):3543-52. doi: 10.1002/cncr.26264.
- 45) Percac-Lima S, Cronin PR, Ryan DP, et al. Patient navigation based on predictive modeling decreases no-show rates in cancer care. *Cancer.* 2015;121(10):1662-70. doi: 10.1002/cncr.29236.
- 46) Percac-Lima S, Ashburner JM, McCarthy AM, et al. Patient navigation to improve follow-up of abnormal mammograms among disadvantaged women. *J Womens Health (Larchmt).* 2015;24(2):138-43. doi: 10.1089/jwh.2014.4954.
- 47) Pratt-Chapman M, Simon MA, Patterson AK, et al. Survivorship navigation outcome measures: a report from the ACS patient navigation working group on survivorship navigation. *Cancer.* 2011;117(15 Suppl):3575-84. doi: 10.1002/cncr.26261. Review. Erratum in: *Cancer.* 2012 Nov 1;118(21):5450.
- 48) Primeau SW, Freund KM, Ramachandran A, et al. Social service barriers delay care among women with abnormal cancer screening. *J Gen Intern Med.* 2014;29(1):169-75. doi: 10.1007/s11606-013-2615-x.
- 49) Raj A, Ko N, Battaglia TA, et al. Patient navigation for underserved patients diagnosed with breast cancer. *Oncologist.* 2012;17(8):1027-31. doi: 10.1634/theoncologist.2012-0191.
- 50) Ramirez A, Perez-Stable E, Penedo F, et al. Reducing time-to-treatment in underserved Latinas with breast cancer: the Six Cities Study. *Cancer.* 2014;120(5):752-60. doi: 10.1002/cncr.28450.
- 51) Reuland DS, Brenner AT, Hoffman R, et al. Effect of combined patient decision aid and patient navigation vs usual care for colorectal cancer screening in a vulnerable patient population: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med.* 2017;177(7):967-74. doi: 10.1001/jamainternmed.2017.1294.
- 52) Roland KB, Milliken EL, Rohan EA, et al. Use of community health workers and patient navigators to improve cancer outcomes among patients served by federally qualified health centers: a systematic literature review. *Health equity.* 2017;1(1):61-76.
- 53) Rosario ER, Espinoza L, Kaplan S, et al. Patient navigation for traumatic brain injury promotes community re-integration and reduces re-hospitalizations. *Brain injury.* 2017;31(10):1340-7.
- 54) Sarango M, de Groot A, Hirschi M, et al. The role of patient navigators in building a medical home for multiply diagnosed HIV-positive homeless populations. *J Public Health Manag Pract.* 2017;23(3):276-282. doi: 10.1097/PHH.00000000000000512.
- 55) Seaberg D, Elseroad S, Dumas M, et al. Patient navigation for patients frequently visiting the emergency department: a randomized, controlled trial. *Acad Emerg Med.* 2017;24(11):1327-33.
- 56) Shommu NS, Ahmed S, Rumana N, et al. What is the scope of improving immigrant and ethnic minority healthcare using community navigators: a systematic scoping review. *Int J Equity Health.* 2016;15:6. doi: 10.1186/s12939-016-0298-8.
- 57) Shroff S, McCoy ME, Sherman BJ, et al. Feasibility of patient navigation in resident primary care practice: a screening mammography quality improvement initiative. *J Ambul Care Manage.* 2014;37(4):293-302. doi: 10.1097/JAC.0000000000000022.
- 58) Shusted CS, Barta JA, Lake M, et al. The case for patient navigation in lung cancer screening in vulnerable populations: a systematic review. *Popul Health Manag.* 2018. doi: 10.1089/pop.2018.0128.
- 59) Tejeda S, Darnell JS, Cho YI, et al. Patient barriers to follow-up care for breast and cervical cancer abnormalities. *J Womens Health (Larchmt).* 2013;22(6):507-17. doi: 10.1089/jwh.2012.3590.
- 60) Zibrik K, Laskin J, Ho C. Integration of a nurse navigator into the triage process for patients with non-small-cell lung cancer: creating systematic improvements in patient care. *Curr Oncol.* 2016;23(3):e280-3. doi: 10.3747/co.23.2954.
- 61) Blake-Lamb T, Boudreau AA, Matathia S, et al. Strengthening integration of clinical and public health systems to prevent maternal-child obesity in the first 1,000 days: a collective Impact approach. *Contemp Clin Trials.* 2018;65:46-52. doi: 10.1016/j.cct.2017.12.001.
- 62) Brenner AT, Getrich CM, Pignone M, et al. Comparing the effect of a decision aid plus patient navigation with usual care on colorectal cancer screening completion in vulnerable populations: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2014;15:275. doi: 10.1186/1745-6215-15-275.
- 63) Broder-Fingert S, Walls M, Augustyn M, et al. A hybrid type I randomized effectiveness-implementation trial of patient navigation to improve access to services for children with autism spectrum disorder. *BMC Psychiatry.* 2018;18(1):79. doi: 10.1186/s12888-018-1661-7.

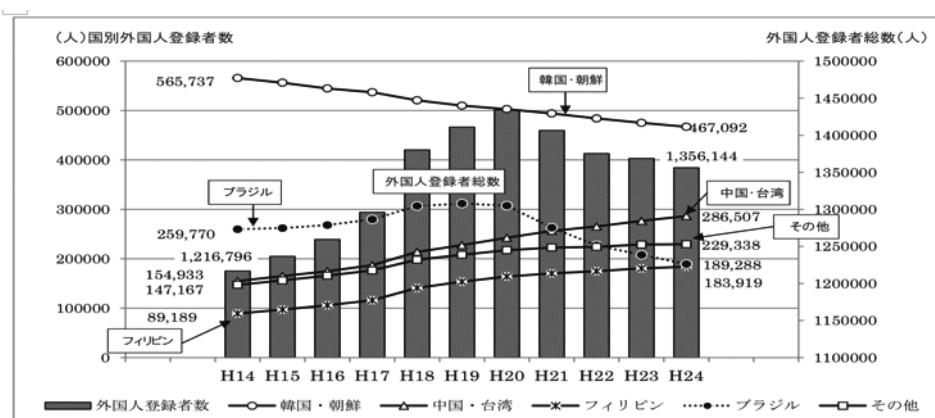
- 64) Buscemi J, Miguel YS, Tussing-Humphreys L, et al. Rationale and design of Mi-CARE: the mile square colorectal cancer screening, awareness and referral and education project. *Contemp Clin Trials.* 2017;52:75-79. doi: 10.1016/j.cct.2016.11.009.
- 65) Gwadz MV, Collins LM, Cleland CM, et al. Using the multiphase optimization strategy (MOST) to optimize an HIV care continuum intervention for vulnerable populations: a study protocol. *BMC Public Health.* 2017;17(1):383. doi: 10.1186/s12889-017-4279-7.
- 66) Highfield L, Rajan SS, Valerio MA, et al. A non-randomized controlled stepped wedge trial to evaluate the effectiveness of a multi-level mammography intervention in improving appointment adherence in underserved women. *Implement Sci.* 2015;10:143. doi: 10.1186/s13012-015-0334-x.
- 67) Lloyd-Evans B, Bone JK, Pinfold V, et al. The community navigator study: a feasibility randomized controlled trial of an intervention to increase community connections and reduce loneliness for people with complex anxiety or depression. *Trials.* 2017;18(1):493. doi: 10.1186/s13063-017-2226-7.
- 68) Quintiliani LM, Russinova ZL, Bloch PP, et al. Patient navigation and financial incentives to promote smoking cessation in an underserved primary care population: A randomized controlled trial protocol. *Contemp Clin Trials.* 2015;45(Pt B):449-457. doi: 10.1016/j.cct.2015.09.005.
- 69) 訪問介護における院内介助の取扱いについて. 厚生労働省.
<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200000063e0-img/2r985200000063fi.pdf>
- 70) 生活支援 . NPO 法人きずの会.
<https://kizuna.gr.jp/seikatsushien/>
- 71) 病院・通院付き添い・院内介助 . クラウドケア.
<https://www.crowdcare.jp/services/hospital-attendant/>
- 72) 医療同行ボランティア活動-難民が安心して医療機関を受診できるように. 認定 NPO 法人難民支援協会.
<https://www.refugee.or.jp/jar/report/2014/03/31-0000.shtml>
- 73) 各地の活動紹介 . 一般社団法人全国医療通訳者協会.
<https://national-association-mi.jimdo.com>
- 74) 聴覚障害者医療サポート協会.
<http://sign-hospital.sakura.ne.jp/wp/category/ 手話通訳 />
- 75) ケアマネジャー業務と平成 27 年度改正 に関するアンケート集計及び提言 . 横浜市介護支援専門員連絡協議会制度対策委員会. 平成 29 年 3 月.
<http://www.ycm-kyougikai.net/activity/document/2017teigensho.pdf>
- 76) 就労支援と精神科医療の情報交換マニュアル. 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構 障害者職業総合センター.
<http://www.nivr.jeed.or.jp/download/kyouzai/kyouzai55.pdf>
- 77) 地域における保健師の保健活動について. 厚生労働省.
http://www.nacphn.jp/topics/pdf/2013_shishin.pdf
- 78) 福祉事務所等における保健師の効果的な活動・活用事例 . 厚生労働省.
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyoくoushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000057161.pdf>
- 79) 保健師が関わる自立支援プログラム (上尾市の取り組み). 厚生労働省.
https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyoくoushougaihokenfukushibu-Kikakuka/shiryou5_1.pdf
- 80) 高橋真奈美 . 川崎市における健康管理支援の取り組み. 日本健康教育学会誌. 2016; 24(1):37-42.
- 81) 若年性認知症支援コーディネーターのためのサポートブック～若年性認知症の人の「就労支援」「居場所づくり支援」～ . 厚生労働省.
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/saportbook.pdf>
- 82) Patient Navigation Research Program (PNRP). National Cancer Institute.
<https://www.cancer.gov/about-nci/organization/crchd/disparities-research/pnrp>
- 83) 森實敏夫, 吉田雅博, 小島原典子編. Minds 診療ガイドライン作成の手引き 2014 第 2 版. 医学書院. 2015 年.
- 84) 「地域共生社会」の実現に向けて. 厚生労働省.
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000184346.html>
- 85) 地域共生社会の実現に向けた地域福祉の推進について. 厚生労働省.
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/_0000189728.pdf
- 86) 生活支援コーディネーター (地域支え合い推進員) と協議体に期待される機能と役割. 厚生労働省.
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahUKEwjGwZPn-MndAhUCO3AKHWfjDvQQFjABegQIBxAC&url=https%3A%2F%2Fwww.mhlw.go.jp%2Ffile%2F06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku%2F0000084708.docx&usg=AOvVaw3IigEcdsFT4uMZRE5_xra6
- 87) 民生委員・児童委員とは. 全国民生委員児童委員連合会.
http://www2.shakyo.or.jp/zenminjiren/minsei_zidou_summary/index.html
- 88) 健康格差対策の 7 原則 Ver. 1.1。公益財團法人医療科学研究所.
http://www.iken.org/project/sdh/pdf/17SDHpj_ver1_1_20170803.pdf
- 89) Moen R. Foundation and History of the PDSA Cycle.
https://deming.org/uploads/paper/PDSA_History_Ron_Moen.pdf

言葉を届けたい： 在住外国人等、日本語に困難を抱える人へ「寄り添う」

2017年末現在、中国、韓国・朝鮮、ベトナム、フィリピン、ブラジルなど190カ国以上から来日した約256万人（全人口の約2%）の外国籍住民が日本で暮らしている^{1) 2)}。

外国人登録者のうち生活保護法に準じた保護対象者は、永住者、日本人の配偶者等、永住者の配偶者等、定住者の在留資格を有するもの、ならびに特別永住者及び認定難民等とされている。2012年度は約203万人の在留外国人のうち生活保護法に準じた保護の対象となりうる者は135.6万人であった（図1）^{3) 4)}。生活保護法に準じた保護を受給している被保護外国人世帯数は、2011年度は約4.3万世帯あり、多い順に韓国・朝鮮、中国・台湾、フィリピン、ブラジルであった（図2）⁴⁾。

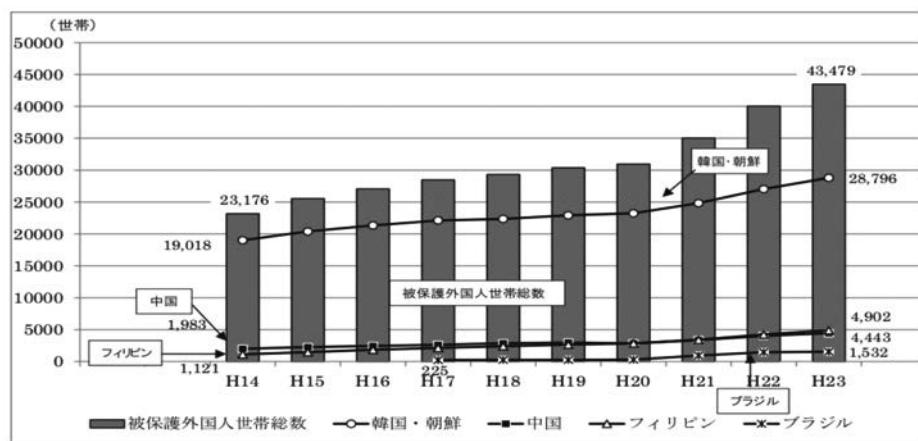
図1：外国人登録者数（生活保護対象在留資格保有者数）の推移



（注）「外国人登録者数」は、法務省「在留外国人統計」に基づき、当省が生活保護の対象となる在留資格保有者（永住者、日本人の配偶者等、永住者の配偶者等、定住者及び認定難民）数を集計した。

出典：総務省行政評価局（2014）「生活保護に関する実態調査 結果報告書」（p.41）

図2：被保護外国人世帯数・世帯人員数、保護率の推移



（注）1 「被保護外国人世帯総数」は、調査日現在、生活保護を適用される外国人が世帯主である被保護世帯数であり、国籍別外国人被保護世帯数は、世帯主の国籍により分類した世帯数である。

2 厚生労働省「被保護者全国一斉調査」（各年度 7月 31 日現在）による。

3 ブラジルについては、平成 16 年度以前の被保護世帯は不明である。

出典：総務省行政評価局（2014）「生活保護に関する実態調査 結果報告書」（p.42）

多くの住民は日本語が話せ、生活用語は困らないが、医療機関の受診時は一人では困難な場合が多い^{5) 6)}。社会的困難を抱える日本人には受診抑制が起きることが先行研究から明らかにされている⁷⁾。受診抑制の理由は、経済的制約、時間的制約などが挙げられるが⁸⁾⁻¹¹⁾、外国人の場合には、不安定な社会的地位、孤立、無保険、それ以外にも宗教上の制約、医療通訳不在による言葉の壁など様々な理由が考えられる^{12) 13)}。

このような理由から、具合が悪くても市販薬だけで済ませたり、受診を先延ばしにして重症化したりする場合があるとも聞く。柴沼ら（2018）によると「医療通訳サービスへのアクセス改善により1万3千人程度の在留外国人の服薬継続改善が見込まれる」とのことである¹⁴⁾。

在住外国人の医療機関利用を支援する取り組みとして、全国の自治体・国際化協会、NPOなどで医療通訳者を育成・派遣している¹⁵⁾。医療通訳者は対象者が受診時、外来や検査室に同行し、医療者と対象者の間で対面通訳を行う。通訳がいることで会話が成立し、文化的背景が異なる場合は文化的な側面を考慮に入れながら会話による理解を促進する。また必要に応じて専門家につなぐ役割を果たす。

以下は、現場で医療通訳が同席した場合、言葉の壁による情報不達がなくなることや、通訳者の存在が寄り添いとしての役割を果たしていることを示す事例である。

2 コラム

事例1 情報が伝わらない家族の不安と医療通訳者

【アジア少數言語・医療通訳者の体験談】

以下はNPOの医療通訳者によるコメントである。

患者は10代女性、肺外結核に罹患。両親は共働きでいつもは一人で受診していた。本人は日本語を多少話すことができるものの、両親は日本語がほとんど話せない。患者は家では「大丈夫、大丈夫」と病院でのことをほとんど話さなかった。ある日、患者が母親と一緒に来院したので医療通訳者が同行した。母親は「今まで大きな病気を何一つしたことのない、いたって健康的な娘だったのに、なぜ、こんなことになったのか。何が起きているのか、よくわからない」ととても不安そうだった。医師との診察に通訳が入ったことで、母親は状況をすべて把握できたようで、説明が終了してから「よかった、よかった。ありがとう！」といい、ほっとしたのか診察室で泣き出した。母親は家族の健康状態を今まで把握することができず不安だったが、医療通訳を介して医師からきちんと病状説明を受けることができて、安心されたようであった。通訳が入ることの大切さを改めて痛感した。

事例 2 中国帰国者二世と中国語通訳・相談員

【中国語通訳・相談員の体験談】

以下は医療通訳を支援する認定NPO法人IVYが、孤立が原因で精神症状を発症したと思われる在住中国人に対して、医療通訳サービスを提供した際の、通訳者の言葉である。この時は、急性期直後に入院中の本人から要請を受けて通訳を派遣した。

「支援する側として、本人が生活保護を受給したことでの安心感、かかわり続けることが大事であることを実感した事例がある。生活保護の受給が決定し、これで生活は大丈夫と安堵し、しばらく経った頃、突然本人から精神科に入院したと連絡が来た。今にして思えば、生活保護がもらえるまでは本人も支援者と緊密に連絡し合い、私も関係機関に同行して通っていたのに、受給が決まった途端、本人は医療ソーシャルワーカーが数ヶ月に一度来るだけのさみしい状況に陥った。趣味のサークルでも学習でも活動内容や目的は何でも構わない。本人の気持ちが向くどこかつながれるまで、見守るべきということを学んだ。」

李節子編著：「在日外国人の健康支援と医療通訳」、杏林書院、2018. P.107より引用、改変。

在住外国人等への付き添い支援

患者が英語を用いる場合、医療従事者の中で対応可能なケースも少なくない。しかし医療現場では、代表的な外国語である英語が通じない場面に出くわすことがある。事例1のように、少数言語で医療者側がまったくその言語を知らない場合、医療通訳者の役割は極めて大きいだろう。

支援が必要なのは外国人にとどまらない。例えば、日本語利用に困難を持つ中国からの帰国者も日本語の支援を場合により必要としている。要件に該当する人は、「中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律」（2014年10月改正）に基づいて支援・相談員や自立支援通訳のサポートが受けられる。2015年度「中国残留邦人等実態調査結果報告書」⁶⁾によると、帰国者は高齢化が進んでおり、平均年齢は76歳、93.4%が70歳以上とのことである。4分の1は東京に住んでおり、67.5%以上が健康問題を抱えている。帰国者の支援給付受給者では46.4%が支援・相談員に「よく相談する」「時々相談する」と回答している。53.5%が医療機関や介護サービスを利用する際に通訳を「必要としている」「時々必要とする場合がある」と回答しており、通訳が必要な理由として72%が「通訳がないとコミュニケーションがとれず、施設等を利用することが困難であるから」と回答している。

日本の医療通訳の現状と課題

日本ではまだ統一された定義はないが、「通訳とは、A 言語を話す人と B 言語を話す人の間で言葉を変換し、会話が成立するように介入することである。医療通訳は、医療の現場で通訳を行うこと」である¹⁶⁾。会話が成立するためには、言語に精通しているだけでなく専門分野の基礎知識・単語、医療制度や対人援助についての理解も必要である。会話中の文化的背景や医療文化の違いによる会話のズレなどを察知し、誤解が大きくなる前に指摘できる能力も必要である。研修には通訳技術や知識習得だけでなく医療通訳特有のスキルや倫理もある¹⁷⁾。医療通訳や支援員の存在をより広く理解してもらうことで、より多くの人たちに「言葉を届ける」ことができると考える。また、近年日本では専門職として認定化の動きもある¹⁸⁾。

2018 年には全国 38 の自治体・国際化協会や NPO で専門の研修を受けた医療通訳者が登録・活動しており、そのうち 15 団体に 23 言語、1,500 名以上の医療通訳者が登録している¹⁵⁾。登録通訳者以外にも病院の職員として働く医療通訳者もいる。

前述のように、会話のために言語的障壁があることは、受診を阻害する大きな要因となり得る。日本語に困難を抱える人々に対して、医療機関へのアクセスを確保することは健康新格差の広がりを防ぎ、WHO も人権擁護の観点から推奨している^{12) 19)}。実際、医療通訳には、治療中断のリスクを回避できるなどの効果が期待されている。上記のような事例を鑑みれば、医療通訳は単なる会話の支援にとどまらず、本レビューが扱っている「付き添い支援」の効果と考えられる言語的な障壁の軽減や患者満足度の向上、受診中断や再入院の予防といった要素を必然的に併せ持つ可能性がある。

医療通訳は医療費の適正化の上でも検討の価値があろう。十分な検証はまだなされていないが、例えば、柴沼ら(2018)によれば、治療中断に伴うコストが結核で約 3 億円、非感染性疾患(NCDs)で 83 億円削減できるとの試算がされている¹⁴⁾。

医療通訳者は、在住外国人に同行し通訳することで、異なる言語間のコミュニケーションを実現するだけではなく、対象者に寄り添い思いを受け止め、関係者や専門家につなげる役割も持つ。外国人労働者の増加、オリンピック・パラリンピックに代表される国際化的潮流の中で、医療通訳、あるいは対象言語が話せる相談員による「付き添い支援」サービスは今後ますます重要なものと思われる。サービスを提供する団体や通訳者の育成、そして多言語対応が急務である。

<引用文献>

- 1) 平成 29 年末現在における在留外国人人数について（確定値）法務省
http://www.moj.go.jp/nyuukokukanri/kouhou/nyuukokukanri04_00073.html
- 2) 平成 29 年末確定値公表資料. 法務省入国管理局.
<http://www.moj.go.jp/content/001256897.pdf>.
- 3) 在留外国人統計. 法務省 e-stat.2012 年 12 月.
<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00250012&tstat=000001018034&cycle=1&year=20120&month=24101212&tclass1=000001060399>
- 4) 生活保護に関する実態調査結果報告書. 総務省行政評価局. 平成 26 年 4 月.
http://www.soumu.go.jp/main_content/000305409.pdf
- 5) 外国人住民実態調査. 山梨県立大学多文化共生研究会. 2008.
http://libweb.nlib.yamanashi-ken.ac.jp/infolib/user_contents/02_G0000002repository/cch2008008.pdf
- 6) 平成 27 年度中国残留邦人等実態調査実態報告書. 厚生労働省社会・援護局.
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12102000-Shakaiengokyo-Engo-Chuugokuzanryuhoujinshitsu/houkokusyo2015.pdf>
- 7) 医療政策に関する 2007 年世論調査. 日本医療政策機構.
https://hgpi.org/wp-content/uploads/2010-02-03_51_616703.pdf
- 8) 川添希、馬場園明. 健康保険組合被保険者の医療受診における所得効果. 厚生の指標. 2007;54(6):14-19.
- 9) 菅万理. 社会経済的階層による健康格差と老人保健制度の効果—全国高齢者パネルを用いた試的研究—. 世代間問題研究プロジェクト「世代間問題の経済分析」(特別推進研究)ディスカッション・ペーパー. 2007;308.
- 10) 村田千代栄、尾島俊之、藤克則、平井寛. 地域在住高齢者の所得と受療行動の関連. 第 18 回日本疫学会学術総会講演集. 30, 2008.
- 11) Roy A Carr-Hill, Nigel Rice, Martin Roland. Social determinants of rates of consultation in general practice based on fourth national morbidity survey of general practices. BMJ.1996;312:1008-1013.
- 12) Norredam M. Migrants access to healthcare. Dan Med Bul. 2011;58(10); B4339.
- 13) Prakash Shakya. Nepalese migrants in Japan: What is holding them back in getting access to healthcare?. PloS ONE. 2018;13(9):e0203645.
- 14) 柴沼晃、桐谷純子、神馬征峰. 医療通訳の経済評価に関する基礎的研究. 厚生労働科学研究費補助金(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業), 2018.
<https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/kenkyujigyou/hojokin-koubo-h29/gaiyo/03.html>
- 15) 医療通訳者の派遣団体について. 第 2 回訪日外国人等に対する医療の提供に関する検討会(資料7). 厚生労働省.
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000472217.pdf>
- 16) 森田直美. 医療通訳の活動の実際と日本国内の普及における課題. 診療研究. 2018;541:13-17.
- 17) 医療通訳. 一般財団法人日本医療教育財団.
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakuinshouhou-10800000-Iseikyoku/0000057158.pdf>
- 18) 国際臨床医学会医療通訳士認定制度規則(改定案). 国際臨床医学会.
http://kokusairinshouigaku.jp/activities/authentication/m-interpreter/files/_draft_rev_pub01.pdf
- 19) 25 Questions & Answers on Health & Human Rights. World Health Organization. 2002.
<https://www.who.int/hhr/NEW37871OMSOK.pdf>

3章 生活保護受給者の健康状態とその関連要因の分析

生活保護データベースと国民生活基礎調査結果の比較

概 要

生活保護受給者の医療サービス利用や健康状態、その背景要因についてまとめた資料はほとんどない。また、利用者や医療機関、および医療財政への負担が懸念される頻回受診が発生する背景要因について検証された国内の研究はない。さらに、医療費の支払い困難を抱える患者に対する緊急避難的な支援制度である無料低額診療事業が全国的に実施されているが、利用者の社会背景等について報告されたデータは存在しない。

そこで、まず国内 2 自治体の福祉事務所で管理している生活保護受給者の、2016 年 1 月の管理データとその後 1 年間の医療サービスのレセプトデータを連結して、生活保護受給者の受療行動および健康状態について分析し、その結果を国内の代表的な健康と生活の調査である国民生活基礎調査の 2016 年の結果と比較した。また、同データを用いて、頻回受診と関連する要因について、患者やその社会背景、そして医療機関側の要因を踏まえて分析した。さらに、京都市内の 1 法人において実施した無料低額診療事業の利用患者へのアンケート結果および利用者の診療データから、同事業利用者の実態を分析した。その結果、主に以下のことが明らかとなった。

生活保護受給世帯では、

- 子ども・成人は若年でも通院率が高い
- 全世代にわたり慢性疾患などの疾病的有病割合が多い
- 成人では慢性疾患などの有病割合が比較的若くから上昇する
- 子どもでは、ひとり親世帯にぜんそく・アレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚炎・歯の疾患のリスクがある
- 子どもでは、外国籍世帯で歯の疾患が多い
- 成人では独居や不就労が頻回受診と関連がある
- 成人の頻回受診は個人医院で多い

無料低額診療事業の制度利用者には、

- 高学歴者が一定割合いる
- 孤立しがちな者が多い
- 受診抑制の経験が多い

このように、生活保護受給者は、子どもや若年成人の時期から健康状態の課題を多く抱えており、医療サービス利用も高いことがわかった。健康上の課題のために生活困窮状態となり、保護に至った可能性が考えられる一方で、現状の生活保護制度による支援では解決できない健康問題が多く存在する可能性が示された。頻回受診等の受療行動上の課題については、社会的に孤立しやすい状態にある生活保護受給者の中でも、社会的孤立に影響しやすいような状況（独居・不就労・ひとり親世帯・外国籍など）では、疾病のリスクや頻回受診などの受診行動の課題につながりうる。孤立や、医療サービス利用上の不安や課題の解消の観点から、第2章でまとめた同行受診などの伴走的な支援が、生活困窮世帯の健康管理支援の一環として有効な可能性が考えられた。

1 はじめに

*生活困窮世帯の健康と受療行動

社会経済状況が健康や受診行動に与える影響に関する知見が蓄積されている。例えば、経済的な困窮は人々の健康に影響するだけでなく、服薬を適切に続けるなど、病気の治療を難しくさせることにつながることが報告されている¹⁾。生活困窮者には、健康診断等の一般的な保健サービスが届きにくいことが報告されている²⁾。また、所得が少ない人ほど受診抑制を経験したり、反対に必要以上に頻回に受診したりすることも報告されている³⁾⁻⁷⁾。

生活困窮者のうち、特に生活保護受給者は若いうちから糖尿病や肝炎などの慢性疾患を抱えている者が多く、医療を必要としていることが報告されている⁸⁾。そのため、医療機関への受診や健康管理が適切に行われないと重症化するリスクが高い。生活保護受給者の健康状態管理は、受給者の生活を支え、生活保護からの自立を図るために基礎として重要である。

生活保護受給者の健康づくりや適切な受療行

動を支援することを目的として、厚生労働省は、「生活保護受給者に対する健康管理支援事業」を行っている。2021年度には全国展開が予定されており、事業を進める自治体に対して支援マニュアルを策定するなど、動きが活発になってきている⁸⁾。

しかし、生活保護受給者の健康状態に関して詳細に記述した報告はほとんどなく、また、生活保護受給者の医療機関利用の実態についても明らかになっていない。生活保護世帯の子どもについても同様である。生活保護受給者の健康状態や受療行動を明らかにすることは、今後、効果的な健康管理支援を提供するうえで重要であろう。

生活保護世帯の子どもに焦点を当てた分析も求められる。生活保護は成人の世帯主に対して給付されるため、子どもへの直接的な支援を提供する枠組みとはなっていないことから、現在生活保護世帯の子どもへの支援法についても議論が続いている。

*頻回受診の原因は何か

また、頻回受診など、適切に医療サービスを利用できない理由を明らかにすることで、効果的な支援の方法を探ることができるだろう。生活保護受給者の受療行動については、健康状態だけでなく、地域社会での生活状況や、医療機関側の要因も考慮する必要がある。たとえば、地域で孤立しがちな状況であると、日々の生活や体調への不安感が増し、頻回に受診してしまう、といったことが考えられる。さらに、生活保護受給者は医療扶助を受けられるため、基本的に医療機関での支払いが存在しない。そのため、医療機関は、生活保護受給者に対しては、患者の支払いを気にせず、受診を促したり検査や投薬などの医療サービスを提供することができる。これは医療機関誘発需要と呼ばれている。理屈上、医療機関が経営を安定化させるために不必要に医療サービスを提供することも考えられるため、その対策が議論されているところである。

*本章の目的

そこでここでは、以下の作業を行った結果を

2 生活保護受給者の疾病の状況（16歳以上）

【目的】

本節では、16歳以上の生活保護受給者の医療扶助の支払い伝票の情報である「レセプトデータ」を用いて、罹患している疾病やその年齢構成などを詳細に記述し、同年に実施された国民生活基礎調査⁹⁾の結果と比較することで、生活保護受給者の健康状態の現状を報告する。

報告する。

- 既存のデータベースを活用して生活保護受給者（16歳以上）の健康状態を記述し、それを同年実施された国民生活基礎調査と比較する。
- 生活保護受給世帯の子ども（0歳から15歳）の健康状態を記述し、それを同年実施された国民生活基礎調査と比較する。また、生活保護受給世帯の子どもが抱える疾病に関連する社会的要因を明らかにする。
- 生活保護受給者の頻回受診に関連する様々な要因を分析する。

以上より得られた結果を踏まえて、今後の生活保護受給者をはじめとした生活困窮者への支援や制度のあり方について考察する。

また、生活保護による医療扶助とは異なる、もう一つの生活困窮者への医療機関受診の経済的支援として行われている無料低額診療事業の実態について分析したので、その結果をコラムとして紹介する。

【方法】

まず、2自治体の福祉事務所が管理しているデータを分析した。福祉事務所が利用しているデータ管理システムに登録されている生活保護受給者（16歳以上）の2016年1月時点における基本情報と、その後1年間の医療扶助レセプトデータを結合したものの提供を受けた。そのうえで、主要な疾病の有病数と有病割合を年齢構成別・性別ごとに計算して記述した。そして、同年に実施された国民生活基礎調査による一般住民と、生活保護受給者の有病割合を比較した。

【方法の詳細】

研究デザイン

記述疫学研究

対象者・観察期間

生活保護受給者数が約5,000人、約2,000人の都市部近郊の2つの自治体（A,B）に住民登録しており、2016年1月時点で生活保護を受給している者である。15歳以下の子どもは分析から除外した（15歳以下の子どもの分析については、第3節 生活保護受給者の疾病の状況（子ども）の結果を参照）。観察期間は12ヶ月とし、2016年12月までの医療扶助レセプトデータを抽出した。

データ

研究に用いるデータは自治体が所有している生活保護に関する基本情報の管理データ・医療扶助に関するレセプトデータと公表資料である国民生活基礎調査の公表データである。

●生活保護受給者の基本管理データ：

主に受給の可否や支給額などを決定するために用いられる台帳データである。世帯構成、収入（個人・世帯）、就労状況（職種・就労日数）、障害、傷病の有無（精神・知的・身体障害、精神疾患、アルコール依存、その他の疾患、健康に異常なし）、住居種類（公営住宅・賃貸住宅・持家・その他）、保護となった理由、国籍などが含まれる。いずれも自治体の福祉事務所など、生活保護担当部署の職員によって聴取され入力されるものである。

●医療扶助レセプトデータ：

レセプト対象月、医療機関コード、レセプトの種類（医科・歯科・薬局・訪問看護などに分類）、入院外来の種別、診療日数、診療点数、受診時に診断された病名とその傷病名コードなどの情報が収載されている。しかし、重症度や実際の診療内容、管理加算などの情報は含まれていない。また、医療機関への受診歴がない対象者は含まれない。

●国民生活基礎調査：

保健、医療、福祉、年金、所得等の国民生活に関する基礎的事項が集計されている、3年ごとに実施される大規模な調査である。対象者は層化無作為に抽出される。収集方法は自己記入式の質問票による集計であり、日本を代表する統計資料である。本研究では2016（平成28）年度の公表されている統計資料を利用した。

変数

医療扶助レセプトデータの個人の病名欄に記載されているもののうち、国民生活基礎調査で集計されている情報を参考に、通院率と有病割合の多い以下の傷病を抽出した。ただし、がんや眼科・整形外科的疾患などについては部位や記載方法がばらついていることや国民生活基礎調査でも詳細な傷病名が聴取されていないため、正確な状況が把握できなかったため本研究では割愛した。それぞれの疾病が各個人の傷病名欄に登録されている場合に、疾病の罹患有無に関する二値変数を付与した。病名に関しては、医療機関による付与病名のばらつきが

あるため、各病名に加えて、カッコ内の病名も含めて検索した。

1. 高血圧（本態性高血圧）
2. 糖尿病（1型糖尿病・2型糖尿病）
3. 脂質異常症（高脂血症・高コレステロール血症）
4. 脳卒中（脳出血・脳梗塞）
5. 慢性閉塞性肺疾患（肺気腫）
6. 気管支喘息
7. 認知症（アルツハイマー病・アルツハイマー型認知症・脳血管性認知症・血管性認知症・レビー小体型認知症・アルコール認知症）
8. うつ病やこころの病気（うつ病・統合失調症など）
9. 歯の疾患（齲歯・歯周炎・歯肉炎など）

分析

対象者の一般的な個人・世帯の情報に関して記述統計量を算出した。また、それぞれの疾患について、年齢構成別・性別の有病数と有病割合に関する記述統計量を作成し、2016年に実施された国民生活基礎調査の結果を併記して視覚的に傾向を比較した。

【結果】

生活保護受給者（16歳以上）の個人や世帯の状況（付録表3-2-1）

観察期間中に医療機関への受診歴があり、医療扶助レセプトデータによる情報が入手できたのは、5,564人であった。平均年齢は61.9歳で、標準偏差は17.3であった。独居のものが65.0%で、就労しているものは18.3%であった。一方、観察期間の1年間に外来・入院・歯科・薬局・訪問看護の利用が1度もなかったのは631人であった。平均年齢は54.7歳で、標準偏差は18.7であった。また、独居のものが59.4%、就労しているものは32.0%であった。

受給者の疾病の状況（図3-2-1から図3-2-10、付録表3-2-2から3-2-4）

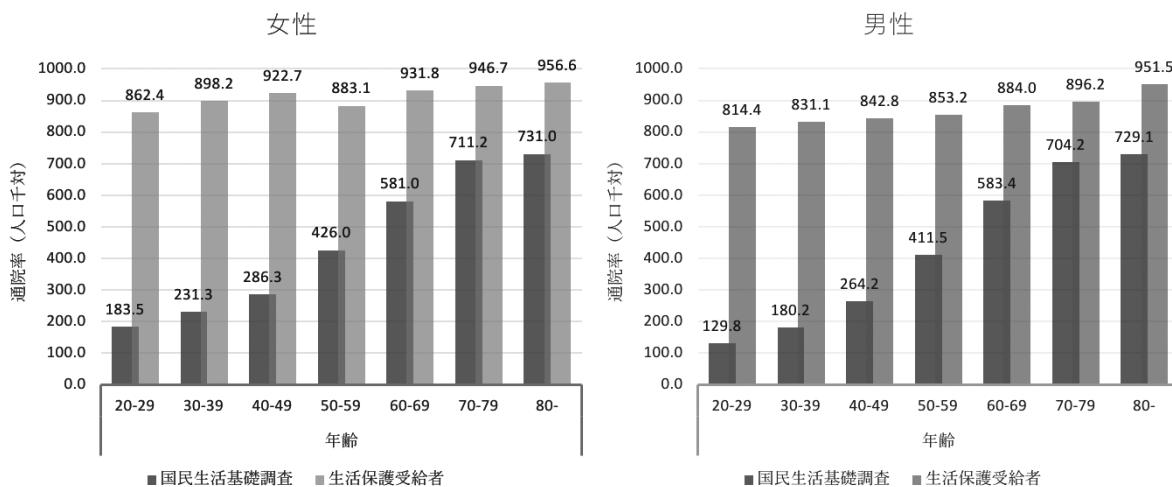
各傷病の有病割合を年齢構成別および性別で層化したものを算出した（詳細な表は付録を参照）。糖尿病・脂質異常症は20歳代から有病割合が高いが、30歳以降に増加している傾向があった。高血圧は40歳以降に有病割合が上昇していた。脳卒中や慢性閉塞性肺疾患は60歳

代から割合が増加していた。認知症は70歳代以降に増加している傾向であった。気管支喘息は全世代に渡って人口1000人あたり100人から200人の有病割合がみられた。うつ病や統合失調症などの疾患の有病割合は若年者で多く見られ、高齢になる程少なかったがすべての年代で人口1000人あたり100人を超えていた。歯科疾患は全世代に渡り、高い有病割合をもつ傾向があった。

国民生活基礎調査との比較（図3-2-1から図3-2-10、付録表3-2-5）

生活保護受給者の有病割合と、本調査の観察年と同年（2016年）に実施された国民生活基礎調査の結果を年齢構成別・性別で算出し比較した。生活保護受給者は国民生活基礎調査の結果と比べて通院率・高血圧・糖尿病・脂質異常症・脳卒中・慢性閉塞性肺疾患・気管支喘息・認知症・うつ病などのこころの病気、歯の疾患のすべての疾病において高い有病割合を示しており、また疾病の有病割合の増加が比較的若い傾向で見られた。

図3-2-1：生活保護受給者と一般集団（国民生活基礎調査）の比較：通院率



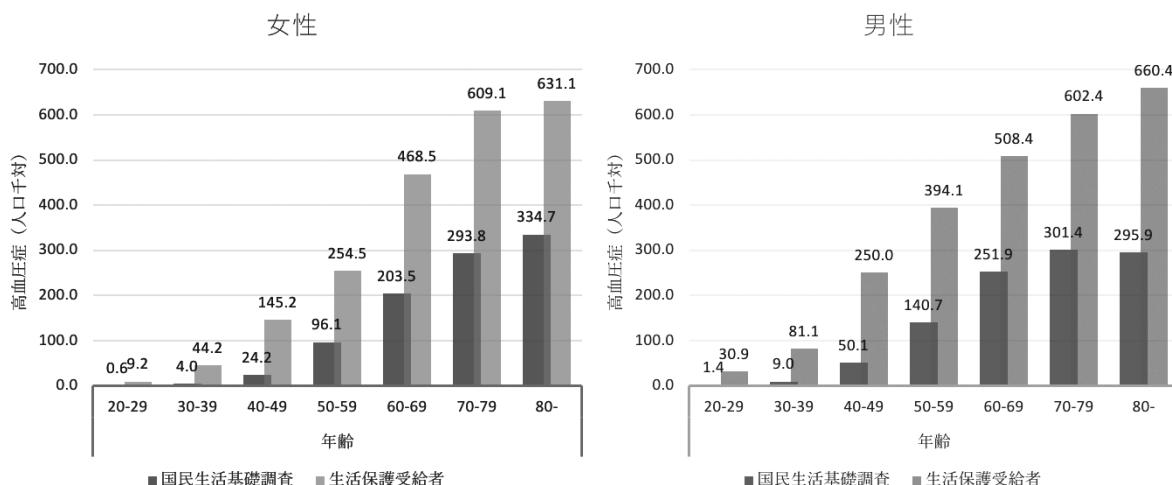
生活保護受給者では全年齢層で通院率が高い

通院率とは、調査対象者のうち、現在医療機関に通院している割合である。国民生活基礎調査では、通院率を「現在、傷病（病気やけが）で病院や診療所（医院、歯科医院）、あんま・はり・きゅう・柔道整復師（施術所）に通っていますか。」との設問に通っていると回答した者の割合を通院率としている⁹⁾。

また、生活保護受給の対象者の通院率は、2016年1月から12月に医療機関（医科・歯科）

への受診歴がある者の割合で定義している。国民生活基礎調査によると、通院率は50歳を超えると上昇する傾向があり、高齢者になると約7割である。一方で、生活保護受給者では、20歳代から40歳代の若年層を含む全ての年齢層で通院率が高く、どの年代でも9割近くの人が通院していることが分かった。病気のために働きず生活保護を受けることになることが多いなど様々な原因が考えられる。そのため一般集団との比較には注意を要する^{注)}。

図3-2-2：生活保護受給者と一般集団（国民生活基礎調査）の比較：高血圧症

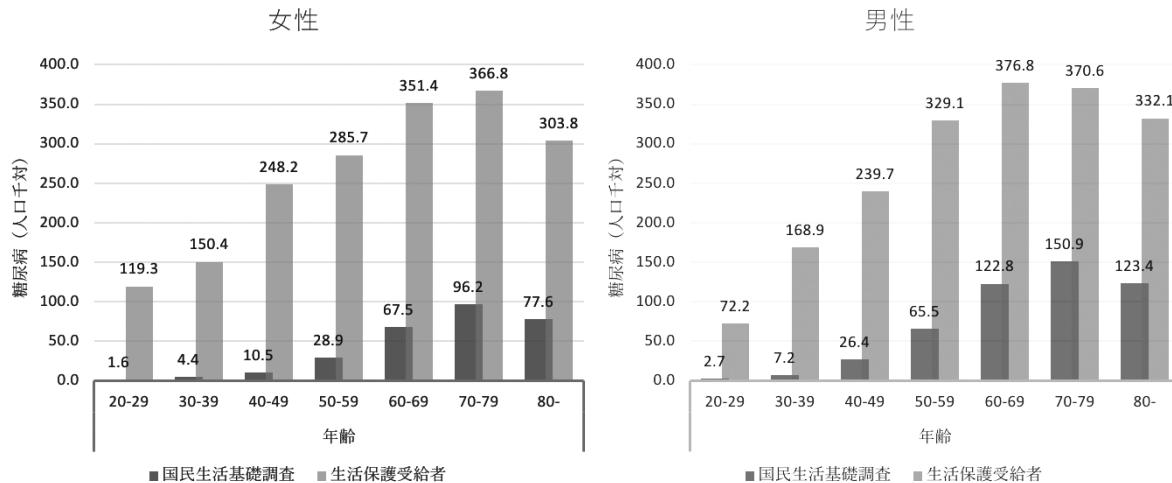


生活保護受給者では高血圧の有病割合が高く、比較的若年から有病割合が上昇し始める

国民生活基礎調査によると、高血圧は60歳以降に有病割合が2割を超える。しかし生活保護

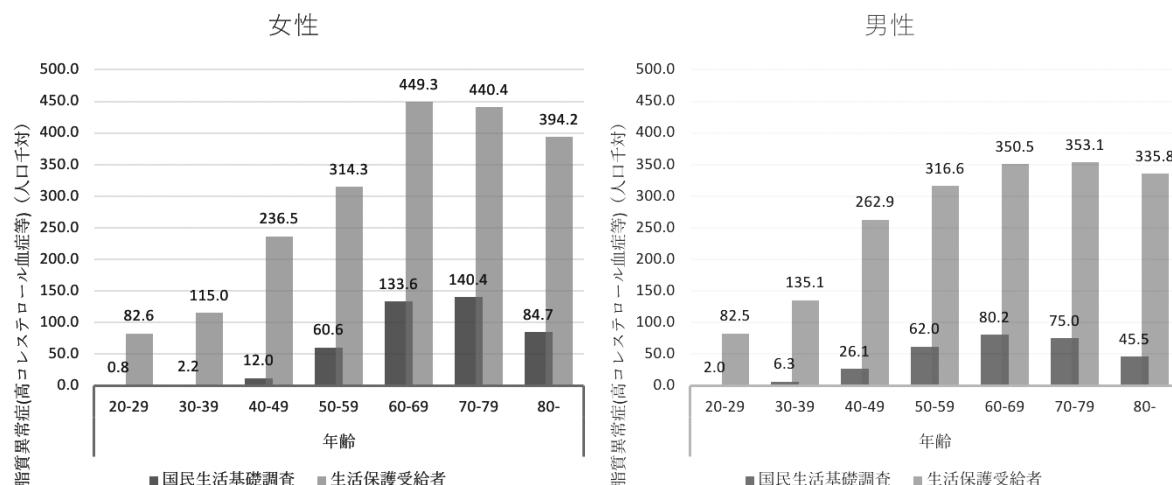
受給者においては、男性で40歳代、女性で50歳代より有病割合が2割を超える。また、70歳代以降では約6割が高血圧である。データの集計方法が異なるため、比較には注意を要する^{注)}。

注) 比較する際は60ページに記載した「結果の解釈の際の注意点」を参考にしてください。

図 3-2-3：生活保護受給者と一般集団（国民生活基礎調査）の比較：糖尿病**生活保護受給者では糖尿病の有病割合が全年齢層で高く、若年から有病割合が高い**

国民生活基礎調査によると、糖尿病は40歳から50歳以降に有病割合が上昇し、70歳代で約10-15%と有病割合のピークを迎える。しか

し生活保護受給者においては、20歳代からすでに有病割合が高く、また、70歳代では約4割弱が罹患している。年齢構成別の分布の形は一般集団に似ている。データの集計方法が異なるため、比較には注意を要する^{注)}。

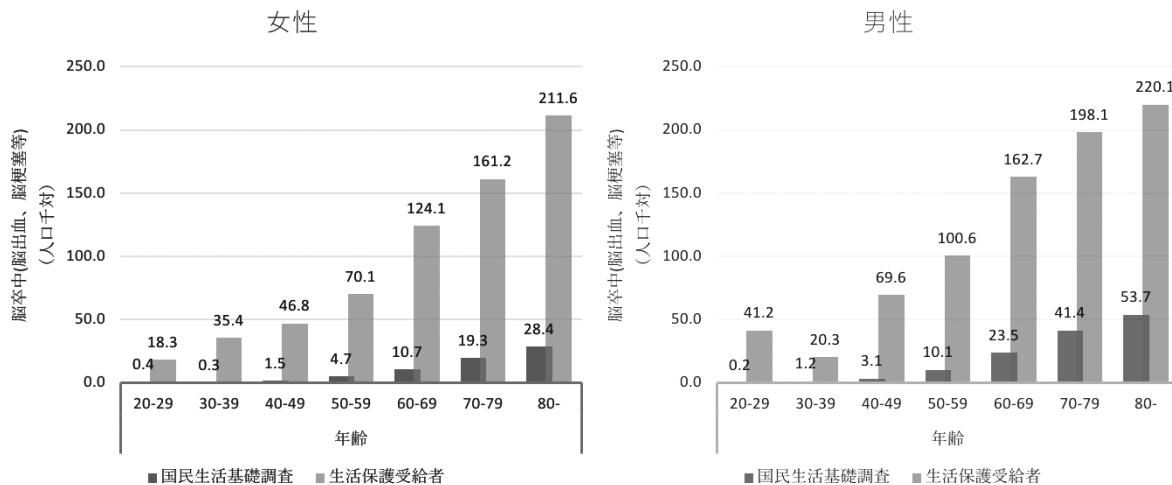
図 3-2-4：生活保護受給者と一般集団（国民生活基礎調査）の比較：脂質異常症**生活保護受給者では全年齢層で脂質異常症の有病割合が高く、若年から有病割合が高い**

国民生活基礎調査によると、脂質異常症は50歳から80歳代に緩やかな山が存在し、約1割前後の有病割合である。生活保護受給者において

は、20歳代から比較的有病割合が高く、また、50歳から80歳代では約3割から4割が罹患している。データの集計方法が異なるため、比較には注意を要する^{注)}。

注) 比較する際は60ページに記載した「結果の解釈の際の注意点」を参考にしてください。

図 3-2-5：生活保護受給者と一般集団（国民生活基礎調査）の比較：糖尿病

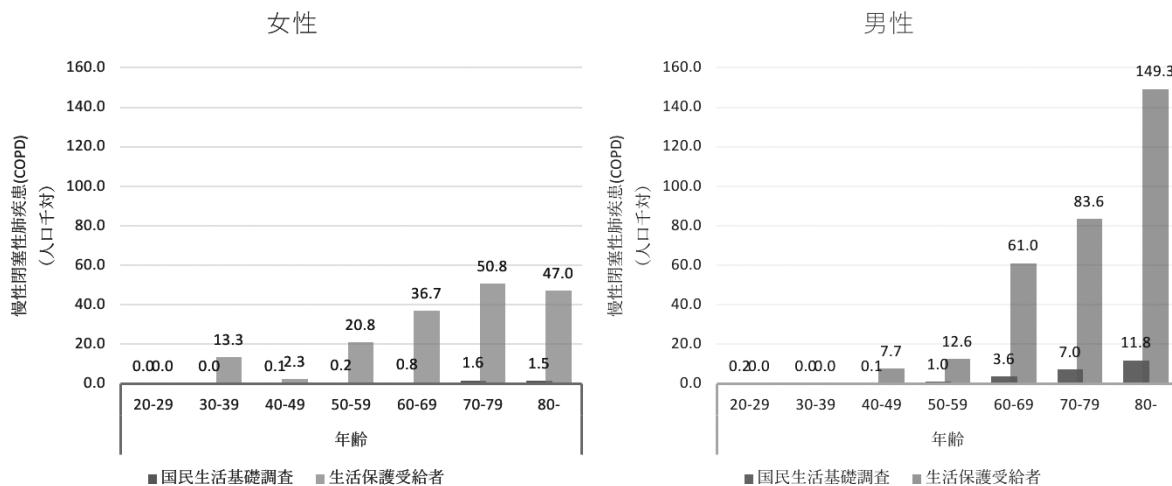


生活保護受給者では若年から脳卒中の有病割合が高く、高齢女性では約8倍、高齢男性では約4倍有病割合が高い傾向がある

国民生活基礎調査によると、脳卒中は男性では50歳代、女性では60歳代より約1%の有病割合を示すが、生活保護受給者においては20

歳代と若年から約2%の有病割合が見られる。また、高齢の女性では約8倍、高齢の男性では約4倍の有病割合である。これは脳卒中に罹患したことがきっかけで生活保護を受給するなどの経路も考えられる。データの集計方法が異なるため、比較には注意を要する^{注)}。

図 3-2-6：生活保護受給者と一般集団（国民生活基礎調査）の比較：慢性閉塞性肺疾患（COPD）



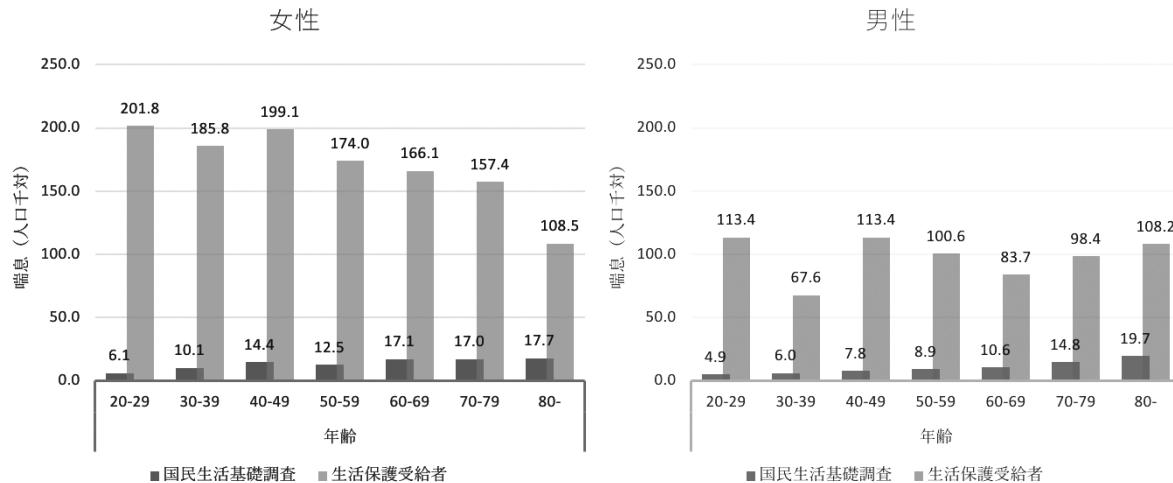
生活保護受給者では慢性閉塞性肺疾患の有病割合が男女ともに国民生活基礎調査よりも高く、40-50歳以降に上昇する

国民生活基礎調査によると、慢性閉塞性肺疾患の有病割合は最も多い80歳代の男性で約1.2%ほどであり少ない。しかし生活保護受給者にお

いては、特に男性において60歳代以降に有病割合が上昇し、最も多い80歳代の男性では約15%多い。また、生活保護受給者においては、女性の慢性閉塞性肺疾患の患者が50歳以降に一定割合存在することも特徴である。データの集計方法が異なるため、比較には注意を要する^{注)}。

注) 比較する際は60ページに記載した「結果の解釈の際の注意点」を参考にしてください。

図 3-2-7：生活保護受給者と一般集団（国民生活基礎調査）の比較：気管支喘息

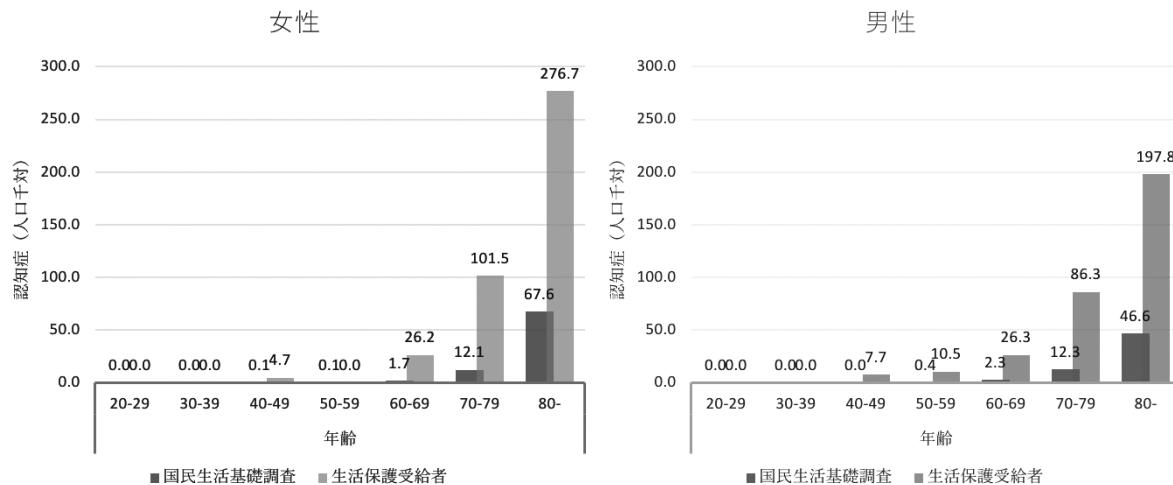


生活保護受給者では気管支喘息の有病割合が全年齢層で高い

国民生活基礎調査によると、気管支喘息はすべての年齢層で約 1% 前後の有病割合であることがわかる。一方で、生活保護受給者において

は、全年齢層で有病割合が高く、約 1 割から 2 割の有病割合を示している。国民生活基礎調査も生活保護受給者の結果もともに女性の方が気管支喘息の有病割合が多い。データの集計方法が異なるため、比較には注意を要する^{注)}。

図 3-2-8：生活保護受給者と一般集団（国民生活基礎調査）の比較：認知症



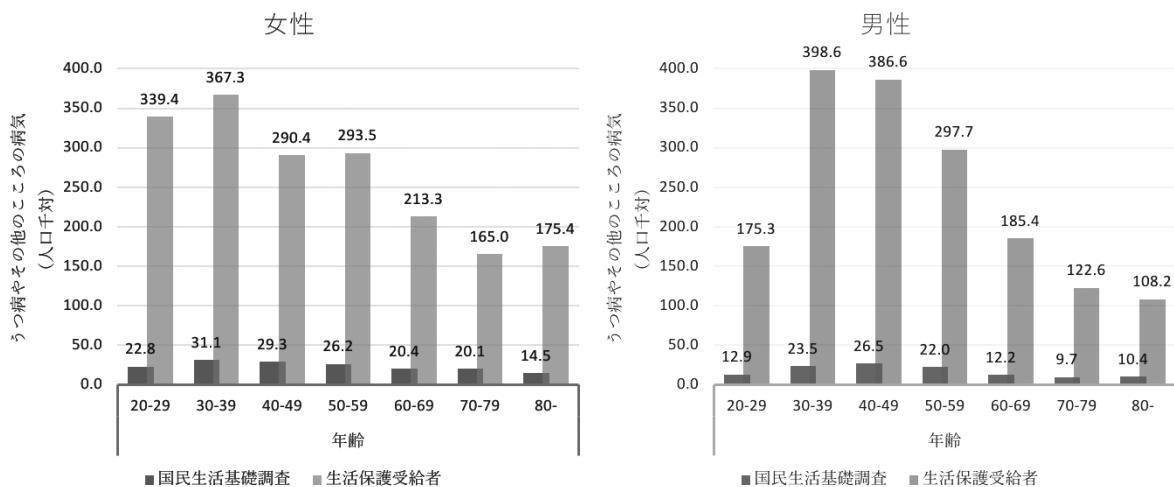
生活保護受給者では認知症の有病割合が高く、特に男性では比較的若年から有病割合が高い

国民生活基礎調査によると、認知症は 60 歳代からみられ、70 歳以降に有病割合が上昇する。70 歳代では約 1%、80 歳代では約 5% 前後の有病割合である。生活保護受給者においては、男女ともに 40 歳代から有病割合が上昇し、70 歳

代では約 10%、80 歳代では女性で約 28%、男性で約 20% と高い有病割合を示している。年齢構成別の分布の形は一般集団に似ているが、有病割合が上昇を始める年齢は生活保護受給者のほうが早い。データの集計方法が異なるため、比較には注意を要する^{注)}。

注) 比較する際は 60 ページに記載した「結果の解釈の際の注意点」を参考にしてください。

図 3-2-9：生活保護受給者と一般集団（国民生活基礎調査）の比較：うつ病またはこころの病気

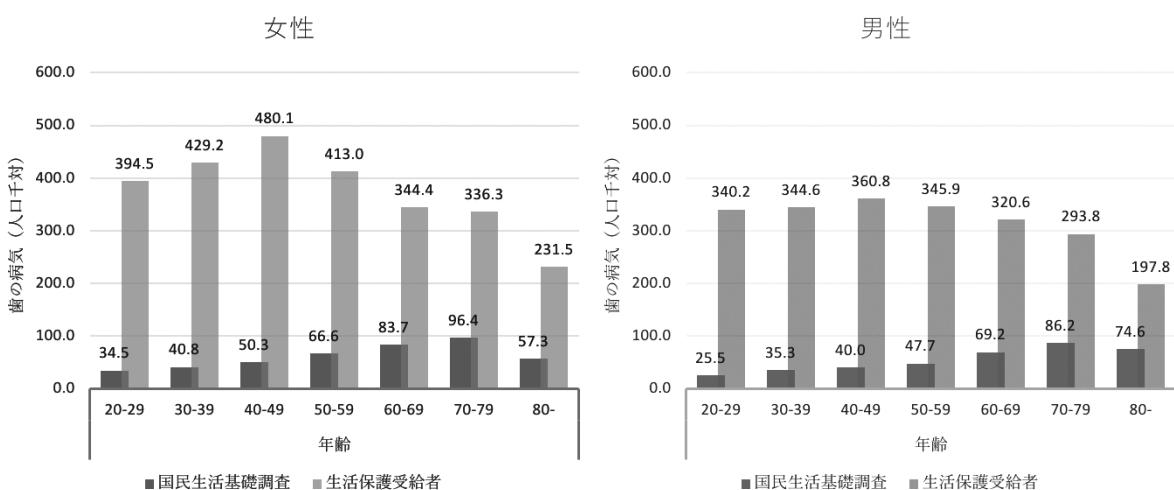


生活保護受給者ではうつ病またはこころの病気の有病割合が全年齢層で高い

生活保護受給者においては、うつ病と統合失調症を含んだデータである。全年齢層で有病割合が高く、特に若年層に多いのが特徴である。有病割合は約 10% から最大で約 40% を示している。一方、国民生活基礎調査では、「うつ病

またはこころの病気」の定義が具体的に示されていない。また、これらの疾患に罹患している患者による回答率は低くなることが予想されるため、自己記入式の調査である国民生活基礎調査では過小評価になっている可能性が考えられる。データの集計方法が異なるため、比較には注意を要する^{注)}。

図 3-2-10：生活保護受給者と一般集団（国民生活基礎調査）の比較：歯の疾患



生活保護受給者では歯の疾患の有病割合が全年齢層で国民生活基礎調査よりも高く、特に若年者ではおよそ 10 倍多い

国民生活基礎調査と比較して、生活保護受給者の歯の疾患の有病割合は、20 歳から 40 歳ご

ろまでは約 10 倍多い結果である。50 歳以降は生活保護受給者の有病割合が減少しており、また国民生活基礎調査の有病割合は上昇している。データの集計方法が異なるため、比較には注意を要する^{注)}。

注) 比較する際は 60 ページに記載した「結果の解釈の際の注意点」を参考にしてください。