

【考察】

主な結果

生活保護受給者では、受診歴がある者のうち、高血圧や糖尿病、脂質異常症が30歳代から40歳代にかけて高かった。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。一方で、気管支喘息や歯科疾患は全世代に渡って有病割合が高い傾向にあった。

一般集団と比べて、生活保護受給者は、すべての年齢層で、性別によらず通院率が高く、特に若年層では顕著であった。各疾病を持つ人の割合も高血圧・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、一般集団と比較して顕著に高く、また若年のうちからこれらの疾患を発症している傾向がみられた。

結果の解釈の際の注意点

本報告のデータを活用する際には以下に挙げた2点に注意して用いていただきたい。

注意点1：2つのデータの比較の際の注意

医療扶助レセプトデータと国民生活基礎調査は集計方法が異なる2つのデータであり、それぞれ、実際に疾病に罹患しているかどうかを過大または過小に評価している可能性がある。

まず、医療扶助レセプトデータによる結果は過大評価の可能性がある。具体的には、医療扶助レセプトデータから得られる結果は生活保護受給者が医療機関を受診したことにより、医療機関によって付与される病名から把握される有病割合である。医療機関では、一般に、検査や投薬などの処方を行った際には、関連する病名が医療保険の支払い請求情報として記載されていることが求められるため、実際にはその病気ではない類似の病気であったり「糖尿病の疑い」というような、いわゆる「疑い病名」が含まれる場合が考えられるからである。

一方で、国民生活基礎調査による病気の

有病割合については、一概に過大評価になるか過小評価になるかはわからない。まず過小評価される可能性について、国民生活基礎調査によって把握される有病割合は、調査票へ回答者自らが記入した各病気の有無の情報を集計したものである。そのため、その病気のことをあまり意識していない人の場合は、実際はその病気を持っている人でも「持っていない」と回答してしまう場合が考えられる。反対に、過大評価になる可能性もある。医療機関を受診した際に、医師から「高血圧の疑いがあります」といったように、まだその病気の確定診断がついていない状態であっても、本人としてはもう病気になってしまったように認識してしまうといったことが考えられる。

注意点2：因果関係ではなく、相関関係を示している

生活保護を受給していること、あるいは生活保護を受給するほど生活に困窮することが、各々の病気の原因となる可能性があるが、今回はそういった「因果関係」を検証していない。生活保護の受給と各病気の有無との「相関関係」を示しているのみである。たとえば、病気になったことで働きなくなり、生活保護に至る、というように反対の方向の関係性も考え得る。実際に、生活保護を受給するきっかけとして傷病は多くの割合を占める。⁸⁾ 今回のデータでも、脳卒中やうつ病等のこころの病気が、生活保護受給者では若年層から相当数いることが示されたが、これらの疾患は後遺症等により就労を困難にする可能性が高い。

まとめ

本研究は自治体が所有している生活保護の管理データとレセプトデータを連結して分析した希少な研究である。この研究により、すべての年齢層で様々な病気の割合が生活保護受給者に多いことが明らかとなった。特に、糖尿病などの慢性疾患や認知症・脳卒中などは、一般集団

では若い世代ではほとんどないにもかかわらず、生活保護受給者ではそれらの病気の頻度が高かった。生活保護受給者は、病気の予防のた

めの公衆衛生活動を進める際に意識すべき重要な集団であることが示された。

3 生活保護受給者の疾病の状況（子ども）

【目的】

生活保護受給世帯の子どもには、生活習慣や健康に支援が必要な子どもが一般世帯よりも多い可能性が指摘されているが、それらの指摘は、生活保護世帯か否かの情報を直接用いておらず、経済的に困窮しているかどうか、といった情報で代用している¹⁰⁾。そこで、生活保護受給者のデータベースから、子どものデータを抜き出して、健康状態について分析した。

【方法】

前節と同様に、まず、2自治体の福祉事務所

が管理しているデータ分析した。15歳以下の子どものデータに絞って分析した。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。加えて、生活保護受給世帯の子どもの疾病的罹患に関連する要因を統計的に分析した。

【方法の詳細】

研究デザイン

横断研究

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のうち、15歳以下の子どもを対象とした。2016年12月までの1年間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。これらのデータには世帯構成、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、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、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。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、疾病的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. ぜんそく（気管支喘息）
2. アレルギー性鼻炎
3. アトピー性皮膚炎
4. 歯の疾患（齲歯・歯周炎・歯肉炎など）

統計分析

対象者に関して個人の性別、年齢、ひとり親世帯の有無、きょうだいの有無、親の仕事の有無、外国籍世帯か否か、居住自治体などに関して記述統計量を算出した。また、それぞれの病名について、有病数と有病割合に関する記述統計量を作成し、年齢構成別・性別に層化し記述した。それらを本調査研究と同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。

また、各傷病（ぜんそく、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、歯の疾患）について、個人や地域の要因との関連を表す記述統計表を作成した。さらに、各傷病の有無を被説明変数としたロジスティック回帰分析を行った。個人や家庭の要因（性別、年齢、ひとり親世帯の有無、きょうだいの有無、親の仕事の有無、外国籍世帯か否か、居住自治体）を説明変数として分析した単変量ロジスティック回帰分析と、説明変数を組み合わせて分析した多変量ロジスティック回帰分析を行った。

【結果】

生活保護受給世帯の子ども（15歳以下）の個人や世帯の状況（付録表3-3-1）

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、478人であった。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95人であった。受診歴がある子どもの平均年齢は9.4歳で、標準偏差は4.2であった。受診歴がない子どもの平均年齢は9.9歳で、標準偏差は4.3であった。受診歴がない子どもでは女児が61%と多くを占めてい

た。また受診歴がない子どもでは受診歴がある子どもと比べて外国籍の割合が多い傾向があった。

生活保護受給世帯の子どもの疾病の状況と国民生活基礎調査との比較（図 3-3-1 から 3-3-5、付録表 3-3-2 から 3-3-4）

生活保護世帯の子どもの疾病状況に関して、罹患者数とそれぞれの有病割合を算出した。ぜんそく、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、歯の疾患の子どもの中の有病割合はそれぞれ人口 1000 人あたり、218.2 人、389.2 人、57.6 人、347.3 人であった。

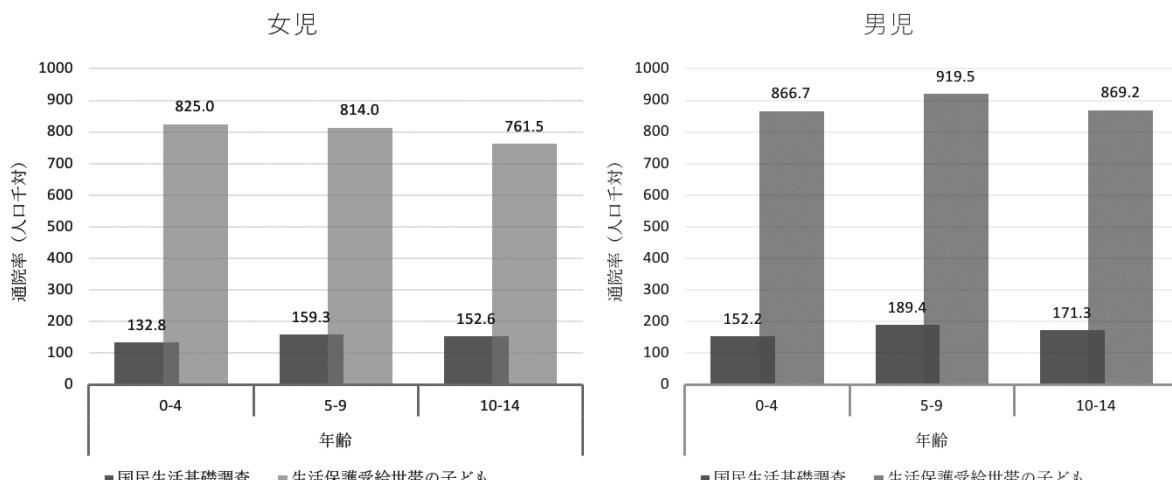
また、生活保護受給世帯の子どもにおけるぜんそく、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、歯の疾患の有病割合を年齢構成別・性別に層化して算出した。2016 年に実施された国民生活基礎調査の結果得られた一般世帯の子どもと比較

して、生活保護受給世帯の子どもは通院率が高く、すべての年齢層・性別でぜんそく、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、歯の疾患のすべての疾病で有病割合が多い傾向がみられた。

生活保護受給世帯の子どもの疾病に関連する要因（付録表 3-3-5 から 3-3-8）

ひとり親世帯に住む子どもは、そうでない場合と比べて、ぜんそくによる医療機関受診が 1.93 倍多かった。また同様に、ひとり親世帯に住む子どもは、そうでない場合と比べて、アレルギー性鼻炎では 1.57 倍、アトピー性皮膚炎では 4.25 倍、歯の病気 2.10 倍多く医療機関を受診していた。ぜんそくとアトピー性皮膚炎による受診は年齢の上昇に従い減少する傾向があった。外国籍世帯の子どもは、日本国籍の世帯の子どもと比べて、歯の疾患で 2.34 倍医療機関を受診していた。

図 3-3-1：生活保護受給世帯と一般集団（国民生活基礎調査）の子どもの比較：通院率



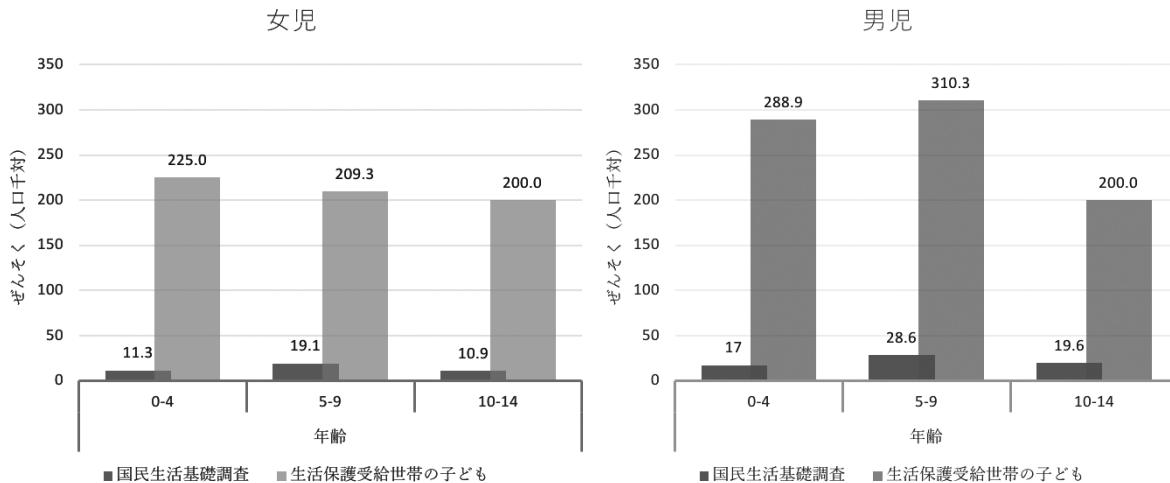
生活保護受給者では全年齢層で通院率が高い

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、子どもの通院率はおよそ 10% から 20% であるのに対して、生活保護受給世帯の子どもでは、約 70% 代後半から 90% 代と高かった。親が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)}。

注） 比較する際は 60 ページと 66 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 3-3-2：生活保護受給世帯と一般集団（国民生活基礎調査）の子どもの比較：ぜんそく

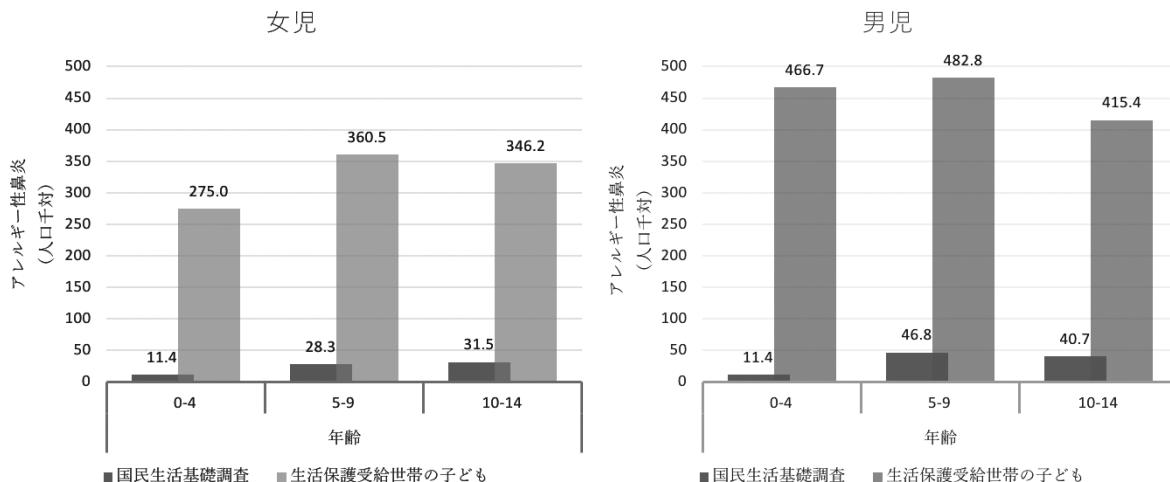


生活保護受給世帯の子どもではぜんそくの有病割合が国民生活基礎調査よりも高く、男児に多い

国民生活基礎調査と比較して、生活保護受給世帯の子どものぜんそくの有病割合は、全年齢層で高く、加齢に伴いやや減少する傾向が見られた。しかし、最も有病割合の低い10-14歳に

おいても約20%を示しており、国民生活基礎調査の約1.1%（女児）、約2.0%（男児）と比較しても極めて高い。また有病割合は生活保護受給世帯の子どもにおいても、国民生活基礎調査においても男児の方が多い。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 3-3-3：生活保護受給世帯と一般集団（国民生活基礎調査）の子どもの比較：アレルギー性鼻炎



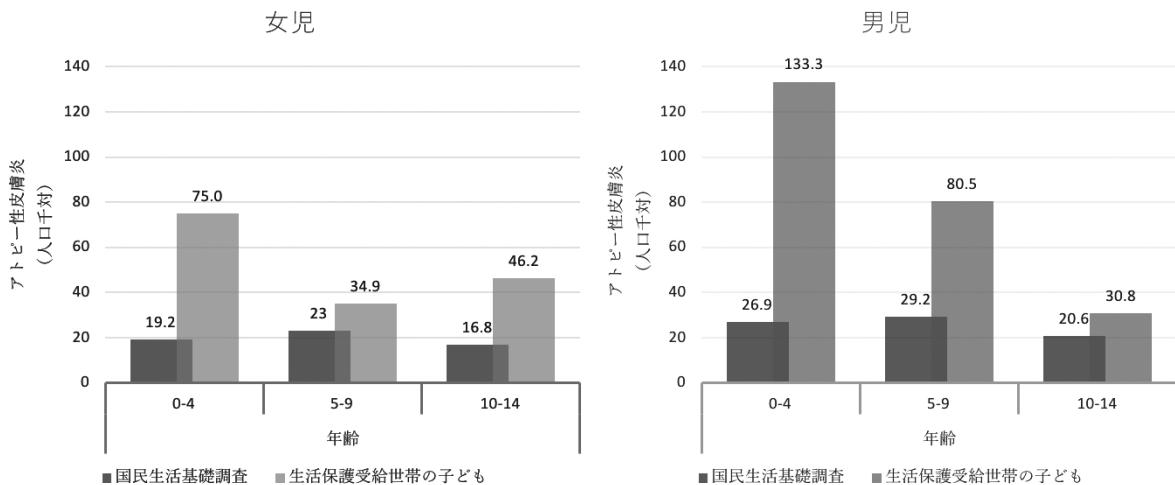
生活保護受給世帯の子どもではアレルギー性鼻炎の有病割合が国民生活基礎調査よりも高く、男児で多い。

国民生活基礎調査と比較して、生活保護受給世帯の子どものアレルギー性鼻炎の有病割合は、全年齢層で高い。国民生活基礎調査では0-4歳の年齢層でアレルギー性鼻炎の有病割合が最

も低い（男女ともに約1.1%）が、生活保護受給世帯の子どもにおいては、有病割合は女児で28%、男児で約47%と極めて高い。また有病割合は生活保護受給世帯の子どもにおいても、国民生活基礎調査においても男児の方が多い。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)}。

注） 比較する際は60ページと66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 3-3-4：生活保護受給世帯と一般集団（国民生活基礎調査）の子どもの比較：アトピー性皮膚炎

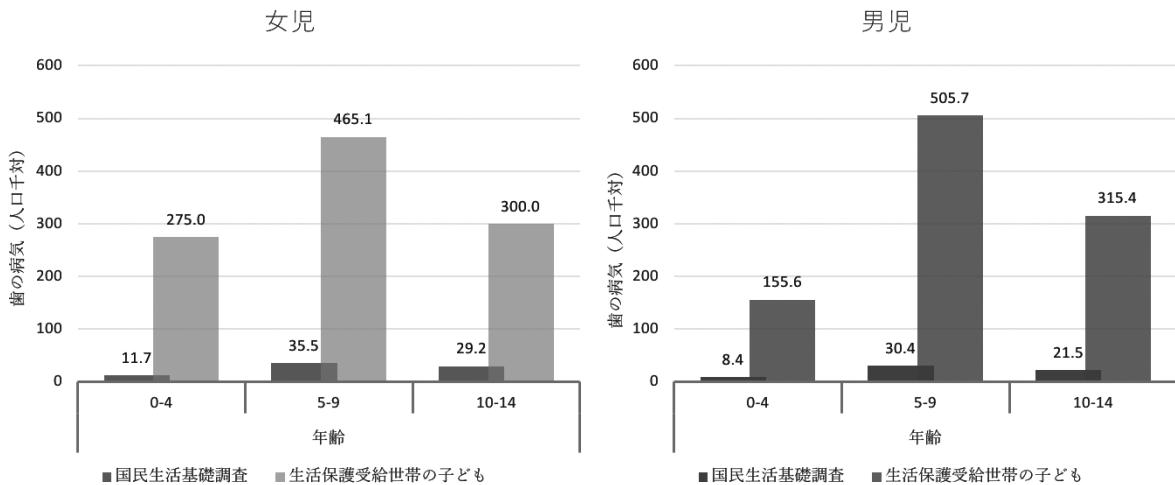


生活保護受給世帯の子どもではアトピー性皮膚炎の有病割合が国民生活基礎調査よりも高く、0歳から4歳の年齢層で顕著である。

国民生活基礎調査と比較して、生活保護受給世帯の子どものアトピー性皮膚炎の有病割合

は、0-4歳の年齢層で約7.5%（女児）、約13.3%（男児）と高いが、年齢とともに生活保護世帯の子どもの有病割合と国民生活基礎調査の有病割合の差は縮小している。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)}。

図 3-3-5：生活保護受給世帯と一般集団（国民生活基礎調査）の子どもの比較：歯の疾患



生活保護受給世帯の子どもでは歯の疾患の有病割合が国民生活基礎調査よりも高く、0歳から4歳の年齢層でも高い。

国民生活基礎調査と比較して、生活保護受給世帯の子どもの歯の疾患の有病割合は、0-4歳の年齢層から約28%（女児）、約15%（男児）と高く、

5歳から9歳にピークを迎える。この分布は国民生活基礎調査の有病割合の分布と似ているが、有病割合は生活保護受給世帯の子どもで極めて高い。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ページと66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。

子どもが各疾病を持つことと関連する生活保護世帯の特徴についての回帰分析の結果

オッズ比は非ひとり親世帯の有病割合を1とした場合にひとり親世帯の子どもが各疾病を何倍持っているかを表す。詳しくは付録の表3-3-5から表3-3-8にまとめてある。

関連する可能性のある生活保護世帯の特徴として、子どもの年齢、性別、きょうだいの有無、世帯構成（ひとり親世帯か否か）、親の就労の有無、世帯の国籍、居住している自治体について検証した。

その結果、生活保護受給世帯のうち、ひとり親世帯では、非ひとり親世帯と比べて、子どもがぜんそく、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、歯の疾患を持っている割合が1.57倍から4.25倍、統計的に有意に多かった。

また、付録の表3-3-8に示したように、外国籍の世帯の場合、日本国籍に比べて2.34倍、歯の疾患が多かった。多変量解析では、オッズ比は、そのほかのすべての要因とその疾病との関連の強さの影響を除いた値を示している。

【考察】

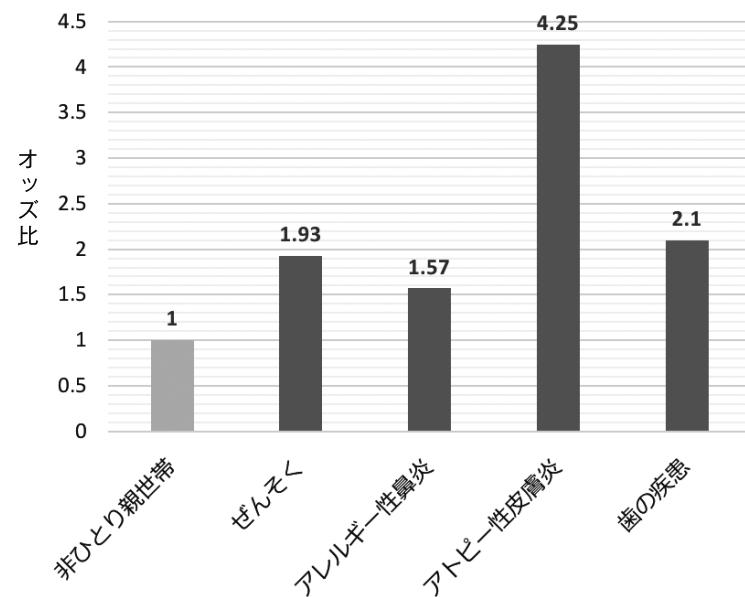
結果のまとめ

一般集団の子どもと比較して、生活保護世帯の子どもは通院率が顕著に高く、ぜんそくやアレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、歯の疾患といった疾患が多かった。回帰分析の結果では、ぜんそく、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、歯の疾患のすべての疾病について、ひとり親世帯である場合に、非ひとり親世帯である場合と比較して多かった。また、外国籍世帯の子どもはそうでない場合と比べて、歯の疾患で受診しやすかった。

結果の解釈の注意点

成人の結果と同様に、医療扶助レセプトデータと国民生活基礎調査は集計方法が異なるた

図3-3-6：非ひとり親世帯に対するひとり親世帯の各疾病的有病オッズ比



め、一般集団との比較をする際には注意が必要である。また、生活困窮が原因となって病気になる、という因果関係を示しているのではなく、両者の相関関係を示していることにも注意していただきたい。例えば、子どもが長期の療養を必要とする病気になったために親が十分に就労できないといった理由で生活保護に至る、というように、子どもの健康状態が生活保護の原因になる可能性も考えられる。得られた結果はこれらの両方向の関係性を含んでいる。

生活保護世帯の子どもの通院率が一般世帯の子どもより高い理由について

生活保護世帯の子どもの通院率はどの年齢層でも75%以上と、一般集団の子どもの15%前後に比べて5倍以上も高いという結果であった。このように生活保護世帯の子どもの通院率が一般世帯の子どもより極めて高い理由について、以下の3つの側面から検討してみる。

*生活保護世帯の子どものほうが実際の医療ニーズが高い可能性

まず、今回の分析でも示されているように、生活保護世帯の子どもが一般の世帯の子どもに比べて実際に病気を持っている割合が高いこと、また病気が重症であるなどにより、実際の医療ニーズが高いことを反

映している可能性がある。生活保護により、経済的な支援を受けているとはいっても、生活保護世帯には生活保護の原因とも関連する様々な生活困難がある。子ども自身や両親にそのためのストレスや不安がかかり、子どもの健康を害する可能性がある。今回分析したぜんそくやアレルギー性疾患はいずれも精神的ストレスとの関連が強いことが知られている疾病である。また、生活困窮に伴う生活環境の課題がこれらの病気と関連する可能性もある。自宅の衛生環境（ハウスダストなど）や子どもの遊び場の有無といった居住地域の環境により、子どもの健康リスクが影響を受ける可能性である。日本で行われた Ueda らの研究では、所得が低い世帯の子どもは肥満になるリスクが所得の高い世帯の子どもよりも有意に高く、特に 2008 年のリーマンショック以降、その健康格差が拡大した可能性があり、またひとり親世帯も同様に子どもの肥満のリスクが高いという結果がみられている¹¹⁾。生活保護世帯に焦点を当てた研究ではないが、今回の結果と類似している。

*社会的な孤立が招く受診増加の可能性

生活保護受給世帯の社会的な孤立が関係している可能性も考えられる。生活保護受給世帯では、軽微な症状であっても、自宅での対処法やそれを教えてくれたり、支援してくれたりする社会関係が不足しており、医療機関への対処を求める可能性である。

*受療行動への医療費制度の影響の可能性

制度上、生活保護世帯のほうが受診のハードルが低いために一般の世帯よりも頻回に通院している可能性も考える必要がある。つまり、生活保護世帯は医療扶助を受けられるため窓口負担が無料であり、生活保護受給世帯の子どもが受診しやすいことである。反対に、一般の世帯では、受診に際して窓口での医療費負担が生じるため本

來は必要な受診を抑制している可能性も考えられる。特に、生活困窮状態にあっても生活保護を受けていない一般世帯においては、そのような受診抑制がかかることが懸念される。

ただし、現在多くの自治体が、子どもの医療費については免除や減免制度を持っており、特に所得の低い世帯に対しては、免除される場合が多いことを考えると、医療費の制度による受診行動の変化は子どもの場合成人ほどは強くない可能性もある。

*その他の理由

生活保護世帯の子どもが一般世帯に比べて受診しやすいその他の理由としては、両親やきょうだいの受診に合わせて、同時に（ついでに）子どもも受診している可能性もある。成人の分析結果で示されたように、生活保護受給世帯では成人の通院率が一般世帯と比較して高いため、親などとの受診に合わせて、子どもの受診も増えている可能性がある。

ひとり親世帯と外国籍の子どもの病気が多い点について

ひとり親世帯では、ぜんそく、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、歯の疾患全ての割合が生活保護世帯のほうが多かった（図 3-3-6）。ひとり親世帯も外国籍の世帯も、社会的な孤立や言語の問題等により、普段の生活上の困難やストレスを抱えやすく、それが子どもの健康に影響している可能性がある。

一方、これらの世帯のほうが普段から受診する機会が多い場合、喘鳴や鼻汁、皮疹、歯痛などの各症状があったときに医療機関で診察を受ける機会が増える結果、ひとり親世帯でない場合よりも診断に至りやすい可能性もある。

加えて、外国籍世帯の子どもで歯の疾患が多かった点に関しては、歯の健康維持に対する認識や食べ物、食べ方、歯磨き行動などに関係する文化的な背景が日本国籍の世帯と異なることも考えられる。

しかしながら、今回の分析では、居住環境や生活に関する状況や、個々の疾病の重症度や体型、血液検査結果などの生物学的情報、投薬内容などの治療に関連する情報が得られないため、これらの可能性については更なる検証が必要である。

子どもの健康管理支援に向けての課題と提案

今回、一般世帯の子どもに比べて、生活保護世帯の子どもは医療機関の利用が大幅に多く、また様々な病気の割合が一般世帯の子どもに比べて極めて高いことが明らかとなった。また、特にひとり親世帯や外国籍の子どもでそのリスクが高いことが示された。

子ども時代の健康はその後の生涯にわたり影響を与える。また、子ども時代に獲得した生活習慣は生涯にわたり受け継がれる可能性が高い。これらのことを考えると、生活習慣や環境の改善によりリスクを減らせる病気であるならば、子どもの健康管理支援を成人以上に強化することは合理的であろう。生活習慣が不適切なために疾病になる場合があることから、疾病を自己責任とする見方があるが、少なくとも幼少期の生活習慣について、子どもにその責任を問うことが妥当ではない。

また、ひとり親世帯で子どもの病気が多かつたことからもわかるように、いわゆる「ワンオペ」で育児をするというように、経済的な問題以外の生活上の困難さが及ぼす子どものへの健康影響も考えるべきであろう。そうであるならば、親に対しても、その責任を批判するのではなく、生活困窮世帯の場合は子育てやその他の生活場面に関して、非医療的な、必要な支援を追加することで子どもの健康の改善へと貢献できる可能性がある。外国籍の世帯に対しては45ページから49ページのコラムに掲載したように、医療機関や公的機関での通訳やその他の同行受診等のサポートを提供することの効果が期待できる。外国人の雇用受け入れ増大をはじめとした国際化の流れが加速する中、今後生活困窮する外国籍世帯の増加も見込まれるため、準備しておくべき課題である。

医療機関においては、成人同様、子どもでも、外来診療の現場等で、世帯構成や経済状況、地域での孤立の有無等、来院者の生活困窮状態を明らかにできれば、生活困窮世帯に対する対応では、福祉事務所や保健センター等と連携して、今後の通院時の同行受診やその他の追加的な生活指導や支援を提供することで、疾病的予防や治療効果の改善が期待できる可能性がある。

とはいっても、今回検証したのはごく一部の病気やその背景要因についてであり、見られた結果の理由についてもわからないことが多い。生活保護受給者の管理データベースやレセプトデータ等を活用したり、福祉事務所での受給者に向けた追加情報収集を行い分析するなどをして、効果的な支援につながる分析を進めていくべきであろう。

4 生活保護受給者の頻回受診に関する要因

生活保護受給者の医療機関利用に関して問題となっている頻回受診¹²⁾はなぜ発生するのだろうか。ここでは、既存の生活保護受給者のデータ

ベースを活用して頻回受診と関連する要因を探索したのでその結果を報告する。

【方法の詳細】

研究デザイン

コホート研究（追跡研究）

対象者

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成人とした。観察期間は12ヶ月とし、2016年12月までのレセプトデータを抽出した。観察期間中に生活保護を利用しなくなつた個人、観察期間中ずっと入院を継続している個人は分析対象から除外した。

データ

研究に用いたのは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、介護扶助に関するレセプトデータ3つで、いずれも自治体が所有しているものである。

●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。これらのデータには世帯構成、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。

●医療扶助のレセプトデータ：

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、受診主病名などの情報を含んでいる。しかし、重症度、実際の診療内容、管理加算などの情報は含まれていない。

●介護扶助レセプトデータ：

レセプト対象月、要支援・介護度認定、資格認定期間、介護機関コード、介護サービスの種類などが収載されている。

観察する要因の定義とその変数の加工

●頻回受診：

「1ヶ月間に同一医療機関・診療科を15回以上受診すること」という厚生労働省の定義¹³⁾を採用した。医療扶助レセプトデータを用いてこれに該当するか否かを判断した。

●独居：

2016年1月時点で世帯主以外の世帯員がいない場合に「独居」と定義した。

●かかりつけ医療機関の種類：

レセプトデータから各個人が受診している医療機関を抽出し、そのうち、各個人が観察期間中の各月あたり最も受診した医療機関を、かかりつけ医療機関とし、その医療機関コードを個人ごとのデータに付与した。厚生労働省は医療機関の開設者の区分を定義しており¹⁴⁾、その医療機関コードから各医療機関の開設者区分（大区分：医療法人・国立・公立・社会保険・個人・その他）を特定し、医療機関の開設者区分のダミー変数を付与した。

●その他、終了の有無等をデータから抽出して用いた。**統計分析**

頻回受診を被説明変数としたロジスティック回帰分析を行った。それぞれの要因を説明変数として分析した単変量ロジスティック回帰分析と、説明変数のうち個人レベルのみの変数を同時に数式に投入して、その他の変数の影響を取り除く多変量ロジスティック回帰分析を行った。さらに、医療機関をレベル2、個人をレベル1として、多変量ロジスティック回帰分析で用いた変数に加えて、医療機関の開設者区分のダミー変数を投入したマルチレベル多変量ロジスティック回帰分析を行った。

【結果】**成人の生活保護受給者とそのうち頻回受診者の特徴（付録表3-4-1）**

研究の対象となったのは6,016人であった。平均年齢は62.5歳で標準偏差は16.1であった。そのうち男性が2,956人（49.1%）、独居者は2,030人（33.7%）、就労していない者は5,081人（84.5%）、自治体Aの住民が4,432人（73.7%）であった。かかりつけ医療機関として最多であったのは医療法人で、2,870人（47.7%）が受診していた。次に多かったのが、開設者が個人の医療機関で、1,102人（18.3%）が受診していた。

頻回受診した者は139人（全体の2.3%）で、平均年齢は67.2歳、標準偏差は11.6であった。頻回受診者のうち、男性は64人（46.0%）、独居者は107人（77.0%）、就労していない者は124人（89.2%）、自治体Aの住民が69人（49.6%）であった。頻回受診の対象となっていた医療機関は、医療法人が72人（51.8%）、個人病院が45人（32.4%）であった。観察機関中に一度も医療機関受診がなかった者は921人であった。

生活保護受給者の頻回受診に関する要因（付録表3-4-2）

統計分析の結果、独居の場合は、2人以上で暮らしている場合と比較して、1.51倍頻回受診しやすく、就労していない場合も就労している場合と比べて1.96倍頻回受診しやすい傾向があった（図3-4-1）。自治体によるばらつきも大きかった。医療機関の要因としては、個人経営の医療機関では医療法人と比較して1.77倍、頻回受診しやすい結果であり、その他の医療機関は頻回受診との関連がみられなかった（図3-4-2）。

【考察】**結果のまとめ**

独居や就労していないことが頻回受診と関連する傾向があった。また、個人医療機関に通院している場合に頻回受診しやすいことが明らかとなった。居住している自治体間のばらつきも大きかった。個人の健康状態や介護の状態は頻回受診と関連がなかった。

図 3-4-1：2人以上の世帯および就労有りの世帯の頻回受診の頻度を1とした場合のオッズ比
(何倍頻回受診しやすいか)

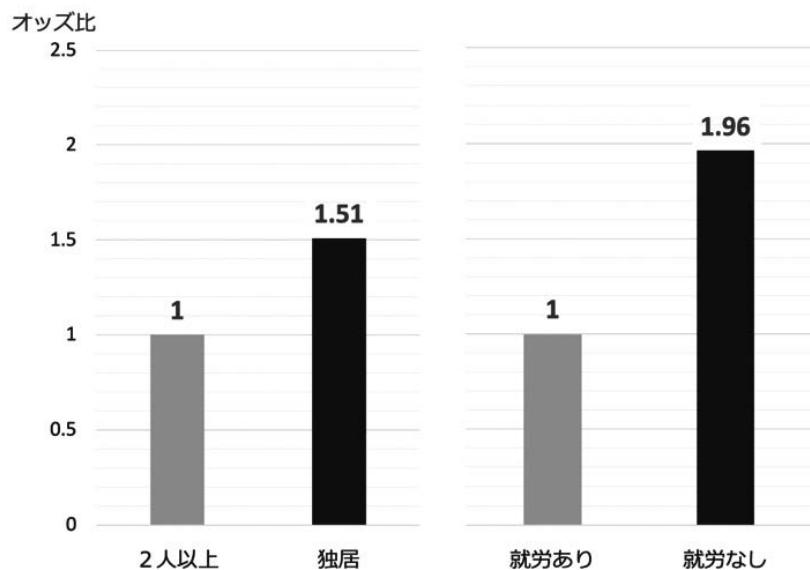
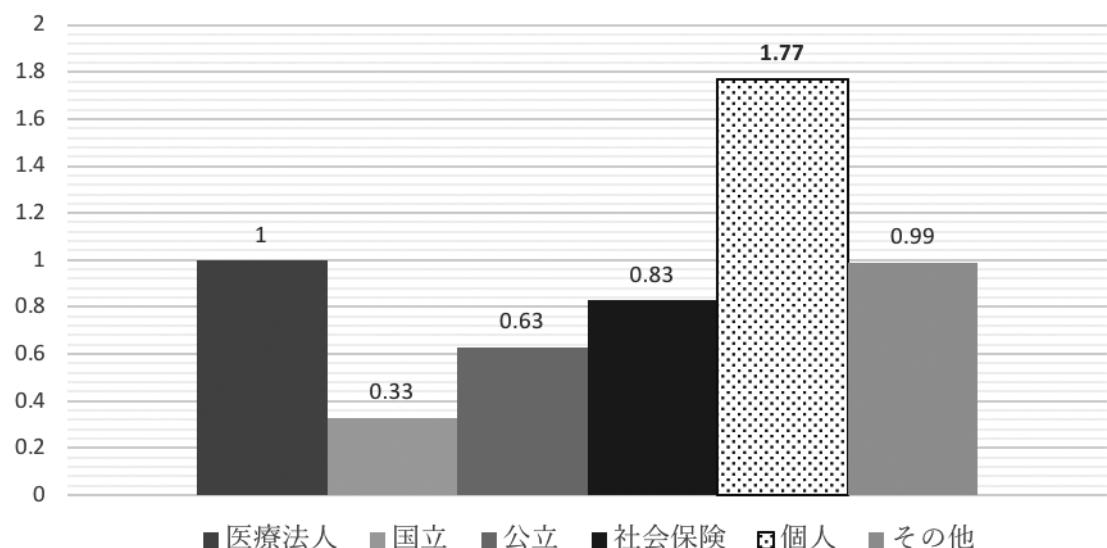


図 3-4-2：医療法人が解説者の医療機関で発生する頻回受診の頻度を1とした場合の
その他の医療機関のオッズ比（何倍頻回受診しやすいか）

開設区分別



独居や就労なしの場合に頻回受診が多い理由について

生活困窮者は日常生活の中で様々な支援を必要とする場面に出くわすことが多いが、そのいた支援は、家庭や職場、地域といったコミュニティ内でのつながりによって得られることが多い。2章で説明したように、支援には、生活す

るうえで必要な手助けや、不安や悲しみがあるときに必要な慰めや寄り添いなど、様々なものがある。一人暮らしをしていたり就労していないということは、家庭や職場というコミュニティがないことを意味している。そのため、上記のような必要な支援が身近な場所では得られにくく、福祉事務所や医療機関などフォーマル

な支援提供の場に依存する可能性がある。そのため、体調が悪く、健康に不安がある状態が続く場合に、医療機関を頻回に受診する結果となることも考えられる。慢性的なストレスは、腰痛や頭痛など身体の様々な痛みを引き起こしたり、痛みの症状を強めたり長引かせることが知られている^{15) 16)}。

個人医療機関で頻回受診が多い理由について

今回の分析では、個人経営の医療機関をかかりつけとしている場合に頻回受診しやすい傾向がみられた。地域に根差した診療を行っている小規模な個人経営の診療所の場合、生活の困窮状況など患者の社会的背景を踏まえた診療を行いやるために、患者の要望にこたえる形で頻回にケアをすべく受診している可能性がある。

一方、診察をする医師等のすすめによって受診回数や検査、投薬等が増えることも考えられる。生活保護受給者は医療扶助があるために支払い負担がないため、医療者側は通院を促しやすいという状況がある。真に必要な治療を促すことは望ましいが、実際は不必要なのに医療者側の事情（通院患者を増やしたり、収入を増やしたいという希望など）で誘発する場合も考えられ、これは医師（または医療機関）誘発需要と呼ばれ、問題視される。不要な検査や通院が発生し、また医療費の増大を招くため社会的な不利益ともなるからである。

結果の解釈の注意点

今回は、独居であることや就労していないことが頻回受診の原因となっているか否かという因果関係を示すことはできず、相関関係を示している。例えば、頻回に長期に受診する必要がある病気をした場合、通院のために通勤できなくなり職を失うことや、健康の問題でパートナーが見つからず、独居生活をしている可能性もあるだろう。

頻回受診者への健康管理支援に向けての提案と課題

生活保護受給者の健康管理支援事業では、医療機関への同行受診などの支援により、不適切な頻回受診等を是正する目的も含まれる。今回の結果からは、生活保護受給者の中では、独居者や就労していない人にそのような支援を優先的に提供することが求められることが示唆される。付き添い支援については、第2章 生活困窮者への付き添い支援の効果に関する文献レビューを参照されたい。

ただし、今回は生活保護受給者のデータベース上にあった基本的な情報に限って検証したため、実際には、日々の人付き合いや実際の支援の授受の状況、家族や友人との交流、地域活動への参加等、社会的交流等に関する詳しい情報を取得し、頻回受診との関連を明らかにするような研究が求められる。

5 本章のまとめ：今後の生活困窮者支援への示唆

本章では、生活保護受給者の通院率と主な病気の有病割合に関して、子どもと大人に分けて分析し、一般集団のデータである国民生活基礎調査の結果と比較した。子どもに関しては、それらと関連がある要因について分析した。さらに、医療機関への頻回受診に関連する要因を探索した。その結果、生活保護受給者は若年層から8割前後という極めて高い通院率であること、糖尿病やうつ病など多くの疾患の有病割合が、一般集団に比べて顕著に高いこと、子ども

ではひとり親世帯でそれらの病気の有病割合が高く、歯の疾患の場合は外国籍の世帯の子どもが多かった。さらに、独居者や就労していない者の頻回受診が多いという結果であった。また、個人経営の医療機関では医療法人経営の医療機関に比べて、頻回受診が7割程度多い傾向も明らかとなった。

これらの情報は、今後の生活保護受給者への健康管理支援事業を推進する際の、対象者や対応すべき健康課題の優先順位付けに役立つもの

と期待している。今回の分析結果からは、ひとり親世帯や外国籍の世帯への支援が子どもの健康を守る観点から優先されるべきことが示唆された。

また、頻回受診など、課題のある受療行動への対応については、独居や就労していない世帯で発生しやすい可能性があり、付き添い支援等により、患者の受療行動そのものを調整したり、医療機関からの通院指示を見直すことで、是正される可能性がある。

さらに、健康不安や孤立感が原因で頻回受診をしているようなケースでは、地域の相談窓口や趣味等の集まりの場へつなぐことで、それまで医療機関で受けていた情緒的なサポート等の提供元を医療機関外に変えるような取り組みに効果がある可能性がある。このように、医療機関等で確認された患者の社会的リスクに対し

て、地域社会の資源へつなぐことで解決する糸口を探ることを social prescribing（社会的処方）と呼び、近年その有用性が報告され、事業化されたり効果検証の為の研究が盛んに進められている¹⁷⁾。

ただし、今回は既存のデータベースから得られる限られた情報を活用した分析にとどまり、生活保護受給者の健康状態や受療行動の実態や、その関連要因については、さらなる研究を行う必要がある。たとえば、現在健康管理支援事業の一環として生活保護受給者の生活背景や社会関係、健康状態に関する問診情報や健診データなどをデータベース化して積極的に活用することが推奨されているが、そのようなデータを活用した分析やケアの効果検証を行っていくことで、健康管理支援の効率を高めることが可能と思われる。

<引用文献>

- 1) 阿部彩. 子どもの健康格差の要因 過去の健康悪化の回復力に違いはあるか(解説). 医療と社会. 2013;22(3):255-269
- 2) 阿部彩. 誰が受診を控えているのか J-SHINE を使った初期的分析. 一橋大学経済研究所世代間問題研究機構. 2013.
- 3) 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;60(6):e322, e324-9.
- 4) Malone RE. Heavy users of emergency services: social construction of a policy problem. Soc Sci Med. 1995;40(4):469-77.
- 5) 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.
- 6) 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(Millwood). 2011;30(12):2437-48. doi: 10.1377/hlthaff.2011.0923.
- 7) 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>
- 8) 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-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000164511.pdf>
- 9) 平成28年 国民生活基礎調査の概況. 厚生労働省.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosal6/>
- 10) 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>
- 11) Ueda P, Kondo N, Fujiwara T. The global economic crisis, household income and pre-adolescent overweight and underweight: a nationwide birth cohort study in Japan. Int J Obes (Lond). 2015 Sep;39(9):1414-20. doi: 10.1038/ijo.2015.90.
- 12) 医療扶助の適正化・生活保護受給者の健康管理について. 厚生労働省.
https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu-Shakaihoshoutantou/0000169132_5.pdf
- 13) 頻回受診者に対する適正受診指導について. 厚生労働省.
https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00ta8841&dataType=1&pageNo=1
- 14) IV. 用語の解説. 厚生労働省.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/08/dl/02.pdf>
- 15) 身体のストレス反応から考える職場のメンタルヘルス対策 No.1 ストレスと腰痛. 厚生労働省.
<http://kokoro.mhlw.go.jp/column/body001/>
- 16) 神経障害性疼痛薬物療法ガイドライン改訂第2版. 一般社団法人日本ペインクリニック学会.
https://www.jspc.gr.jp/Contents/public/kaiin_guideline06.html
- 17) 西岡大輔, 近藤尚己. 医療機関における患者の社会的リスクへの対応:social prescribing の動向を参考にした課題整理. 医療経済研究. 2018;30(1):5-19.

3章 付録

表3-2-1：1年間に受診歴のある受給者の特徴・疾病の状況と、一度も受診歴のない受給者の特徴

受診歴あり (n=5,564)		受診歴なし (n=631)		
	数 (平均)	% (標準偏差)	数 (平均)	% (標準偏差)
年 齢	(61.9)	(± 17.3)	(54.7)	(± 18.7)
性 別				
女 性	2908	52.3%	244	46.0%
男 性	2656	47.7%	387	61.3%
世帯人数				
2人以上	1949	35.0%	256	40.6%
独 居	3615	65.0%	375	59.4%
就 労				
あ り	1020	18.3%	202	32.0%
な し	4544	81.7%	429	68.0%
収入 (年金含む)				
な し	3212	57.7%	373	59.1%
あ り	2352	42.3%	258	40.9%
国 稷				
日 本	5408	97.2%	614	97.3%
日本以外	156	2.8%	17	2.7%
自治体				
A	4038	72.6%	520	82.4%
B	1526	27.4%	111	17.6%

表3-2-2：成人生活保護受給者の年齢構成別・性別の各疾病の有病数と有病割合（全体）

年 齢	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-
受給者数	206	374	815	862	1408	1530	821
通院者数	173	326	721	747	1272	1411	784
糖尿病	20	59	199	267	516	564	257
脂質異常症	17	46	203	272	550	609	308
うつ病やその他のこころの病気	54	142	274	255	277	221	126
認知症	0	0	5	5	37	144	206
高血圧症	4	22	159	286	693	927	526
脳卒中(脳出血、脳梗塞等)	6	11	47	75	207	274	176
慢性閉塞性肺疾患(COPD)	0	3	4	14	72	102	66
喘息	33	52	129	115	165	197	89
歯の病気	76	148	345	324	465	483	181

有病割合（人口千対）

年 齢	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-
通院率	839.81	871.66	884.66	866.59	903.41	922.22	954.93
糖尿病	97.09	157.75	244.17	309.74	366.48	368.63	313.03
脂質異常症	82.52	122.99	249.08	315.55	390.63	398.04	375.15
うつ病やその他のこころの病気	262.14	379.68	336.20	295.82	196.73	144.44	153.47
認知症	0.00	0.00	6.13	5.80	26.28	94.12	250.91
高血圧症	19.42	58.82	195.09	331.79	492.19	605.88	640.68
脳卒中(脳出血、脳梗塞等)	29.13	29.41	57.67	87.01	147.02	179.08	214.37
慢性閉塞性肺疾患(COPD)	0.00	8.02	4.91	16.24	51.14	66.67	80.39
喘息	160.19	139.04	158.28	133.41	117.19	128.76	108.40
歯の病気	368.93	395.72	423.31	375.87	330.26	315.69	220.46

表3-2-3：成人生活保護受給者の年齢構成別・性別の各疾病の有病数と有病割合（男性）

年齢	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-
受給者数	97	148	388	477	836	742	268
通院者数	79	123	327	407	739	665	255
糖尿病	7	25	93	157	315	275	89
脂質異常症	8	20	102	151	293	262	90
うつ病やその他のこころの病気	17	59	150	142	155	91	29
認知症	0	0	3	5	22	64	53
高血圧症	3	12	97	188	425	447	177
脳卒中（脳出血、脳梗塞等）	4	3	27	48	136	147	59
慢性閉塞性肺疾患(COPD)	0	0	3	6	51	62	40
喘息	11	10	44	48	70	73	29
歯の病気	33	51	140	165	268	218	53

有病割合（人口千対）

年齢	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-
通院率	814.43	831.08	842.78	853.25	883.97	896.23	951.49
糖尿病	72.16	168.92	239.69	329.14	376.79	370.62	332.09
脂質異常症	82.47	135.14	262.89	316.56	350.48	353.10	335.82
うつ病やその他のこころの病気	175.26	398.65	386.60	297.69	185.41	122.64	108.21
認知症	0.00	0.00	7.73	10.48	26.32	86.25	197.76
高血圧症	30.93	81.08	250.00	394.13	508.37	602.43	660.45
脳卒中（脳出血、脳梗塞等）	41.24	20.27	69.59	100.63	162.68	198.11	220.15
慢性閉塞性肺疾患(COPD)	0.00	0.00	7.73	12.58	61.00	83.56	149.25
喘息	113.40	67.57	113.40	100.63	83.73	98.38	108.21
歯の病気	340.21	344.59	360.82	345.91	320.57	293.80	197.76

表3-2-4：成人生活保護受給者の年齢構成別・性別の各疾病の有病数と有病割合（女性）

年齢	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-
受給者数	109	226	427	385	572	788	553
通院者数	94	203	394	340	533	746	529
糖尿病	13	34	106	110	201	286	168
脂質異常症	9	26	101	121	257	347	218
うつ病やその他のこころの病気	37	83	124	113	122	130	97
認知症	0	0	2	0	15	80	153
高血圧症	1	10	62	98	268	480	349
脳卒中（脳出血、脳梗塞等）	2	8	20	27	71	127	117
慢性閉塞性肺疾患(COPD)	0	3	1	8	21	40	26
喘息	22	42	85	67	95	124	60
歯の病気	43	97	205	159	197	265	128

有病割合（人口千対）

年齢	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-
通院率	862.39	898.23	922.72	883.12	931.82	946.70	956.60
糖尿病	119.27	150.44	248.24	285.71	351.40	366.75	303.80
脂質異常症	82.57	115.04	236.53	314.29	449.30	440.36	394.21
うつ病やその他のこころの病気	339.45	367.26	290.40	293.51	213.29	164.97	175.41
認知症	0.00	0.00	4.68	0.00	26.22	101.52	276.67
高血圧症	9.17	44.25	145.20	254.55	468.53	609.14	631.10
脳卒中（脳出血、脳梗塞等）	18.35	35.40	46.84	70.13	124.13	161.17	211.57
慢性閉塞性肺疾患(COPD)	0.00	13.27	2.34	20.78	36.71	50.76	47.02
喘息	201.83	185.84	199.06	174.03	166.08	157.36	108.50
歯の病気	394.50	429.20	480.09	412.99	344.41	336.29	231.46

表 3-2-5 : 2016 年国民生活基礎調査の各疾病の有病割合（全体）

有病割合（人口千対）

年 齢	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-
通院率	156.79	205.99	275.48	418.79	582.19	708.06	730.34
糖尿病	2.13	5.79	18.38	46.81	94.16	121.48	95.04
脂質異常症	1.42	4.23	18.87	61.35	107.87	110.26	69.74
うつ病やその他のこころの病気	17.76	27.25	27.87	24.10	16.41	15.34	12.97
認知症	0.1	0.07	0.11	0.32	1.99	12.23	59.60
高血圧症	1.01	6.46	36.86	117.90	226.89	297.41	319.85
脳卒中（脳出血、脳梗塞等）	0.30	0.67	2.43	7.34	16.87	29.46	38.06
慢性閉塞性肺疾患(COPD)	0.10	0.00	0.11	0.63	2.19	4.12	5.33
喘息	5.48	8.17	11.20	10.75	13.91	16.08	18.30
歯の病気	30.14	38.17	45.31	57.37	76.73	91.75	63.89

男 性

年 齢	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-
通院率	129.82	180.15	264.25	411.52	583.37	704.16	729.09
糖尿病	2.65	7.22	26.41	65.49	122.78	150.93	123.39
脂質異常症	2.04	6.32	26.08	62.00	80.20	75.03	45.52
うつ病やその他のこころの病気	12.86	23.46	26.53	21.96	12.15	9.69	10.42
認知症	0.00	0.00	0.00	0.39	2.32	12.33	46.61
高血圧症	1.43	9.02	50.13	140.66	251.90	301.42	295.86
脳卒中（脳出血、脳梗塞等）	0.20	1.20	3.15	10.07	23.46	41.40	53.74
慢性閉塞性肺疾患(COPD)	0.20	0.00	0.11	1.03	3.59	7.05	11.79
喘息	4.90	6.02	7.76	8.91	10.57	14.83	19.74
歯の病気	25.52	35.34	40.01	47.66	69.21	86.18	74.58

女 性

年 齢	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-
通院率	183.45	231.33	286.32	425.99	581.03	711.18	730.99
糖尿病	1.61	4.40	10.52	28.89	67.50	96.23	77.56
脂質異常症	0.81	2.20	12.03	60.62	133.62	140.41	84.66
うつ病やその他のこころの病気	22.81	31.10	29.27	26.16	20.37	20.15	14.53
認知症	0.00	0.00	0.11	0.12	1.67	12.14	67.59
高血圧症	0.61	3.96	24.18	96.08	203.48	293.83	334.74
脳卒中（脳出血、脳梗塞等）	0.40	0.29	1.52	4.71	10.73	19.27	28.39
慢性閉塞性肺疾患(COPD)	0.00	0.00	0.11	0.25	0.79	1.63	1.52
喘息	6.05	10.12	14.42	12.52	17.12	17.02	17.74
歯の病気	34.51	40.78	50.30	66.58	83.74	96.36	57.28

表3-3-1：1年間に受診歴のある生活保護世帯の子どもと受診歴のない子どもの個人・世帯の特徴

年 齢	受診歴あり (n=478)		受診歴なし (n=95)	
	数 (平均)	% (標準偏差)	数 (平均)	% (標準偏差)
	(9.37)	(4.18)	(9.91)	(4.28)
0-5 歳	93	19.5%	17	17.9%
6-10 歳	167	34.9%	27	28.4%
11-15 歳	218	45.6%	51	53.7%
性 別				
女 性	225	47.1%	58	61.1%
男 性	253	52.9%	37	38.9%
きょうだいの有無				
な し	179	37.4%	28	29.5%
あ り	299	62.6%	67	70.5%
ひとり親世帯				
な し	154	32.2%	36	37.9%
あ り	324	67.8%	59	62.1%
親の就労				
な し	225	47.1%	43	45.3%
あ り	253	52.9%	52	54.7%
世帯主の国籍				
日 本	449	93.9%	85	89.5%
日本以外	29	6.1%	10	10.5%
自治体				
A	327	68.4%	77	81.1%
B	151	31.6%	18	18.9%

表 3-3-2：生活保護世帯の子どもの年齢構成別・性別の各疾病の有病数と有病割合

全 体	年 齢	0-4	5-9	10-14
	受給者数	85	173	260
	通院者数	72	150	212
	喘 息	22	45	52
	アレルギー性鼻炎	32	73	99
	歯の病気	18	84	80
	アトピー性皮膚炎	9	10	10
有病割合（人口千対）				
男 児	年 齢	0-4	5-9	10-14
	通院率	847.1	867.1	815.4
	喘 息	258.8	260.1	200.0
	アレルギー性鼻炎	376.5	422.0	380.8
	歯の病気	211.8	485.5	307.7
	アトピー性皮膚炎	105.9	57.8	38.5
有病割合（人口千対）				
女 児	年 齢	0-4	5-9	10-14
	受給者数	45	87	130
	通院者数	39	80	113
	喘 息	13	27	26
	アレルギー性鼻炎	21	42	54
	歯の病気	7	44	41
有病割合（人口千対）				
3	年 齢	0-4	5-9	10-14
	通院率	866.7	919.5	869.2
	喘 息	288.9	310.3	200.0
	アレルギー性鼻炎	466.7	482.8	415.4
	歯の病気	155.6	505.7	315.4
	アトピー性皮膚炎	133.3	80.5	30.8

表 3-3-3 : 2016 年国民生活基礎調査の各疾病の有病割合

有病割合（人口千対）

全 体	年齢	0-4	5-9	10-14
	通院率	142.6	174.7	162.3
	喘息	14.2	23.9	15.4
	アレルギー性鼻炎	11.4	37.8	36.3
	歯の病気	10.0	32.9	25.2
	アトピー性皮膚炎	23.1	26.2	18.8

有病割合（人口千対）

男 児	年齢	0-4	5-9	10-14
	通院率	152.2	189.4	171.3
	喘息	17.0	28.6	19.6
	アレルギー性鼻炎	11.4	46.8	40.7
	歯の病気	8.4	30.4	21.5
	アトピー性皮膚炎	26.9	29.2	20.6

有病割合（人口千対）

女 児	年齢	0-4	5-9	10-14
	通院率	132.8	159.3	152.6
	喘息	11.3	19.1	10.9
	アレルギー性鼻炎	11.4	28.3	31.5
	歯の病気	11.7	35.5	29.2
	アトピー性皮膚炎	19.2	23	16.8

表 3-3-4 : 生活保護受給世帯の子どもの全体の記述統計量と各疾患有するものの特徴

	全体 (n=573)		ぜんそく (n=125)		アレルギー性鼻炎 (n=223)		アトピー性皮膚炎 (n=33)		歯の疾患 (n=199)	
	数 (平均)	% (標準偏差)	数 (平均)	% (標準偏差)	数 (平均)	% (標準偏差)	数 (平均)	% (標準偏差)	数 (平均)	% (標準偏差)
年齢	(9.7)	(4.25)	(8.5)	(3.93)	(9.3)	(3.98)	(7.8)	(4.7)	(9.5)	(3.63)

性別

女性	283	49.4%	57	46.0%	98	43.9%	14	42.4%	101	50.8%
男性	290	50.6%	68	54.4%	125	56.1%	19	57.6%	98	49.2%

きょうだいの有無

なし	207	36.1%	51	40.8%	82	36.8%	12	36.4%	78	39.2%
あり	366	63.9%	74	59.2%	141	63.2%	21	63.6%	121	60.8%

ひとり親世帯

なし	190	33.2%	29	23.2%	61	27.4%	4	12.1%	47	23.6%
あり	383	66.8%	96	76.8%	162	72.6%	29	87.9%	152	76.4%

親の就労

なし	268	46.8%	70	56.0%	112	50.2%	16	48.5%	95	47.7%
あり	305	53.2%	55	44.0%	111	49.8%	17	51.5%	104	52.3%

世帯主の国籍

日本	534	93.2%	119	95.2%	209	93.7%	32	97.0%	179	89.9
日本以外	39	6.8%	6	4.8%	14	6.3%	1	3.0%	20	10.1%

自治体

A	404	70.5%	91	72.8%	150	67.3%	20	60.6%	139	69.8%
B	169	29.5%	34	27.2%	73	32.7%	13	39.4%	60	30.2%