

原 著

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

ワタナベ 渡邊	ヒデユキ 英之*	マツナガ 松永	マサアキ 眞章 ^{2*}	ホー He Yupeng ^{2*}	ウホウ 太田	オオタ 充彦 ^{2*}	アツヒコ 充彦 ^{2*}
リ 李	エンエイ 媛英 ^{3*}	クワキコウ 桑木光太郎 ^{4*}	タロウ 谷原	タニハラ 眞一 ^{4*}	シンイチ 眞一 ^{4*}		

目的 生活保護受給者における入院受療状況と日本全体の入院受療状況を性別に年齢調整を行った上で傷病大分類別に比較をすることで、生活保護受給者における入院医療の疾病構造の特徴を明らかにする。

方法 観察対象集団を生活保護受給者、基準集団を日本全体とした間接法による年齢調整を性別に行い、傷病分類（ICD-10（2013年版）による大分類）別に標準化入院者数比を算出した。算出には公開されている政府統計のみを用いた。具体的には、厚生労働省による令和2年患者調査による性別・年齢階級別・傷病分類別の入院受療率、令和2年度被保護者調査による性別・年齢階級別被保護実人員、令和2年医療扶助実態調査による傷病分類別の入院件数を用いた。

結果 年齢調整（間接法）後の男女合わせた全傷病における標準化入院者数比は1.49であった。標準化入院者数比が高い傷病分類は、男女とも「V. 精神及び行動の障害」（標準化入院者数比、以下同じ）、（男：4.06，女：3.45），「IV. 内分泌，栄養及び代謝疾患」（男：2.40，女：1.47）の順であった。一方、標準化入院者数比が低い傷病分類については、男性では「XVI. 周産期に発生した病態」（0.43），「VII. 眼及び付属器の疾患」（0.44），の順であり、女性では「XV. 妊娠，分娩及び産じょく」（0.17），「VII. 眼及び付属器の疾患」（0.27）の順であった。

結論 年齢調整を行った生活保護受給者の入院受療状況を検討した結果、傷病全体においては生活保護受給者の方が日本全体より高くなっていた。しかし、傷病分類別の検討では日本全体より高いものと低いものの両方が存在していた。生活保護受給者の医療扶助の状況を評価する上では、生活保護受給者数の年齢構成が日本全体とは大きく異なることを考慮した上で、疾患別の検討を行うことが望ましい。

Key words : 受療率，入院受療，生活保護，年齢調整，患者調査，医療扶助実態調査

日本公衆衛生雑誌 2025; 72(4): 272-283. doi:10.11236/jph.24-068

I 緒 言

生活保護法は、日本国憲法第二十五条に規定する理念に基づき、国が生活に困窮するすべての国民に対し、その困窮の程度に応じ、必要な保護を行い、その最低限度の生活を保障するとともに、その自立を助長することを目的としている¹⁾。その中で、医療

扶助は、困窮のため最低限度の生活を維持することのできない者に対して医療に係る費用を提供するものである。生活保護受給者は、国民健康保険の被保険者から除外されており、被用者保険に加入している者も2.5%と極めて少ないため²⁾、別の制度に基づく公費負担分を除く医療費のほとんどは医療扶助で負担されている。生活保護費負担金事業実績報告によると³⁾、生活保護費負担金合計に対する医療扶助の割合（実績額）は、2018年49.4%（1兆7,815億円）、2019年50.2%（1兆8,013億円）、2020年49.7%（1兆7,523億円）と約半分を占めている。さらに、2020年の医療扶助実態調査（2021年の調査より医療扶助実態統計へ名称変更⁴⁾）によると、医療扶助

* 久留米大学大学院医学研究科

^{2*} 藤田医科大学医学部公衆衛生学講座

^{3*} 名古屋大学大学院医学系研究科国際保健医療学・公衆衛生学

^{4*} 久留米大学医学部公衆衛生学講座

責任著者連絡先：〒830-0011 福岡県久留米市旭町67
久留米大学大学院医学研究科 渡邊英之

における診療報酬明細書（以後、レセプト）の決定点数のうち69.5%は入院医療によるものであるが、同年の国民医療費⁵⁾の診療種別国民医療費構成割合における入院医療費は38.0%であり、生活保護受給者の医療利用において入院医療が大きな割合を占めていることがわかる。一方で、生活保護受給者と日本全体の受療状況を比較しようとする場合、その年齢構成が大きく異なるため注意が必要である。2020年の人口推計⁶⁾では65歳以上の割合は28.6%である一方、同年の被保護者調査⁷⁾においては52.0%と過半数を超えている。この違いは、医療扶助の利用に関するデータに影響を与えると推測され、生活保護受給者の受療状況を示した医療扶助実態調査を日本全体の受療状況を示した患者調査と単純比較しようとした場合、正しく解釈できない恐れがある。なお、被保護者調査においては、生活保護受給者を被保護者と表記しているが生活保護受給者と同義であり、以下、生活保護受給者として表記する。

本邦における生活保護受給者の受療状況を評価した研究として、Sengokuらは⁸⁾、医療扶助実態調査およびNDB（匿名レセプト情報・匿名特定健診等情報データベース）を用いて解析を行い、ほかの公的医療保険加入者に比べて生活保護受給者の糖尿病有病率が年齢調整後も高かったと報告している。また、Okumuraらは⁹⁾、日本における都道府県別の精神科入院患者数には、人口10万人当たりの精神科病床数と人口1,000人当たりの生活保護受給者数が強く関連していることを明らかにし、人口当たりの生活保護受給者数と精神疾患による入院数の間には正の相関関係があることを報告している。以上のように、生活保護受給者において、糖尿病や精神疾患といった特定の傷病についての有病率や入院件数について言及している研究はあるが、傷病分類を俯瞰して受療状況を比較したものはない。実際に、2018年の生活保護法改正により創設された被保護者健康管理支援事業¹⁰⁾についても、事業企画として「健診受診勧奨」、「生活習慣病に関する保健指導・生活支援」と主に生活習慣病に関するものであり、医療扶助運営要領¹¹⁾でも、審議事項の一つに精神科領域における長期入院に関する対策として「精神科疾患入院要否判定」があげられている。このように特定の傷病、とくに単純に数が多い傷病については積極的に政策が進められているが、他の傷病分類に関する対策についての言及が少なく生活保護受給者における疾病構造の特徴をつかめていない可能性がある。

本研究の目的は、医療扶助の多くを占めている入院医療について、年齢構成が大きく異なる生活保護受給者と日本全体の受療状況を傷病分類別に年齢調

整（間接法）を行った上で比較することで、生活保護受給者における疾病構造の特徴を明らかにすることである。

II 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、生活保護受給者および日本全体についての政府統計公開データを用いて両群を比較した横断研究である。本研究で使用する政府統計公開データの調査年は患者調査の最新年（研究時点）である2020年で統一した。以降、年号を示さない場合はすべて2020年の統計調査を指す。

生活保護受給者に関する指標の算出については医療扶助実態調査⁴⁾および被保護者調査⁷⁾を用いた。医療扶助実態調査は、各年6月基金審査分（4・5月診療分）のレセプトおよび調剤レセプトを対象として毎年実施されており、2011年からは抽出調査ではなく、全レセプトデータを対象としている¹²⁾。また、被保護者調査については、2012年以降は全数調査で月次調査および年次調査が実施されており、年次調査は毎年7月31日現在の状況が報告される¹³⁾。他方、日本全体については患者調査¹⁴⁾および人口推計⁶⁾を用いた。患者調査は3年に1回、全国の病院、診療所および歯科診療所を対象に実施されている。入院患者については500床以上の病院は悉皆調査、それ以外の病院、一般診療所は層化無作為抽出を行い患者数の集計、推計している。全数調査ではないものの、全国の病院、診療所を対象としており、調査対象施設（病院、一般診療所、歯科診療所のすべて）の96.7%から回答が得られており¹⁵⁾、日本全体の受療の状況を反映していると考えられる。

2. 研究対象

生活保護受給者数は被保護者調査の年次調査（個別調査）第2-13表から、入院受療数については医療扶助実態調査の第1表の傷病分類別入院レセプト件数を用いた。一方、日本全体の人数については、人口推計（年次）第1表に基づく人口を、入院受療率については患者調査の確定数（全国編報告書）第18表より傷病分類別入院受療率（人口10万対）を、推定入院患者数については患者調査の確定数（全国編報告書）第9表より性別・年齢階級別・傷病分類の数値を用いた。

傷病分類については、疾病、傷病及び死因の統計分類（ICD-10（2013年版））の傷病分類における大分類（以下、傷病大分類）に基づいている。傷病大分類のうち、「XX. 疾病及び死亡の外因」、「XXI. 健康状態に影響を及ぼす要因及び保険サービスの利用」は患者調査または医療扶助実態調

査にないため除外し、さらに、「XXII. 特殊目的用コード」、および詳細不明の分類である「不詳」は、特定の傷病分類を表さないこと、またはその実数が少ないことから除外した。また、各調査の報告においては、計数のない場合は「-」、推測値、比率等でまらめた結果が表章すべき最下位の桁の1に達しない場合は「0 または 0.0」と表記されているが、計算上はいずれも「0」として扱った。なお、傷病名の分類については、医療扶助実態調査ではレセプトデータを使用しているため、当該レセプトの傷病名(SY)レコードに格納されている主傷病の傷病名コードが用いられている。一方、患者調査では、調査日時時点で入院の理由となっている傷病を主傷病として集計している¹⁵⁾。

3. 分析方法

1) 対象集団の年齢構成

生活保護受給者全体と日本全体の年齢構成を、被保護者調査および人口推計に基づく数値を用いて性別・年齢階級別で比較した。

2) 入院受療率

生活保護受給者と日本全体における入院受療率を分析した。日本全体については、患者調査による傷病大分類別入院受療率(人口10万対)をそのまま用いた。生活保護受給者における入院受療率は、医療扶助実態調査における性別・年齢階級別の傷病大分類別入院レセプト件数を分子、被保護調査における性別・年齢階級別の生活保護受給者数を分母として、患者調査と同様の人口10万人対の数値を算出し比較した。また、全傷病における年齢階級別の入院受療率も算出したが、その年齢階級は医療扶助実態調査における区分で表し、0~5歳、6~14歳、15~34歳、35~54歳、55~59歳、60~64歳、65~69歳、70~74歳、75歳以上の9区分とした。そのため、日本全体の数値については、患者調査で公表されている数値で算出できない年齢区分があり、「-」で示した。本研究では年齢調整を行うことから、患者調査および上記の方法で算出した年齢調整を行っていない入院受療率を粗入院受療率として記載した。粗入院受療率算出後に、患者調査による粗入院受療率を基準とした比(粗入院受療率比)を性別・傷病大分類別で示した。

3) 入院受療者数の間接法による年齢調整

被保護者調査および医療扶助実態調査を観察集団である生活保護受給者全体の数値として、患者調査を基準集団である日本全体の数値とした年齢調整(間接法)を行い、標準化入院者数比(Standardized Hospitalization Ratio, 以後 SHR)を算出した。SHRは、観察集団の実際の入院患者数を、その集団の年

齢構成に基づいて算出された期待入院患者数で除した比である。期待入院患者数は、基準集団の年齢階級別入院受療率を観察集団の年齢構成に適用して算出される。本研究において、SHRが1を超える場合は、生活保護受給者の入院者数が日本全体の数値から予想された数よりも多いことを示し、逆にSHRが1未満の場合は予想よりも少ないことを示す。年齢調整(間接法)は、医療扶助実態調査の性別・年齢階級別の傷病大分類別入院レセプト件数、患者調査の性別・年齢階級別の傷病大分類別入院受療率、被保護者調査における性別・年齢階級別の生活保護受給者数を用いて行った。年齢階級は患者調査による区分で統一し、0歳、1~4歳、5~89歳までは5歳刻み、90歳以上の全20区分で計算した。

4) レセプトデータを用いることに対する入院受療数の調整

医療扶助実態調査はレセプトデータによる全数調査で4・5月診療分の合計であり、2か月間の入院件数を表し、指標としての意味は2か月間の罹患数と同義である。他方、患者調査における推定患者数および受療率はある1日における数値を示しており、指標としての意味は有病者数または有病率にあたる。そのため、そのままの数値で2つの集団の比較はできない。比較を可能にするため、以下の調整を行った。まず、レセプトデータの場合、入院は月ごとに1件請求されるが、継続した入院であっても月が替わると新たに1件請求される。そのため、医療扶助実態調査における傷病大分類別の総診療実日数を総レセプト入院件数で除すことで入院レセプト1件あたりの平均受療日数(1か月あたり)を算出できる。それを1か月あたりの平均入院日数と定義した。また、医療扶助実態調査における総レセプト入院件数を4・5月の合計日数である61日で除すことで、1日当たりの入院レセプト件数(1日当たり平均何件の入院があったか)を算出した。ここで、有病率と罹患率の関係は、平均罹病期間がほぼ一定とした場合、(有病率) = (罹患率) × (平均罹病期間) という関係が成り立つことから¹⁶⁾、医療扶助実態調査による生活保護受給者のある1日における入院件数の期待値(有病率)は、1日あたりの入院レセプト件数(罹患率)と平均入院日数(平均罹病期間)を乗じることで算出し、この数値を用いて患者調査における数値と比較した。

5) 倫理への配慮

本研究は、個人に関する情報に該当しない既存の公開情報のみを用いて実施しているため、「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」¹⁷⁾における適用外である。

Ⅲ 研究結果

1. 対象集団の年齢構成

表1に生活保護受給者人口と日本の総人口を性別・年齢階級別に示す。また、2つの集団の年齢構成を、図1および図2の人口ピラミッドに示す。生活保護受給者は20歳未満の所で小さなピークを形成した後20代、30代は減少し、以後年齢が高くなると増加していく特徴的な分布であった。また、前述のとおり、生活保護受給者においては高齢者の人口割合が高く、65歳以上は52.0%、75歳以上は27.8%を占めていた。

2. 粗入院受療率と粗入院受療率比

表2に全傷病における日本全体および生活保護受給者の粗入院受療率を年齢階級別に示す。総数でみ

表1 生活保護受給者および日本全体の人口構成 (2020年)

	生活保護受給者数 (n = 2,025,870)		日本全体 (n = 126,146,000)	
	n	%	n	%
性別				
男性	1,002,618	49.5%	61,348,000	48.6%
女性	1,023,252	50.5%	64,805,000	51.4%
年齢階級				
0~14歳	135,054	6.7%	15,032,000	11.9%
15~64歳	836,573	41.3%	75,087,000	59.5%
65歳以上	1,054,243	52.0%	36,027,000	28.6%
75歳以上	562,672	27.8%	18,602,000	14.7%

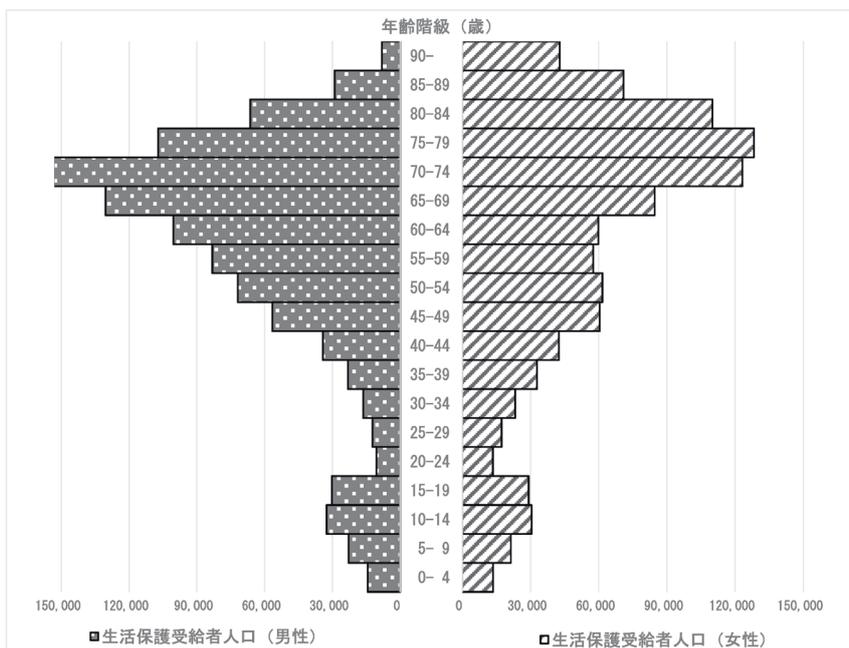
生活保護受給者は被保護者調査，日本全体は総務省統計局人口推計
年齢階級における割合は，対象集団全体に対する割合

ると、男女とも生活保護受給者の方が2倍以上高い数値であった。また、年齢階級別では、75歳以上のみ日本全体の方が高く、それ以外では生活保護受給者の方が高い値であった。次に、日本全体および生活保護受給者における粗入院受療率とその比を性別・傷病大分類別で表3に示す。なお、粗入院受療率比とSHRについては、その計算方法は異なるものの、どちらも患者調査による日本全体の数値を基準とした比であると解釈できることから、同義と見なして一括して示した。傷病大分類別の粗入院受療率比をみると、男女ともに「V. 精神及び行動の障害（以下、V. 精神障害）」が最も高く、男性で6.01、女性で4.80であった。次いで、「IV. 内分泌、栄養及び代謝疾患（以下、IV. 内分泌・代謝疾患）」が高く、それぞれ男性3.75、女性2.47であった。一方、粗入院受療率比が小さい値であったのは、男性は「XVI. 周産期に発生した病態」、「XVII. 先天性奇形、変形及び染色体異常」の順でその比はそれぞれ0.12、0.25であり、女性は「XV. 妊娠、分娩及び産じょく」、「XVI. 周産期に発生した病態」の順でその比はそれぞれ0.08、0.10であった。

3. 標準化入院者数比 (SHR) と生活保護受給者における平均入院日数

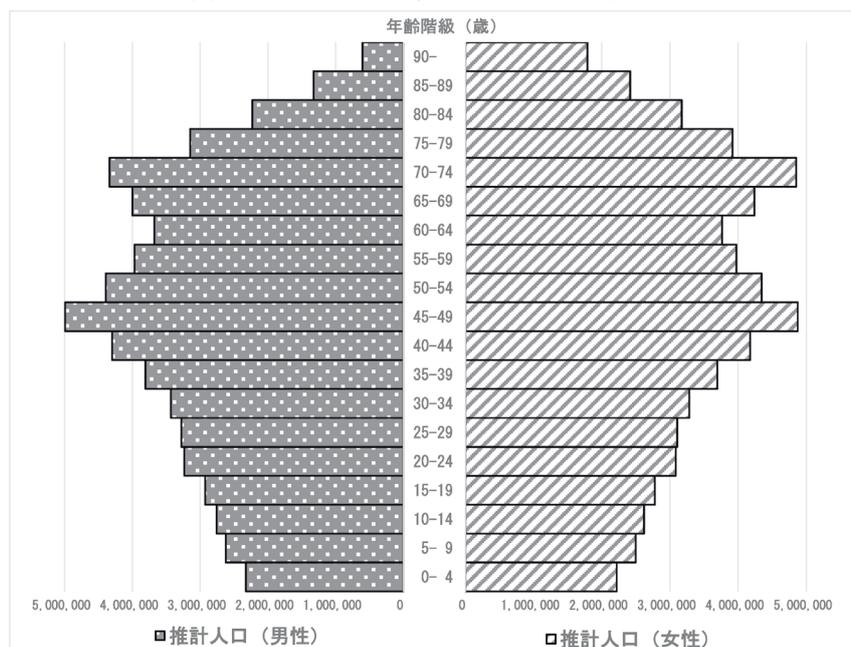
年齢調整を行った性別・傷病大分類別のSHRを表3に示す。結果は粗入院受療率比の場合と同様で、全傷病におけるSHRについても1より大きな値であったが、男性で1.69、女性で1.29と1に近づいていた。粗入院受療率比の段階では男性で17の傷病大分類のうち15分類が1を超えていたが、年齢

図1 生活保護受給者人口の年齢階級別人数 (単位：人)



生活保護受給者は令和2年被保護者調査による被保護者世帯人口

図2 日本全体の年齢階級別人数 (単位:人)



総務省統計局による令和2年国勢調査 (不詳補完値) による人口

表2 全傷病における年齢階級別の粗入院受療率 (人口10万人対)

性別	年齢階級	患者調査 粗入院受療率 (人口10万人対)	生活保護受給者 粗入院受療率 (人口10万人対)
	総数	910	2,387
男性	0-5歳	—	89
	6-14歳	—	51
	15-34歳	139	575
	35-54歳	364	2,095
	55-59歳	776	2,718
	60-64歳	1,064	2,854
	65-69歳	1,444	2,814
	70-74歳	1,797	2,610
	75歳以上	3,534	3,229
	総数	1,007	2,036
女性	0-5歳	—	59
	6-14歳	—	50
	15-34歳	222	528
	35-54歳	320	1,263
	55-59歳	551	1,954
	60-64歳	730	2,349
	65-69歳	983	2,389
	70-74歳	1,318	2,285
	75歳以上	3,590	2,982

粗入院受療率は、小数点以下第一位を四捨五入患者調査における粗入院受療率で、公表結果の数値で算出できない年齢区分は「—」で示した

調整後のSHRで1を超えていたものは10分類に減少した。女性については粗入院受療率比の段階で18の傷病大分類のうち14分類で1を超えていたが、年齢調整後のSHRで1を超えていたものはわずか3分類に減少しており、これらの数値はすべて粗入院受療率比と比べ低い値になっていた。男女ともに年齢調整後の比の方が高くなったのは、妊娠・出産に関連があるX V, X VI, X VII分類の3のみであった。SHRが高いものとして、男性では「V. 精神障害」4.06, 「IV. 内分泌・代謝疾患」2.40の順で高く、女性も同様で、それぞれ「V. 精神障害」3.45, 「IV. 内分泌・代謝疾患」1.47の順であった。一方、SHRが低いものとして、男性では「X VI. 周産期に発生した病態」0.43, 「VII. 眼及び付属器の疾患 (以下, VII. 眼疾患)」0.44の順に低く、女性では「X V. 妊娠, 分娩及び産じょく」0.17, 「VII. 眼疾患」0.27の順に低かった。

生活保護受給者における入院受療数の推定に用いた生活保護受給者の性別・傷病大分類別の平均入院日数 (1か月あたり) を表4に示す。男女とも「V. 精神障害」の平均入院日数が最も長く、それぞれ男性28.5日, 女性28.4日であった。一方、平均入院日数が最も短い分類は男女とも「VII. 眼疾患」であり、それぞれ男性5.6日, 女性5.2日であった。

IV 考 察

本研究によって、生活保護受給者全体を観察対象集団として年齢調整 (間接法) を行ったSHRが全

表3 粗入院受療率および粗入院受療率比と標準化入院者数比

性別	傷病大分類	患者調査 粗入院受療率 (人口10万人対)	生活保護受給者 粗入院受療率 (人口10万人対)	粗入院受療率比 (生活保護受給者/ 患者調査)	標準化入 院者数比 (SHR)
男性	全傷病	910	2,387	2.62	1.69
	I 感染症及び寄生虫症	13	22	1.72	1.16
	II 新生物<腫瘍>	115	154	1.33	0.77
	III 血液及び造血器の疾患並びに 免疫機構の障害	4	7	1.71	1.05
	IV 内分泌、栄養及び代謝疾患	21	79	3.75	2.40
	V 精神及び行動の障害	185	1,112	6.01	4.06
	VI 神経系の疾患	88	135	1.54	1.03
	VII 眼及び付属器の疾患	7	5	0.76	0.44
	VIII 耳及び乳様突起の疾患	1	1	1.23	0.67
	IX 循環器系の疾患	151	354	2.34	1.42
	X 呼吸器系の疾患	69	110	1.59	1.05
	X I 消化器系の疾患	53	77	1.46	0.96
	X II 皮膚及び皮下組織の疾患	9	17	1.85	1.27
	X III 筋骨格系及び結合組織の疾患	46	67	1.45	0.90
	X IV 腎尿路生殖器系の疾患	40	59	1.47	0.90
	X V 妊娠、分娩及び産じょく	・	・	・	・
	X VI 周産期に発生した病態	6	1	0.12	0.43
	X VII 先天奇形、変形及び染色体異常	5	1	0.25	0.46
	X VIII 症状、徴候及び異常臨床所見・ 異常検査所見で他に分類されな いもの	8	20	2.49	1.61
X IX 損傷、中毒及びその他の外因の 影響	80	120	1.50	1.02	
女性	全傷病	1,007	2,036	2.02	1.29
	I 感染症及び寄生虫症	13	17	1.32	0.83
	II 新生物<腫瘍>	87	97	1.11	0.74
	III 血液及び造血器の疾患並びに 免疫機構の障害	5	7	1.30	0.85
	IV 内分泌、栄養及び代謝疾患	26	64	2.47	1.47
	V 精神及び行動の障害	190	912	4.80	3.45
	VI 神経系の疾患	111	158	1.43	0.86
	VII 眼及び付属器の疾患	9	4	0.45	0.27
	VIII 耳及び乳様突起の疾患	2	2	0.99	0.59
	IX 循環器系の疾患	163	275	1.69	0.99
	X 呼吸器系の疾患	50	75	1.50	0.89
	X I 消化器系の疾患	43	57	1.34	0.84
	X II 皮膚及び皮下組織の疾患	10	16	1.65	0.95
	X III 筋骨格系及び結合組織の疾患	71	83	1.16	0.70
	X IV 腎尿路生殖器系の疾患	41	48	1.17	0.70
	X V 妊娠、分娩及び産じょく	22	2	0.08	0.17
	X VI 周産期に発生した病態	4	0	0.10	0.29
	X VII 先天奇形、変形及び染色体異常	4	1	0.28	0.44
	X VIII 症状、徴候及び異常臨床所見・ 異常検査所見で他に分類されな いもの	12	24	1.97	1.25
X IX 損傷、中毒及びその他の外因の 影響	132	156	1.18	0.69	

粗入院受療率は、小数点以下第一位を四捨五入

粗入院受療率比および標準化入院者数比は、小数点以下第三位以下を四捨五入

「・」は統計項目のありえない場合に記載

表4 生活保護受給者における1か月あたりの平均入院日数

性別	傷病大分類	平均入院日数 (1か月あたり)
	全傷病	21.3
男性	I 感染症及び寄生虫症	16.1
	II 新生物<腫瘍>	14.1
	III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	15.2
	IV 内分泌、栄養及び代謝疾患	17.0
	V 精神及び行動の障害	28.5
	VI 神経系の疾患	24.4
	VII 眼及び付属器の疾患	5.6
	VIII 耳及び乳様突起の疾患	7.8
	IX 循環器系の疾患	19.1
	X 呼吸器系の疾患	17.4
	X I 消化器系の疾患	12.4
	X II 皮膚及び皮下組織の疾患	17.4
	X III 筋骨格系及び結合組織の疾患	18.1
	X IV 腎尿路生殖器系の疾患	15.5
	X V 妊娠、分娩及び産じょく	・
	X VI 周産期に発生した病態	8.5
	X VII 先天奇形、変形及び染色体異常	15.5
	X VIII 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	18.7
	X IX 損傷、中毒及びその他の外因の影響	18.3
	全傷病	21.9
女性	I 感染症及び寄生虫症	15.0
	II 新生物<腫瘍>	13.9
	III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	15.9
	IV 内分泌、栄養及び代謝疾患	18.4
	V 精神及び行動の障害	28.4
	VI 神経系の疾患	26.2
	VII 眼及び付属器の疾患	5.2
	VIII 耳及び乳様突起の疾患	8.2
	IX 循環器系の疾患	20.6
	X 呼吸器系の疾患	18.2
	X I 消化器系の疾患	13.3
	X II 皮膚及び皮下組織の疾患	18.8
	X III 筋骨格系及び結合組織の疾患	18.1
	X IV 腎尿路生殖器系の疾患	15.6
	X V 妊娠、分娩及び産じょく	7.1
	X VI 周産期に発生した病態	8.5
	X VII 先天奇形、変形及び染色体異常	19.6
	X VIII 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	21.0
	X IX 損傷、中毒及びその他の外因の影響	18.5

平均入院日数（1か月あたり）の数値は小数点以下第二位を四捨五入

「・」は統計項目のありえない場合に記載

傷病では男女とも日本全体と比べ高くなったが、傷病大分類にみると高いものと低いものが混在していたことが明らかになった。生活保護法の役割から考えても生活保護受給者に傷病を有する者が多いことは明らかではあるものの、本研究のように傷病大分類別すべてを俯瞰的に検討したものは、本邦でこれまでになかった。

生活保護受給者と日本の総人口では性別・年齢階級別人口の分布が大きく異なっていた。生活保護法では、未成年は主に、生活保護を受ける者の扶養義務者に含まれていると考えられ、20歳を超えると自ら就労し一定の収入も得ることで生活保護の受給が廃止されるため、20代、30代の生活保護者数が減少している構造になっていると考えられる。逆に高齢になるほど生活保護受給者数が増加していくのは、加齢とともに傷病を有する者が増加することや定年・加齢の理由で就労が困難となり経済的困窮したと考えられる。

生活保護受給者においては、年齢調整を行ったSHRは傷病全体でも男女とも1台の数値であり、「V. 精神障害」や「IV. 内分泌・代謝疾患」を除くと、入院受療がそれほど多くないことが明らかになった。被保護者健康管理支援事業¹⁰⁾において、主に生活習慣病についての対策が述べられているが、本研究の結果では、高血圧症やそれに関連する傷病が分類される「IX. 循環器系の疾患」のSHRは男性で1.42、女性で0.99とそれほど高い数値ではなかった。一方で糖尿病が代表的な疾患である「IV. 内分泌・代謝疾患」のSHRは男性で2.40、女性で1.47と特に男性で年齢調整後も高い数値であり、同じ生活習慣病といえども入院医療における影響に差があると考えられる。生活保護受給者においては2型糖尿病の有病率が高いことが知られており、さらに、糖尿病性腎症などの合併症も生活保護受給者の方が多かったと報告している⁸⁾。そのため、入院治療を要するような一定以上の重症度の糖尿病患者が生活保護受給者に多く、とくに男性で多いということが考えられるため、一律の対策ではなく対象別に検討していくことが望ましい。

SHRが最も高い傷病大分類は「V. 精神障害」であった。患者調査によると¹⁴⁾、「V. 精神障害」に該当する傷病の中分類のうち、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」の占める推計入院患者数の割合は男性で60.6%、女性で60.3%であった。さらに、同調査における「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」の平均入院日数は570.6日となっており、傷病全体の平均である32.3日の約18倍もの数値である。年齢階級別にみて

も、25～29歳で100.2日、30歳以上ではおおむね200日を超える数値である。今回の結果でも、「V. 精神障害」における1か月あたりの平均入院日数は男性で28.5日、女性で28.4日と1か月のほとんどを入院していることが表れている。つまり、生活保護受給者が統合失調症を含む精神疾患に罹患しやすいというよりも、罹病期間の長い傾向にある精神疾患は就労への影響が大きく、その結果、就職や復職が困難となり生活保護受給に繋がっている可能性が示唆される。実際に、谷原らによると¹⁸⁾、NDBと複数の健康保険組合における入院レセプト数の比較で、年齢調整後も「V. 精神障害」を主傷病とするレセプト件数が健康保険組合で有意に少なかったと報告している。健康保険組合の被保険者本人は一定の労働に従事できる健康状態であるが、長期間の入院が必要な精神疾患を持つ患者は就労継続が困難であることによると考察している。

さらに、「V. 精神障害」は他の傷病大分類での入院にも影響している可能性がある。被保護者調査によると⁷⁾、生活保護受給者で入院している者は77,015人で生活保護受給者全体の3.8%であった。そのうちの46.9%にあたる36,112人が精神病等の精神障害による障害加算を受けている者、または精神病（精神障害）を主傷病名として入院している者またはそれらの疾病のために働くことができない者、もしくはそれと同等の状態にある者であった。レセプトによる主傷病名の特徴の1つに、レセプトに複数の傷病が記載されている場合にはそのうち1つを選択した上で、当該レセプトにおけるすべての医療費を同傷病によるものと請求していることがあげられる。そのため、「V. 精神障害」に分類される疾患を主傷病として入院中の生活保護受給者において、入院治療を必要とする「V. 精神障害」以外の傷病が存在していても主傷病ではないために過小評価されている可能性がある。

他方、SHRが小さい傷病大分類として、「X V. 妊娠、分娩及び産じょく」、「X VI. 周産期に発生した病態」、「X VII. 先天奇形、変形及び染色体異常」の妊娠・出産に係る分類があげられ、すべて0.5未満の数値であった。その要因のひとつに、婚姻状態の違いがあげられる。国勢調査によると¹⁹⁾、20～49歳の者で単身世帯の割合は、男性で22.3%、女性で14.6%であるが、被保護者調査⁷⁾による生活保護受給者における同割合は、男性で50.0%、女性で35.3%と国勢調査より2倍以上大きな値であった。これらは婚姻状態を直接反映するものではないが、生活保護受給者では独身の者の割合が高いため妊娠・出産に関連する傷病を有する者が少なく

なると解釈可能である。さらに、調査方法による入院傷病名の集計方法の違いもある。医療扶助実態調査は診療報酬に基づくレセプトデータによるものであり、正常分娩であれば医療扶助ではなく基本的に出産扶助となるため集計対象外である。加えて、生活保護法に基づく扶助については、他法による扶助制度を優先するという原則があり、出産の場合は児童福祉法による入院助産制度が適応されている場合もある²⁰⁾。一方、患者調査では調査日時点で入院の理由となっているものを主傷病として集計しており、いわゆる正常分娩を含む「単胎自然分娩」に分類される者であっても調査日に入院していれば集計されている。以上の理由から、本研究における生活保護受給者の妊娠・出産に係る数値が過小評価されている可能性がある。

また、SHRが小さい傷病大分類として「VII. 眼疾患」もあげられている。この分類では年齢調整前の粗入院受療率であっても日本全体と比べ少ない結果であった。この分類における代表疾患は白内障であるが、通常、白内障は高齢者に多いため、高齢者の割合が高い生活保護受給者において入院が少ないことは矛盾している。患者調査確定数（全国編報告書非掲載表）第21表¹⁴⁾の推計退院患者における診療費等支払方法でみると、全傷病における医療扶助での支払いの割合は4.4%であることに對し、「VII. 眼疾患」では2.9%であり、前述の妊娠・出産に関する分類に次いで低い数値であった。このことから患者調査の数値であっても生活保護受給者における「VII. 眼疾患」の入院は少なく、本研究の算出方法による問題は小さいと考えられる。「VII. 眼疾患」の特徴の一つに、診療所での入院患者の割合が他分類と比べ高いことがあげられる。患者調査確定数（全国編報告書）第9表¹⁴⁾における推計入院患者の医療機関別の数でみると、全傷病では病院の入院患者数が診療所の約35倍であることに對し、「VII. 眼疾患」に限るとその値は7倍程度と差が縮小する。代表的疾患の白内障については、診療所でも多くの手術が実施されていると考えられるが、生活保護受給者は今回の研究のように糖尿病をはじめとした生活習慣病の有病率が高いことや併存疾患が多いという周術期のリスクが存在する。そのため、眼科のみの単科の診療所では対応が難しく施術を受けられる医療機関が限られ、結果的に入院患者が少ないことに繋がっている可能性がある。

本研究では生活保護受給者は一般集団と比べて入院医療が多くない傷病も存在する可能性を示したが、それらをもって生活保護受給者が一般集団と比べ健康状態にあるとは言えない。その理由の一つに

医療扶助に関する原則がある。生活保護法第4条の保護の補足性に基づき、他法による扶助制度に該当する場合は生活保護法による保護に優先して行うという原則があり、たとえば、就労への影響が大きいと考えられる傷病を含む指定難病では「難病患者に対する医療等に関する法律」²¹⁾に基づき医療費が助成され、仮に該当患者が生活保護受給者であっても医療扶助では負担されない場合があり、医療扶助実態調査を用いた本研究では過小評価となる。また、そのほかの理由として、生活保護制度を取り巻く環境がある。Kinoらの報告によると²²⁾、日本の高齢者における歯科受診について、生活保護受給者とそれ以外の集団を比較した場合、生活保護受給者の方が治療と予防の両方において受診率が低かったと報告している。つまり、医療扶助による経済的支援だけでは不十分であり、それ以外の障壁を明らかにする必要がありとしている。たとえば生活保護制度に対するスティグマのため受診控えをしている事も考えられ、SHRが低い傷病であっても問題をはらんでいる可能性がある。

一方、この研究の限界の一つに医療扶助実態調査と患者調査の実施時期の違いがある。患者調査における受療率は、10月のある一日における数値である。他方、医療扶助実態調査は、毎年4・5月診療分の数値である。大槻らの報告によると²³⁾、単施設のデータではあるが救急外来を受診する精神科疾患の患者数は6～7月、9～10月の2峰性であった。また、2020年の人口動態調査による死亡統計では²⁴⁾、死因別・月別の死亡者数で今回の研究に該当する月の数値で比較した場合、たとえば「V. 精神障害」では10月の死亡者数が4・5月の死亡者数平均の1.13倍と多い一方で、「IV. 内分泌・代謝疾患」では、10月の死亡者数は4・5月の死亡者数平均の0.99倍とわずかであるが少なくなっている。季節変動を考慮した分析については、生活保護受給者のレセプトデータおよび国全体のデータであるNDBデータによる同一月のデータが必要である。しかし、いずれも公開情報ではないため、これらを用いた検証は今後の課題である。

さらに、今回の研究は2020年に実施された調査に基づくものであり、本邦で新型コロナウイルス感染症が確認された最初の年である。医療扶助実態調査における入院レセプト総数の年次推移は、2016～2018年は140,000件前後であり2019年も138,821件であったが、2020年は126,567件と前年の91.2%と、9%弱の低下が生じていた。当時の情勢を踏まえると、病院受診や入院を回避する傾向が見られたことから、医療扶助実態調査と患者調査の結果が新型コ

ロナウイルス感染症の影響を受けている可能性がある。もっとも、新型コロナウイルス感染症の影響は全国に及んだことから、医療扶助実態調査と患者調査への影響は等しいと仮定すれば、単年の比較に基づく本研究の結果の解釈に関しては大きな影響はないと考えられる。しかしながら、新型コロナウイルス感染症流行が受療行動に与えた影響が医療扶助実態調査と患者調査で異なるかどうかについて、複数年の統計調査結果を用いた検証は今後の課題である。

その他、今回用いた統計調査結果に記載のない「XX. 疾病及び死亡の外因」については本研究で検証していない。しかし、生活保護受給者においては高齢者が多い事、「V. 精神障害」に該当する精神疾患を有する者が多い事から、不慮の事故や故意の自傷および自殺も少なくないと推測される。Kinoらの報告でも²⁵⁾、日本の高齢者を対象とした調査で、様々な因子調整後も、生活保護受給者の方が自殺念慮や自殺企図の経験がある割合が高かったとしている。本研究では言及できないものの、「XX. 疾病及び死亡の外因」についても課題である。

V 結 語

生活保護受給者における入院受療状況を性別に年齢調整を行った後で日本全体と比較した結果、全傷病では生活保護受給者の方が高かった。しかし、傷病大分類別に検討した結果、「V. 精神障害」や「IV. 内分泌・代謝疾患」以外の傷病では生活保護受給者と日本全体が同等あるいは生活保護受給者の方が少ない傷病もあり、すべての傷病で入院受療が多いわけではないことが判明した。生活保護受給者は高齢者の割合が高く、単純集計のみでは単に高齢化の影響をみている可能性がある。被保護者健康管理支援事業の手引きで求められている「データに基づいた生活保護受給者の健康管理支援」に従い、各福祉事務所が健康課題を俯瞰して抽出する際には、性別の年齢調整や傷病分類別の分析を行い、生活保護受給者の入院受療の実態を明らかにすることが必要である。

本研究は厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）「大規模疫学研究データと診療報酬明細書（レセプト）データを用いた一般住民における入院外統合失調症及び統合失調症関連障害の有病率推定方法の開発」（課題番号：21GC1018）の一部として行われた。なお、執筆者全員について開示すべきCOI状態はない。

受付 2024. 6. 4
 採用 2024.10.11
 J-STAGE 早期公開 2024.12.23

文 献

- 1) 生活保護法（昭和二十五年法律第百四十四号）. 令和六年法律第二十一号による改正. 2024. <https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=325AC0000000144>（2024年5月8日アクセス可能）.
- 2) 厚生労働省. 平成18年被保護者全国一斉調査（個別調査第17表 被保護人員，医療保険の加入状況・性・年齢階級・都道府県-指定都市-中核市別）. 2015. <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450312&tstat=000001030711&metadata=1&data=1>（2024年5月9日アクセス可能）.
- 3) 厚生労働省. 社会保障審議会生活困窮者自立支援及び生活保護部会（第14回）（資料5）生活保護の制度の現状について. 2022. <https://www.mhlw.go.jp/content/12002000/000977977.pdf>（2024年5月1日アクセス可能）.
- 4) 厚生労働省. 令和2年医療扶助実態調査. 2021. <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450313&tstat=000001024563&cycle=7&tclass1=000001151427&tclass2val=0>（2024年5月8日アクセス可能）.
- 5) 厚生労働省. 令和2（2020）年度国民医療費（統計表第7表 国民医療費・構成割合，年次・診療種別）. 2022. <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450032&tstat=000001020931&cycle=8&tclass1=000001171866&tclass2=000001171867&tclass3val=0>（2024年8月21日アクセス可能）.
- 6) 総務省統計局. 2020年人口推計. 2021. https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00200524&tstat=000000090001&cycle=7&year=20200&month=0&tclass1=000001011679&result_back=1&tclass2val=0（2024年5月8日アクセス可能）.
- 7) 厚生労働省. 令和2年度被保護者調査. 2022. <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450312&tstat=000001157292>（2024年5月8日アクセス可能）.
- 8) 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: 391–397.
- 9) Okumura Y, Sakata N, Tachimori H, et al. Geographical variation in psychiatric admissions among recipients of public assistance. *J Epidemiol* 2019; 29: 264–271.
- 10) 厚生労働省. 被保護者健康管理支援事業の手引き（令和2年8月改訂版）. 2020. <https://www.mhlw.go.jp/content/12000000/000809908.pdf>（2024年8月14日アクセス可能）.
- 11) 厚生労働省. 生活保護法による医療扶助運営要領について（昭和36年9月30日社発第727号厚生省社会局長通知）. 1961. https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00ta8434&dataType=1&pageNo=1（2024年8月14日アクセス可能）.
- 12) 厚生労働省. 医療扶助実態調査：調査の概要. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/67-16a.html>（2024年8月14日アクセス可能）.
- 13) 厚生労働省. 被保護者調査：調査の概要. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/74-16a.html#link01>（2024年8月14日アクセス可能）.
- 14) 厚生労働省. 令和2年患者調査. 2023. <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450022&tstat=000001031167>（2024年5月9日アクセス可能）.
- 15) 厚生労働省. 患者調査：調査の概要. 2022. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/20/dl/gaiyou.pdf>（2024年8月14日アクセス可能）.
- 16) 福富和夫. 疫学研究の方法—基本概念（その1）. *獣医疫学雑誌* 1998; 2: 35–39.
- 17) 文部科学省, 厚生労働省, 経済産業省. 人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針令和3年3月23日（令和5年3月27日一部改正）. 2023. <https://www.mhlw.go.jp/content/001077424.pdf>（2024年5月1日アクセス可能）.
- 18) 谷原真一, 辻 雅善, 川添美紀, 他. 社会医療診療行為別調査と健保組合レセプトデータにおける傷病大分類別人口当たりレセプト件数の比較. *厚生*の指標 2017; 64: 1–8.
- 19) 総務省統計局. 令和2年国勢調査. 2022. <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00200521&tstat=000001136464>（2024年5月9日アクセス可能）.
- 20) 長治 誠. 入院助産制度と出産扶助・医療扶助. *臨床婦人科産科* 2022; 76: 560–568.
- 21) 難病の患者に対する医療等に関する法律（平成二十六年法律第五十号）. 令和四年法律第百四号による改正. 2022. <https://laws.e-gov.go.jp/law/426AC0000000050>（2024年8月14日アクセス可能）.
- 22) Kino S, Ueno K, Nishioka D, et al. Prevalence of dental visits in older Japanese adults receiving public assistance. *Community Dent Oral Epidemiol* 2024; 52: 68–75.

- 23) 大槻秀樹, 五月女隆男, 松村一弘, 他. 救急受診患者における精神科疾患患者数の季節性 - 滋賀医科大学の場合 -. 日本救急医学会雑誌 2009; 20: 763-771.
- 24) 厚生労働省. 2020年人口動態調査. 2022. https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450011&tstat=000001028897&cycle=7&year=20200&month=0&tclass1=000001053058&tclass2=000001053061&tclass3=000001053065&result_back=1&tclass4val=0 (2024年5月8日アクセス可能).
- 25) Kino S, Stickley A, Nishioka D, et al. Suicidal ideation and suicide attempts among older recipients of public welfare assistance in Japan. *J Epidemiol Community Health* 2022; 76: 873-879.
-

Analysis of hospitalization status by major classification according to ICD-10 among public assistance recipients considering sex and age

Hideyuki WATANABE^{*}, Masaaki MATSUNAGA^{2*}, He YUPENG^{2*}, Atsuhiko OTA^{2*},
Li YUANYING^{3*}, Kotaro KUWAKI^{4*} and Shinichi TANIHARA^{4*}

Key words : estimated patient rates, hospitalization, public assistance, age adjusted, Patient Survey, Fact-finding Survey on Medical Assistance

Objectives We evaluated the number of hospitalizations among public assistance recipients for each major classification according to the International Classification of Diseases 10th Revision (ICD-10), adjusting for sex and age differences in the general Japanese population. This study aimed to provide a comprehensive assessment of hospitalization patterns among public assistance recipients by disease category.

Methods We used indirect methods to adjust for sex and age, with public assistance recipients and the entire Japanese population as the observation and reference groups, respectively. We calculated the standardized hospitalization ratios (SHRs) for each major classification based on the ICD-10. We only used publicly available government statistics, including data from the 2020 Patient Survey, for hospitalization rates according to sex, age, and major classification. Additionally, we used data from the 2020 National Survey on Public Assistance Recipients conducted for the number of public assistance recipients by sex and age groups and data from the 2020 Survey on the Actual Status of Medical Assistance conducted for the number of hospitalizations by major classification.

Results After adjusting for age, the overall SHR was 1.49. The major classifications with the high SHRs for men and women were “V. Mental and behavioural disorders” (SHR for men; 4.06, women; 3.45) and “IV. Endocrine, nutritional, and metabolic diseases” (SHR for men; 2.40, women; 1.47). Conversely, the major classifications with low SHRs were “XVI. Certain conditions originating in the perinatal period” (SHR; 0.43) and “VII. Diseases of the eye and adnexa” (SHR; 0.44) for men. For women, these were “XV. Pregnancy, childbirth, and the puerperium” (SHR; 0.17) and “VII. Diseases of the eye and adnexa” (SHR; 0.27).

Conclusion After adjusting for age, hospitalization status among public assistance recipients was higher overall than in the general Japanese population. However, if divided based on major classifications, higher and lower rates were observed compared with the general population. In assessing the status of medical assistance for public assistance recipients, research should be conducted by disease classification, considering the significant differences in age composition between public assistance recipients and the general Japanese population.

* Graduate School of Medicine, Kurume University School of Medicine

^{2*} Department of Public Health, Fujita Health University School of Medicine

^{3*} Department of Public Health and Health Systems, Nagoya University Graduate School of Medicine

^{4*} Department of Public Health, Kurume University School of Medicine