

壮年期にある生活保護受給者の健康行動と課題

富田早苗^{*1} 三徳和子^{*2}

1. 緒言

WHOの「健康の社会的決定要因 (social determinants of health)」と題するレポートにもあるように、近年、健康への社会的要因が注目されている。社会階層が高い人たちに比べ、低い人たちに不健康な人が多く、日本においても「健康格差」が広がりつつある。例えば、介護保険料区分で見た最低所得層の男性では、最高所得層と比較し死亡率が3倍多いことが報告されている¹⁻³⁾。

健康格差についての先行研究では、所得や学歴、職業階層でみた社会階層が低い人ほど生活習慣・健康行動において健康に好ましくないものが多い傾向にあると報告されている。タバコでは最も所得の低い層は最も高い層と比較し、男性1.29倍、女性2.03倍と多いことや、望ましくない食習慣をもつ者は男性1.28倍、女性1.64倍と多いこと⁴⁾、余暇時間に身体活動やスポーツをした1か月あたり日数は職業階層によって異なり、事務職が肉体労働者に比べ多いこと⁵⁾、社会経済的地位が低い人には、健診を受診していない人が多い⁶⁾などである。

一方、「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」生活保護受給者の健康状況についてはどうであろうか。生活保護受給者数は、社会情勢や経済情勢などの社会変動に影響されやすく、平成8年度から増加傾向で推移し、平成20年度では約159万人、保護率は12.5%と、国民の約80人に1人が受給している。保護の開始理由では、「世帯主の傷病によるもの」が約4割で最も多く、次いで「手持現金の減少・喪失」「働きによる収入減」と続いている⁷⁾。また、厚生労働省の「医療扶助実態調査 (2007, 6月審査分)」によると、入院患者では、精神・行動の障害が最も多く、次いで高血圧、心臓病、脳血管疾患等の循環器系の疾患で併せて約6割を占めており、入院外患者では、循環器系の疾患、

筋骨格系・結合組織の疾患、呼吸器系の疾患の順で、これらが全体の約4割を越えている。これらのことから、生活保護の開始理由では、世帯主の傷病によるものが多いこと、医療扶助実態調査では、入院している精神・行動の障害を除いて、循環器系の疾患など生活習慣病予防や早期受診などの適切な行動により予防可能な疾患も多いことなど、生活保護受給者への健康増進に向けた支援の必要性が求められている。しかし、これら受給者を対象とした健康に関する研究は事例研究や制度に関する研究が中心であり⁸⁻¹⁰⁾、生活保護受給者を集団として捉えた健康支援に関する研究は蓄積されていない。

そこで、本研究では、入院または入所していない壮年期にある生活保護受給者の健康行動の実態と課題について明らかにすることを目的とした。

2. 調査方法

2.1 調査対象者

対象者は、入院および入所していない壮年期にある生活保護受給者 (40-64歳) 765名である。

2.2 調査方法

平成22年10月現在、A県内21か所全ての社会福祉事務所を対象に依頼し、同意の得られた17か所に調査票を配布した。調査対象者の選定については、対象者を明らかにするため、調査時に入院および入所していないこと、年齢は40-64歳であること、一世帯に複数対象者がいる場合は、一人のみ回答を求めるとした。調査期間は平成22年11月から12月20日までとし、協力の得られた社会福祉事務所に原則郵送による配布を依頼した。対象者の個人情報調査者に触れないよう、配布は全て各社会福祉事務所に事務を委任した。さらに、回収率が少ない際の案内が可能かどうかの記載も求めた。

*1 岡山県立大学 保健福祉学部 看護学科 *2 川崎医療福祉大学 医療福祉学部 保健看護学科
(連絡先) 富田早苗 〒719-1197 岡山県総社市窪木111 岡山県立大学
E-Mail: tomita@fhw.oka-pu.ac.jp

2.3 調査内容

基本属性（性・年齢・家族形態・学歴等），生活保護開始時期と理由，健康状態（主観的健康観，障害の有無と内容，生活習慣病の現病と既往，Body Mass Index<以下，BMIとする>），健康行動（高橋の健康行動10項目¹⁾と睡眠・ストレス2項目の計12項目），健康管理行動（歯科健診，有症状時の受診行動・健康相談・健診受診状況），就労状況である。

2.4 倫理的配慮

生活保護受給者の個人情報調査者が直接把握することできない。そのため，各社会福祉事務所に調査趣旨を記載した依頼文を提出し，同意書にて協力の得られた組織にのみ調査を依頼した。なお，一度調査に同意した場合でも後から拒否できる旨も保障した。調査はケースワーカーから該当者あて原則郵送してもらい，協力の得られた者からのみ後日大学あて返送してもらった。各社会福祉事務所には生活保護受給者のアンケート回答の有無に対する権利を尊重するため，担当ケースワーカーから受給者に対

し直接アンケートの協力依頼を行わないよう説明した。

生活保護受給者には書面にて，調査に際し研究者は一切個人情報を開示しておらず社会福祉事務所に案内を依頼していること，調査は全て無記名自記式質問紙調査であり，協力の得られた者のみ郵送してもらうこと，調査に協力しなくても不利益を被らないことを明記した。調査については，川崎医療福祉大学倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号：217）。

2.5 分析方法

健康行動12項目の回答は，「あてはまる」から「全くあてはまらない」の4段階で求め，得点が高いほど健康行動が高いとした。

統計的手法は，質的変数の独立性の検定には χ^2 検定を，差の比較にはt検定またはMann-WhitneyのU検定を用いた。各検定における有意水準は0.05とした。統計解析には，SPSS Ver.10.0J for Windowsを使用した。

表1 対象者特性

項目	男性 n=175 (%)	女性 n=90 (%)	全体 n=265 (%)	P 値
年齢 ¹⁾ mean±SD	55.26±6.57	55.07±6.76	55.19±6.63	0.825
年代				
40代	31 (17.7)	19 (21.1)	50 (18.9)	
50代	86 (49.1)	40 (44.4)	126 (47.5)	0.761
60代	58 (33.1)	31 (34.4)	89 (33.6)	
家族形態（一人暮らし）	97 (64.7)	36 (47.4)	133 (58.8)	0.013 *
最終学歴 ²⁾				
中学	84 (48.8)	43 (48.3)	127 (48.7)	
高校	65 (37.8)	35 (39.3)	100 (38.3)	0.958
高等教育以上（大学等）	21 (12.2)	9 (10.1)	30 (11.5)	
生活保護歴 ²⁾				
1年未満	57 (32.8)	16 (18.2)	73 (27.9)	
1～5年	79 (45.4)	39 (44.3)	118 (45.0)	
6～10年	20 (11.5)	12 (13.6)	32 (12.2)	0.018 *
11年以上	16 (9.2)	19 (21.6)	35 (13.4)	
わからない	2 (1.1)	2 (2.3)	4 (1.5)	
生活保護開始理由 ³⁾				
自身の病気	110 (63.2)	48 (54.5)	158 (60.3)	0.175
自身の障害	45 (25.9)	18 (20.5)	63 (24.0)	0.333
家族の育児・介護	10 (5.7)	13 (14.4)	23 (8.7)	0.015 *
収入の減少	29 (16.7)	25 (28.4)	54 (20.6)	0.026 *
仕事なし	97 (55.7)	37 (42.0)	134 (51.1)	0.036 *
借金	20 (11.5)	9 (10.2)	29 (11.1)	0.758
手持現金の減少・喪失	72 (41.4)	29 (33.0)	101 (38.5)	0.186
その他	6 (3.4)	5 (5.7)	11 (4.2)	0.395
住宅の種類				
持家	62 (35.8)	18 (20.7)	80 (30.4)	0.008 **
就業あり	14 (8.3)	18 (20.7)	32 (12.5)	0.005 **
障がい者手帳あり ²⁾	34 (20.4)	26 (31.3)	60 (24.0)	0.056
身体障がい者手帳	22 (13.2)	13 (15.7)	35 (14.0)	0.105
知的障がい者手帳	1 (0.6)	6 (7.2)	7 (2.8)	0.039 *
精神障がい者手帳	10 (6.0)	9 (10.8)	19 (7.6)	0.851

検定は χ^2 検定，¹⁾t検定 *P<0.05 **P<0.01

²⁾不明は除く

³⁾複数回答

表2 対象者の健康状態

項目	男性 n=175 (%)	女性 n=90 (%)	全体 n=265 (%)	P 値
主観的健康観				
とてもよい・まあよい	70 (40.0)	40 (44.4)	110 (41.5)	0.487
あまりよくない・よくない	105 (60.0)	50 (55.6)	155 (58.5)	
疾患の有無				
あり	118 (67.4)	69 (76.7)	187 (70.6)	0.118
なし	57 (32.6)	21 (23.3)	78 (29.4)	
健康行動 平均値 (平均ランク) ¹⁾				
毎日欠かさず野菜をとる	2.46 (124.1)	2.79 (150.3)		0.006 **
脂肪を控えめにしている	2.53 (120.4)	3.01 (157.6)		0.000 ***
甘いものを控えめにしている	2.65 (129.0)	2.80 (140.8)		0.216
塩分を控えめにしている	2.61 (127.1)	2.81 (144.5)		0.064
間食・夜食を控えめにしている	2.79 (129.0)	2.96 (140.8)		0.212
アルコールを控えめにしている	3.04 (126.8)	3.23 (145.1)		0.040 *
タバコは吸わない	2.35 (124.7)	2.81 (149.1)		0.009 **
3食規則正しく食べている	2.47 (122.3)	2.92 (153.9)		0.001 **
体重を定期的に測定している	2.37 (127.1)	2.64 (144.6)		0.068
定期的に運動している	2.34 (134.3)	2.28 (130.4)		0.681
睡眠で休養が十分とれている	2.68 (132.9)	2.69 (133.3)		0.967
最近1か月間のストレスなし	2.15 (135.1)	2.07 (129.0)		0.523
健康管理行動 ²⁾				
歯科健診あり	95 (54.3)	47 (52.2)	142 (53.6)	0.750
定期健康診断あり	70 (40.0)	36 (40.0)	106 (40.0)	1.000
がん検診あり	37 (21.1)	30 (33.3)	67 (25.3)	0.031 *
健康相談あり	47 (26.9)	22 (24.4)	69 (26.0)	0.672
早期受診あり	107 (61.1)	59 (65.6)	166 (62.6)	0.482

検定は χ^2 検定, ¹⁾Mann-Whitney の U 検定 *P<0.05 **P<0.01 ***P<0.001

²⁾過去2年間の受診状況

3. 結果

調査対象者765名, 回収数292枚, 回収率38.2%と少なかったため, 同対象者への再度の声掛けを平成23年1月に社会福祉事務所に依頼し, 2月末までに3ヶ所から追加で23枚の回収が得られた. その結果, 回収数315枚, 回収率41.2%となった. そのうち, 性, 年齢, 疾患の有無, 健康行動に記載のない者50名を分析対象から外し, 265名を分析対象 (有効回答率34.6%) とした.

3.1 生活保護受給者の属性

生活保護受給者の基本属性を表1に示した. 男性175名 (66.0%), 女性90名 (34.0%) で, 40代が50名 (18.9%), 50代が126名 (47.5%), 60-64歳までの60代が89名 (33.6%) であった. 家族形態は男性に一人暮らしが多く女性との間に有意な関連がみられた. 最終学歴は中学校が127名 (48.7%) であった. 生活保護開始の理由では, 自身の病気が約6割と最も多く, 次いで仕事がない, 手持ち現金の減少・喪失と続いていた. 性別では男性に仕事がないとする者が女性と比較して多く, 女性では家族の育児・介護, 収入の減少が男性と比較し有意に多かった. 就業中の者は男性が14名 (8.3%), 女性が18名 (20.7%) と女性に有意に多かった. いずれも常勤の者はおらず, 非正規職員や農業等であった.

3.2 生活保護受給者の健康状態

生活保護受給者の健康状態を表2に示した. 主観的健康観は, 「とてもよい」「まあよい」が併せて110名 (41.5%) であったのに対し, 「あまりよくない」「よくない」が155名 (58.5%) と半数以上を占めていた. 疾患は187名 (70.6%) の者が有しており, その内訳は表3に示すごとく, 多い順に高血圧33.6%, うつ病24.6%, 糖尿病21.5%と続いていた. 治療状況として放置している割合の多い疾患は, アルコール依存症20.0%, 脂質異常症17.9%, 心筋梗塞・狭心症, 筋骨格系疾患ともに17.6%と続いていた. 健康行動では, 「毎日欠かさず野菜をとる」「脂肪を控えめにしている」「アルコールを控えめにしている」「タバコは吸わない」「3食規則正しく食べている」の5項目において女性の方が男性より有意に高い健康行動であった. 健康管理行動においても, がん検診では女性の方が男性より有意に多く検診を受けていた. なお, タバコを習慣的に喫煙している者の割合は, 男性55.4%, 女性40.0%であった.

対象者のBMIを表4に示した. 平成21年度国民健康・栄養調査と比較し¹²⁾, BMI18.5未満の低体重では男女とも全ての年代において生活保護受給者に多い傾向がみられる一方, BMI25.0以上の肥満では,

表3 対象者の疾患と治療状況

疾患名	患者数	n=256 (%)			
		治療中	過去に治療	放置	不明
高血圧	86 (33.6)	63 (73.3)	4 (4.7)	9 (10.5)	10 (11.6)
糖尿病	55 (21.5)	46 (83.6)	4 (7.3)	1 (1.8)	4 (7.3)
脂質異常症	39 (15.2)	23 (59.0)	3 (7.7)	7 (17.9)	6 (15.4)
アルコール依存症	30 (11.7)	7 (23.3)	11 (36.7)	6 (20.0)	6 (20.0)
結核	5 (2.0)	0 (0.0)	4 (80.0)	0 (0.0)	1 (20.0)
脳卒中	20 (7.8)	12 (60.0)	5 (25.0)	0 (0.0)	3 (15.0)
心筋梗塞・狭心症	17 (6.6)	10 (58.8)	2 (11.8)	3 (17.6)	2 (11.8)
がん	26 (10.2)	11 (42.3)	13 (50.0)	0 (0.0)	2 (7.7)
筋骨格系疾患	51 (19.9)	25 (49.0)	9 (17.6)	9 (17.6)	8 (15.7)
うつ病	63 (24.6)	41 (65.1)	9 (14.3)	6 (9.5)	7 (11.1)
その他	54 (21.1)	31 (57.4)	9 (16.7)	3 (5.6)	11 (20.4)

表4 対象者のBMI (kg/m²)

項目	BMI (kg/m ²)			国民健康・栄養調査 ²⁾	
	やせ (18.5未満)	ふつう (18.5~25.0未満) n (%)	肥満 (25.0以上)	やせ (%)	肥満 (%)
男性 n=160					
40代	2 (6.7)	15 (50.0)	13 (43.3)	(2.1)	(36.2)
50代	6 (7.6)	45 (57.0)	28 (35.4)	(2.7)	(33.3)
60代 ¹⁾	9 (17.6)	32 (62.7)	10 (19.6)	(3.3)	(30.2)
女性 n=81					
40代	3 (16.7)	12 (66.7)	3 (16.7)	(10.5)	(20.0)
50代	5 (13.5)	19 (51.4)	13 (35.1)	(8.3)	(19.3)
60代 ¹⁾	3 (11.5)	15 (57.7)	8 (30.8)	(6.8)	(24.9)

¹⁾ 本調査対象者の60代は60~64歳、国民健康・栄養調査の60代は60~69歳

²⁾ 平成21年度国民健康・栄養調査結果

表5 疾患の有無別健康行動

疾患の有無		毎日欠かさず野菜をとる	脂肪を控えめにしている	甘いものを控えている	塩分を控えめにしている	間食・夜食を控えている	アルコールを控えている	タバコは吸わない	3食規則正しく食べている	体重を定期的に測定している	定期的に運動している	睡眠で十分とれている	最近1か月のストレスなし
		平均値 (平均ランク)											
高血圧	あり	2.7 (134.5)	2.8 (133.5)	2.7 (129.1)	2.7 (129.4)	2.8 (128.2)	3.2 (133.9)	2.6 (133.1)	2.7 (131.4)	2.6 (135.0)	2.3 (129.4)	2.7 (129.1)	2.1 (127.7)
	なし	2.6 (125.5)	2.7 (126.0)	2.7 (128.2)	2.7 (128.0)	2.9 (128.6)	3.1 (125.8)	2.5 (126.2)	2.6 (127.0)	2.4 (125.2)	2.3 (128.0)	2.7 (128.2)	2.1 (128.9)
糖尿病	あり	2.5 (123.0)	2.7 (125.7)	2.9 (140.7)	2.8 (133.5)	2.9 (134.4)	3.3 (142.0)	2.6 (133.8)	2.7 (133.7)	2.8 (148.7)*	2.3 (125.3)	2.7 (128.1)	2.4 (145.6)*
	なし	2.6 (130.0)	2.7 (129.3)	2.6 (125.2)	2.7 (127.1)	2.8 (126.9)	3.0 (124.8)	2.5 (127.1)	2.6 (127.1)	2.4 (123.0)	2.3 (129.4)	2.7 (128.6)	2.1 (123.8)
脂質異常症	あり	2.6 (124.3)	2.7 (127.5)	2.7 (130.9)	2.5 (112.5)	2.9 (128.7)	3.3 (136.8)	2.4 (123.9)	2.5 (119.4)	2.5 (130.7)	2.1 (110.7)	2.7 (127.2)	2.1 (126.2)
	なし	2.6 (129.3)	2.7 (128.7)	2.7 (128.1)	2.7 (131.4)	2.8 (128.5)	3.1 (127.0)	2.5 (129.3)	2.7 (130.2)	2.5 (128.1)	2.4 (131.7)	2.7 (128.7)	2.1 (128.9)
アルコール依存症	あり	2.5 (120.4)	2.7 (125.8)	2.6 (119.4)	2.7 (128.8)	2.8 (124.8)	3.0 (123.6)	2.2 (110.9)	2.5 (122.0)	2.6 (133.6)	2.5 (137.9)	2.9 (142.4)	1.9 (114.9)
	なし	2.6 (129.6)	2.7 (128.9)	2.7 (129.7)	2.7 (128.5)	2.9 (129.0)	3.1 (129.2)	2.6 (130.8)	2.7 (129.4)	2.5 (127.8)	2.3 (127.3)	2.7 (126.7)	2.1 (130.3)
脳卒中	あり	2.8 (143.0)	2.9 (143.2)	3.1 (155.8)	3.0 (150.0)	3.2 (152.0)	3.6 (151.5)	2.9 (145.9)	2.8 (139.4)	2.8 (145.2)	2.5 (142.4)	2.6 (122.0)	2.5 (151.1)
	なし	2.6 (127.3)	2.7 (127.3)	2.7 (126.2)	2.7 (126.7)	2.8 (126.5)	3.1 (126.6)	2.5 (127.0)	2.6 (127.6)	2.5 (127.1)	2.3 (127.3)	2.7 (129.1)	2.1 (126.6)
心筋梗塞・狭心症	あり	2.8 (143.1)	3.2 (166.4)*	3.2 (166.5)*	3.0 (155.3)	3.1 (147.5)	2.9 (121.3)	2.8 (140.9)	2.8 (141.4)	3.0 (159.2)	2.6 (148.5)	2.9 (144.0)	2.4 (148.0)
	なし	2.6 (127.5)	2.7 (126.8)	2.7 (126.8)	2.7 (126.6)	2.8 (127.2)	3.1 (129.0)	2.5 (127.6)	2.6 (127.6)	2.4 (126.3)	2.3 (127.1)	2.7 (127.4)	2.1 (127.1)
がん	あり	2.7 (133.8)	2.7 (128.8)	2.6 (119.1)	2.6 (119.1)	2.7 (115.6)	3.7 (160.3)*	2.6 (133.2)	2.6 (124.4)	2.7 (139.5)	2.2 (118.9)	2.5 (116.2)	2.0 (121.7)
	なし	2.6 (127.9)	2.7 (128.5)	2.7 (129.6)	2.7 (130.0)	2.9 (130.0)	3.0 (124.9)	2.5 (128.0)	2.6 (129.0)	2.5 (127.3)	2.3 (129.6)	2.7 (129.9)	2.1 (129.3)
筋骨格系疾患	あり	2.7 (132.5)	2.8 (139.9)	2.9 (141.0)	2.8 (136.1)	2.9 (134.1)	3.3 (137.6)	2.4 (122.2)	2.5 (118.9)	2.7 (138.6)	2.5 (139.1)	2.6 (123.0)	2.0 (117.7)
	なし	2.6 (127.5)	2.7 (125.7)	2.7 (125.4)	2.7 (126.6)	2.8 (127.1)	3.0 (126.2)	2.6 (130.1)	2.7 (130.9)	2.4 (126.0)	2.3 (125.9)	2.7 (129.9)	2.2 (131.2)
うつ病	あり	2.3 (108.0)**	2.7 (124.6)	2.5 (116.6)	2.6 (122.7)	2.8 (122.6)	3.2 (137.4)	2.4 (120.3)	2.3 (108.1)**	2.3 (119.8)	2.3 (125.5)	2.4 (109.7)*	1.6 (88.7)***
	なし	2.7 (136.2)	2.7 (129.8)	2.7 (132.4)	2.7 (130.4)	2.9 (130.4)	3.1 (125.6)	2.6 (131.2)	2.7 (136.2)	2.5 (131.4)	2.3 (129.5)	2.8 (134.6)	2.3 (141.6)

Mann-WhitneyのU検定

*P<0.05 **P<0.01 ***P<0.001

結核は対象者数が少ないため分析から除く

40代男性、50代・60代女性に多い傾向がみられた。

3.3 疾患の有無別健康行動

対象者の少ない結核以外の各疾患の有無別健康行動について表5に示した。その結果、高血圧、脂質異常症、アルコール依存症、脳卒中、筋骨格系疾患では疾患の有無による健康行動の差は認められなかった。

一方、糖尿病の者は「体重を定期的に測定している」「最近1か月間のストレスなし」がそうでない者と比較し有意に健康行動が高かった。同様に、心筋梗塞・狭心症の疾患を有する者は「脂肪を控えている」「甘いものを控えている」がそうでない者と比較し有意に健康行動が高く、がん疾患を有する者は「アルコールを控えている」がそうでない者と比較し有意に健康行動が高かった。うつ病の者は「毎日欠かさず野菜をとる」「3食規則正しく食べている」「睡眠で休養が十分とれている」「最近1か月間のストレスなし」の4項目がそうでない者と比較し有意に健康行動が低かった。

4. 考察

本調査は、40歳から64歳までの壮年期にある生活保護受給者を対象とした。社会福祉行政業務報告によると、全世帯を対象とした報告では世帯主の傷病による生活保護開始理由は平成20年で40.3%と報告されている⁷⁾。本調査対象者は約6割が自身の病気が開始理由と回答しており、主観的健康観においても、約6割の者があまりよくないまたはよくないと回答していた。住民基本健康診査受診者を対象に健康行動を調査した研究では¹¹⁾、40～65歳未満の主観的健康観では、あまりよくないまたはよくないと回答した者が約2割であり、本調査対象者の1/3であった。壮年期にある受給者への一層の健康支援が望まれているといえる。

疾患と健康行動では、男性と比較し女性の方が「毎日欠かさず野菜をとる」「脂肪を控えている」「タバコは吸わない」など5項目において望ましい健康行動をとっていた。しかしタバコについては、平成21年国民健康・栄養調査の結果では¹²⁾、男性40代49.1%、50代44.0%、60代33.7%、女性40代15.2%、50代11.7%、60代7.4%と比較し、本調査対象者は男性55.4%、女性40.0%と、男女とも喫煙者が多いことが明らかとなった。先行研究においても、所得によりタバコの喫煙率に差があるという健康格差を指摘している⁴⁾。さらに、BMIでは、生活保護受給者はやせと肥満の両方に課題がみられた。調査に回答できた者は比較的健康行動に前向きな者が答えた可能性もある。有効回答率は34.6%と少な

いが、その中でも壮年期にある生活保護受給者への健康支援には多くの課題があることが浮き彫りになったといえる。

疾患別の治療状況では、アルコール依存症や脂質異常症など治療を放置している者が約2割存在した。疾患の有無による健康行動では、糖尿病、心筋梗塞・狭心症、がん疾患を有する者はそれぞれ疾患がない者より一部望ましい健康行動ができていたが、高血圧等5項目では疾患の有無による健康行動の変化は全く認められなかった。さらなる疾患は生活保護受給者の健康と生活を脅かすことが予想される。健康教育だけでは、学歴などが高く疾病のリスクの低い健康な人ほど効果が大きく、逆に疾病リスクの高い人には恩恵が届き難いという「逆転する予防の法則」におちいる可能性が高いとの指摘もある¹³⁾。本調査対象者のように最終学歴が中学校である者が半数を占め、社会経済的余裕のない生活保護受給者には、一般住民と同じような健康教育手法では効果が認められないことも予想される。生活保護受給者を念頭においた健康支援法の検討も必要であろう。

また、うつ病においては、食生活、睡眠、ストレスなど4項目において、ない者より低い健康行動であることが明らかとなった。このことは心の支援と同様に生活全般における支援の充実が課題であることが示唆された。

「健康格差社会」に対処するには、個人レベルの介入だけでは足りずコミュニティや社会に介入することが不可欠で、その役割を担うのは保健師が望ましいといわれているように¹⁴⁾、生活保護受給者への個別アプローチだけでなく、受給者全体を視野に入れたアプローチは大きな課題といえる。壮年期における生活保護受給者に着目した健康支援についてどのように行えばサービスが浸透するのか、環境へのアプローチや個人・地域のもつソーシャルキャピタルとの関連も視野にいたれた対策が課題である。

5. 結論

入院・入所していない壮年期にある生活保護受給者を対象とした調査結果から、主観的健康観はよくないとする者が約6割、疾患を有する者は約7割と多いことが明らかとなった。さらに国民健康・栄養調査と比較し、喫煙率は高く、低体重と肥満の問題も明らかとなった。疾患を持っていても健康行動に改善がみられない者や治療を放置している者も疾患によっては約2割存在していた。壮年期にある生活保護受給者への1～3次予防の必要性がより一層明確になったといえる。

一人暮らしが半数以上、中学校卒業が約半数、就業している者も少ない生活保護受給者は個人のソーシャルキャピタルも少ない可能性がある。さらなる

生活習慣病を予防するため生活保護受給者に浸透できる保健施策の充実と、保健医療福祉機関の連携が課題である。

文 献

- 1) Wilkinson RG, Marmot M, editors : Social Determinants of Health : the Solid Facts 2nd edition. Geneva : World Health Organization, 2003.
- 2) 近藤克則 : 幸福・健康の社会的決定要因. 科学, **80**(3), 290-294, 2010.
- 3) 近藤克則 : 「健康格差社会」を生き抜く. 朝日新聞出版, 東京, 2010.
- 4) Fukuda Y, Nakamura K and Takano T : Accumulation of health risk behaviours is associated with lower socioeconomic status and women's urban residence : a multilevel analysis in Japan. *BMC Public Health*, **5**(1), 53, 2005.
- 5) Takao S, Kawakami N, Ohtsu T : Occupational class and physical activity among Japanese employees. *Social Science and Medicine*, **57**(12), 2281-2289, 2003.
- 6) 平松誠, 近藤克則, 平井寛 : 介護予防施策の対象者が健診を受診しない背景要因 - 社会経済的因子に着目して. 厚生指標, **56**(3), 1-8, 2009.
- 7) 厚生労働省「社会福祉行政業務報告」. 国民の福祉の動向, 164-169, 2010.
- 8) 大山典宏 : 生活保護における諸問題. 公衆衛生, **72**(9), 728-731, 2009.
- 9) 大重賢治 : 横浜市における救急医療の需要分析. 日本公衆衛生雑誌, **50**(9), 879-889, 2003.
- 10) 沖典男 : 肺結核患者の受診と診断の遅れに関連する要因. 兵庫県立衛生研究所年報, **35**, 82-88, 2001.
- 11) 高橋和子, 工藤啓, 山田嘉明, 邵力, 石川仁, 深尾彰 : 生活習慣病予防における健康行動とソーシャルサポートの関連. 日本公衆衛生雑誌, **55**(8), 491-501, 2008.
- 12) 厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室 : 平成21年国民健康・栄養調査結果の概要, <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000000.xtwq.html>, アクセス2011/3/29.
- 13) 相田潤, 近藤克則 : 健康の社会的決定要因 (2) 「歯科疾患」. 日本公衆衛生雑誌, **57**(5), 410-414, 2010.
- 14) 近藤克則 : 「健康格差社会への処方箋」第1回処方のために何が必要か. 保健師ジャーナル, **62**(10), 854-859, 2006.

(平成23年5月16日受理)

Health Behaviors of Middle Aged Public Assistance Recipients : Problems and Challenges

Sanae TOMITA and Kazuko MITOKU

(Accepted May 16, 2011)

Key words : public assistance recipient, health behavior, middle age

Correspondence to : Sanae TOMITA

Department of Nursing Faculty of Health and Welfare
Okayama Prefectural University
Soja, 719-1197, Japan
E-Mail : tomita@fhw.oka-pu.ac.jp

(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.21, No.1, 2011 145-150)