# 生活保護世帯の子どもの入院実態とリスク因子が明らかに

## －経済的な支援だけでは子どもの健康が保障されない可能性－

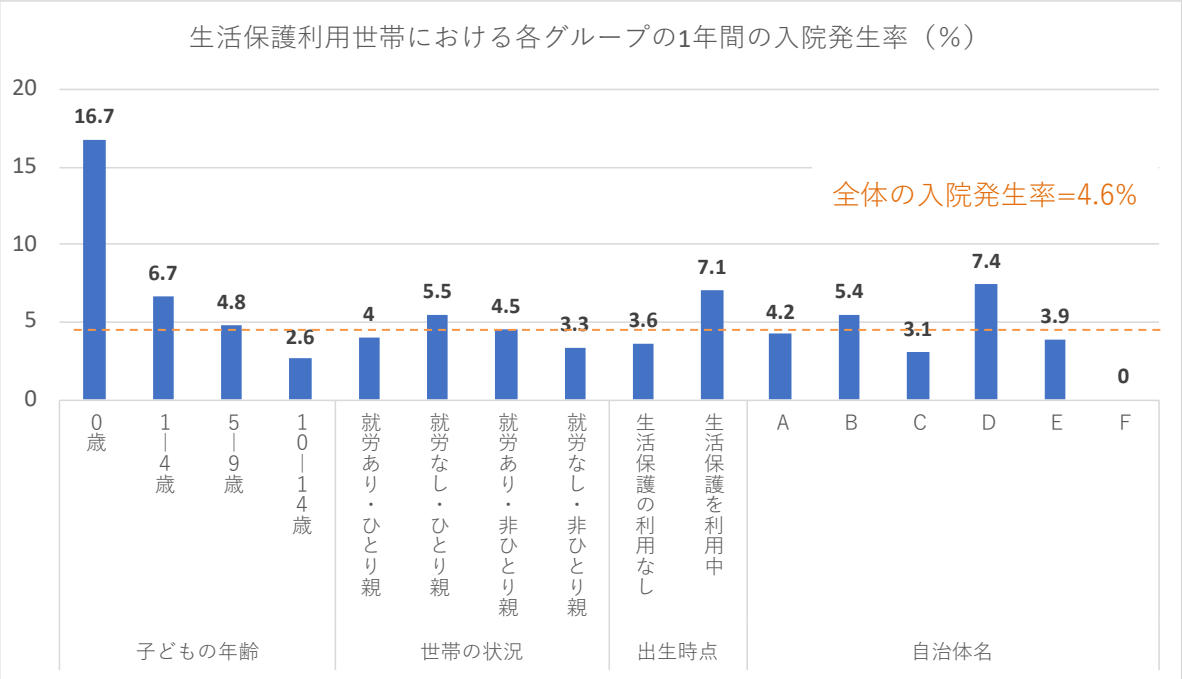
**概要**

京都大学大学院医学研究科社会的インパクト評価学講座の西岡大輔特定准教授らの研究グループは、日本国内の 6 自治体（市）における生活保護利用世帯の子どもの生活保護基本台帳データおよび医療扶助レセプトデータを活用し、生活保護利用世帯の子どものプロファイル（基本情報）を作成しました。さらに、子どもの入院の実態と健康を損なうリス因子に関する分析を行いました。

分析の結果、生活保護利用世帯の子どものうち 4.6%が 1 年間に入院を経験し、中でも特に乳幼児（0 歳児、1－4 歳児）、ひとり親世帯、ひとり親世帯でなくとも親が就労している世帯、出生時点で生活保護を利用中の世帯の子どもに入院を経験しやすい傾向があることや、自治体間で入院発生率に差が見られることが分かりました。

これらの結果は、生活保護制度による生活および医療への経済的な支援だけでは子どもの健康リスクを十分に軽減できないことや、特に健康を損なうリスクが集積しやすい世帯があることを示唆しており、貧困世帯の子どもの健康を守り育むための今後の政策形成に重要なエビデンスを提供するものです。

本成果は、2025 年 6 月 10 日に国際学術誌 *Pediatrics International* にオンライン掲載されました。




ここで、「就労あり」とは、世帯員に就労者がいる世帯を指す。「非ひとり親」は、ひとり親世帯（親ひとりと子ども）以外の世帯を指し、両親がいる場合、３世代同居の場合、親が不在の場合、施設に入所している場合などさまざまな類型が含まれる。

## １．背景

貧困が子どもの健康や発達に及ぼす影響は世界的に議論されており、日本でも子どもの相対的貧困[注 1]率は 14.0%（平成 30 年国民生活基礎調査の結果）と当時の OECD 加盟国の平均（12.8%）を上回っていました(OECD, 2021)。令和 3 年国民生活基礎調査では、その値は 11.5%に低下していることが報告されていますが、先進国の中では高い水準にあります（OECD 加盟国のうち、データが存在する 37 か国中 19 番目）。

生活保護制度[注 2]は、貧困世帯の生活費や医療費を経済的に保障していますが、これらの経済的な保障が生活保護利用世帯の子どもの健やかな成長・発達を十分に保障できているかに関してのデータはありませんでした。そこで本研究では、生活保護利用世帯の子どものプロファイルをまとめました。さらに、子どもの入院の実態と健康を損なうリスク因子に関する分析を行いました。

## ２．研究手法・成果

本研究は、研究者へのデータ提供に同意した日本国内 6 自治体（市）における生活保護利用世帯の子どもの生活保護基本台帳データおよび医療扶助レセプトデータ[注 3]を組み合わせたデータを用いたコホート研究[注 4]です。対象としたのは、2016 年 4 月時点で生活保護を受給していた世帯の 15 歳未満の子ども 1,990 人で、1 年間の入院率を追跡しました。

今回用いたデータから明らかとなった結果は以下の通りです（＜参考資料＞表 1、表 2 を参照）。

・生活保護利用世帯の子ども全体のうち 4.6%が、1 年以内に入院を経験。
・0 歳児の 1 年間の入院率は 16.7％と最大で、21 世紀出生児縦断調査（平成 13 年出生児）から得られる一般集団の子どもの入院率（非貧困世帯 12.4%）を上回っていた。
・ひとり親世帯、ひとり親世帯でなくとも親が就労している世帯、出生時点で生活保護利用中の世帯の子どもで入院リスクが高い傾向。
・生活保護利用世帯の子どもの入院の発生率には、自治体間による差が存在。

## ３．波及効果、今後の予定

本研究は、これまで研究利用されることが少なく、実態が不明だった日本の生活保護利用世帯の子どもの健康実態や健康を損なうリスク因子を初めて定量的なデータを用いて分析したものです。生活保護利用世帯の子どもには、生活保護制度による経済的な支援に加えて、母子保健や養育に関する支援を重層的に強化する必要があることが示唆されました。またひとり親であることや親が就労していることが子どもの健康状態に影響することから、世帯の状況に応じたテーラーメードな支援の立案が求められます。

今回研究で用いたデータは、詳細な医療行為の情報が含まれていなかったため、診断内容や治療の詳細を把握できるデータを用いた分析を追加した研究が求められます。また子どもの貧困対策の観点からは、生活保護の利用に至っていない低所得層の子どもたちを対象にした研究も進める必要があります。

また、改正生活困窮者自立支援法において、経済的な支援にとどまらない子どもの学習・居場所・健康づくり支援などが議論されており、その効果を検証することが求められます。

## ４．研究プロジェクトについて

本調査は、科学技術振興機構（JST） 社会技術研究開発センター（RISTEX） 社会技術研究開発事業「SDGs の達成に向けた共創的研究開発プログラム（社会的孤立・孤独の予防と多様な社会的ネットワークの構築）」におけるプロジェクト名「地域とつくる「どこでもドア」型ハイブリッド・ケアネットワーク」(JPMJRX21K6)、日本学術振興会科学研究費（20K20774、22K17404）、厚生労働科学研究費（24AA2004）の助成を受けて実施しました。

**＜用語解説＞**

（注 1）相対的貧困：日本国民の世帯所得の中央値の半分未満で生活する世帯が相対的貧困に該当します。

（注 2）生活保護制度：健康で文化的な最低限度の生活を保障する日本の福祉制度で、生活扶助や医療扶助を含む多様な支援が提供されます。

（注 3）医療扶助レセプトデータ：生活保護制度を利用している人々の医療費が公費で賄われる際に発生する診療報酬明細書（レセプト）のデータ。原本のデータには診療内容、治療費、投薬情報などが記録されてい

ます。
（注 4）コホート研究：共通の性質を持つ集団（コホート）を長期間追跡して、病気や健康状態の変化を調べる研究手法。

**＜研究者のコメント＞**
西岡大輔 特定准教授（京都大学大学院医学研究科）
「生活保護利用世帯の子どもたちは、生活費や医療費が経済的に保障されていてもなお入院リスクが高く、現行の生活保護制度だけでは、特に乳幼児の健康リスクを十分に緩和しないことが示唆されました。貧困世帯の子どもの支援が提唱されていますが、世帯への経済的な支援だけでは子どもの健やかな成長・発達を十分に保障できない可能性を示しています。貧困世帯の子どもを支援するためには今後、詳細なデータを活用した研究・エビデンスづくりがさらに求められます。改正生活困窮者自立支援法において、経済的な支援にとどまらない子どもの学習・居場所・健康づくり支援などが議論されており、その効果を検証することが望まれます。」

**＜論文タイトルと著者＞**
タイトル: Characteristics and hospitalizations among children on public assistance in Japan: A cohort study
著　　者: Daisuke Nishioka, Keiko Ueno, Shiho Kino, Naoki Kondo
掲 載 誌: Pediatrics International
D　O　I: 10.1111/ped.70005
論文公開日: 2025 年 6 月 10 日

**＜参考資料＞**

**表１．生活保護利用世帯の子どもの特徴の分布と各カテゴリーにおける子どもの入院発生率**

| 変数名 | カテゴリー | 生活保護世帯の子どもの分布 (n, 変数内の%) （全体 N=1990） | カテゴリーごとの 入院発生率 （全体 4.6%） |
|---|---|---|---|
| 年齢 | 0 歳 | 66 (3.3%) | 16.7% |
| | 1-4 歳 | 356 (17.9%) | 6.7% |
| | 5-9 歳 | 686 (34.5%) | 4.8% |
| | 10-14 歳 | 882 (44.3%) | 2.6% |
| 性別 | 男児 | 992 (49.8%) | 5.1% |
| | 女児 | 998 (50.2%) | 4.0% |
| 世帯状況 | 就労あり・ひとり親 | 498 (25.0%) | 4.0% |
| | 就労なし・ひとり親 | 758 (38.1%) | 5.5% |
| | 就労あり・非ひとり親 | 402 (20.2%) | 4.5% |
| | 就労なし・非ひとり親 | 332 (16.7%) | 3.3% |
| きょうだいの有無 | なし | 598 (30.1%) | 4.8% |
| | あり | 1392 (69.9%) | 4.5% |
| 出生時点 | 生活保護の利用なし | 1458 (73.3%) | 3.6% |
| | 生活保護を利用中 | 532 (26.7%) | 7.1% |
| 国籍 | 日本人 | 1917 (96.3%) | 4.7% |
| | その他 | 73 (3.7%) | 1.4% |
| 障害の認定 | なし | 1950 (98.0%) | 4.3% |
| | 精神障害あり | 3 (0.2%) | 0% |
| | 知的障害あり | 24 (1.2%) | 12.5% |
| | 身体障害あり | 13 (0.7%) | 30.8% |
| 自治体 | A | 765 (38.4%) | 4.2% |
| | B | 627 (31.5%) | 5.4% |
| | C | 354 (17.8%) | 3.1% |
| | D | 148 (7.4%) | 7.4% |
| | E | 77 (3.9%) | 3.9% |
| | F | 19 (1.0%) | 0% |

**表 2. 生活保護利用世帯の子どもの入院発生率比（IR）：多変量修正ポアソン回帰分析の結果**※1

| 変数名 | カテゴリー | 調整済み入院発生率比（IR）※2 (95%信頼区間) |
|---|---|---|
| 年齢（参照: 10-14 歳） | 0 歳 | 6.49 (2.83-14.84) |
| | 1-4 歳 | 2.52 (1.37-4.65) |
| | 5-9 歳 | 1.80 (1.06-3.05) |
| 性別（参照：男児） | 女児 | 0.82 (0.55-1.23) |
| 世帯状況（参照：就労なし・非ひとり親） | 就労あり・ひとり親 | 1.48 (0.73-3.00) |
| | 就労なし・ひとり親 | 1.65 (0.88-3.09) |
| | 就労あり・非ひとり親 | 1.62 (0.78-3.36) |
| きょうだい（参照：なし） | あり | 0.90 (0.59-1.36) |
| 出生時点の生活保護（参照：なし） | あり | 1.16 (0.71-1.90) |
| 国籍（参照：日本） | 外国人 | 0.31 (0.04-2.19) |
| 障害の認定（参照：なし） | 知的障害あり | 4.03 (1.32-12.34) |
| | 身体障害あり | 7.30 (3.04-17.50) |
| 自治体（参照：A） | B | 1.38 (0.87-2.19) |
| | C | 0.86 (0.44-1.67) |
| | D | 1.89 (0.99-3.61) |
| | E | 0.93 (0.28-3.11) |
| | F | N/A |

※1：多変量修正ポアソン回帰分析は、複数の要因がある事象の発生頻度に与える影響を同時に評価する統計手法です。交絡因子を調整しながら、リスク比（今回で言えば入院の 1 年間の発生率の比）を算出できます。
※2：調整済み入院発生率比（IR）は、各変数の参照カテゴリーに対して、入院のリスクがどの程度高いまたは低いか（何倍の確率で生じるか）を示します。値が 1 を超える場合は入院リスクが高く、1 未満の場合は低いことを意味します。括弧内の数値は 95%信頼区間（同様の検証を繰り返した場合に 95%で真の値を含む範囲）で、結果の信頼性の範囲を示しています。