

令和4年1月14日	資料3
令和3年度「被保護者健康管理支援事業 に関する担当者会議」	

坂井市における 生活保護健康管理支援事業 の取り組み

坂井市役所 福祉総務課福祉総合相談室

生活保護査察指導員 間海洋一郎
健康管理支援員 江端美保

福井県坂井市 2021.11.1現在

人口 90,100人
世帯数 32,564世帯
面積 209.67km²
高齢化率 28.8%
保護率 0.20%



2040年になると
人口 75,530人
高齢化率 36.6%



- (高齢) 地域包括支援センター 委託4か所
- (障害) 相談支援センター 基幹1か所 委託2か所
- (子ども) 子育て世代包括支援センター 1か所
- (困窮) 自立支援機関 直営+委託 1か所
- (地域) まちづくり協議会 23拠点



カニチューブはこちらから

令和3年度 坂井市福祉総務課・福祉総合相談室 体制

福祉総務課

課長 1名
 課長補佐 1名
 事務職員 1名
 相談支援包括化推進員 2名
 アウトリーチ支援員（委託） 1名
 参加支援コーディネーター（社協） 1名

福祉総合相談室

室長 1名
 生活保護SV 1名
 生活保護CW 3名
 事務・経理担当 1名
 健康管理支援員（会年） 1名

自立相談支援機関

主任相談支援員（社協） 1名
 相談支援員（社協） 1名
 ひきこもり支援員※（委託） 1名

※アウトリーチ等の充実による
自立相談支援機能強化事業

就労支援員（社協） 1名
 家計改善支援員（社協） 1名
 就労準備支援員（委託） 1名

計 20名

重層的支援体制整備事業

I 相談支援

- ・属性や世代を問わない相談の受け止め
- ・多機関の協働をコーディネート
- ・アウトリーチも実施

II 参加支援

- ・既存の取組で対応できる場合は、既存の取組を活用
- ・既存の取組では対応できない狭間のニーズにも対応（既存の地域資源の活用方法の拡充）

III 地域づくりに向けた支援

本人の状況に応じた支援

就労支援

就労に向けた準備が一定程度整っている者

◇生活保護受給者等就労自立促進事業

- ・一般就労に向けた自治体とハローワークによる一体的な支援

就労準備

就労に向けた準備が必要な者

◆就労準備支援事業

- ・一般就労に向けた日常生活自立・社会自立・就労自立のための訓練

家計改善支援

家計から生活再建を考える者

◆家計改善支援事業

- ・家計の状況を「見える化」するなど家計の状況を把握することや利用者の家計の改善の意欲を高めるための支援（貸付のあっせん等を含む）

健康管理支援

健康や医療の面で支援が必要な者

◆健康管理支援事業

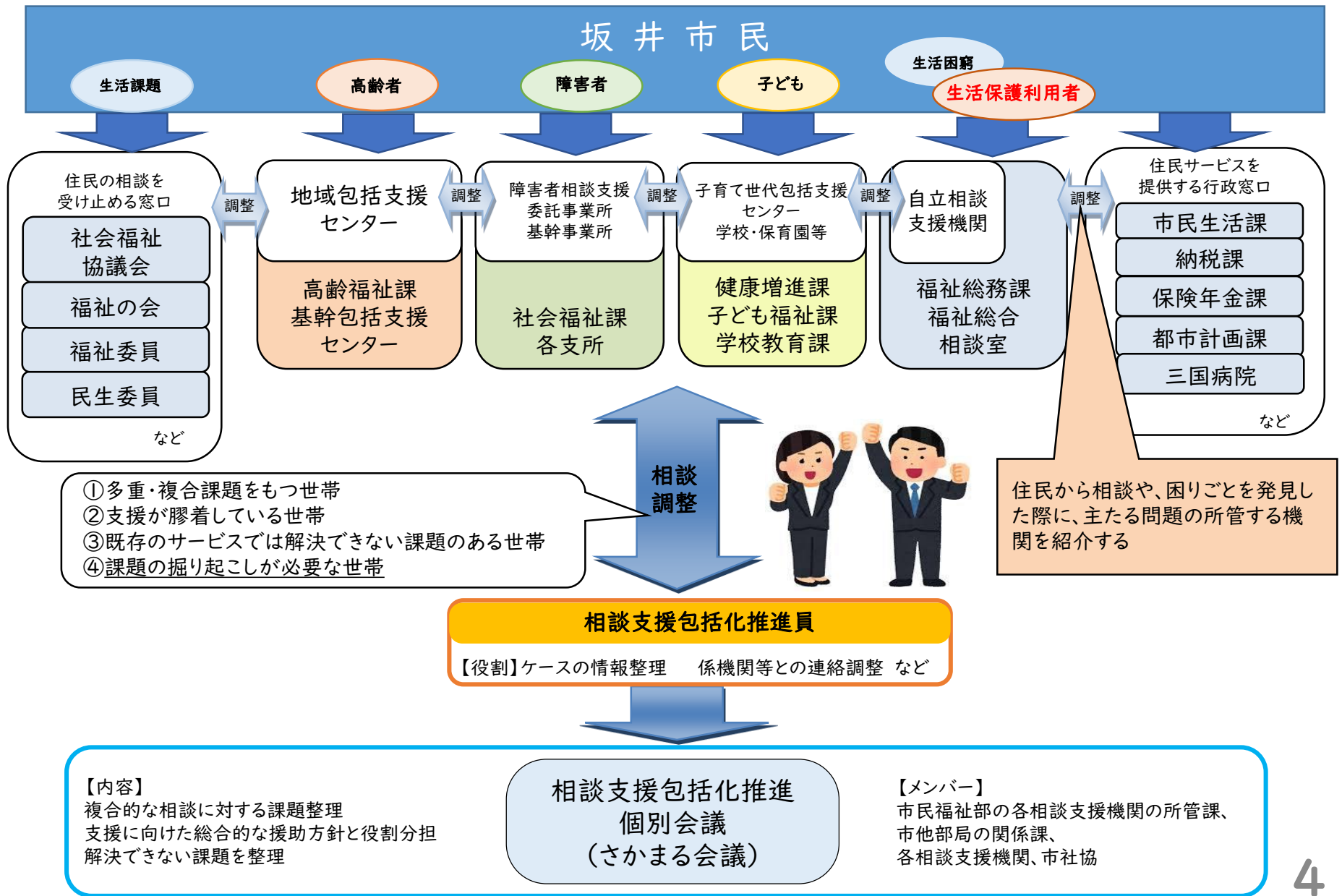
- ・生活習慣病の未受診者や受診中断者、頻回受診者への同行受診等により、生活習慣病の重症化及び医療扶助の適正化を図る

生活保護

その他の支援

- ◇関係機関・他制度による支援
- ◇民生委員・自治会・ボランティアなどインフォーマルな支援

坂井市の包括的支援体制 基本的な考え方



これまでの健康管理支援事業の取り組み

平成28年度

生活保護CWに**保健師**が初めて、配属される。

健診申込書を本人宛で作成し、CWが定例訪問時に健診勧奨

→健診に行く、被保護者が少なかった。

平成30年度

市保健師OBによる健康管理支援

訪問、血圧測定、同行受診、食事指導

→役割が分担ができるようになり、被保護者への支援の質が向上した。

坂井市では、精神疾患、高血圧の方が多い

令和元年度

レセプトデータ分析 外部事業者に委託

元精神訪問看護師による健康管理支援

事業概要

■実施体制

看護師を健康管理支援員（会計年度任用職員）として配置

■支援対象者

- 1) 40歳以上の健診及び医療機関未受診者
- 2) 生活習慣病等のリスクがあるにも関わらず受診していない者、2か月以上の受診中断者
- 3) 頻回受診者（同一傷病について、同一月内に同一診療科目を15日以上受診している者）
- 4) 生活習慣病等で、服薬管理、栄養面の管理に課題がある者
- 5) 精神疾患等で、未受診、服薬管理ができない等自己管理が不安定な者

■支援対象者の抽出等

支援調整会議、ケース診断会議等で組織的に対象者と支援内容を検討

■主な支援内容

- ・健康管理支援員は指導世帯の台帳や指導の実施計画、指導記録を作成
- ・CWとの訪問時に健康管理支援員が同行や医療要否意見書などから、対象者の実態把握やデータ収集を実施
- ・生活習慣病患者に対する食事指導等、必要な指導・指示や意識付けを実施
- ・病識が希薄である場合等は主治医了解の下、健康管理支援員が病院の受診に同行し、医師の説明に対する理解のサポート等を行う
- ・生活保護CWへの他制度活用等の助言

生活保護 支援調整会議

〇〇地区 支援検討対象者一覧

No.	氏名	年齢	世帯類型	住所	疾患名	手帳等	前回以前の検討結果			現在の状態	担当者の意見	今回の検討結果				
							内容	就労支援 NO	健康管理 支援NO			家計改善 NO	内容	就労支援 NO	健康管理 支援NO	家計改善 NO
1		38	障害		糖尿病 高血圧	知的B2・精神2級	病院と情報を共有し、通院や訪問看護などのサービスが途切れないように見守る。入退院に伴う保護停止の際には、金銭管理に影響が及ばないように支援する。	5	6	12	精神科受診中だが、受診が途切れることもある△△通所サービスを利用しているが、ほとんど休んでいる状況。数ヶ月に一度不穏になり、措置入院になるような状態は変わっていない。転居を強く希望。	病院と情報を共有し、通院や訪問看護などのサービスが途切れないように見守る。入退院に伴う保護停止の際には、金銭管理に影響が及ばないように支援する。	5	6	12	
2		41	障害		うつ病	精神2級	定期的に病状を確認し、無理のない範囲での就労継続・ステップアップを検討する。	8	6	—	△△のB型事業所を月10日程度のペースで通所できている。気分が浮き沈みが激しく、再び通所できない状態になる可能性もある。	定期的に病状を確認し、無理のない範囲での就労継続・ステップアップを検討する。	8	6	—	
3		49	障害		統合失調症	精神2級 自立支援医療(精神)	健康管理支援事業を通じて運動・食事習慣の改善を促す。就労継続を促す。	13 (増収支援中)	3	—	隣人やアパート工事音の影響で悪化しつつある。肥満、主は運動習慣、食習慣の改善は進んでいない。6月末からも訪問看護・デイケアの導入につながった。また、就労日数の増大を促している。両親との交流あるもの、行き違いもあり、良好な関係にはなっていない。	訪看導入に伴い、健康管理支援事業を終結する。サービスの継続・定着を見守り、増収を目指す。	13 (増収支援中)	6	—	
4		50	傷病		うつ病	自立支援医療(精神) 精神2級	母の介護負担軽減のための障害年金申請準備中。	13	6	—	高齢でステージ4の肺癌を患う母と同居中。母の肺・認知機能が低下に伴い、主の身体的・精神的負担が増加し、喧嘩も多い。母はHOT利用。負担軽減のため、精神訪看の利用増加と母の介護サービスを導入。主の障害年金申請準備中。	母の介護と主の負担軽減のための支援調整を行う。主の障害年金申請を支援する。	母の介護と主の負担軽減のための支援調整を行う。主の障害年金申請を支援する。	13	6	—
5		50	傷病				就労支援・健康管理支援 家計支援をメニュー化	13 (就労支援につなぐ)	—	—	R3.3月、被保護者就労支援事業で就労先との面談まで設定したが、直前に主と連絡が取れなくなり、実現しなかった。薬の副作用・生活習慣の乱れもあり、就労に必要な生活リズムが作れていない状態。6月、就労準備事業を開始。〇〇を体験利用。	主は早期のフルタイム就労を希望するが、眠くて約束した訪問に対応しない、電話に出ないことがある状態。就労準備事業にて支援する。	主は早期のフルタイム就労を希望するが、眠くて約束した訪問に対応しない、電話に出ないことがある状態。就労準備事業にて支援する。	4	—	—

会議の目的

被保護者の稼働能力、生活能力について客観的に判断し、複雑困難な世帯及び世帯員にかかる支援方法について総合的な検討を行い、支援の充実を図るとともに、保護の適正実施を目的とする。(3ヶ月に1回定例開催)

会議の構成員

- 1 福祉総合相談室長
- 2 生活保護SV
- 3 生活保護CW
- 4 就労支援員
- 5 就労準備支援員
- 6 家計改善支援員
- 7 健康管理支援員

健康管理支援事業の支援メニュー

	受診の有無	支援方法		支援者
プログラム	未受診	1	健診受診勧奨	健康管理支援員
	(受診中断を含む)	2	医療機関受診勧奨	
	受診中	3	生活習慣病等に関する保健指導・生活支援	
		4	主治医と連携した保健指導・生活支援 (重症化予防)	
		5	頻回受診指導	
	6	訪問看護、介護・障害サービス、他医療制度 など活用	CW	
	7	その他		

支援の実際

事例の概要 (実際の事例を参考に架空のもの作成)

年齢：50歳前半 性別：女性 身長：155cm
体重：測定拒否 見た目のBMI35以上（高度肥満）
家族構成：単身（身寄りなし 頼れる友人もなし）
就労状況：派遣で働いていたが、身体疾患を理由に退職

これまでの経過

3年前

支援拒否をして、家に閉じこもることもあったが、生活保護受給開始。
就労支援を行うが、不採用繰り返し、自信を失う。
健診命令により、受診し、糖尿病状態が判明。
太っていることを指摘され、立腹し以後受診拒否。

2～1年前

就労支援、就労準備支援、ケースワーカーが根気強く関わるが、支援が進まなかった。

1年前

健康管理支援事業の支援開始。



健康管理支援員 介入の結果

■ 支援者の受け入れ

支援拒否、受診拒否

■ 食生活

ハンバーガー、フライドポテト、
甘い菓子パン、スナック菓子、
みかんが好き

■ 運動面

2週に1度の買い物以外、外出
しない

■ 病気

糖尿病 (HbA1c 10以上、血
糖値500以上)

脂質異常症
(中性脂肪270以上)

更年期障害



■ 支援者の受け入れ

受診の同行

結果に対する本人の思いや考えを
受容し、尊重する

頑張りを大いに称賛し、労い、闘病
意欲の向上を図る

■ 買物支援

採血結果を踏まえて、低脂肪や低糖
の食品に関心が向くよう関わる

■ 運動面

楽しい会話をしながら15~20分く
らい歩いてもらう

■ 体調改善

血糖値100前後、HbA1c 6前後、
正常値化

中性脂肪 180前後 **減少傾向**

健康管理支援事業の今後の方針

現状と課題

- ・被保護者の健診受診率が低い。
- ・後発医薬品の利用率が低下した。
- ・理解力が乏しい方へのアプローチに手間取る。
- ・健康管理支援事業の支援終結の時期が不明瞭。
- ・生活習慣病予備群の把握ができていない。

今後の方針

- ・医療機関未受診者への健診勧奨。
- ・後発医薬品の利用の徹底。
- ・CWが被保護者の状況を確実に把握し、必要に応じて健康管理支援員につなぎ、きめ細やかな支援を実施する。
- ・庁内保健部局、高齢部局、障害部局との連携を進める。
- ・ICTを活用し生活習慣チェックシートや訪問記録などを電子化し、情報共有をスムーズにする。