

令和5年1月12日

令和4年度「被保護者健康管理支援事業
に関する担当者会議」

資料6

東京都目黒区

被保護者健康管理支援事業の 取組について

目黒区 健康福祉部生活福祉課
自立支援・審査係
小山 秀二、戸澤 佑介



目黒区の概況



区勢

面積 14.67km²

人口 278,544人

世帯 157,857世帯
(令和4年7月1日現在)



地勢・現況

東京23区の南西部に位置。南北6km、東西3kmと区部では8番目の小ささ。東急東横線が区内を縦貫し渋谷に至るほか、主要道路が連なり交通は至便。台地に2つの川が谷を形成し坂の多い地形。関東大震災後に農村から宅地化が進んだ。医療・福祉の資源が多く、世論調査では「ずっと住んでいたい」との回答が9割を超えている。

生活保護の状況

被保護世帯数 2,364世帯

被保護人員 2,667人

保護率 9.6%

(令和4年7月)

(全国:16.2%、東京都:19.8%、特別区:20.9%)

保護の実施体制

■ 組織（生活福祉課）

福祉事務所長（健康福祉部長）

生活福祉課長

管理係（係長1、係員11、嘱託医2、
自立支援相談員2）

相談援護係（係長1、係員8）

自立支援・審査係（係長1、係員1
会計年度任用職員8）

保護第一係（係長1、地区担当員7）

保護第二係（係長1、地区担当員7）

保護第三係（係長1、地区担当員7）

保護第四係（係長1、地区担当員7）

福祉事務所は区内1事務所

■ 職種別内訳

査察指導員（保護係） 4名

ケースワーカー 28名
(一人あたり担当 84.4世帯)

事務・経理担当 27名

保健医療専門員 3名

保健師 1名 看護師 1名

精神保健福祉士 1名



被保護者の健康管理をめぐる状況



プログラム創設に向けた課題の整理

- 生活習慣病と精神疾患を合併しているケースが多い。精神面の不調が続いていると、通院が続けられなくなるケースが散見される（対応中のケースの2割）。
- 中年期から壮年期の被保護者の健診受診率が低く、潜在的な生活習慣病の悪化リスクが把握できていない。

保健医療の諸統計

	R元年度	R2年度	R3年度
■ 健診受診率 (特定健診)	生活保護	20.2%	19.0%
	国保	44.1%	39.0%

令和4年度目標値は受診率25%

- 医療扶助を受給している者の割合 87.9%
- 被保護者一人当たりの年間医療扶助平均支給額 662,000円、年間レセプト12.3件、1件当たり21,134円(外来)、578,283円(入院)
- 生活習慣病(3疾病)を治療中(主病)の者
高血圧症497人(18.0%)、脂質異常症292人(10.6%)、
糖尿病248人(9.0%)

健康管理支援をめぐる沿革・取組方法の検討経過

平成18年度 自立支援プログラムにより、精神保健福祉士が健康管理支援員として初めて着任（メンタル不調者を入院・通院につなげる必要性に対応した）

平成29年度 健康相談員（看護職）を配置（生活習慣病予防のケースワーク 紙面の健診結果情報から対象者を抽出し、保健指導を開始した）

令和2年度 健康管理支援事業を先行実施 常勤保健師の配置、業務委託（データ管理業務・特定保健指導業務）の開始

- 被保護者健康管理支援事業の創設に際し目黒区国民健康保険と足並みを揃えた事業展開を基本とした。（医師会との連携）
- 被保護者の対象像や生活状況に配慮した支援・保健指導を展開することを重要視した。（委託事業者選定の視点）
- 事業の拡大にしたがって、職員、事業者、専門性を活かし、業務負担役割分担を検討した。

※新型コロナ感染症の影響…令和2年の緊急事態宣言発令に伴い、特定健診の実施が2か月間遅延した。通院同行や居宅訪問へのニーズは感染症の流行期においても高く、全体として支援の実施規模としては影響はなかった。担当保健師が感染症対策課と兼務となったが、一定期間の非流行期があり、令和3年1月の本格実施時には初期体制がほぼ整った。

事業方針 個々の健康課題、生活習慣、環境等の状況を踏まえ、意識づけによる対象者の主体的な行動変容と最善の利益へと働きかけ、情報提供等を図る。

目黒区健康管理支援事業の構成



健康管理支援プログラム (直営)

ケースワーク（訪問・通院同行等）による支援
自立支援プログラムの一環

目的：地域生活における日常的な健康課題について、医療・保健・福祉各分野の社会資源を有効活用し、対象者自ら、健康の保持・増進に努め、安定した居宅生活の維持・向上を目標とした取り組みが行えるよう、専門的健康管理支援を行う

■ 精神科領域の支援

○ 健康管理支援員 (精神保健福祉士)

精神科医療、精神保健・障害福祉サービスに関する相談・助言
長期入院者の地域移行への支援

■ 重複処方 ■ 頻回受診

医療担当が対象を把握し、ケースワーカーと情報を共有。ワーカーの指示で改善が見込めないケース等を協働で対応する

○ 常勤保健師

事業全般の調整を担当
身体・精神両方の領域にかかるケースワークを受け持つ

■ 生活習慣病の重症化予防

○ 健康相談員（看護師）

医療職としての観点から健診結果等に応じた療養・生活上の相談・助言

被保護者特定保健指導事業 (委託)

定型的な健康相談・保健指導の業務委託
健診・レセプトデータによる対象者抽出

データ分析と
保健指導の連携
による事業構築

目的：対象者の健康課題の解決に向けて、区が主体となり専門的な保健指導技術を有する事業者と連携し、生活習慣病の発症・重症化予防の保健指導等の取り組みを実施し、被保護者の健康、生活の質の向上、医療扶助費の適正化を図る

被保護者特定保健指導事業に係る データ処理等の業務（委託）

■ 特定保健指導

特定健康診査（40歳以上で後期高齢者健診を含む）の結果に応じた保健指導を実施している。

■ CKD重症化予防

主治医と連携した透析予防の保健指導

■ 受療勧奨（健診異常値・通院中断）

電話による状況確認と受療勧奨

■ 特定健診の受診勧奨

課全体として、特定健診の受診率向上に取り組んでいる（受診率目標25%）。対象者への健診案内の発送（約2,100件）、地区担当員による定期訪問時等の勧奨、若年層への受診券一括送付（約900件）、委託事業者による電話での受診勧奨。

■ 一般健康相談（随時）

保護係・管理係（医療担当）との協働



健康管理支援プログラム



実施内容

精神科領域と生活習慣病領域を対象とした
保健師・健康相談員・健康管理支援員によるチーム
連携での支援

- 通院同行及び医療機関との連絡調整
- 支援計画の策定・進行管理
- 療養・生活・服薬等に係る相談・助言
- 入院・退転院の調整
- 地域資源の情報収集・活用

プロセス（対象者抽出・選定）



※委託事業の対象者からケース化する場合もある。

ケースワーカーとの協働・働きかけ

- 日常のケース対応における相談・助言
(声の掛けやすい関係づくりを大切に)
- ケースワーカーとの協働
(所内面談への同席や居宅への同行訪問)
- 事務研究会での取組の紹介
(目標値を共有していく)
- 課内研修の主催
- 健康管理支援PTの開催

実績・評価

- 外部評価員による評価を年に1回実施
- 量的側面（令和3年度稼働状況）

	対象者 (人)	所内相談 (件)	訪問 (件)	電話 (件)	同行 (件)
精神科領域	99	148	89	753	203
生活習慣病予防	89	109	54	492	171

■ 質的側面

- ・ 希死念慮のある対象者やセルフネグレクトの傾向があり治療を中断していた対象者への危機介入や、通院・通所の継続に向けた支援を行った。
- ・ 対象者と医師との橋渡しや、心理的なサポートは専門職の強味を活かした対応ができた。
- ・ 多様な機関との連携は不可欠、優先順位を重視できた。

被保護者特定保健指導業務



実施内容

看護師 1名 (2名交代) : 週4日稼働

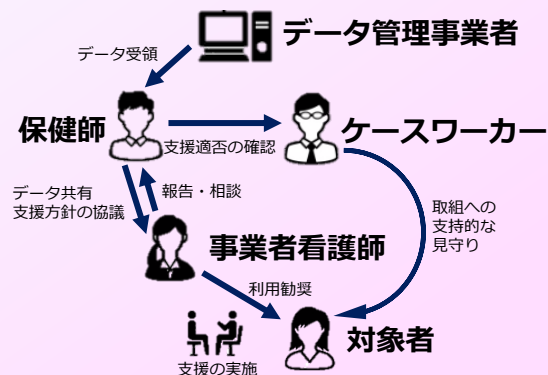
- 特定保健指導 (メタボ予防・介護予防)
健診担当所管の健康推進課から結果データを取得し対象者を抽出
- CKD重症化予防
国保データヘルス計画に合わせ委託業務の2つ目の柱とした
- 受療勧奨
生活習慣病3疾病について、通院中断疑いと健診重症値に対応
- 一般保健相談
健診案内にて保健相談を周知。指導後のフォローとしても活用。

データの取扱いについて

- データ処理業務は技術者1名が月2日稼働している
- 委託業務用に単独型PCを貸与 (課内の個別スペースで作業)
PCの簡易アプリで健診・医療・保健指導の情報を管理
(大型システムのインストールが不要で軽快に作動する)
- 健康推進課 (特定健診)、レセプト管理システム (医療レセプト) のデータを毎月集約し、データベースとして蓄積している。
- 生活保護システム (個別システム) は他法情報と未連携でありシステム標準化を機に関係部局との情報連携推進を期待

プロセス (対象者抽出・選定)

データ抽出
↓
地区担当確認
↓
対象者の確定
↓
利用勧奨
(説明・同意)
↓
支援開始
↓
実施報告・評価



実績・評価

- 量的側面 (令和3年度中の稼働状況)

	対象者数	実施者数	支援回数
特定保健指導	60	20	48
CKD重症化予防	43	4	21
受療勧奨	222	25(架電件数)	11(勧奨件数)

目標値：特定保健指導実施率40%、CKD重症化予防利用者10人

- 質的側面

- ・ 保健指導実施者が丁寧な対応をしており、対象者からの受け入れがよい。支援を一定期間継続する中で、初めて自身の健康管理について意識を向けるようになった事例が見受けられる。
- ・ 受診率の向上と対象者の拡大が今後の目標。健診スケジュールに合わせ、年間を通しての業務の均一化を図っていく。



他部局との連携のヒント

- 巻き込む 手伝ってもらえる人はいないかといつもアンテナを張っておく。
- 一緒に動く 丸投げではなく、一緒に考え一緒に動くことでよりよい結果につながる。
- 質問する 分からないことはすぐ、誰かに教えてもらおう。顔の見える関係ができるきっかけになる。
- win-win 連携先にとってもメリットのある提案をする。頼ることが相手の実績にもつながる。

支援の幅が広がる・支援の負担軽減・支援が楽しい

領域	連携先	領域	連携先
保健	健康推進課	国保	国保年金課
	保健予防課 碑文谷 保健センター	医療	病院・診療所 訪問看護
	感染症対策課	福祉 (介護 保険)	介護保険課
障害者支援課	地域包括		
福祉 (障害)	計画相談支援		居宅介護支援
	グループホーム	福祉 (生活 保護)	自立支援専門員 更生・救護施設
就労	ハローワーク		

今後の展望

- 受診率の向上
支援対象者の裾野を拡大させるため。
データ分析の精度を上げていくため。
- ポピュレーションアプローチの進展
健康づくりへの関心を醸成するため、コミュニケーションチャンネルを多く持つ。

- 支援技術の成熟化と継承
若手ケースワーカーの支援技術の向上に貢献する。
開拓した地域資源や連携先とのつながりが、被保護者の潜在的な居場所となる。
- 定型業務の電子化・効率化
『少しでもゆっくりお話をお聴きするため』