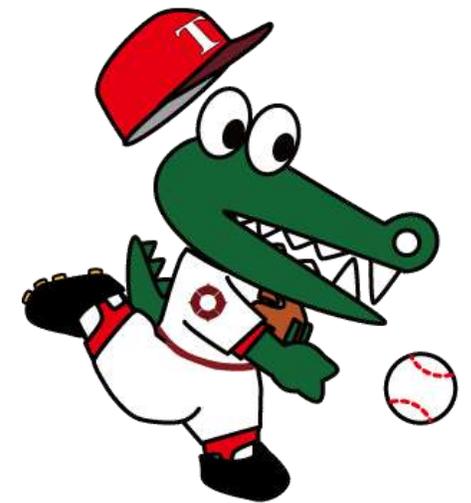


豊中市における 「被保護者健康管理支援事業」の取り組み について

令和4年6月9日(木)
豊中市福祉事務所
医療介護係
保健師 武本 翔子



豊中市公式キャラクター
マチカネくん

豊中市の概要と生活保護の状況

【概要】

1) 人口: 407,867人

面積: 約36.6km² 東西約6km 南北約10.3km

2) 大阪府中央部北側に位置するベッドタウン

大阪市と隣接し、空港等交通網が充実。郊外住宅地として発展
核家族化、転出入も多い

3) 高齢化率: 25.8%

4) H24年4月1日 **中核市に移行**



【保護の状況】

○被保護人員数 9,497人 (前年 9,709人)

○被保護世帯数 7,513世帯 (前年 7,583世帯)

○保護受給率 23.74‰ (前年 24.21‰)

※人口等は令和4年4月1日時点
保護の状況は令和4年3月31日時点²

豊中市福祉事務所の職員体制

次長兼所長

主幹兼分室長

自立支援担当主幹

所長補佐

福祉係(6係)

施設係

面接係

適正化推進係

企画・経理係

自立支援係

医療介護係

北中部(1~3係・施設係・面接係)

生活保護の実施

新規面接相談

生活援護資金、
適正化推進、
福祉事務所の
債権管理

行政報告、統
計調査、生活
保護システム
管理、庶務、
労務管理

就労支援等の
生活保護受給
者の自立支援
業務、中国残
留邦人等支援
給付

医療・介護扶助
に関する業務、
医療・介護機関
の指定及び指
導生活保護受
給者の健康管
理支援

南部庄内分室(1~3係・施設係・面接係)

生活保護の実施

新規面接相談

○職員 161人 (うち正職員 97人)

○CW 64人 (うち正職員 55人)

○健康管理支援員 5人(うち正職員3人)³

被保護者への健康管理支援に関する取組の変遷

- 平成22年度 健康管理支援員(非常勤職員・保健師)を配置し、CWとの同行による個別支援を開始。
- 平成27年度 健康管理支援員(正職員・保健師)を配置。
健診受診勧奨や、健診受診後のフォロー事業を開始。【必須事業メニュー①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲⑳㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚㉛㉜㉝㉞㉟㊱㊲㊳㊴㊵㊶㊷㊸㊹㊺に該当】
- 平成28年度 『豊中市医療扶助の適正な実施に関する方針』を策定。
糖尿病等の重症化が疑われる者に対する個別支援を開始。 【必須事業メニュー⑩に該当】
- 平成29年度 健康管理支援員(正職員・精神保健福祉士)を配置。
『第2期 豊中市医療扶助の適正な実施に関する方針』を策定。
- 平成30年度 福祉事務所に医療介護係を設置。
- 令和 2 年度 レセプト管理システムを用いた健康・医療データ分析を実施。
専門職員の体制強化に向け、業務量の増加見込みや効果額の積算等を実施。
『第2期 医療扶助の適正な実施に関する方針 中間評価と方針見直し』を策定。
- 令和 3 年度 健康管理支援員(正職員・保健師)を1名増員。
一定期間改善が見られない頻回受診者への個別支援を開始。【必須事業メニュー㉑に該当】
『被保護者健康管理支援事業実施マニュアル』を作成。

『豊中市医療扶助の適正な実施に関する方針』

【策定期期】

- ▶第1期方針 :平成28年7月策定
- ▶第2期方針 :平成30年3月策定
- ▶第2期方針 中間評価と方針見直し :令和 3年3月策定 **※全て独自策定**

【策定目的】

- ・医療扶助費の伸び、被保護者の高齢化、生活習慣病対策の重要性の高まり等の状況を踏まえ、医療扶助の「あるべき姿」・「取り組みの方向性」を明確化させる
- ・内向き(福祉事務所内)、外向き(関係部局・関係機関)に対し、市の方針として示し発信する

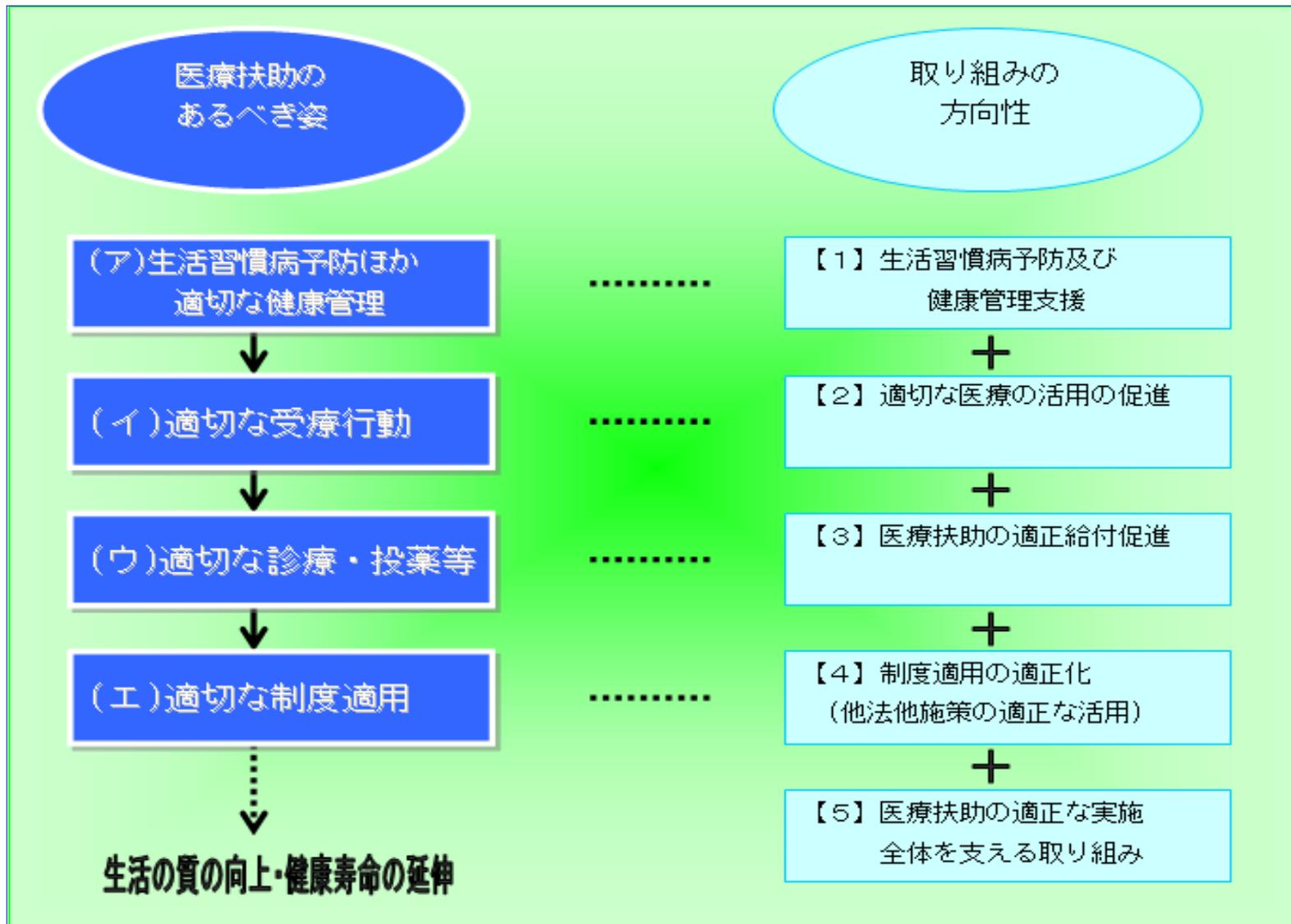
【『第2期方針』における基本的な考え方】

- (1)更なる取組の推進 (2)客観的な評価指標と数値目標の設定
- (3)生活習慣に着目した取り組みの強化 (4)生活の質に着目した取り組みの推進

【方針の運用】

- ・PDCAサイクルに沿って、年度毎に実施スケジュールの決定と進捗状況の確認を実施
- ・「豊中市社会福祉審議会」にて進捗状況の報告を行う等、外部の意見を取り入れた進捗管理を実施

医療扶助の「あるべき姿」と「取り組みの方向性」 ※抜粋



取り組み項目別の「判定結果」と「今後の対応(方針の見直し)」

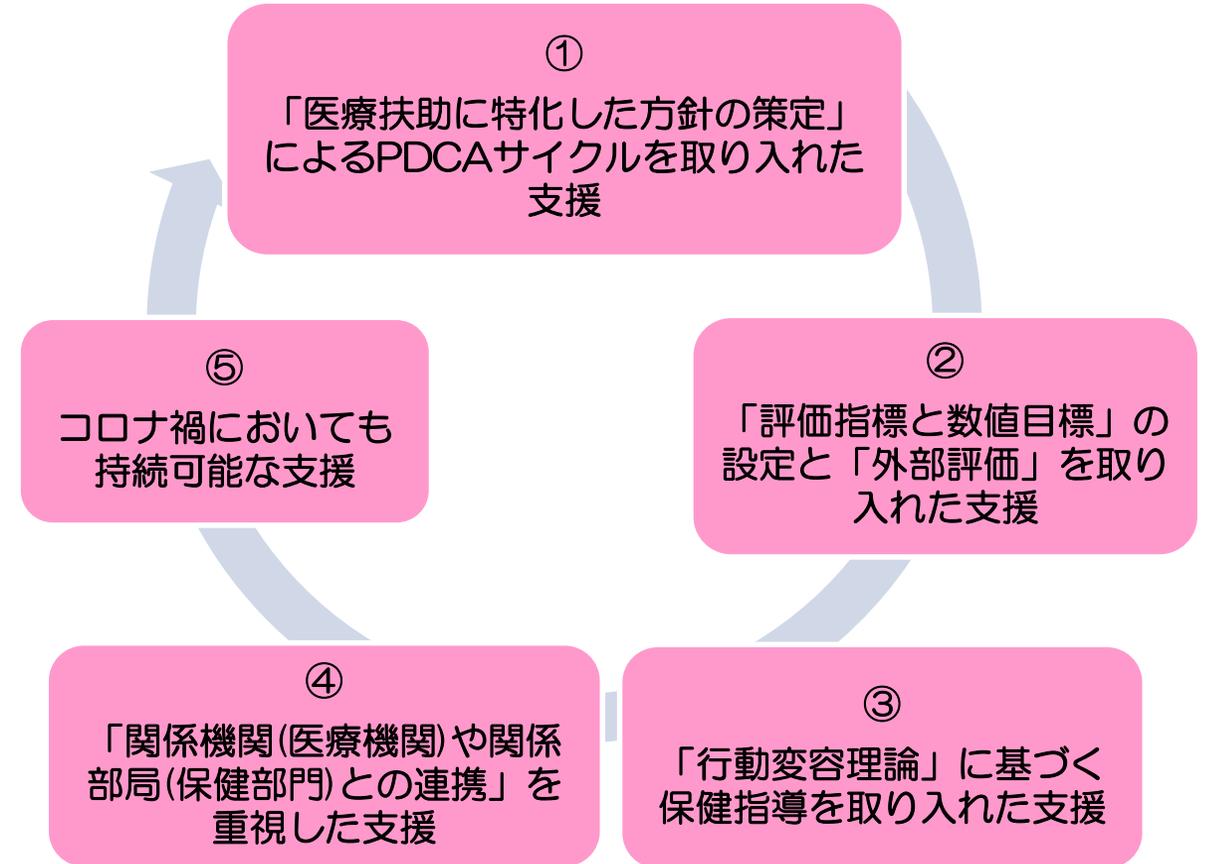
取り組み項目	評価指標・数値目標 (R4年度まで)	【実績】 H29年度～R元年度	判定	今後の対応(方針の見直し) (R3年度～R4年度)
①個別支援による健康管理	【支援目的達成率】 : 90%以上	【支援目的達成率】 H29年度：76.5% (65/85人) H30年度：78.3% (47/60人) R元年度：79.4% (81/102人)	B	<ul style="list-style-type: none"> ・専門職員の確保に向け、養成学校との連携を図りながら、引き続き人員体制の強化を進めていきます。 ・人員体制を強化することで、健康管理支援が必要な被保護者に対する適切な支援の実施に繋がっていきます。 ・数値目標の達成に向け、事例の共有等も図りながら、支援目的達成率を高めていきます。
②健診受診の促進	【健診受診者数】 : 600人以上 【健診受診率】 : 7%以上 【要医療者の治療率】 : 95%以上	【健診受診者数・健診受診率】 H29年度：453人(受診率：5.3%) H30年度：467人(受診率：5.6%) R元年度：480人(受診率：5.8%) 【要医療者の治療率】 H29年度：98.9%(89/90人) H30年度：96.4%(81/84人) R元年度：92.6%(112/121人)	B	<ul style="list-style-type: none"> ・専門職員の確保による人員体制の強化については、①の記載のとおりです。 ・人員体制を強化する中で、健診受診勧奨等の取り組みを強化・充実させることにより、健診受診率等の数値目標の達成に繋がります。 ・特に、生活保護開始者への健診受診勧奨については、生活保護による生活の立て直しと健康状態の立て直しを同時に図ることが重要であることから、積極的な取り組みを続けていきます。 ・R元年度からの要指導者への個別支援の開始に伴い、評価指標に「要指導者への個別支援における検査数値や生活習慣等の改善率」を追加し、数値目標を「100%」と設定します。 【評価指標・数値目標の追加】
③生活習慣病の重症化予防	【個別支援対象者の検査数値や生活習慣等の改善率】 : 100% 【糖尿病を起因とする新規透析導入者数】 : 7人以下	【改善率】 H29年度：90% (9/10人) H30年度：100% (3/3人) R元年度：100% (2/2人) 【新規透析導入者数】 H29年度：14人 H30年度：15人 R元年度：12人	B	<ul style="list-style-type: none"> ・専門職員の確保による人員体制の強化については、①の記載のとおりです。 ・人員体制を強化する中で、個別支援内容等を強化・充実させることにより、個別支援対象者の改善率等、数値目標の達成に繋がります。 ・R2年度から開始した医療機関と連携した対象者選定の手法を確立し、効果的な事業展開に繋がります。 ・対象者の行動変容ステージ(無関心期、関心期、準備期等)に応じた支援内容を設定する等、幅広い対象者への支援に向けた対策を講じていきます。

被保護者健康管理支援事業 実施マニュアル

R3年9月作成

【マニュアルの特徴】

- 「豊中市医療扶助の適正な実施に関する方針」に基づき、PDCAサイクルの取り入れ
- 事業メニューを【ア】～【オ】と、【その他】に分け、実施手順も細かく記載
- 【その他】の項目において、関係機関・部局との連携について明記
- コロナ禍においても持続可能な支援内容
- マニュアル内にも数値目標を掲げ、先に示した方針と整合性を持たせる



被保護者健康管理支援事業 メニュー①

項目	メニュー名	内容	CWの動き	健康管理支援員の動き
【ア】 健診 受診勧奨	生活保護開始者への働きかけ	保護開始時に健康管理支援員による面接、受診勧奨	保護開始面接決定時に健康管理支援員へ連絡	面接、近医で受診可能医療機関の紹介、受診勧奨
	全被保護世帯への働きかけ	収入申告書等の送付に合わせて啓発媒体を送付	なし	啓発媒体の作成
	指定医療機関への働きかけ	指定医療機関へ協力依頼の文書送付、三師会への挨拶	なし	文書作成 三師会への挨拶回り
	「健診受診勧奨強化月間」の設定	ターゲット層と期間を決定し、直接的な健診受診勧奨	なし	ターゲット層の抽出 電話にて健診受診勧奨
【イ】 医療機関 受診勧奨	健診結果「要医療」判定者への適切な医療受診に向けた働きかけ	健診結果のうち、メタボリックシンドロームに関連する項目の「要医療」該当者へ受診勧奨	なし	対象者の抽出 電話あるいは文書送付による医療機関受診勧奨
	個別支援による健康管理(医療受診が必要と考えられる者、受診中断している者等)	医療の必要性の見立て、受療支援、受診再開の支援	ケースの依頼	依頼に基づき訪問等個別支援、医療機関や保健所等との橋渡し

被保護者健康管理支援事業 メニュー②

項目	メニュー名	内容	CWの動き	健康管理支援員の動き
【ウ】 保健指導 ・ 生活支援	健診結果「動機づけ支援」・「積極的支援」該当者への啓発媒体の送付	特定保健指導における判定基準を参考に該当者を抽出、啓発媒体を送付	なし	対象者の抽出 啓発媒体の送付
	「動機づけ支援」該当者への個別支援	動機づけ支援対象者への個別連絡(原則1回)	なし	対象者の抽出 気づきを起こさせる保健指導
	「積極的支援」該当者への個別支援	積極的支援対象者への個別連絡(3か月プログラム)	なし	対象者の抽出 定期的な電話や訪問などでの保健指導
	個別支援による健康管理(依存症が疑われる者等)	アルコール等依存症を抱える被保護者に対しての個別支援	ケースの 依頼	依頼に基づき訪問等個別支援、医療機関や保健所等との橋渡し
【エ】 重症化 予防	糖尿病患者への働きかけ	糖尿病治療中の被保護者に対して啓発媒体を送付	なし	レセプト点検員によるレセプトから対象者の抽出に基づき、対象者の抽出 啓発媒体の送付
	重症化リスクが高い糖尿病患者への個別支援	糖尿病治療中かつ、コントロール不良の被保護者に対して個別連絡(4か月プログラム)	なし	医療機関へ対象となる患者抽出の依頼 定期的な電話や訪問などでの保健指導
	個別支援による健康管理(医療受診中であるが経過不良の者等)	医療機関受診中患者の個別支援	ケースの 依頼	依頼に基づき同伴受診や家庭訪問、主治医との連携

被保護者健康管理支援事業 メニュー③

項目	メニュー名	内容	CWの動き	健康管理支援員の動き
【オ】 頻回受診 指導	一定期間改善が見られない頻回受診者への個別支援	未改善状態が長期化している頻回受診者への個別指導	未改善の理由について協議	嘱託医協議の調整、同伴受診等、主治医との連携
【その他】 全体を支える 取り組み	福祉事務所内の連携	嘱託医による講座の開催 専門職員による研修		
	関係部局・関係機関との連携	保健所(健診担当)からの健診データの授受 保健所(保健指導担当)との指導・啓発媒体の共有 保健所主催の事例検討会(感染症、難病含む)の参加 三師会への挨拶回り		

CWとは常に支援経過を情報共有しながら健康管理支援を行っている。

令和3年度の主な取り組み例

【必須事業メニュー(ア) 健診受診勧奨】

生活保護開始になった皆様へ 2021年度版

【30歳以上 若しくは15歳以上で障害者手帳(※)をお持ちの方 対象】
～～市民健診を受けましょう！～～

体調に不安がある方も！健康に自信がある方も！
 白頭頑強している自分の身体を、1年に1回
 市民健診でチェックして、メンテナンスしませんか？

※障害者手帳…身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳

簡単！受診までの3ステップ

- 【事前準備】2021年度けんしん受診票(はがきサイズ)を準備する。**
 ※本日、発行を希望された方は、
 1週間から10日前後に自宅へ
 受診票が郵送されますのでご確認ください。
- 【事前準備】豊中市 市民健診 取扱い医療機関を調べ、電話予約する。**
 ①医療機関名()
 所在地()
 電話番号()
 ②医療機関名()
 所在地()
 電話番号()
- 【当日】医療機関に受診票を持参し、健診を受診する。**

【令和 年 月 日】 豊中市福祉事務所 医療介護課 ()

生活保護開始者への
 健診受診勧奨
 (保健師から被保護者へ説明)

【必須事業メニュー(エ)】

主治医と連携した保健指導・生活支援 (重症化予防)

保健師の個別支援を受けた全員の生活習慣が変わりました！【令和元年度実績】

とよなかし せいけつほ ごじゆきゅうちゆう かた
 豊中市で生活保護受給中の方へ

ほけんし いっしょ ほし
 保健師と一緒に始めませんか？

とうによびよう こべつしえん
糖尿病の個別支援

糖 尿 病 と診断されているけど、食 事 ・ 運 動 … 何 から 始 め たら い の か わ か ら ない ！
 そんなあなたへ、健康の専門家！保健師と一緒に新たな生活をスタートしてみませんか？

【支援内容】

- ① 今の生活習慣を振り返ります。
- ② より良い生活習慣に変えるため、無理なくできる取り組み内容をあなたと一緒に考えます。
- ③ 取り組みを実践します。
 ※その他、対象者に合わせてサポートいたします。

【申し込み方法】
 もうこのほうほう
 主治医へ「申し込みたい。」と
 お伝えください。
 ※医療機関から
 福祉事務所へ連絡する。

【対象者】
 たいしゅうしゃ
 とよなかし せいけつほ ごじゆきゅう
 豊中市で生活保護を受給し、
 とうによびよう しんぜん いし こべつ
 糖尿病と診断され、医師から個別
 しえん すず
 支援を勧められたもの。

【支援方法】
 しえんほうほう
 こべつめんだん
 個別面談
 ほうもん
 訪問
 でんわ
 電話
 とう
 等

【支援期間】
 しえんきかん
 ほうもん
 訪問
 4か月
 ※対象者により、
 えんちゆう
 延長する場合あり

問い合わせ先
 とよなかしふくしじむしょ いりようかてがかり
 豊中市福祉事務所 医療介護係 06-6842-3577

主治医との連携による
 糖尿病重症化予防支援
 (主治医から被保護者へ案内)

今後の課題・展開①

●福祉事務所内の推進体制について

本事業の推進においては、医療扶助担当職員や保健師等の専門職員が主体となりながらも、「**ケースワークの主体である地区担当員を巻き込んだ事業展開**」としていくことが重要

【これまでの取り組み(継続)】

- ・「専門職員による研修」の開催(新採・新任職員が対象)
- ・「嘱託医による講座」の開催(全職員が対象)
- ・健診を受け、適切な治療につながり、重症化を防止できた「好事例」等の資料作成による、**イメージの共有**
- ・毎月の回覧文書の余白に「健診ミニクイズ」を連載すること等による取り組みへの**親近感の醸成**

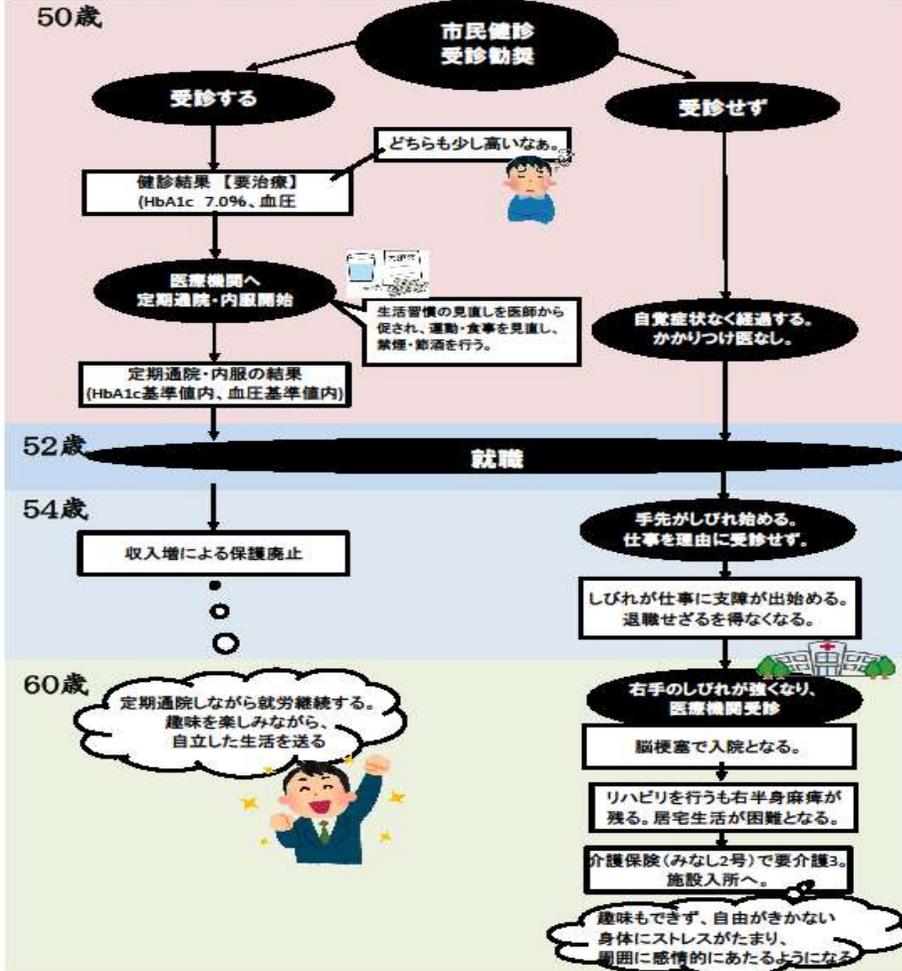
【R4年度の予定】

- ・「専門職員による研修」の充実(全職員を対象、シリーズ化、等)
- ・地区担当員のケース検討会への専門職の積極的な参加

【イメージの共有】 健診の「受診」・「未受診」の経過の比較

市民健診 受診事例

【ケース概要】 50歳男性 単身 かかりつけ医なし(3年前に血糖値が少し高いと指摘有)
 新型コロナウイルス感染症拡大で仕事ができなくなり、貯金も底をつき、保護申請となった。再就職に意欲的であり、早期の保護脱却を目指している
 喫煙:20本/日 飲酒:日本酒2合/日 運動:運動習慣なし 食事:インスタント食品若しくはお弁当を購入。



市民健診と医療機関定期受診時の検査の比較

検査項目	検査で分かること	市民健診	【ケースA】 診断:糖尿病 診断:糖尿病等 通院:クリニック (1回/月)	【ケースB】 診断:高血圧 高血圧症等 通院:クリニック (2回/月)
検査が高いと 疑われる 主な疾患				
身体計測	BMI BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m) 肥満度を検査	○	-	-
肥満	腹囲 内臓脂肪型肥満かどうかを判定。	○	-	-
血圧	最高血圧 (収縮血圧) 血管にかかるもっとも強い圧力。	○	-	-
高血圧	最低血圧 (拡張血圧) 血管にかかるもっとも弱い圧力。	○	-	-
脂質	中性脂肪 数値が高いと動脈硬化が促進されたり、急性膵炎や脂肪肝の原因となる。食べ過ぎなどによるエネルギーの取り過ぎが数値を上げる最大の原因。	○	-	○
脂質異常症、高 コレステロール血症、 高脂血症	HDL-C 不要なコレステロールを肝臓へ運搬する善玉コレステロールの量。動脈硬化を防ぐ。	○	-	○
	LDL-C 増加すると動脈硬化を進行させる悪玉コレステロールの量。数値が高いと虚血性心疾患、脳梗塞、糖尿病などを起こしやすくなる。	○	-	-
糖代謝	空腹時血糖値 血液中に含まれるブドウ糖の量。食後に数値が上昇する。	○	○	○
糖尿病	HbA1c 赤血球のヘモグロビンと血液中のブドウ糖が結合したものの、1〜2カ月間の血糖の状況を把握できる。基準値より高い場合、1〜2カ月の血糖が高かったり、糖尿病の管理がうまくいっていないことを示す。	○	○	-
肝機能	AST (GOT) 肝臓に多い酵素で、主に肝機能(肝細胞の破壊の程度)をチェックできる。数値が高いと肝臓病の他、胆臓病にも存在するため色々な病気が疑われる。	○	-	○
	ALT (GPT)	○	-	○
肝炎、肝 硬変、ア ルコール性 肝炎	γ-GTP 血液中に含まれる肝臓の解毒作用に關する酵素を調べ、主にアルコール性肝臓病の有無を判定。薬を長期間服用している場合にも高くなることもある。	○	-	○
尿酸代謝	尿酸 血液中に含まれるプリン体が分解されてできる産物で、高くなると痛風を引き起こす。腎臓病や動脈硬化の原因にもなる。肥満、食べ過ぎ、お酒の飲み過ぎが関係している。	○	-	○
腎機能	クレアチニン 腎機能が低下すると、血液中に含まれる数値が高くなる。	○	-	○
慢性腎不全	尿蛋白 尿検査で腎臓や尿路の病気の危険度を判定。	○	-	-
尿検査	尿糖 尿に含まれるブドウ糖の量。血糖値が160~180を超えると、尿に糖が漏れ出すので、初期の糖尿病では尿糖が出ないこともある。	○	-	-

※レセプトにて把握できる検査項目を比較したもの。
 ※医療機関により同一病名でも検査項目に相違あり。
 ※医療機関に通院していても採血等検査をしていない場合あり。

今後の課題・展開②

● 関係機関・関係部局との連携の強化

- ・保健部局・介護部局との連携をすることにより、費用面や効率的な施策の実施を行うことが必要
- ・医療機関や薬局などと協働して、被保護者の健康管理について**多方面からのアプローチ**が必要
- ・都道府県レベルでの**データの共有が困難**で、重複受診・処方適正化へのハードル

【これまでの取り組み・三師会(継続)】

- ・平成28年度より三師会へ毎年挨拶回りを実施し、顔の見える関係を構築
医療扶助についての現状、方針のPDCAの状況など詳細に報告

【これまでの取り組み・関係機関(継続)】

- ・健診データの提供依頼
- ・保健所(保健指導担当)との指導・啓発媒体の共有

【R4年度の予定】

- ・保健部局との更なる連携のため、定期的なミーティング等の検討(健診・保健指導)
- ・他法他施策の活用のため、中核市の特徴を生かし保健所へ難病の受給者証などデータ提供依頼を行う
- ・重複受診や重複処方の適正化のため、自立支援医療のレセプトデータについて大阪府へデータ提供依頼を行う

今後の課題・展開③

●「精神及び行動の障害」に対する理解とアプローチ

- ・地区担当員の疾病理解を含むメンタルヘルスリテラシーの向上が必要
- ・長期入院者の地域移行について、病院や関係機関への連携が必要

【R4年度の予定】

- ・「専門職員による研修」を充実（全職員を対象、シリーズ化、等）させ、メンタルヘルスリテラシーの向上を図る
- ・長期入院精神障害者の地域移行について、大阪府精神医療保健整備広域コーディネーターと連携
- ・施設係による年1回の訪問時に健康管理支援員が同席し、退院阻害要因を確認（必要に応じて病院スタッフとの面接）
- ・市の関係部局（保健所精神保健係・障害福祉課）との情報共有

今後の課題・展開④

●費用対効果の評価・分析について

- ・本事業の推進体制を強化していくためには、その成果を見える形で示していくことが必要
- ・事業毎の評価指標の設定はもちろんのこと、特に、予算の折衝や職員体制の折衝において求められるのは**費用対効果の指標**

【R4年度の予定】

- ・これまでの蓄積データを基に、大学との協働により、本事業を実施することによる「医療扶助費・介護扶助費への効果」について検証すべく、量的分析を行う方向
- ・費用対効果の見える化により、本事業の更なる推進につなげる

ご視聴ありがとうございました。

