

⑨ 大阪府 門真市

1. 地域の概要

- 門真市は大阪府の東北部に位置し、東西 4.9km、南北 4.3km、面積は 12.28km²で標高は低く平坦地で周囲は、大阪市、守口市、寝屋川市、大東市と隣接している。従来、門真市は豊かな穀倉地帯で、河内蓮根が特産物であったが、昭和40年以降の急激な宅地開発により、農業地から住宅産業都市に移行した。
- 老朽化した低家賃住宅が多数あるため、そこに不安定所得者の滞留や社会的弱者の流入が多く見られる。
- 全国や大阪府を上回るスピードで高齢化が進行し、独居高齢者や高齢者夫婦世帯の増加も著しく大阪府平均を上回っている。



2. 自治体の基礎データ

- (1) 人口
 - 128,135人 (平成25年3月1日)
- (2) 世帯数
 - 60,525世帯
- (3) 面積
 - 12.28平方Km

3. 保護動向

- 本市の保護率は大阪府下でも高位の水準にある。急激な景気の悪化により、被保護人員、被保護世帯の数は増加を続けている。
- 平成23年1月「門真市生活保護行政対策本部」を設立し、生活保護行政の諸課題について、市全体として組織横断的に取り組んでいる。

(1) 被保護世帯

- 4,527世帯（平成25年3月1日）

単位：世帯

	22年4月	23年4月	対前年度増加率	24年4月	対前年度増加率
門真市	3,939	4,185	+6.25%	4,393	+4.97%

(2) 被保護人員

- 6,630人

単位：人

	22年4月	23年4月	対前年度増加率	24年4月	対前年度増加率
門真市	6,009	6,347	+5.62%	6,564	+3.42%

(3) 保護率

- 51.70%（平成25年3月1日）

(4) 保護費と医療扶助費

- 保護費 10,941,384千円（平成23年度）
医療扶助費 4,755,165千円

単位：千円

	21年度	22年度	対前年度増加率	23年度	対前年度増加率
保護費	9,372,659	10,284,133	+9.7%	10,941,384	+6.8%
医療扶助費	3,961,126	4,344,280	+9.7%	4,755,165	+9.5%

4. 生活保護受給者に対する健康面での支援（概要）

(1) 生活保護受給者等健康診査

- 医療保険者の特定健康診査に相当する健康診査を、医療保険加入者に含まれない生活保護受給者等に対し、健康増進法に基づく健康診査を健康増進課にて実施している。
- 平成23年10月より、年1回、全被保護受給世帯へ受診啓発ちらしを郵送。ちらし送付の結果、送付以前は月平均9件だった受診件数が、3か月後月平均41件と大きな伸びを示し、送付による受診勧奨の効果がみられた。

- 受診者 平成23年度 208名
平成24年度 206名（平成24年12月）

(2) 生活保護受給者への保健指導

- 保健指導については健康増進課が担当。

5. 「健康管理支援員」による健康管理支援の内容

(1) 体制

- 平成24年4月より、「健康管理支援員」として保健師を公募し、保健師1名を雇用（非常勤・嘱託）。5月には、精神保健福祉士1名を雇用（非常勤・嘱託）。
- 週4日勤務。9:00～17:00。
- 現在の健康管理支援員は、生活保護関係業務の経験はないが、ケースワーカーと同行訪問するなど、市町村保健師として他の地域の保健活動に従事し、定年退職したベテランの保健師である。
- 健康管理業務の経験があり、生活保護制度も熟知しているため、すぐに業務を開始することができた。

(2) 内容

- 担当ケースワーカーとともに以下の業務を行う。
 - ① 日常生活の健康管理等が困難な受給者に対する健康指導
 - ② 頻回受診、重複受診など医療費に関する適正化及び指導

(3) 対象者の選定など支援の流れ

- 頻回受診（15日以上が3か月続いた場合）や重複受診者については、レセプト点検システムを活用し、病名や内容を見て保健指導が必要な対象者を保健師自身がピックアップしている。また、健康指導に関しては、ケースワーカーが健康面での支援が必要と判断したケースとしている。（医療を拒否するケースが多い）。
- 保健師がピックアップした対象者も含めてケースワーカーは、対象者に対し、健康管理支援員による健康管理を行う旨を説明し、対象者の意思を確認し、同意を得る。健康管理支援員は、対象者宅を訪問することにより必要な支援を開始する。なお、初回訪問時には、必要に応じて担当ケースワーカーが同行する。
- 頻回受診者に関しては、主治医訪問を行い、経過、症状、回復期なのか現状維持なのか、治療方針など、適正日数について直接聞き取っている。当初は郵便で行っていたが、訪問することにより、正確な情報が得られるようになった。

(4) 実績（平成24年度）

- 活動の延日数 186日
- 訪問延日数（課での面談・電話・不在含む） 148日

- 主治医調査連絡
 - ①調査票郵送延件数 87件
 - ②医療機関訪問調査延件数 18件
(11医療機関)
 - ③電話聴取延件数 1件
- 訪問指導実人数 116人
(訪問指導等の内訳)
 - 頻回受診指導 61人
 - 重複受診指導 34人
 - ケースワーカーから依頼があったケース 21人

(5) ケース事例

ケース① 腰痛を訴えるが、受診しない事例

- 腰痛を心配したケースワーカーが健康管理支援員に同行訪問依頼。
- 健康管理支援員が状態を確認したところ、血圧が高いことが判明し、受診勧奨。
- 本人はすぐに受診し、内服治療開始となる。

ケース② 頻回受診者

- リハビリ・マッサージを毎日うけている頻回受診者の主治医に状況を確認したところ、「週に2-3日でもよい」という回答であった。
- 「毎日いかないと悪くなる」というケースに、主治医の言葉も伝え、説明。
- 訪問後、レセプトを確認すると、回数が減ったが、3か月後には元の状況となる。本人に尋ねると、「主治医が毎日でもいいと言った」、「毎日通院してた時はよかったけど、(回数を)少なくしたら痛くなった」と話す。継続した関わりを行っている。

ケース③ 重複受診者

- 1回目の訪問で、改善されるケースが多い。
複数医療機関に同じ症状で受診しているため、同じ種類の薬を処方されている。本人は薬名が違うため、別の薬だと思い服用してしまっていることが多く、同じ薬であることを説明すると納得し、適正な受診につながる。

6. 評価、今後の課題等

(1) 評価

- 頻回受診や重複受診に対する医療費適正化効果はあがっているように思う。
- ケースワーカーの担当数が1人100ケースを超えており、多忙であり、疾病にまで関わるができなかった。健康管理指導員が配置されたことで、頻回受診や重複受診に関する助言が得られたことで、ケースに対する指導ができるようになった。ケースワーカーが気軽に相談できるようになり、ケースワーカーの支援の視点が拡

がってきた。健康増進課などにも保健師が配置されているが、タイムリーに相談や同行訪問が行えるメリットは大きい。

このため、全ケースワーカーに健康管理支援員をどのように活用するか理解してもらうことが重要。

(2) 課題

- レセプトや訪問活動から、糖尿病患者に関わることが多く、糖尿病のコントロールに関する支援の必要性を痛感した。
 - ・世帯全員の食生活が心配される
 - ・インシュリンは打っているが生活改善ができていない
 - ・透析の一步手前の状態のケースもあり、悪化防止への支援が必要
 - ・保健指導（健康指導）よりは、まず日常生活指導から入らなければならず、指導に困難を感じている。行動変容には従来の保健指導とは違う視点からのアプローチが必要ではないかと感じる。（指導マニュアルの必要性）
 - ・症状が悪化するにつれ、多くの診療科にかかってしまい、頻回重複受診となっている。
- 長年頻回受診をしていた人が多く、いったんは改善するが、再開してしまう。
 - ・対象者の中には、何もしなくても病院にいけるという意識、誰かが何とかしてくれるという意識が存在している。
 - ・主治医の理解と連携—「患者が来たら断れない」
 - ・病院が保護受給者のサロンとなっている。自宅以外に、居場所がない。
- 生きがい対策—複雑困難な人生を歩んできた人へのアプローチに工夫が必要。
- 疾病予防、早期発見・早期対応のための受給者の健康状態の把握（特に糖尿病予備軍へ対応）

⑩ 兵庫県 尼崎市

1. 地域の概要

- 尼崎市は、兵庫県の南東部に位置し、東西 8.4 km、南北 11.1 km、総面積 50.02 km² の都市である。東は神崎川、左門殿川を隔てて大阪市と、猪名川を挟んで豊中市と接し、北は伊丹市、西は武庫川を境に西宮市と接し、南は大阪湾に面している。古くから西国街道や東海道が通じる交通の要衝であり、現在でも、JR、阪急及び阪神電車の駅により、神戸や大阪に短時間で往復できる。また、平成 21 年 3 月に阪神なんば線が開通し、難波や奈良などへも移動可能となり、更に利便性が増しているところである。市内にはバス路線が縦横に走り、名神高速及び阪神高速道路、国道 2 号線及び 43 号線が東西に横断している。市南部は明治以前には城下町として発展し、戦後阪神工業地帯の中心に位置し、重化学工業を中心として発展してきた。その一方で、高度経済成長期に大気汚染及び地盤沈下等の公害問題が顕著になった。JR 東海道線を境に市域を南北に区分して比較すると、南部地域は古くからの大規模市場や遊興施設があり、独特の下町的雰囲気を持つ。若年者層が少なく高齢者層が多いのが特徴である。一方、北部地域は住宅地として発展し、都市化が進む中で市民の流出入も多く、住民間の「ヨコの繋がり」が比較的薄いことが特徴である。
- 平成 21 年 4 月 1 日に中核市となった。

2. 自治体の基礎データ

- (1) 人口
- 449,620 人 (平成 25 年 3 月 1 日)
- (2) 世帯数
- 210,752 世帯
- (3) 面積
- 50.2 平方 km

3. 保護動向

- (1) 被保護世帯
- 12,643 世帯 (平成 23 年度)

単位：世帯

	21 年度	22 年度	対前年度増加率	23 年度	対前年度増加率
尼崎市	10,729	11,883	+10.7%	12,643	+6.3%

(2) 被保護人員

○ 17,482人 (平成23年度)

単位：人

	21年度	22年度	対前年度増加率	23年度	対前年度増加率
市全体	14,806	16,385	+10.7%	17,482	+6.7%

(3) 保護率

○ 38.69% (平成23年度)

単位：%

	21年度	22年度	対前年度増加率	23年度	対前年度増加率
市全体	32.01	35.65	+11.4%	38.69	+8.5%

(4) 保護費と医療扶助費

○ 保護費 183億7,580万円 (平成23年度)

医療扶助費 70億1,496万円

単位：万円

	21年度		22年度		23年度	
保護費	1,378,078	+20.6%	1,614,210	+17.1%	1,837,580	+13.8%
医療扶助費	553,227	+17.3%	609,260	+10.1%	701,496	+15.1%

4. 生活保護受給者に対する健康面での支援（概要）

(1) 健康管理支援事業による適正受診指導

- 平成23年5月より精神保健福祉士2名（嘱託）を健康管理支援員として保護課に配置
- 向精神薬を複数の医療機関から処方されている受給者を対象に、本人への面接及び主治医訪問等を行って改善を指導。

	支援員	支援対象者	是正改善者	支援活動回数
23年度	2名	13名	11名	98回
24年度（2月末時点）	2名	18名	15名	134回

事例①成功例 46歳男性

自立支援医療（精神通院）を利用しながら、他の3医療機関でも向精神薬の処方を受けていたが、1回の面接指導と、6回の主治医・処方医への情報提供と協力依頼により、面接指導の3ヶ月後に、向精神薬の受診・処方は指定の精神通院医療機関に一本化できた。

事例②援助困難例 68歳女性

精神疾患に罹患しながら、自立支援医療（精神通院）を拒み、4医療機関にて向精神薬の処方を受けていた。2回の面接指導と、4回の主治医・

処方医への情報提供と協力依頼により、一旦は、向精神薬の処方を一本化できたが、再び他の医療機関にて重複処方を受けるようになり、自立支援医療（精神通院）も拒みつつけている。

- 平成 25 年 1 月に電子レセプトシステムにより頻回受診と見込まれる受給者 218 名を抽出し、健康管理支援員が嘱託医と協議を行ったところ、218 名中、60 名が頻回と認められる者であり、114 名が判断がつかない者という結果となった。

この結果を受け、頻回受診の疑いがある受給者に対しては、担当ケースワーカーが本人への病状確認や主治医訪問を行うなど頻回受診の有無を確認するとともに、頻回受診が認められた場合には、是正に向けた助言や是正指導を実施している。

こうした中、健康管理支援員は、必要に応じてケースワーカーに対する助言等を行うほか、担当ケースワーカーと連携しながら、指導困難者等に係る是正指導にあたっている。

平成 24 年 10・11・12 月基金処理分で頻回受診と見込まれる者	嘱託医協議の結果、		
	①頻回とは認められない者	②判断がつかない者	③頻回と認められる者
218 名	44 名	114 名	60 名

(2) 健康診査・保健指導活用事業

- 平成 23 年 6 月より保健師（嘱託）を保健センターに 1 名配置。
- 医療保険者の特定健康診査に相当する健康診査を、医療保険に加入していない生活保護受給者等に対して実施。
- 受診者 232 名（平成 23 年度） 3 か年度平均 250 名
受診率 1.8%
受診者には、90%以上は何らかの指摘事項がある。
- 上記で指摘事項のあった者に対して、保健指導を実施。

5. 健康診査・保健指導活用事業による保健指導の内容

(1) 体制

- 保健師 1 名
(非常勤・嘱託)
- 週 30 時間勤務
- 生活保護業務の経験はなかったが、保健師として特定保健指導を行った経験を有している。

(2) 内容

- 医療保険に加入していない生活保護受給者などに対し、特定健診に相当する健康診

査を実施。尼崎市では保健所、市内医療機関、巡回会場（特定健診を委託している事業者に対して、当該健康診査についても併せて委託）において健康診査を実施。受診率は2%前後で推移してきた。

- 福祉事務所において生活保護が新規開始となった受給者に受診を呼びかける他、福祉事務所、保健所、支所等に事業案内のパネルを置いて事業をPRしている。
- 健診を実施すると、90%以上は何らかの指摘事項があり、保健指導を行っている。方法としては電話が半数程度。その他、家庭を訪問したり、保護課や医療機関に用事がある時等に併せて保健所に立ち寄ってもらい面談する等により実施している。また、無料低額宿泊所等を訪問することも行っており、その際には多数の対象者との面談が可能である。
- 医療機関にて健診を受診をした場合は、主治医により結果報告・保健指導を実施。受診状況の確認など、必要時保健指導を実施。
- 健診は本人の意思で受診しているので、保健指導についても受け入れは良い場合が多い。しかし、パニック障害のため自宅に来られるのが嫌な事例、保健指導というと命令されるように感じるのが嫌という事例、会うのは嫌でも電話なら良いという事例等があり、無理にアプローチをすとかえって関わりを拒絶されてしまうこともあるので、その人に合わせてフレキシブルに対応するようにしている。
- 重複受診が見られるケースについては、同じ薬を市販名が違うだけで別の薬だと思い込んで服用している等、知識の不足が原因となっている場合がある。医療費の削減という視点でなく、健康相談の視点から入ると指導がスムーズにいくことで結果的に医療費の適正化につながる。
- 受診者の中には、まず基礎的な生活習慣から改善する必要がある者も多く、朝起きる、しっかりバランスのある食事をする、規則正しく眠る、10分でも良いから外に出るといったことなどについて、助言を行う事例が多い。精神疾患で治療中のものも多いので、本人が可能なことを探していくことで、少しずつでも改善のステップとなっていくことを大切にしている。

(3) 実績

○健診受診者数の年度推移

	H21実績	H22実績	H23実績	H24見込
受診者(人)	166	281	232	240
受診率	1.6%	2.4%	1.8%	1.8%

H23年度 232人中、継続受診者 72人 (31%)

H24年度 12月現在、197人中継続受診者 84人 (43%)

○性別年代別受診者数 (H23 年度)

	40代	50代	60代	70代以上	計
男性	22	32	43	37	134
女性	14	11	30	43	98
計	36	43	73	80	232

60 歳以上の高齢者層が 66%を占めている。

○健診結果 (H23 年度)

(人)

異常なし	指摘項目あり	計
16	216	232
7%	93%	

指摘項目あり:
保健指導区分による要保健指導・要受診勧奨の
該当項目が1つ以上あった者

指摘項目は、①高血圧 (63.0%) ②脂質異常 (60.8%) ③高血糖、肝機能 (41.4%)
の順に多かった。

○健診結果と通院状況 (H23 年度)

肥満度	他の 指摘項目	人数	通院状況	
			なし	あり
やせ	なし	3	1	2
	あり	13	10	3
標準	なし	16	12	4
	あり	122	60	62
肥満	なし	2	1	1
	あり	75	37	38
計		231	121	110

受診者の半数が、何らかの疾患で通院中。
肥満度が「やせ」「標準」であっても、高血圧 (37%)・高血糖 (26%) で「要指
導」「要受診」の者があった
既に通院治療中の者が 110 名 (47%) の状況であり、治療疾患別でみると、内科
系疾患 99 名・精神疾患 20 名 (重複受診あり) の状況。

○保健指導実施率

H23 年度 (10 月より保健指導を実施) 実施率 20%

要保健指導者 89 人⇒初回保健指導実施者 18 人

H24 年度 (12 月末時点) 実施率 45%

要保健指導者 181 人⇒初回保健指導実施者 82 人

○保健指導の効果 (H23 年度)

健診受診後の保健指導での「行動目標」を、保健指導実施 3 か月後に実行してい
るかどうかでみると、「継続受診」「新規受診」「毎日、血圧測定する」「プラス 10

分歩く」などの行動目標を達成した保健指導効果ありの者は83%でした。

(4) ケース事例

ケース① 70代男性

○ 妻とは離婚し、一人暮らし。

○ 健診受診動機

数年前よりお腹まわりが気になり始め、福祉事務所で健診のことを聞き受診。
母が肺がんであったため、肺がん検診も同時受診。

○ 健診当日

高血圧を指摘されたため、健診結果を持ち受診することを勧めた。

○ 健診事後指導（面接）

高血圧改善のための食生活について指導。

「家に来て、調理指導してもらわんとわからんわ。」と言いつつも、「ちょっと醤油を減らした方ががいいねんな。血圧は〇〇病院に行って測ってもらわ。」との声がきけた。

○ 健診3ヶ月後、電話連絡（状況確認）

高血圧未受診。本人の主訴は頭皮の掻痒感。

主訴については、処方された薬の使用について説明。

高血圧については、再度、受診勧奨。

⇒翌日、本人より電話。（病院受診の報告）

○ 健診6ヶ月後、電話連絡（状況確認）

外出時、〇〇病院に立ち寄り血圧測定継続。

高血圧が続いていたため、受診し内服薬処方。

減塩醤油を購入し、食事にも気をかけるようになっている。

高血圧が続くと、どんな体への影響があるのが？との質問もある。

ケース② 50代男性

○ 心療内科通院中。一人暮らし。

○ 健診受診動機

健康管理のため（H22年度～継続受診者）

○ 健診当日

高血圧を指摘されたため、主治医への相談と食生活について指導。

○ 健診事後指導（面接）

主治医への相談未。健診結果を持参して主治医に相談するよう勧めた。

生活リズム、食生活について指導。

○ 健診後3か月後、電話連絡（状況確認）

朝起きれず、1日2食になることが多い。

家庭での血圧自己測定継続できている。主治医に記録を持参すること。

生活リズム、食生活について指導。

- 健診5か月後、電話連絡（状況確認）
生活リズム（夜間睡眠）改善みられる。作業所の利用を勧めた。
血圧について、心療内科の医師に相談することをためらっているため、相談しても良いこと、内科受診も考えること勧めた。
- 健診6か月後、電話連絡（状況確認）
心療内科の医師に血圧について相談した。まず、歩いて体重コントロールすることの指示あり。

6. 評価、今後の課題等

- 受診率の向上や健診データの改善自体よりは、健診事業を通して出会った対象者の健康課題を、ケースワーカーとの関係とは違った視点で解決していくことにつながればと考えている。
- 特に50歳以降の受給者は、仕事を見つけることが簡単ではなく、かといって昼間から街にでていくことに引け目を感じている者もあり、地域で孤立していることが多い。独居の男性や精神疾患を有している場合等、閉じこもりがちなケースをどうすれば地域社会につながった状態にできるかなど、健診事後指導だけで収まらない課題がある。
- 健診及び保健指導を受けただけで健康になる訳ではなく、本人がどう生活や行動を変えていくかが重要であり、経済的な手段が限られている中で、精神疾患を有しているケース等、様々な生活のしづらさを抱えた受給者にどう改善策を提案していくか。
- 事業を開始して1年半程になり、信頼関係が出来てくると健診の事後指導を超えた訴えもあり、担当ケースワーカー等に十分な申し送りをした上で引き継ぐ必要も出てきている。
- 従前は申請のあったケースに受診券を発行して受診してもらった形式だったが、平成25年度は受診券を生活保護受給世帯に直接送付することを予定している。すでに糖尿病や高血圧を治療中という人も多いため、主治医と連携し保健指導を提供できるか、対象者の大幅な増加が予想される中でどうケースワーカーや地域保健担当保健師と連携していくか等は今後検討が必要。