

「生活保護受給者の健康管理支援等に関する検討会」  
における議論を踏まえた、  
健康管理事業のマニュアル作成に係る論点整理

## 対象者、介入方法、援助方針の策定について

	論点	検討会の議論まとめ	マニュアル作成において留意・検討すべき事項
1	生活習慣病該当者・予備群の予防	<p>既存の社会資源を最大限活用し、不足する部分は福祉事務所が自ら支援を行うことで、総合的に受給者の健康を支援することが基本となる。</p> <p>生活習慣に課題のある受給者に対しては、既に様々な事業者等がサービス提供等を通して関わっていると考えられる。関係者が協力して、本人の日常生活に密着した支援を行うことが適当である。</p>	<p>・生活習慣に課題のある受給者に対して、どのような地域資源との連携が考えられるか。 例) 就労支援などの自立支援プログラムの対象者ですすでに日常生活の自立支援を受けている場合などは、そのプログラムを活用する。</p> <p>・糖尿病患者の重症化予防については、三者合意（※）を基本とすることによいか。</p>
2	生活習慣を変化させることができると考えられる者	生活習慣を変化させることが出来ると見込まれる者については、特定保健指導の手法と機会を活用することが考えられる。	・医療保険では、「動機付け支援」と「積極的支援」に階層化して保健指導を行っているが、健康に関する意識が低い生活保護受給世帯に対して介入するに当たり、どのような手法が効果的か。
3	未受診者・治療中断者への対応	<p>生活習慣病等の治療が必要と見込まれるにもかかわらず、医療機関に受診していない者、又は治療を中断しているものについては、まず医療機関への受診を勧奨することが必要である。なお、本人への口頭での働きかけでは確実な受診につながらない可能性がある場合については、支援者が受診に付き添うことも考えられる。</p>	<p>・受診勧奨には、書面による勧奨、対面による勧奨などの方法が考えられるが、福祉事務所のマンパワーを前提とすると、どのような方法が適当か。 → 「付き添い指導員」を活用する場合、同行受診の際にどのような点に留意して支援することが必要か。</p> <p>・保護開始時から治療が必要な状態にある者もいると考えられるが、どのように状態像を把握したり、介入することが適当か。</p>
4	医療機関との連携	かかりつけの医師の治療方針と齟齬を来さぬよう、福祉事務所による生活面の支援について、かかりつけの医師と十分に調整する必要がある。一定期間支援を行った効果について、かかりつけの医師に情報提供することも必要である。また、受給者が調剤を受ける薬局との連携も必要である。	・基礎疾患に応じた生活面の支援内容やかかりつけの医師との連携事務を整理してはどうか。
5	個別支援計画の策定	福祉事務所において、データに基づき、対象者が必要とする支援の全体像を描き、その全体像を反映させた個別の支援計画に沿って、医療・保健・福祉の様々なサービス提供者や地域の社会資源となる主体が、それぞれの役割をはたす中で、対象者の生活習慣に働きかけるといったイメージになる。	<p>・主治医との連携を十分に行うことが必要であるが、そのために主治医と福祉事務所（ケースワーカーや保健師等）との連携を図るために、どのような手法が考えられるか。</p> <p>・個別支援計画の具体的な内容、策定手順はどのようにすれば良いか。</p>

### ※ 三者合意

厚生労働省、日本医師会、日本糖尿病対策推進会議の三者は、糖尿病患者の重症化を予防する取り組みを全国に広げるため、「糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定」を平成28年3月24日に締結した。

<参考> 糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定の締結について <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000117513.html>

## 階層化の方針について

	論点	検討会の議論まとめ	マニュアル作成において留意・検討すべき事項
1	生活習慣病該当者・予備群の抽出	40歳から74歳の受給者の健診データ又は医療機関において実施された検査データから、特定健診の階層化基準と同様の基準により、内臓脂肪症候群等の生活習慣病の該当者・予備群を抽出する。	<p>・どのような支援対象者の抽出を目的として階層化を行うか。</p> <p>・健診受診率が低く、健診データは限られているなかで、ケースワーカーが把握している健康に関する情報をもとにした階層化をすることも考えられるか。</p> <p>・ケースワーカーが把握している生活面やメンタル面等の情報も収集する場合、階層化に当たってどのように活用するか。</p>
2	生活習慣病罹患者の抽出	健診データや検査データと医療扶助レセプトを活用し、内臓脂肪症候群には該当しないが、糖尿病等の生活習慣病に罹患している者を抽出する。	<p>・健康管理事業の対象とする治療中断者はどの範囲とするか。 (年齢、状態像、中断期間 等)</p> <p>・健康管理事業の対象とする治療中の者は、どの範囲とするか。治療継続の確認等、介入する目的に応じた階層化が必要か。</p>
3	対象者の絞り込み	<p>生活習慣病の該当者・予備群について、地域の社会資源や生活習慣や生活スキル等に関する情報と組み合わせて、優先的に具体的な支援を行う対象者を絞り込む。例えば、以下のような絞り込み方が想定される。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○支援の効果が期待しやすい者 <ul style="list-style-type: none"> <li>・比較的若年の者</li> <li>・生活保護受給歴の短い者</li> <li>・生活スキルが確立している者 等</li> </ul> </li> <li>○身体的に緊急性が高い者 <ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病の自己管理が不十分で救急受診などを繰り返す者</li> <li>・治療中断を繰り返す者 等</li> </ul> </li> <li>○社会的な必要性が高い者 <ul style="list-style-type: none"> <li>・子どもがいる者も含めて家族全体の生活習慣の改善が求められる者</li> <li>・孤立して支援者がいない者 等</li> </ul> </li> <li>○精神疾患が生活習慣病に大きな影響を及ぼしていると見込まれる者 <ul style="list-style-type: none"> <li>・飲酒行動に問題のある者</li> <li>・精神疾患に罹患しており、精神科医療・福祉分野との連携が必要な者 等</li> </ul> </li> </ul>	<p>・検討会報告書で例示された優先的に支援を行うグループについて、グループ間の優先順位付けをどのようにするか。 →地域事情等を考慮して福祉事務所が優先順位付けを行うという方法もあるが、円滑な事業実施のためには、ある程度画一化しなければ、実施が困難になるという課題もある。</p> <p>・検討会報告書で例示された対象群の他に、優先順位が高いグループや優先順位が低いグループはあるか。</p> <p>・対象群の絞り込みはどのように行うか。 (絞り込みに必要な情報、絞り込みの手法)</p>

## データ収集について

	論点	検討会の議論まとめ	マニュアル作成において留意・検討すべき事項
1	本事業の対象者	生活習慣病の発症リスクの高い年齢層や特定健診の対象年齢を踏まえ、40歳以上74歳以下の受給者について、健診等のデータや生活状況に関するデータを収集することが適当である。	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活習慣病の未受診者・治療中断者については、重症化のリスクが高いことから、年齢を問わずレセプトデータを活用し、対策を講じる。</li> <li>生活保護受給者の生活習慣病罹患予防および重症化予防の観点から、本事業の対象は40歳以上74歳以下の受給者を対象とする。</li> </ul>
2	健康増進法に基づく健診データの取得	福祉事務所において、健康増進法に基づく健診データを、地方自治体の保健部局から標準化された様式の電子データで入手することが考えられる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>健康増進法による健康診査（※）の検査結果を収集するにあたり、特定健診と同じ項目を求めることとしてよいか。</li> <li>以前公的医療保険に加入していた者については、できるだけ最近の特定健診データを手入手することとしてよいか。</li> <li>健康診査の検査データが特定健診の項目より多い場合、またはデータが足りない場合にはどうするか。</li> <li>健康増進法による健診データは紙媒体が基本なので、福祉事務所で健診データを電子化する手順が必要である。（事業委託可）</li> </ul>
3	健診の受診率	地方自治体の保健部局と連携して、健診の受診率向上に取り組むことが必要である。	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活保護受給者の健診受診率向上のため、ケースワーカーが家庭訪問時に、健診の受診勧奨を行い、そのフォローをしている自治体もある。マンパワーが限られる中で、どこまでの役割を福祉事務所に求めるべきか。</li> </ul>
4	医療機関での検査データの入手	特定健診で行う検査項目を含む検査を医療機関で受けている者については、検査データを医療機関より入手することが適当である。この治療上の検査データの入手については、医療扶助レセプトから検査の実施状況を把握し、該当する医療機関から標準化された様式の電子データを手入手できるよう、関係機関と調整を行う必要がある。	<ul style="list-style-type: none"> <li>健診データのない者の検査データについては、生活習慣病で受療した医療機関から、標準化された様式の電子データで入手する。その場合、どの範囲の対象者について検査データを手入手することとするか（*介入対象によって変わる）。</li> <li>医療機関から入手するデータは、基本的な健診項目のみでよいか。心電図、眼底検査など「詳細な健診」項目はどのように扱うか。</li> <li>医療保険の保険者が標準化された様式の電子データを手入手する方法を参考とする。</li> </ul>

5	自立支援医療のレセプト	生活保護受給者の治療状況の全体像を把握できるよう、自立支援医療のデータ入手・活用ができるようにすることが適当である。	・支払基金経由で電子データとして取得する。
6	生活情報の入手	受給者の生活背景や喫煙・飲酒等の生活習慣、食生活に関する調理能力等の生活スキルに関する情報を取得することが必要である。	・ケースワーカーが生活情報を入手する場合、生活保護受給者特有の事情もあることから、特定健診の「標準的な質問表」以外に、どのような項目を追加するべきか。

※ 健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針(平成16年厚生労働省告示 第242号)

健康増進事業実施者は、健康診査の対象者に対して、その目的、意義及び実施内容について十分な周知を図り、加齢による心身の特性の変化などライフステージや性差に応じた健康診査の実施等により対象者が自らの健康状態を把握し、もって生涯にわたる健康の増進に資するように努め、未受診者に対して受診を促すよう特に配慮すること。例えば、壮年期においては、内臓脂肪の蓄積を共通の要因として、糖代謝異常、脂質代謝異常、高血圧の状態が重複した場合に、心血管疾患等の発症可能性が高まることから、これらの発症及び重症化の予防に資するものとする。また、その際は、身長、体重及び腹囲の検査、血圧の測定、高比重リポ蛋白コレステロール(HDLコレステロール)及び血清トリグリセライドの量の検査並びに血糖検査を健康診査における検査項目に含むものとする。

※ 健康増進事業実施要領

当該市町村の区域内に居住地を有する健康増進法施行規則第4条の2第4号に規定する者に対し、生活習慣病予防に着目した健康診査を行う。具体的な実施方法等については、特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（平成19年厚生労働省令第157号）及び高齢者の医療の確保に関する法律第125条に基づき各後期高齢者医療広域連合が保健事業として行う健康診査に準ずるものとする。

## 評価方法

	論点	検討会の議論まとめ	マニュアル作成において留意・検討すべき事項
1	効果の評価方法	個人、集団、事業単位でストラクチャー評価・プロセス評価・アウトカム評価を行う。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個人単位の評価、階層別の評価、福祉事務所単位での評価の三段階での評価を行うか。</li> <li>・ストラクチャー評価は、具体的にどのような評価軸で行うか。</li> <li>・プロセス評価は、具体的にどのような指標を用いて行うか。</li> <li>・アウトカム評価は、具体的にどのような指標を用いて行うか。</li> <li>・評価は、誰が行うか。</li> </ul>
2	PDCAサイクルの実施	支援開始前に定めた指標について、概ね1年に1回程度を目安として効果の中間評価を行い、その都度支援計画を見直すPDCAサイクルを実施することが適当である。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・PDCAサイクル実施の頻度は、1年に1回行うことでよいか。</li> </ul>
3	個人に着目した評価	検査結果や症状の改善・進行防止だけでなく、生活保護受給者独自の指標として、生活習慣の改善や自立の程度等の社会的な指標も測定することが適当である。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活習慣の改善や自立程度など、社会的な指標としてはどのような指標が考えられるか。</li> </ul>
4	集団及び事業に着目した評価	生活習慣病の該当者・予備軍の減少や、それに付随した自立の促進や医療扶助費等の適正化に関する成果が、データとして現れるには一定の年数が必要である。これらの項目を効果の指標にするだけでなく、短期間で評価できる事項や、最終目標に至るまでのプロセスとしての事業の実施状況等を評価することが必要である。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・短期間で評価できる指標として、具体的にどのような指標を用いることが適当か。</li> <li>・事業の実施状況等を評価する際の事項は何が適当か。</li> </ul>

## 実施方法

	論点	検討会の議論まとめ	マニュアル作成において留意・検討すべき事項
1	集団としての分析 及び取組（戦略）	健診・検査データや医療扶助レセプトを用いて、福祉事務所において、受給者の集団としての健康状態、疾病の特徴等について分析し、どのような対策に重点を置き、又は優先して取り組むか明確化する。	・分析の視点や戦略の標準的な手順などを示す必要はあるか。
2	他部局との連携	地方自治体の保健部局や国民健康保険の担当部局等と情報共有することにより、地域全体の特性や、地域で利用・協働可能な資源を把握した上で、事業の実施方針を立てる。	・すでに連携が構築されている自治体がある一方、ほとんど連携していない自治体もある。 ・有資格者（保健師、精神保健福祉士、管理栄養士等）との連携が必要であるが、使える資源が自治体により異なることに留意すべきである。
3	個別の支援計画	福祉事務所において、データに基づき、対象者が必要とする支援の全体像を描き、その全体像を反映させた個別の支援計画に沿って、医療・保健・福祉の様々なサービス提供者や地域の社会資源となる主体が、それぞれの役割をはたす中で、対象者の生活習慣に働きかけるというイメージになる。  支援対象者を絞り込み、何らかの支援を行う必要のある者については、その者の状況と個別の支援計画を定める対象者である旨を、保護の実施に当たって作成する援助計画に明記する。絞り込まれた対象者について、各人の健診等のデータ、疾病等の治療状況、生活習慣・生活スキル等の情報に基づき、複数年を単位とする個別の支援計画を作成する。	・個別支援計画の具体的な内容、策定手順はどのようにすれば良いか。
4	支援計画の作成者	個別の支援計画の作成は、福祉事務所内に配属されている専門職が行う場合や、ケースワーカーと地方自治体の保健部局が協働して行う場合、外部の事業者へ委託する場合が想定される。	・支援計画作成業務の実施者を、保健師等の専門職を基本とする必要があるか。
5	事業委託の場合の 管理体制	事業委託する場合においても、福祉事務所が主体となって委託事業の進捗や質の管理、事業の評価を行うことが必要であり、福祉事務所における委託事業の管理体制の確保が求められる。	・どのような業務が外部委託できるか、または出来ないか。 ・事業委託を行う場合において、保健指導を行うにあたり、求められる体制や要件は何か。
6	関係機関との連携	福祉事務所においては、関係機関等との間で、支援の開始に当たり、個別の支援計画の内容について共有するとともに、支援の実施状況や効果等について、定期的に情報を提供しながら、支援の継続やその内容の改善等について協力を求めていくことが必要である。	・関係機関と支援計画を共有する内容や手段をどうするか。
7	人材の確保、養成	健康管理支援にかかわる人材の確保、養成についても検討が必要である。	・介入するにあたり、生活保護受給者特有の事情や背景について理解できるよう、研修を行ったほうがよいか。