

被保護者健康管理支援事業の手引き (令和2年8月改定版)

目次

1. はじめに
 - (1) 背景
 - (2) 本手引きの位置づけ

 2. 被保護者健康管理支援事業の進め方
 - (1) 全体の流れ
 - (2) それぞれの段階における実施事項
 - ① 現状・健康課題の把握
 - i. 既存の取り組みの調査・分析
 - ii. 健康・医療情報の調査・分析
 - iii. 社会資源の調査・分析

 - ② 事業企画
 - i. 事業方針の策定
 - ii. 対象者の抽出
 - iii. 参加予定者の絞り込み
 - iv. 目標・評価指標の設定
 - v. 支援内容の検討
 - ③ 事業実施
 - ④ 事業評価
 - ⑤ 事業報告

 3. 実施体制について
 - (1) 行政内部の他部局や社会資源との連携体制の構築等
 - (2) 外部委託について
 - (3) 個人情報の取扱い
- 別添 1 事業報告様式 1 (令和2年度) (記載例)
別添 2 事業報告様式 2 (令和2年度) (記載例)
別添 3 個別支援計画ひな型例 (記載例 1 および 2)

参考：自治体における取り組み事例

1. はじめに

(1) 背景

- 生活保護制度は、被保護者の最低生活を保障するとともに、自立の助長を図ることを目的としている。自立の助長については、経済的自立だけでなく、日常生活自立や社会生活自立といった側面からも、支援を講じていくことが必要である。
- 生活保護受給世帯については、その約8割が何らかの疾病により医療機関を受診しており、傷病・障害者世帯も生活保護受給世帯全体の約4分の1を占め、若年者を含めて医療を必要とする被保護者が多い。また、規則正しい食事をしていると答えた世帯の割合は78%（一般世帯85%）、栄養バランスをとって食事をしていると答えた世帯の割合は66%（一般世帯78%）、普段から運動をしていると答えた世帯の割合は37%（一般世帯54%）となっており（家庭の生活実態及び生活意識に関する調査（平成22年））、一般世帯と比較して、適切な食事習慣や運動習慣が確立されていない傾向がある。これらのことから見て、被保護者は、多くの健康上の課題を抱えるにもかかわらず、健康に向けた諸活動が低調であると考えられ、こうした被保護者の特性を踏まえれば、医療と生活の両面から健康管理に対する支援を行うことが必要である。
- 被保護者の支援において、早期受診の勧奨や治療中断の解消を行うことは、被保護者の健康や生活の質の向上につながるだけでなく、医療扶助費の適正化にもつながるものである。
- 被保護者の支援を行うにあたっては、健康に関するデータの把握が重要であり、医療保険におけるデータヘルスを参考に、福祉事務所がデータに基づき、生活習慣病の発症予防・重症化予防等を推進する必要がある。
- こうした背景から、平成29年5月には、生活保護受給者の健康管理支援等に関する検討会の議論のまとめ（データに基づいた生活保護受給者の健康管理支援について）において、健康管理支援を行うためのデータの収集、活用方法などの仕組みの整備について提言が行われた。この提言を踏まえ、平成30年2月には、「生活困窮者等の自立を促進するための生活困窮者自立支援法等の一部を改正する法律案」が提出され、同年6月に成立した。令和3年1月から、データに基づき、生活習慣病の予防等を推進するための「被保護者健康管理支援事業」を創設し、全ての福祉事務所において当該事業を実施することとしている。
- これに先駆け、令和元年度より試行事業として被保護者健康管理支援事業準備事業を開始したところ、同年度中に半数近い自治体では、必要な予算措置をして法施行に向けた取り組みを開始した。一方で、予算措置をしていない自治体も半数程度あり、また、取り組みに着手した場合であってもまずは情報収集のみとしているケースも多いなど、多くの福祉事務所で事業の進め方を模索している状況と考えられる。

(2) 本手引きの位置づけ

- 令和3年1月から「被保護者健康管理支援事業」を福祉事務所が実施するに当たっては、円滑にデータが収集・分析され、現場において一定程度標準化された内容の支援が行われることが肝要である。このため、平成30年10月に、健康管理支援を試行的に行う自治体が参考とすることを想定して作成した手引きを、令和元年度の試行事業等の状況を踏まえ改定したものである。

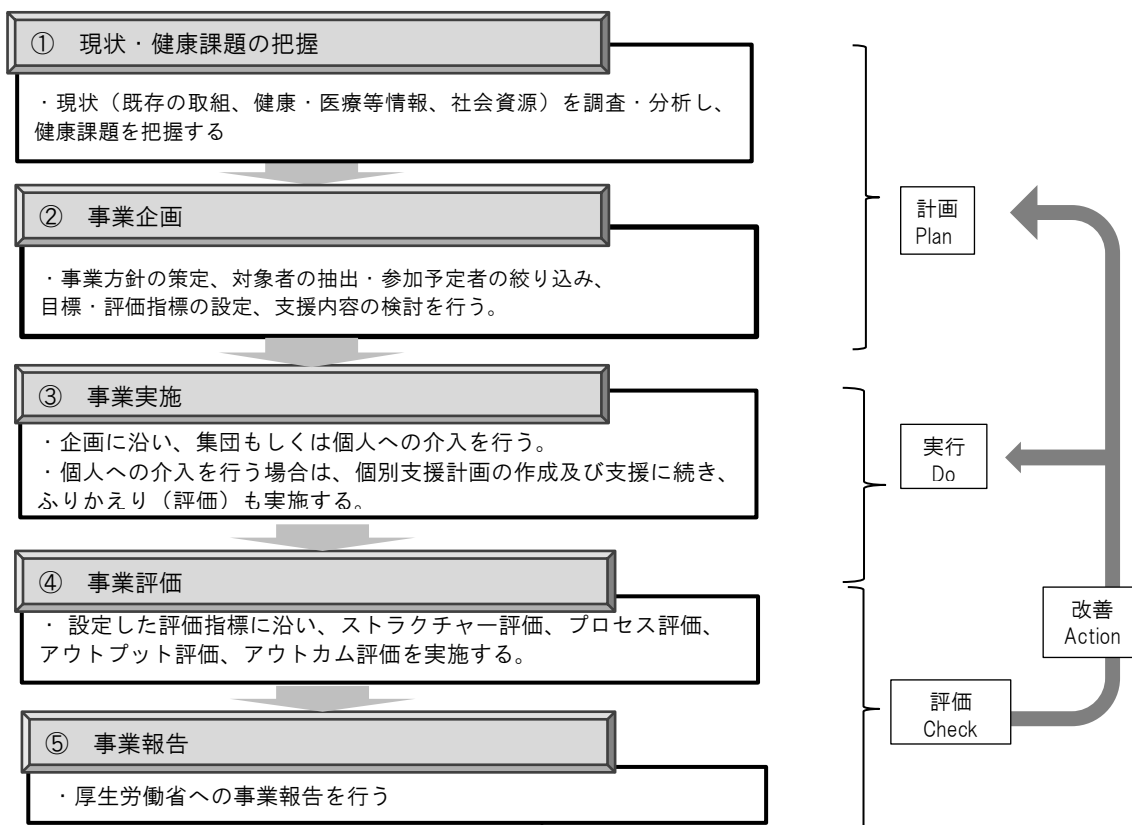
- 被保護者の抱える課題は複雑で多岐にわたることから、健康管理に対する支援を行うにあたっては、単に医療や健康増進の面において支援を行うにとどまらず、社会参加も含めて広く生活全般の環境を改善するという視点を持つことが重要であり、本手引きにおいては、福祉事務所に対し、様々な社会資源を活用し個々の被保護者の問題の改善に向けて総合調整を行う役割が期待されている。
- また、本手引きは健康支援事業の事業計画を策定する福祉事務所（在籍している場合は保健師等の専門的知識を持つスタッフ）及び保健部局の保健師等をはじめとする、健康管理支援事業に関わるスタッフに参照いただくことを想定したものである。
- なお、本手引は、医療保険等において40歳から74歳の者に対しては生活習慣病の予防等に主眼がおかれた取組が、75歳以上の者に対しては重症化予防や介護予防等に主眼がおかれた取組が行われていることを踏まえ、40歳以降の被保護者を主な対象と考え作成されたものであるが、生活習慣の多くが幼少期に作られ、保護者が用意する環境が、その子どもに強い影響を及ぼし、生活習慣病が世代間で連鎖する傾向も認められることから、より若年の者についても「子どもとその養育者への健康生活支援モデル事業」等を活用して、積極的な取り組みを検討されたい。

2. 被保護者健康管理支援事業の進め方

(1) 全体の流れ

- 事業は図表1のとおり各段階からなり、全体でPDCAサイクルを構築している必要がある。次項より各段階の実施事項の概要を述べる。

図表1 健康管理支援事業の全体の流れ



- なお、①～⑤を一体的に運用し、PDCA サイクルを構築する必要があるものの、毎年度それぞれを実施する必要性があるわけではなく、例えば前年度に①の健康課題の把握等が十分になされている際には、②や③から当該年度の事業を運営することも考えられ、費用対効果も考慮の上適切な事業運営を心がけたい。

(2) それぞれの段階における実施事項

① 現状・健康課題の把握

- 効果的な事業実施のためには、まず、所管する地域の被保護者の健康状態に関連する既存の取組、健康・医療等情報、社会資源について調査・分析を行い、地域の健康課題を把握する必要がある。

i. 既存の取り組みの調査・分析

- ◆ これまでに実施した健康管理支援に関連する事業に関して、その目的、対象、実施方法、内容、実施体制および評価等について整理し、P8の図表3に示す取組方策ア～オの内容を踏まえながら課題となっている事項を洗い出す。
- ◆ 健康管理支援事業に関連する既存の取組は例えば以下のようなものが考えられる。

<例>

被保護者が活用可能（事業対象者となる）

- ・ 40歳以上、市町村保健部局が実施する健康診査（健康増進事業）
- ・ 40-74歳、市町村保健部局が実施する保健指導（健康増進事業）
- ・ 40-64歳、市町村保健部局が実施する健康・運動教室、健康相談（健康増進事業）
- ・ 65歳以上、市町村介護担当部局が実施する一般介護予防事業等（介護予防・日常生活支援総合事業）
- ・ 社会福祉協議会・民生委員・NPO・地域住民による諸活動など（サロン、子ども食堂、フードバンク、趣味の会等）

被保護者は活用不可能であるが情報共有が有効

- ・ 74歳以下、市町村国保における保健事業
- ・ 75歳以上、後期高齢者医療広域連合による保健事業（市町村への委託・補助により実施する場合を含む）

糖尿病性腎症重症化予防プログラム（一部、事業対象者としている自治体もある）

各自治体において開催している、多職種による会議（地域ケア会議等）との情報共有

ii. 健康・医療情報の調査・分析

- ◆ 保護台帳や帳票、医療扶助レセプト、市町村保健部局や保険者のデータから、地域の被保護者の健康状態に係る全体像を把握する。上記の情報に加え、被保護者へのアンケート等を活用することも有効である（既存

の事業等からのデータがない場合はアンケート等の実施を本事業の一部とすることを検討すること）。

- また、情報の分析にあたっては、全国平均や都道府県のデータや国保および後期高齢者医療制度における健康課題について担当部局が作成する保健事業実施計画（データヘルス計画）を参照するなどして、同様の課題があるかどうか等について比較検討する。
- 図表 2 に示す項目が福祉事務所ごとの現状の調査・分析の項目、用いるデータの例として挙げられるが、例として挙げた項目にとどまらず、これらの組み合わせや、他の統計情報の活用、所管する地域内（県福祉事務所においては所管する町村間等）における比較を行うなどして分析を行う。

※ 令和 3 年 1 月からの法施行に基づく健康管理支援事業の実施にあたり、厚生労働省において全国データを分析し、各自治体に対し提供することとしている。

iii. 社会資源の調査・分析

- 所管する地域における社会資源を把握する。被保護者が活用可能か否か、活用可能な場合の対象年齢、活用不可能であっても情報共有（当該社会資源の制度の中での課題の共有や保健事業実施におけるノウハウの共有等）が有効であるか否か等を整理する。
- 情報収集にあたっては、前年度収集したデータ等の有効な活用も考慮して効率的な業務運営を行う。また、医療扶助レセプトのデータなどは形式が定まっていることから、小規模の福祉事務所の場合に、業者への委託等を行うに際し、複数の福祉事務所や自治体が共同で行うなどの工夫をすることで効率的な事業実施が可能となるケースもあるため積極的に検討されたい。
- また、やみくもに網羅的な情報収集を行うことは効率的ではないことから、介入計画に必要な不可欠な情報を適切に絞り込むなど、ポイントを絞って行うよう留意する。

図表 2 各福祉事務所における調査・分析項目の例

調査・分析項目	データ抽出・分析例	利用可能と考えられるデータ例	参考となる全国・都道府県別等のデータ例
被保護者（世帯）の属性	・ 性別・年齢（階級別）被保護者数・割合	・ 保護台帳・調書・帳簿等	・ 被保護者調査
	・ 保護開始前の医療保険加入状況		
	・ 保護開始後の医療保険加入状況		
医療に関する状況	・ 医療扶助を受給している被保護者数・割合	・ 保護台帳・調書・帳簿等	・ 被保護者調査

	<ul style="list-style-type: none"> ・障害及び傷病の状況別被保護者数・割合 		
	<ul style="list-style-type: none"> ・医療費の傷病分類別構成 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療扶助レセプト 	医療扶助実態調査
	<ul style="list-style-type: none"> ・特定の傷病（生活習慣病等）にて治療中の被保護者数・割合 		<ul style="list-style-type: none"> ・厚生労働科学研究報告^{※1}
	<ul style="list-style-type: none"> ・特定の傷病（生活習慣病等）にて治療歴があるもののその後受診していない者の数・割合 		<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病については国民健康・栄養調査
	<ul style="list-style-type: none"> ・頻回受診をしている者の数・割合 		<ul style="list-style-type: none"> ・厚生労働省社会・援護局保護課調べ
介護に関する状況	<ul style="list-style-type: none"> ・介護扶助を受給している被保護者数・割合及びサービスの内訳 	<ul style="list-style-type: none"> ・保護台帳・調書・帳簿等 	被保護者調査
健診・検診に関する状況	<ul style="list-style-type: none"> ・健康増進法に基づく健康診査の対象者・受診者・有所見者の数及び割合 	<ul style="list-style-type: none"> ・保健部局からのデータ 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域保健・健康増進事業報告
	<ul style="list-style-type: none"> ・健診の結果保健指導が実施された者・医療機関を受診した者の数・割合 		
生活習慣等に関する状況	<ul style="list-style-type: none"> ・飲酒・喫煙・食事習慣・口腔・運動機能の状態等 	<ul style="list-style-type: none"> ・被保護者に対する調査・インタビュー（健診受診者については質問票） 	
社会参加の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・地域での孤立者数・割合（外出、友人・知人と会う機会やボランティア等の活動への参加がほとんどない者等） ・インフォーマルな支援が欠如している者・割合（心配事や愚痴を聞いてもらう相手がいない者等） ・一般介護予防事業等（通いの場、認知症カフェなど）に参加している者の数 ・趣味活動（畑や地域のサークル等）をしている者の数 ・ボランティア（施設の草むしり、配膳、タオルたたみなど）に参加している者の数 	<ul style="list-style-type: none"> ・ケースワークにおいて得られた情報 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防・日常生活圏域ニーズ調査に関連項目あり

既存の事業 や前年度実 施事業で得 られた情報	・生活習慣病にて治療中であるが経過不良である者の数・割合	・ケースワークにおいて得られた情報	
地域内の他 制度の状況	国保及び後期高齢者医療制度における健康課題	・担当部局が作成する保健事業実施計画（データヘルス計画）	
	保険者が実施する特定健診の受診状況、特定保健指導該当者割合・実施状況、検査値等の集合データ	・保険者からのデータ ・保険者協議会での分析データ	・特定健診・保健指導の実施状況 ・NDB オープンデータ

※1 「医療費適正化に向けた生活保護受給者の生活習慣病罹患および医薬品処方の実態調査：医療扶助レセプト分析」

※2 その他、利用可能と考えられるデータ例

- ・医療扶助および可能な場合は自立支援医療等公費負担医療のレセプト
- ・健診結果、保健指導の実施状況
- ・すでに実施した事業やケースワークにおける主治医への調査結果
- ・特定健診や健康診査における「標準的な質問票」の回答結果、既に実施した健康状況に係る現状調査の結果 等

- 上記の調査・分析結果に基づき、健康課題を抽出する。管轄の地域内において健康等の現状に差異が認められた場合には、特に課題のある地域を挙げることも考えられる。
- また、地域の良い取り組みや先進的な活動について、積極的に活用するという考え方もある。

<例>

- ・ 医療・健診の受診がなく、健康状態が把握できない被保護者が多い。
- ・ 健診において医療機関への受診が必要と指摘されたにも関わらず、受診していない者が多い。
- ・ 既存の日常生活の調査および健康診査の質問票の結果、生活習慣病のリスクを高める飲酒をする者が多い。
- ・ 地域において孤立している者が多い。
- ・ 糖尿病にかかる医療費が医療扶助の〇%を占め、対応を優先すべきと考えられるが、既存の事業及びケースワークにてコントロールが不良である者が多いことが把握されている。
- ・ 頻回受診者が〇人存在し、ケースワーカーの指導により改善した者は〇人と全国と比較しても効果が不十分である。
- ・ 高齢者の自主的なサロン活動が盛んであり、多様性もあることから、孤立対策に活用し得る
- ・ 生活困窮者支援に関する有力なNPOがあるため、活用できる可能性がある。
- ・ 商店街と連携した健康教育等を展開している医療機関の交流拠点がある。

② 事業企画

- 事業企画と平行して体制の整備を行う必要があるが、詳細は「3. 実施体制について」を参照すること。

i. 事業方針の策定

- 把握した地域の健康課題や社会資源の状況を踏まえ、事業方針を決定する。
- 具体的に取り組む方策については、図表3に掲げるア～オの中で必ず実施することとなっているオに加え、ア～エから少なくとも一つを、各福祉事務所が選択する。
- 方針策定にあたっては、福祉事務所が主体となって被保護者の健康等の状態を把握し医療機関の受診に同行する等、個々の被保護者に合わせた支援を行うとともに、利用可能な社会資源を調査・整理し、それら資源につなげる視点を持つことが必要である。活用可能な資源で適当なものがない場合は、福祉事務所が主体となって実施することも考えられる。

<事業方針例>

- ・ 健康状態が不明の者が多く、健康管理の支援が必要と思われる者の把握や健診受診を促す必要があるため、生活習慣に関する訪問調査を実施するとともに保健部局と協力して健診受診勧奨を実施する（ア）。
- ・ 健診において医療機関への受診が必要と指摘されたにも関わらず、受診していない者が多いことから、同行受診等により医療機関受診につなげる（イ）。
- ・ 健診受診勧奨の際の訪問調査で生活の改善が必要な者を把握し、日常生活面での支援を行うとともに保健部局が実施する健康教育につなげる（ウ）。
- ・ 社会参加をしていない者が多かったため、65歳以上の者については介護予防担当部局と連携して高齢者の通いの場や地域の居場所、その他活動の場等につなげる（ウ）。
- ・ 糖尿病にて医療機関を受診中である者のうち、既存の事業及びケースワークにてコントロールが不良である者が多いことが把握されていることから、主治医と連携して生活面で支援が可能な事項を把握し、支援を実施する。必要に応じて保健部局が実施する健康教育につなげる（エ）。
- ・ 著しい頻回受診者が存在し、ケースワーカーの指導も効果が不十分であることから、同行受診により問題の所在を把握した上で、適切な解決策を検討する（オ）。

図表3 事業方針に盛り込む具体的な取組方策例

取組方策	対象者の例	具体的な支援内容例
ア 健診受診勧奨	・ 健診未受診で健康状態が把握できない者（特に医療も未受診で情報が全くない者を優先的に対象とする）	・ 受診券の個別送付 ・ 個別に受診勧奨の電話・手紙の送付等 ・ 家庭訪問を行い、生活状況や健診を受診しない理由等を把握

イ 医療機関受診勧奨	<ul style="list-style-type: none"> ・健診結果で要医療と判断されたにもかかわらず、医療機関を未受診の者 ・受診中断している者 	<ul style="list-style-type: none"> ・同行支援事業を活用して、医療機関の受診に同行
ウ 保健指導・生活支援	<ul style="list-style-type: none"> ・メタボリック症候群基準予備群であるが保健指導を未受診である者 ・栄養、口腔、運動面等で改善が必要な者 ・過量飲酒や依存症が疑われる者 ・社会的に孤立している者（社会参加がない、相談できる者がいない等） ・多問題を抱え、生きがい自体を喪失しているなどにより、健康問題に無関心な者 	<ul style="list-style-type: none"> ・面談を行い、本人と一緒に日常生活での目標設定 ・保健指導、健康教室などの社会資源へつなげる ・保健所、精神保健福祉センターや断酒会等の自助グループなどの社会資源へつなげる ・一般介護予防事業や地域のインフォーマルな活動などの社会資源へつなげる ・就労支援や子育て支援など、各問題に応じた適切な支援につなげる
エ 主治医と連携した保健指導・生活支援（重症化予防）	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関を受診中であるが、経過不良の者 	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医との相談・連携体制の構築。経過が不良である理由に生活習慣や服薬の問題がないか等の課題を確認 ・本人と面談を行い、本人と一緒に日常生活での目標設定 ・主治医への事業内容の共有 ・健康教室などの社会資源へつなげる
オ 頻回受診指導	<ul style="list-style-type: none"> ・同一診療科で月15回以上の受診者 	<ul style="list-style-type: none"> ・本人と面談を行い、頻回受診になる要因について分析 ・本人の受診に同行し、主治医の説明の理解のサポート、三者での方向性の相談 ・受診回数増加が受診している疾患以外の要因で生じている可能性について関係職員で検討 ・適切な支援を実施、社会資源につなげる ・頻回受診者を対象として、医療券の有効期間を1ヶ月よりも短期に設定（短期医療券）し、発行時に併せて面談を行う等の取り組みをする。

ii. 対象者の抽出

- 「①現状・健康課題の把握」の中で得られたリストや策定した事業方針を踏まえて事業の対象者を設定する。この際、対象者の抽出基準、除外基準を策定して基準に基づく設定を行う。
- なお、他部局と連携して事業を実施することが見込まれる場合には対象者の抽出基準、除外基準策定にあたって関係部局と共同で検討する必要がある。後述する参加予定者の絞り込みの場合も同様である。

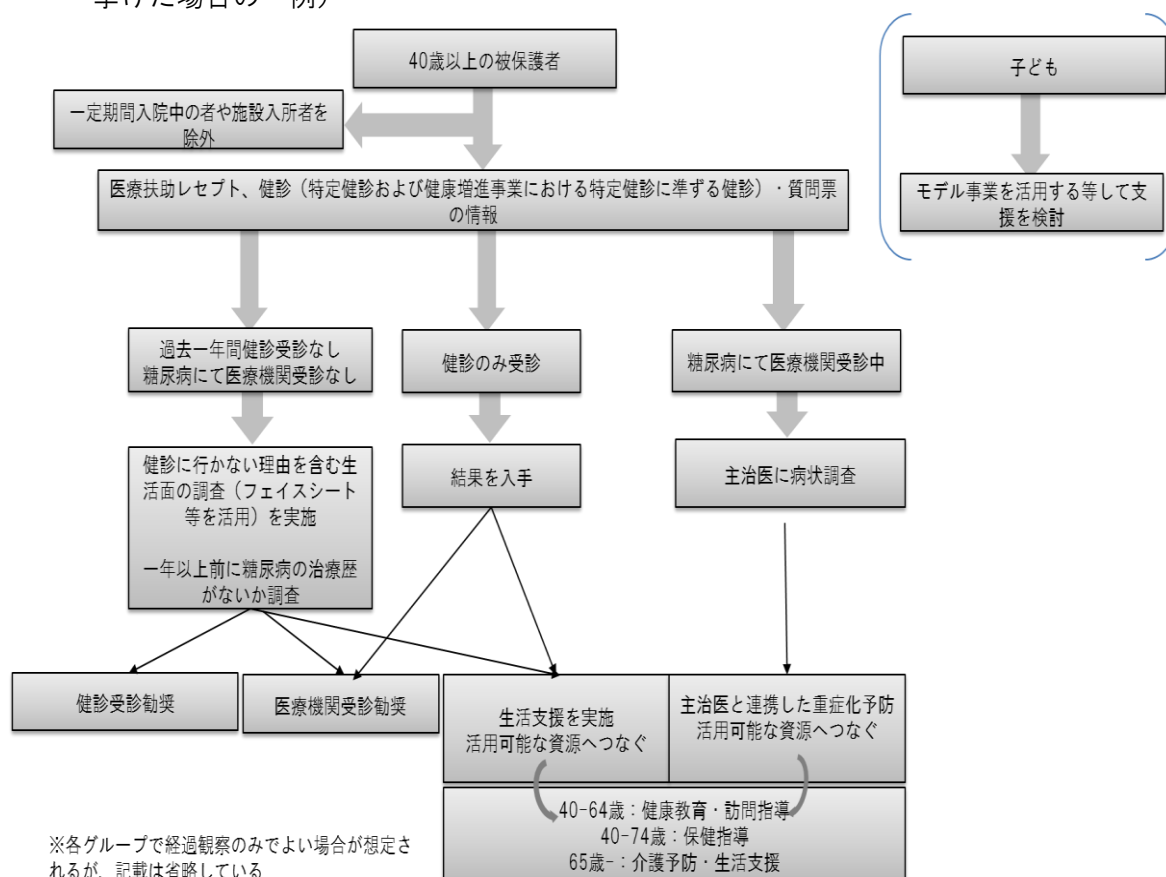
- 対象者・参加予定者の抽出のイメージ例は、図表4のとおり。

iii. 参加予定者の絞り込み

- 対象者について、図表5に示すフェイスシートを作成することで、事業を実施するために必要な情報の整理を行い、参加予定者の絞り込みを行う。
- その際、ケースワーカー、保健師等の専門職の配置状況、予算等の実施体制を勘案しながら、対象者のフェイスシート項目の取捨選択を行った上で、改善すべき点として残した項目に基づき絞り込みを行う等、一定の基準に基づくことが望ましい。

※図表5のフェイスシートの項目は、あくまで例示であり、各実施機関の事業方針等に応じて取捨選択すべきであり、全てを網羅する必要はない。

図表4 健康管理支援事業対象者・参加予定者の抽出イメージ（健康課題として糖尿病を挙げた場合の一例）



図表5 フェイスシートの項目例

- (ア) 例示であり、目的に応じて取捨選択すべきであり、全てを網羅する必要はない。
- (イ) 保護開始時または他のプログラムなどですでに得られている項目があると想定

されるため、目安として以下のA～Cの種別を示す

A: 保護の開始、実施に係る基本情報

B: 他のプログラム等ですでに把握されている可能性のある情報

C: **健康管理支援事業で収集する情報**

	種別	具体的な項目	記載事項・選択肢例
記録		記入日	日付
		記入者	氏名、所属
		回答者	本人・家族()・成年後見人・施設等職員・その他()
		同席者	家族()・成年後見人・施設等職員・その他()
本人	A	被保護者	ケース番号、氏名、性別、生年月日、年齢、住所、生活保護歴
	C	身体測定	重・身長・腹囲
家族	A	世帯区分	高齢者・母子・傷病者・障害者・その他
	A	世帯構成者	氏名、続柄、年齢
	A	同居者	氏名、続柄、年齢
	A/C	家族関係図	※詳細に記載し、キーパーソンを明示する。
	C	家族役割分担	家事担当、料理担当、金銭管理担当、健康管理担当など
医療	A/C	内科の受療状況	病名、医療機関名、薬局名、最終受診日 認知症の状況 なし・疑い・診断あり(軽症・中等症・重症) 精神疾患の有無、病名 その他の主な既往歴()
	A/C	歯科の受療状況	歯科医療機関名、歯科治療・口腔衛生(う蝕、歯周病、義歯等)の状況等
	A/C	生活習慣病受診歴	傷病名、医療機関名、期間
	A/C	かかりつけ医	医療機関名、医師氏名
	C	病状の理解	生活習慣病を中心とした疾病に対する理解度
	C	服薬管理	指示どおり服薬できている・あまりできていない・できない・不明
	A/C	健診受診状況	受診歴(最終受診日)
	A/C	健診結果	<良好・要指導・要精密検査・要医療・経過観察等>の判定
	A/C	保健指導状況	指導歴、指導後の受診状況
福祉・介護	A	障害者手帳	身体()級、療育()級、精神()級
	A	自立支援医療	利用の有無
	A	障害者総合支援法による福祉サービス	障害支援区分() サービス内容()
	A	要介護・要支援認定	要介護(1、2、3、4、5) 要支援(1、2)
	A	介護支援内容	()
	C	一般介護予防事業利用の有無と内容	()

生活習慣	C	喫煙習慣	()本/日を()年継続
	C	飲酒習慣	1回量、頻度、迎え酒、誰と飲むか、トラブル等 依存症の状況 なし・疑い・診断あり
	C	運動習慣	運動の種類、頻度、強度
	C	歩行習慣	平均()歩/日、早歩き()分/日
	C	食事習慣	自炊中心・外食中心(種類: 頻度:)
	C	食志向	(塩辛いもの・甘いもの)を好む
	C	入浴習慣	(自立・介助が必要) ()回/週
	C	外出	手段:(徒歩・車椅子・自家用車・自動二輪) 公共交通機関を一人で利用(できる・できない) 頻度:()回/週 主な外出先:()
	C	睡眠リズム	()時間/日 ()時起床()時就寝 (早寝早起き・昼夜逆転・不規則)
	C	1日の過ごし方	()例:日中は主に家事
	C	洗濯頻度	毎日・()回/週・()回/月
	C	買い物	できる・介助があればできる・できない
	C	服装	きちんとしている・ややだらしない・不潔である
	C	手洗い・うがい	励行している・時々する・全くしない
	B	金銭管理	できる・できない・()が管理している
	C	余暇時間の過ごし方	()
	C	趣味	()
	C	趣味を通じた社会活動	あり(月に○回参加)・なし
	C	レクリエーション	自発的に参加・消極的だが参加・参加の意思なし
	B	ギャンブル等(パチンコ・パチスロを含む)	行う・行わない 行う場合、ギャンブル等へののめり込みがうかがえるか否か
生活環境	A	住居の種類	自宅・アパート・マンション・その他()
	B	居宅の状態	衛生状態および整備状況() (不潔やため込み・散らかりによる生活への支障の状況や備品が壊れたままになっている等の状況)
	C	家の中の移動	自立している・歩行器を使用・一部人の介助が必要・全介助
	C	台所の/有無	自室内に有り・共同で使用・なし
	C	トイレ	自室内に有り・共同で使用
	C	風呂・シャワー	自室内に有り・共同で使用・なし
就労	A	現在の就労状況	有り(職種: 期間:)・就労していない
	A	過去の就労経験	職種()、期間()
	A	就労の希望	有り(職種:)・希望なし(理由:)
	C	ボランティアへの参加	経験(あり:)・なし 希望(あり:)・なし
コミュ	C	周囲の者との助け合い	心配事や愚痴を聞いてくれる人の有無() 心配事や愚痴を聞いてあげる人の有無() 病気で数日寝込んだときに、看病や世話をしてくれ

ニ ケ ー シ ョ ン 等			る人の有無（ ） 看病や世話をしあける人の有無（ ） 子育てについて相談する人や場所の有無（ ）
	C	困った時の対処方法	人に相談できる・相談したくても相談できない・ケースワーカーには相談する・すべて自分で解決しようとする
	C	意思伝達に対する認識等	自分の言いたいことを相手に伝えることができる 伝えても誤解されることが多い ほとんど理解してもらえない 日本語が母国語でない等の理由で日本語によるコミュニケーションに困難・不安を感じる
	C	友人・知人と会う頻度	週（ ）回、月（ ）回、年（ ）回、ほとんどない
	C	必要なときに介護・福祉サービス等を受けること	受けられる・受けたいが困難を感じる・受けることを拒否 ＜困難と感ずる理由＞ ・時間の都合がつかない ・受けるのが面倒 ・受けるのが怖い ・サービス等への不信や疑問 ・サービス等を提供する機関が近くにない ・経済的な負担を感じる ・窓口やサービス等を提供する機関の都合（予約がとれないなど） ・その他（ ） ＜受けることを拒否している場合の理由・状況等＞ （ ）
C	必要なときに医療機関を受診すること	受診できる・受診したいが困難を感じる・受診を拒否 ＜困難と感ずる理由＞ ・時間の都合がつかない ・行くのが面倒 ・行くのが怖い・医療機関等や医療への不信・疑問 ・医療機関が近くにない ・経済的な負担を感じる ・医療機関の都合（予約がとれないなど） ・その他（ ） ＜受診を拒否している場合の理由・状況等＞ （ ）	

iv. 目標・評価指標の設定

- 事業実施後に事業評価を行い、改善につなげていくため、目標と評価指標を設定する。目標には中長期的な目標、毎年度の事業により達成を目指す目標を設定し、評価指標もそれぞれに設定する。
- 評価指標は、ストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトプット（事業実施量）、アウトカム（結果）の観点から設定する。また、評価に活用する予定のデータも設定しておく。
- 目標・評価指標の設定にあたっては、事業開始後の評価指標を事業開始前の

指標と比較することに加え、事業に参加した者と事業に参加しなかった者と比較することも考えられる。

＜ストラクチャー（構造）評価＞

- ・ 健康管理支援を実施するための仕組みや体制が整っていたか、適切な資源を活用していたかの観点から評価する。

＜プロセス（過程）評価＞

- ・ 事業の目的や目標の達成に向けた過程（手順）が適切であったかの観点から評価する。

＜アウトプット（事業実施量）評価＞

- ・ 計画した事業が実施できたかの観点から評価する

＜アウトカム（結果）評価＞

- ・ 目的とした成果が出たか（被保護者全体の健康状態が改善したか、医療費適正化の効果があつたか等）の観点から評価する。

図表 6 評価指標の例

	評価項目	評価指標例	活用データ例
S	事業実施体制	・ 専門知識を持った職員、その他の職員の配置状況、予算規模	事業データ
S	連携体制	・ 連携会議の開催状況 ・ 社会資源の活用状況	事業データ
P	対象者の選定	・ 対象者の選定方法	事業データ
P	生活習慣改善支援	・ 支援方法	事業データ
Op	健診受診状況	・ 健診受診率	保健部局のデータ
Op	支援実施状況	・ 個別支援実施率 ・ 他の社会資源へ紹介し、実際にサービスを受けた件数	事業データ 他部局のデータ
Oc	健康・生活状態改善	・ 個別支援計画の振り返りにて「やや改善」「改善」となった者の割合 ・ 参加予定者等において心配事や愚痴を聞いてくれる者がいると回答した者の割合 ・ 参加予定者等において地域活動等の社会参加がある者の割合 ・ 参加予定者等において医療機関受診を困難と感じている者の割合 ・ 介入対象とした傷病の重症化率	事業データ 事業データ（フェイスシート等） レセプトデータ
Oc	医療費適正化効果	生活習慣病関連の医療費の変化	レセプトデータ

S：ストラクチャー評価 P：プロセス評価 Op：アウトプット評価 Oc：アウトカム評価

v. 支援内容の検討

- 対象者である被保護者に対してのアプローチ方法（個別・集団）、個別支援計画作成の有無、期間、頻度、使用ツール、評価（個別支援についてのふりかえり）等について検討する。

- 特に取組方策ウ～オについては個別支援計画の作成が基本となると考えられるが、アおよびイについても必要に応じて個別支援計画の作成を検討する。1人の被保護者に対して複数の取組方針の個別支援を組み合わせた計画を策定することも検討する。
- 個別支援を実施する場合については、次項で概説する個別支援計画を支援対象者とともに作成するための様式等のツールの検討も行う。

③ 事業実施

- 「②事業企画」で検討した支援内容に沿って事業を実施する。以下に、個別支援計画に関する留意点を記載する。
- 個別支援の参加予定者のうち、本人の同意が得られた者を参加者とする。
- 事業企画で策定した個別支援計画のツールや様式に沿い、計画を立てる。計画作成の担当者は、別添3に例示する個別支援計画のひな形等のツールを用いて本人と面談を行う。その際は生活習慣等について実施できていないことに注目するのではなく、可能な限り被保護者の希望に注目して計画を立てていくことが重要である。ただし、保健指導上必要な事項については、本人と話し合った上で盛り込む必要がある。なお、別添3は支援対象者と共有するための様式を例示したものであるが、福祉事務所側には、個々の面談記録や、必要に応じて健康関連のデータの推移等を記載するための様式等のツールも用意する必要がある。
- 一定期間経過後には、被保護者による取組や支援についての進捗を把握するためにふりかえり（評価）を実施する。ふりかえりについても被保護者とともにいき、課題や改善策案について検討する。
- なお、個別支援計画は、画一的な内容ではなく、可能な限り、個々の特性や状況を考慮に入れた実施内容にすること。

④ 事業評価

- あらかじめ設定した評価指標に沿って、事業評価を行う。
- 事業全体の評価においては、第三者の視点も加えた評価が行われることが望ましい。その際、新たな会議体を立ち上げるかわりに、既存の関係者連携会議の場を活用することは、地域の関係者の連携強化にも繋がる有効な手法である。

⑤ 事業報告

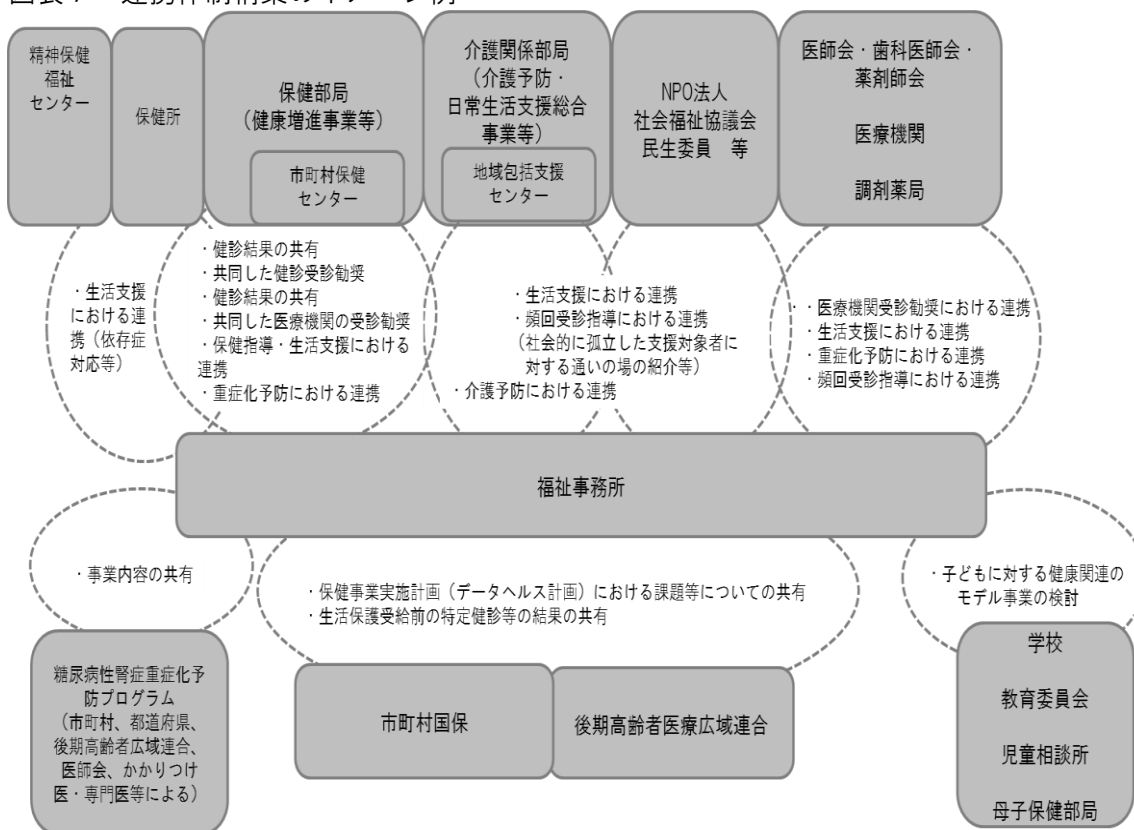
- 毎年度、事業終了後に、各福祉事務所は、事業の実施結果を厚生労働省に報告する。別添の様式1が事業全体についての内容、様式2は個々の取組方針についての内容であり、例えばア健診受診勧奨とイ医療機関受診勧奨を実施した場合には様式1を1枚、様式2を2枚提出すること。

3. 実施体制について

(1) 行政内部の他部局や社会資源との連携体制の構築等

- 福祉事務所は、被保護者に対する健康管理支援事業の実施主体として、主体的に被保護者の健康課題の解決に向け、社会資源を活用しながら対処することが必要である。
- 福祉事務所においては、保健師等の職員や外部委託先より派遣される職員を活用するなどして、専門知識を持った者が現状・健康課題の把握および事業の企画段階から関わるような体制を整えることが望ましい。なお、保健部局や国保関連部局等において、健康づくりや保健におけるデータヘルス等を実施している経験があることからこれらの部局における専門知識を持った者の活用も望ましく、人事当局と調整する等、経験のある専門職員の配置についても積極的に検討されたい。
- また、被保護者が活用可能な社会資源の担当部署・機関等については事業企画段階から共同して取り組んでいくことが重要である。被保護者が対象とならない社会資源についても、そのノウハウや課題設定が参考になることから、情報共有において連携体制を構築する必要がある。福祉事務所においては、被保護者をこれら社会資源につなげられるよう、個々の被保護者に合った個別支援計画を策定し、総合調整を行うことが重要である（図表7）。
- 総合調整にあたっては、既に各自治体において取り組まれている多職種協働による会議体（地域ケア会議等）への参加や連携強化により、地域資源の開拓や個別支援の効果的な実施が可能となることも考えられる。
- 被保護者の抱える課題は複雑で多岐にわたり、支援の関係者についても多方面に及ぶため、これらを全て一度に充足することは困難である。このため、地域資源や関係者の連携状況、福祉事務所の体制、健康課題の共有状況などを踏まえ、まずは、取り組みやすい範囲や資源の整った部分から着手し、そこから取組の範囲を広げるといった発想も必要となる。
- 個々の取組について限られた資源を有効に活用して、エビデンスを踏まえたより効果の高い取組の手法を検討し、その取組を促進することが必要である。
- なお、事業を実施する中で、困りごとがあれば、行政内部の他部局にとどまらず都道府県の担当部局や近隣の福祉事務所等とも相談してみることも検討する。

図表7 連携体制構築のイメージ例



(2) 外部委託について

<外部委託の基本的な考え方>

- 健康管理支援事業の実施に当たっては、福祉事務所内の人材や能力だけでなく、外部の民間事業者を含めた地域資源を有効に活用することが必要であるが、実施する事業の趣旨や目的、生活保護行政における位置づけを自ら明確にし、外部委託する業務の範囲や考え方を保持することが必要である。
- 外部委託先の決定にあたっては、事業を適切、公正、中立かつ効率的に実施することができる者を選定する必要がある。
- また、事業開始後も委託事業の実施状況について、定期的なカンファレンスを実施するなどして、モニタリングし、必要に応じて改善を図ることが必要である。

<留意事項>

- 外部委託先の選定にあたっては、対象者の抽出、同行受診、データ分析、保健指導、および各種資料作成（保健指導を行う際のツールの作成等）といった専門性のある知識・技術を要する業務を、地域の特性を踏まえながら遂行する能力・職員体制等の体制が担保されるよう、外部委託先を選定する方法を工夫し、契約においては福祉事務所が求める仕様を具体的に外部委託先と共有すること。

- 事業計画の策定及び個別支援計画の作成については、福祉事務所が主体的に作成すべきであり、すべてを外部委託（所謂「丸投げ」）してはならない。
- 福祉事務所が個別支援計画を作成する際には、外部委託先の実施可能な支援策に限ることなく、利用者目線に立ち、地域において利用できる社会資源も活用した個別支援計画を作成すること。
- 委託後も、事業方針や個別支援計画に沿って事業が実施されているかを定期的（毎月又個別支援計画に定められた短期的な目標のふりかえりの際等）に報告させて確認するとともに、必要に応じて事業方針や個別支援計画の見直しを行うなど、司令塔としての役割を果たすこと。
- 委託契約の終了時には、委託した事業者から提出された事業の結果報告以外に、支援を受けた者からの直接的な評価や専門的知識を有する者の意見を聞くなど、複数の観点を評価に取り入れること。
- 現時点では、外部委託を受託している事業者は限定されているが、当該事業が保険におけるデータヘルスを参考にしていることから、これらを実施している事業者（多くは保険者）には、実施のノウハウがあることに留意し、できる限り多くの事業者が競合する環境を作ることが望ましいこと。

(3) 個人情報の取扱い

- 被保護者健康管理支援事業の実施に伴う個人情報の利用に当たっては、個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）、行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 58 号）、独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 59 号）、各自治体の個人情報の保護に関する条例の規定等（以下「個人情報関係法令等」という。）に基づき適正な取扱いが求められている。個人情報の取扱いに当たっては、特に以下の点について留意されたい。

<福祉事務所が個人情報の提供を受ける場合>

- 各自治体の個人情報の保護に関する条例において別段の定めがある場合を除くほか、福祉事務所が医療扶助の内容について、主治医等から聴取する場合には、医療扶助が福祉事務所から指定医療機関に委託して行われるものであることから、被保護者本人の同意を求める必要はない。
- そのほか、生活保護法（昭和 25 年法律第 144 号）別表第一の 3 項 10 の項に規定する市町村保健部局の実施する健康診査（健康増進法（平成 14 年法律第 103 号）及び健康増進法施行規則（平成 15 年厚生労働省令第 86 号）第 4 条の 2 第 4 号に規定する健康診査をいう。）、市町村が実施する特定健康診査（高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）第 18 条第 1 項に定める特定健康診査をいう。）、後期高齢者医療広域連合が実施する健康診査（高齢者の医療の確保に関する法律第 125 条第 1 項に定める健康診査をいう。）等に関する情報については、生活保護法第 29 条第 1 項の規定に基づき、福祉事務所が当

該情報を保有する市町村等に情報の提供を求めることができ、情報の提供を求められた市長村の長等は、同条第2項の規定に基づき、速やかに当該情報を記載し、若しくは記録した書類を閲覧させ、又は資料の提供を行うものとされている。

- なお、生活保護法別表第一各号に規定されていない情報（被保護者が自らの費用負担で受けた健康診断・検診や人間ドッグ、若年者検診等）を関係機関から聴取する際には、各関係機関における個別の個人情報の取扱いにより、本人の同意を得る等の適正な取扱いが必要となる場合がある。

<福祉事務所から個人情報を提供する場合>

- 被保護者健康管理支援事業で得られた情報を市町村保健部局等に提供する場合については、各自治体の個人情報の保護に関する条例に基づき適正な取扱いが必要である。

<事業を委託する場合>

- 業務を受託する者に個人情報を提供する場合は、契約や覚書において、提供する個人情報の範囲や目的等を定め、守秘義務を課す※などの方法で適正に実施する必要がある。
- ※ 令和3年1月より改正生活保護法の一部が施行され、同法に基づく健康管理支援事業が実施される際には、事務の委託を受けた者等はその委託を受けた事務に関して知り得た秘密について守秘義務が課せられることとなるが、それ以前においても契約や覚書において同様の義務を課すなどの方法で適正に実施すること。

健康管理支援事業 事業報告

様式 1 事業報告 (事業全体)

福祉事務所名	
担当者名	
連絡先	
事業名称	
計画期間	

※ 個別事業毎に期間が異なる場合は空欄とする

○現状の把握についての概要

既存事業	・平成〇年から保健部局と連携して健康増進事業による健康診査の未受診者(40歳以上)に対し健診受診勧奨を実施。
主な健康・医療等に関する情報(出典)	・医療費内訳を分析。糖尿病にかかる医療費が〇% ・糖尿病治療中の者が〇人(医療扶助レセプト) ・糖尿病治療中断者が〇人(医療扶助レセプト) ・医療・健診のいずれも受診していない者〇人(医療扶助レセプト及び保健部局データ)
主な社会資源	被保護者が利用可能な資源 ・保健部局が実施する糖尿病に関する集団健康教育(40-64歳) ・介護部局が実施する栄養指導(65歳-) 利用不可だが情報共有が有効な資源 ・糖尿病腎症重症化予防プログラム ・後期高齢者医療広域連合が実施する低栄養防止・重症化予防等の推進に係る事業

○抽出課題とそれに対する対応

※ 課題1つにつき「様式2 事業報告(個別事業)」を記載のこと。今年度は対応する個別事業を実施していない場合は「対応」欄にその旨記載(例:平成〇年以降に××実施を検討)

課題	対応
健康状態が不明である者が多い	ケースワーカーによる訪問を実施し、健診を受けない理由や生活状況を調査するとともに健診受診勧奨を実施
生活習慣病の治療中断者が多い	医療機関受診勧奨を実施

○事業実施における連携体制

※ ここでは、被保護者に関する情報のやりとりを綿密にしたり、協働したり役割分担したりして支援を行うことを前提に、計画策定時から関わりを持っている機関をチェックしてください。

※ ボランティア団体・民間団体・民間企業については様式2の「事業の実施体制」に具体名などの詳細も記載して下さい。

市町村保健部局	市町村保健センター	
都道府県保健部局	保健所	
市町村介護担当部局	地域包括支援センター	
精神保健福祉センター		
医師会	歯科医師会	
薬剤師会	医療機関	
調剤薬局		
市町村国保	後期高齢者医療広域連合	
社会福祉協議会	民生委員児童委員協議会	
ボランティア団体・民間団体	民間企業	
学教	教育委員会	
児童相談所	母子保健部局	
その他	(その他にチェックを入れた場合は機関等の具体名を記入下さい。)	

○連携会議の開催

有無	既存の会議/健康管理支援に特化した会議	会議名
有	既存の会議	〇〇連携推進協議会

○事業全体の今後の展望

・今年度実施した個別事業を継続するとともに、今年度の聞き取り調査で判明した健康状態をもとに、来年度以降生活支援を実施 ・連携機関を充実させる

健康管理支援事業 事業報告

様式2 事業報告 (個別事業)

福祉事務所名	
担当者名	
連絡先	
取組方針	イ医療機関受診勧奨
事業名称	〇〇事業
計画期間	平成30年度～平成32年度

関連する既存事業	なし
健康課題	糖尿病が医療費の〇%を占めているところ、糖尿病治療中断者が〇人と多い(医療扶助レセプト)

○事業の実施体制

事業に係る福祉事務所の体制	<ul style="list-style-type: none"> ・担当ケースワーカーが事業について説明、参加同意を取得 ・支援員(保健師資格所有者)が付き添い受診を実施 	
連携機関	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病重症化プログラム担当部局(ノウハウの聴取) ・保健担当部局(保健指導が必要な者の紹介) 	
委託の有無及び事業者	有	〇〇〇〇
委託内容	保健師資格所有者による受診の際の被保護者への付き添い	

○事業内容

事業方針	糖尿病治療中断者に対し、病院への受診勧奨を実施する
対象者の抽出	医療扶助レセプトから過去に糖尿病の治療歴があるものの、過去1年間医療機関を受診していない者を抽出(〇人)
参加予定者の絞り込み	予算・人員等を考慮し、今年度は40-74歳でかつ過去救急受診をしていた者をより緊急性が高い可能性があるとし、参加予定者として抽出。本人に口頭同意を経て〇人を参加者として決定。
支援内容	医療機関の予約及び受診を支援(支援員が病院に同行)。特に保健指導が必要である者については保健部局につなぐよう手配を行った。

○評価指標・目標及び実績

評価体制	来年度より有識者会議を立ち上げ予定だが、今年度は部局内による自己評価
------	------------------------------------

	評価項目・評価指標・目標	達成状況
ストラクチャー評価	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病腎症重症化予防プログラムと連携できたか ・保健部局と連携できたか ・必要な非常勤職員を雇用できたか 	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病腎症重症化プログラム担当者からそのノウハウを聴取するなど連携体制を作った ・保健部局には医師から特に生活上の注意が必要である者の紹介を行うなど連携した ・〇月より非常勤職員として保健師を雇用
プロセス評価	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者の抽出基準は適切であったか。 ・対象者に対する個別支援は適切であったか。 	<ul style="list-style-type: none"> ・抽出基準は糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じて設定し適切に運用した ・個別支援は非常勤の保健師が行った。初年度であり被保護者からのフィードバックを得るなどさらなる評価が必要
アウトプット評価	対象者の〇%が医療機関を受診し、半年後も医療機関受診を継続	対象者の〇%が医療機関を受診、うち〇%が半年後も再診となった
アウトカム評価	<ul style="list-style-type: none"> ・個別支援計画の振り返りにおける「やや改善した」「改善した」の者の割合が〇%以上 ・糖尿病による透析移行割合〇%減 	<ul style="list-style-type: none"> ・「やや改善した」以上の者が〇% ・データなし(平成32年以降に把握予定)

○事業実施にあたっての課題

付き添い支援を委託するのは初回であったため、委託先の選定・委託内容の検討に時間を要した。
--

個別支援計画（被保護者と作成する計画の様式例）

記入日	
氏名	
生年月日	

○ 希望する暮らし

<ul style="list-style-type: none"> ・夜寝て、朝起きています ・おいしい食事を食べる ・足のしびれを悪化させず、散歩を快適にする
--

○ 希望する暮らしのために変えていきたいこと（課題）

<ul style="list-style-type: none"> ・夜不眠のため生活リズムがバラバラで日中寝ていることが多い。 ・そのため、糖尿病治療を受けたことがあるが病院を受診できず治療を中断。足のしびれから転倒し、救急外来を受診したことがある（病院では糖尿病の悪化を指摘される）。 ・食事はほとんどカップ麺

○ 希望する暮らしのためにやってみたいこと（目標）

<ul style="list-style-type: none"> ・簡単な料理を作れるようになる。 ・病院通院を再開する。夜の不眠を相談する。

○ ふだん接する身の回りの人など

<ul style="list-style-type: none"> ・一人暮らし。月に数回娘が食事を持ってくる。 ・ケースワーカー、娘以外にはほとんど接する人はない。
--

○ 支援計画及び進捗

予定するアクション・フォロー		関係機関・関係者	進捗状況確認		
時期	内容		時期	状況	振り返り
10月	初回訪問、面談	福祉事務所非常勤保健師、ケースワーカー	10月	○日に自宅にて面談を実施	希望する暮らしやかえていきたいことを確認。全体の計画を立てることができた。
11月中	保健師と病院を受診する	福祉事務所非常勤保健師	11月	○日に病院を受診	糖尿病治療薬が処方。予約の確認方法が分かった。睡眠薬も処方。
適宜	次回予約時に受診。受診したか否か保健師もしくはケースワーカーから電話確認。受診できなければ予約の取得援助。	福祉事務所非常勤保健師またはケースワーカー	1月	年内に病院を再診。	夜以前より眠れるようになり、当日起きられた。糖尿病の薬もほぼ服用している。
年内	料理教室に参加する	NPO法人○○	1月	11月の料理教室は不参加	めんどろに感じ、参加しなかった。次回娘に付き添ってもらおうことを考える。

○ 全体の振り返り

時期	3月	
振り返り	改善できたこと	<ul style="list-style-type: none"> ・夜、以前よりよく眠れる様になった ・病院の予約確認方法が分かり、通院を再開できた。服薬も続いている。
	つなげられた社会資源	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関（通院を再開）
	次に改善していきたいこと	<ul style="list-style-type: none"> ・食事面
暮らしの変化（自己評価）		良くなった やや良 く な つ た やや悪くなった 悪くなった

暮らしの変化（事業担当者）	良くなった やや良くなった やや悪くなった 悪くなった
自己評価と異なる評価とした場合はその理由	

※ 福祉事務所側の支援計画書等とともに別紙において記載・保存することを想定

個別支援計画（被保護者と作成する計画の様式例）

記入日	
氏名	
生年月日	

○ 希望する暮らし

・病気のことを心配せずに安心して過ごす

○ 希望する暮らしのために変えていきたいこと（課題）

・薬を飲み忘れてしまうこと ・そのことでとても心配になり、薬を飲み忘れた時に限らず、頻繁に病院に行ってしまうこと ・話し相手がいないこと
--

○ 希望する暮らしのためにやってみたいこと（目標）

・薬を飲み忘れないようにする ・話し相手となる様な知人をつくる、そうしたことが可能となる場に出かける

○ ふだん接する身の回りの人など

・一人暮らし、友人はここ数年で連絡をとらなくなってしまった

○ 支援計画及び進捗

予定するアクション・フォロー		関係機関・関係者	進捗状況確認		
時期	内容		時期	状況	振り返り
10月	初回訪問、面談	福祉事務所非常勤保健師、ケースワーカー	10月	○日に自宅にて面談を実施	現在持っている不安感を一緒に確認。今後の支援計画を立てた。薬の管理のためには、服薬カレンダーを使用してみることにした。
11月中	次回病院受診時に保健師が同行。不安な点を一緒に医師に聞く。	福祉事務所非常勤保健師またはケースワーカー	11月	11月○日に病院を受診	病気は安定しており、大きな心配はないことを保健師と一緒に確認できた。
12月	保健師より介護予防のための通いの場の紹介を受ける	福祉事務所非常勤保健師	12月末	数回通いの場に参加	通いの場に数回行ってみた。体操をしたり話をしたりと気分転換になった。
1月	次回受診日が決まったら、その数日前に保健師等が電話。前回受診時から病院にかかったことがあるかを確認。	福祉事務所非常勤保健師またはケースワーカー	1月	○日、2月の受診の前に、ケースワーカーより電話。	薬の飲み忘れが減り、不安感が減った。通いの場への参加は続けている。まだ病院へは予約外の受診はしていない

○ 全体の振り返り

時期	3月	
振り返り	改善できたこと	・薬の飲み忘れが減り、不安感が減った。 ・通いの場へ行き、体操や話をする時間ができた。 ・病院へ予約外で行くことが減った。
	つなげられた社会資源	・介護予防施策（通いの場）
	次に改善していきたいこと	通いの場で少し手伝いができることがないか相談してみたい
暮らしの変化（自己評価）		良くなった やや良くなった やや悪くなった 悪くなった
暮らしの変化（事業担当者）		良くなった やや良くなった やや悪くなった 悪くなった
自己評価と異なる評価とした場合はその理由		

※ 福祉事務所側の支援計画書等とともに別紙において記載・保存することを想定

自治体における取り組み事例

① 対象者の選定（事例）

- ・ 医療扶助レセプトと健診データを対象者の選定に利用し、特定保健指導に準じた保健指導対象者および、保健指導の対象ではないが、血糖、脂質、血圧のいずれかで異常がある者を対象としている。
- ・ 健診データから国保と同様の階層化基準に基づいて候補者を抽出し、レセプトデータと突合した上で、糖尿病、高血圧症または脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している人を除外することで、非服薬者、未受診者等の最終的な支援対象者を選んでいる。
- ・ 前年度の福祉健診結果でHbA1cの数値が5.6%を超える人を抽出し、医療機関受診の有無、自立支援医療利用の有無をレセプトで確認した上で、同意の得られた人を支援対象者としている。
- ・ 医療扶助レセプト、健診データ等を対象者の選定に利用して、高血圧、脂質異常、高血糖等の状態にもかかわらず医療機関未受診、もしくは治療中断中の人および健診未受診者等を抽出し、同意の得られた人を支援対象者としている。

② 事業実施（事例）

（健康受診勧奨）

- ・ 生活習慣病の治療を受けていない、直近1年で健康診査を受けていない条件に当てはまり、かつ生活状況等から健診の受診が可能と判断される人に健診受診案内のチラシを渡し、受診を勧奨している。
- ・ 毎年度の当初に各福祉事務所から、健診の対象となる人全員に健診受診券を送付し、同時に委託した保健師等が対象者に対し、訪問や電話を通じて受診の勧奨をしている。

（医療機関受診勧奨）

- ・ 健診結果や過去の医療機関受診で治療が必要と判断されたにもかかわらず医療機関を受診していない、あるいは治療中断している人を委託保健師等が訪問し、医療機関受診の必要性について説明を行っている。
- ・ 一人で医療機関へ行くのが困難な人、予約のできない人には保健師等が同行受診や予約の代行をしている。

（保健指導・生活支援）

- ・ 委託保健師等が個別の「保健指導プログラム」を策定し、訪問等を通じて食事、喫煙、運動、睡眠等について指導を行っている。
- ・ 看護師の訪問時に毎日の献立表を提出してもらって内容を分析し、栄養士の協力も得ながら摂取すべきカロリーや野菜等について助言している。
- ・ 医療機関で治療を受けている場合は連携体制を確立しており、保健師等、ケースワーカーが本人とともに主治医を訪問して治療方針・服薬内容等を確認した上で指導内容を決めている。

(頻回受診指導)

- ・頻回受診について指導が必要とされた人について、必ず保健師等が同行して主治医訪問を行っている。
- ・重複服薬・併用禁忌薬が処方された者等の受診状況・処方状況に問題のあるものに対して、看護師等が指導方針を作成し、それをもとにケースワーカーが適正な受診となるよう指導を行っている。

③ 評価指標の設定・事業評価（事例）

(アウトプット指標)

- 【健診受診勧奨】全世帯への案内文書の送付人数、電話等による勧奨人数、医療機関等関係機関への協力依頼文書の送付数
- 【医療機関受診勧奨】健診結果「要医療」で適切な治療に繋がっていない者への医療受診の勧奨人数
- 【保健指導・生活支援】健診結果「要指導」で動機づけ・積極的支援該当者への啓発媒体の送付数、健診結果「要指導」で積極的支援該当者への個別支援人数
- 【保健指導・生活支援】糖尿病患者への啓発媒体の送付人数、糖尿病患者で重症化リスクが高まっている者への個別支援人数
- 【頻回受診指導】指導対象人数 など

(アウトカム指標)

- 【健診受診勧奨】健診受診者数、健診受診率
- 【医療機関受診勧奨】健診結果が「要医療」者の治療率
- 【保健指導・生活支援重症化予防】個別支援対象者における検査数値や生活習慣等の改善率、糖尿病を起因とする新規透析導入者数、「要指導」の者における「要医療」の状態への移行率 など

(事業評価方法)

- ・評価結果を全福祉事務所の医療介護扶助担当者、健康管理支援員、保健部局の職員（保健師を含む）で構成されている健康管理支援担当者会議で共有し、福祉事務所にフィードバック。
- ・管内の連携機関、団体との連絡協議会を年数回開催し、保健所の参加を得て事業評価を行っている。

④ 実施体制等（事例）

(人員配置)

- ・各区に保健師と栄養士が配属され、さらに一部の区に健診の受診勧奨担当として保健師（派遣職）を配置している。
- ・人材派遣により看護師資格の保有者である「健康管理支援員」を専従で配置している。
- ・管理栄養士や健康管理支援員 (PSW：精神科ソーシャルワーカー) を配置している。

(他機関との連携)

- ・ 精神病院、障害者担当課（精神支援）、子ども家庭支援センター、高齢介護担当課と連携、健康課（精神支援以外）と連携
- ・ 保健所、地域包括支援センター、医療機関、調剤薬局、社会福祉協議会、子ども家庭支援センター、民生委員・児童委員、学校スクールソーシャルワーカー、教育委員会、民間企業と連携

(外部委託)

- ・ 保健師による保健指導、レセプトデータから疾病別医療費分析、健康診査データとレセプトデータから健診異常値放置者等指導対象者の抽出等を委託。
- ・ データ分析について、大学や教育センターに委託。
- ・ レセプトによる医療費等分析、各種リストの作成、治療中断者および健診異常値放置者への電話勧奨を委託