

(4) 事例集作成の過程

平成25年2月中旬から十数回にわたって、福祉事務所において生活保護受給者に健康管理を行っている先駆的自治体について現地調査、ヒアリングを行った。

これらの先駆的自治体の現地調査を踏まえ、生活保護制度や保健師活動に見識のある研究協力者によって各自治体の取組みに関する評価会議を開催するなどして、生活保護受給者に対する健康管理の取組み事例集（本報告書・第Ⅱ部）を作成するとともに、今後の課題と方向性（本報告書・第Ⅰ部「3. 課題と方向性」）について考察した。

<分担研究者・研究協力者>

分担研究者	内山 博之	日本社会事業大学 社会福祉学部 教授
研究協力者	金子 充	立正大学 社会福祉学部 准教授
〃	中板 育美	日本看護協会 常任理事
〃	浅沼 奈美	杏林大学 保健学部 教授
〃	原 政代	太政学院大学 看護学部 准教授
〃	曾我部ゆかり	門真市 保健師／甲南女子大学修士課程
〃	高寺 潤一	尼崎市 障害福祉課
〃	石川 孝子	日本赤十字看護大学 修士課程

2. 現在、活用できる制度・仕組み

現行の生活保護法や生活保護関係の国の補助金等で、生活保護受給者の健康管理に活用できる仕組みとしては、以下のようなものがある。

現在、生活保護受給者の健康管理に取り組んでいる自治体は、これらの仕組みのいずれかを利用し、あるいは、これらの仕組みのいくつかを組み合わせて活用しているところが多い。全国の自治体で生活保護受給者の健康管理をさらに進めていくためには、各自治体が置かれている厳しい財政状況や定員管理の状況にも鑑み、自治体が生活保護受給者の健康管理に取り組むためのツールの整備・環境整備を国などで更に拡充していくことが求められる。

(1) 健康診査

①健康増進法に基づく健康診査

医療保険者に特定健康診査の実施が義務付けられたことを踏まえ、生活保護受給者など、特定健診の対象とならない者に対して、健康増進法を根拠に健康診査が提供できることとなっている。

健康増進法第19条の2（それを受けた健康増進法施行規則第4条の2 第4号・第5号）を根拠規定とする。

「健康診査及び保健指導活用推進事業」として、(2) ②と同じく補助金「自立支援プログラム策定実施推進事業」（国10/10）の対象となる。

また、健康診査の後、同様に健康増進法に基づき保健指導も生活保護受給者に提供することができる。

例：神奈川県相模原市

- ・ 平成23年度実績 生活保護等健康診査
受診者 450名
保健指導実施者 55名

<参考>

「健康増進法」

(市町村による生活習慣相談等の実施)

第十七条 市町村は、住民の健康の増進を図るため、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、管理栄養士、栄養士、歯科衛生士その他の職員に、栄養の改善その他の生活習慣の改善に関する事項につき住民からの相談に応じさせ、及び必要な栄養指導その他の保健指導を行わせ、並びにこれらに付随する業務を行わせるものとする。

2市町村は、前項に規定する業務の一部について、健康保険法第六十三条第三項各号に掲げる病院又は診療所その他適当と認められるものに対し、その実施を委託することができる。

(市町村による健康増進事業の実施)

第十九条の二 市町村は、第十七条第一項に規定する業務に係る事業以外の健康増進事業であって厚生

労働省令で定めるものの実施に努めるものとする。

「健康増進法施行規則」

(市町村による健康増進事業の実施)

第四条の二 法第十九条の二の厚生労働省令で定める事業は、次の各号に掲げるものとする。

- 一 歯周疾患検診
- 二 骨粗鬆症検診
- 三 肝炎ウイルス検診
- 四 四十歳以上七十四歳以下の者であって高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第二十条の特定健康診査の対象とならない者（特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第一条第一項の規定に基づき厚生労働大臣が定める者（平成二十年厚生労働省告示第三号）に規定する者を除く。次号において「特定健康診査非対象者」という。）及び七十五歳以上の者であって同法第五十一条第一号又は第二号に規定する者に対する健康診査
- 五 特定健康診査非対象者に対する保健指導
- 六 がん検診

② 生活保護法に基づく検診命令

生活保護法には検診命令の規定が置かれている（生活保護法第28条第1項）

（2）保健指導等

生活保護受給者に対しては、健康診査と同様に健康増進法に基づき保健指導を行うことができる。

この健康増進法に基づく保健指導を含めて、福祉事務所等において生活保護受給者に対して保健指導等を行っている自治体の活動を類型化すると、概ね、担当職員（保健師等）が正規職員か非正規・嘱託職員か、生活保護関係の補助金を活用しているか、などの観点から以下のように類型化できる。

①生活保護担当の正規職員・保健師

全国で例は多くないが、生活保護担当として正規職員の保健師を置く例が見られる。

例1：埼玉県上尾市

- ・ 社会福祉課（生活保護担当課）に、平成24年度から保健師（常勤・正規職員）を配置。
- ・ 健康増進プログラム（生活保護受給者に対する健診）、健康管理支援事業（生活保護受給者に対する保健指導等）、後発医薬品使用促進プログラムに取り組む。
- ・ 平成25年度には社会福祉課に保健師を1名増員。増員する保健師はケースワーカーとして活動。

例2：川崎市

- ・ 9つの福祉事務所に、平成25年度から保健師（常勤・正規職員）を配置。
- ・ 平成25年2月に策定した「川崎市生活保護・自立支援対策方針」には、6

つの柱の一つとして「健康づくり支援」が位置付けられており、各福祉事務所
に配置された保健師を中心に生活保護受給者の健康管理支援に力を入れている。

②健康管理支援事業（自立支援プログラム策定実施推進事業のうち）

生活保護関係の補助金「自立支援プログラム策定実施推進事業」（国 10/10）の中の「健
康管理支援事業」を利用して、健康管理支援員、自立支援相談員などの名称で嘱託・非常
勤の看護職（保健師・看護師）を雇用している例もかなりの自治体に見られる。

例：神奈川県相模原市

- ・ 生活保護自立支援相談員として看護師を非常勤・嘱託として雇用。
- ・ 各区（市内に3区）1～2名。計5名。
- ・ 平成17年度に2名からスタート。
- ・ 健康管理に関わる相談援助、課題の多い世帯の自立生活に関わる相談援助を
担当する看護師と、後発医薬品の使用促進、頻回受診の適正化、健康管理に関
わる相談援助を担当する看護師とに5名の看護師を担当分け。

例：東京都中央区

- ・ 健康管理支援事業として、非常勤の「保健師」を雇用。

例：東京都昭島市

- ・ 健康管理支援事業として、非常勤の「保健師」を雇用。

③生活保護適正化事業（医療扶助相談・支援員）

生活保護適正化事業に、平成24年度予算で新規に盛り込まれた「医療扶助相談・支援
員」のスキームにより、看護職を嘱託、臨時雇用をしている例も見られる。平成24年度
からの施策であるため、医療扶助相談・支援員の確保に苦勞している自治体もあると聞く
が、いくつかの自治体では平成24年度のうちに医療扶助相談・支援員を確保し、活動し
ている。

例：千葉市

- ・ 平成24年8月より、3名の看護師を非常勤嘱託職員として雇用。
- ・ 市内6区を2区ずつ3人の分担で配置。
- ・ レセプト管理システムを活用した頻回・重複受診の適正化、後発医薬品の使
用促進などが主な業務。

④ 生活保護担当以外の所属の保健師

ほとんどの自治体では、福祉事務所・保健福祉センター内の健康増進課や介護保険課な
どに所属する保健師が、必要に応じて生活保護のケースワーカーと同行し、保健指導や適
正受診に関する指導を行っている。

小規模な自治体では、福祉課の課内に生活保護担当係と障害福祉担当係があり（障害福
祉担当課として独立していない）、障害福祉担当係で障害判定などを主業務とする保健師等
が、必要に応じてケースワーカーと同行し、保健指導や適正受診に関する指導を行う例も
見られる。

健康増進課等の保健師が関与する場合でも、福祉課内の他係の保健師が関与する場合でも、それぞれの自治体の置かれている環境や自治体の生活保護受給者の対する指導方針、組織内の風通しなどによって、どの程度のケースについて、どの程度の頻度で保健師等が保健指導を行うかについては、各自治体によって大きな差異がある。

3. 課題と方向性

先駆的に生活保護受給者の健康管理に取り組んでいる自治体からヒアリングした現状等を踏まえ、生活保護受給者に対する健康管理の支援を展開していくために求められることをまとめると、以下のような点になるのではないかと考える。

(1) 健康管理を行う専門職員の必要性

生活保護受給者の健康管理や生活リズム（生活習慣）の管理を進めることは、医療扶助など保護費が短期的に目に見えて削減されるなどの効果は少ないが、中長期的にみれば、生活習慣病の重症化予防をはじめ医療扶助などの保護費についても大きな削減が期待できるものと考えられる。

何よりも、健康管理や生活リズム（生活習慣）の管理が行われることによって、生活保護受給者の生活習慣病などの重症化の予防や疾病の改善につながり、生活保護受給者の生活の質の向上に寄与することができる。

更に、こうした日常生活における健康管理を適切に行うことやきちんとした生活リズムを作ることにより、就労・自立に向け大きな環境整備ができることとなる。逆に言えば、健康管理や規則正しい生活といった生活リズム管理が上手くできなければ、なかなか就労や自立には結びつかない。

一方で、多くの自治体でケースワーカーは1人当たり数十ケースから場合によっては100ケースを超えるケースを担当している。そうした場合、生活保護受給者の健康問題や生活上の課題にきめ細やかな対応を行うことが困難であることも多い。

このため、今後は、福祉事務所における生活保護受給者の健康管理等を進めるため、保健指導や健康に関する相談に適切に助言指導を行う「専門の職員の配置」を行うことが望まれる。

厚生労働省でも平成25年度予算において対応を行っている。平成25年度予算では、福祉事務所における、健康診査結果に基づく保健指導や、受給者の健康や受診に関する相談等に対し助言指導等の必要な対応を行う職員の配置など健康面に関して専門的に対応できる体制を強化するため、地方交付税上の措置を行っている。地方交付税の算定基礎数値として、標準団体規模であれば「嘱託医手当等」として、都道府県では対前年度約309万円増、市では約93万円増が上積みされている。この予算上の措置も活用して、健康管理等を行う「専門の職員の配置」を行うことが考えられる。

(2) 健康管理支援への着目、自治体の生活保護施策戦略の確立

① 健康管理支援への着目

生活保護受給者の健康管理を進めるためには、まず、生活保護受給者が自らの健康に関心を持つことが必要である。また、生活保護受給者を支援する立場である各自治体の福祉事務所において、生活保護受給者の健康管理の重要性が認識され、健康管理に取り組もうという動きが出てくることが重要である。

この点、平成25年の通常国会に提出された生活保護法の一部改正法案では、生活保護

受給者が自らの健康の保持増進に努めることの明確化について法律上位置付けられていた。平成25年秋の臨時国会にも、同様の内容の法案が再提出され、成立することが期待されており、こうした法制化の動きが、生活保護受給者が自らの健康管理に努力するための一つの契機となり、各自治体の福祉事務所において生活保護受給者の健康管理に積極的に取り組む一助となることが望まれる。

②生活保護施策に関する自治体の総合戦略の確立

また、高齢者支援や子育て支援の分野では市町村介護保険計画や次世代育成支援行動計画などに見られるように当たり前の手法であるが、支援の対象者（生活保護受給者）等のニーズを組み上げ社会的な資源を把握した上で、自治体が総合的な戦略を策定するという「福祉計画」の手法は、生活保護施策の分野でも活用できる手法だと考えられる。

川崎市では、市独自に生活保護受給者に関する調査を行いデータを分析した上で、並行的にモデル事業を行い、これらの調査やモデル事業を踏まえ、生活保護施策の総合的な戦略である「生活保護・自立支援対策方針」を策定している。他自治体の中でも、生活保護の対策本部の立ち上げや自立支援対策の方針・計画を策定するなど類似の取り組みを行っている自治体がいくつか見られるが、データに基づき、健康管理も含めた総合的な戦略を立てている自治体は少ない。

逆に言えば、川崎市では、生活保護全般に対する総合的な戦略を立てる中で、生活保護受給者の健康管理の課題についてもスポットが当たったとも言え、自治体にとっては生活保護施策についての総合的な戦略を立てる過程、すなわち、ニーズや課題を捉え、それに対応した重点施策を決めていく過程が大切であるとも言えよう。

（3）健康診査の実施

次に、生活保護受給者の健康状態について、客観的に判断できる物差しが必要となる。このため、現在も行われているが、生活保護受給者が健康増進法に基づく健康診査をどれだけ受診し、その健康診査の結果を健康管理に生かしていくか、が重要なカギとなる。

平成25年の通常国会に提出された生活保護法の一部改正法案では、自らの健康管理の努力義務の法制化と並んで、個人情報保護法との関係を整理するため、福祉事務所が健康診査の結果等を入手可能とする条文が置かれていた。健康診査結果等のデータを福祉事務所が入手することはもちろん大切だが、生活保護受給者が健康増進法に基づく健康診査を受診していなければ、そもそも福祉事務所が入手すべき健康診査データが存在しない、ということになる。

実際、これまでヒアリング等したところでは、健康増進法に基づく健康診査については、ほとんどの自治体で生活保護受給者に対する実施を行っているものの、生活保護受給者の健康診査の受診率については自治体によって大きな差異があった。

こうしたことを踏まえると、生活保護受給者については、長期入院や福祉施設の入所など医療機関や福祉施設等により疾病状態や健康状態の管理が行われている者を除いて、全員に健康診査を受診させるべきではないか、と考える。

健康診査の実施によって疾病が発見され一時的に医療扶助額が増大することも懸念されるが、生活保護受給者の健康管理を進めるためには、客観的に健康状態を把握することは

欠かせない。

生活保護受給者全員が健康診査を受診していること、そしてそのデータを福祉事務所で蓄積することは、各自治体が生活保護受給者の健康管理に取り組むための大前提となるものとする。

(4) 健康診査データの整備・活用

健康診査データについては、個々の生活保護受給者の健康状態の改善に役立てることはもちろん、福祉事務所において、生活保護受給者全体のデータに着目し、国民健康保険被保険者との差違や、自治体内の地域・区域ごとの特色など、データの分析を行うことも期待される。

現在、生活保護受給者に対して健康増進法に基づく健康診査を積極的に行っている自治体でも、健康診査データについて生活保護受給者だけ切り分けている自治体はそれほど多くない。まして、生活保護受給者の健康データについて分析を行っている自治体は数えるほどである。

国民健康保険事業では、診療報酬明細書（レセプト）のデータベース化を行い後発薬の使用促進や重複受診・頻回受診の是正に取り組んでいる広島県呉市の取組が話題となっている。平成24年版厚生労働白書にも、この取り組みは「呉市の医療費適正化に向けた取組みについて」としてコラムで取り上げられて（平成24年版厚生労働白書 P. 365～P. 366）おり、薬剤費の削減効果や患者負担の減少効果が認められている。

呉市の取組は生活保護受給者に限ったものではないが、このようなレセプト情報の活用の前提として、健康診査データの整備が有効ではないかと考えられる。

健康診査データという客観的なエビデンスがあれば、健康管理でどのような点に重点を置くべきか、各自治体の実情に応じた対策が取れるようになる可能性が高いものと考えられる。

なお、健康診査データに限らず、生活保護受給者の状況について客観的なデータを把握している自治体も多いとはいえない。そうした意味では、川崎市が、民間コンサルティング会社とも協力して生活保護受給者を対象とした調査を行っているが、この例のように自治体が客観的なデータを把握する努力を行うことは重要であると考えられる。

(5) 「保健師」による健康管理

① 医療関係職種の中での保健師の特性

健康管理を行う専門職員としては、保健師、看護師、薬剤師、精神保健福祉士（PSW）などが考えられる。規則正しい生活リズムといった生活管理だけであればソーシャルワーカーの役割なのかもしれないが、生活リズムが作れないことが健康にも影響している場合も多いので、医療関係職種であることが必須であろう。

健康管理に取り組んでいる先駆的な自治体の状況をヒアリングした結果としては、保健師、看護師、薬剤師、精神保健福祉士（PSW）といった医療関係職種の中でも、保健師は以下のような能力・資質に秀でていると考えられることから、「保健師」による健康管理がもっとも望ましいものとする。

- ① 保健医療の視点から観察等ができる
 - ・ 生活保護受給者の健康状態・病状を観察し、アセスメントを行い、適切な受診などにつなげられる。
 - ・ 同行受診ができる、未受診の被保護者を適切な受診につなげられるなど医療機関との調整ができる。
 - ・ 服薬指導ができる。
- ② 保健師としてのアプローチ技術が活かせる
 - ・ 健康課題を切り口に生活全般を含めて生活保護受給者をどう見れるか、健康・医療とどう関連付けられるかなどを踏まえて対象者に総合的にアプローチすることができる。
 - ・ 健康状態、生活状況から、疾病の早期発見、重症化予防などにつなげることができる。
- ③ 母子保健の管理ができる
 - ・ 母子家庭などで離乳食の支援や発達・発育のチェックなど、子どもの発達、発育について支援できる。
- ④ 他部署との連携や地域資源の活用など、行政職としての保健師経験が活かせる
 - ・ 高齢の生活保護受給者について地域包括支援センターと連携が必要になった場合など、行政で保健師活動を行なっている経験があれば、ハードルを感じることなく行うことができ、地域の資源を活用することができる。

②保健師活動の本質と生活保護受給者の健康管理

逆に、保健師の活動の観点から見ると、保健師の活動の本質は、①地域を「みる」「つなぐ」「動かす」ことや、②「予防的介入」の重視を行うこと等であるとされている（平成24年度地域保健総合推進事業「地域における保健師の保健活動に関する検討会報告書」平成25年3月）。すなわち、保健師は、公衆衛生看護学を基盤とし、ヘルスプロモーションの理念に基づいて、住民・地域を継続的かつ多面的に捉えるとともに、住民の生活と健康との関連を考察し、予防活動も含めた活動を展開することが本来求められている職種である。

これまで生活保護受給者に着目した保健師による支援はそれほど広く行われていたわけではない。しかしながら、生活保護受給者には前述したように健康課題を抱えた者が多いことから、健康を切り口として、生活習慣病の重症化予防など各々の生活保護受給者の支援を行うとともに、個別の健康管理支援を基にその共通点を見出し、地域の特性と重ね合わせて、その自治体が置かれている健康課題や関連施策を総合的に捉えていくことは、まさに保健師本来の役割であると言える。言い換えれば、母子保健や高齢者保健、精神保健などと比べ、注目度が低かったとも言える生活保護分野に着目して、保健師活動の本質的な活動を展開していくべきであり、こうした観点からは生活保護受給者の健康管理を保健師が担うことがもっとも適切であると言えよう。

なお、保健師であれば誰でもこうした役割が担えるということでもない。一定程度の技能、経験などを有した保健師である方が、より効果的な対応ができる可能性が高いものと

考えられる。もちろん、看護師であっても経験によっては属人的に担える人材もいるが、属人的な事情を捨象して一般的に考えれば、総じて保健師が担当するにふさわしい業務だと考えられる。

③ケースワーカー等とのチームアプローチ

各自治体の生活保護担当ケースワーカーについては、社会福祉士資格を有するソーシャルワーカーを充てるケースもあるが、事務職員がケースワーカーを担っているケースも多い。

先にも述べたが、生活保護受給者の自立のためには、健康管理や生活リズム（生活習慣）の管理が大前提となると考えられ、生活リズムの管理だけであれば本来はソーシャルワーカーの役割なのかもしれない。しかし、生活リズムが作れないことが健康にも影響している場合も多いことから、個別の生活保護受給者への支援をケースワーカー一人に委ねることなく、保健師やソーシャルワーカー、事務職員が緊密な連携を取りながら「チームアプローチ」を行っていくことが求められているのではないかと考えられる。

例えば高齢者介護分野の地域包括支援センターにおいても、保健師等、社会福祉士、主任ケアマネージャーによるチームアプローチが進められている。生活保護受給者の支援についても、健康課題に対応できる保健師を含めたチームによるアプローチが重要であると言える。

(6)「生活保護担当組織」における保健師配置

タイムリーな支援が迅速に開始できる、ケースワーカーが気軽に相談できる、保護費の窓口受け取りの際に面談などが容易にできる、といった観点から、福祉事務所の中でも生活保護を担当する課や係など「生活保護担当組織」に、担当の保健師等を配置することが効果的であると考えられる。

通常、健康推進課などに保健師が配置されており、必要に応じて生活保護担当課のケースワーカーと連携をとるといった自治体も多い。しかしながら、生活保護担当課（生活支援課等）や生活保護担当係などの生活保護担当組織に保健師が配置されていることは、ケースワーカーが気軽に相談できる、迅速に同行支援が行えるなど、生活保護受給者に対してフットワークの軽い支援がタイムリーに行うことができる点が一番のメリットと考えられる。健康課題は、時機を失すると糖尿病などの疾病が重症化したり、ひいては生命にもかかわる状況となるため、生活保護受給者の健康課題が発見された場合にはタイムリーに支援を開始することが重要である。

(7)「常勤」保健師による健康管理

次に、生活保護受給者の健康管理を支援する保健師等については、以下のような視点から、「常勤」職員であることが望ましいと考えられる。

まず、生活保護受給者の支援には行政組織内の他部署との連携や地域資源の活用が求められるが、常勤職員であれば公募で採用する非常勤・嘱託職員などと比較し行政での経験も相応にあると考えられ、スムーズな他部署との連携等が期待できる。

次に、これまでも述べたように、健康課題は時機を失すると糖尿病などの疾病が重症化したり、ひいては生命にもかかわる状況となるため、生活保護受給者の健康課題が発見された場合には待たずしてフットワーク軽くタイムリーに支援を開始することが重要である。週に数日勤務する形態の多い非常勤職員では、その日にすぐに動けない場合も想定されるため、常勤職員の方がこうした危機介入には適していると言える。

また、ケースワーカーは実働年齢層の支援を重視しがちで高齢の生活保護受給者等に対しては頻りに自宅訪問等を行うことができにくい状況の自治体も多いが、こうした頻りに自宅訪問等を行えていなかった高齢の生活保護受給者の中には、例えば糖尿病が知らず知らずのうちに重症化し膨大な医療費が必要となったケースも見受けられる。このように、これまで頻りに支援を行っていない生活保護受給者にも目を配る、という観点からは、優先的な対象者を設定しがちな非常勤職員よりも常勤職員が望ましいと言える。

加えて、生活保護受給者の健康課題を切り口に、当該自治体の保健施策や生活保護施策の課題を抽出し、そうした保健施策・生活保護施策について当該自治体としてどのように取り組み、改善していくのか施策の展開に取り組むことも必要である。こうした自治体としての施策形成は常勤職員の行政職員としての本来の役割である。

もっとも、自治体の定数管理や財政上の状況から、常勤・正規職員の保健師をすぐには配置することができない場合もあろう。そうした場合には、当面、生活保護関係の補助金「自立支援プログラム策定実施推進事業」(国 10/10)を活用するなどして、非常勤・嘱託の保健師や看護師を雇用することが次善の策として考えられる。

(8) 保健師等の人材育成・人材活用にも効果

生活保護受給者の支援に保健師等が関わることは、保健師等の人材育成・人材活用という観点からも有効である、と考える。すなわち、これまで広く取り組まれてはいないが、生活保護受給者に健康を切り口に関わり、生活保護受給者の健康課題の把握、重症化予防などの支援、医療機関の受診同行などにより個々の生活保護受給者の健康課題に対応するとともに、生活保護施策の在り方を当該自治体として、当該地域として考えていくことは、先に述べた保健師活動の本質の理解に大きな効果があるものと考えられる。

もっとも、生活保護担当部局にただ保健師等を配置し、OJTのみに委ねるような姿勢では人材育成に効果的であるとは言えない。生活保護受給者の健康管理支援に携わる保健師に対するサポート体制を整備することが必要ではないかと考える。

具体的には、まず生活保護業務に携わったことのある保健師はそれほど多くないと思われることから、生活保護制度の理解を含め、関係部署の状況などについての研修が必要であると考えられる。ヒアリングした自治体の中にも、ある程度の研修を行ってから実際の生活保護受給者の健康管理支援に携わっている例が見られた。こうした、研修を含め、各自治体で保健師をどのように育成していくのか、計画的・継続的な保健師の人材育成システムを構築することがこれまでも求められてきたが、こうした人材育成システムの中に生活保護関連業務も位置づけを行うことが必要ではないか。

次に、健康管理支援に携わる保健師等の活動について、各保健師等がレビューできるような場を設けることが求められる。例えば、比較的大きな自治体で、生活保護受給者の健

健康管理支援に携わる保健師等が複数配置される場合には、その保健師等が定期的集まり、事例検討会や業務連絡会などを開催することが考えられる。

小規模の自治体では、生活保護関連業務に携わる保健師が一人であることも想定される。そのような単独配置の場合には、広域的に支援する仕組みが必要ではないか。例えば、都道府県の生活保護担当課が主唱して事例検討会や業務連絡会を開催するなど、各々の「市」任せにせず、各自治体での健康管理支援の活動が孤立しないような体制を整備していく必要があるものとする。

(9) 効果測定・事業評価

費用対効果の事業評価については、重複処方の適正化などを除き難しい側面もある。短期的には費用対効果が上がらないこともあろうが、中長期的には生活保護受給者の生活習慣などの重症化予防などの効果はあることは確かであろう。

何よりも、生活保護受給者の健康面での自立や、生活リズムが形作られることにより生活保護受給者の生活の質の向上が期待できる。生活保護受給者の生活の質が向上すれば、就労などの自立にもつながりやすくなるのではないかと考えられる。

また、1人当たり数十ケースから100ケース以上のケースを担当しているケースワーカーにとって、医療的な知識が乏しいこともあって、生活保護受給者の健康問題や生活上の課題にきめ細やかな対応を行うことが困難であることも多いが、保健師等が健康管理の支援を行うことによって、ケースワーカーの負担軽減にも資するものと考えられる。

このように、現時点では、生活保護受給者に対する健康管理の効果をアウトカム指標などを使って客観的・数値的に評価することは難しいと考えるが。今後、保健師等による生活保護受給者の健康管理支援が全国の自治体に広まっていく過程で、その効果測定や事業評価を客観的・数値的に行える方策についても検討していく必要がある。

第Ⅱ部 各自治体の取組み事例

1. 生活保護担当課に常勤職員の保健師等を配置している事例

- 第Ⅰ部「3. 課題と方向性」で述べたように、生活保護受給者に対する健康管理については、「生活保護担当部局」に「保健師」を「常勤」で配置することが、健康課題にネットワーク軽くタームリーな支援ができる、他部署や地域資源の活用ができる、保健施策・生活保護施策の今後の展開に寄与できるといった観点から、最も効果的でないかと考えられる。
- 生活保護担当課に、正規職員（常勤）の保健師を配置している例はそれほど数がないが、以下に挙げる。

① 埼玉県 上尾市

1. 地域の概要

- 上尾市は、首都東京から35kmの距離にあり、埼玉県の南東部に位置している。東は伊奈町と蓮田市に、南はさいたま市に、西は川越市と川島町に、北は桶川市と隣接している。昭和30年1月1日、上尾町、平方町、原市町、大石村、上平村、大谷村の3町3村が合併して上尾町になり、3年後の昭和33年7月15日の市制施行で上尾市が誕生した。当時、人口は約3万7,000人だったが、地理的条件の良さに国の高度経済成長政策も加わり、田園都市から工業都市、住宅都市へと変貌した。
- 平成25年に市制施行55周年を迎え、現在、人口は22万7,000人を超えた。

2. 自治体の基礎データ

- (1) 人口
 - 227,937人（平成25年7月1日）
- (2) 世帯数
 - 95,006世帯
- (3) 面積
 - 45.55平方Km

3. 保護動向

- (1) 被保護世帯
 - 1,326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
被保護世帯	1,043	1,228	+17.7%	1,326	+8.0%

(2) 被保護人員

- 1,905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
被保護人員	1,506	1,774	+17.8%	1,905	+7.4%

(3) 保護率

- 8.3‰ (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
保護率	6.6	7.81	+18.3%	8.3	+6.3%

(4) 保護費と医療扶助費

- 保護費 28億1951万円 (平成23年度)
医療扶助費 11億13327万円

単位：万円

	21年度		22年度		23年度	
保護費	221,279	+13.0%	266,234	+20.3%	281,951	+5.9%
医療扶助費	96,164	+7.9%	115,869	+20.5%	111,337	-3.9%

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

- 「上尾市健康増進プログラム実施要領 (平成24年5月1日)」により、医療保険者の特定健康診査に相当する健康診査を、健康増進法に基づき一般健診を受診することになっている。これは医療保険加入者に含まれない40歳以上の生活保護受給者等に対し、慢性内科疾患で受診している者、入院中の者以外に市の健康推進課の一般健診の受診券を郵送し、健診を勧奨し、健診結果から必要な保健指導の実施が定められている。また一般健診案内時に介護アンケートを同封しており、その内容も健康推進課と連携して支援している。
- 受診対象者の一般健診の受診率は、平成23年度3.8%、平成24年度5.1%である。

	21年度	22年度	23年度	24年度3月末
受診者数	30人	35人	50人	74人
指導対象数	2人(6.7%)	8人(22.9%)	8人(16%)	30人(40.5%)
受相者数	0人	1人(12.5%)	0人	16人(53.3%)

(2) 生活保護受給者等への保健指導

- 平成24年度の健診後の保健指導対象者30名のうち、16名が受相し、内訳は5名が社会福祉課の看護師による訪問指導、11名が市の健康推進課の健康ライフ応援相談を活用した。
- 「上尾市健康増進プログラム」は、他で健康診断を受ける機会のない40歳以上の支援対象者を抽出し、健康診断の受診勧奨を行い、生活保護者の受診結果は健康推進課から、社会福祉課に通知される。保健指導の要支援者は、健康推進課の「健康ライフ応援相談」の勧奨通知が郵送され、相談がない場合に健康推進課の保健師が電話で確認する。個別対応が必要な場合には、健康推進課職員が訪問などを行う。健康推進課とは、年間20回行う事例検討でも連携を図っている。

(3) 健康管理支援事業による健康管理支援

- 平成24年4月より常勤保健師1名（勤務時間8時30分～17時15分）を配置し、健康管理支援をスタートした。常勤の保健師を配置した理由としては、①各種保険者には、検診(特定健診)の受診の目標値が定められているが、健康保険に加入していない者(生活保護被保護者)の一般検診については、保健部門(上尾市では健康推進課)で実施することとされているが、目標値もなく低受診率の状況であったこと、②①の問題も踏まえた市全体の健康に関する施策を考えるため、市の他の各事業部所を熟知し、市全体として事業の連動を可能にしていく役割を担う常勤職の保健師が必要であったこと、③異動による職員の交流が必要であったこと、④生活保護世帯の支援事例内容は、複雑で多問題家族も多く、危機介入の必要なこともあり、非常勤職員で時間の制約があると機能しにくいこと、⑤業務内容が多岐にわたり、業務量的にも非常勤ではまかなえない状況であること、などが挙げられた。

特に、保健師、精神保健福祉士、社会福祉士を現業職としていることについては、各種自立支援プログラムを策定、推進する上で専門職がフィールドに出て行く必要性を考えている。なかでも保健師は、事業や活動を通して、市の保健福祉の向上に向けた、計画策定などへ責任ある政策提言を行う役割があるため常勤職である必要がある。また、自立支援が重要な生活保護において、医療扶助に絡むレセプトや検診書、医師への病状調査、介護保険情報等健康に関する情報が集約され、嘱託医との協議が必要なこと等を考えると、医療の専門職が不可欠であり、社会保障費用が膨らむ中、きちんと常勤職員の保健師を配置し、政策的な視点を持つことが必要と考えている。

- 「上尾市健康管理支援事業実施要領(平成24年9月27日)」に基づき、保健師、精神保健福祉士、栄養士などの専門職が保健指導を行っている。

- 支援内容は、現業員による家庭訪問、面接、電話などの際に、健康の保持増進の目的を達成に必要な指導をすること、被保護者へ定期的に送付する「福祉だより」に健康に関する内容（例：熱中症やインフルエンザなど）を掲載すること、流行が予測される疾患に対し、注意喚起し、予防の情報を提供するとしている。
- 指導内容としては上尾市健康福祉部健康推進課で実施している保健事業の支援対象者への提案や、受診勧奨や受診への調整などがある。
- 保健指導の手順は、現業員による家庭訪問または、面接の結果、保健指導対象者に該当すると認められた者について、保健師などが現業員とともに家庭訪問または面接を行い保健指導を開始する。2回目以降は保健師などが単独で家庭訪問または面接を行うことができる。
- 保健指導は、保健師などが、日常生活の健康管理の改善について目標を設定し、記録票に記載する。目標が達成されると保健指導を終了し、現業員がフォローアップを担当する。
- この要領に基づき保健師などが行った家庭訪問、面接については、昭和38年社発第246号厚生省社会局長通知に準じ、現業を行う所員による3回目以降の家庭訪問とみなすこととされる。
- 平成24年度は、9月より保健師が産休に入り、代替要員として非常勤の看護師が9月28日より配属され（週4日間、勤務時間8時30分～14時30分）、平成24年度10月から2月末までに、メタボ8名、不潔・不衛生3名、脳血管、がん、心疾患、精神疾患、難病、産婦・新生児、腰痛11名、喫煙2名、多受診1名の指導を行った。
- このほか、上尾市では現業員に積極的に専門職を配置し、以下のような者を配置している。査察指導員3名、ケースワーカー18名、就労支援員2名
（内専門職は25年度：社会福祉士5名、精神保健福祉士3名、保健師2名）
- 平成25年度は、保健師1名、精神保健福祉士1名、社会福祉士1名を増員した。
なお、保健師は、1名は健康管理支援担当、1名は現業員として配置している。

（4）後発医薬品の使用促進

- 「上尾市後発医薬品使用促進プログラム実施要領 平成24年8月1日」に基づきジェネリック利用促進の案内をし、薬局でのジェネリック希望カードを渡している。

ジェネリック使用の差額および人数

単位：人数

	全数	1000円 以上	2000円 以上	3000円 以上	5000円 以上	10000円 以上	高額差額・ 指導対象者
H24.8月	198	31	25	28	16	3	16
H24.9月	201	38	27	21	9	6	8
H24.10月	230	46	22	24	12	4	7

H24年度 後発薬品使用促進効果			H25 7/18時点のデータ			
	対象者(名)	処方箋枚数(枚)	変更前金額(円)	変更後金額(円) 変更済みのもの	差額(効果)	効果人数(名) 効果処方箋数(枚)
H24 8月	16	33	226,722	180,670	46,052	9名・9枚
9月	8	12	122,882	112,645	10,237	2名・2枚
10月	7	15	176,042	176,042	0	0名・0枚
11月	4	8	69,840	69,840	0	0名・0枚
12月	11	20+ α	106,540	106,540	0	0名・0枚
H25 1月	7	9+ α	71,771	71,771	0	0名・0枚
2月	8	12	111,194	111,194	0	0名・0枚
3月	13	7+ α	151,774	138,112	13,662	1名・1枚
合計	74	116+ α	1,036,765	966,814	69,951	12名・12枚

(5) ケース事例

ケース① 身体疾患の訴えから受診勧奨・保健指導した事例

現業員から、対象者が体調不良を訴えたため、同行訪問。観察すると带状疱疹様の症状を認め、受診勧奨とともに、保健指導を行った。

ケース② 居住環境が不衛生なため、感染性疾患などの予防などの衛生指導した事例

居宅内が、整理や清掃されずに劣悪な衛生状態な時に、現業員と同行訪問し、対象者の健康状態を脈拍を見たり、血圧を測るなどの身体疾患の観察から関係をつくり、衛生状態の改善と疾患予防の話をして、衛生環境の改善に向けた指導を行った。

5. 評価、今後の課題等

- 生保世帯の42%が高齢者、傷病者が15%、障害者13%というように、疾患を抱えている対象が圧倒的に多いため、保健指導を担当する専門職が必要という方針から、平成24年度の保健師1名体制から、25年度には2名体制となっていることを見ても、ケースワーカーの負担軽減や、生活保護受給対象者の生活の質の向上に健康的な側面から貢献。
- 特に女性・母子の対象者や、相談が困難な事例でも血圧測定や子供の発達評価、離乳食の指導、感染症や疾病の早期発見や重症化予防に向けた保健指導からはいれるメリットがある。
- 複数の専門職配置により、職員のモチベーションが高まる効果がある。
- 健康管理支援として健康推進課と連携した対象者への支援を行っており、福祉事務所だけでなく、健康推進課の保健師などの専門職や事業と有機的に連動して支援を効率的に行っている。
- 今後の課題としては、「食育」の取り組みがあるという。近くに県の精神医療センターがあり、アルコール依存症の事例も多いなど、食事などの栄養面からの支援を、健康推進課と連携して行っていきたいとしている。

- 現在、地方交付税交付金においてケースワーカーの賃金や嘱託医の手当等については、相応の額が手当て（注※）されている。平成25年度予算において、嘱託医手当等が増額されており、保健師の配置など健康面に関して専門的に対応できる体制を強化する際には、その中で対応できることとされているが、市の実情からすると、ゆくゆくは保健師、精神保健福祉士、せめて社会福祉士を生活保護業務担当課に配置した場合には、それに対する明示的な形での交付金の加算が望まれる。

注※（標準自治体：人口10万人でケースワーカー15人）

② 神奈川県 川崎市

1. 地域の概要

- 川崎市は、神奈川県の北東部に位置する政令指定都市であり、7区の行政区（川崎港側から川崎区、幸区、中原区、高津区、宮前区、多摩区、麻生区）を持つ。政令指定都市の中では最も面積が小さいが、人口は140万人強と非都道府県庁所在地の市の中では最大である。
- 地理的には、多摩川を挟んで東京都と隣接し、また南西側は横浜市とも隣接した細長い地形である。市域の北西端から南東端までの距離は34km強と長いが、北東端から南西端の幅は約8km、最も狭いところでは1km強と細長い市域となっている。
- 市内を縦断する形でJR南武線が通り、南武線と交差する形で5つの私鉄が横断。海側から京急線、東急東横線、東急田園都市線、小田急線、京王相模原線が走っている。
- 東京、横浜という巨大消費地に隣接するなどの地の利により、工場建設が相次ぎ、東京湾岸に広がる埋立地の区部は大規模な重工業地帯として発展してきた一方、北西部・内陸部の丘陵部の区部は度重なる宅地開発によりベッドタウン化し、新興住宅地が広がっているなど、細長い立地の中で区によって性格が大きく異なる面も持つ。
- 行政区は7区であるが、東京湾に隣接する川崎区には、川崎、大師、田島の3つの福祉事務所が設置されているため、福祉事務所は市内に9事務所設置されている。

2. 自治体の基礎データ

- (1) 人口
 - 1,440,474人（平成25年4月1日）
- (2) 世帯数
 - 674,017世帯
- (3) 面積
 - 144.35平方Km

3. 保護動向

- 被保護世帯、被保護人員は平成4年度を底として、世帯・人員とも増加している。世帯・人口とも、平成24年度には平成4年度からの20年間で3.6倍を超える急激な増加となっている。
- 要因としては、①長引く不況の影響を受けた失業者の増加や再雇用先の減少、②高齢化の進展、③離婚件数の増加などであり、特に平成18年度・19年度にはやや伸びが鈍っていたにも関わらずその後また伸びが激しくなったことから、平成20年9月のリ

ーマン・ショックの影響も大きかったものと考えられる。

- また、市としてホームレスに対する支援事業も積極的に行っているため、ホームレスの実態が把握され、相談から保護申請につながるケースも多い。加えて、第2種社会福祉事業宿泊所が市内に5事業所・21施設（平成25年4月現在）と多くの施設が開設されており、こうした宿泊所の開設が生活保護の適用に結びつくことも生活保護増加の要因の一つとなっている。
- また、7行政区に9つの福祉事務所が置かれているが、総じて、東京湾側の工業地帯を抱える区で保護率が高く、内陸部の新興住宅地を抱える区では保護率が低い。

(1) 被保護世帯

- 23,808世帯（平成25年4月1日）

単位：世帯

	22年度	23年度	対前年度増加率	24年度	対前年度増加率
川崎市	21,516	22,731	+5.6%	23,550	+3.6%

- 福祉事務所別被保護世帯数（平成25年4月1日年度）

単位：世帯

川崎	大師	田島	幸	中原	高津	宮前	多摩	麻生
4,825	2,064	2,137	3,387	2,278	2,579	2,278	2,823	1,437

(2) 被保護人員

- 32,720人（平成25年4月1日）

単位：人

	22年度	23年度	対前年度増加率	24年度	対前年度増加率
川崎市	29,676	31,421	+5.9%	32,386	+3.1%

- 福祉事務所別被保護人員（平成25年4月1日）

単位：世帯

川崎	大師	田島	幸	中原	高津	宮前	多摩	麻生
5,672	2,836	2,885	4,809	3,052	3,875	3,533	4,035	2,023

(3) 保護率

- 22.71%（平成25年4月1日）

単位：%

	22年度	23年度	対前年度増加率	24年度	対前年度増加率
川崎市	2.09	2.20	+5.3%	2.25	+2.3%

- 福祉事務所別保護率（平成25年4月1日）

単位：%

川崎	大師	田島	幸	中原	高津	宮前	多摩	麻生
60.28	39.09	56.96	30.72	12.86	17.49	15.90	18.93	11.72