

第3回 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施
の推進に向けたプログラム検討のための実務者検討班
議事録

厚生労働省保険局高齢者医療課

第3回 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進に向けた
プログラム検討のための実務者検討班
議事次第

日 時:令和元年6月12日(水) 9:57~12:03
場 所:厚生労働省専用第13会議室(21階)

1. 開 会

2. 議 事

(1) 事例発表、ヒアリング

- ・群馬県
- ・群馬県後期高齢者医療広域連合
- ・宮崎県美郷町
- ・国民健康保険中央会

(2) 意見交換

3. 閉 会

第3回 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の推進に向けた
プログラム検討のための実務者検討班 議事録

令和元年6月12日

○班長 皆さん、おはようございます。本日もよろしくお願ひいたします。

本日は、議事次第にありますように、議題（1）としまして、高齢者の保健事業と介護予防について、連携をとりながら取り組みを進めていらっしゃる事例として、構成員から事例発表いただき、後半、議題（2）としまして、事例発表を踏まえた意見交換を行おうと考えております。

前回も新潟県後期高齢者医療広域連合や船橋市、そして、札幌市の御発表をいただきまして、非常に盛り上がったと思いますし、それから、参考資料1にありますようなプログラム検討班において議論いただきたいと論点を深めることができつつあると感じております。

今日も群馬県、宮崎県美郷町、国民健康保険中央会の順番に、御発表をお願いしたいと思ひます。

初めに、群馬県より御説明をお願いします。群馬県後期高齢者医療広域連合からも同時に御発表いただきます

○構成員 それでは、皆さん、資料をお開きいただきましたら、ただいま班長から御紹介いただきましたが、私から県庁内の庁内連携について報告をさせていただきます。

庁内連携とさらに連携を深める形で、後期高齢者医療広域連合から、一体化に向けた取り組みを進めていただいておりますので、その取り組みについて御紹介をさせていただくということで、よろしくお願ひいたします。

本日、私から紹介させていただくのは、目次のおり1番から4番まで、県庁内における取り組みについて報告をさせていただきます。

まず、スライドの1枚目、皆さん、ほかの自治体も同様かと思ひますが、群馬県の要介護認定の認定状況につきましては、75歳以上を境に非常に認定率が高くなっている現状がございます。

また、要介護別に見た介護が必要になった主な原因につきましては、特に軽度の方につきましては、この廃用症候群関連が4割、生活習慣病関連が2割ということで、含めまして、フレイル予防が課題になっていると認識しております。

続きまして、次のスライドになりますけれども、本件の健康福祉部につきましては、ごらんのとおり、保健・医療・福祉・食品など、県民生活に密着した行政を所管しており、本当に専門職につきましては、小さくて見にくくて申しわけないのですが、保健師、管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師、保健事業にかかわるそれぞれの専門職種がそれぞれ別々の課でそれぞれの業務を所管しております。

具体的に申し上げますと、高齢者保健事業に関して見ますと、介護予防に関係する住民主体の通いの場の活用などについては、地域包括ケア推進室が担当しておりますし、次を

見ていただきますと、私は保健予防課になりますけれども、健康寿命の延伸に関する生涯にわたる生活習慣病対策、あるいは歯科保健対策について、保健予防課のほうが担当しております。

また、次のスライドになりますけれども、薬務課においては、薬局ビジョンを策定して、薬剤師、あるいは薬局の高齢者保健事業とのかかわりについて、次のスライドのとおり、高齢者の保健事業とのかかわりを薬局ビジョンの中でお示しをして、進めているという形になっております。

また、最後、国保保健事業の推進につきましては、国保援護課というところが、国保保健事業全般や市町村の保健指導の支援などについて、国保援護課が担当するという一方で、群馬県庁の中でも、本当に保健事業を行うという中では、他課にわたっているいろいろな事業を展開しております。

そういう中で、一体化の事業が始まる、有識者会議が始まる直前だったのですけれども、実は健康福祉部の中で、一番最初にお示ししました県政の新たな課題について、新しい対策を提案する仕組みがございまして、健康福祉部とすれば、フレイル予防が健康福祉部の課題になっているということで、これに関して、庁内で連携をして、知事を初めとする幹部職員に対して政策プレゼンを行おうということで、庁内で連携した上で政策プレゼンを行うということで進めさせていただきました。

ちょうどタイムリーに、その後に、有識者の会議に知事が構成員にというお話がありましたけれども、イメージとすれば、フレイル予防サポーターということで、既に構成員が全国でいろいろ展開をされていると思いますけれども、それを庁内で連携して、どうやったら進められるだろうかということを検討させていただきました。

イメージ図とすれば、管理栄養士、歯科医師、歯科衛生士、あるいは保健師がそれぞれ地域資源として持っている推進員やサポーターを活用したフレイル予防サポーターの育成に取り組もうということで、さらに、次のスライドになりますけれども、テーマでは「地域ですすめるフレイル予防」という形で、何枚かのスライドを作成させていただきましたが、代表的なスライドで1枚、きょうお持ちいたしました。本当に知事を初め、幹部職員、県庁内の方たちが、これからの保健事業がどのように進められていくのか、「住民主体の通いの場」とか、あるいは「高齢者の元気と絆づくり」をどうやって進めていくのであろうかということ、わかりやすく説明をさせていただきました、今年度の予算要求につながることができました。

また、このプレゼンだけではなくて、プレゼンに続きまして、県庁内だけではなく、県庁内の連携した取り組みをぜひ市町村の方に理解していただきたいということで、市町村トップセミナーということで、知事を筆頭に市町村長さんを参集いたしまして、健康寿命の延伸・介護予防に関する、誰もが住みなれた地域で、いつまでも自分らしく健康で生き生きと住むためには、どのような高齢者の保健事業が必要かということにつきまして、トップセミナーを行わせていただきました。

続いて、高齢者保健事業推進研修会ということで、こちらについては、後ほど後期高齢者医療広域連合から発表していただきますけれども、そこにさらに県庁職員が保健師、管理栄養士、薬剤師、それぞれの課がシンポジストとして参加をさせていただき、市町村の職員の方たちに、今後の連携・協働について考える機会とさせていただきました。

こういう中で、今後、県といたしましては、どのような推進体制をとったらいいかということで、これまで健康寿命の延伸のために、こういう組織図みたいなものを描いていたのですが、実はこの中のピンクの「後期高齢者医療広域連合」というのが、今まで位置づけがされていなかったもので、今回はこれを契機に、県と後期高齢者医療広域連合を、組織図の中でしっかり位置づけを行いました。あとは、生涯を通じた健康づくりの中の、下のピンクの部分になりますけれども「介護予防・保健事業の一体化」ということを、庁内を連携して、この体制図を共有しながら進めていこうということで、変更させていただいております。

さらに、おまけみたいな話になってしまいますが、糖尿病の重症化予防、発症予防につきましても、庁内連携を活用した連携体制の中で広域連合に入らせていただきまして、今後進めていくという予定になっております。

早口で申しわけなかったのですが、これが最後のスライドになりますけれども、これまでのこのような政策を実効性あるものと展開していくためには、科学的な根拠に基づいてしっかり実態把握と課題分析が必要ということで、これまでも保健予防課を中心にKDBのデータ、協会けんぽのデータを分析いたしまして、市町村とは共有を図ってきたところなのですけれども、今後は、後期高齢者のデータも含めて検討できる体制を現在整えているところがございますので、こちらについても、引き続き進めたいと思っております。

早口で申しわけなかったのですが、この後、広域連合から発表していただきますので、よろしくお願いいたします。

○参考人 引き続きまして「高齢者保健事業推進の取り組み～健康寿命の延伸に向けた一体的な実施を目指して～」を発表させていただきます。

群馬県後期高齢者医療広域連合です。高崎市からの派遣で、保健師職になります。

お時間の都合で、敬称、名称などを略させていただきますこととお許しください。

早速、2ページからお願いいたします。昨年、保健事業課の新設、保健師2名と事務職1名の配属から、誰が誰とどう進めるのかを考えたとき、健康寿命の延伸で方向は同じ、みんなでやりたい、連携・協働という思いから始まりました。

3ページ、事業推進の構想です。スタート時は、上の太字で、市町村が主となり地域包括的に位置づけられるようにすること、下の太字で、方法、時期などは、市町村の実情に合わせ、無理なく、また、負担が大きいため中止ではなく、PDCAで継続的に考えました。

そのために、赤字の研修やインタビューを実施することで、目標の共通理解、機動力ある庁内連携、関係機関連携、PDCAサイクルを掲げました。

そして、矢印下の方向性は、従来事業の発展・充実、市町村事業を支える、市町村実施

が難しい部分を支えるの3本立てで考えました。

4 ページ、研修会です。テーマは「健康寿命の延伸」を軸に、連携・協働です。組み立ては、左から、広域連合の情報提供、真ん中の基調講演、右のシンポジウムでは、県各課からの話題提供をお願いいたしました。

同じころ、県でも連携がテーマでしたので、事前会議の打ち合わせなど、ほかでもつながりました。

そして、まずは健診・医療・介護のみんなが参加ということですので、左の広域連合での主管課長運営会議でお諮りし、市町村各部門への周知を一本化、人集めをお願いしました。ワーキングの部会も同じです。

また、右、国保連の支援・評価委員会です。ここでは、周知の言葉や国保の状況も加えるなど助言があり、一部データを国保連からいただきました。もともと顔つなりの委員長に進行役をお願いしています。

5 ページ、研修会後の市町村訪問インタビューです。市町村の健診・医療・介護部門の方が集まる庁内連携会議を形づくり、広域連合からの聞き取りというスタイルです。広域連合は、分析で得た重点課題と後方支援策を提示、市町村からは現場情報を伺います。出席者全員で共有し、市町村課題を確認し、何ができるか検討します。市町村では、次の庁内連携会議に、また、広域連合とさらなる連携強化につながるように進めました。一番は、各部門の壁をなくし、前向きになれるようにということに気を使いました。

右に示したものが、広域からの後方支援策です。上2つ、連携の道筋づくりと、プレ事業は次に御説明しますが、3つ目の要綱づくりは、誰もが言うマンパワー、財源不足に対応するもので、要件を緩め、加算づけなどで取り組みやすさを心がけました。

4つ目、個人情報保護審査会では、法改正に先行し、市町村へ提供しやすくいたしました。

6 ページ、後方支援策の一つ、連携の道筋づくりですが、関係機関の主軸は三師会です。例年の医療懇談会で、高齢者保健事業の推進を議題にし、各会の個別相談につなげました。左から、県医師会とは健診後、未受療者への受診勧奨通知の再相談をし、会を通じて、会員、医師へ周知・協力をお願いしました。相談では、低栄養防止事業も検討中と話しましたので、市町村から郡市医師会に相談しやすいよう、一文を添えました。

その右、県歯科医師会とは健診つながりで、訪問歯科健診の相談から、事業実施地域の推薦をお願いしました。今後は、郡市医師会と市町村、主に介護部門と調整します。

また、右、県薬剤師会とは、既製品の多剤防止教育パンフレットから相談しまして、薬剤師訪問はまだまだ進まず、まずは啓発、教育の講師派遣からとなりました。

各会への相談には、真ん中、群馬県各課と相談、報告をしながら進めています。

また、市町村事業への人材協力では、右下の県栄養士会の相談にも県が、在宅保健師の会は、事務局、国保連の仲介で相談に至っています。2つの会ともに、研修しながらやりましようと言ってくださいました。

そのほかにも、県のプログラム検討構成員としての参加や、国保連の保険者協議会部会員として参加、市町村の特定保健指導を請け負う機関や歯科衛生士さんにも声をかけるなど、情報交換しています。

また、右上の新規、すぐ直結しませんが、いわゆる地域の事業に参加してこない方々の主体的な健康づくり、閉じこもり予防に賛同いただいたスポーツジム、旅館ホテル組合の方と協定を結び、民間活力の保険外サービスで関係づくりをしています。

7ページ、もう一つの策で、横展開に向けたプレ事業です。テーマは「低栄養防止」で、1村との協働事業の訪問を通して、さまざまな連携ができ、左上、サロン等の見学から、地域包括、民生、サポーターと顔つなぎをし、連携支援につなげることができました。

右上、郡市医師会への相談には、県医師会との連携が活かされました。

右下の管理栄養士は、会からの推薦で、訪問栄養相談ができ、左下、広域連合での試作品の帳票類について、かかわる方々の意見を伺い、検討しました。

プレ事業での連携、実施方法やツール媒体のヒントが、今後の他市町村への横展開につながるよう、情報提供しました。

このような後方支援策を携え、県内35市町村を訪問インタビューした結果、得られたことを、8ページから12ページにまとめています。市町村の組織体制は本当にさまざま、人との関係性が大きく影響しますので、数値化はできませんが、その後を考えるには大変有効でした。少し早口で御紹介いたします。

テーマ「低栄養防止」では、似た事業を介護予防で集団で行うのが複数、運動・認知症予防が多目、参加者が固定化、女性が多い、サービス支援に傾きやすい。健診結果からの抽出では、介護部門で把握していない人が多い。健診結果を使うならば、健診部門の対応がよいか。若いときから痩せ型では意識が低目。事例、ツールの反応はよく、人集め、連れてくるのが大変などの意見でした。

次に「糖尿病性腎臓病重症化予防」では、国保には受診勧奨をしても、後期はしていない。しかも、アウトリーチ手法でアセスメントから評価までとなると、ほとんどありませんでした。

ですが、似たものもあり、KDB出力リストの反応が高かったです。

次の「健康状態不明者の状態把握」では、未受診者対策を国保以外はしていない。地域包括では似たものをしている。地域役員の協力で難しい部分がある。健診と介護部門で分け合っただけの仕事でもよいか。リストを見てから考えるなどでした。

11ページ、不安なつぶやきです。事業をする人は、やったことがない、あれこれ忙しい、周囲の理解が得られず、相談者がいない。外部人材では、お金というより来てくれない、いい人、即戦力が欲しい。その他、組織の壁とマンパワー不足が一番でした。専門職を初め、担当者の心のケアが必要と感じました。

12ページ、まとめ、マル1、組織・連携がさまざま、統一実施は難しく、できるところから主体的な事業展開がよいのでは。マル2、今ある事業の工夫でできそうなのは。

マル3、もともと垣根なく事業をしていますというところもあって、マル4、開始のきっかけ、機運を捉えて、マル5は、市町村と広域連合の役割が見えてきたこともありまして、広域連合では、補助金要綱の作成や研修、参考に区別集計表やリストの提供などを行う必要があると感じました。

これを13ページの体制再検討として、真ん中へ具体化しています。低栄養、糖尿病性、健康状態不明は、市町村の主体事業として、右の多剤、口腔対策は、広域連合が先導しつつ、将来的には市町村の事業を目指したい考えです。

そして、今年度計画を公表し、意向調査を実施しまして、横展開に向け、結果を運営会議で発表しました。

最後の速報、テーマ別予定数をグラフ化していますが、いずれかでも取り組むのは、35のうち29市町村に上りました。組み合わせ対応も多く、まずはやってみるところから、ほとんどが小規模の直営で補助要綱より緩いですが、動き出そうとしています。

引き続き、小さな歩みですが、広域連合でも市町村、関係機関との連携で、一体となって地域包括ケアの中で高齢者保健事業を推進したいと考えております。御助言、よろしくお願いいたします。

以上になります。

○班長 ありがとうございます。

都道府県の大きな体制づくりの取り組みから、広域連合は丁寧に市町村インタビューを重ねて、現場でできることから始める応援をして、取り組み実施数が増えているという御報告をいただきました。質疑はまた後でお願いしたいと思います。

次に、宮崎県美郷町、どうぞよろしくお願いいたします。

○構成員 美郷町です。よろしくお願いいたします。

資料2をごらんください。

美郷町は、平成18年に3つの村が合併した、宮崎県北部にあります。山間の多い地域です。宮崎市からは車で150分、最寄りの市である日向市からはおよそ50分かかるところです。美郷町の現状は、人口が4,994人、高齢化率が51.1%、後期高齢化率30.1%と年々増加しておりまして、宮崎県の中で美郷は、県内トップの高齢化率となっております。町の産業は、第一次産業である農林業が多い地域です。

本町の抱えている課題について、3ページ目をご覧ください。本町の後期高齢者医療費の経年比較です。ごらんのとおり、筋骨格系疾患が多い状態です。また、KDBシステムの資料ですと、1人当たりの医療費は、平成26年度より、宮崎県平均、国平均よりも低く推移しておりまして、平成30年度は1人当たり医療費が6万3000円ほどで、県平均の6万8000円、国平均の7万円を下回っております。

4ページ目、こちらは、介護認定者の認定度別原因疾患を町独自で調べたものです。こちらでも、やはり関節疾患や骨折、転倒という筋骨格系が一番多い結果となっております。

本町の現状は、県内トップの高齢化率であり、医療費及び介護給付費ともに増加してお

り、そこで、将来的に元気高齢者をふやすために「いきいき百歳体操」を町内に広めていくことになりました。

7ページ目、いきいき百歳体操については、資料のとおりです。グループ数は現在59で、参加数は400人、この400人は高齢者の15%が参加していることとなります。町の支援としましては、物品の貸し出しと、指導員の派遣指導を行っております。

次のページをご覧ください。実施体制のイメージです。いきいき百歳体操は住民の自主活動としておりますが、支援として、町が社会福祉協議会に委託をし、健康運動指導士がおおむね3カ月に1回、各会場を回っております。また、包括支援センターや安心生活支援センターの定期訪問時、声をかけたり、民生委員の方々にも、必要に応じて声かけを依頼しております。

また、広域連合との連携といたしましては、広域連合が実施しております重複・頻回受診者訪問事業や重症化予防対象者について、事前にリストなどをいただいて、訪問者の調整を行っております。

9ページ目、町保健師のかかわりについてです。健診結果の説明において、個別に行い、体の状態について理解してもらうようにしています。ちなみに、昨年度は、健診受診者600人のうち、93%が対面で結果説明を行っております。そこで、いきいき百歳体操の紹介や、参加勧奨も行っております。

また、「気になる世帯」に対する定期訪問事業の定例会議に出席し、情報共有も行っております。

町内の医療機関等とは、健診事業の説明や個別ケース会議により御相談をしたり、連携をとっております。

いきいき百歳体操やサロン事業には、現場に直接行くのではなく、必要に応じて、企画や運営にかかわっております。

10ページ目、11ページ目は、いきいき百歳体操の町内ケーブルテレビを活用した広報活動になります。御参照ください。

12ページ目、いきいき百歳体操について、参加者の体力測定を定期的に行っております。こちらが結果となります。

いきいき百歳体操が開始して3年半がたち、課題が出てきました。次のスライドです。参加者が最大600人ほどいたのですが、現在は400名ぐらいになっております。

課題1、男性の参加者が極端に少ない。会場によっては、男性の参加者がいないところもあります。

課題2、本当に参加してほしい方がたくさんいるのですが、最寄りの会場までの交通手段がなく、参加していただけない状態があります。

課題3、最初の3カ月間きちんと続けられた方は、効果を実感することができたのですが、体操自体が単調なため、その前に飽きてしまって、やめてしまう方がいらっしゃいます。

課題4、農作業を初め、日々、さまざまな活動を行っている方が多く、わざわざ運動は必要ないと考える方がいらっしやいます。

課題5、会場によっては、世話人に負担がかかっているグループもあり、維持させるためには、サポーター養成を行う必要があると考えます。

次のスライドをご覧ください。その中でも課題1、男性の参加者が極めて少なく、サロンも含めて、いわゆる「通いの場」は男性から敬遠される傾向になっております。検討事項としましては、フレイル状態のリスクや体操の重要性について、今後も繰り返し丁寧に説明していくこと。また、無関心層に対してどのようにPRすれば参加してもらえるのかについて、参加しない理由や無関心層が何に関心を持っているかなどについても、聞き取りなど、検討していく必要があるのではないかと考えます。

次のスライドです。課題2、いきいき百歳体操に本当に参加してほしい方がたくさんほかにいるのですが、最寄りの会場までの交通手段がなく、徒歩で通うことも困難という理由で参加していただけないことに関して、送迎をしてほしいとの要望が寄せられたこともありましたが、自主活動なので、基本的に送迎は行わない考えです。送迎ボランティア等についても検討したことがあるのですが、実現には至っていません。また、会場は基本的に歩いていける距離で会場が設定されていますので、交通手段の問題ではなく、関心の度合いもあるのではないかと考えられます。

次に、低栄養予防事業について御説明します。

平成28年度、29年度と、モデル事業として実施しました。平成28年度は、前年度の健診結果をもとに対象者を抽出して、訪問指導を行っております。そのときの課題として、包括支援センターなどから健診を受けていない方で、フレイルの疑いがあり、気になるので次年度の対象者として検討してほしいと要望がありました。

そこで、次の18ページ目です。平成29年度は、健診より抽出した対象者以外に、サロン参加者に確認チェックを行い、その中から該当者を選びました。結果はご覧のとおりです。評価について、自宅での計測がほとんどだったため、5メートル歩行ではなく、30秒立ち上がりを行いました。

課題としましては、サロン参加者だったためか、ほとんどが85歳以上の方でした。また、健診を継続受診しておられる方が少なかったため、健診データを用いた評価を行うことが難しかったです。

20ページ目です。そこで30年度、昨年度は健診結果から対象者を抽出し、なおかつ、年齢が若い方から、管理栄養士による個別訪問指導を行うこととしました。事業評価としては、今年度の健診結果で行う予定にしております。

課題としましては、初回訪問したときに、フレイルに関してなかなか認識していただけなかったことと報告がありましたので、今年度は、健診の結果説明会のときにチラシを配り、対象者に管理栄養士がフレイルに関して訪問することを伝えるようにしようと計画しております。

21ページ目です。管理栄養士からの報告によりますと、参加者の状況は、ご覧のとおり、大きく3つのパターンだったそうです。

(1) 低体重で、血清アルブミン値が要注意の方。もともとこういう方は若いころから痩せ型であり、体重の変化がほとんどなく、食事内容については問題ない方が多かったです。ただ、難聴がある方やコミュニケーションが困難であるため、地域活動への参加が減少し、それに伴い、自宅での活動量も減少、筋力の低下が見られたそうです。

(2) BMI25以上で血清アルブミン値が要注意の方。この方々は膝や腰など、痛みを訴える方が多く、座位で過ごすことが多いため、活動量が少ないように見られました。食欲はあるのですが、間食に菓子パンと甘い物や飲み物を好む方が多かったです。

(3) 適正体重であるが血清アルブミン値が要注意の方。この方々は、主にたんぱく質の摂取量が少ない傾向にあったそうです。

22ページ目です。低栄養やフレイルについて、理解してもらえる方が少ないという経緯につきましては、生活習慣病重症化予防と同じく、今後も健診結果説明会において説明していき、また、健診を受けていただければ、町が健診状態を把握できないため、健診受診率を伸ばしていくことが重要と思いました。

次のスライドです。課題2、加齢により車の運転ができず、かつ家族等から定期的な支援も得られにくい件について、ご覧のとおりです。こちらは、社会資源の問題でもあるので、行動変容は難しく、関係機関との連携として検討していく必要があると考えられます。

次に、保健事業と介護予防事業における効果についてですが、25ページ目、現段階での結果についてです。本町における医療費経年比較です。筋骨格系及び結合組織の疾患順位が、29年度に下がっております。

26ページ目です。こちらは、1人当たり年間医療総点数の人数分布です。平成27年に比べまして、29年のほうが、若干ではありますが、総点数の分布が低いほうに人数が動いております。

最後に、本町のKDBシステムの利用状況について報告いたします。

28ページ目になります。本町では、まだまだ十分に機能が活用されていないように感じております。現在は、訪問活動等に個人へのアプローチする際の資料として、レセプト参照や、5年間の履歴は活用しております。そこで、治療の中断や医療機関での検査内容等を確認しております。

また、5年間の履歴は、CSVにして二次加工し、台帳作成にも活用させていただいています。

また、町の医療費が高額になる疾病を調べたり、県や同規模保険者との比較を行っております。

活用できていない点としましては、地区割りについて、うまく登録されてなく、二次加工しないと、地区での状況が見られません。以前、地区登録について、国保連合会に希望したことがあるのですが、難しいと回答が来ました。

また、KDBについての研修を受けたことがない職員が多く、機能を活用できていないので、ぜひ研修を希望いたします。

以上で発表を終わります。ありがとうございました。

○班長 ありがとうございました。

具体的な事業について、丁寧に流れ、そして、課題についても御紹介をいただきました。

次に、国民健康保険中央会の鎌形構成員、よろしく願いいたします。

○構成員 今回は「データヘルスの推進に向けた保険者支援」ということで、シートを準備させていただきました。KDBシステムの活用を中心にお話しさせていただきます。

1 ページ目、国保連合会と中央会の主な保健事業における保険者支援の中の一つとして、平成26年から国保・後期高齢者ヘルスサポート事業を行ってきております。この図でいきますと、左側の保険者等の方たちが、データヘルス計画や国保ヘルスアップ事業、さまざまな事業を行うに当たり、右側のほうの箱の真ん中ですが、国保連合会に保健事業の支援・評価委員会の有識者の先生方に参加していただきながら、具体的に指導を行うという形をとっております。

それらに対しまして、中央会のほうでは、ヘルスサポート事業運営委員会ということで、連合会をサポートする仕組みになっております。中央会のほうのヘルスサポート事業運営委員会には、班長にも参加していただいているところでございます。

2 ページ目、もう一つが、KDB等のデータの活用ということで、支援をさせていただいているところです。PDCAで事業を回すというところでございますけれども、データヘルス計画の策定や具体的な支援を行う中で、KDBシステム等のデータの活用を進めていただいているということで、提供いたしているところでございます。

また、中央会では、KDBシステムの開発支援、今、いろいろ御意見がありましたけれども、そのようなこともきちんと対応ができるように検討していきたいといつも考えているところでございます。

3 ページ目、これはKDBから国保・後期の年齢別の被保険者数を、平成30年度の全国データで見たものです。特に国保の場合には、65歳から74歳のところで、ぐっと被保険者の数がふえてございます。そして、75歳から79歳、後期につながっていくという人口分布になっております。

4 ページでは、それらを箱の形で示してみました。国保の加入者の場合、先ほどの図もそうですが、65歳以上の前期高齢者の方が断トツで多くなっているということでございます。そして、被用者保険から65歳になりますと移動してくるという状況になっています。75歳を境に全て後期高齢者医療制度に移行しますが、約8割が国保からの移行となっております。要するに、介護保険とか後期に向かって、国保の65歳から74歳の活動がいかに重要かということが、これらのデータでもわかるかなと感じているところです。

5 ページ目、要介護度の状況を見ております。これは平成29年度の状況です。団塊の世代の67歳から69歳の方たちは、まだ要介護度2.93%ということで、低くなっております。

85歳から90歳未満の半数になりますと、介護認定を受けるという状況がありまして、年齢が高くなるに従って、要介護認定者数というものが増えていき、また、90歳未満以降になりますと、ピークとしては下がっていく状況になっております。これらを見ましても、フレイル等の対策がいかに重要かということもわかるかなと考えているところでございます。

6ページ目、ここからは、KDBシステムのことを少しお話しさせていただきます。時間がありませんので、簡単に説明させていただきます。

1. 2. と書いてありますけれども、保険者等は、被保険者ごとの特定健診結果等の分析を行って、ハイリスク者を抽出した上で、医療レセプトから医療機関への受診状況を確認し、個別保健指導の対象者と指導内容を決定するというようなことで活用していただくと同時に、保険者等は、地区別や市町村別、県別及び全国の集計情報、また、同規模等の保険者、これらの形との比較等をしながら、特徴を把握して健康課題を明らかにし、それを踏まえた保健事業計画を策定しているということで、ここには書いてありませんが、昨今は事業を評価することのツールとしても活用できるようなシステム構築をしているところでございます。

次に、8ページ目をご覧ください。取り扱う情報でございますが、特に後期の場合には健診のところでは、KDB取扱範囲で後期高齢者の健診情報が取り入れられております。

また、医療に関しましては、65歳から74歳までは一定の障害がある者、それと、後期高齢者の医療情報が入っております。

また、介護のほうでは、介護保険情報が入っているという形で、健診・医療・介護情報とも対象は過去5年間のデータを掲載させていただいているところです。

10ページ目をご覧ください。国保保険者の総数、KDBシステム参加状況でございます。健診・医療・介護、かなり100%近くの参加状況を得ております。これらの情報からいろいろデータ分析をさせていただいているわけですが、2つ目の●ですが、蓄積データの件数もかなり多くなっているところでございます。全部で73億の件数が上がってきているところでございます。

12ページ目から、高齢者の保健事業に関する主な帳票を少し紹介させていただきます。

13ページ目をごらんください。地域における健診の実施状況等とその特徴を把握するというところで、このような健診状況の帳票がございます。健診を受けているか、受けていないかで、実際には健診結果が悪いにもかかわらず、治療していない方たちの人数を把握したりとか、全体を健診から俯瞰して見るという表になってございます。

14ページ目、これは医療・介護の突合の有病状況がわかる帳票となっております。縦列では経年的に5年間の年度が出ておりまして、右側には、男性、女性別、総計と、疾病が出ております。また、年齢別には、幾つかの刻みを指定しながら、状況を確認することができるようになっております。これらから、どういうところをターゲットにしていくかということの一つの資料としていくということでございます。

15ページ目、これは後期高齢者の医療・介護突合状況の帳票になってございます。これ

らにつきましては、要介護認定者を表示したり、最近の直近のレセプト状況を確認することで、どのような状況にあるのかを確認することができます。

また、ここでは、歯科レセプトの状況も入っておりますので、この辺も確認することができるという一表になってございます。

16ページ目、これは5年間の履歴です。先ほども美郷町さんから報告がありましたけれども、個人の5年間の医療機関の受診状況を見ることができる帳票になっております。受診勧奨した後のフォローとして、受診されたかどうかとか、あとは、保健事業にどのような切り口で活用していくかということがポイントになってくると思いますが、このような形で確認することができます。

17ページ目でございます。これは健診データのグラフ例ということで、数字だけではなくて、見える化してあげること大切かなということで、今回、BMI18.5以下の地区別の人数割合ということで、左側に仮想の地区割りをつくっておりますけれども、18.5以下の人たちがどのような地域にいらっしゃるかということが割合別に見られるような形で展開できるようになっております。

18ページ目からは、介護に関する主な帳票になっております。幾つか見える化しているデータを御紹介します。

19ページ目では、1号認定率の推移、2号認定率の推移ということで、保険者、県、同規模、国、これらと比較して、経年的に同時点時の自治体がどのような状況にあるかを見ることができます。

20ページ目では、要介護認定者の推移を見ることができる表になっております。

21ページ目では、介護給付費の推移を経年的に見ることができるということで、グラフ化できるということです。いずれも、CSVデータで出力しながら加工していく形になっております。

22ページ目では、これは医療と介護の突合の経年比較から変化を見ているということで、年齢別の要介護度別介護給付費の推移を見ることができる形になっております。横軸は年齢になっております。

23ページ目、これは介護データのグラフ例になっております。要介護度別の介護給付費、男性、女性の例で出しております。どのような状態が、経年的に変化があるかということですけれども、この表では余り大きな変化はないですが、男性、女性でかなり介護度の状況等も違ってきているということです。

24ページ目、要介護度別の有病状況です。左下が1号の認定者における有病状況、右側が2号の認定者における有病状況です。同じような脳疾患と糖尿病というところは囲ってございますが、これは1号、2号で有病状況に違いがありますので、この辺を分析しながら、どのように保健事業の中に展開させていくかということで、疾病をターゲットにしていくかということ判断していくところにも活用いただいております。

25ページ目、こちらは、健診がなく、医療がなく、介護認定もないということで、先ほ

ど無関心層とかというお話も出ておりましたけれども、それとは若干違うと思いますが、未かかわりのような状況の方たちがどの地域にどのくらいいるかということが、このデータでは見られるようになっていきます。左側に仮想の地域を出しておりますが、健診なし・医療なし・介護なしの方たちが地域にどのくらいの割合でいらっしゃるかを見ることができますので、その辺で実際に訪問したりとか、地区活動と一緒に連携したりとかということに生かすことができるのではないかとこの帳票になっております。

次に、具体的な事業を行う際に活用できる帳票ということで、少し紹介させていただきます。

27ページ目でございます。対象者の抽出とか事業参加者等の実施前後の比較を行える帳票として、新たに昨年の夏以降に開発したものでございます。実際には、地域の全体における性別、年齢層の指定による該当者数とか、該当者割合数を把握し、全体的に傾向として、健康課題を把握していくということや、また、ガイドラインのマル3からマル5のところでは、実際に介入支援を行う対象者を具体的に抽出していくという作業を行います。また、実施済み・実施中断の状況を1人ずつ記録していくということ。また、個人ごとの実施状況の記録をもとに、介入した人、しなかった人、そういう方における健診・医療・介護の状況の比較をし、事業評価をするという仕組みになってございます。

28ページ目では、その仕組みのところでは、具体的には低栄養、口腔ケアに関する事業が多く盛り込まれておりますが、それ以外にも、先ほどの地域サロンや介護予防事業、さまざまな事業において対象者の選定・実施状況の管理・事業評価に活用することができる機能を持っておりますので、これから幅広く活用していただけたらと思っております。

29ページ目につきましては、抽出条件の設定ということで、活用例として出しております。介入対象者の絞り込みを行うということで、これは栄養と重症化予防等のシートになっておりますけれども、想定例としては、赤く四角で囲んでありますが、年齢が65歳以上75歳未満、BMIが18.5とか、幾つか想定をして抽出していくということになります。

下のほうの四角、青の四角で囲んであるところでは、例えばということで、糖尿病性腎症の重症化予防事業では、ヘモグロビンA1cを初め、こういう状況を抽出条件で設定できますということで書いてあります。幾つかのスライドの過程をこちらのほうで示しておりますので、また後で見いただけたらと思っております。

32ページ目では、比較ができますよというスライドになっております。これについては、介入支援の実施前後の比較を、四角のほうで囲んであります上段のほうでは、個人別にかかわる前後の比較ができます。下のほうでは事業全体の比較ができるようになっておりますということで、参加群と未参加群の状況、それらを比較できるような帳票になってございます。そのような帳票が続いているところでございます。

また、36ページ目では、参考として、服薬管理の帳票もお示しさせていただいておりますけれども、このような服薬管理のほうも確認することができるようになっております。

次に、39ページ目からは、「さいごに」ということで、まとめに入らせていただきます。

40ページ目、国保連合会における保険者へのデータ提供についてということで、調査をしたときがございました。平成29年の8月でございます。データ提供の内容とか種類につきましては、図の左側の円グラフにあります。医療の分析とか介護の分析、特定健診・特定保健指導の分析、そのような地域全体の把握に関するものが多くなっておりまして。介護の分析につきましては、6%とまだ少なくなっていた状況です。

また、右側の図2)では、個別の保健事業の提供内容でございますが、これにつきましては、糖尿病性腎症の重症化予防であるとか、特定健診、糖尿病以外の生活習慣病の重症化予防、特定保健指導、あるいは、その他では、高齢者の低栄養とか重症化予防、これらが含まれておりました。

これらの結果から、連合会はこれまで国保の保健事業を中心に支援をしてきたということもあり、介護関連データ分析が少なく、生活習慣病等の重症化予防を中心とした医療費適正化に資するためのデータを提供することが多くなっていたのではないかとということがわかりました。

41ページ目、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関するKDBシステムの現状ということで、少しまとめさせていただきました。連合会では今も御報告させていただきましたが、保険者のニーズに対応したデータの抽出や情報提供を行っていることが多くなっております。また、数値のみではなく、グラフ等に見える化したデータを提供しているということも、傾向としては見えてきております。

また、2つ目に、地区単位の介護データを見るためには、国保ユーザーまたは後期ユーザーからのログインが必要ということで、これらの庁内連携が必要となってきております。

また、3つ目ですが、国保を中心にシステム開発を行っていますので、現状のKDBシステム帳票には介護データが多いとは言えないのが現状でございます。今後、介護予防の視点を含めて、さらにデータを充実させていく必要があるのではないかと考えているところでございます。

また、4つ目ですが、保険制度をまたいだデータの閲覧ということで、現行法令では保険制度をまたいで個人の健康に関する情報を閲覧できる根拠が明確に存在しないということもあるため、KDBシステムは、各保険者が保険制度をまたいで閲覧する場合、基本的に保険制度内で閲覧を閉じる設計としているのが現状でした。今回、法整備がされたことにより、これらに対して、具体的にまたいで見られるという条件設定のもと、閲覧ができるような仕組みが国で整理されてきております。現在では、各保険者間において、個人情報保護審査会や契約等の調整の上、閲覧権限の設定を変更することにより保険制度をまたいだ閲覧が可能となっているけれども、なかなか難しいという保険者の意見も多々聞かれているところでございます。

42ページ目、実施の推進に向けてでございます。1つ目でございますが、健康寿命の延伸のためには、前期高齢者からの健康づくり・予防活動が重要であり、特に先ほど最初の

データでお示したように、後期高齢者へ向けて一貫した保健事業が重要であるということとをさらに認識させられたところです。後期高齢者医療制度においては、健診が義務化されていないということで、健診受診者が少なくなっているということで、健診データが少なくなっております。また、健診時の質問票のデータが少ないということで、より多くの方の健康状態を把握するためには、やはり健診の受診を進めていくということや、医療機関や介護サービス事業者との連携等も今後必要になってくるだろうということです。

また、介護分野におけるデータヘルスの視点ということでは、町全体を俯瞰して見る視点や、データを用いた対象者の抽出、事業評価というものを、今後さらに活用していただけるように工夫していかなければいけないと考えているところです。

KDBデータを活用しやすくするための保険者の方たちへの人材育成等の研修も求められておりますので、この辺は、連合会・中央会でしっかりとできるように検討していく必要があると考えているところでございます。

また、5つ目の保険制度をまたいだデータの閲覧についての解消ということでは、個人情報がたくさんありますので、それらを保護していく中で、きちんと具体的にどうするかということも周知していく必要があるかと考えているところでございます。

43ページ目では、今後の展開ということで、連合会・中央会では、高齢者の特性を踏まえた保健事業の全国的な横展開のための研修会を今年度開催する予定で考えているところでございます。

44ページでは、参考のほうで、先ほど話しました法整備の条文ということで、国保連合会及び指定法人ということで、中央会のことでございますが、これらに対して、専門的な技術支援、知識を有する者の派遣や情報の提供、また、高齢者保健事業等の実施状況の分析、評価、それらの必要な援助を行うということで明文化されておりますので、これらについて尽力していくということを考えております。よろしく願いいたします。

以上でございます。

○班長 ありがとうございます。

中央会の有するKDBは、実はすごい機能がいっぱいあるのだけれども、まだまだ使いこなせていない自治体が多い状況もあります。私たちの研究班は重症化予防の対象者抽出や評価でKDBを活用させていただいていますけれども、自治体を横串にした分析とか、一つの自治体だけ見ても、それがいいかどうかわからないというところはあるのですけれども、比較可能ということが非常に大きなことであります。今後、医療と介護の連携になりますと、不可欠な機能になっていくのではないかと感じているところでございます。

それでは、事例の発表が終わりましたので、(2)の意見交換、その中で御発表いただいた内容についての御質問も受けていきたいと思っておりますので、活発な御議論をよろしく願いいたします。

群馬県さんの組織的な体制、広域連合の動き、また、美郷町の具体的な保健事業、KDBについて、さまざまな観点があったと思いますが、どなたからでも結構です。いかがでしょ

うか。いかがですか。

○構成員 群馬広域さんの取り組み、すごく参考になりました。現時点で広域連合が何をすべきなのか悩める広域連合にとってとても参考になる資料で、手引きになると思います。ありがとうございます。

群馬広域さんは市町村訪問インタビューを全てにおいてされたということで、それはすごいことだと思います。私どもの新潟広域連合のほうでも、構成市町村に高齢者事業の取り組み状況の把握、特に専門職の負担費用の補助について、何か参考になればということでアンケートを実施しているところなのですけれども、手応えがありそうなところには個別で聞いたり、市町村訪問をしたりして、次の手だてを考えようと思っています。

資料にあったインタビューで聞かれた不安なつぶやきというところでは、すごく共感できる部分も多く、「組織の壁」であるとか、「マンパワー不足」というのは出てくることだと思います。

現時点の新潟の市町村の反応としては、通いの場は多くの市町村で実施しており、基本は地域でやっていることなので、その地域から依頼がなければ、市役所の専門職は行けないし、あっても年1回ぐらいなのですという話で、また、そういった事業実施の働きや支援は行うけれども、事業全体のコーディネートとなると、市町村はどの程度のレベルまで求められるのかが一体化ではわからないという声がありました。

あとは、人件費は費用として盛り込むということなのだけれども、正職が実施する場合には対象になるのか、頻度や内容はどの程度まで求められるのかが不透明で、ここが見えてこない、具体的に話が進まないように感じます。いろいろ私のほうもまた相談させてもらいながら、話を進めたいと思っています。よろしくお願いします。

○班長 ありがとうございます。

何かコメントはありますか。

私はちょっと伺いたいのですけれども、悩める広域連合というお話がありましたけれども、各都道府県の広域連合が横串を刺してディスカッションしたりとか、取り組みの横展開に向けて一緒に勉強したりとか、そういうことは今まであるのでしょうか。または、広域に配属されるときに一定の研修を受けるとか、そういうことはあるのでしょうか。

○参考人 まず、一定の研修を受けるというきちんと決まったものというのではないのですけれども、私も昨年度出させていただきましたが、11月くらいに意見交換会という場面で、他の広域連合さんと、市町村さんも含まれてなのですけれども、その場面でやりとり、研修といいますか、情報交換はできた気がしております。

○班長 全国の都道府県の広域連合の会でしょうか。

○事務局 今、お話をいただいたのは、班長にも御参加いただいたモデル事業における意見交換会です。こういうトピックス的な事業を立ち上げるに当たって、どうしても専門性が求められる部分もあり、専門職も事務職もあわせて集まっていたいただいた意見交換という形が、モデル事業の枠の中で実施できたところですよ。

ただし、47広域連合、全部に集まっていただいて、いろいろな研鑽を積むといった形の研修が今はなく、中央会から御報告いただいた、今年度研修事業、その実施の中で初めて47広域連合にお集まりいただき、保健事業に焦点を当てた研修を実施していただく。そのような形になってございます。

○高齢者医療課長 付言しますと、今回のこの一体実施の法改正が大きな転機になってまして、御指摘いただいたような横串での研修というか、皆さんの意見交換というのは、今後きちんとやろうと思っています。

一つには、今、申し上げたとおり、モデル事業に参加していただいている皆さんの市町村との意見交換は既にやっています。次の段階として、まさにここで御議論いただいて、ガイドラインをまとめたあたりぐらいで、各広域連合さんで、それぞれがそれぞれなりに考えていただくことがあるので、それを例えばブロック別に、6つのブロックがありますが、そのブロック別に広域連合さんが持ち寄ってどうするのかとか、そういった動きにもつながりますし、細かい話ですが、そういった会議が開催できるように、特別調整交付金の手当ても、今回、交付基準を変えまして手当てもしていますので、そういった動きにつなげていきたいと思っています。

○班長 ありがとうございます。

いかがでしょうか。

○構成員 御質問というよりは、3つの御発表の感想でございます。

まず、最後の国保KDBシステムの膨大な資料で、本当に私自身、医師であり、かつ研究者ですが、改めてこういう風に使えるのだみたいなイメージが湧いた。ただ、現場の方々、いわゆる研究者の畑でやってきていない方には、もう一回り取っつきやすくしてあげないといけないのかなと思っています。とはいえ、いろいろな情報を紐づけられる最大のメリットは、まず最初に実感し掴んでいただけるように持って行っていただきたいと思います。

幾つかの感想は、まず群馬県広域連合様の資料の中のインタビューのところ、あるコメントに私は注目いたしました。「既存の類似事業の工夫によってできるのではないのか」というコメントがあったと思います。これは前後背景の会話がどういうふうにあって、こういうちょっとしたコメントになったのか分からないのですが、もしかしたら全国のいろいろな現場の方々の、例えば保健師さんしかり、いろいろな行政の方しかり、このように思っている方々は相当多いのかもしれないですね。今までやってきたし、という気持ちもあると思います。改めて何を求めるのか、という部分を改めて明確にする必要があると思うのです。

そういう意味では、9月～10月ぐらいに作成しようとしているガイドライン、そしてその中に盛り込まれる新質問票15問の解説書などにおいて、この施策は何を目指していて、例えばKDBのこのようなデータと実際に15問の質問票データを組み合わせると、今までに見えていなかった世界が見えて、専門職種のスキルをもう一回りしっかりと活かせるのだ

と。それこそ仮想的な事例でも良いので、成功事例のようなものをリアルに示してあげないと、恐らく、国から何か重たい宿題が降りてきてしまったと考えてしまう等、毛嫌いされてしまうのが怖いなと思いました。

これは本日の資料を見ての感想ではなくて、実際に私自身が全国で様々な自治体とやりとりしている中で、「先生、厚労省の一体的実施の有識者会議メンバーに入られているんですね」という話になり、エッセンス・概略をお伝えすると、反応が2通りに分かれるようです。ある自治体の行政の方は、確かに保健師さんに改めて活躍して欲しいとか、データベースが埃をかぶってしまっているとか、それらの諸事情は分かっているのですけれどもね、、、という反応であり、それが国の施策として明確に出てきてしまった方が、やらざるを得ないという気持ちで吹っ切れて、実際にやると思いますよ、という非常に前向きなコメントを言ってくださる自治体行政の方もいらっしゃいます。

一方で、ある行政の方は、この一体的実施の目指す方向性の一つには、データベースもありますが、もう一つには、保健師さんが中心的にうまく専門職種ならではの活躍をということでやってほしいというメッセージがあるわけなのですけれども、行政参加の保健師さんは、いろいろな事業をいつ仕掛ける、どこを予約する、どういうチラシを配るといふ、いわゆる事務的なことで精いっぱい、そこまで求められても無理ですと言いつつ切っているところもある。

例えば、地域包括支援センターにも保健師さんはいらっしゃるのですが、そういうところに求めると、恐らく3分の2ぐらいの方々は、本施策で期待している包括的なサジェスションは難しいのではないかと思います、と言われてしまっており、そのような現状をこの間聞いたばかりなのです。

だから、我々が中枢部でいろいろ戦略的に話し合う中で、現場の温度感と、どこまで肩が温まっているとか、どこが毛嫌いするポイントなのかとか、そこら辺は比較的慎重に考えて、ハードルになりそうなところを柔らかく示すようにしておかないといけないと思います。来春に本施策を各自治体でお願いしますというメッセージが出るのでしょうけれども、そのときに、一回り肩が温まっていたり、必要性を十分感じているところは先駆的にいくのでしょうけれども、かなりの周回遅れ、またさらに周回おくれというすごい時間の差が出てきてしまうのかなと、若干危惧いたします。

そこには、最初の先入観の話の重たさとか、先ほどの部署間連携も思うようにできないとか、そういうこともあります。私自身の活動のなかで、この一体的実施に関する話題での現場から出てきている言葉をお伝えさせて頂きました。

以上です。

○班長 ありがとうございます。

今回、一体的実施に向けて、どんな準備がされているのか、を見せていくことが重要、ということですね。今までできなかった世界が見えるとか、今まで事務作業に忙殺されていたところが、KDBをわかりやすく簡単に、こんなふうに使えばかなり負担軽減できること

を知ってもらおう。一枚一枚レセプトを繰ったりとか、帳票を使ってやっていたことが、かなり楽になるイメージがどう出せるかが重要なポイントかと。

○構成員 もう一つ、先ほどちょっと言いましたが、複数の自治体の方々とこの話をする、最初はデータは大変だという第一印象があるようですが、でも、多くの方々が「重要性は分かっている。しかし、自発的にやりましようといってもなかなか出来ない、最初は重たく感じるかもしれないが、このような流れで国からのトップダウンで指示が出た方がやると思います」という声は結構多いのです。「重要であるので国の方針として」と言っていた方が良い、というコメントは多いようです。

○班長 課長、お願いします。

○高齢者医療課長 たびたび差し出がましく恐縮です。

先ほど、新潟の方からもお話があったのですが、確かに御議論をお願いしながら、その前提として、国なり広域連合さんのお金はどういうものを用意するのですかというところを、きちんと明確に私どもがお示ししていないのが問題かなと思っています。なので、未定ながらも、今、私どもの頭の中のことを申し上げ、それを起点として御議論いただくことが効率的だと思います。

第1回のときにお配りさせていただいた、きょうの資料でも参考資料1としてございまして、冒頭、座長から御紹介いただきました論点のペーパーでございまして。

その1ページの下なのですが、市町村に配置される医療専門職の役割についてというくだりで書かせていただいています。今後、ここは広域連合さんとの御相談が必要なのですけれども、特別調整交付金を付加して、広域連合さんから市町村に交付する事業費をもとに、一つは各市町村ベースで地区の健康課題であったりとか、事業のコーディネート、データの分析、まさにいわゆる中核的にプランニングをしていただき、方向性を示していただく方、そういった医療専門職の方を配置したいということが一つ。

さらに、それぞれの地域、例えば将来的な姿とすれば、日常生活圏域なども念頭に、そういったところで御活躍いただく医療専門職の方々、そういった配置ができないだろうか。

それと、先ほどもお尋ねがありましたけれども、今のモデル事業のように、非正規の方に限るとか、いわゆる臨職さんだけですよということになると、非常に使い勝手が悪いということで、そこを例えば、正職の方がこういった役割を担っていただいても構いませんという形が構成できないかどうか。ここはお金の使い道で頭を使わなければいけないところはあるので、より精査が必要ですが、イメージとして考えているのは、今申し上げたような医療専門職の方を地域に派遣して、そこは正規の方でも担っていただけるのであればありがたいという形で構成できたらと思っています。

そういった中で、地域で活躍していただく医療専門職の方が、一つは、モデル事業もやっていたような個別的なアプローチもあったり、それに加えて、通いの場などへの関与といったこともあって、その辺は地域ごとでバランスが違ふのだと思います。そ

の濃淡をどのようにつけるべきなのかということを示すべきなのか、それとも、そこはお任せするものなのか、いろいろなことがあろうかと思えます。差し出がましくて恐縮ですが、今申し上げたようなことを前提に、また御議論をいただけるとありがたいと思えます。よろしくお願ひします。

○班長 ありがとうございます。

その前提に対して、ここのはぜひそうお願ひしたいなどの意見も大丈夫でしょうか。

○高齢者医療課長 ぜひお願ひします。

○班長 ありがとうございます。

どうでしょう。構成員の皆様方、御意見、御質問等がありましたら、いかがでしょうか。

○構成員 ありがとうございます。

いろいろな方の御意見を聞いて、とても勉強になりました。

今、先生からお話があったのは、私も神奈川県内が主ですが、かなり複数の市町村、それから、自分がアドバイザーを務めている市町村からでも、例えば先進的にやっている市町村であっても、その中で温度差があったりするのですね。だから、例えばあの専門職は前へぐっと行くのだけれども、こちらがそうでもなかったりと。

そういうときに、いろいろな調整が必要になってくるのですが、今、先生が言われた中に、同じようなことをやっているのではないのと。そういう意見は確かにたくさんあります。特に健康相談・健康教育事業のようなところで、依頼健康教育と市町村ではよく言うのですが、通いの場などで、例えば介護予防の歯のことを話してと言うと、保健師さんがその依頼に応じて日程を調整してやってくる、そこでお話をします。それとどう違いがあるのという話がよくあるのです。

もしお金の話とか、その市町村は人が来てくれるか来てくれないかぐらいの山間部なのかどうかというのはさておいたとしても、これはあくまでも、今ふと思いついた話なのですが、そういう事業も補助金の対象ではないですけれども、そのようにしていただけると、要するに、今ある事業をそこにある程度置きかえることができる。突発的にただ行っているだけといえれば行っているだけで、それは一発で終わりなのですね。ですが、それがある程度体系化できて、PDCAが曲がりなりにでも回っていくような方向にでも行けば、一つありかなと、今、先生の話聞いて思いついた次第です。

以上です。

○班長 ありがとうございます。

既存で今までいろいろな事業をやっているのを、これを機会に一度整理をし、どうやっていくか。それこそ地域連携というか、各課連携して議論すべき内容になってくるのでしょうか。

○構成員 そのほうが現実的かなと。そういう意味での一つの指標みたいな、形みたいなものを、国のほうに示してもらおうと、及び腰だったような、やってみたいような、やって

みたくないうようなどうしようかと、宙ぶらりんな状態の町村が本当は多いような気がするのです。気持ちはあるけれども、どうしたらいいかわからないみたいな。そういうところの追い風にはなるのかなと思いました。

○班長 今の話で、それぞれのメニューをやっている、例えば全部手挙げ方式で事業評価せずにやっていると、必要な対象者にちゃんと行き届いているかどうかまで把握できない。そんな市町村が多いような気がするのですけれども、そこは例えばKDBを使うとか、庁内連携をすることによって体系化をしっかりとさせていただいて、今まで手挙げでは来ない人たちにアプローチすることも含めて検討していく。また、参加した人がどうなっていくかの評価も含めて、この事業に組み込んでいただくと、より実効性が出るのかなと思うのです。

だから、どうなのでしょう。組み込む方向で、今やっている事業の棚卸しのいいチャンスになるような気もするのですが。

○構成員 私はそう思います。

○班長 どうぞ。

○構成員 今の御意見ですけれども、先ほどの先生方のお話ではないですが、市町村がもともと自分たちとして、高齢者の介護予防とか高齢者事業をやっているという自覚がすごくある中で、では、この一体化とはどういう関係があるのですかというところを、いろいろ説明に行ったりする機会があると、通いの場を使うというのはどういうことなのだろうとか、幾つかのメッセージの中でよく理解出来ないところがあります。

広域連合が主体的に事業を展開しているというのと、また、市町村が、自分たちで自主的にきちんと今までもやっているというものと、広域連合が市町村と連動してしっかりとやっている事業とか、そのような幾つかのバリエーションがあって、市町村が単独でやっているのは、今までモデル事業の中でもたしかあったと思うのです。自分たちでやってきたよ、だから、別にとということもあったと思うのですけれども、先ほど班長がおっしゃったように、全体の中でどうなのかとか、やっているけれども、その対象者はちゃんと絞れて、きちんとした対象者になっているのかとか、効果が出ているのかとか、そういう仕組みのところもきちんと見ていくような活動がすごく重要だということも、入れ込んだほうがいいのかなと思いました。

○班長 ありがとうございます。

いかがでしょうか。

○構成員 群馬県の広域連合の方にお聞きしたいのですが、35市町村訪問されたということなのですが、市町村の中にもいろいろな保健分野、高齢者部門とかいろいろあると思うのですが、どの部門に行かれたのか教えていただければと思います。

○参考人 研修会と同じなのですが、広域連合と市町村が、どこがつながっているかというところは、後期高齢者医療担当部門の、いわゆる事務職の方々がいらっしゃるところになるかと思うのですが、まずそのつながり窓口を強化すること。研修会でもそう

だったのですけれども、訪問インタビューをするに当たっても、そちらに一本化で声をかけさせていただいています。

そこから庁内の介護部門、それから、健診部門等々に声をかけていただいて、その方を集めていただいて、後期高齢者医療担当の方が陰の中核となって、連携の横串を刺す一歩目をしていただいたところにお伺いをするという形にしました。

それは、今後将来的にも、どこも広域がつながっていくというのが、組織が市町村さんさまざまな中で、各部門ごとに例えば3つの通知を出すということではなくて、1つのところにお出しをして横展開をしていただく、情報を横につなげていただくというところから始めさせていただきました。

そうしますと、市町村さんによって、3名から中には9名ぐらいの会議のメンバーになって、そこでも少し差はございますが、その中身は、確実に医療だけではなくて健診、介護の部門の方も出席していただく、又は、出席できなくても、わかる方が情報を持って出席してくださいというようなお願いをさせていただきました。

○構成員 ありがとうございます。

○班長 どうぞ。

○事務局 今の話に関連しますので、続けて失礼します。

先ほどの群馬県広域連合さんからの御発表の中で、平成30年度から保健事業課が新設されたと御発表をいただきましたが、こちらのきっかけが何であったかがわかれば教えていただきたいです。

もう一つ、広域から市町村の意向調査に取り組んでいただいているというところなのですけれども、構成市町村の反応ですとか、そうしたところについて、御説明をいただければと思います。

○参考人 1点目のきっかけなのですけれども、データヘルス計画の第2期の策定に当たりまして、群馬県広域の中では、全国的な傾向もあるかと思うのですけれども、保健事業が健診中心であった中で、やはり重症化予防事業に取り組んでいかななくてはいけないということを考えたときに、それを考えられるノウハウがないというところで、ぜひ専門職の方を取り込んで、専門の課をつくってやっていきたいというところが、きっかけになったと思われま。

群馬広域が、例えば保険者機能チェックですとか、インセンティブに関しても、なかなかうまくいっていない状態もあったところも、一つのきっかけだったかなと思っております。

2点目の意向調査なのですけれども、意向調査の反応については、推進を一番最初から計画をするに当たって、研修会を組んで、その後にインタビューするという構想を練っておりました。後期高齢者の医療担当の主管課長さんがお集まりになる運営会議というのを、定例で年に4回行っているのですが、その中で方向を常にお伝えをしながら、次にこれをしていきます、次に、こんな形でいきますというお話をさせていただきましたので、比較

的意向調査に関しては、スムーズな御回答をいただけたかと思えます。

また、事前に訪問インタビューというところで予告もしていますし、その部分で、それぞれの部門が気持ちを決めていただきつつあったのだと思うのです。気持ちも決めつつ、私たちが訪問インタビューを終えた後に、庁内で改めてもう一回連携会議をしようと思ったところもありますし、その大きさは本当にさまざまだったかと思うのですけれども、そういう意味で、意向調査は苦しいところもありましたが、回答をいただけたのかなと思っております。

意向調査をした結果も運営会議でお話をしまして、まだまだそこまで到達していない市町村さんは、意向調査の結果を見て、また考え直すという方向になったのではないかと思われまます。

○班長 どうぞ。

○事務局 群馬県さんに御質問をお願いしたいのですけれども、平成30年度にフレイルに着眼されて、群馬県さんでも取り組みを始められたという御発表をいただきましたが、こちらのきっかけを教えていただければと思います。お願いします。

○構成員 先ほどは時間がなかったので説明しなかったのですけれども、実は県は県政の課題を、本当に重要課題を解決するために政策プレゼンという仕組みがありまして、各部署で、例えば健康福祉部ならば健康福祉部で、今、一番重要課題は何なのかということを手を挙げて、それぞれがこういう政策をやりたいということで、知事とか幹部職員に、来年度の予算のことは余り言うてはいけないのですけれども、将来的にはこういうふうになれば県民が幸せになるというプレゼンをさせていただく機会がありました。

従来だと、例えば保健予防課が健康寿命の延伸をプレゼンしたいというのでも3年ぐらい続けてやってきたのですが、健康寿命の延伸は健康福祉部で保健予防課だけでいいのですかという議論の中で、ちょうどこのフレイルということと、一体化がまだ有識者会議が始まる前だったのですけれども、大分上のほうから、もう少し地域包括ケアシステムの構築が進む中で、地域包括ケアシステムは地域包括ケア推進室、国保援護課だけではないでしょうと。生涯を通じて、特に国保だけではなくて、いわゆる働き盛り世代であったりとか、そういった地域・職域連携のところを、保健予防課でも力を入れていたので、地域・職域推進連携の中に、地域包括ケアシステムであったりとか、高齢者の部分も入れていかなければいけないだろうということで、何かプレゼンできませんかという宿題がおりてきました。

それで本当に庁内でみんなで、管理栄養士、保健師、歯科衛生士、歯科医師、もちろんドクターも頭を寄せて考えて、そうしたら、まず一番の壁が、「フレイル」というテーマで企画会議にかけたら、まず「フレイル」って何というところから始まってしまったのです。

まずフレイルとは何かということを知事が理解できるかとか、幹部職員が理解できるかとか、なぜ今高齢者なのだということを丁寧に説明してくださいということだったので、

実際のプレゼンは、そこに来ている神山主幹が輪っかテストを知事の前でやってみたり、そういう具体的なプレゼンだったのですけれども、それがきっかけで、今年度は庁内の中で一本化した予算をとれた。重要化予防についても、国保援護課と保健予防課が予算要求を別々にやっていたものを一緒にやったほうをとりやすいとか、庁内で連携して重点施策を出す仕組みをつくったというのがきっかけでした。

それで、タイムリーに知事が会議のメンバーに入ったことで加速した部分が、広域連合とのつながりになってきたということです。

○事務局 ありがとうございます。

先ほどの発表資料の中でも、データがかなり使われていますので、そういったところがデータの訴求力となって、政策も動かすという流れになっているのかなと感じているところ です。

先ほど、構成員からも御発言がありましたけれども、データの壁というところは、私も歩いている中でいろいろ伺うところですが、こういうところで、根拠としてデータが使えるのだと。それがもとになって変わっていく様子も、変遷がわかるのはデータですので、そういったところの活用を市町村、また、広域連合の中でも意識をしていただいて、まず、データの壁を一步超えていただけるような書き方をガイドラインの中でもしていきたいと考えているところです。ありがとうございます。

○班長 ありがとうございます。

今の2つの話を聞いていて、広域連合が市町村にヒアリングに行きますよと言うと、そこで市町村の各課が、一回頭を寄せて考えないといけない、という話になっていく。そこでデータとか事業のことを一緒になって考えると。広域からの適度な外圧といいますか。また、県でプレゼンをしなければいけないからデータが必要だよねと。そこでまたデータを見直すとかという動きになっている。自発的に見るというよりも、宿題とか、プレゼンをしなければいけないとかとなったときに、すごく積極的に掘っていくような動きにつながっていったのかなと思うと、市町村の外から何かそういうプッシュがあり、そして、できる方法を示すという双方が非常に重要なのかなということを知っていて思いました。ありがとうございます。

○構成員 データにこだわってお尋ねしたいのですが、まず、データを集めて、入力して、それがKDBシステムに入って、そして、都道府県もしくは広域連合、市町村がKDBシステムを使ってデータをCSVに落として、集計してという大きな流れがあると思うのです。まず、一番最初のデータの入力ということなのですが、まず、鎌形構成員に伺いたいのですが、そういったところもKDBシステムに反映されるようになっているのでしょうか。

○構成員 先ほど、資料としてお出ししたところがあります。スライド9でございますけれども、対象データとしましては、健診・保健指導と医療、それと介護、この審査支払い、給付のシステムから導入しておりますので、実際には、今、先生がおっしゃったようなと

ころの情報が入ってきているというわけではございません。それを加工しながらアクセスさせるとできますよということで、そこをわかりやすくしっかりと提供していくことが必要かと思えます。

○構成員 そうすると、それに絡みますが、通いの場に参加している方が、この方が参加しているか、していないかというのも、なかなかその方を同定するのは難しいのかと思うのですけれども、その点はいかがでしょうか。

○構成員 そこは自治体、市町村でどのぐらい把握されているかということになるかと思えますけれども、そこで名簿等が出てくる中で、そこと突合させるような形になってくると思えます。

○構成員 そうすると、その自治体の方が名簿と突合させて、入力するのは手入力で入力するという事なのですか。何かシステムでできる仕掛けがあるのでしょうか。

○構成員 そこにつきまして、まだまだ至っていないところですので、それがどのようにスムーズにできるようになるかということは、私どもはきちんと考えなくてはいけないと考えています。

○構成員 質問票が新しくできたときに、健診の中で質問票をチェックして、恐らく今の特定健診の質問票と同じ流れですのですが、通いの場で質問票を集めたときに、一体誰がどうやって入力するのだろうかというのは、東京の市町の職員さん、そもそも人手が足りないし、誰が入力するの、俺が入力するの、嫌だなみたいな、そういう物理的な不安を抱えていらっしゃる方がいるということ。

今度は、その次に、KDBシステムに入っているデータを活用するときに、以前、構成員がいらした大和市では、データを分析する職員を別個に雇うことができたとおっしゃっていた。違いましたか。

○構成員 雇うまでではないのですが、その担当の職員を、事務職を充てているということはありません。

○構成員 なるほど。そうすると、そういったデータを分析するということに、群馬県さん、それから宮崎県的美郷町の方、どなたがKDBのデータを集計されていたのでしょうか。結構手間がかかると思えますし、集計ソフト、統計ソフト、エクセル等を使いこなせていないと難しいのではないかという気がするのですけれども、いかがでしょうか。

○構成員 群馬県も、まだ法整備ができる以前に、KDBを糖尿病の重症化予防の観点から、なぜ重症化してしまうのかというところはしっかり分析しないと施策が打てないということで、ぜひそこを何とかさせていただきたいということで、先進してやっている各都道府県、特に静岡県だったりとか、班長のところもそうですけれども、いろいろなところに視察をさせていただきました。

そのノウハウを県の中で生かすためには専門職が必要だということで、ドクターを1年間兼務でつけていただいて、そのドクターを中心に解析を、先進県をまねて、あるいは国立医療科学院にも大変お世話になりまして、科学院のシステムをかなり有効活用させて

いただいて、標準化該当比であったりとか、市町村がどう使えるかということのほうで解析して、群馬大学の倫理を通したり、いろいろな工夫をしながら、公に外に出せる状況をつくりました。

そこが評価されて、実はパソコンもソフトも、相当のお金をつけていただいて、整備が進んで、今年度からはドクターの兼務がとれて、専任という形で保健師と管理栄養士とドクターが3人1組になって、今は協会けんぽのデータも一緒に合体して、いろいろな視点から分析を進めているところですので、道のりは長かったです。

ですので、この一体化で、かなりいろいろな法整備や個人情報の取り扱いであったりとか、悩みが、後期高齢になってしまうとデータがぷつんと切れてなくなってしまうところが、群馬大学の先生たちは非常に気になっていたりしましたので、今回はその辺がこれから一体的に何かできればいいのかなということは、検討はさせていただいています。
○構成員 ありがとうございます。

○構成員 美郷町の発表の中でも出させていただいたのですけれども、正直なところ、うまく活用できていないです。何件か健診のデータなどを二次加工しているのは、実際は私が担当でしているのですが、私は国保の重症化予防のほうも担当しておりまして、我流というか、エクセルで、本当にこういう難しいことはできていないのですけれども、課内の資料づくりとか、そういうものには活用させていただいています。あとは、たまたま課内にエクセルに詳しい方がいらっしゃるの、その方をお願いしたりしている現状です。

○構成員 どうもありがとうございました。

○班長 ありがとうございます。

いかがでしょうか。

○構成員 そもそも保健師というのは、地区診断をして、地域の課題を明らかにして、そして、保健師活動をやっていくというのが、保健師活動指針にもうたわれておりますので、このデータを活用するということは、本当に保健師活動の中では基本となるものだと思うのです。

国保中央会とかでもいろいろなデータがあるのだけれども、それをうまく活用できていない現状がわかってきましたので、本当に簡単に地域の課題が明確になるような方法があるといいのかなと。

そして、そういったデータが明らかになると、政策的なアプローチ、それから、住民に対してのアプローチにもつながってくると思いますので、また、そのデータをどのようにグラフにして、どのようにプレゼンするかということまで持っている、大分いい方向に行くのかなと感じました。

以上です。

○班長 ありがとうございます。

私は参考資料2を提出しています。新しく高齢者の質問票というのが、8ページにあるのが今後健診や通いの場で使われるということなので、それに対して、15ペー

ジから、研究班でその内容をどう踏まえて保健事業につなげるかということで、質問票を活用したマニュアルづくりとか、指導の現場でどう使うかということもやっています。もう一つ、18ページで、先ほどの入力という話がありまして、どう入力の手間を減らすかということで、タッチパネルを使ってやれないかということにトライしています。

タッチパネルで回答していただいて、高齢者でもそれほど時間がかからない、サポートがつけばタッチパネルで入るので、それをデータベース化していく。スマホでもできるし、iPadでできるわけですがけれども、例えば個人に対して、19ページにあるようなひな形なわけですけれども、それぞれがどういうところが気になるかみたいな結果表を個人に出したり、裏には、A3サイズの指導に使えるような教材を組み入れて、こういうものを広く使えるようにしたらどうかということ、今、検討しているところです。

通いの場で、タッチパネルがまた余計ハードルが高いということになるかもしれないですけれども、質問票15項目でそのようなことができれば、わざわざ保健師さんとか自治体の方が入力する手間も省ける。そんなに時間はかからないということも確認しながら、通いの場の方は結構わいわいやりながら入力してくれていることもわかりましたので、そういう方法も今後検討していてもいいのかなと思います。そうすると、データが経時的に常に入っていくことになるので、今後の利用については、できるだけ負担がない方法も検討できたらいいのかなと思います。一例として紹介させていただきました。

その前のページにあるのは、私たちのセンターが介護予防の関係で自治体と一緒にやっている事業の中です。口腔だけ別にやるとかではなくて、一定のプログラムの中に口腔も入っているいろいろな要素が全部入っている。その人の状況に応じて個別指導を加えるみたいな形で、全ての項目について、一あたりさらっと1回は知っていただくのがいいのではないかなと思って、そんな事業をやっています。

その前の5ページあたり、これは健診結果で、高齢者で健診を受けている人は、健診が受けられる健康状態にあるということではあるのですけれども、人間ドックの大規模調査でも、高齢者特有の健康課題がマクロ的にも見えている。意外と健診に来られる人は、脂質系とかがかなりいい人が多いということや、喫煙者が少ない、もともと喫煙していた人も少ないというデータもわかってきましたので、高齢者の事業を組みかえるときに、今、手元にどんな情報があるのかということも含めて、再度構築していくというの必要なというのが、きょう、私がこの資料を用意したポイントです。またゆっくり見ていただければありがたいです。

どうぞ。

○構成員 先ほどのご討議から、例えばデータをつなげることによってより細かいリスクが見えてくるという重要なキーワードがありますが、しかしそこに壁があるとのこと。その壁をなるべく低く見せたいということが一つございました。

先ほどの宮崎の方からのご発表のなかで、例えばフレイルのことを市民、高齢者に説明したのだけれども、よく理解してくれないとお言葉がありました。これは私たちの責任

かもしれないですけども、どういう流れ、どういう雰囲気の中で、どういう資材、どういう企画の中でフレイルという言葉覚えてもらうのかという工夫がないと、難しいのではないかと思います。従来のメタボやロコモという言葉に続いて、片仮名4文字の言葉が出てきても、基本的には抵抗感が出てしまうのではないかと思います。やはり、面白おかしく伝え、自分事のように思ってもらえる言葉だと思っておりますし、フレイルという言葉や概念は市民の方々に必ず覚えてもらえると確信しており、またそれを狙って押し進めてきた経緯もございます。

もう一つ、参考資料3を御用意いたしました。これは我々のフレイル予防活動のちょっとした中間報告的な位置づけとして出させていただきます。全スライドを説明せずに、短時間で簡単に御説明します。

これはこの一体的実施という施策に仲間入りをさせていただく前からやっているものです。このフレイルという考え方や世界観で、自治体の中で、市民も、行政の方も、専門職種も、みんなで一体感を出す、同じベクトルを向くということを狙っております。今までの全国での導入自治体での活動を通して、ある程度一定以上の役目を担うことが出来ているのではないかと思います。

2枚目は、これはよく出すスライドですけども、フレイル対策の「3つの柱」、栄養（食・口腔）、運動、社会参加です。とにかく私たちが目指してきたものは、保健師さん等の専門職にまずやってもらうということではなく、高齢者住民同士だけでフレイルの視点に立った簡単なチェックを実施し、そこに簡単な「○」「×」「△」が見えてくるというものです。どんな結果であっても個々に自分事のように思って頑張ってもらおうのですが、特に「△～×」の人はしっかりと専門職につながれて、保健師さん等が適切な介入をしていくというロジックで住民主体のフレイル予防活動を通したまちづくりのデザインをして参りました。

3枚目は最新のデータなのですが、先ほどの3つの柱（栄養・運動・社会参加）に関して、3つとも底上げするべく国民にしっかり心に落とし、気づき自分事化させた方が必ずプラスになるという趣旨のものです。3つの柱のうち1つだけ強調して頑張らせても有益性は不十分であるというものです。それこそ、2年経過するだけでもちょっとした差が出てくるという結果が出てまいりましたので、このようなエビデンスが見えてきたことは非常に大きいと思いますの。

4枚目もそれを裏づける細かいリスクが出ておりますので、また見ておいていただきたいと思います。

5枚目は、各自治体での「高齢者住民主体のフレイル予防活動を通した健康長寿のまちづくり」の経緯を示しておりますが、まさに現在、全国で53自治体の導入まで辿り着きました。大規模研究によるエビデンスベースで構築したフレイルチェックを地域高齢者が主体的となって活用し、集いの場をとにかく気づき・自分事化する場ができるようにして、黄緑色Tシャツを着た元気高齢者住民がフレイルサポーターとなって全て仕切って自分達

で実践していく。ですから、高齢者住民同士だけなので、医療の内容はあまり触れられていないのですね。例えば血圧の話一つ出てきません。とにかく、ワイワイと楽しい感じで、多面的なフレイルの視点に立ったチェックをして見える化していくということです。今までの活動の経緯で、現在、④として、東大にフレイルチェックの全データが集約されてくる流れになっております。

先ほど、班長からタッチパネルというお話があって、実は我々もフレイルチェック終了後の入力のことを考え、面倒なのでそのような作戦でいこうかと考えた時期もございました。しかし、青シールや赤シールを指先が震えながらも自分でめくって自分で張ってもらおうという、すなわちフレイルチェックという自分の通知表を自分自身で作成し、その自分の通知表を自分で持って帰って家族と共有するという、いわゆる究極のアナログの部分は絶対に残さなければならぬと思った次第です。結局、タッチパネルでやると、我々は後でデータベースをつくるのにとっても楽なのですが、本人には何も残らない。だから、やはり自分の通知表を、ちゃんと自分でお土産として持って帰って家族に見せる、このようなアナログの部分は一生残さなければならぬと、とこだわりました。

ただし、切り取り線部分の同じデータを回収した後に、誰が入力するのですかという問題も必ず出てきます。従って、今我々がチャレンジしているシステムは、例えば50人～100人分のデータが取り貯まったら、導入自治体が切り取り線部分のデータを、我々がシステムをつくったところに送って、スキャンしてデータベース化し、実際にお返しするシステムを準備して回し始めております。実際に、青と赤のシールの色及び記載された実測の生データをかなりの精度でスキャンし読み取れることになってきております。

6ページは、この私たちがやってきた「フレイルチェック活動の特徴と狙い」がエッセンスとして記載されてありますので、また見ていただければと思います。

7ページも、フレイルチェックの概要です。簡単なチェックシートと、総合深掘りチェックという実測が入るものの2つの構成になっております。実測による生データが含まれると、特に男性陣たちは、今自分の立ち位置はどこなのだろうという感覚で、結構興味をもって寄って来てくるのですね。単なるわいわいイベントだけだとほとんど来ないという現実があるとよく聞きます。我々の取り組みを導入してくれたある自治体では、左ページの簡易チェックで呼び水にして、総合深掘りチェックに持ち込むという流れをいろいろやっています。

例えば10ページは、ある市町村でのフレイルチェックのデータです。同じ年齢の高齢女性の仲よし6人衆なのですが、見た目は普通に同じように6人で歩いてきている方々です。しかし、オール青の結果が3人も入れば、赤がかなり多い人も半分いて、いわゆる「自分の見える化」ですね。

ただ、この赤と青のシールで演出したからといっても、赤の枚数にどこまでの意味があるのかとか、どういう項目に赤がつくとどれだけのリスクなのかという課題をしっかりとエビデンスで出す必要があります。そこで比較的新しいデータが、20ページ以降です。フ

レイルチェックの結果から、何を読み解くのか、リスクの予測はどこまでできるのかということで、例えば21ページ、どれだけ新規の要介護・要支援リスクとか、死亡のリスクを予測できるのかということでやっていました。

そうしますと、22ページがメインの結果です。棒グラフで表示されており、右に行けば行くほど、結果が非常に良い（すなわち青シールが非常に多い）方々であり、真ん中がちょっと赤が増えてきて、左側は結果が悪く赤シールが多い人という形になっております。全ての項目がOKだと青シールが20枚ちょっとぐらいになるのですが、大体15～16枚というところに一つのカットオフがあるという結果が見えてきました。赤がちょっと多目になってくると、このように新規要介護認定のリスクが増えてくるということが見えてきました。また面白いことに、赤シールを青シールに1枚でも変えていくと、相対リスクが減ってくるというようなことも見えてきました。

23ページもおもしろいデータが出ていて、このように青が妙に多い人、ちょっと赤がふえきた人、赤が大分多い人と3群に分けて見ても、新規要介護の認定とか、死亡とかがぐっとふえていくということがわかってまいりました。

では、二十数項目あって、全部同じ重みなのかということになると、当然、異なります。これは想定していましたが、24ページ以降にあります。例えばパイプ椅子からの片足立ち上がりをやって、その後3秒間保持できるかどうか。あとは握力、滑舌など。滑舌に関しては、田んぼの田を「タタタタタ」と5秒間早く発音してもらい、5秒間で30回以上、すなわち1秒間で6回以上言えているかを見ております。ただおしゃべりかどうかではなくて、全身の筋肉量がしっかりしているかどうかを大体反映しているということが分かってきたので、特にこの3つ（片足立ち上がり・握力・活舌）に赤シールがついていると、やや大きいリスクを持っている人物であるということがわかってきました。

一方で、次の25ページも、手足の筋肉量を体組成計で市民同士ではかっているものとか、ふくらはぎの太さ、これは指輪っかをよく使っていますけれども、ちゃんとメジャーではかると大分いいと。それと、人とのつながりチェックシートというものをつくって中に入れているので、人とのつながりというのも大分切れ味がいいということもわかってきた。

フレイルチェックの中の項目でも、重みづけというのも見えてきて、赤シールの枚数も重要だが、個別の項目の重みづけも見えてきました。

魅力的だなと思ってお出ししたのが、28ページ、29ページです。これは都内のある導入自治体からいただいたデータで、80歳代半ばの高齢女性の方々です。このご高齢の年齢でもちゃんと赤から青シールに好転することが出来ているのですね。当然、筋肉量がムキムキにはならないので、例えば筋肉量は赤のままかもしれないけれども、数字が落ちないとか、握力が青になってくるとか、滑舌がアップしてくるとか、結局、本人が先ほどの3つの柱に対してどれだけ納得でき自分事化できたのかということを表しているのであろうと思います。

29ページも、これは88歳の高齢男性で、赤2枚があったのですけれども、1年後にはオ

ール青にしてくる。88歳でもできるのだということを証明している一つの取り組みかなと思っ
ています。

30ページには、この落ちる群とか、落ちていく集団、改善してくる集団に見えてきた特徴
などが書いてあるので、見ていただければと思います。

また一方で、写真だけの32ページを見ていただきたいのですが、赤シールがかなり多い
方がたまにいらっしゃるのです。1～2回の企画には1人ぐらい混ざって存在しておりま
す。むしろこういう方には、よく来てくれたねという言葉をかけたい訳です。こういう方
は半年後の自主努力というだけではだめであり、ここから保健師さん方を筆頭とする専
門職の役割ですね。一体的実施も視野に入れて何か仕掛けていきたいという資料を、最後
につけてあります。

以上です。

○班長 ありがとうございます。

住民主体でやれることと、また、保健師等専門職が積極的にかかわっていく部分をどう
すみ分けるか、うまく連続的にしていくかというようところに御示唆をいただいたと思
いますし、今回の新しい質問票は、かなりフレイル等の概念を取り入れていますから、そ
れについてもエビデンスがある項目であることを御紹介いただきました。

また、一方、KDBのきょうのお話の中でも、介護に進みやすい人、疾病保有状況などもあ
わせて見ていくとか、薬剤とか、そういうのもあわせて見ていけるという意味で、マクロ
的に対象者、通いの場に来ない人に対するアプローチというのも今後展開していく必要が
あるということで、貴重な保健事業に資する情報が得られたのではないかと思います。

残り時間1分ぐらいになりましたけれども、副代理人、何かコメントなどはありますか。

○代理人 きょう、参加させていただきまして、私は介護予防の立場から聞かせていただ
いたのですけれども、60代の退職されてから介護予防事業にすぐつながる人は非常に少な
いということで、そこが一つ課題だなとふだん感じているので、一体的なやり方は考えて
いきたいと思っています。

先ほど、市町村に配置される専門職というお話があったのですけれども、それぞれでま
たコーディネーターがいて、認知症施策のコーディネーターがいたり、生活支援のた
めのコーディネーターがいたりですとか、いろいろコーディネーターがいる中で、それ
を取りまとめて、さらにコーディネートするような立場になるのかなと思うので、そこはか
なり専門性の高い人の配置が必要になるのかということを知っていて思ったところです。

以上です。

○班長 ありがとうございます。

○代理人 私も代理で出席させていただいています。

先生方の御発表や御意見を聞かせていただき、大変参考になりました。私は特定保健指
導担当の部署でして、重症化予防も携わっています。大和市さんの取り組みを参考に、国民
健康保険被保険者のフレイル予防を今年度から開始するため準備しているところです。ハ

イリスクにかかわっていきますので、介護予防担当と連携を取りながら、ハイリスクとポピュレーションアプローチを連動して取組んでいく予定です。

うちの部署は、他市と比較しますと保健師や管理栄養士の人員がそろっており、来年度から後期高齢者へのフレイル・重症化予防を実施していく予定ですが、マンパワー的には自分たちの部署だけで取組みが実施できてしまいます。今回、広域連合の取組みのお話を聞かせていただき、連携して庁内一体的にやっていくという視点をもっと広げていく必要があると感じました。

中央会からも、こういう帳票が使えるよといういろいろなデータを見せていただきましたが、介護の視点について、データヘルス計画を立てる際の視点として落ちていた部分でもあり、参考になりました。

自治体の保健師さんは、保健師としてやりたい気持ちはあっても、上から言われてというところがないと、自分のところで新規に立ち上げるというのが、厄介事をやっていくという視点、自分たちのところだけが忙しいという視点にどうしてもなりがちです。母子事業についても大変であるため、高齢者のことまで、国保・後期の保健事業の一元化というのは分かるのですけれども、トータル的にどうしていくか。船橋市としては、介護予防と保健事業が合体した部署になっているので、今後皆様方が目指しているところに近づいている部署と思っておりますが国保にやっとな保健師が異動した自治体もありますので、それらも念頭に置いておいていただきながら、トップダウンで下ろしていただき、こういう部署に何人の保健師を配置するということまでやっていただけると、全国の保健師さんたちは活動しやすいのではないかと思います。

以上です。

○班長 ありがとうございます。

もうお時間になって、電気が切れたところでございますけれども、まだまだほかに御意見があるかと思いますが、何かありましたら、事務局のほうへどうぞよろしく願いいたします。

事務局よりよろしいでしょうか。

○高齢者医療課長 本日も大変貴重な御議論をありがとうございました。

今のお話もありましたように、本来的には、私どもの意向としては、ある程度事業の方向性みたいなものをお示しして、そこはかなり自由度を高く、それぞれの地域の御事情に応じてという思いはもちろんあるのです。

ただ、一方で、今のようなきょうの御議論を拝聴しますと、トップダウンという言葉がいいのかどうかはあれですが、ある程度マストな事項として、必須なこととして、こういうことはぜひやってください、お願いしますという部分をきちんとお示ししないといけないのかなど。KDBの活用も含めて、そういったことを最低ラインとして、ガイドラインにもきちんと書かせていただく。その上で、当然、いろいろな事情に応じてということだと思いますので、マストの部分は何なのだろうか、どこまでできるのだろうかということも含

めて、また、次回の御議論などで賜りたいと存じます。

きょう、冒頭のお話で一番魅力的なお話だったのは群馬県さんの御事例で、県庁さんが主導をとって、県庁さんと市町村さんと広域連合さんと、さらに願わくは国保連さんにお願ひしたいのですが、そこが一堂に会して一緒に意識合わせをするということにトライしていただきたいと思います。それをマストにしたいなとは思いますが、それはそれぞれの地域で御事情もありますので、そういったところで、また内容を各論も含めて御議論いただければと思います。

○班長 ありがとうございます。

次回は、これまでの御発表内容及び議論等を踏まえて、論点に基づいてプログラムに記載すべき内容について整理していきたいと考えております。