

第6回ワーキンググループ 議事要旨

開催日時	平成30年10月1日(月)16時00分～18時00分
開催場所	厚生労働省共用第6会議室
議 題	(1) 今後の検討事項について (2) モデル事業の実施状況及び効果検証について (3) 高齢者の健康状態の包括的な把握方法の検討について (4) その他

(1) 今後の検討事項について

- 今年度は、ガイドライン策定時の積み残し、保健事業と介護予防の一体的実施の中での議論等課題があるが、質問票の検討が検討事項としてあがっている。

(2) モデル事業の実施状況及び効果検証について

- ベースラインを見ると、メニュー別で対象者の抽出基準も異なり、自治体の取組内容も多様性がある。今後さらにどのような視点で分析を進めるべきかについてご意見をいただきたい。
- 進捗管理シートでみると、広域連合と市町村の連携が必要であるが、なかなか連携ができていないという報告があった。
- 内服薬、外用薬、受診医療機関の数のことが良く分からない。その人の疾患が多ければ服薬数も増えるし、数の増減で「改善」、「悪化」としているが、必ずしもそうとは言えないのではないか。受診医療機関の数も健康状態を把握するものであるのかは疑問であり、適切さを検討すべきである。
- 平成29年度の参加者数とその後の集計表の参加者数が一致していない部分がある。また、集計の項目が多数あり、多岐にわたっている。対象者数が混乱していないのか。平成28年度と29年度との表記が分かりづらいため、事業前、事業後と表記する等が良いのでは。
- 項目については1年間の評価でよくなった部分、あまりよくなる部分がある。単年度で出す報告書としてはそれでよいが、それがこの事業の本当の効果であるかはもう少し慎重であるべきである。どの評価項目でも、28年度は対象者数は非常に少なく、限られたデータではそうになっているが、この事業の効果とまではいわないほうが良いと思う。
- 医療費についても変動が多い。見かけ上そうになっているだけで、この事業の効果というのは時期尚早ではないか。一つ一つの評価項目の意義、数値の問題、短期間の結果であるということに留意すべきである。
⇒結果の取り扱いについては慎重に行いたい。n数については、年度別・様式別の提出状況に応じ異なるため、わかりやすく整理しなおしたい。
- 研究ではなく、事実としてこういうことであった、参加者がこうであったという既述統計である。昨年度まとめたガイドラインでも、効果という表現はせず、分析のトライアルとして示したものである。表現については分かりやすいように見直すべきである。
- 取組メニューの内容はそれぞれ異なるため、7つのメニューを集めて「差がある」と表現することには慎重であるべきである。また、非参加者の取扱について、実際には参加しなかった人を現時点では全部「非参加者」とまとめられている。そのため、これらの非参加者が悪くなっているからといって、介入することがいいと表現するのは危険である。

- 資料 3-1 の p7 にあるように、健診結果の把握が今までできていなかったということがわかる。ほとんどが医療機関受診であるため、医療機関との連携を行いながら保健事業の展開を行うことが重要であると思われる。データの中で変化が出てきていると思われる。p17 では年齢構成が 75 歳未満の方に関わることの必要性が認識されたのか、平成 29 年度が増えている。口腔についても前期高齢者からの取組に気づきがあったのではないかと。保険者でどの年代に取り組むべきかというのが見えてきたのでは、と思われる。p18 については栄養について、要介護状態の不明が減っている。社会参加の中で栄養に関する取組の必要性を認識する等、介護とのシフトの中で出てきているであろう。⇒p12 をみると、多くの事業が平成 28 年度スタートなのに、重症化予防は 29 年度スタート組が多いので、介護との連携がまだ進んでいなかったのかとも思われる。(津下座長)
- データが出てきた中で保健事業を行うと、自身のやっていることの意義が見えてきたと思われる。自身の市町村がこういうデータとなったというときに、どうアセスメントしていけばよいかと考える。介護ではこのようなデータはないので、評価は最後までどこに持っていくのが重要である。非参加群については十分に配慮が必要である。
- 全体的に 1 年間で改善、悪化したというのは難しい。ある集団を 1, 2 年比較すると 2~3 割改善するのは当然である。P38 等で内服薬の数等が示されると恣意的にみえるので、もう少し効果検証を行った上で提示していくことが必要であろう。
- もともとの状態像がかなり違う人が多いので、その精査は必要ではないか。地域の医師会等との連携状況等でみると、介護と医療の連携について、できている、できていない等があるが、今後の一体的実施でもこういうものを出していくと分かりやすいのではないかと。
- 目的がばらばらなのに、全てのをまとめてしまったのが問題があったであろう。多剤については、かなり服薬数が多い人を対象とした事業であったが、その人に対しての効果は数の減少だけではなく、飲みやすさ等について分析していくことが必要であろう。
- 市町村と広域連合の連携といわれても、市町村の保健師の手が回らないのは事実である。全ての対象者に同じように事業を行うのは難しいので、どうした事業がより効果的かを分析して、経済的にもどこにお金をかけると良いかを分析してほしい。ただ、保健事業だけでは問題解決はしないであろう。現場ではお薬手帳が複数あることもある。多剤対応をしようとしても情報共有の問題でできないこともある。医療機関、薬局とも連携しながら取り組まないと多剤の問題は解決しないであろう。
- P25 と p60 のベースラインと前後比較の数値がかなり違うために、その点については精査が必要であろう。
- 何のために分析をするかということをしつかりと考える必要がある。メニューが多いため、どのような目的を見るのか、効果としても短期間での取り扱い、非参加者の扱いについては、提出してもらった自治体とそうでない自治体等がある中で、どう取り扱うか、ベースが異なる中で分析、健診データではなく、医療を受けている人の検査データの把握等ができないか、例数がメニュー別になると数が減るといってどのよう分析していくかが課題である。よりこうした分析をしやすいようにするために、KDB システムが改修されたようでもある。⇒中央会で、事業評価ができる仕組みづくりということで、新たな機能をリリースしたところである。

⇒今までは保健事業への参加情報がない中での分析であったが、それが非参加群も含めて分析ができるようになったために、拙速な分析は行わず、丁寧に分析していく案を事務局より提示してもらいたい。

(3) 高齢者の健康状態の包括的な把握方法の検討について

- 健診での問診は特定健診のものをそのまま使っているが、高齢者にはあわず、基本チェックリストも全数行っているわけではないため、高齢者のフレイルを把握できる項目を提示してはいかかかという提案である。
- 高齢者の状態を全体的に把握することは必要であるが、26項目は多すぎる。75歳以上ということを考えて、医療機関の負担も大きい。医療機関数や種類を聞くことは大変であり、システマ的にもこれは相当お金がかかる。また、受診医療機関数を把握することは健康状態を把握することになるのか。薬の飲み忘れは残薬にはつながらない。一日あたりの内服薬数の把握で多剤併用等の改善につながるのか。項目数についても考えることが必要である。
- 問診票の改定は必要なことである。エビデンスのあるものをとることは重要であるが、問診票自体がエビデンスになっているものから、それぞれから1つ2つとってきて有用であるとは言い切れない。基本チェックリストについて全部使うかはできないことはわかるが、似たような項目は基本チェックリストを使えば把握可能である。閉じこもり等については、基本チェックリストからとっているが、物忘れでも基本チェックリストがあるのに、わざわざそれを変える必要はないのではないか。蓄積しているデータを財産としてあわせていくことが必要ではないか。また、質問の仕方でも、同じ内容でも「はい、いいえ」を3択にした時点で使えなくなる。問診票は今までのものをあまり変えずに定義していくことが必要である。
- 項目数が多い。高齢者にとって負担となるため、減ずる方向で検討すべきである。つまみ食いをしてもってきてやるのはいいように思われるが、質問の構造や妥当性から考えると難しい。新しく作るのであれば、妥当性、信頼性についてプレテストを行うべきである。2006年に基本チェックリストを作るときは、既存のものは使わず、新たなものとして作り、プレテストもなくスタートした。その後の研究で、基本チェックリストの結果が、予測妥当性が高いということが示されたが、それまでの間は疑問を持ちながら使っていたということもある。現案の健康状態は5件法を使っているが、通常は4件法を使う。改善意欲について5件法から選ぶのは大変である。また、たばことお酒は75歳以上に禁煙指導をして何パーセントで禁煙をしてもらえるのか等を鑑みて、75歳以上でどれだけこの質問に意味があるのか、禁煙がされないのであれば、本当にこの項目が必要かということも考えながら検討すべき。
- 健康状態を総合的に把握するというより、必要なサービスへの振り分けということを強調して、それぞれのサービスに必要なものとして限定すればよいのではないか。たばことお酒はどのプログラムに活かすのかが見えてこない。この質問票を何のために使うのか、それぞれの項目をどう評価するのも議論が必要であろう。
- たばこと喫煙はどう改善するのかということは考えどころである。毎日健康的に飲む分には問題ないのでは。後期高齢者の中では社会参加が重要であろう。介護予防という視点からしても、社会参加の項目を入れることは賛成であるが、運動や転倒について、「青信号をわたりきることができるか」とも聞いて、就労や地域活動について聞くと質問の整合性がとれているのかとも思う。また、1日1回以上の食事というと単身世帯の高齢者では、誰かと食事をとることはなかなかないので

は。「今日行くところがある、今日用事がある」程度の、単身世帯も意識した質問票にすべきである。

- どのように活用するかということが重要ではないか。これまでモデル事業でのとりくみを踏まえて、低栄養の人であれば低栄養を特定する項目が抜き出されるという形となると分かりやすいのでは。その後どのようにつながっていくと次に対応が必要化が見えてくる。項目的には多いが、「1日1回以上誰かと一緒に食事をする」ではなく、「周りの人に挨拶をする機会が1日1回以上ある」程度のハードルを下げてはいかかがか。
- 受療状況はレセプトから把握できるため、本人に聞かなければ分からないということに限定することが必要である。どういうことを改善すべきかを念頭に置くべきである。
⇒レセプト上でできないものは聞いておく必要もあるのではないか。
- フレイルチェックで目的であれば、うつに関する項目は多い。
- 質問票の設計の目的の明確化、項目の厳選、既存のもので代替できる場合は代替、本人に聞かないと分からないもの、対策につながるものに絞る、プレテストを行う必要があるということであった。可能であれば、モデル事業でデータをとってもらおうとよいであろう。本日の議論を踏まえて、精査していただきたい。

(4)その他

- 今回のご議論を含め、慎重に検討すべき点もあるため、後ほど相談させていただきたい。(事務局)
- 広域連合はガイドライン等を活用していきたい。評価をして、「効果」とは言えないということではあったが、ある程度こう見えるということが分かれば、市町村、広域としても取り組みやすい。評価までいかなくても示していただけると良い。
- 後期高齢者医療担当と健診部署は異なるのが実情である。後期担当は広域でやってもらえるなら広域にやってほしいという考えもあるようであるが一緒にやっていくことの必要性を感じた。市町村もやってみようかなと思えるように作ってもらえると良い。
⇒この事業は、市町村、広域の人たちが取り組んでいきたいと思うように見せていくことが必要である。今後一体実施の会議でも、高齢者の保健事業のガイドラインについて示していく予定である。
- 年度内にガイドライン等を見直したい。10月10日をめどに事務局まで追加意見があればお願いしたい。(事務局)

以上