

第1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1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5月22日(水) 10:00~12:00
場 所:厚生労働省専用第21会議室(17階)

1. 開 会

2. 議 事

- (1) 班長の選出について
- (2) 今後のスケジュールについて
- (3) 検討の進め方について

3. 閉 会

○事務局 それでは、定刻になりましたので、ただいまから第1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」を開催いたします。

構成員の皆様方におかれましては、お忙しい中、御出席を賜りまして、まことにありがとうございます。

本検討班ですけれども、保険局長のもと、開催するものでございます。

第1回会議の開催に当たりまして、保険局高齢者医療課長の込山から一言御挨拶申し上げます。

○高齢者医療課長 皆さん、おはようございます。

このたびは大変お忙しい中をお集まりいただきまして、誠にありがとうございます。どうぞよろしく願いいたします。

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開催に当たりまして、一言御挨拶と、大変恐縮なのですけれども、御議論の前提として、これまでの経緯なども含めて若干御説明を申し上げたいと思います。お時間をいただいて恐縮です。

保健事業と介護予防の一体的実施につきましては、昨年参加していただいた先生方もいらっしゃると思いますが、有識者会議での御検討、御議論をいただきまして、今後の法的なスキームについての結論がまとまり、このたび、健康保険法等の改正案という形でつながりました。おかげさまをもちまして、本日、この改正案が官報に掲載されまして、公布されました。ということでございまして、一体的実施についての法的なスキームができ上がったところでございます。

そういったことを受けまして、この検討班の先生方には大変恐縮でございますけれども、今後、この介護予防と保健事業の一体的実施についての具体的なプログラム、こういった事業の進め方をしていけばいいのかとか、そういったことに関するヒントやポイントといったものを御議論いただきたいと思います。

後ほど補佐からも御説明があると思いますが、その成果を高齢者の保健事業のガイドラインに結びつけていきたいと思っております。

大変僭越なものでございますけれども、御議論いただく前提として、繰り返しですが、これまでの背景、ポイントとして、3点申し上げたいと思います。

1点目は、この一体的実施の議論の契機です。2点目は、行政的、あえて言うと行政組織的な課題です。そして、この施策の持つ意味、広がり、こういった3点で申し上げたいと思います。

まず1つ目が契機でございますが、こちらも御案内のとおり、まさにフレイルという概念が昨今非常に注目を浴びるようになり、かつ、行政的にもこの問題にきちんと取り組んでいかなければいけないということが大きな契機です。

御案内のとおり、フレイルは疾病予防と介護予防、生活機能維持の両面にわたるポイン

トになりますので、この両面にわたるニーズに対して、どう両面的に対応していくのか。これを行政的にもきちんと考えていかなければいけないということでした。

さらにフレイルというのは、釈迦に説法で恐縮です。身体的な問題であったり、精神・心理的な問題、そして、さらには社会的な問題ということで、そういった多面的な脆弱性、多面的な課題に対してどう対応していくのかというテーマです。そうなりますと、まさに今後医療保険の保健事業としても、地域に入り込んでいかなければ、この問題はきちんと解決できない、機能できないという点がありました。

2点目のお話になるのですが、行政組織的な問題です。若干マニアックな話で恐縮なのですが、高齢者の保健事業というのは、今、我が国の仕組みの中では、医療保険者が保健事業を展開することになっていきますので、本来の責任者が広域連合ということになります。ただ、この広域連合という組織は、各県に1つずつ、また、各市役所さんなどから出向という形で来ていただいて事務を行っていますので、そういった意味で、地域に展開する保健事業という文脈で見たときに、組織的に若干脆弱なところがある。なかなかきめ細かい展開ができないという問題があります。

一方で、市町村さんから見ると、75歳以上の方というのは御自身の被保険者ではありませんので、住民ではあるけれども、被保険者ではないという位置づけの中で、市町村さんとしても、医療保険の保健事業という中では抜け落ちてしまう。そういった状態も現在あるところですよ。

今後、地域に展開する保健事業等を考えたときに、広域連合としての組織的な課題と、恐縮ですけども、市町村さんとして、いきなり今ごろそういうことを言われてもねというところの中で、どう広域連合の役割と市町村の役割を組み合わせていかなければいけないのかといったところ、そういった問題がございます。

3点目、同じような話で恐縮ですが、施策の持つ意味、広がりということですが、フレイルという概念で、改めて健康とは何ぞやということ再認識させていただいた気がします。要するに、繰り返しですが、身体的なこと、精神・心理的なこと、そして、社会的なことだという、この健康の概念について、改めて私ども行政を担う者も考えていかなければいけないのかなと思います。

ですので、アプローチといたしましても、ある意味、逆に古典的な話に戻るような気もいたしますけれども、地域に対して保健事業はどうきちんと介入するのか、公衆衛生的にきちんといい意味で介入するのかということも改めて考えていかなければいけないのかなと思います。

そのときに、やり方として大事なものは、専門職の皆様方と住民の方々、住民の参画がどううまくコラボレーションしていかなければいけないのか、どういうコラボレーションができるようになるのか、専門職の方が住民の方を巻き込んで、住民の方が自発的に動いていく仕組みをどのようにつくっていかなければいけないのかということだと思います。

その他もろもろ、アプローチの手法として、個別的なアプローチであったり、また、地

域、コミュニティーに対するアプローチであったりとか、その前提としてデータをどう活用しなければいけないのか、話もいろいろあるかと思いますが。これまで保健事業のガイドラインということで、津下先生を初めとして御尽力いただきまして、個別的なアプローチに対しても相当な蓄積というか、経験が積み上がってきたところもあろうかと思いますが。今後これをどう評価するのかという大きな課題があるのですが、それに加えて、地域的なアプローチにどういう関与ができるか、どういうメニューの構成ができるのかといったことを、ぜひ御知見をいただければと思います。

長くなって本当に恐縮なのですが、そういった形で、先生方の御知見であったり、また、先進自治体の皆様方の御経験を御披露いただきまして、その上で、できればそれぞれの市町村、広域連合に通じるポイントをうまくまとめてガイドラインに反映することができればと思っております。

冒頭の挨拶のお時間を頂戴して、こういったことを申し上げて恐縮なのですが、ぜひとも忌憚のない御議論をお願いしたいと思います。どうぞよろしく願いいたします。
○事務局 引き続きまして、事務局より、構成員の皆様のお紹介をさせていただきます。お手元に紙でお配りしている開催要綱の3ページ目、別紙として御用意させていただいておりますけれども、こちらの名簿に沿って御紹介させていただければと思いますので、適宜ご覧いただければと思います。

議事に入る前に、資料の確認をさせていただきます。

厚生労働省におきましては、ペーパーレス化の実施に伴いまして、資料につきましては皆様にお配りしておりますタブレットでご覧いただくこととさせていただいております。

今の画面では01番から13番までの資料が載っているかと思いますが、そちらのタブレットに不具合等がございましたら、事務局までお申しつけいただければと思います。よろしく願いいたします。

それでは、まず03番、議事次第をお開きいただければと思います。

本検討会は率直な意見の交換を確保する必要がありますことから、非公開としております。また、本日の資料につきましては、議事要旨とともにホームページに掲載する予定としておりますので、御承知おきいただければと思います。

まず、議題1、座長の選出でございます。お手元に紙で配っております開催要綱の1ページ目の3の(2)に基づきまして、班長につきましては、互選により選出することとされております。事務局としては、津下構成員に班長のお願いをできればと思いますが、皆様、いかがでございますでしょうか。

(「異議なし」と声あり)

○事務局 ありがとうございます。

それでは、御異議なしということでございますので、津下構成員に班長をお務めいただきたく存じます。

それでは、班長の席に御移動のほうをお願いいたします。

(津下班長、座長席へ移動)

○事務局 では、以降の進行につきましては、班長にお願いしたいと思いますので、よろしくお願いたします。

○班長 改めまして、おはようございます。ただいま座長を務めさせていただくことになりました、あいち健康の森の津下と申します。

高齢者の保健事業に関しては、ガイドラインの策定などに関わってまいりました。いよいよ法整備も進み、具体化をしていく段階で、このような会議の座長をさせていただくこと、非常に緊張しておりますけれども、どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、次の議題に進みたいと思います。議題2につきまして、事務局から資料の御説明をお願いいたします。

○事務局 事務局でございます。

それでは、今後のスケジュールにつきまして御説明させていただきます。

資料につきましては、04、資料1-1「今後のスケジュールについて(案)」をお開きいただければと思います。

既に日程につきましては御案内させていただいておりますが、本日第1回、5月22日開催でございます、その後、第6回まで、5月31日、6月12日、7月5日、8月1日、9月4日という形で開催させていただければと考えてございます。

本日につきましては、この後、検討のスケジュールを終えた後、こちらのほうでまた資料等の説明をさせていただきまして、今後の進め方ということで、いろいろと御議論をいただければと考えてございます。

第2回以降につきましては、まず第2回、第3回、こちらは5月31日、6月12日と日程が詰まっております、大変恐縮ではございますが、この2回につきましては、事例発表、ヒアリングという形で開催させていただければと考えてございます。

具体的には、下に御発表いただきます方の団体のお名前を書いておりますが、今回、構成員になられていらっしゃる自治体の方を事例発表、ヒアリング等ということで、御発表いただければと考えております。

第2回につきましては、新潟県広域連合さん、札幌市さん、船橋市さん、南相馬市さんということで考えてございます。

第3回につきましては、群馬県さん、美郷町さん、国民健康保険中央会さんの3団体ということで考えてございます。

第2回、第3回のヒアリングの後には、また意見交換という形でいろいろと意見交換していただきまして、この第1回、今日のこれからのお話と、第2回、第3回の事例発表、意見交換、こういったものを踏まえまして、第4回において一定程度事務局で論点等をまた整理させていただいたものをお示しさせていただきます。そういった中で一体的な実施のプログラムという形で御検討いただければと考えてございます。

その後、第5回、第6回という形で、取りまとめ素案、取りまとめ案という形でまたお

示させていただきますので、それについてまた御意見等をいただければと考えてございます。

05の資料1-2の今後のスケジュールをまたお聞きいただければと思います。パワーポイントでございます。

今回の検討班ではプログラム等を御議論いただきました後、ガイドラインの改定という形で、こちらで今作成してございます「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」に盛り込ませていただければと考えております。

こちらのガイドラインにつきましては、下の表にございますとおり、上から2番目の黄色い丸が今回の検討班でございますが、ここでの御議論いただきましたものにつきましては、高齢者の保健事業のあり方検討ワーキング、こちらのほうでガイドラインの策定といったことをやってございますので、そちらにお諮りいたしまして、どのようにガイドラインに反映していくかという御議論をいただいた上で、ガイドラインに反映するというところで考えております。

従いまして、本検討班につきましては、このガイドラインに反映させるに当たってワーキンググループで御議論いただきますが、その前段といたしまして、学識者の方、実務者の方に集まっておりますので、そのたたき台として、プログラムといったものを御検討いただくといったことで考えて位置づけているところです。

この場におきましては、皆様方の忌憚のない御議論をいただきまして、ぜひ取りまとめ、ワーキングにかけるものにつきまして、よりよいものにさせていただければと考えております。

また、厚生労働省等の動きについて、下に整理してございますが、ガイドラインに合わせまして、保健事業の実施指針という告示、これは厚生労働省で出しております。こういったものも、こういったプログラムの検討班等の御議論も踏まえながら、指針の案文等を作成、準備させていただき、9月にパブリックコメントということで、国民の方の意見も伺いつつ、広域連合の方々との調整を行います。そういったものを経まして、10月に指針の告示ということにさせていただければと思います。

また、今回の一体的実施につきましては、財源につきまして、特別調整交付金を活用という形になってございます。従いまして、この特別調整交付金がどういった要件でどのように交付されるのか。そういったものが明確にならないと、令和2年4月1日からの施行に当たって、自治体の方々の準備ができないであろうといったことも考えてございますので、令和2年度の特別調整交付金の交付基準につきましても、ガイドラインの改定等について、秋口にいろいろ出ます。こういったところにあわせて、予算成立前ですので、正式な通知としては出せないのですけれども、ほぼこのように考えているというところは、この場でまとめまして、お示しするということも考えております。

一番下でございますが、広域連合や市町村におきましては、広域計画の策定、市町村との委託契約の締結の準備、基本方針の策定、あるいは秋口ですので、予算編成や人員体制

の整備を進めていただければと考えております。

事務局からの説明は以上でございます。

○班長 ありがとうございます。

ただいまの御説明について、御質問、御意見はありますでしょうか。

令和2年4月ということですから、施行までに1年ないと。自治体、広域連合に準備していただく期間が必要ですから、作業としては、当検討班としては9月4日に取りまとめる方向で集中的な議論を進めるという御説明だったと思いますけれども、よろしいでしょうか。

また、事例発表について調整していただいて、具体的な方向を出せるように御協力のほどよろしくお願いいたします。

よろしいでしょうか。

スケジュールについては御了解いただいたということで、次の議題に進みたいと思います。議題3につきまして、検討の進め方ですね。事務局より資料の御説明をお願いいたします。

○事務局 事務局でございます。

順番が前後いたしますが、資料3を御説明させていただければと存じます。

資料3「プログラム検討班において主に議論いただきたい論点」、こちらのほうを先にお開きいただければと存じます。

プログラム検討班において主に議論いただきたい論点につきましては、先の有識者会議の報告書でありますとか、法案成立とか、そういった背景を踏まえまして、厚生労働省といたしまして、プログラムに反映するに当たり、皆様方の御意見をいただきながら肉づけをしていけばよいのではないかと考えております。資料に沿いまして、順に説明させていただきます。

まず、今回の一体的な実施の趣旨等についてというところでございます。この一体的実施につきましては、高齢者の方々への個別訪問等による支援、また、通いの場を活用した幅広いアプローチ、ポピュレーション的なもの、こういったものの組み合わせということで想定しておりますが、それでは、具体的に実施するに当たりまして、どのような事業メニューが考えられるかをまず御議論いただければと考えてございます。

また、2つ目の丸でございます。こうした事業を効果的・効率的に進めていくためにはどうするかということで、まず、一人ひとりの健康状態、生活機能、そういったものの把握でありますとか、地域課題の把握、そういったことが想定されてございます。そのためには、専門職の配置とか、もしくはKDBの活用といったところを想定しておりますが、その他、こういった体制、環境を整えることが必要であろうか。そういったところの御意見も伺えればと考えてございます。

次の囲みでございます。これは先ほどの体制整備の中の例示として1つ挙げさせていただいてございます、専門職の配置についてです。

専門職の配置につきましては、専門職の方々の役割といたしまして、中核的な役割、事業のコーディネートや企画とか、そういったものをお願いする方。あるいは、現場といますか、通いの場など、もしくは高齢者のお宅を訪問し、実際に取り組みに携わっていただく方。こういった方を想定してございますが、それぞれどのような役割、関係機関との連携、もしくは専門的な知見、職種といったものが求められていくのかについて、御意見を伺えればと考えてございます。

次のページでございます。もう一つの例示として挙げさせていただきました、KDBシステムの活用についてという部分でございます。KDBにつきましては、まず医療専門職によって個別の支援、これの必要な対象といたしましては、例えば生活習慣病の重症化のおそれのある方、あるいは全くデータがなくて閉じこもりが疑われる方。そういったところを想定してございますが、その他、どのような高齢者に対してどういう個別支援があるかというところの御意見を伺えればと考えてございます。

また、このKDBシステムの活用に当たりまして、どういった分析方法でありますとか、データへの着眼点から、個人の抽出が可能になるか。そういった点の御意見を伺えればと考えてございます。

2つ目の丸でございます。こうして抽出された高齢者、こういった方々を効果的に個別支援につなげていくためには、どういった個別アプローチが考えられるのか。

3つ目の丸でございます。地域の課題分析といったことを通じまして、保健事業のメニュー、もしくは介護予防との一体的実施の具体的な検討といったことが行われていくことが考えられておりますが、そういった場合に、どのような点に着目した分析が必要かについて御意見を伺えればと考えてございます。

続いて、事業メニュー、実際のメニューのあり方についてです。まず、重症化リスクの高い方への個別支援でございます。今、重症化予防につきましては、国民健康保険の保健事業、若い世代から一貫した保健事業ということをお願いしたいと考えてございます。そういった中で、具体的にはどういった支援内容が考えられるか。また、市町村国保におきましては、糖尿病性腎症といったところで、重症化予防という取り組みを進めているところでございますので、そういったところとどうタイアップ、一体的にやっていくことが考えられるかということでございます。

2つ目の丸ですが、KDBシステムにおいて抽出しました支援の対象とする必要のある高齢者、そういった方々にどのようにアプローチ、支援していくことが考えられるか。

続きまして、フレイル予防の観点でございます。フレイル予防につきましては、運動でありますとか、口腔、栄養、また、社会参加と、さまざまな観点からの適切な支援ということが重要かと考えてございますが、そういった中で、どのような支援メニューを行っていくことが効果的と言えるかというところでございます。

一番下の丸です。また、こういったフレイル予防につきましては、みずから高齢者の方々が自分のフレイルというものへの気づきといったものも重要であると考えてございますの

で、そういったフレイルに対する気づきを得られるような支援メニューといったものについて、具体的にどのような方法が考えられるか御意見をいただければと考えております。

次のページです。次に、通いの場等の活用でございます。地域に根差した介護予防の取り組みということで、通いの場を一生懸命取り進めてございますが、どのような介護予防の取り組みとどう連携して、どういう保健事業を展開していくことがよいかというところの御意見をいただければと思います。

加えて、スポーツジムでありますとかショッピングセンター等、多様な地域資源がございますので、そういったところとの連携についても御意見を伺えればと考えてございます。

また、2つ目の丸ですが、市民みずからが担い手となる。主にボランティア等でございますが、そういった方々が積極的に参加する機会を充実させていくためには、どのような取り組みが考えられるか。

3つ目につきましては、社会的なつながりが低下してきた高齢者の方々、そういった方々にどういう形でこういった場のほうに来ていただくようにするかという部分でございます。

続きまして、事業実施のあり方についてというところでございます。まず、市町村における実施体制ということでございますが、介護予防や国民健康保険の保健事業と一体的に実施していくに当たりましては、市役所全体が庁内連携した上で、地域包括支援センターでありますとか、地域ケア会議、そういったところとの連携が必要になってくると考えると、それぞれの関係部署がどのような役割を果たすことで、こういった庁内連携等が有効に進むかというところの御意見をいただければと考えてございます。

2つ目の丸です。市町村単独ではなく複数市町村での連携をする場合、あるいは、市町村のマンパワーで足りない場合に民間委託といったことも考えられるところではございますが、そういった場合につきましては、事業のコーディネートでありますとか、地域の医療関係団体等との調整、そういった点、配慮すべき事項というところの意見をいただければと考えてございます。

一番下です。後期高齢者医療広域連合の事業内容についてということでございます。今回、後期高齢者医療広域連合の保健事業を市町村のほうにお引き受けいただく形になってございますが、それで広域連合の仕事として、保健事業の立場として何もなくなるというわけではございませんので、引き続き、広域連合として果たすべき役割、やっていただくこと、そういったことは具体的にどういったものがあるか御意見をいただければと考えてございます。

次のページ、関連の団体等のあり方という形になってございます。

まず1つ目の丸が、都道府県でございます。都道府県につきましても、広域的な立場から、こういった一体的実施の支援ということをしていただきたいと考えてございますが、具体的にどういった支援の内容が考えられるかということでございます。

2つ目の丸が、国民健康保険団体連合会（国保連）でございますが、国保連につきましては、後ほど御説明させていただきますが、今回の法改正によりまして、高齢者保健事業

に関して必要な援助を行うよう努めるということが法律上明記され、位置づけられたということでございます。そういった中で、国保連合会につきましては、KDBシステム等の知見もございますので、そういったことも踏まえつつ、具体的にどういった支援をしていただくことがよいかというところの御意見を伺えればと考えてございます。

3つ目の丸につきましては、地域の医療関係団体との協力、連携といった部分でございます。特に保健師さんなどが医療機関への受診勧奨を行う場合、あるいは、かかりつけ医の方が高齢者に通いの場等への参加を御紹介する場合、あらかじめどういった点に注意して、そういうルール決めの必要があるのかという部分の御意見を伺えればと考えてございます。

続きまして、個人情報のあり方についてです。今回の法改正によりまして、市町村、広域連合、新たな情報のやりとりができるようなことが法律上位置づけられてございます。また、今回市民参加ということで、ボランティアの方のかかわり等も出てございます。そういった中では、個人情報という部分の問題が出るため、配慮する点等、実際に実務に携わっている方の御意見も伺えればと考えてございます。

最後でございますが、事業のエビデンス収集についてということでございまして、今回、一体的実施ということを展開してまいります。当然、効果検証ということは、厚生労働省としてもやっていかななくてはならないことと考えてございます。そういった中で適切なエビデンス分析を補助事業として今後もやっていく必要があるのではないかと考えてございますが、そういったところの意見も伺えればと考えてございます。

順番が前後いたしました。まず、論点といたしましては以上でございまして、まだほかにも論点があることも考えられますけれども、一応こういったことも考えているということ念頭に置いていただきまして、今後のお話を伺えればと考えてございます。

続きまして、資料2が紙でお配りできたと思いますので、そちらの御説明をさせていただければと存じます。資料2をご覧いただければと思います。

2ページ、まず、これまでの経緯を簡単に御説明させていただきたいと思っております。

4ページ、こちらは経済財政諮問会議、昨年4月12日に開催されたもので、当時の加藤大臣が提出された資料でございますが、その中で健康寿命延伸に向けた取り組みということで、2040年までに健康寿命を3年以上延伸させようと。そういった中の取り組みとしまして、各世代ごと、緑、黄色、赤と色分けされてございますが、重点取り組み分野という形で位置づけまして、その中で赤いところ、介護・フレイル予防といったところで、介護予防と保健事業の一体的実施が明記されたところでございます。

5ページ、その後、6月15日の閣議決定、いわゆる骨太の方針と呼ばれるものでございますが、この中におきまして、介護予防・フレイル対策や生活習慣病等の疾病予防・重症化予防、就労・社会参加支援、そういったものを一体的にやる仕組みを検討することとわかれてございます。

おめぐりいただきまして、次からが、社会保障審議会医療保険部会のほうにかけられた

ものでございますが、これは予防・健康づくりの推進について、当時の課題意識という形で、一体的実施を目指し整理をしたところでございます。

健康寿命の延伸に向けた課題といたしまして、高齢になりますとだんだん有病者が多くなっていくでありますとか、生活機能というところも低下していく。そういった中で、現在、介護予防と医療におきます生活習慣病対策、若年層またはフレイル対策という高齢者、こういったところのそれぞれ実施主体が異なることによりまして、なかなかうまく接続していないのではないかとということが再整理されました。

そういった中で下の7ページ、にぎやかな図でございますけれども、こういったものを一体的に実施するのがよいのではないかとという形で検討が進められてきたところでございます。

8ページにつきましては、その当時にやられておりましたフレイル対策と介護予防のそれぞれの位置づけでありますとかスキームを比較した表でございます。

下に現状の課題ということで、当時の課題が整理されてございますが、当時、後期高齢者医療制度でやられておりましたフレイル対策というのが、なかなか広がりとしては少なかったという部分。また、一方、下でございますが、通いの場というのも7万6000カ所まで拡大している中で、参加率というのがなかなか伸びていなかったところでございます。

10ページ、先ほどの説明と重複いたしますが、事業主体がばらばらであるがゆえに、介護予防、生活習慣病対策、フレイル対策というものがなかなか連携できていなかった。あるいは、その下に広域連合における専門職の配置状況とございますが、なかなか広域連合だけで保健事業をやっていくことについては、専門職も不足していた部分がございます。

こうした中で、有識者会議を立ち上げて、一体的実施について具体的に検討するということになってございました。また、平成30年12月20日改革工程表もつくられておりますが、この中でもフレイル対策を引き続き進めていくということが位置づけられているところでございます。

続きまして、有識者会議報告書の概要ということでございます。有識者会議報告書本体につきましては、参考資料1としてタブレットにも収納させていただいてございます。また、ホームページでも公開してございますので、適宜御参照いただければと思います。

有識者会議報告書につきましては、こういった議論を踏まえまして、昨年秋、9月6日に第1回ということで立ち上げまして、構成員の方たちは各保険者でありますとか職能団体、学識者、自治体の方々、そういった方々にお集まりいただきまして、保健事業と介護予防の一体的な実施に関する制度的・実務的な論点、これを整理させていただいたものでございます。

その報告の結果につきまして、14ページ以降でまとめさせていただいてございます。重複いたしますが、これまでの医療保険の中では、被用者保険、それと、後期高齢者以上、75歳以上の保健事業で、下でございますが、介護予防と。ここの部分の事業主体がばらばらであるがゆえに、まずは75のところの連続性というものが必要ではないか、あるいは介

護予防のタイプが必要ではないか。

そういった議論が行われまして、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施のスキーム図と15ページにございますが、こうしたものを解消していくためには、国のほうで指針等を示しつつ、広域連合の事業を市町村に委託という形でお引き受けいただく。そのかわり、財源というものを保障し、また、情報というものも連携させる。そういったことで、この3つの事業を市町村において一体的に実施させ、接続していけばよいのではないかと。

具体的なイメージとしては16ページ、市町村内ではどのようにやっていくかということをございまして、まず、中核的な役割を果たす専門職の方々がいらっしやいまして、その方たちに事業のコーディネートでありますとかデータの分析、そういったことをやっていただきつつ、ハイリスクの対象者に対しての個別指導で、それも疾病予防・重症化予防という部分からはさらにウイングを広げまして、国民健康保険との接続、あるいは社会参加というものを含めたようなフレイル対策、そういったもののウイングを広げていきますことによって、介護予防のほうで広げております通いの場との連携、もしくはこの地域支援事業との連携、あるいはボランティアの方々との連携といったものが考えられるのではないかと。

また、かかりつけ医等との連携を市町村の中で進めていただければよいのではないかとこの報告書をいただいたところでございます。

あくまでこれはイメージとして今はまとまっていますが、では、具体的にこれをどのように肉づけして市町村が見たときにわかりやすいものをつくっていくかということが、今回のプログラムの検討に当たるかと考えてございます。

法案の概要につきましては、丸3の18ページ以降をごらんください。今回の法案につきましては、この報告書等を踏まえましたもので「医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律案」ということで、オンライン資格確認、マイナンバーカードで保険証がわりになるでありますとか、NDB、介護DBの連結解析でありますとか、いろいろなものを束ねて改正しているものでございますが、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施というところは、4番に記載がございます。高確法、国民健康保険法、介護保険法、各関係法を改正してございます。

その中の改正文の抜粋が19ページ、20ページと、大変小さい字で恐縮でございますが、ついてございます。125条、一番上でございますが、これが高齢者の保健事業、現在は広域連合の努力義務と定めている条文でございますが、この中で第3項でございますが、一体的な実施をするものとするということで、一体的実施をすることの規定が書かれてございます。

また、その一体的実施に当たりまして、市町村にお引き受けいただく部分については、125条の2ということで、下の部分に書いてございます。

20ページにつきましては、その一体的実施に当たりましての情報の提供といったところの関係条文でございます。一体的に実施するに当たっては、市町村は他の市町村や広域連

合に情報を求めることができ、また、情報の求めを受けた団体につきましては、情報を提供しなくてはならないという規定になってございます。

125条の4、下でございますが、これらの民間へ委託する場合についての規定でございます。

一番下、131条でございますが、ここが国保連を支援する団体ということで位置づけたということでございまして、最初の主語が「国保連合会及び指定法人は」となっておりますが、最初は指定法人、これは国保中央会でございますが、それのみであったのが、今回「国保連合会及び」ということで加えられたところでございます。

続きまして、高齢者保険の現状につきまして、御説明させていただきます。

22ページ、こちらは現在、後期高齢者医療制度で実施しております保健事業をまとめたものでございます。あくまでうちのほうで補助金等を出して実施している事業ということで考えていただければと思います。

まず、健康診査ということでございます。現在、30年度で大体3割でございますが、除外されている方も対象外の方もいらっしゃいますので、実際はもうちょっと低い状況になってございます。

また、(2) 歯科健診というものにも後期高齢者医療制度は補助金を出してございます。補助率3分の1でございますが、7.6億円でやっております。

平成30年度からは、歯科健診だけではなくて口腔機能の評価、嚥下でありますとか、しゃくとか、そういった機能も評価していただいた場合につきましては、その経費もあげた形で補助金として見る形になってございます。

医療費適正化事業に要する経費といたしまして、低栄養防止・重症化予防の推進ということで、今までフレイル対策ということでモデル事業でやってございましたが、今回は一体的実施の先行的取り組みということも令和元年度はやっていこうと考えてございます。

その他、下には特別調整交付金を活用した保健事業といたしまして、長寿・健康増進事業ということで、いわゆる健康相談とか健康教育でありますとか、被保険者の健康づくり、そういったものに寄与するものについて、特別調整交付金という形で措置させていただいてございます。

また、保険者インセンティブといたしまして、各広域連合の健康づくり等の取り組みにつきまして指標化いたしまして、毎年1回採点をいたしまして、その得点に応じまして、100億円という規模の特別調整交付金を、その点数と被保険者数、それで按分して、各広域連合に配賦するといったこともやっております。一生懸命取り組みをして点数を上げていただくと、その分、受け取る特別調整交付金の額も上がる形になってございます。

補足いたします。現在、長寿・健康増進事業ということでやっておりますが、今回は、ここに新たにメニューとして加わるのかなと思いますが、そこで一体的実施に係る市町村にお引き受けいただいたときの費用、そういったものを支弁するものは、この特別調整交付金を活用してお支払いするという形を考えてございます。

23ページ以降は、それぞれのポンチ絵という形でつけてございます。健康診査が23ページでございます。また、24ページには歯科健診、25ページには低栄養防止・重症化予防の推進の取り組みとなっております。

26ページ、令和元年度の長寿・健康増進事業についての案ということでございます。現在、特別調整交付金で保健事業として出しているのは、この長寿・健康増進事業という形になってございまして、事業評価のための調査分析でありますとか、市町村との連絡調整、また、取り組みの推進としまして、健康診査で追加項目ということで、血清クレアチニン、眼底などをやったときに出す費用などもここで見ております。また、健康教育・健康相談、こういったことを見てございます。

先ほど、補足させていただきましたとおり、この特別調整交付金、今は長寿・健康増進事業という部分で出してございますが、一体的実施に係る経費というのは、また別途特別調整交付金というものを活用して出ささせていただければと考えてございます。

下の保険者インセンティブ、申しわけございません。令和元年度の指標につきましては検討中でございます、平成30年度分についての指標ということで掲げさせていただいてございます。

保険者共通の指標、青いところでございますが、上から3つ目、指標丸3というところで、重症化予防の取り組みの実施状況というのが一つの評価ポイントとなっております。

また、固有の指標、ピンクのほうでございますが、指標マル2、高齢者の特性（フレイルなど）を踏まえた保健事業、こういったものも一つ指標に掲げさせていただいてございます。

28ページ、それぞれどういった配点状況になっているかというところでございますが、こうした重症化予防の取り組みでありますとか、フレイルなど保健事業の実施状況というところを手厚くやっております。今後は、このインセンティブにつきましても、一体的実施を指標化いたしまして、より推進させていただければと考えてございます。

29ページ以降は、今後令和元年度の事業費補助金と長寿・健康増進事業についての一体的実施等に係る保健事業に係る部分の抜粋という形になってございます。今後広域連合の方に近いうちに示させていただきまして、発出と考えている案でございます。

29ページ、最初に（1）ということでこれまでの低栄養防止・重症化予防等の推進というハイリスクアプローチと。ここは維持しつつ、次の右側でございます。（2）として介護予防との一体的な実施の先行的取り組みというところを新設させていただきまして、具体の対象事業といたしましては、（ア）というところで、通いの場を活用した健康教育・健康相談ということで、通いの場とか、ボランティアとか、そういったものと連携した健康教育・健康相談。

また、おめぐりいただきまして、上の（イ）でございますが、そこで全くサービスにつながっていない方々の状態把握、そういったものもこれまでメニューになかったものとして、今回一体的実施の内容として位置づけさせていただいているところでございます。

長寿・健康増進事業につきましては、ほとんど昨年と変わってございませんが、1点、(1)の(ウ)でございますが、一体的な実施の推進についての諸会議と、それについての経費というものも対象にしていこうと考えているところでございます。

このような形で保健事業を進めてございますが、32ページをご覧くださいますと、全体像を掲げさせていただいてございます。これはあくまで補助金と特別調整交付金の実績報告から拾ったものではございますが、事業費は354億という形で展開されてございますが、その9割以上が健康診査や人間ドックといったものが中心となっております、それらを除く保健事業の額はかなり少ない状況になってございます。

また、国費や地方財政措置という形で、国から出るお金がかなりを占めておりまして、保険料も使われてはございますが、ほとんどが健康診査のほうに使われているお金という形になってございます。こういったところも、今後の取り組みを進め広げていくためには市町村でお引き受けいただいて、一体的にいろいろな保健事業をやっていただくこう考える端緒となったところでございます。

34ページ以降は、低栄養防止・重症化予防事業の実施事業ということで、これまで広域でやっておりました保健事業につきましての推移を書かせていただいております。全国に1,700市町村あることを考えますと、取り組みの事業数としても100ちょっとということでございますので、進んでいるかということ、進みが遅いのかなと考えてございます。

また、参考までに、その後ろには37ページまで、これまでモデル事業をやっていた自治体を掲げさせていただいてございます。

38ページ、先進的な取り組み事例に進ませさせていただきます。こういった形で、高齢者に特有の健康障害、いわゆるフレイルというものに着目しまして、40ページにはこれまでの経緯ということが書かれてございますが、高齢者医療課におきましては、モデル事業を通じながら事業を実施してきたところでございます。

具体的な事例につきましては、参考資料2から5までということで掲げさせていただいてございまして、ホームページでも今後掲げさせていただきますので、後で参照いただければと思います。

先進的な取り組み事例、こういったものを見ていきながら、こういったところがポイントかを整理したものが41ページでございまして、こういったデータ活用でありますとか、医療・介護双方の観点からのスクリーニングでありますとか、そういったことがなされているのかなということを整理してございます。

また、42ページにつきましては、フレイルもしくは健康状態、身体機能の落ちていく状態、それぞれにおきまして、こういった取り組みが想定されるかをまとめたものでございます。

続きまして、「一体的実施」の目指す方向性ということで、総論でございまして、資料のイメージのほうは先ほど御説明したとおりでございますので、割愛させていただきますが、48ページ、市町村における一体的実施につきましては保健事業と高齢者医療制度、もしくは

は国民健康保険もそうですが、医療保険としてやってきました保健事業。そこが介護予防のほうにタイアップし、コミュニティへの積極的関与。こういったことをやっていきながら、市民の積極的な参画も含め、多様な主体が運営していく。こういったことに関与していくことで、より社会として充実し、保健事業としても展開が進むのではないかと考えているところでございます。

下の地域包括ケア、まちづくりという表にありますとおり、医療・介護の連携でありますとか、予防・健康づくり、地域資源、こういったもののタイアップについて、ここの具体的なメニューということは今後考えさせていただければと考えてございます。

参考までに、今までの個別アプローチの例が50ページから書いてございます。これまではKDBシステム等のデータを駆使しまして対象者を抽出し、アウトリーチという形で支援してございました。

52ページには、個別アウトリーチ支援、こういった方々が対象となるかという想定を書いてございます。生活習慣病の治療の中断者、医療サービス等に接続していない方、もしくは低栄養状態などが疑われる方、重症化予防のために医療機関との連携の必要がある方でありますとか、重複受診、投薬などが確認されて指導の必要がある方、そういった方々を想定しているところでございます。

こういった方々の個別アプローチを自治体の方でより容易に進められるようにということで作られましたのが、高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドラインということでございます。ガイドラインの概要につきましては、53ページに記載されてございます。まずは後期高齢者の特性というものを整理いたしまして、その中でこういった保健事業が考えられるか。役割分担としては、広域連合と市町村がどう連携していくか、どのような取り組みを進めていくかをまとめたものでございます。後ろには、さらにポイントという形で細かい説明がありますが、きょうは時間の都合上、説明は省略させていただきます。

このガイドラインにつきましては、津下先生から有識者会議でプレゼンをいただきまして、今回、その資料を使わせていただいておりますが、目標の設定でありますとか、医療保険者としてどういう立ち位置があるかとか、高齢者に対する保健事業の地域連携をどう進めるか等々をまとめていただいております。ポイントよりわかりやすいかと思っておりますので、ごらんいただければと考えてございます。

78ページ以降につきましては、モデル事業の試行分析結果の概要といたしまして、28年・29年に事業を実施しておりましたモデル事業の分析結果をつけさせていただいております。各自治体まちまちの取り組みの中で集めたものでございますので、試行的なものではございますが、効果とまでは言えないまでも、一応試行の分析をしてみましたというところでございます。

83ページをごらんいただければと思います。また、84ページは29年度でございますが、事業実施自治体の状況ということでございます。モデル事業の実施自治体の健康診査の対象者全体をツリー図で集めまして、表にまとめたものでございます。健診の受診状況をご

らんいただきますと、健診受診者数、例えば29年度でいきますと19.1%で、8割以上の方は健診未受診だというところがございます。

その隣が医療の受診状況ということで、さらに枝分かれしてございます。

一番下、健診未受診者であり、かつ医療も未受診であるという方、これは健康状態が不明という方が4.2%いらっしゃいます。

また、健診を受けている方でも、さらにリスクの状況ということで、受診勧奨判定値で分けていきますと、受診勧奨の必要がある方、また、医療と連携して実施していかななくてはならないような方、こういった方がいらっしゃる。こういうものはKDBシステムで、ボタン一つという言い方はあれですけども、簡単に出るため、こういった面もいろいろ紹介していきながら、自治体の方々は対象者の抽出でありますとか、そういったことをやっていただければと考えてございます。

具体的にどうしたらいいかという部分も含めて、いろいろ御意見をいただければと考えてございます。

しばらくおめくりいただきまして、106ページからは、通いの場と地域のアプローチということでまとめさせていただいてございます。今回の一体的実施につきましては、107ページの図にございますとおり、これは去年の平成31年度の予算要求のときに使った想定図でございますが、これまでのハイリスクアプローチという部分からさらにウイングを広げまして、通いの場なども活用しながら、保健師さん、医療専門職が通いの場を充実させていくことが想定されているというところでございます。

この介護予防の世界では、現在どういう形で実施されているかというのをまとめたのが108ページ以降でございまして、まず、新しい地域支援の全体像という形になってございます。26年以降、それまでの介護予防事業と予防給付の一部が移行いたしまして、介護予防・日常生活支援総合事業という形になってございます。そんな中で、下の丸一般介護予防事業、こちらで通いの場が展開されているということになってございます。

また、上の介護予防・生活支援サービス事業という中で、訪問型サービスや通所型サービスというメニューも取りそろえてございます。通いの場の活用もそうでございますが、こういったサービス事業との連携というところも一体的実施として意識していかななくてはならないのかなと考えてございます。

次のページ、ページ番号が抜けてございますが、地域支援事業の概要という形の御説明になってございます。

110ページからは、総合事業の概要ということでございます。総合事業につきましては、下の111ページでございますが、(1)介護予防・生活支援サービス事業、こういったところで訪問型や通所型のサービスが展開されている。また、(2)の一般介護予防事業というほうで、通いの場が展開されている形になってございます。

112ページには、サービスの典型例ということが例示されてございますが、多様なサービスということで、真ん中のところですが、通所型サービスAとかBとかCがございまして、

特に通所型サービスB・Cでありますと、ボランティア主体の支援等が行われている状況になってございます。

下は一般介護予防の説明でございますが、この中でいきますと、通いの場というのが5つの青い囲みの右上でございまして、地域介護予防活動支援事業といったところで活用して、通いの場が展開されている状況になってございます。

その通いの場の状況につきましては、114ページにまとめられてございます。先ほどのものから年度更新されておりますが、通いの場は7万6000というのが平成28年度の数字でございましたが、今は9万台までふえてございます。左下のグラフでございまして、参加率も徐々にではございますが、上がっておりますが、まだまだ4.9%という状況でございまして。

主な内訳といたしましては「体操」というのが青いグラフで一番多いところでございます。あとは「茶話会」でありますとか「認知症予防」「趣味活動」といったことが展開されているということでございます。

市町村における通いの場の状況につきましては、115ページ以降、老健局のほうで調べたものがグラフとしてまとめられてございますので、ごらんいただければと思います。

また、通いの場の参加率につきましては、118ページにグラフがまとめられてございますが、高齢者人口の4.9%という形になってございます。

119ページから、地域包括支援センターの概要が記されてございます。現在、地域包括支援センターには、必置といたしまして、社会福祉士さんと保健師さんと主任ケアマネジャーの方、こういった方がチームとして組んでいらっしゃるというところでございまして、さまざまな支援事業をやっていただいているところでございます。地域包括支援センターにつきましては、いろいろ業務は多岐にわたり、業務量もいっぱいだというところはございますが、こういったところとの連携、また、地域包括支援センターを活用した一体的実施もやっていければいいのかなと考えてございます。

124ページ以降、KDBシステムの概要をまとめたものでございます。既に御案内かと思っておりますけれども、KDBシステムは国保連合会のほうで整備しておりますシステムでございまして、医療レセ、介護レセ、健診データ、そういったものが全て紐づけて見られるというところでございます。

見られるデータや機能につきましては、131ページ、132ページでまとめてございますが、131ページでは収納されている主な対象データを例示させていただいてございます。

また、132ページでは、システムの特徴といたしまして、医療・健診・介護、これは個人ごとにひもづくことができる、地区割りによる分析ができる、ほかの自治体等との比較ができる、もしくは性や経年比較、そういったことができる機能を備えてございます。

今回、一体的実施の推進に当たりましては、医療のデータ、介護のデータといったものを連携させながら進めていくということも主眼に置いてございます。KDBの活用というのは、まさにそのツールとして有効なものと考えてございます。こういった中で、では、KDBを使うのにどういった着眼点があるのか、もしくはKDB、もっとこうできたらいいのにと

うところもあるかもしれませんが、そういったところの御意見等もいただければと考えてございます。

このような形でKDBを使いますと階層化ができるというのが137ページ、先ほど御説明した表と重複してございますが、健診の受診の有無、レセプトの有無、こういったものをまとめたものでございます。

健診の有無、レセプトの有無、それぞれのありなしに応じた形での取り組みの方向性が考えられるのが139ページで、こういったところから事業が有効に展開されていくのではないかと考えてございます。

また、今回のデータといいますか、高齢者の健康状態、フレイル状態の把握、そういったことに資するよとということ、140ページでございますが、後期高齢者の新質問票というのも考えてございます。こちらにつきましては、後期高齢者は特定健診に準じて健診を実施してございますので、質問票についても健診に準じたものになってございました。ですので、メタボ視点になっており、より高齢者のフレイル状態を把握できるように、高齢者の特性に合ったものにしたらいのではないかと御議論があり方検討ワーキングの中でございましたので、今回、新質問票の検討を進め、去る3月に結論を得られまして、令和2年度からは、この質問票で健診を実施していただければと考えているところでございます。

具体的な質問票の内容につきましては、142ページをごらんいただければと思います。これまでと大きく変わりました、今まで22項目、特定健診はあったと思いますが、後期高齢者の場合、負担を考えまして、15項目に絞らせていただいております。かつ、口腔機能でありますとか、体重変化でありますとか、それもどちらかという痩せのほうに見たものでございます。また、認知機能でありますとか、高齢者特有の質問項目を設定させていただいているところでございます。

これも健診時に把握できるデータでございますので、将来的にはきちんとデータ化して、KDBシステム等に入るようになってございますので、また分析の一助になるかと考えてございます。

144ページ以降、個人情報関連の資料ということございまして、145ページ、146ページにつきましては、KDBで提供される情報の活用について、厚生労働省として整理した事務連絡をつけさせていただいております。

また、去る4月25日に改定しました糖尿病性腎症の重症化予防プログラム、こちらの中でも個人情報の取り扱いというところ、特に外部委託事業者の取り扱いのところ書いてございますので、参考までに抜粋をつけさせていただいております。

参考に、その他資料といたしまして、このKDBの活用につきましては、平成31年度、厚生労働省で予算化いたしまして、国民健康保険中央会で研修のプログラムを策定いただきまして、それを各国保連合会に展開して、各47の国保連で市町村研修を実施していただく。そういったことを考えてございます。

150ページは参考までに、先ほどの法律の条文と重複いたしますが、KDBシステムの活用関連ということで、情報連携に当たっては、KDBシステムの活用ということを想定しているところでございます。

151ページからは、参考、特別集計ということになってございます。この特別集計というのは、参考値でございますが、国民生活基礎調査でありますとか国民健康・栄養調査、こういったものを厚生労働省でやってございますが、厚生労働省のホームページで公表されているデータというのは、65歳以上は全て65歳以上というくくりで丸まってしまっている状況にありましたので、そこの部分をさらに後期高齢者の状態を見るために、5歳刻みで集計し直したという結果でございます。これにつきましては参考ということでございますので、65歳以上の5歳刻みではこういう状況なのかということをご覧いただければと考えてございます。

以上、雑駁ではございますが、今回、ここに至りました経緯、平成26年度にフレイルという言葉が出て以来、厚生労働省ではモデル事業という形で医療保険のほうでやってまいりました。ただ、いかんせん事業の展開はまだまだという状況でございます。一方で、通いの場も一生懸命数を増やしている状況でございます。こういったものをきちんと連携させて、社会全体で高齢者をまとめて行政として支援していく。そういったところの重要性というのは今後ますます高まっていくかと存じますので、そのために市町村で何をしたらいいか、どのようにやったらいいか、具体的に見せていくことが大事かと考えてございますので、皆様方の御意見を頂戴できればと考えてございます。

長くなりましたが、事務局からは以上でございます。

○班長 ありがとうございます。

ただいま、一体的な実施、新しい制度に向けてどのような背景があり、これまでどのような議論がなされ、現在に至っているか、ダイジェストで御説明いただきました。

一体的実施に向けては、法制度、法律改正によって財源や情報の取り扱いなどの法的な整備もされ、また、データについてもKDBや質問票など、全国統一で使ってもらえるようなものの準備も進めているところであると。大事なことは、モデル事業で実施していただいて効果が見えているよという自治体もあるのですけれども、それが全国全ての自治体で実施され、多くの高齢者にどう届けて健康寿命を延ばしていくか。このあたりのソフト的といいますか、どう市町村に動いていただくかというための指針が必要であろうということで、論点にも連結することでございますけれども、この検討班でより肉づけをしてほしいというようなお話ではなかったかと思えます。

きょうは第1回目ということで、それぞれのお立場とか職種とか、今までのかかわりなどの観点から御意見や御質問をオープンにお受けして、そして、次回以降の議論につなげていくという趣旨でございます。どなたからでも結構ですけれども、ただいまの御説明に関する質問、または、こここのところはもうちょっと深掘りするとこういうことなのか、お話しいただければと思います。1時間弱でございますが、全員に御発言いただきたいと

思っておりますので、よろしくお願ひいたします。

どなたからいきましようかということで、まず、フレイルから口火を切っていただけますでしょうか。

○構成員

改めてこの一体的実施の全体像をお聞きして、十分了解いたしました。さらに、フレイルという考え方を踏まえて、従来各自治体で取り組んできているものを上手く組み合わせることが重要であると思います。何でもかんでも新しい取り組みばかりを導入しようというのはなかなか非現実的でありますし、全市町村を視野に考えれば、さらに非現実的であります。従って、今までの活動をいかにうまく効率よく組み合わせて、つながっていかなかった部分をつなげていくのか、その重要性を改めて感じました。

その中で、フレイルのことにに関して、幾つか補足コメントがあります。

まず、フレイル概念を押し進めてきた立場としてよく言うのですが、これは「まちづくり」そのものであると思います。すなわちフレイル概念は、個々の疾患ベースで物語っている話ではないのですね。むしろ、先ほど冒頭のお話が出ましたように、機能をどう維持するのかというコンセプトで成り立っているのです。そこに脳卒中や心筋梗塞後等の疾患別の視点だけで評価していくものではないのです。個々の疾患ベースで物事を考えていくという視点だけではなくて、むしろ全体的な機能として評価をしていくのと重要性、そして、ただそれが握力や歩行速度等という身体的機能だけではなく、社会的な視点での状況、すなわち社会的フレイル傾向になってしまっているのかどうかという視点の重要性も投げかけている、というふうにデザインしてつくってきた背景があります。

その中で、まちづくりというのもふわっとした抽象的な表現なのですが、私自身が様々なコホート研究からのエビデンスを集約し、我々の「住民主体のフレイルチェック活動」を構築し、現在、導入自治体が約50を超えてきた今の段階で、様々な要素が見えてきました。その経験に基づきますと、まず、このまちづくりの中心的な原点は2つ。一つ目は「本人の気づき・自分事化」。すなわち、それが専門職種からのアドバイスであれ、高齢者市民同士だけの企画でもいいので、フレイル予防～対策の重要ポイントは何なのかということが、各住民自身の心の中にストンと落ちるような、いわゆる気づき・自分事化がまずなければ、どんなに専門職種から助言を言われても一歩踏み出すことはまず出来ないと私は考えていましたし、そうであった感じがします。

なぜかという、腑に落ちると、実施されたフレイルチェックの結果を見ても、ある導入自治体の中では、84歳とか88歳のかなりのご高齢の方でも「×」という項目が「○」になっていくわけなのです。ちなみに、私たちのフレイルチェックでは「×」を赤シール、「○」を青シールで張ることになっているのですが、結果的に88歳や84歳の方でも赤が減ってくるようです。それは本人がストンと腑に落ちたということなのですね。スポーツジムに行ったりなどはしませんので、結局、自分の足元に転がっているヒントをいかに拾えるのかということなのです。だから、そのアプローチの切れ味が悪ければ、恐らくどんな

に本人に言っても空振りとなり、効率が悪く終わってしまうのではないかと考えています。

2つ目のまちづくりのポイントとしては、本人が一步踏み出そうかな、何かやろうかなというときに、受け皿整備が出来ていないといけないと思っております。すなわち、受け皿整備にはいろいろな要素があり、当然、市役所行政の中の庁内連携もあります。さらに、このフレイルチェックの中で良いデータばかりの方もいらっしゃれば、悪いデータ（すなわち×マーク、赤シール）がかなり多くて今後のリスクを持ち合わせている方もぽつぽつといらっしゃるのですね。そのリスク保有者に対するしっかりとした受け皿が必要で、その後適切なサービス提供にどうつなげるのかが非常に重要だと思います。しかし、その重要性を全員頭で分かっている、50超の自治体へ導入してみるとまだまだバラバラな印象を受けております。実際には、しっかりと繋がれて行く自治体と、一方で、何でこんなに繋がっていかないのだろうという自治体もあるようです。例えば、地域の元気高齢者で編成されているフレイルサポーターが、フレイルチェック活動の中で、かなり赤シールが多かった高齢男性がいましたよということを地域包括支援センターに連絡をしたところ、その地域包括からその後どうつながったのかが何もわからない、ということも良く遭遇する現実です。何でそういう現象になってしまうのだろうと。

そこを私自身はどうにかしていきたいです。今までの多くの自治体導入の経験値と、そして、今この一体的実施の取り組みによってオンゴーイングで進んでいる施策が見えているので、そこで特にリスク保有者の住民がしっかりと見える化され、どのようにしっかりとしたルールに乗せるのかが課題です。その視点、すなわちリスク保有者の炙り出しと積極的な包括的介入という段階においては、元気高齢者のサポーターたちの活力というよりも、むしろ保健師さまを筆頭とするような医療知識を持った専門職種の方々がしっかりとルールに乗せてあげたり、トータルアセスメント、トータルサジェスチョンしてあげるのかという要素が必要なのかなと考えています。

フレイル対策をやっていくに当たっては、先ほどの本人にどのように気づきと自分事化を与えるのかという視点の一つの鍵として、筋肉の衰え（サルコペニア）というもの自体を如何に分かりやすく、なるほどと言ってもらえるような感じで気づきを与えていくかが一つのポイントです。それを単に、ではお家に帰ってスクワットをやってくださいとか、単にたんぱく質を多目に食べてくださいという薄っぺらな情報ではなくて、こういう社会的フレイルというところをもう一回り自分が踏み出すことによって、いかにサルコペニアから遠のくことができるのだ、という感覚をストンと自分事のように思わせる必要があります。その自分事化してもらうための重要ポイントであり、そこにこだわってきたのが私の取り組みだと思っております。

先ほど、後期高齢者の歯科健診の話題提供がありましたが、「オーラルフレイル」という言葉を立ち上げて早4年ぐらい立ちます。明らかにオーラルフレイルの兆候を持っている方は、4年間経過を追うだけでも2倍以上多く死亡していたり、新規要介護になっていますので、お口でさえも歯の形態学的なアプローチを超えて、トータルアセスメント、ト

ータルサジェスションというところも重要かと思っています。

最後に、参考資料3を開いていただきたいです。これは今年の9月から始まっている一体的実施の検討会議の中の有識者から出た資料の抜粋です。その中のカラフルな写真が数多く掲載されているものが私の提出資料です。本日は詳細にご説明しませんが、スライド番号5番の内容がこだわってきたポイントです。市民への気づき・自分事化にはかなりこだわってやってきて、今の形があります。

スライド番号6以降は、これは単なるコホート研究からのエビデンスというだけではなくて、フレイルチェック活動が導入された自治体からのエビデンスを出しております。青シールが多かった参加市民は、赤シールが増えないように努力する。赤シールが多かった方は、次回半年後までに1～2枚でも良いので絶対に青シールにしてくるという市民活動の集いの場を構築しており、何か心にスイッチを入れるという感じのポイントを狙ってやってきました。

さらに「継続率・リピート率」も非常に重要です。今までの介護予防事業も含めて、最大の課題ポイントは継続性をどう持たせるのかということです。よって、我々の活動には必ず自治体ごとにリピート率にこだわってもらいます。50超の自治体が導入してくださいますと、かなり高いリピート率を出してくる自治体と、あまり高い数値を出せていない自治体に分かれ、その違いは大体見えてきました。リピート率が高い自治体において見えてきた活動は、半年単位でフレイルチェックをやっていく中で、その半年後の日程をお伝えするだけではなく、その間にも数回お声をかけているようです。すなわち、一工夫、二工夫しているわけです。そこが市民の心をつなぎとめるということがよくわかってきました。

スライド番号6において、まずは「フレイル」を市民に知ってもらい、自分の身近な足元に転がっているヒント、すなわち、すぐやれそうなことを意識してもらおう。そこに「フレイル予防のための3つの柱：栄養・運動・社会参加」を立ててあります。この栄養には食と口腔の両者が含まれますが、単にタンパク質を多目に摂りましょうというだけでは全く意識変容が起きません。そこになぜタンパク質なのかという部分も具体的に演出して自分事化できるような作業が必要です。

運動も、純粹に運動をやってくださいと言われても、やれる人はもともとやっていますというだけで終わっていますので、いかにちょこちょこいろいろな形で体を動かしていれば十分なのだとすることを気づかせる。そこには社会参加ということがセットで考えなければならぬのです。これは私の研究室からの5万人データベース解析結果なのですが、運動だけをやっている人よりは、運動習慣がなくても文化活動と地域活動をちょこちょこ毎日のようにやっている人のほうが、フレイル状態になっている危険度が約3分の1になっていることが分かっております。そういう意味では、単にジョギングシューズを履いて首にタオルを巻いてという運動だけが、あなたが導入すべきというものではないということや、うまく伝えなければならぬということで、そういうエビデンスが並んでいますので、またいろいろ参考にさせていただければと思っています。

○班長 ありがとうございます。

フレイルの概念の整理と、それから、先生の研究の中で見えてきたこと、特に自治体間での格差というか、取り組みの格差もあるし、さまざまな要因もあると思うのですけれども、それをどうしたらいいかということも大きな課題だと。

それから、フレイルチェックとか基本チェックリストというこれまでのエビデンスを活用して、質問票についても、かなりのディスカッションの時間を持って作成したものが先ほど御紹介されたものということで、それが気づきの場面でうまく活用されるかどうかポイントかと思いました。ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

○構成員 ありがとうございます。

先生のお話、一々納得でございます。私も地域を歩いておりまして、そのようなことを感じます。知識と申しますか、今は知識よりも知恵かなと。知識ももちろんですが、知識のあった上に知恵なのかなということをととても感じます。

先生がおっしゃったように、社会的なフレイルを自分事に落としていくときを、それをあなたの社会的フレイルはここだから、例えば運動だったらこうしたらいいのではないとか、食事だったら、あなたの場合だったら、たんぱく質もたんぱく質だけれども、先に水分をもうちょっと入れたほうがいいですよということもあるかもしれませんし、いろいろとあると思うのです。その方が社会参加しやすい形での、例えば栄養ならば栄養の提案ということをしていかないと、おっしゃったように、たんぱくがどうこうという話だけしても、全く通用しない。そこに、専門職の人が入り込んでいくという形。それが今までは個別アプローチだったのですが、それを通いの場のところでも一部できればいいのかなと。

欲を言えば、役所は地域特性をある程度見ることはできると思うのです。通いの場のこの人だけの、この地区だけの地域特性は見られないかもしれませんが、ここを含んだ包括単位のところならば恐らく見られるはずだと思うのです。そんなに難しくなく見られると思います。

そのようにしていったら、これは私が役所にいたときの感覚でもあるのですが、どうも健康と福祉と、まずは立ち上げはそこから行かないといけないのですが、それだけでやっていますと、どうしても行き詰まりがくるのです。行くところは伸びていくのですが、頭打ちがどこかである。そこから後、ブレークスルーしていけるところはまだいいのですが、そこでもやもやしてしまって、半分消失したような感じになっていく。

コツは、ほかの部署を上手に入れていく。自分の経験で言いますと、コミュニティーバス。だから、買い物に行きましょうと言っても、では、どうやって行くのという話になると、ここにこんなコミュニティーバスがこのように入っていて、市の政策の中でこういうものが走っていて、そういうのはまちづくりに関係してくることであり、低栄養の防止といえ、そういうことも関係してきます。

例えば、栄養士のところが余りかかわることが少ない、人数が少なかったりすると、保

健師さんだけだとそこまで手が回らないというときには、別の手かもしれないのですけれども、市町村ですと食育の推進計画というものを持っていますね。そのところに恐らく高齢者の栄養のことについて書いてありますから、いつが改定の時期かわかりませんが、そこで必ず入れておく。そうすれば、栄養士も絶対にかかわります。

保健師さんも忙しくて健康づくりに二の足を踏むことがあるかもしれないのですが、そうしますと、健康増進計画がございますね。そこのところに入れておく。

本当はもっと言えば、市のマスタープランみたいなところ。毎回政策部の人と何かやらなくてもいいのですが、何かやったところでは、半年後とか3カ月に1回ぐらい、こういう方針ですと。市の大きい施策と合わせておく。市の大きい施策は必ずしも健康や福祉ではないかもしれないのですが、でも、健康や福祉が入っていないものはないと思います。それが2番目か3番目かわかりませんが、そこと必ずタイアップしておく。そうすると、絶対に落ちない。自分たちの保健福祉系だけで回しておく、市役所の場合、2～3年に一度は人事異動がありますので、雲散霧消になってしまうことを防げるのではないかというのが、私の経験でございます。

○班長 ありがとうございます。

組織的な対応というか、モデル事業でも、頑張ってもらえる保健師さんとか管理栄養士さんなどがいて、その人が頑張っていることはいいのだけでも、その人が人事異動になったら終わってしまう、低調になってしまう。そういう自治体も幾つか見てきたりしていますので、組織的に、そして、高齢者の健康は全庁的な課題であるという受けとめをどうしていただくか、他計画との連動という大事な視点だと思えます。

ほかにいかがでしょうか。

○構成員

私どもも昨年からフレイルというものに非常に着目しまして、かつ、いわゆる社会的フレイルに着目しているところでございます。船橋市も健康意識の高い方々へのメニューの提供といった部分につきましては、行政が提供するもの、そして、地域で自発的に構築されていくものということで、かなり充実はしてきているかなというところでは。

次に、課題としましては、社会的フレイルというところで、閉じこもりぎみの方、あとひとり暮らし高齢者で孤食。孤食自体は決して悪いことではないのですが、栄養状態が悪くなってくるということで、その後、例えば廃用症候群になってしまうというところの予防と、そういう状態になったとしても早目に発見して介入ができないかというものを、テーマとして掲げているところでございます。

もう一点のテーマといたしましては、保健所の行政としてやっておりますので、公衆衛生行政の中で、それぞれ健康づくり、介護予防、疾病予防を展開しているわけですが、今までのいわゆる1次、2次、3次予防に加えて、0次予防という言葉が最近出てきております。いわゆる、船橋にいながらにして健康になれる、地域づくり、まちづくりもトータル的に目指して行って、船橋市を元気なまちにしていきたいといった取り

組みを現在しているところでございます。

私どものところでも重症化予防もやっているのですが、その中でかなり問題的に取り上げているのは、例えば平成28年度の国保の分析の中で、新規人工透析導入者、92人ほどいらしたのですが、そのうちの約30弱が、いわゆる被用者保険からの異動者といった部分でございます。ですので、国保と後期高齢では保健事業を積極的に取り組んでいくのですが、被用者保険制度の取り組みにつきましても行政として関与をしていかなければいけないだろうというところで、私どものほうも船橋市医師会の協力を得まして、医師会としても船橋市CKD対策委員会というものをつくっていただきまして、そこに協会けんぽの代表の方等に来ていただいて、いわゆる重症化予防の取り組み等に共通認識をしていただいて、専門医の一覧表等を渡して、かかりつけ医と専門医が連携がとれるような体制を構築しているところでございます。

以上でございます。

○班長 ありがとうございます。

今後、またプレゼンの中で詳しくお伺いすることになると思うのですが、介護予防との連携とか地域包括と保健所の関係というのは、スムーズにいたりするのでしょうか。

○構成員 まず、保健所としましては、地域・職域にかかわる連携協議会というものがございまして、その中で職域の代表の方々に来ていただいているといった中で、糖尿病、重症化予防等につきましてもテーマとして掲げて、その下の担当レベルでというような動き等もさせていただいているところです。

地域包括支援センターとの連携につきましては、私ども、基本チェックリストを用いまして、特定高齢者の時代から、そして、一般介護予防事業を把握する際に、基本的に65歳以上の高齢者の方には毎年基本チェックリストを送っています。5万5000人の方に回答をいただくのですが、実は回答をいただけない方がおおよそ3万人いるといったところです。

その方々の実態把握が実は非常に重要でして、これにつきましては、地域包括支援センターに実態把握というところで電話連絡ですとか、訪問をしていただいております。ただ、やはり数が多いでございますので、優先順位をつけて、例えば第一優先としましては、75歳以上のひとり暮らし高齢者、そして、高齢者世帯のみという形で、まずそこからアプローチと。次に70歳から74歳という形で、できるだけ全数を訪問していただいて、年間で1万世帯ぐらいは地域包括支援センターのほうで回っていただいているという形で、全庁的にそういうような事業をやる場所、そして、実態把握をするところという形で横断的に連携をとっているところでございます。

○班長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

では、歯科の立場から、よろしくお願いたします。

○構成員 私は歯科医師という職種ということもありまして、高齢者の介護予防とか保健

事業に割と長く、介護予防事業の創設期から関わってまいりました。

介護予防事業が最初にスタートして、基本チェックリストから昔で言う特定高齢者を見つけ出して、行政が教室を用意して、そこに来てもらいたいと、最初はそのような事業形態で始まったわけですが、なかなか対象者が集まらなかった。厚労省でも少し取り組みの方向性を変えられて、通いの場になるべく多くの高齢者の方に御参加をいただいて、そこで何らかの取り組みをやっていただくという形に変わってきたと承知をしているところです。

ただ、通いの場も非常にさまざまなパターンがあると思っております。介護予防の体操を目的とした本当に介護予防をやりたいという高齢者の方もいらっしゃるれば、趣味の会を目的とした、介護予防は特に関心がなくておしゃべりをしたいとか、カラオケとか、将棋の会とかもあるのかもしれないけれども、別の目的で集まっていられる通いの場もあるのだらうと思います。

今回の一体的な見直しで、様々な通いの場を活用して、専門職をそこに派遣してやっていくことは過去の行政の教室には高齢者の方が来ていただけなかった経緯をみれば、非常に妥当な方向性だろうとは思いますが、しかし、行政側にも意識改革が求められますが、医療専門職の方々にも意識改革が必要だと思っております。ある意味、アウエーの場に専門職の方々が行くわけです。もともと介護予防をやりたいという体操型の通いの場であれば、そこに保健師が行ったり、栄養士が行ったり、歯科衛生士が行っても、充実したプログラムができると思います。ただ、フレイルをこれから国民運動として、本当に高齢者の大半の方に関心を持ってもらってやっていくということであれば、そういったアウエーの通いの場も含めて行政が少し視野を広げて、保健師、栄養士、歯科衛生士を、年に1回とかでも関わることで介護予防に意識を持ってもらうような形にすることによって、フレイルが少しずつ国民運動化していくのではないかと思います。今回の私どものミッションなのだと思いますが、市町村や医療専門職にそういう意識改革をしっかりと求めていかなければならないと思います。

また、都道府県や広域連合の役割も非常に重要だと思っております。市町村の意識改革をするためには、都道府県庁や広域連合からの指導、助言が必要です。私も市町村の立場ですが、今回の取り組みが市町村の様々な施策の中で取組の優先順位が上がっていくためには、都道府県、広域連合、厚労省からももちろん必要ですが、市町村の中で取組の優先順位が上がるようなメッセージをしっかりと出していただくことも非常に重要と思っております。

次に、口腔の取り組みについては、もちろん口腔体操とかで口腔の機能がある程度回復する部分もあるのですが、なかなか口腔体操だけでは回復しない部分も、当然入れ歯の問題とかもありますので、歯科医療との連携もしっかりやっていかなければなりません。本当に重点的な保健指導、トレーニングが必要な方については、歯科医療機関での指導ということも明確に位置づける必要があると考えています。口腔の取組は、行政だけでやるの

ではなくて、歯科医師会、歯科医療機関との連携が非常に重要です。これは、フレイルの取組全般に言えることで、歯科医師会だけではなく、医師会等医療関係団体の方々と連携をして、フレイルを国民運動として地域で盛り上げていく必要があると思います。

以上でございます。

○班長 ありがとうございます。

専門職にとっては、医療機関の中で診療という場面でかかるとか、健診の後の保健指導という場面でかかわることがほとんどでした。先ほど腹落ちという話はしていましたが、腹落ちしなくても「このようにしてくださいね」と言うだけでも一応診療を終わることができる世界と、地域住民を主体的に動かすレベルまでいくことや、何を食べようではなくて、どうやって入手するかとか、生活全体をアレンジすることが必要になる。そういう意味では、専門職の力量がかなり変わってくるのかなと。そのあたりの教育、研修、動きやすいツールとか、そういうことも重要なポイントになっていきそうですね。ありがとうございました。

○構成員 とても幅広いことがありましたので、何かからお話ししたらいいのかなと思っていたのですが、大前提として、制度の区別は住民側には全く意識がない話ですので、日常生活、つまり、活動や参加、居場所といったものに切れ目があってはいけないということが、まず大前提にあると思います。

その上で、身体機能や口腔機能を落とさないということは本当に大事だと思うのですが、同時に、機能が落ちてきたり、あるいは調子が悪くなっても参加し続けられる工夫も必要なのかなと思っております。

先ほど、コミュニティバスのお話もありましたけれども、ICFのモデルですとか、あるいはエコロジカル・アプローチを念頭に、保健・医療・福祉以外の部署ですとか、あるいは地域のNPOとか、本当にいろいろなところとつながりながら、そうした工夫をしていけるといいなと思っております。

地域に健康づくりとかフレイル対策を広げていく上で、元気な住民の主体性というか、住民が巻き込み上手になっていくことがすごく求められていると思います。私がかかっている東北の自治体は人口が約12万人、高齢化率は約30%ですけれども、当初は健康課が一生懸命、保健推進員ですとか、健康サポーター育成ということをやっている、いま一つ活動が広がっていかなかったものが、「通いの場」が始まったことで、生き生きした住民リーダーが育ってきているなど、主観的ですが、そういう印象は持っております。

その自治体は、西日本に比べるとおくれればせながらかもしれませんが、高知市発祥の「いきいき百歳体操」がこの3年間で100カ所ぐらい広がっています。いきいき百歳体操の広がりは、恐らく行政が余りお膳立てをしないけれども、上手に住民をサポートしモチベーションするところがよかったのだろうと思っています。

ただ、課題も少しずつ見えてきております。一点は、地区によって盛り上がりには大きな差があるということです。巻き込み上手な方がいるところは会場が狭過ぎるので大きな会

場にするとか、2カ所に分けるとか、そのようになっている一方で、同じリーダー、同じメンバーで、余り活性化しないようなところなどもあったりします。

もう一点は、本当に問題を抱える層へのアプローチが当然ながらできないということがあります。そこに関しては、生活支援コーディネーターというものが最近置かれるようになり、その方たちが地域に入っていっているわけなのですが、中には非常に優秀な保健師だった方がリタイアされてそれを担ってくださっている地区がありまして、そういうところは、今までなかなかアプローチができなかった人を発掘し、しかるべきところにつないでいくことができています。その一方で、生活支援コーディネーターたちが余りにも多くの課題に直面して、無力感を感じたという声を漏らすことも聞いております。

今後、どういう体制をつくっていくかという話なのですが、私自身は、今、高齢化していく中で、本当にすばらしい地域活動をしていた専門職の方が行政を離れたりということで、リタイアした方たちが実は地域にたくさんいらっしゃると思っております、そういう方たちの活用はぜひこの中で考えていってもいいのかなと思っておりました。

特に、保健事業と介護予防の両方を御経験されている専門職の方が、部署を離れて、どちらの帽子もかぶらずに、一住民としてさまざまな発言をしながら提案ができるというようなことができるよいかと思っております。

○班長 ありがとうございます。

専門職をリタイアした方とか、いろいろな経験を積んで、いろいろな仕組みとつながれる相手を知っている人たちが入っていると、見つけた人のつなぎもうまくいく。そんな事例について御紹介いただいたと思います。

○構成員 今、いろいろと皆様のお話を聞いて、県としての役割はたくさんあるのだなということを認識させていただきました。県の役割として津下先生が言った人材の育成もそうですけれども、そもそもが、秋山先生が言いましたけれども、行政は本当に一体化が必要かどうかということを、きちんとそれぞれの部署の方が認識しているかが重要ですが、県庁の中でもなかなか認識がされていないと思います。昨年、重症化予防のプログラムをつくるときに、広域連合も検討委員に入れて、いろいろな検討をするときに、私の所属は保健予防課ですが、主管課の国保援護課との連携が難しかったです。

細かい理由は言わないけれども、県庁の中でもいろいろな場面で、しっかり手をつながなければいけない部署がたくさんありますが、なかなかつなぎ切れないでいました。この一体化の動きを受けて、今年度の予算要求に向け、フレイル対策について知事への政策プレゼンを行いました。幹部職員の前でプレゼンしてほしいと。フレイルチェックを群馬会館という大きな会館で、幹部職員を前にして、フレイルチェックはこうやってするのですという実践を交えてのプレゼンさせていただいたことをきっかけに、また事例として紹介いたしますが、今年度、県の中でも横のつながりをしっかりつくるために、新たな施策が立ち上げました。

今、全国にはさまざまないい事例はたくさんあるのしょうけれども、県内としての我

が町の隣の町、隣の村はどうなのだろうという身近な事例も必要です。資料を見て、モデル事業をやった自治体が群馬県は一つもないことが残念に思いましたけれども、県としてもしっかりとした事例を組み立てていけるような仕組みをつくっていかねばいけないと思います。

広域連合が県に1つというのは、本当はよかったのかもしれないと思いました。これからいろいろなことを進めるときに、県と広域連合が比較的いろいろな意味で手を組みやすくなるということをメリットとしてもいいのかなと感じているところもあります。

そういう意味では、先ほど札幌市の秋野先生がおっしゃいましたけれども、県としての役割については、今は、具体的に何ということはないかなははっきり申し上げられませんが、プログラムを検討する中に取り入れていただきたいと思いました。よろしくお願いします。
○班長 ありがとうございます。

広域連合の話が出たと思うのですけれども、いかがでしょうか。

○構成員 今、広域連合では、構成する市町村に、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な取組の実施」に向けての現状調査を紹介中です。市町村としてはどんなことができますかと。既存事業ですとか、今後取り組みたいことについてのアンケートです。取りまとめはこれからですが、よく市町村から言われるのは、広域連合で分析したデータ、例えば新潟県全体のデータはあるのだけれども、構成する市町村一つ一つの健康課題とか、特徴を積み上げたようなものが欲しいと。それがあれば、地域の健康課題が明らかになって、どんなことができるのか、専門職を入れて取り組むことができるかもしれないと言われることがあるのです。

市町村ごとの取り組み状況の分析については、あまり情報提供したことはなくて、今までやってこなかったには、知識や力がなかったから。正直、構成している職員は一般事務職がほとんどなので、そういったデータを出すときには、お医者様とか、何か御意見番なる方というか、後ろ盾が必要で、そういったものがあれば市町村へ自信を持って言えるのにと常々感じています。

市町村の取り組み状況の把握というのは結構膨大で、市町村の地域支援事業の実施状況については毎年県で照会をかけてそれを国に出しているという話なのですが、そういったこともやっているのかということで、そういった情報もこちらには入ってこなくて、県の方も縦割りなのだなどちらっと思ったりした経緯もあったりしました。

これからアンケートでは、どんな御意見が出てくるのかわからないのですが、これから市町村と一緒に考えていきたいと思います。

以上です。

○班長 ありがとうございます。

広域連合の役割として、都道府県の全自治体を見ていける立場もあるし、保険者としての立場もありますしということで、KDBが使いやすくなるといういいかなという御意見かとも思いますけれども、何かございますか。

○構成員 KDBのほうは、今、とても注目されている中で、最初は25年から保健師が訪問活動をしたりとか、保健事業を実施するのに、中央会・連合会でお預かりしているデータをうまく活用してもらったらいいのではないかという発想から出てきたものなのです。あっという間にグレードアップをしてしまったというところで、私どももまだそこについていけない部分もあるのですけれども、今回、法整備の中できちんとした位置づけがされましたので、そこに関しては研修等を実施していくとか、今、計画しているところでございます。

実際には、介護保険に関すること、介護予防に関するデータのことは、まだまだ项目的に少ないのですね。今、いろいろな構成員の方たちからのフレイルに対する状況等のお話を伺う中で、特に飯島先生にもお尋ねしたいのですけれども、介護予防としてフレイル等を中心に活動されていますが、実際にこういうデータが見られたり、あったりすると、すごく対象者の抽出や事業評価に使えるのではないかと、そのようなことがありましたら、ぜひ教えていただきたいと思っています。また、高橋さんにも教えていただければと思います。

○班長 ありがとうございます。

この話は議論し始めると長くなりそうなので、これからも丁寧に議論し、広域連合、また、自治体が使いやすいデータを標準的に出せる仕組みをつくっていただきたいです。一部地域のモデル事業や研究事業でしかできないのではなくて、どこの自治体でも、また、広域連合でも、安心してデータを提供できるようにするためにどうしていくのかというのが大きな推進のエンジンになるかと思っています。

○構成員 そうですね。その辺は、どこでも同じ帳票を見られたりとか、フォーマットが決まっていますので、比較したりとか、あるいは地域全体の状況とか、今までも出てきている中で、地区の特性がかなり違うということもありますので、そういう視点もとても重要かと思っています。その辺は幾つかのフォーマットの形で提供できるようなシート、または質問票のことも先ほど出ておりましたけれども、質問票で年度ごとにどうやってその人が変化していくのかとか、地区別にどのような質問票の回答の傾向があるのかとか、そういうものもできていったらいいのかなと考えておりますので、ちょっとお待ちいただければと思います。

○班長 よろしく申し上げます。

市町村の立場で、保健事業を実際にこれから実施していく立場として、どうすれば自治体が動きやすいか、また、自分たちが動き始めたきっかけとか、そういうことについて、皆さんの御意見を聞きながら、思いなどを教えていただければと思います。

○構成員 先ほど、自治体は異動があるということで、実は私も9年間子育て支援部門におりまして、去年、高齢者の部門に異動してきて、やっと初心者マークがとれたところです。

ただ、この高齢者の部門に来まして、保健部門と高齢者部門で、非常に類似の事業があ

ったり、受け皿が一緒なのにちょっと重複していたり、目的が共有されていないということを感じましたので、話し合いをして、目的を共有して、自分たちのやっている事業がどの位置にあるのかを話し合った経過がございます。

今回、広域連合の話もありましたけれども、どうしても担当課も違うので、ちょっと遠い感じがしております。特別調整交付金の活用が出されたということなのですが、このことと、介護保険の地域支援事業の交付金との兼ね合いがどうなのかなどと、先ほどの御説明でちらっと思ったところでした。

私どものほうでも、住民主体の週一サロンという地域での通いの場をやっているのですが、今、課題に思っているのが、例えば国レベル、県レベル、市レベルでエビデンスを出すことが重要だと言われておりますけれども、その地区地区でも体力測定などをやっております。そのデータの取り扱いに職員が悩んでいます。そういったこの地域の特性はこうですよというデータを見せることで、また参加者のモチベーションが上がったり、新たな人が入ったりというようなことを考えております。その感覚的なことだとか、国の方向がとか県がこうだということよりも、この地域の実情はこうですよというデータを見せることが重要なのかなということ、今、そのデータの取り扱いに非常に悩んでいるので、そういったツールが何かあるといいなというところです。

以上です。

○班長 ありがとうございます。

○構成員 うちの自治体は人口が5,500弱で、高齢化率が国勢調査では48%。超高齢化が進んでいる町です。後期高齢も被保数が大体29%と、3割弱が75歳以上の町になっています。

小さい町なのですが、行政的には私がいる部署に、後期高齢の担当部局と、介護予防、介護保険と私たち保健部門が一緒になっていて、国保だけが課が違うのですが、隣の同じフロアで意見交換はしやすい状況にあります。

KDBデータも話題になりましたが、必要があれば、後期高齢のIDと国保のIDと介護のID、それぞれから見ることで、一体的にという一つのテーマとしては、うちの町は試みている途中なのかなと感じているところです。

私自身が国保の保健事業、重症化予防もかかわらせてもらっている中、その後の後期高齢でのフレイル予防も担当している立場で、そうなのですが、やはり国保の重症化の方がそのまま後期に移行できるというのが本当はいいのだろうなと感じているのですが、どのように展開していったらいいのかなというのが、我が町でも課題かと思っています。

例えば介護予防に関しても、地域包括の方との連携が私たちのところでも課題になっています。保健事業の取り扱い、どう介護予防の立場の方と連携をとっていったらいいのかと。

通いの場ということで、我が町もいきいき百歳体操を推進してまして、マンパワー不足もあるので、それぞれ3人集まれば支援しますよということで、小さなコミュニティーから始まって、50カ所ぐらい展開しています。飯島先生もおっしゃっていたように、継続

率が課題になっていまして、私たち専門職ではないのですけれども、まめに職員がチェックということで顔出しすることによって、継続率が高い地域もあれば、なかなか山間部でありまして、場所に行くにも難しい高齢者もいらっしゃるの、そこも地域の課題の一つかと思っております。

以上です。

○班長 ありがとうございます。

自治体によって高齢化率も地域資源もマンパワーの状況も違いますし、また、考え方、住民のマインドも、都市部は地域のつながりが薄くて転居にも抵抗がないところと、その土地を離れたくないという強い思いがある地域とか、さまざま状況が違う中で、全体として決められることと地域で考えて動いていただく部分はかなり大きいのかなという印象を持ちました。これからそういう議論を深めていければと思います。

事務局から何か追加の御質問とかお気づきの点、または御回答などがありましたら、お願いします。

○事務局 第1回目にして、ほぼ報告書の骨子が書けるようなお話をいただきまして、本当にありがとうございます。こういった流れで御議論を進めていただけるとありがたいと思います。

一つは、市町村さんからお話が上がってくる中で、一番大きい話は庁内連携の話ですね。どこがやればいいのですかと。ここは有り体に申し上げてしまうと、国が決めてください、どこの部局だと、そのほうがやりやすいのですみたいなお話があるぐらいの中で、そこはそれぞれ地域での御事情はあり、得意な分野もございますから、得意な分野の部署が先頭に立って、要となってやっていただくのが一番ありがたいのですということもあるのです。いずれにしろ、庁内連携というのが大きなテーマになると思いますので、そういった各市町村の中での工夫とか、そういったものをお聞きできると、いい知恵の横展開になるのかなと思いました。

今、構成員から御質問があったお金の話、行政的な話にぐっと戻して恐縮なのですが、御説明申し上げたように、医療保険、後期高齢者医療制度としての特別調整交付金を活用してこういった一体的実施に使わせていただく形にしています。ただ、制度的な整理としては、これはあくまでも保健事業としてのウイングを広げるという形で構成させていただきます。なので、広域連合が行う事業を市町村に受託していただいて、そのため、委託費的にお支払いをする。そして、各市町村さんの地域に専門職の方を配置していただければと考えています。

なので、基本的には、先ほども御質問があったように、介護のほうの地域支援事業という土台があって、地域支援事業としての取り組みをやっていただいて、その上にある意味、保健事業としての専門性としての専門職さんが張り出していくという言い方は変ですけども、そういった方に張り出していただいて、ただ、メニューの工夫の中では地域を見据えたまさに介護予防と一体的に実施するようなメニューも多様にやっていただく形になっ

てこようと思います。

そういう意味で、お金的には市町村さんでどこの部署で、どこの会計で受け取っていただくかというのはそれぞれだと思いますけれども、基本的にミシン目はいれられるのかなと思っています。

ただ、一つ難点というか、今後私どもも考えなければいけないのは、地域包括支援センターとの関係なのです。地域包括支援センターさんには保健師さんを配置していただくことをお願いしているわけですが、その保健師さんと、この特別調整交付金でお願いする保健師さんとの関係がどうか。あくまでもミシン目を入れたままにするのか、それとも地域包括支援センターの保健師さんもこの特調の事業の対象となるのかという難題の話もありまして、その辺は整理しなければいけない。お金が絡んでくるものですから、余りごちゃませにもできないこともあるので、その整理は少し考えなければいけないかと思っています。

ただ、これはあくまでもお金のつけ方ですので、活動としては、各日常生活圏域の中で、今日、御議論いただいたとおり、もう一人医療専門職の方がふえて、地区課題の分析もしていただき、いろいろなメニューも厚くしていただく。そのようなことをやっていただければということは思っているところです。

そういったことを前提に、さらに御議論いただけるとありがたいと思います。

○班長 どうもありがとうございました。

第1回目で構成員の皆様方から多くの御発言をいただきまして、そして、今後さらにはいい会議がずっと開いていけそうな気がしております。

9月には取りまとめをしていかなければいけなくて、そのために6回、あと5回会議を開くという予定を最初に御紹介されたとおりでございます。

次回の日程について、事務局より御紹介をお願いいたします。

○事務局 御議論ありがとうございました。

次回につきましては、5月31日の金曜日、10時から、本日と同様、こちらの会議室で開催を予定しておりますので、よろしくをお願いいたします。

○班長 ありがとうございました。

それでは、ほかに特によろしいでしょうか。

本日の会議はこれでもって終了させていただきます。どうもありがとうございました。