

令和元年 8月1日	第5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	資料1
--------------	---	-----

論点に基づいたこれまでの議論の整理

第1 高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の趣旨等について

- 高齢者の抱えるフレイル等の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を継続的に行うため、市町村が中心となり、
 - ・ 必要に応じて医療専門職による高齢者の状況に応じた個別訪問等の支援を行うとともに、
 - ・ 通いの場を活用した健康相談等の幅広いアプローチを進める等、様々な取組が必要と考えられるが、具体的に、高齢者の保健事業と国保の保健事業、介護予防の取組の連携としてはどのような事業メニューが考えられるか。
- こうした事業を効果的・効率的に進めていくためには、高齢者一人ひとりの健康状況や生活機能等を総合的に把握するとともに、地域の高齢者の健康課題等を整理・分析する必要があると考えられるが、そのためには、専門職の配置や、KDBシステムの活用等、どのような体制や環境を整えることが求められているのか。

1 検討班（プレゼンや各資料）で紹介された取組例

- ・ **新潟県後期高齢者医療広域連合**では、第2期データヘルス計画策定の過程等を通して高齢者の課題を把握し、新潟県や新潟市と連携して後期高齢者への保健事業を実施している。

具体的な事業として、後期高齢者医療制度被保険者の居宅を訪問して高齢者の状態に合わせて栄養相談を行う在宅訪問栄養食事相談事業、歯科医師と歯科衛生士が高齢者宅を訪問して歯科健診を実施する在宅要介護者歯科保健事業、薬剤師が被保険者の居宅を訪問し、薬に関する相談等を行う服薬相談事業を実施した。
- ・ **千葉県船橋市**では、平成26年に船橋市地域包括ケア推進本部を立ち上げ、地域包括ケアシステムのプラットフォームとなる在宅医療・介護に関わる5つの分野に関するサービスの一体的な仕組みを構築し、5つの分野で2025年までのロードマップを作成し、進捗管理を行っている。また、介護予防・疾病予防、健康づくりを一体的に実施するための組織として健康づくり課を設置した。

介護予防事業を一体的な事業のプラットフォームとし、ポピュレーションアプローチによる集団支援を行い、ハイリスクアプローチによる個別支援は国保保健事業として実施している。

具体的な事業として、市民が自らボランティアとして住み慣れた地域で自主的

に教室を運営する「ふなばしシルバーリハビリ体操」、高齢者の状態等の特徴について地域の特徴や課題を市民と共有する「市民ヘルスマーケティング」、高齢者が自身の身体状況を簡便に知ることができる「高齢者の元気を計る指標『健康スケール』」の開発、介護予防を目的として身長・体重測定、ロコモ度テストを行う「運動器チェック事業」を実施している。

- ・ **福島県南相馬市**では、復興総合計画の重点戦略として、「健康づくりが盛んなまち」を掲げ、全世代による健康づくりを進めている。保健事業を健康づくり課、介護予防事業を長寿福祉課で実施しているが、生活習慣病予防及び介護予防が将来的に健康寿命、生活の質の向上につながることを職員が意識しながら各事業を進める必要があるとの認識から、各種事業の体系図及び年代別事業の体系図を作成し共有を進めている。

具体的な事業として、地域介護予防活動支援事業として体操や体力測定・ミニ講話等を行う「週1サロン」、筋力向上トレーニング事業として体力測定・ストレッチ・機器を使用した運動を行い、必要に応じて地域包括支援センターとの連携も行う「元気はつらつ教室」を実施している。

- ・ **北海道札幌市**では、地域包括支援センターを補完する機関として、地域の高齢者等に対して総合相談支援及び地域福祉活動と連携して一般介護予防事業を実施する介護予防センターを設け、住民主体の通いの場づくり等の支援に取り組んでいる。

具体的な事業として、住民主体の介護予防活動の場への歯科衛生士の派遣、住民主体の介護予防活動（筋力向上と一体的に取り組む口腔体操）の場づくりを行っている。

- ・ **群馬県**では、健康寿命の延伸への取組を議論する中で、地域・職域連携の中に地域包括ケアシステムや高齢者対策を組み込む必要性を認識し、健康福祉部の地域包括ケア推進室、保健予防課、薬務課、国保援護課が連携し、重点施策を構築する仕組みとした。

具体的には、「地域ですすめるフレイル予防」として保健事業をどのように進めるのかを整理し、地域資源として「フレイル予防サポーター」を育成・活用を進めている。また、住民主体の通いの場を高齢者の元気と絆づくりとして位置づけ、保健師、管理栄養士等の専門職が住民主体の通いの場において支援するための庁内連携を図っている。

- ・ **宮城県美郷町**は、町の健康福祉課と町民生活課が連携し、広域連合から事業委託を受け、後期高齢者の健診や重症化予防事業を行っている。また社会福祉協議会が地域包括支援センター及び安心生活支援センターの業務を担い、高齢者宅へ定期訪問を実施している。

具体的な取組として、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筋骨格系疾患が原因で増加していたため、元気な高齢者を増やすため、通い

の場で「いきいき百歳体操」を主体とした介護予防を実施している。また、社会福祉協議会へ委託している定期訪問事業として「気になる世帯」に対する定例会議に町の保健師が出席し、フレイルの疑いのある方などの情報共有や町内の医療機関等と連携をはかっている。

- ・ **神奈川県大和市**は、平成 21 年から「健康都市やまと」を宣言し、人、まち、社会の健康を軸にして、総合計画が策定されている。

市は、従前から教室型の介護予防講座を行ってきたが、教室参加者は比較的元気であること、低栄養に該当した者は重症化しやすい傾向にあったことから、管理栄養士による低栄養予防のための個別訪問を開始した。

管理栄養士は、高齢・介護部門に正規職員がおらず、健康づくり課の管理栄養士を中心に高齢・介護部門と健康づくり課が連携し、介護予防と保健事業を一体的に推進している。平成 30 年度から管理栄養士のみで構成する「地域栄養ケア推進担当」が設置され、計 6 名の管理栄養士が訪問栄養相談を実施している。

2 検討班における主なご意見

○ 国保保健事業と連続した重症化予防等の個別アプローチを実施するに当たっての留意点

- ・ 国民健康保険の保健事業である糖尿病性重症化予防プログラムが 75 歳になると終わってしまい、支援が継続されないことで、本人に違和感がある。保健指導の記録等を適切に後期高齢者の保健事業の担当者に引き継ぐことで、高齢者が安心して相談できる体制を作っていくことが必要である。
- ・ 75 歳を境に保健事業の実施内容等が異なると、かかりつけ医も混乱するようなことがあるので、連続的な事業となるよう、地域の医師会とも事前に相談できる環境を作っておくことが必要である。
- ・ 国保保健事業と連続した重症化予防等の個別アプローチを実施するにあたって、実施者側の連続性が重要であり、市側は実施主体として同一組織（課レベル）で担い、療養上の指導は、KDB でかかりつけ医の有無を確認し、その指示・指導のもと介入する取組が必要。
- ・ 国保から後期への継続性のある保健事業が展開されるためには、国保保健事業から後期高齢者の保健事業への手続の移行が円滑となるよう、実施市町村や広域連合の担当部署の連絡先を後期高齢者となる者等に周知することや、地域包括ケア部門等との庁内連携等、体制面を整える必要がある。
- ・ 利用者の視点からは保健事業と介護予防の区別はなく、日常生活の中で必要なサービスが継続して利用できることが重要。

○ 通いの場等への積極的関与などコミュニティに対するアプローチを行うに当たっての留意点

- ・ これまで通いの場は住民主体で進められてきており、通いの場において医療専門職が高齢者の支援を実施することは、新しい取組となる。住民主体の通いの場で医療専門職が活動するためには、住民の活動に寄り添うという医療専門職の意識改革も必要である。
 - ・ 通いの場等へ行政や医療専門職が関与する場合、住民主体であることを基本とし、医療専門職の役割（関与する）の範囲を明確にしておく必要がある。
 - ・ 通いの場のように、本人が継続して通い続けたいと思える場において、フレイル予防のみならず、症状の悪化に伴う重症化予防サービスがつながっていくことや、そこで本人が保健・医療・介護・生活全般に至る様々な情報を得られ、先の選択肢を考えられるような環境を整えていくことが重要。
 - ・ コミュニティに対するアプローチを行うに当たって、行政が市民と対面で地区の課題解決に向けて取り組む姿勢が重要である。また、テーマを絞って地域に入り込み、専門性を地域づくりにも活かすため、地域の事業所と取り組む仕掛けが必要。
- 個別アプローチとコミュニティに対するアプローチをバランス良く実施する必要があるが、医療専門職の配置や活動内容等を市町村において検討するに当たっての留意点
- ・ 一体的実施において、運動、栄養、口腔の取組が打ち出されているものの、管理栄養士や歯科衛生士が介護の部局に配置されていることは稀であり、健康づくりの部局にすることが大半である。市町村に既に配置されている専門職を有効に活用する観点から、部局の垣根を越えて市町村における関連部局全ての業務として、健康づくり部門配置の管理栄養士、歯科衛生士に積極的な関与を求められるとよい。
 - ・ 国保データベース（KDB）のデータを活用できるマンパワーの人材育成が必要である。分析用のパッケージ等の開発と配付、活用できる専任スタッフを確保するための人員配置、予算確保が必要である。
 - ・ 専門職が KDB システム及び高齢者の質問票を組み合あわせて分析することによりわかった課題等に対応する必要がある。
 - ・ 専門職がデータ分析する際、介護サービス、疾病状況、薬剤の使用状況等を総合的にみていく必要がある。
 - ・ 市町村一つ一つの健康課題や特徴を分析することにより課題が分かり、その課題への対策として必要な専門職を事業に取り込むことができるのではないかと。
- 個別アプローチとコミュニティに対するアプローチを実施するために、KDB 等による地区分析（個人・地域の健康課題分析）を行うに当たっての留意点
- ・ 市町村は、医療レセプトや介護情報、健診結果等の情報から地域特性を把握することが可能である。フレイル予防を進めるためには、フレイルのリスクを保有する住民を抽出し、保健師等の医療専門職がアセスメントし、アセスメントに基づいた

保健指導を行うことが必要である。

- ・ フレイル対策は、疾患だけではなく、生活機能の維持をどのように行うかが重要となる。また疾患の影響について握力や歩行速度といった身体的機能に加え、社会的な状況の視点も考慮していく必要がある。
- ・ 地区分析は、KDB等からの分析で単に「糖尿病の発生リスクが高い地区」ではなく、「なぜ、高いのか」を行政側、地区担当保健師で分析をして、市民にフィードバックする必要がある。更に、地域保健の地区担当保健師が、「なぜ」を分析して、母子、若年者、高齢者、障害のある者などを一元的に把握し、地域の健康課題の把握やニーズの分析を行い、地区診断を行う必要がある。
- ・ 例えば「健康」をキーワードに社会的フレイル対策を掲げ、個人で取り組む介護予防や健康づくりに加え、地域で取り組む健康づくりを実現するためには「地域づくり・まちづくり」が必要である。エビデンスのある地域分析から課題解決に向けた取り組みを実践する。
- ・ データベースに記録がない層（つまりリーチしづらい層）に関しては、行政の複数部局間および地域の多様な主体が連携しながら、発掘し課題解決に努めるとともに、サービスにつなげていくことが重要である。

○ 医療専門職の役割と市民の参画を促すためのポイント

- ・ フレイル予防は、まず高齢者本人の気づきを得ることが重要なポイントである。本人がフレイル状態に気付いた上で、専門職からアドバイスを得ることによってフレイル予防の効果が期待できる。また、住民への支援は、知識をそのまま伝えるのではなく、知恵を専門職が分かりやすく伝えることで高齢者が参加しやすくなり、通いの場等のポピュレーションアプローチにおいても可能となる。

○ 地域包括ケアシステムの構築やまちづくりの視点からの留意点

- ・ コミュニティバス等の低栄養予防のため高齢者が買い物に行く手段が必要であれば、高齢者の移動手段を考えるための部署と連携を図る必要がある。高齢者に対する健康づくり、介護予防、疾病予防に加え、地域にいながらにして健康になれる「地域づくり」、つまり「まちづくり」を目指すことが求められる。
- ・ 高齢者の健康づくりについて継続的な施策が可能となるよう、市町村のマスタープランや食育推進計画及び健康増進計画等へ記載することも必要である。
- ・ データヘルス計画の見直しの機会を活用し、保健事業全体の振り返りを行うことが重要である。また、データヘルス計画を立案することにより、広域連合の方向性を定めることになり、定期的な職員の異動があったとしても継続性のある保健事業が展開できる。
- ・ 市町村では、各種計画を策定しており、保健事業を分野別事業計画などに明確に位置づけ、全市的に目指す目標を一体的に管理する。

- プログラムやガイドラインに明記するだけでなく、市町村における介護保険事業計画、健康増進計画、データヘルス計画のそれぞれにフレイル対策を明記させる。

第2 市町村に配置される医療専門職の役割等について

○ 市町村には、

- ・ 地域の健康課題の把握や事業のコーディネート、地域の医療関係団体等との調整といった役割を果たす医療専門職や、
- ・ 通いの場への積極的な関与による健康相談等の実施や、重症化リスクが高い高齢者等への個別訪問により必要な保健指導・医療サービス等に繋げるといった役割を果たす地域の中で活躍する医療専門職

が、それぞれ求められていると考えられるが、それぞれ、どのような役割や関係機関との連携、専門的知見、職種等が求められているのか。

1 検討班（プレゼンや各資料）で紹介された取組例

- ・ **千葉県船橋市**では、専門医及びかかりつけ医と行政が情報を共有し、効果的な保健指導や治療が中断しない体制を構築するため市内約 160 の特定健診の協力医療機関に対し、市の保健師と管理栄養士が訪問して、当該医療機関で受診した患者の専門医へのつなぎ方等について協議を実施した。
- ・ **福島県南相馬市**では、生活習慣病予防や介護予防が将来的に健康寿命の延伸、生活の質の向上につながることから、地域住民が主体となり身近な場所で介護予防活動を行うサロンを増やすため、保健師等が未実施地区への働きかけや体力測定等の支援を行っている。
- ・ **北海道札幌市**では、介護予防センターが通いの場の立ち上げ、活動継続、セルフケア推進の支援を行い、介護予防活動（リハビリテーション、歯科口腔保健、栄養等）を支援する専門職として、リハビリテーション関係職、歯科職、管理栄養士が連携するとともに、市内全体の高齢者を継続的に支援するため、各職能団体と連携し、専門職のサポート体制を構築している。
- ・ **群馬県後期高齢者医療広域連合**では、市町村事業の後方支援として、広域連合で開催する医療懇談会を通じて、三師会に対し、市町村が実施する事業につながるように個別に相談し、市町村事業への人材面での協力においては、県栄養士会、在宅保健師の会等にも相談した。また、糖尿病性腎症重症化予防プログラム検討会議、保険者協議会、保健指導機関、歯科衛生士会等とも情報交換を行っている。
- ・ **宮崎県美郷町**では、医療費・介護給付費の主な原因疾患である筋骨格系疾患を減らすため、「いきいき百歳体操」を住民の自主活動としてすすめているが、その支援を社会福祉協議会に委託し、健康運動指導士がフォローしている。また、民生委員にも必要に応じて声かけを依頼している。
- ・ **新潟県後期高齢者医療広域連合**では、健康寿命の延伸等を目指すために、様々な事業を各職能団体と連携し実施している。各事業の目的に沿って、在宅訪問管理食事相談事業では管理栄養士、在宅要介護者歯科訪問事業では歯科医師及び歯科衛生

士、服薬相談事業では薬剤師が専門職としての役割を果たしている。

- ・ **長野県佐久市**では、要介護認定を受けていない地域の高齢者に対し、75歳、80歳の節目に、保健師、管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士が個別訪問を実施している。各専門分野のアセスメント結果から高齢者の状態を総合的に把握し必要な支援に繋げるため、初回訪問は必ず保健師が同行し全体把握するとともにサービスへのコーディネートを行っている。

2 検討班における主なご意見

- 高齢者保健事業や国保保健事業等と介護予防の一体的な実施について、企画調整、分析等を行う医療専門職が担うべき役割
 - ・ 医療専門職については、通いの場にどの様なプログラムを展開していくかについての企画・評価、医療機関との調整、自主活動グループへの支援、国保データベース（KDB）システム（以下「KDBシステム」という。）によるアウトリーチ対象者の抽出といった、専門性の高い役割が必要になると考えられる。
 - ・ 健診中心であった保健事業を重症化予防事業も行う必要があると考えた場合、専門的な知識を有した専門職が必要と考える。
 - ・ 市町村に配置される専門職については、既に認知症施策のコーディネーター、生活支援のためのコーディネーターがいることから、その方々をまとめるため、専門性の高い人の配置が必要となるのではないかと。事業のコーディネーターとして、データ分析、対象者の抽出、事業評価をある程度担うことができれば、市町村についても事業が円滑に進むのではないかと。
 - ・ この事業を進めていくためには、中核となる医療専門職には、企画力や調整力も必要である。分析等のスキルも重要だが、地域のネットワークを上手く把握し活用することが必要。
 - ・ 一体的実施の医療専門職は、市町村の他部局の医療専門職とも上手く庁内で連携していくことが必要。一体的実施は、介護予防、国保、健康づくり等の様々な部署に関係する話であり、全部局が関係するという意識の下、こうした連携を活用し、役割分担を話し合うことが必要である。
 - ・ 中核的な役割を果たす医療専門職は、単に役職が高いことや押し付け合いの末の担当部署だからでなく、他部署と交渉（業務負担にならず、お互いの業務にとってwin・winになるように話ができる）することが得意な医療専門職が担当することが望ましいのではないかと。柔軟な発想等を重視しながら、それを支える体制ができることが、良いモデルと考えられる。
 - ・ 地域の課題把握と多様な主体の調整をする専門職については、高度なコーディネーション力、データに基づく適切な企画力、PDCAを回す力など、広範囲にわたる実践力が求められる。この専門職は、目の前の個人というケースの最適解を扱う専門性のみならず、地域全体を見渡せる Public Health のバックグラウンドを持つ者が適

している。

- ・ 地域全体の健康課題の把握、事業全体のコーディネート等の中核を担うのは、行政の保健師等の役割であり、各部署に配置されている医療専門職の連携が重要であり、自治体の規模や組織体制、これまでの保健事業等の取組状況などを踏まえ、一体的な実施に向け、必要な組織の見直し、医療専門職の人員配置（人材確保）を検討することが必要である。特に管理栄養士については健康づくり部門のみの配置や単独配置の自治体が多いことから、地域資源の活用（栄養ケアステーション等）を含め、その役割と人材育成が必要と考える。地域の個別のアプローチや通いの場への医療専門職の関わりについては、各医療関係団体との協力が不可欠である。

○ 地域に配置される医療専門職が行う具体的な事業内容、役割

- ・ 「健康寿命延伸プラン」では、自然に健康になれる環境づくりの1つとして「通いの場」の更なる拡充、参加率の向上が求められているが、これまでの通いの場の実践活動を見直し、医療専門職による新たなプログラム（健康支援型配食サービスの活用、口腔機能に対応した食事の提供、フレイル予防のため普及啓発ツールの活用等）の一体的提供も必要である。
- ・ 質問票の項目が変わりフレイルの視点が入ってくるので、質問票の解説なども活用し、医療専門職に十分に理解して貰えるようにすることが必要である。
- ・ 健診等の情報をもとに高齢者の状況を確認し、必要に応じて、住民の通いの場や地域包括支援センター等にも繋げていく役割も期待される。
- ・ 一方、地域の中で活躍する専門職については、栄養や口腔、身体機能など、各専門的見地を持ちながらも、高齢者の健康をトータルに捉えて適切なアセスメントができ、必要な多職種と連携ができるといった、広い視野を持った人材が望ましい。
- ・ 通いの場における口腔機能の維持向上のために口腔の健康を守るための教育、口腔機能の維持のための運動・訓練、自らの口腔問題への気づくための関わりをするためには歯科衛生士が必要である。また、口腔の健康維持は、栄養摂取だけではなく、高齢者の社会参加に直接的な影響を及ぼす。全ての地域の高齢者がオーラルフレイルの予防に必要な知識・技術を身につけることができるように、さまざまな通いの場に積極的に歯科衛生士が関わるべきではないか。

○ 一体的な実施を行う上で、地域包括支援センターとの連携における留意点

- ・ 市町村の保健事業や介護予防に関しても地域包括支援センター等に委託することもあると想定されるが、人員が限られていることから、業務に優先順位をつけ取り組む必要がある。
- ・ 保健事業の円滑な実施には、かかりつけ医から対象者の留意事項を得るとともに、地域包括支援センターと連携し参加者の紹介及び利用者情報の提供、必要に応じて参加者の見守り依頼等をすることも必要である。

- ・ 一体的な実施を行う上で、地域包括支援センターとの連携についての留意点についてであるが、地域包括支援センターに専門職を配置する場合には、日常生活圏域単位での設置が必要となるのではないかと。
- ・ 保健事業担当部署に設置する場合の地域包括支援センターとの連携については、運動器機能の低下などにより介護保険の利用が必要になった者の保健事業の関わり状況を介護予防ケアマネジメントや介護予防支援におけるケアプラン作成に活かすことにより、自立支援型のケアマネジメントに医療情報が積極的に取り入れられることとなる。
- ・ 地域ごとのコーディネートを行う医療専門職の役割については、地域包括支援センターとの連携も視野に入れ、地域の実情や各医療専門職（保健師、管理栄養士など）の業務量のバランスで考える必要がある。

○ その他（人材確保等）

- ・ 専門職の資格はあるが、職に就いていない者等の人材の掘り起こしも必要。定年退職した保健師などの活用も課題としてあるのではないかと。
- ・ 保健事業等を実施するには、医療専門職にも後期高齢者の特性、フレイルについての知識、個々の状態に合わせた必要な支援方法等を研修する必要もある。
- ・ 地域包括支援センターに配置されている保健師は、事務的な業務が多く、新たに地域のデータ分析等による企画立案等のコーディネートを行うことは困難との意見があることから、周知や準備が重要である。
- ・ 現場の保健師にとって他の多くの仕事がある中で、一体的実施に係る事業展開を図ることが難しく、これに専念できる専門職を配置する必要がある。
- ・ 介護、保健、KDB システムに関して一体的にできるスキルがある人材確保も難しいので、研修等参加の支援が必要。
- ・ 小規模自治体は、医療専門職を新たに見つけるのが厳しい状況である。従来の職員体制から配置を検討する場合、その場合の交付金対象の考え方について提示していただきたい。
- ・ 保健師以外の職種を中核的な役割を担う医療専門職として配置できる市町村は、一部の都市に限られ、保健師以外の専門職の活用も想定していることを明示しなければ、保健師以外の配置は困難になると思われる。例示されている保健師、栄養士、歯科衛生士については、中核的な役割と地域の中で活躍する役割の双方について、職種ごとに説明を追加してはどうか。

第3 国保データベース（KDB）システムの活用等について

- 医療専門職により個別に支援する必要がある対象者としては、例えば、生活習慣病の重症化のおそれのある者や、医療・介護サービス等に全く接続していない閉じこもりのおそれのある者等が考えられるが、その他にどのような高齢者への個別支援が必要か。また、KDBシステムの活用に当たっては、どのような分析手法やデータ（国保被保険者であったときのデータや、介護予防に関するデータ等の活用を含む）への着眼等によって、こうした個人の抽出が可能と考えられるか。
- 抽出された高齢者を個別支援に効果的に繋げていくためには、どのような個別アプローチが求められているか。
- 支援対象者の抽出とともに、地域の健康課題を分析し、保健事業のメニューや介護予防との一体的実施の具体的な検討を行うことが考えられるが、どのような点に着目して分析することが適当か。

1 検討班（プレゼンや各資料）で紹介された取組例

- ・ **宮崎県美郷町**では、保健師の個別訪問活動のために、個人へアプローチする際に国保データベース KDB システムを利用している。レセプト情報に記載された個人の5年間の履歴（治療、検査、処方薬等）や治療中断の状況等を事前に確認して訪問に活かしている。また、登録されている履歴データをCSVにより抽出、二次加工し、管理台帳に医療情報を追加し、高額レセプト分析により医療費が高額の原因となる疾病の傾向等を確認している。
- ・ **神奈川県大和市**では、地域の高齢者の健康課題を整理・分析するために、健康づくり推進課が、市の特定健診や長寿健診の結果だけでなく、保険年金課が所管している KDB システムデータと高齢者福祉課が所管している介護予防アンケートの回答結果についてのデータも活用して、市内の健康課題の分析を行っている。データを組み合わせて分析することにより、店舗が少ない地域と死亡、要介護との関連、地域による低栄養の特徴など市内各地域の健康課題をきめ細かく分析し、明確化している。
- ・ **神奈川県後期高齢者医療広域連合**では、重症化リスクの高い未受診者や受診中断者に対して受診勧奨を行い、適切な医療に結びつけるとともに、通院患者に対しても保健指導を行うことで、対象者の人工透析への移行を防止又は遅らせる事業を実施している。KDB システム等を活用して対象者数や疾病状況等、県内地域の状況を分析し、より事業効果の高い地域を選定している。
- ・ **福岡県後期高齢者医療広域連合**では、KDB システムの分析により年間 2,000 人

が透析を新規導入していること、重症度レベルの高い人が医療未受診のままである事が明らかになり、人口透析導入の防止又は導入時期を遅らせるために、重症化予防事業に取り組むきっかけになった。事業実施に当たっては、広域連合の直接実施と同時に、構成市町村に委託し、取り組んでいる。

(国保中央会～KDB システムの事業への活用方法)

- ・ 保険者等は、被保険者ごとの特定健診結果等の分析を行い、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等の活用をする。
- ・ 保険者等は、地区別や市町村別、県別及び全国の集計情報並びに同規模等の保険者の集計情報により、これを自らの集団と比較等をしながら、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することができる(昨今は事業を評価するツールとしても活用できるシステムを構築している)。
- ・ 保健事業の活用方法として、KDB システムをもとに、対象者の抽出や事業参加者等の実施前後の比較を行える帳票をもとに、地域の全体における性別、年齢層の指定による該当者数や該当者割合数を把握し、全体的な傾向として、健康課題を把握することができる。実際に介入支援を行う対象者を具体的に抽出することができる。
- ・ また、保健事業実施済み・実施中断の状況について個人ごとの実施状況の記録が可能となり、保健事業を行った人、行わなかった人に分け、健診・医療・介護の状況の比較をし、事業評価をすることができる。
- ・ 事業実施予定者の個別状況の比較や事業参加群と未参加群の比較を行い事業の効果を測ることができる帳票により、介入支援の実施前後の比較、個人別の介入前後の比較、事業全体の比較が可能である。
- ・ 抽出条件の設定の活用例として、栄養と重症化予防等のシートでは、年齢、BMI等のいくつかの想定をして抽出していくことができ、介入対象者の絞り込みが可能となる。
- ・ KDB システムには低栄養、口腔ケアに関する事業が多く盛り込まれているが、その他に地域サロンや介護予防事業、様々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がある。また、服薬管理の帳票により、服薬管理も確認ができる。

(国保中央会～一体的な実施の推進に向けて)

- ・ 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、特に後期高齢者へ向けて一貫した保健事業が重要である。
- ・ 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ので、健診データが少なくなっており、より多くの方の健康状態を把握するためには、健診の受診

を進めていくことや、医療機関や介護サービス事業者との連携等も必要。

- ・ また、介護分野におけるデータヘルスの視点から、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。
- ・ KDB システムのデータを活用しやすくするための保険者への人材育成等の研修も求められており、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。
- ・ 保険制度をまたいだデータの閲覧制限の解消について、個人情報保護に留意する必要があるため、具体的な留意点についても周知していく必要がある。
- ・ 国保中央会及び国保連合会では、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ある。

2 検討班における主なご意見

○ KDB システムを活用した個別アプローチ対象者抽出の留意点

- ・ KDB システムを活用することで、例えば、糖尿病といった視点だけではなく歯科の情報ははじめ多面的なフレイルの視点を持って支援の優先順位を整理していけると、重症化する前に、より早期の必要な支援に結びつけていくことができるようになる。
- ・ KDB システムで紐付けされたデータを分析することで、多職種が相互に関係し、一人ひとりに対する支援の検討ができるようになる。
- ・ KDB システムは、市町村が簡便に対象者を抽出できる帳票が必要であり、低栄養の帳票はいいモデルなので、これを参考に口腔の重症化予防のためのアウトリーチを行うべき対象者抽出の帳票作成を行う必要がある。
- ・ 既存の後期高齢者広域連合の事業でも訪問歯科検診、訪問歯科保健指導は既にメニュー化されているが、要介護3以上という要件で対象者の幅が広すぎるので、更にリスクの高い人等の優先順位がわかると良い。口腔の重症化予防のためのアウトリーチの必要性や対象者抽出の際のKDBの活用についてガイドラインに記載があるとよい。
- ・ KDB システムによる診断名等のレセプト情報の活用により、アウトリーチの優先度の高い高齢者を詳細に把握、分析できる可能性があり、再入院、要介護状態への移行等、重症化の予防が期待できる。

○ 地区の健康課題の分析に当たっての留意点

- ・ KDB システムを活用してデータ面から健康課題を明らかにすることは、地域課題について地域全体の認識を共有化するために必要。かかりつけ医等と関わる際にもバックグラウンドとしてのデータ等があったほうが良い。
- ・ KDB システムについては、地域の健康課題等を市町村各部局の担当者が網羅的

に閲覧でき分析しやすいものとしていく必要がある。

- ・ 地域の高齢者全体の状態を俯瞰して把握できることで、マンパワーをはじめ実現可能性の観点も踏まえつつ、保健事業における支援の優先付けをしていくことが必要。
- ・ KDB システムをデータヘルス計画や特定健康診査等実施計画をはじめとして、介護保険計画、健康増進計画、食育推進計画の改定等にも使用するような事例を紹介し、一体的実施に関わる業務だけでなく、普段から数値的な設定や評価に使うようにしていくような流れとなることが理想である。
- ・ 市町村の各部門が、施策実施のために必要とするデータに、タイムラグなくアクセスできること、市町村が利活用したいデータが迅速に十分に提供されることが重要である。これにより、KDB は有効に活用され、各市町村がデータに基づいた保健事業や介護予防事業を展開できる。
- ・ ID が部署により異なるため、共通 の権限等としてアクセス可能とすべき。地区登録等によって、市町村が実践する現状を登録も反映できるようにすべき。

○ 分析マニュアル作成や分析等に係る研修実施に当たっての留意点

- ・ KDB システムは膨大な健診結果等の医療情報が登録されたデータベースであるが、より効果的に活用するために、各医療情報が紐付けされて、地域課題や分析が可能であるという感覚をつかめるようになると、現場の保健師等も活用しやすくなるのではないか。
- ・ KDB システムの分析を踏まえ、市町村としてどういう取組に繋げていくのかといった流れまでが見える手引き書のようなものがあると良い。
- ・ 医療専門職には、個別疾病に関する知識や、KDB システムの分析手法などを修得することはもちろん大切だが、加えて、多面的なフレイルの観点から包括的に本人の状況を把握し、適切な支援に繋げていくような視点も身につけられることが必要である。
- ・ 帳票の読み取りや2次加工の方法など具体的で直ぐに実践可能な研修があるとよい。また、国保中央会等に、適宜、質問・相談できるような体制を整えていただきたい。
- ・ 支援評価委員会にて各自治体のデータヘルス策定時のデータの分析評価の結果収集があるため先駆的な事業分析方法等を横展開してほしい。
- ・ 国保中央会による定期的な KDB システム活用研修の実施をしていただきたい。
- ・ 市町村保健師および担当課の職員が、データを活用できる知識習得やトレーニングの機会があるとよい。

第4 事業メニューの在り方について

(重症化リスクが高い者などへの個別支援の在り方について)

- 重症化リスクが高い高齢者等に対する個別支援を効果的に実施するためには、国保の保健事業と一体となった、医療専門職による継続的な支援が求められていると考えられるが、具体的にはどのような支援内容が考えられるか。また、市町村国保における既存の重症化予防等の取組とどのように一体的に実施していくことが考えられるか。
- その他、KDBシステムにおいて抽出した、個別支援の対象とする必要のある高齢者に対しては、どのようにアプローチし支援していくことが効果的と考えられるか。

1 検討班（プレゼンや各資料）で紹介された取組例

- ・ **千葉県船橋市**では、平成25年度から腎機能低下のリスクの高い者に対し、早い段階から保健指導を実施する事業として慢性腎臓病（CKD）対策事業を実施している。主治医の指示内容を確認し、対象者の腎機能レベルに応じた保健指導を行い、「CKDセルフケア手帳」の配布を行い、自己管理の必要性を促している。
平成28年度から血糖値の高い者に対し対象者の健康意識に応じた保健指導を実施する事業として糖尿病重症化予防対策事業を実施している。主治医の指示内容を確認し、「糖尿病連携手帳」の配布を行い、自己管理の必要性を促すとともに、行政、対象者、医療機関との連携ツールとして活用している。
- ・ **神奈川県大和市**では、平成23年度から介護予防アンケートをもとに低栄養改善の取組を進め、平成27年度以降は広域連合からの補助事業として糖尿病性腎症重症化予防、平成30年度からは口腔機能低下や認知機能低下の予防といった高齢者の特性に対応した取組へと保健事業を拡充して実施している。
平成30年度に管理栄養士で構成される「地域栄養ケア推進担当」を設置し、訪問栄養相談を行っている。低栄養防止、低栄養早期予防、糖尿病性腎症重症化予防、口腔機能低下予防（歯科衛生士と訪問）の4つの事業を中心に取り組んでいる。
- ・ **三重県津市**では、栄養パトロールを実施し、保健師・管理栄養士・歯科衛生士を中心に、診療所・病院、訪問看護ステーション、薬局、社会福祉協議会、地域包括支援センター等の関係機関と連携して実施している。
- ・ **滋賀県東近江市**では、後期高齢者ウエルカム事業「いきいきシニア75」を実施している。翌月に75歳を迎えられる方を対象に、市内4箇所で、後期高齢者医療被保険者証の交付・制度説明、保健師による適正受診や健診・介護予防の説明、管理栄養士による栄養指導等の説明会を開催する。これにより、国民健康保険をはじめとした各種健康保険から後期高齢者医療広域制度へのスムーズな移行を促

している。

- ・ **宮崎県美郷町**では、フレイルの疑いのある者に対し、前年度の健診結果から対象者を抽出し、管理栄養士による個別訪問指導を行い、生活状況や食生活について聞き取り、助言・支援を行っている。
- ・ **長崎県後期高齢者医療広域連合**では、広域連合主体で進めてきた重症化予防の取組に県、市町、医師会等を巻き込み、国保被保険者から後期高齢者を含め、県内全市町での取組へと拡充し実施している。

2 検討班における主なご意見

○ 国保保健事業の重症化予防との継続に当たっての留意点

- ・ 国民健康保険の保健事業で糖尿病腎症重症化予防の対象者だった方をそのまま後期高齢者医療広域連合の保健事業に異動しても介入する事業の継続性が必要だと感じている。具体的にどのように展開していったらよいかは課題である。
- ・ 国保保健事業の重症化予防での対象者が後期高齢者に移行した場合、その時点からでの高齢者の特性を生かした支援ではなく、既存の事業の中で移行前から対象者に合わせた高齢者の特性を生かした支援が実施されるよう体制を整えるべき。

○ 個別アプローチの対象者の抽出や優先順位についての考え方

- ・ 高齢者の課題として、社会的フレイルとして閉じこもりぎみの方、またひとり暮らし高齢者で孤食（孤食は栄養状態が悪化すると言われる）の方を対象としている。例えば廃用症候群の予防と早期発見・早期介入の取組についてテーマとしている。
- ・ 本当に問題を抱える層へのアプローチができないということが課題である。効果的な保健事業の対象者の掘り起こしが必要である。

○ 対象者を具体的な支援事業につなぐための留意点

- ・ 高齢者の支援に当たり、その人のバックグラウンドも含め、高齢者本人と対応を一緒に考えてアプローチしていく姿勢が医療専門職には必要である。
- ・ 医療専門職にとって、何をすれば良いのかリアリティーをもってつかめるようにするため、具体的な支援の事例を紹介していくことが必要。
- ・ 住民自身が気づき行動することができる場合とできない場合があり、それぞれのアプローチ方法についてもイメージしておくことが必要であり、できない方を取りこぼさないための市町村毎のアプローチ手法を確立しておく必要があると考える。
- ・ 口腔の取組におけるアウトリーチについては、誤嚥性肺炎のリスクや歯科疾患の重篤化の可能性が高い在宅療養者への取り組みを追記することが望ましい。

- **重症化予防、疾病管理のためのかかりつけ医と保健事業の連携**
 - ・ 重症化リスクが高い者はかかりつけ医と連携した継続したアプローチが必要であり、対象に合わせた支援ができるよう支援者は疾病予防および介護予防、地域包括ケア等に精通した医療専門職による支援が望まれる。
 - ・ 高齢者は医療機関にかかっている方が多く、医療機関での検査を受けているという理由で健診未受診者が多い。この場合、レセプト情報で検査を受けていることは把握できるが値は把握できない。医療機関とデータのやり取りができると良い。
 - ・ 重症化により医療費が特にかかる慢性疾患については、かかりつけ医とも連携し、モニタリングを適切に行いながら、当事者が個別支援や通いの場など地域ともつながることで1次予防、2次予防、3次予防となり、双方向に連携することが重要。
 - ・ かかりつけ医の理解と協力が必須であり、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの実施体制（自治体とかかりつけ医の連携、診療所と専門医療機関との連携（病診連携）の仕組みやルール等）を踏まえた個別支援が重要である。

- **効果的なアウトリーチを行うための関係部局、関係者との連携**
 - ・ 保健所として、地域・職域にかかわる連携協議会で、糖尿病、重症化予防等についてテーマとして掲げて連携を図っている。
 - ・ 全身状態と口腔の重症化の予防を目的として、歯科疾患の重症化や肺炎の発症率が高い高齢者を把握してアウトリーチをかけ、歯科医療サービスに接続する取組を行っている。
 - ・ 地域包括支援センターとの連携は、一般介護予防事業対象者を把握する際に、基本チェックリストを送っているが、返信のない場合には実態把握調査として地域包括支援センターが電話連絡や個別訪問を行っている。第一優先としては、75歳以上のひとり暮らし高齢者、次に高齢者世帯のみという形で、まずそこからアプローチし、次に70歳から74歳という形で優先順位をつけてアプローチを進めている。全庁的に一般介護予防事業をやるところと実態把握をすることで横断的に連携をとっている。
 - ・ 事業を円滑に進めていくためには、健診に来ていない人をはじめ、どういった対象者にアウトリーチする必要があるのかといったことを職員にわかりやすく説明されることも大切である
 - ・ 健診受診者に関しては、結果を元にハイリスク者をみつけアプローチすることができる。
 - ・ ハイリスク者の抽出が網羅的に行える体制と、抽出したハイリスク者を確実に支援事業につなげる体制の、2段階の体制整備が重要である。前者に関しては、地域の高齢者に対し、行政保健師と地域包括支援センターが共同してチェックリストを用いたスクリーニングを行うほか、民生委員等の力も借りてアウトリ

一斉活動を行うことが考えられる。後者（ハイリスク者を支援事業につなげる）は、訪問等のアウトリーチの際に、自己効力感を高める効果を持つ（例えばライブレビューのような）インタビュー等の方法も活用しながら、本人が望ましい行動に踏み出せるような支援をすることが求められる。

- ・ 地域の医療専門職（行政OB、在宅で活動している方等）の活用や地域の医療資源（かかりつ医、訪問看護ステーション、栄養ケアステーション、かかりつけ薬局等）からの多面的なアプローチが必要であり、そのための関係機関、関係団体の協力、連携を図り、個別支援していくことが必要である。地域における個別ケア会議で支援内容について検討するのも一つの方法と考える。

(フレイル予防等の支援の充実について)

- 高齢者の抱えるフレイル等の課題に対応し、運動、口腔、栄養、社会参加等の観点から適切な支援を行うことで、疾病予防や生活機能の維持向上につながるものと考えられるが、市町村を中心に、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。
- 高齢者の参加意欲を促すような取組とする観点等から、予防の段階から本人が「気づき」の機会に出会えるような場であることが重要と考えられるため、高齢者の心身の特性に対応したフレイルチェックの浸透を図るとともに、フレイルに対する気づきを得られる支援メニューとしていく必要があるが、具体的にはどのような方法が考えられるか。

1 検討班（プレゼンや各資料）で紹介された取組例

- ・ **千葉県船橋市**では、平成30年度からモデル事業として「運動器の機能低下チェック事業」を地域の介護保険指定事業所等で実施し、当該事業所等に従事しているリハビリテーション専門職がその専門性を介護予防（早期発見・早期介入）に活かし、高齢者の身体機能の状態の判定を行い、的確なアドバイスを行っている。

「高齢者の元気を計る指標「健康スケール」」を平成31年度から本格運用する。健康スケールは、自身の身体状況を容易に簡便に知ることができる「元気度」と「3年後の要支援・要介護のリスク評価尺度」によって構成される。令和2年度からは「健康スケール」の回答結果を分析していき、24地区コミュニティ別や船橋市全体の元気率を算出する。
- ・ 平成30年度から「市民ヘルスマーケティング」を開催（「ふなばしシルバーリハビリ体操」の公民館定期開催時）し、健康と暮らしの調査2016における地区コミュニティのデータ分析をもとに地区の良かった項目や改善が必要な項目等の地域の特徴を市民と共有している。特定保健指導係の保健師・管理栄養士に加え、保健センターの保健師・歯科衛生士、介護予防に従事している理学療法士等が高齢者からの個別相談を受けている。
- ・ **千葉県柏市**では、地域包括支援センターの保健師等が地域のふれあいサロンや通いの場を訪問し、フレイル予防啓発活動を実施している。希望する通いの場には、管理栄養士・歯科衛生士・リハビリテーション専門職などの医療専門職を派遣している。

また、後期高齢者の健診通知に地域支援事業によるフレイルチェックを掲載し啓発の機会としている。
- ・ **滋賀県東近江市**では、主に保険年金課、健康推進課、福祉総合支援課が連携し、フレイルチェック、いきいき運動教室、物忘れ相談室、介護・医療データ分析等の取組について情報連携して実施している。

2 検討班における主なご意見

- 多面的、複合的な課題であるフレイル予防対策を効果的に進めるための留意点
 - ・ 老年医学などの観点から、後期高齢者の場合には機能を低下させないようにすることが大事であり、個々の数値が安定していれば良いというような感覚を持っている現場の医療専門職の意識を変えていくことが大切。後期高齢者の健康課題をどう捉え、健康管理をどのように行うのかという発想の転換、フレイルを多面的に見ていくという視点が必要である。
 - ・ 介護予防事業との重なりが考えられるので、地域包括支援センター、医療機関との連携が重要になるので関係機関と話し合える場が必要。
 - ・ フレイル予防の取組は、運動、栄養・口腔、社会参加の取り組みを、原則セットで取り組むよう市町村に示していただきたい。

- フレイル概念を市民に浸透させるための手法や日常生活の中での気づきを得られるチェック手法
 - ・ フレイルについて、住民や高齢者への説明が難しいという話も聞く。雰囲気や説明するための道具等を工夫して高齢者が興味・関心を持ってくれるような説明の工夫が必要である。そのなかで、高齢者が自ら気付くという仕組みがあることが重要である。たとえば、視覚としても訴えることができるツールや、高齢者が自身の結果を持ち帰り、家族と共有できるようなもの、また後で結果の振り返りができるようなものが残るとよい。
 - ・ 通いの場等で質問票を活用することで、プレフレイルの段階で住民自身が気づき、行動できるきっかけになり、さらに自分でできる指輪っか等の簡単なチェックを広げることにより、住民の主体性を高めることができる。
しかし、通いの場等に出てこない、家に引きこもっている人も多くいることを踏まえ、参加を促すアプローチの検討も必要である。
 - ・ 高齢者のボリュームゾーンであるフレイル予防に関しては、楽しさの中で本人が「気づき」を得られることが求められる。継続のためには、仲間との出会いや支え合い（ピアサポート）の中で、例えばゲーム的な要素も入れながら楽しく学びながら実行するといったプログラムが求められる。各地域の文脈に合わせて、住民の意見を取り入れながら、工夫を凝らしたフレイル予防の活動が発展していくことが望まれる。
 - ・ フレイルの理解を進めるため、国を挙げての広報があってもよいと思う。

- 医療専門職が身につけておくべき、フレイルに関する知識

- ・ フレイルの観点で、外出の重要性や、なぜ閉じこもりは良くないのかという質問にも答えられるようなエビデンスは収集されてきているので、そういうものも活用していくことが必要。
- ・ 医療専門職がフレイルの知識を持てるよう、各地域において行政や職能団体等で研修を行う体制を整えることが必要である。
- ・ 後期高齢者への支援に対し、生活を主体として捉えていくため、国保で生活習慣病予防および重症化予防で関わってきた対象者に対する支援への切りかえが必要となるため、フレイル予防等に必要な高齢者の特性を踏まえた支援が提供できるよう医療従事者への研修が必要。
- ・ 対象者が自分ごとと捉え、自ら予防に取り組んでいけるような支援者への保健指導スキルの研修が必要。
- ・ 後期高齢者は複数の疾患リスクを持ち、また社会的フレイルやオーラルフレイルのように「多面的なフレイル」への対応の重要性が強調される。各自治体で実施されているプログラムにおいて、他の疾患リスクにどのように目を向け、発見し、適切なサービスに繋ぐのかが重要となる。

(通いの場等の地域資源を生かした保健事業の推進について)

- できるだけ多くの高齢者に、ニーズに即した保健事業を実施する観点からも、地域に根ざした介護予防の取組との一体的な実施が求められているが、具体的には、どのような介護予防の取組と連携し、どういった保健事業を展開していくことが考えられるか。加えて、ショッピングセンター等の多様な地域資源を活用して、保健事業を展開していくことも考えられるが、どのような連携が考えられるか。
- その際、市民自らが担い手となり、地域資源での取組などに積極的に参画する機会を充実させていくためには、どのような取組が求められているのか。
- 社会的な繋がりの低下してきた高齢者についても、通いの場等への参加を促していくためには、どのような支援が考えられるか。

1 検討班（プレゼンや各資料）で紹介された取組例

- ・ **千葉県船橋市**では、市民が自らボランティアにより体操の初級指導士になって地区コミュニティの中で、自主的に教室を運営して「ふなばしシルバーリハビリ体操」を平成27年から実施している。平成30年度から月1回全26公民館で市主催の教室を開催し、保健師、理学療法士、作業療法士を派遣し、高齢者に分かり易い情報提供、初級指導士の指導レベルの平準化、ケアプランに活かすことを目的としている。
- ・ **福島県南相馬市**では、地域介護予防活動事業（週1サロン）として、集会場でDVDを使った体操、体力測定、ミニ講話を実施（現在20ヶ所で実施）している。住民主体で運営し、運営するサポーターを養成し、身近な場所での開催、定期的な体力測定で参加者のモチベーションを維持している。
- ・ また、筋力向上トレーニング事業として、老人福祉センターで機械を使ったトレーニングを1回の定員12名、2グループで3カ月間実施している。体力測定の結果、参加者のほとんどが改善している。地域包括センターと連携し、介護保険に該当しない者を紹介していただき、実施後の結果をフィードバックしている。
- ・ **宮崎県美郷町**では、平成27年から「いきいき百歳体操」を実施している。住民の自主活動として、近所の公民館で各グループ週1～2回開催している。町の支援として、物品貸出、健康運動指導員の派遣（町社協に委託）を行っている。また、初年度ケーブルテレビを利用し、啓発番組を繰り返し、自主的な運動グループが発足するよう試みた。
- ・ **東京都多摩市**では、フレイル度のチェック・測定には、地域の介護予防活動を実践する住民ボランティアである「介護予防リーダー」や地元大学の学生が参加。

またその場で管理栄養士、歯科衛生師、地域包括支援センター等が専門的な観点からアドバイス。助言の後には、介護予防に向けた行動変容につなげている。また、状態悪化が懸念される高齢者を介護保険サービスや総合事業につなげるとともに、健康な高齢者には地域の活動に参画していただくよう、声かけを行っている。

- ・ 平成 29 年度から「TAMA フレイル予防プロジェクト (TFPP)」を開始し、地域介護予防教室等の活動と連携して、フレイルを予防し、社会参画を促進する活動を行っている。また、市内在住の 65 歳以上の方 10 人程度以上が集まる場に対し、要請に応じて、「TAMA フレイル予防プロジェクト (TFPP)」出前測定を行っており、遠方の会場まで出てこられない方も対象とすることを目指している。近所で声を掛け合い参加していただけるような小規模会場（集会場）での実施を大切にしている。
- ・ **静岡県袋井市**では、平成 27 年 4 月より「袋井市健康づくりサポーター活動推進事業」を実施し、健康づくり活動を支える専門職・市民ボランティアを集めている。出前健康教室における登録講師として専門職が、市が実施する健康増進事業における教室等の運営補助や、各種イベントのお手伝いを担う健康づくりボランティアが活動している。

また、市民が運営する「居場所」や「子育てサロン」などを実施し、年齢で途切れることのない、健康づくり、介護予防、高齢者の生活支援を行っている。
- ・ **愛知県長久手市**では、民間のスーパーに場所を提供してもらい「買い物リハビリテーション」を実施している。閉じこもり、転倒・栄養等に関する独自チェックリストを用いて点数化し、点数が基準点を超える高齢者を参加対象としている。内容は、お迎え、健康チェック（血圧、脈拍測定）、体操、買い物、お送りを行っている。

また、地域支援事業の一部として、平成 25 年から高齢者の困りごとを市民のボランティアがワンコインで支援する仕組みを開始している。ニーズの増加に伴い、平成 29 年 3 月からは運営を市内 NPO に委託し、支援する人と支援できる人のマッチングをしている。
- ・ **三重県津市**では、地域の高齢者全世帯に対し、訪問による個別支援と地域サロンでの栄養相談など集団を対象にした活動の両輪による栄養パトロールを実施している。
- ・ **東京都西東京市**では、フレイルチェックのスキームを活用し、住民リーダーの養成からチェック会場の拡充に向け、市を上げてフレイル対策に取り組んでいる。

2 検討班における主なご意見

○ 通いの場等に医療専門職が関与するに当たっての留意点

- ・ 通いの場には、介護予防の体操を目的とした運動機能の維持を目的とした場も

あれば、趣味の会を目的とした場もあり、一体的実施において、様々な通いの場を活用して、医療専門職が赴いて予防をやっていくのは望ましい方向性だと思っている。保健師、栄養士、歯科衛生士等に年に1回でも関わってもらい、フレイル予防に意識を持ってもらうような形にすることで、高齢者にも予防の重要性が少しずつ浸透していくのではないかと。

- ・ 高齢者の状態は悪化と改善を繰り返すので、一次、二次、三次予防の資源がつながりながらサポートすることが重要である。通いの場のような資源は、住民の「居場所」でもある。一次予防のみならず、二次や三次に「つなげる場」として機能することを念頭に、オープンな住民主体の場であり続けるとともに、時々、行政保健師や地域包括支援センタースタッフなどの多種多様な専門職が情報提供等のためにさりげなく出入りすることも重要と考える。
- ・ 住民主体の通いの場における「個人指導」は、個人の尊厳を損ね、通いの場が「通いたくない場」になってしまう可能性があることから、重症化リスクの高い者などへの対応については、十分に配慮することが必要である。
- ・ 通いの場は、高齢者の居場所づくりや社会参加、健康な食事や運動ができるための健康支援を主として、気づきを促すことや全員を対象としたフレイルチェック、結果説明、相談事業等とし、ハイリスク者が公にならないような配慮が必要であると考えます。
- ・ 通いの場においては、個別支援の必要性について判断するための仕組みを整えることも必要であり、必要と判断された方への対応について（医療機関の受診勧奨、家庭訪問、通所サービスの提供等）も検討しておくことが必要である。
- ・ 通いの場は、住民が主体的に運営している場である。保健師等医療専門職の関与の仕方は、健診結果をもとに訪問活動していく中で、通いの場への参加を促す等、各自治体判断でできればよいと思う。

○ 医療専門職が行う事業メニュー（医療専門職による効果的な介入内容）

- ・ 事業を円滑に展開するため、例えば、健診の受診率が高い等、比較的取組が進んでいる地域で取組を進めていく、あるいは、取組が進んでいる部署と連携して進めていくといったことも考える必要がある。既に通いの場にかよっている高齢者など、まずは、比較的状况のわかる人から取組を進めていくということも、一体的実施を推進していく観点から考えられる。
- ・ 現場の医療専門職を通いの場に派遣できるのであれば、健康教育だけではなく、健康状態の確認等、医療専門職ができる範囲の個人アセスメント等をオプションとして示してはどうか。
- ・ 通いの場において中心となる住民を主体とした活動が継続できるよう、医療専門職は支援内容と頻度を決め、計画的に関わる必要があるであり、できれば、参加者の名簿管理（データ管理）につながるとよい。（参加中断者や不明者のアプローチに

つながる。)

- ・ 地域包括支援センターや生活支援コーディネーターなども関われる体制を整えることで、一次的な相談を受け、支援につなげていくことが可能になる。
- コミュニティに医療専門職が積極的に関与するための効果的な拠点（場所、地域資源）や取組内容
- ・ より多くの高齢者に質問票をチェックし意識して貰うため、医療機関や健診の場のみでは限界があり、通いの場を含め、地域で幅広く実施していくことが必要。
 - ・ 質問票のしっかりとしたデータを市町村の医療専門職が把握できるように、ボランティア等も活用して取組を広げていくことが重要。その仕掛けをできる限り柔軟なものにすることで、より多くの高齢者に広げてもらいたい。
 - ・ 医療専門職が地域の中で動くと、元気な高齢者ともどんどん出会えるので、そうした人々が積極的に支える側に回って貰うことが大切。
- 市民の参画拡大や住民リーダー育成のための留意点
- ・ 高知市発祥の「いきいき百歳体操」が全国で拡大している。いきいき百歳体操の拡大は、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と思われる。そのような取組が広がっていくとよい。
 - ・ 通いの場は男性から敬遠される傾向にあり、フレイル状態のリスクや体操の重要性について丁寧に説明していく必要がある。また、男性が参加しやすい取組方法を考えることも大切である。
 - ・ 無関心層に対してどのようにアピールすれば参加してもらえるのかについて工夫が必要である。参加しない理由や無関心層が何に関心を持っているか等についても丁寧に聞き取りを行うなど、取組方法を検討していく必要がある。
 - ・ 地域において健康づくりやフレイル対策を広げるためには、元気な高齢者の主体性や住民が巻き込み上手になっていくことが求められる。ある自治体では、当初は自治体主導で保健推進員や健康サポーター育成の活動が広がっていかなかったなかで、住民主体の「通いの場」が始まったことで、いきいきした住民リーダーが育っている場所もある。住民の育成等も工夫が必要である。
 - ・ 地域活動をしていた医療専門職でリタイアした方たちの活躍を考えていくとよい。特に保健事業と介護予防の両方を経験した医療専門職が、部署を離れて一住民としてさまざまな発言をしながら提案ができる取組ができるとよいのではないか。
 - ・ 市民の参加を促すためには、高齢者一人ひとりに対して「〇〇さんには、こういったことをやってもらいたい」といった形で求められる役割を明確にしていくことも大切。

第5 事業実施体制の在り方について

(市町村における実施体制について)

- 市町村が中心となって高齢者の保健事業と、国保の保健事業や介護予防の取組を一体的に実施して行くに当たり、市役所全体が庁内連携した上で、地域包括支援センターや地域ケア会議等とも連携し、一体となって取り組んでいくためには、それぞれの関係部署においてどのような役割が求められているのか。
- 市町村において、保健事業と介護予防の一体的な実施を効果的・効率的に進めていくためには、複数市町村の連携や、事業の一部を民間団体（関係機関）等に委託するといった方法も考えられるが、医療専門職の配置や事業のコーディネート、地域の医療関係団体等との調整など、どのような点に配慮しながら進めていく必要があるのか。

1 検討班（プレゼンや各資料）で紹介された取組例

- ・ **千葉県船橋市**では、地域包括ケアの舵取りを担う部署として地域包括ケア推進課を設置し、事業を担う部署とは別の部署として統括する立場を担い、全体の進捗管理や予算要求を担う部署として独立して設置している
- ・ **静岡県袋井市**では、平成27年5月に「地域包括ケアシステム」の実現拠点として、保険・医療・介護・福祉の各部門を集約した総合健康センター（愛称「は〜とふるぷらご袋井」）を開設したことをきっかけに、健康づくり課において全世代の健康を守るための取組を開始した。
同センターは、保健師や看護師、管理栄養士、社会福祉士、主任介護支援専門員などの多職種連携を行い、市の各部署（健康づくり課、地域包括ケア推進課（介護ケア・地域医療）等）や関係機関の他、聖隷袋井市民病院と介護予防事業等で連携体制を構築している。
- ・ **長野県佐久市**では、高齢者の健康課題を複合的に把握し、それに応じた支援を実施するため、月1回、保健師、理学療法士、管理栄養士、歯科衛生士が高齢者を個別訪問による支援を行った。多職種による訪問を実現するに当たり、健康・介護・高齢福祉の3部門の課が連携し、医師会・歯科医師会も参画した検討会議を通じて地域全体のフレイル対策を検討し、それぞれの専門に応じたアセスメント結果を複合的に把握し必要な支援につなぐ体制を構築した。
- ・ **三重県津市**では、高齢者の特性を踏まえた低栄養やフレイルの予防に取り組んでおり、市の保健師、管理栄養士、歯科衛生士がサロンや集まりの場に出向き、個別訪問による個別栄養支援として、栄養パトロール事業を実施している。個別訪問に当たっては、独自に作成した栄養パトロールチェックシートを使用し、結果が心配な対象者については、地域包括支援センターやかかりつけ医に情報提供

している。

個別栄養支援等で把握した地域の栄養課題を抽出し、改善に向けた検討を行うために地域栄養ケア会議を実施し、自治会長、老人クラブ会長、地域住民、地域包括支援センター、社会福祉協議会、民生児童委員等幅広い分野の参加を得ている。

- ・ **滋賀県東近江市**では、「地域から医療福祉を考えるフォーラム」の開催を健康福祉部（福祉総合支援課、長寿福祉課、地域医療政策課、健康推進課）、市民環境部（保険年金課）が協力して開催し、部署を越えた連携が生まれた。新たな介護予防事業の検討会を構成し、滋賀県後期高齢者医療広域連合や東近江保健所を巻き込み、関係者によって「いきいきシニア 75 プログラム」を作成し、後期高齢者ウエルカム事業「いきいきシニア 75」の実施により、75 歳を迎える高齢者に市内 4 カ所で説明会を開催するなど国民健康保険と後期高齢者医療制度の保健事業の接続に寄与している。
- ・ **新潟県後期高齢者広域連合**では、次の 3 つの保健事業について、それぞれ新潟県栄養士会、新潟市歯科医師会、新潟市薬剤師会に委託し、新潟市のそれぞれの担当課と連携して事業を実施した。

在宅訪問栄養食事相談事業については、事業全体のコーディネートは新潟県栄養士会が行い、訪問栄養相談終了後の見守り体制の構築が必要であることから、新潟市と共同事業協定を締結し、新潟市の事業として、市民への広報、地域包括支援センター等の協力を得ることができた。

在宅要介護者歯科保健事業については、新潟市歯科医師会が訪問申請の受付、歯科医師、歯科衛生士の手配等を行い、広域連合では介護認定情報がないため、新潟市に事業対象者である要介護度 3～5 の介護認定通知をする際のチラシの同封等の協力依頼を行った。

服薬相談事業については、新潟市薬剤師会が会員薬剤師の訪問相談の実施のみならず、事業企画も共同で行い、新潟市にモデル的に実施することを提案し、案内への併記や問合せ対応等の協力体制を依頼した。

- ・ **北海道札幌市**では、平成 30 年度から、介護予防センターが開催又は支援する短期間集中型介護予防教室及び住民主体の介護予防活動の場において、介護予防の取組がより効果的に実施されるよう、北海道歯科衛生士会に委託し、歯科衛生士による講話、口腔機能を使ったゲーム、お口の簡単チェック等の技術支援を行っている。

2 検討班における主なご意見

○ 市町村内の庁内連携のための留意点

- ・ 一体的実施を進めるに当たっては、市町村における関係部署間の連携が重要であるが、連携を進めるためには、一体的実施の必要性・重要性について、各関係

部署が理解を深めることが必要である。

- ・ 市町村では、保健部門と高齢者部門の連携が不十分な場合もあり、類似や重複の事業もあるのが現状である。関係部署が目的を共有して、各事業の位置づけを話し合い、共有する経過が不可欠である。
- ・ 一体的実施は新たな取り組みになることから、現場が疲弊しないようにすることが求められる、関係部署の職員が連携を図り、業務の優先順位を明確にすることも必要である。
- ・ 一体的な実施のキーワードは「地域における健康づくり、地域づくり」と考えられる。このキーワードを実現するためには、介護予防事業を一体的な事業のプラットフォームとし、個別ハイリスクアプローチは保健事業でしっかりとやる仕組みが必要となる。それらの取り組みを総合的・主体的に実施できる部署が必要となり、連携ではなく協働で実施するためには一つの課に集約するべき。
- ・ 他部署で対象者に関わる際に、縦割りで個人情報の共有が難しい事があり、庁内連携・共有できることを前提にすべき。
- ・ どの部局の業務とするかについて、一体的な実施の妨げになる縦割りの弊害が起らないよう丁寧な考え方の明示が必要ではないか。
- ・ 介護予防か健康づくりか国保か、予算を持つ部局はどこかに決めざるを得ないとしても、このフレイル対策については、3つの部局全ての業務と位置づけ、3つの部局が役割分担をしながら取り組むよう明記することとしてはどうか。
- ・ 一体的な実施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、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。
- ・ 「経済財政運営と改革の基本方針 2019」における「人生 100 年時代の安心の基盤は「健康」である。」を実現するためには、一体的な実施が必要であり、それにより、社会保障制度の持続可能性につながり得ることを説明し、自治体職員の事業への優先度を上げることを重要である。
- ・ これまでの保健事業の変遷（国保事業から市町村事業への変更、保険者機能強化を目的とした国保部門の分離、高齢者医療費の観点から高齢者医療の分離。）とその現状と課題(国保・後期・介護の給付費等を含むクロス分析データ等)から、一体的な事業実施の必要性をわかりやすく示す資料が必要である。
- ・ 市町村職員の、業務の優先順位を高め、事業の必要性を納得することが重要であることから、関係者が話し合い、各部署の役割について検討したうえで体制を決める必要がある。
- ・ 庁内連携を進めるため、例えば閉じこもりがちの高齢者の支援について、保健事業の観点からもなぜ支援をしていくのかといった必要性等を丁寧に説明していく必要がある。
- ・ 地域包括ケアは、健康福祉部局以外に、交通や市民参画などいわゆる「まちづく

り」全般の部門が関連する。市役所内の関連部局が縦割りでなく連携できる組織体制をつくることは重要と考える。そのためには、例えば、「人生の終わりまでイキイキと暮らし続ける」といった上位概念を掲げ、市長・副市長のリーダーシップやオーソライズを得ることは、市政の中でのプライオリティを上げ、様々な事業予算を確保する点でも有用と考える。

- ・ 市町村の中には、人材に限られる中で、現在の業務、係、担当についての組織見直しや、予算に影響がでてくる可能性も考えられる。各機関を通じ、トップにも国から情報が行くとなお検討しやすい。また、介護予防、地域包括支援センターとも関わりがあり、地域包括支援センターの体制や委託の仕方等について考えていく必要がある。
- ・ 特別調整交付金の活用と介護保険の地域支援事業の交付金との活用については説明が必要である。
- ・ 介護予防に関しても、地域包括支援センターとの連携が課題になっている。保健事業と介護予防の連携を具体的にどのように実施したらいいのかが課題。例えば、通いの場でいきいき百歳体操を推進しているが、マンパワー不足もあり、3人集まれば支援する形で小さなコミュニティに対して50カ所ぐらい展開しているが、継続率が課題である。職員が回ることによって、継続率が高い地域もあれば、なかなか山間部で通いの場に行くにも難しい高齢者もおられ、地域の課題の一つである。
- ・ 総合事業におけるサービスCを活用した口腔の取組については、市町村直営の取組はあまり展開されていない状況。金沢市サービスC事例のように歯科医療機関を活用して、口腔機能の低下の恐れのある高齢者が歯科専門職から継続指導が受けられるメニューがあってもいい。通いの場における歯科衛生士等の医療専門職の派遣は、高齢者自身の気づきの場にはできるかもしれないが、継続的な指導の場として活用することはおそらく難しい。継続指導についても考慮できるとよい。

(後期高齢者医療広域連合の事業内容について)

- 広域連合については、引き続き保健事業の実施主体として、域内の保健事業の在り方について構成市町村と十分協議するとともに、健康課題の把握や、市町村の取組状況の整理・把握・分析といった役割が期待されると考えられるが、具体的にはどのような役割が考えられるか。

1 検討班（プレゼン各資料）で紹介された取組例

- ・ **群馬県後期高齢者広域連合**では、健診・医療・介護の連携及び事業実施状況を把握し、事業検討等につなげるため「市町村訪問インタビュー」を実施した。それぞれの訪問先の市町村で各々健診・医療・介護部門が集まり、広域連合が分析で得た重点課題と後方支援策（関係機関連携の道筋づくり等）を提示し、市町村からは現場情報を聞き取る形で行われた。これを踏まえ、市町村の意向調査も行われ、35市町村中29市町村が取組を実施予定である。
- ・ また、横展開に向けたプレ事業として、低栄養防止事業を実施し、1村と協働で実施した低栄養防止事業における訪問を通じ、各医療関係団体等と連携した他、市町村の地域資源であるサロン等の見学を通じて、地域包括支援センター、民生委員、介護予防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た。
- ・ **新潟県後期高齢者広域連合**では、次の3つの保健事業について、それぞれ新潟県栄養士会、新潟市歯科医師会、新潟市薬剤師会に委託し、新潟市のそれぞれの担当課と連携して事業を実施（前記「市町村における実施体制について」記載事例（参照））。
- ・ **長崎県後期高齢者医療広域連合**では、モデル事業として「在宅要介護者訪問口腔保健モデル事業」と「低栄養防止訪問栄養指導モデル事業」を実施している。
「在宅要介護者訪問口腔保健モデル事業」は、長崎市歯科医師会に委託し、在宅要介護者で、歯科医院に一人で出向くことが難しい後期高齢者に、歯科衛生士が個別訪問し、口腔状態をチェックし、技術支援を行う。介護支援専門員が参加勧奨、訪問時に同席する等連携して取り組んでいる。
「低栄養防止訪問栄養指導モデル事業」は、長崎県栄養士会に委託し、広域連合と協定を締結した県内の医療機関（地域医療連携室）が退院後の後期高齢者を対象に参加勧奨し、管理栄養士が個別訪問し、栄養士会は、かかりつけ医、地域医療連携室、介護支援専門員に報告し、情報共有しながら、継続支援や見守りを行う。
- ・ **滋賀県後期高齢者医療広域連合**では、市町の後期高齢者医療担当や保健師、包括支援センターの職員を対象に毎年3月に「高齢者健康づくりフォーラム」を継続的に実施している。事前アンケートにより市町の支援ニーズを把握し、フレイルの要素等を盛り込んだ研修を実施している。開催にあたっては県の国保部門を

通じて通知するなど連携し実施している。

2 検討班における主なご意見

○ 市町村ニーズの把握、分析に関する効果的な方法や着眼点

- ・ 広域連合が市町村にヒアリングに行くことで、市町村が関係課を集めて保健事業について検討する等、横の連携が生じ、市町村がデータ分析や事業実施を考えるきっかけになった。市町村の外からの後押しによって、それぞれのできる方法を探すということは双方にとって重要なことである。
- ・ 一体的な実施について、地域のポテンシャルを活かしながら、効果的、効率的に実施するためには、委託を受ける際には、広域連合と十分なヒアリングが必要となってくる。

○ 広域連合が実施すべきデータ分析や対象者抽出の方針策定、事業評価についての留意点

- ・ データ分析や対象者の抽出、事業の評価など、市町村の現場は忙しく、データ分析までやる余裕はないといった雰囲気がある。その点、都道府県単位の広域連合がデータ分析を担い、県平均や市町村間比較をした方が市町村の事業評価はしやすい。
- ・ KDB システム等の医療費分析に基づき国保についてはデータヘルス計画を策定しているが、後期高齢については主体が広域連合となるためデータ分析ができていない市町村は少ないと考える。広域連合が市町村ごとに比較分析し、各市町村にフィードバックしていただくことが理想である。市町村格差等を「見える化」することで業務の優先順位もつけやすく、国保と後期高齢に注力する事業配分について事業企画等も含め、立案しやすくなると考える。国保後期の分析方法・内容も一元化し、関係団体とも共有を図り包括的に保健事業を展開していく位置づけを明記することが重要ではないか。
- ・ 広域連合や都道府県は、ベンチマーキングとなるようなデータを全市町村に公表・共有する役割を担うべきで、それにより市町村自らが、比較、分析、改善につなげられると考える。広域連合や都道府県は市町村の求めに応じて、迅速かつ適切、十分な情報を提供できる機能を備えるべきと考える。
- ・ 広域連合は、主の実施主体である市町村をどうしたら効果的に後方支援できるかを第一に考えるべきである。それぞれの市町村に出向いてニーズ把握をするとともに、広域で取り組むと効果が上がることのプライオリティ付け、マンパワーが十分でない小規模市町村のサポートなどを行う必要がある。
- ・ 市町村における事業実施体制や事業実施状況を把握しつつ、事業の必要性についての説明や市町村が事業を具体的に考えることができるよう、都道府県や国保連等と連携し、それぞれの強みを活かしながら市町村への支援をする体制が必要

である。

- ・ 市町村での実施が難しい部分を見極め、それに対応できる後方支援事業を行い、その実施について経年的に評価する必要がある。

(都道府県との連携の在り方について)

- 都道府県については、高齢者医療確保法に「後期高齢者医療制度の運営が健全かつ円滑に行われるように、必要な助言及び適切な援助をするもの」と定められており、広域的な立場から、事業評価や取組事例の横展開を進めるといった支援が考えられるが、具体的にはどのような支援の内容が考えられるか。

1 検討班（プレゼン各資料）で紹介された取組例

- ・ **群馬県**では、健康寿命の延伸のため、介護予防及び高齢者の保健事業の充実が急務であることから、知事及び市町村長を対象にトップセミナーを実施し、市町村における保健、介護及び国保部局の連携の重要性、高齢者保健事業及び介護予防の目的を十分に周知することで、市町村における実施体制の整備や積極的に取り組むための契機に寄与することを目的に実施した。
また、同県では、科学的な根拠に基づいた健康づくり対策として、実態把握と課題分析を重視し、保健・医療・介護の情報の「見える化」を行い、課題解決に向けた検討材料として、保健予防課を中心に KDB システムのデータ、協会けんぽのデータを分析し、市町村等との共有を図ってきたところであり、今後は、後期高齢者のデータも含めて検討できる体制を整えているところ。
- ・ **長野県**では、健康増進課を窓口として、介護支援課、保健・疾病対策課の3課が協力・連携して、「フレイル予防総合推進事業」に取り組んでいる。平成31年度以降、フレイル予防人材育成、フレイル予防推進事業、オーラルフレイル対策推進事業、フレイル予防市町村モデル事業、介護予防推進モデル事業、介護予防等推進研修事業の6つの事業を本格的に展開していく予定である。
- ・ **静岡県**では、健康寿命の実現に向けて、健康長寿プログラムの普及、健康マイレージ事業、企業との連携、健康長寿の研究、重症化予防対策を進めてきた。静岡県と後期高齢者医療広域連合とせずおか健康長寿財団（県の外郭団体）が協力・連携して事業展開を行う動きも始まっている。県では、県民68万人分の特定健診データを集約・分析し、地域別の健康課題がひと目で分かるように工夫し、地区別の詳細分析を希望する市町に対して、データ分析の活用方法や分析方法を伝授する支援も行っている。

2 検討班における主なご意見

- 都道府県による具体的な支援内容や保健所の役割
 - ・ 都道府県や広域連合の役割も非常に重要であり、市町村の意識改革をするためには、都道府県や広域連合からの指導、助言が必要である。
 - ・ 保健所には、各種の医療専門職がいるので、これらの人脈を活用して、人材確保などの活用が重要である。

- ・ 一体的実施に当たり管理栄養士や歯科衛生士を配置できない市町村に対して、保健所の歯科衛生士や管理栄養士が市町村を支援するということも考えられる。特に保健所による小規模の市町村等に対する支援は介護予防事業でも事例が見られるので、一体的実施においても具体的に役割を位置付けたらどうか。
- ・ 都道府県は地域医療計画の中で高齢者医療（予防含む）に関する方向性を明確に示すとともに、情報ネットワーク基盤とルールを整備し、市町村の求めに応じて、迅速かつ適切、十分な情報を提供できる機能を備えるべきと考える。また、保健所等が有する医療専門職等の人的資源や各種統計などの情報資源を、市町村に積極的に提供し、市町村をサポートすべき。
- ・ 都道府県は支援、特に保健所の支援がとりわけ重要。歯科衛生士については市町村の配置率が低い。県型保健所への歯科衛生士の配置利率は比較的高いので、口腔の取り組みについては、県型保健所の歯科専門職の支援を受けて企画することも重要。
- ・ 今回の事業で専門職を配置できたとしても、人材育成、データ分析、事業の企画立案といった面で都道府県、保健所の支援が不可欠である
- ・ 地域課題等に対する「気づき」については、市町村単位では難しい場合もあるので、都道府県が、都道府県内にどういう課題があって、どういう対応が求められているのかという「気づき」を市町村に提供することも必要である。
- ・ 都道府県内でポピュレーション的な取組をどのように進めていくかということを見ると、広域の団体を集めた会議を都道府県では開催しており、そこから郡市の医師会や商工会議所などに繋げて貰うことも必要である。
- ・ 都道府県においては、庁内に医療専門職が複数在籍している強みを活かし、また国保連との共同による保険者協議会の事務局を担っていること等からも、市町村や広域連合の相談役となり、医療関係団体等との連携（事前説明、会議等の設営など）の中核を担っていくことが求められている。
- ・ 国保データベース（KDB）から分析した地域課題は、特定保健指導の実施率向上や生活習慣病の重症化予防等にも活用できるので、都道府県あるいは後期広域連合等で、データ分析し、市町村に提供する体制が効率的と思われる。

(国保連との連携の在り方について)

- 国民健康保険団体連合会（国保連）については、今般の高齢者医療確保法の改正により、高齢者保健事業に関し必要な援助を行うよう努めなければならないとの規定が設けられたところであり、市町村職員や医療専門職に対するKDBシステムの分析手法に関する内容を含む研修の実施や、市町村内の健康課題の分析、事業内容に対する助言などの役割が期待されるが、具体的にはどのような点に着眼した支援が求められているか。

1 検討班（プレゼン各資料）で紹介された取組例

- ・ **国民健康保険中央会**では、各都道府県国保連合会に対し、KDBシステムの活用を含めた高齢者の保健事業に対する研修を実施している。国保・後期高齢者ヘルスサポート事業と連動して、取組や支援状況を把握し、国保連合会とともに国保・後期の保健事業を支援している。
- ・ **国民健康保険団体連合会**では、全国的な横展開を推進するために、県内市町村及び広域連合を対象とした研修、KDBシステム説明会等の開催と個別保健事業の相談・アドバイス等を保健事業支援・評価委員会等を活用して実施している。

2 検討班における主なご意見

- 国保連による各市町村に対する具体的な支援内容
 - ・ 国保連合会においては、国保・後期・介護の県内データについて全国と比較し集積・分析できる強みを活かし、市町村等でのKDB活用に向け、操作方法のみならず、活用・分析の例示により、KDB活用の動機づけの役割を担っていくことが求められている。
- 国保連が受託する研修等の内容
 - ・ データ活用は保健師活動の基本であるが、保健師にも温度差があるので、KDBシステムのデータから地域の課題が明確になるような分析方法が示されれば良い。地域課題がデータにより明らかになると、政策的なアプローチ、住民に対してのアプローチにもつながる。

(医療関係団体等との連携の在り方について)

- 一体的実施を円滑に進めるため、地域の医療関係団体の協力は不可欠であり、企画の早い段階から相談を進めることが重要であると考えられるが、特に、保健師等の医療専門職が受診勧奨を行う場合や、かかりつけ医等から通いの場や健康相談の場などへの参加勧奨をしてもらう場合、疾病管理における連携を図る場合など、予めどのような点に注意してルールを決めておく必要があると考えられるか。

1 検討班（プレゼン各資料）で紹介された取組例

- ・ **千葉県船橋市**では、地域包括ケアシステムのプラットフォームとして、船橋在宅医療ひまわりネットワークを三師会中心に立ち上げており、顔の見える連携づくり、人材育成、安心の確保、資源情報管理、地域リハ推進の5つの委員会を設置し、各委員会が活動して、それぞれ医療・介護のネットワークを構築している。
また、同市では、平成30年度、慢性腎臓病・糖尿病重症化予防等の対象者に関し、専門医、かかりつけ医、行政が情報を共有し、効果的な保健指導や治療が中断しない体制構築のため、市職員が市内約160の特定健診の協力医療機関に訪問し、情報交換を実施している。
- ・ **東京都多摩市**では、健幸長寿の実現に向け、60～80歳代を「フレイル対策期と位置づけ、日常生活動作が低下して要介護・要支援状態になる恐れのある者を速やかに把握するため「TAMAフレイル予防プロジェクト（TFPP）」を開始し、地域介護予防教室等の活動と連動して、フレイルを予防し、社会参画を促進する活動を行っている。この取組の検討チームには、医師会、歯科医師会、保健所、研究機関等が参加し、医療の観点からチェックリストや測定方法の検討を進めている。
- ・ **神奈川県大和市**では、かかりつけ医と市の保健師・管理栄養士の連携を図るために、「健康相談連絡票」をつくり、医師が行政に健康相談を依頼できる仕組みを構築している。健康相談実施後は、「実施報告書」を医療機関に送り、個別指導の対象者の状況をかかりつけ医と共有し支援を進めている。運用開始に当たっては、大和市医師会理事会から承認を得て、内科を標榜する医療機関に送付し、在宅医療・介護連携会議により医師に利用を周知している。
- ・ **長野県佐久市**では、高齢者の介護保険申請の要因を分析し、高齢者の食事や口腔機能、日常生活動作や環境等を考慮した専門職による総合支援を実施することとした。要介護認定を受けていない75歳と80歳の節目年齢者に対する個別訪問事業に取組み、初回の訪問に先立ち主治医から事業参加の同意と情報提供を受け、その後、事前カンファレンスにより訪問対象者の個別の健康課題を明らかにし、初回の訪問者を決定し、訪問後も関係者によるカンファレンスを行い情報の共有、課題の抽出を行う。多職種を訪問するにあたり、庁内関係者だけではなく、地域

の医師会、歯科医師会の代表者を相談医として参加してもらい事業スキームの構築・評価等を行った。事業の評価については地元大学看護学部の助言も受け実施している。

2 検討班におけるご意見

○ 医療関係団体の協力を得るに当たって調整すべき事項

- ・ フレイル予防の取組全般に言えることだが、行政だけで実施するのではなく、地域の医療機関との連携が非常に重要。医師会等医療関係団体と連携をして、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。
- ・ 医師だけでは全ての対象者に療養上の指導をきめ細かく行うのは物理的に困難であり、自治体でサポートするべきではないか。
- ・ かかりつけ医との役割分担の明確化及びケースごとの対応について、医師会と共通マニュアル作成の検討、医療機関との協働（顔の見える関係）の推進が必要ではないか。
- ・ 高齢者の健康維持のためには、機能訓練等に加えて、医療の提供も非常に重要になるので、市町村の事業企画に際しては、当初から地域の医療関係機関と共同で企画することが望ましい。
- ・ 例えば、口腔の取組については、口腔体操など保健事業だけでは回復しない部分も、歯科医療等、医療への連携体制をしっかりと整える必要がある。
- ・ 例えば人工透析に移行する者について分析すると健診未受診者も多く、また、毎月受診していても透析に移行する者も多いこと等からも、保健事業が効果的なものとなるためには、かかりつけ医との連携は必須である。
- ・ かかりつけ医が、例えば糖尿病患者を診察するに当たっても、質問票や健診の情報は重要な要素となるので、かかりつけ医にとっても重要と認識して貰えるようなガイドライン等にしていけると良い。
- ・ 県の糖尿病性腎症重症化予防を通じて、管内保健所と意見交換をしているが、県が介入する以前に近隣市町村と市郡医師会とは、重症化連絡票を独自で作成し2次医療圏内で統一した方法で連携している。しかし、医療機関によっては保健事業に関して情報が行き渡っておらず、連携が難しい現状である。保健事業との連携について、さらに医療機関側との連携体制が必要。

第6 個人情報保護の在り方について

○ 市町村を中心とした一体的な実施を展開していくため、事業の一部を民間団体（関係機関）等に委託する場合には、事業の実施に必要な範囲内で被保険者の医療・介護・健診等の個人情報についても渡すことができるとされているが、どのような点に留意する必要があると考えられるか。市民ボランティア等との連携を図る際にも、同様にどのような点に配慮する必要があると考えられるか。

○ 検討班におけるご意見

○ KDBシステムから取得した個人情報の管理に係るルールづくり。

- ・ 健診を受けると同時にフレイル等の個人にあった保健指導を受けるという同意をとる形（もちろん拒否も出来る）を上手に設定したらどうか。
- ・ 個人情報に関し取り扱いルールを明記されるとよい。KDB 端末操作権限についてや CSV としての取り扱いやレセプトや医療機関からの情報等具体的な例示があると分かりやすいと思われる
- ・ 今後は市町村が、住民組織、民間企業や NPO、大学などの資源も活用しながら、様々な施策を展開していくことも想定されるため、個人情報保護法に基づいて明確なルールを定め、適切な利用と保護のバランスを取る必要がある。例えば、災害時に弱者の救出作業が阻害されるといった、過度な保護で適切な情報利用が妨げられることにならないように留意すべきと考える。自治体は、地域資源を見定め、自治組織等とも相談をしながら運用をしていく必要がある。
- ・ 関係する支援者間での情報共有は重要なため、その取り扱いについては意思統一しておくことが大切になると思う。
- ・ 住民にも、健診等の受診の際には、結果に応じて事業等の案内が行われる旨を周知しておくことが必要。

○ 民間事業者等に業務の一部を委託した場合に、受託した民間事業者が、個人情報の適正な管理や安全の保護を図るために必要な措置。

- ・ 市町村がデータ分析に際して民間企業等のデータアナリストに委託もできるよう、個人情報保護ルールを明確に整備すべきである。

○ ボランティアとの協働に当たっての個人情報保護に関する留意点。

- ・ 医療専門職は守秘義務があるが、ボランティアに関しては拘束力が無い。それぞれが取り扱う情報の範囲は事前に決めておく必要はある。ボランティアには養成講座等で個人情報の取り扱いを学ぶ機会を設け、さらに活動をする際には個人情報を守ることを宣誓を行ってもらうのが有効。

第7 事業のエビデンスの収集について

○ 一体的な実施について、より効果的・効率的なメニュー内容を精査し、好事例の横展開に繋げるため、来年度以降の国庫補助事業においては、統一的なデータが収集でき、適切なエビデンスの分析につながるような補助事業としていく必要もあるのではないか。

1 検討班（プレゼン各資料）で紹介された取組例

- ・ **千葉県船橋市**では、エビデンスに基づく地区コミュニティの分析を行うため「健康と暮らしの調査 2016（JAGES）」に参加している。本調査を通して、地区コミュニティ単位で地区分析を行い、よい項目や改善が必要な項目などの地区ごとの特徴を確認することができ、またその特徴を高齢者にフィードバックすることにより各地域の特徴に沿った取り組みが進んでいる。
- ・ **群馬県**では、科学的な根拠に基づく実態把握と課題分析が必要との考えから、従来から保健予防課を中心に KDB システムのデータ及び協会けんぽのデータを分析して市町村と共有を図ってきた。今後は、後期高齢者のデータを含めて検討できる体制について現在整備を進めているところである。
- ・ **神奈川県大和市**では、健康づくり推進課が、市の特定健診等の結果と合わせて、保険年金課が所管している KDB システムや、高齢福祉課が所管している介護予防アンケート回答結果データなどを活用して市内の健康課題の分析を行っている。地区ごとの課題分析を行い、地図に表示し見える化を図っている。
- ・ **長崎県後期高齢者医療広域連合**では、広域連合から長崎市歯科医師会に委託、また長崎市、長崎市介護支援専門員連絡協議会、長崎市訪問看護ステーション連絡協議会に協力依頼を行って「在宅要介護者訪問口腔保健モデル事業」を実施している。また、長崎県栄養士会に委託し、協定締結した医療機関と「低栄養防止訪問栄養指導モデル事業」を実施している。

2 検討班における主なご意見

- 一体的な実施が本格施行した際における国のモデル事業の在り方など
- ・ 実施市町村すべてが、詳細なデータをとるための労力を割くことは困難であると思われることから、モデル市町村において詳細なエビデンスを得た上で事業の横展開することが有効と考える。
- ・ 個人情報保護の取り扱いの課題はあるものの、中央でエビデンス集積・分析・評価の仕組みを構築してほしい。
- ・ これからは介入の効果をより客観的に示していく必要がある。運動や身体機能、栄養状態、認知機能といったデータ収集に加えて、高齢者の保健事業と介護予防の効果としては、内発的動機づけによるモチベーションの変化といった、内面的な変化も含めて、多様な指標が考えられる。事業の多様性を鑑みると、アウトカ

ム指標として何を取るのが相応しいのか、またその効果がもたらされる機序も含めて、少し幅広く検討する必要があるのではないかと考える。

- ・ 質の高いエビデンスをつくるのは、質の高い研究である。研究スキルを持った者は、市町村や保健所等にも存在するが、今後は研究機関や大学等の研究者との連携しながら、さらにそうした人材を市町村内に育成していくことも重要と考える。
- ・ 厚生労働省が予算事業で実施する低栄養対策事業については、エビデンス収集に協力することを条件として、10/10 補助として運用することとしてはどうか。

○ 各市町村や広域連合が収集、分析することが望ましいデータやエビデンス（事業評価や分析手法）

- ・ 広域連合全体ではなく、構成市町村1つ1つの健康課題や特徴を示すデータがあるとよい。地域の健康課題が明らかになることで、医療専門職を入れて取り組むべき内容が明確となり、事業計画も立てやすくなる。
- ・ 「見える化」することによって、効果的・効率的な業務を行うことができ、結果として全体の業務量を軽減することにつながる。データの可視化は、業務の整理や優先順位をつけるために重要である。
- ・ データの可視化を行うことにより、地域の現状を庁内で共有することにつながり、施策の根拠にもなる。またデータを活用し続けることで、保健事業等の介入成果や変遷も評価が可能となる。データの活用が難しいという「データの壁」について指摘があるが、まずはデータ活用のために壁を越えてもらい、データの活用成果について実感してもらえるとよいのではないか。
- ・ 地域特性を分析し、そのデータについて高齢者を含めた住民に提示することによって、地域における必要性やボランティア参加のモチベーション向上につながる。必要性が認識されれば、事業への参加者が増加するといった効果も期待される。同時に、データを効率的に活用するためのツールが求められている。
- ・ エビデンスの重要性が指摘され、地域特性のデータが重要ということはわかっているが、データの取扱に悩んでおり、使いやすいツールが求められる。
- ・ 新しい「後期高齢者の質問票」を通いの場等で回答してもらった場合、その回答内容の入力についてマンパワーを必要とする。その入力を誰がするのか等の不安の解消も必要ではないか。

○ 各地域の様々な取組や対象像がある中で、共通して把握することが可能なデータ等についての考え方

- ・ KDB システムに、通いの場の情報や質問票なども登録されていくと、どういう活動をしている人は健康障害が少ないのか、医療費や介護費が少ないのかという分析もできるようになるのではないか。
- ・ 健診項目、質問票が統一されそれらをデータ化することにより情報が集まり他

自治体とも比較できるようになるので期待できる。経年的に評価できるようになれば本町の事業評価にも使用できると考えられる。

- ・ KDBや健康と暮らしの調査等で地区分析を行い、その分析結果から地区で個人で取り組みものと地域での取り組みを行い、その結果の評価にコホート研究を導入し、事業評価にも質の評価を位置づけエビデンスを確保する。これにより事業の入り口（取り組み）から出口（結果）を明確にすることが可能になると考えている。