

第4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4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7月5日(金) 14:00~16:03
場 所:厚生労働省省議室(9階)

1. 開 会

2. 議 事

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関するプログラムについて

3. 閉 会

第4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7月5日

○班長 こんにちは。本日もどうぞよろしくお願いいたします。

それでは、議事に入りたいと思います。本日は、議事次第にございますように、議題としましては「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関するプログラムについて」について、これまでの議論を振り返った後に、論点ごとに意見交換を行いたいと考えております。

「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」に関連しまして、介護予防を所管する老健局においても「一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会」が開催されております。こちらの検討会の進捗について御説明いただきます。

では、よろしくお願いいたします。

○老人保健課 よろしく申し上げます。私のほうから簡単に「一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会」について、進捗状況等を御説明させていただきます。

タブレットの参考資料1をごらんください。横長のスライドですけれども、こちらを御説明させていただきます。

まず、検討会の開催概要について、お示ししております。こちらの検討会につきましては、一般介護予防事業等の今後に求められる機能やPDCAサイクルに沿ったさらなる推進方策の検討を集中的に実施するという形で議論を行い、介護保険部会の議論に資するための検討会ということで、老健局長が参集する検討会として開催しております。

主な検討事項といたしましては、現状果たしている機能、効果的な実施方策、専門職等の効果的なかわり方。こちらのほうでは、この保健事業と介護予防の一体的実施等も一つの論点となっております。4点目としまして、今後求められる機能やPDCAに沿ったさらなる推進方策ということになっております。

構成員の方々をこちらにお示ししておりますけれども、班長や、こちらの検討班にも御参画いただいております構成員にも御参画いただいておりますところがございます。

検討のスケジュールとしましては、5月に第1回検討会を開催しまして、先日、第2回の検討会を開催したところでございます。夏ごろ中間取りまとめを行い、その結果を介護保険部会へ報告、また年内に結果を取りまとめ、さらに介護保険部会へ報告という予定で進めることとしております。

次のページをご覧ください。こちらに簡単に現状と課題を紹介させていただいております。

介護予防とはということで、介護予防は、高齢者等が要介護状態等となることの予防または要介護状態等の軽減もしくは悪化の防止を目的とする取組ということで、基本的な事項を書かせていただき、その次、一般介護予防事業等の効果的な実施方策について、幾

つか紹介させていただいております。

一般介護予防事業につきましては、現在、全ての自治体で何らかの事業が実施されているところがございます。通いの場に取り組む市町村や通いの場への高齢者の参加率は増加傾向にあるとともに、市町村においてはいろいろな取組が行われているところではありますけれども、まだ取組状況にばらつきがあることと、参加者の増加に向けて、地域の特性を生かしたさらなる取組が必要である。

また、参加者の増加を図る観点から、民間事業者など多様な主体との連携、またインセンティブなどの在り方、多くの高齢者に魅力を感じていただくような取組が必要であるということもお示ししております。

また、この介護予防につきましては、骨太などにも記載されておまして、これを受けた検討を行う必要があるということでお示ししております。

次のページをお願いいたします。続いて、専門職との効果的なかわり方についてというところも、こちらの資料でお示ししておりますけれども、介護予防事業の中でも、専門職のかかわる事業として、地域リハビリテーション活動支援事業であるとか、訪問型サービスC、通所型サービスCというものがございまして、まだまだ取組の状況というのは地域によって大きく異なっているところがございます。

こちらの検討班ともつながるところではございますが、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施という動きがある中で、より効果的な介護予防の側からも取組を進めるために、専門職のかかわり方について、さらに整理・検討する必要があるということでお示ししております。

最後ですけれども、一般介護予防事業等の今後求められる機能や今後の推進方策についてということで、一部の自治体では、一般介護予防事業につきまして、介護予防に加えて地域づくりにもつなげるといったような、戦略的に取組が実施されて効果を上げているところもございます。通いの場等を活用した、こういった介護予防の取組について、PDCAサイクルに沿った推進が図られるよう整理・検討を行った上で、効果的な推進に向けた検討を行う必要があるといった課題が整理されたところがございます。

これを踏まえて、第1回検討会でお示した論点が次のページとなります。

大きく4点ございまして、1点目は、一般介護予防事業等の現状果たしている機能を踏まえて、今後求められる機能をどう考えていくか。

2点目が、通いの場を初めとする一般介護予防事業等の充実を図る観点から、住民主体の通いの場という点は維持しつつ効果的な取組を進めるために、専門職の関与等をどう考えるか。

3点目が、総合事業における一般介護予防事業として、他の事業との連携方策や効果的な実施方策等について、どう考えるか。

4点目が、地域の取組状況に応じてということで、ばらつきが大きいことも踏まえまして、効果的・効率的な取組を強化する観点から、PDCAサイクルに沿ったさらなる推進方策

について、どのように考えるかという4点について、大きな論点としております。

第1回では、こういった論点をお示しした上で、先生方にフリーディスカッションという形で意見交換をしていただきまして、その概要をまとめたものが次のページの資料でございます。右肩に7月3日の資料1と書かれているものですが、こちらが「第1回検討会における主な御意見」を事務局のほうでまとめたものです。

1点目の論点につきましては、そもそも通いの場というところの定義が必要ではないかといった御意見であるとか、通いの場においても、利用者としての参加だけではなく、支える側としての参加が大事なのではないかと。

また、就労も含めた介護予防の在り方を考えるべきではないかといった御意見をいただいております。

専門職の関与につきましては、専門職がかかわることで、参加者に合った支援が可能となり、効果も期待できる。また、通いの場からのニーズもあるといった御意見をいただいております。

通いの場につきましても、数を増やしていくこととともに、質の確保が重要であるということで、職能団体や専門職と連携したプログラムの実施ということについても御意見をいただいております。

また、医療機関を高齢者の方は多く受診されておりますので、そういった機会でも何かチェックしていただき、介護予防の場につなげることも可能ではないかという御意見もいただいております。

3点目の他の事業との連携方策等については、他の事業との組み合わせがうまくいっている事例もあると思うので、実態把握をしてはどうかとか、保健事業と介護予防の一体的実施が取り組まれていく中で、健診等の情報から介護予防が必要な人を把握できるようになるのではないかと。

これは総合事業の話ですが、上限額というものがございますので、その範囲の中で介護予防の取組を行っていく。その上限がある中で、どういうふうに一般介護予防事業に取り組んでいくかということで、弾力的にできるのではないかとということも御意見をいただいております。

あとは、高齢者の部門だけではなくて、行政内の庁内の連携体制の確保が必要である。

また、民間企業の取組の中にも介護予防の機能を果たしているものもあるということで、民間企業との連携、さらにはインセンティブということも考えることが大切ではないかという御意見をいただきました。

最後、4点目、PDCAサイクルに沿った推進方策についてですが、通いの場というものについて、効果や成果を計る指標がないということで、その効果を全国的に調べてはどうか。

また、ニーズ調査を活用した評価が必要ではないか、高齢者に直接調査することで、行政が把握できていない参加状況なども把握できるのではないかと。

また、費用と、その効果の両面で被保険者の理解が得られるという視点も大切。

また、通いの場について、どのような種類の通いの場にどの程度参加していたかということが簡単に把握できる仕組みがあるといいですとか、PDCAサイクルに沿った取組を進めることが重要であるということですが、これに関するマニュアルの作成やアウトカム、地域比較もできるような形でKDBの活用、また介護予防に関するデータベースの構築等を検討してはどうかという御意見をいただいたところでございます。

こういった御意見を踏まえまして、また第3回からさまざま議論を行っていただき、夏ごろをめどに中間取りまとめを行う予定となっております。

私からの説明は以上です。

○班長 ありがとうございます。御意見あるかと思えますけれども、また後ほど、あわせて伺いたいと考えております。

それでは、次に資料1、2について御説明をお願いします。

○事務局 まず、資料1について事務局から御説明させていただきます。

まず、紙で御用意しています資料1「事務連絡」をご覧いただき、タブレットで参考資料2を「参考」としてつけさせていただいていますが、こちらをお示してご説明することは時間の関係上できませんけれども、適宜御参照いただければと思います。

それでは、この紙の資料「事務連絡」に基づいて御説明させていただきます。こちらは「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の施行に向けた体制整備等について」という標題で、本日発出いたしました。

まず、この事務連絡の発出の趣旨ですけれども、現在はプログラム検討班で皆様方、御議論の最中ではございますけれども、この文書を発出させていただく理由について若干御説明させていただきますと、一体的な実施に係る高確法改正法案ができて以降、厚生労働省といたしましても、五月雨的に広域連合とか市町村等に情報提供させていただいているところ、これから取り組んでいただく市町村なり広域連合から、現時点の情報でもよいから、全体像や一体的な実施の考え方を提示していただきたいというお話がございました。

それで、昨年の有識者会議や国会の審議、厚生労働省がこれまで御説明しているような内容等を踏まえまして、一体的実施の内容を一覧できる文書として、この事務連絡を発出させていただきました。プログラムの検討班の構成員の皆様方には、今後、ここに書いてあるところに枝葉をつけていただいて、さらに深掘りしていただきたいと考えているところでございます。

事務連絡につきましては、ご覧いただけますように、高齢者医療課、国民健康保険課及び老健局老人保健課から、都道府県及び都道府県広域連合の各所管部にまとめて発出しています。具体的な内容につきまして御説明させていただきます。

2ページ、第1といたしまして、「改正の経緯について」。第2といたしまして、「改正の背景及び趣旨について」。3ページ目に第3といたしまして、「改正法の規定内容について」が記載されていますが、こちらについては、構成員の皆様方にはこれまでも御案内のとおりでございますので、割愛させていただきます。

改めて4ページ目ですけれども、「第4. 具体的な取組のイメージについて」です。今、この検討班で具体的な御検討を進めていただいているところでございますが、現段階で言い得る内容を4ページから5ページまでにかけて、(1)から(11)まで記載しております。その前段といたしまして、4ページの第4の2段落目、「特に」ですが、一体的な疾患の内容として、1つは、国保の重症化予防などの保健事業から接続される個別的なアプローチ。まさに、介護予防との連携という意味での該当例として、通いの場への積極関与というものがありますけれども、そういった個別的なものと地域への関与といった両面をきちんとやっていただきたいという記載の内容になっています。

繰り返しになりますけれども、まずは国としての特別調整交付金の対象となる事業としては、国保データベース(KDB)システムを活用して、対象者の抽出や地域の健康課題の把握をしていただきたいというのを一つの要件として考えておまして、そして(4)に記載されているような国保の保健事業との連続的な支援を含め、重症化予防として個別的な取組をやっていただきたい。また、(5)や(6)に記載された介護予防の通いの場等への積極的な関与を、片方だけではなく、両方やっていただきたいということを要件としたいと考えております。

具体的な内容が(1)から記載されておりますけれども、ここでは、一体的な実施に必要な保健師等の医療専門職の配置を進めるという形で、とりわけ2行目、3行目に書いておりますが、全体としての企画・調整などをする医療専門職の方をまず配置するということ。

一方で、次の段落で「また」のところがございますけれども、企画・調整に加えて、各地域の日常生活圏域などに配置される医療専門職の方々、いろいろと現場で活動されている方々が、市町村それぞれの御事情に応じて、保健師さんであったり、管理栄養士さんであったり、アウトリーチや通いの場等への積極関与をしていただきたいという記載になっております。

(2)、(3)につきましては、KDBシステム等を活用して、地域の健康課題や個々人の健康課題について整理・分析して取組につなげていただくということ。

(4)が個別アプローチ的な例示ですけれども、必要な医療や介護サービス等に接続されていない、つながっていないような高齢者に対してのアウトリーチの支援や、今までの重症化予防の取組といったものをやっていただきたいということですが。

(5)と(6)ですけれども、通いの場等に対する医療専門職の積極的な関与をしていただくことで、繰り返しになりますけれども、(4)の個別と、(5)及び(6)の通いの場の関与、両面やっていただきたいということでございます。

(8)については、地域の郡市医師会さんなど、地域の医療関係団体との連携を図ってほしいということで書かせていただいています。地域の医療関係団体と積極的な連携を図って、具体的な事業メニューですとか、そういったことに関する助言・指導を得るようにしていただきたいということですが。

(9)については、介護予防についてのお話です。具体につきましては、今後、検討班の先生方に御議論いただきまして、このようなイメージで、一体的実施の事業メニューを広域連合さんと市町村さんに考えてほしいということでございます。

続きまして、5ページの「第5.各自治体における体制の整備について」ということで、(1)は広域連合における体制の整備についてですけれども、広域連合については、構成市町村に保健事業の方針を確認した上で広域計画に記載していただきたいとしておりまして、10月までガイドラインはできませんけれども、この事務連絡をベースに、話し合いなど協議を進めていただきたい旨、記載されております。

(2)ですけれども、市町村における体制の整備についてですが、まずマル1については、国保の部局、介護保険の部局、健康増進の部局、それぞれありますけれども、きちんと連携していただきたい旨、記載されております。

マル2については、法律事項であります一体的な実施に係る基本方針を作らなければならない旨、記載されております。

マル3については、医師会等の関係団体の協力が不可欠でありまして、事業の企画段階から三師会等の協力を得て、一体的実施を適切に展開していただくことが必要だということが記載されております。

(3)が都道府県による支援ですけれども、法律上、都道府県は広域連合、市町村を支援しなければならない立場ということで、この規定に基づいて適切な指導をしていただきたい旨、記載されております。

8ページになりますけれども、都道府県の中で保健所による積極的な援助を進めることも重要ということを書いております。

第6になりますけれども、国が改めてやっていかなければならないことを書いております。

(1)が、今まで申し上げましたが、一体的実施を踏まえてガイドラインを改定するということ。

(2)が、後期高齢者の質問票を新しく作りましたので、健診に活用いただくよう準備を進めていただくこと。

(3)が、市町村が特別調整交付金を活用した支援ということで、先ほど申し上げましたように、個別・集団、両アプローチが必要であるということで、その要件。あとは、どの規模でやるかということで、広域連合からの委託事業費として、市町村が医療専門職を配置できる規模で交付するということを念頭に置いている旨記載しております。

そのほか(4)では、保険者インセンティブとして、一体的な実施の展開状況を踏まえ、適宜見直していくこと。

(5)は、医療制度事業費補助金として、今年度は先行的な取組を支援するというところで、補助要綱を6月20日に通知を発出させていただいたところですが、これを積極的に活用いただきたいということです。

(6)は、研修の関係です。国保中央会さん、国保連さんが中心となりまして研修を行いますので、積極的な参加をお願いしたいということでございます。

大変早口で申しわけございません。以上の内容でございます。どうぞよろしく願いいたします。

○事務局 続いて、御説明させていただきます。

資料2をご覧ください。「論点に基づいたこれまでの議論の整理」としまして、事務局のほうで、これまでいただいた意見等をまとめさせていただきました。

まず、構成についてですけれども、1番としまして、検討班で紹介された取組例としまして、これまで各構成員の方々にプレゼンいただいた内容、また、これまで事例集等でまとめてきた内容をお示ししております。

続きまして、2番、検討班における主な御意見としまして、これまでいただいていた御意見について事務局でまとめさせていただいた内容となります。

今回は、3番にあります、プログラム作成に当たって特に検討すべき事項について、個々に御意見を伺いたいところとしてまとめております。

それでは、順番に御説明させていただきます。

まず、論点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」ですが、これまで個別訪問等の支援、幅広いアプローチを進めるために、どのような事業メニューが考えられるか。また、健康状況、生活機能等を総合的に把握するための健康課題等の整理・分析について、どのような体制や環境を整えることが求められているかというところで、1つ目の論点を挙げさせていただいております。

取組については、既にまとめさせていただいておりますので、こちらはまたご覧ください。

3ページをごらんください。こちらの論点について、既にいただいていた御意見としまして、市町村のマスタープラン、データヘルス計画への反映が、継続性のある保健事業の展開につながるのではないかと御意見をいただいております。

次に、フレイル予防は、高齢者本人の気づきを得ることが重要なポイントなので、本人がフレイル状態に気づいた上で専門職からアドバイスを得ることが必要という御意見をいただいております。

続きまして、これまで通いの場は住民主体で進められてきたために、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はないかと御意見をいただいております。

4ページをご覧ください。市町村では、これまで類似や重複の事業もあるのが現状であるというところから、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り、また業務の優先順位を明確化することが必要であるという御意見をいただいております。

また、コミュニティバス等の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

あることから、高齢者に対する健康づくり、地域にいながらにして健康になれる地域づくりは、まちづくりを目指すことにもつながるといふ御意見をいただいております。

こちらについて、今回、御意見をいただきたい部分が3番でございます。

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。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。

両アプローチをバランスよく実施するための医療専門職の配置、活動内容等の留意点。

また、両アプローチを実施する医療専門職に求められる役割。

また、KDB等による地区分析の留意点。

市民の参画を促すためのポイント。

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というところで御意見をいただきたいと思っております。

続きまして、論点2「市町村に配置される医療専門職の役割等について」、ご覧ください。5ページになります。こちらについては、調整役割を果たす医療専門職、また地域の中で活躍する医療専門職が、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というところで論点を挙げておりました。

こちらについて、6ページに主な御意見をまとめております。

医療専門職については、企画・評価、医療機関との調整、自主活動グループへの支援、国保データベースシステムによるアウトリーチ、対象者の抽出。

また、コーディネーターのまとめというところで、専門性の高い人の配置が必要ではないかという御意見をいただいております。

また、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というところで御意見をいただいております。

少し飛びますけれども、7ページをご覧ください。こちらについては、地域包括支援センター等と連携して、業務に優先順位をつけて取り組む必要がある。

また、地域包括支援センターと連携し、参加者の紹介、利用者情報の提供、参加者の見守り等を依頼することも必要ではないかというところで御意見をいただいております。

今回、御意見をいただきたい部分が3番となります。

まず、企画・調整・分析等を行う医療専門職が担うべき役割。

また、地域に配置される医療専門職が行う具体的な事業内容。

また、地域包括支援センターとの連携においての留意点というところについて御意見を伺いたいと思っております。

続きまして、論点3「KDBシステムの活用等について」をご覧ください。8ページになります。こちらにつきましては、どのような高齢者への個別支援が必要か。また、分析手法やデータへの着眼点等について、論点として挙げておりました。また、個別アプローチの

方法や、どのような点に着目して分析することが適切かというところを挙げておりました。こちらにつきましては、取組例と別に、国保中央会様からもKDBシステムの御説明を伺ってきたところです。

10ページをご覧ください。これまでいただいていた御意見としまして、各医療情報がひもづけられて地域課題や分析が可能であるという、まず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と。また、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、重症化の予防が期待できるのではないかとという御意見をいただいております。

3番について、今回、御意見を具体的に伺いたい部分となります。

まず、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。

また、分析に当たっての留意点。

階層化についての視点。

また、経年データの活用にあたっての留意点。

また、健診受診がなく、医療レセプトしかデータがない者に対する支援にあたっての留意点。

最後に、研修実施にあたっての留意点というところで御意見を伺いたいと思っております。

続きまして、論点4「事業メニューの在り方について」、11ページをご覧ください。事業メニューについては、大きく3つに分けております。まず、11ページ、「重症化リスクが高い者への個別支援の在り方について」。続きまして、14ページが「フレイル予防等の支援の充実について」。16ページ、「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」ということで、大きくまとめております。

まず、「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」、11ページに戻させていただきます。これまで、論点としまして、どのような支援内容が考えられるか。また、どのようにアプローチをし、支援していくことが効果的と考えられるかという部分について、論点として挙げてまいりました。

こちらにつきましては、12ページをごらんください。幾つか御意見いただいておりますが、まず地域包括支援センターとは、実態把握をする部分において横断的な連携がとれるのではないかと。

次に、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ることが可能ではないかと。

また、社会的フレイルとして閉じこもり気味の方、またひとり暮らし高齢者で孤食の方を対象として、例えば廃用症候群の予防、早期発見・早期介入の取組が可能ではないかと。

また、国民健康保険の保健事業で糖尿病性腎症重症化予防の対象者だった方をそのまま広域連合の保健事業に移動しても、介入する事業の継続性が必要ではないかと。

また、本当に問題を抱える層へのアプローチができていないということが課題であり、効果的な保健事業の対象者の掘り起こしが必要ではないかという御意見をいただいております。

こちらについて、今回御意見をいただきたい部分が3番になります。

まず、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。

また、対象者の抽出や優先順位についての考え方。

対象者を具体的な支援事業につなぐための留意点。

13ページに移りまして、効果的な個別支援事業として考えられる事業内容。

受診勧奨を行う場合の留意点。

また、かかりつけ医と保健事業の連携。

効果的なアウトリーチを行うための連携という部分について御意見をいただければと思っております。

続きまして、14ページ、「フレイル予防等の支援の充実について」をご覧ください。まず、こちらについては、論点として、どのような支援メニューを行っていくか。また、具体的にはどのような方法が考えられるかというところを論点として挙げさせていただいております。

こちらについて、15ページをごらんください。これまでいただいていた御意見としまして、まず「多面的なフレイル」への対応の重要性が強調されるところで、適切なサービスにどのようにつながるかが重要であるというところの御意見をいただいております。

また、高齢者が自ら気づくという仕組みづくりが必要であり、また、家族と共有するか、あとは御自身で結果の振り返りができることが重要であるという意見をいただいております。

続きまして、3番が今回、御意見をいただきたい部分となります。

まず、フレイル予防対策を効果的に進めるための留意点。

運動、口腔、栄養、社会参加の各テーマに係る効果的な取組についての留意点。

多面的な課題に効果的、総合的に対応できるメニューのポイント。

質問票や各種チェックシート等の活用方法。

フレイル概念を市民に浸透させるための手法、また日常生活の中での気づきを得られるチェック手法。

医療専門職、また市民が身につけておくべき、フレイルに関する知識について御意見を伺いたいと思っております。

続きまして、16ページ、「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」をごらんください。論点としまして、介護予防の取組との連携。また、ショッピングセンター等の多様な地域資源を活用して、どのような連携が考えられるかというところを挙げておりました。また、どのような取組が求められており、どのような支援が考えられるかというところも論点として挙げておりました。

こちらにつきまして、17ページ、これまでいただいていた御意見としまして、まず、運動機能の維持を目的とした場ですとか、趣味の会を目的とした場もあり、さまざまな通いの場がある中で、18ページに移ります。保健師、栄養士、歯科衛生士等に年に1回でもかかわってもらい、フレイル予防に意識を持ってもらえるような形にすることによって、高齢者にも予防の重要性が浸透していくのではないかと。

また、市民みずからの参画という点で、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という御意見を伺ってきました。

そのためには、上手に住民をサポートし、モチベーションを高めることが重要という御意見をいただいております。

また、男性とか無関心層に対して、どのようなアピールをすれば参加してもらえるか、そういった取組方法を検討していく必要があるというところも御意見をいただいております。

3番をご覧ください。今回、御意見をいただきたい部分が次の点になります。

まず、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。

医療専門職が行う事業メニュー。

効果的な取組を行うためのポイント。

効果的な拠点や取組内容。

また、必要なサービスにつなぐための留意点。

参加勧奨や参加継続のための工夫。

また、市民の参画拡大や住民リーダー育成のための留意点というところについて御意見を伺いたいと思っております。

続きまして、19ページ、論点5「事業実施体制の在り方について」をご覧ください。こちらにつきましては、各市町村広域連合、都道府県、また医療関係団体、国保中央会との連携について、パートを分けております。順番に御説明させていただきます。まず、市町村における実施体制についてですが、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るか。また、調整について、どのような点に配慮しながら進めていく必要があるか。こちらを論点として挙げておりました。

21ページをご覧ください。これまでもさまざまな御意見を伺ってきたところですが、3番をご覧ください。今回、御意見をいただきたい部分は次になります。

まず、市町村内の庁内連携のための留意点。

また、責任部局の在り方。

地域包括支援センター等の関係機関との連携や地域ケア会議の活用における留意点。

総合事業C等との連携や継続。

複数市町村間との連携の可能性。

また、市町村からの事業委託に当たっての留意点について、さらに御意見を伺えればと思っております。

また、今回、既に国民健康保険課から発出されている糖尿病性腎症重症化予防プログラムの記述部分について、参考としてお示ししております。

続きまして、23ページをご覧ください。「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、これまでの論点としましては、市町村の取組状況の整理・把握・分析について、具体的にはどのような役割が考えられるかというところを論点として示してまいりました。

そちらについて、24ページをご覧ください。御意見としましては、データ分析の方法についての御意見ですとか、市町村の立場からは、広域連合には距離を感じており、連携の課題について、伺ってまいりました。

今回、御意見をいただきたい部分については、3番にお示ししております。

まず、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。

医療関係団体との調整。

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。

こちらについて御意見を伺いたいと思っております。

続きまして、「都道府県との連携の在り方について」、25ページ、ご覧ください。

具体的には、どのような支援の内容が考えられるかという論点について意見を伺ってまいりました。

今回、御意見を伺いたい部分が26ページとなります。

まず、都道府県による具体的な支援内容や保健所の役割。

また、効果的な情報共有。

都道府県が主体となって調整すべき事項。

また、アカデミア等の参画を求めるための取組。

市町村の取組等を評価・分析、改善につなげるための留意点について御意見を伺いたいと思っております。

続きまして、27ページ、「国保連との連携の在り方について」というところで、こちらについては、どのような点に着眼した支援が求められているかというところで論点を示してまいりました。

こちらにつきましては、国保連による各市町村に対する具体的な支援内容。

国保連が受託する研修等の内容について、今回、御意見を伺いたいと思っております。

続きまして、28ページ、ご覧ください。「医療関係団体との連携の在り方について」ということで、論点としましては、あらかじめ、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かという点について挙げておりました。

29ページ、医療関係団体の協力を得るに当たって調整すべき事項について御意見を伺えればと思っております。

続きまして、30ページ、論点6「個人情報保護の在り方について」ということで、こちらは、これまで余り意見はございませんでしたが、事務局から、今回、御意見を伺いたい

部分としまして、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。

民間事業者等に委託した場合に、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。

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というところで御意見を伺いたいと思っております。

次、論点7「事業のエビデンスの収集について」、こちらが最後の論点となります。

これまで、好事例の横展開につなげるため、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補助事業として進めていく必要があるのではないかとということで論点をお示ししておりました。

今回、御意見を伺いたい部分は、32ページになります。

まず、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。

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。

各地域のさまざま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について御意見を伺いたいと思っております。

以上、少し長くなりましたが、事務局からの説明となります。

○班長 ありがとうございます。

これまでの御発表や議論をまとめて論点を整理していただきました。その中で、特に今回、プログラムを作成するに当たり検討すべき内容が3にありまして、そこに関して、これから御意見を伺っていきたいと考えております。

全体の分量がかなり多いものですから、まず、論点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」ということで、質問が4ページにあります。それから、論点2「医療専門職の役割等について」、論点は7ページに記載がありますが、この部分について御意見がいただけたらと思います。どなたからでも結構ですが、よろしく願いいたします。

まず、口火を切る意味で、私から、4ページにあります国保保健事業と連続した重症化予防についてですけれども、1点は、国保側が今、重症化予防のプログラムで対象者に対して介入しているところですが、75歳になると切れてしまうという課題があります。実際に透析になられる方がそれ以降の年齢にあるということで、引き続きの実施が必要というのは認識しているところでしょうけれども、実施主体が変わってしまうとか。高齢者にとっては、今までなれ親しんだ支援者から、仕組みが変わり、方法が変わり、指導内容が変わるといって、不信感ではないですけれども、やや違和感があるということで、ここが連続して行えるように、少なくとも記録とか。

同じ人が続けられれば一番いいかもしれませんが、体制とか委託とか直営等の違いがありますから、国保の保健指導記録などを適切に残し、後期の担当者に引き継ぐ、申し送りのようなことをきちんとしていくことで、高齢者が安心して相談できる体制をつくっていくということが必要かなと感じております。というような内容をお話しすればよろ

しいでしょうか。

今、一つの例でございますけれども、コミュニティに対するアプローチとか、医療専門職の役割についてなど、御意見いただければと思います。いかがでしょうか。

どうぞ。

○構成員 1番目の国保事業と連携した重症化予防につきましては、群馬県はプログラムをつくるときに広域連合も一緒に検討しており、かかりつけ医が非常に重要になってくるという意見が非常にたくさん出ていました。医療関係団体との連携のところと合わせた留意点を書いていただきたいです。市町村や広域連合では、個人が最後まで本当に重症化予防のために受診されているかについて、地域のかかりつけ医がきちんと協力していただけるかが非常に重要になると感じています。

そういう中で、高齢者にとってみると、かかりつけ医というと、私は整形しか行っていませんとか、どこに行ったらいいかわからないとか。糖尿病なのに整形に行って、大丈夫ですよと言われたということから重症化している高齢者も多いということもあります。どのかかりつけ医に行ったらいいのかという、市町村と医療機関とのきちんとした連携の在り方というのが、この部分は非常に重要になると思いますので、後半の部分とあわせて一緒に御検討いただければと思いますので、よろしくをお願いします。

○班長 ありがとうございます。

今の件でもそうですけれども、かかりつけ医との連携についても、市町村国保と後期で実施方法が違うと、かかりつけ医もやや混乱する。医療機関では年齢で分けて診療するというわけではないので、あなたは73歳だからこっちの方法、75歳だからあっちの方法というようにやり方が違うのは、医療現場としてはかなり負担感が大きいという話も聞いております。その地域で市町村がどんなやり方をしていくのかというのを、国保から後期高齢へ連続的に医師会とも事前に相談できるというのが必要なのかなと思いました。

ほかにいかがでしょうか。ほかのところでも結構です。どうぞ。

○構成員 今回のデータヘルス計画、保険者の方たちに見させていただきますと、重症化予防の取組をやっているところは結構多く、糖尿病性腎症の重症化予防の取組をやられているところもかなり多くなっているところでは、74歳で切れてしまって、その後はよくわからないという現状がある中で、保険者あるいは自治体の方たちは継続したフォローができるといいかなということを感じているところだと思います。

特に、進捗管理をしていく中では、その辺の意見も出てきていると思いますので、一貫したアプローチをしていくということで、高齢者の方たちの対象のターゲットをどの辺にするかというのは、また検討も必要かなと思いますけれども、認識としては、この辺はすごくあるのではないかと思います。

○班長 ありがとうございます。

○構成員 4ページの検討すべき事項の中で、先ほどのコメントでかかりつけ医というキーワードをおっしゃって頂きました。とても重要なキーワードだと思いますけれども、先

ほど整形外科医に対して糖尿病のことをという話題がでましたが、僕自身はちょっと違う感覚を持っております。たまにはそういうケースがあるかもしれませんが、恐らく国民側は、整形の先生に糖尿病の細かい管理を求めていることは余りない。むしろ専門職種によって何を求められるかというときに、複数の医療機関にばらばらかかっている、それを包括的に見て、どういうふうにサジェスチョンするのかとか、そこに付随する多剤併用（ポリファーマシー）の話とか。

結局、市民及び患者様の受診されている個々のクリニックに対して、悪気はなくても結果的に複数受診しており、そこに何か重複の内容があったり、大きな意味がなかったりすることがあるかもしれません。それこそ負の連鎖に入りやすく、そのような状況に置かれている方々を一步引いた目でトータルで包括的に見てあげてサジェスチョンをしたいところです。しかし、個別の処方されている薬剤に関しては、この薬剤はむしろ止めた方がいいのではないかといいところまでは言及できないと思います。以上、そのような方向性が求められるのかなと第一印象で思いました。

○班長 ありがとうございます。今、まさに糖尿病性腎症重症化予防事業の中で、レセプトでみていくと、内科だけでなく、内科医以外にかかっている方も多岐にわたります。レセプトの病名A1cと健診のHbの数字をあわせて見ていくと、いろいろなかかり方をされているというのがわかります。これはKDBから抽出した集団全体でわかるわけで、そのことは個別対応というよりも、そういう企画段階において、KDBで健康課題を明らかにするという時点で重要な情報となりうると思います。こういう問題が起こっているということを地域全体で考えていくには非常に必要な情報で、そのことを医師会の先生とかと協議していく。かかりつけ医からも何となく心配には思っている、なかなか聞き出せないとか、本人はなかなか言わないということもあるので、地域での認識をそろえるというのが1つ大事なことではないかと思えます。

おっしゃるように、個別になると、そういう対策を地域で実施しているという情報が入っている先生は、あなたもそうだったのだねということで対応できるのですが、知らない先生は、なぜ保健師が主治医の処方に関与するのという形になってしまうかもしれません。その対策バックグラウンドとしてのデータ分析の話と、個別のかかり方という2段階あるのかなと思いました。医療専門職のところも、企画段階とか調整段階の役割と実際の指導の段階では、担う役割とかアプローチの方法を丁寧に書き分けられないといけないのかなという気がしました。

ありがとうございます。

○構成員 重複頻回受診というのは、今、国保のヘルスアップのほうでも取り組み始めている自治体さんがふえてきていると思いますので、そういった点では、この後期高齢者でも共通するような課題、重症化予防はもちろんそうなので、そういったところをうまく国保側とのやりとりをしながらスムーズに移行ができるような体制をつくっていく。そのきっかけというのは、糖尿病の重症化予防であり、重複頻回の対応というものが共通してい

るのかなと感じました。

○構成員 医療専門職の役割について、少しお願いをさせていただければと思います。今回の事業で新たに配置されることになる医療専門職については、市町村が検討した上で決められるのだらうと思います。これからガイドラインの改定作業もあると思いますが、現在、例示されている保健師さん、栄養士さん、歯科衛生士さんの3つぐらいは、具体的にどういった役割が考えられるか、今、既に例示されているような企画・調整・分析ですとか、現場の健康教育とか訪問指導といった具体的な業務内容とか期待される役割について、しっかり明示する必要があるのではないかと考えているところです。

というのは、保健師さんは割とイメージがついているかと思いますが、栄養士さんと歯科衛生士さんは、介護予防の部局には余り配置されていない現状があります、恐らく全国的にほとんど配置されていないと思います。そうすると、栄養士の部分、歯科衛生士の部分の企画とか事業の充実ということが後手に回る可能性があるかなと思っていますので、その部分をしっかり補うためにも、歯科衛生士さん、管理栄養士さんについては、こういう部分の役割が期待できるということを、しっかりなるべくわかりやすく丁寧に市町村に示してやる必要があるのだらうと思っています。

その上で、小さい市町村は複数の職種を配置するというところまで、難しい可能性もありますので、そうすると市町村の中の管理栄養士さんだったり、歯科衛生士さんとの連携ということも必要になるのだらうと思います。管理栄養士は、健康づくりのセクションにすることが大体多いですね。歯科衛生士は、健康づくりのところにもいないこともあります。今回の事務連絡も残念ながら健康増進部局のほうには出されていない状況があります。市町村の中で縦割りというか、この事業についてはどこが担うのか、どうしてもめめると言っているのか、なかなか難しいところがあります。

予算を要求するのはどこか一つの部局にならざるを得ないと思いますが、今回の事業は、いろいろな先ほどの各種事業との連携とつながりがありますので、介護予防、国保の健康づくりの部局、全ての部局の業務である。どこの業務じゃなくて、全部の部局の業務であって、あとはこの事業を進めていく上で、その役割分担を話し合っていたくという形で市町村に示していただくといいのではないかと思います。

理想的には、それぞれの介護保険事業計画とか健康増進計画とかデータヘルス計画に明記されるようにするのが一番いいと思いますが、計画策定期間までにちょっと時間があるので、せめてガイドラインの中では、どこの仕事じゃなくて、全部の部局の業務だということをお示しいただいて、市町村の中で仕事の押しつけになったり、けんかに余りならないように御配慮いただければありがたいです。今回の事務連絡でも、何となくそういうトーンで書いていただいていますけれども、もうちょっとはっきり、全ての部局の仕事だとお示しいただきたいと思います。

○班長 ありがとうございます。

この仕事は、関係する全ての部局に対して連携がとれるというか、通じていないといけ

なくて、新たな仕事なので、企画力や調整力もなければいけなくていと考えられます。この企画・調整・分析を行う医療専門職は、ただの保健指導のスキルだけではなくて、地域のネットワークをよく知っているということも必要になってくると思います。それが市町村の中の部局間での押しつけ合いとかにならず、うまくはまることができるのか、ここが一番気になるところですけれども、いかがでしょうか。

○構成員

本町は小規模ということで、介護も保健事業も同じところにあるのですが、先生方がおっしゃったように、誰が、どれをするのかというのは、小さなところでも話し合いがどうしても必要だと思います。

あと、専門職に関しては、うちの自治体は歯科衛生士さんがいない状況です。栄養士さんも人数的に地域に配置できるかどうかということも検討が要るのと。あと、新たに雇い上げるということも人材確保が課題になるので、どうしても今いる現場で事業の整理をしていかなければいけないのかなと感じているところです。

○構成員 ありがとうございます。

私は、事業実施体制、第5のほうで話をしようかなと思っていたのですが、今、ちょうどその話が出てきたので、1つ参考になればと思うのですが。前のときに発言しましたマスタープランとか、そういう計画に盛り込む。もちろん、それがいいかと思います。ただ、計画を立てる時期とかがまちまちであるのですが、私の経験ですけれども、始めるときに、各部署、介護保険課、高齢福祉課、健康づくりというところの課長、係長を集めまして、役割を確認するときに事務分掌規則で確認した。あれは、大きくまとめて書いてあります。何とかに関すること。

そこに低栄養がどうこうということは書いていないわけですが、健康づくりの管理栄養士は、高齢者の介護予防に関することという1行の中でやるという形でもよろしいでしょうかと、各部署の課長級以上で確認して、それで取り組んだという経緯はあります。それで、もちろん記録をとって、全部に判こをもらうという形はございます。そういうのもできるのではないかと思います。

○班長 ありがとうございます。

組織的な役割をまずきちんと考えていくことが重要ということですね。

あと、今、一般介護予防事業の検討が進んでいて、通いの場や地域包括との連携などが必要になってくると思いますけれども、そのときの留意点、お気づきの点、ありますでしょうか。

どうぞ。

○構成員 地域包括との留意点ということからすると、ちょっと外れてしまうのかもしれませんが、先ほどちょっと言い忘れたもう一点を述べます。医療専門職種に大きく期待されるわけですが、確かに10ページに分析マニュアルとか、それを踏まえて分析のための研修を開催し、いかに簡単にできるようにとか、そのソフトをいかに簡単にというのはとて

も重要だと思います。しかし、それ以前に、例えば慢性腎不全の病態の高齢者をイメージしてみると、その背景にある糖尿病、高血圧という、いわゆる生活習慣病の積み重ねが存在します。当然、医療専門職種ですから各個別疾患の基礎知識は持っているのですが、それが例えばKDBのデータと、フレイルの視点に立った15問の新質問票とも名寄せ（ドッキング）していく際に、「この高齢男性は持病が多いね。複数の病院にかかって、数的にはポリファーマシーになっているね」という評価も重要ですが、それだけで終わってほしくないと思っております。多面的なフレイルというものが1つ大きな軸になっているので、分かりやすく言えば、「木も見ながら森を見る」というイメージでしょうか。ちょっと欲張った依頼内容になってしまうかもしれませんが、一本一本の木、すなわち一個一個の疾患。当然、糖尿病は重症化しないほうがいいわけですが、そのことも配慮しつつ、全体に機能が落ちていかないというところの「木と森の両方を意識する」という感覚や考え方を十分に踏まえ、専門職は対応していく必要があると思います。それをしっかりと体得できている方ならいいですが、逆に、もう一歩学ばなければならない方も存在すると思います。それは、栄養面、カロリー摂取に対するアドバイス1つとっても、同様に言えることだと思っております。

○班長 それは、座学だけではなくて、事例検討とかが必要かと。まずは座学も必要かもしれないけれども、ケース検討を一緒に行うとか。

○構成員 研修会の中にそういうものを盛り込む工夫も必要なのかもしれませんが、同じ座学でも、単にシステムをどう使いますか、このソフトはこれだけ簡単に名寄せできて、リスクのある方々をあぶり出せますよということを、ただマニュアルで勉強したというだけではなくて、基本的に高齢者は複数の疾患を持っているので、それを包括的に一歩引いた形でどう見て、全体像をどう読むのかというところの目を少し教えられて、このミッションをやっていただくといいかなと思ったりします。

○班長 わかるような気がします。症例検討でも、無味乾燥な話ではなくて、その人のバックグラウンドとか、これまでの経過とか、今、どうしてこうなっているのか、そういうことも含めて一緒に考えていくということでしょうか。まだ構成員の領域に達していないですけども、単に低栄養だからこういう指導とかじゃなくて、どうして低栄養になったのか、どうしてこういうポリファーマシーになっているのか、そのバックグラウンドも考えつつアプローチができるということが必要ではないかと思いました。ありがとうございます。

1つ、私、地域包括の方は、基本チェックリストが今ない状況なので、住民全体を把握できているとは言えない自治体も多いのではないかと思いますので、いかがでしょうか。健診とかレセプトという、包括に相談に行こうと思う前の段階の高齢者の情報がよりつかまるのかなとも思うので、地域包括に早目に相談したほうがいい人たちはどういう人かなとか、または、これは住民の通いの場でいいのか、包括につないだほうがいいのかとか、そんなこともこの保健事業のほうからもつながっていけるといいのかなと思った

りしています。

どうぞ。

○構成員 市町村における関係部署間の連携について、質問よろしいでしょうか。広域連合に寄せられた市町村の率直な意見なのですが、対象事業であります通いの場を利用した健康教育、健康相談。それと、健康状態が不明な高齢者の状況把握、必要なサービスへの接続ということですが、なぜ市町村の現場では優先順位が低い健康状態不明者に取り組むのか。何を狙って訪問するのか目的が明確でないので、どういった人材を探せばいいのかわからない。半数近くの市町村では、閉じこもりというのは、重症化よりも認知症の意味合いが強く、保健よりも福祉的に捉えている課が多かったです。なぜそこに時間をかけるのか、狙いは何なのか、腑に落ちる理由と必要性を感じなければ庁内連携の働きかけは難しいと言われました。そういったことから、なぜ健康状態不明者への働きかけが必要なのかという動機づけが、市町村を動かすポイントであると思うのですがなぜ健康状態不明者なのかというあたりをいま一度お聞かせください。

○班長 ありがとうございます。

ちょうど時間的にも、お話的にも、論点3、4に入ってきたように思います。論点3のところで、KDBシステムから健康状態不明者というものが洗い出せたりするわけですね。健診の状態、レセプトの状態、介護の状態などが把握できて、そういう健康状態が不明な方に対して、わざわざアウトリーチしなければいけない理由が何かという御質問に対して、どう答えるかということですが、御意見ありますか。

はい。

○構成員 全体の高齢者の状態を俯瞰して見るということが、まず重要なと感じているところです。その中で、以前にもありましたけれども、レセプトのある人、健診のある人、あるいはレセプトも健診も介護もない方とか、さまざまな方、この前の発表でちょっとお話しさせていただきましたが、そういう全体を俯瞰した中で、どういう健康課題があって、そしてマンパワーとか、いろいろな優先順位づけをしながら、どこを自分たちのところでやっていくかという対象者の選定をしていくような事業の在り方というものが1つあるのではないかと思います。

ほかの視点もあろうかと思えますけれども、全体の状態を保険者として、そういう群もしっかり見ていく。その中で、どういう対策をどこにしていこうかということ判断していく必要があるかなと思っています。

○班長 ありがとうございます。

実は、実際にやってみて、5%ぐらい、何も記録がないという人がいた。それは健診とレセプトなので、介護保険のデータをぶつけてみると、何%が介護に行っているのかということを精査した上でということですが、ね。その中で、以前はかかっていたけれども、中断してしまって状況がわからない人がいましたねと。医療費のこととか、いろいろあって中断している例もあるので、そういうものは状況を確認するというのと。

もう一つ実際に分析した自治体で、このような中に100歳以上の人が結構いて、本当に生きているのかどうか分からないから、見に行かなければということを書いていましたけれども。KDBで過去5年間の履歴なども見て、心配そうかどうか。治療していて中断するとか、入院していて退院して、その後行けていないとか、そういう状況があれば、これは地域がアウトリーチしたほうがいいかもしれないとか。今まで見えなかった人だから、まずは見ていきたいということを書いていましたけれども、いかがでしょうか。

まずは1回見て、その上で必要があるか、ないかということを検討しなければいけないと思いますけれども、本当に健康で何も心配のない人がどのぐらいいるのかというのは、どうなのかなと思いますけれどもね。構成員の、どう説明したからいいかというのに答えられる御説明をお願いできたらと思いますけれども、いかがでしょうか。

○構成員 お答えになるかどうか分からないのですが、今も後期高齢者広域連合さんの保健事業で、歯科に関してですけれども、訪問歯科健診事業と訪問歯科衛生指導事業というものがあります。要綱上、要介護3以上が対象者になっているのですが、非常に幅が広くて、今のお話の健康状態不明者と同じように、要介護3だからといって全員が対象になるわけじゃないので、誰を見ていいかわからなくて、なかなかうまく展開されないという状況があると思っています。

私が前々回、プレゼンテーションの中で、医科レセプトとか介護レセプトをもう少し分析して、関連情報がわかって、この人たちを放置しておくとか悪化しそうだということが、いろいろ条件があると思いますが、それがもしある程度わかれば、市町村の方も危機感を持って、この人は全然健診に来ていないけれども、アウトリーチしないとちょっとまずいのかなと想像できれば、多分、皆さん納得して事業展開ができるのではないかなと思っています。

今、KDBの話をしたので、ちょっとだけ細かい話もするのですが、現行のKDBシステムはIDが制限的で、国保の人は国保のレセプトしか見られない、介護の人は介護のレセプトしか見られない、特定健診の人は特定健診しか見られないみたいな、そんな感じになっている。この事業を展開するに当たって、地域の分析、地域の診断をされる部局あるいはその担当者が全部のデータがちゃんと閲覧できて、分析しやすい帳票を出して、市町村の方が地域の状況、個人の状況を把握しやすい仕組み。

さっき言ったような、ハイリスクの人になるべく勘弁にわかる仕組みをどれだけ整えられるのか、そこもこれから非常に重要なのかな。低栄養の帳票は非常によくできた帳票だと思いますので、恐らくあれがモデルになっていくのだろうと思っています。

以上です。

○班長 ありがとうございます。

ちなみに、重症化予防事業で腎症の病期が上がるごとに医療費は高くなる傾向ですけれども、歯科医療費は4期になるとぐんと減ります。行っていないのですね。なので、全身状況が余りよくないというか、普通の医療費にお金がかかるからか、わかりませんけれ

ども、歯科受診はやめているのかなという結果でした。レセプトを見て事例を想像できるというか、こういう場合にこういうことが考えられるということを丁寧に解説していくことも大事なかなという気がします。

KDBについての論点、10ページにありますけれども、今の話の中で、健診受診がない人の扱いとか、経年データ。それから、国保から後期高齢に接続はしているので、後期高齢の人の国保時代のデータは見ることはできるのですね。なので、これについては、留意点、どんなことがあるかということですが、いかがでしょう。

○構成員 先生、それにつきましては、全ての国保の過去のデータを見られるというよりは、何年間という制限がかかっていますので、最大5年間という期間でKDBを構築していますので、その辺の年数は少し短くなるかと思えます。

○班長 あと、メニューの在り方ですね。個別アプローチの、ちょうど今、話がありました対象者の抽出、優先順位の考え方、具体的な支援事業につなげるなど、さまざまな論点があります。かかりつけ医との連携などですが、このあたりについて御意見いただければと思いますが、いかがでしょう。

○構成員 一つの目安になるかもしれないのですが、個別アプローチの対象者を抽出する、どういう人に行きたいかというのを抽出して、こういう人に行くべきだろうと決めることも大事ですが、マンパワーとか、実際にできる、実現可能性をよく考えないといけないかなということもあります。そうしていきますと、例えば特定健診とか長寿健診のような健診の受診率が高いような地区とか、市の中でもあるのではないかと思います。

まずは、どこから始めるか。全部を一挙に始められれば、それはそれでいいと思えますけれども、いわゆる弱いところを補完していくという考えも一方ではあるのですが、最初に取り組むときには、そこの市の中の持っている強み。例えば、受診率が高い地区とか、福祉で力を入れているとか、そういう力を入れているところで一緒に部署で手を組んでいくと、比較的動きやすいかなと思います。

○班長 ありがとうございます。

動きかけているところに新しい考え方を入れたり、データを持っていったりして、よりPDCAが回る形に企画し直すというイメージですか。

○構成員 そうですね。できれば、1年間ぐらいの間である程度の実績が見えるような。でないと、しょぼんとしてしまうのです。最初のことなので、意気消沈してしまって、次のステップになかなかかなりにくい。なので、ある程度勝ちを予想できる場所というのですか、ある程度期待が予想できる場所。もちろん、重症化のところに個別事例もあるのですが、そこも視野に入れつつも、中心をまずはやっていくというのが、最初は組織的に大事じゃないかと思います。

○班長 ありがとうございます。

そうすると、健診未受診者の状況がわからないところからアプローチするよりも、まずは既存の手法としてあるところからスタートしたり、既存の通いの場とか高齢者の拾い上

げも、動かせそうなところを探して進めるみたいなイメージですか。

○構成員 その地域のほうがリテラシーは高かったりしますので、成功事例みたいな雰囲気は何となく1つできれば、あそこの地域もこんなふうになりましたから、やってみませんかみたいな話もできやすかったりするのかなというのは思います。

○班長 ありがとうございます。

○構成員 御意見は全く賛同します。しかし、二、三步手前の意見になってしまうのかもしれないですが、例えば先ほどの討議内容で医療専門職種、特に保健師さんをイメージしてということでしたが、その話のときに言うべきだったのかもしれない。医療知識を持った専門職なので、生活習慣病を持っているとか、癌でこうなっているというのは、それなりに意識することは可能だと思います。結果的に、こうするべきだとアドバイスをしたり、既存のある事業になるべくお声をかけようということをやっている現実があると思います。

ただ、この一体的実施において「どのような部分がアドバンテージなのか、今まで手が出せなかった分野にどのくらいのプラスのアドバンテージがあるのか」という部分を明確にし、それに対して彼女たちに保健師職がきっちりとイメージが湧かないと、うまく活用してもらえないのではないかと危惧いたします。例えば、フレイルの視点に立った15問の新しい質問票の活用の仕方、そこにKDBを活用するのですが、70歳代のある高齢男性のデータを一元化して名寄せしていったら、こういう全体像として見えるという具体的な方向出しが必要ではないかと思えます。

だからこそ、今までの既存のアプローチ（例えば、ある一辺倒の、ある事業をどうですかとお勧めしただけだったが、もう一回り立体的に見ることが出来たので、こういう別の選択肢まで助言を出来るようになった、こういう事業にも取り組ませようと働きかけたほうがいいと見えてくるとか。そういうように、医療専門職種が腑に落ちた感のリアリティーがあるイメージを持てる必要があると思います。3～5つ位の事例を載せれば、ずっとイメージを固めてもらえるのかわからないのですが、そのイメージを持ってもらうという部分がぼやけてしまうと、保健師様方も「私たち、元々保健事業をやっていたのですが、、、」という、今までの延長になってしまうことを危惧する気持ちがある。

なぜ、今回の一体的実施において多機能（マルチファンクション）が求められており、しかもそこにデータをちゃんと活用しなさいという方向性になっているのか。昔から課題とされて言われていたが、ある意味では以前からの重い宿題を改めてやらなければならない時代に入ってきた訳です。そこに個別疾患のアドバイスではダメであり、むしろ、多面的なフレイルという、「森と木の両方を見ていく」という視点も入れながら、ある高齢者を包括的に見て、かかりつけ医にある情報を改めてフィードバックしたり、ある事業だけではなく、口腔機能の事業にも参加させるべきだと促す等。

先程の私のコメントにも戻ってしまいましたが、KDBのシステムをどう活用して、ちゃんとリスクが見える化するためのシステムをどう活用するかというスキルのこともとても重

要なのですけれども、その手前の段階として、現場指導の現実的イメージ(リアリティー)をどう持てるのか。そこに、「今までの活動と比較するとプラスの部分(アドバンテージ)があるというところの納得感」があると、先ほど構成員が言われたように、うちはこの強みがあるから、まずはここから始めるしかないのではないかと。

市町村1つとっても、全ていきなりオールラウンドで始められませんから、まずはどこからやればいいのかとか、むしろここが弱いから、ここからやるべきではないかというのは、次の戦略として考えてくると思うのです。しかし、その手前の部分、すなわち本事業の意義をどれだけイメージできるのか。現場の方からすると、ちょっと重たい宿題に見える方も多いと思うのです。重たく見えても、こうやって幅が広い助言ができるところがないといけないのではないかと思います。

○班長 ありがとうございます。

どうぞ。

○構成員 今、構成員が言ったこと、本当にもっともだと思うのです。なぜかという、ここは優先順位という言葉がすごく大事なかなと思います。今までは、先ほどの糖尿病の指導では、HbA1cを見て対象者を集めて指導していました。しかし、この人は糖尿病だけじゃなくて、歯科の情報、例えばフレイルも含めた違う情報で、もう少し優先順位を絞り込めたら、もしかしたら救えたかもしれないという人たちがたくさんいるということと専門職種の人たちが感じていると思います。

ところが、今回の事業は、システムというものを使って絞り込めていけて、その絞り込んでいく中で大事なものは、単独職種ではなくて、これは管理栄養士さんにしっかりしてもらわなければいけない。でも、歯科もこのデータを見ればやらなければいけないという、いわゆる多職種が連携しやすいデータが、KDBシステムから対象者を抽出するときにかかる。それがわかると、その人に対する指導の具体的なプログラムもつくりやすくなるでしょうし、栄養が行くより、まず歯科だねとか、これは歯科が行く前に医療機関だねとか、そういう指導の優先順位も決められると思います。

それは個人の感覚ではなくて、きちんとしたデータとかレセプトに基づいて、ある程度救える人が救えますよということが今回の一体化の特徴だと思いますので、優先順位をつけることがデータの活用につながる、イコール、対象者を拾い上げられる、救えるというところが、先生もおっしゃいましたが、何かわかりやすい事例が幾つかあれば、すごく具体的にやりやすいのかなと思います。

○班長 どうぞ。

○構成員 ありがとうございます。

お二人のお話を聞きながらイメージしていたのですけれども、そうすると、最初に全体的に横断的なものが1つ示されて、そこの中から、我が市はどこに、どういうふうにしようかというのがあると思うのですが、そのときに横断的に示されるKDBの画面がありますね。そういうものをこのプログラムの中に、例えばこの画面を見ると、こういうふうに横

断的に見て、ここが要介護化しやすい地区とか、赤色とか緑色で出てきたりするようなものがあつたと思いますけれども、そこから、こっち側、こういうものがわかったら、次にはこんなふうに見たいな、手引書じゃないですけれども、KDBと今の横断的な内容と、最後、では、我が市はどこに行くかという戦略的なところまで落とし込むまでの流れ。

例えば、こんな感じみたいなものを示されていくとイメージが付きやすいのかなと、今の先生方の話で感じました。

○班長 今までお話を聞いて、いかがですか。

○構成員 お話は、本当にごもつともだと思います。

現場の保健師の立場からいきますと、今、本当に大変な高齢者が増えておりまして、生きるか死ぬか、あと認知症で大変な状況で、保健師が調整に奔走している中で、この事業が保健師の優先順位としてどうなのかという疑問がちょっとわきました。ですので、今回の事業で専門職種を配置するというので、この事業に専門的に従事できる人、専念できる人がいないと、事業の展開がなかなか難しいのかなという印象を受けました。

以上です。

○班長 どういう出し方をすると優先順位が上がるとお思いますか。事業仕分けじゃないですけれども、事業の割り振りとか、例えば掘り起こしとか、全体を見る役割は保健師が行い、例えば本当に困難事例はつなぐとか、それこそ専門職種、施設とか、いろいろなところとつながって、どう手を離すか、どこに注力するか。これは、地域包括の人たちと話しているときもいつも話題になるのは、24時間365日、僕たちは走っています。でも、それは大事なことでけれども、最後まで抱えてしまうのではなくて、行政としてどういうことが大事。

優先順位が高いかを考える必要がある、と 確かに重症とか、大変なことが起こるところに目が行きがちだけれども、医療で言うと、救急医療は優先度が高いのだけれども、救急医療だけをやればいいのか。その前の段階とかに目が向くようにしていかないと、いつもばたばたしてしまうということになるので、それこそ、予防的な事業をやっていく中で、保健師とか保健の抱える仕事の再整理ということをしていくきっかけにならないかなと思ったりするのですけれども、どうでしょうか。

○構成員 本当にごもつともだと思います。例えば、先ほどのどこにもかかっている人が、介護が重症化した状態、疾病が重症化した状態でかかわることになって、そのほうが医療費はすごくかかるとか、介護給付費がすごくかかるとか、もっと予防的にやっていたほうが給付費が抑えられて、介護保険料とか国保税とかが抑えられるというエビデンスのようなものがあると、優先順位とかがちょっと高くなるのかなという印象はあります。

○班長 ありがとうございます。

そこまでつながって見せていかないといけないといけませんね。財政的にも大きな課題ですが、健康長寿国日本として、見つけたときにはかなり重症で脱水で、本当に危険な状態で見つかるという人が多いという状況は、何とか避けたいということを強く思って予防

的な視点に行けるか、その見せ方は重要ですね。

ありがとうございます。いかがでしょう。

○構成員 先生方の今までの御意見、すごく参考になりました。市としてこれからフレイル対策事業に取り組んでいくに当たり、どのように実施していこうかと皆様方のお話を考えながら聞いていました。

当市の現状、現場のご意見としてお話しさせていただきますと、第2期データヘルス計画を策定して重症化予防について取り組んでおりのますが、以前から人工透析導入者の分析では、健診未受診者が8割、かつレセプトを確認しますと約半数以上の方が糖尿病受診し治療中の方がかなり多いということで、2年間の実態把握事業として健診未受診者に対する新規事業を第1期データヘルス計画で開始しました。

そのときに、未受診者なので電話番号がないため、直接訪問させていただいて、健診未受診理由や治療状況等お聞きしましたが、コントロール不良でありながらも治療中であるため医師に相談できているため保健指導は必要ないという方が多く、受け入れも悪いことから効果的に事業実施していく為には医療機関との連携が不可欠と思い、2年で終了した経緯があります。

本日医療機関より糖尿病の方の栄養指導の訪問をしてくださいと依頼がありました。依頼の際は、指示等確認し、意向に沿った支援を心掛け、保健指導後は結果をフィードバックしております。フレイル対策についても、かかりつけ医の先生方にご理解いただき、連携しながら進めていかないと、改善にはなかなか結びついていかないのではないかとというのが実感としてあります。

○班長 ありがとうございます。かかりつけ医とか医師会との関係について、今回、そういう意味では健診時に行う質問票の中にフレイルの観点がかなり含まれます。質問結果を医療データと結びつけて、医療面でも対策を考える習慣ができるかもしれない。後期高齢者の例えば糖尿病のコントロールとか血圧のコントロールでも、全てADLとか、その状態を意識しないとコントロール目標をつくれないうガイドラインになってきているので、かかりつけ医にとっても、このプログラムが役に立つといいかなという気がします。「これ、大事なことだね」とかかりつけ医が読んで、一緒にやってくれるような内容をつくっていったらどうかなと思うのですけれども、どうでしょうか。

どうぞ。

○構成員 先ほど班長、お話しされたように、疾患の管理目標として、後期高齢者の場合、構成員がおっしゃったように、機能を低下させないようにするというのは、老年学、高齢者医療の専門家だとかごくごく当たり前ですが、特定健診対象者をたくさん見ている現場の方々がそういう意識転換ができるかどうかということ、そうではなくて、恐らくA1cが低ければ低いほどいいとか、クレアチニンが変わらなければいいのだ。とにかくカロリーを落として、たんぱくを落としてみたいな話というのは、75歳以上の人だと逆によくはないと思います。ですから、そういう後期高齢者の健康特性をどう捉え、その健康管理をどうするか

という発想の転換を、医療専門職の方々にも理解していただく必要があると思います。

先ほど構成員もおっしゃったように、そこの自治体さんが得意なところから入っていくというのは、私、いいやり方だと思います。その中では、例えば糖尿病の重症化予防を国保のときからずっと頑張っている。それで、かかりつけ医との情報交換もできているという中で、今度、後期高齢者を対象にした場合には、データもKDB上はほとんど同じですね。

ただ、質問票の項目が入ってきますので、フレイルという多面的な側面を見る機会がふえますので、フレイルは総合評価をしながら、A1cの値だけじゃなくて、機能低下というものを抑えなければいけない。そのためには低栄養も意識しなければいけないねというところでの、入り口は糖尿病の重症化予防ですけれども、一步、中に入ってきたら、今度は全体を見なければいけないというアプローチが必要なのかなと感じました。

○班長 ありがとうございます。

そういう観点では、質問票の活用を広げるというのが非常に重要になってくるのかなと思います。メタボで言うと、特定保健指導が始まって一番変化があったのは、ドクターの腹囲が縮んだというのがありました。まずは減量に意識が向いたと思います。質問票とか制度の中で取り入れられると、いやでも応でも意識に入ってくるというのは大きいので、そういう意味では、今回、質問票が変わり、フレイルの観点がしっかりと取り入れられたことを伝えていきたい。

高齢者全体を見る意味では、15ページにありますように、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というのを、質問票の解説とか活用の中に埋め込んで広げていくことがすごく大事かなという気がしていますので、これについては。

はい。

○構成員 今のお話の流れで、各疾患の重症化も当然重要ですが、75歳以上という年齢になってくれば、機能低下を防止したいという方向性が主眼になってきます。その機能低下は、単に立ったり座ったりという足腰の機能だけではなくて、どれだけ外出し、多くの方々と一緒に食べられているか等の視点も含みます。その意味では、先日完成した15問の新質問票に対する解説書を今まさに作成している訳ですが、個々の保健師さんも含め、これに携わる方々は「個別の疾患へのアプローチだけでは限界があり包括的にみる必要がある」ということを理解して欲しいです。

そこに、我々研究者はエビデンスをちゃんとついている15問にしなければなりません。あの新質問票15問でいかに1人の高齢者（特に後期高齢者）を俯瞰して見るかということを目指している訳ですので、重要な15問だと思います。

○班長 ありがとうございます。

構成員が言われた外出、閉じこもりがなぜいけないのかという質問にも答えられるようなエビデンスがいっぱい集まってきているので、そういうものを活用して周りの方に説明していただくというのも重要かなと思いました。要介護とか死亡とか、さまざまなリスクが高くなるというエビデンスがあるということですので、そういうものを広く知っていた

だくということが、この事業を通して伝わっていくといいのなと思います。

あと、通いの場等の資源を活用したということ。それから、引き続き事業体制、5番、6番、7番、残りの部分についても御意見いただければと思います。特に、住民主体の通いの場に専門職が乗り出していくと、コミュニティ、雰囲気は壊れるのではないかということがないようにどうしたらいいのかとか、住民の主体性で名簿もないところも結構あると伺っておりますけれども、通いの場の活用とか体制などについて御意見いただければと思います。いかがでしょうか。

○構成員 1つ、私、前から気になっているのですけれども、きょう、ちょうど老人保健課さんがいらっしゃいますので伺いたいのですが、今、通いの場に参加されている後期高齢の方というのは何人ぐらいいらっしゃるのでしょうか。通いの場、とても大事ですし、男性が少ないとか、女性が多いとか、いろいろな特性がありますので、そういう通いの場に参加されている方がどのぐらいで、どういう特性があつて、かつ、通いの場に参加されていない方がどういう人があるか。構成員なども肌感覚で感じられているところがあると思いますが、国の統計を見たことがないものですから、この機会に教えていただけたらと思ったのですけれどもね。

○老人保健課 通いの場に関しまして、通っていない方がどういう方かというのはわかりませんけれども、通っている方につきましては調査を行っております。年齢というの把握している部分があるのですけれども、今、データを持ち合わせておりませんので、またの機会に御紹介させていただければと思います。

○構成員 わかりました。ありがとうございます。

○班長 男性のほうが参加が少ないというデータは見たことがありますし、それから、高齢者でも若いほうの高齢者は参加されていないのではなかったかなと思うのですけれども。男性が参加しやすい仕組みをつくったらどうかとか、いろいろな話もあります。男性のための教室とかとだ安心して参加されるとか、女性の中にぽつんと男性が1人入ってしまうと、もうそれがトラウマになつての参加につながらないということもあつたりするかもしれない。

○構成員 これは全然エビデンスベースの話じゃなくて、全国をいろいろ走り回っている肌感覚ですけれども、僕もフレイルチェックという場をつくり、そこに高齢者市民のフレイルサポーターというものを作っております。そこで今までにかなりこだわってきた点の一つとして、そのフレイルサポーターに「男性陣」を相当入れてきたというのが、自分で相当こだわってやってきて、自分自身で自負する部分です。

何にこだわったかという、例えば週末にお祭りがあるから、おじいちゃん、来てねと言っても、男は来ないのです。だけれども、あなたにここの、これをやってほしいから来てねと言うと来るという。結局「求められる役割」というものが明確になっているかどうかというのが1つです。特にフレイルサポーターに関しては、だから、そこは明確に出して、わいわいイベントにただ来るだけじゃなくて、それこそ日本全体にわたる研究仕立て

になっている取組に、あなたがどれだけのミッションをやってもらえるのかというイメージを出し、養成研修も非常に厳しくしております。

あと、フレイルチェックの現場も、単なるわいわいということだけでは男性陣はなかなか無理で、そこにどのような視点で評価されるのかという、僕は赤と青のシールでやっているのですけれども、あなたの実力はどうかみたいな感じでやると、ちょっと拾われてくる。仕掛けがないと、男性陣はほとんど来ないというのが肌感覚です。

○班長 ありがとうございます。

○老人保健課 済みません、データのほうを紹介させていただければと思いますけれども、老人保健課のほうで把握している通いの場の参加者につきましては、男性が19.5%、女性が80%強ということで、2対8ぐらいの割合です。また、年齢階級別に見ますと、75歳以上が65.2%ということで、おおむね3分の2ぐらいという状況でございます。

○構成員 ありがとうございます。

○班長 さらに高齢になると、余り来なくなってしまうのでしょうか。75から80の前半ぐらいですかね。

男性は役割が必要で、評価されることが必要と。人生の最後まで頑張ってもらわないといけないという仕組みをつくるといいのではないかということですね。しょうがないな、やってやるわという気持ちでやってくれているところもあるみたいですね。だから、役割があると、仕方ないなと言いながらも、行ってよかったなと後で言ってくれるという感じがあるような気がします。

はい。

○構成員 きょうのこの場で話し合うべきか、むしろ15問の質問票の説明書みたいなものをつくる会議で話し合うのかもしれないけれども、より多くの、特に後期高齢の方々にあの15問のチェックをしてもらいたい。そこでは、ただ医療機関の、例えば待合室とか診察室の中だけでは限界があり、むしろ、「通いの場」も含めて地域で幅広くやってほしいと願っております。

とは言っても、あれはデータと突き合わせていくので、薄っぺらなアンケートとは違うのだということで、例えば保健師さんが同席のもとに集いの場で限定していくのか、保健師さんに代表される専門職種ではないが、従来のボランティアや高齢者サポーターを上手く活用して新質問票をチェックしていくのも一法かと思います。すなわち、幅広く回収して、担当の保健師さんにちゃんと届けようじゃないかという人たちがいれば、より広がる。また、その質問票がやりっ放しではなくて、ちゃんと回収されて、元々のKDBにくっついていくのだという大きなミッションの中で、この市民活力を使っていくというデザインも悪くないかなと思いますね。

○班長 はい。

○構成員 先ほどから出ています通いの場では、社会教育のようなところでも、男性が参加するような活動をされていると思いますので、どの辺までを通いの場として設定してい

くかというのは、それぞれによって思いが違っているのかなというのがあります。

それと、通いの場を既にこんなに使われているのに、それをデータ化しているかどうかというと、そこまでなかなかされていなくて。その辺で、例えば医療機関にかかる回数が減ったとか、かぜを引くのが少なくなったとか、そういうたくさんの方々のデータというのはきっとあるのではないかと思います。握力とか筋力とかがふえたとか、そういうものはやっているのですけれども、そういうデータの見方というものを一方しているのかどうか。その辺がすごく蓄積されていくと、エビデンスとなるようなデータがたくさんあるのではないかなと思いましたので、その辺もうまく活用していけるといいのではないかと思います。

○班長 ありがとうございます。

健康増進施設などでも、市町村の持っているところで誰が来ているのかという個人名が登録できるような仕組みがあると、それと国保の医療費とか介護保険とかつなげてみて、来ている人と来ていない人を比較することができます。来なくなるような病気の方は来られないというのがあるので、研究的にはどう使うかというのは難しいのですけれども、はじめは実際に同じぐらいの医療費のレベルだけれども、通い始めた人のほうに抑制がかかっているというデータを幾つかの自治体では出しています。そのポイントは何かというと、来ていない人と来ている人を判別できて、ほかの人たちとマッチングできるという仕掛けさえあれば、それは自治体の中でやるには可能ではないかなと。

だから、通いの場に来ていることがKDBなどで登録されていく、質問票も年に1回なり登録されていくということがあると、どういう活動をしている人は健康障害が少ないか、医療費、介護給付費が少ないかということも分析できるようになるのかなと思うので、その登録ができるといいのかなと思います。

あと、21ページのあたりで、庁内連携や、何度も出てきていてなかなか難しい課題もあるのですけれども、複数市町村間の連携ですね。小さなところだと保健所がコーディネートのほうがいいのかとか、市町村から事業委託するときどんな注意事項が要るのか。広域連合が実施すべき分析など、市町村のニーズを広域連合はどう把握するかなどについて。それから、アカデミア等、外部の人にどうかかわってもらえるかなどの論点がまだまだあって、時間もかなり押しているのですけれども、このあたりでお気づきの点、これだけはこのことをお伝えいただけるとありがたいのですけれども。

○構成員 県型保健所の役割です。私も県型保健所にいたことがあって、先ほど構成員が言ったような冒頭の状況、非常に小さい市町村で、町の中に栄養士はいるのだけれども、栄養士は栄養士で仕事を持っていて、歯科衛生士もいませんという状況。もちろん、栄養士と歯科衛生士が別途非常勤でも、この事業で置ければ一番ですけれども、それが難しい場合は、県型保健所には歯科衛生士や栄養士さんがいる場合があるので、市町村支援という形で支援することができると思います。

実際、介護予防事業のほうで、口腔の部分は県の保健所の歯科衛生士さんに企画してもらいましたとか、そういう形で展開するところも結構ありますので、保健所の支援を小・

中規模市町村のバックアップということで、保健所の役割ということもしっかり位置づけていただければありがたいかなと思います。

以上です。

○構成員 また論点がちょっと前に戻りますが、県の役割の一つとして、よく構成員が、気づきがすごく大事だという話をしますが、気づけば、そこにリピーターも来るし、その人たちが継続する。気づかせることが大事なのですよということ。私は、その話を聞くと、いつもそうだなと思うのですが、その気づきというものが各市町村単位でできるものなのかというと、そうではなくて、県全体とか、あるいは地域全体の中でどういう課題があって、それにどう気づかせるかということをも個人的なアプローチだけではなくて、ポピュレーション的なアプローチとしてどう仕掛けるかということが必要です。

あるいは、インセンティブの問題もそうですけれども、先日閣議決定されました骨太方針の中では、自然に健康になれるまちづくりを掲げており、知らないうちに私は通いの場に行ってしまったとか、知らない間に通いの場に行っていて働いていたとか、そういう人たちをふやして、自然に健康になれるような社会環境づくりを目指していますけれども、それを各市町村が行うのはなかなか難しい話ではないかと思います。

なので、国の方針などを受けながら、県がポピュレーション的に県全体の健康づくりをどう進めていくかということをも主導することが必要です。県では、関係団体を集めた会議を主催していますし、圏域地域の団体を集めれば、そこから群市の医師会や商工会など、地域でも連携がとりやすくなると思います。そういう意味では、県がポピュレーション的な環境づくりも含めた、社会環境の整備を担うことになると思います。

また、厚生労働省の糖尿病対策の補助金の中に高齢者に対する配食サービス、いわゆる健康支援型配食サービスの普及についてもメニューがありました。この一体化の事業の中でも、先ほど糖尿病対策でやってもいいじゃないかという意見もありましたが、この糖尿病対策の中で、高齢者に対しての配食サービスの問題とか、通いの場とかを一緒に考え、横につながればできることがたくさんあり、この情報を持っているのは都道府県だと思います。

このような都道府県が持っている情報やポピュレーション的な仕組みを、市町村や広域連合と一緒に考えて考える仕組みをつくるのが、都道府県としてすごく大事だと思っています。また、それを今度は保健所を通じて展開していくということも必要だと思いますので、それについては、書いていただきたいと思っています。

○班長 ありがとうございます。

私は、年金の2000万円とか、あれは結構インパクトがあったなと思います。いうのは老後、お金が要る。だから健康でいることが大事とか。国・都道府県という上からのやり方というのもいいですけども、先ほどの関係団体とかにはできるだけリアルな現実味のある等身大のデータで、国のデータではなくて地域のデータとかで真剣になってもらう。自分たちが動かないと通いの場1つできないし、通いの場も全国で物すごくもの格差があり

ます。その背後には誰かが一生懸命にやるから広がっているのです、あの数字の裏には汗をかいた人がいるのだらうなど。傍観していると増えないというのがあって、どれだけみんなが汗をかけるか。

汗をかくために、地域の情報をうまく活用して現状を見せていく。動ける人は、質問票で元気な人たちも結構つかまるので、その人たちは逆にどんどん支える側に回っていただく。結果がよかっただけじゃなくて、地域にかかわりながら認知症の方ともつき合っ、認知症のことも講習ではなくて実際に体感していくとか、そういう気づいて動いてもらうきっかけに、この保健事業がなっていくといいのかなど。そのためにデータをうまく活用して、自分自身の危機感がある程度持てるようなデータの出し方とかを工夫する必要がある。

それから、対象者を抽出したときに、なぜこのことに取り組むといいのか。実施する保健師さんが優先順位高く、これは大事と思わないと効果は絶対出ないだろうと思うので、保健師さんが先行投資としてのこの保健事業が大事と思ってもらえるような見せ方というか、そういうこともすごく大事なのかなと思いました。

時間がもう来ているのですけれども、まだまだ追加の御意見もありますし、今回、論点全てをおさらいできたわけではございませんが、先生方から具体的なお話を数多くいただきましたので、まずはこれを整理していただくとともに、この3番、プログラム作成に当たって特に検討すべき事項が列挙されております。今回の御議論で言い損ねたことや気づいたこと、そうは言っても、そうはいかないのではないかなみたいなことも含めて、事務局に意見をいただくということでもよろしいでしょうか。

また、事務局のほうから、何かこれに追加して尋ねておきたいということがございますでしょうか。

はい。

○高齢者医療課長 本日もどうもありがとうございました。

今、班長に、おまとめいただいたように、きょうの御議論の中で、まだ足りない部分とか、そういったものがございましたら、ぜひとも事務局のほうにお寄せいただければと思います。

きょうの御議論を拝聴させていただいて、今後、新たに高齢者の保健事業というものを市町村にやっていただくという中で、高齢者の保健事業というものにどういう出番があるのかということをおももきちんと整理しなければいけないのかなと思いました。介護のほうで地域包括の仕組みであったり、介護予防の仕組みとか、そういうものがあり、さらに言えば、そもそも医療提供体制としてドクターの方々の役割というのがある中で、今後、きちんと新たに市町村に高齢者としての保健事業をやっていただく意味というか、具体的な出番というのは一体何なのかというところをきちんと整理しなければいけないのかなと思いました。

また、医療専門職の方にいろいろ御期待申し上げているのですけれども、多忙な保健師

さんがなぜこの業務をやらなければいけないのか。優先順位というお話もございましたが、その優先順位としての意味づけを、私どもとしてももう少しきちんとお話ししていかなければいけないのかなと思いました。

さらに言えば、今、御議論があった通いの場への専門職の方の関与。私どもは、関与という言葉で申し上げているのですが、これについてどういう具体的なやり方があるのか。通いの場に専門的な立場からどういった付加価値をつけて、より一層、皆さんが参加していただくような仕組みにできるのか、そういったこともきちんと考えなければいけないのかなと思いました。

先ほど老健局のほうから御説明した検討会のほうに、逆に私も参加して、こちらでの検討状況などもきちんと御報告しなければいけません。あちらとしては、通いの場に一体何をしてくれるのかということまで待ち構えていると思いますので、その辺を私としても、今、申し上げた点を含めてきちんと整理したいなと思います。

もう一点、恐縮です。冒頭からの御議論で、かかりつけ医の先生との連携という話がいろいろ出てきました。非常に重要なポイントだと思います。構成員からお話があったように、例えば、複数のお医者さんにかかっている方について、一歩引いて、それを包括的にまとめ上げるというか、提案できるような役割。そういった役割をどう考えるかということは、医療提供体制などにも関わってまいります。職能団体との連携も含め、この保健事業の在り方でも考えることが、非常に重要なポイントになるのかなと感じます。

済みません、ちょっと余計なことを申し上げましたけれども、ぜひ引き続きの御議論いただければと思います。よろしくお願いします。

○班長 どうもありがとうございました。

今回は、これまでの御議論を踏まえて、プログラム素案について整理していきたいと考えております。

次回の日程等について事務局よりお願いいたします。

○事務局 次回につきましては、8月1日木曜日、14時からの開催を予定させていただいております。会場につきましては、改めて御連絡させていただきますので、よろしくお願いいたします。

○班長 それでは、本日は閉会といたします。

どうもありがとうございました。