

第12回ワーキンググループ 議事要旨

開催日時	令和4年3月11日（金）14時00分～16時00分
開催場所	オンライン開催
議 題	1. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進等について 2. その他

議 事 要 旨

1. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進等について

●資料1 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の進捗状況

- ・事務局より、資料1について説明。
- ・資料1のP20にポピュレーションアプローチの課題として「目標・評価指標の設定」が挙げられている。運動、栄養、口腔は介護予防において重要であるが、具体的な目標・評価指標の設定についてのアイデアはあるか。
⇒参考資料1に、例えば、口腔についてはP13に評価指標案を記載しており、こうした資料を基に市町村で指標設定や評価を行うことを想定している。
⇒令和4年度から「一体的実施・KDB活用支援ツール」を利用できるようになるため、本ツールから抽出された対象者についてどのように評価していくか、研究班にてもう少し具体的な示し方を検討できればと考えている。
- ・資料1のP2に「フレイル状態に着目した疾病予防の取組が必要」と書かれているが、本ワーキンググループでは、フレイルという言葉はロコモや運動機能低下を含む幅広い意味であったと認識している。P20にある「フレイル予防の普及啓発」という記載は、狭い意味のフレイル（虚弱の一つ手前のみに限定）としてとらえられる懸念があるため、文言について再考されたい。なお、現在、日本整形外科学会と日本老年学会が中心となり、多くの学会と協同して、フレイル・ロコモと一体的な取組について提言を出す予定がある。
⇒フレイルについては、資料1のP21「質問項目の考え方」にてフレイルの多面性についてしているほか、参考資料1のP23からP24においても解説している。各学会の動きも注視しながら、表現等、検討を進めていきたい。
- ・「フレイルの多面性」という表現で、すでに狭い意味のフレイルとなっている。本WGでは、フレイルという言葉の定義において、厚生労働省から「虚弱の一步手前」だけではなく、「運動器の問題を含め、要介護の一步手前の状態として、いわゆるフレイルとする」と回答があった。この意味において、いわゆるフレイルの中には、ロコモや変形性関節症、骨粗鬆症等の運動器疾患も入るものと理解していた。狭い意味（本来の意味）のフレイルの多面性の図では、虚弱や「やせ」の概念が強く出過ぎてしまう。要支援者に多い変形性関節症は肥満の問題であるので、市町村が要支援・要介護の予防のために「やせ」に対する対策ばかりを行わないよう、今回使用されているいわゆるフレイルという言葉には肥満などに関する変形性関節症や、ロコモ、骨粗鬆症など運動器の問題も含むということを少し強調していただきたい。
⇒参考資料1の解説書において身体的フレイルの抽出基準については、質問票の健康状態や歩行速度、転倒のリスク等から抽出している。必ずしも「やせ」に限定しておらず、幅広

いフレイル（運動機能の問題を含む）に対応できるものと考えている。ご指摘を踏まえ、研究班にて解説書の Ver. 2 を作成する際は、解説書の中で付記等を行っていききたい。

- ・資料 1 の P23 の後期高齢者の質問票のデータの保管状況について、「保管していない」という市町村が 19 市町村、「保管しているが活用していない」という市町村も全体の 3 割ほどいるようだが、何か対策を考えているか。

⇒データの保管や活用については、今回把握した実態に基づき、今後はしっかりと活用されるよう、情報発信等行っていききたい。

- ・資料 1 の P24 にある新型コロナウイルス感染症の影響に関する調査結果で、「影響はない」の割合が 38.0%となっているが、この中には「影響なく実施できた」だけでなく、「そもそも実施予定がなかったため、影響がなかった」という市町村も含まれているのではないかと。もし分かれば、内訳をお示しいただきたい。

⇒「影響はない」と回答した 662 市町村（38.0%）の内訳を、一体的実施の実施状況で見ると、実施済みが 240 市町村（36.3%）、実施予定ありが 329 市町村（49.7%）、実施時期未定が 93 市町村（14.0%）であった。

- ・一体的実施開始から 2 年目の調査ということもあり、連携先や未実施の理由等の状況がより明確化された印象である。また、「健康状態不明者対策」という今までは保健事業の対象とされていなかった事業について、資料 1 の P19 に示す通り、実施率は 56.3%となっており、自治体の関心が高い事業になってきていると感じる。

●資料 2 - 1 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の推進等

●資料 2 - 2 高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第 2 版補足版（案）

- ・事務局より、資料 2 - 1 について説明。

- ・資料 2 - 1 の P4 にある特別調整交付金交付基準の改正内容の「離島やへき地であるため当該医療専門職の後任者が配置できない場合には」及び「十分な引継ぎを行った上で」という記載について、本来は担当でない医療専門職に十分に引継いだとしても、本来の医療専門職に担当してもらうことが安心・安全に繋がる。引継ぎまでの任期や期日等について記載し、「元の医療専門職に戻さなければならない」ということを追記した方がよいのではないかと。

⇒本件は、離島での事例を基に追加した事項となる。現在、企画調整を担当する医療専門職は医師、保健師、管理栄養士のみ限定しているが、この事例では企画調整を担当していた保健師が離島を離れることとなり、当該職種ではない医療専門職に企画調整を引継ぎたいというものであった。ご指摘の通り、具体的な任期は示していない状況。医療専門職の不足は慢性的な課題となっており、こういった個別の課題についてどのように解決・支援していくかは、引き続き検討すべき課題と考えている。

- ・資料 2 - 1 の P10 にある秋田県仙北市の事例で、「調剤薬局」という記載があるが、調剤のみを行う薬局という誤った認識を与えかねない。薬局とは調剤だけではなく、一般販売薬の販売や健康相談等、幅広い事業に対応している。「調剤薬局」は「保険薬局」または「薬局」としてほしい。

⇒仙北市事例中の「調剤薬局」、「基幹薬局」の表記については文言を検討する。また、関係機関との連携については、広域連合、市町村、都道府県等、関係機関との連携のあり方や連携強化について引き続き情報発信していききたい。

- ・資料２－１の P18 にて「一体的実施・KDB 活用支援ツール」により抽出される支援対象者として「服薬（多剤）」と「服薬（眠剤）」が挙げられているが、資料１の P19 で示されている通り、「服薬に関わる相談・指導」や「重複投薬者等への相談・指導の取組」は 10%前後と実施割合が低い状況。これらについてもっと積極的に取り組むことが望ましいと考える。また、資料１の P17 によると、「連携している機関」として薬剤師会を挙げている市町村が 300 市町村、「連携の必要があると感じている機関」として薬剤師会を挙げている市町村が 570 市町村とのこと。連携の必要性は認識されているが、まだ連携できていない市町村が多数ある状況のため、薬剤師会との連携について、より強調していくことをお願いしたい。

⇒薬剤師会を含め、各医療関係団体との連携のあり方、連携強化については引き続き情報発信をしてまいりたい。
- ・薬剤師会における、一体的実施に対する周知度はどの程度か。

⇒愛知県薬剤師会では、一体的実施に関する情報が入ってきている。地域の薬剤師会と行政がどこまで密な連携をしているか、というところは地域によって差があると考え。
- ・資料２－１の P17 にある「KDB 二次加工ツールによる支援対象者の抽出条件」は、よく考えられた案である。高齢者において低栄養が重要であることには異論ないが、BMI で抽出するのであれば、脳卒中等要介護になるリスクを発症しやすい BMI30 以上等、肥満について考慮しなくてよいか。

⇒「一体的実施・KDB 活用支援ツール」は 75 歳以上を対象に保健事業を実施するためのものであり、低栄養は BMI \leq 20 で抽出することとしている。しかしながら、抽出に用いる値は市町村で変更することもでき、また過体重については先ほどの説明の通り、様々な項目のところで注意すべき事項として示している。

⇒高齢者の保健事業のガイドラインに基づいて、低栄養に対応する抽出基準として示しているが、過体重についても実際の該当者数等の状況を確認した上で、対象とすることを検討していきたい。
- ・「一体的実施・KDB 活用支援ツール」では、フレイルの先駆けとしてオーラルフレイルの変化が出てくることがよくとらえられており、これが広く活用されることを望んでいる。
- ・健康状態不明者の事例では「前年度歯科未受診」も対象になる場合がある。資料２－１の P9 の「支援対象者の把握」について、「介護保険担当部局等庁内関係部局、かかりつけ医・医療機関や地域包括支援センター…」という記載があるが、歯科や薬局等もこの中に含めてもらえると、対象者の把握に役立つので、可能であれば記載をお願いしたい。資料２－２の P65 の「①医師会・医療機関」においても同様の記載があるので、この部分の関係団体として歯科・薬局の記載をお願いしたい。

⇒資料２－２における「関係機関との連携」に関する記載については、いただいたご意見を踏まえて検討する。

⇒「一体的実施・KDB 活用支援ツール」では、「口腔機能が低下しているが過去 1 年間歯科受診なし」という条件で抽出することができ、新しい取組がスタートすると思う。歯科医師会としてのご協力をお願いしたい。歯科医師会での一体的実施に対する情報の伝わり方はどうか。

⇒全国の都道府県歯科医師会を通じ、地方の郡市区歯科医師会にしっかりと伝達している。

- ・資料 2-2 では触れられていないが、栄養士会では、栄養ケアステーションというものを全国 300 か所以上に立ち上げている。栄養士会から自治体にも活用を働きかけており、活用事例について今後ぜひ取り上げてほしい。
⇒栄養ケアステーションの存在や、各都道府県の栄養士会において人材育成支援を行っていることは認識している。栄養士会と連携した地域を担当する医療専門職の人材育成については宮城県の事例として資料 2-2 に掲載しており、今後も引き続きご協力をお願いしたい。
- ・先ほど「低栄養だけでなく肥満についても考慮が必要では」とのご意見があったが、この事業には「介護予防との一体的実施」という大前提があるため、まずは介護予防事業にもリスクとして掲げられている低栄養を優先して進めることとなったという経緯がある。
- ・資料 2-1 の P5 にある令和 4 年度特別調整交付金交付基準について、複数圏域を 1 圏域として実施する場合、エリアが広がり対象被保険者数が増えても医療専門職の件数上限額は 1 人分のみとなると、デメリットがあるように感じたが、このあたりの考え方はどうか。
⇒本件は中山間地域等「圏域に通いの場がない」という地域が一体的実施を行いやすくなるよう整理したもの。企画調整を担当する医療専門職や地域を担当する医療専門職の数は、今後、市町村の実態やご意見を伺いながら継続して検討していきたい。
⇒本件は一体的実施がより取り組みやすくなるためのものであるが、複数圏域を 1 圏域にすることで、医療専門職は同数であってもカバー範囲を広げることができる。自治体に対してデメリット感が出ないように、説明のスライドでは「一体的実施を実施しやすくなるよう、要件を緩和した」ということを伝えるに留め、その後のスライドで交付基準について詳しく示す流れがよいのではないかと。
⇒交付基準の発出時は、シンプルな説明となるよう工夫していきたい。
- ・国保中央会の取組の紹介であるが、一体的実施に関するウェビナー形式の研修会を国保連合会と市町村を対象に行い、5,000 人以上の参加があった。「研修を行ってほしい」等のご意見をいただいているので、ご意見を踏まえながら来年度以降の活動を検討していきたい。また、「高齢者の保健事業実施支援ハンドブック」を作成しており、3 月末に国保連合会へ配布を予定している。ハンドブックは、広域連合や国保連合会で KDB のデータを加工して市町村支援に活用している事例等をデータレイアウト集として紹介しているので、実用的なものになっている。これとあわせて「医療専門職のための KDB システム活用マニュアル」も作成している。一方で、資料 2-1 の P14 をみると、KDB の機能への理解やデータを二次加工するためのスキル不足等が課題として多く挙げられており、まだ多くの市町村では KDB を十分に活用できていないのではと感じている。国保中央会としては、国保連合会のスキルアップを図り、国保連合会を通じて市町村や広域連合のスキルアップを図れるよう取り組んでいく。
⇒KDB で医療・介護・健診・質問票のデータを一元的に見られることや、対象者を抽出できることが徐々に浸透してきているが、引き続き研修会等を通じて支援をお願いしたい。
- ・資料 2-1 の P5 にある令和 4 年度特別調整交付金交付基準について、複数圏域をとりまとめることにより交付金額の上限が抑制される印象を受けるが、医療専門職を確保しにくいということが基本的な問題としてある。また、資料 1 の P15 では、広域連合による「市町村の人材に関する支援」が少ないという現状がみられる。宮城県や神奈川県等の都道府県が実施す

る人材育成に関する好事例もあるが、厚生労働省への今後に向けた要望として、「限られた人材をどのように配置したらよいか、支援したらよいか」といった好事例を紹介してほしい。

⇒人材育成に関しては資料2-2において、宮城県と神奈川県的事例を示しているが、人材の不足について、どのような取組や連携が必要か、引続き都道府県や広域連合にヒアリング等して事例の把握に努め、紹介していきたい。

⇒人数を確保することに加え、どうしたらその人材が機能するかについて、事例を通じて示すことが重要である。

- ・医師会との連携事例を含め、収集した事例を各地域で取り入れて進めていくことが有効であるため、引き続き事例の収集・公表をお願いしたい。
- ・資料1のP16で、看護協会は一体的実施に関する連携が少ないことが示されているが、看護職は地域の活動拠点が少ないため、通いの場での健康管理への協力など、支援が限られているのが現状ではないか。看護協会や看護職と地域の連携を増やすためには、ガイドライン等で情報発信していただくことが有効であるため、有効な事例の情報収集に努めていきたい。
- ・資料2-1のP5にある令和4年度特別調整交付金交付基準について、自治体に発出する際には「このようなことに活用してほしい」という期待を明記していただき、見直しの想定と異なる活用がされないようにするとよいのではないかと。
- ・KDBについては、自治体を使いやすくなるように「一体的実施・KDB活用支援ツール」が開発され、ありがたく思う。広域連合による市町村支援としては、研修会の開催だけでなく、市町村から広域連合に二次加工の協力や抽出条件の相談など、気軽に相談してよいということも、各広域連合から発信してほしい。

⇒特別調整交付金交付基準の発出においては、記載の仕方に配慮していきたい。「一体的実施・KDB活用支援ツール」は、KDBを使用する際の初めの一歩として使いやすいものとなっているため、今後の活用を進めていきたい。

⇒ツール等は、実際に使ってみることでメリットを感じることができる。現場でのアイデア等も事例として紹介しながら、活用のメリットを伝えていきたい。
- ・資料2-1のP5にある令和4年度特別調整交付金交付基準について、例えば1つの圏域には管理栄養士、もう1つの圏域には理学療法士が配置されている場合、それぞれの圏域に相互乗り入れしながら取り組むことは妨げられていない、という理解でよいか。

⇒そうした相互乗り入れは妨げていない。交付金を使いやすくするための基準変更であるので、地域の医療専門職の実態を見ながら、それが伝わるように示していきたい。
- ・小さな町では人材の不足の問題があるが、またヒアリング等の機会があるとのことなので、有効な解決方法等があれば情報提供をお願いしたい。
- ・特別調整交付金交付基準は、使いにくいのではという懸念がある。

⇒交付基準については、あくまで一体的実施を行うために必要な経費を対象とするものがあるが、多くの市町村が疑問に思うような点についてはQ&Aや補足の説明で解説していく。
- ・先進事例は市のレベルが多いが、小さい町の事例もあれば示してほしい。

⇒資料2-2では鳥取県琴浦町の事例も掲載している。市町村規模別の事例収集は今後も継続していく。

- ・特別調整交付金は、一体的実施が始まった令和2年度から比べると使いやすくなった印象である。
- ・人材育成については、広域連合だけでは手が回らない部分もあり、宮城県・神奈川県の事例のように、都道府県を巻き込むことが有効であると感じた。
⇒交付基準については、広域連合のご意見もいただきながら、改定を行っていく。人材育成に関しては都道府県の協力が重要であるため、都道府県と密に連携を取りつつ、都道府県の実態把握等を含めて検討していく。
- ・資料2-1、資料2-2については、資料に示されたもので進めさせていただくことを当ワーキングの立場とする。

●資料3 健診の充実・強化の方策

- ・事務局より、資料3について説明。
- ・資料3のP24からP25にある「事業実施等のアウトカム指標」について、地域によって医療資源や医療機関へのアクセス条件が異なるため、資料に示されている指標だけでアウトカム評価を行うことは難しいこともある。
⇒ご意見として承る。特に、透析の医療機関には地域差があることは認識している。年齢調整を行うと新規透析導入者は減少傾向であり、さらに透析の新規導入が高齢者へシフトしている状況があることも踏まえ、(新規透析導入患者の指標が)誤ったメッセージとならないように周知していくことが必要。
- ・現在、医薬品の供給状況が悪く、後発品の欠品等により先発品を使用したり、医師と確認の上で代替の薬を使用したりしている場合がある。資料3のP15で「(後発医薬品の)使用割合が80%以上」という指標があり、国が目指す指標としてこれを目標とすることは問題ないが、前述のような状況であることから、令和5年度においてはこれに重点を置きすぎないように考慮してもらいたい。
⇒医薬品を供給する側の問題は保険者の責任でないが、保険者インセンティブの評価においてこれらを考慮することは可能か。
⇒本件に加え、新型コロナウイルス感染症による健診受診への影響等、保険者の責任ではない事象についても勘案して評価を行うよう、関係する課とも調整して進める。
- ・後期高齢者の健診受診率の定義が広域連合間で統一されていない。令和5年度は、広域連合内での変化を評価することのことだが、今後は一律で評価できるように検討を進めてほしい。
⇒引き続きの課題として検討していく。
⇒健診受診率については、方向性としては全国統一のものに向けて動けるよう検討をお願いしたいということが構成員の共通認識と思われる。まずはどのように算出されているかを明らかにし、多くの広域連合が適切と思える算定式を示していくことは次の段階である。
「一体的実施・KDB活用支援ツール」については、健診データがKDBに取り込まれることで、事業が始まることとなる。スクリーニングではなくモニタリングの情報としても重要になるため、市町村においては健診データの登録率を上げることが重要になってくる。
- ・いただいたご意見の中で資料に大きな修正はないと思うので、資料3についてはこの方向で進めていきたい。

●その他

- ・自治体では、74歳までは特定健康診査でメタボリックシンドロームに着目して肥満に対する指導が行われる一方、75歳からは「やせ」の問題に切り替わっていく。この切り替えに関して、自治体が混乱しないかが心配である。そのような混乱が起きないように、75歳という年齢の通過点にうまく対応していくために、ガイドライン等で自治体や住民へご指導いただきたい。
 - ⇒今年度、老健局にて介護予防マニュアルの改訂を行っているが、老健局の介護予防では65歳以上を対象としている中、保険局の特定保健指導の検討においても65歳から74歳の保健指導をどうするかという議論が行われているところである。省内でも連携した上で、自治体への説明を行っていききたい。
 - ⇒65歳から74歳へのメタボリックシンドロームの保健指導をどうしていくかは重要な課題であるが、動機付け支援にとどめるなど、「減量について強調し過ぎない」というのが現状の対応である。一方で、75歳以上でも過体重対策がとたんに強調されなくなる状況について、それでよいのか等について研究班においても検討してまいりたい。
- ・一体的実施の中には、「国保と後期の保健事業の連続的な実施」という内容も含まれていると理解している。その中では、低栄養の方に対する栄養指導は65歳から74歳も対象とすることで問題ないか。
 - ⇒その認識で差し支えない。
- ・肥満に対するアプローチは基本的には国保が対象だが、後期高齢者の中でもBMIが高い人はいおり、対象者を抽出することは可能である。国保と後期の肥満に該当する人を一体的に支援していくことも差し支えないことをアピールしてもよいのではないか。
 - ⇒国保と後期の保健事業の一体的実施として、例えば生活習慣病の重症化予防事業を一体的に行っている市町村もあると認識している。
 - ⇒通いの場では、参加者を年齢で分けることは現実的ではない。参加者の状況をみながら、その場にあった情報提供を連続的に行っていくことが、地域に医療専門職が配置されている意味でもあると思う。