

## 第4回ワーキンググループ等における主なご意見と対応(案)について

第3回作業チーム(6/6)までのご意見をもとに、第4回ワーキンググループ(9/25)におけるご意見は赤字、モデル事業実施自治体意見交換会(10/26)、モデル事業実施自治体ヒアリング(12/14、20)、実務経験者ヒアリング(1/25)におけるご意見は緑字で追記した。

### 1 高齢者の保健事業のあり方 (広域連合(市町村)の取組として)

主なご意見等	対応(案)
○ 高齢者の保健事業について、医療や介護で重複する事業との棲み分けが必要である一方で、関係者が連携し一体的に進めることが重要。	⇒ 医療や介護の関係者間の連携について整理し、ガイドラインに図表を掲載した(P16)。
○ 高齢者の8割以上が医療を受診しており、かかりつけ医等との連携が必要であり、その仕組みも重要である。 (保健事業の中では健診に最大の経費がかかっている。医療との連携で解決が図れるのではないか。)	⇒ 医療機関等との連携について掲載済み(P17、43)。かかりつけ医からの検査結果等の情報収集を記載した(P17、58)。
○ 取組(栄養・口腔・重症化予防・服薬等)の入口はどこからであっても、地域の実情を踏まえ、やりやすいところから着手し、高齢者の課題に応じた支援につなげるべき。	⇒ 実施上の留意事項に記載済み(P32)。また、事業企画に関する記載を拡充した(P44~46)。
○ 広域連合の現状の体制を考えた時に、具体的に何をやるのか実務の面で考えると厳しいものがある。	⇒ 医療保険者としての機能をもつ広域連合が行う保健事業の意義について記載した(P3)。また、実践編の内容や事例を拡充した。
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 広域連合との連携による保健事業の実施が、市町村行政にとって良いことであることを書いてもらえるといい。</li> <li>○ 広域連合と市町村間のKDBシステムデータの連携が課題。</li> <li>○ 広域連合がどのように市町村支援・研修をすればよいかかわると良い。</li> <li>○ 事業に関心のない市町村に意識付けすることが課題。</li> </ul>	⇒ 広域連合の役割として、市町村への円滑な情報提供、市町村の事業実施の支援について記載した(P12)。

# 1 高齢者の保健事業のあり方（広域連合(市町村)の取組として）（つづき）

主なご意見等	対応(案)
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 部署をまたがる事業であるためリーダーシップをとる人が必要である。</li> <li>○ 財政部門との連携の事例もあると良い。</li> <li>○ 研修がキーワードであり、庁内チームでの連絡会も必要。</li> <li>○ 市町村の庁内連携に関し、生活支援だけではなく、病気も含め、重症化予防やフレイル対策を議論するというを表に出してもらった方が地域包括システムのケア会議の中で議論しやすくなる。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 被保険者が他広域での医療機関受診をする際にどのようにすればよいか課題。</li> </ul>	<p>⇒ 庁内連携に当たっての体制構築について記載した（P 15）。</p> <p>⇒ 隣接自治体の医師会や歯科医師会との連携について記載した（P 17、18）</p>

# 2 高齢者の特性に応じた取組内容（効果的な対象者抽出、状況把握等）

主なご意見等	対応(案)
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 対象者抽出基準が明確になっていないところがある。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 健康課題の検討や事業目的が明確ではないため、適切な対象者把握につながっていないところがある。</li> </ul> </li> <li>○ フレイルの対象者の抽出基準がないと取組が難しい。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現場でもフレイルの把握が進んでいない。</li> <li>・ 疾病とフレイル両方のリスクについて、包括的な把握が重要だが、必要性が認識されていないところもある。</li> </ul> </li> <li>○ 保健事業現場でのフレイルの定義が必要なのではないか。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 対象者抽出の基準がないと、現場で取組を進めにくい。体重、アルブミン、指輪っかでもいいので、統一した基準が欲しい。</li> <li>・ 学術的な定義の検討に並行して、検討を進める必要があるのではないか。</li> <li>・ 介入可能なフレイルを対象とすることが重要。</li> </ul> </li> </ul>	<p>⇒ 取組の方向性の検討や標準的な対象者の抽出項目、基準等を記載した（P 44～47）。</p> <p>⇒ 今後の課題として、加齢に伴う心身機能の低下等を把握するための項目について報告を求めた平成29年度モデル事業の結果等を踏まえ検討する（P 35）。追加して実施した文献調査の結果等を追記した（P 9、10）。</p> <p>⇒ 今後の課題として、加齢に伴う心身機能の低下等を把握するための項目について報告を求めた平成29年度モデル事業の結果等を踏まえ検討する（P 35）。取組テーマ別の標準的な対象者の抽出項目と基準を示した（P 47）。</p>

## 2 高齢者の特性に応じた取組内容（効果的な対象者抽出、状況把握等）（つづき）

主なご意見等	対応(案)
<p>○ 後期高齢者では低栄養の課題が非常に大きいことから、BMI25超への対応は十分に配慮すべき。BMI25超を加えた後期高齢者に対する食事制限が効果があるという明確なエビデンスはないので、これによって対象者の選定をすることは疑問である。</p>	<p>⇒ BMI25超は標準的な対象者の抽出基準としては示さず（P 47）、事例として過体重の者に対する取組を紹介する（P 66）。筋骨格系疾患とのリスクについては一定のエビデンスが指摘されているため、その旨記載した（P 7）。</p>
<p>○ 歯科関連のメニューは、要介護3以上の方が対象となっていることが多く、訪問歯科健診等を行うと掘り起しになり、医療費が伸びる。その手前で何らかの対応ができればよい。肺炎対策で口腔機能に関するトレーニングを栄養指導と一緒にすることもあるため、その点についての指標についても考えて欲しい。</p>	<p>⇒ 口腔に関し、歯科健診結果の活用について記載した（P 68）。指標については今後検討する（P 34）。</p>
<p>○ 医療機関の受診状況は、単に受診しているかではなく、頻度も見て判断しないとイケない。頻回受診の人の方が介入の意義はあるのではないか。また、データの悪化傾向にある者に積極的に介入すべき。</p>	<p>⇒ 優先度の高い抽出基準を示すとともに（P 47）、対象者の絞り込み要件として受診頻度を加えた（P 49）。</p>
<p>○ 治療中の方への保健指導に際し、かかりつけ医が介入を把握していない場合は問題である。市町村とかかりつけ医が協力して実施することが必要である。地域医師会に対して市町村が相談してくれれば協力できる。</p>	<p>⇒ 医師会等との連携の必要性について記載済み（P 17、43）。</p>
<p>○ 通院中の人に対する介入に加え、受診歴のない人に対する介入も必要である。</p>	<p>⇒ 受診歴のない人へのアプローチについて記載した（P 44～46）。</p>
<p>○ 自治体規模等に応じた基準、取組方法の松竹梅等が示されるとよい          ○ 抽出基準の妥当性が確認できると良い          ○ 優先順位付けの具体的な考え方があるとよい          ○ 抽出基準はやりやすいところから取り組むことも大切</p>	<p>⇒ 標準的な対象者の抽出項目と基準を記載した（P 47）。</p>
<p>○ 「口腔」「栄養」について介護保険を利用していない人は対象となり得るとしてもらいたい</p>	<p>⇒ 医療や介護の関係者間の連携について整理し、ガイドラインに図表を掲載した（P 16）。</p>

## 2 高齢者の特性に応じた取組内容（効果的な対象者抽出、状況把握等）（つづき）

主なご意見等	対応(案)
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 声掛けで参加者を募っているため、増えない。</li> <li>○ 手紙で案内をしたあとだと電話・訪問の受け入れが良いより多くの事例があるとよい。</li> <li>○ 専門職がいなくてもできる事例があるとよい。</li> </ul>	<p>⇒ 実践編に記載(P55、56)するほか、好事例について、別冊での紹介を検討する。</p>

## 3 高齢者の特性に応じた取組内容（栄養・口腔・服薬・重症化予防等）

主なご意見等	対応(案)
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 栄養指導               <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 何を食べるかだけでなく、適切な食品をどう入手するか等からの支援が重要。</li> <li>・ 低栄養等の改善により、服薬や医療費も含め何が改善できるのか引き続き検討をお願いしたい。</li> </ul> </li> <li>○ 口腔指導               <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 数値化が可能で、誰もが把握できるような共通指標が必要ではないか。</li> <li>・ 平成30年度から特定健診の標準質問票に追加される項目「食事をかんで食べる時の状態」を活用することも考えられる。</li> <li>・ 口腔に関して行政と歯科医師会の連携が必要</li> </ul> </li> <li>○ 服薬指導               <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 薬剤数の減少だけでなく、飲みやすさや飲み忘れの改善の観点が必要。</li> <li>・ 受診医療機関数が服薬数と相関しているという報告があるが、地域のスクリーニングに活用可能ではないか。</li> <li>・ KDB等を活用し、薬剤の種類・数を把握することも必要。</li> <li>・ 服薬は、医師会と薬剤師会との関係構築が必要で、そこに行政が間を取り持つことが求められる</li> </ul> </li> </ul>	<p>⇒ 各取組の留意事項等の内容等を追記した（P65～74）。</p>

### 3 高齢者の特性に応じた取組内容（栄養・口腔・服薬・重症化予防等）（つづき）

主なご意見等	対応(案)
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 重症化予防                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 国保と連携して進めている重症化予防の取組を推進する必要がある。</li> </ul> </li> <li>○ その他                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 栄養や口腔等の個別の指導だけではなく、高齢者に合わせて全体を融合させた支援が重要ではないか。</li> </ul> </li> </ul>	<p>⇒ 各取組の留意事項等の内容等を追記した（P 65～74）。</p>

### 4 取組の工夫、地域の受け皿について

主なご意見等	対応(案)
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 介護予防との連動の中で個別アプローチと集団アプローチが組み合わさるとよい。                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・ フレイルについては、社会参加が重要。</li> <li>・ 1人の高齢者を訪問し続けることもできないので、ある程度改善した人は、サロンを紹介することもある。</li> <li>・ 出てこない人に介入し、地域につなぐことや社会インフラの整備を促す取組も必要。</li> </ul> </li> <li>○ 介入支援された人をどこで受けとめるか、受け皿を書き込めないか。市町村の高齢者に対する既存事業や地域支援事業等との連携が重要。</li> <li>○ 介入した人についての地域包括支援センターや医療へのつながりが課題、医療機関につなぐ際の基準があると良い。</li> <li>○ 介護人材との連携についての記載があるとよい。</li> <li>○ 自宅以外の場所で実施できるとよい。</li> </ul>	<p>⇒ 医療や介護の関係者間の連携について整理し、ガイドラインに図表を掲載した（P 16）。</p> <p>地域ぐるみの健康支援について追記（P 27、28）するとともに、介入支援に関し地域資源へのつながりを項目立てした（P 61）。</p> <p>保健事業と介護予防の連携した効果的な手法について、引き続き検討を進める。</p>

## 4 取組の工夫、地域の受け皿について（つづき）

主なご意見等	対応(案)
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 高齢者の保健事業はアウトソーシングされることがある。従来の保健事業とは大きく異なるので、実務の専門職に対して研修する必要がある。</li> </ul>	<p>⇒ 職能団体の専門職の方々の理解を深めてもらうことの重要性について記載した（P 17）</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 多職種連携を円滑に進める観点から、手帳（栄養・口腔・お薬）等の活用が望ましいのではないかと。</li> <li>・ 地域活動につなぐ意識付けのツールとして介護予防手帳もある。</li> </ul>	<p>⇒ 別冊において手帳等の活用を例示する。</p>

## 5 評価の進め方（モデル事業の効果検証・取組みやすい評価方法の検討等）

主なご意見等	対応(案)
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 暫定版に評価の記載が不足している。</li> <li>○ 評価を実施するに当たって、基本的な評価の視点を理解し取組むことが重要。例えば、加齢による変化があるため、前後比較は対照群があることが望ましい。</li> <li>○ モデル事業で比較的多く使用されている評価項目については紹介（標準化）するのか。</li> <li>○ 事業類型別の評価のポイントを示してもらいたい。</li> <li>○ 薬剤師の視点からの評価のポイントが知りたい。</li> <li>○ 客観的な分析ができるよう大学等へ分析依頼ができるとよい。</li> <li>○ 医療費の改善まで目指すのは困難・維持もみることが必要。</li> <li>○ 事業参加者の満足度も一つの指標とすべき。</li> <li>○ 複合的取組の場合の評価基準が難しい。</li> <li>○ 途中脱落をどのように評価するのか</li> <li>○ 生活保護や介護保険等他サービスに繋いだことをどう評価するのか</li> <li>○ 事業メニュー別の取組指標があるとよい</li> <li>○ 栄養についてMNA-SFを掲載してほしい</li> </ul>	<p>⇒ 評価に関する記載を拡充した。マクロ・ミクロ指標について、短期評価が可能なもの・中長期のフォローが必要なもの、参加者と非参加者の比較、KDBシステムの活用などについて記載した（P 63、64）。 ご意見を踏まえ、さらなる追記を検討。</p>

## 5 評価の進め方（モデル事業の効果検証・取組みやすい評価方法の検討等）（つづき）

主なご意見等	対応(案)
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 企画段階から評価の枠組みを入れ込む等、事業のPDCAがうまく回ることが重要なため、評価の手順・チェックリスト等を作成してはどうか。</li> <li>○ 事業メニュー別の進捗管理シートがあるとよい</li> <li>○ 進捗管理シートに「関係者への報告」もあったほうがよい</li> <li>○ 進捗管理シートは大・中・小項目に分けてほしい</li> </ul>	<p>⇒ 平成29年度モデル事業から進捗管理シートの記載を必須とした。進捗管理シートの内容を見直し、別冊に掲載する。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 研究ではなく事業としての取組のため、同じ取組を足して平均を出すだけではなく、個別の取組でよいものを横展開していく方向で考えてはどうか。</li> </ul>	<p>⇒ 横展開の手法について引き続き検討する。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 評価等に適したデータ抽出の環境整備が必要。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ データ把握の負担が大きい。</li> <li>・ 対象者抽出から介入・評価まで、継続してデータ管理が容易となる方策の検討。</li> </ul> </li> <li>○ KDBシステムにデータが登録されれば、全体像の把握ができるようになるということをガイドラインに記載する</li> </ul>	<p>⇒ KDBシステムの機能改善（評価への対応等）の活用方法について記載するとともに（P63）、別冊にも掲載する。</p>

## 6 平成28年度のモデル事業の効果検証結果

主なご意見等	対応(案)
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ ベースとなる27年度は入院していない者に絞り込み、翌年度は入院が予防できたかを確認する意味で、入院・外来を合算して評価するというやり方はいかがか。</li> <li>○ 27年度は外来中心の者の数を押さえ、28年度に入院が発生した者と外来のみの者の数の分布をみた上で、医療費の中身を見ていくと良い。</li> </ul>	<p>⇒ 平成28年度モデル事業の検証結果は、「効果」とまでの判断はできないことから、数値の変化の掲載にとどめ、引き続き継続的な検証を行うこととする（P26、75～80）</p>

## 6 平成28年度のモデル事業の効果検証結果（つづき）

### 主なご意見等

- 事業メニューと全く関係のない疾病で入院した場合、その入院はアウトカムではない。
- 特定保健指導の医療費適正化効果の分析でも、がんの医療費は除いた。そのようなことを高齢者でも行ってはいかがか。
- 各事業メニューの目的によって入院医療費や入院発生率を指標とするか否かが異なる。重症化予防については医療費に影響があると思われるが、低栄養、口腔、服薬（微妙だが）は医療費よりも生活機能が自立しているか、介護給付費の増加や要介護度の悪化を見ることに重点を置いた方がよい。
- 総額の医療費は色々な状況を含んでいるため、2か年の変化を保健事業の効果であるというのは危険である。全体像を確認したいという扱いにしたい。
- 新規罹患率を見た際、非参加群の罹患率が非常に悪く、ここまでの差が出るかは疑問である。
- 治療群と非治療群を比べた際に、非治療群の新規罹患率が大幅に高いのは、レセプトには疑い病名も含まれることも理由と考えられる。薬剤情報までであると病名に関してより深い分析ができる。
- 何に医療費がかかっているのかを見ずに、単に紐付けした参加者の医療費を平均して差を見ただけでは意味がない。
- 2年間の医療費の変化を見る際、データの取れる者という制約があるため、「効果」という言葉は使わないが、医療費の変化の要因を、（現在の分析に追加して）誤嚥性肺炎や転倒骨折のような高齢者特有の疾患も含めて見ていくべき。

### 対応(案)

⇒ 平成28年度モデル事業の検証結果は、「効果」とまでの判断はできないことから、数値の変化の掲載にとどめ、引き続き継続的な検証を行うこととする（P 26、75～79）



## 7 その他（マンパワー、今後の進め方等）

主なご意見等	対応(案)
<ul style="list-style-type: none"><li>○ 個人情報の取扱いについて、ガイドラインへの記載を。</li><li>○ 部署間での個人情報の共有が難しい</li><li>○ 民間事業者との連携において、情報連携の注意点があるとよい</li></ul> <p>○広域連合（市町村）のマンパワー不足にどう対応するか。</p> <p>○何をもって「全国展開」とするのか。</p>	<p>⇒ 重症化予防WGとりまとめの記載内容等も踏まえて記載済み（P30、53）。</p> <p>⇒ 国保や介護予防と連携した効果的な保健事業の手法について、引き続き検討を進める。</p> <p>⇒ 全国展開の達成指標について、どのように考えるべきか。モデル事業終了後も主体的な取組が継続できるようにするためには、どのような進め方が考えられるか。引き続き検討する。</p>