

令和2年白老町議会産業厚生常任委員会会議録

令和2年 2月17日（月曜日）

開 会 午前10時00分

閉 会 午後 0時28分

○会議に付した事件

所管事務調査

1. 健診及び健康づくりの現状と今後の取組について
-

○出席委員（7名）

| | | | |
|-----|-------|------|---------|
| 委員長 | 広地紀彰君 | 副委員長 | 森哲也君 |
| 委員 | 及川保君 | 委員 | 西田祐子君 |
| 委員 | 久保一美君 | 委員 | 長谷川かおり君 |
| 委員 | 貳又聖規君 | | |

○欠席委員（なし）

○説明のため出席した者の職氏名

| | |
|---------|--------|
| 健康福祉課長 | 久保雅計君 |
| 健康福祉課主幹 | 打田千絵子君 |
| 健康福祉課主査 | 本間恵美子君 |

○職務のため出席した事務局職員

| | |
|----|--------|
| 主査 | 小野寺修男君 |
| 書記 | 村上さやか君 |

◎開会の宣告

○委員長（広地紀彰君） ただいまより、産業厚生常任委員会の所管事務調査を開会いたします。
(午前10時00分)

○委員長（広地紀彰君） 本調査は健診及び健康づくりの現状と今後の取組についてということで進めてきております。

先月、21日の調査では健診及び健康づくりについて、国の健診の実績、道内の先行事例などにより当町の現状把握を整理してまいりました。大変、明瞭な資料を用意していただき、今回も前回に指摘を受けた内容について、きちんとかみ合わせできる資料も用意されているという印象を受けました。本当にありがとうございます。

本日は、現状把握を踏まえて、健診及び健康づくりの現状と今後の取組について重点的に調査を進めてまいりたいと思っております。

資料と私による前回1月21日の所管事務調査で出された意見のまとめということで、全ての委員からそれぞれの見地で意見を頂いております。これにつきましては、本日の所管事務調査の中で出た内容で、さらに補充をしながらすり合わせも行い、まず意見を頂いて、その後担当課に退席いただいた後にまとめを行いますので、その際に資することができるかと私でまとめさせていただきました。まとめの際に使いますので、一読していただきながら説明も受けていただければと思っております。

本日は前回に引き続き、健康福祉課より久保課長、打田主幹、本間主査がお見えになっております。それでは、担当課より趣旨説明をお願いいたします。

久保健康福祉課長。

○健康福祉課長（久保雅計君） 調査の内容とは違うものにはなっていますが、国で出している対策がこちらの新型コロナウイルス感染症に関する緊急対応策ということで、いろいろな支援制度も含め、最新の情報で先週出ているものであります。これは、いろいろなところで出てくるのですが、北海道から出てくる情報でもスピードが遅い部分がありますので、我々として分かる範囲でなるべく最新の情報をということで把握に努めているところであります。これが、2月13日の対策本部の資料となっています。また、新型コロナウイルスに関するQ&Aで、一般の方向けと、後ろには発生状況や行政の対策で、毎日のように情報が更新されているところであります。最新の状況をつかみながらでなければ、いろいろな方の不安が生じますので、町としましても最新の情報の把握に努めているところであります。また、問い合わせがあった場合も保健所を紹介するであるとか、住民の方の問い合わせには対応しているところであります。道内でも感染された方が出てきましたので、他人事ではなくなってきている部分があります。対策としましてはアルコール消毒や手洗いなどをしてくださいとなっています。マスクに関してもなかなか手に入らない状況ですが、週に1億枚ずつ生産していくようなことも国で言っていますので、この辺はあまり過敏にならずに冷静に対応していかなければならない部分です。昔のオイルショックのときにトイレットペーパーが無くなったことがありましたが、それに近いようなことも出てきているのかと、アルコールの消毒の容器につ

いても不足しているという話を聞いておりますので、できることから我々是对処していけばいいのではないかとこのところで皆さんにもお知らせしていかなければならないということで、こちらの資料です。そして、こちらは北海道から出ている横刷りの資料で、北海道の対策です。こちらについても毎日のように更新されていまして、昨日の報道で北海道の会見と国の話の中で食い違っている部分があり、どこに住んでいる方かなども北海道の会見と国では具体的にもう少し言っています。和歌山県や東京都の事例でいきますと、もう少し具体的に出ているところがあり、北海道では申し上げられませんがという答弁を繰り返しされていたと思います。町としてはどうしても保健所や北海道に聞いて対応していくこととなりますので、その辺は御了承いただきたいと思います。コロナウィルスの関係につきましては簡単にこのようなことで説明させていただきます。

○委員長（広地紀彰君） 新型コロナウイルスに関する説明をいただきましたが、この件で何か質疑等ありますか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○委員長（広地紀彰君） なければ所管事務調査を進めてまいります。

それでは、所管事務調査の説明をお願いします。

打田主幹。

○健康福祉課主幹（打田千絵子君） 今日、私からは前回の引き続きの流れとしまして、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施へ向けての今後の取組について、前回のおさらいも踏まえながらお話させていただきたいと思います。

1枚目の地区別受診率を御覧ください。平成30年度の白老町の国保特定健診受診率の地区別のグラフです。陣屋地区が一番多いのですが、こちらは対象の方が少ないため多くなっています。低いところでは川沿や高砂地区で、こちらは公営住宅に住んでいる方が多く、低所得者の方が多いため低さにつながっているのではないかと考えられます。受診率の向上のための取組としまして、健康カレンダーの改定です。事前にお配りしたA3の資料は平成31年度まで配布していた版です。このようなA3裏表で1枚にしてつくっていたのですが、情報量が増えてきたため、令和2年度からこちらの冊子型の健康カレンダーに形態を変えまして現在作成中です。こちらは4月の広報に織り込んで配布の予定です。

続きまして、次のページの健康寿命についてのお話です。こちらは、前回の森議員からの御質問に対してまだ回答していませんでしたので、そのお答えです。まず、健康寿命の定義は、WHOでは、健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間、平均寿命から日常的・継続的な医療・介護に依存せずに自分の心身で生命維持し、自立した生活ができる生存期間と定義されています。厚生労働省では、ある健康状態で生活することが期待される平均期間またはその指標の総評を指すとしております。健康日本21では、健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間と定めております。

次のページは、健康寿命の算定目的です。この指標は生存・死亡と健康・不健康の状況を総合したものです。健康寿命の算定方法は2つあります。1つ目は、性・年齢階級別の死亡率と不健康割合を用います。基礎資料としては、死亡率、人口、死亡数、人口としては10月1日現在の総人口とし、国勢調査・住民基本台帳から得ています。死亡数は基本的に当該年次の1年間のもので、人口

動態統計から得ています。対象集団と同一年次における全国の人口と死亡数、簡易生命表の生存数と定常人口を用いています。2つ目は、前のページに戻りますが(3)、生活動作が自立している期間の平均です。具体的には、介護保険の要介護制度の要介護2から5を不健康(要介護)な状態とし、それ以外を健康(自立)な状態としています。こちらの同規模自治体と北海道及び国と比較することで、白老町の位置が分かりますというところをお開きください。こちらは比較した中では平均寿命、健康寿命、男女共に白老町が最も悪くなっております。

前に戻っていただいて、白老町の健康寿命が短い理由を御覧ください。保健事業実施計画(データヘルス計画)における白老町の健康課題としては、①、心筋梗塞、脳梗塞・脳出血が同規模自治体平均より多い。②、64歳以下で亡くなる人が同規模自治体平均より多く、平均寿命も短い。③、64歳以下(2号被保険者)で介護が必要な状態になる人が同規模自治体平均より多い。④、医療費、介護給付費は同規模自治体より高い。それによる健康寿命の延伸の医療費・介護給付費の適正化が課題であります。

次のページを御覧ください。国が新たに導入する健康寿命の算出方法(補完的指標)では、要介護2以上の期間が考慮されます。こちらのグラフは白老町の平均寿命と健康寿命の経年変化となっております。平成27年度と比較すると、健康寿命は年々上昇している傾向にあります。

次の次のページについては、後期高齢者健診の質問票については以下のとおりになっています。

次のページの保険者努力支援制度についてです。2020年度の国保の保険者努力支援制度は、人生100年時代を迎え、疾病予防・健康づくりの役割が増加しています。このため、各般の施策に併せ、保険者における予防・健康インセンティブについても強化していきます。これは予防・健康づくりについて、配点割合を高めてメリハリを強化すると共に、成果指標を拡大するものです。保険者努力支援制度の算定結果は、国の方針で2020年度から市町村ごとの点数獲得状況が公表されます。

次に生涯を通じた切れ目のない健康推進です。乳幼児とその保護者への栄養指導・保健指導は年間約662人、健診受診者への個別指導は延べ485人、事業所等での出前講座は年15回、延べ304人、健診結果返却会は年2回4日間、実人数115人となっております。

次は国の目指す方向と白老町の取組という表です。白老町の社会保障健全化に向けて、医療費・介護給付費の適正化、北海道から見た白老町の位置を見たものとなっております。上から下に流れていくのですが、特定健診・特定保健指導の実施率の向上として、①、データの分析、②、未受診者への受診勧奨、その最終的な目標としては健康格差の縮小になります。①のデータの分析をしますと、一人当たり医療費・介護費が国保では道内では65位、後期高齢者では101位です。国保での医療のかかり方を見ますと、外来で虚血性心疾患が道内では78位、脳血管疾患57位、腎疾患74位となっております。この丸のついているのは課題となる部分です。②の特定健診の実施率は、特定健診は道内では101位となっております。③の短期目標では、メタボリックシンドローム・該当者予備軍の減少については、該当者は19.2%で95位、予備軍は11.3%で81位となっております。この方たちの高血圧の改善、脂質異常症の減少、糖尿病有病者の増加の抑制を図るのですが、この高血圧の未治療Ⅱ度以上が40人となっております。このⅡ度以上というのは上の血圧が160、下の血圧が100以上の方の人数を表しております。治療中の方でも46人いるという見方になっていきます。脂質異常症ではLDLコレステロール、いわゆる悪玉コレステロールと言われているものが180以上ですと39人い

らっしゃいます。糖尿病の部分ではHbA1cの値が6.5以上で未治療の方が34人いて、このような方から保健指導に当たり、血管内皮機能の改善を目指すというものです。それを進める上で、中長期目標として脳血管疾患死亡率の減少、虚血性心疾患死亡率の減少、糖尿病腎症による透析導入患者数の減少を目指すものとなっております。見ていきますと、脳血管疾患死亡率では人口10万対では92.2、このSMRというのは標準が死亡比のことで、平均を100としていまして、100以上の場合は我が国の平均より死亡率が多いとされて、100以下の場合には我が国の平均よりも死亡率が低いと判断される指標となっております。男性の場合は107.3ですので、全国の平均よりも死亡率が高いと言えます。虚血性心疾患では、人口10万対では322.6でSMRは男女共に100を超えている状況であります。右上に星印が付いているとさらに有意に高いという状況を表しています。糖尿病腎症を見ますと、慢性人工透析、国保の方では40から74歳では14人、65から74歳では6人、後期高齢者の方では65から74歳で24人、75歳以上ですと31人ということで後期高齢者に入ってから透析を受ける方が増えてきています。腎不全での死亡を見ますとこちらもSMRが男女共に100以上となっております。ここに対しての保健指導をすることで健康寿命の延伸を図ります。右下に生活保護のデータがあります。こちらは26.9パーミルで、平成24年度をピークに年々減少傾向ですが、白老町は圏域の中では高いほうだと言われております。

国の目指す方向と白老町の取組では、特定健診の受診率を上げて保健指導をすることで高血圧、糖尿病等の有所見者を減少させて、重症化した結果である虚血性心疾患等を減少させていくことを目指しています。こちらは、国保から後期高齢者への推移で医療費が上がっている要因の表になっております。まず、②の医療の状況では、平成29年度の数字は医療費の総額では国保が21億円、後期高齢者では34億円で約1.6倍になっております。一人当たり医療費と生活習慣病保有割合では、一人当たり医療費が国保では42万円、後期高齢者では101万円で約2.4倍になっております。右側の国保と後期高齢者の保健事業の必要性は、現状では75歳で断絶しているのですが、これの疾患別の状況を見た表になっております。この表の上にある疾患は予防可能な疾患になっておりますが、その中でも脳梗塞・脳出血、国保を1とした場合は、後期高齢者では3倍、虚血性心疾患では2倍、慢性腎不全では2.8倍になっております。また、老化に伴う疾患の骨折は2.8倍になっておりますが、この背景には高血圧、糖尿病などもあることから、それらを踏まえて事業を展開していく予定となっております。

次に、要介護認定者と介護保険料の推移です。左の表は27年と30年の比較になっております。介護保険の要介護認定率は2号被保険者で横ばいとなっております、1号被保険者は下がっております。介護給付費を抑制していき、後期高齢者の医療費を併せて見ていく必要があります。介護保険料ですと24年から26年では4,778円、30年から令和2年度では5,717円と介護給付費が上がっていることに伴い介護保険料も上がっているという結果になっております。

次のページを御覧ください。高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施です。まちの実態やメカニズム等を踏まえて優先して取り組む課題を明確化します。加齢に伴っていろいろなところがたがくるのですが、高血圧につきましては食塩感受性の老化、糖尿病は膵臓の老化が起因しております。これによって、自律神経の機能の低下もありますが、お薬を飲むことによって副反応が出たりだとか、食後に低血圧が出たり、筋力低下が出たりという様々な要因でめまい・ふらつきがあって、転倒が起きて骨折をするという、このようなメカニズムになっております。

次の地域包括ケアの取組です。加入保険を超えた重症化を予防するための取組です。①、後期高齢者健診の項目を拡充。これは心電図検査と血清クレアチニン検査を導入の予定で、新規事業です。②、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施。切れ目の無い保健指導、後期高齢者健診の事後指導、これも新規事業です。これから、事例の資料をお配りしますので、これについての詳細はこれから御説明致します。

○委員長（広地紀彰君） 本間健康福祉課主査。

○健康福祉課主査（本間恵美子君） 今回、心電図検査を導入するためのきっかけになった一事例を皆様にお示しして御説明させてもらいたいと思います。こちらは、左の縦軸が健診の結果で、その下が医療、最後に介護ということで、この3つがタイトルにもありますとおり、KDB（国保データベース）システムは、町民課の国民健康保険担当と健康福祉課にシステムが導入されていて、それが被保険者全員お一人ずつのデータが見られるようになっていきます。そのデータをまとめたものが、この一事例のデータなのです。平成16年から横軸が年代で、健診や医療・介護の状態が経年で並んでいますが、この方は平成16年からずっと健診を受けていただいております。オレンジの色が受診を考えたほうがよいですという皆さんにお示しするときに付けているもので、グリーンは治療が入っていると少し色も付いているのですが、結果に変化が見えていきますという色になっております。その御説明をさせてもらっていて、ただこの方は真ん中の平成26年と平成27年に赤い線が入っております、今まで国保の健診の方のみ私たち保健師で指導させてもらっていたので、ここで終わっていた方なのです。75歳以上は本当に重症の方は血圧が180台だとか、すぐ医療につなげないといけないというような、年間十数名くらいしか高齢者介護課で指導に当たっていませんでした。この方はずっと国保のときは安定していて、治療もされていて特に心電図の所見だとかも見られず、国保では終わっていました。平成27年のときは所見がないですが、28年心電図のところ完全右脚ブロックという心電図の所見が初めて出ています。これは、心臓を動かす神経のところ血流の障がいが出ていますというところなのです。ここに初めて出たところで、血管の変化ではなく健康障がいが出ていますということで実際、国保の方の場合ですと、私たちが指導して先生にきちんと見てもらって、ほかの血管を傷つける要素がないか、血圧が本当に安定しているのか、この1回限りではなく家庭血圧がどうなのか、ほかに尿酸値や血糖などがどうなのかというの、きちんと御説明させてもらった上で一緒に経過を見ていきたいと思いますということになります。この方の場合、その後の指導がなかったため血流不足が疑われました。医療にはかかっていたため、下に後期高齢者の医療費が入っております。年間で、15万円、25万円、19万円ときちんとお薬は飲んでいただいていたのかと思われるところなのですが、平成30年9月にこの方は大きな病気をしております。重症化と真ん中辺りにあると思うのですが、赤い字で心弁膜症と心房細動とあり、この心房細動というのが、心臓を動かすときに動結節というところから心臓を動きなさいという指令が出て、心臓が1分間に何回か動くというところなのです。その心臓の刺激とは全然関係なく心臓が勝手にぶるぶる震えて1分間に250回とか以上の心臓の動きがあり、この場合、心房細動が出ると、血栓ができやすくなってしまふのです。心臓がぶるぶる震えるということは、血液の塊ができやすくなって、心原性のものを発症してしまいました。心臓を原因とする脳梗塞が発生したという事例で、ここから重症の後遺症などで様々な介護が始まっていくのです。9月に心原性脳梗塞で緊急入院されておまして、一番

下のところの医療費のところを見ていただきたいのですが、その後それが原因で、ここから10月、11月と118万円、125万円と、この心原性脳梗塞のときは特に大きな手術はされずに経過を見ていたのですが、その後の平成30年12月に心臓にMRSAが感染して、心臓の動きが悪くなってしまい、緊急手術をすることになってしまったのです。びっくりするくらいの医療費が計上されておりますが、554万5,470円ということで、皆様のところにお配りしたのは左側がお薬だけ飲んでいけば年間いくらかかりますという大枠の目安です。これは糖尿病を目安にして健康教育などで住民の方にも説明したりするときに使っている資料なのです。それが重症化すると右側に様々な病名が書かれていて、検査の内容などが書かれているものがありますが、この方の場合、真ん中のあたりにバイパス術とかペースメーカー、人工血管置換術とあります。こちら辺の値段、520万円とか480万円などは1回の値段です。どうして心臓の手術がこんなに高いかといいますと、心臓を止めて人工心肺という機械を使って心臓を機械で動かす、この装置が500万円とか400万円と非常に高い値段のする手術になるためです。この方も弁膜がもう動かなくなってしまい、僧房弁形成術というのをしたこととステントを入れております。ぼろぼろになっていた血管を保護するためのステント置換術というのを入れたために、1回に554万5,470円の医療費がかかっています。ただ、御本人負担は上限負担額がありますので、この方は多分2万4,000円と本人負担はそれほどないかもしれないです。医療費がここからスタートしていて、同じ月に多発性脳梗塞、その後に脳梗塞の後遺症で動けなくなりまして、廃用症候群は寝たきりの状態で、体だけではなく、ほかの臓器の呼吸器や循環器も全体的に状態が悪くなってしまい、そのまま別の病院に転院されて、動けなく、食べられなくなり、胃ろうもつけて、この方は介護の費用が計上されておりましたが、療養病棟に行かれて、医療での介護で要介護5の認定を受けておりました、最近亡くなられたということが分かっております。実際の医療費は、左下に書いておられますとおり、発症前はお薬だけで60万円程度済んでいたものが、大きな病気を発症することで、平成31年4月までのトータルで約1,404万円の医療費がかかっております。この方のように1回の手術で大きくかかる場合ももちろんありますし、リハビリをして先ほど書いているところの脳梗塞、脳出血だと入院期間が長くなりますので、それにより、10カ月で620万円で、入院が終わった後は介護となり介護費用で何十万円という負担がどんどんずっとリハビリを含めてもあるかと思うのですがかかっていきます。このように保健指導が断絶してしまい、私たちの保健指導でもしかしたらこういうことにならなかったかもしれない人を1人でも防ぎたいということで、心電図の検査をし、必要な方にはきちんと指導しましょうということと、もう一つありましたクレアチニン検査というのは腎臓の機能を見る検査なのです。こちらの検査もクレアチニンというのは食べたものかすで、尿から出すのです。腎臓の機能が落ちると血液中にこのクレアチニンがあふれてくるため、その計算式を入れて腎臓が何%動いていますということで60%以上、70歳以上だと40%以上あれば問題ないのですが、それが下がっていくと、血管なので皆さん老化と共に少しずつ数値は下がっていきます。その下がり具合は年間1、2くらいが普通なのですが、10も20も下がっていく場合、20を切ると人工透析を導入するかどうかを検討していかなければいけません。人工透析は先ほど見ていただいたとおり、表では年間600万円かかります。その方が透析を始めると70代くらいから始める方が多いのですが、10年、20年利用される方が多いです。それを2年でも3年でも5年でも透析に行かないように保健指導し、栄養指導も必要ですし、延ばしていけます。しか

し、透析が始まると週3回透析のために通院しなければならないとなると、本人も御家族もお仕事されている方だと仕事も転職しなければいけない、地域によっては転居しなければいけない、家族全体のその人の家庭が健康を害することで全て生活が変化してしまうということになります。それを一つでもクリアして健康でいられるようクレアチニン検査の導入も一緒にするというところで検討しています。

○委員長（広地紀彰君） 久保健康福祉課長。

○健康福祉課長（久保雅計君） 補足いたしますが、町長の公約の中で心電図検査、クレアチニン検査等を今後行っていくことでは申し上げております。そこを具体的にいつからするかということになりますと、予算が絡んできますので今後の予算に計上していくということになり、それがいつかというのは新年度の予算案がまだ提出されていない段階ですので、今後ということでは言いえない部分がありますので、その辺は御了承いただければと思います。

○委員長（広地紀彰君） 事情がおありだということです。各委員はその辺理解できていると思います。説明を続けてください。

打田健康福祉課主幹。

○健康福祉課主幹（打田千絵子君） 続けまして③、出前講座等でのポピュレーションアプローチ、④、地域包括支援センターやケアマネとの連携、⑤、高齢者健康支援訪問（75歳到達者訪問）、⑥、地域ケア会議・個別地域ケア会議での重症化予防、⑦、健診・医療・介護等の町の現状・課題を医療職や福祉職など関係者と共有（三連携推進）ということで、先ほどお配りしましたこちらの第3期保健医療福祉施策推進方針の最終案になります。現在、作成中のものでして、校正を進めたり、最新の情報に差し替えたりという作業を現在しておりますので、これが終わりましたら申し訳ありませんが回収させていただきます。今回、第3期の推進方針では高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に向けての内容となっております。内容も今回お出しした同様の資料が中に入っています。そういうことで後期高齢者への保険指導を断絶しないというところでは各課、各部署の連携を深めて推進していくことを考えております。これらの地域包括ケアの取組の担当部署としましては、①から④が健康福祉課、④から⑥は高齢者介護課、⑦は三連携ですので、健康福祉課、高齢者介護課、町民課、町立病院となっております。

次のページ御覧ください。高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施における基本方針です。

1、目的・背景としましては、首相官邸に、全世帯型社会保障検討会議が設置され、人生100年時代に向けた医療・介護のあるべき姿と、給付・負担のあり方が議論されています。高齢者の医療を支える働き手が激減する中で、健康寿命を延ばすことにより働きたい高齢者が長く就労できるようにすることが求められています。令和2年4月から75歳以上の高齢者を対象とした保健事業と介護の一体的実施が始まり、医療・保健・介護等のデータを一体的に分析して継続した保健事業・介護予防を行います。

次のページを御覧ください。引き続き、2、推進体制（町内関係課の連携）です。高齢者に対する保健事業は、高齢者の生活全般を支援することになるため、地域づくり・まちづくりにつながり、庁内関係部局が一体となった連携体制の整備を行います。町民課（国保・後期高齢者医療）、高齢者介護課、健康福祉課、町立病院が連携し取り組みます。

次のページを御覧ください。こちらは、保健師・栄養士の配置状況の変遷です。平成22年度以降のものですが、この丸のついている地区担当の者が保健指導に当たるスタッフとなっております。初期の頃は町立病院や本庁に分散配置していたのですが、徐々に集約をしまして、現在、保健師がいるところは健康推進グループと福祉支援グループと地域包括支援センターです。昨年7月から子育て支援包括センターも兼務しておりますので、地区担当といえる保健師は実質5.5人となっております。これに、栄養士も含めると6.5人という人数でこれらの保健事業を行っています。

次のページです。目標に沿った成果の見える化ということで、Ⅱ度以上、上の血圧が160、下の血圧が100以上の高血圧の方の変化の割合です。これは平成27年度からの5年間の状況ですが、平成29年度に一時期上がっていて、これは平成29年度に特定健診の無料化をしましたので、それに伴い受診者の増加でデータの悪い方が一見増えたように見えますが、それ以降にまた徐々に減少している傾向となっております。やはり、保健活動をすることで高血圧や糖尿病の有所見者の割合を減少できるということが見えるかと思えます。

次のページは糖尿病の方です。HbA1c 6.5以上の方の割合の変化で、こちら29年度に上昇しています。これも無料化の影響になっていますが、それ以降は徐々に減っております。まとめとしまして、生涯を通じた切れ目のない健康づくりを推進することで、健康な町民を増やし、社会保障費の安定化を目指しています。高齢者の医療を支える働き手が激減する中で、健康寿命を延ばすことにより働きたい高齢者が長く就労できるよう、若い世代の社会保障負担を減らすことを目指します。そのためには、業務改善や組織・マンパワー等の体制づくりが必要です。

○委員長（広地紀彰君） 説明が終わりました。

前回に引き続きまして、ただいまの説明等で何か質疑のある方はどうぞ。

西田委員。

○委員（西田祐子君） 今、説明いただいた中で何点かお伺いします。後期高齢者になってからも、保健指導をしていきたいということなのですが、それはずっとその方が生きていた限りはどのような指導法でいくと考えていいのでしょうか。どのような仕組みでやっていくのですか。その辺の説明がなかったような気がしたものですから。今までと同じように、そのまま後期高齢者に移行してしまっているのか。そのような理解してよいのでしょうか。

○委員長（広地紀彰君） 本間健康福祉課主査。

○健康福祉課主査（本間恵美子君） 本間です。74歳まで国保の方だったのですが、75歳以降で想定しているのは、70代の方を中心に80代の方もデータによってはきちんと指導が必要な方もいるかと思っております。まずは、国保の特定健診の方と同じ基準で高血圧だと140以上や85以上という方を、面談で結果返却会や保健指導の対象にして、Ⅱ度以上の方は先ほどお話ししていた160以上や100以上の方はその後きちんと治療が開始されているかどうか。ヘモグロビンA1cとは高血糖の方ですが、その場合は高齢者の方であれば、今は6.5で74歳までの方は指導に入っていて、治療がされているかどうかなのですが、高齢者の方の場合は低血糖も心配になるということも様々な事例があり文献でも出ております。それを6.5から開始するのか7から開始するのかというものの基準はまだ決めておりませんが、ただ6.5になった方はずっと台帳をつけておりまして、きちんと治療につながっているか永年で見ているという基準を国保の方から開始しております。それがそのまま

75歳以上になってもきちんと治療が開始されていて中断されていないかどうかというのは見ていく予定です。先ほどの心電図の所見が出た方、特に先ほど御紹介させていただいた心房細動の場合は、きちんとお薬を飲んでいないと心房細動のある方の6割、7割が心原性の脳梗塞の発症を来す場合があると出ております。お薬が中断されていないかどうかは先ほどの高血糖の台帳のように台帳を永年をつけていこうと話合っているところです。今のところ、去年の後期高齢者の健診を受けた方の人数から今の基準から割り出して150名くらいが対象になるのではないかと想定して、保健指導の体制が取れるかどうかというのを内部で検討しているところです。

○委員長（広地紀彰君） 西田委員。

○委員（西田祐子君） 大体、分かりました。それで、一番の効果は先ほどのお一人の患者さんの方のデータを見せていただいたら1,400万円かかると。これが、発症前だったらもっと少ないということでした。今、150人くらいが対象とおっしゃいましたか。大体、役場としてこのカリキュラムを組んで実施していったら年間どのくらいの経費が削減されるだろうという想定の下で進めていかれるのですか。ある程度の金額がまとまるということになりましたら、これは財政としても非常に有効な対策なものですから、本格的に町として早急に考えなければならない対応だと思いましたので、その辺の概算で結構ですからお分かりになる範囲でお願いします。

○委員長（広地紀彰君） 久保健康福祉課町。

○健康福祉課長（久保雅計君） 先ほどの事例で約1,403万円かかったということで行きますと、大体ですが約百数十万円が町の負担となります。町から持ち出しするのは1,403万円のうちの保険者負担のある分ですので、後期高齢者はおおむね8から9%の間くらいとなりますので、その辺が一つの目安ということになります。これはかなり重症の方ですので、いろいろな事例によってはここまでかからない方も当然ありますし、同じような方も何人もいたりということもあります。症状などは個人によって違いますので、このくらいかかってしまうと1人で町から約120万円の持ち出しということになります。先ほどの人工透析の話では、年間600万円がかかると資料で出しておりました。これで行きますと、同じように後期高齢者で8から9%の間くらいですから50数万円かかり、これが1年間ですので、例えば5年間人工透析をしないで済むということであれば掛ける5年分で、投薬治療とか治療はありますが、その分延伸できるということになります。健康な状態にいる期間が長く続くということは、御本人にとっても透析に週3回通わなくてもよいということにもなります。先ほどの1,400万円の事例の方で行きますと、健康な期間が長くなるということは、御家族もそうですが、御本人も健康でいられれば好きなことをして過ごせた期間も長かったのだらうと推測されますので、具体的な金額というのは個々のケースなので申し上げられません。しかし、こういうケースを減らしていくということで一番大きい事例でいくと年間120万円ですから、こういう方が5人、6人と防ぐことができれば600万円、700万円ということになり、町としてはかなりの額の財政的な縮減につながります。それが町民の方の御本人のことにも振り返ってみますと、健康で過ごせる期間が長くなるということは、お互いにとってよいことですので、こういう観点で今後進めていきたいと思っています。健康カレンダーも大きく見直ししたというのは、やはり少しでも健診を受けてほしいということもあります。分かりやすく制度を説明するのも含めて今回、健康カレンダーも見直して、少しでも受診環境を整えるなど、様々な角度からアプローチしていく術を考えた中で、こ

れも一つの手段としてさせていただいています。

○委員長（広地紀彰君） 西田委員。

○委員（西田祐子君） 効果が大きいと思って聞かせていただきました。課長がおっしゃった健康カレンダーは、私は国保ではないものですから、正直申し上げましてこれを見ても前はあまりよく分からなかったのです。国保をずっと掛けていた方と違って、普通に働いている方はこれが来てもどのように利用していいか、保健師の指導がないものですから、本当に理解できなかったと思うのです。新しいものを読ませていただいたら、私が今度65歳になって国保になったときに、初年度で見てもなるほどと非常に分かりやすく、町民にとっては今までこういうものがなかったのが不思議だというくらい上手くできていると感じています。もう少し工夫していただければありがたいと思うのが、カラーで印刷するのですか、白黒になるのですか。後期高齢者向けとそうではない人向けと色が変わっているとありがたいと思って見ました。そのような区別は必要ないのでしょうか。私は母と暮らしているものですから、後期高齢者の人に説明するときにはとっても大変なのです。これはこれでいきますということであれば、それはそれでよいのですが。その辺、高齢者向けはどのように考えていますか。かなりよく出来ています。

○委員長（広地紀彰君） 久保健康福祉課長。

○健康福祉課長（久保雅計君） ただいまの件については、今年度は白黒ということでさせていただきます。今後、改善する必要性が出てきましたら全部がカラーというわけにはならない場合もあるかもしれませんが、コストの面を考えますと全部をカラーにすると結構な金額になる部分もありますので、その辺を必要に応じて、例えば8ページなりあればその内の4ページ分くらいカラーにするなどの工夫はしていこうかと考えています。今回、大きく変更しましたので、その辺は町民の皆様からの御要望とか御意見が出てくるとは思います。そのようなものを踏まえながら改善を図っていきたくて考えております。今回につきましては御了承いただき、今後の参考にさせていただきたいと思います。

○委員長（広地紀彰君） それでは、ほかの委員からありますか。

及川委員。

○委員（及川 保君） 及川です。前回、第4次の地域福祉計画の説明がありまして、いろいろ聞きたいこともあるのです。このような計画を立てますと。様々な課題等も含めて示されて、今回も案として、いろいろ説明を受けました。これまでの計画の成果をどのように捉えているのか。もう1点は、先ほど説明を受けた中での健康寿命は、全てにおいて①から④まであるのですが、非常に悪い状況が指摘されている状況なのです。ここまで一生懸命取り組んできたことがなかなか身につかない、町民が自分の健康になかなか目を向けていかない原因や、改善されない状況をどのように捉えているのかお聞きしたいと思います。

○委員長（広地紀彰君） 久保健康福祉課長。

○健康福祉課長（久保雅計君） 数値がなかなか形になって表れてこないというお話でしたが、前回の説明の中で前よりは向上している部分もあって、ほかの自治体と比較しても少し数値が上がってきていて、効果は出てきている部分もあるとは思いますが。それでも依然、低い部分もありますので、急にすぐによくなるというものではなかなかないと思います。今回のアプローチの仕方を含め

て世代断絶、いわゆる75歳の件も解消しようというところで考えています。若干、年数はかかると思いますが、75歳以降も続けるということであれば、今せつかく74歳まで指導してきたので、引き続き継続して指導なりをすることで、先ほどの1,400万円の医療費の件もそうですが、そういうものも少しずつ防いでいくことにつなげていけるとは思っております。まちの課題としましては、国で出している国民の栄養調査の調査結果が出ていまして、所得が200万円以下の方については健診を受けているのが非常に少ない傾向に出ています。そうなりますと、我がまちの所得の状況として、平均所得が低いと皆さんも御存知のとおり、道内でも下から数えて10番目程度と言われて、これは度々議会でも話が出ます。そういうことを考えますと、その傾向が本町としても顕著に表れているのかというところがあります。今回の健診の仕方やお知らせの仕方を含め、少しずつ住民の方に目を向けてもらいながら健診を受けられやすい体制づくりや、先ほどの世代間断絶の解消を進めていくことなど、少しずつですが効果は出ている部分もあるというのは、皆さんにも分かっていた部分です。そこを継続しながら裾野を広げていくことで、少しずつ5年後、10年後にもっと効果が出るようになればいいかというところで検査項目の追加の対応をしていき、来年、再来年ということはないかもしれませんが、受診率が向上すれば、健康である年数も長くなるという結論になると思います。担当課だけではなく、先ほどの高齢者介護課、病院、町民課、その辺の連携を含めながら進めていきたいと考えているところであります。

○委員長（広地紀彰君） 本間健康福祉課主査。

○健康福祉課主査（本間恵美子君） 今、今回の高齢者と介護と保健の一体化を進めていく中で分析をかけているところです。お示ししたのがこれからの計画の中に入れ込んでいく分析されたもので、まだ途中のためシートしかないのですが、1、後期高齢者の入外別のレセプト件数と費用額の割合で、65歳以上の方の入院の件数と額と下のほうが高額な入院になった方のどのような方が、どの年代に、どの疾患でというところが書かれております。丸がついているところが割合の高いところで、北海道も国も90歳以上のところの割合が一番多く丸がついています。白老町の場合、この65歳から74歳のところに丸がついているのが腎不全で、血管性認知症のところにも割合が高いとついております。入院全体も75歳から79歳の方が多いとついております。北海道も国も90歳以上の方の割合が一番高いのに、町はその前の段階で入院されている方が多いということは、やはり医療費がまだ高く、なかなか下がらない、少しずつ下がってきてはいます。というのは、健診を受けていない方が多く、40歳から健診がスタートしますが、特に50代、60代の割合は2割ほどしかいません。今、34.4%と全体では多いのですが、健診を受けている方は65歳以上の方が割合的に多く、70歳代が一番多いということで健診の割合が少なくデータが分からない方が多いのと、病院に行っている方は、病院に行っているからいいだろうというので、数値がきちんと落ち着いているかどうか、お薬が飲めているか、結果が問題ないかどうかというところが分からない方がいらっしゃるので、先生方はお薬を飲んでいて来たときの結果がよければいいのですが、私たちの保健指導と先生方とで違うのは、生活の実態に則した塩分のことや、生活の実態に則したお仕事の内容などに併せて、病気になる、治療されてもお薬できちんと安定するということを目標にしています。先生の基準と私たちの基準では、先生は治療がきちんと出来ているかどうか、お薬が飲めているか、悪化していないかというのはもちろんあります。私たちは生活が健康でいられるかどうか、悪化しないか

というところは同じなのですが、先生と私たちの保健指導の予防に関することは基準が違うので、そこまで網羅している方々が少ないというところが、病院に行っているからいい、健康だから健診は受けなくてよいというところで受けていない方が、この結果につながっているのかと思います。ここを何とか受診率を上げて病院に通っている方にも数値がどうなのかというところをきちんと確認できればというところでは、もう一枚お示ししたのが、これから新規事業で令和2年度から始まる、これは、消費税が上がりここに予算を投入されるのですが、今度は後期高齢者の方が2年後に75歳以上の後期高齢者医療に、2022年から団塊の世代の方が入ってきて、医療費がぐんと上がっていく、その前に手を打たなければいけないということで一気に指導に入りなさいと国から一斉に通知が出ています。今の1の企画・調整等を担当する医療専門職に、一人当たり人件費の580万円が国から下りてくることになっています。その中身は右側に書かれてありますとおり、先ほど御説明したKDB、国保データシステムを活用して地域の健康課題をきちんと洗い出しなさいと、そこから健康課題に則した計画を立てて、どこにアプローチしなければいけないのかというのを計画化してください、企画調整をして先生方との連携を取ってくださいということで、この中身をきちんと実施するというところで人件費が下りてくるのが一つです。2番の地域を担当する医療専門職、これは保健師、管理栄養士、歯科衛生士等になっておりますが、ここに350万円、直接、保健指導に当たる人を増やしなさいというところで、これは4の(1)のところはこの中から選ぶというところで今、白老町で手を挙げるとすると、重症化予防に特化して進めていかなければならないだろうと思っています。(2)の通いの場というのは、ポピュレーションになっていますが、これは健診の結果や、今出ている方にアプローチして、地域の実情に応じて展開してよいですとなっております。これでもっと保健師、管理栄養士を投入して、保健指導を断絶させないためにきちんと後期高齢者に当たっていくための予算が下りてきているところです。これも私たちがすべきことと思っています。先ほどの若い年代の方の健診の受診率を上げるということと一体化して医療専門職がきちんと保健指導に当たるという、きちんと2本立てやっていかなければいけないと思っています。今回、全国の研修に行かせていただきまして、その研修の中で滋賀県の前原市の医療費の分析の値が出ていました。資料化していないため見ていただきますと、ここの指導では、平成17年から分析をかけて平成17年度当時はこのままでいくと医療費がどんどん上がっていくだろうというグラフと、実際の医療費のグラフを示したもので、平成17年度から平成27年度までずっと上がりっぱなしでしたが、27年後以降今は下がってきているのです。その間、10年かかっている、ここのところもそうなのですが、まずぶれずに保健指導をずっと続けてきた、重症化にならない指導をずっと続けてきたことで、ようやく今、下がり始めています。1、2年ではなかなか成果が出ないところが保健指導であり、予防なのですが、ここで医療費が下がると、その後の後期高齢者医療、介護保険にも全体的に影響してきます。今、白老町も少しずつ下がってきています。それをぶれずに後期高齢者にもきちんと指導してここから下げていく、その推移をこのようにお示しすることができれば成果として皆様方にも白老町の実態というところが示せると、今回の研修に行かせていただき思っているところです。

○委員長（広地紀彰君） 及川委員。

○委員（及川 保君） 本間さん、よく分かりました。私はなかなか成果が上がらないと捉えていたものですから、普段、このような説明がないのです。我々も、三連携がうたわれてから、もう20

数年もたつわけです。そのような中で職員の皆さんが一生懸命に取り組んでこられた成果が徐々にですが上がっているということが実態として分かりました。ただ、ここで安心してはいるわけにはいかない、というのはこういう計画を立てるからには、目標を達成する、少しでも目標に近づける、このような努力をぜひこれからも続けていただきたいと、様々な説明を聞いて理解しました。実は私は心臓疾患で長い間病院に通っています。今、本間主査がおっしゃったことが当てはまってしまうのです。3カ月に1回くらい定期的に病院に通っています。私と同じようにそのような意識が多分、町民の皆さんにあるのではないかと。病院に通っているから健診は受けなくてもよいというような。先生を信頼していますから。年に1回くらい検査はしますので安心してはいるのです。そういったことが非常にまずいのだということも理解しました。保健師と先生と違い、ずっとまち全体の将来の町民の一人一人の皆さんの将来を見越した仕事をしています。これはまずいという思いでお聞きしておりました。今後、ぜひ健診を受けていきたいと思いました。

もう一つ、前回の委員会の中で申し上げました。保健師が非常に困難な状況の中で一生懸命取り組んでこられました。地区担当の状況は、人数を見ても変化がない中でトータルの人数としては下がっているのです。これは、これだけ多様化して国からも指導を受けてくるような状況です、最近では。昔は、このようなことはあまりないのです。非常に先進地として私たちは健康づくりには取り組んでいるとずっと思ってきたのです。ここにきて、その成果がどうなっているのかと毎回感じてきたことなのですが。保健師の重要性というのを、まちのトップの皆さんもぜひ理解して近隣市町村よりもはるかにレベルが高いという思いで私はいたものですから今、がっかりしているのです。これだけ多様化する仕事の内容を捉えると、これは委員長にもこの間も申し上げましたが、保健師はやはり体制を強化する、ということは増やす、増やすだけが重大なことではないのですが。ここに目を向けないと、ほかの仕事と一緒に取り組んでいる状況が垣間見えてくるのです。絶対数が足りないという状況を、ぜひ課長も日頃から理事者の皆さんには申し上げていっていただきたい。もう1点は、我々も議会として委員会として委員長にぜひこのことをマンパワーといいますか、しっかりと確立して目標に向かって健康づくりの目標に向かって進んでいくという状況をつくっていきたいものだと思いますので、課長も委員長もぜひそのことを捉えてこれから活動していってほしいと思います。

○委員長（広地紀彰君） 久保健康福祉課長。

○健康福祉課長（久保雅計君） 申し上げられるところから、お話をさせていただきたいと思えます。年数がかかって効果が出るというところがあって、人数のことも含め出しています。システムの入替えにより、保健師ではなくてもシステムでできる仕事があるなど、今後、AI化によりロボット化される業務が、健診結果であるとかレセプトのデータなどは全部決められたルールで、レセプトも電子入力というのが基本になっていますので、自動的にできる部分も出てくるだろうと思えます。そういうことであれば、保健師がしなくてもよい仕事であるとか、事務職ですらなくていい仕事、例えばデータを取込みして完結するような業務も出てくると思うのです。今は過度期のため、その仕組みを理解する人間が、どのように分析したらいいのか、どのようなところからデータを取ってきたらいいのか、そのようなところは機械だけではなく人間の力が必要です。AIに頼り過ぎると方向性がずれてしまって、町の傾向と違う結果に出してしまうことがあります。その辺の区別が

つけられて、判断のできるマンパワーの部分として、機械化できることは機械化して業務を減らし、そうではないところに力を入れて取り組んでいこうという流れにしていかなければならないと思います。システムのなものとマンパワー的なものを分けながら進めていけばいいのかという部分があります。

国保のデータと後期高齢者のデータ、そして介護のデータしか見られないのですが、共済や社保、建設国保など、いわゆる我々の町の管理外の保険者のデータにつきましても、今後はそこを見られるようなことになれば、経過がずっと見られますので、傾向も分かるということになると思います。これは、保険者関係なく国民の医療費というのは国全体の問題でありますから、健保組合など保険者自体が自分たちの財政も考えないといけません。具体的な例でいきますと、西濃運輸の健保組合は結構前に財政が悪く解散しているのです。それで、いわゆる通常の社保になりました。そうなれば保険者自体の財政的なものもありますので、国としては消費税の財源を振り替えるというのはそういうところに表れているということです。町としましても、保険者が変わっても変わらなくても経過的に見られるような仕組みに今後なっていくと、より分析は進んでいくかと。65歳で退職したらずぐ国保になります。そうすると、それまでのデータが見られるようになれば傾向が分かりますから指導することもできると思うのです。そういうのができれば、町としても積極的に進めていきたいと思えますし、健診を受けにくい環境というのも、少しずつでも健診が受けられるように、お医者さんのお話もありましたが、お医者さんが行かなくていいから大丈夫だという話もあります。逆に我々としてはお医者さんから御本人の同意を頂いて健診を受けているというみなし健診の扱いになるようになれば、指導できることにつながります。そういうところからも進めていく必要があると思えます。お医者さんの協力や御理解、そして御本人の気持ちを含めて、少しでも意識が変わっていただければ、御本人の健康のためでもありますので、そういうことで少しずつ、様々なところから進めていく必要があると思えます。

○委員長（広地紀彰君） 暫時、休憩いたします。

休憩 午前11時18分

再開 午前11時19分

○委員長（広地紀彰君） 休憩を閉じて会議を再開いたします。

今、御指摘いただいた内容は非常に重要な意見ということで、私としても捉えております。前回は保健師の業務が多様化していく中で、また白老町の高齢化が進んでいくことをしっかりと見据えて、一人でも保健師を増やしていくといったような意見をということは前回も及川委員からも頂いておりますし、ほかの委員からも体制の充実強化は、ほぼ訴えられている内容でもあります。ですので、そういった御意見をしっかりとまとめていきたいと考えております。

それでは、暫時休憩いたします。

休憩 午前11時20分

再開 午前11時27分

○委員長（広地紀彰君） 休憩を閉じて会議を再開いたします。

それでは、ほかの委員からの質疑をお受け致します。

貳又委員。

○委員（貳又聖規君） 1点、前回のおさらいで地区別受診率の関係をお聞きします。高砂と川沿が低いというお話がありました。平成29年から無料化になっているため、実際には低所得の方々であっても無料化になるのであれば、そこの部分の受診率はもっと高まるかという気がしていました。そこは思いのほか低いです。その辺の実態というのはどのように押さえているのかお聞きします。

○委員長（広地紀彰君） 本間健康福祉課主査。

○健康福祉課主査（本間恵美子君） 御指摘があった私の地区の担当で、どちらも受診率が低いです。経年でそこには30年度しかないのですが、私の手元の資料で高砂地区はほぼ変わらず、平成25年から18.7%、26年が1回下がって12%くらい、27年が23%、28年が20%、29年が22.9%ということのでこぼこがあるのですが、29年度に無料化になっても全体的な底上げはあったかもしれないのですが、高砂は実質特定健診の対象者は、高砂地区109名で、そのうち25名が受けて22.9%という数字です。今、どこの地域もそうなのですが、徐々に国保の対象者の方が減ってきています。そのため、若い方がいらっしゃるところもあります。川沿は特に。川沿地区は187人中50名が受けていて、どちらかといえば上がってきている傾向で、平成25年、26年と18%、19%から27年に30%になり、それから28年に26%、21%、26.7%ということで、でこぼこがありますが、数値的に無料化などは関係なく、全体的に健診に関する意識が高くない、ということなど、前回もお話ししましたとおり、私がもう少し未受診者対策で国保の方の一人一人のところに回って歩くことは必要かと思っています。受診率が高いところは、年代的に60代とか70代が多い中で萩野とか北吉原とか石山地区などは受診率が高いかと。突出している陣屋は5人と母数が少ないため、特定健診の対象者のうち3人受けているという割合でいくと、陣屋はすごいと思うのですが。割合や地域の実態がそれぞれ違うため、各地区担当の保健師が分析をして、きちんと誰に当たらないといけないのか、先ほど言ったように健診のデータをもったら、また受けてもらえる体制づくりをこれからしていけないと思っております。

○委員長（広地紀彰君） それでは、ほかの委員からの質疑ございますか。

森副委員長。

○副委員長（森 哲也君） 森です。資料は前回のおさらいや、様々な年齢ごとの細かいデータや事例をたくさんつくって頂き、また、それだけではなく、今後の取組なども分かる内容でした。

この中で1点、今後の取組のところについて多く出てくるのがフレイル対策等のことで、これは白老町の課題であり、どのように進めていくのかと感じたところでもあります。私自身も福祉の現場で働いていて、フレイルになる家庭の方というのを結構、目の当たりにしてきたので、そのようなところを様々な現場の方の声を拾うことでもフレイル対策に大きくなると思うのです。そのためには、今後の具体的な取組についても書かれておりますが、三連携の推進体制のさらなる強化や裾野を広げるということが、今後は大事になってくるのかと思うのです。町としての三連携の推進の今後の在り方についての考えをお伺いします。

○委員長（広地紀彰君） 打田健康福祉課主幹。

○健康福祉課主幹（打田千絵子君） フレイル対策といいますと、足腰の筋力が低下するので、そ

ういう部分で体操しましょうというイメージが強いかと思います。白老町の考えるフレイルというのは、筋肉は全身にありますので足腰だけではないのです。先ほどの事例でお話した心疾患も心臓は筋肉の塊ですので、心臓の筋肉が衰えることで心不全になることも出てきます。白老町は心疾患が多いため、そういうところを中心としたフレイル対策を考えております。三連携の推進方針も後ろのページにも評価の指標なども載っています。19ページです。特に心疾患ですと、血圧が高い方が影響を受けるため、そのような部分の具体的な評価指標を出しております。11ページ、12ページにも中長期的目標など、13ページは短期的目標など出ささせていただいています。脳血管疾患、虚血性疾患など生活習慣病に絡めたフレイル対策での取組を考えております。

○委員長（広地紀彰君） 森副委員長。

○副委員長（森 哲也君） 森です。今後の三連携のモニタリング等のことに今後使われていくということですが、このような対策は保健師の指導等だけではなく、在宅でもしてもらうことも大事なのかと思います。私は町民の方とお話して、フレイルとサルコペニアといっても、まだまだその言葉の浸透度というのはどうしても低いところであると思います。このフレイル対策をするときに、全国共通の言葉ですのでフレイルとは言うとは思いますが、分かりやすく括弧書きか何かで伝えて、町民への周知度や浸透度を高めるためにもより分かりやすく広めていくことも大事かと思っております。町としての見解をお伺いします。

○委員長（広地紀彰君） 久保健康福祉課長。

○健康福祉課長（久保雅計君） フレイルという言葉の説明自体もなかなか分かりにくい部分や伝わりにくい部分があるというお話だと思います。例えば、出前の講座のときにそのようなお話をするとか、ホームページに載せる、しかし、ホームページに載せても高齢者の方だとなかなか触れる機会が少ないということであれば、広報に載せてみるとか、小さいことですが、少しでもフレイルという言葉に対する理解を深めるということも必要だと思います。また、いわゆる高齢者の傾向というのは全道的な傾向なのです。一般的には低栄養と言われていますが、北海道や白老町の特徴としては、逆に肥満度が高いというところがあります。一般的にいわれるものとは違うこともありますので、その辺の地域の実情を考えながら、一般的なものとは違うということも周知していきたいと考えております。

○委員長（広地紀彰君） 打田健康福祉課主幹。

○健康福祉課主幹（打田千絵子君） 町民への周知や啓発につきましては、広報への記事の掲載や、いきいき4・6のロビーに啓発するような展示を常設しています。また、出前講座などでも町民の方にお話する機会がありますので、そういう部分でもっと展開していきたいと考えております。

○委員長（広地紀彰君） それでは、ほかの委員の質疑をお受けします。

久保委員。

○委員（久保一美君） 1ページ目の受診率は、町で把握している部分の表という間違いはないですか。白老町内でも町で実施しているものと対応しきれないで会社で受けている部分など。

○委員長（広地紀彰君） 前回も若干、その辺りが議論になっていました。特に他自治体の病院からの情報提供がなければ、受診率につながってこないという部分の課題という部分はどうですか。

本間健康福祉課主査。

○健康福祉課主査（本間恵美子君）　こちらに今、掲載しているのは国保の方の健診受診率で、企業との連携で、そこの部署に国保の方がいらっしゃる場合にデータを頂いています。高齢者事業団や白老宏友会さん、フロンティアさんです。声をかけて国保の方が健診を会社で受けていただいでいて、国保の方であればデータを提供してもよいですというのを書面で頂き、その方のデータを頂くということをしています。その方たちの分もこちらに含まれていますので、国保の方が会社の中に社会保険ではなく臨時さんなどで雇っているという方でまだまだいらっしゃるのであれば、そのようなやり取りをさせてもらい、データを頂けるように高齢者事業団はもう何年も続いていて、毎年3月に高齢者事業団の方に健診を受けて頂くのですが、データを頂いているということで健診の受診率を上げるための確保もしているところです。

○委員長（広地紀彰君）　ほかの委員からありますか。

長谷川委員。

○委員（長谷川かおり君）　長谷川です。私も今までお話を聞いた中で74歳と75歳の境目があり、そこで保健師による指導が行われなかったというところは、前回の説明ではじめて分かりました。これから町としても取り組んでいくということですので、介護になるかならないか、何か体調を崩してがたがたと介護状態になるというのは、本当にこの年齢が境目だと思いますので、皆さんに指導をお願いしたいと思います。また、先ほど森委員が言ったフレイル等はなかなか高齢者の方には浸透しにくいところがあります。後期高齢者の方にも指導に入ってくださいということなので、浸透していくかという思いであります。こちらの、事例の中で1,400万円以上の治療費がかかっているところも、この方の場合ですと身体障がい者の手帳を受けて自費の負担の部分では、この患者さんの自己負担は少ないけれども、これだけ国または町で負担しているのだということも、町民の皆様を示していくことも大事かと。そういうところも、一人一人の健康管理または町に負担をかけない意識づけにもなると思いますので、みんなで健康になっていこうという思いが大事かと思しますので、これからの取組に御期待いたします。それに対してのこれからの取り組み方など、何か決まっていれば目指すものがありましたら、三連携というところで、何かありましたらお示しください。

○委員長（広地紀彰君）　久保健康福祉課長。

○健康福祉課長（久保雅計君）　ただいまのお話は、75歳での世代断絶、何度も申し上げているかもしれませんが、そこは断絶しないように進めていきます。また、先ほどの医療費1,400万円の事例は、一つなのですが、一つだけではなく町として医療費のかかっている金額の多い上位何件かの傾向を見定めて、このような傾向が多ければ、そのようなアプローチをしていくことが必要だと思います。市町村によって疾病の状況は違う場合も出てきますので、先ほど年齢が若いうちから症状が出ているというところ、これが80歳、90歳くらいになってはじめて出てくるような、右のほうに世代をもっていくということも含めて、町としてどこが弱点なのだろうと、様々な傾向や疾病の状況は、疾病の分類で出てきますので、その辺を見定めながら進めていく必要があります。それが74歳までにある程度取り組んだ中で引き続き75歳からも続けていくということは、単純に75歳から始めるのではなく、今まで続けてきたことを年齢間わず継続していくことで、御本人も今までせっかく頑張っていて治療してきたものを無駄にしないことにもなりますから、進めていきたいと思します。また、健診の検査項目を拡充していくことも含めいろいろな手法を交えて、それを1年限りで

やめるのではなく、継続して続けていき、さらに指導につなげて、限られた予算ではありますので、毎年たくさん広げるということに至らないかもしれません。少しずつでも医療費削減のためと健康寿命延伸のために我々としてもできることから始めていって、皆さんの健康のためにも進めていきたいというところであります。連携を含め、一つの課で出来ない部分は当然あります。インセンティブをうまく活用するという事は財政的な負担を減らすということにつながります。それが強いでは保険料や医療費の減少につながるのであれば、一石二鳥ではなくて三鳥かもしれません。そういうことでお金のことも考えながら進めていかないとならないと思います。そういう視点を持ちながら横の連携を取り、理事者とも相談しながら、どういうことが効果的かということでも話し合っ、何をしていくかということを検証しながら進めていきたいと考えております。

○委員長（広地紀彰君） 西田委員。

○委員（西田祐子君） 西田です。頂いた資料の最終案の10ページで、事業全体の流れというところを見て、地元医師会への情報提供、相談、助言、かかりつけ医師などへの地域の医療関係団体との調整と書いてあります。その前のページには薬剤師等の他職種連携も重要な課題とあり、今までこのようなことは書いていなかったと思うのです。今回、素晴らしいと思い、今まで議会からもそのような提言は軽くはありましたが、町からは特にはなかったもので、そこを重要視していただいたら、前回のときもそうですが、白老町民全体の健康と福祉についてということで一緒に考えていただけると、これは素晴らしいと思います。ぜひ、この辺は力を入れてやっていただきたいです。具体的に、こういうものを目指しているのですとか何かありましたら教えていただければありがたいです。

○委員長（広地紀彰君） 本間健康福祉課主査。

○健康福祉課主査（本間恵美子君） かかりつけ医との連携というところで、実際に実施しているところもあります。健診を受けていただいて、その結果、私たちがこのように指導しましたということをごきちんと紙面に起こして、御本人から直接伝えるのではなく、御本人に次の受診のときに先生方へお手紙を持って行ってください、ですとか、町立病院であればこちらから病院にお手紙を渡しておきます、という方法を取っています。また、連携の一つで糖尿病の連携手帳というのがあります。そこに私たちの指導内容を記載して、それが今は上手くいっている地域と、上手く活用されていない地域があります。そこは連携の一つとして私たちがもっと先生方と一緒に勉強させてもらうなどの取組をしています。先生にここのコメントを見ていただいて次の治療に生かしていただければとか、先生方がこういうことを指導してもらいたいということも記載していただければ、私たちが患者さん御本人に返すことができますので、そのような指導から治療の連携の一つです。重症化の場合、かかりつけの先生と例えば腎臓の専門医や、苫小牧などの大きな病院に行っている方もいらっしゃるため、その連携はまだ課題で、町内の医療機関は医師会も事務局がありますので、連携を取ったり、総会もさせてもらったりしているので、先生方にこのようなものが始まりますというのは直接お話しすることができるのです。苫小牧など大きくなると医師会を通してとなれば、まだまだ不十分なところもあります。それになると苫小牧市と連携をして、苫小牧医師会とどのようにするか、保健所を中心としていかなければなど、大きなくくりになりますので、そこは課題としてまだまだするべきことがたくさんあると思っています。まずは町内の医療機関とうまく連携を

図って、重症化にならないように指導の内容などのやりとりをさせてもらっているのが現状です。

○委員長（広地紀彰君） ほかにありますか。

貳又委員。

○委員（貳又聖規則君） 回収される資料の16ページの具体的なことも書いてあり、全体的なつくり込みが素晴らしいと思っておりました。健康福祉課の熱量を非常に感じましたので、ただほかの課も同じくらいの熱量を持たないとなかなか厳しいかと思って聞いていました。16ページの関係は、私が質問した内容の保険者努力者支援制度はこれもインセンティブです。ここでいう保険者努力者支援制度で保健指導をした場合にインセンティブが働きます。そうすると、この国保の市町村のどここのところに丸印がつくのですか。例えば、④の糖尿病重症化予防で丸がついています。これは、インセンティブが該当するところに全部、数字が入っていて、この各取組は国からのインセンティブが働く中で町はこれを推進するといった場合にインセンティブが頂けるのではないですか。この全ての項目にインセンティブがあるのかどうかというのが分からないのです。もしもそうでなければ、インセンティブが受けられるものと受けられないものがあるということなのですか。また、特定健診の指導の実施率は金額ですか。点数なのですね。視点として必要なのは保健師の医療専門職が活躍されることで、インセンティブも働き、医療費抑制も図られ、まちの財政負担も将来的には抑制されるということではないですか。そのインセンティブでいうと最後に用語の解説でもありますが、インセンティブ制度とは仕事に対して動機付けをし、個人のモチベーションを高め、持続させるためのシステムと書いてあります。かみ砕いて町民の方に分かりやすく言うのであれば、これは頑張ることによって国から金銭的な支援があるということです。私はインセンティブというところで、医療専門職の方々が活躍されればという話にその部分を持っていけるかと思うのです。説得材料になるかと思います。16ページの考え方の確認です。全てにインセンティブあるのかどうか。これは点数とありましたが。表のつくり込みを保健指導した場合には国からのインセンティブが働くとか、国が求める特定健診の受診率が60%超えた場合にはさらなるインセンティブがあるとか、そのようになると思うのです。

○委員長（広地紀彰君） 本間健康福祉課主査。

○健康福祉課主査（本間恵美子君） ここに記載されているのは、国からマックスで頂ける点数なのです。特定健診の受診率でいうと60%以上であればマックスの点数を頂けるのです。ただ60%に届いていない市町村が多数ありますので、去年よりも5%上げたら何点など、細かい基準が全部あるのです。今度は逆のマイナスインセンティブも働くことになりますので、昨年よりも何%落ちたら点数が引かれるとか、そういうこともあって細かい全部指導の内容で点数化されて、トータル白老町は何点ですと、その何点に対していくらのお金が入りますという計算のされ方のようです。がん検診は受診率が低いため、そこで点数はなかなか頂けないですし、重症化予防は取り組んでいますので、ここはマックスで点数を頂けるなど、1個ずつ全部点数づけが違います。私も皆さんに健診のデータを頂きたいと大まかに言ったときに、なぜあなたにデータをあげないといけないのですかと言われることがあるのです。そのときに、今、白老町は受診率が何%なのですが、国の目指す受診率へ上げるとそれがお金として、それが皆さんの保険料に反映されて保険料が安くなるということもあるのですと、大枠で話しています。具体的にいくらまで下がりますというのはなかなか

難しいのですが、そのようにお話しさせてもらおうとそれなら協力しますとか、不信感がまだあり、きちんと丁寧に返していないところもあります。なぜ私のデータを渡さないといけないの、そのように言われたくありませんということがありますので、そのような説明の仕方をしています。

○委員長（広地紀彰君） 打田健康福祉課主幹。

○健康福祉課主幹（打田千絵子君） 補足説明ですが、こちらの16ページの丸がついているところは主に点数が高いところや、私たちがここに力を入れて点数をもらいたいというところに丸をつけております。

○委員長（広地紀彰君） 貳又委員。

○委員（貳又聖規則君） 私は以前その担当してまして、実際に未受診者の個別訪問等をしたときに、データを渡してくださいというときには本当に不審がられるのです。ただ、今これだけ白老町の財政状況が厳しい中で1件でも健診結果を頂けると財政上有利に動くので、まちづくりに貢献してくださいと説得して、私提供しますという方々が結構いらしたのです。これは各課が連携していますが、今後、非常に大事なのは財政的な視点なのです。町でいう財政のプロフェッショナルもきちんと見て、この点数を得たときに実際に町にはこれだけのお金が入りますと、この別紙で医療専門職の整理してみましたというところで、保健師と管理栄養士の獲得により、この新規事業に則った場合には350万円のお金が入るわけです。ですので、こういった国の制度も踏まえてお金を有効活用しながら、展開していくのが望ましいと思うのです。これは組織として、財政担当も理事者も理解しなければいけないと思いましたので、そういう質問をさせていただきました。

○委員長（広地紀彰君） 久保健康福祉課長。

○健康福祉課長（久保雅計君） ただいまのお話の580万円と350万円、昨年に副町長に制度を全部説明していきまして、財政的な面の理解はしてもらっています。人工透析の600万円の話もしております、そういう意味で今までそういう視点でなく伝わってなかったと思われる部分がありましたので、前にも申し上げたかもしれませんが、人工透析の方を10人減らせば500万円ほどのお金が浮きますという話もしています。少しずつ制度に関する理解を深めてもらい、今までなかった視点も出てきましたから、担当としても今このような制度になっているという説明をしています。インセンティブも毎年のように少しずつ配点の項目、配点の方法が変わってくる傾向にありますので、お金も大事ですから配点も気にしています。国がここをポイントと捉えるということは、国全体の流れとしてここに力を入れるといいということですから、制度の先取りではないですが、インセンティブの制度を活用して、今後進めていきたいと思います。

○委員長（広地紀彰君） それでは、ほかにありませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○委員長（広地紀彰君） 様々な観点からあったのですけれども、一つの意見として私から国保データベースシステムから、実態を見させていただいて胸に迫る思いです。平成29年でまだ元気だったときに、すでにその兆候は捉えられていて、もしかしたら手を打てば命を長らえていることができていたかもしれないと本当にそう思いました。ですので、前回の様々な一定の効果も表れ始めているデータも拝見して、まちの事業によって町民の健康をつくり出せると思えました。まちの大義は町民の生命や財産を守っていくということであれば、健康福祉課は、まさにその最前線に立って

いるのではないかというお話もしました。実際に今回の丁寧な資料提供の中でも一人の人間を通して、これだけのことが実際に起きると。それを防ぐことができるかもしれない、新しい事業にも取り組むというお話もありました。今、各委員からもあったとおり、体制強化に努めながら、まちの組織として政策としてもっと強化をしていくべきという意見になろうかと思いますので、引き続き皆さんの御尽力を期待するものです。今日は、大変また豊富な資料を用意していただきながら、活発な議論ができたと思います。

それでは、これを持って質疑を終了と致します。

○委員長（広地紀彰君） 暫時、休憩いたします。

休憩 午後 0時02分

再開 午後 0時03分

○委員長（広地紀彰君） それでは、休憩を閉じて委員会を再開いたします。

本日の所管事務調査は、先月開催時に出された委員からの意見も踏まえ、現状把握から見る課題、今後の取組について担当課と今回も協議を重ねてまいりました。それで、私から出させていただいた所管事務調査の意見のまとめの部分を御覧いただきたいのですけれども。前回、活発に議論いただきまして、意見をたくさん頂いております。西田委員から特定健診の受診率向上が医療費削減や介護保険料の算定にも好影響を与えるという相関関係を重視していくべきと。そのためにも各関係化がより一層の連携を図るべきという御意見を頂いております。また、長谷川委員からは健康づくりや10年先、20年先につながっていくという、厚真町の取組等の御意見を頂いております。国保データベースの活用も重要ではないかという御指摘も頂いております。森副委員長からは前回、特定健診の地区別受診率を出してほしいということで今回につながったわけなのですが、こういった部分がしっかり現場担当者に伝わっていく体制の充実を図るべきではないかといった部分。森副委員長の御意見の関連で、保健師が各課分散されているという部分が、これは体制強化の一環ということの答弁からあった意見でした。貳又委員からは、保健師の個別訪問等の保険者努力支援制度をしっかりと捉えていくべきではないかという観点の御意見、他自治体等の病院医療機関で受けた健診データ提供についても御意見を頂いております。福祉関係の担当課のみならず、例えば産業別団体の実施勧奨の協力を得るためには農林水産課からも、漁業協同組合に対して働きかけをしてもらってはどうかという具体的な御意見を頂いております。若いうちから健診を受ける環境づくりや、一般事務職を含めた担当課の体制強化や効率化、データベースの活用、健診受診率を早期に目標の60%を達成していくことが重要ではないかという御指摘を頂いております。前回、及川委員からはいろいろと保健師の業務が多様化する中で関係機関と連携しながら一人でも多くの保健師を確保していく必要があるのではないかと、これは強い意見ということで頂いております。久保委員からは受診しない方の立場を理解しながら勧奨をしていくべきではないかといった部分がございます。また、本日もたくさん意見を頂戴していただきまして、西田委員から健康カレンダーの読みやすさの御指摘を頂いております。同じような観点でフレイル対策についても森副委員長からも発信していく際の分かりやすさや、町民に対しての理解、浸透を図っていくべきという御意見を頂いております。また、及川委員からは一定の成果は見られていることに安住することなく目標に近づける努力をしていく

べきではないかという意見。また、保健師の重要性を町として捉えていくべきではないかと、体制強化していくべきだということは今回も重ねて御意見を頂戴しております。貳又委員からも今の体制強化の部分で、各課の連携の中で財政との関連性についても御意見を頂きました。国の施策ともしっかりと連携していくべきだという部分も御意見を頂戴しています。久保委員からは企業健診との連携の部分について御意見を頂いています。データ共有の理解を町民、町、町企業にも広げていく必要があるのではないかという御意見です。長谷川委員からも後期高齢者への切れ目のない指導がこれから行われていくということを踏まえて、さらに頑張っていっていただきたいという期待を込めた御意見を頂戴しています。そのためにも実態を訴えていく必要があるのではないかという御意見がありました。

雑駁ではありますが、各委員の意見をこのように押さえております。関連することでも結構ですし、さらに追加等で皆様から御意見を頂戴した上で、正副委員長で案としてまとめさせていただきたいと思いますが、何か御意見ございませんか。

及川委員。

○委員（及川 保君） 私は正副委員長でまとめていただければありがたいと思います。

もう一つは、所管事務調査は重要な案件をこの委員会がきちんと議論をして、町の実態を理解した中での報告をしなければいけないのです。そうすると、町理事者はこの委員会が報告した内容をしっかりと精査して取り組むという姿勢が必ずついて回るのです。そういったことから、正副委員長の中で私も再三、申し上げている保健師のマンパワーの部分も含めて、ぜひ委員長でまとめていただければありがたいと思います。

○委員長（広地紀彰君） 特にまち、理事者というお話がありました。具体的に取組を進めるべきだということです。それは訴えてさせていただくように記載したいと思います。ほか、ございますか。

西田委員。

○委員（西田祐子君） 正副委員長にまとめていただきたいと思っています。ただ、今まで私は議員を16年間やってきまして、一度も持って来なかった財政の感覚や、未受診者に対してどうするかとか、高齢者に対してどうするかなどの視点が大事です。本当に新しい視点が今回の計画には盛り込まれているかと、そういうところを評価することでまとめていただければありがたいと思います。

○委員長（広地紀彰君） 今の御意見は担当課にとっても追い風にもなる御意見だと思います。ぜひ、その辺の趣旨を入れたいと思います。ほかにありませんか。

貳又委員。

○委員（貳又聖規君） 今のまちの課題としては縦割り行政があって、総合行政を推進することにより、様々な効果的な相乗効果を生む取組ができると考えています。前回、私が保険者努力支援制度で、インセンティブが働いているはずだと、それは健康福祉課の領域ではなくて町民課でしたが、町民課から資料提供してもらうのは難しいというお話が議会事務局からありました。それは、所管事務調査にはならないからということでした。ただ、今、私が提案したいのはこの所管事務調査というのは各委員会でテーマを持って研究し、そして町に提言していくということであれば、特定健診という切り口から実際に受診率を向上させるというときに、町民の方々に受けてくださいという

のであれば、皆さんの健康にも役立ちますし、町にも貢献できて、お金が入ってくるというのは非常に大事なものであると思うのです。それが実際にそのお金は国保会計に入るものでありながら、今回は資料提供ができませんというのであれば、町の職員の政策決定能力も高まりませんし、我々の考え方は別に各課の担当ではなく、テーマごとに入っていく切り口です。そのようなことから今回、初めて所管事務調査をさせていただく立場から、非常に難しいと一つ壁を感じたわけなのです。今後またウポポイを起爆剤としたテーマに入っていきます。観光を切り口にしたのであれば、今後のお話的には、例えば漁業者の所得控除といったものも関連してきます。そうすると、それは経済振興課の範囲ではなく農林水産課ですので、所管事務調査の対象にはなりませんというのであれば、研究するものなかなか難しいかというのがあるのですが、その辺の教えていただければと思います。

○委員長（広地紀彰君） 小野寺事務局主査。

○事務局主査（小野寺修男君） 今回の所管事務調査の資料の件は、貳又委員がおっしゃったとおりなのです。例えば、所管事務調査のテーマの取り方が三連携の取組についてということの中で進めていくのであれば当然、健康福祉課それから町民課、それから町立病院というところで、皆さんに来ていただいて説明してもらうことは可能だと思います。先ほど言った、経済も水産業もそのような切り口でいくことは可能だと思います。今回、スタートが健康から入ってしまったものですから、そのようになったということで御理解いただければと思います。

○委員長（広地紀彰君） 今の御指摘というのは、今後の所管事務調査のあり方にも関わります。本来、所管事務調査の中でテーマ設定に基づいた調査には、担当課に全面的な協力を頂くというのは基本的な委員会の立場です。どこまで踏み込んでいくかということにかかってくると思います。貳又委員から御指摘いただいた、財政の観点というのは非常に今までの健康づくりの側面としてはなかなかない切り口で、そのような意味では大変興味深い観点でしたので、今回取り上げる中で、実際に回収になりましたが、まだ検討中の計画の中に様々な具体的な点数の指標も出していただきました。おそらく、これからも所管事務調査を進めていくと必ず絡んでくるのです。大局的には基本的に産業の話をしていくと、例えば企画と絡むなどして、でもそれはできないなど、様々な議論がこれからもあります。ですから、皆さんは議員ですから資料請求も出来ますし、これから予算の審査もあります。資料請求は各会派からまとめてできますし、一般質問を展開することも出来ます。ですので、もし今回の大きな捉えの中では私は保険者努力支援制度といった部分に光を当てた内容になるということで、委員会のまとめは十分に調査できたのではないかと私としては感じています。ただ、これからさらに追求していくべき課題ではないかといった部分については、様々な活動の中で関連させていく部分になるので、今回はあくまでも健康づくりという部分の大きな捉えで健康福祉課に対しての所管事務調査を申し込んだということで御理解いただきたいと思います。

貳又委員。

○委員（貳又聖規則君） 理解いたしました。今日、西田委員が計画を褒めていました。まさにそのとおりであって、個々の専門職の保健師を見ると熱量が高いのです。現場を知っていますから。そういったときに、そのような計画案が出たときに私もほっとするわけです。なかなか、他課にまたがるような仕事でいくと、ほかの課のことに口を出さないでくださいというものがあるわけなのです。自治体職員として大事なことは自分の担当ももちろん大事にしながら、そこにはいろいろな

部分が動いていくので、広い視野を持ち、それが職員の自治体形成能力につながるわけですが、他課にまたがることも意識する職員は、余計なことを言わないでくださいとたしなめられるわけです。では、その環境の風通しをよくするのは誰かと、どのような立場の人かというところだと思うのです。町民課との連動もあるのです、町民課は国に対して補助金申請をする役割ですが、そこには保健師の頑張りがあって町にはそれだけのお金が入ってくるということなのです。役場職員のこれからのあり方というのは、特定健診はみんなで受診率60%を目指しましょうというときに、データ受領の関係も苦小牧の医師の責任ではないのです。町民の方々に協力体制を取ればいかほどでも上がります。高砂町は受診率が低かったのもう少し掘り下げてみると漁業者の方が多ということもあるわけです。漁業協同組合に協力を得ましようと、農林水産課と連携し皆で達成したではないかという環境づくりが大事だと思うのです。今回、所管事務調査の中でも提案できるのであれば、私は本当に頑張っている職員が生かされていくかと思いました。なかなか、理事者はそこまで分からないのです。

○委員長（広地紀彰君） 先ほど御意見を頂いた、各課連携また財政との関連性や、町民周知も含めてということの中で、さらにこれから努力を続ける職員の環境づくりや事業を進めていくための部分にも各課の連携の重要性ということを念頭に置きながらの御意見ということで承りたいと思います。

西田委員。

○委員（西田祐子君） 今の貳又委員の意見は非常に大事で、私たちが所管事務を取っていく中でその壁には何回もぶつかってきました。これからの時代は、様々な課にまたがり、なおかつ私たちがそれぞれ所管している2つの委員会があります。それを越える場合もこれからあると思いますので、それを超えられるように、それぞれの委員会、議会全体も考えていかないといけないかと。そういう部分も超えられるような体制もできたらありがたいと思います。

○委員長（広地紀彰君） 私どもの常任委員会に与えられた権限と、使命や適切な行使のあり方というのはあると思います。それは、私たちの調査を妨げるものではなく、与えられた権限の中でどういった効果を発揮できるのかという部分は追求していくべき課題だと思います。ですので、様々な一定のさばきというのは出てきます。それが限界ではなくて、その中で切り口をどんどん深めていきました。実際にフレイルなどの話に踏み込まれてきました。それもまた大きな健康づくりに本当はなり得る調査内容であるはずなのです。健診の部分に大きな軸足を置いていましたので、そのような部分を与えられた範囲の中で、どのように深めていけるかということも一つ努力できる世界でもあります。引き続き、今年は研修視察もありますから大いに議論できる余地がたくさんありますので、さらに皆様のお知恵を借りながら進めていきたいと思っています。

及川委員。

○委員（及川 保君） 西田委員からも貳又委員の話は是としてこれから取り組んでいくべきだという趣旨の意見ありました。私もそういう思いでいます。今、委員長からの所見もありました。取り組む項目の中でどうしても財政との絡みも出てくるとか、他課にも関連する部分が出てきそうだということがこれからもあり得るので、事前に冒頭から他課との関連も含めて議論して所管を決めたらどうですか。

○委員長（広地紀彰君） まず、逆に当初の部分で及川委員の御指摘の部分具体的な部分に落とすと、事前に例えばテーマが健診、健康づくりと捉えた場合に、高齢者介護課もぜひ所管事務調査として、もしくは町民課と健康福祉課とか、そういった形で事前に各課に対して打診をするのです。時期を得た調査にしないとだめですから。そのような部分は事前にすり合わせをします。そのときに、関連している部分について事前に言うておきますと、各課は日常業務をたくさん抱えていますので、滞りを起こさせない形でできるかと。関連していくと、全ての事業に財源が絡みますので、毎回、財政課を呼ぶのかということそうはならないように、関連しているからといって広げていくというのは避けたほうがいいと思います。ですので、今回の場合は特に特定健診というのは町民課の予算にも絡んでいますし、密接に絡んでいる部分でした。資料提供の限界はあるかと思えます。たまたまテーマが広がっていた部分があったかと思えます。今、資料も頂きましたし、これから調査内容を広げていくときに、このような部分の資料が必要になってくるのは当然ありますし、具体的な話になりますので、これからもそのような御意見を頂いた際に、それは違うからと切り捨てるのではなく、それは資料請求として進めていこうかと、ぜひ担当の説明がそこだけは必要だとか、そういった部分は与えられた権限の中で充実をさせていくことを追求していくといった部分は心して所管事務調査を進めてまいりたいと思います。

貳又委員。

○委員（貳又聖規君） 今回はレアケースだったと思います。あえて、今回は保健師だとか医療専門職は、自治体で専門的な知見を生かすのであれば、インセンティブが働くことは、これは町立病院問題も同じなのです。今、町立病院問題も方向性を変換して予防に取り組みます。そこに関わる専門職の方が頑張れば、また国からインセンティブが入ります。医療専門職の方々是一般事務職とは違いお金を生み出しているのです。ですから、財政が今回非常に関わるということなのです。町民の皆様にもなぜ専門職が必要なのかという大義を見せるためには、財政問題を通らなくては実現できない問題でしたので、今回はたまたまレアケースだと私は思っています。これから、観光の関係などでも、だから財政ですということにはなりません。人が関わる部分は財政的な考えがなければ理事者も動かないと思います。ですが、今回はたまたま、健康福祉課から出された計画案の中には、そういった財政的な知見も入っていて素晴らしいものになっていたというところだと思います。

○委員長（広地紀彰君） それでは、よろしいですか。

では、今、追加で出ました部分の意見を踏まえて、正副委員長で取りまとめを行った上で書面にて報告を致したいと思いますが、それでよろしいでしょうか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○委員長（広地紀彰君） そのような取り扱いをさせていただきます。

◎閉会の宣告

○委員長（広地紀彰君） 以上をもちまして、産業厚生常任委員会の所管事務調査を終了いたします。

（午後0時28分）