

令和4年度 北九州市高齢者支援と介護の質の向上推進会議
第1回地域包括支援に関する会議 会議録(全文)

1 開催日時

令和4年7月26日(火) 18:30~20:00

2 開催場所

北九州市役所 15F 15C 会議室 (WEB 開催)

3 出席者等

(1) 構成員

安藤構成員、石田構成員、伊藤構成員、今村構成員、大丸構成員、
後藤構成員、白木構成員、杉本構成員、田上構成員、中村構成員、
平川構成員、森野構成員、油布構成員

(2) 事務局

地域福祉部長、認知症支援・介護予防センター所長、長寿社会対策課長、
地域支援担当課長、介護保険課長、介護サービス担当課長、
地域医療課長、健康推進課長

4 会議内容

1 議事

- | | |
|---|-----|
| (1) 地域包括支援センター運営状況について | 資料1 |
| (2) 令和3年度地域包括支援センター・統括支援センター自己点検及び
令和4年度運営方針について | 資料2 |
| (3) 高齢者の権利擁護の推進について | 資料3 |

2 報告

- | | |
|--------------------------------------|-----|
| (1) 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について | 資料4 |
| (2) 北九州医療・介護連携プロジェクト(とびうめ@きたきゅう)について | 資料5 |
| (3) 短期集中予防型サービス栄養訪問コースモデル実施について | 資料6 |

5 会議経過及び発言内容

議事（１）地域包括支援センター運営状況について・・・資料１

（２）令和３年度地域包括支援センター・統括支援センター自己点検及び
令和４年度運営方針について・・・資料２

事務局：議事（１）について資料１に沿って説明
議事（２）について資料２に沿って説明

代表：資料１について、質問やご意見がありましたらお願いします。

構成員：３頁の相談内容のところ、弁護士として気になるのは虐待相談が１，２００件ぐらい増えている、令和元年と比較しても１，０００件以上は増えているということのようですが、これはやはりこのコロナ禍で虐待自体が増えてしまっているということになるのか。それとも、（地域包括支援センターが）市民に周知され、地域包括支援センターに連絡する件数が増えたということなのか。その辺をご検討されていれば、教えていただければと思います。

事務局：虐待については、この後、詳しいご報告を長寿社会対策課からいたしますので、そこでまた改めてご説明したいと思います。

構成員：わかりました。

代表：その他にありませんか。

構成員：運営状況の資料１ですが、介護保険制度でもって在宅生活をいかに維持できるかという視点から見ると、医療・福祉、あるいは複合相談が増えてくるということは、それを支える要因になっているのかな、というふうはこの資料を見て思ったところですが、そうすると、その医療・福祉と連携をする、いわゆる具体的な内容になるのは、やはり地域ケア会議だと思えますが、そこに至る事例提供の件数が医療機関からどれくらいあっているのかということが一つ。それから、もしその地域ケア会議で医師連絡等を取っていると思えますが、医療機関も訪問看護、それから訪問リハも実施している機関が多いので、そういったところとのすり合わせが地域ケア会議で話し合いができれば、あるいはそういうことを目的にして、具体的にケアマネジャーとの同伴訪問、つまり医療と福祉とが少し重なり合った動きがどれくらいできているのか、そういったところを大ざっぱで結構ですので、おわかりであればご説明ください。

事務局：地域ケア個別会議におきましては、今の検討事例が居宅介護支援事業所を中心に、それから包括が関わっている事例を中心に検討していきまして、医療機関からの事例というのは、特に上がっておりません。医療との連携については、在宅医療・介護連携支援センターに参加をいただいたり、居宅のケ

アマネジャーが持っているケースで、訪問介護が非常に多くなっているケース等は、まず、訪問看護等の医療のサービスを上手に活用するようにアドバイスをいただいたりしながら連携を深めています。それから、医師連絡については、主治医の意見書ももらっていますので、その主治医の意見書等を活用しながら、医師の意見もその地域ケア個別会議のなかで伝えていくというところで連携をとっています。もちろん、地域ケア個別会議で検討された内容は、ケアマネジャーを通じて医師にお返しするという連携をとっているところです。

構成員: 追加確認ですが、今後、希望すれば、医療機関から地域包括ケア会議に事例提供の提案はできますか。

事務局: 医療機関からの事例提供という形では、今のところ受け付けていません。

構成員: 今、していないのはわかりましたが、検討することは可能ですか。医療機関から、どうしたら出せるのか、という質問を受けます。医療機関から地域包括支援センターと地域ケア会議で議論したい、その場を持ちたいが方法があるのか、という質問がありますので、今後の方向性についてお尋ねします。

事務局: 例えば、医療機関からケアマネジャー、もしくは地域包括支援センターにご相談をいただいて、その事例について、連携を深めていかなければならないということであれば、検討することはできると思います。今のところ医療機関から地域包括支援センターにお声が上がっていないようなので、そういう事例があれば、ぜひご相談をさせていただければと思います

構成員: では、地域包括支援センターでそういう相談を受けられる、ということでよろしいですね。

事務局: はい。

構成員: はい、わかりました。ありがとうございました。

代表: 今のところの関連で、他にありませんか。

構成員: 今のところに関連してではありませんが、先ほどから国保データを使って保健師さんたちで、高血圧や糖尿病などの生活習慣病についての啓発事業をさせていただいているということですよ。それについて、特に予防プランの際に、糖尿病の方は口腔内の状況がどうなっているのか、最終受診日がどうなのか、かかりつけ歯科医を把握しているのか、そういった口腔内のアセスメントのところについて、しっかり把握をしていただくことも、あわせて周知していただきたいです。

事務局: 糖尿病に関しては、糖尿病連携手帳というものを普及啓発するようにしてしまして、その中には眼科や歯科、そういうところの受診の確認ができるように、きちんと見るようにしていますし、そういうことが

非常に大事だということを、ケアマネジャー研修を通じて、皆さんに広め、分かっていたかのようにやっているところですので、今後ご要望にお応えしながらしていきたいと思えます。

構成員: 意外と皆さん、まだ糖尿病手帳についての普及が十分ではないので、両方の側面で行っていただいた方がいいかなと思えます。あともう一つ、これは要望でも何でもありませんが、私どもの学会で、コロナ禍におけるケアマネジメントの実行状況について全国調査をしたところ、北九州市はこれだけ相談件数も落ちずに、反って相談件数も増えていたというところは、さすが直営でやっていただいているので、すばらしい取り組みをしていただいているなと思えます。というのが、他都市で委託型のところは、コロナ禍で感染が拡大した時に、一番最初にドアを閉めたのが包括だったというのが結構多かったです。包括の相談を予約制にする、来所の相談は一切受けない、そういった地域包括支援センターの動きが全国的に結構散見したところ、北九州市は直営でしたので、私どもとしても住民の方々も、コロナに関係なく相談できたというところは、やはり直営のあり方の要因が大きいのではないかなと思えますので、その点については本当に感謝申し上げたいと思えます。

代表: 少し口腔ケアが出ましたけど、何かコメントはありますか。

構成員: 構成員の言われるとおり、口腔ケアは大事です。ただ、糖尿病などに分野を狭めてしまうのではなく、この後の議題でも出ますが、食に関することや栄養に関するアセスメントとか、すべて口の中の関わりがあると思えますので、ぜひ、いろいろなところに歯科を絡めていただきたいと思います。

代表: その他ありませんか。それでは、資料2につきまして、質問やご意見はありませんか。

構成員: 地域包括支援センターの自己点検を見ると、地域ネットワークの構築という点検項目の点数が低いかない印象ですが、一方、統括支援センターは、地域とのネットワーク構築支援というのが非常に高い状況にあります。この差はどこから出ているとお考えでしょうか。

事務局: そのところについては、細かい分析が十分にはできていないのですが、統括支援センターの評価項目(26頁)のところを見ていただくと、これはあくまでも自己点検なので判断基準のところ、「2 地域ネットワークとの構築支援」のところには、「(1)地域関係者(団体)等との情報共有」、「(2)地域のケアマネジャーとの情報共有」、それから「(3)包括ケア会議の活用」ということで、内容がこの内容を評価しているということで、コロナ禍においても、ここは通常どおり運営ができ、業務が継続できていたということが大きいのかなと思えます。地域包括支援センターは、やはり地区の民生委員の会議やサロンに出向くとか、そういうところがコロナ禍では、地域自体が活動を中止していたり、休止していたりということがあったので、出向いていく先がなかったということが大きいのかなと思えます。そういう差がちょっと出ているのではないのでしょうか。すみません、分析が十分ではありませんが。

構成員: 直接、地域住民と関わる場所については、コロナの影響でどうしても点数が低くなってしまった。

でも、関係者との連携はそのまま維持できている、というところを分析されているということによろしいですか。

事務局: はい。

代表: 少し感想ですけれども、やはりこれは自己評価ということもありますので、なかなか比較しにくいということがあると思います。それから、やはりスコアが出るというのは、ある意味で分かりやすいですが、必ずしも比較できるようなスコアの採点の仕方にはなっていないですね。そのあたりのところも少し考えてみる必要があるかなと思います。ですから、逆に言いますと、本当に現場の状況、具体的な声といった実態というのは、やはり評価においては重要なかなと思います。その他にありませんか。

副代表: 評価項目についてお聞きしたいです。例えば、28頁に出ているレーダーチャートですが、この評価指標として総合相談支援(2-(1))が6項目とかですね。評価指標の項目数が上げられていますが、それと3頁(Ⅱ総合相談支援業務)に挙げている評価項目数が合わない。これは同じものではないということですか。

事務局: 国の評価を参考に、市の評価を作っています。

代表: より細かなところを見ていくために、北九州版を作ったという主旨があったということですね。その他にありませんか。特にならなければ、先に進めさせていただきます。

議事(3) 高齢者の権利擁護の推進について・・・資料3

事務局: 議事(3)について資料3に沿って説明

代表: 先ほど少し事務局から、質問に対してお答えいただいたかと思いますが、何か追加等はありませんか。

構成員: この説明を聞いてお伺いしたいのは、さっきの相談では5,000件あったと思いますが、それが今回の通報になると238件で大幅に減っている感じがします。地域包括支援センターに来る虐待の相談とこの正式な通報とはどういう切り分けになっているのか、どう違うのか。通報ではない相談がたくさん増えているということなのかなと思います。それは例えばどんな相談のことをいうのか教えていただきたいです。

事務局: すみません、今、手元に細かい具体的な相談資料がないですが、具体的な虐待とは分からないが、喧嘩になったり、それからコロナ禍で家族が離れていてなかなか会えないので、遠くにいる家族から

近くにいる兄弟がほったらかしにしているのではないだろうか、ちゃんとケアが行き届いているだろうか、という心配をして地域包括支援センターに相談があるとかですね。あと、お金の問題に関しても、お金の使い方は十分だろうかなど、会いに行けないことによる兄弟間での不信感などが募って、確認をして欲しいといった相談があったりということがあるのではないかと聞いています。今、手元に資料がないので、すぐに細かい件数や内容をお答えできませんが、そういう感じです。

構成員: 分からないのであれば、やむを得ないかなと思います。

事務局: それからリスクがあるものは上がってくるので、その対応を何度もやっているということで複数対応が必要なケースがありますので、それを相談回数の中に上げています。それで回数が増えているというところはあると思います。

代表: その他にありませんか。

構成員: 施設の虐待のことですが、在宅ではコロナ禍の影響を私どもケアマネジャーもかなり感じる場所があります。こういう表現の仕方をしたらとても失礼ですが、施設においては、20年前と比べて、介護職員が本当に集まらないという現状の中で、ぎりぎりの人数でどこの施設も運営されているのではないのでしょうか。その背景に、正直、採用の募集をしても全く人が来ないので、各施設はかなり派遣社員の方に頼って仕事をしているという現状があります。派遣社員の方々は資格のない方も多い、経験のない方も多い、そういう方々に頼りながら現場を回していけないといけないという状況に加えて、コロナ禍でかなり業務が過重になってきている。そういったところでは介護職員の質を上げていくということだけでは、なかなか施設における虐待なのか、虐待の恐れになる一歩手前のことというのは、かなり潜在化されているのではないのかなと思います。その点については研修だけではとても追いつけない現状があるのではないかなと思いますので、その点についての対応策もぜひご検討いただきたいと思います。

代表: 研修だけでは不十分である、というコメントですが、事務局からコメントはありますか。

事務局: 確かにそういう面もあるかな、ということで貴重なご意見だと思います。今回のケースにつきましては、派遣社員とかではなく、そこで働いている方でしたが、あまり対応が慣れていない、相談が十分にできないといったところで、こういったケースに至っているということが要因でした。おっしゃるとおり、やはり少ない人数でそういうことをしていると、やはり余裕がないので、どうしてもイライラしてしまって、精神的にストレスが溜まって虐待に至る、ということもあります。いろいろな取り組みをする中で、やはり職員の負担を軽くしていく、という取り組みが大事だと思います。実際に虐待の事例のなかで、人手が十分ではないから、四点柵などで拘束してしまうケース等では、ICTで見守りセンサーなどを使い、人手をかけずに機械の力を借りながら見守りなどをすることで、効率化を少し図りながら、時間的な余裕を作っていくようなことを、今、市も進めているところです。こういった形で進めていけるか、ご意見を伺いながら検討していきたいと思います。

構成員: 効率化もすごく大事ですし、ICTの活用というのも、多分に活用できると思いますが、事業所の規模がかなり違うところがありますよね。例えば、小規模のグループホームがその活用ができるのか。そういうことも踏まえると、アンガーマネジメント以前に、まずは働いている方々がイライラすることがあったときに吐き出せる場や、そういったこと(虐待)に至る前の段階で、どこか相談できる場所があるとか、そういうところも整備していかないと。今、本当に人材が枯渇して、外国人の方々に頼らないと現場は回せない状況にまで緊迫しています。求人しても全く本当に来ない。そういうところを考えると、派遣社員は通常の職員の倍ぐらいの人件費が掛かりますので、事業所としては経営もひっ迫するという現状を少しご理解いただきたいなと思います。

構成員: 施設の虐待の件ですが、通報者は誰ですか。

事務局: 今回の24件の通報は、その事業所の関係者や職員、管理者からの通報というのが大体半数を占めています。それ以外は、匿名や利用者の家族からの通報です。事業者が自分で“こういったことがあったけど”と報告してくるケース、事業所の内部で“こういうことがあったけど大丈夫だろうか”というのがあります。

構成員: 報告の義務はありますか。施設は市に対して虐待があったという報告の義務はあるのでしょうか。

事務局: 介護にかかる従事者の方には、そういった虐待を見つけたときには、報告する義務はあります。

構成員: ありがとうございます。

代表: その他にありませんか。

構成員: 施設従事者の虐待の関係で、引き続きご質問をさせていただきます。そうすると、施設の内部の管理者や職員が虐待じゃないか、というのが半数ぐらいあるが、虐待と認定できたのは6件しかないということですか。施設の内部でいろいろそういうことで、せっかく通報してくれたのに虐待の認定に至っていないというのは、どういう原因があると考えられますか。もしわかれれば教えていただければと思います。

事務局: 至らなかったものは、事業所内での噂みたいなもの、実際に自分が見たわけではないけど、“こういうことを聞いたのですが”、と言ってこられるケースがあって、虐待の事実を確認すると、言われた内容とはちょっと違っているということが結構あり、そういったものが虐待に至っていないです。

構成員: そうするとその事実を確認するのが、やっぱり証拠がなくて難しいというよりは、勘違いだったということで終わらせていい、という理解で大丈夫ですか。

事務局: 今、例示で一つ言いましたが、内容によっては虐待とまでは言えない、不適切だったかもしれな

いが虐待にまでいかないような内容もあります。そういった場合には、虐待として認定はしていなくても事業所に対してもっとこういうケアがいいのではないかと、といったような助言をするということもあります。なので、内容として虐待と認定していなくても、改善した方がいいことについては指導しています。

構成員: 施設従事者の場合は、なかなかその虐待の事実認定をするのが難しいことや隠匿があったりというような話もあるので、もし、ちょっとそういう気配もあり得るのであれば、弁護士会としてもいろいろ考えないといけないかなと思っていますので、もし何かありましたら、今後も引き続き連携をさせていただければと思います。よろしくお願いします。ありがとうございました。

代表: その他にありませんか。

構成員: 資料の1頁でお伺いしたいのですが、虐待の一番下の対応状況の中で、成年後見制度の利用で、10件対応事例があります。全体からすると1割近いですが、これは単純にこの虐待に対応するために、後見制度としてその対応に当たったのか。あるいは、経済的虐待とかもあるのでしょうか、それ以外で、例えばもう施設に移行するために、付随して後見制度も利用したということですか。というのが、本当にその虐待に対応するために後見制度を利用するというのが、主な理由としてあるのであれば、会員にも周知をしていく必要があると思いましたので、質問させていただきます。

事務局: 虐待の内容は、ネグレクトや金銭的な搾取、そういった事例が見られます。その中で、その方が認知症等で意思表示が不十分である方、そういった方の施設入所や医療との契約、この方の今からのサービスに繋げていくために、後見制度が必要であるということで利用しているというような状況です。

構成員: では、他の対応とも一緒になっているケースが多いということですか。

事務局: そうですね。その中の一つとして、後見制度を使うことによって、この方の経済的な部分や施設への入所を求めるために利用しているという状況です。

構成員: はい、わかりました。

代表: 構成員の意見とも関連しますが、いわゆる虐待のリスクをマネジメントすることと、もう一つ根本的に重要なのは、介護にあたっている職員さんのQOLだと思います。介護職というものに対して、どう満足感を得ているか、という根本的なところを常に見ていかないと、この問題は表面だけの対応に陥ってしまうような感じもするわけです。ですから、こういう調査をされるにときに、合わせて職員さんがどれくらい自分の仕事にやりがいを持っているか、達成感を持っているかという、そういう観点も必要かなと思いました。議事につきまして、他にありませんか。それでは報告事項に入ります。

報告（１）高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について・・・資料４

事務局：報告（１）について資料４に沿って説明

代表：質問やご意見はありませんか。

副代表：75歳以上の方で、高齢者健診の受診対象者数はだいたいどのくらいですか。北九州市の75歳以上は15万人くらいですよ。そのうち、後期高齢者健診の対象者数はどのくらいですか。

事務局：令和2年度の受診者数は15,006人ですが、これは受診率10%になっていますので、およそ15万人が対象者になっています。

副代表：でも、15万人が全員対象になるわけではないですよ。後期高齢者健診の場合は対象外の方もいらっしゃるの。

事務局：平成30年度までは、生活習慣病で治療中の方は対象になっていませんでしたが、令和元年度からは、その方についても対象になりましたので、皆さんが受けていただくことができます。

副代表：ただ、勤められていて事業所の健康診断を受けられている方は一応対象外ですよ。それと、あと老健や特養など、そういった施設に入られている方も対象外ですよ。そういう方を省いていくと、だいたいどのくらいになりますか。

事務局：申し訳ありません。今、具体的な数字を持っていません。

副代表：健診を進めていくために、市の健康推進課や認知症支援・介護予防センターの人たちと一緒に、医療機関での後期高齢者に対する受診勧奨を積極的にやっけていこうとしているところですが、問題は医療機関にかかっていない人をどう掛からせるように、健診を受けるようにもっていきけるか、なんですよ。その中で出てきたのが、やはり今まで75歳以前に受けられていた特定健診が無料なのに、75歳の後期高齢者健診が500円負担しないといけないというところで、その500円の負担をなんとか無料化にすることによって増やすことができるのではないだろうか。

事務局：500円の壁は大きいですが、後期高齢者の広域連合の方で受診料については設定されています。広域連合に入られている市町村のご意見も聞いた上で、500円という設定をされているということです。本市としては無料化を要望しているところではありますが、そうではない自治体もあるということで、広域連合も今のところは500円の設定となっています。

副代表：そうですね。ただ、今後はできるだけ市の方も広域連合に働きかけて無料化を進めていって

ただけということなので、是非とも頑張ってもらえば、たぶん受診率は上がってくるのではないかと思います。

代表: これは新しい取り組みとして、オンラインを使うとかそういうのは将来的にはどうですか。

事務局: 基本的にこの事業はハイリスクの方に対して、個別の家庭訪問をメイン、中心としておりますので、リスクのある方に直接的に働きかけるということをまずは第一にしております。

代表: ありがとうございます

報告（２）北九州医療・介護連携プロジェクト（とびうめ@きたきゅう）について・・・資料5

事務局: 議事（２）について資料5に沿って説明

代表: 質問やご意見はありませんか。

構成員: このシステムで、関係者に共有される情報というのは、どの程度になりますか。受診率や既往症、服薬の情報とかその辺になるのだと思いますが、少しお聞かせください。

事務局: 基本的にKDBデータを引っ張ってきておりますので、そういった医療の情報や介護の情報、ケアマネ事業所など、どういった施設を使っているのかという状況まで分かるような形になっています。

構成員: ご本人の生前中のそういった医療情報であるとか介護情報も大事ですが、例えば、お墓を契約しているとか、葬儀の生前契約をしているとか、そういったご本人が危篤状態になったときや亡くなったときに関係者に必要になってくる情報とかも開示していただければと、以前、この会議の中でお願いを差し上げたことがあります、その辺のご検討はいただいたところでしょうか。

事務局: 看取りであるとか、そういった死を直面するに向かってのプランというところについては、まだまだいろいろ議論が必要かなと思っています。このとびうめの中で、そういった情報をどこに入れ込むかというところも課題としてありますが、今後、見取りとかそういう部分は非常に重要になってくると思いますので、引き続き検討させていただければと思っています。

構成員: ご検討をいただいているということで、ありがとうございます。

副代表: 今のところで、今後は未曾有の多死社会になってきますので、終末期での医療、ケアをどうふうにやっていくかというのが非常に問題だと思います。私たちもできれば、このとびうめネットにDNAR※1

の指示を含めた ACP※2みたいなものを取り込めたらいいな、というふうに思っています。これは市医師会の高齢社会対策委員会と救急・災害医療委員会、それと、今回、市当局の承認も得まして、在宅医療・介護連携支援センターで、今後、DNARとかACPというものを、まずは私たち医療機関も当然ですけども、介護施設への啓発、普及を進めていくというのを業務として始めようと考えておまして、一応、市当局の方にも承認を得ましたので、今後はそういうかたちで、医師会と消防の本部、それから施設と協議をやっついて、ACPの普及、啓発も進めていきたいと思っています。

※1 DNAR (Do Not Attempt Resuscitation)

患者本人または患者の利益にかかわる代理者の意思決定をうけて心肺蘇生法をおこなわないこと

※2 ACP (Advance Care Planning)

将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、本人を主体に、そのご家族や近い人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、本人による意思決定を支援するプロセスのこと

構成員: このとびうめネットですが、私は救急病院の看護師ですが、(アンケート結果で)活用しているところが約半数ぐらいしかない。ここに関して、患者さんの基本情報が随時、かかりつけの先生と更新ができているのかというところが、使いづらいと考えるところです。もう一つ、当院で前にあったことですが、一人で倒れられて救急で担ぎ込まれてきたが、身寄りがわからない、どういう状況かわからないときに、確か、とびうめネットの登録をしていればカードか何かをお持ちになられているとお聞きしました。そういうものが常時告知できていて、必ず免許証のように財布の中に入れておくとか、小さなことですが啓発していただくと、身寄りがなくて探し回り、結局聞いたらとびうめネットに登録している人だということが分かりました。今後、病院と救急とか、病院と市の方が繋ぐというところで、そのような工夫があると、より効果が上がるのかなと思います。最初の質問の、基本情報の更新というところは、実際に開けてみたら情報が更新できてなくて、結局使いづらいということがあったので、そこはどうですか。

事務局: データの更新については、レセプト情報とかと連携していますので、月に1度、そういった疾病情報とかは更新する形になっていますが、受診等がなければそういった更新がないということと、あとかかりつけの先生がコメントを残されていればありますが、その辺りがちょっと十分ではないのかな、とも思います。あと、データはKDB(国保データベース)に繋げる関係上、確か4ヶ月前の情報になっていますので、最新の情報というわけではないというところです。カードですが、おっしゃるとおりで、携帯するようにカード状のものを配布していますので、そういったところの周知を改めてさせていただきたいと考えているところです。

構成員: はい。ありがとうございました。

構成員: 来年度から電子処方箋が開始されます。これはマイナンバーに紐付けられた処方箋で、それを使っていれば、患者さんの服用薬や服用歴が全部わかるようになると言われてはいますが、その辺とのリンクはどうなっていますか。まだ電子処方箋自体よくわからないので、難しいと思いますが、今後の展望をお

聞かせください。

事務局: いわゆるマイナンバーカードとかとの連携の話にもなってくると思いますが、まず、常時そういった情報を公開する形になるにはマイナンバーカードの繋ぎであるとか、それぞれ、その時の同意とか、そういったところが必要になってくると思いますので、その普及については、まだまだ時間がかかるのではないかと考えています。将来的には、今、政府の方で進められているような方向に、発展的解消していくのではないかなと思っていますが、それがうまく運用されるまでの間は、とびうめネットをうまく活用しながら、セーフティーネットを築いていくのかなと考えています。

構成員: はい、ありがとうございました。

報告（3）短期集中予防型サービス栄養訪問コースモデル実施について・・・**資料6**

事務局: 報告（1）について資料6に沿って説明

代表: 質問やご意見はありませんか。

構成員: すごくよい試みだと思います。認知症の予防というのは、やはり食と運動だと思いますので、ぜひ善処されてください。少し提案ですが、今、食事の分析ということを伺いましたが、実はもうアプリで、モグモグ日記というものがあまして、高齢者の方が写真を撮ってそれを送るだけで、AIが“何が足りないか”ということを分析してくれるアプリがあります。コロナ禍でわざわざお家に行かなくても、栄養面だけで言うのですが、今後、ぜひ、そういったものを活用しながら、全市に展開していただきたいなと思います。

代表: 他にないようでしたら、これで本日は終了になります。