

令和6年度第1回神戸市保健医療審議会 議事要旨

日時：令和6年8月22日（木曜）午後4時～午後5時30分
場所：神戸市役所14階大会議室（オンラインとの併用開催）

【議事要旨】

1. 開会

○事務局

会議の成立について報告します。委員総数20名のうち、本日の出席者は、現地12名、オンライン5名の計17名です。委員総数20名の過半数に達しておりますので、神戸市保健医療審議会規則第5条第2項の規定により、会議は成立しております。

2. 議題

データから見る神戸市の健康課題【資料2】

○事務局より説明

●会長

それでは、まずデータから見る神戸市の健康課題について、資料2に基づいて、御議論をいただけたらと思います。委員の方々いかがでしょうか。

それでは、まず私から確認ですが、このシステムを用いたデータの分析を行われた結果、最後にまとめてありますように、やせ・高血糖・フレイルといったところをピックアップして、今後の方向性ということも示されていますが、このそもそも今挙げた3項目について、着目して分析されたのか、それとも網羅的に分析する中でこの3つがピックアップされて取り上げられたのか、その辺りどうでしょうか。

○事務局

今回はこの3つの項目を絞り込んでといいますか、この辺りが課題だということの日頃から活動の中で認識を持っておりましたので、そこを掘り下げる形でデータ分析していきました。

ただ、今、会長からおっしゃっていただいたように、本来であれば、データを網羅的に全部分析し、ほかに何か気づいていない課題があるかどうかということも見ていく必要があると思いますが、今このEBPMの取組自体が着手をしたところということもあり、まだそこまでには至っていないような状況です。

●会長

分かりました。そうすると今回の分析のデータとしては、やせ・高血糖・フレイルを、直接的に結びつけるようなものではないということによろしいですね。

○事務局

この3つの項目が直接的に結びつけるようなものではないと言いながら、いろいろデータを見て、それぞれのリスクから考えると、例えば口腔の状態が悪ければ、高齢期になった際に食事が十分に取れなくてフレイルになるとか、やせている方が糖尿病のリスクが高いというような、そういったことも分かっておりますので、今、こういう状況が起きているということは、将来的には糖尿病であったり、フレイルにつながっていく可能性が高いのではないかとという予測を持って見ているところです。

●会長

そのところのそれぞれの因子の関連性というようなところも、委員の皆様方には、御意見をいただけたらと思いますが、いかがでしょうか。

●委員

このやせのデータについて、①-1のところですけど、これを見ますとほかの年齢層、40歳から49歳も、全て神戸が全国平均や兵庫県の平均よりも高く、そして次のページを見ますと全国で一番高いということで、これは原因をどういったことと推察されていますか。例えば、住環境とか、生活習慣とか、その辺が関連しているのかどうかということです。

○事務局

実は、今、御指摘いただいたように、なぜやせているのかという背景が、特に若い方ということもあり、現状をつかめていないというのが正直なところなんです。その辺りを何とか、背景を探るような手だてがないかなと考えているところですけども、今の時点では、この辺りが原因ではないかというのは見えてはきていない状況です。

●委員

何となく世の中は、どちらかという運動してダイエットしなさいという考えがありますから、逆にそれに従って、皆さんやってきた結果、こういう数値が出ているということもあり得るので、このことは本当悪いことかどうなのかということも、検討する余地はあるのではないかなと思いました。

●会長

今、委員から問題提起がありましたけれども、これに関連して何か御意見ございませんか。その辺り、栄養状態とも絡むのか。

●委員

今の話に関連して、主にやせと血糖値、ここにまず最初に着目されていますが、恐らくデータはこの項目以外の部分も非常に多いと思います。このようなデータを分析するときには、多分、担当は一次データとして数値が高い・低いで傾向を見られていると思うのですが、全体を俯瞰した場合、神戸市が比較的良い傾向にあるデータは出てこなかったのでしょうか。ここだけは何か上位に入っている、とかですね。

○事務局

例えば今回はやせということでデータを出していますが、反対に肥満はどうか、といったところをデータで確認したのですが、肥満者は多くはないという結果も出てはいます。例えば、年齢を重ねていくと、どうしても体重が増加しやすいのではないかなというようなことも思ったりはするのですが、神戸市は意外とそこまでもなかったようなところが見えたというのは1つありました。

●委員

できるならば、簡易的なまとめにおいては、1次データですので、全体的傾向を出していただけると、全体感という意味では分かりやすいのではないかなと思いました。

●委員

今の先生の意見にちょっと関連するのですが、特定健診や特定保健指導では、まず肥満を挙げていますよね。一方で、これはやせと低栄養という言葉を何か関連づけているみたいで、理解しづらい部分があります。やせているのは、先生がおっしゃっている低栄養だけなのかということもありますし、特定健診や特定保健指導などでは、まず肥満を解消しましょう、その上で糖尿病、それから高脂血症などが将来の血管、脳血管、心疾患の原因になるとされています。低栄養ややせが悪いとされる理由について、もう少し納得いくような説明が必要だと思います。肥満を予防しようという人たちにとっては、逆を言われているように感じられるかもしれません。若い女性で糖尿病予備軍の割合が7倍に高まるというのは、国際的に言われているのでしょうか。

○事務局

2021年でしたでしょうか。順天堂大学の研究で出ているということをお聞きしております。

●委員

それでしたら、「順天堂大学によれば」と括弧で明記すべきです。これではまるで、学会全体が全部認めているように見えます。

○事務局

御指摘ありがとうございます。ミスリードにならないように、もう一度しっかりと精査、検討したいと思います。やせていること自体が本当に悪いのかどうかということも、御指摘いただきましたので、そこについても、もう一度中でよく検討したいと思います。

●委員

もう一つよろしいですか。ここでは40歳からということになっていますけど、もしこういうことを指導していくのであれば、40歳までの人たちを徹底して生活指導だとか、栄養指導すべきだと思います。その人たちへの教育をどうするのかという点が欠けている気がするので、そこを考えてほしいと思います。

○事務局

おっしゃるとおりで、確かにこの結果になる手前の年齢というのが非常に大事だと考えております。しかし残念ながら、なかなか若年の世代のデータは個別に持ち合わせていないため、現状を把握しきれていない部分があります。しかし、そういうリスクがあることから、今後は教育や周知・啓発をしていく必要性は感じておりますので、それについても対応を検討したいと思います。

●委員

私も先ほどの意見に関連しまして、若年層のことで質問です。以前受けた市民相談が、摂食障害のお子様を持つ保護者様からの御相談で、中高生の時代から摂食障害になられていまして、学校教育等で啓発等はできないのかという御意見を頂戴しまして、様々調べていたこともあったのですが、そういった取組等はできないものでしょうか。

○事務局

確かに摂食障害の方の御相談も、最近は増えていると思いますが、それにつきましては、学校、教育委員会との連携も必要であると考えていますので、いただいた御意見も、教育委員会とも共有しながら、対応について検討していきたいと思っております。

●委員

やせとBMIの関係ですが、やせの定義として18.5未満というのがあるので、やはりBMI18.5未満というのは、健康的なやせ方ではなく病的なやせだと言えます。ここに出ているのは、運動してやせたというのではない人の数字だと思います。

あと個人的に思ったことなのですが、神戸市はおしゃれで有名じゃないですか。だから若い女性たちなどは、やせようという機運が強いのかなと思います。ほかの都市部の女性と、地方の女性たちと結構BMIは違うのではないかと思います。そういうデータはないのでしょうか。

○事務局

残念ながらそのようなデータはありませんが、今回2次医療圏で比較をしたものが、それに該当するかもしれません。ただ、この政令市が含まれていると考えられる2次医療圏で比較していますので、大都市が多いかと思っております。その中でも神戸市は、一番やせの方が多いという結果が出ています。おっしゃるように、おしゃれな街みいたなところの影響が少なからずあるのかもしれません。その辺りは定かではありません。

●会長

先ほど委員が言われたように、ピックアップされたパーセンテージに入ってくるや

せというのは、病的というふうに捉えたほうがいいのですか。

●委員

18.5未満は本当に病的です。いわゆるやせの定義は日本の栄養士会の定義だっ
たと思うのですが、18.5未満というものがあります。20未満だとやせ傾向です
ね。実際に私達が患者さんを見ていても、高齢者が多い日本のICUに入る患者の平
均BMIでも22ぐらいありますので、18.5というのはかなりやせていると思
います。

●会長

それなら確かに、これは注目するべき点ですね。美容が気になってやせ思考とい
うのは違うわけですね。

●委員

もしくは、そういう美容が気になっている人が多い中で、どんどん精神的に追い詰
められて、病的にやせている人がすごく多くなっているのかもしれませんが、また、そ
れに罪悪感を覚えない人が多くなっているのかもしれませんが。いわゆる神経性食欲不
振の患者さんが救命センターによく運び込まれますけど、そういう傾向があります。
肉がつくことにすごい罪悪感を覚えるというのが、おしゃれから始まってそういう方
向に進んでいる人は時々いますので、都市部にそういう人が多いのかということ、
数字は分からないですけど、そんな気がちょっとしました。

●会長

確かに過度のやせとなると、お示しいただいているような、フレイルやサルコペニ
アなどは、当然連動してくると思います。

●委員

肥満とやせというのは、それぞれのライフコースによって課題がそれぞれ違ってくる
と思います。若い女性にとっては、先ほどから出ているこのやせ志向というものがある
かと思いますが、それに関しては、かなりの意識改革がないと進んでいかないの
ではと思います。それは行政だけの力では難しいかと思いますが、それこそマスコミ
関係や、教育委員会など、様々なところから、本当にきれいというのはどういうこ
となのかということ、意識的に変えていかないと難しいと思います。

それからもう一つ、壮年期の肥満から高齢期のフレイル対策へのギアチェンジを、
いつどのようにさせていくのか、というあたりも大きな問題ではないかと思いますが。
現在もメタボというのは、ほとんどの人が知っていますが、フレイルという言葉につ
いての周知というのがまだまだできていない状況にありますので、その辺りをどんな
ふうに変えていくのか、メタボ対策からフレイル対策にどのようにチェンジさせてい
くのか、という仕組みも必要ではないかなというふうに思います。

また、神戸市としても様々な対策を今まで取られてきているわけですが、それがう
まく効果が出ていないという背景には、どういうことがあるのかということも、一
度考えていただかないといけないのかなと思っています。

さらに、「健康日本21」では、自然に健康になれる仕組みづくりが謳われている
かと思いますが。それに対しては、イニシアチブの戦略を進めるように言われており、
神戸市でも健康創造都市神戸という組織がありますよね。そこには、産学官あらゆる
団体が所属しています。栄養士会も所属させていただいているのですが、こうした関
係性も、うまく活用した対策を取ることができないかと考えています。

○事務局

先ほど、今のこの結果をしっかりと評価するようという御指摘もいただきましたの
で、今回は、この現状を御提示する形になっていますが、この後EBPMという取組
も始めたことから、ほかのデータも見ながら、この背景に何があるのかをしっかりと見
ていくようにしていきたいと考えております。

また、自然に健康になれる環境をとということで、健康創造都市のこともコメントい

ただきましたが、このような課題に取り組んでいくには、やはりもう行政だけでは限界があり、産官学の連携が欠かせないと感じているところです。そのため、健康創造都市の機会なども活用しながら、こういった健康課題も共有をさせていただいて、皆様方のお力添えもいただきたいと思います。

○事務局

補足ですが、先ほど、今まで様々な対策を健康局として打ってきたのに、なかなかうまくいっていないのはどうしてか、という話がありました。きちんとした答えにならないかもしれませんが、今までコロナ対策が多かったのですが、この仕事をやってきて感じているのが、私はこの仕事の前は福祉の仕事をしており、その前が中央市民病院にいたのですが、医療や福祉は、当然ながらもものすごく問題があるため、医療はもちろん介入しますし、福祉の仕事も、本当に困っている人が、逆に助けてくださって来ているので、すごく介入します。しかし、健康の仕事というのは、病気にならないようにしましょうというのは、すごく限界を感じます。無料で、例えば健診をどんどん実施するとか、そういう極端なことはできるかもしれませんが、なかなか難しいです。健康に気をつけている人は我々があまり言わなくても気をつけますが、健康に本当に無関心な人は言ってもなかなか行動しません。そのため、その中間ぐらいの人を捕まえないといけないのですが、そのときに改めて考えるのが予防の概念で、1次予防、2次予防、3次予防がございします。1次予防というのは、本当に健康な人に対して、病気にならないようにしましょう、というような呼びかけです。今までの衛生局の時代から保健福祉局、今の健康局も、この1次予防に、ものすごく力を入れてきたと思います。しかしそれでいいのかと去年あたりから少し反省をしています。行政としてお金をかけるべきところは、1次予防の一般的な広報だけではなく、2次予防と3次予防ではないかなというふうに最近反省をしています。2次予防というのは、病気になりかけている人です。人間ドックや健診などで異常が見つかった人たちや、治療を始めたような人たちなどです。そのため、本人自身もかなり反省し、健康への意識が高まっている段階ですので、そこで、もっとその人たちに具体的なアプローチを行い、啓発を強化する必要があります。3次予防は、治療後のリハビリや再入院防止などという話です。これまで保健所では再入院防止に取り組んでいませんでした。医療の現場では、2次予防以降はあまりできていませんでした。これまでは、1次予防的なことしか言えていませんでしたが、高齢化が進む中で、原疾患が治って家に帰ったあとも、十分に体は治りきっていない人たちが、高齢化でたくさん増えているため、行政としては、1次予防は広く浅くやっておいて、2次と3次で1回引っかかった人は、くまなくそこで生活スタイルを変えてもらうということに、もっと注力していきたいと思っています。

●会長

ヘルスケアデータシステムから、今回注目された項目、やはりこの議論を聞いていても、非常に神戸市に注目すべき項目ということで、それをピックアップされたことは、非常にありがたい話だと思います。

ただ、その一方で、このEBPMという話に持っていくためには、ただ単に統計取ったらこれとこれが高かったから関係あるはずだ、では、ちょっと説得力が弱いと思います。データを組み合わせて分析し、どこがどのようにつながっているのかを明らかにすることでEBPMとして活用できるようになると思います。もし、そういったところでお手伝いできるようでしたら、我々のビッグデータ、統計処理をする部門もありますので、御一緒できたらと思います。

●委員

私は大学にいるいわゆる若い層と接していますが、神戸市の場合は若者の割合が他市に比べて高いです。特に女性のやせっというところに着目はされているのですが、若い男性についてはどうなのだろう、と気になりました。というのは、先ほど若い女

性がファッションやきれいになりたいといった理由で、やせを好むという話が出てきましたが、それは1つの理由として確かかもしれないですが、学生との接点を持っていると、今、全国のデータで65%が奨学金を借りているという状況です。学生の話を知っていると、3食摂っている学生がどれぐらいいるだろうと考えます。特に悩みを抱えている学生からすると、1日当たり1食、2食の学生が多いという印象を持っています。我々の大学では100円朝食や、夕食を用意して、それも結構利用されている状況ではあるのですが、十分に栄養を補えているかということ、なかなか難しいと感じます。今、まとめの中で言っていたのですが、高齢になってくると、今度はやはり経済状況と非常に直結してくるのではないかと思います。1人暮らしや高齢者のみの世帯が、高齢者のいる世帯の半数を超えている状況です。そういった中で食事を作ることや、買物に行くなど、いろいろなことを含めて生活様式が変化する年齢層で、何に注目しないといけないか考える必要があります。先ほど事務局がおっしゃった、1次予防に力を入れ過ぎていたことですが、恐らく、1次予防で何に取り組むかということは、2次、3次のところで得られたデータをどう分析するか、どういった人にターゲットを当てて1次予防するかということ、絞りを絞って行くことで、より効果が出るのではないかと感じました。

●委員

幼少期から痩せている方が多く、やせの数自体もっと多いのではと思います。学校の平均が全国平均より低いのは意識の問題ではないかと思っています。先ほどもありましたが、BMI18.5未満はリスクが高いと感じます。フレイルチェックを薬局で実施していますが、やせていることが良いと思っている高齢者が多いです。やせのリスクとして筋力低下や骨粗しょう症や寝たきり患者が多くなることが考えられます。ただ、やせに関する周知は難しいと感じています。

○事務局

今、いろいろ貴重な御意見を頂戴しましたので、そういった視点も踏まえながら、またデータの分析も進めていきたいと思っております。

3. 報告事項

(1) 高齢化により増加する内部障害（心疾患・呼吸器）患者のリハビリ

リ・再入院防止の取り組み

①内部障害に対する急性期・回復期・生活期に至るまでの一気通貫したリハビリモデルの構築【資料3】

②急性期治療終了後の在宅復帰者に対する受益者負担による運動支援の試験実施【資料4】

○事務局より説明

●会長

高齢化により増加する心疾患、呼吸器患者のリハビリ、再入院防止などを議論いただきます。委員の方々からコメントございませんでしょうか。

●委員

非常にこの取組はすばらしいと思いました。私はずっと急性期の患者さんばかり診ていますが、転院してリハビリ病院に行くと、そこから療養型に行くか、また自宅に戻った頃にうまくいかなくなる人が多いみたいです。これは世間でもデータがあっ言われていることですが、急性期病院における治療においては、早期からリハビリが入るのですが、侵襲が加わるせいで、筋たんぱくがどんどん崩壊していくので、もう一度筋たんぱくの合成を上げるために、リハビリをして、そしてたんぱく投与をします。最近、栄養関係のガイドラインが2016年、2017年ぐらいに日本から出て、それ以来、急性期では結構たんぱく投与をしっかりと行うようになってきて、1.2g/Kg/day程度は何とか投与する風潮になってきました。しかし、問題は集中治療室を出てから一般病室に入って、経管栄養、すなわち強制栄養から、普通の食事変わったところで摂取量がどんと下がることです。次に、リハビリ病院に転院したら、さらに下がっていきます。本来は、その時期には摂取たんぱく投与をもっと増やさないといけなくて、2.0g/Kg/dayとか、リハビリ期に入ったら、2.5gまで投与する必要があるという海外のデータもあるぐらいなのですが、実際には家に帰ると、多分0.5とか0.8g/Kg/dayぐらいしか投与しなくなってしまいます。

一方で、どういう食事がいいのかというデータもいっぱいあるのですが、地中海食というのが、すごく有名になっています。要はたんぱくが多い食事です。高齢者向けの運動療法をスポーツクラブで展開されていますが、病後の患者さんにも、このような運動療法に加えて高たんぱくの栄養摂取の取組をコンバインさせると、もうちょっと効果が出るのではないかなと思います。例えば栄養指導をする、高たんぱくの補助食品を配布するなど、そういうことをやると、もう少しさらに効果が上がるのではないかなと思いました。

●会長

栄養の観点からコメントいただきました。委員の方々、いかがでしょうか。

●委員

すみません、専門家という立場では難しいと感じます。確かに栄養ということ考えたときに、例えば学生もそうですけれども、簡単なものでどんなふうに組み合わせたら、どういうふうに栄養価が取れるのかというのを、割と分かりやすく説明することで、結構チャレンジしていく人もいるということは感じています。先ほど御指摘もあったように、優良なフレイル予防を考えていくとありました。この取組の中に、すでに栄養指導も含まれていると書いてありましたので、そこでP D C Aを本当に回していただいて、実施していくことによって、かなり見えてくることも多くなるのではないかなと感じています。

●委員

先ほど先生がおっしゃられたように、確かに急性期治療、また回復期での治療を終えた方々の中で、在宅に戻られた後に、やっぱり十分な栄養が取れていない、そして十分な運動もできてない方というのは、非常に多くおられるということが分かっております。そういった方々が、近い将来といいますか、機能が徐々に低下してきて、ひいては要介護状態になってしまうということ、そういったケースも非常に多くございますので、そういったものをしっかりとサポートできる体制というのは、運動面、栄養面、両者から必要じゃないかなと思いました。

●委員

私はキュア神戸の委員で連携を取らせていただいています。近々の現状では、7月に心不全の方がおられまして、その方が手術をされ、病院から帰ってくる際に、呼吸リハビリテーションや心臓リハビリテーションなどができるセラピストがいるという理由で、利用者さんから私どもの訪問看護ステーションを選んでいただき、介入することになりました。その方は比較のお元気だったので、介護度は要支援の1でした。

自立はされていましたが、帰ってこられて、しんどくて全く動けないという状態でした。5メートル先のトイレに行くことも難しくなり、清潔を保つことも困難になっています。そのような状況で、心臓リハビリテーションを一生懸命やっているのですが、水も溜まってきそうになってきているし、要支援1のサポートでは不十分でした。介護度の認定調査を再度受けていただきたいということで、病院の先生に問い合わせた結果、先生も意見書を書いてくださることになったのですが、ケアマネージャーがなかなか動いてくれなくて、12月がその人の定期的な更新日になっています、12月で定期更新をしたら、2年間更新の介護度で動けるのでそうしませんか、と提案されましたが、それでは間に合わないの今すぐしてほしいとお伝えしました。最終的に病院の先生に再度お願いして、ケアマネージャーも上司と相談すると言っていただけでしたが、関連職種間の連携が不足していると感じました。早期にしっかりとサポートが入っていかないと、また本当に再入院してしまう可能性があるため、本当に危機感を感じています。そのような現状が最近ありましたので、報告いたします。

○事務局

個別のケースですので、私どもも何とも言えない部分がありますが、福祉局がケアマネージャーの連絡会などと普段から十分に連携を取っていますので、先ほどのお話も福祉局に伝えて、またケアマネージャーの連絡会や、もしかすると連絡会に所属していない方などの集まりの中で、きちっと対応いただけるようにお伝えします。

●委員

要介護要支援認定を受けてない方についてですが、心疾患、呼吸器疾患で病院でのリハビリを終了した後に6か月間1クール、月2,000円の自己負担でリハビリを行うというものがあります。全額自己負担になってしまうので、果たして自分たちで払う、払ってまでも受けたい、という気持ちになるのか疑問です。もうちょっと神戸市でも多少支援をしてあげることが考えられないでしょうか。

○事務局

難しいところですが、もともとこの方々は医療的には、医療がもう済んだ方です。そのため、診療報酬の対象とはなっておらず、要介護状態にもなっていません。国の制度上では公的支援は行われないう方で、御自身で運動などをして、再入院防止をしてください、という方です。他都市のいろんなリハビリの状況を調べる中で、行政がやっていることではなく、民間ベースで大阪国際がんセンターの中で、民間のスポーツジムに間借りをさせてあげて、そこの建物を貸してあげて、民間ベースで、そこで自己負担でやっているというような、がん患者リハビリの取組を自己負担5,000円程度で行っていました。実質、それでも来られる方は来られています。我々として、確かにこれをやったら、公費負担をするべきだと言われることは重々承知してはいたのですが、公費負担は難しいです。これを公費負担すると、ほとんどの人が公費負担になってしまいます。そのため、やはり御自身で負担しても、健康管理をしていきたいという方もおられるので、そういった方にスキームをつくれたら、というような取組でございます。ですので、何が違うのかと言いますと、がんセンターもそうでしたが、病院からのこの人をこういう風に運動させてください、といった運動処方箋は出ていますが、これは診療報酬上のもではないです。そのため、医学的にジムで運動しているという、ここだけが違うのですが、こういうことも民間ベースで成り立つかどうかを実験的に取組んでいます。

●委員

つまり2,000円で運営することはできなということですよ。正直言って民間から見たら2,000円では、多分運営できないと思います。市が追加の支援をしているのであれば別ですが、今は、実験段階ですよ。だから現時点では問題ないですが、非常に難しいなという気がします。現実にも9人しか来られていないですよ。本来はもっといるはずですよ。ただ、声かけている人が少ないのかもしれないが、

運営していく上で、受益者負担によって民間主体による実施を目指すには、ほかの民間の事業者と話し合う必要があります。2,000円でやってくれと言ったら、多分しないと思いますけどね。

○事務局

2,000円でやってください、と言っているわけではありません。現在実験的に2,000円で行っていますが、ほかの施設では5,000円という場合もあり得ると思うので、そういう仕組みが可能なかどうかを検討しているところです。そのため、2,000円という指示を行政から便宜しているつもりありません。実験的に取り組んでいるということです。

●委員

病院から、急性期から慢性期に移動して、リハビリを経て家庭へ帰る過程で、順番に低栄養になっていくような話で非常に耳が痛いのですが、病院の中では管理栄養士がしっかりと栄養管理をされていると思います。その際に、管理栄養士が1人でやっているわけではなくて、医師、看護師、それから薬剤師等のチームで介入をしているはずです。そのため、その中では、うまくいっているかと思いますが、そこから一步次の病院に行ったときに、急性期でどのような栄養管理をしていたのかという情報が、慢性期の病院やリハビリ施設へ伝わっているかというところが問題です。キュア神戸では、そのシステムを整備していく、ということであったと思います。栄養士会もキュア神戸に入っており、情報を共有していますが、そこから家庭に帰ったときに管理栄養士がどういう形で介入していくのかというのは、非常に難しい問題です。運動と同じように医療保険や介護保険の中では、訪問栄養食事指導や居宅療養管理指導などで栄養士を派遣することが可能ですが、医師の指示がないと動けません。それ以外の部分については、それこそ自費ということになりますので、先ほどからお話しいただいたように、交通費も指導料も頂くということで、やっていかざるを得ないというところが非常にジレンマとしてあります。ただ、困っている方に対して、例えば訪問しなくても電話で栄養相談を行うなどは可能だと思います。ただ、そういう情報の共有化というものを、しっかりと行うシステムが必要だと思います。

●会長

確かに急性期病院、今回の保険改定でも、まずはリハビリですよね。入院中のリハビリ、栄養管理、それから口腔ケアがセットになって点数加算がつくような仕組みがあります。また、退院支援も手厚くなってきている状況です。その先の部分についても今後我々も見通した治療が必要だと考えております。連携していくべきだということですね。

●委員

事業に参加した人の意見をしっかりと聞いてほしいと思いますし、経過を辿って行動変容にどうつながったかを分析する必要があると思います。また、参加者に男性が多いことは評価できますし、外出することもフレイルの予防になっており、よい試みだと思います。

(2) 健康データを活用した研究の公募について【資料5】

(3) 神戸市における災害対応の課題に対する検討状況【資料6】

○事務局より説明

●会長

ペットとの同行避難については非常に興味深いテーマです。避難先でペットいるこ

とは精神的にも、身体的にも、非常に効果があるという部分もあると思います。ただ、逆に災害の程度、規模によっては、どうしてもまず人間の命が優先となると思います。避難先でペットと一緒にいるというのは、状況が落ち着いた後ということもあるかもしれません。そこでペットが、万が一にも人が助かるのに障害になるというようなこともあるのではないかと思うのですが、その辺りはどのように考えていますか。

○事務局

御指摘のように、基本的には人命が優先です。飼い主さん御本人にしてみると、家族同然であるため、今回のガイドラインでは、あらかじめペットを連れて避難する場合に、障害が出ないかというようなことも確認することも含めて、今後啓発をしていきたいと思います。

また、同行避難についてですが、神戸市の考え方としては、避難所にペットを連れてきていただくよう進めていきたいと考えています。ただし、同室での避難ではなく、ペットは別の場所で避難するというルールを作ることから始めています。

○事務局

あくまでペットはケージの中です。ケージを持ってきて、ケージの中でペットを置いていただくので、部屋の中での管理ではないです。

●会長

本当にペットに対する思いも家族そのものですから。

●委員

東日本大震災のときに救護に行ったのですが、その小学校では、ペット専用の部屋が設けられており、避難者と一緒にいましたが、大きな問題は生じてなかったようです。そのため、ペットと一緒に避難する部屋というものをつくってもいいのではないかという気もするのですが、どうでしょう。

○事務局

今のところは、まずはペットを連れて避難できる体制を整えるところからスタートしています。小規模な災害の場合、その場の判断で同じ部屋を使用することも可能かもしれませんが、まず大規模な災害で、多数の方が避難されることを想定して、ペットは別の場所で一時的に飼育するといったことから、まず議論をスタートさせていただいているという状況です。

●委員

今回の能登半島地震ではコミュニティが形成されていたことが大きく異なると思います。また、避難所に行く際にもルール作りが必要であると思います。

●委員

本題から外れますが、一般的にコロナのピークを過ぎたという話がありますが、中には重症化した患者さんが亡くなるケースがあり、私もつい先日、そういう症例を経験しました。以前ほどマスコミも報道しませんが、感染が広がっているということが、まだ十分に伝わっていないのですが、最終的には高齢者が犠牲になるということは変わっていかなくて、怖い病気だなと思います。我々ももちろん注意喚起を行います、行政からもぜひ続けていただきたいと思います。

●会長

ありがとうございました。ではこれで議事を終了させていただきます。事務局にお返しいたします。

○事務局

本日は長時間にわたり、御審議をいただきまして、ありがとうございました。

健康課題に対する御意見等、様々な御意見を頂戴しましたので、いただいた御意見を踏まえまして、今後の対策について検討させていただきたいと思います。

神戸市の保健医療施策をより充実・発展させていくため、委員の皆様方におかれましては、引き続き御助言、御協力いただきますよう、よろしくお願ひいたします。

本日はどうもありがとうございました。

4. 閉会