

令和6年度 第1回松戸市フレイル予防一体的推進事業連携会議録

日時 令和6年7月23日(火)

19時00分～20時30分

場所 中央保健福祉センター

2階 集団指導室

出席委員 6名

廣木 奈津 委員 川越 正平 委員

藤内 圭一 委員 安部 恵 委員

大住 崇之 委員 前田 貴子 委員

事務局出席

地域包括ケア推進課 向主査

高齢者支援課 奥村主幹保健師

健康推進課健診担当室 大井主査保健師

健康推進課 浅井課長、村岡技監補、
吉野管理栄養士長、長谷川保健師長、櫻井主査管理栄養士、
和田主査歯科衛生士、伊藤主任保健師、
永瀬管理栄養士、田幡歯科衛生士、吉田作業療法士

次第

1. 開会
2. 委員自己紹介
3. 議事
 - (1) 一体的実施の動向と松戸市の実施体制
 - (2) 令和5年度実績及び令和6年度実施内容
 - (3) 令和6年度スケジュール
4. 閉会

司会

【開会】

本日は、お忙しい中、お時間をいただきましてありがとうございます。定刻となりましたので、ただいまより令和6年度第1回松戸市フレイル予防一体的推進事業連携会議を開催いたします。どうぞよろしくお願いいたします。

【配布資料の確認】

【会議の公開】

それではここで健康推進課長よりご挨拶申し上げます。

健康推進課長

こんばんは。本日はお忙しい中、また遅い時間にもかかわらず本会議にご出席いただきまして、誠にありがとうございます。委員の皆様方には、日頃より、松戸市の健康づくり行政に、格別のご尽力を賜りまして、厚く御礼申し上げます。

さて、今年度より本会議の名称を「松戸市フレイル予防事業連携会議」から「松戸市フレイル予防一体的推進事業連携会議」というふうに改めております。もともと正式な事業名はフレイル予防一体的推進事業であり、それに合わせた形となります。

健康推進課が中心となりまして、ポピュレーションアプローチ、ハイリスクアプローチの両輪からフレイル予防を推進するのはもちろん、関係課、関係機関と一体となってフレイル予防を推進していくことをより意識して今後の取組を進めて参ります。

本日は委員の皆様のご意見、アドバイスをいただきまして、今後の取り組みに繋げていきたいと考えておりますので何卒、宜しくよろしくお願いいたします。

司会

これより、令和6年度第1回松戸市フレイル予防一体的推進事業連携会議を始めます。

まず、会議の公開についてですが、本会議は公開となっております。

本日の傍聴希望者はございますでしょうか。

本日傍聴はないようです。

【委員・事務局自己紹介】

【会議の目的】

本会議ですが、本市におけるフレイル対策の充実を図ることを目的とし、フレイル予防事業の内容等を相談し、ご助言とご指導をいただく場としております。委員の皆様、庁内の担当者から活発なご発言をいただきますよう、よろしくお願いいたします。

【議事】

それでは、議題に沿って進めてまいります。

1. 一体的実施の動向と松戸市の実施体制について事務局より説明いたします。

事務局

配布したパワーポイントの資料に沿ってご説明させていただきます。

4 ページ目です。フレイル予防一体的推進事業は、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」の制度化に伴って、高齢者の保健事業の一部を千葉県後期高齢者医療広域連合から市が委託を受けて実施している事業です。松戸市では、令和 2 年度、取り組んでいる自治体が少ない時期から取組を始めておりますが、令和 6 年度には 98% の自治体で実施予定となっております。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施の取組が求められるようになった背景としては、スライド左下の図にありますように、74 歳までの国民健康保険の保健事業と 75 歳以降の高齢者保健事業が適切に継続されてこなかったこと、介護予防と保健事業が別々に行われているため、疾病予防と生活機能維持の取組を一体的に実施するのが難しかったことなどがあります。そこで、住民に身近な立場から住民サービスを提供でき、かつ保健事業や介護予防のノウハウを有しているということから、市町村が広域連合から委託を受けて高齢者の保健事業を実施する体制が整えられました。

スライド 5 です。右の図をご覧ください。一体的実施を推進するために、企画調整を行う医療専門職と、保健事業を実施する地域を担当する医療専門職が新たに配置され、人件費と保健事業を実施するための経費が委託費用として交付されています。令和 6 年度の松戸市フレイル予防一体的推進事業の人員体制はこちらのとおりです。

スライド 6 です。令和 6 年度の事業実施体制の変更点としましては、健康推進課に新たに健診担当室が設置され、そこに国保年金課の健診班が異動してきた点です。国民健康保険の保健事業と後期高齢者医療の保健事業の接続は、一体的な実施の課題でもありますので、今後より一層連携を深めて参りたいと思います。

高齢者に対する支援内容は、健康教育・体力測定・普及啓発・健康相談等を実施するポピュレーションアプローチと、KDB システム等を活用してハイリスク者を抽出し個別的な支援を行うハイリスクアプローチの 2 つのアプローチを組み合わせて実施しています。

スライド 7 です。フレイル予防一体的推進事業は、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」の特別調整交付金の交付基準に基づいて実施しています。交付基準に示されている取組内容の概要はこちらのとおりです。今年度、赤い枠で囲ってあるハイリスクアプローチの部分に変更がありましたのでご説明させていただきます。

スライド 8 です。こちらは特別調整交付金の交付基準です。令和 5 年度には「低栄養・口腔に関わる相談・指導」となっていたんですけども、「口腔に関わる相談・指導」が独立して表記されるようになりました。また、「身体的フレイル（ロコモティブシンドロームを含む）」に係る相談・指導が新設されました。

スライド 9 です。松戸市でのハイリスクアプローチの取組状況です。身体的フレイルに係る相談・指導が新設されたことに伴って、医師会に委託している骨折二次予防の取組をこ

ちらに位置付けさせていただきました。重複投薬・多剤投与等への相談・指導の取組は令和5年度まで広域連合で実施していましたが、今年度より取組を終了しています。

スライド10です。交付基準に示されている取組の概要の中で、次は赤枠で囲ってあるポピュレーションアプローチにご注目ください。ポピュレーションアプローチには主に3つの取組があります。アが「普及啓発・健康教育・健康相談」、イが「フレイル状態の把握」、ウが「気軽に相談しやすい環境づくり」です。

スライド11です。松戸市でのポピュレーションアプローチの取組と交付基準に示された取組の対応を示したものです。ア～ウの中で重複している部分がありますが、◎の部分を意識して実施しています。

スライド12です。令和5年度に一体的実施に係る実施状況調査が行われて、その結果を踏まえて「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」が改訂されました。実施状況調査から見えた課題とガイドラインでの対応です。目標・評価指標の設定、事業評価・効果検証が難しいという課題や、KDBの機能を十分理解して活用することが難しいという課題に対して、共通評価指標や、一体的実施・KDB活用支援ツールが提示されています。

スライド13です。一体的実施・KDB活用支援ツールというのは、共通評価指標に該当する対象者を簡単に抽出できるツールです。抽出条件はこちらのとおりで、数字の部分の任意で入れ替えられるようになっています。市で実施していないプログラムは網掛けで表示しています。身体的フレイルは、医師会委託分の骨折二次予防が該当していると考えているため、抽出条件は異なりますが網掛けはせずにお示しました。

スライド14です。共通評価指標では、支援ツールの抽出条件に該当する者の割合がアウトカムとして設定されています。共通評価指標はデータヘルス計画における指標なので、広域連合が設定するものですが、市町村での取組においても支援ツールの抽出条件を活用することが推奨されています。

吹き出しに記載しているとおり、抽出条件＝アウトカム指標になっているので、そのまま抽出条件該当者に対して支援することがアウトカム指標該当者の減少につながるのか、という点には疑問があります。そのため、抽出条件に該当する前のより早い段階での対象者を抽出し、アプローチすることも必要ではないかと考えています。

スライド15です。自治体で実施する個々の取組に対しても評価指標例が提示されました。ある程度共通した取組・評価を実施することで効果が検証できるよう、全国的に標準化が進められておりますが、このような動向も踏まえながら、より実情にあった効果的な取組や評価方法を検討していきたいと考えております。

司会

〇〇委員、今年度から身体的フレイルがハイリスクアプローチの取組の一つとして明確に位置づけられました。共通評価指標や支援ツールの抽出条件ですと、リスクの低い方から高い方までかなり幅広い対象が含まれるのではないかと感じております。

1 度骨折してしまった方の再骨折予防については現在委託で取り組んでおります。ポピュレーションアプローチでは今年度運動・転倒予防については強化していく予定ですが、ご助言がございましたらお願いいたします。

委員

現在健康状態かつ歩行速度と、歩行速度かつ転倒という抽出条件であがっているということでしたが、色々な文献等を拝見すると、そのあたりの項目というのは確かに選択肢にあがってきているということになります。ただ、このままだとかなり該当者が多いのではないかと、という懸念事項があるというところだと思いますので、その他文献、あとは経験的なところを踏まえると、新たな評価指標とかではなく、現状でやっている項目でいうところの、「週 1 回以上外出をしているか」という抽出条件を加える、もしくは基本チェックリストにある「階段を手すりや壁を使わずに登っているか」の項目を追加することで、もう少しハイリスクに寄った方を抽出できるのではないかなというふうに感じております。

事務局

ポピュレーションアプローチで使用している質問票ですとか、ハイリスクアプローチ対象者に事前に送付するアンケートに項目を追加することは可能だと思いますので、今後検討していきたいと思います。

司会

地域包括支援センターでは体操教室などを開催していらっしゃいますが、何かご意見はありますか。それから身体的フレイル予防には、転倒予防や骨粗しょう症治療の観点からの二次性骨折予防、低栄養など様々な要素が含まれていると思いますが、何かご意見はありますか。

委員

国のこのガイドラインも改訂されたんでしょうけれども、松戸市はもう少し先を行ってもいいのかなと思います。

委員

ここまでのところについては、国の制度はちょっと変わったようですが、松戸のほうではそこも見越して少し先へ先へときてきたと思うので、国のを気にしないで言うのもあれですけど、先を行って、すごく今連携ができてきているところですので、逸脱しない程度に、でももうちょっと先を進めていけているのでいいんじゃないかなと思います。

司会

〇〇委員、お願いいたします。

事務局

転倒の部分で、地域包括でけっこう介護予防教室等をやっていたらと思うので、条件のことや、意識してやっていることがあればお伺いできればと思います。

委員

地域包括支援センターでは、一番多く使っているのは基本チェックリストになりますので、その質問項目を活用しています。実際の実施の場面については、ご本人の主観的な感覚でご回答いただくので、それが客観的な評価と一致しているかっていうのはどうしても精神的な不安要素が大きく反映する回答になっています。丁寧にやるとしたら、基本チェックリストにご回答いただいた一つ一つの回答について詳しく、どういった理由からそれにチェックしたのかというやりとりができればよりよいものになると思っています。地域の中で基本チェックリストをやって実情をセルフチェックするのは、すごく意識の向上というか、とっかかりにはすごく役立つのかなと思っています。

司会

ありがとうございます。では続いて、2. 令和5年度実績及び令和6年度実施内容について事務局よりご説明いたします。

事務局

それではハイリスクアプローチからご報告いたします。スライド17をご覧ください。令和5年度、直営での支援実績は357人、前年度より30人増となりました。これまでポピュレーションアプローチから把握したハイリスク者もハイリスクアプローチの実績としてあげていましたが、ポピュレーションアプローチの区分として交付基準に「フレイル状態の把握」が明記されているため、令和5年度よりポピュレーションアプローチのアウトプットの一つとして位置づけることとしました。委託分の支援実績は156人で前年度より36人増となりました。全体では66人増となっています。

続いて、各ハイリスクアプローチの取組について、低栄養、健康状態不明者、口腔機能、委託分の順に報告いたします。

スライド18です。低栄養について報告します。

令和5年度はアンケートを171名に送付し、返送率は69.6%でした。なお、R2年度は77%でした。令和5年度からは既存の事業である高齢者の食生活講座を低栄養ハイリスクアプローチの1回目として活用しています。当日は、低栄養ハイリスクアプローチ対象者の希望者と、広報からの申込による一般参加者が一緒に講座に参加する形になります。低栄養ハイリスクアプローチ対象者の講座申込は19人で、前回会議報告時点の受講者は6人で

したが、最終的に 18 人となりました。

令和 5 年度の講座の実施時期を 9 月、12 月に設定していたため、プログラム参加者の半年後の確認を年内に終了することができませんでした。そのため、令和 6 年度は対象者の抽出を 2 回に分けて行い、前半の対象者には 4 月の時点で 71 人にアンケートを発送し、6 月の講座をご案内しています。返信率は 69.0%でした。

また、令和 5 年度の講座申込者が少ないという課題があったため、令和 6 年度のチラシに参加者の声を入れるなどの工夫をしましたが、申込は 9 人と目に見える改善にはつながりませんでした。今後、後半の対象者にアンケートを発送し 9 月の講座をご案内しますが、その際には熱中症予防の啓発で企業より提供を受けた経口補水液を配布することをチラシに記載してみたいと考えています。

スライド 19 です。人数が少ないため断定はできませんが、10 食品群の摂取状況で一般参加者と低栄養ハイリスクアプローチ対象者で傾向がみられましたのでご紹介します。

調査票が回収できた参加者のうち、27.0%が低栄養ハイリスクアプローチの対象者でした。1 日の摂取品目数が 7 品目未満の方は、一般参加者では 4.3%だったのに対して、低栄養ハイリスク者では 29.4%と高い割合となっていました。また、10 食品群摂取状況の内訳では、魚はほぼ同じ割合だったものの、その他のたんぱく質源食材である肉、牛乳、卵、大豆を摂取している人の割合が低い傾向がみられました。

スライド 20 です。前回会議で〇〇委員より経過を追っていくことが大切であるとのことをご助言をいただきました。そこで、令和 2 年度の対象者の体重変化について確認をしてみました。前年度と前々年度の体重減少から対象者を抽出していますが、支援時点では体重が回復している方も多い印象があったことから、実態を確認したいと考えたためです。

こちらの表は 1 人 1 人の体重変化の数値を平均したもので、上の表が男性、下の表が女性になっています。なお、支援なしの人数が多くなっていますが、令和 2 年度はアンケートにより電話番号を把握できなかった方にアプローチしていなかったためです。低栄養を直営で再開した令和 4 年度では基本的にすべての対象者に電話や訪問でのアプローチを実施しています。

表の黄色く色づけしてある部分は、令和元年度から平成 30 年度の体重変化で、令和 2 年度はこの値を用いて対象を抽出しています。他と比べてもこの部分の体重減少が最も大きくなっています。

実際に介入した令和 2 年度と前年度の差は支援対象者全体では男性 +0.4 kg、女性 -0.1 kg とそれほど大きな体重変化は見られませんでした。前々年度、前年度に大きな体重減少があったものの、その状態を維持している方が多いことがうかがわれます。聞き取りや保健指導を行う際に、体重減少に対する認識について対象者の方とやや温度差を感じることがありますが、ご本人としては体重を維持しているという認識の方も多いのかもしれませんが。

ただし、その後の経過を見ると減少前の体重まで戻っているとは言い難く、やはりフレイルのリスクが高い状態が継続していると思われます。

また、男性のうち、赤い枠で囲っている「支援なし」の方の体重減少が他と比べて目立ったため、詳細を確認しました。

スライド 21 です。「支援なし」の男性 3 名のうち、2 名が亡くなっていました。一人目の方は間質性肺炎で入院しており、退院後に死亡しています。二人目の方は、くも膜下出血により死亡しています。

この 2 例では、抽出時の体重減少よりも支援時に更に体重が減少していました。また、3 年連続で 2 kg 以上の体重減少がみられていました。介入ができなかった方のため、当時の詳細な状況は不明であり、介入による予防が期待できる状態であったかも分かりませんが、今後の対象者の方についても体重の推移については注意してみたいと考えています。

司会

〇〇委員、前回の会議でご助言をいただいた点を踏まえて、講座への参加につながる工夫や対象者の経過の確認を模索しているところです。また、ハイリスク対象者では摂取品目数が少ない傾向がありそうだということも見えてきた状況ですが、あらためてアドバイスがあればお願いいたします。

委員

結果を見せていただいて非常に興味深く拝見しました。まず食品群の摂取状況ですけれども、食品群を摂取したという一つ一つの量がどこまで取れているか分からないので何とも言えないところではあるんですけども、はっきり低栄養の方の摂取品目数が少ないであろうと。7 品目未満の人数が明らかに一般の方よりも低栄養の方のほうが 25 パーセントくらい多い、逆に 7 品目以上取っている人っていうのも、一般の人にくらべて低栄養の人が低いということが分かりますので、できるだけ品目はいろんなものを食べましょうというふうにしていくことがひとつの栄養状態の指導のポイントになるのではないかと思います。

それからたんぱく質食品については、よく高齢者になると肉は食べなくなるだろうとか乳製品は食べなくなるだろうということがよく言われているんですけども、今回の結果を見てみると、肉とか牛乳よりも食べやすいと思われている卵とか大豆製品、納豆とか豆腐のような柔らかくて食べやすいはずのものなのに、この卵と大豆の摂取状況が低栄養の方だと 25%とか 15%とか低いんですね。なので、どういふものを食べて欲しいかということ積極的に伝えていかないと。元気な人は肉を食べられるんですけども、元気じゃないと肉とか野菜とか積極的に食べていけないんですね。それよりは食べやすくして価格も安定している卵とか豆腐とか食べやすそうなものでアプローチをしていくほうが高齢者の方もそれなら頑張ってみようかという方向になるんじゃないかなと、この結果はそういうふうに見せていただきました。

それから体重についてですけれども、特に男性の方で、これも対象者数が少ないので何と

も言えないんですけども、訪問支援している方のほうがやっぱり体重減少が少ないかなあという。平均をとっちゃっているので何とも言えないところではあるんですけども、支援を全くしない人よりは訪問支援をする、もしくは電話でもいいので何か声掛けをすることで、特に男性の方の場合にはちょっと意識してもらえるとというか、そんなことがあるかなと思います。女性の場合は訪問してても体重が減少しているというのがあるので、女性の方のアプローチの仕方はまたちょっと今後見ていかなければならない気がするけれど、少なくとも男性は、声をかけないと食べなくなっちゃうのかなとか、意識しなくなっちゃうのかなっていうのはなんとなくここから見えるので、できるだけ何かの形で声掛けをしていく。

支援なしの方、21-2 ページ目のスライドのこれは、低栄養が直接亡くなった原因だったかどうかということではここでは分からないんですけど、低栄養にならない体の状態であれば抵抗力も上がったりとか元気な状態も続くのだらうと思われまので、とにかく何かの形で支援を続けてということが大事なことかなというのをこの 3 枚のスライドから拝見させていただきました。ありがとうございます。

事務局

ありがとうございます。データを集計してみて、先生から色々ご指摘いただいたポイントを、いただいた視点をもとに紹介させていただいたんですけども、ご助言をいただいて様々な角度から色んなケースを見ていくということで今後の支援に役立つヒントが今回たくさん得られたと思っています。

特に食品摂取状況のチェックにつきましては令和 5 年度からはじめたものですので、今年度、今後も続けていきながらデータを蓄積していくことでまたいろいろなものが見えるのかなと思っています。

食品摂取状況を簡単にチェックできる方法としましては、先のスライドになるんですけども、スライド 29 にある口腔機能低下のアプローチで使用することを検討しているチェック票などももしかしたら有用なのかなということも考えておりますので、今後の取組に反映していきたいと思っています。ありがとうございます。

委員

質問と意見をさせていただきます。まず確認なんですけれども、高齢者の食生活講座というのは、対象者は希望者ですか。

事務局

一般の方の希望者の方と、低栄養のハイリスクに該当する方にアンケートを送って、参加しませんかと声をかけて参加しますという方にこの講座にご参加いただいたところです。

委員

分かりました。次に、スライド 20。この表に出てきている人というのは令和 2 年度低栄養として抽出された人ということでまずいいですか。次に、この 14 名と 38 名ということなんでしょうけれども、これは、毎年健診を受けてらっしゃって、そのデータをもとにこれは作られているんですか。

事務局

健診を毎年受けてらっしゃる方もいるのですが、受けていらっしゃらない方もいるので、その方は対象外ということにさせていただいて…。

委員

つまり毎年健診を受けている人だけを出したということですか。たとえば男性が 14 名令和 2 年度抽出されたけれども、令和 4 年度は 7 になっていますけど、7 人しか健診をうけていないという意味ですか。

事務局

そうです。令和 4 年度と令和 3 年度の体重推移が比較できるのが 7 人しかいなかったということです。

委員

前年度との比較なんだこれは。分かりましたが、ちょっとこれで何かが言えるのか微妙な気がするんですけど。つまりベースラインの令和 2 年度までの体重と比較していないということですよ。そうするとこうなっている人もいるかもしれませんが。ベースラインと比較するほうが分かりやすい気がします。

事務局

まず最初にみんなの体重を、推移をグラフにして、なんとなく下がっている人は少なく、維持している人が多いなという印象があったので。最初は平均を出したんですけど、平均だと重い人も軽い人もいてその人の健診の受診状況によって数が大きく変わってしまうので、体重変化の差で平均を出してみたら傾向がつかめるのではないかと思って出しました。これが適切なかどうかというのはあるんですけど。

委員

この表の見方は分かりました。なので、何を検討したらよかろうかっていう頭の体操と思っ
て見る訳ですけども、つまり、この低栄養に該当した人たちがその後どんどん痩せてい

るのではないのかもしれないということは分かったとすればですね、この令和 2 年度の抽出というのは本当の意味でのハイリスク者の抽出にあまりなっていないのかもしれないというふうに総括すれば、それはそれでいいんじゃないかと思います。また来年度以降は一体どうやってハイリスク者、低栄養って人を探そうかっていうのを別の方向で考えていくということでもいいと思います。

何でもいいんですけど、一体どんな人が本当にリスクの高い人なのか、それを掬えば。進行しちゃった状態になる前で見つけられるのが一番の目標だと思うんです。ま、そういう意味で経年的に追っていけば後からつながりますよね。反省というか振り返りというか。

それから 21 のスライドですけれども、これは医学的には分かりやすいという気がします。2 番目の方はクモ膜下出血ということですので、体重は関係ないということになると思います。1 番目の方は令和元年 2 年 3 年とどんどん痩せているのは、これは原疾患のせいだと思います。低栄養というより間質性肺炎が進行した結果だろうと思います。これも栄養の問題ではない。原疾患のコントロールが難しかったのではないかと思います。

司会

ありがとうございます。それでは、担当を代わりまして、ハイリスクアプローチ、健康状態不明者についてご説明いたします。

事務局

続いて健康状態不明者の取組について報告します。スライド 22 をご覧ください。令和 5 年度はアンケートを 114 名に発送し、返送率は 46.5%でした。電話や訪問で本人に介入できた割合は 64.9%、同居人等からの情報収集を含むと令和 5 年度末時点で 89.5%の方の状況確認が完了しました。アンケート返送の有無にかかわらず訪問しており、2 回訪問して会えなかった場合には直近の情報を確認し、情報がない場合は基幹型包括支援センターに情報照会を行います。それでも情報がない場合には、地域包括支援センターと同行訪問を実施しています。

右下に示しているとおおり、令和 5 年度は 9 名地域包括支援センターと同行訪問を実施しました。なお、黄色で示しているのは令和 6 年度に持ち越して実施した分です。スライド 23 をご覧ください。健康状態不明者のフローの課題としては、地域包括支援センターと同行訪問後の対応が決定していないこと、同居人等からの情報収集のみで、本人に面接できていない対象者も状況確認できたものとしていることが挙げられます。

これに対して、会えない不明者の対応について近隣自治体に聞き取りを実施しました。また、同居人からの情報収集で終了としていたケースを見直し、在宅中であつたが会えなかった方 3 名を再訪問し、1 名を地域包括支援センターにつなげました。スライド 24 をご覧ください。近隣自治体への聞き取りの結果です。B 市は 1 回訪問して終了、A 市、C 市は 2 回訪問、D 市は 3 回訪問して終了としているとのことでした。

また、広域連合やガイドラインでは、現状把握ができた者、支援を行った者の人数をアウトプットとするとされており、対面での状況確認ができなくてもアンケート返送があった場合は現状把握ができたとしています。

そのため、個別の状況にもよりますが、今年度対象者についても健康推進課で2回、地域包括支援センター同行で1回訪問して、会えなければ原則終了とする形で実施したいと考えています。

スライド25をご覧ください。同行訪問でも面接できなかった6名の状況です。「同訪問後の訪問」というのは、2回訪問して不在で地域包括支援センターと同行訪問をした後の訪問状況です。今回、最低限の生存確認はできたケースや独居ではないと思われるケースであるため、介入を終了することとしました。心配ないとは言いきれない状況ではありますが、健康状態の把握ができ、支援が必要であると判断した方に対する支援に注力していきたいと考えています。

司会

アドバイスやご質問などございますでしょうか。

委員

23で最初は同居人の方からの情報で終了していた方を見直して1名つないだ。たとえばこの人はどんな人だったんですか。

事務局

この方ははじめ息子さんが出て、耳が遠いけど家のことはできていて大丈夫ということだったんですけれども、本人が居たにも関わらず会えないというのは心配かなということで再度訪問したところ、ADLが低下しておりまして、トイレも手引きでなくてはいけない、お風呂もは入れず息子が体を拭いているという状況で、地域包括支援センターと同行訪問をして引継ぎをしました。

委員

ですから、改めまして元に戻りますと、健康状態不明者というのは一体どういう人なのかというのが大事かと思うんですけど。レセもない、健診もない、介護保険情報もない、というのは一体どういう人なんだろう、75歳以上で。そこが一番大事で、移動していることを確認したら大丈夫なのか。受診していなくても大丈夫なのか。ここには論理の飛躍があると思うんですけど。世界中を飛び回って活躍していらっしゃるから受診をしていない、健診も受けていない、という人もいるかもしれませぬけれども、今の方はトイレに行くにも手引きが必要だけど受診もしていない、健診も受けていない…。相当違う話ですよ。同じ健康状態不明者という言葉でくられるわけがないと思うんですけど。ですので、とにかくその人が

本当は受診をしたほうがいい、本当は介護保険を利用したほうがいい、健診を受けたほうがいいんだったらそうしたほうがいいと思うんですね。息子が大丈夫だって言った言葉は関係ないと思います。

ま、しかし事業でできることの限界があります。だからどっかで区切りを設けるしかないと思うんですけど、でも一番大事な人は見逃がしたくないです。だからスライド 25 で自転車に乗っている人は本当に大丈夫なのか。でも認知症かもしれませんよ。だいたい 75 歳を過ぎてどこにも受診していないっていう人の方が奇特というか、奇妙な感じはしますよね。本当に調べた結果何の病気もない、ま、中にはいるかもしれませんが、珍しいと思います。

ですので、ここから先提案なんですけど、先ほどの低栄養と同様に、2020 年度から健康状態不明者の抽出もやっているわけですので、この方々が 5 年以上たって一体どうなったのかっていうのはぜひ追跡調査をしていただきたいと思います。たとえば、1 年後 2 年後 3 年後に心筋梗塞で死んだ、っていう人がいたとします。なんの受診もしてなくて健康状態不明者として抽出された人がその 3 年度に心筋梗塞で死んだとしたら、その 3 年間は何も問題がなくて急に心筋梗塞になった、とは到底思えないです。経年的に必ず起こっていく病態であれば早く見つけたほうがいいに決まっています。介護にしても軽度の時に適切な自立支援関連でのサービスを使っていれば重症化予防ができる介護状態であるならば、そうしたほうがいい。そういう観点でぜひ健康状態不明者の方々もぜひ追跡調査というのをさせていただければと思います。

事務局

ありがとうございます。家族でもお話を聞けた方というのはとっかかりがあるんですけども、何回行っても会えない方はその後何回いっても会えない可能性が高いので、事業としてはやはり切らないといけないかなと…。

委員

その点分かるんですけど、包括で引き取ってもらうのはどうですか。つまり、高齢者で本当に受診もしていない健診も受けていない介護保険も使っていない人ですよ。会えない。飛び回ってるかもしれないけど、でも認知機能が低下しているかもしれない。こういう人をモニタリングしてくださると。そんな 1,000 人もいるわけじゃないので。

委員

不明な点が多すぎて放っておけないというのが相談員の心情かなとは思いますが、こういった方を包括の方が健康推進課を経由して把握した時に、やはりイニシアチブをとるのはどこなのかなっていう、まずそういったところから連携の難しさを実際感じるのかなと思います。事業の実施主体がどこなのか、引き継ぐタイミングがどこなのかというのが現場

でもやっとするというか、実際迷うところで。

委員

先ほど言っていたいただいた2回足す1回で会えなかったら以後はお任せするというのはどうですか。その後、健診受けてくれれば一番いいんですけど。会えないかもしれないけど。

委員

どう連携をうまく引き継いでいくのかというところですが、たとえば不明なことが色々ある中でデータをもって抽出された方のところに訪問してそのデータから何が分かるのかというところ。私たちはどういった経緯で引き継いでいるのかっていうところが、もうちょっと分かったほうが。

委員

じゃあ別の例で言います。出生した赤ちゃんが、3か月、1歳半、3歳健診を1個も受けていないっていう人がいたら心配でしょうがないですよ。これは追いましょうよってなりますよね。データはないですよ。でも追ったほうがいいです。たとえばの例ですけど。

委員

データがないところで訪問するとなると、担当課の地域包括ケア推進課ととれる情報は何なのかというところを連携しながら一緒にやらないとちょっと心配というか、そういう点があります。市のほうでとれる情報というのもあると思うので。たとえば借家なのかとか家族構成はどうかとか、いろんな情報を共有しながらやっていけるとやりやすいのかなと思います。

事務局

こちらとしても、これ以上訪問しても情報はないのかなというところで、包括さんにつながるのもためられるところもあります。先ほど先生がおっしゃったようにその後どうなっているのかというのは、こちらのほうで確認ができる情報ではあるので、またそういうところをもって振り返りながら、適宜変更を加えながら取り組んでいくのがいいのかなと思います。

保健事業的な視点ではなくなってしまうんですけども、以前の健康状態不明者のその後の状態としては、本人からお金がないと市役所に相談があったケースですとか、新聞が溜まっていたのを確認した近所の方が管理センターに連絡して息子を通して地域包括支援センターにつながったケース等がありまして、必要な情報提供をしているとか、周囲の見守りがあるとか、そういう個人を追い続ける以外でもいろいろな方向で補っていく方法もあるのではないかと感じております。

司会

担当を代わりまして、ハイリスクアプローチ、口腔機能低下についてご説明いたします。

事務局

続いて口腔機能の取組について報告いたします。スライド 26 をご覧ください。

令和 5 年度はアンケートを 186 名に発送し、返送率は 69.4%で低栄養とほぼ同程度でした。抽出条件は歯科口腔健診受診者から抽出した A、成人歯科健康診査受診者から抽出した B、後期高齢者健康診査受診者から抽出した C の 3 つがあります。そのうち、成人歯科健康診査受診者から抽出した B の該当者は 6 人と少なかったものの、アンケート返送率は 100% でした。また、プログラムに 3 名参加し、全員がプログラムを終了しています。全体としては、プログラム参加希望者は 17 人で 9.1%、そのうち 15 人がプログラムを終了し、終了率は 88.2% でした。

今年度はプログラムを 3 か月間隔から 2 か月間隔に変え、終了までの期間を 6 か月から 4 か月と短縮しましたが、取組を中断してしまう前の声掛けや再度の指導、目標の修正につながり、期間の変更は適切であったと思われまます。

プログラムへの参加率向上が引き続き課題ではありますが、プログラム参加者以外も含めると、77.4%の方に電話や面接で保健指導を実施することができました。

スライド 27 をご覧ください。令和 5 年度の評価結果です。舌圧、口腔水分量、反復嚥下テスト、滑舌の測定値の前後比較に加えて、広域連合から提示された指標例を参考に、1 年後の要介護認定の状況、介入後の誤嚥性肺炎の罹患状況を指標としました。

口腔機能の改善・維持状況としては、いずれの測定値も高い割合となったものの、改善のみに着目すると各測定項目で幅がみられました。

1 年後の要介護認定の状況は今年度末に確認予定です。また、誤嚥性肺炎については、面談を 2 回実施した者に限らず、今回対象となった方で既往がある方はいませんでした。松戸市では対象者の年齢を 77 歳から 83 歳と比較的若い年代に設定しているためであると思われまます。同じ理由から、要介護認定の状況についても、該当者はいないか少ないのではないかと予測しています。

介護や誤嚥性肺炎に対して予防効果がみられるというのは介入の成果として意義があることですが、オーラルフレイルはフレイルの入り口ともいわれることから、松戸市としては引き続き早いうちからの予防を重視して実施していきたいと考えています。

スライド 28 をご覧ください。早いうちからの予防を重視していくにあたって、口腔機能低下と低栄養の関連をより意識して、低栄養の指導にも力をいれたアプローチを実施していきたいと考えています。

後期高齢者で「後期高齢者の質問票」の咀嚼機能低下と嚥下機能低下のどちらか一方でも該当している者は、複数の栄養素等の摂取量が低下していることが指摘されています。後期

高齢者の中でも比較的若い年代を対象としたアプローチにおいて、口腔機能の維持改善の必要性に対する気づきを促すためには、栄養素の摂取量の確認も有効な手段なのではないかと思われます。

現在も 10 品目の摂取状況について聞き取りを行っていますが、本人と十分に共有できていないという課題があります。スライド 29 をご覧ください。そこで、こちらの聞き取り票を使用したいと考えています。こちらは、東京都健康長寿医療センター研究所が開発した食品摂取の多様性スコア (DVS) をもとに作成したものです。1 週間のうちにほとんど毎日食べているものだけ 1 点を加点して、その他は 0 点というもので、精密とはいえませんが、毎日バランスよく栄養がとれているかを大まかに確認できるものとなっています。1 週間記録する必要がなく、0 点のものを加点するという意識を持つことで食生活の改善に組みやすくなっています。

スライド 30 をご覧ください。次に令和 6 年度抽出条件の変更点についてご説明します。前回の連携会議で抽出条件 B の対象年齢を変更すること、抽出条件の C についてアンケート回答の結果で支援対象者を絞り込むことを確認させていただきました。

スライド 31 をご覧ください。追加で、スライド 31 の変更をいたします。歯科受診していても、治療とは別にオーラルフレイルの予防に取り組むことはできるとの考えの下、今までは歯科受診者も対象に含めていました。しかし、A4 の配布資料にあるように、一体的実施・KDB 活用支援ツールの口腔の抽出条件は、咀嚼機能、嚥下機能のいずれかに該当かつ過去 1 年間歯科受診歴なしとなっています。この条件はデータヘルス計画における共通評価指標のアウトカムにもなっているものなので、歯科受診している方にアプローチしてもアウトカムに影響をしないということになります。また、受診している方としていない方では受診している方のほうがリスクは低いと考えられます。そのため、抽出条件にならない、「抽出時点で 1 年間歯科受診の履歴がない者」という条件を追加しました。

それにより前年度と比べて対象者が減少しますが、代わりに咀嚼機能、嚥下機能両方に該当する者を対象としていた C の抽出条件を、「いずれかに該当」へ変更することにしました。これらの変更により、対象者の特性も変化し、たとえばプログラム参加率が低下するなどの影響がある可能性もあります。状況につきましては次回の会議でご報告させていただきます。

司会

〇〇委員、前回の会議でオーラルフレイルの認知度の課題についてお話をさせていただきましたが、薬剤師会の研修会でもオーラルフレイルを取り上げていただきありがとうございました。反響などはいかがでしたでしょうか。

委員

つい先日 18 日の日に歯科医師会の先生においでいただきまして、この中でも 2 人くらい

受講いただいたと思うんですが、やはり薬剤師の中でも、私も含めてですが、理解がありませんでした。この会議の中でも、若いうちから予防でっていうことで、おっしゃられていますけど、後期高齢者になるもっともっと前の段階で、40代とかそのあたりから知っていくということは、そこから先にすぐつながっていく。家族の中にも伝播していくでしょうし、というところで、大変学びが深かったとか、初めて聞きましたとか、患者さんにどうとか地域住民にどうとかっていう前に自分の体を考えることに勉強になりましたということがありましたので、本当に、歯科医師会の先生にご講演いただいて大変よかったなと思っております。

まつど一斉健康ゼミというものを来月行うんですが、その中でもオーラルフレイル予防を取り上げる施設が、無理くりお願いしたわけではないんですが、ちょうど7月18日にオーラルフレイルの研修会がありますので、それで得たことを地域の皆さんに広げていただけないですかということでお話したところ、何軒かは取り組んでくださいますし、口から全身のフレイル予防というところにもつながっていきますので、その点でもこの会議に参加させていただいたことで、オーラルフレイルというものに松戸市が力を入れていくということも分かりましたので、薬剤師会はさらにその一次的予防というか、もっともっと若いときからの情報提供ができるなと思って、これは来月大変楽しみにしているところでございます。また報告させていただきたいと思っております。

司会

ありがとうございます。担当を代わりまして、委託分のハイリスクアプローチについてご説明いたします。

事務局

委託分の取組について報告いたします。まず、骨折二次予防です。骨折二次予防は、令和4年度対象者への継続支援と令和5年度の新規の対象者への支援、の2本立てで実施しています。

スライド32です。まず、令和4年度測定を実施した方への令和5年度の支援結果です。対面での保健指導の実施率は48.2%で、前年度測定に参加してくださった方だということもあり、高い割合でした。また、令和4年度測定がなかった方のうち、6名について電話、訪問による支援を行い地域包括支援センターにつないでいます。

次に、新規の対象者への支援結果、スライド33です。アンケートを106名に発送し、返送率は59%でした。対面での保健指導実施率は26.4%でした。集団測定会への参加率は市直営で実施している低栄養の講座や口腔機能低下のプログラム参加者よりも高い結果でした。体組成測定等多様な測定を実施することも集客につながっていると思われれます。

令和5年度に集団測定会に参加した方に対しては、令和6年度も集団測定会を実施し、計測値の変化を確認する予定です。

スライド 34 です。令和 4 年度に測定会に参加した方の令和 5 年度の状況です。計測値の改善・維持状況として BMI、SMI、SPPB、握力をあげています。SMI は骨格筋量指数と呼ばれる筋肉量の評価値です。SPPB は、立位バランス、歩行、立すわり動作の 3 つの課題からなる下肢運動機能を評価するテストです。

BMI、SPPB の改善・維持率は 90%を超えたものの、SMI、握力は 70%代にとどまりました。高齢者という特性から、筋肉量を増加させるのは困難であると考えられます。一方で SMI が低下した方の中でも、SPPB が増加した方が 3 名、維持していた方が 3 名いました。筋力が低下しても立位バランスを改善することで転倒の予防につながることも念頭において指導をしていくことも有効であると思われます。

スライド 35 は、R4 年度初回測定時と R5 年度測定時の比較のうち、BMI と SMI の変化についてまとめたものです。BMI が上昇していても SMI が減少している方も見られました。見た目の体格の変化が必ずしも筋肉量の変化であるとは限らないため、SMI も併せて計測することで、より個別性の高い保健指導につながっています。

スライド 36 は、令和 6 年度骨折二次予防新規の対象者抽出フローです。令和 5 年度はアンケート抽出前に、脆弱性骨折の既往がある方の個別の情報を確認して、介護情報、レセプト情報から対象者の絞り込みを行っていましたが、令和 6 年度はアンケート送付時点では細かな絞り込みは行わず、介入時点で情報を整理し、リスクによって関わり方の重みづけを変化させて支援するフローとなっています。これは、他自治体等にも取組を参考にしていたきやすくすることを意識した設定となっています。

骨折二次予防の集団測定会は 7 月から開始しています。進捗状況については次回ご報告いたします。

次に、糖尿病性腎症重症化予防について報告します。スライド 37 です。大きく、健診受診のある未受診者、継続受診中の腎機能不良者、健診受診のある治療中断者、健診受診のない治療中断者の 4 つのセグメントで抽出しています。セグメント 2 は継続受診中の方が対象なので他の 3 つとは異なる流れでの支援となっています。

スライド 38 です。セグメント 1、3、4 の支援結果です。アンケートを 62 人に送付し、返送率は 43.5%でした。電話番号が不明な方が 18 人おり、内訳としては健診受診のない方から抽出しているセグメント 4 が多くなりました。

糖尿病性腎症重症化予防については単年度で実施し、骨折二次予防のような形での継続はしない方向で考えていますが、次年度データベース上で受診状況の確認は行い、継続した受診勧奨等の支援については追って検討していく予定です。アンケートの返送があり、測定会にも参加した方なので、介入効果は見込める対象ではないかと考えています。

スライド 39 は、セグメント 2 の結果です。主治医がいる方を対象としている取組であり、令和 5 年度は主治医との連絡調整に時間がかかりましたが、13 医療機関、18 名の方への支援を実施し、18 名すべての方について主治医に保健指導報告書をお返ししています。

セグメント 2 については、再アセスメントにより適切な資源につなげることを目的とし

た支援であるため、継続して支援する対象ではないと捉えていますが、令和 5 年度の介入や報告に対する医療機関からのフィードバックを受けていただけるようお願いしております。

スライド 40 です。令和 6 年度は、健診受診のある未受診者、継続受診中の腎機能不良者、治療中断者の 3 つのセグメントで実施します。

令和 5 年度の抽出条件の課題としては、レセプト上では糖尿病の診断名があるものの、実際は治療を必要としていない方も多く含まれていたことがあげられますが、令和 6 年度は薬剤処方歴を抽出条件に含めることで、それらを除いています。

また、I のコントロール不良者を、尿蛋白±以上で区切り、市と医師会で分担して取り組むことにしました。それにより、対象者のリスクに応じて効率的・効果的に支援をしていくことができると考えています。

司会

〇〇委員、この事業のポイントは、高齢者の介護予防に保健事業の視点を入れて取り組んでいる点であると感じていますが、同じく高齢者を支援している立場から、感じていらっしゃる課題やここに力を入れたらいいのではないかとということなどがあればお話しいただけますでしょうか。

委員

ちょっとご質問と回答があっているか分からないんですが、関心を持つきっかけが地域の中でたくさんあるといいなと思っていました。事業を実施していく中で介護予防に関心を持っていただいたり、すごく参加者が多かったこれまでの事業としては、体力測定会みたいなことをイベントとして実施した時にかなり申込が多かったなという印象があります。健診はあるんですけど、普通に握力を測ったり前屈をしたりっていう、自分の身体状況がどうかっていうところを知りたいっていうニーズは高いんだなということを感じています。何か意識が、とっかかりがあると、その後の継続にいいのではないかとということと、やはり地域の方一人で取り組むのがどうも苦手な方が多くいらっしゃるの、そういったイベントとか集団で取り組むことを通じて計画的にやっていける仕組みができていくと盛り上がりながらやっていけるのではないかなと感じています。

司会

ありがとうございます。担当を代わりまして、ポピュレーションアプローチについてご説明いたします。

事務局

続きまして、ポピュレーションアプローチについて報告します。スライド 41 です。

ポピュレーションアプローチの実績は延べ4,003人で、前年度の約1.3倍でした。単発の健康教育が24団体から41団体に倍増しています。

スライド42は、半年後に再計測して取組の成果を確認するフレイル予防チャレンジとそれ以外の参加人数を示したグラフです。それ以外の内訳は円グラフで示した通りです。健診・イベント等での普及啓発が多くなっています。

スライド43です。令和5年度は2月1日のフレイルの日にちなんだイベントを2つ実施しました。一つ目が歯の健康チェックと同時開催で実施した講演会とフレイル簡易チェックです。講師は歯科医師会のご推薦で多々納賞子先生をお招きし、39人が参加しました。また、簡易チェックは70人が参加しました。

なお、今年度は歯の健康チェックは6月に実施したため、同時開催という形ではなく、歯の健康チェックの中の1ブースとしてフレイルチェックを実施しております。

スライド44です。二つ目はテラスモール松戸でのイベントです。フレイルチェック・ロコチェックと口腔体操・運動を紹介する講座を実施しました。テラスモール側の協力により歌手のCD発売イベントと同日に実施できたことや館内のポスター掲示・館内放送も実施していただけたことで、見込の100名より多い142名の参加がありました。講座参加者も56名おり、取組についても具体的に伝えることができました。

スライド45です。今年度のポピュレーションアプローチの変更点です。①です。市が主催する市民センターでのフレイル予防講座を5か所から10か所に拡大しました。現在5か所が終了し、参加人数は50人です。前年度資料送付のみで終了したハイリスクアプローチ対象者の方にもご案内を郵送しましたが、現在のところ残念ながら参加の申込はない状況です。

②です。既存事業である高齢者向けの食生活講座の案内と市民センターでのフレイル予防講座を合わせたポスターを、市民センター、医療機関等に通年で掲示を依頼しました。これは、団体に所属していない市民も1年に1回はフレイルチェックができるという環境づくりを意識した取組です。薬局や医療機関でポスターをご覧になって参加して下さった方もいらっしゃいました。また、地域包括支援センターにチラシの配布を依頼し、多くの方にご参加いただいています。ポスター掲示、チラシの配布等、ご協力いただきありがとうございます。

③です。フレイル予防チャレンジを3回コースから2回コースに変更しました。ただし、リピート可としており、短期集中型から長期に見守る体制に変更したものです。

④です。フレイル対策が必要な年代に向けたロコモ予防講座を7月から新設しました。今までのフレイル予防の講座では十分に取上げられなかった骨折予防や転倒予防の話に多く時間を割いています。

また、薬剤師会で実施するまつど一斉健康ゼミでは、実施説明会でフレイル・オーラルフレイル予防についてご紹介するお時間をいただき、21の薬局からスライドや配布資料のご希望をいただいております。

司会

ここで、昨日健康スポーツ・フレイル対策委員会の意見交換会に出席しました件についてご報告いたします。

事務局

医師会の委員会に新設された健康スポーツ・フレイル対策委員会の意見交換会に昨日出席しました。昨日が第1回目の会議で、市からは子ども、学校、成人、高齢者の担当者が参加し、現状について情報交換をしました。フレイル対策は子どもの頃から始まっていることやとりまく環境にも影響されることを改めて感じました。こちらの会での話題は主に運動の観点からとなりますが、今後も会議が開催されますので、世代を超えたフレイル対策を一緒に考えていければと思っております。

このまま、続きまして今後のスケジュール及び令和6年度抽出条件等について簡単にご説明させていただきます。

スライド46です。前年度の健診結果がKDBシステムに反映されるのが今年度は8月となったため、確認でき次第、低栄養の後半分、口腔機能低下C、市直営及び委託分の糖尿病性腎症重症化予防のアンケートを発送予定です。また、健康状態不明者はその後支援を開始します。

スライド47、48は、今年度ハイリスクアプローチの市実施分の対象者抽出条件です。

市で実施する分につきましては、前年度健康状態不明者のアンケート回答から条件に該当する方を、今年度の口腔機能低下、低栄養それぞれのアプローチに組み込みます。

なお、健康状態不明者の支援に80歳も追加することを検討し、前年度の連携会議等でもお話していましたが、計画時点では78歳のみとし、体制を整えば実施するということとしました。また、高血圧のコントロール不良者に対する取組もご相談させていただきましたが、これにつきましても糖尿病と高血圧、2つの新たな取組を開始すると十分に対応できない可能性があるため、今年度は見送ることといたしました。

松戸市は、他の自治体に比べても現時点で既に多くの取組を実施しておりますので、まずは1つ1つの取組の振り返りを十分に行い実施方法や支援内容を整理していきたいと考えています。

司会

今の内容、及び全体を通して何かアドバイスやご質問はございますでしょうか。

委員

今の、最後のところの抽出条件なんですけれども、除外の条件でそれぞれのところに要介護、認知度、傷病名で除外とあるんですけど、前からこれでやってるんですか。この病名を

除外する目的というか、たとえばがんがあったらがんの治療が圧倒的に重要だから予防の段階ではないというのは分かりやすいんですけども、たとえば COPD という病名がついている人は、やせ始めた時はつかまえたっていう気はするんですけども。なので一律に COPD 病名で除外するのがいいかどうか、要検討かなと思います。

事務局

ありがとうございました。今回、今年度の対象だったので報告からは省いたんですけども、低栄養で体重減少がある方がいて、受診につなげたんですが、COPD と診断を受けたという方がいました。もともと COPD を入れているのは、診断を受けてしまっている方だとなかなか低栄養の改善というのが難しいところで除外しているのかなと思います。

委員

多分、臨床的な感覚としては、慢性呼吸器不全という病名になっている人は、不可逆かもしれない。COPD というのは広い病名なので、呼吸器不全になっていなければまだ余地ありかなと思います。

事務局

分かりました。口腔機能低下でも COPD を除外する必要があるのかなというのもちょうど考えていたところではあったので、改めて見直してみたいと思います。

司会

他よろしいでしょうか。

委員

もう 1 点いいですか。全体を通じてですが、今日全体を通じてもいくつかのところででてきたと思うんですけども、やっぱり 75 歳で介入したんではちょっと遅いんじゃないか。もっと早くからという話があちこちでてきたと思います。もちろんそれを視野に入れて今回の組織改革もなされたんだと思いますので、それをどのように取り組めるのかというところが、今年度というよりは来年度以降に向けてでもいいのでぜひ検討していただきたいと思います。

委員

体重が減っていく人は、食事の量が減ったなあという人が多そうだねというのが見えてきたということは、本当はもっと手前でそこを捕まえるチャンスはあるだろうと。たとえば 65 歳~75 歳の間で健診を受けていない人を、元気で動けるうちに毎年 1 年の間でこの月になったら健診にいかうとかっていうのをルーティンにしてもらわないと、77 - 8 歳にまでな

っちゃうと、ずっとここまで行ってなかったみたいなのはそこから初めて毎年健診に行きましようよっていうのもすごく難しいので、65 歳位のところでつかまえていけばもうちょっと声をかけやすいのかなという気がします。

委員

少し追加情報で、健康づくり推進会議の委員も担当しておりますので、ついこの間そこでも議論したんですけれども、前期高齢者の松戸市のデータで特定健診の受診率が 40 数%、それから健診レセ無ってという人が 2 割弱、で残り 4 割の人はレセはある、受診はしている。ですので、まずは健診の受診率を上げるのがまずは最も重要ですけど、これは我々医師会の責任があるかと思えますので。4 割の人達は受診はあるけれども健診は受けていない。これをいかに受けてもらえるかというのは、繰り返し繰り返し啓発していくしかないと思えますし、レセも健診もない人っていうのは一体どんな人たちなんだろう。前期高齢者ですけど、この人たちも心配です。ですので、違う層に対して違うアプローチをしていければいいと思えます。

司会

〇〇委員ご発言お願いできますか。

委員

先ほどからでていますがけれどもやっぱり 75 歳だとフレイルなっちゃうよね。どこでも言ってるんですけど、やっぱり区切り区切りじゃなくて、本当に小さいうちからやらないとだめだと思えるんですね、極端なことを言えば。そういうしくみをつくっていかないとだめだと思えるんですが、これを見るとなっちゃうような人ばかりかなと。これ他の会議でもそうなんですけれども、たとえば糖尿病とかでも 75 までとかね。そこから後はまた違うほうってなるとつながりがないんでね。本当はそういうつながりがないと、フレイルもそうですし、健診もそうですし、そういう集団をとらえられないと思うんですね。そこらへんが一番難しいところだと思うんですけど。その辺をつなげていただければいいと思えます。

あと、訪問を 1 回とか 3 回とか先ほどおっしゃっていたと思うんですけど、間隔はどれくらい？ 1 回目行って 2 回目行って 3 回目行ってとか。どんな感じなのかなと思ったんですけど。

事務局

1 か月に 1-2 回くらいの間隔です。1 回訪問して会えなかった場合、他の訪問で近くに行くときに時期を合わせていったりするので 2 週間から 1 か月くらいの間でもう 1 回訪問に行っているかなという感じです。前年度の対象者で年度が切り替わった時は 3 か月位空い

ていたんですけれども。午前と午後変えてみたりとかもしています。

委員

1か月のうちに2回も3回も行って会えなかったら会えないよね。もう少し開けたほうがいいんじゃないかな。

事務局

検討してみます。

司会

ありがとうございました。本日の次第に沿った議事は、以上で終了いたします。委員の皆様から頂いたアドバイスを元に事業を進めてまいります。今後も各委員の皆様にご相談させていただくことになるかと思いますがご協力の程よろしく願いいたします。

なお、次回第2回の開催につきましては、来年1月頃を予定しております。日程は近くなりましたらご相談させていただきます。

【閉会】

以上をもちまして、令和6年度第1回松戸市フレイル予防一体的推進事業連携会議を閉会いたします。

本日はありがとうございました。

以上