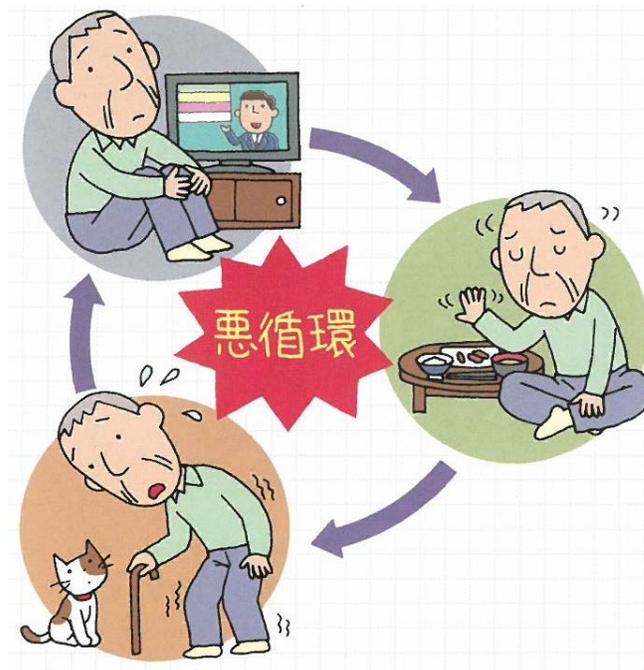


フレイル予防一体的推進事業

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



松戸市 健康推進課

事業名にあわせて「フレイル予防事業」改め「フレイル予防一体的推進事業」に表記を統一しました。

議題

- 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
 - (1)ハイリスクアプローチ
 - (2)ポピュレーションアプローチ
- 3 R6年度スケジュール

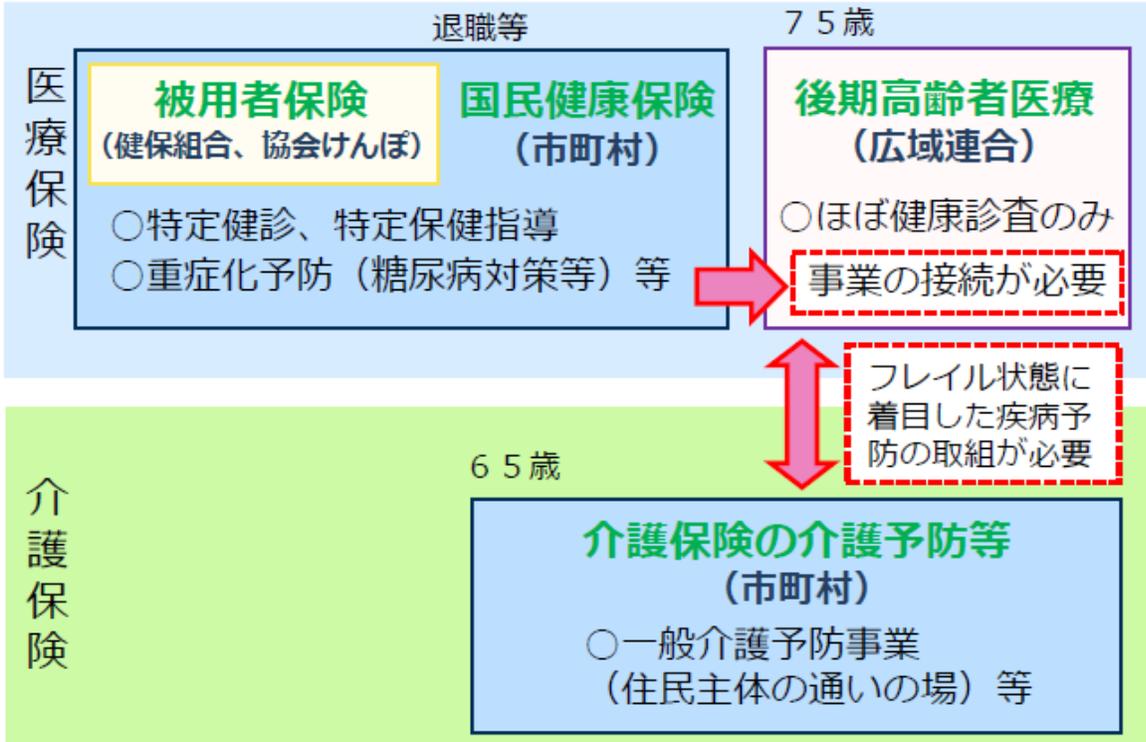
1 一体的実施の動向と松戸市の実施体制

- 広域連合が高齢者保健事業を国民健康保険保健事業及び介護予防の取組と一体的に実施する取組が令和2年4月から開始された。
- 広域連合は、その実施を構成市町村に委託することができる。

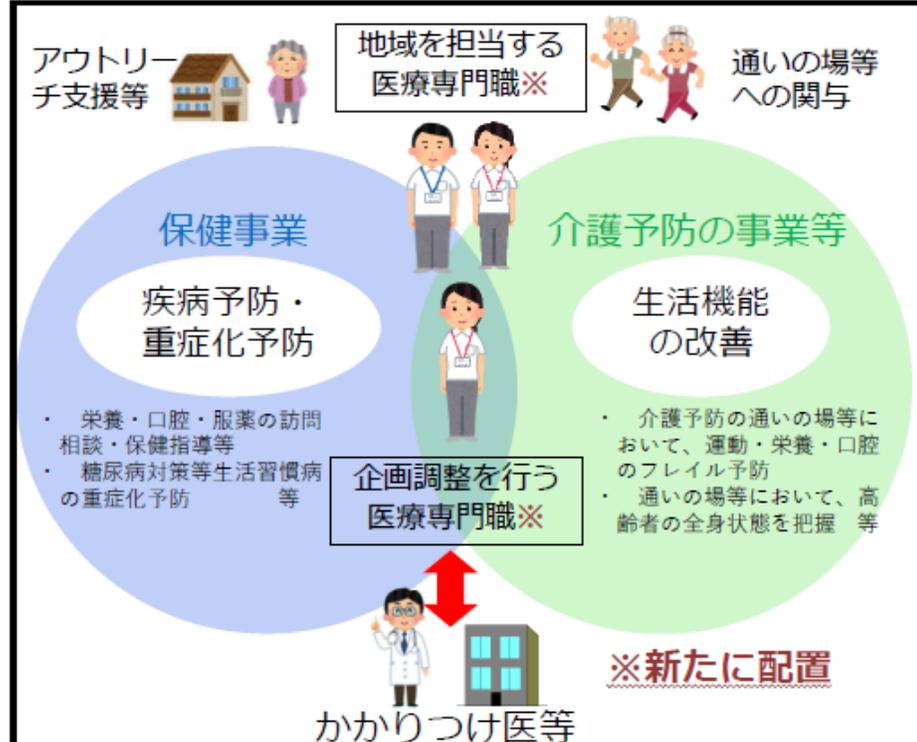
- 令和5年度の実施済みの市町村は **1,396市町村**、全体の**80%**
- 令和6年度中に実施予定の市町村は **1,708市町村**、全体の**98%**
- 令和6年度までに全ての市町村において一体的な実施を展開することを目指す。

高齢者医療課調べ（令和5年11月時点）

▼保健事業と介護予防の現状と課題



▼一体的実施イメージ図



【地域保健班人員体制】（R6年7月現在）

○企画調整等を担当する医療専門職

- ・保健師 1名

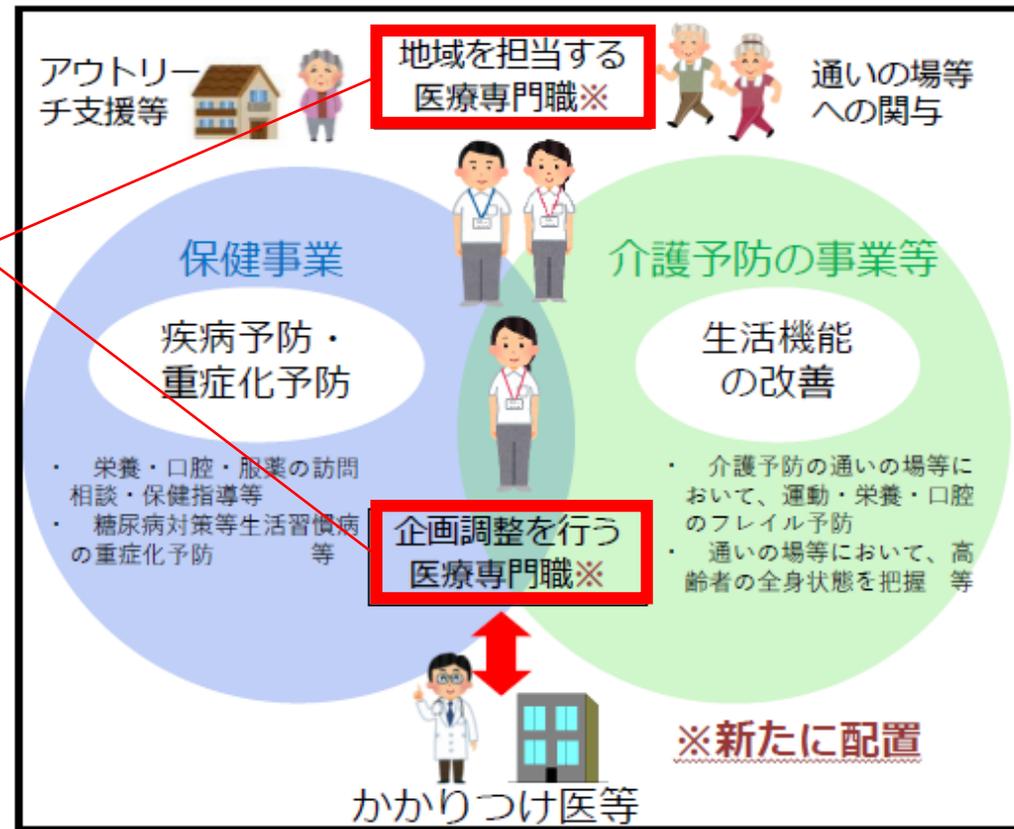
○地域を担当する医療専門職

〈専従職員〉

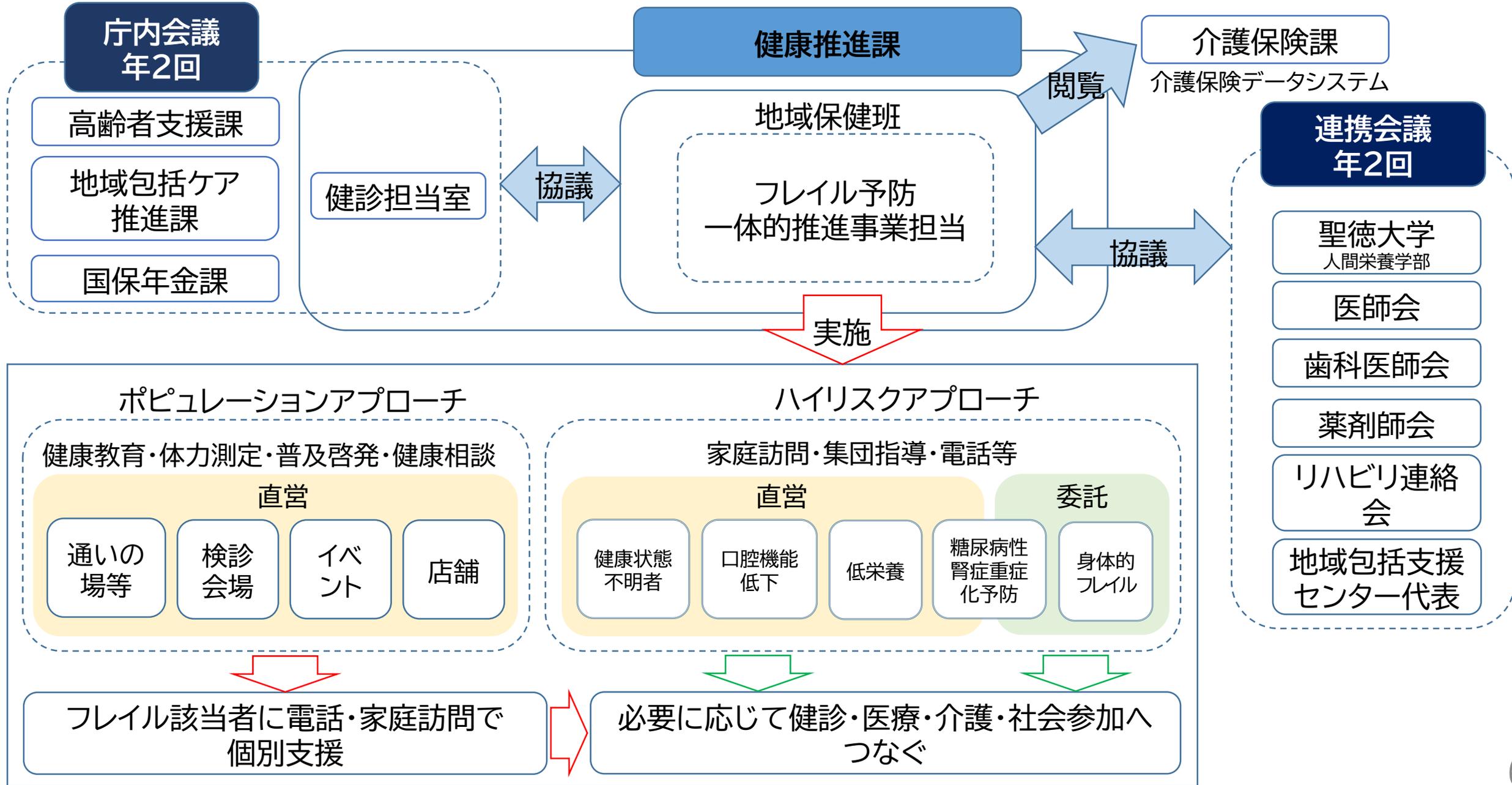
- ・管理栄養士 1名(会計年度任用職員)
- ・歯科衛生士 1名(会計年度任用職員)
- ・作業療法士 1名(会計年度任用職員)
- ・看護師 1名(会計年度任用職員)

〈兼務職員〉

- ・管理栄養士 3名
- ・歯科衛生士 2名
- ・保健師 6名



松戸市フレイル予防一体的推進事業実施体制(令和6年度～)



✓ 市町村ごとに委託事業費を交付

※事業を実施する日常生活圏域数により上限人数を設定

医師・保健師・管理栄養士

※正規職員を念頭（原則、専従）

※企画・調整等の一環として関連業務に従事することは可

(1) 事業の企画・調整等

- ・ KDBシステムを活用した分析・健康課題の明確化
- ・ 庁内外の関係者間の調整、地域医療関係団体との連携
- ・ 事業全体の企画・立案・調整・分析
- ・ 通いの場等への関与に向けた事業計画の策定
- ・ 国保保健事業（重症化予防など）と連携した事業計画の策定
- ・ かかりつけ医等との進捗状況等の共有

(2) KDBシステムを活用した地域の健康課題の分析・対象者の把握

- ・ 医療、健診、介護情報等を整理・分析、重点課題の明確化
- ・ 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査等の分析結果も活用して、地域健康課題の整理・分析
- ・ 医療・介護の情報を分析し、支援対象者の抽出と事業へのつなぎ



(3) 医療関係団体等との連絡調整

- ・ 事業の企画段階から相談等
- ・ 事業の実施後においても実施状況等について報告

✓ 市町村ごとに事業を実施する日常生活圏域数に応じて委託事業費を交付

保健師、管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等

※常勤・非常勤いずれも可

※個別的支援と併せて、通いの場等への関与を実施

● 高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）

ア. 低栄養防止・重症化予防の取組（かかりつけ医と連携したアウトリーチ支援）

- (a) 低栄養に関わる相談・指導
- (b) 口腔に関わる相談・指導
- (c) 身体的フレイル（ロコモを含む）に関わる相談・指導
- (b) 生活習慣病等の重症化予防に関わる相談・指導

イ. 重複投薬・多剤投与等への相談・指導の取組

ウ. 健康状態が不明な高齢者の状態把握・受診勧奨等・必要なサービスへの接続

● 通いの場等への積極的な関与（ポピュレーションアプローチ）

介護予防（地域リハビリテーション活動支援事業等）の取組と一体的に実施

ア. フレイル予防の普及啓発、運動・栄養・口腔等取組等の健康教育・健康相談を実施。

イ. フレイル状態の高齢者を把握し、低栄養や筋力低下等の状態に応じた保健指導や生活機能向上の支援等を行う。

ウ. 健康に関する相談や不安等について日常的に気軽に相談が行える環境づくりの実施。

※取組により把握された高齢者の状況に応じて、健診や医療の受診勧奨、介護サービスの利用勧奨などを行う。

「令和6年度 特別調整交付金交付基準 (算定省令第6条第9号関係)」

事業区分Ⅰ 高齢者の保健事業と介護予防等の一体的な実施

新

旧

① 高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）

医療専門職が、低栄養防止・生活習慣病等の重症化予防等を行うための訪問相談、適正受診等の促進のための訪問指導、健康状態が不明な高齢者等に対するアウトリーチ支援等を行う。

ア 低栄養防止・生活習慣病等の重症化予防の取組

低栄養、筋量低下、口腔機能低下等による心身機能の低下の予防及び生活習慣病等の重症化予防（生活習慣病等の未治療によるコントロール不良者、治療中断者の把握及び必要なサービスへの接続を含む）等を行うため、かかりつけ医やかかりつけ歯科医等と連携しながら、対象者を把握し、医療専門職による立ち寄り型の相談や訪問相談・保健指導等を実施する。対象となる事業は、次のとおりとする。

(a) 低栄養に関わる相談・指導

(b) 口腔に関わる相談・指導

(c) 身体的ブレイル（ロコモティブシンドロームを含む）に関わる相談・指導

(d) 生活習慣病等の重症化予防に関わる相談・指導

イ 重複投薬・多剤投与等への相談・指導の取組

レセプト情報等により抽出した重複投薬・多剤投与者等に対する、医療専門職による相談・指導を実施する。

ウ （略）

① 高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）

医療専門職が、低栄養防止・生活習慣病等の重症化予防等を行うための訪問相談、適正受診等の促進のための訪問指導、健康状態が不明な高齢者等に対するアウトリーチ支援等を行う。

ア 低栄養防止・生活習慣病等の重症化予防の取組

低栄養、筋量低下、口腔機能低下等による心身機能の低下の予防及び生活習慣病等の重症化予防（生活習慣病等の未治療によるコントロール不良者、治療中断者の把握及び必要なサービスへの接続を含む）等を行うため、かかりつけ医やかかりつけ歯科医等と連携しながら、対象者を把握し、医療専門職による立ち寄り型の相談や訪問相談・保健指導等を実施する。対象となる事業は、次のとおりとする。

(a) 低栄養・口腔に関わる相談・指導

(新設)

(新設)

(b) 生活習慣病等の重症化予防に関わる相談・指導

イ 重複・頻回受診者、重複投薬者等への相談・指導の取組

レセプト情報等により抽出した重複・頻回受診者、重複投薬者、併用禁忌薬がある者及び多剤投薬者等に対する、医療専門職による相談・指導を実施する。

ウ （略）

松戸市での取組状況(ハイリスク)

ア 低栄養防止・生活習慣病等の重症化予防の取組

取組	実施開始時期等
(a)低栄養に係る相談・指導	R2～実施⇒R4委託⇒R5～市直営
(b)口腔に関わる相談・指導	R3～実施
(c)身体的フレイルに係る相談・指導 New	R4年度(a)低栄養として開始した骨折二次予防の取組を、R5年度は(d)重症化予防の取組(その他)として実施。R6年度は(c)身体的フレイルに位置付けた。
(d)生活習慣病等の重症化予防に係る相談・指導	【糖尿病性腎症重症化予防】 R5委託⇒R6委託・直営

イ 重複投薬・多剤投与等への相談・指導の取組(実施なし)

ウ 健康状態不明者(R2年度～実施)

R5年度まで
広域連合で実施

✓ 市町村ごとに委託事業費を交付

※事業を実施する日常生活圏域数により上限人数を設定

医師・保健師・管理栄養士

※正規職員を念頭（原則、専従）

※企画・調整等の一環として関連業務に従事することは可

(1) 事業の企画・調整等

- KDBシステムを活用した分析・健康課題の明確化
- 庁内外の関係者間の調整、地域医療関係団体との連携
- 事業全体の企画・立案・調整・分析
- 通いの場等への関与に向けた事業計画の策定
- 国保保健事業（重症化予防など）と連携した事業計画の策定
- かかりつけ医等との進捗状況等の共有

(2) KDBシステムを活用した地域の健康課題の分析・対象者の把握

- 医療、健診、介護情報等を整理・分析、重点課題の明確化
- 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査等の分析結果も活用して、地域健康課題の整理・分析
- 医療・介護の情報を分析し、支援対象者の抽出と事業へのつなぎ



(3) 医療関係団体等との連絡調整

- 事業の企画段階から相談等
- 事業の実施後においても実施状況等について報告

✓ 市町村ごとに事業を実施する日常生活圏域数に応じて委託事業費を交付

保健師、管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等

※常勤・非常勤いずれも可

※個別的支援と併せて、通いの場等への関与を実施

● 高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ）

ア. 低栄養防止・重症化予防の取組（かかりつけ医と連携したアウトリーチ支援）

- (a) 低栄養に関わる相談・指導
- (b) 口腔に関わる相談・指導
- (c) 身体的フレイル（口コモを含む）に関わる相談・指導
- (b) 生活習慣病等の重症化予防に関わる相談・指導

イ. 重複投薬・多剤投与等への相談・指導の取組

ウ. 健康状態が不明な高齢者の状態把握・受診勧奨等・必要なサービスへの接続

● 通いの場等への積極的な関与（ポピュレーションアプローチ）

介護予防（地域リハビリテーション活動支援事業等）の取組と一体的に実施

ア. フレイル予防の普及啓発、運動・栄養・口腔等取組等の健康教育・健康相談を実施。

イ. フレイル状態の高齢者を把握し、低栄養や筋力低下等の状態に応じた保健指導や生活機能向上の支援等を行う。

ウ. 健康に関する相談や不安等について日常的に気軽に相談が行える環境づくりの実施。

※取組により把握された高齢者の状況に応じて、健診や医療の受診勧奨、介護サービスの利用勧奨などを行う。

松戸市での取組状況(ポピュレーション)

市の取組/交付基準	ア健康教育・健康相談	イフレイル状態の把握	ウ気軽に相談できる環境づくり
普及啓発・健康教育・健康相談 (検診・コンビニ・イベントブースへの出展・単発講座等)	◎	△	
フレイル予防チャレンジ等	○	◎	
市が主催する健康教育 (市民センター講座・食生活講座等)	○	○	◎

実施状況調査から見た課題とガイドライン（第3版）での対応

市町村の課題

- 企画・調整を担当する医療専門職の確保が困難
- 地域を担当する医療専門職の確保が困難

- 目標・評価指標の設定、事業評価・効果検証が難しい

- 関係部署間での合意形成・庁内連携が図れない
- 国保保健事業と連携した取組が十分できていない
- 庁外の関係機関と連携した取組が十分できていない

- KDBの機能を十分理解して活用することが難しい

広域連合の課題

- 支援するマンパワーの不足（特に医療専門職）
- 実施市町村数の増加に伴い、計画書・実績報告書の確認作業の負担が大きい
- 実施市町村の事業評価・支援をどのようにしたらよいか分からない
- データヘルス計画の標準化の推進、進捗管理の方法が分からない
- 他広域連合の取組状況についての情報不足

ガイドライン（第3版）での対応

- 都道府県等が実施する研修の事例を事例編に掲載
- 経験によらず、関係する医療専門職が対応可能となるよう、データヘルス計画との関係性や広域連合と各市町村の役割、各個別事業の実践方法等について具体的に記載

- データヘルス計画における共通評価指標を提示し、評価指標を例示
- 事業評価からその改善につなげる方法についての記載を充実

- 関係機関・関係団体等を含む関係者の役割についての記載を拡充

- KDBシステムの一体的実施・KDB活用支援ツールの活用を念頭に入れた保健事業の実施手順を記載

- 事業評価からその改善につなげる方法についての記載を充実、事例編でも広域連合の年間スケジュールの事例を紹介
- データヘルス計画策定の手引きにおける、計画様式・評価指標の標準化に関する記載を充実

図表-23 一体的実施・KDB活用支援ツールの抽出条件

プログラム	抽出基準
低栄養	健診：BMI ≤20 かつ 質問票⑥（体重変化）に該当
口腔	質問票④（咀嚼機能）⑤（嚥下機能）のいずれかに該当 かつ レセプト：過去1年間歯科受診なし
服薬（多剤）	処方薬剤数「15以上」や「20以上」等で対象者を抽出し、個別支援が実施可能な人数まで候補者を絞り込む
服薬（睡眠薬）	レセプト：睡眠薬処方あり かつ 質問票⑧（転倒）に該当 質問票⑩（認知：物忘れ）⑪（認知：失見当識）二つともに該当
身体的フレイル （ロコモ含む）	質問票①（健康状態）に該当 かつ 質問票⑦（歩行速度）に該当 質問票⑦（歩行速度）に該当 かつ 質問票⑧（転倒）に該当
重症化予防 （コントロール不良者）	健診：HbA1c ≥8.0%またはBP ≥160/100 かつ レセプト（医科・DPC・調剤）：対応する糖尿病・高血圧の薬剤 処方履歴（1年間）なし
重症化予防 （糖尿病等治療中断者）	健診：抽出年度の健診履歴なし かつ レセプト：抽出年度以前の3年間に糖尿病・高血圧の薬剤処方 履歴あり かつ 抽出年度に薬剤処方履歴なし
重症化予防 （基礎疾患保有+フレイル）	（基礎疾患）レセプト：糖尿病治療中もしくは中断、または心不全、 脳卒中等循環器疾患あり、またはHbA1c7.0%以上 かつ （フレイル）質問票①（健康状態）⑥（体重変化）⑧（転倒） ⑬（外出頻度）のいずれかに該当
重症化予防 （腎機能不良未受診者）	健診：eGFR <45 または 尿蛋白（+）以上 かつ レセプト：医療（入院・外来・歯科）未受診
健康状態不明者	健診：抽出年度及び抽出前年度の2年度において健診受診なし かつ レセプトレセプト（入院・外来・歯科）履歴なし かつ 介護：要介護認定なし

図表-17 第3期データヘルス計画における評価指標（共通評価指標等）

総合的な評価指標 (共通評価指標)		策定の際に確認が必要なデータ例※	個別事業（一体的実施）の 評価指標例	
健診受診率	〔 健診の対象外とする者の設定が統一されていない ⇒ 対象外の者について設定し、分母を統一する。 〕	1人当たり医療費	低栄養	重症化予防 (糖尿病性腎症)
歯科健診実施市町村数・割合		1人当たり医療費（入院）	口腔	身体的フレイル (ロコモ含)
質問票を活用したハイリスク者把握に基づく保健事業を実施している市町村数・割合		1人当たり医療費（外来）	服薬（多剤）	健康状態不明者対策
アウト プット	以下の保健事業（ハイリスクアプローチ）の実施市町村数・割合 ・低栄養 ・口腔 ・服薬（重複・多剤等） ・重症化予防（糖尿病性腎症） ・重症化予防（その他 身体的フレイルを含む） ・健康状態不明者対策 ※各事業対象者の抽出基準は問わない	1人当たり医療費（歯科）		
		1人当たり医療費（調剤）		
		疾病分類別医療費		
		介護給付費		
		上手な医療の かかり方	後発医薬品の使用割合	
			重複投薬患者割合	
アウト カム	平均自立期間	※広域連合による保健事業の実施以外の要因 が大きいこと等により、共通の評価指標とし て設定しないが、各広域連合が評価指標とし て設定する場合は差し支えない。		
	ハイリスク者割合 〔一体的実施支援ツールの抽出基準に該当する者の割合〕			
	・低栄養 ・口腔 ・服薬（多剤） ・服薬（睡眠薬） ・身体的フレイル（ロコモ含む） ・重症化予防（コントロール不良者） ・重症化予防（糖尿病等治療中断者） ・重症化予防（基礎疾患保有＋フレイル） ・重症化予防（腎機能不良未受診者） ・健康状態不明者対策			

抽出条件＝アウトカム指標
抽出条件該当者に支援をしてアウトカム指標の改善
につながるか？

※各広域連合が、上記以外の評価指標を設定することも差し支えない。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施における ハイリスクアプローチ（個別事業）の評価指標例

	低栄養	糖尿病性腎症重症化予防	健康状態不明者対策
アウト プット	<ul style="list-style-type: none"> 支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合 	<ul style="list-style-type: none"> 支援対象者のうち、支援できた者（個別支援・受診勧奨）の人数・割合 	<ul style="list-style-type: none"> 支援対象者のうち、現状把握ができた者の人数・割合 医療・介護等の支援へつなく必要があると把握された者の人数
アウト カム	<ul style="list-style-type: none"> 体重が維持(±0.9kg)・改善(+1kg)できた者の人数・割合 低栄養傾向(BMI 20以下)の者の人数、割合 1年後の要介護認定の状況 	<ul style="list-style-type: none"> 受診勧奨事業：対象者のうち、受診した者（服薬治療を開始した者、傷病名+（検査、生活習慣病管理料）等で受診が確認できた者）の人数、割合 治療中断者のうち健診又は受診につながった者（服薬治療を再開した者、傷病名+（検査、生活習慣病管理料）等で受診が確認できた者）の人数、割合 HbA1c ≥ 8.0%の人数、割合の変化 SBP ≥ 160 or DBP ≥ 100の人数、割合の変化 	<ul style="list-style-type: none"> 健診受診した者の人数・割合 医療・介護サービス等が必要と判断される者のうち、医療・介護サービス等につながった者の人数・割合
	服薬指導（多剤）	口腔	身体的フレイル
アウト プット	<ul style="list-style-type: none"> 支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合 	<ul style="list-style-type: none"> 支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合 	<ul style="list-style-type: none"> 支援対象者のうち、支援できた者の人数・割合
アウト カム	<ul style="list-style-type: none"> 介入前後3ヶ月の受診状況（受診医療機関数、受診回数） 介入前後3ヶ月の処方薬剤数が15剤以上の人数、割合 <p>※特定の月のみ多い・少ないという状況も想定されるため、介入前3月分と、介入後3月分を評価することが重要</p>	<ul style="list-style-type: none"> 歯科医療機関の受診状況 後期高齢者の質問票（4咀嚼「はい」・5嚥下「はい」と回答した者の人数、割合 （介入者のうち、誤嚥性肺炎の既往がある者については）介入1年後の誤嚥性肺炎の罹患状況 1年後の要介護認定の状況 	<ul style="list-style-type: none"> 適切なサービス（専門職、地域支援事業等）へつながっている人数、割合 後期高齢者の質問票（①健康状態「4、5」かつ⑦歩行速度「はい」または⑧歩行速度「はい」かつ⑩転倒の該当者「はい」と回答した者の人数、割合 1年後の要介護認定の状況

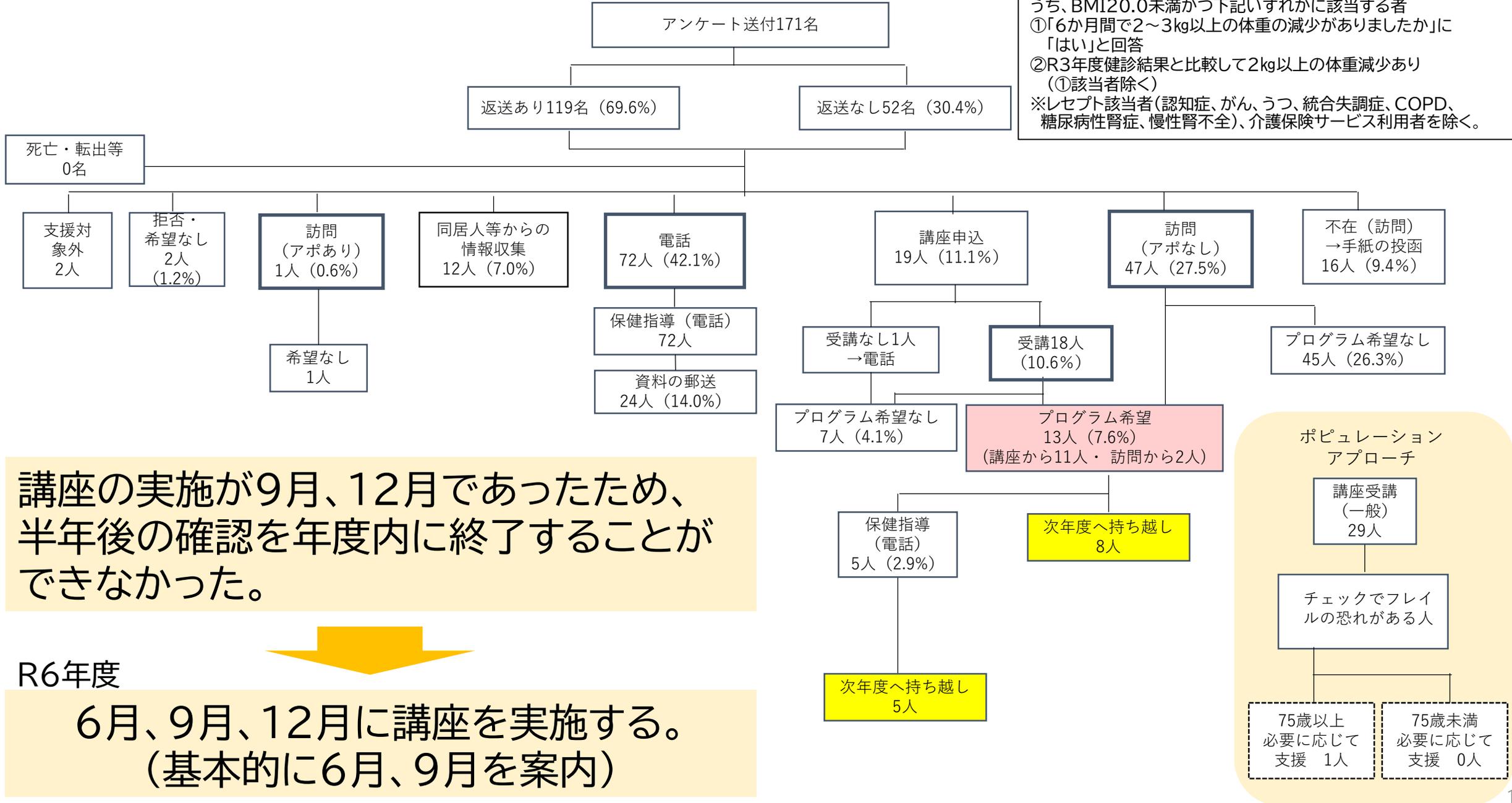
2 令和5年度実績及び 令和6年度実施内容

(1)ハイリスクアプローチ

区分	主な事業内容	実績							
		令和2年度		令和3年度		令和4年度		令和5年度	
直営	低栄養	訪問44人 電話35人	訪問211人 電話91人 計302人	訪問67人 電話55人	訪問155人 電話145人 計300人	委託(身体的フレイルに記載)	訪問158人 電話169人 計327人	訪問48人 集団指導18人 電話73人	訪問174人 集団指導18人 電話165人 計357人
	口腔	未実施		訪問22人 電話45人		訪問24人 電話49人		訪問80人 電話64人	
	健康状態不明者	訪問143人 電話28人		訪問55人 電話22人		訪問126人 電話87人		訪問46人 電話28人	
	その他(ポピュレーションアプローチからの把握)	訪問24人 電話28人		訪問11人 電話23人		訪問8人 電話33人		訪問6人 電話36人	
委託	身体的フレイル(R4低栄養/R5骨折二次予防)	実施なし		実施なし		訪問28人 集団指導49人 電話43人	計120人	訪問2人 集団指導54人 電話49人	訪問14人 集団指導72人 電話70人 計156人
	糖尿病性腎症重症化予防	実施なし		実施なし		実施なし		訪問12人 集団指導18人 電話21人	
計		302人		300人		447人		513人	

①令和5年度 低栄養

抽出条件:
 令和4年度後期高齢者健診受診者(R5年度末年齢77歳～80歳)のうち、BMI20.0未満かつ下記いずれかに該当する者
 ①「6か月間で2～3kg以上の体重の減少がありましたか」に「はい」と回答
 ②R3年度健診結果と比較して2kg以上の体重減少あり(①該当者除く)
 ※レセプト該当者(認知症、がん、うつ、統合失調症、COPD、糖尿病性腎症、慢性腎不全)、介護保険サービス利用者を除く。



講座の実施が9月、12月であったため、半年後の確認を年度内に終了することができなかった。



R6年度

6月、9月、12月に講座を実施する。
 (基本的に6月、9月を案内)

R5年度「高齢者の食生活講座」参加者の10食品群摂取状況(回収率78.8%)

参加区分		一般		低栄養対象者		計	
参加人数		46	73.0%	17	27.0%	63	100.0%
品目数 摂取	7品目未満	2	4.3%	5	29.4%	7	11.1%
	7品目以上	44	95.7%	12	70.6%	56	88.9%
10食品群 摂取内訳	さ(魚)	38	82.6%	14	82.4%	52	82.5%
	あ(油)	44	95.7%	12	70.6%	56	88.9%
	に(肉)	42	91.3%	15	88.2%	57	90.5%
	ぎ(牛乳)	43	93.5%	15	88.2%	58	92.1%
	や(野菜)	45	97.8%	17	100.0%	62	98.4%
	か(海藻)	34	73.9%	11	64.7%	45	71.4%
	い(いも)	24	52.2%	9	52.9%	33	52.4%
	た(卵)	41	89.1%	11	64.7%	52	82.5%
	だ(大豆)	39	84.8%	12	70.6%	51	81.0%
	<(果物)	43	93.5%	16	94.1%	59	93.7%

令和2年度対象者(77歳～80歳)の体重推移

【抽出条件】前年度健診受診時BMI18.5未満かつ前々年度からの体重減少2kg以上

男性

支援内容		支援対象者	訪問支援	電話支援	支援なし
該当者数		14	5	6	3
体重変 の平均	H30-H29	-0.1 ± 1.452(n=11)	-0.8 ± 1.346(n=5)	0.0 ± 0.779(n=4)	1.0 ± 1.631(n=2)
	R1-H30	-2.9 ± 1.224(n=14)	-2.8 ± 0.361(n=5)	-3.6 ± 1.297(n=6)	-1.9 ± 1.103(n=3)
	R2-R1	0.4 ± 2.971(n=10)	1.9 ± 2.450(n=2)	1.5 ± 2.858(n=5)	-1.7 ± 1.984(n=3)
	R3-R2	-0.1 ± 0.929(n=9)	0.2 ± 0.000(n=2)	0.2 ± 0.922(n=5)	-0.9 ± 0.838(n=2)
	R4-R3	0.3 ± 1.117(n=7)	1.2 ± 1.100(n=2)	-0.1 ± 1.021(n=5)	0.0 ± 0.000(n=0)

女性

支援内容		支援対象者	訪問支援	電話支援	支援なし
該当者数		38	9	5	24
体重変 の平均	H30-H29	-0.4 ± 1.4527(n=31)	-0.1 ± 0.700(n=5)	-0.4 ± 1.980(n=9)	-0.4 ± 1.215(n=17)
	R1-H30	-3.3 ± 1.128(n=38)	-4.0 ± 0.984(n=5)	-3.5 ± 1.520(n=9)	-3.0 ± 0.861(n=24)
	R2-R1	-0.1 ± 1.835(n=28)	-0.8 ± 7.33(n=4)	-1.7 ± 2.156(n=6)	0.6 ± 1.467(n=18)
	R3-R2	0.9 ± 1.674(n=24)	1.7 ± 1.484(n=3)	1.6 ± 2.250(n=4)	0.6 ± 1.435(n=17)
	R4-R3	0.7 ± 1.637(n=22)	-0.1 ± 0.492(n=3)	0.7 ± 1.300(n=2)	0.8 ± 1.761(n=17)

「支援なし」男性3名の体重推移

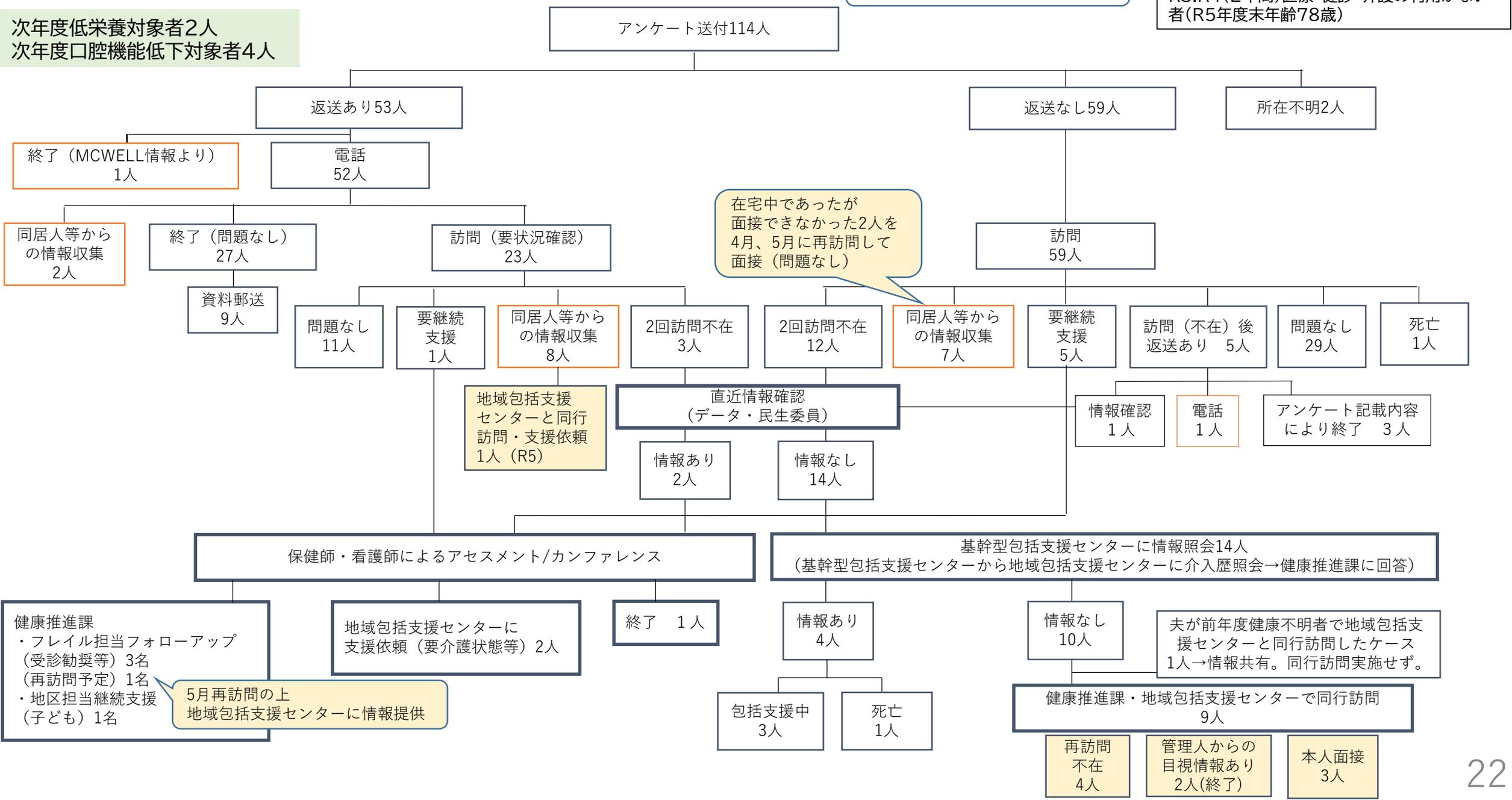
R2年度 末年齢	家族 構成	アン ケート	体重 (kg)							現在の状況
			H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5	
78	独居	無	48.5	48.2 (-0.3)	45.4 (-2.8)	41.8 (-3.6)	39.8 (-2.0)	-	-	R3年11月～12月間質性肺炎により入院。R4年死亡。
79	夫婦	無	50.7	54.0 (+3.3)	51.5 (-2.5)	47.7 (-3.8)	-	-	-	R3年くも膜下出血により死亡。
78	独居	無	-	50.8	48.6 (-2.2)	49.1 (+0.5)	48.5 (-0.6)	-	47.6	令和5年度～要支援2

②令和5年度 健康状態不明者

R6 実施分追記

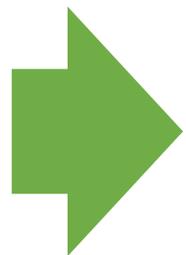
抽出条件:
R3.R4(2年間)医療・健診・介護の利用がない者(R5年度末年齢78歳)

次年度低栄養対象者2人
次年度口腔機能低下対象者4人



健康状態不明者フローの課題

- ①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。
- ②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。



- 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。
- 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。1名を地域包括支援センターにつなげた。

聞き取り結果

	A市	B市	C市	D市
分担	保健部門の地区担当と包括で訪問。	国保部門:KDB抽出 高齢者部門(包括):単身者・以前関わりがあった人を訪問 保健部門:上記以外を訪問	一体的実施担当で訪問(高齢者部門)。	一体的実施担当で訪問(保健部門)。
終了の目安	2回訪問して会えなければ終了。 不在であれば外出できる身体機能が維持できていると判断。 家族からの情報でもよしとしている。	アンケートで支援希望なしの回答の人にはアプローチしない。 1回訪問、不在時はポストに資料を投函して終了。	アンケート返送の有無にかかわらず訪問。 2回訪問して会えなければ、対面で渡している配布物を投函して終了。	3回訪問して会えなければ終了。

アンケート返送ありは「現状把握ができた者」

広域連合・ガイドラインでの取り扱い

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

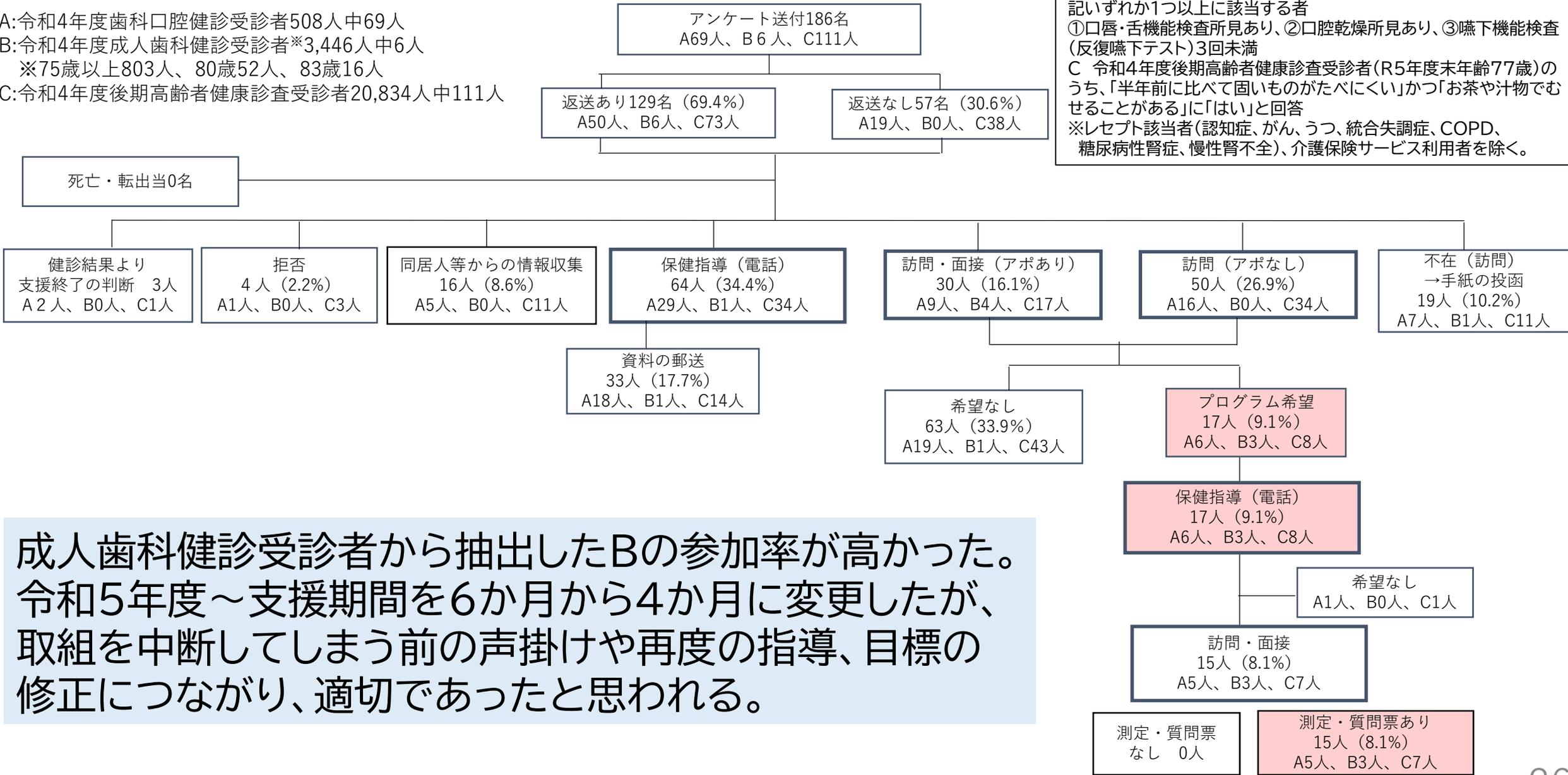
同行訪問で面接できなかった6名の状況

	性別	家族構成	同行訪問後の訪問	
A	男性	独居	包括1回	同行訪問後、地域包括支援センターが訪問し管理人より聞き取り。定期的に訪ねてくる方がいるとの情報を得る。
B	女性	独居	なし	管理人より毎日歩いておりたまに息子か孫の訪問があるとの情報を得る。
C	男性	独居	健康2回 (同日)	管理人から自転車が出かけているようだとの情報あり。同日9:30、11:50に立ち寄った際、11:50には自転車がなくなっていたため、自転車で移動できる機能は維持できていると判断。
D	男性	?	同行1回 健康1回	ポストに本人以外の宛名の郵便物あり。データ上で本人と同時期に転入していることを確認。同居人と思われる。隣の住人から夫婦と息子が住んでいると思うと聞き取り。
E	男性	本人と息子	包括1回	同行訪問時にポストに封筒を投函。後日地域包括支援センターが訪問し封筒がポストから回収されていることを確認。
F	女性	本人と息子	同行2回	人の気配があるが呼名しても反応なし。前回訪問時の不在連絡票は回収されている。管理人から賃料滞納やトラブルはないが、返信が必要な手紙を出しても返ってきたことがない、住んでいる人を見たことがないとの情報を得る。

③令和5年度 口腔機能

- A:令和4年度歯科口腔健診受診者508人中69人
- B:令和4年度成人歯科健診受診者*3,446人中6人
※75歳以上803人、80歳52人、83歳16人
- C:令和4年度後期高齢者健康診査受診者20,834人中111人

抽出条件:
 AB 令和4年度歯科口腔健診受診者(R5年度末年齢77歳)または成人歯科健康診査受診者(R5年度末年齢80歳、83歳)のうち、下記いずれか1つ以上に該当する者
 ①口唇・舌機能検査所見あり、②口腔乾燥所見あり、③嚥下機能検査(反復嚥下テスト)3回未満
 C 令和4年度後期高齢者健康診査受診者(R5年度末年齢77歳)のうち、「半年前に比べて固いものがたべにくい」かつ「お茶や汁物でむせることがある」に「はい」と回答
 ※レセプト該当者(認知症、がん、うつ、統合失調症、COPD、糖尿病性腎症、慢性腎不全)、介護保険サービス利用者を除く。



成人歯科健診受診者から抽出したBの参加率が高かった。令和5年度～支援期間を6か月から4か月に変更したが、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、適切であったと思われる。

令和5年度 口腔機能評価

評価指標	集計定義		評価時期	分母	分子	実績値
口腔機能の改善・維持状況 (舌圧)	分母	計測を2回実施した者	当該年度末	15人	15人	100.0% (改善 46.7%)
	分子	上記のうち、2回目の計測結果が改善または維持していた者の数(改善:+3.0kPa以上、維持±3.0kPa未満)				
口腔機能の改善・維持状況 (口腔水分量)	分母	計測を2回実施した者	当該年度末	14人	13人	92.9% (改善 14.3%)
	分子	上記のうち、2回目の計測結果が改善または維持していた者の数(改善:+3.0以上、維持±3.0未満)				
口腔機能の改善・維持状況 (反復嚥下テストRSST)	分母	計測を2回実施した者	当該年度末	15人	13人	86.7% (改善 6.7%)
	分子	上記のうち、2回目の計測結果が改善または維持していた者の数(改善:+2以上、維持±2未満)				
口腔機能の改善・維持状況 (滑舌)	分母	計測を2回実施した者	当該年度末	15人	15人	100.0% (改善 33.3%)
	分子	上記のうち、2回目の計測結果が改善または維持していた者の数(改善:+0.3回以上、維持±0.3回未満)				
1年後の要介護認定の状況	分母	面談を2回実施した者	翌年度末	15人	-	-
	分子	上記のうち、1年後に要介護度1~5のいずれかに認定された者の数				
(介入者のうち、誤嚥性肺炎の既往がある者については)介入1年後の誤嚥性肺炎の罹患状況	分母	面談を2回実施した者のうち誤嚥性肺炎の既往がある者	翌年度末	0人	-	-
	分子	上記のうち、介入1年後までに誤嚥性肺炎に罹患した者の数				

低栄養の指導にも力をいれたアプローチ

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、複数の栄養素等摂取量が低下している。

- 特に咬合力はビタミン類や食物繊維の摂取量と関連が明らかになっている。
- 加齢により予備能力が低下した後期高齢者では、実際の口腔機能の低下が食品の選択に大きな影響を与えている可能性がある。
- 口腔機能の低下の訴えのある高齢者に対しては、主訴の口腔機能だけでなく栄養状態も含めた包括的な評価と対応が必要。

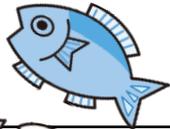
令和2年度厚生労働省行政推進調査事業補助金 政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施推進に係る検証のための研究」分担研究名 後期高齢者の質問票の口腔機能関連項目による口腔機能低下の有訴者率と栄養素等摂取量の関係

令和3年度厚生労働省行政推進調査事業補助金 政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施推進に係る検証のための研究」一体的実施・KDB活用支援ツールの抽出条件の考え方と保健事業への活用Ver.1

自分の「食事内容」をチェック

最近1週間のうち、10種類の食品をほぼ毎日食べていますか？

ほぼ毎日食べる場合は「1点」、そうでない場合は「0点」で合計点を出します。

食品	ほとんど毎日 (1点)	食べない日がある (0点)
①肉 		
②魚介類 		
③卵 		
④大豆・大豆製品 		
⑤牛乳・乳製品 		

食品	ほとんど毎日 (1点)	食べない日がある (0点)
⑥緑黄色野菜 		
⑦海藻類 		
⑧いも 		
⑨果物 		
⑩油を使った料理 		

あなたの点数は？



点

令和6年度抽出条件変更点(前回連携会議)

抽出条件Bについて

令和5年度の対象年齢の設定:

A 歯科口腔健診・C 後期高齢者健診	77歳	} 78歳~80歳としたい ※前年度介入者は除く
B 成人歯科健診	80歳	
B 成人歯科健診	83歳	

抽出条件Cについて

令和5年度の抽出条件:

「半年前に比べて固いものが食べにくい」かつ「お茶や汁物でむせることがある」
→アンケート発送後、該当しなかった方は支援対象から除外

令和6年度抽出条件変更点(新規)

抽出条件A・B・Cについて

条件追加:

抽出時点で1年間歯科受診の履歴がない

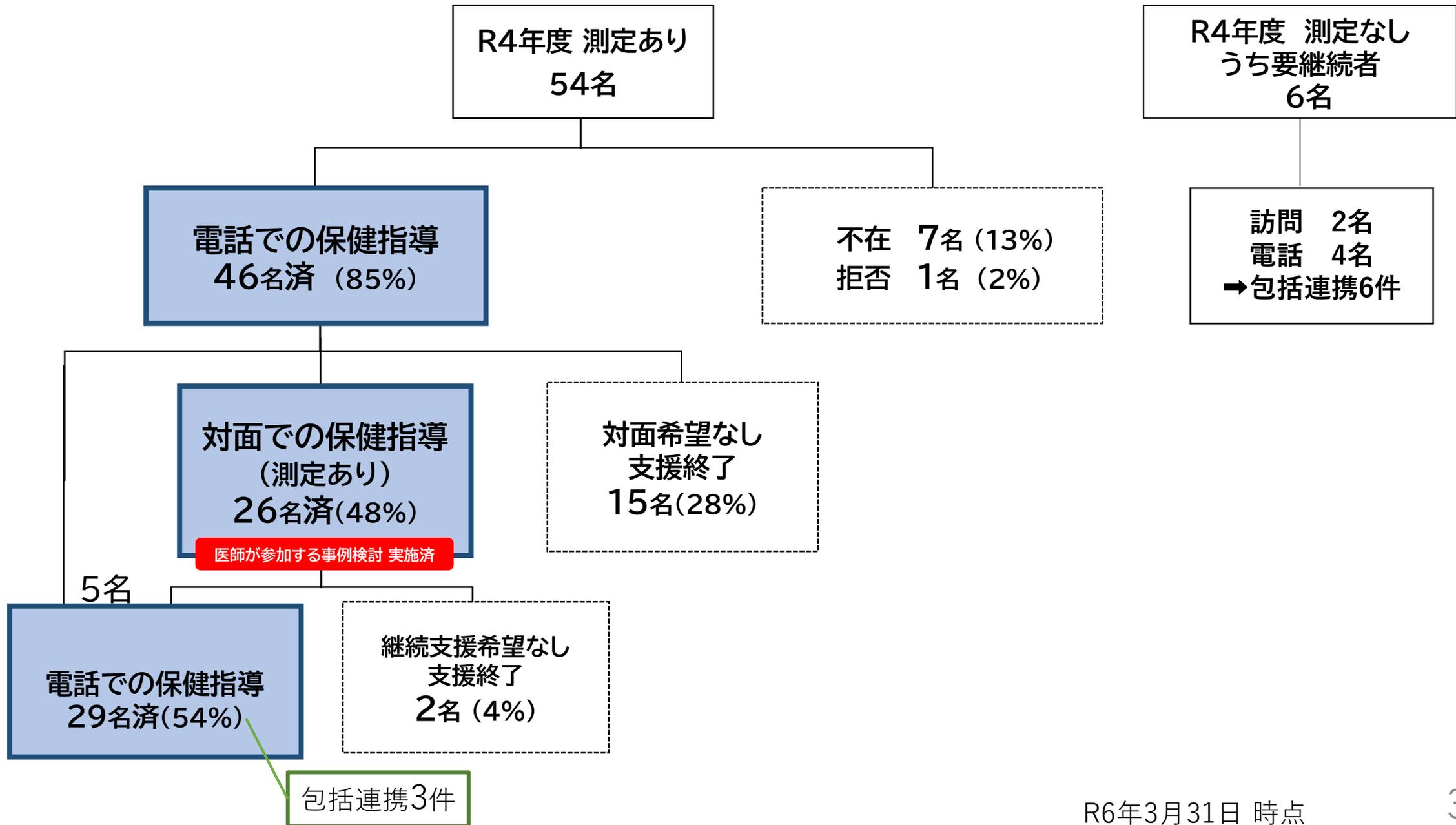
抽出条件Cについて

条件変更:

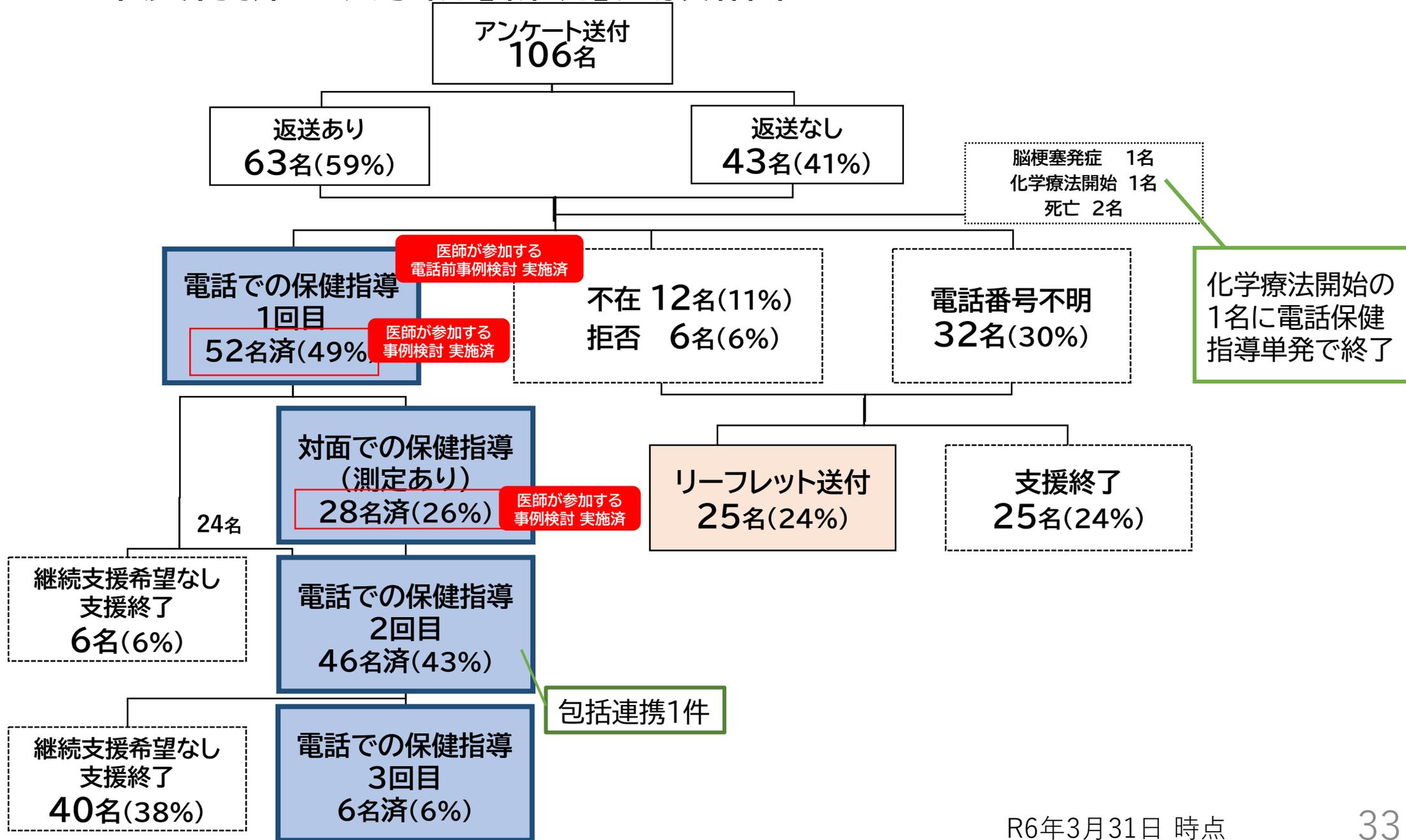
「半年前に比べて固いものがたべにくい」「お茶や汁物でむせることがある」

いずれかに該当

④委託分 R5年度骨折二次予防【継続】支援結果



委託分 R5年度骨折二次予防【新規】支援結果



令和4年度 骨折二次予防評価(令和5年度骨折二次予防【継続】)

評価指標	集計定義		評価時期	分母	分子	実績値
計測値の改善・維持状況 (BMI)	分母	計測を2回実施した者	R5年度末	26人	25人	96.2%
	分子	上記のうち、2回目の計測結果が改善または維持していた者の数(改善: +1kg/m ² 以上、維持±1kg/m ² 未満)				
計測値の改善・維持状況 (SMI:骨格筋量指数)	分母	計測を2回実施した者	R5年度末	26人	20人	76.9%
	分子	上記のうち、2回目の計測結果が改善または維持していた者の数(改善:+0.3kg以上、維持:±0.3kg/m ² の増加・1kg/m ² 未満の減少)				
計測値の改善・維持状況 (SPPB:立位バランス、歩行、立ち座り動作からなる下肢運動機能を評価するテスト)	分母	計測を2回実施した者	R5年度末	26人	24人	92.3%
	分子	上記のうち、2回目の計測結果が改善または維持していた者の数(改善:+1点以上、維持:±0点)				
計測値の改善・維持状況 (握力)	分母	計測を2回実施した者	R5年度末	26人	20人	76.9%
	分子	上記のうち、2回目の計測結果が改善または維持していた者の数(改善:1kg以上、維持:±1kg未満)				
骨粗しょう症治療開始率	分母	前年度計測を実施した者のうち、骨粗しょう症未治療者	R5年度末	32人	KDBシステム更新後に確認予定	
	分子	上記のうち、令和5年度に骨粗しょう症の治療を開始した者の数				
二次性骨折発生率	分母	前年度計測を実施した者	R5年度末	54人	KDBシステム更新後に確認予定	
	分子	上記のうち、令和5年度に二次性骨折した者の数				

R5年度骨折二次予防【継続】継続測定者26名 R4年度初回測定時とR5年度測定時の比較

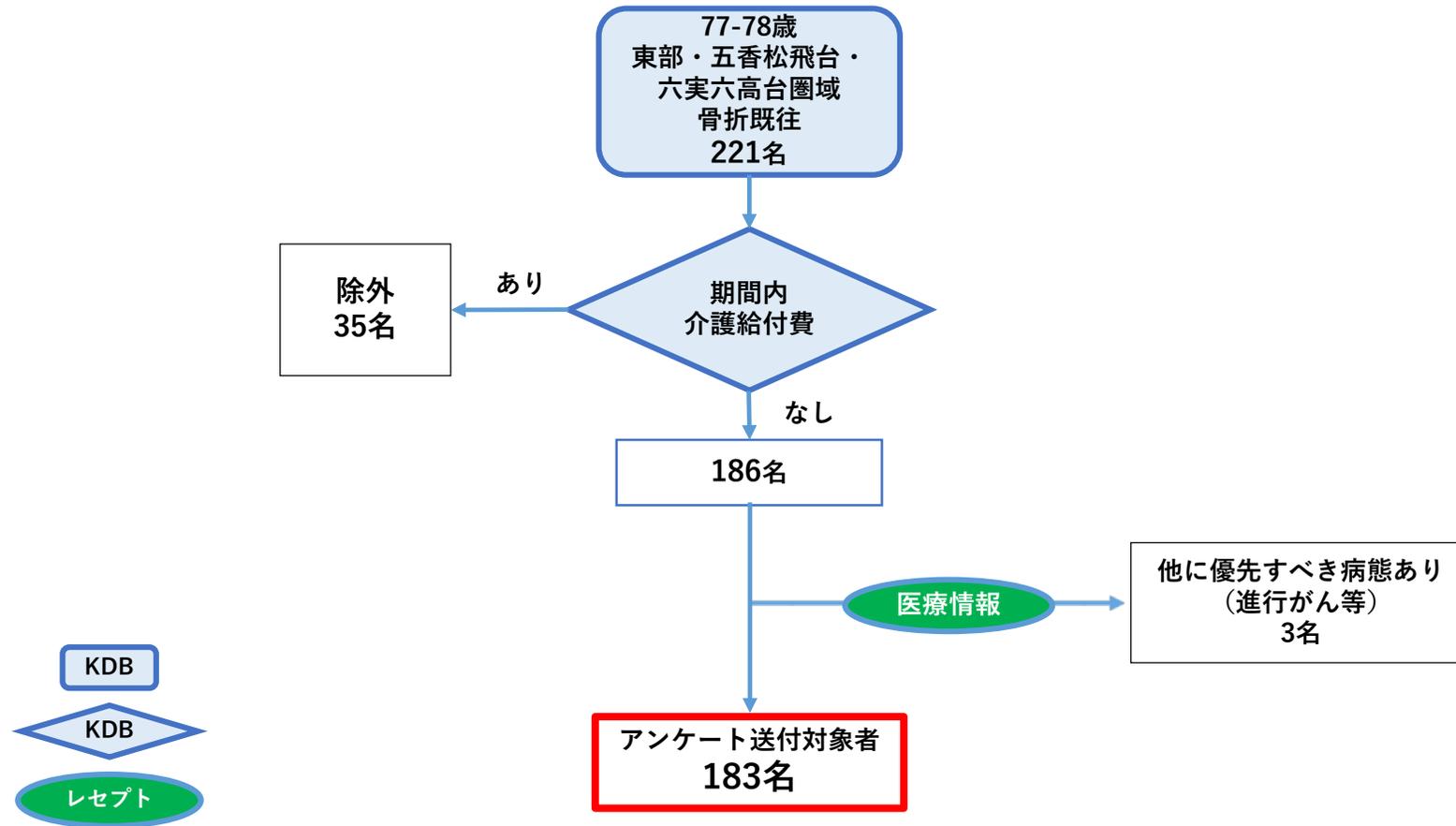
BMI変化	SMI変化	人数	変化のタイプ	特徴
	SMI上昇	1	体重とともに筋肉量も増加した人	・要介護2で通所デイにてリハビリ
BMI上昇	SMI維持	2	筋肉量より脂肪が増えた人	・大きな変化はなく散歩程度 ・DM、卓球
	SMI減少	3	筋肉量が減少し脂肪が増えた人	・胃全摘 ・股関節置換術 ・膝骨折術後
	SMI上昇	1	体重は維持し筋肉量が増えた人	・登山歴あり
BMI維持	SMI維持	12	体重・筋肉量とも維持している人	・蛋白質を意識した食事摂取を心がけた ・可能な範囲での筋トレを行っている 等
	SMI減少	1	筋肉が脂肪に置き換わり筋肉量が減少した人	・大きな変化なく趣味活動程度
	SMI上昇	2	外見はやせたが筋肉量が増えた人	・浮腫のためSMI誤差があった可能性
BMI低下	SMI維持	2	外見はやせたが筋肉量を維持している人	・潰瘍性大腸炎、マシンのリハビリ週1 ・食事で減量、筋トレ・ヨガ等週3
	SMI減少	2	体重とともに筋肉量も減った人	・脊柱管狭窄症 ・再骨折(腰椎)

※BMIは0.5以上、SMIは0.3以上の変化を「上昇」「減少」とした場合

委託分 R6年度骨折二次予防【新規】

KDBから骨折既往のあるハイリスク者を抽出するフロー

R5年4月～12月レセプト時点(初回アンケート送付分)

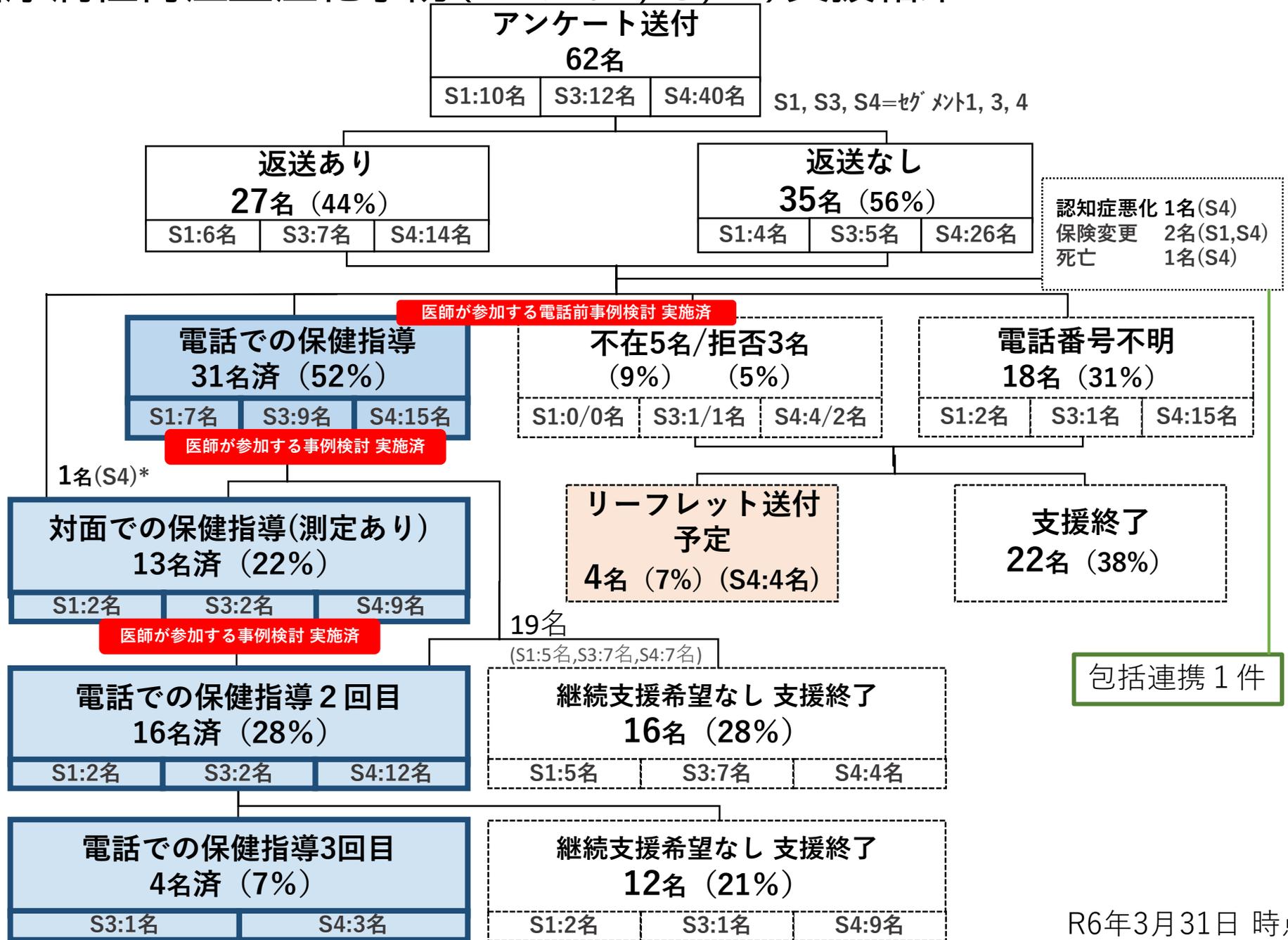


⑤委託分 R5年度糖尿病性腎症重症化予防

対象者116名(76～78歳、要介護認定なし、6圏域合計)

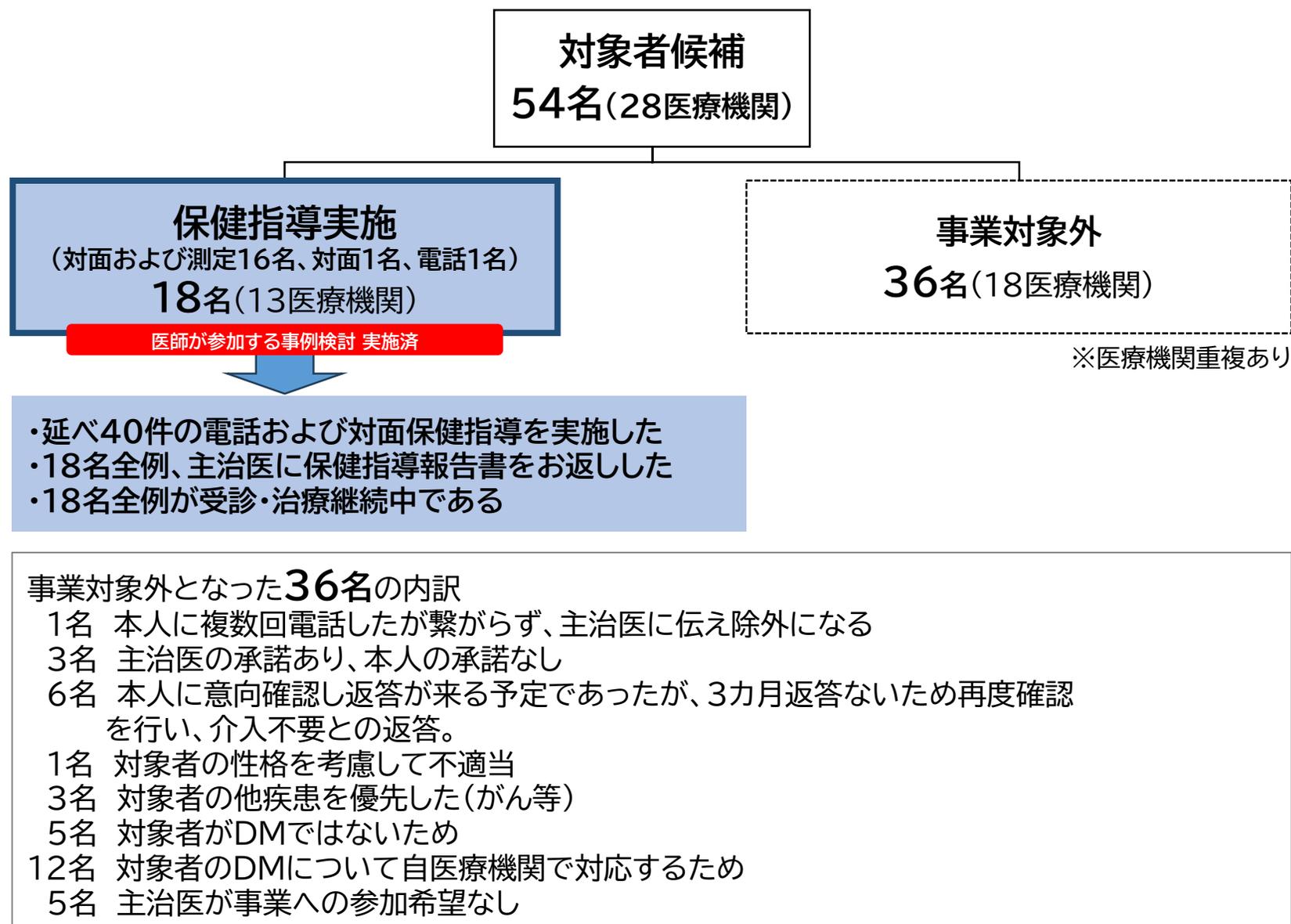
セグメント	抽出条件	抽出人数
1	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病の診断歴なし ・健診でHbA1c7.0%以上であり糖尿病の可能性が高い 	10名
2	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病について継続受診中 ・健診で尿蛋白(+)以上 <small>※eGFR30未満を除く ※糖尿・腎臓病専門医等受診中 または非会員医療機関受診中を除く</small>	54名
3	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病について受診中断 ・健診で尿蛋白(±)以上 <small>※高血圧, 脂質異常症等での内科受診継続は含む</small>	12名
4	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病の診断歴があり内科を受診中断 ・健診未受診 <small>※受診中断の定義:「3カ月以上受診なし」</small>	40名

R5年度糖尿病性腎症重症化予防(セグメント1, 3, 4)支援結果



*メールで連絡をとり
測定会にて対面での保
健指導を実施した

R5年度糖尿病性腎症重症化予防(セグメント2)支援結果



R6年度松戸市フレイル予防事業 医師会受託分

糖尿病性腎症重症化予防:72名(仮*)

〈除外〉R5年度要介護認定あり

明第1、本庁、矢切、新松戸
R6年度77-79歳(3年齢)

I. 重症化予防(コントロール不良者)2名

- ・R5年度DM薬処方歴なし≡未受診or中断
- ・R5年度健診HbA1c \geq 7.0%
- ・R5年度健診尿蛋白(±)以上

II. 重症化予防 15名

- ・DM受診継続者
- ・R5年度DM薬処方歴あり
- ・R5年度健診尿蛋白(±)以上

〈除外〉eGFR45未満および腎臓病専門医受診中

eGFR \ 尿蛋白	(-)	(±)	(+) 以上
60 \geq	4 0	8	4
45~60	1 5	1	2
<45	2	1	2

III. 重症化予防(糖尿病等治療中断者)55名

- ・R2~4年度にDM薬処方歴あり≡診断歴あり
- ・R5年度にDM薬処方歴なし≡受診中断
- ・R5年度に健診受診なし

*R5年12月時点で抽出人数を試行しており、R6.1-3月の健診受診によって I IIは増加、IIIは減少する可能性あり

(2)ポピュレーションアプローチ

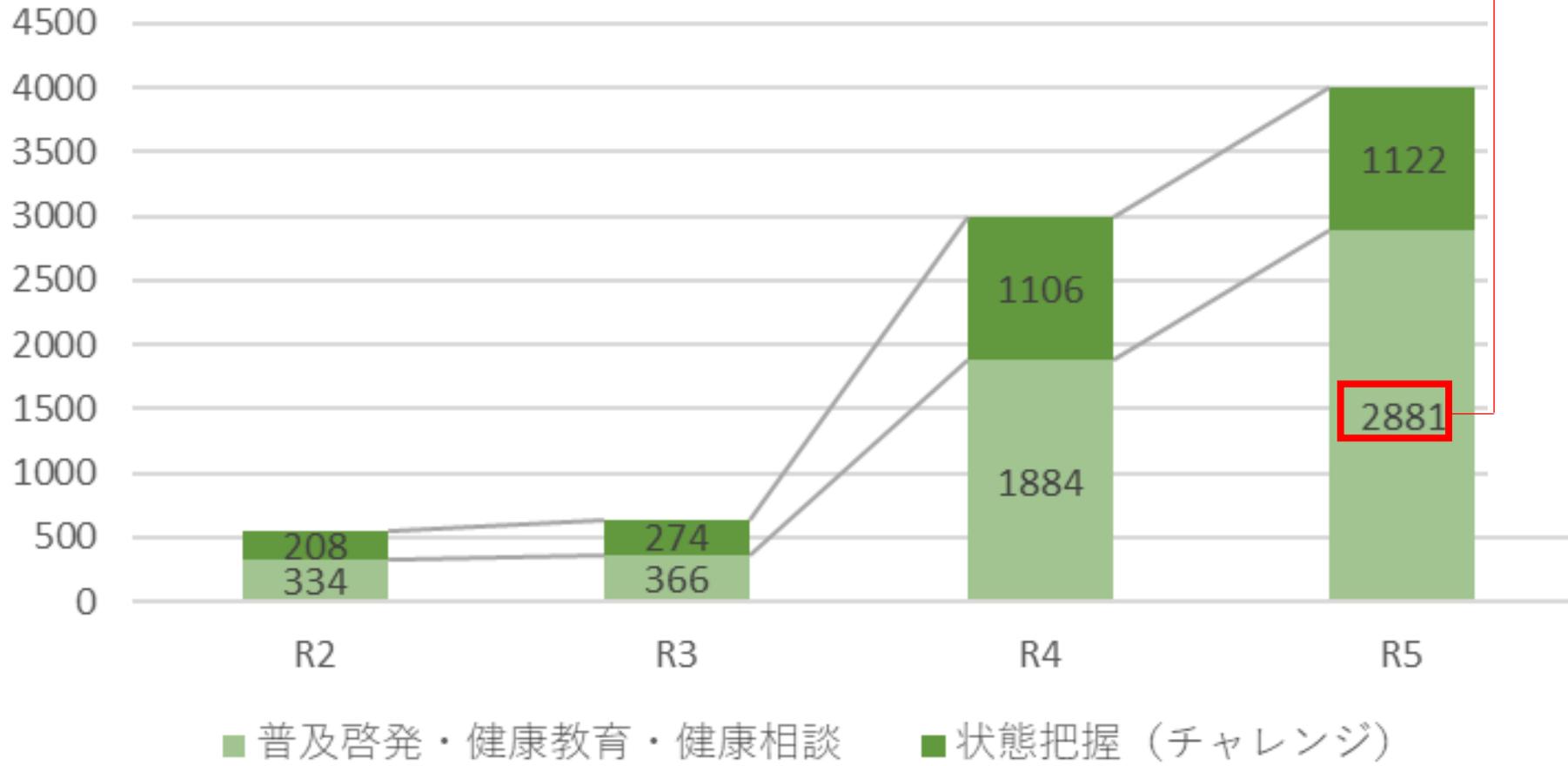
R6.3月末時点

区分	主な事業内容	実績							
		R2年度	R2年度 合計	R3年度	R3年度 合計	R4年度	R4年度 合計	R5年度	R5年度 合計
ポピュレーション	健康状態の把握 (まつどフレイル予 防チャレンジ)	6団体15回 延208人	延542人	14団体23回 延274人	延640人	40団体71回 延1,106人	延2,990人	34団体71回 延1,122人	延4,003人
	健康教育(講話・単 回)	4団体5回 延82人		12団体12回 延205人		24団体27回 延619人		41団体46回 延1,200人※	
	普及啓発 ・出張健康相談	8回 延252人		42回 延161人		77回 延1,265人		56回 延1,681人	

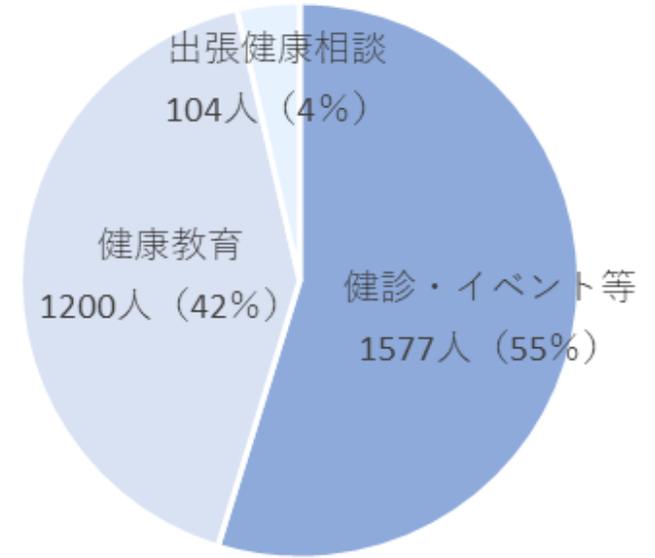
※市主催で実施した市民センターでのフレイル予防講座参加者を含む。(団体数には含んでいない)

健康教育の実施団体数及び参加人数が倍増した。

参加人数



普及啓発・健康教育内訳



令和5年度 フレイルの日関連イベント

2月4日(日) 中央保健福祉センター

歯の健康チェックと同時開催で講演会と
フレイル簡易チェックを実施

講演会参加者(参加者39人、アンケート回収34人)

年代	回答者数
65歳未満	4人(11.8%)
65歳～74歳	13人(38.2%)
75歳～84歳	16人(47.1%)
85歳以上	0人(0.0%)
無回答	1人(2.9%)
計	34人

簡易チェック参加者

年代	参加者数
65歳未満	13人(18.6%)
65歳以上	57人(81.4%)
計	70人

歯の健康チェック
10年後も元気で美しい歯を目指して...

2024年2月4日(日)
受付:13:30~15:00
費用:無料
会場:中央保健福祉センター

【コーナー紹介】
口腔内診査
口腔がんチェック など
歯ブラシ1本プレゼント♪

詳しくは
ホームページへ

同時開催 フレイルってなあに？
フレイルとは、高齢期に身体や心の機能が低下した状態のことです。
フレイル予防には、運動、栄養(食事・口腔機能)、社会参加が重要だとされています。
講演会「手に入れよう！口から体の健康を！」(要申込 先着50人)
時間:13時30分～14時30分
※講演会終了後、歯の健康チェックに参加できます。
講師:よこすかデンタルクリニック院長
多々納 貴子 氏
申込:令和6年1月15日(月)9時開始

「お口は健康の入り口」とも言われるように、お口の健康を保つことが体の健康を保つ第1歩です。「痛みがないから大丈夫！」「歯磨きしているから大丈夫！」と思っているあなたも、一度歯科医師の話を聞いてみませんか？
お口の環境を整えて、健康寿命を延ばしましょう！

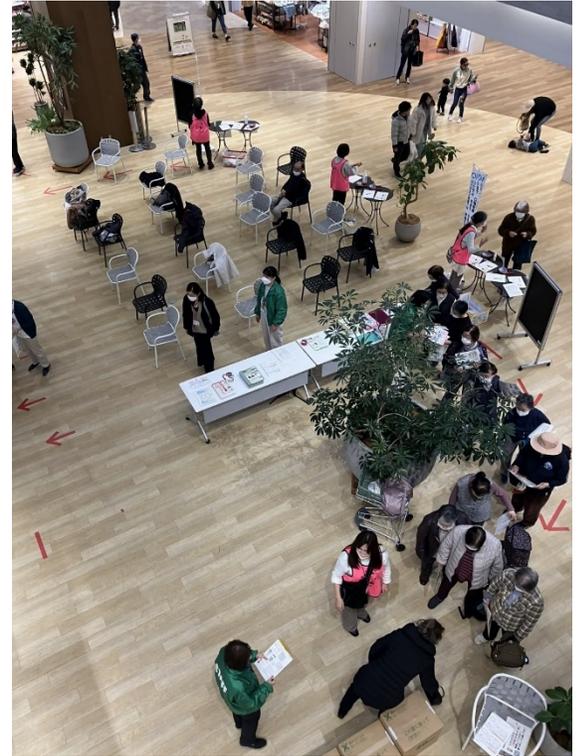
挑戦者募集！ 魅力・滑舌・舌圧・筋力・咀嚼力チェック(申込不要)
※筋力量はご自身の手を使った簡易チェックです。器械は使用しません。

お申込・お問合せ 松戸市健康推進課 047-366-7481

令和5年度 フレイルの日関連イベント

2月28日(水) テラスモール松戸

計測(フレイルチェック・ロコチェック)と
15分程度の体操講座(4回)を実施



参加者

参加項目	参加者数
65歳未満	128人
65歳以上	114人
計	142人

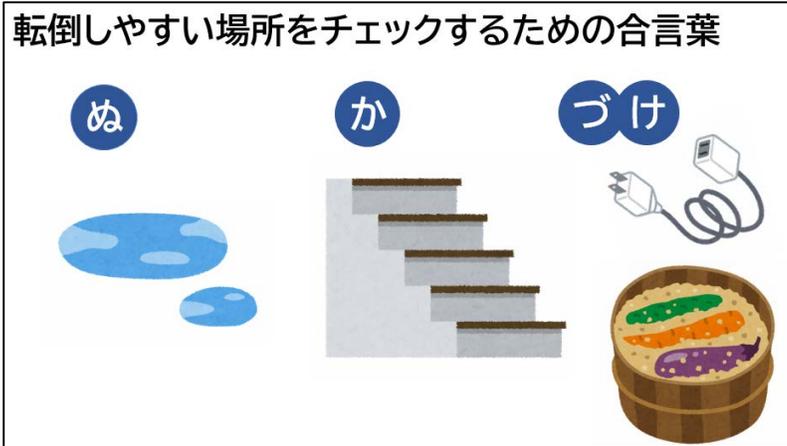
参加項目

参加項目	参加者数
フレイルチェック	73人
ロコチェック	114人
講座	56人
計(延)	243人

ポピュレーションアプローチ 変更点(R6年度～)

- ①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
- ②市が企画する講座のポスター・チラシを年間で掲示・配布
- ③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
(リピート可とする)
- ④フレイル対策が必要な年代にむけた
ロコモ予防講座を新設(二次性骨折予防・転倒予防を詳しく取り上げる)

ご協力
ありがとう
ございます



はじめよう！
コツコツ ちょきん
骨骨貯筋でロコモ予防

松戸市 健康推進課 フレイル予防事業

参加無料！
まつど健康マイレージ5マイル対象事業

フレイル予防でいつまでも元気に
人生100年時代の健康ライフ

要申込

対象 ■ 市内在住の65歳以上の方

内容 ■

フレイルとは…高齢期にころや体の機能が低下した状態のこと。多くの場合、フレイルの期間を経て健康な状態から要介護状態に移行するといわれています。

①「フレイル予防のお話と運動・お口の体操」
フレイル予防の3本柱「運動」「栄養(食事・口腔機能)」「社会参加」についてのお話と運動・お口の体操の紹介をします。
フレイルチェック(チェック票・握力・滑舌・5m歩行速度)を行います。

測定とフレイルチェック票で今の状態を確認

運動とお口の体操をご紹介します

握力 歩行速度 チェック票 滑舌

②「健康長寿の食事について学ぼう(低栄養予防のための食事)」
フレイル予防の取組のうち、「食事」について特に詳しくお話しします。
フレイルチェック(チェック票・握力・滑舌・5回立上りテスト)を行います。

試食があります♪(少量です)

さばの炊き込みご飯・鶏のみそマヨ焼き(R5年度紹介メニュー)

日時・会場はチラシ裏面

申込み・問い合わせ 松戸市健康推進課 電話:047-366-7481

3 R6年度のスケジュール

令和6年のスケジュール(案)

令和6年度		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
ポピュレーション	健康教育等		市民センター3か所	高齢者向けロコモ講座開始	市民センター2か所			市民センター3か所			市民センター2か所		通いの場等への電話かけ	
	イベント			歯の健康チェック			連絡通路(生活習慣病)		健康フェス	講演会?		フレイルの日(テラスモール)	連絡通路(こころ)	
	検診		がん検診	→					がん検診・骨粗鬆症健診					
ハイリスク	低栄養	①アンケート送付	①未返信者連絡	食生活講座		②アンケート送付 未返信者連絡	食生活講座 ①2回目支援			食生活講座 ①3回目支援 ②2回目支援			B3回目支援	
	口腔機能低下		ABアンケート送付	AB1回目		AB2回目	Cアンケート送付	AB3回目 C1回目		C2回目		C3回目		
	健康状態不明者	前年度ハイリスク対象者状況確認 (健康状態不明者は必要時口腔機能低下・低栄養プログラム案内)							民生・包括説明	アンケート送付	訪問		まとめ	
	糖尿病性腎症重症化予防					アンケート送付	→			支援方針検討				
三師会等		【薬】チラシ(1)	【医】骨折新規アンケート送付	【薬】チラシ(2)	連携会議/骨折測定会	【医】糖尿病アンケート送付	【医】糖尿病測定会	【医】骨折測定会			連携会議			
その他		歯科口腔健診問診票		庁内会議 納入通知書 介護予防アンケート			広報(敬老の日)	広報(転倒予防の日)			庁内会議	広報(フレイルの日)		

市実施分

低栄養

前年度後期高齢者健診受診者(1944年4月1日～1948年3月31日生まれ)のうち、BMI20.0未満かつ下記のいずれかに該当する者

- ①前年度健診受診者のうち、後期高齢者の質問票「体重減少」に該当 (20人)
- ②前々年度健診結果と比較して2kg以上の体重減少あり(①該当者除く) (116人)

※要介護1以上及び傷病名該当者(認知症、がん、うつ、統合失調症、COPD、糖尿病性腎症、慢性腎不全等)を除く

前年度不明者
アンケートより+2名

136人

77歳
～80歳

A 前年度歯科口腔健診受診者(1947年4月1日～1948年3月31日生)のうち、抽出時点で1年間歯科受診の履歴がなく、かつ①～③のいずれか1つ以上に該当する者

- ①口唇・舌機能検査所見あり、②口腔乾燥所見あり、③嚥下機能検査(反復嚥下テスト)3回未満

※要介護1以上及び傷病名該当者(認知症、がん、うつ、統合失調症、COPD、糖尿病性腎症、慢性腎不全等)を除く

3人

77歳

B 前年度松戸市成人歯科健康診査受診者(1944年4月1日～1947年3月31日生まれ)のうち、抽出時点で1年間歯科受診の履歴がなく、かつ①～③のいずれか1つ以上に該当する者

- ①口唇・舌機能検査所見あり、②口腔乾燥所見あり、③嚥下機能検査(反復嚥下テスト)3回未満

※要介護1以上及び傷病名該当者(認知症、がん、うつ、統合失調症、COPD、糖尿病性腎症、慢性腎不全等)を除く

7人

78歳
～80歳

C 前年度後期高齢者健診受診者(1947年4月1日～1948年3月31日生まれ)のうち、抽出時点で1年間歯科受診の履歴がなく、後期高齢者の質問票「半年前に比べて固いものがたべにくい」または「お茶や汁物でむせることがある」に該当する者

※要介護1以上及び傷病名該当者(認知症、がん、うつ、統合失調症、COPD、糖尿病性腎症、慢性腎不全等)を除く

前年度不明者
アンケートより+4名

118人

77歳

健康状態 不明者

1946年4月1日～1947年3月31日生まれのうち、令和4～5年度(2年間)健診、医療、介護のデータがない者
※死亡者・転出者を除く

121人

78歳

重症化予防 (糖尿病性 腎症)

前年度後期高齢者健診受診者(1945年4月1日生まれ～1948年3月31日生まれ)のうち、HbA1c \geq 7.0%かつ尿蛋白(-)

かつ 糖尿病の薬剤処方歴(1年間)がない者

※要介護1以上及び傷病名該当者(認知症、がん、うつ、統合失調症、COPD、糖尿病性腎症、慢性腎不全等)を除く

67人

77歳
～79歳

医師会委託分

身体的
フレイル

対象者

圏域：
五香松飛台
六実六高台
東部
常盤平
常盤平団地

新規(五香松飛台、六実六高台、東部圏域)

過去5年間の医療レセプトより骨折既往歴がある1946年4月1日～1948年3月31日生まれの者
※介護給付受給者及びレセプト該当者(認知症、進行がん、透析等)を除く

継続(常盤平・常盤平団地圏域)

令和5年度対象者(常盤平・常盤平団地)のうち体組成・身体機能等測定を行った者

183人

77歳
～78歳

77歳
～79歳

糖尿病性腎症重症化予防

対象者

圏域：
明第1
本庁
矢切
新松戸

前年度後期高齢者健診者(1945年4月1日生まれ～1948年3月31日生まれ)のうち、
HbA1c \geq 7.0%かつ尿蛋白 \geq ±かつ糖尿病の薬剤処方歴(1年間)がない者
※R5年度要介護認定ありの者及びレセプト該当者(認知症、進行がん、透析中等)を除く

2人

77歳
～79歳

1945年4月1日生まれ～1948年3月31日生まれのうち、下記に該当する者
糖尿病受診を継続している健診受診者のうち、健診で尿蛋白 \geq ±
かつ令和5年度糖尿病の薬剤処方歴あり
※eGFR45未満及び腎臓病専門医受診中の者を除く
※R5年度要介護認定ありの者及びレセプト該当者(認知症、進行がん、透析中等)を除く

15人

77歳
～79歳

1945年4月1日生まれ～1948年3月31日生まれのうち、下記に該当する者
①前年度の健診履歴なし
②令和2～4年度に糖尿病の薬剤処方歴ありかつ令和5年度に糖尿病の薬剤処方歴なし
※R5年度要介護認定ありの者及びレセプト該当者(認知症、進行がん、透析中等)を除く

55人

77歳
～79歳