

令和5年度

第3回 松本市フレイル予防推進協議会 議事録概要

開催日時 令和6年3月15日（金）午後7時00分～8時30分
開催場所 松本市役所 第一応接室（本庁舎3階）
出席委員（敬称略） 花岡 徹（松本市医師会 会長）
宮田 和信（松本市医師会 副会長）
堀内 博志（信州大学医学部附属病院 リハビリテーション科 教授）
横川 吉晴（信州大学医学部保健学科 准教授）
中村 雅彦（市立病院 病院長）
清水 政幸（市立病院 整形外科科長）
中村 慶佑（市立病院 リハビリテーション科 主任理学療法士）
欠席委員（敬称略） 久保田 充（松本市医師会 理事）
杉山 貴（松本市歯科医師会 顧問）
本保 武俊（松本薬剤師会 副会長）
意見参考人（敬称略） 小林 浩子（松本市歯科医師会 理事）
平林 正裕（松本市歯科医師会）
事務局 松本市保健所 保健所長
健康づくり課職員
保険課職員
高齢福祉課職員

- 1 開会（司会 健康づくり課 横内課長）
- 2 花岡会長あいさつ
- 3 報告事項
 - (1) 松本市オーラルフレイル対策について
（説明 健康づくり課 米山係長、歯科医師会 平林歯科医師、小林歯科医師）

<質疑・意見等>

委員：口腔管理体制強化加算の算定要件について、口腔機能管理に関する実績のある医院は、はじめはどこも実績がないと思われませんが、いかがでしょうか。

意見参考人：詳しく申しますと、元となる施設基準が、かかりつけ歯科医院機能強化型歯科診療所というもので、そちらの加算が口腔機能管理強化加算として受け継がれることとなります。

委員：現在でも、その120点を取っている医院があるわけですね。

意見参考人：ただ、今後、その施設基準の名前が変わりますが、それを継続して、加算を取っていくためには、おそらく今年の9月までか、1年ぐらいの間に、口腔機能管理の実績を提示する。改めて通知しないと、新しい施設基準は、取れないので、加算を取り続けることができないというような形になります。

委員：初めて施設基準をとる先生は、どのように施設要件をクリアしますか。

意見参考人：新しい先生は、施設基準を新しく取るためにはおそらく、実績を積んで、そちらを提出して、施設基準を取ってから算定可能となると思います。12回程と、算定基準が出たので、12回クリアしたところで、施設基準を届け出て、認められたら加算が取れるようになるかと思われま

委員：12回というのは12症例ということですか。

意見参考人：12症例でなく、12回と思われま

委員：全部やりなさいというのに、全て取れないということですか。

意見参考人：咬合力の検査と咀嚼の検査が、同時に算定ができないということです。

意見参考人：点数的には厳しいと

機能低下症について説明して、オーラルフレイル対策を行える歯科医院の参加を募りたいと思います。

委員：おそらく今回は6月に、改定ですね。医師会の方も、おおよその目途が見えて、県医師会の保険部会等に通知が来るのは3月の終わりくらい。県内で、勉強会するのは4月の終わりくらいになる。その間の3月から4月に医院へご説明されると良いのではないのでしょうか。

(2) 松本市フレイル外来の現状について

(説明 健康づくり課 佐々木技師、市立病院 中村理学療法士)

<質疑・意見等>

委員：市立病院の補足として、現在は第1、3木曜日が初診日2名ずつ追加、第2、4木曜日を再診日として、1月に4名追加で診ておりますので、1月に最大14名診ております。3病院の連携につきましては、それぞれどのような評価項目をとっているか確認しました。J-CHS基準やロコモ評価は共通していました。今後も連携していく必要があるのではないかと考えております。

委員：委員の先生からお話ありましたが、フレイル外来は点数の保険診療上加算はないのが現状です。どのように算定していくのか、それぞれ病名をつけ、共通された方がいいと思いますが、お話ありましたでしょうか。

委員：リハビリテーションの観点から、現状3施設とも理学療法士と作業療法士が関わっており、フレイルという病名では診断できないので、フレイルの原因となるような疾患、腰痛症や変形性膝関節症といった運動器疾患やバランス機能が低下している場合では運動器不安症と診断されます。それらの疾患のもと、3病院では共通して運動器リハビリテーション料等として算定しています。

委員：そういった面では、歯科の方が点数もあり、進んでいるように感じます。これは何らかの市として取り組み、あるいは他の市町村、県単位で取り組み、必要性については、厚労省も理解あると思いますが、何らかの点数をつけてもらえないとフレイル外来が進まないと思われれます。市

立病院は、公立ですから、私立の病院にとっては、経営には非常にマイナスになるのではないのでしょうか。

委員：高額医療機器を使用した検査が行われますよね。血液検査等で、何らかの疾患が見つかり、整形外科や脳外科に紹介して診療する、というように疾患があれば点数も増えるのでしょうか。

委員：ほとんど全例の症例に骨粗鬆症の検査をしますよね。相当高頻度で骨粗鬆症患者が見つかるのではないかと思います。

委員：私が担当している方はほぼ全例検査しているので、骨粗鬆症が見つければ整形外科で治療しています。年齢的にも骨粗鬆症は増えるので、他の医師とも相談して、外来へつなげて、連携をとっています。疾患としての治療もでき、保険点数も確保できます。フレイル外来の役目も果たせるのかなと思います。

委員：ローカルの話ですが、相澤病院の先生が開業医と連携をして、大腿骨頸部骨折の患者さんの骨粗鬆症治療行くと、病院で算定ができることに加えて、紹介した開業医でも算定できるものがあります。例えば12回算定することがあれば、病院で2回治療し、残りは開業医で10回治療、算定するという医療連携を進めていて、現在はかなりの数ができていると思います。

委員：市立病院では大腿骨近位骨折の症例が毎月数例であり、そのような算定をして、地域の、近隣の先生と協力していくことはできておりませんが、今後、二次予防をしっかり行っていく必要があるかと思います。

4 協議事項

(1) フレイル予防事業の事業評価について

(説明 健康づくり課 諏佐係長)

<質疑・意見等>

委員：これは前回委員の先生からもご指摘いただいたと思いますが、電力A Iの正確度83%とおっしゃいますが、実際、陽性的中率は23%しかない、感度31%しかなく非常に低いです。これは健常な人がA I判定で健常だったと評価するのが97%あるのだから、抽出率としては非常

に信頼が薄い。こういったものを松本市として利用していくのは、非常に疑問を感じますが、いかがでしょうか。

事務局：まず、精度の数字を、客観的にみたいと思います。その上で、事業として、効果があるのかどうかも、合わせてみていきたいと思います。

委員：いわゆる検査ですよね。どういう対象に、何を目的に、検査をするかによって違ってくると思います。感度が31%はあまりにも低すぎて、特異度はいいですけど、スクリーニングとしては使えない。表の結果のフレイルを新型コロナ感染症に置き換えていただくとわかると思います。新型コロナ感染症の方を、AIでは7割が見落とされているわけですよね。本来、フレイルの患者さんを早く見つけて、早期に介入・治療するというのが目的なので、フレイルの状態にある方を見つけることが大事なわけです。健康な方を見つけることが目的ではないです。新型コロナ感染症の場合も、PCR検査は感度・特異度90%ぐらいで、抗原の定量が70%から90%ぐらい定性はそれより低くて、60%ぐらいなので、定性のテストは1回陰性であっても2回あるとか、そういうことをします。少なくともやはり感度、もちろん感度・特異度が90%以上あるのが理想ですが、少なくとも感度は60%がないと、30%ですと、目標としていることが果たせないと思います。いわゆるフレイルの方を見つけることが目的なので、だから、そこに高いお金を200万円、300万円かけることは、非常に無駄なことだと思っています。そうであれば、簡易フレイル・インデックスを、しっかりやることの方がフレイルの患者さんにとって有益だと思います。あとは簡易フレイル・インデックスの精度がどうかということです。もしかしたら、電力メーターの方が正しいかもしれない。そこで、確認していただきたいのはやり方によって、別の人が見ても同じ判定をするか、要するに再現性があるかを保健師同士で評価して、簡易フレイル・インデックスが正確に評価できているかを検討する必要がある。だから中部電力の方には、16人中11人と多い偽陰性者について、どういう方が偽陰性になっているのかを分析していただきたいです。例えば、認知機能です。5分前のことが思い出せないとか、どういう人が偽陰性になっていることが多いとか。それから偽陽性になっている、153人のうち17人もいて、例え

ば疲労感が強い人だとか、何か傾向があるのかを分析していただく、そうでないと、200万円、300万円かけた意味がないのではないかと思います。簡易フレイル・インデックスを正確に行えば、それがスクリーニングになるわけで、電力データを用いたAIの判定を、あえてやる必要はないということになってしまいます。例えばそういうことがわかれば、認知症のある方には、これは適用できないけれども、認知症のない方には、精度が高い、感度が高い等わかってくれば使えるわけなので、そういう間の検証を、正確にやってほしいと思います。

事務局：今回この数字が独り歩きしてしまっています。まず、本来のそのAIの分析結果が正しいかどうかの判定基準が、まだ定まっていないところが一つ大きな課題です。本日は、こういう形で分析をしていきたいということをお認めいただいた上で、実際のアウトカムとしての実際フレイルはどこで見ていかなきゃいけないかといったところが非常に大きな問題があります。そこを定めた上で、改めてこの分析結果をお示しする中で、ご意見をいただけるという前提で、どのような分析をしていけばいいかということをお協議させていただければありがたいと思っています。まだ事業評価には使える数字はないです。

事務局：これはまだ分析途中です。今回は、AIでフレイル判定が出た方だけに対面できていますが、申込み者全員に対面していません。そういった中で、どのように判定が正しかったかを判別する方法がこのア、イ、ウの方法を検討しています。後期高齢者健診と突き合わせてみる（ア）。1年後に介護認定の状況を確認して、AIではフレイル判定しなかったのに、いつの間にか介護認定をしていたらそれはずれです（イ）。あとは直接訪問できるフレイルと判定された方には、これから訪問し直接簡易フレイル・インデックスで確認できます（ウ）。その3パターンの確認しかできない状況の中で、この事業評価はこれらの方法で良いかということをお皆様に協議していただければと思います。今のところ確定しているのが、このアの後期高齢者の質問票の簡易フレイル・インデックスに近い4つの質問のうち、3点以上はフレイルですので、こちらですとフレイルの人が4人いて、そのうちAIもフレイルと判定した人が2人、健康の方が2人ということになって、逆に、後期高齢者健診では、

3点未満だった人が59人いて、そのうちAIがフレイルという人が11人という形になっていますので、この評価方法では令和4年よりも感度は上がっています。ただ、これだけで判定するのは危険なので、これから、ウの判定状況を見て、また先生方に見ていただきたいと思っておりますが、その他こういった項目で見た方がいいのではないかとこのものがあれば、教えていただければと思います。

委員：フレイルの有無は2値なので、半分は当たるはずですが、それが50%以下というのは評価に値しないです。これについて、中部電力がどういう回答をしてきたかをお聞きできればよかったと思うのですが、何か回答はありますか？

事務局：松本市の外れたケースというのはすごく冬場の場合は多かったわけです。そのときの状況を加味して、チューニング、学習をさせていると伺っています。それを今年の後半では、精度が上がるようにしていきたいという回答はいただいております。

委員：偽陰性、偽陽性の方の簡易フレイル・インデックスの項目の中で、どういう傾向に該当したかをぜひ分析してもらおうと面白いと思います。こういう傾向があるということがわかると、ずいぶん違う。

事務局：確かに先生がおっしゃるように、項目によってフレイル判定しやすい、しにくい等わかれば、そこに重点化した対策を立てられると思います。

委員：あともう一つ簡易フレイル・インデックスの中で、ここ2週間わけもなく疲れたような感じがあるという疲労感の評価、これは非常に抽象的な表現なので、とる人によって結果が変わる可能性がある。だから評価を正確にとることも必要です。

委員：この介護認定状況に関しても、要支援の方々でも全部ここに入れてしまうのでしょうか。国の政策を考えると、要支援の方々はあまり介護保険サービスを使用しないと思っています。どこかで区切らないと、要支援の人も全員、介護認定必要かと判定してしまうと、また誤判定してしまう可能性が高くなってしまいます。どの辺で線を引くかは考えなければならない。

委員：フレイルということを考えると、要支援の方々はフレイルと考えてよいかと思いますが、簡易フレイル・インデックスが3点以上の人は、要支援かというところじゃない人もいます。介護認定を受けた方々がフレイルというこの方法が正しくないと思いますが、介護認定を受けているのに健康とAIが判定したならば、それは確実に間違っていると判定したいと思います。

委員：結局何が真実ということをきちんと決めないと、先ほども議論がありました。AIが正しいのか、何が正しいのか分からず、介護度で決めるのであれば、それは介護の有無だと思います。フレイルと定義するのであれば、フレイルときちんとした定義に当てはまるかどうかで見ないと、全部ズレが生じますよね。先ほどから先生方がおっしゃるように、僕らこのような値を見るときに、96%とか98%とか、そのレベルで見えています。50%か30%、医学的に医者の診療ではありえないので、だからそういったものに政策としてお金払って、分かる人は2人ですよ。1人100万円で政策的にいいのかを伺いたいのと、松本市が初めてやる中部電力との事業でしょうか。他の自治体で実施しているところはないですか。

事務局：三重県東員町が実証実験のスタートです。

委員：そこと比べてどうですか。

事務局：東員町の方が、全て感度も的中率も高いです。

委員：どうして違うのでしょうか。

事務局：そこは私たちの考察だと、冬場の違いが表れたと考えていて、冬場のフレイルが多く検知されていました。

委員：夏はいいのでしょうか。

事務局：はい

委員：そうすると松本の冬はずっと寒いから、これ使えないのではないのでしょうか。

事務局：寒いと閉じこもりがちになるという仮説もあります。

委員：そうするとそれをフレイルと判定しないと、本当のことわかんないですよ。地域差が出るのであれば、そういうものは、例えば東北の診断基準はこれで、東京はこれで等は、医学的にあり得ないので、何かこの

システムに乗っかっていくのはどうかなって気がします。少なくとも、寒冷地で駄目なら寒冷地仕様のをしないと、お金使っている気がします。

事務局：厳しく判定して、事業を継続するかを決めたいと思います。

委員：我々医療従事者は、委員の先生もおっしゃったような感度・特異度がないと信用しないのが常識だと思いますので、これは中部電力にもお伝えいただき、東員町のデータとも比較していただいて、今どきのAIは進んでいますが、利口でなく、あまり信用ならないです。

委員：私が知っている範囲では後期高齢者の質問票の12項目を使って分析提供したと報告がありますが、それは根拠があってよいかと思います。

事務局：後期高齢者の質問票の4つの質問に、疲労感の質問を使うと簡易フレイル・インデックスに近い5項目になると考えました。この質問票にある4項目で3点だったら疲労感の質問をいれなくてもフレイルと考えられるので、3点以上としました。

委員：この中の12項目を使って分析をしているのが、個人的にはそちらの中で4点以上がフレイルと判断してやっていただくのは、いいのかなと思いますので確認していただければと思います。

事務局：12点中の4点のものは検討していきました。認知機能や身体的なフレイルをAIとの兼ね合いから妥当かなと判断しましたが、12分の4点のものも検討したいと思います。

委員：せっかく検討していますので、それがフレイル患者さんを発見するのに繋がってくるようなデータを求めていただきたいと思います。引き続きその中部電力とも協力して、感度をあげることで、正確度が83%、これは陰性の人を陰性にする確率が高すぎますので、あまり使用できない、その辺を指摘いただいて、より正確なデータが得られるような項目も見つけていただくのがよろしいかと思います。確かにあの中のを全部やるというのは大変ですし、項目を絞りたいということはわかりませんが、それが本当に正確な判定に繋がるかどうか、重要だと思いますので、よろしく願います。

事務局：現在は登録者数528名の方が参加していただいています。男性の方が196名、女性332名と男性も参加しやすいものになっています。

多くの方が参加してくださっていますけれども、数値とあわせて継続するか含めて検討していきたいと思います。

(2) かかりつけ医によるフレイルチェックについて

(説明 保険課 阿部主任)

<質疑・意見等>

委員：資料のフローはすごくわかりやすく、良いと思いますが、入口のフレイルの有無に妥当性がないと、下が全部駄目になってしまうと思います。例えば論文を出すときに、この4項目で3点以上をフレイルとする、感度・特異度がどのぐらいなのか分からないと、このシステムの妥当性がわからなくなります。おそらく、かかりつけのお忙しいクリニックの先生がやるのに、なるべく簡便ということだと思いますが、入口の妥当性をしっかり示していかないと、全部駄目になってしまう気がします。そういうことを考えると、きちんともう公表されているフレイルの質問票は難しいかもしれないので、簡易フレイル・インデックス等、決まっているものを用いた方が後々はいいのはではないかと感じます。先ほどお話のあったように、皆さんが独自で決められたものですよね。

事務局：はい。簡易フレイル・インデックスはよく使われています。フレイルかどうかのスクリーニングで、これで3点以上フレイルとして、今一般に広く使われているものです。これに該当する項目は先ほどお伝えしたように6、7、9番、そして5分前のことが思い出せますかというものを10番と見立てました。この簡易フレイル・インデックスが広く使われているということでこれを使わせていただいております。

委員：簡易フレイル・インデックスでは駄目ですか。

事務局：改めて簡易フレイル・インデックスを追加して聞くことは、先生方の負担感になるかと思ひまして、既に後期高齢者健診の15の質問を取っているのです、その質問票を活用できないかと考えました。本来は、握力を確認したり、疲労感を確認したりするのが一番ですが、診療の先生方には大変ではないかということで、このようになっています。

委員：方針はよくわかりました。他委員の先生とお話をして、決められたということでしょうし、実用的だと思いますが、危惧するところとして、

入口がしっかりしてないと、全部下がダメになってしまうこと。慎重に決めた方がいいのではないかなという気がします。

事務局：先ほど委員の先生からありました、後期高齢者の質問票の12項目のうち4点以上でフレイルと判定する報告について、こちらの論文をみてみますと実は感度が56%ほどで、フレイルの方を検出するところでは不向きではないかと思っております。一方、後期高齢者の質問票から簡易フレイル・インデックスに近い4項目のうち3項目以上該当した方をフレイルとすると、感度を上げて、検出することができると考えております。さらに、指輪っかテストと併用することで、よりハイリスクの方を検出するという意味で、論文等で報告されたものではありませんが、こちらのものを活用していった方がよいのではないかと検討しました。

委員：後期高齢者の質問票を活用して、狭い範囲でフレイル該当者を拾い上げるということですね。

事務局：そのとおりです。本来は疲労感の質問を聞くのがよいと思います。その後期高齢者の質問票を使って、例えば2点だった方に、さらに疲労感の質問をして、該当し3点となるとフレイルと判定されます。このように疲労感の質問を追加することがいいのか、それともそれを聞かずに、既存のものを活用して入り口を狭くするか、そうすると後期高齢者健診を受けた方のうち、3点以上は1,764人ということなので、後期高齢者健診を受けている中では人数がかなり少なくなります。逆に2点にするともっと人数が増えてしまいますので、どうするかについて協議いただきたいと思います。

委員：こういった取り組みは松本が初めてですか。初めてであれば、かなり狭めて結果が出れば、松本方式として発信できれば良いのではないかな。

事務局：あともう一つの理由としては、モデル事業として、まずはシステムを作り上げるということを考慮し、フレイル外来があるのは3病院で、対応できる人数にはどうしても限りがあります。広げすぎてしまうと、フレイル外来へ繋ぎづらくなるということで、若干タイトなものにしたい意向はあります。

委員：取り組んでいただける医療機関そんなにたくさんないですね。その先生たちに協力を得られれば、簡易フレイル・インデックスや疲労感、握力の測定等を追加することはあまり負担じゃないように感じますが、いかがでしょう。

事務局：こちらとしても、追加測定していただけるとありがたいと思いますが、令和7年度以降はすべての後期高齢者健診を行っている医療機関の先生方に広げていきたいという考えもあり、最低限の負担でできたらと考えています。

委員：先ほど委員の先生からの話を聞いて、学術的に認められてないものを松本市で独自で使用しているのか、そのデータを信じていいのかと、先ほどの議論とも同様ですが、どこかで使っているものを使った方が、後で判定するとき、信用性が高いと思います。

委員：新しいスケールで、先行研究がないというものでしたら、フレイル外来でも身体的フレイルのゴールドスタンダード評価の改訂版J-CHS基準をとっていますし、質問をほかにも取っていますので、そこで妥当性の検証も進めていくことも手段の1つなのかなと思います。月に8人、10人程フレイル外来に来ていますので、そこでそのスケールがJ-CHS基準と関係性高いものである等おさえると、妥当性あるものを使用すること、論文化へも繋がります。もちろん、握力や疲労感の質問が取れるということがベストだとも思います。

事務局：来年度はまず、現在のフレイルサポート医の先生がご協力しながら、モデルと位置づけをしていますので、先ほど先生方からご指摘いただいたように、その中で妥当性の検証も踏まえて来年度の本協議会で、正式発足のときに、どこまでそのスケールがいいのかどうか、これが妥当ということを確認させていただければと思います。一旦この形を暫定的なモデルと位置づけ、検証することも含めて、ご協議いただければと思います。

委員：学術的な話でなくとも、例えば松本市の取り組みが他と比べて、このぐらいいいとか、悪いかというときに、尺度が違うと比べられないですよ。定義はしっかりしておく、例えば先ほど出た三重県と比べるときに、松本の取り組みはこれだけプラスになったとか、松本は元々健康

な都市で、高齢者のフレイルは少ない等、他の自治体とも比べることに繋がるため、やはり定義は大事じゃないかと思います。ただクリニックの先生も忙しいのはよくわかるので、今回はこの形で実施するということは納得しました。

委員：私としては、検証はしていただく、ある程度限定した先生方には大変負担がかかってしまうかもしれませんが、質問を追加した状態で行うと、入れなかった結果と比較検証できますよね。令和7年度に始めるときは握力と疲労感を入れなくても検証できるという結果が出たならば、それで令和7年度できるのではないかと感じます。もちろん納得はできますが、委員の先生のお話を聞くとやはりそこは日本と全国と比較する場合には、最初から測定していなければ、その後評価ができませんね。

委員：当院の健診でも簡易フレイル・インデックスや握力を評価する。並行して進めて、後期高齢者の質問票の12分の4が一致することを検証する。フレイル外来でという市立病院の他に、藤森病院にお願いするというのも一手段だと思います。

委員：令和6年度のフレイルサポート医の登録医師に行っていただくのは、先行的な調査ということで、それが全国と比較するデータになるかどうか分かりませんが、やってみるということで、それと市立病院と藤森病院のデータで、100人以上は欲しいですが、いかがでしょうか。少なすぎると信頼性が低いと思います。それらによって、令和7年度からどう行うかを、再検討するというところでよろしいでしょうか。それでは、フレイルサポート医は、後期高齢者の質問票のデータからスクリーニングを行う方針にしたいと思います。

事務局：本日も、大変貴重なご意見、ご議論いただきましてありがとうございました。松本市フレイル予防推進協議会は、昨年度から始めていますけれども、ここまで具体的なご意見をいただける段階まで進んでいると考えております。こういった医療連携モデルに関しましては、全国的にも珍しいモデルとして、先生方にもご協力をいただいて進めている中で、先行例がないため、これを成功例にしていく必要性が高く、全国に発信していく先行例にしなければならないと思います。そのような観点か

ら、しっかりと厳しい基準を設けたり、厳しい評価をしたりするということは当然のことだと思っております。本来、この協議会につきましては、基準や評価を学術的な観点からのご評価いただき、進捗管理をしていただくのがこの協議会の役割でもあります。また、我々の方も、まだまだ詰められていないところが多々ございます。ご意見を参考にしながら、また来年度に向けて運用をしていきたいと思っております。今年度は今回の第3回で最終となりますが、来年度以降も、またこのような形で進めさせていただきたいと思っておりますので、引き続きよろしく願いいたします。