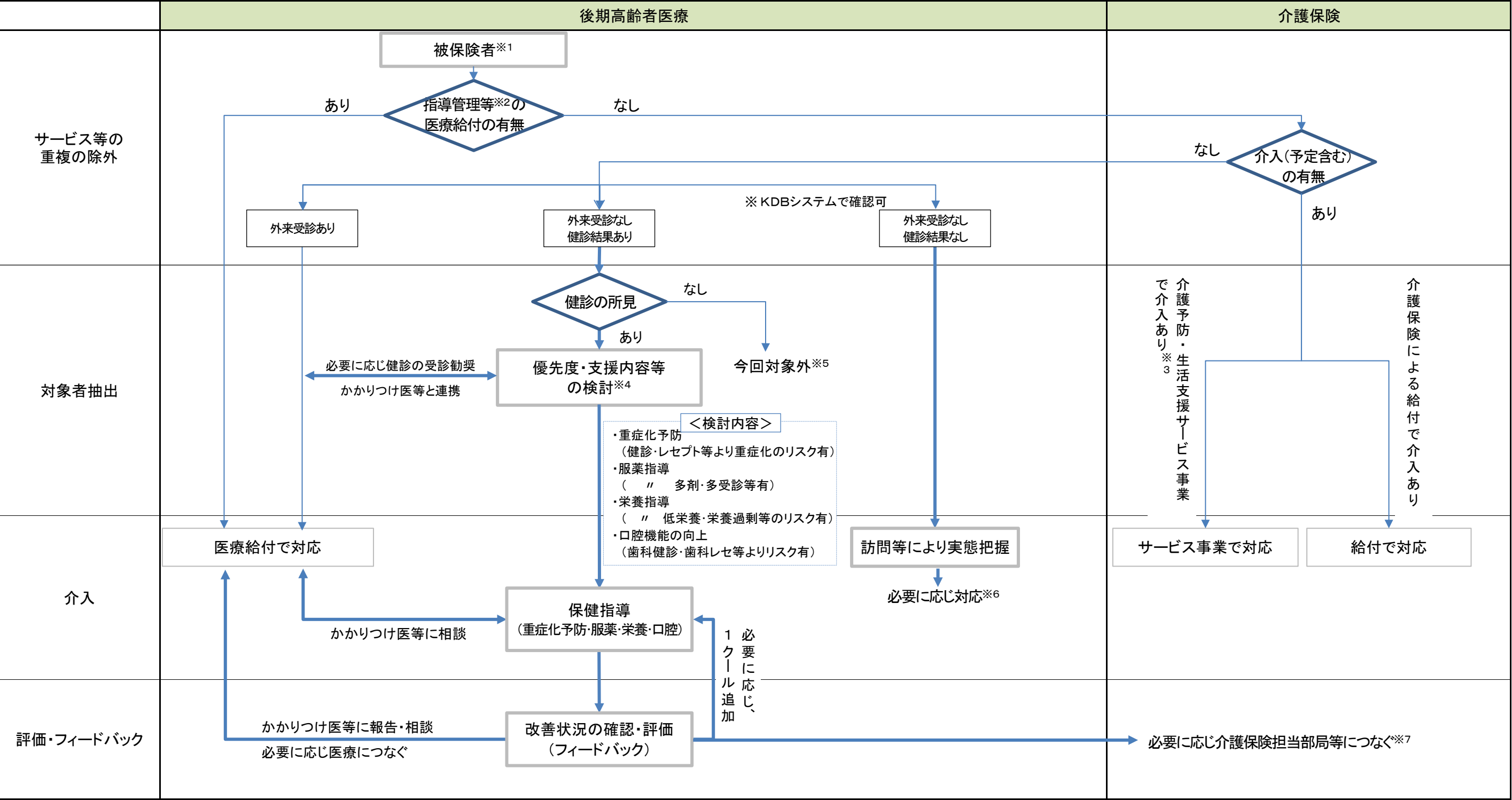


資料3 別添資料

- ※1 後期高齢者医療の保健事業(高齢者の低栄養・重症化予防等事業)に係る対象者の選定及び事業の実施フロー
- ※2 フレイルチェック一覧
- ※3 各種連携手帳(例)
- ※4 進捗管理シート



※1 在宅の後期高齢者医療被保険者を対象とする。(原則として入院・施設入所等は対象外)

※2 外来・集団・在宅患者訪問栄養食事指導料、糖尿病透析予防指導管理料、訪問歯科衛生指導料、在宅患者訪問薬剤指導料等を算定している場合。

※3 介護予防・生活支援サービス事業の訪問型サービスC又は通所型サービスCのうち、栄養又は口腔機能に関して介入中の場合。

※4 支援の必要な対象者や範囲等について、検討内容にあるいずれかの組合せや優先度等を検討する。

※5 必要に応じ、一般介護予防事業や地域の健康教室等を紹介したり、翌年度の高齢者健診等の受診勧奨を行う。

※6 必要に応じ、健診や医療の受診勧奨を行ったり、介護保険担当部局、地域包括支援センター等へ連携する。

※7 必要に応じ、一般介護予防事業への参加や地域包括支援センターへの相談を紹介したり、介護保険担当部局へ連携する。

フレイルに関するスクリーニング指標

	基本チェックリスト	J-CHS基準（Friedのフレイル基準）※ ¹	簡易フレイルインデックス※ ²	フレイル イレブン・チェック※ ³	（参考）転倒リスク基準（簡易版）※ ⁴
手段的 ADL	バスや電車で1人で外出していますか 日用品の買い物をしていますか 預貯金の出し入れをしていますか				
社会的 ADL	友人の家を訪ねていますか 家族や友人の相談にのっていますか			1日に1回以上は、誰かと一緒に食事をしますか	
運 動 ・ 転 倒	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか				
	15分位続けて歩いていますか	①軽い運動・体操をしていますか？ ②定期的な運動・スポーツをしていますか？	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	1回30分以上の汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか 日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか	
				ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いと思いますか	歩く速度が遅くなったと思いますか：2点
		通常歩行速度 <1.0m/秒	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか		過去1年に転んだことはありますか：5点 杖を使っていますか：2点
	この1年間に転んだことがありますか 転倒に対する不安は大いいですか				
栄 養	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	6カ月で2～3kg以上の体重減少	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか		
	BMI <18.5			健康に気をつけた食事を心がけていますか（食）	
				野菜料理と主菜（お肉またはお魚）を両方とも毎日1回は食べていますか（食）	
口腔 機能	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか お茶や汁物等でむせることがありますか 口の渇きが気になりますか			「さきいか」、「たくあん」くらいの固さの食品を普通に噛み切れませんか お茶や汁物でむせることがありますか	
閉じ こもり	週に1回以上は外出していますか 昨年と比べて外出の回数が減っていますか			昨年と比べて外出の回数が減っていますか	
認知症	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると言われていますか 自分で電話番号を調べて、電話を掛けることをしていますか 今日が何月何日かわからない時がありますか			何よりもまず、物忘れが気になりますか	
			5分前のことが思い出せますか		
	（ここ2週間）毎日の生活に充実感がない （ここ2週間）これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった （ここ2週間）以前まで楽にできていたことが今ではおつうに感じられる （ここ2週間）自分が役に立つ人間だと思えない （ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする			自分が活気に溢れていると思いますか	
うつ					
筋力 低下		握力：男性 <26kg、女性 <18kg		指輪つかテスト（ふくらはぎ周囲径）	
その他					背中が丸くなってきましたか：2点 毎日お薬を5種類以上飲んでいますか：2点
判 定 基 準	二次予防事業対象者：合計点数10点以上	3項目以上：フレイル、1～2項目：プレフレイル、0項目：健常	3項目以上：フレイル、1～2項目：プレフレイル、0項目：健常	指輪つかテストで隙間ができる/もしくは食習慣2点未満/もしくはその他の質問5点以下：サルコペニアの可能性あり	6点を超えると転倒リスク高い
活用 事業数	栄養：3か所、口腔：2か所、複合モデル：2か所、包括アセスメント：2か所、研修：1か所	栄養：1か所（ただし表現の改編あり）	なし	なし	服薬：1か所、複合モデル：1か所

※ 1：長寿医療研究開発事業費25-11「フレイルの進行に関わる要因に関する研究」班より

※ 2：国立研究開発法人国立長寿医療研究センター「簡易フレイルインデックスYamada M and Arai H: J Am Med Dir Assoc 16(11): 1002.e7–1002.e11, 2015」より

※ 3：東京大学高齢社会総合研究機構「フレイル・チェック（簡易チェック）」より

※ 4：「高齢者の転倒予防ガイドライン」より

■かかりつけ医 (連携バスの使用/ なし ・ あり)

医療機関: _____ 主治医: _____

住所: _____

TEL: (_____)

■病 院 (連携バスの使用/ なし ・ あり)

医療機関: _____ 主治医: _____

住所: _____

TEL: (_____)

■かかりつけ眼科医 (連携バスの使用/ なし ・ あり)

医療機関: _____ 主治医: _____

住所: _____

TEL: (_____)

■かかりつけ歯科医 (連携バスの使用/ なし ・ あり)

医療機関: _____ 主治医: _____

住所: _____

TEL: (_____)

6

■担当ケアマネジャー(連携バスの使用/ なし ・ あり)

事業所: _____ 担当者: _____

住所: _____

TEL: (_____)

■ (連携バスの使用/ なし ・ あり)

TEL: (_____)

■ (連携バスの使用/ なし ・ あり)

TEL: (_____)

■ (連携バスの使用/ なし ・ あり)

TEL: (_____)

7

検査結果

検査日	/ /	/ /	/ /
施設			
体重(kg)			
血圧(mmHg)	/	/	/
血糖値(mg/dL)	空腹時・食後 分	空腹時・食後 分	空腹時・食後 分
HbA1c(%)			
TC/LDL-C	/	/	/
TG/HDL-C	/	/	/
AST/ALT/γGTP	/ /	/ /	/ /
Cr/eGFR/UA	/ /	/ /	/ /
尿アルブミン指数	mg/gCr	mg/gCr	mg/gCr
尿蛋白	定 量	g/gCr	g/gCr
	定 性	—・±・1+・2+・3+	—・±・1+・2+・3+
治療のポイント			

●治療方針により該当項目を記入し、治療に役立ててください。

8

眼科・歯科

眼科	施設	施設
眼科医		眼科医
検査日	/ /	検査日
右眼	網膜症: なし・単純増殖前・増殖 黄斑浮腫: なし・あり 所見の悪化: なし・あり 光凝固: 未・済 矯正視力、他:	網膜症: なし・単純増殖前・増殖 黄斑浮腫: なし・あり 所見の悪化: なし・あり 光凝固: 未・済 矯正視力、他:
左眼	網膜症: なし・単純増殖前・増殖 黄斑浮腫: なし・あり 所見の悪化: なし・あり 光凝固: 未・済 矯正視力、他:	網膜症: なし・単純増殖前・増殖 黄斑浮腫: なし・あり 所見の悪化: なし・あり 光凝固: 未・済 矯正視力、他:
次回受診	ヶ月後	次回受診
備考		備考

歯科	施設	施設
歯科医師		歯科医師
検査日	/ /	検査日
歯周病	なし・軽・中・重	歯周病
口腔清掃	良・普通・不十分	口腔清掃
出血	なし・時々・あり	出血
口腔乾燥	なし・あり	口腔乾燥
咀嚼力	問題なし・問題あり	咀嚼力
現在歯	() 歯	現在歯
インプラント	なし・あり	インプラント
義歯	なし・あり	義歯
症状	改善・変化なし・悪化	症状
次回受診	ヶ月後	次回受診
備考		備考

14

合併症関連検査									
検査項目	検査結果	検査項目	検査結果	検査項目	検査結果	検査項目	検査結果	検査項目	検査結果
神経検査	/	末梢神経障害	なし・あり						
	/	自律神経障害	なし・あり						
網膜症	/	異常	なし・あり	P14~15参照					
腎症	/	1期・2期・3期・4期・5期							
糖尿病	/	異常	なし・あり	P14~15参照					
足チエック	/	異常	なし・あり	右	左				
経動脈エコー	/	右異常	なし・あり	狭窄 %	mm	mm	mm	mm	mm
	/	左異常	なし・あり	狭窄 %	mm	mm	mm	mm	mm

合併症関連検査									
上肢運動検査	/	異常	なし・あり	右	左				
下肢運動検査	/	異常	なし・あり	右	左				
心電図	/	異常	なし・あり						
胸部レントゲン	/	異常	なし・あり	CTR	%				
腹部レントゲン	/	異常	なし・あり						
便潜血	/	1回目	・・・+	2回目	・・・+				

Myお食事ノート



このお食事ノートは、どこにいても、誰もがあなたの栄養状態や食事状況を確認でき、必要な情報を共有し、適切な栄養・食生活支援ができるよう作成しました。少しでもあなたや家族のご負担が軽減されますように。

作成日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

お名前 _____

あなたについて

同意書

ご本人・ご家族、医療関係者、介護関係者の間で情報交換を行う「My お食事ノート」のしくみを理解し、作成・活用に同意します。

(ご署名) _____

ふりがな	性別	男・女
お名前		
自宅住所 (連絡のつくもの)	〒 _____ 電話 (_____ - _____)	
主介護者の 連絡先	氏名	関係 (_____) 電話 (_____ - _____)
生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日 (歳)
要介護度	☐ 未認定 ☐ 要支援 (1・2) ☐ 要介護 (1・2・3・4・5)	
栄養管理と かわりの深い 疾患	☐ 糖尿病 ☐ 腎臓疾患 ☐ 脂質異常症 ☐ 高血圧症 ☐ 心臓疾患 ☐ 貧血 ☐ 低栄養 ☐ 嚥下困難 ☐ 高度肥満 ☐ その他 (_____)	
主な調理担当者		
作成日時点の 支援者・関係機関		
医師	医療機関名 (_____) TEL (_____ - _____)	
管理栄養士・栄養士	連絡先 (_____) TEL (_____ - _____)	
ケアマネジャー	事業所名 (_____) TEL (_____ - _____)	

①

栄養・食生活支援上の注意点

身長・体重	身長	cm	体重	kg	BMI
体重変動	☐ 維持 ☐ 変動あり				

治療中の病気

☐ あり (_____) ☐ なし

飲んでいる薬

☐ あり (_____) ☐ なし

のみこみ

☐ 水でむせる
☐ 固形物がのみこみにくい

おつうじ

☐ 便秘
☐ 下痢
☐ その他 (_____)

ご飯を食べる場所

☐ 食卓で
☐ ベッド上で

どうやって食べる

☐ 自分で食べる
☐ お手伝いが必要
⇒ (_____)

手足のまひ

☐ あり (手・足) (原因 _____)
☐ なし

食事で気をつけること

☐ あり (_____) ☐ なし

歯のこと

☐ 自分の歯
☐ 歯が抜けている
⇒ (奥・前)
☐ 入れ歯
⇒ (総・部分)

かむこと

☐ 硬いものは食べにくい

お料理のこと

☐ 自分で作る
☐ 作ってもらう
⇒ 誰に (_____)
☐ 弁当、惣菜を買う

誰と食べますか

☐ 家族と
☐ 友人と
☐ 一人で

②

栄養・食生活支援上の注意点

身長・体重	身長	cm	体重	kg	BMI
体重変動	☐ 維持 ☐ 変動あり				

治療中の病気

☐ あり (_____) ☐ なし

飲んでいる薬

☐ あり (_____) ☐ なし

のみこみ

☐ 水でむせる
☐ 固形物がのみこみにくい

おつうじ

☐ 便秘
☐ 下痢
☐ その他 (_____)

ご飯を食べる場所

☐ 食卓で
☐ ベッド上で

どうやって食べる

☐ 自分で食べる
☐ お手伝いが必要
⇒ (_____)

手足のまひ

☐ あり (手・足) (原因 _____)
☐ なし

食事で気をつけること

☐ あり (_____) ☐ なし

歯のこと

☐ 自分の歯
☐ 歯が抜けている
⇒ (奥・前)
☐ 入れ歯
⇒ (総・部分)

かむこと

☐ 硬いものは食べにくい

お料理のこと

☐ 自分で作る
☐ 作ってもらう
⇒ 誰に (_____)
☐ 弁当、惣菜を買う

誰と食べますか

☐ 家族と
☐ 友人と
☐ 一人で

③

お食事情報①

必要栄養量	エネルギー	kcal	たんぱく質	g
	脂 質	g	塩 分	g
	そ の 他			
栄養補給方法	☐ 経口 ☐ 末梢静脈栄養 ☐ 中心静脈栄養 ☐ 経管			
	補 助 食 品 ☐ 無 ☐ 有 ⇒ (食品名)			
食物アレルギー	☐ 無 ☐ 有 ⇒ (食品名) ☐ 不明			
禁 止 食 品	☐ 無 ☐ 有 ⇒ (食品名) ☐ 不明			
水分制限	☐ 無 ☐ 有 ⇒ () ml/日			
水分摂取	水分量(約) ml/日 水・茶・他()			
補水のための水分調整	☐ 不要 ☐ 必要			
	☐ 薄いとりみ ☐ 中間とりみ ☐ 濃いとりみ ☐ ゼリー 			
摂 取 率	主 食 (平均)	割	副 食 (平均)	割

4

お食事情報②

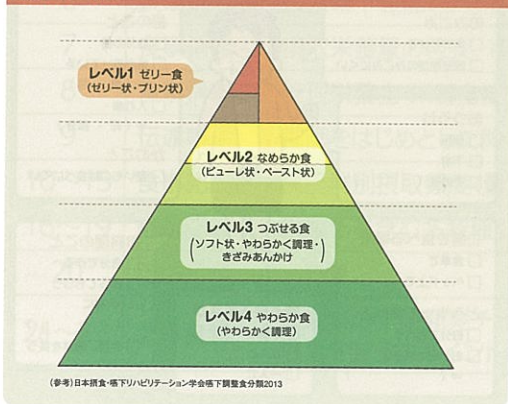
主 食 (複数回答可)	☐ 米飯 ☐ 軟飯 ☐ 全粥 ☐ () 粥 ☐ 重湯 ☐ 粥ミキサー ☐ 粥ゼリー ☐ パン ☐ パン粥 ☐ その他()			
	☐ 普通 ☐ 軟菜 ☐ キザミ ☐ ソフト ☐ ミキサー ☐ ゼリー ☐ その他()			
キザミのサイズ	☐ 1mm ☐ 5mm ☐ 1cm ☐ 2cm ☐ その他()			
食事摂取状況 (主に食べるもの)	☐ 朝食			
	☐ 昼食			
	☐ 夕食			
	☐ 間食			
食 嗜 好	好きな食べ物			
	苦手な食べ物			
ア ル コ ー ル	☐ 飲まない ☐ 飲む ⇒ (毎日・週2~3回・月数回)			

5

お食事情報③

噛み砕き	☐ 容易 ☐ 困難 ⇒ 困難になった時期 (年 月頃)
	☐ 無 ☐ 有 ⇒ 使用部位(総義歯) ☐ 不咬合
飲み込み	☐ 良い ☐ 不良 ⇒ 困難になった時期 (年 月頃)

嚥下レベル



6

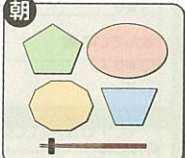
お食事情報④

今のおおよその 摂 取 栄 養 量 (聞き取りから推計)	エネルギー	kcal	たんぱく質	g
	脂 質	g	塩 分	g
	そ の 他			

1日の適量

食品	あなたの目安量(1日)		
主 食	ごはん パン めん	ごはん1杯 食/巾1枚 ゆでめん1玉	杯
主 菜	魚	1切れ(70g)	切
	肉	1枚(50g)	g
	卵	1個(40g)	個
副 菜	大豆製品	豆腐(60g)	丁
	野菜	5皿(350g)	皿
そ の 他	いも	1個(60g)	個
	牛乳	1本(200ml)	本
	果物	バナナ1本 りんご1/2個	個
	油	大スプーン1杯	杯

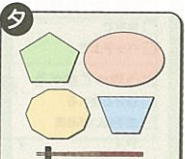
朝



昼



夕



7

お食事情報⑤ 管理栄養士・栄養士からの伝達事項

記入者氏名	平成 年 月 日

8

医療・介護・関係職種の方からの伝達事項

医 師	平成 年 月 日 サイン _____
関 係 者 ()	平成 年 月 日 サイン _____
関 係 者 ()	平成 年 月 日 サイン _____
関 係 者 ()	平成 年 月 日 サイン _____

9

食事記録①

- 食べた食品に○印をつけてみましょう。
- 様々な食品を組み合わせで食べましょう。

あなたの目安量(1日)		記入日	/	/	/	/	/	/	/
主 食	ごはん パン めん	杯							
	魚	切							
	肉	g							
	卵	個							
主 菜	大豆製品	丁							
	野菜	皿							
副 菜	いも	個							
	牛乳	本							
そ の 他	果物	個							
	油	杯							

10

経過記録①

記入日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
体 重 変 化	☐ 特に変化なし ☐ 以下のこと有り	☐ 特に変化なし ☐ 以下のこと有り	☐ 特に変化なし ☐ 以下のこと有り
	体重 (kg)	体重 (kg)	体重 (kg)
食 事 摂 取 量 水分摂取量	☐ 特に変化なし ☐ 以下のこと有り	☐ 特に変化なし ☐ 以下のこと有り	☐ 特に変化なし ☐ 以下のこと有り
食 欲 低 下	☐ 特に変化なし ☐ 以下のこと有り	☐ 特に変化なし ☐ 以下のこと有り	☐ 特に変化なし ☐ 以下のこと有り
嚥 み 砕 きの 状 態	☐ 特に変化なし ☐ 以下のこと有り	☐ 特に変化なし ☐ 以下のこと有り	☐ 特に変化なし ☐ 以下のこと有り
飲 み 込 みの 状 態	☐ 特に変化なし ☐ 以下のこと有り	☐ 特に変化なし ☐ 以下のこと有り	☐ 特に変化なし ☐ 以下のこと有り
連 絡 事 項			
	記入者 ()	記入者 ()	記入者 ()

11

(糖尿病性腎症重症化予防プログラム進捗管理シート(様式A)を改変)



参加市町村・広域連合名：（ ）県（ ）

※ 区分については、市町村にモデル事業を委託して実施する場合を想定し○を記載。実際には、地域の実情に合わせ広域連合と市町村等が相談の上、チェックリストを完成する。	
※ 「△」は、必要に応じて対応する項目。	
※ 平成27年度『後期高齢者の保健事業のあり方研究報告書(ガイドライン試案)』、『糖尿病性腎症重症化予防プログラム開発研究報告書』 参照	
No. の色区分	
庁内体制	・広域連合、国保課・健康担当課・高齢者医療課・介護保険課等のチーム形成 / 健診・レセプトデータ分析結果の確認、保健事業の課題整理
地域連携	・医師会・歯科医師会・薬剤師会等の関係者との会議設定 / データ分析結果提示と対策における連携方針確認
事業計画	・対象者抽出基準の決定、対象者数の概数把握 / 実施形態の検討、運営マニュアル作成、保健指導者の研修、医療機関等との連絡票、データ収集方式
事業実施	・重症化予防、フレイル対策の実施(詳細はガイドラインにて規定) / 進捗管理、問題事象への対応
事業評価	・データの取りまとめ、分析 / 内部での検討、専門家等の助言
次年度事業の修正	・地域の協議会等にて分析結果の報告、改善策の検討 ・次年度計画の策定 ・着実なフォローアップ体制検討