

「見守り機能を活用した 介護予防対象者の情報共有」

報告：焼津市医師会
シズケア＊かけはし「見守り機能」等
活用推進ワーキンググループ

1. 見守り機能の活用実施案

テーマ：高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施
対象者：一般介護予防事業対象者・事業対象候補者
活用方法：診療所、地域包括、行政等の関係者で情報
共有しながら対象者を継続的にフォロー
利用機能：見守り機能

2. 焼津市における特定健診を利用した介護予防対象者の拾い上げ

焼津市の制度は、

- 後期高齢者増加の予測を踏まえ、特定健診と同時に基本チェックリストによるスクリーニングを実施
- かかりつけ医の関与のもとで早期から予防事業対象者を把握したうえで、その後の効果的な介護予防事業の実施を目指す

3. 特定健診と同時実施する生活機能チェック等の実施方法

- 生活機能チェック及び認知症スクリーニングを、70歳～74歳、または、65歳以上で医師が必要と判断した方に実施
- 75歳以上の方には後期高齢者の質問票を実施

生活機能チェック書式

10 (新) 基本チェックリスト

受診日 20 年 月 日 1

健康番号 住所 電話番号 フリガナ 氏名 性別 生年月日 次・期 年 月 日 () 歳

バスや電車で1人で外出していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	①運動器 3点以上 ②栄養 2点以上 ③口腔 2点以上 ④認知 2点以上 ⑤項目 項目数 ⑥3項目以上 で二次スクリーニングの対象となります A・B・C・D
日用品の買物をしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
予約金の出し入れをしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
友人の家を訪ねていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
家族や友人の相談にのっていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
階段をすすりや壁をつたわずに昇っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
15分続けて歩いていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
この1年間に転んだことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
転倒に対する不安は大きいですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
6か月間で2〜3kg以上の体重減少がありましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
身長 cm 体重 kg (BMI) ※体重÷身長(m)×身長(m)	<input type="checkbox"/> 1.18.5未満 <input type="checkbox"/> 1.18.5以上	<input type="checkbox"/> 0.18.5以上 <input type="checkbox"/> 0.18.5以上	
半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
お茶や汁物等でむせることがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
口の湿きが知になりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
週に1回以上は外出していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
昨年と比べて外出の回数が減っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
周知の人からいつも同じ事を聞くなどの物忘れがあるとされますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日が何月何日かわからない時がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しくなくなった	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
ときどき迷うことがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
計画を立ててから実行することが、できなくなった	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
誰もいないのに、物が見えたり聞こえたりする	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現実がないことを話したり、人から悪く言われている様な気がする	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

健診の結果、介護予防・生活支援サービス事業の提供が必要と認められた場合は、焼津市が私の居住地域の地域包括支援センターに基本チェックリストや健診結果を必要範囲で情報提供することに同意します。

本人署名欄

「介護予防のための生活機能チェック」判定報告書

記入日 年 月 日

下記のとおり判定いたしました。矢印に進み記載してください。

総合判定 (□にチェックを入れ、矢印に進み記載してください)

「生活機能低下」の有無

判定条件①～④の該当

判定結果: 有り 無し

判定結果が「有り」の場合:

事業対象者候補者の判定条件

① 運動器 (質問項目No. 6～10) 3点以上
② 栄養 (質問項目No. 11～12) 2点以上
③ 口腔 (質問項目No. 13～15) 2点以上
④ 質問項目No. 1～20 1.0点以上

判定結果: 有り 無し

判定結果が「有り」の場合:

介護予防・生活支援サービス事業

④ 質問項目 No.17～20 1.0点以上

医学的判断より、サービス事業利用時の留意事項

判定結果: 有り 無し

判定結果が「有り」の場合:

介護予防・生活支援サービス事業利用時の留意事項

運動への参加不可能
 リハビリテーション施行禁止
 血圧 (運動時、入浴時、リハビリ時)
 その他 []

特記事項 (サービス利用の際の医学的管理からの留意事項やサービス利用の制限がある場合の内容について記載してください)

認知症二次スクリーニング検査未実施の理由を○で囲んでください。
①診断済み ②拒否 ③障害等(視覚・聴覚・精神・他) ④その他()

医療機関名 _____
医師氏名 _____ 電話番号 _____

(運 ・ 栄 ・ ロ ・ 明 ・ 談 ・ う)

生活機能チェック書式 後期高齢者の質問票追加

50 健康診査 質問票 (後期高齢者用)

受診日 20 年 月 日 1

健康番号 住所 電話番号 フリガナ 氏名 性別 生年月日 次・期 年 月 日 () 歳

No.	質問項目(□にレ点をお付けください)	1	2	3	4	5
1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	<input type="checkbox"/> 1.よい <input type="checkbox"/> 2.まあよい <input type="checkbox"/> 3.ふつ <input type="checkbox"/> 4.あまりよくない <input type="checkbox"/> 5.よくない				
2	毎日の生活に満足していますか	<input type="checkbox"/> 1.満足 <input type="checkbox"/> 2.やや満足 <input type="checkbox"/> 3.やや不満 <input type="checkbox"/> 4.不満				
3	1日3食きちんと食べていますか	<input type="checkbox"/> 1.はい <input type="checkbox"/> 2.いいえ				
4	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	<input type="checkbox"/> 1.はい <input type="checkbox"/> 2.いいえ				
5	6か月間で2〜3kg以上の体重減少がありましたか	<input type="checkbox"/> 1.はい <input type="checkbox"/> 2.いいえ				
6	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	<input type="checkbox"/> 1.はい <input type="checkbox"/> 2.いいえ				
7	この1年間に転んだことがありますか	<input type="checkbox"/> 1.はい <input type="checkbox"/> 2.いいえ				
8	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	<input type="checkbox"/> 1.はい <input type="checkbox"/> 2.いいえ				
9	あなたはたばこを吸いますか	<input type="checkbox"/> 1.吸う <input type="checkbox"/> 2.吸わない <input type="checkbox"/> 3.やめた				
10	週に1回以上は外出していますか	<input type="checkbox"/> 1.はい <input type="checkbox"/> 2.いいえ				
11	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか	<input type="checkbox"/> 1.はい <input type="checkbox"/> 2.いいえ				
12	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか	<input type="checkbox"/> 1.はい <input type="checkbox"/> 2.いいえ				
13	お茶や汁物等でむせることがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
14	周知の人からいつも同じ事を聞くなどの物忘れがあるとされますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
15	今日が何月何日かわからない時がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				

健診の結果、生活機能の低下が認められた場合は、焼津市が私の居住地域の地域包括支援センターに健康診査質問票及び認知症スクリーニング検査の結果を必要範囲で情報提供することに同意します。

本人署名欄

認知症一次スクリーニング検査 (SDQ-14)

実施対象者の確認 (該当するものにチェックをいれてください)

介護認定なし 認知症の診断済み 要支援・要介護 介護認定申請中 事業対象者認定あり

判定結果: 認知症一次スクリーニング検査の実施は不要です

質問項目(□にレ点をお付けください)

No.	質問項目	1	2	3	4	5
16	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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
17	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
18	バスや電車で1人で外出していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
19	日用品の買物をしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
20	予約金の出し入れをしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
21	家族や友人の相談にのっていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
22	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
23	ときどき迷うことがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
24	計画を立ててから実行することが、できなくなった	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
25	誰もいないのに、物が見えたり聞こえたりする	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
26	現実がないことを話したり、人から悪く言われている様な気がする	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				

No. 13～26 網掛けの項目数 医師機関記入

※3項目以上で二次スクリーニングの対象となります

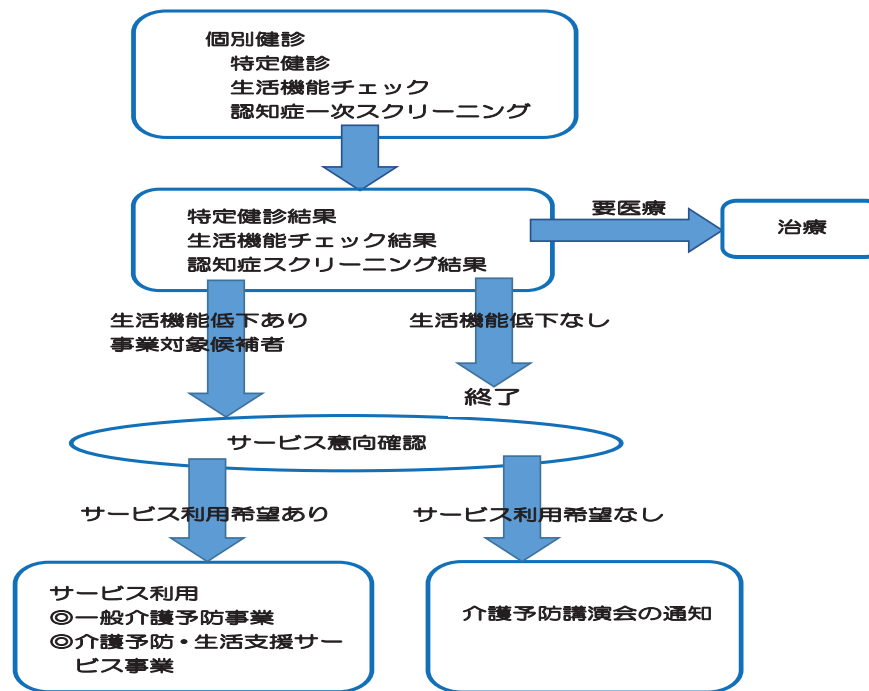
判定 (記入不要) A・B・C・D 判定不能

特記事項

認知症二次スクリーニング検査未実施の理由を○で囲んでください。
①拒否 ②障害等(視覚・聴覚・精神・他) ③その他()

医療機関名 _____
医師氏名 _____ 電話番号 _____

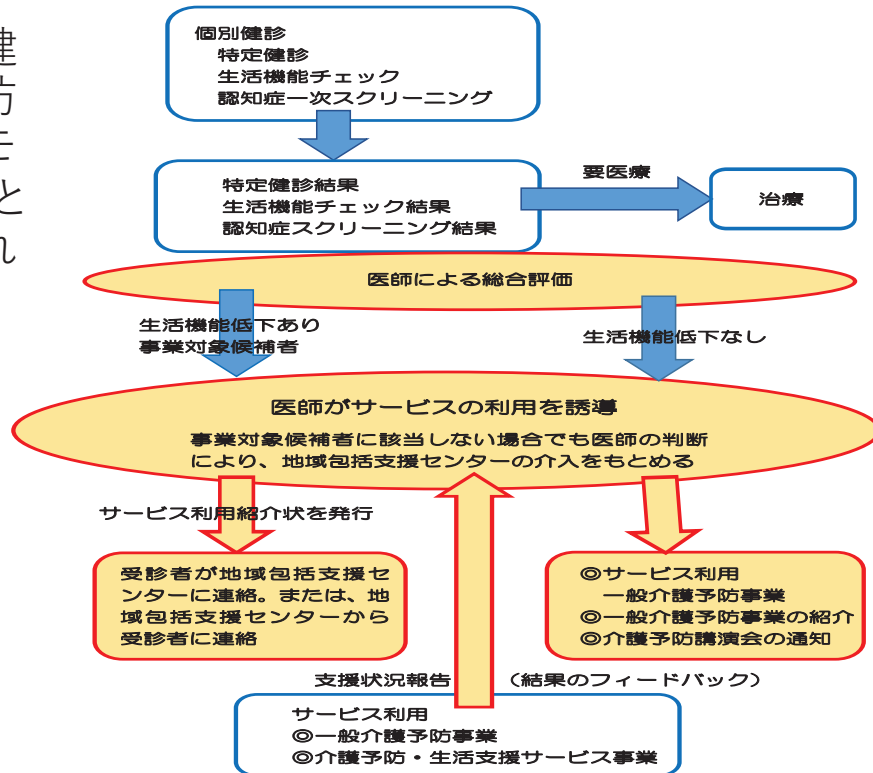
現状のながれ



4. 見守り機能の活用方法

高齢者の保健事業と介護予防の一体的モデル事業の流れの中で見守り機能を活用し、かかりつけ医と地域包括支援センターとの情報共有に利用

「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施モデル事業」をとり入れたながれ



- ① かかりつけ医が、生活機能チェックの結果により、サービスを誘導し、サービス利用紹介状を発行、対象者に渡す。
- ② 対象者はサービス利用（本人用）を地域包括支援センターに持参、または連絡を入れる。
- ③ サービス利用紹介状（控え）は、医師会と市地域包括ケア推進課を經由して地域包括支援センターに届く。
- ④ 地域包括支援センターでは、医師が誘導したサービスについて対象者に詳細を説明しサービスの利用を勧める。
- ⑤ 地域包括支援センターは、サービス利用支援状況表をかかりつけ医にフィードバックし対象者の状態を共有する。

サービス利用紹介状

サービス利用紹介状（医師会提出用） 資料 6

（北部・中部・南部・大井川）地域包括支援センター殿

20 年 月 日

医療機関名	医療機関	医師会	焼津市	包括支援センター
電話番号	月	日		
医師氏名				

健診日	20 年 月 日	健診番号					
氏名		男・女	生年月日	大・昭	年	月	日（歳）
住所	焼津市		電話番号				
現病歴			既往歴				
事業対象者該当	・運動器 ・口腔 ・栄養 ・生活機能全般 に該当		血圧7/67シ値				
もの忘れ健診結果	一次スクリーニング (SDQ-14) 点	□条件①：幻覚かつ妄想		□条件②：幻覚かつ妄想/SDQ8 以上			
もの忘れ総合判定	二次スクリーニング (MSF) 点	□条件③：幻覚または妄想/SDQ8 以上/説明書不可		精神疾患： 有・無・不明			
	A B C D	疾患名： ()					

総合評価結果（医師記入欄）

機能低下予防

一般介護予防事業等への参加

サービス利用が必要な項目

運動器 栄養 口腔 認知 生活機能全般

介護予防・生活支援サービス事業利用時の留意事項

運動への参加不可能

リハビリテーション進行禁止

血圧（運動時 入浴時 リハビリ時）

その他

総合評価（健診結果、チェックリスト結果、診察状況等により、将来的に考えられる心身の課題点やフレイル対策、サービス利用の必要性など）

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施（モデル事業）一般社団法人焼津市医師会

サービス利用支援状況報告書

サービス利用（支援状況）報告書

施設名 様

主治医

（地域包括支援センター焼津市医師会医療機関）

受診日： 受診者：

生年月日：

担当機関： 地域包括支援センター

担当者：

以下のとおりサービスを提供しましたのでご報告いたします。
また、詳細な支援状況は別添のとおりです。

- 地域活動への参加
- <ほほえみサービス> ケアプラン作成無し
- 一人暮らし高齢者等「食」の自立支援事業（配食サービス）
- 生きがい活動支援通所事業（一般デイサービス）
- 生活管理指導短期宿泊事業
- <一般介護予防事業のサービス> ケアプラン作成無し
- 地域介護予防活動（地域ふれあいサロンや老人クラブなどへの参加）
- まちじゅう元気塾などの介護予防事業
- <介護予防・生活支援サービス事業> ケアプラン作成あり
- ◎訪問型サービス
- 介護予防訪問介護相当サービス
- 訪問型サービスA
- 訪問型サービスC（栄養改善）
- ◎通所型サービス
- 介護予防通所介護相当サービス
- 通所型サービスA
- 通所型サービスB
- 通所型サービスC（栄養改善 運動機能向上 認知機能改善）

その他の報告事項

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施（モデル事業）一般社団法人焼津市医師会

5. 具体的な活用方法

地域包括支援センターが利用者からの同意を得てサービス（利用支援）状況報告書を紙面ではなく見守り機能を活用して医師に情報をフィードバック、医師は利用者の状況を把握することができ、支援状況報告を受けコメントを返信した。

6. 課題

同意書をとることの難しさ

- 医師からは、同意書の発行は、シズケア*かけはしの機能を理解できていないこともあり、説明が難しいとの意見があった。
- 地域包括支援センターからは、モデル事業の対象者は、比較的元気な高齢者が多いため、見守り機能となると抵抗があることや、本人の意向では決められず、家族に聞いてからとなると必要ないと断られる。

7. まとめ

医師による介護予防サービスの誘導状況や地域包括支援センターによるサービス利用の支援状況を「シズケア＊かけはし」の見守り機能等を活用し情報共有することで、タイムリーで質の高い支援が可能となる。

情報共有の同意を得やすくするために、市民にも「シズケア＊かけはし」を知っててもらうことが必要。

地域包括ケアシステムの実現に向けて多職種による「シズケア＊かけはし」の更なる活用の促進を目指す。