

人生いつまでも健康感を持って、楽しい生活ができるようにお手伝いする手帳です

わたしの健康 栄養手帳



地域医療機能推進機構 宮崎江南病院

わたしの健康栄養手帳

[内 容]

	ページ
わたしの情報	1
わたしの記録	2
はじめに	4
ひとの一生と栄養・運動の大切さについて	5
健康栄養手帳の使い方	6
栄養状態の評価	7
健康栄養状態の変化	8
食事内容・摂食・嚥下状態の変化	16
嚥下検査の記録	22
1. 健康寿命と栄養・運動について	27
2. ロコモティブシンドロームとは	28
3. サルコペニアとは	29
4. 自宅でできる口腔ケアについて	30
5. 口腔内洗浄について	31
6. 義歯の口腔ケアについて	32
7. 食べることの障害、誤嚥とは？	33
8. 誤嚥の症状	34
9. 摂食・嚥下障害の質問用紙	35
10. 食べる機能を保つ、かんたんリハビリ	36
11. のどと口の運動	37
12. なるべく誤嚥しないために	38
13. 誤嚥しにくい食べ物・しやすい食べ物	39
14. 食べる時の姿勢	40
15. 食事のかたち	41
16. 食べやすくするための工夫	42
17. とろみ調整剤の使い方	43
18. 自宅でできる呼吸訓練（呼吸方法）	44
19. 自宅でできる呼吸訓練（首と肩の運動）	45
20. 自宅でできる体操（1）（2）	46
21. 自宅でできる体操（3）（4）	47
22. 自宅でできる体操（注意点）	48
23. 認知症簡易チェック	49
24. 思い出しゲーム	50
25. 身近な総合相談窓口	51

わたしの情報

お 名 前

性 別 男 ・ 女 手帳NO.

生 年 月 日 T・S・H 年 月 日

年 齢 歳 病院 ID

介護保険認定 なし ・ あり

担当ケアマネ

および事業所名

既 往 歴

緊急連絡先

かかりつけ
医 療 機 関

わたしの記録

受診日 入院日・入所日	医療機関・施設等	内容
年 月 日から 年 月 日		<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他
年 月 日から 年 月 日		<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他
年 月 日から 年 月 日		<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他
年 月 日から 年 月 日		<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他
年 月 日から 年 月 日		<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他
年 月 日から 年 月 日		<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他
年 月 日から 年 月 日		<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他
年 月 日から 年 月 日		<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他
年 月 日から 年 月 日		<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他
年 月 日から 年 月 日		<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他
年 月 日から 年 月 日		<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他
年 月 日から 年 月 日		<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他
年 月 日から 年 月 日		<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他
年 月 日から 年 月 日		<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他
年 月 日から 年 月 日		<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他

わたしの記録

受診日 入院日・入所日	医療機関・施設等	内容
年 月 日から 年 月 日		<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他
年 月 日から 年 月 日		<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他
年 月 日から 年 月 日		<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他
年 月 日から 年 月 日		<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他
年 月 日から 年 月 日		<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他
年 月 日から 年 月 日		<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他
年 月 日から 年 月 日		<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他
年 月 日から 年 月 日		<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他
年 月 日から 年 月 日		<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他
年 月 日から 年 月 日		<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他
年 月 日から 年 月 日		<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他
年 月 日から 年 月 日		<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他
年 月 日から 年 月 日		<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他
年 月 日から 年 月 日		<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他
年 月 日から 年 月 日		<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他

はじめに

わたしの健康栄養手帳について

健康を維持するためには、栄養状態をよくすることが大切です。

この「わたしの健康栄養手帳」は、身体の状況、栄養の状況、食事の状況を記録するものです。

受診や入院・入所時に、医療者がこの手帳を確認し栄養や健康を手助けしていきますので、提出してください。

お薬手帳のように、大切に保管してください。また、記録以外のページには、食事や運動についての説明がありますので参考にしてください。

規則正しい食生活と運動で健康な生活を過ごしましょう。

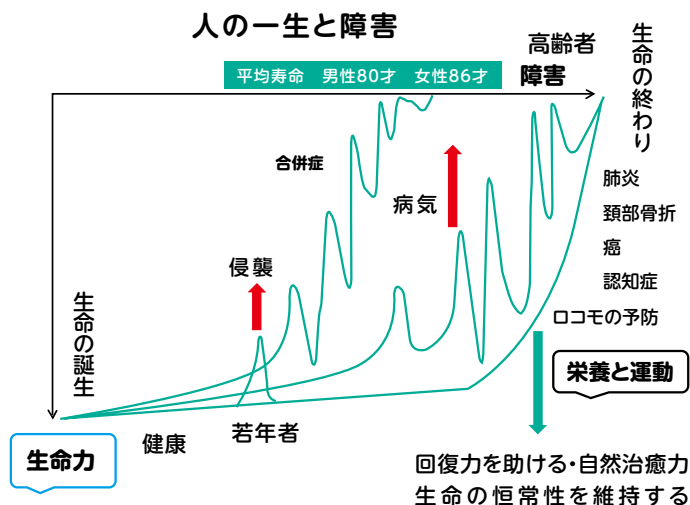
何かありましたら、当院地域医療連携室にお問い合わせください。



JCHO 宮崎江南病院
院長・NST 白尾一定

ひとの一生と栄養・運動の大切さについて

ひとは、多くの生命力を持って生まれてきます。ひとは一生のうちにくいつかの病気をします。若い時期に病気をしてしても生命力が強く、すぐに回復します。高齢になると、生命力も低下していますし、肺炎等の合併症も起こしやすくなります。病気の回復力・自然治癒力を高めるには、栄養と運動が大切です。特に、入院中の絶食や手術などの治療により栄養状態は悪化します。入院中も体重を維持し、運動を早めに開始することが、退院後の生活を退院前と同じように出来るために重要です。栄養状態と筋力の低下を予防することは、介護を必要としない生活をするのに大切なことです。健康で元気な生活ができるようにこの健康栄養手帳をご利用下さい。



健康栄養手帳の使い方

この健康栄養手帳は、生涯利用できる健康と栄養の記録です。健康な時には、健診等のデータを年1回は、記載して下さい。なんらかの原因で入院された場合は、退院時に記載して下さい。外来受診時や訪問看護を受けられる時にも記入すると情報の共有ができます。

この健康栄養手帳を参考にしながら、口腔ケア、呼吸機能訓練、ロコモ予防の運動を行ない、規則正しい食生活と運動で健康な生活を過ごしましょう。

《 健康栄養手帳の使い方 》

1. 記載はできる限り医療機関にてお願いします。
2. 受診や入院、ショートステイ、デイサービスなどの際にはこの健康栄養手帳を提示して適切な援助を受けてください。

栄養状態の評価

栄養状態の見方です。
自分のデータと比較しましょう！

	検査でわかること	基準値
BMI	身長と体重から測定する体格の指標です。 現体重 (kg) ÷ (身長 m) ²	やせ <18.5 標準 18.5 ~ 25 肥満 >25
アルブミン	蛋白の1つです。 栄養状態が悪いときなどに低下します。	栄養状態良好：3.5 以上 軽度栄養障害：3.5 ~ 2.8 : 中等度栄養障害：2.8 ~ 2.1 高度栄養障害：2.1 未満
白血球数	細菌感染や炎症の時に多くなります。血液の病気を見つけることもあります。	
Cre	一般に筋肉で生成され、腎臓から尿中に排泄されます。腎機能が低下してくると上昇してきます。	男性…0.6 ~ 1.1mg/dl 女性…0.4 ~ 0.8mg/dl
総コレステロール	血液中のコレステロールが多くなりすぎると、動脈硬化症などの生活習慣病の原因となります。	128 ~ 219 (mg/dl)
血糖	糖尿病や臓器の病気を調べます。健康な人でも一日の血糖値は70 ~ 130mg/dlの間を変動しており、食事の前と後では大きな差があります。	空腹時：70 ~ 109mg/dl 食後2時間：140mg/dl 未満
Hb	不足すると、酸素の運搬が十分に行われないため、貧血状態になります。	男性…13.0 ~ 16.6g/dl 女性…11.4 ~ 14.6g/dl
CRP	炎症があると高い値になります。風邪でも高くなります。	0.3mg/dl 以下
HbA1c	過去1 ~ 2ヶ月の血糖コントロールの指標です。	5.8% 未満

健康栄養状態の変化

	日 時	年 月 日	年 月 日
身体状況	身長	cm	cm
	体重	kg	kg
	BMI		
身体評価	下腿最大周囲長(右/左)	cm / cm	cm / cm
	握力(右/左)	kg / kg	kg / kg
	歩行速度(5m/10m)	秒 / 秒	秒 / 秒
血 圧		/	/
血液検査	総蛋白(アルブミン)	()	()
	白血球数		
	Cre		
	総コレステロール		
	血 糖		
	Hb		
	CRP		
	HbA1c		
栄養状態		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 軽度不良 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 軽度不良 <input type="checkbox"/> 不良
特記事項			
医療機関名			

健康栄養状態の変化

年 月 日	年 月 日	年 月 日
cm	cm	cm
kg	kg	kg
cm / cm	cm / cm	cm / cm
kg / kg	kg / kg	kg / kg
秒 / 秒	秒 / 秒	秒 / 秒
/	/	/
()	()	()
<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 軽度不良 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 軽度不良 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 軽度不良 <input type="checkbox"/> 不良

健康栄養状態の変化

	日 時	年 月 日	年 月 日
身体状況	身長	cm	cm
	体重	kg	kg
	BMI		
身体評価	下腿最大周囲長(右/左)	cm / cm	cm / cm
	握力(右/左)	kg / kg	kg / kg
	歩行速度(5m/10m)	秒 / 秒	秒 / 秒
血 圧		/	/
血液検査	総蛋白(アルブミン)	()	()
	白血球数		
	Cre		
	総コレステロール		
	血 糖		
	Hb		
	CRP		
	HbA1c		
栄養状態		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 軽度不良 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 軽度不良 <input type="checkbox"/> 不良
特記事項			
医療機関名			

健康栄養状態の変化

年 月 日	年 月 日	年 月 日
cm	cm	cm
kg	kg	kg
cm / cm	cm / cm	cm / cm
kg / kg	kg / kg	kg / kg
秒 / 秒	秒 / 秒	秒 / 秒
/	/	/
()	()	()
<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 軽度不良 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 軽度不良 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 軽度不良 <input type="checkbox"/> 不良

健康栄養状態の変化

	日 時	年 月 日	年 月 日
身体状況	身長	cm	cm
	体重	kg	kg
	BMI		
身体評価	下腿最大周囲長 (右 / 左)	cm / cm	cm / cm
	握力 (右 / 左)	kg / kg	kg / kg
	歩行速度 (5 m / 10 m)	秒 / 秒	秒 / 秒
血 圧		/	/
血液検査	総蛋白 (アルブミン)	()	()
	白血球数		
	Cre		
	総コレステロール		
	血 糖		
	Hb		
	CRP		
	HbA1c		
栄養状態		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 軽度不良 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 軽度不良 <input type="checkbox"/> 不良
特記事項			
医療機関名			

健康栄養状態の変化

年 月 日	年 月 日	年 月 日
cm	cm	cm
kg	kg	kg
cm / cm	cm / cm	cm / cm
kg / kg	kg / kg	kg / kg
秒 / 秒	秒 / 秒	秒 / 秒
/	/	/
()	()	()
<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 軽度不良 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 軽度不良 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 軽度不良 <input type="checkbox"/> 不良

健康栄養状態の変化

	日 時	年 月 日	年 月 日
身体状況	身長	cm	cm
	体重	kg	kg
	BMI		
身体評価	下腿最大周囲長(右/左)	cm / cm	cm / cm
	握力(右/左)	kg / kg	kg / kg
	歩行速度(5m/10m)	秒 / 秒	秒 / 秒
血 圧		/	/
血液検査	総蛋白(アルブミン)	()	()
	白血球数		
	Cre		
	総コレステロール		
	血 糖		
	Hb		
	CRP		
	HbA1c		
栄養状態		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 軽度不良 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 軽度不良 <input type="checkbox"/> 不良
特記事項			
医療機関名			

健康栄養状態の変化

年 月 日	年 月 日	年 月 日
cm	cm	cm
kg	kg	kg
cm / cm	cm / cm	cm / cm
kg / kg	kg / kg	kg / kg
秒 / 秒	秒 / 秒	秒 / 秒
/	/	/
()	()	()
<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 軽度不良 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 軽度不良 <input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 軽度不良 <input type="checkbox"/> 不良

食事内容・摂食・嚥下状態の変化

日 時		年 月 日	年 月 日
主食(*学会分類)		()	()
副食(*学会分類)		()	()
水 分		<input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> トシ付き <input type="checkbox"/> トシなし	<input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> トシ付き <input type="checkbox"/> トシなし
とろみ濃度(学会分類)		<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い	<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い
摂食中の義歯		<input type="checkbox"/> 使用する (上顎義歯・下顎義歯) <input type="checkbox"/> 使用しない	<input type="checkbox"/> 使用する (上顎義歯・下顎義歯) <input type="checkbox"/> 使用しない
食事回数		()回/日 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> おやつ	()回/日 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> おやつ
自力摂取		<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 見守 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 困難	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 見守 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 困難
姿勢	姿 勢	座位・ヘッドアップ()度	座位・ヘッドアップ()度
	体 幹	<input type="checkbox"/> 正中 <input type="checkbox"/> 側臥位 (右・左)	<input type="checkbox"/> 正中 <input type="checkbox"/> 側臥位 (右・左)
	顔の向き	<input type="checkbox"/> 正中 <input type="checkbox"/> 右向き <input type="checkbox"/> 左向き	<input type="checkbox"/> 正中 <input type="checkbox"/> 右向き <input type="checkbox"/> 左向き
経管栄養	種 類	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> その他
	栄養剤名		
	回 数	()回/日朝・昼・夕	()回/日朝・昼・夕
	追加水	ml	ml
誤嚥のリスク		<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 大	<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 大
誤嚥性肺炎の既往		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
医療機関・施設名			

*P41参照

食事内容・摂食・嚥下状態の変化

年 月 日	年 月 日
()	()
()	()
<input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> トミ付き <input type="checkbox"/> トミなし	<input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> トミ付き <input type="checkbox"/> トミなし
<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い	<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い
<input type="checkbox"/> 使用する (上顎義歯・下顎義歯) <input type="checkbox"/> 使用しない	<input type="checkbox"/> 使用する (上顎義歯・下顎義歯) <input type="checkbox"/> 使用しない
()回/日 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> おやつ	()回/日 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> おやつ
<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 見守 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 困難	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 見守 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 困難
座位・ハットアップ()度	座位・ハットアップ()度
<input type="checkbox"/> 正中 <input type="checkbox"/> 側臥位 (右・左)	<input type="checkbox"/> 正中 <input type="checkbox"/> 側臥位 (右・左)
<input type="checkbox"/> 正中 <input type="checkbox"/> 右向き <input type="checkbox"/> 左向き	<input type="checkbox"/> 正中 <input type="checkbox"/> 右向き <input type="checkbox"/> 左向き
<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> その他
()回/日 朝・昼・夕	()回/日 朝・昼・夕
ml	ml
<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 大	<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 大
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

食事内容・摂食・嚥下状態の変化

日 時		年 月 日	年 月 日
主食(*学会分類)		()	()
副食(*学会分類)		()	()
水 分		<input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> トシ付き <input type="checkbox"/> トシなし	<input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> トシ付き <input type="checkbox"/> トシなし
とろみ濃度(学会分類)		<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い	<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い
摂食中の義歯		<input type="checkbox"/> 使用する (上顎義歯・下顎義歯) <input type="checkbox"/> 使用しない	<input type="checkbox"/> 使用する (上顎義歯・下顎義歯) <input type="checkbox"/> 使用しない
食事回数		()回/日 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> おやつ	()回/日 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> おやつ
自力摂取		<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 見守 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 困難	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 見守 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 困難
姿勢	姿 勢	座位・ヘッドアップ()度	座位・ヘッドアップ()度
	体 幹	<input type="checkbox"/> 正中 <input type="checkbox"/> 側臥位 (右・左)	<input type="checkbox"/> 正中 <input type="checkbox"/> 側臥位 (右・左)
	顔の向き	<input type="checkbox"/> 正中 <input type="checkbox"/> 右向き <input type="checkbox"/> 左向き	<input type="checkbox"/> 正中 <input type="checkbox"/> 右向き <input type="checkbox"/> 左向き
経管栄養	種 類	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> その他
	栄養剤名		
	回 数	()回/日朝・昼・夕	()回/日朝・昼・夕
	追加水	ml	ml
誤嚥のリスク		<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 大	<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 大
誤嚥性肺炎の既往		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
医療機関・施設名			

*P41参照

食事内容・摂食・嚥下状態の変化

年 月 日	年 月 日
()	()
()	()
<input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> トクミ付き <input type="checkbox"/> トクミなし	<input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> トクミ付き <input type="checkbox"/> トクミなし
<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い	<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い
<input type="checkbox"/> 使用する (上顎義歯・下顎義歯) <input type="checkbox"/> 使用しない	<input type="checkbox"/> 使用する (上顎義歯・下顎義歯) <input type="checkbox"/> 使用しない
()回/日 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> おやつ	()回/日 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> おやつ
<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 見守 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 困難	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 見守 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 困難
座位・ハットアップ° ()度	座位・ハットアップ° ()度
<input type="checkbox"/> 正中 <input type="checkbox"/> 側臥位 (右・左)	<input type="checkbox"/> 正中 <input type="checkbox"/> 側臥位 (右・左)
<input type="checkbox"/> 正中 <input type="checkbox"/> 右向き <input type="checkbox"/> 左向き	<input type="checkbox"/> 正中 <input type="checkbox"/> 右向き <input type="checkbox"/> 左向き
<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> その他
()回/日 朝・昼・夕	()回/日 朝・昼・夕
ml	ml
<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 大	<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 大
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

食事内容・摂食・嚥下状態の変化

日 時		年 月 日	年 月 日
主食(*学会分類)		()	()
副食(*学会分類)		()	()
水分		<input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> トシ付き <input type="checkbox"/> トシなし	<input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> トシ付き <input type="checkbox"/> トシなし
とろみ濃度(学会分類)		<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い	<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い
摂食中の義歯		<input type="checkbox"/> 使用する (上顎義歯・下顎義歯) <input type="checkbox"/> 使用しない	<input type="checkbox"/> 使用する (上顎義歯・下顎義歯) <input type="checkbox"/> 使用しない
食事回数		()回/日 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> おやつ	()回/日 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> おやつ
自力摂取		<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 見守 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 困難	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 見守 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 困難
姿勢	姿勢	座位・ヘッドアップ()度	座位・ヘッドアップ()度
	体幹	<input type="checkbox"/> 正中 <input type="checkbox"/> 側臥位(右・左)	<input type="checkbox"/> 正中 <input type="checkbox"/> 側臥位(右・左)
	顔の向き	<input type="checkbox"/> 正中 <input type="checkbox"/> 右向き <input type="checkbox"/> 左向き	<input type="checkbox"/> 正中 <input type="checkbox"/> 右向き <input type="checkbox"/> 左向き
経管栄養	種類	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> その他
	栄養剤名		
	回数	()回/日朝・昼・夕	()回/日朝・昼・夕
	追加水	ml	ml
誤嚥のリスク		<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 大	<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 大
誤嚥性肺炎の既往		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
医療機関・施設名			

*P41参照

食事内容・摂食・嚥下状態の変化

年 月 日	年 月 日
()	()
()	()
<input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> トクミ付き <input type="checkbox"/> トクミなし	<input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> トクミ付き <input type="checkbox"/> トクミなし
<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い	<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い
<input type="checkbox"/> 使用する (上顎義歯・下顎義歯) <input type="checkbox"/> 使用しない	<input type="checkbox"/> 使用する (上顎義歯・下顎義歯) <input type="checkbox"/> 使用しない
()回/日 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> おやつ	()回/日 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> おやつ
<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 見守 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 困難	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 見守 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 困難
座位・ハットアップ° ()度	座位・ハットアップ° ()度
<input type="checkbox"/> 正中 <input type="checkbox"/> 側臥位 (右・左)	<input type="checkbox"/> 正中 <input type="checkbox"/> 側臥位 (右・左)
<input type="checkbox"/> 正中 <input type="checkbox"/> 右向き <input type="checkbox"/> 左向き	<input type="checkbox"/> 正中 <input type="checkbox"/> 右向き <input type="checkbox"/> 左向き
<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> その他
()回/日 朝・昼・夕	()回/日 朝・昼・夕
ml	ml
<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 大	<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 大
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

嚥下検査の記録

日時		年 月 日 (□スクリーニング □VF・VE)	年 月 日 (□スクリーニング □VF・VE)
スクリーニング テスト		<input type="checkbox"/> 反復唾液飲みテスト () <input type="checkbox"/> 改訂水飲みテスト () <input type="checkbox"/> フードテスト () 点 <input type="checkbox"/> 水飲みテスト () 秒 【観察事項】	<input type="checkbox"/> 反復唾液飲みテスト () <input type="checkbox"/> 改訂水飲みテスト () <input type="checkbox"/> フードテスト () 点 <input type="checkbox"/> 水飲みテスト () 秒 【観察事項】
VF・VE の結果	角度	<input type="checkbox"/> イス <input type="checkbox"/> ベッド (□30° □45° □60° □90°)	<input type="checkbox"/> イス <input type="checkbox"/> ベッド (□30° □45° □60° □90°)
	首の向き	<input type="checkbox"/> 正面 <input type="checkbox"/> 右向き <input type="checkbox"/> 左向き	<input type="checkbox"/> 正面 <input type="checkbox"/> 右向き <input type="checkbox"/> 左向き
	所見	<input type="checkbox"/> 認知面に問題 <input type="checkbox"/> 咀嚼・食塊形成に問題 <input type="checkbox"/> 舌の送り込みに問題 <input type="checkbox"/> 咽頭残留 (喉頭蓋谷、梨状窩) (□多い □中 □少ない) <input type="checkbox"/> 残留した食品 () <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 誤嚥した食品 () <input type="checkbox"/> 食道通過障害 <input type="checkbox"/> 食道逆流 <input type="checkbox"/> 嚥下反射遅延 <input type="checkbox"/> 咳嗽反射遅延 <input type="checkbox"/> 咳嗽反射消失 <input type="checkbox"/> 咽頭収縮不全 <input type="checkbox"/> 喉頭蓋反転不全	<input type="checkbox"/> 認知面に問題 <input type="checkbox"/> 咀嚼・食塊形成に問題 <input type="checkbox"/> 舌の送り込みに問題 <input type="checkbox"/> 咽頭残留 (喉頭蓋谷、梨状窩) (□多い □中 □少ない) <input type="checkbox"/> 残留した食品 () <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 誤嚥した食品 () <input type="checkbox"/> 食道通過障害 <input type="checkbox"/> 食道逆流 <input type="checkbox"/> 嚥下反射遅延 <input type="checkbox"/> 咳嗽反射遅延 <input type="checkbox"/> 咳嗽反射消失 <input type="checkbox"/> 咽頭収縮不全 <input type="checkbox"/> 喉頭蓋反転不全
望ましい 食形態			
特記事項			
医療機関・施設名			

嚥下検査の記録

日時		年 月 日 (□スクリーニング □VF・VE)	年 月 日 (□スクリーニング □VF・VE)
スクリーニングテスト		<input type="checkbox"/> 反復唾液飲みテスト () <input type="checkbox"/> 改訂水飲みテスト () <input type="checkbox"/> フードテスト () 点 <input type="checkbox"/> 水飲みテスト () 秒 【観察事項】	<input type="checkbox"/> 反復唾液飲みテスト () <input type="checkbox"/> 改訂水飲みテスト () <input type="checkbox"/> フードテスト () 点 <input type="checkbox"/> 水飲みテスト () 秒 【観察事項】
VF・VEの結果	角度	<input type="checkbox"/> イス <input type="checkbox"/> ベッド (□30° □45° □60° □90°)	<input type="checkbox"/> イス <input type="checkbox"/> ベッド (□30° □45° □60° □90°)
	首の向き	<input type="checkbox"/> 正面 <input type="checkbox"/> 右向き <input type="checkbox"/> 左向き	<input type="checkbox"/> 正面 <input type="checkbox"/> 右向き <input type="checkbox"/> 左向き
	所見	<input type="checkbox"/> 認知面に問題 <input type="checkbox"/> 咀嚼・食塊形成に問題 <input type="checkbox"/> 舌の送り込みに問題 <input type="checkbox"/> 咽頭残留 (喉頭蓋谷、梨状窩) (□多い □中 □少ない) <input type="checkbox"/> 残留した食品 () <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 誤嚥した食品 () <input type="checkbox"/> 食道通過障害 <input type="checkbox"/> 食道逆流 <input type="checkbox"/> 嚥下反射遅延 <input type="checkbox"/> 咳嗽反射遅延 <input type="checkbox"/> 咳嗽反射消失 <input type="checkbox"/> 咽頭収縮不全 <input type="checkbox"/> 喉頭蓋反転不全	<input type="checkbox"/> 認知面に問題 <input type="checkbox"/> 咀嚼・食塊形成に問題 <input type="checkbox"/> 舌の送り込みに問題 <input type="checkbox"/> 咽頭残留 (喉頭蓋谷、梨状窩) (□多い □中 □少ない) <input type="checkbox"/> 残留した食品 () <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 誤嚥した食品 () <input type="checkbox"/> 食道通過障害 <input type="checkbox"/> 食道逆流 <input type="checkbox"/> 嚥下反射遅延 <input type="checkbox"/> 咳嗽反射遅延 <input type="checkbox"/> 咳嗽反射消失 <input type="checkbox"/> 咽頭収縮不全 <input type="checkbox"/> 喉頭蓋反転不全
望ましい食形態			
特記事項			
医療機関・施設名			

嚥下検査の記録

日時		年 月 日 (□スクリーニング □VF・VE)	年 月 日 (□スクリーニング □VF・VE)
スクリーニングテスト		<input type="checkbox"/> 反復唾液飲みテスト () <input type="checkbox"/> 改訂水飲みテスト () <input type="checkbox"/> フードテスト () 点 <input type="checkbox"/> 水飲みテスト () 秒 【観察事項】	<input type="checkbox"/> 反復唾液飲みテスト () <input type="checkbox"/> 改訂水飲みテスト () <input type="checkbox"/> フードテスト () 点 <input type="checkbox"/> 水飲みテスト () 秒 【観察事項】
VF・VEの結果	角度	<input type="checkbox"/> イス <input type="checkbox"/> ベッド (□30° □45° □60° □90°)	<input type="checkbox"/> イス <input type="checkbox"/> ベッド (□30° □45° □60° □90°)
	首の向き	<input type="checkbox"/> 正面 <input type="checkbox"/> 右向き <input type="checkbox"/> 左向き	<input type="checkbox"/> 正面 <input type="checkbox"/> 右向き <input type="checkbox"/> 左向き
	所見	<input type="checkbox"/> 認知面に問題 <input type="checkbox"/> 咀嚼・食塊形成に問題 <input type="checkbox"/> 舌の送り込みに問題 <input type="checkbox"/> 咽頭残留 (喉頭蓋谷、梨状窩) (□多い □中 □少ない) <input type="checkbox"/> 残留した食品 () <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 誤嚥した食品 () <input type="checkbox"/> 食道通過障害 <input type="checkbox"/> 食道逆流 <input type="checkbox"/> 嚥下反射遅延 <input type="checkbox"/> 咳嗽反射遅延 <input type="checkbox"/> 咳嗽反射消失 <input type="checkbox"/> 咽頭収縮不全 <input type="checkbox"/> 喉頭蓋反転不全	<input type="checkbox"/> 認知面に問題 <input type="checkbox"/> 咀嚼・食塊形成に問題 <input type="checkbox"/> 舌の送り込みに問題 <input type="checkbox"/> 咽頭残留 (喉頭蓋谷、梨状窩) (□多い □中 □少ない) <input type="checkbox"/> 残留した食品 () <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 誤嚥した食品 () <input type="checkbox"/> 食道通過障害 <input type="checkbox"/> 食道逆流 <input type="checkbox"/> 嚥下反射遅延 <input type="checkbox"/> 咳嗽反射遅延 <input type="checkbox"/> 咳嗽反射消失 <input type="checkbox"/> 咽頭収縮不全 <input type="checkbox"/> 喉頭蓋反転不全
望ましい食形態			
特記事項			
医療機関・施設名			

嚥下検査の記録

日時		年 月 日 (□スクリーニング □VF・VE)	年 月 日 (□スクリーニング □VF・VE)
スクリーニングテスト		<input type="checkbox"/> 反復唾液飲みテスト () <input type="checkbox"/> 改訂水飲みテスト () <input type="checkbox"/> フードテスト () 点 <input type="checkbox"/> 水飲みテスト () 秒 【観察事項】	<input type="checkbox"/> 反復唾液飲みテスト () <input type="checkbox"/> 改訂水飲みテスト () <input type="checkbox"/> フードテスト () 点 <input type="checkbox"/> 水飲みテスト () 秒 【観察事項】
VF・VEの結果	角度	<input type="checkbox"/> イス <input type="checkbox"/> ベッド (□30° □45° □60° □90°)	<input type="checkbox"/> イス <input type="checkbox"/> ベッド (□30° □45° □60° □90°)
	首の向き	<input type="checkbox"/> 正面 <input type="checkbox"/> 右向き <input type="checkbox"/> 左向き	<input type="checkbox"/> 正面 <input type="checkbox"/> 右向き <input type="checkbox"/> 左向き
	所見	<input type="checkbox"/> 認知面に問題 <input type="checkbox"/> 咀嚼・食塊形成に問題 <input type="checkbox"/> 舌の送り込みに問題 <input type="checkbox"/> 咽頭残留 (喉頭蓋谷、梨状窩) (□多い □中 □少ない) <input type="checkbox"/> 残留した食品 () <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 誤嚥した食品 () <input type="checkbox"/> 食道通過障害 <input type="checkbox"/> 食道逆流 <input type="checkbox"/> 嚥下反射遅延 <input type="checkbox"/> 咳嗽反射遅延 <input type="checkbox"/> 咳嗽反射消失 <input type="checkbox"/> 咽頭収縮不全 <input type="checkbox"/> 喉頭蓋反転不全	<input type="checkbox"/> 認知面に問題 <input type="checkbox"/> 咀嚼・食塊形成に問題 <input type="checkbox"/> 舌の送り込みに問題 <input type="checkbox"/> 咽頭残留 (喉頭蓋谷、梨状窩) (□多い □中 □少ない) <input type="checkbox"/> 残留した食品 () <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 誤嚥した食品 () <input type="checkbox"/> 食道通過障害 <input type="checkbox"/> 食道逆流 <input type="checkbox"/> 嚥下反射遅延 <input type="checkbox"/> 咳嗽反射遅延 <input type="checkbox"/> 咳嗽反射消失 <input type="checkbox"/> 咽頭収縮不全 <input type="checkbox"/> 喉頭蓋反転不全
望ましい食形態			
特記事項			
医療機関・施設名			

参考資料について

《 参考資料の使い方 》

症状がある時に参考資料をお読み下さい。

	ページ
●体重が減少した	
▶ 食事のかたち	41
▶ 食べやすくするための工夫	42
▶ とろみ剤の使い方	43
●食べ物を飲み込む時に咳込む ●肺炎になった	
▶ 自宅でできる口腔ケアについて	30～32
▶ 食べることの障害・誤嚥とは？	33～35
▶ 食べる機能を保つ、かんたんリハビリ	36～37
▶ なるべく誤嚥しないために	38～43
▶ 自宅でできる呼吸機能訓練	44～45
●歩く速度が遅くなった ●よくつまずくようになった	
▶ ロコモティブシンドロームとは	28
▶ サルコペニアとは	29
▶ 自宅でできる体操	46～48
●物忘れが気になる	
▶ 認知症簡易チェック	49
▶ 思い出しゲーム	50

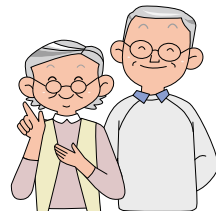
1. 健康寿命と栄養・運動について

元気で長生き！ 健康寿命を延ばして楽しい生活を！

健康寿命とは、2000年にWHO（世界保健機関）が公表した、**一生涯の内、日常生活で支援や介護を必要としない、心身ともに自立して生活できる期間**を言います。平均寿命と差が少ないことが望ましいです。

■ 2013年 日本人のデータ

	健康寿命	平均寿命	差
男性	71.19 歳	80.21 歳	9.02 歳
女性	74.21 歳	86.61 歳	12.40 歳



厚生労働省統計

介護が必要となる原因には、脳血管疾患、加齢や衰弱、転倒・骨折、認知症、関節疾患などがあります。

介護を必要としない生活を送るためには、栄養状態と運動を維持・改善することが大切です。

2. ロコモティブシンドロームとは

ロコモティブシンドローム（略称：ロコモ）
とは、筋肉、骨、関節、軟骨、椎間板といった運動器に障害が起き、歩行や日常生活に何らかの障害をきたしている状態です。

ロコモを予防することで、健康寿命を伸ばし元気な生活を送ることができます。

あなたは**ロコモ**ではないですか？
1つでも当てはまれば可能性があります



片脚立ちで
靴下がはけない



家の中でつまずいた
すべったりする



階段を上るのに
手すりが必要である



家のやや重い仕事が
困難である



2kg 程度[※]の買い物をして
持ち帰るのが困難である
※ 1 リットルの牛乳パック 2 個程度



15 分くらい続けて
歩くことができない



横断歩道を青信号で
渡りきれない

3. サルコペニアとは

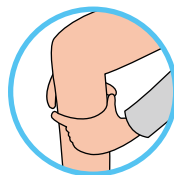
サルコペニアとは、筋肉量が低下し、筋力または身体機能が低下した状態です。つまり、サルコペニアが進行すると、介護が必要となる可能性があります。

サルコペニアの進行防止のためには、食事と運動のバランスを整えることが必要です。

あなたは**サルコペニア**ではないですか？
チェックしてみましょう！

① 指輪っかテスト（筋肉の量をチェック）

右図のように両手の親指と人さし指で、ふくらはぎの一番太い部分を囲むことができますか？

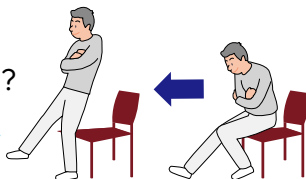


⇒ 両指がつく場合は、サルコペニアの可能性あり

② 片脚立ち上がりテスト（筋肉の質をチェック）

椅子に座り、腕を生んでください。
片脚で立ち上がることができますか？

⇒ 左右どちらかが出来ない場合、サルコペニアの可能性あり

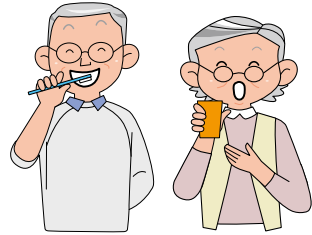


4. 自宅で出来る口腔ケアについて

口の中を清潔にすることは、病気予防の基本です！口腔ケアを習慣にしましょう！

●口腔ケアの目的

1. 虫歯・歯周病の予防
2. 誤嚥性肺炎の予防
3. 会話などコミュニケーションの改善など



●うがいと歯みがき

うがいをするためには、次のような条件が必要です。

- ・意識がはっきりしている
- ・くちびるを閉じることができる
- ・水を吐き出すことができる

うがいをするときに上体が後ろに倒れていると誤嚥しやすくなるので、まっすぐまたは少し前かがみの姿勢をとると安全です。

<歯みがきのポイント>

ポイント① 毛先をきちんとあててみがく

ポイント② 軽い力でみがく

ポイント③ 小刻みに動かしてみがく

※口の中を観察し、歯ブラシの毛先を上手に使って、自分に合ったみがき方を工夫しましょう。

歯ブラシのあて方



5. 口腔内洗浄について

●口腔内の洗浄・掃除

歯や口腔内に残った食べかすや細菌が、虫歯や歯周病、誤嚥性肺炎を引き起こします！

うがい・歯磨きができなくても、洗浄・清拭は毎食後、必ず行いましょう。

<歯・舌・粘膜の掃除>

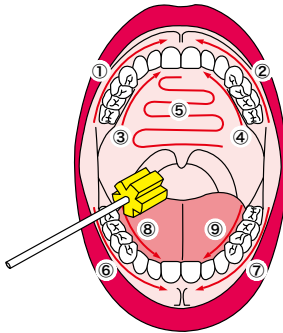


※こんな時はスポンジを使いましょう。

- ①体を起こすことができない時
- ②水を口に含めない時
- ③歯ブラシが歯肉を傷つける時

<スポンジの使い方>

- ①スポンジを水でしめさせます。
- ②スポンジを絞り、水気をきります。
- ③スポンジを回転させ、汚れを巻き取りながら落とします。
- ④コップに1回ごとに汚れを落とします。
- ⑤口の中に残渣物が残っていないか確認しながら行いましょう。



●舌苔の掃除

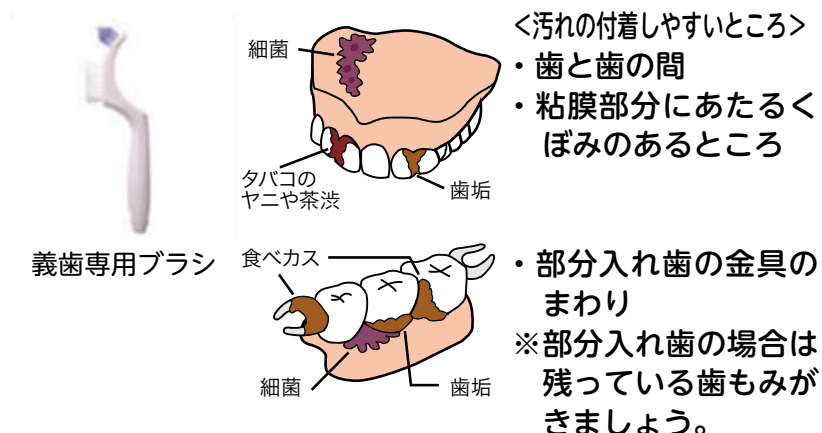
「舌苔」とは、舌表面にたまった「アカ」のようなもの。経口摂取ができないときや、発熱時などでは、舌苔が厚くなりやすく、細菌も増殖しやすいため、日ごろから舌のケアも行いましょう。

方法：ブラシで奥から手前にやさしくブラッシングします。



6. 義歯の口腔ケアについて

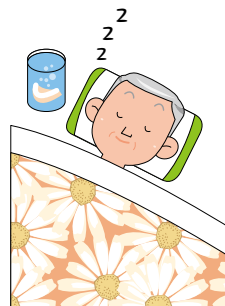
- 義歯・部分義歯は虫歯にはなりませんが、手入れを怠ると汚れが付着し、細菌が繁殖します。義歯が変形したり、悪影響を及ぼすことがあるので、食事のたびに取り外して磨きましょう。
- 一般の歯磨き粉には研磨剤が入っているので、入れ歯に細かい傷を作ります。専用のブラシを使って、洗浄剤を毎日使用するのが理想的です。



(注意点)

- 義歯は乾燥すると変形する可能性があります。夜眠るときは、義歯を外して水の中に保管しましょう。できれば毎日、義歯洗浄剤できれいに保ちましょう。

※口の中の乾燥には、保湿ジェルを利用するのが効果的です。



7. 食べることの障害・誤嚥とは？

**食事をすると咳込む！
知らないうちに肺炎になる可能性が！**

誤嚥（ごえん）とは？

飲み物や食べ物が、誤って気管に入ることを「誤嚥」といいます。

一度は食事中にムセた経験があるのではないかと思います。これが誤嚥です。誤嚥したものが肺に入り込むと、誤嚥性肺炎を起こします。

また、食事中だけでなく寝ている間にも、唾液や食べ物の残り、逆流した胃液などを、少量ずつ、ムセずに誤嚥するため注意が必要です。



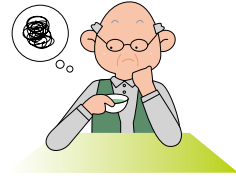
8. 誤嚥の症状

気になる場合は、病院で相談を！

誤嚥性肺炎の典型的な症状

発熱 激しい咳と黄色い痰が出る 呼吸が苦しい
など

高齢者では、次の症状が見られる
場合でも、肺炎の可能性あります



- ・元気がない
- ・食後疲れてぐったりする
- ・失禁するようになった
- ・体重が徐々に減ってきた
- ・夜間に咳込む
- ・食事時間が長くなる
- ・ぼーっとしていることが多い
- ・口の中に食べ物をため込んで飲み込まない

このような症状がみられたら、すぐにかかりつけ医師や病院に相談することが、誤嚥性肺炎の発見につながります。

9. 摂食・嚥下障害の質問用紙

下記のうち**1つでも回答**があったら“嚥下障害あり”と判断。嚥下障害ありと検査結果がでた場合、専門医に相談することをお勧めします。

- 肺炎をくり返す
- 明らかにやせてきた
- 物が飲み込みにくいと感じることがよくある
- 食事中にムセることがよくある
- お茶を飲む時にムセることがよくある
- 食事中や食後、それ以外の時にものどがゴロゴロ（痰がからんだ感じ）することがよくある
- のどに食べ物が残る感じがすることがよくある
- 食べるのがたいへんおそくなった
- 硬い物がたいへん食べにくくなった
- くちから食べ物がこぼれることがよくある
- くちの中に食べ物が残ることがよくある
- 食物やすっぱい液が胃からのどに戻ってくるのがよくある
- 胸に食べ物が残ったり、詰まった感じがすることがよくある
- 夜、痰で寝られなかったり目覚めることがよくある
- 声がかすれることがよくある（がらがら声、かすれ声）

10. 食べる機能を保つ、かんたんリハビリ

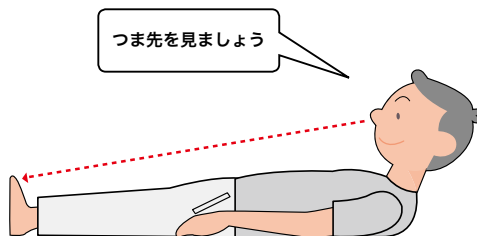
飲みこむ機能を保つ運動です！

(1) 頭上げ体操

横になり、背中を付けたまま、あごを引くように頭を上げます。息を止めずに行いましょう。

※首の病気がある方は、医師に確認してから行いましょう。

- ① 1分持ち上げて、1分休憩⇒3回くり返しましょう。
(持ち上げた時間だけ休憩します)
- ② 頭を上げて、下ろす⇒30回くり返し無理のない時間、回数からはじめましょう。
- ③ ①と②を合わせて1セット。1日3回行いましょう。



(2) 呼吸・発声の運動

できるだけ長く「あー」と発声します。のどの筋肉がつき、呼吸の運動にもなります。何秒声が出せるか、時間を測り記録しましょう。目標は男性30秒、女性は20秒です。

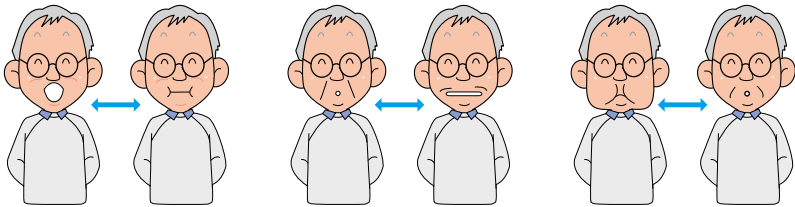
また、歌をうたうのも楽しく効果の高いリハビリです。

11. のどと口の運動

(3) のどの筋力を付ける運動

舌を軽く出したまま、つばを飲み込みます。
※飲み物や食べ物を飲み込む時にはしないでください。

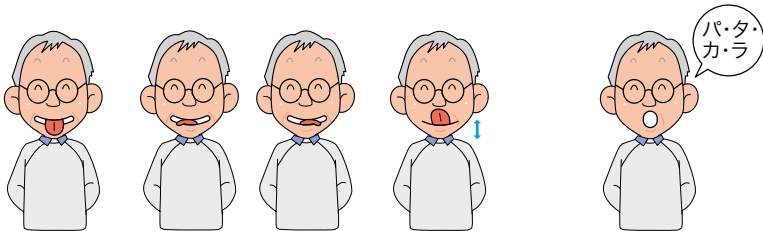
(4) 口の体操



口を大きく開けたり、口を閉じて歯をしっかりと噛み合わせたりを繰り返す。

口をすぼめたり、横に引いたりする。

頬をふくらませたり、すぼめたりする。



舌をべーと出す。舌をのどの奥の方へ引く。

口の両端をなめる。

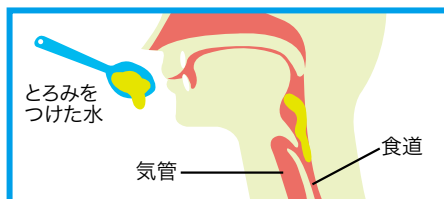
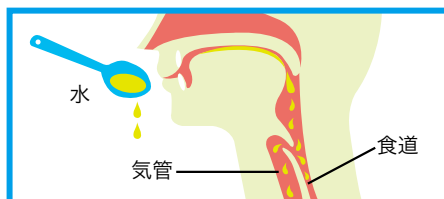
鼻の下、顎の先をさわるようにする。

「パ・ピ・プ・ペ・ポ」。「パ・タ・カ・ラ」をゆっくり、はっきり、くり返し言う。

12. なるべく誤嚥しないために

飲みこむ機能が低下した時には 水分や食べ物に注意しましょう！

- ・ 食べる前にのどと口の運動をしましょう。(p37)
- ・ 最もムセやすいのは水分です。
水分でムセる場合はとろみを付けましょう。
とろみを付けることで、のどにゆっくりと流れ、
まとまりも良くなるので、ムセにくくなります。



一度に飲み込む量を少なくしたり、一気に飲まず一口ずつ飲み込むことでムセがなくなる場合もあります。

13. 誤嚥しにくい食べ物・しやすい食べ物

- ・ 誤嚥しにくい食べ物は、
「適度な水分があり、パサパサしない」
「ばらけず、まとまりがある」
「べたつかず滑りが良い」などのものです。
調理や料理の工夫をしましょう。
- ・ 以下の、誤嚥しやすい食べ物は避けましょう。

水分	水、お茶、味噌汁など
酸味の強いもの	酢の物、みかんなど
パサつくもの	パン、ゆで卵、芋、ツナ缶
弾力の強いもの	こんにゃく、かまぼこ、もち
のどに貼り付くもの	もち、芋、のり、わかめ、レタス
粒が残るもの	ピーナッツ、大豆、きゅうり
繊維の多いもの	ごぼう、ふき

14. 食べる時の姿勢

食べ方や体位も大切です！

●介助をするときは…

一口量が多くないですか？

- ・飲み込んでから次を入れましょう。
- ・飲み込みは、のど仏が「ごくん」と上下に動いたことを確認しましょう。
- ・食べ物は、舌の真ん中のくぼみに置きます。麻痺がある場合は、麻痺のない側に食べ物を入れます。

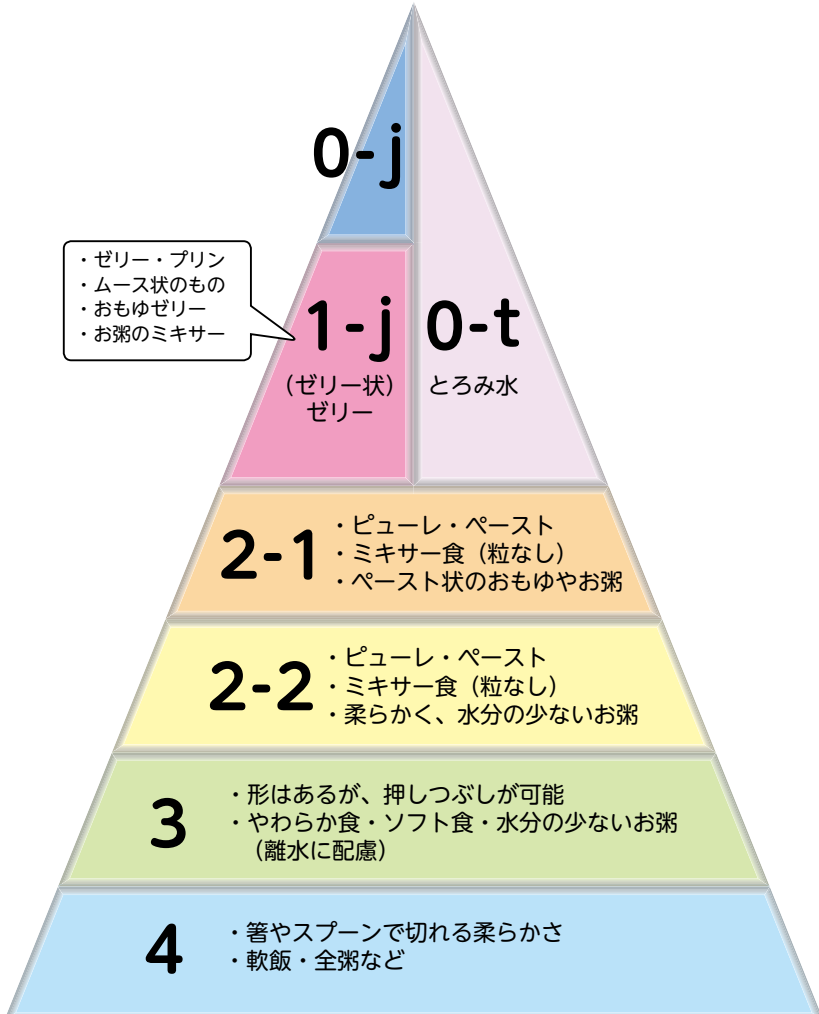
頭が後ろに倒れていませんか？

- ・あごを引き気味にすることで気道が狭くなり誤嚥しにくくなります。
- ・介助する場合、立った姿勢ではあごが上がってしまいます。目の高さを合わせ、口に水平にさしいれます。
- ・疲れて頭が後ろに倒れる場合、頭まで背もたれのある椅子かベッドを起こして食べましょう。その際は、枕やタオルなどを使用して、**あごを引き気味**にしましょう。



15. 食事のかたち

食べ物を飲み込みの難易度別に分類



16. 食べやすくするための工夫

一人ひとりの能力に応じて、食べやすいものを選びましょう。

		容易にかめる	歯ぐきでつぶせる	舌でつぶせる	かまなくてよい
噛む力の目安		かたいものや大きいものはやや食べづらい	かたいものや大きいものは食べづらい	細かくまたはやわらかければ食べられる	固形物は小さくても食べづらい
飲み込む力の目安		普通に飲み込める	ものによっては飲み込みづらいことがある	水やお茶が飲み込みづらいことがある	水やお茶が飲み込みづらい
かたさの目安	主食	ご飯～柔らかご飯 	柔らかご飯～全粥 	全粥 	ペースト粥 
	肉	豚の角煮	煮込みハンバーグ	鶏肉のそぼろあん	鶏肉のうらごし
	魚	焼き魚	煮魚	魚のほぐし煮 (とろみあんかけ)	白身魚のうらごし
	たまご	厚焼き卵 	だし巻卵 	スクランブルエッグ 	柔らかい茶碗蒸し(具なし) 
副 菜		人参の煮物	人参の煮物 (一口大)	人参のつぶし煮	うらごし人参
デザート		リンゴのシロップ煮	リンゴのシロップ煮 (一口大)	リンゴのシロップ煮 (つぶし)	やわらかリンゴゼリー
調理例					

日本介護食食品協会より

17. とろみ調整剤の使い方

とろみ剤の使い方



飲み物をすくい上げるようにスプーンで前後にかき混ぜながらとろみ剤を加えてください。



数分おきます。ダマはスプーンで取除いてください。



とろみの状態を確認します。



最後まであごを上げずに飲める容器を選びましょう。

※飲み込みの程度や状態は人それぞれです。医療機関の専門家にごください。

[注 意 点]

- ・分量などは商品によって異なります。
- ・入れたままにするとダマができるので、素早く混ぜましょう。
- ・トロミが安定するまでには少し時間がかかるので入れすぎには注意しましょう。
- ・流動食や牛乳など固形分の多いもの、すっぱいもの、塩分の多いものにはトロミが付きにくくなっています。

[購 入 の 仕 方]

- ・病院の売店や、一般薬局で販売されています。見つからない場合には医療従事者にお尋ねください。

18. 自宅でできる呼吸訓練 (呼吸方法)

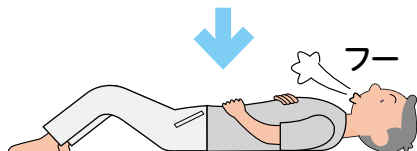
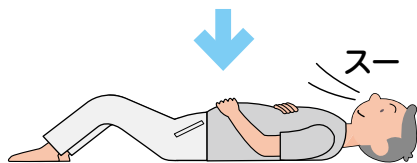
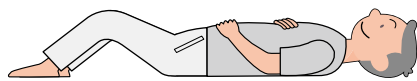
楽に呼吸ができる方法を 身につけましょう

呼吸方法 (1) 「口すぼめ呼吸」



1. 鼻から息を吸います。
2. 口をすぼめて、口からゆっくり「フー」と吐き出します。

呼吸方法 (2) 「腹式呼吸」

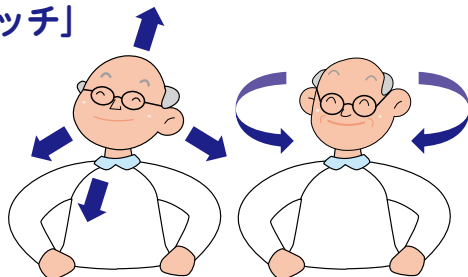


1. 横になり、楽な姿勢をとります。片手を胸にもう一方の手をお腹に置きます。
2. 口を閉じて、鼻で息を吸い、お腹をできるだけふくらませます。
3. 口をすぼめて、口からゆっくり吐き出し、お腹をへこませます。

19. 自宅でできる呼吸訓練（首と肩の運動）

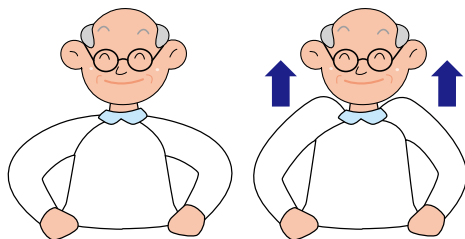
楽に呼吸するためには、
柔軟性が必要です

体操(1)「首のストレッチ」



1. 首を上下、左右にゆっくり倒します。
2. 左右1回転ずつ首をゆっくり回します。

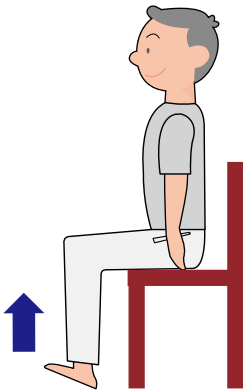
体操(2)「肩の運動」



1. 両肩をすぼめて数秒保持します。自然な呼吸を意識して行いましょう。
2. 脱力して肩をストンとおろします。
※バンザイや肩回しの運動も効果的です。

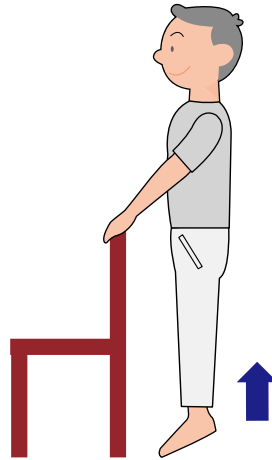
20. 自宅でできる体操 (1) (2)

体操 (1) 「つま先上げ下げ」 体操 (2) 「かかと上げ下げ」



意識する部位：すね

1. 椅子に座り、両足を肩幅に広げます。
2. かかとはつけたまま、つま先をしっかりと上げ2秒静止し、ゆっくり下げる動作を繰り返します。



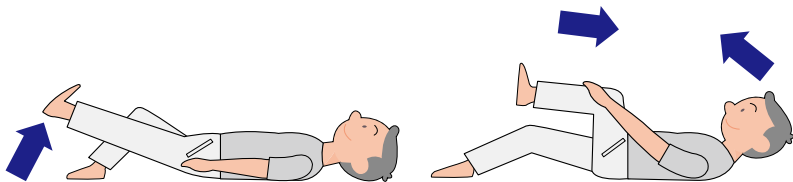
意識する部位：ふくらはぎ

1. 椅子の背をつかみ、両足を揃えて立ちます。
2. 両かかとをしっかりと上げ2秒静止し、元に戻す動作を繰り返します。

21. 自宅でできる体操 (3) (4)

体操(3) 「片足上げ」

体操(4) 「ひざ胸寄せ・頭上げ」



意識する部位：下半身

意識する部位：おなか

1. 横になり、片足はのばし、片ひざを立てます。
 2. 伸ばしている足を上げ、つま先を手前にひきます。
 3. 数秒間止めます。
 4. ゆっくり足を下ろします。
 5. 反対側も同様に行います。
1. 横になり、両ひざを立てます。
 2. 片ひざを両手で持って、胸に引き寄せます。
 3. 頭を軽く持ち上げます。
 4. 反対側も同様に行います。
 5. 反対側も同様に行います。

22. 自宅でできる体操（注意点）

《 ポイント・注意点 》

- 5～10回を1セットとし、1日に2～3セット行いましょう。
- 週3回以上が目安です。
- 回数やセット数は、体力や体調に応じて調整していきましょう。
- 息を止めずに自然な呼吸を心がけましょう
「1, 2…」と数字を数えながらするとよいです。
- 動かしている筋肉を意識しながら行いましょう。
- 次の日に疲れが残らない程度の運動量にしましょう。

※宮崎江南病院ホームページ「わたしの健康栄養手帳」にて、体操(1)～(4)が動画で確認できます。

体力に不安がある方、痛みのある方はまず
医師に相談することが優先です。

詳しい運動に関しては、理学療法士・作業
療法士に相談してみてください。

個別性のある運動を提案いたします！

23. 認知症簡易チェック

認知症の初期症状かどうかをご自分や家族で簡単にチェックしてみましょう。

(大友式認知症予測テスト - 認知症予防財団 HP より抜粋)

質問項目	ほとんどない	時々ある	頻繁にある
① 同じ話を無意識の内に繰り返す	0点	1点	2点
② 知っている人の名前が思い出せない	0点	1点	2点
③ 物のしまい場所を忘れる	0点	1点	2点
④ 漢字を忘れる	0点	1点	2点
⑤ 今しようとしていることを忘れる	0点	1点	2点
⑥ 器具の使用説明書を読むのが面倒	0点	1点	2点
⑦ 理由もないのに気がふさぐ	0点	1点	2点
⑧ 身だしなみに無関心である	0点	1点	2点
⑨ 外出がおっくうだ	0点	1点	2点
⑩ 物（財布など）見つからないのを他人のせいにする	0点	1点	2点
該当する項目の数字を合計してください	点		

0～8点	正常	もの忘れも老化現象の範囲内。疲労やストレスによる場合もあります。8点近かったら、気分の違うときに再チェック。
9～13点	要注意	家族に再チェックしてもらったり、数か月単位で間隔を置いて再チェックを。認知症予防策を生活に取り入れてみたらいかがでしょうか。
14～20点	要診断	認知症の初期症状が出ている可能性があります。家族にも再チェックしてもらい、結果が同じなら、認知症専門外来を受診してください。

24. 思い出しゲーム

何かを思い出すということは、脳に眠っている記憶を呼び覚ます脳のトレーニング方法です。

家族の方と下記のような思い出しゲームをしてみましょう。



3文字の野菜を **5** こ思い出してください

レタス セロリ パセリ オクラ トマト ゴボウ 他

ンで終わる野菜の名前を **4** こ思い出してください

レンコン ダイコン クレソン ピーマン ニンジン 他

あから始まる名前の魚を **4** こ思い出してください

アジ アユ アマダイ アンコウ アカウオ アイナメ 他

は行から始まる名前の魚を **5** こ思い出してください

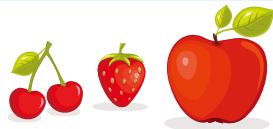
ハゼ ハマチ ハモ ヒラメ フグ フナ ブリ ホッケ 他

赤い食べ物で想像できるものを **5** こ思い出してください

リンゴ サクランボ ウメボシ トマト イチゴ スイカ 他

白い物で想像できるものを **10** こ思い出してください

紙 皿 シャツ Yシャツ 白髪 雲 雪 ソフトクリーム
砂糖 塩 ヨーグルト うどん ごはん 他



25. 身近な総合相談窓口

各地区ごとに介護や福祉全般について相談できる「地域包括支援センター」が宮崎市内に19カ所あります。

お悩みなどお気軽にご相談ください。

地域包括支援センターの役割

●さまざまな相談に応じます

高齢者やその家族、一人暮らしの高齢者の介護や福祉・保険・医療に関する悩みなどの相談を受け、必要な介護予防サービスを紹介します。



●高齢者の権利を守ります

地域とのつながりを強めて、高齢者虐待の防止や認知症などにより自分自身の財産などを管理できない方の支援を行います。

●介護予防に取り組みます

高齢になるとともに体の機能低下など不安がある高齢者の方が、介護を受けるような状態になることを未然に防ぎ、できるだけ機能を維持するために、一人ひとりの状態に合わせたさまざまなサービス計画のお手伝いをします。



地域包括支援センターについては、市役所や役場の担当窓口か、病院の医療相談室などにお問い合わせください。

— ヌ 毛 —

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

医療・福祉スタッフの皆様へ

この「わたしの健康栄養手帳」は、身体の状況、栄養の状況、食事の状況、嚥下の状況を記録するものです。

診察や入院・入所時に医療・福祉スタッフがこの手帳を確認し、栄養や健康の手助けになればと思います作成いたしました。

お薬手帳のように、活用してください。

記載ページ：健康栄養状態の変化（P.8～）
食事内容・摂食・嚥下状態の変化（P.16～）
嚥下検査の記録（P.22～）

	記載データ	記載タイミング
入院・入所	退院・退所日から直近のもの	退院・退所日
外 来	外来診察の直近のもの	半年程度の間隔

[わたしの健康栄養手帳に関する問い合わせ先]
JCHO 宮崎江南病院 地域医療連携室
TEL 0120-855-082

JCHO宮崎江南病院の理念

「私たちは、医療人としての奉仕の精神と和の心を大切にし、地域に信頼される病院として医療・介護・福祉に貢献します」

キャッチフレーズ

「安心な医療で地域の笑顔を支える宮崎江南病院」

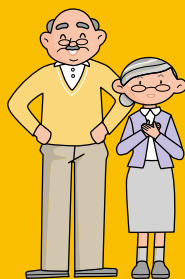
地域医療機能推進機構 宮崎江南病院

介護老人保健施設(サンビュー宮崎)

訪問看護ステーション

居宅介護支援センター

健康管理センター



(わたしの健康栄養手帳 第2版作成 2017年4月1日)

