

短期集中サービス実施加算 「元気回復トレーニングプラス」

< 参考資料 >

- 資料① 対象者の状態像
- 資料② 通所サービス新規利用者振り分けフロー補足
- 資料③ 社会性アセスメントシート
- 資料④ 運動器機能、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書
- 資料⑤ 運動アセスメント・モニタリング様式
- 資料⑥ 栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング様式
- 資料⑦ 口腔スクリーニング・アセスメント・モニタリング様式
- 資料⑧ ホームトレーニング用紙(セルフケアプログラムに活用)

対象者の状態像①

資料①

生活支援通所サービス 短期集中サービス実施加算あり

<p>利用目的</p>	<p>退院直後等一時的に身体機能が低下している方が、運動・栄養・口腔の専門職の指導のもと、3ヶ月または6ヶ月の期間に集中的なケアを行うことで、生活機能の改善・向上を図るもの。本人が介護サービスの卒業を目標に「改善したい」という意欲を持ってサービスを利用し、サービス終了後は一般介護予防事業や社会資源を活用しながら、自ら介護予防に取り組み自立した在宅生活を送ることができる状態を目指す。</p>			
<p>状態像の目安 (①②両方と、③または④のいずれかに該当)</p>	<p>① 自立した生活の維持・改善を目指してサービス終了後も自ら介護予防活動に取り組む意欲のある方</p>	<p>② 「短期集中サービス」の目的及び内容を理解し自ら参加を希望する方</p>	<p>③ 病気やけが等により一時的な筋力低下がある方で、集中的に専門的なプログラムを実施することにより生活機能の向上が見込める方</p>	<p>④ 運動不足や閉じこもり傾向があるために活動が不活発になっていて、廃用性による能力低下が推測される方</p>
<p>参考基準</p>	<p>本人の意思希望の聞き取りと、説明に対する本人の理解をケアマネジャーが判断。 主治医意見書の<u>認知症高齢者の日常生活自立度が「I」以下</u></p> <p>事例等を参考に、ケアマネジャーが判断</p> <p>事例等を参考に、ケアマネジャーが判断</p>			

生活支援通所サービス 短期集中サービス実施加算なし

<p>利用目的</p>	<p>身体介護までは必要ないが、日常生活を送るうえで支援が必要な方(見守り援助を含む)が、継続した短時間の運動等により、状態の維持・改善を図るもの</p>			
<p>状態像の目安 (①～④のすべてに該当)</p>	<p>① 直接体に触れる身体介護を必要とせず、自立または何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している方</p>	<p>② 短時間のサービス利用で、状態の維持・改善が見込まれる方</p>	<p>③ 身体機能の維持向上に、専門的な機能訓練までは必要なく、市が示す運動的プログラム(利用者が自力のできるプログラム)で廃用性症候群等を予防する必要がある場合</p>	<p>④ 職員のアドバイスや提案があれば、短時間の利用に加えて、家庭での機能訓練の実施等により、自立した生活が継続できる場合</p>
<p>参考基準</p>	<p>身体介護については認定調査票で「入浴・更衣・排せつ」が「自立」 主治医意見書の認知症高齢者の自立度が「I」以下</p>			

対象者の状態像③

資料①

介護予防通所サービス				
利用目的	日常生活を送るうえで入浴や排せつに身体介護が必要、または認知症等の症状がある方が、リハビリ専門職による機能訓練等を通じ、状態の維持・悪化防止を図るもの			
状態像の目安 (いずれかに該当)	①	②	③	④
	日常生活動作のうち「入浴・更衣・排せつ」のいずれかで見守りが必要な方	認知機能の低下で日常生活に支障をきたすような症状や行動が多少みられる方	精神疾患等の疾病があり、環境の変化等が病状悪化につながる恐れがある方	専門的な機能訓練が必要な方
参考基準	認定調査結果が下記のいずれかに該当 ・「洗身」が「一部介助」以上 ・「排尿・排便」が「見守り等」以上 ・「上着の着脱・ズボン等の着脱」が「見守り等」以上	主治医意見書の認知症高齢者の自立度が「Ⅱ」以上	主治医意見書に疾病等(※)の記載がある	主治医意見書に疾病等(※)の記載がある

※主として下記に該当する者

- ・がん（末期、治療中）
- ・難病
- ・透析療法中
- ・ストーマ造設あり
- ・精神疾患（精神不安定含む）
- ・アルコール依存症
- ・低栄養状態（疾病を要因としたBMIと体重変動）
- ・老々介護（認々介護）

（日常生活自立度について）

- 認知症高齢者の日常生活自立度を判定するにあたっては、認知症加算を取得する場合の確認方法と同様に考える。すなわち、原則として医師の判定結果又は主治医意見書（以下「医師の判定結果等」）を用いて判断を行い、医師の判定がない場合は、「要介護認定等の実施について」に基づき、認定調査員が記入した同通知中「2（4）認定調査員」に規定する「認定調査票」の「認定調査票（基本調査）」7の「認知症高齢者の日常生活自立度」欄の記載を用いるものとする。（平成27年4月1日付厚生労働省老健局老人保健課・高齢者支援課・振興課事務連絡「平成27年度介護報酬改定に関するQ&A（平成27年4月1日）」の送付について」問32参照）
- 要介護認定の結果自立の判定を受けチェックリストにより事業対象者となった者については、情報提供される主治医意見書を基に認知症高齢者の日常生活自立度を判定する。要介護認定のプロセスを経ていない場合、医師の判定結果等がないため、認知症高齢者の日常生活自立度についてもケアマネジャーの見立てにより判断を行う。

社会性アセスメントシート

【令和4年10月】

		現在の状況 (どのようなことを、どこで、どのぐらいの頻度で等)
生きがい 自慢できること・得意なことでも 可	<input type="checkbox"/> あり	(具体的な状況・「以前はあった」場合、阻害要因は)
	<input type="checkbox"/> 思いつかない	
	<input type="checkbox"/> 以前はあった	
地域住民の有志によって、健康づくり活動や趣味等のグループ活動が身近にあれば、		
参加者として参加	<input type="checkbox"/> 既に参加している	(具体的な状況・「以前は参加していた」場合、阻害要因は)
	<input type="checkbox"/> 参加してもよい	
	<input type="checkbox"/> 参加したくない	
	<input type="checkbox"/> 以前は参加していた	
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 支障なし	(具体的な状況)
	<input type="checkbox"/> 支障あり	
家族・近隣の協力	<input type="checkbox"/> あり	(具体的な状況)
	<input type="checkbox"/> なし	
【居室等・周辺環境・立地環境・その他居住に関する特記事項】		

別紙様式

運動器機能、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書（短期集中サービス）

氏名： _____ 殿			サービス開始日： _____年 ____月 ____日
作成者： リハ 栄養 口腔			初回作成日： _____年 ____月 ____日
作成（変更）日： _____年 ____月 ____日			説明日 _____年 ____月 ____日
利用者及び家族の意向			説明者
介護予防サービス計画等の目標 <small>※短期集中サービスを利用することにより目指すところ</small>			説明者

	運動器機能	栄養	口腔
解決すべき課題 (ニーズ)		低栄養状態のリスク (□低 □中 □高)	
長期目標・期間	(心身機能) (活動) (参加)		
短期目標・期間	(心身機能) (活動) (参加)	/	/
具体的なケア内容	担当職種： _____、期間： _____、 頻度：週 _____回、時間： _____分/回	担当職種： _____、期間： _____、頻度：週 _____回	□ 看護職員 □ 歯科衛生士 □ 言語聴覚士

氏名	様 S 年 月 日生 歳【要支援】	作成者	職種
----	-------------------	-----	----

利用者 家族の意向		リスク評価
--------------	--	-------

項目	開始 令和 年 月 日	2ヶ月目 令和 年 月 日	3ヶ月目 令和 年 月 日
----	-------------	---------------	---------------

心身機能			
------	--	--	--

ROM			
筋力			
痛み	場所: 程度: 点/10点 種類:	場所: 程度: 点/10点 種類:	場所: 程度: 点/10点 種類:
認知機能			

体力測定			
------	--	--	--

握力			
開眼 片足立ち			
TUG			

活動・参加			
-------	--	--	--

疾患管理	<input type="checkbox"/> 内服管理 <input type="checkbox"/> 疾患管理	<input type="checkbox"/> 内服管理 <input type="checkbox"/> 疾患管理	<input type="checkbox"/> 内服管理 <input type="checkbox"/> 疾患管理
歩行	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 連続歩行時間 15分または 1km 不可 <input type="checkbox"/> 階段昇降	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 連続歩行時間 15分または 1km 不可 <input type="checkbox"/> 階段昇降	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 連続歩行時間 15分または 1km 不可 <input type="checkbox"/> 階段昇降
ADL	<input type="checkbox"/> 起居動作 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 整容 <input type="checkbox"/> 更衣 <input type="checkbox"/> トイレ行為 <input type="checkbox"/> 入浴	<input type="checkbox"/> 起居動作 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 整容 <input type="checkbox"/> 更衣 <input type="checkbox"/> トイレ行為 <input type="checkbox"/> 入浴	<input type="checkbox"/> 起居動作 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 整容 <input type="checkbox"/> 更衣 <input type="checkbox"/> トイレ行為 <input type="checkbox"/> 入浴
家事・役割	役割: <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 掃除・ごみ捨て <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> その他:	役割: <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 掃除・ごみ捨て <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> その他:	役割: <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 掃除・ごみ捨て <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> その他:
運動習慣	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有(平均 分・週 回・内容:)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有(平均 分・週 回・内容:)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有(平均 分・週 回・内容:)
外出手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 家族の送迎	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 家族の送迎	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 家族の送迎
外出	生活空間: <input type="checkbox"/> 自宅内 <input type="checkbox"/> 敷地内 <input type="checkbox"/> 近隣 <input type="checkbox"/> 乗物利用圏 30分以上の外出: 回/週 内容: 地域活動: 以前、していたこと:	生活空間: <input type="checkbox"/> 自宅内 <input type="checkbox"/> 敷地内 <input type="checkbox"/> 近隣 <input type="checkbox"/> 乗物利用圏 30分以上の外出: 回/週 内容: 地域活動: 以前、していたこと:	生活空間: <input type="checkbox"/> 自宅内 <input type="checkbox"/> 敷地内 <input type="checkbox"/> 近隣 <input type="checkbox"/> 乗物利用圏 30分以上の外出: 回/週 内容: 地域活動: 以前、していたこと:

人的環境	<input type="checkbox"/> 生活の支援者： <input type="checkbox"/> 交流：
住環境	<input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 寝室 <input type="checkbox"/> 居間 <input type="checkbox"/> 食事スペース <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 洗面所 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 台所 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> 物干し場 <input type="checkbox"/> 庭 <input type="checkbox"/> その他
間取り	
自宅周辺	

氏名 岡山 花子 様 S12年 12月 31日生 84歳【要支援 2】作成者 岡山 太郎 職種機能訓練指導員

利用者 家族の意向	(ご本人)腰痛が軽減してほしい (ご家族)少しでも痛みがとれて、動けるようになってほしい		リスク評価 看護職員等の医療従事者によるリスク評価 (例)ふらつきがあるため、転倒に注意
項目	開始 令和 4年 4月 3日	2ヶ月目 令和 年 月 日	3ヶ月目 令和 年 月 日
心身機能			
ROM	円背、両膝屈曲制限(100°)		
筋力	両上下肢・体幹筋力低下		課題の部分に記入、チェック
痛み	場所: 腰 程度: 8点/10点 種類: じんじんした痛み	場所: 程度: 点/10点 種類:	場所: 程度: 点/10点 種類:
認知機能			
体力測定			
握力	右:17.5 kg 左:15 kg		
開眼 片足立ち	右:7秒 左:9.8秒		
TUG	12.1秒		
活動・参加			
疾患管理	<input type="checkbox"/> 内服管理 <input type="checkbox"/> 疾患管理		<input type="checkbox"/> 内服管理 <input type="checkbox"/> 疾患管理
歩行	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他 <input checked="" type="checkbox"/> 連続歩行時間 15分または 1km 不可 <input type="checkbox"/> 階段昇降		<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 連続歩行時間 15分または 1km 不可 <input type="checkbox"/> 階段昇降
ADL	<input type="checkbox"/> 起居動作 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 整容 <input type="checkbox"/> 更衣 <input type="checkbox"/> トイレ行為 <input checked="" type="checkbox"/> 入浴 浴槽をまたぎにくい。シャワー浴のみ。		<input type="checkbox"/> 起居動作 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 整容 <input type="checkbox"/> 更衣 <input type="checkbox"/> トイレ行為 <input type="checkbox"/> 入浴
家事・役割	役割: <input checked="" type="checkbox"/> 調理 腰痛のため、長時間立位が困難。 <input type="checkbox"/> 買い物 <input checked="" type="checkbox"/> 掃除・ごみ捨て 掃除機がけが腰に負担あり <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 洗濯物干しが不安定 <input type="checkbox"/> その他:		役割: <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 掃除・ごみ捨て <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> その他:
運動習慣	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有(平均 分・週 回・内容:)		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有(平均 分・週 回・内容:)
外出手段	<input checked="" type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input checked="" type="checkbox"/> 家族の送迎		<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 家族の送迎
外出	生活空間: <input type="checkbox"/> 自宅内 <input type="checkbox"/> 敷地内 <input checked="" type="checkbox"/> 近隣 <input type="checkbox"/> 乗物利用圏 30分以上の外出: 1回/週 内容: 買い物・通院 地域活動: 特になし 以前、していたこと: 公民館クラブ講座(手芸)		生活空間: <input type="checkbox"/> 自宅内 <input type="checkbox"/> 敷地内 <input type="checkbox"/> 近隣 <input type="checkbox"/> 乗物利用圏 30分以上の外出: 回/週 内容: 地域活動: 以前、していたこと:

人的環境	<input checked="" type="checkbox"/> 生活の支援者: 夫 <input checked="" type="checkbox"/> 交流: 公民館クラブ講座の友人と電話で話す。地域の人と挨拶程度。
住環境	<input checked="" type="checkbox"/> 玄関 玄関上がり框: 段差 30 cm、手すりなし <input checked="" type="checkbox"/> 寝室 1 階、ベッド <input type="checkbox"/> 居間 <input checked="" type="checkbox"/> 食事スペース 居間の食卓、椅子に座る <input checked="" type="checkbox"/> トイレ 手すりあり <input type="checkbox"/> 洗面所 <input checked="" type="checkbox"/> 浴室 手すりなし。またぎ動作が不安定。 <input type="checkbox"/> 台所 <input checked="" type="checkbox"/> 階段 手すりあり。2 階へ上がっていない。 <input checked="" type="checkbox"/> 物干し場 庭、物干しが高い <input type="checkbox"/> 庭 <input type="checkbox"/> その他
間取り	<p>1 階</p> <p>庭</p> <p>物干し</p>
自宅周辺	<ul style="list-style-type: none"> ・公民館までは、自宅から 500m ・駅やバス停までが遠い

別紙様式 栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング (短期集中サービス)

フリガナ	性別	□男 □女	生年月日	年 月 日生	年齢	歳
氏名	要介護度		病名・特記事項等		記入者名	
利用者			食事の準備状況 (買い物、食事の支援、地域特性等)		作成年月日	年 月 日
家族の意向					家族構成とキーパーソン (支援者)	本人

実施日 (記入者名)	年 月 日 ()	年 月 日 ()	年 月 日 ()
プロセス	★ブルダウン ¹	★ブルダウン ¹	★ブルダウン ¹
低栄養状態のリスクレベル	□ 低 □ 中 □ 高	□ 低 □ 中 □ 高	□ 低 □ 中 □ 高
身長	cm	cm	cm
体重 / BMI	kg / kg/m ²	kg / kg/m ²	kg / kg/m ²
20代の体型	□ やせ型 □ ふつう □ 肥満		
3%以上の体重減少率 kg/1ヶ月	□ 無 □ 有 (kg/ ヶ月)	□ 無 □ 有 (kg/ ヶ月)	□ 無 □ 有 (kg/ ヶ月)
3%以上の体重減少率 kg/3ヶ月	□ 無 □ 有 (kg/ ヶ月)	□ 無 □ 有 (kg/ ヶ月)	□ 無 □ 有 (kg/ ヶ月)
3%以上の体重減少率 kg/6ヶ月	□ 無 □ 有 (kg/ ヶ月)	□ 無 □ 有 (kg/ ヶ月)	□ 無 □ 有 (kg/ ヶ月)
血清アルブミン値	□ 無 □ 有 (g/dl)	□ 無 □ 有 (g/dl)	□ 無 □ 有 (g/dl)
その他 (体重減少の原因を記入、(例) 術後、口腔機能低下など)			
食事回数	□ 1回 □ 2回 □ 3回 □ () 回	□ 1回 □ 2回 □ 3回 □ () 回	□ 1回 □ 2回 □ 3回 □ () 回
食事内容	朝	朝	朝
	昼	昼	昼
	夕	夕	夕
	間食	間食	間食
主食の摂取量 (割合)	主食 %	主食 %	主食 %
主菜、副菜の摂取量 (割合)	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %
その他 (補助食品など)			
摂取栄養量: エネルギー・たんぱく質	kcal g	kcal g	kcal g
必要栄養量: エネルギー・たんぱく質 (現体重当たり)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)
水分摂取量	□ 1L未満 □ 1~1.5L未満 □ 1.5L以上	□ 1L未満 □ 1~1.5L未満 □ 1.5L以上	□ 1L未満 □ 1~1.5L未満 □ 1.5L以上
食事の留意事項の有無 (療養食の指示、食事形態)	□ 無 □ 有		
飲酒等嗜好、薬剤影響食品、アレルギー、サプリメントなど	()		
本人の意欲	★ブルダウン ²	★ブルダウン ²	★ブルダウン ²
食欲・食事の満足感	★ブルダウン ³	★ブルダウン ³	★ブルダウン ³
食事に対する意識	★ブルダウン ³	★ブルダウン ³	★ブルダウン ³
生活機能関係	□ 生活機能低下	□ 生活機能低下	□ 生活機能低下
疾患関係	□ HbA1c (%)	□ HbA1c (%)	□ HbA1c (%)
消化器関係	□ 嘔気・嘔吐 □ 下痢 □ 便秘	□ 嘔気・嘔吐 □ 下痢 □ 便秘	□ 嘔気・嘔吐 □ 下痢 □ 便秘
水分関係	□ 浮腫 □ 脱水 □ 発熱	□ 浮腫 □ 脱水 □ 発熱	□ 浮腫 □ 脱水 □ 発熱
代謝関係	□ 感染 □ 発熱 □ 認知症	□ 感染 □ 発熱 □ 認知症	□ 感染 □ 発熱 □ 認知症
心理・精神・認知症関係	□ 閉じこもり □ うつ □ 認知症	□ 閉じこもり □ うつ □ 認知症	□ 閉じこもり □ うつ □ 認知症
医薬品	□ 薬の影響 ()	□ 薬の影響 ()	□ 薬の影響 ()
特記事項 ※朝昼夕、間食の食事写真を裏面に添付			
総合評価	□ 改善 □ 改善傾向 □ 維持 □ 低下	□ 改善 □ 改善傾向 □ 維持 □ 低下	□ 改善 □ 改善傾向 □ 維持 □ 低下
	□ 栄養課題あり □ 栄養課題なし	□ 栄養課題あり □ 栄養課題なし	□ 栄養課題あり □ 栄養課題なし

- ★ブルダウン¹ スクリーニング/アセスメント/モニタリング
- ★ブルダウン² 1 大いにある 2 ややある 3 ふつう 4 ややない 4 全くない
- ★ブルダウン³ 1 高い 2 やや高い 3 ふつう 4 やや低い 5 低い

注1) スクリーニングにおいては、把握可能な項目 (BMI、体重減少率、血清アルブミン値 (検査値がわかる場合に記入) 等) により、低栄養状態のリスクを把握する。

注2) 利用者の状態及び家族等の状況により、確認できない場合は空欄でもかまわない。

注3) 疾患関係のHbA1c、血清Crについては、検査値がわかる場合に記入する。

注4) 「特記事項の朝昼夕、間食の食事写真を裏面に添付」については、可能であれば添付する。

<低栄養状態のリスクの判断>

全ての項目が低リスクに該当する場合には、「低リスク」と判断する。高リスクにひとつでも該当する項目があれば「高リスク」と判断する。それ以外の場合は「中リスク」と判断する。
BMI、食事摂取量、栄養補給法については、その程度や個々人の状態等により、低栄養状態のリスクは異なることが考えられるため、対象者個々の程度や状態等に応じて判断し、「高リスク」と判断される場合もある。

リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5～29.9	18.5未満	
体重減少率	変化なし (減少3%未満)	1か月に3～5%未満 3か月に3～7.5%未満 6か月に3～10%未満	1か月に5%以上 3か月に7.5%以上 6か月に10%以上
血清アルブミン値	3.6g/dl 以上	3.0～3.5g/dl	3.0g/dl 未満
食事摂取量	76～100%	75%以下	
栄養補給法		経腸栄養法 静脈栄養法	
褥瘡			褥瘡

<摂取栄養量（エネルギー・たんぱく質）算出の参考資料>

1日に摂りたい たんぱく質の目安量（約60g）両手に乗る量

食品	エネルギー	たんぱく質
ご飯(150g)	234kcal	3.8g
食パン(6枚切り1枚)	149kcal	5.3g
うどん(ゆで200g)	190kcal	5.2g
豚肉(もも脂身つき50g)	86kcal	10.3g
卵(可食部50g)	71kcal	6.1g
木綿豆腐(100g)	73kcal	7.0g
鮭(70g)	87kcal	15.6g
牛乳(200ml)	122kcal	6.6g
チーズ(20g)	63kcal	4.5g
ヨーグルト(脱脂果糖100g)	65kcal	4.3g
牛肉(もも脂身つき50g)	118kcal	9.6g
鶏肉(もも皮つき50g)	95kcal	8.3g
合挽きミンチ(50g)	115kcal	8.7g
さば(70g)	148kcal	10.3g
さわら(70g)	112kcal	14.1g
まぐろ(赤身60g)	92kcal	14.9g
納豆(40g)	76kcal	6.6g

「八訂 食品成分表2021」より

<必要栄養量（エネルギー・たんぱく質）算出の参考資料>

必要エネルギー量 (kcal) = 基礎エネルギー消費量 (BEE) × 活動係数 × ストレス係数

基礎エネルギー消費量 (BEE) の算出方法 Harris-Benedict の式
 男性 = $66.47 + 13.75w + 5.0h - 6.76a$
 女性 = $655.1 + 9.56w + 1.85h - 4.68a$
 w: 体重 (kg) h: 身長 (cm) a: 年齢 (歳)

(例) 75歳男性、体重50kg (BMI=17kg/m²)
 1日3時間、3メッツ程度のリハを実施する場合
 1000 (BEE) × 1.8 (活動係数) × 1.1 (ストレス係数) = 約2000kcal

活動係数の例	ストレス係数の例
ベッド上安静: 1.2 ベッドサイドリハ: 1.2～1.4 ベッド外活動: 1.3 機能訓練室での2～3メッツ以上のリハ: 1.3～2.0 20分程度: 1.3 1時間以上: 1.3～1.7 2時間以上: 1.5～2.0	ストレスなし: 1.0 術後3日間: 1.1～1.8 骨折: 1.1～1.3 褥瘡: 1.1～1.6 感染症: 1.1～1.5

リハビリテーション栄養ポケットガイド [改訂版] をもとに作成

高齢者が1日に必要なたんぱく質量: $[1.0 \sim 1.2 (g)] \times \text{体重}(kg)$ (例) 体重50kgの方の場合: $50 \times [1.0 \sim 1.2] = 50 \sim 60g$

低栄養のおそれがある高齢者が1日に必要なたんぱく質量: $[1.2 \sim 1.5 (g)] \times \text{体重}(kg)$
 (例) 体重50kgの方の場合: $50 \times [1.2 \sim 1.5] = 60 \sim 75g$

「3本の矢でフレイルを防ごう!」より

口腔スクリーニング・アセスメント・モニタリング (短期集中サービス)

記入者名 ()

職種

◎ブルダウン

フリガナ	本人の意向		家族の意向	
氏名				
実施日 (記入者名)	年 月 日 ()	年 月 日 ()	年 月 日 ()	年 月 日 ()
プロセス	★ブルダウン		★ブルダウン	
口腔の状況 (衛生面・機能面)	【口腔内状況】※図に書き込む <input type="checkbox"/> 残存歯・義歯の状況 ※欠損は×を記入 <input type="checkbox"/> 動揺歯の有無と場所 <input type="checkbox"/> 痛みの有無と場所 <input type="checkbox"/> プラークの付着状況 <input type="checkbox"/> 舌苔の付着状況 <input type="checkbox"/> 食物残渣の有無と場所			
	衛生状況 ※汚れの状況	・歯・義歯 <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> なし ・舌・粘膜 <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> なし ・口臭 <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> なし	・歯・義歯 <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> なし ・舌・粘膜 <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> なし ・口臭 <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> なし	・歯・義歯 <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> なし ・舌・粘膜 <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> なし ・口臭 <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> なし
	義歯の状況 ※義歯がある方のみ	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 入れると違和感がある <input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> 外れやすい <input type="checkbox"/> 噛みにくい	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 入れると違和感がある <input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> 外れやすい <input type="checkbox"/> 噛みにくい	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 入れると違和感がある <input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> 外れやすい <input type="checkbox"/> 噛みにくい
	義歯の使用 ※義歯がある方のみ	<input type="checkbox"/> 常に使用している <input type="checkbox"/> 食べる時のみ使用 <input type="checkbox"/> 食べる時に外す <input type="checkbox"/> 外出時のみ使用 <input type="checkbox"/> 持っているが使用していない	<input type="checkbox"/> 常に使用している <input type="checkbox"/> 食べる時のみ使用 <input type="checkbox"/> 食べる時に外す <input type="checkbox"/> 外出時のみ使用 <input type="checkbox"/> 持っているが使用していない	<input type="checkbox"/> 常に使用している <input type="checkbox"/> 食べる時のみ使用 <input type="checkbox"/> 食べる時に外す <input type="checkbox"/> 外出時のみ使用 <input type="checkbox"/> 持っているが使用していない
	左右の動きに差がある	<input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 唇 <input type="checkbox"/> 頬 <input type="checkbox"/> 口蓋弓	<input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 唇 <input type="checkbox"/> 頬 <input type="checkbox"/> 口蓋弓	<input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 唇 <input type="checkbox"/> 頬 <input type="checkbox"/> 口蓋弓
	口腔乾燥	<input type="checkbox"/> 乾燥なし <input type="checkbox"/> 唾液に粘性を認める <input type="checkbox"/> 舌上に唾液の細かい泡を認める <input type="checkbox"/> 唾液はごくわずか認められない	<input type="checkbox"/> 乾燥なし <input type="checkbox"/> 唾液に粘性を認める <input type="checkbox"/> 舌上に唾液の細かい泡を認める <input type="checkbox"/> 唾液はごくわずか認められない	<input type="checkbox"/> 乾燥なし <input type="checkbox"/> 唾液に粘性を認める <input type="checkbox"/> 舌上に唾液の細かい泡を認める <input type="checkbox"/> 唾液はごくわずか認められない
	口腔水分計 (ムーカス)	<input type="checkbox"/> 27.0以上 <input type="checkbox"/> 27.0未満	<input type="checkbox"/> 27.0以上 <input type="checkbox"/> 27.0未満	<input type="checkbox"/> 27.0以上 <input type="checkbox"/> 27.0未満
	反復唾液嚥下テスト	回/30秒 (3回積算 秒)	回/30秒 (3回積算 秒)	回/30秒 (3回積算 秒)
	咬筋の強さ (手で触れてみる)	<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い	<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い	<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い
	ブクブクがよい ※あてはまるものすべて	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 水がこぼれる <input type="checkbox"/> 頬が動きにくい	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 水がこぼれる <input type="checkbox"/> 頬が動きにくい	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 水がこぼれる <input type="checkbox"/> 頬が動きにくい
	オーラルディアドコネシス (1秒間)	パ: 回、タ: 回、カ: 回	パ: 回、タ: 回、カ: 回	パ: 回、タ: 回、カ: 回
	かかりつけ歯科医院 ※歯科医院名を記入			
	歯科受診状況 ※あてはまるものすべて	<input type="checkbox"/> 口腔健康管理のため定期的に受診している <input type="checkbox"/> 治療が必要な場合は受診する <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 受診をしたくないのではない (年 月 日ごろ)	<input type="checkbox"/> 口腔健康管理のため定期的に受診している <input type="checkbox"/> 治療が必要な場合は受診する <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 受診をしたくないのではない (年 月 日ごろ)	<input type="checkbox"/> 口腔健康管理のため定期的に受診している <input type="checkbox"/> 治療が必要な場合は受診する <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 受診をしたくないのではない (年 月 日ごろ)
	口の健康のための習慣 ※あてはまるものすべて	<input type="checkbox"/> 歯磨き <input type="checkbox"/> 義歯の手入れ <input type="checkbox"/> うがい <input type="checkbox"/> 口の体操を継続 <input type="checkbox"/> よく声を出す <input type="checkbox"/> よく噛んで食事 <input type="checkbox"/> 噛み応えのある食事 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> 歯磨き <input type="checkbox"/> 義歯の手入れ <input type="checkbox"/> うがい <input type="checkbox"/> 口の体操を継続 <input type="checkbox"/> よく声を出す <input type="checkbox"/> よく噛んで食事 <input type="checkbox"/> 噛み応えのある食事 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> 歯磨き <input type="checkbox"/> 義歯の手入れ <input type="checkbox"/> うがい <input type="checkbox"/> 口の体操を継続 <input type="checkbox"/> よく声を出す <input type="checkbox"/> よく噛んで食事 <input type="checkbox"/> 噛み応えのある食事 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 特になし
	セルフケアの頻度 ※あてはまるものすべて	<input type="checkbox"/> 起床後 <input type="checkbox"/> 朝食後 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 間食後 <input type="checkbox"/> 外出前 <input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/> 就寝前 <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> 起床後 <input type="checkbox"/> 朝食後 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 間食後 <input type="checkbox"/> 外出前 <input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/> 就寝前 <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> 起床後 <input type="checkbox"/> 朝食後 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 間食後 <input type="checkbox"/> 外出前 <input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/> 就寝前 <input type="checkbox"/> しない
食事の状況 ※食品名とその理由を記入	<input type="checkbox"/> 食べにくいものはない <input type="checkbox"/> 食べにくいものがある ・食品名 ・理由	<input type="checkbox"/> 食べにくいものはない <input type="checkbox"/> 食べにくいものがある ・食品名 ・理由	<input type="checkbox"/> 食べにくいものはない <input type="checkbox"/> 食べにくいものがある ・食品名 ・理由	
むせの状況 ※あてはまるものすべて	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 嚥下前にむせる <input type="checkbox"/> 咀嚼中にむせる <input type="checkbox"/> 嚥下時にむせる <input type="checkbox"/> 食後にむせる	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 嚥下前にむせる <input type="checkbox"/> 咀嚼中にむせる <input type="checkbox"/> 嚥下時にむせる <input type="checkbox"/> 食後にむせる	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 嚥下前にむせる <input type="checkbox"/> 咀嚼中にむせる <input type="checkbox"/> 嚥下時にむせる <input type="checkbox"/> 食後にむせる	
食事姿勢 ※あてはまるものすべて	<input type="checkbox"/> 椅子に座る <input type="checkbox"/> 畳・床に座る <input type="checkbox"/> 長座位 <input type="checkbox"/> 正座位 <input type="checkbox"/> 横座り <input type="checkbox"/> あぐら <input type="checkbox"/> 足をくむ <input type="checkbox"/> 仙骨座り <input type="checkbox"/> 背もたれにもたれる <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 椅子に座る <input type="checkbox"/> 畳・床に座る <input type="checkbox"/> 長座位 <input type="checkbox"/> 正座位 <input type="checkbox"/> 横座り <input type="checkbox"/> あぐら <input type="checkbox"/> 足をくむ <input type="checkbox"/> 仙骨座り <input type="checkbox"/> 背もたれにもたれる <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 椅子に座る <input type="checkbox"/> 畳・床に座る <input type="checkbox"/> 長座位 <input type="checkbox"/> 正座位 <input type="checkbox"/> 横座り <input type="checkbox"/> あぐら <input type="checkbox"/> 足をくむ <input type="checkbox"/> 仙骨座り <input type="checkbox"/> 背もたれにもたれる <input type="checkbox"/> その他 ()	
食事関係	・椅子の高さ <input type="checkbox"/> 低い <input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 足台で調整 ・座面 <input type="checkbox"/> 柔らかい <input type="checkbox"/> 滑る <input type="checkbox"/> 小さすぎる ・机の高さ ※イスとのバランス <input type="checkbox"/> 低い <input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 高い ・体と机との距離 <input type="checkbox"/> 近い <input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 遠い ・ながら食べ <input type="checkbox"/> テレビ <input type="checkbox"/> 本・新聞 <input type="checkbox"/> 会話 ・テレビの位置 <input type="checkbox"/> 低い <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 正面 <input type="checkbox"/> その他 ()	・椅子の高さ <input type="checkbox"/> 低い <input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 足台で調整 ・座面 <input type="checkbox"/> 柔らかい <input type="checkbox"/> 滑る <input type="checkbox"/> 小さすぎる ・机の高さ ※イスとのバランス <input type="checkbox"/> 低い <input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 高い ・体と机との距離 <input type="checkbox"/> 近い <input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 遠い ・ながら食べ <input type="checkbox"/> テレビ <input type="checkbox"/> 本・新聞 <input type="checkbox"/> 会話 ・テレビの位置 <input type="checkbox"/> 低い <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 正面 <input type="checkbox"/> その他 ()	・椅子の高さ <input type="checkbox"/> 低い <input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 足台で調整 ・座面 <input type="checkbox"/> 柔らかい <input type="checkbox"/> 滑る <input type="checkbox"/> 小さすぎる ・机の高さ ※イスとのバランス <input type="checkbox"/> 低い <input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 高い ・体と机との距離 <input type="checkbox"/> 近い <input type="checkbox"/> 適正 <input type="checkbox"/> 遠い ・ながら食べ <input type="checkbox"/> テレビ <input type="checkbox"/> 本・新聞 <input type="checkbox"/> 会話 ・テレビの位置 <input type="checkbox"/> 低い <input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 正面 <input type="checkbox"/> その他 ()	
食事に影響する因子 ※あてはまるものすべて	<input type="checkbox"/> 円背 <input type="checkbox"/> 麻痺: 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 頸部過緊張 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 円背 <input type="checkbox"/> 麻痺: 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 頸部過緊張 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 円背 <input type="checkbox"/> 麻痺: 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 頸部過緊張 <input type="checkbox"/> その他 ()	
服薬	服薬の状況 ※あてはまるものすべて <input type="checkbox"/> スムーズに薬を飲む <input type="checkbox"/> 飲みにくい薬がある <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> 口腔内崩壊錠 <input type="checkbox"/> カプセル剤 <input type="checkbox"/> 散剤 <input type="checkbox"/> 顆粒剤 <input type="checkbox"/> 内服液剤	服薬の状況 ※あてはまるものすべて <input type="checkbox"/> スムーズに薬を飲む <input type="checkbox"/> 飲みにくい薬がある <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> 口腔内崩壊錠 <input type="checkbox"/> カプセル剤 <input type="checkbox"/> 散剤 <input type="checkbox"/> 顆粒剤 <input type="checkbox"/> 内服液剤	服薬の状況 ※あてはまるものすべて <input type="checkbox"/> スムーズに薬を飲む <input type="checkbox"/> 飲みにくい薬がある <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> 口腔内崩壊錠 <input type="checkbox"/> カプセル剤 <input type="checkbox"/> 散剤 <input type="checkbox"/> 顆粒剤 <input type="checkbox"/> 内服液剤	
コミュニケーション	コミュニケーションの状況 (身体的な状況) ※あてはまるものすべて <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 聞こえにくい: 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両方 <input type="checkbox"/> 見えにくい: 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両方 <input type="checkbox"/> 意思の疎通が困難 <input type="checkbox"/> 文字が読めない <input type="checkbox"/> その他 ()	コミュニケーションの状況 (身体的な状況) ※あてはまるものすべて <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 聞こえにくい: 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両方 <input type="checkbox"/> 見えにくい: 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両方 <input type="checkbox"/> 意思の疎通が困難 <input type="checkbox"/> 文字が読めない <input type="checkbox"/> その他 ()	コミュニケーションの状況 (身体的な状況) ※あてはまるものすべて <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 聞こえにくい: 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両方 <input type="checkbox"/> 見えにくい: 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両方 <input type="checkbox"/> 意思の疎通が困難 <input type="checkbox"/> 文字が読めない <input type="checkbox"/> その他 ()	
コミュニケーション	コミュニケーションの状況 (環境的な状況) ※あてはまるものすべて ※家族・親族を含む <input type="checkbox"/> 誰かと話をする機会 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週に1回程度 <input type="checkbox"/> 2~3日に1回 <input type="checkbox"/> 週に1回程度 <input type="checkbox"/> 月に1~2回程度 <input type="checkbox"/> 誰かと電話で話をする機会 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 2~3日に1回 <input type="checkbox"/> 週に1回程度 <input type="checkbox"/> 月に1~2回程度 <input type="checkbox"/> 誰かとメールでやりとりをする機会 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 2~3日に1回 <input type="checkbox"/> 週に1回程度 <input type="checkbox"/> 月に1~2回程度	コミュニケーションの状況 (環境的な状況) ※あてはまるものすべて ※家族・親族を含む <input type="checkbox"/> 誰かと話をする機会 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週に1回程度 <input type="checkbox"/> 2~3日に1回 <input type="checkbox"/> 週に1回程度 <input type="checkbox"/> 月に1~2回程度 <input type="checkbox"/> 誰かと電話で話をする機会 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 2~3日に1回 <input type="checkbox"/> 週に1回程度 <input type="checkbox"/> 月に1~2回程度 <input type="checkbox"/> 誰かとメールでやりとりをする機会 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 2~3日に1回 <input type="checkbox"/> 週に1回程度 <input type="checkbox"/> 月に1~2回程度	コミュニケーションの状況 (環境的な状況) ※あてはまるものすべて ※家族・親族を含む <input type="checkbox"/> 誰かと話をする機会 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週に1回程度 <input type="checkbox"/> 2~3日に1回 <input type="checkbox"/> 週に1回程度 <input type="checkbox"/> 月に1~2回程度 <input type="checkbox"/> 誰かと電話で話をする機会 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 2~3日に1回 <input type="checkbox"/> 週に1回程度 <input type="checkbox"/> 月に1~2回程度 <input type="checkbox"/> 誰かとメールでやりとりをする機会 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 2~3日に1回 <input type="checkbox"/> 週に1回程度 <input type="checkbox"/> 月に1~2回程度	
備考	その他・気が付いた点			
評価	総合評価 <input type="checkbox"/> 口腔課題あり <input type="checkbox"/> 口腔課題なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下 <input type="checkbox"/> 口腔課題あり <input type="checkbox"/> 口腔課題なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下 <input type="checkbox"/> 口腔課題あり <input type="checkbox"/> 口腔課題なし	

◎ブルダウン 看護職員 / 歯科衛生士 / 言語聴覚士
 ★ブルダウン スクリーニング / アセスメント / モニタリング
 部分は、ケアプラン作成時のアセスメントにも含まれるかもしれません。

元気回復トレーニングカレンダー 【第 週】

行動目標について、達成度 ◎・○・△を記入しましょう。

氏名: _____

	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()
今週の行動目標							
やったこと・回数等を記入 (簡潔な記録で可)							
お口の体操 (した回数に○をつける)	2回以上 1回 していない						
歯磨き (した時に○をつける)	起床時 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前						
達成度							
振り返り・コメント等 (体の状態などを記録)							

<今週の振り返り・気になったこと>

<担当者コメント>

元気回復トレーニングカレンダー 【第 2 週】

行動目標について、達成度 ◎・○・△を記入しましょう。

【記入例】

氏名: 岡山 もも太郎

資料⑧

	10月 10日 (月)	10月 11日 (火)	10月 12日 (水)	10月 13日 (木)	10月 14日 (金)	10月 15日 (土)	10月 16日 (日)
今週の行動目標	(1) 1日1回は外出をする (2) 深呼吸とストレッチ体操 『内容を記入(体操の種類等)』 をする (3) 筋力トレーニング 『内容を記入(体操の種類等)』 を各5~10回する (4) お口の体操は「うるうる体操」を中心に取り組む						
やったこと・回数等を記入 (簡潔な記録で可)	(1) 買い物をした (2) 2種類 (3) 各5回	(1) 家の周りを一周歩いた (2) 全部 (3) 各6回	(1) × (2) 10分した (3) 各5回	(1) 友達がきた (2) 3種類 (3) 各10回	(1) 定期受診 (2) 数を減らした (3) 1種類 5回	(1) 近所を散歩 (2) 全部 (3) 各10回	(1) × (2) 数を減らした (3) 1種類 3回
お口の体操 (した回数に○をつける)	2回以上 1回 していない	2回以上 1回 していない	2回以上 1回 していない	2回以上 1回 していない	2回以上 1回 していない	2回以上 1回 していない	2回以上 1回 していない
歯磨き (した時に○をつける)	起床時 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前	起床時 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前	起床時 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前	起床時 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前	起床時 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前	起床時 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前	起床時 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前
達成度	○	◎	○	◎	△	◎	△
振り返り・コメント等 (体の状態などを記録)		噛むときに歯に違和感があった。	雨で家から出なかった。	友達が来たので、一緒に体操をした。	体がだるい。お口の体操を増やした。	体操に慣れてきた。	腰がいたい。体操は少しにした。

自分の生活に取り入れやすい内容を、具体的に書きましょう!

<今週の振り返り・気になったこと>

今週はなるべく外出するように気をつけた。疲れた時は、横になって体を休めた。体操をがんばるとだるさや痛みが出てきた。痛くないように続けたい。

<担当者コメント>

自分の記録のために、その日の体や心の状態を記入しましょう! どうしても書くことがない時は空欄でも大丈夫です。

元気回復トレーニングカレンダー 【第 2 週】

職員用

氏名: 岡山 もも太郎

資料⑧

行動目標について、達成度 ◎・○・△を記入しましょう。

	10月 10日 (月)	10月 11日 (火)	10月 12日 (水)	10月 13日 (木)	10月 14日 (金)	10月 15日 (土)	10月 16日 (日)
今週の行動目標	(1) 1日1回は外出をする (2) 深呼吸とストレッチ体操 『内容を記入(体操の種類等)』 をする (3) 筋力トレーニング 『内容を記入(体操の種類等)』 を各5~10回する (4) お口の体操は「うるうる体操」を中心に取り組む						
やったこと・回数等を記入 (簡潔な記録で可)	(1) 買い物をした (2) 2種類 (3) 各5回	(1) 家の周りを一周歩いた (2) 全部 (3) 各6回	(1) × (2) 10分した (3) 各5回	(1) 友達がきた (2) 3種類 (3) 各10回	(1) 定期受診 (2) 数を減らした (3) 1種類 5回	(1) 近所を散歩 (2) 全部 (3) 各10回	(1) × (2) 数を減らした (3) 1種類 3回
お口の体操 (した回数に○をつける)	2回以上 1回 していない	2回以上 1回 していない	2回以上 1回 していない	2回以上 1回 していない	2回以上 1回 していない	2回以上 1回 していない	2回以上 1回 していない
歯磨き (した時に○をつける)	起床時 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前	起床時 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前	起床時 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前	起床時 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前	起床時 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前	起床時 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前	起床時 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前
達成度	○	◎	○	◎	△	◎	△
振り返り・コメント等 (体の状態などを記録)		噛むときに歯に違和感があった。	雨で家から出なかった。		本人のモチベーションアップのため、一言コメント(フィードバック)をお願いします！ サインやスタンプ等でも構いません。		

本人と一緒に「その人らしい生活」を考えながら、目標を立てるようにしましょう。

<今週の振り返り・気になったこと>
 今週はなるべく外出するように気をつけた。疲れた時は、横になって体を休めた。体操をがんばるとだるさや痛みが出てきた。痛くないように続けたい。

<担当者コメント>
 毎日コツコツ頑張ることができているので、引き続きがんばりましょう！痛みがある時は無理をせず、代替りのメニューと一緒に考えましょう！

氏名：

お食事日記 【第

この1週間で食べた食品に○をつけてみましょう！

※食べた量によって、○の大きさを変えてみてください。（例：たくさん食べたら大きい○、少しの時は小さい○）

※肉・魚・卵・大豆製品については、1日に3つは○がつくように食べましょう。

※牛乳と水・お茶については「杯」で（分かればmlでも）書いてください。

食品		月 日 ()						
筋肉や血液をつくる栄養素を含む食品	肉							
	魚							
	卵							
	大豆製品							
	牛乳	(杯 ml)						
	乳製品							
力や体温になる栄養素を含む食品	ご飯・パン・麺							
	芋							
	油							
	胡麻・ナッツ							
体の調子を整える栄養素を含む食品	野菜							
	きのこ							
	海藻							
	果物							
	水・お茶	(杯 ml)						
適量を意識する食品	菓子							
	酒							
	漬物・梅干							

※1週間の食事を見て、不足している食品、食べ過ぎている食品を振り返ってみましょう！
その他にも、食事で困ったこと、知りたい事があれば何でも書いてみましょう！

お食事日記 【第1週】

【記入例】

この1週間で食べた食品に○をつけてみましょう！

※食べた量によって、○の大きさを変えてみてください。（例：たくさん食べたなら大きい○、少しの時は小さい○）

※肉・魚・卵・大豆製品については、1日に3つは○がつくように食べましょう。

※牛乳と水・お茶については「杯」で（分かれればmlでも）書いてください。

食品	10月3日 (月)	10月4日 (火)	10月5日 (水)	10月6日 (木)	10月7日 (金)	10月8日 (土)	10月9日 (日)	
筋肉や血液をつくる栄養素を含む食品	肉	○		○	○		○	
	魚		○		○	○	○	
	卵	○	○	○		○	○	
	大豆製品	○	○		○	○	○	
	牛乳	1杯 (180ml)	1杯 (180ml)	1杯 (180ml)	1杯 (180ml)	2杯 (270ml)	1杯 (180ml)	1杯 (180ml)
	乳製品		○		○	○	○	
力や体温になる栄養素を含む食品	ご飯・パン・麺	○	○	○	○	○	○	
	芋		○		○		○	
	油	○	○		○	○	○	
	胡麻・ナッツ	○		○		○	○	
体の調子を整える栄養素を含む食品	野菜	○	○	○	○	○	○	
	きのこ	○		○		○	○	
	海藻		○		○			
	果物	○	○	○	○	○	○	
水・お茶	9杯 (1350ml)	7杯 (1050ml)	9杯 (1350ml)	8杯 (1200ml)	8杯 (1200ml)	7杯 (1050ml)	8杯 (1200ml)	
適量を意識	菓子		○		○		○	
	酒		○		○			
	漬物・梅干	○			○	○	○	

※1週間の食事を見て、不足している食品、食べ過ぎている食品を振り返ってみましょう！

その他にも、食事で困ったこと、知りたい事があれば何でも書いてみましょう！

お菓子をたくさん食べてしまった。海藻が少ない。

お食事日記の見方【第

週】

職員用

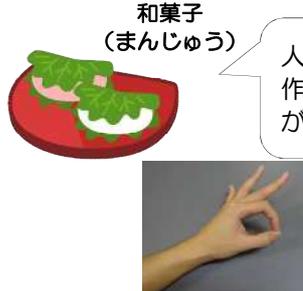
◎「筋肉や血液をつくる栄養素」「力や体温になる栄養素」「体の調子を整える栄養素」この3つの栄養素を含む食品が、まんべんなく摂れているか。⇒栄養のバランスを見ます。

食品		月日 () ()	月日 () ()	月日 () ()	月日 () ()	月日 () ()	月日 () ()
筋肉や血液をつくる栄養素を含む食品	肉	肉・魚・卵・大豆製品のうち、1日に3品目以上に○がついているか ⇒たんぱく質の必要量が摂れているかを見ます。					
	魚						
	卵						
	大豆製品						
牛乳	牛乳か乳製品のいずれかに○がついているか ⇒牛乳と乳製品は、手軽にたんぱく質・カルシウムが摂れる食品です。たんぱく質の必要量を満たすためや、骨粗鬆症の予防・改善にカルシウムが摂れているかを見ます。						
							乳製品
力や体温になる栄養素を含む食品	ご飯・パン・麺	毎日○がついているか ⇒エネルギーのもとになる食品です。○のない場合はエネルギー不足の可能性があります。					
	芋	芋・胡麻・ナッツ類は、週3回以上○がついているか ⇒毎日摂ることが理想ですが、家庭での使用頻度が少ない食品なので、週3回程度○がついているかを見ます。					
	油						
胡麻・ナッツ							
体の調子を整える栄養素を含む食品	野菜	毎日○がついているか ⇒一日に350g以上の摂取が理想なので、まず毎日摂れているかを見ます。					
	きのこ	2日に1回○がついているか ⇒毎日の摂取が理想ですが、難しい方には2日に1回の摂取を目標にして見ます。					
	海藻						
	果物						
水・お茶	一日に1.5ℓ以上とれているか⇒水・お茶・ジュース・コーヒーなど飲み物全部を合わせて1.5ℓ摂れているかを見ます。利尿作用のあるコーヒーや糖分の多いジュースばかり飲んでいる場合は、水・お茶・牛乳を勧めます。乳脂肪が気になる方は、低脂肪乳を勧めます。						
適量を意識する食品	菓子	特に、糖尿病や肥満の方には、菓子の量を口頭で確認 ⇒菓子・清涼飲料水・ジャム・菓子パンといった食品は、砂糖を多く含むので、血糖値や中性脂肪が高くなりやすいです。治療上好ましくないなので、出来るだけ控えるように勧めます。目安は、裏面参照。					
	酒	酒に○がある場合は、口頭で飲酒量の確認と休肝日の有無を確認⇒目安は裏面参照。					
	漬物・梅干	漬物・梅干しに○がある場合は、1日に食べる回数を口頭で確認⇒毎食食べている時は、塩分の摂りすぎの可能性があります。					

便秘がある方は、「①乳製品・野菜に毎日○があるか、②きのこ・海藻・果物は、2日に1回程度○があるか、③水分は1.5ℓ飲んでいるか」を見ます。

◎糖尿病などがいない方は、菓子は1日200kcalを目安にしています。

和菓子 (まんじゅう)



人差し指と親指で輪を作り、その輪に入る量が100kcalの目安です。

スナック菓子は片手の手のひらに乗るくらいが100kcalの目安です。

洋菓子 (ケーキなど)



洋菓子は、カステラ1切れくらいが100kcalの目安です。

揚げ菓子 (ポテトチップス・せんべいなど)





クッキーは2枚で約100kcal



飴は6粒で約100kcal



チョコレートは5かけで約100kcal

【菓子100kcalの目安】

◎お酒の適量は、『1日にアルコール20g』

				
ビール	日本酒	ワイン	焼酎(25度)	ウイスキー
500ml 1缶	1合(180 ml)	グラス2杯	半合	ダブル1杯
220kcal	180kcal	(約200ml)	(90ml)	(約60ml)
		160kcal	150kcal	150kcal

【1日の酒の適量の目安】

- 飲酒のコツは…
- ①適量を守る(1日アルコール20gまで)
 - ②主食の代わりにしない
 - ③酒のつまみを食べ過ぎない
 - ④人のペースではなく自分のペースで飲む
 - ⑤週に2日は休肝日を設ける