

栄養改善サービス計画書 (新予防給付) (案)

利用者名: S.25-03 殿
 計画作成者氏名: 管理栄養士 ◎◎
 所属名及び所在地: 特別養護老人ホーム △△併設デイサービス
 担当者氏名 介護支援専門員 △△

生年月日 S4 年 △月 △日 住所: ○○県○○○市○○◇◇

初回作成日: 平成 17年 11月 2日
 作成(変更)日: 平成 年 月 日

〔初回〕・ 継続 ○認定済・ 申請中

| | |
|-----------------------|---|
| 介護状態区分 | 要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 |
| 利用者及び家族の自己実現の課題や意欲、意向 | 痩せてきたことや、腰痛のため外出の機会が減ったことへを不安に思っている。長く自立した生活をおくるためには食事が大切だと感じている。 |
| 解決すべき課題(ニーズ) | 栄養のリスク (中・高) ・ 体重の減少 ・ 外出の機会減少に伴う閉じこもり、食材確保の困難 |
| 長期目標(ゴール)と期間 | 体重を回復することで、元気を取り戻し、自立した生活に必要な買い物や調理が少しでも行えて、楽しい生活が送れるようになる。 |

| 短期目標と期間 | 栄養改善サービス (食事、栄養食事相談、多職種による課題の解決など) | 担当者 | 頻度 | 期間 |
|--|---|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 身体状況(体重)の把握に努める 食材の確保 体重回復のための栄養量の設定 栄養状態維持のために必要な栄養、食品 楽しみをもった外出の機会の確保 生きがいに通じる趣味、特技の継続。 | <ul style="list-style-type: none"> デイサービス利用時の月1回体重測定によるエネルギー出納の評価をすることで今の状態を知る。 近隣者への食材購入は、米、牛乳は1週間に1度、他の日は魚、肉類の惣菜を依頼する。 月1回の訪問時、買い物に介護支援専門員が付き添い、助言する。 現在受けている配食サービスの継続(市の横出しサービス 週2回) エネルギー摂取量は体重回復を図るため1,550Kcalに設定する。 主食は必ず1日1回炊き、朝食は主食と佃煮、牛乳100mlだけでも必ず摂取し、食事回数は1日3食にする。 デイサービス利用時に、栄養相談でパンフレット、実際の食品を用いてエネルギー、タンパク質の補給のための知識を得る。 外出時を利用したコンビニエンスなどでの具体的な食材購入の知識を得る。(調理パン、卵、饅頭、アイスなど) 地区社協での「サロン◇◇」の継続参加。(インフォーマルサービス 月1回) デイサービス利用でアクティビティの確保、趣味の手先を使う工作など行う。 | 通所職員 隣人 介護支援専門員 配食業者 管理栄養士 管理栄養士 地区社協 通所職員 | 月1回 随時 訪問時 週2回 毎日 月1回、又は利用時 月1回 週2回 | 6ヶ月 6ヶ月 6ヶ月 週年 6ヶ月 6ヶ月 週年 6ヶ月 |
| 特記事項 | | | | |

栄養改善サービス評価書（新予防給付）(案)

氏名 S 25-03 殿

| 3か月後の目標 | サービス提供前 | | 1ヶ月目 | | 2ヶ月目 | | 3ヶ月目 | |
|------------------------|--|------------|---|------------|------------------------------|------------|---|------------|
| | 記入者 | 管理栄養士 ◎◎ | 記入者 | 管理栄養士 ◎◎ | 記入者 | 管理栄養士 ◎◎ | 記入者 | 管理栄養士 ◎◎ |
| | 数値 | 問題 チェック | 数値 | 問題 チェック | 数値 | 問題 チェック | 数値 | 問題 チェック |
| アウトカム | | | | | | | | |
| 自己実現の課題 | 地域サロンなどでの手先の作業 | ■ | | | | | | |
| 自己実現の意欲 | 前向きな気持ち維持、自立した生活 | □ | | | | | | |
| 主観的健康観 | 良好 | ■ | すこしよくなってきた(50%) | ■ | 良好 | ■ | 良好 | ■ |
| 栄養リスク | | □ | | □ | | □ | | □ |
| 体重 (kg) | 38.5 | ■ | 37.0 | ■ | 37.0 | ■ | 40.0 | □ |
| BMI | 17.8 | ■ | 17.1 | ■ | 17.1 | ■ | 19.0 | □ |
| 体重減少率(%/月) | 4%増/3ヶ月 | ■ | 4.6%減/1ヶ月 | ■ | 変化なし | ■ | 8.1%増/2ヶ月 | □ |
| 血清アルブミン (g/dl) | | □ | | □ | | □ | | □ |
| 食事摂取状況 | 75~80% | ■ | 70% | ■ | 70% | ■ | 90% | □ |
| 摂取量(%) * | | □ | | □ | | □ | | □ |
| エネルギー (kcal(%)) | 1,100~1,150 | ■ | 1,055 | ■ | 1,055 | ■ | 1,250 | □ |
| タンパク質 (g(%)) | 45 | ■ | 40.8 | ■ | 40.8 | ■ | 43.9 | □ |
| 水分 (ml(%)) | 1,300 | ■ | 1,200 | ■ | 1,200 | ■ | 1,300 | □ |
| (デイサービスの食器、食材で確認した推定量) | | □ | | □ | | □ | | □ |
| その他の項目 | | | | | | | | |
| 食事計画の実践状況 | 自宅での食事回数1日につき1回増 | □ | 少し努力しているとのこと | ■ | 食事は3回食べている。 | □ | 食事は3回食べている。 | □ |
| 評価 | 目標設定は相談内容が実行されれば無理なく達成できるところを設定して、達成感を持ってもらう。 | | 体重減少は食い止められる。皆が応援していることを伝え、向上心を持ってもらうよう働きかける。 | | 体重が回復する。前向きな発言が多くみられるようになった。 | | 体重が回復するに従い、生活の自信も取り戻している様子。デイサービスが楽しみで化粧もしてくるようになった。過去の良い思い出話をして、時には歌も歌う。 | |
| 計画の修正 | | (無)・有 | | (無)・有 | | (無)・有 | | (無)・有 |
| 総合評価 | 体重回復とともに生活全般が機能改善傾向を示した。達成感を持ち、プラス思考になった。外出の機会増、コミュニケーションも良好に保たれ、本人も喜ばれている。管理栄養士、通所職員と情報の共有、確認に努めたのが良い結果となったと思われる。 | | | | | | | |

研究事例

(医) 真正会 霞ヶ関南病院 通所リハ デイホスピタルにおける栄養改善サービス

(医) 真正会 霞ヶ関南病院 通所リハ デイホスピタル

| | |
|---------|---------|
| 管理栄養士 | 渡部 厚子 |
| 協力者 理事長 | 齊藤 正身 |
| 居宅支援事業所 | 高梨 ゆかり |
| 通所相談員 | 佐波古 恵理子 |

1. 事業所概要

医療法人真正会は埼玉県西部の川越市にあり、医療から在宅生活への橋渡しのための総合的なサービスの体系を持ち、入院・外来・訪問・通所の 4 つの形態でのリハビリを提供している。併設の通所リハ・デイホスピタルは 1980 年に開設され、25 年の実績を有する。その概要は以下の通りである。

- ① 区分：病院併設通所リハビリテーション I（利用時間 10:00～16:00）
- ② 登録者数：158 名、平均利用者数 33.8 人/日
- ③ 利用者の特性：平均年齢 75.1 歳、平均介護度 2.4（男性 2.4 女性 2.5）
- ④ 利用者（要支援・介護度 1）の低栄養状態：BMI18.5 未満の者は 8.16%（49 人中 4 名）
- ⑤ 現在の栄養ケア・マネジメントの状況：体重計測は月初めに行い、カルテに記録、グラフで推移が分かるようになっている。また、連絡ノートにも記載している。通所担当の管理栄養士を配置し随時、栄養改善サービスの提供をおこなっているところである。

2. 本研究での介護予防ケアマネジメントと栄養改善サービスとの連携

平成 17 年 10 月より、専任管理栄養士として通所リハビリテーションのチームの一員に名を連ね、カンファレンスやミーティングに参加する体制となった。平成 17 年 12 月に基本チェックリストの記入を利用者全員に行い、その結果、利用者 1 名（ID S31-01）が低栄養状態のおそれのある者として選定された。

通所主任相談員と管理栄養士は、通所利用時に利用者本人に栄養改善サービスの必要性とその概要及びスケジュールについて説明し、サービス導入の同意を得た。同居ご家族にも電話で報告し、翌週自宅訪問をおこなった。内容を担当介護支援専門員に報告し、情報を共有した。

管理栄養士は、詳細なアセスメントを実施し、栄養改善サービス計画を作成し、ケアカンファレンスで報告、利用者への説明を行い、同意を得てサービスを開始した。

3. 事例紹介 (ID S31-01)

80 歳女性、要支援。BMI15.4、体重減少 6 ヶ月に 7.8%。

平成 13 年から川越の長男宅で同居をしているが、以前は夫婦二人で、新潟県で生活して

いた。昭和 61 年に結腸癌の術後イレウスによる入退院を繰り返す。そのころから、夫が虚弱な妻をいたわっての生活スタイルとなっていた。新潟では、自宅で生け花を教えていた。

食が細いのは若い時からで、もともと痩せ型であった。しかし、イレウス発症を恐れ便秘に過敏になり、長年に亘り毎日の排便状況を夫がノートに記している。

通所リハには週 1 回夫婦そろっての利用である。平成 17 年 6 月の暑い日に、日課の公園散歩に夫婦で出かけたが、いつも気に入って飲んでいる自販機の飲料が売り切れていたため水分を取らずにウォーキングをしたところ、めまい・嘔吐があり、それから 1 ヶ月間散歩を中止した。ところが、その間、夫も散歩をしなかったため、4 点杖で自力歩行していた夫が歩行困難になり車椅子の生活となってしまった。本人の体調が戻ったものの、今度は慣れない夫の世話で腰痛・下肢の痺れを訴えるようになる。5 月には 36kg あった体重が秋には減少し、便秘がちになった。

住環境は整っており、食生活は嫁が支えている。サービスも整っているが、夫婦どちらかが倒れると互いに影響力が大きく共倒れになる危険性が高い。

体重減少の改善をめざして栄養改善サービス計画を作成するが、交友関係の時間となっている。日々の楽しみであるという公園散歩を夫婦で続けられることが自己実現に繋がると考え、夫を支えるケアチームとも協働で検討をすることにしていく。

4. 今後の栄養改善サービスの取り組み方

本事例の特徴は、高齢夫婦の相互影響の大きさである。各々の身体能力の変化まで、共に向上も悪化もする。そこで、効果的な栄養改善サービスの取り組みのためには、夫婦二人の介護サービスのすり合わせも必要となってきた。介護支援専門員は同一であったため、かかわるスタッフ間の話し合いはスムーズに進んでいるところである。

また、通所利用も夫婦一緒のため、通所施設での活動の中に、栄養改善サービス計画の内容を盛り込んで行く事も効果的であった。

5. 事例からの多職種協働の課題、関係

本事例では、通所リハ・介護支援専門員・訪問スタッフ及びかかりつけ医等の、すべて当該法人内のスタッフが支援している状況にあったため、様々な角度からのアプローチが可能であった。そしてその効果の大きさを把握することが出来た。

なによりも重要だと感じたのは、対象者が本当にしたいと思っていること、取り戻したいと願っていることを丁寧に聞き出すことであった。栄養改善サービスにおいても生活行為から「得意なところ・強いところ」を一緒に探し出すアセスメントの手法によって、これまで聞き出せていなかった「生きがい」を引き出すことができた。その思いをひとつの課題にまとめて各スタッフに伝え、皆で一斉に動き出せば短期間で効果が見られることを実感した。このような栄養改善サービス事例を一つ一つ積み重ねて、その成果を発信して地域住民や管理栄養士に栄養改善サービスの意義やその業務のあり方を啓発していきたい。

利用者基本情報

作成担当者：〇〇〇 〇〇〇

《基本情報》

| | | | |
|---------------|--|-------------------------|----------------------------------|
| 相 敬 日 | 17年〇月〇日(〇) | 来 所・電 話 | 初 回 |
| 本人の現況 | 在留・入院又は入所中() | 来 所・電 話 | 再 来 (前 /) |
| 別冊 本人氏名 | S 31-01 | 男・♀ | M・F・S 年〇月〇日生(80)歳 |
| 住 所 | 〇〇市〇〇町△番地 | Tel | 〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇 |
| 日常生活自立度 | 障害高齢者の日常生活自立度 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 | Fax | 〇〇〇(〇〇)〇〇〇〇 |
| 認定情報 | 認知症高齢者の日常生活自立度 自立・I・II a・II b・III a・III b・IV・M | | |
| 障害等認定 | 非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限：17年3月1日～18年2月28日(前回の介護度) | | |
| 本人の住居環境 | 身障()、療育()、精神()、難病()、・・・() | | |
| 経済状況 | 自営・借家・戸建て・業合住宅・自室の有無(1)階、住宅改修の有無 | | |
| 来 所 者 (相 敬 者) | 本人・夫 | 国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・・・ | |
| 住 所 先 達 絡 先 | 川越市 | 家族構成 | 本人・夫 妻 本人・夫 妻 住所・連絡先 |
| 緊急連絡先 | 氏名 婿 婿 住所・連絡先 | 氏名 婿 婿 住所・連絡先 | 氏名 婿 婿 住所・連絡先 |
| | 〇〇△△ 夫 川越市△△ 〇〇(〇〇)〇〇〇〇 | 〇〇△△ 夫 川越市△△ 〇〇(〇〇)〇〇〇〇 | 〇〇△△ 夫 川越市△△ 〇〇(〇〇)〇〇〇〇 |
| | 〇〇□□ 長男 同上 | 〇〇□□ 長男 同上 | 〇〇□□ 長男 同上 |
| | 長男 携帯090(〇〇〇〇) 〇〇〇〇 | 長男 携帯090(〇〇〇〇) 〇〇〇〇 | 長男 携帯090(〇〇〇〇) 〇〇〇〇 |
| | 妻 〇〇〇〇 | 妻 〇〇〇〇 | 妻 〇〇〇〇 |

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

新潟県で主婦として生活。子供の独立後は夫婦二人暮らし。お花の先生として20人の生徒に教えていたこともある。夫は益寿が趣味。夫婦で庭の手入れをするのが楽しみだった。S61 結腸癌手術。その後イシワスによる入退院を繰り返す。夫が健闘な妻を支えての生活スタイルとなる。几帳面な夫が生活全般を管理していたが、夫の狭心症、脳梗塞発症有り、H13長男一家と同居するべく川越に転居。スウェーデン式のモダンな家で、1F部は階段上にあるため、自力での外出は危険であるが、室内は改修が行き届き、不自由のない生活である。嫁も知識豊富で協力的である。

1日の生活・過ごし方
趣味・楽しみ・特技
趣味・楽しみ・特技

現在の生活状況(どんな暮らしを送っているか)
夫の自室内でお茶を入れたり、室内の片付けは自力で行っている。食事の準備、洗濯、買い物、ゴミ出しは嫁が援助。日課としていた散歩は中止している。1/W 通所リハ、1~2/W 訪問看護

| 時間 | 本人 | 介護者・家族 |
|-------|--------------|-----------|
| 8:00 | 食卓で夫婦で食事 | 夫は常に一緒に行動 |
| 12:00 | お茶は自室で部屋の片付け | |
| 15:00 | | |
| 6:30 | | |

公団への散歩、ここでの友人たちとのしゃべりが楽しみ。
夫婦そろって利用している通所リハでの活動も楽しみである。
花の世話は階段があり、水やりも出来ない。生け花は階段がないので出来ない。

友人・地域との関係
夫婦で散歩に出ると、友人たちが声を掛けてきてくれる。

《現病歴・既往歴と経過》(新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)

| 年月日 | 病名 | 医師名 (主治医・責任作成者に☆) | 経過 | 治療中の場合は内容 |
|-------|----|----------------------|---------------------|-----------|
| 年 月 日 | | Tel | 治療中 経過観察中 その他 | |
| 年 月 日 | | Tel | 治療中 経過観察中 その他 | |
| 年 月 日 | | Tel | 治療中 経過観察中 その他 | |
| 年 月 日 | | Tel | 治療中 経過観察中 その他 | |

《現在利用しているサービス》

| | | |
|--------------|--------|---------|
| 週1回の通所リハ | 公的サービス | 非公的サービス |
| 週1回の訪問看護(1H) | | |

地域福祉支援センターが行う事業の重施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容・介護認定審査会による判定結果意見及び主治医意見等と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート・ケアマネジメントの個人に関する記録を、居宅介護支援事業利用、居宅サービス事業、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な記録を関係する者に提示することと同様です。

平成 年 月 日 氏名 S31-01 印

介護予防サービス・支援評価表

評価日 〇〇月〇〇日

利用者名 S31-01

計画作成者氏名 〇〇〇〇

| 目標 | 評価期間 | 目標達成状況 | 目標達成しない原因 達成/未達成 | 目標達成しない原因 (本人・家族の意見) | 目標達成しない原因 (計画作成者の評価) | 今後の方針 |
|--------------|------|--|---------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------------------|
| 1.体重減少を食い止める | 3ヶ月 | たんぱく源となる主菜を嗜好に合ったものを中心にし、その摂取量を夫がチェックすることで、食残しが徐々に減り、体重増加し、減少前の数値にまで改善した | 達成 | 夫の歩行困難の改善に至らず現状では不安が大きい | | アルブミン値では、まだ、改善がみられていないため、あと3ヶ月継続する。 |
| 2.公園散歩の再開 | 3ヶ月 | 訪問看護師同行による散歩は週に1回始まったが、夫と一緒にには行けない。 | 未達成 | | 夫の訪問リハビリに、本人が行けない | あと3ヶ月様子を見る。継続。 |

| | | |
|---|---|--|
| 総合的な方針 体重の改善見られ、便秘や腹満感に快方の兆しが見えてきた。生きがいや自己実現が、夫婦共にあるため、夫への援助の見直しも含めて今後も進めていく必要がある。 | 地域包括支援センター意見 | |
| | <input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了 | <input type="checkbox"/> 介護給付 <input checked="" type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防特定高齢者施策 <input type="checkbox"/> 介護予防一般高齢者施策 <input type="checkbox"/> 終了 |

基本チェックリスト(案)

| No. | 質問項目 | 回答 (いずれかに○を お付け下さい) |
|-----|-----------------------------------|---------------------------|
| 1 | バスや電車で1人で外出していますか | 0.はい 1.いいえ |
| 2 | 日用品の買物をしていますか | 0.はい 1.いいえ |
| 3 | 預貯金の出し入れをしていますか | 0.はい 1.いいえ |
| 4 | 友人の家を訪ねていますか | 0.はい 1.いいえ |
| 5 | 家族や友人の相談にのっていますか | 0.はい 1.いいえ |
| 6 | 階段をすすりや壁をつたわらずに昇っていますか | 0.はい 1.いいえ |
| 7 | 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 | 0.はい 1.いいえ |
| 8 | 15分位続けて歩いていますか | 0.はい 1.いいえ |
| 9 | この1年間に転んだことがありますか | 1.はい 0.いいえ |
| 10 | 転倒に対する不安は大きいですか | 0.はい 1.いいえ |
| 11 | 6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか | 0.はい 1.いいえ |
| 12 | 身長 147cm 体重 36.1 kg (BMI16.7) | |
| 13 | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか | 0.はい 1.いいえ |
| 14 | お茶や汁物等がむせることがありますか | 1.はい 0.いいえ |
| 15 | 口の渇きが気になりますか | 1.はい 0.いいえ |
| 16 | 週に1回以上は外出していますか | 0.はい 1.いいえ |
| 17 | 昨年と比べて外出の回数が減っていますか | 0.はい 1.いいえ |
| 18 | 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか | 1.はい 0.いいえ |
| 19 | 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 | 0.はい 1.いいえ |
| 20 | 今日が何月何日かわからない時がありますか | 1.はい 0.いいえ |
| 21 | (ここ2週間)毎日の生活に充実感がない | 1.はい 0.いいえ |
| 22 | (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 | 1.はい 0.いいえ |
| 23 | (ここ2週間)以前は案にできていたことが今ではおっくうに感じられる | 1.はい 0.いいえ |
| 24 | (ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない | 1.はい 0.いいえ |
| 25 | (ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする | 1.はい 0.いいえ |

(注) BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする。

栄養スクリーニング書 (新予防給付) (案)

記入者氏名 管理栄養士 〇〇〇〇 作成年月日 17年 11 月 9 日

| | | | | | | |
|----------------|-----------------------------|----|--------|------|--|-----|
| 利用者名 (ふりがな) | S31-01 | 性別 | 男 女 | 要介護度 | | 要支援 |
| 生年月日 | 明(大) 昭 14 年 〇 月 〇 日 (80 才) | | | | | |

(主治医の見解が入手できた場合には裏面に添付)

低栄養状態のリスクレベル

| | 現在の状況 | □低リスク | ■中リスク | □高リスク |
|------------------------------|------------------|---------------------------|--|--|
| 身長(cm) | 147 | | | |
| (測定日) | | | | |
| 体重(kg) | 33.2 | | | |
| (測定日) | (10/5) | | | |
| BMI | 15.4 | □18.5~29.9 | ■18.5未満 | |
| 体重減少率(%) | 6ヶ月 7.8%減 | □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* (g/dl) (測定日) | 3.7g/dl (7/4) | ■3.6g/dl以上 | □3.0~3.5g/dl | □3.0g/dl未満 |
| 食事摂取量 | 70% | □良好 (体重減少がなかった頃と比較、推定) | ■不良 (75%以下) 内容: | |
| 栄養補給法 | 経口 | | | □経腸栄養法 □静脈栄養法 |
| 褥瘡 | なし | | | □褥瘡 |

*は記入が望ましい項目

事前アセスメント書 (新予防給付) (案)

【I】

| | | | | |
|--|--|-----|------------------------|-----|
| 利用者名 | (S)りか(な) | 男 | 要介護度 | 要支援 |
| 生年月日 | 明 昭 14年 〇月 〇日 | 女 | 通所リハ週 1回利用 訪問看護週 2回 | |
| 実施日 | 17年 11月 9日 | 記入者 | 管理栄養士 〇〇 | |
| 家族構成と キーパーソン | 本人 一夫 長男・長男嫁・孫(17才男)同居 (H13より) | | 嫁 | |
| 主たる介護者 | 夫 | | 主たる共食の者 | |
| 身体的な栄養状態、食事・栄養 供給に関する利用者及び家族の 意向 | 併せてきたこと、便秘、腹部膨満感を気にしている。夜が用意する食事内容には満足、 不満足はなく感謝している。元来少食。妻の調子も不具合気味で柔らかいものを食べてい る。 同席においても、全て夫婦一掃の生活。夫が虚脱な妻を支えながらの生活が身につい ている。本人は家族に心配かけずに生活を続けたいと願っている。通所利用での活動 や公園散歩での友人との会話が何より楽しいと感じている。 | | | |

食事の提供のための必要事項

| | | | |
|-----------|---|-----|----------|
| 実施日 | 17年 11月 9日 | 記入者 | 管理栄養士 〇〇 |
| 嗜好 | 野菜の煮物、鯨魚は好き。肉は好きないがハンバーグ類は食べる。 | | |
| 禁忌 | なし | | |
| アレルギー | なし | | |
| 療養食の指示 | なし | | |
| 食事摂取行為の自立 | 自立 | | |
| 形態 | 常食常菜 固いものは刻み 通所利用時は全粥を希望している | | |
| 環境 | 食卓の椅子とテーブルで、夫と二人で食べている | | |
| 特記事項 | S61 経腸管 Opa、その後イレウスにより入院を繰り返した経緯あり、排便コントロールに過敏。 | | |

多職種による栄養ケアの課題

| | | | |
|-----------|--|-----|----------|
| 実施日 | 17年 11月 9日 | 記入者 | 管理栄養士 〇〇 |
| 低栄養状態関連問題 | 〇 1 皮膚 () ■ 2 口腔内の問題 ■ 痛み ■ 唾液の不都合 〇 口臭 〇 味覚の低下 〇 口が渇く 〇 むせ ■ 3 食欲低下 〇 4 摂食・嚥下障害 〇 5 嘔気・嘔吐 〇 6 下痢(下剤の常用を含む) | | |
| 特記事項 | ■ 7 便秘 〇 8 浮腫 〇 9 脱水(皮下・口唇の乾燥等) 〇 10 感染 〇 11 発熱 〇 12 経腸栄養 〇 13 静脈栄養 〇 14 医薬品の種類・数、投与方法、食品との相互作用 | | |
| 備考 | ※ 特記事項 便秘に対する対策も多く、訪問看護でもフォローして いる。摂取量の減少が悪化を導いているよう。 具体的に記述 ラキナパロ液、プロセンタ 2P プルゼン 12mg 就前 2T、レトロン就前 1T、ガストン ×3、ヒオフェルミン×3、カマ×3、ユベラコチネト×3 | | |

【II】

生活機能・身体機能・身体計測 (*記入可能な場合)

| | | | | |
|--------------------------|-----------------|--------|----------------|--------|
| 項目 | 実施日 17年 11月 12日 | 記入者 〇〇 | 実施日 18年 1月 21日 | 記入者 〇〇 |
| 生活機能・身体機能 | A1 | | A1 | |
| 握力*(kg)(利乏腕) | 21.4 | | 17.9 | |
| 体重(kg) | 33.2 () | % | 36.1 () | % |
| BMI | 15.4 | | 16.7 | |
| 通常体重(kg) | 36.0 | | 36.0 | |
| 体重変化率(%) | 6ヶ月 7.8%(増加) | (減少) | 3ヶ月 8.7%(増加) | (減少) |
| 下腿周囲長*(cm) | () | % | () | % |
| 上腕周囲長(cm) | () | % | () | % |
| 上腕三頭筋皮脂肪厚(mm) | () | % | () | % |
| 上腕筋面積 (cm ²) | () | % | () | % |

臨床検査(記入可能な場合) (%) : JARDの50パーセンタイル値 (中央値を100%として換算)

| | | | | |
|------------------|---------------|--------|---------------|--------|
| 項目 | 実施日 17年 7月 4日 | 記入者 〇〇 | 実施日 18年 2月 5日 | 記入者 〇〇 |
| 血清アルブミン (g/dl) | 3.7 | | 3.7 | |
| ヘモグロビン (g/dl) | 12.9 | | 12.8 | |
| 血糖値 (mg/dl) | 78 | | | |
| 総コレステロール (mg/dl) | 181 | | 165 | |
| クレアチニン (mg/dl) | 0.75 | | 0.69 | |
| BUN (mg/dl) | 11.6 | | 16.1 | |

| | | | | |
|-----------|---|--------|----------------|--------|
| 経口摂取量 (①) | 実施日 17年 11月 12日 | 記入者 〇〇 | 実施日 17年 1月 26日 | 記入者 〇〇 |
| 食事 | 主食(割) 副食(割) エネルギー (kcal) 800 タンパク質 (g) 35.5 (魚 80g、肉 30g、他) 水分 (ml) 1,680 種類 なし 1回の量 (ml/g) 頻度(回) エネルギー (kcal) タンパク質 (g) 種類 ハナナヨーグルト、ビスケット 1回の量 (ml/g) ヨーグルト 90、ビスケット 5×2 頻度(回) 3 エネルギー (kcal) 200 タンパク質 (g) 4.5 エネルギー (kcal) ① 1,000 タンパク質 (g) ① 40 水分 (ml) ① 1,680 | | | |
| 間食 | 種類 1回の量 (ml/g) 頻度(回) エネルギー (kcal) タンパク質 (g) エネルギー (kcal) ① タンパク質 (g) ① 水分 (ml) ① | | | |
| 合計 | 種類 1回の量 (ml/g) 頻度(回) エネルギー (kcal) タンパク質 (g) エネルギー (kcal) ① タンパク質 (g) ① 水分 (ml) ① | | | |

報告書（地域支援事業・新予防給付）

| | | |
|----------------------------|---|---|
| 低栄養のリスク | サービス開始時（11月9日） | 3か月後（1月21日） |
| BMI | 15.4 | 16.7 |
| 体重減少率、変化 | 6ヶ月7.8%減少 | 3ヶ月8.7%増加 |
| 血清アルブミン値 (g/dl) | 3.7 | — |
| サービスの継続の必要性 (栄養改善の観点から) | 無 | 有 |
| 自己実現の課題とその意欲 | 夫の歩行困難により毎日の薬 しみてあてた散歩ができず運 動不足、食事量も少なくなり、 体重が減ってきている。便秘、 腹部膨満感も消えず気になっ ている | 便秘の訴えが続き、そのこと ばかりが気になっている |
| 主観的健康感 現在の健康状態 | 1 2 3 4 5 よい まあよい ぶつう あまり よくない よい まあよい ぶつう あまり よくない | 1 2 3 4 5 よい まあよい ぶつう あまり よくない よい まあよい ぶつう あまり よくない |
| 計画の概要と実施状況 | 食事内容は歩行のままでし、 主菜を残さず食べられるよう 嗜好にあわせる(目標エネルギー 計一摂取量は 1,600kcal) | 新たな乳酸菌飲料の導入。 食事量を増やそうと努力して いるが、多くは食べられない |
| 総合的評価 | 体重は減少前の数値に改善。しかし、アルブミン値はまだ改善の 余地あり。やっ便秘の訴えが収まってきたので、摂食内容の改 善につなげてゆく。食事量のアップには、運動量の増加が不可欠 であり、一日も早く公園散歩の再開をしたいところだが、夫の状 況もあり、無理をせず暖かくなってから、と時期を先に延ばすこ とにする。 | |

地域包括支援センター

担当者 〇〇 〇〇 股
作成日 年 月 日
利用者氏名 S. 31-01 股

所属 (事業所)
作成担当者氏名

| | | |
|---------------------------------|---|---|
| 栄養補給量の算定 | 1,141 | — |
| エネルギー消費量 (kcal) | 1,600 | — |
| 必要エネルギー (kcal) | 60 | — |
| 必要タンパク質 (g) | 1,500 | — |
| 必要水分量 (ml) | | |
| 特記事項 | 便通を気にして、朝食前にヨーグルト・ハ ナナ・はちみつを食べる習慣。食事は嫁が 工夫しながら作っているが、本人の食欲が 進むものは限られているため、単調になっ ている。咀嚼は6割程度の摂取。 自宅にて夫婦でお茶を飲む時は、自カで用 意が出来ており、よく水分は摂れている。 | 実施日 18年 1月 26日 記入者〇〇 悪徳打撃のまっかかけ作りに、特定食種用 食品の乳酸菌飲料を勧めたところ毎日飲 み続けていた。公園散歩復活に向けて食 量も少しずつ増大してきた。 |
| ①利用者の知識・技術・ 意欲の状況 | 食事に關しては、嫁の用意するものに全幅 の信頼を寄せている。 その他、「身体によい」というものは試して みたいという意欲がある。(毎朝カスビヨーグル トなど) | 実施日 17年 11月 12日 記入者〇〇 |
| ②家族・支援者の知識・ 技術・意欲の状況 | 嫁は知識も豊かで、出来る限りの努力をし ているが、摂食量が上がらないので、栄養 補助食品紹介の要請有り。 几帳面な性格の夫は、妻の排便の状況を何 年も書いてノートに記録している。 摂食の状況にも着目し、記録をつけていた りたくことを提案する。 | 夫が食事量を細かく記入し、摂食をうなが している。蛋白源を積極的に食べるように との声かけも続いている。 補助食品は、本人の嗜好を考慮し、また取 り入れていないが、丁寧に説明をしながら 開始していく。 |
| ③日毎の食習慣や生活 習慣の状況 | 利から夫の自力歩行が困難な状況で車椅子 歩行が中心となっており、本人は夫の世話 で散歩や下駄のしびれ等も出てきたと話し ている。 口腔ケアは自力でしっかりと行っている が、部分薬歯の調子は悪化しにくい。 現状では必要なし | ご飯の盛付け、食後の片付けは自立。夫の 分も行っている。 散歩の復活は暖かくなってから本格化を めざしている。 |
| ④訪問介護等による食 事介助、調理支援な どの状況 | | 変更無し |
| ⑤配食サービスや通所 サービスでの食事摂 取状況 | | 通所利用時のみ朝食。 自身の希望をおっしゃるようになった。 |
| ⑥活用しているあるい は今後活用できる資 源状況 | | 変更無し |
| ⑦食事・食事準備や買 い物の環境 | | 変更無し |
| 総合的評価・判定 | 便秘対策には摂食量のアップと、活動量の 向上の両面からのアプローチが必要。また、 何をすすめるも夫婦一緒の生活を営んで、ごち うから片方のタメーがお互いに影響する。 夫へのアプローチも同時に行うことで効果 が増すと考えられる。 | 体重は減少前の数値に改善。しかし、臨床 検査データでの改善確認できず、引き続き の取り組みが必要。 |

栄養改善サービス計画書 (新予防給付) (案)

初回・紹介・継続 認定済・申請中

住所: 〇〇県〇〇市

生年月日 T14 年 〇 月 〇 日

殿

利用者名: S31-01

計画作成者氏名: 管理栄養士 〇〇

所属名及び所在地: ティホスピタル (医療法人真正会 併設通所リハ)

初回作成日: 平成17年 11月 21日

担当者氏名 〇〇〇〇 作成 (変更) 日: 平成 年 月 日

要介護状態区分 (要支援 1 ・ 要支援 2 ・ 要介護 1)

利用者及び家族の自己実現の課題や意欲、意向
夫の歩行困難により毎日の楽しみであった散歩が出来ず運動不足、食事量も少なくなり体重が減ってきている。便秘・腹部膨満感も消えず、気になる。

解決すべき課題 (ニーズ)
栄養のリスク (中・高)
・体重減少
・夫と共に毎日行っていた近所の公園までの散歩が出来なくなっている

長期目標 (ゴール) と期間
公園散歩を復活させ、友人との語らいの時間を楽しむ生き生きとした生活を送る。

| 短期目標と期間 | 栄養改善サービス (食事、栄養食事相談、多職種による課題の解決など) | 担当者 | 頻度 | 期間 |
|--------------------|--|--------------|-----|-----|
| ・ 食事をアップし体重の減少を止める | ・ 食事内容は現行のままとし、主菜を残さずに食べられるよう嗜好にあわせる。また、食事量の記録をつけてもらい (夫)、通所利用時に確認する。(目標エネルギー摂取量は1,600 kcal) | 管理栄養士 | 週1回 | 6ヶ月 |
| ・ 便秘の改善 | ・ 1日一回飲む乳酸菌飲料を取り寄せ、通所利用日に受け渡しをする。 | デイ職員 | 週1回 | 1ヶ月 |
| ・ 運動量の確保 | ・ 週2回の訪問看護時の散歩同行に加え、夫の訪問リハ時に、夫婦そろっての散歩を実施する。 | 訪問Ns 訪問PT | 週3回 | 2ヶ月 |
| 特記事項 | | | | |

研究事例

(医) 仁恵会 介護老人保健施設 相模大野における栄養改善サービス

医療法人仁恵会 介護老人保健施設 相模大野
 管理栄養士 清水 幸子
 協力者 施設長 檜山 榮一
 介護支援専門員 柴田 眞由美
 河手 順子
 通所リハビリテーション主任 飯吉 とよこ

1. 施設の概要

当事業所は神奈川県県央部に位置し、市街地にある都市型施設である。平成 10 年開設し、併設に、介護老人保健施設 相模大野、黒河内病院を有している。

併設している介護老人保健施設は、91 床（長期入所 86 人、短期入所 6 人）、稼働率 99%、利用者の平均年齢は 83 歳、平均介護度は 3.2 である

① 当事業所の区分：介護老人保健施設 通所リハビリテーションⅢ
 （利用時間 10：00～16：00）

② 登録者：126 人、平均利用者 20 人/1 日（稼働率 83%）

③ 利用者の特性

| | | | | | |
|----------------------------------|------------|-----------|-----------|-------|------|
| 平均年齢 78.7 才（男性 75.4 歳 女性 81.9 歳） | | 男女比 11：12 | 平均介護度 2.6 | | |
| 利用者の低栄養状態 | 利用者の総数 | 要支援 | 3 人 | 介護度 1 | 28 人 |
| | BMI18.5 以下 | 要支援 | 0 人 | 介護度 1 | 5 人 |

④ 栄養マネジメント状況

利用者に対して月 1 回の体重測定（着衣のまま計測し、着衣分 1.0kg を差し引く）。利用記録や個人ノートに記入し、利用者及び家族に通知する。管理栄養士は、利用開始時の身長、体重、握力（リハビリテーション担当者が測定）などのデータ管理をコンピューターによって行っている。その際、Harris-Benedict の式による安静時エネルギー消費量の推算値と、この値に活動係数 1.3 を乗じた必要量、BMI、体重減少率をコンピューターネット上で関連職種に提示している。食事摂取量は主食、副菜別に記録し、必要に応じ摂取栄養量の集計を行っている。

2. 本研究での介護予防マネジメントと栄養改善サービスとの連携の仕方

栄養改善サービス導入にあたり、施設の対応を次のように決定し、担当職員の共通理解を得た。

- ① 利用者の意向を十分に尊重し、同意と説明を徹底する。
- ② 家族や利用者にとって解決してほしいことを優先する。

- ③ 経過や内容について、家族、利用者、スタッフに詳細に連絡する。
- ④ 窓口は、担当介護支援専門員とし、連絡、報告を文書で記録する。
- ⑤ 研究の責任者は、医師である施設長。
- ⑥ 主治医との連携は重要であり、介入や経過について窓口である介護支援専門員によって報告する。
- ⑦ 経過途中で不測の事態や本人の申し込みがあったら即中止する。
- ⑧ 情報は関係者のみが共有し、データの流出を防ぐ。

通所サービスの利用者において低栄養状態のおそれがある者として、6ヶ月に2～3kg以上の体重減少があり、かつ、BMI18.5以下の利用者のうち同意が得られた者に、11月より実施した。

管理栄養士は、栄養管理サービスの実施にあたって、本人と家族の意向を重視し、生活の中で無理なく達成でき、利用者及び家族が納得のいく目標を設定し、本人の意欲を引き出すことに重視した。

3. 事例紹介 (ID S13-01)

74歳男性、要支援。BMI16.2、体重減少6ヶ月に12%。

妻と二人暮らし、主な介護者は妻。元来酒豪であった。15年前胃全摘出手術を受けている。平成16年急激な肝障害があり総合病院に入院した。入院中、陳急性心筋梗塞、心房細動を指摘され処方薬の継続中である。退院後禁酒をしているが、加齢による認知症と思われるようなうつ症状や短期記憶障害、臥床傾向顕著となり、外出が億劫になったことをはじめ生活が不活発となった。食事摂取の乱れから意識障害を起こし、救急車で搬送。膵臓機能低下の指摘を受け、糖尿病の食事指導を受けた。妻は、指示されたとおりの食事の準備をしていたが2人暮らしであるのに別々の食事を作ることに、最近ではストレスを感じていた。

通所サービス利用時に、施設医師は、意識障害はドカ食いや早食いによるダンピングではないかと指摘し、通所サービス利用時には食事回数を増やすことになった。また、日常生活でも通所サービスでのパターンを参考に実行する計画を立て、妻と利用者には確認した。また、妻には、同じ食事をつくり、食事回数を増やして提供することを助言した。

そのことで、妻の食事づくりへのストレスは軽減され、社会参加ができ精神的な安定が図れるようになった。一方、対象者は、3ヵ月後には、いつでも食事の準備がされていること、食事回数とその量が自分で理解でき、空腹感のない生活が送れるようになったことなどから、体重が増加し、通所サービスを利用することで外出する意欲がでてきた。最近では、妻のすすめによって、交通機関を利用し外出するようになった。また、近所までの買い物は対象者がすることもあり、近所の住民から対象者は「見違えるようになった」といわれたという。妻は、夫婦間の関係が良くなったと感じるよ

うになった。また、対象者は、通所サービス利用時の身だしなみに気を配るようになった。

4. 今後の栄養改善サービスの取り組み方

高齢者は、些細なきっかけで要介護状態を重度化することもあるれば、社会性を取り戻すこともある。低栄養状態のおそれがあるものには、まさに水際で低栄養状態を予防することの重要性を感じた。また、在宅の高齢者は多くサービス提供者との関わりの中で暮らしていて、その調整や目的、目標は、明確にする必要があり、関連情報を共有することによって、はじめて効果が期待できるようになるはずである。今後は、対象者の些細な変化を見逃さないように、定期的なモニタリングを行い、その成果等は、対象者が他に利用している事業所の担当者にも連絡し情報の共有化を図っていくことが求められる。

5. 事例から得た課題、多職種協働の関係

在宅の利用者は複数の医師の診療を受けている。それらは必ずしも情報の共有をしているわけではなかったため、通所サービスでの栄養ケア・マネジメントを進めるにあたって情報の収集や連絡、報告を十分にできないことがあった。そのために窓口は介護支援専門員が担い、双方を調整してスムーズなケアに繋げていくことが求められるが、これらの担当者にも栄養ケア・マネジメントの共通理解がなければ困難であると考えられる。

一方、対象者のモチベーションを維持していくためには、些細なことにも根気よく対応すること、変化を見逃さず評価したことを客観的なデータで示した。そのことは、もっとも効果的なフィードバックであり、高齢者自身が自分の変化に気付き、「食べること」に対する意欲を引き出していくことが求められる。

栄養スクリーニング書（新予防給付）（案）

記入者氏名 管理栄養士 00 作成年月日 H17 年 11 月 5 日

| | | | | |
|------|----------------------|---|-------------|-----|
| 利用者名 | (ふりがな) | 男 | 要介護度 | 要支援 |
| | S13-01 | | デイケア週 1 回利用 | |
| 生年月日 | 明・大・昭 8 年 月 日 (74 才) | 女 | | |

(主治医の意見書が入手できた場合には裏面に添付)

低栄養状態のリスクレベル

| | 現在の状況 | <input type="checkbox"/> 低リスク | <input type="checkbox"/> 中リスク | <input checked="" type="checkbox"/> 高リスク |
|------------------------------|--------------------------|---|---|--|
| 身長(cm) (測定日) | 157 | | | |
| 体重(kg) (測定日) | 40 (平成 17 年 11 月 1 日) | | | |
| BMI | 16.2 | <input type="checkbox"/> 18.5~29.9 | <input checked="" type="checkbox"/> 18.5 未満 | |
| 体重減少率(%) | 6 か月に 12% | <input type="checkbox"/> 変化なし (減少 3% 未満) | <input type="checkbox"/> 1 か月に 3~5% 未満 <input type="checkbox"/> 3 か月に 3~7.5% 未満 <input type="checkbox"/> 6 か月に 3~10% 未満 | <input type="checkbox"/> 1 か月に 5% 以上 <input type="checkbox"/> 3 か月に 7.5% 以上 <input checked="" type="checkbox"/> 6 か月に 10% 以上 |
| 血清アルブミン値* (g/dl) (測定日) | 4.5g/dl | <input checked="" type="checkbox"/> 3.6g/dl 以上 | <input type="checkbox"/> 3.0~3.5g/dl | <input type="checkbox"/> 3.0g/dl 未満 |
| 食事摂取量 | 良好 | <input checked="" type="checkbox"/> 良好 (76~100%) | <input type="checkbox"/> 不良 (75% 以下) 内容: | |
| 栄養補給法 | 経口摂取 | | | <input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法 |
| 褥瘡 | なし | | | <input type="checkbox"/> 褥瘡 |

*は記入が望ましい項目

事前アセスメント書 (新予防給付) (案)

(1)

| | | | | |
|---------------------------------|--|------------|-------------|-----|
| 利用者名 | (仮り仮) S13-01 | 園 | 要介護度 | 要支援 |
| 生年月日 | 明・大・西 6年 0月 0日 (74歳) | 女 | 通所リハビリテーション | 週1回 |
| 実施日 | H17年 11月 0日 | 記入者 | 要 | 00 |
| 家族構成とキーパーソン | 本人一 医 二人暮らし | 主たる買い物担当者 | 妻 | |
| | | 主たる食事準備担当者 | 妻 | |
| | | 主たる共食の者 | 妻 | |
| 身体状況、栄養状態、食事・栄養補給に関する利用者及び家族の意向 | 最近近きてきて臥床気味、自分の体が思うように動かず、外出もなくなって閉じこもりがちである。 | | | |
| 主観的な健康感・意欲 (心身の訴えを含む) | 体力を上げ友達を作ったりして、生活に自信を持ってもらいたい 体力がなくなって何をやるにも燃動になっている。 以前は囲碁や将棋など有暇者であったのにやる気がしない | | | |

食事の提供のための必要事項

| | | | |
|-----------|--------------------------------------|-----|----------|
| 実施日 | H17年 11月 1日 | 記入者 | 管理栄養士 00 |
| 嗜好 | 以前は酒豪といわれたほどお酒をのんだ。食事は出されたものばかりでも食べる | | |
| 禁忌 | なし | | |
| アレルギー | なし | | |
| 療養食の指示 | 糖尿病の指摘あり、1,400kcalの指示がある | | |
| 食事摂取行為の自立 | 自立 | | |
| 形態 | 普通 | | |
| 環境 | 食卓で座位、箸と食べる | | |
| 特記事項 | 食事は足りなくなっているが、たくさん食べられなくなっている | | |

多職種による栄養ケアの課題

| | | | |
|-----------|---|-----|----------|
| 実施日 | H17年 11月 1日 | 記入者 | 管理栄養士 00 |
| 低栄養状態関連問題 | <input type="checkbox"/> 1 食欲 () <input type="checkbox"/> 2 口腔内の問題 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 嚥下の不都合 <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 味覚の低下 <input type="checkbox"/> 口が渾く <input type="checkbox"/> むせ <input checked="" type="checkbox"/> 3 食欲低下 <input type="checkbox"/> 4 摂食・嚥下障害 <input type="checkbox"/> 5 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 6 下痢(下剤の常用を含む) ※ 特記事項 胃切除 (全摘出) 早食い、ド力食い傾向にある お酒を飲んで下痢、嘔吐があった | | |
| | <input type="checkbox"/> 7 便秘 <input type="checkbox"/> 8 浮腫 <input type="checkbox"/> 9 脱水(臍下・口唇の乾燥等) <input type="checkbox"/> 10 感染 <input type="checkbox"/> 11 発熱 <input type="checkbox"/> 12 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 13 静脈栄養 <input type="checkbox"/> 14 医薬品の種類と数、投与方法、食品との相互作用 | | |
| | 具体的に記載 ハーフゴキシン 1T X1 パップフォー (10) 1T X1 レニベース (5) 1T X1 | | |

(11)

生活機能・身体機能・身体計測 (*記入可能な場合)

| | | |
|--------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| 項目 | 実施日 17年 11月 0日 記入者 管理栄養士 00 | 実施日 18年 1月 0日 記入者 管理栄養士 00 |
| 生活機能・身体機能 | 自立度A2 | 自立度A1 |
| 握力* (kg) (利き腕右) | 22 | 25 |
| 体重 (kg) | 40.0 (75%) | 42.5 (78%) |
| 理想体重* (kg) | 54 | 54 |
| 通常体重 (kg) | 50 | - |
| 体重変化率 (%) | 6ヶ月に12%増加・減少 | 1ヶ月に3% (増加・減少) |
| 下腿周囲長* (cm) | -() % | -() % |
| 上腕周囲長 (cm) | 19 (71%) | 21.0 (96%) |
| 上腕三頭筋脂肪厚 (mm) | 4.0 (27%) | 6.0 (38%) |
| 上腕筋面積 (cm ²) | 23.7 (54%) | 29.4 (74%) |

臨床検査 (記入可能な場合)

| | | |
|------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| 項目 | 実施日 17年 11月 0日 記入者 管理栄養士 00 | 実施日 18年 1月 0日 記入者 管理栄養士 00 |
| 血清アルブミン (g/dl) | 4.5 | 4.6 |
| ヘモグロビン (g/dl) | 13.3 | 14.2 |
| 血糖値 (mg/dl) | 78 | 93 |
| 総コレステロール (mg/dl) | 179 | 160 |
| クレアチニン (mg/dl) | 0.66 | 0.91 |
| BUN (mg/dl) | 21.5 | 16.9 |

(%) : JARDの50パーセンタイル値 (中央値)を100%として換算

| | | |
|----------------|--------------------------------|-------------------------------|
| 項目 | 実施日 17年 11月 0日 記入者 管理栄養士 00 | 実施日 18年 1月 0日 記入者 管理栄養士 00 |
| 経口摂取量 (①) | - | - |
| 主食 (割) | - | - |
| 副食 (割) | - | - |
| エネルギー (kcal) | 1200 (主食約500kcal) | 1,600 |
| タンパク質 (g) | 45 | 65 |
| 水分 (ml) | 1,200 | 1,500 |
| 種類 | - | - |
| 1回の量 (ml/g) | - | - |
| 頻度 (回) | - | - |
| エネルギー (kcal) | - | - |
| タンパク質 (g) | - | - |
| 種類 | お菓子 (クッキーなど) | お菓子 (乳製品を中心に) |
| 1回の量 (ml/g) | 50 | 10 |
| 頻度 (回) | 随時 | 1日1回 |
| エネルギー (kcal) | 200 | 80 |
| タンパク質 (g) | 3 | 3 |
| エネルギー (kcal) ① | 1,400 | 1,580 |
| タンパク質 (g) ① | 48 | 68 |
| 水分 (ml) ① | 1,200 | 1,500 |