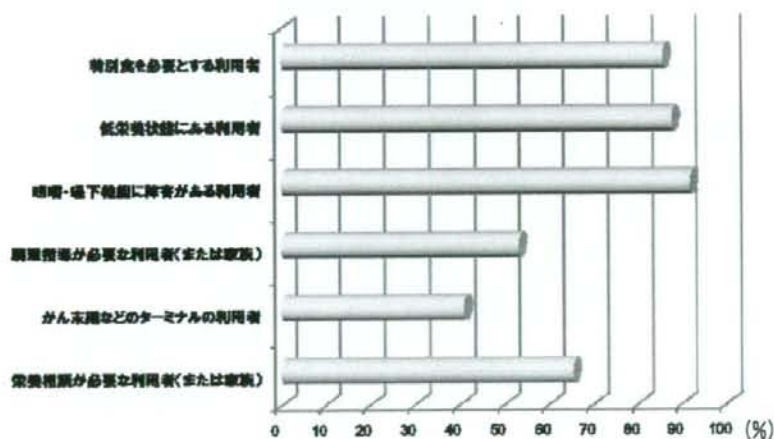
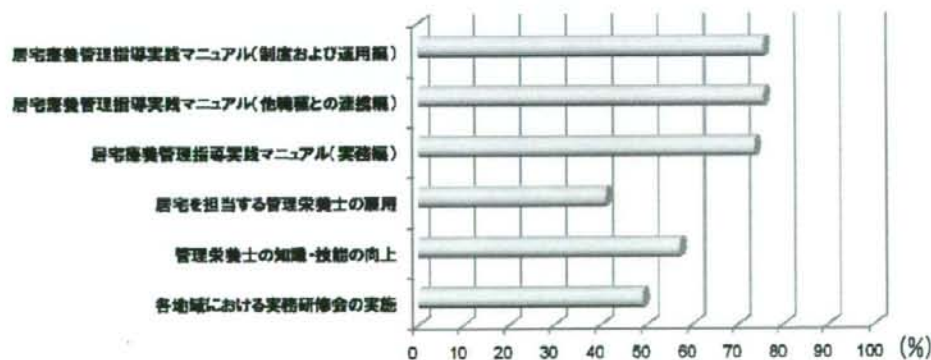


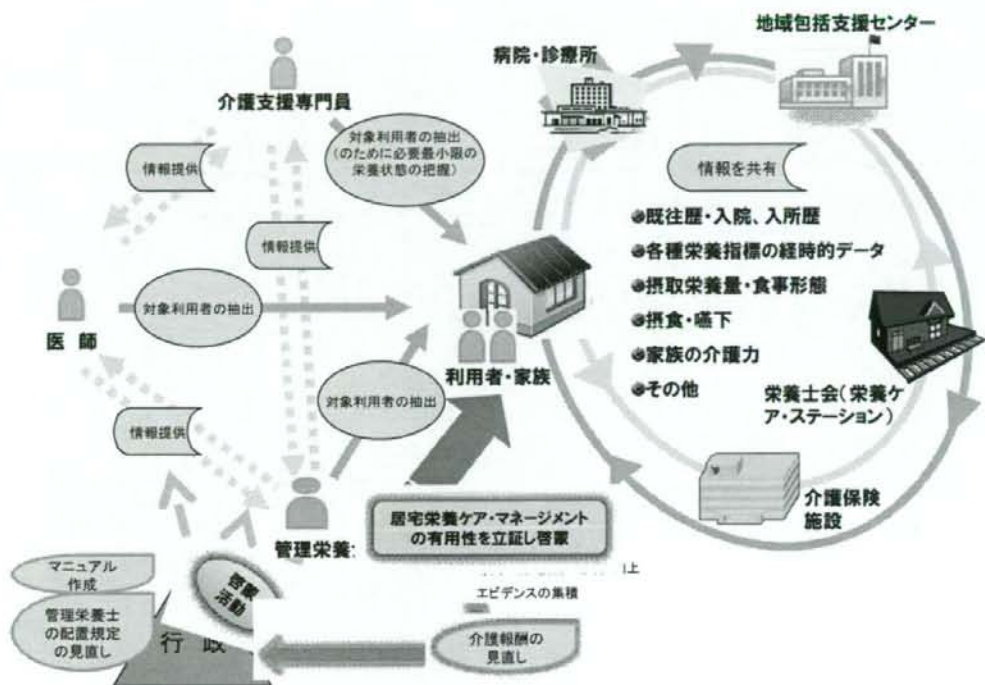
図VI-C-4 4 「管理栄養士による居宅療養管理指導」を実施していない理由  
(複数回答, n=39)



図VI-C-5 5 管理栄養士による居宅療養管理指導の利用者の算定要件への要望  
(複数回答, n=49)



図VI-C-6 -6 「管理栄養士による居宅療養管理指導」の実施および継続していく上での  
必要事項について (複数回答, n=49)



図VI-C-7 7 管理栄養士による居宅療養管理指導の推進モデル

参 考 资 料

## 参考資料

- I. 介護保険施設における栄養ケア・マネジメント業務の3年後の評価  
調査票

「介護保険制度における栄養ケア・マネジメント事業評価に関する研究」  
 介護保険施設における栄養ケア・マネジメントの事業評価 その 1

施設ID \_\_\_\_\_ 記入者の職名(どちらかに○印) 管理栄養士・その他( \_\_\_\_\_ )

1. 11 月 30 日現在の施設概要についてご記入下さい。

(1) 施設の種類の該当するものの番号に○印をつけ、定員数をご記入下さい。

① 介護老人福祉施設 (定員 \_\_\_\_\_ 名) ② 介護老人保健施設 (定員 \_\_\_\_\_ 名)

(2) 11月の栄養管理加算について請求している項目に○印を付けて下さい。栄養ケア・マネジメント加算は 11 月の請求件数をご記入下さい。注:加算対象人数ではなく、11月の「加算請求件数」です。ご注意ください。

①管理栄養士加算 ②栄養士加算 ③栄養マネジメント加算( \_\_\_\_\_ 件) ④いずれも請求していない

(3) 栄養マネジメント加算を請求していない施設の方のみご回答ください。栄養マネジメント加算を請求していない理由について該当する項目に○印を付けて下さい。(複数回答可)

① 施設長の判断 ⑤ 個別の食事対応の困難  
 ② 管理栄養士の判断 ⑥ 他の職種の理解や協力が得られない  
 ③ 管理栄養士の採用困難 ⑦ 人員不足  
 ④ 栄養ケア・マネジメントの方法がわからない ⑧ その他

(4) 経口移行、経口維持加算の請求項目に○印を付け、それぞれの11月の請求件数をご記入下さい。(複数回答可)

①経口移行加算( \_\_\_\_\_ 件) ②経口維持加算Ⅰ( \_\_\_\_\_ 件) ③経口維持加算Ⅱ( \_\_\_\_\_ 件) ④請求していない→設問 1. (5)へ

(5) 経口移行及び経口維持加算を請求していない施設の方のみご回答ください。経口移行及び経口維持加算を請求していない理由について該当する項目に○印を付けて下さい。(複数回答可)

1) 経口移行について	① 必要性を感じていない ② 対象者がいない ③ VFによる嚥下の評価が困難 ④ ③以外の嚥下の評価が困難 ⑤ 個別の食事対応が出来ない ⑥ 医師の指示が得られにくい ⑦ 人員不足 ⑧ その他
2) 経口維持Ⅰについて	① 必要性を感じていない ② 対象者がいない ③ VFによる嚥下の評価が困難 ④ ③以外の嚥下の評価が困難 ⑤ 個別の食事対応が出来ない ⑥ 医師の指示が得られにくい ⑦ 人員不足 ⑧ その他
3) 経口維持Ⅱについて	① 必要性を感じていない ② 対象者がいない ③ VFによる嚥下の評価が困難 ④ ③以外の嚥下の評価が困難 ⑤ 個別の食事対応が出来ない ⑥ 医師の指示が得られにくい ⑦ 人員不足 ⑧ その他



2. 11月の栄養ケア・マネジメント体制について、次の1～3のいずれか1つに必ず○印をご記入下さい。

注:「管理栄養士」とは栄養ケア・マネジメントを担当している常勤の管理栄養士です。

	よく できている	できている	できて いない
<b>【栄養ケア・マネジメント全般に関する項目】</b>			
1. 「食を食べる」と通じて、入所(院)者一人一人の自己実現をめざしていますか	3	2	1
2. 栄養ケア・マネジメントの成果として栄養ケア計画に設定された本人の要望が最も重要な目標であるという認識が広まっていますか	3	2	1
3. 施設長は、医師、管理栄養士、看護師及び介護支援専門員その他の職種が協働して栄養ケア・マネジメントを行う体制を整備していますか	3	2	1
4. 各施設における栄養ケア・マネジメントに関する手順(栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画、モニタリング、評価等)をあらかじめ定めていますか	3	2	1
5. 栄養ケア・マネジメントに関する手順(栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画、モニタリング、評価等)を適切に実施していますか	3	2	1
6. 管理栄養士は、入所(院)者への適切な栄養ケアを効率的に提供できるよう関連職種の連絡調整を適切に実施していますか	3	2	1
7. 管理栄養士は、栄養ケア・マネジメントの推進に責任とやりがいを感じていますか	3	2	1
8. 管理栄養士は、多職種に対して栄養ケア・マネジメントの理解や協力が得られるよう積極的な働きかけを行っていますか	3	2	1
9. 管理栄養士は、栄養ケア・マネジメントを実践する上で必要な施設内外の研修や研究会へ積極的に参加していますか	3	2	1
<b>【栄養スクリーニングに関する項目】</b>			
10. 介護支援専門員あるいは管理栄養士は、入所(院)者の入所(院)後遅くとも1週間以内に、関連職種と協働して低栄養状態のリスクを把握していますか	3	2	1
11. 栄養スクリーニングに基づき、低リスク者と判断された場合は、3ヶ月毎に再スクリーニングを行っていますか	3	2	1
<b>【アセスメントに関する項目】</b>			
12. 管理栄養士は、栄養スクリーニングを踏まえ、入所(院)者ごとのアセスメントを行い解決すべき課題を明らかにしていますか	3	2	1
<b>【栄養ケア計画作成に関する項目】</b>			
13. 管理栄養士は、栄養ケア計画の作成にあたり、個別の栄養補給量(エネルギー、たんぱく質、水分等)を算出し個別の食事補給計画を文章化していますか	3	2	1
14. 管理栄養士は、必要に応じて栄養相談について文章化をしていますか	3	2	1
15. 管理栄養士は、栄養ケア計画の作成にあたり、課題解決のための関連職種の分担について文章化していますか	3	2	1
16. 管理栄養士は、問題の解決をはかるために関連職種が協働できる栄養ケア計画を作成していますか	3	2	1
17. 管理栄養士は、サービス担当者会議(入所(院)者に対する施設サービスの提供に当たる担当者の会議)に出席し、関連職種との話し合いのもと、栄養ケア計画を完成させていますか	3	2	1
18. 介護支援専門員あるいは管理栄養士は、サービスの提供に際して、施設サービス計画に併せて、栄養ケア計画を入所(院)者又は家族に説明し、サービス提供に関する同意を得ていますか	3	2	1
<b>【栄養ケア計画の実施についての項目】</b>			
19. 管理栄養士は、栄養ケア計画に基づいて担当者が、栄養ケア計画に基づいたサービスの提供を行っていることを確認していますか	3	2	1
20. 管理栄養士は、食事の提供にあたり、給食業務の実際の責任者としての役割を担う者(管理栄養士、栄養士、調理師)に対して、栄養ケア計画に基づいた個別対応した食事の提供ができるように説明及び指導を行い、連携をはかっていますか	3	2	1
21. 栄養ケア計画の実施過程において、問題の把握を行い、問題があれば随時多職種と連携し、問題の解決や計画の修正を行っていますか	3	2	1
22. 管理栄養士は、食事に関するインシデント・アクシデントの事例等の把握をしていますか	3	2	1

【モニタリングに関する項目】	よく できている	できている	できて いない
23. モニタリングは、低栄養状態の高リスク者及び栄養補給法の移行の必要性がある者の場合には、2週間毎等適宜行っていますか	3	2	1
24. 栄養スクリーニングに基づき、低リスク者と判断された場合でも、体重は1ヶ月毎に把握していますか	3	2	1
25. 低栄養状態の把握に必要な食事摂取量の低下等の変化などを、日常的にモニタリングし、問題があれば対応をしていますか	3	2	1

【評価についての項目】			
26. 管理栄養士は、栄養ケア提供の経過記録表を作成していますか	3	2	1
27. 栄養リスクの項目について、定期的に評価していますか	3	2	1
28. 管理栄養士は、入所(院)者の生活機能・身体機能、主観的健康感、栄養ケアに対する満足度等の変化を評価し、記録していますか	3	2	1

【継続的な品質改善活動についての項目】			
29. 栄養ケア・マネジメント体制に基づくサービスを総合的に評価し、その構造、手順および成果等の課題について多職種で話し合っていますか	3	2	1
30. 栄養ケア・マネジメント体制に関する改善すべき課題に対して、多職種協働で解決のための計画書を作成し、継続的な品質改善活動に努めていますか	3	2	1

### 3. 現在、栄養ケア・マネジメントの推進上の課題と感じていることに○印を付けて下さい。(複数回答可)

① 施設長の姿勢や理解	⑩ 担当者会議の機能
② 医師の姿勢や理解	⑪ 管理栄養士の知識や技術の不足
③ 介護支援専門員の姿勢や理解	⑫ 人員の配置や不足
④ 管理栄養士の姿勢や理解	⑬ 時間外業務の増大
⑤ 看護師の姿勢や理解	⑭ 管理栄養士の疲労感の増大
⑥ 介護福祉士の姿勢や理解	⑮ 食事の個別化
⑦ ②～⑥以外の職種の姿勢や理解 (具体的な職種名_____)	⑯ コンピュータの導入が未整備
⑧ 委託業者との連携体制	⑰ 車椅子や仰臥位の体重計が未整備
⑨ 行政関係者の姿勢や理解	⑱ 問題と感じていることはない
	⑲ その他

### 4. 給食管理について

(1) 11月の栄養部門の人員構成をご記入下さい。0人の場合は0とご記入下さい。

	施設		委託	
	a.常勤	b.パート	a.常勤	b.パート
1)管理栄養士	人	人	人	人
1)のうち栄養ケア・マネジメント担当者				
2)栄養士	人	人	人	人

(2) 栄養ケア・マネジメントに関する時間は業務の何割を占めますか。

(3) 給食の委託について該当する項目に○印を付けて下さい。

① 直営	② 委託
------	------

(4) 給食業務を委託している施設のみお答え下さい。平成20年11月現在の、栄養ケア・マネジメントを担当する施設側と委託の給食業務に関する業務分担について該当する項目に○印を付けて下さい。(複数回答可)

a.施設側	b.委託側
① 献立 ② 発注 ③ 配膳前検品 ④ 食数・食料変更 ⑤ その他( )	① 献立 ② 発注 ③ 配膳前検品 ④ 食数・食料変更 ⑤ その他( )

(5) 現在作成している帳票全てに○印を付けて下さい。(複数回答可)

① 検査簿	② 喫食調査結果	③ 入所(院)等の入退所(院)簿
④ 食料品消費日計	⑤ 入所(院)年齢構成表	⑥ 給食栄養目標量に関する帳票
⑦ ①～⑥は残っていない→設問10.(7)へ		



(6) (5)の①～⑥に○がついた場合、帳票を作成している理由について該当する項目に○印を付けて下さい。

(複数回答可)

- ① 都道府県等による行政指導(a.健康増進法のため、b.医療法のため、c.その他具体的に )  
② 栄養部門の判断 ③ 施設長の判断 ④ 献立作成のため ⑤ その他( )

(7)平成20年8月1日から適用された事務負担軽減のために栄養ケア・マネジメントの様式例等が通知されましたが、通達内容を知っていますか。

内容について	① 知っている	② 知らない
様式例について	① 改定された様式例に変更した	② 変更していない

(8)上記で「改定された様式例に変更した」に回答された場合、栄養ケア業務の時間は軽減されましたか。

- ① 軽減した(およそ何割くらい 割) ② 軽減しない

## 5. 11月の1日平均あたりの提供食数についてご記入ください。

	一日あたりの平均食数	入所者の食事の種類	一日あたりの平均人数
入所者	食	常食	人
通所	食	非常食	人
職員	食	個別対応	人
ショートステイ	食	療養食(加算対象)	人
その他(保育所等)食	食	経管栄養	人

## 6. 献立作成について

(1)基本献立作成のサイクル化はありますか。

- ①あり( 週/1サイクル) ②なし

(2)作成している献立の種類はいくつですか。

食形態	献立の個別対応(代替食品含む)
種類	種類

## 7. 情報の共有化について

(1)利用者の情報について他部門とコンピュータによる共有化がどのようにおこなわれていますか(メールは除外)

- ①オーダリングシステム ②電子カルテシステム ③施設ケアマネジメントシステム ④食数管理利用などの一部 ⑤共有化は無

## 8. 業務を効率的にについて

(1)今現在給食業務で最も時間のかかっている業務は、何ですか

- ①献立作成 ②調理・配膳 ③検食簿等の削減可能な帳票類の作成 ④給食委託業者との連携 ⑤在庫管理  
⑥残食調査 ⑦食札準備・食事箋チェック ⑧個別対応 ⑨その他( )

(2)給食業務の効率化を図るうえで、どのようなシステム(体制)があればいいと思いますか(複数選択可)

- ①献立の共有化 ②献立の標準化 ③食形態の標準化 ④真空調理やクックチルの導入 ⑤コンピュータの導入  
⑥施設内LAN ⑦給食担当者の給食業務教育体制 ⑧管理栄養士の給食経営の教育体制  
⑨給食委託 ⑩給食センター方式(セントラルキッチン) ⑪その他( )

□お問合せ先□

〒238-8522 神奈川県横須賀市平成町1-10-1 神奈川県立保健福祉大学栄養学科内  
平成20年度 厚生労働省科学研究費補助金長寿科学総合研究事業

「介護保険制度における栄養ケア・マネジメント事業評価に関する研究」事務局

担当:杉山みち子 TEL:046-828-2662 FAX:046-828-2663

\*ご回答いただきましたら、再度記入漏れがないことをご確認いただき、

○月○日までに事務局に同封(○色)の返信用封筒でご返送下さい。



「介護保険制度における栄養ケア・マネジメント事業評価に関する研究」  
 介護保険施設における栄養ケア・マネジメントの事業評価 その 2

記入日 平成 20 年 月 日

施設ID

記入者の職名(どちらかに○印) 管理栄養士・その他( )

## 《栄養ケア・マネジメント体制導入後の低栄養状態の一年間の変化について》

1. 昨年(平成 19 年 11 月中)に入所(院)されて現在(平成 20 年 11 月)も継続して入所(院)されている人数をご記入ください。(この 1 年間で退所・死亡された方は除きます。)

	人
--	---

2. 1 の利用者の判定結果をご記入ください。なお、0 人の場合は 0 と記入してください。(別紙「ご記入にあたってのお願い」の裏面をご参照下さい。)

## (1) BMI

入所(院)時の状態		現在の状態(今年の 10 月の状態です)	
		a. 低リスク <sup>1)</sup>	b. 中・高リスク <sup>2)</sup>
A. 低リスク <sup>1)</sup>	人	人	人
B. 中・高リスク <sup>2)</sup>	人	人	人

低リスク<sup>1)</sup>: 18.5 以上 中・高リスク<sup>2)</sup>: 18.5 未満

## (2) 体重減少率

入所(院)時の状態		現在の状態(今年 10 月の状態です)		
		a. 低リスク <sup>1)</sup>	b. 中リスク <sup>2)</sup>	c. 高リスク <sup>3)</sup>
A. 低リスク <sup>1)</sup>	人	人	人	人
B. 中リスク <sup>2)</sup>	人	人	人	人
C. 高リスク <sup>3)</sup>	人	人	人	人

低リスク<sup>1)</sup>: 変化なし、増加

中リスク<sup>2)</sup>: 1 か月 3~5%未満、3 か月 3~7.5%未満、6 か月 3~10%未満

高リスク<sup>3)</sup>: 1 か月 5%以上、3 か月 7.5%以上、6 か月 10%以上

## (3) 血清アルブミン値

入所(院)時の状態		現在の状態(今年 10 月の状態です)		
		a. 低リスク <sup>1)</sup>	b. 中リスク <sup>2)</sup>	c. 高リスク <sup>3)</sup>
A. 低リスク <sup>1)</sup>	人	人	人	人
B. 中リスク <sup>2)</sup>	人	人	人	人
C. 高リスク <sup>3)</sup>	人	人	人	人

低リスク<sup>1)</sup>: 3.6g/dl 以上 中リスク<sup>2)</sup>: 3.0~3.5g/dl 高リスク<sup>3)</sup>: 3.0g/dl 未満

#### (4) 食事摂取量

入所(院)時の状態		現在の状態(今年10月の状態です)	
		a. 低リスク <sup>1)</sup>	b. 中・高リスク <sup>2)</sup>
A. 低リスク <sup>1)</sup>	人	人	人
B. 中・高リスク <sup>2)</sup>	人	人	人

低リスク<sup>1)</sup>:良好(8割以上摂取) 中・高リスク<sup>2)</sup>:不良(8割未満)

#### (5) 経腸栄養法・静脈栄養法の実施

入所(院)時の状態		現在の状態(今年10月の状態です)		
		a. 継続実施者	b. 経口移行者 <sup>1)</sup>	c. 経腸・静脈移行者 <sup>2)</sup>
A. 経腸栄養法実施者	人	人	人	人
B. 静脈栄養法実施者	人	人	人	人

経口栄養法に移行した者<sup>1)</sup>:一部移行した者も含む

経腸・静脈移行者<sup>2)</sup>:静脈栄養法から経腸栄養法へ移行した者

または、経腸栄養法から静脈栄養法へ移行した者

#### (6) 褥瘡の有無

入所(院)時の状態		現在の状態(今年10月の状態です)	
		a. 褥瘡を有する者	b. 褥瘡の改善 <sup>1)</sup>
褥瘡を有する者	人	人	人

褥瘡の改善<sup>1)</sup>:ステージの改善を含む



#### □お問合せ先□

〒238-8522 神奈川県横須賀市平成町1-10-1 神奈川県立保健福祉大学栄養学科内  
平成20年度 厚生労働省科学研究費補助金長寿科学総合研究事業  
「介護保険制度における栄養ケア・マネジメント事業評価に関する研究」事務局  
担当:杉山みち子 TEL:046-828-2662 FAX:046-828-2663

\*ご回答いただきましたら、再度記入漏れがないことをご確認いただき、  
○月○日までに事務局に同封(○色)の返信用封筒でご返送下さい。

## 参考資料

- II. 介護保険施設の栄養ケア・マネジメントにおける低栄養状態の改善困難事例に関する研究
- III. 介護保険施設認知症高齢者の低栄養状態、食関連周辺症状及び栄養ケアに関する研究  
調査表一式

平成 19 年度厚生労働省労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業「介護保険制度における栄養ケア・マネジメント事業評価に関する研究」—低栄養状態の改善に効果的な栄養ケア計画ならびに栄養改善困難事例、経口移行・経口維持事例に対する栄養ケア・マネジメントのあり方に関する研究—

施設 ID

個別 ID

## フェースシート

記入日 平成 年 月 日

(1) 本例の栄養改善の区分、状況を以下にご記入ください。

①栄養改善の区分について、 ○をつけてください	1.改善 2.改善困難 ( a.維持 b.悪化 )
②改善理由もしくは改善困難の理由が考えられますか。	1.はい 2.いいえ (不明) →②-1) 「1.はい」の場合、以下に理由を簡単にご記入ください
③経口移行・経口維持加算の算定状況について、1～4 を選択し、a または b. に○をつけてください	1.経口移行 ( a.終了 b.継続 ) 2.経口維持 I ( a.終了 b.継続 ) 3.経口維持 II ( a.終了 b.継続 ) 4.未算定
④新規栄養スクリーニングの初回日をご記入ください	(H. 年 月 日)
⑤最終モニタリング日 (低リスクに改善した場合には、再スクリーニング日) をご記入ください	(H. 年 月 日)
⑥上記①～⑤の期間中に入院していますか。	1. はい 2. いいえ →⑥-1) 「1.はい」の場合、以下にご記入ください 1入院期間 a.(H. 年 月 日)～b.(H. 年 月 日) 2.入院理由 ( ) 3入院期間 a.(H. 年 月 日)～b.(H. 年 月 日) 4.入院理由 ( )
⑦本例の現在の状況についてお答えください	1. 退所 (院) 2.本施設に入所 (院) 中 →⑦-1) 「1. 退所 (院)」の場合、その理由を選択してください a.他病院 b.他施設 c.在宅 d.死亡 e.その他 ( )

裏面の記入もお願いします



(2) 本例の新規栄養スクリーニング時の状態を、直近の施設サービス計画書、主治医意見書からご記入ください。H17.10に新規栄養スクリーニングを行った事例は、その時点の状態をご記入ください。

①新規栄養スクリーニング時（又はH17.10時点）の要介護度	a.要介護1 b.要介護2 c.要介護3 d.要介護4 e.要介護5 f.要支援1 g.要支援2 h.非該当（自立） i.新規申請中 j.不明
② ①の認定日	(H. 年 月 日)
③主傷病名（生活機能の低下の原因となった疾病）に○をつけてください。（複数回答可） ②の時点の主治医意見書から転記	1.脳血管疾患（脳出血、脳梗塞等） 9.視覚・聴覚障害 2.心臓病 10.骨折・転倒 3.がん（悪性新生物） 11.高齢による衰弱 4.呼吸器疾患（肺気腫、肺炎等） 12.その他 5.関節疾患（リウマチ等） a.（ ） 6.認知症 b.（ ） 7.パーキンソン病 c.（ ） 8.糖尿病 13.不明
④障害高齢者の日常生活自立度 ③と同じ主治医意見書から転記	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
⑤認知症高齢者の日常生活自立度 ③と同じ主治医意見書から転記	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

(3)・1. 新規栄養スクリーニング時（又はH17.10時点）からその後、要介護度等に変更がありましたか。

1.ある →(3)・2.へ 2.ない →以上で終了です

(3)・2. (3)・1.で「1.ある」の場合、直近の施設サービス計画書、主治医意見書から記入してください。

①直近の要介護度	a.要介護1 b.要介護2 c.要介護3 d.要介護4 e.要介護5 f.要支援1 g.要支援2 h.非該当（自立） i.新規申請中 j.不明
② ①の認定日	(H. 年 月 日)
③主傷病名（生活機能の低下の原因となった疾病）に○をつけてください。（複数回答可） ②の時点の主治医意見書から転記	1.脳血管疾患（脳出血、脳梗塞等） 9.視覚・聴覚障害 2.心臓病 10.骨折・転倒 3.がん（悪性新生物） 11.高齢による衰弱 4.呼吸器疾患（肺気腫、肺炎等） 12.その他 5.関節疾患（リウマチ等） a.（ ） 6.認知症 b.（ ） 7.パーキンソン病 c.（ ） 8.糖尿病 13.不明
④障害高齢者の日常生活自立度 ③と同じ主治医意見書から転記	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
⑤認知症高齢者の日常生活自立度 ③と同じ主治医意見書から転記	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

ご協力ありがとうございます。記入漏れがないか、見直しをお願いします。  
ID ごとに本フェースシートと帳票一式とクリップで留めて、ご提出ください。

平成 19 年度厚生労働省労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業「介護保険制度における栄養ケア・マネジメント事業評価に関する研究」—低栄養状態の改善に効果的な栄養ケア計画ならびに栄養改善困難事例、経口移行・経口維持事例に対する栄養ケア・マネジメントのあり方に関する研究—

## 記入例

フェースシート



- 記入日
1. 改善は、中・高リスクが低リスクになること
  2. 非改善（維持）は、中・高リスクが変化なしのこと
  3. 非改善（悪化）は、中リスクが高リスクになること

(1) 本例

① 栄養改善の区分について、○をつけてください	1. 改善 2. 改善困難 ( a. 維持 b. 悪化 )
② 改善理由もしくは改善困難の理由が考えられますか。	1. はい 2. いいえ (不明) →②-1) 「1. はい」の場合、以下に理由を簡単にご記入ください 嚥下困難があり、摂取量が増大しない。
③ 経口移行・経口維持加算の算定状況について、1～4 を選択し、a または b. に○をつけてください	1. 経口移行 ( a. 終了 b. 継続 ) 2. 経口維持 I ( a. 終了 b. 継続 ) 3. 経口維持 II ( a. 終了 b. 継続 ) 4. 未算定 a. 終了 = 180 日以内で経口移行・経口維持加算の算定が終了した場合 b. 継続 = 180 日以上継続算定の場合
④ 新規栄養スクリーニングの初回日をご記入ください	(H. 17 年 10 月 12)
⑤ 最終モニタリング日（低リスクに改善した場合には、再スクリーニング日）をご記入ください	(H. 19 年 1 月 20 日)
⑥ 上記①～⑤の期間中に入院していますか。	1. はい 2. いいえ →⑥-1) 「1. はい」の場合、以下にご記入ください 1 入院期間 a. (H. 18 年 8 月 10 日) ～ b. (H. 18 年 8 月 17 日) 2 入院理由 ( 発熱、脱水疑い ) 3 入院期間 a. (H. 年 月 日) ～ b. (H. 年 月 日) 4 入院理由 ( )
⑦ 本例の現在の状況についてお答えください	1. 退所 (院) 2. 本施設に入院 (院) 中 →⑦-1) 「1. 退所 (院)」の場合、その理由を選択してください a. 他病院 b. 他施設 c. 在宅 d. 死亡 e. その他 ( )

裏面の記入もお願いします

本例新規栄養スクリーニング時に新規栄養スクリーニングを行った

①新規栄養スクリーニング時（又はH17.10時点）の要介護度

- ・区分変更申請中の場合は、申請を出す時点の要介護度をご記入ください。
- ・初めて栄養スクリーニングを行った時点で、本例が認定されている要介護度、認定日をご記入ください。

② ①の認定日

(H. 17年3月15日)

③主傷病名（生活機能の低下の原因となった疾病）に○をつけてください。（複数回答可）  
(②の時点の主治医意見書から転記)

- |                   |            |
|-------------------|------------|
| 1.脳血管疾患（脳出血、脳梗塞等） | 9.視覚・聴覚障害  |
| 2.心臓病             | 10.骨折・転倒   |
| 3.がん（悪性新生物）       | 11.高齢による衰弱 |
| 4.呼吸器疾患（肺気腫、肺炎等）  | 12.その他     |
| 5.関節疾患（リウマチ等）     | a. ( )     |
| 6.認知症             | b. ( )     |
| 7.パーキンソン病         | c. ( )     |
|                   | 13.不明      |

傷病名の分類が不明な場合は、その他にご記入ください。

自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 **C1** C2

⑤認知症高齢者の日常生活自立度  
(③と同じ主治医意見書から転記)

**自立** I IIa IIb IIIa IIIb IV M

(2)-1. 新規栄養スクリーニング時（又はH17.10時点）からその後、要介護度等に変更がありましたか。

**1.ある** →(3)-2.へ 2.ない →以上で終了です

(3)-2. (3)-1.で「1.ある」の場合、直近の施設サービス計画書、主治医意見書から記入してください。

①直近の要介護度

a.要介護1 b.要介護2 c.要介護3 **d.要介護4** e.要介護5  
f.要支援1 g.要支援2 h.非該当(自立) i.新規申請中 j.不明

② ①の認定日

(H. 18年3月15日)

③主傷病名（生活機能の低下の原因となった疾病）に○をつけてください。（複数回答可）  
(②の時点の主治医意見書から転記)

- |                   |            |
|-------------------|------------|
| 1.脳血管疾患（脳出血、脳梗塞等） | 9.視覚・聴覚障害  |
| 2.心臓病             | 10.骨折・転倒   |
| 3.がん（悪性新生物）       | 11.高齢による衰弱 |
| 4.呼吸器疾患（肺気腫、肺炎等）  | 12.その他     |
| 5.関節疾患（リウマチ等）     | a. ( )     |
| 6.認知症             | b. ( )     |
| 7.パーキンソン病         | c. ( )     |
| 8.糖尿病             | 13.不明      |

④障害高齢者の日常生活自立度  
(③と同じ主治医意見書から転記)

**自立** J1 J2 A1 A2 B1 **B2** C1 C2

⑤認知症高齢者の日常生活自立度  
(③と同じ主治医意見書から転記)

自立 **I** IIa IIb IIIa IIIb IV M

ご協力ありがとうございます。記入漏れがないか、見直しをお願いします。  
IDごとに本フェースシートと帳票一式とクリップで留めて、ご提出ください。







栄養ケア計画書

●利用者氏名、職員、施設名

●生年月日、住所

栄養ケア計画書 (施設) (期)

生年月日: [ ] 住所: [ ]

入居期日: 平成 17 年 5 月 7 日  
 退居期日: 平成 17 年 5 月 15 日  
 看護 (医) 日: 年 月 日

ID 記入

利用者氏名: [ ]  
 職員氏名: [ ]  
 施設名: [ ]

栄養ケア計画書

紹介状の取扱い  
 紹介書 1 ・ 紹介書 2 ・ 紹介書 3 ・ 紹介書 4 ・ 紹介書 5 (その他: )

栄養ケア計画書の目的	食事が摂れる様になってから栄養ケアをしながら徐々に介助したい。	開始と終了日 17年 5月 1日
栄養ケアの目標 (1-2)	栄養ケア計画の目標に達成し、食生活の改善と栄養状態の改善を図り、生活の質を向上し、生活の質の向上を図る。 また、食生活の改善を図るために、栄養ケア計画の中で、食生活の改善を図る。	[ ]
栄養ケアの目標 (3-5)	食生活の改善を図るための栄養ケア計画を、目標に達成し、生活の質を向上し、生活の質の向上を図る。	[ ]

●同意のサイン

栄養ケア提供経過記録 (施設) (案) ID 〇〇〇〇-〇〇				
利用者の氏名: [ ] 氏		作成日: 17年 5月 26日		
作成者の氏名: 管理栄養士 [ ]				
サービス提供曜日	6月29日	6月14日	7月30日	8月22日
栄養補給	食事量が十分に摂取されないので、届の届と栄養補助食品は継続する。	届の届と栄養補助食品は継続する。	摂取量が摂取確保できた(10割)ため、7月21日から栄養補助食品を届のみにする。	朝・夕食の主食は取崩になり、摂取量が1割増になったため、8月22日から栄養補助食品を止める。不足分として牛乳を届に出す。
栄養食事相談	継続的な食事に対する見直し、食事の改善が期待される。体重、栄養状態の改善、食事摂取状況の改善を期待する。		食取もあり、届の届も改善する。	食取もあり、届の届も改善する。

栄養ケア評価表

栄養ケア提供経

栄養ケア評価表 (案) ID 〇〇〇〇										
氏名 [ ]										
2か月後の目標	リソース提供前		8月1日		7月1日		6月1日		5月1日	
	17年 3月 11日		17年 8月 29日		17年 6月 10日		17年 7月 30日		17年 8月 22日	
	記入者	氏名	氏名	氏名	氏名	氏名	氏名	氏名	達成(改善)率	備考
アウトカム										
生活機能・身体機能	自立摂取	食事量半量	自立摂取	食事量半量	届の届分取、それ以上自立摂取		自立摂取		100%	
生活機能維持(意識)	届の届維持	届の届維持	届の届維持	届の届維持	届の届維持	届の届維持	届の届維持		80%	届
食事に関する状況	届の届維持	届の届維持	届の届維持	届の届維持	届の届維持	届の届維持	届の届維持		100%	
栄養リスク										
栄養リスク	低	低	低	低	低	低	低		100%	

●記録中の氏名なども、塗りつぶします。

ご協力ありがとうございます。

塗り残しはないか、見直しをお願いします。

IDごとにフェースシートと帳票一式をクリップで留めて、ご提出ください。

## 参考資料

### IV. 介護保険施設の栄養ケア・マネジメントに利用される栄養補助食品に関する研究 調査票

平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業「介護保険制度における栄養ケア・マネジメント事業評価に関する研究」調査票の一部である(平成 18 年度報告書参照)。

10月30日(10～11月のうちの1日でも可)に使用した、たんぱく質、エネルギー、水分等を補給するための補助食品等についてご記入下さい。適用の理由については以下の該当項目を番号でご記入下さい。なお、同一商品であれば味等の違いは区分けしないでご記入下さい。(紙面が足りない場合には、適宜適当な用紙にご記入下さい。)

①低栄養状態 ②食欲不振 ③脱水 ④便秘 ⑤摂食嚥下困難 ⑥その他(具体的に)

	a.商品名	b.企業名	c.総人数	d.内容	e.適用の理由 (複数回答可)	f.自己負担の有無
A 濃厚 流動食				経口・経管		有・無
				経口・経管		有・無
				経口・経管		有・無
				経口・経管		有・無
				経口・経管		有・無
				経口・経管		有・無
				経口・経管		有・無
				経口・経管		有・無
B タンパク質・ エネルギー 補給のため の補助食品				特保・栄養機能食品 その他( )		有・無
				特保・栄養機能食品 その他( )		有・無
				特保・栄養機能食品 その他( )		有・無
				特保・栄養機能食品 その他( )		有・無
				特保・栄養機能食品 その他( )		有・無
				特保・栄養機能食品 その他( )		有・無
				特保・栄養機能食品 その他( )		有・無
				特保・栄養機能食品 その他( )		有・無
				特保・栄養機能食品 その他( )		有・無
				特保・栄養機能食品 その他( )		有・無
				特保・栄養機能食品 その他( )		有・無
				特保・栄養機能食品 その他( )		有・無
C. その他				特保・栄養機能食品 その他( )		有・無
				特保・栄養機能食品 その他( )		有・無
				特保・栄養機能食品 その他( )		有・無
				特保・栄養機能食品 その他( )		有・無
				特保・栄養機能食品 その他( )		有・無
				特保・栄養機能食品 その他( )		有・無

ご協力ありがとうございました。再度、記入漏れがないことをご確認いただき、2月10日までに事務局に同封(ピンク色)の返信用封筒でご返送下さい。