

「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 ¹⁾	b. 中・高リスク ²⁾
A. 低リスク ¹⁾	人	人
B. 中・高リスク ²⁾	人	人

低リスク¹⁾: 18.5 以上 中・高リスク²⁾: 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 ¹⁾	b. 中リスク ²⁾	c. 高リスク ³⁾
A. 低リスク ¹⁾	人	人	人
B. 中リスク ²⁾	人	人	人
C. 高リスク ³⁾	人	人	人

低リスク¹⁾: 変化なし、増加中リスク²⁾: 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³⁾: 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 ¹⁾	b. 中リスク ²⁾	c. 高リスク ³⁾
A. 低リスク ¹⁾	人	人	人
B. 中リスク ²⁾	人	人	人
C. 高リスク ³⁾	人	人	人

低リスク¹⁾: 3.6g/dl 以上 中リスク²⁾: 3.0~3.5g/dl 高リスク³⁾: 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 ¹⁾	b.中・高リスク ²⁾
A. 低リスク ¹⁾	人	人
B. 中・高リスク ²⁾	人	人

低リスク¹⁾:良好(8割以上摂取) 中・高リスク²⁾: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 ¹⁾	c.経腸・静脈移行者 ²⁾
A.経腸栄養法実施者	人	人	人
B.静脈栄養法実施者	人	人	人

経口栄養法に移行した者¹⁾:一部移行した者も含む

経腸・静脈移行者²⁾: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 ¹⁾
褥瘡を有する者	人	人

褥瘡の改善¹⁾: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（肺炎腫、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（肺炎腫、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

施設 ID
事務局が付与した ID

個別 ID

施設で付与した ID

1,2,3 などの番号を付与してください。

- 記入日
- 改善は、中・高リスクが低リスクになること
 - 非改善（維持）は、中・高リスクが変化なしのこと
 - 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 (本入所 (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

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。

帳票一式の「施設・個別ID記入」、「個人情報塗りつぶし作業」説明

各帳票の右上に、施設 ID と個別 ID を記入し、同封の黒マジックで個人情報に該当する部分を塗りつぶしていただきます。

- 利用者の氏名、住所、生年月日、家族の氏名、部屋番号、施設名、職員の氏名は、黒塗りします。
- 年齢、性別、要介護度は塗りつぶさなくても構いません。

栄養スクリーニング書

施設名 〇〇〇〇〇〇 (施設) ID 〇〇〇〇-〇〇 記入者氏名 〇〇〇〇 日付 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
氏名	(性別) 〇〇 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 生年月日 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 (西暦)
要介護度	3
栄養状態	栄養不足、食事摂取量不足
(主治医の意見書が入ってきた場合に記入) (施設) 栄養リスクのレベル	
BMI	16.5
体格減少率 (%)	(8) 未満 (10) 未満
血清アルブミン値 (g/dl)	3.1 (g/dl) (17年4月30日)
1日の食事摂取量	全量70% 減量70%
栄養補給法	経口摂取
備考	

- 生年月日は黒塗り
- 年齢はそのまま

栄養アセスメント書 I

施設名 〇〇〇〇〇〇 (施設) ID 〇〇〇〇-〇〇 記入者氏名 〇〇〇〇 日付 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
氏名	(性別) 〇〇 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 生年月日 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
要介護度	3
実測日	H17年 5月 11日
実施者	本人 (看護)
主たる介護者	長男
身体状況、栄養状態、食事・栄養状態に関する利用可能な検査の結果	本人、食事は本人の身体状況が安定したら、社会復帰を目的とした食生活を選択している。
主たる介護者・家族 (食事の摂取を支援)	身体状況の不調と生活の不慣れが原因で、家族の在宅介護の負担と介護者の負担を受け、定食になりだしたと語っている。
食事の摂取のための対応事項	
実施日	H17年 5月 11日
嗜好	甘い味(菓子類)、酸味が好む。チーズが嫌い
禁忌	アグラート服用のためグレープフルーツ類
アレルギー	なし
特徴的な嗜好	なし
食事摂取行動の自立	食事後半に食べ終わられる際は半介助し、食事中は声かけ、見守りする
取組	全粥 軟飯食。
環境	車椅子で食卓に向かい、食卓に座る。
特記事項	認知症が重なり、水分の摂取が少い。水分の摂取を促す。
食物摂取による栄養ケアの要否	
実施日	H17年 5月 11日
実施者	〇〇〇〇 管理栄養士
① 身体状況 (BMI、体重減少率、血清アルブミン値)	② 栄養状態 (エネルギー、タンパク質、脂質、ビタミン、ミネラル)
③ 食事摂取量 (摂取量、摂取回数)	④ 食事摂取行動 (食事摂取行動の自立、食事摂取行動の支援)
⑤ 食事摂取環境 (食事摂取環境の整備)	⑥ 食事摂取環境 (食事摂取環境の整備)
⑦ 食事摂取環境 (食事摂取環境の整備)	⑧ 食事摂取環境 (食事摂取環境の整備)
⑨ 食事摂取環境 (食事摂取環境の整備)	⑩ 食事摂取環境 (食事摂取環境の整備)
⑪ 食事摂取環境 (食事摂取環境の整備)	⑫ 食事摂取環境 (食事摂取環境の整備)
⑬ 食事摂取環境 (食事摂取環境の整備)	⑭ 食事摂取環境 (食事摂取環境の整備)
⑮ 食事摂取環境 (食事摂取環境の整備)	⑯ 食事摂取環境 (食事摂取環境の整備)
⑰ 食事摂取環境 (食事摂取環境の整備)	⑱ 食事摂取環境 (食事摂取環境の整備)
⑲ 食事摂取環境 (食事摂取環境の整備)	⑳ 食事摂取環境 (食事摂取環境の整備)
㉑ 食事摂取環境 (食事摂取環境の整備)	㉒ 食事摂取環境 (食事摂取環境の整備)
㉓ 食事摂取環境 (食事摂取環境の整備)	㉔ 食事摂取環境 (食事摂取環境の整備)
㉕ 食事摂取環境 (食事摂取環境の整備)	㉖ 食事摂取環境 (食事摂取環境の整備)
㉗ 食事摂取環境 (食事摂取環境の整備)	㉘ 食事摂取環境 (食事摂取環境の整備)
㉙ 食事摂取環境 (食事摂取環境の整備)	㉚ 食事摂取環境 (食事摂取環境の整備)
㉛ 食事摂取環境 (食事摂取環境の整備)	㉜ 食事摂取環境 (食事摂取環境の整備)
㉝ 食事摂取環境 (食事摂取環境の整備)	㉞ 食事摂取環境 (食事摂取環境の整備)
㉟ 食事摂取環境 (食事摂取環境の整備)	㊱ 食事摂取環境 (食事摂取環境の整備)
㊲ 食事摂取環境 (食事摂取環境の整備)	㊳ 食事摂取環境 (食事摂取環境の整備)
㊴ 食事摂取環境 (食事摂取環境の整備)	㊵ 食事摂取環境 (食事摂取環境の整備)
㊶ 食事摂取環境 (食事摂取環境の整備)	㊷ 食事摂取環境 (食事摂取環境の整備)
㊸ 食事摂取環境 (食事摂取環境の整備)	㊹ 食事摂取環境 (食事摂取環境の整備)
㊺ 食事摂取環境 (食事摂取環境の整備)	㊻ 食事摂取環境 (食事摂取環境の整備)
㊼ 食事摂取環境 (食事摂取環境の整備)	㊽ 食事摂取環境 (食事摂取環境の整備)
㊾ 食事摂取環境 (食事摂取環境の整備)	㊿ 食事摂取環境 (食事摂取環境の整備)

- 職員の名前も黒塗りします

栄養アセスメント書Ⅱも同様にしてください。

栄養ケア計画書

●利用者氏名、職員、施設名

●生年月日、住所

ID記入

栄養ケア計画書 (施設) (02)

生年月日: [] 住所: []

入居日: 平成 17 年 8 月 7 日
 退居日: 平成 17 年 8 月 14 日
 看護 (担当) 日: 平成 年 月 日

紹介状の届出先
 紹介員 1 ・ 紹介員 2 ・ 紹介員 3 ・ 紹介員 4 ・ 紹介員 5 (その他:)

利用者の状態 の記載	食事の摂れる量によって食料が不足したら食料で介護したい。	開始と終了日 17年 8月 17日
ケアサービスの 内容 (ニーズ)	低栄養状態のリスク (低・中・高) 若くは軽中度の低栄養に陥る。食生活改善の指導と栄養相談員との連携を促して、栄養状態を改善し、低栄養状態の進行を防ぐ。 また低栄養状態の改善のために、栄養指導の中で食生活、食品の選択方法など を指導してもらう。	
同意 (サイン) と捺印	食事摂取量が低下する低栄養状態の改善を望み、自覚にて同意とみなし承諾する。	

●同意のサイン

栄養ケア提供経過記録 (施設) (案) ID ○○○○-○○

利用者氏名: ██████████ 年齢: ████████ 作成日: 17年 6月 28日

作成者氏名: 管理栄養士 ████████

サービス提供項目	6月28日	6月18日	7月20日	8月22日
栄養補給	食事量が十分に摂取されないので、薬の補と栄養補給食品は継続する。	薬の補と栄養補給食品は継続する。	投薬量が保固確保でまだ(10割)ため、7月21日から栄養補給食品を減らす。	朝・夕食の主食は取崩になり、摂取量が4割になったため、8月22日から栄養補給食品を止める。不足分として牛乳を補に出す。
栄養食事指導	糖尿病の食事に対する知識、意欲の乏しさが心配される。割合減、継続して現在の体重、食事摂取状態の観察する。		食欲もあり、個別ケアを実施する。	加齢による

ID記入

●記録中の氏名なども、塗りつぶします。

栄養ケア評価表

栄養ケア提供経

栄養ケア評価表 (案) ID ○○○○

氏名: ██████████

2か月間の 目標	リーダース提供期		A期口		-月日		B-月日		B-月日	
	17年 3月 11日		17年 6月 29日		17年 8月 18日		17年 7月 30日		17年 8月 22日	
	記入者	担当	記入者	担当	記入者	担当	記入者	担当	記入者	担当
アウトカム	達成率	達成率	達成率	達成率	達成率	達成率	達成率	達成率	達成率	達成率
生活機能・身体機能	自立の達成	食事量半減	介助の軽減	薬の服用	薬の服用	薬の服用	薬の服用	薬の服用	薬の服用	薬の服用
全般的健康増進(意識)	健康意識	健康意識	健康意識	健康意識	健康意識	健康意識	健康意識	健康意識	健康意識	健康意識
食事に対する満足感	満足感	満足感	満足感	満足感	満足感	満足感	満足感	満足感	満足感	満足感
栄養リスク	栄養リスク	栄養リスク	栄養リスク	栄養リスク	栄養リスク	栄養リスク	栄養リスク	栄養リスク	栄養リスク	栄養リスク
総 数 (点)	88点	85点	82点	80点	80点	80点	80点	80点	80点	80点

ID記入

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.自己餓死の 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。

参考資料

- V. 介護保険施設における栄養ケア・マネジメント業務時間の実態調査
調査表一式

『栄養ケア・マネジメントの業務時間の実態調査』手順

1. 調査実施者

- ① 施設の常勤管理栄養士
- ② 常勤管理栄養士が2名以上いる場合は、全員のご協力をお願いします。

2. 調査内容

調査実施者に関する調査 (付表 8) 月間栄養ケア・マネジメント実施状況調査 (付表 10) 管理栄養士業務時間調査 (3日間)	各常勤管理栄養士
施設状況調査 (付表 11 の 1、11 の 2) 栄養ケア・マネジメントに関する他職種協働状況の実態把握 (付表 13)	施設に1枚

3. 業務時間調査の日程

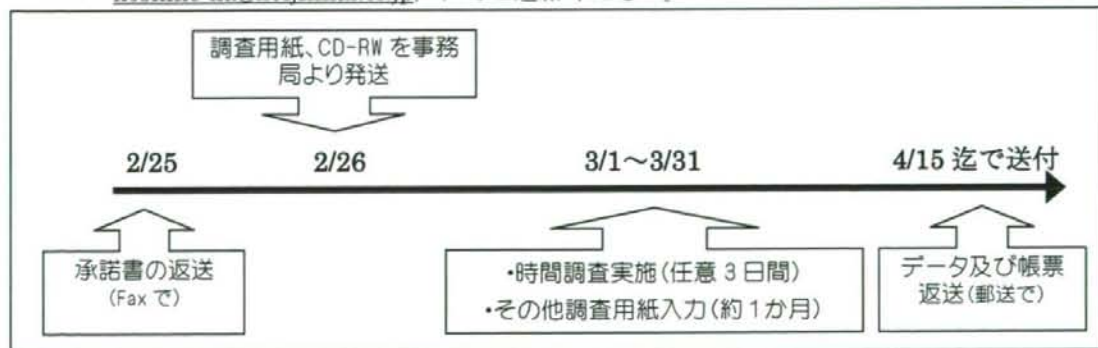
- ① 2007年3月1日(木)～3月31日(土)の期間中、特別なイベントのない平日の3日間を選んでください。
- ② 3日間は連続していなくてもかまいません。
- ③ 複数の管理栄養士が調査する場合、全員が同じ日程でなくてもかまいません。

4. その他の調査について

業務時間調査以外の調査に関しては、月時点の状況をお聞かせください。

5. 承諾書の返送とスケジュール

- ① 承諾書(同封)にご記入の上、2月25日(日)までにFAX(杉山みち子行 FAX: 046-828-2663 または 046-828-2809)で、送付してください。なお、ご承諾いただける場合、承諾書に常勤管理栄養士全員のお名前を記入してください。
- ② 業務時間調査にご承諾いただけましたら、時間調査の記入用紙と入力用CD-RWを郵送いたします。
- ③ 調査のスケジュールは下記のとおりです。調査についてご不明な点がございましたら、問い合わせ先まで、E-mailかFAX(星野和子行 FAX: 011-641-1605 E-mail: hoshino-ka@keijinkai.or.jp)にてご連絡ください。



6. 業務時間調査の記入方法

- ① 業務内容のコードは大項目、中項目、小項目に分けられ、小項目にコードがつけてあります。小項目単位で当てはまる業務を選んでチェックしてください。
- ② 小項目の業務内容の詳細は、「管理栄養士業務時間コード小項目の詳細」でご確認下さい。
- ③ 管理栄養士業務時間調査記入例を参照し、10分ずつの単位で、色を塗りつぶしてください。その際、蛍光ペン以外の筆記用具を用いてご記入ください。
二つの業務を同時に行った場合は、重きを置く業務を選んでチェックしてください。
また、1分単位で業務をした場合は、四捨五入して10分単位としてチェックしてください。
例えば15分の業務をした場合は四捨五入にして20分に、13分業務をした場合は四捨五入にして10分として記入してください。
- ④ 業務時間調査後、後日お送りするCD-RWにデータを入力して返送してください。
なお、入力ができない場合には、調査用紙に記入して送っていただいても結構ですが、出来るだけ施設においてデータの入力をお願いします。

7. その他の調査用の記入方法

- ① 調査実施者に関する調査（付表8）は、管理栄養士2名以上の場合、用紙をコピーしてそれぞれ記入してください。
- ② 月間栄養ケア・マネジメント実施状況調査（付表10）は、3日間では拾い切れなかった栄養ケア業務状況を把握するものです。記入例を参考に1か月の栄養ケア業務状況を入力ください。管理栄養士2名以上の場合、用紙をコピーしてそれぞれ記入してください。
- ③ 栄養ケア・マネジメントに関する他職種協働状況の実態把握（付表13）は、記入例を参考に管理栄養士がご記入ください。

8. 謝金について

今回の調査に参加してくださいました管理栄養士各位に、些少ではございますが、謝金を後ほどお支払いいたします。お振り込みについては、別途ご連絡差し上げます。

9. 問い合わせ先、書類郵送先

〒064-0823 札幌市中央区北3条西28丁目2-1 サンビル6F
医療法人溪仁会法人本部 栄養マネジメント室
担 当：星野和子
電 話：011-641-1600 FAX：011-641-1605
E-mail：hoshino-ka@kejinkai.or.jp

※担当者が不在の場合がありますので、問い合わせは、できるだけFAXかE-mailにてお願いいたします。

「栄養ケア・マナジ」業務時間の実態調査を開始するにあたっての説明

1. 時間調査記入入力用のエクセルシートには、次のシートがあります。

1. 開始の注意事項	5. 手書シート16時～	9. パソコン入力16時～
2. 項目コード説明	6. 手書シート0時～	10. パソコン入力0時～
3. 手書き記入例	7. パソコン入力例	11. パソコン入力カスタ（予備）
4. 手書シート8時～	8. パソコン入力8時～	

2. 調査にあたっては、以下の①～⑨をよくお読みいただいてから初めて下さい。

- ① 調査用紙は、後日送付しますCD-RWに全て入っています。
- ② CD-RWに貼ってあるNoが施設のIDです。データ入力する際には指定の場所に施設ID番号を入力してください。
管理栄養士各位のID番号は、01, 02, 03と連番で各施設でつけてください。
また、各自記入による管理栄養士業務時間調査用紙にも同様にID番号を入力してください。
- ③ 調査日は、2007年3月1（木）～3月31日（土）の期間中、特別なイベントのない「平日の3日間」を選んでください。3日間連続していなくてもかまいません。
複数の管理栄養士が調査する場合、全員が同じ日程でなくてもかまいません。
- ④ 調査用紙は、8：00～16：00、16：00～0：00、0：00～8：00の3つの時間帯に分けられていますので、勤務時間によってそれぞれの用紙を使用してください。
例えば、1日の業務時間が8：30から17：00の場合は、8：00～16：00と16：00～0：00のシートをプリントして記入ください。
- ⑤ 手書き記入例のシートを参照し、10分ずつの単位で、業務した項目欄を塗りつぶしてください。その際、蛍光ペン以外の筆記用具を用いてご記入ください。
二つの業務を同時に行った場合は、重きを置く業務を選んでチェックしてください。
また、1分単位で業務をした場合は、四捨五入して10分単位としてチェックしてください。
例えば15分の業務をした場合は四捨五入にして20分に、13分業務をした場合は四捨五入にして10分として記入してください。
- ⑥ 業務内容のコードは大項目、中項目、小項目に分けられ、小項目にコードがついています。小項目単位で当てはまる業務を選んでチェックして下さい。
小項目の業務内容の詳細は、「項目コード説明」シートに記載していますのでご確認ください。
- ⑦ 時間調査後、パソコン入力シートに、パソコン入力例を参考にデータを入力して下さい。
パソコンに入力できない場合には、用紙に記入して送っていただいても結構ですが、出来るだけ施設において入力をお願い致します。
- ⑧ 3日間の調査が終了し、その他の調査用紙の入力が終わりましたら、同封の返信用封筒（後日送付）に、業務時間調査用紙（手書きシート）と入力済みCD-RW、その他の調査用紙を下記まで、返送してください。
データは念のため、各施設にてバックアップを保存してください。
- ⑨ 調査にご協力下さいました管理栄養士の皆様に、些少ではございますが、謝金をお支払い致しますので、後日送付します振込み用紙に必要事項をご記入の上、調査資料と共に返送下さい。
- ⑩ 問い合わせ先、書類郵送先
〒064-0823 札幌市中央区北3条西28丁目2-1 サンビル6F
医療法人溪仁会法人本部 栄養マネジメント室
担当：星野和子
電話：011-641-1600 FAX：011-641-1605
E-mail：hoshino-ka@kejinkai.or.jp
※担当者が不在の場合がありますので、問い合わせは、できるだけFAXかE-mailにてお願いいたします。

項目コード説明

大項目	中項目	小項目	コード	報告書
栄養ケア・マネジメントに関する業務	栄養スクリーニング (入所(院)時)	身体計測(体重やその他の計測や算出)	01	P58~
		入所(院)後3日以内の食事喫食率の記録と平均喫食率の算出。 食事摂取場面の観察含む。	02	
		情報収集(本人からのヒヤリング)	03	
		情報収集(既存データの書き写し) スタッフからの聞き取りも含む。カルテや看護記録等からの写し。	04	
		経腸・静脈栄養の有無の確認、褥瘡の有無の確認	05	
		記録・コンピュータ入力等	06	
		上記小項目を同時に10分以上実施し、区分できない場合	07	
	栄養 アセスメント	情報収集(本人からのヒヤリング)	08	P63~
		情報収集(既存データの書き写し) スタッフからの聞き取りも含む。カルテや看護記録等からの写し。	09	
		栄養補給に関するアセスメント(エネルギー、タンパク質、水分補給量の算定、補給法の選択、食事形態に関する評価等)	10	
		他職種協働(口腔問題のチェック、医薬品との相互作用) 摂食・嚥下問題や下痢や発熱、褥瘡などの状態を聞き取りなどで確認する	11	
		記録・コンピュータ入力等	12	
		上記小項目を同時に10分以上実施し、区分できない場合	13	
	栄養ケア計画 (原案)の作成	利用者及び家族の意向、解決すべき課題、長期目標と期間、短期目標と期間に関する計画	14	P64~
		栄養補給量、栄養補給法に関する計画	15	
		経口移行のための計画(経口移行・経口維持加算に関する業務も含む)	16	
		栄養食事相談の計画	17	
		関連職種による栄養ケア計画	18	
		記録・コンピュータ入力等	19	
		モニタリングの項目及びモニタリング日の計画	20	
		上記小項目を同時に10分以上実施し、区分できない場合	21	
	カンファレンス	カンファレンス参加	22	P65~
		カンファレンス未開催時や欠席担当者に対する栄養ケア計画の報告と承認	23	
		カンファレンス記録書作成 (カンファレンス終了後の記録をさすが、栄養ケア計画書とは別に、カンファレンス時に提出する書類があればここにチェックする)	24	
	利用者・家族への説明	栄養ケア計画書の内容を利用者及び家族にわかりやすく説明する 家族等への栄養ケア計画書の郵送に関する業務も含む。	25	P66~

※ 小項目は「施設及び居宅高齢者に対する栄養・食事サービスのマネジメントに関する研究会」報告書の手順に沿ってコード化してあります。業務内容に関して詳細は、報告書を参照の上ご確認ください。

項目コード説明（つづき）

大項目	中項目	小項目	コード	報告書
栄養ケア・マネジメントに関する業務	栄養ケアの実施・チェック	個別対応のための給食関連業務 （リスク者に対して特別に献立作成、調理等を行なった場合）	26	P67～
		栄養食事相談の実施	27	
		栄養ケア提供経過記録書の作成	28	
		その他（ ）		
	実施上の問題点の把握	栄養ケア計画の変更の必要状況の把握、専門職種への紹介・報告 （計画の変更が必要になる状態を確認した時は、ここに記入。例：飲み込みの状況が悪く、食事の変更が必要と思われた場合、誤嚥性肺炎で、食止めになった状況を確認したなど。）	29	P67～
		計画の変更に関するカンファレンスの開催等の計画の見直し	30	
		その他（ ）		
	モニタリングの実施	病棟における観察・食事介助 （日常的な食事の観察、病棟の申し送り参加）	31	
		計画に基づくモニタリングの実施 （体重、検査データ、食事喫食率の記録と平均喫食率の算出、生活状況の確認）	32	P67～
		モニタリング結果の報告（カンファレンス）、利用者及び家族への説明、計画終了時、退所（院）時の総合的な評価	33	
		栄養ケア評価書の記載。評価（目標達成度、改善状況等の記載）。	34	
		その他（ ）		
	再栄養スクリーニングの実施	3か月ごとの栄養スクリーニング	35	P67～
	退所（退院）時計画の作成と説明	居宅における栄養ケア計画の作成	36	P68～
		利用者及び家族への説明	37	
		居宅の訪問	38	
		他施設に入所（院）するための、栄養状態や栄養ケア計画等の連絡調整及び情報提供	39	
		その他（ ）		
	評価と改善	栄養ケア・マネジメントに関する業務手順や内容、成果に対する自己評価。 （集団的なアウトカム評価の実施も含む）	40	P69～
		栄養ケア・マネジメントの改善すべき課題の決定や解決のための計画の作成 （栄養ケアの介入方法や人員配置、システムの見直し等の計画の作成、実施、評価）	41	
		施設長への栄養ケア・マネジメント改善への取り組み状況報告 （アウトカム評価の報告も含む）	42	
		その他（ ）		

項目コード説明（つづき）

大項目	中項目	小項目	コード	報告書
給食栄養補給に関する業務	栄養ケア	食事箋依頼・食事箋指示 （栄養ケア計画に基づいて、医師、看護師等に食事の内容の変更を依頼又は指示した場合）	4 3	
		食事箋チェック・食札準備	4 4	
		チェック（栄養ケア計画に基づいた個別対応が行われ、安全で衛生的な食事の提供ができていないことをチェック） 配膳の食事チェックも含む	4 5	
		食事ごとのインシデント・アクシデント対応 （食事の誤配、異物混入等の対応）	4 6	
		給食委託業者との連携（事業所責任者への安全、衛生管理の説明・指導、給食業務担当者への個別対応した食事提供の説明・指導）	4 7	
	情報収集	患者のニーズアセスメント（選択メニューなど情報収集）	4 8	
	計画	献立作成（食品構成の作成、メニューづくり、栄養価計算等） 作成された献立を確認することも含む	4 9	
	在庫管理	購入量の予測・決定、購入相手先の選定、契約、発注	5 0	
		検収、納品	5 1	
		倉出し、棚卸、物品補充指示	5 2	
		帳票整理、帳票類作成及び確認	5 3	
	調理	調理準備、調理、配食、配膳	5 4	
		片付け・洗浄、清掃	5 5	
	問題抽出・評価	集団による調査（残食量・喫食率調査、満足度調査）、食事毎の検食によるチェック（献立通りにできているか）	5 6	
帳票類作成・確認	帳票類（上記以外の帳票類があれば）作成及び確認	5 7		
給食以外の物品管理	必要量決定、発注、納品、検収、在庫管理、帳票類作成及び確認	5 8		
衛生管理	リスクアセスメント	危害分析・改善措置、統計的処理、事故予防の啓発業務等	5 9	
	管理基準の設定	温度、保管期間、標準作業等マニュアル作成等	6 0	
	モニタリング	実施（細菌検査、保存食管理、施設設備管理の点検等）・帳票作成及び確認	6 1	
人事労務管理		人員名簿の作成、出勤簿の作成・確認	6 2	
		栄養部門従業員の作業計画管理等	6 3	
		人事・他部門との調整（打ち合わせなど）	6 4	
		計画作成（雇用計画・面接・雇用手続き・人事異動等）	6 5	
		教育・研修（新人研修・〇年次研修、管理者研修などの実施や教育）	6 6	
		業務評価（面接、評価表の作成）	6 7	
		人事関係の問題チェックと改善	6 8	
		文書化・報告書作成等	6 9	

項目コード説明（つづき）

大項目	中項目	小項目	コード	報告書
財務管理		情報収集・分析（原価計算等）	70	
		他部門との調整（打ち合わせなど）	71	
		予算策定	72	
		事務処理（伝票処理・経理処理等）	73	
		問題チェックと改善	74	
		文書化・報告書作成等	75	
運営業務		マーケティング、患者ニーズ・施設内ニーズの把握等	76	
		他部門との調整（会議への参加等）	77	
		計画（年間計画・月間計画作成等） （部門の運営計画、個人目標計画等）	78	
		スタッフミーティングの実施、連絡調整等	79	
		問題チェック・結果評価・改善 （委託業務関連、施設設備関連含む）	80	
		文書化・報告書作成等	81	
一般への教育・研究、 公務への参加		一般・地域への啓発・啓蒙（講義の実施や資料作成等）	82	
		自己学習（文献検索、継続的教育等） （研修会への参加）	83	
その他		強制的業務停滞時間（会議やエレベーター、コンピュータ等の待ち時間）	84	
		個人的業務停滞時間（コーヒープレイク、出勤・退社時刻の記録）	85	
		移動時間（栄養部門から病室への移動、居宅訪問の移動など）	86	
		昼休み・休み時間	87	