

多職種による栄養ケアの課題

実施日	H20年 4月 5日	H20年 7月 5日	H20年10月 5日	年 月 日
1. 過食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 拒食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 早食い・丸呑み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 盗食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 隠れ食い	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 偏食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 異食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 開口・閉口障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 食べこぼし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 咀嚼障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 嚥下障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 歯の状態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 皮膚（褥瘡等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 吐気・嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 便秘	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 浮腫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 脱水	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 経腸栄養	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 静脈栄養	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. 医薬品の種類と数、食品との相互作用	グルファスト錠5mg・ロヒプノール錠1mg・プルゼニド錠12mg・ノルバスク錠5mg・ピオフェルミン1g・ハイアスピリン錠100mg・大黃甘草湯エキスT錠・ガスターG錠10mg・プレタール錠100mg・セラゼカプセル・ガスマテン錠5mg・ハントシン錠30	グルファスト錠5mg・ロヒプノール錠1mg・プルゼニド錠12mg・ノルバスク錠5mg・ピオフェルミン1g・ハイアスピリン錠100mg・大黃甘草湯エキスT錠・ガスターG錠10mg・プレタール錠100mg・セラゼカプセル・ガスマテン錠5mg・ハントシン錠31	グルファスト錠5mg・ロヒプノール錠1mg・プルゼニド錠12mg・ノルバスク錠5mg・ピオフェルミン1g・ハイアスピリン錠100mg・大黃甘草湯エキスT錠・ガスターG錠10mg・プレタール錠100mg・セラゼカプセル・ガスマテン錠5mg・ハントシン錠32	
22. その他				

【Ⅱ】中リスク、又は高リスクの者に作成

臨床検査（検査値がわかる場合に記入）

検査日	H20年 4月 5日	H20年 7月 5日	H20年10月 5日	年 月 日
血清アルブミン (g/dl)	3.5			
総たんぱく質 (g/dl)	6.5			
ヘモグロビン (mg/dl)	10.9			
MCV (fl)				
MCHC (%)				
CRP (mg/dl)				
ZTT (単位)				
血糖値 (mg/dl)				
ヘモグロビンA1c (%)	5.4			
中性脂肪 (mg/dl)				
HDL-コレステロール (mg/dl)				
血圧 (mmHg)	110/64			

栄養補給

食事 摂取状況	主食 (%)	100	100	100	
	副食 (%)	100	100	100	
間食・栄養補給食品に関する事項 (種類、量、回数など)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
経腸栄養に関する事項 (ルート、種類、量、回数、速度など)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
食事	エネルギー (kcal)	1600	1600	1600	
	たんぱく質 (g)	60	60	60	
	水分 (ml)	1100	1100	1100	
間食・ 栄養補助 食品	エネルギー (kcal)				
	たんぱく質 (g)				
	水分 (ml)				
経腸・ 静脈栄養	エネルギー (kcal)				
	たんぱく質 (g)				
	水分 (ml)				
合計	エネルギー (kcal)	1600	1600	1600	
	たんぱく質 (g)	60	60	60	
	水分 (ml)	1100	1100	1100	

栄養補給量の算定

エネルギー消費量 (kcal)				
必要エネルギー (kcal)	1682	1682	1682	
必要たんぱく質 (g)	60	60	60	
必要水分量 (ml)	1187	1187	1187	
栄養補給法の選択 及び移行の可能性	経口摂取継続	経口摂取継続	経口摂取継続	
多職種による アセスメントの結果	生活支援員:安定した 生活が出来ている	生活支援員:安定した 生活が出来ている	生活支援員:安定した 生活が出来ている	
総合的評価・判定	病状は良好であり生 活も安定している	病状は良好であり生 活も安定している	病状は良好であり生 活も安定している	

栄養ケア計画書

症例事例4

氏名	殿	入所日	年 月 日
作成者		初回作成日	H19 年 4 月 日
利用者 または 家族の意向	施設で安定した生活を送りたい	作成(変更)日	H20 年 4 月 日
		説明と同意日	年 月 日
解決すべき課題 (ニーズ)	栄養状態のリスク (<input type="checkbox"/> 低・ <input checked="" type="checkbox"/> 中・ <input type="checkbox"/> 高) 透析を行っている為食事制限を守る。盗食・隠れ食いを防ぐ。		サイン
長期目標と期間	病院に入るのではなく施設で安定した生活を送りたい		続柄

短期目標と期間	食生活・栄養支援 (①栄養補給、②栄養食事相談、③多職種による支援など)	担当者	頻度	期間
食事制限を守り、病状の安定を図る(6ヶ月)	糖尿病性腎炎で透析を行っており、イレウスもあるため、食事量、水分量、塩分量の管理を行う。	管理栄養士	毎食	6ヶ月
盗食・隠れ食いを防ぐ(6ヶ月)	食事量、水分量、食行動(盗食、隠れ食い等)のチェック	ケアワーカー	毎食	6ヶ月
	服薬の確認	看護職員	毎日	6ヶ月
	日中活動への参加など「食」以外のことに興味をもたせる	生活支援員	毎日	6ヶ月
特記事項	「食」に執着しているため、食事制限に関しては慎重に行う。			

栄養ケア提供経過記録

年	月	日	栄養補給	栄養食事相談	多職種による 栄養ケア	食事
H20	4	5	医師の指示により、提供エネルギー:1600kcal、たんぱく質:60g、塩分6g未満。ミキサー食。		医師:エネルギー:1600kcal、たんぱく質:60g、塩分6g未満の指示。 ケアワーカー:食事量、水分量、食行動(盗食、隠れ食い等)のチェック。 看護職員:服薬の確認。	
H20	7	5	提供エネルギー:1600kcal、たんぱく質:60g、塩分6g未満、ミキサー食を継続。	透析通院時に病院の売店でパンを買い隠し持っていた為注意し、食生活の重要性について話す。	ケアワーカー:食事量、水分量、食行動(盗食、隠れ食い等)のチェック。利用者でつくっているカラオケグループに誘う。 看護職員:服薬の確認。	
H20	10	5	提供エネルギー:1600kcal、たんぱく質:60g、塩分6g未満、ミキサー食を継続。		ケアワーカー:食事量、水分量、食行動(盗食、隠れ食い等)のチェック。 看護職員:服薬の確認。	服薬の為にグレープフルーツ禁忌となる。

栄養スクリーニング1

作成者名

作成日 2007年10月2日

氏名	(ふりがな)	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	新法	障害程度区分	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> 6
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 17年5月22日			知的障害程度 (知的障害者福祉法)	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> 無
主障害	<input checked="" type="checkbox"/> 知的障害 <input checked="" type="checkbox"/> 身体障害			旧法	身体障害程度 (身体障害者福祉法)
主障害の原因疾患	<input type="checkbox"/> ダウン症候群 <input type="checkbox"/> 脳性まひ <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 頸椎損傷 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input checked="" type="checkbox"/> その他(先天性梅毒による脳疾患)			特記事項	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> 無
併存症	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> その他()			体重減少。顕著なやせ。	

栄養状態のリスクのレベル

実施日	07年10月2日	08年1月10日	08年4月10日	08年7月10日
リスク	<input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
身長 (cm)	156.0 cm	156.0 cm	156.0 cm	156.0 cm
体重 (kg)	39.3 kg	41.0 kg	40.6 kg	42.0 kg
BMI (kg/m ²)	16.1	16.8	16.7	17.3
	<input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
体重変化率 (%)	3ヶ月に 1.8 % <input type="checkbox"/> 増 <input checked="" type="checkbox"/> 減 <input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	3ヶ月に 4.3 % <input checked="" type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 <input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	3ヶ月に 1 % <input type="checkbox"/> 増 <input checked="" type="checkbox"/> 減 <input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	3ヶ月に 3.4 % <input checked="" type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 <input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
血清アルブミン値* (g/dl)	3.6 g/dl <input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	g/dl <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	4.0 g/dl <input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	g/dl <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
食事摂取量	主食 80 % <input checked="" type="checkbox"/> 低 副食 80 % <input type="checkbox"/> 中 内容: 全粥・極刻み	主食 95 % <input checked="" type="checkbox"/> 低 副食 95 % <input type="checkbox"/> 中 内容: 全粥・極刻み	主食 95 % <input checked="" type="checkbox"/> 低 副食 95 % <input type="checkbox"/> 中 内容: 全粥・極刻み	主食 95 % <input checked="" type="checkbox"/> 低 副食 95 % <input type="checkbox"/> 中 内容: 全粥・極刻み
栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 静脈栄養
褥瘡	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 高

*検査値がわかる場合に記入

【栄養状態のリスクの判定】

上記の全ての項目が低リスクに該当する場合には、「低リスク」と判定する。高リスクにひとつでも該当する項目があれば「高リスク」と判定する。それ以外の場合は「中リスク」と判定する。

リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5~24.9	18.5未満または25以上	30.0以上
体重変化率	変化なし	1ヶ月に3~5%未満	1ヶ月に5%以上
	(減少3%未満)	3ヶ月に3~7.5%未満	3ヶ月に7.5%以上
		6ヶ月に3~10%未満	6ヶ月に10%以上
血清アルブミン値	3.6g/dl以上	3.0~3.5g/dl	3.0g/dl以下
食事摂取量	76~100%	75%以下	
栄養補給法		経腸栄養 静脈栄養	
褥瘡			褥瘡

栄養スクリーニング2

作成者名

作成日 2007 年 10 月 2 日

氏名	(ふりがな)	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	新法 障害程度区分	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 17 年 5 月 22 日		旧法 知的障害程度 (知的障害者福祉法)	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> 無
主障害	<input checked="" type="checkbox"/> 知的障害 <input checked="" type="checkbox"/> 身体障害		旧法 身体障害程度 (身体障害者福祉法)	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> 無
主障害の原因疾患	<input type="checkbox"/> ダウン症候群 <input type="checkbox"/> 脳性まひ <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 頸椎損傷 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input checked="" type="checkbox"/> その他(先天性梅毒による脳疾患)		特記事項	
併存症	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> その他()			体重減少。顕著なやせ。

栄養状態のリスクのレベル

実施日	08 年 10 月 10 日	08 年 12 月 10 日	年 月 日	年 月 日
リスク	<input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
身長 (cm)	156.0 cm	156.0 cm	cm	cm
体重 (kg)	43.7 kg	45.5 kg	kg	kg
BMI (kg/m ²)	18.0 <input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	18.7 <input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
体重変化率 (%)	3 ヶ月に 4.0 % <input checked="" type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 <input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	3 ヶ月に 4.1 % <input checked="" type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 <input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	ヶ月に % <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	ヶ月に % <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
血清アルブミン値* (g/dl)	g/dl <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	g/dl <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	g/dl <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	g/dl <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
食事摂取量	主食 95 % <input checked="" type="checkbox"/> 低 副食 95 % <input type="checkbox"/> 中 内容: 全粥・極刻み	主食 95 % <input checked="" type="checkbox"/> 低 副食 95 % <input type="checkbox"/> 中 内容: 全粥・極刻み	主食 % <input type="checkbox"/> 低 副食 % <input type="checkbox"/> 中 内容:	主食 % <input type="checkbox"/> 低 副食 % <input type="checkbox"/> 中 内容:
栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 静脈栄養
褥瘡	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 高

*検査値がわかる場合に記入

【栄養状態のリスクの判定】

上記の全ての項目が低リスクに該当する場合には、「低リスク」と判定する。高リスクにひとつでも該当する項目があれば「高リスク」と判定する。それ以外の場合は「中リスク」と判定する。

リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5~24.9	18.5未満または25以上	30.0以上
体重変化率	変化なし	1ヶ月に3~5%未満	1ヶ月に5%以上
	(減少3%未満)	3ヶ月に3~7.5%未満	3ヶ月に7.5%以上
		6ヶ月に3~10%未満	6ヶ月に10%以上
血清アルブミン値	3.6g/dl以上	3.0~3.5g/dl	3.0g/dl以下
食事摂取量	76~100%	75%以下	
栄養補給法		経腸栄養 静脈栄養	
褥瘡			褥瘡

栄養アセスメント・モニタリング1

【I】全員に作成

実施日 2007年10月2日

氏名		記入者名	
心身の状況、栄養状態、食事・栄養補給に関する入所者または家族の意向	ご家族の意向: 身体の清潔を保つ。健康に生活させたい。		

実施日	07年10月2日	07年12月12日	08年2月12日	08年4月14日
健康感・意欲 (心身の訴えを含む)				
生活機能・身体機能	アテトーゼ様運動車イス自走	アテトーゼ様運動車イス自走	アテトーゼ様運動車イス自走	アテトーゼ様運動車イス自走

身体計測

実施日	07年10月 日	07年12月 日	08年2月 日	08年4月 日
体重 (kg)	39.3	39.9	40.5	40.6
BMI (kg/m ²)	16.1	16.4	16.6	16.7
体重変化率 (%)	0.8 減	1.5 増	1.5 増	0.2 増
腹囲 (へそ周り) (cm)				

食事提供のための必要事項

食欲の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
留意事項 (嗜好、禁忌、アレルギー、環境等)	姿勢の保持	姿勢の保持	姿勢の保持	姿勢の保持
食事形態	全粥・極刻み	全粥・極刻み	全粥・極刻み	全粥・極刻み
食事に関する 医師からの指示		水分を多めに摂取するように指示あり。		
食事摂取行為の自立	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介助(配膳)	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介助(配膳・摂食)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助(配膳・摂食)	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介助(配膳・摂食)
その他				

多職種による栄養ケアの課題

実施日	07年10月2日	07年12月12日	08年2月12日	08年4月14日
1. 過食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 拒食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 早食い・丸呑み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 盗食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 隠れ食い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 偏食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 異食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 開口・閉口障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 食べこぼし	<input checked="" type="checkbox"/> アテトーゼ様運動のため	<input checked="" type="checkbox"/> アテトーゼ様運動のため	<input checked="" type="checkbox"/> アテトーゼ様運動のため	<input checked="" type="checkbox"/> アテトーゼ様運動のため
10. 咀嚼障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 嚥下障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 歯の状態	<input checked="" type="checkbox"/> 義歯の装着支援	<input checked="" type="checkbox"/> 義歯の装着支援	<input checked="" type="checkbox"/> 義歯の装着支援	<input checked="" type="checkbox"/> 義歯の装着支援
13. 皮膚（褥瘡等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 臀部に赤みあり	<input type="checkbox"/>
14. 吐気・嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 浮腫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 脱水	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 経腸栄養	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 静脈栄養	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. 医薬品の種類と数、食品との相互作用	①サアミオン錠 1日3回 毎食後 ②アーテン錠 1日3回 毎食後 ③セキレノン錠 1日3回 毎食後 ④ピオフェルミン錠 1日3回 毎食後 ⑤酸化マグネシウム粉 1包 0.5g 1日1回夕食後	①サアミオン錠 1日3回 毎食後 ②アーテン錠 1日3回 毎食後 ③セキレノン錠 1日3回 毎食後 ④ピオフェルミン錠 1日3回 毎食後 ⑤酸化マグネシウム粉 1包 0.5g 1日1回夕食後	①サアミオン錠 1日3回 毎食後 ②アーテン錠 1日3回 毎食後 ③セキレノン錠 1日3回 毎食後 ④ピオフェルミン錠 1日3回 毎食後 ⑤酸化マグネシウム粉 1包 0.5g 1日1回夕食後	①サアミオン錠 1日3回 毎食後 ②アーテン錠 1日3回 毎食後 ③セキレノン錠 1日3回 毎食後 ④ピオフェルミン錠 1日3回 毎食後 ⑤酸化マグネシウム粉 1包 0.5g 1日1回夕食後
22. その他				

【Ⅱ】中リスク、又は高リスクの者に作成

症例事例5

臨床検査（検査値がわかる場合に記入）

検査日	2007年 10月 2日	2007年 12月 12日	2008年 2月 12日	2008年 4月 14日
血清アルブミン (g/dl)	3.6			4.0
総たんぱく質 (g/dl)				
ヘモグロビン (mg/dl)				
MCV (fl)				
MCHC (%)				
CRP (mg/dl)				
ZTT (単位)				
血糖値 (mg/dl)				
ヘモグロビンA1c (%)	6.1			6.1
中性脂肪 (mg/dl)	79			96
HDL-コレステロール (mg/dl)				
血圧 (mmHg)	130/84			156/86

栄養補給

食事 摂取状況	主食 (%)	80	95	95	95
	副食 (%)	80	95	95	95
間食・栄養補給食品に関する事項 (種類、量、回数など)		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (ゼリー スポーツ飲料 科)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (ゼリー スポーツ飲料 科)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (ゼリー スポーツ飲料 科)
経腸栄養に関する事項 (ルート、種類、量、回数、速度など)		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
食事	エネルギー (kcal)	1689	1645	1671	1652
	たんぱく質 (g)	63.8	68.5	64.1	72.1
	水分 (ml)	1866	1730	1817	1651
間食・ 栄養補助 食品	エネルギー (kcal)		141	141	141
	たんぱく質 (g)		7.2	7.2	7.2
	水分 (ml)		351	351	351
経腸 ・ 静脈栄養	エネルギー (kcal)				
	たんぱく質 (g)				
	水分 (ml)				
合計	エネルギー (kcal)	1689	1786	1812	1793
	たんぱく質 (g)	63.8	75.7	71.3	79.3
	水分 (ml)	1866	2081	2168	2002

栄養補給量の算定

エネルギー消費量 (kcal)	964	964	964	964
必要エネルギー (kcal)	1750	1750	1750	1750
必要たんぱく質 (g)	60	60	60	60
必要水分量 (ml)	1750	1750	1750	1750
栄養補給法の選択 及び移行の可能性	経口摂取継続	経口摂取継続	経口摂取継続	経口摂取継続
多職種による アセスメントの結果	体重が緩やかに減少している。	わずかではあるが 体重が増加した。	わずかではあるが 体重が増加した。	体重が徐々に増加している。
総合的評価・判定	絶え間ない全身運動による消費エネルギーが高いと考察される。3食の他で100~150Kcal程度補う。	絶え間ない全身運動による消費エネルギーが高いと考察される。3食の他で100~150Kcal程度補う。	絶え間ない全身運動による消費エネルギーが高いと考察される。3食の他で100~150Kcal程度補う。	絶え間ない全身運動による消費エネルギーが高いと考察される。3食の他で100~150Kcal程度補う。

栄養アセスメント・モニタリング2

【I】全員に作成

実施日 2007年10月2日

氏名		記入者名	
心身の状況、栄養状態、食事・栄養補給に関する入所者または家族の意向		ご家族の意向: 身体の清潔を保つ。健康に生活させたい。	

実施日	08年6月 日	08年8月 日	08年10月 日	08年12月 日
健康感・意欲 (心身の訴えを含む)				
生活機能・身体機能	アテトーゼ様運動車イス自走	アテトーゼ様運動車イス自走	アテトーゼ様運動車イス自走	アテトーゼ様運動車イス自走

身体計測

実施日	08年6月 日	08年8月 日	08年10月 日	08年12月 日
体重 (kg)	41.5	41.9	43.7	45.5
BMI (kg/m ²)	17.0	17.2	18.0	18.7
体重変化率 (%)	2.2 増	1.0 増	4.3 増	4.1 増
腹囲 (へそ周り) (cm)				

食事提供のための必要事項

食欲の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
留意事項 (嗜好、禁忌、アレルギー、環境等)	姿勢の保持	姿勢の保持	姿勢の保持	姿勢の保持
食事形態	全粥・極刻み	全粥・極刻み	全粥・極刻み	全粥・極刻み
食事に関する 医師からの指示				
食事摂取行為の自立	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介助 (配膳・摂食)	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介助 (配膳・摂食)	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介助 (配膳・摂食)	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介助 (配膳・摂食)
その他				

多職種による栄養ケアの課題

実施日	08年6月 日	08年8月 日	08年10月 日	08年12月 日
1. 過食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 拒食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 早食い・丸呑み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 盗食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 隠れ食い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 偏食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 異食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 開口・閉口障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 食べこぼし	<input checked="" type="checkbox"/> アテトーゼ様運動のため	<input checked="" type="checkbox"/> アテトーゼ様運動のため	<input checked="" type="checkbox"/> アテトーゼ様運動のため	<input checked="" type="checkbox"/> アテトーゼ様運動のため
10. 咀嚼障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 嚥下障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 歯の状態	<input checked="" type="checkbox"/> 義歯の装着支援	<input checked="" type="checkbox"/> 義歯の装着支援	<input checked="" type="checkbox"/> 義歯の装着支援	<input checked="" type="checkbox"/> 義歯の装着支援
13. 皮膚（褥瘡等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 吐気・嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 浮腫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 脱水	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 経腸栄養	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 静脈栄養	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. 医薬品の種類と数、食品との相互作用	①サアミオン錠 1日3回 毎食後 ②アーテン錠 1日3回 毎食後 ③セキレノン錠 1日3回 毎食後 ④ピオフェルミン錠 1日3回 毎食後 ⑤酸化マグネシウム粉 1包 0.5g 1日1回夕食後	①サアミオン錠 1日3回 毎食後 ②アーテン錠 1日3回 毎食後 ③セキレノン錠 1日3回 毎食後 ④ピオフェルミン錠 1日3回 毎食後 ⑤酸化マグネシウム粉 1包 0.5g 1日1回夕食後	①サアミオン錠 1日3回 毎食後 ②アーテン錠 1日3回 毎食後 ③セキレノン錠 1日3回 毎食後 ④ピオフェルミン錠 1日3回 毎食後 ⑤酸化マグネシウム粉 1包 0.5g 1日1回夕食後	①サアミオン錠 1日3回 毎食後 ②アーテン錠 1日3回 毎食後 ③セキレノン錠 1日3回 毎食後 ④ピオフェルミン錠 1日3回 毎食後 ⑤酸化マグネシウム粉 1包 0.5g 1日1回夕食後
22. その他				

【Ⅱ】中リスク、又は高リスクの者に作成

臨床検査（検査値がわかる場合に記入）

検査日	2008年 6月 12日	2008年 8月 11日	2008年 10月 日	2008年 12月 17日
血清アルブミン (g/dl)				
総たんぱく質 (g/dl)				
ヘモグロビン (mg/dl)				
MCV (fl)				
MCHC (%)				
CRP (mg/dl)				
ZTT (単位)				
血糖値 (mg/dl)				
ヘモグロビンA1c (%)				
中性脂肪 (mg/dl)				
HDL-コレステロール (mg/dl)				
血圧 (mmHg)				

栄養補給

食事 摂取状況	主食 (%)	95	95	95	95
	副食 (%)	95	95	95	95
間食・栄養補助食品に関する事項 (種類、量、回数など)		<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ()
経腸栄養に関する事項 (ルート、種類、量、回数、速度など)		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
食事	エネルギー (kcal)	1685	1606	1670	1688
	たんぱく質 (g)	77.8	70.8	68.6	66.6
	水分 (ml)	1995	1785	1733	1768
間食・ 栄養補助 食品	エネルギー (kcal)	141	141	141	141
	たんぱく質 (g)	7.2	7.2	7.2	7.2
	水分 (ml)	351	351	351	351
経腸 ・ 静脈栄養	エネルギー (kcal)				
	たんぱく質 (g)				
	水分 (ml)				
合計	エネルギー (kcal)	1826	1747	1811	1829
	たんぱく質 (g)	85	78	75.8	73.8
	水分 (ml)	2346	2136	2084	2119

栄養補給量の算定

エネルギー消費量 (kcal)	964	964	964	964
必要エネルギー (kcal)	1750	1750	1750	1750
必要たんぱく質 (g)	60	60	60	60
必要水分量 (ml)	1750	1750	1750	1750
栄養補給法の選択 及び移行の可能性	経口摂取継続	経口摂取継続	経口摂取継続	経口摂取継続
多職種による アセスメントの結果	体重の増加が顕著 である。		目標とした体重4kg 増加を達成した。	
総合的評価・判定	絶え間ない全身運 動による消費エネ ルギーが高いと考 察される。3食の他 で100~150Kcal程 度補う。	絶え間ない全身運 動による消費エネ ルギーが高いと考 察される。3食の他 で100~150Kcal程 度補う。	目標の体重4kg増 加は達成した。今 後は現体重を維持 するように食事量を 管理する。	体重の目標値を上回 る状態となった。栄養 強化食品の喫食を一 時取りやめる。

栄養ケア計画書

症例事例5

氏名	殿	入所日	1999年 4月 1日
作成者		初回作成日	2007年 10月 25日
利用者 または 家族の意向	ご家族の意向:健康面に注意を払いながら現状の生活が維持できるようにお願いしたい。	作成(変更)日	2008年 12月 26日
		説明と同意日	年 月 日
解決すべき課題 (ニーズ)	栄養状態のリスク (<input type="checkbox"/> 低・ <input checked="" type="checkbox"/> 中・ <input type="checkbox"/> 高) 体重の減少を抑え4kg増加回復に取り組む。	サイン	
長期目標と期間	栄養改善:6ヶ月前の体重44kgに回復する。(6ヶ月)	続柄	

短期目標と期間	食生活・栄養支援 (①栄養補給、②栄養食事相談、③多職種による支援など)	担当者	頻度	期間
1. 栄養状態のリスクが中リスクのため、栄養量を上げ、体重の増加を図る。(3ヶ月)	1 3食の食事からのエネルギー1600kcal(全粥、極さざみ)の他に、間食で100~150kcalを補給する。	医師 管理栄養士	1日	3ヶ月
	2 食事時、姿勢を保持し食べこぼしを防止する。食卓と胸部の間に隙間を作らないように車イスを固定する。	生活支援員	毎食	3ヶ月
	3 喫食量を確認する。車イスを頻繁に掃除し食べこぼし量を確認する。	生活支援員	毎食	1ヶ月
	4 体重の測定を定期的に行う。	看護師	1回/1週	3ヶ月
	5 体重の増減、Alb値等のモニタリングをする。	管理栄養士	体重は毎日、Albは検査時毎	3ヶ月
2. 食欲不振を招かぬように、口腔内を清潔に保つ。(3ヶ月)	1 自力歯磨きの後、看護師が仕上げを行う。	看護師	毎食後	3ヶ月
特記事項				

栄養ケア提供経過記録

年	月	日	栄養補給	栄養食事相談	多職種による 栄養ケア	食事
2007	10	25	間食に栄養補助食品(ゼリー)140kcalの摂取を開始。		医師:エネルギー量をあげるよう指示。 生活支援員:喫食量の確認。 看護師:歯磨き支援。	全粥、極刻みで提供。 指示量の95%を摂取。
2007	11	5	間食の栄養補助食品(ゼリー)継続。		生活支援員:喫食量・水分摂取のチェック。食事時姿勢の保持。 看護師:歯磨き支援。	全粥、極刻みで提供。 指示量の95%を摂取。
	12	19	間食の栄養補助食品(ゼリー)継続。 尿路障害が原因の血尿、陰部の先端部からの出血あり。水分を多く摂取するように医師より指示がある。10時及び15時に150ccをスポーツドリンクで摂取。	水分を取るよう声かけをする。	生活支援員:喫食量・水分摂取のチェック。食事時姿勢の保持。 看護師:歯磨き支援。	全粥、極刻みで提供。 指示量の95%を摂取。
	12	30	間食の栄養補助食品(ゼリー)継続。	水分を取るよう声かけをする。	生活支援員:喫食量・水分摂取のチェック。食事時姿勢の保持。 看護師:歯磨き支援。	全粥、極刻みで提供。 指示量の95%を摂取。

栄養スクリーニング

作成者名

作成日 2006 年 12 月 25 日

氏名	(ふりがな)	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	新法	障害程度区分	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 61 年 5 月 9 日			知的障害程度 (知的障害者福祉法)	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> 無
主障害	<input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 身体障害			旧法	身体障害程度 (身体障害者福祉法)
主障害の原因疾患	<input type="checkbox"/> ダウン症候群 <input type="checkbox"/> 脳性まひ <input type="checkbox"/> てんかん <input checked="" type="checkbox"/> 頸椎損傷 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> その他 ()				
併存症	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> その他 ()			特記事項	

栄養状態のリスクのレベル

実施日	07 年 12 月 25 日	08 年 3 月 25 日	08 年 5 月 27 日	08 年 9 月 9 日
リスク	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input checked="" type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input checked="" type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
身長 (cm)	178.0 cm	178.0 cm	178.0 cm	178.0 cm
体重 (kg)	96.0 kg	90.9 kg	91.0 kg	90.7 kg
BMI (kg/m ²)	30.3 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input checked="" type="checkbox"/> 高	28.7 <input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	28.7 <input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	28.6 <input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
体重変化率 (%)	3 ヶ月に 3.5 % <input checked="" type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 <input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	3 ヶ月に 5.8 % <input type="checkbox"/> 増 <input checked="" type="checkbox"/> 減 <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input checked="" type="checkbox"/> 高	3 ヶ月に 0.1 % <input checked="" type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 <input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	3 ヶ月に 0.3 % <input type="checkbox"/> 増 <input checked="" type="checkbox"/> 減 <input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
血清アルブミン値 (g/dl)	g/dl <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高		4.2 g/dl <input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	g/dl <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
食事摂取量	主食 90 % <input type="checkbox"/> 低 副食 90 % <input type="checkbox"/> 中 内容: 1口大食	主食 90 % <input type="checkbox"/> 低 副食 90 % <input type="checkbox"/> 中 内容: 1口大食	主食 90 % <input type="checkbox"/> 低 副食 90 % <input type="checkbox"/> 中 内容: 1口大食	主食 90 % <input type="checkbox"/> 低 副食 90 % <input type="checkbox"/> 中 内容: 1口大食
栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	<input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 静脈栄養
褥瘡	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 高

*検査値がわかる場合に記入

【栄養状態のリスクの判定】

上記の全ての項目が低リスクに該当する場合には、「低リスク」と判定する。高リスクにひとつでも該当する項目があれば「高リスク」と判定する。それ以外の場合は「中リスク」と判定する。

リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	18.5~24.9	18.5未満または25以上	30.0以上
体重変化率	変化なし	1ヶ月に3~5%未満	1ヶ月に5%以上
	(減少3%未満)	3ヶ月に3~7.5%未満	3ヶ月に7.5%以上
		6ヶ月に3~10%未満	6ヶ月に10%以上
血清アルブミン値	3.6g/dl以上	3.0~3.5g/dl	3.0g/dl以下
食事摂取量	76~100%	75%以下	
栄養補給法		経腸栄養 静脈栄養	
褥瘡			褥瘡

栄養アセスメント・モニタリング

【1】全員に作成

実施日 2007年12月25日

氏名		記入者名	
心身の状況、栄養状態、食事・栄養補給に関する入所者または家族の意向	ADLが向上したい。独居生活をしたい。		

実施日	07年12月25日	08年3月25日	08年5月27日	08年9月9日
健康感・意欲 (心身の訴えを含む)	朝がなかなか起きられず、朝食が食べられない。	最近、排便が上手くいかない。(少ししかでない。)	体重測定をして、増加していると、すごく嫌な気持ちになる。	食事に関して、少し興味ができた。
生活機能・身体機能	頸髄損傷(C6完全麻痺)。車いす自走。	頸髄損傷(C6完全麻痺)。車いす自走。	頸髄損傷(C6完全麻痺)。車いす自走。	頸髄損傷(C6完全麻痺)。車いす自走。

身体計測

実施日	07年12月25日	08年3月25日	08年5月27日	08年9月9日
体重(kg)	96	90.9	91	90.7
BMI(kg/m ²)	30.3	28.7	28.7	28.6
体重変化率(%)	3.5%増	5.8%減	0.1%増	0.3%減
腹囲(へそ周り)(cm)				

食事提供のための必要事項

食欲の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
留意事項 (嗜好、禁忌、アレルギー、環境等)	納豆禁止	なし	なし	なし
食事形態	1口大	1口大	1口大	1口大
食事に関する 医師からの指示	なし	なし	なし	なし
食事摂取行為の自立	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介助(配膳)	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介助(配膳)	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介助(配膳)	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介助(配膳)
その他				

多職種による栄養ケアの課題

実施日	07年12月25日	08年3月25日	08年5月27日	08年9月9日
1. 過食	<input checked="" type="checkbox"/> 間食が多い	<input checked="" type="checkbox"/> 間食あり	<input checked="" type="checkbox"/> 間食あり	<input checked="" type="checkbox"/> 間食あり
2. 拒食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 早食い・丸呑み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 盗食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 隠れ食い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 偏食	<input checked="" type="checkbox"/> 好き嫌いが多い	<input checked="" type="checkbox"/> 好き嫌いが多い	<input checked="" type="checkbox"/> 好き嫌いが多い	<input checked="" type="checkbox"/> 好き嫌いが多い
7. 異食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 開口・閉口障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 食べこぼし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 咀嚼障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 嚥下障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 歯の状態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 皮膚（褥瘡等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 吐気・嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 浮腫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 脱水	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 経腸栄養	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 静脈栄養	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. 医薬品の種類と数、食品との相互作用	①ルボックス(25)2T ②ダントロウム1C ③ハップフォー(10)2T ④ダントロネ44T ⑤GE60ml	①ハップフォー(10)2T ②ラキソペロン4T1× ③GE61ml	①ハップフォー(30)2× ②ダントロネ6T1× ③ラキソペロン4T1×排 便前日 ④GE60ml	①ハップフォー(30)2× ②ラキソペロン4T1×排 便前日 ③GE60ml ④ミノマイシン2T2× ⑤ピロリジンS2T2× ⑥ハイボン2T2×
22. その他				

【Ⅱ】中リスク、又は高リスクの者を作成

臨床検査（検査値がわかる場合に記入）

検査日	07年12月25日	08年3月25日	08年4月11日	08年9月9日
血清アルブミン (g/dl)	4.0		4.2	
総たんぱく質 (g/dl)	7.7		7.1	
ヘモグロビン (mg/dl)	14.8		15.3	
MCV (fl)				
MCHC (%)				
CRP (mg/dl)	1.3		0.3	
ZTT (単位)				
血糖値 (mg/dl)	117.0		83.0	
ヘモグロビンA1c (%)				
中性脂肪 (mg/dl)	88		88	
HDL-コレステロール (mg/dl)				
血圧 (mmHg)				

栄養補給

食事 摂取状況	主食 (%)	90	90	90	90
	副食 (%)	90	90	90	90
間食・栄養補給食品に関する事項 (種類、量、回数など)		<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ()
経腸栄養に関する事項 (ルート、種類、量、回数、速度など)		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
食事	エネルギー (kcal)	1806	1793	1783	1781
	たんぱく質 (g)	75	75	76	75
	水分 (ml)	1900	1901	1902	1903
間食・ 栄養補助 食品	エネルギー (kcal)	400	400	400	400
	たんぱく質 (g)	7	7	7	7
	水分 (ml)				
経腸・ 静脈栄養	エネルギー (kcal)				
	たんぱく質 (g)				
	水分 (ml)				
合計	エネルギー (kcal)	2209	2193	2183	2181
	たんぱく質 (g)	79.2	82	83	82
	水分 (ml)	1900	1900	1900	1900

栄養補給量の算定

エネルギー消費量 (kcal)				
必要エネルギー (kcal)	1900	1900	1900	1900
必要たんぱく質 (g)	60	60	60	60
必要水分量 (ml)	1900	1900	1900	1900
栄養補給法の選択 及び移行の可能性	経口摂取継続	経口摂取継続	経口摂取継続	経口摂取継続
多職種による アセスメントの結果	生活支援専門職: 体重増加が止まらないので、個人の 間食等の食べ物の 管理をする。	生活支援専門職: 体重減少がみられたが、まだ減量に対 する意識の低さがう かがえる。	生活支援専門職: 前回体重減少がみ られたが、まだ動作 の障害になっている。	生活支援専門職:体 重減少がみられた が、さらに減量をする ため、センターの食事を 3食きちんと摂るように 支援する。
総合的評価・判定	体重は、さらに増 加。	体重は、減少した。	体重は少し増加し た。	体重は、減少した。

栄養ケア計画書

氏名	殿	入所日	2006年12月21日
作成者		初回作成日	2007年12月25日
利用者 または 家族の意向	ADLを向上させたい。	作成(変更)日	年 月 日
		説明と同意日	年 月 日
解決すべき課題 (ニーズ)	栄養状態のリスク (<input type="checkbox"/> 低・ <input checked="" type="checkbox"/> 中・ <input type="checkbox"/> 高) 体重増加(半年で4kg増)し、ADL向上のための訓練に支障をきたしているため、減量の必要がある。本人からもADLを向上させたいとの希望がある。		サイン
長期目標と期間	1年間で、4kg減量(入所時の体重に戻す)をし、ADL向上のための訓練がスムーズに行われるようにする。(1年後)		続柄

短期目標と期間	食生活・栄養支援 (①栄養補給、②栄養食事相談、③多職種による支援など)	担当者	頻度	期間
規則正しい食生活を身につける。間食に気をつける。(3ヶ月)	1日3食きちんと食堂で摂取し、食生活を整える。 間食を控える。お菓子の袋から直接食べないで、1回に食べる量を皿に出して食べる。	生活支援員 生活支援員・看護師・介護員	毎日 毎日	3ヶ月 3ヶ月
減量する意識を持たせる。(1ヶ月)	排便後に体重測定をする。 意識付けの声かけを行う。	看護師 管理栄養士 生活支援専門職・看護師・介護員	3日毎 毎日	1ヶ月 1ヶ月
訓練にきちんと出席する。(運動する。)	1時限目より、訓練に出席する。	生活支援専門員	毎日	3ヶ月
身体活動度を上げる	訓練時間以外も、車いすでセンターの建物の外周をまわる等、体を動かす。	生活支援専門員	週末	3ヶ月
特記事項				

栄養ケア提供経過記録

年	月	日	栄養補給	栄養食事相談	多職種による 栄養ケア	食事
2007	12	25	提供エネルギー1900kcal、たんぱく質60gとする。間食で約400kcal摂取しているため、100～200kcalに減らすようにする。	規則正しい食生活の重要性、間食の取り方について話す。	生活支援員・看護師・介護員： 間食の取り方をチェック。訓練の出席を確認。 看護師：体重のチェック。	特に問題なく、提供食事摂取量の90%を摂取。
2008	3	25	体重が減少しているため、提供エネルギー1900kcal、たんぱく質60gを継続する。	間食の取り方について確認。 センターの建物の外周をまわるよう声かけ(身体活動度を上げるため)。	生活支援員・看護師・介護員： 間食の取り方をチェック。訓練の出席を確認。 看護師：体重のチェック。	特に問題なく、提供食事摂取量の90%を摂取。
2008	5	27	体重が減少しているため、提供エネルギー1900kcal、たんぱく質60gを継続する。	センターの建物の外周をまわるよう声かけ(身体活動度を上げるため)。	生活支援員・看護師・介護員： 間食の取り方をチェック。訓練の出席を確認。 看護師：体重のチェック。	特に問題なく、提供食事摂取量の90%を摂取。

