

令和2年度在宅医療(栄養)推進事業
新潟県補助事業

新潟県における 在宅訪問栄養食事指導推進事業

—在宅療養者等のステージに合ったQOLの向上をめざして—

令和2年度事業報告書

令和3(2021)年3月

公益社団法人 新潟県栄養士会

はじめに

令和2年度新潟県補助事業「在宅医療（栄養）推進事業」は新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から、十分に感染防止対策を図りながら進めることが求められました。そのような状況の中、「在宅訪問栄養食事指導推進事業」は無事に終了し、事業報告書（本編48頁より）としてまとめることができました。

医師会の地域医療連携推進センター、訪問対象者かかりつけクリニックの先生方、ケアマネジャー等皆様それぞれの立場から連携をいただき、実施することができましたことをお礼申し上げます。

「在宅訪問栄養食事指導に係る研修事業」につきましては、実施できた事業と見送った事業がありますが、このようなコロナ禍のため致し方ないと考えます。その中でも人材育成事業を実施して、4回の研修会、症例検討会が開催できたことは有意義であったと思います。

これまでに経験のない状況が年度中続き、本事業計画の中で可能なこと、不可能なことを常に考えながら事業を行った担当者はさぞ大変だったであろうと思います。

このように本事業に関わったすべての方の適切な対応のおかげで無事に年度末を迎えることができました。令和2年度事業報告書をご一読いただき、関わりました会員と可能な限り前に進む努力をしてきました栄養ケア・ステーションに対してご理解をいただきたいと存じます。

団塊の世代すべての方が75歳以上となる2025年に向けて、2040年を見据えながら地域包括ケアシステムの推進、重度化防止の取組が来年度の介護報酬改定の大きな目的と聴いております。高齢者施設や新潟県栄養士会栄養ケア・ステーションにとりましてもダイナミックな改定になることを前向きに捉え、本事業の在宅療養者等における疾病の重症化予防、QOLの維持・向上を図るための支援を継続的に取り組み、かかりつけクリニックと契約を取り交わし、保険制度のスムーズな運用が可能になるよう進めて参ります。

新潟県の高齢者率は全国平均より高く推移し、また高齢者を取り巻く環境は多様化し、在宅において自立した生活を送るための支援は急務となっています。本事業を始めた頃に比べ、多職種から「在宅に管理栄養士が必要である」という声を多く聞くようになってきました。その声に応えられる管理栄養士になるために常にスキルを磨き、最新の情報に耳を傾けて継続的に研鑽を積まなければなりません。

令和3年度は新潟県歯科医師会と連携し、本事業を展開していく予定です。

口腔ケアは、全身の健康に関係し、歯・口腔状態が良好であればしっかり噛んで食べることが可能であり、訪問対象者の願いである、食べたいものを食べ、美味しく感じ、満足感を得、栄養を満たし、そのことが前向きに「生きる力」となることを確信しています。

今後も在宅高齢者のために、着実に歩を進めていきたいと思っております。

令和3年3月

公益社団法人 新潟県栄養士会 会長 折居 千恵子

Contents

はじめに	01
令和2年度在宅医療(栄養)推進事業概要	
Ⅰ.事業目的・内容	03
Ⅱ.事業の概要	05
1.体系図	05
2.タイムスケジュール	06
1.在宅訪問栄養食事指導推進事業	08
(1)各支部協力要請訪問	08
(2)各支部在宅担当者会議	09
(3)モデル訪問栄養食事指導実施	11
(4)訪問指導支部代表者会議	23
(5)在宅栄養ケア活動推進会議	27
(6)在宅栄養ケア評価委員会	28
2.拠点整備事業	38
3.在宅訪問栄養食事指導に係る研修事業	41
(1)在宅栄養ケア総合研修会	41
(2)人材育成研修会	42
(3)人材育成症例検討会	43
(4)支部訪問指導症例検討会	44
(5)訪問担当者実務研修会	45
(6)多職種向け周知講座	46
4.まとめ	47
おわりに	48
5.症例集	49
6.資料編	129

令和2年度 在宅医療（栄養）推進事業概要

I. 事業目的・内容

1 在宅訪問栄養食事指導推進事業

目的：

在宅療養者等における疾病の重症化予防、QOLの維持及び向上を図ることを目的とする。多職種に対して周知活動をすすめ、在宅訪問栄養食事指導の有用性について理解を促し、郡市医師会の協力によりクリニックとの労務契約による保険制度を運用した訪問栄養食事指導を促進する。併せて、①通所の栄養改善事業の推進②市町村と連携して各地域に応じた協力体制を構築する。又、従来の訪問指導に電話相談を効果的に組み合わせて高齢者の食生活改善と療養生活を支援し、トータルケアを目指す。

事業内容：

(1) 在宅訪問栄養食事指導の協力要請

新潟県栄養士会10支部において各郡市医師会ならびに市町村包括支援センター、訪問看護ステーション、介護支援センター等へ栄養食事指導依頼の協力要請訪問を実施して、訪問栄養指導の普及と指導依頼件数の増加を目指した。

(2) 各支部・在宅担当者会議

支部単位の相談会議を定期的で開催した。

(3) モデル在宅訪問栄養食事指導の実施

在宅療養者の低栄養改善・予防に重点を置いた指導効果を示し指導実績を積み、主治医から指導指示の喚起を促して保険制度運用へ繋ぎ、訪問事業推進を目指した。

(4) 訪問指導支部代表者会議

各支部代表者による本事業の推進に向けた具体的な課題の意見交換を行った。

(5) 在宅栄養ケア活動推進委員会の開催

事業の進捗状況、実質的な討議を定期的に行った。又、管理栄養士不在の通所施設に介護報酬利用の栄養改善・訪問指導につなげる為の会議も合わせて開催した。

(6) 評価委員会の開催

在宅ケアに係る多職種の代表者及び有識者により、客観的な見地から本事業の評価・検証を行い、今後の事業展開に必要な基礎資料を得た。

2 拠点整備事業

新潟県全域における在宅医療(栄養)推進事業の拠点整備を行なった。

3 在宅訪問栄養食事指導に係る研修事業

目的：

市町村並びに多職種と連携し協力体制強化を目指した研修会を開催し、訪問指導の担い手となる在宅訪問栄養食事指導従事者の確保と人材育成のための体制整備の充実を目指す。

(1) 在宅栄養ケア多職種連携研修会の開催

コロナ禍の影響を考慮し本年度は開催を中止した。

(2) 人材育成研修会

在宅訪問栄養食事指導を行う人材育成に係る研修会を開催し、管理栄養士・栄養士の指導技術のスキルアップを図った。

(3) 人材育成症例検討研修会

人材育成研修会参加者を対象とし、症例発表者を中心にグループワークの開催や参加者全員で症例検討を行い、実践に役立つ人材の育成を図った。

(4) 支部訪問指導症例検討会

各支部で訪問管理栄養士が実施症例を検討し、効果的な指導技術の向上と的確な報告書作成に係るスキルアップを図った。

(5) 訪問担当者実務研修会

在宅訪問指導推進における問題点と改善策についての討議や効果的な指導方法のスキルアップや多職種と連携し情報を共有する為の研修会を開催した。

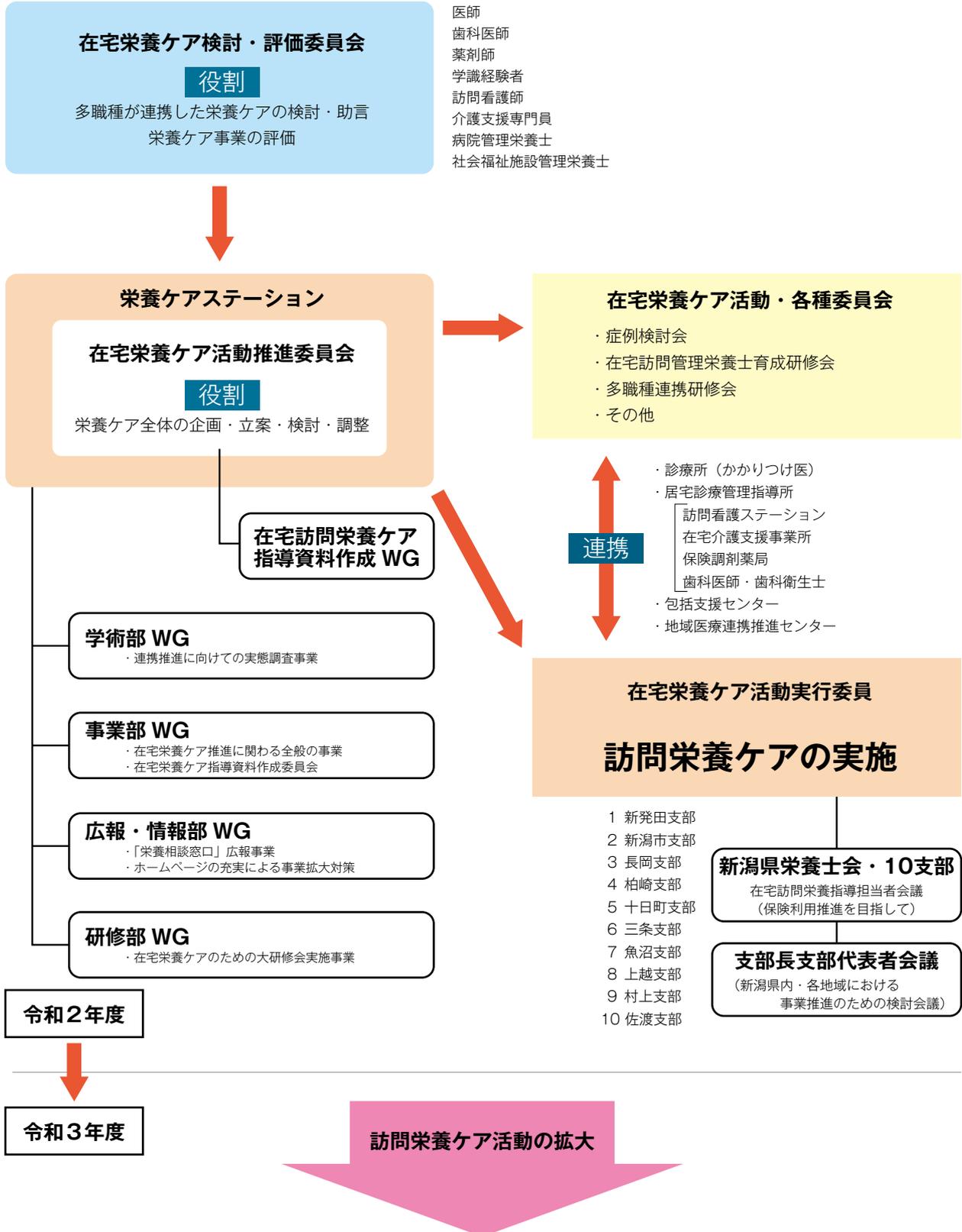
(6) 多職種向け周知講座（出前栄養講座）

地域包括支援センターや介護支援事業所等からの依頼を受けて栄養ケアに関する広報活動を兼ねた栄養知識の普及や調理方法の伝達などの出前講座を開催した。

II. 事業の概要

1. 体系図

公益社団法人新潟県栄養士会



2. タイムスケジュール

事業計画項目			
(事前準備)		2020年4月	5月
(1)	挨拶訪問(事業目的・事業概要説明・協力依頼)	令和元年度	
(2)	かかりつけ医への紹介、契約に必要な書類の整備(手順書・契約書)		
(3)	多職種との連携強化		
(4)	人材スキルアップ研修会開催計画案作成		
1 在宅訪問栄養推進事業			
(1)	在宅訪問栄養食事指導の協力要請		
(2)	各支部・在宅担当者会議		
(3)	モデル・訪問栄養食事指導 ※通所改善サービス事業も含む ・在宅訪問栄養指導実施・労働契約書等の作成・手配 ・在宅訪問栄養ケアの実施・訪問タイムスケジュールの調整		
(4)	訪問指導支部代表者会議		
(5)	在宅栄養ケア活動推進委員会 ※通所・栄養改善事業推進会議も含む		
(6)	在宅栄養ケア 評価委員会		
2 拠点整備			
	本部・上越支部・十日町支部・その他		
	新潟県訪問管理栄養士登録		
3 在宅訪問栄養食事指導に係る研修事業			
(1)	在宅栄養ケア多職種連携研修会		
(2)	人材育成研修会		
(3)	人材育成症例検討研修会		
(4)	支部訪問指導症例検討会		
(5)	訪問担当者実務研修会		
(6)	在宅栄養ケア周知講座		
作成資料			
新潟県 栄養士 会	・在宅療養者のQOLの向上を目標に掲げ、持続可能な活動基盤整備 ・在宅医療推進センターを中心に地域密着型の連携強化活動事業	事業担当責任者	
	1) 潜在管理栄養士確保のための広報活動（登録者募集案内）	・県栄養士会会長 ・県栄養士会支部長 ・事業WG ・栄養ケア・ステーション	
	2) 新聞広告ならびにホームページの活用		
	3) その他受託事業		

令和2年度 在宅医療（栄養）推進事業概要

交付決定期日 6月2日		事業実施状況一覧表									
		6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	2021年1月	2月	3月
報告書配布	(5月)										
本事業推進への協力依頼文書発信 (6月)											
1) 協力要請訪問 (各支部)		上越 (8/1・3・17・28)・村上 (8/3・7・18・19)・新潟市 (8/20)・柏崎 (9/18)・三条 (9/30)・十日町 (10/9・16・30)								計14件	
2) 各支部 在宅担当者会議		上越 (7/14・8/24・10/19) 村上 (8/28・11/6)・柏崎 (7/27・9/10・11/2)・三条 (8/6・3/3)・十日町 (8/26・11/18)・新発田 (8/7)・長岡 (8/4・10/13・12/8)								計16件	
3) モデル・在宅訪問 栄養指導		上越 (1件)・三条 (4件)・新発田 (7件)・十日町 (1件)・柏崎 (1件)・長岡 (3件)・村上 (2件)・新潟市 (19件)								計38件 延訪問112回 延電話 23回	
4) 訪問指導支部 代表者会議		新潟市 (第1回7/18 第2回3/13)								計 2 回	
5) 在宅栄養ケア 活動推進委員会		新潟市 (6/4・11・18・29・7/15・8/18・20・21・24・9/7・10・17・28・10/12・23・11/30・12/21・1/18・2/15・3/15)								計20回	
6) 評価委員会		新潟市 (第1回11/5) (第2回 3/4 ※コロナウイルス予防対策の為書面審議)								計 2 回	
登録状況集約作業		新潟市 (本部) 2月・3月作業									
1) 在宅栄養ケア 多職種連携研修会		魚沼・新潟市 開催中止 ※コロナウイルス予防対策の為									
2) 人材育成研修会 (4回シリーズ)		新潟市 (1回目8/19・2回目9/16・3回目10/14・4回目11/18)								計 4 回	
3) 人材育成症例 検討研修会		新潟市 (1/20)								計 1 回	
4) 支部訪問指導 症例検討会		上越 (10/23)・柏崎 (11/2)・十日町 (11/18)・村上 (11/29)								計 4 回	
5) 訪問担当者 実務研修会		長岡 (12/12)・新潟市 (12/16)・上越 (12/22)								計 3 回	
6) 在宅栄養ケア 周知講座		十日町 (9/11)・長岡 (10/14)								計 2 回	
▼ 本事業報告書		魚沼支部 (嚥下調整食一覧表2月作成済み)								栄養指導資料作成 2 回実施	
1) 人材育成研修会参加募集案内 {新潟県栄養士会会員向け会誌同時封入(2020年4月) ・新聞広告ならびにホームページ掲載}											
2) 広報活動および多職種連携会議参加 および受託事業		<ul style="list-style-type: none"> 新潟県主催「介護予防のための地域ケア個別会議の助言者育成研修会」へ参加 新潟県歯科医師会主催研修会議への参加 新潟市国保糖尿病性腎症重症化予防・個別栄養指導事業受託 新潟県後期高齢者医療広域連合会・在宅訪問フレイル対策事業受託 新潟県職能団体情報交換会への参加 									

1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

(1) 各支部協力要請訪問

訪問件数 計14件 (21人)

回数	日付	時間	支部	訪問先・訪問相手	説明内容	氏名
1	8月1日	15:00~16:00	上越	平成クリニック・丸山院長	・訪問栄養指導に関する介護保険の制度説明・雇用契約	五十嵐英子
2	8月3日	10:30~11:30	上越	杉田医院・杉田院長	・訪問栄養指導に関する介護保険の制度説明・雇用契約	星野ハツ子
3	8月3日	13:00~13:15	村上	伊賀医院	・本事業の説明と協力依頼	北林 紘
4	8月7日	13:30~13:50	村上	関川村国民健康保険 関川診療所	・本事業の説明と協力依頼 (9月頃から医師に同行し紹介してもらう)	北林 紘 宮村 愛
5	8月17日	15:00~16:00	上越	ふもとクリニック・竹ノ内院長	・訪問栄養指導に関する介護保険の制度説明	五十嵐英子
6	8月18日	16:00~16:15	村上	瀬賀医院	・協力依頼	北林 紘
7	8月19日	11:55~12:05	村上	澤田医院	・協力依頼	北林 紘
8	8月20日	13:30~14:00	新潟市	新潟市医師会	・協本事業の説明と協力依頼・2020年度診療報酬改定による診療所と県ケアステ委託契約の取り組みについて	折居千恵子 久志田順子
9	8月28日	15:30~16:30	上越	ふもとクリニック・竹ノ内院長	・訪問栄養指導に関する介護保険の制度説明・雇用契約	五十嵐英子
10	9月18日	15:30~16:30	柏崎	柏崎刈羽郡医師会 在宅推進センター	・医療保険改定にあたり新制度導入について ・2020年度モデル事業及び栄養サポートシステムの普及について	近藤 綾子 今井 恵
11	9月30日	10:00~11:00	三条	三条地域包括支援センター嵐北	・現状の訪問状況の説明 ・実施状況説明と効果・結果	阿部 幸 佐野千代里
12	10月9日	17:00~17:30	十日町	十日町東地域支援センター	・事業について主任介護支援専門委員に説明 (保健師、社会福祉士同席) 紹介のお願い	石澤 享子 蕪木 康子
13	10月16日	17:00~17:30	十日町	十日町市社会福祉協議会 地域福祉課生活支援係	・モデル事業の説明、チラシの設置依頼	石澤 享子 蕪木 康子
14	10月30日	17:00~17:30	十日町	十日町医療福祉相談窓口	・モデル訪問の説明 ・チラシ設置のお願い ・栄養サポートシステムの説明	石澤 享子 蕪木 康子

1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

(2) 各支部在宅担当者会議

会議回数 計16回 (79人)

回数	日付	時間	支部	会場・議事内容	氏名
1	7月27日	15:00~17:00	柏崎	柏崎市市民プラザ 1. 2020年度事業についての説明 2. 2020年度訪問栄養指導の企画・計画の検討 3. その他(食形態ピラミッド作成について・嚥下食研修会について)	青木章子 近藤綾子 金子花絵 小林貴子 神田里美 山下加奈代 今井 恵
2	7月14日	18:00~20:00	上越	上越市市民プラザ 1. 今年度の在宅医療・栄養ケア推進事業について 2. 栄養ケアステーションについて 3. その他	星野詩子 大平真由美 榎谷友美 星野ハツ子
3	8月4日	14:00~16:00	長岡	さいわいプラザ3F中ホール 1. 令和2年度事業計画について 2. その他(在宅訪問栄養指導実施者の把握)	熊倉利江 金子沙也加 小柳スイ子 小林由美子 小林裕美子 菅原 咲 高綱 晶子
4	8月6日	14:00~16:00	三条	三条市ものづくり学校 1. 訪問栄養指導について問題点を協議 2. 在宅医療(栄養)推進事業の三条支部事業計画を立てる	青木友美 竹内祥子 阿部 幸 佐野千代里
5	8月7日	18:30~17:45	新発田	新発田リハビリテーション病院 1. 令和2年度の年間行事について	蓮田美江 井上未来 和田祥子
6	8月24日	15:30~16:00	上越	直江津学びの交流館 1. 今年度の在宅訪問栄養食事指導に係る研修事業について	星野詩子 大平真由美 榎谷友美 五十嵐英子 星野ハツ子
7	8月26日	18:00~19:30	十日町	津南町文化センター 1. 今年度在宅栄養推進事業についての協議	石澤享子 蕪木康子 板場明子 春日かず子 志田 中 藤ノ木 恵美子 桑原 広夢
8	8月28日	16:00~16:45	村上	村上市岩船郡医師会館 1. 症例報告 2. 診療所より介入依頼1件・報告書や手順について再確認	北林 紘 宮村 愛
9	9月10日	15:00~17:00	柏崎	柏崎市市民会館 1. 2020年度在宅医療(栄養)推進事業について 2. 支部活動事業計画・その他	青木章子 近藤綾子 金子花絵 小林貴子 神田里美 山下加奈代

1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

回数	日付	時間	支部	会場・議事内容	氏名
10	10月13日	14:00~15:30	長岡	さいわいプラザ 1. 訪問担当者実務研修会について 2. 訪問指導症例検討会について	熊倉利江 金子沙也加 小柳スイ子 小林由美子 高綱晶子
11	10月19日	18:30~20:30	上越	上越市市民プラザ 1. 11/23開催の症例検討会の内容について 2. 役割分担	星野詩子 大平真由美 大榎谷友美 星野ハツ子
12	11月6日	16:00~16:30	村上	村上市岩船郡医師会館 1. 近況報告と11/29症例検討会の打ち合わせ	北林紘 宮村愛
13	11月2日	16:30~17:30	柏崎	柏崎市民プラザ 1. 栄養サポートシステム運用の確認 2. 課題と問題点、その他	青木章子 近藤綾子 小林貴子 金子花絵 神田里美 山下加奈代 今井恵
14	11月18日	18:00~20:00	十日町	十日町市市民交流センター分じろう 1. 訪問症例検討会（送付作業） 2. 十日町栄養サポートシステムの現状について	石澤享子 蕪木康子 板場明子 若井邦子 酒井千恵 桑原広夢
15	12月8日	14:15~15:30	長岡	さいわいプラザ 1. 12/12実務担当者研修会の打ち合わせ 2. 今年度の症例検討会について	熊倉利江 金子沙也加 小柳スイ子 小林由美子 小林裕美子 高綱晶子
16	3月3日	13:30~15:30	三条	ものづくり学校112号1 担当管理栄養士より今年度訪問の概要説明 食事調査記入表（チェックシート）の検討	阿部幸 高橋睦美 佐野千代里 小海晴美

1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

(3)-1) モデル・訪問栄養食事指導

延べ指導回数 135回 (面談指導 112回 電話指導 23回)

No	支部	依頼元	本年度新規 昨年度継続	患者名	性別	年齢	介護度	家族 構成	依頼内容	訪問 指導 回数	電話 指導 回数	担当 栄養士	その他
1	新潟市	居宅介護 支援事業所	新規	新潟-1	男	68	要介護1	本人, 両親	栄養状態の改善, 食習慣の改善	6	5	齋藤香代子	
2		居宅介護 支援事業所	新規	新潟-2	女	87	要支援2	独居	糖尿病食事指導	3	0	西野 真弓	
3		薬局	継続	新潟-3	女	65	要介護2	独居	(視覚障害者調理 指導)の選び方, 適切な購入方法	3	1	畠山 恵	個別ケア 会議 参加1回
4		その他	継続	新潟-4	女	78	自立	独居	低栄養状態の改 善	3	0	小山 幸代	
5		居宅介護 支援事業所	継続	新潟-5	女	85	要介護2	本人,娘	糖尿病食事指導	3	1	久志田順子	
6		薬局	継続	新潟-6	男	60	自立	独居	糖尿病,高血圧 症,脂質異常症の 重症化予防の食 事指導	7	2	牧野 令子	個別ケア 会議 参加 6回
7		地域包括 支援センター	継続	新潟-7	女	90	要支援2	独居	栄養状態の改善, 食習慣の改善	3	2	笠原 公美	
8		薬局	継続	新潟-8	女	80	自立	独居	糖尿病食事指導	3	0	熊谷真由美	
9		地域包括 支援センター	継続	新潟-9	女	70	要支援1	独居	栄養状態の改善, 食習慣の改善	3	1	麥倉由貴江	
10		居宅介護 支援事業所	新規	新潟-10	男	71	要介護4	本人,妻, 息子2人	病状の許容内での 食事指導	2	0	村山 稔子	
11		居宅介護 支援事業所	新規	新潟-11	女	94	要介護3	本人,娘, 孫	低栄養状態の改 善	3	0	斎藤 幸子	
12		市役所	新規	新潟-12	女	84	自立	本人,息 子夫婦, 孫2人	糖尿病食事指導	3	1	畠山 恵	個別ケア 会議 参加1回
13		地域包括 支援センター	新規	新潟-13	女	67	自立	独居	減塩・減量指導	3	3	齋藤香代子	
14		居宅介護 支援事業所	新規	新潟-14	男	86	要介護2	本人,妻, 長男, 長女	歯科技歯による 低栄養状態の改 善	3	0	石橋 萌	
15		地域包括 支援センター	新規	新潟-15	女	81	自立	独居	糖尿病食事指導	3	2	齋藤香代子	
16		地域包括 支援センター	新規	新潟-16	女	82	要支援1	本人, 娘2人, 孫1人	減塩食の指導	3	0	久志田順子	
17		地域包括 支援センター	新規	新潟-17	女	86	要支援2	独居	低栄養状態の 改善	3	2	笠原 公美	
18		歯科医 (県歯科医師会)	新規	新潟-18	男	88	要介護3	本人,妻	低栄養状態の 改善	2	0	畠山 恵	
19		歯科医 (県歯科医師会)	新規	新潟-19	女	96	要介護4	本人, 次男夫婦, 孫2人	介護食(咀嚼、嚥 下)の指導	3	0	西野 真弓	

1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

No	支部	依頼元	本年度新規 昨年度継続	患者名	性別	年齢	介護度	家族 構成	依頼内容	訪問 指導 回数	電話 指導 回数	担当 栄養士	その他
20	上越	薬局	新規	上越-1	男	71	要介護3	独居	糖尿病食事指導	3	0	星野ハツ子	
21	三条	その他	継続	三条-1	女	74	要支援1	独居	認知症,食食用紙 について	3	0	阿部 幸	
22		居宅介護 支援事業所	新規	三条-2	男	78	要支援1	本人,妻	糖尿病食事指導	3	0	阿部 幸	
23		居宅介護 支援事業所	新規	三条-3	男	77	要支援1	本人,妻	糖尿病食事指導	3	0	阿部 幸	
24		歯科医 (県歯科医師会)	新規	三条-4	女	97	要介護5	本人, 長女, 長男	嚥下食について	3	0	阿部 幸	
25	新発田	地域包括支援 センター	継続	新発田-1	女	68	要支援1	本人, 息子夫婦	糖尿病食事指導	3	0	井上 未来	
26		地域包括 支援センター	新規	新発田-2	男	69	要支援2	独居	糖尿病食事指導	3	0	井上 未来	
27		地域包括 支援センター	継続	新発田-3	女	69	要支援1	本人, 息子夫婦	糖尿病食事指導	3	0	井上 未来	
28		地域包括 支援センター	新規	新発田-4	女	89	要支援2	独居	栄養状態の改善, 食習慣の改善	3	0	井上 未来	
29		訪問看護 ステーション	新規	新発田-5	男	85	要支援1	独居	糖尿病食事指導	2	0	井上 未来	
30		居宅介護支援 事業所	新規	新発田-6	男	88	要支援2	独居	日常生活に合わ せた食事の指導	3	0	鬼立絵梨子	同伴者 あり
31		居宅介護支援 事業所	新規	新発田-7	女	55	要支援1	本人, 両親,妹	脳梗塞再発予防 食事指導	3	1	鬼立絵梨子	同伴者 あり
32	十日町	薬局	継続	十日町-1	男	69	自立	独居	腎不全食事指導	3	0	蕪木 康子	
33	柏崎	薬局	継続	柏崎-1	女	81	要支援1	独居	認知症,糖尿病食 事指導	3	0	今井 恵	
34	長岡	地域包括支援 センター	新規	長岡-1	女	89	要介護1	独居	摂食困難の食事 指導	1	0	小林 直子	
35		薬局	継続	長岡-2	女	75	自立	本人,夫	糖尿病食事指導	1	0	小林 直子	
36		地域包括支援 センター	新規	長岡-3	女	89	要支援1	独居	味覚異常,糖尿病 食事指導	1	0	小林 直子	
37	村上	居宅介護支援 事業所	新規	村上-1	女	86	要介護5	本人, 夫,娘	認知症,褥瘡,栄 養状態の改善	3	2	宮村 愛	
38		クリニック	新規	村上-2	女	88	要介護5	本人,妻	廃用症候群,栄養 状態改善	3	0	宮村 愛	

1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

(3)-2) モデル訪問・電話栄養食事指導 概要

本年度は、昨年度訪問指導を行った対象者の継続指導13名と、新規対象者25名に訪問指導に電話指導を組み入れて、新潟県8支部で延べ137回のモデル栄養食事指導を行った。

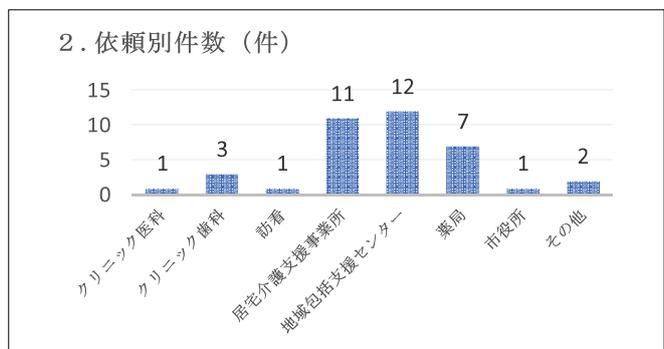
1. 支部別依頼件数 (件)

支部	新潟市	上越	柏崎	十日町	長岡	三条	新発田	村上	計
継続	7	0	1	1	1	1	2	0	13
新規	12	1	0	0	2	3	5	2	25
合計	19	1	1	1	3	4	7	2	38



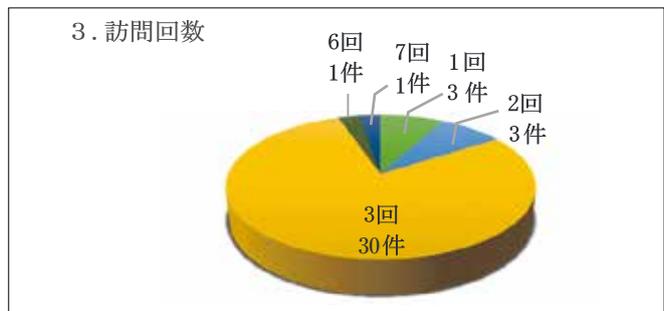
2. 依頼先別件数 (件)

クリニック 内科	クリニック 歯科	訪問	居宅介護 支援事業所	地域包括 支援センター	薬局	市役所	その他	計
1	3	1	11	12	7	1	2	38



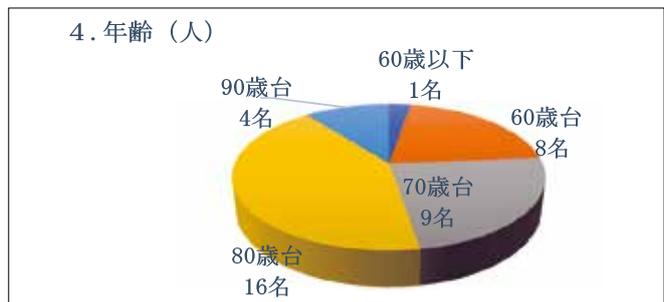
3. 訪問回数 (件)

1回	2回	3回	6回	7回	延計
3	3	30	1	1	38



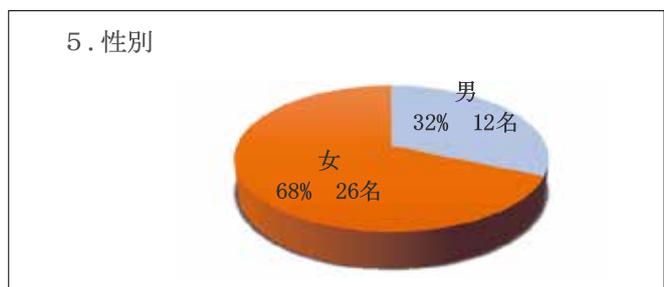
4. 年齢 (名)

60歳以下	60歳台	70歳台	80歳台	90歳台	計
1	8	9	16	4	38



5. 性別 (名)

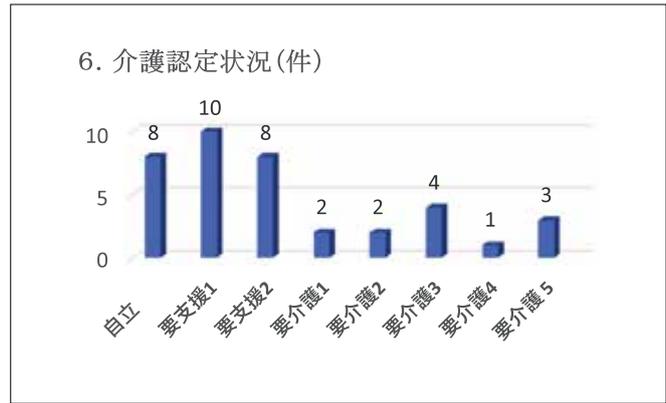
男	女	計
12	26	38



1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

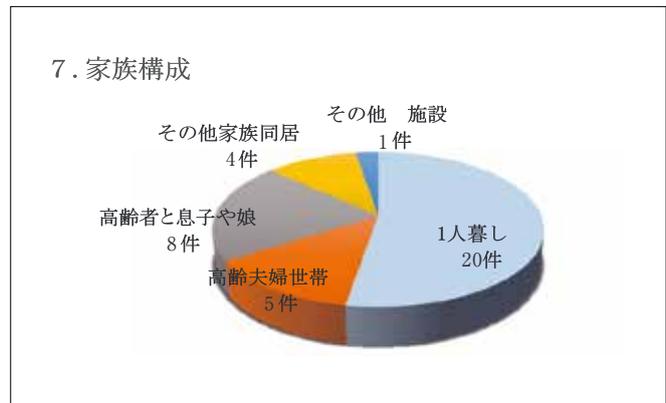
6. 介護認定状況 (件)

自立	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
8	10	8	2	2	4	1	3	38



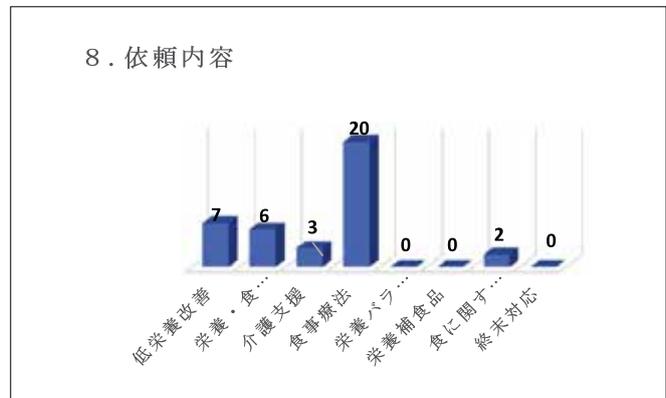
7. 家族構成別件数 (件)

1人暮らし	高齢夫婦世帯	高齢者と息子や娘	その他家族同居	その他施設	計
20	5	8	4	1	38



8. 依頼内容 (複数回答) (件)

低栄養改善	栄養・食習慣改善	介護支援	食事療法	栄養バランス	栄養補食品	食に関する相談	終末対応	計
7	6	3	20	0	0	2	0	38



1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

(3)-3) モデル訪問栄養食事指導 対象者アンケート

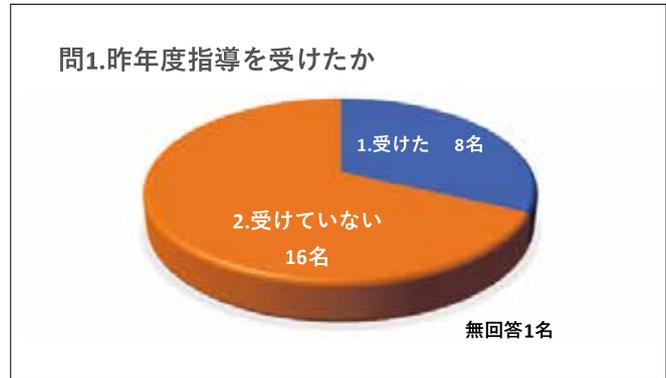
アンケート回収数：25枚 アンケート期間：令和2年7月～令和3年3月

対象者：令和2年度モデル在宅訪問栄養食事指導対象者

方 法：モデル訪問栄養指導最終訪問日に対象者に用紙を渡し、記入後栄養士会へ郵送を依頼する。

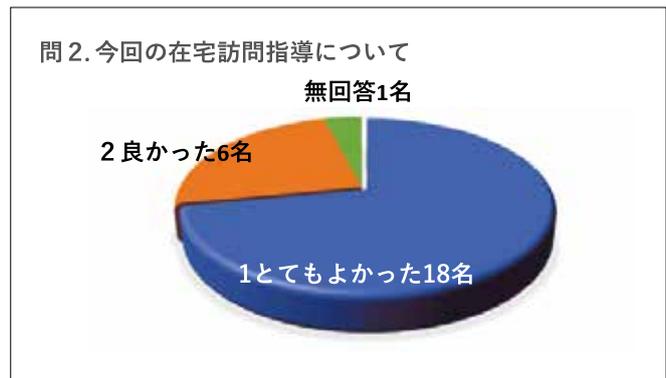
1. 昨年度在宅訪問栄養指導を受けたか？

① 指導を受けた	8
② 指導を受けていない	16
無回答	1
計	25



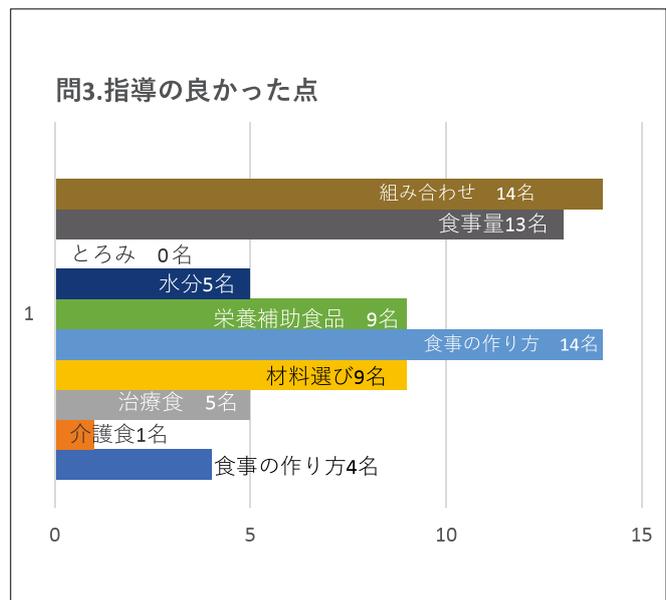
2. 今回の在宅訪問栄養食事指導について

① とても良かった	18
② 良かった	6
③ まあまあ	0
④ あまり良くなかった	0
⑤ 良くなかった	0
無回答	1
計	25



3. 指導の良かった点（複数回答可）

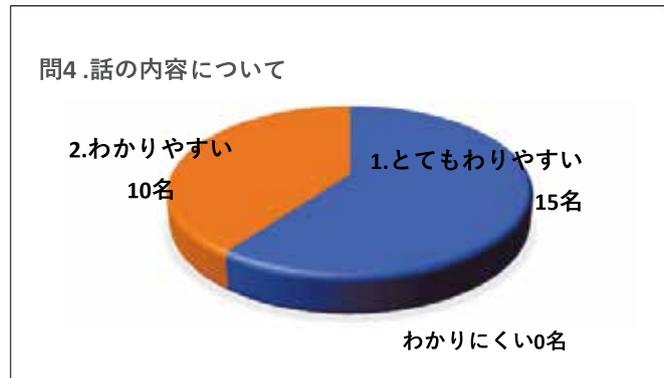
① 食事の作り方	4
② 介護食の作り方	1
③ 治療食の内容について	5
④ 材料の選び方	9
⑤ 食事の作り方（調理・献立）	14
⑥ 栄養補助食品の選び方	9
⑦ 水分の取り方	5
⑧ とろみのつけ方	0
⑨ 1日の食事量がわかった	13
⑩ 主食とおかずの組み合わせ方	14
計	74



1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

4. 指導の内容について

① とてもわかりやすい	15
② わかりやすい	10
③ わかりにくい	0
無回答	0
計	25



5. 今後の在宅訪問栄養食事指導の希望

① 是非とも受けたい	12
② 受けたい	10
③ どちらでも良い	3
④ あまり受けたくない	1
⑤ 受けたくない	0
無回答	0
計	26



※ 1名は複数回答 対象者本人は「4.あまり受けたくない」
介護者は「2.受けたい」

6. 今回の訪問栄養食事指導をうけての感想

- ・わからない点を指導してもらえてためになった。勉強になった。 6名
- ・具体的で実践しやすかった。わかりやすかった。 5名
- ・食品の栄養面及び食品の話がきけてよかった、話を聞けて安心した。 3名
- ・笑顔で丁寧に教えてもらった。 3名
- ・食意識の再確認ができた。 2名
- ・検査値が改善した。 2名
- ・今後も機会があれば指導を受けたいと思っている。 2名
- ・1人であることが多いので、話し相手になってもらえてうれしかった。

1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

(3)-4) モデル・訪問栄養食事指導 連携者アンケート

アンケート回収数：29枚 アンケート期間：令和2年7月～令和3年3月

対象者：令和2年度モデル在宅訪問栄養食事指導 連携者

方 法：モデル訪問栄養指導最終訪問日後に連携者に用紙を郵送し、記入後栄養士会へ郵送を依頼する。

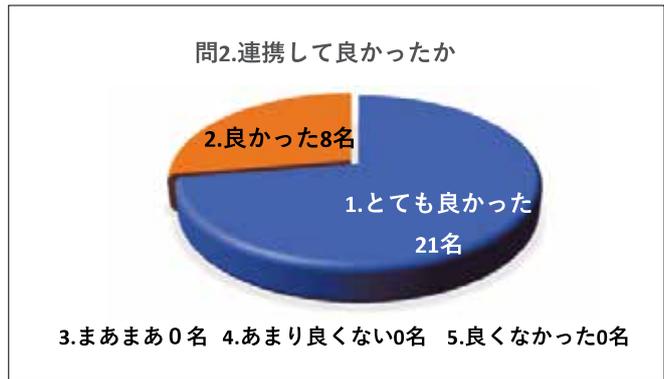
1. 対象者は昨年度の在宅訪問栄養指導継続者か

① 指導を受けた	11
② 指導を受けていない	18
無回答	0
計	29



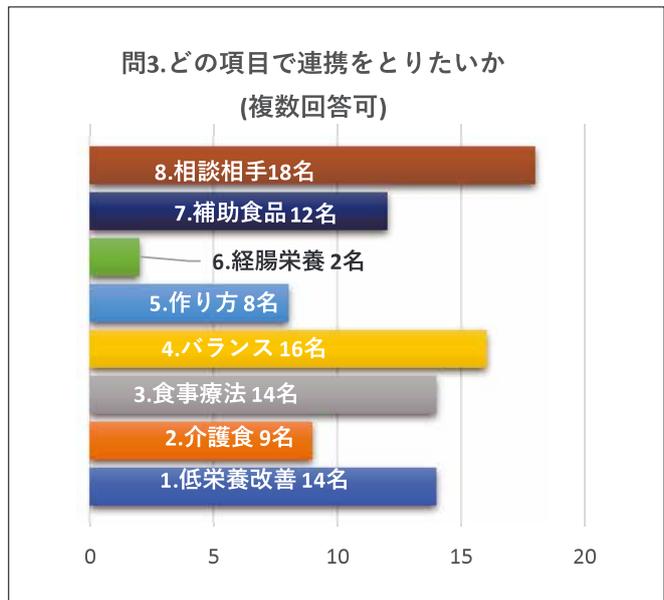
2. 今回の訪問指導は、連携して良かったか

① とても良かった	21
② 良かった	8
③ まあまあ	0
④ あまり良くなかった	0
⑤ 良くなかった	0
無回答	0
計	29



3. どの項目で連携をとりたいか（複数回答可）

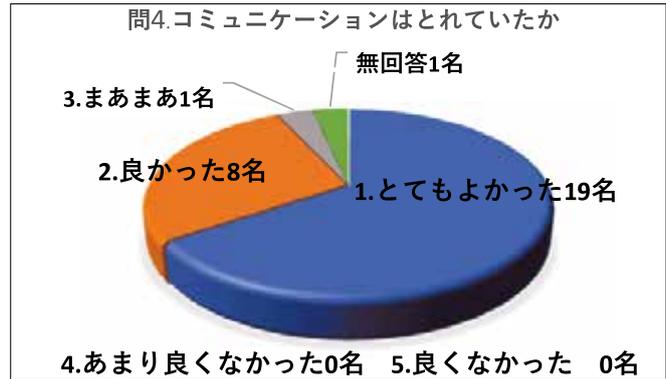
① 低栄養改善	14
② 介護食の作り方	9
③ 治療中の食事療法	14
④ バランス食について	16
⑤ 食事の作り方	8
⑥ 経腸栄養について	2
⑦ 栄養補助食品について	12
⑧ 食事に関する相談相手	18
計	93



1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

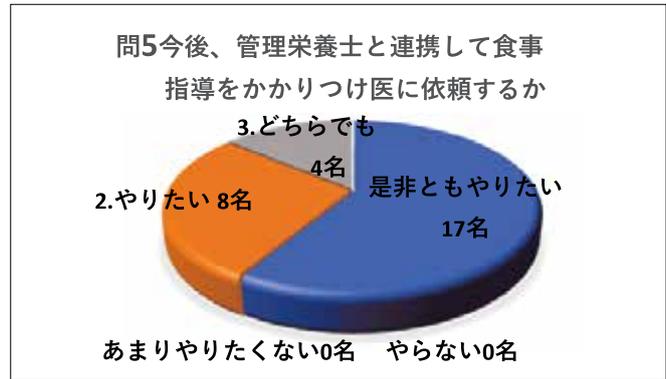
4. 管理栄養士は、訪問対象者(家族)とコミュニケーションがとれていたか

① とても良かった	19
② 良かった	8
③ まあまあ	1
④ あまり良くなかった	0
⑤ 良くなかった	0
無回答	1
計	29



5. 今後、管理栄養士と連携して在宅訪問栄養食事指導をかかりつけ医に依頼するか

① 是非ともやりたい	17
② やりけたい	8
③ どちらでも良い	4
④ あまりやりたくない	0
⑤ やらない	0
無回答	0
計	29



6. 管理栄養士による在宅訪問食事指導に対してのご提案や活動についてご意見

対象者が昨年の継続の場合継続支援についてご意見

- ・指導方法がわかりやすい。2名
- ・対象者に合わせた具体的な助言だった。3名
- ・様々な対応策や案を考慮してもらった。3名
- ・ご本人や家族の食事の心配や不安が解消された。2名
- ・食事について気づきの機会となった。4名
- ・在宅での指導は助かる。3名
- ・検査値が指導を受け改善した。3名
- ・栄養士ならではの観点さすがだと思った。
- ・アセスメントの視点が素晴らしい。
- ・同行させてもらった連携者自身の勉強にもなった。
- ・体重計を持参している事に驚いた。
- ・主治医の勧めで訪問指導を依頼した。
- ・利用者様の生活状況がより詳しく知ることができた。2名
- ・連携を続けたい。9名
- ・より具体的なアドバイスを希望する。
- ・ヘルパーさんにも連携や指導をしてもらえると助かる。
- ・事業終了後の、支援者がどの点をモニタリングした方が良いか教えてもらえるとありがたい
- ・まだまだ事業が周知されていない。利用者・家族が聞いたことがないと利用をためらうこともあり、説得に時間を要している。
- ・制度や利用の流れなどが良くわからない。2名
- ・継続指導だったので家族とのコミュニケーションがとれていた。
- ・数回の指導で意識が変わったが、指導内容を継続することは難しいようだ。継続介入することが大切だ。
- ・継続訪問を希望する。
- ・今後も相談することができればなお有意義だ。
- ・もっとたくさんの利用者さんのところに来てほしい。
- ・利用者様の病状等変化があれば再訪問をお願いしたい。2名

1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

(3)-5) モデル訪問栄養食事指導実施栄養士及び訪問栄養士アンケート

アンケート結果 (連携者N=23)

実施日 2020年2月

1. 支部別 (名)

上越	柏崎	十日町	魚沼	長岡	三条	新潟	新発田	村上	計
2	1	2	0	1	2	12	2	1	23



2. 訪問栄養指導経験年数 (名)

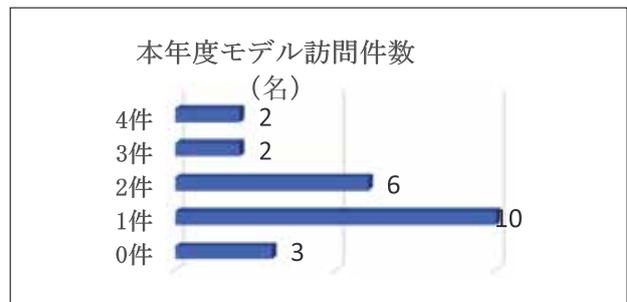
1年目	2年目	3年目	3年目以上	未記入	計
1	6	8	6	1	22



3. 今年度訪問指導実績

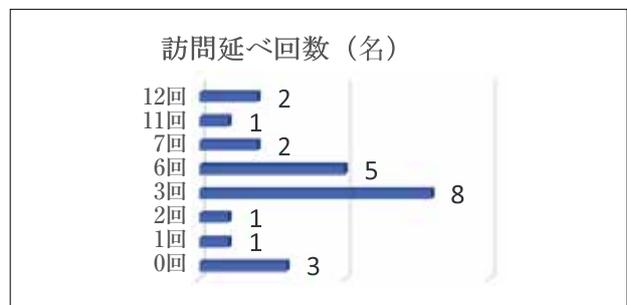
①モデル訪問指導件数 (名)

0件	1件	2件	3件	4件	7件
3	10	6	2	2	23



②モデル訪問回数 (延べ) (名)

0回	1回	2回	3回	6回	7回	11回	12回	計
3	1	1	8	5	2	1	2	23



4. 訪問指導で「大切にしていること・心構え」

- ・対象者, 家族に寄り添い, 精神面や身体面の負担軽減, 楽しい食生活を一緒に考えることを大切にする。(11名)
- ・コミュニケーションや聞き取りを大切にし療養生活のQOL向上を目的とし継続可能な改善提案をする。(3名)
- ・傾聴 (11名)
- ・にこやかに話す, ほめる (3名)
- ・無理強いせず, 取り組みできる改善内容をご自身で決めてもらう。(2名)
- ・言葉使い, 服装, 態度, 丁寧, 敬意をもって接する。(5名)
- ・病気を抱えながら, 日々楽しく生活できるように, 対象者が求めているもの, 役立ちそうな情報の提案を行う。
- ・決して無理強いしないこと。
- ・現在の(食)生活を否定しない。(2名)
- ・分かりやすい用語, 内容とする。(2名)
- ・多職種と可能な範囲で連携をとるようにする。(4名)
- ・引き出しをたくさん持ち, 対象者に必要としていることをそこから出せるようにしたい。
- ・対象者と信頼関係を最初に築いてから指導に入っていく。
- ・対象者の生活環境, 食事環境の事実確認を行うこと。(2名)
- ・高齢者の場合, 目標は1つだけにする。

5. 訪問指導の課題等

- ・在宅医療関連講演会、学会では栄養、食事は大切と言われているが、訪問栄養が依然普及しなく力不足と感じる。
- ・保険運用による継続指導が困難
- ・介護保険を使つての訪問指導について、栄養士会で県や医師会に働きかけをしてほしい。
- ・訪問栄養指導パンフレットを作成し、訪問看護事業所や居宅支援事業所へ送付してはどうか。
- ・医師の中には、診療報酬を使つての栄養指導依頼手続きが煩雑とお考えの方が多。
- ・支部で労務契約によるサポートシステムを構築したが、依頼が来っていない。
- ・行政との連携が必要
- ・食事指導が必要とされていても、多職種連携チームのケア計画の中にスムーズに組に入れられないこと。
- ・個別ケア会議、カンファレンスに参加しても、管理栄養士に保険点数が認められていないこと。
- ・医師との契約が基本となっている管理栄養士は、立場が浮きあがっている。
- ・対象者に係っている多職種にとって 栄養士・食事の認知度が低い。(3名)
- ・多職種との早期の連携が必要
- ・労務契約による訪問指導で交通費が指導料金に含まれていること。
- ・依頼者へ報告書を提出しても直接の応答がないので、指導内容が適切か判断しかねる。
- ・紹介の担当薬剤師が移動となり戸惑いがあった。
- ・歯科医師依頼の症例は、対象者の情報不足でケアマネとの連携があると良かった。
- ・対象者に対して、無理のない範囲でと言い添えての助言が、負担をかけてしまう場合があること。(2名)
- ・難聴(耳が遠い)の対象者の指導時に、内容が理解されているか不安。
- ・認知症の対象者の指導は難しい。(2名)
- ・対象者が精神疾患の方の場合、栄養士の単独で訪問指導は不安である。
- ・支部で対応する栄養士の人員不足
- ・指導内容と指導結果が結びつかない。
- ・独りよがりな指導になってないか、冷静に評価できるところがあると良い。(2名)
- ・健康食品(TV放映)についての内容、効果の質問の対応
- ・指導に係る準備や事後報告書等時間がかかる。勤務以外で行うには労力が必要
- ・実用的な指導を行うには40~60分の指導時間が必要
- ・報告書の記載が煩雑
- ・モデル訪問指導での依頼者、対象者からのアンケート結果が知りたい。フィードバックして欲しい。
- ・パンフレットや補助食品やとろみ剤等、自費購入している、栄養士会でサンプル提供してもらいたい。(2名)
- ・調理指導を入れると時間を要し、訪問件数を多くは受けられない。
- ・糖尿病の食事の説明後 検査値が悪化した時の対応が不安、主治医のコメントが欲しい
- ・指導の問題可決方法を共有、話合える人や場所があると助かる。
- ・対象者の偏った知識は多い。金銭問題、生活問題、地域問題等幅広い知識や調査が必要

6. 今後の研修会に取り入れてほしいこと。

- ・事例検討会や実践の場を増やしたほうが良いと思う。(5名)
- ・栄養士の多職種へのアプローチ方法(2名)
- ・管理栄養士による個別ケア会議・グループ討議を新人及び現役を含めて定期的に実施し全体レベルを上げる
- ・薬の基礎、服薬と食事について
- ・指導媒体の情報交換(2名)
- ・嚥下食等の調理実習
- ・常に学ぶ姿勢を誘導し、魅力ある研修会の在り方を検討し 発信して欲しい。
- ・デスクッション可能なリモート研修開催
- ・Web研修会の開催
- ・消化器術後、脳梗塞のリハビリ中など 病院退院後回復していく疾患の段階に応じた栄養管理の事例の研修会
- ・介護専門員がICFで計画書を作成している。栄養のICF導入、栄養リテラシーを研修に入れてほしい。
- ・認知症の方の実践研修会
- ・食欲低下、偏食、咀嚼困難な対象者やの場合、身近な食品で効率よく栄養を補う献立の工夫について
- ・頸部傾聴法

7. 栄養ケアステーションへの要望、意見

- ・県栄養CSは新潟県全体を分け隔てなく見て欲しい。新潟市を主に見て、他地域はその支部に任せている印象
- ・支部長の交代で振り出しに戻る状況が今まで続いている。円滑に県全体を総括していただくことを希望。
- ・今後、各支部の栄養ケア・ステーションの円滑な活動の為県栄で位置づけ、予算等を考えてほしい。
- ・モデル訪問指導から学ぶ事は多く、今後に生かしていきたい。
- ・栄養士会に出向く場合、駐車場がないのが困る。
- ・HPを利用し、CS事業の訪問指導の情報の発信等があると良い・・指導は一人行くと孤独感を感じる。
- ・モデル訪問は3回が基本となっているが、2か月後位にもう1回訪問があると良い。
- ・栄養士会へ提出する報告書の簡素化を希望
- ・在宅訪問指導の栄養士のスキルアップ機会の提供と、相談場所の確保
- ・モデル訪問の実施期間を12月締めを期間を延ばしてほしい。事業所依頼が12月より増加する傾向の為
- ・モデル指導の報酬を年度末一括支払いを 指導実施都度に変更を希望します。

1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

(3)-6) 通所介護施設栄養改善サービス業務

[契約事業所名] 秋葉ディサービス きやすと (新潟市)

[契約開始] 令和3年3月～

[対象者数] ・令和2年3月～ 2名(要介護2名)
 ・令和2年11月～ 3名(要介護2名・要支援1名)
 ・令和3年3月～ 4名(要介護2名・要支援2名)

【実績】

2020年		曜	滞在時間	対象者数	対象者	栄養士氏名
3月	4日	水	11:00～12:00	2	要介護 要介護	久志田順子
	16日	月	11:00～11:45	2	要介護 要介護	久志田順子
4月	1日	水	11:00～11:45	2	要介護 要介護	久志田順子
	13日	月	11:00～11:45	2	要介護 要介護	久志田順子
5月	20日	水	11:00～11:45	2	要介護 要介護	久志田順子
	27日	水	11:00～11:50	2	要介護 要介護	久志田順子
6月	8日	月	10:55～11:50	2	要介護 要介護	久志田順子
	27日	月	10:55～11:50	2	要介護 要介護	久志田順子
7月	13日	月	10:55～11:50	2	要介護 要介護	久志田順子
	27日	月	10:50～11:45	2	要介護 要介護	久志田順子
8月	3日	月	10:50～11:30	1	要介護	久志田順子
	5日	水	10:50～11:30	1	要介護	久志田順子
	24日	月	10:50～11:30	2	要介護 要介護	久志田順子
9月	7日	月	10:30～11:30	2	要介護 要介護	安達 太子
	16日	水	10:30～11:30	2	要介護 要介護	安達 太子
10月	5日	月	10:30～11:30	2	要介護 要介護	安達 太子
	26日	月	10:30～11:30	2	要介護 要介護	安達 太子
11月	13日	金	10:30～11:30	1	要支援	安達 太子
	9日	月	10:30～11:30	2	要介護 要介護	安達 太子
	23日	月	10:30～11:30	2	要介護 要介護	安達 太子
12月	14日	月	10:30～11:30	2	要介護 要介護	安達 太子
	18日	金	10:30～11:30	1	要支援	安達 太子
	28日	月	10:30～11:30	2	要介護 要介護	安達 太子

1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

2021年		曜	滞在時間	対象者数	対象者	栄養士氏名
1月	18日	月	10:30~11:30	2	要介護 要介護	安達 大子
	22日	金	10:30~11:30	1	要支援	安達 大子
	25日	月	10:30~11:30	2	要介護 要介護	安達 大子
2月	8日	月	10:30~11:30	2	要介護 要介護	安達 大子
	19日	金	10:30~11:30	1	要支援	安達 大子
	22日	月	10:30~11:30	2	要介護 要介護	安達 大子
3月	8日	月	10:50~11:20	1	要介護	安達 大子
	19日	金	10:30~11:50	2	要支援 要支援	安達 大子
	22日	月	10:30~11:30	2	要介護 要介護	安達 大子

1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

(4)-1) 訪問指導支部代表者会議

第1回

日時 令和2年7月18日 10:00~12:00

場所 新潟ユニゾンプラザ 2階 女性団体交流室2

- 内容 1 令和2年度 在宅医療（栄養）推進事業の事業計画案の説明
2 各支部代表との意見交換

出席者

計26名

支部代表		
支部	支部長	在宅担当
村上	北林 紘	宮村 愛
新発田	和田 祥子	井上 未来
新潟市	石墨清美江（代理）	
三条	高橋 睦美	佐野千代里
		阿部 幸
長岡	熊倉 利江	
柏崎	近藤 綾子	今井 恵
魚沼	金井 恵美	酒井 常子
十日町	石澤 享子	蕪木 康子
上越	星野 詩子	星野ハツ子
佐渡	大地 明美	

栄養士会	
役職	
会長	折居千恵子
副会長	石澤 幸恵
副会長	渡邊 修子
専務理事	三浦千枝子
事務局長代理	伊藤 知子
事務局	久志田順子
	吉田 直子
	浅見 映子

1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

第2回

日時 令和3年3月13日 10:00~12:00

場所 新潟ユニゾンプラザ 2階 女性団体交流室2

- 内容 1 令和2年度 在宅医療（栄養）推進事業の事業経過及び結果報告
2 各支部代表との意見交換
3 栄養ケア・ステーションについて

出席者

計25名

支部代表		
支 部	支部長	在宅担当
村 上	北林 紘	宮村 愛
新発田	和田 祥子	
新潟市	長谷川美代	鬼立絵梨子
三 条	高橋 睦美	阿部 幸
長 岡	熊倉 利江	
柏 崎	近藤 綾子	今井 恵
魚 沼	金井 恵美	酒井 常子
十日町	石澤 享子	蕪木 康子
上 越	星野 詩子	星野ハツ子
佐 渡	大地 明美	

栄養士会	
役職	
会 長	折居千恵子
副会長	石澤 幸恵
副会長	渡邊 修子
専務理事	三浦千枝子
事務局長	阿部 幸子
事務局	角谷ヒロ子
	久志田順子
	山川 琴栄

(4)-2) 第2回支部代表者会議 各支部・問題点

●上越支部

<p>①質問</p> <ul style="list-style-type: none">・上越支部では在宅医療推進センターで栄養相談を開設している。支部事業として栄養相談業務は位置づけられているが、今後も支部に予算をつけて頂けるのか。・後継者不足をどのように対応していけばよいか。・現状は仕事量が不安定なので、若い人が専任で行うのは難しいと思われる。
<p>②要望</p> <ul style="list-style-type: none">・2020年診療報酬改定により、県栄養ケアステーションと診療所との契約及び指導料や患家の負担とする交通費の基準(距離・金額等)についてシステム化をして県内で統一していただきたい。・訪問栄養指導が円滑に進むよう郡市医師会へ「介護保険の請求推進」をお願いしてほしい。・在宅医療(栄養)推進事業の目指すところや目標設定が達成できているのか進捗状況を明確にしてほしい。・毎年作成している報告書は、各関係機関に配布され、多職種が見ている。記載内容が記入者の思いに偏らないよう、内容を十分確認してほしい。・在宅医療推進事業は、特に会員歴の短い会員に認知度が低いと感じている。パンフレットやチラシ等を作成するなど会員向けの周知を徹底してほしい。・事業について、県栄、県ケアステから支部へ事業がおりにているが、実務担当者に直接連絡がきたりすることがあった。その場合、支部、県ケアステ双方の情報交換、共有が出来ず、実務担当者が混乱した経緯があるので、窓口は一本化してほしい。・補助金の使い方、振り分け等の詳細についての詳しい開示の希望。
<p>③意見</p> <ul style="list-style-type: none">・会員多くは、本来の業務を持ちながら、栄養士会事業を行っている。栄養士会の在宅医療推進事業を企画し運営し、さらに報告を細かく作成提出している。・県栄でカバーできるところはしてほしいし、事業を実施した支部に対しては労いの気持ちで接していただくと、互いに良い相乗効果が生まれるのではないかと思います。

●十日町支部

<p>①質問</p> <p>十日町は、すでにサポートシステムが導入されているが、栄養指導担当者数が増えず、今後のシステム運営及び導入設備管理が支部課題となっている。</p>
--

●柏崎支部

<p>①質問</p> <p>2019年度に「柏崎・刈羽栄養サポートシステム」を構築し、システムを優先にして、適応できない事例をモデル事業で補う形で対応していたが、コロナ禍の為協力要請が難しかった。</p> <p>今後の課題として、サポートシステムに適応できない事例に対して、市町村や医療機関の協力が必須となっているが、他の支部ではどのように対策を取られているか？</p>
<p>②要望</p> <p>多職種向けの食に関する研修会等の依頼があり、その為の事業費をお願いしたい。(ケアマネージャー向け、ヘルパー向けなど 要望があった。)</p>
<p>③意見</p> <p>各支部で課題が異なっていると思われる。モデル事業の用途を幅広くしていただき、それぞれの支部で活用しやすい形式にしていきたいと思います。</p>

1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

●三条支部

③意見

当支部では、在宅事業に係る人材が少数であることが課題。

●村上支部

②要望

各支部長および担当者は、インターネットで日本医師会の「地域医療情報システム（JMAP）」により、自身が担当している地域の医療や介護情報をみておくこと今後の検討に役立つと思います。村上地域ですと、在宅療養支援を行っている病院や診療所が極端に少ない現状がある反面、病床数は平均よりも多くあるので、それが在宅医療の進まない要因のように思えます。おそらく課題は各地域によってそれぞれ異なると思いますので、それを踏まえた上で意見交換をした方が、実りのある会になると思います。

③意見

今回の改定で通所施設、通所リハビリ患者に訪問栄養指導を行っても良いことになりましたので、そこを糸口に訪問栄養指導をさせるのも良いかなと思います。

●新潟市支部

①質問

- ・ 訪問指導で必要となった際に利用できる補助食品やとろみ剤等が、栄養士会で常に用意されているか。
- ・ 多職種への情報共有はどのようにしているか。
- ・ 栄養士として、アセスメントをして、他の職種と真逆の意見になったとき、それについてどう報告しているか？例えば、依頼者から、減量してほしいという依頼なのにも関わらず、アセスメントの結果、このまま減量していけば、低栄養状態に陥る事が推測できた場合等。

②要望

- ・ 在宅訪問後の依頼者、対象者からのアンケート結果をフィードバックしてほしい。特に依頼者と直接会えることがあまりない為、実施報告後の反応も直接聞けないので不安。
- ・ モデル訪問の薬剤師、歯科医からの依頼は対象者の情報不足が多い。フレイル訪問のようにケアマネや医師からの情報を取り揃えて訪問できるようにしてもらいたい。
- ・ 対象者に対し、依頼者がしっかり訪問の承諾を得ていない（理解してもらっていない）ケースがあったので、内容を理解してもらったうえできちんと訪問依頼をしてほしい。
- ・ 症例検討は、参考になる。報告書の書き方（SOAP）発表の仕方等の研修会も良い。

③意見

- ・ 3カ月間で栄養改善目標達成はなかなか難しいものがある。特に高齢者は、1ヶ月ごと3回の訪問でなく、3回目の訪問は少し期間をおいての訪問でも良いかと思う。
- ・ 開業医と管理栄養士の契約が簡単にでき、ケアマネ等、多職種連携で在宅訪問できるような体制が早くできることを願う。そして地域包括支援センターでの指導を必要とされる。対象者の早期発見により、在宅訪問へ繋げる体制も作ってもらいたい。
- ・ 今事業は、フレイルや地域ケア個別会議等でも大変役立っている。自分自身の力になっていると思う事業ですし、利用者さんの事を考え、自立に向かっていく過程が楽しい。
- ・ 在宅訪問栄養は、栄養士業務の中でとても高度な知識や経験など力量を問われるところと痛感する。依頼主や医師、ケアマネなどの信頼を得て「在宅には必ず栄養士が必要」と思われるような仕事を積んでいき、不安が多い在宅栄養士が自己研鑽を続けていける場所や仕組み作りができると更に安定した栄養ケアを提供できると考える。

1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

(5) 在宅栄養ケア活動推進会議

回	日付	時間	支部	事業内容	氏名
1	6月4日	13:30~16:00	新潟市	第1回・令和2年度事業について	入山八江・稲村雪子・牧野令子・久志田順子・藤田恵美子・折居千恵子・三浦千枝子・加藤真弓・浅見映子
2	6月11日	13:30~15:00	新潟市	第2回・令和2年度事業について	入山八江・稲村雪子・牧野令子・久志田順子・藤田恵美子・折居千恵子・三浦千恵子・加藤真弓・浅見映子
3	6月18日	13:30~16:00	新潟市	第3回・今年度の事業計画・進捗状況	折居千恵子・入山八江・稲村雪子・牧野令子・久志田順子・浅見映子
4	6月29日	9:30~12:00	新潟市	第4回・支部研修会議・本年度事業・来年度事業案について・第1回支部長会議の内容・資料について	折居千恵子・入山八江・稲村雪子・牧野令子・渡辺優奈
5	7月15日	13:30~16:00	新潟市	・新潟県福祉保健部健康対策課：事業打ち合わせ 第5回・支部研修会議・本年度事業・来年度事業案について	折居千恵子・三浦千枝子・牧野令子・久志田順子
6	8月18日	15:30~17:00	新潟市	・新潟市支部・在宅支援事業の本年度の取り組みについて ・在宅訪問栄養指導登録者の連携について	長谷川美代・久志田順子
7	8月20日	13:30~	新潟市	第6回 クロスパル（第1回情報交換会） ・新潟県ケアステーション業務について各事業の現状と課題について3回シリーズで開催 ・今回は在宅医療（栄養）推進事業の今後の取り組みについて	折居千恵子・稲村雪子・角谷ヒロ子・牧野令子・入山八江・三浦千枝子・久志田順子・藤田恵美子
8	8月21日	13:30~15:30	新潟市	県歯科医師会：次年度連携について・今年度も次年度のたたき台として行う	久志田順子
9	8月24日	10:00~11:30	新潟市	(有) きやすと：事前打ち合わせと通所栄養指導へ同行	安達大子・久志田順子
10	9月7日	10:30~12:00	新潟市	(有) きやすと：通所栄養指導へ同行	安達大子・久志田順子
11	9月10日	13:30~15:00	新潟市	第7回 クロスパル（第2回情報交換会） 在宅医療（栄養）推進事業、受託事業 通所（栄養改善加算）、新潟市CKD事業 について、現時点での進捗状況と問題点、課題の整理を行う	折居千恵子・稲村雪子・角谷ヒロ子・牧野令子・久志田順子・三浦千枝子・藤田恵美子
12	9月17日	13:30~15:00	新潟市	第8回 クロスパル（第3回情報交換会） 2020年度栄養ケアステーション業務概要 ・三条フレイル（一体化事業対応）・広域連合のフレイル（次年度も継続）・地域ケア個別会議 診療報酬改定による在宅患者対象栄養指導・褥瘡チーム参加栄養指導・外来指導の担当栄養士のケアステ対応について	折居千恵子・稲村雪子・角谷ヒロ子・牧野令子・久志田順子・三浦千枝子・藤田恵美子
13	9月28日	13:30~16:00	新潟市	新潟県庁6F(新潟県福祉保健部健康対策課担当者) ・在宅医療（栄養）推進事業の目的を整理 ・本年度事業について（予算の考え方）	折居千恵子 久志田順子 三浦千枝子
14	10月12日	13:30~16:30	新潟市	第9回 ・事業の進捗状況と今後の予定	折居千恵子・稲村雪子・入山八重・角谷ヒロ子・牧野令子・久志田順子・三浦千枝子・山川琴栄
15	10月23日	14:00~15:00	新潟市	県医師会館：県職能団体医療担当者情報交換会	久志田順子
16	11月30日	13:15~15:30	新潟市	第10回 ・次年度予算について ・本年度予算変更について・今後の予定 ・その他	折居千恵子・稲村雪子・入山八重 角谷ヒロ子・牧野令子・久志田順子・三浦千枝子・浅見映子
17	12月21日	13:00~16:00	新潟市	第11回 ・本年度事業、来年度事業について	稲村雪子・入山八重・角谷ヒロ子・牧野令子・久志田順子・三浦千枝子・浅見映子
18	1月18日	13:30~15:00	新潟市	第12回 ・予算変更書類提出について ・今後の予定	稲村雪子・入山八重・角谷ヒロ子・牧野令子・久志田順子・三浦千枝子・浅見映子・藤田恵美子・加藤真由美
19	2月15日	13:30~15:00	新潟市	第13回 ・今後の予定 ・来年度に向けて	稲村雪子・入山八重・角谷ヒロ子・牧野令子・久志田順子・三浦千枝子・浅見映子・山川琴栄
20	3月15日	13:30~15:00	新潟市	第14回 ・来年度事業計画	稲村雪子・入山八江・角谷ヒロ子・三浦千枝子・久志田順子・山川琴栄・浅見映子

1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

(6)-1) 在宅栄養ケア評価委員会

評価委員会の開催 1回目：12名 2回目：8名

会議 実施日	出席者	詳細
第1回 令和2年11月5日 19:00～20:30 新潟ユニゾンプラザ 4階 小研修室1	12人	(1) 自己紹介 (2) 令和2年度 在宅医療(栄養)推進事業の進捗状況 (3) その他
第2回 令和3年3月4日 19:00～20:30 新潟ユニゾンプラザ 4階 小研修室1	新型コロナウイルス感染予防対策の為、 書面審議 外部評価委員8人	(1) 令和2年度 在宅医療(栄養)推進事業報告書(案) (2) 評価項目について



1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

(6)-2) 評価委員会の事業評価

第1回目 評価項目：事業計画ならびに実施内容

- 1 新潟県における在宅療養・介護者のニーズにマッチしているか？
- 2 他に大きな見落としは無いか？

評価委員	評価・検討課題
井口 清太郎 様	<ol style="list-style-type: none"> 1. コロナ禍においてなかなか事業を実施しにくい環境の中、少人数ではあるが、研修会を継続実施してきており、その点は評価できる。ニーズへのマッチについて最初は、在宅訪問栄養食事指導の実際に関する説明がなされ、後段には症例検討を交えるなど順次性を持って実施されており成果をあげつつあるものとする。 2. コロナ禍で大規模な集会が難しい中、オンライン会議システムを用いた方法は、やり方によっては県下全域を対象として、より安価で効果的な方法とも言える。今後は、オンラインによる研修も検討していくことが必要ではないか。
小山 諭 様	<ul style="list-style-type: none"> ・「在宅訪問栄養推進事業」では、モデル訪問栄養指導の件数で居宅介護と地域包括からの依頼が多いことから、新潟県内のニーズは高いものと推察される。在宅療養・介護者のニーズにマッチしているとする。 ・「拠点整備」では、既に医師会との雇用契約を結んでいる上越支部・十日町支部以外の地域では、行政なども巻きこむなどして何とか雇用契約締結に向けて計画が必要か。 ・「研修事業」については、新型コロナ流行の影響もあり、研修会を開くことは困難な状況であるので現時点では計画通りに進んでいないことは仕方がない部分もある。今後は remote system などを活用して、当初の目標数に達しなくても回数を増やしていく必要がある。 ・大きな見落としとしかではないが、新しいアイデアとして、患者／被介護者と管理栄養士や医療従事者・介護従事者と remote system を用いて在宅訪問栄養を行っていくなどのシステムを考えてみてはどうか？ 新型コロナ対策に関する試みは行政からも評価されやすいし、新たな試みとして全国に先駆けて行うのであれば予算・助成金も獲得しやすいのではないか。
木戸 寿明 様	<ul style="list-style-type: none"> ・コロナ禍による事業遂行の困難さが窺える中、事業の進捗を図っておられることに感謝申し上げます。 ・訪問栄養ケアが、医療介護連携のどのような場面で貢献できているのか、明確になっていくことを希望します。

1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

評価委員	評価・検討課題
宮川 哲也 様	<p>・在宅療養における訪問栄養食事指導は、大変重要であり、その点で本事業はニーズに沿ったものであると考える。一方、介護者（職種）のニーズについて、十分に把握できておらず、現時点で判断できない。介護職種のニーズを把握すること、あるいは、在宅訪問栄養指導の重要性について多職種が十分に理解できるよう取組むことで、より充実した事業が展開できるのではないか。</p> <p>さらに、退院時のスムーズな在宅療養への移行が求められることから、病院の管理栄養士等との連携強化のための事業などを、検討してはどうか？</p>
青柳 玲子 様	<p>1. 昨年度の事業の評価においても指摘したが、新潟県における在宅療養・介護者のニーズが明らかにされていないため、事業評価があいまいとなっています。そのため、引き続きこれまでの取組から、在宅栄養における療養者及び介護者のニーズの明確化を図りそれに基づいた事業の整理、評価項目の再検討をお願いしたいと思います。</p> <p>【評価項目の再考について】 例：2020年度事業目的に沿った事業計画及び実施内容となっているか など ・事業目的に沿った事業評価であるとした場合、目的を達成するための事業計画及び実施内容であると評価する。</p>
碓井 光子 様	<p>1. 病院に入院できる日数が短くなり、急性期の状態を脱したばかりの方が退院を余儀なくされ、栄養状態が改善できないままの状態自宅に戻っている。食事量や体重の変化に気づきにくく、褥瘡ができ始めて栄養状態の悪化に気づくことが殆どで、ケアマネジャーの食への意識はまだ不足している。</p> <p>2. 大きな見落としはないが、ケアマネジャーに食への意識を高めてもらうための啓発活動をこれまで以上に取り入れてもいいと思う。</p>
柄沢 弘子 様	<p>1. 在宅療養・介護者のニーズは年齢、性別、病状等の違いにより、幅広いと思われる。フレイル予防の栄養指導に加え、対象者のライフスタイル、性格等にも配慮し、話をよく聞いてあげること（傾聴）で信頼関係が築け、さらに指導効果も上がると考える。</p> <p>2. 電話相談を希望する方もいるようだが、やはり対面での指導の方が、より相手の性格や、生活スタイルがわかり実態に即した指導ができると思う。初回だけは訪問ができるといいと思う。</p>

1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

第2回目 評価事項

1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

- 1) 在宅訪問栄養食事指導の協力要請 2) 各支部在宅担当者会議 3) モデル訪問栄養食事指導
4) 訪問指導支部代表者会議 5) 在宅栄養ケア活動推進委員会 6) 在宅栄養ケア評価委員会

委員	評価・検討（効果等）	今後の改善点、必要内容等
井口 清太郎 様	<p>1) 在宅訪問栄養食事指導の協力要請は50回の目標のところ13回に留まった。</p> <p>2) 各支部の担当者会議は60回の予定のところ15回の開催に留まった。</p> <p>5) 在宅栄養ケア活動推進委員会は15回のところ18回実施できた。</p> <p>1)、2) については当初目標を大きく下回る結果となってしまった。</p> <p>ただ、その他の部分については当初の予定に比し同等か大きく上回る結果となっていた。詳細を見てみると各支部での活動が低調な様子であった。</p>	<p>各支部の活動が低調な様子が窺えた。支部ごとの成果を持ち寄るなどの工夫を通じ、活動全般を活発化できないだろう。</p> <p>また目標に達成した事業名についても支部ごとの結果を見るとバラツキが大きく、魚沼、佐渡などについては実績としての活動が見られない地域もあった。</p>
小山 諭 様	<p>1) 在宅訪問栄養食事指導の協力要請についてはおそらく新型コロナウイルスの影響もあり目標の50回には達していないのかなど考えるが、むしろ栄養指導の必要度が極めて高い対象が今回依頼された可能性もあるのではないかな？</p> <p>2) 各支部在宅担当者会議については目標の10回を超えており、在宅訪問栄養食事指導の協力要請が十分に行えなかった分を担当者会議で指導を含め補おうとしていたのではないかな？</p> <p>3) モデル・訪問栄養食事指導については、この新型コロナウイルス禍で訪問件数も目標を超えており、十分に機能していたのではないかな。</p> <p>4) 訪問指導支部代表者会議及び5) 在宅栄養ケア活動推進委員会については目標を超えており、十分な活動と考える。</p> <p>6) 在宅栄養ケア評価委員会については目標回数を実施している。</p>	<p>1) 在宅訪問栄養食事指導の協力要請については新型コロナウイルス禍でどのように行なっていくか（Zoomなどの遠隔対応は難しいかもしれないが）考えていく必要がある。</p> <p>2) 各支部・在宅担当者会議 については、回数のみではなくどのような問題が挙げられ、どのような話し合いが行われ、その結果がどう反映されたのか、といった内容の検討も今後は必要かもしれない。</p> <p>3) モデル・訪問栄養食事指導については新型コロナウイルス禍でどのように行なっていくか（Zoomなどの遠隔対応は難しいかもしれないが）考えていく必要がある。</p> <p>4) 訪問指導支部代表者会議及び5) 在宅栄養ケア活動推進委員会はおそらく新型コロナ禍での活動状況や今後の対策などを協議したのではないかと推察します。</p> <p>6) 在宅栄養ケア評価委員会は今回、書面審議となったが、遠隔会議などを取り入れても良いかと考える。</p>

1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

委員	評価・検討（効果等）	今後の改善点、必要内容等
木戸 寿明 様	<p>コロナ禍の中、予定通りの事業進捗が図れなかったと思いますが、訪問指導等の実績を残せたことは評価すべき点であろうと思います。</p> <p>モデル事業の依頼元として地域包括支援センターが多いことと同時に、薬局、歯科医師会等からの依頼も見られ、他職種の訪問栄養指導に関する認識も少しずつ広がっていると感じます。</p>	<p>医師との契約がなかなか進まない所が気がかりな点です。これは栄養士だけにその責任が起因する問題ではありませんので、なかなか難しい所ですが、医師への理解を求める活動を粘り強く続けると共に、上部団体を通じて法体制に訴えていく必要もあるように感じます。</p> <p>また、市町村が設置する医療介護連携センター、医師会の設置する在宅医療推進センター、歯科医師会の設置する在宅歯科医療連携室等の連携拠点とうまくリンクしていく必要もあると思われます。</p>
宮川 哲也 様	<p>資料だけでは、今年度事業がどのように行われ、どのような成果が得られたか、また、課題が挙げられたか、読み取れなかった。</p> <p>コロナ禍の中で、一定程度、計画通りに訪問できたことが読み取れた。事業の成果と課題を見直し、次年度事業へつなげていただくのと良いのかと考える。モデル事業においては糖尿病患者さんへの訪問依頼が多い傾向が見えるが、在宅では低栄養や嚥下困難などの患者が多いと考える。多職種のニーズを把握することで、低栄養や嚥下困難の依頼が増える可能性があると考えている。</p>	<p>多職種への啓発が重要であると考えている。啓発資材の作成だけでなく、他の方法での多職種への啓発を模索することで、より良い連携ができると思う。薬剤師も在宅訪問の中で、薬剤が嚥下機能や食欲低下へ影響していないかなどを考えている。是非とも管理栄養士さんとの連携を促進できればと考えている。</p> <p>訪問件数だけで、栄養士の訪問指導のアウトカムを評価できないのではないかと。訪問の中身も精査し、より良い訪問事業の実施をお願いしたい。</p> <p>アンケートの中で、コロナ禍での在宅訪問はリスクが高いとの意見があったが、在宅訪問における感染症対策について、今一度会員と情報共有し、不安なく訪問事業ができるよう取り組んでいただきたい。</p>
青柳 玲子 様	<ul style="list-style-type: none"> ・モデル・訪問栄養指導はコロナ禍であるにもかかわらず、訪問実績は目標を上回ることができたことを評価する。居宅介護支援事業所や地域包括支援センターなどの依頼が多いことから、在宅訪問栄養食事指導のニーズは高く、ようやく事業の周知も拡がり定着化してきたものと推察する。 ・今年度の会議や研修会はコロナ禍で中止や延期になるなど、目標が達成できていない状況はやむを得ないと考える。しかしながら今後も従来方式による会議や研修会が開催できない可能性があることを考えると、事業として効果的かつ実施可能な方法等を検討し取り組む必要がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・モデル・訪問栄養指導は栄養士対象アンケートだけでなく、住民である利用者を対象とした満足度の調査もぜひ実施していただきたい。 ・各種事業の評価について、アンケート結果のまとめや数字や事業内容の報告だけでなく、栄養士会として事業をどのように評価するのか、今後の方向性等についても明記してほしい。 ・今年度は体制整備も間に合わなかったと考えるが、今後の各種会議や研修会ではオンライン形式などを積極的に取り入れ、新しいスタイルでの活動の取り組みを期待する。

1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

委員	評価・検討（効果等）	今後の改善点、必要内容等
碓井 光子 様	<p>魚沼、佐渡支部の実績が無い等、支部によって活動状況に濃淡がある。</p> <p>・対象者の会に対する考え方、生活環境、食事環境に促した栄養指導をどのように行っているか認識できない。</p>	<p>・市日の事情は様々と思うが、活動を標準化することが全県的な取り組みの充実に繋がると思う。</p> <p>・難しいと思うが、アンケート等で利用者の声を聴き今後の活動に繋げることが必要。</p>
安達 大子 様	<p>・本事業の協力要請の依頼が増加していること、指導の継続実施からも評価できると考える。また、依頼内容も多岐にわたり事業の重要性を理解され成果も上がってきていると思われる。更に地域に向け事業を周知していくことが望まれる。</p>	<p>・県、市を含め他職能団体へ、事業の必要性の理解を更に働きかけ連携を強化していく必要があると考える。</p>
柄沢 弘子 様	<p>各支部事業推進状況一覧表をみると、訪問指導協力要請の、計画数と実績の差が非常に大きいことが気になりました。これについては何が原因で実績が伴わなかったかを検証する必要があると思います。</p>	<p>支部により事業の実績数がかなり違います。</p> <p>地域性もあると思いますが、人材不足も要因の1つと考えます。</p> <p>潜在管理栄養士の広報活動を行った結果はいかがだったのでしょうか。</p> <p>人材確保の必要性を感じます。</p>

評価事項

2. 拠点整備

委員	評価・検討（効果等）	今後の改善点、必要内容等
井口 清太郎 様	<p>予定通りではあったようだが、そもそも計画段階で拠点が新潟市、上越支部、十日町支部、柏崎支部、長岡支部、魚沼支部のみであり、全県的な活動とは言い難い印象がある（長岡支部の活動は実質的にあまりないように見受けられるし）。</p>	<p>拠点整備を、県内の他の地域にも広げるような活動が望まれるのではないだろうか（後述するオンラインは一つの解決策として有効と思われます）。</p>
小山 諭 様	<p>拠点整備については、医師会の協力が得られる地区を中心に、雇用契約を進めていることは評価できる。</p>	<p>研修会・講習会などを Zoomなどの遠隔手段で行うこと考えていく必要がある。あるいはe-learningなどの教育ツールの開発も考慮に入れてはいかかが。ただし、実技を伴うような講習では、やはり対面も必要である。</p>

1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

委員	評価・検討（効果等）	今後の改善点、必要内容等
木戸 寿明 様	「目に見える」拠点が少しずつではあるが県内各地に設置できていることは評価すべき点と思われます。	場所の確保、人材の配置は非常にハードルの高い作業となることから、今後しっかりとした予算措置を検討することと同時に、通信技術を活用した県栄養ケア・ステーションの十分なバックアップ体制が必要であろうと思われます。
宮川 哲也 様	上越・十日町以外については進展がないように見受けられた。また、この2地域においても新規の件数は減少傾向にあるようだ。拠点整備事業が進まない課題が資料だけでは読み取れなかった。	拠点の活動が進んでいる地域から、その具体的な内容と成果を発信すると良いのではないかと（上越でのがんぎネットでどのような内容をどのくらいの件数で情報収集、連携しているか。あるいは、市民からの栄養相談件数等） 拠点の整備を促進させるための課題を明らかにし、対応していただきたい。
青柳 玲子 様	・医師会とのシステム構築に向けて、雇用契約を交わした上越支部、十日町支部以外の地域への具体的なアプローチの内容及びその結果について明記していただきたい。送付していただいた拠点活動の記載内容では、何が課題で今年度の活動として何を重点として実施し、その結果どうなったのか見えにくいいため、評価しやすい資料の整理をお願いします。	・医師会とのシステム構築への課題と具体的なアプローチ方法を整理し、実施後の評価を丁寧に行っていくことで、課題の解決につながるのではないかと考える。 ・介護報酬改定により、栄養ケア・ステーションの管理栄養士が実施する居宅療養管理指導費が新たに認められるようですので、医師会等多機関との連携はさらに重要になってきます。拠点の整備は急務であると考えます。
碓井 光子 様	・拠点を定め幅広く県民への情報発信、対応業務が行われているか疑問。	・ICTや紙媒体での広報活動を充実させ拠点活動の周知を図る。
安達 大子 様	実施地域の事業の拡大と定着が必要と思われる。 ・栄養ケアが必要な対象者に届いているのか、が懸念される。そのためにも更なるシステムの構築が必要と考える。	・雇用契約を進めていくことが必須と思われる。 ・人材確保と人材育成の強化も必要。
柄沢 弘子 様	No.3の資料では、拠点活動については理解できましたが、拠点整備についてはどのように整備したのかがよくわからないため評価ができません	どのように整備すべきかを具体的に上げる必要があると思います。

1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

評価事項

3. 在宅訪問栄養指導に係る研修事業

- 1) 在宅栄養ケア多職種連携研修会 2) 人材育成研修会 3) 人材育成症例検討研修会
4) 支部訪問指導症例検討会 5) 訪問担当者実務研修会 6) 在宅栄養ケア周知講座

委員	評価・検討（効果等）	今後の改善点、必要内容等
井口 清太郎 様	<p>コロナ禍で種々の検討会、研修会が中止・延期を余儀なくされた影響は否めない。</p> <p>支部訪問指導者症例検討会、訪問担当実務者研修会、在宅栄養ケア周知講座などが軒並み計画よりも減少しており、コロナ禍の影響としても少ないのではないかと考える。</p>	<p>オンライン形式の研修会は既に様々な職能団体で実施されつつあり、若い会員の有志を募るなどして、是非活動を活発化させていくべき。</p>
小山 諭 様	<p>在宅訪問栄養指導に係る研修事業については、多くの研修会は開催回数が目標に達しておらず、今回の新型コロナウイルスの影響を大きく受けた事業であると考えられる。</p>	<p>研修会・講習会などを Zoom などの遠隔手段で行うこと考えていく必要がある。あるいは e-learning などの教育ツールの開発も考慮に入れてはいかかがか。ただし、実技を伴うような講習では、やはり対面も必要である。</p>
木戸 寿明 様	<p>人材育成とともに、在宅栄養ケアを周知するための講座も行うなど、事業全体の進捗に向けての工夫が見られる点は評価できると思われます。</p>	<p>入退院支援、日常の療養支援、急変時、看取りの各フェーズにおける管理栄養士の役割を認識した上での研修が望まれます。単に医学的知識だけではなく、いかに患者さんとご家族に寄り添うことができるのかを考え続けて頂きたいと思えます。</p> <p>また、他職種との合同での研修会等、今後の連携に繋がるような事業展開が望まれます。</p>
宮川 哲也 様	<p>研修会開催回数からは従来の計画通りに研修の実施ができなかったことが伺えた。</p> <p>コロナ禍において開催できたことは評価できるが、研修の効果等は資料からは十分に読み取れなかった。</p>	<p>次年度も同様の状況は一定程度続くことが予測されるので、オンライン研修を早期に取り入れるなど、開催方法の見直しが必要であると考えられる。研修会の実施により、対象者などに成果があったのか、より質の高い訪問が可能になったのか、などを評価できる指標を設けることで、より良い事業を発展されることを期待する。</p>
青柳 玲子 様	<p>・ 研修会開催の制約があり、目標の 1/3 の実績であったことは残念である。今後は質の高い人材育成がさらに求められるため、広域である県内の多くの栄養士が安心して参加できる研修会を工夫して開催されることを期待したい</p>	<p>・ 前述した通り、研修会はオンライン形式などを積極的に取り入れ、新しいスタイルでの活動の取り組みを期待する。</p>
碓井 光子 様	<p>・ 様々な分野の講師による研修は知見が広がり実務研修は現場で実践に有効。</p>	<p>・ 当該研修を確実に継続し、優秀な人材の育成に努めて欲しい。</p>

1. 在宅訪問栄養食事指導推進事業

委員	評価・検討（効果等）	今後の改善点、必要内容等
安達 大子 様	・オンライン研修を導入し、積極的に開催していると思われる。	・出席者の人数にもよるが、グループ検討の時間で意見交換ができると研修内容が充実すると思われる。 ・訪問栄養指導者のスキルアップを図る。
柄沢 弘子 様	コロナ禍の中で研修会を開催されたことを、大いに評価いたします。 しかし、支部症例検討会、担当実務者検討会、周知講座においては、計画に対して実績がかなり低い数字でした。 やはり、研修を受けてから訪問指導を行うことが指導効果は上がると思います。工夫が必要です。	コロナウイルス感染状況はまだ続くと思われます。 オンライン等による研修会を検討する必要があると思います。 また、研修後に行った自由記述には、今後の研修会の参考になる意見が多くありました。 是非参考にしてください。

【その他 御意見】

委員	御意見
井口 清太郎 様	今年の活動はコロナ禍の影響を多分に受けてしまったと思います。多くの検討会、研修会が中止となってしまいました。しかしながら、多くの医療系職能団体ではそんな中でも工夫して、オンラインによる勉強会、研修会などを企画・実施していています。今回のコロナ禍はピンチではありますが同時にチャンスと捉えることもできます。南北330kmに及ぶ県土です。オンラインを生かして、平日などでも活発に研修会、検討会を実施できるようにすべきではないでしょうか。来年はそういった方面での活動の活発化を期待します。
小山 諭 様	新型コロナウイルス禍での対応が求められる中、できる範囲で十分な活動をされておりと思います。皆様方のご尽力に敬意を評します。

2. 拠点整備事業

2. 拠点整備事業

(1) 各支部活動状況

令和3年3月5日現在

区分	No	事業名	計画	実績											備考
				計	村上	新発田	三条	長岡	柏崎	魚沼	十日町	上越	佐渡	新潟市本部	
I 推 進 事 業	①	訪問指導協力要請	各支部5回 (50回)	13	4				1		3	4		1	
	②	支部担当者会議	各支部1回 (10回)	12	2	1	1	1	2		2	3			
	③	モデル訪問指導 (訪問)	105件	112	6	20	12	3	3		3	3		62	
		モデル訪問指導 (電話)	40件	23	2	1								20	
④	支部代表者会議	2回	2										1	2回目3/18開催	
III 研 修 事 業	①	在宅総合研修会	新潟・魚沼各1回	0											
	②	人材育成研修会	4回	4									4		
	③	人材症例検討会	1回	1									1		
	④	支部症例検討会	各支部1回 (10回)	4	1				1		1	1			
	⑤	担当実務者検討会	各支部1回 (10回)	3				1			1		1		
	⑥	周知講座	15回	2				1			1				
契約 指 導	* 契約・延べ指導回数 (R2年4月~R3.1月末現在)									19	11				
	* 契約・施設数 (R2年4月~R3.1月末現在)									3	15				
	* 契約内容	在宅訪問指導 (労務)	指導料金					4,000	4,500	4,500	4,500	4,500			
			交通費					1,000	(込み)	(込み)	(込み)	(込み)			
		外来指導 (労務)	指導料金					5,500 /半日	6,500 半日		6,500 /半日				
		交通費					1,000	(込み)		(込み)					

2. 拠点整備事業

(2) 医師会とのシステム構築

1) 雇用契約書・連携手順作成地区

・上越地区・柏崎地区・長岡地区・十日町地区・魚沼地区・南魚沼地区・新潟市地区

2) 雇用契約を交わした（保険利用）医療機関及び訪問患者数（R3.3月5日現在）

	上越支部				十日町支部				計			
	新規契約 医療機関 数(件)	延べ契約 数(件)	患者実数 (人)	延べ指導 回数 (回)	新規契約 医療機関 数(件)	延べ契約 数(件)	患者実数 (人)	延べ指導 回数 (回)	総契約医 療機関数 (件)	延べ契約 数(件)	患者実数 (人)	延べ指導 回数 (回)
H28	4	4	7	18	1	1	7	22	5	5	14	40
H29	1	5	4	8	0	1	6	43	1	6	10	51
H30	2	7	4	12	2	3	19	91	4	10	23	103
R1	5	12	6	26	0	3	15	70	5	15	21	96
R2	3	15	4	11	0	3	6	19	3	18	10	30

3) 拠点活動（R3.2月末現在）

支部名	活動状況	業務
本部	拠点本部	・事業コーディネート
上越	・在宅推進センターへ出向く 1人・毎週木曜半日	・ICT「がんぎネット」より他職種情報収集 ・センターより情報収集 ・医師からの訪問依頼のFAX対応 ・電話栄養相談（がんぎネットを閲覧した市民が利用） ・ニコニコ通信 4回/年 発行（医師会→各医療機関）
十日町	・十日町医師会に栄養士会用 ICT「魚沼マイネット導入」PC設置	・専用PC「魚沼マイネット導入」に指導報告書入力作業（指導毎）
柏崎	・フリー栄養士 窓口対応	・柏崎刈羽栄養サポートシステム
長岡		・「在宅栄養ケア実行委員会」を置き、事業を実施
魚沼	・フリー栄養士・勤務栄養士窓口対応	・魚沼市「魚沼市・小千谷市医師会」・南魚沼市「南魚沼郡市医師会」対応

令和2年4月現在 新潟県訪問管理栄養士登録と拠点整備状況

(登録管理栄養士数 = 66名)



3. 在宅訪問栄養食事指導に係る研修事業

(1) 在宅栄養ケア総合研修会

魚沼会場・新潟市会場開催

新型コロナウイルス感染予防対策のため開催を中止

3. 在宅訪問栄養食事指導に係る研修事業

(2) 人材育成研修会 4回シリーズ 実績報告

在宅訪問栄養士の育成目的で、栄養士会会員、非会員を対象に下記日程で研修会を開催。

会場 新潟ユニゾンプラザ 開催時間 13:30~17:00

場所・日時	内 容	講 師
第1回研修会 8月19日(水) 2F 女性団体交流室2 出席者 14名	①オリエンテーション ②「在宅訪問栄養食事指導の実際」 ③「訪問栄養食事指導・ 県栄養士会取り組」 ④「在宅訪問栄養食事指導・ 今年度取り組」	①栄養CS 久志田順子 管理栄養士 ②星野ハツ子 管理栄養士 ③牧野令子 管理栄養士 ④栄養CS 久志田順子 管理栄養士
第2回研修会 9月16日(水) 5F 特別会議室 出席者 15名	①「介護サービス制度・介護と食支援」 ②「訪問栄養食事指導 症例検討」 ③「在宅訪問歯科診療と食支援」	①宍きやすと 藤田剛史 社長 ②栄養CS 久志田順子 管理栄養士 ③ひらさわ歯科医院 平澤貴典 院長
第3回研修会 10月14日(水) 5F 中研修室 出席者 14名	①「訪問看護と食支援について」 ②「在宅訪問栄養食事指導 症例検討」 ③「在宅訪問診療と食支援について」	①県訪問看護ステーション協議会 今出晶代 常任理事 ②栄養CS 久志田順子 管理栄養士 ③阿部胃腸科内科医院 阿部行宏院長
第4回研修会 11月18日(水) 5F 中研修室 出席者 12名	①「嚥下困難について」 ②「在宅訪問栄養食事指導 症例検討」 ③「口腔ケアについて」	①新潟県大学医歯学総合病院 真柄 仁 歯科医師 ②栄養CS 久志田順子 管理栄養士 ③新潟県大学医歯学総合病院 伊藤加代子 歯科医師



3. 在宅訪問栄養食事指導に係る研修事業

(3) 人材育成症例検討会

日 時 令和3年1月20日（水）13：30～16：30

場 所 ユニゾンプラザ 5F中研修室

参加者 7人 事務局4名

【症例検討会】

5症例発表 各10分

発表者	症例内容	
	年齢／性別	病 名
①佐藤尚美	35歳・女性	・多極性感情障害・脂質異常症
②畠山恵	84歳・女性	・糖尿病・高血圧症
③鬼立絵梨子	55歳・女性	・脳梗塞・右片麻痺・高血圧症・肥満
④霜鳥知子	81歳・女性	・左脳内出血・第一腰椎圧迫骨折・心不全
⑤四ノ宮裕介	81歳・女性	・糖尿病・高血圧症・低栄養・骨粗鬆症

【発表症例によるグループワーク】

グループワーク 2症例検討

【各グループより検討内容発表】

4グループより代表者が検討内容を発表

【人材育成研修会修了証書授与式】

本年度人材育成研修会4回、人材育成症例検討会1回の内、4回出席と症例報告書類提出の者

【今後の活動について 在宅訪問管理栄養士の登録について説明】

- ・在宅訪問栄養士の登録について・フレイル予防訪問栄養食事相談について
- ・地域ケア個別会議参加について

人材育成研修会修了証書授与者名簿			
1	足立知子	7	笠原多恵子
2	稲生大和	8	酒井常子
3	岩谷美江	9	櫻井由香
4	押見真里菜	10	佐藤尚美
5	四ノ宮裕介	11	霜鳥知子
6	畠山恵	(計11人)	



3. 在宅訪問栄養食事指導に係る研修事業

(4) 支部訪問指導症例検討会

開催回数 4回 (計16名)

日付	時間	支部	検討内容		氏名	役割
10月23日	19:10~20:30	上越	上越市民プラザ (参加者11人) ・訪問栄養指導実施状況 ・事例検討、グループワーク ・発表	1	星野ハツ子	発表者
				2	大平真由美	スタッフ
				3	榊谷 友美	スタッフ
				4	星野 詩子	企画調整
11月2日	15:15~16:30	柏崎	柏崎市民プラザ (参加者18人) ・昨年度実施の症例を発表、意見交換	5	青木 章子	スタッフ
				6	金子 花絵	企画調整
				7	今井 恵	発表者
11月18日	18:00~20:00	十日町	十日町市市民交流センター分じろう ・アンケート形式による会員意見集約 訪問指導症例検討会 在宅訪問栄養指導事業について	8	石澤 亨子	企画調整
				9	蕪木 康子	スタッフ
				10	板場 明子	企画調整
				11	若井 邦子	スタッフ
				12	酒井 千恵	スタッフ
				13	桑原 広夢	企画調整
11月29日	16:00~17:00	村上	村上市民ふれあいセンター ・村上支部 訪問指導症例検討会	14	北林 紘	企画調整
				15	宮村 愛	発表者
				16	須貝 朝子	スタッフ

訪問栄養指導症例検討会のお知らせ



新潟県栄養士会では、地域の医療介護福祉関係者ととも訪問栄養指導の普及事業を実施しております。
この度、より良い訪問栄養指導の実施と更なる普及を図ることを目的に、村上地域にて訪問栄養指導を実施中の症例について、管理栄養士を含む多職種の見点から検討を行う症例検討会を企画致しました。
お忙しい時期とは存じますが、多職種の皆様のご参加を心よりお待ちしております。

日時：2020年11月29日(日) 16:00~17:00
場所：村上市民ふれあいセンター 研修会議室(1)
対象：村上地域で医療・介護・福祉に関わる方
定員：40名(事前申し込みはありませんので当日お越し下さい)

タイムスケジュール

16:00 開会の挨拶 新潟県栄養士会村上支部支部長 北林 紘
16:05 新潟県栄養士会在宅医療(栄養)推進事業について 新潟県栄養士会村上支部支部長 北林 紘
16:15 症例発表および意見交換 栗江会報川原江英 宮村 愛
16:55 閉会の挨拶 新潟県栄養士会村上支部支部長 大島朝子

主催：新潟県栄養士会村上支部



3. 在宅訪問栄養食事指導に係る研修事業

(5) 訪問担当者実務研修会

開催回数 3回 (計28名)

日付	時間	支部	検討内容		氏名	役割
12月12日	14:00~15:30	長岡	長岡市さいわいプラザ 中ホール	1	熊倉 利江	スタッフ
				2	小柳スイ子	スタッフ
				3	小林由美子	スタッフ
				4	小林裕美子	スタッフ
				5	高綱 晶子	スタッフ
				6	金子沙也加	企画調整
				7	瀬下美奈子	講師
12月16日	13:30~16:30	新潟市	新潟ユニゾンプラザ小研2 1. 症例検討 2. 今後の方向性の共有 3. 講義 「褥瘡の栄養管理」 信楽園病院 細川 学	8	北林 紘	発表
				9	井上 来	発表
				10	齋藤香代子	発表
				11	島山 恵	発表
				12	高橋 睦美	スタッフ
				13	佐野 千代里	スタッフ
				14	阿部 幸	発表
				15	熊倉 利江	スタッフ
				16	金井 恵美	スタッフ
				17	酒井 常子	スタッフ
				18	星野 詩子	発表
				19	角谷ヒロ子	スタッフ
				20	久志田順子	企画調整
				21	山川 琴栄	スタッフ
				22	浅見 映子	スタッフ
				23	細川 学	講師
12月22日	18:30~20:30	上越市	上越市市民プラザ 1. 講義「歯科と栄養」 2. 意見交換会	24	五十嵐英子	スタッフ
				25	大平真由美	スタッフ
				26	柘谷 友美	スタッフ
				27	星野 詩子	企画調整
28	田中 紀裕	講師				

令和2年度新潟県栄養士会在宅医療（栄養）推進事業実務担当者研修会

在宅医療研修&意見交換会

【日時】 令和2年12月22日（火）
18:30~20:00

【会場】 上越市市民プラザ 多目的学習室
【対象】 栄養士会員 *申込不要

【内容】
①講義「口腔と食、命の可能性（仮題）」
講師 安江たなか歯科医院 田中紀裕先生

②意見交換
~口腔と食 つなげていくものは何？
自由に語り合いましょう！~

※問合せ先：新潟県栄養士会事務局 資料(上越市福祉市民健康推進課)



3. 在宅訪問栄養食事指導に係る研修事業

(6) 多職種向け周知講座

計2回

日付	時間	支部	内容	氏名
9月11日	14:45~16:00	十日町	クアハウス津南・ 水中教室参加者7名 ・低栄養にならないための食事と栄養素	志田 中
10月14日	10:00~13:00	長岡	さいわいプラザ 「いつまでも元気に！だからいまからフレイル予防」	小林 直子

4. まとめ

(1) 結果

令和2年度在宅医療（栄養）推進事業は、事業目的である「在宅療養者のQOLの向上」に向け、事業計画の取り組みを県栄養士会事業として進めた。しかし新型コロナウイルス感染防止の観点より、取り組みに大きな影響が出た。

- 1) 各支部活動の訪問指導の協力要請活動、支部担当者会議、支部症例検討会及び周知講座は、コロナ禍予防の観点より訪問先及び支部会員の所属の職場からの活動制限等による影響により、取り組みの目標回数に至らなかった。
- 2) 今年度モデル訪問栄養食事指導は、訪問栄養指導に電話栄養指導を組み入れた指導方法の提案を行った。又、昨年実施の本事業「栄養ケア事業8年のまとめ」において、継続栄養指導が指導効果にプラスとなる結果となったことより、昨年度のモデル訪問栄養指導対象者及び対象者の紹介者に、本年度のモデル訪問指導実施の声掛けを合わせて行った。その結果令和2年度モデル訪問栄養食事指導は、対象者総計38名(内昨年度継続対象者13人)、延べ指導件数135回（訪問面談指導112回、電話相談23回）であった。
- 3) 通所・栄養改善事業は、令和2年2月より1通所施設と契約が成立しサービス対象者の数は徐々に増加している。
- 4) 研修事業は、多人数の集合型研修会の開催が困難な状況の為、在宅栄養ケア総合研修会は魚沼地域、新潟市地域ともに開催を中止した。参集者が小規模の人材育成研修会（4回シリーズ）、症例検討会は予定通りに開催ができた。

(2) 考察

- 1) 新潟県栄養士会は新型コロナウイルス感染防止に対応した事業方法を、事業全般において早急に検討・整備することが必要と思われる。
- 2) モデル訪問指導は、居宅介護支援事業所や地域包括支援センター、保険調剤薬局からの依頼数が多くなっており在宅訪問栄養指導の有用性が多職種に認識されてきていると推測される。
- 3) 各支部での活動は、新型コロナウイルス感染防止の対応を行いながら、可能な範囲で研修会開催や症例検討会及びアンケート集計等の協力を頂いた。
- 4) 人材育成研修会は4回シリーズで予定通り開催した。症例研修会では毎回検討を行なったことは、参加者からは参加型研修として好評であった。

(3) 今後の課題

- 1) 当該事業の目的や栄養ケア活動については、専門職種の評価委員の皆さまの提言を真摯に受け止め、多職種関係機関や地域住民に対する周知活動にも注力して、今後の訪問栄養指導事業の取り組みに生かしていきたい。
- 2) 本事業は新潟県栄養士会各支部単位の会員活動により事業展開を行い、住民との近い距離で栄養ケアの窓口（拠点）の設置を目指している。支部長会議参加の代表者、在宅事業担当者からの意見、提案、及び在宅訪問指導を実践している会員からの意見や提案をまとめて本事業の方向性を明らかにして取り組みを継続していきたい。

おわりに

令和2年度8月、県職能団体医療担当者情報交換会が県医師会在宅推進センター（基幹センター）の招集により初めて開催された。現在、県内各地域の郡市医師会は、在宅医療、介護連携の推進活動は在宅医療推進センターを中心に行っている。今交換会の参集者は、県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会、県栄養士の各在宅事業担当者、及びに県福祉事業部医務薬事課、高齢福祉課担当者であり、各団体から在宅医療関連事業の取り組み状況、課題共有に向けた情報交換が行われた。県栄養士会担当者として、本事業である「在宅医療（栄養）推進事業」の8年間の取り組みの状況と課題について短時間であったが説明を行った。

他参集者に詳細な説明を求められた点は、①在宅訪問栄養指導の介護保険の優先利用が定めてあること。②在宅訪問栄養指導は居宅管理指導に区分されるが他の看護師、薬剤師と大きく異なり、訪問管理栄養士は、直接の保険請求権はなく、主治医と労務契約を結ぶか、県栄養ケア・ステーションに登録を通して業務契約を結ぶことが必要であることの2点であった。この2点は、現在、在宅訪問栄養士の抱える大きな課題でもある。多職種との連携をより強固なものとして在宅事業を進めて行くため、本交換会への参加は大切な機会としていきたい。

地域包括ケアシステム（住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生最後まで営めるように、医療、介護、住まい、予防、生活支援サービスを身近な地域で包括的に確保される体制）が推進されている。栄養士・管理栄養士は、ライフステージの各場面で、多職種と連携しながら、栄養ケアサービスの提供を行う「栄養の専門家」である。病院では、院内NST活動は今や必然的な形で行われている。令和3年度介護報酬改定では、福祉施設においの入所者の栄養管理関連が重視された。通所施設でも利用者の栄養改善の加算点が増となった。又施設サービス、居住・通所サービス利用者の栄養管理データが国の介護関連データベースの構成情報に明示されるようになった。在宅療養者に対して、訪問栄養指導によりシームレスな栄養ケアサービスの提供ができるように、県栄養士会は、本事業を支部単位の活動拠点整備により展開してきた。栄養士が行う栄養ケアサービスが、地域包括ケアシステムの中での確かな位置を確保する為に、本事業の9年間の取り組みをきちんと解析し、今後の事業の方向性を会員の意見を尊重しながらさらにすすめていきたい。

本年度は新型コロナウイルス感染防止の為、昨年度までと同様の集会型の活動は十分に推進が出来なかったが、厳しい制約の中で、栄養士会各支部ではモデル訪問指導をはじめとした支部活動に精力的に取り組んでいただいた。今後は、IT活用等より多くの栄養士会会員及び関連職種が共有できる事業活動を検討していきたい。最後に、本事業推進にあたり栄養士会会員はじめ、温かいご支援とご協力を賜りました多くの皆様方に心よりお礼申し上げます。

令和2年度 在宅医療（栄養）推進事業 委員一同

5. 症例集

令和2年度 在宅医療（栄養）推進事業

症例集

5. モデル在宅訪問栄養士指導（38 症例）

1. 新潟市支部	19 症例
2. 上越支部	1 症例
3. 三条支部	4 症例
4. 新発田支部	7 症例
5. 十日町支部	1 症例
6. 柏崎支部	1 症例
7. 長岡支部	3 症例
8. 村上支部	2 症例

5. 症例集

報告書 1

依頼先 居宅介護支援事業所日宝町 様 R 2年 7月 2日 発信

様式6 訪問栄養食事指導報告書 1

管理栄養士 齋藤香代子

患者氏名	新潟-1 様	<input checked="" type="checkbox"/> 男	ご担当医	入月 聡医師		
		<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭	27年 1月 20日生 68歳		
訪問日	R 2年 6月 29日 (月曜日) 10時30分～12時30分 (1回目)					
依頼内容	腰痛発症後、歩行困難となつてしまい、自分の部屋で過ごせなくなつてしまった。食事量も1日数口の日もあり、体重減少も著しく、食事習慣を改善し栄養状態を良好にして欲しい。		病名 (既往症)	事故後後遺症 腰痛 腸閉塞術後		
			指示事項	腸閉塞を繰り返したため。柔らかい食事		
主訴 困つて いる事	腸閉塞のため、食べられない食品があり、かたいものが食べられない。		使用薬	セレコックス100mg ツムラ大建中湯顆粒等		
			検査結果	検査中次回訪問時に結果判明		
			体重減少	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (3ヶ月/ 3 kg減少)		
介護認定	<input checked="" type="checkbox"/> 申請中 (要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2)(要介護 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)					
日常生活	障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input checked="" type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> c1 <input type="checkbox"/> c2					
自立度	認知症高齢者の日常生活自立度 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					
家族状況	父91歳デイサービス利用		・介護サービス利用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	母89歳家事担当		・デイサービス <input checked="" type="checkbox"/> 有(リハビリ) ・ヘルパー <input type="checkbox"/> 有() ・その他 <input type="checkbox"/> ()			
嚥下調整食	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> コード <input type="checkbox"/> OJ <input type="checkbox"/> ot <input type="checkbox"/> IJ <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 ところみ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3					
食生活状況	常食(柔らかい食事)を3食摂取しています。現在歯ぐきに炎症があり、入れ歯の不具合で咀嚼困難。訪問歯科で処方された塗り薬もありますが、使用していません。後日歯科受診予定有り。デイサービスで提供されたハーフ食は全量摂取。家庭では食事にむらがあり、間食は食べたい時に食べ、深夜の摂取もあります。卵や海苔の佃煮、ふりかけを好み、煮込んである野菜も固く感じる状態です。栄養補助食品の利用でエネルギー量は充足されています。					
食事回数/形態・し好等						
目標栄養量	エネルギー 1600 kcal ・ たんぱく質 78 g ・ 食塩 7.5 g					
課題 (疾病・介護) 栄養評価	療養者は高齢の家族との同居であり、母は夫の介護もあるため負担が大きい。移動は歩行器使用ですが、手作業は自由にできます。できる範囲で家事に参加することを支援したいと思います。栄養はエンシュアと栄養補助食品で大きく補われています。歯科治療で咀嚼が改善されると食事からの栄養が期待できると思います。今後食べやすい食事の紹介、腸閉塞と食品についてアドバイスしたいと思います。					
栄養ケア目標	短期目標: 食生活を見直し、家族と同じ食事を心がけて体重の増加を目指す					
	長期目標: 高齢の両親との同居の中で自立した生活を送りたい					
栄養改善計画	#1卵以外のたんぱく源を増加させる。 #2 できるだけ家族と同じ食事を食べる。 #3 漬物やのりの佃煮の重ね食べを控える。 #4 水分補給を心がける。 #5 家族が高齢であるため、できる範囲で家事に積極的に参加する。					

5. 症例集

依頼先

居宅介護支援事業所日宝町

様

R 2年

9月

9日 発信

報告書2

様式7 訪問栄養食事指導報告書2

管理栄養士

齋藤香代子

患者氏名	新潟-1		様	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 27年 1月 20日生 68歳			
身長・IBW	身長	1.54 m	・	IBW	18.3 kg	指導回数			
目標栄養量	エネルギー	1600 kcal	・	たんぱく質	78 g	・	食塩 7.5 g ・その他()		
訪問指導日	R 2年 6月 29日 (1回目)		R 2年 7月 27日 (2回目)		R 2年 8月 24日 (3回目)				
体重/BMI	43.5 kg	・	18.3 kg/m ²	43.3 kg	・	18.3 kg/m ²	43.8 kg	・	18.5 kg/m ²
食事内容	朝食	ご飯120g 即席味噌汁(ワカメ) 生卵 きざみ納豆 おかかふりかけ 海苔佃煮 梅干し エンシュア1缶		ご飯120g 即席味噌汁(ワカメ) 生卵 海苔佃煮 梅干し エンシュア1缶		ご飯120g 即席味噌汁(ワカメ) 生卵 きざみ納豆 梅干し エンシュア1缶			
	昼食	ご飯120g 即席味噌汁(ワカメ) 生卵 きざみ納豆 おかかふりかけ 梅干し エンシュア1缶		カレーライス			ご飯120g 即席味噌汁(ワカメ) きざみ納豆 たらこ		
	夕食	ご飯120g 即席味噌汁(ワカメ) 卵とじ きざみ納豆 梅干し		ご飯120g 即席味噌汁(ワカメ) 鮭 豆腐 キュウリ		ご飯120g 即席味噌汁(ワカメ) 刺身 鶏のから揚げ きざみ納豆 エンシュア1缶			
間食・飲料 ・飲酒等	安田ドリンクヨーグルト(深夜の摂取有) カロリーメイトリキッド			安田ドリンクヨーグルト(隔日) カロリーメイトリキッド		無			
栄養バランス	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可()			<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可()		<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可()			
栄養摂取量	(充足率)			(充足率)			(充足率)		
	エネルギー	1773 kcal	(111 %)	1600 kcal	(100 %)	1477 kcal	(92.3 %)		
	たんぱく質	67.7 g	(87 %)	63.3 g	(81.2 %)	64.5 g	(82.7 %)		
食塩	11 g	(147 %)	8.7 g	(116 %)	7.9 g	(105 %)			
訪問記録	<p>・腰痛発症後体重は41.5kgまで減少してしまいましたが、現在2kg増加。</p> <p>・1日の水分補給は500ml程。</p> <p>・入れ歯の不具合有り咀嚼困難。</p> <p>・ごはんは米3.5合に対しメモリ4の水</p> <p>・家族は高齢、療養者は腸閉塞の食事をインターネットで検索し食事制限について家族に協力を求めている。ミキサーを購入しミキサー食を希望。療養者は家族と違う食事に対して不満もある。</p> <p>・服薬に不安あり、自分で調節してしまう。訪問当日は血圧の薬の服薬無し。</p> <p>・冷凍・冷蔵庫はぎざり詰まっていた。野菜室は漬物でいっぱいだった。</p> <p>次回までの目標 1. 食事記録をつける。2. 食事は家族と同じものを出してもらう。3. 血圧の薬は毎日飲む。</p>			<p>・禁止している食品…こんにゃく、ごぼう、きのこ、タコ、イカ、山菜</p> <p>・服薬良好、食事記録表は27日で中断</p> <p>・エンシュア1日2缶処方自己判断で最近1本に減らしている→先生の指示が出るまで2缶の継続の厳守をしました。</p> <p>・紹介された魚肉ソーセージも食べ始めたが今はミニに変えた。</p> <p>・歯科受診、デキサメタゾン口腔粘膜疾患治療剤を使用して痛みが和らいだ。</p> <p>・食事は家族と一緒に、食事作りも興味を示し、レンジで作るパンプディングのレシピと写真を紹介、ご家族にパンを用意していただき作ってみる予定です。</p> <p>・次回訪問で麻婆豆腐を作りたいと意欲的、歩行器から杖の練習に入るので受診時、料理可能か聞いて来る予定です。</p>		<p>・食事が取れているので、エンシュアは出されなかった。摂取は継続している。</p> <p>・食事記録の継続</p> <p>・朝4時頃にプリンを食べることがある→体内時計の説明を実施</p> <p>・入れ歯は調整中、25日に受診予定。前回型取りをした。</p> <p>・怪我の後遺症で安定して立てない。杖の変更を予定している。</p> <p>・家庭でのグリップトレーニングの成果で握力が僅かに増加した。</p> <p>・すぐに忘れてしまうようで、メモをとることをお勧めしました。</p> <p>・アルコール摂取については内科受診時に問い合わせる。</p> <p>・減塩を心がけて梅干しと海苔の佃煮と一緒に食べない。</p>			
電話相談	R 2年 7月 16日 (1回目)		R 2年 8月 7日 (2回目)		R 2年 9月 7日 (3回目)				
	<p>・体重43kg。下越病院で胃カメラ検査を実施22日に結果説明がある。</p> <p>・1日の水分補給はペットボトル1/2・20日に歯科受診予定。</p> <p>・卵は1日1回で煮魚を食べている・自分で禁止している食品を書き出す</p>			<p>・体重43kg。エンシュアは満腹感で飲めない時がある。本日より食事記録再開</p> <p>・パンをちぎるだけ、電子レンジ使用のパンプディングチャレンジの勧め</p> <p>・簡単麻婆豆腐の材料の用意と受診時に料理可能か？の問い合わせの確認</p>		<p>・体重44.5kgになり順調に増加しています。エンシュア残り10本摂取継続</p> <p>・パンプディング作ってみた。600w3分で加熱不足だった。800w3分追加加熱した。出来上がり美味しく家族で食べた。足もなんと大丈夫だった。水分摂取はまだ不足、便秘は解消されてきている。</p>			
次回訪問予定日	7月 27日		8月 24日		9月 28日				

※ 必要事項を記入の上、各回の訪問指導終了時に提出

5. 症例集

依頼先

居宅介護支援事業所日宝町 様

R 2年 12月 5日 発信

報告書2

様式7 訪問栄養食事指導報告書2

管理栄養士 齋藤香代子

患者氏名	新潟-1 様	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	□ 明 □ 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 27年 1月 20日生 68歳	
身長・IBW	身長 1.54 m ・ IBW 18.3 kg	指導回数	R2年度合計	訪問: 6回 ・ 電話: 5回	
目標栄養量	エネルギー 1600 kcal ・ たんぱく質 78 g ・ 食塩 7.5 g ・ その他()				
訪問指導日	R 2年 9月 28日 (4回目)	R 2年 10月 26日 (5回目)	R 2年 11月 30日 (6回目)		
体重/BMI	44.6 kg ・ 18.8 kg/m ²	44.1 kg ・ 18.5 kg/m ²	43.8 kg ・ 18.4 kg/m ²		
食事内容	朝食	ご飯120g 即席味噌汁(ワカメ) 生卵 きざみ納豆 梅干し	ご飯120g 即席味噌汁(ワカメ) ふりかけ 生卵 きざみ納豆 梅干し カロリーメイト	ご飯120g 即席味噌汁(ワカメ) 生卵ハンバーグ $\frac{1}{2}$ きざみ納豆 カロリーメイト	
	昼食	ご飯120g 即席味噌汁(ワカメ) かぼちの煮物 さんま缶詰	ご飯120g 麻婆豆腐		カレーライス
	夕食	ご飯120g 即席味噌汁(ワカメ) ゆで卵 さんま缶詰 きざみ納豆	ご飯120g 即席味噌汁(ワカメ) きざみ納豆 にんにく味噌	ご飯120g 即席味噌汁(ワカメ) ハンバーグ きざみ納豆	
間食・飲料 ・飲酒等			プリン		
栄養バランス	□ 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可()		□ 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可()		□ 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可()
栄養摂取量	(充足率)		(充足率)		(充足率)
	エネルギー	1143 kcal (71 %)	1273 kcal (80 %)	1472 kcal (92 %)	
	たんぱく質	47.8 g (67 %)	50.7 g (65 %)	53.2 g (68.2 %)	
食塩	7.1 g (95 %)	7.6 g (101 %)	8 g (107 %)		
訪問記録	36.5℃ 呼吸14回 脈拍74 栄養ケア目標対応 ・8月28日要支援2に認定 ・服薬良好、摂取エネルギーダウン ・入れ歯下顎に薬の粉が入ってしまったため隙間調整を依頼する ・パンプディング再度作成、卵を入れ忘れてしまった。覚えるまでメモ書きを見る。1人分として朝食に取り入れて欲しいことを伝えた。今回はインスタント麻婆豆腐と豆腐どんぶりを紹介6.体重の推移を説明した ・7・8月に飲酒開始、盃に1～2杯のつもりが、実は1日100mg前後飲酒。飲酒は転倒の危険が大なので禁酒を勧めた。現在飲酒は飲んでいないらしいが日本酒1 $\frac{1}{2}$ の購入有 ・デイサービスの食形態を参考にして、自身で食べやすく刻む、食後の入れ歯の清掃等にチャレンジを勧めた。	37.1℃ ・12日に2階の自分の部屋に戻った ・体重が減少している。食事が少ない。具の入っていない肉みそ、にんにく味噌の食事が多くなり、たんぱく質の摂取不足。喉通りの良い生卵と納豆中心の食事が増えている→納豆なら増やせる1日1pを1食1/2p。カロリーメイトを毎日摂取している。ヨーグルト、プリンも頻度を増やすよう勧めた。 ・家庭では食事を残す。野菜、肉は食べにくい。→肉を食べやすくするために、ハサミを使うアイデアが本人からでた。食事専用のハサミを用意し使用後洗い清潔に保つことようアドバイスした。 ・デイサービスはハーフ食、全量摂取3握力は初回訪問より左右とも増加した ・夜中に日本酒1口飲むのは腸に良くないことを説明した	36.2℃ ・歩行が安定してきたことで、惣菜お弁当など嗜好に合わせた食品の購入ができるようになった。先日家族でドライブも楽しんだ。まだまだ不安定な面もあり転倒には気をつけている ・歯科は11/16に終了した。その後鼻をかむ時痛みを感じるようになった。再受診の予約を入れた。 ・体重は減少傾向、家庭でも食事は残さず食べている、食事記録からお弁当の利用が増えている。→ケアマネから宅配のお弁当を紹介してもらった。地域の店舗できざみ食まで対応。家族も美味しそうなお時追加を希望している。 ・ヨーグルトは飲むのを忘れてしまった→乳製品の摂取に努める ・水分補給の必要性は毎回助言している、最近250ccとなってしまった。 ・上腕周囲長20cm、変化無し。握力右27左27増加した。 ・日本酒は医師から少しくらいならOKがでた。行事の時も1合以下を勧めた。		
電話相談	R 2年 10月 12日 (4回目)	R 2年 11月 9日 (5回目)			
	・45.0kg体重は安定。摂取エネルギーは減少71%でしたが、出された食事は残さなくなった、ご飯を多めに食べていることが体重維持に繋がった。パンプディング今回は美味しく出来た。 ・本日から手すりを3カ所つけてもらい2階の自分の部屋に戻る。	・36.5℃体重45.0kg体調良好。食事はあまり変わっていない、納豆が増えているような気がするが、1日1p食べている。 ・カロリーメイトは毎日摂取。ヨーグルト、プリン食べても記録していない→食べたものはすべて記録する、食事量を増やすことを勧めた。			
次回訪問予定日	10月 26日	11月 30日			

※ 必要事項を記入の上、各回の訪問指導終了時に提出

5. 症例集

依頼先 びーすケアセンター西 中川 様 R 2年 6月 29日 発信

様式6 訪問栄養食事指導報告書 1 管理栄養士 西野 真弓

患者氏名	新潟-2 様	<input type="checkbox"/> 男	ご担当医	
		<input checked="" type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 8年 2月 6日生 87歳	
訪問日	R 2年 6月 26日 (金曜日) 10時30分～11時30分 (1回目)			
依頼内容	現在入院中だが、独居の為、糖尿病の食事コントロールに不安があり、退院後の栄養ケアが必要と考え、食事指導、調理指導をお願いしたい。(6/21退院)	病名 (既往症)	#1 糖尿病 #2 高血圧 #3 逆流性食道炎 #4 腰椎圧迫骨折後	
		指示事項	1280kcal Nacl:6g以下	
主訴困っている事	何を食べていいかわからない。 3食は食べるが、お腹が空くという事がない。 夜眠れない事が多い。	使用薬	糖尿病薬・眠剂等 9種類服用	
		検査結果	6/1 HbA1C 8.1 血糖 90mg/dℓ	
		体重減少	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (3ヶ月/ 1kg減少)	
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2) (要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)			
日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度) <input type="checkbox"/> J1 <input checked="" type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> c1 <input type="checkbox"/> c2 認知症高齢者の日常生活自立度 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
家族状況	一人暮らし 新潟市中央区在住の長女が週1～2回訪問し、通院・買い物を手伝っている。	・介護サービス利用 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・デイサービス <input checked="" type="checkbox"/> 有 (週2回) ・ヘルパー <input type="checkbox"/> 有 ・その他 <input checked="" type="checkbox"/> (配食弁当利用)		
嚥下調整食	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 コード <input type="checkbox"/> OJ <input type="checkbox"/> ot <input type="checkbox"/> 1J <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 とろみ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
食生活状況 食事回数/形態・嗜好等	近所のコンビニ、1と5に開催される市への買い物は一人で歩いて行ける。週2回惣菜の移動販売があるので利用する。 娘さんと週1回車で買い物行く。また娘さんが来た際におかずを作って置いて行ってくれる。 食事は3回、普通食。ハウレン草やブロッコリーなどは自分で茹でて食べる。手間のかからないものが殆ど。 間食はしない。甘い物、油物は食べてはいけないと思っていて殆ど食べない。			
目標栄養量	エネルギー 1280 kcal ・ たんぱく質 60 g ・ 食塩 6 g			
課題 (疾病・介護) 栄養評価	野菜は意識しているのである程度摂取できているようだが、蛋白質の摂取に偏りが見られる。 3食味噌汁を摂取、味付けも濃い味が好みで、塩分摂取量がやや多い。 配食弁当以外は摂取する食品の種類が少ない。			
栄養ケア目標	短期目標： 朝・昼・夕のおかずには蛋白質を取り入れる。 味噌汁を3回から2回に減らす。 長期目標： 1日の必要栄養量がバランスよく摂取でき、血糖値が安定する。 体重を落とさない。			
栄養改善計画	1. 1日に食べる量をわかりやすく提示する。 2. 不足する栄養を簡単に補う献立、調理法を提示し、一人でもきちんと栄養が摂れるように意識づけをする。 3. 楽しみをもって食事ができるように、制限している食べ物の上手な利用法を提案する。			

5. 症例集

依頼先 薬剤師 遠藤 まゆみ 様 R 2 年 7 月 10 日 発信

様式6 訪問栄養食事指導報告書 1 管理栄養士 畠山 恵

患者氏名	新潟-3 様	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	ご担当医	ころはすクリニック 江部和人様
訪問日	R 2年 7月 10日 (金曜日)		<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭	30年 6月 17日生 65歳
依頼内容	○嗜好品に、はまっている。食事が偏っている。運動はしており、体重の増加に関して今は落ち着いているようだが、食事の選び方、買い方等指導してほしい。(薬剤師 遠藤様) ○栄養士が介入する事で、今のままではいけないんだという意識付けになればよい。(CM 田中様)	病名(既往症)	脳血管疾患(左視床出血) 高血圧	
		指示事項		
主訴困っている事	梅雨のせいかなんだか体調がよくない。リハビリもメニューの半分をこなしている。体がだるいし、なんたって目が定まらない。体重は本当は60キロいくとまずいのよ。	使用薬	鎮痛剤(頓用) 降圧剤(朝のみ) 末梢神経障害改善薬 アレルギー疾患薬(朝・夕)	
		検査結果		
		体重減少	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (ヶ月/ kg減少)	
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2)(要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)			
日常生活	障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> c1 <input type="checkbox"/> c2			
自立度	認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
家族状況	独居 月2回 息子が買い物援助 時々 姉が訪問	・介護サービス利用 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・デイサービス <input type="checkbox"/> 有() ・ヘルパー <input checked="" type="checkbox"/> 有(週2回) ・その他 <input checked="" type="checkbox"/> (訪問リハ 訪問看護)		
嚥下調整食	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 コード <input type="checkbox"/> OJ <input type="checkbox"/> ot <input type="checkbox"/> IJ <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 じとろみ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
食生活状況	リハビリの一環で毎日、日記を書いている。そちらを参考にしながら、本人から聞き取り。日々の食事であるが、朝は、牛乳のみ。その後、毎日ではないものの10時くらいに間食。昼食は、そうめんやパン+野菜。夕食もめん類やパン、缶詰等のたんぱく源と野菜。時々19時頃シュークリーム等を食べている。また、昼食を摂る時間が15時頃になる時もある。はまとそればかり食べてしまう。今は、「シュークリーム・レモンの皮ののったカステラ・レーズンサンド」等にはまっている。ご飯はぼそぼそしているから嫌い。主食はパンか麺類。			
食事回数/形態・嗜好等				
目標栄養量	エネルギー 1500 kcal ・ たんぱく質 56 g ・ 食塩 6 g			
課題(疾病・介護)	本人の元来の性格や習慣、おやつを買う事が目的になっている事、(近くのコンビニに散歩に行こう。せっかく来たから何か買おう)バランスの摂れた食事が体重の増加防止に繋がる事の理解不足(動かないから太っている)等が原因で、適正な食事→体重の安定(減少)に繋がらない。食べたい時には食べるという現在の生活。これらを要因とする「エネルギー過多、たんぱく質不足の状態」と評価する。			
栄養評価				
栄養ケア目標	短期目標: 体重の維持。(体重が増えない事) 長期目標: バランスの摂れた食事を自分で用意する事(選ぶ事)ができる。			
栄養改善計画	○今現在の食生活から見直せる具体的な案を紹介 1.朝食の牛乳を「低脂肪牛乳」等にする方法。 2.「おかずの摂取量」は今の量で問題ない。しっかり食べる。 3.納豆や豆腐等は加熱せずそのまま食べられるし安価なので常備しておくともよい。 4.パンよりもご飯の方が安価である。ぼそぼそとした食感が苦手なら「もち麦」や「玄米入りパック御飯」などがある事を紹介。 5.パンに関して。たとえば6枚切り2枚をいつも食べているのなら、8枚切り2枚にする等、今より摂取量を少なくする方法の提案。エネルギーが抑えられるパンの紹介。 6.今、はまっているおやつが体重にどの位影響するか。コンビニおやつの選び方を資料を用いて説明。 7.食べる順番。食べる時間の説明。8.食材の買い方、選び方がイラストになっている資料をお渡りする。			

5. 症例集

依頼先

薬剤師 遠藤 まゆみ様

R 2年 10月

2日 発信

報告書2

様式7 訪問栄養食事指導報告書2

管理栄養士

畠山 恵

患者氏名	新潟-3	様	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	□ 明 □ 大 □ 昭 30年 6月 17日生 65歳		
身長・IBW	身長 1.58 m ・ I BW 54.9 kg			指導回数	R2年度合計 訪問: 3回 ・ 電話: 1回		
目標栄養量	エネルギー 1500 kcal ・ たんぱく質 56 g ・ 食塩 6 g ・ その他()						
訪問指導日	R 2年 7月 10日 (1回目)		R 2年 8月 21日 (2回目)		R 2年 10月 2日 (3回目)		
体重/BMI	67.6 kg ・ 27.1 kg/m ²		69 kg ・ 27.2 kg/m ²		67.7 kg ・ 27.1 kg/m ²		
朝食 昼食 夕食	牛乳(300ml位)		野菜たっぷりスープ		牛乳		
	サラダスパゲティ(コンビニ)		アイスクリーム		雑炊・焼き魚(ホッケ) ゴーヤ炒め		
	昆布おにぎり・鮭おにぎり、 大根と肉の缶詰、果物缶		鮭おにぎり・餃子12個・納豆 1P・ ほうれん草・こんにやくサラダ・		パン・サラダスパゲティ・納豆・豆腐・ ほうれん草の生姜浸し		
間食・飲料 ・飲酒等	飲料 ジャスミンティー1000ml 三ツ矢サイダー500ml 7/10は9時頃にレーズンサンド (288kcalとレモンケーキ212kcalを摂取)		飲料 ジャスミンティー 1000ml 南部せんべい2,3枚		飲料 ジャスミンティー1500ml わらび餅		
栄養バランス	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可()		<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可()		<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可()		
栄養摂取量	(間食以外) (充足率)		(充足率)		(充足率)		
	エネルギー	1300 kcal (86 %)	1600(±200) kcal (106 %)	1400(+200) kcal (93 %)			
	たんぱく質	41.5 g (74 %)	46(±10) g (82 %)	58(±5) g (103 %)			
	食塩	5.25 g (87 %)	6.5(±1) g (108 %)	6.6(±2) g (100 %)			
訪問記録 <small>栄養ケア目標対応</small>	<p>コロナ対策で30分以内の訪問という事であったが、久々の訪問という事もあり、状況確認等でかなり時間を割いてしまっただが、感染症対策(検温、入室前の手指消毒、マスク着用、距離を保つ等の会話を徹底し指導にあたった。</p> <p>聞き取りの結果、過少申告ではあるものの、前回の訪問より食事摂取内容を具体的に聞き出せた(話をしてくれた)。</p> <p>結果、エネルギーは過多であり、たんぱく質の摂取量は少ない。ただ、野菜類に関しては、本人も「強迫観念があるのか意識しているわ」と前回の訪問の助言内容を少しだけ意識して生活していたのか?と感ずる発言があった。</p> <p>今回は「体重が増えない事」を短期の目標に掲げ、日々の食事を改善する具体的な案をいくつか紹介。</p> <p>【栄養改善計画参照】視覚に問題がある為、資料も拡大カラーコピーの物をお渡しした。具体的な案を紹介した中で、本人が「やってみようかな」と意欲を見せた、もち麦ごはんを試す事を今回はやってみたらどうかと励まし、初回の訪問を終えた。</p> <p>※米飯は「ぼそぼそ感」が嫌いであまり食べない。炊かない。主食は麺・パンが主。もち麦は、本人も「好きかも、いいかも」と前向きに捉えていた。</p> <p>先日の助言内容で唯一「やってみようか」と前向きな発言が聞かれた【もち麦】を試して夕食を米飯にするという助言内容について。やはり「結局は、ごはんでしょ」「米を炊かないし」という理由から試していない。</p> <p>体重は前月から増加。長雨の影響で体調が悪く、梅雨が明けたと思ったら酷暑。この暑さの中、ゴミ出しに行ったら、ふらふらしてしまい、あまり歩いていない。周りからも止められている。「昔は今よりも食べていたけど、動いていたから痩せていた」「3食食べれば太る」という考えがある上、本人の性格もなかなか食事の改善に至らない。入院中、動かなかったけど、3食食べていても、太らなかつた事実はしっかり覚えている。</p> <p>最近、暑さの影響で「アイスクリーム」を好んで食べている様子。</p> <p>リハビリの一環でつけている日記と、本人からの聞き取りで、概算であるが、栄養摂取量を算出(上記)。この日に関しては、夕飯が1200kcal程度摂取。</p> <p>訪問当初から朝、昼が少なめ、夜一気に食べる傾向にある。</p> <p>本人が出来る簡単な事からという事で、「①アイスクリームを買う(食べる)際、時々ヨーグルトにする」</p> <p>「②シュークリームや甘い物は15時までに済ます。食後はなるべく甘いものは控える」</p> <p>「③もち麦のサンプルを渡す。朝のスープに入ると腹持ちも、良く余計な間食をしなくて済むのではないかな?」を次回の目標とした。</p> <p>視覚障害もあり、適切な量を絵やパンフレットではわからないのか?次回は実物を持って、適量を知ってもらおう。</p> <p>本人の意向「痩せたい、また倒れたくない」体重に関して、横ばい。</p> <p>食事内容は、当初と比べると、食べるものを意識したり、朝食時、牛乳だけではなく、野菜スープ等を取り入れたり努力している様子。パンや麺が主食の食事習慣も、もち麦を代用する事で米飯(雑炊)なんか美味しく好んで、取り入れている。</p> <p>脳血管疾患の後遺症で、感覚障害や、物が二重に見えたりする影響もあり、食事の支度に時間がかかる。「簡単に主食、主菜、副菜が摂れるレシピ」の提案をするも、本人の調理のこだわり等もありしないうち、(のちにレシピを郵送した)「理想体重に近づけるには、運動と食事が大切」という事を改めて本人に伝え、</p> <p>①間食の時間を気を付ける ②野菜は両手いっぱい食べる ③肉・魚・卵・納豆(豆)は1日1回は必ず食べる</p> <p>を今後も続ける事を目標に、最終訪問を終えた。</p> <p>※昼食・夕食のみを見ると徐々に、エネルギーとたんぱく質がとれてきたが、3食のバランスを見て、不良とした。本人の食習慣を尊重し、1日2食で栄養をとる方法を提案する事も、一つだったのではないかと反省している。</p> <p>【コロナ対策】本人体調良好 体温35.7℃ 畠山体調良好 体温36.7℃ 手指消毒済み 退出時のテーブル ドアノブ消毒済み</p>						
電話相談	R 年 月 日 (0回目)		R 2年 9月 23日 (1回目)				
次回訪問 予定日	8月 2 1日		10月 2日				

※ 必要事項を記入の上、各回の訪問指導終了時に提出

5. 症例集

依頼先 新潟-4 様 R 2年 7月 11日 発信

様式6 訪問栄養食事指導報告書 1

管理栄養士 小山 幸代

患者氏名	新潟-4 様	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	ご担当医	
訪問日	R 2年 7月 10日 (金曜日) 10時10分～10時50分 (1回目)			
依頼内容	昨年実施済みのモデル在宅訪問栄養指導対象者に対する継続指導	病名 (既往症)	膝神経内分泌腫瘍 (化学療法治療後) 変形性膝関節症 骨粗鬆症 アレルギー	
		指示事項	なし	
主訴 困っている事	<ul style="list-style-type: none"> 薬の副作用なのか、口内炎になり体重が減った。 お腹がすかず、食べたくない。 疲れを感じる。 	使用薬	<small>アピオール (抗悪性腫瘍剤) ネジロムアセル (胃薬) リバロキサセル (消化を助ける) リオノD (かゆみ止め) リスミ (眠剤) カナール (痛み止) カンデサルタン (降圧剤) アズノールうがい液 エディロールカプセル (骨粗鬆症) アレンドロン酸 (骨粗鬆症)</small>	
		検査結果		
		体重減少	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (3ヶ月 / 1.5 kg減少)	
介護認定	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) (要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)			
日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度) <input checked="" type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> c1 <input type="checkbox"/> c2 認知症高齢者の日常生活自立度 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
家族状況	独居 (娘家族が近くに住んでいる)	<ul style="list-style-type: none"> 介護サービス利用 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 デイサービス <input type="checkbox"/> 有 () ヘルパー <input type="checkbox"/> 有 () その他 <input type="checkbox"/> () 		
嚥下調整食	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 コード <input type="checkbox"/> OJ <input type="checkbox"/> ot <input type="checkbox"/> 1J <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 ところみ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
食生活状況 食事回数/形態・嗜好等	<ul style="list-style-type: none"> 食べたくないが、3食はテーブルに座り食事をしている。 好きな物や食べた方が良さげなものを購入するが、食べられずに捨てることが多い。 薬の副作用で口内炎を繰り返し、それが原因で益々食べられなくなり体重が減った。 嫌いな食べ物多い (青魚・鶏肉・乳製品・最近じゃが芋や玉ねぎも食べたくない) (足の筋力を落とすたくないで1日おき3~4kmのウォーキングを以前から行っている。) 			
目標栄養量	エネルギー 1400 kcal ・ たんぱく質 54.5 g ・ 食塩 7 g			
課題 (疾病・介護) 栄養評価	<ul style="list-style-type: none"> 薬の副作用や嗜好の問題から食欲不振となり、低栄養状態である。 体重減少があり、体力減退も見られる。 			
栄養ケア目標	短期目標： 少しでも体力が改善し、疲れなくて生活したい。 長期目標： 今の生活が継続できるようにしたい。			
栄養改善計画	<ol style="list-style-type: none"> ①食べたいものを食べる。 ②レトルト食品などを活用し、家事の負担を減らす。 ③脱水予防のため、こまめに水分を摂る。(特にウォーキング時) 			

5. 症例集

依頼先

様

R 2年 10月 17日 発信

報告書2

様式7 訪問栄養食事指導報告書2

管理栄養士

小山 幸代

患者氏名	新潟-4	様	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 16年 7月 24日生 79歳
身長・IBW	身長 150.4 m ・ IBW 49.8 kg	指導回数	R2年度合計	訪問: 3回 ・ 電話: 0回	
目標栄養量	エネルギー 1400 kcal ・ たんぱく質 54.5 g ・ 食塩 7 g ・ その他()				
訪問指導日	R 2年 7月 10日 (1回目)	R 2年 9月 18日 (2回目)	R 2年 10月 16日 (3回目)		
体重/BMI	38.5 kg ・ 17.0 kg/m ²	39.0 kg ・ 17.2 kg/m ²	39.3 kg ・ 17.4 kg/m ²		
食事内容	朝食	ご飯 味噌汁 漬物 卵又は鮭又はたらこ又は納豆	ご飯 漬物(茄子漬・胡瓜漬) 納豆 ヨーグルト	ご飯 漬物(茄子漬・胡瓜漬) 納豆又は玉子焼き ヨーグルト	
	昼食	パン(1枚・バター、ジャム) 果物 ヨーグルト2ケ	パン(1枚・バター、ジャム) 果物 ハム	パン(1枚・バター、ジャム) 野菜炒め(夕食の残り物) 果物	
	夕食	ご飯 味噌汁 魚又は野菜炒め	ご飯 漬物 イカと大根の煮物	ご飯 鮭の塩焼き 煮物やグラタン	
間食・飲料 ・飲酒等	お茶・コーヒー・チョコ・ アイスクリーム	お茶・コーヒー・プリン・ アイスクリーム	お茶・プリン(2日に1回)		
栄養バランス	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可(鉄・ビタミン不足)	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可(鉄・ビタミン不足)	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可(鉄・ビタミン不足)		
栄養摂取量	(充足率)	(充足率)	(充足率)		
エネルギー	1330 kcal (95 %)	1320 kcal (94 %)	1300 kcal (93 %)		
たんぱく質	49.7 g (91 %)	49.5 g (91 %)	50.8 g (93 %)		
食塩	5.2 g (74 %)	5 g (71 %)	5.3 g (76 %)		
訪問記録 <small>栄養ケア目標対応</small>	<ul style="list-style-type: none"> 薬の副作用で口内炎を繰り返し、薬の調整した。しかしまだ繰り返している。 その為、ますます食欲がなくなり体重が減った。 体力がなくなり、外出後は何もしたくない。 足の筋力は落としたいので、1日おきに3~4kmウォーキングしている。 薬の副作用で血圧が上がり、降圧剤が処方された(7/9) 好きな物を食べようと思い、スーパーで購入するが、捨てることが多い。 口内炎での食事の摂り方や味付けなどについてアドバイスをを行う。 レトルト食品や宅配はどうか検討中との事。栄養士からレトルト食品の選び方等のアドバイスをを行う。 ウォーキング中の脱水予防のため水分補給について話した。 	<ul style="list-style-type: none"> 口内炎は処方された薬で治った。 相変わらず食欲は無いが、好きなものなら食べられる。桃、梨、とうもろこしなどを食べた。 最近はさんま、イカなどをスーパーで買った。たまにアジフライ等も買って食べている。 野菜は食べなければと思い買うが捨てることも多い。 甘いものが食べたくなりスーパーでおはぎを買って食べた。主治医から糖尿病になると悪いので食べ過ぎないようにと言われた。(BS101mg・HbA1c6.1%) 暑かったのでウォーキングはしていない。 外出後、疲れて何もしたくない。 まずは好きな物を食べて体力を維持するようにしましょう。甘いものも適度に食べてよいです。と伝えた。 	<ul style="list-style-type: none"> 野菜は少な目だと思うが、今年は南瓜、里芋、大根などの煮物を多く食べている。野菜を食べようと思い買うが、キャベツやレタス等は半分は食べられずに捨てている。 猫を飼う様になり、猫が鮭を好むので鮭を焼いて猫と一緒に食べている。 レトルト食品を試してみた。昔と違い美味しくなった。買い置きするようにして、何もしたくない時は買い置きしてあるレトルト食品を食べることもある。 紹介してもらったニラの玉子とじを作ってみたら美味しかった。 週に2回くらいウォーキングをしている。1時間かけて4.5kmくらい歩くが、疲れるので途中で休憩する。 最近は甘い物はあまり食べたくない。 先日息子が帰省した。久しぶりに日本酒を飲んだら美味しいと感じた。 栄養士から、体力が維持できるようこれからも好きな物を食べて下さいと話した。 		
電話相談	年 月 日 (1回目)	R 年 月 日 (2回目)			
次回訪問 予定日	月 日	10月 16日			

※ 必要事項を記入の上、各回の訪問指導終了時に提出

5. 症例集

報告書 1

依頼先 SOMPOケア新潟訪問看護師 酒井 様 R 2年 7月 1日 発信

様式6 訪問栄養食事指導報告書 1

管理栄養士 久志田順子

患者氏名	新潟-5 様	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	ご担当医	おかむら内科クリニック下町
訪問日	R 2年 6月 30日 (火曜日) 14時00分～14時50分 (1回目)			
依頼内容	対象者本人、家族の指導希望 昨年度3回訪問後の継続指導	病名 (既往症)	#1DM(50歳台) #2腸閉塞穿孔腹膜炎でストマ増設(81歳) #3不安定神経症、#4難聴 #5R1,11右下肢蜂ほう織炎様炎症	
		指示事項	特になし	
主訴 困っている事	娘) 前回指導内容を意識しながら食事を提供しているが、このままでよいか確認してほしい。 本人) がまんしてる。好きな菓子は何にも食べさせてくれない。先生には褒められたけど・・・	使用薬	内科 DPP-阻害薬(DM)他8種 整形外科、眼科、皮膚科 薬あり	
		検査結果	HbA1c7.2(2/22)6.9(4/25)6.4(6/15) eGF 59.4	
		体重減少	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月/ kg減少)	
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2)(要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)			
日常生活 自立度	障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> J1 <input checked="" type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> c1 <input type="checkbox"/> c2 認知症高齢者の日常生活自立度 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
家族状況	娘(同居:咽頭K放射線治療後経口摂取少量のみで栄養剤を胃ろう注入)	・介護サービス利用 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・デイサービス <input type="checkbox"/> 有() ・ヘルパー <input type="checkbox"/> 有() ・その他 <input checked="" type="checkbox"/> (訪問看護 ストマ管理 2回/週)		
嚥下調整食	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 コード <input type="checkbox"/> OJ <input type="checkbox"/> ot <input type="checkbox"/> 1J <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 ところみ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
食生活状況 食事回数/形態・し好等	昨年度訪問終了時通所の運動サービスを検討したがコロナで中止、外出も控えている。食材買い物は娘が行い、たまに本人が同伴して好みのものを購入。栄養食品はゴボウ茶程度ほかは指導後やめた。料理、乳製品、果物類は夕食時に娘が調理しておき、本人が自由に翌昼食まで分けて食べている。菓子間食は塩飴おやきを1個/週と低カロリーゼリーを冷凍して最近毎日1個摂取。飲料はノンカロリー炭酸水500ml/日、お茶300ml 服薬時少々。			
目標栄養量	エネルギー 1200 kcal ・ たんぱく質 40 g ・ 食塩 6 g			
課題 (病介) 栄養評価	食事は、夕食時に娘がまとめて用意した料理を本人が選んで食べている。主菜は魚中心で卵、豆腐は本人好まない、肉は固いと咀嚼ができないので少量かひき肉を野菜に加える程度。生野菜はシーチキンを加え、ノンオイルドレをかけて多めに用意し他加熱野菜を用意。娘は母親の食事に同席はしていない。本人聞き取りからは、3食の内容で主食や主菜が揃わない食事の時もある。10時や15時ころ空腹感から間食が習慣化しており、シャーベットにした低カロリーゼリーやおやきを摂取している。ヨーグルト、果物は毎日摂取食事として摂取。以前の菓子類や健康食品の過食は娘が注意しており現在は食べていない。			
栄養ケア目標	短期目標: DM食事療法をストレスなく実践。 長期目標: 現在の生活レベルの維持			
栄養改善計画	・摂取目標 エネルギー 1BW38.3×28≒1,100～1,200Kcal、たんぱく質38.3×1.0≒40g ・毎食の食事の揃え方を理解する(主食、主菜、副菜) ・油類の利用を適量摂取 ・乳製品、果物の適量を間食にも利用し 菓子類の摂取量を検討する。 ・運動を介護サービスで検討する。			

5. 症例集

依頼先 sompoケア訪問看護 坂井 様

R 2年 9月 3日 発信

報告書2

様式7 訪問栄養食事指導報告書2

管理栄養士 久志田 順子

患者氏名	新潟-5	様	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 10年 12月 1日生 85歳
身長・IBW	身長 132.3 m ・ IBW 38.3 kg			指導回数	R2年度合計 訪問: 3回 ・ 電話: 1回
目標栄養量	エネルギー 1200 kcal ・ たんぱく質 40 g ・ 食塩 6 g ・ その他()				
訪問指導日	R 2年 6月 30日 (1回目)	R 2年 7月 29日 (2回目)		R 2年 9月 2日 (3回目)	
体重/BMI	50 kg ・ 28.6 kg/m ²	50 kg ・ 28.6 kg/m ²		kg ・ kg/m ²	
食事内容	朝食	かゆ120g・前日夕食残り(魚料理・シーチキン)のり生野菜・煮野菜)ヨーグルト1個・ごま豆腐	7時:牛乳100cc+珈琲、ヨーグルト90g 8時:飯50g焼魚40g、生野菜、煮野菜	7時:牛乳180cc+珈琲、ヨーグルト90~140g 8時:主食無しが多い 焼魚40g、生野菜、煮野菜	
	昼食	スイカ150g・Wソフト1枚(67g)か冷凍チャーハン・前日夕食の野菜料理残り	12時:スイカ150g・Wソフト1枚(67g)か冷凍チャーハン・前日夕食の野菜料理残りトマト。ゼロカロゼリー	12時:スイカ300g・Wソフト1枚(67g)かご飯120g位・前日夕食の野菜料理残りトマト。冷凍0カロゼリー2p	
	夕食	主食無・ノンカロ発泡酒350cc・焼き魚40g・シーチキン入り生野菜・煮野菜	19時:飯50g、魚か肉料理、生野菜、煮野菜	19時:飯50g、魚か肉料理、生野菜、煮野菜	
間食・飲料・飲酒等	冷凍微糖ゼリー1p/日・塩あんおやき1個/週 炭酸水500cc お茶300cc	15時:ヨーグルト90~100g飲料水:ノンカロ炭酸水200cc+珈琲200+薬飲み水300cc+お茶200cc ≒900cc	・塩あんおやき3個位/週 炭酸水500cc・自分で購入した菓子類(内容不明)		
栄養バランス	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可()	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不可()		<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可(主食なしが多い)	
栄養摂取量	(充足率)	(充足率)	(充足率)		
エネルギー	800~900 kcal (90 %)	1,100~1200 kcal (100 %)	1400 kcal (110 %)		
たんぱく質	30 g (75 %)	40 g (100 %)	58 g (1.45 %)		
食塩	6 g (100 %)	6~7 g (100 %)	6~7 g (100 %)		
訪問記録	<p>・昨年度3回訪問指導実施。同居娘が食材購入調理担当しており食事指導内容に沿って食事用意。本人の嗜好の偏りもあることや食事の時間に娘は同席せず本人が冷蔵庫や冷凍庫に用意された料理や食材を選んで毎食食べている。</p> <p>・本人聞き取りでは、主食や主菜が揃っていない食事もあり、食間に空腹感から、低糖ゼリーシャーベットや塩飴おやきやヨーグルトを食べることが習慣化。1回の食事の摂取量は多くないが炭酸水を好んで摂取することでお腹の張りが常にある。</p> <p>・コロナウイルス蔓延の影響で通所の運動サービスの検討が現在中止しているが次回ケアマネが7月に訪問時に相談する予定。</p> <p>・昨年夏・秋の間のアイスの過食は1月の訪問指導より中止しており、健康食品の購入摂取も控えて、血糖値が良好に低下し主治医から褒められている。</p>	<p>・7/17訪問看護→夕方ストマ部より脱腸腹部痛強く新大へQQ搬送(消化器外科通院中)腸内容物の流れが悪いことが一因にて服薬量増・以来食欲↓ 運動サービス利用もすこし落ち着いてから検討とする。</p> <p>・血糖値は安定と主治医より説明あり(数値は不明)</p> <p>・食事は娘さんが管理で間食はほとんど食べていない。</p> <p>・スイカやノンカロゼリーを摂取程度→本人は「いつになったら好きにお菓子をたらふく食べられるか」と発言あり。お二人の誕生日とクリスマスにケーキを食べるご提案。新大受診8/31今後の対応検討なのでそれまでは血糖値を安定にしておくことを提案。開業医受診8/17</p> <p>・運動は自宅回り歩き又は室内マシン15分(夕方)</p> <p>・室内掃除、野菜水まきは日課としている。食品で苦手な者多いが少しずつ摂取している。娘さんと同伴で買い物するが娘さんの判断で購入品決定している</p>	<p>・8/31新大受診 OP中止 便を柔らかくする薬処方に対応。8/17おかむら内科医 血糖値良好8/17A1c6.5 TG267↓ Cr0.91↑ カロ0ゼリーの摂取の中止指示を受けた。</p> <p>・ストマ管理で訪問Na指導受ける。</p> <p>・整形で痛み止め薬服用でアレルギー様症状が出現し中止した。最近朝食昼食は主食を食べず 主菜や野菜とゼロカロゼリーやお焼きを習慣的に摂取 昼食はスイカ2単位のみ等あり。調理担当娘さんから指摘を受けるが、本人の受け入れが難しい。</p> <p>・本人は三輪自転車コンビニで購入した菓子類を食間で食べているようだと娘さんが報告。定時の3食の食事が主食摂取が無いことが多く、空腹感から間食摂取につながっている。室内掃除 自宅回りの水まきは毎日の日課。室内運動は最近中止している。デイ体操1回/週 明日午後から開始予定。カロリーゼロ甘味料 ラカント試食用提供、グリオすなおシリーズの上手な活用提案・①3食主食主菜副菜をそろえてしっかり食べる②間食1日量決めて食後少量摂取習慣とする。③好みの菓子パンは主食と交換し 主菜副菜をそろえた食べ方を提案する。</p> <p>・デイサービスを活用し、規則的な生活の維持を継続することを提案。本日で指導終了</p>		
電話相談	R 2年 7月 8日 (1回目)	R 年 月 日 (2回目)			
	娘さん)3食主食を準備するが、食べるのは昼食のみ。ストマ管理目的で毎食ノンカロリー炭酸水200cc 摂取し満腹か 朝食8:00 昼食11時半くらい 夕食19時 間食15時が習慣化してる。→間食は果物1単位を準備し摂取を勧める。主食摂取については次回訪問時に検討				
次回訪問予定日	7月 29日	9月 2日 15:00~			

※ 必要事項を記入の上、各回の訪問指導終了時に提出

5. 症例集

報告書 1

依頼先 メッツ西堀薬局・渋谷智悟史 様

R 2年 8月 3日 発信

様式6 訪問栄養食事指導報告書 1

管理栄養士 牧野 令子

患者氏名	新潟-6 様	<input checked="" type="checkbox"/> 男	ご担当医	小林医院(小林普一)・新潟信愛病院(田先由紀子)
	昭 34年 10月 12日生 60歳	<input type="checkbox"/> 女		市民病院(宗田 聡)
訪問日	R 2年 7月 27日 (月曜日)			9時30分～10時50分 (1回目)
依頼内容	・食事内容を継続的に点検し、糖尿病、高血圧症、脂質異常症の重症化を防ぐ。 ・多職種で連携し、自立が難しい療養者の在宅療養生活の継続を支援する。		病名 (既往症)	糖尿病・高血圧・脂質異常症
			指示事項	特になし(多職種カンファレンスで確認) 1回/月(看護師・後見人・薬剤師・ケアマネ・管理栄養士)
主訴 困っている事	・本人:朝のパンを増やして欲しい。 :タバコが吸いたい。退屈である。 ・看護:区分けしておく食事をまとめて食べてしまうなど、ムラがある。		使用薬	小林医院:7種類 信愛病院:3種類 市民病院:2種類 計13種類
			検査結果	HbA1c 7.5% 血圧 112/96mmHg
			体重減少	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (5ヶ月/ 4 kg減少)
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2)(要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)			
日常生活 自立度	障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> c1 <input type="checkbox"/> c2 認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
家族状況	1人暮らし ※掃除・洗濯・調理など一切していない ・入浴は火・木に看護師が介助 ・食事・買い物は毎日ヘルパーが行う		・訪問看護サービス利用 <input checked="" type="checkbox"/> 有 3回/週 ・デイサービス <input type="checkbox"/> 有 () ・ヘルパー <input checked="" type="checkbox"/> 有 (毎日 午後2時前後) ・その他 <input type="checkbox"/> ()	
嚥下調整食	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> コード <input type="checkbox"/> OJ <input type="checkbox"/> ot <input type="checkbox"/> 1J <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
食生活状況	・昼と夕食は宅配弁当 朝食と昼食用の追加の一品と午後のおやつはヘルパーが用意 ・買い物の習慣から、カップ麺や好きな菓子を食べ、用意された食事を残す悪循環を避けるため、小遣い(千円/週)を中止し、必要な買物はヘルパーが同行。タバコ3箱/週(1mg)			
食事回数/形態・嗜好等	・前日に翌朝食と昼食用の一品を専用の冷蔵庫(居間)に用意。台所の食材用の冷蔵庫は施錠			
目標栄養量	エネルギー 2200～2600 kcal ・ たんぱく質 90 g ・ 食塩 7～6 g			
課題 (疾病・介護)	1人暮らし。自立した規則正しい生活管理が難しい。食事の時間、1回量が安定しない。 食事の1日量と食材のバランスは整えられているが、「まとめ食い」がやめられない。			
栄養評価	(看護師3人で色々と相談し、「まとめ食い」対策について、工夫している。) 菓子等の糖質を減らし、野菜、乳製品も補給されているが、体重減の原因を探る必要がある。			
栄養ケア目標	短期目標: バランスのとれた適量の食事による病状の安定を図る。 長期目標: 安心して穏やかな療養生活を自立して自宅で送ることを目指す。			
栄養改善計画	前回3月2日の体重78Kg→7月27日74Kg 昨年度訪問後、4か月で4Kg体重が減少 標準体重当たり30～35Kcalとし、2,200～2,600前後の補給量で様子を見ることにする。 血糖値はA1c9%から7%に下がり、看護師も喜んでいますが、これ以上の体重減は避けたい。 宅配食(昼・夕)と朝食、昼食の追加料理と15:00おやつ(ヘルパーが用意)の内容を再確認し、 栄養の質と量を検討し、今後の対応策を多職種で相談して行きたい。(8/6日ケア会議予定)			

5. 症例集

依頼先 メッツ西堀薬局 渋谷 悟史 様

R 2 年 10 月 11 日 発信

報告書2

様式7 訪問栄養食事指導報告書2

管理栄養士 牧野 令子

患者氏名	新潟-6 様		<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭 3 4 年 1 0 月 1 2 日 生 60 歳	
身長・IBW	身長 185 m	IBW 75.2 kg	指導回数			
目標栄養量	エネルギー 2,200~2,600 kcal ・たんぱく 90 g ・食塩 7~6 g ・その他 ()					
訪問指導日	R 2 年 7 月 27 日 (1 回目)		R 2 年 8 月 31 日 (2 回目)		R 2 年 9 月 28 日 (3 回目)	
体重/BMI	74 kg ・ 21.6 kg/m ² 116/96		70 kg ・ 20.4 kg/m ² 126/96		73 kg ・ 21 kg/m ² 126/98	
食事内容	朝食	バターロール2ヶ・野菜サラダ・牛乳・ヨーグルト・果物500Kcal		丸パン3ヶ・卵・野菜サラダ・ヨーグルト・野菜ジュース・スープ 計528Kcal		食パン6枚切2枚・マーガリン・卵・野菜サラダ・ヨーグルト・野菜ジュース・スープ 計608Kcal
	昼食	宅配食470Kcal+煮物(煮豆等)ヘルパーによる一品料理250Kcal		宅配食600Kcal+味噌32Kcal+一品40Kcal 計672Kcal		宅配食600Kcal+味噌32Kcal+一品40Kcal 計672Kcal
	夕食	宅配食 560Kcal		宅配食648Kcal+味噌32Kcal+一品40Kcal 計720Kcal		宅配食648Kcal+味噌32Kcal+一品40Kcal 計720Kcal
間食・飲料・飲酒等	15時:ビスケット・牛乳380Kcal		15時:ビスケット80Kcal・牛乳136Kcal 計216Kcal		15時:ビスケット80Kcal・牛乳136Kcal 計216Kcal	
栄養バランス	<input checked="" type="checkbox"/> 良 HbA1c 4月 8.8 7月 7.5		<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不可() HbA1c 7.1		<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不可() HbA1c 6.1	
栄養摂取量	(充足率)		(充足率)		(充足率)	
エネルギー	2,500 kcal (98~83 %)		2,136 kcal (97~82 %)		2,216 kcal (100~85 %)	
タンパク質	81.5 g (90.5 %)		84.6 g (94 %)		84.6 g (94 %)	
食塩	8 g (114~133 %)		10 g (142~160 %)		10 g (142~160 %)	
訪問記録 <small>栄養ケア目標対応</small>	<p>1. 6月眼底出血: 歪んで見えていた症状も改善し、安定。</p> <p>2. 食事についての要望は朝食のパンを2個から3個にして欲しい。体重が減って来ているので追加することを看護師と相談</p> <p>3. 本人: タバコ制限が辛いという。電子タバコは不満 3箱/週1mg</p> <p>4. 小遣いが減らされ、菓子を減らすことが減り、血糖値安定</p> <p>5. 血圧に波あり 7月27日124/94 日により150/80 など高い事あり</p> <p>6. 入浴は火・木に看護師が血圧管理のため見守られて実施</p> <p>7. 起床6:30 就寝24:00 夕食後が長く、翌朝用の食事や昼食用の一品を食べてしまう。</p>		<p>1 栄養補給量の確保・体重減少対策 エネルギー量、タンパク質量ともに栄養補給量は安定し、食品のバランスも整えられている。(以前は不明)</p> <p>2 次回の診察日に主治医に体重減少について相談し、指示を仰ぐことを協議 ※訪問看護師・薬剤師・管理栄養士同席</p> <p>3 本人: 特に食事については不満は無いが追加の一品の量が増えれば嬉しい。 : 手もちのお金でリポビタンやタバコ・炭酸飲料を買っている様子である。</p> <p>4 生活全体の自己管理が難しい。本人のストレス解消も考慮して、月1回程度の楽しい食事会を提案、看護師も賛同し、今後、相談する。</p> <p>5 汁物の追加など塩分摂りすぎの課題 本人の好みもあり、経過観察とする</p>		<p>1 9月・病院受診日に主治医より「検査値が安定し良好であるので、この状況を継続し状況をみる」と指示あり</p> <p>2 8月中旬に70Kgに減少した体重が73Kgに戻り、安定して来ている様子である。</p> <p>3 本人: 特に食事に不満は無いが、朝のパンが固いので、バターロール又は食パンに代えてマーガリンを、サラダには芋やマカロニの種類を入れて欲しい。 ※スタッフで相談し、とり入れる方向。</p> <p>4 気温も下がり、散歩するなどの運動をすすめると同意し、実行すると言う。</p> <p>5 体調も悪くなく、眠りも安定している様子なので体重管理に注意しながら本人の希望を取り入れてた食事内容を調整していくことを看護師と確認した。</p> <p>※最近体重が増え始めている。75Kg 10月</p>	
個別 ケア会議 (別紙へ)	R 2 年 8 月 6 日 (1 回目)		R 2 年 9 月 3 日 (2 回目)		R 2 年 10 月 8 日 (3 回目)	
	お盆の(7~17日)計画入院に向けた事前打ち合わせ: ヘルパーに一品追加料理の栄養価一覧表の提示を依頼 栄養量を積算して1日の供給量を算出 ※後見人・看護師・ヘルパー・薬剤師同席		1. 両親存命中から訪問ケアは継続されてきたが、本格的なケア会議は未実施で、管理栄養士の継続参加を要請された。 2. これまでの経過について説明を受けた ※看護師・ヘルパー・同席		1. 保存用の冷蔵庫、金庫の暗証番号を解読し、必要量以上のマーガリンや砂糖の他、骨董品を売ったお金で食品を買って食べていることへの対応策を相談 ※看護師・ヘルパー・相談員同席	
次回訪問 予定日	8 月 31 日 9:30		9 月 28 日 9:30		10 月 30 日 9:30	

※ 必要事項を記入の上、各回の訪問指導終了時に提出

5. 症例集

依頼先 **メッツ西堀薬局 渋谷 悟史 様**

R 2年 1月 17日 発信

報告書2

様式7 訪問栄養食事指導報告書2

管理栄養士 牧野 令子

患者氏名	新潟-6 様		<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭 3 4 年 1 0 月 1 2 日 生 60 歳	
身長・IBW	身長 185 m	I BW 75.2 kg	指導回数			
目標栄養量	エネルギー 2,200~2,600 kcal ・たんぱく 90 g ・食塩 6~7 g ・その他 ()					
訪問指導日	R 2年 10月 30日 (4回目)		R 2年 11月 27日 (5回目)		R 2年 12月 25日 (6回目)	
体重/BMI	72 kg ・ 21 kg/m ²		72 kg ・ 21 kg/m ²		72 kg ・ 21 kg/m ² 133/88	
食事内容	朝食	食パン6枚切2枚・マーガリン・卵・野菜サラダ・ヨーグルト・野菜ジュース・スープ 計 608Kcal		食パン6枚切2枚・卵・野菜サラダ・ヨーグルト・野菜ジュース・スープ 計528Kcal		食パン6枚切2枚・卵・野菜サラダ・ヨーグルト・野菜ジュース・スープ 計528Kcal みかん2個追加 80Kcal
	昼食	宅配食600Kcal+味噌32Kcal+一品40Kcal 計672Kcal		宅配食600Kcal+味噌32Kcal+一品40Kcal 計672Kcal		宅配食600Kcal+味噌32Kcal+一品40Kcal 計672Kcal
	夕食	宅配食648Kcal+味噌32Kcal+一品40Kcal 計720Kcal		宅配食648Kcal+味噌32Kcal+一品40Kcal 計720Kcal		宅配食648Kcal+味噌32Kcal+一品40Kcal 計720Kcal
間食・飲料・飲酒等	15時:ビスケット80Kcal・牛乳136Kcal コーヒー缶 80Kcal 計296Kcal		15時:ビスケット80Kcal・牛乳136Kcal コーヒー缶 80Kcal 計296Kcal		15時:ビスケット80Kcal・牛乳136Kcal コーヒー缶 80Kcal 計296Kcal	
栄養バランス	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不可 () HbA1c 6.1		<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不可 () HbA1c 6.0		<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不可 () HbA1c 6.3	
栄養摂取量	エネルギー 2,296 kcal (104~88 %) タンパク質 84.6 g (94 %) 食塩 10 g (166~142 %)		(充足率) エネルギー 2,216 kcal (100~85 %) タンパク質 84.6 g (94 %) 食塩 10 g (166~142 %)		(充足率) エネルギー 2,296 kcal (104~88 %) タンパク質 85.6 g (95 %) 食塩 10 g (166~142 %)	
訪問記録	<p>※ 穏やかな表情で、質問に対し、丁寧に要望も交えて答える。</p> <p>1. 食事について、「朝夕の追加料理のボリュームを増やして欲しい。ポテトやマカロニのサラダを入れて欲しい。寒くとも冷たいペットボトルのコーヒーが飲みたい」と語る</p> <p>2. 本人:こづかいがないのは、不安でつまらない、たまにはCDを買ったり、タバコを買いたい。朝、5:30頃目が覚める、もう少し長く眠りたいという。⇒日中の軽い運動や散歩を始める。</p> <p>3. 今月の受診の検査値:市民病院 HbA1c 6.1、小林医院総コレステロール158→84、中性脂肪4237→71と改善。医師よりこの状況を継続するようにと指示を受ける。</p> <p>4. 本人からの要望の追加の一品料理にサラダを入れる件は、電話でヘルパーに連絡し、後はケア会議で相談予定</p>		<p>※ 落ち着いた様子で質問に答える。</p> <p>1. 食事について、「朝夕の追加料理について、ポテトやマカロニのサラダを入れて欲しい。パンに塗るバターをつけて欲しい。たまにはカフェオレを以前のように飲ませて欲しい」と語る</p> <p>2. 日常生活での要望について「誕生日に貰えるご褒美も、自分が約束を守らず、買い物をしたり、保存用の食品を食べたために貰えなかった」と言い「コンサートや落語が新潟で講演されるので出たい」とチケットの販売状況や出演者の名前を挙げる。</p> <p>⇒ 1と2について、次回のケア会議で担当者と相談することを本人に伝える。 ⇒ 「施錠された鍵を開けることは、自分には出来ない。そんなに頭は良くない。鍵がかけられていないこともある」「訪問者はレコード店の人がたまに寄ることがある」と語る。</p>		<p>※ 落ち着いた様子で、祖父や子供の頃の事、漫画や映画のビデオについて話す。</p> <p>1 食事について、冷蔵庫が冷えすぎて昼食の副菜が凍り付いている。(温度設定が難しい)「副菜の量が少ない。特に昼と夕食が少ない」と言う。</p> <p>2. 日常生活への要望は「特に無い」と言いながら、クリスマスにケーキを貰ったと語る。おやつを差し入れは嬉しそうである。最近ではカップラーメンも食べていないと言う。(食べた殻はあるという)</p> <p>3. 清掃業者による一階の部屋の整理実施</p> <p>4. 市民病院、小林医院受診:検査値安定</p> <p>⇒ 1と2について、検査値が安定し、医師からも褒められて本人も落ち着いているが、体重が72Kgより減らぬよう副菜を2~3割増量とおやつ追加について、カンファレンスで相談の予定</p> <p>⇒ タバコを買って吸っている・相談</p> <p>⇒ 誤嚥予防も含めて義歯の調整を提案</p>	
個別ケア会議	R 2年 11月 12日 (4回目)		R 2年 12月 3日 (5回目)		R 3年 1月 14日 (6回目)	
次回訪問予定日	薬剤師・同席 11月 27日 9:30		薬剤師・同席 12月 25日 9:30		薬剤師・同席 1月 22日 9:30	

※ 必要事項を記入の上、各回の訪問指導終了時に提出

次回個別ケア会議 2月18日

5. 症例集

依頼先 **メッツ西堀薬局 渋谷 悟史 様**

R 3 年 2 月 20 日 発信

報告書2

様式7 訪問栄養食事指導報告書3

管理栄養士 牧野 令子

患者氏名	新潟-6 様	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭 3 4 年 1 0 月 1 2 日 生 60 歳
身長・IBW	身長 185 m ・ IBW 75.2 kg	指導回数	R2年度合計	訪問：7回 ・ 電話：2回
目標栄養量	エネルギー 2,200~2,600 kcal ・たんぱく 90 g ・食塩 6~7 g .その他 ()			
訪問指導日	R 3 年 1 月 22 日 (7 回目)	R 年 月 日 (回目)	R 年 月 日 (回目)	
体重/BMI	72 kg ・ 21 kg/m ²	kg ・ kg/m ²	kg ・ kg/m ²	
食事内容	朝食	食パン6枚切2枚・卵・野菜サラダ・ヨーグルト・野菜ジュース・スープ 計528Kcal みかん2個追加 80Kcal		
	昼食	宅配食600Kcal+味噌32Kcal+一品40Kcal 計672Kcal		
	夕食	宅配食648Kcal+味噌32Kcal+一品40Kcal 計720Kcal		
間食・飲料・飲酒等	15時:ビスケット80Kcal・牛乳136Kcal コーヒー缶 80Kcal 計296Kcal			
栄養バランス	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不可() HbA1c 6.1	良 <input type="checkbox"/> 不可() HbA1c	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不可() HbA1c	
栄養摂取量	(充足率)	(充足率)	(充足率)	
エネルギー	2,296 kcal (104~88 %)	kcal (%)	kcal (%)	
タンパク質	85.6 g (95 %)	g (%)	g (%)	
食塩	10 g (166~142 %)	g (%)	g (%)	
訪問記録	<p>※ 穏やかな表情で質問に対し答える。</p> <p>栄養ケア目標対応</p> <p>1. 「食事について特に不満は無い」が「たまにラーメンやうどんも食べたい」</p> <p>2. 総入れ歯は装着していないが、不便はなく、嚥下にも特に困っておらず、昨年、嚥下困難により、救急車で搬送されたことがあったので、ゆっくり食べることを心がけ注意していると言う。</p> <p>3. 便通は2~3日に一回程度</p> <p>4. 喉の腫れについては、小林医院から異常なしとの診断を受けて安心の様子。</p> <p>⇒ 1について、ヘルパーへ伝言ノート無理のない程度で対応をお願い</p> <p>⇒ 2について、誤嚥予防のため、ゆっくり食べること、むせた時のための水の用意を本人に確認。現在の軟らかい食形態の見直しが今後の課題→噛まずに飲み込む早食い、食物繊維の不足による便秘などの対応策</p> <p>※ヘルパーとサラダの内容相談 2/9</p>			
個別ケア会議	R 3 年 2 月 18 日 (7 回目)	R 年 月 日 (回目)	R 年 月 日 (回目)	
	<p>1.本人の自立を目指した支援対策の検討 「作業所へ行く当日、本人が拒否」</p> <p>2.支援者が個別に対応する段階から本人を交えて本人の意思を確認する全体会議を設定し話し合う段階へ ・次回に予定</p> <p>※看護師・ヘルパー・相談員・薬剤師同席</p>			
次回訪問予定日	月 日	月 日	薬剤師・同席	月 日

※ 必要事項を記入の上、各回の訪問指導終了時に提出

5. 症例集

報告書 1

依頼先 包括藤見下山 武石様 様 R 2年 8月 7日 発信

様式6 訪問栄養食事指導報告書 1

管理栄養士 笠原 公美

患者氏名	新潟-7 様	<input type="checkbox"/> 男	ご担当医	おかむら内科クリニック 岡村Dr		
		<input checked="" type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭	5年 6月 17日生 90歳		
訪問日	R 2年 7月 23日 (木曜日) 10時00分～11時00分 (1回目)					
依頼内容	・私の食事内容は大丈夫？		病名 (既往症)	高血圧		
			指示事項			
主訴 困っている事	・自分なりに食べているつもりだが、 バランスは大丈夫？		使用薬	降圧剤 眠剤		
	・ここ最近痩せた気がします		検査結果			
	・胃がチリチリする。喉がつかえる感じがする		体重減少	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月/ kg減少)		
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) (要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)					
日常生活 自立度	障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度) <input type="checkbox"/> J1 <input checked="" type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> c1 <input type="checkbox"/> c2					
	認知症高齢者の日常生活自立度 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					
家族状況	独居 (関東に息子さん2人)		・介護サービス利用 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・デイサービス <input checked="" type="checkbox"/> 有 (半日のリハビリ) ・ヘルパー <input checked="" type="checkbox"/> 有 (掃除 買い物) ・その他 <input checked="" type="checkbox"/> (入浴)			
嚥下調整食	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 コード <input type="checkbox"/> 0J <input type="checkbox"/> ot <input type="checkbox"/> 1J <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 ；とろみ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3					
食生活状況 食事回数/ 形態・嗜好等	3食共自炊し食事している。(朝、夕ご飯、昼パン食) 普通食にて摂取。 嚥下機能良好 (ムセ等なし) も、義歯の不具合あり。(カタカタする)					
目標栄養量	エネルギー 1400 kcal ・ たんぱく質 60 g ・ 食塩 8 g					
課題 (疾病・介護) 栄養評価	毎日3食しっかりと食べられており、バランスも悪くないが、全体の食事量が少なめ。ご飯やパンなどの主食やたんぱく食品も摂っているものの、量が少ない。 摂取エネルギー、たんぱく共に少なめである。					
栄養ケア 目標	短期目標： <ul style="list-style-type: none"> ・間食にEやPが摂れるもの食べましょう。(牛乳やヨーグルト、プリン、カステラ等) ・肉類や魚の量をもう少し増やしてみよう。 長期目標： <ul style="list-style-type: none"> ・今の毎日3食食べる生活をしっかりと続け体力の低下防止する。 					
栄養改善 計画	独居であるもの、毎日3食しっかりと食事されており、その内容やバランスも悪くなく概ね良好。 ただ、年齢的なものか、摂取量が全体に少なめ。 急な食事量の増加は難しい為、間食をする場合はできるだけEやPが摂れるものを。 また、一回の食事で食べる肉や魚の量を、もう少し増やせる調理や料理の提案。					

5. 症例集

依頼先

包括 藤見下山 武石様

R 2年 11月 10日 発信

報告書2

様式7 訪問栄養食事指導報告書2

管理栄養士 笠原 公美

患者氏名	新潟-7	様	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 5年6月17日生 90歳	
身長・IBW	身長 157 m ・ IBW 54.1 kg			指導回数	R2年度合計 訪問: 3回 ・ 電話: 2回	
目標栄養量	エネルギー 1400 kcal ・ たんぱく質 60 g ・ 食塩 8 g ・ その他()					
訪問指導日	R 2年 7月 23日 (1回目)	R 年 9月 22日 (2回目)		R 2年 11月 3日 (3回目)		
体重/BMI	49 kg ・ 19.9 kg/m ²	46.8 kg ・ 19 kg/m ²		48.6 kg ・ 19.8 kg/m ²		
食事内容	朝食	ご飯(軽く一杯)、味噌汁、卵料理、前日の残り物、納豆など(ワンプレートにして)	大きな変わらないものの、主食量及び食事が少なくなっている	大きな変わらないものの、少しづつ食事が少なくなっている。(ご飯、卵料理、納豆、野菜料理等)		
	昼食	(お腹が空かない事が多い) 食パン1/2枚~1枚にジャムや野菜をサンド&牛乳など	ロールパン1個に牛乳、ちよつと残り物(お腹が空かない事が多い為、パンと牛乳など簡単にすませてしまう)	パンと牛乳が多い。お腹が空かない事が多く、食べない時もある。牛乳や肉まん、カステラなどを食べて終わることも。		
	夕食	ご飯(軽く一杯)、味噌汁、魚又は肉料理、野菜料理、サラダや漬物等	大きな変わらないものの、主食量及び食事が少なくなっている	ご飯(軽く一杯)、味噌汁、魚又は肉料理、野菜料理、サラダや漬物等(最近魚はあまり食べていない)		
間食・飲料・飲酒等	牛乳、お茶、コーヒー、果物、お菓子等	牛乳、お茶、コーヒー、果物、お菓子等(水分はしっかりと飲んでいる)	牛乳、お茶、コーヒー、果物、お菓子等(水分はしっかりと飲んでいる)			
栄養バランス	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不可()	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不可()		<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不可()		
栄養摂取量	(充足率)		(充足率)		(充足率)	
	エネルギー	1000 kcal (70 %)	900~1000 kcal (65~70 %)	900~1000 kcal (65~70 %)		
	たんぱく質	40 g (67 %)	40 g (67 %)	40 g (67 %)		
食塩	9 g (%)	9 g (%)	9 g (%)			
訪問記録	<p>S)・体重が少なくなった気がする。最近食事を食べたいと思うことが少ない。食べなくては・・と思いがながらゆっくり食べている。胃がチリチリする事がある。</p> <p>O)・昨年訪問した際と食事内容に大きな変化はなく、食事量少なめ傾向。(空腹感を感じる事が少なくなっている)</p> <p>・エネルギー、たんぱく質共に不足気味。</p> <p>P)・一回の食事量を増やす事はなかなか難しい為、間食にEやPを摂れるもの提案</p> <p>・現在の食事量を大きく増やす事なく、EやPを増やす料理、調理の方法を提案</p> <p>・こまめに水分も飲んでいただけよう伝える。</p>		<p>S)・食欲がなくて・・食べてはいるけど、痩せてきた気がする。</p> <p>・胃がチリチリする事も多くて。</p> <p>・料理するのが億劫になってきている。</p> <p>O)・食事内容に大きな変化はないようだが、全体の食事が少しづつ減少している様子。</p> <p>・主食量、たんぱく質共に不足気味。</p> <p>・水分はこまめに飲んでいる。</p> <p>P)・現在の体重より減少しないように、3食食べる生活継続しましょう。</p> <p>・食事量を増やす事なく、EやPを摂れる料理や調理工夫の提案。</p> <p>・手軽にEやPが摂れる食材の説明</p> <p>・間食のとり方&食べてほしい物の説明</p> <p>・栄養補助食品の利用方法説明</p>		<p>s) 食べない・・とは思っているが、食欲なく料理するのが、億劫になってきました。お昼は特にお腹が空かない事が多く、食べない事や簡単なパンや牛乳のみの時が多くなりました。</p> <p>O)・食事内容に大きな変化はないようだが、昼食を中心に食事量の低下がみられている。</p> <p>・植物性のたんぱく質は比較的頻りに食べているものの、動物性のたんぱく質摂取少ない。</p> <p>・水分は水、お茶、コーヒー、牛乳等しっかりと飲まれている。</p> <p>・過度な体重の減少や食事量の減少ないものの、考えすぎて、気持ちが沈んでしまう様子あり。</p> <p>P) 料理のヘルパーなど使わずに、しっかりと調理、食事されており、食事のバランスも概ね取れています。もう少し、主食量や主菜のたんぱく質が多いとより良くなります。</p> <p>・お昼はお腹が空かない事が多いようですが、出来るだけ、食べない事が無いように。牛乳や果物、ゆで卵、カステラ、プリン等でもいいので、食べるようにして下さい。</p> <p>・ストックしてある補助食品(カロリーメイト)も、リハビリ後に飲んでみて下さい。</p> <p>*簡単にできる料理レシピの提供行い、3食食べる生活を続けていただけよう説明。体重減少や食事の偏りを心配されている為、大丈夫です。との言葉かけ多く行いました。</p>	
電話相談	R 2年 9月 9日 (1回目)	R 2年 10月 23日 (2回目)				
	<p>S)自分なりに料理をしているけど、栄養足りているかしら? 体重が減った気が・・たんぱく質が足りないみたい。体調はまあまあ。食間にもなるべく食べるようしています。</p> <p>p)水分はしっかりと摂って下さい。なかなか食事量は増やせないと思いますが、いつもの食事や食間に卵やゆで卵、ハムや蒲鉾、缶詰等を加えてみて下さい。</p>		<p>S)3食食べてはいるけど、食欲がなくて・・風邪もひいてないし、体調は悪くないです。体重が減ってる感じがします。今度会った時、痩せたと思われるかしら・・</p> <p>P)食欲がない際は野菜や卵、お肉等を入れたスープや牛乳などどうですか。無理しないでもいいですが、できるだけ3食食べるようにして下さい。水分もしっかりと。</p>			
次回訪問予定日	9月 22日	11月 3日				

※ 必要事項を記入の上、各回の訪問指導終了時に提出

5. 症例集

報告書 1

依頼先 しみず調剤薬局 磯山 様 R 2年 8月 4日 発信

様式6 訪問栄養食事指導報告書 1

管理栄養士 熊谷 真由美

患者氏名	新潟-8 様	<input type="checkbox"/> 男	ご担当医	杉山幹也 先生
		<input checked="" type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 14年 11月 10日生 80歳	
訪問日	R 2年 7月 29日 (水曜日) 10時00分～11時30分 (1回目)			
依頼内容	糖尿病による血糖コントロール	病名 (既往症)	糖尿病 高血圧症 脂質異常症	
		指示事項		
主訴 困っている事	コロナ禍でやる気がおきず 前回よりもHbA1cが上昇している	使用薬	メトアナを内服していたがスイニーに変更したが5月にメトアナに戻した。	
		検査結果	HbA1c=7.6g/dl (7月)	
		体重減少	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月/ kg減少)	
介護認定	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) (要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)			
日常生活 自立度	障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度) <input checked="" type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> c1 <input type="checkbox"/> c2			
	認知症高齢者の日常生活自立度 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
家族状況	1人暮らし。 近くに住む娘が週1回のペースで 訪問し買い物など連れて行く。	・介護サービス利用 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 ・デイサービス <input type="checkbox"/> 有 () ・ヘルパー <input type="checkbox"/> 有 () ・その他 <input type="checkbox"/> ()		
嚥下調整食	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 コード <input type="checkbox"/> OJ <input type="checkbox"/> ot <input type="checkbox"/> 1J <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 ；とろみ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
食生活状況 食事回数/ 形態・嗜好等	前回と同じような内容に見えるが、自宅で取れる夏野菜を使用している。生食が多い為「かさ」は減っている様子。畑仕事の際にOS-1を飲もうと思っていた。食事回数は3回常食。			
目標栄養量	エネルギー 1400 kcal ・ たんぱく質 60 g ・ 食塩 g			
課題 (疾病・介護) 栄養評価	健康教室へ行かなくなっていた。薬を変えたことがHbA1cを上げる原因だったが、運動不足も一因と思われる。運動が少ない分手足の筋肉は少ない様子で『サルコペニア』といわれたとのこと。TC=19.2cmだった。			
栄養ケア目標	短期目標： 外へ気軽に行ける筋力をつける 長期目標： 糖尿病であっても生き活きとした生活を送る			
栄養改善計画	・ラジオ体操を毎日行う ・糖尿病のごくごく基本的な食事をもう一度復習していく。 (こまごまとしたところが理解不足だったため)			

5. 症例集

依頼先 しみず調剤薬局磯山 様 R 2年 10月 10日 発信

様式7 訪問栄養食事指導報告書2 管理栄養士 熊谷真由美

患者氏名	新潟-8	様	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 14年 11月 10日 生 80 歳
身長・IBW	身長 149 m ・ IBW 41.5 kg			指導回数	R2年度合計 訪問: 3回 ・ 電話: 0回
目標栄養量	エネルギー 1400 kcal ・ たんぱく質 60 g ・ 食塩 g ・ その他()				
訪問指導日	R 2年 7月 29日 (1回目)	R 2年 8月 25日 (2回目)	R 2年 9月 28日 (3回目)		
体重/BMI	41.8 kg ・ 18.8 kg/m ²	42.6 kg ・ 19.1 kg/m ²	43 kg ・ 19.3 kg/m ²		
食事内容	朝食	食パン、ヨーグルト、季節の果物(2種類)、ゆで卵か夕飯の残り	食パン、6Pチーズ、サラダ、ゆで卵、バナナ、ヨーグルト、コーヒー	食パン、チーズ、野菜サラダ、ゆで卵、バナナ1/2本、コーヒー	
	昼食	ご飯、肉か魚か卵のおかず、きゅうりなどの浅漬け	ご飯(もち麦)、野菜ハンバーグ、味噌汁、甘酢漬け	ご飯(もち麦)、豆乳スープ、巨峰7粒、	
	夕食	ご飯、肉か魚か卵のおかず、きゅうりなどの浅漬け	ご飯。うめぼし、焼肉ポン酢和え、枝豆、牛乳	ご飯、ピーマン肉詰め、のっぺ、こうじ漬け、牛乳	
間食・飲料・飲酒等	果物が多かった(なし、もも)		ミニせんべい3枚		
栄養バランス	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可()	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可(エネルギー不足)	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可(エネルギー不足)		
栄養摂取量	(充足率)		(充足率)		(充足率)
エネルギー	1200 kcal (86 %)	1200 kcal (86 %)	1200 kcal (%)		
たんぱく質	40 g (66 %)	42 g (70 %)	g (%)		
食塩	g (%)	g (%)	g (%)		
訪問記録 <small>栄養ケア目標対応</small>	<ul style="list-style-type: none"> 果物の産地の為かフルーツのとりすぎが見られた。 たんぱく質を食べることは出来ていたが少ない。 歩行がゆっくりとなっており足腰も弱く痛みがある 新型コロナウイルスの不安から睡眠剤がもう1種類増えていた。そのため、飲み込みが弱く、たまにむせる 脱水を心配してOS-1を飲もうと考えていた。 	<ul style="list-style-type: none"> ラジオ体操を行うが毎日実施されていない。 たんぱく質は多くなってきたが乳製品が多く、アミノ酸バランスとしては肉類魚類が不足している。 脂分が不足している。糖質は現状でいいが、もう5%程度油をとるべき 気温32度だったが部屋はエアコンではなく扇風機だった。そのため畑から帰宅しても体が冷えず熱中症の恐れあり。 糖尿病の細部についての指導が30分という限られた中では難しいと感じた。次回図表を持参して指導を行いたい。 	<ul style="list-style-type: none"> HbA1cは下がった、薬変更してよかったとのこと(7月7.6→9月6.9へ) 脂質が少なかった。サラダはポン酢のみで必要な油分がかけていた。 MCTオイルなど紹介。本人はアマニオイルも考えているとのこと。 食事についての説明として糖質とそのほかに分けて考えることはできていたが、糖質を抑えようとして現在も油分まで減らしていたのでその点をもう一度指摘し、理解いただいた。 健康教室が再開し、行く予定 スクワットは回数にこだわりすぎて足を痛めそうなので回数にこだわらず出来る回数ゆっくりをお願いした。 現在も土地柄もあって果物の食べ過ぎがみられ、気をつけていただくようお願いした。 		
電話相談	R 年 月 日 (1回目)	R 年 月 日 (2回目)			
次回訪問予定日	月 日	9月 28日			

※ 必要事項を記入の上、各回の訪問指導終了時に提出

5. 症例集

報告書 1

依頼先 様 R 2年 9月 11日 発信

様式6 訪問栄養食事指導報告書 1

管理栄養士 麥倉 由貴江

患者氏名	新潟-9 様	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	ご担当医	
訪問日	R 2年 7月 29日 (水曜日) 13時30分～14時45分 (1回目)			
依頼内容	本人様 ①夫が亡くなり、元気がでない。 ②早く夫の所に逝きたい。 援助者 ①食生活がメチャメチャの為、食生活について指導してもらいたい。		病名	子宮筋腫
			(既往症)	うつ病(40代半～)
			指示事項	特になし
主訴 困っている事	・一人分の食事の為、調理をしたりする気持ちにならない。 ・食事のバランスがよくわからない。 ・薬の影響で、食べた記憶がないのに食べていて、体重が増えている。		使用薬	うつ病薬3種、整腸剤、食欲増進薬
			検査結果	異常なし
			体重減少	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (4ヶ月/4kg増減)
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (要支援 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) (要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)			
日常生活 自立度	障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度) <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> c1 <input type="checkbox"/> c2 認知症高齢者の日常生活自立度 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
家族状況	夫と2人暮らしだったが、夫が急逝し 独居。 娘がいるが疎遠。		・介護サービス利用 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・デイサービス <input checked="" type="checkbox"/> 有 (週1日1日型) ・ヘルパー <input checked="" type="checkbox"/> 有 (週1日1時間) ・その他 <input checked="" type="checkbox"/> (地域の茶の間 週1日)	
嚥下調整食	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 コト <input type="checkbox"/> OJ <input type="checkbox"/> ot <input type="checkbox"/> 1J <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 与りみ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
食生活状況 食事回数/形態・嗜好等	①食事として食べることは1日2回、後は菓子類を食べる。 ②好きな物は大量に食べてしまう傾向がある。 ③食形態は常食、肉類が嫌いのため、食べない。			
目標栄養量	エネルギー 1450 kcal ・ たんぱく質 50 g ・ 食塩 10 g			
課題 (疾病・介護) 栄養評価	①食事のバランスを理解していないため、食事のバランスについて伝え、できる所から改善していく。 ②主食・副食ともに足らず、糖質以外の栄養素が不足していると思われる。 ③食欲が増進している理由が薬の影響の為、主治医に話して頂き、納得して服薬して頂く。			
栄養ケア目標	短期目標： 食事のバランスについて理解して、考えながら食事を食べられるようになる。 長期目標： 食事を楽しみとして考えられ、ご主人が迎えに来てくれる時まで、楽しく生活することができる。			
栄養改善計画	①食事のバランスについて説明し、必要性を伝える。 ②栄養バランスを意識した食事・食材を買いに行けるようになる。 ③栄養バランスを考えて、食事を食べられるようになる。 ④栄養バランスを考え、食事を作ることができる。			

5. 症例集

依頼先

様

R 2 年 1 2 月 8 日 発信

報告書2

様式7 訪問栄養食事指導報告書2

管理栄養士 麥倉 由貴江

患者氏名	新潟-9		様	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 25 年 3 月 29 日 生 70 歳	
身長・IBW	身長	1.5 m	IBW	50.6 kg	指導回数	R2年度合計 訪問: 3回 ・ 電話: 1回	
目標栄養量	エネルギー 1450 kcal ・ たんぱく質 50 g ・ 食塩 10 g ・ その他()						
訪問指導日	R 2 年 7 月 29 日 (1 回目)		R 2 年 9 月 17 日 (2 回目)		R 2 年 12 月 2 日 (3 回目)		
体重/BMI	32 kg ・ 14.2 kg/m ²		32 kg ・ 14.2 kg/m ²		32 kg ・ 14.2 kg/m ²		
食事内容	朝食	AM4時頃 食パン1/2枚、クロック、茹でキャベツ		AM7時頃(食パン1/2枚、クロック、茹でキャベツ、春雨サラダ)		AM3時頃(バナナ1/2、みかん、煎餅1枚、メロンパン小2個)	
	昼食	切り干し大根などの煮物など総菜、麺類		ご飯(25g)、みそ汁、春雨サラダ(一口)、キャベツ、鰯フライ1/2、炒め物、豆腐1/4丁		AM4時(コーヒー1杯、ドーナツ2個) AM6:40(ポテトサンド、野菜煮物、おから、野菜汁、コーヒー1杯)7:30バナナ1本	
	夕食	食べない(昔から食べない習慣)		ご飯(25g)、みそ汁、春雨サラダ(一口)、キャベツ、鰯フライ1/2、煮物		12:02ナポリタンクロック、わかめおにぎり、あんかけラーメン、コーヒー1杯	
間食・飲料・飲酒等	菓子類(せんべい、あたりめ、ドーナツなど)等、本人に記憶がない		レーズンパンやビスケット、ヨーグルトなど、本人に記憶がない		レーズンパンや菓子類(せんべいやドーナツなど)ある物を食べている。		
栄養バランス	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可(全ての栄養素が不足)		<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可(全ての栄養素が不足)		<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可(全ての栄養素が不足)		
栄養摂取量	(充足率)		(充足率)		(充足率)		
エネルギー	kcal	(%)	kcal	(%)	kcal	(%)	
たんぱく質	不明 g	(%)	不明 g	(%)	不明 g	(%)	
食塩	不明 g	(%)	不明 g	(%)	不明 g	(%)	
訪問記録 <small>栄養ケア目標対応</small>	<p>○3月に夫が急逝し、持病(うつ病)に加え、精神面がさらに不安定になっている。(体重も33kg→28kgまで減量、7月食欲増進薬のため32kgまで増量した)</p> <p>○4月から主治医が変わり、現在の医師との信頼関係が構築できていないため、納得した処方をしてもらえていない。(睡眠薬の処方止められ、食欲増進薬が処方されたため、記憶がないのに食べてしまっている。)</p> <p>○このまま太りたくないと考えており、早く夫の所に行きたいと考えている。</p> <p>○夫の逝去後部屋を片づけ、自宅内が整理整頓され、訪問介護が訪問し、調理など生活援助が入るようになった。</p> <p>○身体状況は問題ない為、気分転換に午前中は買い物に外出し、自分の食べたいものを購入してくる。</p> <p>○コーヒーを1日2L飲んでいて、飲みすぎを伝えた。</p>		<p>○気分転換で、茶の間などの集まりに参加するようになったが、他者との人間関係に悩みを抱えるようになった反面、聞いた食生活をまねようとするなど、健康への意識が増えてきている。(夫の所に早く逝きたいと思う考えは変わらない)</p> <p>○4月から変わった主治医との関係性は変わらず、不満を持ちながらも内服はきちんとしている。(その為、食欲が増進し、記憶がない時に食べていることも継続)</p> <p>○コーヒーの飲み過ぎは改善し、1Lに減少。飲むタイミング(薬は水で飲む、就寝直前は飲まない等)を指導。</p> <p>○午前中は買い物などの外出、午後は自宅で過ごし、趣味活動を開始。</p> <p>○調理をするなど手間のかかる事は億劫になっているため、温めるだけで手軽に食べられる栄養価の高い調理品の選び方を指導した。</p>		<p>○地域の茶の間を複数利用するなど忙しく過ぎてしまい疲れてしまったため、一時中断をしている状況。凝り性で一つにのめりこんでしまい、物事や人間関係に支障がおきることがある。知人となった人から聞いた食生活をまねようとしていたり、調理を教えてもらうなど、食生活も少しずつ改善して生きている。</p> <p>○主治医との関係性も回復せず、不満を持ちながらも内服は継続、食欲も増進しているが、記憶がない程には食べていないとのこと。</p> <p>○空き時間が多くある事から、献立を作成することを提案、参考献立をお渡しし、献立と必要な食材の書き出しを行ってから買い物をすることをお勧めした。</p> <p>○冬季になり外出が難しくなるため、デイサービスなどの送迎のある活動をお勧めし、本人様より希望があったため、包括への連絡を行った。</p>		
電話相談	R 2 年 8 月 31 日 (1 回目)		R 年 月 日 (2 回目)				
	体調確認と、訪問日時のうち合わせのみ行う。(相談までの内容ではない)						
次回訪問予定日	9 月 1 7 日		1 2 月 日				

※ 必要事項を記入の上、各回の訪問指導終了時に提出

5. 症例集

依頼先 居宅介護支援事業所日宝町 様 R 2年 8月 5日 発信

様式6 訪問栄養食事指導報告書 1

管理栄養士 村山 稔子

患者氏名	新潟-10 様	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	ご担当医	
訪問日	R 2年 8月 5日 (水曜日) 10時00分～11時50分 (1回目)			
依頼内容	現在、中心静脈栄養補給中。歯科では嚥下訓練を継続しているが数口食べると下痢し、外科医から残存小腸が1mなので経口はお試し程度といわれふさがちになってしまった。栄養士面談により良い方向に進むきっかけになるとよい。	病名 (既往症)	R1.6右舌垂全摘術後、R2.3上腸間膜動脈塞栓術後、30歳胃潰瘍穿孔で胃全摘術後・心房細動	
		指示事項	栄養はCVポートよりTPNがメイン。食事は楽しみ程度。毎日舌訓練実施。	
主訴 困っている事	ご本人:食べたいものを食べたいが下痢になる。奥様:食事は工夫している。歯科医は何か食べるようにといわれているが、外科医にお楽しみ程度言われ本人はふさがちになってしまった。少しでも食べたい気持ちになって元気になってほしい。	使用薬	エルネオパ2号1.5L、リクシアナOD30mg1T1×M、ビオスリーOD2T1×M・A	
		検査結果	なし(歯科受診時検査するが問題ないとのこと)	
		体重減少	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月/ kg減少)	
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2)(要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)			
日常生活	障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> J1 <input checked="" type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> c1 <input type="checkbox"/> c2			
自立度	認知症高齢者の日常生活自立度 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
家族状況	妻、次男、三男の4人家族(長男東京在住)	・介護サービス利用 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・デイサービス <input type="checkbox"/> 有() ・ヘルパー <input type="checkbox"/> 有() ・その他 <input checked="" type="checkbox"/> (訪問看護火・金で入浴サービス等)		
嚥下調整食	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> OJ <input type="checkbox"/> ot <input type="checkbox"/> IJ <input checked="" type="checkbox"/> 2-1 <input checked="" type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 ところみ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
食生活状況	朝1回、卵粥3-5口、味噌スープ2口、桃ゼリー4口程度(Kスプーン使用) 粒ない粥は好まず、スベラカーゼ少量入れ粒が残る程度に土鍋で炊く。卵かけご飯を好んでいたの、炊き上がった後に卵黄入れ混ぜる。			
食事回数/形態・し好等	水分補給(時間をかけ摂取):お茶や水は吸い飲みやストローで400-500ml、野菜ジュース、甘酒等 100-200ml程度。舌の動きが悪く液体はとろみなしを好む様子。			
目標栄養量	エネルギー 1250 kcal ・ たんぱく質 g ・ 食塩 g			
課題 (疾病・介護) 栄養評価	エルネオパ2号1200kcal。経口摂取は40~100kcal?だが、術後5か月の短腸症候群で吸収されているかは不明。最近では体重変化なく48kg程度を維持。歯科医より体重目標50kg。体重を増加には補給エネルギー量を増やす必要あり。脂肪の補給がなく脂質不足の懸念もあり。MNA:15.5(低栄養)下痢4~5回(少しはよくなってきた)・MNAで低栄養と判定され体重変化ないことから、摂食障害、吸収障害による栄養補給不足と考えられる。			
栄養ケア目標	短期目標: 少しずつ病態を理解し、嚥下機能、腹部症状に合わせた栄養補給を継続する。 長期目標: 必要栄養量を病態に合わせた補給法から確保し、少しでも体調良く、楽しく生活できる。			
栄養改善計画	目標体重50kgの場合、簡易式で50×25kcal=1250kcal 次回訪問時、訪問看護師に脂肪乳剤の検討がなされたことがあるか確認する予定。もし、追加できれば、脂肪乳剤を週に数回でも追加できれば必須脂肪酸補給とエネルギー増にもなる。「JSPEN静脈経腸栄養テキストブック」によると短腸症候群は、術後約1年は下痢が2-3回/月で代償機能も不十分とある。回腸-大腸切除術後5か月である。前に比べると下痢の回数は減り、性状も少し良くなっている様子。腸の負担を考え、経口は現状の食事量で様子を見る。舌はほぼ舌根の部分を残し再建し、再建部分の形が変わり食べにくく形あるものは送り込めない。形あるものを食べたい希望があるが現状では困難。舌と腹部症状の状況にあった食事について話し合いながら思いを受け止め、少しでも改善に向かうよう支援していく。			

5. 症例集

依頼先 居宅介護支援事業所日宝町様 R 2年 8月 26日 発信

様式7 訪問栄養食事指導報告書2

管理栄養士 村山 稔子

患者氏名	新潟-10	様	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 23年 12月 14日生 71歳
身長・IBW	身長 166.5 m ・ IBW 61 kg			指導回数	R2年度合計 訪問: 2回 ・ 電話: 0回
目標栄養量	エネルギー 1250 kcal ・ たんぱく質 g ・ 食塩 g ・ その他()				
訪問指導日	R 2年 8月 5日 (1回目)	R 2年 8月 25日 (2回目)	R 年 9月 25日 (3回目)		
体重/BMI	48 kg ・ 17.3 kg/m ²	47.8 kg ・ 17.2 kg/m ²	kg ・ kg/m ²		
食事内容	朝食	卵粥3~5口、味噌スープ・すまし汁2口、桃ゼリー4口 (Kスプーン)	卵粥3~6口(11~23g)、味噌汁1口、ヨーグルト桃ペースト12~29g		
	昼食		トマトジュースや甘酒100ccカレーンスープ ² 50cc		
	夕食				
間食・飲料・飲酒等	水やお茶400-500ml、トマトジュース・甘酒少量など合わせ100-200ml	水やお茶400-500ml、上記トマトジュース・甘酒など100ml程度			
栄養バランス	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可()	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可()	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不可()		
栄養摂取量	エルネオパNF2号1.5L (充足率)	エルネオパNF2号1.5L (充足率)	(充足率)		
エネルギー	1200 kcal (%)	1200 kcal (%)	kcal (%)		
たんぱく質	45 g (%)	45 g (%)	g (%)		
食塩	4.4 g (%)	4.4 g (%)	g (%)		
訪問記録 <small>栄養ケア目標対応</small>	<p>下痢減って便も多少コロコロした状態のものができるようになった。うどんが好きだが麺を短く切っても口の中に残ってしまう。とろみあるもの好まない。右頰の神経も切除したため、嚥下は左に首を曲げたりしている。ケアマネジャーによると前はすぐ疲れていたが、今日は体調よさそうとのこと。妻は、歯科用の記録用紙に食事状況、体調、下痢の回数、舌体操の実施など詳細に記載している。食事は少量でも様々な栄養補助食品や介護食を試し、粥のほか牛丼の煮汁をペーパーで濾すなど工夫。2人で頑張ってきたのに、食べれば下痢しお楽しみ程度といわれ気分が落ち込んだことを伺う。食事と下痢について予想される状況を説明し様子見ながら良い方法を考えていくことを説明。すっきりクニミール(リンゴ味ハチツ味)、茶碗蒸し(鰹味ユズ味)、パンフレット、病態の情報をお渡した。</p> <p>S:8/19に歯科で義歯の調整をしてもらいました。帰宅後、疲れか体調悪く、昨日は寝ている時間が長く水分もあんまり取りませんでした。食べた量を量ってみました。サンプルの茶碗蒸しは無理でしたが飲み物は大丈夫でした。</p> <p>O:本日発熱(37℃台)。Alb3.2、TP6.7、Hb11.0、TCとTG低値、ALT・AST基準値内。経口摂取エネルギー74kcal、たんぱく質3g、脂質3g</p> <p>A:体重は48.8kgまで行ったが、本日は47.8kgで水分摂取不足も関係してか体重減少あり。下痢あるが腹部症状は改善傾向。食事摂取量は同じ。吸収状況は不明であるが特に脂質が不足。</p> <p>P:訪問看護師に脂肪乳剤について必要性を主治医に相談いただき投与方法含め検討いただくことにした。腹部症状が改善傾向なので体調回復後マヨネーズを試すことを提案。飲料サンプル再依頼する。</p>				
電話相談	R 年 月 日 (1回目)	R 年 月 日 (2回目)			
	メモ) 舌術後退院し42kgまで体重減。その後51kgまで行った。むくみもあった？。散歩していたが転んだこともあり5月に退院してからは外に出なくなった。	メモ) E P F 卵粥80g=米10.6g 38 0.6 0.1 卵黄18g 70 3 6 108 3.6 6.1	入浴は息子様介助。今朝は、無理して四つん這いで階段上った。		
次回訪問予定日	8月 25日 14時	9月 25日 14時			

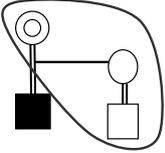
※ 必要事項を記入の上、各回の訪問指導終了時に提出

5. 症例集

報告書 1

依頼先 あかりケアプランセンター 西本 様 R 2年 8月 30日 発信

様式6 訪問栄養食事指導報告書 1 管理栄養士 斉藤 幸子

患者氏名	新潟-11 様	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	ご担当医	
訪問日	R 2年 8月 27日 (木曜日) 18時 00分 ~ 19時 00分 (1回目)			
依頼内容	・現在の食事内容が本人に合っているのか確認したい ・食事量、塩分量が気になる	病名 (既往症)	#1腰椎後弯 #3右上腕・右蓋骨骨折 #2.腹膜炎→人口肛門 #4一過性脳虚血性発作	
		指示事項		
主訴困っている事	①施設退所以降、体重が増えてしまい、減らない(特に下半身)。 ②味付けなどは適切か知りたい。	使用薬		
		検査結果		
		体重減少	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月/ 日 kg減少)	
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2)(要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)			
日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度) <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input checked="" type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> c1 <input type="checkbox"/> c2			
自立度	認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
家族状況		・介護サービス利用 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・デイサービス <input checked="" type="checkbox"/> 有 (月・水・金) ・ヘルパー <input type="checkbox"/> 有 () ・その他 <input checked="" type="checkbox"/> (土日:ショートステイ 火:訪看)		
嚥下調整食	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 コード <input type="checkbox"/> OJ <input type="checkbox"/> ot <input type="checkbox"/> 1J <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 とろみ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
食生活状況	2013年魚の骨が直腸を貫通し、人口肛門となる。同年10月～2020年1月まで上所園入所、1月末自宅へ退所。上所園では10割摂取。一時39kgまで減少あったが、回復し42kg程度で安定していた。自宅に戻ってから摂取量減っているが(自宅での推定摂取量5～600kcal/日)、46～47kgへ体重増加がある(浮腫みなし)。			
食事回数/形態・し好等	DS、SS利用日は3食/日摂取。利用日以外は2食/日。 常食(自宅では長女が食べやすいサイズにカット):ご飯。カレーは好まず。朝はご飯よりパンを好む			
目標栄養量	エネルギー 1,200 kcal ・ たんぱく質 50 g ・ 食塩 6.5 g			
課題 (疾病・介護) 栄養評価	・食事摂取量が全体的に少なく、エネルギー、たんぱく質ともに不足。代謝低下の可能性あり。 ・周りに対する配慮から、摂取量に影響あり(施設では出されたものは残さないという配慮、自宅では食べられる分だけ頂く傾向あり)。ストマのため、排泄に対する不安や遠慮から、食事を制限する様子もある ・臀部の皮膚が薄くなっている			
栄養ケア目標	短期目標: 自宅での食事摂取量が増える 長期目標: 栄養状態の改善(体型、皮膚の改善)により、家族の心配、本人の不安が軽減する			
栄養改善計画	①嗜好に合わせて、食べられる量を増やす ②食間に栄養補助食品を取り入れ、摂取量の底上げを図る			

5. 症例集

依頼先 あかりケアプランセンター 西本 様

R 2 年 11月16日 発信

様式7 訪問栄養食事指導報告書2

管理栄養士 齊藤 幸子

患者氏名	新潟-11 様	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input checked="" type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 14 年 9 月 8 日 生 94 歳
身長・IBW	身長 143.5 cm I BW 45.3 kg	指導回数	R2年度合計	訪問: 3回 ・ 電話: 0回
目標栄養量	エネルギー 1200 kcal ・ たんぱく質 50 g ・ 食塩 6.5 g ・ その他()			
訪問指導日	R 2 年 8月27日 (1 回目)	R 2 年 10月1日 (2 回目)	R 2 年 11月5日 (3 回目)	
体重/BMI	46.4 kg ・ 22.5 kg/m ²	46.9 kg ・ 22.8 kg/m ²	48.2 kg ・ 23.4 kg/m ²	
食事内容	朝食	7:45 [~] 菓子パン1/2枚、バナナ1本、ヨーグルトorゼリー1枚、緑茶、白湯	左記+ペーコンソデー、目玉焼き	左記同様
	昼食	DSにて常食:飯=10:8 DSない日は、朝食兼用 8:30 [~]	左記同様	左記同様
	夕食	20:00 [~] ご飯子供茶碗小盛、牛肉煮・芋サツタ各大きじ1程度、きゅうり浅漬け2切、みそ汁1/2杯	ご飯、おかず共に左記倍増+生野菜	左記同様だが、摂取量は増えている
間食・飲料・飲酒等	パイン3切、アイス大きじ2程度 水分500ml程度/日	ココア、チョコ2枚程度 カロリーメイトゼリー等	左記同様	
栄養バランス	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可 (全体に摂取量不足)	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不可 (改善あり)	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不可 (改善あり)	
栄養摂取量	(充足率)	※補食含まず (充足率)	※補食含まず (充足率)	
エネルギー	~1000 kcal (83 %)	≒1,100 kcal (92 %)	≒1200 kcal (100 %)	
たんぱく質	35 g (70 %)	≒40 g (80 %)	≒50 g (100 %)	
食塩	5 g (76 %)	≒6~7 g (100 %)	≒6~7 g (100 %)	
訪問記録	自宅では長女様が食事を用意。 家族が本人に食べられる量を確認して皿に取分け、自力摂取している。 家族に対する遠慮からか?、食事に 関して、自分から積極的に要望することはなく、自宅での摂取量は非常に少ない。 1日合計は通常の1食程度。 DS,SSでは主:副=10:8 ●次回までやってみること 嗜好に配慮し、できるだけ主食とたんぱく源を取入れる。 (炒飯の具を増やす等) アイスなど、間食も進める。 メイバランス等の補助食品の利用も試してみる	初回訪問以降、本人の意識が「食べたら太る=いけないこと」→「食べてもよい。安心した」へ変化した様子。自宅での摂取量が増えてきた。家族も特に量を確認せず提供しているが、完食している。顔色良好。補食はカロリーメイトゼリーを好んで食べている。皮膚状態改善あるとのこと。浮腫み易く、利尿剤処方あり。家族レスパイト、越冬兼ね、今月から毎週末(金~月)SS利用の予定。摂取量増量見込まれる。 ●次回までやってみること 食事摂取バランスの確認。補食摂取の目安として活用してみる	金~月...SS利用 火木...訪問看護、訪問歯科 水...DS SS,DSでの食事摂取量はほぼ10割 自宅でも主菜、副菜摂れており、1食の摂取量増えている。 食事目安表(別紙)にて、満遍なく食べている。施設利用時5~6、その他12ヶの○印が付いている。 補食は毎日1/2P~1P摂取しており摂取エネルギーは充足と思われる。 訪看より、臀部皮膚状態改善していると言われている。鼠径部の赤みも引いたとの事。 12月~3月は連日SS利用予定あり 3回目の訪問指導終了する。	
電話相談	R 年 月 日 (1 回目)	R 年 月 日 (2 回目)	好き嫌いがある様子とのこと。 SS利用時にその旨伝え、代替の対応ができるか相談してみるようお伝えした。	
次回訪問予定日	9月26日	11月5日		

※ 必要事項を記入の上、各回の訪問指導終了時に提出

5. 症例集

報告書 1

依頼先 様 R 2年 9月 9日 発信

様式6 訪問栄養食事指導報告書 1

管理栄養士 畠山 恵

患者氏名	新潟-12 様	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	ご担当医	京ヶ瀬診療所 島田克己医師
訪問日	R 2年 9月 7日 (月曜日) 10時00分～11時00分 (1回目)			
依頼内容	糖尿病があり、食べたらA1cが上がる。その為、食事を節制していたら徐々に体重が減少してきた。どのようなものを食べたらよいのか？	病名 (既往症)	糖尿病 高血圧	
		指示事項	指示エネルギー無し まずはっきり食べる事。塩分も足りていない。	
主訴 困っている事	本人→食べれば、A1cがあがる。水やお茶を飲んでも上がるみたいだ。先生からも周りから食べれ食べれ言われる、切ない。 家族→食事をしっかり摂って前の様に元気な笑顔が見たい。	使用薬	内服薬あり Na処方	
		検査結果	HbA1cは、9、10の値	
		体重減少	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (月/ 12 kg減少)	
介護認定	/ 無 <input type="checkbox"/> 有 (要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2)(要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)			
日常生活 自立度	障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> c1 <input type="checkbox"/> c2 認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
家族状況	長男夫婦 孫2名と同居 娘さんは嫁いでいるが、福祉施設に勤務しており、今回の栄養訪問も職場の同僚である管理栄養士に相談。	<input type="checkbox"/> 介護サービス利用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 有 () <input checked="" type="checkbox"/> その他 (3か月お試し訪問看護1回/W)		
嚥下調整食	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 コード <input type="checkbox"/> OJ <input type="checkbox"/> ot <input type="checkbox"/> 1J <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 }とろみ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
食生活状況 食事回数/形態・嗜好等	長雨や転倒も重なって、6月頃が状態が悪く、食事が十分に摂る事が出来ず、体力、脚力が低下していた。主治医から「糖尿病に関しては自分にまかせて、しっかり食べる様に」と言われ、7月終わり頃から食事が摂れるようになり、動きも良くなってきた。以前は、畑仕事等も精力的に行っており、元々しっかり食べる習慣であった。腰の痛みがあるが湿布を貼っても軽減しない。朝は7時、昼は12時、夕は17時半に食事を摂っている。			
目標栄養量	エネルギー 1400 kcal ・ たんぱく質 52 g ・ 食塩 7 g			
課題 (疾病・介護) 栄養評価	現在は、全体の影響か？医師の声掛けの影響か？食事が摂れているという事だが、A1cが上がる心配から、必要な栄養、食事が摂れなくなっていた。薬を飲んでも(胸のあたりを触って)落ちていかないとの訴え。食事は問題なく摂取されている。糖尿病の診断が下されてからもA1cが安定していない事からその時の食事はどうだったのか？体重の減少が顕著。以上の状況から、「エネルギー不足から低栄養状態。さらに栄養バランス不良」と評価する。			
栄養ケア目標	短期目標: 三食適正な量をきちんと食べる 長期目標: A1cが安定する。体重が増える。			
栄養改善計画	<input type="checkbox"/> 現在摂取している「米飯の量」を計量する。(130g)を目安に。 <input type="checkbox"/> 間食は食直後に食べる。 <input type="checkbox"/> 間食の紹介。 <input type="checkbox"/> おかずは(野菜)はあまり気にしなくて良い。しっかり食べる。注意しないといけない野菜の確認 <input type="checkbox"/> 食べる順番は意識する。 <input type="checkbox"/> 栄養のバランスのプリントをお渡しする。			

5. 症例集

依頼先

R 2 年 1 2 月 2 3 日 発行

報告書2

様式7 訪問栄養食事指導報告書2

管理栄養士 島山 恵

患者氏名	新潟-12		様 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	□ 明 □ 大 □ 昭 11 年 12 月 14 日 生 84 歳	
身長・IBW	身長 推定1.52 m	IBW 50.8 kg	指導回数	R2年度合計 訪問: 3回 ・ 電話: 1回		
目標栄養量	エネルギー 1400 kcal ・ たんぱく質 52 g ・ 食塩 7 g ・ その他()					
訪問指導日	R 2 年 9 月 7 日 (1 回目)		R 2 年 10 月 27 日 (2 回目)		R 2 年 12 月 22 日 (3 回目)	
体重/BMI	35.9 kg	15.1 kg/m ²	37.8 kg	16.3 kg/m ²	38.2 kg	16.5 kg/m ²
食事内容	朝食	御飯(130g)魚の干物・玉ねぎ・ゴーヤのレモン和え・トマト 塩飴	御飯(130g)目玉焼き・カリフラワーの浸し・ほうれん草と菊のお浸し・じゃが芋と菜っ葉のお味噌汁	御飯(130g)玉子焼き・魚の煮つけ・白菜のお浸し・漬物・お味噌汁 7:00		
	昼食	御飯(130g)野菜炒め・ヨーグルト	御飯(130g)鶏肉とカリフラワーのグラタン・大根の炒め物・お味噌汁	御飯(130g)炒め物等(思い出せないけどきちんと食べた)12:00		
	夕食	御飯(130g)焼き魚・かぼちゃの煮物・大根サラダ・もやしの和え物・果物	御飯(130g)生姜焼き・ほうれん草のお浸し・テリーヌ	御飯(130g)・カレイの煮物・こんにゃく煮・お浸し・ねぎの丸焼き・お味噌汁 17:30		
間食・飲料・飲酒等	手作りの牛乳寒天 せんべい等		ヨーグルト・せんべい2.3枚・みかん等 (日によって)		みかん 10:00 18:00 日によって間食にせんべいを食べる。	
栄養バランス	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不可 (若干たんぱく質少な目)		<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不可 (聞き取りした日のような食事が常)		<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不可 ()	
栄養摂取量	(充足率)		(充足率)		(充足率)	
エネルギー	1000~1200 kcal	(8 5 %)	1400(+/-100) kcal	(9 2 %)	1400(+/-100) kcal	(9 2 %)
たんぱく質	30~40 g	(7 6 %)	60(-10) g	(9 6 %)	60(-10) g	(9 6 %)
食塩	5 g	(7 1 %)	7 g	(100 %)	8(+/-1) g	(114 %)
訪問記録	急激にレベルが低下したことで、3か月お試しの、訪問看護のサービスを始めるにあたり、阿賀野市役所の保健師(ケアマネ)理学療法士、看護師と本人、家族との担当者会議に、8/21出席。多職種でのサポートが必要と確認しあう。訪問の依頼があった時と比べ、食欲もあり、3食きちんと摂取されている。ご長男の嫁さんが協力的、熱心であり、食事の相談もスムーズ。食事が低下した原因の一つに、A1cの心配がある。という事だが、現在は、低栄養状態が顕著である事、医師の助言から、エネルギーの確保が第一と考える。○主食の量は計量し適正量摂る。○おかずは、気にせず食べてよい。注意する必要がある野菜の確認。○間食は、飴や嫁さんが作ってくれたもの(牛乳寒天のような物)をたまに食べている。⇒間食は、食直後に食べる。間食の紹介。○食べる順番意識。○栄養バランスのプリントをお渡しする。(たんぱく質を今より多く摂取する)これらを、次回の訪問までの計画とした。※長期の目標にも掲げたように、低栄養になった原因の一つに、食べる時A1cが上がる心配があり節制してしまったという事から、血糖のコントロールが安定し、安心してしっかり食事を摂る事も、重要と考え、長期の目標として進めていきたい。		10月中旬に定期受診。血液検査の結果 血糖227mg/dl HbA1c9.2であった。医師からは特に何も言われず、内服薬の変更もない。塩化ナトリウムは、引き続き処方されている。本人は「沢山薬があって困ったもんだ」と。現在は、食欲旺盛であり、毎食美味しく食べている。一時は、誰とも会いたくなく、気力もなかったが、今は、畑仕事に打ち込み、運動も自ラ行い、収穫という楽しみもある。本人「何かにふっされてからごはんも食べられるようになったし、やる気も出てきた」と。「筋肉がなってねーなった」と。 【握力】左18kg 右18kg 【体温】36.4℃ 【栄養指導】以下 嫁とのやりとり。米飯は引き続き計量して提供している。食事作りが好きで色々作ってだしている。栄養バランスは良好。昔の人だから、最初に御飯を食べる。野菜から食べるのと良いというが、一口、二口で良いのか?と質問⇒前はそれのようにアドバイスをしたが、あまり関係がないという報告もある。野菜を先に食べて、満腹になり、主食や野菜が食べられないといった事は避けた。「おかず」から食べるような声がけをしても良いのでは?と回答。血糖、A1cは高いが、医師からは「食事をしっかり摂る様」という事であるし、以前、食事が低下した時と比べても、血糖やA1cに変化がない事から、「安定している」と理解し、今の食生活、運動(畑仕事)を続けてください。と励ました。○畑仕事(運動)の際の水分補給がおろそかになっている。脱水の怖さも伝え、常に近くに水分を置いておくように。○畑仕事(運動)後、すぐヨーグルト等を食べると良い。とアドバイス。		12月中旬に定期受診。血液検査の結果 血糖286mg/dl HbA1c8.6であった。医師から、食事についての指示はなく、糖尿病の事は僕に任せて、しっかり食べる事と言われている。10月、糖尿病の薬が増量となった。食欲は、旺盛。本人、血糖が高い事を気にしており、家族は、また食べなくなってしまうのかと不安になっている。体調は良好。「寒くて動かれね、手がかじかんで」と本人 【握力】左18kg 右18.5 【体温】36.0℃ 【栄養指導】 ご家族に対して ●1400kcalの食事の内容を確認 ●調味料の量の確認 商品の紹介 ●栄養補助食品の紹介(今後食事を摂る事に対して、再び本人が不安になり、体重の減少が著しい場合のみ) ●食事の内容は良い。日々の食事づくりを労い励ます 本人に対して ●ごはんを最初に食べたい所だけど、おかずからたべてみませんか? ●食事の合間合間に、みかんや(せんべい)を食べるなら、食事後すぐや、食事として楽しんでらどうですか? ●水分も大事。目の前にあるコップを差し「このコップに5杯くらい。コーヒー以外が良いです」とお伝えした。	
電話相談	2 年 9 月 24 日 (1 回目)					
次回訪問予定日	10 月 27 日		12 月 22 日		※電話相談をうまく活用できなかった。	

※ 必要事項を記入の上、各回の訪問指導終了時に提出

5. 症例集

依頼先 新潟市地域包括支援センターふなえ 様 R 2年 9月 6日 発信

様式6 訪問栄養食事指導報告書 1

管理栄養士 齋藤 香代子

患者氏名	新潟-13 様	<input type="checkbox"/> 男	ご担当医	岡村内科下町クリニック医師
		<input checked="" type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 26年 1月 2日生 67歳	
訪問日	R 2年 9月 1日 (火曜日) 14時00分～15時50分 (1回目)			
依頼内容	開胸術後2年経過、食事に関して減塩中心に理解不足。 入院中栄養指導はうけたが訪問で、指導をお願いしたい。 体重も減らしたい。	病名 (既往症)	急性心筋梗塞 高血圧症 脂質代謝異常症	
		指示事項	食事について減塩を中心に理解できるように指導して欲しい	
主訴 困っている事	そんなに食べていないのに体重が増えてしまった、体重を減らしたい。手術後は心臓が何時悪くなくてもおかしくない状態と言われ不安がある。運動は止められている。	使用薬	エナラプリルマレイン酸塩錠 クロピドグレル錠等	
		検査結果	捨ててしまった	
		体重減少	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月/ kg減少)	
介護認定	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) (要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)			
日常生活	障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度) 自律 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> c1 <input type="checkbox"/> c2			
自立度	認知症高齢者の日常生活自立度 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
家族状況	一人暮らし	・介護サービス利用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	長男 新潟市西区在住 次男 新潟市在住 長女 岐阜県在住	・デイサービス <input type="checkbox"/> 有 () ・ヘルパー <input checked="" type="checkbox"/> 有 () (月)(木)利用 ・その他 <input type="checkbox"/> ()		
嚥下調整食	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 コード <input type="checkbox"/> 0J <input type="checkbox"/> ot <input type="checkbox"/> 1J <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 とろみ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
食生活状況 食事回数/形態・嗜好等	常食摂取基本自炊です。昼と夕食1日2食の食習慣で朝は服薬があるので、牛乳を200ml 1飲みます。料理は夕食に翌日の昼食分と一緒に作ります。冷凍庫の中には1食分の牛丼と海鮮丼の具が3～4パックずつ入っていました。漬物も今は食べていないようですが、冷蔵庫に入っています。友人が美味しいものを買って来てくれるそうです。開胸術後2年経過して、運動は禁止、重い物も持っはいけないため週2回のヘルパー利用があります。			
目標栄養量	エネルギー 1600 kcal ・ たんぱく質 80 g ・ 食塩 6 g			
課題 (疾病・介護) 栄養評価	療養者は退院後2年間で体重が20kg増加しました。体重増加の原因が分からず、今回の訪問以来からまた2kgの増加がありました。食事に偏りが見られます、食生活を見直し体重増加の原因を療養者と一緒に考えていきたいと思ひます。部屋全体は雑然としています。料理は好きで苦にはならないそうなので、脂肪摂取を抑え減塩節塩に繋がるように食材の選び方、調理の工夫も含めて料理、食事を楽しめるように支援していきたいと思ひます。			
栄養ケア目標	短期目標： 食生活を見直し減塩節塩に努め減量したい 長期目標： 住み慣れた土地で子供たちの家族が立ち寄れる環境を維持し一人暮らしを継続したい			
栄養改善計画	#1主食・主菜・副菜の揃ったバランスの良い食事を心がける #2豚肉の脂身や鶏の皮など飽和脂肪酸を控える #3減塩節塩について理解を深める #4野菜や海藻など食物繊維の積極的な摂取 #5適正なエネルギー量を摂取する #6エネルギーダウンの調理方法を支援する			

5. 症例集

依頼先 地域包括支援センターふなえ様

R 2年 1月 10日 発信

報告書2

様式7 訪問栄養食事指導報告書2

管理栄養士 齋藤香代子

患者氏名	新潟-13	様 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 26年 1月 2日生 67歳		
身長・IBW	身長 1.58 m ・ IBW 54.9 kg		指導回数	R2年度合計 訪問: 3回 ・ 電話: 3回		
目標栄養量	エネルギー 1600 kcal ・ たんぱく質 80 g ・ 食塩 6 g ・ その他()					
訪問指導日	R 2年 9月 1日 (1回目)		R 2年 9月 29日 (2回目)		R 2年 10月 27日 (3回目)	
体重/BMI	84 kg ・ 33.6 kg/m ²		84 kg ・ 33.6 kg/m ²		84.5 kg ・ 33.8 kg/m ²	
食事内容	朝食	牛乳200ml		牛乳200ml、コーヒー200ml		バナナ、コーヒー
	昼食	厚切りトースト卵野菜(繊キャベツミニトマト胡瓜) 牛乳200ml		厚切りカレトースト(玉ねぎじゃが芋)、アクエリアス		鶏肉と野菜の蒸し焼き
	夕食	主食なし、おぼろ豆腐 鶏肉と野菜の蒸し焼き		おでん(レトルト)		鶏肉と野菜の蒸し焼き
間食・飲料・飲酒等	コーヒー2~3杯砂糖3gミルク、ケーキ		コーヒー(砂糖・牛乳)			
栄養バランス	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可(エネルギー過多)		<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可(不足)		<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可()	
栄養摂取量	(充足率)		(充足率)		(充足率)	
エネルギー	1829 kcal (114 %)	1160 kcal (73 %)	1163 kcal (72.7 %)			
たんぱく質	82.8 g (104 %)	46.7 g (58 %)	71.4 g (90.9 %)			
食塩	5.8 g (97 %)	6.5 g (108 %)	2.9 g (48.3 %)			
訪問記録 <small>栄養ケア目標対応</small>	<p>1.今気持ちが落ち込んでいる</p> <p>2. どうして体重が増加してしまうのかわからない</p> <p>3. 手術後運動は禁止、重いものも禁止されている、心臓は何時異常を起こしてもおかしくない状態で不安有り</p> <p>4. 生活保護を受けている</p> <p>5. 買い物でヘルパー週2回利用していたが思うようにいかないの1回に減らした</p> <p>6. 検査結果は見たくないの捨ててしまった。</p> <p>7. 友人が美味しいものを持って来てくれる、たまにはいいかなと思ってケーキを食べてしまう。</p> <p>8. 時間に余裕がある方がいい、ゆっくり仕事をして欲しい</p>		<p>36.5℃ 血圧114-77 脈拍53 呼吸14回</p> <p>1. 体重は1kg増加したが、全体的にすっきりしたようにみえる</p> <p>2. 朝服薬の水を含め600ccの水分を摂る、きついので牛乳を豆腐に変えるよう勧めたところ、湯豆腐にチャレンジ</p> <p>3. 医院まで通常10分の距離で25分かかり、息切れがする。できる範囲の目標は1日1回は玄関を出る</p> <p>4. 昼夜関係なく1時間~1時間半のペースで頻尿に悩んでいた。やっとの思いで先生に質問して薬の副作用だと分かった。</p> <p>5. 咀嚼の説明→ジュース、スムージーを食品に変えるよう努める</p> <p>6. 作ってみたいレシピ2~3品紹介した。料理教室にも行ってみたい</p> <p>7. 摂取エネルギーにばらつきがある</p>		<p>36.2℃</p> <p>1. 空腹を感じるようになった</p> <p>2. 週1~2日朝食に食品を食べ始めた。咀嚼により唾液の分泌が有り、内臓にも良い影響があることを説明した。→頻度を増やしていきたい。</p> <p>3. 間食を止め、食事量も少ないのに体重が増えている。みぞおちのあたりはすっきり感がある→すぐに結果がでなくても継続を勧めた。バランスの良い食事・油脂について説明した</p> <p>4. 薬の副作用も有り、看護師から体調不良の時は食事をまとめて作る事を勧められている、来客は午前中、午後からは横になっている時が多い。</p> <p>5. タクシーを使い買い物をした。交通費が買い物代金の何倍もかかった</p> <p>6. 買い物不足している、ヘルパーを週2に増やす</p> <p>7. 週3回自分の徒歩圏内で外出している</p>	
電話相談	R 2年 9月 14日 (1回目)		R 2年 10月 14日 (2回目)		R 2年 11月 10日 (3回目)	
	療養者様から連絡有り、体重83kgで1kg減量。昼食はこんにやくが主成分のパスタに変えたり、夕食をスープだけしたり工夫をして、出来ることから取り組みを始めていました。食品の選び方、咀嚼と筋肉、インナーマッスルについて支援しました。		体重は1kg前後の変動有り、日により摂取エネルギーの差は大きいですが体重に影響は無い。朝食に湯豆腐食べ始めた、コミュニティの移動八百屋に久しぶりに行き野菜購入、食物繊維の摂取増加等食事に良い変化がありました。友人の暖かい支援もあり改善されています。		体重83kg最近寒いので外出はしていない。部屋の掃除を始めた、重い物は息子に手伝ってもらえる。買い物も手伝ってもらっている。朝食はフルーツをきざみヨーグルトに混ぜている。主食は雑穀米に変えた、毎食たんぱく質を食べている等変化が見られました。	
次回訪問予定日	9月 29日		10月 27日		11月 24日	

※ 必要事項を記入の上、各回の訪問指導終了時に提出

5. 症例集

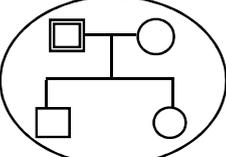
報告書 1

依頼先 在宅介護やさしい手 様
介護支援専門員 古田 歩

R 2年 9月 23日 発信

様式6 訪問栄養食事指導報告書 1

管理栄養士 石橋 萌

患者氏名	新潟-14 様	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	ご担当医	小林医院 小林 弘之 医師
訪問日	R 2年 9月 22日 (火曜日)	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭	8年 7月 18日生	86歳
依頼内容	この度抜歯を行い歯がない状態。本人は義歯作成を拒否しているが、元々好き嫌いが多く、義歯がない事で食べ物も制限されるため、長女が低栄養を心配している。	病名 (既往症)	高血圧症	
		指示事項	特になし。	
主訴 困っている事	(本人) 特に食べ物に関して困っている事はない。 (長女) 食事量が少ない。歯医者が嫌いで行きたがらない。	使用薬	ハーフジゴキシン、エナラプリルルマレイン、ランソプラゾール、ステープラ	
		検査結果		
		体重減少	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (12ヶ月/ 3.0 kg減少)	
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2)(要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)			
日常生活 自立度	障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input checked="" type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> c1 <input type="checkbox"/> c2 認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
家族状況		長男は店を営んでいるため、主介護者は長女。	・介護サービス利用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・デイサービス <input checked="" type="checkbox"/> 有(月曜日のみ) ・ヘルパー <input checked="" type="checkbox"/> 有(・その他 <input type="checkbox"/> (
嚥下調整食	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 コード4レベルの食事の必要性は感じるが、現況固いものさえ除けば常食を食べている。			
食生活状況 食事回数/形態・嗜好等	朝は食わず、飲み物だけで終わってしまう。昼・夕食も食事量少なく、3食全量摂取することはない。お酒は毎日マグカップに2杯飲む。本人は好き嫌いが多いと思っていない。甘いものが好き。デイサービスでは食事を残している様子はない。			
目標栄養量	エネルギー 1100 kcal ・ たんぱく質 48.5 g ・ 食塩 7.5 g			
課題 (疾病・介護) 栄養評価	・低体重であるが、食事量が少なく体重維持が難しい。 ・昨年は脱水を3回おこしている(水・お茶をあまり飲まない) ・噛み合わせが悪く、歯ぐきに痛みを感じている。 ・週2~3回しか口腔ケアをしない。 ・好き嫌いが多いが、本人の自覚がない。 ・食事量が少ないが、本人に自覚がない。			
栄養ケア目標	短期目標: 主食・副食どちらかでも一品多く食べる 長期目標: 体重が増加する			
栄養改善計画	・朝食時にもう一品食べる様にする。 ・水分量と食事量の確保のため、たんぱく質源を入れた雑炊を食べるようにする。 (雑炊は本人好き) ・口腔ケアの大切さを知ってもらうためにも、歯科受診をすすめる。 (うがいでなくても毎食後するように話をする)			

5. 症例集

依頼先 在宅介護やさしい手 様
介護支援専門員 古田 歩

R 2 年 1 0 月 2 5 日 発信

様式7 訪問栄養食事指導報告書2

管理栄養士 石橋 萌

患者氏名	新潟-14 様	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 8 年 7 月 18 日生 86 歳
身長・IBW	身長(情報) 163.0 m ・ I BW 58.5 kg	指導回数	R2年度合計	訪問: 3回 ・ 電話: 0回
目標栄養量	エネルギー 1100 kcal ・ たんぱく質 48.5 g ・ 食塩 7.5 g ・ その他()			
訪問指導日	R 2 年 9 月 22 日 (1 回目)	R 2 年 10 月 3 日 (2 回目)	R 2 年 10 月 24 日 (3 回目)	
体重/BMI	40.4 kg ・ 15.2 kg/m ²	40.4 kg ・ 15.2 kg/m ²	40.9 kg ・ 15.4 kg/m ²	
食事内容	朝食	メイバランスミニ、ヤクルト、豆乳などの飲み物	メイバランスミニ	コーヒ2杯(砂糖入り) メイバランスミニ
	昼食	少量のそうめん+少量のおかず	卵かけごはん	卵かけごはん
	夕食	うなぎなどの主菜、ごま豆腐1個(主食は食べない)	お酒(マグカップ2杯)+少量のつまみ	お酒(マグカップ1杯)+少量のつまみ
間食・飲料・飲酒等	カステラや菓子パン お酒(マグカップ2杯)	水ようかん、菓子パン、チョコレート	カステラ 菓子パン ようかん	
栄養バランス	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可()	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可()	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可()	
栄養摂取量	(充足率)	(充足率)	(充足率)	
エネルギー	922 kcal (83.8 %)	1010 kcal (91.8 %)	990 kcal (90 %)	
たんぱく質	25.6 g (52.7 %)	22.6 g (46.6 %)	24.1 g (49.7 %)	
食塩	3.08 g (41.0 %)	3.13 g (41.7 %)	4.08 g (54.4 %)	
訪問記録 栄養ケア 目標対応	<p>本人は嫌いな食べ物(生野菜)で、何でも食べるおっしやるが、長女に聞くと好き嫌いが多く、出しても食べない事が多いとおっしやる。特に主食(ごはん)を食べないことが気になっている。好きな食べ物を聞くと、カレー、雑炊、丼物が好きと話される。朝食が飲み物だけで終わってしまうので、ごはん、納豆、卵などもう一品食べるようにしようとおっしやる。お酒は毎日マグカップ2杯勉強のために飲んでいて嬉しそうに話される。昨年と比べ3.0kg程の体重減少あり。昔に比べ体重が減っている事を本人も感じている。虫歯が多く、最近抜歯を行ったがその後歯医者に行くのを嫌がり行っていない。かみ合わせが悪く、歯茎に痛みを感じることもあるため、歯医者に診てもらった方がいいとお話する。歯磨きは訪問介護(風呂)の時にしかやらない。運動に関しては家で特にならなくて、最近外で歩いてないとおっしやる。長女も昔から方向音痴なため、近所でも道に迷うから、外には出でほしくないとおっしやる。腰が痛い時があるため、簡単な体操(腕をまわす等)はやりましようとおっしやる。本人は周りに心配される程食事が少ないと思っていない。そのためか、話の内容と実際の行動では違いがある。これ以上の体重減少がないように、主食(ごはん)は3日に1回でなく、1日1回食べる様に。また、たんぱく質も一緒に摂れるように、本人の嗜好をいれながら話をしていく。</p> <p>前回と比べ食事量の変化なし。「もう年だから」とおっしやるが、これ以上の食事量アップは難しい。「何か食べたいものはないか」と聞くと「これと違ってない」とおっしやる。食事に対して、若干の意欲低下があり。駄菓子や甘い物なら食べれるとおっしやる。今まで食事を食べるために、菓子類はあまり家に置いてなかったが、これ以上の食欲・体重減少を防ぐために好きなものを好きな時に食べられるように方針を変える。また、食べるより、飲む方が楽とおっしやる。豆乳を常に置いているため、水分補給として水だけでなく豆乳も飲むように伝える。長女が食事を作る際、にゅう麺に青汁を入れ栄養アップを図っていた。これからも青汁や牛乳などを入れ栄養アップを図っていくようお願いする。また、いろいろな料理に入れられるため、たんぱく質パウダーも良い事をお伝えする。妻の方が糖尿病があり、青汁をいれたにゅう麺もおいしくないとおっしやるため、二人別々に食事作りを長女が行っている。そのため、たんぱく質パウダーなら一緒に作れるからいいかもとおっしやるが、金銭面の事もあるため、たんぱく質パウダーだけに頼らず、栄養アップができるようなメニューを次回お伝えする。また、毎朝飲んでるメイバランスミニの活用レシピもお伝えしていく。歯に関しては、少し痛みはあるが我慢できない痛みではないため、ひどくなったら歯医者に行くように伝える。</p> <p>前回、3食の食事では、必要エネルギーを確保する事難しく、間食を行い、体重を落とさないようにしてお話していた。今回訪問し、本人が好きなタイミングで食べられるように、長女がお菓子ボックスを用意してくださっていた。お菓子ボックスを見ると食べている様子があり、本人も「食べているよ」と話される。食欲は変わらず、増えることはないが減る事もなく経過されている。体重も9月から減少はみられていない。(上記体重は10/5日測定)前回、身近な食材からエネルギーアップができるメニューを紹介するとお話しし、マヨネーズを入れた卵焼きや、メイバランスミニに甘酒やチョコレートを入れたレシピを長女に紹介する。現在食事の準備は妻がやったり、長女がやったりしているため、長女の負担にならないよう参考程度に見てほしいと伝える。また、食欲が低下している時におすすめな調理法や食材の資料をお渡しする。23日に病院を受診し、右肺に影があるといわれるが、本人は特に食事時息苦しさを感ずることはなく、痰は出るが、食事中に痰が出る事はなく、また自分で排痰できるため問題はないと思われる。本人が体力の低下があり、日中寝ている時間も多くなってきていて、足腰が弱くなってきているとおっしやる。10分でも座っている時間が増えるように、また足首動かす体操を行うように伝える。訪問すると、笑顔でたくさんお話しされるが、普段は人と話したり、笑ったりすることは少ないようだ。口を動かすために、よく噛んで食べたり、テレビを見て笑ったりするように伝える。最後に、なかなか3食の食事を増やすことは難しいため、間食を行いながら、食欲アップのためにも好きなものから食べる様に長女に伝える。また、妻の介護もあるため、ストレスなく食事作りを行ってほしいと伝える。 *10月24日にて訪問栄養指導終了</p>			
次回訪問 予定日	1 0 月 3 日	1 0 月 2 4 日		

5. 症例集

報告書 1

依頼先 新潟市 地域包括支援センターふなえ 様 R 2年 9月 29日 発信

様式 6 訪問栄養食事指導報告書 1

管理栄養士 齋藤香代子

患者氏名	新潟- 15 様	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	ご担当医	黒川香 医師
訪問日	R 2年 9月 24日 (木曜日) 14時00分～15時40分 (1回目)			
依頼内容	胆のうの食事指導をして欲しい。 1年で3kgの体重減少があり、2月ダンス中に転倒救急搬送された。再検査をしてもらいBNP値が高く日本歯科大に紹介された脳外科病院にも3カ月に1回の受診有。	病名 (既往症)	胆のう 心不全 肺気腫 甲状腺	
		指示事項	塩分6g	
主訴 困っている事	体重を増やしたいのに食べても体重が増えない。糖尿病の食事療法のベジファーストを取り入れ体重減少してしまった。咳も日に2～3回出る、肺活量97。 服薬にも不安がある。	使用薬	プロマック顆粒 エパデールカプセル ピオフェルミン マイスリー錠 シナール配合錠 シロスタゾール錠	
		検査結果	BNP58.4 γ-Gtp71 赤血球355 McV101.4	
		体重減少	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (月/ kg減少)	
介護認定	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) (要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)			
日常生活	障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度) 自律 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> c1 <input type="checkbox"/> c2			
自立度	認知症高齢者の日常生活自立度 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
家族状況	北区に長男家族在住	・介護サービス利用 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 ・デイサービス <input type="checkbox"/> 有 () ・ヘルパー <input type="checkbox"/> 有 () ・その他 <input type="checkbox"/> ()		
嚥下調整食	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 コード <input type="checkbox"/> 0J <input type="checkbox"/> ot <input type="checkbox"/> 1J <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 ところみ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
食生活状況	1日3回常食摂取。料理は好きで健康志向です。みそ汁は塩分の少ない味噌を使用、ノンオイルの手作りドレッシングなど薄味を心がけています。朝食が充実していて昼食は13時過ぎになってしまうことが多く間食は甘いものを好みます。ベジファーストを実践していますが、野菜だけでお腹いっぱいになってしまいます。買い置きが多く冷蔵庫冷凍庫の中はぎっしり入っているにもかかわらず毎日買い物が必要になってます。運動不足も感じています。			
食事回数/形態・嗜好等				
目標栄養量	エネルギー 1700 kcal ・ たんぱく質 73 g ・ 食塩 6 g			
課題 (疾病・介護) 栄養評価	事業対象者申請中。新潟市高齢ますます元気教室に1月から参加予定。友人とのトラブルが原因のストレスで体重減少してしまいました。新型コロナの影響で更に皆弱ってしまったと気持ちが落ち込んでいましたが、今の気持ちは皆さんに応援してもらっていると感じると前向きな面もあります。食事は片寄りが見られます。食材の買い過ぎもあります。栄養補助食品の紹介も含め急がず出来るところから改善していきたいと思えます。			
栄養ケア目標	短期目標： 体重を増やし筋肉も増やしていきたい 長期目標： 住み慣れた地域で一人暮らしを続けていきたい			
栄養改善計画	#1三食規則正しく主食・主菜・副菜の揃ったバランスの良い食事を心がける #2適正な食事量を食べる #3料理を楽しむ #4毎食たんぱく質を摂取しやすらぎ提を散歩する #5油脂の摂取			

5. 症例集

依頼先 地域包括支援センターふなえ様

R 2年 11月 30日 発信

報告書2

様式7 訪問栄養食事指導報告書2

管理栄養士 齋藤香代子

患者氏名	新潟-15	様 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 10年 4月 3日生 81歳	
身長・IBW	身長 149 m ・ IBW	kg	指導回数	R2年度合計	訪問: 3回 ・ 電話: 2回
目標栄養量	エネルギー 1700 kcal ・ たんぱく質 73 g ・ 食塩 6 g ・ その他()				
訪問指導日	R 2年 9月 24日 (1回目)	R 2年 10月 22日 (2回目)	R 2年 11月 26日 (3回目)		
体重/BMI	39.6 kg ・ 17.8 kg/m ²	39.8 kg ・ 17.9 kg/m ²	39.4 kg ・ 17.7 kg/m ²		
食事内容	朝食	ご飯 みそ汁 納豆 生野菜 ささみ蒸し 浅漬け ぜんまい煮 りんご 野菜ジュース	ご飯 野菜煮物 鮭フレーク 酢玉ねぎ きんぴら りんご 野菜ジュース	ご飯 みそ汁 茶碗蒸し ソーセージ ミニウインナー4本 りんご ぶどう	
	昼食	ナンのチーズ焼き 牛乳200ml 浅漬け	パンチーズ ピーマン 玉ねぎ みかん 牛乳200ml ベビーチーズ むき甘栗	さつま芋 パナナ 牛乳	
	夕食	ご飯 みそ汁 豚カツ 生野菜 大根菜煮 りんご	ご飯 焼きさんま 納豆1/2 野菜煮物 酢玉ねぎ りんご アスパラ みょうが	ご飯 ハッシュドポーク ひじき煮 りんご	
間食・飲料 ・飲酒等	十勝ヨーグルト たら焼き 正油団子		せんべい(夜食)		
栄養バランス	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可()	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可()	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可()		
栄養摂取量	(充足率)	(充足率)	(充足率)		
エネルギー	2143 kcal (126 %)	1764 kcal (104 %)	1666 kcal (98 %)		
たんぱく質	85 g (116 %)	76.2 g (104 %)	59.4 g (81 %)		
食塩	7.3 g (122 %)	7.4 g (123 %)	6.6 g (110 %)		
訪問記録	36℃ 血圧98-50 脈拍85 呼吸22回 <small>栄養ケア目標対応</small> ・ご飯は大切なエネルギー源になる、100g→120g心がける ・朝食の食べ過ぎでお腹がすかない→副菜を2品に減らし昼食にまわす ・昼食を12時台に食べる ・間食推定445Kcal→半分に減らす ・ハムなど加工食品の利用が多く、できるだけ減らす ・長男が週1くらい来てくれる。昨日豚カツを買ってくれたので2日に分けて食べる。月に1回長男の嫁、孫、ひ孫が遊びに来る楽しみがある。 ・歯科治療でかみ合わせは良くなったが固い物は食べられない ・冷蔵庫冷凍庫も買い置きでいっぱい、毎日の買い物を散歩に変える ・事業対象者申請中 握力 23・18	35.8℃ 血圧110-66 脈拍60 ・買物は毎日行かなくなり甘い物も買わなくなった。冷蔵庫はすっきりした ・友人からクミン、ジンジャー、少量の塩での味付けのアドバイスがあり美味しかった ・昼食は12時30分~13時になった ・朝食前にきんぴらを沢山作り、冷蔵と冷凍に分けて保存した→味付けを変えたり少量ずつ作ることをお勧めした ・副菜を減らし毎食主菜(肉魚卵大豆)を食べましょう ・自身の食事制限をゆるめましょう→食べ過ぎなければ大丈夫 ・食べきれない食品がある。定期購入している食品の見直しをする。 ・食事を楽しみましょう	35.7℃ 血圧105-50 脈拍70 ・ご飯は冷凍保存している、100gを110gに変えた。食べれそうなので次回は120gに増やす予定→130g目標です ・朝は体が軽く動きが良い、朝にウォーキング習慣がある。その後朝食を作りゆつくりと食事をするスタイルは変えられない→朝食は多く食べられる。昼食は軽くなり、たんぱく質が減ってしまった、主菜を1品入れる工夫が欲しい。間食は抑えられている、エネルギー量は良好。夕食はしっかり摂取され副菜の品数が減り、塩分も減っている。 ・お腹の調子が悪く体重が落ちてしまう日も有り、今のところ大きな体重の変動はない。 ・1月から高齢ますます元気教室の予定有り→ウォーキング以外の運動を始めると、筋肉に刺激が入り老化予防、食欲増進に繋がります。 ・食事量の少ない方向けのエネルギー補充の栄養補助食品(カロリーメイト・ゼリー)の紹介		
電話相談	R 2年 10月 9日 (1回目)	R 2年 11月 6日 (2回目)			
	・体重39.5kgごはん100gを計量確認した。料理は時間をかけるようになった。作り置きが増えて冷凍庫の中はいっぱいになった。買い物の日数は減り冷蔵はスッキリしてきている。調味料の使い方も気をつけている等工夫をしています。食事記録を勧めました。	体温35.8℃体重39.5kg血圧高めで頭にふらつきが有りカロナールを1錠飲み、土日様子を見て受診、点滴を受け、BNPは70だった。今日回復後初めて2.5k~3k歩いた。減塩を心がけ、体重増加目指しご飯120g以上食べるよう勧めました。			
次回訪問予定日	10月 22日	11月 26日			

※ 必要事項を記入の上、各回の訪問指導終了時に提出

5. 症例集

報告書 1

依頼先 包括支援センターふなえ 江川 様

R 2年 9月 30日 発信

様式6 訪問栄養食事指導報告書 1

管理栄養士 久志田順子

患者氏名	新潟-16 様	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	ご担当医	ひろさわ内科医院
訪問日	R 2年 9月 26日 (土曜日)		<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 13年 月 日生 82歳	
依頼内容	医師より南病院に1箇月入院を勧められた。塩分摂取量を控えるよう指導。栄養指導を勧められた。	病名 (既往症)	左脳内出血(H15.9)第一腰椎圧迫骨折(H31.1)帯状疱疹(H31.3)心不全(R1.9)	
		指示事項	減塩※9月12日受診の際 医師より「塩分なし」と言われたと本人、同伴の娘は説明。	
主訴 困っている事	塩分をなくした食事は美味しくない。減塩食を始めて3日目の夕に入浴後ふらつきがあった。入院はしたくない。	使用薬	ラシックス40mg1錠、メインテート2.5mg0.5錠、ミルカデイス20mg1錠 ロキソニンテープ100mg	
		検査結果	(9/12)BNP529.4 TG178、Alb4.1 Cr17.4	
		体重減少	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (月/ kg減少)	
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (要支援 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2)(要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)			
日常生活 自覚度	障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input checked="" type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> c1 <input type="checkbox"/> c2 認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
家族状況	娘2人、孫1人の4人暮らし。娘2人は日中仕事あり。長男夫婦が毎日家業の仕事に來ている為常時一人でいることはない。食事は娘がする。	・介護サービス利用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・デイサービス <input checked="" type="checkbox"/> 有(運動型デイ1回/週) ・ヘルパー <input type="checkbox"/> 有(・その他 <input type="checkbox"/> (
嚥下調整食	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 コード <input type="checkbox"/> OJ <input type="checkbox"/> ot <input type="checkbox"/> 1J <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 }とろみ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
食生活状況 食事回数/形態・嗜好等	・食事は同居娘が担当。娘が帰宅してからの調理の為夕食は20時過ぎ。好き嫌いはなし上顎は自歯 下顎は入れ歯 かみ合わせは良好で固い野菜も細かくし食べている。少々むせあり。自営業で接客や間食で菓子摂取習慣あり。3食摂取。夕食は娘調理 朝食は前日夕食のこり 昼食はおにぎり2個(自分で握る)のみ。			
目標栄養量	エネルギー 1600 kcal ・ たんぱく質 55 g ・ 食塩 6 g (※医師指示確認中)			
課題 (疾病・介護) 栄養評価	・減塩食の順守 ・心不全の検査値が悪化している。 ・減塩食3日分を娘が調理し順守したところを呼吸が楽になったことを実感できた。 ・家族の協力のもと3食食事の摂取はできている。朝食、昼食の食事バランスやや不良 ・間食が習慣化			
栄養ケア目標	短期目標: ・減塩食を美味しく食べる工夫を取得する。 長期目標: ・今までの生活スタイルを大きく変更せず、地域で楽しく暮らす。			
栄養改善計画	・塩分摂取量を主治医に確認(次回受診時用紙に記入を依頼する) ・減塩食の実践方法説明 ・毎食の食事の組み合わせを改善 ・間食は 果物、乳製品を優先の摂取			

5. 症例集

依頼先 包括支援センターふなえ 江川 様

R 2年 9月 30日 発信

報告書2

様式7 訪問栄養食事指導報告書2

管理栄養士 久志田 順子

患者氏名	新潟-16 様 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女		生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 13年 月 日生 82 歳		
身長・IBW	身長 1.55 m ・ IBW 52.8 kg		指導回数	R2年度合計 訪問: 3回 ・ 電話: 0回		
目標栄養量	エネルギー 1600 kcal ・ たんぱく質 55 g ・ 食塩 3~6 g ・ その他()					
訪問指導日	R 2年 9月 26日 (1回目)		R 2年 10月 31日 (2回目)		R 3年 1月 23日 (3回目)	
体重/BMI	57 kg ・ 23.7 kg/m ²		57 kg ・ 23.7 kg/m ²		57.5 kg ・ 23.9 kg/m ²	
食事内容	朝食	ご飯120g・目玉焼き・生野菜サラダ(オリーブ油)・納豆(醤油なし)	ご飯120g・目玉焼き・生野菜サラダ(オリーブ油)・野菜煮物(薄味)	ご飯150g・焼き魚1切れ・生野菜サラダ(オリーブ油)・野菜煮物(薄味)・野菜スープ		
	昼食	焼き海苔巻きお握り2個(自分で握る)、なし2切れ、バナナ1本、トマト	ご飯120g・鶏肉野菜入りスープ煮	ご飯130g・150g・鶏肉野菜入りスープ煮・納豆1p(たれ無し)又は目玉焼き(自身用意)・黒豆煮・野菜(無い場合もあり)		
	夕食	ご飯120g・鯰焼(無塩)・生野菜サラダ(オリーブ油、酢)・茹イカ・焼き茄子	ご飯50g・豚肉(120g)生姜焼き・ポテトサラダ(200g)ブロッコリー・レタス	ご飯130g・豚肉(60g)・刺身 野菜煮物・生野菜		
間食・飲料・飲酒等	せんべい お茶		ビスケット・豆菓子(体操後)・みかん1個		午後 冷ブルーベリー入りヨーグルト 200g	
栄養バランス	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可(昼食不良)		<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不可()		<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不可()	
栄養摂取量	(充足率)		(充足率)		(充足率)	
エネルギー	1,200 kcal (80 %)		1460 kcal (91 %)		1500~1600 kcal (100 %)	
たんぱく質	47 g (85 %)		58 g (98 %)		64 g (110 %)	
食塩	0 g (0 %)		6.1 g (100 %)		6 g (100 %)	
訪問記録	<p>・9月12日内科受診時先生より塩分を控える様指示(家族立ち合い無し・本人の説明)以降本日(9月26日)まで調理担当の娘さんは、無塩の食事を実行→ 次回診察までは塩分3gは摂取する。</p> <p>・9月14日入浴後ふらつき(梅干皮摂取)</p> <p>・昼食は自分で用意 朝食 夕食は家族と喫食</p> <p>→ 毎食主食 主菜 副菜をそろえる</p> <p>・自営業で人の交流あり菓子間食習慣化→乳製品 果物1単位(1日)に変更</p> <p>・同居娘さんが調理担当し夕食は20時頃(娘帰宅時間19時頃)</p> <p>・乳製品がやや苦手他好き嫌いなく咀嚼も問題なし。</p> <p>・自身のみで食材買い物は行かない。</p> <p>・室内杖歩行 室外押し車使用</p>		<p>・10月29日内科受診 塩分指示 3gを目指し6gを超えない。ラシックス次回処方から40mg→10mgに変更指示。BNP400台↓体重→</p> <p>・食事 朝食・夕食は娘さんが用意し昼食は本人が見繕う。無塩から減塩3gを目標に調理している。出来上がった料理にかけ調味料は無し。味噌汁は作らない。スープ煮、具沢山汁は調理</p> <p>・夕食以外日常生活は本人が自由な生活しており、起床時間は8時~10時の為朝食昼食がかねての食事の時もあり。指導以前は好物の菓子は購入を家族に依頼し1日2回くらいは自由に食べていた。牛乳嫌い、ヨーグルトたまに摂取あり。</p> <p>→ 1日3食食べる。(朝食家族と同席)</p> <p>→ 夕食主食100g摂取目標(現在少量)</p> <p>→ 昼食を整える(主食、主菜、副菜)</p> <p>→ 間食は(PM3時) 果物 乳製品とし菓子は控える(本人目標体重55kgに向けて)体操教室時の菓子をお楽しみに</p>		<p>・R2.12.28 新大循環内受診→R3.1.21紹介岡村クリニック(※以前寄り循環器専門医の受診を希望有・娘同伴)体調変化無・体動かすとゼイゼイする。、運動デイ1回/週利用</p> <p>検査値 BW57.5kg ↑ BNP353.4 ↓ eGFR37.57 Alb3.9 TP6.9</p> <p>処方 ラシックス10→20mgに</p> <p>・身体動き:4点杖利用し室内移動。外出は家族と同伴(本人のみの外出は無)</p> <p>・食事:朝食9:00 娘用意 昼食13:00本人用意、夕食20:00 娘用意 家族と一緒に 昼食時の野菜摂取量がやや不足、果物摂取量が少ない。主食はごはん</p> <p>・本人発言「薄味料理に慣れてたまに食べる外食は味付けが濃く感じる。」「菓子の間食はほとんどやめた。」「家族が協力してやっている」</p> <p>・調理担当娘、家族は徹底して薄味の食事管理を行い、本人も食事改善の意識が出来た。 外食もたまに家族同伴で減塩で料理をオーダーしている。</p> <p>・食品の塩分含有の参考書(写真)で本人に視覚より理解ができるよう購入利用を家族に勧める。</p> <p>・早食いの習慣でむせ、せき込みがあり</p> <p>→ 誤嚥、窒息の予防の食べ方説明する。</p>	
電話相談	R 年 月 日 (1回目)		年 月 日 (2回目)			
次回訪問予定日	10月 24日		月 日			

※ 必要事項を記入の上、各回の訪問指導終了時に提出

5. 症例集

報告書 1

依頼先 包括支援センターふなえ 山田 様 R 2年 10月 19日 発信

様式 6 訪問栄養食事指導報告書 1

管理栄養士 笠原 公美

患者氏名	新潟-17 様	<input type="checkbox"/> 男	ご担当医	
		<input checked="" type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 9年 1月 16日 生 86歳	
訪問日	R 2年 10月 11日 (日曜日) 10時00分～11時00分 (1回目)			
依頼内容	包括支援センターより ・春から秋にかけて著しい体重の減少あり (ご自身も自覚あり)	病名 (既往症)	骨粗鬆症	
		指示事項		
主訴 困っている事	・食べてはいるが、体重が減っている。 (昔から痩せ型だが、ここまで少なくなかった。) ・調理をするのが億劫(疲れやすく面倒)	使用薬	カルシウム剤	
		検査結果		
		体重減少	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (5ヶ月/5kg減少)	
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2) (要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)			
日常生活 自立度	障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input checked="" type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> c1 <input type="checkbox"/> c2 認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
家族状況	独居	・介護サービス利用 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・デイサービス <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1/w運動型半日デイ) ・ヘルパー <input checked="" type="checkbox"/> 有 (3回/w掃除、買物、調理) ・その他 <input type="checkbox"/> ()		
嚥下調整食	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 コード <input type="checkbox"/> 0J <input type="checkbox"/> ot <input type="checkbox"/> 1J <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 ；とろみ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
食生活状況 食事回数/ 形態・嗜好等	毎日欠かさず事無く3食召し上がられている。(自炊若しくはヘルパーが作ったものを) (朝パン、昼麺類、夕ご飯)普通食にて摂取。嚥下機能特に問題ないものの、義歯の不具合あり。 (下義歯) 現在、外して食事している。ご本人は無くとも大丈夫。と。 かなりの偏食傾向(魚、牛乳、味噌汁×)肉類好きだが、いっぱい食べられない。 主食もご飯100gでもいっぱい。(コンビニのおにぎり1個食べきれない)			
目標栄養量	エネルギー 1200 kcal ・ たんぱく質 60 g ・ 食塩 9 g			
課題 (疾病・介護) 栄養評価	毎日3食食べられているものの、全体の食事量が少ない。また、偏食強く、内容も偏り気味。 ご飯やパンなどの主食や肉、卵、豆類のたんぱく食品も摂っているものの、量が少ない。 摂取エネルギー、たんぱく共に少なめである。水分はしっかり摂れている。エネルギー不足の為か疲れ易く、体力低下気味。(下肢の浮腫はなし)			
栄養ケア 目標	今まで通り毎日3食食べる食生活を続ける。 短期目標： 一回の食事にもう少したんぱく質の摂れるものを追加、増量する。 間食にはEやPの摂れるものを食べる。(ヨーグルトや肉まん、焼き芋など) 長期目標： 3食食べる生活を続け、少しでも体重が増え、体力の低下防止ができる			
栄養改善 計画	独居であるものの、食事は抜くことなく3食食べられている。ただ、偏食傾向強く、年齢的なものもあるのか摂取量少なめ。 急な食事量の増加は難しい為、一回の食事の中で食べる肉類や卵、乳類の量をもう少し増やすように。 また、間食する場合はできるだけEやPが摂れるものを提案。			

5. 症例集

依頼先

包括ふなえ 山田様

R 2年 12月 30日 発信

報告書2

様式7 訪問栄養食事指導報告書2

管理栄養士 笠原 公美

患者氏名	新潟-17	様	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 9年 1月 16日生 86 歳	
身長・IBW	身長 145 m ・ IBW 46.2 kg			指導回数	R2年度合計 訪問: 3回 ・ 電話: 2回	
目標栄養量	エネルギー 1200 kcal ・ たんぱく質 60 g ・ 食塩 g ・ その他()					
訪問指導日	R 2年 10月 11日 (1回目)	R 2年 11月 21日 (2回目)		R 2年 12月 23日 (3回目)		
体重/BMI	28.6 kg ・ 13.6 kg/m ²	28.1 kg ・ 13.4 kg/m ²		29 kg ・ 13.8 kg/m ²		
食事内容	朝食	パン(8枚切、耳なし1枚+はちみつ)、ゆで卵、野菜類		3食共大きな変わらないものの全体は少しづつ量の低下あり。主食量少なし	3食共内容、初回時と大きな変わりなし。食欲あり、以前より少しいっぱい食べられるようになってきた。	
	昼食	焼きそばやそば(麺類が多い)(外で食べる事もある)				
	夕食	ご飯(茶碗かる〜一杯)(80g位)野菜中心のおかず2品位(肉を入れて)野菜スープ				
間食・飲料・飲酒等	コーヒー、コーラ、せんべい、クッキー、ヨーグルトなど		前回と大きな変わりなし。ケーキやお菓子を食べる事もあり。	お腹が空くので、お菓子や焼き芋、ヨーグルトなど少しづつ食べている		
栄養バランス	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可 (偏りあり)		<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可 (偏食により偏りあり)	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不可 (以前に比べると改善傾向)		
栄養摂取量	(充足率)		(充足率)	(充足率)		
エネルギー	800~1000 kcal (67 %)	800~1000 kcal (67 %)	800~1000 kcal (67 %)			
たんぱく質	30~40 g (50 %)	30~40 g (50 %)	30~40 g (50 %)			
食塩	g (%)	g (%)	g (%)			
訪問記録	<p>本人) 食べてはいるが、体重が減ってきている。膝や腰が痛く、料理するのが面倒、億劫になってきた。いっぱい食べると、胃が重くて・・・</p> <p>o) 偏食傾向強く、食事内容に偏りあり。全体食事量も少なめ。E、P共に不足傾向。水分は細めに摂れている</p> <p>P) 食事量の増加は難しい為、今の食事の中のたんぱく質食品をもう少し増やすよう提案。また、間食にはEやPが摂れる乳類等をすすめる</p>		<p>本人) 3食抜くことなく食べてますよ。ただ、量は少なくなったかな。でも、お腹は空くから、ヨーグルトやお菓子を間食に食べてます。少しづつ。下義歯はせず食事してます。(歯科受診はしていない)なんか難儀な事が多くて、色々面倒で・・・</p> <p>O) 毎日3食抜くことなく召し上がられているものの、主食、副食共に少なめ。水分はこまめに飲んでいる。若干体重の減少あり。(活動量の増加はほぼなし)</p> <p>P) 食事の量の増加はなかなか難しいと思うので、空腹時にお菓子や乳類、レンジで簡単にできるものなどを食べて、エネルギーのup図りましょう。レンジ等使い簡単にできる料理の提案行う</p>		<p>本人) お腹が空くから、3食しっかり食べるけど、体重が増えないのよ。よく噛まないからかしら? 間食も以前に比べるとします。ヘルパーさんに色々リクエストしてもらっています。運動不足になると悪いからできるだけ無理ない範囲で動いています。</p> <p>O) 以前に比べると、若干だが食事量upしている。間食も摂れている為、摂取カロリー少しupしている様子あり。水分摂取も良好。目立った体重減少はなく、微量増加。</p> <p>P) 食事が抜けたり、食事量が低下してしまうと体重だけでなく、体力や筋力低下、体調不良に繋がってしまう為、今後も3食&間食を摂る生活を続けていきましょう。主食も主菜もしっかりと。直ぐに体重の増加は難しいですが、今の食生活続けていくことで、少しづつ増加はしていけると思います。ご自分の体調に合わせて無理ない程度にしっかりと食事していきましょう。</p>	
電話相談	R 2年 11月 17日 (1回目)	R 2年 12月 18日 (2回目)				
	<p>・11/11・・・なんだか疲れて・・・食べてはいるけどやる気がなくて・・・訪問は先にして</p> <p>・11/17・・・元気ですよ。できるだけ食べてます。おやつも。寒くなってきましたが、水分も忘れずに。3食抜かず少しづつでも食べるようにして下さい。</p>		<p>・元気です。お腹も空くし、食べてるけど体重が増えないの。よく噛まないから?</p> <p>・お腹が空くのは、体調がいい証拠。直ぐに体重の増加は難しいですが、今後も3食&間食も取り入れながら食事して下さい。ご飯等の主食や水分もしっかりと。</p>		<p>*レンジ等使用し簡単にできるレシピや間食に取り入れていただきたい食品を提案。</p> <p>*たんぱく食品や主食量増加の指導よりは少しでも体重増加が図れるよう間食の追加や一回の食事量を少しでも増やせるような工夫などを中心に指導すめました</p>	
次回訪問予定日	11月 21日	12月 23日				

※ 必要事項を記入の上、各回の訪問指導終了時に提出

5. 症例集

報告書 1

依頼先 歯科医師 尾崎康子 様 R 3 年 2 月 9 日 発信

様式6 訪問栄養食事指導報告書 1

管理栄養士 畠山 恵

患者氏名	新潟-18 様	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	ご担当医	小田医院 小田正人先生
訪問日	R 3 年 2 月 8 日 (月曜日)		<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭	7 年 3 月 10 日 生 88 歳
依頼内容	低栄養が顕著であり、栄養指導をお願いしたい。	病名 (既往症)	心筋梗塞(既往) 心不全	
		指示事項	主治医)塩分制限等ない。 歯科医師)義歯装着に伴い、柔らかいものから食べる様に。	
主訴 困っている事	妻)食べないんですよ。毎日食べるか食べないか夫と戦いの日々なんです。	使用薬	クロピトグレル等 他9種類	
		検査結果		
		体重減少	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (3 ヶ月/ 6.5 kg減少)	
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2)(要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)			
日常生活 自覚度	障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> c1 <input type="checkbox"/> c2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
家族状況	妻と2人暮らし。近くに長男が住んでいる。東京に娘がいる。	・介護サービス利用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・デイサービス <input type="checkbox"/> 有(以前に体験利用を1度のみ) ・ヘルパー <input type="checkbox"/> 有() ・その他 <input type="checkbox"/> (訪問看護 月・木)		
嚥下調整食	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 コード <input type="checkbox"/> OJ <input type="checkbox"/> ot <input type="checkbox"/> IJ <input checked="" type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 量 <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
食生活状況 食事回数/形態・嗜好等	元々食べる事に関心がない人。お酒は好きであった。2/8に義歯装着。義歯の装着に慣れ、食べられるようになる事を、家族は期待している。食事回数、1日2回。甘い物は好まない。元気な時から朝は粥を食べていた。粥は妻が口に入れるが口腔内にたまっている様子。「牛乳・メイバランス・自家製のスムージー」は好んで飲む。入院中徐々に痩せていったが、退院後の体重減少も顕著。11/4退院 11/8 42.5kg 2/8 36.0Kg			
目標栄養量	エネルギー 1000 kcal ・ たんぱく質 40 g ・ 食塩 6 g			
課題 (疾病・介護) 栄養評価	妻曰く、以前のように、肩で呼吸をしたり、浮腫んでいるような事はなくなったというが、疾病の状況、義歯の不適合、食事の食べづらさ等が原因で、食事がとれない事によるエネルギーの不足、低栄養状態であると考え。			
栄養ケア目標	短期目標:今食べているもので、エネルギーをあげる(徐々に柔らかいものが食べられる) 長期目標:入院せず、自宅で過ごせる			
栄養改善計画	①今食べているもの(食べられるもの)でのエネルギーの底上げ ②食べやすい(柔らかくなるような)工夫等の調理や献立のアドバイス ③本人の気持ちを傾聴し、食生活に対する意見を取り入れ、栄養指導につなげる			

5. 症例集

依頼先 歯科医師 尾崎 康子 様

R 3年 3月 1日 発信

報告書2

様式7 訪問栄養食事指導報告書2

管理栄養士 畠山 恵

患者氏名	新潟-18		<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	□明 □大 □昭 7年 3月 10日生 88歳	
身長・IBW	身長 1.64 m ・ IBW 59 kg		指導回数	R2年度合計 訪問: 2回 ・ 電話: 0回		
目標栄養量	エネルギー 1000 kcal ・ たんぱく質 40 g ・ 食塩 6 g ・ その他()					
訪問指導日	R 3年 2月 8日 (1回目)		R 3年 2月 17日 (2回目)		R 年 月 日 (3回目)	
体重/BMI	36 kg ・ 13.4 kg/m ²		35 kg ・ 13 kg/m ²		kg ・ kg/m ²	
食事内容	朝食	2/8 10時)牛乳200ml 粥20g		のり佃煮+7分粥を30g 温泉卵5g きなこ牛乳150ml		
	昼食			メイバランス1本 牛乳150ml		
	夕食	2/7 アイソカルゼリー3/4個 メイバランス125ml		メイバランス1本 牛乳150ml		
間食・飲料 ・飲酒等	コーヒー120ml		安曇野の水 600ml			
栄養バランス	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可()		<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可()		<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不可()	
栄養摂取量	(充足率)		(充足率)		(充足率)	
エネルギー	500 kcal (50 %)		720 kcal (72 %)		kcal (%)	
たんぱく質	16.5 g (41 %)		33 g (82 %)		g (%)	
食塩	1 g (16 %)		1.6 g (26 %)		g (%)	
訪問記録 <small>栄養ケア目標対応</small>	<p>歯科医師同行訪問。現状を本人や奥様から聞き取り。妻84歳と高齢。体温36.2℃。</p> <p>S お世話になります。食欲はある。難儀ではない。入れ歯が入ると圧迫感がある。お粥自体口に入ります。</p> <p>妻) 食べなくて困っている。粥は、頼むて〜と無理やり口に入れた。牛乳やメイバランスは自ら手を伸ばして飲む。自家製のスムージーも飲む。</p> <p>O BMI13.4 摂取量が少ない。1日2食。食事時間に時間がかかる。</p> <p>A 疾病の状況、義歯の不適合、本人の嗜好等が影響し、必要栄養量が不足し、低栄養状態(高リスク)である</p> <p>P ①今食べている物でのエネルギーの底上げ</p> <p>○牛乳にはちみつ・砂糖・きなこ・すりごま等を足す</p> <p>○ミックスジュースに豆乳・油等を足す</p> <p>○メイバランスは2本/日でもよいのでは?</p> <p>○粥に鮭フレーク・しらす・卵を足す</p> <p>○粥もミキサーにかけてくれる事をお伝えする。</p> <p>※大きな文字で書いて奥様に渡す。</p>			<p>食事の様子を確認するため、訪問。ここ最近寝てばかり。昨日、かかりつけ医を受診。胸の音も悪くないし、浮腫もなく悪くはない。帰宅後玄関で転倒し起き上がれなかった。</p> <p>S おはようございます。難儀はなってます。入れ歯は、あまりきちんと入っていないんだ…</p> <p>妻 下義歯の装着がうまくできなくて、痛いと言われます。歯医者さんに相談してみます。義歯せず食べています。食事は戦いなんです。息子から2口でも良いから、3食お粥を食べたらどうかと提案がありました。</p> <p>O BMI 13.0 ふくらはぎ周囲長22cm 座位保持が困難で、妻が食事介助中、口腔内に食べ物が残っているのにも関わらず、本人が横になってしまう。「ムセ」はない。咀嚼に関して、粥を運ぶと口を動かしてはいるが、すぐ飲み込んでいる(動かすのをやめている)様子。本人は「メイバランスは、すいすい入っていく」と。妻も一生懸命で、次から次へと口に運び、本人も「やめれや〜」と。</p> <p>A 本人の疾患、体調、嚥下が不良(ムセはないが)で、固形物が食べられない状況にある。</p> <p>P ①エネルギーの底上げ・きなこは牛乳に入れて飲んでいる(継続)・粥の上に乗せて食べる様々な味の練り物(カロリー強化)のサンプルをお渡しする。②本人の気持ちを傾聴し食生活に対する意見を取り入れ、栄養指導につなげる。・食べたいものは美味しい物と本人は、答えるが、美味しいものが何なのかは回答が得られない。ただ、夫婦、食事を戦いだと思っている節があり、妻に、食事を食べる事が大前提ではあるけど、メイバランス1つで、おにぎり1つ位のエネルギーがつかっている。もし難儀そうであれば、液体だけでもよいのでは?とお伝えする。ベットのギャッジアップをして食事を摂る事を提案。</p>		
電話相談	R 年 2月 下旬 (1回目)					
次回訪問 予定日	2月 17日 食事の様子を見る10:00~		3月 3日 食事の様子を見る10:00~		⇒訪問中止、終了	

※ 必要事項を記入の上、各回の訪問指導終了時に提出

5. 症例集

報告書 1

依頼先 ひらさわ歯科医院 様 R 3年 2月 24日 発信

様式6 訪問栄養食事指導報告書 1

管理栄養士 西野 真弓

患者氏名	新潟-19 様	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	ご担当医	平澤 貴典 先生
訪問日	R 3年 1月 29日 (金曜日) 11時00分～12時10分 (1回目)			
依頼内容	在宅で介護している次男の嫁が「ミキサー食の作り方がわからない」「刻み食でどれだけ食事を与えたらいいかわからない」ので指導を依頼	病名 (既往症)	認知症・高血圧・心不全	
		指示事項		
主訴 困っている事	どのくらいの量を食べさせたらよいか。また、食べさせて良い物を知りたい。	使用薬	ランソプラゾールOD錠 フロセミド錠	
		検査結果		
		体重減少	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月/ kg減少)	
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2)(要介護 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)			
日常生活 自覚度	障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input checked="" type="checkbox"/> c1 <input type="checkbox"/> c2 認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input checked="" type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
家族状況	次男夫婦、孫2人と同居	<input checked="" type="checkbox"/> 介護サービス利用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 有() <input checked="" type="checkbox"/> その他 (ショートステイ 金曜のみ在宅)		
嚥下調整食	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 コード <input type="checkbox"/> OJ <input checked="" type="checkbox"/> ot <input type="checkbox"/> 1J <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 ところみ <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
食生活状況 食事回数/形態・嗜好等	1週間のうち在宅は1日でそれ以外はショートステイ利用。認知症で難聴、発語なし。食事、排泄、全面介助。 立位困難、在宅時日中車椅子で過ごしている。意思疎通困難。 在宅時、1日3食介助にて摂取。現在は柔らかいご飯と刻み食、水分もあまりむせず、ところみなしでも食べている。 食欲有り、何でも食べる。			
目標栄養量	エネルギー 1000 kcal ・ たんぱく質 45 g ・ 食塩 6 g			
課題 (疾病・介護)	総入れ歯装着時は刻み食で摂取可能であるが、入れ歯が外れたり、認知症の為装着困難な際の食事形態の変化への対応。食事提供量の把握。誤嚥の危険性あり。			
栄養評価	体重測定も困難であるが、介助していて著しい体重変化が見られないという事なので、現状維持で対応。			
栄養ケア目標	短期目標: 誤嚥せずに楽しんで食事が摂れる。 長期目標: 誤嚥を起こさず、必要な栄養量を満たす食事が摂れる。			
栄養改善計画	在宅時での食事提供で誤嚥や窒息などを防ぐため、安全な食形態とその調理法を食事提供者(次男嫁)にしっかり伝える。 1日に必要な食事量を覚えてもらう。			

5. 症例集

依頼先

ひらさわ歯科医院

様

R 3 年 3 月 2 1 日 発信

報告書2

様式7 訪問栄養食事指導報告書2

管理栄養士 西野 真弓

患者氏名	新潟 - 19 様	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	□ 明 ■ 大 □ 昭 13 年 9 月 18 日 生 96 歳	
身長・IBW	身長 135 cm ・ IBW 40 kg	指導回数	R2年度合計 訪問: 3回 ・ 電話: 0回		
目標栄養量	エネルギー 1000 kcal ・ たんぱく質 45 g ・ 食塩 6 g ・ その他 ()				
訪問指導日	R 3 年 1 月 29 日 (1 回目)	R 3 年 2 月 19 日 (2 回目)	R 3 年 3 月 19 日 (3 回目)		
体重/BMI	35 kg ・ 19.2 kg/m ²	30 kg ・ 16.5 kg/m ²	30 kg ・ 16.5 kg/m ²		
食事内容	朝食	お粥 300g のっぺ少量		おじや 300g	
	昼食	卵雑炊 300g		おじや 300g	
	夕食	お粥 300g		おじや 300g	
間食・飲料・飲酒等	バナナ・あめ		プリン	プリン	
栄養バランス	□ 良 □ 不可 ()		□ 良 ■ 不可 (エネルギー・蛋白質不足)		
栄養摂取量	(充足率)		(充足率)		
エネルギー	kcal (%)	700 kcal (70 %)	750 kcal (75 %)		
たんぱく質	g (%)	16.2 g (36 %)	18 g (40 %)		
食塩	g (%)	1~2 g (25 %)	2~3 g (41 %)		
訪問記録 <small>栄養ケア目標対応</small>	<p>現在入歯に慣れ、ミキサー食でなく刻み食でも食べられるようになっていた。認知症もあり、誤嚥や窒息の危険性もあるため、飲み込みやすい食品の形態や適した食べ物適さない食べ物を説明した。1日に必要な食事を提示し、食事のとり方と1食の目安量を伝えた。水分量やトロミの付け方なども指導。飴玉は危険な為止めて棒付きキャンディーに替え、栄養補給できるおやつ等も説明し、利用方法を伝えた。</p> <p>また、魚、肉、菜っ葉など口に残る事がある為水分系のもとの交互に介助する事(交互嚥下)を勧めた。</p> <p>今回在宅時の1日の食事内容が把握できなかった為、次回までに記録しておいてもらうようお願いした。</p>	<p>前回の体重は家族の記憶によるものだったが、今回は実測値30Kgで低体重であった。このひと月特に変化はなく過ごされていた。施設ではやはり飲み込み悪く、ミキサー食で強めのとろみ付きとの事。口腔内残渣あり。食事記録をつけてもらったが、栄養不足。お粥に卵や魚、豆腐など加えおじや風にするなど、1品でも栄養価を高める方法を伝え、手軽な卵豆腐やごま豆腐などを添えたり、間食で栄養補給することを再度指導。水分もこまめに与え、夜入れ歯を外した後口腔内残渣を確認し、誤嚥性肺炎の予防に努めることも伝えた。</p> <p>一日に必要な食糧構成も提示、果物の提供方法を提案したが、在宅時では安全性を重視し、食べやすい物の提供をお願いした。</p>	<p>体調変化なく、食欲もあり、体重も変わりなし。ご家族によると、飲み込みがやはり悪いことが多くなったとのこと。</p> <p>食べやすいように野菜やいも類、卵などをお粥と煮込んだおじやで提供している。</p> <p>1回量は300gほどで、全量摂取している。全体的にはやはりエネルギー、蛋白質が不足な為、おじやにもう少し蛋白質を足す事を勧めた。</p> <p>ヨーグルトも緩すぎないものをおやつに利用するように勧めた。</p> <p>水分摂取量が少ないため、少量づつで回数多く与えるよう伝えた。</p> <p>飲み込む際に頭をそらして飲み込むことがあるようで、誤嚥の危険性が高い。</p> <p>車椅子の背もたれを高くしたり、頭が後ろに反らないよう工夫が必要。</p>		
電話相談	R 年 月 日 (1 回目)	R 年 月 日 (2 回目)	食事介助も1口量は少なくし、ごっくんしたのを確認してから次を与えるように伝えた。		
次回訪問予定日	2 月 19 日	3 月 19 日			

※ 必要事項を記入の上、各回の訪問指導終了時に提出

5. 症例集

依頼先 げんき薬局 押山 様 R 2年 11月 30日 発信

様式6 訪問栄養食事指導報告書 1

管理栄養士 星野ハツ子

患者氏名	上越-1 様	<input checked="" type="checkbox"/> 男	ご担当医	J総合病院		
		<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭	24年	月	日生 71歳
訪問日	R 2年 11月 11日 (水曜日) 15時00分～16時15分 (1回目)					
依頼内容	食事制限(1,700kcal,塩分7g)あるが、本人好きなものを食べ過ぎているので、適切な食事量を守るように指導をお願いしたい。(車いす、軽度左麻痺)	病名(既往症)	糖尿病、急性心筋梗塞、脳梗塞 脊髄血管障害、糖尿病性網膜症			
		指示事項	エネルギー 1,700Kcal 塩分 6g			
主訴困っている事	エネルギーや塩分の摂取が多い。準備されている食事で満足していないのか、ネット通販などで好物のものを購入している。(牛井、冷凍総菜弁当、カップ麺、インスタントスープなど)	使用薬	トルシティ皮下注0.75mgアテオス(1回/W) 糖尿病薬 他			
		検査結果	HbA1c 10月:7.6			
		体重減少	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月/ kg減少)			
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2)(要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)					
日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> c1 <input type="checkbox"/> c2 認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					
家族状況	1人暮らし 市内に2人の妹、協力あり	・介護サービス利用 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・デイサービス <input checked="" type="checkbox"/> 有 (3回/W) ・ヘルパー <input checked="" type="checkbox"/> 有 (3回/W) ・その他 <input checked="" type="checkbox"/> (訪薬2回/W、訪看1回/W、訪リハ2回/W)				
嚥下調整食	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> コード <input type="checkbox"/> OJ <input type="checkbox"/> ot <input type="checkbox"/> 1J <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3					
食生活状況 食事回数/形態・嗜好等	・ヘルパーは、週3回(3食×3日)食事を作り、パックに1食分に分けて詰めている。 ・デイは、週3回(昼食・おやつ)・それ以外の日は自分で作ったりネットで購入したものを食べ、ごはんは炊いて毎食150g計測している。毎食スープを飲んで様子。 ご飯・常菜、食事回数(3回)、好物:果物、スープ、お茶、コーヒー、カップ麺など					
目標栄養量	エネルギー 1,700 kcal ・ たんぱく質 g ・ 食塩 6 g					
課題(疾病・介護) 栄養評価	・準備された食事以外に好物(カップ麺、インスタントスープ、冷凍総菜)を食べている。 ・エネルギーと塩分の摂取過剰。 ・HbA1c 7.6、体重71kg、BMI25.2 浮腫あり、褥瘡(臀部)は悪化とと改善を繰り返している。(日中車いすで過ごしている)、 栄養状態は良好(MNA-R 13ポイント)					
栄養ケア目標	短期目標: 食事の見直しを行い、血糖値、HbA1cの安定を図る。 長期目標: 在宅生活が継続できるように、食事の管理ができ、体調の安定を図る。					
栄養改善計画	#1 目標エネルギー1,700Kcal、塩分6g ・主食の量を決める。毎食ごはん150g ・ごはんとかップ麺の重ね食いはしない。 おかずは、食べ過ぎないようにする。(ヘルパーが作ったもの+ネットで購入したもの) ・スープ類は、1日1回とする。 ・果物の量を決める。 #2 現状の活動量が維持でき、体重は70kgを超えない。(浮腫あり) ・デイの継続(3回/W) → バランスの良い食事・見て食べて確認・体重の計測・運動 ・訪問リハビリの継続。(2回/W)					

5. 症例集

依頼先

げんき薬局 押山

様

R 3 年 2 月 1 日 発信

報告書2

様式7 訪問栄養食事指導報告書2

管理栄養士 星野ハツ子

患者氏名	上越-1	様	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 24 年 月 日生 71 歳
身長・IBW	身長 168 m ・ BMI 25.2 kg			指導回数	R2年度合計 訪問: 3回 ・ 電話: 0回
目標栄養量	エネルギー 1,700 kcal ・ たんぱく質 51 g ・ 食塩 6 g ・ その他()				
訪問指導日	R 2 年 11 月 11 日 (1 回目)	R 2 年 12 月 9 日 (2 回目)		R 3 年 1 月 27 日 (3 回目)	
体重/BMI	71 kg ・ 25.2 kg/m ²	71.6 kg ・ 25.6 kg/m ²		70.3 kg ・ 25.1 kg/m ²	
食事内容	朝食	ご飯150g、インスタントスープ おかず(ヘルパー作ったもの)	ご飯150g、インスタントスープ おかず(ヘルパー作ったもの)	ご飯150g、インスタントスープ おかず(ヘルパー作ったもの)	
	昼食	ご飯150g、インスタントスープ おかず(ヘルパー作ったもの) +時々(冷凍おかず)	ご飯150g、(時々)インスタントスープ、 おかず(ヘルパー作ったもの) +時々(冷凍おかず)	ご飯150g、(時々)インスタントスープ、 おかず(ヘルパー作ったもの) +時々(冷凍おかず)	
	夕食	ご飯150g、インスタントスープ おかず(ヘルパー作ったもの) +時々(冷凍おかず)	ご飯150g、(時々)インスタントスープ、おかず(ヘルパー作ったもの) +時々(冷凍おかず)	ご飯150g、(時々)インスタントスープ、 おかず(ヘルパー作ったもの) +時々(冷凍おかず)	
間食・飲料 ・飲酒等	お茶、ドリップコーヒー 果物(キウイ、リンゴ、カットフルーツ等)	お茶、ドリップコーヒー 果物(キウイ、リンゴ、カットフルーツ等)、 飴(2~3個/日)50Kcal	お茶、ドリップコーヒー 果物(キウイ、リンゴ、カットフルーツ等)、 飴(2~3個/日)50Kcal		
栄養バランス	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不可()	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不可()		<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不可()	
栄養摂取量	(充足率)	(充足率)		(充足率)	
エネルギー	2,000 kcal (118 %)	1,900 kcal (112 %)		1,800 kcal (106 %)	
たんぱく質	55 g (107 %)	55 g (107 %)		55 g (107 %)	
食塩	10 g (166 %)	10 g (166 %)		8 g (133 %)	
訪問記録 <small>栄養ケア目標対応</small>	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病について説明 (パンフレット) ・食事内容の確認 →ごはん毎食150g、デイ150g スープは、毎食飲んでいる様子 →本人より質問 果物の量について確認された (パンフレットにて説明) ・ヘルパーさんの食事作り見学 ・冷蔵庫の中を確認 (ネットで購入したものなど) ※冷凍総菜は、栄養表示あり ・台所等の食材確認 	<ul style="list-style-type: none"> 「栄養ケア計画書」確認して頂き、プランに沿ってモニタリングを行った。 #1指示エネルギー1,700kcal、塩分6g ①ごはんは、150g計量している。 ②ごはんとカップ麺の重ね食べは時々たべているようである。 →カップ麺食べたときは、ごはんは食べないように、汁は1/2飲まない。 ③手作りおかずが好まないとき、時々「冷凍のおかず」を食べている。 →手作りおかず(3日/W)は、栄養のバランスが良いので食べてほしい、冷凍のおかずは、ほかの日に食べるように伝えた。 ④インスタントスープは、現在も毎食食べているようである。 →本人とスープの塩分を確認し、徐々に1日1回にできるようにと伝えた。 ⑤果物は、量を守って食べている。 (追加項目) ⑥間食に飴を食べている。1個のカロリーを本人と確認、2~3個/日とした。 ⑦脱水防止(暖房)水分補給1,500cc ※HbA1c(10月)7.6(11月)6.9 #2活動量を減らさない。 ・体重は「70kg以下」に。浮腫あり →体重は若干の増あり、褥瘡なし ①デイサービスの利用(3回/W) →本人好まないようである。デイサービスの利用のメリットを伝える。 また、デイのバランスの良い食事、見て食べて確認してほしいと伝える。 	<ul style="list-style-type: none"> 2回目訪問をもとに、「変更栄養ケア計画」を作成し確認をして頂いた。(別紙) プランに沿ってモニタリングを実施。 #1指示エネルギー1,700kcal、塩分6g ・ヘルパーさんの作った手作りおかずは、栄養バランスが良いので食べてほしいと伝える。 →最近「冷凍おかず」は飽きてきたとのこと。 ・インスタントスープは、まだ毎食たべているようである。 →徐々に「1日1回の日を増やしましょう」と伝える。 ・脱水防止に努める(暖房:温度高い)水分量は1,200cc以上。(パンフレット) →自分でコーヒー中心に色々な飲物を飲んでいる。 #2活動量を減らさない。 ・デイサービスの利用あまり好まない。 →しかし、特養のデイの食事は高いがとても美味しいとのこと。 施設の栄養士に「食事がとても美味しいと伝えます」と話をした。 ※本人に、ご褒美として月に1~2回は好きなものを食べて良いと伝える。 		
次回訪問予定日	R 2 年 12 月 9 日	R 3 年 1 月 13 日 (大雪のため1/27に延期)			

※ 必要事項を記入の上、各回の訪問指導終了時に提出

5. 症例集

報告書 1

依頼先 ナーシングホーム三条 ケアマネージャー村上 様 R 2年 7月 27日 発信

様式6 訪問栄養食事指導報告書 1 管理栄養士 阿部 幸

患者氏名	三条-1 様	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	ご担当医	
訪問日	R 2年 7月 18日 (金曜日) 10時00分～11時15分 (1回目)			
依頼内容	野菜の惣菜だけでなく、主菜(魚・卵大豆製品など)も一緒に選ぶとバランスの良い食事ができる。	病名 (既往症)	・高脂血症 ・アルツハイマー型認知症	
		指示事項		
主訴 困っている事	平成29年頃から物忘れ症状を自覚し、アルツハイマー型認知症と診断された。物忘れが進んでいるため、この先が心配である。	使用薬	・ドネペジル塩酸塩CD錠剤10mg(1錠) ・ピタバスタチンCa・OD錠剤1mg(1錠)	
		検査結果		
		体重減少	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月/ kg減少)	
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (要支援 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2)(要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)			
日常生活	障碍老人の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> J1 <input checked="" type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> c1 <input type="checkbox"/> c2			
自立度	認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
家族状況	10数年前に夫の死別から独居となる。子供とは音信不通。親、兄弟全員他界。何かある時は甥に連絡する。	介護サービス利用	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		デイサービス	<input checked="" type="checkbox"/> 有(週1回木曜日)	
		ヘルパー	<input type="checkbox"/> 有()	
		その他	<input checked="" type="checkbox"/> (7月18日から見守り週1回火曜日)	
嚥下調整食	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> フード <input type="checkbox"/> OJ <input type="checkbox"/> ot <input type="checkbox"/> 1J <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
食生活状況	昨年10月に訪問したときは「ご飯はまとめて炊いて冷凍している。おかずは惣菜を買っている」と言っていたが、今回は「何も作らない、買って来る」と言っていた。			
食事回数/形態・嗜好等	食事回数:2～3回 食形態:普通食 食嗜好:本人は肉は嫌いと言っているが、デイサービスの食事では食べていた。魚は鯖以外は食べられる。牛乳は飲まない。野菜中心のおかず。			
目標栄養量	エネルギー 1,400 kcal ・ たんぱく質 52.5 g ・ 食塩 6.5 g			
課題 (疾病・介護) 栄養評価	物忘れがあるため朝10時に訪問しても朝食に何を食べたか思い出せない、栄養評価は難しい。しかし、買い物に行ったレシートをきちんと保管している、ケアマネージャーと一緒に見せてもらい、冷蔵庫の中を確認させていただく。買い物時には必ず水201～2本購入している、水分は摂取している。冷凍庫に焼きそば1個あったが、ご飯はなかった。冷蔵庫に米があるので、次回は炊飯をする計画にした。			
栄養ケア目標	短期目標: 1日3食しっかり食べる。(何かしら食べるようにする。) 長期目標: 主食・主菜・副菜をそろえて、1日3食しっかり食べる。			
栄養改善計画	1 1日3食しっかり食べる。(特に朝は薬の服用があるので、必ず食べる) 2 ご飯を小分けにし冷凍保存する。 3 主菜や副菜の惣菜を購入する。(便利な缶詰も利用する) 4 冷蔵庫の野菜室には食品がびっしり入っているが、白色袋に入れており中身が見えないので、透明な袋に入れて見える化する。			

5. 症例集

依頼先 ナーシングホーム三条 ケアマネージャー村上 様 R 2年 10月 1日 発信

報告書2

様式7 訪問栄養食事指導報告書2

管理栄養士 阿部 幸

患者氏名	三条-1	様	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 22年 1月 2日生 74 歳		
身長・IBW	身長 145.0 cm ・ IBW 38.0 kg			指導回数	R2年度合計	訪問: 3回 ・ 電話: 0回	
目標栄養量	エネルギー 1,400 kcal ・ たんぱく質 52.5 g ・ 食塩 6.5 g ・ その他()						
訪問指導日	R 2年 7月 17日 (1回目)	R 2年 8月 21日 (2回目)	R 2年 9月 23日 (3回目)				
体重/BMI	38.0 kg ・ 18.1 kg/m ²	37.4 kg ・ 17.8 kg/m ²	37.0 kg ・ 17.6 kg/m ²				
食事内容	朝食	麩の含め煮、南瓜の煮物 (訪問中に食べていただく)	麩とがんもどきの含め煮、きゅうり浅漬 (訪問中に食べていただく)	大根とがんもどきの含め煮、 小松菜の和え物 (訪問中に食べていただく)			
	昼食	ごはん、麩の含め煮、 南瓜の煮物、たくあん漬	ごはん、オクラ納豆、きゅうり浅漬	ごはん、納豆、温泉卵、 小松菜の和え物			
	夕食	ごはん、あじフライ、 煮豆(黒豆)、たくあん漬	ごはん、温泉卵、麩とがんもどきの含め 煮、きゅうり浅漬	ごはん、いわしの生姜煮、 大根とがんもどきの含め煮、白菜漬			
間食・飲料 ・飲酒等	果物(グレープフルーツ1/2個) けんぴ、あめ、水1ℓ	芋 果物(パイナップル)、焼き芋、あめ、水 1ℓ	果物(りんご1/2個)、芋けんぴ、 ざらめ柿の種、水1ℓ				
栄養バランス	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可(朝食欠食)	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可(朝食欠食)	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可(朝食欠食)				
栄養摂取量	(充足率)		(充足率)		(充足率)		
エネルギー	1,299 kcal (92.7 %)	1,348 kcal (96.2 %)	1,417 kcal (101.2 %)				
たんぱく質	33.7 g (64.1 %)	46.5 g (88.5 %)	55.3 g (105.3 %)				
食塩	5.8 g (89.2 %)	5.3 g (81.5 %)	6.8 g (104.6 %)				
訪問記録 <small>栄養ケア目標対応</small>	<ul style="list-style-type: none"> ・2019年12月の認定調査で認知症高齢者の日常生活自立度がIからIIaになった。 ・今週から見守りの方が週1回来てくださるので、今回同席となった。今後食事等の様子も確認していただきたいと思う。 ・購入したレシート及び冷蔵庫の中を確認させていただく。 ・媒体資料を持参したが、昨年冷蔵庫に貼った資料はそのままあったので、再度説明した。また、フードモデルを活用し、主食、主菜、副菜を説明した。 ・持参した麩の含め煮、南瓜の煮物の副菜を試食していただく。 		<ul style="list-style-type: none"> ・5階で時々風は入るが、部屋にエアコンは設置されていないので暑い。 ・体重が先月より600g減少し、BMI が17.8になった。 ・1日の生活リズムが確認できるように媒体を2部持参し、居間、冷蔵庫に貼る。 ・前回冷凍庫にご飯はなかったの で、電気釜で炊飯し冷凍保存する ようにした。 ・購入したレシート及び冷蔵庫の中 を確認させていただく。 (お菓子多い) ・きちんと食べている様子が伺えないので、ケアマネージャーから 夕食の弁当を取る話があった。 本人は乗り気なので、実現すると 良い。 ・持参した副菜を試食していただく。 		<ul style="list-style-type: none"> ・体重が先月より400g減少し、BMIが 17.6になった。体重が減少してきて いるので、心配である。 ・電気釜で炊飯し、冷凍保存するよ うにした。 (冷凍庫にご飯はなかった。) ・購入したレシート及び冷蔵庫の中を 確認させていただく。(お菓子多い) ・夕食の配食弁当は、8月末から試し に取り、9月5日から正式に火曜日 と土曜日週2日取っている。 今回訪問すると、前日22日の夕食 が保冷バッグの中にそのまま残っ ていた。後で食べようと思って忘れ たのか、留守の時届いたのか、 本人は全く覚えていない。 「弁当は取っていない」と言う。 留守の時は配食店から本人に電話 することになっている。 ・冷蔵庫内の食品の処分ができなく なっているので、訪問サービスを 週1回入れ、一緒に料理する、 冷蔵庫内の片付けなど出来ればと 村上ケアマネージャーから話が あった。 実現し栄養状態が改善されると良 い。 ・持参した副菜を試食していただく。 アンケートを記入していただく。 		
電話相談	R 年 月 日 (1回目)	R 年 月 日 (2回目)					
次回訪問 予定日	8月 21日 (金) 10:00	9月 23日 (水) 10:00					

※ 必要事項を記入の上、各回の訪問指導終了時に提出

5. 症例集

ケアプランセンター桃寿苑

報告書 1

依頼先 ケアプランセンター 桃寿苑 様

R 2 年 11 月 3 日 発行

様式6 訪問栄養食事指導報告書 1

管理栄養士 阿部 幸

患者氏名	三条-2 様	<input checked="" type="checkbox"/> 男	ご担当医	三条下田郷クリニック 池上敬一
		<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭	17年 1月 1日生 78歳
訪問日	R 2年 10月 28日 (水曜日) 10時00分～11時00分 (1回目)			
依頼内容	2020年2月に階段から転落し受診すると骨には異常なかったが、糖尿病であることがわかった。食事作りは妻が行っているが、どのくらい食べさせたらよいか教えてほしい。		病名 (既往症)	糖尿病、便秘症
			指示事項	エネルギーは年齢、身長、体重、活動量から80%目処に実施。 塩分は10gから8g以内にする。
主訴 困っている事	昨年の夏までは畑に行くこともあったが、今年の夏は行かなかった。1日中ベッドの上で過ごすことが多い。物忘れや転倒が目立つようになり、転倒が不安で外に出なくなった。		使用薬	ジャヌビア錠、メホルミン塩酸塩、グリメピリドT、塩化マグネシウムT、センソシド錠
			検査結果	9月 HbA1c8.2%、BS178
			体重減少	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (月 / kg減少)
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (要支援 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) (要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)			
日常生活 自立度	障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input checked="" type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> c1 <input type="checkbox"/> c2 認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input checked="" type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
家族状況	妻と二人暮らし。敷地内に長男夫婦と孫が住んでいる。 食事作りや身の回りの世話は妻が行っている。		・介護サービス利用 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 ・デイサービス <input type="checkbox"/> 有() ・ヘルパー <input type="checkbox"/> 有() ・その他 <input type="checkbox"/> ()	
嚥下調整食	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 コード <input type="checkbox"/> OJ <input type="checkbox"/> ot <input type="checkbox"/> 1J <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 1とろみ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
食生活状況 食事回数/ 形態・嗜好等	食事作りや食事の管理は妻が行っている。1日3食きちんと食べている。食事の内容は主食、主菜、副菜、副々菜をきちんとそろえて食べている。妻は糖尿病の食品交換表を活用し、計量しながら調理している。2月の初診時はHbA1c14.0%、BS600以上であったが、数値が徐々に下がり食事の成果が現れている。 食事回数:1日3回 嗜好等:好き嫌い特になし アルコール:飲酒しない			
目標栄養量	エネルギー 1,600 kcal ・ たんぱく質 60.0 g ・ 食塩 10.0→8.0g以内			
課題 (疾病・介護) 栄養評価	現在身長154.0cm、体重46.5kgでBMIが19.6なので、体重を標準体重に近づけるように1,600kcal (20単位)に算定した。主食のごはんは現在の130gから150g(3単位)とする。食事作りや食事の管理は妻がきちんと行っているので継続していただきたい。特に、食品交換表の表1、表3、表4については、きちんと計量しエネルギーの少ないもの、脂質の少ない食品を選定している。野菜については薄味の煮物でも皿数が増えると塩分も高くなるので気をつける。			
栄養ケア目標	短期目標: 食事の管理を行い標準体重に近づけるようにする。 長期目標: 規則正しい食事で血糖のコントロールを行い合併症を防ぐ。			
栄養改善計画	1 1日の指示単位を20単位(1600キロカロリー)とする。 2 主食のごはん量は現在の130gから、150g(3単位)とする。 3 主菜、副菜、副々菜の皿数を増やさない。 4 間食は果物、牛乳・乳製品やいも類から摂るようにする。 5 1日ベッドの上で過ごすことが多いが、家の中を歩いたり散歩を取り入れるようにする。			

5. 症例集

依頼先

ケアプランセンター桃寿苑

R 2年 12月 28日 発信

報告書2

介護支援専門員 五十嵐幸子 様

様式7 訪問栄養食事指導報告書2

管理栄養士 阿部 幸

患者氏名	三条-2 様		<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	□ 明 □ 大 ■ 昭 17年 1月 1日生 78 歳	
身長・IBW	身長 154.0 cm ・ IBW 46.5 kg		指導回数	R2年度合計 訪問: 3回 ・ 電話: 0回		
目標栄養量	エネルギー 1,600 kcal ・ たんぱく質 60.0 g ・ 食塩 8.0 g ・ その他()					
訪問指導日	R 2年 10月 28日 (1回目)		R 2年 11月 24日 (2回目)		R 2年 12月 21日 (3回目)	
体重/BMI	46.5 kg ・ 19.6 kg/m ²		47.1 kg ・ 19.9 kg/m ²		48.4 kg ・ 20.4 kg/m ²	
食事内容	朝食	ごはん、みそ汁、サラダ、こんにゃく煮、煮菜、鯖缶、おから煮、酢れんこん、菊のおひたし、バナナ、ヨーグルト		ごはん、みそ汁、納豆、サラダ、ピーマンのきんぴら、こんにゃく煮、りんご ヨーグルト		ごはん、卵入りみそ汁、めかぶ、サラダ 菊の梅酢あえ、キウイフルーツ、ヨーグルト
	昼食	食パン(マーガリン)、おからバーグ、サラダ、こんにゃく煮、のっぺい汁、きんぴら、めかぶ、牛乳		野菜サンド【食パン(マーガリン)、レタス、キュウリ、トマト、ハム】ふかし芋 白菜と肉の煮物、菊おひたし、牛乳		とろろそば、酢れんこん、サラダ、ごま酢あえ、こんにゃく煮、りんご、牛乳 (主食そばのためたんぱく質多い。)
	夕食	ごはん、サラダ(ゆで鶏入り)、こんにゃく煮、大根と油揚げの煮物、シューマイ、煮菜		ごはん、ぶりの照り焼き野菜添え、じゃがいもの卵とじ、かぶの酢の物、バナナ		ごはん、うの花炒り、サラダ、寄せ鍋
間食・飲料 ・飲酒等	間食:なし、飲酒:飲まない 水分:お茶、水等		間食:なし、飲酒:飲まない 水分:お茶、水等		間食:なし、飲酒:飲まない 水分:お茶、水等	
栄養バランス	□ 良 ■ 不可(過食)		■ 良 □ 不可(ほぼ良好)		■ 良 □ 不可(ほぼ良好)	
栄養摂取量	(充足率)		(充足率)		(充足率)	
エネルギー	1,887 kcal (117.9 %)		1,760 kcal (110.0 %)		1,593 kcal (99.6 %)	
たんぱく質	83.8 g (139.6 %)		67.5 g (112.5 %)		72.3 g (120.5 %)	
食塩	9.5 g (118.7 %)		6.5 g (81.3 %)		7.1 g (88.8 %)	
訪問記録 <small>栄養ケア目標対応</small>	<p>・訪問すると起きて茶の間に居られた。ご本人とコミュニケーションは可能である。眠くていくらでも眠れると言う。</p> <p>・奥さんから食事の聞き取りをする。準備していた昼食の1食分を見せていただく。全て手作りである。野菜料理の煮物の皿数が多い。</p> <p>・糖尿病の食品交換表を活用し、食事作りをしている。主食はごはん130g食パンは6枚切り1枚にしている。食品はきちんと計量し、選定には配慮している。</p> <p>・1日の指示エネルギーは1,600kcal(20単位)で説明する。ごはんは150g(3単位)とする。野菜については薄味の煮物でも皿数が増えると塩分も高くなることを伝える。</p>		<p>・体重は10月より600g増加し47.1kg、BMIが19.9になった。また、HbA1cは10月の8.1から8.3になったので様子を見ることにする。</p> <p>・髭を剃ったり準備したら疲れたとベッドにいたが起きて来られた。</p> <p>・奥さんから食事の聞き取りをする。主食は3単位にし、主食、主菜、副菜、副々菜を基本にメニューを考えているという。</p> <p>・煮物料理の皿数が減ったので、塩分の摂取量は減少した。</p> <p>・前回間食の提案をしたが、今までどおりの食べ方がいいと言う。</p> <p>・「畳に虫がいる」と幻覚症状が現れているようである。脳の検査の話をしたが、本人の承諾を得られないという。</p>		<p>・体重は11月より1.3kg増加し48.4kg、BMIが20.4になった。また、HbA1cは11月の8.3から9.3になり、薬のグリメピリド錠0.5mgから1mgに変わった。幻覚症状が現れていたが、漢方薬を処方してもらう。(12/17受診)</p> <p>・HbA1c、血糖値が上昇しているのので、1日の指示単位の内訳を変更することにした。表1を11→9単位、表3を4→6単位とし、来月1/20以降に電話で様子を確認することにした。</p> <p>・転ぶことがあったが、主食が増え体重が増えたせいかわ、転ばなくなった。</p> <p>・奥さんから食事の聞き取りをする。献立は主食、主菜、副菜、副々菜を基本にしている。また、塩分計を購入し塩分濃度を確認している。</p> <p>・ベッドから起きる時間を増やすこと、廊下等歩くことをすすめた。</p> <p>・MNAの評価、アンケートを記入していただく。</p>	
電話相談	R 年 月 日 (1回目)		R 年 月 日 (2回目)			
次回訪問 予定日	11月 24日 (火)		12月 21日 (月)			

※ 必要事項を記入の上、各回の訪問指導終了時に提出

5. 症例集

三条市包括支援センター嵐南

報告書 1

依頼先 保健師 近藤 郁 様

R 2 年 11 月 14 日 発行

様式6 訪問栄養食事指導報告書 1

管理栄養士 阿部 幸

患者氏名	三条-3 様	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	ご担当医	水野内科クリニック 水野 春芳
訪問日	R 2 年 11 月 4 日 (水曜日) 10 時 分 ~ 11 時 分 (1 回目)			
依頼内容	アルツハイマー型認知症、境界型糖尿病等の疾病はあるが、体重が30.8kgで増えないので、どんな食事したらよいか教えてほしい。	病名 (既往症)	アルツハイマー型認知症、境界型糖尿病 脂質異常症、狭心症、発作性心房細動	
		指示事項	糖尿病は食事療法	
主訴 困っている事	2018年11月に早期胃癌のため胃を切除した。それから下痢をするようになった。普段から食事の食べる量は少ないが、下痢のためか体重が増えない。	使用薬	イグザレルト、ロトリガ、シグマート クレストール錠、ガスターD	
		検査結果	2020年9月長谷川式簡易知能評価=16点	
		体重減少	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (ヶ月/ kg減少)	
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (要支援 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) (要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)			
日常生活	障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) <input checked="" type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> c1 <input type="checkbox"/> c2			
自立度	認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
家族状況	妻と2人暮らし	・介護サービス利用 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 ・デイサービス <input type="checkbox"/> 有 () ・ヘルパー <input type="checkbox"/> 有 () ・その他 <input type="checkbox"/> ()		
嚥下調整食	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> コード <input type="checkbox"/> OJ <input type="checkbox"/> ot <input type="checkbox"/> IJ <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 とろみ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
食生活状況	食事作りや食事の管理は妻が行っている。1日3食食べているが食事の量は少ない。好き嫌いが多く限られたものしか食べない。好きな料理:煮菜、かぶの炒り煮など野菜料理を好む。魚は鱈かギスの煮魚、刺身は好きなので週2日食べている。卵はみそ汁に入れたりする。			
食事回数/形態・嗜好等	嫌いな食品:鮭、鯖、牛乳・乳製品、南瓜、さつま芋、冷たいデザート、甘い飲み物、バナナなど。 食事回数:1日3回 嗜好等:好き嫌い多い タバコ:1日10本~20本(止められない)			
目標栄養量	エネルギー 1,600 kcal ・ たんぱく質 60.0 g ・ 食塩 8.0 g			
課題 (疾病・介護) 栄養評価	現在身長154.0cm、体重30.8kgでBMIが13.0なので、体重を標準体重に近づけるように1600kcalに算定した。1日3食食べているが、量が少ないので摂取エネルギーは1088kcal、たんぱく質は45.9gだった。下痢の時は脱水状態にならないように経口補水液等を活用する。間食でエネルギーやたんぱく質を増やせないかいろいろ提案したが、食べられる食品や料理が限られているため難しい。次回再度提案してみる。			
栄養ケア目標	短期目標: 下痢症状を改善し安心して食事ができるようにする。 長期目標: 規則正しい生活リズムとバランスのとれた食事体重を増やす。			
栄養改善計画	1 下痢症状を改善する。 2 規則正しい生活リズムにする。(早く寝る) 3 食事は主食、主菜、副菜をそろえてしっかり食べる。 4 食事量が少ないので、間食に温かい消化の良いもの(雑炊、煮込みうどん等)を取り入れる。 5 受診は妻と同行し、病状の確認や家庭での様子を伝える。			

5. 症例集

三条市包括支援センター嵐南

依頼先 保健師 近藤 郁 様
様式7 訪問栄養食事指導報告書2

R 3 年 1 月 11 日 発信
管理栄養士 阿部 幸

患者氏名	三条-3 様		<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	□ 明 □ 大 ■ 昭 18 年 8 月 18 日 生 77 歳	
身長・IBW	身長 154.0 m ・ IBW 30.8 kg		指導回数	R2年度合計 訪問: 3回 ・ 電話: 0回		
目標栄養量	エネルギー 1,600 kcal ・ たんぱく質 60.0 g ・ 食塩 8.0 g ・ その他()					
訪問指導日	R 2 年 11 月 4 日 (水) (1回目)		R 2 年 12 月 4 日 (金) (2回目)		R 3 年 1 月 6 日 (水) (3回目)	
体重/BMI	30.8 kg ・ 13.0 kg/m ²		30.8 kg ・ 13.0 kg/m ²		28.5 kg ・ 12.0 kg/m ²	
食事内容	朝食	ごはん、みそ汁、とろろ芋、筋子(味噌に漬けた手作りもの)	ごはん、煮菜、厚揚げの煮付けぶどう	ごはん、みそ汁、おひたし筋子(味噌に漬けたもの)、りんご		
	昼食	ごはん、かぶの炒り煮、煮菜、筋子	鉄火丼、わかめ汁	レーズンパン(焼きのり)、牛乳ルレクチエ		
	夕食	ごはん、みそ汁、刺身、煮菜	ごはん、みそ汁、卵焼き、煮菜	ごはん、雑煮(餅なし)、おひたし筋子(味噌に漬けたもの)		
間食・飲料・飲酒等	間食:ぶどう5粒、せんべい小袋1袋 水分:緑茶1杯、湯冷まし900ml	間食:りんご(1/2個)、あめ(6粒) 水分:緑茶1杯、湯冷まし900ml	間食:食べない 水分:玄米茶3杯、湯冷まし600ml			
栄養バランス	□ 良 ■ 不可(摂取不足)		□ 良 ■ 不可(摂取不足)		□ 良 ■ 不可(摂取不足)	
栄養摂取量	(充足率)		(充足率)		(充足率)	
エネルギー	1,088 kcal (68.0 %)		1,005 kcal (62.8 %)		808 kcal (50.5 %)	
たんぱく質	45.9 g (76.5 %)		48.0 g (80.0 %)		42.5 g (70.8 %)	
食塩	6.4 g (80.4 %)		5.5 g (68.8 %)		4.6 g (57.5 %)	
訪問記録 <small>栄養ケア目標対応</small>	<ul style="list-style-type: none"> ・奥さんから、下痢の後始末が大変なので、弟(本人の)に相談し紙オムツに代えた。深夜2時頃まで起きているが、早く寝て早く起きてほしいと話があった。 ・本人は質問に答える。食事や1日の生活状況は奥さんから聞く。 ・好き嫌いが多く食べる量も少ないため、茅乃舎だしや稲庭うどんなどを使用し美味しく食べられるように工夫している。 ・下痢症状がずっと続いているので、主治医に話をする。なお、受診の時は妻と一緒に同行するよう話をする。 ・食べる量が少ないので、次回再度間食等のメニューを提案する。 		<ul style="list-style-type: none"> ・下痢の症状は落ち着いた。 ・深夜まで起きていて、朝起きられない状況は続く。 ・服に着替えて髭を剃るように言ったが、行動に移せない。(パジャマ姿) ・K保健師が話かけても顔を上げず怒りだす。(先月と様子が違う、このひと月で変わったと感じた。) ・11月下旬からタバコ、車の運転を止めた。タバコを止めたら、あめをなめるようになった。 ・食事の状況を聞く。ごはんの量が更に少なくなった。水分は摂っている。 ・11月中に受診する予定だったが、薬が残っているからと受診していない。(薬の管理ができなくなった。) ・12/7 奥さんから、主治医から紹介状をいただきKクリニックを受診することになったと聞く。 		<ul style="list-style-type: none"> ・体重が2.3kg減少し28.5kg、BMIが12.0になった。・訪問すると、座卓に顔をうつ伏していた。隣室で寝るように言っても朝まで居間で寝ていた。 ・風呂に2日入っていない。→明日試してデイスサービスに行くのでよい。生活行為がどんどん低下している。 ・Kクリニックを受診している。顔、足、手にむくみが出た。 ・オムツ交換、背中の貼り薬を交換する。着替え中、踵に褥瘡見つか。交換後 横になり寝てしまう。K保健師が奥さんに今の状況を説明する。 ・食事の状況を聞く。食べる量は少ないが、主食はごはんを食べている。水分は摂っている。タバコを止めた後あめをなめていたが、なめなくなった。 ・栄養補助食品、経口補水液を持参し、少量でも飲料することをすすめる。 ・1/7 奥さんから、デイスサービスに行かなかった。明日S病院に受診すると聞く。生活行為が低下してきているので、きちんと受診してほしい。 	
電話相談	R 年 月 日 (1 回目)		R 年 月 日 (2 回目)			
次回訪問予定日	12月4日(金)10時		2021年1月6日(水)10時			

※ 必要事項を記入の上、各回の訪問指導終了時に提出

5. 症例集

報告書 1

高井歯科医院
 依頼先 歯科医師 高井 晃 様 R 3 年 1 月 27 日 発信

様式6 訪問栄養食事指導報告書 1 管理栄養士 阿部 幸

患者氏名	三条-4 様	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	ご担当医	立川総合病院 藤田 聡
訪問日	R 3 年 1 月 22 日 (金 曜日) 14 時 00 分 ~ 14 時 30 分 (1 回目)			
依頼内容	退院時の指導で禁食となったが、もう一度食べさせたいという依頼で、H29年5/12歯科医師訪問、7/5 VE検査。とろみ水分とゼリー形態摂取。以後月1回訪問診療。		病名 (既往症)	脳梗塞(右上下肢不全麻痺)、摂食・嚥下障害 洞不全症候群(ペースメーカー)
			指示事項	H29.3/15 胃ろう造設 ラコール300kcal×3 ラコールNF経腸半固形剤
主訴 困っている事	甘いものが好きということで、経口摂取はゼリー類、水羊羹等提供しているが、甘いもの以外の色々な味を楽しんでもらいたい、介護者の調理相談に応じてほしい。		使用薬	フロセミド、イグザレルト、プラバスタチン ネキシウムカプセル、ウルソデオキシコール
			検査結果	
			体重減少	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月/ kg減少)
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2)(要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5)			
日常生活	障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> c1 <input checked="" type="checkbox"/> c2			
自立度	認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input checked="" type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
家族状況	本人,長男,長女の3人暮らし(介護者長女) 介護者は長女だが自営業で多忙のため、ヘルパーを自費で雇っている。		・介護サービス利用 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・デイサービス <input checked="" type="checkbox"/> 有(週3回【火・木・土】) ・ヘルパー <input checked="" type="checkbox"/> 有(自費 週3回【月・水・金】) ・その他 <input type="checkbox"/> (福祉用具)	
嚥下調整食	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <small>コード</small> <input checked="" type="checkbox"/> OJ <input type="checkbox"/> ot <input type="checkbox"/> IJ <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 とろみ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3			
食生活状況 食事回数/ 形態・嗜好等	栄養摂取、水分補給、服薬は胃ろうで行っている。栄養量の指示はラコール経腸1日 900gとなっている。ラコールは1回1袋と1/2を1日2回入れている。他にアルブミンが低下しないようにメイプロテイン大さじ1杯を1日3回入れている。甘いものを好むので週に数回とろみ水分、ゼリー、水羊羹等を経口摂取している。			
目標栄養量	エネルギー 1,000 kcal ・ たんぱく質 38.0 g ・ 食塩 g			
課題 (疾病・介護) 栄養評価	現在身長120.0cm、体重51.0kgでBMIが35.4と高い。BMI25.0で標準体重を算出すると36.0kgとなるので、体重が増えないように維持する。必要エネルギーは概ね1000kcalなので、現在入れているラコールの量で概ね良い。胃ろうをする前は体重が55 ~56kgあったが、胃ろうで栄養管理するようになったら51kgになった。褥瘡はない。			
栄養ケア目標	短期目標: BMIが高いので、体重が増えないように維持する。 長期目標: 経口摂取可能な時期にいろいろな味を楽しむ。			
栄養改善計画	1 体重が増えないようにする。 2 甘いものだけでなくいろいろな味を楽しむ。 3 介護者は多忙なので家族も取り分けできる簡単な介護食を紹介する。			

5. 症例集

高井歯科医院

依頼先 歯科医師 高井 晃 様
様式7 訪問栄養食事指導報告書2

R 3 年 2 月 23 日 発行
管理栄養士 阿部 幸

患者氏名	三条-4 様		<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input checked="" type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 12 年 6 月 2 日 生 97 歳		
身長・IBW	身長 120.0 m ・ IBW 51.0 kg		指導回数	R2年度合計 訪問: 3回 ・ 電話: 0回			
目標栄養量	エネルギー 1,000 kcal ・ たんぱく質 38.0 g ・ 食塩 g ・ その他()						
訪問指導日	R 3 年 1 月 22 日 (金) (1回目)		R 3 年 2 月 5 日 (金) (2回目)		R 3 年 2 月 19 日 (金) (3回目)		
体重/BMI	51.0 kg ・ 35.4 kg/m ²		51.0 kg ・ 35.4 kg/m ²		51.0 kg ・ 35.4 kg/m ²		
食事内容	朝食	ラコール450g、水分		ラコール330g、 メイプロテイン(大匙1)、水分		ラコール330g、 メイプロテイン(大匙1)、水分	
	昼食			メイプロテイン(大匙1)		メイプロテイン(大匙1)	
	夕食	ラコール450g、水分		ラコール330g、 メイプロテイン(大匙1)、水分		ラコール330g、 メイプロテイン(大匙1)、水分	
間食・飲料 ・飲酒等	間食:牛乳ゼリー、南瓜のポタージュ 水分:コンソメスープ		間食:すまし汁、茶わん蒸し 水分:		間食:キャロットゼリー、紅茶のムース 水分:		
栄養バランス	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不可()		<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不可()		<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不可()		
栄養摂取量	(充足率)		(充足率)		(充足率)		
エネルギー	900 kcal (90.0 %)		716 kcal (71.6 %)		716 kcal (71.6 %)		
たんぱく質	39.4 g (103.7 %)		40.9 g (107.6 %)		40.9 g (107.6 %)		
食塩	g (%)		g (%)		g (%)		
訪問記録 <small>栄養ケア目標対応</small>	<ul style="list-style-type: none"> ・歯科医師がこの事業を説明し、口腔、喉の状態等を確認する。 ・摂取前に凍らせたスポイトで口腔内を刺激する。家庭で用意した牛乳ゼリーを提供する。その後、持参したスープ、南瓜のポタージュにトロミ剤を加えて摂取する。美味しいかと聞くと美味しくないと顔をしかめるが飲み込む。 ・口の中に食品がある間は口を開けない。一口飲み込むと「あー」と声を出して確認する。経口摂取の手順が決まっている。摂取後口腔ケア実施・今回初めて同行し、僅か30分ほどで口腔の確認、摂取、口腔ケアが行われた。H29年5月から月1回訪問診療されているが、歯科医師、介護者、歯科衛生士の連携を感じた。 ・次回はだしを使ったメニューを紹介予定。 		<p>【ご本人の様子:介護者から】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・この頃、少し太ってきたようだ。ラコールは1袋と30g1日2回摂取。デイサービスでは水分のみ。(火・木・土)、口からの摂取は介護者ひとりでは不安で出来ないで、ヘルパーが来る日(月・水・金)に行っている。ゆとりがないと出来ない。先生からいろいろ持参していたき、おかげも食べさせた。義歯は取るので、はずしている。 ・摂取前に凍らせたスポイトで口腔内を刺激する。持参したすまし汁、茶わん蒸しにトロミ剤を加えて摂取する。美味しいかと聞くと美味しくないと首を振る。飲み込むまでは口を開けない。前回ほど咽なかつた。摂取後、とろみ水分で口腔内をきれいにする。 ・次回はデザートを紹介予定 		<p>【ご本人の様子】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・先生の呼びかけに、しっかりハイと返事をする。診察後、口腔の確認。 ・持参したキャロットゼリー、紅茶ムースはとろみ剤を加えなくても摂取できた。キャロットゼリーは顔をしかめ、むせる。紅茶ムースの紅茶部分はむせないで飲み込む。摂取後口腔ケアの実施 ・先生:むせはあるが咳をして唾液を飲み込んでいる。これらを食べられれば誤嚥性肺炎はないだろう。いろいろな味や匂いを感じて昔の事を思い出したりすることが頭や体に良いと説明する。 ・家族:茶わん蒸しやゼリーが簡単に作れることが分かった。ゼリーやムースは目からウロコだった。バラエティーに富んだメニューでマンネリ化を打破できそうだ。家族で介護することは心細いが、皆さんから助けて頂けることはとてもありがたい。 		
電話相談	R 年 月 日 (1 回目)		R 年 月 日 (2 回目)		R 年 月 日 (3 回目)		
次回訪問予定日	2月5日(金)14時		2月19日(金)14時		月 日 () 時		

※ 必要事項を記入の上、各回の訪問指導終了時に提出

5. 症例集

新・様式7

訪問栄養食事指導報告書 2

依頼先 中央包括支援センター 天野 様

ご担当医 _____ 様

報告日2020年 5月 2日

管理栄養士 井上未来

患者氏名	新発田-1 様		□男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	1951年 5月 10日生 68歳		
介護認定	要支援1 ・要介護		目標栄養量	エネルギー 1650 kcal		
身長	165cm			たんぱく質 48 g 食塩 7 g		
訪問日	1回目		2回目		3回目	
	2020年 3月16日		2020年 4月16日		2020年 5月 13日	
体重・BMI	75 kg	27.5 kg/m ²	75kg	27.5kg/m ²	kg	
					kg/m ²	
生活状況	服薬状況 良・不良	食事の回数 3回	服薬状況 良・不良	食事の回数 回	服薬状況 良・不良	
食事摂取量	朝食 主食・主菜・副菜 ご飯茶わん7分目、みそ汁、 温泉卵、納豆、海苔		主食・主菜・副菜 ご飯軽く1膳、みそ汁、納豆や 卵、海苔など		主食・主菜・副菜 ご飯茶わん7分目、みそ汁、納豆 や卵、海苔など	
	昼食 ご飯茶わん7分目、ふりかけ または海苔		食パン1枚（バター）、ハム や卵、コーンスープ		食パン1枚（マーガリン）、 ハムや卵、粉末スープ	
	夕食 ご飯茶わん7分目、肉か魚 煮物など		ご飯軽く1膳、肉や魚、煮物 やサラダなど		ご飯茶わん7分目、肉か魚、 サラダなどの惣菜	
栄養食品・水分 間食・その他	間食：菓子パン1つ、菓子類		間食：こんにゃくゼリーなど		間食；フルーチェ、カルピ ス、牛乳など	
栄養バランス	良・ <input checked="" type="checkbox"/> 不可 ()		良・ <input checked="" type="checkbox"/> 不可 (改善傾向である)		良・ <input checked="" type="checkbox"/> 不可 (改善傾向)	
栄養摂取量	充足率		充足率		充足率	
エネルギー	1300Kcal(79 %)		1500Kcal(91 %)		1550Kcal(94 %)	
たんぱく質	50 g (101 %)		55g (115 %)		60g (120 %)	
2回目 訪問記録	《本人・家族の希望および目標達成度、指導事項》 前回の訪問以降、お昼をしっかりと食べるようにしたら、おやつが食べられなくなったとのこと。その為、前回に比べ、食事でのエネルギー摂取が増え、間食が減っている。お嫁さんが協力的で、食事改善に前向きに取り組んでいる様子である。 ただ、昼食に野菜を摂ることはほとんどないとのことだったため、夕食時に多めに準備して翌日の昼用に残しておくなどして、お昼も野菜を摂取することを勧めた。					
3回目 総括訪問記録	《初回から3回目までのまとめ・目的達成度と指導事項》 昼食をしっかりと食べることは続けているが、体重は測定していなかった。運動に通い始め、腕の開きなども良くなり、動きが軽やかになった印象であったが、訪問時体重を測定してみると前回より4kg増加。医師は腎臓からくるむくみではないとのこと、次回心臓の検査を受ける予定である。食事は惣菜を利用することで野菜もある程度摂れている様子であるが3食とも野菜を摂取することは出来ていない。夕食の惣菜は食べ切ってしまうため、翌日分は残らないとのこと。 これからの時期トマトやキュウリなど調理しなくても簡単に食べられる野菜があるので、それらを利用して毎食出来るだけ野菜を摂ることを勧めた。 甘いものが元来好きなので、コーヒーやヨーグルトにはパルスweetを入れて飲食している。また、最近はフルーチェ、カルピスにはまっているとのこと、糖分の摂取は多い様子である。 まずは3食しっかり食べることを、毎食野菜を食べることを目標に、間食での糖分の摂取を少しずつ減らしていくことを勧めた。					
	MNA-SF () ポイント	食への意欲	無 ・ あまり無 ・ 普通 ・ 少し有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有			

※ 必要事項を記入の上、各回の訪問指導終了時提出

5. 症例集

報告書 1

依頼先 南地域包括支援センター 様 R 2年 6月 15日 発信

様式6 訪問栄養食事指導報告書 1 管理栄養士 井上 未来

患者氏名	新発田-2 様	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	ご担当医	三浦内科医院 三浦隆義 様
訪問日	R 2年 6月 5日 (金曜日) 10時00分～11時30分 (1回目)			
依頼内容	血糖コントロール不良のため、食事内容を見直してほしい。	病名 (既往症)	糖尿病、脳梗塞、心筋梗塞、腎不全	
		指示事項		
主訴 困っている事	・腰が痛くて、立ってられないため、調理をしたいが難しい。 ・何を食べたらよいのか分からない。	使用薬	心臓の薬9種、糖尿病の薬3種、 インスリン皮下注射	
		検査結果	グリコアルブミン34.0%	
		体重減少	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月/ kg減少)	
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2)(要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)			
日常生活 自立度	障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> c1 <input type="checkbox"/> c2 認知症高齢者の日常生活自立度 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
家族状況	独居であるが、近くに長男家族が住んでおり、電話でのやり取りの他、何かあれば長男が来てくれる。 娘さんは県外在住。	介護サービス利用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		デイサービス	<input type="checkbox"/> 有 ()	
		ヘルパー	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (6月から週3回)	
		その他	<input type="checkbox"/> ()	
嚥下調整食	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> コード <input type="checkbox"/> OJ <input type="checkbox"/> ot <input type="checkbox"/> 1J <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
食生活状況 食事回数/ 形態・嗜好等	現在の食事回数はおおむね2回であり、朝はゆっくり寝ているため、食べないことがほとんどである。 野菜は茹でこぼしたり、水でさらすなどカリウムを減らす工夫をして食べている。 自分で調理することもあるが、長時間立ってられないため、買ったものや惣菜利用も多い。 寝る時間が遅いため、夕食後寝るまでの間にコーンフレーク等間食することがある。 買い物は自分で行く。			
目標栄養量	エネルギー 1700 kcal ・ たんぱく質 59 g ・ 食塩 6 g			
課題 (疾病・介護) 栄養評価	生活リズムが乱れており、規則的な時間に食事がとれていない。 家に(冷蔵庫に)あるもので済ませる傾向にある為、栄養のバランスに偏りがある。			
栄養ケア目標	短期目標: 1日3食規則的な時間に食事をして、血糖値を安定させる。 長期目標: 血糖コントロールを良くして体調を整え、お孫さんと会う機会を楽しむ。			
栄養改善計画	まずは1日3食を規則的な時間に食べることを目標とし、朝は早めに起きて、少量でも朝食を食べることを勧めた。 3食食べることで間食を減らしていくことも大事であることを説明した。			

5. 症例集

依頼先 南地域包括支援センター 藤井 様

R 2 年 8 月 3 日 発信

報告書2

様式7 訪問栄養食事指導報告書2

管理栄養士 井上 未来

患者氏名	新発田-2	様 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 26 年 4 月 23 日 生 69 歳	
身長・IBW	身長 1.64 m ・ IBW 59.2 kg	指導回数	R2年度合計	訪問: 3回 ・ 電話: 0回	
目標栄養量	エネルギー 1700 kcal ・ たんぱく質 59 g ・ 食塩 6 g ・ その他()				
訪問指導日	R 2 年 6 月 5 日 (1 回目)	R 2 年 6 月 22 日 (2 回目)	R 年 7 月 20 日 (3 回目)		
体重/BMI	81.5 kg ・ 30.3 kg/m ²	82.5 kg ・ 30.7 kg/m ²	81.6 kg ・ 30.3 kg/m ²		
食事内容	朝食	なし	サトウのご飯1パック、肉野菜炒め	そうめん50g、食パン1枚(チーズ)、トマトなど	
	昼食	焼きおにぎり(冷凍)2個	そうめん100gやコンビニの冷やし中華など	コンビニのチャーハンや冷やし中華など	
	夕食	生姜焼き弁当、煮物	サトウのご飯1パック、肉、煮物など	サトウのご飯1パック、肉野菜炒め、サラダなど	
間食・飲料・飲酒等	コーンフレーク		ゼリー、栄養ドリンクなど	ゼリー、ノンアルコールビール	
栄養バランス	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可()		<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可()		<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可(概ね良好)
栄養摂取量	(充足率)		(充足率)		(充足率)
エネルギー	1700 kcal (100 %)	1600 kcal (94 %)	1650 kcal (97 %)		
たんぱく質	50 g (85 %)	45 g (76 %)	45 g (76 %)		
食塩	7.5 g (125 %)	6.5 g (108 %)	7 g (117 %)		
訪問記録 <small>栄養ケア目標対応</small>	<p>独居で食事は自分で用意していたが、6月からヘルパーさんが週3回来てくれるようになった。腰痛があり、台所で5分立っているだけでも難儀な為、助かると話す。野菜は茹でこぼしたり、ご飯は決まった量以上に食べないなど、知識はあり、本人なりに取り組んでいる様子だが、長時間立ってられないため調理が思うようにできず、惣菜や冷凍食品の利用も多い様子である。また、腰痛のため、運動もできないと話し、現在の趣味は自宅でDVD鑑賞をすることである。その際、手持ち無沙汰になり、コーンフレークなどをつまみながら鑑賞する。DVDは夜見ることが多く、遅くまで起きていることもあり、起床時間は遅く、朝食は摂らないことが多い。夜型の生活が身についている。透析の日は昼食も抜けることがあると話し、食事のリズムが不規則である。</p> <p>担当ヘルパーさん同席される。前回の訪問以来、朝早めに起きるようにして、食事は出来るだけ3食食べるようにしていた。朝7時、昼13~14時、夕19~20時である。麺類の時もそれだけで済ませず、水にさらした野菜にマヨネーズをかけて食べた。今回低血糖を起こすこともなく、300を超えるような高血糖の日も少なかった。インスリンも20単位から16単位に減らした。体調は良い。ただ、週3回の透析の日は現在もきちんと昼食を摂ることは少ないようで、帰りに行きつけの喫茶店に寄ってコーヒーを飲むのが楽しみであり、帰宅後は疲れて寝てしまうこともあると話す。また、夜中のコーンフレークやアイスはやめ、現在はゼリーにしている。ヘルパーさんには野菜は茹でこぼすこと、肉や魚の目安量、味は薄目にする事を伝えた。</p> <p>前回とは別のヘルパーさんが途中から同席される。今回は朝食を抜くことはなく3食食べるようにしていた。3食摂るようにしたらお通じが良くなったと話す。体調も良い。透析の日は現在も昼食を抜くこともあるが、パン1つくらい食べることもある。また、ノンアルコールが中心であるが、たまに飲酒もしている様子である。腰痛で体は思うように動かせず、自由に出歩くことも難しいため、自宅でDVDを見て過ごす時間が多いことが、飲酒や間食に繋がっている。今後も1日3食出来るだけ規則的な時間に食べることを、透析後も食事は抜かずに簡単なもので良いので食べることを、3食しっかり食べることで、間食は出来るだけ控えることを意識するよう伝えた。</p>				
電話相談	年 月 日 (1 回目)	年 月 日 (2 回目)			
	なし	なし			
次回訪問予定日	月 日	月 日			

※ 必要事項を記入の上、各回の訪問指導終了時に提出

5. 症例集

報告書 1

依頼先 新発田中央地域包括支援センター 天野 様

R 2年 7月 15日 発信

様式6 訪問栄養食事指導報告書 1

管理栄養士 井上 未来

患者氏名	新発田-3 様	<input type="checkbox"/> 男	ご担当医	
		<input checked="" type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭	26年 4月 23日 生 69歳
訪問日	R 2年 7月 8日 (金曜日) 10時00分～11時30分 (1回目)			
依頼内容	昨年9月から今年の2月にかけて11kg増加。 DMもある為、食事内容を見直して欲しい。 (昨年度からの継続)	病名 (既往症)	慢性リウマチ症、気管支喘息、糖尿病、 両膝関節症手術、ドライアイ	
		指示事項		
主訴 困っている事	体力がない。痩せない。	使用薬	様々な薬を服用中であるが、飲み忘れはないとのこと。	
		検査結果		
		体重減少	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月/ kg減少)	
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (要支援 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2)(要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)			
日常生活	障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> J1 <input checked="" type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> c1 <input type="checkbox"/> c2			
自立度	認知症高齢者の日常生活自立度 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
家族状況	長男夫婦と同居。	介護サービス利用	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		・デイサービス	<input type="checkbox"/> 有()	
		・ヘルパー	<input type="checkbox"/> 有()	
		・その他	<input type="checkbox"/> ()	
嚥下調整食	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 31 <input type="checkbox"/> 32 <input type="checkbox"/> 33 <input type="checkbox"/> 34 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 37 <input type="checkbox"/> 38 <input type="checkbox"/> 39 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 41 <input type="checkbox"/> 42 <input type="checkbox"/> 43 <input type="checkbox"/> 44 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 46 <input type="checkbox"/> 47 <input type="checkbox"/> 48 <input type="checkbox"/> 49 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 51 <input type="checkbox"/> 52 <input type="checkbox"/> 53 <input type="checkbox"/> 54 <input type="checkbox"/> 55 <input type="checkbox"/> 56 <input type="checkbox"/> 57 <input type="checkbox"/> 58 <input type="checkbox"/> 59 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 63 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 66 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> 68 <input type="checkbox"/> 69 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 71 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 73 <input type="checkbox"/> 74 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 76 <input type="checkbox"/> 77 <input type="checkbox"/> 78 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> 81 <input type="checkbox"/> 82 <input type="checkbox"/> 83 <input type="checkbox"/> 84 <input type="checkbox"/> 85 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 87 <input type="checkbox"/> 88 <input type="checkbox"/> 89 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 91 <input type="checkbox"/> 92 <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 94 <input type="checkbox"/> 95 <input type="checkbox"/> 96 <input type="checkbox"/> 97 <input type="checkbox"/> 98 <input type="checkbox"/> 99 <input type="checkbox"/> 100			
食生活状況	昨年度の指導以来、昼食はおろそかにせず、バランスを意識して食べるようになっているが、自分で調理することは少なく、近所の肉屋の惣菜利用が多い。			
食事回数/形態・嗜好等	もともと甘いものが好きなこともあって、食事以外での糖分の摂取が多い。カルピスや炭酸飲料、菓子パン等の摂取があり、夜中に目覚めると必ず何かしら食べてしまうとのこと(主に菓子パン)である			
目標栄養量	エネルギー 1650 kcal ・ たんぱく質 48 g ・ 食塩 7 g			
課題 (疾病・介護)	食事は3食おむね規則的な時間に摂れているようであるが、摂取量は日によって差があり、疲れていたり、食欲がないと少量しか食べずに寝てしまうこともある。また夜中に目覚めると菓子パン等を食することが習慣になっているなど、食習慣が乱れている。			
栄養評価	菓子パンや飲み物等からの糖分の摂取が多い。 家に(冷蔵庫に)あるもので済ませる傾向にある為、栄養のバランスに偏りがある。			
栄養ケア目標	短期目標: 3食は出来るだけしっかり食べて、夜中の飲食を減らしていく。			
	長期目標: 体重を減らして、転倒しても自分で起き上がれるようになる。			
栄養改善計画	まずは1日3食規則的な時間にしっかり食べて、夜中の飲食を減らす。 夜中の飲食を減らすことで翌朝の食欲が出る可能性があり、朝からしっかり食べて、3食で栄養をしっかりと補い、できるだけ3食以外の摂取を減らしていくことで、食事リズムとバランスを整え、減量を目指す。			

5. 症例集

依頼先 新発田中央包括支援センター 天野 様

R 2 年 12 月 25 日 発信

報告書2

様式7 訪問栄養食事指導報告書2

管理栄養士 井上 未来

患者氏名	新発田-3 様		<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 26 年 5 月 10 日 生 69 歳	
身長・IBW	身長 1.65 m	IBW 59.9 kg	指導回数	R2年度合計	訪問: 3回 ・ 電話: 0回	
目標栄養量	エネルギー 1650 kcal ・ たんぱく質 48 g ・ 食塩 7 g ・ その他()					
訪問指導日	R 2 年 7 月 8 日 (1 回目)		R 2 年 8 月 7 日 (2 回目)		R 2 年 12 月 18 日 (3 回目)	
体重/BMI	81 kg ・ 29.8 kg/m ²		79 kg ・ 29 kg/m ²		77 kg ・ 28.3 kg/m ²	
食事内容	朝食	ごはん100g、みそ汁、温泉卵	ごはん100g、みそ汁、温泉卵、海苔、梅干し	ごはん100g、みそ汁、魚の佃煮		
	昼食	ご飯100g、みそ汁、鮭フレーク、ハム	冷やし中華(ミニ)1/2	食パン1枚(マーガリン)、みそ汁、温泉卵、牛乳		
	夕食	ごはん100g、手羽先の煮物、コールスローサラダなど惣菜	ごはん100g、焼き魚1/2、酢の物など惣菜少々	ごはん100g、みそ汁、肉や魚、酢の物等惣菜数品		
間食・飲料・飲酒等	カルピス、炭酸飲料、ドリンクヨーグルト、フルーチェ、ジャムパンなど		カルピス、炭酸飲料、100%ジュース、ジャムパン		ミルクココア、たまにカルピス、みかん、菓子類少々	
栄養バランス	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可()		<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可()		<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可()	
栄養摂取量	(充足率)		(充足率)		(充足率)	
エネルギー	1650 kcal	(100 %)	1200 kcal	(73 %)	1500 kcal	(91 %)
たんぱく質	54 g	(112 %)	44 g	(92 %)	65 g	(135 %)
食塩	4.6 g	(76 %)	4.8 g	(80 %)	8.5 g	(121 %)
訪問記録 <small>栄養ケア目標対応</small>	<p>長男夫婦と同居しており、食事作りはお嫁さんが担当している。持病が多々あり、現在は帯状疱疹の痛みで悩まされている。そのため、痛みがあればほとんど食事をしないまま寝てしまったり、逆に夜中に起き際に何かをつまんだり、食生活が乱れている。元来甘いものが好きなこともあり、飲み物はお茶以外にカルピスや炭酸飲料を好んで飲んでおり、ドリンクヨーグルトや乳酸菌飲料の摂取もある。おやつはあまり食べないようにしているが、フルーチェなどを食べる他、ヨーグルトにはパルスイトを入れて食べている。歩きたいがなかなか歩けないため、買い物などは自転車で行く。運動のリハビリも現在は休んでいる。飲み物に含まれる砂糖の量を伝え、まずは甘い飲み物を飲む回数や量を減らすことを勧めた。</p>		<p>帯状疱疹の痛み前回は減ったが、まだ残っている。本調子ではない。お嫁さん曰く、以前より食事が減ったと話す。大腸の病気をしてから夏に弱い。日中の食事が少ないせい、夜中に起きると必ず菓子パンや果物の缶詰めなどを食べてしまう。特に空腹を感じるわけではないが、その習慣がついてしまっている。甘い飲み物は前回より量も回数も減らした。カルピスの代わりに100%のジュースを飲むこともあった。近いうちに運動のリハビリを再開予定であるとのことである。夜中に起きたらまずは水分補給し、それでも物足りないときの為に、トマトやスイカを切って準備しておくことを勧めた。また日中食欲がないときは卵豆腐などのど越しの良いものでタンパク質を摂れるものを食べることを勧めた。</p>		<p>帯状疱疹の痕はほとんど消えたが、現在もビリビリとした感じはある。以前は帯状疱疹の痛みもあってか夜中に起きることが多く、菓子パンなどを食べるのが習慣であったが、ここ数ヶ月は起きても何も食べなかったり、食べたとしてもみそ汁程度であったと話す。また以前は頻繁に飲んでいた炭酸飲料やカルピスも、現在は基本白湯を飲むようにし、糖分の入った甘い飲み物を飲むことは以前と比べて減ったと話す。食事では相変わらず野菜類の摂取が少なめである。みかんが大好きとのことで、みかんがある時期は間食も菓子類よりみかんを食べることが増えるため、菓子類の摂取は減っている様子であった。運動のリハビリも再開し、活動量も一時よりは増加した。糖分の摂取が減り、活動量が増えたため、体重が減少傾向であったと考えられる。本人には、夜中の飲食が減ったこと、糖分の入った飲み物の摂取や間食の菓子類が減ったことがとても良かったので、この調子で続けることを勧め、食事で野菜の摂取が難しくければせめてみそ汁を具沢山にして野菜やきのこなどの繊維を沢山摂るよう話した。</p>	
電話相談	年 月 日 (1 回目)		年 月 日 (2 回目)			
次回訪問予定日	終 了		月 日			

※ 必要事項を記入の上、各回の訪問指導終了時に提出

5. 症例集

報告書 1

依頼先 中央包括支援センター高橋 様 R 2年 9月 15日 発信

様式6 訪問栄養食事指導報告書 1 管理栄養士 井上 未来

患者氏名	新発田-4 様	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	ご担当医	城北クリニック 樋口 健一 先生 木島整形外科 木島 秀人 先生
訪問日	R 2年 9月 3日 (木曜日) 10時00分～11時00分 (1回目)			
依頼内容	栄養に気を付けて食事をしているつもりだが、本当にこれで良いのか食事のバランスを見てほしい。	病名 (既往症)	高血圧、骨粗鬆症、腰部脊柱管狭窄症、第十二胸椎椎体骨折、仙骨骨折	
		指示事項		
主訴 困っている事	圧迫骨折の経験があり、骨粗鬆症の治療もしているため、骨を丈夫にする食べ物やメニューを知りたい。	使用薬	骨粗鬆症の薬	
		検査結果	血圧140台/80台	
		体重減少	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月/ kg減少)	
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2)(要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)			
日常生活 自立度	障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input checked="" type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> c1 <input type="checkbox"/> c2 認知症高齢者の日常生活自立度 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
家族状況	独居であるが、近隣に住む長女と一緒に買い物に行ったり、食事についてアドバイスをするなど生活全般のサポートしている。 隣宅長男家族とは平成26年から事情により一切かわりなし。	介護サービス利用	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		・デイスーパー	<input type="checkbox"/> 有 ()	
		・ヘルパー	<input type="checkbox"/> 有 ()	
		・その他	<input type="checkbox"/> ()	
嚥下調整食	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 31 <input type="checkbox"/> 32 <input type="checkbox"/> 33 <input type="checkbox"/> 34 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 37 <input type="checkbox"/> 38 <input type="checkbox"/> 39 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 41 <input type="checkbox"/> 42 <input type="checkbox"/> 43 <input type="checkbox"/> 44 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 46 <input type="checkbox"/> 47 <input type="checkbox"/> 48 <input type="checkbox"/> 49 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 51 <input type="checkbox"/> 52 <input type="checkbox"/> 53 <input type="checkbox"/> 54 <input type="checkbox"/> 55 <input type="checkbox"/> 56 <input type="checkbox"/> 57 <input type="checkbox"/> 58 <input type="checkbox"/> 59 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 63 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 66 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> 68 <input type="checkbox"/> 69 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 71 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 73 <input type="checkbox"/> 74 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 76 <input type="checkbox"/> 77 <input type="checkbox"/> 78 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> 81 <input type="checkbox"/> 82 <input type="checkbox"/> 83 <input type="checkbox"/> 84 <input type="checkbox"/> 85 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 87 <input type="checkbox"/> 88 <input type="checkbox"/> 89 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 91 <input type="checkbox"/> 92 <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 94 <input type="checkbox"/> 95 <input type="checkbox"/> 96 <input type="checkbox"/> 97 <input type="checkbox"/> 98 <input type="checkbox"/> 99 <input type="checkbox"/> 100			
食生活状況 食事回数/形態・し好等	1日3食規則的な時間に食べている。 食事は基本的に一度にまとめて作り、それを何回かに分けて食べている。肉や魚、ヨーグルトやチーズなどたんぱく質を摂るよう意識しているが、いつも同じようなものを食べている。全体的な摂取量は少なめである。 間食は2日に1回頂きもの等を食べる程度で、飲酒は週2回350mlの缶ビールを1本を飲む程度である。			
目標栄養量	エネルギー 1400 kcal ・ たんぱく質 45 g ・ 食塩 6.5 g			
課題 (疾病・介護) 栄養評価	筋肉をつけることや骨を丈夫にするために、タンパク質やカルシウムの多い食品を摂れるよう考えて食事できているが、全体的な摂取量が少なめである。 本人は調理自体が面倒と感じていることもあり、簡単に準備できるメニューを希望している。 たんぱく質やカルシウムは積極的に摂っているが、同じ食品、メニューに偏りがちである。			
栄養ケア目標	短期目標: 体を動かして食欲増進を図ったり、補食を利用しながら、食事の摂取量を確保する。 長期目標: 今後も自立した生活を続けていく。			
栄養改善計画	今積極的に摂っているタンパク質やカルシウムの摂取量は維持しつつ、それらの吸収をよくする食品、簡単な調理法などを伝えることで、更に筋肉、骨を丈夫に保つ。 散歩や体操等、無理のない程度に体を動かす機会を増やして活動量を増やすことで食欲増進を図り、筋肉、体重を維持する。			

5. 症例集

依頼先 新発田中央包括支援センター高橋 様

R 2 年 12 月 25 日 発信

報告書2

様式7 訪問栄養食事指導報告書2

管理栄養士 井上 未来

患者氏名	新発田-4 様		<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 6 年 9 月 15 日 生 89 歳		
身長・IBW	身長 145 m ・ IBW 46.2 kg		指導回数	R2年度合計 訪問: 3回 ・ 電話: 0回			
目標栄養量	エネルギー 1400 kcal ・ たんぱく質 45 g ・ 食塩 6.5 g ・ その他()						
訪問指導日	R 2 年 9 月 3 日 (1 回目)		R 2 年 10 月 2 日 (2 回目)		R 2 年 11 月 5 日 (3 回目)		
体重/BMI	48.5 kg ・ 19.9 kg/m ²		48.5 kg ・ 19.9 kg/m ²		48.5 kg ・ 19.9 kg/m ²		
食事内容	朝食	ごはん軽く1膳、みそ汁、イワシの煮つけ、酢の物、ヨーグルト		ごはん軽く1膳、みそ汁、イワシの煮つけ、酢の物、ヨーグルト		ごはん軽く1膳、みそ汁、イワシの煮つけ、酢の物、ヨーグルト	
	昼食	ごはん軽く1膳、みそ汁、トマトとチーズのサラダ、バナナ1/2本、牛乳		ごはん軽く1膳、みそ汁、トマトとチーズのサラダ、バナナ1/2本、牛乳		ごはん軽く1膳、みそ汁、トマトとチーズのサラダ、バナナ1/2本、牛乳	
	夕食	ごはん軽く1膳、みそ汁、肉野菜炒め、煮物など		ごはん軽く1膳、みそ汁、肉野菜炒め、煮物など		ごはん軽く1膳、みそ汁、肉野菜炒め、煮物など	
間食・飲料・飲酒等	甘いもの2日に1回程度 ビール350ml×1本/週2回		甘いもの2日に1回程度 ビール350ml×1本/週2回		甘いもの2日に1回程度 ビール350ml×1本/週2回		
栄養バランス	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不可()		<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不可()		<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不可()		
栄養摂取量	(充足率)		(充足率)		(充足率)		
エネルギー	1200 kcal (86 %)		1200 kcal (86 %)		1200 kcal (86 %)		
たんぱく質	50 g (125 %)		50 g (125 %)		50 g (125 %)		
食塩	8 g (123 %)		8 g (123 %)		8 g (123 %)		
訪問記録 <small>栄養ケア目標対応</small>	<p>長女の方も同席される。 長女曰く、骨折をして以来、骨を丈夫にするメニューや食材を教えて食べさせていると話す。 本人は勧められたものを極力作って食べるようにしているが、作ることで自体は面倒と感じている。そして量が入らない。おかずは2〜3口食べれば十分といった様子である。 おかずはまとめて作り、一度作れば2〜3日は食べ続け、なくなったら作るの繰り返しである。 間食の習慣はないが、頂きもの等、甘いものを2日に1回程度食べ、またビールが好きで週2回程度たしなむ。 水分はほとんどお茶で、湯飲みで4〜5回くらい飲んでいる。 水分は湯飲みで趣味のオカリナの会へは押し車を押して徒歩で通っている。</p>		<p>長女の方も同席される。 前回話した2点(体重測定をして減っていないか確認すること、食事はおかずから食べることに)について確認すると、体重は週に数回測っていたが、ほとんど変わらなかったと話す。またおかずから食べるという点については、忘れていた様子であった。 現在も常備菜をいくつか作り置きして、なくなったらまた作るの繰り返しである。間食や飲酒、運動の習慣も変わらないと話す。骨を丈夫にするメニューが知りたいと希望していたため、骨を丈夫にするために必要な栄養素、そしてそれらを使った簡単なメニューについていくつか提案を行った。本人は面倒な気持ちを持ちながらも自分の体のことだしやらかなきゃねと笑顔で話した。</p>		<p>今回も体重はたまに測定していたが、ほとんど変わらなかったと話し、体調も良かったと話す。 今回食事はおかずから食べるよう意識していたとのこと。食事作りの際、前回提案した簡単なメニューも参考にしてみたと話す。 食事は変わらずいくつか常備菜を作り、なくなったらまた作るの繰り返しを現在もしており、おおむねバランスよく食べられている。骨に良いと聞けば取り入れ、出来るだけ子どもたちの世話にはなりたくないという思いが強い。それが食事作りを頑張らせて続けている一つの要因となっている様子である。生活リズムも規則的で習慣的な間食等もない。趣味や友人と集まる機会も多く、楽しんで通っている。買い物や出かける際の移動は徒歩であり、適度に動いている。本人には食事はバランスよく食べられているので、この調子で続けるよう話し、食欲がないときはおかずから食べることを今後も意識するよう話した。体重減少に気づきやすいので体重測定も続けることを勧めた。</p>		
電話相談	R 年 月 日 (1 回目)		R 年 月 日 (2 回目)				
次回訪問予定日	終 了		月 日				

※ 必要事項を記入の上、各回の訪問指導終了時に提出

5. 症例集

報告書 1

依頼先 訪問介護ステーション ランジュ 幸内 様 R 2年 9月 30日 発信

様式6 訪問栄養食事指導報告書 1

管理栄養士 井上 未来

患者氏名	新発田-5 様	<input checked="" type="checkbox"/> 男	ご担当医	緑町内科・消化器科やまだクリニック 山田 尚志先生
		<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭	6年 6月 1日生 85歳
訪問日	R 2年 9月 15日 (火曜日) 10時00分～11時00分 (1回目)			
依頼内容	血糖コントロール改善のため、食事内容を確認してほしい。	病名 (既往症)	糖尿病、高血圧症、便秘症、三叉神経痛、アルツハイマー型認知症、両膝痛	
		指示事項		
主訴 困っている事	気を付けて食べているつもりだが血糖値が下らない。	使用薬	糖尿病治療薬	
		検査結果	Hba1c7.4%(2020.8.21)	
		体重減少	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月/ kg減少)	
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (要支援 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2)(要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)			
日常生活 自立度	障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)	<input checked="" type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> c1 <input type="checkbox"/> c2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
家族状況	H28に妻が亡くなって以降、独居である。 長男家族とは、必要な時に電話連絡をする程度である。	介護サービス利用	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		・デイサービス	<input type="checkbox"/> 有()	
		・ヘルパー	<input type="checkbox"/> 有()	
		・その他	<input type="checkbox"/> ()	
嚥下調整食	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> ｺｰﾄﾞ <input type="checkbox"/> OJ <input type="checkbox"/> ot <input type="checkbox"/> 1J <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
食生活状況 食事回数/ 形態・嗜好等	1日3食規則的な時間に食べている。 自分では血糖のことを考えて、体に良いものを食べているつもりである。肉や魚、ヨーグルトなどを意識して食べているが、食卓にはいつも同じようなものが並ぶ。 朝は自炊だが、昼はスーパーの弁当などを利用し、夕食は生協の宅配弁当を利用している。間食習慣はないとのことであったが、夏の間、市販のソフトクリームを買い置きし、毎日食べていたようである。			
目標栄養量	エネルギー 2100 kcal ・ たんぱく質 60 g ・ 食塩 7.5 g			
課題 (疾病・介護) 栄養評価	男性の独居ということもあり、買う食材、作るメニューが限られており、同じ食品、メニューに偏りがちである。			
栄養ケア目標	短期目標: アイスをやめて、野菜を増やすことで栄養バランスを改善する。 長期目標: 今後も自立した生活を続けていく。			
栄養改善計画	間食での糖分の摂取を減らし、食事での食物繊維の摂取を増やすことで栄養のバランスを改善し、血糖コントロールをよくする。			

5. 症例集

依頼先 訪問看護ステーションランジュ 幸内 様

R 年 10 月 29 日 発信

報告書2

様式7 訪問栄養食事指導報告書2

管理栄養士 井上 未来

患者氏名	新発田-5 様	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 9 年 6 月 1 日 生 85 歳
身長・IBW	身長 157 m ・ IBW 54.2 kg	指導回数	R2年度合計	訪問: 2回 ・ 電話: 0回
目標栄養量	エネルギー 2100 kcal ・ たんぱく質 60 g ・ 食塩 7.5 g ・ その他()			
訪問指導日	R 2 年 9 月 15 日 (1 回目)	R 2 年 10 月 26 日 (2 回目)	R 年 月 日 (3 回目)	
体重/BMI	48.5 kg ・ 19.7 kg/m ²	47.5 kg ・ 19.3 kg/m ²	kg ・	kg/m ²
食事内容	朝食	食パン5枚切り1枚、卵1個、きなこ、ヨーグルト各大さじ1、みそ汁、鯖缶1口、インスタントスープ、バター1切れ、リンゴ1/4	カップ麺、インスタントスープ、バター1切れ、みそ汁、卵1個、きなこ、ヨーグルト各大さじ1	
	昼食	コンビニ弁当(肉のどんぶりなど)、みそ汁、卵、きなこ、ヨーグルト各大さじ1、鯖缶1口	コンビニ弁当(幕ノ内)、みそ汁、卵1個、きなこ、ヨーグルト各大さじ1	
	夕食	生協の配達弁当、卵、きなこ、ヨーグルト各大さじ1、鯖缶1口	生協の配達弁当、卵1個、きなこ、ヨーグルト各大さじ1	
間食・飲料・飲酒等	ソフトクリーム1個/日	せんべい、ザクロ黒酢、塩キャラメル		
栄養バランス	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可()	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可()	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不可()	
栄養摂取量	(充足率)	(充足率)	(充足率)	
エネルギー	2200 kcal (105 %)	2500 kcal (119 %)	kcal (%)	
たんぱく質	95 g (158 %)	90 g (150 %)	g (%)	
食塩	9 g (120 %)	14 g (187 %)	g (%)	
訪問記録 <small>栄養ケア目標対応</small>	<p>体のことを考えて食事をしていると話し、今の食生活を7年ほど続けていると話す。</p> <p>生活リズム、食事のリズムは規則的であり、買い物や医療機関へは徒歩で行き、1日1万歩歩くこともあるくらい活動量は多い。</p> <p>甘いものは食べないようにしているとのことであったが、話しているうちに、今年暑いから毎日ソフトクリームを食べていたと話し、現物を見せてくれると同時に目の前で食べ出す。</p> <p>本人へ、ソフトクリームは血糖値を上げることを説明し、やめるのが難しければ回数を減らすことを勧めた。また食事では野菜の摂取が少なめだったので、食物繊維が血糖の上昇を緩やかにすることを説明し、まずはミニトマトを買い置きて、食事のたびに加えることを勧めた。</p>	<p>前回指摘を受けたソフトクリームについてはやめたと話し、今月の検査結果はA1c6.8%と8月より改善した。</p> <p>しかし、友人からの頂き物が多々あり、黒酢が良いと聞いたからと1ヶ月前より毎日加糖の黒酢を60mlずつ飲んでいった。また塩を摂った方が良いからと塩キャラメル、せんべいも食べるなど、食事以外の摂取が多い様子である。本人にそれらが血糖を上げている自覚が全くなかったため、それらの血糖への影響を説明すると、本人はもうやめると話した。</p> <p>食事では朝のパンに飽きたからとカップ麺に変え、そこにカップめん用とは別に粉末のスープとバターを加え、汁ごと全部飲み干していると話す。血圧も高いため、汁は残すことを提案し、それが難しければ主食はご飯やパンがおすすめであると伝えた。</p>		
電話相談	R 年 月 日 (1 回目)	R 年 月 日 (2 回目)		
次回訪問予定日	12 月 21 日	月 日		

※ 必要事項を記入の上、各回の訪問指導終了時に提出

5. 症例集

報告書 1

依頼先 いいでの里 清野陽子 様 R 3年 1月 29日 発信

様式6 訪問栄養食事指導報告書 1

管理栄養士 鬼立絵梨子

患者氏名	新発田- 6 様	<input checked="" type="checkbox"/> 男	ご担当医	平塚雅英
		<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭	9年 9月 4日生 88歳
訪問日	R 3年 1月 15日 (金曜日) 10時00分～11時00分 (1回目)			
依頼内容	趣味の畑仕事を続けたい。食事指導をすることにより、筋力や体重の低下予防につなげてほしい。	病名 (既往症)	・腰部脊柱管狭窄症・慢性硬膜下血腫・急性心筋梗塞・胸椎圧迫骨折・脊柱管狭窄症・変形性腰椎症	
		指示事項	特になし	
主訴困っている事	・長時間の立ち姿の調理が難しい。 ・固いものを食べると歯が痛い。 ・食材の選び方がわからない。	使用薬	リクシアナ錠、タケブロンカプセル、ラシックス、酸化マグネシウム錠、クエン第一鉄Na錠、センノシド錠、リマプロストアルファデクス錠、リカカプセル、トラマールOD錠、ドンペリドン錠	
		検査結果		
		体重減少	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月/ kg減少)	
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2) (要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)			
日常生活	障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度) <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input checked="" type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> c1 <input type="checkbox"/> c2			
自立度	認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
家族状況	1人暮らし (妻は施設入所中) (子ども3人おり、長男の嫁がKP)	・介護サービス利用 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・デイサービス <input checked="" type="checkbox"/> 有 (アクティブはすがた) ・ヘルパー <input type="checkbox"/> 有 () ・その他 <input type="checkbox"/> ()		
嚥下調整食	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> ード <input type="checkbox"/> OJ <input type="checkbox"/> ot <input type="checkbox"/> 1J <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
食生活状況	・食材は自分で作った野菜とその他に買い物をした食材を使い、自炊している。 ・調理の時にはおかずを2～3日分位の量をまとめ作り、作り置きしている。 ・食事は3食摂っている。間食はあまりしない。 ・柔らかい食べ物を好む。			
食事回数/形態・し好等				
目標栄養量	エネルギー 1800 kcal ・ たんぱく質 70.6 g ・ 食塩 7.5 g			
課題 (疾病・介護)	(課題) 食材の選び方や調理方法を知り、いろいろな食事を食べて元気に過ごしたい。			
栄養評価	(評価) エネルギー摂取量が不足している。			
栄養ケア目標	短期目標: ・食べやすい食品を選ぶことができ、光熱費も考えながら調理することができるれば、メニューが増えて意欲を継続することができ、食事の楽しみを持つことができます。 長期目標: 食べる量が増え、活動量が増えれば体力をつけ春には畑仕事をすることができます。			
栄養改善計画	・食材の選び方を伝える ・食べやすい調理方法を伝える ・光熱費を最小限に抑えた、簡単な調理方法を伝える。			

5. 症例集

依頼先

いいでの里 清野 陽子 様

R 3 年 2 月 10 日 発信

報告書2

様式7 訪問栄養食事指導報告書2

管理栄養士

鬼立絵梨子

患者氏名	新発田-6 様		性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	□ 明 □ 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 6 年 9 月 4 日 生 88 歳	
身長・IBW	身長 161 m	IBW 57 kg	指導回数	R2年度合計	訪問: 3回 ・ 電話: 0回		
目標栄養量	エネルギー 1800 kcal ・ たんぱく質 70.6 g ・ 食塩 7.5 g ・ その他()						
訪問指導日	R 3 年 1 月 15 日 (1 回目)		R 3 年 1 月 25 日 (2 回目)		R 3 年 2 月 8 日 (3 回目)		
体重/BMI	58.8 kg ・ 22.7 kg/m ²		58.8 kg ・ 22.7 kg/m ²		58.7 kg ・ 22.6 kg/m ²		
食事内容	朝食	ごはん、南瓜と昆布の煮物、キャベツの煮物		ごはん、南瓜と昆布の煮物、キャベツの煮物		ごはん、南瓜と昆布の煮物、大根と豚肉の炒め煮	
	昼食	食パン、ポタージュ、ヨーグルト		食パン、ポタージュ、ヨーグルト		ごはん、白身魚フライ、ヨーグルト(ジャム入り)	
	夕食	ごはん、焼き魚(丸干し鰯)、じゃが芋と厚揚げの煮物		ごはん、焼き魚(丸干し鰯)、じゃが芋と厚揚げの煮物		ごはん、南瓜と昆布の煮物、大根と豚肉の炒め煮、キャベツの卵とじ	
間食・飲料・飲酒等	間食: 果物(みかん)		間食: 果物(みかん)				
栄養バランス	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可()		<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可()		<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可()		
栄養摂取量	(充足率)		(充足率)		(充足率)		
エネルギー	1447 kcal	(80.3 %)	1447 kcal	(80.3 %)	1518 kcal	(84.3 %)	
たんぱく質	69.7 g	(98.7 %)	69.7 g	(98.7 %)	66.3 g	(93.9 %)	
食塩	8.6 g	(115 %)	8.6 g	(115 %)	7.5 g	(100 %)	
訪問記録 栄養ケア目標対応	<p>①・1日3食摂っている。ごはんは1日1合を土鍋で炊き朝、夕と食べている。おかずは自炊で作置きしている。煮物が多い。昼はパンと自家製ジャムをのせたヨーグルトを食べている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・おやつはあまり食べない。 ・1回/週デイサービスに通っている。 ・今の食事内容で大丈夫か知りたい。 <p>②・身長161cm、体重58.8kg、標準体重58kg</p> <p>③・足に浮腫があるため、実際の体重は58.9kg以下となり、低栄養の傾向にある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・摂取量が不足している。 <p>④・食材の選び方や使い方を伝える。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・調理方法やメニューの提案をする。 		<p>①・食事は3食食べている。お昼に食パンや菓子パンも食べている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・食事は朝に調理をして作り置きを作っている。野菜を切る作業が身体が痛くて辛い。作業時間は短い方がいいが、光熱を考えると、電子レンジよりもガスを使う料理方法を選んで調理している。 ・水分でむせこむことがある。 <p>②体重 9月59kg, 1月58.8kg (DSでは57.5kg)</p> <p>③調理は煮物が多く、油脂を使わないおかずが多い。</p> <ul style="list-style-type: none"> ④・食材の選び方使い方を伝える。 ・調理方法やメニューの提案をする。 ・調理の幅を広げるために、料理別の使用熱源(ガス、電子レンジなど)の使い方を伝える。 		<p>①・骨折をして痛みはあるが、動けるのでご飯を作り、食べる事はできています。しかし、今は身体の痛みから外出(DS)や畑仕事、以前話していた料理教室の参加についての意欲は減っています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自家製のジャムを使った調理を知りたい。調理の時に砂糖代わりにジャムを使ったりしています。 <p>②・2月58.7kg BMI22.6kg/m²</p> <p>③・体重は維持できているが、足に浮腫はあるため実際の体重は58.7kg以下となり低栄養の傾向である。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・食事内容は油を使用しない煮物が中心。 ④・興味のある食材の使い方を伝える。 ・調理方法やメニューの提案をする。 		
電話相談	R 年 月 日 (1 回目)		R 年 月 日 (2 回目)				
次回訪問予定日	R3 1 月 25 日		R3 2 月 8 日				

※ 必要事項を記入の上、各回の訪問指導終了時に提出

5. 症例集

報告書 1

依頼先 いいでの里 清野 陽子 様 R 2年 12月 27日 発信

様式6 訪問栄養食事指導報告書 1

管理栄養士 鬼立絵梨子

患者氏名	新発田- 7 様	<input type="checkbox"/> 男	ご担当医	齋藤 洋		
		<input checked="" type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大	<input checked="" type="checkbox"/> 昭	40年	3月
訪問日	R 2年 12月 17日 (木曜日) 9時30分～10時30分 (1回目)					
依頼内容	脳梗塞再発防止にむけ、食事療法を行い、目標体重に近づける。	病名 (既往症)	脳梗塞、右片麻痺、高血圧症、肥満症 (H28.12)			
		指示事項	特になし			
主訴 困っている事	体重が多いと良くないとわかっている ので食事制限をしているが、体重が増 加してしまう。	使用薬	・シロスタゾール (脳梗塞再発抑制薬) ・アンプロキシソール (去痰薬) ・クロビドグレル (血流改善薬) ・テルミサルタン (降圧剤) ・デキストロメトルフアン (鎮静剤)			
		検査結果				
		体重減少	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月/ kg減少)			
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (要支援 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) (要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)					
日常生活 自立度	障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度) <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> c1 <input type="checkbox"/> c2 認知症高齢者の日常生活自立度 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					
家族状況	本人、父親、母親、妹	・介護サービス利用 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 ・デイサービス <input checked="" type="checkbox"/> 有 (2回/週) ・ヘルパー <input type="checkbox"/> 有 () ・その他 <input type="checkbox"/> ()				
嚥下調整食	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 コード <input type="checkbox"/> 0J <input type="checkbox"/> ot <input type="checkbox"/> 1J <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 とろみ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3					
食生活状況 食事回数/ 形態・嗜好 等	・家族が食事を作り、準備したものを自力摂取にて食べる事ができている。 ・食事回数は、3回/日。果物、間食は1回/日程度。 ・揚げ物や甘いものを好む。					
目標栄養量	エネルギー 2100 kcal ・ たんぱく質 78.4 g ・ 食塩 8 g					
課題 (疾病・介護) 栄養評価	・脳梗塞再発予防や生活習慣病の重症化予防のために食事の管理をして元気に過ごしたい。 ・飽和脂肪酸を多く摂取している。由来は揚げ物等だけでなく、乳製品や肉類から多くを摂取している。					
栄養ケア 目標	短期目標： 食事内容を意識して食事の偏りを変えていくことで、体重の増加を防ぐことができます。 長期目標： 好きな食べ物を選び、楽しく生活することができます。					
栄養改善 計画	・記入用紙に乳製品、肉類を食べたときの記録をして頂くようお願いをしていきます。(食べている食事内容を意識してもらうために、記録していただくようにします。)					

5. 症例集

依頼先

いいでの里 清野 陽子 様

R 3 年 2 月 15 日 発信

報告書2

様式7 訪問栄養食事指導報告書2

管理栄養士

鬼立絵梨子

患者氏名	新発田-7 様		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	□ 明 □ 大 p 昭 40 年 3 月 20 日 生 55 歳	
身長・IBW	身長 151 m	IBW 50.1 kg		指導回数	R2年度合計	訪問: 3回 ・ 電話: 1回
目標栄養量	エネルギー 2100 kcal ・ たんぱく質 78.4 g ・ 食塩 8 g ・ その他(飽和脂肪酸10%以下)					
訪問指導日	R 2 年 12 月 17 日 (1 回目)		R 3 年 1 月 11 日 (2 回目)		R 3 年 2 月 1 日 (3 回目)	
体重/BMI	78.4 kg ・ 34.4 kg/m ²		78 kg ・ 34.2 kg/m ²		77.3 kg ・ 33.9 kg/m ²	
食事内容	朝食	食パン、ウインナー(2本)、牛乳、ヨーグルト		食パン、ウインナー(2本)牛乳/豆乳、ヨーグルト		食パン、目玉焼き、牛乳/豆乳、ヨーグルト
	昼食	焼きそば、味噌汁、野菜の煮物		焼きそば、味噌汁、野菜の煮物		焼きそば、コロッケ、サラダ
	夕食	お粥、味噌汁、焼き魚、煮物、サラダ		お粥、味噌汁、焼き魚、煮物、サラダ		お粥、味噌汁、焼き魚、煮物、和え物
間食・飲料・飲酒等	間食:果物(みかん)、コーヒー(ミルク・砂糖入り)、アイス		間食:果物(みかん)、コーヒー(ブラック)		間食:果物(みかん)、コーヒー(ブラック)	
栄養バランス	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不可()		<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不可()		<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不可()	
栄養摂取量	(充足率)		(充足率)		(充足率)	
エネルギー	2740 kcal	(130 %)	2730 kcal	(130 %)	2700 kcal	(129 %)
たんぱく質	102 g	(130 %)	101 g	(129 %)	100 g	(128 %)
食塩	9 g	(113 %)	9 g	(113 %)	9 g	(113 %)
訪問記録 栄養ケア目標対応	<p>①・1日3食摂っている。朝食は食パン6枚切を1枚と牛乳、ヨーグルトで軽く済ませたい。昼食は麺類と夕食の残りのおかず、コーヒー(ミルク、砂糖入り)1杯。夕食は、小茶碗お粥1杯と魚1切、煮物を食べている。 ・おやつはほとんど食べない。 ・揚げ物は1回/月程度と控えている。 ・運動習慣はない。 ②・身長151cm、体重78.4kg、標準体重50.1kg ③・BMI34.4kg/m²により肥満度(2度)、高血圧症である。 ・食事内容は乳製品を多く摂取している。 ・運動不足 ④・エネルギー、飽和脂肪酸や塩分摂取を控える。</p>		<p>①・クリスマスにケーキやフライドチキンを食べた。牛乳を毎日飲んでいますが、1日おきにして豆乳と交互に飲んでいる。 ・アイスは食べていない。 ・体重は増加していない。 ②体重 11月80kg, 12月78.4kg, 1月78.0kg ③・1月BMI34.2kg/m²となり、増加せず維持できている。 ・乳製品の摂取量を控えてもらうため、牛乳を3日/週に変更。4日/週は豆乳に変更。飽和脂肪酸10%以下→9.2%となる。 ④・エネルギー、飽和脂肪酸や塩分摂取を控える。 ・牛乳の頻度を減らし豆乳を飲んでもらう。ヨーグルトは低脂肪に変更。 ・買い物や調理をする方に対して食事記録を書いてもらう。</p>		<p>①・朝食の食パンはバターでなく、ジャムに変えている。また、朝食はパンの代わりにご飯を食べる事もある。 ・豆乳と牛乳を交互に飲むことは続けている。 ②・体重1月78kg、2月77.3kg ③・2月BMI33.9kg/m²となり、減少している。 ・豆乳と牛乳を交互に飲むことを継続できており、ヨーグルトも低脂肪に変更。飽和脂肪酸を10%以下にできている。 ④・買い物や調理をする方の食事記録の結果を踏まえ、食べている料理の傾向を知ってもらい、今後揚げ物の頻度を減らす。 ・エネルギーの低い料理の作り方の実習と提案。</p>	
電話相談	R 年 月 日 (1 回目)		R 3 年 1 月 16 日 (2 回目)			
			<p>・3回目の訪問時に調理実習をする時に何を食べたいかの意向を伺った。何を食べたいかの意向を伺った。 ・ご家族様に向けて食事記録が継続できているかの確認をした。・ご家族にご本人様の間食の様子を再度聞き取りを行った。</p>			
次回訪問予定日	R3 1 月 11 日		R3 2 月 1 日			

※ 必要事項を記入の上、各回の訪問指導終了時に提出

5. 症例集

報告書 1

依頼先 ファーマライズ薬局様 様 R 3年 1月 22日 発信

様式6 訪問栄養食事指導報告書 1 管理栄養士 蕪木康子

患者氏名	十日町-1 様	<input checked="" type="checkbox"/> 男	ご担当医	県立十日町病院 甲田先生		
		<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭	26年 9月 15日 生 69歳		
訪問日	R 2年 9月 20日 (日曜日) 11時00分～12時30分 (1回目)					
依頼内容	腎機能の改善、あるいは、維持 (R1より継続)	病名 (既往症)	慢性腎臓病ステージ4・高血圧症 糖尿病			
		指示事項	塩分制限・過労			
主訴 困っている事	塩分制限 十分なエネルギー摂取 適量なたんぱく質摂取	使用薬				
		検査結果	クレアチニン3.7↑・BUN33.8↑			
		体重減少	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月/ kg減少)			
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2)(要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)					
日常生活	障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) <input checked="" type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> c1 <input type="checkbox"/> c2					
自立度	認知症高齢者の日常生活自立度 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					
家族状況	独居 調理は本人 キーパーソンは市街に住む姉	介護サービス利用	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無			
		・デイスーパー	<input type="checkbox"/> 有 ()			
		・ヘルパー	<input type="checkbox"/> 有 ()			
		・その他	<input type="checkbox"/> ()			
嚥下調整食	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 硬 <input type="checkbox"/> OJ <input type="checkbox"/> ot <input type="checkbox"/> 1J <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3					
食生活状況	食事回数/形態・嗜好等 低たんぱく米を使い、薄味を心がけている。					
目標栄養量	エネルギー 1800 kcal ・ たんぱく質 45 g ・ 食塩 6 g 以下					
課題 (疾病・介護)	農作業をし過ぎて、腎機能が低下しないように注意し、エネルギーは十分に摂る。					
栄養評価						
栄養ケア目標	短期目標: 十分なエネルギー、適量なたんぱく質摂取ができる。塩辛いものは食べない					
	長期目標: 過労を避け、食事に気を付けて現在の腎機能を維持する。					
栄養改善計画	できるうちは畑をやっていたいと本人の希望である。 十分なエネルギーと質の良いたんぱく質を摂り、塩分を控え、腎機能を維持したい。 体重モニタリングは2~3日/週は行い、自分の様子を確認する。 引き続き低たんぱく米を使用し、また油脂を適量使いながら体重を維持する。 労働は無理しない。					

5. 症例集

依頼先

ファーマライズ薬局

R 3年 1月 22日 発信

報告書2

様式7 訪問栄養食事指導報告書2

管理栄養士

蕪木康子

患者氏名	十日町-1 様	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 26年 9月 15日生 69 歳
身長・IBW	身長 167 m ・ IBW 57 kg	指導回数	R2年度合計	訪問: 3回 ・ 電話: 0回
目標栄養量	エネルギー 1800 kcal ・ たんぱく質 45 g ・ 食塩 6 g ・ その他()			
訪問指導日	R 2年 9月 20日 (1回目)	R 2年 10月 29日 (2回目)	R 2年 11月 26日 (3回目)	
体重/BMI	55.5 kg ・ 19.9 kg/m ²	56 kg ・ 20 kg/m ²	57 kg ・ 20.4 kg/m ²	
食事内容	朝食	低たんぱく米180g、ゆで卵1個、野菜の浸し	低たんぱく米180g、ヨーグルト、野菜の炒めもの	
	昼食	低たんぱく米180g、チキンソテー、人参とじゃがいものソテー、キャベツの浸し	低たんぱく米180g、魚のピカタ、青菜の浸し、春雨スープ	
	夕食	昼の残り物の予定	昼の残り物の予定	
間食・飲料・飲酒等		養命酒30ml	養命酒30ml、菊芋入り甘酒	
栄養バランス	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不可 (不明)	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不可 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不可 ()	
栄養摂取量	(充足率)	(充足率)	(充足率)	
エネルギー	kcal (%)	1800 kcal (100 %)	1800 kcal (100 %)	
たんぱく質	g (%)	40 g (88 %)	40 g (88 %)	
食塩	g (%)	8 g (120 %)	8 g (120 %)	
訪問記録 <small>栄養ケア目標対応</small>	<p>自宅で採れた野菜が中心になっている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・湯でこぼしはしていないと報告有 ・エネルギーは低たんぱく米で摂 ・肉類、魚類の摂取は一回40gにしている。 ・塩分は、殆ど使わない様心掛けている ・食事らしい食事がしたく料理のメニューを増やしたい。 ・甘い栄養剤(リボビタン等を飲んでいる)養命酒30ml/日のんでいる 	<ul style="list-style-type: none"> ・エネルギーは言われた通り、低たんぱく米と油類でしっかりと摂っている。 ・鶏肉のソテーの調理を一緒に行う ・鶏肉の分量、使用塩分、野菜の茹でる工程を一緒に実習する。 <p>・10/6検査値 BUN:42.0↑、K4.5 Hb10.8 Cre3.67</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・低たんぱく米の摂取によりでエネルギー充足を心掛ける。 ・鮭ピカタの調理指導実施(魚分量、使用塩分、野菜茹でこぼし、油の使用)し 1日の摂取量を説明 ・甘い栄養剤の摂取は中止した。 ・養命酒の摂取継続希望を医師に相談するよう説明。 ・水分摂取を小まめに摂るよう医師からの指示を説明。 	
電話相談	/ 年 月 日 (1回目)	R 年 月 日 (2回目)		
	なし 訪問希望	なし 訪問希望		
次回訪問予定日	月	月		

※ 必要事項を記入の上、各回の訪問指導終了時に提出

5. 症例集

報告書 1

依頼先 様 R 2 年 11 月 20 日 発信

様式6 訪問栄養食事指導報告書 1 管理栄養士 今井 恵

患者氏名	柏崎-1 様	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	ご担当医	樋口信也医師
訪問日	R 2 年 11 月 20 日 (金 曜 日) 9 時 30 分 ~ 10 時 30 分 (1 回 目)			
依頼内容	・食事内容の確認 ・適正量の指導	病名 (既往症)	混合性認知症・脳梗塞・日弁膜症性心房細動 高血圧症・脂質異常症・糖尿病	
		指示事項	食べ過ぎ注意 たんぱく質摂取量の増量	
主訴 困っている事	物忘れによる不安感が強い。 昨日(11月19日)朝、自宅で倒れた。	使用薬	グラクティブ錠50mg1T・アムロジピンOD5mg1T・カンデサルタン8mg1T イグザレルト10mg1T・アトルバスタチン5mg1T ルセフィ2.5mg1T・メグルコ250mg朝1T・夕食1T	
		検査結果	HbA1c 8.1、長谷川式 18点	
		体重減少	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (12 ヶ月/ 1.65 kg減少)	
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2)(要介護 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)			
日常生活 自立度	障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> J1 <input checked="" type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> c1 <input type="checkbox"/> c2 認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input checked="" type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
家族状況	独居。 同町内在住の家族(長男・長男妻) 見守りを継続中。 家族関係良好。	・介護サービス利用 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・デイサービス <input checked="" type="checkbox"/> 有 (週2回) ・ヘルパー <input checked="" type="checkbox"/> 有 (11月より毎週1回月曜日) ・その他 <input type="checkbox"/> ()		
嚥下調整食	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 コード <input type="checkbox"/> OJ <input type="checkbox"/> ot <input type="checkbox"/> 1J <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 とろみ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
食生活状況	主食・主菜・副菜を揃えて摂取している。甘いものを食べない。購入しない。2020年11月よりホームヘルパーを導入し、見守りの強化にあたっている。			
食事回数/形態・し好等	朝・昼・晩普通食を3食規則正しく摂取している。パンが好き。自家製野菜(ジャガイモ、長ネギ、玉ねぎ等)や長男夫婦より野菜等の差し入れあり。長男夫婦と買い物に行く。			
目標栄養量	エネルギー 1300 kcal ・ たんぱく質 50 g ・ 食塩 7 g			
課題 (疾病・介護)	①認知症の進行を遅らせる。 ②栄養バランスの維持(たんぱく質源の適正摂取)。 ③低血糖の予防。			
栄養評価	評価:①3食の食事内容は正しく摂取されている。②見えない間食があるが、検査数値の結果から評価し、今現在は現状維持とする。③倒れた原因は不明であるが、低血糖に注意が必要。			
栄養ケア目標	短期目標: 糖尿病の悪化を防ぐ。 適正量を守る。 低血糖を防ぐ。 長期目標: 今の生活の維持。			
栄養改善計画	適正量の定着に努める。(家族、多職種連携による見守りを継続し適正量、栄養バランスの維持のための声掛け等を行う。)			

5. 症例集

依頼先

様

R 3 年 1 月 4 日 発信

報告書2

様式7 訪問栄養食事指導報告書2

管理栄養士 今井 恵

患者氏名	柏崎-1 様		<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 13 年 10 月 10 日 生 81 歳	
身長・IBW	身長 149 m	体重 42.85 kg	指導回数	R2年度合計 訪問: 3回 ・ 電話: 0回		
目標栄養量	エネルギー 1300 kcal ・ たんぱく質 50 g ・ 食塩 7 g ・ その他()					
訪問指導日	R 2 年 11 月 20 日 (1 回目)		R 2 年 12 月 7 日 (2 回目)		R 年 12 月 22 日 (3 回目)	
体重/BMI	42.85 kg	19.3 kg/m ²	kg	kg/m ²	43 kg	19.3 kg/m ²
食事内容	朝食 7:00	食パン6枚切り1枚半 普通牛乳カップ 大根煮物 皿1 大根菜の卵炒め物 皿1	食パン6枚切り1枚半 普通牛乳カップ 卵または肉の炒めもの 野菜料理	食パン6枚切り1枚半 低脂肪乳カップ1 大根の煮物 白菜の肉炒め物		
	昼食 12:00	ごはん茶碗1/2杯 食パン6枚切り1枚 大根菜の卵炒め小皿1 お茶湯呑1	ごはん茶碗1/2杯 食パン6枚切り1枚 朝の残り	ごはん茶碗1杯 味噌汁(豆腐・白菜・大根菜) 卵炒め		
	夕食 19:00	ごはん茶碗1杯 焼き魚鮭1切れ 大根煮物 皿1 大根菜の炒め物 皿1	ごはん茶碗1杯 鮭または肉炒め 白菜やキャベツ、大根菜の炒め物	ごはん茶碗1杯 味噌汁(昼残り) 焼き魚(鮭)大根煮物 白菜ゆで物		
間食・飲料 ・飲酒等	せんべい2枚 お茶		果物 おせんべい		ヨーグルト みかん	
栄養バランス	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不可()		<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不可()		<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不可()	
栄養摂取量	(充足率)		(充足率)		(充足率)	
エネルギー	1340 kcal	(103 %)	1350 kcal	(104 %)	1310 kcal	(101 %)
たんぱく質	50 g	(100 %)	50 g	(100 %)	50 g	(100 %)
食塩	10 g	(143 %)	10 g	(143 %)	10 g	(143 %)
訪問記録 <small>栄養ケア目標対応</small>	<p>・物忘れによる不安感が強い。探し物が増えた。</p> <p>・昨日(11/19)朝、倒れた。すぐに気が付きデイサービスに参加した。倒れた原因不明。</p> <p>・眼科に受信、眼圧が上がっている。2月に受診予定。</p> <p>・畑仕事は継続している。</p> <p>・愛犬の散歩も毎朝行っている。</p> <p>・食事は食べ過ぎに気を付けている。</p> <p>・買い物時は甘い菓子を購入しない。</p> <p>・カレー味のカップ麺、食パンが好き。</p> <p>・見えない間食が疑われる。</p> <p>・睡眠は良くとれている。</p> <p>〈栄養ケア目標〉</p> <p>①適正量の定着に努める。</p> <p>②たんぱく質の増量に努める。</p> <p>③多職種と家族の連携で見守る。</p>		<p>・変わりなく過ごしている。</p> <p>・再度現状把握の為 買い物シートからせんべい1袋、焼き菓子せんべい1袋、菓子パン(山崎コッペパン)2個の購入があり、間食量が多い事が見えてきた。長男妻、本人へ菓子及び菓子パン購入は、各1個までとする事を指導した。また、パンに関しては普通のコッペパンやロールパンを勧めた。</p> <p>・前回の結果からたんぱく質不足の懸念がある為、たんぱく質源の摂り方として缶詰の使用を提案した。</p> <p>〈栄養ケア目標〉</p> <p>①たんぱく質源不足を防ぐ。</p> <p>②正しい食生活の定着に努める。</p>		<p>・変わりなく過ごしている。</p> <p>・夕食後の服用忘れの頻度が多くなった(5日以上)</p> <p>・前回の指導通り、菓子、菓子パンは購入していない。無糖ヨーグルト、普通コッペパン、魚の缶詰、こま切れ肉、卵、牛乳、魚を購入していた。</p> <p>栄養ケア目標についてたんぱく質源のフードモデルを活用し、手ばかり法で実際に片手にのせて適量を測ってもらった。またご家族と本人へ実物の食品(カップ緬ヤマザキ菓子コッペパン、切り餅)を活用し、購入時の栄養表示確認を指導した。</p> <p>(成果)</p> <p>ご家族へ購入品がとても重要である事を伝え、指示通り購入されていた。栄養ケア目標の①、②に繋がる一歩となって欲しい。たんぱく質源食品の不足のないよう、このまま適量摂取で過ごしていただきたい。</p> <p>この度の訪問全てにケアマネージャーさんが同席して下さり、関わりある職種の連携により見守りの強化を図ることができた。</p>	
電話相談	R 年 月 日 (1 回目)		R 年 月 日 (2 回目)			
次回訪問予定日	令2年 12 月 7 日 14時頃		12 月 22 日 15時30分			

5. 症例集

訪問栄養食事指導報告書 1

様式 6

依頼先 _____ 様

ご担当医 _____ 様

報告日 R2年 6月 5日

管理栄養士 小林 直子

患者氏名	長岡-1	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	明・大・昭 6年 5月 26日生 89歳
訪問日時	6月 4日(木) 14時00分～15時30分 (1回目)		
依頼内容	三叉神経痛で食事が思うように取れない 何を食べれば良いか知りたい	介護施設利用状況 (ディサービス等) ディサービス元年10月まで摂食困難で休み4月から再開予定 ヘルパー利用(なし)	
介護認定	自立・申請中・(要支援 1・2) (要介護 ①・2・3・4・5)		
日常生活 自立度	障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) (J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2) 認知症高齢者の日常生活自立度 (なし・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・V)		
主訴 困っている事	歯は全部抜歯 総入れ歯は合わず (口腔状態 神経痛で痛み晴れた感じ)	【指示事項】減塩 梅干しは半分に	
病名(既往歴)	高血圧症 高血糖 HbA1C6.4	検査結果	
服薬状況	降圧剤 2剤 服薬に関係する注意食品()	【家族状況】 キーパーソン(長女) 調理担当 (長女) 1人暮らし。市内に居る娘が食事作りに通い昼は一緒に食べ、夕食は別居している長男が通って見守りしている。	
身体所見	身長 140 cm・体重 44.7 kg・BMI 22.8 kg/m ² 体重減少 有 (1・3・6ヶ月 kg減少)	MNA-SF (11) ポイント	
嚥下調整食	無・有 分類コード (0j・0t・1j・2-1・2-2・3・4) とろみ(1・2・3)		
食生活状況	現在の食事回数(3回)・食形態(粥、軟菜食) 食嗜好(魚臭が気になって魚が食べられない)		
目標栄養量	エネルギー 1400 Kcal ・ たんぱく質 50 g ・ 塩分 6 g		
課題(疾病・介護) 栄養評価	右三叉神経痛4年前から、口中が腫れ歯が悪くなって全抜歯 噛めないところへ神経痛あり 食事が思うように取れない。体重減少がみ 粥食に加圧して煮た軟菜が中心。噛めないのでたんぱく質不足。粥食でエネルギー不足		
栄養ケア目標	短期目標：体重の現状維持。欠食をしない 長期目標：低栄養に注意しながら減塩に努め、血糖値の現状維持。		
具体的な 栄養改善計画	主食・主菜・副菜をそろえる たんぱく質を毎食取る 摂取エネルギー不足に注意する 食べやすい調理の工夫をする		
指導内容 (1回目)	主食は粥の他、麺類やでんぷん製品を用いる。うどんの煮方、葛湯など。 歯茎で噛める調理について。 たんぱく質は卵に偏らず色々な種類を食べましょう。 魚は生臭さが気になる牛乳に浸けてみましょう。 いも料理の工夫について。電子レンジの利用について。		

※必要事項を記1回目の指導後に提出 次回訪問予定日 _____ 月 _____ 日() _____ 時 _____ 分

5. 症例集

報告書 1

依頼先 緑町薬局 様 R 2年 7月 5日 発信

様式6 訪問栄養食事指導報告書 1 管理栄養士 小林 直子

患者氏名	長岡-2 様	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	ご担当医	高木 正人
訪問日	R 2年 7月 1日 (水曜日) 15時00分～15時40分 (1回目)			
依頼内容	・中性脂肪が高いので改善したい ・食事の取り方を相談したい		病名 (既往症)	境界型糖尿病
			指示事項	エネルギー1400kcal
主訴 困って いる事	1回目モデル訪問後中性脂肪は改善し 服薬は2錠から1錠に減らされた 現状を維持したい		使用薬	リピデル
			検査結果	TG343→140mg/dℓ
			体重減少	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月/ kg減少)
介護認定	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2)(要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)			
日常生活 自立度	障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> c1 <input type="checkbox"/> c2 認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
家族状況	夫と2人暮らし	・介護サービス利用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・デイサービス <input type="checkbox"/> 有() ・ヘルパー <input type="checkbox"/> 有() ・その他 <input type="checkbox"/> ()		
嚥下調整食	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 硬 <input type="checkbox"/> OJ <input type="checkbox"/> ot <input type="checkbox"/> 1J <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
食生活状況 食事回数/ 形態・嗜好等	先回指導の注意事項を守って、食物繊維をとり、果物は日中に食べるようにした。 交友関係が広く外食もある様子だが、食べ過ぎやメニュー選択に気を付けている。今はコロナを心配してできるだけ家で食べるとのこと。			
目標栄養量	エネルギー 1400 kcal ・ たんぱく質 60 g ・ 食塩 6 g			
課題 (疾病・介護) 栄養評価	コロナの影響で週3回通っていたジムが3か月間閉鎖になり、減った体重が元に戻り始めてきたことからTGの上昇が危惧される。 以前よりは3食平均に食べるようになった。食物繊維を取るよう心掛けている。			
栄養ケア目標	短期目標: ジム通いを再開し昼食の充実を図る 長期目標: 服薬量1錠に減らされたままと維持できるようにする			
栄養改善計画	主食・主菜・副菜を揃え、外食や間食が続かないように注意する			

5. 症例集

依頼先

緑町薬局

R 2年 7月 5日 発信

報告書2

様式7 訪問栄養食事指導報告書2

管理栄養士 小林 直子

患者氏名	長岡-2	様	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 20年 6月 5日生 75歳
身長・IBW	身長 151.6 m ・ IBW 53.8 kg	指導回数	R2年度合計	訪問: 1回 ・ 電話: 0回	
目標栄養量	エネルギー 1400 kcal ・ たんぱく質 60 g ・ 食塩 6 g ・ その他()				
訪問指導日	R 2年 7月 1日 (1回目)	R 年 月 日 (2回目)	R 年 月 日 (3回目)		
体重/BMI	53.5 kg ・ 23.3 kg/m ²	kg ・ kg/m ²	kg ・ kg/m ²		
食事内容	朝食	食パン6枚切り1枚・目玉焼き 果物 コーヒー ヨーグルト			
	昼食	おにぎり 野菜ジュース サラダ			
	夕食	ご飯100g 味噌汁(具沢山) 焼き魚 野菜炒め			
間食・飲料・飲酒等	コーヒー				
栄養バランス	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可(以前より改善)	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不可()	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不可()		
栄養摂取量	(充足率)	(充足率)	(充足率)		
エネルギー	1300 kcal (93 %)	kcal (%)	kcal (%)		
たんぱく質	50 g (83 %)	g (%)	g (%)		
食塩	6.3 g (105 %)	g (%)	g (%)		
訪問記録 <small>栄養ケア目標対応</small>	<p>1回目の訪問指導後の生活をうかがうことを名目に訪問を申し入れた。</p> <p>ジム通いを続け、食事では前回触れた食物繊維の取り方に気を付け、果物は朝か昼に食べるように注意し、昼の菓子パンは止めた。現在も継続中。</p> <p>検査数値は訪問直後 劇的にTG340→140に改善して服薬量を半分に減らされた。コロナ騒ぎでジムが閉鎖され運動の機会を失い減少した体重が少し増加。</p> <p>最近になってジムが再開したので、週3回以前同様通っている。</p> <p>バランスよく食べ、服薬量が減らされたまま生活できることが目標、訪問は今回までを希望された。</p>				
電話相談	年 月 日 (1回目)	R 年 月 日 (2回目)			
次回訪問予定日	月 日	月 日			

※ 必要事項を記入の上、各回の訪問指導終了時に提出

5. 症例集

報告書 1

依頼先 長岡市富曽亀地区地域包括センター 様

R 2年 7月 25日 発信

様式6 訪問栄養食事指導報告書 1

管理栄養士 小林 直子

患者氏名	長岡-3 様	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	ご担当医	かかりつけ医 土田桂蔵
訪問日	R 2年 7月 21日 (火曜日) 15時00分～15時50分 (1回目)			
依頼内容	食べ物の味がしないので相談したい	病名 (既往症)	糖尿病 高血圧	
		指示事項	エネルギー1500kcal	
主訴 困っている事	・耳鼻科及び内科にかかり味覚異常で亜鉛・唾液分泌を促す薬を処方され。症状は軽快し薬の処方は止められた。 再び味覚異常で食欲がない	使用薬	メインテート オルメテック ノルバスク ジャスビア マグミット ラグレートール メチコパール コンスタン	
		検査結果	HbA1c6.4%	
		体重減少	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (月/ kg減少)	
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (要支援 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2)(要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)			
日常生活	障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)	<input checked="" type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> c1 <input type="checkbox"/> c2		
自立度	認知症高齢者の日常生活自立度	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
家族状況	独居	介護サービス利用	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	日中は嫁いでいる長女が見守り、 朝夕は別世帯の長男が来宅し見守り、 本人が就寝する前に帰宅する	・デイサービス	<input checked="" type="checkbox"/> 有(コロナでしばらく休んでいる)	
		・ヘルパー	<input type="checkbox"/> 有()	
		・その他	<input type="checkbox"/> ()	
嚥下調整食	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> コード <input type="checkbox"/> OJ <input type="checkbox"/> ot <input type="checkbox"/> 1J <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
食生活状況	先回、入れ歯が合わない上三叉神経痛で食事が取れず。食事の形態を工夫しエネルギーたんぱく質の不足に ならぬよう注意してきた。 コロナの影響で家に籠りがちになり食欲不振 味覚異常になり甘み感じず苦さを感じる。 食事は3回噛めないで粥や軟菜、魚のほぐしなど。プリンが好きだが最近では苦く感じる。茶碗蒸しは味を感じ ない。酸味と香りは強く感じる。			
食事回数/ 形態・し好 等				
目標栄養量	エネルギー 1500 kcal ・ たんぱく質 60 g ・ 食塩 6 g			
課題 (疾病・介護)	高齢で糖尿病、高血圧の基礎疾患がある。食欲不振なので好きなものを食べるように言うと糖尿病に悪いから 食べられないと。味覚異常に関しては耳鼻科、内科共に薬の処方がされ軽快したが、薬が重なることから片方 の処方を取り下げられて再度味覚異常になった。			
栄養評価	粥食なのでエネルギー不足。好きな団子やおこわは食べられそう。たんぱく質は先回の指導を参考に軟らかく して食べている			
栄養ケア目 標	短期目標: 7月27日内科定期受診予定 主治医に味覚異常について話し、投薬してもらう			
	長期目標: エネルギー不足に注意し、体重の現状維持を図る。			
栄養改善 計画	主食・主菜・副菜を揃え、好きな食べ物を食べてみる。 味は少しははっきりした味付けにし、酸味や香辛料などを利用して食欲がわく料理の工夫をする。			

5. 症例集

依頼先 富曾亀地区地域包括センター 様 R 2年 7月 25日 発信

報告書2

様式7 訪問栄養食事指導報告書2

管理栄養士 小林 直子

患者氏名	長岡-3 様	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	□ 明 □ 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 6年 5月 26日 生 89 歳
身長・IBW	身長 145 cm ・ IBW 44.7 kg	指導回数	R2年度合計	訪問: 1回 ・ 電話: 0回
目標栄養量	エネルギー 1500 kcal ・ たんぱく質 60 g ・ 食塩 6 g ・ その他()			
訪問指導日	R 2年 7月 21日 (1回目)	R 年 月 日 (2回目)	R 年 月 日 (3回目)	
体重/BMI	44.7 kg ・ 21.3 kg/m ²	kg ・ kg/m ²	kg ・ kg/m ²	
食事内容	朝食	粥 小1杯 味噌汁 煮野菜 ヨーグルト		
	昼食	粥 1杯 卵焼き 煮野菜 チーズ		
	夕食	粥 1杯 とろろきゅうり 鶏肉の煮物 麩の和え物		
間食・飲料 ・飲酒等	ヤクルト チョコレート 笹団子			
栄養バランス	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可() <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不可() <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不可()			
栄養摂取量	(充足率)			
エネルギー	1200 kcal (80 %)	kcal (%)	kcal (%)	
たんぱく質	50 g (83 %)	g (%)	g (%)	
食塩	6 g (100 %)	g (%)	g (%)	
訪問記録 <small>栄養ケア目標対応</small>	<p>訪問指導の継続を持ちかけた当初は断られたが、味覚異常になったことで訪問の依頼をされた。9種類もの服薬があり、味覚異常の薬は耳鼻科と内科双方から処方され、耳鼻科の薬は処方を中止。その後味覚異常は軽快したことから内科の薬も中止され、直後に再び味覚障害になった。甘いものが苦く感じ、他の味も感じず、食欲がないとのこと。</p> <p>エネルギー不足にならないよう食べられるものを選んで食べるようすすめ、味は濃い目にし、酸味はわかるので酢を効かせたり香りの工夫をするよう勧めた。</p> <p>困った日常を誰かに聞いてもらいたい様子。今回の訪問で終了にしたい意向。</p>			
電話相談	年 月 日 (1回目)	R 年 月 日 (2回目)		
次回訪問 予定日	月 日	月 日		

※ 必要事項を記入の上、各回の訪問指導終了時に提出

5. 症例集

報告書 1

依頼先 関川愛広苑 居宅介護支援専門員 吉澤様 R 2年 8月 27日 発信

様式6 訪問栄養食事指導報告書 1 管理栄養士 宮村 愛

患者氏名	村上-1 様	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	ご担当医	新潟県立坂町病院
訪問日	R 2年 8月 25日 (火曜日) 11時00分～11時50分 (1回目)			
依頼内容	体重減少、食事中の咽、褥瘡形成あり。栄養状態を改善したい。本人への指導は困難な為、主介護者の娘様へ助言してほしい。	病名 (既往症)	アルツハイマー型認知症、WPW症候群、慢性うっ血性心不全(僧帽弁逆流症)	
		指示事項		
主訴 困っている事	飲み込みが悪くなり、以前までのように家族と同じ食事が食べられなくなった。使用食材が少なくなった。出来れば、色々食べさせたい。料理のレパートリーを増やしたい。	使用薬	ダイアート錠、タケブロンOD錠、アルダクトンA錠、メパロチン錠、エイリキュース錠、レミニールOD錠、メマリー錠、クラビット点眼液、エンシュア・リキッド	
		検査結果		
		体重減少	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (3ヶ月/ 3.1 kg減少)	
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2)(要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5)			
日常生活 自立度	障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> c1 <input checked="" type="checkbox"/> c2 認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input checked="" type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
家族状況	本人、夫、娘との3人暮らし。主介護者は娘。夫は食事介助、ベッド⇄車椅子間の移乗介助等の協力あり。	・介護サービス利用 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・デイサービス <input checked="" type="checkbox"/> 有(通所リハビリ(当苑)) ・ヘルパー <input type="checkbox"/> 有(・その他 <input checked="" type="checkbox"/> (ショートステイ(当苑)、福祉用具レンタル)		
嚥下調整食	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 コード <input type="checkbox"/> OJ <input type="checkbox"/> ot <input type="checkbox"/> 1J <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 ところみ <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
食生活状況 食事回数/ 形態・嗜好等	朝・昼・夕の3食。間食はなし。食事以外はベッドで臥床している。毎食時、離床し、車椅子座位にて食事している。食事形態:粥・1cm角程度の大きさの軟菜程度。水分はトロミ剤を使用。3食以外の水分補給なし。ベッド上での食事・水分提供経験なし。嫌いな食品は特になし。スイカやトマトは以前から好まれており、一口大にして摂取している。エンシュアやメイバランスブリックゼリーを摂取すると下痢になる為、提供中止。あまり費用はかけず、出来るだけ家族と同様のものを提供。			
目標栄養量	エネルギー 1400 kcal ・ たんぱく質 58 g ・ 食塩 5.9 g			
課題 (疾病・介護) 栄養評価	体重減少あり、BMI14.2と低く、臀部の褥瘡形成(改善傾向)もみられ低栄養状態。認知機能低下に伴い、摂食嚥下障害あり。当苑利用時は、本人の身体機能に合わせた食事形態を提供できているが、在宅では本人の状態に適していない形状の食品も提供されている。たんぱく質摂取量が少ない。			
栄養ケア目標	短期目標: ①本人の状態に適した食事形態の食事を安定して提供したい。 ②食事摂取量を保ち、体重が維持したい。 長期目標: 誤嚥性肺炎を予防し、褥瘡が治癒したい。			
栄養改善計画	①本人の摂食嚥下機能に適した食事が常に提供できるよう調理方法の工夫等アドバイスする。 ②自宅でも肉料理が食べられるように調理方法や食材の選び方を提案する。			

5. 症例集

依頼先 関川愛広苑 居宅介護支援専門員 吉澤 様

R 2年 10月 29日 発信

報告書2

様式7 訪問栄養食事指導報告書2

管理栄養士 宮村 愛

患者氏名	村上一1 様		<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 9年 5月 22日生 86歳		
身長・IBW	身長 1.56 m ・ IBW 53.5 kg		指導回数	R2年度合計 訪問: 3回 ・ 電話: 2回			
目標栄養量	エネルギー 1400 kcal ・ たんぱく質 58 g ・ 食塩 5.9 g ・ その他()						
訪問指導日	R 2年 8月 25日 (1回目)		R 2年 9月 25日 (2回目)		R 2年 10月 29日 (3回目)		
体重/BMI	34.6 kg ・ 14.2 kg/m ²		35 kg ・ 14.4 kg/m ²		34.7 kg ・ 14.2 kg/m ²		
食事内容	朝食	粥に卵や魚を解したものを混ぜたもの、味噌汁にとろみをつけて		粥(茶碗1/2の米飯+お湯+トロミ剤)に 鮭フレーク、具沢山味噌汁、スクランブルエッグ、ミニトマト、バナナ		粥(茶碗1/2の米飯+お湯+トロミ剤)に 鮭フレーク、具沢山味噌汁、スクランブルエッグ、バナナ	
	昼食	粥に卵や魚を解したものを混ぜたもの、味噌汁(麦茶)にとろみをつけて、デザート(果物)		粥+ふりかけ、具沢山味噌汁、スクランブルエッグ、南瓜煮、バナナ		粥+ふりかけ、具沢山味噌汁、スクランブルエッグ、南瓜煮、りんご、ミニあんぱん	
	夕食	粥に卵や魚を解したものを混ぜたもの、豆腐、味噌汁(麦茶)にとろみをつけて、デザート(果物)		粥、具沢山味噌汁、卵の花、じゃが芋と鯖缶の煮物、ぶどうゼリー		粥+梅干し、具沢山味噌汁、卵の花、じゃが芋と鯖缶の煮物、フルーツゼリー、薄皮	
間食・飲料・飲酒等	間食なし。食事以外の水分補給なし。		間食なし。食事以外の水分補給なし。		間食なし。食事以外の水分補給なし。		
栄養バランス	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不可()		<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不可()		<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不可()		
栄養摂取量	(充足率)		(充足率)		(充足率)		
エネルギー	1050 kcal (71 %)		1110 kcal (79 %)		1230 kcal (88 %)		
たんぱく質	20 g (34 %)		45 g (78 %)		48 g (83 %)		
食塩	6 g (100 %)		7.8 g (132 %)		8 g (136 %)		
訪問記録	<p>①本人の状態に適した食事形態になるように 提案内容:きのこなど、うまく咀嚼できず、丸飲みになりやすい食材は包丁でたいたいてみじん切りにしてからトロミを付けて提供する。トロミ剤は本人の分を盛り分けてから使用する(経済的負担を考慮)</p> <p>②高栄養の食事内容になるように 提案内容:エンシュアやメイバランスを摂取すると下痢する為、普段の食事に少しプラスする方法。油の利用。肉は脂身の多い挽肉、魚はフレークタイプの油漬ツナ缶を勧め細目に料理に加える。野菜はマヨネーズで和え、口腔内でのまとまり易さもアップ。 次回まで課題等:食事内容・量聞き取り。トロミ剤の価格調査</p>		<p>①本人の状態に適した食事形態になるように: 前回提案したきのこなど、うまく咀嚼できず、丸飲みになりやすい食材は包丁でたいたいてみじん切りにしてからトロミを付けて提供するようになり、スムーズ。 今回提案:舌でつぶせるレベルのレトルト食品をサンプルとして提供。食事形態のレベルの参考にしてほしいと提案。 ②高栄養の食事内容になるように: 前回提案した挽肉、ツナ缶を勧め細目に料理に加える。マヨネーズの積極的な活用を実施。挽肉は、口腔内に残りやすかった。 今回提案:提案内容:乳製品でない高栄養補助食品のサンプルを提供し、試食を提案。補助食品を定期的に取り入れた食事内容。水分摂取の際、豆乳の活用。タンパク源になる豆腐・卵・はんぺん等、常備し食事に加える。 ※褥瘡治癒。体重38kgを目標とする。</p>		<p>①本人の状態に適した食事形態になるように: ご家族より「肉や魚など、家族と同じものをできるだけ食べさせたい」とのこと。肉や魚など繊維質が軟らかくなるまで調理するのは容易ではない。 提案:フードプロセッサーを導入。副食はご家族と同様に調理したものを形態調整(ご家族は、その場でインターネット検索し購入に前向きな様子) ②高栄養の食事内容になるように: 前回提案したタンパク源になる豆腐・卵・はんぺん等を活用しているとのこと。前回サンプル提供した乳製品でない高栄養補助食品を試した結果、今後も使用したい商品があったため、購入方法を確認し、情報提供する予定。 その他、当苑デイケア利用時の情報を踏まえ: ・朝食後の内服薬が、飲み込めず口腔内に残っていることがある。 提案:濃いめのトロミ飲料にまぜて提供。 ・朝、迎えに行った際、朝食が食べ終わっていないことがある。 提案:朝食は、家族の負担を軽減した内容にする。(薄皮パン、バナナ、飲料程度)。 ◎ご家族より:少しでも長く安定した状態で在宅で一緒に過ごしたいとの希望。今後、本人の身体機能の低下は少しずつでも進み、止められない。ご家族の介護負担も考えながら介護していきましょう。これからも、細目に連絡・相談しましょう!と伝えた。</p>		
電話相談	R 2年 9月 11日 (1回目)		R 2年 10月 12日 (2回目)		◎ご家族より:少しでも長く安定した状態で在宅で一緒に過ごしたいとの希望。今後、本人の身体機能の低下は少しずつでも進み、止められない。ご家族の介護負担も考えながら介護していきましょう。これからも、細目に連絡・相談しましょう!と伝えた。		
	<p>・食事の食べ具合:著変なし</p> <p>・肉や魚は食べられているか?</p> <p>咽るのが怖くてあまり提供できていない。口の中で残って飲み込めなかった。</p> <p>肉や魚みたいに栄養を摂れるものを教えてほしい。水分摂取と兼て、豆乳を取り入れたらと提案。</p>		<p>・食事の食べ具合:食欲良好。著変なし。</p> <p>・あんぱんを食べさせたい。→飲み込み不良の可能性もあるが、薄皮のパンを選び、トロミ付茶と一緒に少しずつ提供してみてもと提案。</p>				
次回訪問予定日	9月 25日		10月 29日				

※ 必要事項を記入の上、各回の訪問指導終了時に提出

5. 症例集

依頼先 関川診療所 平田丞先生

R 2年 9月 28日 発信

様式6 訪問栄養食事指導報告書 1

管理栄養士 宮村 愛

患者氏名	村上-2 様	<input checked="" type="checkbox"/> 男	ご担当医	関川診療所 平田丞先生
		<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭	7年 4月 17日生 88歳
訪問日	R 2年 9月 28日 (月曜日) 13時30分～14時30分 (1回目)			
依頼内容	廃用が進んできており、寝たきり状態。 食も細くなっている。 食事を楽しみながら、栄養状態を良好に保ってほしい。	病名 (既往症)	脳梗塞(40～50代)、胸椎椎間板ヘルニア(H21年)、糖尿病、左大腿骨骨折、肺炎 心不全(H30年入院)	
		指示事項		
主訴 困っている事	現在の食事内容や量が、本人の状態に適しているのか分からない。	使用薬	エンシュア・リキッド、トラゼンタ錠、クライスロマイシン錠、フェルムカプセル、バイアスピリン、ランソプラゾールOD錠、アーガメイト20%ゼリー、マグミット錠	
		検査結果		
		体重減少	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (4ヶ月/ 1.8 kg)	
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2)(要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5)			
日常生活 自立度	障害老人の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input checked="" type="checkbox"/> c1 <input type="checkbox"/> c2 認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input checked="" type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
家族状況	本人と妻の2人暮らし	・介護サービス利用 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・デイサービス <input checked="" type="checkbox"/> 有(週2回) ・ヘルパー <input checked="" type="checkbox"/> 有(週2回) ・その他 <input checked="" type="checkbox"/> (訪問看護・リハビリ、短期入所、福祉用具貸与)		
嚥下調整食	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 31 <input type="checkbox"/> 32 <input type="checkbox"/> 33 <input type="checkbox"/> 34 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 37 <input type="checkbox"/> 38 <input type="checkbox"/> 39 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 41 <input type="checkbox"/> 42 <input type="checkbox"/> 43 <input type="checkbox"/> 44 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 46 <input type="checkbox"/> 47 <input type="checkbox"/> 48 <input type="checkbox"/> 49 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 51 <input type="checkbox"/> 52 <input type="checkbox"/> 53 <input type="checkbox"/> 54 <input type="checkbox"/> 55 <input type="checkbox"/> 56 <input type="checkbox"/> 57 <input type="checkbox"/> 58 <input type="checkbox"/> 59 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 63 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 66 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> 68 <input type="checkbox"/> 69 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 71 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 73 <input type="checkbox"/> 74 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 76 <input type="checkbox"/> 77 <input type="checkbox"/> 78 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> 81 <input type="checkbox"/> 82 <input type="checkbox"/> 83 <input type="checkbox"/> 84 <input type="checkbox"/> 85 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 87 <input type="checkbox"/> 88 <input type="checkbox"/> 89 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 91 <input type="checkbox"/> 92 <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 94 <input type="checkbox"/> 95 <input type="checkbox"/> 96 <input type="checkbox"/> 97 <input type="checkbox"/> 98 <input type="checkbox"/> 99 <input type="checkbox"/> 100			
食生活状況 食事回数/形態・嗜好等	朝・昼・夕の3食。間食に果物。常にベッドで臥床して過ごしている。食事は、ベッド上。 食事形態:軟飯・一口大の軟菜程度。水分はトロミ剤を使用。水分補給:食事の合間に3～4回。 水分内容:そば茶が主。時々野菜ジュース。 嗜好:薄味、さっぱりした物を好む。濃い味・辛い・酢の物は好まず、咽やすい。 エンシュアHi1本/日(3食で1/3量ずつ摂取)。レトルト介護食(キューピーやさしい献立UD容易にかめる)1P/日。たんぱく質補給食品(明治メイプロテイン)小さじ1杯/日。			
目標栄養量	エネルギー 1140 kcal ・ たんぱく質 59.7 g ・ 食塩 5.9 g			
課題 (疾病・介護) 栄養評価	体重は維持しているが、BMI15.9と低い。入退院を繰り返すうちに廃用症候群の症状が進み、身体活動量が少なく、嚥下障害あり。糖尿病あり、半年前頃、血糖コントロール不良。その後、内服調整もあり現在は血糖値安定。その頃と食事提供内容変わっていない為、現在の栄養管理が適切か不安。			
栄養ケア目標	短期目標: 食事摂取量を保ち、体重維持もしくは増加したい。 長期目標: 体調が安定し、誤嚥性肺炎を予防したい。			
栄養改善計画	①栄養内容が偏らず、たんぱく質不足にならないように調理方法や食材の選び方を提案する。 ②妻と一緒に食事が楽しめるように調理方法の工夫等アドバイスする。			

5. 症例集

依頼先

関川診療所 平田丞先生

R 2年

11月

19日 発信

報告書2

様式7

訪問栄養食事指導報告書2

管理栄養士

宮村 愛

患者氏名	村上-2 様		<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 7年 4月 17日生 88歳	
身長・IBW	身長 1.57 m ・ IBW 39 kg		指導回数	R2年度合計 訪問: 3回 ・ 電話: 0回		
目標栄養量	エネルギー 1140 kcal ・ たんぱく質 59.7 g ・ 食塩 5.9 g ・ その他()					
訪問指導日	R 2年 9月 28日 (1回目)		R 2年 10月 23日 (2回目)		R 2年 11月 19日 (3回目)	
体重/BMI	39 kg ・ 15.9 kg/m ²		未測定 kg ・ kg/m ²		39.8 kg ・ 16.2 kg/m ²	
食事内容	朝食	軟飯+焼き魚、野菜と大豆製品・鶏肉の煮物、トマト、お浸し、エンシュア1/3缶		朝・昼・夕食時、同様		
	昼食	軟飯+焼き魚、野菜と大豆製品・鶏肉の煮物、トマト、お浸し、エンシュア1/3缶		朝・昼・夕食時、同様		
	夕食	軟飯+卵あんかけ、レトルト介護食、トマト、ゴーヤの煮物、エンシュア1/3缶		朝・昼・夕食時、同様		
間食・飲料・飲酒等	間食:梨1/6個 水分:そば茶3~4杯 + プロテインパウダー(小さじ1)		水分:そば茶3~4杯 +プロテインパウダー(小さじ1)		水分:そば茶6杯(毎食時+食間+眼前)	
栄養バランス	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不可()		<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不可()		<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不可()	
栄養摂取量	(充足率)		(充足率)		(充足率)	
エネルギー	1400 kcal (123 %)		1400 kcal (123 %)		1470 kcal (129 %)	
たんぱく質	58 g (97 %)		53 g (89 %)		58.3 g (98 %)	
食塩	6 g (102 %)		5 g (85 %)		5 g (85 %)	
訪問記録	<p>①栄養バランス良く、たんぱく質が摂れるように 既に、様々な食品を取り入れ食べやすいように工夫し提供できている。エンシュアも定期的に食事に組み込んで摂取できている。妻へは、現在の食事内容を継続して問題ないと伝えた。更に、たんぱく質を補給できるように、豚肉(薄切り肉)や牛乳を取り入れてはと提案した。高栄養ゼリーのサンプルを提供し、間食に提案。</p> <p>②妻と一緒に食事が楽しめるように新たに取り入れるように提案した牛乳は2人で水分補給の代わりに試してはと提案。本人の咀嚼機能は保たれている為、引き続き、妻と一緒に季節の野菜や果物を楽しんでほしいと伝えた。</p>		<p>1週間前頃〜咽が強くなり、食事形態変更(軟飯・一口大軟菜→粥・ミキサー食)。食事形態変更後は咽が改善している。副食の内容は、ほぼ変更なく全て一緒にミキサーにかけて提供しているとのこと。味について不安があり、本人に確認するも不満はない様子。大きめのスプーン使用は変更ないが、食事形態に伴いスプーンに乗る量が減量し、一口量減少につながっていると思われる為、経過観察する。</p> <p>①栄養バランス良く、たんぱく質が摂れるようにプロテインパウダーを細目に食事に追加することを提案。費用を考慮し、レトルト介護食は中止し、手作りの煮物を増量提供を提案。</p> <p>②妻と一緒に食事が楽しめるようにミキサーにかけることにより、以前までと同様のものは摂取可能。引き続き、妻と一緒に食べられる料理を提供してほしいと伝えた。料理ごとにそれぞれをミキサーにかけたほうが良いのは妻も理解はしているが、介護負担を考慮し、本人も不満なく全量摂取している為、経過観察する。</p>		<p>①栄養バランス良く、たんぱく質が+AC24:AN44+AC24:AN44摂れるように既に、妻の作る煮物には、鶏もも肉や高野豆腐、車麩、打ち豆等の大豆製品を様々加えている。ミキサーにかける際、牛乳を加えている。粥には卵黄を混ぜている。また、そば茶にはプロテインパウダーを添加。食後にエンシュアを摂取することにより、たんぱく質量は十分摂れていると思われる。</p> <p>→プロテインパウダー(明治 メイプロテイン)は引き続き使用。手配は、当苑訪問看護経由、宮村発注。</p> <p>・エンシュアも栄養補助の観点にて継続したほうが良いと考える。本人も気に入って召し上がっているとのこと。</p> <p>②妻と一緒に食事が楽しめるように副食はミキサー食。煮物+しゃぶしゃぶ肉+お浸し+りんご全てを混ぜてミキサーにかけている。ミキサーにかけることにより、以前までと同様に妻と一緒に摂れている為、経過観察する。調理している妻は美味しい食事が提供できるように工夫されていた。煮物は鶏もも肉と大豆製品を数種加え、旨味が出るようにし、薄味にして素材の味が引き立つようにしていた。全体の味をまろやかにするために味見した上で、ミキサーにかけるとき水代わりに牛乳を少し加えていた。粥には卵白を加えると食感・味とも悪くなる為、卵黄のみ。</p> <p>→現状で特に問題ないと判断。引き続き、妻の作る食べ慣れた美味しい食事を楽しんでほしいと伝えた。</p>	
電話相談	R 2年 10月 22日 (1回目)		R 年 月 日 (2回目)		R 2年 11月 19日 (3回目)	
	先週、訪問リハ職員より「最近、咽やすくなった」との情報あり。 妻に確認すると、軟飯・一口大軟菜→粥・ミキサー食に変更し、咽やすくなったとのこと。 次回訪問時:現状を確認。嚥下機能に合わせた食事提供の工夫方法等検討。					
次回訪問予定日	10月 23日		11月 26日			

※ 必要事項を記入の上、各回の訪問指導終了時に提出

6. 資料編

1. 人材育成研修会 資料

第2回在宅訪問管理栄養士人材育成研修会

**これからの介護保険制度に
おける管理栄養士の関わり**

有限会社 きやすと
代表取締役 藤田 剛史

運営法人名 有限会社 きやすと
代表者名 代表取締役 藤田 剛史
法人所在地 東区有楽2丁目3番地2

実施事業名

- 有限会社 きやすと
訪問介護事業 居介護支援事業 H12.12.1~
- 秋葉デイサービスセンターきやすと
通所介護事業 H17.6.1~
- リハプライドきやすと新潟東
地域密着型通所介護事業 H23.6.1~
- デイサービスセンターここゆ
通所型基準緩和サービス H29.6.1~




本日の内容

- ①これからの介護保険制度 介護の現状について
- ②新型コロナウイルス感染予防について
- ③多職種連携について

**①これからの介護保険制度
介護の現状**

現在、介護保険は制度改定による減収、介護人材の慢性的な不足、そして新型コロナウイルスの流行によりさらなる減収や設備費の増加があり大変厳しい状況にあります。

2017年度は在宅介護利用者は343万人
今年(2023)は10%増の378万人、2025年には24%増の427万人に増える推計が出ております。
増大する社会保険費用を抑える為に介護保険は大きな転換期にきております。

結論

2024年介護現場は
管理栄養士と連携しないと
成り立たなくなる。

1.介護保険制度について

2000年4月からスタート
介護保険法

第一条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

介護保険制度の一番大事な考えは **自立支援**

以前は自立支援とは言えない内容だった。
なぜなら要介護度が高い人からは報酬が多く自立度が下がって要介護度が下がると報酬が下がる。
事業所としては預かっているだけの方が安定した。

現在は預かっているだけだと基本単価のみ。
下がった単価は加算(人員の配置)として評価。
今後はどうなっていくか?

**未来投資会議
(平成28年11月10日) 一部抜粋**

医療・介護分野において、団塊の世代が75歳を迎える「2025年問題」を解決するため、予防・健康管理と**自立支援**に軸足を置くパラダイムシフトを通じて、健康寿命を延伸させるとともに、**重介護者数を減少させる**。本人が望む限り、**介護がいらぬ状態までの回復**をできる限り目指していきます。

自立支援に向けた介護理論

自立支援介護の基礎は4つの基本ケア

- 水分 1日1, 500ml
水分量のコントロールの徹底
→ 認知症状、コミュニケーション、尿便意・抑制、歩行、諸活動のベースとなる覚醒と意識レベルの向上
- 栄養 1日1, 500kcal
食事動作の自立(自分の手による食事)を徹底
→ 胃ろうを経口常食化、誤嚥防止



引用： 新版介護基礎学—高齢者自立支援の理論と実践より

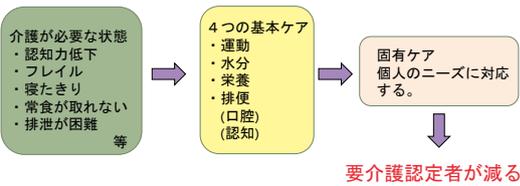
- 運動 1日 2km
歩行を中心とした運動量の確保、歩行能力の再獲得
→ ADL・IADLの自立
- 便秘 3日以内の自然排便
自立排便(トイレでの排便)を徹底
→ おむつ無し



※4つの項目は互いに影響しあう事から、4項目が揃って初めて効果を発揮するとみず。

引用： 新版介護基礎学—高齢者自立支援の理論と実践より

自立支援に向けた介護のイメージ



5. 骨太方針 1部抜粋

2018
介護の軽度者への生活援助サービスについて、給付の在り方を検討する。

2019
介護報酬については適正化・効率化を推進しADLの改善などアウトカム(結果)に基づく支払いの導入等を引き続き進めていく。

2020
ケアプランへのAI活用の推進。介護ロボットの導入による人員配置の見直しを検討。生涯を通じた歯科健診、フレイル対策・重症化予防を多職種連携で推進し、歯科保健医療提供体制の構築と強化に取り組む。

介護ロボット



2. 介護報酬改定

3年に1度4月1日介護報酬改定。医療報酬改定は2年に1度。

2015年は
- 2. 27%(基本単価- 4. 48%) 過去最高

2018年は + 0. 54% 現状維持

2021年は・・・

2021年4月介護報酬改定

2024年4月医療介護同時改定

介護給付費分科会

主な論点

- ・ 地域包括ケアシステムの推進
- ・ 自立支援・重度化防止の推進
- ・ 介護人材の確保・介護現場の革新
- ・ 制度の安定性・持続可能性の確保

議論内容 1部抜粋

○自立支援・重度化防止の推進

- ・リハビリテーション・機能訓練、口腔・栄養について、より効果的な自立支援・重度化防止に向けた取組としていくためには、各職種の役割分担の明確化を図りつつ、医療と介護、さらには介護サービス間の連携により、適時適切でより効果の高いサービス提供を実現するとともに、生活の視点も重視しながら、各分野が連携して取り組んでいくことが重要であると考え
- ・リハビリテーション、口腔、栄養いずれの分野においても薬との関係は切り離せるものではなく、薬剤師との連携の重要性についても共通の認識を持つべき

議論内容 1部抜粋

○自立支援・重度化防止の推進 <評価指標、データ活用>

- ・共通の物差しが必要。ビッグデータ(科学的介護)
- ・CHASEで収集するデータは栄養に関連し、口腔の清潔や口腔機能の評価も必要。

CHASE 関係性で収集する「基本項目」

項目	項目名	項目	項目名
1	身体機能	17	認知機能
2	生活機能	18	口腔機能
3	栄養状態	19	水分管理
4	排泄管理	20	褥瘡管理
5	褥瘡管理	21	感染管理
6	感染管理	22	安全管理
7	安全管理	23	その他

議論内容 1部抜粋

○介護人材の確保・介護現場の革新 <ロボット、ICTの活用>

- ・ロボットやセンサーなどの様々なICTの効果的な活用を促す措置が必要であり、介護現場の革新を図っていく必要があるのではないかと。
- ・今般成立した介護保険法の一部改正法において、介護保険事業(支援)計画の記載事項として、介護人材確保及び業務効率化の取組が追加されており、市町村及び都道府県において、これらの取組が今後一層、計画的に推進されることが期待される。

○制度の安定性・持続可能性の確保 <報酬体系の簡素化>

- ・複雑な報酬体系となっており、サービス利用者にとっても、事業者や保険者に取っても分かりにくい簡素化し、明快な報酬体系を構築することが必要ではないか。
- ・誰にでも分かるような介護報酬とするため、例えば、期間経過し普遍化された加算は基本サービス費に取り入れるなど、介護報酬の簡素化について検討が必要ではないか。

3. これからの介護保険について

自立支援に向けた取り組みを評価した報酬体系へ

- ・単価は簡素化(減額される)
- ・自立支援に対する結果が報酬に繋がる。(アウトカム評価の推進)
＝機能訓練、水分、栄養、排せつ、口腔、認知の向上が必須



すべてが数値化(見える化)される為評価が必要になる
水分・排せつや認知面は介護職員が機能訓練・口腔は看護職員

デイサービスにおける栄養改善加算

○デイサービスの件数

全国に46,000件

栄養改善加算を算定しているのは約0.3% 138件

2021年～3年間はモデル事業等データの蓄積 7月20日介護給付費分科会資料より
2024年～本格導入になる?

結果

2024年介護現場は栄養士がいないと成り立たなくなる。

②新型コロナウイルス対策

新潟県内の状況

- 2月29日に初めての感染者が出てから
- 9月5日までに146件。
- 7月以降は感染者62名
- 30代以下の割合が約70%で42名。

項目	発生数	割合	新潟県状況
性別	男性 100	68.5%	男性が大半を占める
年齢	30代以下 102	70.0%	若年層に多い
職業	学生 100	68.5%	学生が大半を占める
施設	大学 100	68.5%	大学が大半を占める

県は感染状況の注意報を発令中。

COVID-19 新型コロナウイルス

を正しく理解し正しく怖がる

在宅介護における感染対策

介護事業所等における新型コロナウイルス感染症への対応等について

- ① 基本的な感染
- ② 感染拡大防止に関する事項
- ③ 感染の確保に関する事項
- ④ 発生原因の確保に関する事項
- ⑤ 業務継続に関する事項
- ⑥ 介護サービス提供中での感染拡大防止に関する事項
- ⑦ 感染拡大防止に関する事項
- ⑧ その他に関する事項

訪問介護職員の為のそうだったのか！感染対策 動画 厚労省HPより

居宅を訪問して行うサービス等における留意点

職員については、出勤前に各自で体温を計測し、発熱が認められる場合には、出勤を行わないことを徹底する。該当する職員について、管理者への報告により確実な把握が行われるように努めること。

過去に発熱が認められた場合にあっては、解熱後24時間以上が経過し、呼吸器症状が改善傾向となるまでは同様の取扱いとする。なお、このような状況が解消した場合であっても、引き続き当該職員等の健康状態に留意すること。

(1) サービスを行う事業者等は、地域の保健所とよく相談した上で、居宅介護支援事業所等と連携し、サービスの必要性を再度検討の上、**感染防止策を徹底させてサービスの提供を継続**すること。

(2) 基礎疾患を有する者及び妊婦等は、感染した際に重篤化するおそれが高いため、勤務上の配慮を行うこと。

(3) サービスの提供に当たっては、サービス提供前後における手洗いやうがい、マスクの着用、エプロンの着用、必要時の手袋の着用、咳エチケットの徹底を行うと同時に、事業所内でもマスクを着用する等、感染機会を減らすための工夫を行うこと。

感染対策に大事な事

- ・ 憶測や不安で判断しない。
- ・ 病気であろうがなかろうが常にスタンダードプリコーションを実践する。

憶測や不安で判断しない。

現状を正しく理解し、差別や誹謗中傷を無くす。
PCRが陰性だと大丈夫？(発症前30%発症後70~80%)
完全な封じ込めは**不可能**
発症前が感染のピーク、発症してから対応では防ぐことが出来ない。

菌は空気中に3時間。ボール紙の表面に24時間。
プラスチックやステンレスには2-3日
※壊れたり感染力を失っている菌も検出される。

新しいスタンダードプリコーションを実践する。

感染者を特定して対応しても意味は無い。
菌があってもうつらない行動をしていく。

菌は防げないが、目と鼻、口からしか感染しない。
服や靴、頭や皮膚についても感染しない。

しかし、目・鼻・口へ運ぶ者がいます。

答えは **手** 顔を触る前には**必ず手指消毒**を

新しい対応

ユニバーサルマスキング=全員がマスクを着用する。
訪問時ゴーグルを着用する。
手指衛生を癖にする。
発熱後5日間は休む(台湾基準5日、欧州8日、日本10日)

正しく理解して皆で新型コロナウイルスを正しく怖がり感染予防に努めましょう。

参考：医療安全セミナー 2.020/9/4

③多職種連携について

在宅訪問管理栄養士として、医療(医師、看護師)や介護(ケアマネ、介護職員)に意見が言えますか？

話し方について少し意識をすると
伝えやすくなる事があります。

医療
結果が知りたい
どうなったのか
簡潔に

介護
いつもの関わりの
なかでちょっとした
変化を知りたい

連携ツールの活用

- ・ SWANネット
- ・ むすびあい手帳



新潟市在宅医療・介護連携センターHPより

顔の見える関係の構築

- ・ 研修や勉強会
- ・ 地域の独自の活動

東区 山ノ下ねっと
ぼーちゆらかネット
北区 ござれやネット

意見交換をする事で
普段の関わり良好に

まとめ

介護保険制度は2024年に大きな転換を迎えます。

その時に、高齢者の自立支援に向けて管理栄養士として多職種に発信できるよう今から準備できることを考えてみて下さい。

管理栄養士の皆様のご活躍を期待しております。

2020年度
在宅医療（栄養）支援事業
在宅訪問管理栄養士研修会

令和 2 年 9 月 16 日（水）

新潟市西蒲区
ひらさわ歯科医院
平澤 貴典

新潟市西蒲区の特徴

- ・ 少子高齢化が一番すすんでいる
- ・ 塩分摂取率が多い
- ・ 喫煙率が高い
- ・ 運動習慣が少ない
- ・ 特定健診の受診率が低い
- ・ 脳卒中の発症率が一番多い地区

脳血管疾患の発症率

			全国	新潟市	西蒲区
脳血管疾患	総数	男性	100	106.3	143.1
		女性	100	106.1	152.6
	脳内出血	男性	100	101.8	131.2
		女性	100	97.9	130.6
	脳梗塞	男性	100	112.0	147.4
		女性	100	115.0	176.1

新潟市アクションプラン参照



にしかんみんなのお口ケア

※HOME - 0154-24565077

お口ケアのパンフレットがてまるまで




訪問診療とは
計画的な医療サービスを行うことです。

往診とは
通院できない患者さまの要請を受けて、医師がその都度、診療を行う事です。

栄養状態



咬合状態

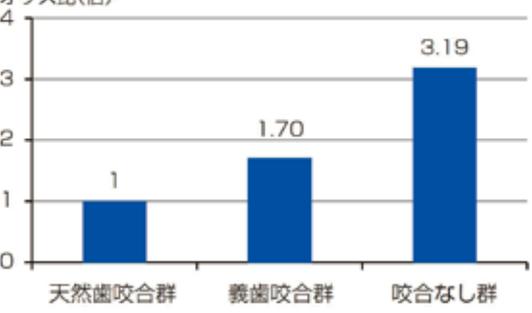




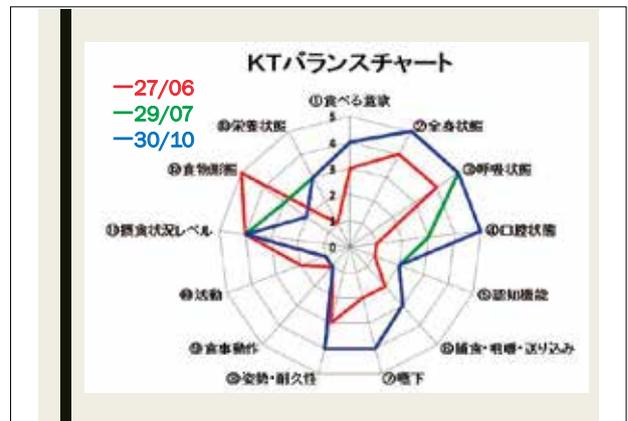
すれ違い咬合

低栄養のリスクと咬合状態の関係

オッズ比(倍)



咬合状態	オッズ比(倍)
天然歯咬合群	1
義歯咬合群	1.70
咬合なし群	3.19



栄養士	医師	栄養補助診断基準
1 栄養状態がとても悪い	1 体重減少が5%以上	0点
2 栄養状態が悪い	2 3ヶ月の体重減少3%以上5%未満	1点
3 栄養状態が良くない	3 3ヶ月の体重減少3%未満or不明	2点
4 栄養状態が良い	4 3ヶ月の体重減少なし	3点
5 栄養状態がとても良い	5 3ヶ月の体重減少なし	4点

静的栄養評価指標	動的栄養評価指標
<ul style="list-style-type: none"> ● 体重の変化 体重減少率 %理想体重 %健康時体重 ● 身体測定値 皮下脂肪厚 上腕筋圍 など ● 生化学検査値 血清たんぱく アルブミン コレステロール コリンエステラーゼ 末梢血中総リンパ球数 など 	<ul style="list-style-type: none"> ● RTP トランスフェリン プレアルブミン レチノール結合たんぱく ● たんぱく代謝動態 BUN 栄養バランス ● アミノ酸代謝動態 ● 間接熱量測定値

経口摂取と生命予後

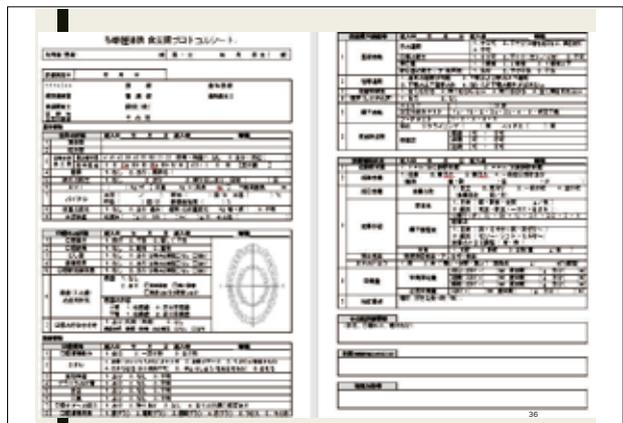
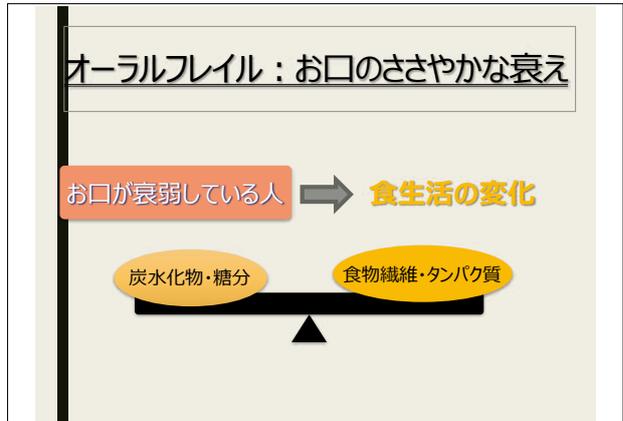
生存率

	普通食	粥食	経管栄養
1年	90.2%	81.8%	66.6%
2年	82.8%	65.7%	51.5%
3年	75.5%	53.7%	44.2%

「オーラルフレイル」の人が抱えるリスク

新規発症

身体的フレイル	2.4倍
サルコペニア	2.1倍
要介護認定	2.4倍
総死亡リスク	2.1倍



新潟摂食嚥下ネットワーク懇談会による
「新潟嚥下えんげ手帳」
が出来上がりました!

懇談会では、次の3つの活動が行われています!

- ① 摂食嚥下に関する情報共有様式の作成
- ② 医療機関・施設の食事形態一覧表の作成と公開
- ③ 摂食嚥下診療機能に関する地域資源の集積と公開

新潟嚥下手帳とは?

新潟市で、病院やクリニックで**摂食嚥下障害**と診断された方、その可能性のある方が、ご自身の健康状態を把握して日常生活で気を付けることについて必要な情報を記録していただくための手帳。

記入開始日 年 月 日
お名前

新潟嚥下手帳の目的

嚥下障害の患者さんが自宅・施設で**肺炎**を再発せず、**安全**に食べられて**体重**が維持されるか**増加**すること。

新潟嚥下手帳をご活用ください!

御入用の方は各区食支援ネットワークにお問い合わせください。

また、下記URLでもダウンロード可能です。
新潟摂食嚥下ネットワーク懇談会HP
<https://niigatasnc.wixsite.com/mysite>

2020年度
第3回 在宅訪問管理栄養士人材育成研修会

訪問看護と食支援について

新潟県訪問看護ステーション協議会
今出 晶代

新潟県訪問看護ステーション協議会

【目的】新潟県内に設置されている各訪問看護ステーションが、その機能を十分に発揮することができるように育成強化を支援し、連携と研鑽を図りもって新潟県内における在宅医療の推進と在宅ケア・サービスの向上に寄与する

【活動】

- ・県内の訪問看護ステーションへの情報提供、支援等
- ・研修企画運営 ・災害対応会議の開催運営
- ・訪問看護活用ガイド更新 ・広報活動
- ・各種団体等の委員会や会議への参画 ・講師派遣 等

【加入状況】 県内事業所;154 入会事業所; 加入率; %
2020年9月30日

訪問看護って何をするの？

1. 病状観察

- 心身の状態を観察し、判断する
- 病状変化がある時に適切に対応する

2. 相談対応、助言、指導

- 病状や治療のこと
- 気持ちのこと
- **療養や生活のこと**
- 介護方法のこと
- 各種サービスや制度のこと
- 介護者家族のこと など

訪問看護って何をするの？

3. 日常生活の援助

- **栄養、食事の援助**
- 清潔の援助
- 療養環境の整備 など

4. 医療的処置、管理

- 薬の管理
- チューブ、カテーテル類の管理
- 褥創や創傷の処置
- 医療機器の管理
- 輸液の管理
- 洗腸、摘便等排泄ケア
- 疼痛コントロール
- その他、医師の指示による処置、管理 など

訪問看護って何をするの？

5. リハビリテーション

- 日常生活動作の訓練
- 関節拘縮予防訓練
- **嚥下、摂食訓練**
- 言語訓練
- 呼吸訓練
- 福祉機器選択の相談
- 住宅改修の相談 など

**6. 認知症の看護
精神疾患の看護**

- 認知症の専門的看護
- 精神疾患の専門的看護
- 専門医受診の調整
- 薬の管理
- 事故防止
- 制度活用の相談
- 社会参加への働きかけ など

訪問看護って何をするの？

7. ターミナルケア

- 苦痛や症状緩和
- 精神的支援
- 日常生活の援助
- 死の教育 など

8. 介護者、家族の支援

- 介護者の健康管理、**相談**
- 精神的支援
- **介護方法等の助言**
- 様々な相談対応 など

訪問看護って何をするの？

**9. 関係機関との
連絡調整**

- 情報提供
- 情報交換、情報共有
- 会議への出席
- 関係機関からの相談対応 など

10. その他

- 災害時の対応
- 行政等への提言、会議等への出席 (必要なシステム構築など)
- 研究や調査の実施
- 研究、調査への協力
- 地域での啓蒙活動
- 学生実習の受け入れ など

訪問看護の実際 1

利用者様の了解を得て掲載しています

- ・1人暮らし
- ・歩行器で外出される
- ・食事作り等はヘルパーさん
- ・具合が悪くなるのが不安
- ・できるだけ自宅で暮らしたい

せつおさん(90)
心臓病

- 病状観察
- 薬の管理
- 相談・助言
- 緊急時対応
- リハビリテーション
- 関係機関との連携

訪問看護の 実際 2

てるこさん(89)
肺疾患

- 本人には病名は知らせない
家族は「苦しい思いをさせたくない」
- 胸水があり、呼吸が苦しい
- 酸素療法をする ・食事が摂れない
- 屋内は歩ける
- できるだけ自分のことは自分でしたい

病状観察
薬の管理・助言
リハビリテーション
在宅酸素療法の管理
環境整備・介護方法等の相談・助言
関係機関との連携
緩和ケア
点滴の実施

9

訪問看護の 実際 3

そうさん(95)
腰痛症
前立腺肥大症

- 訪問開始時は、腰痛で寝たきり
尿閉で膀胱内カテーテル留置
- カラオケが得意 おしゃれがすき
- カテーテルが抜け、トイレに行く
- 妻とタクシーで買い物に出かける

病状観察
薬の管理・助言
リハビリテーション
本人と相談して目標設定
受診調整
環境整備・介護方法等の相談・助言
関係機関との連携

10

訪問看護の 実際 4

はなさん(90)
脳梗塞後遺症

- 生活の全てに介助が必要
- 人の動きを目で追うことができる
- 胃瘻による経管栄養
- 手足が拘縮し、着替えが辛い
- 家族は、最期まで自宅で見たい

病状観察
胃瘻管理
リハビリテーション
緊急時対応
ターミナルケア
口腔ケア 肺炎予防
口腔・鼻腔吸引
家族の精神的支援
介護方法等の相談・助言
関係機関との連携

11

訪問看護の 実際 5

しうさん(48)
筋萎縮性側索硬化症

- 生活の全てに介助が必要
- 会話は文字盤を使用
- 援助を受けてパソコンを使う
- 経管栄養(胃瘻)
- 呼吸機能に対し医療機器必要

病状観察
会話を楽しむ
リハビリテーション(体・呼吸)
胃瘻管理
口腔ケア 肺炎予防
口腔・鼻腔吸引
医療機器の管理
介護方法等の相談・助言
家族の健康相談
関係機関との連携

12

訪問看護の 実際 6

たけさん(88)
頸椎疾患

- 食事以外は介助を受ける
- 話が大好き
- 膀胱内カテーテル留置
- 薬に排便ができない
- 介護者(奥さん)は膝が痛い

病状観察
会話を楽しむ
リハビリテーション(体・認知症)
褥創予防
排便調整
マージン・浣腸・排便
膀胱内カテーテル管理
介護方法等の相談・助言
家族の健康相談
関係機関との連携

13

訪問看護の 実際 7

とむさん(70)
脳梗塞後遺症

- 退院時は辛うじて立位ができる
移動は車椅子
- 杖歩行 ・1人でトイレに行く
- 家族と旅行を楽しむ

病状観察
環境整備
リハビリテーション
気持ちの支援
薬の助言
介護方法等の相談・助言
家族の健康相談
関係機関との連携

14

訪問看護の 実際 8

ナカさん(93)
脳梗塞後遺症

- 胃瘻チューブ
↓
食べられる
- 車椅子移動
↓
ベッド周囲歩行を楽しむ

15

利用者様を取り巻く機関・職種

【医療機関】
栄養士
医師 歯科医師
看護師
相談員 薬剤師
理学療法士等
医療事務 など

利用者
家族
町内会
民生委員
ボランティア
など

【訪問看護ステーション】
看護職員 理学療法士
作業療法士 言語聴覚士
事務職員

【介護保険サービス事業所等】
栄養士 介護支援専門員
看護師等 相談員 介護職員
理学療法士等 事務職員
など

【行政(県・市町村等)】
栄養士 保健師等 行政職 など

栄養士と当訪問看護ステーションの関わり

- 退院前の家族指導やカンファレンスの場面
 - ・指導同席 ・意見交換
- 利用者の療養指導に関する相談
 - ・行政栄養士 ・主治医医院と契約する栄養士
 - ・施設に所属する栄養士 など
- 在宅訪問栄養食事指導
 - ・平成24年度栄養ケア活動整備事業
 - ・平成30年度在宅医療(栄養)推進事業

17

実際の連携【A様】

- 87歳 女性 要介護4 《偽痛風》
- 【生活の様子】
- ・意思疎通;簡単な会話は可能
 - ・ベッド上で過ごす 体位交換も要介助
ベッドアップ保持はベッド機能+安楽物品使用
 - ・排泄;オムツ使用 便意はない
 - ・住民票上は単身生活
同敷地内に住む娘が通って介護 タ方から夜は就労
- 【利用するサービス】
- ・訪問介護;昼・夕方 ・通所介護;2回/週 ・短期入所;適宜
 - ・訪問看護;1回/週 ・福祉用具貸与

18

実際の連携【A様】

- 【退院時カンファレンスで得た情報】
- 参加者;娘 病院栄養士 病棟看護師 ケースワーカー
 病院理学療法士 病院作業療法士
 介護支援専門員 訪問介護員 通所介護相談員
 短期入所相談員 訪問看護師
- ・嚥下障害の診断
 - ・食事はベッドアップ70° 足上げ機能+右側に枕を入れ安定させる
 - ・嚥下困難食 自宅ではミキサーにかけトミ剤活用
水分100ml+トミ剤2g トミ剤の種類・購入方法
 - ・麻痺があるため、顔の右側から介助 舌の上に確実に乗せる
 - ・口内に残りやすいため、確実に飲み込んだことを確認する
 - ・食事時間は最長30分 ・食後は口腔ケア(スポンジブラシ使用)

19

実際の連携【A様】

- 【退院時後の食事の様子】
- ・食事の準備は娘(通所介護・短期入所は施設)
 - ・食事介助 朝;娘 昼・夕;訪問介護ないしは通所介護
 - ・食事時間はおおよそ20~30分
 - ・摂取量 1300kcal/日
- 【食事指導の効果】
- 在宅期間 H31年2月25日~令和1年10月7日(入所)
- ・**誤嚥性肺炎を起こさなかった**
 - ・**体重減少がほとんどなかった 35.1→34.4Kg**
 - ・**娘が食事に関する負担感を表現することがなかった**
 - ・**サービススタッフが統一した介助ができ、迷いが生じなかった**

20

実際の連携【B様】

- 103歳 女性 要介護5
《アルツハイマー型認知症》
- 【生活の様子】
- ・意思疎通;同じ話は繰り返すが、感情表現を含む会話は成立
 - ・ベッド上で過ごす 指示による体位交換可能
ベッドアップして長坐位で新聞等を読む
 - ・排泄;尿意はなくオムツ内排泄 便意はあるが自力で困難、洗腸
 - ・オムツを外したり服を脱いだりするため、つなぎ着用
- 【利用するサービス】
- ・訪問介護;朝・夕方 ・自費による訪問介護;昼 ・通所介護;1回/週
 - ・短期入所;4日×2回/月 ・訪問看護;3回/週 ・福祉用具貸与

21

実際の連携【A様】

- 【介護者の状況】
- ・長男(70歳) 一人っ子 親戚はいるが高齢で介護協力は得られない
 - ・元福祉関係の業務に従事 介護サービス業務の経験もある
 - ・母親の排泄介助には抵抗があり、
自費サービスも含んだ多くのサービスを利用する
 - ・家事全般は行う
- 【介護者が困っていること】
- ・訪問看護による排便ケア以外の時も便意がある
→オムツを自分で外して便まみれになってしまうのではないかと
→食事の内容が悪くて便が安定しないのではないかと
 - ・入院(腰椎圧迫骨折の後の脱水)前に、嚥下困難を指摘され
粥をミキサーにかけよう指導を受けたが本人が好まない

22

実際の連携【A様】

- 【栄養士による訪問指導を受ける】
- ・長男が専門職→
栄養指導も専門職に行ってもらおうと、納得を得られたと考えた
 - ・主治医に相談→主治医医院が契約している栄養士が訪問し指導
- 【栄養指導を受けた結果】
- ・長男の感想;一般的だった
飲み込みやすい食事として、卵豆腐や胡麻豆腐を
紹介されたが、卵豆腐は毎日食べさせている
食物繊維を摂る方法として、さつまいもの料理を
紹介されたが自分には毎日ではできない
 - ・現在の食事;朝=メイバランス ゼリー 紅茶(豆乳と砂糖入り)
昼=メイバランス 南瓜煮ミキサー 酒粕+豆乳
夕=メイバランス プリン

23

栄養士との連携について感じていること

栄養士を講師に招いて
介護者対象研修会を開催したところ、
試食もあって楽しそうだった！

新商品の紹介まで
してもらえて
ありがたい！

どう連携していいのかわからない〜

せっかく、事業や活動をしてもらえてもいいような...

県内の訪問看護ステーション管理者

もう少し、利用者家族の状況にあった指導が欲しいなあ

24

栄養士との連携について感じていること

栄養士のできること、
やってきたことを
もっともっと伝えて下さい！

県内の
訪問看護ステーション
管理者

顔を合わせましょう！
話しましょう！
意見交換しましょう！

25

新型コロナウイルス感染症 対策

○大切な事

- ①新型コロナウイルス感染症について知る！
- ②自分自身の健康管理をする！
- ③スタンダードプリコーション(標準予防策)の遵守！
- ④組織として対応する！

○当訪問看護ステーションで行っていること

資料参照

26

利用者様(地域の皆様)が、
可能な限り住み慣れた地域で
自分らしい暮らしを、
人生の最期まで続けることができるよう
関係者で連携し、協力して支援しましょう！

ご清聴ありがとうございました

27

地域における医療介護連携と食支援

阿部胃腸科内科医院 院長 阿部 行宏
 (新潟エッセン 会長・山の下ねっと 代表・認知症サポート医・
 新潟市医師会 地域医療福祉部担当理事)

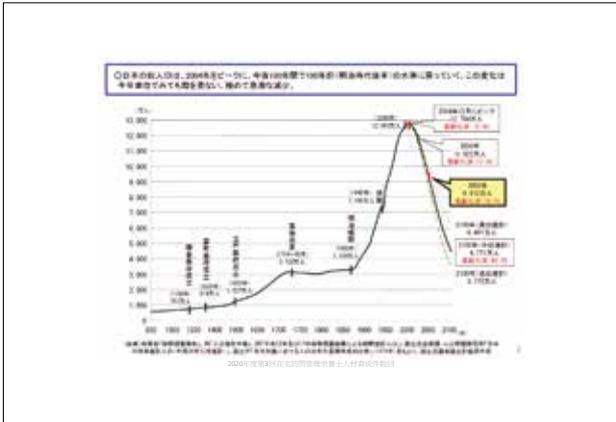
2020年度新潟県在宅医療管理栄養士人材育成プロジェクト

本日の話

1・地域の現状

2・連携の実際

2020年度新潟県在宅医療管理栄養士人材育成プロジェクト



高齡化するとは

- 介護者が減る
- 要介護者が増える
- 認知症が増える
- 独居が増える
- 救急搬送が増える
- 看取りが増える

2020年度新潟県在宅医療管理栄養士人材育成プロジェクト

パラダイムシフト

人口構造の変化・それによる活動域の狭小化

高齢化による医学モデルのみの対応が不可

多臓器疾患、治療困難な疾患 フレイルの増加

完治できる病気から長く付き合う障害へ

キュアからケアへ

2020年度新潟県在宅医療管理栄養士人材育成プロジェクト

従来医療と高齢者医療の違い

1. 生命重視	⇒	生活重視(QOL・QOD)
2. 社会的価値	⇒	個人的価値
3. 治療	⇒	支援
4. 先進的医療	⇒	標準的医療
5. 専門的	⇒	包括的

2020年度新潟県在宅医療管理栄養士人材育成プロジェクト

今後の対応

いつもはケア 時々キュア
そして最後は見守り

長寿から天寿へ

2020年度新潟県在宅医療管理栄養士人材育成プロジェクト

病院と在宅の違い

病院: 時間が決められている 自分の好きなことは出来ない 家族と会うにも気を使う ほかの人にも気を使う スタッフは誰かしら常にいる	他律 画一性
自宅: 時間は自分で決められる 自分の好きなことが出来る 家族とは常に一緒 会いたくない人には会わない スタッフは常にはいない	自律 多様性

2020年度新潟県在宅医療管理栄養士人材育成プロジェクト

在宅医療・介護あんしん2012～

- 施設中心の医療・介護から、可能な限り、**住み慣れた生活の場**において必要な医療・介護サービスが受けられ、安心して**自分らしい生活**を実現できる社会を目指す。

Aging in Place

2020年度第3回在宅医療管理委員会人材育成委員会

地域包括ケア



2020年度第3回在宅医療管理委員会人材育成委員会

新潟市在宅医療ネットワーク

在宅医療ネットワーク 20団体 (H29.5月)



生活を基にした在宅医療ネットワーク



山の下ねっと



目指すところ

全ての人に必ず訪れる「死」を直視し、より良い「死」を迎える時まで、安心して生活できる、より良い地域を作る

そのために

現実を直視し
実状を探る

2020年度第3回在宅医療管理委員会人材育成委員会

目指すところ

すこし先のリアル

2020年度第3回在宅医療管理委員会人材育成委員会

活動内容

同じ夢を夢見て
現実を評価し、少し先の現実を考え
一歩先の世界へ共に一歩踏み出す

2020年度第3回在宅医療管理委員会人材育成委員会

「顔の見える関係」とは何か？

顔の見える関係
顔の向き関係
顔を通り超えて信頼できる関係

【話す機会がある】
がらグループで日常会話も必要。連携を一緒に考えることで、役割、責任、役割のやり方、働き、人とのつながり

顔の見える関係と連携との関係
顔が分かるから安心して連携しやすい
役割を果たせるメンバーが分かる
自分の対応を見えることでやりやすくなる
同じことを繰り返して信頼を得ることで効率が高くなる
顔が見えないが、責任のある対応をする

連携しやすくなる

2020年度第3回在宅訪問管理士会 土人村 報告資料
【新潟大学農学部の地域連携推進センター・農学連携推進部が中心となる地域連携推進部】(2019年度)

全体会

◆第3回 in朱鷺メッセ
(2015.2.28)

地域・多職種で考える『食』～摂食・嚥下機能～の支援

- 招待講演
- グループディスカッション

参加人数：148名

2020年度第3回在宅訪問管理士会 土人村 報告資料



本日の話

1・今後の方向性と地域の現状

2・連携の実際

2020年度第3回在宅訪問管理士会 土人村 報告資料

新潟エッセン

新潟東区摂食嚥下サポートメンバー (新潟エッセン)

2020年度第3回在宅訪問管理士会 土人村 報告資料

新潟エッセン

- ・食べることを見直して
- ・より良い生活を送っていただけるよう
- ・地域の多職種がお互いに顔が見え
- ・少しでも先に進める場を作る

2020年度第3回在宅訪問管理士会 土人村 報告資料

目指すところ

摂食嚥下の改善
食べることへの満足度向上

2020年度第3回在宅訪問管理士会 土人村 報告資料

構成メンバー

会長：阿部
副会長：坂井先生(臨港：呼吸器)
 摺木先生(木戸：消化器)
事務局：桑名病院連携室

2020年度第3回在宅訪問管理士会 土人村 報告資料

新潟エッセン 活動イメージ

桑名病院HPより

活動内容

年2回症例検討
食形態の違いの確認
嚥下評価基準作成

嚥下評価の重要性

- ・「食べる」という本能にどう向き合う
- ・訴えられないこともあり、客観的にみる必要性
- ・状態の変化は起こりうる
- ・一職種では評価が難しい

活動の問題点

- ・医療側からすると安全重視
- ・患者側からは本能重視
- ・介護側は指示重視
- ・これらをどう折り合いをつけるか？
- ・お互いの思いを分かり合うことが重要

病院での活動

学会分類2013に基づいた病院食の分類分け

3病院の食事形態の対応表作成に向けて
入院中の摂食嚥下障害の患者に対して「学会分類2013」に基づいた嚥下調整食が提供されることが望ましい
嚥下調整食が、どこに分類するか該当しない食事もあり、今後検討が必要。

討議の様子

3病院、管理栄養士活動内容

- ・共通ツールの作成
(摂食嚥下栄養情報提供書・食事形態一覧表)

シート活用方法

桑名病院

- ・NSTサマリーや摂食嚥下中等での介入患者の退院時の添付し、退院先の施設への情報提供で活用
- ・食事形態の患者指導時に配布し活用

木戸病院

- ・STに配布し院内の食事形態の周知に活用
- ・1回/年、NSTカンファレンスにて勉強会で活用

新潟臨港病院

- ・栄養指導時に嚥下食対象患者に配布し活用
- ・退院カンファに参加した患者対象やNSTサマリーにて情報提供時に添付し活用

院内エッセン

在宅部門との連携

身近にいるのに
病院との連携は？

在宅医療の現状を
教えてほしい!!

在宅医療現場からのメッセージ
～桑名エッセンに望むことを考える会～

目的：在宅医療現場での主に摂食・嚥下に関する事情を知る
内容：訪問看護ステーションから
フリートークで在宅の問題点を教えて頂く

院内エッセン

在宅医療現場からのメッセージ ～桑名エッセンに望むことを考える会～
ファーストステップ

- 1回目：在宅医療現場での主に摂食・嚥下に関する実情を知る
2回目：在宅医療現場での実情を知り、課題について一緒に考える
在宅、院内スタッフが普段から大事に考えていることを知る。
エッセンとして院内と在宅医療の連携や質を高めるために積極的に活用する。
3回目：在宅医療現場での実情を知り、課題について一緒に考える
第1・2回を通じて在宅の現状の一部をうかがい知ることができた。
各職種間でも知らないことが多かった。また、解決が難しい課題も多く対策を検討していきたい。

セカンドステップ

- 1回目：もっと在宅を知ろう 気付こう

症例検討会



新潟エッセン共通連絡シート 摂食嚥下連絡票

体格：身長、体重	食事状況：むせ・残留の有無、一口量、介助のポイント
栄養管理：経腸栄養量、必要エネルギー、水分量と提供量、喫食状況、蛋白質・塩分量	食事姿勢：座位、車椅子座位、仰臥位、頸部回旋
嚥下機能：VF、VE、方針	飲水方法：とみの有無・程度
食事形態：ゼリー、ミキサー、きざみ、常食	服薬：経口or経管、水orとろみorゼリーor食事
摂取方法：介助の程度	口腔ケア：介助量、うがいの可否

新潟摂食嚥下ネットワーク懇談会

- ・2019年12月12日 開催
- ・参加団体
- ・新潟大学(耳鼻科・リハ・摂食嚥下リハ)・新潟県立大学・新潟市医師会・新潟歯科医師会
- ・新潟市民病院・済生会新潟病院・新潟リハビリテーション病院・新潟南病院
- ・新潟エッセン・INSネット・新潟地域食支援ネット・燕弥彦西蒲食支援ネットワーク・新潟高齢者と栄養と摂食を支える会・江南区口腔ケアと摂食嚥下を考える会・南区保健医療福祉のつながりを深める会

活動内容

- ・摂食嚥下共通情報様式検討
- ・嚥下調整食共通様式検討
- ・摂食嚥下診療機能に関する医療機関データベース作成

活動内容

<https://niigatasnc.wixsite.com/mysite>



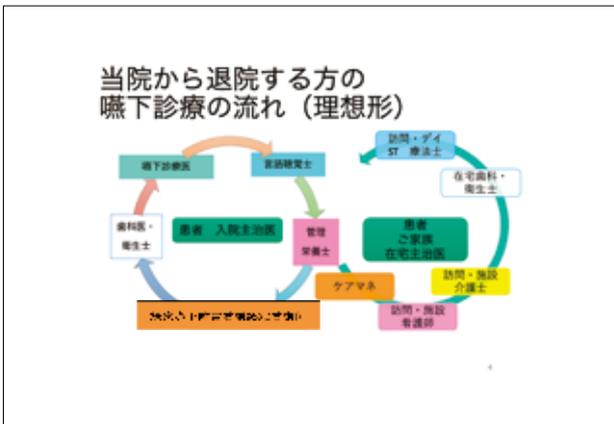
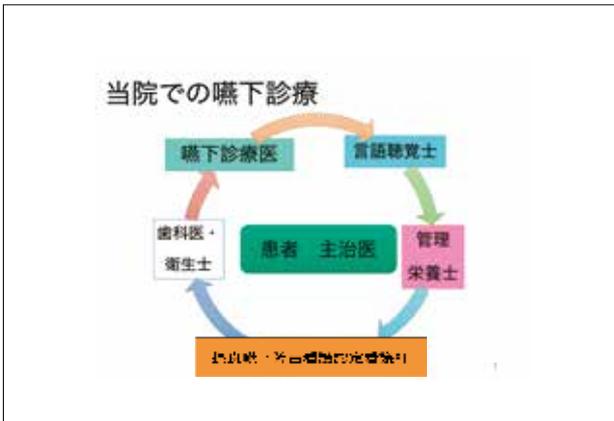
新潟嚥下手帳とは？

新潟市で、病院やクリニックで摂食嚥下障害と診断された方、その可能性のある方が、ご自身の健康状態を把握して、日常生活で気を付けることについて必要な情報を記録していただくための手帳。



嚥下診療の一般的な流れ-1





新潟嚥下手帳の目的

嚥下障害の患者さんが自宅・施設で肺炎を再発せず、安全に食べられて体重が維持されるか増加すること

新潟嚥下手帳の構成

目次

- P.1 はじめに
- P.3 栄養摂取方法の状況
- P.6 嚥下調整食・とろみの技術
- P.9 食事の食べ方
- P.11 口腔の健康管理
- P.13 食事状況の変化について

食物・飲物・薬の形態 摂取量の指定

食べる姿勢や介助法についての記載

適切なお口のケアについての記載

新潟嚥下手帳の構成

目次

- P.1 はじめに
- P.3 栄養摂取方法の状況
- P.6 嚥下調整食・とろみの技術
- P.9 食事の食べ方
- P.11 口腔の健康管理
- P.13 食事状況の変化について

自宅・施設でのむせ・食事時間・食事摂取量・とろみの濃さ・スプーンなどについて日々の変化を記録してください

ページ紹介

摂食嚥下障害と診断した医療機関が書き込むページです。

主治医・管理栄養士

コードはカラーを併用してください

嚥下評価をして、食形態・とろみ内服の形態を決定した人が記入

食形態のコード分類対照表

ページ紹介

嚥下評価をして、適した食事姿勢・一口量を決定した人が記入

可能な言語聴覚士・看護師が書いてください

姿勢の写真があればより伝わりやすい

ページ紹介

可能な歯科医師・歯科衛生士が書いてください

ページ紹介

自宅・施設で日々の変化を記録してください 次の受診の時に教えてください

記録用ページは3ページ用意していますが足りない時には以下のサイトからダウンロードしてください。貼り付け用のページもご用意しています。

新潟摂食嚥下ネットワーク懇話会HP
<https://nigataisc.wixsite.com/mysite>

食事状況の変化について

ページ紹介

在宅・施設で介護をされている方が迷ったり疑問に思った時に記入して持参してください

在宅の主治医の先生にご記入いただくことも大歓迎です

コミュニケーション欄

介護保険が使われている方へ

むすびあい手帳に挟めば、一石二鳥

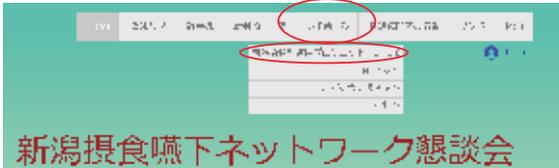
かかりつけ医・ケアマネなどの基本情報、体重や日々の血圧などの体調の情報はむすびあい手帳に記入して一緒に持ち歩いてくださいや施設でもお役に立つはずです

新潟嚥下手帳制作メンバー

新潟大学医療科学研究科 摂食嚥下リハビリテーション学分野 高橋仁 歯科医師
 新潟エッセン代表 本戸病院 本部長 菅原健士
 青森県西津軽支庁ネットワーク代表 新潟市歯科医師会理事 平塚真典 歯科医師
 新潟地域食支援ネット代表 みどり病院 並井真理 言語聴覚士
 高度保健医療福祉の繋がりを深める会代表 水原歯科医院 水原一雄 歯科医師
 同 代表 白根総合病院 新潟県立 ソーシャルワーカー
 赤十字会のサポートチーム代表 新潟医療センター病院 西村美穂 管理栄養士
 同代表 丁越病院 吉川美寿子 管理栄養士・看護師 言語聴覚士
 同代表 新潟医療センター病院 高橋島かほ 管理栄養士・小林佳希 言語聴覚士
 江南区口ケアと摂食嚥下を考える会代表 枡木内科神経内科医院 谷井博子 医師
 日本歯科大学協賛歯科口ケア科代表 白野美和 歯科医師
 同代表 高岡純道 歯科医師
 新潟市医師会代表 大井智子 摂食嚥下認定看護師
 北沢代表 新潟リハビリテーション病院 本沼みちる 摂食嚥下認定看護師
 同代表 新潟リハビリテーション病院 中尾 真樹 (医師)

活動内容

<https://niigatasnc.wixsite.com/mysite>



新潟摂食嚥下ネットワーク懇談会

2020年度新潟市在宅医療管理士会 人材育成委員会

活動内容

<https://niigatasnc.wixsite.com/mysite>



2020年度新潟市在宅医療管理士会 人材育成委員会

活動内容



2020年度新潟市在宅医療管理士会 人材育成委員会

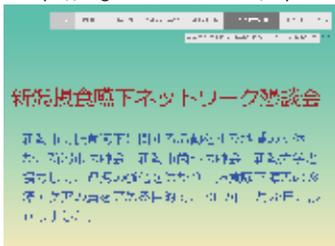
活動内容



2020年度新潟市在宅医療管理士会 人材育成委員会

活動内容

<https://niigatasnc.wixsite.com/mysite>

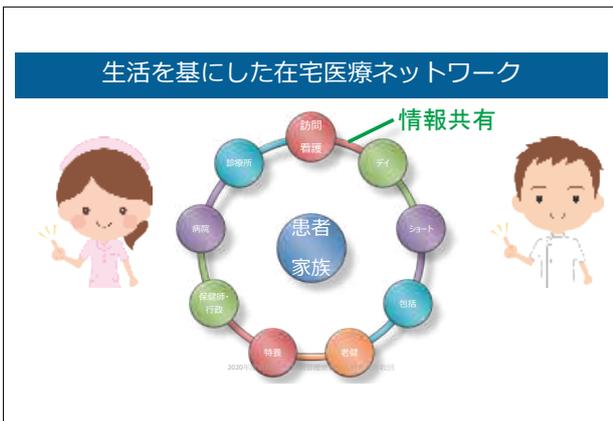


2020年度新潟市在宅医療管理士会 人材育成委員会

活動内容



2020年度新潟市在宅医療管理士会 人材育成委員会



ICT(スワンネット)による連携

Medical Association of Niigata City
SWAN ネット



2020年度新潟市在宅医療管理士会 人材育成委員会



第4回 在宅訪問栄養管理栄養士人材育成研修会 新潟ユニソンプラザ

在宅施設における摂食嚥下機能評価と リハビリテーション

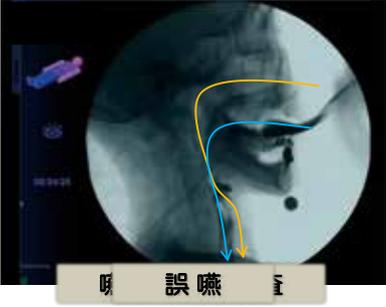
新潟大学 医学部総合病院
摂食嚥下機能回復部
真柄 仁



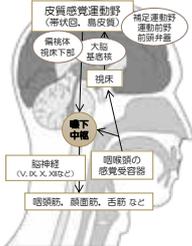
本日の内容

1. 摂食嚥下障害の評価
 - ・ 経口摂取患者の機能低下のサインを知る
 - ・ 非経口摂取患者の経口摂取の可能性を評価する
2. 嚥下障害患者への在宅栄養指導とリハビリテーション対応の実践
3. 地域の嚥下障害患者に対する取り組み

摂食嚥下障害とは



嚥下運動に関わる神経機構と疾患例



1. 器質的障害
 - ・ 悪性新生物, 炎症, 骨棘 など
2. 機能的障害
 - ・ 中枢神経障害
 - ・ 脳血管障害, 神経筋変性疾患 など
 - ・ 末梢神経障害
 - ・ 反回神経麻痺, 脳神経腫瘍 など
 - ・ 神経筋接合部, 筋疾患
 - ・ 筋ジストロフィー, 重症筋無力症 など

摂食嚥下とは

- ・ 食物を目で見て, 手でとって, 口に運んで, 咀嚼した後に, 嚥下によって咽頭から食道を経て胃にまで運び込む一連の動作
 - 多くの器管 (口腔, 咽頭, 喉頭, 食道, 胃) が関わる
- ・ 左右の筋が協調して働く
 - 咽頭通過 (嚥下反射) はわずか1秒足らずで起きる
 - 反射性に行うだけでなく随意性にも誘発される

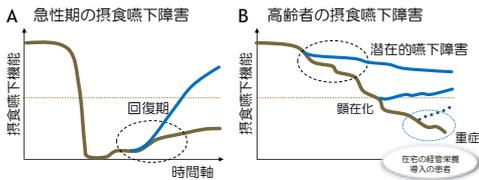
嚥下とは

- ・ 嚥下反射
 - 食事中は180回/時間
 - 安静時24回/時間 - 睡眠時5.3回/時間
- ・ 消化管活動であり, 防御活動でもある。
 - 誤嚥を防ぐための防御反応でもある
- ・ 嚥下は感覚入力や高次脳機能を伴う「運動」である。
 - うまくなるには, 「力をつける」「実際に食べる」
 - 「感じて食べる」「美味しく食べる」
- ・ 食事中の多くは咀嚼動作の後に引き起こされる。
 - 咀嚼と嚥下の機能連関は重要

摂食嚥下障害の難しさ

- ・ 「摂食嚥下障害」の明確な定義がない。誤嚥, 咽頭残留は症状, 障害に直結しないこともある機能の定量化が困難
- ・ 摂食嚥下障害の原因は多因子で重複する。器質的, 機能的疾患など, 原因が多岐。認知, 記憶などの高次脳の修飾因子も大きい
- ・ 臨床対応が代償的アプローチが中心, 経験的であり, 系統だてていない。摂食嚥下リハビリテーションの多くは根拠が弱い機能の定量化が困難なため, 対応も一定ではない

超高齢社会を背景とした摂食嚥下障害



- A: 回復期でのアプローチ
- B: 顕在化してのアプローチ
 - ・ 早期発見・予防を目指したアプローチ

本日の内容

1. 摂食嚥下障害の評価
 - ・ 経口摂取患者の機能低下のサインを知る
 - ・ 非経口摂取患者の経口摂取の可能性を評価する
2. 嚥下障害患者への在宅栄養指導とリハビリテーション対応の実例
3. 地域の嚥下障害患者に対する取り組み

オーラルフレイル

オーラルフレイル概念図 2019年改訂

QOL (口腔・全身) / 生活機能

医療 (多職種・多職種連携) / リフォーマー

神奈川県歯科医師会 オーラルフレイルハンドブック

オーラルフレイル

オーラル フレイル Oral Frailty

老化に伴う様々な口腔環境（口腔衛生など）、歯数および口腔機能の変化、さらに心身の予備能力低下も重なり、口腔の健康障害に対する脆弱性が増加し、最終的に食べる機能障害へ陥る一連の現象およびその過程

神奈川県歯科医師会 オーラルフレイルハンドブック

オーラルフレイル？ 口腔機能低下症？

日本老年歯科医学会

オーラルフレイル？ 口腔機能低下症？

オーラルフレイルは、わずかなむせや食べこぼし、滑舌の低下といった口腔機能が低下した状態を示すものであり、国民の啓発に用いる用語（キャッチフレーズ）である。

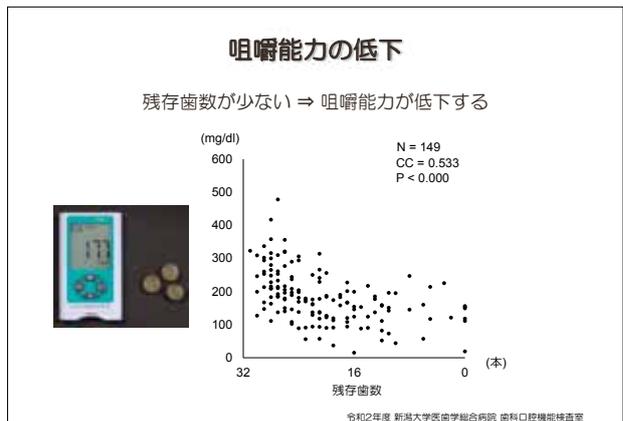
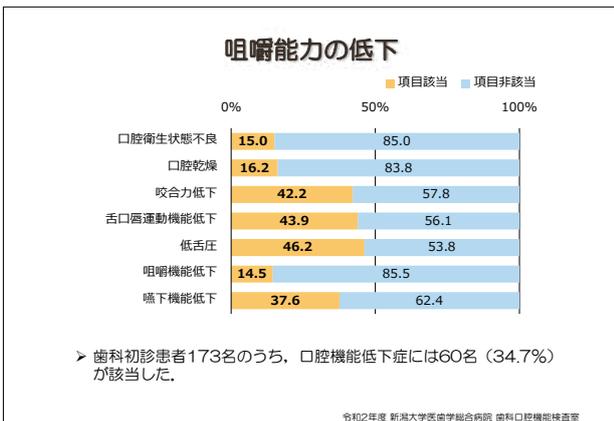
一方、口腔機能低下症は、検査結果に基づく疾患名である。

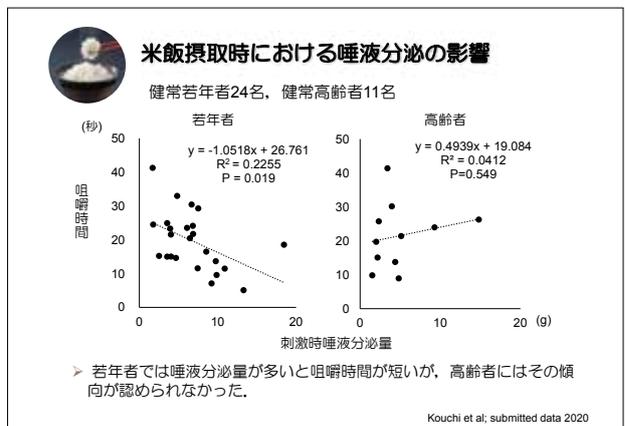
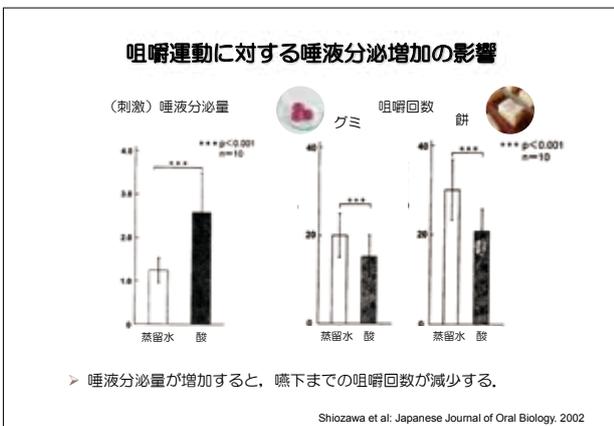
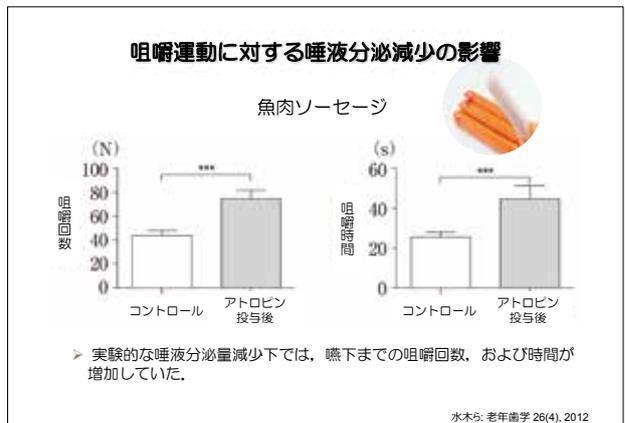
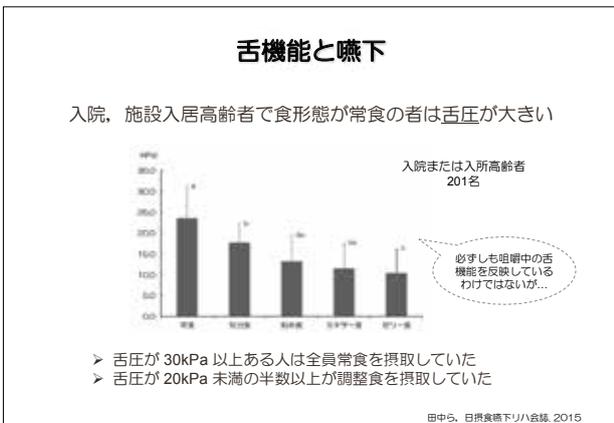
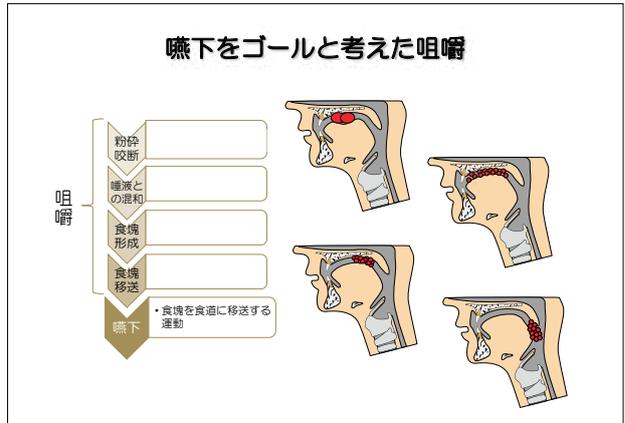
日本老年歯科医学会

口腔機能低下症の7項目

- ① 口腔衛生状態不良
- ② 口腔乾燥
- ③ 咬合力低下
- ④ 舌口唇運動機能低下
- ⑤ 低舌圧
- ⑥ 咀嚼機能低下
- ⑦ 嚥下機能低下

このうち3項目該当で低下症の診断





- ### 本日の内容
- 摂食嚥下障害の評価
 - 経口摂取患者の機能低下のサインを知る
 - 非経口摂取患者の経口摂取の可能性を評価する
 - 嚥下障害患者への在宅栄養指導とリハビリテーション対応の実際
 - 地域の嚥下障害患者に対する取り組み

経口摂取のための評価プロトコル

全身状態

- 意識障害がない (JCS1桁) (摂取意欲がある)
- 全身状態 (発熱、呼吸) が安定している
- 気道防御、安全が確保されている (咳威力)
- リクライニング、坐位保持が30分可能 (耐久性がある)

食事

① 嚥下環境が整っている (汚染が軽度)

② 唾液・分泌物誤嚥が疑われない

③ 改定水飲みテスト・フードテストを4点以上

④ 20~30口程度の直接訓練経過良好

⑤ 嚥下に必要な口腔状態が整っている (齧歯、舌、口唇機能)

⑥ 口腔内残留が少ない

⑦ ムセがない

⑧ 湿性音がない

⑨ 痰量の増加なし

嚥下造影検査, 嚥下内視鏡検査

- 覚醒・意識レベル -

- Japan Coma Scale, JCS
 - 0 意識清明
 - I 覚醒している (1桁の点数で表現)
 - 1 見当識は保たれているが意識清明ではない
 - 2 見当識障害がある
 - 3 自分の名前・生年月日が言えない
 - II 刺激に応じて一時的に覚醒する (2桁の点数で表現)
 - 10 普通の呼びかけで開眼する
 - 20 大声で呼びかけたり、強く揺するなど開眼する
 - 30 痛み刺激を加えつつ、呼びかけを続けると辛うじて開眼する
 - III 刺激しても覚醒しない (3桁の点数で表現) [編集]
 - 100 痛みに対して払いのけるなどの動作をする
 - 200 痛み刺激で手足を動かしたり、顔をしかめたりする
 - 300 痛み刺激に対し全く反応しない

⇒ 意識障害がないか? (JCS1桁)

- 全身状態 -

- ギャッチアップに耐え得る程度の耐久性はありますか
- 発熱が継続していないか
- 酸素化不良はないか

⇒ 全身状態 (発熱なし、酸素化良好) が安定しているか?

- 口腔衛生状態 -

機能及ばないと剥離上皮、汚れがたまる → 舌機能低下?

機能できないところに食渣 → 右の運動麻痺、感覚麻痺?

⇒ 口腔環境が整っているか? (汚染が軽度)

- 剥離上皮 (痰・痂皮) -

- 成分をみると角化した口腔粘膜の上皮成分がほとんど

Kawase Y. et al. Gerodontology ;31(3):184-93. 2014

- 唾液、痰の誤嚥 -

- 呼吸に伴う湿性音 (ガラガラ)
- 咽頭吸引の必要性、吸引頻度はどうか

⇒ 唾液・分泌物誤嚥が疑われないか?

- 改訂水飲みテスト -

(Modified Water Swallowing Test, MWST)

- 冷水3mlを口腔底に注ぎ嚥下を命じ、嚥下後反復唾液嚥下を2回行う。

評価基準として

- 嚥下なし、
 - 1a: 呼吸切迫、1b: むせる
- 嚥下あり、呼吸切迫 (不顕性誤嚥の疑い)
- 嚥下あり、呼吸良好、
 - 3a 湿性噴声 (咽頭残留・不顕性誤嚥疑い)
 - 3b むせあり (顕性誤嚥疑い)
- 嚥下あり、呼吸良好、むせない
- 4に加え、反復唾液嚥下が30秒以内に2回可能

評点が4点以上の場合、最大3回まで施行し、最も悪い評点を評価とする。

- フードテスト -

- ティースプーン1杯 (3~4g) のプリンなどを嚥下させてその状態を観察する。下が可能な場合には、更に2回の嚥下運動を追加して評価する。評点が4点以上の場合、最大3回まで施行し、最も悪い評点を記載する。

評価基準として

- 嚥下なし、むせる and/or 呼吸切迫、
- 嚥下あり、呼吸切迫 (不顕性誤嚥の疑い)、
- 嚥下あり、呼吸良好、むせる and/or 湿性噴声、口腔内残留を伴う。
- 嚥下あり、呼吸良好、むせない、追加嚥下で口腔内残留は消失。
- 4に加え、反復唾液嚥下が30秒以内に2回可能。

⇒ 改定水飲みテスト・フードテストを4点以上か?

- 直接訓練時の湿性音 -

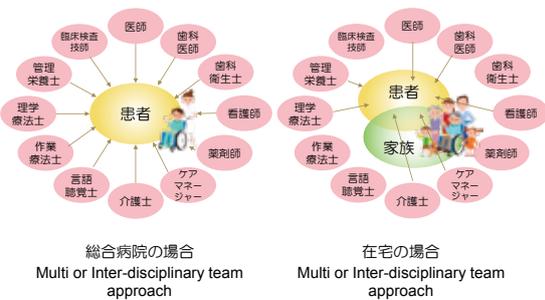


⇒ 湿性音（残留，喉頭侵入，誤嚥のサイン）がないか？

本日の内容

1. 摂食嚥下障害の評価
 - ・ 経口摂取患者の機能低下のサインを知る
 - ・ 非経口摂取患者の経口摂取可能性を評価する
2. 嚥下障害患者への在宅栄養指導とリハビリテーション対応の実例
3. 地域の嚥下障害患者に対する取り組み

摂食嚥下障害に対応する職種



在宅施設の要介護高齢者の摂食嚥下障害の実態

1. 要介護高齢者の18%に嚥下障害が認められた。（北海道保健福祉部，2007）
2. 経口摂取者のうち，嚥下障害を有する要介護高齢者の割合は在宅で33.7%，特養で38.6%であった。（葛谷ら，静脈経腸栄養，2011）
3. 施設入居要介護高齢者の23%に嚥下障害が認められ，更に嚥下障害患者はそうでないものに比べ，噛み合わせの状態が悪かった。（伊藤ら，老年歯科医学，2008）

在宅摂食嚥下障害に対する介入効果

1. 多職種による訪問診療，定期的栄養評価，在宅看護が必要（静脈経腸栄養ガイドライン第3版，日本静脈経腸栄養学会）
2. 在宅経腸栄養患者への栄養スクリーニングツールを用いた多職種チームアプローチで低栄養患者を41%から25%に軽減できた。（Dinenage et al, Nutrients, 2015）
3. 基幹病院のNSTチームが在宅，ナーシングホーム患者への介入することで，生存期間が既報の3倍程度になった。（Attanasio et al, Minerva Med, 2009）

在宅療養患者への栄養療法

1. 神経変性疾患患者80名において，経腸栄養群（36名），在宅静脈栄養群（21名）は，経口摂取群（23名）より生存期間が長かった。（Shintani et al, J Clin Neurosci, 2013）
2. 在宅経腸栄養群と在宅静脈栄養群における生存曲線を用いた生存率は，経腸栄養群で有意に長かった。（下山ら，医と研，2012）

在宅摂食嚥下障害患者への対応

- ・ 外来通院できる，頭頸部腫瘍術後や食道癌術後などの外科的療法後の患者が多い。
- ・ 嚥下機能評価，歯科的対応，経口摂取量のモニタリングを実施。



頭頸部腫瘍患者の摂食機能障害

治療方法	予想される機能低下
外科治療	器質的な欠損による機能低下 末梢神経障害による運動麻痺
放射線治療	急性障害（治療中～数か月後まで，可逆性） 晩期障害（数か月以降，不可逆性） 粘膜炎による疼痛，感覚低下（体性感覚，味覚） 感染 唾液分泌低下による，口腔乾燥（齶蝕） 正常組織の線維化（舌，咽喉頭の運動機能低下）
化学療法	粘膜炎による疼痛，感覚低下（体性感覚，味覚） 抗癌剤の直接作用と骨髄抑制に伴う口腔内の感染

症例1

- 73歳（初診時）男性
- 原疾患 中咽頭癌切除 再建後 化学放射線療法後
- 放射線治療中の急性障害にてオピオイド使用、誤嚥性肺炎を発症。肺炎改善傾向あり、嚥下機能評価依頼。



粘膜炎
(初診時)

治癒後
(外来時)

症例1の栄養摂取と体重推移



症例2

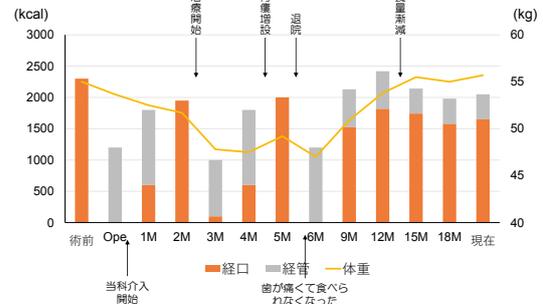
- 75歳（初診時）男性
- 原疾患 舌癌亜全摘 再建後 化学放射線療法後
- 外科手術後の嚥下機能評価およびリハビリテーション目的に当科受診



Grade 2

Grade 3

症例2の栄養摂取と体重推移



在宅摂食嚥下障害患者への対応

- 摂食嚥下障害として改善が見込める原疾患かどうか、機能低下を生じる要因はないか
- 摂食嚥下機能の継続した評価と関連職種との情報共有
- 代替栄養法も含めた展望を患者と共有しておく（主治医）
- 環境が変化した場合の栄養状態のモニタリング

本日の内容

- 摂食嚥下障害の評価
 - 経口摂取患者の機能低下のサインを知る
 - 非経口摂取患者の経口摂取可能性を評価する
- 嚥下障害患者への在宅栄養指導とリハビリテーション対応の実践
- 地域の嚥下障害患者に対する取り組み

新潟における食形態情報の提供

1. 新潟県栄養士会



2. 新潟市食情報連携（SHIEN）プロジェクト

新潟摂食嚥下ネットワーク懇談会

新潟市で摂食嚥下に関する活動をする地域の団体が、新潟市医師会、新潟市歯科医師会、新潟大学と協力して、連携の強化をはかり、摂食嚥下障害の診療・ケアの質を高める目的で、2019年10月28日に設立。

- 「新潟嚥下手帳」の作成
 - 摂食嚥下障害患者の嚥下障害の状態、マネージメント方法、日々の経過の情報共有
- 新潟市食情報連携（SHIEN）プロジェクト
 - 医療、介護施設の提供可能な食事形態を掲載し、嚥下障害患者のニーズにマッチさせる。
- 医療機関の情報マップ作成
 - 新潟市で嚥下障害の患者の診療をできる医療機関とその診療内容（検査、リハビリテーション、栄養指導の可否）を掲載

新潟摂食嚥下ネットワーク懇談会

1. 「新潟嚥下手帳」の作成

- 摂食嚥下障害患者の嚥下障害の状態、マネジメント方法、日々の経過の情報の共有



新潟摂食嚥下ネットワーク懇談会

2. 新潟市食情報連携（SHIEN）プロジェクト

- 医療、介護施設の提供可能な食事形態を掲載し、嚥下障害患者のニーズにマッチさせる。



3. 医療機関の情報マップ作成

- 新潟市で嚥下障害の患者の診療をできる医療機関とその診療内容（検査、リハビリテーション、栄養指導の可否）を掲載

新潟大学としての取り組み① 摂食嚥下治療登録医研修事業

多職種連携をベースとした要介護高齢者の食支援のサポート体制、地域の「嚥下の主治医」の養成

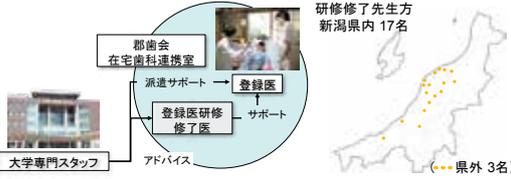
- 急性期一連の摂食嚥下リハビリテーションの診療の中で機能評価や嚥下内視鏡評価の在り方、適用方法を指導医の下で実践的に学ぶ



① 内視鏡相互実習 10例以上
② 地域での自験例を含む患者症例報告レポート 5例以上
③ 研究会での症例報告・発表 1例以上

新潟大学としての取り組み① 摂食嚥下治療登録医研修事業

- 急性期一連の摂食嚥下リハビリテーションの診療の中で機能評価や嚥下内視鏡評価の在り方、適用方法を指導医の下で実践的に学ぶ



研修修了先生方 新潟県内 17名
郡議会 在宅歯科連携室
派遣サポート → 登録医
登録医研修 修了医 → サポート
大学専門スタッフ → アドバイス

- 地域での多職種連携構築の強化を目指したアドバンス研修として、地域開業歯科医を拠点とした、大学との連携（派遣）制度の導入

新潟大学としての取り組み② 食の支援ステーション

専門職員が介護食、食器具について助言
新潟大学医歯学総合病院アメニティモール内
月～金 10時～13時、14～16時



新潟大学としての取り組み② 食の支援ステーション

- 栄養支援ポタージュスープ
高カロリーのスープ
(1袋200mlで200kcal)
- 栄養支援ドリンク
1袋でエネルギーと栄養が補給できる栄養支援ドリンク
(1袋125mlで200kcal)
- 豆腐寄せ
豆乳がベース、トレーニング食としても使用可
(1カップで約30kcal)



引用：ホリカフーズHP

新潟大学としての取り組み② 食の支援ステーション

- 形状記憶ポリマースプーン
70度以上のお湯で自由に変形できる
- パネでつながっているお箸
右手でも左手でも簡単に使うことができる
- 飲みやすい湯のみ



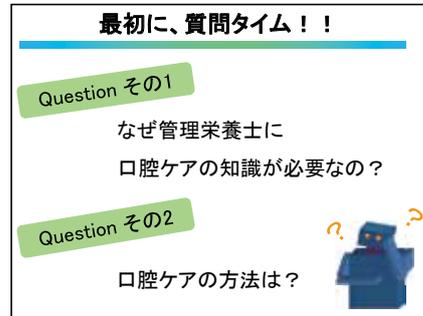
コップの断面
引用：青芳

本日のまとめ

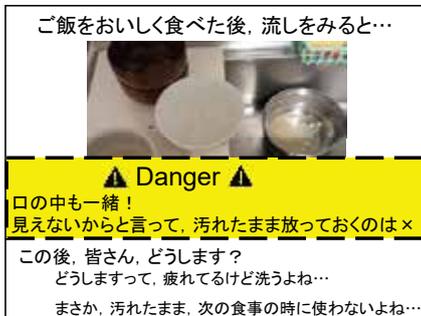
- 摂食嚥下障害の原疾患と各ステージでの対応
経口摂取患者の咀嚼機能低下の兆候に対し早期の対応
非経口摂取患者は経口摂取要件のクリアできているか
- 在宅療養患者における栄養管理のスクリーニング、摂食嚥下障害の問題に対しては多職種で対応する
- 地域の嚥下障害患者の食支援を行うための情報活用



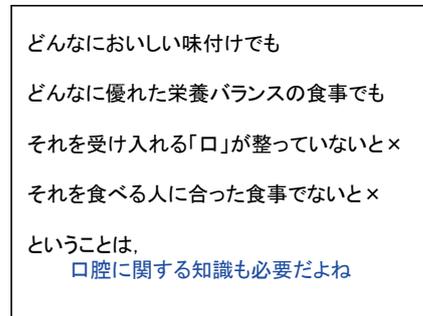
1



2



3

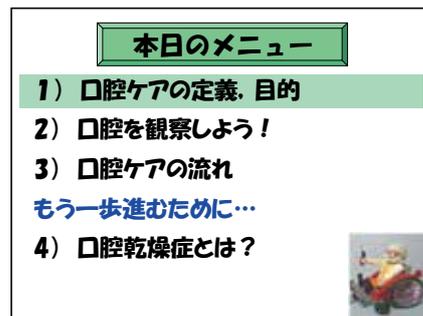


4

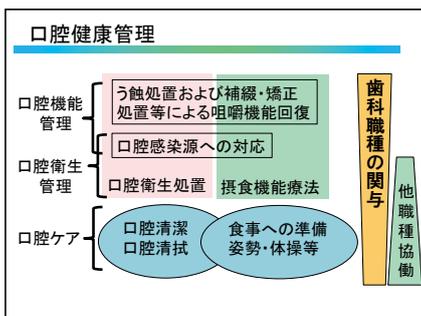
1



5



6



7

- 口腔ケアの目的
- 1) う蝕や歯周疾患の予防
 - 2) 口腔内残渣の誤嚥予防
 - 3) 口腔機能の維持増進
 - 4) 栄養摂取や体力増強を助ける
 - 5) 味覚が鈍くなるのを防ぐ
 - 6) 唾液の分泌を促す
 - 7) 生活リズムの強化
 - 8) 口臭をなくす
 - 9) 手指リハビリテーション効果
 - 10) 整容に気配りを払う意識を保つ

8

2

継続した口腔ケアは誤嚥性肺炎を減らす

口腔ケア群と対照群の発熱発症者数、肺炎発症者数、肺炎による死亡者数

	口腔ケア群	対照群
発熱発症者数(%)	27(15)	54(29)**
肺炎発症者数(%)	21(11)	34(19)*
肺炎による死亡者数(%)	14(7)	30(15)*

2年間の、のべ7日以上発熱発症者ならびに肺炎による入院、死亡数は、口腔ケア群で有意に少なくなっていた。

米山武義ら:要介護者に対する口腔衛生の誤嚥性肺炎予防効果に関する研究. 日歯医学雑誌, 20:58-68, 2001. (一部改変)

9

口腔ケアにより認知機能低下が抑制される

MMSE (Mini Mental State Examination)
認知障害を評価する11項目の質問からなる尺度
点数が低いほど、認知障害が強い

MMSEの変化

2年後、対照群では、口腔ケア群に比べて認知機能が有意に低下した。

米山武義ら:「高齢者に対する口腔ケアの方法と気道感染予防効果等に関する総合的研究」報告書, 2005.

10

口腔機能に関する介入で栄養状態が改善

機能的口腔ケア介入効果による血液生化学的指標の変化

	介入前	介入後
総タンパク質(g)	6.92 ± 0.38	7.02 ± 0.47
アルブミン(g/dl)	3.85 ± 0.32	3.77 ± 0.33*
総コレステロール(mg/dl)	174.12 ± 28.24	174.15 ± 28.09
HDLコレステロール(mg/dl)	49.39 ± 13.39	53.44 ± 11.27*
ヘモグロビン	11.39 ± 1.76	11.75 ± 1.75
総コレステロール(g/dl)		
A/Q比	1.14 ± 0.20	1.20 ± 0.24

菊谷武ら:介護老人福祉施設における利用者の口腔機能が栄養改善に与える影響. 日老医誌, 41:396-401, 2004.

11

本日のメニュー

- 1) 口腔ケアの定義, 目的
- 2) 口腔を観察しよう!
- 3) 口腔ケアの流れ
もう一歩進むために...
- 4) 口腔乾燥症とは?

12

3

口腔内の状態把握

どこを見ればいいのか?

- 口蓋(こうがい) 汚れていないか
- 歯 黒くなっているか 汚れていないか
- 舌 舌苔がついていないか 乾燥していないか
- 歯肉(しにく) 腫れていないか 赤くなっているか
- 義歯 汚れていないか

13

歯をみる

黒くなっているところはないか?
歯と歯の間に汚れはついていないか?

歯頸部う蝕(しけいぶうしょく)

14

介護の場合…
「〇〇さんは、バネがない総入れ歯だから、歯はないよね。」

ちょっと待って。本当にそう?

入れ歯の下の歯の根に注意!!

15

でも、口の中って、暗いですよね…

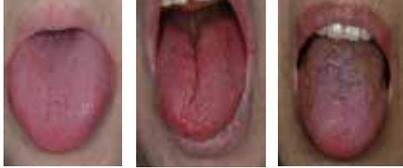
ペンライトをつかってみませんか?

16

4

舌をみる

舌苔は付着しているか？ 色は？



正常な舌 重度のドライマウス 舌苔(ぜったい)カンジダ症

17

口蓋をみる

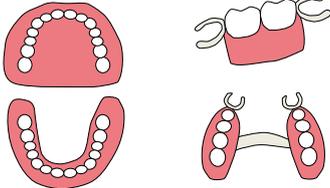
痰、痂皮(かひ)などが付着していないか、乾燥していないか



18

義歯をみる

総義歯(総入れ歯) 部分床義歯(部分入れ歯)



19

義歯の状態

- かけて、とがっているところはないか？
- 歯が取れていないか？
- 割れたり、ひびが入ったりしていないか？
- バネが折れていないか？



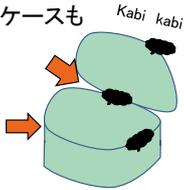
20

5

コップや入れ歯のケース **ポイント！**

- 名前を書く
- コップや入れ歯のケースも洗って清潔に。

ふたの段差の部分や、蝶番の部分に黒い物があることが多い…



21

本日のメニュー

- 1) 口腔ケアの定義、目的
- 2) 口腔を観察しよう！
- 3) 口腔ケアの流れ

もう一歩進むために…

- 4) 口腔乾燥症とは？



22

口腔ケアの流れ

1. 全身状態を把握
2. 口腔内の状態を把握
3. 口腔清掃を行う
 - 1) 声かけ、体位を整える
 - 2) うがい
 - 3) ブラシを用いて清掃
 - 4) うがい
 - 5) 保湿

23

1) 声かけ、体位を整える

①まず声かけ

いきなりブラシを入れるとびっくり！
口を開けていただけなくなる

「うがいをしますよ」
「口の中をきれいになりますよ」

口の周りを触ることで、
「口を触りますよ」の合図！！



24

6

②体位を整える 介助で行う場合

全身状態やADLなどに応じて適切な体位にする

ポイント!
片麻痺がある場合は、
口腔内にも麻痺があり!

健側(=麻痺がない方)を下にすると誤嚥を防ぐことができる。

左麻痺で
左を下にする→左にたまる→わからない
右を下にする→右にたまる→わかるので吐出せる

25

どの位置、どの角度から歯ブラシが来るとよい?

特に上の歯を磨いていると、顔がだんだん上を向いてくる...

ポイント!
目線の高さを合わせるか、後ろから頭を支えるとケアが行いやすい

26

2)うがいをする

・義歯を使用している場合は、義歯を外す
・うがいは、コップや吸い飲み等を使う

ポイント:姿勢は大丈夫? 再確認。

27

3)ブラシによる清掃

①スポンジブラシなどを用いる
やわらかく、口腔粘膜を傷つけない

使用方法
水で濡らしたあと、水分をふき取る

むせやすい方の場合、
しっかりとしぼるか、
ガーゼなどで余分な水分を取る

28

7

②歯ブラシを用いて清掃

歯ブラシの選び方
・歯ブラシの大きさは上の前歯2本分
・動物毛は乾きにくく、細菌が繁殖しやすい

歯ブラシの動かし方
どうやって動かせばよい?

29

虫歯(う蝕)とは? **歯周疾患とは?**

エナメル質
象牙質
歯髄(歯の神経)

ポケット

ポケットが深くなると、歯茎の支えが弱くなりグラグラ...

30

ポイント 歯の表面だけでなく、歯ブラシを45度にしてポケットの汚れもとる!

31

③歯間ブラシやデンタルフロスを用いた清掃

・一本だけの歯
・歯ブラシが届きにくい奥歯
ワンタフトブラシ・太い歯間ブラシの使用!

32

8

④舌ブラシを用いて清掃

舌の清掃を行う

- ・力を入れすぎない
- ・奥から手前にやさしく動かす
- ・無理をせず数回にわけてとる

33

⑤義歯の清掃

- ・落としても、割れないように手のひらで支える
- ・義歯の取り違いを防ぐため、ネームを入れる

34

ポイント！ 義歯の入れ方

35

4)うがい

口腔ケアが終わったら、うがいをする

嚥下に問題がある場合は、ガーゼや水分を絞ったスポンジブラシで口の中の水分を確実に拭き取る

！注意！ !Attention!
口腔ケアが刺激になって、唾液分泌が誘発される

36

9

口を開けない方に対する口腔ケア

- ・水でぬらしたガーゼやスポンジで唇に触る
- ・慣れてきたら、やわらかめの歯ブラシですこしずつケアを行う
- ・口が開いたら、横からブラシなどを入れる

口腔内に口内炎や傷があり、疼痛のため口を開けない場合もあるので注意！

37

オーラルバイトの使用(ホースでも代用可)

厚みが薄い方をまず噛んでもらう
→ケアの部位によって、オーラルバイトの向きを変えて、開口量を確保する

38

向かい合うと圧迫感を感じることもある。

そのときは、ちょっと角度を変えてみては？

39

経口摂取をしていない場合

口から食事をしていなくても、口腔ケアは必要

食べかすはたまらないが、粘膜が剥がれたり、唾液や痰の付着は起こる

ポイント
栄養注入直後にケアすると、ケアの刺激で嘔吐を誘発してしまう。

40

10

ケアをすると出血する場合

歯肉の炎症が強いと出血することがある。出血を恐れてブラッシングをしないと、汚れが取れず、なお歯周病が悪化する。

ただし、出血しやすいケースもあるので注意

- ・抗凝固剤(ワーファリンなど)服用
- ・白血病
- ・血小板減少症

41

!!注意!! !Attention!! 

全身状態に注意
偶発的な転倒による骨折や頭部外傷、心筋梗塞や狭心症などの心疾患、脳血管障害

緊急時の連絡体制などを熟知しておく。

ケア中の急変に注意
少しでも異常を感じたら躊躇せず中止し、医師もしくは看護師に報告する。

パルスオキシメーターの使用も有効

42

本日のメニュー

- 1) 口腔ケアの定義, 目的
- 2) 口腔を観察しよう!
- 3) 口腔ケアの流れ

もう一歩進むために...

4) 口腔乾燥症とは?



43

唾液の分泌

唾液は、1日に1~1.5L 分泌

三大唾液腺 

- 消化作用
- 咀嚼、嚥下の補助作用 (食べ物をかみ砕く、飲み込む)
- 溶解作用 ●洗浄作用
- 歯および粘膜の保護作用
- 抗菌作用 ●円滑作用
- 味覚発現作用 など

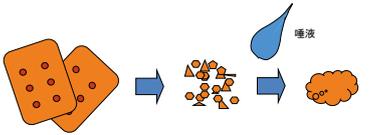
引用 松尾健二 他著 第一巻、サイエンスフォーラム、東京、2005、57

44

11

食事のときの、唾液の役割

消化、粘膜の保護、洗浄、そして、食塊形成



クラッカーを噛む → 細かく碎かれる → 唾液と混ざり塊になる = 食塊

45

舌って、どうなってるの？

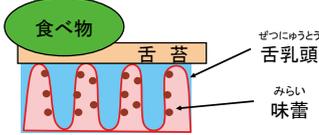
舌の上には、ピンク色の乳頭と呼ばれるものがある。

その下のほうに味を感じる味蕾がある。



46

舌を拡大して横から見ると？



食べ物 → 舌苔 → 舌乳頭 → 味蕾

- ① 唾液が少なく乾いている状態
- ② 舌苔がある状態

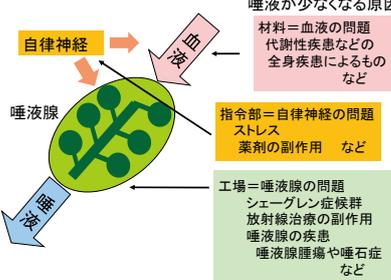
47

唾液が少なくなる原因

材料=血液の問題
代謝性疾患などの全身疾患によるものなど

指令部=自律神経の問題
ストレス
薬剤の副作用 など

工場=唾液腺の問題
シェーグレン症候群
放射線治療の副作用
唾液腺の疾患
唾液腺腫瘍や唾石症 など



48

12

医療機関で治療

- ①唾液分泌促進剤、漢方薬を処方
- ②服用薬剤の変更、減量を依頼
- ③原因疾患の治療
- ④カウンセリング

セルフケア

- ①保湿剤の使用
- ②唾液腺のマッサージ
- ③日常生活指導
- ④加湿 など

49

スプレータイプ

使用方法: 乾燥を感じたときに、数回噴霧
1日何回でも可

利点: 簡便、さっぱりしている

欠点: 液体であるため、持続時間が短い

備考: 舌のひりひり感が強い場合は、
味が薄いほうがよい

製品一例:

- パトラージェルスプレー (サンスター)
- ウェットケア(キッセイ薬品)
- アクアバランス(LION)



50

ジェルタイプ

使用方法: 約1cmほど指にとって、舌にのせる
舌を口腔内で動かし、口腔全体に広げる

利点: 粘性が高いため持続時間が長い

欠点: ネバネバする

製品一例:

- ペプチサルジェントルマウスジェル(ティーアンドケー)
- パトラージュるおい透明ジェル(サンスター)
- コンクールマウスジェル(ウェルテック)

ポイント!

- ①厚く塗りすぎない
- ②必ず粘膜を湿らせてから使用する
- ③ケアの際は、塗り重ねをしない



51

洗口液タイプ

使用方法: 1日数回、含嗽する

利点: アルコールフリーで刺激が少ない
さっぱりしている

欠点: 持続時間が短い

製品一例:

- ペプチサルジェントルマウスウォッシュ(ティーアンドケー)
- パトラージュマウスコンディショナー(サンスター)
- コンクールマウスリンス(ウェルテック)

ポイント

- ①スプレー容器に入れて噴霧可能
- ②スポンジブラシにつけてケアに使用



52

13

トゥースペースト

使用方法: 適量とって、ブラッシングする

利点: 発泡洗浄剤が入っていないため
刺激が少ない

欠点: 発泡しないため、慣れるまで
違和感がある

製品一例:

- ペプチサルジェントルトゥースペースト (ティーアンドケー)
- パトラージュマイルドペースト (サンスター)



53

保湿剤選択のポイント

- ・口腔内の状態
唾液分泌量(口腔粘膜の乾燥状態)
ネバつきがある場合 → 粘性の低い物
しみる場合 → マイルドな物
- ・患者の状態
口呼吸の場合 → ジェルタイプ
日中も乾燥する場合 →
日中はスプレータイプ、夜間はジェルタイプ
嚥下障害がある場合
→ 咽頭部への流れ込みがないもの

保湿剤の成分、価格、患者の嗜好に合わせて、適切なものを選択

54

唾液腺マッサージ

耳下腺マッサージ

- ・人差し指から小指までを耳介の前下方にあて、円を描くように優しくマッサージする
- ・耳下腺導管の走行に添って押し出すような動きをする

顎下腺・舌下腺マッサージ

- ・両手の親指をそろえ、優しく押し上げるような動きをする

強い力でいきがちなので注意!



55

素敵な笑顔で楽しい毎日



**しあわせいっぱい
広がりますように**

本日の資料: 口腔ケアマニュアル
新潟大学HPから無料ダウンロード可
<http://www.dent.niigata-u.ac.jp/oral-care/>
または、下記にて販売
（財）新潟県歯科保健協会 Tel:025-283-0525

56

14

2. 支部活動

1) 「にこにこ通信」上越支部発・抜粋

栄養ケア・ステーションからこんにちは！

にこにこ通信 Vol.12

発行/2020年 12月 16日 発行者/(公社)新潟県栄養士会上越支部 上越栄養ケアステーション

訪問栄養指導の実施状況

上越圏域では、平成28年より多くの先生方から「指示書」をいただき訪問栄養指導を実施してきております。
実施件数 21名、訪問回数 76回 (1指示あたり3~6回)
 下記内容で訪問栄養指導を行いました。



	低栄養(看取り含む)	体重が減ってきた、終末期の食事内容や量が知りたい →調理指導、献立提供など	糖尿病	病院を退院したが、〇〇カロリー・HbA1cが高いと言われたが、何をどれだけ食べてよいかわからない。
	嚥下障害(低栄養)	むせがあり、誤嚥が怖い！ →トロミ剤の種類や利用方法など	糖尿病・肥満	肥満(BMI30以上)による機能低下があり、歩行器使用。食事療法おこなうも体重がすぐにリバウンドしてしまう。自力で歩行したい。
	腎臓病・心不全	入退院の繰り返ししている →「減塩」の調理指導 (本人、ヘルパーさんへ)	糖尿病・透析	カリウム値が高いと言われたが、何をどのように調理すればよいかわからない。
	肥満	一人暮らし。肥満による機能低下と意欲低下による転倒の恐れあり。体重を減らすには……。		



担当管理栄養士

訪問栄養食事指導の「依頼書・指示書」は、にこにこ通信(裏面)及びがんぎネット(キャビネット内)に掲載されていますのでご利用ください。管理栄養士が、毎週木曜日(9:30~12:00)下記にありますので、お電話にてご相談、お問い合わせください。

【問い合わせ先】
 新潟県栄養士会上越支部 上越地域栄養ケアステーション
 (上越地域在宅医療推進センター内) TEL 025-520-7500 / FAX 025-520-8686

在宅訪問栄養ケア申込書 兼 栄養食事指導指示書 (FAX 可)

依頼先: 上越地域栄養ケアステーション 行 Tel: 025-520-7500 Fax: 025-520-8686 *管理栄養士は、毎週木曜日(9:30-12:00)におります。その時間以外でも FAX による受付は可能です。返信に時間がかかることもありますが、必ず返信いたします。	紹介元医療機関: 令和 年 月 日 医療機関名: _____ 主治医名: _____ 所在地: _____ Tel./Fax.: _____
--	--

フリガナ 対象者氏名	様 (男・女)	生年月日: T / S. 年 月 日	年齢: 歳
住所	〒	☎ ()	*不在時連絡先:

適 応 保 険	<input type="checkbox"/> 医療保険	<input type="checkbox"/> 介護保険 (介護申請されている方は、介護保険優先です、)
訪問栄養食事指導が必要な理由		

<治療状況と、栄養食事指導指示内容>

栄養食事指導対象の疾患名	<input type="checkbox"/> 糖尿病 (インスリン ・ 経口薬 ・ 投薬なし) <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下障害 その他 ()	
栄養量の指示	<input type="checkbox"/> 病態に対し適正な栄養量を管理栄養士が算出すること。	<input type="checkbox"/> エネルギーKcal. <input type="checkbox"/> たんぱく質g <input type="checkbox"/> 脂質g <input type="checkbox"/> 塩分g <input type="checkbox"/> 水分ml
依頼事項	<input type="checkbox"/> 食事アセスメント <input type="checkbox"/> ヘルパーと協働で指導 <input type="checkbox"/> 生活習慣の見直し <input type="checkbox"/> 食事指導(治療食) <input type="checkbox"/> 調理指導 <input type="checkbox"/> その他()	
特記事項 (栄養面での目標など)	<input type="checkbox"/> 検査データを、別紙に添付します。	

様 (医療機関名)

令和 年 月 日

お申込みいただき、有難うございました。上記の申込みを受理いたしました。

在宅訪問登録管理栄養士が下記のように決定いたしましたので、取り急ぎ報告いたします。

在宅訪問登録管理栄養士	住所:
氏名:	電話番号:

* 追って本人から履歴書と管理栄養士登録証の写しを (持参・郵送) いたします。

上越地域栄養ケアステーション 訪問栄養食事指導部門担当: _____ 印

公益社団法人新潟県栄養士会上越支部

2) 魚沼地区作成 嚥下調整食一覧 施設別ブック

1. おかず形態一覧表					
名称	常食	刻み食	極細め食	ミキサー食	ムース食
肉のおかず	鶏肉のさじ焼き	鶏肉のさじ焼き	鶏肉のさじ焼き	鶏肉のさじ焼き	鶏肉のさじ焼き
魚のおかず	シーモンのパン粉焼き	シーモンのパン粉焼き	シーモンのパン粉焼き *ムース食と同じ	シーモンのパン粉焼き *ムース食と同じ	シーモンのパン粉焼き
野菜のおかず	ほうれん草の白粗え	ほうれん草の白粗え	ほうれん草の白粗え	ほうれん草の白粗え	ほうれん草の白粗え
内容 (作り方)	一般的な食事	調理後、クイナートに荒く攪拌したものの魚は包丁で刻む	調理後クイナートに細かくするまで攪拌したものの魚は市販のムースを使用	調理後適量(少量)加水レククイナートでミキサー上になるまで攪拌したものの魚は市販のムースを使用	ミキサーにまとめるごeasyを添加、攪拌し、ゆるめのまとまりをもたせたものの魚は市販のムースを使用
大きさ・形状	通常の大きさ	1cm以下	5mm以下	ペースト状	ムース状
咀嚼の必要性			歯茎でつぶせる	噛まなくてよい	噛まなくてよい
学会分類 2013			4	2-2	1j
栄養価目安	米飯150g 1450kcal	全粥200g 1200kcal	全粥200g 1200kcal	全粥200g 1200kcal	ムース粥150g 1000kcal

2①.水分とろみの基準			2②.水分ゼリー		
名称	青1	ピンク1	白1	名称	イオンゼリー
とろみ調整食品	つるりんごPowerful	つるりんごPowerful	つるりんごPowerful	とろみ調整食品	ゼリーメイク
濃度(量)	0.5% (200mlに1g)	1.0% (200mlに2g)	2.0% (200mlに4g)	濃度(量)	
学会分類2013	薄いとろみ	中間のとろみ	濃いとろみ		

3.主食一覧			
名称	米飯	全粥	ムース粥
内容	通常のごはん	やや固めの全粥	五分粥にまとめるごeasy*0.4%添加しミキサーにかけたもの
米と水分の比率 (作成時)	重量比 =米1:水1.4	重量比 =米1:水5	

4.濃厚流動食 (経管栄養)			5.補助食品、その他	
商品名	メイグッド		0j・1j対応:不可	
			エンジョイゼリー・エンジョイクリーム	

6. 資料編

1. おかず形態一覧表

名称	常食	全粥食	軟菜食	軟菜食(一口大)	軟菜食(さざみ)	ミキサー食(糊状)	ミキサー食(注連粉)
肉のおかず							
魚のおかず							
野菜のおかず							
内容(作り方)	一般的な食事	一般的な食事と同等の献立内容だが、主食は全粥であり付け合わせの野菜はポイルしたものの	硬い物や繊維質の多い食品を除き、咀嚼しやすいように柔らかく調理したものの肉料理は挽肉使用のもののみ	軟菜食を一口大に切り分けたものカトラリーの操作性や咀嚼能力の低下に対応	食材を小さく刻み、とろみあんをかけたもの水分が多い料理はとろみをつけて飲み込みやすくする(カタメリン)	べたつきは少なく喉をゆっくりと通過させることが出来るまとまりやすいペースト状のもの(カタメリン)	べたつきは少なく喉をゆっくりと通過させることが出来るまとまりやすいペースト状のもの(カタメリン)
大きさ・形状	通常の大きさ	通常の大きさ	通常の大きさ	2-3cm角	3mm角程度	ペースト状	ペースト状
咀嚼の必要性					容易に噛める	噛まなくてよい	噛まなくてよい
学会分類2013							
栄養量目安	米飯150g 1600kcal	全粥300g 1500kcal	全粥300g 1500kcal	全粥300g 1500kcal	全粥300g 1500kcal	全粥150g 1300kcal	ミキサー粥150g 1300kcal

2①.水分とろみの基準

名称	フレンチドレッシング(A)	とんかつソース状	ケチャップ状
とろみ調整食品	つるりんこ	つるりんこ	つるりんこ
濃度(量)	1%(100mlに1g)	2%(100mlに2g)	3%(100mlに3g)
学会分類2013		中間のとろみ	濃いとろみ

2②.水分ゼリー

名称	
とろみ調整食品	
濃度(量)	

3.主食一覧

名称	米飯	全粥	五分粥	三分粥	重湯	ミキサー粥
内容	通常のご飯	水分が多く軟らかい	全粥と重湯を1:1の重量比で混ぜたもの	全粥と重湯を3:7の重量比で混ぜたもの	重湯	全粥にスベラカーゼ1%重量を加え、ミキサーにかけたもの
米と水分の比率(作成時)	重量比 =米1:水1.5	重量比 =米1:水10				

4.濃厚流動食(経管栄養)

商品名	エコフロー	ハイネーグル

5.補助食品、その他

	OJ・1J対応:可	炭酸飲料
	ブリックゼリー、アイオール	

3) 十日町支部会員アンケート

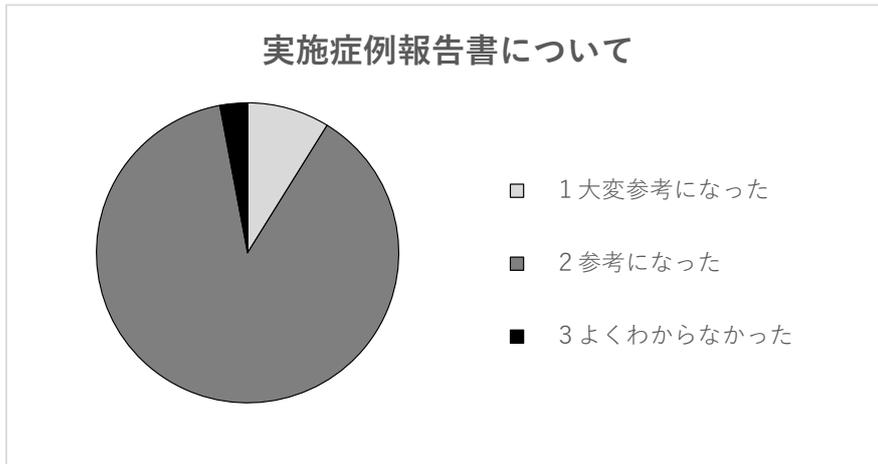
2020年度在宅医療（栄養）推進事業 III-④訪問指導症例検討

【新潟県栄養士会 十日町支部研修会】アンケート

回収枚数 36 / 支部人数 57 回収率 63.2 %

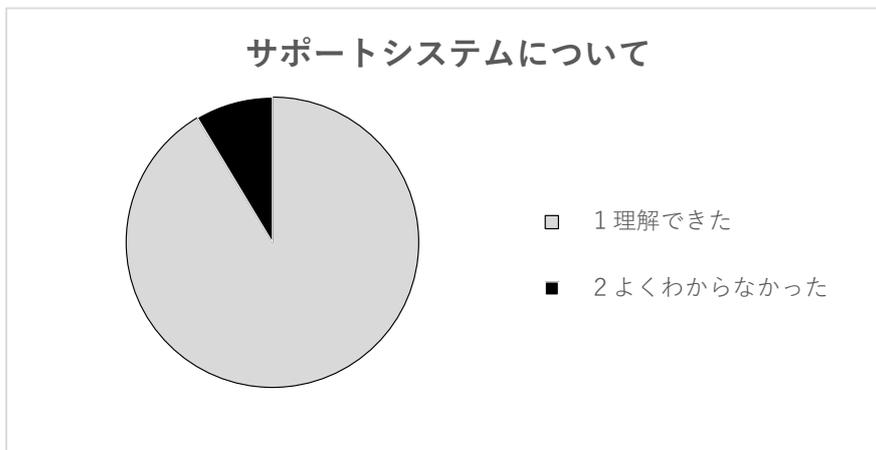
①実施症例報告書について * 1と2に○：1名、無回答：1名

1 大変参考になった	3
2 参考になった	30
3 よくわからなかった	1



②十日町のサポートシステムについて * 無回答：1名

1 理解できた	32
2 よくわからなかった	3



2020年度在宅医療（栄養）推進事業 III-④訪問指導症例検討

在宅訪問事業について 自由記述

- ・現在栄養指導業務に携わっていないので、紙面だけで読み取るのは難しかった。訪問の流れについて若干分かった。
- ・在宅訪問を増やすには稼働できる栄養士の増加が必須。デイサービス利用者への介入が有効なことも多いので、福祉施設の栄養士が取り組めるような仕組みがあればと思う。
- ・実際にどのような内容で事業が行われているのか知ることができた。利用者・家族の支えとなる事業だと思う。
- ・通所系サービス利用者で栄養士が介入した方がよいケースがたくさんあり、必要に応じて介入している。しかし、それに対する保障がない中での対応となっている。福祉施設勤務の栄養士が業務内で動けるようなシステムができると在宅訪問や地域サポートシステムが円滑に進むと思う。
- ・自分の施設が関わっているため、理解できたと思う。
- ・訪問栄養指導の現状が分かった。栄養士も少なく、依頼者（利用者）も少ないことから、必要性を分かってもらうような工夫も考えていく必要がある。
- ・参考資料にH27の活動報告とH25の実績があったが、その後需要は増えているのか。
- ・誤嚥性肺炎の症例で「不顕性誤嚥がないか確認」とあるが、どのように行うのか知りたい。
- ・症例報告書を見せていただき、在宅医療のイメージがわいてきた。
- ・実施症例報告書は、具体的でわかりやすく参考になった。
- ・コロナ渦で持病のある方へ訪問することは、訪問する側もされる側もリスクが伴うのではないか。
- ・指導者の訪問により適切な指導を受けることは、患者にとってもありがたく、刺激になりやる気にもつながると考えられる。今後も続けたい事業である。
- ・在宅医療で栄養指導を進めるには、金銭的・社会的？にそれなりの補償が必要だと思うが、実際はどの程度されているのか。
- ・現在、高齢者の食事に携わっていないが、栄養指導録の内容から、患者の状態や必要が理解できた。地域栄養に協力したいと思っているが、難しさを感じた。
- ・身内に要介護者がいるので他人事ではない。なるべく自宅で過ごせたらと思うが、一人暮らしのため食事面がなかなかうまくいかない。このようなサポートは心強いと思う。
- ・地域活動だけでなく、医療、福祉等の職域も一緒に介入できれば、更によいのではないかと思う。
- ・どのような活動を実施しているのかは把握できた。これから在宅訪問事業として、どうしていくべきか等方向性や方針が気になった。
- ・自分の業務と分野が異なるため、訪問の流れや記録内容を知ることができ、貴重な機会だった。サポートシステムについても、以前より理解できた。
- ・利用者が在宅の場合、一緒に生活しているご家族に対する配慮やサポートも必要となる場合も多いと思うので、大変だと思う。一方で病院や施設で接する場合よりも、栄養士の存在を身近に感じられると思う。
- ・医師や他職種の方が読んでも分かるような書き方を心掛けたい。

令和2年度在宅医療(栄養)推進事業
新潟県補助事業

新潟県における在宅訪問栄養食事指導推進事業
—在宅療養者等のステージに合った QOL の向上をめざして—
令和元年度事業報告書

発行：令和3(2021)年3月

公益社団法人 新潟県栄養士会
〒951-8052 新潟市中央区下大川前通4ノ町2230番地
エスカイア大川前プラザ108号
TEL 025-224-5966 FAX 025-224-0510
