

2 栄養アセスメント・栄養ケアプランの実際

病院等医療機関における栄養管理は、栄養スクリーニング・栄養アセスメントの実施から、栄養ケアプランの作成・実施、モニタリング、さらに評価・判定と必要な栄養ケアプランの見直しへつながる、PDCA マネジメントサイクルによって展開されている。

ここでは、平成 30 年 9 月 12 日開催の一般社団法人全国栄養士養成施設協会が主催した「平成 30 年度 診療報酬・介護報酬同時改定と管理栄養士養成教育に求められる実践技能に関する研修会」において、独立行政法人国立病院機構済川医療センター栄養管理室長 須永将広が、「カルテ記録～臨床現場から～」と題して講演したときの資料から、栄養アセスメントに関わる『看護および栄養管理等に関する情報(様式例)』を記載した(p.20)。また、比較的簡便な『栄養管理計画書(様式例)』と『栄養管理計画書(記入例)』を記載した。

| 栄養管理計画書(様式例) | | 計画作成日 | |
|------------------------|---|---|------|
| フリガナ | | | |
| 氏名 | 様 (男・女) | 病棟 | |
| 大・昭・平・令 | 年 月 日生 (歳) | 担当医師名 | |
| 入院日: | | 担当管理栄養士名 | |
| 入院時栄養状態に関するリスク | | | |
| 栄養状態の評価と課題 | | | |
| 栄養管理計画 | | | |
| 目 標 | | | |
| 栄養補給に関する事項 | | | |
| 栄養補給量 | 栄養補給方法 | <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 | |
| ・エネルギー kcal | 嚥下調整食の必要性 | <input type="checkbox"/> なし | |
| ・たんぱく質 g | <input type="checkbox"/> あり (学会分類コード:) | | |
| ・水分 mL | 食事内容 | | |
| ・ | 留意事項 | | |
| ・ | | | |
| 栄養食事指導等に関する事項 | | | |
| 入院時栄養食事指導の必要性 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容 | 実施予定日: | 月 日) |
| 栄養食事指導の必要性 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容 | 実施予定日: | 月 日) |
| 退院時の指導の必要性 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容 | 実施予定日: | 月 日) |
| 備 考 | | | |
| その他栄養管理上解決すべき課題に関する事項 | | | |
| 栄養状態の再評価の時期 実施予定日: 月 日 | | | |
| 退院時および終了時の総合的評価 | | | |

| 栄養管理計画書(記入例) | | 計画作成日 | |
|--|--|--|-------------|
| フリガナ | | 〇〇年×月△△日 | |
| 氏名 | 様 (男・女) | 病棟 | 4階 |
| 大・昭・平・令 | 年 月 日生 (68 歳) | 担当医師名 | 〇〇 〇〇 |
| 入院日: | 〇〇〇年×月△△日 | 担当管理栄養士名 | △△ △△ |
| 入院時栄養状態に関するリスク | | | |
| 疾患名: 胃癌, 高血圧. 身体所見: 身長 155 cm, 体重 47 kg, BMI 19.6 kg/m ² , 体重減少率 3% 1ヶ月. 血液生化学など: Hb 11.0 g/dL, Alb 3.2 g/dL, TP 6.0 g/dL, 食欲低下, 胃癌全摘手術予定. | | | |
| 栄養状態の評価と課題 | | | |
| 評価: 低栄養 食欲不振, 体重の改善, Hb, Alb の改善. | | | |
| 栄養管理計画 | | | |
| 目 標 | | | |
| ・低栄養の改善. ・術後の不安に寄り添いながら食事摂取量の充足を図る. 体重の増加, BMI 22 に近づける. | | | |
| 栄養補給に関する事項 | | | |
| 栄養補給量 | 栄養補給方法 | <input checked="" type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 | |
| ・エネルギー 1,600 kcal | 嚥下調整食の必要性 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | |
| ・たんぱく質 60 g | <input type="checkbox"/> あり (学会分類コード:) | | |
| ・水分 1,400 mL | 食事内容 | | |
| ・脂質 45 g | 留意事項 | | |
| ・炭水化物 240 g | 朝食時, 栄養補助食品 200 kcal 付加. | | |
| 栄養食事指導等に関する事項 | | | |
| 入院時栄養食事指導の必要性 | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (内容 | 術後の食事について | 実施予定日: 月 日) |
| 栄養食事指導の必要性 | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (内容 | ダンピング症候群の予防 | 実施予定日: 月 日) |
| 退院時の指導の必要性 | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (内容 | 分割食について | 実施予定日: 月 日) |
| 備 考 | | | |
| その他栄養管理上解決すべき課題に関する事項 | | | |
| 術後の体重, 食事摂取量を評価し, 栄養管理内容の調整を行う. | | | |
| 栄養状態の再評価の時期 実施予定日: 〇〇 月 〇〇 日 | | | |
| 退院時および終了時の総合的評価 | | | |
| (退院時) 栄養状態改善. 今後は外来にて食事摂取量, 体重について経過観察を行う. | | | |