

事例 通所施設での栄養ケア・マネジメントの導入にむけて

社会福祉法人 偕恵園 偕恵いわまワークス
管理栄養士 高桑 幸

1. はじめに

偕恵いわまワークスの運営母体である社会福祉法人偕恵園は、命と出会い、命を尊び、ともに生きる、という基本理念の下、障害者支援施設、生活介護事業所、就労継続 B 事業所、特別養護老人ホーム、グループホーム公益事業、移動支援サービス等の福祉事業を展開しています。

偕恵いわまワークスは、保土ヶ谷区にあり最寄り駅の天王町駅から徒歩 3 分、保土ヶ谷駅から徒歩 10 分と交通の便のよいところにある施設です。平成 3 年 6 月に通所定員 40 名の知的障害者授産施設、通所定員 20 名の身体障害者授産施設からなる複合型施設として開所しました。平成 19 年 10 月に新体系に移行し、現在の偕恵いわまワークスは、通所定員 50 名の生活介護事業所、通所定員 20 名の就労継続 B 事業所ふたつの施設となっています。利用者の年齢は 19 歳～71 歳と幅広く、開所当時、養護学校を卒業してすぐに入所した利用者の方が現在も多数在籍しており、平均年齢は 43 歳です。当施設での食事・栄養管理は、利用者が健康で楽しい生活、作業ができることを目標としています。選択メニューやグルメの日メニュー、季節の催事にちなんだ行事食等を、個々人に適した食材や食事量、食形態で提供し、楽しく食事をしていただけるように心がけています。

2. 栄養管理について

現在の栄養管理は、栄養ケア・マネジメント書式では行っていないが、個々人のエネルギー量、栄養素量が摂れるような食事提供と毎食の食事の様子を見させていただくこと、毎月の体重測定で栄養状態の確認、食事内容の調整を行なっています。また、支援会議に参加し、利用者の様子を把握、食事面で気になる利用者の検討を行なっています。

利用者の平均年齢が高くなるにつれ、基礎代謝が下がるものの食欲は維持している方が多くみられ、肥満の割合が年々増加しており、現在では全体の 48%となっています。肥満からくる足、膝の不調や、高血圧症や脂質異常症、糖尿病などの生活習慣病を抱える方が多くなっている現状を受け止め、食事について利用者と話ず機会を持ち、食べ物と健康に対して意識してもらえるように、平成 26 年度より利用者への食事相談を開始しました。相談内容は、担当支援員に報告、記録は支援員全員に回覧し情報の共有を行なっています。

3. 栄養ケア・マネジメント導入にむけて

今年度「障害者施設の栄養ケア・マネジメントに関する事例集作成プロジェクト」に参加する機会をいただきました。実際に栄養ケア・マネジメントを実施している施設の事例をお聞きして、利用者の栄養状態の評価・生活全般の支援に繋げていく事に関して多職種で関わられるようになること、個別支援計画での食事面の充実が図れるようになることから、導入していきたいと感じ、実現にむけて動き出しました。

《 導入までのスケジュール 》

平成 26 年度

8 月 給食委員会で相談

委員である支援員に栄養ケア・マネジメント導入むけて、栄養ケア・マネジメントの説明、書式の説明、進め方の説明（今年度は試行し来年度から実施）を行う。
委員メンバーの支援員からは賛同の意見が得られ、支援員が関わる部分が現在の支援業務プラスで出来る内容であるかの質問、書式の項目について提案の際に説明があった方が分かりやすいと助言をもらう。

9 月 起案書提出

給食委員会での相談結果から、より分かりやすい説明を加え起案書を提出。
決裁がおりる。

11 月 支援調整室会議で職員会議での提案前の内容相談

栄養ケア・マネジメントを行う意図と支援員の協力要請をしっかりと伝えること、書式内容の助言をもらう。

12 月 職員会議で提案

栄養ケア・マネジメントと書式の説明を行ない、今年度試行の流れと対象者、来年度実施の流れと対象者について提案した。

※提案に使用した資料

資料 1 利用者に対する栄養ケア・マネジメントについて（提案）

資料 2 栄養ケア・マネジメントとは

資料 3 栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング書式と項目説明文

資料 4 栄養ケア計画書書式

資料 5 栄養ケア提供経過記録様式

栄養スクリーニング・アセスメント実施、栄養ケア計画作成

1 月～栄養ケア・マネジメント試行

3 月 モニタリング、再スクリーニング

平成 27 年度～実施（予定）

.3 月 試行メンバーのモニタリング、再スクリーニング
栄養ケア計画作成

新規利用者は、栄養スクリーニング、アセスメント、栄養ケア計画作成
利用者に栄養ケア計画の説明と同意を得る。

4 月～栄養ケア・マネジメント実施

4. 取り組んでみての感想

今年度から利用者への食事相談をスタートし、食に関して支援員と情報共有ができる流れができたことにより、栄養ケアマネジメント試行はスムーズに進めることができています。

スクリーニングに必要な喫食率を計算するために3日間の食事状況を見させていただきましたが、利用者の方も食事が終わると教えてくれ、問題なく終わることができました。その様子を見ていた他の利用者の方が食事後の食器を見せてくれたり、自分の食事について教えてくれる場面もあり、利用者の方が食について関心をもつきっかけとなっている様でした。

来年度から実施に向けて、ご家族への栄養ケアマネジメントの詳しい説明、個別支援計画と連動した書類作成時期の調整を行っていきたいと思います。

利用者に対する栄養・ケアマネジメントについて（提案）

H26.12.6（土）

管理栄養士 高桑

いわまワークスの栄養管理は、栄養ケア・マネジメント書式では行っていませんでしたが、「※障害者施設における栄養ケア・マネジメントに関する事例集作成プロジェクト」に参加してみて、多職種で関わりながら利用者の栄養状態を評価し、そこから生活全般の支援に繋げる事ができること、栄養管理をより円滑に進められることから、当施設でも取り組みたいと提案します。

今年度は試行し、その状況を見て来年度実施を目指して進めていきたいと思えます。利用者の食事に関する内容について、担当支援員と確認や相談しながら進めていきます。支援員のご協力をお願いします。

※「障害者施設の栄養ケア・マネジメントに関する事例集作成プロジェクト」

今年度、横浜市主催で行っているプロジェクト。18施設の栄養士が参加。

プロジェクトの目的

障害者施設における、栄養に関する専門書は、種類も少なく、施設では栄養士が手探りで日々の業務に励んでいるのが現状である。栄養ケア・マネジメントの実施も進まない状況にある為、プロジェクトメンバーの施設の事例を集め、日頃の業務の参考にできる資料を作成し、栄養ケア・マネジメント実施を推進する。

事例は、すでに取り組んでいる施設、未実施施設の取り組み開始状況についてまとめる。

(1) 栄養ケア・マネジメントとは ⇒別紙1「栄養ケア・マネジメントとは」参照

○担当支援員に協力をお願いしたい内容

- ・スクリーニング項目の3日間の給食の食事摂取量確認時、利用者へお知らせ
- ・アセスメント時、栄養士では分からない利用者の状況について
- ・栄養ケア計画作成時 内容についての相談

○栄養ケア・マネジメントの書式を使用 ⇒書式参照

(2) H26 年度 栄養ケア・マネジメント試行、H27 年度実施に向けて

対象者：食事相談を定期的に受けている利用者を中心に（各作業場から数名ずつ）

メテオ Aさん、Bさん、Cさん

シルク Dさん、Eさん、Fさん、Gさん

くみたて Hさん、Iさん

銀河 Jさん、Kさん 11名

※基本的には全利用者に対して行うものだが、対象者を決めて行う。

○スケジュール

H26 年度

11月 支援調整室と相談

12月 支援会議での提案・検討・訂正

栄養スクリーニング、アセスメント実施、栄養ケア計画作成

1月～栄養ケア・マネジメント試行

3月 モニタリング、再スクリーニング実施

H27 年度～実施

試行メンバーを継続し、必要性のある利用者がある場合追加。

H26.3月 試行メンバーのモニタリング、再スクリーニング、栄養ケア計画作成。

新規利用者は、栄養スクリーニング、アセスメント、栄養ケア計画作成。利用者から栄養計画の説明と同意を得る（個別支援計画と連動させる為、時期は支援調整室と相談）。

4月～ 栄養ケア・マネジメント実施

H26.12.6 (土)

栄養ケア・マネジメントとは、まず利用者の栄養状態を評価し、そこから生活全般の支援に繋げていくためのものです。

障害児・者の栄養状態や食生活の質は、主障害とその障害の原因となる疾患、そして特有の食行動、身体的・精神的問題、服薬、さらに糖尿病、脂質異常症、高血圧症、痛風などの生活習慣病から影響を受けます。そのため栄養士だけでなく関連職種が協働で情報を共有し、ケアを行うことが必要です。

個別支援計画の食事・健康に関する部分の別紙の扱いになります。

様式作成、記入は栄養士が行いますが、食事摂取量、アセスメント、計画作成時に担当支援員に相談させていただきながら進めていきます。ご協力をお願いします。

栄養ケア・マネジメントの流れ

※厚生労働省よりモデル書式が出されていますが、施設で使いやすい書式に変更可能。ワークスオリジナルのものを作りました。

栄養スクリーニング

・・・利用者の栄養状態のリスクレベルを判定します（栄養士）

*身長・体重・体重変化率・**食事摂取量**などから判定します。

(用紙の左上部)

*低・中・高リスクの3段階のリスクレベルに分けます。

◎食事摂取量 3ヶ月ごとに栄養士が給食の摂取状況を3日間確認します。対象者と確認日については、事前時作業場に連絡します。(利用者にお伝え下さい。)

食事時、カード(食事が食べ終わったらトレーを見せて下さいカード)を配り、利用者にも分かるようにする等方法を考え中

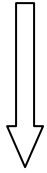
栄養アセスメント

・・・**アセスメント**を行ない、解決すべき課題を抽出します（栄養士）

(アセスメント⇒用紙の右側点線部分)

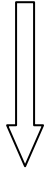
*必要栄養量算定(用紙左中央部分)、別紙栄養ケア・マネジメント用フェイスシート項目・別紙食事アンケート項目・血液検査結果を整理し、**本人やご家族の意向(ニーズ)**(用紙下部)、多職種からの情報と併せ、課題をアセスメントします。

◎本人やご家族の意向欄は、個別支援計画で食事や健康に関するニーズを記載し、個別支援計画と連動(食事、健康部分の別紙となる)していきます。個別支援計画に記載がないと栄養ケア計画が作成できないので、記載をぜひお願いします。



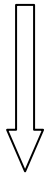
栄養ケア計画

- ・・・① 課題を解決する計画をたてます（栄養士）
- ② 関連職種との話し合いで計画書を完成させます（関連職種）
* **ニーズ**は個別支援計画の食事、健康関係と連動させます
- ③ サービス管理責任者の確認を受けます。



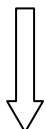
利用者またはご家族へ説明

- ・・・利用者またはご家族に説明し、同意を得ます
- * 年間支援計画の時期と合わせます



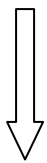
実施

- ・・・計画書に基づき支援を実施します



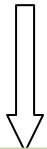
モニタリング

- ・・・体重を1ヶ月毎に測定、実施状況や達成度、計画の変更の必要性などを3ヶ月ごとに評価します（栄養士）



再スクリーニング

- ・・・3ヶ月たったら再度栄養状態を判定します（栄養士）



計画に変更があった場合

- ・・・利用者またはご家族に説明し、同意を得ます

計画に変更がなかった場合

- ・・・継続とします（上記の実施に戻る）



作業場： 利用日： 記入者氏名： 作成年月日 年 月 日

氏名	(ふりがな)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	障害程度区分	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
生年月日			併存症	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> その他()
主障害	<input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 身体障害	年齢 115 歳		
主障害の原因疾患	<input type="checkbox"/> ダウン症候群 <input type="checkbox"/> 脳性まひ <input type="checkbox"/> 頸椎損傷 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> その他()	H26.9.1 現在	特記事項	

(以下は、入所者個々の状態に応じ)

実施日	年 月 日 ()	食形態の不一致	有 無																																																																																																																																
プロセス ()		食事摂食方法	自力 介助 一部介助																																																																																																																																
低栄養状態のリスク (状況)	低栄養状態のリスクレベル	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<table border="1"> <tr><td>口腔内の状況</td><td>歯の様子</td><td>自歯 義歯 一部義歯</td></tr> <tr><td></td><td>義歯の不具合</td><td>有 無</td></tr> <tr><td></td><td>歯茎</td><td>良 不良 ()</td></tr> <tr><td></td><td>乾き</td><td>有 無</td></tr> <tr><td>摂食関係</td><td>丸呑み</td><td>有 無</td></tr> <tr><td></td><td>咀嚼</td><td>良 不良 ()</td></tr> <tr><td></td><td>開口・閉口問題</td><td>有 無</td></tr> <tr><td></td><td>舌の動き</td><td>良 不良 ()</td></tr> <tr><td>摂食・嚥下障害確認項目</td><td>誤嚥性肺炎既往</td><td>有 無</td></tr> <tr><td></td><td>繰り返しの発熱</td><td>有 無</td></tr> <tr><td></td><td>脱水や低栄養の疑</td><td>有 無</td></tr> <tr><td></td><td>食事の拒否</td><td>有 無</td></tr> <tr><td></td><td>食材を選んで残す</td><td>有 無</td></tr> <tr><td></td><td>食事時間延長</td><td>有 無</td></tr> <tr><td></td><td>食事 途中停止</td><td>有 無</td></tr> <tr><td></td><td>食事中、後にムセ</td><td>有 無</td></tr> <tr><td></td><td>食事中、後にガラガラ声になる</td><td>有 無</td></tr> <tr><td></td><td>飲み込めない、引っかかると自覚</td><td>有 無</td></tr> <tr><td>食行動状況</td><td>過食</td><td>有 無</td></tr> <tr><td></td><td>異食</td><td>有 無</td></tr> <tr><td></td><td>偏食</td><td>有 無</td></tr> <tr><td></td><td>隠れ食べ</td><td>有 無</td></tr> <tr><td></td><td>食べこぼし</td><td>有 無</td></tr> <tr><td>身体状況</td><td>下痢</td><td>有 無</td></tr> <tr><td></td><td>便秘</td><td>有 無</td></tr> <tr><td></td><td>脱水</td><td>有 無</td></tr> <tr><td></td><td>浮腫</td><td>有 無</td></tr> <tr><td></td><td>生活機能の低下</td><td>有 無</td></tr> <tr><td></td><td>移動</td><td>自立 介助 一部介助</td></tr> <tr><td></td><td>立ち上がり</td><td>自立 介助 一部介助</td></tr> <tr><td></td><td>座位</td><td>自立 介助 一部介助</td></tr> <tr><td></td><td>視力</td><td>問題なし・</td></tr> <tr><td></td><td>めがね</td><td>有 無</td></tr> <tr><td></td><td>聴力</td><td>問題なし・</td></tr> <tr><td></td><td>補聴器</td><td>無 有 ()</td></tr> <tr><td></td><td>発語</td><td>問題なし・</td></tr> <tr><td></td><td>意思疎通</td><td>問題なし・</td></tr> <tr><td>服薬</td><td></td><td>有 無</td></tr> <tr><td>嗜好</td><td>好きな食べ物</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>嫌いな食べ物</td><td></td></tr> <tr><td></td><td>よく食べるおやつ</td><td></td></tr> <tr><td>自宅での様子</td><td>食事時間 朝 昼 夕 間食</td><td rowspan="2">4</td></tr> <tr><td></td><td>自宅での食形態 自宅での食事の様子</td></tr> </table>	口腔内の状況	歯の様子	自歯 義歯 一部義歯		義歯の不具合	有 無		歯茎	良 不良 ()		乾き	有 無	摂食関係	丸呑み	有 無		咀嚼	良 不良 ()		開口・閉口問題	有 無		舌の動き	良 不良 ()	摂食・嚥下障害確認項目	誤嚥性肺炎既往	有 無		繰り返しの発熱	有 無		脱水や低栄養の疑	有 無		食事の拒否	有 無		食材を選んで残す	有 無		食事時間延長	有 無		食事 途中停止	有 無		食事中、後にムセ	有 無		食事中、後にガラガラ声になる	有 無		飲み込めない、引っかかると自覚	有 無	食行動状況	過食	有 無		異食	有 無		偏食	有 無		隠れ食べ	有 無		食べこぼし	有 無	身体状況	下痢	有 無		便秘	有 無		脱水	有 無		浮腫	有 無		生活機能の低下	有 無		移動	自立 介助 一部介助		立ち上がり	自立 介助 一部介助		座位	自立 介助 一部介助		視力	問題なし・		めがね	有 無		聴力	問題なし・		補聴器	無 有 ()		発語	問題なし・		意思疎通	問題なし・	服薬		有 無	嗜好	好きな食べ物			嫌いな食べ物			よく食べるおやつ		自宅での様子	食事時間 朝 昼 夕 間食	4		自宅での食形態 自宅での食事の様子
	口腔内の状況	歯の様子		自歯 義歯 一部義歯																																																																																																																															
		義歯の不具合		有 無																																																																																																																															
		歯茎		良 不良 ()																																																																																																																															
		乾き		有 無																																																																																																																															
	摂食関係	丸呑み		有 無																																																																																																																															
		咀嚼		良 不良 ()																																																																																																																															
		開口・閉口問題		有 無																																																																																																																															
		舌の動き		良 不良 ()																																																																																																																															
	摂食・嚥下障害確認項目	誤嚥性肺炎既往		有 無																																																																																																																															
	繰り返しの発熱	有 無																																																																																																																																	
	脱水や低栄養の疑	有 無																																																																																																																																	
	食事の拒否	有 無																																																																																																																																	
	食材を選んで残す	有 無																																																																																																																																	
	食事時間延長	有 無																																																																																																																																	
	食事 途中停止	有 無																																																																																																																																	
	食事中、後にムセ	有 無																																																																																																																																	
	食事中、後にガラガラ声になる	有 無																																																																																																																																	
	飲み込めない、引っかかると自覚	有 無																																																																																																																																	
食行動状況	過食	有 無																																																																																																																																	
	異食	有 無																																																																																																																																	
	偏食	有 無																																																																																																																																	
	隠れ食べ	有 無																																																																																																																																	
	食べこぼし	有 無																																																																																																																																	
身体状況	下痢	有 無																																																																																																																																	
	便秘	有 無																																																																																																																																	
	脱水	有 無																																																																																																																																	
	浮腫	有 無																																																																																																																																	
	生活機能の低下	有 無																																																																																																																																	
	移動	自立 介助 一部介助																																																																																																																																	
	立ち上がり	自立 介助 一部介助																																																																																																																																	
	座位	自立 介助 一部介助																																																																																																																																	
	視力	問題なし・																																																																																																																																	
	めがね	有 無																																																																																																																																	
	聴力	問題なし・																																																																																																																																	
	補聴器	無 有 ()																																																																																																																																	
	発語	問題なし・																																																																																																																																	
	意思疎通	問題なし・																																																																																																																																	
服薬		有 無																																																																																																																																	
嗜好	好きな食べ物																																																																																																																																		
	嫌いな食べ物																																																																																																																																		
	よく食べるおやつ																																																																																																																																		
自宅での様子	食事時間 朝 昼 夕 間食	4																																																																																																																																	
	自宅での食形態 自宅での食事の様子																																																																																																																																		
身長 (cm)	cm																																																																																																																																		
体重 (kg)	kg																																																																																																																																		
肥満度* [BMI]	#DIV/0!	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高																																																																																																																																	
体重変化率 (%)	ヶ月に #DIV/0! %	<input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減 前体重 kg																																																																																																																																	
食事摂取量	主食 % 平均 副食 %	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高																																																																																																																																	
その他	3日間の給食の摂取状況を調査した平均を記載。																																																																																																																																		
必要エネルギー量	kcal 主食盛付量 <input type="checkbox"/> Gグレー (550kcal~) <input type="checkbox"/> B黒 (700kcal~) <input type="checkbox"/> W白 (900kcal~)																																																																																																																																		
療養食対応	無 有 ()																																																																																																																																		
食物アレルギー対応	無 有 ()																																																																																																																																		
服薬での禁食対応	無 有 ()																																																																																																																																		
食事提供状況	主食量	ごはん 麺 パン																																																																																																																																	
	キザミ	無 有 cm角																																																																																																																																	
	麺カット	無 有 cm																																																																																																																																	
	トレー準備	無 有																																																																																																																																	
	滑り止めマット	無 有																																																																																																																																	
	スプーン	無 有																																																																																																																																	
	フォーク	無 有																																																																																																																																	
食環境の設定	無 有 ()																																																																																																																																		
多職種による栄養ケアの課題 (低栄養・過栄養関連問題)																																																																																																																																			
評価・判定	問題点	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()																																																																																																																																	
	①食事摂取・栄養補給・食生活の状況																																																																																																																																		
	②身体機能・臨床症状																																																																																																																																		
	③食行動																																																																																																																																		
	④習慣・周辺環境 ⑤その他																																																																																																																																		
総合評価	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善がみられない																																																																																																																																		
	管理者 部長 担当支援員 栄養士																																																																																																																																		

月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
体重 (kg)												
BMI	##	#	##	#	##	##	##	#	##	##	##	##

利用者またはご家族の身体状況・栄養・食事に関する意向

個別支援計画の身体状況・栄養・食事に関するニーズを記載。

毎月の体重測定を記録し大きく増減した場合は、3ヶ月経過していなくても再スクリーニングし、計画変更も検討します。

食事アンケートで分からない内容は担当支援員に協力していただき作成。(食事アンケートの内容も今後変更していきます)

項目の意味

1 摂食関係

食べ物を口に入れるとき、口が開くか。

食べ物を口に入れて咀嚼しているときや飲み込みの時に口が閉じているか。

2 摂食・嚥下障害確認項目

摂食・嚥下の研修会でテキストに記載のあった項目です。

これらの症状が認められたら、摂食・嚥下障害を疑います。食事の様子を確認させてもらい
歯科医師による接触・嚥下の「スクリーニング」を受ける必要があるか関係職種で検討しま

*スクリーニングの内容：反復だ液嚥下試験、水飲み試験、食物試験（プリン食べ）等

◇繰り返しの発熱・・・ 原因が分からない発熱についての有無

◇食事の拒否・・・ 原因が分からない拒否の有無

◇食材を選んで残す・・・ 嫌いな食材ではない食材を残す場合をいいます。摂食・嚥下しにくい
食品だから残すのかもしれませんが。

3 身体状況

◇下痢・・・ 最近よく下痢をする、原因が分からない下痢について

◇便秘・・・ 便秘傾向かどうか

◇脱水・・・ 水分は摂れているか、脱水傾向かどうか

◇浮腫・・・ すねを押してみても押し残った後が残ったり、顔にむくみ等の症状があるか

◇視力・・・ 生活で支障があれば、記載します

4 自宅での様子

◇自宅での食形態・・・ 食器、はし、スプーン、フォークの使用状況
食事のキザミ、トロミの対応の有無等

◇自宅での食事の様子・・・ 誰と食べているか？1人食べか？
食べて食べ終わるまでにかかる時間
食事は大皿から取って食べるのか、1人分での盛付か？
おかわりはするか？ 等

5 食事摂取量（3ヶ月ごとに実施。栄養士が確認しますが、確認が難しい利用者の場合は支援員さんお手伝いをお願いします）

栄養スクリーニング項目の一つです。

3日間給食の摂取状況を確認させていただきます。

全員同日でなく、日にちを分けて実施する予定です。

対象者と実地日については、事前に作業場に連絡します。（当日の朝の会でもお伝えします。利用者さんへお伝え下さい。）

*「下膳の時にトレーを見せてください」カードを配り、利用者にも分かるようにしては、と考え中

栄養ケア計画書

資料4

氏名 様

初回作成年月日 平成 年 月 日

作成(変更)日 平成 年 月 日

利用者または家族の意向

計画作成者 高桑 幸

医師の指示 なし あり

指示日 年 月 日

低栄養状態のリスク 低 中 高

--

意向実現への課題(ニーズ)	目 標				援 助 内 容			
	長期目標	期間	短期目標	期間	サービス内容	担当者	頻度	期間

私は栄養ケア計画書の説明を受け、内容に同意します。

年 月 日 利用者印

サービス管理 責任者	担当支援員	管理栄養士

借恵いわまワークス

