

2025年度 福祉職域（高齢・障害・児童）における
栄養ケア・マネジメントを効果的に実施するための
事例集

2026 年 6 月

公益社団法人日本栄養士会福祉職域

1. 事業名

福祉職域（高齢・障害・児童）における栄養ケア・マネジメントを効果的に実施するための事例集

2. 事業目的

福祉職域（高齢・障害・児童）における栄養ケア・マネジメントの成果事例を通年で集積することにより、実態形成の見える化と参考資料として活用する目的に事例集を作成する。

なお、提出いただいた事例は、本会ホームページにて広く情報提供するとともに、関係機関等への周知に活用する。

3. 事業概要

栄養ケア・マネジメントの成果事例集を作成し、日本栄養士会のHP等で公表することにより、効果的な栄養ケア・マネジメントの実施へつなげる。

4. 期待される事業実施結果および効果、活用方法（今後の展開）

栄養ケア・マネジメントの成果事例集を通年で集積する事により、多様な対象者の事例が見える化することができた。この事例集を参考に、高齢においては自立支援・重度化予防を重視した質の高い栄養介入や各種加算取得率の向上を、障害においては障害福祉サービス等報酬における「栄養マネジメント加算」の取得率を向上させることが期待される。児童においては栄養ケア・マネジメントが広がることにより、個別の栄養管理が定着することを期待している。さらに、令和6年度改定より障害福祉サービスの通所系サービス生活介護事業所等に新設された栄養ケア・マネジメント体制（栄養スクリーニング加算、栄養改善加算）により、地域共生社会の構築に管理栄養士・栄養士の活躍が期待される場所である。

これまでの事例は、施設入所に関する事例が多くを占めているため、今後は住宅（居宅サービス）や児童の事例を増やし、栄養ケア・マネジメントを実施することにより、栄養・健康状態がどのように改善していくのかを検証し、エビデンスとして示していきたいと考えている。

【協力施設形態】

介護老人保健施設、介護老人福祉施設、地域密着型施設、共同生活援助事業所、障害者支援施設、福祉型障害児入所施設、認定こども園、こども発達支援センター

【事例報告様式】

症例（事例）報告の記載例

○事例（症例）報告に記載する項目は次の7項目である。

1.患者（対象者）情報

プロフィール（年齢、性別、職業）、傷病名（病歴）、身体状況（身長、体重など）、生活背景、個人が特定できないように配慮して記載する。

2.介入までの経過

対象者（患者）への介入（紹介）までの経過を経時的に記載する。

3.栄養スクリーニング

スクリーニングツールの記載、スクリーニング結果の提示または紹介(多職種からの紹介)理由

4.栄養アセスメント

栄養アセスメントは、FH「食物/栄養関連の履歴」、AD「身体計測」、BD「生化学データ」、PD「栄養に焦点をあてた身体所見」、CH「既往歴」の5つの項目から問題点を抽出して実施し、栄養に関する問題を正しく導き出す。

5.栄養診断

栄養診断は、NI「摂取量」、NC「臨床栄養」、NB「行動と生活環境」の3つの項目からなる70種類の国際標準化された栄養診断から適する栄養診断コードNoと用語を選択する。

※栄養診断P（Problem or Nutrition Diagnosis Label）は、E（Etiology：原因や要因）とS（Sign/Symptoms：栄養診断を決定すべき栄養アセスメント上のデータ）により決定する。初回指導時に、栄養診断の根拠に用いたアセスメントと栄養診断・計画をSOAPで記載する。

栄養診断：NI エネルギー摂取量過剰・・・

S:（主観的データ）

O:（客観的データ）

A: 栄養アセスメント+栄養診断（PES）での記入

P: Mx)

Rx)

Ex)

6.栄養介入とモニタリング・再評価（臨床経過）

栄養介入は、栄養診断とその病因に基づいてND「食物・栄養提供」、E「栄養教育」、C「栄養カウンセリング」、RC「栄養ケアの調整」の4つの項目から対象者のニーズに合わせて、栄養摂取、栄養に関連した知識・行動・環境状態などの栄養問題を解決（改善）する。

1) 目標栄養量

2) 栄養介入計画（栄養アセスメントのFH、AD、BD、PDの項目の中から設定する。）

3) 栄養介入の経過

7.栄養ケアプロセスの総合的評価

【事例掲載一覧】

高齢 13 事例

障害 2 事例

児童 1 事例

計 16 事例を掲載する。

高齢（13 事例）		
No	施設名	栄養診断コード
1	特別養護老人ホーム長寿園	NI-1.2 エネルギー摂取量不足
2	特別養護老人ホームいこいの園	NI-1.2 エネルギー摂取量不足
3	介護老人保健施設峡北シルバーケアホーム	NI-1.2 エネルギー摂取量不足
4	介護老人保健施設ひまわり	NI-1.2 エネルギー摂取量不足
5	特別養護老人ホーム癒やしの里南千住	NI-2.1 経口摂取量不足
6	介護老人保健施設鹿野苑	NI-2.1 経口摂取量不足
7	介護老人保健施設ゆふいん風香	NI-2.1 経口摂取量不足
8	介護老人保健施設いしかわ願寿ぬ森	NI-2.1 経口摂取量不足
9	特別養護老人ホームふるさと敬寿苑	NI-5.3 たんぱく質・エネルギー摂取量不足
10	特別養護老人ホームさわやかナーシング下呂	NI-5.3 たんぱく質・エネルギー摂取量不足
11	牛田クリニック通所リハビリテーション	NI-5.3 たんぱく質・エネルギー摂取量不足
12	介護老人保健施設つがる	NC-1.1 嚥下障害
13	介護老人保健施設ル・サンテリオン東郷	NC-3.2 意図しない体重減少
障害（2 事例）		
14	社会福祉法人青い鳥会 彦根学園	NI-1.2 エネルギー摂取量不足
15	障がい者支援施設 光生園	NI-5.3 たんぱく質・エネルギー摂取量不足
児童（1 事例）		
16	久米南町立誕生寺保育園	NB-1.1 食物・栄養関連の知識不足

事例報告（**高齢**・障害・児童分野）

1. ＜対象者（患者）情報＞

年齢：96 歳 性別女性 要介護 3 住宅型有料老人ホームで5年程度過ごされており、当法人のデイサービスを週2回利用していた。体調不良もあり、前施設では生活が難しくなり当施設に入所となる。

【身体所見】身長：139 cm 体重：34.7 kg BMI：18.0 kg/m² 足背浮腫（++） 円背
口腔内：自歯は上0本、下8本（うち差し歯4本）上義歯はあるも数年前から不使用。

【血液検査所見】B型肝炎：HBS 抗体（+） 血清 Alb 3.9 g/dl T-Chol 160 mg/dl
BUN 24.1 mg/dl Hb 11.4 g/dl Cr 0.87 mg/dl 空腹時血糖 140 mg/dl

【既往歴】S 45：子宮がん S 55：乳がん OPE S 60：脳梗塞 H 17：陳旧性心筋梗塞 大腸がん OPE H 20：右肩骨折 H 28：アルツハイマー型認知症 R 3：誤嚥性肺炎 脳血管障害 白内障 変形性膝関節症

【現病歴】動脈性硬化性パーキンソニズム・心不全・狭心症・高脂血症・骨粗鬆症

【日常動作】立位保持可 移動・入浴・排泄など一部介助

【入所前の食事】

提供エネルギー量 不明

食事形態：米飯・刻み食（一口大の大きさ）

摂取量：7割 食事動作：かきこみ食べをする

嗜好：青魚・ピーマンが嫌い 柔らかいものを好む

食事動作 椅子に座り自力摂取 円背があり椅子とテーブルが高い状態

2. ＜介入に至るまでの経過（栄養管理開始までの経過）＞

前施設（住宅型有料老人ホーム）では米飯・刻み食（一口大の大きさ）が提供され、かきこみ食べをしていた。栄養士不在のため提供栄養量不明。以前よりも痩せてきている（入所する前の3ヶ月で6.2%の体重減少有）との情報があったこと、介護度が上がり前施設では看ることができなくなり、当施設への入所。低栄養による体重減少・本人の生活の質を維持・向上するために多職種支援が必要となり栄養介入を開始した。

3. ＜栄養スクリーニングの状況（多職種からの紹介状況も含める）＞

栄養ケア・マネジメントにおけるスクリーニングより、BMI：18 kg/m² 褥瘡無し 浮腫あり
食事摂取量 7割、時折食事拒否あり。入所1か月前体重：35.8 kg（体重減少率 3.1 %）
3ヶ月前体重：37.0 kg（体重減少率 6.2 %）6ヶ月体重35.7 kg（体重減少率 2.8 %） 栄養リスクを「中リスク」と判断した。※一時的に浮腫の影響で体重が増加したものと考えられるが、直近3ヶ月で顕著な減少に転じている。

事例報告 2 (様式)

4. <アセスメント>と 5. <栄養診断>

栄養診断	N1-1.2 エネルギー摂取不足
S	【本人】食事を食べたくない時がある。サバやアジなどの魚やピーマンは好きではない。腰が痛くて辛い。息が辛い時がある。
O	【身体所見】身長：139 cm 体重：34.7 kg BMI：18.0 kg/m² 1 か月前体重：35.8 kg (体重減少率 3.1 %) 3 ヶ月前体重：37.0 kg (体重減少率 6.2 %) 要介護 3 日常生活自立度：B1 認知症自立度：II b 両下肢浮腫あり 【食事姿勢】円背があるため、椅子とテーブルが高い態であった。 【食事摂取状況】必要栄養量：1200 kcal たんぱく質：42.5 g 主治医：高齢であることから、特に食事制限なしの指示 提供栄養量：1100 kcal たんぱく質：40 g 水分摂取量：1050 ml～1200 ml 水分トロミなし 主食：全粥、副食：刻み食(やわらか食) (学会分類コード 4) 食事摂取平均量は 70 % (主食 80 % 副食 60 %) 摂取栄養量：770 kcal たんぱく質：28 g エネルギー充足率 64 % 【口腔】義歯あるもここ数年不使用。下は自歯 4 本、差し歯 4 本あるも奥歯はない。箸を使い一口ずつ自力摂取し、むせは見られなかった。歯科医師からも、上義歯不適合との診断だが、費用面から義歯作成は難しいとのことで身元引受人と相談員と協議し、現状の状態をできるだけ維持し、口腔内の衛生を保つとした。
A	・3 か月で 6.2 %の体重減少があり、BMI18.0 kg/m² と低値。 ・残歯で食べている。上歯 4 本 下歯 4 本 (うち 2 本差し歯) 義歯使用なし。 ・食事時の椅子とテーブルの高さがあっていない。 ・腰痛や息苦しさから食事拒否や食事摂取量が低下し食事摂取量 7 割。 栄養診断の根拠 (PES) S) 3 ヶ月で 6.2 %の体重減少、BMI 18.0 kg/m²、エネルギー充足率 64 %、残滓数本のみで義歯不使用であることを根拠として、 E) 口腔内の状況と食形態の不一致、食事環境が合っていない事が原因となった P) エネルギー摂取不足と判断。
P	M x) 食事摂取量 BMI 浮腫 嚥下機能 R x) 目標栄養量 エネルギー：1200 kcal たんぱく質：42.5 g 本人の咀嚼・嚥下状態に応じた食事形態の調整 声掛けによる食事摂取促しや自力摂取しやすい食具の選定 E x) 管理栄養士による頸部聴診の嚥下評価の共有と環境整備として足台作成やテーブル高さの調整を行い、適切な食事姿勢を多職種に指導した。

S : Subjective data (主観的データ), O : Objective data (客観的データ), A : Assessment (評価), P : Plan (計画)

Mx : Monitoring plan (モニタリング計画), Rx : therapeutic plan (栄養治療計画), Ex : educational plan (栄養教育計画)

事例報告 3 (様式)

6. <栄養介入>

1) 目標栄養量 必要エネルギー量 1200 kcal たんぱく質 42.5 g

簡易式より、目標体重 (身長 (1.39) × 身長 (1.39) × 20 (BMI) = 38.6 kg) × 30 kcal

必要エネルギー量 : 38.6 kg × 30 kcal = 1158 kcal ≒ 1200 kcal

たんぱく質量 : 38.6 kg × 1.1 g/kg/日 = 42.5 g

2) 栄養介入計画

【長期目標】6 ヶ月 : 嗜好に配慮し、体重を増やす。 (BMI 18.5 kg/m² 体重 35.7 kg)

【短期目標】3 か月 能力に応じた食事形態で提供し、摂取量を増やす。

食べやすい環境を整える。

3) 栄養介入経過

・施設入所 1 週間 : 足台の設置、テーブルの高さ調整と食事時のポジショニングを介護員と共有。咀嚼中の側頭筋の動きも良好。頸部聴診で異常音は確認されない。嚥下後の発声も良好。箸を使用し自力摂取。嗜好に配慮し、苦手なサバやアジは代替えで提供している。

・施設入所 1 ヶ月 : 全粥を毎食 30 g 増量。提供エネルギーが 1150 kcal たんぱく質 41 g となる。体重 : 35.5 kg BMI 18.4 kg/m² (前月体重比 : -0.2 kg)

・施設入所 3 ヶ月 : 食事中にムセがみられる。食事摂取量が 7 割。水分にうすいトロミを付け、極刻み食 (学会分類コード : 3) に変更の際し、嚥下後の発生および頸部聴診を実施し、咽頭残留がないことを確認した。提供栄養量のエネルギー 1100 kcal、たんぱく質 46 g となる。下肢の浮腫軽減あり体重 : 35.1 kg BMI 18.2 kg/m² (前月体重比 : -0.4 kg)

・施設入所 4 ヶ月 : 夜間、ベッドからポータブルトイレに移動しようとして転倒した際に車椅子利用となり、多職種で協議し足台を中止しフットサポートに足を乗せることとした。

・施設入所 6 ヶ月 : 下の差し歯が抜け、食事を丸呑みするようになる。窒息事故リスク軽減目的で食事形態の変更。ミキサー粥・ミキサー食 (学会分類コード : 2-2) ミキサー粥にはゲンキアップナールを 5 g 添加 (エネルギー 21 kcal・たんぱく質 0.7 g) ミキサー食にはアイソカル 2K を 20 ml 添加 (40 kcal・たんぱく質 0.6 g) し栄養強化。朝食時に栄養補助食品のブリックゼリー 1/3 個 (117 kcal、たんぱく質 4.0 g) 追加。提供栄養量はエネルギー 1150 kcal、たんぱく質 44 g 体重 : 34.7 kg BMI 18.0 kg/m² (6 ヶ月前体重比 : -1.0 kg)

・施設入所 12 ヶ月 : 体調が回復。食事形態はトロミ粥・ソフト食 (学会分類コード : 3) に変更。朝食時に栄養補助食品の明治のブリックゼリー 1/3 個 (117 kcal・たんぱく質 4.0 g) 追加は継続。提供栄養量はエネルギー 1150 kcal たんぱく質 46 g とした。

食事摂取量 10 割となる。体重 35.8 kg BMI 18.5 kg/m² (入所時比 +1.1 kg)

7. <栄養ケアプロセスの総合的評価>

目標達成が遅延した要因として、4 カ月後の転倒に伴う食事姿勢の変化や 6 か月目にかけて残存歯の脱落などが重なった事があげられる。しかし、これらの変化に対してミールラウンド時の嚥下評価や多職種の連携により、迅速に食事形態や必要栄養量の確保となるような食事対応ができた。特に、ポジショニング調整、嗜好、栄養密度の配慮を並行したことが、体重増加に繋がった。今後ご利用者の食事摂取負担軽減できるよう努めていきたい。

事例報告（**高齢**・障害・児童分野）

1. ＜対象者（患者）情報＞

年齢 74 歳、性別：女性、要介護度：4

身長 160 cm 体重 46.2 kg （BMI 18.0 kg/m²）（令和 5 年 10 月）

体重 44.3 kg （BMI 17.3 kg/m²）（令和 6 年 1 月）

体重減少：3 か月 1.9 kg（4.1 %）

臨床データ：血清アルブミン値 4.3 g/dl（令和 5 年 9 月）

既往歴：若年性認知症

食事摂取：全介助

食事形態：主食全粥 200 g（毎食ふりかけ（ご家族要望））

副食：一口大（学会分類 2021：コード 4）、とろみ無し

提供エネルギー 1,400 kcal/日、たんぱく質 55 g/日

食事摂取量：主食・副食共に 10 割

摂取エネルギー 1,400 kcal/日、たんぱく質 55 g/日

食事環境：食堂フロアにて、リクライニング車椅子

（ギャッジアップ 45 度・膝は 90 度・足元はフットステップを準備）

食事摂取時間：20 分程度（全介助で拒否なく、スプーンを向けると大きく口を開ける。咀嚼もしっかりと行える。）

口腔内環境：自歯 20 本残存。義歯なし。

口腔ケア：ケア中、会話をしたり、口唇を強く閉じ拒否あり。開口促すことで、開口行うこともあれば、指示が通らないこともある。開口すれば歯磨きを行うも、十分なケアが行えない。訪問歯科介入している。

2. ＜介入に至るまでの経過（栄養管理開始までの経過）＞

食事は全介助で全量摂取されているが、3 か月で 1.9 kg の体重が減少あり。

担当者会議の際ご家族より、“体重の減少が心配”と体重減少を気にされている発言も聞かれる。体重増加を見据えて、食事内容の見直しをするために、栄養介入となる。

3. ＜栄養スクリーニングの状況（多職種からの紹介状況も含める）＞

栄養ケア・マネジメントにおける栄養スクリーニングを用いて、3 か月の体重減少率 4.1%、BMI 17.3 kg/m²、食事摂取量 100 %、褥瘡なしより、低栄養リスクは中リスクと判定。

事例報告 2 (様式)

4. <アセスメント>と 5. <栄養診断>

栄養診断	NI-1.2 エネルギー摂取量不足
S	本人：（認知機能低下あり。発語あるが、コミュニケーション不可。） ご家族：体重の減少が心配、何とか改善をお願いしたい。なぜ体重減少するのか知りたい。口腔衛生も心配。
O	身長 160 cm 体重 46.2 kg (BMI 18.0 kg/m²) (令和 5 年 10 月) 体重 44.3 kg (BMI 17.3 kg/m²) (令和 6 年 1 月) 体重減少：3 か月 1.9 kg (4.1 %) 【食事内容】 主食：全粥 (200 g)、副食：一口大 (学会分類 2021：コード 4)、とろみ無し 食事摂取量 主食・副食共に 100% 必要エネルギー 1800 kcal、たんぱく質 67.6 g 提供エネルギー 1400 kcal、たんぱく質 55.0 g 摂取エネルギー 1400 kcal、たんぱく質 55.0 g 【食事環境】食堂フロアにて、リクライニング車椅子座位 (ギャッジアップ 45 度・膝は 90 度・足元はフットステップに足を準備) 【摂取動作】全介助。スプーンを向けると大きく開口。 【摂取時間】20 分程度 【口腔内環境】自歯 20 本残存。義歯使用なし。 【口腔ケア】拒否あり (絶え間なく会話をを行う、口唇を強く閉じるなど)。開口すれば、ケア実施できるが、指示が通らないことも多く、拒否もあるため、十分なケアが行えていない。訪問歯科介入。
A	・エネルギー充足率 77.8 %、たんぱく質充足率 81.4%とエネルギー摂取量が少ない。 ・BMI 17.3 kg/m²と低体重。3 か月で 4.1 %の体重減少あり。 ・歯牙の欠損あり。・口腔ケアが十分に行えていない。 栄養診断の根拠 (PES) エネルギー充足率 77.8 %、BMI 17.3 kg/m²、3 か月での体重減少率 4.1 %を根拠に、体重減少に対して適切なエネルギー量での食事提供が行えていなかったことが原因となった、エネルギー摂取量不足である。
P	M x) 体重 (BMI・体重減少率)、食事摂取量 R x) 目標エネルギー量 1800 kcal、たんぱく質 67.6 g E x) ご家族へ差し入れ内容の指導を行う (摂食嚥下機能やエネルギー補給に適しているもの)

S: Subjective data (主観的データ), O: Objective data (客観的データ), A: Assessment (評価), P: Plan (計画)

Mx: Monitoring plan (モニタリング計画), Rx: therapeutic plan (栄養治療計画), Ex: educational plan (栄養教育計画)

事例報告 3（様式）

6. ＜栄養介入＞

1) 目標栄養量 必要エネルギー量 : 1,800 kcal/日、たんぱく質 : 67.6 g/日

算出根拠 ハリスベネディクトの式を採用。基礎エネルギー量 (BEE) $1,078 \times \text{生活活動係数} (1.1) \times \text{ストレス係数} (1.1) \times \text{低栄養改善係数} (1.2) + \text{体重} 1 \text{ kg/月増加} (7000 \text{ kcal/30 日} \div 230 \text{ kcal})$

必要たんぱく質量 低栄養状態改善における必要量 $(1.2) \times \text{標準体重} (56.3 \text{ kg})$

●長期目標（6 か月）

食事を美味しく楽しく摂取することができる。体重が 50 kg まで増加する。

●短期目標（3 か月）

1、必要な栄養量を摂取できる。

必要エネルギー量 : 1,800kcal/日、たんぱく質 : 67.6 g/日

主食 : 全粥 240 g (増量)、副食 一口大 (学会分類 2021 : コード 4) とろみなし

栄養補助食品 : エブリッチドリンク 125 × 昼 (エネルギー 200 kcal、たんぱく質 8.2 g)

- ・多職種 (看護師・介護士) とミールラウンドを実施。
- ・姿勢の評価 ・食事摂取状況の確認 (食事に集中できているか、摂食嚥下状態)

2、口腔内清潔を保持できる。

- ・毎食後の口腔ケア ・訪問歯科の介入 ・歯科衛生士による介護士への口腔ケアの指導

3、安全な経口摂取の継続。

- ・食事 1 時間前に離床し、食事前には嚥下体操の実施 ・口腔マッサージの実施

2) 栄養介入の経過

令和 6 年 1 月 : 主食の増量、栄養補助食品 (エブリッチドリンク) を 1 本昼食に追加。

1 か月後 : 食事摂取量 100 % 増量後も摂取量良好。増量に伴う食事時間遅延もなし。

2 か月後 : 体重 45.8 kg (BMI 17.9 kg/m²)

口腔ケア時の開口は十分に行えていないが、食事中はしっかり開口し摂取できている。

3 か月後 : 介護支援専門員よりご家族へ食事摂取状況や体重の経過について報告を行う。体重が増加傾向にあるとの報告を受け、安心された様子あり。

4 か月後 : 体重 47.0 kg。口腔ケアをしやすくなったと、介護士より報告あり。

5 か月後 : 体重増加継続していることをご家族へ報告。口腔ケアの状況も報告し、口腔内を見ていただく。「きれいになっている」と喜ばれる。

6 か月後 : 体重 47.9 kg (BMI 18.7 kg/m²) 食事摂取量 100 % 多職種で食事環境の評価を行う。食事中の姿勢崩れ見られておらず、ギャッジアップの角度等は継続。

7. ＜栄養ケアプロセスの総合的評価＞

体重減少に対して、必要エネルギー量の見直しが行えておらず、提供エネルギー量が少ないままだったが、ご家族とのやり取りが見直すきっかけとなった。目標体重には至らなかったが、適切な評価により、体重増加となった。また、介入が困難だった口腔ケアも歯科との連携で、職員が統一したケアを行うことが可能となり、口腔内清潔も改善した。多職種での介入で、様々な視点からの支援が可能となり、ご家族の不安軽減にも繋がった。

事例報告 (高齢・障害・児童分野)

1. <対象者(患者)情報>

【プロフィール】78歳 男性。要介護3

認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅲa、障害高齢者の日常生活自立度：B1

ADL低下、両下肢蜂窩織炎、誤嚥性肺炎による炎症高値、食欲低下あり、入院3週間後に仙骨部と左踵に褥瘡発症。誤嚥性肺炎改善し、2ヵ月で退院された。独居の為、自宅退院は困難であり当施設への入所となった。

【入所時身体所見】身長 170 cm 体重 61.2 kg BMI 21.2 kg/m² (入所1日前)

入所3週間後 体重 52.4 kg BMI 18.1 kg/m² IBW 61.2 kg UBW 63.6 kg

褥瘡：仙骨部 1 cm、左踵 4×3 cm (DESIGN-R d2-e1s3i0g0n0p0：4点)

【入所時血液検査所見(前医からの情報：入所2週間前)】

TP 5.6 g/dl Alb 2.6 g/dl Hb 11.1 g/dl Cre 0.57 mg/dl CRP 4.28 mg/dl

【既往】アテローム血栓性脳梗塞 下腿蜂窩織炎 誤嚥性肺炎 廃用症候群 胃癌 貧血(巨赤芽球性、鉄欠乏性、胃全摘後) 高血圧 亜鉛欠乏症 褥瘡

【食事内容】主食：ゼリー粥、副食：ペーストトロミ(学会分類2-1)+ONS：ブイクレスCP10ゼリー 110kcal、たんぱく質 12g/個・エンジョイMCTゼリー 200 kcal、たんぱく質 4g/個・明治栄養アップペースト 200kcal、たんぱく質 7g/30g

【提供栄養量】エネルギー1900 kcal/日、たんぱく質 82.0 g/日

【摂取栄養量】エネルギー1500 kcal/日、たんぱく質 67.0 g/日

【食事摂取量】73.3%(主食20%、主菜100%、副菜100%)、ONS100%

口腔：自歯残存なく、義歯未使用。病院の言語聴覚士、作業療法士の評価にて、嚥下反射遅延、複数回嚥下あり。ミキサー食(学会分類2-1)、水分濃いトロミで提供。

嗜好：ラーメンやもつ煮、きゅうり等、歯ごたえのあるものや普通のご飯が食べたいと要望。

ADL：起居・移乗動作は見守り。車椅子足漕ぎにて自走可能。左上下肢麻痺があり、食事は右手で自助スプーンを使い、自力摂取できている。

短期集中リハビリ(週5日：3ヵ月)

2. <介入に至るまでの経過(栄養管理開始までの経過)>

A病院入院中は、食事全量摂取できていた。入院中より褥瘡形成あり、仙骨部が1 cm、左踵が4×3 cmであった。入所数日後、普通に炊いたご飯が食べたいと食事形態に対する不満があり、主食を残されることが多くなり、必要栄養量を満たしていなかった。入所後3週間で8.8 kgの大幅な体重減少が認められた。更なる食事摂取量低下、褥瘡の悪化が予測されるため、介入開始となった。

3. <栄養スクリーニングの状況(多職種からの紹介状況も含める)>

栄養ケア・マネジメントにおける栄養スクリーニングより、BMI 18.1 kg/m²、体重減少 -8.8 kg/3週間、体重減少率 -14.4%/3週間、褥瘡あり(仙骨部1 cm、左踵4×3 cm)、食事摂取量73.3%より、低栄養リスクの「高リスク」と判定した。

事例報告 2 (様式)

4. <アセスメント>と 5. <栄養診断>

栄養診断	NI-1.2 エネルギー摂取量不足
S	本人：ミキサーにかけたご飯はご飯ではないから、いらない。普通のご飯が食べたい。以前はそれを食べていたから食べられる。
O	【身体計測】身長 170 cm 入所時体重 61.2 kg 入所後 3 週間：体重 52.4 kg BMI 18.1 kg/m² 体重減少率-14.4 % / 3 週間 IBW 61.2 kg UBW 63.6 kg 褥瘡は仙骨部 1 cm、左踵 4×3 cm (DESIGN-R d2-e1s3i0g0n0p0：4 点) 【前医】主食：ミキサー粥・副食：ミキサー（学会分類 2-1）、濃いトロミ 食事摂取量 100 % 摂取栄養量 1200 kcal/日、たんぱく質 50 g/日。 【食事摂取状況】必要栄養量：エネルギー2100 kcal/日、たんぱく質 80 g/日 提供栄養量：エネルギー1900 kcal/日、たんぱく質 82.0 g/日 主食：ゼリー粥、副食：ペーストトロミ（学会分類 2-1）+ONS：ブイクレス CP10 ゼリー 110kcal、たんぱく質 12 g/個 ・エンジョイ MCT ゼリー 200 kcal、たんぱく質 4 g/個 ・明治栄養アップペースト 200kcal、たんぱく質 7 g/30 g 摂取量：食事 65%（主食 30%、副食 100%）、ONS100% 摂取栄養量：エネルギー1500 kcal/日、たんぱく質 67.0 g/日 充足率：エネルギー71.4 %、たんぱく質 83.7 % 自助具を使用、義歯は未使用。 嚥下機能評価：嚥下反射遅延、複数回嚥下あり 食事時のむせなし
A	・主食 30 %・副食 100 % ・充足率：エネルギー71.4 %、たんぱく質 83.7 % ・入所時体重から-8.8 kg (-14.4 %) /3 週間 ・褥瘡形成あり ・形のあるもの、普通のご飯が食べたいとの要望があり ・自歯欠損、義歯未使用 栄養診断の根拠（PES） 主食摂取量 30 %、エネルギー充足率 71.4 %、体重減少率 14.4 %/3 週間、褥瘡形成ありの根拠に基づき、摂食嚥下機能に応じた食形態と希望する食形態の不一致による主食の摂取量低下を原因としたエネルギー摂取量不足と判断した。
P	M x) 食事摂取量、体重、褥瘡の状態 R x) 目標栄養量 エネルギー：2100 kcal/日、たんぱく質：80 g/日 往診歯科による嚥下評価を行い、義歯の調整。主食の形態調整。 E x) 食事摂取の重要性を理解してもらえよう伝える。多職種と情報共有し、褥瘡部の治癒状況の確認しつつ栄養状態を伝える。

S : Subjective data (主観的データ), O : Objective data (客観的データ), A : Assessment (評価), P : Plan (計画)

Mx : Monitoring plan (モニタリング計画), Rx : therapeutic plan (栄養治療計画), Ex : educational plan (栄養教育計画)

事例報告 3（様式）

6. <栄養介入>

1) 目標栄養量 エネルギー：2100 kcal/日、たんぱく質：80 g/日

【必要栄養量】ハリスベネディクトによる推定値：1231.5 kcal

ストレス係数=1.4（褥瘡）、生活活動係数=1.2（車椅子駆動自走可能、臥床時間も長い）

E：2100 kcal/日（1231.5 ×1.4×1.2）、P：80 g/日（1.3 g/kg×標準体重 63.6 kg）

【提供内容】E：1900 kcal/日、P：80.0 g/日 主食：ゼリー粥 副食ペーストトロミ（学会分類 2-1）、水分：濃いトロミ、ONS：ブイクレス CP10 ゼリー 110kcal、たんぱく質 12 g/個・エンジョイ MCT ゼリー 200 kcal、たんぱく質 4 g/個・明治栄養アップペースト 30g：200kcal、たんぱく質 7 g

2) 栄養介入計画)

【長期目標】3 ヶ月

① 誤嚥性肺炎の予防

② 食事形態に対する不満による経口摂取不足の改善

【短期目標】1 ヶ月

① 往診歯科による嚥下評価を行い、咀嚼・嚥下機能に応じた食事形態を提供する。

② 本人の希望に沿った食事形態の提供を行う。

3) 栄養介入の経過

介入時：往診歯科医師による嚥下評価にて嚥下音がクリアであり、全粥が離水しやすいことや本人の要望も踏まえ、主食をゼリー粥から軟めし（コード非該当）に変更した。提供栄養量：E：2100 kcal/日、P：80.0 g/日。食事形態を変更後の見守りの強化を行うこととした。2 週間後：多職種による食事時の見守りは継続しているが、咽込み無く、主食は完食されている。本人は「形があるご飯を食べられるようになって良かった」と喜ばれていた。

1 ヶ月後：摂取栄養量は E：2100 kcal/日、P：80.0 g/日、体重は 52.4 kg、BMI 18.2 kg/m²。仙骨部の褥瘡は完治。「ご飯の量を増やしてほしい」と要望されるようになったため、主食量を増量し、提供栄養量 E：2200 kcal/日、P：82.0 g/日

2 ヶ月後：増量した主食も完食。食事時のむせ、食事時間の遅延なし。左踵の褥瘡ほぼ治癒。体重 52.2 kg、BMI 18.1 kg/m²である。

3 ヶ月後：褥瘡治癒。完食継続しており「今度はおかずも形のあるものが食べたい」と食事に対して意欲的になった。義歯作成中である為、完成後に嚥下評価を含めて再検討することを本人に伝達。体重 52.6 kg、BMI 18.2 kg/m²。

7. <栄養ケアプロセスの総合的評価>

本人の言葉からエネルギー摂取量不足に対する原因を探ることができた。往診歯科医師による嚥下評価を行い、食事形態を調整することで、可能な限りご本人の希望に添うことができた。それに伴い、食事摂取量が増加し、エネルギー摂取量が増加した。体重の増加はほぼ無いが、褥瘡治癒に繋がった。今後はご本人の希望している形のある副食の提供をし、食事の満足度を維持しつつ、褥瘡の再発防止、体重改善等、多職種と連携を図りながら行っていきたい。

事例報告 (高齢・障害・児童分野)

1. <対象者(患者)情報>

【プロフィール】89歳、女性、無職

長男と2人暮らし。20XX-3年10月よりパーキンソン病を発症する。

20XX-2年夏頃より幻視がみられるようになり漢方薬などで様子をみていた。

20XX-1年10月より薬の飲み忘れが多くなり介護保険を申請し、デイサービス利用の準備をしていたがフラツキがひどくなりA病院を受診し薬の調整をしていた。また、顎関節症もあり食事もお粥などの柔らかいものを食べていた。食思不振と服薬調整困難のため12月にB病院を受診。さらに、発熱が続き体動困難となり食事も摂れていないため、B病院に救急搬送され入院となる。パーキンソン病、悪性症候群にて治療しST介入にて経口訓練するも何か口にする と熱発や痰の増強がみられ、20XX年3月胃瘻造設される。在宅生活は負担が大きく、困難にて当施設入所となった。

【入所時所見】身長148 cm 体重39.2 kg BMI17.8 kg/m² %IBW81.3 % 胃瘻栄養

【身体状況(入所1か月後)】身長148 cm 体重36.2 kg BMI16.5 kg/m² %IBW75.3 %

褥瘡：無 介護度：要介護5 長谷川式認知症スケール：9/30点(20XX年4月)

認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅲa 障害高齢者の日常生活自立度：B2

【入所時血液検査所見】(入所1か月前)

Hb 10.5 g/dl K 3.6 mEq/L BUN 12 mg/dl Cre 0.43 mg/dl CRP 0.24 mg/dl

【食事内容】CZ-Hi0.8 400 ml×朝・昼・夕 エネルギー980 kcal、たんぱく質 48.0 g

【薬剤】ネオドパストン配合錠 L100 2錠2×朝夕 1.5錠1.5×昼

タケキャブ錠 10 mg 1錠1×朝 ビ・シフロール錠 0.5 mg 1錠1×朝夕

マグミット錠 330 mg 1錠×朝昼夕 アスパラカリウム散 50% 1g×朝昼夕

【傷病名】パーキンソン病、悪性症候群

【家族構成】長男と2人暮らし 子供は1人 キーパーソンは長男

2. <介入に至るまでの経過(栄養管理開始までの経過)>

B病院入院中は胃瘻栄養にてアイソカルサポート 1.5 を朝昼夕、食間に白湯 150ml×3回(1200kcal)を摂取されていた。入院中に栄養剤の1回量が増えると痰の量が増強するとあり、当施設入所後は痰の増強を抑えるため量を減らし栄養剤と投与量の変更を行った。提供量の変更に伴い、必要栄養量の確保が困難であり、体重も1か月で3.0 kgの減少がみられた。また、入所後より何か食べたいとの訴えが頻回にみられた。長男より誤嚥リスクがあるかもしれないが、少しでも口から食べられないかと相談があった。痰の増強や覚醒状態不良あり経口摂取は誤嚥リスクが高いと思われたが、経口移行と必要栄養量確保のため栄養介入することとなった。

3. <栄養スクリーニングの状況(多職種からの紹介状況も含める)>

栄養ケア・マネジメントにおけるスクリーニングより、BMI16.5 kg/m²、胃瘻栄養である。また1か月の体重減少率7.6%、褥瘡無より低栄養リスクを「高リスク」と判断した。

事例報告 2 (様式)

4. <アセスメント>と 5. <栄養診断>

栄養診断	NI-1.2 エネルギー摂取量不足
S	【本人】 覚醒していると発語あり。 ずっと何も食べてない何か食べたいと発語あり。 【ご家族】 食べる事が好きだったため誤嚥リスクがあっても食べさせたい。食べなくなってから弱りました。
O	【身体所見】 身長 148 cm 体重 36.2 kg BMI16.5 kg/m² %IBW75.3 % 長谷川式認知症スケール：9/30 点 要介護：5 【入所時血液検査所見】 (入所 1 か月前) Hb 10.5 g/dl K 3.6 mEq/L BUN 12 mg/dl Cre 0.43 mg/dl CRP 0.24 mg/dl 【入院時の栄養摂取状況】 胃瘻栄養 1200 kcal 栄養剤：アイソカルサポート 1.5 ・経口摂取をすると発熱あり胃瘻栄養となる ・栄養量を増やすと痰の増強あり吸引回数も多かった。 【入所時の栄養摂取状況】 胃瘻栄養 960 kcal たんぱく質 48.0 g ・栄養剤 CZ-Hi0.8(400 ml ずつ使用) ・入所してからは痰の増強はなく吸引も無し。 ・胃瘻トラブルなく、全量投与できている。 【必要栄養量】 ・エネルギー：1300 kcal たんぱく質：51.0 g
A	入所後 1 か月の体重減少率 7.6%と低栄養リスクが高リスクとなる。また 1 か月で 3.0 kg の著明な体重減少があり BMI16.5 kg/m²と低体重である。栄養量を増やすと痰の増強があるため 1 回の投与量を少なくして対応しており、エネルギー充足率 73.8 %と不足している。 栄養診断の根拠 (PES) BMI16.5 kg/m² %IBW75.9 % 体重減少 7.6 %/1 か月 エネルギー充足率 73.8 % を根拠として、痰の増強に対して 1 回の栄養投与量を少なくしたことが原因となった、エネルギー摂取量不足である。
P	M x) 摂取栄養量、体重、BMI R x) 目標栄養量 エネルギー：1300 kcal たんぱく質 51.0 g 医師、言語聴覚士、歯科衛生士、作業療法士に相談の上、家族、Ns、CW に経口移行を提案する。嚥下状態に応じた適切な食事形態と食事環境の調整を行う。 E x) 目標栄養量の確保や誤嚥防止のため、嚥下状態にあった嚥下調整食を摂取する必要性を家族と施設職員に説明する。経口摂取を進めた際の誤嚥のリスクを家族に理解してもらう。

S : Subjective data (主観的データ), O : Objective data (客観的データ), A : Assessment (評価), P : Plan (計画)

Mx : Monitoring plan (モニタリング計画), Rx : therapeutic plan (栄養治療計画), Ex : educational plan (栄養教育計画)

事例報告 3 (様式)

6. <栄養介入>

1) 目標栄養量 エネルギー：1300 kcal たんぱく質：51.0 g

【必要栄養量】現体重 36.5 kg×35kcal (低体重のため)

【提供内容】E960 kcal P48.0 g 水分 783 ml 胃瘻栄養 CZHI0.8(300ml)を1日3回
経口摂取にて、主食：全粥 副食：きざみ(嚥下学会コード3) とろみ：中間のとろみ

2) 栄養介入計画

【目標】①経口移行することで経口摂取にて栄養が確保できる。

②嚥下機能に応じた食事を提供することで、経口摂取にて必要栄養量の確保ができる。

③安全に食事摂取ができるよう、食事に集中することができる。

3) 栄養介入の経過

①介入開始時：発語可能であるも覚醒状態が悪く経口摂取ができる状態ではない。

フロアでの栄養投与にて覚醒を促す。覚醒状態が良い日に紅茶(中間のとろみ)や
ジュースゼリー(コード0J)を1か月お試し。大きなムセ等なくうれしそうに飲用されたが周りに
気をとられ注意散漫である。経口移行に向けて嚥下造影検査を行い、軽度嚥下機能低下の診
断あり。検査結果を基に、言語聴覚士と相談の上、学会分類コード3相当より開始となる。食
事開始と共に食事に集中できるようSWに相談し階移動を行う。

食事形態 主食：全粥 1/2 副食：きざみ 1/2 (昼食のみ)

給与量：960 kcal たんぱく質 48.0 g 摂取率 100 % 体重 36.3 kg BMI16.6 kg/m²

②1か月後：朝・夕：胃瘻、昼：経口。大きなムセもなく10割摂取される。

痰の増強もない。食事に1時間くらい時間を要するが座位も安定している。

給与量：1019 kcal たんぱく質 44.9 g 摂取率 100 % 体重 37.0 kg BMI16.8 kg/m²

③2か月後：朝：胃瘻、昼・夕：経口。栄養量の確保の為にメイバランスブリックゼリー1/3×
2個を提供していたが、嗜好が好まれず摂取量が悪い為中止しメイバランスソフト Jelly1 個
(E200 kcal、P7.5 g)へ変更する。「3食食事が食べたい」と言われるようになる。

給与量：1172 kcal たんぱく質 41.9 g 摂取率 100 % 体重 37.7 kg BMI17.2 kg/m²

④3か月後：1日3食経口となり、経口移行完了。食事量も増えハーフ食から全量提供へ変更す
る。摂取量良好であり栄養補助食品を中止する。「みんなと同じご飯が食べたい」と言われる
ようになり、軟飯をお試し、多職種でミールラウンドを行い米飯へ変更する。

また、座位が安定しており椅子座位での食事が可能となる。食事に時間を要するが疲労等は
みられず安定している。多職種介入にて徐々にUPし主食副食共に摂取できるようになる。

給与量：1300 kcal たんぱく質 50.0 g 摂取率 100 % 体重 39.1 kg BMI17.8 kg/m²

7. <栄養ケアプロセスの総合的評価>

疾患に伴う嚥下・意識障害により胃瘻を造設したが、多痰等の影響で必要栄養量を確保できず
低栄養に陥った。本人・家族の希望を尊重し、ST・OTと連携して経口移行を計画。嚥下機能に
応じた食形態の調整と栄養補助食品の併用により、段階的に摂取量を拡大した。結果、必要栄
養量を確保し体重増加を認めただけでなく、意識レベルや認知機能の有意な改善にも繋がった。
また多職種で相談し連携することにより食上げに繋げることができ在宅復帰にも繋がった。

事例報告（**高齢**・障害・児童分野）

1. ＜対象者（患者）情報＞

性別：女性 年齢 88 歳 要介護度：4 身長 145 cm、体重 33.6 kg BMI 16.0 kg/m²

以前の体重 50.0 kg (2 年前の R5. 3 月家族による情報)

【生化学データ・検査所見】 TP 6.5 g/dL、Alb 2.7 g/dL、CRP 0.29 mg/dL

【現病歴】左踵褥瘡、右耳難聴(中耳炎発症による)、HBS 抗体陽性

【既往歴】65 歳：右乳癌、中耳炎、86 歳：総胆管結石 採石、左踵部皮膚潰瘍、限局性強皮症、87 歳 尿路感染症(入居 5 ヶ月前)、発症日不明：腹壁癒痕ヘルニア、廃用症候群による下肢筋力低下、年相応の認知機能の低下(認知症診断なし)

【食事摂取内容・状況】

食事形態：主食全粥、副食きざみ(学会分類コード該当なし)

提供エネルギー量 1300 kcal/日、たんぱく質 58 g/日 水分 薄いとろみ

食事摂取量：68 % (主食 80 %、主菜 65 %、副菜 59 %) 嗜好：洋菓子など甘いものが好き

食事動作：通常車椅子での座位保持可能であるが、姿勢崩れ(左傾斜)があり食べこぼしも見られるため都度修正を行っている。配膳後自力摂取可能だが集中力の持続が困難であり、食事中断のたびに促し声かけを行っている。また、食事の進みが悪い時は介助を要する。

義歯：あるが本人希望で装着していない(本人より装着拒否があり、歯科往診時に相談するも適合に関しては問題ないと助言をいただいている。)

【日常生活動作】麻痺はなし。移乗時協力動作あり。

障がい高齢者の日常生活自立度：B2 認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅲa

2. ＜介入に至るまでの経過（栄養管理開始までの経過）＞

R5. 8 月に総胆管結石で入院後、回復期リハビリテーション病院を経て R5. 11 月に前施設(有料老人ホーム)入居した。前施設で食事は 5～8 割程度、水分摂取量は 800 ml 以下で、体重減少を認め(数値は不明)また、軽度の多発褥瘡発症を有していた。

R7. 5 月当施設入居時、左踵部褥瘡あり、1 週間程度の平均食事摂取量 68 % (主食 80 %、主菜 65 %、副菜 59 %) 水分摂取量平均 800 ml/日であることから、食事・水分摂取量の安定化を図るため、①入居後の食事内容の検討(嗜好への対応)②褥瘡悪化防止、治癒を目的に十分なエネルギー及び栄養素量の設定が必要であるため、介入に至った。

3. ＜栄養スクリーニングの状況（多職種からの紹介状況も含める）＞

身長 145 cm 体重 33.6 kg BMI 16.0 kg/m²、血清アルブミン値 2.7 g/dL、食事摂取量 68 % (主食 80 % 主菜 65 % 副菜 59 %) 体重減少率：2 年前 50 kg から 33.6 kg へ減少しており、約 30 % 以上の著明な体重減少が推測される。左踵部 d2 褥瘡から栄養リスクを高リスクと判定。

事例報告 2 (様式)

4. <アセスメント>と 5. <栄養診断>

栄養診断	NI-2.1 経口摂取量不足
S	本人：食事が中断した際、「もういない。」 甥：「入院前は 50kg も体重でここまで痩せてしまっているのは心配です。栄養補助食品に頼らず、一般食品で栄養を摂ってもらえたらありがたいです」
O	【身体計測】身長 145 cm、体重 33.6 kg、BMI 16.0 kg/m² 【生化学データ】介入開始時点総蛋白 (TP) : 6.5 g/dL、アルブミン (Alb) : 2.7 g/dL、CRP 0.29 mg/dL【褥瘡評価】左踵部褥瘡 (+) 診断日不明 褥瘡評価ツール改訂 DESIGN-R 2020 d2-e0s6ilg0n0p0:7 点 R5. 11 月以前から長期に渡り治癒遅延傾向が継続している。 【食物・栄養素摂取】食事形態：全粥、副食きざみ (学会分類コード該当なし) 目標栄養量 エネルギー1390 kcal/日 たんぱく質 58 g/日 水分 1180 ml/日 提供エネルギー量 1300 kcal/日 たんぱく質 58 g/日 食事摂取量 68 % (主食 80 % 主菜 65 % 副菜 59 %) 当施設入居後 1 週間平均 長期的な摂取量不足 (入所前から摂取量 5~8 割程度) 摂取エネルギー量 902 kcal/日、たんぱく質 37.6 g/日、水分摂取量 : 800 ml/日 エネルギー充足率 65 % たんぱく質充足率 68 % 水分充足率 68 % 水分は進みが悪く都度促しが必要な状況。食事時に姿勢が左傾斜になってしまい食べこぼしが見られている。また、周囲の環境に注意が逸れやすく中断する。
A	・血清アルブミン値が 2.7 g/dL と低値 ・体重 33.6 kg BMI16.0 kg/m²と低値 ・d2 褥瘡、褥瘡治癒の必要栄養量を下回っている (エネルギー充足率 65 %) ・水分の飲み込みが悪く促しが必要であり、食事に集中できずに中断してしまう。 ・長期的な摂取量不足 (入院前から摂取量 5~8 割程度) 栄養診断の根拠 (PES) (S) BMI16.0 kg/m²、血清 Alb 値 2.7 g/dL、エネルギー充足率 65 %、たんぱく質充足率 68 %、水分充足率 68 %、左踵部 d2 褥瘡継続の根拠に基づき、 (E) 長期的な摂取量不足に加えて、限られた時間内での食事摂取の限界が原因となった (P) 経口摂取量不足と栄養診断する。
P	M x) BMI、食事摂取量、水分摂取量、褥瘡状態 R x) 目標栄養量 : エネルギー量 1390 kcal/日、たんぱく質 58.0 g/日、水分 1180 ml/日、本人が食事に集中できるよう食事環境調整を多職種にて検討。 E x) 食事時のポジショニングと食事・水分提供方法を多職種で検討し、介護士へケア統一が図れるよう指導する。

S : Subjective data (主観的データ), O : Objective data (客観的データ), A : Assessment (評価), P : Plan (計画)

Mx : Monitoring plan (モニタリング計画), Rx : therapeutic plan (栄養治療計画), Ex : educational plan (栄養教育計画)

事例報告 3（様式）

6. ＜栄養介入＞

1) 目標栄養量：エネルギー量 1390 kcal/日 たんぱく質 58.0 g/日 水分必要量 1180 mL/日
 必要エネルギー量：46.3 kg×30 kcal≒1400 kcal、標準体重（1.45×1.45×22=46.3 kg）
 たんぱく質量：46.3 kg×1.25 g/kg/日≒58 g 水分必要量：33.6 kg×35 mL/≒1180 mL/日
 ※実現可能な範囲で脱水予防と創傷治癒に必要な量として現体重×35 mL/kg/日とした。

2) 栄養介入計画

●長期目標【6 ヶ月】 必要栄養量の確保と摂取量安定を目指し、体重の増加(3.0kg[※])および褥瘡の治癒ができる。※6 ヶ月で約 10 %の体重増加を目標とする。

●短期目標【3 ヶ月】 食事環境調整を行い、食事中断頻度の減少と水分摂取量の増加を図る

3) 栄養介入の経過 ※提供栄養量は嗜好食品、嗜好飲料分を含む概算としている。

	介入時点	介入 1 ヶ月目	介入 2 ヶ月目	介入 3 ヶ月目
食事摂取量	68%	84%	81%	98 %
提供栄養量 [※]	1300 kcal	1400 kcal	1400 kcal	1550 kcal
エネルギー摂取量	902 kcal	1211 kcal	1133 kcal	1525 kcal
たんぱく質摂取量	37.6 g	52.3 g	48.3 g	63.2 g
水分摂取量	800 mL	950 mL	1020 mL	1280 mL
BMI	16.0 kg/m ²	－	15.8 kg/m ²	17.4 kg/m ²
体重	33.6 kg	未測定	33.3 kg	36.5 kg

【介入 1 ヶ月目】・食事時の車椅子上の姿勢調整対応・共有を行い、ケアに繋がった。水分提供方法は、容器を工夫し多職種でメニュー表を作成。家族希望の一般食品による補食提供を行い、持参品(鯖缶詰め、果物)を食事時の追加提供や間食による提供を行い喜ばれた。食事摂取量 84 % (主食 92 %、主菜 77 %、副菜 75 %)

・2 週間後：褥瘡治癒。その後、食事姿勢安定、摂取動作は問題なく食事中断頻度は変化なく、自力摂取頻度や量が増加。家族協力の上で嗜好飲料の提供をしていたが、飲料は摂取量増加とならず。38.9 ℃の発熱あり、尿路感染症疑にて協力病院に 2 週間の入院加療となる。

【介入 2 ヶ月目】・退院日に多職種にてカンファレンスを実施した結果、パウチタイプの水分ジュレ(果物味、学会分類コード 2-2)変更したことにより、動作が行いやすく、摂取量増加に繋がった。食事摂取量は 81 % (主食 90 %、主菜 74 %、副菜 70 %) と増加した。

【介入 3 ヶ月目】 食事姿勢安定、食事摂取量が 98 % (主食 100 %、主菜 100 %、副菜 93 %) 程度まで向上し、水分摂取量も増加となった

7. ＜栄養ケアプロセスの総合的評価＞

褥瘡治癒および低栄養状態の改善を目的に介入開始後、尿路感染症による加療入院となっていたが、退院後も食事環境の整備継続により食事中断頻度が減少し、食事摂取量増加に繋がった。また、水分提供方法の変更により、本人の摂取しやすさに繋がり水分摂取量増加も可能となった。褥瘡・低栄養に対して必要栄養量を満たすために、家族の意向を踏まえた一般食品の提供が摂取量増加となり、体重増加も認められ、褥瘡治癒に至った。今後は体重推移や摂取量の変動を継続的に評価しながら、段階的な栄養改善を図る必要がある。

事例報告 (高齢・障害・児童分野)

1. <対象者(患者)情報>

92歳、男性 【診断名】 # 1 総胆管結石、# 2 高血圧症

【生活歴】喫煙歴なし、日本酒・焼酎等の飲酒(1合を週1回程度)あり

【既往歴】右上葉肺腫瘍(不明)、不整脈(不明) 【家族歴】妻と子供3人(娘3人)

【生活環境】妻と二人暮らし。病前は妻の援助をして生活していた。週3~4回近隣に住む娘(三女)が訪問し家事のサポートをしていた。本人・妻共に入浴を含めたADLは自立。二人とも屋内は小型のシルバーカーを使用していた。妻の既往は糖尿病と高血圧症程度だったが下肢の浮腫等の症状があり家事はあまりできずトイレに行く以外はほとんど動かず生活していた。本人はシルバーカーを使用して庭仕事をするなど、入院前まで色々と家の事を行っていた。

【身体所見】身長170 cm、体重57.0 kg、BMI 19.7 kg/m² (2021年10月入所時)

【検査所見】(2021年10月26日) Alb 3.1 g/dl、Hb 12.0 g/dl、CRP 0.22 mg/dl、白血球 5210 /μl

【薬剤】ニフェジピンL錠10 mg 朝1錠、バルサルタン錠40 mg 朝1錠
サンリズムカプセル50 mg 朝夕1錠、酸化マグネシウム錠330 mg 寝前2錠

【提供栄養量】 1200 kcal たんぱく質50 g 脂質25 g

【食形態】全粥・ソフト一口大(学会分類コード4) 水分は中間とろみ
汁物や水分でむせ込みあり。

【摂取栄養量】 取栄養量：エネルギー600 kcal たんぱく質25 g 脂質12.5 g (食事摂取量50%：主食50% 主菜60% 副菜40%)

【口腔内状況】上下総入れ歯、義歯不具合なし 【食事動作】車椅子乗車で食事摂取、スプーン把持困難であり自助スプーン使用。食事を掻き込むように食べる様子あり

2. <介入に至るまでの経過(栄養管理開始までの経過)>

9/11屋外で作業後に嘔気と嘔吐出現、同日かかりつけ医院で補液施行も症状改善なく、9/13受診し総胆管結石性胆管炎にてERCP、ERBD施行しプラスチックステント留置し入院。以降禁食・補液・抗生剤による加療開始。炎症反応の改善に乏しくCT施行し肝左様外側に膿瘍。胆汁性腹膜炎疑いにてドレーナージチューブ留置、以降炎症反応改善。その後食事開始するも摂食嚥下障害あり、食事は全粥・ソフト一口大(学会分類コード4)、汁物や水分ではむせ込みがある為、中間のとろみで対応。家族よりリハビリ継続の希望があり10/16当施設入所となった。医師の指示にて食事は脂質25g/日以下制限とし、全粥・ソフト一口大(学会分類コード4)汁物や水分は中間のとろみをつけて対応していたが、食事摂取量が少ないことから栄養介入。

3. <栄養スクリーニングの状況(多職種からの紹介状況も含める)>

栄養ケアマネジメントの低栄養状態のリスクの判断に従い、BMI=19.7 kg/m²、Alb 3.1 g/dl、食事摂取量=50% (主食50% 主菜60% 副菜40%) このことから『低栄養状態のリスクは中リスク』と判定。リハビリ科より右手のスプーン把持が困難であり、グリップをつけてほしいと依頼あり。

事例報告 2 (様式)

4. <アセスメント>と 5. <栄養診断>

栄養診断	NI-2.1 経口摂取量不足
S	えー？なんだった？食事は普通のものを食べていたよ。娘が作って持ってきてくれる。時々おやつにパンをたべたりしていたな。なんでこれ（お茶）はドロドロなんだ？普通がいいよ。食事はあんまり食べたくない。嫌いなものはないよ。
O	【身体所見】身長 170 cm、体重 57.0 kg、BMI 19.7 kg/m² 【生化学検査データ】Alb 3.1 g/dl、Hb 12.0 g/dl、CRP 0.22 mg/dl、白血球 5210 / μl 【認知機能調査】HDS-R 18 点 【ADL】FIM 67/126 点 (2021 年 10 月) 【嚥下評価】反復唾液嚥下テスト:1 回/30 秒 改訂水飲みテスト:リスク有未実施 食物テスト (ゼリー) :むせあり、SpO₂変化なし (評価 3) 【食事状況】全粥・ソフト一口大 (学会分類コード 4) 水分中間とろみ 【口腔内の状況】上下総入れ歯、義歯不具合なし 【食事摂取状況】病院では自助スプーン使用していた情報あり。普通のスプーン使用し摂取可能だが、把持に稚拙さあり一口量も多くなりがち。小スプーンに太柄のグリップ付け摂取して頂くと、時折かきこむが、本人も使いやすいとのこと。主食・副食 50 %程度で終了。食事中むせなく、口腔内残渣なし。 【栄養摂取】入院時の食事と同等の内容で提供開始し、脂質制限食 1200 kcal、たんぱく質 50 g、脂質 25 g 摂取エネルギー:600 kcal、たんぱく質 25 g、脂質 13 g 程度。目標栄養量:1600 kcal、たんぱく質 60 g 脂質 25 g/日以下 エネルギー充足率:37.5 % たんぱく質充足率 41.6 %
A	・認知機能検査は HDS-R 18 点 ・Alb 3.1 g/dl ・本人の希望に沿っていない食形態と (学会分類コード 4) 水分とろみの提供 ・食事摂取量が 50 %程度エネルギー充足率 37.5 %、たんぱく質充足率 41.6 % (入院時の食事と同等の内容で提供している)
	栄養診断の根拠 (PES) エネルギー充足率 37.5 %、たんぱく質充足率 41.6 %、Alb 3.1 g/dl を根拠として、学会分類コード 4 のやわらかめの食事形態と水分にとろみをつけることへの不満による食思不振が要因となった、経口摂取量不足と栄養診断する。
P	Mx) 体重、BMI、食事摂取量、(血液検査が可能であれば Alb)、嚥下評価 Rx) 目標栄養量:1600 kcal、たんぱく質 60 g、脂質 25 g/日以下の食事提供、 ・嚥下評価でむせが有る結果から経口維持加算算定し嚥下状態を多職種で評価 ・食具の適正と食事環境の整理 ・栄養補助食品検討、食事形態の見直し、食事提供量の増量 Ex) 本人へとろみをつける必要性の指導。退院時に家族に脂肪性制限食の指導

S: Subjective data (主観的データ), O: Objective data (客観的データ), A: Assessment (評価), P: Plan (計画)

Mx: Monitoring plan (モニタリング計画), Rx: therapeutic plan (栄養治療計画), Ex: educational plan (栄養教育計画)

事例報告 3 (様式)

6. <栄養介入>

1) 目標栄養量 エネルギー量 1600 kcal/日 IBW (63.6 kg) $\times$ 25 kcal/kg/日 = 1590 kcal
たんぱく質量 60.0 g/日 IBW (63.6 kg) $\times$ 1.0 g = 63.6 g 脂質 25.0 g/日 (医師の指示)
水分量 1750 ml/日 IBW (63.6 kg) $\times$ 25~30 ml = 1590~1908 ml

2) 栄養介入計画

【長期目標】 (6 ヶ月) 嚥下状態に合わせた食事形態を提供し、胆管炎の再燃を防止する

【短期目標】 (3 か月)

① 脂質制限食を提供し胆管炎再燃を予防する (まずは病院と同じ食事量で様子を見る)

・胆管炎食 1200 kcal (脂質 25 g/日以下) ・全粥、ソフト一口大 (コード 4) の提供 (毎日)

② 嚥下状態に合わせた食事形態に調整し、安定した食事摂取量を維持する (1 か月)

・口腔内、義歯の確認、嚥下評価を行い、食事形態を適切なものに調整する。 (随時)

3) 栄養介入の経過

・介入+1 日 入院中と同じ食事形態・量で食事提供を開始。ST とミールラウンド実施。摂取量は平均 50 % 程度。嚥下機能の状態ととろみの必要性を ST から説明。ST から、嚥下訓練と適時嚥下評価を実施し、とろみ除去のためリハビリを実施することを説明。笑顔あり。

・介入+30 日 摂取量 100 %。体重 55.1 kg、BMI 19.1 kg/m²。

・介入+35 日~40 日 ST 嚥下評価にて改訂水飲みテスト、水飲みテスト共にむせなし。会議を実施し、今後とろみ解除、食上げを進めていく方針となる

・介入+60 日 体重 55.0 kg と維持。米飯と常食 1 品の食事評価の際に、「硬いご飯は駄目だ、便がでないから」と訴えあり。水分を摂るよう伝えるも摂っていないと言い米飯拒否。

・介入+74 日 食上げ検討も全粥を希望。数週間後に自宅復帰予定と CM から情報あり。本人と相談し段階的に食上げし、一週間後に嚥下評価実施。水飲みテスト：むせなし。

・介入+90 日 体重 54.0 kg と減少傾向にある為、医師へ相談しエネルギーアップ許可あり。在宅復帰へ向け、自宅での食事に近いものに進めていくことを提案。便通の改善もあり、米飯は拒否的ではない様子。ST による評価も実施し食事形態変更へ。

・介入+95 日 米飯・常食 1 品提供。誤嚥兆候なし。嗄声や口腔内残渣なし。大きめのおかずは一口量大きく、夕食から 1600 kcal 米飯・常食一口大、汁物水分は中間とろみへ変更。

・介入+111 日 ST 嚥下評価の結果、水分のとろみ解除となり、笑顔あり。体重 53.9 kg

・介入+135 日 自宅退所。退所時に家族へ脂質制限食の栄養指導実施。

7. <栄養ケアプロセスの総合的評価>

本人の「普通のものを食べたい、とろみが嫌だ」という希望に対してミールラウンドを繰り返した。脂質制限があったので、栄養補助食品を使わず、ST と協働して食事形態を変更することで、食事の全体量を増やさずエネルギーアップを実施することができた。本人の食べる意欲を引き出し全体の食事量を増やさずに対応できたことで、摂取量 100 % を維持することができた。胆管炎の再燃もなく、必要栄養量の 1600 kcal の提供となり自宅退所できた。退所に際して実際に自宅で調理するご家族に脂質制限の食事指導をしたが、ご家族も少しでも元気で長生きできるように、自宅でも実践可能な方策をお伝えすることができた。

事例報告（**高齢**・障害・児童分野）

1. ＜対象者（患者）情報＞

年齢：91 歳 性別：女性 要介護度：3 身長：148 cm

体重（2025 年 5 月）40.1 kg、BMI18.3 kg/m²（2025 年 6 月入所時）38.0 kg、BMI17.3 kg/m²

臨床データ：血清アルブミン値 3.2 g/dl FBS 93 mg/dl HbA1c 6.8 %（2025 年 6 月）

右足趾間に潰瘍あり（2025 年 6 月）

既往歴：アルツハイマー型認知症/糖尿病/骨粗鬆症/心不全/大動脈弁閉鎖不全症

食事形態：主食（米飯）副食（軟菜、常食）学会分類コード非該当 とろみなし

栄養補助食品：アイソカルグルコパル TF（エネルギー200kcal、たんぱく質 7.2g、アルギニン 1500 mg）を 15 時の間食時に 1 本提供。

提供エネルギー量：1400 kcal/日（食事 1200 kcal、栄養補助食品 200 kcal）

提供たんぱく質量：57.5 g（食事 50.0 g、栄養補助食品 7.5 g）

食事摂取量：食事 100 %、栄養補助食品 100 %

摂取栄養量：（自宅）エネルギー1000 kcal

（入所後）エネルギー1400 kcal/日、たんぱく質 57.5 g、水分 1000 ml

嗜好：好き嫌いなく何でも食べる。 義歯：なし（自歯）

食事摂取動作：箸使用にて自立だが、食べ始めるまでに時間を要す。

摂取状況：自宅 口腔内ため込みあり、嚥下時に苦痛表情あり。食事に対する興味乏しい様子。

入所後 食事に認識に時間を要す。声掛けで食具の把持し、自力摂取。

口腔内環境：自歯あり（欠損あるが、義歯使用なし）、むせなし

皮膚状態：右足趾間に潰瘍あり（深さ 3 mm、周囲の皮膚は浸軟、浸出液少量）。

2. ＜介入に至るまでの経過（栄養管理開始までの経過）＞

在宅生活時、認知機能の低下から食事に対する意欲の低下が見られ食事摂取量の減少があった。入所後も、食事の認識が乏しく、適宜声掛けが必要な状況であった。食事は全量摂取できていたものの、自宅での長期にわたる摂取エネルギー量の低下に伴う体重減少と右足趾間に潰瘍を発症が認められた。体重増加と潰瘍の治癒目的にて栄養介入開始となる。

3. ＜栄養スクリーニングの状況（多職種からの紹介状況も含める）＞

体重 38kg（2025 年 6 月）

BMI：17.3 kg/m² 体重減少値：2.1 kg（1 カ月） 体重減少率：5.2 %/1 カ月

血清アルブミン値 3.2 g/dl FBS 93mg/dl HbA1c 6.8 %

右足趾間潰瘍あり HDS-R 8 点（2025 年 4 月）

栄養ケア・マネジメントリスク判定では、体重減少率 5.2 %/1 カ月のため高リスクと判定される。

事例報告 2 (様式)

4. <アセスメント>と 5. <栄養診断>

栄養診断	NI-2.1 経口摂取量不足
S	本人…なんかわかりません。お願いします。 家族…自宅で食事を残すことが多くなっている。声をかけても食事が進まない。むせる事はないが飲み込む時に苦痛の表情になることがある。施設で食事をしっかり食べてもらいたい。
O	【身体計測】 身長：148 cm 体重：38 kg (令和 7 年 6 月) 40.1 kg (令和 7 年 5 月) BMI：17.3 kg/m² 体重減少値：2.1 kg/1 カ月 体重減少率：5.2 %/1 カ月 【生化学データ】血清 Alb3.2 g/dl FBS93 mg/dl HbA1c6.8 % (令和 7 年 6 月) 【食事】食事形態：主食（米飯）副食（軟菜、常食） 提供エネルギー量：1400 kcal/日（食事 1200 kcal、栄養補助食品 200 kcal） 提供たんぱく質量：57.5 g（食事 50.0 g、栄養補助食品 7.5 g） 食事摂取量：食事 100 %、栄養補助食品 100 % 摂取栄養量：（自宅）エネルギー1000 kcal （入所後）エネルギー1400 kcal/日、たんぱく質 57.5 g、水分 1000 ml 必要栄養量：エネルギー1400 kcal、たんぱく質 48.2 g 食事摂取動作：箸使用にて自立だが、食べ始めるまでに時間を要す。 摂取状況：自宅 口腔内ため込みあり、嚥下時に苦痛表情あり。 入所後 食事の認識に時間を要す。声掛けで食具の把持し、自力摂取。 口腔内環境：自歯あり（欠損あるが、義歯使用なし）、むせなし 皮膚状態：右足趾間に潰瘍あり（深さ 3 mm、周囲の皮膚は浸軟、浸出液少量）
A	・1 カ月の体重減少率 5.2%、BMI17.3 kg/m² ・血清 Alb 値 3.2 g/dl と低い ・自宅でのエネルギー充足率 71.4 % と少ない ・右第一趾足趾間に潰瘍あり ・食事の認識が乏しく、食べ始めるまでに時間を要す。 栄養診断の根拠（PES） エネルギー充足率 71.4 %、BMI 17.3 kg/m²、体重減少率 5.2 %/1 カ月の根拠に基づき、食事の認識が乏しいことが原因となった、経口摂取量不足と判断。
P	M x）経口摂取量、体重、体重変化率 R x）必要栄養量の摂取：エネルギー1400 kcal、たんぱく質 55 g 必要時栄養補助食品の追加 摂取時の声掛けや摂取用具の変更 E x）提供方法の変更を行い、食事であることを認知してもらう

S：Subjective data（主観的データ）、O：Objective data（客観的データ）、A：Assessment（評価）、P：Plan（計画）

Mx：Monitoring plan（モニタリング計画）、Rx：therapeutic plan（栄養治療計画）、Ex：educational plan（栄養教育計画）

事例報告 3（様式）

6. <栄養介入>

1) 目標栄養量 必要エネルギー量 1400 kcal/日 たんぱく質 55 g/日

・必要エネルギー量：ハリスベネディクトの式より $(655.1 + (9.56 \times 38 \text{ kg}) + (1.85 \times 148 \text{ cm}) - (4.68 \times 91 \text{ 歳})) \times 1.2 \text{ (SF)} \times 1.3 \text{ (AF)} \times 1.1 \text{ (低栄養状態改善のための係数)}$

・必要たんぱく質量：48.2 kg（目標体重） $\times 1.2$

2) 栄養介入計画

●長期目標【6 カ月】経口摂取で必要栄養量が摂取でき、体重の減少を防ぐ。

足趾間の潰瘍が改善する。

●短期目標【2 週間～1 カ月】

①体重が減少しない

エネルギー1200kcal+200kcal（栄養補助食品） たんぱく質 50.0 g+7.5 g（栄養補助食品）

途中で手が止まっていたら声掛け（食事への意識を向ける、食具把持）

食事摂取量、水分量の確認

体重の測定を行い減少あれば、食事内容の見直しや補食の検討も行う

②創部が縮小する

定期的な処置 清潔保持

栄養補助食品（糖質調整流動食）の提供/E:200 kcal P7.2 g アルギニン強化/日（毎日）

3) 栄養介入の経過

・夜間何度も起きてこられ不眠。食事に集中できておらずなかなか手をつけない。食べ始めるまでにも時間がかかる。職員による声掛けを行い、器を持ってもらい食事である事を認識してもらう。

・入所時に看護師や介護職員と話し合い、栄養補助食品の提供を検討。補助食品の種類や提供時間について話し合い、試供品を提供しており毎日 15 時のおやつ時に提供し全量摂取できていたためご家族に許可を頂き、定期での購入をお願いする。

・入所 2 カ月目、夜間良眠していることで日中しっかり覚醒しており、食事の摂取量は 8 割～10 割で推移。食事途中で手が止まることが多く、声掛けに職員に笑いかけたり発語もあるが促しても摂取しようとしないため、介助することがある。

足趾間の潰瘍は肉芽形成良好。

・入所後 3 カ月目、体重 39.3kg、BMI17.9 kg/m²

・入所 4 か月目足趾間潰瘍完治。摂取量少ない日もあることから栄養補助食品は継続。

・入所後半年：体重 40.7 kg、BMI18.5 kg/m² Alb 3.2 g/dl BS 92 mg/dl HbA1c 5.7 %

7. <栄養ケアプロセスの総合的評価>

足趾間潰瘍は完治し再発も見られていない。体重の減少なく経過している。認知症状の進行は見られ、食事への認識が出来ず、食事介助することが増え、日によっては摂取量にムラがある。在宅生活時と比べると摂取栄養量が増え体重の増加も見られた。今後も体重の推移を確認しながら必要栄養量を満たし潰瘍の再発や体重減少を防ぐ必要がある。

事例報告 (高齢・障害・児童分野)

1. <対象者(患者)情報>

年齢：92歳 性別：女性 介護度：要介護4

認知症障害自立度：Ⅱb 障害高齢者の日常生活自立度：C1

【入所時身体所見】身長 148.1 cm 体重 43 kg BMI19.6 kg/m²

3ヶ月前の体重：体重 49.5 kg、BMI22.6 kg/m²、減少 13.1 % (6.5 kg)

6ヶ月前の体重：体重 54.6 kg、BMI24.9 kg/m²、減少 21.2 % (11.6 kg) 褥瘡：無し

【生化学データ(入所1ヶ月前)】

ALB 1.5 g/dl TP6.3 g/dl Hb12.1 g/dl BUN11.5 mg/dl Cre0.50 mg/dl CRP5.19 mg/dl

【既往歴】右細菌性肺炎 嚥下困難 食欲不振 骨粗鬆症 ラクナ梗塞 脳出血(右視床出血)
帯状疱疹 左大腿骨頸部骨折 頸椎ヘルニア 気管支拡張症

【食事形態】主食：ミキサー粥 副食：ミキサー食(学会分類2021：コード2-1相当)

とろみ：強め(濃いとろみ)

末梢静脈栄養：食事摂取量5割以下で、ソルデム3A 500ml 1本の指示あり(週1～2回)

【入院中】(提供栄養量)エネルギー：1400 kcal たんぱく質 50 g

(摂取量) 50% (摂取栄養量) エネルギー量 700 kcal たんぱく質 25 g

【食事動作】食事：全介助(左片麻痺) リクライニング車椅子使用

【口腔内環境】義歯なし(残歯なし)

【摂取状況】食事中、時々傾眠あり。むせないが、口腔内溜め込みあり。嚥下に時間がかかる。

食事摂取時間1時間程度

【家族構成】高齢のご主人と二人暮らし キーパーソンは長女

【生活歴】10年前に脳出血発症。左片麻痺、嚥下障害にて入院。その後、当施設に入所し、4ヶ月後に在宅復帰。デイケアとショートステイを利用しながら、高齢の夫と生活。夜は近隣に住む娘3人が交代で介護を行い、在宅生活を継続していた。

2. <介入に至るまでの経過(栄養管理開始までの経過)>

2026年1月肺炎にて急性期病院入院となる。食事が摂れず、経鼻栄養となるも自己抜去あり。ご家族は胃瘻造設、経鼻栄養の再挿入は希望されず、経口摂取も困難で看取りの方向となり慢性期病院へ転院。転院後、徐々に食事が摂れるようになり退院の方向となるも、体調変動の可能性があるため、ご家族希望にて当施設入所となる。前医では食事の摂取量増加傾向にあったが、摂取量は平均50%ほどと少なく、食事摂取量改善のため入所と共に栄養介入開始となる。

3. <栄養スクリーニングの状況(多職種からの紹介状況も含める)>

栄養ケア・マネジメントにおける栄養スクリーニングを用い、BMI19.6 kg/m²、体重減少率13.1%/3ヶ月(6.5 kgの減少)、21.2%/6ヶ月(11.6 kgの減少)、褥瘡：無し、ALB 1.5 g/dl、食事摂取量50%、経口・静脈栄養併用により、低栄養状態のリスク判定は高リスクと判定。

事例報告 2 (様式)

4. <アセスメント>と 5. <栄養診断>

栄養診断	N1-2 経口摂取量不足
S	本人：おなかいっぱい。 家族：自宅から近く、母の好きだった施設で過ごしてほしい。胃瘻増設や経鼻栄養は希望しない
O	【入所時身体所見】身長 148.1 cm 体重 43 kg BMI19.6 kg/m² 褥瘡無し 体重減少値 13.1%/3 ヶ月 体重減少値 21.2%/6 ヶ月 両下肢軽度浮腫あり 【入所 1 ヶ月前採血】ALB1.5 g/dl TP6.3 g/dl Hb12.1 g/dl BUN11.5 mg/dl Cre0.50 mg/dl CRP5.19 mg/dl 【食事形態】主食：ミキサー粥 副食：ミキサー食（学会分類 2021：コード 2-1 相当） とろみ：強め（濃いとろみ） PPN：食事摂取量 5 割以下 ソルデム 3A 500ml 1 本の指示あり（週 1～2 回） 【食事動作】全介助 リクライニング車椅子使用【口腔内】義歯なし（残歯なし） 【必要栄養量】エネルギー1300 kcal、たんぱく質 45.0 g 【提供栄養量】エネルギー：1400 kcal たんぱく質 50 g 【食事摂取量】50 % 主食 50 %、副食 50 % 【摂取栄養量】エネルギー量 700 kcal たんぱく質 25 g 【摂食嚥下】むせこみなし。口腔内溜め込みあり、嚥下に時間要す。時折傾眠あり。食事摂取時間 1 時間。
A	体重減少率 3 ヶ月で 13.1 % (6.5 kg減少) 6 ヶ月で 21.1 % (11.6 kg減少) と大幅な体重減少あり。食事摂取量 50 %と少ない。 エネルギー充足率 53.8 %、たんぱく質充足率 55.6 %と摂取栄養量が少ない 口腔内ため込みあり。食事時の傾眠がある。 食事摂取量に応じて、末梢静脈栄養の指示あり（週 1～2 回ほど実施）。 栄養診断の根拠（PES） 体重減少率 3 ヶ月 13.1 %、6 ヶ月で 21.2%、エネルギー充足率 53.8 %、たんぱく質充足率 55.6 %、末梢静脈栄養を併用していること、食事摂取に 1 時間要すことを根拠し、嚥下に時間を要すことで覚醒している時間内での食事摂取が困難なことが原因となった経口摂取量不足である。
P	M x) 体重・BMI・食事摂取量、食事摂取に要す時間、末梢静脈栄養の実施頻度 R x) 目標栄養量 エネルギー：1400 kcal/日 たんぱく質：45 g/日 栄養補助食の検討 摂食・嚥下状態に応じた食形態での提供 E x) 食事摂取時の覚醒状況に応じた食事介助のポイントや安全に食べれる姿勢を介護士へ指導する

S：Subjective data（主観的データ）、O：Objective data（客観的データ）、A：Assessment（評価）、P：Plan（計画）

Mx：Monitoring plan（モニタリング計画）、Rx：therapeutic plan（栄養治療計画）、Ex：educational plan（栄養教育計画）

事例報告 3（様式）

6. <栄養介入>

1) 目標栄養量 1300 kcal/日 たんぱく質量 45 g/日

・エネルギー : 現体重 43 kg×25~30 kcal=1075 kcal~1290 kcal

看取りは解除したばかりのため、体重が低下しないよう目標は現体重維持。

・たんぱく質 : 現体重 43 kg×1g~1.2 g=43 g~52 g

2) 提供方法 ・エネルギー1400 kcal たんぱく質 50 g

主食 : ミキサー粥 副食 : ミキサー食 (学会分類コード 2-1) 水分 : とろみ (強め)

ゼリータイプの栄養補助食を昼食時に提供

3) 長期目標 : 離床時間の延長 栄養量が安定し摂取できる

短期目標 : 食事摂取量が増える (①提供量や方法の工夫②嚥下しやすい座位姿勢の調整)

4) 経過

①介入開始時 : 食事は口腔内にため込み、嚥下に時間がかかる。栄養補助食は甘いと拒否。

お茶のとろみ (強め) は好まれ摂取量される。食事中に傾眠見られるときがあるが、覚醒状況が良い時は声かけに笑顔あり反応良好。

②2週間後 : ため込みがあり摂取量が少ない状況が増え、輸液が毎日に増える。食事時間の後半は疲れあり、ハーフ食に変更。栄養補助食は、おかずタイプの補助食に変更。また甘くても数口で終了できる小さいゼリーの補助食を提供 (栄養価重視ではなく、好んで食べてくれるもので選択)。お茶 (とろみ強め) より、経口補水ゼリーを提供すると、味を好まれてため込み減少し嚥下スムーズ。提供量 1500 kcal→1200 kcal (摂取量 720 kcal)

③1ヶ月後 : 補助食のゼリーは嚥下良好、摂取良好。食形態を主食、副食ともにゼリー食 (学会分類コード 1j) に変更。食事、補助食の摂取量が増え輸液管理が減ってくる。 (摂取量 800 kcal) 。体重 43.2 kg。

理学療法士へ姿勢の評価を依頼。離床のタイミングと食事時の姿勢を介護士へ共有する。

④2ヶ月後 : おかずタイプの補助食の摂取が「飽きた」と摂取量低下あり、補助食の種類変更。甘い味の補助食でも摂取拒否なし (たんぱく質強化の補助食)。補助食からの優先介助を介護士へ依頼する。提供量 1200 kcal→1400 kcal (摂取量 1050 kcal) となったが、食事摂取に要す時間は 45 分程度と短縮あり。体重 44.1 kg

⑤3ヶ月後 : ゼリー食溜め込みみられ、ミキサー食 (とろみ強め) に変更。むせなく摂取。 (摂取量 1000 kcal) 体重 44.5 kg

7. <栄養ケアプロセスの総合的評価>

こまめにミールラウンドを行い、介護職員と情報共有をし、変化が見られた際は、嚥下状態に合わせ食形態の変更・評価をした。また、栄養補助食の種類を決める際は栄養価のみだけでなく、本人の嗜好を考慮し、種類を選定していくことにより摂取量増加に繋がったと思われる。体重の変化はさほど見られなかったが、途中輸液管理が多くなっても、減少なく維持できた。

事例報告 (高齢・障害・児童分野)

1. <対象者(患者)情報>

【プロフィール】80 歳、女性、無職 要介護 5

認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅳ 障害高齢者の日常生活自立度：C1

夫と二人暮らし。二次医療機関の病院で認知症の診察をしてもらっていたが、コロナ渦に一次医療機関の病院に変更した。その際に認知症の薬をやめたため、認知症状が悪化した。

令和 4 年 8 月 5 日に起立困難にて三次医療機関へ救急搬送される。その後、廃用症候群が進み寝たきり状態となり、令和 4 年 8 月 23 日に一次医療機関へ転院となる。状態は安定したもの、夫一人では、在宅での介護が困難なため、特別養護老人ホームへの入所を希望され、当施設へ入所となった。

【身体状況】身長 155 cm 体重 54.4 kg BMI 22.6 kg/m² %IBW 102 % (令和 4 年 9 月)

身長 155 cm 体重 48.2 kg BMI 20.1 kg/m² %IBW 91.1 % (令和 4 年 12 月)

褥瘡なし

【薬剤】アムロジピン錠 2.5 mg (朝) メマンチン OD 錠 20 mg (夕) ロゼレム錠 (就寝前) ベルソムラ錠 (就寝前) センノシド顆粒 8 % (就寝前)

【傷病名】アルツハイマー型認知症、廃用症候群、高血圧

【ADL】移乗、移動、排泄、入浴、着衣：全介助 食事：一部介助 (介助用車椅子)

口腔内：義歯なし (残歯あり) 嗜好：甘いものが好き

【提供栄養量】エネルギー：617 kcal たんぱく質 31.4 g

(積極的な増量が難しい状態で栄養改善よりも、まずは消化管の安静と排便コントロールによる生命維持を優先させた)

【食事摂取量】100 % 【摂取栄養量】エネルギー：617 kcal たんぱく質 31.4 g

食形態：全粥・きざみ食 学会分類コード：なし とろみなし

【排便コントロール】3 週間に 1 回便秘に伴う嘔吐あり

2. <介入に至るまでの経過(栄養管理開始までの経過)>

入所されてしばらくは、一部介助にて全量摂取されていた。令和 4 年 12 月、昼食後に嘔吐あり、便秘による嘔吐と診断。絶飲食、点滴 (ソルデム 3A 1000 ml + メトクロプラミド 1A) 施行後、粥 70 g、きざみ食 (617 kcal) から経口摂取再開。パントシン (便秘改善) 内服が定期処方となり、排便コントロールをしながら食事量を検討していく事となった。その後も何度か嘔吐があり、その度、絶飲食、点滴施行、食事再開を繰り返していた。提供量の増量が困難であり、必要栄養量を満たせていなかった。12 月に食事内容を変更してから体重が徐々に減少。入所されてから 3 カ月 (令和 4 年 12 月) で 6.2 kg (11.4 %) 減少し、体重減少予防のため介入することとなった。

3. <栄養スクリーニングの状況(多職種からの紹介状況も含める)>

栄養ケア・マネジメントにおけるスクリーニングより、BMI 20.1 kg/m²、3 ケ月の体重減少率 11.4 % より低栄養リスクを「高リスク」と判断した。

事例報告 2 (様式)

4. <アセスメント>と 5. <栄養診断>

栄養診断	NI-5.3 たんぱく質・エネルギー摂取量不足
S	本人：問いかけに頷かれるが、表情の変化はなく、明確な意思は分らない。 ご家族：元気に過ごしてほしい。もう少し食べて欲しい。
O	【身体状況】身長 155 cm 体重 48.2 kg BMI 20.1 kg/m² %IBW 93.8 % 3ヶ月体重減少率 11.4 % (6.2 kg) 褥瘡：無 介護度：要介護 5 【必要栄養量】エネルギー：1250 kcal たんぱく質：53 g 【提供エネルギー量】エネルギー：617 kcal たんぱく質：31.4 g 主食：粥 70 g、副食：きざみ食 学会分類：なし とろみなし 積極的な増量が難しい状態で栄養改善よりも、まずは消化管の安静と排便コントロールによる生命維持を優先させた) 【食事摂取状況】摂取量 100 % 充足率：エネルギー 49.3 %、たんぱく質 59.2 % 【口腔】義歯なし 【食事姿勢】介助用車椅子（クッションを使用し座位保持） 【食事動作】スプーンを持っていたくと 2～3 口は摂取されるが、食事に対する意欲はなく、介助にて摂取。 ・便秘の影響による嘔吐（3週間に1回程度） ・嘔吐後は、輸液指示（ソルデム 3A 1000 ml＋メトクロプラミド 1A）
A	・3ヶ月で 11.4 %の体重減少あり ・嘔吐を繰り返しており、その都度絶食・輸液対応となる ・嘔吐が継続するため、提供量の増量が困難 ・食事摂取意欲乏しく、自力摂取ではすぐに手が止まり、介助が必要 ・エネルギー充足率 49.3 %、たんぱく質 59.2 %と少ない 栄養診断の根拠（PES） エネルギー充足 41.1 %、たんぱく質充足率 59.2 %、3ヶ月の体重減少率 11.4 %、3週間に1回嘔吐あることを根拠とし、慢性的な便秘に伴う嘔吐のため、食事量の増量が困難なことが原因となった、たんぱく質・エネルギー摂取量不足と診断。
P	M x) 経口摂取量 体重 BMI 嘔吐の有無 R x) 目標栄養量：エネルギー1250 kcal、たんぱく質 53.0 g 消化機能に応じた食事量の調整 排便状態の共有 E x) 増量後も摂取量が維持できるよう、食事介助のタイミングや環境を指導する。

S：Subjective data（主観的データ），O：Objective data（客観的データ），A：Assessment（評価），P：Plan（計画）

Mx：Monitoring plan（モニタリング計画），Rx：therapeutic plan（栄養治療計画），Ex：educational plan（栄養教育計画）

事例報告 3（様式）

6. <栄養介入>

1) 目標栄養量 エネルギー：1250 kcal たんぱく質：53 g

【必要栄養量】ハリス・ベネディクトによる推定値：1027 kcal

ストレス係数=1.0 生活活動係数=1.1（車椅子 全介助、機能訓練：上肢筋肉運動）

エネルギー：1250 kcal（1027 kcal×1.0×1.1×低栄養状態のための係数 1.1=1242 kcal）

たんぱく質：53 g（1.1 g×標準体重 52.9 kg=58.2 g）

【提供内容】主食：粥 70 g プロテインパウダー5 g（毎食）入り 副食：きざみ食

2) 栄養介入計画 【優先順位】体調を優先し無理のない範囲で食事量の増量を検討

【目標】長期目標：必要栄養量を摂取し、体重が増加する（1年）

中期目標：提供された食事が全量摂取でき、食事摂取量が安定する（6ヶ月）

短期目標：自力摂取量が増える（3ヶ月）

3) 栄養介入の経過

			介入開始時	3か月後	6か月後	12か月後	13か月後
給与量	E	kcal	670	730	816	816	920
	P	g	45.2	46.1	48.0	48.0	61.7
摂取量	%		100	100	100	100	100
体重	kg		48.2	39.7	37	36.8	35.5
BMI	kg/m ²		20.1	16.5	15.4	15.3	14.8

介入開始時：介助すれば全量摂取。主食にプロテインパウダーを混ぜ、栄養強化。嘔吐が数回あり、その度に絶飲食になったり、ゼリー食を提供したりと食事量を増やすことが難しい。

3か月後：体重が3か月で8.5kg減少。主食の粥を70 gから100 g増量。排便コントロール良好で、嘔吐減少。活気もなく、食事に対する意欲なし。自力1割、介助9割で全量摂取。

6か月後：11.2 kg減少。牛乳をメイバランスソフトゼリー（200 kcal、7.5 g）に変更。

12か月：半年後から体重の変化なし。嘔吐はほとんどなくなったが、食事提供量の増加は慎重行うよう医師より指示あり。日によってむらはあるが、自力摂取意欲あり。

13か月：嘔吐消失。体重減少と家族の意向を踏まえ、粥を100 gから140 gに変更。以前よりも活気が見られ、声かけにも反応あり。オーバーテーブルを使用して自力摂取しやすい姿勢調整。自分でスプーンを持ってもらったり、声かけしたりについて介護・看護職員へ共有。スプーンを手渡すと摂取されるが時間がかかり、途中で度々手が止まっている。全量を自力で摂取するのは難しく、自力5割、介助5割で全量摂取。

7. <栄養ケアプロセスの総合的評価>

便秘に伴う嘔吐や体調不良が繰り返され、食事提供量の増量が困難な時期が続き、栄養状態の改善には時間を要した。現在も低栄養状態ではあるが、排便コントロールと食事内容の調整により嘔吐が消失し、安定した経口摂取が可能となっている。また、体調の安定とともに活気が見られ、声かけがなくても食事に手を伸ばすなど、自力摂取が継続できるようになったのは大きな変化である。多職種で自力摂取を促す関わりを継続したことが効果につながった。今後も自力摂取の継続を重視しながら、栄養状態のさらなる改善を目指していく。

事例報告 (高齢・障害・児童分野)

1. <対象者(患者)情報>

【プロフィール】92歳、男性、無職

妻と二人暮らし。H 29 年ごろから妻の認知症状の進行に伴い家事を担っており、市内に住む息子が支援していた。R2.7 月妻が特別養護老人ホーム入所。独居での生活となる。R3.6 月硬膜下血腫にて入院。認知機能の低下があり、退院後サービス付き高齢者住宅に入居となるが、徐々に金銭面でサービス付き高齢者住宅での生活が難しくなっていた。R7.2 月変更申請で要介護 4 の認定となる。ADL も低下し、食事摂取量が少ないときは家族が食事介助行っていた。また、嚥下機能の低下により水分を飲む時に咽やすくなりトロミ剤を使用するようになった。家族も就労しており、常時の支援も難しい為、特別養護老人ホームへの入所を希望され、R 7.4 月当施設入所となる。

【入所時身体所見】

身長 158.8 cm 体重 38.6 kg BMI15.3 kg/m² IBW54.9 kg %IBW70.3 % UBW42.0 kg %UBW91.9 % 2 ヶ月の体重減少率 2 % 褥瘡：無 介護度：要介護 4 長谷川式認知症スケール：5/30 点 (R7.4 月) 認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅱb 障害高齢者の日常生活自立度：B1

【入所時血液検査所見】(入所 2 ヶ月前) TP 5.3 g/dl Alb 1.9 g/dl

【薬剤】ドネペジル塩酸塩 OD (3) 1錠 1×朝食後 ツムラ抑肝散エキス顆粒(医療用)(7.5) 1包 3×毎食前 アストミン錠(10) 1錠 3×毎食後 アンブロキシソール塩酸塩錠(15) 1錠 3×毎食後 ラメルテオン錠(8) 1錠 1×夕食後 ラコール NF 配合経腸用液(200) 1袋 1×夕食後

【傷病名】#1 認知症 #2 糖尿病 #3 脱水症 #4 高血圧症 #5 緑内障 #6 膀胱癌

【家族構成】妻、二男一女 キーパーソンは長男

【前施設食事内容】主食：粥ペースト、副食：ペースト (学会分類 2021 コード 2-1)

【当施設入所時食事内容】

主食：ソフト 中盛 副食：ソフト (学会分類 2021 (食事) コード 1j) 中盛、水分：学会分類 2021 (とろみ) 濃いとろみ ラコール NF 配合経腸用液 200 kcal

2. <介入に至るまでの経過(栄養管理開始までの経過)>

前施設ではペースト食だったが、認知症の影響で食事摂取量が少なく、ラコール NF 配合経腸用液 200 kcal を摂取。無歯顎だが、義歯を長期間使用しなかった為、義歯は装着しなかった。入所後はソフト食を提供し、摂取量は 6~7 割 (約 90kcal) で、食事がすすまない事が多く、低栄養による浮腫も軽度で浸出液が見られた。ソフト食は見た目が何を食べているのかわかりにくいことによる食欲の低下もあったため、食事形態の再検討と低栄養改善を目的に、栄養介入を開始することとなった。

3. <栄養スクリーニングの状況(多職種からの紹介状況も含める)>

BMI15.3 kg/m²、食事摂取量 70 %、2 ヶ月の体重減少率 2 %を認め、栄養ケア・マネジメントにおけるスクリーニングの結果、低栄養状態のリスクは「中リスク」と判断した。

事例報告 2 (様式)

4. <アセスメント>と 5. <栄養診断>

栄養診断	NI-5.3 たんぱく質・エネルギー摂取量不足
S	【本人】軟らかいものは好きじゃない。食べとるつもりや。 【ご家族】甘いものは好きなので、それならなんとか食べられるかもしれません。
O	【身体所見】身長 158.8 cm 体重 38.6 kg BMI15.3 kg/m² UBW42.0 kg 浮腫：軽度（浸出液あり） 介護度：要介護 4 長谷川式認知症スケール：5/30 点 (R7.4 月) 認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅱb 障害高齢者の日常生活自立度：B1 【入所時血液検査所見】（入所 2 か月前） TP5.3 g/dl Alb1.9 g/dl 【前施設での食事状況】・ペースト食 主食：粥ペースト、副食：ペースト ・摂取量少なく、ラコール NF 配合経腸用液 200 kcal で補っていた。 ・介助の受け入れ不良あり、家族がヨーグルトやバナナをつぶして介助していた。 【食事摂取状況】必要栄養量 E：1110 kcal P：71.3 g 水分：1000 ml 提供栄養量 E：1287.7 kcal P：52.7 g（ラコール含む） 主食：ソフト（中盛）、副食：ソフト（中盛） 学会分類 2021（食事）コード 1j、水分：濃いとりみ、ラコール NF 配合経腸用液 200 kcal 摂取栄養量 E：602.4 kcal 充足率 54.3 %、P：25.0 g 充足率 35.1 % 食事摂取量 3～4 割 ラコール摂取量 10 割 水分 660 ml 程度、水分充足率 66.0 % 上下義歯はあるものの使用できず、装着しても下義歯がずれて不安定であった。自己摂取されるが、途中で手が止まり、食事介助は受け入れ不良。適宜声掛け。
A	主食：4 割・副食：3 割、摂取エネルギー 602.4 kcal（充足率 54.3 %）、たんぱく質 25.0 g（充足率 35.1 %）、水分 660 ml（充足率 66 %）と著しく不足。 BMI15.3 kg/m²と標準値を大きく下回り 2 ヶ月の体重減少率 2 %であった。 血液検査では TP5.3 g/dl、Alb1.9 g/dl と低値と低栄養状態が認められた。 義歯不適合。咀嚼機能と本人の好む食事形態の不一致あり。 栄養診断の根拠（PES） BMI15.3 kg/m²、食事摂取量 3～4 割、エネルギー充足率 54.3 %、たんぱく質充足率 35.1 %、軽度の浮腫があることを根拠とし、摂食嚥下機能に応じた食事形態と本人の希望する食事形態の不一致による食欲低下が原因となった、たんぱく質・エネルギー摂取量不足と判断。
P	M x）体重、食事摂取量、浮腫の程度 R x）目標栄養量 E：1100 kcal P：71.3 g 水分：1000ml 食形態の調整 声掛け・介助による食事摂取の促し 嘱託医師に栄養補助食品等の指示を仰ぐ E x）介護・看護職員に食事摂取に集中できるような環境づくりを指導する。

S：Subjective data（主観的データ）、O：Objective data（客観的データ）、A：Assessment（評価）、P：Plan（計画）

Mx：Monitoring plan（モニタリング計画）、Rx：therapeutic plan（栄養治療計画）、Ex：educational plan（栄養教育計画）

事例報告 3（様式）

6. <栄養介入>

1) 目標栄養量 E: 1110 kcal P: 71.3 g、水分: 1000 ml

【必要栄養量】 ハリスベネディクトによる推定値: 763.4 kcal

ストレス係数=1.1（褥瘡（－）、低体重） 生活活動係数=1.2（車椅子駆動一部介助）

E: 1110 kcal ($763.4 \times 1.1 \times 1.2 = 1007.7$ 1007.7 × 低栄養状態の為の係数 1.1 = 1108.4 kcal)

P: 71.3 g ($1.3 \times \text{IBW} 54.9 \text{ kg}$) 水分: 1000 ml ($25 \sim 30 \text{ ml} \times \text{現体重 } 38.6 \text{ kg} = 965 \sim 1104 \text{ ml}$)

【提供内容】 E: 1287.7 kcal P: 52.7 g、主食: ソフト、副食: ソフト 学会分類 2021 コード 1j、水分: 濃いとろみ、ラコール NF 配合経腸用液 200 kcal（間食）

2) 栄養介入計画

【優先順位】 ①咀嚼・嚥下状態に応じた食形態の検討 ②食事に集中しやすい環境設定

【目標】 ①摂食嚥下機能と本人の意向に応じた食事形態を提供し、必要栄養量を確保する

②食事中の集中力を安定させ、食事摂取量を増加させる

3) 栄養介入の経過

①介入開始時: 声掛けしても摂取できない事が多く、自力摂取では3～4割程度。「食事はいじくはないですか？」の問いに「そんなことはないよ。俺は食べているつもりやよ。」と。

②2週間後: 「軟らかいものは好きじゃない。硬いご飯が食べたいな。」と希望あり。一口大、極刻み、ソフト食を提供し本人と相談し、多職種で評価。一口大は何度か咀嚼はされるが、すぐに口から出す。体調不良も見られたため、体調安定後再検討。

③1ヶ月後: 再度食事形態評価。主食は全粥→軟飯、副食は主菜4形態（普通、極刻み、ミキサー、ソフト食）で実施。軟飯はしっかり咀嚼もされるが、嚥下に時間を要し、飲水量も多い。主菜は普通食を選択されたが、咀嚼しにくいものは吐き出しあり。主食: 軟飯、副食: 小さめ一口大に変更。食事摂取量4～5割。介護・看護職員からの声掛けでの促しを継続。

④3ヶ月後: Alb 1.2 g/dl。両下腿浮腫著明にて嘱託医に相談。メイバランスミニを1日2本の追加（エネルギー量 400 kcal、たんぱく質摂取量 20.0 g 以上増加指示）。食事摂取量3～4割。栄養補助食品はいずれも全量摂取。その後処方変更で、ラコール→エンシュア H。

⑤6ヶ月後: 軟飯食べ難い様子あり、全粥（中盛）に変更。徐々に摂取量増加。両下腿浮腫消失に伴い体重減少。Alb 2.3 g/dl 改善傾向。食事摂取量5～6割、栄養補助食品は全量摂取。

			介入開始時	2週間後	1ヶ月後	3ヶ月後	6ヶ月後
給与量	E	kcal	1287.7	1287.7	1295.8	1870.8	1864.8
	P	g	52.7	52.7	50.7	70.2	70.9
摂取量	E	kcal	515.1	386.3	647.9	654.8	1118.8
	P	g	21.1	15.8	25.3	24.6	42.5
体重		kg	39.4	38.6	39.2	47.5	36.8
BMI		kg/m ²	15.6	15.3	15.5	18.8	14.6

※ラコール、エンシュアH、メイバランスミニ含む。

7. <栄養ケアプロセスの総合的評価>

本人へしっかりと聞き取りを行うことで、食形態の調整や提供栄養量の増量のアプローチにより、栄養状態の改善に繋がった。それにより、活動量も増加し、笑顔が増えた。今後も多職種で連携を行い、適切な栄養ケアに繋がっていきたい。

事例報告 (高齢・障害・児童分野)

1. <対象者(患者)情報>

【年齢】70歳 【性別】男性 【職業】WEBデザイナー 【介護度】要介護 3

【身長】177 cm 【体重】 50.8 kg (R. 7. 5 介入時) 【BMI】 16. 2 kg/m²

【既往歴】パーキンソン病 (H16. 6. 15 発症) ・誤嚥性肺炎 (R2 年)

【臨床データ】血清アルブミン値 3. 4 g/dl (R. 7. 5 介入時)

【食事】自宅にて自立だが、疲れやすいため右側へ姿勢崩れあり。後半は一部介助

【食事形態】軟菜食・一部きざみとろみあんかけ

【提供栄養量】エネルギー2200 kcal (43 kcal/kg) たんぱく質 80 g (1. 6 g/kg)

(15 時にイノラス配合経腸溶液 187. 5 ml (E : 300 kcal P : 12 g))

【摂取栄養量】エネルギー1400 kcal (28 kcal/kg) たんぱく質 55g (1. 1 g/kg)

(摂取量不足のため 15 時のイノラス配合経腸溶液を摂取)

【とろみ】水分で薄いとろみを本人がつけている【排便コントロール】自立。便秘気味。

【嚥下機能】水分でムセあり。薬物の飲み込みにくさあり

【処方薬】ハルロピテープ 24 mg 1 回 2 枚 ネオドパストン配合錠 L100 1 日 6 回 1 回 2 錠
シンメトレル錠 50 mg 1 日 6 回 1 錠 ペルマックス錠 250 μg 一日 3 回 毎食後 1 回 1 錠
ランドセン錠 0. 5 mg 1 日 1 回 1 錠 イノラス配合経腸溶液 187. 5 mg 1 日 1 回
カルボシステイン錠 500 mg 1 日 3 回 1 回 1 錠 エルデカルシトールカプセル 0. 5 μg 1 日 1
回 1C ベネット錠 75 mg 1 日 1 回 1 錠 クラリスロマイシン錠 200 mg 1 日 2 回 1 錠

・妻と 2 人暮らし。食事は 3 食妻が準備。食事は一部介助。在宅でパソコンを使った仕事を夫婦でしている。

2. <介入に至るまでの経過(栄養管理開始までの経過)>

50 歳でパーキンソン病発症。5 年前に誤嚥性肺炎を発症し、当事業所関連病院へ入院。R3. 9 月より～福祉用具利用、訪問看護 (PT リハビリ) の介護保険サービス開始。

嚥下機能 (食事に 1 時間かかる、姿勢が崩れてくる、飲み込みにくさ) について不安があり、当事業所での訪問リハビリ (ST、OT) 開始となる。R6. 2 より訪問看護・通所リハビリも開始。通所リハビリにて妻より OT に食事の相談があった。医師から体重の増加、嚥下機能に合った食事の指導ため、通所事業所への管理栄養士の介入依頼があった。

3. <栄養スクリーニングの状況(多職種からの紹介状況も含める)>

BMI 16. 2 kg/m² 体重減少値 -1. 4 kg/3 ヶ月 体重減少率 2. 7 %/3 ヶ月

血清アルブミン値 3. 4 g/dl 食事摂取量 朝 100% 昼 主食100 % 副菜65 % 15時
イノラス配合経腸溶液100% タ 主食100 % 副菜65 %

栄養ケア・マネジメントにおける低栄養状態のリスク判定では、BMI 16. 2 kg/m²、体重減少率2. 7 %、血清アルブミン値3. 4 g/dl より中リスクと判定される。

事例報告 2 (様式)

4. <アセスメント>と 5. <栄養診断>

栄養診断	NI-5.3 たんぱく質・エネルギー摂取量不足
S	【本人】食欲も低下し体重が徐々に減ってきており、体力が落ちて趣味の釣りにも行けなくなった。 【家族】誤嚥のない様に安全に食事摂取してほしい。食事は少しでも食べてもらえるようにたくさん準備している。
O	【身体計測値】身長：177 cm 体重：50.8 kg BMI：16.2 kg/m² 体重減少率 2.7 %/3 か月 【臨床データ】血清アルブミン値 3.4 g/dl (R. 7.5 介入時) 【食事】自力摂取可能だが、易疲労により右側へ姿勢崩れあり。後半は一部介助 【食事形態】軟菜食・一部きざみとろみあかけ とろみ：薄いとろみ 【食事摂取】一部介助 摂取に 1 時間要す 【提供栄養量】エネルギー2200 kcal (43 kcal/kg) たんぱく質 80 g (1.6 g/kg) (15 時にイノラス配合経腸溶液 187.5 ml (E：300 kcal P：12 g)) 【食事摂取量】 75 % 主食 100 % 主菜 65 % 副菜 65 % ONS100 % 【摂取栄養量】エネルギー1400 kcal (28 kcal/kg) たんぱく質 55 g (1.1 g/kg) 【必要栄養量】エネルギー1900 kcal (37 kcal/kg) たんぱく質 69 g (1.4 g/kg) 【摂食嚥下機能】水分でむせあり。誤嚥性肺炎の既往あり。
A	食事中に姿勢の崩れがあり、1 時間かかる。・副食摂取量 65 % BMI16.2 kg/m²と低体重。3 か月で 2.7 %の体重減少あり。エネルギー充足率 73.7 %、たんぱく質充足率 79.7 %と少ない。 栄養診断の根拠 (PES) S) エネルギー充足率 73.7 %、たんぱく質充足率 79.7 %、副食摂取量 65 %、BMI16.2 kg/m²、体重減少率 2.7 %/3 か月、血清アルブミン値 3.4 g/dl、誤嚥性肺炎の既往、食事中のむせ、食事に 1 時間かかることを根拠に、 E) 姿勢保持が可能な時間内では摂取量が十分に確保できないことを原因とする P) たんぱく質・エネルギー摂取量不足と判断。
P	M x) 体重 BMI 血清アルブミン値 食事摂取量 嚥下状態 食事時間 R x) エネルギー1900 kcal たんぱく質 69 g 薄いとろみ 適切な食形態での提供 E x) 妻へ少量で栄養摂取できるよう栄養補助食品の選択と食べやすい調理法について指導を行う

S : Subjective data (主観的データ), O : Objective data (客観的データ), A : Assessment (評価), P : Plan (計画)

Mx : Monitoring plan (モニタリング計画), Rx : therapeutic plan (栄養治療計画), Ex : educational plan (栄養教育計画)

事例報告 3（様式）

6. <栄養介入>

1) 目標栄養量

必要エネルギー量：1900 kcal（ハリス・ベネディクトの式より算出）

$$66.47 + (13.75 \times \text{現体重 } 50.8 \text{ kg}) + (5.0 \times 177 \text{ cm}) - (6.75 \times 70 \text{ 歳}) = 1177.5$$

体重 1 kg/月増加を踏まえ（BEE1177.5 kcal×SF1.1×AF1.3）+233≒1900 kcal

たんぱく質 69 g IBW68.9 kg×1 g/日=69.0 g/日

2) 栄養介入計画

●長期目標 ①毎月体重 1 kgを増やす ②誤嚥を予防しながら安全に食事を摂取する。

●短期目標

①毎日の体重測定を継続する。

②本人の意向に合わせた食事形態で誤嚥なく食べる。

③エネルギーを確保する。

間食として、おにぎりの提供（300 kcal 付加）

④便秘対策として野菜摂取量を増やす。

3) 栄養介入の経過

介入時 食事摂取状況を確認。夕食時の姿勢保持が特に難しく易疲労感あるとの情報提供あり。

介入 1 週間後 体重 50.8 kg。本人・妻に栄養指導。間食でおにぎりの摂取を提案。食事が進まない時に選択できるようミニタスエネルギーゼリー 100kcal/個（以下ミニタス）を紹介。野菜を食べやすい方法として、生野菜より煮野菜、元々好きなポタージュスープの準備など野菜の取り方を提案。

介入 1 か月 体重 47.7 kg 訪問看護師より「少し暑くなってきて、食欲が落ちてきており、奥様がミニタス使用を検討している」と情報提供あり。

介入 2 か月 体重 50.0 kg 訪問看護師より「ミニタスを時々使用されている」。自宅での食事摂取量は改善傾向にあるとのこと。食事摂取時間 1 時間。

介入 3 か月 体重 49.5 kg 食事摂取量が 9～10 割摂取されている。PT より、姿勢の保持も難しいこともあり、ミンチなどでムセが見られるとの情報を受け、交互嚥下・食材のとりみ付け方の資料を渡す。おにぎりは食べられない日もあるが、中身の具を変えて継続している。

介入 4 か月 体重 49.5 kg 自宅でも 8 割程度摂取できており、体重維持。食事摂取時間 50 分程度。

介入 5 か月 体重 49.4 kg 訪問看護師より「奥様の料理作りも不安なく継続できている」と情報あり。

7. <栄養ケアプロセスの総合的評価>

本人へどれだけの栄養が必要か具体的に示すことで、本人・妻共に不足していることが明確に理解できた。調理する妻も不安に感じていることがあったが、資料の配布をするなどして、見返すことができるような対応が不安軽減と対応の継続に繋がったと思われる。また、自宅での食事については訪問看護師との連携を密に行ったことも効果的であったと思われる。

事例報告（**高齢**・障害・児童分野）

1. <対象者（患者）情報>

年齢：82 歳、性別：男性 要介護度：2

プロフィール：職歴農業。通所利用時は施設の中庭で野菜作りを手伝っていた。同居の長男は長距離運転手で家を空けることが多い。冬期間の入所であったが、そのまま入所継続となる。入所前自立歩行であったが、その後、杖が必要になり入所後はシルバーカー歩行となり長距離移動は車椅子を利用。

身長：162 cm、体重 44.6 kg (2024 年 5 月)、BMI 17 kg/m² 体重 42.7 kg (2024 年 6 月)、BMI:16.3 kg/m²、体重減少率 4.2 % /1 か月 臨床データ：なし 褥瘡：なし

既往歴：パーキンソン病（2011 年 12 月）、誤嚥性肺炎・呼吸不全（2024 年 6 月 10 日）

薬剤：オルメサルタン OD 錠 20 mg、ソキサゾシン錠 2 mg、レバミピド錠 100 mg、カルボシステイン錠 250 mg、ナフトジピル OD 錠 50 mg、ドパコール配合錠 L100、リスペリドン内服用 1 mg/ml

食事摂取量：自力で全量摂取（100 %） 食事姿勢：食事後半になると右へ傾く。

食事形態：全粥、ペースト菜、水分とろみは 濃いとろみ 学会分類 2021：コード 2-1

提供エネルギー量：1450 kcal、たんぱく質 57.1 g（栄養補助食品：エブリッチパウチ 200 kcal、たんぱく質 7.1 g（昼と夕に 100 kcal ずつ分ける）

好きな食べ物：煮豆、果物、コーヒー。 口腔：義歯使用、残存歯 1 本

入所後嚥下機能の低下がみられた。ゆっくり自力摂取されていて、全量摂取している。

ADL:BarthelIndex 60 点から 50 点へ減少。車いすからベッドの移乗と着替えで 10 点減少。

家族構成：妻（同じフロアに入所中）、長男（通所利用）、長女別居。長男がキーパーソンだったが、脳梗塞発症後長女がキーパーソンとなっている。

2. <介入に至るまでの経過（栄養管理開始までの経過）>

2024 年 6 月体温 37.9 °C、SP0₂85 %。SP0₂上昇せず協力病院に誤嚥性肺炎診断で入院。同月再入所後、入院中の安静臥床から廃用症状として嚥下機能の低下。急性期治療に伴う安静と食欲減退により、短期間で 1.9 kg の体重減少。体重減少率 4.2 %/1 か月。言語聴覚士の評価では、安静時から湿性嗝声や湿性咳嗽みられ、嚥下機能は低下があり、食事形態と水分濃度ともに調整が必要。水分は中間のとろみでは咽頭残留を疑わせる追加嚥下があり、一口量が増えると咳払いもみられる。また、食事時の座位が保てず傾きが見られ、食事に 30 分以上かかるようになり、多職種で栄養介入することとなった。

3. <栄養スクリーニングの状況（多職種からの紹介状況も含める）>

体重減少値：1.9 kg/1 か月 体重減少率：4.2 %/1 か月 BMI:16.3 kg/m² 食事摂取量：100 % 栄養ケア・マネジメントにおける低栄養状態のリスク判定では BMI16.3 kg/m²、体重減少率が 4.2 %/1 か月により中リスクと判断した。また、言語聴覚士による嚥下機能評価の反復唾液嚥下テストでは、2 回/30 秒という結果による、嚥下反射遅延という評価であった。

事例報告 2 (様式)

4. <アセスメント>と 5. <栄養診断>

栄養診断	NC-1.1 嚥下障害
S	(本人) 体調を崩さず、元気に暮らしたい。 (長男) これまでと変わらず、元気に過ごして欲しい。
O	【身体計測】身長：162 cm 体重：42.7 kg(2024 年 6 月) BMI:16.3 kg/m² 体重減少値：1.9 kg/1 か月 体重減少率：4.2 %/1 か月 【食事】 食事形態：全粥、ペースト菜、水分濃いとりみ 学会分類 2021：コード 2-1 食事摂取量：100 % 栄養補助食品摂取量：100 % (エブリッチパウチ 1 個 200 kcal、たんぱく質 7.1 g) 提供エネルギー量：1450 kcal/日 たんぱく質量 57 g/日 摂取エネルギー量：1450 kcal/日 たんぱく質量 57 g/日 必要エネルギー量：1500 kcal/日 たんぱく質量 54 g/日 水分摂取量：1000 ml/日 【食事姿勢】食事時の座位が保てず右に傾きが見られる 【嚥下機能】嚥下反射遅延。反復唾液嚥下テスト 2 回/30 秒 誤嚥性肺炎治療後に嚥下機能低下、声量低下、安静時湿性咳嗽ある。 咽頭残留を疑わせる追加嚥下があり、一口量が多いと咳払いみられる。 食事時間の延長。(疲労が出てきて 30 分以上かかる)
A	・食事動作の疲労から食事時間 30 分以上要す。 ・一口量過多による咳払いあり。 ・再入所時 1.9 kg の体重減少。体重減少率：4.2 %/1 か月。 ・安静時から湿性嚔声や湿性咳嗽みられる。 ・食事姿勢保持困難 ・誤嚥性肺炎後に伴い、反復唾液嚥下テスト 2 回/30 秒の結果から嚥下機能低下 栄養診断の根拠 (PES) S: 反復唾液嚥下テスト 2 回/30 秒、再入所時の体重減少率 4.2 %/1 か月、食事時間の延長 (30 分以上)、自力摂取時の一口量過多による咳払いを根拠に E: 誤嚥性肺炎の廃用及び体重減少に伴う嚥下関連筋の筋力低下を原因とした P: 嚥下障害である。
P	M x) ・体重 BMI むせの有無 湿性咳嗽 食事時間 R x) ・目標エネルギー量：1350 kcal、たんぱく質 54 g ・嚥下機能にあった食事形態で提供し、負担なくエネルギー量をアップさせる。 ・多職種でミールラウンドを実施。 ・適したスプーンの使用。 E x) ・一口量を適量にできるようにご本人に指導した。

S: Subjective data (主観的データ), O: Objective data (客観的データ), A: Assessment (評価), P: Plan (計画)

Mx: Monitoring plan (モニタリング計画), Rx: therapeutic plan (栄養治療計画), Ex: educational plan (栄養教育計画)

事例報告 3（様式）

6. ＜栄養介入＞

1) 目標栄養量 エネルギー量：1500 kcal/日（1350 kcal 摂取、たんぱく質量：54 g

〔計算方法〕 エネルギー量 45 kg×30 kcal＋月 1 kgの体重増加 200kcal 付加

たんぱく質量 目標体重 45 kg×1.2 g＝54 g

※目標体重は、誤嚥性肺炎発症前の体重を指標とし、肺炎による急激な体重減少からの回復を目指すため 45 kg（BMI17.1 kg/m²）を設定した。

2) 栄養介入計画

●長期目標（6 か月）嚥下調整食を提供により、経口摂取を維持し、体重減少を予防する。

●短期目標（3 か月）1. 嚥下機能にあった嚥下調整食コード 2-1 での経口摂取により、必要栄養量を確保する。全粥・ペースト菜（コード 2-1）水分濃いとりみ。提供エネルギー量：1450 kcal/日 たんぱく質量：57.1 g（急激な体重減少から早期回復を図るため、100 kcal 多く提供）エブリッチパウチ 1 個を昼と夕に 1/2 量ずつ。（200 kcal/日 たんぱく質 7.1 g）

2. 姿勢調整や周囲の環境に配慮し、誤嚥性肺炎の予防ができる。

多職種でミールラウンドを実施し、経口維持カンファレンスにて情報を共有しながら、嚥下機能の変化に対応する。（毎月）

3) 栄養介入の経過

・7 月体重 43.6 kg、BMI16.6 kg/m² 嚥下機能は安定しているが、時折むせあり。摂取量 98 % 一口量過多を防ぐためにライトスプーンを導入。本人も有用性を理解し、自ら使用を希望されるようになった。ミールラウンドで一口量について声がけを行った。

・8 月体重 43.7 kg、BMI16.7 kg/m² お粥が飲み込みにくいと訴えがあり、言語聴覚士と連携しミキサー粥に変更した（学会分類 2-1）また、痰の増加がみられたため看護師と連携し、食事前に吸引することにした。朝食にもエブリッチパウチ 100 kcal、たんぱく質 3.5 g 追加して、1550 kcal、たんぱく質 60.6 g。また、テーブル高さを調整し、姿勢の安定を図った。摂取量低下を補うため（摂取量 89 %）好まれていた栄養補助食品を追加した。

食事摂取時間 30 分程度、時折一口量多くなることがあり適宜声掛けを行う。

・9 月体重 45 kg、BMI17.1 kg/m² 食前後の吸引でゴロ音消失し食事中断なく摂取可能となった。吸引後は嚥下しやすいことを本人も理解され、食事摂取量 100 %、食事時間は 30 分で安定し、入院前の体重 45 kgまで増加した。食事時のむせあまり見られず。時折、食べ方について声掛け行う。

7. ＜栄養ケアプロセスの総合的評価＞

歩行可能であった通所利用時から中庭で畑作業を一緒に行い馴染みの関係を築いた事により円滑な栄養介入が出来た。再入所後の誤嚥性肺炎と急激な体重減少に対し、多職種連携による迅速な栄養介入を行った。毎月のカンファレンスで嚥下機能について共有し、言語聴覚士による嚥下評価に基づき、お粥からミキサー粥への変更、さらにライトスプーン導入や、テーブル調整、食前吸引の徹底により全量摂取を継続できた。栄養補助食品を活用し負担なくエネルギー量を調整し体重増加につながった。単なる栄養付加だけでなく、摂取環境の整備と本人の嗜好・心理に寄り添った栄養管理が経口維持と栄養改善へと繋がった。

事例報告 (高齢・障害・児童分野)

1. <対象者(患者)情報>

性別：女性 年齢：101 歳 要介護度 2

身長：143 cm 体重 34.1 kg BMI：16.7 kg/m² (令和 6 年 7 月)

体重減少：1 か月-1.9 kg (5.3 %)、3 か月-1.8 kg (5.0 %)、6 か月-2.5 kg (6.8 %)

臨床データ：Alb 3.4 g/dl、CRP3.01 mg/dl (令和 6 年 7 月)

VS：KT37.3 °C、BP128/75 mmHg、P63 回、SpO2 93 %

既往歴：イレウス 肺炎 尿路感染症 貧血 認知症 抑うつ状態

現病歴：誤嚥性肺炎

食事摂取動作：自力摂取 途中で手が止まる 食事介助に対しては受け入れ不良

食事形態：全粥 150 g 刻み食 あんかけ付 (学会分類 2021 コード 4) 水分：濃いとりみ

朝：MCT ゼリー (E200 kcal、P4.0 g)

提供エネルギー1300 kcal (1100+200 kcal)、たんぱく質 49.0 g (45.0+4.0 g)

食事摂取量：78 % (主食 95 %・主菜 70 %・副食 70 %)、補助食品：100 %

摂取栄養量：エネルギー1100 kcal たんぱく質 39 g

好きな食べ物：甘いもの 嫌いな食べ物：特になし

義歯：上下総義歯

嚥下機能評価：(ST 評価) 全粥を咀嚼時に口唇より水分の漏出あり。咽頭残留なし。

食事摂取の様子：嚥下に時間を要す、むせなし。摂取時間 1 時間。

活動量：離床は、食事・入浴時のみ

認知機能評価：HDS-R 19/30 点 年相応の物忘れあり 日常のコミュニケーションは可能

プロフィール：長男、長女の生活支援を受けながら独居で生活していたが、平成 28 年 11 月に腸閉塞で入院。イレウスや肺炎、尿路感染、左膝関節炎など併発され介護が必要な状態となり入所。昔は歌や行事など賑やかなことが好きだったが、最近はあまり参加されなくなっている。

2. <介入に至るまでの経過(栄養管理開始までの経過)>

元々は、排泄や入浴に介助が必要であるが、起位動作や移乗、車椅子操作などは自立した生活が送れていたが、高齢でもあり、徐々に活動量が低下し、居室で過ごす時間が長くなった。食事中のむせなどは見られていなかったが、令和 6 年 7 月誤嚥性肺炎を発症してからは更に活動量が低下。食事摂取量も減少し、体重も見られたため、栄養介入となった。

3. <栄養スクリーニングの状況(多職種からの紹介状況も含める)>

体重減少率 5.3 % (1 か月-1.9 kg)、BMI 16.7 kg/m²、食事摂取量 78 %、Alb3.4 g/dl

栄養ケア・マネジメントにおけるリスク判定では、高リスクと判定される。

事例報告 2 (様式)

4. <アセスメント>と 5. <栄養診断>

栄養診断	NC-3.2 意図しない体重減少
S	本人：「ありがとな。この歳になったら何もない。」（要望なし） 家族：「食べたいものが食べられれば良いです。」
O	【身体計測】身長：143 cm 体重 34.1 kg BMI：16.7 kg/m²（令和 6 年 7 月） 推移：1 か月-1.9 kg (5.3 %)、3 か月-1.8 kg (5.0 %)、6 か月-2.5 kg (6.8 %) 【生化学データ】Alb 3.4 g/dl、CRP3.01 mg/dl（令和 6 年 7 月） 【バイタルサイン】KT37.3 °C、BP128/75 mmHg、P63 回、SpO2 93 % 【食事摂取動作】自力摂取 途中で手が止まる 食事介助は受け入れ不良 【食事内容】食事形態：全粥 150 g 刻み食 あんかけ付（学会分類 2021 コード 4）水分：濃いとりみ 朝：MCTゼリー（E200 kcal、P4.0 g） 提供エネルギー1300 kcal（1100+200 kcal）、たんぱく質 49.0 g（45.0+4.0 g） 食事摂取量：78 %（主食 95 %・主菜 70 %・副食 70 %）、補助食品：100 % 摂取栄養量：エネルギー1100 kcal たんぱく質 39 g 必要栄養量：エネルギー1000 kcal たんぱく質 40 g 水分 1000 ml 【口腔】上下義歯 全粥を咀嚼時に口唇より水分の漏出あり。咽頭残留なし。 食事摂取時間 1 時間
A	・誤嚥性肺炎を発症している ・全粥の咀嚼時に口唇からの水分漏出あり ・超高齢（101 歳） ・食事・入浴以外は臥床している ・食事介助の受け入れは不良 ・食事摂取時間 1 時間 ・BMI16.7 kg/m²と低値 ・ 栄養診断の根拠（PES） 食事摂取時間 1 時間、1 か月で 5.3 %の体重減少あり、口唇からの水分漏出があることの根拠に基づき、摂食嚥下機能と提供する食形態の不一致が原因となった、意図しない体重減少であると判定。
P	M x）食事摂取時間、誤嚥性肺炎の発症状況、摂食嚥下機能 R x）目標栄養量：エネルギー1000 kcal たんぱく質 40 g 摂食嚥下機能に応じた食事形態への変更 E x）ご家族へ安全に食べられる差し入れ内容を提案する。 歯科衛生士から介護士へ口腔ケアの指導を行う。

S：Subjective data（主観的データ）、O：Objective data（客観的データ）、A：Assessment（評価）、P：Plan（計画）

Mx：Monitoring plan（モニタリング計画）、Rx：therapeutic plan（栄養治療計画）、Ex：educational plan（栄養教育計画）

事例報告 3 (様式)

6. <栄養介入>

1) 目標栄養量 エネルギー量 1000 kcal たんぱく質 40 g 水分 1000 ml

ハリスベネディクトの式より、 $BEE: 66.45 + (13.75 \times 34.1) + (1.85 \times 143) - (4.58 \times 101)$
 $\approx 783.5 \text{ kcal}$ $783.5 \text{ kcal} \times AF1.1 \times SF1.1 = 948.0 \text{ kcal}$ 医師から 1000kcal の指示あり

たんぱく質 $34.1 \text{ kg} \times 1.2 \approx 40.0 \text{ g}$ 水分 $34.1 \text{ kg} \times 30 \approx 1000 \text{ ml}$

2) 栄養介入計画

長期目標【6 か月】安全に経口摂取を行い、元気に過ごすことができる。

短期目標【3 か月】①体重減少を予防できる。

②咀嚼嚥下しやすい形態で食事を摂ることができる

- ・経口による継続的な食事摂取の為の記録観察をする。
- ・食事が進まない時の味付けを工夫する。・適宜食事と水分摂取の声掛けを行う。

3) 栄養介入の経過

介入時：食事摂取量が少ないときに声掛けすると、「十分です」と言われることが多く、意向は言われない。ミールラウンドを行い、多職種と情報共有していくこととする。

言語聴覚士と相談し、ムース粥 100 g・ムース食（学会分類コード 3）・MCT ゼリー1 個へ形態変更（離水リスクが少ないため）。時折、嚥下前後で咳嗽が確認。

介入 4 週間後：汁の残食が目立ったため、汁物の提供を中止し、負担なく摂取できるように多職種で検討。医師から「食べられるだけで良い」と助言をもらう。

歯科衛生士による口腔ケアの実施。ポイントを介護士へ伝達。

介入 5 週間後：副食を全量から 1/2 へ減量。昼食時に MCT ゼリー1 個追加。なかなか食事がアップせず摂取量 5～8 割とムラがある。補助食品 10 割摂取。提供エネルギー 700+400 kcal となる。食事摂取量に応じて、のりの佃煮をフロア管理で提供となった。

介入 6 週間後：たんぱく質強化の目的で、主食 100 g から 50 g へ減量し、エブリッチゼリー（E360 kcal、P12.1 g）追加（3 回に分けて）。たんぱく質量 30+20.1 g へ。

介入 7 週間後：副食の摂取量 6～7 割。介護士とミールラウンドを行う中で、残食が目立つものは中止し、水分にメイプロテイン追加。見た目の負担が軽減し、主食 8 割、副食 9 割、水分 150 ml/食摂取。

介入 6 週間以降は、食事内容変更ないが、摂取量 8 割程度で維持できており、体重増加あり。

	7 月 (介入開始時)	10 月 (3 か月後)	1 月 (6 か月後)	4 月 (9 か月後)
体重 (kg)	34.1	35.2	38	38.2
BMI (kg/m ²)	16.7	17.2	18.6	18.7

7. <栄養ケアプロセスの総合的評価>

言語聴覚士の嚥下評価、歯科衛生士の口腔清掃、義歯の適合確認、介護士、看護師による食事支援など多職種と連携し、100 歳を超えても元気な生活を送ることができている。おいしい食事のまま摂取できるものを探し、食事を確保することができ 1 年前より体重増加している。高齢であるため本人の希望に沿うように、少しでも食べられるものを探りながら、食事の提供していく。

事例報告（高齢・障害・児童分野）

1. ＜対象者（患者）情報＞

性別：男性 年齢：54 歳

身障手帳：1 種 1 級（知的障害、身体障害）、療育手帳：1 種 A1 障害支援区分：6

身長：151.0 cm 体重：46.7 kg BMI 20.5 kg/m²（2025 年 2 月）

体重 53 kg BMI 23.2 kg/m²（2024 年 11 月）

既往歴：生まれつきの白内障による視力障害（左右 0）、内痔核、高尿酸血症、脂質異常症、脂肪肝、貧血、腸閉塞、逆流性食道炎、誤嚥性肺炎、便秘症

薬剤：ツムラ大建中湯エキス顆粒、ラグノス NF 経口ゼリー、プラバスタチン Na 錠 5 mg、アロプリノール錠 100 mg、モサプリドクエン酸塩錠 5 mg、タケキャブ錠 10 mg、モビコール配合内用剤 LD、アミティーザカプセル 24 μg、酸化マグネシウム 330 mg、センノシド錠 12 mg（便秘時）

食事形態：主食 全粥、副食 とろみで絡めた軟菜ミキサー食（学会分類 2021 コード 2-2）汁物（段階 2・中間のとろみ） 嗜好：緑茶ゼリーをあまり好まない。甘味を好む。

水分摂取量：1340 ml（食事 890 ml+緑茶ゼリー（コード 0j）450 ml）

提供エネルギー量：1600 kcal/日 たんぱく質 65 g/日

食事摂取量：平均 57.0 %、主食 48.9 %、副食 65.0 % 食事摂取動作：全介助

摂取栄養量：エネルギー 910 kcal（19.5 kcal/kg）・たんぱく質 41 g（0.9 g/kg）

日常生活動作：独歩移動可（要声かけ）、トイレ自立、意思疎通時々可、発語やや有。日中音楽のレクリエーションに参加。

対象者の様子：2023 年 5 月鼻水、鼻詰まり、倦怠感と風邪症状出現、細菌感染による右肺炎と診断。その後鼻症状治らず食欲低下。食事姿勢が時間の経過とともに崩れる傾向にあり、看護師や生活支援員と相談。やわらか食（学会分類 2021 コード 4）から軟菜ミキサー食（学会分類 2021 コード 2-2）、米飯から全粥、緑茶から緑茶ゼリーに変更。ムセ・咳込みあり、誤嚥性肺炎のリスク軽減のため食事は自立から介助に変更。2023 年 10 月中旬に逆流性食道炎悪化。2024 年 12 月下旬に中等度肺炎で入院、退院後に大腸の動きが悪く便やガスが溜まりサブリウスによる食欲不振、嘔吐あり。その後感染症に罹患。体重減少あり。食事介助が長時間になると拒否や食事を早く終了したい様子あり。17 歳から入所。施設生活は 37 年が経過。

2. ＜介入に至るまでの経過（栄養管理開始までの経過）＞

2023 年 5 月に肺炎発症。食事形態を変更し介助で提供するも同年 10 月逆流性食道炎、2024 年 12 月誤嚥性肺炎、2025 年 2 月感染症による体調不良、誤嚥性肺炎を繰り返している。食事摂取量は平均 57 %と少なく、6.3 kg（3 ヶ月）の体重減少あり摂取量増量目的で栄養介入を開始。

3. ＜栄養スクリーニングの状況（多職種からの紹介状況も含める）＞

体重減少値 6.3 kg/3 ヶ月 体重変化率 11.9 %/3 ヶ月 BMI 20.5 kg/m² 食事摂取率 57.0 % 栄養ケア・マネジメントにおける低栄養状態のリスク判定で、高リスクと判定される。

事例報告 2 (様式)

4. <アセスメント>と 5. <栄養診断>

栄養診断	NI-1.2 エネルギー摂取量不足
S	口を閉じて、拒否する様子あり。
O	【身体計測】身長：151.0 cm 体重：46.7 kg (2025 年 2 月) BMI：20.5 kg/m² 体重減少値：6.3 kg/3 ヶ月 体重変化率：11.9 %/3 ヶ月 【食事】食事形態：全粥・軟菜刻み食 (コード 2-2) とろみ：中間のとろみ 飲水：緑茶ゼリー (コード 0j) 食事摂取量 57.0 % (主食 48.9 %、副食 65.0 %) 水分摂取量：1340 ml (食事 890 ml+緑茶ゼリー (コード 0j) 450 ml) 必要エネルギー量 1500 kcal (32 kcal/kg) ・たんぱく質 60 g (1.2 g/kg) 提供エネルギー量 1600 kcal (34 kcal/kg) ・たんぱく質 65 g (1.3 g/kg) 摂取エネルギー量 910 kcal (19.5 kcal/kg) ・たんぱく質 41 g (0.9 g/kg) 肺炎にて入院してから食事摂取量が減少。誤嚥性肺炎を繰り返している。 食事時間が 20 分を経過すると、食事介助に拒否が見られ、姿勢が安定しない。 【摂食嚥下】食事時のむせ、咳嗽あり
A	・3 ヶ月で 6.3 kg 体重減少がある。(体重変化率：11.9 %・BMI：20.5 kg/m²) ・エネルギー充足率 60.7 %、たんぱく質 68.3 %と少ない。 ・食事摂取量 57.0% (主食 48.9 %、副食 65.0 %) と少ない。 ・緑茶ゼリーをあまり好まず、提供すると口を閉じることがある。 ・食事時間が 20 分を経過すると食事に集中できず、姿勢崩れあり。・誤嚥性肺炎を繰り返している。 ・水分摂取量の内、飲水 (緑茶ゼリー) は 33.4 %と少ない。 栄養診断の根拠 (PES) 体重変化率 11.9 %減少/3 ヶ月、食事摂取量 57.0 %、エネルギー充足率 60.7 %、たんぱく質充足率 68.3%、食事時間が 20 分を経過すると食事に集中できず、姿勢崩れあること、飲水による水分摂取は 33.4%の根拠に基づき、座位保持時間内での摂取量が限られることが原因となったエネルギー摂取量不足と栄養診断する。
P	M x) 体重、食事摂取量、食事摂取時間、飲水量 R x) 提供エネルギー1600 kcal/日、たんぱく質 52 g/日 粥の量を減らし、水分補給ゼリー900 ml/日を提供。 食事内容・量を調節し、食事摂取量を増やす。 E x) 生活支援員に対して、姿勢を正す声かけをするよう指導する。

S : Subjective data (主観的データ), O : Objective data (客観的データ), A : Assessment (評価), P : Plan (計画)

Mx : Monitoring plan (モニタリング計画), Rx : therapeutic plan (栄養治療計画), Ex : educational plan (栄養教育計画)

事例報告 3（様式）

6. <栄養介入>

1) 目標栄養量

エネルギー量 1600 kcal/日 たんぱく質 52 g/日

50 kg（標準体重） $\times$ 21.8（基礎代謝基準値） $\times$ 1.4（活動指数）=1526 kcal/日

53 kg（通常体重） $\times$ 21.8（基礎代謝基準値） $\times$ 1.4（活動指数）=1618 kcal/日

2) 栄養介入計画

●長期目標 減少した体重を戻したい（標準体重 50 kg(6 ヶ月)）

●短期目標 誤嚥せず安全に食事ができる（3 ヶ月）

姿勢を改善する（3 ヶ月）

食事時間の短縮（3 ヶ月）

・食事姿勢に注意し、食事時間を短くするため、全粥の量を 350 g/食から 120 g/食に減らす。本人の好んでいない緑茶ゼリー900 ml/日を中止し、糖質と水分が補える、水分補給ゼリー（エンガード 100 kcal・150 ml/本）を 6 本（600 kcal・900 ml）に変更。提供エネルギーは 1600 kcal/日のままとする。

3) 栄養介入の過程

全粥の量を 350 g/食から 120 g/食に減らし、緑茶ゼリー900 ml/日を中止し、水分補給ゼリー900 ml/日を提供開始後、食事時間が約 15 分に短くなったことで、姿勢を崩すことなく食べられるようになった。食事内容変更直後より、口を閉じることがなくなり、完食できるようになった。食事介助をする看護師や生活支援員からは、「ムセが見られず、安心して食事介助ができる。水分補給ゼリーに変更したことで、服薬がしやすくなった。」と声があった。摂取エネルギーは目標エネルギーである 1600kcal まで増加し、水分摂取量も 1750 ml/日（食事 850 ml＋水分補給ゼリー900 ml）に増加した。

介入 2 ヶ月後、体重増加が見られ始める。体重 47.3 kg・BMI20.7 kg/m²。

介入 3 ヶ月後：肺炎は経過観察中であつたが、治癒のため通院終了となる。日常で笑顔が増え、活気が戻ってきた様子が見られる。

介入 5 ヶ月後：食事中に「美味しい」と発言が聞かれるようになった。

介入 10 ヶ月後：食事全量摂取。体重 49.2 kg・BMI21.6 kg/m²。

7. <栄養ケアプロセスの総合的評価>

全粥の量を減らし、食事量を調整することで、時間内に全量摂取が可能となり摂取エネルギーの増加に繋がった。

食事内容変更後、食事時間が短縮したことで食事介助の拒否が見られなくなり、全量摂取が継続している。体重も順調に増え、目標体重に近づいている。

誤嚥性肺炎の再発は見られていない。嗜好に対してアプローチしたことで、「美味しい」という発言が聞かれるようになり、食事への興味が高まった。

事例報告 (高齢・**障害**・児童分野)

1. <対象者(患者) 情報>

【プロフィール】

年齢：61 歳 性別：女性 障害支援区分：6

原傷病：脳出血による左上下肢機能障害（身体障害 1 級） 併存症：高次脳機能障害

【身体状況】

身長：160.0 cm 体重：48.9 kg・BMI：19.1 kg/m² (R7.7 月測定) 褥瘡：無し

前月体重：51.7 kg・BMI：20.2 kg/m² (R7.6 月測定) 1 ヶ月体重減少率 5.4 %

移動：リクライニング車椅子（全介助）

活動量：週 2 回のリハビリや入浴を除き終日ベッド臥床、テレビや音楽を聴いて過ごす

面会でご家族（夫）と話をしながらブラックのアイスコーヒーを飲むことが楽しみ

口腔：上残歯無し、下両側各 2 本自歯（犬歯、小臼歯）。義歯作製したが本人拒否し不使用

【薬剤】

- ・プロチゾラム錠 0.25 mg×1 錠(就寝時)・クエチアピン錠 100 mg×2 錠(就寝時)
- ・ゾピクロン錠 10 mg×1 錠(就寝時) ・バルプロ酸ナトリウム徐放錠 200 mg×2 錠(朝夕)
- ・リスペリドン経口液 0.1 %×1 ml ・ピタバスタチンカルシウム錠 1 mg×1 錠(夕)
- ・リクシアナ OD 錠 15 mg×1 錠(朝) ・ベザフィブラート SR 錠 200 mg×2 錠(朝夕)
- ・オランザピン錠 5 mg×1 錠(朝)

【食事内容】常食エネルギー1200 kcal、たんぱく質量 50.0 g

主食：全粥 150 g 副食：きざみとろみ (0.5cm) 学会分類コード非該当

水分：とろみ無し・ストロー使用（カップから直接飲用すると顎が上がりむせる、歯がないことで口唇からこぼれるため、ストローを使用すると上手く飲める）

食事方法：全介助 留意事項：話し声や物音など周囲の音に敏感で食事に集中できなくなることから落ち着いた環境である居室での食事としている

嗜好：ババロアやゼリー類、ヤクルト、果物ペーストなど、甘くさっぱりした物は摂取良い

経口摂取量 4 割（主食 4.5 割、副食 3.7 割） 摂取栄養量 E：500 kcal P：20.0 g

2. <介入に至るまでの経過（栄養管理開始までの経過）>

R7.6.12 の肺炎発症後、数日で活気は戻り食欲あるも食事開始まもなく吐き出しや拒否が出現。飲み込みは問題ないが多弁で集中できず、日中の不穏も増悪した。R3.9 月の食欲不振時は好物（粉物）で改善したが、今回は効果なく摂取量は 9 割から 4 割（500kcal）へ激減。1 ヶ月で 2.8 kg (-5.4 %) の体重減少を認め、介入を行う。

3. <栄養スクリーニングの状況（多職種からの紹介状況も含める）>

栄養ケア・マネジメントにおけるスクリーニングより、体重 48.9 kg、BMI：19.1 kg/m²、経口摂取量 4 割（主食 4.5 割、副食 3.7 割）、1 ヶ月の体重減少率 5.4 %、褥瘡無しより低栄養リスクを「高リスク」と判断した。

事例報告 2 (様式)

4. <アセスメント>と 5. <栄養診断>

栄養診断	NI-5.3 たんぱく質・エネルギー摂取量不足
S	【本人】食事を配膳すると「ご飯食べる！」と意欲的な様子みられるも食事開始すると「お腹いっぱい！」「もういらない！」と言葉あり 【家族】「面会時も全然落ち着かない、食事が食べられるようになるようよろしくお願いします」
O	【身体所見】身長：160.0 cm 体重：48.9 kg・BMI：19.1 kg/m² (R7.7月測定) 【食事内容】常食（主食：全粥 150 g 副食：きざみとろみ） 提供エネルギー量 1200 kcal たんぱく質量 50.0 g 水分摂取：とろみ無し・ストロー使用 カップから直接飲用すると顎が上がりむせる、歯がないことで口唇から飲みこぼしあり、ストローを使用すると上手く飲める 食事方法：全介助 経口摂取量 4 割（主食 4.5 割、副食 3.7 割） 摂取栄養量 E：500 kcal P：20.0 g 必要栄養量 E：1350 kcal P：50.0 g 【摂取状況】配膳時は食欲ある様子みられるも、食事開始すると食事の吐き出しや拒否、多弁にて食事に集中できない様子。食事外も声出しや落ち着きない様子が以前より多くみられる。 【食事環境】周囲の音に敏感で食事に集中できなくなるため居室対応。
A	介入前 2 週間の食事摂取量の平均は主食 4.5 割、副食 3.7 割、摂取エネルギー量 500 kcal（充足率 37.4 %）、たんぱく質 20.0 g（充足率 40.0 %） BMI19.1 kg/m²と標準体重ではあるが 1 ヶ月の体重減少率 5.3 %と大きな下降みられる。日中、声出しや落ち着きない様子が増え、食事時も多弁で食事に集中できない様子や食事の拒否みられるようになった。 栄養診断の根拠（PES） 食事摂取量 4 割、エネルギー充足率 37.4 %、たんぱく質充足率 40.0 %、1 ヶ月の体重減少率 5.3 %の根拠に基づき、食事に集中できないため食事摂取量が低下したことが原因となった、たんぱく質・エネルギー摂取量不足と判断。
P	M x) 経口摂取量 体重 R x) 目標栄養量 エネルギー1350 kcal たんぱく質 55.0 g 本人の現在の状態と嗜好に合わせた補食の選定 E x) 精神症状について看護師による医師への状態報告と内服薬についての情報や食事摂取量、食事状況を観察したうえで、嗜好にあった栄養素密度の高い食品から介助できるよう生活支援員へ指導

S: Subjective data (主観的データ), O: Objective data (客観的データ), A: Assessment (評価), P: Plan (計画)

Mx: Monitoring plan (モニタリング計画), Rx: therapeutic plan (栄養治療計画), Ex: educational plan (栄養教育計画)

事例報告 3 (様式)

6. <栄養介入>

1) 目標栄養量

E : 1350 kcal $20.7(\text{基礎代謝基準値}) \times 53.8 \text{ kg} \times 1.2(\text{活動係数}) \times 1.0(\text{ストレス係数})$
=1336 kcal(まるめて 1350 kcal とする)

P : 55.0 g $53.8 \text{ kg} \times 1.0 \text{ g/kg/日} = 53.8 \text{ g}(\text{まるめて } 55.0 \text{ g とする})$

※入所時体重を目標体重としていたため 53.8 kg、BMI21.0 kg/m²を使用する

2) 栄養介入計画

長期目標：必要栄養量の充足を図り体重を 53.8 kg まで増やす (6 ヶ月)

短期目標：①必要栄養量を確保する (3 ヶ月)

- ・必要エネルギー量：1350 kcal たんぱく質量：55.0 g
- ・嗜好と状態に応じた、少量で栄養を確保できる補助食品の活用
- ・栄養素密度の高い食品から食事介助を行う(①補食②主菜優先③副菜は後)
- ・食品ごとの摂取量、摂取状況を把握し食事内容の調整を行う

②安全に食事ができる (3 ヶ月)

- ・水分は中間のとりみを付け、食事後はとろみ茶を摂取して終了する
- ・声出しや落ち着きない様子見られる際は時間を空ける、もしくは食事を終了する

3) 栄養介入の経過

①介入開始時：水分はストロー吸い上げ困難と拒否があり、とろみ茶から「アクアソリタゼリー」へ、補食も甘いゼリー系へ変更。不穏に対し受診し、薬を「オランザピン」へ変更。食事拒否・吐き出しが目立つため、生活支援員へ詳細な摂取量記録を依頼。

※補食：クリミールジュレ(朝夕)、プロッカゼリー(毎食)、アクアソリタゼリー(毎食)

②2週間後：全体摂取量 5.2 割 (1450kcal)。夕食の摂取が少なく、補食過多による影響と判断し、提供栄養量を 1650kcal (P:65g) へ下方修正。アクアソリタは拒否時のみとし、お茶・ストロー飲水を試行。拒否は減少傾向だが、摂取順序の工夫は継続。

※補食：クリミールジュレ×1(間食)、プロッカゼリー(朝夕)、アクアソリタゼリー(必要時)

③4週間後：全体摂取量 8.8 割まで改善。主・副食からの開始でも拒否や吐き出しはほぼ消失し、不穏時薬も未使用で経過。提供栄養量を 1400 kcal (P:60 g) へ変更し、一部補食を解除。水分はストロー・お茶でムセなく摂取可能となり、補食を少量高エネルギーの「メイバランスぎゅっとミニ」へ変更。 ※補食：メイバランスぎゅっとミニ×1

④6週間後：全体摂取量 9.3 割 (1320 kcal)。表情良く、拒否なく安定。体重 51.2 kg (前月比+2.3 kg) と回復。現状の補食を維持し経過観察。

⑤2ヶ月後：摂取量 9.6 割 (1350 kcal)、体重 51.7 kg と良好に維持。8/22 の採血結果 (Alb3.2 g/dl TP6.6 g/dl Hb11.6 g/dl)を考慮し、現在の補食を継続とする。

7. <栄養ケアプロセスの総合的評価>

他職種と密に連携し、状況変化に応じた食事・水分対応や受診検討を速やかに行った。単なる補助食品の提供のみではなく、特に生活支援員と補食選定や介助順序、状況共有を細やかに行った効果が早期改善に繋がった。

事例報告(高齢・障害・**児童**分野)

1. <対象者(患者)情報>

男児 0歳9か月 双子の弟

在胎週数 31 週 2 日 (2 か月弱早く生まれた) 修正月齢では 0 歳 7 か月 (医師より、修正月齢で育ちを見ていくよう助言あり)

身長: 67.8 cm (乳児身体発育曲線 10~25 パーセンタイル)

体重: 6150 g (乳児身体発育曲線 3 パーセンタイル未満)

【出生時】身長: 39.0 cm 体重: 1276g (低出生体重児)

【家族構成】父、母、双子の兄、本人

(双子の兄) 体格差あり。出生時 身長: 40.0 cm 体重: 1592 g

現在 身長: 70.6 cm (乳児身体発育曲線 75 パーセンタイル)

体重: 8150 g (乳児身体発育曲線 50 パーセンタイル)

【食生活状況】授乳: 150 cc×4 回/日 離乳食: 修正月齢 6 か月より開始。現在は 3 回/日。粥は潰していない。まとめて調理し、冷凍。粥以外はベビーフード。

摂取量少ないが、ヨーグルトやフルーツジュレは喜んで摂取。食後のミルクは飲ませず。

【摂取栄養量】エネルギー: 590 kcal/日 たんぱく質: 10 g/日

【摂取状況】父・母が本人と双子の兄それぞれに一人ずつ食べさせる。ベビーラックについているおもちゃで遊んだり、立ち上がったりと落ち着かない。

離乳初期の送り込み: 可能 離乳中期の押し潰し: 不可

【アレルギー】なし

【生活リズム】8 時起床、23 時就寝。11~12 時と 15~16 時に午睡。夜間の中途覚醒なし。

2. <介入に至るまでの経過(栄養管理開始までの経過)>

在胎週数 31 週 2 日で 2 か月弱早く出生。町役場の保健師が「赤ちゃん訪問」を行い、発育状況や生活環境の確認、母親の悩み相談、見守り支援等を実施。2 か月後の入園に向け保健師から園長へ情報提供があり、入園後の食事がスムーズにすすめられるよう、入園前から栄養介入することとなった。なお、本事例は町内保育園の栄養士 1 名、保育士 2 名、調理員 1 名で構成される保護者支援部会にて事例検討を行うため経過を記録した。

3. <栄養スクリーニングの状況(多職種からの紹介状況も含める)>

乳児身体発育曲線より、生後 5 か月(修正月齢 3 か月)頃までの体重増加は良好であったものの、生後 8 か月(修正月齢 6 か月)頃では体重増加が鈍化している。

出生時 身長 39.0 cm 体重 1276g 低出生体重児

2 か月(修正月齢 0 か月)体重 2632g(10~25 パーセンタイル)

5 か月(修正月齢 3 か月)身長 60.2 cm(50~75 パーセンタイル)体重 5340g(10 パーセンタイル)

8 か月(修正月齢 6 か月)体重 5860g(3 パーセンタイル未満)

9 か月(修正月齢 7 か月)身長 67.8 cm(10~25 パーセンタイル)体重 6150g(3 パーセンタイル未満)

事例報告 2 (様式)

4. <アセスメント>と 5. <栄養診断>

栄養診断	NB-1.1 食物・栄養関連の知識不足
S	母親：上手くできない。どうして双子だったんだろう。どうしたら落ち着いて食べてくれるのかわからない。
O	身長 67.8 cm(乳児身体発育曲線 10～25 パーセンタイル) 体重 6150 g(乳児身体発育曲線 3 パーセンタイル未満) 【食生活状況】授乳：150 cc×4 回/日 離乳食：修正月齢 6 か月より開始。現在は 3 回/日。 粥は潰していない。まとめて調理し、冷凍。粥以外はベビーフード。 ヨーグルトやフルーツジュレは喜んで摂取。食後のミルクは飲ませず。 【摂取栄養量】エネルギー：590 kcal/日 たんぱく質：10 g/日 【必要栄養量】エネルギー：650 kcal/日 たんぱく質：15 g/日 【摂取状況】ベビーラックについているおもちゃで遊んだり、立ち上がったりと落ち着かない。 離乳初期の送り込み：可能 離乳中期の押し潰し：不可 【アレルギー】なし 【生活リズム】8 時起床、23 時就寝。11～12 時と 15～16 時に午睡。夜間の中途覚醒なし。
A	修正月齢 7 か月で身長 67.8 cm 体重 6150 g(どちらも 3 パーセンタイル未満)と発育が遅い。 離乳食回数は 1 日 2 回のところ 3 回の提供、粥は潰さずに提供するなど離乳食への理解が乏しい。 離乳食回数 2 回に対して、必要エネルギー量 650 kcal だが、3 回の提供で摂取エネルギー量 590 kcal である。 摂食機能の発達と食形態が不一致で、初期から中期食への移行が進んでいない。 栄養診断の根拠(PES) 乳児身体発育曲線 3 パーセンタイル未満、離乳食回数 1 日 2 回のところ 3 回の提供、食事が少なくても食後のミルクを飲ませていないことを根拠に、理解が不十分なことにより適切な離乳食の準備ができないことが原因となった、食物・栄養関連の知識不足と判断。
P	M x) 離乳食摂取量、哺乳量、身体発育曲線、身長体重曲線 R x) 離乳食からの栄養摂取量を増やす。入園後の園での目標栄養量は 11 か月 (9 か月) エネルギー 350kcal、たんぱく質 12g。 摂食機能の発達を促し、離乳を適切にすすめる。生活リズムを整える E x) 児の育ちに合わせて、離乳のすすめ方に関して入園前から栄養教育を行う

S : Subjective data(主観的データ), O : Objective data(客観的データ), A : Assessment(評価), P : Plan(計画)

Mx : Monitoring plan(モニタリング計画), Rx : therapeutic plan(栄養治療計画), Ex : educational plan(栄養教育計画)

事例報告 3 (様式)

6. <栄養介入>1) 目標栄養量(園での目標栄養量)「日本人の食事摂取基準 2025 年版」より
11～13 か月(修正月齢 9～11 か月)エネルギー350 kcal たんぱく質 12 g

14～26 か月(修正月齢 12～24 か月)エネルギー430 kcal たんぱく質 16 g

2) 栄養介入計画

【長期目標】 発育曲線のカーブに沿って成長する。(10 か月)

【短期目標】 ①離乳食からの栄養摂取量を増やす

主食：全粥 ベビーフードを利用した副食の提案 食後のミルクの摂取

②摂食機能に応じた食事の提案を行う

月齢に合ったベビーフードの提案

ベビーフードの加工の提案(歯茎で潰せるよう下ごしらえした食材の付加)

③生活リズムを整える

就寝時間の提案 朝食準備及び摂取時間の提案

3) 栄養介入の経過

【介入 1 か月】 入園説明会時に両親と面談。食べたことのある食品が増えた。少し大きな塊
嚙まずに飲みそうで怖いとのこと。父親も協力的で頑張りをねぎらった。ベビーフードの使
用を否定せず、児がよく食べるヨーグルトに角切りにしたバナナを加えたり、ベビーフード
に角切りにして茹でた人参を加えたりする等の簡単な方法を提案。

【介入 2 か月】 入園。就寝時間は 21 時台に変化あり。入園後 10 日間ほどは 1/2～1/3 ほど
の摂取。月末には離乳後期食をほぼ完食。哺乳量：午前 80 cc、昼食後 150 cc、午後 100 cc。
身長 68.3 cm体重 6.8 kg(どちらも 3 パーセントイル未満)

【介入 4 か月】 両親と面談。「家庭でもよく食べるようになった。」と。園の食事はほぼ完
食。取り込みや歯茎で嚙むことができ、手づかみ食べもあり。頬をすぼめて嚙む様子が見ら
れたので舌の動きや嚙む様子を確認。固すぎるものや弾力のあるものを与えると丸飲みや吸
い食べを覚えてしまうことを伝達。離乳後期食をほぼ完食。哺乳量は昼食後 150 cc 午後 100
cc。身長 69 cm体重 7.2 kg(どちらも 3 パーセントイル未満)

【介入 5 か月】 完了期食に移行。ほぼ完食。午前、午後のおやつを食べるようになり授乳は
なくなった。身長 70 cm体重 7.1 kg(どちらも 3 パーセントイル未満)

【介入 10 か月】 普通食に移行。ほぼ完食。

身長 74.9 cm体重 7.9 kg(どちらも 3 パーセントイル未満)

7. <栄養ケアプロセスの総合的評価>

栄養教育の際、保護者の不安が軽減できるように、容易に実践ができ、効果があることものを具体的に伝えた。これまでのことを否定せず、変容を促す時は理由を納得できるように丁寧
に説明した。「児の成長を一緒に考えましょう」という態度を示し、押し付けられている
と感じないように気をつけた。支援が進むにつれ、母親が質問を箇条書きにしてくるなど、
意識の変容が見られた。栄養士は保護者との関りが保育士に比べて多くはないが、保護者が
栄養士からの助言を実践した結果、上手くできたり効果を実感できたりすることで、食事
において信頼を得ることができたのではないかと思う。

(公社) 日本栄養士会福祉職域事業
福祉職域（高齢・障害・児童）における
栄養ケア・マネジメントを効果的に実施するための事例集

発 行 公益社団法人日本栄養士会

担 当 福祉職域

発行日 2026 年 6 月

〒105-0004

東京都港区新橋 5-13-5 新橋 MCV ビル 6 階

TEL : 03-5425-6555 FAX : 03-5425-6554

URL <https://www.dietitian.or.jp/>
