

nutritionDay in nursing homes – 説明と定義
nursing homesとは療養型病床とします
入居者・入所者・居住者＝入院患者と考えて下さい

登録センター番号: 登録調整センターから受け取った番号を全てのシートに記入して下さい。

登録ユニット番号: 検討委員会から受け取った番号を全てのシートに記入して下さい。

シート1 「ユニット・シート」

ユニットの入院患者数: 現在、ユニットに入院している患者数を記入して下さい。

ユニットでの最大入院患者数: ユニットに最大で入院できる患者数を記入して下さい。

施設での最大入院患者数: 療養型病床に最大で入院できる患者数を記入して下さい。

栄養失調（の危険性を）有する患者を評価する手段: 入院患者の栄養状態を日常的にスクリーニングしている場合、どのように評価を行っているのか 提示して下さい。

ユニットの患者リストと転帰（全ての対象患者）

nutritionDayに参加した全ての患者を記録して下さい。6ヶ月後に転帰調査ができるように、これを保管して下さい。

患者番号: 各患者に番号を割り振って下さい。この番号をシート2に患者番号としてイニシャルとともに記入して下さい。

6ヶ月後の居住先: 選択肢（A, B, C など）から、まだ入院中なのか、退院したのか、死亡したのかなどを選んで下さい。

他のユニットへの移動、死亡等の日付: 移動や死亡等が起こった日付（日/月/年）を記入して下さい。

現体重 (kg): まだ入院中の場合、現在の体重をキログラム単位で小数点第一位まで記入して下さい。

過去 6ヶ月間の入院: まだ入院中であれば、急性期病院に何回入院したか、総入院日数を記入して下さい。

シート2: (「入院患者」)

同意: 入院患者本人もしくは指名された代理人が書面もしくは口頭で参加に同意したのか、あるいは拒否したのか記入して下さい。参加を拒否した場合シートには何も記載しないで下さい。

患者番号: 各患者に番号をつけ、それを患者リストに記録して下さい。6ヶ月後の転帰調査に必要となりますので、大切に保管して下さい。

患者のイニシャル: 患者のイニシャルを記入して下さい。例：Peter Smith:の場合はPE SM

生まれた年: 西暦で記入して下さい。例：1970

入院日: 療養型病床に入院した日を記入して下さい。

身長: 現在の身長をメートル単位で記入して下さい。

体重: いちばん最近に測定した体重をキログラム単位で記入して下さい。

基本的なケアに要する時間: 患者の基本的なケアに要する時間を記入して下さい。基本的なケアとは身体の衛生、栄養、移動に関することで、医療上の処置や他の介助（例えば、電話や知人への連絡、散歩の付き添いなど）は含まれません。

移動: 患者の移動の程度を記入して下さい：

寝たきりまたは車いすを常時使用: 患者がベッドや椅子、車いすから他人の介助無しでは立ち上がれない。

ベッドや椅子からは立ち上がれるが外出はできない: 患者はベッドや椅子から立ち上がれるが、外出はできない。

自由に歩いて外出できる: 患者は外出できる。

認知状況: 患者に認知症の兆候がみられかどうか記入して下さい。ミニメンタルステートテスト(MMST)の分類基準に基づいて判断していれば理想的ですが、MMSTを行っていない場合は推測に基づいて主観的に判断して下さい。

うつ状態: 患者がうつ状態に悩まされているかどうか、またその程度を記入して下さい。

ケアを受ける要因となった診断: ケアを受ける要因となった最も当てはまる疾患を記入して下さい。複数選択可能です。

急性疾患や精神的ストレス: 過去3ヶ月でストレスを感じたり重篤な疾患にかかったかどうか記入して下さい。

この患者が死亡した場合驚きますか: この患者が6ヶ月もしくは4週間以内に死亡した場合にあなたは驚くかどうか記入して下さい。答えたくないもしくは答えられない場合には「わからない」を選択して下さい。

1日辺りの薬剤数: 患者が1日に摂るよう指示されている薬（物質）の種類総数を記入して下さい。錠剤、水薬、注射剤、外用薬等全て含みます。なければ0を記入して下さい。

抗うつ薬: 現在、抗うつ薬を投与していますか？

抗生物質: 現在、抗生物質を投与していますか？

麻薬系薬剤（オピオイド）: 現在、麻薬系薬剤（オピオイド）を投与していますか？

鎮静剤: 現在、鎮静剤を投与していますか？

抗精神病薬/神経遮断薬: 現在、抗精神病薬/神経遮断薬を投与していますか？

栄養不良: あなたの意見もしくは栄養スクリーニングの結果として、患者が栄養状態不良なのかどうかを以下より選択して下さい。栄養状態良好である（いいえ）、栄養不良のリスクがある（リスクあり）、栄養不良である（はい）。

脱水: アセスメントの際に脱水の兆候があるのかどうか記入して下さい。

嚥下困難: 嚥下困難があれば記入して下さい。

咀嚼の問題: 咀嚼について問題があれば記入して下さい。

経口栄養: 現在、経口的に栄養を摂取していますか？

はいの場合、ミキサー食ですか？

はいの場合、エネルギーやタンパク質を強化した食事ですか？

経口栄養補助剤: 現在、エネルギーやタンパク質を補給するために経口栄養補助剤を摂取していますか？経口栄養補助剤はあらゆる栄養素が含まれた特定の栄養剤のことです。通常は液状ですが、粉やゼリー、スティック形式のものもあります。

経管栄養: 現在、部分的もしくは1日中経鼻もしくは経皮的なチューブによる経腸栄養を行っていますか？

経静脈栄養: 現在、部分的もしくは1日中中枢もしくは末梢ルートでの静脈栄養を行っていますか？静脈栄養とは水分とアミノ酸、ブドウ糖、脂質、電解質、ビタミンや微量元素のような栄養素を含むものを指します。

輸液: 現在、水分補給のために輸液を行っていますか？

食事量が減りましたか: 過去3ヶ月間で通常より食事量は減りましたか？「はい」の場合、この食思不振の原因は消化器系あるいは咀嚼・嚥下の問題ですか？「はい」の場合、かなり減りましたか？それとも少し減っただけですか？

先週の食事: 以前に比べて先週はどれくらいよく食事ができたか記入して下さい。経管栄養や経静脈栄養をしていて経口摂取できない場合には、「経管/経静脈栄養のため全く食事していない」を選択して下さい。

昼食の食事量: 本日の昼食をどれくらい食べたのか記入して下さい。

皿: 皿の絵はスープやメインディッシュ、デザートを含んだ通常の1回の食事をシンボル化したものです。どれくらい食べたのか調査して、答えを選んで下さい:

„3/4 以上“: 食事の3/4以上全部食べた

„1/2“: 半分程度食べた

„1/4“: 1/4程度食べた

„何も食べない“: ほとんど何も食べていない

„わからない“: 患者が昼食をどれくらい食べたのかわからない

“経管/経静脈栄養のため全く食事していない”: 経管栄養や経静脈栄養をしていて経口摂取していない