

PES 報告の重要性・普及の必要性を 理解する

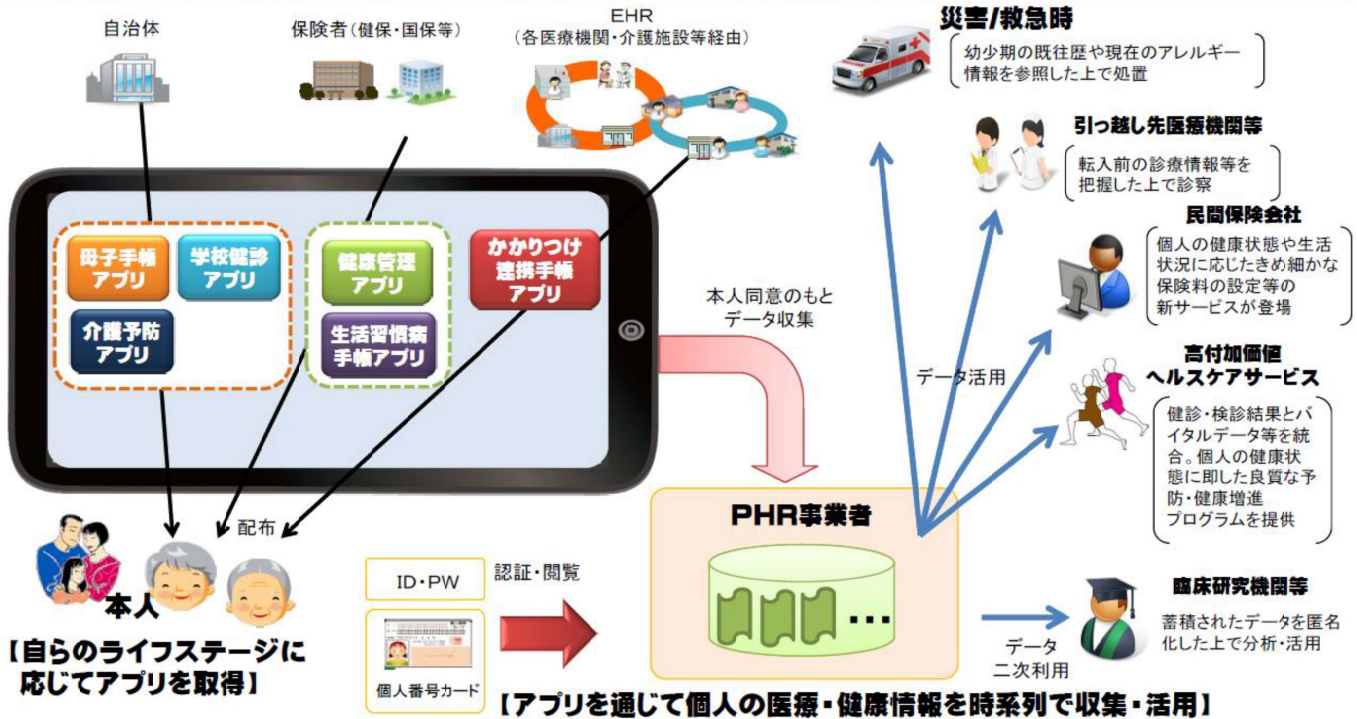
栄養診断とPES報告の意義

(公社) 日本栄養士会常任理事・
人材育成部長 渡邊啓子

本日の内容

- 1. 予防・健康づくりの推進とデータヘルス計画**
- 2. 栄養アセスメントに基づいた栄養介入**
- 3. 栄養ケアプロセスの重要性**

- クラウドやモバイル端末が普及する中、個人の医療・介護・健康情報であるPHR(Personal Health Record)を本人同意のもと、緊急時の迅速な医療の提供や、引越先での参照、保険やヘルスケアなどの個人の状態に合わせた新たなサービス提供等に活用することが期待されている。
- このため、PHRを活用した具体的なサービスモデルや、分野横断的にPHRを収集・活用する情報連携技術モデルについて実証により明らかにすることで、健康寿命の延伸や新たなサービス創出による経済成長への貢献等を実現。



保険者による予防・健康づくりの推進（総論）

保険者の役割

○ 健康保険法 第150条第1項（抄）

保険者は、…特定健康診査及び…特定保健指導（以下…「特定健康診査等」という。）を行うものとするほか、特定健康診査等以外の事業であって、健康教育、健康相談及び健康診査並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者及びその被扶養者（以下…「被保険者等」という。）の自助努力についての支援その他の被保険者等の健康の保持増進のために必要な事業を行うように努めなければならない。

⇒ 保険者は、**加入者の立場に立って健康の保持増進を図り、もって病気の予防や早期回復を図る役割**が期待されている。平成27年国保法等改正で、保険者による**個々の加入者の自主的な取組の支援**を法律に位置づけた。

予防・健康づくりの取組の推進

保険者による取組

● 特定健康診査・特定保健指導の実施

特定健診により、糖尿病等の生活習慣病の発症のリスクが高い者を選定し、専門職等による個別指導（特定保健指導）により生活習慣の改善につなげていく。

● データの活用等による健康づくりの推進

「データヘルス計画」を策定し、特定健診等結果データやレセプトデータを活用し、加入者の健康特性に応じて、PDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図る。

● 民間事業者の活用の推進

「データヘルス・予防サービス見本市」を開催し、保険者と健康・予防サービスを提供する民間事業者のマッチングを推進。
 ・H27年12月 東京で初開催。
 ・その後毎年開催し、直近ではR3年11月30日～12月2日に完全オンラインにて開催。

● 保険者へのインセンティブ

後期高齢者支援金の加算減算制度、国保の保険者努力支援制度等、保険者にインセンティブを付与し、取組を推進。

● 「見える化」「横展開」の推進

民間主導の「日本健康会議」で「健康づくりに取り組む5つの実行宣言2025」の取組状況を公表し、好事例を全国展開予定。また、全保険者の特定健診・特定保健指導の実施率を、29年度実績から公表。

● 個人へのインセンティブの推進

予防・健康づくりに取り組む加入者にヘルスケアポイント等を付与し、加入者に対して予防・健康づくりのインセンティブを提供する取組について、保健事業で実施する場合の具体的なガイドラインを公表し（平成28年5月）、推進。

● 糖尿病重症化予防の枠組整備・全国展開

行政と医療関係者の連携の枠組みを構築するため 国レベルで「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を改定（平成31年4月）。都道府県単位でもプログラムの策定、市町村による取組の促進。

データヘルス改革

● 審査支払機関改革

ビッグデータとICTを最大限に活用することで、保険者と協働し、医療の質の向上に寄与する「頭脳集団」として、その役割を再定義する。

● ビッグデータ活用

医療・介護のレセプト情報や特定健診等のデータベースを保険者機能強化の観点から医療・介護サービスの効率的な提供に資するため活用する方策を検討し、実行に移していく。

国等による支援・取組促進

「データヘルス計画」とは

● 健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針（平成26年改正）

第四 保健事業の実施計画（データヘルス計画）の策定、実施及び評価

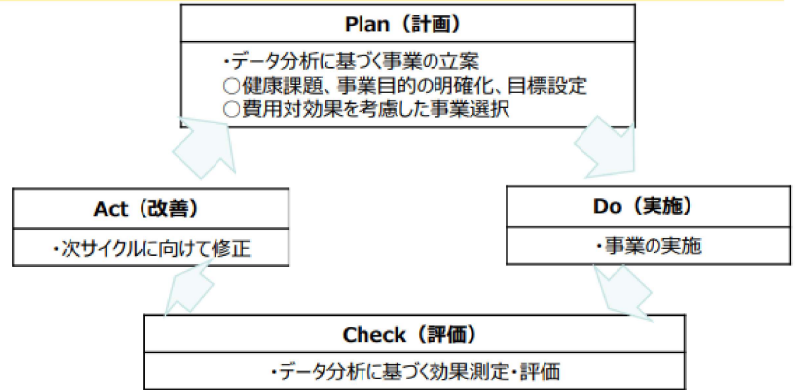
保険者は、健康・医療情報を活用した加入者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤が近年整備されてきていること等を踏まえ、健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（以下「実施計画」という。）を策定した上で、保健事業の実施及び評価を行うこと。

⇒ 平成27年度からの第1期データヘルス計画では、**全健保組合・全協会けんぽ支部が計画を策定**。平成30年度からの**第2期データヘルス計画は、本格稼働としてさらなる質の向上を目指す**。

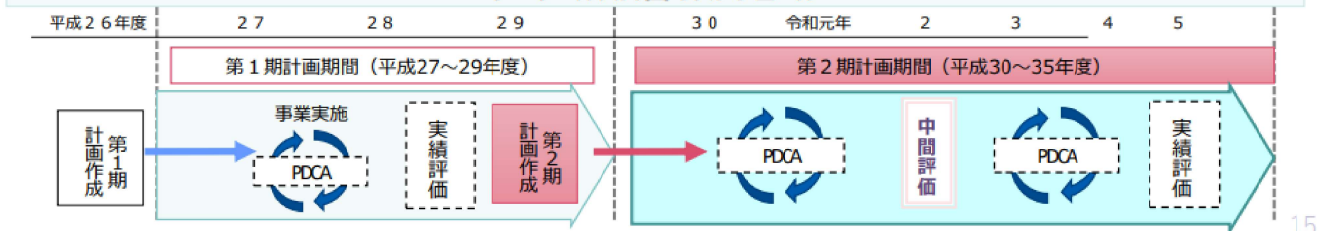
「データヘルス計画」

レセプト・健診情報等のデータの分析に基づく効率的・効果的な保健事業をPDCAサイクルで実施するための事業計画

ねらい：「健康寿命の延伸」と「医療費適正化」を同時に図る。



データヘルス計画のスケジュール



15

保険者によるデータ分析のための基盤整備

- レセプトのオンライン提出の原則義務化が始まった平成20年度以降、保険者は順次レセプトデータ及び特定健診等データを電子的に保有する状況となっている。
- 保険者による医療費分析及び保健事業の計画の作成・実施等を支援するため、各分析システムが順次稼働を開始。
- 健康・医療情報等を活用したデータ分析に基づく保健事業（データヘルス）の実施に当たり、保険者への各種支援を推進し、保険者への説明・研修・アドバイス等や、各システムの有効活用を促進している。

<各データベースシステムの概要>

	レセプト管理・分析システム	協会けんぽシステム	国保データベース(KDB)システム
保有者	健康保険組合、健康保険組合連合会	全国健康保険協会（本部）	国民健康保険中央会、国保連合会
活用者	健康保険組合	全国健康保険協会（本部+各支部）	市町村国保、国保組合、後期高齢者医療広域連合等
システムが保有する情報	・特定健診・保健指導情報 ・医療レセプト情報 ※歯科を含む	・特定健診・保健指導情報 ・医療レセプト情報※歯科を含む ・がん検診情報 等	・特定健診・保健指導情報 ・医療レセプト情報 ※後期高齢者医療含む ・介護レセプト情報
システムの活用方策	現状の把握 健保組合内の健康状況を確認するとともに、他の健保の形態・業態・規模別等での比較や健保内の事業所別での分析を行うことにより、自らの特徴を把握	現状の把握 都道府県の支部ごとの健康状態を確認するとともに、支部別や、支部内の事業所別・事業所規模・業態別に比較することにより、支部の特徴や支部内の事業所の特徴を把握	現状の把握 その地域の健康状況（特定健診・特定保健指導の実施状況、疾病別医療費、一人当たり医療費等）を確認するとともに、他の地域の健康状況と比較することにより、自らの地域の特徴を把握し、優先すべき課題（健診受診率向上、生活習慣病予防、重症化予防等）を明確化
	保健指導への活用 適正受診が望まれる者や、優先的に保健指導の対象とすべき者を抽出し、個人に対する効率的・効果的な保健事業を実施		

LIFEにおける栄養関連項目

栄養

項目名称
①身長
②体重
③栄養補給法
④提供栄養量_エネルギー
⑤提供栄養量_タンパク質
⑥主食の摂取量
⑦副食の摂取量
⑧血清アルブミン値
⑨本人の意欲
⑩食事の留意事項の有無
⑪食事時の摂食・嚥下状況
⑫食欲・食事の満足感
⑬食事に対する意識
⑭多職種による栄養ケアの課題

口腔・嚥下

項目名称
⑮食事の形態
⑯誤嚥性肺炎の既往歴等



栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング（施設）（様式例）

実施日（記入者名）	年 月 日（ ）
プロセス	★フルダウ ¹
低栄養状態のリスクレベル	□低 □中 □高
身長	① _____ cm
体重 / BMI	② _____ kg / m ²
3%以上の体重減少率 kg/1ヶ月	□無 □有(_____ kg/ _____ ヶ月)
3%以上の体重減少率 kg/3ヶ月	□無 □有(_____ kg/ _____ ヶ月)
3%以上の体重減少率 kg/6ヶ月	□無 □有(_____ kg/ _____ ヶ月)
血清アルブミン値	□無 □有(⑧ _____ g/dl)
嚥下	□無 □有
栄養補給法	□経口のみ □ロー経口 ③ □経腸栄養法 □静脈栄養法 ③
その他	
栄養補給の状態	食事摂取量(割合) ⑥⑦ _____ % 主食の摂取量(割合) ⑥ _____ % 主菜、副菜の摂取量(割合) ⑦ _____ % その他(補助食品など)
摂取栄養量: エネルギー・たんぱく質(現体重当たり)	_____ kcal (_____ kcal/kg) _____ g (_____ g/kg)
提供栄養量: エネルギー・たんぱく質(現体重当たり)	④⑤ _____ kcal (_____ kcal/kg) _____ g (_____ g/kg)
必要栄養量: エネルギー・たんぱく質(現体重当たり)	_____ kcal (_____ kcal/kg) _____ g (_____ g/kg)
嚥下調整食の必要性	□無 □有 ⑩
食事の形態(コード)	(コード: ⑩) ★フルダウ ² _____)
食事の留意事項の有無(療養食の指示、食事形態嗜好、薬剤影響食品、アレルギーなど)	□無 □有 ⑩ _____)
本人の意欲	★フルダウ ³ ⑨ _____)
食欲・食事の満足感	★フルダウ ⁴ ⑫ _____)
食事に対する意識	★フルダウ ⁴ ⑬ _____)
口腔関係	□口腔衛生 □摂食・嚥下 ⑪
嚥下関係	□嚥下(再掲) □生活機能低下 □嘔気・嘔吐 □下痢 □便秘 □浮腫 □脱水 □感染 □発熱 □嚥じこもり □うつ □認知症 □薬の影響 ⑭
嚥下・生活機能関係	
消化器官関係	
水分関係	
代謝関係	
心理・精神、認知症関係	
医薬品	
特記事項	
総合評価	□改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない
計画変更	□無 □有

経口維持加算(1)又は(2)を判定している場合は必須	摂食・嚥下の課題	<input type="checkbox"/> 水飲みテスト <input type="checkbox"/> 顎部診法 <input type="checkbox"/> 嚥下内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 嚥下造影検査 <input type="checkbox"/> 咀嚼能力・機能の検査 <input type="checkbox"/> 認知機能に課題あり(検査不可のため食事の観察にて確認) <input type="checkbox"/> その他() 実施日: _____年 _____月 _____日
	検査結果や観察等を通して把握した課題の所在	<input type="checkbox"/> 認知機能 <input type="checkbox"/> 咀嚼・口腔機能 <input type="checkbox"/> 嚥下機能
	参加者	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 実施日: _____年 _____月 _____日
	参加者	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 実施日: _____年 _____月 _____日
	①食事の形態・とろみ、補助食の活用	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更
②食事の周囲環境	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更	
③食事の介助の方法	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更	
④口腔のケアの方法	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更	
⑤医療又は歯科医療受療の必要性	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更	
特記事項		

- ★フルダウ¹ スクリーニング/アセスメント/モニタリング
- ★フルダウ² 常食及び日本摂食嚥下リハビリテーション学会の嚥下調整食コード分類(4、3、2-2、2-1、1j、0t、0)
- ★フルダウ³ 1よい 2まあよい 3ふつう 4あまりよくない 5よくない
- ★フルダウ⁴ 1大いにある 2ややある 3ふつう 4ややない 5全くない

※ 自由記載の箇所を除く項目が LIFEによるデータ提出等の対象

本日の内容

1. 予防・健康づくりの推進とデータヘルス計画
2. 栄養アセスメントに基づいた栄養介入
3. 栄養ケアプロセスの重要性

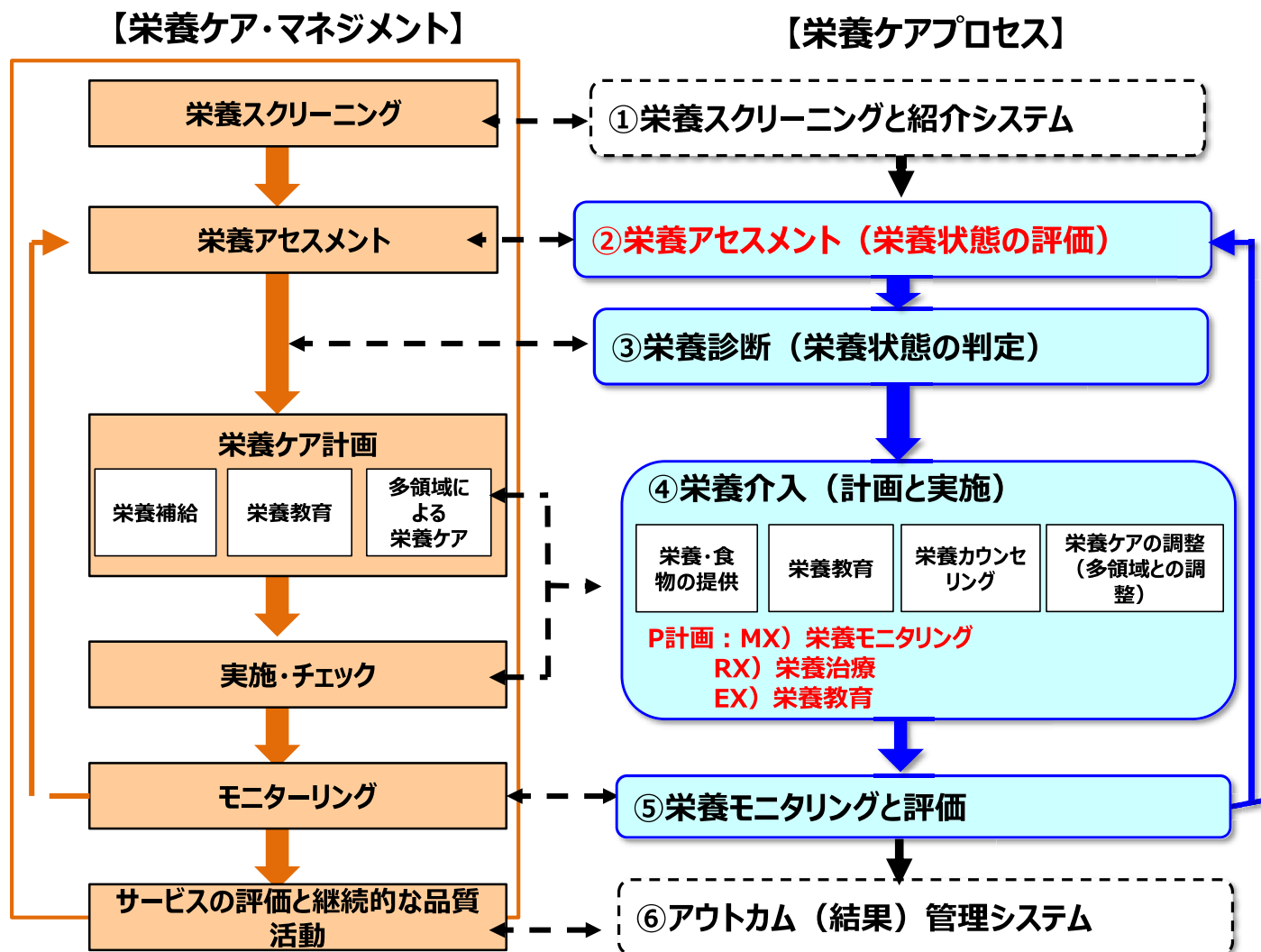
9

栄養ケアプロセスの背景

医師が行う医療診断は、卒前・卒後教育を通して、診断基準に沿った教育や研修が行われている。

管理栄養士が行う栄養診断（栄養状態の評価・判定）に関して、その方法や標準化に関する議論が不十分であるため、同一対象者に対する評価・判定が、管理栄養士個々で異なっていた。

このことは患者・対象者が不利益を被ることはもちろんであるが、栄養・食事療法の効果を低下させる原因にもなる。



栄養ケアプロセスの構成

栄養ケアプロセスは「4つの過程」で構成されている。

- ① 栄養アセスメント（栄養状態の評価）
- ② 栄養診断（栄養状態の判定／PES）
- ③ 栄養介入（計画と実施）
- ④ 栄養モニタリングと評価

栄養ケアプロセスは、個々の対象者の栄養管理を単に標準化するだけでなく、栄養ケアを提供するための過程を標準化することを目的にしている。

栄養アセスメントを理解する (データに基づくアセスメント)

栄養アセスメントのためのデータベース



栄養アセスメントデータの指標（例）

項目（大区分）	指標
食物・栄養に関連した履歴 (FH : Food/Nutrition-Related History)	食物・栄養素摂取, 食物・栄養の管理, 薬剤・補完的代替医療食品の使用, 食物・栄養に関する知識・信念・態度, 栄養管理に影響を及ぼす行動, 食物および栄養関連用品の入手のしやすさ, 身体活動と機能, 栄養に関連した生活の質
身体計測 (AD : Anthropometric measurements)	身長, 体重, 腹囲, 下腿周囲長, 体組成, 体格指数 (BMI), 成長パターン指標・パーセンタイル値, 体重の履歴
生化学データ、臨床検査と手順 (BD : Biochemical Data, Medical Tests and Procedures)	酸塩基平衡、電解質、生化学検査値, 消化器関連、検査 (例:胃内容排泄時間, 安静時エネルギー代謝量) 便検査、嚥下造影検査など
栄養に焦点を当てた身体所見 (PD : Nutrition-Focused Physical Findings)	身体的な外見, 筋肉や脂肪の消耗, 咀嚼、嚥下機能, 消化管の状態, 食欲, 感情, バイタルサイン、義歯咬合、舌の状況、
個人履歴 (CH : Client History)	個人の履歴, 現病歴、既往歴、医療・健康・家族の履歴, 治療歴、社会的な履歴、生活背景(家族構成、生活環境、経済状況)

公益社団法人日本栄養士会監訳 国際標準化のための栄養ケアプロセスマニュアル一部改編. 東京、第一出版、2012より改変引用

① 具体的な栄養アセスメント（例）

【栄養素摂取量の現状や異常な警告(値)】

(FH) 食物・栄養に関連した履歴

FH-1.2.1 水分・飲料摂取の領域で、
食物摂取記録から水分摂取量は約900 ml/日であった。

栄養アセスメントデータ

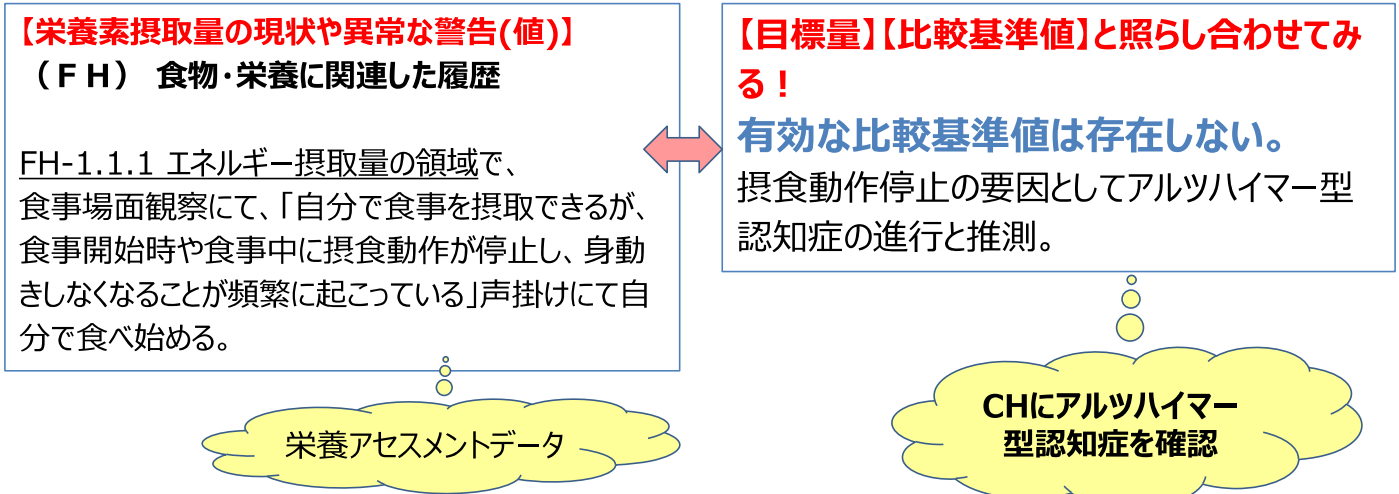
【目標量】【比較基準値】と照らし合わせてみる！

静脈経腸栄養ガイドラインを参照し、目標水分量は体重当たり30 mL/日を活用すると、標準体重60kgの場合は、1日の目標量は1,800mLとなる。

【栄養アセスメント（栄養評価）】

対象者は食物摂取記録によると約900 mL/日（食事中水分+経口）の水分摂取量であるが、目標の水分摂取量（静脈経腸栄養ガイドライン 体重当たり30mL/日を活用）1,800mLの50%である。

③ 具体的な栄養アセスメント（例）



【栄養アセスメント（栄養評価）】

対象者は「アルツハイマー型認知症の進行」により摂食動作の停止が頻繁に起こっているため、食事摂取量の低下を引き起こしている。摂取量800kcal程度(必要エネルギーの50%)にとどまっている。

【演習症例】 1. 栄養アセスメント → 2. 栄養診断 (PES 報告) → 3. 栄養介入計画

1. 本症例において問題となっている「アセスメントデータ(5項目)」と「原因(要因)」を明確にして関連づけ、「栄養診断コード」を決定する。
 ①問題となる栄養アセスメントデータ・徴候・症状を抽出し、栄養状態を悪化させているその原因や要因を明らかにする。
 ②上記①で提示したアセスメントデータ・徴候・症状と原因や要因との関連から考えられる栄養診断用語/コードを3つ以内で提示する。

栄養アセスメントデータ (5項目は必須) (S: Sign/Symptoms)	栄養アセスメント (比較基準があれば参照し評価)	原因(要因) (E: Etiology)	栄養診断用語/コード (NI・NC・NB) (P: Problem or Nutrition Diagnosis Label)
<p>ステップ1 FH: 推定必要エネルギー・栄養素量と摂取量</p> <p style="text-align: center;">↑ ↓</p> <p>ステップ2 AD・PD・BD・CH: 身体計測、血液・生化学データ、身体所見、既往歴など</p>	<p style="text-align: center;">↑ ↓</p> <p>ステップ3 (関連性を探る)</p>	<p>ステップ4 栄養状態を悪化させている原因(要因)を探る</p>	<p>ステップ5 栄養状態の総合的な判定のための栄養診断コードを確定する</p>

2. 栄養診断 (PES) 報告 「※PES 報告「Sの根拠に基づき、Eが原因となった(関係した)、Pである」と簡潔な一文で記載する。」

ステップ6
(S)の根拠に基づき(E)が原因となった(P)である

3. 栄養介入計画 (P: Plan) 「※Pの介入計画とPES報告内容をリンクさせて記載することが大きなポイントである」
 ・PES報告のSは、栄養状態を悪化させている根拠である。⇒従って、Sの内容を、Mx(モニタリング計画)として記載し、改善しているかどうかモニタリングしながら再評価する。
 ・PES報告のEは、栄養状態を悪化させている原因である。⇒従って、Eの内容を、改善するためのRx(栄養治療計画)とEx(栄養教育計画)を立案する。

- Mx) Monitoring plan (モニタリング計画)
- ステップ1.2**
- Rx) Therapeutic plan (栄養治療計画)
- ステップ4**
- Ex) Educational plan (栄養教育計画)
- ステップ4**

ステップ7
 連動させる

栄養診断は、基本研修「4-4. 栄養診断」で詳しく解説していますので受講してください。

栄養診断（栄養状態の判定／PES報告）

栄養診断で管理栄養士・栄養士がしっかりと理解しておかなければならないこと。

栄養診断は、医師が病気の診断をする医療診断（medical diagnosis）とは異なる点である。

栄養診断は、栄養領域に限定された状態や現象を診断することであり、栄養療法の介入により改善できることが前提になる。

公益社団法人日本栄養士会監修，栄養管理プロセス，第一出版，2018より改変引用

栄養診断（栄養状態の判定／PES報告）

栄養診断は、「栄養」に限局した行為であり、医学的診断とは異なる。

・(S)20歳から体重増加10kg以上の根拠に基づき(E)エネルギー摂取量過多による(P)高血糖である。

・(S)20歳から体重増加10kg以上、LDL-Ch170mg/dL、中性脂肪180mg/dL、γGTP80U/Lの根拠に基づき、(E)高エネルギー食品、アルコール飲料が多いことによる(P)NI-2.2経口摂取量過剰である。

大分類 (章) 一覧 ICD10 国際疾病分類第10版 (2013年版)

章	ICDコード	分類見出し
1	A00-B99	感染症および寄生虫症
2	C00-D48	新生物〈腫瘍〉
3	D50-D89	血液および造血器の疾患ならびに免疫機構の障害
4	E00-E90	内分泌, 栄養および代謝疾患
5	F00-F99	精神および行動の障害

栄養失調(症)(E 40 - E 46)		参考迄：コード化された 医師の国際分類
E 40	クワシオルコル	
E 41	栄養性消耗症<マラスムス>	
E 42	消耗症(性)クワシオルコル	
E 43	詳細不明の重度たんぱくエネルギー性栄養失調(症)	
E 44	中等度及び軽度のたんぱくエネルギー性栄養失調(症)	
E 44.0	中等度たんぱくエネルギー性栄養失調(症)	
E 44.1	軽度たんぱくエネルギー性栄養失調(症)	
E 45	たんぱくエネルギー性栄養失調(症)に続発する発育遅延	
E 46	詳細不明のたんぱく<蛋白>エネルギー性栄養失調(症)	

<http://www.byomei.org/icd10/index.html>

看護診断

(North American Nursing Diagnosis Association - International)

- 対象患者に対して、看護を必要としている事柄(現象)は何かを特定する。
NANDA-I 看護診断 定義と分類2018-2020 第11版 (244個の看護診断)
例：・便秘リスク状態 ・摂食セルフケア不足

- 栄養に関連した看護診断
 1. 栄養摂取消費バランス異常：必要量以下
 2. 栄養摂取消費バランス異常：必要量以上
 3. 栄養摂取消費バランス異常リスク状態

患者の状態に合わせてPES方式で記入する。

- P：看護診断名
- E：危険(関連)因子
- S：症状・徴候

栄養診断の4つの領域

大項目	定義
NI 摂取量 (Nutrition Intake) エネルギーや栄養素の摂取量	経口摂取や栄養補給法を通して摂取する、エネルギー・栄養素・液体・生物活性物質に関わることがら
NC 臨床栄養 (Nutrition Clinical)	医学的または身体状況に関連する栄養問題
NB 行動と生活環境 (Nutrition Behavioral/environmental)	知識、態度、信念、物理的環境、食物の入手や食の安全に関連して認識される栄養所見・問題
NO その他の栄養 (Nutrition Other)	摂取量、臨床または行動と生活環境の問題として分類されない栄養学的所見

公益社団法人日本栄養士会監修、栄養管理プロセス、第一出版、2018より改変引用

栄養診断を記録する（PES報告）

「**栄養診断（問題）**」は、**栄養アセスメント**により抽出された**根拠**と**原因**を示すために「PES」で記載する。簡潔な一文で記載する。

栄養ケアプロセスは、対象者の栄養状態に問題生じている根拠と根本的な原因を明確に示し、栄養状態に問題が生じている（根本的な）原因に対して栄養介入していくシステムである。

栄養診断は、基本研修「4-4.栄養診断」で詳しく解説していますので受講してください。

PES報告の意義

・従来の栄養アセスメント

4週間の平均摂取率3割 体重減少5kg/4W

NI-2.1経口摂取量不足

・栄養介入目標

必要栄養量の確保 体重増加

✓何が原因かわからない
✓適切な栄養介入につながらない

・PES報告のための栄養アセスメント

この原因にアプローチする

↓ 管理栄養士の専門性の力量

4週間の平均**摂取率3割** **体重減少5kg/4W**

義歯が合わない、歯茎が痛いことによる食欲低下

✓原因が明確
✓栄養介入目的が明らか

P：栄養診断 NI-2.1経口摂取量不足

E：原因・要因 義歯が合わない、歯茎が痛いことによる食欲低下

S：徴候 4週間の平均摂取率3割 体重減少5kg/4W

肥満：NI-2.2 経口摂取量過剰の場合

(原因) 仕事のストレスで食べないと落ち着かない・・・

原因の本質

食べ過ぎによる摂取量過剰!

1日300歩程度デスクワーク
運動不足!

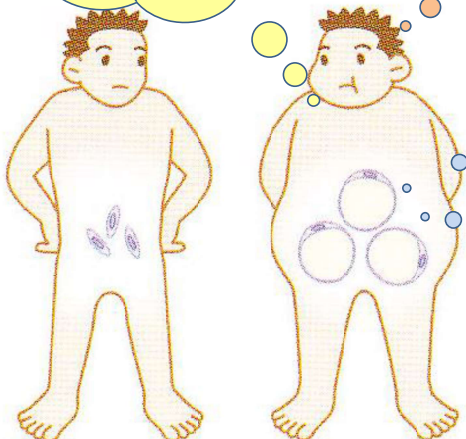
血圧高値!
160/90mmHg

体重増加!
5kg/6ヵ月

血糖値高値!
食前180mg/dL

腹囲高値!
97cm

中性脂肪高値!
280mg/dL



PES報告を書いてみよう

良い例

改善が必要な例

E・Pで同じことを言っている。原因のアセスメント不足

NI-2.2 経口摂取量過剰

(s) 血圧高値、血糖値高値、中性脂肪高値、体重増加、腹囲基準以上、運動不足の根拠に基づき、(E)食べすぎが原因となった、(P)経口摂取量過剰である。

栄養介入（計画と実施）

PESで示された栄養診断の
E（Etiology：栄養状態を悪化させている原因）を改善するための介入計画を考える。

栄養介入計画は、
計画（Plan）とし、3つの視点で考える。

Mx）栄養モニタリング計画

Rx）栄養治療計画

Ex）栄養教育計画

PES報告と介入計画 P (Mx, Rx, Ex)

P (栄養問題) 解決のための栄養介入計画を
Mx, Rx, Ex に分けて記載する。

S : 徴候などの根拠



P Mx) Monitoring plan (モニタリング計画)

栄養食事摂取量・喫食量調査・身体計測・血液検査項目など栄養ケア評価に使用する指標をモニタリングする

E : 根本的な原因



P Rx) Therapeutic plan (栄養治療計画)

エネルギー・栄養素量・食事推奨摂取量計画

Ex) Educational plan (栄養教育計画)

対象者や対象者の支援者に対する栄養・食教育・環境整備支援

NI-4.3 アルコール摂取量過剰

(s)日本酒3合、ビール1L/日、中性脂肪**280mg/dL**、 γ GTP値**120IU/l**、尿酸値**9.2mg/dL**、体重増加**5kg/6ヵ月**、腹囲97cmの根拠に基づき、

(E)行動変容に相対する価値への共感の欠如が原因となった、

(P)アルコール摂取量過剰である。

栄養介入計画 Plan

Mx) Monitoring plan (モニタリング計画)

(s)日本酒3合、ビール1L/日、中性脂肪280mg/dL、 γ GTP値、120IU/l、尿酸値9.2mg/dL、体重増加5kg/6ヵ月、腹囲97cm

Rx) Therapeutic plan (栄養治療計画)

(P)アルコール過剰量過剰である = 日本酒、ビールの減量計画

Ex) Educational plan (栄養教育計画)

(E)行動変容に相対する価値への共感の欠如が原因

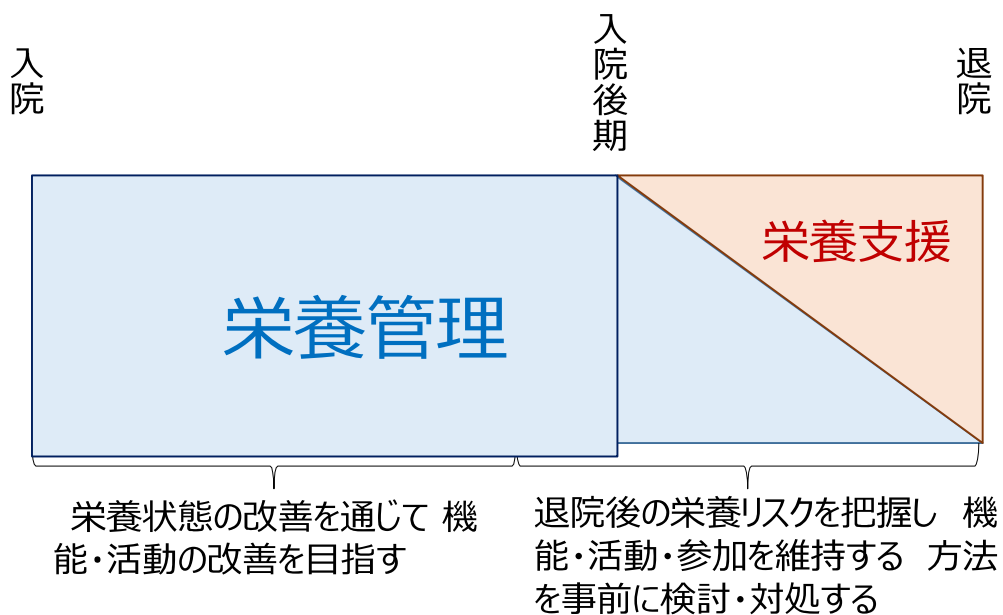
→節酒によるメリット・デメリット、適量飲酒による健康増進効果の指導

本日の内容

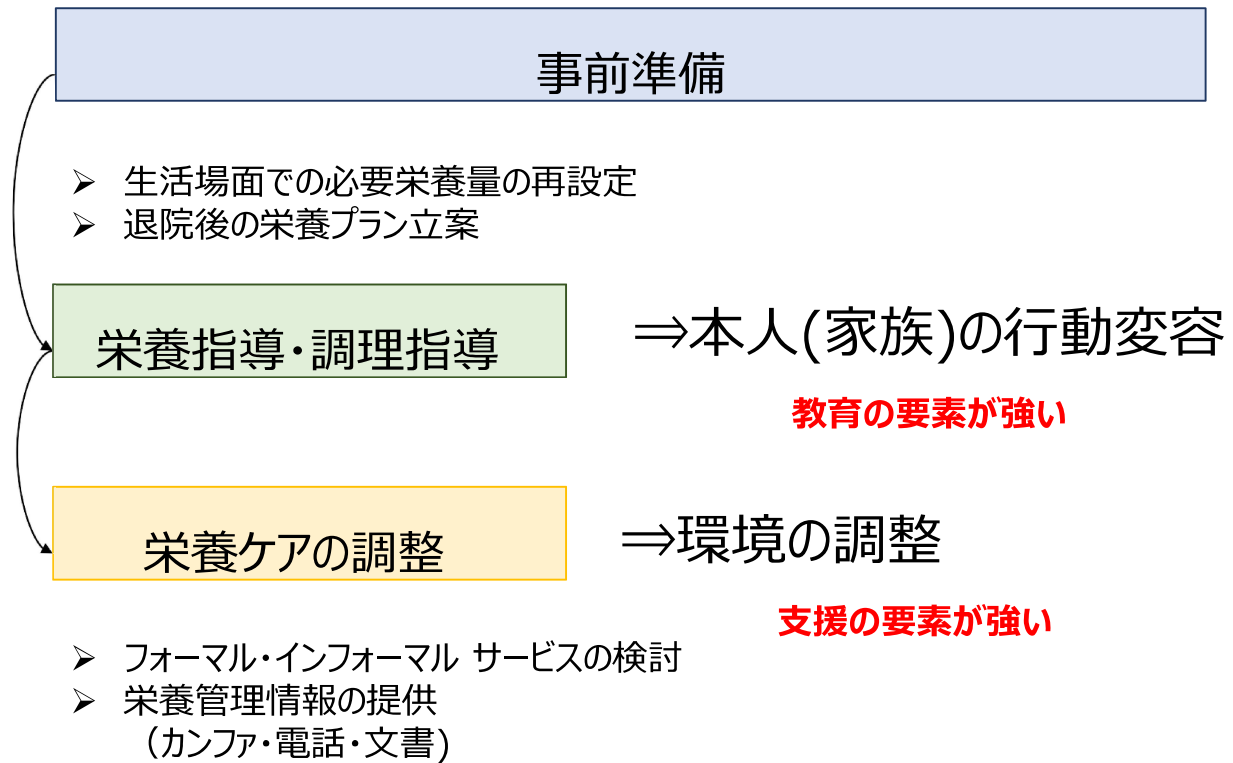
1. 予防・健康づくりの推進とデータヘルス計画
2. 栄養アセスメントに基づいた栄養介入
3. 栄養ケアプロセスの重要性

31

次のステージを見据えた視点の変化



栄養支援の種類



良いゴールの要素：SMART 目標設定のワークフレーム

S : **具体的** (Specific)

M : **測定可能** (Measurable)

A : **達成可能** (Achievable)

R : **適切な** (Relevant)

T : **期限付き** (Time-bound)

SMARTではないゴール

- ・栄養状態を改善する
- ・低体重を改善する
- ・Alb3.5g/dlになる
- ・食事が安定する

SMARTなゴール

- ・1ヶ月に1kg体重増加
- ・1週間で経口摂取1600kcal
摂取する
- ・3ヶ月で嚥下調整食4を3食経口
摂取できる

NCPを整理すると！

栄養ケアプロセスは、

- ◆ 対象者の栄養状態に問題生じている根拠と根本的な原因を明確に示し、
- ◆ 栄養状態に問題が生じている、根本的な原因に対して栄養介入していく手順を示すシステム である。

公益社団法人日本栄養士会監修、栄養管理プロセス、第一出版、2018

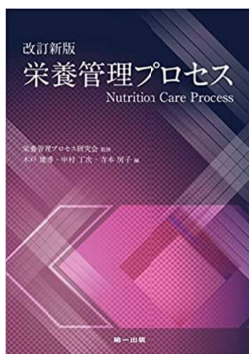
SOAP記載のポイント

栄養診断 N●-●●●○○○○○○○	
S (Subjective Data) 対象者が話した内容そのもの（ 対象者の気持ち、考え ） キーワードを選択して効率よく記載する。	} 栄養アセスメントデータから重要な内容を抽出する。
O (Objective Data) <ul style="list-style-type: none">・ 食物・栄養素摂取状況・ 身体計測（身長、体重、…）・ 生化学検査値、検査・ 身体所見（筋肉や脂肪の消耗、嚥下機能、食欲）・ 病歴 など	
A (Assessment) 栄養診断をするために、5項目の栄養アセスメントの中から重要な情報を評価する。 栄養診断の根拠 「Sの根拠に基づき、Eが原因となった（関係した）、Pである」	
P (Plan) Mx) 栄養モニタリング計画 Rx) 栄養治療計画 Ex) 栄養教育計画	

この手順、すなわちPDCAサイクルを繰り返すことで、患者（クライアント）にとって最適な栄養ケアを実践する。

2023年4月15日
2023年度医療職域管理栄養士・栄養士育成のための
全国リーダー研修会・オンライン

栄養管理プロセスにおける PES と SOAP — ポイントと書き方 —



参考資料
「改訂新版 栄養管理プロセス」

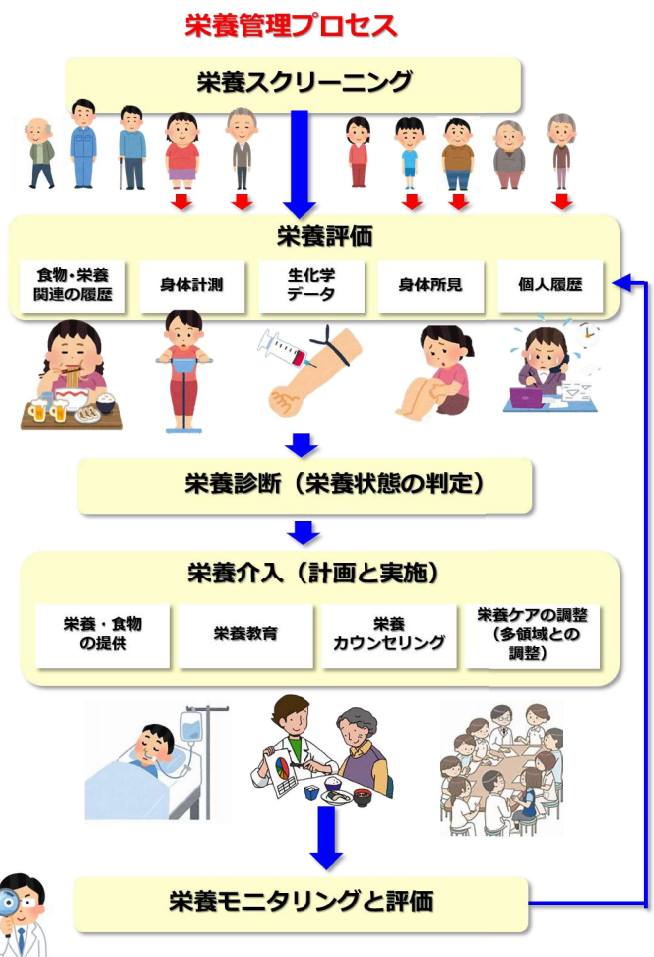
青森県立保健大学
健康科学部 栄養学科
清水亮

栄養管理プロセスとその目的

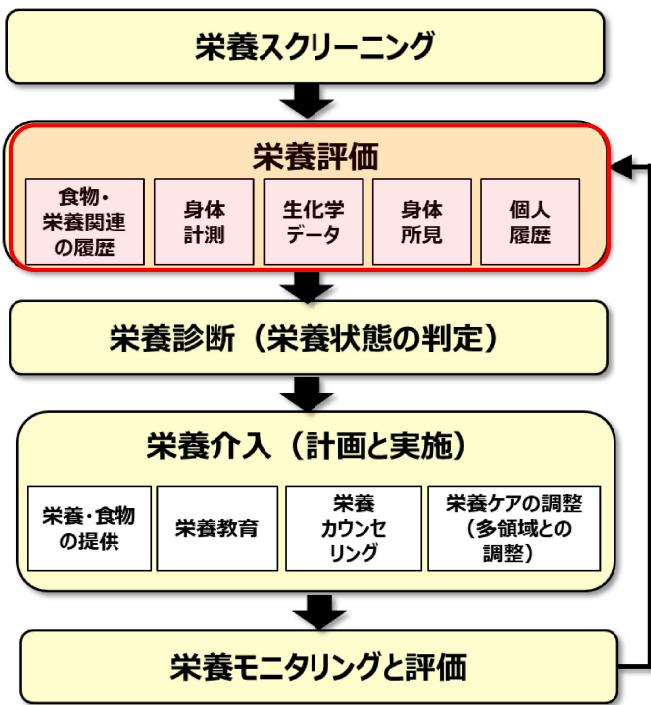
栄養管理プロセス
(NCP : Nutrition Care Process) :
世界的に共通な栄養管理の手順
目的：
対象者の栄養状態の改善をすること

改善案を考えるために、どのような
栄養不良なのか、栄養状態を悪く
している原因は何かを考える。

対象者の栄養不良をどうやって
改善するか案を考えて、実行する。



栄養評価とは…



栄養改善の計画をするために、患者の栄養状態を評価し（栄養評価）、栄養状態を判定する（栄養診断）ことで栄養問題を明確化する過程の1つ。

栄養評価は、**栄養評価データを個々に評価**する過程。

栄養評価データは、
 【食物・栄養関連の履歴】
 【身体計測】
 【生化学データ・臨床検査】
 【栄養に焦点を当てた身体所見】
 【個人履歴】の5つの領域に分類される。

栄養評価データ（5領域）

項目	指標（栄養評価データ）
食物／栄養に関連した履歴	食物・栄養素摂取、食物・栄養素管理、薬剤・補完代替医療食品の使用、食物・栄養に関する知識・信念、栄養管理に影響を及ぼす行動、食物および栄養関連用品の入手のしやすさ、身体活動、栄養に関連した生活の質
身体計測	身長、体重、体格指数、成長パターン指標・パーセンタイル順位、体重の履歴
生化学データ、臨床検査	生化学検査値、その他の検査所見
栄養に焦点を当てた身体所見	身体的外見、筋肉や脂肪の消耗、嚥下機能、食欲、感情、フィジカルアセスメント
個人履歴	医学的・健康・家族履歴、治療、補完・代替薬剤の使用、社会的履歴

栄養評価データの個々の評価とは…

栄養評価データ	食物・栄養に関連した履歴、身体計測、生化学データ・臨床検査、栄養に焦点をあてた身体所見、個人履歴
比較基準値	例) 日本人の食事摂取基準2020年版 推定エネルギー必要量 例) 肥満症診療ガイドライン「肥満度分類」BMI
評価	栄養評価データは、比較基準値とを照らし合わせて評価する。ただし、生活状況や病歴など、比較基準値が存在しない評価項目もある。

身体計測	
栄養評価データ	1ヶ月で55kgから52kgになった。
比較基準値	6ヶ月で10%、1ヶ月で5%は、有意な体重減少と判定
評価	体重減少率は $(55\text{kg}-52\text{kg})/55\text{kg}\times 100$ で5.5%となる。 基準と照らし合わせ… → 有意な体重減少 がみられる。

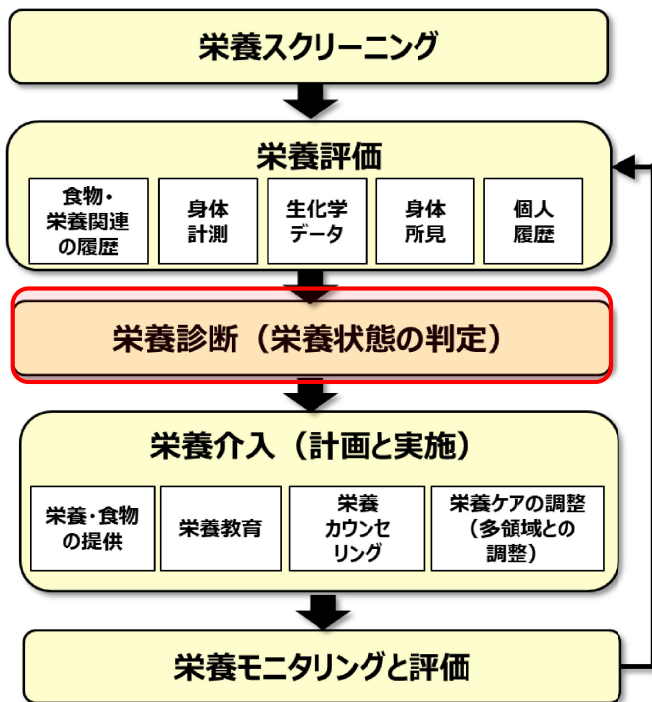
個人履歴	
栄養評価データ	80歳で1人で郊外に住み、交通手段が限られるので、食材購入に苦労している。夕食は宅配サービスを受けている。
比較基準値	なし
評価	環境的要因による食品購入の障害

栄養評価データの評価例

食物／栄養に関連した履歴	
栄養評価データ	記録からエネルギー摂取量が、 約2,100kcal であった。
比較基準値	糖尿病診療ガイドラインより、IBW×30kcal/kgを用い、適正な摂取エネルギー量1500kcal
評価	約2,100kcal/日を摂取しており、適正量1,500kcalに対し、140%の摂取量である。→ 適正エネルギー量の140%を摂取。
栄養評価データ	食事インタビューにて、「食事療法はやるつもりはない」との発言
比較基準値	なし（行動変容段階モデル）
評価	食事療法の実施に対する 無関心期（心理的準備不足） である

生化学データ・臨床検査	
栄養評価データ	空腹時血糖135mg/dL
比較基準値	糖尿病診療ガイドラインの判定基準
評価	空腹時血糖135mg/dLは、糖尿病の診断基準より糖尿病域である。 → 血糖高値

栄養診断とは



栄養評価を基に対象者の栄養状態の総合的な判定をすること。

栄養診断の特筆すべき点として、決まった言い回し（PES報告）をする点と、専門用語である栄養診断コードを用いる点が挙げられる。

栄養診断のルール1

「PES報告」とよばれる文章表現（決まった言い回し）で記載する。

PESは下記の略語。

Problem or Nutrition Diagnosis Label : 問題や栄養診断コードの表示

Etiology : 原因や要因

Sign/Symptoms : 徴候や症状（栄養診断の根拠となる栄養評価データ）

簡潔な一文の文型

「**S**の根拠に基づき、**E**が原因となった、**P**と栄養診断する」

例)

エネルギー摂取量が必要量の124%、肥満2度、血糖高値の根拠に基づき、食事療法への心理的準備不足が原因となった、エネルギー摂取量過剰と栄養診断する

PES statement examples

PES で 世界とつながる

Example 1

P: Inadequate energy intake

E: related to (RT)

decreased appetite secondary to chronic COPD

S: as evidenced by (AEB)

consuming less than 75% of estimated energy needs for one month and unintentional weight loss of 6% in one month.

Example 2:

P: Inadequate oral intake

E: related to (RT)

swallowing difficulty and pain associated with swallowing secondary to esophageal adenocarcinoma

S: as evidenced by (AEB)

refusal of meals and supplements while admitted and unintentional weight loss of 3% in one week.

栄養診断のルール2

栄養診断コードは、下記3つの領域に分かれて計70ある。

この中から適するものを選択して**P**に記載する。選択するのは**3つ**までとする。

なお、**栄養診断コード**の選択に**迷う時は、NI領域**から選択する。

NI (Nutrition Intake : 摂取量)

「経口摂取や栄養補給法を通して摂取するエネルギー・栄養素・液体・生物活性物質に関わることから」と定義される。

例) NI-1.4 エネルギー摂取量不足、 NI-2.2 経口摂取量過剰
NI-5.6.3 脂質の不適切な摂取、 NI-5.10.1(8) 亜鉛摂取量不足

NC (Nutrition Clinical : 臨床栄養)

「医学的または身体的状況に関連する栄養の所見・問題」と定義される。

例) NC-1.4 消化機能異常、 NC-2.3 食物・薬剤の相互作用

NB (Nutrition Behavioral/environmental : 行動と生活環境)

「知識、態度、信念、物理的環境、食物の入手や食の安全に関連して認識される栄養所見・問題」と定義される。

例) NB-1.6 栄養に関連した提言に対する遵守の限界
NB-3.3 栄養関連用品の入手困難

栄養診断のルール3

- ・ **E** (原因や要因) は、今後の栄養介入する一番のポイントであるように考える。栄養介入できる範囲での根本的な原因について熟考する。
- ・ **S** (栄養評価データ) は、今後のモニタリングや再評価する項目となるように考える。

例)

エネルギー摂取量が推奨量の140%、肥満2度、血糖高値の根拠に基づき、食事療法への心理的準備不足が原因となった、

エネルギー摂取量過剰と栄養診断する

栄養介入するポイント

食事と生活習慣病の関係について理解してもらうところから指導をする。

現実と向き合うことへの拒否的な心理状態にも配慮する。

モニタリング項目

エネルギー摂取量

体重、血糖値の確認

NCに過体重や栄養関連の検査値異常があるが、迷ったらNI領域から選択する

PES報告のポイント

例えば…体重減少6%/1ヶ月、食事摂取量減少の根拠に基づき、

嚥下障害が原因となった、

経口摂取量不足と栄養診断する

S 徴候・症状
(Pの根拠)

身体計測結果
血液・生化学検査結果
臨床診査結果
栄養摂取量(率)
食事(食品)の過不足

↓
栄養モニタリング
する項目

E 原因

疾病・障がい
精神的な問題
薬剤
心理的準備不足
知識不足・誤認識
誤った信念
意欲不足(実施後)
実行力不足
社会・環境的な問題

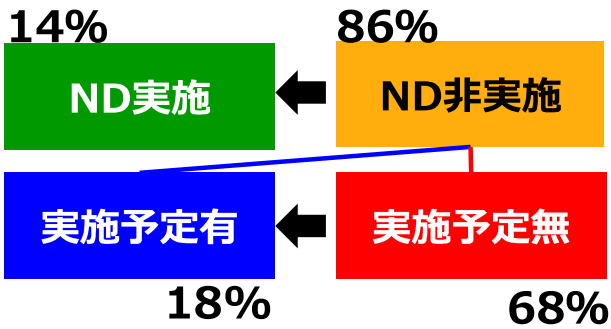
↓
栄養介入
するポイント

P 栄養診断
コード

栄養摂取：NI
臨床栄養：NC
行動と生活環境：NB

↓
NIを優先

栄養診断の実施率と実施のメリット

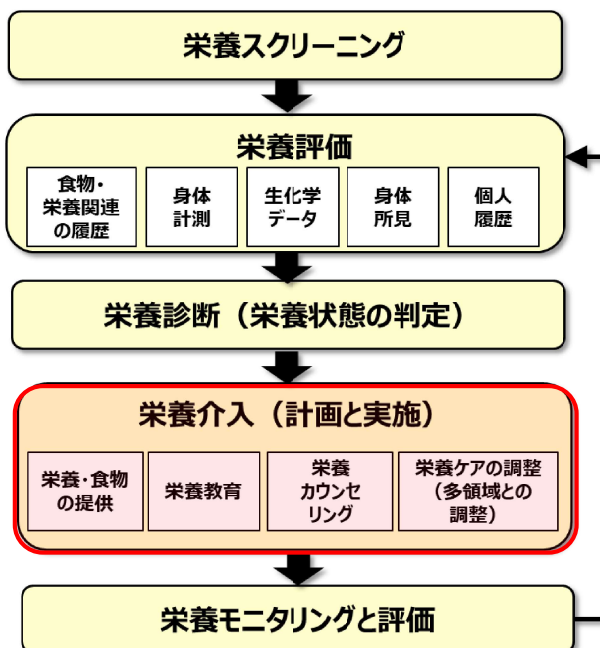


– PESで解決につながる、
 情報がつながる –
 R3全国調査より
 回答数 732/2482(29.4%)
 青：実施予定無より有が高い
 赤：実施予定有より無が高い
 χ^2 検定 (P<0.05)

ND実施(n=101) 実施のメリット	%
課題や問題の明確化	83.2
課題をスタッフ間で共通理解	41.6
記録の簡潔化	29.7
栄養介入の標準化	27.7
記録時間の短縮	15.8
課題を施設間で共通理解	9.9
特にない	5.0
その他	4.0

ND非実施(n=629) 予想されるメリット	%
課題や問題の明確化	61.6
栄養介入の標準化	47.0
課題をスタッフ間で共通理解	37.9
課題を施設間で共通理解	35.8
記録の簡潔化	24.8
記録時間の短縮	15.1
わからない	13.1
その他	2.2
特にない	1.9

栄養介入（計画と実施）とは



栄養評価・栄養診断に基づき、**栄養食事指導等**により、適切な（食）生活様式に行動変容させること。

その目的は、患者のニーズに合わせた適切な栄養介入の計画と実施により、**栄養問題を解決して栄養状態を改善すること**。

栄養介入には、
【栄養・食物の提供】
【栄養教育】 **【栄養カウンセリング】**
【栄養ケアの調整（多領域との調整）】の
 4つの領域がある。

栄養介入（4領域）

項目	概要
食物・栄養素の提供	食物・栄養 （食事、間食、経腸・経静脈栄養、補助食品、食事摂取支援、食環境、栄養関連の薬剤管理を含む）を提供するための個人へのアプローチ ⇒ 提言する・実施する・指示する
栄養教育※	患者が自発的に食物選択や食行動を管理・修正することができるようにするため、 知識や技術を教える
栄養カウンセリング※	管理栄養士と患者が共同して優先順位・目標を決め、実行計画を作成するための支援的プロセス 患者の行動変容を支援する （行動変容段階モデルや刺激統制法など）
栄養ケアの調整（多領域との調整）	栄養に関連した問題に対処・管理する 他の医療従事者 、施設、機関などと栄養管理の 相談・紹介・調整 を行う

※わが国では、**栄養教育と栄養カウンセリングは同様に扱われる**ことが多いが、NCPでは明確に分類されている。実際は、カウンセリング技法を用いて栄養療育を実施したり、栄養カウンセリングの場でも基礎知識と最新の情報を行うことがある。

公益社団法人日本栄養士会監修
改訂版 栄養管理プロセスp143-149参照

栄養介入（計画と実施）の具体例

項目	例
食物・栄養素の提供	1500kcal/日 たんぱく質50g/日 嚥下調整食C（コード3） 常食ハーフ+MA-8×1本 メディエフバック400kcal×3（経管栄養:胃瘻）
栄養教育	ご飯は毎食150gまでとする。 間食は菓子類ではなく、果物をとる。 塩分の多い食品一覧（リーフレット）を用いて指導する。 嚥下調整食の作り方を実習を通して指導をする。
栄養カウンセリング	菓子類を食べたい状況や心境を聞き取る（傾聴,受容など） 菓子類の買い置きをしない（刺激統制法） 菓子類を食べなくなったら散歩にでかける（行動置換法）
栄養ケアの調整（多領域との調整）	糖尿病カンファレンスにて情報共有 栄養サポートチームの介入 言語聴覚士とともに、食形態について検討

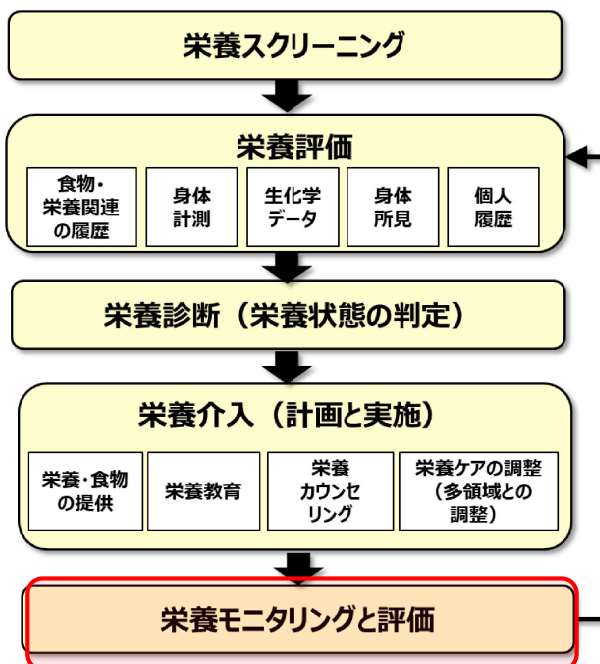
栄養介入の例

PES報告

エネルギー摂取量が推奨量の140%、肥満2度、血糖境界域 の根拠に基づき、
食事療法に対する心理的な準備不足 が原因となった、
エネルギー摂取量過剰 と栄養診断する (E) への介入が重要

項目		例
目標	長期目標	①減量 (7kg/ 1年) ②血糖値の正常 (HbA1c \leq 6.0%)
	短期目標	①疾患と栄養の関連を理解する ②適切な間食の摂取
食物・栄養素の提供		1500kcal/日 (IBW49.5kg \times 30kcal/kg = 1485kcal)
栄養教育		栄養と体重と生活習慣病の関連について説明 夕食までの間食の選び方 (リーフレット配布) 間食をとった時の夕食のとり方について指導
栄養 カウンセリング		間食を変更することへの心境を傾聴する 間食について、患者とともに対応を検討する。
栄養ケアの調整 (多領域との調整)		他の専門職からDM療法について学ぶため、糖尿病教室への参加を促す。

栄養モニタリングと評価・判定



栄養モニタリングは、栄養評価指標を「観察し記録すること」である。

加えて、新たな症状や徴候の出現に対する観察も含まれる。

定期的な観察により変化が確認された場合、その変化を測定し、計画・目標を比較して達成度状況を評価・判定する。

栄養モニタリングでは、**項目**と**時期** (、情報源) を設定することが必要であり、患者の症状が変化するとともに、再評価の項目は柔軟に変更・追加する。

栄養モニタリングの進め方のポイント

栄養モニタリングでは、項目と時期を設定する。**項目**は、栄養診断の**S**で挙げたものとなる。時期は患者の状態に合わせて検討する。経過を観察するだけでなく、介入の評価をすることが重要。

PES報告

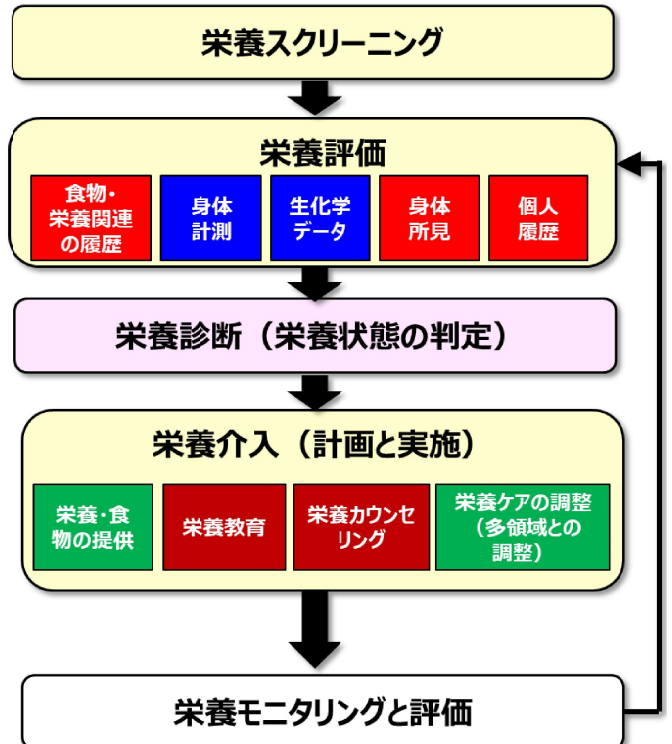
エネルギー摂取量が推奨量の140%、肥満2度、血糖高値、間食習慣の根拠に基づき、**食事療法に対する心理的な準備不足**が原因となった、**エネルギー摂取量過剰**と栄養診断する

項目	1/24 (初回)	2/20 (二回目)	評価
体重	68 kg	67.5kg	体重や生化学検査値が微減。前回の指導内容をもとに、自分なりに取り組む姿勢がみられる。「できる範囲でやってみたいと思う」と前向きな発言もあり、熟考期への移行がうかがえる。食事記録を付けてもらい、それを精査し、減量への対策を患者とともに決定する。
BMI	30.2kg/m ²	30.0kg/m ²	
空腹時血糖	135mg/dL	132mg/dL	
HbA1c	6.7%	6.7%	
エネルギー摂取量	2,100kcal	2,000kcal	
間食の状況	毎日スナック菓子をとっている	週に2日ほどガムですませている	

栄養管理プロセスと叙述的経過記録SOAP

ID	SOAP		栄養指導日	年 月 日
氏名 症例1	指示 (適正) 栄養量		AM/PM	10時00分～10時45分
男性 46才	1,500 kcal/日			
栄養診断 NI-1.5 エネルギー摂取過剰			栄養診断コード	
S:	減量が必要と言われたが、今更特に気にしていない。若いころから夜型で、夜中にお腹が空いて何か食べた。		食物・栄養関連の履歴 身体所見	
O:	一人暮らし、自炊なし。 身長 165 cm、体重 85kg (10 kg ↑/3年)、BMI 31.2 kg/m ² 、BS 115 mg/dL、LDL-C 142 mg/dL、HDL-C 41 mg/dL、一日4食、就寝前に補食 (カップ麺など) をとる。食事摂取量 約 3,000 kcal/日 (目標エネルギー量 1,500 kcal/日)		身体計測・検査値 食物・栄養関連の履歴 身体所見	
A:	過食による肥満がみられるが、過食と生活習慣病の関係が理解できていない無関心期。生活習慣病について説明し、食改善の必要性に関心を持ってもらうことを優先した助言を行う。生活スタイルを変更することで早めの就寝を促し、夜食を減らす対策ができるか確認する。継続的なフォローが必要。 【栄養診断の根拠】 肥満2度、食事摂取量が目標エネルギー量の200%、夜食過多の根拠より (S)、無関心期による (E)、エネルギー摂取過剰 (P) の状態にあると栄養診断する。		PES	
P:	体重、3日間の食事調査 (摂取エネルギー、夜食の回数)		モニタリングと方法	
Rx	食事療法 1,500 kcal		栄養・食物の提供・多領域との調整	
Ex	食生活と生活習慣病の関係についてライフスタイルの改善について夜食をとりたい時の対応について		栄養教育・栄養カウンセリング	
栄養指導	終了/継続	次回予約日	年 月 日	AM/PM 10時00分
			担当者サイン 清水	

栄養管理プロセス



叙述的経過記録SOAP

SOAPは、日本の医療現場において広く使用されている叙述的経過記録の様式。**問題志向型システム (POS)** における経過記録。

S : 主観的情報 (Subjective Data)
患者が訴えた事項

O : 客観的情報 (Objective Data)
医療側の観察情報

A : 栄養評価 (Assessment)
SとOの評価と考察

P : 栄養食事療法の計画
Mx) モニタリング計画
Rx) 治療計画
Ex) 教育計画

ID 氏名 症例 1 男性 46才	入院・外来	栄養指導日	年 月 日
	初回・再指導 回	AM/PM	10時 00分～ 10時 45分
	指示 (適正) 栄養量 1,500 kcal/日		
栄養診断 NI-1.5 エネルギー摂取過剰 栄養診断コード			
S 減量が必要と言われたが、今更特に気にしていない 若いころから夜型で、夜中にお腹が空いて何か食べたい		食物・栄養関連の履歴 身体所見	
O 一人暮らし、自炊なし。 身長 165 cm、体重 85kg (10 kg ↑/3年)、BMI 31.2 BS 115 mg/dL、LDL-C 142 mg/dL、HDL-C 41 mg/dL 一日 4食、就寝前に補食 (カップ麺など) をとる。 食事摂取量 約 3,000 kcal/日 (目標エネルギー量 1,500 kcal/日)		身体計測・検査値 食物・栄養関連の履歴 身体所見	
A 過食による肥満がみられるが、過食と生活習慣病の関係が理解できていない無関心期。生活習慣病について説明し、食改善の必要性に関心を持ってもらうことを優先した助言を行う。生活スタイルを変革することで早めの就寝を促し、夜食を減らす対策ができるか確認する。継続的なフォローが必要。 【栄養診断の根拠】 肥満二度、食事摂取量が目標エネルギー量の 200%、夜食過多の根拠より (S)、心臓病のリスク (O)、無関心期による (E)、エネルギー摂取過剰 (P) の状態であると栄養診断する。		PES	
P Mx) 体重、3日間の食事調査 (摂取エネルギー、夜食の回)		モニタリングと方法	
Rx) 食事療法 1,500 kcal		栄養・食物の提供・多領域との調整	
Ex) 食生活と生活習慣病の関係について、ライフスタイルの改善について、夜食をとりたい時の対応について		栄養教育・栄養カウンセリング	
栄養指導 終了 / 継続	次回予約日 年 月 日 AM/PM 10時 00分	担当者サイン 清水	

S : 主観的情報 (Subjective data)
O : 客観的情報 (Objective data)

S : 主観的情報 (Subjective data)

患者が**訴えた**事項 (食事観、食歴、食習慣、嗜好、身体状況、生活環境など)

例) 菓子が好きで、ダメだと思ってもつい食べてしまう

前に、魚や肉も食べるようにいわれた

ご飯は太るので、少なくしている

食物・栄養関連の履歴
身体所見

O : 客観的情報 (Objective data)

数値化できる項目や医療者の**観察** (診療情報、疾患情報、検査データ、

観察記録、栄養摂取量、食生活調査結果、指示栄養量)

例) 摂取エネルギー : 2,850kcal (24時間思い出し法)

指示エネルギー : 標準体重 $62 \times 30 \text{kcal/kg} = 1860 \text{kcal}$

食事時間 : 朝食8時・昼食14時・夕食21時、間食 : 19時

体重 : 88.3kg、BMI : 30.7、腹囲92cm、体脂肪率 : 32%、

血圧 : 151/92mmHg、血糖値159mg/dl、

HbA1c6.8%、BUN37mg/dL、Cre1.52mg/dL

食物・栄養関連の履歴
身体所見

身体計測・検査値

A : 栄養評価 (Assessment) と 栄養診断の根拠 (PES報告書)

A : 栄養評価 (Assessment)

SとOの評価と(原因の)考察をする。

例) 糖尿病性腎症への移行による主菜の適正量に対する誤認識があり、たんぱく摂取量の過剰がみられる。

例) ご飯は血糖値があがると思い控えている反面、主菜の摂取量が多く、摂取エネルギー比率のアンバランスから、脂質過剰によるエネルギー摂取過剰がみられる。

栄養診断の根拠 (PES報告)

PES

BUN37mg/dL、Cre1.52mg/dL、たんぱく必要量の150%摂取 の根拠により、腎臓病食に関する理解不足 が原因となった、たんぱく質摂取量過剰 と栄養診断する

BMI30.7kg/m²、脂質必要量の130%摂取、揚げ物の連日摂取 の根拠により、主食を控えれば主菜を多く食べもよいという誤認識 が原因となった、脂質摂取量過剰 と栄養診断する

P : 栄養食事療法の計画 (Plan)

栄養評価や栄養診断を踏まえて栄養介入計画したものを、(Mx)、(Rx)、(Ex) に分けて記載する

Mx : モニタリング計画

栄養管理の経過をモニタリングするための指標

- 例) ・体重(体重記録)
・食事内容、エネルギー、脂質摂取量(3日分の食生活調査記録)

モニタリングと方法

Rx : 治療計画

指示栄養量や具体的な食事療法、栄養療法など

- 例) ・1800kcal、塩分6g
・嚥下調整食コード2-1

栄養・食物の提供
多領域との調整

Ex : 教育計画

栄養指導(教育)内容

- 例) ・前熟考期より、食事制限への心境に配慮
・リーフレット“腎臓病の食事療法”を用いて基本を説明
・次回まで取り組む内容 ①週2回は禁酒をする。②夕食後は夜食をしない。
・嚥下調整食コード2-1の作り方や増粘剤について説明

栄養教育
栄養カウンセリング

栄養管理プロセスのSOAP例（初回）

栄養診断コード	NI-1.3 エネルギー摂取量過剰		栄養診断コード
S	特に症状もないので、食事療法はやるつもりはない。		食物・栄養関連の履歴・身体所見
O	エネルギー摂取量：約2,100kcal ほぼ毎日、夕食前にスナック菓子を摂取 BMI30.2 kg/m ² 、空腹時血糖135mg/dL、HbA1c6.7%		食物・栄養関連の履歴・身体所見 身体計測・検査値
A	家族の帰宅を待つ間の間食によるエネルギー摂取過剰がみられる。肥満と生活習慣病の関係に関する認識不足があり、食生活改善に取り組む心理的準備が整っていない。 【PES報告】 エネルギー摂取量が推奨量の140%、肥満2度、血糖高値、間食習慣の根拠に基づき、食事療法に対する心理的な準備不足が原因となった、エネルギー摂取量過剰と栄養診断する		PES
P	Mx	体重、空腹時血糖、HbA1c、エネルギー摂取量、間食の状況	モニタリングと方法
	Rx	1500kcal/日 糖尿病教室参加	栄養・食物の提供・多領域との調整
	Ex	栄養と体重と生活習慣病の関連について説明 間食を減らすことへの心境を傾聴する 夕食までの間食の選び方（リーフレット配布） 間食をとった時の夕食のとり方について指導 間食について、患者とともに対策を検討する	栄養教育・栄養カウンセリング
到達目標	長期 ①減量（7kg/1年）②血糖値の正常（HbA1c≤6.0%） 短期 ①疾患と栄養の関連を理解する ②適切な間食の摂取		

栄養管理プロセスのSOAP例（継続）

栄養診断コード	NI-1.3 エネルギー摂取量過剰 → やや改善		栄養診断コード
S	スナック菓子は、週2回はガムですませている。大きい病気になる前にわかってよかった。できる範囲でやってみたいと思う。		食物・栄養関連の履歴・身体所見
O	エネルギー摂取量：2,100kcal→2,000kcal 間食：毎日→週5回 体重68kg(BMI30.2kg/m ²)→67.5kg(BMI30.0kg/m ²) 空腹時血糖135mg/dL→132mg/dL HbA1c6.7%→6.7%		身体計測・検査値
A	体重や生化学検査値が微減。前回の指導内容をもとに、自分なりに取り組む姿勢がみられる。前向きな発言もあり、熟考期への移行がうかがえる。食事記録を付けてもらい、それを精査し、減量への対策を患者とともに決定する。		
P	Mx	体重、空腹時血糖、HbA1c、エネルギー摂取量、間食の状況	モニタリングと方法
	Rx	1500kcal/日 糖尿病教室参加	栄養・食物の提供・多領域との調整
	Ex	栄養と体重と生活習慣病の関連について説明 間食を減らすことへの心境を傾聴する 夕食までの間食の選び方（リーフレット配布） 間食をとった時の夕食のとり方について指導 間食について、患者とともに対策を検討する	栄養教育・栄養カウンセリング

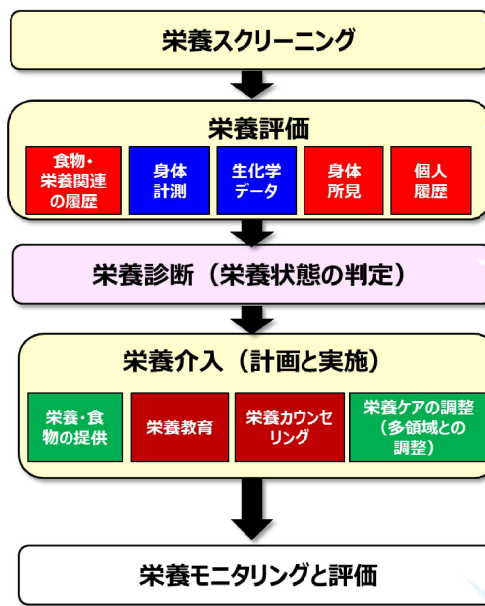
栄養管理プロセス(NCP)におけるPESとSOAP

NCPは、世界的に共通な栄養管理の手順

PESは、栄養診断の決まった言い回し(栄養診断=PES)

栄養に問題のありそうなものを抽出する。

栄養診断コード		<input type="checkbox"/>
S	患者が訴えた事項	<input type="checkbox"/>
O	医療側の観察情報	<input type="checkbox"/>
A	SとOの評価と考察 PES報告	<input type="checkbox"/>
P	Mx	モニタリング計画 <input type="checkbox"/>
	Rx	治療計画 <input type="checkbox"/>
	Ex	教育計画 <input type="checkbox"/>
目標		



各栄養評価データを個々に評価する

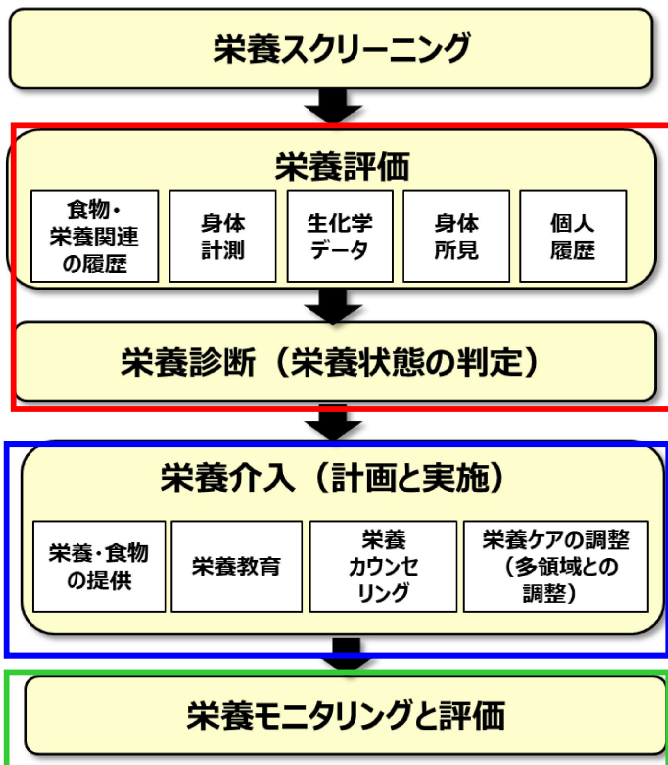
栄養評価を基に、栄養状態の総合的な判定する。PESを用い、簡潔に表現する。

PESのEへの対応を基にした栄養改善のための計画を考え、実行する。

PESのSを用いて、栄養介入の効果を確認し、評価する。

SOAPは、叙述式経過記録形式のことであり、栄養管理プロセスの記録はSOAPで行う (NCP≠SOAP)

栄養管理プロセスと栄養管理計画書



栄養管理計画書		計画作成日 平成 年 月 日
フカサ	氏名	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 女
男・大・明・平	年 月 日生 (71 歳)	病棟
入院日: 平成 年 月 日		担当医師名:
		担当管理栄養士名:
入院時栄養状態に関するリスク		
BMI18.3g/cm ² 、IBW48.2kg、%IBW83.0%、%AC=72.4%、%TSF=80.9%、%AMC=70.4% TP6.5 g/dL、ALB3.5 g/dL、RBC305 × 10 ⁴ /μL、Hb10.5g/dL、Hct33.5%、Fe36 μg/dL		
栄養状態の評価と課題		
軽度～中等度低栄養 貧血傾向		
栄養管理計画		
目標		
・消化器の状態に合わせた段階的な食事摂取 ・必要栄養量の摂取 ・低栄養状態の改善(体重、Alb、Hb)		
栄養補給に関する事項		
栄養補給量	栄養補給法	<input checked="" type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input checked="" type="checkbox"/> 静脈栄養
・エネルギー 1700 kcal ・たんぱく質 65 g		
・水分		
	食事内容	7/1常食A3、7/2～7/4食止(輸液)、 7/5流動食(+輸液)、7/6 5分食(+輸液)、7/7～軟食
	留意事項	特になし
栄養食事相談に関する事項		
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)	実施予定日: 月 日
栄養食事相談の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (内容 病棟食の説明と摂取時の注意点)	実施予定日: 7月6日
退院時の指導の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (内容 退院後の食事療法について)	実施予定日: 7月7日
その他栄養管理上解決すべき課題に関する事項		
特になし		
栄養状態の再評価の時期 実施予定日: 月 日		
退院時及び終了時の総合評価		
特になし		

栄養評価
(栄養診断)

栄養介入

モニタリング

栄養管理プロセスと栄養管理計画書（提案）

【例：クローン病患者 5/1入院】

入院時栄養状態に関するリスク

- ・1か月前からの腹部症状による食事摂取量の低下
- ・下痢、浮腫、食欲不振
- ・BMI17.5 kg/m²
- ・1ヶ月間で5.4%の体重減少
- ・Alb2.7g/dL、PreAlb11.7mg/dL
- ・Hb9.8g/dL
- ・CRP3.9mg/dL
- ・Na131mEq/L

栄養状態の評価と課題

- ・高度低栄養 ・食事摂取量不足
 - ・貧血傾向 ・血清ナトリウム低下 ・炎症あり
- ⇓
- PES**
- 2か月前からの食事摂取量の低下、
BMI低値、5.4%/1ヶ月の体重減少、
Alb低値、Hb低値、Na低値より、
クローン病の再燃にともなう腹部症状による
経口摂取量不足である

経過記録

- 5/8 改善傾向
- S) 腹の調子はいいですよ。
- O) TPN1800kcal + EN300kcal(30ml/h)
Alb2.7g/dL→、Hb9.6g/dL↓
Na135mEq/L↑
浮腫(+)
- A) 本日よりエンタール開始、腹部症状なし
検査結果の改善はみられないが、既定の
スケジュールを続行

⋮

- 5/25 改善傾向
- S) 腹の調子は悪くないです。
- O) F-A食(600kcal)10/10 + EN1200kcal
Alb2.9g/dL↑、Hb10.2g/dL↑
Na135mEq/L→
浮腫軽減
- A) エネルギー摂取量充足
腹部症状なし、検査値改善傾向
- P) Dx) Nsを通じF-B食への変更をDr.に提言
5/31昼よりF-B食へ変更となる。

栄養診断コード表		栄養診断名	定義	メモ
NI-1	エネルギー出納	NI-1.1 エネルギー消費の亢進	安静時代謝量(RMR)が身体組成、投薬、内分泌、神経性あるいは遺伝的要因などにより、測定する安静時代謝量を上回ることである。	安静時代謝量(RMR; resting metabolic rate)とは、“安静の状態”で消費するエネルギー量である” REE (resting energy expenditure)と示すこともある。
		NI-1.2 エネルギー摂取量不足	食事摂取基準量または生理的必要性に基づく推奨量と比較し、エネルギーの摂取量が不足である。*“不足”の同意語が有用あるいは必要であれば、“不適切”を使用するのがよいであろう。	体重減を目標としている場合、ターミナルケア、EN・PNの開始時、急性ストレス症状[例:手術、臓器不全]のような場合は、この栄養診断は適切でない可能性がある。栄養素摂取データは、できる限り、総合的な根拠に基づく栄養状態の正しい評価を得るため、食事だけでなく、臨床的情報、生化学的情報、身体計測情報、医療診断、臨床症状、その他の要因を組み合わせるべきである。
		NI-1.3 エネルギー摂取量過剰	食事摂取基準量または生理的必要性に基づく推奨量と比較し、エネルギーの摂取量が過剰である。	体重増を目標としている場合は、この栄養診断は適切でない可能性がある。
		NI-1.4 エネルギー摂取量不足の発現予測	食事摂取基準量または生理的必要性に基づく推奨量と比較し、観察・過去の経験・科学的理由から今後のエネルギー摂取量不足の発現が予測される状況である。	すでに体重が減少している期間は、この栄養診断は適切でない可能性がある。最近のエネルギー摂取量がエネルギー消費量より少ない場合には、“NI-1.4 エネルギー摂取量不足”を適用する。
		NI-1.5 エネルギー摂取量過剰の発現予測	食事摂取基準量または生理的必要性に基づく推奨量と比較し、観察・過去の経験・科学的理由から今後のエネルギー摂取量過剰の発現が予測される状況である。	体重増加を目標としている場合は、この栄養診断は適切でない可能性がある。現在のエネルギー摂取量がエネルギー消費量より多い場合には、“NI-1.5 エネルギー摂取量過剰”を適用する。
NI-2	経口・経静脈栄養素補給	NI-2.1 経口摂取量不足	食事摂取基準量または生理的必要性に基づく推奨量と比較し、経口での食物・飲料の摂取量が不足である。*“不足”の同意語が有用あるいは必要であれば、“不適切”を使用するのがよいであろう。	ターミナルケア、経口摂取・EN(経腸栄養)・PN(静脈栄養)の開始時、急性ストレス症状[例:手術、臓器不全]のように、体重減少に向かってような状況では、この栄養診断は適切でない可能性がある。栄養素摂取データは、できる限り、根拠に基づく栄養状態の正しい評価を得るため、食事だけでなく、臨床的情報、生化学的情報、身体計測情報、医療診断、臨床症状、その他の要因を組み合わせるべきである。
		NI-2.2 経口摂取量過剰	食事摂取基準量または生理的必要性に基づく推奨量と比較し、経口食物・飲料の摂取量が過剰である。	この栄養診断には、口腔-食道チューブからの投与は含まれない。体重増加が目的である場合は、この栄養診断は適切でない可能性がある。
		NI-2.3 経腸栄養量投与不足	食事摂取基準量または生理的必要性に基づく推奨量と比較し、経腸栄養によるエネルギーや栄養素の投与量が不足である。*“不足”の同意語が有用あるいは必要であれば、“不適切”を使用するのがよいであろう。	ターミナルケア、摂食開始時、急性ストレス症状[例:手術、臓器不全]のような場合は、この栄養診断は適切でない可能性がある。栄養素摂取データは、できる限り、総合的な根拠に基づく栄養状態の正しい評価を得るため、食事だけでなく、臨床的情報、生化学的情報、身体計測情報、医療診断、臨床症状、その他の要因を組み合わせるべきである。
		NI-2.4 経腸栄養量投与過剰	食事摂取基準量または生理的必要性に基づく推奨量と比較し、経腸栄養によるエネルギーや栄養素の投与量が過剰である。	
		NI-2.5 最適でない経腸栄養量	科学的根拠に基づかない経腸栄養の組成や手順によるものである。	
		NI-2.6 経静脈栄養量不足	食事摂取基準量または生理的必要性に基づく推奨量と比較し、静脈栄養によるエネルギーや栄養素の投与量が不足である。*“不足”の同意語が有用あるいは必要であれば、“不適切”を使用するのがよいであろう。	ターミナルケア、摂食開始時、急性ストレス症状[例:手術、臓器不全]のような場合は、この栄養診断は適切でない可能性がある。栄養素摂取データは、できる限り、総合的な根拠に基づく栄養状態の正しい評価を得るため、食事だけでなく、臨床的情報、生化学的情報、身体計測情報、医療診断、臨床症状、その他の要因を組み合わせるべきである。
		NI-2.7 経静脈栄養量過剰	食事摂取基準量または生理的必要性に基づく推奨量と比較し、静脈栄養によるエネルギーや栄養素の投与量が過剰である。	
		NI-2.8 最適でない経静脈栄養量	科学的根拠に基づかない静脈栄養の組成や手順によるものである。	
		NI-2.9 限られた食物摂取	参照基準量と比較し、種類や質において食物・飲料の経口摂取量が不足している。	神経性拒食症、神経性大食症、過食症、特定不能の摂食障害(EDNOS)がある場合は、この栄養診断は適切でない。これらの疾患については、“NB-1.5 不規則な食事”栄養素摂取データは、できる限り、総合的な根拠に基づく栄養状態の正しい評価を得るため、食事だけでなく、臨床的情報、生化学的情報、身体計測情報、医療診断、臨床症状、その他の要因を組み合わせるべきである。
NI-3	水分摂取	NI-3.1 水分摂取量不足	生理的必要性に基づく策定参照基準量または推奨量と比較し、食物やその他のものに含まれる水分摂取量が不足である。*“不足”の同意語が有用あるいは必要であれば、“不適切”を使用するのがよいであろう。	
		NI-3.2 水分摂取量過剰	食事摂取基準量または生理的必要性に基づく推奨量と比較し、水分摂取量が過剰である。	
NI-4	生物活性物質	NI-4.1 生物活性物質摂取不足	生理的必要性に基づく策定参照基準量または推奨量と比較し、生物活性物質の摂取量が不足である。	生物活性物質は、食事摂取基準には含まれていない。したがって、最低摂取量や許容上限摂取量も策定されていない。しかしながら、管理栄養士は、患者・クライアントの目標や栄養処方と比較し、推定摂取量が適当または過剰であるかを評価できる。生物活性物質の実用的定義は、健康に影響する食物に含まれる生理作用をもつ生物活性成分である。生物活性物質・成分の定義については、科学的合意はない。
		NI-4.2 生物活性物質摂取過剰	生理的必要性に基づく策定参照基準量または推奨量と比較し、生物活性物質の摂取量が過剰である。	生物活性物質の実用的定義は、健康に影響する食物に含まれる生理作用をもつ生物活性成分である。生物活性物質・成分の定義については、科学的合意はない。
		NI-4.3 アルコール摂取量過剰	アルコールの適正量よりも摂取量が過剰である。	
		NI-5.1 栄養素必要量の増大	生理的必要性に基づく策定参照基準量または推奨量と比較し、特定の栄養素の必要量が増大している。	
		NI-5.2 栄養失調	脂肪蓄積量の損失または筋肉消耗の状態で、長期間にわたるたんぱく質やエネルギーの摂取量不足によるものである。飢餓に関連した栄養失調、慢性疾患時の栄養失調、急性疾患や損傷における栄養失調などがある。	ADA(アメリカ栄養士会)とASPEN(アメリカ静脈経腸栄養ガイドライン)は、成人の栄養失調[<i>J Parenter Enteral Nutr.</i> 34 156-159(2010)]の類型化・コード化のため、2010年9月、病因ベースの述語体系をNCHS(アメリカ国立保健統計センター)に進言・提出している。今回、小児の栄養失調はADA・ASPEN共同制作の一部に示されていないが、将来は検討される。
		NI-5.3 たんぱく質・エネルギー摂取量不足	食事摂取基準量または生理的必要性に基づく推奨量と比較し、たんぱく質・エネルギーの摂取量が不足である。*“不足”の同意語が有用あるいは必要であれば、“不適切”を使用するのがよいであろう。	栄養素摂取データは、できる限り、総合的な根拠に基づく栄養状態の正しい評価を得るため、食事だけでなく、臨床的情報、生化学的情報、身体計測情報、医療診断、臨床症状、その他の要因を組み合わせるべきである。
		NI-5.4 栄養素必要量の減少	食事摂取基準量または生理的必要性に基づく推奨量と比較し、特定の栄養素の必要摂取量が低下している。	
		NI-5.5 栄養素必要量のインバランス	1つの栄養素の摂取量が、他の栄養素の吸収や体内濃度に影響を与える場合などの栄養素摂取量過多による相互作用がみられる。	

NI-5	脂質と コレステロール	NI-5.6	NI-5.6.1	脂質摂取量不足	食事摂取基準量または生理的必要性に基づく推奨量と比較し、脂質の摂取量が不足である。*“不足”の同意語が有用あるいは必要であれば、“不適切”を使用するのがよいであろう。	パフォーマンス、体重減を目標としている場合は、この栄養診断は適切でない可能性がある。栄養状態を評価する場合は、できる限り、臨床検査、生化学検査、身体計測、医学診断、臨床症状などの根拠に基づいて総合的な判定を行う。	
			NI-5.6.2	脂質摂取量過剰	食事摂取基準量または生理的必要性に基づく推奨量と比較し、脂質の摂取量が過剰である。		
			NI-5.6.3	脂質の不適切な摂取	食事摂取基準量または生理的必要性に基づく推奨量と比較し、誤った種類や質の脂質を摂取している。		
		NI-5.7	たんぱく質	NI-5.7.1	たんぱく質摂取量不足	食事摂取基準量または生理的必要性に基づく推奨量と比較し、たんぱく質の摂取量が不足である。*“不足”の同意語が有用あるいは必要であれば、“不適切”を使用するのがよいであろう。	栄養状態を評価する場合は、できる限り臨床検査、生化学検査、身体計測、医学診断、臨床症状などの根拠に基づいて総合的な判定を行う。
				NI-5.7.2	たんぱく質摂取量過剰	食事摂取基準量または生理的必要性に基づく推奨量と比較し、たんぱく質の摂取量が過剰である。	
				NI-5.7.3	たんぱく質やアミノ酸の不適切な摂取	食事摂取基準量または生理的必要性に基づく推奨量と比較し、特定の種類のたんぱく質やアミノ酸を摂取している。	
		NI-5.8	炭水化物と 食物繊維	NI-5.8.1	炭水化物摂取量不足	食事摂取基準量または生理的必要性に基づく推奨量と比較し、炭水化物の摂取量が不足である。*“不足”の同意語が有用あるいは必要であれば、“不適切”を使用するのがよいであろう。	栄養状態を評価する場合は、できる限り臨床検査、生化学検査、身体計測、医学診断、臨床症状などの根拠に基づいて総合的な判定を行う。
				NI-5.8.2	炭水化物摂取量過剰	食事摂取基準量または生理的必要性に基づく推奨量と比較し、炭水化物の摂取量が過剰である。	
				NI-5.8.3	炭水化物の不適切な摂取	食事摂取基準量または生理的必要性に基づく推奨量と比較し、特定の種類の炭水化物を摂取している*。	*炭水化物の種類には、一般に砂糖、デンプン、繊維質、特殊な炭水化物[例: ショ糖、果糖、乳糖]などがある。穀物中のたんぱく質成分[例: グルテン]へのアレルギーは、“NI-5.7.3 たんぱく質やアミノ酸の不適切な摂取”により記録されるべきである。
	NI-5.8.4			不規則な炭水化物摂取	1日または日々の炭水化物の摂取のタイミングに一貫性がない状態、あるいは生理的・医学的必要性に基づく推奨パターンと一致しない炭水化物の摂取がみられる。		
	NI-5.8.5			食物繊維摂取量不足	食事摂取基準量または生理的必要性に基づく推奨量と比較し、食物繊維の摂取量が不足である。*“不足”の同意語が有用あるいは必要であれば、“不適切”を使用するのがよいであろう。	栄養状態を評価する場合は、できる限り、臨床検査、生化学検査、身体計測、医学診断、臨床症状などの根拠に基づいて総合的な判定を行う。	
	NI-5.8.6			食物繊維摂取量過剰	患者・クライアントの症状に基づく推奨量と比較し、食物繊維の摂取量が過剰である。		
	NI-5.9	ビタミン	NI-5.9.1	(1)ビタミンA摂取量不足	”	栄養状態を評価する場合は、できる限り、臨床検査、生化学検査、身体計測、医学診断、臨床症状などの根拠に基づいて総合的な判定を行う。	
				(2)ビタミンC摂取量不足	”	”	
				(3)ビタミンD摂取量不足	”	”	
				(4)ビタミンE摂取量不足	”	”	
				(5)ビタミンK摂取量不足	”	”	
				(6)チアミン(ビタミンB1)摂取量不足	”	”	
				(7)リボフラビン(ビタミンB2)摂取量不足	”	”	
				(8)ナイアシン摂取量不足	”	”	
				(9)葉酸摂取量不足	”	”	
				(10)ビタミンB6摂取量不足	”	”	
				(11)ビタミンB12摂取量不足	”	”	
				(12)パントテン酸摂取量不足	”	”	
				(13)ビオチン摂取量不足	”	”	
				その他ビタミン摂取量不足	”	”	
			NI-5.9.2	(1)ビタミンA摂取量過剰	”	”	
(2)ビタミンC摂取量過剰				”	”		
(3)ビタミンD摂取量過剰				”	”		
(4)ビタミンE摂取量過剰				”	”		
(5)ビタミンK摂取量過剰				”	”		
(6)チアミン(ビタミンB1)摂取量過剰				”	”		
(7)リボフラビン(ビタミンB2)摂取量過剰				”	”		
(8)ナイアシン摂取量過剰	”	”					
(9)葉酸摂取量過剰	”	”					
(10)ビタミンB6摂取量過剰	”	”					
(11)ビタミンB12摂取量過剰	”	”					
(12)パントテン酸摂取量過剰	”	”					
(13)ビオチン摂取量過剰	”	”					
(14)その他ビタミン摂取量過剰	”	”					

NI-5.10	ミネラル	NI-5.10.1	(1)カルシウム摂取量不足	''	''
			(2)クロール摂取量不足	''	''
			(3)鉄摂取量不足	''	''
			(4)マグネシウム摂取量不足	''	''
			(5)カリウム摂取量不足	''	''
			(6)リン摂取量不足	''	''
			(7)ナトリウム(食塩)摂取量不足	''	''
			(8)亜鉛摂取量不足	''	''
			(9)硫酸塩摂取量不足	''	''
			(10)フッ化物摂取量不足	''	''
			(11)銅摂取量不足	''	''
			(12)ヨウ素摂取量不足	''	''
			(13)セレン摂取量不足	''	''
			(14)マンガン摂取量不足	''	''
			(15)クロム摂取量不足	''	''
			(16)モリブデン摂取量不足	''	''
			(17)ホウ素摂取量不足	''	''
			(18)コバルト酸摂取量不足	''	''
			(19)その他のミネラル摂取量不足	''	''
		NI-5.10.2	(1)カルシウム摂取量過剰	''	''
			(2)クロール摂取量過剰	''	''
			(3)鉄摂取量過剰	''	''
			(4)マグネシウム摂取量過剰	''	''
			(5)カリウム摂取量過剰	''	''
			(6)リン摂取量過剰	''	''
			(7)ナトリウム(食塩)摂取量過剰	''	''
			(8)亜鉛摂取量過剰	''	''
			(9)硫酸塩摂取量過剰	''	''
			(10)フッ化物摂取量過剰	''	''
			(11)銅摂取量過剰	''	''
			(12)ヨウ素摂取量過剰	''	''
			(13)セレン摂取量過剰	''	''
			(14)マンガン摂取量過剰	''	''
			(15)クロム摂取量過剰	''	''
			(16)モリブデン摂取量過剰	''	''
			(17)ホウ素摂取量過剰	''	''
			(18)コバルト酸摂取量過剰	''	''
			(19)その他のミネラル摂取量過剰	''	''
			NI-5.11	すべての栄養素	NI-5.11.1
NI-5.11.2	栄養素摂取量過剰の予測	食事摂取基準量または生理的必要量に基づく推奨量と比較し、観察・経験・科学的理由から今後の摂取量が過剰になると予測される栄養素が1つ以上存在する。			

NC	臨床栄養	NC-1	機能的項目	NC-1.1	嚥下障害	口腔から胃に食物や液体の嚥下困難や嚥下障害がある。	
				NC-1.2	噛み砕き・咀嚼障害	嚥下前の食物や噛み砕きおよび咀嚼する能力の異常がある。	
				NC-1.3	授乳困難	母乳による乳幼児の栄養維持が困難な状況である。	
				NC-1.4	消化機能異常	消化・吸収・排泄などの異常がある。	
		NC-2	生化学的項目	NC-2.1	栄養素代謝異常	栄養素と生物活性物質を代謝する能力の異常がある。	
				NC-2.2	栄養関連の検査値異常	身体組成、薬剤投与、体組織変化や遺伝的特徴に起因する変化、あるいは消化や代謝過程の副産物を除去する能力の異常がある。	
				NC-2.3	食物・薬剤の相互作用	食物と市販薬・処方薬・薬草・植物・栄養補助食品との間で生じる栄養素や薬剤の作用を減弱・増強・変化させる、望まない相互作用や有害な相互作用がある。	
				NC-2.4	食物・薬剤の相互作用の予測	食物と市販薬・処方薬・薬草・植物・栄養補助食品との間で生じる栄養素や薬剤の作用を減弱・増強・変化させる、望まない相互作用や有害な相互作用を有する可能性がある。	食物・薬剤の相互作用が予想されるが、まだ起こっていない場合の栄養診断である。実施者が食物・薬剤の相互作用を避けたい場合に、この栄養診断が適用される。食物・薬剤の相互作用は“NI-2.3 食物・薬剤の相互作用”により記録されるべきである。
		NC-3	体重	NC-3.1	低体重	策定参照基準量や推奨量と比較し、低い体重である。	
				NC-3.2	意図しない体重減少	計画外あるいは意図しない体重減少がみられる。*“意図しない”の同意語が有用あるいは必要であれば、“無意識の”を使用するのがよいであろう。	体重の変化が水分による場合は、この栄養診断は適切でない可能性がある。
				NC-3.3	過体重・肥満	策定参照基準量や推奨量と比較し、脂肪の量が増加した状態である。過体重から肥満症がみられる。	
		NB	行動と生活環境	NB-1	知識と信念	NB-1.1	食物・栄養関連の知識不足
NB-1.2	食物・栄養関連の話題に対する誤った信念(主義)や態度(使用上の注意*)					食物・栄養関連の話題に対する信念(主義)・態度・習慣が、健全な栄養学的理論、栄養管理および疾患・症状(不規則な食生活と摂食障害を除く)と相対する。*“注意: 注意して使用すること。対象者の関心に対して敏感であること。行動変容を起こすための準備や自分自身の価値観との葛藤などの努力(結果を得ることや変化を起こすために必要な努力)と比べて、栄養に関連した行動を変化させることに価値を見出すことができない。”	
NB-1.3	食事・ライフスタイル改善への心理的準備不足					経過などのデータを記録することができない。	
NB-1.4	セルフモニタリングの欠如					健康に悪影響を及ぼす摂食障害や、そこまで深刻でない状態を伴う食物・食事・体重管理に関連した信念・態度・考え・行動から生じる食事パターンである。	食事制限のある場合は、この栄養診断ではなく、“NI-2.9 限られた食物摂取”を適用する。
NB-1.5	不規則な食事パターン(摂食障害: 過食・拒食)					対象者や集団が承諾した介入を行っても栄養に関連した変化が乏しい。	
NB-1.6	栄養関連の提言に対する遵守の限界					食事摂取基準(DRI)、日本人の食事摂取基準、各種ガイドライン、食事バランスガイド、栄養指示量や栄養管理プロセスで示されている目標量とは適合しない食物や飲料の選択をしている。	
NB-1.7	不適切な食物選択					エネルギー消費を減少させ、健康に及ぼす身体活動の不足や座位の習慣。	
NB-2	活動身と体的機能			NB-2.1	身体活動不足	エネルギーの必要量や発育を阻害し、最適な健康を維持するのに必要な量を上回る自発的あるいは無意識の身体活動や運動の存在。	
				NB-2.2	身体活動過多	健康的な食物や栄養に関連した行動をするための手段を実行する意思の欠如、あるいは実行する能力の不足。	
				NB-2.3	セルフケアの管理能力や熱意の不足	食物や飲料の準備を妨げる認知的・身体的障害。	
				NB-2.4	食物や食事を準備する能力の障害	栄養問題や提言に対して、患者・クライアントが生活の質が低下したと感じる。	
				NB-2.5	栄養不良における生活の質(QOL)	食物や飲料を口に持っていきることができない障害。	
				NB-2.6	自発的摂取困難	毒素・有毒産物・病原体・微生物因子・添加物・アレルゲンなどの汚染された食物・水分を意図的または無意識に摂取する。	
NB-3	食の安全と入手	NB-3.1	安全でない食物の摂取	日本人の食事摂取基準、各種ガイドライン、食事バランスガイドに基づいた健康的で十分な量と種類の食物・飲料水を入力する能力の低下。			
		NB-3.2	食物や水の供給の制約	確認された必要量に基づいた栄養関連用品を入力する能力の低下。			
		NB-3.3	栄養関連用品の入手困難				
NO	その他の栄養素	NO-1	その他の栄養	現時点では栄養問題なし	摂取量、臨床または行動と生活環境の問題として分類されない栄養学的所見。		