

中越NSTサマリー 中越NST作成【第2版】

西暦 2018 年 5 月 12 日作成
E 施設リハビリ・栄養士 担当者御中

基本情報	1 患者情報	F 様	西暦 1948 年 1 月 1 日生	要支援	認知症	
	2 診断名	誤嚥性肺炎 (2018 年 1 月 7 日発症)				
	3 既往歴	<input checked="" type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> がん 右脳出血 (2010) <input type="checkbox"/> その他 ()				
	4 合併症	<input checked="" type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> ()				
	5 体格	身長 155 cm 現体重 33 kg (入院時体重 44.6 kg) BMI: 13.7 <input checked="" type="checkbox"/> やせ <input type="checkbox"/> 肥満				
	6 生活範囲	<input type="checkbox"/> 歩行移動 <input type="checkbox"/> 車椅子上 <input checked="" type="checkbox"/> ベッド上				
	7 希望	本人: 食べたい。 家族:				
	8 その他	施設入所中。歩行器使用。食事は常食を自力摂取できていた。				

栄養状態: <input type="checkbox"/> 栄養不良なし <input checked="" type="checkbox"/> 栄養不良あり <input type="checkbox"/> 栄養不良の可能性あり		
栄養	9 栄養管理方法	<input checked="" type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 経口+代替 <input type="checkbox"/> 経口なし <input checked="" type="checkbox"/> 経腸栄養 (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input checked="" type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻) <input type="checkbox"/> 経静脈 (<input type="checkbox"/> TPN <input type="checkbox"/> PPN)
	10 栄養量	制限指示 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> I 補給 - () kcal <input type="checkbox"/> たんぱく質 () g <input type="checkbox"/> 他 () <input checked="" type="checkbox"/> 塩分 (6) g <input type="checkbox"/> 水分 () ml 栄養補給量 I 補給 - (1500) kcal 蛋白質 (60) g 水分 (1500) ml 必要栄養量 I 補給 - (1300) kcal 蛋白質 (50) g 水分 (1500) ml
	11 禁止食品	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> アルギン <input type="checkbox"/> 宗教上 <input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/> 治療 ()

摂食嚥下障害: 無 有 ⇒ [軽度 中等度 重度 最重度]

摂食嚥下	12 学会分類 2013		学会コード べたつきなし 1j 食事形状 ゼリー・ムース(軟) 咀嚼機能 かまなくてよい 0j : べたつき、粒やカスが全くない 1j : べたつきなし、粒やカスも全くない 2-1 : べたつきなし、若干の粒・カスあり 2-2 : やわらかくまとまりやすい 3 : ムース状(やや硬) 4 : スプーン、ハシで切れるやわらかさ、多量の離水がない状態、容易にかめる	*0j, 0t たんぱく質を含まない 0j : べたつき、粒やカスが全くない硬さ、離水に配慮したゼリー 0t : べたつき、粒やカスが全くない
	13 食事内容	主食: <input type="checkbox"/> 粥ゼリー <input type="checkbox"/> ミサー粥 ⇒ 増粘剤 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 他 () 副食: <input checked="" type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> ミサー ⇒ 増粘剤・ゲル化剤 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 軟菜一口大 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 他 ()		
	14 食事環境	場所: <input checked="" type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子 <input type="checkbox"/> 標準車椅子 <input type="checkbox"/> 椅子 <input type="checkbox"/> 端座位 用具: <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> 小スプーン <input type="checkbox"/> 自助具 <input type="checkbox"/> ばね付き箸 <input type="checkbox"/> () スプーン 姿勢: 45度ベッドアップ 食事環境の整備: 注意がそれやすいので、静かな環境で食べるようにして下さい。 その他:		
	15 食事状況	食事介助: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 食事回数: 1 回/日 食事時間: 15 分 吸引: <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 () ムセ: 摂取方法を守らないとムセ(+) <input type="checkbox"/> 腔内残渣: (-) 摂取方法: <input type="checkbox"/> ハ・ソング調節 <input checked="" type="checkbox"/> 複数回嚥下(2回) <input type="checkbox"/> うなづき嚥下 <input type="checkbox"/> 空嚥下 代償方法: <input type="checkbox"/> 一口量の調節 <input type="checkbox"/> 交互嚥下 <input type="checkbox"/> 頸部回旋法(左) <input type="checkbox"/> 一側嚥下()		
	16 水の飲み方	とろみ: <input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 必要 ⇒ (製品: 増粘剤G) を使用し、1.0 g / 100 ml で作成 とろみの強さ(学会分類2013) <input type="checkbox"/> 薄いとりみ <input checked="" type="checkbox"/> 中間のとりみ <input type="checkbox"/> 濃いとりみ		
	17 服薬管理	経路: <input type="checkbox"/> 経口 <input checked="" type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 経口+経管 <input type="checkbox"/> () 方法: <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> ゼリー埋込 <input type="checkbox"/> 食物混入 <input checked="" type="checkbox"/> 簡易懸濁法 <input type="checkbox"/> 他()		

口腔状況: 問題なし 問題あり わからない

口腔状態	18 口腔管理	<input type="checkbox"/> 口臭: <input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 口腔乾燥: <input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 口の中の汚れ: <input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 舌苔: <input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 舌の運動: <input checked="" type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 歯肉の出血: <input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 義歯: <input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> ある (<input checked="" type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 不使用) <input type="checkbox"/> 臼歯の咬合: <input checked="" type="checkbox"/> 両側ある <input type="checkbox"/> 片側ある <input type="checkbox"/> ない ※義歯使用時 B 歯磨き: <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 D 義歯着脱: <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 R うがい: <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 その他: ガーグルベースン使用。
	補足連絡票	<input type="checkbox"/> コメント追記 <input checked="" type="checkbox"/> 言語聴覚士向けサマリー <input type="checkbox"/> 看護及び栄養管理等に関する情報 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士サマリー	

誤嚥のリスクが高い為、胃ろう管理となっています。低栄養な為、積極的な栄養療法を行っています。経腸栄養はOJO(商品名)×3パック+白湯250ml×3。栄養状態が改善された際、経腸栄養の調整をお願いします。仮性球麻痺とサルコペニアがある為、重度の摂食嚥下障害となっています。本人の希望もあり、ゼリーで練習は行っています。詳細は言語聴覚士向けサマリー参照して下さい。

状態は変化する可能性があります。何かご不明な点は下記連絡先までお問い合わせください。よろしくお願ひ申し上げます。
 【病院・施設名】 中越総合病院 【記入担当者名(職種)】 新潟言斗(言語聴覚士) 長岡栄子(管理栄養士)