

栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング（施設）（様式例）

| | | | | | | | | | |
|------------------|--|---|--|---|---|------------------|-----|------|--|
| ふりがな | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 | 年 | 月 | 日 | 生まれ | 歳 | |
| 氏名 | | 要介護度・病名・特記事項等 | | | | 記入者名： | | | |
| | | | | | | 作成年月日： 年 月 日 | | | |
| 身体状況、栄養・食事に関する意向 | | | | | | 家族構成とキーパーソン（支援者） | | 本人 — | |

（以下は、入所（入院）者個々の状態に応じて作成。）

| 実施日 | 年月日（記入者名） （プロセスを記入） ¹⁾ | 年月日（記入者名） （プロセスを記入） ¹⁾ | 年月日（記入者名） （プロセスを記入） ¹⁾ | 年月日（記入者名） （プロセスを記入） ¹⁾ | |
|--|---|--|--|--|--|
| 低栄養状態のリスクレベル | 低・中・高 | 低・中・高 | 低・中・高 | 低・中・高 | |
| 本人の意欲 ²⁾ (健康感、生活機能、身体機能など) | [] () | [] () | [] () | [] () | |
| 低栄養状態のリスク（状況） | 身長(cm) | (cm) | (cm) | (cm) | |
| | 体重(kg) | (kg) | (kg) | (kg) | |
| | BMI(kg/m ²) | (kg/m ²) | (kg/m ²) | (kg/m ²) | |
| | 3%以上の体重減少 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ か月) | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ か月) | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ か月) | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ か月) |
| | 血清アルブミン値(g/dl) | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ((g/dl)) | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ((g/dl)) | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ((g/dl)) | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ((g/dl)) |
| | 褥瘡 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
| | 栄養補給法 | <input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法 | <input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法 | <input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法 | <input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法 |
| | その他 | | | | |
| 食生活状況等 | 栄養摂取量 ・主食の摂取量 ・主菜、副菜の摂取量 ・その他(補助食品など) | % 主食 % 主菜 % 副菜 % () | % 主食 % 主菜 % 副菜 % () | % 主食 % 主菜 % 副菜 % () | % 主食 % 主菜 % 副菜 % () |
| | 必要栄養量(エネルギー・たんぱく質など) | kcal g | kcal g | kcal g | kcal g |
| | 食事時の摂食・嚥下状況(姿勢、食べ方、むせ等) ³⁾ | [] | [] | [] | [] |
| | 嚥下調整食の必要性の有無 ⁴⁾ | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 コード [] とろみ: <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 コード [] とろみ: <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 コード [] とろみ: <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 コード [] とろみ: <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い |
| | その他の食事上の留意事項の有無 (療養食の指示、嗜好、禁忌、アレルギーなど) | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () |
| | 食欲・食事の満足感 ⁵⁾ | [] | [] | [] | [] |
| | 食事に対する意識 ⁵⁾ | [] | [] | [] | [] |
| | その他(食習慣、生活習慣、食行動などの留意事項など) | | | | |
| 多職種による栄養ケアの課題(低栄養関連問題) ⁶⁾ | | | | | |
| ①褥瘡 ②口腔及び摂食・嚥下 ③嘔気・嘔吐 ④下痢 ⑤便秘 ⑥浮腫 ⑦脱水 ⑧感染・発熱 ⑨経腸・静脈栄養 ⑩生活機能低下 ⑪閉じこもり ⑫うつ ⑬認知機能 ⑭医薬品 ⑮その他 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [] | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [] | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [] | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [] | |
| 特記事項 | | | | | |

| | | | | | |
|-------|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 評価・判定 | 問題点 ⁶⁾ ①食事摂取・栄養補給の状況 (補助食品、経腸・静脈栄養など) ②身体機能・臨床症状(体重、 摂食・嚥下機能、検査データなど) ③習慣・周辺環境(食・生活習 慣、意欲、購買など)④その他 | □無 □有 [] | □無 □有 [] | □無 □有 [] | □無 □有 [] |
| | 総合評価 | □改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない | □改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない | □改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない | □改善 □改善傾向 □維持 □改善が認められない |

- 1) 必要に応じて プロセス(スクリーニング、アセスメント、モニタリング)を記入する
 - 2) 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 から[]へ該当数字を記入し、必要な事項があれば記載する。
 - 3) 1 安定した正しい姿勢が自分でとれない 2食事に集中することができない 3食事中に傾眠や意識混濁がある 4歯(義歯)のない状態で食事をしている
5食べ物を口腔内に溜め込む 6固形の食べ物を咀嚼中にむせる 7食後、頬の内側や口腔内に残渣がある 8水分でむせる
9食事中、食後に咳をすることがある 10その他 から[]へ該当数字を記入し(あてはまるものすべて)、必要な事項があれば記載する。
 - 4) 嚥下調整食が必要な場合は、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を記入する。
 - 5) 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 から[]へ該当数字を記入し、必要な事項があれば記載する。
 - 6) 問題があれば、□有 にチェックし、[]へその番号を記入。必要な事項があれば記載する。
- ※ スクリーニングにおいては、把握可能な項目(BMI、体重減少率、血清アルブミン値(検査値がわかる場合に記入)等)により、低栄養状態のリスクを把握する。
- ※ 利用者の状態及び家族等の状況により、確認できない場合は空欄でもかまわない。

<低栄養状態のリスクの判断>

全ての項目が低リスクに該当する場合には、「低リスク」と判断する。高リスクにひとつでも該当する項目があれば「高リスク」と判断する。それ以外の場合は「中リスク」と判断する。

BMI、食事摂取量、栄養補給法については、その程度や個々人の状態等により、低栄養状態のリスクは異なることが考えられるため、対象者個々の程度や状態等に応じて判断し、「高リスク」と判断される場合もある。

| リスク分類 | 低リスク | 中リスク | 高リスク |
|----------|------------------|---|-------------------------------------|
| BMI | 18.5～29.9 | 18.5 未満 | |
| 体重減少率 | 変化なし (減少3%未満) | 1か月に3～5%未満 3か月に3～7.5%未満 6か月に3～10%未満 | 1か月に5%以上 3か月に7.5%以上 6か月に10%以上 |
| 血清アルブミン値 | 3.6g/dl 以上 | 3.0～3.5g/dl | 3.0g/dl 未満 |
| 食事摂取量 | 76～100% | 75%以下 | |
| 栄養補給法 | | 経腸栄養法 静脈栄養法 | |
| 褥瘡 | | | 褥瘡 |

栄養ケア計画書（施設）（様式例）

| | |
|------------------|-------------------------|
| 氏名： 殿 | 入所（院）日： 年 月 日 |
| | 初回作成日： 年 月 日 |
| 作成者： | 作成（変更）日： 年 月 日 |
| 利用者及び家族の意向 | 説明と同意日 年 月 日 |
| 解決すべき課題 （ニーズ） | 低栄養状態のリスク（低・中・高） サイン |
| 長期目標と期間 | 続柄 |

| 短期目標と期間 | 栄養ケアの具体的内容 | 担当者 | 頻度 | 期間 |
|-----------------|------------|-----|----|----|
| ① 栄養補給・食事 | | | | |
| ② 栄養食事相談 | | | | |
| ③ 多職種による課題の解決など | | | | |
| 特記事項 | | | | |

栄養ケア提供経過記録

| 月 日 | サービス提供項目 |
|-----|----------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

経口移行・経口維持計画（様式例）

別紙3

| | | | | |
|--|---|---------------|--|--|
| 氏名 | 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 生年月日 年 月 日 | 経口摂取の状態 <input type="checkbox"/> 歯又は使用中の義歯がある <input type="checkbox"/> 食事の介助が必要である | 算定加算 <input type="checkbox"/> 経口移行加算 <input type="checkbox"/> 経口維持加算(I) <input type="checkbox"/> 経口維持加算(I)及び(II) (協力歯科医療機関名) |
| 検査・嚥下機能検査の実施* <input type="checkbox"/> 水飲みテスト <input type="checkbox"/> 頸部聴診法 <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() | | | 検査実施日* 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 |

※ 経口移行加算を算定する場合は、*の項目の記入は不要です。

1. 経口による継続的な食事の摂取のための支援の観点*

※ 当該の項目に関しては、食事の観察及び会議を月1回実施の上、記入してください。

| | |
|--|--|
| 食事の観察を通して気づいた点 食事の観察の実施日： 年 月 日 食事の観察の参加者： <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士/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 | |
| ① 上半身が左右や前後に傾く傾向があり、座位の保持が困難である | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ② 頸部が後屈しがちである | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ③ 食事を楽しみにしていない | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ④ 食事をしながら、寝てしまう | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑤ 食べ始められない、食べ始めても頻繁に食事を中断してしまう、食事に集中できない | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑥ 食事又はその介助を拒否する | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑦ 食事に時間がかかり、疲労する | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑧ 次から次へと食べ物を口に運ぶ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑨ 口腔内が乾燥している | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑩ 口腔内の衛生状態が悪い | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑪ 噛むことが困難である(歯・義歯の状態又は咀嚼能力等に問題がある) | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑫ 固いものを選び、軟らかいものばかり食べる | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑬ 上下の歯や舌が噛み合っていない | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑭ 口から食物や唾液がこぼれる | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑮ 口腔内に食物残渣が目立つ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑯ 食物をなかなか飲み込まず、嚥下に時間がかかる | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑰ 一口あたり何度も嚥下する | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑱ 頻繁にむせたり、せきこんだりする | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑲ 食事中や食後に濁った声に変わる | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑳ 食事の後半は疲れてしまい、特に良くむせたり、呼吸音が濁ったりする | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ㉑ 観察時から直近2ヶ月程度以内で、食後又は食事中に嘔吐したことがある | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ㉒ 食事の摂取量に問題がある(拒食、過食、偏食など) | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

| 多職種会議における議論の概要 会議実施日： 年 月 日 会議参加者： <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士/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 | | | | | | | | | | | |
|--|--|--------------------|---|--------------|---|------------|---|------------|---|------------------|---|
| 経口による継続的な食事の摂取のための支援の観点 | <table border="1"> <tr> <td>① 食事の形態・とろみ、補助食の活用</td> <td><input type="checkbox"/>現状維持 <input type="checkbox"/>変更</td> </tr> <tr> <td>② 食事の周囲環境</td> <td><input type="checkbox"/>現状維持 <input type="checkbox"/>変更</td> </tr> <tr> <td>③ 食事の介助の方法</td> <td><input type="checkbox"/>現状維持 <input type="checkbox"/>変更</td> </tr> <tr> <td>④ 口腔のケアの方法</td> <td><input type="checkbox"/>現状維持 <input type="checkbox"/>変更</td> </tr> <tr> <td>⑤ 医療又は歯科医療受療の必要性</td> <td><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</td> </tr> </table> | 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"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 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"/> あり <input type="checkbox"/> なし | | | | | | | | | | |
| 算定加算 | <table border="1"> <tr> <th>担当職種</th> <th>担当者氏名</th> <th>気づいた点、アドバイス等</th> </tr> <tr> <td>経口維持加算(I)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>経口維持加算(II)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | 担当職種 | 担当者氏名 | 気づいた点、アドバイス等 | 経口維持加算(I) | | | 経口維持加算(II) | | | |
| 担当職種 | 担当者氏名 | 気づいた点、アドバイス等 | | | | | | | | | |
| 経口維持加算(I) | | | | | | | | | | | |
| 経口維持加算(II) | | | | | | | | | | | |
| 食事形態の種類・とろみの程度 ※日本摂食・嚥下リハビリテーション学会嚥下機能検査分類2013やその他の嚥下機能検査分類等を参照のこと | | | | | | | | | | | |

2. 経口による食事の摂取のための計画

※ 栄養ケア計画や施設サービス計画において記入している項目は、下記の該当項目の記入は不要です。また、初回作成時及び前月から変更がある場合に記載して下さい。

| | | | | | | | |
|------------------|---|--------|--|------------|--|-------------|--|
| 初回作成日 (作成者) | 年 月 日 () | | | | | | |
| 作成(変更)日(作成者) | 年 月 日 () | | | | | | |
| 入所(院)者又は家族の意向 | 同意者のサイン (※初回作成時及び大規模な変更時) | | | | | | |
| | 説明と同意を得た日 (※初回作成時及び大規模な変更時) 年 月 日 | | | | | | |
| 解決すべき課題や目標、目標期間 | | | | | | | |
| 経口による食事の摂取のための対応 | <table border="1"> <tr> <td>経口移行加算</td> <td></td> </tr> <tr> <td>経口維持加算(I)*</td> <td></td> </tr> <tr> <td>経口維持加算(II)*</td> <td></td> </tr> </table> | 経口移行加算 | | 経口維持加算(I)* | | 経口維持加算(II)* | |
| 経口移行加算 | | | | | | | |
| 経口維持加算(I)* | | | | | | | |
| 経口維持加算(II)* | | | | | | | |