

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		□男 □女	□明□大□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)	(cm)	
	体重(kg)	(kg)	(kg)	(kg)	(kg)	
	BMI(kg/m ²)	(kg/m ²)	(kg/m ²)	(kg/m ²)	(kg/m ²)	
	3%以上の体重減少	□無 □有(kg/ か月)	□無 □有(kg/ か月)	□無 □有(kg/ か月)	□無 □有(kg/ か月)	
	血清アルブミン値(g/dl)	□無 □有((g/dl))	□無 □有((g/dl))	□無 □有((g/dl))	□無 □有((g/dl))	
	褥瘡	□無 □有	□無 □有	□無 □有	□無 □有	
	栄養補給法	□経腸栄養法 □静脈栄養法	□経腸栄養法 □静脈栄養法	□経腸栄養法 □静脈栄養法	□経腸栄養法 □静脈栄養法	
	その他					
食生活状況等	栄養補給の状況	食事摂取量 ・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⁾	□無 □有 コード [] とろみ:□薄い □中間 □濃い	□無 □有 コード [] とろみ:□薄い □中間 □濃い	□無 □有 コード [] とろみ:□薄い □中間 □濃い	□無 □有 コード [] とろみ:□薄い □中間 □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)	□無 □有 ()	□無 □有 ()	□無 □有 ()	□無 □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		□無 □有 []	□無 □有 []	□無 □有 []	□無 □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 種の 解決 による 課題					
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 ☐ 男 ☐ 女	生年月日 年 月 日	経口摂取の状態 ☐ 嚥又は使用中の嚥術がある ☐ 食事の介助が必要である	算定加算 ☐ 経口移行加算 ☐ 経口維持加算(Ⅰ) ☐ 経口維持加算(Ⅱ)及び(Ⅲ) 協力歯科医療機関名 ()
摂食・嚥下機能検査の実施* ☐ 水飲みテスト ☐ 頭部診察法 ☐ 嚥下内視鏡検査 ☐ 嚥下造影検査 ☐ 咀嚼能力・機能の検査 ☐ 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) ☐ 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 ☐ 認知機能 ☐ 咀嚼・口腔機能 ☐ 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*

※ 当欄の項目に関しては、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： ☐ 医師 ☐ 歯科医師 ☐ 管理栄養士/栄養士 ☐ 歯科衛生士 ☐ 言語聴覚士 ☐ 作業療法士 ☐ 理学療法士 ☐ 看護職員 ☐ 介護職員 ☐ 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	☐ はい ☐ いいえ		
② 頸部が後屈しがちである	☐ はい ☐ いいえ		
③ 食事を楽しみにしていない	☐ はい ☐ いいえ		
④ 食事をしながら、寝てしまう	☐ はい ☐ いいえ		
⑤ 食べ始められない、食べ始めても頻りに食事を中断してしまう、食事に集中できない	☐ はい ☐ いいえ		
⑥ 食事又はその介助を拒否する	☐ はい ☐ いいえ		
⑦ 食事に時間がかかり、疲労する	☐ はい ☐ いいえ		
⑧ 次から次へと食べ物を口に運ぶ	☐ はい ☐ いいえ		
⑨ 口腔内が乾燥している	☐ はい ☐ いいえ		
⑩ 口腔内の衛生状態が悪い	☐ はい ☐ いいえ		
⑪ 嚥むことが困難である(嚥・嚥術の状態又は咀嚼能力等に問題がある)	☐ はい ☐ いいえ		
⑫ 固いものを避け、軟らかいものばかり食べる	☐ はい ☐ いいえ		
⑬ 上下の奥歯や義歯が噛み合っていない	☐ はい ☐ いいえ		
⑭ 口から食物や唾液がこぼれる	☐ はい ☐ いいえ		
⑮ 口腔内に食物残渣が目立つ	☐ はい ☐ 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	☐ はい ☐ いいえ		
⑰ 一口あたり何度も嚥下する	☐ はい ☐ いいえ		
⑱ 頻りにむせたり、せきこんだりする	☐ はい ☐ いいえ		
⑲ 食事中や食後に濁った声に変わる	☐ はい ☐ 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	☐ はい ☐ 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	☐ はい ☐ いいえ		
㉒ 食事の摂取量に問題がある(拒食、過食、偏食など)	☐ はい ☐ 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： ☐ 医師 ☐ 歯科医師 ☐ 管理栄養士/栄養士 ☐ 歯科衛生士 ☐ 言語聴覚士 ☐ 作業療法士 ☐ 理学療法士 ☐ 看護職員 ☐ 介護職員 ☐ 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	① 食事の形態・とろみ、補助食の活用	☐ 現状維持 ☐ 変更	
	② 食事の周囲環境	☐ 現状維持 ☐ 変更	
	③ 食事の介助の方法	☐ 現状維持 ☐ 変更	
	④ 口腔のケアの方法	☐ 現状維持 ☐ 変更	
	⑤ 医療又は歯科医療受療の必要性	☐ あり ☐ なし	
算定加算	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	経口移行加算		
	経口維持加算(Ⅰ)*		
	経口維持加算(Ⅱ)*		