

栄養ケア・マネジメント

栄養ケア・マネジメント関係書類

帳票名	内 容 等
栄養スクリーニング	入所後遅くとも1週間以内に関連職種と共同して、低栄養状態のリスクを把握する。 低栄養状態のリスクにかかわらず、3か月ごとに実施する。
栄養アセスメント	栄養スクリーニングを踏まえ、入所者ごとに解決すべき課題を把握する。
栄養ケア計画	個別の栄養アセスメントに基づいて、入所者の栄養補給、栄養食事相談、課題解決のための関連職種の分担等について作成する。 入所者又は家族に説明し、同意を得る。変更の際も同意を得ること。 (計画に基づいて、栄養食事相談を実施する。)
栄養ケア提供経過記録	栄養ケア提供の主な経過を記録する。
栄養ケアモニタリング	栄養ケア計画に基づいて、低栄養状態の低リスク者は、3か月ごと、低栄養状態の高リスク者及び栄養補給法の移行の必要性がある者の場合には、2週間ごと等適宜行う。ただし、低栄養状態の低リスク者も含め、体重は1か月ごとに測定する。 (関連職種は、長期目標の達成度、体重等の栄養状態の改善、栄養補給量等の改善事項を含めた、栄養ケア計画の変更の必要性を判断する。)

<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・マネジメント様式例は以下のホームページをご参照ください。

厚生労働省ホームページ

①平成24年度介護報酬改定について 介護報酬改定に関する通知 23. 栄養マネジメント加算及び経口移行加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について

<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/housyu/kaitei.html>

②平成27年度介護報酬改定について 介護報酬改定に関する通知 栄養マネジメント加算及び経口移行加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080101.html>

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

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"/> 明 <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() () ¹⁾	年月日() () ¹⁾	年月日() () 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/ ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ ヶ月)
	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 % ()	%	%
		必要栄養量(エネルギー・たんぱく質など)	kcal g		
食事の留意事項の有無 (療養食の指示、食事形態、嗜好、禁忌、アレルギーなど)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
食事時の摂食・嚥下状況(姿勢、食べ方、むせ等) ³⁾		[]			
食欲・食事の満足感 ⁴⁾ 食事に対する意識 ⁴⁾		[] []			
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) ⁵⁾					
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 []				
特記事項					
評価・判定	問題点 ⁵⁾	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []			
	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				
総合評価	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 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) 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。

5) 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。