

# 介護トータルシステム『寿』

## 栄養ケアマネジメント



## 帳票サンプル



（株）南日本情報処理センター

## ご注意

1. このソフトウェアの著作権は、MIC(株)南日本情報処理センターにあります。
2. このソフトウェア及びマニュアルの一部又は全部を無断で使用・複製することはできません。
3. このソフトウェアの仕様、及びマニュアルに記載されている事柄は、将来予告なしに変更することがあります。

※サンプルアプリケーションで使用している名称は、全て架空のものです。実在する商品名、団体名、個人名とは、一切関係がありません。

## 目 次

### ■栄養ケアマネジメント■

---

栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング（施設）  
栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング（通所・居宅）  
栄養ケア計画書（施設）  
栄養ケア計画書（通所・居宅）  
施設栄養ケア支援経過記録  
居宅栄養ケア支援経過記録  
栄養カンファレンス  
経口移行・経口維持計画

## 栄養ケアマネジメント

# 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）

利用者番号：1036

|              |                      |      |                                                                  |          |                    |                          |                                  |
|--------------|----------------------|------|------------------------------------------------------------------|----------|--------------------|--------------------------|----------------------------------|
| フリガナ         | *カシ ジロ*              | 性別   | <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 生年月日     | 昭和26 年 6 月 13 日生まれ | 年齢                       | 69 歳                             |
| 氏名           | * 石 二 *              | 要介護度 | 要介護3                                                             | 病名・特記事項等 | 心筋梗塞               | 記入者名                     | * 賀 撫 *                          |
| 利用者<br>家族の意向 | 散歩などに一人で行けるようになって欲しい |      |                                                                  |          |                    | 作成年月日                    | 令和03年04月30日                      |
|              |                      |      |                                                                  |          |                    | 家族構成と<br>キーパーソン<br>(支援者) | 本人一<br>夫と二人暮らし<br>長男 東京、長女 福岡に在住 |

（以下は、入所（入院）者個々の状態に応じて作成。）

| 実施日（記入者名）                  |                                                          | 令和03年04月02日（ * 賀 撫 * ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 令和03年04月05日（ * 賀 撫 * ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 令和03年04月30日（ * 賀 撫 * ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | （ ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| プロセス                       |                                                          | スクリーニング                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | アセスメント                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | モニタリング                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 低栄養状態のリスクレベル               |                                                          | <input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 低栄養状態のリスク<br>(状況)          | 身長                                                       | 160 cm                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 160 cm                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 160 cm                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | cm                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                            | 体重 / BMI                                                 | 57.25 kg / 22.4 kg/m <sup>2</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 57.25 kg / 22.4 kg/m <sup>2</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 57.25 kg / 22.4 kg/m <sup>2</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | kg / kg/m <sup>2</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                            | 3%以上の体重減少率 kg/1ヶ月                                        | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/ 1ヶ月)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/ 1ヶ月)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/ 1ヶ月)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/ 1ヶ月)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                            | 3%以上の体重減少率 kg/3ヶ月                                        | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 2 kg/ 3ヶ月)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 2 kg/ 3ヶ月)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 2 kg/ 3ヶ月)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/ 3ヶ月)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                            | 3%以上の体重減少率 kg/6ヶ月                                        | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/ 6ヶ月)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/ 6ヶ月)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/ 6ヶ月)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/ 6ヶ月)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                            | 血清アルブミン値                                                 | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 3.7 g/dl)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 3.7 g/dl)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 3.7 g/dl)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( g/dl)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                            | 褥瘡                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                            | 栄養補給法                                                    | <input type="checkbox"/> 経口のみ <input checked="" type="checkbox"/> 一部経口                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 経口のみ <input checked="" type="checkbox"/> 一部経口                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 経口のみ <input checked="" type="checkbox"/> 一部経口                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                            |                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input checked="" 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                     | 栄養摂取の状況                                                  | 食事摂取量（割合）<br>主食の摂取量（割合）<br>主菜、副菜の摂取量（割合）<br>その他（補助食品など）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 90 %<br>主食 90 %<br>主菜 100 % 副菜 100 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 90 %<br>主食 90 %<br>主菜 100 % 副菜 100 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | %<br>主食 %<br>主菜 % 副菜 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                            | 摂取栄養量：エネルギー・たんぱく質（現体重当たり）                                | 1500 kcal ( 1400 kcal/kg) 50 g ( 57 g/kg)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1500 kcal ( 1400 kcal/kg) 50 g ( 57 g/kg)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1500 kcal ( 1400 kcal/kg) 50 g ( 57 g/kg)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 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）                                | 1500 kcal ( 1500 kcal/kg) 50 g ( 56 g/kg)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1500 kcal ( 1500 kcal/kg) 50 g ( 56 g/kg)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1500 kcal ( 1500 kcal/kg) 50 g ( 56 g/kg)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 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）                                | 1500 kcal ( 1500 kcal/kg) 50 g ( 60 g/kg)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1500 kcal ( 1500 kcal/kg) 50 g ( 60 g/kg)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1500 kcal ( 1500 kcal/kg) 50 g ( 60 g/kg)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | kcal ( kcal/kg) g ( g/kg)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                            | 嚥下調整食の必要性                                                | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                            | 食事の形態（コード）                                               | (コード: 0j )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | (コード: 0j )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | (コード: 0j )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | (コード: )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                            | とろみ                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                            | 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）                 | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有<br>(牛乳アレルギーあり)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有<br>(牛乳アレルギーあり)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有<br>(牛乳アレルギーあり)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有<br>( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                            | 本人の意欲                                                    | [ 4 ] あまりよくない                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | [ 4 ] あまりよくない                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | [ 4 ] あまりよくない                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | [ ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                            | 食欲・食事の満足感                                                | [ 4 ] ややない                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | [ 4 ] ややない                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | [ 4 ] ややない                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | [ ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 多職種による栄養ケアの課題<br>(低栄養関連問題) | 食事に対する意識                                                 | [ 4 ] ややない                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | [ 4 ] ややない                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | [ 4 ] ややない                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | [ ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                            | 口腔関係                                                     | <input type="checkbox"/> 口腔衛生 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 口腔衛生 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 口腔衛生 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 口腔衛生 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                            | 安定した正しい姿勢が自分で取れない                                        | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                            | 食事に集中することができない                                           | <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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                            | 食事中に傾倒や意識混濁がある                                           | <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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                            | 歯（義歯）のない状態で食事をしている                                       | <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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                            | 食べ物を口腔内に溜め込む                                             | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                            | 固形の食べ物を咀嚼やく中にむせる                                         | <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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                            | 食後、頬の内側や口腔内に残渣がある                                        | <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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                            | 水分でむせる                                                   | <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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| その他                        | 食事中、食後に咳をすることがある                                         | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                            | その他・気が付いた点                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                            | 褥瘡・生活機能関係<br>消化器関係<br>水分関係<br>代謝関係<br>心理・精神・認知症関係<br>医薬品 | <input type="checkbox"/> 褥瘡（再掲） <input checked="" type="checkbox"/> 生活機能低下<br><input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input checked="" type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘<br><input type="checkbox"/> 浮腫 <input checked="" type="checkbox"/> 脱水<br><input type="checkbox"/> 感染 <input checked="" type="checkbox"/> 発熱<br><input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> うつ <input checked="" type="checkbox"/> 認知症<br><input checked="" type="checkbox"/> 薬の影響 | <input type="checkbox"/> 褥瘡（再掲） <input checked="" type="checkbox"/> 生活機能低下<br><input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input checked="" type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘<br><input type="checkbox"/> 浮腫 <input checked="" type="checkbox"/> 脱水<br><input type="checkbox"/> 感染 <input checked="" type="checkbox"/> 発熱<br><input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> うつ <input checked="" type="checkbox"/> 認知症<br><input checked="" type="checkbox"/> 薬の影響 | <input type="checkbox"/> 褥瘡（再掲） <input checked="" type="checkbox"/> 生活機能低下<br><input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input checked="" type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘<br><input type="checkbox"/> 浮腫 <input checked="" type="checkbox"/> 脱水<br><input type="checkbox"/> 感染 <input checked="" type="checkbox"/> 発熱<br><input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> うつ <input checked="" type="checkbox"/> 認知症<br><input checked="" type="checkbox"/> 薬の影響 | <input type="checkbox"/> 褥瘡（再掲） <input type="checkbox"/> 生活機能低下<br><input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘<br><input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水<br><input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 発熱<br><input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 認知症<br><input type="checkbox"/> 薬の影響 |
|                            | 特記事項                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                            | 総合評価                                                     | <input type="checkbox"/> 改善 <input checked="" type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持<br><input type="checkbox"/> 改善が認められない                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 改善 <input checked="" type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持<br><input type="checkbox"/> 改善が認められない                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 改善 <input checked="" type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持<br><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<br><input type="checkbox"/> 改善が認められない                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                            | 計画変更                                                     | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 経口維持加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定している場合は必須 | 摂食・嚥下機能検査                                                | ■ 水飲みテスト <input type="checkbox"/> 頭部聴診法<br>■ 嚥下内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 嚥下造影検査<br>■ 咀嚼能力・機能の検査<br>■ 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）<br><input type="checkbox"/> その他（ ）<br>実施日： 令和03年04月02日                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ■ 水飲みテスト <input type="checkbox"/> 頭部聴診法<br>■ 嚥下内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 嚥下造影検査<br>■ 咀嚼能力・機能の検査<br>■ 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）<br><input type="checkbox"/> その他（ ）<br>実施日： 令和03年04月05日                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ■ 水飲みテスト <input type="checkbox"/> 頭部聴診法<br>■ 嚥下内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 嚥下造影検査<br>■ 咀嚼能力・機能の検査<br>■ 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）<br><input type="checkbox"/> その他（ ）<br>実施日： 令和03年04月28日                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ■ 水飲みテスト <input type="checkbox"/> 頭部聴診法<br>■ 嚥下内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 嚥下造影検査<br>■ 咀嚼能力・機能の検査<br>■ 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）<br><input type="checkbox"/> その他（ ）<br>実施日： 令和03年04月28日                                                                                                                                                                                                                |
|                            | 検査結果や観察等を通じて把握した課題の所在                                    | ■ 認知機能 ■ 咀嚼・口腔機能<br><input type="checkbox"/> 嚥下機能                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ■ 認知機能 ■ 咀嚼・口腔機能<br><input type="checkbox"/> 嚥下機能                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ■ 認知機能 ■ 咀嚼・口腔機能<br><input type="checkbox"/> 嚥下機能                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 認知機能 <input type="checkbox"/> 咀嚼・口腔機能<br><input type="checkbox"/> 嚥下機能                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                            | 参加者                                                      | <input type="checkbox"/> 医師 ■ 歯科医師 ■ 管理栄養士<br>■ 栄養士 ■ 歯科衛生士<br><input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士<br>■ 理学療法士 <input type="checkbox"/> 看護職員<br><input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員<br>実施日： 令和03年04月02日                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 ■ 管理栄養士<br>■ 栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士<br><input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士<br>■ 理学療法士 <input type="checkbox"/> 看護職員<br><input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員<br>実施日： 令和03年04月15日                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 医師 ■ 歯科医師 ■ 管理栄養士<br>■ 栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士<br><input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士<br>■ 理学療法士 <input type="checkbox"/> 看護職員<br><input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員<br>実施日： 令和03年04月28日                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士<br>■ 栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士<br><input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士<br>■ 理学療法士 <input type="checkbox"/> 看護職員<br><input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員<br>実施日： 令和03年04月28日                                                                            |
|                            | 参加者                                                      | <input type="checkbox"/> 医師 ■ 歯科医師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士<br>■ 栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士<br><input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士<br>■ 理学療法士 <input type="checkbox"/> 看護職員<br><input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員<br>実施日： 令和03年04月02日                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 医師 ■ 歯科医師 ■ 管理栄養士<br>■ 栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士<br><input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士<br>■ 理学療法士 <input type="checkbox"/> 看護職員<br><input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員<br>実施日： 令和03年04月05日                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 医師 ■ 歯科医師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士<br>■ 栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士<br><input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士<br>■ 理学療法士 <input type="checkbox"/> 看護職員<br><input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員<br>実施日： 令和03年04月28日                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士<br>■ 栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士<br><input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士<br>■ 理学療法士 <input type="checkbox"/> 看護職員<br><input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員<br>実施日： 令和03年04月28日                                                                            |
|                            | ①食事の形態・とろみ、補助食の活用                                        | ■ 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ■ 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ■ 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                            | ②食事の周囲環境                                                 | ■ 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ■ 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ■ 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                            | ③食事の介助の方法                                                | ■ 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 現状維持 <input checked="" type="checkbox"/> 変更                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ■ 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <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 checked="" type="checkbox"/> 変更                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ■ 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 現状維持 <input checked="" type="checkbox"/> 変更                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <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                                          | ■ 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ■ 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ■ 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                            | 特記事項                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

※経口維持加算（Ⅱ）を算定する場合は、医師、歯科医師、歯科衛生士又は言語聴覚士が参加していること

栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング（通所・居宅）

利用者番号：1036

|              |                      |      |                                                                  |                              |                    |                          |                                  |
|--------------|----------------------|------|------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------|--------------------------|----------------------------------|
| フリガナ         | * カシ ジロ *            | 性別   | <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 生年月日                         | 昭和26 年 6 月 13 日生まれ | 年齢                       | 69 歳                             |
| 氏名           | * 石 二 *              | 要介護度 | 要介護3                                                             | 病名・特記事項等                     | 糖尿病                | 記入者名                     | * 玉 あや *                         |
|              |                      |      |                                                                  |                              |                    | 作成年月日                    | 令和03年04月01日                      |
| 利用者<br>家族の意向 | 散歩などに一人で行けるようになって欲しい |      |                                                                  | 食事の準備状況<br>(買い物、食事の支度、地域特性等) | 食事の支度・見守り必須        | 家族構成と<br>キーパーソン<br>(支援者) | 本人ー<br>夫と二人暮らし<br>長男 東京、長女 福岡に在住 |

(以下は、入所（入院）者個々の状態に応じて作成。)

| 実施日(記入者名)                |                                                                                         | 令和03年02月01日 ( * 玉 あや * )                                                                                                               | 令和03年02月25日 ( * 玉 あや * )                                                                           | 令和03年03月01日 ( * 玉 あや * )                                                                                                               | 令和03年04月01日 ( * 玉 あや * )                                                      |  |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--|
| プロセス                     |                                                                                         | アセスメント                                                                                                                                 |                                                                                                    | スクリーニング                                                                                                                                |                                                                               |  |
| 低栄養状態のリスクレベル             |                                                                                         | <input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高                                            |                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高                                            |                                                                               |  |
| 低栄養状態のリスク状況              | 身長                                                                                      | 160 cm                                                                                                                                 |                                                                                                    | 160 cm                                                                                                                                 |                                                                               |  |
|                          | 体重 / BMI                                                                                | 57 kg / 22.3 kg/m <sup>2</sup>                                                                                                         |                                                                                                    | 57.25 kg / 22.4 kg/m <sup>2</sup>                                                                                                      |                                                                               |  |
|                          | 3%以上の体重減少率 kg/1ヶ月                                                                       | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/ 1ヶ月)                                                                       |                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/ 1ヶ月)                                                            |                                                                               |  |
|                          | 3%以上の体重減少率 kg/3ヶ月                                                                       | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/ 3ヶ月)                                                                       |                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 2 kg/ 3ヶ月)                                                                     |                                                                               |  |
|                          | 3%以上の体重減少率 kg/6ヶ月                                                                       | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/ 6ヶ月)                                                                       |                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( kg/ 6ヶ月)                                                            |                                                                               |  |
|                          | 血清アルブミン値                                                                                | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 3.7 g/dl)                                                           |                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 3.7 g/dl)                                                           |                                                                               |  |
|                          | 褥瘡                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有                                                                       |                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有                                                                       |                                                                               |  |
|                          | 栄養補給法                                                                                   | <input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口                                                                            |                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 経口のみ <input checked="" type="checkbox"/> 一部経口                                                                 |                                                                               |  |
|                          |                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法                                                               |                                                                                                    | <input checked="" 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(割合)                                                                               | 90 %                                                                                                                                   |                                                                                                    | 90 %                                                                                                                                   |                                                                               |  |
|                          | 主食の摂取量(割合)                                                                              | 主食 90 %                                                                                                                                |                                                                                                    | 主食 90 %                                                                                                                                |                                                                               |  |
|                          | 主菜、副菜の摂取量(割合)                                                                           | 主菜 100 % 副菜 100 %                                                                                                                      |                                                                                                    | 主菜 100 % 副菜 100 %                                                                                                                      |                                                                               |  |
|                          | 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)                                                                                                                |                                                                                                    | 1500 kcal( 1400 kcal/kg) 50 g( 57 g/kg)                                                                                                |                                                                               |  |
|                          | 提供栄養量：エネルギー・たんぱく質(現体重当たり)                                                               | kcal( kcal/kg) g( g/kg)                                                                                                                |                                                                                                    | 1500 kcal( 1500 kcal/kg) 50 g( 56 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)                                                                                                                |                                                                                                    | 1500 kcal( 1500 kcal/kg) 50 g( 60 g/kg)                                                                                                |                                                                               |  |
|                          | 嚥下調整食の必要性                                                                               | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有                                                                       |                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有                                                                       |                                                                               |  |
|                          | 食事の形態(コード)                                                                              | (コード： 0j )                                                                                                                             |                                                                                                    | (コード： 0j )                                                                                                                             |                                                                               |  |
|                          | とろみ                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い                                         |                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い                                         |                                                                               |  |
| 多職種による栄養ケアの課題(低栄養関連問題)   | 口腔関係                                                                                    | 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)                                                                                               | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( )                               |                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (牛乳アレルギーあり ) |  |
|                          |                                                                                         | 本人の意欲                                                                                                                                  | [ 4 ] あまりよくない                                                                                      |                                                                                                                                        | [ 4 ] あまりよくない                                                                 |  |
|                          |                                                                                         | 食欲・食事の満足感                                                                                                                              | [ 4 ] ややない                                                                                         |                                                                                                                                        | [ 4 ] ややない                                                                    |  |
|                          |                                                                                         | 食事に対する意識                                                                                                                               | [ 4 ] ややない                                                                                         |                                                                                                                                        | [ 4 ] ややない                                                                    |  |
|                          |                                                                                         | 口腔関係                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 口腔衛生 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下                                       |                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 口腔衛生 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下                  |  |
|                          |                                                                                         | 安定した正しい姿勢が自分で取れない                                                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                |                                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/>                                           |  |
|                          |                                                                                         | 食事に集中することができない                                                                                                                         | <input type="checkbox"/>                                                                           |                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/>                                                      |  |
|                          |                                                                                         | 食事中に傾眠や意識混濁がある                                                                                                                         | <input type="checkbox"/>                                                                           |                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/>                                                      |  |
|                          |                                                                                         | 歯(義歯)のない状態で食事をしている                                                                                                                     | <input type="checkbox"/>                                                                           |                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/>                                                      |  |
|                          | その他                                                                                     | 食べ物を口腔内に溜め込む                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                |                                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/>                                           |  |
| 固形の食べ物を咀嚼やく中にむせる         |                                                                                         | <input type="checkbox"/>                                                                                                               |                                                                                                    | <input type="checkbox"/>                                                                                                               |                                                                               |  |
| 食後、頬の内側や口腔内に残渣がある        |                                                                                         | <input type="checkbox"/>                                                                                                               |                                                                                                    | <input type="checkbox"/>                                                                                                               |                                                                               |  |
| 水分でむせる                   |                                                                                         | <input type="checkbox"/>                                                                                                               |                                                                                                    | <input type="checkbox"/>                                                                                                               |                                                                               |  |
| 食事中、食後に咳をすることがある         |                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                    |                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                    |                                                                               |  |
| その他・気が付いた点               |                                                                                         |                                                                                                                                        |                                                                                                    |                                                                                                                                        |                                                                               |  |
| 褥瘡・生活機能関係                |                                                                                         | <input type="checkbox"/> 褥瘡(再掲) <input type="checkbox"/> 生活機能低下                                                                        |                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 褥瘡(再掲) <input checked="" type="checkbox"/> 生活機能低下                                                             |                                                                               |  |
| 消化器官関係                   |                                                                                         | <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘                                                 |                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input checked="" type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘                                      |                                                                               |  |
| 水分関係                     |                                                                                         | <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水                                                                                |                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 浮腫 <input checked="" type="checkbox"/> 脱水                                                                     |                                                                               |  |
| 代謝関係                     | <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 発熱                                 |                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 感染 <input checked="" type="checkbox"/> 発熱                                 |                                                                                                                                        |                                                                               |  |
| 心理・精神・認知症関係              | <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 認知症 |                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> うつ <input checked="" type="checkbox"/> 認知症 |                                                                                                                                        |                                                                               |  |
| 医薬品                      | <input type="checkbox"/> 薬の影響                                                           |                                                                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> 薬の影響                                                           |                                                                                                                                        |                                                                               |  |
| 特記事項                     |                                                                                         |                                                                                                                                        |                                                                                                    |                                                                                                                                        |                                                                               |  |
| 総合評価                     |                                                                                         | <input type="checkbox"/> 改善 <input checked="" type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持<br><input type="checkbox"/> 改善が認められない |                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 改善 <input checked="" type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持<br><input type="checkbox"/> 改善が認められない |                                                                               |  |
| サービス継続の必要性 注)栄養改善加算算定の場合 |                                                                                         | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有                                                                                  |                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有                                                                       |                                                                               |  |

栄養ケア・経口移行・経口維持計画書（施設）

利用者番号：1036

|                  |                                            |                        |
|------------------|--------------------------------------------|------------------------|
| 氏 名： * 石 二 *     |                                            | 入 所（院）日： 令和03年03月01日   |
|                  |                                            | 初 回 作 成 日： 令和02年04月01日 |
| 作成者： * 媛 悟 *     |                                            | 作 成（変更）日： 令和03年04月01日  |
| 利用者及び家族の意向       | 一人暮らしが継続できるようにしたい。                         |                        |
| 説明日              | 令和03年04月01日                                |                        |
| 解決すべき課題<br>（ニーズ） | 低栄養状態のリスク 低 ⊕ 高<br>欠食による体重の減少、独居による生活意欲の低下 |                        |
| 長期目標と期間          | 欠食がなくなり、体重が元に戻る。                           |                        |

| 分類                        | 短期目標と期間                         | 栄養ケアの具体的内容（頻度、期間）                                    | 担当者        |
|---------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------|------------|
| 栄養食事<br>相談                | ①欠食を防ぐ                          | 朝食は無洗米1合を炊く。<br>配食は週2回→4回に増やす。                       | * 賀 撫<br>* |
| 栄養補給<br>・ 食事              | ② 1 日の摂取エ<br>ネルギー・タンパ<br>ク質を増やす | 朝食に卵1個を食べる。<br>10時に間食を食べる。<br>通所での食事は、主食を大盛りにする。     | * 賀 撫<br>* |
| 栄養食事<br>相談                | ③体重回復に役<br>立つ食品を選べ<br>るようにする    | グループでのレクリエーションにおやつ作りを取り入れ、楽しく体重<br>回復できる食品の知識を身に付ける。 | * 賀 撫<br>* |
| 多職種に<br>よる課題<br>の解決な<br>ど | ④通所利用時、<br>栄養状態を把握<br>する        | 通所リハで毎月定期的に体重を計る。<br>月1回、在宅での食事摂取状況を確認する。<br>通       | * 賀 撫<br>* |
| 特記事項                      |                                 | ヘルパーに体重回復に役立つ食品の選び方の資料を渡す。                           |            |

\* ①栄養補給・食事、②栄養食事相談、③経口移行の支援、④経口維持の支援、⑤多職種による課題の解決など

算定加算： ■ 栄養マネジメント強化加算    □ 経口移行加算    □ 経口維持加算（ □ I □ II ）    □ 療養食加算

# 栄養ケア計画書（通所・居宅）

利用者番号：1036

|                  |                                                                                                   |                       |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| 氏 名： * 石 二 *     |                                                                                                   | 初 回 作 成 日：令和02年04月01日 |
| 殿                |                                                                                                   | 作 成（変更）日：令和03年04月01日  |
|                  |                                                                                                   | 作成者： * 媛 悟 *          |
| 医師の指示            | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり   （要点）   指示日（ 令和03年03月25日 ）    |                       |
| 利用者及び家族の意向       | 一人暮らしが継続できるようにしたい。                                                                                | 説明日<br>令和03年04月01日    |
| 解決すべき課題<br>（ニーズ） | 低栄養状態のリスク                      低 <input checked="" type="checkbox"/> 高<br>欠食による体重の減少、独居による生活意欲の低下 |                       |
| 長期目標と期間          | 欠食がなくなり、体重が元に戻る。                                                                                  |                       |

| 分類   | 短期目標と期間                 | 栄養ケアの具体的内容（頻度、期間）                                | 担当者        |
|------|-------------------------|--------------------------------------------------|------------|
|      | ①欠食を防ぐ                  | 朝食は無洗米1合を炊く。<br>配食は週2回→4回に増やす。                   | * 賀 撫<br>* |
|      | ② 1 日の摂取エネルギー・タンパク質を増やす | 朝食に卵1個を食べる。<br>10時に間食を食べる。<br>通所での食事は、主食を大盛りにする。 | * 賀 撫<br>* |
|      | ③体重回復に役立つ食品を選ぶようにする     | グループでのレクリエーションにおやつ作りを取り入れ、楽しく体重回復できる食品の知識を身に付ける。 | * 賀 撫<br>* |
|      | ④通所利用時、栄養状態を把握する        | 通所リハで毎月定期的に体重を計る。<br>月1回、在宅での食事摂取状況を確認する。<br>通   | * 賀 撫<br>* |
| 特記事項 |                         | ヘルパーに体重回復に役立つ食品の選び方の資料を渡す。                       |            |

\* 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

## 施設栄養ケア支援経過記録

利用者番号：1036

氏名： \* 石 二 \*

殿

昭和26年6月13日 男

期間： 令和3年4月1日 ~ 令和3年4月30日

| 記録日       | 時刻    | 種別 | 内容                                                                                 | 記録者      |
|-----------|-------|----|------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| R03/04/03 | 10:00 |    | 水分をなかなか摂取してくれないが、入れ物を変えたりして少しは飲んでもらえるように。<br>今後はゼリーの提供なども考えていく。                    | * 玉 あや * |
| R03/04/07 | 13:00 |    | 発熱のため粥に変更。<br>水分摂取が難しいがポカリなどで対応。<br>食事があまり進まないの、ヨーグルト、ゼリーなどで対応。                    | * 玉 あや * |
| R03/04/15 | 16:00 |    | 発熱して、体調が悪かったため、体重減少がかなり多い。<br>計画変更し、要注意。<br>栄養状態リスクは高リスクに。<br>食事意欲の低下・水分量の不足に特に注意。 | * 玉 あや * |

## 居宅栄養ケア支援経過記録

利用者番号：1036

氏名： \* 石 二 \*

殿

昭和26年6月13日 男

期間： 令和3年4月1日 ~ 令和3年4月30日

| 記録日       | 時刻    | 種別 | 内容                                                                                 | 記録者      |
|-----------|-------|----|------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| R03/04/03 | 10:00 |    | 水分をなかなか摂取してくれないが、入れ物を変えたりして少しは飲んでもらえるように。<br>今後はゼリーの提供なども考えていく。                    | * 玉 あや * |
| R03/04/07 | 13:00 |    | 発熱のため粥に変更。<br>水分摂取が難しいがポカリなどで対応。<br>食事があまり進まないのので、ヨーグルト、ゼリーなどで対応。                  | * 玉 あや * |
| R03/04/15 | 16:00 |    | 発熱して、体調が悪かったため、体重減少がかなり多い。<br>計画変更し、要注意。<br>栄養状態リスクは高リスクに。<br>食事意欲の低下・水分量の不足に特に注意。 | * 玉 あや * |

# カンファレンス記録書

利用者名    \* 石   二 \*        殿

開催日    令和03年04月01日        開催時間    10:00 ~ 10:30        開催回数        2 回

| 会議出席者  | 所属（職種）                                                  | 氏名        | 所属（職種）      | 氏名        |
|--------|---------------------------------------------------------|-----------|-------------|-----------|
|        | 介護老人保健施設 ●苑                                             | * 知   小 * | 介護老人保健施設 ●苑 | * 賀   桐 * |
|        | 介護支援専門員                                                 |           | 看護師         |           |
|        | 介護老人保健施設 ●苑                                             | * 取   史 * | 介護老人保健施設 ●苑 | * 賀   撫 * |
|        | 介護福祉士                                                   |           | 管理栄養士       |           |
|        |                                                         |           |             |           |
|        |                                                         |           |             |           |
|        |                                                         |           |             |           |
| 検討した項目 | 1. 低栄養状態改善のため、栄養量のアップとそれに伴う経腸栄養剤の変更<br>2. 経口食への可能性      |           |             |           |
| 検討した内容 | 1. 本人と家族の希望<br>2. 必要栄養量と充足率の確認<br>3. 経腸栄養剤の変更に伴う注意      |           |             |           |
| 結論     | 1. 摂取栄養量が必要栄養量に満たないため、まず栄養量 900kcal から 1200kcal へアップする。 |           |             |           |
| 残された課題 |                                                         |           |             |           |

作成担当者氏名    \* 玉   あや \*

経口移行・経口維持計画

|                                                                                                        |             |                    |                                          |                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 氏名<br><br>* 石 二 *                                                                                      | 性別<br>■男 □女 | 生年月日<br>昭和26年6月13日 | 経口摂取の状態<br>■歯又は使用中の義歯がある<br>■食事の介助が必要である | 算定加算<br>□経口移行加算<br>□経口維持加算 (Ⅰ) 及び (Ⅱ)<br>■経口維持加算 (Ⅰ) 及び (Ⅱ)<br>協力歯科医療機関名<br>(南●●クリニック ) |
| 摂食・嚥下機能検査の実施*<br>■水飲みテスト □頸部聴診法 ■嚥下内視鏡検査 □嚥下造影検査 ■咀嚼能力・機能の検査<br>□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*<br>令和3年4月1日                       | 検査結果や観察等を通して把握した課題の所在<br>□認知機能 ■咀嚼・口腔機能<br>■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<br>食事の観察の実施日：令和2年4月1日<br>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<br>□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、食べ始めても頻繁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 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)                                                                                        | ■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咬み合っていない                                                                                                        | ■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 食事中や食後に濁った声になる                                                                                                           | □はい ■いいえ           |           |                        |
| ⑱ 一口あたり何度も嚥下する                                                                                                             | □はい ■いいえ           |           |                        |
| ⑲ 頻繁にむせたり、せきこんだりする                                                                                                         | □はい ■いいえ           |           |                        |
| ⑳ 食事中や食後に濁った声に変わる                                                                                                          | □はい □いいえ           |           |                        |
| ㉑ 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           |           |                        |
| ㉒ 観察時から直近1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           |           |                        |
| ㉓ 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<br>会議実施日：令和3年4月1日<br>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)                                                                                                                 | 介護福祉士              | 鳥取 史郎     | 義歯の不具合の訴えあり。歯科受診の必要あり。 |
|                                                                                                                            |                    |           |                        |
|                                                                                                                            |                    |           |                        |
| 経口維持加算 (Ⅱ)                                                                                                                 | 歯科衛生士              | 宮城 九朗     | 食事の後半に頸部の後屈傾向あり。       |
| 食事形態の種類・とろみの程度<br>※日本摂食・嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類<br>2013やその他嚥下調整食分類等を参照のこと                                                     | 嚥下調整食              |           |                        |

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)                   | 令和2年4月1日 (* 玉 あや *)         |                                                                   |
| 作成 (変更) 日 (作成者)               | ( )                         |                                                                   |
| 入所 (院) 者又は家族の意向<br>経口摂取の維持を希望 | 同意者のサイン<br>(※初回作成時及び大幅な変更時) | 説明と同意を得た日<br>(※初回作成時及び大幅な変更時)<br>令和2年4月2日                         |
| 解決すべき課題や目標、<br>目標期間           | ①食事時の姿勢の安定<br>②口腔内の衛生管理     |                                                                   |
| 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)*                 | 食事の後半など、疲労による頸部の後屈傾向があるので姿勢保持を見守る。<br>姿勢保持が難しい場合は、クッションで補助し安定を図る。 |
|                               | 経口維持加算 (Ⅱ)*                 | 1日3回の口腔ケアを確実に実施する。<br>口腔乾燥が見られるので、保湿剤を使用し湿潤状態を保持する。               |

介護トータルシステム『寿』  
栄養ケアマネジメント 帳票サンプル

発行 令和 3年 7月