

別紙7

○ 栄養マネジメント加算及び経口移行加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について（平成17年9月7日 老老発第0907002号 厚生労働省老健局老人保健課長通知）

改正前	改正後
<p>1 栄養ケア・マネジメントの実務等について</p> <p>(1) 栄養ケア・マネジメントの体制</p> <p>ア (略)</p> <p>イ 施設長は、医師、管理栄養士、看護師及び介護支援専門員その他の職種が共同して栄養ケア・マネジメントを行う体制を整備する。</p> <p>ウ～オ (略)</p> <p>(2) 栄養ケア・マネジメントの実務</p> <p>ア (略)</p> <p>イ 栄養アセスメントの実施 管理栄養士は、栄養スクリーニングを踏まえ、入所（院）者毎に解決すべき課題を把握する(以下「栄養アセスメント」という。)。栄養アセスメントの実施にあたっては、別紙2の様式例を参照の上、作成する。<u>この際、栄養スクリーニングに基づき低リスク者と判断された場合は、別紙2中の（Ⅰ）のみに、中リスク又は、高リスク者と判断された場合は、別紙2中の（Ⅰ）及び（Ⅱ）に必要事項を記入する。</u></p> <p>ウ 栄養ケア計画の作成</p> <p>① 管理栄養士は、上記の栄養アセスメントに基づいて、入所（院）者の i) 栄養補給（補給方法、エネルギー・たんぱく質・水分の補給量、療養食の適用、食事の形態等食事の提供に関する事項等）、ii) 栄養食事相談、iii) 課題解決のための関連職種の分担等について、関連職種と共同して、栄養ケア計画を作成する。なお、指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第39号）第12条若しくは第49条若しくは第61条において準用する第12条、介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）第14条若しくは第50条若しくは第62条において準用する第14条又は指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第41号）第15条若しくは第50条若しくは第62条において準用する</p>	<p>1 栄養ケア・マネジメントの実務等について</p> <p>(1) 栄養ケア・マネジメントの体制</p> <p>ア (略)</p> <p>イ 施設長は、医師、管理栄養士、<u>歯科医師</u>、看護師及び介護支援専門員その他の職種が共同して栄養ケア・マネジメントを行う体制を整備すること。</p> <p>ウ～オ (略)</p> <p>(2) 栄養ケア・マネジメントの実務</p> <p>ア (略)</p> <p>イ 栄養アセスメントの実施 管理栄養士は、栄養スクリーニングを踏まえ、入所（院）者毎に解決すべき課題を把握する(以下「栄養アセスメント」という。)。栄養アセスメントの実施にあたっては、別紙2の様式例を参照の上、作成する。</p> <p>ウ 栄養ケア計画の作成</p> <p>① 管理栄養士は、上記の栄養アセスメントに基づいて、入所（院）者の i) 栄養補給（補給方法、エネルギー・たんぱく質・水分の補給量、療養食の適用、食事の形態等食事の提供に関する事項等）、ii) 栄養食事相談、iii) 課題解決のための関連職種の分担等について、関連職種と共同して、<u>別紙3の様式例を参照の上</u>、栄養ケア計画を作成する。なお、指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第39号）第12条若しくは第49条若しくは第61条において準用する第12条、介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）第14条若しくは第50条若しくは第62条において準用する第14条又は指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第41号）第15条若しくは第50条若しくは第62条において準用する第15条において作成することとされて</p>

<p>第 15 条において作成することとされている各計画の中に、栄養ケア計画に相当する内容をそれぞれ記載する場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができるものとする。</p> <p>②・③ (略)</p> <p>エ～ケ (略)</p> <p>2 (略)</p>	<p>いる各計画の中に、栄養ケア計画に相当する内容をそれぞれ記載する場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができるものとする。</p> <p>②・③ (略)</p> <p>エ～ケ (略)</p> <p>2 (略)</p>
--	--

栄養スクリーニング（施設）（様式例）

別紙 1

記入者氏名 _____ 作成年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名	(ふりがな)	要介護度	
		男 ・ 女	特記事項：
明・大・昭 年 月 日 (才)			

低栄養状態のリスクのレベル

実施日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
リスク	低・中・高	低・中・高	低・中・高	低・中・高	低・中・高
身長 (cm)	cm	cm	cm	cm	cm
体重 (kg)	kg	kg	kg	kg	kg
BMI (kg/ m ²)	()	()	()	()	()
体重減少率	か月に % (減・増)	か月に % (減・増)	か月に % (減・増)	か月に % (減・増)	か月に % (減・増)
血清アルブミン値 ※ (検査日)	g/dl (/)	g/dl (/)	g/dl (/)	g/dl (/)	g/dl (/)
食事摂取量	全体 % 主食 % 副食 % (内容:)	全体 % 主食 % 副食 % (内容:)	全体 % 主食 % 副食 % (内容:)	全体 % 主食 % 副食 % (内容:)	全体 % 主食 % 副食 % (内容:)
栄養補給法	リスク 低・中・高 <input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法	リスク 低・中・高 <input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法	リスク 低・中・高 <input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法	リスク 低・中・高 <input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法	リスク 低・中・高 <input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法
褥瘡	リスク 高 □なし □あり	リスク 高 □なし □あり	リスク 高 □なし □あり	リスク 高 □なし □あり	リスク 高 □なし □あり

※検査値がわかる場合に記入

<低栄養状態のリスクの判断>

上記の全ての項目が低リスクに該当する場合には、「低リスク」と判断する。高リスクにひとつでも該当する項目があれば「高リスク」と判断する。それ以外の場合は「中リスク」と判断する。
 BMI、食事摂取量、栄養補給法については、その程度や個人の状態等により、低栄養状態のリスクは異なることが考えられるため、入所(入院)者個々の状態等に応じて判断し、「高リスク」と判断される場合もある。

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

栄養アセスメント・モニタリング（施設）（様式例）

利用者名	記入者	
身体状況、栄養・食事に關する意向	家族構成と キーパーソン	本人 ー

(以下は、入所（入院）者個々の状態に応じて作成。)

実施日	年月日（記入者名）	年月日（記入者名）	年月日（記入者名）
本人の意欲 ¹⁾ (健康感、生活機能、身体機能など)	[] ()	[] ()	[] ()
体重 (kg)	(kg)	(kg)	(kg)
BMI (kg/ m ²)	(kg/ m ²)	(kg/ m ²)	(kg/ m ²)
3%以上の体重減少	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ ヲ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ ヲ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ ヲ月)
血清アルブミン値 (g/dl)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (g/dl)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (g/dl)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (g/dl)
その他			
食欲・食事の満足感 ²⁾	[]	[]	[]
食事摂取量 ・主食の摂取量 ・副食の摂取量 ・その他（補助食品、経腸・静脈栄養など）	% % %	% % %	% % %
必要栄養量（エネルギー・たんぱく質など）	kcal g	kcal g	kcal g
食事の留意事項の有無 (療養食の指示、食事形態、嗜好、禁忌、アレルギーなど)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
その他（食習慣、生活習慣、食行動などの留意事項など）			

食生活状況等

多職種による栄養ケアの課題（低栄養関連問題）³⁾

① 嚥瘡 ② 口腔及び摂食・嚥下 ③ 嘔気・嘔吐 ④ 下痢 ⑤ 便秘 ⑥ 浮腫 ⑦ 脱水 ⑧ 感染・発熱 ⑨ 経腸・静脈栄養 ⑩ 生活機能の低下 ⑪ 閉じこもり ⑫ うつ ⑬ 認知機能 ⑭ 医薬品 ⑮ その他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 []
特記事項				
問題点 ³⁾ ① 食事摂取・栄養補給の状況 (補助食品、経腸・静脈栄養など) ② 身体機能・臨床症状(体重、摂食・嚥下機能、検査データなど) ③ 習慣・周辺環境(食・生活習慣、意欲、購買など) ④ その他	<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 []
総合評価	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない

1) 1よい 2まあよい 3ふつう 4あまりよくない 5よくない から[]へ該当数字を記入し、必要な事項があれば記載する。

2) 1大いにある 2ややある 3ふつう 4ややない 5全くない から[]へ該当数字を記入し、必要な事項があれば記載する。

3) 問題があれば、有 にチェックし、[]へその番号を記入。必要な事項があれば記載する。

※ 利用者の状態及び家族等の状況により、確認できない場合は空欄でもかまわない。

氏名：	殿			入所(院)日：	年	月	日
作成者：				初回作成日：	年	月	日
利用者及び家族 の意向				作成(変更)日：	年	月	日
解決すべき課題 (ニーズ)	低栄養状態のリスク (低 ・ 中 ・ 高)			説明と同意日	年	月	日
長期目標と期間				サイン			
短期目標と期間	栄養ケア(①栄養補給、②栄養食事相談、③多職種による栄養ケアなど)			担当者	続柄		
特記事項							

栄養ケア提供経過記録

月日	サービス提供項目