

別紙 8

○ 居宅サービスにおける栄養ケア・マネジメント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18年3月31日老老発第 0331009 号 厚生労働省老健局老人保健課長通知）（抄）

改 正 前	改 正 後
<p>1. 通所サービスにおける栄養ケア・マネジメントの実務等について</p> <p>(1) 通所サービスにおける栄養ケア・マネジメントの提供体制</p> <p>ア (略)</p> <p>イ 事業所は、主治医、管理栄養士、看護師及び居宅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～エ (略)</p> <p>オ 栄養ケアの実施</p> <p>①～⑤ (略)</p> <p>⑥ 管理栄養士は、栄養ケア提供の主な経過を記録する。記録内容、栄養補給（食事等）の状況や内容の変更、栄養食事相談の実施内容、課題解決に向けた関連職種のケアの状況等について記録する。なお、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第91条、第105条若しくは第119条において準用する第19条又は指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第107条若しくは第123条において準用する第19条に規定するサービスの提供の記録において管理栄養士が栄養ケア提供の経過を記録する場合にあっては、当該記録とは別に<u>栄養マネジメント加算又は栄養改善加算の算定のために栄養ケア提供の経過を記録する必要はないものとする。</u></p> <p>カ～ケ (略)</p> <p>2 管理栄養士の居宅療養管理指導の実務について</p> <p>管理栄養士の居宅療養管理指導にかかる栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画、モニタリング、評価等については、別紙1～3の様式例を準用する。</p>	<p>1 通所サービスにおける栄養ケア・マネジメントの実務等について</p> <p>(1) 通所サービスにおける栄養ケア・マネジメントの提供体制</p> <p>ア (略)</p> <p>イ 事業所は、主治医、管理栄養士、<u>歯科医師</u>、看護師及び居宅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～エ (略)</p> <p>オ 栄養ケアの実施</p> <p>①～⑤ (略)</p> <p>⑥ 管理栄養士は、栄養ケア提供の主な経過を記録する。記録内容、栄養補給（食事等）の状況や内容の変更、栄養食事相談の実施内容、課題解決に向けた関連職種のケアの状況等について記録する。なお、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第91条、第105条若しくは第119条において準用する第19条又は指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第107条若しくは第123条において準用する第19条に規定するサービスの提供の記録において管理栄養士が栄養ケア提供の経過を記録する場合にあっては、当該記録とは別に<u>栄養改善加算の算定のために栄養ケア提供の経過を記録する必要はないものとする。</u></p> <p>カ～ケ (略)</p> <p>2 管理栄養士の居宅療養管理指導の実務について</p> <p>管理栄養士の居宅療養管理指導にかかる栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画、モニタリング、評価等については、別紙1～3の様式例を準用する。<u>ただし、当該指導に必要とされる事項が記載できるものであれば、別の様式を利用して差し支えない。</u></p>

栄養スクリーニング（通所・居宅）（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：
氏名	明・大・昭 年 月 日 (才)		

低栄養状態のリスクのレベル

	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
実施日	低・中・高	低・中・高	低・中・高	低・中・高	低・中・高
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)	()	()	()	()	()
リスク	低・中・高	低・中・高	低・中・高	低・中・高	低・中・高
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)
リスク	低・中・高	低・中・高	低・中・高	低・中・高	低・中・高
血清アルブミン値	g/dl (/)	g/dl (/)	g/dl (/)	g/dl (/)	g/dl (/)
※ (検査日)	リスク 低・中・高	リスク 低・中・高	リスク 低・中・高	リスク 低・中・高	リスク 低・中・高
食事摂取量	全体 %	全体 %	全体 %	全体 %	全体 %
	主食 %	主食 %	主食 %	主食 %	主食 %
	副食 %	副食 %	副食 %	副食 %	副食 %
	(内容:)	(内容:)	(内容:)	(内容:)	(内容:)
リスク	低・中・高	低・中・高	低・中・高	低・中・高	低・中・高
栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法
	<input type="checkbox"/> 静脈栄養法	<input type="checkbox"/> 静脈栄養法	<input type="checkbox"/> 静脈栄養法	<input type="checkbox"/> 静脈栄養法	<input type="checkbox"/> 静脈栄養法
リスク	中・高	中・高	中・高	中・高	中・高
褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	リスク 高	リスク 高	リスク 高	リスク 高	リスク 高

※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、対象者個々の程度や状態等に応じて判断し、「高リスク」と判断される場合もある。

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

栄養アセスメント・モニタリング（通所・居宅）（様式例）

利用者名	記入者
身体状況、栄養・食事に関する意向	家族構成とキーパーソン
	本人 —

(以下は、利用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)	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)	(kg)
BMI (kg/ m ²)	(kg/ m ²)	(kg/ m ²)	(kg/ m ²)	(kg/ m ²)
3%以上の体重減少	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (kg/ ヶ月)
血清アルブミン値 (g/dl)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (g/dl)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (g/dl)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (g/dl)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (g/dl)
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	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 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
食事に対する意識 ²⁾	[]	[]	[]	[]
他のサービスの使用の有無など (訪問介護、配食など)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
その他 (食習慣、生活習慣、食行動などの留意事項など)				

多職種による栄養ケアの課題 (低栄養関連問題)³⁾

①褥瘡 ②口腔及び摂食・嚥下 ③嘔気・嘔吐 ④下痢 ⑤便秘 ⑥浮腫 ⑦脱水 ⑧感染・発熱 ⑨経腸・静脈栄養 ⑩生活機能低下 ⑪閉じこもり ⑫うつ ⑬認知機能 ⑭医薬品 ⑯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
サービスの継続の必要性	□無 (終了) □有 (継続)			

- 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。

