**（表－７）**

**栄養アセスメント・モニタリング　（通所・居宅）　（様式例）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | □男　□女 | □明□大□昭 | 年 | 月 | 日生まれ | 　　　　歳 |
| 氏名 |  | 要介護度・病名・特記事項等　　　　　　　　　 |  | 記入者名　： |
| 作成年月日：　　年　　月　　日 |
| 身体状況、栄養・食事に関する意向 |  | 食事の準備状況 | 買い物：食事の支度：地域特性： | 家族構成とキーパーソン（支援者） | 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）　（プロセスを記入）１） | 年　月　日（記入者名）（プロセスを記入）１） | 年　月　日（記入者名）（プロセスを記入）１） | 年　月　日（記入者名）（プロセスを記入）１） |
| 低栄養状態のリスクレベル | 低・中・高 | 低・中・高 | 低・中・高 | 低・中・高 |
| 本人の意欲２）（健康感、生活機能、身体機能など） | [　　　]（　　　　　　　　　　） | [　　　]（　　　　　　　　　　） | [　　　]（　　　　　　　　　　） | [　　　]（　　　　　　　　　　） |
| 低栄養状態のリスク（状況） | 身　　長（cm） | （cm） | （cm） | （cm） | （cm） |
| 体　　重（kg） | （kg） | （kg） | （kg） | （kg） |
| BMI（kg/ m2） | （kg/ m2） | （kg/ m2） |  （kg/ m2） |  （kg/ m2） |
| 3％以上の体重減少 | □無 □有（　　kg/ ヶ月） | □無 □有（　　kg/ ヶ月） | □無 □有（　　kg/ ヶ月） | □無 □有（　　kg/ ヶ月） |
| 血清アルブミン値（g/dl） | □無 □有（　　　（g/dl）） | □無 □有（　　　（g/dl）） | □無 □有（　　　（g/dl）） | □無 □有（　　　（g/dl）） |
| 褥瘡 | □無　□有 | □無　□有 | □無　□有 | □無　□有 |
| 栄養補給法 | □経腸栄養法 □静脈栄養法 | □経腸栄養法 □静脈栄養法 | □経腸栄養法 □静脈栄養法 | □経腸栄養法 □静脈栄養法 |
| その他 |  |  |  |  |
| 食生活状況等 | 栄養補給の状況 | 食事摂取量・主食の摂取量・主菜、副菜の摂取量・その他（補助食品など） | ％主食　　　％主菜　 　％ 副菜　　　％（　　　　　　　　　　　）  | ％主食　　　％主菜　 　％ 副菜　　　％（　　　　　　　　　　　） | ％主食　　　％主菜　 　％ 副菜　　　％（　　　　　　　　　　　） | ％主食　　　％主菜　 　％ 副菜　　　％（　　　　　　　　　　　） |
| 必要栄養量（エネルギー・たんぱく質など） |  kcal 　　　　ｇ | kcal 　　　　ｇ | kcal 　　　　ｇ | kcal 　　　　ｇ |
| 食事の留意事項の有無（療養食の指示、食事形態、嗜好、禁忌、アレルギーなど） | □無　□有（　　　　　　　　　　） | □無　□有（　　　　　　　　　　） | □無　□有（　　　　　　　　　　） | □無　□有（　　　　　　　　　　） |
| 食事時の摂食・嚥下状況（姿勢、食べ方、むせ等）３） | [　　　] | [　　　] | [　　　] | [　　　] |
| 食欲・食事の満足感４）食事に対する意識４） | [　　　][　　　] | [　　　][　　　] | [　　　][　　　] | [　　　][　　　] |
| 他のサービスの使用の有無など（訪問介護、配食など） | □無 □有（　　　　　　　　　　） | □無 □有（　　　　　　　　　　） | □無 □有（　　　　　　　　　　） | □無 □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）５）　 |  |
| ①褥瘡　②口腔及び摂食・嚥下　③嘔気・嘔吐　④下痢　⑤便秘　⑥浮腫　⑦脱水　⑧感染・発熱　⑨経腸・静脈栄養　⑩生活機能低下　⑪閉じこもり　⑫うつ　⑬認知機能　⑭医薬品　⑮その他 | □無　□有　[　　　　　] | □無　□有　[　　　　] | □無　□有　[　　　] | □無　□有　[　　　] |
| 特記事項 |  |  |  |  |
| 評価・判定 | 問題点５）①食事摂取･栄養補給の状況（補助食品、経腸･静脈栄養など）②身体機能･臨床症状(体重、摂食･嚥下機能、検査データなど)③習慣・周辺環境（食・生活習慣、意欲、購買など）④その他 | □無　□有　[　　　　　] | □無　□有　[　　　　　] | □無　□有　[　　　　　] | □無　□有　[　　　　　] |
| 総合評価 | □ 改善　□ 改善傾向　□ 維持　□ 改善が認められない | □ 改善　□ 改善傾向　□ 維持　□ 改善が認められない | □ 改善　□ 改善傾向　□ 維持　□ 改善が認められない | □ 改善　□ 改善傾向　□ 維持　□ 改善が認められない |
| サービス継続の必要性 | □無（終了）　　　　　　　　　　　　　□有（継続） |

１）　必要に応じて プロセス（スクリーニング、アセスメント、モニタリング）を記入する

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

３） 1安定した正しい姿勢が自分でとれない　２食事に集中することができない　３食事中に傾眠や意識混濁がある　４歯（義歯）のない状態で食事をしている

　　 ５食べ物を口腔内に溜め込む　６固形の食べ物を咀しゃく中にむせる　７食後、頬の内側や口腔内に残渣がある　８水分でむせる

　　 ９食事中、食後に咳をすることがある　１０その他　　から[　 ]へ該当数字を記入し（あてはまるものすべて）、必要な事項があれば記載する。

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

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

※　　スクリーニングにおいては、把握可能な項目（BMI、体重減少率、血清アルブミン値（検査値がわかる場合に記入）等）により、低栄養状態のリスクを把握する。

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

＜低栄養状態のリスクの判断＞

全ての項目が低リスクに該当する場合には、「低リスク」と判断する。高リスクにひとつでも該当する項目があれば「高リスク」と判断する。それ以外の場合は「中リスク」と判断する。

BMI、食事摂取量、栄養補給法については、その程度や個々人の状態等により、低栄養状態のリスクは異なることが考えられるため、対象者個々の程度や状態等に応じて判断し、「高リスク」と判断される場合もある。

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