

第2章

栄養ケア・マネジメントの手順 利用者への配慮事項

介護報酬における口腔・栄養関連加算の推移(施設サービス)

年	内容
平成17 (10月)	<p>基本食事サービス費(廃止)、栄養管理体制加算・栄養マネジメント加算等(新設) 食費が保険給付の対象外となったことに伴い、基本食事サービス費を廃止し、個々の入所者の栄養状態や健康状態に応じた栄養管理を評価</p> <p>基本食事サービス費 → 栄養管理体制加算(管理栄養士配置 12単位/日、栄養士配置 10単位/日)、 (2,120円/日) 栄養マネジメント加算 12単位/日、経口移行加算 28単位/日、療養食加算 23単位/日</p>
平成18	<p>経口移行加算(見直し)、経口維持加算(新設) 経口移行加算を見直し、経口で食事が摂取できるものの摂食機能障害を有し、誤嚥が認められる入所者に対し、多職種協働により経口維持計画を作成し、特別な管理を行う場合に評価</p> <p>→ 経口移行加算 経管栄養の者を対象 28単位/日 → 経口維持加算の新設 経口維持加算Ⅰ：著しい誤嚥が認められる者を対象 28単位/日 経口維持加算Ⅱ：誤嚥が認められる者を対象 5単位/日</p>
平成21	<p>栄養管理体制加算(廃止)、栄養マネジメント加算(見直し) 栄養管理体制加算の算定実績を踏まえ、基本的サービス費に包括した評価に見直すとともに、栄養マネジメント加算については、栄養マネジメントの適切な実施を担保する観点から評価を見直し 12単位/日 → 14単位/日</p> <p>口腔機能維持管理加算(新設) 入所者に対して計画的な口腔ケア・マネジメントを行うことができるよう、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が日常的な口腔清掃等のケアに係る技術的指導・助言を行う場合に評価 30単位/月</p>
平成24	<p>経口移行加算・経口維持加算(見直し) 経口維持・経口移行の取組を推進し、栄養ケア・マネジメントの充実を図る観点から、歯科医師、言語聴覚士との連携を強化するよう、算定基準を見直し</p> <p>口腔機能維持管理体制加算(見直し) ※従来の口腔機能維持管理加算から名称変更 口腔機能維持管理加算(新設) 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔機能維持管理体制加算を算定している入所者に対して、口腔ケアを月4回以上実施した場合に評価 110単位/月</p>
平成27	<p>経口維持加算(見直し) 従前のスクリーning手法別の評価区分を廃止し、多職種による食事の観察(ミールラウンド)やカンファレンス等の取組のプロセス及び咀嚼能力等の口腔機能を踏まえた経口維持のための支援を評価 経口維持加算(Ⅰ) 28単位/日] → 経口維持加算(Ⅰ) 400単位/月 経口維持加算(Ⅱ) 5単位/日] 経口維持加算(Ⅱ) 100単位/月(新設)</p> <p>経口移行加算(見直し) 経管栄養により栄養を摂取している入所者が経口移行するための取組として、従前の栄養管理に加え、経口移行計画に基づき、摂食・嚥下機能面に関する支援を併せて実施(単位数は改定後も同様)</p> <p>口腔機能維持管理体制加算→口腔衛生管理体制加算に名称変更 口腔機能維持管理加算→口腔衛生管理加算に名称変更 入所者の適切な口腔衛生管理の普及を推進するため名称変更</p> <p>療養食加算(見直し) 摂食・嚥下機能面の取組を充実させるため、経口移行加算又は経口維持加算の算定対象を拡大するとともに、評価を見直し 23単位/日 → 18単位/日</p>
平成30	<p>口腔衛生管理加算(見直し) ①歯科衛生士が行う口腔ケアの実施回数は、現行の月4回以上を月2回以上に見直し ②歯科衛生士が、入所者に係る口腔ケアについて介護職員へ具体的な技術的助言及び指導を行い、入所者の口腔に関する相談等に必要に応じ対応することを新たな要件として追加 110単位/月 → 90単位/月</p> <p>低栄養リスク改善加算(新設) 低栄養リスクの高い入所者に対して、多職種が協働して低栄養状態を改善するための計画を作成し、定期的に食事の観察を行い、入所者の栄養状態、嗜好等を踏まえた栄養・食事調整等を行った場合に評価 300単位/月</p> <p>栄養マネジメント加算の要件緩和 常勤の管理栄養士1名以上の配置要件について、同一敷地内の他の介護保険施設と兼務の場合にも算定可</p> <p>再入所時栄養連携加算(新設) 入所者が医療機関に入院し、施設入所時とは大きく異なる栄養管理が必要となった場合に、介護保険施設の管理栄養士が医療機関の管理栄養士と連携し、再入所後の栄養管理に関する調整を行った場合に評価 400単位/回 ※1回限り</p> <p>療養食加算(見直し) 1日単位で評価を行っている取扱いを改め、1日3食を限度とし、1食を1回として評価 18単位/日 → 6単位/回</p>

介護報酬における口腔・栄養関連加算の推移(居宅サービス)

年	内容
平成18	<p>栄養マネジメント加算 (新設) 低栄養状態にある者又はそのおそれのある利用者に対し、管理栄養士が看護職員、介護職員等と共同して栄養ケア計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合に評価 100単位/回 ※月2回まで</p> <p>口腔機能向上加算 (新設) 口腔機能が低下している者又はそのおそれのある利用者に対し、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が介護職員等と共同して口腔機能改善管理指導計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合に評価 100単位/回 ※月2回まで</p>
平成21	<p>口腔機能向上加算 (見直し) サービス提供にかかる労力等を適切に評価する等の観点から、評価を見直し 100単位/回 → 150単位/回 ※月2回まで</p> <p>栄養改善加算 (見直し) ※栄養マネジメント加算から名称変更 サービス提供にかかる労力等を適切に評価する等の観点から、評価を見直し 100単位/回 → 150単位/回 ※月2回まで</p>
平成30	<p>口腔衛生管理体制加算 (新設) 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士による介護職員に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導を評価した口腔衛生管理体制加算について、現行の施設サービスに加え、居住系サービスも対象拡大 30単位/月</p> <p>栄養改善加算の要件緩和 管理栄養士1名以上の配置要件について、外部(他の介護事業所、医療機関、栄養ケア・ステーション)の管理栄養士の実施でも算定可</p> <p>栄養スクリーニング加算 (新設) 管理栄養士以外の介護職員等でも実施可能な栄養スクリーニングを行い、介護支援専門員に栄養状態に係る情報を文書で共有した場合に評価 [対象：通所介護、地域密着型通所介護、療養通所介護、認知症対応型通所介護、通所リハビリテーション、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護] 5単位/回 ※6月に1回を限度</p>

2005年に栄養ケア・マネジメントが始まって15年後の2021年は2005年に次ぐ大きな栄養関係加算の改定になりました

栄養ケア・マネジメントは書類を作ることが目的ではありません
 利用者の栄養状態の改善や
 食べたい希望を叶えるためのツールだと理解して
 手順や業務を見直しましょう

目次

I. 栄養ケア・マネジメントの手順

II. 身体計測

III. 利用者への配慮事項

Ⅰ 栄養ケア・マネジメントの手順

栄養ケア・マネジメントとは

- 個々人に最適な栄養ケアを行い、その実務遂行上の機能や方法、手順を効率的に行うためのシステム

出典：厚生省老人保健事業推進等補助金研究「高齢者の栄養管理サービスに関する研究」（松田・小山・杉山他，1996-1999）（下表参照）

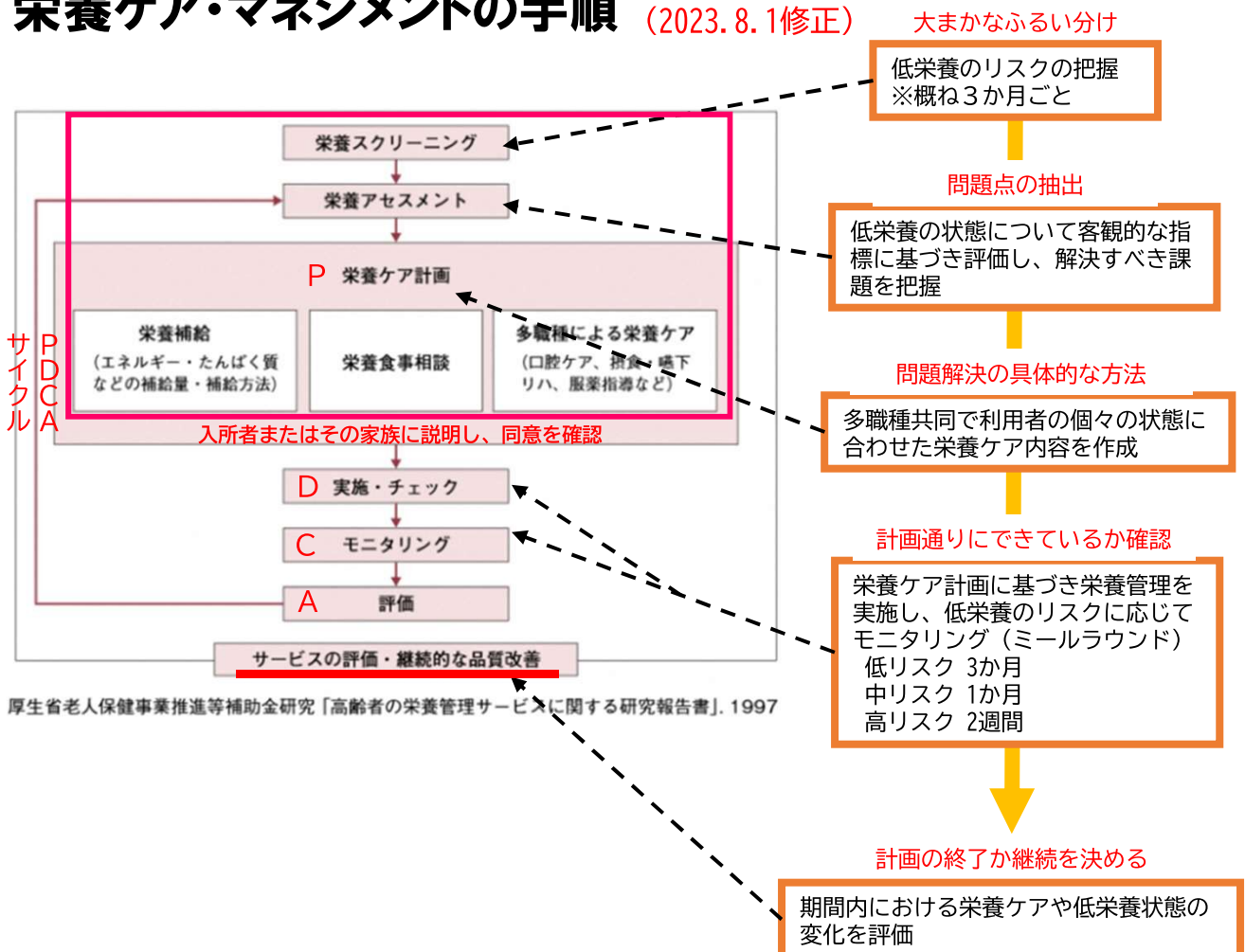
- 栄養状態改善のためのPDCAサイクル

→サービスの評価・継続的な品質改善

→高齢者・障害者のサルコペニア、フレイル予防に向けた栄養状態の改善とQOLの向上に重要

出典：健康と医療福祉のための栄養学 身体のしくみと栄養素の働きを理解する（医歯薬出版株式会社）

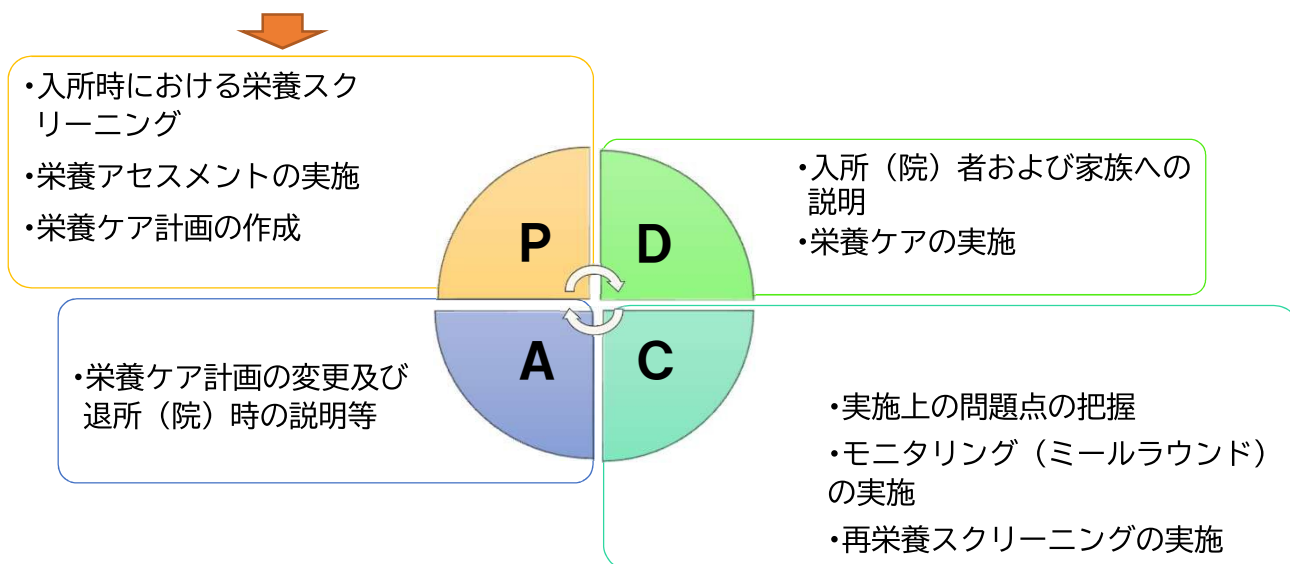
栄養ケア・マネジメントの手順 (2023. 8. 1修正)



栄養ケア・マネジメントのPDCAサイクル

食事摂取状況のアセスメント

- ・利用者に対して**最初に実施**
- ・エネルギーやその他栄養素の摂取量が適切かどうか評価



栄養ケア・マネジメントで記載する内容 (2023. 8. 1修正)

項目	内容
スクリーニング	身長、体重、体重減少率（1か月、3か月、6か月）、血清Alb値、褥瘡、栄養補給法
アセスメント	食事摂取量（主食、主菜・副菜、その他）、栄養量（摂取量、提供量、必要量）、嚥下調整食の必要性、食事形態コード、とろみ、食事の留意事項（療養食の指示、食事形態、し好、薬剤影響食品、アレルギー等）、本人の意欲、食欲・食事に対する満足感、食事に対する意識
栄養ケア計画	栄養補給量（エネルギー、たんぱく質）・補給方法、栄養食事相談、多職種による栄養ケア（口腔ケア、摂食・嚥下リハ、服薬指導など）
モニタリング	口腔関係 生活機能低下、嘔気・嘔吐、下痢、便秘、浮腫、脱水、感染、発熱、閉じこもり、うつ、認知症、薬の影響、褥瘡（再掲）

※血清Alb値(g/dl)の検査データが確認できた月のみ参照する

理由)血清アルブミンの半減期が2～3週間のため また、体調により見かけの数値が異なる

高値：脱水

低値：浮腫、感染症等で炎症マーカーが高値、腎疾患・肝疾患がある場合

→多職種による栄養ケアの課題(低栄養関連問題)として把握しておく

出典:高齢者の慢性期ケアにおける栄養管理の実務 栄養ケア・マネジメントの実務の手引き 第3版 (日本健康・栄養システム学会) 一部改編

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

【施設および通所・居宅】様式改定部分の対応

項目	前回	今回	変更点
体重減少率	3%以上の体重減少	3%以上の体重減少 1か月・3か月・6か月 →体重変化が長期的なものか短期的なものかを把握する	期間ごとに明記
栄養量	必要栄養量 ・エネルギー・たんぱく質 →1日当たり量	摂取栄養量・提供栄養量・必要栄養量 ・エネルギー・たんぱく質 →1日当たり量・体重あたり量	<ul style="list-style-type: none"> 医療に合わせた表現の統一 体重あたり量を併記
(施設版のみ) 経口移行・ 経口維持計画	別紙	スクリーニング・アセスメント・ モニタリング内	様式の統合

※前回までの様式を利用している場合は、赤字の部分を追加し、記載に必要な事項(各職種の意見、**家族の同意**)は用紙ごとに記載しておく必要があります

※施設で様式を作成する場合、示されている内容を全て網羅してください
(厚生労働省・日本栄養士会確認済)

項目	10月 10日(記入者)	10月 10日(記入者)	10月 10日(記入者)	10月 10日(記入者)
本人の意見*	□	□	□	□
家族の同意*	□	□	□	□
医師の同意*	□	□	□	□
看護師の同意*	□	□	□	□
栄養士の同意*	□	□	□	□
介護士の同意*	□	□	□	□
その他*	□	□	□	□
経口移行計画	□	□	□	□
経口維持計画	□	□	□	□



項目	10月 10日	10月 10日	10月 10日	10月 10日
本人の意見*	□	□	□	□
家族の同意*	□	□	□	□
医師の同意*	□	□	□	□
看護師の同意*	□	□	□	□
栄養士の同意*	□	□	□	□
介護士の同意*	□	□	□	□
その他*	□	□	□	□
経口移行計画	□	□	□	□
経口維持計画	□	□	□	□
スクリーニング結果	□	□	□	□
アセスメント結果	□	□	□	□
モニタリング結果	□	□	□	□
栄養ケア計画	□	□	□	□
経口移行計画	□	□	□	□
経口維持計画	□	□	□	□



LIFEへ提出する内容と同じ

※通所・居宅の栄養アセスメント加算の様式は、多職種による栄養ケアの課題(低栄養関連問題)が含まれていない(その他の項目は同じ)

※栄養アセスメント加算
スクリーニング及びアセスメントを実施 モニタリング・栄養ケア計画の作成は求められていない

<栄養量の表記方法>

1日当たり量、体重当たり量で表記

→「日本人の食事摂取基準2020」、各種疾病のガイドラインともこの表記が一般的

<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、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 (成人のみ)	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

◎体重減少率 ※体重が増加した場合はマイナスで表示

$$\frac{(1\text{か月}(3\text{か月}\cdot 6\text{か月})\text{前の体重}-\text{現在の体重})}{1\text{か月}(3\text{か月}\cdot 6\text{か月})\text{前の体重}} \times 100 (\%)$$

※参考 体重変化率 (障害者施設の栄養ケア・マネジメント)

$$\frac{(\text{現在の体重}-1\text{か月}(3\text{か月}\cdot 6\text{か月})\text{前の体重})}{\text{現在の体重}} \times 100 (\%)$$

必要栄養量の計算方法

利用者の体調を確認しながら適宜選択して計算する

1. 標準体重 (BMI22) を計算する
2. エネルギー、たんぱく質、(脂質)、水分補給量を算定する

【エネルギー】 ※①のaf、sf、②のエネルギー量はp12参照

- ① 基礎代謝量(BMR:kcal/日) × 活動係数(af) × ストレス係数(sf)

基礎代謝量の計算方法

- a. Harris-Benedictの式から計算 ※過大評価になる傾向あり

<男性>	$66.47 + 13.75 \times \text{体重(kg)} + 5.0 \times \text{身長(cm)} - 6.76 \times \text{年齢}$
<女性>	$655.1 + 9.56 \times \text{体重(kg)} + 1.85 \times \text{身長(cm)} - 4.68 \times \text{年齢}$

- b. 国立健康・栄養研究所の式から計算 ※日本人向けに検討されたもの 対象：20～74歳

<男性>	$(0.0481 \times \text{体重(kg)} + 0.0234 \times \text{身長(cm)} - 0.0138 \times \text{年齢} - 0.4235) \times 1000 / 4.186$
<女性>	$(0.0481 \times \text{体重(kg)} + 0.0234 \times \text{身長(cm)} - 0.0138 \times \text{年齢} - 0.9708) \times 1000 / 4.184$

※その他の計算式は、「日本人の食事摂取基準2020」p72を参照してください

- ② 基礎代謝基準値(kcal/kg体重/日) × 目標体重(kg) × 身体活動レベル
※食事摂取基準では「参照体重(kg)」

※基礎代謝基準値 (kcal/kg体重/日)

年齢(歳)	男性	女性
50～64	21.8	20.7
65～74	21.6	20.7
75以上	21.5	20.7

※やせの人は過少に
肥満の人は過大に出る傾向

±100kcal程度の幅は許容できる

目標体重 … 標準体重、現体重等、利用者の体調に合ったものを使用

★①・②のデータは最新の「日本人の食事摂取基準」を確認する

- ③ 通常体重 (6か月間ほど体重減の少ない状態の体重) × 20～35kcal

注意！

推定エネルギー必要量

性、年齢、身長、体重、身体活動レベル の関数



推定エネルギー必要量 ÷ 基礎代謝量



性、年齢、身長、体重 の関数

◎推定エネルギー必要量は、2段階「推定」値を用いて計算することで推定誤差が大きくなる恐れがあり、他の係数を使用すれば更に誤差は大きくなる

→推定精度に注意

数値の設定・表示

◎前ページ①～③のいずれかの方法で計算したものの中で一番至適な数値を設定する

◎数値は10の位で四捨五入し、丸めて表示する 例) 800kcal 1300kcal

【たんぱく質】

① 標準体重×1.0～2.0

② 推定平均必要量(EAR)・推奨量(RDA)・目標量(DG)上限 から検討

・ 推定平均必要量 = $\frac{\text{窒素平衡維持量(g/kg体重/日)}}{\text{基準体重}}$
※高齢者 0.82 g/kg体重/日

・ 推奨量 = 推定平均必要量×1.25

・ 目標量上限 = 25%エネルギー未満

※基準体重…利用者個々によって設定（標準体重、現体重、目標体重等）

注意！

◆ エネルギー産生栄養素バランスを確認しておく

$\text{たんぱく質量(g)} \times 4(\text{kcal}) / \text{総エネルギー量(kcal)} \times 100$

◆ やせがみられる場合、体重でたんぱく質必要量を計算すると過少になる
健全な場合、給与目標量は50g程度以上 実質的には60～85g程度

数値の設定・表示

◎前ページの「注意！」事項に配慮し、①～②のいずれかの方法で計算したものの中で一番至適な数値を設定する

◎数値は1の位で四捨五入し、「0か5」に丸めて表示する

例) 30g 55g

【脂 質】

%エネルギー 15以上25未満 ※成人よりも幅が広い

注意！

- ◆ エネルギー産生栄養素バランスを確認しておく
$$\text{たんぱく質量(g)} \times 9(\text{kcal}) / \text{総エネルギー量(kcal)} \times 100$$
- ◆ 食事摂取基準では、飽和脂肪酸の目標量の上限である7%エネルギーを超えないと期待される脂質摂取量の上限を30%エネルギーとしている
→飽和脂肪酸を先に検討

数値の設定・表示

◎%エネルギーを考慮した数値を設定する

◎数値は1の位で四捨五入し、「0か5」に丸めて表示する

例) 30g 55g

【水分量】

- ① 25～40ml/日 × 現体重
- ② 1ml×摂取エネルギー量(kcal)
- ③ 尿排泄量(ml/日)+500ml

※食事が十分摂取できている場合には、食事に含まれる水分を約1Lとし残りを飲料水とする

注意！

- ◆ 水分量にはエビデンスが存在しない

数値の設定・表示

◎数値は10の位で四捨五入し、「0か5」に丸めて表示する

例) 150ml/回 1200ml/日

<必要栄養量の計算方法 資料>

※年齢階層別身体活動レベル

年齢(歳)	I 低い	II 普通	III 高い
1~2		1.35	
3~5		1.45	
6~7	1.35	1.55	1.75
8~9	1.40	1.60	1.80
10~11	1.45	1.65	1.85
12~14	1.5	1.70	1.90
15~17	1.55	1.75	1.95
18~29	1.50	1.75	2.00
30~49	1.50	1.75	2.00
50~64	1.50	1.75	2.00
65~74	1.45	1.70	
75歳以上	1.40	1.65	

※ストレス係数(sf)

外傷	1.35
重症敗血症	1.6
褥瘡	1.4~1.6
癌	1.1~1.3
乳房切除	1.2
胃亜全摘	1.4
胃全摘	1.6
膵頭・十二指腸・肝切除	1.8
腎不全	1.2
飢餓・低栄養	0.7
長管骨骨折	1.15~1.3
腹膜炎・敗血症	1.1~1.3
重症感染症・多発性外傷	1.2~1.4
多臓器不全症候群	1.2~1.4
発熱 (37℃で1.2、1℃上昇ごとに0.2増加)	1.2~1.8
熱傷	1.2~2.0
何もない場合	1

※身体活動レベルにおける活動内容

I 低い	II 普通	III 高い
生活の大部分が座位で、静的な活動が中心	座位中心の生活だが、職場内での移動や立位での作業・接客等、通勤・買い物でも歩行、家事、軽いスポーツのいずれかを含む場合	異動や立位の多い仕事への従事者、あるいは、スポーツ等余暇における顔オアツナ運動習慣を持っている場合

以上 出典：日本人の食事摂取基準2020

※②で計算する場合

糖尿病有病者（～74歳）	20～25kcal
低栄養状態のリスクが低リスク	30kcal
低栄養状態のリスクが中・高リスク	35kcal

※施設入所者における 身体活動レベル(af)の目安

経管栄養	1
ベッド上安静(食事喫食)	1.2
ベッド外活動	1.3
ベッド外活動(リハビリり施行)	1.4
不明な場合	1.3

摂取栄養量の計算方法

1. 1日の合計栄養量しかわからない場合

- ① 主食の提供量別にエネルギー、たんぱく質、食塩量を計算しておく
- ② 合計栄養量から①を引いて副食の栄養量を計算する
- ③ 主食・副食別に摂取量(%)をかけて算出 ← 主食・副食別に栄養量がわかる場合も同じ

2. 間食、栄養補助食品・濃厚流動食(経管(腸)栄養剤)の計算方法

※ 上記③で計算後、下記の分類に沿って摂取量を計算

間食・栄養補助食品：副食の摂取量に追加

濃厚流動食(経管(腸)栄養剤)：胃瘻や経鼻経路で投与している場合→主食の摂取量に追加
栄養補助食品として提供している場合→副食の摂取量に追加

- ◆ 必要に応じて、帳票フォーマット内の「摂取栄養量算出シートフォーマット(excel)※数式入り」を活用してください

アセスメント・モニタリングで考慮すること

摂取栄養量

- ・ 今回の様式は計算値を表記するようになっている
→家族等から問い合わせがあれば答えられるようにしておく
- ・ 提供栄養量と必要栄養量に400kcal以上の乖離がある場合、摂取栄養量と必要栄養量も乖離している可能性が高い
→適切な摂取栄養量かどうかはモニタリングで確認を
食べられる量か、体重管理に適しているか(維持・増加・減量)、栄養ケア計画に合致しているか

し好の把握

- ・ **利用者のし好、食の意向に応えられると、施設生活のQOLが向上する**
- ・ 上記を把握すると、食事摂取量が回復して栄養状態が改善する事例がみられた
- ・ 高齢者は10日の臥床生活で筋肉が10%低下し、生活環境が20日を超えるとADLや認知機能が低下する傾向がみられるとの報告がある

介護・医療連携を考慮した栄養ケア・マネジメント

嚥下食コードの記載

- ・ 他施設・医療機関への栄養情報提供に活用
- ・ 各施設・各医療機関とも食事形態と名称が異なるため、嚥下食コードの申し送りは不可欠
※嚥下調整食分類2021は今までより細かく規定されている(39ページ参照)

栄養ケア計画⇔栄養情報提供書、NST報告書の相互活用

- ・ 退院時に医療機関から届いた書類に食事内容について記載があれば、内容を確認してスクリーニングやアセスメント、栄養ケア計画の内容に反映を
- ・ 経管栄養や嚥下調整食に食事形態が変更になった場合、医療機関とICTを利用した打ち合わせにより再入所時栄養連携加算が算定可能

新規入所者のアセスメント

挨拶

① 膝をつく

- ・ 目線を入所者より下げて会話する
- ・ 握手をして握力を確認し、食具の把持が可能か確認
- ・ 指先や手首に拘縮や変形がないか確認

② 背中に手を置く

- ・ 肩甲骨周りの筋肉、皮下脂肪を確認

③ 入所による疲れを慰労する

- ・ 疲れはないか尋ねる
- ・ 飲み物の希望を尋ねる
 - ⇒ 温かい飲料と冷たい飲料ではどちらが好みか確認するとともに、会話が成立するか、発語、声量はどうか確認

ひと息入れる

① 希望があれば飲み物を準備する

- ・ 飲み物を希望された場合、コップや湯のみが持てるか、液体でむせはないか、好みの飲み物や温度がアセスメント通りか確認
- ・ 追加で加えるものがないか、し好と併せて確認
 - ⇒ 例) コーヒーを選択した場合、砂糖とミルクは必要か
- ・ 会話をしながら湿性嚔声がないか確認

休息を促す

① 排泄を確認する

- ・ 尿意があるか確認
- ・ 自力でトイレに行けるか確認
- ・ つかまり立ちが可能か、体の回転が可能か、立ち上がり動作が可能か確認
- ・ 腰回りと臀部の皮膚状態を確認

② ベッドに移乗を勧め、靴の脱着を促す

- ・ 移乗の様子から上下肢の動き、筋力を確認
- ・ 移乗に必要な介助量を確認
- ・ 靴は自分で脱着可能か確認
- ・ 足背、足首に浮腫がないか確認
- ・ 横になったところでふくらはぎの筋肉を確認する

どのような動作が自立しているか、介助が必要かまとめておく

栄養ケア・マネジメントに関連する主な課題分析項目

No	標準項目名	項目の主な内容(例)
10	健康状態	利用者の健康状態(既往歴、主傷病、症状、痛み等)について記載する項目
11	ADL	ADL (寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等)に関する項目
13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目
16	排尿・排便	失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法、頻度などに関する項目
17	褥瘡・皮膚の問題	褥瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
18	口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
19	食事摂取	食事摂取(栄養、食事回数、水分量等)に関する項目
20	問題行動	問題行動(行動・心理症状) 問題行動(暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等)に関する項目



アセスメント・モニタリングシート内に網羅されている

食生活状況等	栄養補給の状態	食事摂取量(割合)
		主食の摂取量(割合)
		主菜、副菜の摂取量(割合)
		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)	
	提供栄養量: エネルギー・たんぱく質(現体重当たり)	
	必要栄養量: エネルギー・たんぱく質(現体重当たり)	
	嚥下調整食の必要性	
	食事の形態(コード)	
	とろみ	
多職種による栄養ケアの課題(低栄養関連問題)	口腔関係	口腔関係
		安定した正しい姿勢が自分で取れない
		食事に集中することができない
		食事中に傾眠や意識混濁がある
		歯(義歯)のない状態で食事をしている
		食べ物を口腔内に溜め込む
		固形の食べ物を咀嚼中にむせる
		食後、頬の内側や口腔内に残渣がある
		水分でむせる
		食事中、食後に咳をすることがある
その他・気が付いた点		
その他	褥瘡・生活機能関係	褥瘡(再掲) 生活機能低下
	消化器関係	嘔気・嘔吐 下痢 便秘
	水分関係	浮腫 脱水
	代謝関係	感染 発熱
	心理・精神・認知症関係	閉じこもり うつ 認知症
	医薬品	薬の影響

※参考

薬の嚥下障害: PILL-5で評価

出典: ニュートリーHP

<https://www.nutri.co.jp/>

ミールラウンドのチェックポイント 赤字：多職種で検討する部分

項目	問題となる状況		
食事環境	<ul style="list-style-type: none"> 部屋が広すぎる 視界に入るものが多い 部屋が暗い・日差しが強い 温度が不適切 周囲に落ち着ける環境ではない 物音、人の動きが多い 	<ul style="list-style-type: none"> 介助者の声掛け・介助が不適切 テーブルの上の物品が多い 食事の見た目に興味を持ってない 食事の味や風味が認知しにくい 判断しにくい食べ物と食器の関係 食具、置き方が不適切 認知できない場所に食事が置かれている 	
配膳前の身体	<ul style="list-style-type: none"> 排泄が済んでいるか 痛み・かゆみがあるか 発熱・感染症の疑いがあるか 脱水・電解質異常があるか 寝不足がある、昼夜逆転している 	<ul style="list-style-type: none"> 下痢・便秘などの消化管の通過障害があるか 筋肉がリラックスできていない 義歯の破損・口腔粘膜の潰瘍など口腔内環境が不良 口腔が乾燥している 食べる前から咽頭に唾液貯留音がある 	
食事姿勢	<ul style="list-style-type: none"> 足底が設置していない テーブルの高さが高い 座位が崩れやすい 仙骨座りになっている 	<ul style="list-style-type: none"> 肘や体幹が安定しない 前腕、手首が自由に動かせない角度になっている 体幹が傾斜している（左右的、前後的） 頸部が傾斜している（前屈、後屈） <p style="color: red;">⇒車椅子等の移乗時に問題となる状況が発生していないか</p>	
意欲・意識	<ul style="list-style-type: none"> 食事時間に覚醒していない 食事時間に集中できない 食事以外の物に気が向いている 		
自己摂取時の「むせ」 食具、食事提供方法、支援方法の検討	いつ	<ul style="list-style-type: none"> 食前から 食事の最初 食事後半 食後しばらくしてから 	<ul style="list-style-type: none"> → むせ(+)や湿性嘔声(+)の場合、唾液や痰などが咽頭に貯留している可能性 → 頭頸部の筋がリラックスできていない → 食事形態が機能に合っていない → 食事により疲労の可能性 → 咽頭貯留、胃食道逆流の可能性
	何を	<ul style="list-style-type: none"> 固形物 水分 特定のテクスチャー 	<ul style="list-style-type: none"> → 咀嚼機能↓ 唾液量↓ 食塊形成機能↓ の可能性 → 咽頭の知覚↓ 嚥下反応惹起の遅延 → どんなテクスチャーであれば機能が発揮できるか確認
	状態（強さ）	<ul style="list-style-type: none"> 激しい 弱い その後呼吸状態が悪化 むせないが呼吸切迫、呼吸雑音(+) 	<ul style="list-style-type: none"> → 喀出反射、呼吸機能ともに比較的良好 → 喀出反射↓ 呼吸機能↓ の可能性 → 呼吸機能↓ むせによって疲労する可能性 → 喀出反射↓ 呼吸機能↓ 肺炎リスク↑
	食べ方	<ul style="list-style-type: none"> 一口量が多い 速度が速くかきこむ すすり食べ 嚥下できずため込み 	<ul style="list-style-type: none"> → 誤嚥・窒息リスク↑ → 誤嚥・窒息リスク↑ → 誤嚥リスク↑ 上肢の運動機能↓ 錐体外路症状の可能性（筋肉の硬化、手足の震え、姿勢保持困難） → 咀嚼機能↓ 食形態と機能の不一致の可能性 → 麻痺側に食塊を入れている可能性
食事介助時の「むせ」	方法	<ul style="list-style-type: none"> 立って介助 一口量が多い スプーンテクニック ペースが速い タイミングが合わない 飲み込んでいる最中の声掛け 	<ul style="list-style-type: none"> → 頸部後屈の可能性 <li style="color: red;">⇒支援方法の検討 → 介助者の位置が非麻痺側の可能性 <li style="color: red;">⇒麻痺側に立ち、非麻痺側への食事介助を検討 → 許容量の不一致 <li style="color: red;">⇒口腔機能に合わせた一口量を検討 → スプーンの引き抜き角度が高く、頸部後屈の可能性 <li style="color: red;">⇒捕食を確認してから水平に引き抜くよう介助方法の検討 <li style="color: red;">⇒嚥下のタイミングを観察しながらの介助方法の検討 → 嚥下に注意が向かなくなり、誤嚥リスク↑ <li style="color: red;">⇒声掛けのタイミング、嚥下の観察方法の検討
経管栄養	<ul style="list-style-type: none"> 逆流、誤嚥 嘔吐、下痢（消化器症状） 発熱 	<ul style="list-style-type: none"> → 投与速度が速い → 投与ルートが合わない可能性 → 栄養剤の投与量、種類が合わない <li style="color: red;">⇒栄養剤の投与量、種類等の検討 → 白湯の投与量が不適切 <li style="color: red;">⇒白湯の投与量、投与内容、投与方法の検討 ◎白湯は栄養剤投与前の方が逆流が起こりにくい傾向 → 投与器具の洗浄・方法の確認 	

出典：多職種経口摂取支援チームマニュアルー経口維持加算に係る要介護高齢者の経口摂取支援に向けてー平成29年度版 一部改編

栄養ケア計画作成のプロセス

【評価】

1. 現在の体格（身長、体重、体型など）
2. 最近の体重変化と体格指数
3. 食事記録によるエネルギー摂取量
4. 日常行動記録によるエネルギー消費量



- ・食事摂取量のアセスメント
- ・食事にまつわるアセスメント
- ・栄養スクリーニング項目

※赤字は最初に行う項目

【解決すべき課題(ニーズ)の抽出】

- 1 体重 2 食生活 3 日常行動 4 運動習慣 5 その他
- ①困っていることを把握
- ②困っていることの現状・原因を確認
- ③「**どうしたい**」のか**意向を確認**(通常は困りごとの裏返し)

【短期目標と期間の設定】

- ④ニーズの意向から、短期目標を設定
サービス内容は短期目標について検討
- ※○○できる、○○できるようになる
○○できる状態になる
○○の状態を今後も維持する 等の定型文を利用

【長期目標】

- ⑤**将来的にどのような状態になりたいか**を記入
※3～6か月で解決できる目標を設定する
- ⑥第1表の総合的な援助の方針、本人・家族の日常生活に対する意向につながる

参考文献：健康と医療福祉のための栄養学 身体のしくみと栄養素の働きを理解する(医歯薬出版)
ケアマネージャーのためのケアプランの書き方&文例ハンドブック第2版(ナツメ社)

栄養ケア計画の作成

栄養ケア・経口移行・経口維持計画書 (施設) (記載内容例)

氏名:	性別:	入所(職)日:	年 月 日
		加算作成日:	年 月 日
作成者:		作成(変更)日:	年 月 日
利用者及び家族の意向	本人または家族から聞き取り		説明日 年 月 日
解決すべき課題 (ニーズ)	低栄養状態のリスク <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 栄養ケアにより解決・なりたい状態になるための課題		
長期目標と期間	半年程度にわたって実施する栄養ケア項目		

分類	短期目標と期間	栄養ケアの具体的な内容(頻度、期間)	担当者
プルダウンメニュー	1~3か月で実施する栄養ケア項目	プルダウンの内容 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 から ★必要栄養量・提供栄養量	
	・利用者及び家族の意向 ・解決すべき課題(ニーズ) ・長期目標 ・短期目標	(エネルギー(kcal) たんぱく質(g) その他特記すべき栄養素 例 食塩6g未満 等) 食事形態、栄養補助食品 とうみの濃度 嚥下食コード等 ★具体的対応 ・食事内容に対する配慮	
	は、施設サービス計画書と整合性をつける	例)アレルギー、嗜好等 ・食事介助の必要性 ・姿勢の保持 ・必要に応じて対応する項目 等を記載	
特記事項	加算算定開始日を記載しておくことよ 例)令和〇年〇月〇日 経口維持加算(Ⅰ)・(Ⅱ)算定開始		

※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) 栄養食加算

栄養ケア提供経過記録

月 日	サービス提供項目
	ケア計画更新後の
	食事摂取状況、一時的な内容変更(確定した時は栄養ケア計画の更新が必要)等を記載

栄養ケア計画作成にあたって

利用者及び家族の意向

- 本人、または家族が食べることに對してどのように考えているか、療養食対応が必要な方はその食事の必要性を説明した上で、病気があってもどのように食べたいか聞き取る
- 聞き取れない場合はその旨記載

解決すべき課題（ニーズ）

- 栄養ケアにより、なりたい状態になるために解決すべき課題を記入
- **優先順位**（病名に惑わされず、今解決すべき課題、解決まで必要な期間も考慮）を考え端的に記入

長期目標と期間

- 3～6ヶ月で解決できる目標を設定する。漠然とした内容（落ち着いた生活ができる、楽しく過ごす、など）ではなく**課題解決のための目標**を設定

短期目標と期間

- 長期目標を達成につながる比較的短期間（1～3ヶ月）の目標を設定
- **生命維持に必要な項目から優先的に記入**
- 左側の分類はプルダウンから選択

栄養ケアの具体的内容（頻度・期間）

- 一番最初に、**提供栄養量**（エネルギー、たんぱく質、食塩量、（療養食等で調整が必要な栄養素の量）、水分量等）と**必要栄養量**を記載
- 栄養補助食品・経腸栄養剤の商品名はかっこ書き
例) ○○補給ゼリー(商品名)
- 短期目標達成のために実施する具体的な栄養ケアを記入
- 期間設定として「随時」は使用しない
- **頻度**はその栄養ケアを行う頻度、期間はその栄養ケアが適切かどうかを確認するための**モニタリング期間**を記入
- 栄養ケア項目は、施設サービス計画書を参照して作成
- 施設で当たり前に全員に提供しているような内容は書かない

担当者

- 栄養ケアを実際に実践する担当者を記入 資格名称で良い本人が入ることもある

特記事項

- 計画には入らないが、注意してみることや必要に応じて対応する項目などを記入
- 前回の計画作成から今回の計画更新の間の様子などを知らせる、家族への通信欄として使うこともある

算定加算

- 対象者の算定する加算項目にチェックを入れる
- 加算算定に必要な事項の確認と、**家族への説明を怠らない**ようにする

栄養ケア提供経過記録

- 計画作成、更新後の食事の様子やモニタリングの結果を記入
- 栄養ケアに対する覚書として使用

栄養ケア計画 見直し時の注意点

- 栄養ケア計画を更新する場合、特に状態の変化があってリスクが変わったり、食事の内容に変更が生じる場合は家族に事前に説明し、了解を得てから作成すること
- 施設サービス計画書と必ず連動していること
ケアマネジャーとは 常に利用者の栄養情報について共有しておく
- 決定したモニタリング期間で実施している栄養ケアが適当であるか、計画の変更が必要かを確認する
- 「様子を見る」場合は必ず次に確認するまでの評価期間を決める
決めずに様子を見るのは「放置」
- 栄養ケア計画は3か月ごとに見直し、必要に応じて変更
変更のない場合はサインは不要
→計画は変更がなくても作成しておく必要がある

電話による連絡のみで栄養ケア計画の更新は不可

栄養ケア計画の更新が必要な場合 (定期的な見直し時・随時)

(2024. 4. 1修正)

利用者の体調変化があった場合は栄養ケア計画を見直す

- ◆医療機関等から退院(二次入所)時の栄養スクリーニングの実施
 - ・栄養スクリーニングにより、「入所後(二次入所を含む)遅くとも1週間以内に関連職種と共同して低栄養状態のリスクを把握」し、低栄養のリスクに変更があれば、アセスメントを実施し、栄養ケア計画を見直す必要がある
 - ・栄養スクリーニングは、**入院期間の長短に関わらず必ず実施**
- ◆必要栄養量、提供栄養量が変わった時
 - 主食の形態のみ変更になった場合、提供栄養量が変わらなければ(±100kcalの範囲の変化)更新は不要だが、栄養ケア提供経過記録に記載しておく
- ◆栄養補助食品を提供する場合や、水分等にとろみ付けが必要になった場合
- ◆食事形態が変わった時
 - 栄養ケア計画変更前に2週間程度モニタリングを行い、問題がないことを確認してから内容を決定し、計画を変更する
 - ・上記は、ケアカンファレンス等で議題に上げ、必要に応じて施設サービス計画書も更新する
 - ・施設サービス計画書が変更になった場合(例)介護面の介助が必要になった時等)、栄養ケア計画書に関連した内容が記載されていれば、栄養ケア計画書も変更が必要になる

家族への説明・同意に関する注意点

- ◆栄養ケア計画は3か月ごとに検討し、変更があれば必要に応じて作成する
- ◆栄養ケア計画の内容に変更がない場合でも、半年に1回は施設サービス計画書とともに家族等へ説明するのが望ましい
- ◆**ケア計画更新時は、電話による連絡のみで変更することは不可**
- ◆同意をとる方法
 - ① **電磁的方法(電子メール等)**
 - ・今回の介護報酬改定より、相手方の承諾を得て、電磁的方法により同意等の意思表示を確認することが可能
 - ・上記の場合、**電磁的方法(電子メール等)**の場合、日付のみの記載で構わない
 - ・交付・同意等に関する意思表示がわかる電子メール等を保存しておく必要あり
 - ・この場合、説明日はメール送信日
今回の介護報酬改定から、栄養ケア計画の様式は「説明日」のみになっている
 - ② 同意等を電磁的方法により行わない場合
 - 従来通り、栄養ケア計画に同意日や署名、続柄等を記載
 - 今回の報酬改定で示された栄養ケア計画書の様式を利用する場合、同意日等の記載場所等は施設で検討

栄養ケア計画作成の注意点

【「〇〇したい」というポジティブプランを作成】

- ◆利用者及び家族の意向
希望等を本人や家族から聞き取る。聞き取れない場合はその旨記載
または施設サービス計画書を参照して記載
- ◆解決すべき課題（ニーズ）
 1. 現状の困っていることを把握（困っている、心配、痛い、つらいなど）
 2. 原因をアセスメント後、どうなりたいかという意向・目標を設定
- ◆低栄養状態のリスク
栄養スクリーニングの結果から選択
- ◆長期目標と期間
解決すべき課題（ニーズ）に合わせた内容とする
施設サービス計画書に同じ長期目標があれば統一する
期間）施設サービス計画書の更新(6か月)に合わせておくと見直しやすい
- ◆短期目標と期間、栄養ケアの具体的内容（頻度・期間）
次回の栄養ケア計画見直しまでに実施する具体的栄養ケア項目を記載
期間）栄養ケア計画の見直しの頻度を考慮して1～3か月とするとよい
- ◆栄養補助食品・経腸栄養剤の商品名はかっこ書き
例）〇〇補給ゼリー（商品名）
- ◆一時的な変更、軽微な変更は、栄養ケア計画の変更の必要はないが、栄養ケア提供
経過記録に記載
例）体調不良等による一時的な形態変更

栄養ケア計画の内容

【目標は具体的に 利用者の目線に立った内容を記載】

- ◆生活全般の解決すべき課題（ニーズ）・長期目標
 - × 施設で生活したい・施設で生活できる →抽象的
 - ↓
 - 〇〇（疾患）があるが今の体調を維持したい・むせずに安心して食事がしたい
- ◆目標
 - × 栄養摂取管理ができる、白内障の対応ができる →支援者側の表現
 - ↓
 - 適切な栄養が摂取できる・視力低下があっても安心して生活できる

ケアマネージャー用の「ケアプランの書き方や文例」の本や冊子
YouTube等を参考にして、P7の「主な課題分析項目」に該当する
項目の記載内容を参考にすると立てやすい

認知症高齢者の食事中の徴候・症状別栄養ケア一覧

食事中の徴候・症状	概念	観察の要点	対応栄養・食事ケアの例	分類	
食事の失認	食事の認識ができない	食事であることがわからない 食事を混ぜ合わせる 食事や食べ物で遊んでいる 食器の位置や食品と食器の位置関係がわからない 箸やスプーンの使い方がわからない 食べたことを忘れる	「食事ですよ」と声かけする 声掛けをしながら一皿ずつ順番に提供する 食事時間を知らせる 食器の色を変更する(○色から◎色へ) スプーンや箸を直接手に持たせ、最初の一口を食べてもらう(介助して食べてもらう)	声掛け 声掛け 声掛け 食器・食具の変更 食事介助 食事介助	食事介助
傾眠	食事時に寝ている	食事時にウトウトしている 食事時に意識の混濁がみられる 食事時に閉眼している	覚醒を促すため声掛けする 覚醒を促すためボディータッチする 声掛けして覚醒状態を確認し、自力摂取を促す 覚醒状態を確認し食事介助する 食事時の姿勢を保持する 薬剤について確認し、副作用の可能性を報告する 食事の時間を覚醒時に変更する	声掛け ボディータッチ 声掛け 食事介助 食事の周辺環境の整備 投与薬剤の確認・報告 食事時間の変更	
興奮・大声 暴言・暴力	食事時に興奮、 大声を上げる 暴言・暴力をふるう		興奮状態をなだめるために声掛けする 傾聴する 落ち着いている時間に食事を提供する 静かな別室など落ち着く食事環境を提供する	声掛け 傾聴 食事時間の変更 座席・テーブルの調整	
妄想	食事に関して現実にはありえないことをいう		食事が安全であることを伝える 食事や食器を取り換える 好みのものを提供する	声掛け 食器・食具の変更 代替食(嗜好対応)	
拒食	食事を拒否する	食事を拒否する 水分を拒否する 食事介助を拒否する	お気に入りのものを置いたり、本人の食器を用いたり、本人の落ち着く環境を提供する 好みのものを提供する 食事のにおいにより食欲を刺激する(ご飯の炊けるにおいや味噌汁、コーヒー等)	食事の周辺環境の整備 代替食(嗜好対応) 香りによる食欲の刺激	
偏食	偏った食べ方をする	偏食がある 一品食い 決まったものしか食べない	食事を促すために声掛けする	声掛け	
徘徊・多動	食事の時間に動き回る	食事中に歩き回る 食事中に立ち上がる	席に着くように声掛けする	声掛け	
早食い・詰め込み・丸呑み	早食いする・食べ物を口に詰め込む 十分に咀嚼せず飲み込む	早く食べてしまう 飲み込む前に次々と食べ物を口に入れてしまう 十分に咀嚼せず飲み込む	ゆっくり食べるよう声掛けする 皿を小分けにして提供する 一品ずつ提供する スプーンを小さくするなど食具を変更する 食べやすい食形態に変更する 誤嚥や窒息の危険がある食品を除去する(サラダ菜、パセリ、しその葉、海苔等)	声掛け 小分けで提供 小分けで提供 食器・食具の変更 食形態の変更 危険物の除去	配膳方法の変更
失行(手づかみ食べ)	運動機能が損なわれていないにも関わらず、適切な食器・食具が使用できない	手づかみ食べをする 食器具が適切に使えない	手づかみしないよう声掛けする 主食を食べやすい大きさのおにぎり等にする こぼれないように安定した食器を使用する 食器具の使い方を説明する	声掛け 食形態の変更 食器・食具の変更 声掛け	
異食	食品でないものを口に入れる		異食しないよう見守る 食べられない飾りなどを提供しない(バラシ、銀カップ、調味料入れ等) みかんやバナナなどの果物は皮を剥いて提供する	見守り 危険物の除去 危険物の除去	
盗食	他人の食事を盗って食べる		席の間隔をあける 盗食しないよう見守る 盗食しないよう声掛けする 個別の席で食事を提供する	座席・テーブルの調整 見守り 声掛け 座席・テーブルの調整	

出典：認知症対応型共同生活介護(認知症GH)における栄養管理の実務のための手引き(一般社団法人 日本健康・栄養システム学会) 一部修正

【通所・居宅】

口腔・栄養スクリーニング加算、栄養改善加算

口腔・栄養スクリーニング様式

フリガナ	□ 男 □ 女	生年月日	yyyy/mm/dd	施設名	課	
氏名	居住施設・住所・特記事項	記入欄名		*記入者		
		作成年月日		yy/mm/dd		
		事業所内の歯科医		□ 男	□ 女	
		事業所内の管理栄養士・栄養士		□ 男	□ 女	
スクリーニング項目	前回結果 ()	今回結果 ()				
硬いものを避け、柔らかいものを噛み食べる	*ブルダウンーはいいいえ	*ブルダウンーはいいいえ				
入れ歯を使っている	*ブルダウンーはいいいえ	*ブルダウンーはいいいえ				
むせやすい	*ブルダウンーはいいいえ	*ブルダウンーはいいいえ				
特記事項(歯科医師等への連携の必要性)						
身長(cm) ※1	(cm)	(cm)				
体重(kg)	(kg)	(kg)				
BMI(kg/m ²) 18.5未満	□ 男 □ 女 (kg/m ²)	□ 男 □ 女 (kg/m ²)				
最近1～6か月間における3%以上の体重減少 ※2	□ 男 □ 女 (kg/ 6か月)	□ 男 □ 女 (kg/ 6か月)				
最近6か月間における2～3kg以上の体重減少 ※2	□ 男 □ 女 (kg/ 6か月)	□ 男 □ 女 (kg/ 6か月)				
血清アルブミン値(g/dl) ※3 3.5g/dl未満	□ 男 □ 女 (g/dl)	□ 男 □ 女 (g/dl)				
食事摂取量 75%以下 ※3	□ 男 □ 女 (%)	□ 男 □ 女 (%)				
特記事項(医師、管理栄養士等への連携の必要性等)	*ブルダウンーありなし	*ブルダウンーありなし				

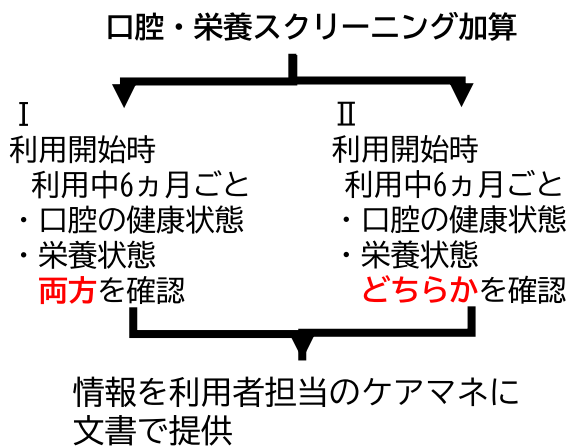
※1 身長が測定出来ない場合は、空欄でも差し支えない。
 ※2 体重減少については、いずれかの期間でも差し支えない(初期は評価不要)
 ※3 値が測定出来ない場合は、空欄でも差し支えない。

【認知症GH】
 栄養管理体制加算と共通

口腔・栄養スクリーニング加算
 介護職員等がスクリーニングを実施し、内容を文書で提供する

口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)・(Ⅱ)

介護職員等が実施



※スクリーニング項目

口腔	<ul style="list-style-type: none"> 硬い食品を避け、柔らかい食品を喫食 義歯使用 むせやすい
栄養	<ul style="list-style-type: none"> BMI < 18.5 1～6か月の体重減少3% ≧ Alb < 3.5g/dl 食事摂取量 < 75%

把握できない項目は省略可

栄養アセスメント加算

- 管理栄養士が利用者ごとに行う**ケアマネジメントの一環**として行うことに留意
- 3か月に1回以上の栄養アセスメントの実施
- 1か月に1回体重測定を実施
- 管理栄養士を1人以上配置
 - 非常勤や兼務可能、外部との連携可
 - 介護保険施設については、常勤で1以上又は栄養マネジメント強化加算の算定要件を超えて管理栄養士を配置している施設に限る
- 利用者ごとの栄養状態等はLIFEへ情報を提供
- 管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が**共同して**栄養アセスメントを実施
 - スクリーニング及びアセスメントを実施することになり、モニタリング・栄養ケア計画の作成は求められていませんの
- アセスメント内容

低栄養状態のリスク
食生活状況等
多職種連携による栄養ケアの課題 等
- アセスメントの結果は、利用者またはその家族に説明
 - 必要に応じて栄養食事相談実施
- 低栄養状態等の利用者：多職種と情報共有
 - サービス提供の検討をケアマネに依頼**

栄養改善加算

口腔・栄養スクリーニング加算・栄養アセスメント加算を実施し、以下の条件に該当

- ① BMI < 18.5
- ② 1～6月間の体重減少 3% ≧ 基本チェックリストNo.11が「1.はい」
- ③ Alb ≦ 3.5g/dl
- ④ 食事摂取量 ≦ 75%
- ⑤ その他低栄養状態、またはそのおそれあり



- 低栄養状態または低栄養状態のおそれのある利用者に対して、低栄養状態の改善等を目的として個別栄養相談等を実施
- 自宅での食事状況を聞き取った結果、課題があれば解決を目的として利用者又はその家族の同意を得て、**居宅を訪問**

【確認項目】

- ① ADL、IADL低下
- ② 褥瘡
- ③ 食欲低下
- ④ 口腔及び摂食・嚥下機能
- ⑤ 閉じこもり
- ⑥ 認知症
- ⑦ うつ

通所・居宅系の栄養関係加算

加算算定要件(栄養アセスメント加算含む)

管理栄養士を1人以上配置

- 非常勤や兼務可能、外部との連携可
- 介護保険施設の併設施設の場合は、常勤で1以上又は栄養マネジメント強化加算の算定要件を超えて管理栄養士を配置している施設に限る

※管理栄養士を外部委託する場合

- ・ 個別に契約
- ・ 栄養ケア・ステーションと契約
- ・ 愛知県栄養士会の栄養ケア・ステーションと契約
→契約内容等は愛知県栄養士会へご相談ください

併算定の可否(通所・居宅、認知症GHの場合)

	実施項目	栄養アセスメント加算	栄養改善加算	栄養管理体制加算
口腔・栄養スクリーニング加算(I)	口腔・栄養	×	×	○
口腔・栄養スクリーニング加算(II)	口腔または栄養	○	○	○

	口腔・栄養スクリーニング加算(I)	口腔・栄養スクリーニング加算(II)	栄養アセスメント加算	栄養改善加算
実施者	介護職員等		管理栄養士	
確認項目	スクリーニング項目の口腔・栄養※	スクリーニング項目の口腔または栄養※	スクリーニング後、アセスメント項目を確認・評価	対象者に対し7項目※を確認
算定頻度または算定期間	6か月に1回		3か月に1回アセスメントまで実施 ※栄養ケア計画・モニタリングは不要	原則3か月間
栄養ケア・マネジメント				○
LIFE提出	×		○	×
食事確認の居宅訪問	×		不要	必要に応じて
介護予防に対する算定			○	
報酬単位	20単位/回	5単位/回	50単位/月	200単位/回

- ・ 口腔・栄養スクリーニング加算の栄養に関する確認項目と、栄養改善加算に関する確認項目は、ほぼ共通
- ・ 口腔・栄養スクリーニング加算及び栄養アセスメント加算を実施し、低栄養のリスクが高い利用者には栄養改善加算を活用して栄養介入していく
- ・ 栄養マネジメント強化加算を算定しない場合、人員基準において常勤の栄養士又は管理栄養士を1人以上配置することが求められる施設(例：100床以上の介護老人保健施設)において、人員基準上置くべき員数、すなわち1人のみ管理栄養士が配置されている場合は、栄養アセスメント加算、栄養改善加算を兼務することができない

【認知症グループホーム】

栄養管理体制加算

- ① 管理栄養士との連携体制を確保（下記の算定要件参照）
- ② 認知症GHの介護士等は、「口腔・栄養スクリーニング」を実施し、介護支援専門員を通じて管理栄養士に介入を依頼する
- ③ ②の依頼を受けた管理栄養士は、認知症GHの介護職等に「栄養ケアに係る技術的助言及び指導」を記録する

技術的助言及び指導内容 利用者ごとの栄養ケア・マネジメントをいうものではない

- ・ 当該事業所における利用者の低栄養状態の評価方法
- ・ 栄養ケアに関する課題（食事中の傾眠、拒食、徘徊、多動等）への対応方法
- ・ 食形態の調整及び調理方法
- ・ その他、当該事業所において日常的な栄養ケアの実施にあたり必要と思われる事項

記録内容

- イ 当該事業所における利用者の栄養ケアを推進するための課題
- ロ 当該事業所における目標
- ハ 具体的方法
- ニ 留意事項
- ホ その他必要と思われる事項

出典：認知症対応型共同生活介護（認知症GH）における栄養管理の実務のための手引き（一般社団法人 日本健康・栄養システム学会）

詳細は

認知症対応型共同生活介護（認知症GH）における栄養管理の実務のための手引き
（一般社団法人 日本健康・栄養システム学会 <https://j-ncm.com/>）でご確認ください

算定要件

管理栄養士を1人以上配置

- 非常勤や兼務可能、外部との連携可
- 介護保険施設については、常勤で1以上又は栄養マネジメント強化加算の算定要件を超えて管理栄養士を配置している施設に限る

※管理栄養士を外部委託する場合

- ・ 個別に契約
- ・ 栄養ケア・ステーションと契約
- ・ 愛知県栄養士会の栄養ケア・ステーションと契約
→契約内容等は愛知県栄養士会へご相談ください

併算定の可否（通所・居宅系サービスの場合）

施設	口腔・栄養スクリーニング加算(I)・(II)	栄養管理体制加算	栄養アセスメント加算	栄養改善加算
認知症対応型共同生活介護（介護予防含まない）	○	○		
認知症対応型通所介護（介護予防含む）	○		○	○

- ・ 栄養管理体制加算
管理栄養士が日常的な栄養ケアに係る介護職員への技術的助言や指導を月1回以上実施

口腔・栄養スクリーニング様式

フリガナ	□ 姓 □ 名	生年月日	yyyy/mm/dd	所在地	■
氏名	施設名称・科名・ 特定部署等			記入者名:	*施設入居
				行状年月日:	yy/mm/dd
				事業所内の連絡責任者:	yy/mm/dd
				□ 専 □ 兼	
				事業所内の管理栄養士・栄養士	□ 専 □ 兼

スクリーニング項目	前回結果		今回結果	
	(mm/dd)	(mm/dd)	(mm/dd)	(mm/dd)
飲みものを避け、柔らかいものばかり食べる	*ブルダウン	→はい/いいえ	*ブルダウン	→はい/いいえ
入れ歯を使っている	*ブルダウン	→はい/いいえ	*ブルダウン	→はい/いいえ
むせやすい	*ブルダウン	→はい/いいえ	*ブルダウン	→はい/いいえ
特記事項(歯科医師等への連携の必要性)				
身長(cm) ※1		(cm)		(cm)
体重(kg)		(kg)		(kg)
BMI(kg/m ²) 18.5未満	□ 専 □ 兼	(kg/m ²)	□ 専 □ 兼	(kg/m ²)
過去1～6か月間における 3%以上の体重減少 ※2	□ 専 □ 兼	(kg/ か月)	□ 専 □ 兼	(kg/ か月)
過去6か月間における 2～3kg以上の体重減少 ※2	□ 専 □ 兼	(kg/ 6か月)	□ 専 □ 兼	(kg/ 6か月)
血清アルブミン値(g/dl) ※3 3.0g/dl未満	□ 専 □ 兼	(g/dl)	□ 専 □ 兼	(g/dl)
食事摂取率 75%以下 ※3	□ 専 □ 兼	(%)	□ 専 □ 兼	(%)
特記事項(医師、管理栄養士等への 連携の必要性等)	*ブルダウン	→あり/なし	*ブルダウン	→あり/なし

※1 身長が測定できない場合は、記録しなくてもよい。
 ※2 体重減少については、いずれかの時点で測定しなくてはならない(初期は評価不要)。
 ※3 複数の測定値のうち、最低値を記入する。

介護支援専門員 様

本施設でGHの 様の口腔・栄養スクリーニングの結果「リスクあり」と判断されましたので、
 管理栄養士の助言・指導をお願いします。

yyyy/mm/dd (施設名) (施設長名)

管理栄養士 様

施設でGH 様から管理栄養士の助言・指導の依頼がありましたのでお願いします。

yyyy/mm/dd 介護支援専門員

【共通項目】
 口腔・栄養スクリーニング加算
 栄養管理体制加算

【栄養管理体制加算のみ】
 ケアマネ経由で管理栄養士に依頼する

栄養ケアにかかる技術的助言及び指導報告

認知症GH名: _____
 訪問日時: yy/mm/dd
 指導管理栄養士名: _____

<栄養ケアに係る技術的助言及び指導>
 ○事業所全体

課題	目標	具体的方策	留意事項

○低栄養リスク該当者

対象者	リスク	目標	具体的方策	留意事項・その他

<その他>

次回: mm/dd 訪問予定

<栄養ケアに係る技術的助言及び指導>
 <低栄養リスク該当者>
 課題・目標・具体的方策・留意事項に記載する
 内容

- 【指導内容】
- 利用者の低栄養の問題の評価方法
 - 栄養ケアに関する課題への対応方法
 食事での傾眠、拒食、徘徊・多動等
 - 食形態の調整及び調理方法
 - その他日常ケアの実施に必要な事項

- 【確認項目(要記録)】
- 利用者の栄養ケアを推進するための課題
 - 事業所における目標
 - 具体的方策
 - 留意事項
 - その他必要事項

※記載例は「帳票フォーマット」から
 ご覧ください

II 身体計測

体重の計測方法

直立できる場合

体重計で計測する

直立できない場合 ～寝たきり患者の体重予測法～

1. 車椅子に移乗し、車椅子用体重計で計測して車椅子の重量を差し引く
2. ベッド用体重計で計測する
3. 膝高から推定体重を計算する

【計算式】 ※KH:膝高(cm)、AC:上腕周囲筋(cm)、TSF:上腕三頭筋部皮下脂肪厚(mm)

<男性> $(1.01 \times KH) + (2.03 \times AC) + (0.46 \times TSF) + 0.01 \times \text{年齢} - 49.37$
誤差 ±5.11kg

<女性> $(1.24 \times KH) + (1.21 \times AC) + (0.33 \times TSF) + (0.07 \times \text{年齢}) - 44.43$
誤差 ±5.11kg

体重補正值

四肢に切断部がある場合

【計算式】

・切断部位の重さ (kg)

現在の体重(kg) × 切断部位の補正值(%) ÷ 100

・切断前の体重 (kg)

現在の体重 + 切断部位の重さ

部 位	内 容	補正值 (%)	部 位	内 容	補正值 (%)
腕 (片方)	腕全体 (切断位置が肩)	6.5	足 (片方)	足全体 (切断部位が足の付け根)	18.5
	肩から肘まで	3.5		足の付け根から膝まで	11.8
	肘から手首まで	2.3		膝から足首まで	5.3
	手 (切断位置が手首)	0.8		足 (切断部位が足首)	1.8
	切断部位が肘の場合	3.1		切断部位が膝の場合	7.1

身長計測方法

直立できる場合

身長計で計測する

直立できない場合 ～寝たきり患者の身長予測法～

1. メジャーなどで仰臥位で計測する
2. メジャーなどで5点法で測定する
3. 座高から推定値を計算する 座高(cm)×11/6
4. 膝高から推定身長を計算する

【計算式】 ※KH:膝高(cm)

<男性> $64.02 + (NH \times 2.12) - (\text{年齢} \times 0.07)$ 誤差 ±3.43cm

<女性> $77.88 + (NH \times 1.77) - (\text{年齢} \times 0.10)$ 誤差 ±5.11kg

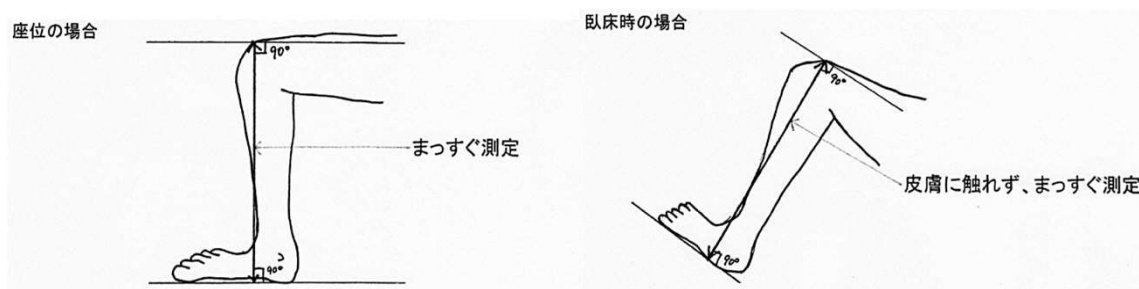
5点法の計測方法

以下を3回測定し、平均を合計する

- 頭頂部～首の付け根
- 肩～腸骨
- 腸骨～大転子
- 大転子～膝関節中央
- 膝関節中央～踵（足底）

膝高の計測方法

- 1 足を90°に曲げる
- 2 足底からくるぶしを通して脛骨の上までをまっすぐ測定

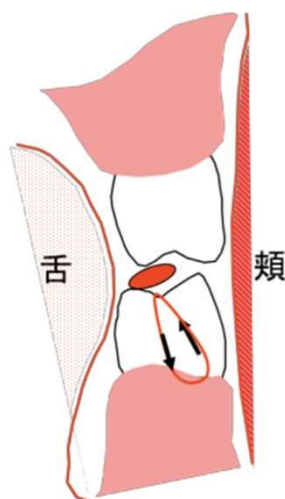
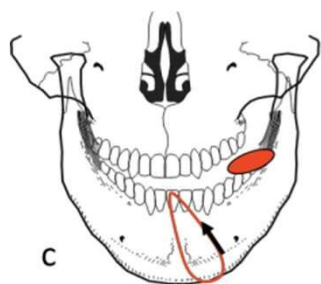
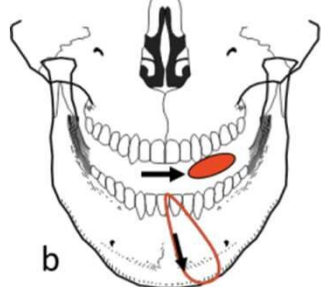
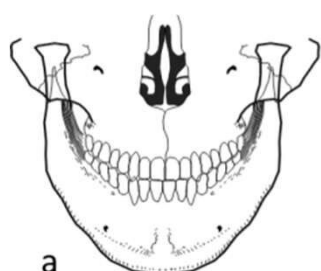


低栄養が疑われる方

ふくらはぎの周囲長を計測し、MNA[®]-sfで判定する

食事時間の観察では

- 配膳されてから手をつけるまでの様子
- 食具は何が適しているか
- 食器を持ち上げるか
- 半側空間無視がないか
- 開口、閉口障害はないか
- 咀嚼できているか ⇒ 顎の動きに注意
- 一口の量を確認
- 咀嚼時間、送り込み時間を確認
- 嚥下の前後での咽の確認
- 嚥下後の口腔内残渣はないか確認
- 食事中に鼻汁の流出はないか確認
- 食後しばらくしてから咽がないか確認
- 食べこぼしがないか確認



1. 咬断

前歯はシャベルのような形をしていて、口に食物を取り込む際に大きなものを切り取る。

2. 粉碎

歯は先が尖っていて、食物を上下の歯で破壊する。

3. 臼磨

大臼歯(いわゆる奥歯)は臼のように食物をすりつぶすことができる。

新潟大学名誉教授 山田好秋 日本咀嚼学会からの発信(1) より

簡易栄養状態評価表
Mini Nutritional Assessment-Short Form
MNA[®]



氏名:

性別: 年齢: 体重: kg 身長: cm 調査日:

下の口欄に適切な数値を記入し、それらを加算してスクリーニング値を算出する。

スクリーニング	
A 過去3ヶ月間で食欲不振、消化器系の問題、そしてく・嚥下困難などで食事量が減少しましたか？ 0 = 著しい食事量の減少 1 = 中等度の食事量の減少 2 = 食事量の減少なし	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
B 過去3ヶ月間で体重の減少がありましたか？ 0 = 3 kg 以上の減少 1 = わからない 2 = 1~3 kg の減少 3 = 体重減少なし	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
C 自力で歩けますか？ 0 = 寝たきりまたは車椅子を常時使用 1 = ベッドや車椅子を離れられるが、歩いて外出はできない 2 = 自由に歩いて外出できる	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
D 過去3ヶ月間で精神的ストレスや急性疾患を経験しましたか？ 0 = はい 2 = いいえ	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
E 神経・精神的問題の有無 0 = 強度認知症またはうつ状態 1 = 中程度の認知症 2 = 精神的問題なし	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
F1 BMI 体重(kg)÷[身長(m)] ² <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 0 = BMI が19 未満 1 = BMI が19 以上、21 未満 2 = BMI が21 以上、23 未満 3 = BMI が23 以上	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>

BMI が測定できない方は、F1 の代わりに F2 に回答してください。
 BMI が測定できる方は、F1 のみに回答し、F2 には記入しないでください。

F2 ふくらはぎの周囲長(cm) : CC
 0 = 31cm未満
 3 = 31cm以上

スクリーニング値
 (最大: 14ポイント)

12-14 ポイント: 栄養状態良好
 8-11 ポイント: 低栄養のおそれあり (At risk)
 0-7 ポイント: 低栄養

Ref. Vellas B, Vilars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006; 10:456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Selva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Geront 2001; 56A: M395-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®): Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
 Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status. J Nutr Health Aging 2009; 13:782-786.
 © Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners.
 © Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.
 さらに詳しい情報をお知りになりたい方は、www.mna-elderly.com にアクセスしてください。

その他の栄養評価方法

■ 高齢者の栄養状態の評価

GNRI(Geriatric Nutritional Risk Index)

算出式

$$14.89 \times \text{血清アルブミン値(g/dl)} + 41.7 \times (\text{現体重(kg)} / \text{理想体重(kg)})$$

*理想体重(kg) = (身長(m)の二乗) x 22 体重>IBWの場合は、体重/IBW=1とする

- 82 高度栄養障害リスク
- 82-91 中等度栄養障害リスク
- 92-98 軽度栄養障害リスク
- 98- リスクなし

■ GLIM基準(Global Leadership Initiative on Malnutrition)

2018年に公開された、世界初の低栄養診断の国際基準
 欧州・米国・アジア・南米の4学会が策定に参画

アセスメント ▶ 診断

現 症 ※筋肉量は妥当性のある方法で減少を確認			病 因	
体重減少	低BMI(kg/m ²)	筋肉量減少 (kg/m ²)	食事摂取量減少 /消化吸収能低下	疾患による負荷/ 炎症の関与
<input type="checkbox"/> > 5% : 過去6ヶ月以内 <input type="checkbox"/> > 10% : 過去6ヶ月以上	<input type="checkbox"/> < 20 : 70歳未満 <input type="checkbox"/> < 22 : 70歳以上	四肢骨格筋指数(SMI) <input type="checkbox"/> 男性 < 7.0 <input type="checkbox"/> 女性 < 5.4	<input type="checkbox"/> 食事摂取量 ≤ 50% : 1週間以上 (必要エネルギー量) <input type="checkbox"/> 食事摂取量低下 : 2週間以上持続 <input type="checkbox"/> 食物の消化吸収障害 慢性的な消化器症状	<input type="checkbox"/> 急性疾患や 外傷による炎症 <input type="checkbox"/> 慢性疾患に よる炎症
上記3項目の1つ以上に該当			上記②項目の1つ以上に該当	

↓

低栄養

重症度判定			
現 症	体重減少	低BMI (kg/m ²)	筋肉量減少
ステージ1 中等度低栄養	<input type="checkbox"/> 5~10% : 過去6ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 10~20% : 過去6ヶ月以上	<input type="checkbox"/> < 20 : 70歳未満 <input type="checkbox"/> < 22 : 70歳以上	<input type="checkbox"/> 軽度-中程度の減少
ステージ2 重度の低栄養	<input type="checkbox"/> > 10% : 過去6ヶ月以内 <input type="checkbox"/> > 20% : 過去6ヶ月以上	<input type="checkbox"/> < 18.5 : 70歳未満 <input type="checkbox"/> < 20 : 70歳以上	<input type="checkbox"/> 重大な減少

III 利用者への配慮事項

1 嚥下障害に対する配慮

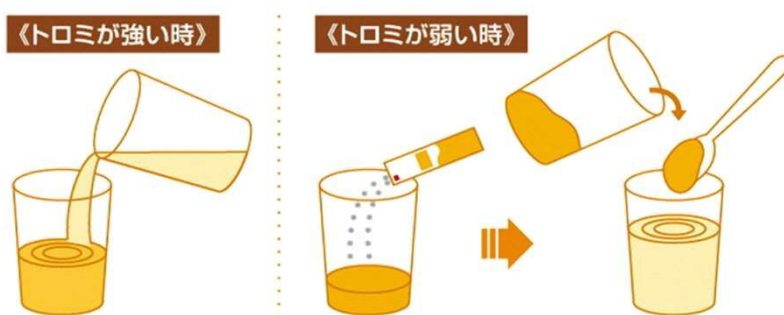
水分や食べ物でむせたり、飲み込みにくくなって
食べることが困難になること

- 例) 咀嚼力の低下
- 唾液の分泌減少
- 嚙んだり飲み込んだりする筋力の低下
- 咽頭（のど）の位置が下がる
- 知覚・味覚の変化（低下）



増粘剤の使い方

とろみの調整方法



とろみが強い…同じ飲み物を足して調整

とろみがゆるい…別に強めにとろみをつけた飲み物を足して調整

とろみのめやすの表示例

とろみの強さ	++++	++++	++++	++++
とろみのイメージ	フレンチドレッシング状	とんかつソース状	ケチャップ状	マヨネーズ状
イメージ図				
使用量の目安 水・お茶 100mlあたり		1g	2g	3g

出典：はじめよう！やってみよう！口腔ケア <http://www.kokucare.jp/>

増粘剤を使用する理由

とろみをつけて咽頭の通過を遅くするため

× よくない例



- ・とろみがつきすぎている
→とろみのつきすぎた飲み物は、喉にはり付きやすくなって**窒息**を招く恐れがあり**大変危険**
また、増粘剤の過剰摂取は体重増加につながる
- ・1口量が多すぎる
→一気に多くの飲み物が咽頭を通過するため、1口量を減らして提供しないと**誤嚥**のリスクが高くなる

増粘剤のエネルギー：スプーン1杯（約2～3g）8kcal（商品による）

★増粘剤の使いすぎは **高リスク、高コスト、高カロリー**

とろみをつける時の注意点

- 増粘剤を計量するスプーンを決め、すりきり1杯で何gになるか把握しておく
- 粉末を入れたらすぐにかき混ぜる
- かき混ぜる時は、計量するスプーンとは違うスプーンやマドラーを利用する
- 増粘剤を入れてすぐに提供すると、食事中にとろみの濃度が変化してしまうので注意が必要
- 長時間放置したり再加熱すると、とろみがゆるくなる



スタッフ全員で認識を共有し、それぞれの利用者にもいつも同じレベルのとろみ付飲料が提供できるように心がける

増粘剤の使い方(例)



- ①増粘剤は専用容器に小分けしておく
専用スプーンですくい、ふたの中ですり切って適量に調整する
※スプーンはスプーン入れに立てて保管する
専用スプーン…すり切り1杯3g(段がついている)



仕切り線までで2g



- ②先に液体をかき混ぜておいてから、増粘剤を加えて更にかき混ぜるか増粘剤を加えておいた中に液体を注いでよくかき混ぜた後、**安定するまで数分置く**
 - ・スプーンよりマドラーで混ぜた方が「むら」や「だま」がでにくくなる
 - ・かき混ぜる時は**横に混ぜる**と中央に「だま」がたまりにくい

嚥下調整食学会分類2021(食事・とろみ)

学会分類 2021 (食事) 早見表

コード 【1-8項】	名称	形態	目的・特色	主食の例	必要な咀嚼能力 【1-10項】	他の分類との対応 【1-7項】
0	J 嚥下調整食品0J	均質で、付着性・凝集性・かたさに配慮したゼリー 離水が少なく、スライス状にすくうことが可能なもの	重度の症例に対する評価・訓練用 少量をすくってそのまま丸呑み可能 残留した場合にも吸引が容易 たんばく質含有量が少ない		(若干の送り込み能力)	嚥下食ピラミッドL0 えん下困難者用食品許可基準 I
	I 嚥下調整食品0I	均質で、付着性・凝集性・かたさに配慮したとろみ水 (原則的には、中間のとろみあるいは濃いとろみ*のどちらかが適している)	重度の症例に対する評価・訓練用少量ずつ飲むことを想定 ゼリー丸呑みで誤嚥したりゼリーが口中で溶けてしまう場合 たんばく質含有量が少ない		(若干の送り込み能力)	嚥下食ピラミッドL0の一部 (とろみ水)
1	J 嚥下調整食1J	均質で、付着性、凝集性、かたさ、離水に配慮したゼリー・プリン・ムース状のもの	口腔外で既に適切な食塊状となっている (少量をすくってそのまま丸呑み可能) 送り込み時に多少意識して口蓋を舌を押しつける必要がある ④に比し表面のざらつきあり	おもゆゼリー、ミキサー粥のゼリーなど	(若干の食塊保持と送り込み能力)	嚥下食ピラミッドL1・L2 えん下困難者用食品許可基準 II UDF区分 かまなくともよい(ゼリー状) (UDF:ユニバーサルデマインフード)
1	嚥下調整食2-1	ビュレ・ペースト・ミキサー食など、均質でめらかなで、べたつかず、まとまりやすいもの スプーンですくって食べることが可能なもの	口腔内の簡単な操作で食塊状となるもの (咽頭では残留、誤嚥をしないように配慮したもの)	粒がなく、付着性の低いペースト状のおもゆや粥	(下顎と舌の運動による食塊形成能力および食塊保持能力)	嚥下食ピラミッドL3 えん下困難者用食品許可基準 III UDF区分 かまなくともよい
	嚥下調整食2-2	ビュレ・ペースト・ミキサー食などで、べたつかず、まとまりやすいもの 不均質なものを含むスプーンですくって食べることが可能なもの		やや不均質(粒がある)でもやわらかく、離水もなく付着性も低い粥類	(下顎と舌の運動による食塊形成能力および食塊保持能力)	嚥下食ピラミッドL3 えん下困難者用食品許可基準 III UDF区分 かまなくともよい
3	嚥下調整食3	形はあるが、押しつぶしが容易、食塊形成や移送が容易、取崩でばらけず嚥下しやすいように配慮されたもの 多量の離水がない	舌と口蓋間で押しつぶしが可能なもの 押しつぶしや送り込みの口腔操作を要し(あるいはそれらの機能を賦活し)、かつ誤嚥のリスク軽減に配慮がなされているもの	離水に配慮した粥など	舌と口蓋間の押しつぶし能力以上	嚥下食ピラミッドL4 UDF区分 舌でつぶせる
4	嚥下調整食4	かたさ・ばらけやすさ・貼りつきやすさなどのないもの 箸やスプーンで切れるやわらかさ	誤嚥と窒息のリスクを配慮して素材と調理方法を選んだもの 粒がなくとも対応可能だが、上下の歯槽接触で押しつぶすあるいはすりつぶすことが必要で舌と口蓋間で押しつぶすことは困難	軟飯・全粥 など	上下の歯槽接触の押しつぶし能力以上	嚥下食ピラミッドL4 UDF区分 舌でつぶせる および UDF区分歯ぐきでつぶせる および UDF区分容易にかめるの一部

学会分類 2021 は、概説・総論、学会分類 2021 (食事)、学会分類 2021 (とろみ) から成り、それぞれの分類には早見表を作成した。本表は学会分類 2021 (食事) の早見表である。本表を使用するにあたっては必ず「嚥下調整食学会分類 2021」の本文を熟読されたい。なお、本表中の【】表示は、本文中の該当箇所を指す。
*上記④の「中間のとろみ・濃いとろみ」については、学会分類 2021 (とろみ) を参照されたい。
本表に該当する食事において、汁物を含む水分は原則とろみを付ける。【1-9項】
ただし、個別に水分の嚥下評価を行ったとろみ付けが不要と判断された場合には、その原則は解除できる。
他の分類との対応については、学会分類 2021 との整合性や相互の対応が安全に一致するわけではない。【1-7項】

学会分類 2021 (とろみ) 早見表

英語表記	段階1 薄いとろみ【III-3項】 Mildly thick	段階2 中間のとろみ【III-2項】 Moderately thick	段階3 濃いとろみ【III-4項】 Extremely thick
性状の説明 (飲んだとき)	「drink」という表現が適切なとろみの程度口に入ると口腔内に広がる液体の種類・味や温度によっては、とろみが付いていることがあまり気にならない場合もある飲み込む際に大きな力を要しないストローで容易に吸うことができる	明らかにとろみがあることを感じ、かつ「drink」という表現が適切なとろみの程度口腔内での状態はゆっくりですぐには広がらない舌の上でまとめやすいストローで吸うのは抵抗がある	明らかにとろみが付いていて、まとまりがよい送り込むの力が必要スプーンで「eat」という表現が適切なとろみの程度ストローで吸うことは困難
性状の説明 (見たとき)	スプーンを傾けるとずっと流れ落ちるフォークの歯の間から早く流れ落ちるカップを傾け、流れ出た後は、うっすらと跡が残る程度の付着	スプーンを傾けるととろりと流れるフォークの歯の間からゆっくりと流れ落ちるカップを傾け、流れ出た後は、全体にコーティングしたように付着	スプーンを傾けても、形状がある程度保たれ、流れていくフォークの歯の間から流れ出ないカップを傾けても流れ出ない(ゆっくりと塊となって落ちる)
粘度 (mPa・s) 【III-5項】	50-150	150-300	300-500
LST 値 (mm) 【III-6項】	36-43	32-36	30-32
シリッジ法による 残留量 (ml) 【III-7項】	2.2-7.0	7.0-9.5	9.5-10.0

学会分類 2021 は、概説・総論、学会分類 2021 (食事)、学会分類 2021 (とろみ) から成り、それぞれの分類には早見表を作成した。本表は学会分類 2021 (とろみ) の早見表である。本表を使用するにあたっては必ず「嚥下調整食学会分類 2021」の本文を熟読されたい。なお、本表中の【】表示は、本文中の該当箇所を指す。
粘度：コンプレート型回転粘度計を用い、測定温度 20℃、すり速度 50 s⁻¹ における 1 分後の粘度測定結果【III-5項】。
LST 値：ラインスプレッドテスト用プラスチック測定板を用いて内径 30 mm の金属製リングに試料を 20 ml 注入し、30 秒後にリングを持ち上げ、30 秒後に試料の広がりを 6 点測定し、その平均値を LST 値とする【III-6項】。
注1. LST 値と粘度は完全には相関しない。そのため、特に境界値付近においては注意が必要である。
注2. ニュートン流体では LST 値が高くなる傾向があるため注意が必要である。
注3. 10 ml のシリッジ法を用い、粘度測定した液体を 10 ml まで入れ、10 秒間自然落下させた後のシリッジ法による残留量である。

2013からの変更点

※変わった「とろみ」のつけ方

※あらかじめ粉末茶やインスタントコーヒーと増粘剤を混ぜておいて湯や水を加える方法
絶対条件) コップが乾いていること



- ◆ 誰が調整しても「だま」になりにくく、同程度のとろみのついた飲み物が調整可能
- ◆ 増粘剤の使い過ぎが予防できる

飲み物にとろみがつけられる自販機はこの原理を応用



食事時の姿勢

高齢者



参考) 子ども・成人



よくない例



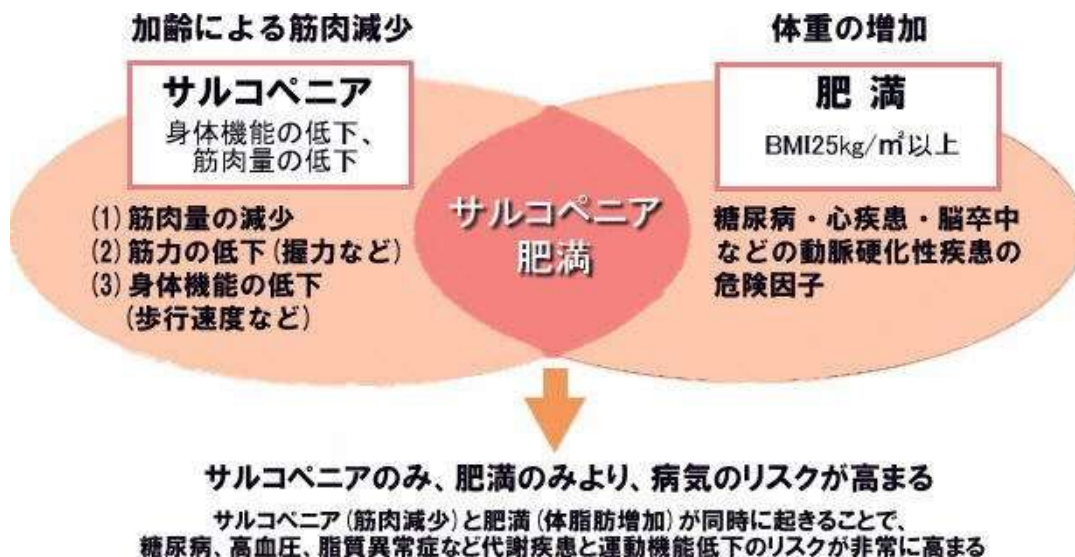
ベッド上での食事時の姿勢



出典：はじめよう！やってみよう！口腔ケア <http://www.kokucare.jp/>

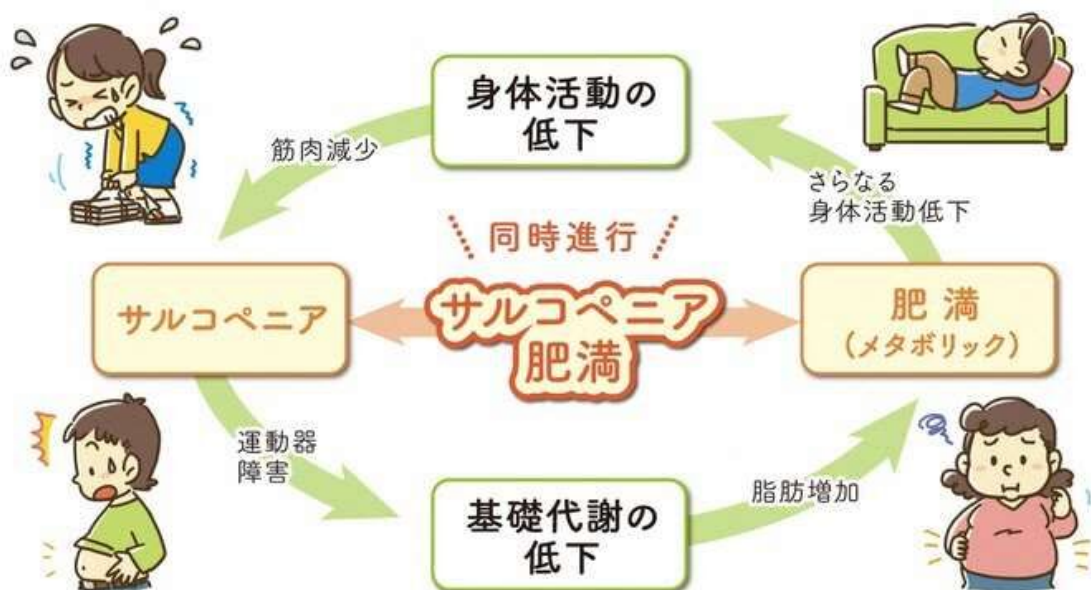
2 低栄養予防に対する配慮

サルコペニアとは



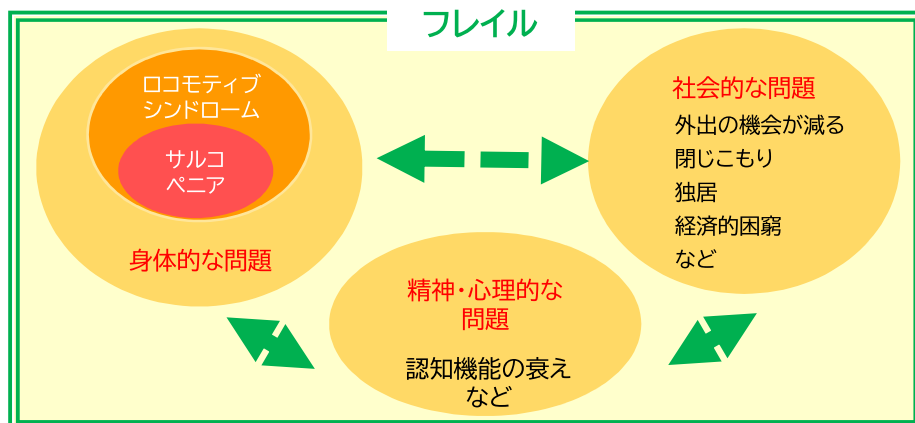
出典：糖尿病ネットワーク <http://www.dm-net.co.jp/>

サルコペニア肥満



出典：リ・ライフ <https://www.re-life-club.jp/>

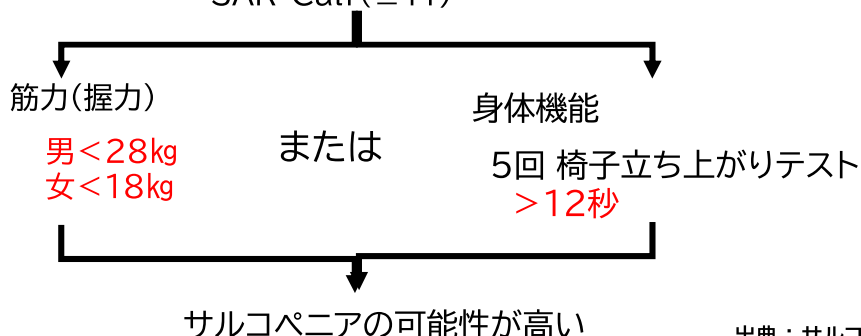
サルコペニア・ロコモティブシンドローム・フレイルの関係



出典：ネスレHP <https://www.nestle.jp>

「サルコペニア」の診断基準

- 下腿周囲長(CC)
男 < 34cm 女 < 33cm
- SARC-F (≥ 4)
- SAR-Calf (≥ 11)



出典：サルコペニア診療実践ガイド2019 改

SARC-FとSARC-Carf

内容	質問	SARC-F	SAR-Carf
握力 (Strength)	4~5kgのものを持ち上げて運ぶのがどのくらい大変ですか	今は大変でない=0 少し大変=1 とても大変/全くできない=2	
歩行 (Assistance in walking)	部屋の中を歩くのがどのくらい大変ですか	今は大変でない=0 少し大変=1 とても大変/補助具で歩ける/全く歩けない=2	
椅子立ち上がり (Rise from a chair)	椅子やベッドから移動するのがどのくらい大変ですか	今は大変でない=0 少し大変=1 とても大変/助けがないとできない=2	
階段を昇る (Climb stairs)	階段を10段昇るのがどのくらい大変ですか	今は大変でない=0 少し大変=1 とても大変/昇れない=2	
転倒 (Falls)	この1年で何回転倒しましたか	なし=0 1~3回=1 4回以上=2	
下腿周囲長 (Calf circumference)			男 > 34cm=0 ≤ 34cm=10 女 > 33cm=0 ≤ 33cm=10
サルコペニアの疑い		4以上	11以上

低栄養予防の対応

【小分けにして食べる】

一度にたくさん食べられない場合は、食事量を減らし、回数を増やす

【おやつ】

手軽にエネルギー補給できるゼリーやプリン、ビタミンやミネラル源となる果物やヨーグルトなどを取り入れ、食事で不足した栄養素を補う



【栄養補助食品の利用】

ドリンクタイプその他、固形・半固形のゼリー、ババロア状など、好みや本人に適した形状のものから選ぶことができる



【適度な運動】

筋肉量の維持、基礎代謝・エネルギー消費量の維持につながり、食欲を保つことができる

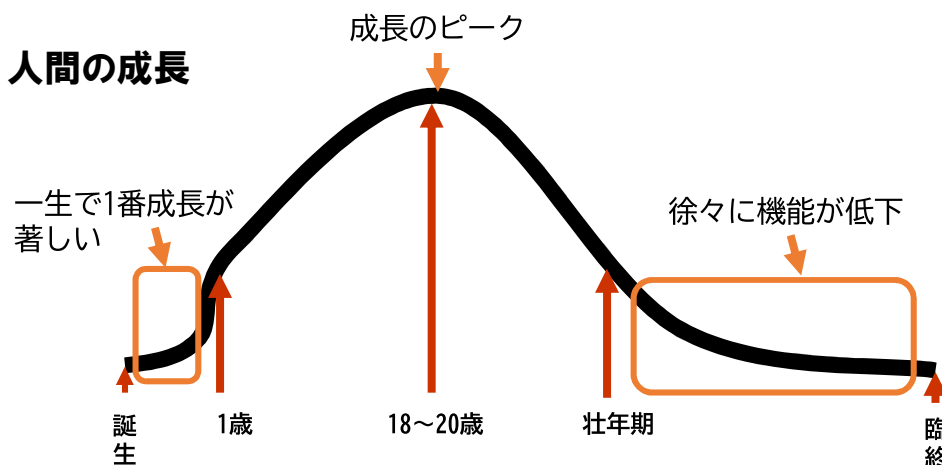


- ・ 毎食たんぱく質性食品を摂る
腎機能が低下していても、たんぱく質性食品を減らしすぎない
- ・ 高齢者は効率よく「間食」から栄養補給をするのがよい



間食の重要性

- ・ おやつ＝「お八つ」 は心の栄養になる
- ・ 機能が未発達な時期、身体機能が低下してくる時期は、1回の食事ではで摂り切れない栄養量と食事で不足する栄養素を補給する



高齢者の生理的特徴

	上昇・増加	症状
	低下・減少	
骨格	身長 体重 骨量・骨密度	ADL低下 褥瘡 低栄養 円背 骨折 骨粗鬆症 骨変形関節
皮膚	皮脂量 保湿因子 汗腺	しみ たるみ しわ
感覚	視覚(暗順応、視野障害、色覚) 聴覚 味覚 嗅覚	視力低下 白内障 目のかすみ 難聴 閾値上昇(特に塩味と甘味) 口渇感鈍化
運動系	筋肉量・筋力 体力 平衡性 柔軟性 敏捷性 全身持久力 歩行速度 歩幅	便秘 転倒 骨折 めまい 生活不活発病
神経系	動作緩慢 睡眠の質 体温・体温調節 神経伝達速度 脳代謝 脳神経細胞	認知症 せん妄 うつ 意識障害 言語障害 嚥下困難 睡眠障害 火傷 脱水 頭痛 麻痺 しびれ
内分泌	性腺刺激ホルモン 副甲状腺ホルモン 性腺ホルモン メラトニン レニン 耐糖能	骨量低下 (副甲状腺ホルモン↑ カルシトニン↓) 睡眠障害 糖尿病 肥満
血液	造血能 免疫機能	リンパ節腫脹 貧血
循環器	収縮期血圧 血管抵抗性 心拍出量 動脈壁の伸展性	左室肥大 動脈硬化 不整脈 胸痛 心臓弁膜症
呼吸器	残気量 肺活量 最大酸素摂取量 咳嗽反射	誤嚥性肺炎 むせ 発熱 咳嗽 喘鳴 息切れ 胸水 睡眠時呼吸障害 呼吸困難 COPD
消化器	咀嚼・嚥下機能 食道・腸蠕動運動 解毒作用 消化液の分泌	食欲不振 悪心 嘔吐 便秘 腹痛 下痢 黄疸 消化不良 腹部腫瘤 腹水 浮腫 喀血 吐血 下血 口渇感鈍化
腎臓	腎血流量 尿の濃縮機能 糸球体ろ過量 エリスロポエチン産生量	慢性腎臓病 腎性貧血 浮腫
泌尿器	筋力低下(腹筋、括約筋)	前立腺肥大(男性) 腹圧性失禁(女性) 尿路感染症 尿失禁 頻尿 血尿

参考資料：高齢者の身体と疾病の特徴(東京都医師会) <http://www.kokucare.jp/>
 高齢者の身体的特徴(健康長寿ネット) <http://www.kokucare.jp/>
 加齢による身体的機能の変化(がんばれ看護学生) <http://www.kokucare.jp>

低栄養を簡易的に把握できるツール

◎高齢者の食欲の指標

• CNAQ (Council of Nutrition Appetite Questionnaire scores) -J

- 海外で広く使われているツールCNAQの日本語版
 - 「食欲」、「満腹感」、「空腹」、「味」、「以前との比較」、「食事回数」、「食事の体調変化」、「心理状態」の質問に回答する検査
 - 認知機能が低下している対象者でも、主たる介護者で評価可能
 - CNAQ-Jによる食欲の評価は、要介護高齢者の死亡率と有意に関連していると報告されている
 - ※Mikami Y. et al.: Nutrition, 2019;57:40-45
 - 要介護高齢者の口腔・栄養管理のガイドライン2017
 - ※CQ5 質問紙法での高齢者の食欲アセスメントにはCNAQは有効か
 - 高齢者の体重減少に関わる要因として食欲の評価は必須である
 - CNAQは質問項目8つという簡便な検査で妥当性が高い
- フレイルの予防や要介護高齢者の生活の質の維持向上、予後の改善に対してその有用性が期待される

CNAQ-Jの内容

ここ1か月間の食生活を思い出し、A~Hの質問に対して当てはまる番号の1つに○印をつけて合計点を算出する

質問	当てはまる答え	点	質問	当てはまる答え	点
A 食欲はありますか?	ほとんどない	1	E 若いころと比べて食事の味はどうか?	とてもまずい	1
	あまりない	2		おいしくない	2
	ふつう	3		変わらない	3
	ある	4		おいしい	4
	とてもある	5		とてもおいしい	5
B 食事をどのくらい食べる時満腹感を感じますか?	数口で満腹	1	F 食事は1日何回食べていますか?	1日1回未満	1
	3分の1ほどで満腹	2		1日1回	2
	半分ほどで満腹	3		1日2回	3
	ほとんど食べて満腹	4		1日3回	4
	満腹になることはほとんどない	5		1日4回以上	5
C お腹が空いたと感じることはありますか?	めったに感じない	1	G 食事中に気分が悪くなったり、吐き気を感じることがありますか?	いつも感じる	1
	たまに感じる	2		よく感じる	2
	時々感じる	3		時々感じる	3
	良く感じる	4		まれに感じる	4
	いつも感じている	5		まったく感じない	5
D 食事の味はいかがですか?	とてもまずい	1	H ふだん、どのような気持ちですか?	とても悲んでいる	1
	おいしくない	2		沈んでいる	2
	ふつう	3		沈んでも楽しくもない	3
	おいしい	4		楽しい	4
	とてもおいしい	5		とても楽しい	5

※CNAQの得点が28点以下の時、6か月以内に少なくとも5%の体重減少のリスクを示すことが報告されている

CNAQ-J得点 (8~40点)	判定
17~28点	頻繁な再評価を必要とする
8~16点	食欲不振の危険があり 栄養カウンセリングを必要とする

CNAQ-Jフォーマット

食欲に関するチェックリスト(CNAQ-J)

食欲がわかないと、結果的に食事量が足りなくなり、体重が減少することがあります。健康を維持するためにもしっかり食事をとるようにしましょう。ここ1ヶ月間の食生活を思い出し、A～Hの質問に対して当てはまるものに○印をつけてください。

A. 食欲はありますか？		E. 若いころと比べて食事の味はどうですか？	
ほとんどない	1	とてもまずい	1
あまりない	2	おいしくない	2
普通	3	変わらない	3
ある	4	おいしい	4
とてもある	5	とてもおいしい	5
B. 食事をどのくらい食べると満腹感を感ずますか？		F. 食事は1日何回食べていますか？	
数口で満足	1	1日1回未満	1
3分の1ほどで満腹	2	1日1回	2
半分ほどで満腹	3	1日2回	3
ほとんど食べて満腹	4	1日3回	4
満腹になることはほとんどない	5	1日4回以上	5
C. お腹が空いたと感じることはありますか？		G. 食事中に気分が悪くなったり、吐き気を感じることはありますか？	
めったに感じない	1	いつも感じる	1
たまに感じる	2	よく感じる	2
時々感じる	3	時々感じる	3
良く感じる	4	まれに感じる	4
いつも感じている	5	まったく感じない	5
D. 食事の味はいかがですか？		H. ふだん、どのような気持ちはですか？	
とてもまずい	1	とても沈んでいる	1
おいしくない	2	沈んでいる	2
ふつう	3	沈んでもなく楽しくもない	3
おいしい	4	楽しい	4
とてもおいしい	5	とても楽しい	5

参考：29点以上：食欲不振のリスクは高いと考えられます
28点未満：食欲不振の可能性が考えられます

合計点	他に気づいたことがあれば記録しておきましょう。
-----	-------------------------

監修：国立研究開発法人国立高齢者保健研究センター 長井秀典 臨床栄養学ナーステーション 岩崎麻紀/地域ナーステーション 石原めぐみ/バス 奥村まゆ

Otsuka 株式会社大塚製薬工場

001-0100-04
1740270101
0009794

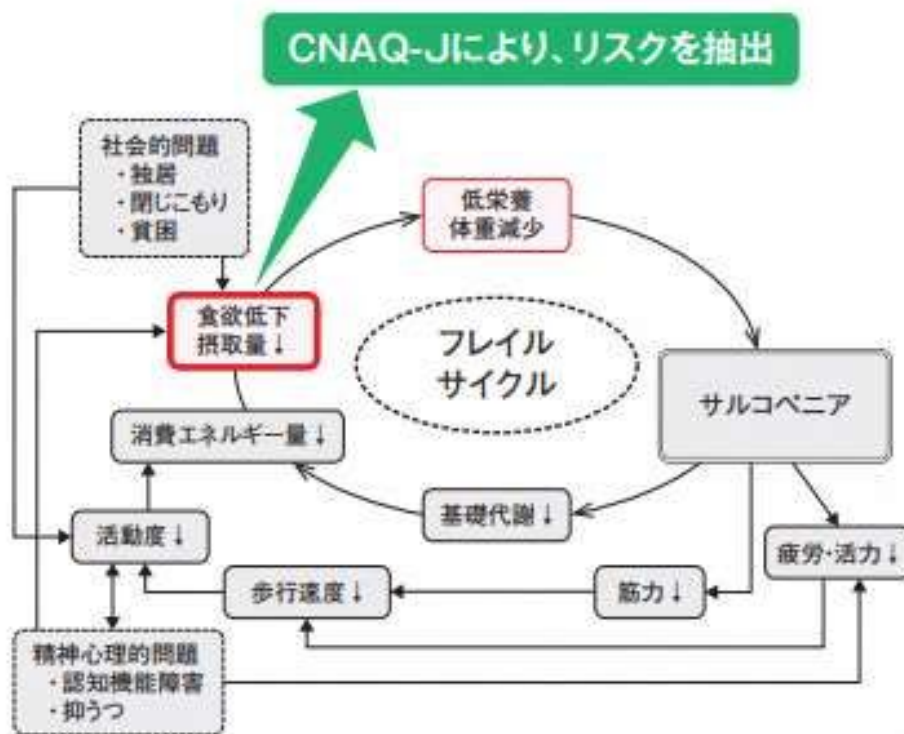
Web上で確認可能

(株)大塚製薬工場

<https://www.otsukakj.jp/healthcare/cnaq/>

- レーザーチャートでどの項目に介入すればいいか確認できる
- スクリーニングの結果に応じた対応方法を示したシートが印刷できる

フレイルサイクルとCNAQ-J活用シーン



以上、出典：リーフレット「高齢者の食欲の指標 CNAQ-J」(株)大塚製薬工場

栄養ケア・マネジメントの実施 利用者への配慮事項のポイント

- ◆高齢者の生理的特徴を理解しておく
- ◆必要栄養量、提供栄養量を正しく把握する
- ◆スクリーニング・アセスメント・モニタリングの書式を埋めるだけでは栄養ケア計画は作れない
- ◆利用者本人の望みをいかに引き出すかにかかっている
- ◆問題に気づくためには客観的な視点が必要
- ◆問題の原因は何か、どうすれば解決できるのかを常に考える
- ◆ミールラウンドでは、食事に関する状況全般を確認する姿勢が保持できているか注意する
- ◆栄養ケア計画は3か月ごとに見直し、必要に応じて変更する
変更のない場合はサインは不要だが、計画は変更がなくても作成しておく必要がある
- ◆増粘剤の使用方法は施設で手技を確認し、それぞれの利用者
にいつも同じレベルのとろみ付飲料が提供できるようにする
- ◆自身のスキルアップなしに栄養士業務は実施できない

◎栄養ケア・マネジメントを適切に実施しましょう