

資料2-1 栄養スクリーニング様式

別紙様式4-1

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）（様式例）

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日	生まれ	年齢	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	
利用者							家族構成とキーパーソン（支援者）	本人	-

（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）	年 月 日（ ）	年 月 日（ ）	年 月 日（ ）	年 月 日（ ）	
プロセス	★ブルダウン ¹	★ブルダウン ¹	★ブルダウン ¹	★ブルダウン ¹	
低栄養状態のリスクレベル	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input 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（状況）	身長	cm	cm	cm	
	体重 / BMI	kg / kg/m ²	kg / kg/m ²	kg / kg/m ²	
	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 type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/1ヶ月)	<input 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 type="checkbox"/> 有(kg/3ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/3ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(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 type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/6ヶ月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/6ヶ月)	<input 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 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)
褥瘡	<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	
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 type="checkbox"/> 一部経口	<input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口	<input type="checkbox"/> 経口のみ <input type="checkbox"/> 一部経口	
	<input 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	<input 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					
栄養補給の状態	食事摂取量（割合）	%	%	%	
	主食の摂取量（割合）	主食 %	主食 %	主食 %	
	主菜、副菜の摂取量（割合）	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %	主菜 % 副菜 %
	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)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (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）	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (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）	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)	kcal (kcal/kg) g (g/kg)
	嚥下調整食の必要性	<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
	食事の形態（コード）	（コード：★ブルダウン ² ）	（コード：★ブルダウン ² ）	（コード：★ブルダウン ² ）	（コード：★ブルダウン ² ）
	とろみ	<input 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	<input 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 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	
本人の意欲	★ブルダウン ³	★ブルダウン ³	★ブルダウン ³	★ブルダウン ³	
食欲・食事の満足感	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	
食事に対する意識	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	★ブルダウン ⁴	
多職種による栄養ケアの課題（低栄養関連課題）	<input type="checkbox"/> 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食事に集中することができない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食べ物を口腔内に溜め込む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	固形の食べ物を咀嚼しやく中にむせる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	水分でむせる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食事中、食後に咳をすることがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input 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 type="checkbox"/> 生活機能低下	<input type="checkbox"/> 褥瘡（再掲） <input type="checkbox"/> 生活機能低下	<input type="checkbox"/> 褥瘡（再掲） <input 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 type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘	<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 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 type="checkbox"/> 脱水	<input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水	<input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水	
代謝関係	<input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 感染 <input 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 type="checkbox"/> 認知症	<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 type="checkbox"/> 認知症	
医薬品	<input type="checkbox"/> 薬の影響	<input type="checkbox"/> 薬の影響	<input type="checkbox"/> 薬の影響	<input type="checkbox"/> 薬の影響	
特記事項					
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	
計画変更	<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	

経口維持加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定している場合は必須	摂食・嚥下の課題	摂食・嚥下機能検査	<input type="checkbox"/> 水飲みテスト <input type="checkbox"/> 頸部聴診法 <input type="checkbox"/> 嚥下内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 嚥下造影検査 <input type="checkbox"/> 咀嚼能力・機能の検査 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> その他（ ） 実施日： 年 月 日	<input type="checkbox"/> 水飲みテスト <input type="checkbox"/> 頸部聴診法 <input type="checkbox"/> 嚥下内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 嚥下造影検査 <input type="checkbox"/> 咀嚼能力・機能の検査 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> その他（ ） 実施日： 年 月 日	<input type="checkbox"/> 水飲みテスト <input type="checkbox"/> 頸部聴診法 <input type="checkbox"/> 嚥下内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 嚥下造影検査 <input type="checkbox"/> 咀嚼能力・機能の検査 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> その他（ ） 実施日： 年 月 日	<input type="checkbox"/> 水飲みテスト <input type="checkbox"/> 頸部聴診法 <input type="checkbox"/> 嚥下内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 嚥下造影検査 <input type="checkbox"/> 咀嚼能力・機能の検査 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> その他（ ） 実施日： 年 月 日
		検査結果や観察等を通して把握した課題の所在	<input type="checkbox"/> 認知機能 <input type="checkbox"/> 咀嚼・口腔機能 <input type="checkbox"/> 嚥下機能	<input type="checkbox"/> 認知機能 <input type="checkbox"/> 咀嚼・口腔機能 <input type="checkbox"/> 嚥下機能	<input type="checkbox"/> 認知機能 <input type="checkbox"/> 咀嚼・口腔機能 <input type="checkbox"/> 嚥下機能	<input type="checkbox"/> 認知機能 <input type="checkbox"/> 咀嚼・口腔機能 <input type="checkbox"/> 嚥下機能
	参加者	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 実施日： 年 月 日	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 実施日： 年 月 日	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 実施日： 年 月 日	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 実施日： 年 月 日	
	参加者	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 実施日： 年 月 日	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 実施日： 年 月 日	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 実施日： 年 月 日	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 実施日： 年 月 日	
	①食事の形態・とろみ、補助食の活用	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input 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	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 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

- ★ブルダウン¹ スクリーニング/アセスメント/モニタリング
- ★ブルダウン² 常食及び日本摂食嚥下リハビリテーション学会の嚥下調整食コード分類（4、3、2-2、2-1、1j、0t、0j）
- ★ブルダウン³ 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
- ★ブルダウン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

注1） 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。

注2） 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