

高齢者の 慢性期ケアにおける 栄養管理の実務

介護サービスにおける
栄養ケア・マネジメントの
実務の手引き

第3版



一般社団法人 日本健康・栄養システム学会

高齢者の慢性期ケアにおける 栄養管理の実務

介護サービスにおける
栄養ケア・マネジメントの実務の手引き

第3版

1. はじめに

介護保険サービスを担う専門職は、協働して栄養ケア・マネジメントの体制づくりを行い、利用者の日常的な生活の営みである「口から食べることを優先的な課題とし、単に体重や血清アルブミン値といった栄養指標の改善をめざすに留まることなく、もっと深淵なヒューマンサービスの目的である高齢者の生涯にわたり尊厳のある自己実現をめざす」という観点にたち、適正な「栄養ケア」を提供することが求められます。そして、科学的介護情報システム（Long term care Information system For Evidence, LIFE）に提供した栄養ケア・マネジメントに関する栄養情報をもとにした科学的な結果評価等に基づいて、継続的な品質管理を行い、高齢者の要介護状態の予防や重度化の予防に貢献していくことが求められます。

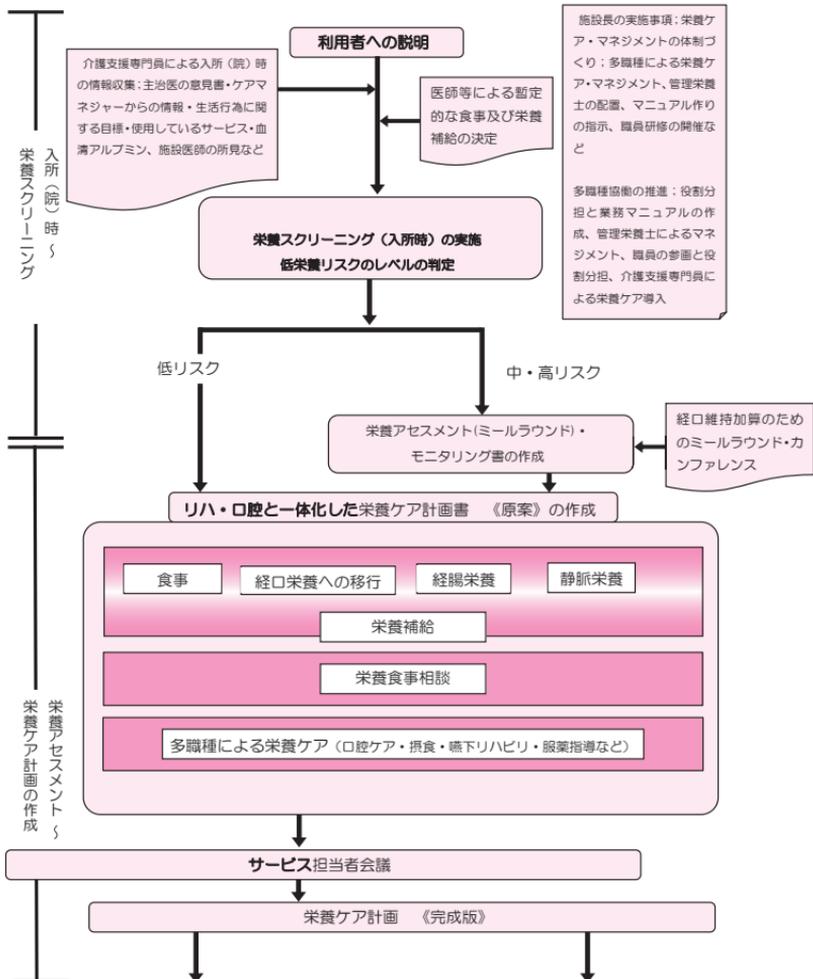
栄養ケア・マネジメントは、平成17年10月に栄養マネジメント加算として介護報酬によって評価されていましたが、令和3年度介護報酬改定において、介護保険施設において栄養ケア・マネジメントの取組を一層強化する観点から、栄養マネジメント加算が廃止され、栄養ケア・マネジメントを運営の基準として行うことになりました。さらに入所者全員への丁寧な栄養ケアの実施や体制の充実を評価する栄養マネジメント強化加算が新設されました。栄養ケア・マネジメントは、低栄養状態のリスクにかかわらず、入所者全員に対して行われるものです。

なお、本手引書は、通所サービス等における栄養ケア・マネジメントに活用することができます。通所サービス等に対しての留意事項（★）もあわせて記載しています。

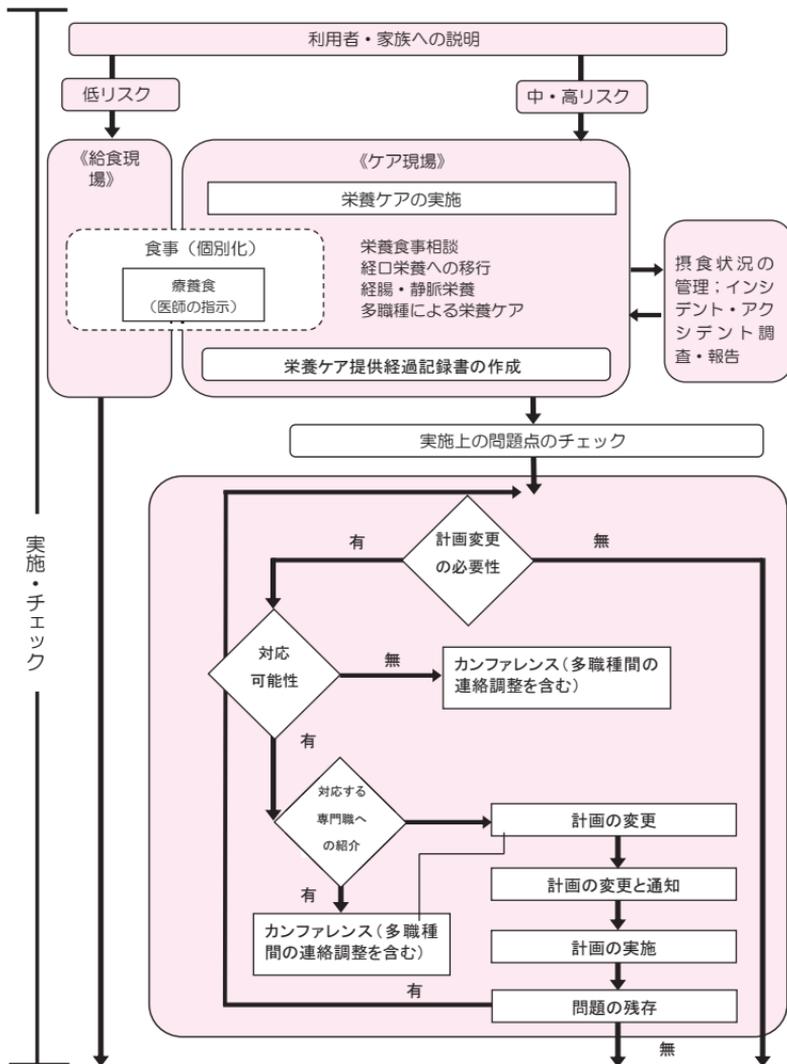
理念

- 利用者の低栄養状態の予防・改善を重要な課題として位置づけるが、その取り組みにおいては、単に栄養指標の改善を目的とするのではなく、低栄養状態の予防・改善を通じて、利用者の生活機能の維持・改善や尊厳ある自己実現に寄与することを目的とする。
- 利用者の低栄養状態の改善にあたっては、利用者の基本的な日常生活行為であり、生きる意欲や楽しみに繋がる「食べることを優先的な課題として多職種が協働で支援する。
- 利用者に対して漫然と経腸栄養を行うことがないように、経口摂取への移行の可能性に関する評価を適切に行い、移行計画を作成し、「口から食べることを支援する
- 利用者が必要なエネルギー、たんぱく質などの摂取が食事からでは不十分な場合には栄養補助食品の活用も検討する。
- 利用者本人によるサービスの選択を基本とし、利用者及び家族にはサービスの内容を、文書を用いてわかりやすく説明し、同意の確認を行う。
- 「栄養ケア・マネジメント」の運用にあたっては、食事の提供を含めて、具体的な栄養ケアに関する計画を策定し、利用者に対して説明する。
- 「栄養ケア」の提供にあたっては、医師の指導等に基づいて提供する。
- リハビリテーション・個別機能訓練、口腔と栄養管理は、筋力・持久力の向上、活動量に合った適切な栄養摂取量の調整、低栄養の予防・改善、食欲の増進等が期待されることから一体的に運用する。
- 「栄養ケア」は、医療機関、施設及び居宅間の継続的なサービスとして情報連携する。
- 利用者の低栄養状態の改善状況は継続的にモニタリングし、常に適正な「栄養ケア」の提供を行う。
- 栄養ケア・マネジメント体制や取組みについて、LIFEへの情報提供とフィードバックを活用して、継続的な業務の品質改善活動へと繋げる。

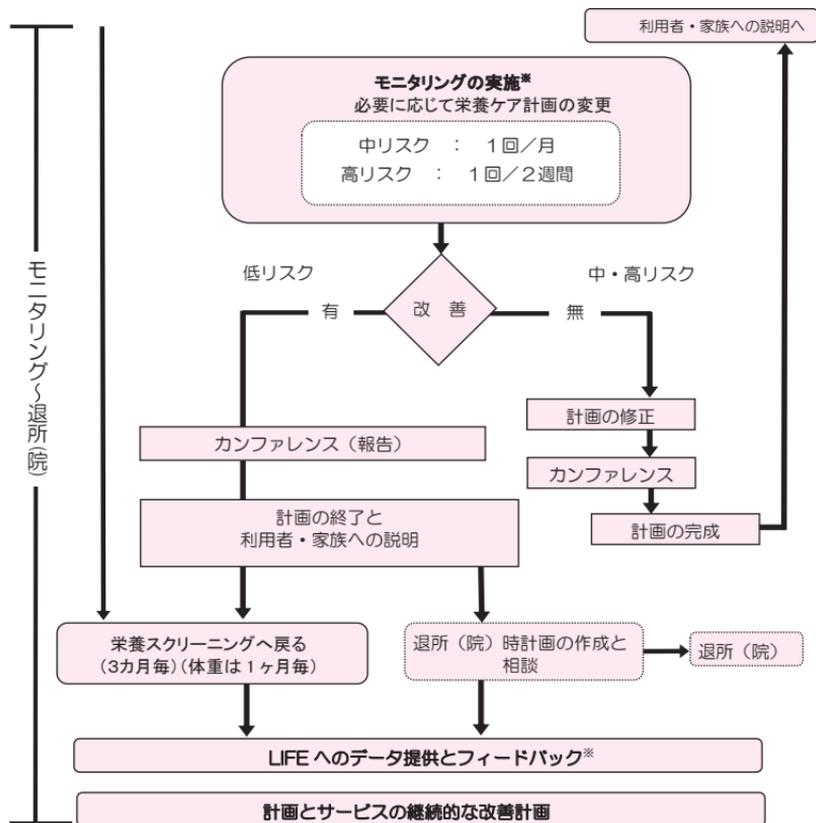
図A 栄養ケア・マネジメントの実務（介護給付）
入所・サービス開始～栄養ケア計画の作成



図B 栄養ケア・マネジメントの実務（介護給付）
実施・チェック

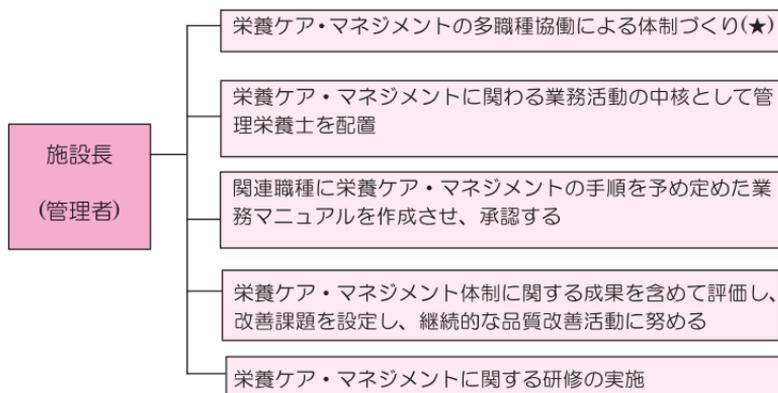


図C 栄養ケア・マネジメントの実務（介護給付）
モニタリング～退所（院）



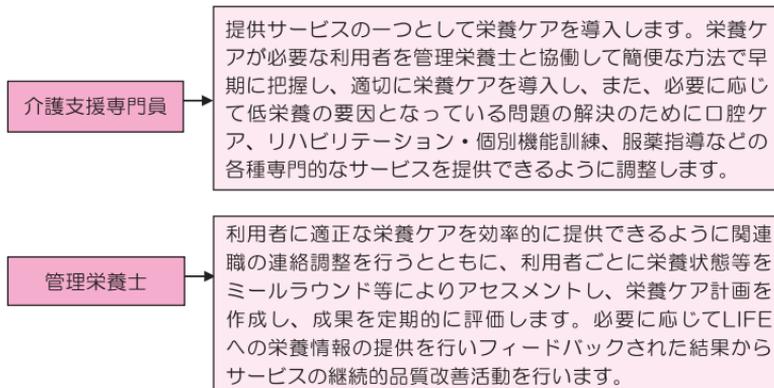
*栄養マネジメント強化加算：低栄養リスクが高い施設入所者に対して、食事の観察は週3回以上

2. 施設長（管理者）の実施事項



★通所サービス事業所の管理者は、他の介護事業所（栄養改善加算の対象事業所）、医療機関、介護保険施設（栄養マネジメント強化加算の算定している、あるいは常勤管理栄養士1名以上を配置している施設）及び公益社団法人日本栄養士会が設置・運営する「栄養ケアステーション」の管理栄養士、主治の医師、歯科医師、看護師及び居宅介護支援専門員その他の職種が行う体制づくりをします。

3. 関連職種の参画と役割



4. 多職種協働による栄養ケアの実施

介護サービスに関わる関連職種は、低栄養が様々な臨床的問題、生活機能や全身状態の低下を引き起こすことを理解し、また、問題が多岐にわたるために多職種協働のアプローチによって低栄養状態を改善することをよく認識し、栄養ケアを管理栄養士と協働して推進します。

特に、リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の取組は一体的に運用されます。

- ・リハビリテーション・機能訓練の負荷または活動量に応じて、必要なエネルギー量や栄養素量を調整したり、低栄養のリスクに応じてリハビリテーションや機能訓練の負荷を調整することによって持久力の向上及びADLの維持・改善を図ります。
- ・医師、歯科医師、言語聴覚士等の多職種の連携による摂食・嚥下機能の評価により、食事形態、摂取方法の適切な管理、経口摂取の維持等が可能となることによって誤嚥性肺炎の予防及び摂食・嚥下障害の改善が期待されます。

5. 栄養ケア・マネジメントの実務のすすめ方

ステップ1 利用者への説明

サービス提供の際は、利用者及び家族に対して、説明用資料を用いてわかりやすく説明し、同意書を用いて同意を得ます。また、サービスの提供にあたっては、利用者及び家族の自己決定・自己選択の原則に基づいてサービスを提供します。

ステップ2 医師による暫定的な食事及び栄養補給の決定

医師等は、入所（入院）時の開始食として栄養ケア計画の実施までの間の暫定的な食事及び栄養補給の指導を行います。

ステップ3 栄養スクリーニング（入所時、サービス開始時）の実施

- ①介護支援専門員は、入所（入院）時の必要情報として主治医意見書、居宅の情報生活行為に関する目標、利用しているサービス、健診などで測定されている場合には血清アルブミン値及び施設医師の所見などを得ます。
- ②介護支援専門員は、管理栄養士と連携して、関連職種等と利用者の入所（入院）後、遅くとも1週間以内に、関連職種と協働して、上記の①の情報及び現在の医師の所見などを確認した上で、栄養スクリーニングを実施します（★）。

★通所サービスにおいては、管理栄養士が利用者の利用開始時に、関連職種と協働して、低栄養のリスクを把握してください。口腔・栄養スクリーニング加算が算定されている場合には、口腔のスクリーニングの一体的に行います。

【主治医意見書からの情報】

<p>1. 傷病に関する意見</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 診断名 ・ 生活機能低下の直接原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容) <p>2. 特別な医療（処置内容）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 中心静脈栄養、経管栄養、褥瘡の処置など <p>3. 心身の状態に関する意見</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）、認知症高齢者の日常生活自立度 ・ 認知症の中核症状 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症の周辺症状（昼夜逆転、異食行動など） ・ 身体の状態（身長、体重、過去6ヶ月の体重の変化、麻痺、関節拘縮、褥瘡など） <p>4. 生活機能とサービスに関する意見</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 栄養・食生活 ・ 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針（摂食・嚥下機能低下、脱水など） ・ サービス提供時における医学的観点からの留意事項（摂食、嚥下など）など
---	---

【関連情報】

<p>1. カルテ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 既往歴、現病歴 ・ 診療情報提供書 ・ 診療計画 ・ 診療録内容 ・ 医師指示箋（処方内容確認；薬剤指示、リハビリ指示等） ・ 注射処方箋（輸液などの確認） ・ 臨床検査（検査データの確認） ・ 介護保険証（介護度）のコピー等 <p>2. 看護記録</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院の目的 ・ 入院までの経過 ・ 家族構成 ・ 性格、職歴 ・ 嗜好、アレルギー ・ 本人・ご家族の要望など 	<p>3. 看護師が行っているアセスメント等からの情報</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知、身体機能と機能問題 ・ 排便パターン ・ 脱水、浮腫、発熱、嘔吐 ・ 口腔衛生 ・ 栄養状態（咀嚼・嚥下・体重など） ・ 歯の状態 ・ 皮膚の状態など <p>4. ケアプラン表</p> <p>ケアの問題点や、生活行為に関する目標を確認など</p> <p>5. 週間計画表</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 食事の環境 ・ 介助方法 ・ 飲水目標量等の確認など
--	---

【栄養スクリーニングについて】

栄養スクリーニングの記載は、「栄養・摂食スクリーニング・アセスメント・モニタリング」様式例に一括されていますので、当該様式例を参照して、低栄養状態のリスクを、入所（サービス開始）遅くとも1週間以内に把握します。

1) 「身長」・「体重」について

利用者の体重は、基本的には実測します。体重は1か月毎に実測します。身長は立位で計測できない場合は仰臥位で計測する方法もありますが、その場合には、(仰臥位)と姿勢を付記します。

また、膝高測定値から推算する方法があります。

男性：115.3 + (1.13 × 膝高) - (0.12 × 年齢)

女性：123.9 + (1.20 × 膝高) - (0.40 × 年齢)

2) 「BMI」について

BMIは、身長に対する体格の指標で、体脂肪量と相関します。

※BMI (body mass index, ボディ・マス・インデックス) の算出方法

$BMI (kg/m^2) = \text{体重 (kg)} \div \text{身長 (m)} \times \div \text{身長 (m)}$

例：体重 40kg・身長 150cm の人の場合

$BMI = 40 \div 1.5 \div 1.5 = 17.8$

3) 「体重減少率」について

1か月前、3か月前あるいは6か月前の体重の記録あるいは問診結果と現体重から減少した体重(kg)を記録し、体重減少率を計算します。直近1～6か月間において3%以上の体重減少があるか、あるいは、直近6か月間において2～3kgの体重減少があるかを把握します。

※体重減少率(%)の算出方法

例：6か月前の体重が50kgで、現在の体重が47kgの場合

$\text{体重減少率} = (50 - 47) \div 50 \times 100 = 6\% \text{の減少}$

4) 「血清アルブミン値」について

血清アルブミン値(g/dl)の検査データが確認できる場合は記入し、3.5g/dl未満かどうかを把握します。血清アルブミンの半減期が2～3週間なので、1ヶ月以内の値が理想的ですが、参考としてそれ以前のデータがあれば記入します。

脱水がある場合は血清アルブミン値が高い値を示します。また、浮腫がある場合や感染症で炎症マーカーが高値の場合には血清アルブミン値が低い値を示すため、<多職種による栄養ケアの課題(低栄養関連問題)；その他の浮腫、感染、脱水等>にチェックをします。

なお、「ケアの質の向上に向けた科学的介護情報システム(LIFE) 利活用の手引き(mri.co.jp)」においては、前回LIFE登録時以降で採血を実施していない場合は、血清アルブミン値は「無」で入力するとありますが、栄養ケア・マネジメントの実務においては、検査値を把握した時点で記載をし、その後もモニタリングを継続してください。

5) 「食事摂取量」について

入所(入院)後3日以内の食事の喫食率(主食、主菜、副菜)の記録を看護記録簿等から収集し、平均喫食率を算出します。不良の場合には、おおよその喫食状況やその理由がわかれば記載します。

良好 = 76～100%を喫食している場合

不良 = 75%以下の場合

なお、検査等による欠食は食事摂取量には含みません。その他（補助食品など）には、補助食品や嗜好品を記載し、総摂取栄養量に対してどの位の割合を占めているのが記載します。

6) 「栄養補給法」について

経口のみ、一部経口、経腸栄養法、静脈栄養法から選択してください（複数選択可）。経腸・静脈栄養を実施している利用者は、栄養補給が十分に確保されていないことが危惧される場合もあります。また、感染症などのリスクが高いことから、低栄養状態に陥りやすいと言えます。

栄養補給法が経腸栄養法もしくは静脈栄養法に該当した場合でも、栄養補給法以外の全ての栄養スクリーニング項目が低リスクに該当する場合でも中リスクとしてください。

7) 「褥瘡」について

褥瘡の有無を記載します。褥瘡の発生には、低栄養状態が要因のひとつとされているので、褥瘡があれば高リスクと判定します。

参考：日本褥瘡学会の改定 DESIGN-R2020 コンセンサス・ドキュメントにおいて DESIGN-R d1 以上は「褥瘡」有に該当します。

◆現在の状況が栄養リスクのどのレベルにあるかをチェックする。

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

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考えられる場合には、担当者会議等において、対象者個々の低栄養のリスク程度や身体状況に応じて多職種によって検討し判断します。

【口腔スクリーニング】

口腔・栄養スクリーニング加算を算定する場合、あるいは必要に応じて、口腔スクリーニングを行います。以下の3項目が該当するかを把握します。

「硬いものを避け、軟らかいものばかり食べる」

歯を失うと肉や野菜の摂取割合が減り、軟らかい麺類やパン等の摂取割合が増えることが指摘されています。

「入れ歯を使っている」

入れ歯があわないと噛みにくい、発音しにくい等の問題がでできます。また、歯がすぐなくても入れ歯を使っていない場合には、口腔の問題だけでなく認知症や転倒のリスクが高まります。

「むせやすい」

飲み込む力が弱まると飲食の際にむせたり、飲み込みづらくなって、食事を摂取することが大変になります。誤嚥性肺炎のリスクも高まり、口腔を清潔に保つことが重要になります。

ステップ4 栄養アセスメント・モニタリングの留意点

栄養スクリーニングの次に栄養アセスメントを実施し、低栄養の中高リスクに陥った原因は何かを分析し、解決すべき栄養問題を明確にして、栄養ケア計画を作成します。

様式例は栄養スクリーニング、栄養アセスメント・モニタリングの記入欄が一体となっています。最初に実施日及びスクリーニング、アセスメント、モニタリングの別を選択します。

1) 利用、家族の意向について

利用者の身体状況、栄養・食事（栄養補給）などに関する意向を利用者本人又は家族から確認します。この本人・家族の意向が栄養ケア計画のめざす目標にもなります。そのために、利用者の氏名、性、生年月日、年齢、要介護度、病名、作成年月日、家族構成・キーパーソン等とともに最初に記載します。

例) 自宅でよく食べていた○○や好きな○○を食べてほしい

例) 出来るだけ経口摂取させてほしい。

例) 急にやせてADLが低下したので、食事で改善してほしい。

例) 自力で食事が摂れるようになってほしい。

例) 買い物にいけるようになりたい 等

なお、要介護度は、直近のものを記載します。区分変更があった場合には、その年月と変更された要介護を記載します。

2) 食生活状況等について

①栄養補給の状況

全体の食事摂取量の他に主食や主菜・副菜の食事の摂取のおおよその割合をそれぞれ確認しましょう。居宅の利用者については、1日の食事の回数や食事内容・量をおおよそ聞いてみます（参考表）。栄養補助食品を利用されている時は種類や量を確認します。経腸・静脈栄養の場合は、投与ルート・種類・量・回数・速度なども確認します。

②摂取栄養量

①から推算される摂取エネルギー（kcal）及びたんぱく質（g）を現体重1kg当たりで記載します。

③必要栄養量（エネルギー・たんぱく質）

エネルギー、たんぱく質等の算定方法の一例として、以下の表を示します。

	通常（低リスク）の場合	低栄養の中・高リスクの場合
エネルギー (kcal)	a) 推定値 ¹⁾ × ストレス係数 ²⁾ × 生活活動係数(要介護状態:1.0~1.2) ³⁾ b) 実測値 ⁴⁾ × 生活活動係数(要介護状態:1.0~1.2) ³⁾ c) 通常体重(6か月間ほど体重減少ない状態) × 30kcal	d) 低リスクの場合の補給量(a、b) × (低栄養状態改善のための係数:1.1~2.0) e) 通常体重(6か月間ほど体重減少ない状態) × 35kcal f) 低リスクの場合の補給量 + 250kcal ⁵⁾
たんぱく質 (g)	1.0g~1.2g/日 × 標準体重(摂取目標として標準体重を用いる)	1.2~2.0g/日 × 標準体重(摂取目標として標準体重を用いる)
水分	a) 25~30ml/日 × 現体重 b) 1ml × 摂取エネルギー量(kcal) c) 尿排泄量(ml/日) + 500ml ※食事が十分摂取できている場合には、食事含まれる水分を約1ℓとし、残りを飲料水とする。	

※算定式は、適宜選択して用いること

1) Harris-Benedict による推定値:

男性 $66.47 + (13.75 \times \text{体重 kg}) + (5.0 \times \text{身長 cm}) - (6.75 \times \text{年齢})$

女性 $655.1 + (9.56 \times \text{体重 kg}) + (1.85 \times \text{身長 cm}) - (4.68 \times \text{年齢})$

*体重は現体重

2) 日本人の食事摂取基準 2020 年による基礎代謝基準値を用いた推定式

推定エネルギー必要量 = 基礎代謝基準値(kcal/kg体重/日) × 体重(kg) × 身体活動レベル × ストレス係数

例 通所サービス利用の男性85歳 身長150cm 体重50kg、BMI 22.2kg/m²、日中離床、体重減少無、浮腫無、褥瘡無

推定必要量 = $21.5 \times 50(\text{kg}) \times 1.3(\text{AF}) \times 1.0(\text{SF}) = 1398\text{kcal}$

目標とするBMIの範囲内であり、必要エネルギー 1400kcal

この事例では、食事摂取基準 2020 による身体活動レベル「低い:1.5」より低い1.3を用いています。女性の75歳以上の基礎代謝基準値:20.7 ((kcal/kg体重/日)です。

75歳以上の後期高齢者の基礎代謝記入値、身体活動レベル、目標とするBMIの範囲については、食事摂取基準 2020 を参照してください。

3) ストレス係数は下記の表のように疾患や身体状況別の目安値が提示されている

エネルギー算出における病床係数、活動係数は目安

ストレス係数 stress factor	
術後（合併症なし）	1.0
長管骨折	1.15 ~ 1.30
瘡	1.10 ~ 1.30

腹膜炎、肺血症	1.10～1.30
重症感染症、多発性外傷	1.20～1.40
多臓器不全症候群	1.20～1.40
熱傷	1.20～2.00

(日本静脈経腸栄養学会：コメディカルのための静脈・経腸栄養ガイドライン、南江堂)

たんぱく質算出における各種病態下、PEM改善におけるたんぱく質の必要量

発熱や外傷がない内科患者	1.1g
術後の患者（合併症なし）	1.1～1.6g
感染症や熱傷など異化亢進患者	1.6～4.2g
低栄養状態改善（腎機能障害がある場合を除く）	1.2～2.0g
腎機能障害（腎機能の病態による）	～0.8g

(低栄養の入院～外来継続栄養食事指導プログラム；厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業、食事・栄養指導の実態と効果分析に関する研究、エビデンスに基づいた低栄養の栄養食事指導の効果分析-より)

- 4) 生活活動係数は、要介護者では、仰臥状態にある場合を1.0とし、生活機能が自立している場合には1.2として、その間で適宜判断します。

仰臥状態	1.0
生活機能が自立している場合	1.2

- 5) 安静時エネルギー消費量の実測値

- 6) 体重を1か月に1kg増大させる場合の1日のエネルギー付加量

体重は、通常1kgが7,000kcalに該当するといわれています。従って、2週間で1kg体重が減った人では、その間7,000kcalのエネルギーの不足があったことになります。体重を4週間で1kg増やしたい時は、 $(7,000 \div 4) \div 7 = 250$ で1日約250kcalの付加が必要になります。

④嚥下調整食の必要性・食事のコード・とろみ剤の濃度

口腔のスクリーニングや経口維持加算における摂食嚥下機能の検査やミールラウンド等から嚥下調整食の必要性を把握します。また、食形態は、日本摂食嚥下リハビリテーション学会「嚥下調査食学会分類2021」のコード（巻末参照のこと）を用いて記載します。とろみ剤の利用が必要な場合には、同様に「学会分類2021（とろみ）早見表分類」によるとろみ剤の濃度のレベルを用いて記載します。

⑤食事の留意事項（療養食の指示、食形態、嗜好、禁忌、アレルギーなど）の有無

アセスメント（ミールラウンドを含めて）から把握された食事に関する留意事項について記載します。食事の留意事項として、以下の事柄も確認しておきましょう。

- 糖尿病などの療養食の指示があるか、あればその内容について確認します。

●食事形態として、食事が問題なく食べられているか（食べやすさ、大きさ、固さなど）、食事摂取時の姿勢や摂食機能（飲み込み、口への運び方など）も合わせ観察します。居居での食事形態についても、通所時の食事の形態と比較して確認しておきましょう。

●たんぱく質やエネルギー源となる食品の嗜好、禁忌となる食品の確認や食物アレルギーの有無などを確認します。

●食事摂取が自立しているか、摂取時に支援が必要か、食器や食具の使用状況、日常の食事環境としてどこで、誰と、どのように食べているか、安心、安全な環境かについて確認しましょう。

●全介助、部分介助、自立など記入し、介助を要する場合は、どのように介助をするのかを確認します。

例) 食事後半は介助を要する。

●ミールランドによって、摂食嚥下機能の低下による問題（以下の口腔関係参照）や認知機能の低下による兆候や症状（別表）、身体状況や生活機能による食事摂取状況の問題や食環境等に問題ないか確認します。具体的に記載するようにしましょう。

例) 皿の数が多くと混乱して食事が摂れない。

例) 食事時の姿勢は体幹保持ができない。視野狭窄への対応が必要。

テーブルが高すぎて合わない。

例) 麻痺のため現状の食器では食事が食べづらいなど。

例) 食堂で他者と食べると注意散漫になるため、居室でとるようにしている

●その他（食習慣、生活習慣、食行動などの留意事項など）

嚥下障害、認知症等のある利用者には、食事における日常的に予測可能な危険要因がないかを確認します。

例) ムセがあるため、水分の補給に注意。

例) 咀嚼困難なため、料理の固さや大きさに注意。

例) 認知症があり、誤嚥や異食に注意など。（銀カップ、バラン、パセリの房）

例) 認知症による食行動の問題（早食い、詰め込み等）。

⑥本人の意欲、食欲・食事の満足感、食事に対する意識

本人の「意欲」「食欲」「満足感」「意識」などの主観的な事項に対して、

本人の意欲：「よい」、「まあよい」、「ふつう」、「あまりよくない」、「よくない」

食欲・食事の満足感：「大いにある」、「ややある」、「ふつう」、「ややない」、「全くない」

食事に対する意識：「大いにある」、「ややある」、「ふつう」、「ややない」、「全くない」の

5段階で本人あるいは家族に聞きとります。それが困難な場合には、管理栄養士や他職種が観察した主観のレベルを記載します。

聞き取りの例)：「あなたにとって食欲の最もある状態を1、ない状態を5とすると、貴方の現在の状態はどの位ですか？」

3) 「多職種による栄養ケアの課題（低栄養関連問題）」欄

①口腔関係

当該項目は、従来の経口維持加算の経口維持計画の様式例の「経口による継続的な食事の摂取のための支援の要点から抜粋された項目です。まず、口腔衛生上の問題か、摂食・嚥下の問題のどちらかを選択してください。

経口維持加算（Ⅰ）（Ⅱ）のミールラウンドや管理栄養士によるミールラウンドの際に、以下の項目を確認していきます。

- 「安定した正しい姿勢を自分でとれていない」
：例えば、上半身が左右や前後に傾く傾向がある
：例えば、頭部が後屈しがちであるなど
- 「食事に集中することができない」
：例えば：食べ始められない
：例えば：食べはじめても頻繁に食事を中断してしまう等も観察されます
- 「食事中に傾眠や意識混濁がある」
：具体的には、食事をしながら、寝てしまうなど
- 「歯（義歯）がない」状態で食事をしている」
- 「食べ物を口腔内に詰め込む」
：具体的には、次から次へと食べ物を口に運ぶ
- 「固形の食べ物を咀嚼しやく中にむせる」
- 「食後、喉の内側や口腔内に残差がある」
- 「水分でむせる」
- 「食事中、食後に咳をすることがある」
- 「その他、気が付いたこと」

なお、以下の項目は、従来の経口維持加算の様式例にあった項目です。

巻末の摂食嚥下のリスクと対応例については経口維持の計画を作成するときの参考にしてください。

また、ミールラウンドの際には、参考資料の認知症の食事の兆候・症状についての問題の把握と対応も参考にしてください。

- 「食事を楽しみにしていない」
- 「食事または介助を拒否する」
- 「食事に時間がかかり疲労する」
- 「食事の摂取量に問題がある（拒食、過食、偏食など）」
- 「口腔内が乾燥しえちる、口腔内の衛生状態が悪い」
- 「固いものを避け、柔らかいものばかり食べる」
- 「上下の奥歯や義歯がかみ合っていない」
- 「口から食物や唾液がこぼれる」
- 「食物をなかなか飲み込まず、嚥下に時間がかかる」
- 「一口あたり何度も嚥下する」
- 「食事中や食後に濁った声にかわる」

その他は、低栄養状態に関連した問題や原因を探るために、①褥瘡（再掲） ②生活機

能低下 ③嘔気・嘔吐 ④下痢 ⑤便秘 ⑥浮腫 ⑦脱水 ⑧感染 ⑨発熱 ⑩閉じこもり ⑪うつ ⑫認知症 ⑬薬の影響 などについて多職種からの情報や問診及び観察によってどのような問題があるか確認しましょう。

4) モニタリングについて

モニタリング票は栄養アセスメント票と一体化しているため、栄養ケアの目標に対して個人ごとにあらかじめモニタリング項目を決めておきましょう。定期的に又は必要に応じてモニタリングし、管理栄養士又は関連職種は、長期目標の達成度、体重等の栄養状態の改善状況、栄養補給量等をモニタリングし、総合的に評価判定を行うとともに、サービスの改善事項を含めた、栄養ケア計画の変更の必要性を判断し、必要に応じて栄養ケア計画の修正を行います。

原則として	モニタリング期間		
低リスク者	3か月毎	喫食率を毎日把握	体重は1か月ごとに定期的に測定
中リスク者	1か月毎		
高リスク者及び栄養補給法の移行の必要性がある場合	2週間毎など必要に応じて行う		

5) 「総合評価」について

アセスメント内容を総合的に検討し、栄養・食事に関連する問題は何なのか、それが何の原因によって引き起され、結果的にどのような主観的、客観的アセスメントデータ（低栄養状態の兆候・症状）によって示されているのかを確認します。また、モニタリング時には、計画の変更の有無をチェックしてください。計画を変更する場合には、計画書の記載を修正しましょう。また、必要に応じてカンファレンスや本人・家族の同意を得ましょう。

総合評価の記載にあたっては、PES表記や栄養診断用語が活用できます。

評価・判定する3つのポイント！	
①食事摂取・栄養補給の状況	食物や栄養素の摂取量が必要量に対して過小か過多かを評価します
②身体機能・臨床症状	摂食・嚥下等の機能的状態、血清アルブミン値等の検査値等の生化学的状態、体重などの身体測定値、浮腫や褥瘡などの身体所見等の身体的状態に関連している栄養問題を評価します
③習慣・周辺環境	食物・栄養に関連した知識不足や食物や生活習慣の偏り、食事の準備能力の低下（認知・身体障害）、食物の入手困難、食事制限の有無などを評価します
上記のポイントをおさえ、低栄養状態の問題（P）がどのような原因（E）と兆候・症状（根拠）（S）で生じているのかを評価・判定します	

米国の栄養士会による栄養診断用語のうち、高齢者の低栄養に対応した栄養ケア・マネジメントの実務にあわせて、以下に解説しましたので、活用してください。

低栄養リスクに関連すると考えられる栄養診断用語と活用について（コード）

<p>エネルギー消費の亢進 (N-1.1)</p>	<p>発熱、炎症、感染症、疾患（パーキンソン病、アルツハイマー病、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、心疾患等）が理由として考えられます。該当することがあれば選択し、その現状（例えば、発熱であれば●日前から●度により外来診受診等）や栄養指導（●診療所にて●年以降定期的に受けており、最近では管理栄養士から●●を食べないように指導されている等）の状況をわかる範囲で記載してください。</p>
<p>エネルギー摂取量不足 (N-1.2)</p>	<p>エネルギー摂取不足が問題であれば選択してください。食事摂取量不足、エネルギー食品の摂取不足、たんぱく質性食品の摂取不足、不適切な食物、食品群、栄養素補給習慣、食物摂取拒否や食物摂取の無関心、食事準備・買い物能力不足、食欲を低下させる飲酒や服薬、食物へのアクセス不足、摂食嚥下障害、認知症や認知機能の低下、精神的障害（うつ等）等の理由を具体的に記載してください。現状については、朝、昼、夕、間食で何を（具体的に）、どの位、どのようにして（食事形態を含めて）食べているのかを把握し、現在の1日のエネルギー摂取量をおおよそ推算してみてください。1日の付加エネルギー量をどのような食品、献立、購入、食事準備の方法で補填できるのかを想定しながら記載してください。</p>
<p>水分摂取量不足 (NI-3.1)</p>	<p>水分摂取不足は必ず検討し、問題であれば選択してください。1日の摂取水分量が不十分、気温変化に伴う水分必要量の増加、運動量の増加や体液の激しい損失、リハビリテーション量の増加、発熱による不感蒸泄の増大、口渇感の低下、口渇感を低下させる服薬、摂食嚥下障害、水分の自己摂取が困難であったり不可能、水分制限、食事摂取量不足、心理的うつ、認知機能低下や認知症などの理由を具体的に記載してください。現状については、お茶などの飲み物、みそ汁、スープ、麺の汁物等について、1日にいつ、何を（具体的に）、どの位の量摂取しているかを把握し、おおよその水分摂取量の確認をしてください。また、あわせて排尿量や回数などについても確認して現状を記載してください。</p>
<p>アルコール過剰量過剰 (NI-4.3)</p>	<p>アルコール過剰摂取は、食欲低下や食事量の低下の原因となりますが、一方では、食欲を引き出したり、食事が楽しい理由にもなります。必ず飲酒の種類、量、回数、頻度、摂取のタイミング等について把握して記載してください。問題と考えられる場合は選択してください。</p>

<p>栄養素摂取のインバランス (NI5-5)</p>	<p>栄養補助食品や機能性食品の多量摂取が、食欲低下、下痢、便秘、嘔吐等を引き起こすことがあるため、確認をしてください。問題であれば選択して、これらの食品の種類、量、摂取頻度、摂取のタイミング等の現状を記載してください。</p>
<p>たんぱく質量摂取不足 (NI5.7.1)</p>	<p>たんぱく質食品の摂取不足が問題であれば選択してください。摂食嚥下障害、自己摂取能力不足、食物の準備や買い物能力不足、経済的制約、知識不足 摂取制限の長期的遵守、心理的要因（うつ等、文化的・宗教的制約等）の理由を具体的に記載してください。現状については、肉・魚・卵・豆腐など主菜となるたんぱく質や牛乳・乳製品、牛乳・乳製品を用いた菓子については習慣的に朝、昼、夕、間食で何を（具体的に）、どの位、どのようにして（食事形態を含めて）食べているのかを把握し、現在の1日のたんぱく質摂取量をおおよそ推算してみてください。1日の付加たんぱく質量をどのような食品、献立、購入を含めた食事準備の方法で補填ができるのかを想定しながら記載してください。また、本人が好きなたんぱく質性食品や、献立、調理方法についても記載してください。</p>
<p>炭水化物量摂取不足 (NI-5.8.1)</p>	<p>炭水化物食品の摂取不足が問題であれば選択してください。摂食嚥下障害、自己摂取能力不足、食事の準備や買い物能力不足、経済的制約、知識不足 摂取制限の長期的遵守、心理的要因（うつ等、文化的・宗教的制約等）等の理由は具体的に記載してください。現状については、主食（ごはん、パン、麺等）や炭水化物食品（菓子パンやもち菓子等）は、習慣的に朝、昼、夕、間食で何を（具体的に）、どの位、どのようにして（食事形態を含めて）食べているのかを把握してください。方法、食がすすむ漬物、佃煮、ふりかけなどの種類についても記載してください。</p>
<p>噛み砕き・咀嚼障害 (NC-1.2)</p>	<p>咀嚼障害のリスク者については選択し、ミールラウンド結果を記載してください。歯科の受診や口腔ケアの実施等について確認をしてください。摂食の現状について、現在の食事形態が適応しているか、食事形態に対応した食物の購入・調理を含めた食事準備の現状も具体的に記載してください。</p>

嚥下障害 (NC-1.1)	摂食嚥下障害のリスク者については選択し、ミールラウンド結果を記載してください。この場合には、歯科の受診や言語聴覚士による評価を受けているかについて確認をしてください。観察された嚥下の現状を具体的に記載してください。現在の食事形態やその形態が適応しているか、形態のレベルのUPやDOWNの検討、食事形態に対応した食物の購入・調理を含めた食事準備の現状も具体的に記載してください。
消化機能異常 (NC-1.4)	腹部膨満、食欲不振、吐き気、嘔吐、下痢、便秘、逆流、ガス等、胃腸症状 (吸収不良、消化不良、閉塞、便秘、クローン病、炎症性腸炎、癌、過敏性大腸炎、感染症、ダンピング症候群など)、外科的処置等について既存情報や利用者の訴えについて具体的に記載してください。受診状況の現状や栄養指導をうけているか、うけている場合にはその内容についても記載してください。胃腸機能異常の対応について本人・家族が食事や生活にどのように対応しているのか、現状を記載してください。
栄養素代謝異常 (NC-1.4)	ビタミン・ミネラル欠乏の兆候 (舌炎、口角炎、口腔障害等) 糖尿病、下垂体障害、腎不全、肝不全等) について既存情報や利用者からの情報を把握してください。受診状況の現状や栄養指導をうけているか、うけている場合にはその内容についても記載してください。栄養素代謝異常の対応について本人・家族が食事や生活にどのように対応しているのか、現状を記載してください。
低体重 (N C-3.1)	スクリーニング、アセスメントの結果からになります。
意図しない体重減少 (N c -3.2)	スクリーニング、アセスメントの結果からになります。
食物や薬剤の相互作用 (NC-2.3)	食欲低下を招く服薬 (抗うつ剤、睡眠薬、利尿剤、解熱鎮痛剤、高尿酸血症治療剤、可溶性非イオン型鉄剤、低血圧治療剤、Ca拮抗剤、甲状腺ホルモン剤等) の服薬状況について問題があれば選択してください。具体的な医薬品について記載してください。
食物や薬剤の相互作用の予測 (NC-2. 4)	上記が予測される場合に、予測に至った状況や予測される医薬品について記載してください。
食物・栄養に関連した知識不足 (N B-1.1)	本人・家族の低栄養や摂食嚥下障害や対応する食事内容や食べ物等の入手 (買い物、献立作成、食事準備等) に関する知識について不足があれば選択して、その現状について具体的に記載してください。

<p>食物・栄養の話題に対する誤った認識関連した誤った信念（主義）や態度（NB-1.2）</p>	<p>本人・家族あるいは関連職種の高齢者の低栄養やその対応に関しての重要性に対する認識、あるいは「高齢だから痩せていたり、食べる量が少ないのはふつう」といった誤った認識、食事やその入手方法を受容して「やってみよう」という態度（意欲や熱意）について問題があれば選択してください。誰の問題かを記載したうえで、その理由やどのような認識や態度であるのかの現状について具体的に記載してください。</p>
<p>不規則な食事パターン（NB-1.5）</p>	<p>摂食障害、過食、拒食などにより食事の摂取パターンが不規則な場合には、いつ、どのように不規則なのかを記載してください。</p>
<p>不適切な食物選択（NB-1.7）</p>	<p>偏食や拒食、誤った知識や主義等のために不適切な食物選択をしている場合には、なにか、どのように不適切なのか、その背景を記載してください。</p>
<p>身体活動不足（NB-2.1）</p>	<p>食欲や意欲を低下させているような身体活動不足の問題があれば選択してください。1日や1週間のうちの在宅または外での身体活動、生活活動について、問題の現状がわかるように具体的に記載してください。</p>
<p>身体活動過多（NB-2.2）</p>	<p>食欲低下に過度の身体活動やリハビリテーションが関連していることがあります。エネルギーの消費量が摂取量以上になる状況がある、慢性疲労を起している等の問題があれば選択してください。1日や1週間のうちの在宅または外での身体活動、リハビリテーションの実施等による身体活動の過多について、現状を具体的に記載してください。</p>
<p>自発的摂食困難（NB-2.6）</p>	<p>食具を握ることができる、頭や首を維持・コントロールできる、口まで手を動かせる、肘や手首を曲げられる、背をまっすぐにして座れる等の状況や、補助食器の入手状況、認知能力、自己摂取する気持ちがなかつたり回避している等の情報を把握し、自発的摂食困難が問題であれば選択してください。その理由や、どのような状況にあるのか、どのような対応をしているのか等を具体的に記載してください。</p>
<p>栄養関連用品の入手困難（NB-3.3）</p>	<p>本人・家族の食物の入手困難（買い物、献立作成、食事準備）が問題であれば選択し、その理由とどのような現状にあるのかを具体的に記載してください。現状については、本人あるいは家族の買い物、献立作成、食事準備等の問題や、配食サービス、冷凍食品、缶詰、レトルト食品等の活用、食事形態の対応、食事療法等のような現状にあるのかを具体的に記載してください。また、実施上あるいは今後実施した場合の困難なところや不安なところについても具体的に記載してください。</p>

安全でない食物摂取 (N B-3.3)	在宅での食品の保存や食事準備に関わる衛生や安全性に問題があれば選択して、その理由や現状を記載してください。また、訪問によって食事準備の動線や食品の保存状況等の現状を把握し、具体的に記載してください。
認知能力の低下や認知症 (コードなし)	認知機能の低下や認知症による食欲低下等、食事に関わる問題行動(失行、食事中の徘徊、集中力欠如、偏食、拒食等)があれば選択してください。
うつや意欲低下 (コードなし)	うつや意欲低下による食欲低下や、それによる食事準備(買い物、献立作成等)の困難等、食事に関わる問題があれば選択してください。どのような現状にあるのかを具体的に記載してください。

様式例の最後は、経口維持加算(Ⅰ)(Ⅱ)に相当する様式になりますので、算定する場合には、摂食・嚥下検査の方法、検査結果や観察を通した課題、ミールラウンド(食事の観察)への参加職種、多職種会議への参加職種について記載してください。
また、経口維持のために実施する計画(食事形態、とろみ、補助具の活用)、食事の周囲環境、食事介助の方法、口腔のケアの方法、医療また歯科医療受診の必要性について、現状維持か変更かについて記載してください。

ステップ5 栄養ケア計画(原案)の作成

管理栄養士は、栄養アセスメントに基づいて、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、食事等の食事の提供に関する事項等)、栄養食事相談、課題解決のための関連職種の分担等について、関連職種と協働して、栄養ケア計画を作成します。その際には、必要に応じて理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士の助言を参考にします。栄養ケア計画(原案)の作成にあたっては以下を参照してください。

利用者及び家族の意向	栄養アセスメント書における利用者及び家族の身体状況、栄養状態、食事・栄養補給に関する意向を転記します。
解決すべき課題(ニーズ)	アセスメントにおける総合的評価・判定で記入された、解決すべき課題(ニーズ)を優先項目順に記入します。
長期目標(ゴール)と期間	栄養状態にかかわる目標並びにQOLに関連した主観的健康感にかかわる目標などを記入します。期間はこのケア計画終了予定の期間をあげます。
短期目標と期間	目標設定の留意事項 ①できるだけ具体的に、定量的評価が出来るように設定します。 ◆達成される行動の変化は何か ◆どの程度の変化を期待するのか ◆いつまでに変化が起こるのか ◆そのために何(物、金、人)が必要か

栄養ケア	<p>②実現可能であること</p> <p>「こうあってほしい」、「こうなるようにしたい」という、実現できるかどうかわからない期待ではなく、「目標」は、具体的で業務上実現可能な期待であり、目標と現実のギャップが、解決すべき「問題」となります。</p>		
	<p>③最優先項目を設定すること</p> <p>最終的目標や短期目標が問題の大きさの順と、実行可能な順から検討され、実行可能で優先的に解決すべき問題を確認します。優先順位を考える場合は、利用者が生活していく上で、最も困ることを最優先のとします。</p> <p>例えば、栄養補給よりも心の問題の解決が最優先になる場合もあります。</p>		
	<p>④期間</p> <p>それぞれの目標を達成するために必要な期間を記入します。</p>		
	<p>短期目標を達成するために必要なサービス内容を記入します。各目標に対して計画を立てていく上で、栄養補給、食事の個別化、栄養食事相談、多職種による栄養ケアが盛り込まれます。</p>		
	<p>*どのような「栄養補給」をするのか</p> <p>医師の指導のもとに経口及び経腸栄養法等に関する栄養補給について記載します。</p>		
	<table border="1"> <tr> <td> <p>栄養補給量</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ エネルギー ◦ たんぱく質 ◦ 水分などの補給量 ◦ 慢性的な疾患への対応に配慮 </td> <td> <p>栄養補給法と内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ 食事 ◦ 栄養補助食品の活用 ◦ 経腸栄養法と経腸栄養剤の内容、量、頻度・期間 など </td> </tr> </table>	<p>栄養補給量</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ エネルギー ◦ たんぱく質 ◦ 水分などの補給量 ◦ 慢性的な疾患への対応に配慮 	<p>栄養補給法と内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ 食事 ◦ 栄養補助食品の活用 ◦ 経腸栄養法と経腸栄養剤の内容、量、頻度・期間 など
	<p>栄養補給量</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ エネルギー ◦ たんぱく質 ◦ 水分などの補給量 ◦ 慢性的な疾患への対応に配慮 	<p>栄養補給法と内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ 食事 ◦ 栄養補助食品の活用 ◦ 経腸栄養法と経腸栄養剤の内容、量、頻度・期間 など 	
	<p>栄養補給法の移行が必要であり、実施可能である場合には、移行のための手順、期間、時期、補給エネルギー、たんぱく質、水分などを記載します。</p> <p>例) ○月○日、医師の指示により言語聴覚士による摂食・嚥下評価と嚥下造影の実施。</p> <p>ゼリー等の経口摂取が可能と判断された場合、言語聴覚士の指導のもと 50g 程度の訓練食から開始。</p> <p>品数が摂れるようになり、1食分のエネルギーやたんぱく質が経口摂取で摂れるようになったら、昼食から経管栄養は止めて、朝・夕のみ経管栄養を実施する。</p> <p>ムセ、痰の量、発熱、食事時間、疲労など観察し記録する。</p>		
<p>*医師は必要に応じて静脈栄養法のための栄養補給の計画を作成します。</p>			

栄養ケア	<p>*どのような「食事の個別化」をするのか</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ 個別対応に関する慢性的な疾患への対応事項 ◦ 嗜好 ◦ 禁忌 ◦ 形態 ◦ 内容（量、質） ・回数 <ul style="list-style-type: none"> ◦ 時間 ◦ 食事の場所と環境 ◦ 安全で衛生的な食事の提供の観点から考慮すべき事項 ◦ 食事摂取観察時のチェック（日時、担当者など） など
	<p>*どのような「栄養食事相談」をするのか</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ 利用者及び家族の改善すべき栄養、食事行為の課題 ◦ 達成目標 ◦ 個別栄養食事相談 <ul style="list-style-type: none"> ◦ 調理や食事準備などを含めた体験学習などの指導方法 ◦ 声かけの方法 ◦ 教材、日時、時間、場所、担当者 など
	<p>*どのような「多職種による栄養ケア」をするのか</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ 口腔ケア ◦ 摂食・嚥下リハビリテーション ◦ 服薬指導 <p>などの概要、日時、担当者、場所などを記載します。</p>
担当者、頻度、期間	<p>担当者：サービスの提供に関わる専門職を記入し、2つ以上の職種に及ぶ場合は、優先順位をつけることが必要。</p> <p>頻度：1日何回、週に何回、月に何回などを記入。食事は毎食。</p> <p>期間：サービスを提供する期間</p>

(参考) 摂食嚥下リスクへの対応一覧

食食事の観察を通じて気が付いたこと	対応
①上半身が左右や前後に傾く傾向がある	リハビリテーション専門職による対応 シーティング開始 しっかり床に足がつくように調整する 膝は90度になるようにする(車椅子でもフィットレストではなく、床に足がつくようにする)
②頸部が後屈しがちである	リハビリテーション専門職による対応 リクライニング位の選択、枕での調整、全介助摂食による調整等
③食事を楽しみにしていない	好きな食べ物や献立の提供、楽しい雰囲気をつくる、声かけなど
④食事をしながら、寝てしまう	覚醒を促すための声かけ、ボディータッチ、食事時の姿勢の維持、薬剤の内容や服薬時間の確認、食事の時間を覚醒時にする等
⑤食べ始められない、食べ始めても頻繁に食事を中断してしまふ、食事に集中できない	「食事ですよ」と声をかけする、声かけしながら一皿ずつ順番に手提供する スプーンを直接手にもたせ、最初の一口を食べてもらふ、介助する、多動や興奮の場合には席につくように声かけする。
⑥次から次へと食べ物や口を運ぶ	食事の観察をおこない、カトラリーの変更(一口量を小さく)、窒息の危険より米飯から全粥に変更、器をもって流し込んでしまうため別の器に分けにして提供をおこなった。
⑦食事又はその介助を拒否する	ご家族と検討し、普段の食べる環境と違わないか確認する。提供方法や声掛けに対するケア方法を統一する。視空間認知障害が考えられたことから、情報量を少なくするためにワンプレートや弁当箱に盛り付ける、一皿ずつ提供する。
⑧食事に時間がかかり、疲労する	口腔残渣を確認する。全職種による摂食・嚥下の評価を行う。長時間口腔内に溜め込みが見られる場合もある。歯科受診(口腔ケア)を行い、口腔内の残渣が多い場合はムース食へ見直しを行うことや水分・汁物のとろみを調整するなど、食形態の見直しを図る
⑨食事の摂取量に問題がある(拒食、過食、偏食など)	拒食: 食事の観察をおこない、コップ(見た目)や提供温度、食席の変更を行う。視空間認知障害が見られる場合は情報量を少なくするためにワンプレートや弁当箱に盛り付け、情報量を少なくするなどの検討をする等、カトラリーを適切なものに変更する。
⑩口腔内が乾燥している。口腔内の衛生状態が悪い。	口腔粘膜の保湿の必要がある。適切な口腔ケアの提供し、かかりつけ歯科医や協力歯科医療機関等に相談する。
⑪固いものを避け、柔らかいものばかり食べる	食べる様子を観察し、摂食量の評価をおこなう。どのような食品や献立が避けられているかも確認する。歯が痛いかどうか聞き取る、麻痺側の口腔残渣を確認する。義歯や口腔の状況も観察し、歯科受診や口腔ケアをすすめる。食形態の見直しを図る。水分、汁物にとろみ剤を使用する。
⑫上下の奥歯や義歯がかみ合っていない	歯科受診や言語聴覚士による評価を依頼する。食事形態やエネルギー、たんぱく質、水分の摂取を見直す。
⑬口から食物や唾液がこぼれる	
⑭口腔内に食物残渣が目立つ	
⑮食物をなかなか飲み込まず、嚥下に時間がかかる	
⑯一口あたり何度も嚥下する	
⑰食事中や食後に濁った声に変わる	食物残渣の確認を行う。歯科受診や言語聴覚士による評価を依頼する口腔ケアの検討 食事形態及びエネルギー、たんぱく質、水分の摂取量を見直す
⑱頻繁にむせたり、せきこんだりする	
⑲観察時から直近一ヶ月程度以内で、食後又は食事中に嘔吐したことがある	

(参考) 認知症における食事中の兆候・症状とその対応

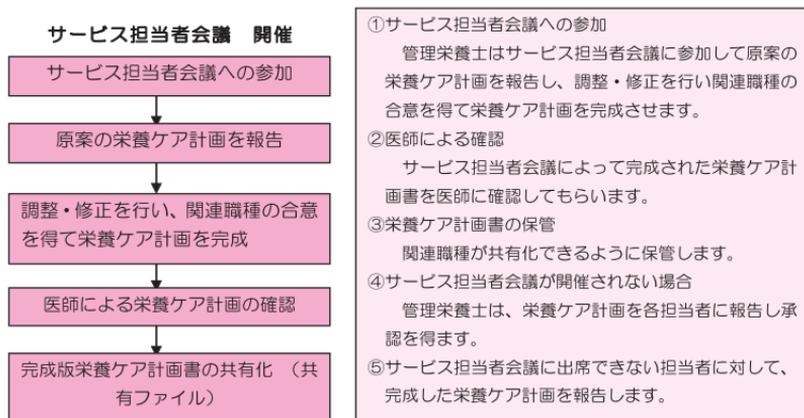
兆候・症状	概念	観察の要点	対応する栄養・食事ケアの例
食事の失認	食事の認識ができない	食事であることがわからない	「食事ですよ」と声かけする。
		食事を混ぜあわせる	声掛けをしながら一皿ずつ順番に提供する
		食器や食べ物で遊んでいる 食器の位置や食品と食器の位置関係がわからない	食事時間を知らせる 食器の色を変更する（〇色から〇色へ）
		箸やスプーンの使い方がわからない 食べたことを忘れる	スプーンや箸を直接手にもたせ、最初の一口を食べてもらう（介助して食べてもらう）
傾眠	食事時に寝ている	食事時にウトウトしている	覚醒を促すため声掛けする
		食事時に意識の混濁がみられる	覚醒を促すためにボディータッチする
		食事時に閉眼している	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
興奮・大声・暴言・暴力	食事時に興奮、大声をあげる、暴言・暴力をふるう	特になし	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
妄想	食事に関して現実にはありえないことをいう	特になし	食事が安全であることを伝える
			食器や食器を取り換える
			好みのものを提供する
拒食	食事を拒否する	食事を拒否する	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
		水分を拒否する	好みのものを提供する
		食事介助を拒否する	食事の匂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）

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	食事を促すため声掛けする
徘徊・多動	食事の時間に動きまわる	食事中に歩き回る 食事中に立ち上がる	席に着くよう声掛けする
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	早くたべてしまう 飲み込む前に次々に食べ物を口にいれてしまう 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
			器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）
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
			こぼれないよう安定した食器を使用する
			食器具の使い方を説明する
異食	食品でないものを口にに入れる		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（バラン、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
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

ステップ6 サービス担当者会議の参加と記録

管理栄養士は、サービス担当者会議に出席し、栄養ケア計画原案を報告し、関連職種との話し合いのもと、栄養ケア計画を完成させます。栄養ケア計画書の内容は、サービス計画にも適切に反映させます（★）。

★ 通所サービスにおいては、管理栄養士は、作成した栄養ケア計画原案については、関連職種と調整を図り、サービス担当者会議に事業所を通じて報告してください。以降は上記と同様です。なお、管理栄養士は利用者の主治の医師の指示・指導の必要な場合には、これを受けなければなりません。



ステップ7 入所者及び家族への説明

介護支援専門員等は、サービスの提供に際して、施設サービス計画に併せて栄養ケア計画を本人または家族にわかりやすく説明し、同意を得ます。

ステップ8 栄養ケアの実施

管理栄養士や関連職種は、医師の指示等に基づいて栄養ケア計画によるサービスを提供します。

管理栄養士は、食事の提供に当たっては、給食業務の実際の責任者としての役割を担っている管理栄養士、栄養士及び調理師等に対して栄養ケア計画に基づいて個別対応した食事の提供ができるように説明及び指導をします。なお、給食業務を委託している場合においては、委託業者の管理栄養士等と連携を図ります。

管理栄養士は、栄養ケア計画に基づいて本人・家族等に栄養食事相談を実施します。また、関連職種に栄養ケア計画に基づいて説明し、指導や助言等のコンサルテーションを行います。

管理栄養士は、関連職種と連携して食事摂取状況や食事に関するインシデント・アクシ

デント事例等の把握を行います。

管理栄養士は、栄養ケア提供に関する主な経過を記録します。その内容は、栄養補給（食事の摂取量等）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とのケア状況等についてです。

★ 通所サービスの栄養ケア・マネジメントを担当する管理栄養士は、利用者の通所時に居宅における食事の状況を聞き取った結果、課題がある場合は、当該課題を解決するために利用者の居宅を訪問することができます。

管理栄養士は、居宅での食事状況、食事環境等の具体的な課題の把握のために、日常的な1日の食事や間食の内容やおおよその量を本人・家族に聞いたり、食事時や食事準備の環境などを観察してください。

主に食事の準備する家族・介護者等に対しての栄養食事相談等の栄養改善サービスを提供することができます。

ステップ9 実施上の問題点の把握

管理栄養士又は関連職種は、栄養ケア計画の変更が必要となる状況を適宜把握します。栄養ケア計画の変更が必要となる状況が確認された場合には、対応する関連の職種への報告をするとともに計画の変更を行います。

ステップ10 モニタリングの実施

ステップ4.4)を参照してください。

ステップ11 再栄養スクリーニング

介護支援専門員は管理栄養士と連携して、低栄養状態のリスクにかかわらず、栄養スクリーニングを3か月毎に実施します。

ステップ12 栄養ケア計画の変更及び退所時の説明等

モニタリングや再栄養スクリーニングから栄養ケア計画の変更が必要な場合には、管理栄養士は介護支援専門員に、栄養ケア計画の変更を提案し、サービス担当者会議等において計画の変更を行います。

退所時には、総合的な評価を行い、その結果を本人・家族にわかりやすく説明します。必要に応じて居宅介護支援専門員や関係職種と連携を図ることは大切です。

なお、栄養ケア・マネジメントを実施している場合には、個別の高齢者の栄養状態に着目した栄養管理が行われていますので、検食簿、喫食調査結果、入退所簿、食料品消費日計等の食事関係書類（食事箋及び献立表は除く）、入所者年齢構成表及び給与栄養目標量に関する帳票の作成は必要ありません。

ステップ13 サービス評価と継続的な品質改善活動

最終のステップであるサービス評価と継続的な品質改善活動は、6カ月毎あるいは1年毎に、栄養ケア・マネジメントを提供した全利用者の栄養スクリーニング、アセスメント・モニタリング及び栄養ケア計画のデータを集計した評価の結果をもとに、把握された問題についての改善活動の計画を作成して、その問題解決に向けて組織的に継続的な品質改善活動に取り組む過程です。

この場合の「問題」とは、現実と目標とのギャップ（差）、あるいは、「現実の状況」と「求められる状態」との差であり、管理栄養士や関連職種の協働、あるいは組織体制を見直すことによって解決できることが前提です。解決できないことは、問題にはなりませんし、このギャップが認識されなければ、「問題」にはなりません。

このようなサービス評価は、ある時点をもとに、6カ月間あるいは1年間の栄養ケア・マネジメントによって、どのくらい改善、維持されたか、あるいは悪化したかを客観的に数量的に表すこととなります。

そこで、サービス評価は、個別の利用者に対する栄養スクリーニング、栄養アセスメント・モニタリング、栄養ケア計画作成・実施という個別のPDCAサイクルを適切に回し、信頼できるデータが収集できていることが前提です。この前提となる個別データの信頼性がないと、評価結果は歪んだものになります。

栄養ケア・マネジメントを提供した利用者のうち、看取り期にある者は、栄養ケア計画の目標が異なりますので別途集計しましょう。低栄養状態の改善・維持を目標とした栄養ケアを提供している利用者について、性別、年齢階層別、要介護区分別、あるいは摂食嚥下障害の有無別や認知症の日常生活活動度別などに層別化（軽度者と重度者の2区分など）してデータの割合を集計してみます。

低栄養の中高リスク者のうち6か月後あるいは1年後に改善・維持した者の割合、あるいは悪化した者の割合は？

摂食嚥下障害のある者のうち、食事量や嚥下調整食分類のコードが改善・維持した者、あるいは、悪化した者の割合は？

また、これらの低栄養のリスクや食事形態の改善・維持者のADL、IADL及び認定区分の改善・維持及び悪化の割合は？

評価期間内の誤嚥性肺炎による入院率は？ 在宅復帰率は？・・・というように評価していきましょう。エクセルの計算機能を用いて、あるいは十分に手計算で算出することができます。一方、本人・家族のサービスに対する満足感や不安・不満などを聞き取りは質的な評価として必要とされます。

厚生労働省からのフィードバックが具体的にどのようになされるのか、現在のところまだ不明ですが、全国データと自施設設の栄養ケア・マネジメントの評価結果との比較できるはずですので、継続的品質改善の活動に導く問題を把握してください。

一方、プロセスの評価として、栄養ケア・マネジメントの業務が経口維持加算、経口移行加算等の関連加算も含めて個別の利用者ごとに手順が実施されたか、多職種との情報連携や連携した計画作成や実施ができたかなどをチェックして、実施状況の悪いところや、コンフリクトが生じたところなどをチェックし、うまく行われない手順の問題を把握し、継続的品質改善活動に繋げていきましょう。

評価結果は、図表を活用して見える化し、管理者や関連職種の共通理解のもとに、協働して継続的品質改善活動に組織的に取り組めるようにしましょう。

ここからは、令和3年度に新設された栄養ケア・マネジメントの関連加算について解

説します。

【栄養マネジメント強化加算について】11単位/日

栄養マネジメント強化加算は、栄養ケアに係る体制の充実を図るとともに、上記のステップに沿った栄養ケア・マネジメントを実施した上で、さらに、入所者全員への丁寧な栄養ケアを以下のように実施します。

食事の観察

低栄養の中高リスク者には、食事摂取量、食欲、食事の満足度、食事に対する意識、多職種による栄養ケアの課題（低栄養関連問題）のうち口腔関係の項目、栄養ケア計画に記載した食事の観察の際に特に確認された点等を総合的に観察します。

さらに、栄養ケア計画に記載した食事の観察の際に特に確認された視点を中心に観察します。ただし1回の食事の観察で全てを確認するのではなく、週3回以上（異なる日に）食事の観察を行います。適宜、食事の調整や食事環境を整備し、問題点がみられた場合には、関連職種と情報を共有して計画の変更の必要性を判断します。食事の観察を行った日付や、対応については記録します。

低栄養の低リスク者に対しては、上記の観察を行う際に、合わせて観察し、問題点がみられた場合には、上記と同様に対応します。

退所時の対応

低栄養の中高リスク者が退所し、居宅での生活に移行する場合には、本人・家族に対して、管理栄養士が退所後の食事に関する相談支援を行います。また、他の施設や医療機関に入所（院）する場合には、入所中の栄養管理に関する情報（必要栄養量、食事摂取量、嚥下調整食の必要性（嚥下食コード）、食生活上の留意事項等）を入所（院）先に提供します。

- 管理栄養士による居宅療養管理指導における栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア経過、モニタリング、評価等については、通所・居宅の様式例を用いることができます。また、その実務にも当該手引書を適宜活用することができます。

【口腔・栄養スクリーニング加算について】（Ⅰ）20単位/回（Ⅱ）5単位/回

令和3年度改定によって通所系サービスに、口腔・栄養スクリーニング加算が新設されました。これは、口腔の健康状態及び栄養状態について簡易な評価を一体的に継続的にを行い、口腔機能向上サービスや栄養改善サービス等の提供に繋がるとともに、事業所の従業者に口腔・栄養に関する意識の向上を図ることを目的にしています。

実施体制

事業所管理者は、

- 介護職等が、口腔・栄養スクリーニングはケアマネジメントの一環として継続的に行う体制づくりをします。
- 口腔・栄養スクリーニングに関する手順を定めます。

- 口腔・栄養スクリーニング体制を評価し、継続的な見直しに努めます
- 利用者が複数の通所事業所を利用している場合には、口腔・栄養スクリーニングを行う事業所を、利用者・家族の希望を踏まえて、担当者会議等で検討後、介護支援専門員が決定します。

実 務

- 介護職員等は、利用者の利用開始時または、当該加算の算定時に栄養スクリーニングを実施します。
- 介護職員等は、様式を用いて記載した結果の記録を、利用者を担当する介護支援専門員に情報提供します。
- 介護職員等は、口腔・栄養スクリーニングによって問題が把握された利用者については、利用者のかかりつけ医、かかりつけ歯科医への受診状況を本人・家族に確認し、必要に応じて受診を促します。
- 介護職員等は、リスクが確認された利用者を担当する介護支援専門員に対して、栄養アセスメント加算による取組みや、口腔機能向上サービスまたは、栄養改善サービスの提供を検討するように依頼します。
- 再スクリーニングは6か月毎に実施します。前回実施した際の結果をあわせて、介護支援専門員に情報提供をします。

【栄養アセスメント加算について】50単位/月（新設）

通所系サービスに通所系サービス等において、栄養改善が必要な利用者を的確に把握して、適切なサービスにつなげていく観点から、管理栄養士と介護職員等の連携による栄養アセスメントの取り組みを評価します。

※通所系サービスに加えて看護小規模多機能型居宅介護も対象。

※口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）（なお、口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）とは併算可）及び栄養改善加算との併算定は不可
以下の事項が算定要件である。

実 施 体 制

- 事業所の従業者として又は外部^(※)との連携により管理栄養士を1名以上配置。
- ※他の介護事業所、医療機関、介護保険施設、日本栄養士会や都道府県栄養士会が設置・運営する「栄養ケア・ステーション」。ただし、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の数を超えて管理栄養士を配置している施設に限る。

実 務

- 利用者ごとに、管理栄養士は、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者と共同して栄養アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、栄養食事相談、栄養情報等に必要に応じて対応します。
- アセスメント内容等は当該手引書を参照のこと。利用者の在宅生活を中心としたアセスメントになるため、在宅時の状況を聞き取ります。

- 利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用します。(LIFEの活用)
- アセスメント内容等は当該手引書を参照のこと。あくまで在宅生活を中心としたアセスメントになるため、在宅時の状況の聞き取りが重要となります。

【栄養改善加算について】200単位/回(※原則3月以内、月2回を限度)

- 栄養改善サービスの提供に当たっては、当該手引書を参照して実施してください。
- 利用者の在宅生活を中心としたアセスメントになるため、在宅時の状況を聞き取ることや栄養ケア計画も利用者・家族が在宅時に継続的に実施できる内容にすることが重要です。
- 必要に応じて利用者の居宅を訪問することができます。一人の利用者に<栄養アセスメント加算>との併算はできませんので、個別相談の強化や在宅訪問が必要な利用者には栄養改善加算により対応することをお勧めします。

【認知症グループホームにおける栄養管理体制加算について】

認知症グループホーム(以下、認知症GH)において栄養ケア・マネジメントを推進するためには、以下のように体制づくりを行います。

- 口腔・栄養スクリーニング加算の算定 20単位/回 ※6ヵ月に1回

事業所の管理者は、介護サービス事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行い、当該情報を利用者の担当介護支援専門員に提供する体制づくりをします。

口腔・栄養スクリーニングのスクリーニングについては、STEP 3に説明しています。記載例は、事例の頁を参照してください。栄養スクリーニングにおいての体重は1か月ごとに測定して記録しておくようにします。

口腔・栄養スクリーニング結果を記載し、リスクがみられた場合には、介護支援専門員に情報提供します。以下の管理栄養士による栄養管理体制加算の算定に繋げる体制をつくって、連携している管理栄養士にも同様の情報提供をしておくこと円滑にすみます。

口腔・栄養スクリーニングは6か月毎に行います。

- 栄養管理体制加算の算定 30単位/月(新設)

①事業所の管理者は、管理栄養士と連携して栄養・口腔のリスクのある利用者に栄養・食事の課題解決のための助言等が得られる体制づくりをします。

この場合、管理栄養士については、他の介護事業所、医療機関、介護保険施設、日本栄養士会や都道府県栄養士会が設置・運営する「栄養ケア・ステーション」との連携でも可。ただし、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の数を超過して管理栄養士を配置している施設の管理栄養士が連携することができますので、要件を満たす管理栄養士との連携体制を確保します。

②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」を行います。

その内容は、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

他の当該事業所における日常的な栄養ケアの実施にあたり必要と思われる事項などです。なお、これは、利用者ごとの栄養ケア・マネジメントを行うものではありませんが、事前情報として低栄養リスク者の口腔・栄養スクリーニングのデータや当該当事者の近時の献立、食事や生活の状況について介護職等から情報提供をしてもらうことが重要です。

また、食事時の観察（ミールラウンド）は、介護職等と一緒に問題共有化しうえて助言や指導を行うことが求められます。

③管理栄養士は、②の「栄養ケアに係る技術的助言及び指導」を行うにあたっては、以下の事項を記録します（⑫、以下7.の事例A、B参照のこと）

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

なお、管理栄養士は上記により確認された低栄養の個別の問題の解決方法について認知症GHの介護職に助言・指導するとともに、利用者や介護職に分かってもらえるよう、低栄養やその栄養ケアの要点のポスターの掲示や管理栄養士の実演による説明などに取り組める体制や、管理栄養士が食事時にミールラウンド等を実施しアセスメントできる体制づくりが求められています。

様式例の記載例を以下に示しました。

認知症グループホームにおける口腔・栄養スクリーニング（記載例）

ふりがな	〇〇〇 〇〇	□男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	□明□大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭	12年	〇月	〇日生まれ	84歳
氏名	〇〇〇〇〇	要介護度・病名・ 特記事項等	要介護度3、 認知症高齢者の日 常生活活動度 IIb	記入者名 〇〇〇〇			
				作成年月日:令和3年〇月〇日			
				事業所内の歯科衛生士 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
				事業所内の管理栄養士・栄養士 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
スクリーニング項目			前回（利用開始時）結果 （令和2年9月20日）	今回結果 （令和3年3月19日）			
口 腔	硬いものを避け、柔らかいものばかり食べる		<input checked="" type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ	<input checked="" type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ			
	入れ歯を使っている		<input checked="" type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ	<input checked="" type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ			
	むせやすい		<input type="checkbox"/> はい・ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input checked="" type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ			
	特記事項（歯科医師等への連携の必要性）		食事は100%食べている	お茶を飲むとよくむせて心配			
栄 養	身長 (cm) ※1		155.3 (cm)	155.3 (cm)			
	体重 (kg)		45.1 (kg)	43.2 (kg)			
	BMI (kg/ m ²) ※1 18.5未満		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (18.7kg/ m ²)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (17.9kg/ m ²)			
	直近1～6か月間における 3%以上の体重減少※2		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (2.0kg/ か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (2.0kg/6か月)			
	直近6か月間における 2～3kg以上の体重減少※2		<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (2.0kg/6か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (2.0kg/6か月)			
	血清アルブミン値(g/dl)※3 3.5g/dl未満		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (g/dl)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (g/dl)			
	食事摂取量 75%以下※3		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (100%)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (75.0%)			
特記事項(医師、管理栄養士等への 連携の必要性等)			食事中に「むせる」ため体重減 少。食形態等を見てはい。				

介護支援専門員 ●●殿

本認知症 GH 事業所の●●様の口腔・栄養スクリーニングによって上記のように「リスク有」でしたので、
〇〇施設の管理栄養士の助言指導をお願い致します。 〇年〇月〇日 〇〇認知症 GH 事業所
管理者 〇〇〇〇

〇〇施設 管理栄養士 殿

〇〇認知症 GH 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致します。

〇年〇月〇日 〇〇介護支援専門員 〇〇〇 〇〇〇

認知症グループホーム 栄養ケアに係る技術的助言及び指導報告（記載例）

認知症GH名：認知GH〇〇事業所

訪問日時：〇月〇日

指導管理栄養士名：〇〇〇〇

<栄養ケアに係る技術的助言及び指導>

〇事業所全体

課題	目標	具体的方策	留意事項
とろみ剤のつけ方がばらばら	とろみ剤の使用方法的の統一	ポスターを掲示してやり方を統一する	学会分類2013のとろみの段階に合わせる
食事前の嚥下体操未実施	毎食前に嚥下体操を実施する	嚥下体操を実施するためにDVDをもちいたやり方を導入する	

〇低栄養リスク該当者

対象	リスク	目標	具体的方策	留意事項・その他
Aさん	高リスク	・食事摂取量を安定させる ・体重を増やす	・車いすを変更して姿勢安定を目指す ・食事形態を変更する ・交互嚥下を意識して介助する	改善見られない場合、居宅療養管理指導による介入も検討必要
Bさん	中リスク	食事摂取量を安定させる	好き嫌いは多いが、ご飯は好まれるようなので、ご飯を今より少し多めに盛り付けてみる	
Cさん	中リスク	体重減少率高い	明らかに異常な体重減少をしているので、体重を再測定してみる	体重計が正しいか確認必要か

<その他>

次回、〇月〇日に訪問予定

学会分類 2021（とろみ）早見表

	段階1 薄いとろみ【Ⅲ-3項】	段階2 中間のとろみ【Ⅲ-2項】	段階3 濃いとろみ【Ⅲ-4項】
英語表記	Mildly thick	Moderately thick	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れ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動態はゆっくりですが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ど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すっと流れ落ちるフォークの歯の間から素早く流れ落ちるカップを傾け、流れ出た後には、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とろ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、流れ出た後には、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、流れにくい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
シリンジ法による 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：コーンプレート型回転粘度計を用い、測定温度 20℃、ずり速度 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距離を 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 値が高く出る傾向があるため注意が必要である。

注 3. 10 ml のシリンジ筒を用い、粘度測定したい液体を 10 ml まで入れ、10 秒間自然落下させた後のシリンジ内の残留量である。

『日摂食嚥下リハ学会誌 25 (2) : 135-149,2021』または日本摂食嚥下リハ学会 HP ホームページ : <https://www.jsdr.or.jp/wp-content/uploads/file/doc/classification2021-manual.pdf> 『嚥下調整食学会分類 2021』を必ずご参照ください。』

ADL (Barthel Index を活用)

	動作	選択肢
1	食事	10 自立 5 一部介助 0 全介助
2	イスとベッド間の移乗	15 自立 10 監視下 5 一部介助 0 全介助
3	整容	5 自立 0 一部介助又は全介助
4	トイレ動作	10 自立 5 一部介助 0 全介助
5	入浴	5 自立 0 一部介助又は全介助
6	平地歩行	15 自立 10 歩行器等 5 車椅子操作が可能 0 その他
7	階段昇降	10 自立 5 一部介助 0 全介助
8	更衣	10 自立 5 一部介助 0 全介助
9	排便コントロール	10 自立 5 一部介助 0 全介助
10	排尿排便コントロール	10 自立 5 一部介助 0 全介助

手段的日常生活活動 (IADL) 尺度

項 目	採点	男性	女性
A 電話を使用する能力			
1. 自分から電話をかける(電話帳を調べたり、ダイヤル番号を回すなど)	1	1	
2. 2, 3 のよく知っている番号をかける	1	1	
3. 電話に出るが自分からかけることはない	1	1	
4. 全く電話を使用しない	0	0	
B 買い物			
1. 全ての買い物は自分で行う	1	1	
2. 小額の買い物は自分で行える	0	0	
3. 買い物に行くときはいつも付き添いが必要	0	0	
4. 全く買い物はできない	0	0	
C 食事の準備			
1. 適切な食事を自分で計画し準備し給仕する			1
2. 材料が供与されれば適切な食事を準備する			0
3. 準備された食事を温めて給仕する、あるいは食事を準備するが適切な食事内容を維持しない			0
4. 食事の準備と給仕をしてもう必要がある			0
D 家事			
1. 家事を一人でこなす、あるいは時に手助けを要する(例: 重労働など)			1
2. 血洗いやベッドの支度などの日常的仕事はできる			1
3. 簡単な日常的仕事はできるが、妥当な清潔さの基準を保てない			1
4. 全ての家事に手助けを必要とする			1
5. 全ての家事にかかわらない			0
E 洗濯			
1. 自分の洗濯は完全に行う			1
2. ソックス、靴下のゆすぎなど簡単な洗濯をする			1
3. 全て他人にしてもらわなければならない			0
F 移送の形式			
1. 自分で公的機関を利用して旅行したり自家用車を運転する	1	1	
2. タクシーを利用して旅行するが、その他の公的輸送機関は利用しない	1	1	
3. 付き添いがいたり皆と一緒に公的輸送機関で旅行する	1	1	
4. 付き添いか皆と一緒に、タクシーか自家用車に限り旅行する	0	0	
5. まったく旅行しない	0	0	
G 自分の服薬管理			
1. 正しいときに正しい量の薬を飲むことに責任が持てる	1	1	
2. あらかじめ薬が分けて準備されていれば飲むことができる	0	0	
3. 自分の薬を管理できない	0	0	
H 財産取り扱い能力			
1. 経済的問題を自分で管理して(予算、小切手書き、掛金支払い、銀行へ行く)一連の収入を得て、維持する	1	1	
2. 日々の小銭は管理するが、預金や大金などでは手助けを必要とする	1	1	
3. 金銭の取り扱いができない	0	0	

採点法は各項目ごとに該当する右端の数値を合計する(男性0~5、女性0~8点)

(Lawton, M.P & Brody. E.M. Assessment of older people :Self - Maintaining and instrumental activities of daily living. Geroulologist. 9: 179-168, 1969 より)

介護サービスにおける栄養ケア・マネジメントの実務の手引き

事例 A (経口維持)

リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書 (施設系)

氏名:	A様		初回作成日:	2021年 5月 31日	
作成者:	リハ ○○ ○○ (PT)	栄養 栄養 花子(RD)	口腔 ○○ ○○(DH)	作成(変更)日:	2021年 5月 31日
利用者及び家族の意向	(ご本人) 聞き取り不可 (ご家族) 今後は施設入所を検討したい			説明日	2021年 6月 8日
	リハビリテーション・個別機能訓練	栄養、経口移行 ^{*1} ・維持 ^{*2}	口腔		
解決すべき課題 (ニーズ)	<ul style="list-style-type: none"> #1. 移動能力の低下 #2. 筋力低下 #3. 嚥下障害と咳嗽気低下 #4. 食形態の改善 	低栄養状態のリスク (口低 口中 中高) 体重減少6か月で7kg、血清アルブミン値3.1g/dL、必要栄養量充足率約30%を根拠として、認知機能低下による意欲と活動量の低下、義歯不適合、摂食嚥下機能低下が原因となった、経口摂取不足。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 口腔衛生状態 ■ 歯の汚れ、■ 義歯の汚れ、■ 舌苔、■ 口臭 ■ 口腔機能の状態 ■ 食べこぼし、■ 舌の動きが悪い、■ むせ、■ 舌がらみ、■ 口腔乾燥 ■ 歯の本数 (〇) 本 ■ 歯の問題 (〇) 欠、 〇 歯の破折、 〇 歯肉肥腫、 〇 その他 ()) ■ 義歯の問題 (■ 不適合、 〇 破損、 〇 その他 ()) ■ 歯周病、 〇 口腔粘膜疾患 (潰瘍等) 		
長期目標・期間	(心身機能) ・杖で歩行ができる (活動) ・編み物ができる ・食形態の改善 (嚥下調整食コード:2-2→4) (参加) ・息子と馴染みのレストランで食事ができる	<ul style="list-style-type: none"> #1. 必要な栄養量が摂れる(必要エネルギー1270kcalに体重重量230kcalを加え、提供エネルギー1500kcal たんぱく質60gとする)。 #2. 1か月に1kgの体重増加を目指す(6か月後42kg) #3. 適切な食形態(摂食嚥下学会分類コード4)を摂取することができる #4. 生活活動強度1.4、家族と外食ができる【6か月】 	<ul style="list-style-type: none"> □ 歯科疾患 (□ 予防、■ 重症化予防) □ 口腔衛生 (□ 自立、■ 介護者の口腔清掃の技術向上、■ 専門職の定期的な口腔清掃等) ■ 摂食・嚥下機能 (□ 維持、■ 改善) ■ 食形態 (□ 維持、■ 改善) ■ 栄養状態 (□ 維持、■ 改善) ■ 誤嚥性肺炎の予防 ■ その他 (訪問診療における新しい義歯の作製、歯科医師による口腔機能管理、訪問歯科衛生指導等と合わせて実施) 		
短期目標・期間	(心身機能) ・普通型車椅子への移乗ができる (活動) ・午前、午後は共有スペースで過ごすことができる ・食形態の改善 (嚥下調整食コード:2-2→4) (参加) ・ユニットでの買い物ゲーム ・自転車の座席への乗り移り	<ul style="list-style-type: none"> #1. し好に配慮し、摂取栄養量を増やす。 #2. 1か月に1kgの体重増加を目指す(3か月後40kg) #3. 適切な食形態(摂食嚥下学会分類コード3)を摂取することができる #4. 生活活動強度1.3 外食に向け事に乗り移りができる【3か月】 			
具体的なケア内容	①立ち上がり練習 ②筋力トレーニング ③立位バランス ④方向転換練習 ⑤呼吸リハ ⑥ブローイングの方法を介護士に助言 担当職 職:PT、期間:3か月 頻度:週 5回、時間 20分/回	①食事:学会分類コード2-2(全粥ミキサー200g、副食ミキサー食)②水分:薄いとろみ③全粥ミキサーにMCT100kcal追加する。④エネルギー出納の把握(体重計測)⑤集団口腔体操⑥個別口腔練習(ブローイング)⑦摂食嚥下機能評価を行い段階的に食事形態を見直す。⑧ミールラウンドの実施。⑨ご家族への説明 担当職:①②③④⑤管理栄養士⑥介護士⑦⑧全職種⑨介護支援専門員 期間:3か月、頻度:①②毎食③毎食時④月1回⑤毎日⑥月1回⑦⑧適宜⑨週3回以上	<ul style="list-style-type: none"> ■ 口腔の清掃 ■ 口腔の清掃に関する指導 ■ 義歯の清掃 ■ 義歯の清掃に関する指導 ■ 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 ■ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 ■ その他 (義歯修理、ミールラウンドへの参加) □ 月4回程度 ■ 月2回程度 □ 月1回程度 ■ その他 (訪問診療による義歯修理、訪問歯科衛生指導) 		
算定加算等	■リハビリテーションマネジメント (介護老人保健施設) □個別機能訓練加算 ■理学療法 □作業療法 □言語聴覚療法 □理学療法、作業療法及び言語聴覚療法に係る加算 (介護医療院) ■栄養マネジメント強化加算 □経口移行加算 ^{*1} ■経口維持加算 ^{*2} (□ I ■ II) □療養食加算 □口腔衛生管理加算 (I) ■口腔衛生管理加算 (II)				

事例 B (看取り)

栄養ケア・経口移行・経口維持計画書 (施設)

氏名: A 様		入所(院)日: 年 月 日
作成者:		初回作成日: 年 月 日
		作成(変更)日: 年 月 日
利用者及び家族の意向	・施設に入所されている旦那様と最後は一緒に過ごしたい(本人) ・おだやかな最後を過ごしてほしいという(家族) ・黄疸も目立ち始め、食思低下が強いため、経口摂取は無理をせず楽しみを目的としてほしい(本人・家族)	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 □低 □中 ■高 ・がんの疼痛や体調不良による食欲の低下が顕著であり、食事摂取にムラがある。 ・経口摂取を維持し、口から食べる楽しみを維持する。	
長期目標と期間	食生活を充実させながら、穏やかな施設生活を過ごせるよう支援していく。	

分類	短期目標と期間	栄養ケアの具体的内容(頻度、期間)	担当者
① 栄養補給・食事	・低残渣食を提供し、少しでも盲腸がんの影響を抑える ・栄養補助食提供し、必要栄養量を満たす	低残渣食、米飯、常菜(エネルギー1200kcal、たんぱく質40g)、栄養補助食としてプリンと一挙千菜(エネルギー200kcal)を提供します。海藻・きのこ・こんにやく禁。 盲腸への負担を抑えつつ、食事摂取量にムラがあっても補助食で必要栄養量を満たせるように支援します。	医師 看護師 介護士 ケアマネ 管理栄養士
② 栄養食事相談	・お楽しみ食の提供	看取りということで、食事の楽しみを満たせるように通常献立以外でお楽しみ食を提供させていただきます。ご本人様から関西出身であったため、味付けは関西風が好きと伺っており、ご家族様からの聞き取らせていただいた好きな食べ物(手羽先、おでん等)を提供していきます。	医師 看護師 介護士 ケアマネ 管理栄養士
③ 課題の解決策による	・ご家族様からの持ち込み食	ご本人の食べたいものが食べられるようにご家族様の持ち込み食を食事時やおやつ、ご本人の食思がある時に提供できるよう管理します。 持込内容は事前に医師と相談の上決定し、小分けで保管できるものとします。	医師 看護師 介護士 ケアマネ 管理栄養士
特記事項			

※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) □療養食加算

事例 C (居宅) 栄養ケア計画書

氏名	M.M	殿	計画作成者：管理栄養士 所属：	初回作成日： 2021年 4月1日 作成(変更)日： 年 月 日		
医師の指示	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり					
利用者及び家族の意向	食べる量を増やし体重減少を止めたい			説明と同意日 2021年4月1日		
解決すべき課題（ニーズ）	低栄養状態のリスク（低・ <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> ・高） <input checked="" type="checkbox"/> 栄養状態 <input checked="" type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能 <input type="checkbox"/> 生活機能			サイン		
長期目標（ゴール）と期間	<input checked="" type="checkbox"/> 栄養状態の維持・改善 <input type="checkbox"/> 1ヶ月 <input checked="" type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能の維持・改善 <input checked="" type="checkbox"/> 3ヶ月 <input type="checkbox"/> 生活機能の維持・向上			続柄		
短期目標と期間		栄養ケアの具体的内容		担当者	頻度	期間
① 栄養補給・食事	<input checked="" type="checkbox"/> 食事摂取量の維持・改善	□栄養補給方法 <input checked="" type="checkbox"/> 栄養補給内容 <input checked="" type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能に合わせた食事の調整		□本人 □家族 <input checked="" type="checkbox"/> 栄養士 □介護職 □医師 □看護師 □	□毎日 <input checked="" type="checkbox"/> 利用時	□1ヶ月 <input checked="" type="checkbox"/> 3ヶ月
	<input checked="" type="checkbox"/> 栄養状態の維持・改善 <input checked="" type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能の維持・改善	・昼食時間帯に訪問を行い、食事の様子や食事内容より食べやすい食事のアドバイスをさせていただきます。 1日の目標栄養量は、 エネルギー 1200kcal、タンパク質 45gです。				
② 栄養食事相談	<input type="checkbox"/> 食事療法の理解	□療養食について <input checked="" type="checkbox"/> 嚥下食の調理 <input checked="" type="checkbox"/> 栄養補助食品		□本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input checked="" type="checkbox"/> 栄養士 <input checked="" type="checkbox"/> 介護職 □医師 □看護師 □	□毎日 <input checked="" type="checkbox"/> 利用時	□1ヶ月 <input checked="" type="checkbox"/> 3ヶ月
	<input checked="" type="checkbox"/> 食事形態の調整 <input checked="" type="checkbox"/> 食事・食品の選択	・嚥む力・飲み込む力に合わせた食事形態の調整を行い、自宅とデイサービス利用時共に食べやすい食事の提案を行っていきます。 ・食事だけでなく間食で栄養補給ができるよう提案していきます。				
③ 多職種による課題の解決など	<input type="checkbox"/> スキンケア	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護		□本人 □家族 <input checked="" type="checkbox"/> 栄養士 <input checked="" type="checkbox"/> 介護職 <input checked="" type="checkbox"/> 医師 □看護師 <input checked="" type="checkbox"/> 歯科衛生士	□毎日 <input checked="" type="checkbox"/> 利用時	□1ヶ月 <input checked="" type="checkbox"/> 3ヶ月
	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔および摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 消化器症状 <input type="checkbox"/> 生活機能 <input type="checkbox"/> メンタルヘルス <input type="checkbox"/> その他	□通所リハビリ <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護 ・デイサービス利用時に口腔ケアを行い、口腔衛生による肺炎予防を図っていきます。				
特記事項						