

栄養と口腔のアセスメントシート



栄養アセスメントシート

★食事に関する質問について、当てはまる答えに✓をつけてください。

質問		回答欄			
1	食事は1日何回食べていますか？	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 3回	<input type="checkbox"/> その他（ ）
2	食事は主に誰が作っていますか？	<input type="checkbox"/> 自分	<input type="checkbox"/> 家族（ ）	<input type="checkbox"/> 宅配	<input type="checkbox"/> その他（ ）
3	食欲はありますか？（直近1か月くらい）	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> まあまあある	<input type="checkbox"/> あまりない	

【食事チェック表】 食べた食品に○、水分は飲んだら○または杯数をつけましょう	炭水化物・油 エネルギー源			たんぱく質 血・筋肉・骨になる					ビタミン・ミネラル 体の調子を整える			嗜好品	水分	
	主食	芋類	油	肉	魚	卵	大豆製品	乳製品	野菜	果物	海藻きのこ			
	時間 / 食べた料理													
朝														
昼														
夕														
間食														
合計														
一日の目標	1日3食	7種類以上（10品目からまんべんなく）											こまめに	



口腔アセスメントシート

質問		回答欄		
1	自分の歯はありますか	<input type="checkbox"/> 全てある	<input type="checkbox"/> ないところがある	<input type="checkbox"/> 全くない
2	入れ歯は使っていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 持っているが使っていない
3	自分の歯または入れ歯で、奥歯をかみしめられますか	<input type="checkbox"/> 左右どちらもかみしめられる	<input type="checkbox"/> 片方だけできる	<input type="checkbox"/> 両方できない
4	こんな症状がありますか	<input type="checkbox"/> 痛みがある	<input type="checkbox"/> グラグラする歯がある	<input type="checkbox"/> むせやすい
		<input type="checkbox"/> お口が乾く	<input type="checkbox"/> 口臭がある	<input type="checkbox"/> 活舌が悪い
5	いつ歯(入れ歯)を磨きますか	<input type="checkbox"/> 朝	<input type="checkbox"/> 昼	<input type="checkbox"/> 夕食後
		<input type="checkbox"/> 寝る前	<input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> 難しい・大変
6	かかりつけの歯科医院はありますか	<input type="checkbox"/> ある（定期受診あり）	<input type="checkbox"/> ある（定期受診や治療を中断している）	<input type="checkbox"/> ない

栄養と口腔のアセスメントシート

記入例



栄養アセスメントシート

★食事に関する質問について、当てはまる答えに✓をつけてください。

質問	回答欄			
1 食事は1日何回食べていますか？	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 3回	<input type="checkbox"/> その他 ()
2 食事は主に誰が作っていますか？	<input type="checkbox"/> 自分	<input type="checkbox"/> 家族 ()	<input type="checkbox"/> 宅配	<input type="checkbox"/> その他 ()
3 食欲はありますか？ (直近1か月くらい)	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> まあまあある	<input type="checkbox"/> あまりない	

【食事チェック表】 食べた食品に○、水分は飲んだら○または杯数をつけましょう	炭水化物・油		たんぱく質					ビタミン・ミネラル			嗜好品	水分		
	エネルギー源		血・筋肉・骨になる					体の調子を整える						
時間 / 食べた料理	主食	芋類	油	肉	魚	卵	大豆製品	乳製品	野菜	果物	海藻きのこ			
朝 7:00 トースト 目玉焼き トマト コーヒー	○		○			○			○					下
昼 12:00 そうめん スイカ	○									○				上
夕 19:00 ご飯 刺し身 きゅうりもみ わかめ味噌汁	○				○				○		○			上
間食 15:00 せんべい チョコ													○	上
合計	3		1		1	1			2	1	1		1	8
一日の目標	1日3食	7種類以上 (10品目からまんべんなく)											こまめに	

分量にかかわらず、
食べた食品に○

水分は飲んだら○
もしくは「正の字」で記入



口腔アセスメントシート

質問	回答欄
1 自分の歯はありますか	<input type="checkbox"/> 全てある <input type="checkbox"/> ないところがある <input type="checkbox"/> 全くない
2 入れ歯は使っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 持っているが使っていない
3 自分の歯または入れ歯で、奥歯をかみしめられますか	<input type="checkbox"/> 左右どちらもかみしめられる <input type="checkbox"/> 片方だけできる <input type="checkbox"/> 両方できない
4 こんな症状がありますか	<input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> グラグラする歯がある <input type="checkbox"/> むせやすい <input type="checkbox"/> お口が乾く <input type="checkbox"/> 口臭がある <input type="checkbox"/> 活舌が悪い
5 いつ歯(入れ歯)を磨きますか	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/> 寝る前 <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 難しい・大変
6 かかりつけの歯科医院はありますか	<input type="checkbox"/> ある (定期受診あり) <input type="checkbox"/> ある (定期受診や治療を中断している) <input type="checkbox"/> ない



	質問	回答欄
1	食事は1日何回食べていますか？	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> その他（ ）
2	主に誰が作っていますか？	<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族（ ） <input type="checkbox"/> 宅配 <input type="checkbox"/> その他（ ）
3	食欲はありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> まあまあある <input type="checkbox"/> あまりない

【手順①】食事の回数と内容から低栄養・過栄養のリスクとその対応策を抽出

1 食事は1日何回食べていますか？

回数	予測される栄養状態	体重 (半年間の状況)	BMI	栄養評価	栄養状態の及ぼす影響	解決策・対応策	確認	具体的な方法
1回	生命・生活機能維持のための ・エネルギー不足 ・たんぱく質不足 ・水分不足	減少 変化なし 増加	数値に関わらず	低栄養 (高度)	活動量の増加は難しい ・筋肉量低下 ・免疫機能低下 ・脱水・認知機能低下 ・持病悪化 ・意欲低下	生命・生活機能維持のための ・エネルギー量の確保 ・たんぱく質の確保 ・水分確保	詳細確認	医師の指示のもと ・食事の回数を増やす ・食事の内容検討 詳細確認が必要なため、 専門職介入または医療介入
2回	活動量・筋肉量UPのための ・エネルギー不足 ・たんぱく質不足 ・水分不足	減少 変化なし 増加	18.5以下 18.6~24.9 25.0以上 18.5以下 18.6~24.9 25.0以上 18.5以下 18.6~24.9 25.0以上	低栄養 (中等度) 低栄養リスクあり	活動量の維持・増に支障 筋肉量の維持・増に支障 ・体力不足 ・持久力不足 ・筋肉量が増えない ・意欲の低下 ・脱水傾向	一日の活動や筋肉の増に 必要な食事に整える ・エネルギーの増量 ・たんぱく質の増量 ・水分量の増量	食事チェック表で確認	・食事の回数を増やす (軽食、間食、補助食の追加) ・たんぱく質の回数や量を増やす (できるだけ毎食、たんぱく質を追加) ・水分摂取のタイミングや回数、内容を変える (お茶、水その他、乳製品やジュースで補給) 講話資料7~8：介護予防のための食事と水分
3回	食事の内容・身体状況によっては、低栄養・過栄養の可能性あり	減少	18.5以下 18.6~24.9 25.0以上	リスク低い	影響は少ない	・偏りなく、バランスよく食べる	新潟県版セルブマネジメント手帳P.21から22参照	・10品目をまんべんなく ・7点以上を継続
変化なし		25.0以上	過栄養リスクあり	体重過多 ・運動機能阻害 ・関節などの痛み	適正体重に向けた ・エネルギーの調整	・食事以外の間食の回数や分量を減らす ・糖質、資質をたんぱく質や野菜へ置き換える ・汁物や漬物を乳製品や果物へ置き換え ・減塩調味料に取り換える 講話資料9：糖分塩分のおはなし		
増加		18.5以下 18.6~24.9 25.0以上	過栄養リスクあり	塩分過多 ・病気悪化	病気悪化、再発予防 ・節塩、減塩			
その他		減少 変化なし 増加	18.5以下 18.6~24.9 25.0以上 18.5以下 18.6~24.9 25.0以上	食生活状況 詳細確認	低栄養リスクあり 過栄養リスクあり		リスクに応じた上記対応へ	

【食品の例】菓子パン、カステラ、おにぎり、カップうどん、クッキー、高栄養飲料、ゼリー、アイス、乳製品、果物等
 【食べ方】好きなものから食べる、おかずから食べる、家族と食べる等
 【たんぱく源の追加】卵や卵製品（茶わん蒸し・卵豆腐）の他、缶詰、既製品、練り物、乳製品（チーズ等）
 【水分摂取】1日量の設定（水筒等）、
 【水分で栄養補給】好みのドリンクで水分補給
 【間食】菓子類を果物や低カロリーのものへ置き換え
 回数の見直し（●●した（しない）時は食べる、（食べない）
 【脂質】脂質は料理や調味料の変更
 ノンオイルタイプ、総菜の選択変更や回数（揚げ物→焼き物、煮物）
 【糖質】飲み物をノンシュガーへ
 【塩分】減塩醤油、種類のスープを残す

口腔のリスク：
 ・うまく食べられない、食品に偏り→低栄養リスク
 ・柔らかいものばかり食べる・よく噛まずに丸のみ→過栄養リスク
 課題を抽出し対応が必要→口腔アセスメントへ

連携先/支援のための資源	
主治医及び支援関係者	訪問サービス/従来型サービス
通所型サービス	栄養改善事業
	健康学習会・介護予防教室・出前講座
	リスクに応じた連携先

【手順②】 解決策実施する上での阻害因子を食事環境から抽出する

2 食事は主に誰が作っていますか？

調理者	予測される阻害因子	具体的な課題	必要な支援や介入
自分	内容の偏り	家族構成、嗜好、硬さ、形態・形状、食べやすいもの、手軽で安価、日持ちするもの、等 偏りが見られないか？	長年の生活習慣や思考を尊重しつつ、「さあにぎやかにいただく」を実践できるよう支援
	回数の維持	食べることが面倒、準備が面倒、経済的な課題、体調面などの課題、等 食事回数が制限されていないか？	現状を維持、尊重しつつ、「介護予防のための食事」に近づけるよう支援
	調理の課題	調理環境、器具・機器の扱い、調理の経験や習得、等に課題や制限がないか？	簡単な調理や出来合いのもの、缶詰等 安全で手軽に活用できるよう支援
	食事の時間	一回の食事時間、日常生活や活動に支障が出るようなリズム、日ごとのバラつき、等に課題がないか？	生活のリズムを整えるような活動参加など検討
	調達の課題	買い物環境、移動手段、経済面、代替手段の有無、手伝ってくれる人、頻度、等に課題や制限があるか？	地域の資源やサポートなど活用検討
	その他	食事や栄養摂取に関する課題の詳細をききとり	セルフマネジメント手帳 P2.1~2.2
家族	内容の偏り	家族構成、嗜好、硬さ、形態・形状、食べやすいもの、手軽で安価、日持ちするもの、等 偏りが見られないか？	可能であれば、家族にも本人同様の支援を実施
	回数の維持	食べることが面倒、準備が面倒、経済的な課題、体調面などの課題、等 食事回数が制限されていないか？	
	調理の課題	調理環境、器具・機器の扱い、調理の経験や習得、等に課題や制限がないか？	
	食事の時間	一回の食事時間、日常生活や活動に支障が出るようなリズム、日ごとのバラつき、等に課題がないか？	
	調達の課題	買い物環境、移動手段、経済面、代替手段の有無、手伝ってくれる人、頻度、等に課題や制限があるか？	
	その他	食事や栄養摂取に関する課題の詳細をききとり	
宅配	頻度	必要な頻度、配達回数、等の課題や制限がないか？	適切な活用ができるよう支援 ちよい足で「さあにぎやかにいただく」を実践できるよう支援
	衛生管理	常温での長時間放置、数回に分ける、保管状況、保管容量、等の課題や制限がないか？	
	継続性	費用、経済面、種類、業者数、等の課題や制限はないか？	
	その他	食事や栄養摂取に関する課題の詳細をききとり	
その他			

資源活用

配食サービス

↓ 食事回数・栄養不足を補う / 調理・調達の負担軽減
↓ 移動販売
↓ 通いの場 / 教室参加
↓ 興味関心・意欲の引き出し / 情報交換や交流

【手順③】 解決策実施する上での阻害因子を身体・精神面から抽出する

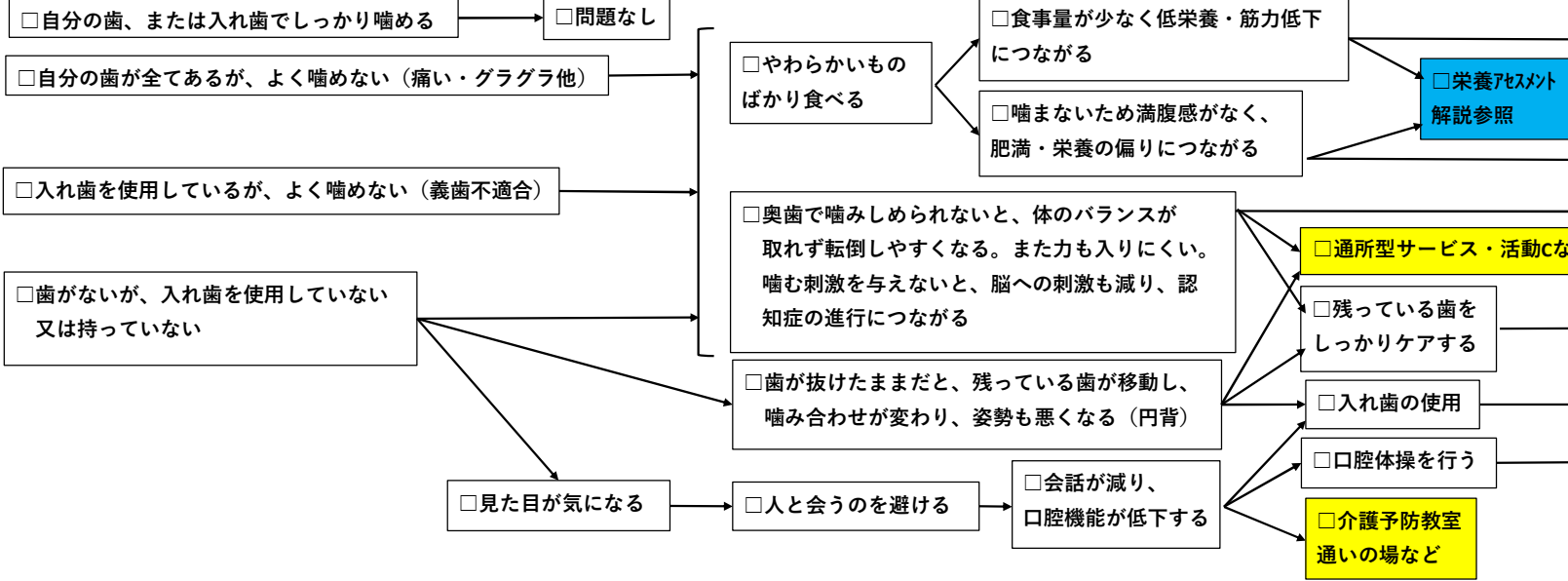
3 食欲はありますか？

食欲		体重・BMI	栄養状態	対応
ある	過栄養、内容の偏りに注意が必要	BMI 25以上の方は増加に注意	低栄養リスクなし または過栄養リスクあり →手順① 栄養評価	・体重測定を行い、体調管理 ・10品目をまんべんなく ・7点以上を継続
まあまあある	生活環境や身体状況の変化に注意が必要（食欲に栄養狂しやすい傾向）	減少、減少傾向、BMI18.5以下の場合 は食事量の変化に注意が必要	低栄養リスクあり →手順① 栄養評価	・低栄養リスクの対応と同様
あまりない	精神的、身体的な要因ある場合→受診	減少 変化なし 増加 いずれの場合でも	低栄養 →手順① 栄養評価	【食べ方】好きなものから先に食べる、食べやすいもの、口当たりの良いものを選ぶ 【水分】少量をこまめに摂取、水分の摂取のタイミングを決める 【塩分】適度に摂取する、節塩・減塩はお休み 【環境】食事の環境を変えてみる、口腔内の環境を整える、



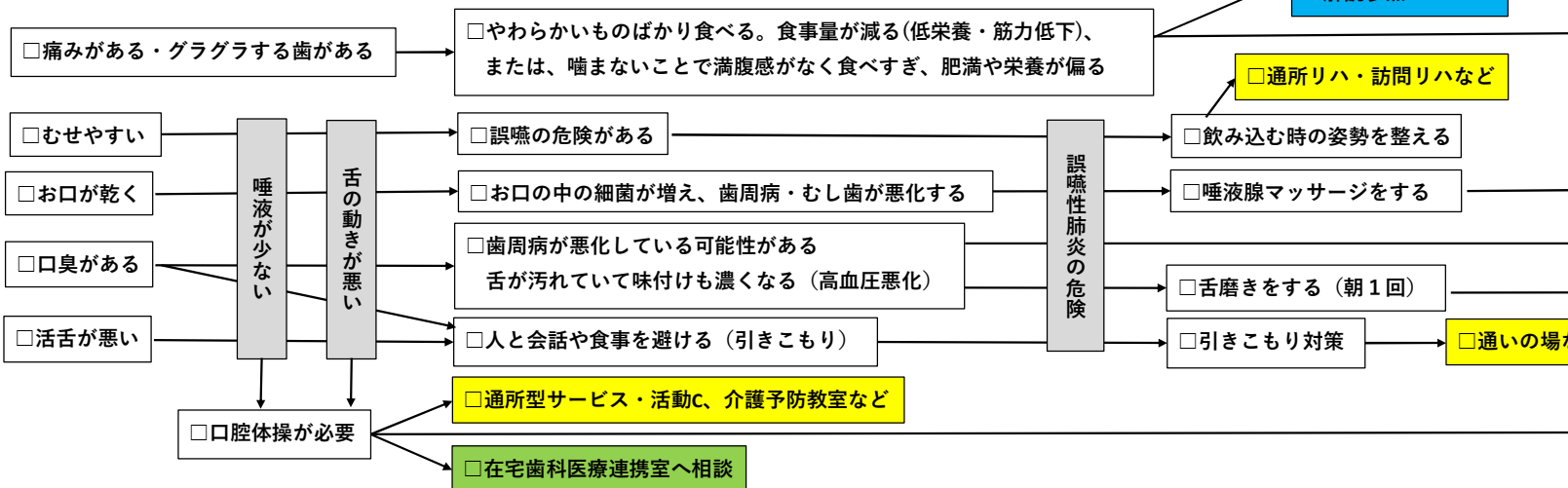
	質問	回答欄
1	自分の歯はありますか	<input type="checkbox"/> 全てある <input type="checkbox"/> ないところがある <input type="checkbox"/> 全くない
2	入れ歯は使っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 持っているが使っていない
3	自分の歯または入れ歯で、奥歯をかみしめられますか	<input type="checkbox"/> 左右どちらもかみしめられる <input type="checkbox"/> 片方だけできる <input type="checkbox"/> 両方できない

1・2・3の質問から□にレを入れる



4	こんな症状がありますか	<input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> グラグラする歯がある <input type="checkbox"/> むせやすい <input type="checkbox"/> お口が乾く <input type="checkbox"/> 口臭がある <input type="checkbox"/> 活舌が悪い
---	-------------	---

4の質問から□にレを入れる

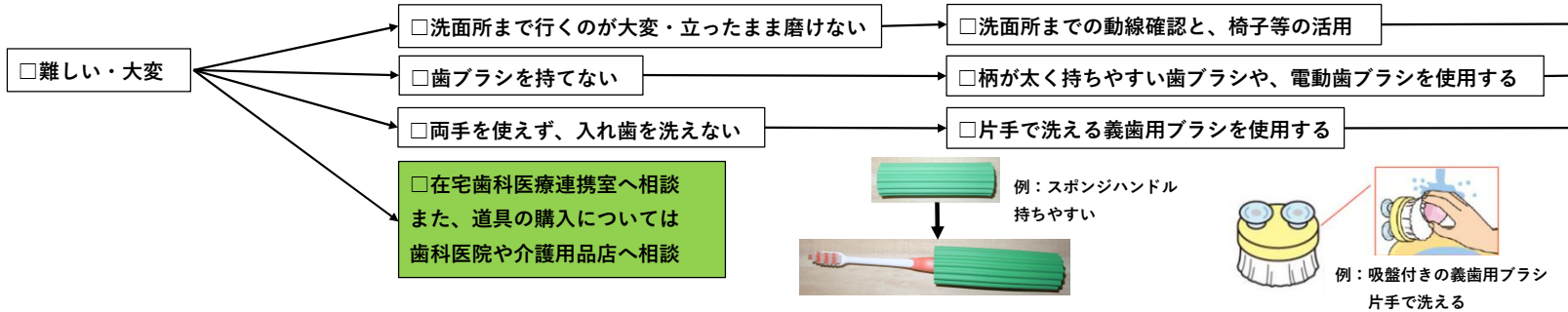
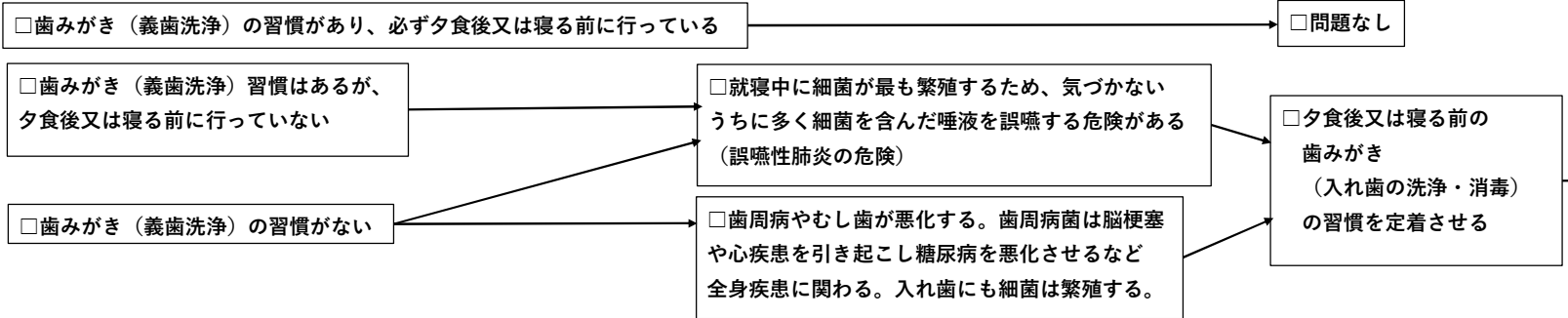


受診が必要

新潟県セルフマネジメント手帳 講話資料集 10・11 参照

5 5の質問から□にレを入れる

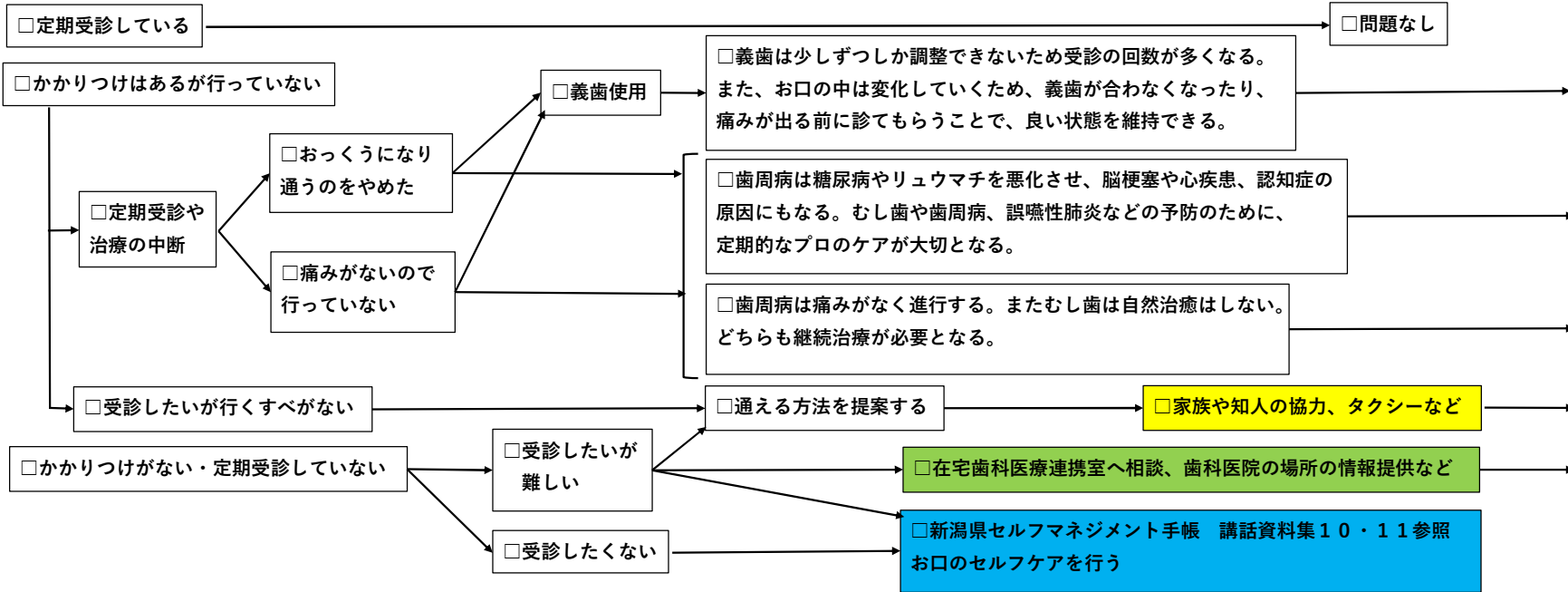
いつ歯(入れ歯)を磨きますか □朝 □昼 □夕食後 □寝る前 □していない □難しい・大変



□新潟県セルフマネジメント手帳 講話資料集 10・11 参照

6 6の質問から□にレを入れる

かかりつけの歯科医院はありますか □ある(定期受診あり) □ある(定期受診や治療を中断している) □ない



□定期受診の勧め

□受診が必要