別紙様式５－２

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（介護予防も含む）

**口腔・栄養スクリーニング様式**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | □男　□女 | 　　　　　　　年 | 月 | 日生まれ | 歳 |
| 氏名 |  | 要介護度・病名・特記事項等　　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　 | 記入者名　： |
| 作成年月日：　　年　　月　　日 |
| 事業所内の歯科衛生士□無　　□有 |
| 事業所内の管理栄養士・栄養士□無　　□有 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | スクリーニング項目 | 前回結果（　月　日） | 今回結果（　月　日） |
| 口腔 | 開口 | できる・できない | できる・できない |
| 歯の汚れ | なし・あり | なし・あり |
| 舌の汚れ | なし・あり | なし・あり |
| 左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる | できる・できない | できる・できない |
| 歯肉の腫れ、出血 | なし・あり | なし・あり |
| むせ | なし・あり | なし・あり |
| ぶくぶくうがい※１ | できる・できない | できる・できない |
| 食物のため込み、残留※２ | なし・あり | なし・あり |
| 特記事項（歯科医師等への連携の必要性等） |  |  |
| 栄養 | 身長（cm）※３ | （cm） | （cm） |
| 体重（kg） | 　（kg） | （kg） |
| BMI（kg/ m2）※３　18.5未満 | □無 □有（　　　kg/ m2） | □無 □有（　　　kg/ m2） |
| 直近１～６か月間における３％以上の体重減少※４ | □無 □有（　　kg/ か月） | □無 □有（　　kg/ か月） |
| 直近６か月間における２～３kg以上の体重減少※４ | □無 □有（　　kg/６か月） | □無 □有（　　kg/６か月） |
| 血清アルブミン値（g/dl）※５３．５ｇ/dl未満 | □無 □有（　　　（g/dl）） | □無 □有（　　　（g/dl）） |
| 食事摂取量　７５％以下※５ | □無 □有　　（　　　％） | □無 □有　　（　　　％） |
| 特記事項（医師、管理栄養士等への連携の必要性等） |  |  |

※１　現在、歯磨き後のうがいをしている場合に限り確認する。誤嚥のリスクも鑑みて改めて実施する必要はなく、確認出来ない場合は、空欄でも差し支えない。

※２　食事の観察が困難な場合は、空欄でも差し支えない

※３　身長が測定出来ない場合は、空欄でも差し支えない。

※４　体重減少について、いずれかの評価でも差し支えない。（初回は評価不要）

※５　確認出来ない場合は、空欄でも差し支えない。

**（参考）口腔スクリーニング項目について**

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 評価基準 |
| 開口 | ・上下の前歯の間に指2本分（縦）入る程度まで口があかない場合（開口量３ｃｍ以下）には「できない」とする。 |
| 歯の汚れ | ・歯の表面や歯と歯の間に白や黄色の汚れ等がある場合には「あり」とする。 |
| 舌の汚れ | ・舌の表面に白や黄色、茶、黒色の汚れなどがある場合には「あり」とする。 |
| 左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる | ・本人にしっかりかみしめられないとの認識がある場合または　義歯をいれても奥歯がない部分がある場合は「できない」とする。 |
| 歯肉の腫れ、出血 | ・歯肉が腫れている場合（反対側の同じ部分の歯肉との比較や周囲との比較）や　歯磨きや口腔ケアの際に出血する場合は「あり」とする。 |
| むせ | ・平時や食事時にむせがある場合や明らかな「むせ」はなくても、　食後の痰がらみ、声の変化、息が荒くなるなどがある場合は「あり」とする。 |
| ぶくぶくうがい | ・歯磨き後のうがいの際に口に水をためておけない場合や頬を膨らませない場合や　膨らました頬を左右に動かせない場合は「できない」とする。 |
| 食物のため込み、残留 | ・食事の際に口の中に食物を飲み込まずためてしまう場合や　飲み込んだ後に口を開けると食物が一部残っている場合は「あり」とする。 |
| 特記事項（歯科医師等への連携の必要性等） | ・歯や粘膜に痛みがある、口の中の乾燥、口臭、義歯の汚れ、義歯がすぐに外れる、　口の中に薬が残っている等の気になる点があれば記載する。・項目1－8について「あり」または「できない」が１つでもある場合は、歯科医師等による口腔内等の確認の必要性は高い。・その他の項目等も参考に歯科医師等による口腔内等の確認の必要性を含めた、歯科医師等連携への必要性を検討する。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 |

**（参考）低栄養状態のリスク分類について**

BMI ＝ 体重（kg）÷ 身長（m) ÷ 身長（m）

身長１４７cm、体重３８kgの利用者の場合、

３８（kg） ÷ １．４７（m） ÷ １．４７（m） ＝ １７．６