

## 栄養スクリーニング

記入者指名

作成年月日

氏名	(ふりがな)	<input type="checkbox"/> 男	障害支援区分	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> その他( )
		<input type="checkbox"/> 女	併存症	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> その他( )
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日			
主障害	<input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 難病			
主障害の原因疾患	<input type="checkbox"/> ダウン症候群 <input type="checkbox"/> 脳性まひ <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 頸椎損傷 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> その他( )			特記事項

実施日	年月日(記入者名)	年月日(記入者名)	年月日(記入者名)	年月日(記入者名)
身長(cm) <sup>※1</sup>	(cm)	(cm)	(cm)	(cm)
体重(kg)	(kg)	(kg)	(kg)	(kg)
BMI(kg/m <sup>2</sup> ) <sup>※1</sup>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( kg/m <sup>2</sup> )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( kg/m <sup>2</sup> )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( kg/m <sup>2</sup> )	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( kg/m <sup>2</sup> )
直近1~6か月間における 3%以上の体重変化	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( kg/ か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( kg/ か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( kg/ か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( kg/ か月)
直近6か月間における 2~3kg 以上の体重減少	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( kg/6か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( kg/6か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( kg/6か月)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( kg/6か月)
血清アルブミン値(g/dl) <sup>※2</sup> 3.5g/dl 未満	<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))
食事摂取量75%以下 <sup>※3</sup>	<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( %)
特記事項 (医師、管理栄養士等への 連携の必要性等)				

※1 身長が測定できない場合は、空欄でも差し支えない。

※2 確認できない場合は、空欄でも差し支えない。

※3 管理栄養士・栄養士がいない事業所の場合は、参考値とする。

&lt;参考&gt; 栄養状態のリスク分類について

リスク分類	低リスク	中リスク	高リスク
BMI	知的障害 19~26未満	やせ 15~19未満	やせ 15未満
		肥満 26~30未満	肥満 30以上
身体障害	16~24.5未満	やせ 11.5~16未満	やせ 11.5未満
		肥満 24.5~28.5未満	肥満 28.5以上
体重変化率	変化なし (増減: 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 静脈栄養	
褥瘡			褥瘡

\*\*\*大和田浩子、中山健夫：知的障害者（児）・身体障害者（児）における健康・栄養状態における横断的研究-多施設共同研究、厚生労働科学研究費補助金「障害者の健康状態・栄養状態の把握と効果的な支援に関する研究」平成19年度総括・分担研究報告書、2008、p167-174から算出。

栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング (様式例)

記入者氏名

作成年月日

年

月

日

氏名	(ふりがな)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	障害支援区分	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	生年月日		<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	併存症	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
主障害	<input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 難病		特記事項						
主障害の原因疾患	<input type="checkbox"/> ダウン症候群 <input type="checkbox"/> 脳性まひ <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 頸椎損傷 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> その他 ( )								
身体状況、栄養・食事に関する意向			家族構成とキーパーソン(支援者)	本人 -					

(以下は、利用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	( ) <sup>1)</sup>	( ) <sup>1)</sup>	( ) <sup>1)</sup>	( ) <sup>1)</sup>	
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	
栄養状態のリスク(状況)	身長	cm	cm	cm	cm
	体重	kg	kg	kg	kg
	BMI	kg/m <sup>2</sup>	kg/m <sup>2</sup>	kg/m <sup>2</sup>	kg/m <sup>2</sup>
		<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
	体重変化率(%)	か月に % 増 減	か月に % 増 減	か月に % 増 減	か月に % 増 減
		<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
	血清アルブミン値 (g/dl) <sup>2)</sup>	<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)
		<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
	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
		<input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 高
栄養補給法	<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	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法	
	<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	
その他					
食生活状況等	栄養摂取量(割合)	% <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	% <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	% <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	% <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
	主食の摂取量(割合)	% <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	% <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	% <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	% <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
	主菜の摂取量(割合)	% <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	% <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	% <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	% <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
	副菜の摂取量(割合)	% <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	% <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	% <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	% <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
	その他(補助食品など)	% <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	% <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	% <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	% <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
	必要栄養量: エネルギー・たんぱく質	kcal g	kcal g	kcal g	kcal g
	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
	嚥下調整食の形態(コード) <sup>3)</sup>	(コード: )	(コード: )	(コード: )	(コード: )
	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
その他(食習慣、生活習慣、食行動などの留意事項など)					
多職種による栄養ケアの課題	その他	<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
	低栄養・過栄養関連問題 <sup>4)</sup>	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他
特記事項					
課題	① 身体計測等	<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 ( )
	② 食生活状況等	<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 ( )
	③ 食行動	<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 ( )
	④ 身体症状	<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 ( )
	⑤ その他	<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 ( )
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	
サービス継続の必要性 注) 栄養改善加算算定の場合	<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	
<参考> GLIM基準による評価 ※医療機関から情報提供があった場合に記入する。	<input type="checkbox"/> 低栄養非該当 <input type="checkbox"/> 低栄養(中等度 重度)	<input type="checkbox"/> 低栄養非該当 <input type="checkbox"/> 低栄養(中等度 重度)	<input type="checkbox"/> 低栄養非該当 <input type="checkbox"/> 低栄養(中等度 重度)	<input type="checkbox"/> 低栄養非該当 <input type="checkbox"/> 低栄養(中等度 重度)	

- 1) 必要に応じてプロセス(スクリーニング/アセスメント/モニタリング)を記入。
  - 2) 検査値が分かる場合に記入。
  - 3) 嚥下調整食が必要な場合は、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を記入。
  - 4) 課題があれば「有」にチェックし、具体的な内容にもチェック。
- ※ 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	知的障害	19～26未満	やせ 15～19未満	やせ 15未満
			肥満 26～30未満	肥満 30以上
	身体障害	16～24.5未満	やせ 11.5～16未満	やせ 11.5未満
			肥満 24.5～28.5未満	肥満 28.5以上
体重変化率	変化なし (増減：3%未満)	1か月に3～5%未満	1か月に5%以上	
		3か月に3～7.5%未満	3か月に7.5%以上	
		6か月に3～10%未満	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		
		静脈栄養		
褥瘡			褥瘡	

\*\*\*大和田浩子、中山健夫：知的障害者（児）・身体障害者（児）における健康・栄養状態における横断的研究-多施設共同研究-、厚生労働科学研究費補助金「障害者の健康状態・栄養状態の把握と効果的な支援に関する研究」平成19年度総括・分担研究報告書、2008. p167-174から算出。

