

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	
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高血圧			
	年 月 日	<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				
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		特記事項		
	<input type="checkbox"/> 頸椎損傷 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患				
	<input type="checkbox"/> その他()				

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) ^{※1}	(cm)	(cm)	(cm)	(cm)
体重(kg)	(kg)	(kg)	(kg)	(kg)
BMI(kg/ m ²) ^{※1}	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/ m ²)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/ m ²)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/ m ²)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(kg/ m ²)
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) ^{※2} 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 ^{※3}	<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。

＜参考＞ 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	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年度連続・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	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				
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 <input type="checkbox"/>		

（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		() ¹⁾		() ¹⁾		() ¹⁾		() ¹⁾	
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 ²		kg/m ²		kg/m ²		kg/m ²	
		<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 % <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減		か月に % <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減		か月に % <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減		か月に % <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 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） ²⁾	<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									
栄養補給の状態	食事摂取量（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	
	食事の形態（コード） ³⁾	(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 ⁴⁾	<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（口中等度 口重度）		<input type="checkbox"/> 低栄養非該当 <input type="checkbox"/> 低栄養（口中等度 口重度）		<input type="checkbox"/> 低栄養非該当 <input type="checkbox"/> 低栄養（口中等度 口重度）		<input type="checkbox"/> 低栄養非該当 <input type="checkbox"/> 低栄養（口中等度 口重度）	

- 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、その程度や個々人の状態等により、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。

別紙3

氏名	殿	入所日	年	月	日
作成者		初回作成日	年	月	日
利用者 または 家族の意向		作成（変更）日	年	月	日
		説明と同意日	年	月	日
解決すべき課題 （ニーズ）	栄養状態のリスク（ <input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高）			サイン	
長期目標と期間				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				
② 栄養相談				
③ 多職種による栄養ケア等				
特記事項				

栄養ケア提供経過記録

[illegible]