

簡易栄養状態評価表 (MNA) 記入様式

アセスメント番号 10 様式

(MNA-SF:Mini Nutritional Assessment-Short Form)

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 体重 _____ kg 身長 _____ cm

下の ☐ 欄に該当した数値を記入し、それらを加算して結果を算出します。

A	過去3ヶ月間で食欲不振、消化器系の問題、そしゃく、嚥下障害などで食事が減少しましたか？	
	0 = 著しい食事量の減少	<input type="checkbox"/>
	1 = 中等度の食事量の減少	
	2 = 食事量の減少なし	
B	過去3ヶ月間で体重の減少がありましたか？	
	0 = 3kg以上の減少	<input type="checkbox"/>
	1 = わからない	
	2 = 1～3Kgの減少	
C	自力で歩けますか？	
	0 = 寝たきりまたは車椅子を常時使用	<input type="checkbox"/>
	1 = ベッドや車椅子を離れられるが、歩いて外出はできない	
	2 = 自由に歩いて外出できる	
D	過去3ヶ月間でストレスや急性疾患を経験しましたか？	
	0 = はい	<input type="checkbox"/>
	2 = いいえ	
E	神経・精神的問題の有無	
	0 = 強度認知症またはうつ状態	<input type="checkbox"/>
	1 = 中等度の認知症	
	2 = 精神的問題なし	
F-1	BMI (Kg/m ²) : 体重 (Kg) ÷ 身長 (m) ²	
	0 = BMIが19未満	<input type="checkbox"/>
	1 = BMIが19以上、21未満	
	2 = BMIが21以上、23未満	
	3 = BMIが23以上	
BMIが測定できない方は、F1の代わりにF2に回答してください。 BMIが測定できる方は、F1のみに回答し、F2には記入しないでください。		
F-2	ふくらはぎの周囲長 (cm)	
	0 = 31cm未満	<input type="checkbox"/>
	3 = 31cm以上	
結果 (最大:14点)		
12 - 14 ポイント : 栄養状態良好		<input type="checkbox"/>
8 - 11 ポイント : 低栄養のおそれあり		
0 - 7 ポイント : 低栄養		

マニュアル

A 過去3ヶ月間に食欲不振、消化器系の問題、咀嚼・嚥下困難などで食事摂取量が減少しましたか？

基本的には、患者（調査対象）に質問する。認知機能障害やコミュニケーションが取れない場合は、家族、または介護スタッフの判断で。

「強度の食事量低下」：以前より半分以下の摂取量

「中等度の食事量低下」：以前の70％程度の摂取量

B 過去3ヶ月間の体重減少がありましたか？

患者（調査対象）より聴取、または記録より抽出する。

C 運動能力

患者（調査対象）または介護者（介護スタッフを含む）より聴取。

「ベッド（布団）または椅子から介助なしで離れることができる？さらに介護なしで外出ができるか？」

D 精神的ストレスや急性疾患を過去3ヶ月間に経験しましたか？

以下の質問または事実を聴取する。

「過去3か月、身近な人を亡くしたか？」yesなら「はい」

「過去3か月引っ越したか？」3か月以内に施設・病院へ入所しているのなら「はい」

「過去3か月以内に疾患に罹患したか？風邪なども含む。」yesなら「はい」

E 神経・精神的問題の有無

診療録、医療スタッフより聴取

「高度の認知症」とは排泄が自立していない、着衣が自立していない、家族、介護スタッフが判断できない（顔を判断できない）などの症状を伴う場合。

「中等度の認知機能障害」は自分一人で買い物ができない（計算ができない）、道に迷ってしまうなどがある。または日にち（今年は何年ですか？）に正解できない、季節がわからないなど。

うつ状態の判定：以下の設問に2つ以上（ ）内の回答が得られたら、「うつ状態」と判断

1. 毎日の生活に満足していますか。(No)
2. 毎日が退屈だと思えることが多いですか。(Yes)
3. 自分が無力だなあと思えることが多いですか。(Yes)
4. 外出したり何か新しいことをするよりも、家にいたいと思いますか。(Yes)
5. 生きていても仕方がないという気持ちになることがありますか。(Yes)