

	質問	回答
スクリーニング	・ MUSTは体重不明な場合はどのようにBMIは判定しているのでしょうか	通常時体重が不明な場合は、介護者や全施設からの聞き取りや、前医の情報提供書から読み取って通常時体重を判断し、それでもわからない場合には衣服が緩くなったか、等の質問により臨床的に体重減少スコアを判断します。現体重が測定できない場合は、膝高法などにより算出した推定体重を用います。なおMNA-SFは体重減少が不明な場合でも採点でき（体重減少：わからない）、BMIが算出不可の場合は下腿周囲長を用いてリスク判定が可能です。
	・ NRS2002を回復期で使用する場合の留意事項があればご教示いただきたいです。	NRS2002は急性期病院内に開発されたツールであり、特に疾患スコアの判定は回復期でそのまま用いるのは難しいと思います。回復期リハ病棟ではMNA-SF、MUST、MSTなどを推奨しますが、どうしてもNRS2002を用いる場合は、回復期リハ病棟における侵襲の程度を推測した上で疾患スコアを採点していただく必要があろうと思います。
	・ 病棟によってスクリーニングツールを変えることは良しとしていいのか、ご意見いただきたいです	各医療機関の機能に応じた対応で、病棟ごとの栄養管理手順書が示されていればよいと考えます。
	・ 栄養管理システムでスクリーニングはSGAを使うように組み込まれています（看護師が行う）。この部分は変更しずらく困っていました。西岡先生の講義を伺い、SGAはそのまま残し、今後は栄養士がMUSTで栄養スクリーニング（2重にはなるか）の後、GLIM基準で栄養診断することで、今回の診療報酬改定で入院料1算定の条件は満たすと判断して宜しいのでしょうか	入院時栄養評価として、標準的な栄養スクリーニングツールを使用し、GLIM基準で評価していれば、栄養スクリーニングを実施する職種は問いません。ただし「当該入院料を算定する全ての患者について、管理栄養士を含む医師、看護師その他 医療従事者が、入棟時の患者の栄養状態の確認、当該患者の栄養状態の定期的な評価及び栄養管理に係る計画の見直しを共同して行うこと」という要件がありますので、GLIM基準もしくはその他栄養状態の評価に関する何らかの手順に、医師、看護師（ご質問の例ではSGAの実施はこれにあたると思います）、その他の医療従事者が関わっている必要はあります。
	・ 前田先生はMUST≧2でリスクあり、西岡先生はMUST≧1でリスクあり、と話されていたように思いますが、どちらを採用すべきでしょうか。やはり回復期では≧1が望ましいのでしょうか。	特に正解はありませんので、各施設で運用しやすいように設定していただければ幸いです。
再評価、退院時評価等	・ 再評価する際は、それぞれの指標でとのことですが、体重減少、食事摂取量等でのよいのか？	入退院時のGLIM基準による判定以外に、再評価の指標については特に定められておりません。患者の栄養状態や病態を評価し、体重や食事摂取量のモニタリングが妥当だと考えられるなら問題ないと思われます。
	・ 少なくとも入棟時と退棟時（死亡退院等のやむを得ない場合は除く）にGLIM 基準による栄養状態の評価を行うこと、とされているが、別病棟で入院してから回復期病棟に移動した場合は、再度GLIM基準を用いた評価を行うか。	別病棟から回復期リハビリテーション病棟入院料1の病棟に転棟した場合はGLIM基準を用いた評価が必須だと考えられます。入院料2～5の病棟に転棟した場合は、GLIM基準による評価は必須ではありませんが実施することが望まれます。
	・ 退院時の筋肉量の減少は、いつ測定をすればよいでしょうか？	可能な限り退院日に近い時点で測定することが望ましいと考えられますが、特に規定はありません。各施設の実情に合わせて手順を作成して頂ければ幸いです。
	・ 退院時評価とは、退院日が決まった時点（予定）で行ってもよいのでしょうか？それとも退院が確定する日（退院日）に行うのでしょうか？	退院時のGLIM基準の判定日について、特に規定はありません。可能な限り退院日に近い方が望ましいと思いますが、各施設の実情に応じて設定して頂ければ幸いです。

	質問	回答
記載方法	・回復期リハビリテーション病棟入院時にGLIM基準評価が要件化されますが、総合実施計画書へのGLIM評価も入院時のみ記載しますか？それとも毎月記載されますか？	入院料1については、入院時のリハビリテーション実施計画書（または総合実施計画書）にはGLIM基準の記載は必須です。退院時のGLIM基準による評価結果の記載場所は規定されていませんが、リハ実施計画書（または総合実施計画書）への記載が望ましいと思われま。それ以外のタイミングでのGLIM基準による評価は任意ですので、施設の実情に応じて運用を定めて頂ければ幸いです。
	・別紙様式の計画書等は書式が同じものを使用、または準ずるものとされていますがリハビリテーション実施計画書23の栄養状態の評価は『GLIM基準による評価』のみでもよいでしょうか、該当項目は必須となるのでしょうか。お伺いしたいです、よろしくお願致します。	別紙様式23に準ずる書式を使用する場合でも、基本的には別紙様式23に含まれる項目は全て網羅していただくことが望ましいと思われま。
	・リハビリテーション総合実施計画書についてです。栄養状態の評価の項目に「②GLIM基準以外の評価」とありますが、これはどのようなもので評価すればよいでしょうか。	②について特に規定はありませんが、過栄養およびその他の栄養障害（微量栄養素欠乏など）に関して記載すれば問題ないかと思われま。
	・GLIM基準は入退院時のみ使用することでしたが、入退院時以外のリハ計画書のGLIM基準のところはGLIM基準以外の評価の方に記載すればよいのかを知りたいです	入院時以外のリハ実施計画書の記載方法の規定はありません。入退院時以外は必ずしもGLIM基準を用いた低栄養診断を行う必要はありませんが、何らかの方法で栄養状態を再評価（モニタリング）し、その結果を記録することが望ましいと思われま。その結果が「GLIM基準以外の評価」の欄であっても問題は無いと思われま。
表現型	・スクリーニングやGLIM診断の詳細な記録はどのようにされているのか。カルテに記載しているのか別の専用のシートを用いているのか、紙運用なのか電子カルテのシステムを活用しているのかなど。	入院時のGLIM基準判定結果は、リハビリテーション実施計画書（または総合実施計画書）に記載する必要があります。それ以外の項目については特に規定がありませんので、それぞれの施設に合わせた方法で記録していただければと思われま。 <参考・東京湾岸リハビリテーション病棟の例> 電子カルテとは別に多職種で患者様の情報を共有するシステムがあります。スクリーニングについては看護師が行い、システムに情報を入力すると自動で栄養状態を判定できるように設定されています。またGLIM基準に関しては一旦Excelでデータを収集して判定し、結果を情報共有システム内のリハビリテーション総合実施計画書やモニタリングシートへ記録する手順にしました。
	・本人、家族から聞き取りが困難な場合や体重測定習慣がない等で、入院前の体重が不明の場合、入院時のGLIM評価において、体重減少率はどのように評価すればよいか。	前医の診療情報提供書や看護サマリーなどを確認しましょう。それでも不明な場合は前医に問い合わせ確認するなど、可能な限り情報を取得していただくことが望まれま。
	・過去体重がわからない場合、意図しない体重減少は不明となる為、表現型基準は低BMIと筋肉量減少の項目で判断すればよろしいでしょうか？	体重減少の程度が不明な場合で、低BMIまたは筋量減少が「重度低栄養」に該当する方であれば、2項目のみで判断して問題ありません。しかし、BMIまたは筋量減少で非該当、または中等度低栄養に該当する場合、体重減少率によっては判定が変わる可能性がありますので、このような場合は上述の方法で体重の情報を可能な限り取得することが望まれま。
	・一般急性期病院内の 回リハ病棟でも回復期リハにおいての基準を用いるということでしょうか。GLIM基準重症度判定について BMIによる補正（肥満成人BMI25～30 -3cm/BMI30～40 -7cm）は行いますか。重度低栄養のカットオフ値は、(1)で回復期のカットオフ値を使用することであれば、その-10%となる男性29.7cm、女性28.8cmでよいのでしょうか。またこの場合もBMIによる補正を行いますでしょうか。	一般病院内の回復期リハ病棟でも、患者層が一般の回復期リハ病棟と同じであれば、回復期で妥当性が検証されたツールやカットオフ値を用いることが望ましいと思われま。ただし、同病院内で異なる手順を運用することが困難な場合もあるかと思われまので、各施設の実情に応じて運用を定めて頂ければと思われま。
	・下腿周囲長の測定ですが基本非麻痺側で測定をしています。また骨折事例では健側で測定をしています。中には過去の麻痺側と反対側が麻痺となるケースがあるのでその場合は今回の麻痺側と反対側を測定しています。ただ麻痺が前回の麻痺側が重度のケースもあるのですが、そのような場合の基本的な考え方を教えていただけないでしょうか。	特定の基準はありませんが、両片麻痺、四肢麻痺など、両側とも麻痺を呈している場合、①麻痺の程度が軽い側の下腿周囲長を用いる②両側とも同程度の麻痺であれば、左側を用いる、などが考えられま。
	・下腿周計測定時に浮腫ある場合の判定はどうしたらいいのでしょうか？必要栄養量の計算方法は？	軽度の浮腫の場合は測定値をそのまま表現型基準の判定に用いています。重度の浮腫で下腿周囲長が著しく増加している場合は、上腕周囲長など他の部位を参考に筋量を推定することが考えられま。
	・下腿周囲長の測定側についてご質問です。麻痺や骨折などがある場合は健側を測定するよう考えておりますが、両側健側の場合は左右どちらを測定した方がよいでしょうか？また、浮腫がある場合は、どのような対応をされていますでしょうか？	片麻痺が無い場合、下腿周囲長は利き足の反対側、または左足で測定することが多いようです。浮腫がある場合の対応については上記をご参照ください。
	・下腿周囲長のカットオフについてご質問です。西岡先生の論文では回復期の脳卒中患者のデータよりカットオフ値を導き出されていますが、整形疾患の場合はどのようにされていますか？また、当院は平均年齢が80歳代前半と論文より10歳以上高いのですが、年齢を考慮してカットオフ値を変え等の対応はされていますか？	長崎リハビリテーション病院では、自施設内での調査に基づき、疾患や年齢によらず同じカットオフ値を用いています。妥当性の検証は現在計画中です。
	・下腿周囲径や、筋肉量は右左どちらを使う？。片麻痺なら健側？廃用なら利き手側？下腿大腿骨術後なら非手術側？	下腿周囲径については、手術の有無によらず、利き足の反対側（不明な場合は左側）、片麻痺がある場合は非麻痺側の数値を採用しているケースが多いようです。
	・下腿周囲長のカットオフ値についての自施設での検証について、必要性は感じますが、具体的な方法などが分かれば、実践しやすいです。統一した方法などがあると、データがとりやすいと思われま。	下腿周囲長に特化した手順ではありませんが、一般的には基準検査（MRI、CT、DXA、BIA法など）に対し、標準的な手順で測定した下腿周囲長の感度、特異度などを算出して適切なカットオフ値を同定する必要があります。どのような方法で実施するのかについては、JSPENホームページで詳細されているカットオフ値算出の文献(下記)などをご参考頂ければ幸いです。 Nishioka S, et al. Nutrition. 2021;82:111028. Maeda K, et al. Ann Nutr Metab. 2017;71:10-15.

	質問	回答
病因	・摂取量減少の評価をする際の基準（どの程度で摂取不足と判断するか）を教えてください。	GLIM基準では、「必要栄養量の50%未満の摂取が1週間以上持続、または割合によらず食事摂取量低下が2週間以上持続する場合」を食事摂取量減少の基準としています。
	・GLIM診断の病因基準にある、食事摂取量減少についての2週間以上、様々な程度の食事量減少とありますが、様々な程度とはどのように考えていますか。	程度によらず食事摂取量低下が2週間以上持続し、体重減少など低栄養の徴候が存在していれば、食事摂取量減少の病因に該当すると考えます。
	・炎症のチェックについて、定期評価時に前回評価と変わりがあった時のみチェックでも良いのでしょうか？（当院ではこの項目は医師に対応を依頼予定です。入院時は対応していただきますが、入院中月1回のチェックをしていただくことが医師が可能か心配しています…変更がない場合は、前回評価内容を栄養士が代行で前入力する運用化しても良いのでしょうか？他院さんの工夫を知りたいです）	初回評価で炎症を伴う急性疾患/慢性疾患が低栄養の原因となっていると考えられ、定期評価でも炎症が持続していると判断されたら炎症ありと判断し、改善していれば炎症無しと判断することになると思います。なお、診療報酬上の規定では、GLIM基準による評価は入院時のみが必要です。
	・炎症の指標としていくつか挙げていた疾患がありますが、入院検査後CRPの数値が出た際は退院時GLIM基準の評価においてはCRPで炎症の有無を評価しても良いのか、優先して使用するべきなのはどちらでしょうか。（CRPは補助的に使用とのことですが、具体的にどういった場合に使用するか教えていただきたいです。）	GLIM基準では、疾患/炎症はあくまで臨床的に判断すべきというスタンスです。低栄養が存在していて、その原因が炎症を伴う急性/慢性疾患にあると臨床的に判断されるのであれば、血液検査の結果によらずそれを最優先して頂ければと思います。CRPを補助的に使用するのは、臨床的に炎症の有無が判断できないケースで、例えば食事摂取が良好にもかかわらず体重減少がみられ悪性腫瘍の存在が疑われるが確定診断に至らない症例などが該当するかと思います。
	・①退院時のGLIM基準診断はどこに記載するとよいのでしょうか(栄養管理計画書かカルテ上がよいのか)②急性期からの転院(脳疾患/整形疾患術後)で症状が安定している場合の病因(炎症度)の判定はどうしたらよいか(炎症反応もなく、慢性疾患等もない場合)③糖尿病等の疾患はあるが、食事摂取量は良く・栄養状態問題なさそうな場合はコントロール等悪くても慢性疾患にあてはまらないという判断でよいのか	①特に指定された書式はありませんので、栄養管理計画書でもカルテ上の2号用紙でも問題はありません。長崎リハビリテーション病院では2号用紙に記載し、電子カルテのアップデートに合わせて退院時の栄養関連情報を入力する新たなフォームを入力する予定です。②急性期で受けた原疾患による侵襲が低栄養の原因と見なせれば、発症時の侵襲の程度を推測して病因として考え、低栄養に結びついていないなら病因とはみなさない対応が良いと思います。③慢性疾患の存在が栄養状態悪化と関連していないなら、病因に当てはめる必要はないと考えます。
・浮腫の有無の判定基準はありますか？	浮腫の評価方法には、脛骨前末梢側1/3付近あるいは足背を母指で圧迫した後の圧痕の深さを4段階で評価する方法と、AFTD-pittingテストにて圧痕の形状および非圧痕性浮腫を評価する方法があります。詳しくは評価方法の内容をご参照頂けると幸いです。	
その他	・過栄養のBMIは、25kg/m ² 以上か、30kg/m ² 以上のどちらでしょうか。	回復期リハビリテーション病棟入院料の要件において過栄養の基準は設けられていませんので、どちらの基準でも差支えはありません。一般的には日本人における肥満の基準であるBMI25kg/m ² 以上を用いることが多いと思います。
	・療養病棟でもGLIM基準を用いて、評価する必要があるかを教えてください。	回復期リハビリテーション病棟入院料対象外の方については療養病棟入院料が適応とされる場合があります。今回の診療報酬改定で入院基本料における栄養管理体制の基準として「標準的な栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価」等が位置付けられ、この評価の方法としてはGLIM基準を用いることが望ましいとされました（「疑義解釈の送付について（その1）問23」。現時点では必須ではないものの、GLIM基準により評価することが望ましいと思われず。
	・小児のスクリーニングは何か使用しているツールはありますか？また、「成人」とは具体的に20歳でしょうか。18歳でしょうか。西岡先生の講義で「回復期入院対象疾患と病院基準」のスライドのところ、聞き漏らしてしまったのですが、回復期入院時点ではなく、急性期入院中の急性炎症について評価するとお話ししていましたでしょうか。	小児についてのスクリーニングは本研修の対象外ですが、栄養評価法としては成長曲線などを用いることが多いかと思えます。GLIM基準では成人を特に定義していませんので、18歳または20歳どちらを用いることもできます。施設の実情に応じて決めて頂ければ幸いです。病因基準における炎症の判定は、急性疾患については急性期病院入院中の治療の経過を確認して推察し、慢性疾患については入院時点（評価時点）での状態を評価することが望まれます。その際にCRPを補助的な指標に使用してもよいが、病態と栄養の関連を評価して主観的な判定をしていくのが重要だと思われず。炎症の評価が困難な場合は主治医に見解を確認して頂ければと思います。
	・回復期から症状悪化により、緊急搬送となった場合、GLIM基準による最終評価が不可能だが、どのようにすれば良いのでしょうか？	「疑義解釈の解釈の送付について（その1）」問115に「栄養状態の再評価を行う際に、毎回GLIM基準を用いる必要はないが、患者の状態に応じて必要な時間を判断することとし、少なくとも入棟時と退棟時（死亡退院等のやむを得ない場合は除く）にはGLIM基準による栄養評価を行うこと」とありますので、ご提示の例は「やむを得ない場合」に該当すると思われず。