

厚生労働科学研究費補助金

長寿科学政策研究事業

高齢者の自立支援・重度化防止に資する
栄養ケア・マネジメントの推進に向けた
低栄養状態の把握手法のための研究

令和7年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 高田 健人

令和8(2026)年 3月

目 次

I. 総括研究報告

高齢者の自立支援・重度化防止に資する栄養ケア・マネジメントの推進に向けた 低栄養状態の把握手法のための研究 ----- 1

研究代表者 高田 健人

図 1) 研究全体の基本設計

図 2) 研究全体の流れ図

II. 分担研究報告

1. 「高齢者の自立支援・重度化防止に資する栄養ケア・マネジメントの推進に向けた 低栄養状態の把握手法のための研究」—介護保険施設実態調査— ----- 9

研究代表者 高田 健人

研究分担者 田中 和美、三浦 公嗣、清野 富久江、加藤 昌彦、遠又 靖丈

表 1-1～1-39、表 2-1) 基本集計（施設種別）

表 3-1, 3-2) 自由記述の概要

（資料 1）施設実態調査 調査票（WEB 調査回答項目）

2. 栄養評価指標と予後との関連：介護 DB によるコホート研究 ----- 74

研究協力者 清水 昭雄、研究分担者 遠又 靖丈、研究代表者 高田 健人

図 1. GLIM 基準を参照した栄養評価と入院・死亡による退所との関連（n=19,779）

図 2. GLIM 基準を参照した栄養評価と要介護度悪化との関連（n=19,779）

3. 「高齢者の自立支援・重度化防止に資する栄養ケア・マネジメントの推進に向けた 低栄養状態の把握手法のための研究」—介護保険施設入所者個別調査

（後ろ向き追跡調査）— ----- 80

研究代表者 高田 健人

研究分担者 田中 和美、三浦 公嗣、清野 富久江、加藤 昌彦、遠又 靖丈

（資料 2）調査項目一覧

4. 長期療養施設入所高齢者の栄養状態把握に関する文献調査 ----- 87

研究代表者 高田 健人、研究分担者 遠又 靖丈

研究協力者 齋藤 柚葉、露崎 凜、岡 愛子、立山 怜奈、河邊 葵生、

栗山 美波、源 美穂

表 1) 検索式 (RQ1)

表 2) 検索式 (RQ2)

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

----- 94

令和 7 年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）

高齢者の自立支援・重度化防止に資する栄養ケア・マネジメントの推進に向けた
低栄養状態の把握手法のための研究
(25GA1004)

総括研究報告書

研究代表者 高田 健人 一般社団法人 日本健康・栄養システム学会

研究要旨

【背景】介護サービスにおける栄養ケア・マネジメント（NCM）は、2005 年の介護保険制度への導入以降、介護保険施設における基本的サービスとして定着してきた。一方で、現行の栄養スクリーニング項目や評価手順は介護保険制度への導入以来大きく見直されておらず、評価項目や評価方法の信頼性、GLIM 基準との対応等について再確認が求められている。

【目的】本研究では、介護保険施設における低栄養状態の把握手法の見直しに資する基礎資料を得るため、①介護保険施設実態調査、②栄養評価指標と予後との関連に関する介護 DB コホート研究、③介護保険施設入所者個別調査（後ろ向き追跡調査）、④文献調査を実施し、令和 7 年度の進捗および成果を総括した。

【結果】①施設実態調査では、特別養護老人ホーム 369 施設、介護老人保健施設 281 施設から回答を得た。NCM では、誤嚥性肺炎や褥瘡の予防、体重・食事摂取量・経口摂取の維持に加え、「食べる楽しみ」や本人の希望・価値観の尊重が重視されていた。BMI、体重減少率、食事摂取量、必要栄養量、摂食・嚥下状況、嚥下調整食の必要性等は多くの施設で把握されていたが、一方で、入所前の体重や食事摂取量、血液検査値などは他事業所情報に依存する部分があり、情報の信頼性や標準化に課題がみられた。また、筋肉量評価には測定困難、人員不足、設備不足、導入意義の不明確さが課題として示された。②介護 DB コホート研究では、要介護 2～4 の 19,779 人を解析対象とし、予測式による筋肉量評価を用いた GLIM 基準を参照した低栄養群では、入院・死亡による退所および要介護度悪化のリスクが有意に高かった。③入所者個別調査では、特養 16 施設、老健 3 施設から調査協力の承諾を得てデータ収集を進めた。④文献調査では、RQ1 で 279 件、RQ2 で 294 件の文献一覧を作成し、一次スクリーニングを進めた。

【考察】介護保険施設における低栄養状態の把握手法を検討するうえでは、施設の機能、入所者像、医療資源、職員配置、看取り対応、生活支援としての NCM の目的を踏まえた実装可能性の検討が不可欠である。また、栄養スクリーニングと栄養アセスメントで求められる評価項目、評価手順について整理し、適切な介入方針へつなげる仕組みを明確化する必要がある。令和 9 年度には現場への実装を想定した手引書を作成する予定であることから、令和 7 年度の成果を踏まえた令和 8 年度中に中間的な知見を整理し、介護報酬改定を見据えた検討の方向性を示す必要があると考えた。

【研究分担者】

田中 和美 神奈川県立保健福祉大学
保健福祉学部 栄養学科
三浦 公嗣 一般社団法人
日本健康・栄養システム学会
清野富久江 国立保健医療科学院
生涯健康研究部
加藤 昌彦 椋山女学園大学
生活科学部 管理栄養学科
遠又 靖丈 神奈川県立保健福祉大学
保健福祉学部 栄養学科

【研究協力者】

榎 裕美 愛知淑徳大学
食健康科学部 健康栄養学科
杉山みち子 一般社団法人
日本健康・栄養システム学会
小山 秀夫 一般社団法人
日本健康・栄養システム学会
清水 昭雄 三重大学附属病院
リハビリテーション部
齋藤 柚葉 地方独立行政法人
神奈川県立
こども医療センター

露崎 凜	公益財団法人がん研究会 有明病院
岡 愛子	神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部 栄養学科
立山 怜奈	神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部 栄養学科
河邊 葵生	神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部 栄養学科
栗山 美波	神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部 栄養学科
源 美穂	神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部 栄養学科

A. 研究目的

介護サービスにおける栄養ケア・マネジメント（以下、NCM）は、2005年に介護保険制度に導入されて以来、介護保険施設の基本サービスとして、管理栄養士の配置のもと多職種連携で展開されている。NCMにおいて、栄養スクリーニングは利用者の低栄養状態リスクを早期に把握・分別するためのプロセスであるが、その手順や項目については介護保険制度への導入以来大きく見直されていない。

診療報酬においては低栄養の国際標準である GLIM 基準が算定要件として導入が進んでいる。GLIM 基準では信頼性・妥当性が評価された栄養スクリーニング指標を用いるとされている。

一方で、介護サービスにおける現行基準では最新情報が不明、定期的な把握が困難等の課題があり、介護保険施設でのサービスの実態を踏まえた見直しが求められている。その際、介護サービスにおける NCM は疾病治療のみならず「食べる楽しみの支援」が重視されるなど、栄養ケアの方針は医療とは異なる視点で検討される必要がある。

そこで本研究では、以下の①～④の研究を実施し、令和 7 年度の結果を取りまとめた。

- ①介護保険施設実態調査
- ②栄養評価指標と予後との関連：介護 DB によるコホート研究
- ③入所者個別調査（後ろ向き追跡調査）
- ④文献調査

B. 研究方法

本研究は、介護保険施設における低栄養状態の把握手法を多面的に検討するため、施設単位の実態把握、既存データベースを

用いた予後との関連の検討、入所者個人単位の後ろ向き追跡調査、文献調査を組み合わせ実施した。

1. 介護保険施設実態調査

全国の 80 床以上の介護老人福祉施設（以下、特養）1,594 か所、介護老人保健施設（以下、老健）1,157 か所を対象に、WEB 調査による横断調査を実施した。回答者は当該施設の常勤管理栄養士とした。調査項目は、要介護度 4・5 の入所者に対する NCM の効果および重要要素、栄養スクリーニング・アセスメントの実施状況、GLIM 基準による低栄養診断の実施状況、導入上の課題、施設基本情報、意見・要望等とした。施設種別に基礎集計を行い、自由記述については主要論点を補足的に整理した。

2. 栄養評価指標と予後との関連：介護 DB によるコホート研究

匿名介護保険等関連情報データベース（介護 DB）に基づくコホート研究として、匿名介護レセプト等情報および匿名 LIFE 情報を用いた。対象期間は 2021 年 5 月から 2022 年 12 月とし、一定の選択基準に基づき要介護 2～4 の 19,779 人を解析対象者とした。GLIM 基準を参照し、意図しない体重減少、低 BMI、低筋肉量（予測式）、食事摂取量不足、慢性疾患による疾病負荷を用いて低栄養群を定義した。アウトカムは、入院または死亡による退所、および要介護度悪化とし、カプランマイヤー法および Cox 比例ハザードモデルにより関連を検討した。

3. 入所者個別調査（後ろ向き追跡調査）

介護保険施設の新規入所者（特養：2024 年 1 月 1 日から 2025 年 3 月末まで、老健：2024 年 7 月 1 日から 2025 年 3 月末まで）を対象とする後ろ向き追跡研究として設計した。対象施設は、日本健康・栄養システム学会に登録された臨床栄養師および過去の調査協力施設等を通じて機縁法により選定した。入所時点の既存帳票から、低栄養状態のリスクレベル、身長、体重、BMI、体重減少、褥瘡、栄養補給法、血清アルブミン値、食事摂取量、摂取・提供・必要栄養量、嚥下調整食の必要性、食事形態、本人の意欲、要介護度、ADL、認知症高齢者の日常生活自立度、診断名等を収集することとした。また、追跡期間中（最長 1 年間）の体重、施設内死亡、入院、退所の発生日を把握することとした。主解析では、入所時点の低栄養状態リス

クレベル及び各項目の判定区分を曝露、複合アウトカムの発生をアウトカムとした Log-rank 検定及び Cox 比例ハザード分析を行うこととした。

4. 文献調査

65 歳以上の長期療養施設入所高齢者を対象とした低栄養状態の把握手法について、PubMed を用いた文献調査を実施した。RQ1 として、「65 歳以上の長期療養施設入所高齢者を対象とした栄養不良または低栄養状態のスクリーニング・アセスメントにおいて、どのような指標・ツールが活用されているか」を設定した。また、RQ2 として、「長期療養施設入所高齢者を対象として用いられている低栄養スクリーニングツールの妥当性、信頼性、予測能力はどのように評価されているか」を設定した。検索式を段階的に検討・改良し、抽出文献についてタイトルおよび抄録に基づく一次スクリーニングを実施した。

5. 倫理面への配慮

介護保険施設実態調査および入所者個別調査は、日本健康・栄養システム学会倫理委員会の承認を得て実施した。（施設実態調査：承認日：2026 年 2 月 18 日、承認番号：2026A1、入所者個別調査：承認日：2026 年 4 月 7 日、承認番号：2026A2）入所者個別調査では、研究者が取得するデータには氏名等の直接個人を識別できる情報を含めず、オプトアウトにより入所者および家族に対する情報公開と研究利用を希望しない場合の申し出の機会を保障した。

介護 DB によるコホート研究は、神奈川県立保健福祉大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認通知番号：保大第 10-24-1）。

C. 研究結果

1. 介護保険施設実態調査

介護老人福祉施設（特養）369 施設（回収率 23.1%）、介護老人保健施設（老健）281 施設（回収率 24.3%）から回答が得られた。要介護度 4・5 の入所者に対する NCM の効果としては、特養・老健ともに誤嚥性肺炎や褥瘡の予防・治癒、体重および食事摂取量の維持・改善、経口摂取の維持が重視されていた。また、特養においては特に「食べる楽しみの維持」や「本人の希望・価値観の確認」も重要な効果・要素として挙げられ、介護保険施設における NCM が栄養状態の改善に

とどまらず、生活支援や本人の意思尊重を含む包括的なケアとして捉えられていることが示された。

栄養スクリーニング・アセスメントでは、BMI、体重減少率、食事摂取量、必要栄養量、食事時の摂食・嚥下状況、嚥下調整食の必要性などは多くの施設で把握されていた。一方で、身長、入所以前の体重や食事摂取量、血液検査値などは、医療機関からの栄養情報提供書、主治医意見書、看護サマリー、診療情報提供書等の他事業所情報に依存する部分があり、測定時期、測定方法、情報源の信頼性、記録様式の標準化に課題がみられた。

血清アルブミン値については、入所時に一定程度把握されているものの、定期的な再スクリーニング・再アセスメント項目としては実施困難であることが示された。一部の項目で定期的には実施していない施設では、特養・老健ともに血清アルブミン値が最も多く挙げられ、採血頻度、医師の判断、費用、利用者負担、検査体制等が課題であった。

GLIM 基準による低栄養診断については、特養では「実施していない」が 86.7%、老健では 87.2%であり、いずれも未実施の施設が大多数であった。筋肉量減少の評価についても、特養では「把握しない」が 82.9%、老健では 76.2%であり、測定困難、人員不足、設備不足、導入意義の不明確さ等が課題として示された。GLIM 基準の導入・実施上の課題としては、職員の業務負担、介護報酬上の評価、評価方法の不明確さ、主導職種の不明確さ、電子カルテ等のシステム未対応、看取り期入所者の評価の難しさ等が挙げられた。

自由記述では、特養において、介護報酬および食費基準額の引き上げ、食材料費・光熱費・委託費の高騰への対応、管理栄養士・栄養士・厨房職員の配置および処遇改善、嚥下調整食や栄養補助食品への評価を求める意見がみられた。また、生活の場としての特養において、「食べる楽しみ」や本人の意思、看取り期への対応を含めた NCM を評価すべきであるとの意見がみられた。老健では、在宅復帰やリハビリテーション効果を高める栄養管理の重要性、在宅復帰時の管理栄養士訪問、通所リハ・居宅での栄養支援、再入所時栄養連携加算の運用改善等、施設内外をつなぐ栄養支援の評価を求める意見がみられた。

2. 栄養評価指標と予後との関連：介護 DB

によるコホート研究

介護 DB に基づくコホート研究では、要介護 2～4 の 19,779 人を解析対象者とした。GLIM 基準を参照した栄養評価と入院・死亡による退所との関連について、低栄養群のハザード比は 1.324 (95%信頼区間: 1.238, 1.417) であり、非低栄養群と比べて統計学的に有意に高かった。また、要介護度悪化との関連についても、低栄養群のハザード比は 1.278 (95%信頼区間: 1.163, 1.404) であり、非低栄養群と比べて統計学的に有意に高かった。これらの結果から、介護保険施設入所者において GLIM 基準を参照した栄養評価は、入院・死亡や機能悪化の予後予測に有用である可能性が示唆された。

3. 入所者個別調査（後ろ向き追跡調査）

本報告書作成時点では、特別養護老人ホーム 16 施設、介護老人保健施設 3 施設より調査協力の承諾を得ており、各施設において対象者の抽出および既存記録からのデータ転記を進めている。

4. 文献調査

文献調査では、RQ1 および RQ2 について検索式を検討・改良し、長期療養施設、介護施設、施設入所高齢者、低栄養スクリーニングに関連する文献を抽出するための検索式を整理した。RQ1 で抽出された論文 279 件、RQ2 で抽出された論文 294 件について文献一覧を作成し、タイトルおよび抄録に基づく一次スクリーニングを進めている。

現時点では、MNA、MNA-SF、MUST、NRS-2002、SGA 等の栄養スクリーニング・アセスメント指標を扱う文献や、これらの指標の妥当性、信頼性、予測能力、死亡率等のアウトカムとの関連を扱う可能性のある文献が含まれていることを確認している。

D. 考察

本研究では、介護保険施設における低栄養状態の把握手法を検討するため、施設実態調査、介護 DB コホート研究、入所者個別調査、文献調査を組み合わせ、制度上の評価項目の実態と課題、施設における実施可能性、予後との関連、既存文献上の根拠を多面的に整理した。

なお、NCM における栄養スクリーニングは、低栄養またはそのリスクを有する入所者を簡便かつ確実に拾い上げ、詳細な評価につなげるための入口であり、栄養アセスメントでは、単に問題の有無を確認するだ

けでなく、体重減少、摂取量低下、摂食嚥下障害、口腔状態、疾患負荷、炎症、ADL、認知機能、食事環境、本人の意欲や価値観等を総合的に把握し、栄養問題の原因、徴候・症状、介入可能性を論理的に検討することが求められる。また、近年の介護報酬制度改定において、ミールラウンド・カンファレンスによる経口維持の取り組みや、看取りケアにおける管理栄養士の関与の明確化、リハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的取組、居宅サービスへの展開といった見直しが実施されてきた。このような NCM の理論的枠組みや、サービス種ごとの介護現場実装の展開を踏まえた継続的な検討が不可欠である。このような背景のもと、令和 7 年度は、施設実態調査および介護 DB コホート研究から一定の知見が得られ、入所者個別調査および文献調査については、次年度以降の解析・整理に向けた基盤を整備した段階である。

第一に、介護保険施設では、BMI、体重減少率、食事摂取量、必要栄養量、摂食・嚥下状況、嚥下調整食の必要性など、多くの栄養スクリーニング・アセスメント項目が既に把握されており、NCM は特養、老健の基本サービスとして一定程度定着していることが示された。一方で、これらの項目の一部は、入所前情報や他事業所情報に依存しており、測定時期、測定方法、情報源の信頼性、記録様式の標準化に課題がある。特に体重減少率は、現体重を自施設で測定できても、比較対象となる過去体重の測定時期や測定条件が不明確であれば評価精度が低下するため、入所前情報をどのように取得・記録・解釈するかが重要な実装課題となる。

第二に、血清アルブミン値の位置づけについて検討が必要である。施設実態調査では、血清アルブミン値は入所時には一定程度把握されているものの、定期的な再スクリーニング・再アセスメント項目としては実施困難であることが示された。また、血清アルブミン値は炎症、疾患負荷、肝・腎機能、浮腫、脱水、体液分布等の影響を受けることが知られており、低栄養状態を単独で判定する指標として扱うことには限界がある。一方で、予後リスクや全身状態を反映する補助情報としては一定の意義を有するため、体重減少、BMI、食事摂取量、摂食嚥下状況、褥瘡、疾患・炎症の有無、ADL、看取り期か否か等と組み合わせて総合的に解釈することが望ましいと考えられる。

第三に、GLIM 基準については、介護保険

施設における導入の意義と実施可能性を分けて検討する必要がある。介護 DB コホート研究では、GLIM 基準を参照した栄養評価が入院・死亡による退所および要介護度悪化と関連しており、予後予測の観点から有用である可能性が示された。一方で、施設実態調査では、GLIM 基準による低栄養診断は特養・老健ともに未実施の施設が大多数であり、とくに筋肉量減少の評価において測定困難、人員不足、設備不足、導入意義の明確化が課題として示された。すなわち、GLIM 基準は低栄養診断の標準化により、低栄養の有無や重症度、予後リスクを整理する枠組みとして NCM サービスの質の向上に資する可能性がある一方、現状の介護保険施設の NCM 業務に導入するには引き続き慎重な検討を要する。また、低栄養診断の結果だけで具体的な栄養介入の内容を決定できるわけではない。GLIM 基準を活用する場合にも、診断結果を食事摂取量低下の原因分析、多職種によるケア方針の検討、介入後のモニタリングへどのようにつなげるかを含めた NCM のシステムとしての実装設計が不可欠である。

第四に、介護保険施設における NCM の目的は、医療機関における疾患治療中心の栄養管理とは一部異なる。施設実態調査では、誤嚥性肺炎や褥瘡の予防、体重・食事摂取量・経口摂取の維持とともに、「食べる楽しみ」や本人の希望・価値観の確認が重視されていた。特に特養では、生活の場としての性格が強く、看取り期や重度要介護者に対する評価の目的を明確化する必要がある。老健では、在宅復帰・在宅療養支援機能やリハビリテーションとの連携を踏まえ、栄養評価を在宅復帰支援や機能維持・改善にどのようにつなげるかが重要となる。したがって、低栄養状態の把握手法の見直しでは、単純に特養と老健を一律に扱うのではなく、施設機能、入所者像、医療資源、リハビリテーション体制、看取り対応の違いを踏まえ、施設・サービス類型ごとの実装可能性を検討する必要がある。

第五に、今後の検証課題として、入所者個人単位の縦断的データによる評価が重要である。介護 DB コホート研究は全国規模のデータを用いた点で意義がある一方、筋肉量等に推定値を用いていること、LIFE データ提出施設に対象が限られること、制度上の指標である要介護度の変化が生活機能の変化を鋭敏に反映しない可能性があること等の限界がある。また、施設入所高齢者では

非低栄養群であっても一定の割合で入院・死亡等のイベントが発生することを踏まえると、低栄養スクリーニングには、予後不良リスクを識別する精度だけでなく、より早期に介入対象者を把握するためのカットオフ等を検討する視点が必要である。入所者個別調査では、現場で業務上把握されている既存記録に基づき、入所時点の栄養関連指標と施設内死亡、入院、退所等のアウトカムとの関連を検討する予定である。また、下腿周囲長等の筋肉量の簡便な評価についても検討する予定である。これにより、介護保険施設の実態に即した低栄養状態の把握手法を検証するうえで重要な補完的知見が期待される。

さらに、次年度は、経験豊富な管理栄養士等を対象としたインタビュー調査を実施し、低栄養状態の把握手法、GLIM 基準や筋肉量評価、ミールラウンド・カンファレンスを含むアセスメント手順について、現場での実装可能性、職種間連携、記録・情報連携、介護報酬上の評価に関する実践的な見解を得る予定である。また、本研究は令和 9 年度に、現場への実装を想定した手引書を作成することを予定している。ただし、令和 9 年 4 月には次期介護報酬改定が行われるため、令和 8 年度中に本研究で得られた知見を統合し、中間報告として低栄養状態の把握手法の見直しに関する論点と手引書の方向性を示す必要がある。

以上より、次期介護報酬改定に向けては、現行の栄養スクリーニング・アセスメントを単に GLIM 基準へ置き換えるのではなく、介護保険施設における実施可能性とケアの目的を踏まえた段階的な見直しが必要であると考えられた。

E. 結論

本研究では、介護保険施設における低栄養状態の把握手法を検討するため、介護保険施設実態調査、介護 DB によるコホート研究、入所者個別調査、文献調査を実施した。

施設実態調査から、入所前情報の信頼性、血清アルブミン値の定期的把握、筋肉量評価の実施可能性、看取り期や重度要介護者への評価の適用に課題があることが示された。介護 DB コホート研究からは、GLIM 基準を参照した栄養評価が予後予測に有用である可能性が示唆された。入所者個別調査および文献調査については、今後の解析・整理に向けた基盤を整備した。

以上より、介護保険施設における低栄養

状態の把握手法の見直しでは、GLIM 基準等の国際的枠組みとの整合性を図りつつ、施設機能、入所者像、医療資源、リハビリテーション体制、看取り対応、生活支援としての NCM の意義を踏まえた実装可能な評価手順を検討する必要がある。

今後は、下腿周囲長等を含む簡便な筋肉量評価、多職種で共有可能な評価手順、介護報酬上の評価を含めた制度設計について、入所者個人単位の縦断的データおよび文献的根拠を踏まえて検討を進める。そのうえで、令和 9 年 4 月の介護報酬改定を見据え、令和 8 年度中に一定の中間報告を行い、低栄養状態の把握手法の見直しと手引書作成に向けた基本的方向性を提示する予定である。

参考文献

①施設実態調査

- 1) Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clinical Nutrition*. 2003;22(4):415-421.
- 2) 藤川亜沙美, 高田健人, 長瀬香織, 松本菜々, 榎裕美, 高田和子, 大原里子, 小山秀夫, 杉山みち子. 介護保険施設入所高齢者における入院, 死亡に関わる低栄養とミールラウンドによる観察項目との関連. *日本健康・栄養システム学会誌*. 2018;18(2):12-20.
- 3) Motokawa K, Yasuda J, Mikami Y, et al. The Mini Nutritional Assessment-Short Form as a predictor of nursing home mortality in Japan: A 30-month longitudinal study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2020;86:103954.
- 4) Evans DC, Corkins MR, Malone A, et al. The Use of Visceral Proteins as Nutrition Markers: An ASPEN Position Paper. *Nutrition in Clinical Practice*. 2021;36(1):22-28.
- 5) Kuzuya M, Izawa S, Enoki H, Okada K, Iguchi A. Is serum albumin a good marker for malnutrition in the physically impaired elderly? *Clinical Nutrition*. 2007;26(1):84-90.
- 6) Cabrerizo S, Cuadras D, Gomez-Busto F, et al. Serum albumin and health in older people: Review and meta analysis. *Maturitas*. 2015;81(1):17-27.
- 7) Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition: A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clinical Nutrition*. 2019;38(1):1-9.
- 8) de van der Schueren MAE, Borkent JW, Spaans GW, Nijhof A, Manders M. GLIM in nursing homes: practical implications.

Clinical Nutrition. 2022;41(11):2442-2445.

9) de van der Schueren MAE, Keller H, Cederholm T, et al. Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM): Guidance on validation of the operational criteria for the diagnosis of protein-energy malnutrition in adults. *Clinical Nutrition*. 2020;39(9):2872-2880.

②コホート調査

- 1) Cederholm T, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clin Nutr*. 2019;38:1-9.
- 2) Jensen GL, et al. GLIM Criteria for the Diagnosis of Malnutrition: A Consensus Report From the Global Clinical Nutrition Community. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2019;43:32-40.
- 3) Xu J, et al. Association of Global Leadership Initiative on Malnutrition with survival outcomes in patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Clin Nutr*. 2022;41:1874-1880.
- 4) Asai N, et al. The global leadership initiative on malnutrition criteria can predict a long-term prognosis among community-onset pneumonia. *Clin Nutr ESPEN*. 2025;68:118-126.
- 5) Matsui R, et al. Impact of GLIM Defined Malnutrition on Long Term Prognosis in Patients With Gastric Cancer After Gastrectomy. *Anticancer Res*. 2022;42:4611-4618.
- 6) Mori N, et al. Prognostic implications of the global leadership initiative on malnutrition criteria as a routine assessment modality for malnutrition in hospitalized patients at a university hospital. *Clin Nutr*. 2023;42:166-172.
- 7) Okazoe Y, et al. Prognostic Impact of Malnutrition Diagnosed by the GLIM Criteria for Resected Extrahepatic Cholangiocarcinoma. *Anticancer Res*. 2023;43:2299-2308.
- 8) Shimizu A, et al. Comparison between the Global Leadership Initiative on Malnutrition and the European Society for Clinical Nutrition and Metabolism definitions for the prevalence of malnutrition in geriatric rehabilitation care. *Geriatr Gerontol Int*. 2020;20:1221-1227.
- 9) Shimizu A, et al. The Global Leadership Initiative on Malnutrition-Defined Malnutrition Predicts Prognosis in Persons With Stroke-Related Dysphagia. *J Am Med Dir Assoc*. 2019;20:1628-1633.
- 10) Shimizu A, et al. GLIM Criteria-defined malnutrition and short-term mortality in acute care hospitals: A nationwide claims-

based historical cohort study. Clin Nutr. 2025;54:83-90.

11) Uemura Y, et al. Clinical impacts of malnutrition based on the GLIM criteria using the MNA-SF for nutritional screening in patients with acute heart failure. Heart Vessels. 2025;40:789-796.

12) Wen X, et al. Anthropometric equation for estimation of appendicular skeletal muscle mass in Chinese adults. Asia Pac J Clin Nutr. 2011;20:551-556.

13) Chen LK, et al. Asian Working Group for Sarcopenia: 2019 Consensus Update on Sarcopenia Diagnosis and Treatment. J Am Med Dir Assoc. 2020;21:300-307.e302.

14) Kimura T, et al. Validation and Recalibration of Charlson and Elixhauser Comorbidity Indices Based on Data From a Japanese Insurance Claims Database. Japanese Journal of Pharmacoepidemiology/Yakuzai ekigaku. 2019;24:53-64.

③入所者個別調査

なし

④文献調査

1) Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA, Jeejeebhoy KN. What is subjective global assessment of nutritional status? JPEN J Parenter Enteral Nutr. 1987;11(1):8-13.

2) Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. Nutr Rev. 1996;54(1 Pt 2):S59-S65.

3) Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ, Nourhashemi F, Bennahum D, Lauque S, Albaredo JL. The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. Nutrition. 1999;15(2):116-122.

4) Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the short-form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001;56(6):M366-M372.

5) Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form: a practical tool for identification of nutritional status. J Nutr Health Aging. 2009;13(9):782-788.

6) Elia M. The 'MUST' report. Nutritional screening for adults: a multidisciplinary responsibility. Development and use of the 'Malnutrition Universal Screening Tool' (MUST) for adults. British Association for Parenteral and Enteral Nutrition; 2003.

7) Stratton RJ, Hackston A, Longmore D, Dixon R, Price S, Stroud M, King C, Elia M. Malnutrition in hospital outpatients and inpatients: prevalence, concurrent validity and ease of use of the 'Malnutrition Universal Screening Tool' (MUST) for adults. Br J Nutr. 2004;92(5):799-808.

8) Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, Stanga Z; Ad Hoc ESPEN Working Group. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. Clin Nutr. 2003;22(3):321-336.

9) Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clin Nutr. 2003;22(4):415-421.

10) Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition: A consensus report from the global clinical nutrition community. Clin Nutr. 2019;38(1):1-9.

11) Jensen GL, Cederholm T, Correia MITD, Gonzalez MC, Fukushima R, Pisprasert V, et al. GLIM consensus approach to diagnosis of malnutrition: A 5-year update. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2025;49(4):414-427.

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

令和 7 年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）
高齢者の自立支援・重度化防止に資する栄養ケア・マネジメントの推進に向けた低栄養状態
の把握手法のための研究
分担研究報告書

「高齢者の自立支援・重度化防止に資する栄養ケア・マネジメントの推進に向けた
低栄養状態の把握手法のための研究」—介護保険施設実態調査—

研究代表者	高田 健人	一般社団法人 日本健康・栄養システム学会
研究分担者	田中 和美	神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部 栄養学科
研究分担者	三浦 公嗣	一般社団法人 日本健康・栄養システム学会
研究分担者	清野 富久江	国立保健医療科学院 生涯健康研究部
研究分担者	加藤 昌彦	椙山女学園大学 生活科学部 管理栄養学科
研究分担者	遠又 靖丈	神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部 栄養学科
研究協力者	榎 裕美	愛知淑徳大学 食健康科学部 健康栄養学科
研究協力者	杉山 みち子	一般社団法人 日本健康・栄養システム学会
研究協力者	小山 秀夫	一般社団法人 日本健康・栄養システム学会

研究要旨

【背景・目的】介護サービスにおける栄養ケア・マネジメント（NCM）は、2005 年に介護保険制度に導入されて以来、介護保険施設の基本サービスとして多職種連携により展開されている。一方、現行の栄養スクリーニング項目について、血清アルブミン値等の定期的把握の困難さや、GLIM 基準との関係を踏まえた再検討が求められている。本研究では、介護保険施設における NCM、栄養スクリーニング・アセスメント、GLIM 基準の導入状況と課題を明らかにし、低栄養状態の把握手法の見直しに向けた基礎資料を得ることを目的とした。

【方法】全国の 80 床以上の介護老人福祉施設 1,594 か所、介護老人保健施設 1,157 か所を対象に、WEB 調査による横断調査を実施した。回答者は当該施設の常勤管理栄養士とし、要介護度 4・5 の入所者に対する NCM の効果・重要要素、栄養スクリーニング・アセスメントの実施状況、GLIM 基準による低栄養診断の実施状況、導入上の課題、施設基本情報等を調査し、施設種別に基礎集計を行った。

【結果】特養 369 施設（回収率 23.1%）、老健 281 施設（回収率 24.3%）から回答が得られた。要介護度 4・5 の入所者に対する NCM では、誤嚥性肺炎や褥瘡の予防・治癒、体重・食事摂取量・経口摂取の維持が重視されるとともに、「食べる楽しみの維持」や「本人の希望・価値観の確認」も重要な要素として挙げられた。栄養スクリーニング・アセスメントでは、BMI、体重減少率、食事摂取量、必要栄養量、摂食・嚥下状況、嚥下調整食の必要性などは多くの施設で把握されていた。一方で、入所前の体重や食事摂取量、血液検査値などは他事業所情報に依存する部分があり、情報の信頼性や標準化に課題がみられた。血清アルブミン値は定期的な再スクリーニング・再アセスメント項目としては実施困難であり、GLIM 基準による低栄養診断は特養・老健ともに未実施の施設が大多数であった。特に筋肉量減少の評価では、測定困難、人員不足、設備不足、導入意義の不明確さが課題として示された。

【考察】現行の栄養スクリーニング項目は広く実施されている一方、入所前情報の不確実性、体重測定の精度、血清アルブミン値の定期的把握、看取り期の評価、職員の業務負担などの課題が認められた。また、GLIM 基準の導入には、筋肉量評価の実施可能性、疾患負荷／炎症の判断、多職種の役割分担、記録システム、介護報酬上の評価など、介護保険施設における実施体制上の課題が認められた。今後は、介護保険施設の機能や入所者像を踏まえ、低栄養状態の把握手法について実施可能性を含めて検討する必要がある。

A. 研究目的

介護サービスにおける栄養ケア・マネジメント（以下、NCM）は、2005年に介護保険制度に導入されて以来、介護保険施設の基本サービスとして、管理栄養士の配置のもと多職種連携で展開されている。NCMにおいて、栄養スクリーニングは利用者の低栄養状態リスクを早期に把握・分別するためのプロセスであるが、その手順や項目については介護保険制度への導入以来大きく見直されていない。

診療報酬においては低栄養の国際標準である GLIM 基準が算定要件として導入が進んでいる。GLIM 基準では信頼性・妥当性が評価された栄養スクリーニング指標を用いるとされている。

一方で、介護サービスにおける現行基準では最新情報が不明、定期的な把握が困難等の課題があり、介護保険施設でのサービスの実態を踏まえた見直しが求められている。その際、介護サービスにおける NCM は疾病治療のみならず「食べる楽しみの支援」が重視されるなど、栄養ケアの方針は医療とは異なる視点で検討される必要がある。

そこで本研究では、介護保険施設における入所者の NCM について、施設実態調査を実施する。本研究により、介護保険施設における入所者の栄養状態の把握・評価の実態とともに、さらなる効果的な NCM の実施に重要な取り組みおよび GLIM 基準を導入・実施するうえでの課題等が明らかとなり、次期介護報酬改定に向けたエビデンスを提示することが期待される。

B. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、WEB 調査による横断調査(観察研究)である。

2. 対象事業所、回答者および対象事業所の選定方法

厚生労働省「介護サービス情報の公表システムデータのオープンデータ」に登録された全国の 80 床以上の介護老人福祉施設（以下「特養」という。）1,594 か所、介護老人保健施設（以下「老健」という。）1,157 か所を対象施設とした。回答者は当該施設の常勤管理栄養士とした。

3. 調査方法

対象施設の施設長・管理栄養士に調査票（資料 3-1）、依頼状、説明書(調査票の記

載要綱と WEB 回答フォームのリンク QR コードを含む)、ID (事業所番号) 通知書、撤回書、添え状を郵送した。本調査への協力は施設長・管理栄養士の自由な意思に任せられ、協力を承諾した場合には、施設長が依頼した職員の管理栄養士(以下、回答者という)が日本健康・栄養システム学会ホームページ上の WEB 回答フォームに、令和 8 年 2 月末日時点または記入日時点の状況を回答した。

必要に応じて施設保管の資料からの転記及び関連職種に問い合わせを行い令和 8 年 3 月末日までに送信することとした。なお回収数を確保するために、令和 8 年 3 月下旬に督促葉書を送付した。WEB 調査票から作成されたデータベースにより、施設種別の基礎集計を行った。

4. 調査内容

詳細は調査票（資料 1）参照（WEB 調査票回答フォームにて回答）

1) 要介護度 4,5 の入所者に対する栄養ケア・マネジメント：効果として重要なこと、実施において重要な要素

2) 栄養スクリーニング・アセスメントの実態：

入所時の栄養スクリーニング・栄養アセスメント実施状況（各要素の把握の有無と方法）、再スクリーニング・再アセスメント期間、参考にしている栄養スクリーニングツール（厚生労働省の様式例を除く）、栄養スクリーニング（厚生労働省の様式例）実施上の課題

3) GLIM 基準の実態：GLIM 基準による低栄養診断実施の有無、筋肉量の減少と疾患／炎症の把握の有無と実施方法、導入・実施上の課題

4) 基本情報：施設種・施設機能区分（老健のみ）、経営主体・併設事業所、入所定員、入所実人数、平均在所日数、平均要介護度、要介護 4 以上人数、低栄養状態中高リスク人数、職種別従業員数、関連加算算定状況

5) 意見・要望：今後の介護報酬改定について（自由記載）、その他（自由記載）

5. 統計解析

施設種別に基本集計（名義・順序変数：n、%、有効%（欠損値がある場合には除外し、回答者が限定される設問については分母を調整した%））、連続変数：n、平均値、中央値、標準偏差）を行った。

自由記述については、定量的な頻度分析ではなく、記載内容の主な論点を補足的に

整理した。

6. 倫理面への配慮

本研究は、日本健康・栄養システム学会倫理委員会の承認を得て実施した（承認日：2026年2月18日、承認番号：2026A1）。

C. 研究結果

1. 回収状況（表 1-1）

特養 369 施設（回収率 23.1%）、老健 281 施設（回収率 24.3%）であった。

2. 特養の結果

1) 要介護度 4,5 の入所者に対する栄養ケア・マネジメント（表 1-1, 1-2）

要介護 4,5 の入所者に対する NCM の効果として重要と感じるもの（複数回答可）は、「誤嚥性肺炎の予防・治癒」91.3%、「褥瘡の予防・治癒」84.0%、「体重の維持・改善」81.6%、「食事摂取量の維持・改善」78.9%、「食べる楽しみの維持」77.0%、「経口摂取の維持」75.6%、「本人の希望に沿った食支援の実現」68.6%であった。

要介護度 4,5 の入所者に対する効果的な NCM を提供するために重要な要素（複数回答可）は、「食形態の調整」83.7%、「摂食嚥下機能の評価」74.5%、「多職種カンファレンスの実施」74.5%、「食事環境の調整（姿勢・食事環境・時間確保など）」74.3%、「補食・栄養補助食品の活用」72.6%、「栄養状態の評価（スクリーニング／アセスメント）」69.6%、「本人の希望・価値観の確認」68.8%、「情報共有（記録様式・申し送りの統一）」62.1%であった。

2) 栄養スクリーニング・アセスメントの実態

① BMI（表 1-3, 1-4）

入所時の BMI の把握方法（複数回答可）について、「自施設で測定した身長と体重から算出する」87.8%、「他事業所から得られた情報を用いる」58.3%であった。その他自由記述として「身長は他事業所からの情報、体重は自施設」等、身長については既存情報を用いると回答した施設が複数あった。

BMI を自施設で測定した身長と体重から算出すると回答した施設（n=324）のうち、主に測定に関わる職種（複数回答可）は、「介護職員（介護福祉士除く）」67.9%、「介護福祉士」63.9%、「管理栄養士」62.7%、「看護師」38.9%であった。

BMI を他事業所から得られた情報を用い

ると回答した施設（n=215）のうち、主に把握に用いる書類（複数回答可）は、「医療機関からの栄養情報提供書」85.1%、「主治医意見書」38.6%、「課題分析標準項目」8.4%であった。その他には、看護サマリー、診療情報提供書、フェイスシート、健康診断書等が複数あった。

② 体重減少率（表 1-5, 1-6, 1-7）

入所時の体重減少率の把握方法（複数回答可）について、「自施設で測定した体重（現体重）と入所前の情報（過去の体重）を組み合わせる」85.9%、「他事業所から得られた情報を用いる」28.7%、「把握しない」7.0%であった。自由記述として「自施設で測定した体重のみ用いる」等と回答した施設が複数あった。

体重減少率を自施設で測定した体重（現体重）と入所前の情報（過去の体重）を組み合わせると回答した施設（n=317）のうち、主に測定に関わる職種（複数回答可）は、「管理栄養士」65.3%、「介護職員（介護福祉士除く）」58.4%、「介護福祉士」52.4%、「看護師」33.4%であった。

体重減少率を他事業所から得られた情報を用いると回答した施設（n=106）のうち、主に把握に用いる書類（複数回答可）は、「医療機関からの栄養情報提供書」91.5%、「主治医意見書」42.5%、「課題分析標準項目」8.5%であった。その他には、看護サマリー、健康診断書等があった。

体重減少率を把握しない（n=26）理由は「測定が困難」30.8%であり、その他には「入所以前の体重が分からないことがあるため」、「入所時の体重をベースにモニタリングを行っていくから」等、入所以前の測定値や期間について信頼できる情報がないことを理由として記載された。

③ 血清アルブミン値（表 1-8, 1-9, 1-10）

入所時の血清アルブミン値の把握方法（複数回答可）について、「自施設（併設医療機関を含む）で採血する」53.9%、「他事業所から得られた情報を用いる」56.4%、「把握しない」14.6%であった。自由記述として「協力医療機関で採血」、「入所時健康診断」等と回答した施設が複数あった一方、「情報がないことが多い」といった回答もあった。

血清アルブミン値を他事業所から得られた情報を用いると回答した施設（n=208）のうち、主に把握に用いる書類（複数回答可）は、「医療機関からの栄養情報提供書」78.4%、

「主治医意見書」41.8%、「課題分析標準項目」6.3%であった。その他には、看護サマリー、健康診断書、診療情報提供書、退院サマリー等が複数あった。

血清アルブミン値を把握しない（n=54）理由は「測定が困難」66.7%であり、その他には「医師が必要と判断したご利用者のみ測定」、「採血のデータがない」等、栄養スクリーニング指標として定期的な把握ができないと考えることが理由として記載された。

④ 褥瘡（表 1-11, 1-12）

入所時の褥瘡の把握方法（複数回答可）について、「自施設（併設医療機関を含む）で評価する」89.4%、「他事業所から得られた情報を用いる」51.5%、「把握しない」0.5%であった。

褥瘡を自施設（併設医療機関を含む）で評価すると回答した施設（n=330）のうち、主に測定に関わる職種（複数回答可）は、「看護師」96.7%、「介護福祉士」40.9%、「介護職員（介護福祉士除く）」40.6%、「医師」38.8%、「准看護師」34.5%、「管理栄養士」28.2%であった。

褥瘡を他事業所から得られた情報を用いると回答した施設（n=190）のうち、主に把握に用いる書類（複数回答可）は、「医療機関からの栄養情報提供書」72.6%、「主治医意見書」48.9%、「課題分析標準項目」13.7%であった。その他には、看護サマリー、診療情報提供書、退院サマリー等が複数あった。

⑤ 栄養補給法（表 1-13, 1-14）

入所時の栄養補給法の把握方法（複数回答可）について、「自施設で評価する」81.8%、「他事業所から得られた情報を用いる」68.0%であった。

栄養補給法を自施設で評価すると回答した施設（n=302）のうち、主に測定に関わる職種（複数回答可）は、「管理栄養士」91.4%、「看護師」78.8%、「介護職員（介護福祉士除く）」55.6%、「介護福祉士」54.3%、「介護支援専門員」38.4%、「准看護師」28.5%、「医師」28.1%であった。

栄養補給法を他事業所から得られた情報を用いると回答した施設（n=251）のうち、主に把握に用いる書類（複数回答可）は、「医療機関からの栄養情報提供書」86.9%、「主治医意見書」37.8%、「課題分析標準項目」14.7%であった。その他には、看護サマリー、入所時の面接記録等が複数あった。

⑥ 食事摂取量（表 1-15, 1-16）

入所時の食事摂取量の把握方法（複数回答可）について、「自施設で評価した食事摂取量から算出する」88.3%、「他事業所から得られた情報を用いる」35.8%、「把握しない」1.6%であった。

食事摂取量を自施設で評価した食事摂取量から算出すると回答した施設（n=326）のうち、主に測定に関わる職種（複数回答可）は、「管理栄養士」81.0%、「介護職員（介護福祉士除く）」80.1%、「介護福祉士」74.2%、「看護師」33.4%であった。

食事摂取量を他事業所から得られた情報を用いると回答した施設（n=132）のうち、主に把握に用いる書類（複数回答可）は、「医療機関からの栄養情報提供書」90.9%、「主治医意見書」22.7%、「課題分析標準項目」13.6%であった。その他には、看護サマリー等が複数あった。

食事摂取量を把握しない（n=6）理由は「測定が困難」66.7%であり、その他には「事前に得られない場合が多い。得られても曖昧な場合が多いため」、「他施設で提供している食事の量が不明な為」等、入所以前の摂取状況について信頼できる情報がないことを理由として記載された。

⑦ 必要栄養量（エネルギー・たんぱく質など）（表 1-17, 1-18）

入所時の必要栄養量（エネルギー・たんぱく質など）の把握方法（複数回答可）について、「自施設で評価した情報から算出する」92.4%、「他事業所から得られた情報を用いる」36.0%であった。

必要栄養量（エネルギー・たんぱく質など）を自施設で評価した情報から算出すると回答した施設（n=341）のうち、主に測定に関わる職種（複数回答可）は、「管理栄養士」98.5%、「看護師」19.6%であった。

必要栄養量（エネルギー・たんぱく質など）を他事業所から得られた情報を用いると回答した施設（n=133）のうち、主に把握に用いる書類（複数回答可）は、「医療機関からの栄養情報提供書」88.7%、「主治医意見書」28.6%、「課題分析標準項目」14.3%であった。その他には、看護サマリー等があった。

⑧ 食事時の摂食・嚥下状況（姿勢・食べ方・むせ等）（表 1-19, 1-20）

入所時の食事時の摂食・嚥下状況（姿勢・食べ方・むせ等）の把握方法（複数回答可）について、「自施設で評価する」93.0%、「他

事業所から得られた情報を用いる」55.0%であった。

食事時の摂食・嚥下状況（姿勢・食べ方・むせ等）を自施設で評価すると回答した施設（n=343）のうち、主に測定に関わる職種（複数回答可）は、「管理栄養士」94.5%、「看護師」83.1%、「介護職員（介護福祉士除く）」79.9%、「介護福祉士」76.4%、「介護支援専門員」40.5%であった。

食事時の摂食・嚥下状況（姿勢・食べ方・むせ等）を他事業所から得られた情報を用いると回答した施設（n=203）のうち、主に把握に用いる書類（複数回答可）は、「医療機関からの栄養情報提供書」51.7%、「課題分析標準項目」37.4%、「主治医意見書」30.5%であった。その他には、看護サマリー等が複数あった。

⑨ 嚥下調整食の必要性の有無（表 1-21, 1-22）

入所時の嚥下調整食の必要性の有無の把握方法（複数回答可）について、「自施設で評価する」86.7%、「他事業所から得られた情報を用いる」65.3%であった。

嚥下調整食の必要性の有無を自施設で評価すると回答した施設（n=320）のうち、主に測定に関わる職種（複数回答可）は、「管理栄養士」96.6%、「看護師」82.5%、「介護職員（介護福祉士除く）」72.5%、「介護福祉士」70.3%、「介護支援専門員」40.0%であった。

嚥下調整食の必要性の有無を他事業所から得られた情報を用いると回答した施設（n=241）のうち、主に把握に用いる書類（複数回答可）は、「主治医意見書」82.2%、「医療機関からの栄養情報提供書」34.4%、「課題分析標準項目」14.1%であった。その他には、看護サマリー等が複数あった。

⑩ 入所中の再スクリーニング・再アセスメントは、定められた期間で定期的実施しているか（表 1-23, 1-24, 1-25）

「すべての項目で実施している」81.8%、「一部の項目で実施していない」18.2%であった。

一部の項目で実施していないと回答した施設（n=67）のうち、定期的実施していない項目（複数回答可）は、「血清アルブミン値」89.6%、「BMI」20.9%、「体重減少率」19.4%、「必要栄養量」9.0%、「嚥下調整食の必要性の有無」9.0%であった。

定期的実施していない理由（複数回答

可）は、「必要性が乏しい」25.2%、「人員不足」19.4%であり、その他として「血液検査でアルブミン値を調べる頻度が少ない」、「血液検査は年1回のみ実施のため」等、再評価に必要な時期で採血が行われないことや、「医師の考え」、「測定する機械がない」、「利用者の負担を考慮」等の回答があった。

⑪ 栄養スクリーニングを実施するうえで、参考になっている栄養スクリーニングツール（厚生労働省の様式例を除く）（表 1-26）

「いずれも参考にしていない」69.4%であり、参考になっているものでは「SGA」10.3%、「MNA-SF」9.8%であった。

⑫ 栄養スクリーニング（厚生労働省の様式例）を実施するうえでの課題（表 1-27）

栄養スクリーニング（厚生労働省の様式例）を実施するうえでの課題（複数回答可）は、「評価結果に影響を与える要因（浮腫、回復期の体重変動など）の判断が難しい」53.9%、「体重測定の精度に課題がある（測定環境や職員の技術差など）」45.8%、「看取り対応の入所者の評価」29.8%、「職員の業務負担が大きい（介護支援専門員、介護職員、看護職員等を含む）」29.8%であった。その他自由記載として、血清アルブミン値を活用できないこと等があげられた。

3) GLIM 基準による低栄養診断

① GLIM 基準による低栄養診断の実施（表 1-28）

「原則全ての入所者について実施している」8.1%、「必要と判断された入所者にのみ実施している」4.9%、「実施していない」86.7%であった。

GLIM 基準による低栄養の診断を実施している施設（n=48）のうち、実施方法（複数回答可）は、「GLIM 基準に沿って自施設で判断している」75.0%、「医療機関等の他事業所からの情報に GLIM 基準による診断の記載がある場合に確認している」31.3%であった。

② 筋肉量の減少の評価（GLIM 基準による低栄養診断の実施に関わらず）（表 1-28, 1-29, 1-30, 1-31）

筋肉量の減少の評価方法（複数回答可）について、「自施設で評価する」8.9%、「他事業所から得られた情報を用いる」10.0%、「把握しない」82.9%であった。その他自由記載として、「リハビリテーション専門職が把握

している」等があげられた。

筋肉量の減少を自施設で評価する施設 (n=33) のうち、主に評価に関わる職種 (複数回答可) は「管理栄養士」72.7%、「看護師」48.5%、「介護福祉士」42.4%、「介護職員 (介護福祉士除く)」42.4%、「専任の機能訓練指導員」33.3%であった。

筋肉量の減少を自施設で評価する施設 (n=33) のうち、把握方法 (複数回答可) は、「身体計測値 (下腿周囲長)」54.5%、「身体計測 (その他)」9.1%、その他自由記述として、歩行状態、MMT が挙げられた。

筋肉量の減少を他事業所から得られた情報を用いると回答した施設 (n=37) のうち、主に把握に用いる書類 (複数回答可) は、「医療機関からの栄養情報提供書」81.1%、「主治医意見書」35.1%、「課題分析標準項目」18.9%であった。その他には、看護連絡票、リハ情報があつた。

筋肉量の減少を把握しないと回答した施設 (n=306) のうち、把握しない理由 (複数回答可) は、「測定が困難」84.6%、「人員不足」19.9%であった。その他自由記載として、必要性を感じない、測定が必須でない、設備が整っていない、GLIM 基準の導入を検討していない等が挙げられた。

③ 疾患負荷／炎症の評価 (GLIM 基準による低栄養診断の実施に関わらず) (表 1-32, 1-33, 1-34)

疾患負荷／炎症の評価方法 (複数回答可) について、「自施設で評価する」46.1%、「他事業所から得られた情報を用いる」36.0%、「把握しない」39.6%であった。その他自由記載として、「必要に応じて受診」等があげられた。

疾患負荷／炎症を自施設で評価する施設 (n=170) のうち、主に評価に関わる職種 (複数回答可) は「看護師」85.9%、「医師」64.1%、「管理栄養士」53.5%、「准看護師」36.5%、「介護福祉士」22.4%、「介護職員 (介護福祉士除く)」21.2%、「介護支援専門員」21.2%であった。

疾患負荷／炎症を自施設で評価する施設 (n=170) のうち、把握方法 (複数回答可) は、「急性疾患や外傷の有無」80.0%、「慢性疾患の有無」76.5%、「血液検査 (CRP 等)」74.7%であった。

疾患負荷／炎症を他事業所から得られた情報を用いると回答した施設 (n=133) のうち、主に把握に用いる書類 (複数回答可) は、「医療機関からの栄養情報提供書」69.9%、

「主治医意見書」51.1%、「課題分析標準項目」15.8%であった。その他には、看護サマリー、診療情報提供書等があつた。

疾患負荷／炎症を把握しないと回答した施設 (n=146) のうち、把握しない理由 (複数回答可) は、「測定が困難」77.4%、「人員不足」16.4%であった。その他自由記載として、必要性を感じない、血液検査をしない、GLIM 基準を導入していない等が挙げられた。

④ GLIM 基準を実施または導入するうえでの課題 (表 1-35, 1-36)

GLIM 基準を実施または導入するうえでの課題 (複数回答可) について、「職員の業務負担が大きい (介護職員や看護職員等を含む)」52.6%、「介護報酬で評価されていない」32.3%、「評価方法がわからない」33.3%、「主導する職種が決まっていない」27.1%、「実施するメリットがない」23.6%、「電子カルテ等のシステムが対応していない」21.7%、「看取り対応の入所者の評価が難しい」21.4%、「職員の理解や協力が得られない (介護職員や看護職員等を含む)」20.1%、「業務について職員間の相互理解が進まない (介護職員や看護職員等を含む)」19.5%であった。その他自由記載として、筋肉量の測定が困難、疾患負荷／炎症の判断が難しい、介護施設における具体的な運用方法、特養入所高齢者への活用法や意義等があげられた。

4) 基本情報

① 施設特性 (表 1-37, 1-38, 2-1)

経営主体は「社会福祉法人」98.6%であった。併設事業所 (複数回答) は「通所介護」60.2%、「医療機関」8.9%、「通所リハビリテーション」6.5%、その他として、グループホーム、ショートステイ、居宅介護支援事業所等が挙げられた。

定員は平均 101.1 (SD26.5) 床、入所実人数は平均 96.4 (SD26.3) 人、平均在所日数は平均 976.0 (SD402.1) 日、平均要介護度は平均 3.9 (SD0.3)、要介護度 4 以上の人数 (入所者 100 名あたり) は平均 65.5 (SD15.1) 人、低栄養状態中高リスク者の人数 (入所者 100 名あたり) は平均 55.8 (SD20.2) 人であった。

管理栄養士の配置数 (常勤換算) は平均 1.7 (SD0.8) 人、入所者 100 名あたりでは平均 1.8 (SD0.8) 人であった。

②加算算定状況（表 1-39）

2025 年 4 月 1 日から 2026 年 2 月 28 日の 11 か月間で 1 件以上算定した加算は、「栄養マネジメント強化加算」45.3%、「経口移行加算」4.6%、「経口維持加算Ⅰ」34.1%、「経口維持加算Ⅱ」24.7%、「個別機能訓練加算(Ⅲ)+(Ⅰ)(Ⅱ)（※一体的取組の加算）」39.0%、「療養食加算」59.6%、「科学的介護推進体制加算Ⅰ」35.0%、「科学的介護推進体制加算Ⅱ」38.5%、「褥瘡マネジメント加算」34.1%、「看取り介護加算」67.5%であった。

3. 老健の結果

1) 要介護度 4,5 の入所者に対する栄養ケア・マネジメント（表 1-1, 1-2）

要介護 4,5 の入所者に対する NCM の効果として重要と感じるもの（複数回答可）は、「体重の維持・改善」86.1%、「褥瘡の予防・治癒」85.1%、「誤嚥性肺炎の予防・治癒」84.0%、「食事摂取量の維持・改善」77.2%、「経口摂取の維持」76.9%、「食べる楽しみの維持」66.5%であった。

要介護度 4,5 の入所者に対する効果的な NCM を提供するために重要な要素（複数回答可）は、「摂食嚥下機能の評価」82.9%、「食形態の調整」79.4%、「多職種カンファレンスの実施」69.8%、「補食・栄養補助食品の活用」69.8%、「食事環境の調整（姿勢・食事環境・時間確保など）」68.3%、「栄養状態の評価（スクリーニング／アセスメント）」76.9%、「口腔状態の評価」64.8%、「本人の希望・価値観の確認」60.9%であった。

2) 栄養スクリーニング・アセスメントの実態

① BMI（表 1-3, 1-4）

入所時の BMI の把握方法（複数回答可）について、「自施設で測定した身長と体重から算出する」93.2%、「他事業所から得られた情報を用いる」57.7%であった。自由記述として「身長は事前情報から用いる」等、身長については既存情報を用いると回答した施設が複数あった。

BMI を自施設で測定した身長と体重から算出すると回答した施設（n=262）のうち、主に測定に関わる職種（複数回答可）は、「介護職員（介護福祉士除く）」71.0%、「介護福祉士」69.8%、「看護師」59.9%、「管理栄養士」55.7%であった。

BMI を他事業所から得られた情報を用いると回答した施設（n=162）のうち、主に把

握に用いる書類（複数回答可）は、「医療機関からの栄養情報提供書」85.8%、「主治医意見書」28.4%、「課題分析標準項目」17.3%であった。その他には、看護サマリー、診療情報提供書、フェイスシート等が複数あった。

② 体重減少率（表 1-5, 1-6, 1-7）

入所時の体重減少率の把握方法（複数回答可）について、「自施設で測定した体重（現体重）と入所前の情報（過去の体重）を組み合わせる」88.6%、「他事業所から得られた情報を用いる」32.4%、「把握しない」5.7%であった。自由記述として「入所時の体重とその後の体重」等と回答した施設が複数あった一方、入所前の体重や測定日がわからないといった回答もあった。

体重減少率を自施設で測定した体重（現体重）と入所前の情報（過去の体重）を組み合わせると回答した施設（n=249）のうち、主に測定に関わる職種（複数回答可）は、「管理栄養士」63.1%、「介護職員（介護福祉士除く）」59.8%、「介護福祉士」59.8%、「看護師」55.0%であった。

体重減少率を他事業所から得られた情報を用いると回答した施設（n=91）のうち、主に把握に用いる書類（複数回答可）は、「医療機関からの栄養情報提供書」91.2%、「主治医意見書」35.2%、「課題分析標準項目」20.9%であった。その他には、看護サマリー、健康診断書等が複数あった。

体重減少率を把握しない（n=16）理由は「測定が困難」11.8%であり、その他には「入所時は減少率が把握できない」、「入所前の体重との比較はしていない」等、入所以前の測定値や期間について信頼できる情報がないことを理由として記載された。

③ 血清アルブミン値（表 1-8, 1-9, 1-10）

入所時の血清アルブミン値の把握方法（複数回答可）について、「自施設（併設医療機関を含む）で採血する」54.4%、「他事業所から得られた情報を用いる」62.6%、「把握しない」14.6%であった。自由記述として「自宅から入所される場合は医療機関で採血してから入所される」、「必要に応じて隣接の病院で採血を実施」等と回答した施設があった一方、「把握はするが参考値とし、重視しない」といった回答もあった。

血清アルブミン値を他事業所から得られた情報を用いると回答した施設（n=176）のうち、主に把握に用いる書類（複数回答可）

は、「医療機関からの栄養情報提供書」75.6%、「主治医意見書」35.8%、「課題分析標準項目」14.2%であった。その他には、看護サマリー、医療機関からの血液検査データ、健康診断書、診療情報提供書、退院サマリー等が複数あった。

血清アルブミン値を把握しない（n=41）理由は「測定が困難」58.5%であり、その他には「アルブミンは低栄養の指標としては信憑性が低い」、「医療機関からの情報がなければ、費用がかかるため入所時の血液検査は行っていない」、「必要ないとの話が研修であり、検討し廃止した」等、栄養スクリーニング指標としての信頼性や必要性が乏しいと考えることが理由として記載された。

④ 褥瘡（表 1-11, 1-12）

入所時の褥瘡の把握方法（複数回答可）について、「自施設（併設医療機関を含む）で評価する」94.3%、「他事業所から得られた情報を用いる」55.2%であった。

褥瘡を自施設（併設医療機関を含む）で評価すると回答した施設（n=265）のうち、主に測定に関わる職種（複数回答可）は、「看護師」98.9%、「医師」59.6%、「准看護師」50.2%、「介護福祉士」33.6%、「介護職員（介護福祉士除く）」33.2%、「管理栄養士」27.5%であった。

褥瘡を他事業所から得られた情報を用いると回答した施設（n=155）のうち、主に把握に用いる書類（複数回答可）は、「医療機関からの栄養情報提供書」72.9%、「主治医意見書」48.4%、「課題分析標準項目」20.9%であった。その他には、看護サマリー、診療情報提供書、退院サマリー等が複数あった。

⑤ 栄養補給法（表 1-13, 1-14）

入所時の栄養補給法の把握方法（複数回答可）について、「自施設で評価する」90.0%、「他事業所から得られた情報を用いる」70.8%であった。

栄養補給法を自施設で評価すると回答した施設（n=253）のうち、主に測定に関わる職種（複数回答可）は、「管理栄養士」93.3%、「看護師」84.2%、「医師」64.8%、「介護福祉士」43.9%、「介護職員（介護福祉士除く）」41.5%、「准看護師」41.5%、「言語聴覚士」37.5%、「介護支援専門員」22.9%であった。

栄養補給法を他事業所から得られた情報を用いると回答した施設（n=199）のうち、主に把握に用いる書類（複数回答可）は、「医療機関からの栄養情報提供書」86.4%、「主

治医意見書」39.7%、「課題分析標準項目」17.6%であった。その他には、看護サマリー、入所時の面接記録等が複数あった。

⑥ 食事摂取量（表 1-15, 1-16）

入所時の食事摂取量の把握方法（複数回答可）について、「自施設で評価した食事摂取量から算出する」94.0%、「他事業所から得られた情報を用いる」37.4%であった。

食事摂取量を自施設で評価した食事摂取量から算出すると回答した施設（n=264）のうち、主に測定に関わる職種（複数回答可）は、「管理栄養士」83.3%、「介護職員（介護福祉士除く）」79.5%、「介護福祉士」79.2%、「看護師」78.0%、「准看護師」42.8%であった。

食事摂取量を他事業所から得られた情報を用いると回答した施設（n=105）のうち、主に把握に用いる書類（複数回答可）は、「医療機関からの栄養情報提供書」90.5%、「主治医意見書」22.9%、「課題分析標準項目」18.1%であった。その他には、看護サマリー等が複数あった。

⑦ 必要栄養量（エネルギー・たんぱく質など）（表 1-17, 1-18）

入所時の必要栄養量（エネルギー・たんぱく質など）の把握方法（複数回答可）について、「自施設で評価した情報から算出する」94.7%、「他事業所から得られた情報を用いる」38.4%であった。

必要栄養量（エネルギー・たんぱく質など）を自施設で評価した情報から算出すると回答した施設（n=266）のうち、主に測定に関わる職種（複数回答可）は、「管理栄養士」98.9%、「医師」31.2%、「看護師」25.2%であった。

必要栄養量（エネルギー・たんぱく質など）を他事業所から得られた情報を用いると回答した施設（n=108）のうち、主に把握に用いる書類（複数回答可）は、「医療機関からの栄養情報提供書」92.6%、「主治医意見書」31.5%、「課題分析標準項目」20.4%であった。その他には、看護サマリー等が複数あった。

⑧ 食事時の摂食・嚥下状況（姿勢・食べ方・むせ等）（表 1-19, 1-20）

入所時の食事時の摂食・嚥下状況（姿勢・食べ方・むせ等）の把握方法（複数回答可）について、「自施設で評価する」96.8%、「他事業所から得られた情報を用いる」48.8%であった。

食事時の摂食・嚥下状況（姿勢・食べ方・むせ等）を自施設で評価すると回答した施設（n=272）のうち、主に測定に関わる職種（複数回答可）は、「管理栄養士」92.3%、「看護師」89.0%、「介護福祉士」76.1%、「介護職員（介護福祉士除く）」75.0%、「言語聴覚士」62.9%、「准看護師」48.5%、「理学療法士」40.8%であった。

食事時の摂食・嚥下状況（姿勢・食べ方・むせ等）を他事業所から得られた情報を用いると回答した施設（n=137）のうち、主に把握に用いる書類（複数回答可）は、「医療機関からの栄養情報提供書」56.9%、「課題分析標準項目」40.9%、「主治医意見書」29.9%であった。その他には、看護サマリー等が複数あった。

⑨ 嚥下調整食の必要性の有無（表 1-21, 1-22）

入所時の嚥下調整食の必要性の有無の把握方法（複数回答可）について、「自施設で評価する」95.4%、「他事業所から得られた情報を用いる」60.9%であった。

嚥下調整食の必要性の有無を自施設で評価すると回答した施設（n=268）のうち、主に測定に関わる職種（複数回答可）は、「管理栄養士」91.8%、「看護師」79.1%、「言語聴覚士」64.2%、「介護福祉士」56.0%、「介護職員（介護福祉士除く）」53.7%、「医師」45.5%、「准看護師」43.7%であった。

嚥下調整食の必要性の有無を他事業所から得られた情報を用いると回答した施設（n=171）のうち、主に把握に用いる書類（複数回答可）は、「主治医意見書」81.3%、「医療機関からの栄養情報提供書」36.8%、「課題分析標準項目」19.3%であった。その他には、看護サマリー等が複数あった。

⑩ 入所中の再スクリーニング・再アセスメントは、定められた期間で定期的実施しているか（表 1-23, 1-24, 1-25）

「すべての項目で実施している」76.9%、「一部の項目で実施していない」23.1%であった。

一部の項目で実施していないと回答した施設（n=65）のうち、定期的実施していない項目（複数回答可）は、「血清アルブミン値」95.4%、「体重減少率」13.8%、「BMI」12.3%、「褥瘡」12.3%、「栄養補給法」10.8%、「必要栄養量」9.2%であった。

定期的実施していない理由（複数回答可）は、「必要性が乏しい」47.7%、「人員不

足」12.3%であり、その他として「医師の考え」、「経費の問題」、「定期的な検査が困難」等の理由により、再評価に必要な時期で採血が行われない回答があった。

⑪ 栄養スクリーニングを実施するうえで、参考になっている栄養スクリーニングツール（厚生労働省の様式例を除く）（表 1-26）

「いずれも参考にしていない」61.2%であり、参考になっているものでは「MNA-SF」12.8%、「SGA」12.1%、であった。

⑫ 栄養スクリーニング（厚生労働省の様式例）を実施するうえでの課題（表 1-27）

栄養スクリーニング（厚生労働省の様式例）を実施するうえでの課題（複数回答可）は、「評価結果に影響を与える要因（浮腫、回復期の体重変動など）の判断が難しい」56.2%、「体重測定の精度に課題がある（測定環境や職員の技術差など）」42.3%、「看取り対応の入所者の評価」25.3%、「職員の業務負担が大きい（介護支援専門員、介護職員、看護職員等を含む）」22.8%、「電子カルテ等のシステムが対応していない」21.4%であった。その他自由記載として、採血は定期化されておらず、データの適宜活用は難しい、信頼できるツールが乏しい等があげられた。

3) GLIM 基準による低栄養診断

① GLIM 基準による低栄養診断の実施（表 1-28）

「原則全ての入所者について実施している」5.3%、「必要と判断された入所者にのみ実施している」7.5%、「実施していない」87.2%であった。

GLIM 基準による低栄養の診断を実施している施設（n=36）のうち、実施方法（複数回答可）は、「GLIM 基準に沿って自施設で判断している」63.9%、「医療機関等の他事業所からの情報に GLIM 基準による診断の記載がある場合に確認している」47.2%であった。

② 筋肉量の減少の評価（GLIM 基準による低栄養診断の実施に関わらず）（表 1-28, 1-29, 1-30, 1-31）

筋肉量の減少の評価方法（複数回答可）について、「自施設で評価する」13.5%、「他事業所から得られた情報を用いる」12.5%、「把握しない」76.2%であった。その他自由記載として、「リハビリテーション専門職が把握している」等があげられた。

筋肉量の減少を自施設で評価する施設（ $n=38$ ）のうち、主に評価に関わる職種（複数回答可）は「理学療法士」73.7%、「作業療法士」55.3%、「管理栄養士」50.0%、「看護師」28.9%、「介護職員（介護福祉士除く）」26.3%、「介護福祉士」23.7%、「医師」23.7%であった。

筋肉量の減少を自施設で評価する施設（ $n=38$ ）のうち、把握方法（複数回答可）は、「身体計測値（下腿周囲長）」71.1%、「身体計測（その他）」13.2%、その他自由記述として、歩行状態、体重減少、握力等が挙げられた。

筋肉量の減少を他事業所から得られた情報を用いると回答した施設（ $n=35$ ）のうち、主に把握に用いる書類（複数回答可）は、「医療機関からの栄養情報提供書」85.7%、「主治医意見書」25.7%、「課題分析標準項目」22.9%であった。その他には、リハサマリー等が複数あった。

筋肉量の減少を把握しないと回答した施設（ $n=306$ ）のうち、把握しない理由（複数回答可）は、「測定が困難」77.1%、「人員不足」27.1%であった。その他自由記述として、必要性を感じない、高齢者施設では全員が中リスクか高リスクになると耳にするため、特に要介護度が高い利用者に対して時間をかけて把握する意義が見つけられない、測定環境が整っていない等が挙げられた。

③ 疾患負荷／炎症の評価（GLIM 基準による低栄養診断の実施に関わらず）（表 1-32, 1-33, 1-34）

疾患負荷／炎症の評価方法（複数回答可）について、「自施設で評価する」59.1%、「他事業所から得られた情報を用いる」43.4%、「把握しない」27.8%であった。その他自由記述として、「体調不良時の血液検査」があげられた。

疾患負荷／炎症を自施設で評価する施設（ $n=166$ ）のうち、主に評価に関わる職種（複数回答可）は「医師」85.5%、「看護師」84.9%、「管理栄養士」45.8%、「准看護師」44.0%であった。

疾患負荷／炎症を自施設で評価する施設（ $n=166$ ）のうち、把握方法（複数回答可）は、「血液検査（CRP 等）」80.1%、「慢性疾患の有無」71.1%、「急性疾患や外傷の有無」70.5%であった。

疾患負荷／炎症を他事業所から得られた情報を用いると回答した施設（ $n=122$ ）のうち、主に把握に用いる書類（複数回答可）は、

「医療機関からの栄養情報提供書」74.6%、「主治医意見書」63.9%、「課題分析標準項目」20.5%であった。その他には、看護サマリー、診療情報提供書等が複数あった。

疾患負荷／炎症を把握しないと回答した施設（ $n=78$ ）のうち、把握しない理由（複数回答可）は、「測定が困難」79.5%、「人員不足」12.8%であった。その他自由記述として、体調不良等なければ血液検査はしないのでCRP等は把握できない等が挙げられた。

④ GLIM 基準を実施または導入するうえでの課題（表 1-35, 1-36）

GLIM 基準を実施または導入するうえでの課題（複数回答可）について、「職員の業務負担が大きい（介護職員や看護職員等を含む）」55.5%、「介護報酬で評価されていない」43.4%、「電子カルテ等のシステムが対応していない」32.0%、「主導する職種が決まっていない」27.4%、「評価方法がわからない」26.3%、「職員の理解や協力が得られない（介護職員や看護職員等を含む）」19.2%、「実施するメリットがない」17.1%、「業務について職員間の相互理解が進まない（介護職員や看護職員等を含む）」15.3%、「看取り対応の入所者の評価が難しい」13.9%であった。その他自由記述として、GLIM 基準自体を理解できていない、「栄養不良なのか炎症による低アルブミンなのか」の判別が難しい、適切なカットオフ値のデータがない。全員低栄養判定になる等があげられた。

4) 基本情報

① 施設特性（表 1-37, 1-38, 2-1）

在宅復帰・在宅療養支援機能区分は、「超強化型」44.1%、「在宅強化型」13.2%、「加算型」25.6%、「基本型」15.3%、「その他型」1.8%であった。経営主体は「医療法人」70.5%、「社会福祉法人」24.6%であった。併設事業所（複数回答）は「通所リハビリテーション」89.7%、「医療機関」30.6%、「通所介護」13.9%、その他として、グループホーム、ショートステイ、居宅介護支援事業所、有料老人ホーム等が挙げられた。

定員は平均 103.3（SD20.7）床、入所実人数は平均 93.6（SD20.9）人、平均在所日数は平均 467.8（SD359.9）日、平均要介護度は平均 3.1（SD0.3）、要介護度 4 以上の人数（入所者 100 名あたり）は平均 41.1（SD12.2）人、低栄養状態中高リスク者の人数（入所者 100 名あたり）は平均 51.8（SD20.3）人であった。

管理栄養士の配置数（常勤換算）は平均 1.8（SD0.8）人、入所者 100 名あたりでは平均 2.0（SD1.9）人であった。

②加算算定状況（表 1-39）

2025 年 4 月 1 日から 2026 年 2 月 28 日の 11 か月間で 1 件以上算定した加算は、「栄養マネジメント強化加算」57.7%、「経口移行加算」16.4%、「経口維持加算Ⅰ」63.7%、「経口維持加算Ⅱ」53.0%、「リハビリテーション計画書情報加算（Ⅰ）（※一体的取組の加算）」48.8%、「療養食加算」94.7%、「科学的介護推進体制加算Ⅰ」38.4%、「科学的介護推進体制加算Ⅱ」53.0%、「褥瘡マネジメント加算」61.6%、「ターミナルケア加算」61.2%であった。

4. 意見・要望（自由記述）（表 3-1）

自由記述を施設種別に整理したところ、特養では、介護報酬および食費基準額の引き上げ、食材料費・光熱費・委託費の高騰への対応、管理栄養士・栄養士・厨房職員の配置および処遇改善、嚥下調整食や栄養補助食品に対する評価を求める意見がみられた。また、特養を生活の場として捉え、「食べる楽しみ」や本人の意思、看取り期への対応を含めた NCM を評価すべきであるとの意見がみられた。GLIM 基準については、定期的な血液検査や筋肉量評価の実施困難、重度要介護者や看取り期入所者への一律適用への懸念が示された。

一方、老健では、食材料費・委託費の高騰への対応、栄養マネジメント強化加算の配置要件や加算額の見直し、管理栄養士・調理従事者の処遇改善を求める意見がみられた。また、在宅復帰やリハビリテーション効果を高めるうえで栄養管理が重要であり、在宅復帰時の管理栄養士訪問、通所リハ・居宅での栄養支援、再入所時栄養連携加算の運用改善など、施設内外をつなぐ栄養支援の評価を求める意見がみられた。GLIM 基準については、評価方法や研修の必要性とともに、筋肉量評価や下腿周囲長等のカットオフ値の実用性に対する懸念が示された。

D. 考察

1) 介護保険施設の NCM における栄養スクリーニングの臨床的意義の検討

栄養スクリーニングは、低栄養または低栄養リスクにある者を早期に同定し、詳細な栄養アセスメントおよび栄養介入につなげるための NCM のプロセスである¹⁾。

ESPEN の栄養スクリーニングガイドラインでは、栄養リスクスクリーニングは病院、地域、高齢者ケアなど複数の場面に適用されるべきものとして整理されており、単なる記録やリスク分類ではなく、栄養介入の必要性を判断する入口として位置づけられている¹⁾。また、日本の介護保険施設入所高齢者を対象とした研究では、BMI 18.5 kg/m²未満で定義される低栄養が 1 年間の入院および死亡リスクと関連し、低栄養に関連する要因をミールラウンドにより把握することの重要性が示されている²⁾。さらに、日本の介護施設入所高齢者を対象とした別の研究では、MNA-SF が 30 か月死亡の予測に有用であることが報告されており、高齢者施設における簡便な栄養スクリーニングは、予後把握や介入対象の同定という点で臨床的意義を有すると考えられる³⁾。

本研究は、介護保険施設における NCM、栄養スクリーニング・アセスメント、ならびに GLIM 基準の導入状況と課題を明らかにすることを目的として、全国の 80 床以上の介護老人福祉施設および介護老人保健施設を対象に実施した。特養 369 施設、老健 281 施設から回答が得られ、介護保険施設における低栄養状態の把握手法を検討するうえでの基礎資料が得られたと考えられる。

本調査の結果、特養・老健ともに、要介護度 4・5 の入所者に対する NCM の効果として、誤嚥性肺炎や褥瘡の予防・治癒、体重および食事摂取量の維持・改善、経口摂取の維持が重視されていた。一方で、「食べる楽しみの維持」や「本人の希望・価値観の確認」も重要な効果・要素として挙げられており、介護保険施設における NCM は、単なる低栄養リスクの判定や栄養改善にとどまらず、生活支援、摂食嚥下支援、看取り期の対応、本人の意思尊重を含む包括的なケアとして展開されていることが示された。先行研究においても、介護保険施設入所高齢者では、低栄養が入院・死亡リスクと関連し、さらに咀嚼困難、軟らかい食べ物への偏り、食事時の下顎突出など、ミールラウンドで観察可能な項目が低栄養と関連することが示されている²⁾。このことから、介護保険施設における NCM では、栄養状態の判定に加えて、食事場面における摂食嚥下・口腔・姿勢・認知行動面に関わる徴候を多職種で観察し、早期に対応することが重要である。

2) 介護保険施設の NCM における栄養スクリーニング・アセスメントの実態と検討

の方向性

栄養スクリーニング・アセスメントの実態については、BMI、体重減少率、食事摂取量、必要栄養量、摂食・嚥下状況、嚥下調整食の必要性など、多くの項目が入所時に把握されていた。このことは、NCMが介護保険施設における基本的なサービスとして定着していることを示す。一方で、各項目の把握方法には、自施設での測定・評価と、医療機関からの栄養情報提供書、主治医意見書、看護サマリー、診療情報提供書、フェイスシート等の他事業所情報の利用が併存していた。特に身長、入所以前の体重や食事摂取量、血液検査値などは、入所前情報に依存する部分が大きく、測定時期、測定方法、記録様式、情報源の信頼性によって評価の妥当性が左右される可能性が示唆された。

この点は、体重減少率の評価において特に重要といえる。体重減少率は低栄養リスク把握における重要な指標であるが、現体重を自施設で測定できても、比較対象となる過去体重や測定時期が不明確であれば、評価の精度は低下する。本調査でも、入所以前の体重が分からないことや、入所前情報の信頼性が十分でないことが課題として示された。したがって、体重減少率を用いることの意義を維持しつつ、入所前情報の不確実性を評価手順に組み込む実用上の視点を踏まえた検討が必要である。より理想的には、入所時点における過去体重の測定時期、測定方法、情報源を記録できる仕組みを整備することが求められる。

血清アルブミン値については、入所時に一定程度把握されているものの、定期的な再スクリーニング・再アセスメント項目としては実施困難な項目であることが明らかとなった。特養・老健ともに、一部の項目で定期的な実施していない施設では、血清アルブミン値が最も多く挙げられ、その理由として、採血頻度、医師の判断、費用、利用者負担、検査体制などが示された。したがって、血清アルブミン値は、介護保険施設において定期的・一律に把握する栄養スクリーニング項目としては、実施可能性の面で大きな課題を有している（表1-2）。

さらに、血清アルブミン値は、栄養状態を反映する血液生化学指標として歴史的に用いられてきたが、近年の臨床栄養学では、その解釈には慎重さが求められている。ASPENのposition paperでは、アルブミンやプレアルブミンなどの内臓蛋白は、栄養状態や蛋白エネルギー低栄養そのものを示

すというより、炎症の存在を特徴づける指標として位置づけるべきであると整理されている⁴⁾。すなわち、血清アルブミン値の低下は、摂取不足だけでなく、炎症、感染、疾患負荷、肝機能、腎機能、浮腫、脱水、体液分布などの影響を受けるため、低栄養状態を単独で判定する指標として扱うことには限界がある^{4,5)}。

高齢者、とくに身体機能が低下した者では、この問題はさらに重要である。Kuzuyaらは、身体機能が低下した高齢者において、血清アルブミン値が栄養評価指標と十分に相関しないことを報告し、従来のカットオフ値を用いて低栄養を一律に判定することの妥当性に疑問を呈している⁵⁾。介護保険施設の入所者には、慢性疾患、炎症、摂食嚥下障害、低活動、浮腫、看取り期などが重複する者が多い。そのため、血清アルブミン値の低下を直ちに栄養摂取不足や栄養管理不良と解釈することは適切ではなく、臨床状況を踏まえた総合的な判断が必要である。

一方で、血清アルブミン値が臨床的に無意味であるわけではない。高齢者を対象としたレビューおよびメタ分析では、低アルブミン血症が死亡や健康状態の悪化と関連することが示されており、血清アルブミン値は予後リスクや全身状態、疾患負荷を反映する補助情報として一定の意義を有する⁶⁾。したがって、介護保険施設におけるNCMでは、血清アルブミン値を栄養スクリーニングにおける単独または中核的な判定指標として扱うのではなく、体重減少、BMI、食事摂取量、摂食嚥下状況、褥瘡、疾患・炎症の有無、ADL、看取り期か否か等と組み合わせることで解釈することが妥当である^{4,6)}。

また、後述するGLIM基準との関係からみても再整理が必要である。GLIM基準において、血清アルブミン値は診断基準そのものには含まれていない。GLIMの診断枠組みでは、体重減少、低BMI、筋肉量減少を表現型基準とし、摂取不良・吸収不良および疾患負荷／炎症を病因基準として用いる⁷⁾。したがって、血清アルブミン値は、低栄養そのものの診断指標ではなく、疾患負荷や炎症、予後リスクを推定する補助情報として位置づけることが妥当である^{4,6,7)}。

3) 介護保険施設のNCMにおけるGLIM基準導入の実務実装に対する課題

GLIM基準は、成人の低栄養診断を国際的に標準化するために提案された枠組みであり、妥当性のある栄養スクリーニングに

よってリスクを把握した後、体重減少、低BMI、筋肉量減少からなる表現型基準と、摂取不良・吸収不良、疾患負荷／炎症からなる病因基準を組み合わせて診断する点に特徴がある⁷⁾。この枠組みは、低栄養を単なる体重や血液検査値の異常としてではなく、体組成変化、摂取不良、疾患・炎症の影響を含む病態として把握する意義を有する⁷⁾。

本調査では、GLIM 基準による低栄養診断を実施していない施設が、特養・老健ともに大多数を占めていた。特に筋肉量減少の評価は、特養・老健ともに実施割合が低く、測定困難、人員不足、設備不足、導入意義の明確化が課題として示された。特養では筋肉量の減少を「把握しない」が82.9%であり、把握しない理由として「測定が困難」が84.6%であった。老健では、理学療法士や作業療法士などリハビリテーション専門職の関与により、特養に比べて筋肉量評価を実施しやすい体制があると考えられるが、それでも標準的な運用には至っていない。

既存報告においても、ナースিংホームでGLIM 基準を適用する際には、体組成、食事摂取量、炎症に関する情報が不足しやすく、実務上の困難があることが指摘されている⁸⁾。また、GLIM 基準の検証ガイドンスでは、GLIM の妥当性および信頼性は、多様な施設、対象者、評価者において検証される必要があるとされている⁹⁾。したがって、GLIM 基準を介護保険施設に導入する場合には、医療機関と同様の方法を単純に移植するのではなく、介護保険施設における入所者像、職員配置、医療資源、リハビリテーション体制、看取り対応を踏まえた実装方法を検討する必要がある。

特養と老健の違いにも留意が必要である。特養は長期入所、重度要介護者、看取り対応を含む生活施設としての性格が強く、老健は在宅復帰・在宅療養支援機能、医師やリハビリテーション専門職との連携、医療機関併設等の資源を有する場合が多い。本調査でも、特養と老健では入所者像、施設機能、加算算定状況、職種構成に違いがみられた。そのため、低栄養状態の把握手法やGLIM 基準の導入方法を検討する際には、特養と老健を一律に扱うのではなく、施設機能に応じた実装可能性を検討することが求められる。

自由記述においても、GLIM 基準の導入や栄養スクリーニング項目の見直しに関して、介護保険施設での実施可能性を慎重に検討すべきであるとの意見がみられた。特

に、特養では定期的な血液検査や筋肉量評価が困難であること、重度要介護者や看取り期の入所者に対して一律の基準を適用することへの懸念、食費・食材料費・栄養補助食品等の費用負担、管理栄養士等の人員配置や業務負担に関する課題が挙げられていた。これらは、低栄養状態の把握手法を見直す際に、評価指標の妥当性だけでなく、実施体制、費用負担、職種間連携、生活の場としての介護保険施設の特性を含めて検討する必要があることを示している。

以上より、本調査からは、介護保険施設において栄養スクリーニング・アセスメントは広く実施されている一方で、入所前情報に依存する項目の信頼性、血清アルブミン値の定期的把握、筋肉量評価の実施可能性、看取り期や重度要介護者への評価の適用に課題があることが示された。今後、低栄養状態の把握手法を検討する際には、GLIM 基準を医療機関と同様に単純導入するのではなく、介護保険施設の機能、入所者像、職員配置、医療資源、生活支援としてのNCM の役割を踏まえた検討が必要である。

本研究にはいくつかの限界がある。第一に、本調査はWEB 調査による横断研究であり、回答内容は施設の自己申告に基づくため、実際のケア実践や記録内容との一致を検証していない。第二に、対象は80床以上の施設であり、小規模施設の実態を十分に反映していない可能性がある。第三に、回答施設は調査協力に同意した施設であるため、NCM に関心の高い施設が相対的に多く含まれている可能性がある。第四に、本調査は実施状況と課題の把握を目的としたものであり、各スクリーニング項目やGLIM 基準の導入が、死亡、入院、褥瘡、経口摂取維持、生活の質等のアウトカムにどの程度関連するかは検討していない。第五に、自由記述は任意回答であり、回答者の問題意識が反映されやすいため、記載内容を施設全体の意見として一般化することには慎重である必要がある。今後は、施設実態調査で得られた知見を踏まえ、入所者個人単位の縦断的データを用いて、介護保険施設に適した低栄養状態の把握手法とアウトカムとの関連を明らかにする必要がある。

E. 結論

本研究では、全国の介護老人福祉施設および介護老人保健施設を対象に、介護保険施設における栄養ケア・マネジメント、栄養スクリーニング・アセスメント、ならびに

GLIM 基準の導入状況と課題を調査した。

その結果、介護保険施設では、BMI、体重減少率、食事摂取量、必要栄養量、摂食・嚥下状況、嚥下調整食の必要性など、多くの栄養スクリーニング・アセスメント項目が広く把握されており、NCM は基本サービスとして一定程度定着していることが示された。また、要介護度 4・5 の入所者に対する NCM では、誤嚥性肺炎や褥瘡の予防、体重・食事摂取量・経口摂取の維持に加え、食べる楽しみや本人の希望・価値観を尊重した支援が重視されていた。

一方で、現行の栄養スクリーニングには、入所前情報の信頼性、体重測定の精度、血清アルブミン値の定期的把握、看取り期の評価、職員の業務負担などの課題が認められた。特に血清アルブミン値は、採血体制や利用者負担の面から定期的・一律に把握することが難しく、また炎症、疾患負荷、体液状態等の影響を受けるため、低栄養状態を単独で判定する指標としては限界がある。したがって、血清アルブミン値は、栄養スクリーニングの中核指標としてではなく、疾患負荷、炎症、全身状態、予後リスクを把握するための補助情報として位置づけることが望ましい。

GLIM 基準については、特養・老健ともに実施していない施設が多数であり、介護保険施設における普及は限定的であった。導入上の課題として、筋肉量評価の困難さ、疾患負荷／炎症の判断、職員の業務負担、主導職種の不明確さ、記録システムの未対応、介護報酬上の評価の不足が挙げられた。特に筋肉量評価は、GLIM 基準を介護保険施設で活用するうえで中心的な実装課題であると考えられた。

以上より、介護保険施設における低栄養状態の把握手法を見直す際には、GLIM 基準を医療機関と同様に単純導入するのではなく、介護保険施設の機能、入所者像、医療資源、リハビリテーション体制、看取り対応、生活支援としての NCM の意義を踏まえた運用が必要である。今後は、現行スクリーニング項目の妥当性と実施可能性を再整理するとともに、入所前情報の標準化、血清アルブミン値の位置づけの再検討、下腿周囲長等を含む簡便な筋肉量評価、多職種で共有可能な評価手順、介護報酬上の評価を含めた制度設計を検討する必要がある。

本研究の結果は、介護保険施設における NCM の実態に即して、栄養スクリーニング項目および GLIM 基準導入の実施可能性を

検討するための基礎資料となる。

参考文献

- 1) Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clinical Nutrition*. 2003;22(4):415-421.
- 2) 藤川亜沙美, 高田健人, 長瀬香織, 松本菜々, 榎裕美, 高田和子, 大原里子, 小山秀夫, 杉山みち子. 介護保険施設入所高齢者における入院, 死亡に関わる低栄養とミールラウンドによる観察項目との関連. *日本健康・栄養システム学会誌*. 2018;18(2):12-20.
- 3) Motokawa K, Yasuda J, Mikami Y, et al. The Mini Nutritional Assessment-Short Form as a predictor of nursing home mortality in Japan: A 30-month longitudinal study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2020;86:103954.
- 4) Evans DC, Corkins MR, Malone A, et al. The Use of Visceral Proteins as Nutrition Markers: An ASPEN Position Paper. *Nutrition in Clinical Practice*. 2021;36(1):22-28.
- 5) Kuzuya M, Izawa S, Enoki H, Okada K, Iguchi A. Is serum albumin a good marker for malnutrition in the physically impaired elderly? *Clinical Nutrition*. 2007;26(1):84-90.
- 6) Cabrerizo S, Cuadras D, Gomez-Busto F, et al. Serum albumin and health in older people: Review and meta analysis. *Maturitas*. 2015;81(1):17-27.
- 7) Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition: A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clinical Nutrition*. 2019;38(1):1-9.
- 8) de van der Schueren MAE, Borkent JW, Spaans GW, Nijhof A, Manders M. GLIM in nursing homes; practical implications. *Clinical Nutrition*. 2022;41(11):2442-2445.
- 9) de van der Schueren MAE, Keller H, Cederholm T, et al. Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM): Guidance on validation of the operational criteria for the diagnosis of protein-energy malnutrition in adults. *Clinical Nutrition*. 2020;39(9):2872-2880.

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表1-1 基礎集計(施設種別)① 回答者、要介護度 4,5 の入所者に対する栄養ケア・マネジメントの重要性

	特養(n=369)			老健(n=281)		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
回答者						
管理栄養士	362	(98.1)		279	(99.3)	
その他	7	(1.9)		2	(0.7)	
要介護度 4,5 の入所者に対する栄養ケア・マネジメントでは、どのような効果が特に重要と感じますか。 (複数回答可) ※特養・老健の合計で多い順						
誤嚥性肺炎の予防・治癒	337	(91.3)		236	(84.0)	
褥瘡の予防・治癒	310	(84.0)		239	(85.1)	
体重の維持・改善	301	(81.6)		242	(86.1)	
食事摂取量の維持・改善	291	(78.9)		217	(77.2)	
経口摂取の維持	279	(75.6)		216	(76.9)	
食べる楽しみの維持	284	(77.0)		187	(66.5)	
本人の希望に沿った食支援の実現	253	(68.6)		149	(53.0)	
脱水の予防・改善	214	(58.0)		155	(55.2)	
生活の満足度の維持・改善	206	(55.8)		130	(46.3)	
食事形態の維持・改善	194	(52.6)		142	(50.5)	
食事に伴う不快症状や苦痛の予防・軽減	201	(54.5)		129	(45.9)	
安寧な看取りにつながること	192	(52.0)		96	(34.2)	
一口でも口から食べられること	165	(44.7)		118	(42.0)	
便秘の予防・改善	159	(43.1)		101	(35.9)	
生活行為の維持・改善	132	(35.8)		106	(37.7)	
家族の満足感	131	(35.5)		86	(30.6)	
浮腫や腹水の予防・改善	117	(31.7)		90	(32.0)	
下痢の予防・改善	111	(30.1)		88	(31.3)	
入院の予防	124	(33.6)		74	(26.3)	
活動性の維持・改善	98	(26.6)		94	(33.5)	
筋肉量の維持・改善	85	(23.0)		93	(33.1)	
その他	3	(0.8)		2	(0.7)	

その他自由記述

【特養】

五感からの刺激の提供

体重の維持・改善は苦痛を伴うようであれば無理強いしないことが重要

要介護4・5だから特に重要と思ったことがない

【老健】

自力摂取の維持

適切な栄養補助食品を用いて食事負担の軽減

表1-2 基礎集計(施設種別)② 要介護度 4,5 の入所者に対する効果的な栄養ケア・マネジメントに必要な要素

	特養(n=369)			老健(n=281)		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
要介護度 4,5 の入所者に対する効果的な栄養ケア・マネジメントを提供するために、どのような要素が特に重要と感じますか (複数回答可) ※特養・老健の合計で多い順						
食形態の調整	309	(83.7)		223	(79.4)	
摂食嚥下機能の評価	275	(74.5)		233	(82.9)	
栄養状態の評価(スクリーニング/アセスメント)	257	(69.6)		216	(76.9)	
多職種カンファレンスの実施	275	(74.5)		196	(69.8)	
食事環境の調整(姿勢・食事環境・時間確保など)	274	(74.3)		192	(68.3)	
補食・栄養補助食品の活用	268	(72.6)		196	(69.8)	
本人の希望・価値観の確認	254	(68.8)		171	(60.9)	
口腔状態の評価	220	(59.6)		182	(64.8)	
情報共有(記録様式・申し送りの統一)	229	(62.1)		145	(51.6)	
職員教育(食事観察・介助・誤嚥予防など)	206	(55.8)		134	(47.7)	
食事介助方法の標準化	178	(48.2)		130	(46.3)	
家族との合意形成	186	(50.4)		121	(43.1)	
モニタリング(指標と頻度の設定)	164	(44.4)		131	(46.6)	
目標設定(目的・優先順位の明確化)	154	(41.7)		130	(46.3)	
栄養密度の調整(少量高栄養など)	148	(40.1)		122	(43.4)	
水分摂取の計画	149	(40.4)		113	(40.2)	
消化器症状(便秘・下痢など)への対応	117	(31.7)		94	(33.5)	
リハビリテーション・栄養・口腔の一体的取組の実施	96	(26.0)		99	(35.2)	
薬剤・疾患が摂取に与える影響の評価	105	(28.5)		80	(28.5)	
その他	1	(0.3)		1	(0.4)	

その他自由記述

【特養】

食事量の変化に気づく体重の変化をチェック水分補給の声かけ誤嚥のサインに注意気づいたことは早めに共有

【老健】

要介護4・5だから特に重要と思ったことがない

表1-3 基礎集計(施設種別)③ 栄養スクリーニング・アセスメントの実態:BMI

	特養(n=369)			老健(n=281)		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
BMIの把握 (複数回答可)						
自施設で測定した身長と体重から算出する	324	(87.8)		262	(93.2)	
他事業所から得られた情報を用いる	215	(58.3)		162	(57.7)	
把握しない	0	(0.0)		0	(0.0)	
その他	9	(2.4)		8	(2.8)	
その他自由記述						
【特養】						
健康診断の身長を用いる						
身長が不明、体重にずれがある場合は自施設で測定						
身長はアセスメントシートに記載された身長を用いて、体重は毎月測定した体重を用いている						
身長は他施設、体重は当施設						
身長は他事業所から得られた情報、体重は自施設で測定し算出						
身長は他事業所情報参照体重は施設で測定						
身長は病院で受ける健康診断の結果で把握						
他事業所の身長と自施設の体重						
体重は自施設で測定したもの、身長は正直参考にならないと思うが厳密に測ることが重要とも思えない						
【老健】						
サマリーや前回入所など情報があれば身長は測定しない						
家族談、自己申告						
身長はaとb、体重はa						
身長は事前情報から用いる。体重は入所日に測定。						
身長は他施設より、体重は自施設						
身長は他事業所からの情報が無ければ自施設で測定、体重は入所後に改めて測定						
身長は他事業所からの情報を用いる、体重は定期的に測定						
他事業所からの情報を参考に自施設で再測定						
BMI_自施設で測定した身長と体重から算出する⇒主に測定に関わる職種 (複数回答可) ※特養・老健の合計で多い順						
			(有効n=324)			(有効n=262)
介護職員(介護福祉士除く)	220	(59.6)	(67.9)	186	(66.2)	(71.0)
介護福祉士	204	(55.3)	(63.0)	183	(65.1)	(69.8)
管理栄養士	203	(55.0)	(62.7)	146	(52.0)	(55.7)
看護師	126	(34.1)	(38.9)	157	(55.9)	(59.9)
准看護師	32	(8.7)	(9.9)	75	(26.7)	(28.6)
介護支援専門員	36	(9.8)	(11.1)	37	(13.2)	(14.1)
理学療法士	16	(4.3)	(4.9)	51	(18.1)	(19.5)
作業療法士	10	(2.7)	(3.1)	43	(15.3)	(16.4)
医師	8	(2.2)	(2.5)	15	(5.3)	(5.7)
専任の機能訓練指導員	20	(5.4)	(6.2)	0	(0.0)	(0.0)
言語聴覚士	1	(0.3)	(0.3)	12	(4.3)	(4.6)
栄養士(管理栄養士を除く)	7	(1.9)	(2.2)	2	(0.7)	(0.8)
歯科衛生士	2	(0.5)	(0.6)	1	(0.4)	(0.4)
歯科医師	2	(0.5)	(0.6)	0	(0.0)	(0.0)
薬剤師	1	(0.3)	(0.3)	0	(0.0)	(0.0)

表1-4 基礎集計(施設種別)④ 栄養スクリーニング・アセスメントの実態: BMI

	特養 (n=369)			老健 (n=281)		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
BMI_他事業所から得られた情報を用いる⇒主に把握に用いる書類 (複数回答可)			(有効n=215)			(有効n=162)
主治医意見書	83	(22.5)	(38.6)	46	(16.4)	(28.4)
課題分析標準項目	18	(4.9)	(8.4)	28	(10.0)	(17.3)
医療機関からの栄養情報提供書	183	(49.6)	(85.1)	139	(49.5)	(85.8)
その他	32	(8.7)	(14.9)	34	(12.1)	(21.0)
その他自由記述						
【特養】				【老健】		
フェイスシート				アセスメントシート、基本情報シート、サマリー		
栄養ケアマネジメント、体重管理表				サマリー類		
栄養サマリーお食事連絡票				フェイスシート		
介護支援専門員が新規入所者事前調査時に把握				医療機関や施設からの情報、実態調査時の情報		
看護サマリー				介護支援専門員の事前情報		
看護サマリー、入居時の主治医の診断書				看護サマリー		
看護サマリー(在宅用)、退院サマリー(病院より)				看護サマリー、リハビリテーション情報提供書など		
看護サマリー等				看護サマリーや相談員の聞き取り調査結果		
看護添書				看護介護サマリー		
基本情報書				看護添書		
健康診断結果				健康診断書		
健康診断書				施設利用診断書		
健康診断調査票				事前に相談員が情報収集した書類		
健康診断表				実態調査記録		
施設の入所書類				情報提供書		
施設独自のADL調査票				診療情報看護サマリー		
施設入居用健康診断書				診療情報書		
事前に面接した介護支援専門員が得た情報で身長が把握できる場合はその情報を利用して、入居時に体重測定している。				診療情報提供書		
診断書				診療情報提供書、医療機関からの看護サマリー		
診療情報提供書				診療情報提供書、看護サマリー		
前施設からの引継ぎ関連の書類				前施設からのサマリー(看護・リハ・栄養など前施設により記載場所が違)		
前施設からの情報				相談員が作成する相談票		
入所前事前資料				相談員が収集した情報が記載されているフェイスシート		
面接記録表				相談員が入所前にケアマネや医療機関から聞き取りを行う		
面談時の聞き取り				退院サマリー・診療情報提供書		
				退所時情報提供書など		
				電子カルテ		
				入所前訪問調査時に確認		
BMI_把握しない⇒理由 (複数回答可)			(有効n=0)			(有効n=0)
測定が困難	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
人員不足	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
その他	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
その他自由記述						
【特養】						
円背や骨がすり減っていたりして正確な数字を出すのが難しいため						

表1-5 基礎集計(施設種別)⑤ 栄養スクリーニング・アセスメントの実態:体重減少率

	特養(n=369)			老健(n=281)		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
体重減少率の把握 (複数回答可)						
自施設で測定した体重(現体重)と入所前の情報 (過去の体重)を組み合わせで算出する	317	(85.9)		249	(88.6)	
他事業所から得られた情報を用いる	106	(28.7)		91	(32.4)	
把握しない	26	(7.0)		16	(5.7)	
その他	8	(2.2)		8	(2.8)	
その他自由記述						
【特養】						
栄養サマリーお食事連絡票						
家族や本人に聞く						
参考程度						
自施設で測定した体重で算出している						
自施設で測定した体重のみ用いる						
自施設で入居時に測定した体重と現体重から算出する						
短期間で大幅に異なる場合は自施設のみ(他施設測り間違えもあるため)						
入所後から測定し減少率を確認している。						
【老健】						
「自施設で測定した体重(現体重)と入所前の情報(過去の体重)」を参考にはするが算出まではしない						
家族への聞き取り						
自施設での体重測定の結果のみで算出						
自施設で測定した体重を追っていく。						
入所してからのみ算出						
入所時の体重とその後の体重						
入所時は自施設の情報を入力する						
入所前の体重(測定日)はわからないことが多い						
体重減少率_自施設で測定した体重(現体重)と入所前の情報(過去の体重)を組み合わせで算出する⇒主に測定に関わる職種 (複数回答可) ※特養・老健の合計で多い順						
			(有効n=317)			(有効n=249)
管理栄養士	207	(56.1)	(65.3)	157	(55.9)	(63.1)
介護職員(介護福祉士除く)	185	(50.1)	(58.4)	149	(53.0)	(59.8)
介護福祉士	166	(45.0)	(52.4)	149	(53.0)	(59.8)
看護師	106	(28.7)	(33.4)	137	(48.8)	(55.0)
准看護師	35	(9.5)	(11.0)	69	(24.6)	(27.7)
介護支援専門員	37	(10.0)	(11.7)	27	(9.6)	(10.8)
理学療法士	13	(3.5)	(4.1)	24	(8.5)	(9.6)
作業療法士	6	(1.6)	(1.9)	18	(6.4)	(7.2)
医師	9	(2.4)	(2.8)	13	(4.6)	(5.2)
専任の機能訓練指導員	12	(3.3)	(3.8)	0	(0.0)	(0.0)
言語聴覚士	0	(0.0)	(0.0)	11	(3.9)	(4.4)
栄養士(管理栄養士を除く)	7	(1.9)	(2.2)	4	(1.4)	(1.6)
歯科医師	1	(0.3)	(0.3)	0	(0.0)	(0.0)
薬剤師	1	(0.3)	(0.3)	0	(0.0)	(0.0)
歯科衛生士	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)

表1-6 基礎集計(施設種別)⑥ 栄養スクリーニング・アセスメントの実態:体重減少率

	特養(n=369)			老健(n=281)		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
体重減少率_他事業所から得られた情報を用いる⇒主に把握に用いる書類 (複数回答可)			(有効n=106)			(有効n=91)
主治医意見書	45	(12.2)	(42.5)	32	(11.4)	(35.2)
課題分析標準項目	9	(2.4)	(8.5)	19	(6.8)	(20.9)
医療機関からの栄養情報提供書	97	(26.3)	(91.5)	83	(29.5)	(91.2)
その他	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)

その他自由記述

【特養】

栄養サマリーお食事連絡票

看護サマリー

看護サマリー

健康診断書

前施設からの情報

入所時健康診断書

面接記録表

【老健】

看護サマリー

看護サマリー

看護サマリー、リハビリテーション情報提供書など

看護介護サマリー

看護添書

共通の電子カルテより引用

診療情報提供書

相談員からの情報(正確でない時や古い情報の時もある)

退院サマリー・診療情報提供書

電子カルテ

入所前に相談員がケアマネや医療機関に聞いてくれる

入所前訪問調査時に確認

表1-7 基礎集計(施設種別)⑦ 栄養スクリーニング・アセスメントの実態:体重減少率

	特養(n=369)			老健(n=281)		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
体重減少率_把握しない⇒理由 (複数回答可)			(有効n=26)			(有効n=16)
測定が困難	8	(2.2)	(30.8)	2	(0.7)	(11.8)
人員不足	1	(0.3)	(3.8)	0	(0.0)	(0.0)
その他	16	(4.3)	(61.5)	13	(4.6)	(81.3)

その他自由記述

【特養】

以前の情報不足

施設で測定した体重と入所前の過去の体重は誤差が生じやすいため。

前施設がどのような状態で体重を測定したのか

(全裸か否か、車椅子上か否か等)が不明な為、前施設の体重は参考としない。比較する意味がないと考えている。

測定日が不明なため、参照するが反映しない

入居前の体重情報がわかる時には、入居時と比較はするが、

あえて減少率は出していない。入居時に測定した体重から減少率をみている。

入所してからを基準

入所以前の体重が分からないことがあるため

入所後からの体重管理に重きを置いているから

入所後から確認するため。

入所後の定期体重計測まで測定していないため

入所時には比較する体重がない為

入所時に自施設で測定しないため、減少率は把握できない。後日測定された結果を用いて、減少率を精査する。

入所時の体重をベースにモニタリングを行っていくから

入所前に把握できない場合が多い

入所前の体重が入所困難な場合が多い。

直近の物は得られず数カ月前のデータや体重の記載はあるが測定日の記載がない事が多い。

入所前の体重の情報が何ヵ月分もこない。直近のデータのみ送られてくる為、減少率算出に至らない

入所前の体重を詳細に把握することが困難なため

【老健】

いつのかわからないくらい古いデータの時があり参考にならないときがあるから

過去の体重がいつ測定したものかわからないことが多いため

自宅からの入所等入所前の情報の入手が困難な場合があるため

初回のスクリーニングは、減少率を把握してない。

前施設の情報があるとは限らず測定法も統一ではないため

当施設と他事業所では測定方法が違うこと、いつ測定された体重かわからない場合が多いこと

同じ体重計で比較するため

入所時は減少率が把握できない

入所時点の情報で計画書を作成しているため

入所時点を起点と考えるため

入所前の体重との比較はしていない

入所前の体重を入所直前の体重と認識しているので入所時と差がないと判断し測定の必要がないとしている。

入所前体重がわからない

入所中は計測し把握しているが入所前の測定値までは入手困難なため

表1-8 基礎集計(施設種別)⑧ 栄養スクリーニング・アセスメントの実態:血清アルブミン値

	特養(n=369)			老健(n=281)		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
血清アルブミン値の把握 (複数回答可)						
自施設(併設医療機関を含む)で採血する	199	(53.9)		153	(54.4)	
他事業所から得られた情報を用いる	208	(56.4)		176	(62.6)	
把握しない	54	(14.6)		41	(14.6)	
その他	12	(3.3)		9	(3.2)	

その他自由記述

【特養】

データの記載がないため入力出来ない

協力病院での入居時検査

協力病院で採血

健康診断(年1回)

健康診断書参照

情報があればその時のみ把握する

情報がないことが多い

定期の健康診断や体調不良時の血液検査のデータを素に把握している

入所時健康診断

入所時健康診断時に実施

入所申請診断書(入所前健診)

配置医師医療機関で採血した情報を用いる

【老健】

自宅から入所される場合は医療機関で採血してから入所される。

食事摂取量や体重変化と合わせて総合判断するのに効果はある

全員採決指示が出るわけではない。

入院時に血液検査された場合はデータ入所時にもらう。自施設では年に1回(誕生日月)に採血検査実施

把握はするが参考値とし、重視しない

必要な方に採血する

必要に応じて

必要に応じて隣接の病院で採血を実施

老健施設では血清アルブミン値が評価から外れている為採血していない

表1-9 基礎集計(施設種別)⑨ 栄養スクリーニング・アセスメントの実態:血清アルブミン値

	特養(n=369)			老健(n=281)		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
血清アルブミン値_他事業所から得られた情報を用いる⇒主に把握に用いる書類 (複数回答可)			(有効n=208)			(有効n=176)
主治医意見書	87	(23.6)	(41.8)	63	(22.4)	(35.8)
課題分析標準項目	13	(3.5)	(6.3)	25	(8.9)	(14.2)
医療機関からの栄養情報提供書	163	(44.2)	(78.4)	133	(47.3)	(75.6)
その他	30	(8.1)	(14.4)	42	(14.9)	(23.9)
その他自由記述						
【特養】				【老健】		
医療機関からの採血データ				データコピー		
医療機関からの採血結果				医療機関からの血液検査データ		
看護サマリー				医療機関からの検査データ		
血液検査の結果				医療情報提供書		
血液検査結果				看護サマリー		
血液検査報告書				看護サマリーなど		
健康診断				看護介護サマリー		
健康診断書				看護添書		
健康診断調査票				共通の電子カルテより引用		
健康診断表				血液データ		
採血データ				血液検査データ		
施設入居用健康診断書				健康診断書		
受診時の採血結果				健康診断証明書		
診断書				検査データ		
診療情報提供書				採血データ		
診療情報提供書、直近1、2カ月の採血データ				採血検査結果より		
前の施設からの情報				施設利用診断書		
退院・退所時サマリー				事前に相談員が情報収集した書類		
退院サマリ				自施設で作成している書類		
定期受診の採決結果				実態調査記録		
入居前に健康診断を行ってもらう				情報提供書		
年に1度実施している老人健康診断の結果				診断書		
年に一度の血液検査データ				診療情報看護サマリー		
病院の生化学検査の結果、嘱託医医療施設の検査結果				診療情報提供書		
				診療情報提供書、医療機関からの看護サマリー		
				診療情報提供書、看護サマリー		
				前医での検査結果		
				退院サマリー・診療情報提供書		
				電子カルテ		
				入院中の採血データ		
				入所前に相談員が血液データをもらってくる		
				入所前訪問調査時に確認		
				病院での血液検査結果等		

表1-10 基礎集計(施設種別)⑩ 栄養スクリーニング・アセスメントの実態:血清アルブミン値

	特養(n=369)			老健(n=281)		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
血清アルブミン値_把握しない⇒理由 (複数回答可)			(有効n=54)			(有効n=41)
測定が困難	36	(9.8)	(66.7)	24	(8.5)	(58.5)
人員不足	4	(1.1)	(7.4)	3	(1.1)	(7.3)
その他	17	(4.6)	(31.5)	16	(5.7)	(39.0)

その他自由記述

【特養】

アルブミンの値が無くても評価に差が無いことが
明らかにされているため必要性を感じない
アルブミン値を低栄養の指標としない
スクリーニングの指標としていないため
医師が必要と判断したご利用者のみ測定。
Alb値は別途料金がかかりご利用者の
負担となるため、こちらからは依頼していない。
医師が必要と判断しない限り測定項目に含まれていないため
血液検査は必要時に行っており、
栄養診断の指標として用いていないため。
血清アルブミン値を栄養評価に用いていない為
健康状態に影響しないため
採血してデータはあるがALBが低栄養の
指標にならない為、栄養士側は活用していない。
採血のデータがない為
施設医の指示がない
嘱託医の採血検査を待つため
前任の時に判断基準から外した為
定期的な測定が困難なため。
定期的に採血することがないため。
入所時にアルブミン値のデータがない事がほとんど。
入所時の健康診断が入所後実施の為、
入所時には把握できないことが多い
年1回の健康診断時での結果しか得られないため参考程度
年に1回の健康診断での数値のみ
不要になった為

【老健】

アルブミンは低栄養の指標としては信憑性が低いから
ドクターは必要であれば、測定しているが、
管理栄養士はスクリーニングに使用していない
医師が必要と判断した場合のみ採血している
医師の指示がないから
医師の判断
医療機関からの情報がなければ、費用が
かかるため入所時の血液検査は行っていない
栄養状態の指標として扱いづらいため
栄養状態以外の影響も受けるから
炎症や疾患の影響を強く受けるため
介護報酬の改定で
パソコンのソフトにALB項目がなくなった為
経費削減で定期採血は行わないため
元々行っていない
厚生労働省の書式から消えたから
採決実施が不定期なため
参考にしていない
入所後は定期採血ではなく、
栄養状態不良時のみ測定
必要ないとの話が研修であり、検討し廃止した
必要に応じて医師の判断にて採血を行っている
必要性を感じない
利用者の負担軽減

表1-11 基礎集計(施設種別)⑪ 栄養スクリーニング・アセスメントの実態:褥瘡

	特養(n=369)			老健(n=281)		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
褥瘡の把握 (複数回答可)						
自施設(併設医療機関を含む)で評価する	330	(89.4)		265	(94.3)	
他事業所から得られた情報を用いる	190	(51.5)		155	(55.2)	
把握しない	2	(0.5)		0	(0.0)	
その他	4	(1.1)		0	(0.0)	
その他自由記述						
【特養】						
医師による診断						
提携病院で診断する。						
日々のケアの中で介護職員が看護師に進言し栄養士は情報を共有し反映させている						
配置医師の評価						
褥瘡_自施設(併設医療機関を含む)で評価する⇒主に測定に関わる職種 (複数回答可) ※特養・老健の合計で多い順						
			(有効n=330)			(有効n=265)
看護師	319	(86.4)	(96.7)	262	(93.2)	(98.9)
医師	128	(34.7)	(38.8)	158	(56.2)	(59.6)
准看護師	114	(30.9)	(34.5)	133	(47.3)	(50.2)
介護福祉士	135	(36.6)	(40.9)	89	(31.7)	(33.6)
介護職員(介護福祉士除く)	134	(36.3)	(40.6)	88	(31.3)	(33.2)
管理栄養士	93	(25.2)	(28.2)	73	(26.0)	(27.5)
介護支援専門員	59	(16.0)	(17.9)	34	(12.1)	(12.8)
理学療法士	20	(5.4)	(6.1)	34	(12.1)	(12.8)
作業療法士	12	(3.3)	(3.6)	27	(9.6)	(10.2)
専任の機能訓練指導員	25	(6.8)	(7.6)	2	(0.7)	(0.8)
言語聴覚士	0	(0.0)	(0.0)	8	(2.8)	(3.0)
栄養士(管理栄養士を除く)	6	(1.6)	(1.8)	1	(0.4)	(0.4)
薬剤師	1	(0.3)	(0.3)	1	(0.4)	(0.4)
歯科医師	1	(0.3)	(0.3)	0	(0.0)	(0.0)
歯科衛生士	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)

表1-12 基礎集計(施設種別)⑫ 栄養スクリーニング・アセスメントの実態:褥瘡

	特養 (n=369)			老健 (n=281)		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
褥瘡_他事業所から得られた情報を用いる⇒主に把握に用いる書類 (複数回答可)			(有効n=190)			(有効n=155)
主治医意見書	93	(25.2)	(48.9)	75	(26.7)	(48.4)
課題分析標準項目	26	(7.0)	(13.7)	32	(11.4)	(20.9)
医療機関からの栄養情報提供書	138	(37.4)	(72.6)	113	(40.2)	(72.9)
その他	27	(7.3)	(14.2)	34	(12.1)	(21.9)
その他自由記述						
【特養】				【老健】		
サマリー				カンファレンス、カルテ		
フェイスシート				サマリー類		
リハサマリー・看護サマリー				医療機関からの看護サマリー		
看護サマリー				介護支援専門員の事前情報		
看護サマリー				看護サマリー		
看護サマリー、情報提供書				看護サマリーなど		
看護添書				看護サマリー等		
健康診断書				看護介護サマリー		
事前面接、看護サマリー				看護添書		
実地調査記録票				共通の電子カルテより引用		
情報提供書				事前に相談員が情報収集した書類		
診断書				実態調査の情報から		
診療情報提供書				実態調査記録		
診療情報提供書 看護サマリー				情報提供書		
前の施設からの情報				診療情報 看護サマリー		
退院・退所時サマリー				診療情報提供書		
退院サマリー				診療情報提供書・退院時サマリー		
退院サマリー				診療情報提供書、医療機関からの看護サマリー		
日々のボディチェック				診療情報提供書、看護サマリー		
皮膚科医の往診結果				前施設からの看護サマリーということもある		
面接記録表				相談員が収集した情報が記載されているフェイスシート		
				相談員の事前の聞き取り		
				相談員の相談記録		
				退院サマリー・診療情報提供書		
褥瘡_把握しない⇒理由 (複数回答可)			(有効n=2)			(有効n=0)
測定が困難	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
人員不足	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
その他	1	(0.3)	(50.0)	0	(0.0)	(0.0)
その他自由記述						
【特養】						
看護師等は把握しているが、特別に補助食品等で 対応する重度な方のみ把握し対応。少しの褥瘡等では、 当施設では栄養剤等の付加はしていない。すべての把握まではできていない。120名に対し、管理栄養士1名。						

表1-13 基礎集計(施設種別)③ 栄養スクリーニング・アセスメントの実態:栄養補給法

	特養(n=369)			老健(n=281)		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
栄養補給法の把握 (複数回答可)						
自施設で評価する	302	(81.8)		253	(90.0)	
他事業所から得られた情報を用いる	251	(68.0)		199	(70.8)	
把握しない	0	(0.0)		0	(0.0)	
その他	3	(0.8)		1	(0.4)	
その他自由記述						
【特養】				【老健】		
事前面接、聞き取り				事前の情報収集		
前の施設からの情報						
面談時の聞き取り						
栄養補給法_自施設で評価する⇒主に測定に関わる職種 (複数回答可) ※特養・老健の合計で多い順						
			(有効n=302)			(有効n=253)
管理栄養士	276	(74.8)	(91.4)	236	(84.0)	(93.3)
看護師	238	(64.5)	(78.8)	213	(75.8)	(84.2)
介護福祉士	164	(44.4)	(54.3)	111	(39.5)	(43.9)
介護職員(介護福祉士除く)	168	(45.5)	(55.6)	105	(37.4)	(41.5)
医師	85	(23.0)	(28.1)	164	(58.4)	(64.8)
准看護師	86	(23.3)	(28.5)	105	(37.4)	(41.5)
介護支援専門員	116	(31.4)	(38.4)	58	(20.6)	(22.9)
言語聴覚士	16	(4.3)	(5.3)	95	(33.8)	(37.5)
理学療法士	16	(4.3)	(5.3)	37	(13.2)	(14.6)
作業療法士	17	(4.6)	(5.6)	30	(10.7)	(11.9)
歯科衛生士	23	(6.2)	(7.6)	12	(4.3)	(4.7)
歯科医師	22	(6.0)	(7.3)	4	(1.4)	(1.6)
専任の機能訓練指導員	20	(5.4)	(6.6)	0	(0.0)	(0.0)
栄養士(管理栄養士を除く)	13	(3.5)	(4.3)	5	(1.8)	(2.0)
薬剤師	3	(0.8)	(1.0)	1	(0.4)	(0.4)

表1-14 基礎集計(施設種別)④ 栄養スクリーニング・アセスメントの実態:栄養補給法

	特養(n=369)			老健(n=281)		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
栄養補給法_他事業所から得られた情報を用いる⇒主に把握に用いる書類 (複数回答可)			(有効n=251)			(有効n=199)
主治医意見書	95	(25.7)	(37.8)	79	(28.1)	(39.7)
課題分析標準項目	37	(10.0)	(14.7)	35	(12.5)	(17.6)
医療機関からの栄養情報提供書	218	(59.1)	(86.9)	172	(61.2)	(86.4)
その他	26	(7.0)	(10.4)	32	(11.4)	(16.1)
その他自由記述						
【特養】				【老健】		
SWが作成する、初回アセスメント表に基づき、前の施設、病院での方法で提供開始。				カルテ		
サマリー				サマリー類		
フェイスシート				フェイスシート		
看護サマリ				リハ、看護サマリー		
看護サマリー				医療機関からの看護サマリー		
看護サマリー等				介護看護サマリー		
看護添書				介護支援専門員の事前情報		
事前面接				看護サマリ		
実地調査記録票				看護サマリー		
診断書				看護サマリー、リハサマリー		
診療情報提供書、摂食機能療法経過報告書				看護サマリーなど		
前の施設からの情報				看護添書		
前施設の引継ぎ書類				共通の電子カルテより引用		
退院サマリー				事前に相談員が情報収集した書類		
入所申込者調査表				実態調査の情報から		
入所前や入退院時は他事業所に電話で聞き取りを行っている				実態調査記録		
入所前調査時情報				情報提供書		
面接記録表				診療情報書		
面接調査票				診療情報提供書		
				診療情報提供書、看護サマリー		
				退院サマリー・診療情報提供書		
				入所前の面談と入所時の聞き取りで把握する		
				入所前訪問調査時に確認		
栄養補給法_把握しない⇒理由 (複数回答可)			(有効n=0)			(有効n=0)
測定が困難	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
人員不足	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
その他	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)

表1-15 基礎集計(施設種別)⑤ 栄養スクリーニング・アセスメントの実態:食事摂取量

	特養(n=369)			老健(n=281)		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
食事摂取量の把握 (複数回答可)						
自施設で評価した食事摂取量から算出する	326	(88.3)		264	(94.0)	
他事業所から得られた情報を用いる	132	(35.8)		105	(37.4)	
把握しない	6	(1.6)		0	(0.0)	
その他	2	(0.5)		1	(0.4)	
その他自由記述						
【特養】						
家族からの情報						
相談員聞き取り						
【老健】						
食事摂取量はその日のうちに把握できるため、初期スクリーニングの中でも特に重要						
食事摂取量_自施設で評価した食事摂取量から算出する⇒主に測定に関わる職種 (複数回答可) ※特養・老健の合計で多い順			(有効n=326)			(有効n=264)
管理栄養士	264	(71.5)	(81.0)	220	(78.3)	(83.3)
介護職員(介護福祉士除く)	261	(70.7)	(80.1)	210	(74.7)	(79.5)
介護福祉士	242	(65.6)	(74.2)	209	(74.4)	(79.2)
看護師	109	(29.5)	(33.4)	206	(73.3)	(78.0)
准看護師	49	(13.3)	(15.0)	113	(40.2)	(42.8)
介護支援専門員	51	(13.8)	(15.6)	37	(13.2)	(14.0)
医師	9	(2.4)	(2.8)	27	(9.6)	(10.2)
言語聴覚士	3	(0.8)	(0.9)	27	(9.6)	(10.2)
理学療法士	6	(1.6)	(1.8)	15	(5.3)	(5.7)
栄養士(管理栄養士を除く)	14	(3.8)	(4.3)	6	(2.1)	(2.3)
作業療法士	6	(1.6)	(1.8)	13	(4.6)	(4.9)
専任の機能訓練指導員	14	(3.8)	(4.3)	0	(0.0)	(0.0)
歯科衛生士	5	(1.4)	(1.5)	3	(1.1)	(1.1)
歯科医師	2	(0.5)	(0.6)	1	(0.4)	(0.4)
薬剤師	1	(0.3)	(0.3)	0	(0.0)	(0.0)

表1-16 基礎集計(施設種別)⑩ 栄養スクリーニング・アセスメントの実態:食事摂取量

	特養(n=369)			老健(n=281)		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
食事摂取量_他事業所から得られた情報を用いる⇒主に把握に用いる書類 (複数回答可)			(有効n=132)			(有効n=105)
主治医意見書	30	(8.1)	(22.7)	24	(8.5)	(22.9)
課題分析標準項目	18	(4.9)	(13.6)	19	(6.8)	(18.1)
医療機関からの栄養情報提供書	120	(32.5)	(90.9)	95	(33.8)	(90.5)
その他	12	(3.3)	(9.1)	19	(6.8)	(18.1)
その他自由記述						
【特養】				【老健】		
介護サマリー、看護サマリー				サマリー類		
看護・介護サマリ、摂食機能療法経過報告書				リハ、看護サマリー		
看護サマリー				医療機関からの看護サマリー		
看護添書				介護支援専門員の事前情報		
実地調査記録票				看護サマリー		
情報提供書				看護介護サマリー		
診断書				看護添書		
前の施設からの情報				事前に相談員が情報収集した書類		
面接記録表				実態調査の情報から		
利用者希望判定審査会資料				情報提供書		
				診療情報提供書		
				電子カルテ		
				入院中の食事記録等		
把握しない⇒理由 (複数回答可)			(有効n=6)			(有効n=0)
測定が困難	4	(1.1)	(66.7)	0	(0.0)	(0.0)
人員不足	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
その他	2	(0.5)	(33.3)	0	(0.0)	(0.0)
その他自由記述						
【特養】						
事前に得られない場合が多い。得られても曖昧な場合が多いため						
他施設で提供している食事の量が不明な為						

表1-17 基礎集計(施設種別)⑦ 栄養スクリーニング・アセスメントの実態:必要栄養量(エネルギー・たんぱく質など)

	特養 (n=369)			老健 (n=281)		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
必要栄養量(エネルギー・たんぱく質など)の把握 (複数回答可)						
自施設で評価した情報から算出する	341	(92.4)		266	(94.7)	
他事業所から得られた情報を用いる	133	(36.0)		108	(38.4)	
把握しない	0	(0.0)		1	(0.4)	
その他	2	(0.5)		1	(0.4)	
その他自由記述						
【特養】				【老健】		
協力病院の主治医の指示				必要量と摂取量のギャップを見る		
身長体重など詳細がわからない場合は自施設						
必要栄養量(エネルギー・たんぱく質など)_自施設で評価した情報から算出する⇒主に測定に関わる職種 (複数回答可) ※特養・老健の合計で多い順						
	(有効n=341)			(有効n=266)		
管理栄養士	336	(91.1)	(98.5)	263	(93.6)	(98.9)
看護師	67	(18.2)	(19.6)	67	(23.8)	(25.2)
医師	38	(10.3)	(11.1)	83	(29.5)	(31.2)
介護職員(介護福祉士除く)	42	(11.4)	(12.3)	33	(11.7)	(12.4)
介護福祉士	39	(10.6)	(11.4)	32	(11.4)	(12.0)
准看護師	27	(7.3)	(7.9)	31	(11.0)	(11.7)
介護支援専門員	25	(6.8)	(7.3)	18	(6.4)	(6.8)
理学療法士	4	(1.1)	(1.2)	20	(7.1)	(7.5)
栄養士(管理栄養士を除く)	17	(4.6)	(5.0)	3	(1.1)	(1.1)
作業療法士	3	(0.8)	(0.9)	14	(5.0)	(5.3)
言語聴覚士	0	(0.0)	(0.0)	9	(3.2)	(3.4)
専任の機能訓練指導員	5	(1.4)	(1.5)	0	(0.0)	(0.0)
歯科医師	2	(0.5)	(0.6)	2	(0.7)	(0.8)
歯科衛生士	2	(0.5)	(0.6)	1	(0.4)	(0.4)
薬剤師	1	(0.3)	(0.3)	0		

表1-18 基礎集計(施設種別)⑧ 栄養スクリーニング・アセスメントの実態:必要栄養量(エネルギー・たんぱく質など)

	特養 (n=369)			老健 (n=281)		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
必要栄養量 (エネルギー・たんぱく質など) _他事業所から得られた情報を用いる⇒主に把握に用いる書類						
(複数回答可)			(有効n=133)			(有効n=108)
主治医意見書	38	(10.3)	(28.6)	34	(12.1)	(31.5)
課題分析標準項目	19	(5.1)	(14.3)	22	(7.8)	(20.4)
医療機関からの栄養情報提供書	118	(32.0)	(88.7)	100	(35.6)	(92.6)
その他	6	(1.6)	(4.5)	17	(6.0)	(15.7)
その他自由記述						
【特養】			【老健】			
看護・介護サマリ、摂食機能療法経過報告書			カルテ			
看護情報			フェイスシート			
情報提供書			医療機関からの看護サマリー			
診断書、実調表			介護支援専門員の事前情報			
面接記録表			看護サマリー			
利用者希望判定審査会資料			看護サマリーなど			
			看護介護サマリー			
			看護添書			
			健康診断書			
			事前に相談員が情報収集した書類			
			実態調査記録			
			診療情報提供書			
			退院サマリー・診療情報提供書			
必要栄養量 (エネルギー・たんぱく質など) _把握しない⇒理由						
(複数回答可)			(有効n=0)			(有効n=1)
測定が困難	0	(0.0)	(0.0)	1	(0.4)	(100.0)
人員不足	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
その他	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)

表1-19 基礎集計(施設種別)⑨ 栄養スクリーニング・アセスメントの実態:食事時の摂食・嚥下状況(姿勢・食べ方・むせ等)

	特養(n=369)			老健(n=281)		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
食事時の摂食・嚥下状況(姿勢・食べ方・むせ等)の把握						
自施設で評価する	343	(93.0)		272	(96.8)	
他事業所から得られた情報を用いる	203	(55.0)		137	(48.8)	
把握しない	0	(0.0)		0	(0.0)	
その他	2	(0.5)		1	(0.4)	

その他自由記述

【特養】

協力歯科医院による評価

相談員の聞き取り

【老健】

摂食・嚥下観察チェックリストを活用している

食事時の摂食・嚥下状況(姿勢・食べ方・むせ等)_自施設で評価した情報から算出する⇒主に測定に関わる職種

(複数回答可) ※特養・老健の合計で多い順

(有効n=343)

(有効n=272)

管理栄養士	324	(87.8)	(94.5)	251	(89.3)	(92.3)
看護師	285	(77.2)	(83.1)	242	(86.1)	(89.0)
介護職員(介護福祉士除く)	274	(74.3)	(79.9)	204	(72.6)	(75.0)
介護福祉士	262	(71.0)	(76.4)	207	(73.7)	(76.1)
准看護師	99	(26.8)	(28.9)	132	(47.0)	(48.5)
介護支援専門員	139	(37.7)	(40.5)	75	(26.7)	(27.6)
言語聴覚士	35	(9.5)	(10.2)	171	(60.9)	(62.9)
理学療法士	54	(14.6)	(15.7)	111	(39.5)	(40.8)
作業療法士	37	(10.0)	(10.8)	104	(37.0)	(38.2)
医師	34	(9.2)	(9.9)	82	(29.2)	(30.1)
歯科衛生士	55	(14.9)	(16.0)	42	(14.9)	(15.4)
歯科医師	42	(11.4)	(12.2)	15	(5.3)	(5.5)
専任の機能訓練指導員	54	(14.6)	(15.7)	0	(0.0)	(0.0)
栄養士(管理栄養士を除く)	15	(4.1)	(4.4)	6	(2.1)	(2.2)
薬剤師	2	(0.5)	(0.6)	0	(0.0)	(0.0)

表1-20 基礎集計(施設種別)②⑩ 栄養スクリーニング・アセスメントの実態:食事時の摂食・嚥下状況(姿勢・食べ方・むせ等)

	特養 (n=369)			老健 (n=281)		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
食事時の摂食・嚥下状況(姿勢・食べ方・むせ等)_他事業所から得られた情報を用いる⇒主に把握に用いる書類						
(複数回答可)	(有効n=203)			(有効n=137)		
主治医意見書	62	(16.8)	(30.5)	41	(14.6)	(29.9)
課題分析標準項目	76	(20.6)	(37.4)	56	(19.9)	(40.9)
医療機関からの栄養情報提供書	105	(28.5)	(51.7)	78	(27.8)	(56.9)
その他	21	(5.7)	(10.3)	26	(9.3)	(19.0)
その他自由記述						
【特養】			【老健】			
リハサマリー・看護サマリー			アセスメントシート、基本情報シート、サマリー			
介護サマリー、看護サマリー			カルテ			
看護・介護サマリ、摂食機能療法経過報告書			サマリー類			
看護サマリ			医療機関からの看護サマリー			
看護サマリー			介護支援専門員の事前情報			
看護サマリー、リハビリテーションサマリー			看護、リハビリサマリー			
看護サマリー、診療情報提供書			看護、リハビリサマリー等			
看護添書リハビリ添書			看護サマリー			
看護連絡票			看護サマリー、リハサマリー			
歯科医師とのミールラウンド結果			看護サマリー、リハビリテーション情報提供書など			
実地調査記録票			看護介護サマリー			
診断書、実調表			看護添書			
前施設からの引継ぎ書類			看護添書、リハビリ科の情報提供書			
他施設や在宅での情報			共通の電子カルテより引用			
退院時リハビリ報告書			事前に相談員が情報収集した書類			
面接記録表			実態調査の情報から			
利用者希望判定審査会資料、入所申込者調査表			情報提供書			
			診療情報提供書			
			診療情報提供書、看護サマリー			
			退院サマリー・診療情報提供書			
			入所前判定会議では必須情報			
食事時の摂食・嚥下状況(姿勢・食べ方・むせ等)_把握しない⇒理由						
(複数回答可)	(有効n=0)			(有効n=0)		
測定が困難	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
人員不足	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
その他	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
その他自由記述	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)

表1-21 基礎集計(施設種別)② 栄養スクリーニング・アセスメントの実態:嚥下調整食の必要性

	特養 (n=369)			老健 (n=281)		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
嚥下調整食の必要性の有無						
(複数回答可)						
自施設で評価する	320	(86.7)		268	(95.4)	
他事業所から得られた情報を用いる	241	(65.3)		171	(60.9)	
把握しない	0	(0.0)		0	(0.0)	
その他	3	(0.8)		2	(0.7)	
その他自由記述						
【特養】				【老健】		
協力病院の医師の指示				「むせ」「姿勢」「口腔」「食べ方」「摂取量」「疾患」		
相談員の聞き取り				「多職種評価」の7つを総合して判断しています		
入院時のST評価				他事業所からの情報も参考にしつつ自施設で評価する		
嚥下調整食の必要性_自施設で評価する⇒主に測定に関わる職種						
(複数回答可) ※特養・老健の合計で多い順			(有効n=320)	(有効n=268)		
管理栄養士	309	(83.7)	(96.6)	246	(87.5)	(91.8)
看護師	264	(71.5)	(82.5)	212	(75.4)	(79.1)
介護職員(介護福祉士除く)	232	(62.9)	(72.5)	144	(51.2)	(53.7)
介護福祉士	225	(61.0)	(70.3)	150	(53.4)	(56.0)
准看護師	95	(25.7)	(29.7)	117	(41.6)	(43.7)
言語聴覚士	33	(8.9)	(10.3)	172	(61.2)	(64.2)
介護支援専門員	128	(34.7)	(40.0)	65	(23.1)	(24.3)
医師	58	(15.7)	(18.1)	122	(43.4)	(45.5)
歯科衛生士	53	(14.4)	(16.6)	33	(11.7)	(12.3)
歯科医師	53	(14.4)	(16.6)	19	(6.8)	(7.1)
理学療法士	29	(7.9)	(9.1)	42	(14.9)	(15.7)
作業療法士	22	(6.0)	(6.9)	39	(13.9)	(14.6)
専任の機能訓練指導員	28	(7.6)	(8.8)	1	(0.4)	(0.4)
栄養士(管理栄養士を除く)	15	(4.1)	(4.7)	5	(1.8)	(1.9)
薬剤師	2	(0.5)	(0.6)	0	(0.0)	(0.0)

表1-22 基礎集計(施設種別)㉔ 栄養スクリーニング・アセスメントの実態:嚥下調整食の必要性

	特養(n=369)			老健(n=281)		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
嚥下調整食の必要性_他事業所から得られた情報を用いる⇒主に把握に用いる書類						
(複数回答可)			(有効n=241)			(有効n=171)
主治医意見書	198	(53.7)	(82.2)	139	(49.5)	(81.3)
課題分析標準項目	34	(9.2)	(14.1)	33	(11.7)	(19.3)
医療機関からの栄養情報提供書	83	(22.5)	(34.4)	63	(22.4)	(36.8)
その他	21	(5.7)	(8.7)	30	(10.7)	(17.5)
その他自由記述						
【特養】				【老健】		
介護サマリー、看護サマリー				アセスメントシート、基本情報シート、サマリー		
看護サマリ				カルテ		
看護サマリ				サマリー類		
看護サマリー				フェイスシート		
看護サマリー、リハビリテーションサマリー				リハ、看護サマリー		
看護情報				リハサマリ		
看護添書リハビリ添書				リハサマリー		
口腔外科でVFVE検査				医療機関からの看護サマリー		
実地調査記録票				介護支援専門員の事前情報		
実調表				看護、リハビリサマリー		
摂食機能療法経過報告書				看護サマリー		
前の施設からの情報				看護サマリー、リハビリテーション情報提供書など		
前施設からの引継ぎ書類				看護サマリー、相談員の聞き取り調査結果等		
他施設での情報をもとにする。				看護介護サマリー		
退院サマリ				看護添書		
退院サマリー				看護添書、リハビリ科の情報提供書		
利用者希望判定審査会資料、入所申込者調査表				共通の電子カルテより引用		
				事前に相談員が情報収集した書類		
				実態調査記録		
				情報提供書		
				診療情報提供書		
				診療情報提供書、看護サマリー		
				退院サマリー・診療情報提供書		
嚥下調整食の必要性_把握しない⇒理由						
(複数回答可)			(有効n=0)			(有効n=0)
測定が困難	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
人員不足	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
その他	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
その他自由記述	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)

表1-23 基礎集計(施設種別)②③ 栄養スクリーニング・アセスメントの実態:入所中の再スクリーニング・再アセスメント

	特養(n=369)			老健(n=281)		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
入所中の再スクリーニング・再アセスメントは、定められた期間で定期的に行っていますか						
すべての項目で実施している	302	(81.8)		216	(76.9)	
一部の項目で実施していない	67	(18.2)		65	(23.1)	
入所中の再スクリーニング・再アセスメント_定期的に行っていない項目						
(複数回答可) ※特養・老健の合計で多い順			(有効n=67)			(有効n=65)
血清アルブミン値	60	(16.3)	(89.6)	62	(22.1)	(95.4)
BMI	14	(3.8)	(20.9)	8	(2.8)	(12.3)
体重減少率	13	(3.5)	(19.4)	9	(3.2)	(13.8)
褥瘡	5	(1.4)	(7.5)	8	(2.8)	(12.3)
必要栄養量	6	(1.6)	(9.0)	6	(2.1)	(9.2)
嚥下調整食の必要性の有無	6	(1.6)	(9.0)	5	(1.8)	(7.7)
栄養補給法	3	(0.8)	(4.5)	7	(2.5)	(10.8)
食事時の摂食・嚥下状況	3	(0.8)	(4.5)	5	(1.8)	(7.7)
食事摂取量	2	(0.5)	(3.0)	5	(1.8)	(7.7)

表1-24 基礎集計(施設種別)②④ 栄養スクリーニング・アセスメントの実態:入所中の再スクリーニング・再アセスメント

	特養(n=369)			老健(n=281)		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
入所中の再スクリーニング・再アセスメント_定期的に実施していない理由 (複数回答可)			(有効n=67)			(有効n=65)
人員不足	13	(3.5)	(19.4)	8	(2.8)	(12.3)
必要性が乏しい	17	(4.6)	(25.4)	31	(11.0)	(47.7)
その他	37	(10.0)	(55.2)	30	(10.7)	(46.2)

その他自由記述

【特養】

アルブミン値は基本的に年1回の健康診断のみ。入院中に血液検査実施した際はサマリー記録を確認。

継続的にアルブミンの結果が得られない

血液検査でアルブミン値を調べる頻度が少ない。(年1回と後は必要に応じてなので)

血液検査の頻度が低い

血液検査は年1回のみ実施のため

血液検査は年に1度のみの実施のため

血液検査自体を基本的にCLの誕生日にしか実施していないため

血清アルブミン値が無くても評価に差が無いことが明らかにされており、そのために採血することの方が対象者の負担になるため

採血は主治医が必要とした時にしかされない為

採血自体嘱託医の判断で行っており、アルブミン値の項目ない時もある。

時間が取れない

主治医の意向

全体の血液検査が年1回の為

測定が困難な為

測定する機械がない

測定の機械がない

測定困難

測定不可能

体重は月1回しか量らない、Albはすでに栄養状態の指標にしないことになっている(体にも負担)

体重計測は1か月に1回のため

体重測定は基本的に月1回で2週間毎には測定していない。アルブミン値についてもそれほどスクリーニングなどの為に採血しない

大きな変動はみられないため

誕生日採血の為、実施できない場合あり。

低リスク者は毎月採血を実施していないため。

定期は体重測定は月に1回、血液検査も半年に1回。主治医が必要とみなす時は体重は週1回、血液検査も月1回の指示があるも低栄養リスクでの評価ではない。

定期的な検査が難しい。

定期的に採血することが困難

定期的に採血を実施しないため

特に必要の時のみ実施

入居者160人中、中リスク者と高リスク者が117名であり、高リスク者を2週間ごとにモニタリングするだけで精一杯な状況である。

入居者様の負担等を考慮

年1回の健康診断での測定のみ

年1回の健康診断のときにしか測定しないため

年1回実施の健康診断時のみの値である為、2週間～3か月サイクルでの評価に適さない

年に1～2回の採血のため

年に1回の入居者様の健康診断のみ

半年に1回程度の採決項目に含まれない

表1-25 基礎集計(施設種別)②⑤ 栄養スクリーニング・アセスメントの実態:入所中の再スクリーニング・再アセスメント

	特養(n=369)			老健(n=281)		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
【老健】						
採血は料金や人員の関係で2週間や1カ月間隔では実施がむずかしい。4.ミールラウンドのタイミングで褥瘡の方を知ることがむずかしい。別の会議で知ることが多い。						
アルブミン値が栄養状態を示す指標の全てではないと考える職員がいるため。						
いろんな負担がある						
医師が必要とあれば測定するため						
医師の考え、金銭的問題						
医師の指示						
医師の指示のもと、必要な方のみ定期的に実施						
医師の判断						
業務システム、給食提供システムの問題						
経費の問題						
血液検査は医師の指示でおこなうので						
血液検査は基本年1回であるため。						
血液検査は定期化されていない						
高リスクの再アセスメントを1回/月で実施しているため						
採血には医師のオーダーが必要な為。						
採血の頻度は医師の指示の為						
施設の方針						
施設医の採血指示がないため						
施設医の方針						
施設側に費用がかかるからか、定期的な採血の実施がない。						
施設独自の基準で中リスクは3か月に1回作成している						
測定しないため						
測定不可						
体重測定は1か月に1回の実施と決められているため、高リスク者に対しての2週間に1回の体重測定は未実施。介護職員の慢性的な人員不足にて、1か月に1回以上の体重測定は依頼しづらい状況がある。						
定められた期間内で血清アルブミン値の測定が必ずしも全員出来ていない						
定期的な検査が困難						
半年に1回程度測定						
費用、検査の手間がかかる						
費用と手間がかかるため						
必須ではないため						

表1-26 基礎集計(施設種別)②⑥ 栄養スクリーニング・アセスメントの実態:参考になっている栄養スクリーニングツール

	特養(n=369)			老健(n=281)		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
栄養スクリーニングを実施するうえで、参考になっている栄養スクリーニングツール(厚生労働省の様式例を除く) (複数回答可) ※特養・老健の合計で多い順						
いずれも参考にしない	256	(69.4)		172	(61.2)	
SGA	38	(10.3)		34	(12.1)	
MNA-SF	36	(9.8)		36	(12.8)	
MNA	14	(3.8)		22	(7.8)	
MUST	15	(4.1)		14	(5.0)	
NRS-2002	5	(1.4)		8	(2.8)	
GNRI	4	(1.1)		4	(1.4)	
MST	3	(0.8)		4	(1.4)	
CONUT	1	(0.3)		1	(0.4)	
その他	19	(5.1)		15	(5.3)	

その他自由記述

【特養】

GLIM基準

ケアコネクト社の介護ソフトであるケアカルテに情報を入力して算定している

ハリスベネディクトの式を使用 ※BMI※アルブミン値+食事量

ほのぼの

ほのぼのNEXT

ワイズマン

ワイズマンシステム

わからない

介護システム」ほのぼのNEXT

介護システムソフト

介護ソフトが算定してくれるのではっきりと把握していない

献立マン

厚生労働省の定める栄養スクリーニング様式を使用

厚生労働省の様式使用

厚生労働省の様式例を参考にしている

専用ソフト使用

不明

福祉見聞録の栄養ケアマネジメントを利用

【老健】

BMI、食事摂取量、体重減少率、褥瘡あり

R-4システムのスクリーニング・アセスメントシート

ほのぼのGLIM基準

リスク分類の表

ワイズマンソフトの栄養ケア・マネジメントシステム使用

ワイズマンの栄養スクリーニングツール高齢者の低栄養リスクを簡便に評価するための国際的に広く使われているスクリーニング指標です。

わからない

栄養アセスメントソフトを使用

介護ソフトほのぼのNEXTのシステム内機能を使用

介護ソフト風の項目で実施

厚生労働省からでている「栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング(施設)(様式例)」の<低栄養状態のリスクの判断>

厚労省の様式

体重

体重減少率、BMI、アルブミン値、食事摂取量から判断

表1-27 基礎集計(施設種別)⑦ 栄養スクリーニングを実施するうえでの「課題」

	特養(n=369)			老健(n=281)		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
栄養スクリーニング(厚生労働省の様式例)を実施するうえで「課題」						
(複数回答可) ※特養・老健の合計で多い順						
評価結果に影響を与える要因(浮腫、回復期の体重変動など)の判断が難しい	199	(53.9)		158	(56.2)	
体重測定に課題がある(測定環境や職員の技術差など)	169	(45.8)		119	(42.3)	
看取り対応の入所者の評価	110	(29.8)		71	(25.3)	
職員の業務負担が大きい(介護支援専門員、介護職員、看護職員等を含む)	110	(29.8)		64	(22.8)	
電子カルテ等のシステムが対応していない	39	(10.6)		60	(21.4)	
業務について職員間の相互理解が進まない(介護支援専門員、介護職員、看護職員等を含む)	48	(13.0)		26	(9.3)	
他事業所から得られる情報の活用が難しい	37	(10.0)		32	(11.4)	
職員の理解や協力が得られない(介護支援専門員、介護職員、看護職員等を含む)	41	(11.1)		24	(8.5)	
主導する職種が決まっていない	22	(6.0)		16	(5.7)	
経営陣、管理職の理解や協力が得られない	18	(4.9)		19	(6.8)	
その他	14	(3.8)		19	(6.8)	

その他自由記述

【特養】

Alb値の参考値としての扱い方について判断に迷う

あてはまるものはなく、特に課題は感じない。

アルブミン測定が少ない

アルブミン値の必要性。血液検査の頻度とスクリーニングの頻度が合わない。また、血液検査時の状態(発熱時等)も考慮するとスクリーニングに採用するデータなのかと思う。

スクリーニングの意義に疑問がある

ソフト未導入

採血の頻度が曖昧で、計画性がなく、血液検査の結果の比較ができない

情報の誤り

身長測定の精度

設備が整っていない。

体重変化率とした方がよい

地方の施設で嘱託医のため医師への相談がしにくい。アルブミン値の測定が不定期

要介護度が高い人、ADLが低い人は筋量が少なく、体重も少ないことから中リスク以上が継続する

【老健】

アルブミンの評価

まだ十分に採用ができていない

課題が見つかった上での対応策が少ない

血液検査が最新ではないことがある

現時点では特になし

採血は定期化されておらず、データの適宜活用は難しい

自由記載のスペースが狭く見づらい

情報共有が難しい

信頼できるツールが乏しい

体重測定で多職種とも統一

電子カルテを使用しているがシステム上動きが遅く時間がかかる

理解を得て実施できている

表1-28 基礎集計(施設種別)㊸ GLIM基準による低栄養診断

	特養(n=369)			老健(n=281)		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
GLIM基準による低栄養診断	(有効n=368)					
原則全ての入所者について実施している	30	(8.1)	(8.2)	15	(5.3)	
必要と判断された入所者にのみ実施している	18	(4.9)	(4.9)	21	(7.5)	
実施していない	320	(86.7)	(87.0)	245	(87.2)	
(欠損値)	1	(0.3)				
GLIM 基準による低栄養の診断はどのように実施していますか	(有効n=48)			(有効n=36)		
(複数回答可)						
GLIM基準に沿って自施設で判断している	36	(9.8)	(75.0)	23	(8.2)	(63.9)
医療機関等の他事業所からの情報にGLIM基準による診断の記載がある場合に確認している	15	(4.1)	(31.3)	17	(6.0)	(47.2)
筋肉量の減少の評価(GLIM 基準による低栄養診断の実施に関わらず)						
(複数回答可)						
自施設で評価する	33	(8.9)		38	(13.5)	
他事業所から得られた情報を用いる	37	(10.0)		35	(12.5)	
把握しない	306	(82.9)		214	(76.2)	
その他	3	(0.8)		8	(2.8)	

その他自由記述

【特養】

維持・減少はカンファレンス時に他職種で共有するが具体的数値にはしていない

測定による把握はしていないが、カンファレンス・モニタリング等で他職種との情報共有による活動量の把握に留まっている

歩行の状態、転倒を繰り返すなどの身体的情報

【老健】

リハビリが把握

リハビリ職員からの情報

共通の電子カルテより引用

他事業所からの情報がある場合は活用

体重減少食事摂取量BMIで判断しています

通所の方一部、下腿周囲長測定

必要な方の評価を行う

明確(数値的)な把握はしていない

表1-29 基礎集計(施設種別)② GLIM基準による低栄養診断

	特養 (n=369)			老健 (n=281)		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
筋肉量の減少_自施設で評価する⇒主に評価にかかわる職種						
(複数回答可) ※特養・老健の合計で多い順			(有効n=33)			(有効n=38)
管理栄養士	24	(6.5)	(72.7)	19	(6.8)	(50.0)
理学療法士	4	(1.1)	(12.1)	28	(10.0)	(73.7)
看護師	16	(4.3)	(48.5)	11	(3.9)	(28.9)
介護職員(介護福祉士除く)	14	(3.8)	(42.4)	10	(3.6)	(26.3)
作業療法士	3	(0.8)	(9.1)	21	(7.5)	(55.3)
介護福祉士	14	(3.8)	(42.4)	9	(3.2)	(23.7)
医師	6	(1.6)	(18.2)	9	(3.2)	(23.7)
准看護師	6	(1.6)	(18.2)	7	(2.5)	(18.4)
介護支援専門員	7	(1.9)	(21.2)	4	(1.4)	(10.5)
専任の機能訓練指導員	11	(3.0)	(33.3)	0	(0.0)	(0.0)
言語聴覚士	0	(0.0)	(0.0)	3	(1.1)	(7.9)
栄養士(管理栄養士を除く)	2	(0.5)	(6.1)	0	(0.0)	(0.0)
歯科医師	1	(0.3)	(3.0)	0	(0.0)	(0.0)
薬剤師	1	(0.3)	(3.0)	0	(0.0)	(0.0)
歯科衛生士	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
筋肉量の減少_自施設で評価する⇒把握方法						
(複数回答可)			(有効n=33)			(有効n=38)
身体計測値(下腿周囲長)	18	(4.9)	(54.5)	27	(9.6)	(71.1)
身体計測(その他)	3	(0.8)	(9.1)	5	(1.8)	(13.2)
断層画像(CT等)	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
DEXA法	0	(0.0)	(0.0)	0	(0.0)	(0.0)
インピーダンス法	1	(0.3)	(3.0)	0	(0.0)	(0.0)
その他	7	(1.9)	(21.2)	5	(1.8)	(13.2)
身体計測その他自由記述						
【特養】				【老健】		
MMT				ADL歩行等生活行動の評価R4の活用		
歩行状態や訓練時の変化等				握力		
				体重減少、日常生活動作の質の低下		
				体重減少率		
その他自由記述						
【特養】				【老健】		
ADL低下の有無				inbody		
握力				MMT、握力		
機能訓練士が確認				握力、MMT		
測定はしていない。機能訓練の動きの中での評価。				体重測定		
日常生活における動作を評価				歩行や坐位などの運動機能から判断。		
歩行や立ち上がり、体重減少						
立位保持、見た目、歩行・自走機能など、						
普段の生活されている中で筋力の評価をしている。						

表1-30 基礎集計(施設種別)③ GLIM基準による低栄養診断

	特養(n=369)			老健(n=281)		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
筋肉量の減少_他事業所から得られた情報を用いる⇒主に把握に用いる書類 (複数回答可)						
			(有効n=37)			(有効n=35)
主治医意見書	13	(3.5)	(35.1)	9	(3.2)	(25.7)
課題分析標準項目	7	(1.9)	(18.9)	8	(2.8)	(22.9)
医療機関からの栄養情報提供書	30	(8.1)	(81.1)	30	(10.7)	(85.7)
その他	1	(0.3)	(2.7)	4	(1.4)	(11.4)
その他自由記述						
【特養】				【老健】		
看護連絡票、リハ情報				リハサマリー		
				リハビリサマリー		
				共通の電子カルテより引用		
				他のデータで判断している		

表1-31 基礎集計(施設種別)③ GLIM基準による低栄養診断

	特養(n=369)			老健(n=281)		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
筋肉量の減少_把握しない⇒理由 (複数回答可)			(有効n=306)			(有効n=214)
測定が困難	259	(70.2)	(84.6)	165	(58.7)	(77.1)
人員不足	61	(16.5)	(19.9)	58	(20.6)	(27.1)
その他	22	(6.0)	(7.2)	18	(6.4)	(8.4)

その他自由記述

【特養】

BMIが低い入居者が多く、測定しなくても把握できるため

Glim基準の導入に至っていないから

GLIM基準の導入を検討していない

マネジメントの必須項目にない

やるべきことという認識がない

わからない

栄養スクリーニングツール(厚生労働省の様式例)では
求められていなかった為。

機能訓練士が握力は測定している

共通認識を持てる職種がない(教育不足)

高齢者に行う必要性がわからない

今のところ必要性なし

時間的余裕もなく必須項目では

なかったため必要最低限のデータで評価

情報がない

設備が整っていない。

測定の理解不足

特に必要がない為

特養なので、生活活動に力を入れているわけではなく

亡くなるまで安らかに気持ちよく生活する事が目的のため

特養高齢者に対して行う必要性を考えた際、

他の業務と比較して優先順位が低い

入所ほとんどの方が低栄養に当てはまってしまうため

必要ではないから

必要性を強く感じていない

不明

【老健】

GLIM基準による低栄養の診断を実施していないから

GLIM基準用いないため

まだ、Alb値を栄養評価に使用している。

高齢者施設では全員が中リスク化高リスクに

なると耳にするため

ワイズマンの栄養アセスメント表に基づいているため

握力や歩行可能な距離から推測

栄養士がそこまでしなくてもよいと思う

栄養士が評価するには知識が浅い

今までしたことがない

測定が必須でない。筋肉量が著明に減少する場合は

摂取量や体重、ADL等に

変化が生じることが多いため。

測定しないといけない概念がなかった

測定の必要性について共有していない

測定機材がない

他職種の測定技術に課題がある

他部署との連携困難(他部署の業務も負担)

多忙

特に要介護度が高い利用者に対して、

時間をかけて把握する意義が見つけられない

必要性を感じない

物がない

勉強不足、併設の病院でも使用していない

老健のスクリーニング項目に入っていない、

測定環境が整っていない

表1-32 基礎集計(施設種別)⑫ GLIM基準による低栄養診断

	特養(n=369)			老健(n=281)		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
疾患負荷／炎症の評価(GLIM 基準による低栄養診断の実施に関わらず)						
(複数回答可)						
自施設で評価する	170	(46.1)		166	(59.1)	
他事業所から得られた情報を用いる	133	(36.0)		122	(43.4)	
把握しない	146	(39.6)		78	(27.8)	
その他	5	(1.4)		1	(0.4)	

その他自由記述

【特養】

医師の判断

協力病院で評価

半年に一度の血液検査はあり、現病歴も把握しているが、
その情報を栄養リスク判定等に反映する事は少ない。

必要に応じて受診

必要時把握

【老健】

体調不良時の血液検査

疾患負荷／炎症の評価_自施設で評価する⇒主に評価にかかわる職種

(複数回答可) ※特養・老健の合計で多い順

(有効n=170)

(有効n=166)

看護師	146	(39.6)	(85.9)	141	(50.2)	(84.9)
医師	109	(29.5)	(64.1)	142	(50.5)	(85.5)
管理栄養士	91	(24.7)	(53.5)	76	(27.0)	(45.8)
准看護師	62	(16.8)	(36.5)	73	(26.0)	(44.0)
介護福祉士	38	(10.3)	(22.4)	27	(9.6)	(16.3)
介護職員(介護福祉士除く)	36	(9.8)	(21.2)	27	(9.6)	(16.3)
介護支援専門員	36	(9.8)	(21.2)	18	(6.4)	(10.8)
理学療法士	8	(2.2)	(4.7)	13	(4.6)	(7.8)
作業療法士	3	(0.8)	(1.8)	11	(3.9)	(6.6)
専任の機能訓練指導員	11	(3.0)	(6.5)	0	(0.0)	(0.0)
栄養士(管理栄養士を除く)	5	(1.4)	(2.9)	1	(0.4)	(0.6)
歯科医師	4	(1.1)	(2.4)	1	(0.4)	(0.6)
歯科衛生士	4	(1.1)	(2.4)	1	(0.4)	(0.6)
言語聴覚士	0	(0.0)	(0.0)	5	(1.8)	(3.0)
薬剤師	2	(0.5)	(1.2)	0	(0.0)	(0.0)

表1-33 基礎集計(施設種別)③ GLIM基準による低栄養診断

	特養 (n=369)			老健 (n=281)		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
疾患負荷／炎症の評価_自施設で評価する⇒把握方法						
(複数回答可)			(有効n=170)			(有効n=166)
急性疾患や外傷の有無	136	(36.9)	(80.0)	117	(41.6)	(70.5)
慢性疾患の有無	130	(35.2)	(76.5)	118	(42.0)	(71.1)
血液検査 (CRP等)	127	(34.4)	(74.7)	133	(47.3)	(80.1)
その他	2	(0.5)	(1.2)	1	(0.4)	(0.6)
その他自由記述						
【特養】				【老健】		
健康診断以外は定期的には行わない。				普段の観察 (オムツ交換や入浴時等)		
医師から指示があった時のみ。						
毎日のバイタル						
疾患負荷／炎症の評価_他事業所から得られた情報を用いる⇒主に把握に用いる書類						
(複数回答可)			(有効n=133)			(有効n=122)
主治医意見書	68	(18.4)	(51.1)	78	(27.8)	(63.9)
課題分析標準項目	21	(5.7)	(15.8)	25	(8.9)	(20.5)
医療機関からの栄養情報提供書	93	(25.2)	(69.9)	91	(32.4)	(74.6)
その他	14	(3.8)	(10.5)	16	(5.7)	(13.1)
その他自由記述						
【特養】				【老健】		
サマリー				医療機関からのサマリー		
サマリーや事前面談調査票				医療機関からの看護サマリー		
医療機関からの診療情報提供書				介護支援専門員の事前情報		
往診受診				看護サマリ		
看護サマリー				看護サマリー		
看護サマリー、				看護介護サマリー		
看護情報				看護添書		
血液検査データ				共通の電子カルテより引用		
再入所時の血液検査等				血液データ、看護添書		
採血結果等				実態調査の情報から		
診療情報提供書、血液検査				診療情報提供書		
前にいた施設からの情報				病院からの血液検査		

表1-34 基礎集計(施設種別)③④ GLIM基準による低栄養診断

	特養(n=369)			老健(n=281)		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
疾患負荷／炎症の評価_把握しない⇒理由 (複数回答可)			(有効n=146)			(有効n=78)
測定が困難	113	(30.6)	(77.4)	62	(22.1)	(79.5)
人員不足	24	(6.5)	(16.4)	10	(3.6)	(12.8)
その他	9	(2.4)	(6.2)	1	(0.4)	(1.3)

その他自由記述

【特養】

GLIM基準による低栄養診断を行っても

ほぼ全員が低リスクとわかっているから

GLIM基準を実施していない

看護師より血液検査の情報をAlbのみしか提供されないため

厚生労働省のツールを使用のため

主治医が必要性を感じていないため

把握しても評価には至っていない

必要を感じていない

病状や検査値の情報共有は行われているが、診断にうまく反映されていない。

理解不足

【老健】

GLIM基準による低栄養の診断をしていないから

体調不良等なければ血液検査はしないので、

CRP等は把握できない。

表1-35 基礎集計(施設種別) ㊦ GLIM基準による低栄養診断

	特養(n=369)			老健(n=281)		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
GLIM 基準を実施または導入するうえで「課題」						
(複数回答可) ※特養・老健の合計で多い順						
職員の業務負担が大きい(介護職員や看護職員等を含む)	194	(52.6)		156	(55.5)	
介護報酬で評価されていない	121	(32.8)		122	(43.4)	
評価方法がわからない	123	(33.3)		74	(26.3)	
主導する職種が決まっていない	100	(27.1)		77	(27.4)	
電子カルテ等のシステムが対応していない	80	(21.7)		90	(32.0)	
実施するメリットがない	87	(23.6)		48	(17.1)	
職員の理解や協力が得られない(介護職員や看護職員等を含む)	74	(20.1)		54	(19.2)	
看取り対応の入所者の評価が難しい	79	(21.4)		39	(13.9)	
業務について職員間の相互理解が進まない(介護職員や看護職員等を含む)	72	(19.5)		43	(15.3)	
他事業所から得られる情報の活用が難しい	36	(9.8)		33	(11.7)	
経営陣、管理職の理解や協力が得られない	34	(9.2)		26	(9.3)	
その他	17	(4.6)		24	(8.5)	

その他自由記述

【特養】

筋肉量の測定が困難な為

筋量測定のハードルが高い。炎症評価が困難。定期的な採血がない。低BMIが多く、軽度低栄養が大量発生するため。

現状の評価方法以上に評価する必要性を感じない

作業量に対して特養の高齢者にどのように活用できるのか

疾患負荷炎症の判断が難しい

実施していない

情報が得られない

食事摂取量カットオフ値50%では低栄養のリスク把握が遅れるため

成人の低栄養診断基準のため幅広く、高齢者の低栄養をうまく拾いあげられない。

測定機器がない。

導入に至っていない

特になし

特養入居者の評価で、なだらかに体重が落ちていく人や体重の微増減で点数が変わるので評価に悩む時がある。BMIが低い方が多いのでこの基準が特養に合っているかわからない。

評価して、食事内容に反映できる食材費の確保が困難

評価方法がどこまで合っているかわからない

病院でGLIM判定がされていない。

病院や老健に導入するのはわかるが、特養で介護度が高い平均寿命を超えた高齢者に対して行う必要性があるのかと思う

表1-36 基礎集計(施設種別)③ GLIM基準による低栄養診断

	特養(n=369)			老健(n=281)		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
【老健】						
CTやインピーダンス分析など、筋肉量を測定する方法がない。						
GLIM基準自体を理解できていない						
こまめに血液検査を実施しない						
これまでの評価方法からの切り替えのタイミング						
医療機関からの栄養サマリーも、GLIM基準を実施していない						
栄養不良なのか炎症による低アルブミンなのかの判別が難しい						
下腿周囲測定等一部の項目について継続した評価が業務上困難						
介護施設における具体的な運用方法						
介護保険の栄養スクリーニング判定基準(低栄養リスク分類)を使用しているため						
介護報酬の引き下げ、コストの急騰などにより、自施設の給食運営が困難になっている。急性期病院から低栄養状態のまま入所されても、老健で出来る範囲は限られている。						
筋肉量の測定をする器具が古く実用的でないため、測定が困難						
検討したことがなかった						
実施していないので						
実践にあたり評価のための書類準備、データ測定等に時間がかかる。重度判定しても「食べれてない人」の栄養ケアを優先するので判定の必要性を実感できない。ただ、計画を立てる上で栄養障害の要因がどこにあるのかは整理しやすくなると思います。						
従来の方(摂取量、体重減少率、BMI)での評価が定着している						
食事摂取量の記載がない、当施設では炎症反応を定期的に確認しない						
誰がみてもわかりやすいものがよい						
適切なカットオフ値のデータがない。全員低栄養判定になる						
特になし						
特に今まで必須でなかったふくらはぎ周囲の測定。						
評価・判断において判定するひとの個人差・さじ加減があるのでざっくりとしか判定できない。						
評価を行い必要と判断されても実施する場合ほぼ全てが施設の持ち出しにて莫大な経費が発生する						
評価期間によって日間変動が影響するため、50%以下で評価することが難しい						

表1-37 基礎集計(施設種別)③7 施設特性(経営主体、老健_在宅復帰・在宅療養支援機能区分)

	特養(n=369)			老健(n=281)		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
老健_在宅復帰・在宅療養支援機能区分(老健のみ回答、いずれかに○)						
超強化型	-	-		124	(44.1)	
在宅強化型	-	-		37	(13.2)	
加算型	-	-		72	(25.6)	
基本型	-	-		43	(15.3)	
その他型	-	-		5	(1.8)	
経営主体						(有効n=278)
医療	3	(0.8)		198	(70.5)	(71.2)
社会福祉	364	(98.6)		69	(24.6)	(24.8)
営利	0	(0.0)		0	(0.0)	(0.0)
その他	2	(0.5)		11	(3.9)	(4.0)
(欠損値)	-	-		3	(1.1)	

その他自由記述

一部事務組合

施設事務組合

一般財団法人

一部事務組合(自治体)

協同組合

公益財団法人

公益社団法人

市

社会医療法人

生活協同組合

匝瑳市

保健生活協同組合

表1-38 基礎集計(施設種別)③ 施設特性(併設事業所)

	特養(n=369)			老健(n=281)		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
併設事業所 (複数回答可)						
通所介護	222	(60.2)		39	(13.9)	
通所リハビリテーション	24	(6.5)		252	(89.7)	
医療機関	33	(8.9)		86	(30.6)	
その他	69	(18.7)		21	(7.5)	
その他自由記述						
GH,CH,SS						地域密着型特別養護老人ホーム、介護老人保健施設
グループホーム、養護老人ホーム						地域密着型特養
グループホーム						特別養護老人ホーム多床室、養護老人ホーム、ケアハウス
グループホーム、ケアハウス、居宅支援事業所、ショートステイ						特養
グループホーム、ショートステイ						認知症高齢者グループホーム、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター
ケアハウス、老健、グループホーム						配食サービス
ケアプランセンター						併設事業所なし
サービス付き高齢者向け住宅						保育園
サ高住						訪問介護ステーション生活介護事業所居宅介護支援センター短期生活介護
ショート						訪問看護
ショートステイ						有料老人ホーム
ショートステイ、グループホーム、ケアハウス						有料老人ホーム、訪問介護事業所
ショートステイ、居宅介護支援事業所						養護老人ホーム
ショートステイ、居宅介護支援事業所						グループホーム高齢者住宅
ショートステイ事業所						ケアハウス
デイサービス						ケアプランセンター
なし						サービス付き高齢者住宅
居宅介護支援事業所						居宅介護支援
居宅事業所地域包括支援センター						居宅介護支援センター、ヘルパーセンター、訪問リハビリ
軽費老人ホーム、小規模多機能、グループホーム						居宅介護支援事業所、包括支援センター
軽費老人ホーム、短期入所生活介護、地域包括支援センター、居宅介護支援事業、認知症対応型共同生活介護						居宅支援
小規模多機能居宅介護、短期入所生活介護						居宅支援事業所
障害施設						居宅支援事業所・訪問リハビリテーション
障害者グループホーム、通所重症心身障害児						居宅支援事業所、グループホーム
障害者支援施設						小規模多機能型ホーム
短期生活入所介護						短期入所生活介護
短期入所						特養
短期入所、ケアマネ、訪問入浴						認可保育園、事業所内託児所
短期入所、都市型軽費老人ホーム						認知症対応型共同生活介護
短期入所(ショートステイ)						訪リハ、居宅
短期入所生活介護						訪問リハビリ、ショートステイ
短期入所生活介護、居宅介護支援、介護予防支援						訪問リハビリステーション、短期入所療養介護
短期入所生活介護、訪問介護、クリニック						訪問リハビリテーション
短期入所生活介護事業所						訪問看護、ショートステイ
短期入所生活介護予防短期入所生活介護障害短期入所生活介護						

表1-39 基礎集計(施設種別)③ 施設特性(加算算定状況)

	特養(n=369)			老健(n=281)		
	n	(%)	(有効%)	n	(%)	(有効%)
加算算定(2025年4月1日から2026年2月28日の11か月間で1件以上算定) (複数回答可)						
①栄養マネジメント強化加算	167	(45.3)		162	(57.7)	
②経口移行加算	17	(4.6)		46	(16.4)	
③経口維持加算Ⅰ	126	(34.1)		179	(63.7)	
④経口維持加算Ⅱ	91	(24.7)		149	(53.0)	
⑤リハビリテーション計画書情報加算(Ⅰ)(老健のみ)	-	-		137	(48.8)	
⑥個別機能訓練加算(Ⅲ)+(Ⅰ)(Ⅱ)(特養のみ)	144	(39.0)		-	-	
⑦療養食加算	220	(59.6)		266	(94.7)	
⑧科学的介護推進体制加算Ⅰ	129	(35.0)		108	(38.4)	
⑨科学的介護推進体制加算Ⅱ	142	(38.5)		149	(53.0)	
⑩褥瘡マネジメント加算	126	(34.1)		173	(61.6)	
⑪看取り介護加算(特養のみ)	249	(67.5)		-	-	
⑫ターミナルケア加算(老健のみ)	-	-		172	(61.2)	

表2-1 基礎集計（施設種別）

※欠損値は項目ごとに除外	特養 (n=369)				老健 (n=281)			
	n	平均値	中央値	標準偏差	n	平均値	中央値	標準偏差
施設特性								
定員(床)	368	101.1	100.0	(26.5)	279	103.3	100.0	(20.7)
入所実人数(人)	365	96.4	92.0	(26.3)	279	93.6	92.0	(20.9)
平均在所日数(日)(小数点1桁まで)	247	976.0	1033.0	(402.1)	218	467.8	392.6	(359.9)
平均要介護度(小数点1桁まで)	310	3.9	3.9	(0.3)	250	3.1	3.1	(0.3)
要介護4以上の人数(人)	310	62.2	60.0	(20.9)	245	38.4	37.0	(15.3)
要介護4以上の人数 (入所者100名あたり)	308	65.5	66.7	(15.1)	245	41.1	41.1	(12.2)
低栄養状態中高リスク者の人数(人)	333	53.9	51.0	(27.8)	256	48.2	46.0	(22.0)
低栄養状態中高リスクの人数 (入所者100名あたり)	330	55.8	58.7	(20.2)	256	51.8	50.3	(20.3)
職種別配置数(常勤換算)								
医師(人)	333	0.3	0.0	(0.6)	273	1.2	1.0	(0.5)
歯科医師(人)	318	0.1	0.0	(0.3)	245	0.0	0.0	(0.2)
歯科衛生士(人)	314	0.2	0.0	(0.8)	250	0.3	0.0	(0.6)
薬剤師(人)	307	0.0	0.0	(0.1)	256	0.5	0.3	(0.6)
介護福祉士(人)	286	29.5	28.8	(13.4)	238	24.8	24.3	(12.3)
介護職員(介護福祉士を除く)(人)	289	19.8	16.5	(15.4)	235	11.5	9.0	(10.5)
介護支援専門員(人)	322	2.1	2.0	(1.5)	257	2.2	2.0	(1.5)
看護師(人)	328	4.7	4.4	(2.6)	244	8.3	7.6	(3.9)
准看護師(人)	305	1.7	1.0	(1.6)	233	3.6	3.0	(2.7)
理学療法士(人)	307	0.4	0.0	(0.7)	255	3.9	4.0	(2.2)
作業療法士(人)	299	0.2	0.0	(0.5)	252	2.7	2.0	(2.0)
言語聴覚士(人)	290	0.1	0.0	(0.3)	258	0.8	1.0	(0.8)
専任の機能訓練指導員(人)	307	0.6	0.2	(0.7)	212	0.0	0.0	(0.2)
管理栄養士(人)	358	1.7	1.7	(0.8)	276	1.8	2.0	(0.8)
栄養士(管理栄養士を除く)(人)	308	0.3	0.0	(0.8)	231	0.2	0.0	(0.5)
職種別配置数_入所者100名あたり(常勤換算)								
医師(人)	339	0.7	0.9	(0.7)	262	0.9	1.0	(0.9)
歯科医師(人)	316	0.1	0.0	(0.3)	242	0.1	0.0	(0.7)
歯科衛生士(人)	317	0.3	0.0	(1.0)	242	0.2	0.0	(0.8)
薬剤師(人)	315	0.2	0.0	(0.4)	243	0.3	0.0	(0.5)
介護福祉士(人)	297	29.9	29.9	(12.3)	224	28.7	29.1	(11.9)
介護職員(介護福祉士を除く)(人)	297	18.2	14.8	(15.1)	224	16.3	12.3	(17.2)
介護支援専門員(人)	325	2.4	2.0	(1.8)	249	2.3	1.8	(1.9)
看護師(人)	323	6.4	5.5	(3.6)	244	7.2	6.6	(5.0)
准看護師(人)	305	2.6	2.0	(2.5)	229	3.1	2.8	(2.9)
理学療法士(人)	317	1.8	0.9	(2.3)	240	2.6	2.1	(2.6)
作業療法士(人)	307	1.3	0.0	(1.8)	239	1.7	1.1	(2.0)
言語聴覚士(人)	302	0.3	0.0	(0.6)	241	0.5	0.0	(0.7)
専任の機能訓練指導員(人)	292	0.4	0.0	(0.7)	222	0.4	0.0	(0.9)
管理栄養士(人)	355	1.8	1.9	(0.8)	273	2.0	2.0	(1.9)
栄養士(管理栄養士を除く)(人)	308	0.3	0.0	(0.9)	226	0.3	0.0	(1.4)

表3-1 自由記述の概要（特養）

カテゴリ	代表的な意見・要望
1. 基本報酬・食費基準額の引き上げ	物価高騰、食材費・光熱費・委託費の上昇により、現行の介護報酬や食費基準額では給食提供体制を維持することが困難である。 食費は実情に合っておらず、嚥下調整食や個別対応を含む365日の食事提供を考えると大幅な引き上げが必要である。
2. 管理栄養士・栄養士・厨房職員の配置・処遇改善	特養では一人管理栄養士体制が多く、給食管理とNCMを兼務している実態がある。 管理栄養士配置を50人に1人、あるいは40人に1人にするなど、より手厚い配置を求める。 加算で増えた業務量や専門性が、管理栄養士・栄養士・調理従事者の処遇改善につながる仕組みを求める。
3. 栄養関連加算・嚥下調整食・ONS等の評価	嚥下調整食、補食、栄養補助食品は手間と費用がかかるが、施設負担となっている場合が多い。 嚥下調整食加算や療養食加算の拡充、ONS等の費用評価を求める。特に、低栄養や摂取量低下への対応を施設の食費内で賄うことに限界がある。
4. GLIM基準・血液検査・筋肉量評価の実施可能性	特養では、定期的な血液検査や筋肉量評価を実施することが難しく、GLIM基準をそのまま導入することに懸念がある。 筋肉量評価よりも、重度要介護者に対して食事摂取量をいかに確保するかが現実的課題である。 血清アルブミン値やCRPは、医師の指示等で検査された場合に参考指標として活用する程度が現実的である。
5. 特養の生活施設としての特性・看取り期への配慮	特養は病院ではなく生活の場であり、栄養改善のみを目的とする評価ではなく、「食べる楽しみ」「本人の意思」「穏やかな最期」を支えるケアを評価すべき。 要介護度が高く、看取りまで対応する特養では、改善や維持を前提とした評価だけでは現場実態に合わない。
6. 業務負担・LIFE・ICT・書類負担	改定のたびに書式や要件が複雑化し、加算取得に伴う事務負担が増えている。 LIFEの活用やフィードバックが十分機能していない、ICT導入による業務改善は必要だが現場負担も大きい。日々の記録が加算取得に自動反映される仕組みが必要。
7. 特養と老健・医療機関を一律に扱うことへの懸念	特養、老健、病院では利用者像やケアの目的が異なるため、NCMやGLIM基準を一律に扱うことは現場の実態に合わない。 特養では、低栄養リスクが高くても回復可能性が限定的な入所者や看取り期の入所者が多く、施設機能に応じた評価体系が必要。

表3-2 自由記述の概要(老健)

カテゴリ	代表的な意見・要望
1. 基本報酬・食費・給食経営への対応	老健でも、食材費・光熱費・委託費の高騰により給食経営が困難になっている。食費基準額の引き上げ、食事に関わる加算の新設、食材費高騰への補助を求める。
2. 栄養マネジメント強化加算の配置要件・費用対効果	栄養マネジメント強化加算の人員配置要件が厳しく、増員に必要な人件費を加算額で賄えない。150名規模では管理栄養士3名が必要になるが、増員コストの方が大きく、算定しない判断をした。 配置要件の緩和や加算額の見直しを求める。
3. 管理栄養士・調理従事者の処遇改善と地位向上	管理栄養士、栄養士、調理師、調理員の人材不足や処遇改善を求める。 管理栄養士が単独で算定できる加算が少なく、施設内での役割や評価が経営側に理解されにくい。
4. 嚥下調整食・療養食加算・栄養補助食品の評価	嚥下調整食、少量高栄養食、栄養補助食品はマンパワーと費用を要するため、介護報酬での評価を求める。 診療報酬と同様、またはそれより緩和した形で、嚥下調整食や療養食加算の対象拡充を求める。
5. 老健の在宅復帰・リハビリ機能と栄養管理	老健では、在宅復帰を目指す利用者において低栄養や食欲低下が多く、栄養管理はリハビリ効果を高めるうえで不可欠である。 在宅復帰時の管理栄養士訪問、通所リハでの栄養管理、居宅への栄養支援など、施設内から在宅・通所へつながる栄養支援の評価を求める。
6. 再入所時栄養連携加算・在宅栄養支援の運用改善	再入所時栄養連携加算について、訪問やテレビ電話に限定せず、電話でも算定可能にしてほしい。病院との連携は行っているものの、算定要件が現実的でないため加算取得につながらない。
7. GLIM基準導入・研修・評価方法の明確化	GLIM基準の導入について、早期に情報提供してほしい、介護保険施設で導入する場合の評価方法を知りたい、研修を増やしてほしい。 下腿周囲長のカットオフ値に実用性がなければ導入価値が乏しく、全員が低栄養判定になるだけではないか。
8. LIFE・加算算定・業務負担の軽減	LIFEフィードバック帳票が機能していない、項目整理が必要、栄養マネジメント強化加算を算定していない施設でもLIFE対応により業務負担が増えている。 加算要件が複雑で、併算定不可などが分かりにくく、現場で使いやすい制度設計や明確な手順を求める。
9. 一体的取組・多職種連携への期待と負担	リハビリ・口腔・栄養の一体的取組は重要だが、計画書様式や運用が各職種にとって分かりやすく、記入しやすいものになる必要がある。 摂食嚥下評価のために言語聴覚士の配置を義務づけてほしい。

本調査はWEBフォームにてご回答頂きます。

※日本健康・栄養システム学会のホームページからWEBフォームへ進むことができます。

URL: <https://www.j-ncm.com/×××/>

右のQRコードからもアクセスできます。

（限定公開ページのためトップページからはアクセスできません）

WEBフォームには下記の調査内容が記載されておりますので、ご確認の頂いたうえでご回答ください。

WEBフォーム記載内容

●同意確認欄：研究概要をお読みになり、回答に同意する場合は□に✓をつけてください。 1. 本研究は日本健康・栄養システム学会の研究倫理委員会に承認されています。 2. 本研究の概要・目的・方法・倫理面への配慮について理解しました。 3. 本研究は無記名で行われ、情報の保護に十分な配慮がなされます。 4. 本研究への回答は自由意思であり、IDにより不利益を受けること無く撤回できます。 5. 結果については報告書および学術論文として取りまとめ、公表されます。	同意する ☐
--	---

ID（事業所番号）：

記入日：2026年（ ）月（ ）日

主回答者（いずれかに○）：a. 管理栄養士、b. その他（ ）

1. 要介護度4,5の入所者に対する栄養ケア・マネジメントについてお答えください。

（1）要介護度4,5の入所者に対する栄養ケア・マネジメントでは、どのような効果が特に重要と感じますか。
a~vのうち当てはまるものすべてに○をつけてください。

- a. 体重の維持・改善, b. 筋肉量の維持・改善, c. 生活の満足度の維持・改善, d. 活動性の維持・改善,
e. 生活行為の維持・改善, f. 褥瘡の予防・治癒, g. 誤嚥性肺炎の予防・治癒, h. 便秘の予防・改善,
i. 下痢の予防・改善, j. 脱水の予防・改善, k. 浮腫や腹水の予防・改善, l. 食事摂取量の維持・改善
m. 食事形態の維持・改善, n. 経口摂取の維持, o. 食べる楽しみの維持
p. 食事に伴う不快症状や苦痛の予防・軽減, q. 一口でも口から食べられること,
r. 本人の希望に沿った食支援の実現, s. 入院の予防, t. 安寧な看取りにつながること, u. 家族の満足感,
v. その他（具体的に： ）

（2）要介護度4,5の入所者に対する効果的な栄養ケア・マネジメントを提供するために、どのような要素が特に重要と感じますか。a~tのうち当てはまるものすべてに○をつけてください。

- a. 本人の希望・価値観の確認, b. 目標設定（目的・優先順位の明確化）,
c. 栄養状態の評価（スクリーニング／アセスメント）, d. 摂食嚥下機能の評価
e. 口腔状態の評価, f. 食形態の調整, g. 食事介助方法の標準化,
h. 栄養密度の調整（少量高栄養など）, i. 補食・栄養補助食品の活用, j. 水分摂取の計画,
k. 消化器症状（便秘・下痢など）への対応, l. 薬剤・疾患が摂取に与える影響の評価,
m. モニタリング（指標と頻度の設定）, n. 多職種カンファレンスの実施,

o. リハビリテーション・栄養・口腔の一体的取組の実施, p. 情報共有（記録様式・申し送りの統一）, q. 職員教育（食事観察・介助・誤嚥予防など）, r. 食事環境の調整（姿勢・食事環境・時間確保など）, s. 家族との合意形成, t. その他（具体的に： ）
--

2. 「栄養スクリーニング・栄養アセスメント」についてお答えください。

(1) 入所時の栄養スクリーニング・栄養アセスメント実施状況についてお答えください。

<u>①. BMI (a～c は複数回答可)</u> a. 自施設で測定した身長と体重から算出する, b. 他事業所から得られた情報を用いる c. その他（自由記載 ）, d. 把握しない ①で a を選択した場合⇒主に測定に関わる職種（複数回答可）： 1: 医師, 2: 歯科医師, 3: 歯科衛生士, 4: 薬剤師, 5: 介護福祉士, 6: 介護職員（介護福祉士除く）, 7: 介護支援専門員, 8: 看護師, 9: 准看護師, 10: 理学療法士, 11: 作業療法士, 12: 言語聴覚士, 13: 専任の機能訓練指導員, 14: 管理栄養士, 15 栄養士（管理栄養士を除く） ①で b を選択した場合⇒主に把握に用いる書類（複数回答可）： 1: 主治医意見書, 2: 課題分析標準項目, 3: 医療機関からの栄養情報提供書, 4: その他（自由記載 ） ①で d を選択した場合⇒把握しない理由（複数回答可）： 1: 測定が困難, 2: 人員不足, 3: その他（自由記載 ）
<u>②. 体重減少率 (a～c は複数回答可)</u> a. 自施設で測定した体重（現体重）と入所前の情報（過去の体重）を組み合わせる b. 他事業所から得られた情報を用いる, c. その他（自由記載 ）, d. 把握しない ②で a を選択した場合⇒主に測定に関わる職種（複数回答可）： 1: 医師, 2: 歯科医師, 3: 歯科衛生士, 4: 薬剤師, 5: 介護福祉士, 6: 介護職員（介護福祉士除く）, 7: 介護支援専門員, 8: 看護師, 9: 准看護師, 10: 理学療法士, 11: 作業療法士, 12: 言語聴覚士, 13: 専任の機能訓練指導員, 14: 管理栄養士, 15 栄養士（管理栄養士を除く） ②で b を選択した場合⇒主に把握に用いる書類（複数回答可）： 1: 主治医意見書, 2: 課題分析標準項目, 3: 医療機関からの栄養情報提供書, 4: その他（自由記載 ） ②で d を選択した場合⇒把握しない理由（複数回答可）： 1: 測定が困難, 2: 人員不足, 3: その他（自由記載 ）
<u>③. 血清アルブミン値 (a～c は複数回答可)</u> a. 自施設（併設医療機関を含む）で採血する, b. 他事業所から得られた情報を用いる c. その他（自由記載 ）, d. 把握しない ③で b を選択した場合⇒主に把握に用いる書類（複数回答可）： 1: 主治医意見書, 2: 課題分析標準項目, 3: 医療機関からの栄養情報提供書, 4: その他（自由記載 ） ③で d を選択した場合⇒把握しない理由（複数回答可）： 1: 測定が困難, 2: 人員不足, 3: その他（自由記載 ）
<u>④. 褥瘡 (a～c は複数回答可)</u> a. 自施設（併設医療機関を含む）で評価する, b. 他事業所から得られた情報を用いる c. その他（自由記載 ）, d. 把握しない ④で a を選択した場合⇒主に測定に関わる職種（複数回答可）： 1: 医師, 2: 歯科医師, 3: 歯科衛生士, 4: 薬剤師, 5: 介護福祉士, 6: 介護職員（介護福祉士除く）, 7: 介護支援専門員, 8: 看護師, 9: 准看護師, 10: 理学療法士, 11: 作業療法士, 12: 言語聴覚士, 13: 専任の機能訓練指導員, 14: 管理栄養士, 15 栄養士（管理栄養士を除く）

④で b を選択した場合⇒主に把握に用いる書類（複数回答可）： 1: 主治医意見書, 2: 課題分析標準項目, 3: 医療機関からの栄養情報提供書, 4: その他（自由記載）
④で d を選択した場合⇒把握しない理由（複数回答可）： 1: 測定が困難, 2: 人員不足, 3: その他（自由記載）
⑤. 栄養補給法（a～c は複数回答可） a. 自施設で評価する, b. 他事業所から得られた情報を用いる, c. その他（自由記載）, d. 把握しない
⑤で a を選択した場合⇒主に測定に関わる職種（複数回答可）： 1: 医師, 2: 歯科医師, 3: 歯科衛生士, 4: 薬剤師, 5: 介護福祉士, 6: 介護職員（介護福祉士除く）, 7: 介護支援専門員, 8: 看護師, 9: 准看護師, 10: 理学療法士, 11: 作業療法士, 12: 言語聴覚士, 13: 専任の機能訓練指導員, 14: 管理栄養士, 15 栄養士（管理栄養士を除く）
⑤で b を選択した場合⇒主に把握に用いる書類（複数回答可）： 1: 主治医意見書, 2: 課題分析標準項目, 3: 医療機関からの栄養情報提供書, 4: その他（自由記載）
⑤で d を選択した場合⇒把握しない理由（複数回答可）： 1: 測定が困難, 2: 人員不足, 3: その他（自由記載）
⑥. 食事摂取量（%）（a～c は複数回答可） a. 自施設で評価した食事摂取量から算出する, b. 他事業所から得られた情報を用いる c. その他（自由記載）, d. 把握しない
⑥で a を選択した場合⇒主に測定に関わる職種（複数回答可）： 1: 医師, 2: 歯科医師, 3: 歯科衛生士, 4: 薬剤師, 5: 介護福祉士, 6: 介護職員（介護福祉士除く）, 7: 介護支援専門員, 8: 看護師, 9: 准看護師, 10: 理学療法士, 11: 作業療法士, 12: 言語聴覚士, 13: 専任の機能訓練指導員, 14: 管理栄養士, 15 栄養士（管理栄養士を除く）
⑥で b を選択した場合⇒主に把握に用いる書類（複数回答可）： 1: 主治医意見書, 2: 課題分析標準項目, 3: 医療機関からの栄養情報提供書, 4: その他（自由記載）
⑥で d を選択した場合⇒把握しない理由（複数回答可）： 1: 測定が困難, 2: 人員不足, 3: その他（自由記載）
⑦. 必要栄養量（エネルギー・たんぱく質など）（a～c は複数回答可） a. 自施設で評価した情報から算出する, b. 他事業所から得られた情報を用いる c. その他（自由記載）, d. 把握しない
⑦で a を選択した場合⇒主に測定に関わる職種（複数回答可）： 1: 医師, 2: 歯科医師, 3: 歯科衛生士, 4: 薬剤師, 5: 介護福祉士, 6: 介護職員（介護福祉士除く）, 7: 介護支援専門員, 8: 看護師, 9: 准看護師, 10: 理学療法士, 11: 作業療法士, 12: 言語聴覚士, 13: 専任の機能訓練指導員, 14: 管理栄養士, 15 栄養士（管理栄養士を除く）
⑦で b を選択した場合⇒主に把握に用いる書類（複数回答可）： 1: 主治医意見書, 2: 課題分析標準項目, 3: 医療機関からの栄養情報提供書, 4: その他（自由記載）
⑦で d を選択した場合⇒把握しない理由（複数回答可）： 1: 測定が困難, 2: 人員不足, 3: その他（自由記載）
⑧. 食事時の摂食・嚥下状況（姿勢・食べ方・むせ等）（a～c は複数回答可） a. 自施設で評価する, b. 他事業所から得られた情報を用いる, c. その他（自由記載）, d. 把握しない
⑧で a を選択した場合⇒主に測定に関わる職種（複数回答可）： 1: 医師, 2: 歯科医師, 3: 歯科衛生士, 4: 薬剤師, 5: 介護福祉士, 6: 介護職員（介護福祉士除く）, 7: 介護支援専門員, 8: 看護師, 9: 准看護師, 10: 理学療法士, 11: 作業療法士, 12: 言語聴覚士, 13: 専任の機能訓練指導員, 14: 管理栄養士, 15 栄養士（管理栄養士を除く）

⑧で b を選択した場合⇒主に把握に用いる書類（複数回答可）： 1: 主治医意見書, 2: 課題分析標準項目, 3: 医療機関からの栄養情報提供書, 4: その他（自由記載）
⑧で d を選択した場合⇒把握しない理由（複数回答可）： 1: 測定が困難, 2: 人員不足, 3: その他（自由記載）
⑨. 嚥下調整食の必要性の有無（a～c は複数回答可） a. 自施設で評価する, b. 他事業所から得られた情報を用いる, c. その他（自由記載）, d. 把握しない
⑨で a を選択した場合⇒主に測定に関わる職種（複数回答可）： 1: 医師, 2: 歯科医師, 3: 歯科衛生士, 4: 薬剤師, 5: 介護福祉士, 6: 介護職員（介護福祉士除く）, 7: 介護支援専門員, 8: 看護師, 9: 准看護師, 10: 理学療法士, 11: 作業療法士, 12: 言語聴覚士, 13: 専任の機能訓練指導員, 14: 管理栄養士, 15 栄養士（管理栄養士を除く）
⑨で b を選択した場合⇒主に把握に用いる書類（複数回答可）： 1: 主治医意見書, 2: 課題分析標準項目, 3: 医療機関からの栄養情報提供書, 4: その他（自由記載）
⑨で d を選択した場合⇒把握しない理由（複数回答可）： 1: 測定が困難, 2: 人員不足, 3: その他（自由記載）

(2) 入所中の再スクリーニング・再アセスメントは、定められた期間で定期的実施していますか。

(※低リスク者：3 か月、中リスク者：1 か月、高リスク者：2 週間)

(a, b いずれかに○) a. すべての項目を定められた期間で定期的実施している b. 一部の項目については定められた期間で定期的実施していない
b を選んだ場合⇒定期的実施していない項目（複数回答可）： 1: BMI, 2: 体重減少率, 3: 血清アルブミン値, 4: 褥瘡, 5: 栄養補給法, 6: 食事摂取量, 7: 必要栄養量, 8: 食事時の摂食・嚥下状況, 9: 嚥下調整食の必要性の有無
b を選んだ場合⇒実施していない理由（複数回答可） 1: 人員不足, 2: 必要性が乏しい, 3: その他（自由記載）

(3) 貴施設で栄養スクリーニングを実施するうえで、参考になっている栄養スクリーニングツール（厚生労働省の様式例を除く）はありますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

(a～i は複数回答可) a. SGA, b. NRS-2002, c. MNA, d. MNA-SF, e. MUST, f. MST, g. GNRI, h. CONUT, i. その他（具体的に：）, j. いずれも参考にしない
--

(4) 貴施設で栄養スクリーニング（厚生労働省の様式例）を実施するうえで「課題」は何ですか。a～k のうちあてはまるものすべてに○をつけてください。

a. 職員の業務負担が大きい（介護支援専門員、介護職員、看護職員等を含む） b. 職員の理解や協力が得られない（介護支援専門員、介護職員、看護職員等を含む） c. 経営陣、管理職の理解や協力が得られない, d. 主導する職種が決まっていない e. 業務について職員間の相互理解が進まない（介護支援専門員、介護職員、看護職員等を含む） f. 他事業所から得られる情報の活用が難しい, g. 電子カルテ等のシステムが対応していない h. 看取り対応の入所者の評価, i. 評価結果に影響を与える要因（浮腫、回復期の体重変動など）の判断が難しい。 j. 体重測定の精度に課題がある（測定環境や職員の技術差など）, k. その他（自由記載）

3. 「GLIM 基準」についてお答えください。

※GLIM 基準は、栄養スクリーニングにより低栄養リスクがあると判定された対象者に対し、表現型 3 項目（①意図しない体重減少、②低 BMI、③筋肉量減少）と病因基準 2 項目（①食事摂取量減少/消化吸収能低下、②疾患による負荷/炎症反応）をもとに低栄養の重症度を判定する国際基準です。日本においては診療報酬の算定要件に組み込まれるなど、医療機関等での導入が進んでいます。

参考：日本病態治療学会 https://www.jspen.or.jp/glim/glim_overview

(1) 貴施設では、GLIM 基準による低栄養診断は実施していますか (a,b,c いずれかに○)

- a. 原則全ての入所者について実施している, b. 必要と判断された入所者にのみ実施している,
c. 実施していない

a,b いずれかに○の場合⇒GLIM 基準による低栄養の診断はどのように実施していますか
(あてはまるものすべてに○)

1. GLIM 基準に沿って自施設で判断している,
2. 医療機関等の他事業所からの情報に GLIM 基準による診断の記載がある場合に確認している

(2) 貴施設では、GLIM 基準による低栄養診断の実施に関わらず、以下の項目について把握していますか

①. 筋肉量の減少 (a～c は複数回答可)

- a. 自施設で評価する
b. 他事業所から得られた情報を用いる
c. その他 (自由記載)
d. 把握しない

①で a を選択した場合⇒主に評価に関わる職種 (複数回答可) :

- 1: 医師, 2: 歯科医師, 3: 歯科衛生士, 4: 薬剤師, 5: 介護福祉士, 6: 介護職員 (介護福祉士除く),
7: 介護支援専門員, 8: 看護師, 9: 准看護師, 10: 理学療法士, 11: 作業療法士, 12: 言語聴覚士,
13: 専任の機能訓練指導員, 14: 管理栄養士, 15 栄養士 (管理栄養士を除く)

①で a を選択した場合⇒把握方法 (複数回答可) :

- 1: 身体計測値 (a. 下腿周囲長, b. その他 (自由記載)),
2: 断層画像 (CT 等), 3: DEXA 法, 4: インピーダンス法, 5: その他 (自由記載)

①で b を選択した場合⇒主に把握に用いる書類 (複数回答可) :

- 1: 主治医意見書, 2: 課題分析標準項目, 3: 医療機関からの栄養情報提供書, 4: その他 (自由記載)

①で d を選択した場合⇒把握しない理由 (複数回答可) :

- 1: 測定が困難, 2: 人員不足, 3: その他 (自由記載)

②. 疾患負荷／炎症 (a～c は複数回答可)

- a. 自施設で評価する, b. 他事業所から得られた情報を用いる, c. その他 (自由記載), d. 把握しない

②で a を選択した場合⇒主に評価に関わる職種 (複数回答可) :

- 1: 医師, 2: 歯科医師, 3: 歯科衛生士, 4: 薬剤師, 5: 介護福祉士, 6: 介護職員 (介護福祉士除く),
7: 介護支援専門員, 8: 看護師, 9: 准看護師, 10: 理学療法士, 11: 作業療法士, 12: 言語聴覚士,
13: 専任の機能訓練指導員, 14: 管理栄養士, 15 栄養士 (管理栄養士を除く)

②で a を選択した場合⇒把握方法 (複数回答可) :

- 1: 急性疾患や外傷の有無, 2: 慢性疾患の有無, 3: 血液検査 (CRP 等), 4. その他 (自由記載)

②で b を選択した場合⇒主に把握に用いる書類 (複数回答可) :

1: 主治医意見書, 2: 課題分析標準項目, 3: 医療機関からの栄養情報提供書, 4: その他（自由記載）
②でdを選択した場合⇒把握しない理由（複数回答可）:
1: 測定が困難, 2: 人員不足, 3: その他（自由記載）

(3) 貴施設で GLIM 基準を実施または導入するうえで「課題」は何ですか。a~l のうち あてはまるものすべて に○をつけてください。

a. 職員の業務負担が大きい（介護職員や看護職員等を含む） b. 職員の理解や協力が得られない（介護職員や看護職員等を含む） c. 経営陣、管理職の理解や協力が得られない、 d. 主導する職種が決まっていない e. 業務について職員間の相互理解が進まない（介護職員や看護職員等を含む） f. 他事業所から得られる情報の活用が難しい g. 電子カルテ等のシステムが対応していない h. 評価方法がわからない i. 実施するメリットがない j. 看取り対応の入所者の評価が難しい k. 介護報酬で評価されていない l. その他（自由記載）
--

3. 2026 年 2 月末日時点の施設の概要についてお答えください。

(1) 施設種・経営主体・併設事業所

① 施設種（a, b いずれかに○）: a. 特養, b. 老健 ⇒老健の場合、在宅復帰・在宅療養支援機能区分（老健のみ回答、いずれかに○） （イ）超強化型, （ロ）在宅強化型, （ハ）加算型, （ニ）基本型, （ホ）その他型
② 経営主体（a, b, c, d いずれかに○）: a. 医療, b. 社会福祉, c. 営利, d. その他（具体的に）
③ 併設事業所（複数回答可）: a. 通所介護, b. 通所リハビリテーション, c. 医療機関, d. その他（）

(2) 入所定員と調査日（記入日近時）の入所者をご記入ください。（ショートステイ等を除く本入所者）

① 定員（）床
② 入所実人数（）人
③ 平均在所日数（）日（小数点 1 桁まで）
④ 平均要介護度（）（小数点 1 桁まで）
⑤ 要介護 4 以上の人数（）人
⑥ 低栄養状態中高リスク者の人数（）人

(3) 職種別職員数についてお答えください。（常勤換算、小数点 1 桁まで）

(0 人の場合は「0」をご記入ください。)

① 医師（）人, ② 歯科医師（）人, ③ 歯科衛生士（）人, ④ 薬剤師（）人, ⑤ 介護福祉士（）人, ⑥ 介護職員（介護福祉士を除く）（）人, ⑦ 介護支援専門員（）人, ⑧ 看護師（）人, ⑨ 准看護師（）人, ⑩ 理学療法士（）人, ⑪ 作業療法士（）人, ⑫ 言語聴覚士（）人, ⑬ 専任の機能訓練指導員（h~l の従業員を除く）（）人,

⑭ 管理栄養士（ ）人, ⑮ 栄養士（管理栄養士を除く）（ ）人

（４）加算算定状況：貴施設において、2025 年 4 月 1 日から 2026 年 2 月 28 日の 11 か月間で 1 件以上算定しているものについて、あてはまるものすべてに○をつけてください。

- ① 栄養マネジメント強化加算, ② 経口移行加算, ③ 経口維持加算Ⅰ, ④ 経口維持加算Ⅱ,
⑤ リハビリテーション計画書情報加算(Ⅰ)(老健のみ), ⑥ 個別機能訓練加算(Ⅲ)+(Ⅰ)(Ⅱ)(特養のみ),
⑦ 療養食加算, ⑧ 科学的介護推進体制加算Ⅰ, ⑨ 科学的介護推進体制加算Ⅱ
⑩ 褥瘡マネジメント加算, ⑪ 看取り介護加算(特養のみ), ⑫ ターミナルケア加算(老健のみ)

4. 以下についてご意見・要望がありましたらご回答ください。

- (1) 今後の介護報酬改定について
(2) その他(ご自由に)

ご協力ありがとうございました。記入漏れがないことをご確認いただき 2026 年 3 月末日までに送信してください。集計結果は、報告書として Web ページ (<http://www.j-ncm.com/>) に掲載予定です。

(URL は依頼状にも記載されております)

<回答を終了し、送信する>

問い合わせ先

研究代表者 高田健人(日本健康・栄養システム学会 理事)

一般社団法人 日本健康・栄養システム学会事務局

〒111-0053 東京都台東区浅草橋 3-1-1 TJ ビル 3 階

TEL 03-5829-8590 FAX 03-5829-6679 メール: k-takada@jumonji-u.ac.jp

(メール、FAX でできるだけお願い致します)

令和7年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）
高齢者の自立支援・重度化防止に資する栄養ケア・マネジメントの推進に向けた低栄養状態
の把握手法のための研究
分担研究報告書

栄養評価指標と予後との関連：介護DBによるコホート研究

研究協力者 清水 昭雄 三重大学附属病院 リハビリテーション部 助教
研究分担者 遠又 靖丈 神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部 栄養学科
研究代表者 高田 健人 一般社団法人 日本健康・栄養システム学会

研究要旨

【背景・目的】低栄養状態に関する国際的な評価法として、「Global Leadership Initiative on Malnutrition」の基準（GLIM 基準）が提唱され、日本の医療制度においても標準的な基準として参照されている。本研究は、介護保険施設の入所者を対象とした GLIM 基準を参照した栄養評価と予後との関連を検討することを目的とした。

【方法】本研究は、介護DBに基づくコホート研究として、要介護2～4の19,779人を解析対象者とした。対象期間は、2021年5月～2022年12月とした。アウトカム（イベント）は、入院または死亡による退所、要介護度悪化の発生とした。

【結果】GLIM 基準を参照した栄養評価と入院・死亡による退所との関連について、低栄養群のハザード比は1.324（95%信頼区間：1.238, 1.417）と、非低栄養群と比べて有意に高かった。また、要介護度悪化との関連についても、低栄養群のハザード比は1.278（95%信頼区間：1.163, 1.404）と有意に高かった。

【考察】介護保険施設入所者において GLIM 基準を参照した栄養評価は入院・死亡や要介護度悪化の予後予測に有用である可能性が示唆された。

A. 研究目的

介護保険施設では、2005年より「栄養マネジメント加算」により、低栄養状態の予防・改善を図るために個別化された栄養管理を実施することが制度化された。「栄養マネジメント加算」では、「低栄養状態のリスク分類」により、体重減少率、BMI、血清アルブミン値、食事摂取量などの指標から、低栄養状態の者をスクリーニングすることが求められている。日本健康・栄養システム学会の平成26年度厚生労働省老人保健推進費等補助金「施設入所・退所者の経口維持のための栄養管理・口腔管理体制の整備とあり方に関する調査研究」では、特養・老健1,646人の要介護高齢者を対象として7か月間の生存状況を追跡したコホート研究によって、この低栄養状態の分類で中リスクあるいは高リスクと判定された者の死亡リスクが有意に高かったことが報告されている。しかし、「低栄養状態のリスク分類」は介護保険独自のものであり、標準化された指標とは言い難い。

低栄養状態に関する国際的な評価法として、「Global Leadership Initiative on Malnutrition」の基準（GLIM 基準）が提唱

され[1, 2]、日本の医療制度においても標準的な基準として参照されている。既に医療分野においては、GLIM 基準による低栄養が生存アウトカムと関連することが複数の研究から報告されている[3]。また、日本においても GLIM 基準が予後と関連することが複数の研究において報告されている[4-11]。しかし、日本の介護保険施設の入所者を対象として GLIM 基準による栄養評価と予後との関連を検討した日本全国のコホート研究の知見は乏しい。

本研究の目的は、介護保険施設の入所者を対象として GLIM 基準を参照した栄養評価と予後との関連を検討することである。

B. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、「匿名介護保険等関連情報データベース（介護DB）」に基づくコホート研究（オープンコホートデザイン）である。具体的には、厚生労働省より提供された「定型データセット」を用いて、「匿名介護レセプト等情報」と「匿名LIFE情報」の2種類を解析に用いた。対象期間は、2021年5月～2022年12月とした。

本研究では、「GLIM 基準を参照した栄養評価によって低栄養と判定された者は（非低栄養と判定された者に比べて）、入所後の入院・死亡や機能悪化のリスクが高い」という仮説に基づく解析を計画した。

2. 対象者

「給付実績情報（基本情報レコード）(DT1111_H1)」にデータが存在する日本全国の介護老人福祉施設（特養）または介護老人保健施設（老健）を利用していた 65 歳以上の者を解析対象とした（「サービス種類コード=51：介護老人福祉施設（特養）」、「サービス種類コード=52：介護老人保健施設（老健）」）。本研究では Prevalent user bias を考慮する観点から 2021 年 5 月よりも前に入所していた継続入所者を対象から除き、2021 年 5 月 1 日以降の最も日付が古い入所日（すなわち 2021 年 5 月 1 日以降で、5 月 1 日に最も近い時点の入所）を入所時として定義した。

特養または老健に入所日が 2021 年 5 月 1 日～2022 年 12 月 31 日に入所した者 757,465 人のうち、入所月の介護レセプトの情報がなかった者、要介護認定の有効期間開始日が入所日以前であった者、年齢が 65 歳未満または 95 歳以上の者、要介護度 2～4 以外の者、ベースライン時（入所後 2 週間以内）の LIFE 総合情報「テーブル ID：FORM_Z_2021」（form Z）の情報が見当たらなかった者、入所後 90 日以内に退所した者、入所時から 3 ヶ月目（許容誤差±14 日）の form_z の情報が見当たらなかった者、form_z および「テーブル ID：form_z_detail_medical_his」の情報から GLIM 基準を参照した栄養指標の情報が欠損であった者、入所時から 3 ヶ月後の form_z の情報が参照された日以前に要介護度の変化があった者を除外し、19,779 人を解析対象者とした。

3. GLIM 基準を参照した栄養指標

本研究では低栄養状態を、意図しない体重減少、Body Mass Index 低値（低 BMI）、低筋肉量を含む現症基準および食事摂取量不足、慢性疾患による疾病負荷を含む病因基準に基づいて評価した。全ての評価時点は入所時から 3 ヶ月目に設定した。なお、GLIM 基準で提案されている栄養スクリーニングを加味しない想定で、評価に必要な全項目に欠損がない全ての利用者を対象にした。

第 1 に、意図しない体重減少については、入所時および 3 ヶ月時の体重 (kg) を用いて、 $\text{体重減少率 (\%)} = [(\text{入所時体重} - 3 \text{ ヶ月時体重}) \div \text{入所時体重}] \times 100$ の式により算出した。算出された体重減少率が 6 ヶ月以内に 5 %を超える場合[1]を、意図しない体重減少に相当するものとして定義した。

第 2 に、低 BMI については、3 ヶ月時の身長および体重から算出した BMI (kg/m^2) を用いて評価した。70 歳未満では BMI 18.5 kg/m^2 未満、70 歳以上では BMI 20.0 kg/m^2 未満の場合[1]を、低 BMI に該当すると定義した。

第 3 に、低筋肉量については、Wen らの推定式[12]を用いて四肢骨格筋量 (kg) を推定し、身長 (m^2) で除した skeletal muscle mass index (SMI: kg/m^2) により評価した。なお、本データベースでは年齢が連続値ではなくカテゴリデータとして提供されていたため、各カテゴリの中央値を年齢の代替値として使用した。具体的には、65～69 歳を 67.5 歳、70～74 歳を 72.5 歳、75～79 歳を 77.5 歳、80～84 歳を 82.5 歳、85～89 歳を 87.5 歳、90 歳以上を 92.5 歳（90～95 歳の中央値と仮定）として割り当てた。算出された SMI がアジア人のカットオフ値（男性：7.00 kg/m^2 未満、女性：5.70 kg/m^2 未満）[13]を下回る場合を、低筋肉量に該当すると定義した。

第 4 に、食事摂取量不足については、GLIM 基準では、必要エネルギー量の 50% 以下が 1 週間を超えて継続する場合、または何らかの摂取量低下が 2 週間を超えて継続する場合を食事摂取量不足と定義している[1]。本研究では使用した LIFE データベースにおける必要エネルギー量の算出方法が不明であったため、3 ヶ月時点での食事摂取割合が 70% 未満の場合を食事摂取量不足に該当すると定義した。

第 5 に、慢性疾患による疾病負荷については、うつ血性心不全、認知症、慢性肺疾患、膠原病、肝疾患、臓器障害を伴う糖尿病、中等度～重度の腎障害、固形がん、リンパ腫、転移性固形がん、AIDS に対応する ICD-10 コード (Kimura T ら[14] を参照) のいずれかに入所時で該当していた場合を、慢性疾患による疾病負荷に該当すると定義した。

これらの表現型基準 3 項目（意図しない体重減少、低 BMI、筋肉量減少）と病因基準 2 項目（食事摂取量不足、疾病負荷）の両基準からそれぞれ 1 つ以上の項目に該当した者を低栄養群と判定した[9]。

3. 予後指標（アウトカム）

本研究の主要アウトカムである入院・死亡の指標として、「入院または死亡による退所」（入院による退所と死亡による退所の複合エンドポイント）とした。

副次アウトカムである機能悪化の指標として、「要介護度（要介護認定区分）の悪化」とした。

これらの情報は、「要介護認定情報・介護レセプト等情報」の「給付実績情報（基本情報レコード）（DT1111_H1）」から定義した。

追跡は、入所時から3ヶ月目の時点を追跡0日目として、最大365日間、観察期間終了日（打ち切り日）は2022年12月31日として定義した。

3. 統計解析

カプランマイヤー法（積極限法）によって、時点ごとの曝露変数群ごと（低栄養群と非低栄養群）の累積発生割合を算出した。また、Cox 比例ハザードモデルを用いて、非低栄養群を基準とした場合の低栄養群のハザード比を算出した。調整項目は、性別、年齢、要介護度とした。統計解析には、R version 4.5.1 を用いた。統計学的有意水準は $p < 0.05$ とした。

4. 倫理面への配慮

本研究は、神奈川県立保健福祉大学研究倫理審査委員会による承認を得て実施した（承認通知番号：保大第 10-24-1）。

C. 研究結果

図1に、GLIM 基準を参照した栄養評価と入院・死亡による退所との関連について示した。低栄養群のハザード比は 1.324（95%信頼区間：1.238, 1.417）と、非低栄養群と比べて統計学的に有意に高かった（ $p < 0.001$ ）。

図2に、GLIM 基準を参照した栄養評価と要介護度悪化との関連について示した。低栄養群のハザード比 1.278（95%信頼区間：1.163, 1.404）と、非低栄養群と比べて統計学的に有意に高かった（ $p < 0.001$ ）。

D. 考察

特養か老健に入所していた高齢者を対象として GLIM 基準を参照した栄養評価と予後との関連をコホート研究によって検討した結果、低栄養に該当した者では入院・死亡による退所と要介護度悪化のリスクが高か

ったことから、介護保険施設入所者において GLIM 基準を参照した栄養評価は入院・死亡や機能悪化の予後予測に有用である可能性が示唆された。

本研究には複数の限界点があげられる。

第一に、サンプリングバイアスの可能性があげられる。本研究は、LIFE のデータを提出した施設の入所情報に限られるため、全国の半数以上の特養・老健の入所者が解析に含まれていない。よって、本研究の対象は、日本の中でもケアの情報管理などが良好な施設が相対的に多い施設の入所者に偏っていた可能性が否定できない。特に低栄養のハイリスク者に対して栄養改善を目的とした介入を受けていた者が相対的に多かった可能性も考えられ、全国の特養・老健の入所者の自然経過（栄養ケアを受けていない。または特定の栄養ケアしかを受けていない）を仮定した場合と比べ、本研究の結果（関連）は過小評価であった可能性が否定できない。

第二に、本研究の栄養指標は、筋肉量には推定値を用いていることなど、厳密に定義された測定条件下での統一的な実測値による情報を用いていない点があげられる。

第三に、要介護度は制度上の有効期限などによって変化が影響されており、一定以上の機能低下でなければ悪化として把握されない可能性があげられる。それゆえ、生活機能の指標としては鋭敏ではない可能性があげられる。

以上の限界点をふまえて、本研究の解析結果が解釈される必要がある。

E. 結論

介護保険施設入所者において GLIM 基準を参照した栄養評価は入院・死亡や機能悪化の予後予測に有用である可能性が示唆された。

参考文献

- 1) Cederholm T., et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. **Clin Nutr** 2019; 38: 1-9.
- 2) Jensen G. L., et al. GLIM Criteria for the Diagnosis of Malnutrition: A Consensus Report From the Global Clinical Nutrition Community. **JPEN J Parenter Enteral Nutr** 2019; 43: 32-40.
- 3) Xu J., et al. Association of Global Leadership Initiative on Malnutrition with survival outcomes in patients with

- cancer: A systematic review and meta-analysis. **Clin Nutr** 2022; 41: 1874-1880.
- 4) Asai N., et al. The global leadership initiative on malnutrition criteria can predict a long-term prognosis among community-onset pneumonia. **Clin Nutr ESPEN** 2025; 68: 118-126.
 - 5) Matsui R., et al. Impact of GLIM Defined Malnutrition on Long Term Prognosis in Patients With Gastric Cancer After Gastrectomy. **Anticancer Res** 2022; 42: 4611-4618.
 - 6) Mori N., et al. Prognostic implications of the global leadership initiative on malnutrition criteria as a routine assessment modality for malnutrition in hospitalized patients at a university hospital. **Clin Nutr** 2023; 42: 166-172.
 - 7) Okazoe Y., et al. Prognostic Impact of Malnutrition Diagnosed by the GLIM Criteria for Resected Extrahepatic Cholangiocarcinoma. **Anticancer Res** 2023; 43: 2299-2308.
 - 8) Shimizu A., et al. Comparison between the Global Leadership Initiative on Malnutrition and the European Society for Clinical Nutrition and Metabolism definitions for the prevalence of malnutrition in geriatric rehabilitation care. **Geriatr Gerontol Int** 2020; 20: 1221-1227.
 - 9) Shimizu A., et al. The Global Leadership Initiative on Malnutrition-Defined Malnutrition Predicts Prognosis in Persons With Stroke-Related Dysphagia. **J Am Med Dir Assoc** 2019; 20: 1628-1633.
 - 10) Shimizu A., et al. GLIM Criteria-defined malnutrition and short-term mortality in acute care hospitals: A nationwide claims-based historical cohort study. **Clin Nutr** 2025; 54: 83-90.
 - 11) Uemura Y., et al. Clinical impacts of malnutrition based on the GLIM criteria using the MNA-SF for nutritional screening in patients with acute heart failure. **Heart Vessels** 2025; 40: 789-796.
 - 12) Wen X., et al. Anthropometric equation for estimation of appendicular skeletal muscle mass in Chinese adults. **Asia Pac J Clin Nutr** 2011; 20: 551-556.
 - 13) Chen L. K., et al. Asian Working Group for Sarcopenia: 2019 Consensus Update on Sarcopenia Diagnosis and Treatment. **J Am Med Dir Assoc** 2020; 21: 300-307.e302.
 - 14) Kimura Tomomi, et al. Validation and Recalibration of Charlson and Elixhauser Comorbidity Indices Based on Data From a Japanese Insurance Claims Database. **Japanese Journal of Pharmacoepidemiology/Yakuzai ekigaku** 2019; 24: 53-64.
- F. 研究発表**
1. 論文発表
なし
 2. 学会発表
なし
- G. 知的財産権の出願・登録状況**
なし

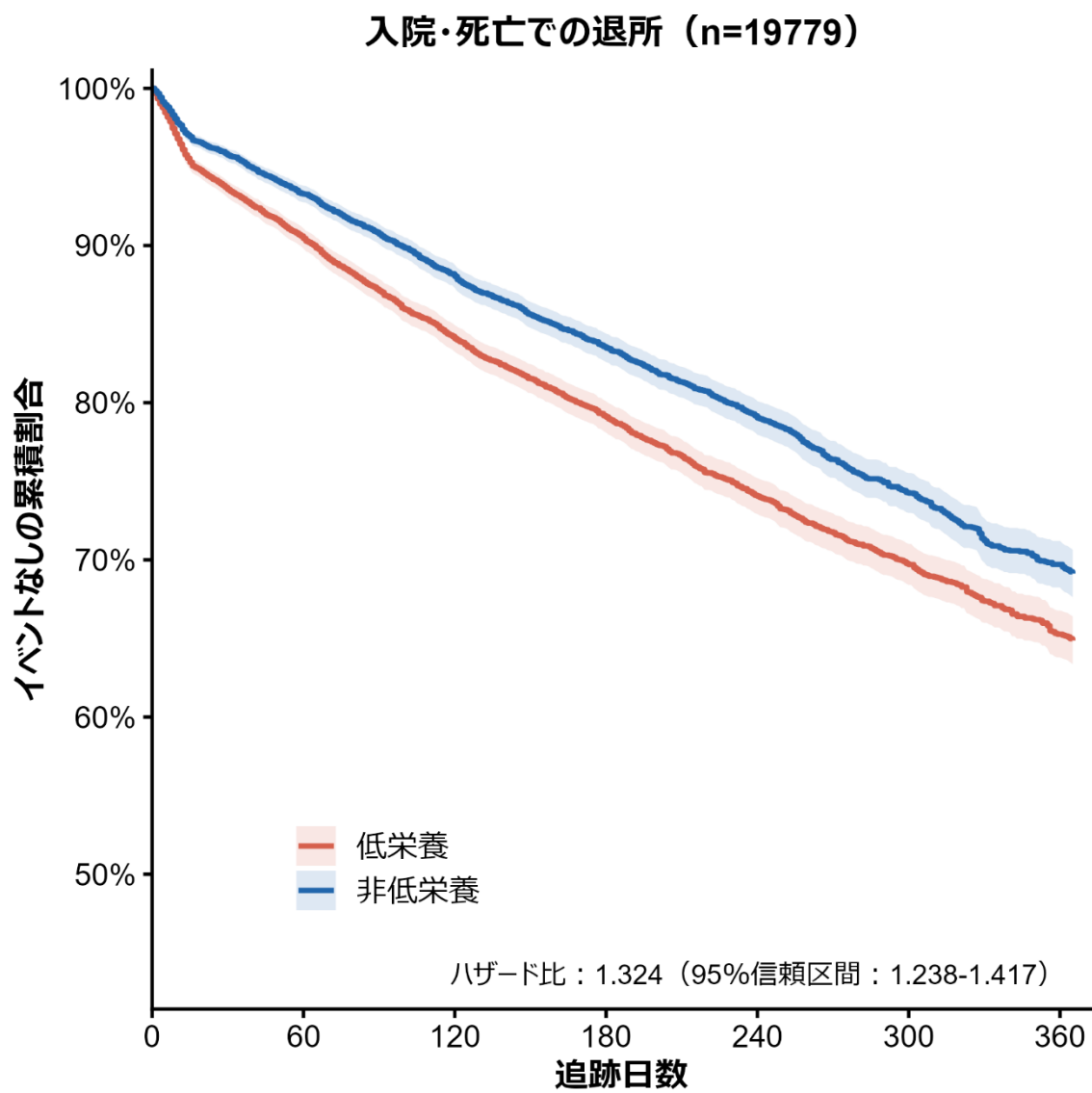


図1. GLIM 基準を参照した栄養評価と入院・死亡による退所との関連 (n=19,779)

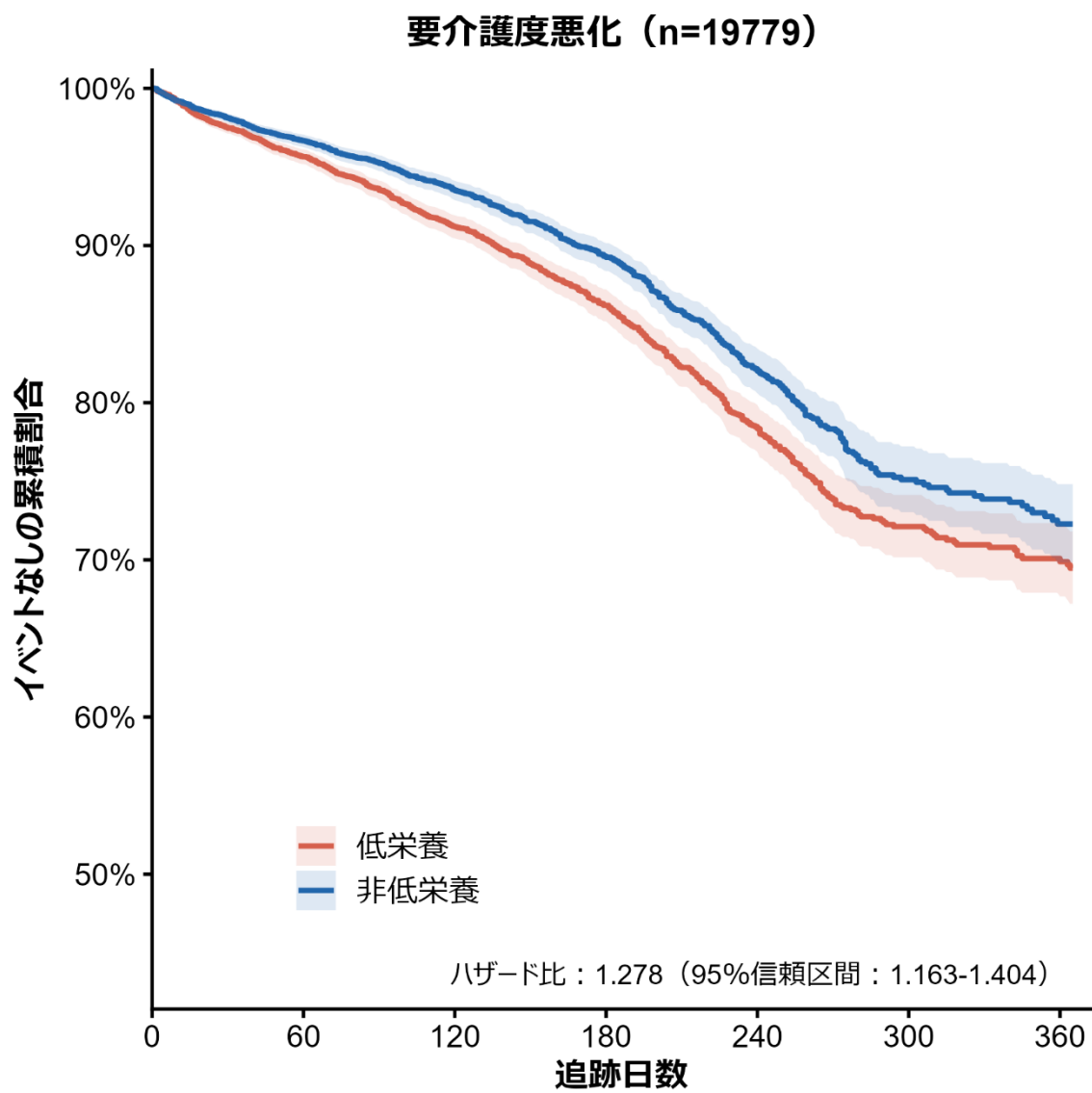


図2. GLIM 基準を参照した栄養評価と要介護度悪化との関連(n=19,779)

令和 7 年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）
高齢者の自立支援・重度化防止に資する栄養ケア・マネジメントの推進に向けた低栄養状態
の把握手法のための研究
分担研究報告書

「高齢者の自立支援・重度化防止に資する栄養ケア・マネジメントの推進に向けた
低栄養状態の把握手法のための研究」
—介護保険施設入所者個別調査（後ろ向き追跡調査）—

研究代表者	高田 健人	一般社団法人 日本健康・栄養システム学会
研究分担者	田中 和美	神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部 栄養学科
研究分担者	三浦 公嗣	一般社団法人 日本健康・栄養システム学会
研究分担者	清野 富久江	国立保健医療科学院 生涯健康研究部
研究分担者	加藤 昌彦	椋山女学園大学 生活科学部 管理栄養学科
研究分担者	遠又 靖丈	神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部 栄養学科
研究協力者	榎 裕美	愛知淑徳大学 食健康科学部 健康栄養学科
研究協力者	杉山みち子	一般社団法人 日本健康・栄養システム学会
研究協力者	小山 秀夫	一般社団法人 日本健康・栄養システム学会

研究要旨

【背景・目的】介護保険施設における栄養ケア・マネジメントでは、低栄養状態のリスク把握が重要であるが、現行の栄養スクリーニング項目や評価手順については、介護保険制度への導入以降、大きな見直しが行われていない。本研究では、介護保険施設の新規入所者を対象に、入所時点の栄養スクリーニング・栄養アセスメント関連指標等を把握し、追跡期間中の施設内死亡、入院、退所等のアウトカムとの関連を検討することを目的とした。

【方法】本研究は、介護保険施設の新規入所者を対象とする後ろ向き追跡研究である。対象施設は、日本健康・栄養システム学会に登録された臨床栄養師および過去の調査協力施設等を通じて機縁法により選定した。入所時点の既存帳票から、基本情報、要介護度、認知症高齢者の日常生活自立度、ADL、低栄養状態のリスクレベル、体重減少、褥瘡、栄養補給法、血清アルブミン値、食事摂取量、摂取・提供・必要栄養量、嚥下調整食の必要性、食事形態、本人の意欲等を収集することとした。また、調査期間中の体重および施設内死亡、入院、退所の発生日を把握することとした。

【結果（進捗状況）】本分担報告書作成時点では、特別養護老人ホーム 16 施設、介護老人保健施設 3 施設より調査協力の承諾を得ており、データ収集を進めている。

【考察（今後の予定）】今後、収集データの確認・整理を行い、入所時点の栄養関連指標の分布を把握するとともに、施設内死亡、入院、退所等のアウトカムとの関連について解析を行う予定である。

A. 研究目的

介護サービスにおける栄養ケア・マネジメント（以下、NCM）は、2005 年に介護保険制度に導入されて以来、介護保険施設の基本サービスとして、管理栄養士の配置のもと多職種連携で展開されている。NCM において、栄養スクリーニングは利用者の低栄養状態リスクを早期に把握・分別するためのプロセスであるが、その手順や項目については介護保険制度への導入以来大きく見直されていない。

診療報酬においては低栄養の国際標準である GLIM 基準が算定要件として導入が進んでいる。GLIM 基準では信頼性・妥当性が評価された栄養スクリーニング指標を用いるとされている。

一方で、介護サービスにおける現行基準では最新情報が不明、定期的な把握が困難等の課題があり、介護保険施設でのサービスの実態を踏まえた見直しが求められている。その際、介護サービスにおける NCM は疾病治療のみならず「食べる楽しみの支援」が

重視されるなど、栄養ケアの方針は医療とは異なる視点で検討される必要がある。

そこで本研究は、介護保険施設の新規入所者を対象に、入所時点の栄養スクリーニング・栄養アセスメント関連指標等を把握し、追跡期間中の施設内死亡、入院、退所等のアウトカムとの関連を検討することを目的とした。本研究により、介護保険施設の実態に即した低栄養状態の把握手法を検討するための基礎資料を得ることが期待される。

B. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、後ろ向き追跡（コホート）研究である。

2. 対象事業所、回答者および対象事業所

日本健康・栄養システム学会に登録された臨床栄養師や、過去に日本健康・栄養システム学会が実施した介護保険施設調査の協力施設の管理栄養士等を対象に、機縁法により調査を依頼し、施設長より承諾の得られた施設を対象事業所とした。本研究では入所者の個別データを扱うため無作為サンプリングは困難と判断し、機縁法により対象施設として選定した。そのため、栄養ケア・マネジメントに比較的関心の高い施設が含まれる可能性があり、結果の一般化可能性には一定の限界があると想定されている。

研究対象者は対象事業所における新規入所者（特養：2024年1月1日から2025年3月末まで、老健：2024年7月1日から2025年3月末まで）とした。介護サービスにおける栄養スクリーニングの実態を把握するため、施設ケアの影響が最小限と考えられる新規入所時点のデータをベースラインとした。

回答者は当該施設の常勤管理栄養士とした。

3. 調査方法

対象施設の施設長・管理栄養士に調査票（資料1）、調査項目一覧、依頼状、施設長・管理栄養士向け説明書（調査票の記載要綱含む）、承諾書、承諾撤回書、入所者・家族への説明書、オプトアウト用紙、オプトアウト記録表、入所者・家族の同意撤回書、ID対応表、添え状、データ入力用USBメモリ、返送用レターパックを郵送した。

施設長は送付された資料一式を確認し、調査協力の意思がある場合には、承諾書に

署名し、回答が終了したデータ入力用USBメモリとともに返送用レターパックに入れて本学会事務局に郵送した。承諾書は研究代表者が勤務する十文字学園女子大学の個人研究室内の施錠可能な保管庫に保管した。

データはデータ入力用USBメモリに、施設ごとに固有のパスワードを付した入力用Excelファイルに記録した。

必要に応じて施設保管の資料からの転記及び関連職種に問い合わせを行い令和8年5月末日までに返送することとした。作成されたデータベースにより、施設種別の集計を行う。

4. 調査内容

詳細は調査項目一覧（資料2）参照のこと。調査項目はいずれも対象施設において業務上把握される既存情報である。

1) 入所時点の既存帳票からの転記

a) 「栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング様式例」項目

低栄養状態のリスクレベル、【低栄養状態のリスク状況】身長、体重、BMI、3%以上の体重減少（1、3、6か月）、褥瘡、栄養補給法、血清アルブミン値、【食生活状況等】栄養補給の状況〔食事摂取量（割合）、主食の摂取量（割合）、主菜・副菜の摂取量（割合）、その他（補助食品など）〕、摂取栄養量〔エネルギー、たんぱく質（現体重当たり）〕、提供栄養量〔エネルギー、たんぱく質（現体重当たり）〕、必要栄養量〔エネルギー、たんぱく質（現体重当たり）〕、嚥下調整食の必要性、食事の形態、とろみ、食事の留意事項、本人の意欲、食欲・食事の満足感、食事に対する意識

b) 「科学的介護推進体制加算の必須項目（科学的介護推進に関する評価（施設サービス））」からの転記

要介護度、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、【総論】診断名（ICD-10）、ADL（Barthel Index）合計点、認知症の診断（アルツハイマー病、血管性認知症、レビー小体症、その他）

c) 基本情報

入所年月日、入所前の居所（居宅、医療機関、他の介護保険施設）、性別、年齢

入所時点の各指標は、原則として入所日当日の値を採用した。入所日当日の記録がない場合には、入所日前後7日以内の最も近接した記録を採用した。

2) 調査期間中の体重およびアウトカムイベント

体重（原則として毎月測定される測定日ごとの実測値）

アウトカムイベント：施設内死亡、入院、退所の発生日

体重値は、1 か月時点では入所後 30 日±7 日、3 か月時点では入所後 90 日±14 日、6 か月時点では入所後 180 日±14 日の範囲で最も近接した実測値を採用した。当該範囲に測定値が存在しない場合は欠損として扱った。

本研究におけるアウトカムイベントは、追跡期間中に発生した施設内死亡、入院、退所とした。各イベントについては、施設記録上確認可能な発生日を採用した。死亡については、施設記録上把握可能な施設内死亡に限って把握した。入院については複数回発生する可能性があるため、データ収集時には発生ごとに記録するが、解析では初回入院を用いることとした。退所については、施設記録に基づき、可能な範囲で在宅復帰、医療機関への転院、他の介護保険施設等への移動、その他に区分して把握した。

追跡開始日は入所日とした。観察期間中にいずれのイベントも発生しなかった者については、入所後 1 年間（365 日）又は観察終了日のいずれか早い時点で打ち切りとした。

5. 統計解析

入所時点の情報について、基本集計〔名義・順序変数：n、%、有効%（欠損値がある場合には除外し、回答者が限定される設問については分母を調整した%）、連続変数：n、平均値、中央値、標準偏差、最小値、最大値〕を行う。また、アウトカム別の比較として、名義変数については χ^2 検定、順序変数及び連続変数についてはマンホイットニーU 検定等を用いて検討する。

生存時間解析では、入所日を追跡開始日とする。主要解析では、施設内死亡、入院、退所のいずれかの初回発生からなる複合アウトカムをイベントとし、追跡終了日は、当該イベントの発生、入所後 1 年間（365 日）、又は観察終了日のうち最も早い日とする。いずれのイベントも発生しなかった者は、入所後 365 日又は観察終了日のいずれか早い時点で打ち切りとする。

主解析では、入所時点の低栄養状態リスクレベル及び各項目の判定区分を曝露、複

合アウトカムの発生をアウトカムとした Log-rank 検定及び Cox 比例ハザード分析を行う。副次解析として、施設内死亡、初回入院、退所をそれぞれ個別アウトカムとして同様に検討する。個別アウトカムの解析では、他のイベントが先に発生した場合には当該時点で打ち切りとして扱う。体重変化は時間依存的に得られる情報であるため、副次解析として 1 か月、3 か月、6 か月時点の体重変化率を用いたランドマーク解析を実施する。

多変量解析では、年齢、性別、要介護度、Barthel Index 合計点、認知症の有無、入所前居所、施設種別等を共変量として調整する。さらに、対象者が複数施設に属することを考慮し、施設種別による層別解析及び施設内相関を考慮した解析方法を検討する。各解析は利用可能な症例を対象として実施し、項目ごとに解析対象者数を明示する。統計解析には IBM SPSS Statistics ver.26 を用い、有意水準は 5%とする。

6. 倫理面への配慮

本研究は、日本健康・栄養システム学会倫理委員会の承認を得て実施した。（承認日：2026 年 4 月 7 日、承認番号：2026A2）

本研究で収集する情報はいずれも対象施設において業務上把握される既存情報であり、研究者が取得するデータには氏名等の直接個人を識別できる情報を含めないこととした。対象者 ID と個人を対応させる ID 対応表は対象施設内で適切に管理し、研究者には提供しないこととした。また、入所者および家族に対して研究に関する情報公開（オプトアウト）を行い、研究利用を希望しない場合には申し出る機会を保障した。収集データはパスワードを付した電子ファイルとして管理した。

C. 研究結果

本分担報告書作成時点では、特別養護老人ホーム 16 施設、介護老人保健施設 3 施設より調査協力の承諾を得ており、各施設において対象者の抽出および既存記録からのデータ転記を進めている。現時点ではデータ収集および確認作業の途中であるため、入所者属性、栄養スクリーニング・栄養アセスメント関連指標、体重変化、アウトカムイベントに関する集計結果は本報告書には含めない。

D. 考察

本研究は、介護保険施設の新規入所者を対象に、入所時点で業務上把握されている栄養スクリーニング・栄養アセスメント関連指標等を用いて、追跡期間中の施設内死亡、入院、退所等のアウトカムとの関連を検討する後ろ向き追跡研究として設計した点に特徴がある。介護保険施設における NCM では、低栄養状態のリスク把握に加え、食事摂取状況、嚥下・食形態、本人の意欲や食事満足感等を含めた生活支援としての視点が重要である。本研究では、これらの項目を既存帳票から収集し、アウトカムとの関連を検討することで、介護保険施設の実態に即した低栄養状態の把握手法を検討するための基礎資料を得ることを目指している。

一方で、対象施設は機縁法により選定しているため、栄養ケア・マネジメントに比較的関心の高い施設が含まれる可能性がある。また、既存記録を用いる研究であるため、項目によっては記録の有無や測定時期にばらつきが生じる可能性がある。今後は、収集データの欠損状況や記録のばらつきを確認したうえで、解析対象者数を明示しながら検討を進める必要がある。

E. 結論

本研究では、介護保険施設の新規入所者を対象として、入所時点の栄養スクリーニング・栄養アセスメント関連指標等と、追跡期間中の施設内死亡、入院、退所等のアウトカムとの関連を検討するための調査設計を行い、データ収集を開始した。今後、収集データの整理・解析を通じて、介護保険施設における低栄養状態の把握手法の検討に資する基礎資料を提示する予定である。

参考文献
なし

F. 研究発表

1. 論文発表
なし

2. 学会発表
なし

G. 知的財産権の出願・登録状況
なし

セクション	項目名	列記号	入力形式	選択肢/単位	備考
管理	対象者ID	A	text		
基本情報	入所年月日	B	date	YYYY/MM/DD	
基本情報	入所前の居所	C	list	居宅 / 医療機関 / 他の介護保険施設 / その他	
基本情報	性別	D	list	男 / 女 / その他・不明	
基本情報	年齢	E	int	整数	
介護・認知	要介護度	F	list	要支援1 / 要支援2 / 要介護1 / 要介護2 / 要介護3 / 要介護4 / 要介護5	
介護・認知	障害高齢者の日常生活自立度	G	list	自立 / J1 / J2 / A1 / A2 / B1 / B2 / C1 / C2	
介護・認知	認知症高齢者の日常生活自立度	H	list	自立 / I / IIa / IIb / IIIa / IIIb / IV / M	
介護・認知	認知症の診断	I	list	なし・不明 / アルツハイマー病 / 血管性認知症 / レビー小体病 / その他	
診断・ADL	診断名1	J	text		
診断・ADL	ICD-10コード1	K	text		
診断・ADL	診断名2	L	text		
診断・ADL	ICD-10コード2	M	text		
診断・ADL	診断名3	N	text		
診断・ADL	ICD-10コード3	O	text		
診断・ADL	ADL(Barthel Index)合計点	P	int	整数	
低栄養状態のリスク状況	低栄養状態のリスクレベル	Q	list	低 / 中 / 高	
低栄養状態のリスク状況	身長(cm)	R	decimal1	数値	
低栄養状態のリスク状況	体重(kg)	S	decimal1	数値	
低栄養状態のリスク状況	BMI(自動計算)	T	formula_decimal1	数値	自動計算列
低栄養状態のリスク状況	1か月で3%以上の体重減少	U	list	無 / 有	
低栄養状態のリスク状況	3か月で3%以上の体重減少	V	list	無 / 有	
低栄養状態のリスク状況	6か月で3%以上の体重減少	W	list	無 / 有	
低栄養状態のリスク状況	褥瘡	X	list	無 / 有	
低栄養状態のリスク状況	栄養補給法	Y	list	経口のみ / 一部経口 / 経腸栄養 / 静脈栄養 / その他	
低栄養状態のリスク状況	血清アルブミン値(g/dL)	Z	decimal1	数値	
食生活状況等	食事摂取量(%)	AA	pct_0_100	0~100	
食生活状況等	主食摂取量(%)	AB	pct_0_100	0~100	
食生活状況等	主菜摂取量(%)	AC	pct_0_100	0~100	
食生活状況等	副菜摂取量(%)	AD	pct_0_100	0~100	
食生活状況等	その他(補助食品など)	AE	text		

セクション	項目名	列記号	入力形式	選択肢/単位	備考
摂取栄養量	摂取栄養量_エネルギー(kcal/日)	AF	decimal l	数値	
摂取栄養量	摂取栄養量_たんぱく質(g/日)	AG	decimal l	数値	
摂取栄養量	摂取栄養量_たんぱく質(g/kg/日)(自動計算)	AH	formula_decimal 2	数値	自動計算列
提供栄養量	提供栄養量_エネルギー(kcal/日)	AI	decimal l	数値	
提供栄養量	提供栄養量_たんぱく質(g/日)	AJ	decimal l	数値	
提供栄養量	提供栄養量_たんぱく質(g/kg/日)(自動計算)	AK	formula_decimal 2	数値	自動計算列
必要栄養量	必要栄養量_エネルギー(kcal/日)	AL	decimal l	数値	
必要栄養量	必要栄養量_たんぱく質(g/日)	AM	decimal l	数値	
必要栄養量	必要栄養量_たんぱく質(g/kg/日)(自動計算)	AN	formula_decimal 2	数値	自動計算列
嚥下・食形態	嚥下調整食の必要性	AO	list	無 / 有	
嚥下・食形態	食事の形態	AP	list	常食 / 嚥下調整食	
嚥下・食形態	嚥下調整食コード	AQ	list	/ 4 / 3 / 2-2 / 2-1 / 1j / 0t / 0j	
嚥下・食形態	とろみ	AR	list	なし / 薄い / 中間 / 濃い	
嚥下・食形態	食事の留意事項	AS	text		
主観評価	本人の意欲	AT	list	1 よい / 2 まあよい / 3 ふつう / 4 あまりよくない / 5 よくない	評価尺度は説明シート参照
主観評価	食欲・食事の満足感	AU	list	1 大いにある / 2 ややある / 3 ふつう / 4 ややない / 5 全くない	評価尺度は説明シート参照
主観評価	食事に対する意識	AV	list	1 大いにある / 2 ややある / 3 ふつう / 4 ややない / 5 全くない	評価尺度は説明シート参照
調査期間中の体重	対象者ID	A(体重履歴)	text		入力シートA列と対応
調査期間中の体重	測定日	B(体重履歴)	date	YYYY/MM/DD	測定日ごとの実測値
調査期間中の体重	体重(kg)	C(体重履歴)	decimal	kg	原則として毎月測定
調査期間中の体重	備考	D(体重履歴)	text		任意入力
アウトカムイベント	対象者ID	A(アウトカムイベント)	text		入力シートA列と対応
アウトカムイベント	イベント種別	B(アウトカムイベント)	list	施設内死亡 / 入院 / 退所	イベント1件ごとに1行入力
アウトカムイベント	発生日	C(アウトカムイベント)	date	YYYY/MM/DD	
アウトカムイベント	備考	D(アウトカムイベント)	text		任意入力

令和7年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）
高齢者の自立支援・重度化防止に資する栄養ケア・マネジメントの推進に向けた低栄養状態
の把握手法のための研究
分担研究報告書

高齢者の自立支援・重度化防止に資する栄養ケア・マネジメントの推進に向けた
低栄養状態の把握手法のための研究
—文献調査—

研究代表者	高田 健人	一般社団法人 日本健康・栄養システム学会
研究分担者	遠又 靖丈	神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部 栄養学科
研究協力者	齋藤 柚葉	地方独立行政法人 神奈川県立こども医療センター
研究協力者	露崎 凜	公益財団法人 がん研究会 有明病院
研究協力者	岡 愛子	神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部 栄養学科
研究協力者	立山 怜奈	神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部 栄養学科
研究協力者	河邊 葵生	神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部 栄養学科
研究協力者	栗山 美波	神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部 栄養学科
研究協力者	源 美穂	神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部 栄養学科

研究要旨

【背景・目的】介護サービスにおける栄養ケア・マネジメントでは、利用者の低栄養状態またはそのリスクを早期に把握し、適切な栄養ケアへつなげるための栄養スクリーニングが重要である。一方で、介護保険施設等における栄養スクリーニングの手順や項目については、近年の低栄養診断基準や国際的な栄養スクリーニング・アセスメント指標との対応関係を整理する必要がある。本研究では、65歳以上の長期療養施設入所高齢者を対象として、低栄養状態のスクリーニング・アセスメントに用いられている指標・ツール、およびそれらの妥当性、信頼性、予測能力に関する文献を整理することを目的とした。

【方法】本研究では、2つのリサーチクエスション（RQ）を設定した。RQ1として、65歳以上の長期療養施設入所高齢者を対象とした栄養不良または低栄養状態のスクリーニング・アセスメントにおいてどのような指標・ツールが活用されているかを整理することとした。RQ2として、長期療養施設入所高齢者を対象として用いられている低栄養スクリーニングツールの妥当性、信頼性、予測能力はどのように評価されているかを整理することとした。検索にはPubMedを用い、長期療養施設入所高齢者、低栄養状態、栄養スクリーニング、栄養アセスメントに関連する語を組み合わせ、検索式を段階的に検討・改良した。抽出文献の文献一覧を作成したうえで、タイトルおよび抄録に基づく一次スクリーニングを実施している。

【結果】【結果】現在、RQ1で抽出された論文279件、RQ2で抽出された論文294件について文献一覧を作成し、表題および抄録に基づく一次スクリーニングを進めている。一次スクリーニングの過程では、本研究の対象およびRQに関連する可能性のある候補文献を複数確認している。RQ1に関連して、長期療養施設入所高齢者を対象に、MNA、MNA-SF、MUST、NRS-2002、SGA等の栄養スクリーニング・アセスメント指標を用いて栄養状態を評価した文献が確認された。RQ2に関連して、MNA、NRS-2002、MUST等のツール間比較、MNA-SFと死亡率との関連、GLIM基準の妥当性を検討した文献が確認された。ただし、現段階では最終的な採択文献の確定およびデータ抽出には至っていない。

【考察】本年度は、65歳以上の長期療養施設入所高齢者における低栄養状態の把握手法を検討するため、RQの設定、検索式の検討・改良、および一次スクリーニングを実施した。今後は、本文確認を通じて、本研究の対象およびRQに適合する文献を選定し、各文献で使用された指標・ツール、構成項目、判定基準、カットオフ値、対象施設、対象者特性を整理する。また、各指標・ツールの妥当性、信頼性、予測能力について、比較対象となった基準、感度、特異度、陽性的中率、陰性的中率、ROC曲線下面積等について確認する予定である。

A. 研究目的

介護サービスにおける栄養ケア・マネジメント（以下、NCM）は、2005年に介護保険制度に導入されて以来、介護保険施設の基本サービスとして、管理栄養士の配置のもと多職種連携により展開されている。

NCMにおいて、栄養スクリーニングは、利用者の低栄養状態またはそのリスクを早期に把握し、適切な栄養ケアへつなげるための重要なプロセスである。一方で、介護保険施設等における栄養スクリーニングの手順や項目については、介護保険制度への導入以来大きく見直されておらず、近年の低栄養診断基準や国際的な栄養スクリーニング・アセスメント指標との対応関係を整理する必要がある。

低栄養状態の把握には、SGA¹⁾、MNA^{2,3)}、MNA-SF^{4,5)}、MUST^{6,7)}、NRS-2002⁸⁾等の複数の栄養スクリーニング・アセスメント指標が用いられている。ESPENは、栄養リスクスクリーニングについて、地域、病院、高齢者などの場面に応じて、妥当性が確認されたスクリーニングツールを用いる必要性を示している⁹⁾。また、GLIM基準では、これらのツールをもちいた後に低栄養を診断し、重症度を判定するための国際的な診断枠組みとして位置づけられる^{10,11)}。したがって、介護保険施設等における低栄養状態の把握手法を検討するためには、既存の栄養スクリーニング・アセスメント指標とGLIM基準との関係について整理することが重要である。

そこで本研究では、65歳以上の長期療養施設入所高齢者を対象とした文献調査により、第一に、栄養不良または低栄養状態のスクリーニング・アセスメントに活用されている指標・ツールを整理すること、第二に、これらの指標・ツールの妥当性、信頼性、予測能力、とくに死亡率等のアウトカムとの関連を整理することを目的とした。これにより、介護保険施設等における栄養スクリーニング項目の見直しに資する文献的基盤を整備し、今後の実証研究において検証すべき論点を明らかにする。

B. 研究方法

1) リサーチクエスション（RQ）の設定

本研究では、下記2つのRQを設定した。
RQ1) 65歳以上の長期療養施設入所高齢者を対象とした栄養不良または低栄養状態のスクリーニング・アセスメントにおいて、どのような指標・ツールが活用されているか。

RQ2) 長期療養施設入所高齢者を対象として用いられている低栄養スクリーニングツールの妥当性、信頼性、予測能力はどのように評価されているか

2) 文献検索

文献検索では、PubMedを用いて検索式の検討を行った。対象集団を表す語として、long-term care facilities、nursing home residents、aged care facilities、institutionalized elderly等を用い、栄養不良または低栄養状態を表す語、栄養スクリーニングおよび栄養アセスメントに関連する語、ならびにSGA、MNA、MNA-SF、MUST、NRS-2002、GLIM等の指標名を組み合わせた。

RQ1について、対象とする指標・ツールには、SGA、MNA、MNA-SF、MUST、NRS-2002等を含めた。さらに、指標および指標内の構成項目（身体計測、血液検査、食事摂取量等）について、その頻度や割合について検討することとした。

RQ2については、スクリーニングツール間の比較、および死亡率等の外的指標に対する妥当性、信頼性、予測能力を扱う文献を対象とした。具体的には、感度、特異度、陽性的中率、陰性的中率、ROC曲線下面積、死亡率等のアウトカムとの関連を確認することとした。また、近年の栄養評価で重視される筋肉量の指標との関連を踏まえ、下腿周囲長（calf circumference）等の身体計測に関する語を検索式に含めた。

検索式については、対象文献を過不足なく抽出するための検索戦略を検討することを目的に、データベース検索と該当論文の確認を繰り返し行いながら研究代表者、研究分担者、研究協力者間での検討を重ねて段階的に改良した。

3) 一次スクリーニング（表題とアブストラクト）

65歳以上の長期療養施設入所高齢者を対象とした低栄養状態の把握手法を検討するため、栄養スクリーニング・アセスメント指標の使用状況、および各指標の妥当性、信頼性、予測能力に焦点を当て、タイトルとアブストラクトの精査による一次スクリーニングを実施した。一次スクリーニングでは検索結果を繰り返し吟味し、候補となる文献

を複数参照できることを確認した。

C. 研究結果

1) 検索式の検討

RQ1 および RQ2 について、抽出件数、重複論文、新規追加論文を確認した。その結果、長期療養施設、介護施設、施設入所高齢者、低栄養スクリーニングに関連する文献を抽出するための検索式を整理することができた。(表 1, 表 2)

2) 検索結果の一次スクリーニング

現在、RQ1 で抽出された論文 279 件、RQ2 で抽出された 294 件について、文献一覧を作成し、タイトルおよび抄録に基づく一次スクリーニングを実施している。一次スクリーニングでは、対象者が 65 歳以上の長期療養施設入所高齢者に該当するか、栄養スクリーニング・アセスメント指標を扱っているか、妥当性・信頼性・予測能力またはアウトカムとの関連に関する情報を含むかを確認している。

文献は、主レビューの本体候補、本文確認を要する候補、背景文献、除外候補に分類を進めている。現時点では、MNA、MNA-SF、MUST、NRS-2002、SGA 等の栄養スクリーニング・アセスメント指標を扱う文献や、これらの指標の妥当性、信頼性、予測能力、死亡率等のアウトカムとの関連を扱う可能性のある文献が含まれていることを確認している。

ただし、現段階ではタイトルおよび抄録に基づく一次スクリーニングの途中であり、最終的な採択文献の確定には至っていない。今後、本文確認を行い、本研究の対象および RQ に適合する文献を選定する予定である。

D. 考察

本研究では研究者間の協議により検索式を段階的に改良した。検索範囲を広げることにより、病院入院患者、在宅高齢者、特定疾患患者、介入研究、総説等、本研究の主たる対象とは異なる文献も含まれることが確認されたため、検索式によるキーワードの採択・除外と、一次スクリーニングによる採択・除外を組み合わせることで抽出論文を適切に選定することが可能と考えられた。現時点では、文献レビューの最終的な採択文献の確定およびデータ抽出には至っていないため、本年度の結果は、今後の本文確認およびデータ抽出に向けた準備段階として位置づけられる。今後の本文確認において、対象

集団、施設・ケアの場、使用された指標、研究目的に基づき、採否を慎重に判断する必要がある。

RQ1 については、今後、各文献で使用された指標・ツール、構成項目、判定基準、カットオフ値、対象施設、対象者特性を抽出し、長期療養施設入所高齢者を対象とした研究において、どのような栄養スクリーニング・アセスメント指標が用いられているかを整理する必要がある。

RQ2 については、各指標の妥当性、信頼性、予測能力を検討した文献を対象に、比較対象となった基準、評価されたアウトカム、感度、特異度、陽性的中率、陰性的中率、ROC 曲線下面積等の指標を整理する必要がある。また、死亡率等の予後指標との関連については、対象集団や追跡期間、施設特性、評価時点が文献によって異なる可能性があるため、本文確認を通じて慎重に整理する必要がある。

さらに、GLIM 基準については、MNA-SF、MUST、NRS-2002 等と同列の栄養スクリーニングツールとしてではなく、スクリーニング後に低栄養を診断し、重症度を判定するための基準として位置づけられる。そのため、今後の整理では、各スクリーニングツールと GLIM 基準との対応関係を確認することが重要である。

以上より、本年度は、研究疑問の設定、検索式の改善、一次スクリーニングを通じて、今後の文献レビューに向けた基盤を整備した段階である。次年度以降は、本文確認およびデータ抽出を進め、長期療養施設入所高齢者における低栄養状態の把握に有用な指標・ツールと、その根拠を整理する予定である。

E. 結論

本年度は、65 歳以上の長期療養施設入所高齢者を対象とした低栄養状態の把握手法に関する文献調査として、RQ の設定、検索式の検討・改良、および抽出文献の一次スクリーニングを実施した。

本研究では、長期療養施設入所高齢者を対象とした栄養スクリーニング・アセスメント指標の使用状況、およびそれらの妥当性、信頼性、予測能力に焦点を当てた。今後は、本文確認およびデータ抽出を進め、各指標・ツールの判定基準、構成項目、カットオフ値、GLIM 基準との対応等について整理することで、介護保険施設等における低栄養状態の把握手法の検討に資する知見を提

示する予定である。

参考文献

- 1) Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA, Jeejeebhoy KN. What is subjective global assessment of nutritional status? JPEN J Parenter Enteral Nutr. 1987;11(1):8-13.
- 2) Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. Nutr Rev. 1996;54(1 Pt 2):S59-S65.
- 3) Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ, Nourhashemi F, Bennahum D, Lauque S, Albarede JL. The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. Nutrition. 1999;15(2):116-122.
- 4) Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the short-form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001;56(6):M366-M372.
- 5) Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form: a practical tool for identification of nutritional status. J Nutr Health Aging. 2009;13(9):782-788.
- 6) Elia M. The 'MUST' report. Nutritional screening for adults: a multidisciplinary responsibility. Development and use of the 'Malnutrition Universal Screening Tool' (MUST) for adults. British Association for Parenteral and Enteral Nutrition; 2003.
- 7) Stratton RJ, Hackston A, Longmore D, Dixon R, Price S, Stroud M, King C, Elia M. Malnutrition in hospital outpatients and inpatients: prevalence, concurrent validity and ease of use of the 'Malnutrition Universal Screening Tool' ('MUST') for adults. Br J Nutr. 2004;92(5):799-808.
- 8) Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, Stanga Z; Ad Hoc ESPEN Working Group. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on

an analysis of controlled clinical trials. Clin Nutr. 2003;22(3):321-336.

- 9) Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clin Nutr. 2003;22(4):415-421.
- 10) Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition: A consensus report from the global clinical nutrition community. Clin Nutr. 2019;38(1):1-9.
- 11) Jensen GL, Cederholm T, Correia MITD, Gonzalez MC, Fukushima R, Pisprasert V, et al. GLIM consensus approach to diagnosis of malnutrition: A 5-year update. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2025;49(4):414-427.

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表 1 検索式 (RQ1)

①高齢者に関するキーワード群の式	"Aged"[Mesh] OR "Aged, 80 and over"[Mesh] OR elderly[tiab] OR "older adult"[tiab] OR "older adults"[tiab] OR "older person"[tiab] OR "older persons"[tiab] OR "older people"[tiab] OR geriatric[tiab] OR senior[tiab] OR "institutionalized elderly"[tiab]
②栄養障害・低栄養に関するキーワードの式	"Malnutrition"[Mesh] OR malnutrition[tiab] OR malnourishment[tiab] OR undernutrition[tiab] OR malnourished[tiab] OR undernourished[tiab] OR "nutrition risk"[tiab] OR "nutritional risk"[tiab] OR "risk of malnutrition"[tiab] OR "poor nutritional status"[tiab] OR "nutritional decline"[tiab] OR "unintentional weight loss"[tiab]
③長期療養施設に関するキーワード群の式	"Long-Term Care"[Mesh] OR "Residential Facilities"[Mesh] OR "Nursing Homes"[Mesh] OR "Homes for the Aged"[Mesh] OR "long term care"[tiab] OR "long-term care"[tiab] OR "care home"[tiab] OR "care homes"[tiab] OR "residential aged care"[tiab] OR "residential care"[tiab] OR "assisted living"[tiab] OR "assisted living facility"[tiab] OR "nursing home"[tiab] OR "nursing homes"[tiab] OR "skilled nursing facility"[tiab] OR "skilled nursing facilities"[tiab] OR LTCF[tiab] OR "long-term care facility"[tiab] OR "long-term care facilities"[tiab]
④栄養スクリーニング・栄養評価ツールに関するキーワード群の式	"Mass Screening"[Mesh] OR "nutrition screening"[tiab] OR "malnutrition screening"[tiab] OR "nutritional screening"[tiab] OR "nutrition assessment"[tiab] OR "nutritional assessment"[tiab] OR "screening tool"[tiab] OR "screening tools"[tiab] OR "assessment tool"[tiab] OR "assessment tools"[tiab] OR MNA[tiab] OR "Mini Nutritional Assessment"[tiab] OR "MNA-SF"[tiab] OR "Mini Nutritional Assessment Short-Form"[tiab] OR "Mini Nutritional Assessment—Short Form"[tiab] OR MUST[tiab] OR "Malnutrition Universal Screening Tool"[tiab] OR "NRS-2002"[tiab] OR "Nutritional Risk Screening 2002"[tiab] OR GNRI[tiab] OR "Geriatric Nutritional Risk Index"[tiab] OR SNAQ[tiab] OR "Short Nutritional Assessment Questionnaire"[tiab] OR MST[tiab] OR "Malnutrition Screening Tool"[tiab] OR CONUT[tiab] OR "Controlling Nutritional Status"[tiab] OR SGA[tiab] OR "Subjective Global Assessment"[tiab] OR "PG-SGA"[tiab] OR "Patient-Generated Subjective Global Assessment"[tiab] OR NRI[tiab] OR "Nutritional Risk Index"[tiab] OR NUFFE[tiab] OR "Nutritional Form For the Elderly"[tiab] OR CNAQ[tiab] OR "Council on Nutrition Appetite Questionnaire"[tiab]
⑤除外条件キーワード群の式	Adolescents[Mesh] OR Children[Mesh] OR Infant[Mesh] OR adolescent[tiab] OR child[tiab] OR children[tiab] OR infant[tiab] OR newborn[tiab] OR pediatric[tiab] OR ICU[tiab] OR "intensive care"[tiab]
対象期間	2016:2025[pdat]
①, ②, ③, ④を AND でつなぎ、そこへ⑤を NOT でつなぎ、さらに対象期間で過去 10 年間に絞り込んだ。	

表 2：検索式 (RQ2)

①高齢者に関するキーワード群の式	"Aged"[Mesh] OR "Aged, 80 and over"[Mesh] OR elderly[tiab] OR "older adult"[tiab] OR "older adults"[tiab] OR "older person"[tiab] OR "older persons"[tiab] OR "older people"[tiab] OR senior[tiab] OR seniors[tiab] OR geriatric[tiab] OR geriatrics[tiab]
②長期療養施設に関するキーワード群の式	"Nursing Homes"[Mesh] OR "Homes for the Aged"[Mesh] OR "Long-Term Care"[Mesh] OR "Institutionalization"[Mesh] OR "Housing for the Elderly"[Mesh] OR "nursing home"[tiab] OR "nursing homes"[tiab] OR "care home"[tiab] OR "care homes"[tiab] OR "residential care"[tiab] OR "residential facility"[tiab] OR "residential facilities"[tiab] OR "long-term care"[tiab] OR "long term care"[tiab] OR "aged care"[tiab] OR "home for the aged"[tiab] OR "homes for the aged"[tiab] OR institutionalized[tiab] OR institutionalised[tiab] OR "institutional care"[tiab] OR "housing for the elderly"[tiab] OR "assisted accommodation"[tiab] OR "assisted living"[tiab] OR "old age home"[tiab] OR "old age homes"[tiab] OR "retirement home"[tiab] OR "retirement homes"[tiab] OR "service flat"[tiab] OR "service flats"[tiab] OR "sheltered housing"[tiab] OR "public shelter"[tiab] OR "public shelters"[tiab] OR "municipal shelter"[tiab] OR "municipal shelters"[tiab] OR "home for seniors"[tiab] OR "homes for seniors"[tiab] OR "skilled nursing facility"[tiab] OR "skilled nursing facilities"[tiab]
③栄養障害・低栄養に関するキーワード群の式	"Malnutrition"[Mesh] OR malnutrition[tiab] OR undernutrition[tiab] OR "nutritional status"[tiab] OR "nutrition risk"[tiab] OR "nutritional risk"[tiab] OR malnourished[tiab] OR undernourished[tiab] OR underweight[tiab] OR "weight loss"[tiab] OR "unintentional weight loss"[tiab]
④栄養スクリーニング・栄養評価ツールに関するキーワード群の式	"Mass Screening"[Mesh] OR "Nutrition Assessment"[Mesh] OR "Geriatric Assessment"[Mesh] OR "nutrition screening"[tiab] OR "malnutrition screening"[tiab] OR "nutrition screening tool"[tiab] OR "nutrition screening tools"[tiab] OR "malnutrition screening tool"[tiab] OR "malnutrition screening tools"[tiab] OR "screening tool"[tiab] OR "screening tools"[tiab] OR screening[tiab] OR "nutrition assessment"[tiab] OR "nutritional assessment"[tiab] OR assessment[tiab] OR assessments[tiab] OR questionnaire[tiab] OR questionnaires[tiab] OR "Mini Nutritional Assessment"[tiab] OR MNA[tiab] OR "Mini Nutritional Assessment Short-Form"[tiab] OR "short-form Mini Nutritional Assessment"[tiab] OR "MNA-SF"[tiab] OR "Malnutrition Universal Screening Tool"[tiab] OR "Nutritional Risk Screening 2002"[tiab] OR "NRS-2002"[tiab] OR GLIM[tiab] OR SNAQ[tiab] OR "Geriatric Nutritional Risk Index"[tiab] OR GNRI[tiab] OR "Subjective Global Assessment"[tiab] OR "Patient-Generated Subjective Global Assessment"[tiab] OR "Nutritional Risk Index"[tiab] OR CONUT[tiab] OR NUFFE[tiab] OR "Council on Nutrition Appetite Questionnaire"[tiab] OR CNAQ[tiab] OR SCREEN[tiab] OR "SCREEN II"[tiab] OR "SCREEN 8"[tiab] OR "SCREEN 14"[tiab] OR "risk evaluation for eating and nutrition"[tiab] OR "Nutrition Screening Initiative"[tiab]
⑤信頼性・妥当性に関するキーワード群の式	valid*[tiab] OR validation[tiab] OR validated[tiab] OR reliability[tiab] OR reproducibility[tiab] OR reproducible[tiab] OR "diagnostic accuracy"[tiab] OR "criterion validity"[tiab] OR "construct validity"[tiab] OR "predictive validity"[tiab]

	OR sensitivity[tiab] OR specificity[tiab] OR ROC[tiab] OR AUC[tiab] OR "receiver operating characteristic"[tiab] OR agreement[tiab] OR concordance[tiab] OR correlation[tiab] OR correlations[tiab] OR compare[tiab] OR compared[tiab] OR comparison[tiab] OR comparisons[tiab] OR predictive[tiab] OR prediction[tiab] OR predicting[tiab] OR accuracy[tiab] OR "gold standard"[tiab] OR "reference standard"[tiab] OR kappa[tiab]
⑥身体計測 に関するキ ーワード群 の式	"Anthropometry"[Mesh] OR "Body Mass Index"[Mesh] OR "Body Weights and Measures"[Mesh] OR "calf circumference"[tiab] OR anthropometr*[tiab] OR "arm circumference"[tiab] OR "upper arm circumference"[tiab] OR "mid-arm circumference"[tiab] OR "midarm circumference"[tiab] OR "mid-upper arm circumference"[tiab] OR BMI[tiab] OR "body mass index"[tiab]
⑦除外条件 キーワード 群（ヒト以 外の動物）	animals[Mesh] NOT humans[Mesh]
①, ②, ③, ④, ⑤, ⑥を AND でつなぎ、そこへ⑦を NOT でつないだ。	

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年

厚生労働大臣 殿

機関名 一般社団日本健康・栄養システム学会

所属研究機関長 職 名 代表理事

氏 名 三浦 公嗣

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 長寿科学政策研究事業
2. 研究課題名 高齢者の自立支援・重度化防止に資する栄養ケア・マネジメントの推進に向けた低栄養状態の把握手法のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 事務局・理事
(氏名・フリガナ) 高田 健人 (タカダ ケント)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒	☐	☒	一般社団法人 日本健康・栄養システム学会	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐	☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 8 年 3 月 5 日

厚生労働大臣 殿

公立大学法人
機関名 神奈川県立保健福祉大学

所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 村上 明美

次の職員の令和 7 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 長寿科学政策研究事業
2. 研究課題名 高齢者の自立支援・重度化防止に資する栄養ケア・マネジメントの推進に向けた低栄養状態の把握手法のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 保健福祉学部 栄養学科・教授
(氏名・フリガナ) 田中 和美 (タナカ カズミ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒	☐	☒	一般社団法人日本健康・栄養システム学会	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐	☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 一般社団日本健康・栄養システム学会

所属研究機関長 職 名 代表理事

氏 名 三浦 公嗣

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 長寿科学政策研究事業
2. 研究課題名 高齢者の自立支援・重度化防止に資する栄養ケア・マネジメントの推進に向けた低栄養状態の把握手法のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 事務局・代表理事
(氏名・フリガナ) 三浦 公嗣 (ミウラ コウジ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒ ☐	☒	一般社団法人 日本健康・栄養システム学会	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐ ☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣
~~(国立医薬品食品衛生研究所長)~~ 殿
~~(国立保健医療科学院長)~~

機関名 国立保健医療科学院
所属研究機関長 職 名 院長
氏 名 浅沼 一成

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 長寿科学政策研究事業
2. 研究課題名 高齢者の自立支援・重度化防止に資する栄養ケア・マネジメントの推進に向けた低栄養状態の把握手法のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 生涯健康研究部・部長
(氏名・フリガナ) 清野 富久江・セイノ フクエ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒	☐	☒	日本健康・栄養システム学会	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	☐	☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 椋山女学園大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 黒田由彦

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 長寿科学政策研究事業
2. 研究課題名 高齢者の自立支援・重度化防止に資する栄養ケア・マネジメントの推進に向けた低栄養状態の把握手法のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 生活科学部 教授
(氏名・フリガナ) 加藤 昌彦 (カトウ マサヒコ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒ ☐	☒	一般社団法人 日本健康・栄養システム学会	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	☐ ☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 神奈川県立保健福祉大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 村上明美

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 長寿科学政策研究事業
2. 研究課題名 高齢者の自立支援・重度化防止に資する栄養ケア・マネジメントの推進に向けた低栄養状態の把握手法のための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部栄養学科・准教授
(氏名・フリガナ) 遠又 靖丈 (トオマタ ヤスタケ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒	☐	☒	一般社団法人 日本健康・栄養システム学会	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐	☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。