

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 梶山女学園大学
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

