

科学的裏付けに基づく介護に係る検討会

介護現場から収集する情報（案）フォーム（栄養）

	頁
介護現場から収集する情報（案）フォームの提案にあたって	1
情報フォームの記載方法	1
介護現場から収集する情報（案）フォーム	3
情報（案）フォームのまとめ	11
参考文献	12
介護現場から収集すべき情報（案）フォーム作成 協力、助言者 ..	13

介護現場から収集する情報（案）フォームの提案にあたって

1. 現在の介護現場で記録の有無を問わず、取得（測定）している情報
2. 情報の取得方法の検討は必要であるが、居宅、施設、通所に共通して利用することが可能な情報
3. 介護現場の指標であるが、医療現場と連動可能な情報
4. 誰でも測定（調査）可能である情報
5. 一つの情報が、その時々の評価指標であり、統計処理可能な情報
6. 参考文献；日本人を対象とした高齢者、介護等に関わるもの

情報フォームの記載方法

1. 状態に関するもの

（各列の解説）

標題	当該項目の内容を端的に表す記載（例）BMI
意義	当該項目がどのような状態を反映するか（例）肥満や痩せの状態を反映する。
定義、測定方法	（例）体重は体重計で、身長は身長計（柱に印を付けたもの等の簡便なものでもよい）で測定し、計算する。 （測定に必要な資格職がある場合はここに記載。）
収集・測定の頻度	（例）月1回
情報ソース	当該項目またはその一部について、現場で既に収集されている情報が活用できる可能性がある場合に記載 （例）施設入所者の場合、体重については介護記録にある可能性がある
仮説の例	当該項目について情報収集する上で想定される、介入と状態変化やイベント発生頻度等の関連に係る仮説。 （例）BMI○以下の者に対して、月1回の栄養指導を行うと、BMIを○以上にすることができる。

2. 介入に関するもの

(各列の解説)

標題	当該項目の内容を端的に表す記載 (例) 定期的なトイレ誘導
定義	何が満たされていれば標題の介入が行われたとするか (例) 利用者の尿意、便意に関わらず、1日に複数回、定期的に声かけをして、利用者をトイレへ誘導して実際に排泄を試みさせること
記録内容	当該項目について、どのような情報を記載するか (例) 声かけの頻度、実際の排泄の有無・・・
情報ソース	当該項目またはその一部について、現場で既に収集されている情報が活用できる可能性がある場合に記載 (例) 介護記録に記載されている可能性がある。
仮説の例	当該項目について情報収集する上で想定される、介入と状態変化やイベント発生頻度等の関連に係る仮説。 (例) 尿失禁、便失禁のある者に定期的なトイレ誘導を行うことで、尿失禁、便失禁の発生頻度が減る。

3. イベントに関するもの

(各列の解説)

標題	当該項目の内容を端的に表す記載。(例) 転倒
定義	何が満たされていれば標題のイベントが起きたとするか。 (例) 躓き、滑り等により、意図せずに足以外の部分が地面、床、階段等に衝突した場合。他者との接触や交通事故、手すりの破損のように通常は存在しない外的要因が直接の原因になったものは除くが、段差や滑りやすい地面等、通常でも存在しうる外的要因が直接の原因になったものは含める。
記録内容	当該項目について、どのような情報を記載するか (例) 転倒の起きた場所、骨折の有無・・・
情報ソース	当該項目またはその一部について、現場で既に収集されている情報が活用できる可能性がある場合に記載 (例) 転倒が発生した場合、介護記録にある可能性がある
仮説の例	当該項目について情報収集する上で想定される、介入と状態変化やイベント発生頻度等の関連に係る仮説。 (例) 筋肉量が標準より低下している者について、週2回20分以上、歩行に関するリハビリテーションを3ヶ月実施することにより、転倒の頻度を減少させることができる。

介護現場から収集する情報（案）フォーム

分野：栄養

1. 状態に関するもの

標題	意義	定義、測定方法	収集・測定の頻度	情報ソース	仮説の例
身長、体重、BMI (体格指数)、体重減少率 ※1 除脂肪体重 骨格筋量 文献；1)-3), 7)-11), 22)	身長、体重より BMI (体格指数) を計算し、肥満・やせの状態について判定する。体重は、その変化率により栄養状態の変化や、浮腫の判定ができる。	身長は、身長計またはメジャーで計測。BMI は体重(kg)/身長(m) ² で計算し、体重減少率は、(前回測定体重-現体重)÷前回測定体重×100 で計算する。 ※1	介入時に測定。体重は1回/月、但し体重減少率が高い場合は連続的に測定する。	介護ケア記録、栄養モニタリング・アセスメント記録に記載あり。	BMI が 20kg/m ² 以下の場合、200kcal/日の補食（間食）を摂取することで、約 0.5kg/月の体重と AC, TSF を増加させることができる。 必要な栄養量を摂取させることにより、体重減少を抑制することができる。
上腕周囲長(AC)、上腕三頭筋皮下脂肪厚 (TSF)、上腕筋囲長 (AMC) 文献；8), 21)	AC は、体脂肪量と筋肉量の指標、TSF は、体脂肪（貯蔵脂肪）量、AMC は、全身の骨格筋量を反映する（体脂肪量や骨格筋量の指標となる）。	AC は、肩峰と肘先の間周囲長を測り、AC の筋肉層と皮下脂肪層を分離するようにつまみ上げキャリパーで TSF(脂肪厚)を計測する。AMC は、 $AMC (cm) = AC (cm) - 3.14 \times TSF (mm) / 10$ で計算する。 ※1	介入時に測定。その後は1回/月測定する。	栄養スクリーニング・モニタリング・アセスメント時に計測され、記録されていることもある。	

※1) 体組成計は誰でも測定可能。除脂肪体重、骨格筋量、上腕周囲長(AC)、上腕三頭筋皮下脂肪厚 (TSF)、上腕筋囲長 (AMC)、下腿周囲長 (CC) を約 90 秒で測定。

標題	意義	定義、測定方法	収集・測定の頻度	情報ソース	仮説の例
下腿周囲長（CC）、握力 文献；7)	骨格筋萎縮の程度や筋力低下を反映する。CC, 握力ともにサルコペニアの診断に用いられる。	CCは、左下腿囲の一番太いところをメジャーで計測し、握力は握力計で測定する。※1	入所時に測定。その後は1回/月。	栄養スクリーニング・モニタリング・アセスメント時に計測され、記録されていることもある。	食事摂取量と栄養状態の改善は、握力に比例する。
栄養素摂取量、栄養素等充足率、水分摂取量、栄養補給法、食品の摂取頻度（食材品目数、食形態、食生活調査（食事時刻と時間、食事入手ルート）、栄養診断（判定）	食事（栄養）管理上、基本、基準となる設定情報であり、体重の増加、やせに反映する。また食事の改善内容に反映させる。また、適正栄養量を元に栄養素の過不足を判定し（栄養診断）、栄養改善が必要である根拠とその要因（原因）を明示し、食事（栄養）の改善根拠とする。	提供した食事と摂取割合で栄養素等摂取量を算出し、食品の摂取頻度（肉類・魚類・卵・大豆・大豆製品・牛乳・緑黄色野菜類・海藻・いも・果物・油脂類）、または摂取食材品目数等も活用する。食生活調査では、食事時間や自炊、中食、配食等についても確認する。また、栄養診断は、身体状況や栄養素等摂取量、臨床データなどのアセスメント結果を用いて総合的に判定する。P(problem), E(etiology), S(symptom)に分けて記載する。 ※2	栄養素等摂取量調査に併せて毎日実施。体重変動時や摂食、嚥下、口腔（義歯）状態に応じて、本指標を算出し、医師の指示により適宜調整。食事摂取不良、栄養不良が著しい場合において、詳細な栄養情報と食事摂取状況等に基づき診断する。	給食管理システム及び栄養スクリーニング・モニタリング・アセスメント記録に記載あり。栄養診断については、栄養モニタリング・アセスメント時に診断されているが、記録されていない可能性が高い。	食形態の軟食化や嚥下機能の低下に伴いBMIは低値を示している。軟食や嚥下機能食を提供している者には、200kcal/日の補食（間食）の栄養補給を行うことにより、BMIの低下を防ぐと共に低栄養リスクを回避することができる。また、栄養診断（判定）：根拠と原因を合わせて明記することで、要介護者の栄養問題の特徴やその原因を明らかにし、食事内容、形態調整等に繋げることができ、迅速な栄

文献 ; 1)-6), 11)-14), 16)-18), 20), 22)					養状態の改善に繋げることができる。
---	--	--	--	--	-------------------

※2) 食品の栄養量が計算できる機器を使用すれば、エネルギー、タンパク質、脂質他、ビタミンや、カルシウム、カリウム値等まで測定できる。

《参考》 栄養（食事）関連、影響に関するもの

標題	意義	定義、測定方法	収集・測定の頻度	情報ソース	仮説の例
歯（義歯含む）、咀嚼・嚥下機能 文献 ; 2), 3), 6), 15), 21)	歯は、食事摂取量やその形態に影響を与え、摂取栄養素量等を反映する。咀嚼、嚥下機能の低下は、誤嚥や窒息リスクとなる。	食物（硬いもの）の咀嚼について観察する（義歯装着でも可）。嚥下については、日常の飲水や食事時のむせの状態や水飲みテストで判定する。	1回～2回/年。咀嚼、嚥下状態については、日々の観察で判断も可能。嚥下状態は必要に応じて水飲みテストで確認する。	介護ケア記録、栄養モニタリング・アセスメント記録に記載あり。経口移行・経口維持計画時に記録されているが、全員に観察が必要である。	咀嚼力の低下や早食い、嚥下能力の低下者へ食形態の調整を行うことにより、食事（栄養）摂取量を増加させることができる。
認知症評価 文献 ; 2), 6), 21)	認知症は、食事、飲水摂取量に反映し、BMIの低下に繋がる。	(例)長谷川式認知症スケールを用いる。	1回/年または、認知症を疑われる症状により確認する。	介護ケア記録、介護システムに記載されている。	必要栄養量を保持し、BMIを維持改善することで、認知症の発症リスクを軽減できる。

標題	意義	定義、測定方法	収集・測定の頻度	情報ソース	仮説の例
認知症高齢者の日常生活自立度 (ADL) 文献 ; 2), 3), 6), 7), 9), 11), 21)	自立度の低下は、食事・飲水摂取量の減少に反映する。	調査項目チェックにより、レベル「自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M」の8段階で判定する。	6か月～12か月/回イベント発生時に確認する。入所時、介護認定時、介護認定更新時に確認する。	介護システムに記録されている。	ADL Ⅲa 以上の場合は、食支援（食介助）を行うことにより食事（栄養）摂取量を増加させることができる。
障害高齢者の日常生活自立度 文献 ; 11)	自立度の低下は、食事・飲水摂取量の減少に反映する。	調査項目チェックによりレベル「自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2」の9段階で判定する。	入所時、1回/年の介護認定・介護認定更新時に確認する。	介護システムに記録・記載されている。	
服薬 文献 ; 5)	服薬内容により、食事摂取量の低下や栄養素排泄に影響する。	服薬内容を確認する。	介入時、処方内容の変更時に確認する。	介護ケア記録、栄養モニタリング・アセスメント時に記録されている。	味覚の変化や食欲不振の観察により低栄養リスクを回避できる。
疾患（腎不全・透析・肝硬変・心不全・脳卒中・がん・パーキンソン病他） 文献 ; 3), 6), 8), 16)	栄養素の吸収や代謝異常が生じることにより食事摂取量に反映する。	医師の診断に基づく。	食事指示箋依頼時と栄養アセスメント、モニタリング（1回/月）時に検討。	介護ケア記録、栄養モニタリング・アセスメント時に記録されている。	適切な療養食の日々の提供（摂取）により、疾病管理ができる。
食事の満足感や食事の意義(楽しみ)	食事摂取量の低下やその改善予測に反映する。	食への意欲や満足度、食べることの楽しみや考え方について観察する。	1回/月 日々の観察で判断も可能。	栄養モニタリング・アセスメント及び介護ケア記録に記録されている。	食事の意義を感じていない場合は、ミールラウンドなどで原因精査により食事摂取量を増加させることができ

文献 ; 19), 20)					る。
---------------	--	--	--	--	----

2. 介入に関するもの

標題	定義	記録内容	情報ソース	仮説の例
<p>食事の提供（経口栄養補助製品による栄養調整の提供を含む）</p> <p>文献 ; 2)</p>	<p>療養食や個々の身体状況に即した形態調整等を行った食事の提供および食事（栄養）摂取不良者に対する栄養量の調整。</p>	<p>提供する食事内容や形態、栄養量について記録する。不足が推定される栄養（素）の内容と、栄養調整について記録する。</p>	<p>給食管理システム及び栄養スクリーニング・モニタリング・アセスメント時に記録されている。</p>	<p>日々の療養食、形態食、必要栄養素の補給を行うことにより、BMI の維持・改善ができ、低栄養、認知症発症リスクを抑制できる。</p>
<p>食事の観察（ミールラウンド）</p> <p>文献 ; 21)</p>	<p>咀嚼・嚥下機能や、食事摂取量の低下、またその改善予測に反映する。</p>	<p>ミールラウンドによる食事中の徴候・症状について 11 項目のアセスメント（頻度・強度）（食事の失認、傾眠、興奮・大声・暴言・暴力、徘徊・多動、妄想、早食い・詰め込み・丸のみ、拒食、偏食、失行（手づかみ食べ）、異食、盗食）を行う。</p>	<p>介護ケア記録、栄養モニタリング・アセスメント記録に記載あり。経口移行・経口維持計画時に記録されているが、全員に観察が必要である。</p>	<p>1 回/月の定期的なミールラウンドにより食事に関する問題点を明確にし、食支援に繋げる。食事（栄養）摂取量を維持、改善することができ、誤嚥性肺炎や窒息リスクを抑制することができる。</p>
<p>配食サービス</p>	<p>本人、家族（キーパーソン）に対する、配食サービスや買い物サービス等の調整。</p>	<p>配食サービスの利用状況等、体重、食事の状況、主観的健康観について記録する。</p>	<p>栄養アセスメント、栄養ケア提供経過記録、介護ケア記録に記載されている。</p>	<p>ADL II a 以上で独居の場合、配食サービスを導入することで、食事（栄養）摂取状況や身体状況を維持、改善することができ、低栄養リスクを回避することができ</p>

文献 ; 13)				る。
標題	定義	記録内容	情報ソース	仮説の例
食支援（食介助等） 文献 ; 4), 18)	毎食の食介助等による食事支援。	食介助のレベルと内容。介助することによる食事摂取量の増加や食に対する意欲等、効果について記録する。	栄養ケア提供経過記録、介護ケア記録に記載されている。	ADL の低下や食に対して無関心な場合は、食支援（食介助）を行うことで、食事（栄養）摂取量を増加させることができ、低栄養リスクを回避することができる。
食事（栄養）相談（訪問栄養指導を含む） 文献 ; 9)	本人、家族（キーパーソン）に対する 20 分以上の食事（栄養）量や形態調整、調理の工夫や配食の活用等について説明する。	形態調整や調理法、配食サービスの活用と工夫等についての説明内容とその効果について記録する。	栄養スクリーニング・アセスメント時に記録されている。	偏食や BMI18.5kg/m ² 未満の者に対して月 1 回以上の栄養相談（調理方法や食形態等）を継続することにより、エネルギー、たんぱく質等の栄養素摂取量が増加し、BMI の改善を図ることができ、低栄養リスクを回避することができる。

3. イベントに関するもの

標題	定義	記録内容	情報ソース	仮説の例
誤嚥性肺炎 文献；4)	唾液や食べ物、胃液などが気管に入り肺炎を起こした場合。	誤嚥の内容物や姿勢、嚥下評価の結果、発熱状況等。絶食期間中の栄養管理について記載する。	介護ケア記録、栄養スクリーニング・モニタリング・アセスメント時に記録されている。	嚥下機能に応じた食事の形態調整や居宅者に対する訪問栄養食事指導（調理形態指導等）を行うことにより誤嚥性肺炎のリスク低下に繋がることができる。
窒息 文献；18)	異物による気道の閉鎖を起こした場合。	窒息した内容物、その時の状況、身体への影響度、今後の栄養管理について記載する。	介護ケア記録、栄養スクリーニング・モニタリング・アセスメント時に記録されている。	摂食・嚥下機能低下や早食い、噛まない習慣のある場合、嚥下機能に応じた食事の形態調整や居宅者に対する訪問栄養食事指導（調理形態指導等）を行うことにより窒息のリスクを回避することができる。
うつ	欲求や、態度、活動状態の変化（食欲がなくなった・好きなテレビを観なくなった・出かけることが少なくなった・笑顔が少なくなった・落ち着きがなくなった等）が認められた場合に疑う。医師の診断。	生活状況や、対話の状態を記録し、表情や意欲、食事の摂取量の変化や栄養状態について記録する。	介護ケア記録、栄養スクリーニング・モニタリング・アセスメントに記録されている。	食事と栄養補助食品等の併用により、必要な栄養素を確保し、本人の嗜好に準拠した食事の提供を行うことでBMIの維持、改善に繋げ、悪化を防ぐ。

文献 ; 5)				
標題	定義	記録内容	情報ソース	仮説の例
褥瘡 文献 ; 6)	体重で圧迫されている皮膚の一部が赤い色味をおびたり、ただれたり、傷ができてしまった場合。	発生要因や褥瘡の状態、健康・栄養状態、浮腫等の記録。また、栄養管理について記録する。	介護ケア記録、栄養スクリーニング・モニタリング・アセスメント時に記録されている。	日々の食事（栄養）摂取量を維持し栄養状態を良好に保持することにより、褥瘡発生リスクを回避することができる。

情報（案）フォームのまとめ

1. 状態に関するもの

標題(項目)	居宅(在宅)	通所	施設***	
身長、体重、BMI(体格指数)、体重減少率	○	○	○	
除脂肪体重、骨格筋量 ※1	○	○	○	
上腕周囲長(AC)、上腕三頭筋皮下脂肪厚(TSF)、上腕筋囲長(AMC)	○	○	○	
下腿周囲長(CC)、握力	○	○	○	
栄養素摂取量、栄養素等充足率、水分摂取量、栄養補給法、食品の摂取頻度(食料品目数)、食形態、食生活調査(食事時刻と時間、食事入ルート)、栄養診断(判定) ※2	△	△	△	在宅や通所における栄養素摂取量については、食品の摂取頻度調査を用いることで誰でも概算の摂取状況を判断することができる。施設においては、摂取割合にて概算計算可能。但し、詳細な栄養素の摂取状況の判断や改善が必要な場合は、栄養士、管理栄養士の対応が必要。

＜参考＞ 栄養(食事)関連、影響に関するもの

標題(項目)	居宅(在宅)	通所	施設***	
歯(義歯含む)、咀嚼・嚥下機能	○	○	○	
認知症評価	○	○	○	
認知症高齢者の日常生活自立度(ADL)	○	○	○	
障害高齢者の日常生活自立度	○	○	○	
服薬	○	○	○	
疾患(腎不全・透析・肝硬変・うっ血性心不全・脳血管障害・がん・パーキンソン病など)	○	○	○	
食欲、食事の満足感、食事の意義(楽しみ)	○	○	○	

2. 介入に関するもの

標題(項目)	居宅(在宅)	通所	施設***	
食事の提供(経口栄養補助製品による栄養調整の提供を含む)	○	△	△	療養食は、原則として管理栄養士が対応することが望ましい。
食事の観察(ミールラウンド)	○	○	○	
会食サービス(配食サービス)	○	○	-	
食支援(食介助等)	○	○	○	
食事(栄養)相談(訪問栄養指導を含む)	△	△	△	食事内容の調整や形態調整に伴う調理方法、総合的な栄養調整が必要な場合には、管理栄養士の対応が必要。

3. イベントに関するもの

標題(項目)	居宅(在宅)	通所	施設***	
誤嚥性肺炎	○	○	○	
窒息	○	○	○	
うつ	○	○	○	
褥瘡	○	○	○	

***施設は介護保険施設以外のものも含む。

※1) 体組成計は誰でも測定可能。除脂肪体重、骨格筋量、上腕周囲長(AC)、上腕三頭筋皮下脂肪厚(TSF)、上腕筋囲長(AMC)、下腿周囲長(CC)を約90秒で測定。

※2) 食品の栄養量が計算できる機器を使用すれば、エネルギー、タンパク質、脂質他、ビタミンや、カルシウム、カリウム値等まで測定できる。

【セルの記号について】

○：いずれの職種も把握可能 △：いずれの職種も把握可能であるが、内容により一部の職種が把握可能である ×：把握に職種が限定される(上記、回答項目なし)

参考文献

- 1) 小林実夏ほか. 食事の多様性と生活習慣, 食品・栄養素摂取量との関連—厚生労働省研究班による多目的コホート研究—. 厚生指標 2006 ; 53(7) : 7-15.
- 2) 菊谷武ほか. 要介護高齢者の栄養状態と口腔機能, 身体・精神機能との関連について. 老年歯学 2003 ; 18(1) : 10-16.
- 3) 葛谷雅文ほか. 要介護高齢者の経口摂取困難の実態ならびに要因に関する研究. 静脈経腸栄養 2011 ; 26(5) : 1265-1270.
- 4) 葛谷雅文ほか. 在宅療養中の要介護高齢者における栄養摂取方法ならびに食形態と生命予後・入院リスクとの関連. 日老医誌 2015 ; 52 : 170-176.
- 5) 葛谷雅文ほか. 在宅要介護高齢者の「うつ」発症頻度ならびにその関連因子. 日老医誌 2006 ; 43 : 512-517.
- 6) 榎裕美ほか. 在宅療養要介護高齢者における栄養障害の要因分析 the KANAGAWA-AICHI Disabled Elderly Cohort (KAIDEC) Study より. 日老医誌 2014 ; 51 : 547-553.
- 7) 加藤宣誠ほか. 日常生活動作 (ADL) 別にみた下腿周囲長 (CC) と BMI の関連性の検討. Progress in Medicine 2016 ; 36(8) : 1131-1135.
- 8) 榎裕美ほか. 訪問看護サービス利用者の身体計測指標と生命予後について the Nagoya Longitudinal Study of Frail Elderly (NLS-FE) より. 日老医誌 2007 ; 44 : 212-218.
- 9) 井上啓子ほか. 在宅訪問栄養食事指導による栄養介入方法とその改善効果の検証. 日本栄養士会雑誌 2012 ; 55(8) : 656-664.
- 10) 星旦二ほか. 都市郊外在宅高齢者における身長と BMI 区分別にみた 3 年間の生存日数との関係. 日健教誌 2010 ; 18(4) : 268-277.
- 11) 藤井暢弥ほか. 要介護状況別にみた都市郊外高齢者の食生活状況と 3 年後生存との関連. 社会医学研究 2014 ; 31(2) : 109-118.
- 12) 酒元誠治ほか. 配食サービスの有無別独居高齢者の栄養状態. 日本公衛誌 2004 ; 51(8) : 631-640.
- 13) 本部比呂絵ほか. 在宅高齢者の栄養状態と免疫能に及ぼす配食サービスの効果. 栄養学雑誌 2004 ; 62(1) : 19-23.
- 14) Rei Otsuka et al. Dietary diversity decreases the risk of cognitive decline among Japanese older adults. Geriatr Gerontol Int 2017 ; 17 : 937-944.
- 15) Yamamoto Tatsuo et al. Association Between Self-Reported Dental Health Status and Onset of Dementia: A 4-Year Prospective Cohort Study of Older Japanese Adults from the Aichi Gerontological Evaluation Study (AGES) Project. Psychosomatic Medicine 2012 ; 74(3) : 241-248.
- 16) Mio Ozawa et al. Dietary patterns and risk of dementia in an elderly Japanese population: the Hisayama Study. Am J Clin Nutr 2013 ; 97 : 1076-1082.
- 17) 梶井文子ほか. 在宅虚弱高齢者における脱水状態と水分摂取状況. 聖路加看護大学紀要 2006 ; 32 : 43-50.

- 18) 須田牧夫ほか. 在宅要介護高齢者の窒息事故と関連要因に関する研究. 老年歯学 2008 ; 23(1) : 3-11.
- 19) 足立蓉子. 高齢者における食事満足度に及ぼす要因. 栄養学雑誌 1988 ; 46(6) : 273-287.
- 20) 足立蓉子. 高齢者の食事満足度に及ぼす要因 (第2報). 日本家政学会誌 1991 ; 42(6) : 529-536.
- 21) 伊藤英俊ほか. 在宅要介護高齢者の咬合, 摂食・嚥下機能および栄養状態について. 老年歯学 2008 ; 23(1) : 21-30.
- 22) 細山田洋子. 特定施設 (有料老人ホーム) 入居者の低栄養状態のリスクに関する検討. 日本栄養士会雑誌 2009. 52(1). 16-23.

介護現場から収集すべき情報 (案) フォーム作成 協力、助言者

一般社団法人日本健康・栄養システム学会、公益社団法人日本栄養士会、国立大学病院栄養部門会議