

れ続けている。

乳幼児・児童

特別なニーズがある乳幼児と児童のための重要な法律が、1920年代に母子法（the Maternity and Infant Act）とともに制定された。1935年、母子保健（Maternal and Child Health）・肢体不自由児向けサービス（Crippled Children's Services）・児童福祉（Child Welfare）の3プログラムの実施基盤となる社会保障法（the Social Security Act）の表題Vが可決された。1950年、知的障害児のためのデモンストレーション臨床プログラムとともに、栄養管理に関わる人材が、栄養や知的障害に関して最新の技術・知識を習得するためのワークショップが開催された。さらに1960年代には、出生前や乳幼児期のケアを改善することで知的障害を予防するプログラムや、子供や青年を対象としたプロジェクト、大学のセンターでのトレーニングプログラムを促進するための法律が制定された。ヘッド・スタート・プログラム（Head Start）は、1965年に制定されたが、対象として登録されている子供の10%はなんらかの障害をもっている。

早期ヘッド・スタート・プログラム（Early Head Start：対象年齢0～3歳）は、1994年に始まったヘッド・スタート・プログラムの一部として国会で認可された。早期ヘッド・スタート・プログラムは、障害をもった子供のインクルージョンを義務付けており、登録されている子供の10%がその対象となるという見通しを立てている。

障害児はIDEAのパートCにあるサービスの対象となる子供と定義づけられる。IDEAの一部として、特別なニーズがある子供は、

乳幼児期から青年期を通して、公立学校と早期介入サービスで教育を受ける。パートCはIDEAの早期介入に関する部分であり、0～3歳の子供へのサービスを扱っている。早期介入には国の一つの州でも様々な機関が関わっており、サービスの提供方法もかなり多様である。プログラムを管理しているのが州の教育機関であっても保健機関であっても、自然な環境を利用することが薦められている。よって、子供を都心部のセンターに連れくるのではなく、家庭やチャイルド・ケア・センターなどでサービスが提供されている。IDEAの早期介入に関するパートCの中で、費用の一部が償還可能な栄養サービスが挙げられている。

1966年児童栄養法（the Child Nutrition Act of 1966）と1972年に始まった母親・乳児及び子供のための特別栄養補給事業（WIC：the Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children）によって、特別なニーズがある障害者を含むすべての対象乳幼児と児童・大人に栄養支援が行われている。残念なことに、WICのサービスは子供が5歳になった時点ですべて打ち切られてしまう。

近年、特別なニーズがある子供に、学校で通常の食事ではなく、障害に合わせて必要な変更がなされた代替食が与えられることを確実にすることが大切であると強調されており、合衆国農務省（the US Department of Agriculture）や国の学校昼食プログラム（the National School Lunch Program）および学校朝食プログラム（School Breakfast Program）の管理規定によって義務づけられている。規定によると、障害、食事を変更する理由、必要な代替食の特定（糖尿病患者や

フェニルケトン尿症(PKU)患者用の食事、乳糖抜き、ミキサー食、裏ごし食、高エネルギー食、低エネルギー食など)が書かれた医療証明書を提出する必要がある。児童成人ケア給食プログラム(the Child and Adult Care Food Programs)では、入所型もしくはデイ・ケア施設において、特別なニーズがある子供・青年・大人に対して、追加の費用を徴収することなく必要な変更が加えられた食事を与えなくてはならない。加えて、子供や青年の個別の教育支援計画(IEP: Individualized Education Plan)や504アコモデーション計画(504 Accommodation plans)には、栄養上の目標が含まれるべきである。例えば、利用者それぞれの糖尿、嚥下障害、PKUなどの事情に対処するために個別の食事プランが必要である。

特別なニーズをもつ子供は、親の医療保険の対象に含まれていても、営利保険は保険料が高い割に必要な手当てを提供する義務がないので、補償を受けられないケースが頻発する。メディケイドでは、多くの場合栄養サービスの費用が利用者に補償されない。1997年、児童健康保険プログラム(the Children's Health Insurance Program (CHIP))が始まり、所得が高くてメディケイドの対象から外れている世帯や、所得が低くて健康保険費が払えない世帯に対して、子供と家族の健康保険を州が負担するための資金を提供している。現在ではほとんどの州でCHIPプログラムが実施されている。

成人

知的障害を含む発達障害がある成人・子供は300~700万人いると推測される。しかしながら、これだけ多くの人々にかかる医療費

に関してはいまだ問題が残る。メディケアは48万人の発達障害者を保障対象としており、その内の多くがメディケイドにも登録している。多くの人がメディケイドを利用して医療的ケアを受けているにも関わらず、発達障害者へのサービス提供を拒んだり、利用者の数を制限したりする施設も多い。例えば、メディケイドでは大人の歯科治療は給付対象外である。地域社会で生活する発達障害者は、以前のように都心の施設ではなく、地域のプライマリ・ケアの施設で歯科治療や医療ケアを受けている。発達障害者のほとんどが公的保健を利用して医療的ケアを受けているにも関わらず(雇用先の保険に入っているのはわずか7.1%)、メディケイドのデータベースは特別なヘルスケアを必要とする人々を特定できていない。

対象集団の特徴、特定症状のレビュー、栄養上のリスクファクター

発達障害者は、心臓病、肥満、骨粗しょう症、発作、精神疾患、行動障害、視聴覚障害、体調管理・健康維持不全の危険性が高いという研究結果がある。発達障害者の平均余命は伸びてきているが、年配の発達障害者と健常者の間の寿命には未だなお格差がある。

栄養障害の程度は複数の要素によって決まるが、それぞれの人の年齢や機能レベル・障害程度・通常の状態などによって、かつ環境や教育・訓練・社会の状況によって異なる。発達障害者によくみられる身体成長速度の変化や発育阻害は、出産前、周産期、出産後に原因を帰する。

出産前の原因としては、染色体異常によるダウン症候群、ウィルス感染によるサイトメガロウィルス症候群、アルコールや薬物によ

る障害などがあげられる。周産期・出生後の原因としては、脳性まひ、気管支肺異型性症、先天性心疾患があるが、エネルギー必要量の増大や摂食障害、病的な状態から永続的な発達障害をもたらす（表1参照）。いくつかの症候群や症状に即した特別な成長曲線があるが、栄養評価での使用は限られており、賛否両論がある。これらの成長曲線はごく少数の症例をもとに作られており、すべての成長パラメータを含んでおらず、中にはかなり古いデータも含まれている。

過体重／肥満

発達障害者に肥満があると、社会的に不利な結果を生んだり、介助者の労力を増したりする。また、糖尿病や高血圧、心臓病などの慢性病にもつながる。ある研究によって、ダウン症患者は健常者よりも過体重になる比率が高いことが分かった。ダウン症患者の肥満傾向は健康上の問題として最も重大であり、研究者だけでなくダウン症患者に食事療法を施している専門家にとっても注目に値する。

異食症など不適切な摂食行動に加えて、低身長、運動性の障害などの特徴がPrader-Willi症候群やLawrence Moon-Bidel症候群患者にみられる。研究によって、体重を管理するためのエネルギー摂取量の減少とともに、日常的な有酸素運動、厳しく食事を制限する方法、行動療法への学際的なアプローチが推奨されている。

薬・栄養素相互作用

薬を長期に渡って服用すると、栄養素との相互作用が起こる。運動性障害がある発達障害者にビタミンDやカルシウムの不足、骨の

異常、便秘、歯肉肥厚がみられた。これらの異常は、抗けいれん薬であるフェニトインもしくはフェノバルビタール、又は両方の薬の長期的服用と関係がある。抗けいれん剤の使用が歩行の可否に強く関連することも報告されている。

高齢の発達障害者の多くが、長期間複数の薬を服薬していることによって、薬の相互作用による合併症が起こる危険性がある。さらに、除脂肪体重が減少しているため、薬の半減期が長くなる可能性がある。泌尿器感染や呼吸器感染が再発した際に抗生物質などを用いると、胃腸障害を起こす可能性がある。向精神薬もまた、食欲を増進させたり低下させたりする。向精神薬を長期間服用すると、便秘の副作用が起こり、下剤や軟便薬を多用することになる。

注意欠陥多動障害（ADHD：Attention deficit hyperactivity disorder）の治療によくメチルフェニデート（Ritalin）のような覚醒剤が用いられる。子供の場合これらの服用によって食欲が抑制され、体重増加の抑制や成長の遅延が研究で示されている。夏休みなど学校が休みの間に薬の服用を中断することで、これらの成長障害がかなり減少する可能性がある。

三環系抗うつ剤（TCA）はうつ病の他、6歳以上の子供や青年に対してADHDの治療に用いられる。栄養に関連したTCAの副作用としては、食欲増進、吐き気・嘔吐、便秘、下痢があげられる。

エネルギー必要量

発達障害者のエネルギー必要量は、障害の程度や運動性の状態、服用している薬の数、摂食障害などによって異なるので、評価する

ことがかなり難しい。脳性まひの青年を対象としたある研究結果により、脳性まひ患者は歩行の可否に関わらず同年代の健常者に比べてエネルギー必要量が少ないことが分かった。骨髄異形成グループにおいてのみ、除脂肪体重・総体重と安静時のエネルギー消費との相関が強い。この研究は、麻痺の種類が安静時のエネルギー消費に影響を及ぼしていることを示唆する。脳性まひの成人を対象とした研究により、アテトーゼ運動があると安静時の代謝率が一日あたり平均で524kcal高いと考えられる。対象患者は健常者に比べて除脂肪体重が少なく、余暇活動で消費するエネルギーも少ないことから、増加分は不随意運動の結果である。

口腔運動／摂食問題

口腔運動障害、食物アレルギー、咀嚼・嚥下障害、嗜好の変化は、医学的栄養療法(MNT)の実施過程を複雑にする。6ヶ月から3歳6ヶ月の脳性まひ児1万2千人を対象として、自分で食べる能力や単純な運動指標などの死亡リスクファクターが調べられた。中等度から良好な運動・摂食能力をもつ子供の90%が成人まで生きており、自分で食べる能力がないと死亡率が6倍になる。一方、脳性まひのレベル、出生体重の低さ、知的障害の程度は死亡率を1.4～3倍に上げている。これは、摂食能力は子供の健康評価指標として、知的・運動能力と同様に重要であることを示唆している。中等度から重度の脳性まひ児(2～18歳)を対象とした、大規模多施設調査では、たとえ摂食障害が軽いものであっても、成長や脂肪の蓄積が不十分であることが示された。早期診断、治療、摂食障害の改善により、健康・栄養状態は改善される。

多くの障害児者は、望ましい体重を得るための食事・流動食量の調節を介護者に頼っている。エネルギー摂取量が足りているかどうか評価するために、毎週、少なくとも月に1回は体重を測ることが大切である。

介護者が体重を記録していなければ、栄養専門家が代わりにその責任を負う必要があるかもしれない。介護者が障害者に食事を与えているとき、栄養専門家は咳込みや詰まり、喉の湿った音、呼吸パターンの変化など、嚥下障害の臨床的兆候がないかどうか観察するべきである。もしひとつでもそのような兆候が見られる場合は、スピーチセラピストに紹介し、さらなる評価と介入がなされるべきである。

発育障害、誤嚥性肺炎、嚥下障害、もしくは十分なエネルギーを経口摂取できない患者には、成長促進や栄養状態維持のために、経管栄養が薦められる可能性がある。経管栄養は、登録栄養士が継続的に観察し評価する必要がある。

グループホームや地域社会では介護担当者が頻繁に替わったり、十分にトレーニングを受けていなかったりするので、このような観察は極めて重要である。

消費者とヘルスケアの傾向

合衆国における社会変化

乳幼児・児童・成人などあらゆる世代の発達障害者にとってのトータル・インクルージョンが目指すのは、急速に変化している文化や社会に彼らを溶け込ませることである。米国では子供や若い世代の人種・民族多様性が高まり続けている。2000年、子供や青年の中で白人が占める割合は64%となり、ヒスパニック・黒人・アジア系・太平洋諸島系・

アメリカインディアンの比率が増えてきている。両親がそろっている家庭の子供の割合も減った。

英語を話さない人口の増加に伴って、適切な言語で多文化的な食事を組み込んだ栄養教育教材を作る必要性が極めて高くなった。加えて、識字能力の低い人々向けに、調理や食材の選択、購入方法に関連した教材も必要である。子供の障害を受け入れるのが難しい家族に対しては、栄養療法を組み込むなど、生活スタイルに介入するような更なる援助が必要だろう。

所得が貧困レベルを下回る家庭の子供の割合は、2000年で16%である。しかしながら、黒人ではその割合が30%、ヒスパニックでは27%、ひとり親家庭では40%となっている。貧困によって食糧安全保障が確保できないことから、子供の健康や発達に悪影響が起ころう。食糧安全保障とは、活動的で健康な生活を送るために十分な栄養をいつでも得ることができることと定義される。発達障害をもつ成人も貧困に苦しむ。パートタイムもしくはフルタイムで働くことが可能であるにも関わらず、彼らの就業の機会は限られている。

ヘルスケアへのアクセスは、身体の健康を維持するために必要な医学的処置を受けることを合理的に確実にする。ヘルスケアへのアクセスとは、標準的なサービスが利用可能であることと、その費用を家族か誰かが負担できることの両方を含む。

2000年では合衆国の子供の12%が健康保険に加入していなかった。ヒスパニック系は、白人や黒人の子供よりも健康保険に加入している比率が低い。発達障害者のヘルスケア供給に関する国のデータは、定義や測定が難

しいため、未だ入手不可能である。

Healthy People 2010では、母子保健局 (the Maternal and Child Health Bureau) が、March of Dimes・米小児科学会 (American Academy of Pediatrics) ・Family Voices と連携して、家族中心ケアの実現や必要なシステム整備を進展させる方策を提供する、特別なヘルスケアを必要とする子供のための6つの中核アウトカム (効果測定指標) を以下のように特定した。

- すべてのサービスにおいての意思決定に関わる家族
- メディカルホームにおいて調整された継続的・包括的なケアを受けているすべての児童
- 必要なサービスの費用を負担するに十分な民間もしくは公的な保険に加入しているすべての家族
- 特別なヘルスケアニーズに関するスクリーニング検査を早期・継続的に受けているすべての児童
- 家族が利用しやすいように組織された地域社会を基盤としたシステム
- 年齢に即したヘルスケアや仕事、独立など、成人期への移行のあらゆる局面に必要なサービスを受けているすべての青年

特別なヘルスケアを必要とする乳幼児・児童のためのメディカルホームは、予防的なサービスや予防接種、成長・発達評価、スクリーニング検査、ヘルスケア管理、患者と家族への健康や精神社会面に関するカウンセリングを行う。特別なヘルスケアを必要とする子供の70~90%が栄養障害をもっているという過去の調査結果からも、栄養サービスの

必要性は明らかである。メディカルホーム・コンセプトは、家族にとって利用可能な地域社会サービスや組織に関するあらゆる知識を、サービスの提供者が身につけておく責任を含んでいる。

スペシャルオリンピックスには150国からの知的障害者が参加し、年間を通したトレーニングや競技の機会を得ている。スペシャルオリンピックスのヘルシー・アスリート・プログラム健康促進員 (the Health Athletes program Health Promoter) には、栄養部門がある。スペシャルオリンピックス・ヘルシー・アスリート・イニシアティブ (the Special Olympics Healthy Athletes initiative) は、トレーニングや競技に向けてそれぞれの参加者の能力を高めるよう考案された様々なヘルスサービスを提供する。これは、スペシャルオリンピックスの競技者が、良好な栄養と身体の健康維持を習慣づけることを目指して、地域社会で継続的に健康増進プログラムを行うための試験的な試みとなるだろう。このイニシアティブには、栄養士やその他のヘルスケア提供者とのカウンセリングも組み込まれている。

スペシャルオリンピックス・スペシャル・スマイルズは、スペシャルオリンピックス実行委員会によって提供される歯科スクリーニング・教育・専門医への紹介のプログラムである。栄養教育部門では、栄養専門家が歯科専門家と一緒にあって、健康全般のために良好な栄養が大切であることを競技者にデモする機会を設けている。

発達障害児者はもちろん、その親や介護者にとって、栄養に関する情報を得る技術が役割を増してきている。多くの親は自分の子供に関わる特定の症候群や障害についての情

報をインターネットで検索する。疑わしく、間違っている栄養情報に行き着く可能性もあるが、家族はそこに答えを見出すかもしれない。利用しやすく正確な栄養情報が栄養専門家によって提供される必要性はとても大きい。親は、ファミリーサポートグループ会員の推薦や健康食品会社従業員によるアドバイスなどのインターネット情報や文献情報に基づいて、ハーブやビタミン、ミネラル、アミノ酸などの栄養補給パッケージを購入する。子供や家族の成長・認知力が促進される望みをもって、購買意欲が駆り立てられる。残念ながら、これらの製品の使用に関する調査は、その安全性・効用も含めて、ほとんど行われていない。

健康と病気予防の重要性

特別なヘルスケアを必要とする発達障害児者にとっての健康問題は健常者と同様に、身体活動・栄養・ヘルスケアへのアクセス・臨床的予防サービス・口腔ケア・メンタルヘルス・家族ケアなどが含まれる。

代謝異常をもつ子供にとって、乳幼児期を生き延び、認知的・身体的障害が重度になることを避けるために、効果的な栄養療法が重要である。例えば、嚢胞性繊維症、フェニルケトン尿症や糖尿病があると、特有の栄養障害が起こる。治療と予防の鍵は、早期に栄養障害と障害の診断を行い、ライフサイクルを通して適切な食事の摂取に関するサービスを提供し、身体活動と併せて健康的な食習慣を教育することである。

特定の発達障害の予防に栄養が重要であることは、神経障害の予防に妊娠前・妊娠中に葉酸をとることが有効であることで実証される。先天性代謝異常の治療で、知的障害

や発達障害を予防するために栄養素を用いることは極めて重要であることもよく知られている。先天性代謝異常の治療は生涯続くことが知られており、治療効果を高め長期間適合する可能性のある栄養商品が多く開発されている。

2001年、疾病対策予防センター（the Centers for Disease Control and Prevention (CDC)）が、出生異常や障害に焦点をあてたセンターを新しく設立した。児童保護条例2000によって創設された、CDCの出生異常及び発達障害研究センター（the CDC's Center on Birth Defects and Developmental Disabilities）は、出生異常と発達障害を予防することで子供や大人の健康を改善し、最適な子供の発達を促進し、障害をもった子供・大人の健康を保障する目的で作られた。

発達障害条例2000が再承認された際、新たに2項目付け加えられた。ひとつは、障害児の家族をサポートするための州全体にわたるシステムの発達と普及のために助成される「ファミリーサポート（Family Support）」である。栄養サービス、カウンセリングや情報提供が常にこのサービスに含まれていなければならない。もうひとつは、「障害者に直接携わる支援員のサポート（Direct Support Workers who Assist Individuals with Developmental Disabilities）」である。このプログラムは、現場の支援員のための遠隔学習トレーニングプログラムを開発する。栄養はこのトレーニング・モジュールにおいて、しかるべき部分を占めるべきである。

特定症候群の子供の親によって、多くのアドボカシー・グループが組織されている。ダ

ウン症候群ペアレント・アドボカシー（Parent Advocates for Down Syndrome : PADS）、プラダー・ウィリー症候群協会（Prader-Willi Syndrome Association）、国立フェニルケトン尿症機構（the National PKU Organization）などがある。これらの組織は法の改正や、会員の家族への正しい情報提供のために活動している。発達障害者は、障害者同士や一般地域社会との結びつきを強めてきており、自らもアドボカシー組織を結成することで障害をもった人が相互に助け合っている。

発達障害者の平均余命が伸びるにつれ、加齢に関係した慢性病が出現し、診断と治療が必要とされる。メディケアのパートB外来サービス（Medicare Part B Outpatient Services）により、糖尿病と腎臓病では医学的栄養療法（MNT）が受けられる。認知障害がある人への栄養カウンセリングは、従来の方法では効果が薄い可能性があるため、栄養専門家・家族・介護者・特殊教育の担当者が協力して効果的な教材を準備したり、十分に栄養ケアを行う必要があるだろう。

包括的な栄養サービスの構成要素 政策の進展

ヘルスケアサービスへのアクセスとすべての発達障害者が均等に保護を受ける権利が州の法律によって保障されているものの、包括的な栄養サービスの提供を確実にするよう専門家とアドボカシー・グループが強く連携して活動しなければならない。病気の予防と健康増進のために栄養が果たす役割については、「ヘルシー・ピープル2010（Healthy People 2010）」、「栄養と健康に関する外科医の一般報告書（the Surgeon

General's Report on Nutrition and Health)、米国保健福祉省1999 (US Dept of Health and Human Services 1999)」、 「Bright Futures」 に書かれている。「ヘルシー・ピープル2010」では、特別なヘルスケアを必要とする人が達成すべき健康課題として、身体的活動・肥満／過体重、栄養、ヘルスケアへのアクセス、臨床的予防サービス、口腔衛生、精神衛生をあげている。全米コレステロール教育プログラム (the National Cholesterol Education Program (NCEP)) の第3レポート、米国糖尿病協会 (the American Diabetes Association) の立場表明：科学的根拠に基づいた栄養に関する指針、糖尿病や合併症の治療と予防のための提言、米国癌協会 (the American Cancer Society)、栄養スクリーニングイニシアティブ (the Nutrition Screening Initiative) において、病気の予防と治療に医学的栄養療法 (MNT) を含めることが支持されている。特別なヘルスケアを必要とする障害者もこれらの栄養サービスの恩恵を受けるだろう。

資金供給

乳幼児を健康な大人に成長させる可能性を高めるには、複数の機関や専門領域の間の調整が必要である。

連邦省庁間調整委員会 (the Federal Interagency Coordinating Council) が1991年に設立された。その目的は、家族や子供にサービスを提供する以下の連邦機関の相互協力を強化するためである。すなわち、全米精神衛生協会 (the National Institute of Mental Health)、先住民問題局 (Bureau of Indian Affairs)、特殊教育プログラム事務

局 (Office of Special Education Programs)、疾病対策予防センターの出生異常・発達障害課 (Division of Birth Defects and Developmental Disabilities of the Centers for Disease Control and Prevention)、母子保健局 (Maternal Child Health Bureau)、社会保障庁 (Social Security Administration)、その他の早期介入プログラムである。Olmstead v LC判決で最高裁は、障害者が適切に自立生活を営むことのできる、地域社会に根ざしたサービスを開発するよう各州に指示した。地域社会にある多様な障害児者のためのグループホームは、州や地域の財源によって運営されている。最近の傾向としては、成人になると様々な専門家チームのケアやサービスを受けながら、自分自身の住まいで独立した生活を営むようになってきている。このチームには、登録栄養士が含まれていないことが多い。栄養専門家がこの問題を受け止め、このような障害者へのサービスに栄養に関するものも含めるよう、サービス提供機関に提言する必要がある。

栄養サービス

ヘルスケアチームで栄養専門家が発揮できる役割は、臨床的・生化学的・身体計測的な指標、栄養問題、摂食能力の評価や、環境・社会・経済・教育など患者への介入に影響する要因の把握である。チームの一員として、他分野の専門家や家族、介護者に食物の選択や準備に関してトレーニングすることも含まれる。

地域社会に根ざしたプログラムは金銭的に制約があるため、サービス提供者やスタッフの教育によって食事の選択プロセスに良い影響が出る可能性がある。ADAとその州

支部は、栄養専門家に発達障害者に関する知識を広げるための教育プログラムを頻繁に開催している。

栄養専門家の役割と責任

栄養専門家によって提供されるサービスは、特別なニーズをもつクライアントの健康のために不可欠である。ヘルスケアチームの他のメンバーがクライアントのスクリーニング検査を行い、評価のために栄養専門家に紹介する可能性がある。発達障害者の多くは、身体的成長が遅れているので、人工呼吸器が必要な慢性呼吸不全や嚥下障害、摂食障害などをもつクライアントの偏りに焦点を合わせた栄養評価を行うべきである。適切な治療計画を立てるために、認知評価によってクライアントの機能的な能力を把握する。発達障害者には、識字率が低い人向けのプログラムが合っている可能性がある。識字率が低い人への栄養教育に影響する要因についての研究結果により、以下の要因が効果を生むことが分かった。クライアントの社会的ネットワークを利用して栄養的介入を行うこと、視覚的に分かりやすく対話型のフォーマットであること、文化的に適した内容であること。摂食能力の評価は、アセスメントや治療プログラムの重要な部分を占める。摂食プログラムの目標は、クライアントが栄養的リスクを負うことなく自立することであろう。作業療法士や言語療法士がチームの一員として治療計画の立案に参加し、摂食自助器具を取り入れることもある。しばしば、栄養専門家はチームの一員として計画の強化や、クライアントに適した食物の決定に携わる。

教育

発達障害庁（the Administration on Developmental Disabilities (ADD)）は連邦政府のプログラムで、知的障害などをもつ発達障害者が、地域社会において生産的で自立した生活を営むための支援を行う州ベースのプログラムをサポートしている。さらに、発達障害の研究・トレーニング・サービスに携わる大学の中核的研究拠点（University Center for Excellence (UCE)）に対する出資を、すべての州に1件以上、かつほとんどの地区において行っている。母子保健局（the Maternal and Child Health Bureau）は、多くの州において、神経発達障害におけるリーダーシップ教育プログラム（Leadership Education in Neurodevelopmental Disorders (LEND) programs）に資金を提供している。

以前から大学提携プログラム（University Affiliated Programs (UAPs)）として知られているが、LENDもUCEも大学において行われ、大学がある地域社会において、地域社会とともに活動することが義務づけられている。国中にネットワークを広げることで、正当な形で最適に実施されている障害イニシアティブが、それぞれの州の地域社会で実施されることを目指している。UCEは科学的な研究成果を、学際的な研究・トレーニング活動・サービスのデモなどを通して実行に移す。UCEはリーダーシップをとる立場にいる専門家や地域社会サービスの現場にいるケアワーカーにトレーニングを行う。すなわち、発達障害者が必要なサービスやサポートを利用しやすいようにシステムが整備されているか確認したり、研究を行ったり、最先端のサービスを認定したり、機関や地域社

会を技術的に支援したり、障害者や家族、一般市民、民間組織や政策立案者に情報提供したりする。栄養専門家は、所属する地域社会のUCEを把握し、利用可能なサービスについて詳しく調べておくべきである。発達障害者に栄養サービスを提供しようとしている栄養専門家にとって、情報を得るためのいい機会である。

ケアの Protokol / 基準

ADAは、特別なヘルスケアを必要とする発達障害者に特有の栄養サービスに関する Protokol をまだ整備していない。しかしながら、糖尿病や心臓血管病、腎臓病患者向けに作られた Protokol が、発達障害者にも使われている。栄養専門家は、上記の患者に対して、ADAが作った医学的栄養療法 (MNT) の Protokol を用いることができる。発達障害者向けの Protokol 開発という長期的目標によって、増加した補償についての目標を達成する道筋も開かれるであろう。嚢胞性繊維症やハイリスク出生前ケアに関する Protokol は、1996年にADAが発行した“MNT Across the Continuum of Care (連続するケアにまたがる医学的栄養療法)”に含まれている。

提言

特別なヘルスケアを必要とする発達障害児者に包括的な栄養サービスを提供するために、ADAは、栄養専門家に以下のことを薦める。

- ・ 特別なヘルスケアを必要とする発達障害者への栄養ニーズに取り組むために、大学院や学部の栄養プログラムの内容と実習を開発し普及させる

- ・ 発達障害者のヘルスケアニーズに取り組むために、栄養専門家のための、専門的で学際的な栄養に関するトレーニングを提供する。
- ・ すべてのヘルスケアや福祉サービス事業に関わる人々に、特別なヘルスケアを必要とする発達障害者に関連した、高度な栄養知識を得る機会を提供する。
- ・ 特別なヘルスケアを必要とする発達障害者が、生涯にわたって健康を促進できるようなプログラムをサポートする。
- ・ ヘルスケアプログラムの要として、栄養状態の観察も含めた栄養サービスを推進・提供する。
- ・ 特別なヘルスケアを必要とする発達障害者の栄養問題を扱った経験があり、国家資格を有する栄養専門家を、州・国家レベルで教育・就業・ヘルスサービスの分野において政策を展開する機関に参加させるようサポートする。
- ・ 家族中心・学際的・調和的で、地域社会を基盤とし、文化的に適格なサービスを促進するための政策が整備されていることを、ヘルスケア提供者と協力して確認する。
- ・ 特別なヘルスケアを必要とする発達障害者に特有な、生涯に渡るニーズに取り組むため、エビデンスに基づいた医学的栄養療法を開発し普及させる。
- ・ 国家資格をもつ栄養専門家に、主要な、また専門的なケアチームに参加し、特別なヘルスケアを必要とする発達障害者の一生涯に関わる職業・教育・生活プログラムに関わるよう働きかける。
- ・ 特別なヘルスケアを必要とする発達障害者に対する包括的なヘルスケアの一

部として、医学的栄養療法の補償制度の獲得にむけて活動する。

- ・ 特別なヘルスケアを必要とする発達障害者の生活の質を高めるための継続的

な取り組みとして、肥満・糖尿病高血圧・心臓病などの疾患に関する栄養学的調査をサポート・推進する。

表1. 主要な症候群と発達障害：頻発する栄養問題と栄養リスクに影響する要因

症候群/障害	成長異常 低体重 肥満	エネルギー必要量の 変化	便秘/ 下痢	摂食障害	その他
脳性まひ 発達初期段階（胎生期・周産期・乳幼児期）の脳損傷に起因する筋肉制御・協調運動の障害。知的障害・視覚障害などを合併することが多い。	成長障害	発育障害	便秘	口腔運動障害	中枢神経系の関与 整形外科的障害 発作に関連した薬・栄養素相互作用
ダウン症候群 21番染色体の過剰による遺伝子障害。先天性心疾患や知的障害、低身長、筋緊張の低下などの発達障害をもつ。	肥満のリスク	低身長と制限された活動に関する	便秘	乳幼児期に吸う力が弱い	歯肉病 心臓病のリスクが高い 骨粗しょう症 アルツハイマー病
プラダー・ウィリー（Prader-Willi）症候群 低血圧、低身長、過食症、認知障害などの特徴がある遺伝子障害。管理が不十分だと肥満になる。	肥満のリスク	乳幼児期の発育障害	なし	乳幼児期に吸う力が弱い 食物に関連した異常症状	糖尿病リスク
自閉症 広範性発達障害に分類される；診断基準には、コミュニケーション障害、儀礼的行動、不適切な社会的相互交渉が含まれる。	なし	なし	なし	偏食がひどい 嫌いな食物への嫌悪感が強い	異食症 薬・栄養素相互作用
嚢胞性線維症（CF） 外分泌腺（主に脾臓、肺系統、汗腺）の遺伝的障害。内腔分泌物が異常に濃いことが特徴。	なし	栄養素摂取の増加 食物摂取の減少 脾臓の機能不全に関連する栄養の吸収障害と肺感染	なし	なし	二次疾患の増加： 糖尿病 肝臓病 骨粗しょう症
二分脊椎（Myelomeningocele） 背部正中で起こる皮膚、脊椎、脊髄の障害。水頭症、知的障害、筋肉制御の欠如などの合併症がある。	肥満のリスク	低身長と制限された活動に関するエネルギー必要量の増加	便秘	脳の Arnold Chiari 奇形による嚥下障害	尿路感染

Standards of Practice and Standards of Professional Performance for Registered Dietitians (Generalist, Specialty, and Advanced) in Behavioral Health Care

Behavioral Health Care における登録栄養士の実践規範と専門的行為における規範（一般、専門、上級のいずれにも適用される）

米国栄養士会（ADA: the American Dietetic Association）の「発達・精神障害者への栄養実践グループ(DDPD DPG : the Dietetics in Developmental and Psychiatric Disorders Dietetic Practice Group)は、ADA 品質管理委員会の指導の下、「(Behavioral Health Care における登録栄養士の実践規範と専門的行為における規範（一般、専門、上級のいずれにも適用される）」を作成した（表 1-3）。これらの資料は「ADA の栄養士の業務フレームワーク領域」の中にある「栄養ケアの実践規範と専門的行為における規範」に基づいており、Behavioral Health Care の実施を評価・改善するための手引書、そして Behavioral Health Care の有効性を実証する手段となっている。Behavioral Health Care の実践は、一般・専門・上級登録栄養士の 3 段階に分けられている。これらの基準と ADA 倫理規定によって、以下の質問への回答が得られるであろう。すなわち、「Behavioral Health Care において、登録栄養士が特定の栄養サービスを行う資格があるのはなぜか」、「Behavioral Health Care において、登録栄養士が安全かつ効果的で質の高い栄養ケアを行うためには、一般・専門・上級レベルでそれぞれ、どのような知識・技能・能力が必要か」という疑問である。これらの基準は「栄養ケアのプロセスとモデル」の原則の中に組み込まれ、（入院、外来、地

域社会の中などで）連続して提供される Behavioral Health Care に適用されている。

Behavioral Health Care のサービスには、精神疾患や薬物依存、発達障害、摂食障害などの治療も含まれている。米国人の 5 人に 1 人は精神疾患を患ったことがあり、毎年成人米国人の 5~7%が重度の精神疾患を患っていると推定される。子供の米国人では、約 5~9%が重度の情緒障害をもっている。毎年、何百人もの成人・子供に精神疾患による障害が認められており、米国で精神医療サービスにかかる直接的なコストは、1996 年で合計 690 億ドルであった。これは米国の医療費全体の 7.3%に相当する。さらに 177 億ドルがアルツハイマー病のために、126 億ドルが薬物乱用治療のために使われている。

行動的健康障害があると早死や能力不足のために職場や学校、家庭での生産性が失われることから、間接的コストもかかるといえる。精神疾患による間接的コストは、1990 年で 786 億ドルであったと推測される。その内の 80%以上が早死よりも能力的な障害によるものである。

Behavioral Health Care を必要とするような人々に栄養サービスを提供することは複雑な仕事である。患者は 1 つ以上の症状をもっているものである。たとえば、精神疾患が主要な症状である患者は、薬物乱用や摂食障害、発達障害を併せもっている可

能性がある。

Behavioral Health Care を実施する登録栄養士は、対応する患者特性に応じた技術を使わなくてはならない。そして登録栄養士は、思考過程の変化や情緒不安定、発達・学習障害、依存症、危険な食習慣、自傷などがある人々に関して、どのような栄養が必要か、またどのような栄養治療が可能かを理解しているものである。そのような人々の栄養状態を評価し、栄養問題を診断し、栄養ケアを計画し実践するために、また、それらを安全で効果的に行うために、登録栄養士は Behavioral Health Care の分野において専門的なトレーニングや教育、実習を受ける。

ADA によると、専門家としての栄養士の定義は、「最良の健康状態に保つために、専門性の幅をとらえて限界まで柔軟に対応するよう、あらゆる科学（食品学・栄養学・経営科学・コミュニケーション科学・生物学・心理学・行動学・社会科学など）からの原則を統合し適用する」ことである。栄養関連業務のフレームワーク領域（the Scope of Dietetics Practice Framework）はすべての栄養専門家のための礎として作成され、2005 年 4 月の「ADA ジャーナル（the Journal of the American Dietetic Association）」に掲載された。このフレームワークによって、評価資源、栄養ケアの実践規範、専門的行為における規範、倫理規定などが定義され、各臨床従事者が特定の活動が法的に専門領域に入っているかどうかを判断し、自分の業務を評価するために、関連する州法や連邦法、免許法と併せて利用できるものとなっている。

核となる実践規範、専門的行為における

規範も同時に掲載された。このフレームワークにある「栄養ケアの実践規範と専門的行為における規範」は、登録栄養士が特定分野で行う専門行為もしくは上級行為の基準を整備していくための青写真として作成されている。表 4 は、栄養士業務の専門・上級レベルについて、基本的な定義を示している。

Behavioral Health Care における登録栄養士の実践規範と専門的行為における規範

登録栄養士は、以下の目的で「Behavioral Health Care における登録栄養士の実践規範と専門的行為における規範」を使用する。

□ Behavioral Health において、栄養ケアを実施するために必要な能力を特定する。

□ Behavioral Health Care において、効果的で質の高い栄養ケアを行うために、十分な技術やベースとなる知識をもっているかどうか自己評価する。

□ Behavioral Health Care において、一般・専門・上級レベルの行為を行うために、さらに必要な知識や技術を特定する。

□ 公的説明責任の基礎を提供する。

□ サービスや資源の計画運営の助けとなる。

□ 登録栄養士の専門家としてのアイデンティティを高め、本質を伝える。

□ Behavioral Health に関連した栄養教育プログラムや仕事の説明、キャリアの道筋を作成するためのガイドとする。

実践への適用

ドレイファス・モデルは、初心者からエキスパートが、知識や技術を獲得・発達さ

せる間の能力のレベルを特定しており、「Behavioral Health Care における登録栄養士の実践規範と専門的行為における規範」の実施内容のレベルを把握しやすいモデルとなっている。Behavioral Health Care の専門領域に携わったばかりの登録栄養士は、急な学習曲線を描く。初心者、熟練者、エキスパートのそれぞれの能力段階でも同様の発達傾向がある。「実践規範と専門的行為における規範」の中では、この3つの段階は一般・専門・上級実施レベルとして表されている（表4）。

Behavioral Health Care にこの考えをあてはめると、経験のある登録栄養士でさえ、新しい設定で仕事をするときには、“初心者”ステージから始めることが分かる。“初心者”ステージ（一般レベル）では、登録栄養士はBehavioral Health Care に携わったばかりで、実践を支える原理を学ぶ。熟練者ステージ（専門レベル）では、登録栄養士はBehavioral Health Care への理解を深め、状況に応じてこれらの原理を適用したり行動を変化させたりできる。エキスパート・ステージ（上級レベル）では、登録栄養士はBehavioral Health Care をもっと直感的に理解し、経験や学習によって培った高度な臨床技術や判断力を幅広く応用できる。基本的に、高度な実践レベルでは、栄養士が臨床経験だけではなく、Behavioral Health Care 全般の専門家としての経験から得た高度な栄養学的知識を適用する必要がある。幅広い経験や文脈的な全体の中に意義や重要性を見出す能力があるエキスパートは、臨機応変に柔軟性をもって実践にうつすことができる。

実践レベルを考慮することで、

「Behavioral Health Care における登録栄養士の実践規範と専門的行為における規範」を全体的にみる手助けとなる。これは、指標や基準ではなく、実践レベルを描いている実践の全体像である。

登録栄養士は定期的に「Behavioral Health Care における登録栄養士の実践規範と専門的行為における規範」を見直し、自らの能力を評価する必要がある。定期的な評価が重要な理由は、そうすることで実践や専門的行為を改善し、より良いものにする機会を得やすくなるからである。また、登録栄養士が自己評価や計画・改善・生涯学習へのコミットメントのために「栄養士登録委員会 専門開発ポートフォリオ」を利用する助けにもなる。「Behavioral Health Care における登録栄養士の実践規範と専門的行為における規範」は、「専門開発ポートフォリオ」5段階のすべての段階において利用できる（表5）。登録栄養士は、Behavioral Health Care の実施における各自の領域を広げていくために、どのような環境においても更なるトレーニングを受けるよう勧められる。それぞれが能力レベルに応じた行為を行うことを求められるが、そのレベルは教育やトレーニング、経験などによって変わる。

表6は、さまざまな役割・実践力をもつ登録栄養士が、実践に役立てるための「Behavioral Health Care における登録栄養士の実践規範と専門的行為における規範」の使用例である。

「Behavioral Health Care における登録栄養士の実践規範と専門的行為における規範」は専門的レベルと上級レベルの違いを表現していない。それは、あらゆる領域

での理解や成果、価値観が統合された上級レベルの実践の中で示される知識・経験・直感の中に、専門的レベルと上級レベルの違いがあるからである。上級レベルの栄養士がもつ実践力やノウハウの中に、豊かな知識が潜在している。上級の登録栄養士は、経験から学んだことを臨床例を用いて系統的に記録するので、豊かな知識をさらに拡大・発達させて指標の中に取り入れることで、指標が改良される。経験のある臨床従事者が臨床を観察し、実践と概念を結びつけるよう分析することで、総合的な全体像が浮かび上がる。一般の学者がするように、臨床研究者は、専門領域の現象について、真実やその解明、常に増加する情報を追求める。臨床研究者の役割は、臨床を持続的に分析し、事象を他者に説明することである。臨床研究の基礎は、理論の応用や実践の研究にある。理論や原理そのものだけではなく、それらを日常的な実践の中で具体化することによって、知識は得られる。臨床例では、患者ケアを変化・改良するような臨床環境や専門的な活動の中で際立つ個人の行動を挙げている。成果に影響するような行動やプロセスの必要性についても簡単にふれている。

表1. Behavioral Health Care における登録栄養士の実践規範と専門的行為における規範(一般、専門、上級のいずれにも適用される)

「実践規範」は登録栄養士の責務と実践能力レベルを記す正式な資料であり、「栄養アセスメント」「栄養診断(問題の特定)」「栄養的介入(計画・実施)」、「アウトカムモニタリング・評価」という RD が実施すべき4つのスタンダードがある。そこでは、RD^aが批判的思考技術や分析能力、理論、最高の研究成果、現在受け入れられている栄養療法、医学的知識、系統的で全体的な栄養ケアプロセスを用いることを前提としている。

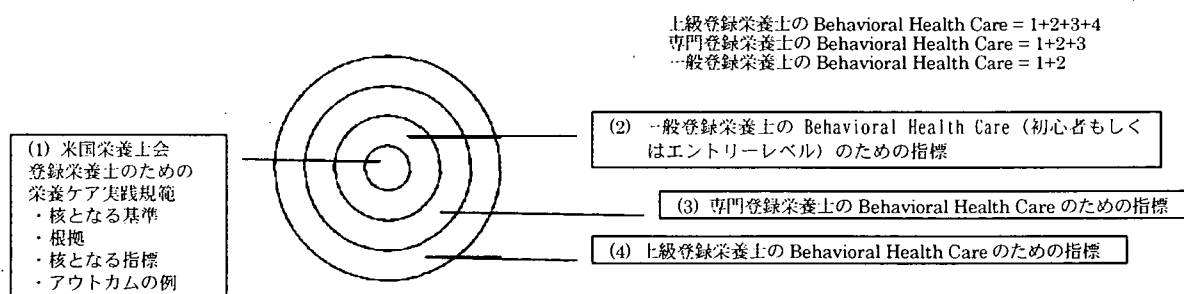
「Behavioral Health Care の専門的行為における規範」は、登録栄養士の専門的役割の中での行為能力レベルを記す正式な資料であり、「サービスの提供」「研究の活用」「知識の伝達と応用」「資源の活用と管理」「実践の質」「継続的な専門能力と専門家としての説明責任」という6つのスタンダードに関連する活動が書かれている。

それぞれの基準は、関連性や重要性の上で等しく、定義や論拠、指標、望ましいアウトカムの例を含んでいる。基準は、臨床従事者の行為の有効性や信頼性を評価するための記述を中心に、特定の成果が集められたものである。論理的根拠には基準の意図が説明され、目的と重要性がより詳細に定義されている。指標は、計測・定量化が可能で、具体的な行動の記述において特定の基準がどのように実践されるかを示している。指標によって、能力のある臨床従事者の行為レベルを明確にし、専門家としての成長を認識する助けとなる。「ADA 栄養ケア実践規範と専門的行為基準」の中にある、基準の定義、論拠、核となる指標、アウトカムの例は、Behavioral Health Care のためのものと同じであるが、指標に関しては、Behavioral Health Care に関わる RD に求められる独特の能力まで拡大されている。このような指標は個人でサービスを提供する RD にはあてはまらないかもしれない。同様にそれぞれの指標がすべての状況で使えるわけではない。

この評価資料の中で、クライアントという用語は共通語として使われている。クライアントとは、患者や住民、客、参加者、消費者、コミュニティなど、食料・栄養サービスを受けている個人やグループのことである。これらの実践規範や専門的行為における規範は、臨床場面に限られたものではない。基準の中で使われる“適切な”とは、多くの可能性の中から状況に適した結果をもたらすものが選択されることを意味する。

「実践規範」と「専門的行為における規範」は補完的な資料である。一方が他方を兼ねることはできず、栄養士の業務と専門行為を完全に記述するためには両方一緒に用いられるべきである。

「(一般・専門・上級)登録栄養士の Behavioral Health Care に関する実践規範と専門的行為基準」の中には、専門・上級レベルに加えて、一般登録栄養士の Behavioral Health Care (エントリーレベルもしくは初心者レベル) のための指標が追加されている。



^aRD=登録栄養士

表2. Behavioral Health Care における登録栄養士の実践規範

スタンダード 1: 栄養アセスメント

Behavioral Health Care に関わる登録栄養士は、栄養関連問題を特定するために十分な情報を得る。

論拠：栄養アセスメントは、栄養関連問題の性質や原因を確定するために、データを取得・検証・解釈する系統的なプロセスである。栄養的リスクファクターをもつ個人や集団に着目かつもしくはスクリーニングすることから始まる。栄養アセスメントは、初期のデータ収集だけではなく、クライアントやコミュニティの必要性について継続的に再評価・分析する持続的で動的なプロセスである。評価は、「栄養ケアプロセス」の次のステップである栄養診断の基礎となる。

スタンダード 1 の指標：栄養アセスメント		"X" はそのレベルの指標であることを意味する		
太字フォントは ADA の RD 実践規範の主要な指標である		一般	専門	上級
1.1	食事摂取を評価し、栄養リスクを含む健康状態に影響する因子を探る	X	X	X
	評価			
1.1A	食事・飲料摂取が適切で十分であるか（例：3 大栄養素/微量栄養素、食事パターン）	X	X	X
1.1A1	Behavioral Health Care において、多様な摂取パターンが通常みられる（例：多飲症、自己抑制、大酒、下剤乱用、アルコール性栄養障害、食欲抑制剤の乱用（ダイエット薬、カフェイン、ニコチン）、セルフ・ネグレクト、oral defensiveness（口腔内を他者に触れられることを極度に嫌がること）、幻覚や妄想による食事/飲料拒否、躁鬱に關係する過剰もしくは不十分な摂取）	X	X	X
1.1A2	Behavioral Health Care において、食事や飲料の時間帯や回数が通常多様になる（例：薬物依存症患者は一日一食であったり、全く食べなかったりする。認知症患者は、食べるのを忘れて、食べ続けたりする。夜中に食べることで睡眠障害や肥満を誘発することがある）		X	X
1.2	発達障害/精神障害/薬物依存に關係する健康・疾病状態を評価し、栄養に及ぼす影響を把握する	X	X	X
	評価			
1.2A	病歴・家族歴・併存疾患	X	X	X
1.2A1	病状がよくみられる例： a) 薬物依存：例：Wernicke-Korsakoff 症候群、食道静脈瘤、間欠性乳糖不耐症、GERD ^b 、PUD ^c 、肝硬変、肝壊死、自閉症） b) 発達障害：例：Prader-Willi 症候群、頭/首の損傷、フェニルケトン尿症、その他の先天性代謝障害） c) 精神障害：例：身体的不調の訴え、薬物依存、せん妄） d) 摂食障害：例：電解質平衡異常、脱水症状、タンパク質・エネルギー低栄養状態）		X	X
1.2A2	Behavioral Health Care には併存疾患が通常みられる（例：糖尿病、心臓血管障害、呼吸器障害、脂質異常症、HIV ^d /AIDS ^e 、C 型肝炎、結核症、ニコチン依存症、骨粗しょう症、高プロラクチン血症、過敏性腸症候群、GERD、PUD）	X	X	X
1.2A3	発達歴（例：成長歴、発達マイルストーン、体重変化）	X	X	X
1.2A4	家族の病歴（例：糖尿病、心血管疾患、精神障害、代謝障害）	X	X	X
1.2A5	問診のデータには、以下のものを非限定的に含む。胃の状態/耐性、痛み、咀嚼・嚥下障害	X	X	X
	評価			
1.2B	身体所見（身体検査もしくは医学的検査）	X	X	X
1.2B1	身体計測値（例：成長曲線、BMI^f、腹囲、身体組成）	X	X	X
1.2B2	栄養に焦点をあてた身体検査（以下のものを非限定的に含む）。骨格異常、バイタルサイン、不健康な体液貯留の兆候（例：浮腫、腹水、肺うっ血）、皮膚の色・渴き・損傷		X	X
1.2C	服薬管理（処方薬、市販薬、漢方薬、ビタミン・ミネラルサプリメント、薬剤アレルギー、薬と食品の相互作用、服薬の遵守）	X	X	X
1.2C1	Behavioral Health 関連の薬と栄養関連の副作用：（例：体重増加、体液貯留、口腔乾燥、過度の口渇、便秘、グルコース/脂質代謝異常、必要エネルギー量の減少、GI ^g 不快感、拒食症、食欲増加）		X	X
1.2C2	Behavioral Health 関連の薬と栄養の相互作用：（例：MAO ^h 抑制剤、アンタプース（アルコール中毒治療剤の商品名）、リチウム）		X	X
1.2C3	薬 - サプリメント/食品相互作用（例：セイヨウオトギリソウ、カノコソウ根、カワカワ、グレープフルーツジュース）		X	X

スタンダード 1 の指標：栄養アセスメント		"X" はそのレベルの指標であることを意味する		
太字フォントは ADA の RD 実践規範の主要な指標である		一般	専門	上級
	評価			
	1.2D 合併症とリスク	X	X	X
	1.2D1 自傷リスク	X	X	X
	1.2D2 身体の不調を示す兆候 (例: DTs ¹ 、薬の使用中止、発作、過剰摂取もしくは中毒、脱水症)		X	X
	評価			
	1.2E 診断的な検査、経過、評価	X	X	X
	1.2E1 生化学的検査項目 (例: 脂質状態、タンパク質状態、血糖コントロール、肝機能、貧血)	X	X	X
	1.2E2 診察記録の見直し (例: 精神鑑定、歯科検査、言語/ OT ¹ /PT ^k 評価、MD ¹ 診察レポート)	X	X	X
	評価			
	1.2F 身体活動の習慣と制限	X	X	X
	1.2F1 現在の Behavioral Health Care 計画の内容	X	X	X
	1.2F2 特殊な身体活動 (例: 歩行不能、スポーツマン、強迫神経症)		X	X
	1.2F3 クライアントが楽しんでいるが、習慣的には行っていない身体活動		X	X
1.3	心理社会評価、社会経済評価、機能評価、食事の入手・選択・準備や健康状態の理解に関する行動的ファクターの評価	X	X	X
	評価			
	1.3A 妥当性のある評価ツールを用いた、発達評価、機能評価 (ADL ^m と IADL ⁿ)、精神的評価 (文化的/民族的/生活習慣的要因)	X	X	X
	1.3A1 抑うつ症、認識衰退、不安症のリスク	X	X	X
	1.3A2 摂食障害のリスクと既往歴、関連ファクター (例: 薬の調節、食品問題、身体的活動、体重変動、食感の問題)		X	X
	1.3A3 乱用 (例: アルコール、タバコ、薬物)	X	X	X
	1.3A4 クライアントが、自力、常に/時々援助を受けながら栄養摂取するためのタスク	X	X	X
	1.3A5 自力での栄養摂取を可能にする成長を、遅らせるような行動		X	X
	1.3A6 最近起こった顕著なストレス (例: 介護者が変わる、大切な人がいなくなる)	X	X	X
	1.3A7 不適応な行為への引き金		X	X
	1.3A8 十分な食料獲得への障害 (例: ホームレス、交通、経済状態)		X	X
1.4	クライアントの知識、学習準備状態、行動変化の可能性の評価	X	X	X
	評価			
	1.4A 過去に栄養ケア・サービス/MNT ^o を受けたことがあるかどうか	X	X	X
	1.4A1 食事摂取に関連する行動の状態 (例: 態度、自己効力感、知識、意図、動機、変化に対する準備・意欲、社会的サポートの把握、精神疾患に対する感情)		X	X
	1.4A2 自己管理能力と行動		X	X
	1.4A3 クライアントの栄養的関心や設定された目標に向かっての進歩やクライアントの栄養問題に関する理解度などが記された、既存の個別サービス計画やケア計画		X	X
1.5	データを比較する基準の特定	X	X	X
1.6	栄養診断のための、問題となりうる分野の特定	X	X	X
1.7	文書化と伝達	X	X	X
	1.7A 評価日時	X	X	X
	1.7B 収集された関連データと基準との比較	X	X	X
	1.7C 明らかになった問題に対するクライアントの認識、価値観、動機	X	X	X
	1.7D 適切なフォローアップによって、クライアントの理解、食関連行動、その他アウトカムがどのくらい変化したか	X	X	X
	1.7E 治療の終了/中断、または紹介の理由 (適切な場合)	X	X	X

アウトカムの例

スタンダード 1: 栄養アセスメント

- ・ 適切なアセスメントツールと手順 (状況にあったアセスメント方法) が実施されている
- ・ 妥当で信頼できる方法でアセスメントツールが使われている
- ・ 適切なデータが収集されている
- ・ データが妥当である
- ・ 栄養問題に関連するデータが有効な枠組みで系統的に分類されている
- ・ 効果的な問診方法がとられている
- ・ 他者に相談もしくは紹介するべき問題が認識されている
- ・ アセスメントの文書化と伝達が、完全で、直接的で、正確に、適時に行われている

スタンダード2：栄養診断

栄養専門家が独立して行う責任がある栄養問題の現状、リスク、可能性を、登録栄養士が特定し・説明する。

論拠：評価の最終段階で、データをクラスタ化、分析、総合的に扱う。このことにより、特定の栄養診断内容を系統立てて説明する栄養診断カテゴリーが明らかになる。医学的診断は、病気や状態が存在する限り普遍であるが、栄養診断はクライアントの反応によって変化する。栄養診断と医学的診断には、確固とした違いがある。主な違いは、栄養診断が根本的な病気の診断やその原因について、最終結論を出さないことにある。「主症状として抑うつ障害を患い、再発エピソードがある」という医学的診断を受けているクライアントが、栄養アセスメントによって登録栄養士から「不十分なタンパク質・エネルギー摂取」あるいは「不随意的な体重減少」という栄養診断を受けたりする。地域社会や公衆衛生の設定では、医学診断よりも地域住民ベースの条件（食品の安全性、アクセス）に関連した栄養診断となる（例：「安全でない食品の摂取」「食品へのアクセスが限られている」）。栄養診断は、現実的で測定可能なアウトカム、適切な介入の選択、期待されるアウトカムを得る過程に関連して表現される。

スタンダード2の指標：栄養診断		“X”はそのレベルの指標であることを意味する		
太字フォントはADAのRD実践規範の主要な指標である		一般	専門	上級
2.1	アセスメントデータから栄養診断する	X	X	X
	2.1A 問題を特定し、診断名をつける	X	X	X
	2.1B 病因を決める（原因、関係のあるリスクファクター）	X	X	X
	2.1C 兆候や症状を集める（特徴を明確にする）	X	X	X
	2.1D 身体的、心理社会的、環境的な栄養アセスメントによって得られたデータが意味のあるものになるよう分類する（例：結論を得るために有意義で十分な情報）		X	X
	2.1E 異なる診断を系統立てて比較・対照する			X
2.2	栄養診断の順位付け（分類）	X	X	X
	2.2A 可能なときに適時、クライアントや家族、その他のヘルスケア専門家と栄養診断を確認する	X	X	X
	2.2B 専門レベルの臨床判断技術を使う（例：クライアントの学習スタイルや変化に対する準備・意欲を考慮しながら、幅広い可能性の中から選択する）		X	X
	2.2C 上級レベルの診断推論や判断を使う（例：Behavioral Healthを複雑な障害として、全体に焦点を当てて熟考する）			X
2.3	問題や病因、兆候、症状などの記述（可能な限り）を含んだ栄養診断の文書化 通常「PES」というフォーマットが使われている。これはP-問題（Problem）、E-病因（Etiology）、S-兆候と症状（Signs and Symptoms）を示す	X	X	X
2.4	新たな評価データが得られた際には、栄養診断を再評価・修正する	X	X	X

アウトカムの例

スタンダード2：栄養診断

- ・以下のような栄養診断
 - * 明確・簡潔である
 - * 特定化されている - クライアント中心
 - * 正確 - 病因に関係している
 - * 信頼でき、正確なアセスメントデータに基づいている
 - * （すべての設定での）日付が含まれている（急性治療ではその時間）
- ・栄養診断の資料が、正確・適時で、問題と関連性をもっている
- ・新たな評価データが得られた際には、栄養診断の資料が見直され、アップデートされている