

スタンダード3：栄養的介入

栄養に関連する行動やリスクファクター、環境的条件、個人やターゲットグループ、一般地域社会などの健康状態を変化させる目的をもって適切に作成された行動計画を、登録栄養士が確認・実行する。

論拠：栄養的介入とは、クライアントの栄養ニーズにあった適切な行動を a) 選択、b) 計画、c) 実行することである。栄養的介入は、栄養診断によって選択され、成果を測定・評価するための基礎となる。介入は、問題解決のための一連の具体的な活動と関連する資料である。登録栄養士自身が介入を行う場合もあるし、他者に栄養ケアを委託したり調整したりする場合もある。すべての介入は、科学的原理や論拠に基づいていなければならない。可能であれば、高水準の研究に基づくべきである（エビデンスに基づく介入）。登録栄養士は、クライアントや家族、介護者と協力して、診断/問題を改善する可能性が高い現実的な計画を作成する。このようなクライアント主導のプロセスがこの段階を成功させるための重要な要素であり、クライアントをどこまで参加させたかどうか確実でない従来の計画段階と異なる点である。

スタンダード3の指標：栄養的介入		"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
栄養的介入を計画する				
3.1	重症度や栄養介入が問題を改善する見込み、重要度に対するクライアントの認識に基づいて、栄養診断の優先順位を決める 優先順位を決める際には、以下を非限定的に考慮する	X	X	X
	3.1A 医学的状态	X	X	X
	3.1B 行動的障害（例：精神障害、発達障害）		X	X
	3.1C 不適応な行動		X	X
	3.1D クライアントの認知、感情、発達、行動を考慮した場合の、選択・計画された栄養介入に対するクライアントの準備状況		X	X
	3.1E クライアントが利用可能な資源とサポート	X	X	X
3.2	国家が整備している実施ガイドラインや方針説明書に基づいたコンサルタント（例：ADA方針説明書、神経性拒食症・過食症、特定不能の摂食障害（EDNOS）の治療への栄養的介入、特別なヘルスケアを必要とする発達障害児者への栄養サービス提供、ADAによるエビデンスに基づいたMNT®実施ガイド）を行い、記載されている内容に従って、病気や症状の適切な管理・改善に努める	X	X	X
3.3	それぞれの栄養診断に対して、クライアントを中心に期待されるアウトカムを定める	X	X	X
	3.3A クライアントの状況に合わせたクライアント中心で明確・具体的なアウトカムを客観的に測定可能な形で予測し、治療と効果に対して適切な予想を立てる	X	X	X
3.4	計画作成を通じ、クライアント、介護者、その他のヘルスケア専門家と協議したり、政策やプログラム・スタンダードを適切に参照したりする	X	X	X
	3.4A クライアントが自分のBehavioral Health Care目標を達成する力を強化できるような（妨げるのではなく）、栄養介入計画であることを認識する		X	X
3.5	介入計画を明示する（例：栄養処方箋を出す、教育計画やコミュニティ・プログラムを整備する、栄養プログラムやスタンダードに関わる政策を立てる） 介入計画が以下のものを非限定的に含むことを考慮するよう明示する	X	X	X
	3.5A 薬物乱用	X	X	X
	3.5A1 不適応な薬物乱用の種類	X	X	X
	3.5A2 アルコール摂取の禁忌（例：薬との相互作用、禁酒の確約、中毒の既往歴、受胎週辺期、妊娠・授乳期；子供や青年、特定の病状）	X	X	X
	3.5A3 薬物依存が身体的健康に及ぼす影響（例：腹水症、骨粗しょう症、PUD、GERD、口腔/食道/胃/腸癌、心臓病、膵炎、血糖調節異常、肝硬変/壊死、脂質異常症、乳糖不耐症、低栄養状態）	X	X	X
	3.5A4 解毒もしくは薬物乱用からの回復段階		X	X
	3.5A5 薬物乱用の精神的・感情的健康に及ぼす影響（例：気分の変化、脳症、神経障害、認知症）		X	X
	3.5A6 回復と再発防止のための栄養		X	X
	3.5A7 回復のためのビタミン・ミネラル・その他栄養サプリメント（例：チアミン、消化酵素）の適切な使用		X	X
	3.5A8 健康的な食事パターン（体系化、スケジュール化）	X	X	X
	3.5A9 食欲抑制剤などの常習性物質（例：カフェイン、ニコチン、その他の常習性物質）		X	X
	3.5A10 栄養摂取を妨げる日常的習慣	X	X	X
	3.5A11 薬物乱用からの回復を助ける薬のためにクライアントが必要としている食事制限		X	X
	3.5A12 栄養に関連するサポートを提供する薬物乱用特定コミュニティ/防止プログラム	X	X	X

スタンダード 3 の指標：栄養的介入			"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
	3.5A13	食事や栄養サービスへのクライアントのアクセス	X	X	X
	3.5A14	最新/代替的治療戦略			X
	3.5B	発達障害	X	X	X
	3.5B1	発達障害を予防するための栄養（例：母体の栄養、アルコール・薬の断絶、異食症）	X	X	X
	3.5B2	栄養摂取に対する行動的・環境的影響		X	X
	3.5B3	口腔器官の構造と機能		X	X
	3.5B4	口腔運動発達の段階		X	X
	3.5B5	口腔衛生と 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）の克服		X	X
	3.5B6	安全で受け入れられやすい食事や流動食		X	X
	3.5B7	クライアントの骨格異常、精神疾患の薬物治療、身体運動の実現可能性、特異的行動などの影響を考慮した現実的な体重目標		X	X
	3.5B8	学習準備や行動における栄養や食欲の影響		X	X
	3.5B9	健康的な食事パターン	X	X	X
	3.5B10	先天的代謝障害の基礎的管理			X
	3.5B11	先天的代謝障害の上級的管理			X
	3.5B12	最新/代替的治療戦略			X
	3.5B13	代替的摂食方法、リハビリ評価/治療の必要性	X	X	X
	3.5B14	これらの人々が受けられる地域栄養プログラム	X	X	X
	3.5B15	食事・栄養サービスへのアクセスに影響する政策/規則		X	X
	3.5C	精神疾患	X	X	X
	3.5C1	精神機能の変化に関連する栄養バランスの悪さ（例：うつ病のビタミンB-12不足、認知症のチアミン不足、リチウム・電解質不均衡）	X	X	X
	3.5C2	行動パターン、睡眠パターン、服薬などの変化に関連して変化した必要エネルギー量		X	X
	3.5C3	水分保持状態の変化（例：多飲多渴症/水中毒、脱水症、薬の副作用）	X	X	X
	3.5C4	体重過多や肥満に関連した健康リスク	X	X	X
	3.5C5	食事の選択、食事の計画における感情・思考障害の影響		X	X
	3.5C6	連続した治療を受けるためのサービスへのアクセス（例：コミュニティ・サポート・クラブハウス・プログラム（Community Support Clubhouse Programs）、精神衛生支援活動プログラム（Mental Health Outreach Programs））		X	X
	3.5C7	健康的な食事の計画	X	X	X
	3.5C8	精神疾患の回復における栄養の役割		X	X
	3.5C9	最新/代替的な治療戦略			X
	3.5C10	精神疾患の症状としての食欲・セルフケアの低下（自律神経症状もしくは陰性症状）		X	X
	3.5D	摂食障害	X	X	X
	3.5D1	摂食障害の生理学的因果関係（例：歯牙侵食、骨粗しょう症、食道のびらん/裂傷/出血、成長や性的発達の遅れ、脱毛、筋萎縮、皮膚炎、精神錯乱、ホルモン産生の減少、徐脈、心不全、脱水症、低血圧、虚弱、低体温、死）	X	X	X
	3.5D2	乱れた摂食行動の心理的因果関係		X	X
	3.5D3	歪んだボディイメージ 対 適正なボディイメージ		X	X
	3.5D4	歪んだ食事量 対 適正な食事量		X	X
	3.5D5	摂食障害に影響を与えている環境的/文化的要因		X	X
	3.5D6	リフィーディング症候群の予防	X	X	X
	3.5D7	健康的な食事構成	X	X	X
	3.5D8	人格障害（例：ボーダーライン、非社会的、回避的、自己陶酔的、受動攻撃的、依存的人格などの特徴）		X	X
	3.5D9	最新/代替的な治療戦略		X	X
	3.5D10	摂食障害の兆候を示す児童のスクリーニング・紹介など学校の制度		X	X
	3.5D11	感情的成長・発達における摂食障害の影響		X	X

スタンダード3の指標：栄養的介入		“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
3.6	介入計画が入手可能で最高水準のエビデンス（国家ガイドライン、研究出版、エビデンスに基づいた文献/データベース）に基づいていることを確かにする	X	X	X
3.6A	問題の病因に焦点をあてており、かつ最新・最良の知識やエビデンスを基盤として効果的に取り入れているような、特定の介入戦略を選択する	X	X	X
3.7	介入の度合い・継続期間・フォローアップも含めて、介入時間と頻度を明確にする	X	X	X
3.8	資源と紹介を確認する	X	X	X
3.8A	身体的援助（例：補装具、SLPP、OT、PT、歯科サービス、ホーム・ケア）		X	X
3.8B	行動的サービス（例：心理療法士、牧師によるカウンセリング、12ステップ・グループのような地域社会を基盤にした支援グループ、精神障害国家連合（the National Alliance on Mental Illness））		X	X
3.8C	教育的補助（例：共同拡張、地域社会の教育プログラム）		X	X
3.8D	経済的資源（例：食品補助券、食事プログラム、食糧配給所）		X	X
栄養的介入の実行				
3.9	栄養と Behavioral Health に関係したケア計画を伝達する	X	X	X
3.10	栄養と Behavioral Health に関係したケア計画を実行する	X	X	X
3.10A	一般的な栄養教材を個人の学習スタイルやコミュニケーション手段に適用する	X	X	X
3.10B	適切な行動変容理論（例：モチベーションインタビューング、行動修正、モデリング）を利用して、自己管理/自己ケア戦略を促進させる		X	X
3.10C	複雑で予測不能なダイナミックな状況において意思決定するために、批判的思考と統合技術を用いる		X	X
3.11	データ収集を続け、必要に応じてケア計画を変更する	X	X	X
3.12	Behavioral Health に関係した介入や栄養を、状況やクライアントに合わせて個別化する	X	X	X
3.12A	必要に応じて、対人的な教育、訓練、コーチング、カウンセリング、技術的なアプローチなどを行う	X	X	X
3.12B	複数の介入アプローチを組み合わせるために、批判的思考と統合技術を適切に用いる		X	X
3.12C	複雑な介入のために戦略を個別化するために、クライアントに合わせた経験知識や最新知識を利用する			X
3.12D	組織されていない環境に向けて、クライアントが自分で食事を選択できるよう促し、自分の健康を管理できるようにする		X	X
3.13	同僚やその他のヘルスケア専門家と協力する	X	X	X
3.13A	Behavioral Health Care のチームとの活発なコミュニケーション、学習、提携、協力を促進・助長する		X	X
3.14	サービスが実行されニーズが満たされていることを確認・フォローアップする	X	X	X
3.15	状況/反応の変化によって戦略を見直す	X	X	X
3.16	文書化と伝達	X	X	X
3.16A	日時	X	X	X
3.16B	特定の治療目標と期待される成果	X	X	X
3.16C	推奨される介入	X	X	X
3.16D	計画の調整と正当化	X	X	X
3.16E	クライアントの受容度	X	X	X
3.16F	行われた紹介と使われた資源	X	X	X
3.16G	ケアの提供とモニターの進行に関連するあらゆる情報	X	X	X
3.16H	フォローアップとケア頻度の計画	X	X	X
3.16I	治療の終了の根拠（適切な場合）	X	X	X

アウトカムの例

スタンダード3：栄養的介入

- ・ 適切に優先順位をつけ、目標/期待される成果を明確にする
- ・ 適切な栄養処方もしくは栄養計画が作成される
- ・ 学際的な連携が確立する
- ・ 栄養的介入が実施され、行動が実行される
- ・ 栄養的介入の資料が、正確・適時で、問題と関連性をもっている
- ・ 栄養的介入の資料が見直され、アップデートされている

スタンダード 4：栄養モニタリングと評価

登録栄養士は栄養ケアによってどのような進歩や目標が達成され、望まれる成果が得られたかどうかを究明するために、栄養診断や介入計画で設定された目標と直接関係のある成果をモニター・評価する。モニタリングと評価を通して、登録栄養士はクライアントの明確なニーズや栄養診断、栄養的ゴール、病状と関係のある成果指標（マーカー）を選んで用いる。治療の終了まで、決められたスケジュールに従って進行状態をモニター・測定・評価するべきである。このステップから得られたデータを用いて、登録栄養士はアウトカム・マネジメントシステムを作成する。

根拠：治療の終了まで、決められたスケジュールに従って進行状態をモニター・測定・評価するべきである。栄養ケアプロセスを再活性化させるきっかけの例として、特定行動や体重などの成果指標の変化があげられる。モニターとは、事前に計画されたフォローアップ・ポイントにおいて、栄養診断や介入計画/目標、成果に関係するクライアントの状態を再確認・測定することである。一方、評価とは現在の状態を、過去の状態・介入目標・参照基準などと系統的に比較することである。

スタンダード 4 の指標：栄養モニタリングと評価		"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
4.1	経過をモニターする	X	X	X
4.1A	クライアントが計画を理解し遵守しているかチェックする	X	X	X
4.1B	介入が処方どおり実行されているか究明する	X	X	X
4.1C	計画/介入がクライアントの行動や状態を変化させている、もしくはさせていないエビデンスを提供する	X	X	X
4.1D	その他のいい結果、悪い結果を明確にする	X	X	X
4.1D1	治療計画全体の中でのいい結果・悪い結果を観察する	X	X	X
4.1D2	薬学的治療・非薬学的治療の、意図された効果と副作用の可能性をチェックする（例：抗精神疾患薬に関連する体重や血糖コントロールの変化）	X	X	X
4.1D3	意図された効果と副作用の可能性を綿密に分析する		X	X
4.1D4	複雑な問題と介入に関する意図された効果と副作用の可能性を綿密に分析する			X
4.1E	進展しない理由を示す情報を集める	X	X	X
4.1F	エビデンスで結論を裏付ける	X	X	X
4.1G	問題や介入と関係するパターン、傾向、意図されない変化を評価する	X	X	X
4.2	成果を測定する	X	X	X
4.2A	クライアントに適し、また栄養診断および介入計画の設定目標に直接結びつくような、標準化されエビデンスに基づく成果指標を選択する（例：栄養に関する直接的な成果、臨床的健康状態の成果、クライアント中心の成果、ヘルスケアの利用）	X	X	X
4.3	成果を評価する	X	X	X
4.3A	現在の状態を過去の状態・介入目標・参照基準などと比較するため、標準化された指標を用いる	X	X	X
4.3A1	それぞれの問題分野について、より詳細に指標の分析をする（例：クライアントの学習スタイル、変化への準備状況や意欲についてさらに考慮するために、専門レベルでの臨床判断技術を用いる）		X	X
4.3A2	複雑な問題と、複数の問題間の関連を評価するために、指標をより詳細に分析する（例：複雑な障害として Behavioral Health Care 全体にフォーカスをあて検討する、上級レベルの臨床判断技術を用いる）			X
4.3A3	プログラム参加者のデータと国・州・地域住民の健康データを、基準に従って評価する（例：ヘルシー・ピープル 2010 主要健康指標 (Healthy People 2010 Leading Health Indicators)、ヘルス・プラン雇用者データ情報セット (Health Plan Employer Data and Information Set)、国家品質フォーラム Behavioral Health 指標 (National Quality Forum Behavioral Health Measure)、病院入院患者精神科主要指標 (Hospital-Based Inpatient Psychiatric Services Core Measure)）		X	X
4.4	文書化・伝達	X	X	X
4.4A	日時	X	X	X
4.4B	測定された特定の指標と結果	X	X	X
4.4C	目標に向けた進歩（小さな前進でも意義深い可能性があるため、目標を「達成した」「しなかった」の評価よりも、段階尺度の方がより記述的である可能性がある）	X	X	X
4.4D	進歩を促進または阻害する要因	X	X	X

スタンダード4の指標：栄養モニタリングと評価		"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
4.4E	クライアントの理解レベルと食に関連した行動の変化	X	X	X
4.4F	臨床・健康状態の変化、将来的なケア/ケース管理を確実にするような機能的成果	X	X	X
4.4G	その他のよい結果、悪い結果	X	X	X
4.4H	栄養ケア、モニタリング、フォローアップ、治療終了に関する将来的な計画	X	X	X

アウトカムの例

スタンダード4：栄養モニタリングと評価

栄養診断および介入計画の設定目標と直接関係のあるクライアントの成果。例として以下のものが非限定的にあげられる

- 栄養に関する直接的な成果（知識獲得、行動変化、食事もしくは栄養摂取の変化、栄養状態の改善）
- 臨床・健康状態の成果（臨床検査値、体重、血圧、リスクファクター分析結果の変化、兆候や症状、臨床状態、感染、合併症）
- クライアント自身に関する成果（栄養に関するQOL、満足感、自己効力感、自己管理、機能的な能力）
- ヘルスクエアの利用と費用効果（薬の変化、特別な手法、計画的/非計画的なクリニック訪問、回避可能な入院、入院期間、介護施設入所の回避もしくは遅延）
- モニタリングと評価の文書化が、正確・適時で、問題と関連性をもっている

^aADA=米国栄養士会 (American Dietetic Association)

^bGERD=胃食道逆流性疾患 (gastroesophageal reflux disease)

^cPUD=消化性潰瘍 (peptic ulcer disease)

^dHIV=ヒト免疫不全ウイルス (human immunodeficiency virus)

^eAIDS=後天性免疫不全症候群 (acquired immunodeficiency syndrome)

^fBMI=体格指数 (body mass index)

^gGI=胃腸 (gastrointestinal)

^hMAO=モノアミン酸化酵素 (monoamine oxidase)

ⁱDTs=振戦せん妄 (delirium tremens)

^jOT=作業療法 (occupational therapy)

^kPT=理学療法 (physical therapy)

^lMD=医師 (medical doctor)

^mADL=日常生活動作 (activities of daily living)

ⁿIADL=手段的日常生活動作 (instrumental activities of daily living)

^oMNT=医学的栄養療法 (medical nutrition therapy)

^pSLP=言語聴覚士 (speech and language pathologist)

表3. Behavioral Health Care における登録栄養士の専門的行為における規範

<p>スタンダード1：サービスの提供 クライアントの期待やニーズに根ざした質の高いサービスを提供する。</p> <p>論拠：Behavioral Health Care に関わる登録栄養士は、クライアントのニーズや期待、現在の知識、専門家としての経験に根ざした質の高いサービスを提供・促進・推進する。</p>

スタンダード1の指標：サービスの提供		"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専門的行為における規範の主要な指標である		一般	専門	上級
Behavioral Health Care に関わるそれぞれの登録栄養士				
1.1	スクリーニングのプロセスで正当な質問がなされるように、適切なスクリーニング・パラメータの整備に向けて支援する	X	X	X
	1.1A スクリーニング・パラメータを決めるためにエビデンスに基づいた再検討プロセスを用いる		X	X
	1.1B Behavioral Health Care のスクリーニング手段の有効性を評価する		X	X
	1.1C 必要に応じて、変更とプロセスの再検討に関してチームを統率する			X
1.2	サービスを最終的に提供する栄養専門家に、一般の人が特定の方法で接触できるよう、紹介経路の整備に貢献する	X	X	X
	1.2A Behavioral Health の紹介手段の有効性を評価する	X	X	X
	1.2B 必要に応じて、紹介手段の変更とプロセスの再検討に関してチームを統率する		X	X
	1.2C 他のヘルスケア専門家と相互にサービスの紹介を提供しあう	X	X	X
1.3	クライアントと協力して、ニーズや背景、資源を把握し、共通の目標を確立する	X	X	X
	1.3A 行動変容とカウンセリング理論を理解し、理論を実行に移せるようになる	X	X	X
	1.3B 介入のための様々な理論的フレームワークを用い、成功性の評価・伝達を主導する（例：行動分析、認知行動療法、弁証法的行動療法、ヘルスビリーフモデル、社会的認知理論/社会学習理論、行動変容ステージ（トランスセオリティカルモデル）、可能化/アクセス向上（PRECEDE モデル）、Fishbein/Ajzen（合理的行為理論（Theory of Reasoned Action））			X
	1.3C 文化、ヘルスリテラシー（health literacy）、社会経済状態が、健康/病気の既往およびクライアントのヘルスケアサービスの利用やアクセスに与える影響を認識する。	X	X	X
	1.3D 民族的・文化的に多様な人々のニーズにあった実践を行う（例：通訳の選択と利用、文化的に適したアセスメントの実施、文化的介入の度合いの適切なレベルの選択、Behavioral Health Care が必要な患者に対して、ティーチング・モダリティを適用した教育/カウンセリング的アプローチ・教材を適用する）	X	X	X
	1.3E 変容の準備ができた段階にいるクライアントに対して、現実的な目標を設定することで支援する	X	X	X
	1.3F クライアントが利用可能な資源を明確にし、追跡調査、アップデートするための系統的なプロセスを確立する		X	X
1.4	意思決定において、クライアントや家族に情報を提供し関与させる	X	X	X
1.5	病気に対するクライアントの考えや信念を認識する	X	X	X
1.6	多様な人々に対して、適切な病気予防と行動変容の原理や知識を適用する	X	X	X
1.7	必要に応じて他の専門家と協力、調整する	X	X	X
	1.7A 教育のために多職種で連携して働く	X	X	X
	1.7B 治療ケア・サービスと教育のために、プライマリ・ヘルスケア提供者と紹介元と協力して報告する		X	
	1.7C Behavioral Health と共存疾患の医療的管理のコンサルタントとしてサービスを提供する			X
	1.7D クライアントのニーズや文化、エビデンスに基づいた戦略、利用可能な資源を基盤とする健康増進/予防プログラムを立案・整備する		X	
	1.7E 慢性疾患治療モデル（the Chronic Care Model）を基盤とするサービスとケアのシステムを立案・整備・実行する		X	
1.8	知識・技術を生かして、最適の行動計画を決定する	X	X	X
	1.8B 専門レベルの知識・技術を生かして、最適の行動計画を決定する（専門レベルのBehavioral Health に関する一般的な原理、理論、実践の理解および使用によって実証される、専門分野での機能的で実用的な知識）		X	
	1.8C 上級レベルの知識・技術を生かして、最適の行動計画を決定する（専門レベルのBehavioral Health に関する高度な原理、理論、実践の理解および使用によって実証される、Behavioral Health に関する高度で総合的な知識）			X

スタンダード 1 の指標：サービスの提供		“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 専門的行為における規範の主要な指標である		一般	専門	上級
Behavioral Health Care に関わるそれぞれの登録栄養士				
1.9	エビデンスに基づいたアプローチ、方針、手順、法律、免許、資格認定、能力、規制基準、実践ガイドラインに基づいて、質の高い実践を行う	X	X	X
	1.9.A 国で標準化され合意に基づいた Behavioral Health の実施方法を集め、文書化する	X	X	X
	1.9.B 委員会メンバーとして、方針、手順、エビデンスに基づいた実践ツールの整備や更新に関与する	X	X	X
	1.9C 組織や組織に属するクライアントのニーズに合った実施戦略を整備する（例：エビデンスに基づいた実施ガイドライン/プロトコルの明確化と適合、技術トレーニング/強化、組織の動機付けと支援）		X	
	1.9D 組織や組織に属するクライアントのニーズに合った健康教育プログラムを整備・実施する（例：エビデンスに基づいた実施ガイドライン/プロトコルの明確化と適合、技術トレーニング/強化、組織の動機付けと支援）		X	
	1.9E 行動変容理論や自己認識、生活スタイル機能、学習の系統的評価を組み込んで、Behavioral Health の特定コミュニティ/予防プログラムを整備する		X	
	1.9F プロトコル/ガイドライン/実施ツールの使用を整備・モニター・評価する過程を先導する（例：必要な計画の変更）			X
1.10	優れている点を促進し、実践において専門性を発揮する	X	X	X
	1.10A 変更過程の知識を発揮しながら、効果的に変更を管理する	X	X	X
	1.10B 明確に意見を述べ、熱心に聞き、衝突を解決する技術などの特性を行動で示す		X	X
	1.10C 協調体制の構築において、知識と技術を発揮する			X
1.11	栄養/健康の質とサービスの質の高さ両方に関するプロセスと成果を継続的に評価する（例：利便性、品位、アクセスのしやすさ、プライバシー、快適さ、意思決定へのクライアントの関与、ケアの迅速性）	X	X	X
	1.11A 継続的品質改善アプローチを利用して、期待される成果に対する実際の結果を評価する	X	X	X
	1.11B データを分析し、成果や改善提案レポートを作成し、知見を広める		X	X
	1.11C プロセスと成果を分析するためのツールを作成する			X
1.12	社会政策の一部として、食料と栄養サービスの供給を提唱する	X	X	X
	1.12A クライアントのアドボカシー活動の過程に参加する	X	X	X
	1.12B アドボカシーが必要な状況のために、クライアント集団を評価する		X	X
	1.12C 政策レベルでの健康増進を提唱し、ヘルスケアサービスや臨床に影響を与えるような合法的な政策決定活動に参加することで健康的な社会政策を促進する。		X	X
	1.12D アドボカシー活動/問題において、主導的な役割を担う（例：問題に関する論文を書き、発表する、他のアドボカシー・グループとのネットワークを作る）			X

アウトカム の例

スタンダード 1：サービスの提供

- ・ クライアントが積極的に参加して、目標や目的を設定する
- ・ クライアントのニーズに合っている
- ・ 提供されるサービスやものにクライアントが満足している
- ・ 評価が期待される成果を反映している
- ・ 適切なスクリーニング/紹介システムが構築されている
- ・ 一般の人々が食物/栄養サービスを利用できる

スタンダード 2：研究の活用

実践を強化するような研究を効果的に活用・支援・実施する。

論拠：クライアントのため継続的品質改善と書物での支援提供を実践するような栄養に関する研究を効果的に活用・支援・実施する。

スタンダード 2 の指標：研究の活用		"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 専門的行為における規範の主要な指標である		一般	専門	上級
Behavioral Health Care に関わるそれぞれの登録栄養士				
2.1	栄養士の実践に活用するために、利用可能で最高の研究結果を探し検討する	X	X	X
	2.1A 研究のデザインと方法を理解する		X	X
	2.1B 研究結果とその解釈、臨床実践への適用方法を理解する		X	X
	2.1C 臨床・管理に関係する主要な問題を明確にし、系統的な方法を用いてエビデンスに基づいた研究を引き出し、答えを出す		X	X
	1.2D 現在あるエビデンスを統合し意識を高めるための基本として、エビデンスに基づいたツールを用いるよう働きかける		X	X
2.2	正当な科学的原理や利用可能で最高の研究結果、理論に基づいた実践を行う	X	X	X
	2.2A 専門的レベルでエビデンスに基づいた実践を行うことを遵守し、不適切な実践パターンを減らす（例：Behavioral Health Care が必要な障害の再発/悪化を栄養に関連して予防するために、利用可能で最高の研究結果を考察する）		X	X
	2.2B 上級レベルでエビデンスに基づいた実践を行うことを遵守し、不適切な実践パターンを減らす（複雑な障害として Behavioral Health 全体に焦点を合わせて、利用可能で最高の研究結果を考察する）			X
2.3	臨床・管理に関係する専門知識とクライアントの数値データを利用可能で最高の研究に統合する（エビデンスに基づいた実践）	X	X	X
2.4	栄養士やその他の専門家や組織と連携・協力して研究を促進する	X	X	X
	2.4A （専門レベルでの）Behavioral Health Care の実践に関わる登録栄養士の成果に関連する研究の計画・参加・出版に携わる。		X	X
	2.4B （上級レベルでの）Behavioral Health Care の実践に関わる登録栄養士の成果に関連する研究の計画・参加・出版に携わる。			X
2.5	栄養に関する新しい知識や研究の開発に貢献する	X	X	X
	2.5A 実践に基づいた研究ネットワークに参加する		X	X
	2.5B 主要な調査員として、もしくはその他のヘルスケアチームやコミュニティのメンバーの協力者として、Behavioral Health の実践に関連する研究を特定・開始する			X
2.6	実践の中で、測定可能なデータを収集し、成果を記録する	X	X	X
	2.6A 地域レベルでエビデンスに基づいた研究を提示する	X	X	X
	2.6B データ収集・分析の系統的な過程を作成する		X	X
	2.6C 期待される成果に対して統合/総合データをモニター・評価する		X	X
	2.6D 将来的に成果やケアの質を向上させるための品質改善プロセスの一環として、収集データを活用する			X
2.7	様々な媒体を通して研究データや活動を共有する	X	X	X
	2.7A 地域レベルでエビデンスに基づいた Behavioral Health の研究を提示する	X	X	X
	2.7B 地域・地方・国レベルの会議で発表し、Behavioral Health に関連した出版物を書く		X	X
	2.7C 国家レベルの会議での、Behavioral Health に関係する出版やプログラム作成においてリーダー的な役割を担う		X	X
	2.8D ケアに関わる政策・手順・ガイドラインの作成に研究結果を生かす			X

アウトカムの例

スタンダード 2：研究の活用

- ・ 研究結果の効果的な活用に基づいた適切なサービスをクライアントが受ける
- ・ 実践の測定・改善のための基礎が提供される
- ・ 登録栄養士による Behavioral Health Care のサービス費用償還のために結果データが役立つ
- ・ 実践ツールと資源の開発・見直しのために利用可能で最高の研究結果が用いられる
- ・ 実践の向上のために“最良の実践”の基準付けと知識が用いられる

スタンダード 3：知識の伝達と応用
知識を効果的に応用し、他者に伝達する。

論拠：Behavioral Health Care に携わる登録栄養士は、他者と共に働きながら、食物・人の栄養・管理に関する独自の知識やサービス提供技術などを活用する。

スタンダード 3 の指標：知識の伝達と応用		“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 専門的行為における規範の主要な指標である		一般	専門	上級
Behavioral Health Care に関わるそれぞれの登録栄養士				
3.1	専門的サービスの特定分野に関連する知識を有する	X	X	X
3.1A	実践分野の Behavioral Health Care や、教育に関する主要な出版物を熟知している	X	X	X
3.1B	Behavioral Health Care や教育に関わる組織やサービス提供者のための、規制・認定・償還のプログラムやスタンダードを熟知している（例：CMS ^b 、JCAHO ^c 、CARF ^d 、NCQA ^e 、HFAP ^f ）	X	X	X
3.1C	Behavioral Health に関する公衆衛生の動向や疫学研究を熟知している	X	X	X
3.1D	公衆衛生の動向や疫学データを解釈し、専門的な実践や組織で活用する		X	X
3.1E	Behavioral Health や教育イニシアティブに関して現在行われている研究を熟知している		X	X
3.1F	専門のための一連の知識に貢献している		X	X
3.2	適切な科学原理・研究・理論を伝達する	X	X	X
3.2A	情報を伝達する際に、専門レベルでの批判的思考・熟考・問題解決能力を発揮する（例：発表にむけて適切な情報と最適な手段/フォーマットを選択する）		X	X
3.2B	情報を伝達する際に、上級実践レベルでの批判的思考・熟考・問題解決能力を発揮する（例：単なる手続きの理解にとどまらないように伝達する）			X
3.3	健康・社会科学・コミュニケーション・マネジメント理論に関する知識に食物・人間栄養に関する知識を統合する	X	X	X
3.3A	Behavioral Health Care の新しい知識を統合する能力を発揮する	X	X	X
3.3B	専門レベルで Behavioral Health Care の新しい知識を統合する能力を発揮する（例：新しく多様な状況内で）		X	X
3.3C	上級レベルの新しく多様な状況内で、Behavioral Health Care の新しい知識を応用する能力を発揮する（例：最も複雑で異例な問題に対して）			X
3.4	知識や情報をクライアントと共有する	X	X	X
3.4A	クライアントや他のヘルスケア・サービス提供者に、それぞれの学習スタイルやティーチング・モダリティに合ったフォーマットで栄養に関する情報を提示する		X	X
3.4B	地域・地方・国家・国際レベルの会議や報道各社において、招待評論者・著者・発表者としての役割を担う		X	X
3.4C	プログラム立案委員会や出版において、リーダー的な役割を担う（例：編集者、編集諮問委員会メンバー）		X	X
3.4D	国内外のメディア・スポークスマンとなる			X
3.4E	オピニオンリーダーとなる			X
3.5	学生やクライアントが知識・技術を応用することを助ける	X	X	X
3.5A	専門内外においてヘルスケア提供者の助言者・指導者としての役割を担う		X	X
3.5B	Behavioral Health Care および教育を促進するための助言者・指導者プログラムを作成する			X
3.6	関連する情報の解釈および専門家・職員・学生・クライアントへの情報伝達の結果を文書化する	X	X	X
3.6A	知識が効率的に交換できるよう、研究者と意思決定者との関係を構築する		X	X
3.6B	関連する情報の解説や分析を行う			X
3.7	新しい知識の発展に貢献する	X	X	X
3.7A	継続教育プログラムを作成するために立案委員会や特別委員会で働	X	X	X
3.7B	Behavioral Health のクライアントやサービス提供者が必要とする継続的な教育に関して、ビジネス・産業・国家機関のコンサルタントとしての役割を担う		X	X
3.7C	上級レベルでの Behavioral Health Care に関して、新しい知識を生み出し、新しいガイドライン・プログラム・政策を作成するために臨床例を用いる			X

スタンダード3の指標：知識の伝達と応用		“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専門的行為における規範の主要な指標である		一般	専門	上級
Behavioral Health Careに関わるそれぞれの登録栄養士				
3.8	効率的なサービスを提供するための情報を追求する	X	X	X
	3.8A システムレベルでの協力的な実践を確立するために情報を提示する（例：治療チーム会議、疾病管理プログラム）		X	X
	3.8B 実践を新しく進歩させるためにシステムレベルでの特権を交渉・確立する			X
3.9	情報技術を用いてコミュニケーション・知識管理・意思決定支援を行う	X	X	X
	3.9A 地域や国家レベルのBehavioral Healthレジストリの知識や利用		X	X
	3.9B 実践分野において同僚と協力し診断・介入・評価を明確にする		X	X

アウトカム例

スタンダード3：知識の伝達と応用

- 専門家が食べ物・栄養・情報管理に関する専門知識を提供する
- 受け取った知識をクライアントが理解する
- 最新で適切な情報や知識をクライアントが受け取る
- 追加ガイダンスを得る方法をクライアントが知っている

スタンダード 4：資源の活用と管理
実践において資源を効果的・効率的に活用する。

論拠：時間・金銭・設備・人的資源を適切に活用し、質の高いサービスの提供を促進する。

スタンダード 4 の指標：資源の活用と管理		“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 専門的行為における規範の主要な指標である		一般	専門	上級
Behavioral Health Care に関わるそれぞれの登録栄養士				
4.1	系統的なアプローチを使用して専門的資源の維持および管理を適切に行う	X	X	X
4.2	人材・財源・設備・ガイドライン・実践ガイド・プロトコル・参考資料・プロトコルの時間・栄養サービス提供時間などの、測定可能な資源を用いる	X	X	X
4.2A	Behavioral Health プログラムの業務計画に携わる（ビジネスプランニング）	X	X	X
4.2B	Behavioral Health プログラムを効果的に提供できるよう管理する（ビジネスプランニング）		X	X
4.2C	ビジネスと戦略の立案を先導する			X
4.3	サービスや製品の立案・提供に関して、安全性・有効性・コストを分析する	X	X	X
4.3A	サービスや製品の立案・提供に関して、安全性・有効性・コストをシステムレベルで分析する			X
4.4	計画や継続的品質改善、期待される成果に関する一貫した資料を作成することによって、資源の使用の正当性を立証する	X	X	X
4.4A	ニーズを積極的に認識し、異なるアプローチの成果や結果を予測して、計画の変更を必要に応じて行い期待される成果を達成する		X	X
4.4B	長期スパンでの思考や立案、ニーズの予測、戦略計画の十分な理解、計画の正当化を行う			X
4.5	適切で利用可能な資源やサービスをクライアントや他の人々が把握・確保できるように教育や支援を行う	X	X	X
4.5A	正しく管理されているプログラムを確立する（例：健康増進プログラム、疾病自己管理プログラム、MNT®サービス）		X	X
4.5B	適切で利用可能な資源やサービスを把握・確保する上級レベルの能力を生かして、リーダーシップ能力を発揮し、期待される成果を達成する			X
4.6	Behavioral Health 教育や MNT®サービスの要素が Behavioral Health データレジストリに確実に含まれるようにする		X	X
4.6A	登録栄養士としてのサービス提供者に関するデータがデータベースに確実に記録されるようにする		X	X
4.6B	長期スパンの戦略立案に関する情報を分析・利用する（例：プログラムとサービスの有効性）			X

アウトカムの例

スタンダード 4：資源の活用と管理

- 計画や予算に従って資源の使用が記録されている
- 資源やサービスを評価し、データを利用してサービスの有効性を促進し実証する
- 期待される成果が達成され、記録される
- 費用対効果がよく資源が管理・利用される

スタンダード 5：実践の質

実践の質と有効性を系統的に評価し、評価結果を組み込むために必要に応じて実践を見直す。

論拠： 質の高い実践を行うためには、定期的に行為を評価し継続的にサービスの向上に努めることが必要である。

スタンダード 5 の指標：実践の質		"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 専門的行為における規範の主要な指標である		一般	専門	上級
Behavioral Health Care に関わるそれぞれの登録栄養士				
5.1	構造・経過・成果に関して、食物・栄養・サービスの質を継続的に理解・測定する	X	X	X
5.2	行為改善基準を明確にしてサービスの有効性をモニターする	X	X	X
5.3	質の向上を目指して、介入の考案・試行を行い、食物・栄養ケア/サービスのプロセスとシステムを変更する	X	X	X
5.4	食物・栄養ケア/サービスに関する過失や危険性を明確にする	X	X	X
5.4A	安全な Behavioral Health Care を確実に提供し、評価する	X	X	X
5.4B	ISMP ^h (www.ismp.org), FDA (www.fda.gov), USPI (www.uspi.org) が提供する、問題のある製品名や過失予防提言に常に留意する		X	X
5.4C	安全警報システムを作成し、Behavioral Health Care のクライアントの病状の主要な指標をモニターする			X
5.5	標準化や単純化など、基本的な安全設計原理を認識・実行する	X	X	X
5.5A	ADA が標準化した栄養ケアプロセスやモデル、および国家レベルで作成された実践のためのエビデンスに基づいた栄養ガイドライン/ガイドを利用して、一貫したケアを提供する。	X	X	X
5.5B	ADA が標準化した栄養ケアプロセスやモデル、および国家レベルで作成された実践のためのエビデンスに基づいた栄養ガイドライン/ガイドを利用して、標準化されたプロトコルを実行する		X	X
5.5C	ADA が標準化した栄養ケアプロセスやモデル、および国家レベルで作成された実践プロトコルのためのエビデンスに基づいた栄養ガイドライン/ガイドを考案し評価する			X
5.6	期待される成果を明確にする	X	X	X
5.7	提供されるサービスの成果を記録する	X	X	X
5.8	実際の行為を期待される成果と比較する	X	X	X
5.9	実際の行為と期待される成果が一致しない場合、実施された行為を記録する	X	X	X
5.10	測定された成果を基にしてサービスを継続的に評価・改善する	X	X	X
5.10A	変化への理解を考慮に入れながら、成果を改善するためにケアやサービスのプロセスを系統的に改善する		X	X
5.10B	主要な価値観や目的に関係する、制度化や Behavioral Health における栄養を支援するシステム・プロセス・プログラムの作成・評価を先導する			X
5.11	実践の有効性・効率性を評価するためにアウトカム・マネジメントシステムを作成する	X	X	X
5.11A	将来的にケアやサービスの成果や質を向上するための品質改善プロセスの一部として収集データを利用する		X	X
5.11B	国家・州・地域レベルの公衆衛生に対するコミュニティ予防プログラムの指標や、住民を基にした指標(例:ヘルシー・ピープル 2010 主要健康指標 (Healthy People 2010 Leading Health Indicators)、HEDIS ^k 、Behavioral Health に関する品質改善 (DQuIP: Behavioral Health Quality Improvement) 測定セット)の基準の評価においてリーダー的役割を担い、プログラムの立案や作成において積極的に影響を与える			X
5.11C	臨床的・経営的・経済的なデータベースの開発について参加・提唱し、それによって Behavioral Health における栄養ケアの成果を引き出したり、報告したり、改善のために利用したりする			X

アウトカムの例

スタンダード 5：実践の質

- 行為改善基準が測定される
- 実際の行為が評価される
- 確立された基準（目的/目標）にあう成果データを集める
- 品質改善活動の結果が実践の改善を導く

スタンダード 6：継続的な専門能力と専門家としての説明責任

知識を向上し、専門家としての能力を強化するために、生涯に渡って自己啓発に取り組む。

論拠：専門的な実践のためには、人々への説明責任を維持する知識と技術を継続的に発達させることが必要である。

スタンダード 6 の指標：継続的な専門能力と専門家としての説明責任		“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 専門的行為における規範の主要な指標である		一般	専門	上級
Behavioral Health Care に関わるそれぞれの登録栄養士				
6.1	専門家としての長所と短所を明確にするために、定期的に自己評価する	X	X	X
6.1A	専門レベルでの専門性に関する最新の研究結果と照らし合わせて、個人やシステムレベルでの現在の実践を評価する		X	X
6.1B	上級レベルでの専門性に関する最新の研究結果と照らし合わせて、個人やシステムレベルでの現在の実践を評価する			X
6.2	専門能力開発の必要性を明確にし、他者に助言を与える	X	X	X
6.2A	他の分野のヘルスケア専門家とともに、助言者/指導者プログラムを作成するための機会を専門的な実践レベルで追求する		X	X
6.2B	他の分野のヘルスケア専門家とともに、助言者/指導者プログラムを作成するための機会を上級の実践レベルで追求する			X
6.3	専門的な成長のための計画を作成・実行する	X	X	X
6.3A	地域・地方・国レベルで、Behavioral Health の継続教育の機会について詳しくなる	X	X	X
6.3B	専門的な実践のための計画を作成・実行する		X	X
6.3C	上級の実践のための計画を作成・実行する			X
6.4	専門能力を開発するための活動記録をとる	X	X	X
6.4A	専門的な実施任務における発展的な専門的責任を取り入れ言及している Behavioral Health Care の臨床例を専門的ポートフォリオ例の中に記述する		X	X
6.4B	上級の実施任務における発展的な専門的経験を示している Behavioral Health Care の臨床例を専門的ポートフォリオ例の中に記述する			X
6.5	栄養士の職業倫理規定を遵守し、行動や態度について説明義務と責任を負う	X	X	X
6.6	研究結果や利用可能な最高のエビデンスを専門的な実践に応用するための支援をする	X	X	X
6.6A	主要な Behavioral Health Care と教材となる文献について熟知する	X	X	X
6.6B	Behavioral Health に関連する出版物を書き、クライアントやヘルスケア・サービス提供者に Behavioral Health に関する公演を行う		X	X
6.6C	研究の評価と批判的な分析の能力を発展させる		X	X
6.6D	研究と実践を統合させるために、上級実践レベルでの計画的変更の原理を用いる			X
6.7	積極的にリーダー的役割を担う	X	X	X
6.7A	良いインターフェースの習慣（コミュニケーション、情報収集、実践）を利用し、この分野を先導する	X	X	X
6.7B	ヘルスケアの専門家・業界のための地域の Behavioral Health 立案委員会/特別委員会の一員として働く	X	X	X
6.7C	ヘルスケアの専門家・業界のための地方/国家の Behavioral Health 立案委員会/特別委員会の一員として働く		X	X
6.7D	複雑な実践問題に対して革新的なアプローチを開発する			X
6.7E	自分たちの実践やプログラムをより大きなシステム（例：国家 Behavioral Health 協調）に統合させるための機会を、地域・地方・国・国際レベルで積極的に追求する			X

アウトカムの例

スタンダード 6：継続的な専門能力と専門家としての説明責任

- 自己評価を実施する
- 能力開発の必要性を明確にし、学習に結びつける
- 実践成果が「倫理規定」「実践規範」「専門的行為における規範」を遵守したものになっている
- 利用可能な最高のエビデンスを反映して決定する
- 適切な認証を得る
- 栄養士登録委員会（Commission on Dietetic Registration）による証明書更新の必要事項を満たす
- Behavioral Health委員会や特別委員会に参加する

^aADA=米国栄養士会（American Dietetic Association）

^bCMS=メディケア・メディケイド・サービス・センター（Centers for Medicare and Medicaid Services）

^cJCAHO=ヘルスケア認定合同委員会（Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations）

^dCARF=リハビリ施設認定委員会（Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities）

^eNCQA=品質保証国家委員会（National Committee of Quality Assurance）

^fHFAP=ヘルスケア施設認定委員会（Healthcare Facilities Accreditation Program）

^gMNT=医学的栄養療法（medical nutrition therapy）

^hISMP=薬物安全治療委員会（Institute for Safe Medication Practices）

ⁱFDA=食品医薬品局（Food and Drug Administration）

^jUSP=米国薬局方（US Pharmacopeia）

^kHEDIS=ヘルスケア従事者データ情報セット（Health Employers Data Information Set）

表4. 米国栄養士会による「栄養関連業務フレームワーク領域 (the Scope of Dietetics Practice Framework)」からの定義

専門登録栄養士	上級登録栄養士
<p>専門レベルの栄養専門家とは、熟達した専門知識と複雑な意思決定能力、専門レベルでの実践のための臨床能力をもつ RD であり、実践内容によって特徴づけられる。</p>	<p>上級レベルの栄養専門家とは、非常に熟練した知識と複雑な意思決定能力、発展的な実践のための臨床能力をもつ RD であり、実践内容によって特徴づけられる。</p>
<p>専門 RD は 発展的で専門的な知識、技術、能力、経験をもつ。専門的とは、栄養士の分野全体の中から、ある部分を重点的にもしくは範囲を限定して実施することである (例：外来診療、長期ケア、糖尿病、腎臓病、小児科、民営、地域社会、栄養サポート、研究、スポーツ栄養)。発展的とは、新しい実践知識や技術を獲得することを指し、従来の栄養士業務と重なる可能性もあるが、実践における行為の自律性を正当化する知識や技術も含まれる。</p>	<p>上級 RD は 発展的で専門的な知識、技術、能力、経験をもつ。専門的とは、栄養士の分野全体の中から、ある部分を重点的にもしくは範囲を限定して実施することである (例：外来診療、長期ケア、糖尿病、腎臓病、小児科、民営、地域社会、栄養サポート、研究、スポーツ栄養)。発展的とは、新しい実践知識や技術を獲得することを指し、従来の栄養士業務と重なる可能性もあるが、実践における行為の自律性を正当化する知識や技術も含まれる。</p>
<p>専門 RD は発展的で専門的な行為において、認可もしくは承認されている。 専門的行為は、必ずしも RD 免許に追加して認可されているわけではない。 専門性の認可は、修士を必要とする場合もそうでない場合もある。 CDR^a が現在認定しているのは、以下の2つである： ・ 委員会認定 小児栄養スペシャリスト (CSP : Board Certified Specialist in Pediatric Nutrition) ・ 委員会認定 腎臓栄養スペシャリスト (CSR : Board Certified Specialist in Renal Nutrition) CDR は 2006 年、以下の2つを新しく認定する予定である。 ・ 委員会認定 スポーツ栄養スペシャリスト (Board Certified Specialist in Sports Dietetics) ・ 委員会認定 高齢者栄養スペシャリスト (Board Certified Specialist in Gerontological Nutrition)</p>	<p>上級レベルの実践とは、独自の理論や研究に基づき実践的な広範囲の知識を統合したものと特徴づけられるが、このような知識は初心者レベルを超えたトレーニングや経験によって得られる。上級 RD は発展的で専門的な行為において、認可もしくは承認されている。 上級レベルの行為は、必ずしも RD 免許に追加して認可されているわけではない。認可は、上級レベルの能力を証明する一手段である。 上級レベルの認可は、一般的に修士を必要とする。 上級レベルとは、専門 RD レベルの専門知識・技術・能力・経験をもち、より発展的な知識・技術・能力・上級レベルの実践経験をもっていることを意味する。 上級レベルの認可を受けるために、必ずしも専門的認可は必要としない。 CDR は現在、上級レベルの認可は行っていない。</p>
<p>その他の専門 RD 認可例： ・ 認定糖尿病教育専門家 (CDE : Certified Diabetes Educator) ・ 認定栄養サポート栄養士 (CNSD : Certified Nutrition Support Dietitian) 教育的な準備 (下記の1つ以上)： ・ 専門的レベルの教育 ・ 専門的な実践に向けた公的な教育プログラムを含む ・ 栄養士の業務行為の認可または承認 ・ 公的な認可もしくは資格認定を含む</p>	<p>その他の上級レベル RD 認可例 ・ 委員会認定 上級糖尿病管理士 (BC-ADM : Board Certified in Advanced Diabetes Management) 教育的な準備 (下記の1つ以上)： ・ 上級レベルの教育 ・ 上級レベルの実践に向けた公的な教育プログラムを含む ・ 栄養士の業務行為の認可または承認 ・ 公的な認可もしくは資格認定を含む</p>
<p>実践内容 ・ 研究、教育、実践、マネジメントの統合 ・ 中等度の専門的自律、自立した実践 ・ 専門的な評価技術、意思決定技術、診断証明技術 ・ 非臨床的な専門行為 (例：ビジネス、コミュニケーション) は含まれない場合があるが、これらの実践内容はそれに匹敵するほど複雑である。</p>	<p>実践内容 ・ 研究、教育、実践、マネジメントの統合 ・ 高度な専門的自律、自立した実践 ・ ケース・マネジメント/患者に対して責任のある立場 ・ 高度な評価技術、意思決定技術、診断証明技術 ・ 非臨床的な専門行為 (例：ビジネス、コミュニケーション) は含まれない場合があるが、これらの実践内容はそれに匹敵するほど複雑である。 ・ 高度な臨床技術が認められている。 ・ ヘルスケア従事者へのコンサルタント・サービスの提供 ・ プログラムの計画、実行、評価</p>
<p>経験 エントリーレベル以上の経験が要求もしくは推奨される。専門レベルの認可には経験が必要である。</p>	<p>経験 エントリーレベル以上の経験時間数を書面で証明する必要がある。上級レベルの認可には経験が必要である。</p>

^aRD=登録栄養士 ^bCDR=栄養士登録委員会 (Commission on Dietetic Registration)

表5. 栄養士登録委員会 専門開発ポートフォリオプロセスのアプリケーション
 (the Commission on Dietetic Registration Professional Development Portfolio Process)

(a) 連続的な5段階に分けられており、5年ごとの証明書の更新の間に前段階に基づき次に進む。

「専門開発ポートフォリオプロセス (a)」の一部としての、(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使い方	
1. 熟考	自分の現在の実践力を評価し、目標が自分の領域を広げるものであるか、もしくは現在の実践力を維持するものであるのか検討する。「実践規範と専門的行為における規範」を見直し、将来どのような実践を行いたいか考え、どのような力や分野で向上できるか自分自身を評価する。これらの資料は、専門家としての短期/長期目標設定に役立つ。
2. 学習ニーズのアセスメントの実施	将来の実践目標を定めたら、「実践規範と専門的行為における規範」を見直し、現在の知識・技術・行動を評価する。また、望ましい実践力を得るために、どのように継続的な専門教育を受けることが必要か明確にする。
3. 学習計画の作成	「実践規範と専門的行為における規範」の再考によって、望ましい実践力を得るために必要な学習計画を作成できる。
4. 学習計画の実行	学習計画を実行しながら、「実践規範と専門的行為における規範」の再考を続け、自分の知識・技術・行動や望ましい実践力を再評価する。
5. 学習計画の進行評価	目標を達成し、望ましい実践力に到達もしくは維持することができたら、自分の知識・技術・行動や望ましい実践力を再評価するために、「実践規範と専門的行為における規範」を再確認し続けることが大切である。

表6. 「 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）」の使用例

職務	栄養士の職務別「実践規範と専門的行為における規範」の使用例
臨床従事者	病院で一般臨床を行う RD は対象任務を精神科病棟まで広げる。栄養・精神的ケアのために利用可能な手段を再確認することで、RD は新たな職務に向けて特定の技術を身につける必要があることを認識する。そして、摂食障害者のケアに必要な技術や能力を自己評価するために「実践規範と専門的行為における規範」を見直し、精神科病棟を担当する前に能力を高めるための目標を設定する。
管理者	Behavioral Health Care が必要な患者に対応する RD を多数管理しているマネージャーは、仕事の任務や能力を明確にしたり、成果を予想したり、スタッフのために必要な訓練を見極めたり、個人の行動計画を立てたりするために「実践規範と専門的行為における規範」を用いる。マネージャーはまた、異なる実践レベルにある RD を評価する重要なツールとして「実践規範と専門的行為における規範」を利用する。
現在雇用されていない人	RD が臨床を離れて何年か後に、開業して行動障害をもった人に焦点をあてたいと考えて、再び現役に戻る場合。患者の紹介を受ける前に、必要な臨床や質の高い栄養ケア・教育を行うためには何が必要かを見極めるための手段として「実践規範と専門的行為における規範」を用いる。
公衆衛生従事者	WIC ^a プログラムに関わる RD は、サービス提供者に発達障害者が増えていることを認識している。 RD はそのような人々に質の高い栄養ケアを提供するためにどのような能力レベルが必要かを評価し、自分の能力では十分なサービスを提供できない場合、どのようなレベルの臨床従事者が必要か見極めるために「実践規範と専門的行為における規範」を用いる。
研究者	研究に従事する RD は、RD の役割や RD が提供する栄養ケアが健康状態に与える影響を証明するための助成金の申請によって資金を得ている。 RD は研究プロトコルを立案するために「実践規範と専門的行為における規範」を用いる。
栄養専門家に対する教育者	Behavioral Health Care に関わる RD 向けに、継続的な教材を作成する教育者は、「実践規範と専門的行為における規範」の実施をしやすくするツールを作成する。
従来とは異なるヘルスケアの臨床従事者	精神障害者へのプログラムに従事するために、全米ヘルスケアプラン評価委員会 (NCQA : National Committee for Quality Assurance) は「疾病管理認定書 (Disease Management Certification)」を出している。 RD は、Behavioral Health Care を提供する RD に対して、行動管理プログラムの中で能力を評価し継続的品質改善の姿勢をとっていることを証明するためのツールとして、「実践規範と専門的行為における規範」を使用する。

^aWIC=女性・乳幼児のための特別栄養補給プログラム (Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children)

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
分担研究報告書

身体障害者（児）施設における健康・栄養状態に関する質問紙調査

分担研究者 大和田 浩子 茨城キリスト教大学生生活科学部食物健康科学科 教授
分担研究者 中山 健夫 京都大学大学院医学研究科健康情報学分野 教授

研究要旨：障害者に適切な健康・栄養サービスを提供するためには、障害者の健康・栄養状態に関する課題を明確にし、個別に対応した健康管理や栄養ケアの提供が必要である。しかし、これまで障害者の健康・栄養状態に関する全国的な調査は少なく、障害者の健康・栄養状態の実態は明らかになっていない。そこで本研究では、身体障害者（児）施設の入所及び通所者を対象に、身体計測及び血液生化学検査の実施状況、疾病及び死亡の状況、過栄養や低栄養の状態の出現状況、食行動の状況、栄養管理の実施状況や体制等について把握することを目的に、全国規模の実態調査を行った。対象は、全国の身体障害者（児）施設 787 件で、「障害者（児）の健康・栄養状態に関する実態調査」に関する質問票を郵送で依頼した。回収された調査票は 378 件、回収率 48.0%、その内、有効回答は 355 件（有効回答率 45.1%）であった。

主な結果は下記の通りである。

- ① 管理栄養士及び栄養士の配置状況は、身体障害入所、施設直営（常勤）で管理栄養士のみ配置している施設は 148 件（44.4%）、栄養士のみを配置している施設は 157 件（47.1%）、管理栄養士及び栄養士を配置している施設は 20 件（6.0%）であった。管理栄養士一人当たりに対する利用者数をみると、50 人以上 59 人未満が最も多く 49 施設（29.2%）であった。
- ② 利用者の定期健康診断を年に 2 回以上行っている施設は、身体障害入所で 264 件（78.3%）、身体障害通所で 5 件（71.4%）、視覚障害で 5 件（83.3%）、内部障害で 4 件（80.0%）であった。
- ③ 身体計測で実施率の高かった項目は、身長及び体重であった。身長計測の実施率は、身体障害入所で 203 件（60.2%）、身体障害通所で 6 件（85.7%）、視覚障害で 4 件（66.7%）、内部障害で 5 件（100.0%）であった。体重計測の実施率は、身体障害入所で 335 件（99.4%）、身体障害通所で 7 件（100.0%）、視覚障害で 6 件（100.0%）、内部障害で 5 件（100.0%）であった。
- ④ 身体計測で実施率の低かった項目は、上腕三頭筋部皮下脂肪厚及び上腕囲であった。上腕三頭筋部皮下脂肪厚計測の実施率は、身体障害入所で 10 件（3.0%）、身体障害通所、視覚障害及び内部障害でそれぞれ 0 件（0.0%）であった。上腕囲計測の実施率は、身体障害入所で 8 件（2.4%）、身体障害通所、視覚障害及び内部障害でそれぞれ 0 件（0.0%）であった。
- ⑤ 利用者の体重の推移（増加や減少）を把握している施設は、身体障害入所で 314 件（93.7%）、身体障害通所で 6 件（85.7%）、視覚障害で 6 件（100.0%）、内部障害で 5 件（100.0%）であった。

- ⑥ 血液生化学検査を実施している施設(複数回答)は、身体障害入所で 473 件、身体障害通所で 6 件、視覚障害で 3 件、内部障害で 6 件であった。
- ⑦ 個人のエネルギー必要量の算出には「日本人の食事摂取基準(2005 年版)」を参考にしている施設が、身体障害入所で 177 件(72.8%)、身体障害通所で 2 件(66.7%)、視覚障害で 3 件(100.0%)、内部障害で 4 件(100.0%)であった。個人のたんぱく質必要量の算出に「日本人の食事摂取基準(2005 年版)」を参考にしている施設は、身体障害入所で 169 件(92.9%)、身体障害通所で 3 件(100.0%)、視覚障害で 2 件(100.0%)、内部障害で 3 件(100.0%)であった。
- ⑧ 利用者の食行動で気になっている項目で最も回答が多かったのは、「偏食(特定の食物を極端に嫌ったり、ある食物しか食べない)」で、身体障害入所が 251 件(74.5%)、身体障害通所で 3 件(42.9%)、視覚障害で 5 件(83.3%)、内部障害で 4 件(80.0%)であった。
- ⑨ 提供している特別食で最も回答が多かったのは「糖尿病食」で、身体障害入所が 249 件(73.9%)、身体障害通所 3 件(42.9%)、視覚障害で 5 件(83.3%)、内部障害で 4 件(80.0%)であった。
- ⑩ 把握している疾患で最も回答が多かったのは「高血圧」で、身体障害入所で 262 件(77.7%)、身体障害通所で 4 件(57.1%)、視覚障害及び内部障害でそれぞれ 3 件(50.0%)であった。
- ⑪ この1年間における死亡者数は、身体障害入所で男性が 237 人(61.4%)、女性が 149 人(38.6%)、視覚障害で男性が 1 人(100.0%)、女性は 0 名(0.0%)、内部障害で男性が 7 名(87.5%)、女性が 1 名(12.5%)であった。一方、身体障害通所では、死亡者はいなかった。身体障害入所の死亡率を年齢階級別にみると、総数、男性及び女性のいずれにおいても 60 歳代で最も高かった。
- ⑫ 栄養ケア・マネジメントについて、「知っていて、行っている」と回答した施設が、身体障害入所で 79 件(23.4%)、視覚障害で 2 件(33.3%)、身体障害通所及び内部障害施設で、それぞれ 0 件(0.0%)であった。
- ⑬ 管理栄養士が栄養ケア・マネジメントの推進上の課題と感じていることで最も回答(複数回答)が多かったのは、身体障害入所で「食事の個別化」が 135 件(45.8%)、「人員の配置や不足」が 108 件(36.6%)、「時間外業務の増大」が 103 件(34.9%)であった。

A. 研究目的

2006 年 4 月の障害者自立支援法の施行により、障害者への各種サービス体系の見直しが行われている。障害者に適切な健康・栄養サービスを提供するためには、障害者の健康・栄養状態に関する課題を明確にし、個別に対応した健康管理や栄養ケアの提供が必要である。しかし、これまで障害者の健康・栄養状態

に関する全国的な調査は少なく、障害者の健康・栄養状態の実態は明らかになっていない。障害者の健康・栄養状態を考える場合、障害の程度や疾病像の違い、過栄養や低栄養などの状況の出現や嚥下・咀嚼機能の低下などが想定される。従って、個別にその状態を把握し、食事や栄養ケアを提供することが障害者の健康の増進、QOL の向上を図る上で緊

急の課題であるといえる。

そこで本研究では、身体障害者(児)に対するサービス提供現場における実態調査を行い、施設入所及び通所者の身体計測及び血液生化学検査の実施状況、疾病及び死亡の状況、過栄養や低栄養の状態の出現状況、食行動の状況、栄養管理の実施状況や体制等について把握することを目的に実態調査を行った。

B. 研究方法

全国身体障害者施設協議会平成 18 年度会員施設名簿に掲載されている身体障害者(児)施設 470 件、独立行政法人福祉医療機構 HP に掲載されている身体障害者更正施設及び身体障害者授産施設 255 件、全国肢体不自由児施設運営協議会 HP に掲載されている全国肢体不自由児施設 62 件、計 787 件(原則として定員 50 名以上の施設)に「障害者(児)の健康・栄養状態に関する実態調査」に関する質問票を郵送で依頼した。

調査票の記入者は、原則として常勤の管理栄養士または栄養士とした。

倫理的配慮

本調査は茨城キリスト教大学の倫理委員会の承認(承認番号:06-5)を得て実施した。

C. 研究結果

1. 調査票の回収状況

回収された調査票は 378 件(回収率 48.0%)であった。その内、管理栄養士及び栄養士が配置されていないため、回答が不可能であった施設は 21 件であった。有効回答は 355 件(有効回答率 45.1%)であった。原則として、同施設で 2 つ以上の事業を行っている場合、施設数は 1 件とした。

2. 施設の概要

1) 施設の種類(複数回答)(表 1)

「身体障害者療護施設」が最も多く 205 件(56.5%)、続いて「身体障害者授産施設」74 件(20.4%)、「肢体不自由者更生施設」29 件(8.0%)であった。回答施設 355 件のうち、複数回答であった施設は 72 施設(20.3%)であった。

2) 回答者の職種(表 2)

「管理栄養士」が身体障害入所で 162 件(48.1%)、身体障害通所で 3 件(42.9%)、視覚障害で 3 件(50.0%)、内部障害で 3 件(60.0%)であった。「栄養士」が身体障害入所で 156 件(46.3%)、身体障害通所で 2 件(28.6%)、視覚障害で 3 件(50.0%)、内部障害で 2 件(40.0%)であった。

3) 入所及び通所施設の性・年齢階級別利用者数

・入所施設の利用者数

身体障害入所では、総数 19,922 人、男性 12,553 人、女性 7,369 人であった。年齢階級別の分布をみると、総数、男性、女性ともに 50 歳代の利用者が最も多かった(それぞれ 6,093 人、4,033 人、2,057 人)。総数の年齢階級別利用者数の最頻値をみると、総数が 50 人、50 歳代が 17 人、40 歳代が 7 人、30 歳代が 4 人、その他は全て 0 人であった(表 3-1)。

視覚障害では、総数 357 人、男性 216 人、女性 141 人であった。年齢階級別の分布をみると、総数、男性、女性ともに 50 歳代が最も多かった(それぞれ 108 人、69 人、39 人)。総数の年齢階級別利用者数の最頻値をみると、総数が 15 人、40 歳代が 5 人、30 歳代が 3 人、50 歳代及び 70 歳以上がそれぞれ 1 人、その他は全て 0 人であった(表 3-2)。

内部障害では、総数 253 人、男性 223 人、女性 30 人であった。年齢階級別の分布をみると、総数及び男性では 60 歳代が最も多く(それぞれ 74 人、71 人)、女性では 20 歳代の利用者が最も多かった(9 人)。総数の年齢階級