

200827007B

厚生労働科学研究費補助金

障害保健福祉総合研究事業

障害者の健康状態・栄養状態の把握と効果的な支援に  
関する研究

平成 18 年度～20 年度 総合研究報告書

研究代表者 中山 健夫

平成 21(2009)年 3 月

# 目 次

## I. 総合研究報告

障害者の健康状態・栄養状態の把握と効果的な支援に関する研究 ----- 1

中山 健夫

(資料)

障害児・障害者施設における栄養ケア・マネジメント実務の手引き (案)

----- 6

II. 研究成果の刊行に関する一覧表 ----- 27

# I. 総合研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）  
（総合）研究報告書

障害者の健康状態・栄養状態の把握と効果的な支援に関する研究  
研究代表者 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:**障害者自立支援法の施行により、ケアマネジメントが導入され各種サービス体系の見直しが行われるなか、適切な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。本研究では、障害者に対する栄養ケアのあり方及びサービス提供体制や質の向上に寄与する根拠を提示することを目的とした。3年計画で、1.障害者の栄養ケア・マネジメントに関する系統的な文献レビューの実施、2.障害者の健康・栄養状態の実態把握1（全国規模の質問紙票調査）、3.障害者の健康・栄養状態の実態把握2（横断的な疫学調査・多施設共同研究）、4.障害者の栄養スクリーニング、アセスメント指標に関する検討、5.障害者の栄養ケア・マネジメント（スクリーニング、アセスメント、ケア計画、モニタリング、評価）の手順の標準化及び事例検討を行い、研究の達成度はほぼ100%といえる。

最終的に「障害児・障害者施設における栄養ケア・マネジメント実務の手引き（案）」の作成及び事例検討を行い、本「手引き（案）」を用いることで、障害（児）者施設における栄養ケア・マネジメントの体制整備及び業務推進が円滑に行われることも示した。また、障害者の栄養状態のリスクの判定の一部は、本研究班で提示した障害者データに準拠しており、これまで健常者のものを参考にしてきた障害者栄養の領域が一步前進したものと考えられる。

**研究分担者**

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）

杉山 みち子

（神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部栄養学科 教授）

加藤 昌彦

（椋山女学園大学生生活科学部 教授）

障害者自立支援法の施行により、ケアマネジメントが導入され各種サービス体系の見直しが行われるなか、適切な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。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。障害の程度や疾病像の違い、過栄養や低栄養、嚥下・咀

**A. 研究目的**

嚼機能の低下などが想定されることから、個別にその状態を把握し、栄養ケアを提供することが障害者の健康の増進、QOLの向上を図る上で喫緊の課題であるといえる。

本研究では、障害者に対する栄養ケアのあり方及びサービス提供体制や質の向上に寄与する根拠を提示することを目的とした。

3年間の研究計画は以下の通りである。

1. 障害者の栄養ケア・マネジメントに関する系統的な文献レビューの実施
2. 障害者の健康・栄養状態の実態把握 1 (全国規模の質問紙票調査)
3. 障害者の健康・栄養状態の実態把握 2 (横断的な疫学調査・多施設共同研究)
4. 障害者の栄養スクリーニング、アセスメント指標に関する検討
5. 障害者の栄養ケア・マネジメント (スクリーニング、アセスメント、ケア計画、モニタリング、評価) の手順の標準化及び事例検討

## B. 研究方法

1. 障害者の栄養ケア・マネジメントに関する系統的な文献レビュー

これまでの障害者サービス領域における栄養ケア・マネジメントに関する調査研究を、Medline、医学中央雑誌等複数の関連データベースから、「障害者」、「栄養」、「食(事)」のキーワードを組み合わせて検索した。

2. 障害者の健康・栄養状態の実態把握 1

対象は、全国の知的障害(児)者施設 1,820 件及び身体障害(児)者施設 787 件であった。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、「障害(児)者の健康・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。

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を得て実施した。

3. 障害者の健康・栄養状態の実態把握 2

対象は、知的障害者入所施設(6施設)の利用者 304 名(平均年齢 43.5±11.3 歳)及び身体障害者入所施設(5施設)の利用者 249 名(平均年齢 51.4±12.3 歳)、計 553 名であった。

横断的な疫学調査により、障害者の健康・栄養状態を明らかにすることを目的に、多施設における身体計測及び血液生化学検査を行った。

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を得て実施した。

4. 障害者の栄養スクリーニング、アセスメント指標に関する検討

障害者の栄養スクリーニング、アセスメント指標を検討するため、先行研究の系統的レビューを行った。さらに、米国栄養士会による障害者の栄養ケア・マネジメントに関する資料等を参考に、本研究におけるアセスメント項目を抽出した。

5. 障害者の栄養ケア・マネジメントの手順の標準化及び事例検討

一連の研究成果を踏まえ、介護保険制度において導入されている栄養ケア・マネジメントのプロセス及びアウトカム評



価、効果的な栄養ケア計画のあり方等の障害者への適応の可能性を検討した。さらに、「障害児・障害者施設における栄養ケア・マネジメント実務の手引き（案）」を用いて、栄養ケア・マネジメントの導入及び個別症例事例の検討を行った。

## C. 研究結果

### 1. 障害者の栄養ケア・マネジメントに関する系統的な文献レビュー

Medline、医学中央雑誌等複数の関連データベースから、「障害者」、「栄養」、「食（事）」のキーワードを組み合わせて検索した結果、403件が該当した。この内、本研究に有用と判断された論文数は94件であった。

### 2. 障害者の健康・栄養状態の実態把握 1

質問票の回収率は、知的障害（児）者施設で71.6%、身体障害（児）者施設で48.0%であった。

栄養ケア・マネジメントについて、「知っていて、行っている」と回答した施設は、知的障害（児）者施設：161件（13.0%）、身体障害（児）者施設：79件（23.4%）であった。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は、「食事の個別化」と回答した施設が最も多く、知的障害（児）者施設：412件（40.9%）、身体障害（児）者施設：135件（45.8%）であった。

また、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、知的障害（児）者施設：「早食い（嘔まずに飲み込んでしまう）」1,081件（88.2%）、身体障害（児）者施設：「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）」74.1%であった。提供している特別食で最も回答が多かったのは、知的及び身体障害（児）者施設共に「糖尿病食」で、それぞれ758件（61.2%）、261件（73.5%）であった。

### 3. 障害者の健康・栄養状態の実態把握 2

知的障害者全体の平均BMIは、男性：21.9±3.3 kg/m<sup>2</sup>（範囲：15.3-39.7 kg/m<sup>2</sup>）、女性：23.4±4.0 kg/m<sup>2</sup>（範囲：13.7-38.8 kg/m<sup>2</sup>）であった。身体障害者全体の平均BMIは、男性：19.8±3.8 kg/m<sup>2</sup>（範囲：11.1-28.9 kg/m<sup>2</sup>）、女性：20.6±4.9 kg/m<sup>2</sup>（範囲：11.9-38.5 kg/m<sup>2</sup>）であった。身体障害者の平均BMIは、知的障害者の平均BMIよりも男女共に低かった。

低栄養状態の指標として、アルブミン低値、BMI低値の出現状況を見ると、アルブミンが低値であった者は、知的障害者：10.6%（男性）；16.1%（女性）、身体障害者：52.1%（男性）；61.9%（女性）、BMIが低値であった者は、知的障害者：10.1%（男性）；6.6%（女性）、身体障害者：37.6%（男性）；38.5%（女性）であった。過栄養状態の指標としてBMI高値の出現状況を見ると、知的障害者：15.2%（男性）；27.0%（女性）、身体障害者：12.1%（男性）；15.4%（女性）であった。

アルブミン値 3.5 g/dl 以下の低栄養状態の出現状況を年齢階級別にみると、知的障害の男性では40歳代で、女性では40及び50歳代で、身体障害の男性では20-60歳代で、女性では30-60歳代で、同年代の健常者よりも出現頻度が高かった。

急性炎症の指標となるCRPが高値であった者は、知的障害者：21.7%（男性）；

19.4%(女性)、身体障害者：40.3%(男性)；31.4%(女性)であった。また、一般的に慢性炎症の際に上昇するIgGが高値であった者は、知的障害者：22.2%(男性)；29.0%(女性)、身体障害者：20.1%(男性)；16.2%(女性)であった。

#### 4. 障害者の栄養スクリーニング、アセスメント指標に関する検討

一定の基準を用いて有用な論文を抽出し、障害者の栄養スクリーニング、アセスメント指標を抽出した結果、身体計測値では、体重は多くの研究で測定されていたものの、上腕三頭筋皮下脂肪厚や体脂肪率など、体組成を評価している研究は3割程度であった。また、血液生化学検査、食事関連の指標については、研究間で項目の種類及び数に大きな違いがあった。

一方、米国栄養士会による障害者に対する栄養ケア・マネジメントに関する資料を翻訳した結果、米国においては障害者に対する栄養ケア・マネジメントが手順化されており、我が国において障害者に対する今後の栄養ケアのあり方を検討する上で、有用な参考資料となった。

以上の既存資料の内容を研究班会議における意見交換を通じて統合し、本研究において用いるアセスメント項目を抽出した。

#### 5. 障害者の栄養ケア・マネジメントの手順の標準化及び事例検討

一連の研究成果、米国栄養士会による障害者の栄養ケア・マネジメントに関する資料及び先行研究等を踏まえ、障害者の栄養ケアに関する手法の標準化につい

て研究班会議における意見交換を通じて統合し、「障害児・障害者施設における栄養ケア・マネジメント実務の手引き(案)」を作成した。

事例検討の研究協力施設は57施設で、その内訳は、導入事例の検討：37施設、個別症例事例の検討：20施設であった。

「障害児・障害者施設における栄養ケア・マネジメント実務の手引き(案)」を用いて、導入事例及び個別症例の事例検討を行った。その結果、この「手引き(案)」を使用することで、栄養ケア・マネジメントの体制整備及び円滑な業務推進に繋がることが明らかになった。

#### D. 考察

##### 1. 障害者の栄養ケア・マネジメントに関する系統的な文献レビュー

該当論文の多くが、総説及び解説、調査研究であり、個別に対応した栄養ケア・マネジメントのエビデンスとなるような介入研究は少数であった。さらに、障害者における栄養に関する問題が多岐に渡っているにも関わらず、個別の栄養ケア・マネジメントケアのあり方についてほとんど検討されていない現状が明らかになった。

##### 2. 障害者の健康・栄養状態の実態把握 1

知的及び身体障害(児)者入所施設における栄養ケア・マネジメントの現状は、まだ手探り状態にあるといえる。今後、障害(児)者のQOL向上のために、障害(児)者施設においても介護保険制度で導入されている栄養ケア・マネジメントの体制整備及び業務推進が早急に望まれる。

### 3. 障害者の健康・栄養状態の実態把握 2

障害者入所施設における入所者には、低栄養・過栄養状態の者が高い割合で見られた。障害者の栄養状態は、低栄養状態のみならず過栄養状態も認められた点、即ち、低栄養状態と過栄養状態の両極にある点に特徴があると言える。また、身体障害者のアルブミン低値者の出現状況は、一般の同年齢と比較して明らかに高いことが示唆された。さらに、炎症反応（CRP）やIgGの高値を示す者も多く、炎症の存在が疑われる。

### 5. 障害者の栄養ケア・マネジメントの手順の標準化及び事例検討

「障害児・障害者施設における栄養ケア・マネジメント実務の手引き(案)」は、障害者施設における栄養ケア・マネジメントの体制整備及び円滑な業務推進に有効であることが示唆された。

今回、障害者の栄養状態のリスクの判定の一部には、平成19年度に実施した「知的障害者(児)・身体障害者(児)における健康・栄養状態に関する横断的研究—多施設共同研究—」の研究成果を使用することができた。これまで健常者のものを参考にしてきた障害者栄養の領域が一步前進したものと考えられる。

### D. 結論

3年間の研究成果として「障害児・障害者施設における栄養ケア・マネジメント実務の手引き(案)」を作成した。しかし、今回の「手引き(案)」は、まだ暫定的なものである。障害児・障害者のQOL向上を目指した栄養ケア・マネジメントを確立するためには、障害(児)者を対象

とした疫学的な横断研究及び縦断研究等を進める必要がある。

### E. 健康危険情報

特になし

### F. 研究発表

#### 1. 論文発表

- 1) 大和田浩子,知的障害者の栄養状態と栄養管理.日本栄養改善学会誌. 2009;67. (印刷中)
- 2) 多田由紀,西村秋生,加藤昌彦,大和田浩子,中山健夫,杉山みち子. 障害者の栄養ケア・マネジメントのあり方に関する文献的検討. 日本健康・栄養システム学会誌. 2009. (印刷中)

#### 2. 学会発表

- 1) 白土智美,正ヶ峯加奈,吉田玉恵,大和田浩子.障害者施設入所者における血清アルブミン値の分布と関連要因に関する横断的研究—多施設共同研究—.茨城県栄養・健康学会.2009.
- 2) 大和田浩子.障害者における栄養ケア・マネジメント,第8回日本健康・栄養システム学会シンポジウムI.2008.

#### 3. 特別講演

- 1) 中山健夫,大和田浩子.障害者施設における栄養ケア・マネジメントI.全国福祉栄養士協議会研修会.2008.
- 2) 大和田浩子,中山健夫.障害者施設における栄養ケア・マネジメントII.全国福祉栄養士協議会研修会.2008.

### G. 知的財産権の出願・登録状況

- |           |    |
|-----------|----|
| 1. 特許取得   | なし |
| 2. 実用新案登録 | なし |
| 3. その他    | なし |



障害児・障害者施設における  
栄養ケア・マネジメント実務の手引き(案)

## 目次

1. はじめに	8
2. 障害者入所施設における入所者の栄養状態	8
3. 栄養ケア・マネジメント	8
(1) 定義	8
(2) 障害児・障害者における栄養ケア・マネジメントの必要性	9
(3) 障害児・障害者における栄養ケア・マネジメントの理念	9
4. 栄養ケア・マネジメントの実務等について	9
(1) 栄養ケア・マネジメントの体制	9
(2) 栄養ケア・マネジメントの実務	10
1) 入所時における栄養スクリーニング	10
2) 栄養アセスメントの実施	10
3) 栄養ケア計画の作成	10
4) 入所者または家族への説明	10
5) 栄養ケアの実施	10
6) 実施上の問題点の把握	11
7) モニタリングの実施	11
8) 再栄養スクリーニングの実施	11
9) 栄養ケア計画の変更及び退所時の説明等	11
5. 経口移行加算等について	11
6. 栄養ケア・マネジメントの実務の詳細	12
(1) 栄養スクリーニング書の作成	12
(2) 栄養アセスメント書の作成	12
(3) 栄養ケア計画書の作成	16
7. 栄養ケアの実際	18
栄養スクリーニング(様式例)	21
栄養アセスメント・モニタリング(様式例)	22
栄養ケア計画書(様式例)	23
資料1	24
資料2	25
資料3	26

## 1. はじめに

本研究班では、介護保険制度において導入された栄養ケア・マネジメントのプロセス及びアウトカム評価、効果的な栄養ケア計画のあり方等の障害者への適応の可能性を検討し、障害者の栄養ケアに関する手法を標準化することにより、障害者の自立支援に向けた継続的なサービスの質の向上に寄与することを目的としている。「障害児・障害者(以下、「障害(児)者」という。)」施設における栄養ケア・マネジメント実務の手引き(案)は、障害(児)者施設入所者を対象に、管理栄養士をはじめとする栄養ケア・マネジメント実施者が業務を円滑に推進するための一つの試案として作成している。

## 2. 障害者入所施設における入所者の栄養状態

平成19年度に実施された「知的障害者(児)・身体障害者(児)における健康・栄養状態における横断的研究-多施設共同研究-」によると、障害者入所施設における入所者には、低栄養・過栄養状態の者が高い割合でみられた。障害者の栄養状態は、低栄養状態のみならず過栄養状態も認められた点、即ち、低栄養状態と過栄養状態の両極にある点に特徴があると言える(資料1、図1)。また、身体障害者のアルブミン低値者の出現状況は、一般の同年齢と比較して明らかに高いことが示唆された(資料2、図2)。さらに、炎症反応(CRP)やIgGの高値を示す者も多く、炎症の存在が疑われる(資料3、図3)。

## 3. 栄養ケア・マネジメント

### (1) 定義

「栄養ケア・マネジメント」は、「ヘルスケアサービスの一環として、個々人に最適な栄養ケアを行い、その実務遂行上の機能や方法手順を効率的に行うための体制である」と定義されている。「栄養ケア・マネジメント」の構成要素は図3の通りである。

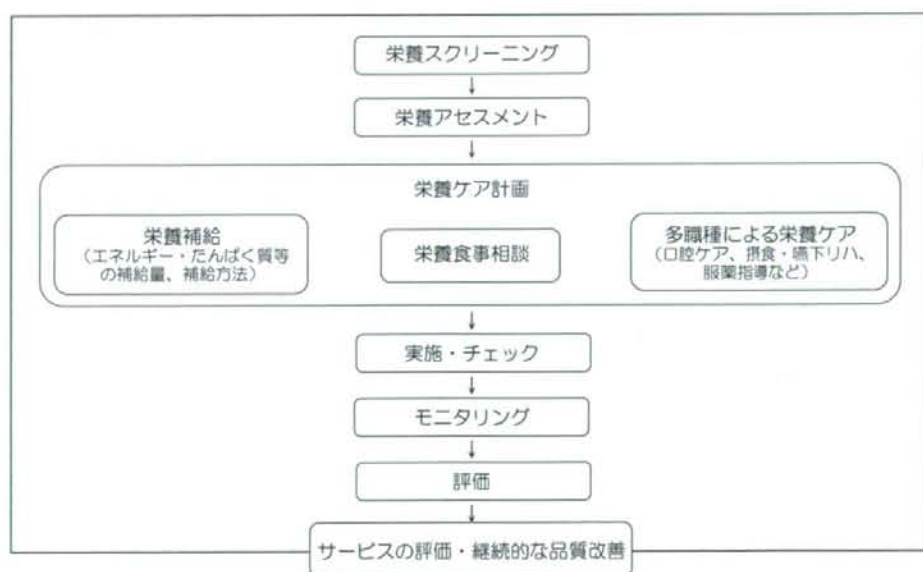


図3 栄養ケア・マネジメントの構成要素

厚生省老人保健事業推進等補助金研究「高齢者の栄養管理サービスに関する研究報告書」、1997を改変

## (2)障害(児)者における栄養ケア・マネジメントの必要性

障害(児)者が自立して快適な日常生活を営み、尊厳のある自己実現をめざすためには、入所児・入所者(以下、「入所(児)者」という。)一人ひとりの栄養改善や食生活の質の向上を更に推進することが不可欠である。入所(児)者の栄養状態や食生活の質には、主障害(知的障害、身体障害)、有している障害の原因となっている疾患(ダウン症候群、脳性麻痺、脳血管疾患等)、併存症(糖尿病、高血圧等)、身体的・精神的問題、食行動、問題行動、口腔ケア、摂食・嚥下機能、服薬等が大きく関わる。そのため管理栄養士ばかりでなく、医師、看護職員、サービス管理責任者、生活支援員などの専門職がお互いの情報を共有し、連携して栄養ケアを行うことが必要である。

## (3)障害(児)者における栄養ケア・マネジメントの理念

- 1) 障害(児)者の自立支援サービスを担う専門職は、障害者の生涯にわたり尊厳のある自己実現をめざすという観点にたち、協働して栄養ケア・マネジメントの体制づくりを行い、個人に最適な栄養ケアを提供することを目的とする。また、障害児の場合には、成長・発育についても配慮し、適切な栄養ケアを提供する。
- 2) 障害(児)者の低栄養・過栄養状態の予防や改善及び食生活の質の向上にあたっては、管理栄養士を中心に多職種が情報を共有しながら、協働で支援を行う。
- 3) 施設で栄養ケア・マネジメントを行う専門職は、地域資源(医療機関、既存の関係機関、人材、制度、設備等)を活用して社会との交流を図りながら、栄養ケア・マネジメントの質を高める。

## 4. 栄養ケア・マネジメントの実務等について

### (1)栄養ケア・マネジメントの体制

- 1) 施設長又は管理者(以下、「施設長」という。)は、医師、管理栄養士、サービス管理責任者、看護職員及び生活支援員、その他の職種が協働して栄養ケア・マネジメントを行う体制を整備する。また、入所(児)者の口腔ケア、摂食・嚥下等に問題がある場合には、歯科医師等との連携がとれるように体制を整備する。
- 2) 施設長は、各施設における栄養ケア・マネジメントに関する手順(栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画、モニタリング、評価等)をあらかじめ定める。この手順については、関係者で共有する。
- 3) 管理栄養士は、入所(児)者に適切な栄養ケアを効率的に提供できるよう関連職種との連絡調整を行う。
- 4) 看護職員及び生活支援員は、入所(児)者の全身状態、日常的な生活状況(食事状況、身体活動、食行動)について、管理栄養士に情報提供を行う。
- 5) 施設長は、栄養ケア・マネジメント体制に関する成果を含めて評価し、改善すべき課題を設定し、継続的な品質改善に努める。



## (2) 栄養ケア・マネジメントの実務

### 1) サービス開始時における情報収集

管理栄養士は、関連職種と連携して、サービス開始時までに適切な栄養ケア・マネジメントを実施するための情報を収集するものとする。情報の収集に当たっては、入所(児)者、家族等より希望を聴取するほか、必要に応じて主治の医師から情報提供を受け取ることが望ましい。

### 2) 栄養スクリーニングの実施

管理栄養士は、関連職種と連携して、入所(児)者の入所後1週間以内に、関連職種と協働して低または過栄養状態のリスクを把握する(以下「栄養スクリーニング」という。)。栄養スクリーニングは、別紙1の様式例を参照の上、作成する。

### 3) 栄養アセスメントの実施

管理栄養士は、栄養スクリーニングを踏まえ、入所(児)者毎に解決すべき課題を把握する(以下「栄養アセスメント」という。)。栄養アセスメントの実施にあたっては、別紙2の様式例を参照の上、作成する。

医師からの療養食の指示の有無、通院状況(治療経過、服薬等)、身体状況(臨床データ、下痢・便秘、浮腫、褥瘡、歯の状態、発熱等)については、看護職員から情報を収集し、記入する。日常生活機能(身支度、歩行等)や日常的な食事摂取、食行動の状況(咀嚼、嚥下、過食、早食い等)、生活状況については、生活支援員から情報を収集し、記入する。

### 4) 栄養ケア計画の作成

① 管理栄養士は、上記の栄養アセスメントに基づいて、入所(児)者の i) 栄養補給(補給方法、エネルギー・たんぱく質量、療養食の適用、食事の形態等食事の提供に関する事項等)、ii) 栄養食事相談、iii) 課題解決のための関連職種の分担について、関連職種と協働して、別紙3の様式例を参照の上、栄養ケア計画原案を作成する。なお、個別支援計画の中に、栄養ケア計画に相当する内容を記載する場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができるものとする。

② 管理栄養士は、サービス担当者会議(入所(児)者に対する個別支援の提供に当たる担当者の会議)に出席し、栄養ケア計画原案を報告し、関連職種との話し合いのもと、栄養ケア計画を完成させる。栄養ケア計画の内容を個別支援計画にも適切に反映させる。

③ 医師は、栄養ケア計画の実施に当たり、その内容等を確認する。

### 4) 入所(児)者又は家族等への説明

管理栄養士は、サービスの提供に際して、栄養ケア計画を入所(児)者または家族等に説明し、サービス提供に関する同意を得る。その際、栄養ケア計画の写しを交付する。

### 5) 栄養ケアの実施

① サービスを担当する管理栄養士及び関連職種は、医師の指導等に基づき栄養ケア計画に基づいたサービスの提供を行う。

② 管理栄養士は、食事の提供に当たっては、給食業務の実際の責任者としての役割を

担う者(管理栄養士、栄養士、調理師等)に対して、栄養ケア計画に基づいて個別対応した食事の提供ができるように説明及び指導する。なお、給食業務を委託している場合においては、委託業者の管理栄養士等との連携を図る。

- ③ 管理栄養士は、栄養ケア計画に基づいて、栄養食事相談を実施する。
- ④ 管理栄養士は、関連職種と協働して食事摂取状況や食事に関するアクシデントの事例等の把握を行う。
- ⑤ 管理栄養士は、栄養ケア提供の主な経過を記録する。記録の内容は、栄養補給(食事の摂取量等)の状況や内容の変更、栄養食事相談の実施内容、課題解決に向けた関連職種のケアの状況等とする。なお、個別支援計画のサービスの提供の記録において、管理栄養士が栄養ケア提供の経過を記録する場合は、当該記録とは別に栄養マネジメント加算の算定のために栄養ケア提供の経過を記録する必要はない。

#### 6)実施上の問題点の把握

サービスを担当する管理栄養士及び関連職種は、栄養ケア計画の変更が必要となる状況を適宜把握する。栄養ケア計画の変更が必要になる状況が確認された場合には、対応する関連の職種へ報告するとともに計画の変更を行う。

#### 7)モニタリングの実施

- ① モニタリングは、栄養ケア計画に基づいて、栄養状態の低リスク者は3か月毎、栄養状態の高リスク者及び栄養補給法の移行の必要性がある者の場合には、2週間毎等適宜行う。栄養状態の中リスク者の場合には、入所(児)者の栄養状態に応じて、2週間～3か月毎の範囲で行う。ただし、栄養状態の低リスク者も含め、体重は1か月毎に測定する。
- ② サービスを担当する管理栄養士及び関連職種は、長期目標の達成度、体重等の栄養状態の改善状況、栄養補給量等をモニタリングし、総合的な評価判定を行うとともに、サービスの質の改善事項を含めた、栄養ケア計画の変更の必要性を判断する。モニタリングの記録は、別紙2の様式例を参照の上、作成する。

#### 8)再栄養スクリーニングの実施

管理栄養士は、関連職種と連携して、栄養状態のリスクにかかわらず、栄養スクリーニングを3か月毎に実施する。

#### 9)栄養ケア計画の変更及び退所時の説明等

栄養ケア計画の変更が必要な場合には、管理栄養士は、サービス管理責任者に、栄養ケア計画の変更を提案し、サービス担当者会議等において計画の変更を行う。計画の変更については、入所(児)者または家族へ説明し同意を得る。

また、入所(児)者の退所時には、総合的な評価を行い、その結果を入所(児)者または家族に説明するとともに、必要に応じて相談支援専門員や関係機関との連携を図る。

### 5. 経口移行加算等について

経口移行加算に係る経口移行計画及び経口維持加算に係わる経口維持計画については、別紙3の栄養ケア計画の様式例を準用する。なお、個別支援計画の中に、経口移行計画又は



経口維持計画に相当する内容をそれぞれ記載する場合は、その記載をもって経口移行計画又は経口維持計画の作成に代えることができる。

なお、栄養マネジメント加算を算定している入所(児)者については、栄養ケア計画と一体のものとして作成する。

## 6. 栄養ケア・マネジメントの実務の詳細

### (1) 栄養スクリーニング書の作成

栄養状態のリスクレベルの記入方法	
身長、体重、肥満度	入所者の身長、体重について情報を収集し、肥満度を算出する。 ・成人(18歳以上) $BMI = \text{体重 (kg)} \div \text{身長 (m)}^2$ ・幼児期(3~5歳) カウプ指数 = $\text{体重 g} \div (\text{身長 cm})^2 \times 10$ ・学童期・思春期(6~17歳) $\text{肥満度 \%} = (\text{実測体重 kg} - \text{身長別標準体重 kg}) \div \text{身長別標準体重 kg} \times 100$
体重変化率	入所者の1か月、3か月あるいは6か月前の体重の記録あるいは問診結果と現体重から変化率を算出する。 $\text{体重変化率 (\%)} = (\text{現在の体重} - \text{1か月、3か月あるいは6か月前の体重}) \div \text{現在の体重} \times 100$
血清アルブミン値	血清アルブミン値の値がある場合には、血清アルブミン値及びその検査日を記入する。
食事摂取量	入所時は3日以内、再スクリーニング時は直近の3日間連続の平均喫食率(主食、副食の記録を看護記録簿等から収集し、平均喫食率を算出する。不良の場合には、おおよその喫食状況やその理由などがわかれば記載する。 良好 = 76 ~ 100 % を喫食している場合 不良 = 75% 以下の場合
栄養補給法	経腸・静脈栄養法の有無を確認する。
褥瘡	褥瘡の有無を確認する。

### (2) 栄養アセスメント書の作成

#### ① 身体状況、栄養・食事に関する入所者または家族の意向

入所者及び家族の身体の状況、栄養状態・食事などに関する意向を記入する。

例) 自閉症のため食べ物にこだわりがある。無理に食事を食べさせないでほしい。

例) リハビリをして自力で食事が摂れるようになってほしい。

#### ② 本人の意欲(健康感・生活機能・身体機能など)

本人の自発的な訴えを含む痛み、不安、意欲などの健康感を記入する。

例) 痛みがある。

例) 食欲がない。

例) 太ってきたので運動したい。

本人の生活機能・身体機能を記入する。

例) 自立歩行が難しいので補助具使用。

③臨床検査（検査値がわかる場合に記入）

血圧、糖代謝、脂質代謝、貧血、炎症などの問題の把握

血圧基準値		
	診察室血圧	家庭血圧
若年・中年	130/85mmHg 未満	125/80mmHg 未満
高齢者	140/90mmHg 未満	135/85mmHg 未満
糖尿病患者 慢性腎臓病(CKD)患者 心筋梗塞後患者	130/85mmHg 未満	125/75mmHg 未満
脳血管障害患者	140/90mmHg 未満	135/85mmHg 未満

高血圧治療ガイドライン 2009(日本高血圧学会)

\*施設では「家庭内血圧」を使用する。

血液生化学検査基準値一覧		
項目	男	女
白血球数(WBC) (/ $\mu$ L)	3900-9800	3500-9100
赤血球数(RBC) ( $\times 10^4$ / $\mu$ L)	4.27-5.70	3.76-5.00
ヘモグロビン (g/dL)	13.5-17.6	11.3-15.2
ヘマトクリット (%)	39.8-51.8	33.4-44.9
血小板 ( $\times 10^4$ / $\mu$ L)	13.1-36.2	13.0-36.9
MCV (fL)	82.7-101.6	79.0-100.0
MCHC (%)	31.6-36.6	30.7-36.6
MCH (%)	28.0-34.6	26.3-34.3
アルブミン (g/dL)	4.0-5.0	
総蛋白 (g/dL)	6.7-8.3	
TC (mg/dL)	150-219	
HDL (mg/dL)	40-86	40-96
LDL (mg/dL)	70-139	
TG (mg/dL)* <sup>1</sup>	50-149	
ヘモグロビン A1c (%) * <sup>2</sup>	4.3-5.8	
AST(GOT) (U/dL)	10-40	10-40
ALT(GPT) (U/dL)	5-40	5-40
$\gamma$ -GTP (U/dL 以下)	70	80
CRP (mg/dL 以下)	0.3	0.3
ZTT (単位)	4-12	4-12

\*<sup>1</sup> 早朝空腹時に採血 \*<sup>2</sup> 食後 2~3 時間後に採血

(資料：株式会社エスアールエル)

\*基準値は検査機関によって異なるので、自施設のものを確認する。



#### ④栄養補給の状況

食事摂取の状況	主食、主菜、副菜、その他（補助食品、経腸・静脈栄養など）（％） →直近の3日間連続摂取している主食、主菜、副菜、その他（補助食品、経腸・静脈栄養など）の割合を記入する。
---------	---

#### ⑤必要栄養量の算定

必要エネルギー (kcal)	<p>必要エネルギー(kcal)の算出式</p> <p>= 基礎代謝量(kcal/日)×身体活動レベル</p> <p>= 基礎代謝基準値(kcal/kg 体重/日)<sup>1)</sup> ×現体重(kg)×身体活動レベル<sup>2)</sup></p> <p><small>1)、2)最新の食事摂取基準を参照。</small></p> <p>*必要エネルギーは、食事摂取基準を理解した上で算出して下さい。</p> <p>【提供エネルギーの考え方】</p> <p>1) 栄養スクリーニングの栄養状態のリスクの判断で、肥満度が低リスクの範囲にある場合は、現在の体重を維持するだけのエネルギーを摂取するようにすることが基本となる。必要エネルギーを提供エネルギーとする。</p> <p>2) 肥満度が肥満の中・高リスクの場合は、基本的にエネルギー摂取量の減少と、身体活動の増加（こちらを重視）によって体重の減少をめざす。必要エネルギーから10～20%程度減らしたエネルギーを提供し、月に1～2kgを目標に段階的に減量する。</p> <p>3) 肥満度がやせの中・高リスクの場合は、身体活動を維持しつつ（または増加させ）、エネルギー摂取量を増やし、体重の増加をめざす。必要エネルギーから10～20%程度増やしたエネルギーを提供し、月に1～2kgを目標に段階的に増量する。</p> <p>【評価】</p> <p>提供エネルギーの評価は、基本的に体重のモニタリングにより行う。1)の場合には、体重がほぼ一定であれば、提供エネルギーは、概ね適切であると判断する。体重の増減がみられたら、随時、提供エネルギーを調整する。2)の場合には、徐々に体重が減少してBMIの低リスクの範囲に近づいているかで判断する。また、血圧や血液検査値等があれば、体重減少に伴い値が徐々に改善されているかについても判断の参考とする。3)の場合には、徐々に体重が増加してBMIの低リスクの範囲に近づいているかで判断する。また、2)の場合と同様に、血圧や血液検査値等があれば、体重増加に伴い値が徐々に改善されているかについても判断の参考とする。</p>
必要たんぱく質 (g)	<p>1) 日本人の食事摂取基準の1日のたんぱく質の推奨量(RDA)</p> <p>2) 日本人の食事摂取基準の1日のたんぱく質の推奨量(RDA)～目標量(DG)%エネルギー20%の範囲</p>

#### ⑥食事の留意事項の有無

食事の提供に必要な情報としての嗜好、禁忌、アレルギー、環境、食事形態、療養食に関する医師からの指示、食事摂取行為の自立等を問診、観察し記入する。

嗜好	好き及び嫌いな食べ物を記入。 例) 麺類が好き。 例) パンは食べない。
禁忌	薬の相互作用のある食品あれば記入。 例) ワーファリンを服用している場合、納豆は禁忌など。
アレルギー	乳製品アレルギー、そばアレルギー、卵アレルギーなどの食物アレルギーがあれば記入。
環境	精神状態、身体機能面から食事摂取状況や環境に問題ないか確認し記入する。 例) 食事時の姿勢は体幹保持ができない。 例) 麻痺のため現状のスプーンでは食事が食べづらい。補助具が必要。
食事形態	暫定的に提供されている副食などの形態が問題ないか記入する。 例) 暫定的に提供している刻み食が適合しているため継続する。 例) 現状では形態の評価が困難なため、1週間経過観察する。
療養食に関する医師からの指示	糖尿病、脂質異常症などの療養食の指示があれば記入。
その他	嚥下障害、丸呑み、異食等のある入所者には、食事における日常的に予測可能な危険要因を記入する。 例) 咀嚼困難なため、料理の固さや大きさに注意。 例) 誤嚥や異食に注意など。

#### ⑦多職種による栄養ケアの課題

過食、拒食、偏食、早食い・丸呑み、異食、盗食、隠れ食い、開口・閉口障害、食べこぼし、嘔気・嘔吐、下痢(下剤の常用を含む)・便秘、浮腫、脱水(腋下の乾燥・口唇乾燥等)、感染・発熱、経腸栄養・静脈栄養、生活機能の低下、医薬品等について問診、観察、看護職員や生活支援員からの情報提供によってチェックする。

\*該当項目には、詳細を記入する。

例) 早食い(夕食を2分程度で食べた)など。

例) 浮腫(1日中、車いすで座っているため)など。

該当項目に対して、治療内容、看護ケア、口腔ケア、摂食・嚥下、リハビリテーション、服薬指導などの必要な情報を収集し、関連職者に詳細なアセスメント及び問題解決のための計画作成を依頼する。

食行動等の判断基準	
過食	必要以上に食べる。管理栄養士・栄養士が適切と考えて提供している食事量を超えて摂取する。
拒食	食物や飲物の摂取拒否がある。食物を口に入れた後に吐き出す。
早食い・丸呑み	食べるのが早すぎる。噛まずに飲み込む。1食当たり2～3分程度で摂取する。
盗食	他人の食事を食べてしまう。
隠れ食い	施設で提供している食事以外に隠れて食物を食べる。
偏食	自分の好む物だけを飲食する。
異食	紙や砂等、食物ではないものを口にする。
咀嚼障害	食物を噛み砕くことができない。
嚥下障害	見た目でも飲み込みに困難がある。

評価・判定	アセスメントにより低栄養・過栄養状態や食行動障害の引き金になった要因や影響因子を解明し、入所児(者)の栄養ケアにおいて解決すべき課題(ニーズ)と解決の優先性について総合的に評価・判定する。
-------	--

### (3) 栄養ケア計画書の作成

#### 1) 計画(原案)の作成

##### ① 利用者または家族の意向

栄養アセスメント書における身体状況、栄養・食事に関する本人または家族の意向を転記する。

##### ② 解決すべき課題(ニーズ)

アセスメントにおける評価・判定で記入された、解決すべき課題(ニーズ)を優先項目順に記入する。

##### ③ 長期目標(ゴール)と期間

栄養状態や食行動にかかわる目標や QOL に関連した主観的健康感にかかわる目標等を記入する。期間はこのケア計画終了予定の期間をあげる。

##### ④ 短期目標と期間

###### \* 目標設定の留意事項

i) できるだけ具体的に、定量的評価ができるように設定する。

- ・達成される行動の変化は何か
- ・どの程度の変化を期待するのか
- ・いつまでに変化が起こるのか
- ・そのために何(物、金、人)が必要か

ii) 実現可能であること

「こうあってほしい」、「こうなるようにしたい」という、実現できるかどうかわからない期待ではなく、「目標」は、具体的で業務上実現可能な期待であり、目標と現実のギャップが、解決すべき「問題」となる。

iii) 最優先項目を設定すること

最終目標や短期目標が問題の大きさの順と、実行可能な順から検討され、実行可能で優先的に解決すべき問題を確認する。優先順位を考える場合は、入所(児)者が生活していく上で、最も困ることを最優先とする。



例えば、栄養補給よりも心の問題の解決が最優先になる場合もある。

iv)期間

それぞれの目標を達成するために必要な期間を記入する。

⑤栄養ケア

短期目標を達成するために必要なサービス内容を記入する。

各目標に対して計画を立てていく上で、栄養補給、食事の個別化、栄養食事相談、多職種による栄養ケアが盛り込まれる。

i)どのような「栄養補給」をするのか

医師の指導のもとに経口及び経腸栄養法に関する栄養補給について記載する。

栄養補給量 ・エネルギー ・たんぱく質 ・水分などの補給量 ・慢性的な疾患への対応に配慮	栄養補給法と内容 ・食事 ・栄養補助食品の活用 ・経腸栄養法と経腸栄養剤の内容、量、頻度、期間など
--	--

栄養補給法の移行が必要であり、実施可能である場合には、移行のための手順、期間、次期、補給エネルギー、たんぱく質などを記載する。

ii)どのように「食事の個別化」をするのか

・個別対応に関しての慢性的な疾患への対応事項 ・嗜好 ・禁忌 ・形態 ・内容（量、質） ・回数	・時間 ・食事の場所と環境 ・安全で衛生的な食事の提供の観点から考慮すべき事項 ・食事摂取観察時のチェック（日時、担当者など）など
--	--

iii)どのような「栄養食事相談」をするのか

低栄養・過栄養改善のための知識、態度を変化させ、適正な生活習慣へと変容させるための計画を作成する。栄養食事相談には、食行動に関する支援も含まれる。

・利用者の改善すべき食事に関する内容や栄養・食行動の課題 ・達成目標 ・個別栄養食事相談	・声かけの方法 ・教材、日時、時間、場所、担当者など
--	-------------------------------

iv)どのような「多職種による栄養ケア」をするのか

- ・口腔ケア
- ・摂食・嚥下リハビリテーション
- ・服薬指導

などの概要、日時、担当者、場所などを記載する。

⑩担当者、頻度、期間

- ・担当者：サービスの提供に関わる専門職を記入し、2つ以上の職種に及ぶ場合は、優先順位をつけることが必要