

D-4. 米国栄養士会 (American Dietetic Association) 編、栄養学国際用語集 (International Dietetics & Nutrition Terminology, IDNT) リファレンス・マニュアル 栄養ケアの手順の標準用語 (第2版) の研究

米国栄養士会は戦略計画の一環として栄養ケアの手順およびモデルの開発をし、栄養専門職のレベルアップを促すツールを策定するため、2002年以降、関連した種々の出版を行ってきた。米国栄養士会 (American Dietetic Association) 編、「栄養学国際用語集 (International Dietetics & Nutrition Terminology, IDNT) リファレンス・マニュアル 栄養ケアの手順の標準用語第2版」は、2002年に設置された米国栄養士会の栄養ケアモデル作業部会が構築し、2008年に公表されたもので、栄養士による患者あるいは対象者へのケア提供のあり方を示す系統的な栄養ケアの手順およびモデルを示している。

本研究班では、特別用途食品の制度に用いる用語について研究することを目的とし、また同書の更なる研究に資するように、同書に用いられている用語に関しその定義あるいは説明について仮翻訳、検討した。ただしその翻訳にあたり、その後の詳細な研究/翻訳の作業に支障のないように、本研究班の作業は、出来る限り原文に忠実に行った。

栄養ケアの手順の概要

はじめに

米国栄養士会 (American Dietetic Association; ADA) の戦略計画は、栄養専門職のレベルアップを促すツールを策定するうえで、委員会、作業部会、プロジェクトチームの指針となる多くの優先事項を示している。栄養士に対する需要を高めるという ADA の戦略目標を実現し、栄養士の市場競争力を向上させるため、ADA 資質管理委員会 (Quality Management Committee) は、2002年に栄養ケアモデル作業部会を設置した。当作業部会は、栄養士による患者/対象者 (patients/clients) へのケア提供のあり方を示す系統的な栄養ケアの手順およびモデルを構築した(1)。

栄養ケアの手順 (Nutrition Care Process, NCP) は、患者/対象者またはグループ向けの個別化ケアの一貫性とその質、および患者/対象者の

転帰の予測可能性を向上させるようデザインされている。各患者/対象者向けの栄養ケアの標準化が目的ではなく、栄養ケア提供のための標準的な手順の確立を目的としている。

注: NCP に関連して患者/対象者という用語を用いているが、NCP はグループについての適用も想定されている。さらに、家族または介護者は NCP において患者/対象者および栄養士にとって必要不可欠の存在である。従って、患者/対象者について言及する場合は、常にその定義にグループとしての患者/対象者、患者/対象者の家族、患者/対象者の介護者が含まれる。

この手順には次の4ステップがある:

- ・栄養評価 (Nutrition Assessment)
- ・栄養診断 (Nutrition Diagnosis)
- ・栄養介入 (Nutrition Intervention)
- ・栄養のモニタリングと評価 (Nutrition Monitoring and Evaluation)

これらの栄養ケアの手順のステップのうち3つ (栄養評価、栄養介入、栄養のモニタリングと評価) は、栄養士に非常によく知られており、栄養学の教科書でそれらの内容がうまく取り上げられている。しかし、本作業部会は、栄養診断という栄養ケアの十分に定義されていない側面を明らかにした。さらに、この手順の2番目のステップの標準的分類により、栄養ケアの影響を詳細に記録、伝達、研究する専門職の能力が大きく高められるであろうことを確認した。

その結果として、専門職独自の栄養診断用語分類の作成のため、ADA の標準用語委員会 (Standardized Language Committee) が設立された。この用語は、2005年の食物栄養会議 (Food and Nutrition Conference and Exhibition) で発表され、その会議で出版物として入手可能となった(2)。栄養診断の用語は多数の研究プロジェクトで現在検討中であり、研究結果に基づき今後も変更が加えられるであろう。

標準用語委員会は、栄養ケアの手順の4ステップの全てを詳細に検討し、栄養評価、栄養診断、栄養介入、栄養のモニタリングと評価に関する標準用語を公表した。それらは本書に記載されている。本委員会による栄養のモニタリングと評価の精査から、栄養評価および栄養のモニタリングと

評価の用語が概念とアプローチの双方でかなり重複していることが明らかとなった。多くは同じかまたは関係しているが、しかしながらこの2ステップのデータの目的と使用は異なっている。

本委員会は、栄養評価に関する標準用語、指標、評価基準、患者/対象者例の原案を作成した。これらの用語は、栄養のモニタリングと評価で重複するため、複合リファレンスシートに記載されている。このことにより、栄養評価のプロセスで栄養の問題がどのように特定されるか、また、再評価での栄養介入の効果の有無がどのように確定されるかが説明される。従って、本書は、栄養士が栄養ケアの手順を記述するための完全な用語を説明するとともに、栄養士が実務においてこの手順を実施するためのツールを提供するものである。

栄養ケアの手順のステップ

ステップ1：栄養評価

栄養評価は、栄養関連の問題、それらの原因、重要性を明らかにするのに必要なデータを取得、確認、解釈するための系統的な方法である。初期データ収集、しかしまた指定された基準と比較した患者/対象者の状態の継続的再評価と解析も必要とする、進行中の非線形の動的プロセスである。栄養士は、栄養評価データから栄養診断/問題の存在の有無を決定することができる。このステップは、栄養士にはよく知られているが、同様の問題のある患者/対象者についての情報伝達に標準栄養評価用語を使用することにより、さらに改善されるであろう。

栄養評価用語を確定し、以下の5領域にグループ分けした。

- ・食物/栄養関連履歴
- ・生化学データ、医学的検査、処置
- ・身体計測
- ・栄養を焦点とした身体所見
- ・患者/対象者の履歴

栄養評価は、患者/対象者が紹介された後、または栄養スクリーニング陽性（患者/対象者に栄養ケアが有益であるとみられると確認される）の結果を踏まえて開始する。この評価は栄養診断/問題の存在の有無の適切な決定につながる。存在する場合、栄養士は問題を正確に診断し、NCPのステップ2のPES（問題、病因、徴候/症状）記述書

を作成する。さらに、栄養ケア継続のための計画を作成するか、あるいは追加の情報または検査の必要性を伝達する。初期評価または再評価の終了時に、栄養上の問題がない、または栄養ケアを継続しても問題が改善できないことが確認された場合は、栄養ケアの中止または中断が適切であろう。

標準用語により栄養評価所見の効果的な比較が容易になるであろう。このために、標準用語委員会では、栄養評価のための標準用語、データ収集、評価アプローチを公表した。栄養評価には多くの研究機会があり、そうした機会により、様々な実務の状況で個人およびグループに適用すべき最適な栄養評価データの決定が改善されるであろう。

ステップ2：栄養診断

栄養診断は栄養評価と栄養介入の間の極めて重要なステップである。栄養診断用語の標準化の目的は、栄養の問題が専門職内外で明確になるようにそれらの記述に一貫性をもたせることである。本標準用語により、栄養ケアの伝達と文書化が改善され、また、今後の研究のための最小データセットおよび共通のデータ要素が得られるであろう。

簡単に言えば、栄養士は、一般に独立に処置する責任がある特定の栄養診断（問題、例えば炭水化物の過剰摂取）を確定し分類する。栄養介入でその栄養診断が解決されるか、少なくともその徴候/症状が改善されるのが理想的である。対照的に、医学診断では臓器または体組織の疾患または病状を記述する（例えば糖尿病）。嚥下困難 NC-1.1の栄養診断など、場合によっては、栄養の転帰をもつ機能上の問題を栄養士が分類または診断しているが、栄養士は医学診断を確定せず、栄養領域の現象を診断する。

ADA 標準用語委員会は、栄養診断/問題に含まれる次の3領域の概略を示す枠組みを策定した。

- ・摂取
- ・臨床
- ・行動環境

60種の栄養診断/問題が確定されている。各栄養診断を記載し、専門家の意見や研究のフィードバックを組み入れたリファレンスシートが作成されている。

栄養診断書すなわち PES 記述書は、栄養ケアの手順のこの段階で文書化される。この文書は問題 (P)、病因 (E)、徴候/症状 (S) の3つの異なる要素で構成される。PES 記述書は栄養評価で収集した情報のグループ化と合成から作成する。

ステップ3：栄養介入

栄養介入は栄養ケアの手順の3番目のステップである。栄養診断/問題の是正に用いられる特定の行動であり、個人、グループ、または地域全体で利用できる。こうした栄養介入は、栄養関連の行動、環境条件、または栄養保健の面の変更を目的としている。栄養士は、栄養介入中の可能な場合は常に患者/対象者や他の医療提供者と共同作業を行う。

栄養介入は計画と実施という相互に関連する2要素からなる。計画には、栄養診断の優先順位決定、患者/対象者やその他の者との協議、実施の手引きや方針、目標の共同策定、栄養処方/定義と特別の栄養介入の確定を必要とする。栄養介入の実施は行動期であり、これには、ケア計画の実施と伝達、継続的データ収集、および当然の結果として患者/対象者の反応に基づく栄養介入の変更が含まれる。双方の要素が栄養介入を支援するように正しく行われなければ、このステップは終了できない。

栄養介入は、ほとんど常に、PES 記述書で特定した栄養診断/問題の病因 (E) を目標とするが、非常に特殊な場合の栄養介入の目標は徴候/症状 (S) の影響の低下/排除である。一般に、徴候/症状は、栄養ケアの手順の次のステップ (栄養のモニタリングと評価、ステップ4) の基礎となる。

栄養介入には4領域が特定されている。

- ・食物または栄養素あるいはその両方の供給
- ・栄養教育
- ・栄養カウンセリング
- ・共同ケア

それらの用語集は定義されており、専門職はそれぞれの特定の栄養介入のリファレンスシートを利用できる。医学記録の文書化、請求、研究のための栄養介入の記載に必要な情報がこの用語集に含まれていると考えられる。

介入の中には密接に関係するものもある (教育

とカウンセリングなど) が、これらの用語がそれらを区別するように意図的に分けられていることに、栄養士は気付くであろう。さらに、患者/対象者との面談の詳細に関する栄養士補助のために、栄養介入面談の特定の記述子 (対話、来院、連絡、協議) も用意されている。記述子の例のいくつかは、個人またはグループでの面談、直接または電子的面談、患者/対象者に対する栄養士の責任の大きさ、などである。

ステップ4：栄養のモニタリングと評価

栄養のモニタリングと評価の目的は、栄養ケア目標達成における患者/対象者の進歩を定量化することである。モニタリングおよび評価プロセスにおいて、栄養ケアの転帰 (栄養ケアの望ましい結果) を定義し、測定および確立した基準との比較が可能な特定の指標を確定する。栄養のモニタリングと評価では、栄養診断および介入の計画と目標に関連した患者/対象者の転帰を追跡する。

選択すべき適切な栄養ケア指標は、栄養診断とその病因、徴候/症状、適用する栄養介入で決まる。医学診断、および医療上の転帰の目標、ならびに栄養の質の管理目標も、選ばれる栄養ケア指標に影響する。実地の状況、患者/対象者グループ、疾患の状態または重症度あるいはその両方などの他の要因が、指標の選択に影響する。

栄養のモニタリングと評価の用語は、栄養評価用語と合わせて4領域に体系化されている。顧客の履歴という領域に関連する栄養ケアの転帰はない。この領域の項目は栄養評価にのみ使用され、栄養介入の結果として変化しない。

- ・食物/栄養関連履歴
- ・生化学データ、医学的検査、処置
- ・身体計測
- ・栄養を焦点とした身体所見

栄養士はこのステップで、栄養介入が実践されているかどうかを確認し、その栄養介入が患者/対象者の行動または栄養/健康状態を変化させているかどうかのエビデンスを提供して、患者/対象者の変化のモニタリングを行う。栄養士は、適切な栄養ケア指標を選択し、栄養処方/介入目標または参照基準あるいはその両方と所見を比較して、転帰を評価する。標準化された指標と基準の適用により転帰データの妥当性と信頼性が向上し、電子病歴記録、暗号化、結果測定が容易になる。

栄養ケアプロセスの実施と今後の方向

公表と情報源

米国全土の栄養士が栄養ケアの手順を実施している。本書には、栄養学の完全な標準用語に関する広範囲にわたる詳細と説明が記載されている。

エビデンス解析に基づいた、オンラインの「エビデンスに基づく栄養実務ガイドライン」(Evidence-Based Nutrition Practice Guideline)のためのツールキットがADAから入手できる(3・4)。このキットには、サンプルフォームと、栄養ケアの手順のステップに標準用語を組み入れた例が含まれている。栄養士は、これらを www.adaevidencelibrary.com の購入タブから購入して利用できる。ADA のウェブサイト www.eatright.org の Nutrition Care Process (栄養ケアの手順) セクションの患者/対象者ケーススタディを含む広範囲の情報源も、栄養士にとって役立つであろう。

メンバーは、国、州、栄養実務グループ(Dietetic Practice Group)の参加者向けに多数の発表やニュースレター記事執筆を終え、これまでに1万人超が発表によりこれらに接した。ADAでは、施設や地域での栄養ケアの手順実施において先導的な栄養士の同業者のネットワーク作りも促進している。

ADAでは、様々な方法で栄養ケアプロセスの標準用語の実際の使用を進めている。会としての多数の活動に加え、幅広い栄養および医学業界に応用の場がある。

栄養面談の請求

管理栄養士は、患者/対象者との面談で行ったサービスに対し、状況および支払者に適切ように料金を請求できる。2001年1月1日、ADAは医学栄養療法(MNT)のための3種の新しい医師診療行為用語コード(CPT)を発表した。これらのコードはメディケア・メディケイド・サービス・センター(Centers for Medicare & Medicaid Services)(CMS)により承認されており、また、米国医師会(AMA)の医師診療行為CPTブックに記載されている。その他のCPTコードが栄養教育/研修に適用できる場合がある。支払者の約款を確認して、栄養専門職による栄養教育または栄

養カウンセリングサービスに適用可能なコードを確認すること。

97802	医学栄養療法、初期評価および介入、個人、患者と直接、各 15 分
97803	再評価および介入、個人、患者と直接、各 15 分
97804	グループ (2 名以上の個人)、各 30 分 CPT コード、説明、構成要素のみ、copyright ©2000 American Medical Association. All Rights Reserved.

医学栄養療法の CPT コードは、特定の慢性疾患または状態に対しサービスを受ける患者/対象者に栄養専門職が提供するサービスを最もよく表しており、これらのコード記述子は、管理栄養士が患者/対象者との直接面談に費やした時間(15分単位)である。既に記載したとおり、通常、管理栄養士は、初回および経過観察の来院時にこのコードを複数単位提供する。

さらに、栄養実務ガイドライン、患者/対象者のニーズ、利益および医学上の必要性に基づき、管理栄養士は、通常、患者/対象者と数回面談して栄養サービスを提供する。目標、望ましい行動変化、期待される転帰のいずれかまたは全部を患者/対象者が達成するのに複数回来院する必要がある。

栄養サービスに対するメディケアおよび保険の担保に関する詳細な情報源については、ADA のウェブサイト (www.eatright.org) の栄養ケアの手順(Nutrition Care Process)セッションの担保と償還(Coverage and Reimbursement)を参照。

情報の世界的共有と標準医学用語

2005 年、ADA 財団は、ADA の標準栄養診断用語、および他団体が行った同様の取り組みについての他の国際的栄養団体との対話を深めるため、ADA 主催の会議に資金提供した。この会議で、先進の医療情報学組織と国際的な栄養学会との対話も始まった。この対話の結果、

- ・ 第 15 回国際栄養士会議(International Congress of Dietetics, 2008年9月8~11日、横浜)で、栄養ケアの手順に関する口頭発表が1件採択された。
- ・ オーストラリア栄養士会(Dietitians Association of Australia)は、栄養診断の表

面的妥当性を評価する研究を開始した。

- ・オランダ栄養士会 (Nederlandse Vereniging van Diëtisten) は、医療データベースでの栄養診断の使用許可を請求した。

実際のところ、世界が電子医療記録、健康情報科学、共用データベースへと完全に進みつつあるため、世界の栄養士業界には、栄養ケアの把握に重要なデータ要素のデータベース収載と一貫した方法でのその収集を確保するために医療情報学組織と共同作業する機会がある。

ADA は、栄養ケアの手順の概念と特定の用語の電子カルテ基準への包括、ならびに、SNOMED (Systematized Nomenclature of Medicine International)、LOINC (Logical Observation Identifiers Names and Codes)、UMLS (United Medical Language System) などの標準情報科学用語および用語システムへのこれらの組み入れに向けて邁進している。また、本会の方向をこうした団体に知らせ、進歩を継続評価してもらうよう、こうした団体と共同作業している。これまで、データベースおよび情報科学団体からのフィードバックは極めて肯定的であり、栄養サービスのもつ特別な意味を文書化する必要性が表明されている。

まとめ

本書は、栄養ケアの手順の全 4 ステップの標準用語を初めて完全に公表した。2002 年の栄養ケアの手順の構想から現在の実施まで、標準用語プロ

ジェクトチームは、報告書、記事、ケーススタディ、学会発表、出版、ADA のウェブサイトを通じて、ADA の代議員会 (House of Delegates)、理事会、メンバーに最新情報を提供し続けている。

しかしながら、市場競争力の高い栄養士に対する需要の高まりという戦略的目標の達成のため、栄養士は、栄養ケアの手順を今すぐ実施して、歴史的一步を踏み出す必要がある。

引用文献

- (1) Writing Group of the Nutrition Care Process/Standardized Language committee. Nutrition care process and model part I: The 2008 update. *J Am Diet Assoc.* 2008; 108:1113-1117
- (2) American Dietetic Association. Nutrition Diagnosis: A Critical Step in the Nutrition Care Process, Chicago, IL: American Dietetic Association; 2006
- (3) American Dietetic Association. Disorders of Lipid Metabolism Toolkit. Available at: <http://www.adaevidencelibrary.com/store.cfm>.
- (4) American Dietetic Association. Adult Weight Management Evidence-Based Nutrition Practice Guideline, 2006. Available at: <http://www.adaevidencelibrary.com/store.cfm>. Accessed December 13, 2007

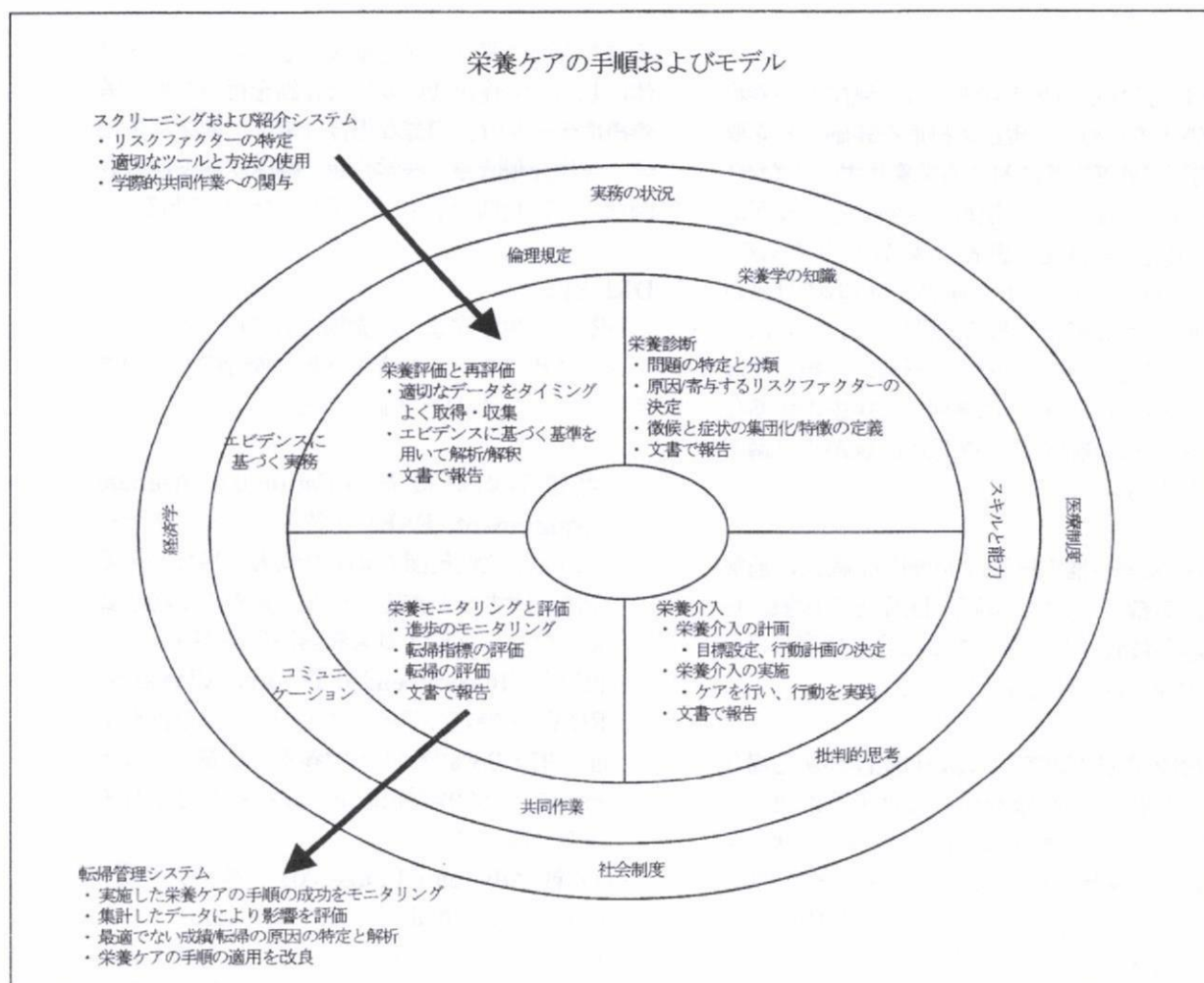


図 3. 栄養ケアの手順およびモデルの、それぞれに異なるものの相互に関連し結合している 4 つのステップ。
Writing Groups of the Nutrition Care Process/Standardized Language Committee. Nutrition care process and model part I: the 2008 update. J Am Diet Assoc. 2008; 108:1113-1117 から再掲。

食事摂取基準 (Dietary Reference Intake, DRI) の解釈

目的

食事摂取基準 (DRI) の適用指針を示すこと。
すべての DRI は特定のライフステージおよび性別グループの健康な個人向けであるため、臨床的なすべてのシナリオに当てはまる基準でないことがある(1)。

栄養ケアの手順における適用

DRI は「健康な」「個人の」「通常の」摂取評価に用いることができる。通常の摂取は、何日にもわたる長期の平均的摂取を反映していなければならない。摂取の報告が数日間についてである場合は、十分でない可能性を慎重に解釈すべきである

(1)。しかしながら、栄養ケアの手順での評価は、摂取が「通常通り」でないかまたは「健康」でない、あるいはその両方である患者/対象者個人を対象とすることが多い。

従って、患者/対象者の摂取が十分かどうか評価する際には、管理栄養士は、以下の 2 要因のいずれかまたは両方について特別に考慮して、十分かどうかを決定する臨床的判断を行う必要がある。

- ・摂取が「通常通り」でない可能性がある、
- ・患者/対象者が「健康」でない可能性がある

摂取が通常通りでない可能性がある場合

「通常」摂取の評価の効力および適正度は特定の状況によって異なり、ケア状況に依存しないことがある。

例えば、急性期のケア状況では、現在の栄養状態を評価するために、現在の摂取を評価する必要がある場合（外傷患者に対する栄養サポートなど）も、入院前の「通常の」摂取を評価する必要がある場合（嚥下性線維症の患者/対象者など）もある。長期入院患者については、「通常の」摂取の評価が適切であり、達成可能であると思われる。さらに、救急ケアの状況では、一般に「通常の」摂取を適用するであろうが、新たに発症した疾患の診断などのイベントの開始からの摂取の評価がより適切な場合がある。

患者/対象者の推定摂取量が健康な個人に通常推奨される量より少ない場合、DRI との比較から栄養摂取が最適以下と決定するには、特定の状況を考え慎重に評価する必要がある。

患者/対象者が「健康」でない可能性がある場合
DRI は明らかに健康な個人に対する推奨事項に基づく。しかし、患者/対象者に疾病、傷害、疾患または他の病状がある場合には、もはや「健康」とはみなせないことがある。従って、DRI は、1 種以上の病状により栄養の要件が変化した個人について摂取が十分かどうかを評価するための最適基準ではないことがある。しかしながら、他に基準がない場合は、栄養要件の変化の可能性を考慮した適切な DRI (RDA または AI) を患者/対象者の摂取目標/栄養処方下回るべきでないといほとんどの状況で想定するのが安全とみられる。

要約すれば、摂取データおよび推奨は推定値ではあるが、摂取の評価はそれでも価値があり、個人の栄養素消費の過小または過剰を明らかにすると思われる。食餌評価の正確さを増すためには、可能な限り完全な食餌データ、部分の正確な指定、

正確な食物消費データを確保する。エビデンス全体に基づく栄養状態の妥当な評価を行うため、栄養摂取データは、可能な場合は常に、臨床、生化学、身体計測情報、医学診断、臨床状態や他の要因ならびに食餌と合わせて考慮すべきである。

DRI とは

DRI は、栄養素または食物成分に関する、エビデンスに基づく十分な情報がある場合の 4 つのカテゴリーの一連の基準値である。

- 推定平均必要量 (Estimated Average Requirement, EAR) —特定のライフステージおよび性別集団の健康な個人の半数の必要量に一致すると推定される栄養素の平均必要量すなわち平均 1 日栄養素摂取レベル。
- 推奨量 (Recommended Dietary Allowance, RDA) —特定のライフステージおよび性別集団の 97~98%の個人の栄養素必要量に一致するのに十分な推奨摂取量すなわち平均 1 日栄養素摂取レベル。
- 目安量 (Adequate Intake, AI) —推奨摂取量。適正であると推定される健康人集団による栄養素摂取量の、観察されたまたは実験で確認された近似量 (推定量) に基づく推奨摂取レベル。RDA が決定できない場合に使用(1)。
- 上限量 (Tolerable Upper Intake Level, UL) —一般母集団のほぼ全個人に対し健康上悪影響の危険性を示さないと考えられる最高平均 1 日栄養素摂取レベル。摂取が UL を超えると悪影響の危険性が増加する。

摂取が十分かどうかの評価のための適切な基準となるべく DRI を決定する場合、以下のことを考慮する必要がある。

DRI	特定のライフステージおよび性別カテゴリーの健康人の摂取の評価(2)
RDA	RDA のある栄養素について、RDA 以上の推定通常摂取で十分である可能性が高い。
EAR	EAR のある栄養素について、EAR 未満の推定通常摂取は、改善すべき必要性が非常に高い (十分である可能性が 50%以下のため)。EAR と RDA の間には改善の必要性があるとみられる (十分である可能性が 97%~98%未満のため)。
AI	AI のある栄養素について、AI 以上の推定通常摂取は十分とみなすことができる。AI に満たない摂取が十分かどうかは決定できないが、AI に一致するよう改善すべきである。
UL	UL のある栄養素について、UL に満たない推定通常摂取は、毒性の危険性がないとみな

	すことができる。
DRI	集団の摂取の評価(3)。
RDA	集団の摂取の評価には用いない。
EAR	EARのある栄養素について、EARは、推定通常摂取が要求量の中央値に満たない母集団の摂取不足の頻度すなわち比率を評価するのに用いる。確率アプローチまたはEARカットポイント法のいずれかを選択。
AI	AIのある栄養素について、このレベル以上の推定平均摂取は、摂取不足の頻度が低いことを意味する。しかし、集団の推定平均摂取がAIに満たない場合は、摂取不足の頻度は推定できない。
UL	ULのある栄養素について、ULを超える推定通常摂取は、栄養素過剰摂取による悪影響の危険にさらされている母集団の比率の推定に用いられる。

注：統計学的計算方法は参考文献1を参照。

引用文献

- (1) Institute of Medicine, National Academy of Science. *Dietary Reference Intake: Applications in Dietary Assessment*. Washington, DC: National Academies Press; 2000
- (2) Barr SI, Murphy SP, Poos MI, Interpreting and using the dietary reference intakes in dietary assessment of individuals and groups. *J Am Diet Assoc*. 2002; 102: 780-788
- (3) Murphy SP, Poos MI, Dietary Reference Intakes: Summary of applications in dietary assessment. *Public Health Nutr*. 2002; 5:843-849

栄養評価および/または栄養のモニタリングと評価の用語と定義	
栄養評価および/またはモニタリングと評価の用語	定 義
領域：食物/栄養関連履歴	食物および栄養素の摂取、医薬品/ハーブサプリメントの摂取、知識/信条/態度および行動、食物および補給品の入手可能性、身体的活動、栄養のQOL
分類：食物および栄養素摂取 (1)	食物および栄養素の摂取の組成と量の充足、食事および軽食のパターン、現在および過去の食餌または食物あるいはその両方の変化、摂食環境
亜分類：食餌療法歴 (1.1)	日常的に供されていたまたは摂取していた食物および飲料、過去に従っていたまたは処方されていた食餌療法、受けたカウンセリング、摂食環境
食餌療法命令	医学的治療計画の一部として、資格のある提供者により処方され、患者/顧客の医学記録に記録されている一般的なまたは変更した食餌
食餌療法経験	以前の栄養/食餌療法命令、食餌教育/カウンセリング、患者/顧客の食事摂取に影響する食餌の特徴
摂食環境	食物摂取に影響する周囲の物事、条件または影響すべて
亜分類：熱量摂取 (1.2)	食物、飲料、母乳/粉乳、サプリメントなどのあらゆる供給源から、ならびに経腸および非経口経路からの総熱量摂取
熱量摂取	食物、飲料、サプリメントなどのあらゆる供給源、ならびに経腸および非経口経路からの熱量摂取量
亜分類：食物および飲料摂取 (1.3)	食物および食物群の摂取のタイプ、量、パターン、栄養の質指数、水分、母乳、特殊調製粉乳の摂取
液体/飲料摂取	経口摂取した水分/飲料の量とタイプ
食物摂取	摂取した食物の量、タイプ、パターン、および栄養の質

母乳/特殊調製粉乳摂取	母乳の量、ならびに/または経口摂取した特殊調製粉乳の量、タイプ、濃度
亜分類：経腸および非経口摂取 (1.4)	経腸および非経口経路を含むすべての供給源からの特殊な栄養サポート摂取
経腸/非経口栄養摂取	チューブまたは点滴で投与した経腸および/または非経口栄養摂取の量またはタイプ
亜分類：生物活性物質摂取 (1.5)	食物、飲料、サプリメントを含むすべての供給源、ならびに経腸および非経口経路からのアルコール、植物スタノールおよびステロールエステル、大豆タンパク質、オオバコおよびβ-グルカン、カフェインの摂取
アルコール摂取	アルコール摂取の量とパターン
生物活性物質摂取	摂取した生物活性物質の量とタイプ
カフェイン摂取	食物、飲料、サプリメント、医薬品などのあらゆる供給源から、ならびに経腸および非経口経路からのカフェイン摂取量
亜分類：主要栄養素摂取 (1.6)	食物、飲料、サプリメントなどのあらゆる供給源、ならびに経腸および非経口経路からの脂肪およびコレステロール、タンパク質、炭水化物、繊維の摂取
脂肪およびコレステロール摂取	食物、飲料、サプリメントなどのあらゆる供給源、ならびに経腸および非経口経路からの脂肪およびコレステロール摂取量
タンパク質摂取	食物、飲料、サプリメントなどのあらゆる供給源、ならびに経腸および非経口経路からのタンパク質摂取
炭水化物摂取	食物、飲料、サプリメントなどのあらゆる供給源、ならびに経腸および非経口経路からの炭水化物摂取量
食物繊維摂取	完全には消化されないが腸遠位で少なくとも部分的に酵解される、あらゆる供給源（食物、飲料、サプリメントなど、および経腸経路から）由来の、摂取した植物起源の物質の量および/またはタイプ
亜分類：微量栄養素摂取 (1.7)	食物、飲料、サプリメントなどのあらゆる供給源、ならびに経腸および/または非経口経路からのビタミンおよびミネラル摂取
ビタミン摂取	食物、飲料、サプリメントなどのあらゆる供給源、ならびに経腸および非経口経路からのビタミン摂取
ミネラル/元素摂取	食物、飲料、サプリメントなどのあらゆる供給源、ならびに経腸および非経口経路からのミネラル/元素摂取
分類：医薬品およびハーブサプリメントの使用 (2)	ハーブ製剤や補完医学製品を含む処方および一般用医薬品
医薬品およびハーブサプリメント	栄養状態に影響を与える可能性のあるハーブ製剤や補完医学製品を含む処方および一般用医薬品
分類：知識/信条/態度 (3)	栄養関連の行動を変える用意があることのほか、栄養関連の概念の理解、ならびにいずれかの栄養関連の声明または現象に対する真実の確信および感情
食物および栄養の知識	食物、栄養、健康状態、または栄養関連の情報、患者/対象者のニーズに関連するガイドラインについての理解の内容領域とレベル
信条と態度	患者/対象者が食物、栄養、または栄養関連の行動を変える用意があることのほか、いずれかの栄養関連の声明または現象の真実の確信、およびその真実または現象に対する感情

分類：行動 (4)	栄養関連の目標達成に影響する患者/対象者の活動および行動
厳守	栄養関連の目標達成のため患者/対象者が同意した栄養関連の推奨または行動変化を遵守しているレベル
回避行動	転帰または認識される結果を遅らせる物や人から距離を置くこと
過食/瀉下行動	暴飲暴食のエピソード中の過食コントロール欠如（すなわち食べるのを止められない感情）を伴う、短時間（2時間以内）に通常より多量に摂食すること。瀉下（嘔吐・下剤の使用）と呼ばれる、過食の埋め合わせをする代償行為が続くことがある。
食事時間の行動	患者/対象者の食物および飲料摂取に影響する、食事時間中の活動、参加または行動様式
社会的ネットワーク	行動変化を支えるための励まし、感情的サポート、環境改善のための家族、友人、同僚、保健専門職、地域の人材によるネットワークを構築し適用する能力
分類：食物および食物/栄養関連の供給品の入手に影響する要因 (5)	十分な量の安全で健康によい食物ならびに食物/栄養関連の供給品の摂取と入手可能性に影響する要因。
栄養プログラム参加	患者/対象者の食物補助プログラムへの参加資格とその参加
安全な食物/食事の入手可能性	十分な量の健康によい安全な食物の入手可能性
安全な水の入手可能性	飲用に適した水の入手可能性
食物/栄養関連の供給品の入手可能性	必要な食物/栄養関連供給品の入手可能性
分類：身体的活動および機能 (6)	特別の状況（授乳、自力での摂食など）に従事する身体的活動、認知および身体能力
授乳	授乳計画および経験が母子の栄養およびその他のニーズに一致する程度
栄養関連 ADL（日常生活動作）および IADL（手段的日常生活動作）	高齢者および/または障害者が栄養関連の日常生活動作および手段的日常生活動作を行うための認知および身体能力レベル
身体的活動	実施している身体的活動のレベルおよび/または運動量
分類：栄養関連の患者/対象者中心の手段 (7)	患者/対象者の栄養介入および生活へのその影響の患者/顧客自身の認識
栄養の QOL	栄養ケアプロセスが食物および栄養関連の患者/対象者の身体的、精神的、社会的幸福に影響を与える程度
満足	今後追加予定
領域：身体計測 (1)	身長、体重、ボディマス指数（BMI）、成長パターン指数/パーセンタイル順位、体重履歴。
身体組成/成長/体重履歴	脂肪、筋肉、骨成分、成長を含む身体計測
領域：生化学データ、医学的検査、処置 (1)	臨床検査データ（電解質、血糖値、脂質パネルなど）および検査（胃排出時間、安静時代謝速度など）。
酸塩基平衡	体液中の酸と塩基のバランス。動脈血の pH（水素イオン濃度）が全身の酸-塩基平衡の指標となる。
電解質および腎プロファイル	電解質バランスおよび腎機能と関連する臨床検査値

必須脂肪酸プロフィール	必須脂肪酸の臨床検査値
消化管プロフィール	消化管および関連臓器の機能と関連する臨床検査値および医学的検査
糖/内分泌プロフィール	血糖コントロールおよび内分泌所見と関連する臨床検査値
炎症プロフィール	炎症性タンパク質の臨床検査値
脂質プロフィール	脂質障害と関連する臨床検査値
代謝速度プロフィール	代謝速度と関連する、またはその評価に重要な尺度
ミネラルプロフィール	身体ミネラルの状態と関連する臨床検査値
領域：生化学データ、医学的検査、処置 (1) (続き)	臨床検査データ (電解質、血糖値、脂質パネルなど) および検査 (胃排出時間、安静時代謝速度など)。
栄養性貧血プロフィール	栄養性貧血に関する臨床検査値
タンパク質プロフィール	肝および循環タンパク質と関連する臨床検査値
尿プロフィール	尿の物理および/または化学特性
ビタミンプロフィール	身体ミネラルの状態と関連する臨床検査値
領域：栄養を焦点とした身体所見	体組織、筋肉、皮下脂肪の消耗、口腔衛生、吸引/嚥下/呼吸能力、食欲、情動の評価の所見
栄養を焦点とした身体所見	栄養を焦点とした身体検査、問診または医学記録による病態生理学的状態と関連する栄養関連の身体的特徴
領域：対象者歴 注：この領域は栄養評価のみに使用	個人歴、病歴、家族歴、社会歴に関する現在および過去の情報
分類：個人歴 (1)	年齢、性別、人種/民族、言語、教育、家族での役割などの全般的な患者/対象者情報
個人情報	年齢、性別、人種/民族、職業、喫煙、身体障害などの全般的な患者/対象者情報
分類：患者/対象者/家族の病歴 (2)	栄養上の影響があるとみられる患者/対象者または家族の疾患状態、体調、疾病
患者/対象者または家族の栄養を対象とした病歴	栄養状態に影響するとみられる患者/対象者または家族の疾患状態、体調、疾病
処置/治療/補完/代替医学	患者の栄養状態に影響するとみられる、文書で報告されている医学的/外科的治療、補完医学、代替医学
分類：社会歴 (3)	患者/対象者の社会経済的要因、住宅事情、医療サポート、社会的集団への関与
社会歴	社会経済的要因、住宅事情、医療サポート、職業、宗教、最近の危機的状況、社会集団への関与などの患者/対象者の情報

栄養診断の用語と定義	
栄養診断の用語	定 義
領域：摂取	経口の食事あるいは栄養サポート（経腸または非経口栄養）による熱量、栄養素、水分、生物活性物質の摂取に関する実際上の問題。
分類：熱量バランス（1）	熱量（kcal）バランスの変化（実測値または推定）。
熱量消費増加	身体組成、投薬、体組織、環境または遺伝的变化による、予測要求量を超える安静時代謝速度（RMR） 注意：RMRは、安静時の正常な身体機能と調節のバランスの維持に関する活動性細胞集団の代謝過程の総和である。
熱量摂取不足	生理学的必要性に基づく、エネルギー消費、確立された基準または推奨よりも少ないエネルギー摂取。 注意：減量目的、終末期ケア、EN/PNの開始、または急性ストレス状態（外科手術、臓器不全など）の場合は適正な栄養診断でないことがある。エビデンス全体に基づく妥当な栄養評価を行うため、可能な場合は常に、臨床、生化学、身体計測情報、医学診断、臨床状態および/またはその他の要因ならびに食餌療法と合わせて栄養素摂取データを考慮すべきである。（Dietary Reference Intakes. Applications in Dietary Assessment. Institute of Medicine, Washington, D.C.: National Academy Press; 2000）
エネルギー摂取過剰	生理学的必要性に基づく、エネルギー消費、確立された基準または推奨を超えるエネルギー摂取。 注意：体重増加が望ましい場合は適切な栄養診断でないことがある。
分類：経口または栄養サポート摂取（2）	患者の目標と比較した、経口の食事または栄養サポートによる食物および飲料摂取（実測値または推定）。
食物/飲料の経口摂取不足	生理学的必要性に基づく、確立された基準または推奨よりも少ない、食物/飲料の経口摂取。 注意：減量目的、終末期ケア、摂食開始時、または経口/EN/PN併用療法時には適正な栄養診断でないことがある。エビデンス全体に基づく妥当な栄養評価を行うため、可能な場合は常に、臨床、生化学、身体計測情報、医学診断、臨床状態および/またはその他の要因ならびに食餌療法と合わせて栄養素摂取データを考慮すべきである。（Dietary Reference Intakes. Applications in Dietary Assessment. Institute of Medicine, Washington, D.C.: National Academy Press; 2000）
食物/飲料の経口摂取過剰	生理学的必要性に基づく、推定の必要熱量、確立された基準または推奨よりも多い、食物/飲料の経口摂取。 注意：体重増加が望ましい場合は適切な栄養診断でないことがある。
経腸/非経口栄養摂取不足	生理学的必要性に基づく、確立された基準または推奨よりも少ない、熱量または栄養素を供給する経腸または非経口点滴。 注意：推奨が減量目的、終末期ケア、摂食開始時、または急性ストレス状態（外科手術、臓器不全など）向けの場合は適正な栄養診断でないことがある。エビデンス全体に基づく妥当な栄養評価を行うため、可能な場合は常に、臨床、生化学、身体計測情報、医学診断、臨床状態および/またはその他の要因ならびに食餌療法と合わせて栄養素摂取データを考慮すべきである。（Dietary Reference Intakes. Applications in Dietary Assessment. Institute of Medicine, Washington, D.C.: National Academy Press; 2000）
経腸/非経口栄養摂取過剰	生理学的必要性に基づく、確立された基準または推奨よりも多い、熱量または栄養素を供給する経腸または非経口点滴。

経腸/非経口栄養点滴不適正 医療チームの場合は他メンバーと協議の上でのみ慎重に用いること	熱量および/または栄養素が多すぎるか少なすぎる、あるいは組成またはタイプが適正でない経腸または非経口点滴、患者が経腸摂取に耐えられないため保証できないか、敗血症または他の合併症の可能性のため安全でない非経口栄養
分類：水分摂取 (3)	患者の目標と比較した水分摂取（実測値または推定）。
水分摂取不足	生理学的必要性に基づく、確立された基準または推奨よりも少ない、水分を含む食物または物質の摂取。 注意：エビデンス全体に基づく妥当な栄養評価を行うため、可能な場合は常に、臨床、生化学、身体計測情報、医学診断、臨床状態および/またはその他の要因ならびに食餌療法と合わせて栄養素摂取データを考慮すべきである。(Dietary Reference Intakes. Applications in Dietary Assessment. Institute of Medicine, Washington, D.C.: National Academy Press; 2000)
水分摂取過剰	生理学的必要性に基づく、確立された基準または推奨よりも多い、水分を含む食物または物質の摂取。
分類：生物活性物質 (4)	1 種または複数の機能性食物構成要素、成分、栄養補助食品、アルコールを含む生物活性物質の摂取（実測値または観察値）。
生物活性物質摂取不足	生理学的必要性に基づく、確立された基準または推奨よりも少ない、生物活性物質摂取。 注意：生物活性物質は食事摂取基準に含まれないため、確立された最小必要量または摂取量許容上限はない。しかし、管理栄養士は、患者/顧客の目標または栄養規定と比較して、推定摂取量が十分か過剰か評価できる。 生物活性物質の実用的定義—従来の主要栄養素または微量栄養素の要件を超えた健康上の利益をもたらすことのある、生理学的に活性の食物成分。生物活性物質/成分の定義についての科学的コンセンサスはない。
生物活性物質摂取過剰	生理学的必要性に基づく、確立された基準または推奨よりも多い、生物活性物質摂取。 注意：生物活性物質の作業上の定義—従来の主要栄養素または微量栄養素の要求量を超えた健康上の利益をもたらすことのある、生理学的に活性の食物成分。生物活性物質/成分の定義についての科学的コンセンサスはない。
アルコール摂取過剰	提案されているアルコール摂取限界を超える摂取。
分類：栄養素 (5)	望ましいレベルと比較した、特定の栄養素群または単独の栄養素の摂取（実測値または推定）。
栄養素必要量増加（具体的に）	生理学的必要性に基づく、確立された基準または推奨よりも多い、特定の栄養素の必要量
栄養不足	脂肪蓄積の喪失および/または筋肉の消耗を生じる、長期のタンパク質および/または熱量摂取不足。
タンパク質・熱量摂取不足	生理学的必要性に基づく、確立された基準または推奨よりも少ない、短期すなわち最近のタンパク質および/熱量摂取不足。 注意：エビデンス全体に基づく妥当な栄養評価を行うため、可能な場合は常に、臨床、生化学、身体計測情報、医学診断、臨床状態および/またはその他の要因ならびに食餌療法と合わせて栄養素摂取データを考慮すべきである。(Dietary Reference Intakes. Applications in Dietary Assessment. Institute of Medicine, Washington, D.C.: National Academy Press; 2000)
栄養素必要量減少（具体的に）	生理学的必要性に基づく、確立された基準または推奨よりも少ない、特定の栄養素の必要量。

栄養素の不均衡	ある栄養素の量が別の栄養素の吸収およびまたは利用を阻害または変化するような、栄養素の好ましくない組み合わせ。
亜分類：脂肪およびコレステロール (5.6)	
脂肪摂取不足	生理学的必要性に基づく、確立された基準または推奨よりも少ない脂肪摂取。 注意：推奨が減量目的または終末期ケアの場合は適正な栄養診断でないことがある。エビデンス全体に基づく妥当な栄養評価を行うため、可能な場合は常に、臨床、生化学、身体計測情報、医学診断、臨床状態およびまたはその他の要因ならびに食餌療法と合わせて栄養素摂取データを考慮すべきである。(Dietary Reference Intakes. Applications in Dietary Assessment. Institute of Medicine, Washington, D.C.: National Academy Press; 2000)
脂肪摂取過剰	生理学的必要性に基づく、確立された基準または推奨よりも多い脂肪摂取。
脂肪摂取不適正 (具体的に)	生理学的必要性に基づく、確立された基準または推奨どおりでないタイプや質の脂肪の摂取。
亜分類：タンパク質 (5.7)	
タンパク質摂取不足	生理学的必要性に基づく、確立された基準または推奨よりも少ないタンパク質摂取。 注意：エビデンス全体に基づく妥当な栄養評価を行うため、可能な場合は常に、臨床、生化学、身体計測情報、医学診断、臨床状態およびまたはその他の要因ならびに食餌療法と合わせて栄養素摂取データを考慮すべきである。(Dietary Reference Intakes. Applications in Dietary Assessment. Institute of Medicine, Washington, D.C.: National Academy Press; 2000)
タンパク質摂取過剰	生理学的必要性に基づく、確立された基準または推奨と比べて推奨レベルより多いタンパク質の摂取。
アミノ酸摂取不適正 (具体的に)	生理学的必要性に基づく、確立された基準または推奨よりも、アミノ酸の推奨レベルおよびまたはタイプが高いまたは低い摂取
亜分類：炭水化物および繊維 (5.8)	
炭水化物摂取不足	生理学的必要性に基づく、確立された基準または推奨よりも少ない炭水化物摂取。 注意：エビデンス全体に基づく妥当な栄養評価を行うため、可能な場合は常に、臨床、生化学、身体計測情報、医学診断、臨床状態およびまたはその他の要因ならびに食餌療法と合わせて栄養素摂取データを考慮すべきである。(Dietary Reference Intakes. Applications in Dietary Assessment. Institute of Medicine, Washington, D.C.: National Academy Press; 2000)
炭水化物摂取過剰	生理学的必要性に基づく、確立された基準または推奨と比べて推奨レベルおよびタイプより多い炭水化物の摂取。
炭水化物タイプの摂取不適正 (具体的に)	生理学的必要性に基づく、確立された基準または推奨よりも多いまたは少ない炭水化物の摂取またはタイプまたは量、
炭水化物摂取不一致	生理学的必要性に基づく確立されたパターンと一致しない、炭水化物摂取時刻の日内または日間変化、あるいは炭水化物摂取パターンの不一致。

食物繊維摂取不足	生理学的必要性に基づく、確立された基準または推奨よりも少ない食物繊維摂取。 注意：エビデンス全体に基づく妥当な栄養評価を行うため、可能な場合は常に、臨床、生化学、身体計測情報、医学診断、臨床状態および/またはその他の要因ならびに食餌療法と合わせて栄養素摂取データを考慮すべきである。(Dietary Reference Intakes. Applications in Dietary Assessment. Institute of Medicine, Washington, D.C.: National Academy Press; 2000)
食物繊維摂取過剰	患者/対象者の身体状態に基づく、推奨よりも多い食物繊維摂取。
亜分類：ビタミン (5.9)	
ビタミン摂取不足 (具体的に)	生理学的必要性に基づく、確立された基準または推奨よりも少ないビタミン (複数種類可) 摂取。 注意：エビデンス全体に基づく妥当な栄養評価を行うため、可能な場合は常に、臨床、生化学、身体計測情報、医学診断、臨床状態および/またはその他の要因ならびに食餌療法と合わせて栄養素摂取データを考慮すべきである。(Dietary Reference Intakes. Applications in Dietary Assessment. Institute of Medicine, Washington, D.C.: National Academy Press; 2000)
ビタミン摂取過剰 (具体的に)	生理学的必要性に基づく、確立された基準または推奨よりも多いビタミン (複数種類可) 摂取。
亜分類：ミネラル (5.10)	
ミネラル摂取不足 (具体的に)	生理学的必要性に基づく、確立された基準または推奨よりも少ないミネラル (複数種類可) 摂取。 注意：エビデンス全体に基づく妥当な栄養評価を行うため、可能な場合は常に、臨床、生化学、身体計測情報、医学診断、臨床状態および/またはその他の要因ならびに食餌療法と合わせて栄養素摂取データを考慮すべきである。(Dietary Reference Intakes. Applications in Dietary Assessment. Institute of Medicine, Washington, D.C.: National Academy Press; 2000)
ミネラル摂取過剰 (具体的に)	生理学的必要性に基づく、確立された基準または推奨よりも多いミネラル (複数種類可) 摂取。
領域：臨床	医学的若しくは身体状態に関連する、特定された栄養所見/問題。
分類：機能 (1)	望ましい栄養結果を阻害する身体 (機械的) 機能の変化。
嚥下困難	口腔内から胃への食物および水分の動きの障害または困難。
咀嚼困難	嚥下のため食物を咀嚼する能力の障害。
授乳困難	授乳による栄養維持が不可能。
胃腸機能変化	栄養の消化・吸収能力の変化。
分類：生化学 (2)	投薬、外科手術の結果としての、または臨床検査値の変化により示される栄養代謝能力の変化。
栄養素利用障害	栄養素および生物活性物質の吸収または代謝能力の変化。
栄養関連の臨床検査値の変化 (具体的に)	身体組成、投薬、体組織変化または遺伝的特徴による変化、あるいは消化および代謝過程の副生成物排除能力の変化。
食物と医薬品の相互作用	栄養素および/または医薬品の効果を低下、増強または変化させる一般用 (OTC) 医薬品、処方薬、ハーブ製剤、植物性薬品、ならびに/あるいは栄養補助食品と食物の間の望ましくない/有害な相互作用 (複数可)
分類：体重 (3)	通常または望ましい体重と比較した、長期の体重または体重状態の変化。

体重過小	確立した基準または推奨よりも少ない体重。
不随意体重減少	定義変更：計画によらないまたは望ましくない体重減少。 注意：体重変化が体液による場合は適切な栄養診断でないことがある。
体重過剰/肥満	体重過剰から病的肥満までの、確立された基準または推奨よりも多い脂肪過多。
不随意体重増加	望ましいまたは計画よりも多い体重増加。
領域：行動・環境	食物または食物の安全性に対する知識、態度/信条、物理的環境、入手手段に関係する、特定された栄養所見/問題。
分類：知識と信条 (1)	申告、観察または文書で報告された実際の知識と信条。
食物および栄養関連の知識の不足	食物、栄養、または栄養関連の情報およびガイドラインに関する知識（栄養素要求量、食行動の結果、ライフステージ要件、栄養に関する推奨、疾患と身体状態、生理学的機能、は製品など）が不完全または不正確。
食物または栄養関連のトピックについての害のある信条/態度 患者の懸念に理解を示すよう慎重に使用すること	十分な栄養原則、栄養ケアまたは疾患/身体状態と適合しない、食物、栄養、栄養関連のトピックについての信条/態度および実践（摂食パターン混乱および摂食障害を除外）。
食餌習慣/生活習慣の変更の用意がない	栄養関連の行動変化のコスト（結果または変更に必要な努力）に対する効果の認識の欠如、個人的価値体系との対立、行動変化に先行。
自己モニタリング不足	個人の進歩を追跡するためのデータ記録がない。
摂食パターン混乱	古典的摂食障害、ならびに健康に悪影響を与えるより軽度の同様の状態を含む、食物、摂食、体重管理に関する信条、態度、考え、行動。
栄養関連推奨事項遵守の限界	顧客または集団が合意した介入により栄養関連の変化がみられない。
食物選択不適正	DRI、米国栄養ガイドライン、My Pyramid、あるいは栄養処方または栄養ケアプロセスで定義した目標と一致しない食物および/または飲料の選択。
分類：身体的活動と身体機能 (2)	申告、観察、または文書で報告された実際の身体的活動、自己ケア、QOL の問題。
運動不足	熱量消費を低下させ健康に影響する程度までの低レベルの活動（座りがちの生活）。
運動過多	必要熱量、成長を阻害する、または最適な健康状態の達成に必要な量を超える身体的活動（動き）（自発的かどうかを問わない）。
自己ケア管理不能または管理意欲不足	健康により食物および栄養関連の行動をサポートするための方法を実行する能力がないか、実行する意思がない。
食事準備能力の障害	食物/水分の準備ができない認知または身体障害。
栄養の QOL (NQOL) 不十分	栄養の問題および推奨に応じる QOL の患者/対象者の認識不足。
自力摂取困難	食事または飲料を自分で口に運べない。
分類：食物の安全性と入手可能性 (3)	食物への到達または食物安全性に関する実際の問題。
安全でない食物の摂取	毒素、毒性物質、感染性病原体、微生物、添加物、アレルゲンおよび/または生物テロの病原体で意図的にまたは偶然汚染された食物および/または水分の摂取。
食物への到達の制限	米国栄養ガイドラインまたは My Pyramid に基づき、多様な健康により食物を十分量取得する能力の低下。体重または加齢に関する懸念による食物に対する制限。

栄養介入の用語と定義	
栄養介入の用語	定 義
領域：食物/栄養送達	食物/栄養供給のための個別化したアプローチ
食事と軽食	食事は、穀物および/またはでんぷん、肉および/または肉代用品、果物と野菜ならびに乳または乳製品からなる様々な食物を含む規則的な摂食事象と定義する。軽食は、規則的な食事の間に供される食物と定義する。
経腸/非経口栄養	経腸栄養は、口腔遠位に栄養素を送達するチューブ、カテーテルまたは瘻孔を経由して消化管から供給される栄養と定義する。非経口栄養は、静注、中心（大径静脈（通常は右心房に隣接する上大静脈）中に送達）あるいは末梢（通常手または前腕の末梢静脈中に送達）による栄養素投与と定義する。
サプリメント（補助食品）	単独の品目または食事であることを目的としないが栄養素の追加を目的とする食物または栄養素。
医療用保健食品	熱量、タンパク質、炭水化物、食物繊維および/または脂肪摂取を補うことを目的とした市販のまたは調理済みの食物または飲料。ビタミンおよびミネラル摂取にも貢献する場合がある。
ビタミンおよびミネラルサプリメント	ビタミンまたはミネラル摂取を補うことを目的とした製品。
生物活性物質サプリメント	生物活性物質（植物スタノールおよびステロールエステル、サイリウムなど）を補うことを目的とした製品。
摂食補助	自力で食事を摂る、十分な栄養摂取をサポートする、および計画していない体重減少や脱水の発生を低下させる患者/対象者の能力を回復させるようデザインされた、摂食時の便宜をはかることまたは補助。
摂食環境	食物消費に影響する、物理的環境、温度、便利さ、食事場所の快適さの調整。
栄養関連の医学的管理	患者/対象者の栄養または健康状態を最適化するための薬物またはハーブ製品の変更。
領域：栄養教育	患者/対象者が、健康を維持または向上させるための食物の選択および摂食行動を自発的に管理または変更できるように、スキルの点でまたはそうした知識を与えるために患者/対象者を指導または訓練するための公的な過程。
初期/簡易栄養教育	基礎的な栄養関連知識の構築または強化、あるいは患者/対象者が自宅に戻るまでに不可欠の栄養関連情報を提供することを目的とした指導または訓練。
包括的栄養教育	所定のトピックの栄養関連の詳細な知識および/またはスキルにつなげることを目的とした指導または訓練。
領域：栄養カウンセリング	優先順位を設定し、目標を設定し、現在の健康状態に対処し健康を増進するための自己ケアに対する責任を認知・涵養する個別化した行動計画を策定するための、カウンセラーと患者/対象者との共同関係を特徴とする支援プロセス。

理論的根拠/アプローチ	介入のデザインと実施に用いる理論またはモデル。理論および理論的モデルは、ヒトの行動変化プロセスの系統的な説明を与える原理、構成、変数で構成される。行動変化の理論とモデルは、望ましい効果を達成するための栄養介入をデザインし適合させるための研究に基づく理論的根拠を与える。カリキュラムおよび治療計画の理論的枠組みは、1) 行動変化の過程の様々な時点で患者/対象者が必要とする情報、2) 行動変化を助長するために最もよく適用しうるツールおよび戦略、3) 介入または介入の構成要素の有効性の評価のための転帰尺度、の決定の指針となる。
戦略	特定の目標を達成するようデザインされたエビデンスに基づく方法または行動計画。栄養実務における行動変化理論を応用すれば、実務者は行動変化を促すためのエビデンスに基づく戦略の集合体を得ることができる。変更に対する動機および目標の変化を標的とする戦略も、行動変化を標的とするものもある。栄養士は、患者/対象者の目標ならびに個別カウンセリングの方針とスキルに基づいて、戦略を選択的に応用する。
領域：栄養ケアのコーディネート	栄養関連の問題の処置または管理で補佐が可能な他の提供者、施設または機関との栄養ケアの協議、それらへの紹介または共同作業
栄養ケア中の他のケアのコーディネート	栄養ケア終了前に、患者/対象者に代わり他の専門職、施設または機関とともにサービスまたは介入を容易にすること。
栄養ケアの終了および新たな状況または提供者への移管	終了計画、およびあるケアレベルまたは場所から別のレベルまたは場所への栄養ケアの移管。

E. 考察・結論

わが国では、平成20年7月4日に公表された『健康食品』の安全性確保に関する検討会報告書に基づき、製造段階における「健康食品」の安全性の確保を図るための具体的な方策として、「原材料の安全性の確保」と「製造工程管理による安全性の確保（GMP）」がさらに推進されようとしている。健康食品（欧米ではサプリメントと称す）の安全性確保は、国と地域とを問わず重要な課題である。しかし、安全性確保に関して国際的な視点に立って方法論と実効性の検討を進めることが、将来起こり得る国際的ハーモナイゼーションの立場からは重要である。したがって、わが国の安全性確保における独自性とは別に、海外の状況を確認することによって、国際的におかれたわが国の立場を知るために以下の検討を行った。実際に実施した作業は以下の通りである。

1. 米国FDAによる安全確保の考え方とGRAS制度
2. EUにおけるノーベルフード（Nobel Food）の安全性評価
3. 米国FDAのcGMPとわが国において実施

されている現行のGMPとの比較

4. "International Dietetics & Nutrition Terminology (IDNT) Reference Manual Standardized Language for the Nutrition Care Process"に用いられている用語に関する研究

安全性評価については、米国、EU、及び日本で本質的な考え方の違いがしばしば見られるが、欧米でGrandfather制度が導入されている点で日本と制度上の違いがある。米国では食品添加物に採用されている安全性評価方法を食品全体の安全性確保の基本としており、実際の試験データが要求される。この考え方は、GRAS制度、IND（ダイエタリーサプリメントの新規食品制度）においても全面的に適用されている。一方、EUではND（ノーベルフード）制度の中で安全性評価が求められているが、既存食品から抽出した成分なども基本的には新規食品となる。この制度では、栄養の不均衡が生じる可能性を含めて安全性評価を行う実質的同等性（Substantial Equivalence）と食経験情報（History of Safe Use）の考え方が導入されており、特に食経験情報における比較分析評価の手法が詳細に定められている。

GMPに関しては米国FDAのGMPが実施要綱として厳しい要求を行っており、すべて「しなければならぬ (must)」の表現を取っているなど、非常に厳密なものになっている。その点では、ガイドラインに基づくわが国のGMPとは要求の立場が異なるようである。また、FDAのGMPは原材料の同一性試験を原材料毎に、かつロットごとに要求しているが、日本でも原材料GMPの考え方が示されているので、原材料GMPが実施されれば、この点においては米国と遜色ない状況になると考えられる。

現在、日本では特別用途食品制度の改定が行われている。今後の栄養ケアにおいて、これらの食品が使われていくが、栄養ケアにおける様々な考え方や方法論においても今後さらに検討が進んでいくと考えられる。国際的な立場で海外の制度や考え方を比較する上では、関連用語の適切な理解が求められる。そこで、用語の理解においてギャップが生じないようにするために、米国栄養士会が編集した「栄養学国際用語集 リファレンス・マニュアル 栄養ケアの手順の標準用語第2版」を入手し、この用語集で用いられている用語の研究を行ったので、その結果も合わせて報告した。

F. 資料原文及びその翻訳の添付

- 1) 厚生労働科学研究補助金・厚生労働科学特別研究事業「健康食品の有効性及び安全性の確保に係る制度等の国際比較研究」(平成19年)、大濱らによる『『いわゆる健康食品』等の安全性確保方策に関する研究』(p. 15-80)
- 2) A.M.Rulis and J.A.Levitt: FDA's food ingredient approval process. Safety assurance based on scientific assessment. Regulatory Toxicology and Pharmacology, in press (2008).
- 3) A. Constable, et al.: History of safe use as applied to the safety assessment of novel foods derived from genetically modified organisms. Food and Chemical Toxicology 45, 2513-2525 (2007).

厚生労働科学研究費補助金「健康食品における安全性確保を目的とした基準等作成のための行政的研究」

「かかりつけの医師による食品安全に関する情報システム」のモデル事業に関する検討

分担研究者 内田 健夫

概要

「食」は、「国民の健康な生活」にとって最も基本的な要素である。そのため、主にかかりつけの医師によって構成される日本医師会の会員が、日常の診療や保健指導を通し、診療現場を担う立場から食品の安全に貢献するということには意義がある。

他方、いわゆる「健康食品」は、国民が、美容、健康の保持・増進のため、特別な期待をかけて摂取するものである。しかし、実際には様々な健康被害等が発生し、「国民の健康な生活」を脅かす事態に至る例が少なくない。さらに、医療側の課題として、患者が健康食品を摂取していることを医師に告げない例が多いこともあり、食中毒と比べて健康食品に対する医師の関心が相対的に薄いという問題も指摘しうる。

以上の観点から、日本医師会では、平成18年度より、17都道府県医師会

i、約3万4千名の医師会員の参加を得て、主に健康食品による健康被害を対象とした『食品安全に関する情報システム』モデル事業』を実施してきた。同モデル事業は、診療の現場から、健康食品による健康被害等の情報を提供してもらい、検討の上報告書を作成し、再び現場に還元して診療等に役立ててもらおうという仕組みを構築することによって、かかりつけ医機能の推進を図るものである。本分担研究では、同モデル事業の検証と今後の方向性の検討を行うことによって、かかりつけ医機能による健康食品における安全性確保策を立案することを目的とする。

I. 「食品安全に関する情報システム」モデル事業の趣旨

医師会員の多くは、地域の住民にとって身近で頼りになるかかりつけの医師であり、診察や相談を通じて、その地域で発生した様々な事象を最初に覚知しうる立場にある。

日本医師会において、診療の現場から、それらの情報を提供してもらい、検討を行

って報告書を作成し、再び現場に還元して診療等に役立ててもらおうという仕組みを構築し、かかりつけ医機能の普及を進めることを目指すべきである。『食品安全に関する情報システム』モデル事業（以下、「モデル事業」）は、この考え方に基づき、健康食品による健康被害に焦点を当てたシステムとして立ち上げたものである。