

厚生労働省

令和3年度障害者総合福祉推進事業

障害特性を踏まえた栄養ケア・マネジメントのあり方に関する調査研究

障害福祉サービスにおける
栄養ケア・マネジメントの実務の手引き（初版）

令和4年3月

一般社団法人 日本健康・栄養システム学会

目次

I. はじめに	(5)	147
II. 栄養ケア・マネジメントとは	(6)	148
1. 理念	(6)	148
2. 障害者の意思決定支援	(7)	149
3. 定義	(9)	151
4. 基本構造	(9)	151
5. 体制づくり	(10)	152
III. 栄養ケア・マネジメントの実務のすすめ方	(13)	155
ステップ1 サービス開始時の情報収集と利用者への説明	(14)	156
ステップ2 暫定的な食事及び栄養補給の決定	(16)	158
ステップ3 栄養スクリーニング（サービス開始時）の実施	(16)	158
ステップ4 栄養アセスメント	(21)	163
ステップ5 栄養ケア計画（原案）の作成	(29)	171
ステップ6 サービス担当者会議の参加・栄養ケア計画の完成	(31)	173
ステップ7 入所者または家族への説明	(32)	174
ステップ8 栄養ケアの実施	(32)	174
ステップ9 実施上の問題点の把握・モニタリング	(34)	176
ステップ10 再栄養スクリーニング	(35)	177
ステップ11 栄養ケア計画の見直し・継続	(35)	177
退所時の説明等	(35)	177
ステップ12 サービス評価と継続的な品質改善活動	(36)	178
IV. 栄養ケア・マネジメントの事例（帳票（様式例）の記載例）	(38)	180

Column 栄養ケアのための知識と考え方	.....	(55)	197
Column 1 栄養スクリーニングの基本	.....	(56)	198
Column 2 身体計測のために	.....	(57)	199
Column 3 栄養アセスメントについて	.....	(61)	203
Column 4 成人や高齢者の口腔の評価と対応	.....	(65)	207
Column 5 栄養診断（栄養状態の判定）	.....	(70)	212
参考文献	.....	(75)	217
資料	.....	(77)	219
資料① フローチャート案（各施設での作成時に参照のこと）	.....	(78)	220
資料② 特徴的な食行動と対応	.....	(79)	221
資料③ 成長曲線（身長・体重・BMI）	.....	(82)	224
資料④ 日本人の平均身長・体重	.....	(88)	230
資料⑤ 障害者等の栄養の問題別兆候・症状、栄養ケアの方途(栄養診断コード別)	.....	(90)	232
資料⑥ 嚥下調整食学会分類 2021（食事）早見表	.....	(118)	260
資料⑦ 嚥下調整食学会分類 2021（とろみ）早見表	.....	(119)	261
資料⑧ 発達期嚥下障害児（者）のための調整食分類 2018	.....	(120)	262
資料⑨ 離乳食と発達期嚥下調整食	.....	(121)	263
資料⑩ 成長曲線（ダウン症）	.....	(123)	264
資料⑪ 成長曲線（プラダーウィリー症候群）	.....	(130)	272
資料⑫ 成長曲線（ターナー症候群）	.....	(131)	273
資料⑬ ヒトの臓器・組織別安静時基礎代謝量	.....	(132)	274
資料⑭ 体重に占める臓器の割合（男性）	.....	(132)	274
参考資料	.....	(132)	277
厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部障害福祉課長による「栄養マネジメント加算、経口移行加算、経口維持加算、口腔衛生管理体制加算及び口腔衛生管理加算に関する事務処理手順及び様式例の提示について」の通知（障発 0406 第 1 号 令和 3 年 4 月 6 日）			
委員及び関係者一覧	.....	(148)	290

I. はじめに

障害者及び障害児（以下「障害者等」という）が自立して快適な日常生活を営み、尊厳ある自己実現をめざすためには、障害者等一人ひとりの健康・栄養状態や食生活の質の向上を図ることが不可欠であり、「食べる楽しみ」の支援を充実していくことは重要なことです。障害者等には、低栄養と過栄養の二重負荷が存在するとともに、食事時の兆候・症状として、摂食嚥下機能障害や偏食、感覚過敏等の特性が観察されることから、適切な栄養補給が難しい状況があります。

障害者等の栄養ケア・マネジメントについては、障害福祉サービス費等の報酬改定により、平成 21 年 4 月から指定障害者支援施設ならびに福祉型障害児入所施設（以下「障害者等の施設」）に栄養ケア・マネジメントの取組みが栄養マネジメント加算として評価されています。令和 3 年 4 月には、平成 27 年 4 月に介護保険施設の経口維持加算が見直されたのと同様に、障害福祉サービスにおいても栄養マネジメント加算の算定を基盤とした経口維持加算が見直され、それまでの摂食嚥下機能に対するレントゲン造影や内視鏡検査といった医学的検査にかわり、多職種による食事時の観察を行うミールラウンド及びカンファレンスが導入されました。

しかし、これらの障害者等の施設において、栄養マネジメント加算の要件となる常勤管理栄養士の配置は未だ進んでいない状況にあります。常勤の管理栄養士は、福祉型障害児入所施設の 46%、障害者支援施設の 37%が未配置であり、また、栄養マネジメント加算を算定している障害者等の施設は全体で 44.6%（指定障害者支援施設は 47.0%、福祉型障害児入所施設は 21.8%）との報告があります。このように障害者等の個別の栄養・食事の問題に対応した栄養ケア・マネジメントの取組みは未だ十分とはいえません。これは、障害者等の施設において障害特性等を踏まえた栄養ケア・マネジメントに取り組むための手引きとなるマニュアルが作成されていないため、個々の管理栄養士や関連者の手探りの状況が背景にあると考えられます。

以上のことから、厚生労働省令和 3 年度障害者総合福祉推進事業「障害特性を踏まえた栄養ケア・マネージメントのあり方に関する調査研究」（日本健康・栄養システム学会）においては、全国の障害者等の施設等が活用できる当該「障害特性を踏まえた栄養ケア・マネージメントのための手引き」の作成をめざして、6 県（神奈川県、新潟県、長野県、福島県、山形県、岡山県）の指定障害者支援施設の入所者に対する実態調査、国内外の過去 10 年間の関連の先行研究からの活用すべきエビデンスの整理、さらに、栄養ケア・マネージメントを担当する管理栄養士や関連者との意見交換や取組みの事例の収集が行われました。

なお、福祉型障害児入所施設においては、現在、「児童福祉施設の食事の提供ガイド」を活用しながら栄養管理が行われていますが、当該手引きは令和 4 年度に改定される本ガイドの充実にも資するものです。

Ⅱ. 栄養ケア・マネジメントとは

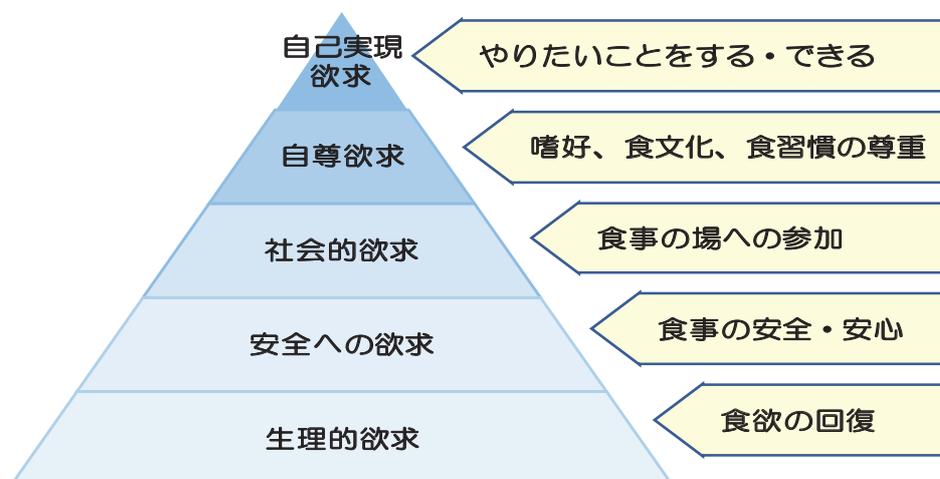
1. 理念

栄養ケア・マネジメントを担う管理栄養士や関連職種が協働するためには、共有する理念の形成が重要です。この理念が、栄養ケア・マネジメントに取り組む管理栄養士や関連職種の態度や意思決定のあり方の基盤になるからです。ここでは、様々なサービス提供の領域において、栄養ケア・マネジメントに取り組むための、共通する理念について述べています。栄養ケア・マネジメントにおける意志決定の中心となるのは本人や家族です。本人や家族等の不安や心配、そして求めていることは何かを把握するために、栄養ケア・マネジメントを担う管理栄養士は、本人・家族等及び関連職種との連携をはかり、必要な情報の収集に努めなければなりません。

栄養ケア・マネジメントは、単に体重や検査値の改善に留まらずに、本人・家族等にとっての尊厳を重視し、全人的な深い理解へと接近し、その根源となる「食べること」に関する欲求を満ちし、「食べることの楽しみ」の充実をめざして個別の日常生活のなかで支援するものです。

そこで、「食べることの楽しみ」について、マズローの欲求五段階説に従って考えてみます。図に示すように、生理的な欲求としての食欲については、生きて活動するための基本的な欲求であるので、食欲を引き出し回復させるための支援が必要です。安全の欲求については、食べ物や食事の安全を求める欲求です。人は食べ物の入手や準備に困難を感じたり、誤嚥の危険があると不安になり、食品・食事の環境が不衛生になると安心して食べることができないものです。社会的欲求については、食事を楽しみ、食事を通じて人とのコミュニケーションをはかることへの欲求です。次の自尊欲求については、その人自身が長い間培ってきた、あるいは、親から子へ、子から孫へと継承されてきた嗜好、食文化、食習慣等の個性が尊重されることへの欲求です。そして、自己実現の欲求は、誰もが生涯にわたりもち続ける「やりたいことをする」自己実現をはかりたいという欲求です。

「食べる楽しみ」を支援する



マズロー (A.H.Maslow 1908 - 1970) の欲求五段階説

2. 障害者の意思決定支援

1. でも述べたように、栄養ケア・マネジメントにおける意志決定の中心となるのは本人です。厚生労働省は、「障害福祉サービスのあたっての意思決定支援ガイドライン」（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知、平成 29 年 3 月 31 日）を作成し、障害福祉サービスにおける意思決定の定義や意義、標準的なプロセスや留意点を取りまとめています。

本ガイドラインにおいては、「意思決定支援とは、自ら意思を決定することに困難を抱える障害者が、日常生活や社会生活に関して自らの意思が反映された生活を送ることができるように、可能な限り本人自ら意思決定できるよう支援し、本人の意思の確認や意思及び選好を推定し、支援を尽くしても本人の意思や嗜好の推定が困難な場合には、最後の手段として本人の最善の利益を検討するために事業所の職員が行う支援の行為及び仕組みをいう」としています。

また、日常生活における意思決定支援の場面の一つとして、食事があげられおり、本人の意思が尊重された生活体験を積み重ねることにより、本人が自らの意思を他者に伝えようとする意欲を育てることにつながるとしています。さらに、障害者本人が意思決定した結果、本人に不利益が及ぶことが考えられる場合は、意思決定した結果については最大限尊重しつつも、それに対して生じるリスクについて、どのようなことが予測できるかを考え、対応について検討していることが必要であるとしています。そして、次のような食事制限の例が取り上げられています。

「例えば、疾病による食事制限があるのに制限されている物が食べたい・・・に対しては、食事制限されている食べ物は、どれくらいなら食べても疾病に影響がないのか、あるいは疾病に影響がない同種の食べ物が用意できないか・・・等、様々な工夫が考えられる・・・本人の意思を推定することが困難な場合に、食事制限が課せられている人も、運動や食材、調理方法、盛り付け等の工夫や見直しにより、可能な限り本人の好みの食事をする事ができ、健康上リスクの少ない生活を送ることができなかを考える・・・」とあります。

栄養ケア・マネジメントは、まさに、このような本人の意思決定支援を推進するためのシステムです。栄養障害のリスクのある人に対して、本人の意思や嗜好を重視した食事の提供や支援をするために、ミールラウンドを含めたアセスメントやモニタリングを繰り返すことによって、食事の栄養・健康状態や疾病への影響や本人の選好や嗜好の変化やリスクに関する課題を把握し、その課題に対応して創意工夫した個別の栄養ケア計画を作成するのです。また、栄養ケア・マネジメントの実施にあたっては本人への声かけや栄養教育の一環としての個別栄養食事相談が重要視されるのです。

この場合、栄養ケア・マネジメントの取り組みにおいては、本人をよく知る関係者から、本人の日常生活の場面や日頃の表情や感情、行動に関する情報（記録を含めて）を得るとともに栄養ケア・マネジメントに関する情報も共有し、管理栄養士と関係者が共同して質の高い栄養ケア・マネジメントの提供に資することが求められています。

参照資料：「障害福祉サービスのあたっての意思決定支援ガイドライン」（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知、平成 29 年 3 月 31 日）」

（URL：<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokuyokushougaihokenfukushibu/0000159854.pdf>）

＜管理栄養士の役割＞

栄養ケア・マネジメントの実務にあたって、管理栄養士は、一貫して熱意ある態度で、使命感をもって施設長等や多職種と共同し、以下の役割を担います。

- 利用者の低栄養及び過剰の栄養状態の予防・改善あるいは維持を重要な課題として位置づけるが、その取り組みにおいては、単に栄養指標の改善維持を目的とするのではなく、本人の意思決定や選行を尊重し、低栄養状態の予防・改善維持を通じて、生活機能の維持・改善や尊厳ある自己実現に寄与することを目的とします。
- 利用者の栄養状態の改善にあたっては、個別の障害特性、日常生活の場面や日頃の表情や感情、行動に関する情報を多職種から得ます。また、栄養状態、身体状況やその原因を食事の観察(ミールラウンド)を重視して把握し、問題の解決に向けて生きる意欲や楽しみに繋がる「食べること」に関する課題を優先し多職種協働で支援します。
- 利用者に対して漫然と経腸栄養を行うことがないように、経口摂取への移行の可能性に関する評価を適切に行い、移行計画を作成し、「口から食べること」を支援します。
- 利用者が必要なエネルギー、たんぱく質等の栄養素の摂取が不十分な場合には栄養補助食品の活用も検討します。
- 利用者本人によるサービスの選択を基本とし、利用者及び家族にはサービスの内容を、文書を用いてわかりやすく説明し、同意の確認を行います。
- 「栄養ケア・マネジメント」の運用にあたっては、食事の提供を含めて、具体的な栄養ケアに関する計画を策定し、本人・家族に対して説明し、同意を得ます。
- 「栄養ケア」の提供にあたっては、医師の指導等に基づいて提供します。
- 施設での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い、栄養士及び調理師等に対して栄養ケア計画に基づいた食事の提供ができるように十分な説明及び指導を行い、障害児者個々に適切な食事を提供します。
- 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連携を図り、委託業務の作業工程にも配慮した給食提供体制を、給食受託会社とが共同して整えます。
- 栄養食事相談は、栄養ケア計画に基づき必要に応じて、本人・家族等に栄養教育の一環として実施します。栄養食事相談においては、現在の食事形状や食事内容についての理解を促し、個々人に適切な食事摂取が継続的にできるよう助言や方法の提案等を行い、本人の意思決定を支援し、時間をかけて食行動変容を促し、食事内容の幅を広げるように支援します。

- 関連職種に栄養ケア計画に基づいて説明し、指導や助言等のコンサルテーションを行います。
- 関連職種と連携して食事摂取状況や食事に関するインシデント・アクシデント事例等の把握と解析を行い、事故防止に努めます。
- 栄養ケア提供に関する主な経過について記録し、その記録が多職種が共有できる体制を整えます。
- 「栄養ケア」は、医療機関、施設及び居宅間の連続的なサービスとして情報連携します。
- 利用者の栄養状態の改善状況は継続的にモニタリングし、常に適正な「栄養ケア」の提供を行います。
- 栄養ケア・マネジメント体制や取組みについて評価し、継続的な業務の品質改善活動へと繋がります。

3. 定義

「栄養」とは、人が食べ物を口から取り入れ、消化管で消化・吸収、代謝して、生活活動を営んでいく、身体内の処理状態のことです。一方、医療や高齢者ケア現場で使用される「ケア」は、「みる」と訳すことを提案し、「診る」「看る」「視る」「観る」「覧る」「鑑る」などの意味を含んで「自分の目で確かめることで、転じて自分の判断で処理すること」（広辞苑）としています。ヘルスケア・サービスの一環として「栄養をみる」、あるいは「栄養でみる」ことが「栄養ケア Nutrition Care」です。

一方、「マネジメント」とは、ある目的を達成するため目標に向けて人々を動かしていくための活動です。また、組織がその目的を達成するために各種の業務遂行上の機能や方法、さらには手順を効率的に進めるためのシステムです。この場合のシステムとは、科学的知見をもとにして、その手順が文章化されていることが必要です。

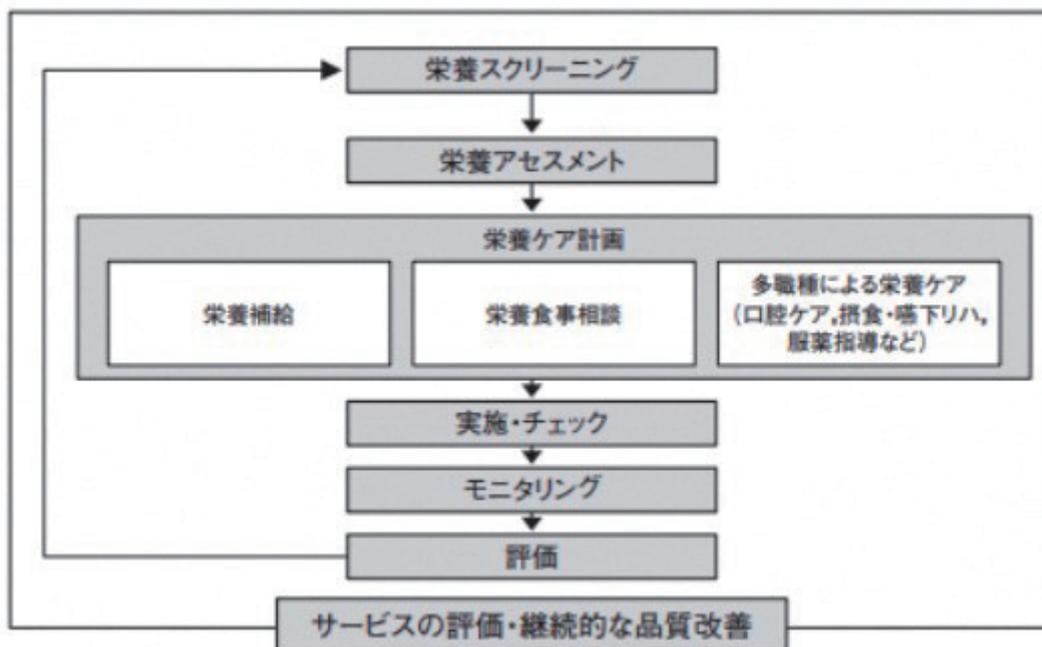
すなわち、栄養ケア・マネジメントとは、ヘルスケア・サービスの一環として、個人に最適な栄養ケアを行い、その業務遂行上の機能や方法、手順を効率的に行うためのシステムであり、また、そのゴールは、個人々の栄養状態を改善し、クオリティ・オブ・ライフ、QOLを向上させることです。このことによって、一人ひとりの食べる楽しみの充実や自立した日常生活を支援するものです。

4. 基本構造

「栄養ケア・マネジメント」の基本構造は、栄養スクリーニング、アセスメント（栄養アセスメントを含む）、栄養ケア計画、実施・チェック、モニタリング（再アセスメント）、評価と継続的品質改善活動からなります(図)。

なお、米国栄養士会によって開発された栄養診断は、従来は、栄養状態の評価・判定と言われ、アセスメントから収集された情報に基づいて栄養の課題（問題）について統一された栄養診断の用語を用いて PES 様式（P：問題、E：原因、S：兆候・症状）によって記録し、栄養ケア計画へと繋げるプロセスです。当該マニュアルにおいては、栄養状態の評価・判定について、PES 様式を用いて記載できるよう解説しました。

図：栄養ケア・マネジメントの基本的構造



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

5. 体制づくり

最初に、栄養ケア・マネジメント（Nutrition care and management、NCM）の体制やその構成要素となる実務の基本について、厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部障害福祉課長による「栄養マネジメント加算、経口移行加算、経口維持加算、口腔衛生管理体制加算及び口腔衛生管理加算に関する事務処理手順及び様式例の提示について」の通知（障発 0406 第 1 号 令和 3 年 4 月 6 日）（以下、「通知」という、参考資料参照のこと）に基づいて解説します。なお、添付の様式例をそのまま活用しても、当該様式例に基づいて活用しやすい記載様式に改変しても結構です。

（1）施設長による体制整備

栄養ケア・マネジメントの体制づくりは、施設長または管理者（以下、「施設長等」）の旗振りのもとに取り組みます。従って、施設長等は、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共同して栄養ケア・マネジメントを行えるように体制を整備する必要があります。また、施設長等は、入所者等に口腔ケア、摂食嚥下の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します（通知 1（1）・イ）。

（2）施設長等のもとでの管理栄養士の手順の作成と周知

施設長等は、管理栄養士と協働して、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（低栄養または過栄養状態のリスクを把握することをいう）、

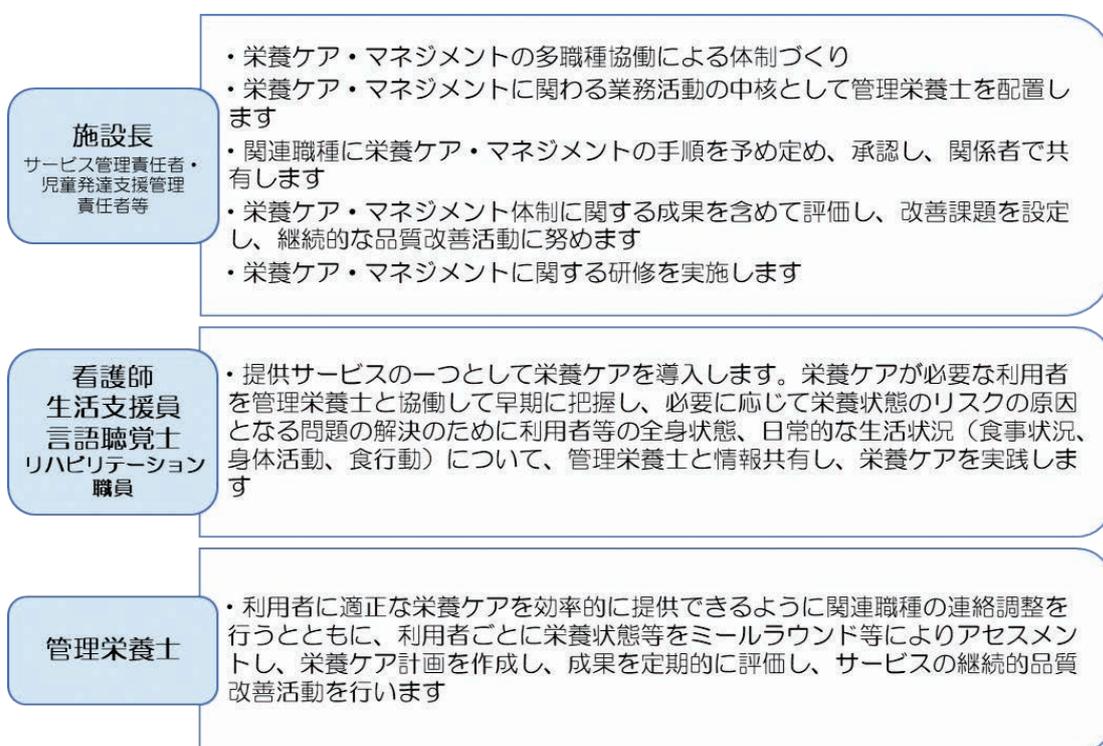
栄養アセスメント（解決すべき課題を把握すること）、栄養ケア計画、モニタリング、評価等の手順）をあらかじめ定めます（通知1（1）・ウ）。この定められた栄養ケア・マネジメントの手順については、関連職種で共有するために、文章やフローチャート（資料①）によって見える化し、会議等で管理栄養士等が説明し周知します。

（3）管理栄養士と関連職種間の連携体制づくり

個々の障害者等の栄養状態は、臨床的問題、生活機能や全身状態の低下を引き起こすリスクになります。そして、栄養状態の問題を引き起こす要因も多岐にわたっています。障害者等の栄養状態を維持・改善するためには、多職種協働のアプローチが必要かつ重要であり、管理栄養士は多職種と協働して栄養ケア・マネジメントを推進します。

一方、口腔ケア、摂食・嚥下等の機能の維持・向上には、医師、歯科医師、言語聴覚士等の多職種の連携が必要であり、これらの連携によって食形態、摂取方法の適切な管理等へとつながります。経口摂取の維持・向上は、質の高い生活を営む上で重要です。

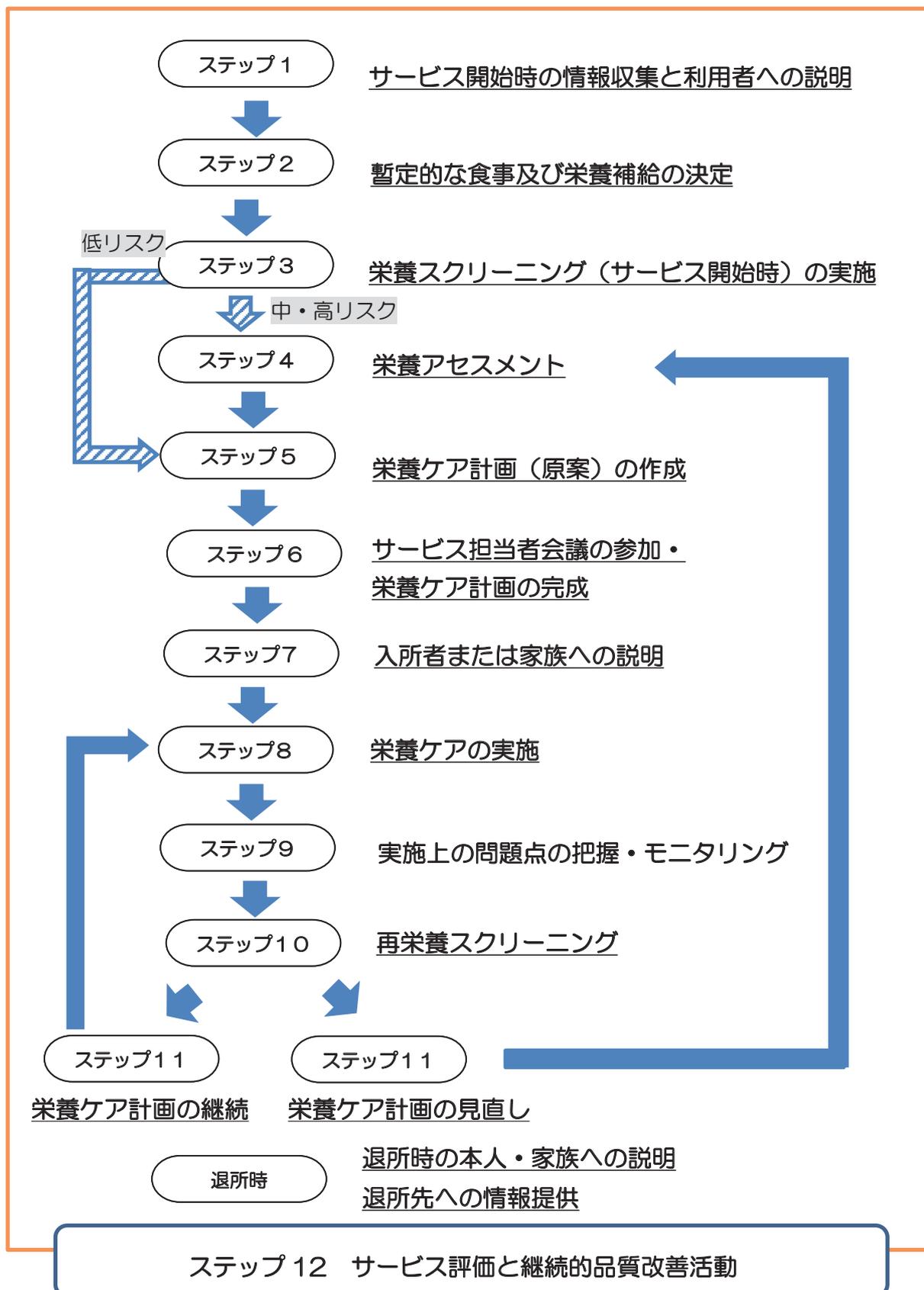
管理栄養士は、このような栄養ケア・マネジメントの主たる実務を担い、適切な栄養ケアを効率的に提供できるように関連職種との連絡調整を担います（通知1（1）及び（2））。一方、看護師及び生活支援員等の関連職種は、入所者等の全身状態、日常的な生活状況（食事状況、身体活動、食行動）について、管理栄養士に情報提供を行うとされています（通知1（1）・オ）。このような日常的な管理栄養士と関連職種間の情報連携は、毎日の申し送りや後述のミーラウンド時等に適宜、適切に行います。



(4) 施設長等のもとでのサービスの評価と継続的品質改善活動

施設長等は、管理栄養士と共同して、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、改善すべき課題を把握し、継続的な品質改善活動に努めます（通知1（1）・カ）。

Ⅲ. 栄養ケア・マネジメントの実務のすすめ方



1. 情報収集

管理栄養士は、関連職種と連携して、サービス開始までに適切な栄養ケア・マネジメントを実施するために必要な情報をできるだけ収集します（通知 1（2）・ア、表1）。収集する項目は、栄養アセスメント・モニタリングの様式例にある項目を中心に障害や既往等現在に至るまでの状況が把握できる情報です。情報収集が十分にできると栄養アセスメントに必要な時間の軽減につながります。情報の収集には入所前の病院や他施設等の管理栄養士間の連携が求められます。

なお、サービス開始前にできるだけ多くの情報を得ることで、栄養ケアに対するニーズが明確になります。また、以下の入所元のサマリー等から情報を収集することが重要です。サマリーは管理栄養士に直接届けられないことも多いので、自ら関係各所に働きかけ情報収集することが必要になります。

① 病院・施設からの情報

退院時支援情報として、近時の身長・体重、栄養補給ルート、平均的な摂取栄養量（エネルギー、たんぱく質等）、食形態、平均的な食事摂取量、補完食の有無、嗜好、特徴的な食行動¹⁻⁴（資料②）、排泄状況、そのほかの身体状況等の情報を得ます。疾患等を含む身体状況は、必要に応じて医師からの情報提供を受けるようにします（通知 1（2）ア）。

*補完食とは、食事以外に栄養素の強化やエネルギー・たんぱく質の充足を目的とした食品や食事のこと。濃厚流動食や病弱者栄養食品に加えて上記を目的とした食品や食事を含みます。

② 自宅等からの情報

ケアの中心的な担当者から、栄養補給ルート、食形態、補完食の有無、嗜好、食事回数、食事介助の有無や方法、食具、特徴的な食行動、排泄状況、これまでの食歴、身体歴、発達歴等が把握できる情報収集にあたるとともに、情報収集しながら本人、家族・養育者及びケア担当者の「思い」をくみ取るようにします。体重や生化学検査結果等をわかる範囲で確認するとともに、家族や養育者の主観的情報を把握し整理しておくことが重要です。

③ 学校等からの情報

通学している児の場合には、学校関係者（担任、栄養教諭、養護教諭、校医または主治医等）と給食の献立や残食の状況、食物の選択・嗜好、食欲や食行動等について情報共有し、連携を図るようにします。学校で食事指導計画が作成されている場合にはその内容も確認できると良いでしょう。

2. 利用者への説明

サービス提供開始にあたり、栄養ケアの概要について利用者及び家族に対して、説明のための資料を用いてわかりやすく説明するとともに、利用者・家族の栄養食事・栄養補給等にかかわる意向を確認し、栄養ケアの実施の同意を得ます。

表 1) サービス開始時の医療的情報)

身体状況 (医師からの情報)		情報源
診断名	<p>〈主病名〉 生活機能低下の直接原因となっている傷病名</p> <p>〈現病歴〉 主病名である傷病のこれまでの治療や管理や状態の変化等</p> <p>〈既往歴等〉 罹患したことがある主病名の合併症や主病名以外の疾患(併存症)入院歴、四肢欠損、麻痺、筋力の低下、関節の拘縮、関節の痛み、失調・不随意運動、褥瘡等の状況</p>	主治医意見書
服薬・投薬	処方内容 処方歴 輸液内容 濃厚流動食 サプリメント	診療情報提供書
検査結果	生化学検査 生理学検査 レントゲン 超音波検査 視力 聴力 摂食嚥下評価	
その他	治療計画 人工呼吸器の使用 リハビリ指示 褥瘡の処置等医療的処置の必要度 治療食(療養食)	
身体状況 (看護師等からの情報)		
体格	身長 体重 体重歴(過去6か月の体重歴) (小児) 出生時体重・身長・頭囲 成長発達歴 出生歴	看護記録 看護サマリー
機能	四肢欠損の有無や程度 麻痺 拘縮の状況 身体活動レベル	
フィジカルアセスメント	<p>日常的な症状・兆候の有無</p> <p>体温(平熱 発熱頻度)</p> <p>食事摂取状(介助の有無) 口腔(歯の状況 義歯の有無 衛生状態) 摂食嚥下</p> <p>排泄(排便状況 尿回数)、嘔吐、下痢、浮腫、腹水</p> <p>アレルギー</p> <p>行動障害(昼夜逆転 異常行動 食行動)</p> <p>認知機能障害</p>	
生活・家族にかかわること		
家族	家族構成 キーパーソン 入院までの経過 食事や食事準備状況 介護力 経済状況	看護サマリー 相談支援専門員
食事	嗜好(食品 形状 色 味付け等)、アレルギー・服薬・宗教等による食品の禁忌、強度の偏食、食事の回数・時間 一回の量 食形態 提供栄養量、介助(自助具)、水分の摂取(容器 形状 回数 一回量)、食事環境	看護サマリー 栄養サマリー
教育	教育歴	必要に応じて
仕事	職歴	

ステップ2

暫定的な食事及び栄養補給の決定

入所直後の開始食から栄養ケア計画実施までの間の暫定的な食事及び栄養補給量を決定します。入所前の食事や栄養補給状況と体重変化を考慮して決定します。

具体的には、成人の場合、入所前6か月体重変化がなければ入所前の食事内容からエネルギー・たんぱく質並びに食形態を踏襲して提供します。体重減少があれば、減少した体重1kg=7000kcalに相当することから、現在の食事に50-100kcal/日程度エネルギーを増加させて、1-2か月後の体重が0.5kg程度増加することを目指すようにします。

小児において、体重増加の不良もしくは減少がみられる場合には、現在の栄養補給量よりも増加させることが必要です。しかし、その増加量については、現在のところコンセンサスを得た指標はないので、成人と同程度のエネルギー提供量の増加を行い、体重をモニタリングすることで栄養補給量を決定していきます。

このステップ2での栄養補給量は暫定的なものです。栄養スクリーニングによって栄養障害の中高リスクと判定されれば、個別のアセスメントを踏まえて栄養ケア計画を作成します。

ステップ3

栄養スクリーニング（サービス開始時）の実施

管理栄養士は、看護師や生活支援員等の関連職種と連携して、利用者の利用開始1週間以内に、栄養スクリーニング（Column1：巻末の各Columnにおいて、具体的な取り組みや関連のエビデンスについて解説していますのでご参照ください）を実施します。

栄養スクリーニングにおいては、表2を用いて、成人では、BMIと体重変化率を基本に、血清アルブミン値や食事摂取量、褥瘡を用いて、栄養リスクを低・中・高に分類します。高リスクの項目が1つでも該当する場合には「高リスク」、すべての項目が低リスクに該当する場合、すなわち体重が標準的で体重変化がなく、食事摂取量が維持できている場合は「低リスク」と判断します。表2を用いた栄養スクリーニングによって、低リスク、高リスク者をまず抽出し、それらに該当しないものはすべて中リスクとします。

小児では、身長・体重が成長曲線（資料③）に即した増加をしているかどうか、また体重増加率、食事摂取量を用いて分類します。成人と異なり、小児は身長・体重が適切に増加しているかどうかを、栄養スクリーニングの項目として使用します。低身長もしくは体重の増加が停滞している場合も栄養障害のリスクは高いと認識することが重要です。

栄養スクリーニングで栄養リスクが中・高リスクと判定された場合は、より詳細な栄養アセスメントを行います。低リスクと判断された場合は、ステップ4の先のサービス開始時の暫定的な食事提供を再度確認の上、エネルギーやたんぱく質の提供量や食事形態、あるいはアレルギーや嗜好等に対応した栄養ケア計画書（案）を作成します。

【栄養状態のリスクの判断】

○上記の全ての項目が低リスクに該当する場合には、「低リスク」と判断する。高リスクにひとつでも該当する項目があれば「高リスク」と判断する。それ以外の場合は「中リスク」と判断する。
 ○食事摂取量、栄養補給法については、その程度や個々人の状態等により、栄養状態のリスクは異なることが考えられるため、入所（児）者個々の状態に応じて判断し、「高リスク」と判断される場合もある。

リスク分類		低リスク	中リスク	高リスク	
肥満度	成人 BMI*** (18歳以上)	知的障害	19~26未満	やせ | 15~19未満 肥満 | 26~30未満	やせ | 15未満 肥満 | 30以上
		身体障害	16~24.5未満	やせ | 11.5~16未満 肥満 | 24.5~28.5未満	やせ | 11.5未満 肥満 | 28.5以上
	幼児期 カワブ指数 (3~5歳)	15~19未満	やせ | 13~15未満 肥満 | 19~22未満	やせ | 13未満 肥満 | 22以上	
	学童期 肥満度 (6~11歳)	-15%未満 または 30%未満	やせ | -15%以下 肥満 | 30~50%未満	やせ | 肥満 | 50%以上	
	思春期 肥満度 (12歳~17歳)	-15%未満 または 30%未満	やせ | -15%以下 肥満 | 30~50%未満	やせ | 肥満 | 50%以上	
	体重変化率	変化なし (増減：3%未満)	1ヶ月に3~5%未満 3ヶ月に3~7.5%未満 6ヶ月に3~10%未満	1ヶ月に5%以上 3ヶ月に7.5%以上 6ヶ月に10%以上	
血清アルブミン値 (成人のみ)	3.6g/dl以上	3.0~3.5g/dl	3.0g/dl未満		
食事摂取量	76~100%	75%以下			
栄養補給法		経腸栄養 静脈栄養			
褥瘡			褥瘡		

***大和田浩子、中山健夫：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-、厚生労働科学研究費補助金「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19年度総括・分担研究報告書、2008. p167-174から算出。

スクリーニング指標例として示されていたこれまでの上記の表をもとに、小児の身長や体重増加量を考慮して表 2) を作成。

表2) 栄養スクリーニング (成人と小児)

成人 (18歳以上)

リスク分類		低リスク	中リスク	高リスク
BMI*	60	19~26未満	やせ: 15~19未満 肥満: 26~30未満	やせ: 15未満 肥満: 30以上
	身体障害	16~24.5未満	やせ: 11.5~16未満 肥満: 24.5~28.5未満	やせ: 11.5未満 肥満: 28.5以上
体重変化量		変化なし (増減: 3%未満)	意図しない体重減少 1ヶ月に3~5%未満 3ヶ月に3~7.5%未満 6ヶ月に3~10%未満	意図しない体重減少 1ヶ月に5%以上 3ヶ月に7.5%以上 6ヶ月に10%以上
血清アルブミン		3.6g/dl以上	3.0~3.5g/dl	3.0g/dl未満
食事摂取量		75~100%	50~75%	50%以下
栄養補給方法		経口	経管栄養 経静脈栄養	
褥瘡				あり

*大和田浩子、中山健夫: 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 厚生労働科学研究補助金「障害者の健康状態・栄養状態の把握と支援に関する研究」平成19年総括・分担研究報告書、2008.p167-174から算出

小児 (18歳未満)

リスク分類		低リスク	中リスク	高リスク
zスコア**		H/A > -2.0かつ W/HもしくはBMIが-2.0以上	やせ: H/A ≤ -2.0かつ W/HもしくはBMIもしくは BMIが-2~-2.9 肥満: H/A ≤ -2.0かつ W/HもしくはBMIもしくは BMIが2~2.9	やせ: H/A ≤ -2.0かつ W/HもしくはBMIが-3.0以下 肥満: H/A ≤ -2.0かつ W/HもしくはBMIが3.0以上
体重変化量	2歳未満	推定体重増加量***の75%未満	推定体重増加量の50%未満	推定体重増加量の25%未満
	2-18歳	体重減少がない	体重減少率5%未満 W/HもしくはBMIが1.0SD 減少する	体重減少率7.5%未満 W/HもしくはBMIが2.0SD 減少する
血清アルブミン		3.6g/dl以上	3.0~3.5g/dl	3.0g/dl未満
食事摂取量		75~100%	50~75%	50%以下
栄養補給方法		経口	経管栄養	

**Academy of Nutrition and Dietetics. Abridged Nutrition Care Process Terminology (NCPT) Reference Manual. 2017Edition.P271-271

***推定体重増加量

月齢	体重増加量 (g/日)	年齢	体重増加量 (kg/年)
0~3	25~30g	1→2歳	2.5kg
3~6	15~20g	2→5歳	2.0kg
6~12	10~15g		

***厚生労働省の乳幼児身体発育調査報告書2000年度 (0歳~6歳) を用いて算出

<スクリーニング項目>

① 「身長」・「体重」について（Column2 参照）

利用者の身長・体重は、入所時に実測することが望ましく、計測が難しい場合は、入所日にできるだけ近い身長・体重を代用します。身長は立位で計測できない場合は仰臥位で計測するか、膝高測定値から推算します。これらいずれの場合も、「仰臥位」「膝高推測」と付記します。

【成人 膝高値から身長を推測する算定式】

男性： $115.3 + (1.13 \times \text{膝高cm}) - (0.12 \times \text{年齢})$

女性： $123.9 + (1.20 \times \text{膝高cm}) - (0.40 \times \text{年齢})$

子どもの成長の評価は、一般的に性・年齢・月齢別の標準身長・体重を用いて作成された成長曲線（資料③）を基本に評価します。標準身長・体重（資料④）を基準として z スコア（SD）を算出します。z スコアはそれぞれ+2SD 以上が標準的身長・体重より「大きい」、-2SD 以下が「小さい」と客観的に評価します。Z スコア+2.0SD は）標準値の 98 パーセンタイル、-2.0SD は 3パーセンタイルに相当します。

また、小児期の栄養状態は成長に影響を与え、成長ホルモンの分泌不全等がない場合の低身長は慢性的な栄養不良を反映しています。身長が標準身長の-2.0SD~-3.0SD の場合は中リスク、-3.0SD 以下を高リスクと分類します。

【身長・体重の z スコア（SD）の算出方法】

Z スコア（SD）=（現身長cm(体重kg) - 標準身長cm（体重kg））÷標準偏差

② 体格指数について

BMI（body mass index, ボディ・マス・インデックス）は、身長に対する体格の指標で、体脂肪量とよく相関するため体重の評価として用いられています。カウブ指数やローレル指数も BMI の 1 つであり、乳幼児期、学童期の体格を示す指標です。肥満度は、学童期の年齢月齢標準体重に対する体重の割合を示したもので、身長が低いと過体重がなくても肥満度が高く算出されるので、スクリーニングとして高リスクに分類されても、アセスメントによる検討後に低リスクとなることもあります。小児期の体重に対する評価は体重だけの評価ではなく、身長が加味された BMI を用いることが必要で、また年齢によって BMI の標準値が異なるため、年齢・月齢標準の BMI に対する z スコアもしくはパーセンタイルを用いて評価します。BMI の z スコアも身長・体重と算出できますが、その年齢・月齢の標準身長・体重から算出した標準 BMI に対する割合（%SBMI）を記録しておくことでもよいと思います。身長が伸びる子供の体重の評価は、身長に対する体重（BMI）が評価の基準であり、また年齢によって BMI の標準値も異なるため、その年齢・月齢の標準に対する評価指標である、z スコアやパーセンタイル、%SBMI 等、どの指標を体重として用いるのか施設内で意見を統一しておくことが最も重要です。

【体格指標の算出式】

$$\text{BMI (kg/m}^2\text{)} = \text{体重(kg)} \div \text{身長(m)}^2$$

$$\text{カウプ指数 (kg/m}^3\text{)} = \text{体重(kg)} \div \text{身長(cm)}^2 \times 10^4$$

$$\text{肥満度 (現体重 - 標準体重)} / \text{標準体重}$$

③ 「体重変化率」について

成人においては、1 か月前、3 か月前あるいは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した体重 (kg) を記録し、体重変化率を計算します。表2) に沿って、リスク分類します。

15 歳以下の小児においては、原則として体重減少は、低栄養を反映しています。(3 か月で体重減少が見られる場合には高リスク、体重増加が見られない場合には中リスクとします)

【体重変化率 (%)】現在の体重を A、6 か月前の体重を B

$$\text{体重変化率 (\%)} = (B - A) \div B \times 100$$

④ 「血清アルブミン値」について

血清アルブミン値 (g/dl) の確認できる場合は記入し、3.5g/dl 未満かどうかを把握します。浮腫がある場合や術後、発熱、褥瘡等があると血清アルブミン値が低い値を示します。血清アルブミンの半減期は約 3 週間なので、スクリーニングとしての指標には、1 か月以内の値を用います。なお、1 か月以上前の血清アルブミン値は、栄養状態の変化の 1 つの指標として参考になるため、記入し「いつ」のデータであるのか記載しておきます。

⑤ 「褥瘡」について

褥瘡の有無を記載します。褥瘡の治癒遅延の要因として、低アルブミン等の低栄養状態が要因の一つとされているので、褥瘡があれば高リスクと判定します。

褥瘡の発生要因は、圧迫などによる血液のうっ滞が原因であり、その要因の一つとしては病的骨突出などがあると言われています。褥瘡の治癒遅延には栄養状態がありますが、低栄養がなくても長時間の手術や同じ姿勢等によっても褥瘡は発生することがあります。

⑥ 「食事摂取量」について

少なくとも3日、できれば1週間程度(平日と休日の食事内容)の食事の平均的摂取量を把握します。施設等で管理栄養士が献立作成や給食管理にかかわっている場合は、食事提供量としては必要量を充足していることが多いのですが、食事提供が家族等で実施されている場合には、形状調整のために水分を多く添加するためにエネルギー当量が低下し、十分な食事量が確保されていても、エネルギー不足となるということがあります。食事の「量」だけでなく、「質」としての食事の内容が栄養状態に大きく影響することも念頭に入れておく必要があります。

⑦ 「栄養補給法」について

強制栄養法である経腸栄養法、静脈栄養法は、消化管ホルモンの分泌や腸内細菌叢が経口摂取と異なるために、栄養素の消化・吸収・代謝に影響を与えることもあります。また、経腸・静脈栄養を実施している利用者は、身体状況が変化したにも関わらず補給量の調整がなされず栄養補給が十分に確保されていない、もしくは過剰補給になっていることが危惧される場合もあります。また、投与方法による感染症等のリスクもあり、補給方法によって栄養状態に影響を与えることがあります。そのため経口以外の補給方法の場合には栄養障害のリスクありと判定します。

ステップ4

栄養アセスメント (Column3参照)

栄養スクリーニングによって、栄養障害の中・高リスクがあると判断された場合は、これらの要因や原因を明らかにし、栄養状態を改善するための解決すべき栄養的課題や問題を明確にすることが、栄養アセスメントの目的となります。

適切な栄養アセスメントには、批判的思考（クリティカル・シンキング、critical thinking*）能力が求められます。

初回の栄養アセスメントは、スクリーニングからできれば1～2週間以内に、少なくとも1か月以内実施することが望ましく、この初回栄養アセスメントを基準に栄養状態の変化をとらえていくことがモニタリングです。アセスメントとモニタリングはおおむね同じ方法となりますが、栄養に関する課題が明確であれば、モニタリングする項目はそれら栄養課題の変化をとらえることができる項目だけでも問題ありません。

なお、身体状況や栄養状態は日々変化するため、身体状況、食事摂取や栄養状態に何らかの問題が把握されたら、決められたモニタリング時でなくても、随時モニタリングを行い、適切な栄養ケアを行うことが必要です。これは、低リスクと判定されている者等においても、同様であり、再栄養スクリーニングを行います。

嚥下調整食を摂取している場合には、多職種によるミールラウンドや口腔のスクリーニングを行い、経口維持を目指すことが障害者のQOLの向上には欠かせません。

★クリティカル・シンキング

ある物事について「なぜ?」「本当に?」「この場合は?」といった疑問を持ちながら日常的な事象や行動に対峙することで客観的で本質をついた結果をもたらす思考法のことを言います。現在の栄養状態に対し「このような状態になったのはなぜ?」「摂取栄養量は本当に不足しているのか?」「もし摂取栄養量は充足していたらこの状況はなぜ生じているのか?」等々、これらの思考法にそった栄養アセスメントを実施することで、栄養状態の適切な評価・判定（栄養診断）につながります。

<アセスメント項目とその評価方法>

1. 食生活状況

① 食事・栄養補給状況

主食、副食別に摂取量を評価しましょう。標準的な食事であれば、主食から提供栄養量のエネルギーの 50%、たんぱく質の 30%、主菜・副菜を含む副食からエネルギーの 50%、たんぱく質の 70%程度を摂取しています。あくまでも概算となりますが、これらの数字を使っておおよその栄養摂取量を把握することができます。

【摂取栄養量の把握 例】			
献立上の提供栄養量 → エネルギー500kcal たんぱく質20g			
主食8割 副食6割摂取している場合			
エネルギー摂取量	主食から	$500\text{kcal} \times 50\% \times 0.8 = 200\text{kcal}$	
	副食から	$500\text{kcal} \times 50\% \times 0.6 = 150\text{kcal}$	計 350kcal
たんぱく質摂取量	主食から	$20\text{g} \times 30\% \times 0.8 = 4.8\text{g}$	
	副食から	$20\text{g} \times 70\% \times 0.6 = 8.4\text{g}$	計 13.2g
			摂取栄養量概算

主食・副食別の摂取量が把握できないときは、食事量全体の摂取量を記載しておきます。摂取量の算出には、少なくとも3日、できれば1週間程度の平均値で算出することが望ましく、行事食などない日常的な食事でも継続した1週間の食事量を把握します。

居宅の利用者については、本人・家族等介護者から1日の朝、昼、晩の献立（飲み物、間食等を含める）やその目分量についての自記式の記録や聞き取り、スマートフォンでの写真などを用いて把握します。サプリメントや栄養補助食品を利用されている時は、その種類や摂取頻度や量を確認します。

経腸・静脈栄養の場合は、補給方法・種類と一日当たりの補給量を中心に聞き取り、エネルギー・たんぱく質の補給量を記載します。下痢や便秘、嘔吐といった消化器症状がある場合には、滴下速度や一回の投与量などが消化器症状の原因となっていることもあるため、一回の投与量や回数・滴下速度等も確認します。

水分の摂取についても評価しましょう。特に自由に水分摂取ができない、水分にむせがあるなどの場合は、その水分摂取量について過不足がないか確認します。尿量の減少や色が濃くなるなどの兆候は、相対的な水分の摂取不足を意味しています。発熱や下痢などの症状が続くときには不感蒸泄や便からの体外への水分流失が増加しますので、十分な留意が必要です。

〈水分摂取推奨量〉 Holloday-Segar 式

体重 10 kgまで	100 ml/kg
体重 10 kg以上 20 kg未満	1000 ml+50 ml/kg*
体重 20 kg以上	1500 ml+20 ml/kg**

*体重 10 kgを超えた分に対して ex) Wt15 kg→1000+50×5=1250 ml

**体重 20 kgを超えた分に対して ex) Wt50kg→1500+20×30=2100 ml

② 咀嚼・嚥下機能評価（Column4参照）

経口摂取するためには、咀嚼・嚥下機能の獲得・維持が重要です。乳児期に障害が発生すると栄養状態を維持することができる程度までに摂食機能の獲得ができていない場合があります。経口から摂取している状況であっても、摂取量が十分であるのか、また咀嚼が十分にできているのか、咀嚼・嚥下機能に適した食事形態であるのか等の確認が重要となります。経口的栄養補給は最も生理的栄養補給法であり、「食物を認知」するところから消化管の動きは始まり、「噛む」という行動によって次への嚥下や消化につながります。

乳幼児期に摂食機能を獲得できずに経管栄養法などで栄養補給が継続している場合であっても、多職種連携による経口摂取に向けての介入は、早期に開始することで機能改善に結び付く可能性は高いと考えられます。たとえ、お楽しみ程度の摂取量であっても、生理的な消化・吸収・代謝による全身状態の機能維持や改善に向けての取組みは、その時期にかかわらず障害児者のQOLの維持・向上には大きな意味ある活動です。

成人・小児いずれにおいても、客観的な嚥下機能評価や継続的な多職種によるミールラウンドによる咀嚼・嚥下機能の評価・観察が栄養状態の維持・向上には重要です。

咀嚼・嚥下機能を補完する目的で、形状調整をしている場合には、その食形態について、日本摂食嚥下リハビリテーション学会「嚥下調整食学会分類 2021」のコード（資料⑥）を用いて記載します。施設等で独自の調整分類を用いて食事提供を実施している場合は、学会の調整食分類のコードと自施設の食形態を紐づけしておくこと、退院・退所の際に食形態の混乱が少なく、食形態による事故発生の防止につながります。いずれにしても、食形態の変化がわかるようにしておくことが必要です。とろみ調整食品の利用が必要な場合には、同様に水分摂取においても「嚥下調整食分類」によるとろみ調整食品の濃度のレベル（資料⑦）を用いて記載します。

小児の場合は、障害の発症時期や程度、状況によって離乳できていない、もしくは固形食の摂取ができない等、咀嚼・嚥下機能を十分に獲得できていない場合があります。これらに対しても日本摂食嚥下リハビリテーション学会の「発達期摂食嚥下障害児（者）のための嚥下調整食分類 2018」（資料⑧、⑨）を用いて主食・副食の食形態の記載をします。

嚥下調整食を摂取している場合には、多職種によるミールラウンドや口腔のスクリーニングを行い、経口維持を目指すことが障害者のQOLの向上には欠かせません。

③ 必要栄養量の算出

◆ エネルギー・たんぱく質

必要栄養量の算出は、一般的には基礎代謝量に活動量やストレス係数等を加味して算出しますが、障害者の場合は、障害による基礎代謝の減少と痙攣や慢性的な炎症等によるエネルギーの消費亢進があり、エネルギー消費の亢進と低下が同時に起こっている特徴があります。そのため、必要栄養量の算出には様々な算出式も提案されています。それぞれの施設において用いられている算出式が、すべての障害者に適応できるとは限りません。また、身体的障害がある場合は、その部位、障害部位の可動状態等によって筋肉量の差異など体組成が異なる場合があります。同様に知的障害等においても、体脂肪が多いなどの体組成の違いからエネルギーの必要量が異なる問題もあります。そのため、現在の体重と食事摂取量から、次に解説するように、体重あたりの必要エネルギー、たんぱく質を算出し、それを基準に体重や身体状況によって、調整をすることが現実的な方法となります。（体重の評価等については Column3 を参照してください）

<成人>

i. 現在の体重を維持する

$$\begin{aligned} \text{エネルギー必要量} &= \text{現体重kg} \times 25\text{--}35\text{kcal/kg/日} \\ \text{たんぱく質必要量} &= \text{現体重kg} \times 1.0\text{--}1.5\text{g/kg/日} \end{aligned}$$

***エネルギー必要量**：25kcal/kg/日は筋肉量が少なく活動量が非常に少ない場合で痙攣等がなく頻回な発熱等もない場合、35kcal/kg/日は痙攣等が頻発するもしくは継続する不随運動がある等の場合に用いる。いずれにしても、一度体重あたりのエネルギー必要量を用いてエネルギー必要量を算出し、食事摂取量と体重の推移からエネルギー必要量を差し引きして、対象者個人の適正量を算定します。障害の状況や身体状況のよっては、25kcal/kg/日以下であっても体重増加につながることもあり、エネルギーの設定変更時は少なくとも1～3か月の体重推移の観察によって、エネルギー必要量の設定の可否を評価することも必要です。

***たんぱく質必要量**：一般的には体重あたり1.2g/kg/日で算出するとエネルギー比13-20%となります。1.5g/kg/日は治りにくい褥瘡や慢性的な炎症等があり、腎機能に問題ない時に用います。

施設等で現在の平均食事摂取量からエネルギー摂取量やたんぱく質摂取量を算出し、さらに体重あたりで算出されたエネルギー摂取量、たんぱく質摂取量の近似値となり、現体重を維持するための目標エネルギー・たんぱく質量として用いることができます。

ii. 現在の体重を減少・増加させる

現体重の増減が必要な場合は、まず十分に体重の増減についてその必要度を多職種で検討することが最も重要です。特に身体障害者は筋肉の喪失があることも多く、一般的な標準 BMI から算出した体重では体脂肪の増加を招く可能性もあります。体重の増減の必要性

についてまずは十分に多職種で相談し、増減させる期間や定期的な体重測定や食事摂取量調査、摂食評価等の実施も併せてモニタリングを継続することが必要です。

目標体重の設定* $\text{目標体重} = \text{現体重kg} + (\text{標準体重kg} - \text{現体重kg}) \times 50\%$

エネルギー必要量 = $\text{目標体重kg} \times 25 - 35\text{kcal/kg/日}$

たんぱく質必要量 = $\text{現体重kg} \times 1.1 - 1.2\text{g/kg/日}$

*目標体重の設定は、一般的によく使われる式ですが、障害の程度によってはこれらの式での算出が適切でない場合もあります。一律に目標体重を設定するのではなく、アセスメントの結果を多職種で十分に検討して設定することが必要な場合も少なくありません。

***エネルギー必要量** エネルギー必要量は目標体重を用いて算出することで、体重の増減が期待できますが、少なくとも現体重の基礎代謝量は下回らないエネルギー必要量を設定します。特に、現体重と目標体重の乖離が大きい肥満の場合は、体重あたり 25kcal/kg/日を用いると基礎代謝量を下回る可能性が出てきます。現体重と目標体重の乖離が大きい成人では 30kcal/kg/日でまずは目標エネルギー必要量を算出し、1～3 か月の間の体重推移と食事摂取量で、微調整します。その調整のためには、体重あたりの必要量として初期設定したエネルギー必要量を、栄養ケア計画書に記載をしておくことが重要です。

***たんぱく質必要量** 現体重と目標体重の乖離が大きい場合は、たんぱく質の不足による低たんぱく血症のリスク並びに過剰による腎への負担等が考えられるため、たんぱく質必要量は現体重を用いて算出するとよいでしょう。その際にもエネルギー比として 10～20%の間に入るようにし、状況によっては尿素窒素（BUN）などの生化学検査結果も確認しながら微調整をしましょう。

<例> 過体重の場合 体重 120 kg 標準体重 70 kg

目標体重： $120 \text{ kg} + (70 - 120) \times 50\% = 120 \text{ kg} + (-50) \times 50\%$
 $= 120 \text{ kg} - 25 \text{ kg} = 95 \text{ kg}$

エネルギー必要量 $95 \text{ kg} \times 30\text{kcal} = 2850\text{kcal}$

たんぱく質必要量 $120 \text{ kg} \times 1\text{g} = 120\text{g}$ → エネルギー比 17%

(現体重から推測される摂取エネルギーは 3,600kcal で 750kcal の減となり、1 か月あたり 3 kg 程度の減量が予測されます。)

<小児>

i. 現在身長・体重ともに標準的である

エネルギー、たんぱく質必要量ともに年齢標準の値（表 3）から算出し、成長曲線等に身長・体重の推移を継続的にプロットしエネルギー・たんぱく質の摂取量が適正かどうかを評価します。

表 3) 小児期年齢別エネルギー・たんぱく質の目安量 (kg/日)

	乳児 (12 か月まで)		1-3 歳	4-6 歳	7-9 歳	10-12 歳	13-15 歳	16-18 歳
	~4 kg	4 kg~						
エネルギー-kcal	120	100	80-90	70-80	60-70	50-60	40-50	40
たんぱく質 g	1-2	1-2	1.5-2	1.5-2	1.5-2	1.5	1.5	1.5

(日本人の食事摂取基準 2020 年版を用いて作成)

ii. 体重増加が停滞している

体重の停滞理由をまず確認してから、目標摂取エネルギー量等を算定することが重要です。「医療的な処置や検査で食止めの回数が多かった」「下痢や嘔吐が多かった」といった食事摂取量の不足が理由でない場合は、(i)の算出方法でよい場合もあります。理由が明確でなく、食事摂取量についても明らかでない場合は、成人と同様に目標体重を設定して算出することもあります。まずは 1 日 50~100kcal もしくは「+0%ずつ」、「+0 kcal/kg」と目安量を設定して、エネルギー摂取量を増加させて体重等の変化を観察し、その状況に応じて補給量の微調整をしていくことが現実的でありかつ重要な方法です。

障害児にかかわらず、子供の特徴として活動量に個人差が大きいため、活動で消費するエネルギーが高いと、年齢や体重といった指標だけで適切なエネルギー必要量の設定が困難となることあります。また、食品に対する強いこだわりがあると、その食事の内容によっては、エネルギー代謝にかかわるビタミンの不足などから、体重に影響を与える可能性もあります。体重停滞の原因が明らかであれば、その原因を取り除くことが優先されます。そのうえで、上記のようにエネルギー摂取量を増加させ、体重の推移をみて、その後のエネルギー量の付加を調整します。体重停滞の期間にもよりますが、停滞の改善のためには、3~4 か月かけてゆっくりと戻していくことが重要です。

iii. 過体重である

過体重の程度にもよりますが、無理な減量は栄養障害のリスクとなります。学童期までは、体重増加を抑制しながら身長を増加を待つことが基本となります。年齢身長相当の標準体重の算出の仕方は以下の通りです。厚生労働省の乳幼児身体発育調査報告書(0 歳~6 歳)と文部科学省の学校保健統計報告書(6 歳~17 歳)を参考に作成した月齢・年齢別標準身長・体重を用います(資料④)。標準体重に必要な摂取量と現在の摂取量を比較して、100-200kcal/kg、もしくは「-0%ずつ」、「-0kcal/kg」と目安量を設定して、糖質や脂質等の摂取過剰となる要因の食品を減らしてみます。食事内容の是正をしながら、

可能であれば運動量や活動量の増加も試みる必要があります。過体重となる要因が何かを明確にすることが、エネルギー調整を厳しくすることよりも重要です。

〈年齢身長相当の標準体重算出方法〉

- ① 対象児の性別、年齢（月齢）と身長cm・体重kgを調べておきます。
- ② 月齢・年齢別標準身長・体重表から対象児の年齢（月齢）での標準BMIを算出します。
- ③ 対象児の身長と標準BMIを使って身長に見合った標準体重を算出します。
- ④ 対象児の標準体重と現体重から目標体重を算出し、表3）を用いて必要量を算出します。

〈例〉

- ① 5歳3か月女児 身長 108.6 cm 体重 28.3 kg BMI24.0 kg/m²
- ② 5歳3か月女児 標準身長 107.8 cm 体重 18 kg →標準BMI15.5 kg/m²
- ③ 5歳3か月女児 1.086 (m) ×1.086 (m) ×15.5=18.3 kg (身長・年齢・性を加味した標準的体重) →18.3 kgが身長を加味した標準的体重
- ④ 70-80kcal/kg/日×18.3 kg÷1,300-1,500kcal

現在の28.3 kgはエネルギーとして2,000-2,300kcal (28.3 kg×70~80) 摂取していることが推定されますので、摂取エネルギーを200-300kcal/日減らし1,700-2,000kcal程度になるように調整します。28.3 kgは8歳10か月の標準体重に相当し、8歳になると体重あたりのエネルギー量が5歳よりも低くなりますので、28.3 kgの8歳児は1,600~2,000kcalが標準的な摂取量となります。身長の伸びを考慮に入れたエネルギー設定をすると、5歳3か月にしてはエネルギー摂取過剰であっても、約3年たつと同じ摂取量であっても身長が伸びてゆけば、体重は標準化していくことになります。

小児期は、標準体重でエネルギー目標量を設定することは、結果として厳しい食事制限となり、継続できないことにつながります。現在より100kcal減らすということだけでも、現状維持よりは少し早く標準体重になることとなります。上記のような3年もかかる体重の標準化には管理栄養士をはじめとした多職種でのかかわりが欠かせません。

iv. 低身長が特徴となる疾患の場合

染色体異常であるターナー症候群やプラダー・ウィリー症候群、ダウン症、のほか脳性麻痺などは身長が伸びにくい疾患では、身長を基準にエネルギーを算出する方法がありません。

表 4) 疾患別身長を用いたエネルギー必要量の算出

疾患・状態	エネルギー必要量 (kcal/身長cm)
脳性まひ：歩行可能 (5～12 歳)	13.9kcal/cm
：歩行不可 (5～12 歳)	11.1kcal/cm
：ほとんど動けない	10kcal/cm
：若干の身体稼働が可能	15kcal/cm
ダウン症：男児 5～11 歳	16.1kcal/cm
：女児 5～11 歳	14.3kcal/cm
髄膜脊髄瘤 (二分脊椎)	8 歳以上 9～11 kcal もしくは年齢別推奨量の 50%、7kcal/cm 以下で体重減少の可能性大
プラダーウィリー症候群	体重維持：10～11kcal/cm、体重減少：8～9kcal/cm

出典) Children with special health care and nutrition needs 2nd Edition, Academy of Nutrition and Dietetics Chicago, p75-77 2021

④ 食事の留意事項 (療養食の指示、食形態、嗜好、禁忌、アレルギー等) の有無

ミールラウンド等によって実際に食事を摂取している状況を把握することでわかること、また食事摂取量や形態以外に食事提供上留意していることを中心に以下のような事項について記載します。

- 療養食の指示があれば、制限が必要な栄養素と療養食の種類を記録
- 禁忌食品の有無、薬剤並びにアレルギー等による摂取不可の食品や栄養素の記録
- 齲歯や義歯、歯並びかみ合わせ等歯の問題、口蓋裂、口唇裂等口腔内の問題の記録
- 食事摂取の自立度 自助具や姿勢補助具等の使用状況

⑤ その他 (食習慣 生活習慣 食行動)

- 決まった食事介助者でないと食事できない
- 壁に向かって食事をする
- 食べる順番がある
- お気に入りの食具がある

等々食事にかかわる行動や習慣を記録する

2. 多職種による栄養ケアの課題 (その他、低栄養・過栄養関連問題)

多職種による多様な視点からミールラウンドの実施やフローなどでの簡易なカンファレンスが、栄養ケアの課題を発見するきっかけとなることも少なくありません。

ミールラウンドや多職種で実施するカンファレンスによって、ステップ 3 の①～⑦の食事摂取状況にかかわる課題や、口腔や嚥下の課題、消化器症状や排便の状況、浮腫や易感染状況や頻回な発熱、生活機能の程度等の栄養状態に関連すると考えられる課題について、多職種により検討します。

なお、経口維持加算 (I) (II) の算定には、管理栄養士もしくは多職種によるミールラウン

ドの際に資料②の摂食嚥下のリスクと関連する問題及びその対応例については経口維持の計画を作成の参考にします。

3. 特記事項

その他、疾患や食事、家族との関係性や経済的な問題等、気になることがあれば記載しておきます。

4. 課題（栄養診断）（Column5）

アセスメントの結果、栄養の問題を評価・判定し、その原因を明確にして記載します（栄養診断という）。これらの問題を解決するために、栄養ケア計画を作成します。資料⑤は、障害者等に把握される栄養の問題、その兆候や症状、そして栄養の問題を解決のための栄養ケアの取り組み方について記載しています。

ステップ5

栄養ケア計画（原案）の作成

栄養ケアの目的は、栄養ケア計画の作成と適切な実施によって特定された栄養の問題（栄養診断）について解決・改善することにあります。

管理栄養士は、栄養アセスメントによる評価・判定（栄養診断）に基づいて、栄養補給（補給方法、エネルギー・たんぱく質・水分の補給量、療養食の適用など、食事の提供に関する事項等）、栄養食事相談、課題解決のための関連職種との分担等について、関連職種と共同して、まず栄養ケア計画の原案を作成します。

障害者等においては、障害種が多岐にわたることや、小児期と成人期では栄養の評価指標が異なること、既往として存在する障害が原因となった疾患等が混在しており、評価・判定された栄養の問題（栄養診断）が同じであっても栄養介入の方法は画一化できないという特性があります。

そのため、栄養ケア原案の作成後に、多職種とのカンファレンスによって、だれが、いつ、どのようなことを実施することで、現在の栄養状態が改善・向上できるのかに対して具体的に示し、その評価となる指標を共有化することが重要です。ゴールは経過観察の基本となる数字等で表現できる評価指標として示します。

表5) 栄養ケア計画の作成にあたっての留意事項

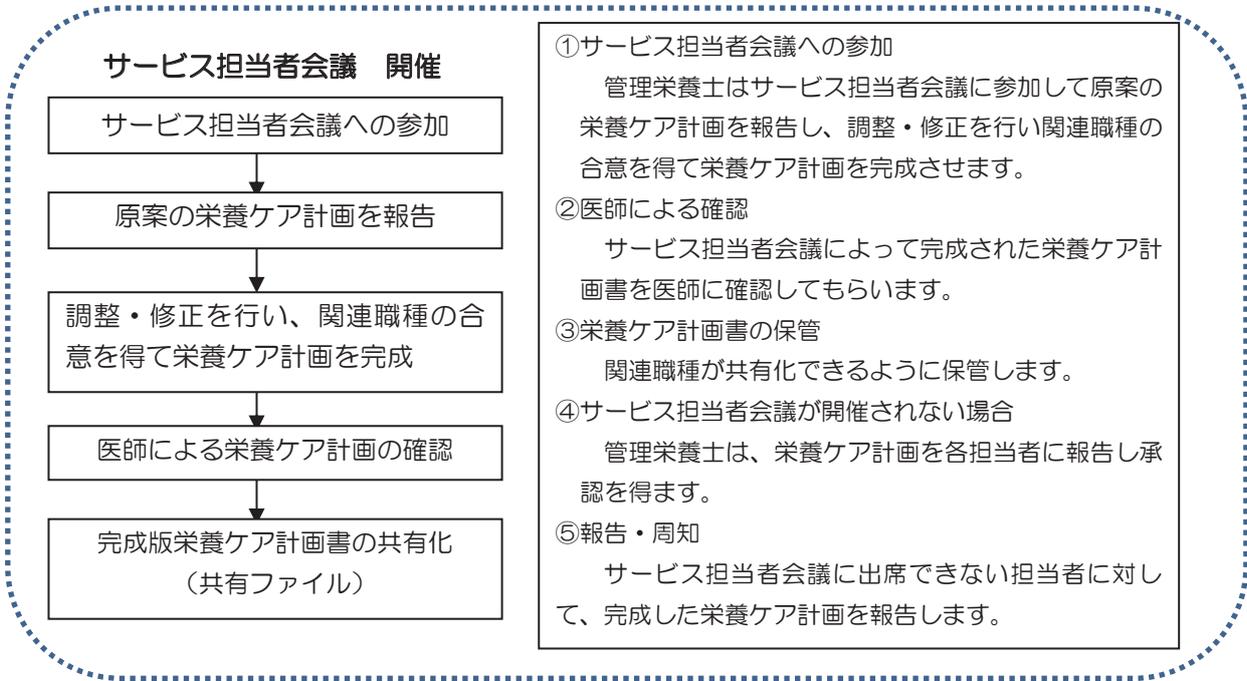
利用者または家族の意向	栄養アセスメント書における利用者または家族からの身体状況、栄養状態、食事・栄養補給に関する意向を転記します。
解決すべき課題（ニーズ）	栄養アセスメントにおける総合的評価・判定で記入された、解決すべき課題（ニーズ）、栄養診断等を優先順位が高い順に記入します。
長期目標（ゴール）と期間	栄養状態にかかわる目標並びにQOLに関連した主観的健康感（例えば、食べることを楽しむことができる、食べ物の選択肢が増える等）を目標として設定します。期間はこのケア計画終了予定の期間をあげます。
短期目標と期間	<p>ゴール（長期目標）に向け下記の項目について、実際に実施する具体的なケアについて記載します。</p> <p>① 栄養補給・食事：食事の種類や形態、具体的な栄養補給量等について記載します。 指標：エネルギーやその他の栄養素の摂取量や食事摂取量等</p> <p>② 栄養相談：誰に実施するのか、どのような栄養情報に対して理解もしくは知識を持ってほしいのか、また、適切な食習慣獲得のための食行動や食環境整備に対し、誰がどのような理解をすることが必要なのか等について記載します。 指標：体重、BMI の変化、食環境や食行動の変化、生活時間や生活行動の変化、食事摂取量の変化、特定の食品の摂取量の変化等。</p> <p>③ 多職種による栄養ケア：栄養状態を改善するために協働して活動することが必要な職種とその目的を明確にします。また活動回数等についても記載しておきます。 指標：活動回数や活動内容、体重や食事量、形態等の変化等。</p> <p><目標設定の留意事項></p> <ul style="list-style-type: none"> * できるだけ具体的に、客観的・定量的に評価できるような指標設定にすること * 実現可能であること * 最優先項目を設定すること 栄養的課題が複数ある場合は、それが生命やQOLに及ぼす影響が大きい、もしくは利用者が生活する上で最も困ることであり、かつ実現可能な順から記載すること * いつまでに目標を達成する予定であるのか、その期間も設定すること。その期間で目標が達成できなかった場合はその阻害因子の検討をすること

<p>栄養ケア提供経過 記録</p>	<p>短期目標を達成するために行った栄養ケアについて記載します。 例) 2021年11月22日 看護師、言語聴覚士と3人で昼食時の食事状況観察。クリームシチューのようなとろみのついた食事の方が呑み込みがスムーズである。 例) 体重計測実施。先月より体重増加顕著で+1.5 kg (3%) の増加となる。医師と相談し主食量を 150g から 120g へ減少させる。</p>
------------------------	--

ステップ6 サービス担当者会議の参加・栄養ケア計画の完成

管理栄養士は、サービス担当者会議に出席し、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ます。栄養ケア計画書の内容は、個別支援計画にも適切に反映させます(★)。

★) 通所サービスにおいては、管理栄養士は、作成した栄養ケア計画原案については、関連職種と調整を図り、サービス担当者会議に事業所を通じて報告してください。以降は上記と同様です。なお、管理栄養士は利用者の主治医からの指導がある場合には、このもとで取組みます。



ステップ7

入所者または家族への説明

管理栄養士や生活支援員等は、サービスの提供に際して、施設サービス計画に併せて現在の栄養課題とその解決によって得られる効果、そして課題解決に向けて実施する具体的な栄養ケア計画について、利用者または家族にわかりやすく説明し、計画に基づいた栄養ケアの実施について同意を得ます。その際、利用者・家族等からの質問等については理解ができるように回答し、利用者・家族が不安等なく栄養ケアを受け入れられるように説明をすることが重要です。その際に家族からの意見によって、必要に応じて栄養ケア計画の見直しを実施し、利用者・家族の栄養ケア実施の同意を得られたら、栄養ケア計画の写しを提供します。

栄養スクリーニングのリスクが低い者についても、栄養ケア計画には、食事や栄養補給計画を記載していますので、同様に入所者または家族へ説明し同意を得ます。

栄養ケア計画について、利用者または家族の同意を得ていない場合、栄養マネジメント加算の減算対象となるため注意が必要です。またサービス利用開始日までに栄養ケア計画について説明を実施し、同意を得ておく必要があります。(利用者の入所日から栄養マネジメント加算を算定する場合は、入所日当日までにステップ1～ステップ7までを実施します。

ステップ8

栄養ケアの実施

管理栄養士や関連職種は、医師の指示等に基づいて栄養ケア計画によるサービスを提供します。

【代表的な栄養ケア領域】

① 食品や栄養素の供給

食品や栄養素へのアプローチに関し、個々の状況を調整することで栄養状態を改善・向上させます。

＜食事の形状調整やエネルギー、栄養素の調整＞

- * 食事と間食の形状調整
- * エネルギーや各栄養素の強化や減量等の調整
- * 経腸栄養剤の調整（成分、濃度、投与量、補給計画、補給ルート調整、チューブや挿入部の管理等）
- * 静脈栄養の調整（成分、濃度、投与量、補給計画、補給ルート調整、挿入部の管理等）
- * 栄養補助食品（エネルギーやたんぱく質等の強化のために使用する流動食、生物活性物質）
- * 摂取支援（食具の調整、姿勢、食事の準備、口腔ケア、献立選択等）

<偏食>

極端な偏食がある場合は、過不足が予測される栄養素は補助食品等を使って調整します。偏食を矯正するだけでなく、まずは偏食の矯正が可能かどうかを評価・判断し、可能と判断した場合であっても、まずは栄養素の過不足の調整を行い、矯正は計画的にゆっくり実施します。

<その他>

単一の濃厚流動食の継続的補給は、栄養素の過不足を招く要因ともなることがあるので、食事をブレンダーにかけて液状にしたブレンダー食の注入等も検討します。また、何種類かの濃厚流動食をローテーション投与することも下痢等の観察は必要ですが、栄養素のバランス不良を防止できる方法の1つです。また、食材購入についての支援が必要な場合は、購入食材に対する相談や社会的資源の導入など検討する必要があります。

② 栄養相談

栄養相談は、障害者等本人の意思決定支援と、本人の意思による行動変容を目指します。本人の意思が反映された食事・食品の選択、食事準備、運動等の日常行動を尊重しつつ、可能な限り健康上のリスクが少ない生活を送ることができるように創意工夫します。

本人による意思の決定や「できる」行動の選択が困難な場合もあり、家族等に対する栄養相談を行う場合が少なくありません。栄養相談は、相談者である管理栄養士と本人・家族等との間に十分な信頼関係が築かれていることが前提になります。管理栄養士は、本人・家族等が日常生活において、「できること」の目標を一緒に考え決めていきます。この場合、栄養情報を一方的に提供し食事制限等をするのではなく、本人・家族等の個別の意思や理解度にあわせて、「できること」を探し、双方向の栄養相談を行うことが基本です。障害者等への栄養相談は、時間をかけて少しずつ繰り返すことが求められます。しかし、「できること」の積み重ねによって、食行動が少しずつ変容していくことが少なくありません。

栄養相談に関しては、具体的に「誰が」「誰に」「いつ」「どこで」「何を」「どうしたか」、その結果、本人の意思や行動はどう変わったか、栄養相談中の会話の内容やその時の表情、感情、態度等を記録しておきます。

③ 栄養ケアに関する多職種間の調整

栄養ケアにかかわる他職種への協力依頼や調整のほか、必要に応じて公的機関、団体への相談、照会、調整を行います。

障害児者の栄養状態維持・改善には、様々な要素が絡んでおり、生活支援員、看護師等日々の生活にかかわるスタッフや摂食・嚥下機能や身体的機能の維持や向上に対応するリハビリスタッフ、症状兆候の調整のための服薬にかかわる医師や薬剤師等に加え、日々の食事を準備提供する調理員や栄養士等、その要因によってかかわる職員は多岐にわたります。

す。いつ誰に協力を求めるかというコーディネートは管理栄養士の重要な役割です。

また、障害の発現が乳児期の場合は、摂食機能を獲得していない場合も少なくなく、また疾患特性としてよく見られる感覚過敏による摂食不良等は、障害児の生涯にわたる栄養状態に大きな影響を与えます。多職種による食事の観察（ミールラウンド）によって把握された食行動に対する問題は、食事摂取量に関わる食行動が定着する前に、嚥下や摂食のトレーニングなどの口腔リハビリテーションや、嚥下機能に合わせた食形態の調整、感覚過敏に対する脱感作等、栄養状態の維持・向上に向けて「必要なことを必要な時に実施できる」体制作りが重要です。

また一般的な高齢者よりも若い年齢から摂食嚥下機能の低下がみられることもあり、早期の多職種協働による摂食嚥下機能維持は障害者の経口維持には欠かせません。

ステップ9

実施上の問題点の把握・モニタリング

実施している栄養ケアが、実際に対象者個々の栄養状態の改善・向上に寄与できているかどうかをクリティカルシンキングによって検証していきます。当初の目標通りの結果が得られなかった場合には、早期に把握し、栄養ケア計画の見直しを行います。

モニタリングは栄養アセスメントと一体化した帳票(様式例)のため、栄養ケアの個別の目標に対してモニタリング項目をあらかじめ決めておき、定期的に又は必要に応じて個々のモニタリング項目を計測、検査や観察から記録しておきます。

管理栄養士かたは関連職種は、栄養ケア計画の変更が必要となる状況を適宜把握します。栄養ケア計画の変更が必要となる状況が確認された場合には、対応する関連職種へ報告するとともに計画の変更を行います。

栄養リスクの程度に関わらず、定期的な計測による体重(毎月)、食事摂取量(毎日)はモニタリングの一環として必ず記録を行います。栄養リスクが「低」の場合は体重と食事摂取量の記録によっては、早期に再栄養スクリーニングが必要になる場合もあります。

栄養リスク「中」の場合は、体重、食事摂取量に加えて、解決すべき栄養課題についてできるだけ定量的な指標について1~2か月ごとに観察し記録しておきます。経腸栄養剤や静脈栄養補給が変更されると、嘔吐や下痢・便秘、浮腫などの変化が起きやすくなります。栄養リスク「中」「低」であっても、栄養補給量の変更後1週間は、消化器症状等も含めてモニタリングすることが必要であり、その状況を記録しておくことによって栄養状態の変化の要因を早期に発見する一つのポイントともなります。

記録例①

○/△ 本日昼より経管栄養剤をAからBへ変更となった。投与量は400ml×3で変更なし。

○/□ 経管栄養Bに変更して便が緩くなったと報告あり。便回数は増えていないのでそのまま経過観察とする。

○/◇ 38.2℃の発熱が本日見られたがすぐに解熱し、経管栄養剤も400ml×3回消化器症状の出現なく投与できている。便性は柔らかいものの下痢ではない

栄養リスク「高」の場合や栄養補給法の移行の必要性のある場合には、モニタリングは2週間毎を基本に行います。

体重変化率、食事摂取量などに大きな変化がない場合でも、褥瘡や下痢・嘔吐などの消化器症状が継続する場合は、看護師との情報連携を密に行い、消化器症状の改善に向けた栄養介入について、医師や薬剤師等と相談することが必要となります。栄養ケアによって、栄養状態は日々変化します。モニタリングの項目は常に一定である必要はなく、症状や兆候が変化した場合は、栄養状態維持・向上を最終目標と考え、モニタリングの項目や頻度については逐次調整することが求められます。

ステップ10 再栄養スクリーニング

管理栄養士は、看護師・生活支援員と連携して、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か月毎に実施します。なお、体重、食事摂取状況等のモニタリングにより定期的に栄養状態のリスクを把握することによって再栄養スクリーニングが行われます。

ステップ11 栄養ケア計画の見直し・継続

短期計画の期間が来たら、栄養ケア計画の達成の如何について評価を行います。評価は、その目標に即した具体的評価項目を達成できているか否かを判断します。

- ・ 目標が達成できており、そのほかに解決すべき栄養問題がない場合は、栄養ケアを終了し、3か月ごとの栄養スクリーニングを行い、栄養問題の早期発見に努めます。
- ・ 目標達成ができなかった場合は、達成できなかった要因を検討し、栄養ケア計画の見直しを行います。また、問題や課題の抽出のため、再度栄養アセスメントを実施します。栄養ケア実施方法を再検討や栄養ケア計画の再作成を行い、サービス管理責任者及び看護師・生活支援員に、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います。変更した栄養ケア計画については、利用者・家族に説明し同意を得ます。
- ・ ほぼ目標達成ができたものの、まだ解決しなければならない問題がある場合は栄養ケア計画を継続します。栄養ケア計画が継続される場合でも、6ヶ月、少なくとも1年に1回は、栄養ケアにかかわる関係者に確認を行い、利用者もしくはその家族等に説明し同意を得ます。

退所時の説明等

退所時には、総合的な評価を行い、その結果を本人・家族にわかりやすく説明し、必要に応じて退所後の生活を見据えた栄養相談を行うことも必要です。この場合、相談支援専門員や看護師や関係職種と連携して行います。また、退所先のサービス提供者には、入所

時の栄養ケア・マネジメントに関する情報を提供し、買い物支援や配食サービスの検討、調理方法や栄養剤等の入手方法等についても一緒に相談するなど、関係各所との連絡・情報共有を行い、現在の栄養状態が維持できるような支援を行います。

ステップ12

サービス評価と継続的な品質改善活動

最終のステップであるサービス評価と継続的な品質改善活動は、6か月毎あるいは1年毎に、栄養ケア・マネジメントを提供した全利用者の栄養スクリーニング、アセスメント・モニタリング及び栄養ケア計画のデータを集計した評価の結果をもとに、把握された問題についての改善活動の計画を作成して、その問題解決に向けて組織的に継続的な品質改善活動に取り組む過程です。

この場合の「問題」とは、現実と目標とのギャップ（差）、あるいは、「現実の状況」と「求められる状態」との差であり、管理栄養士や関連職種の協働、あるいは組織体制を見直すことによって解決できることが前提です。解決できないことは、「問題」にはなりませんし、このギャップが認識されなければ、「問題」にはなりません。

このようなサービス評価は、ある時点をもとに、6か月間あるいは1年間の栄養ケア・マネジメントによって、どのくらい改善、維持されたか、あるいは悪化したかを客観的に数量的に表すことになります。

そこで、サービス評価は、個別の利用者に対する栄養スクリーニング、栄養アセスメント・モニタリング、栄養ケア計画作成・実施という個別のPDCAサイクルを適切に回し、信頼できるデータが収集できていることが前提です。この前提となる個別データの信頼性がないと、評価結果は歪んだものになります。

栄養ケア・マネジメントを提供した入所者を性別、年齢階層別、障害支援区分別、障害種別、あるいは摂食嚥下障害の有無別などに層別化（軽度者と重度者の2区分など）して次の割合を集計してみます。

栄養障害の中高リスク者のうち6か月後あるいは1年後に改善・維持した者の割合、あるいは悪化した者の割合は？

摂食嚥下障害のある者のうち、食事量や嚥下調整食分類のコードが改善・維持した者、あるいは、悪化した者の割合は？

また、これらの改善・維持者のADL、IADLの改善・維持や悪化の割合は？

評価期間内の誤嚥性肺炎による入院率は？ 在宅復帰率は？罹患率は？死亡率は？・・・というように評価していきましょう。エクセルの計算機能を用いて、あるいは十分に手計算で算出することができます。一方、本人・家族のサービスに対する満足感や不安・不満などを聞き取りすることは質的な評価として必要とされます。

一方、業務の経過（プロセス）の評価として、栄養ケア・マネジメントの業務が経口移行・維持加算等の関連加算も含めて個別の利用者ごとに手順が実施されたか、多職種との情報連携や連携した計画作成や実施ができたかなどをチェックして、実施状況の悪いところや、コンフリクト（意見の衝突や対立）が生じたところなどをチェックし、うまく行わ

れない手順の問題を把握し、継続的品質改善活動に繋げていきましょう。

評価結果は、図表を活用して見える化し、管理者や関連職種が認知し、協働して継続的品質改善活動に組織的に取り組めるようにしましょう。

【参考文献】

1. 日本健康・栄養システム学会監修：子供の食べる楽しみを支援する。建帛社。157頁。2018
2. 藤谷朝実、川畑明日香、大和田浩子他、栄養ケア・マネジメントの実装。杉山みち子編、日本ヘルスケアテクノ。208頁。2022。
3. 大和田浩子、中山健夫。知的・身体障害者のための栄養ケア・マネジメント マニュアル。建帛社 東京。92頁 2011。
4. Shirley Walberg Ekvall, Valli K. Ekvall. Pediatric Nutrition in Chronic Diseases and Developmental Disorders Prevention, Assessment, and Treatment. Oxford University Press. 2005
5. B.Koletzko. Pediatric nutrition in practice 2nd revised edition. Karger Germany. P210. 2015
6. Stephanie L, Isabel M, et al. Behavioral Pediatrics Feeding Assessment Scale in Young Children With Autism Spectrum Disorder: Psychometrics and Associations With Child and Parent Variables. J Pediatr Psychol Jul;40(6):581-90 2015
7. Ann M Davis, Kimberly Canter, et al. Measurement of mealtime behaviors in rural overweight children: an exploratory factor analysis of behavioral pediatrics feeding assessment scale. J Pediatr Psychology 39(3):332-339. 2014

Ⅳ. 栄養ケア・マネジメントの事例（帳票（様式例）の記載例）

障害児・者にかかわる栄養ケア・マネジメントは、障害が多岐にわたる、児と者によって体格の評価などが異なる、また障害の所によって基礎代謝に差が出やすく算定式を用いた一律の消費エネルギー推定が難しい、家族や本人の意向等々、栄養ケアのポイントが絞りにくく、帳票にどのように記載してよいかと考えることも多いかもしれません。

記載事例として、成人・小児の障害に対する事例を提示して記載例を提示しました。栄養ケアの記載に「正解」はありません。対象者のQOLをどのように考えるのかによっても栄養介入の方法は異なり、またそのアウトカムも異なる可能性があります。まずは、栄養ケアの目標を定めること、そして目標に向かって実践しているケアを記録すること、できるだけ客観的な指標に基づいたモニタリングの記録を定期的実施することなど記録しておくことが重要です。

1. 障害者の事例

対象者:59 歳女性

1. 入所時の情報

【診断名】

<主病名>ウェルニッケ脳症

<障害>四肢麻痺 高次脳機能障害

<現病歴：既往歴>

妊娠悪阻に伴うビタミン B1 不足によりウェルニッケ脳症を発症。退院後より 10 年以上自宅で過ごしほほひきこもりの状態であった。その間に幻聴・被害妄想・不眠、多飲・過食となり精神科受診。特定疾病の認知症に診断にて投薬治療開始。

<入所の経緯>

退院後、四肢失調症状認めヘルパー導入、生活介護事業利用。10 年前に主たる介護者である父親が亡くなった後はヘルパー導入、ショートステイを利用し生活されていた。1 年前より身体機能・発動性の低下が著しく、歩行での移動がほぼ困難となり、自宅での介護が難しくなり当施設入所となる。

<精神機能>

記憶障害、発動性低下、脱抑制、注意障害などの高次脳機能障害あり、全般的知的機能も低下。動作指示の理解は良好。失見当識は顕著で作話もみられる。被害的な発言も多い。

<身体機能>

四肢に固縮と失調あり。右膝と左股関節の屈曲拘縮、左肩屈曲制限、脊柱側弯、頸椎伸展制限あり。座位不安定、立位は重心が右に偏位し、両足は外反位、一側上肢指示要。歩行困難。

【服薬・投薬】

モビコール 1包×朝
酸化マグネシウム錠 330 mg×夕
レキサルティー錠 2 mg×夕
アーテン錠 2 mg×夕
ゾピクロン錠 7.5 mg×眠前
チアプリド錠 25 mg×眠前
バルプロ酸ナトリウム錠 100 mg×眠前

【検査結果】

〈入所前血液検査〉

TP : 6.9g/dl Alb : 4.0g/dl
AST : 15 ALT : 8 γ -GTP : 9 T-cho : 214 TG : 145 HDL : 66 LDL :
143
BUN : 13.0 CRE : 0.64 e-GFR : 73.2 UA : 3.5
Na : 140 K : 4.0 Cl : 102
BS : 98 HbA1c : 5.4 Hb : 13.0 Ht : 42.0

【体格】

身長 : 148 cm 体重 : 56.2 kg BMI : 26.0

〈体重歴〉

10年前 73 kg (BMI 33.2)。その後1年半で-20 kgの減少あり。
入所前の通所先の情報より、ここ数年は 53~55 kg台で推移している。
入所 1 か月前 54.3 kg

【ADL】

食事がセッティングで可能な以外はすべてに何らかの介助。
排泄動作介助。尿便意あるが尿便失禁あり。

【フィジカルアセスメント】

〈排泄〉6~7回。通所先では職員の定時誘導。夜間はオムツ対応。

〈褥瘡〉なし

〈口腔〉左奥歯欠損あり。義歯の使用無し。歯肉発赤・出血・腫れがあり歯石も多い。

〈食事摂取状況〉

自力摂取可能だが、頸部左傾き、顔は下向き、左肩屈曲制限により口腔に取り込むまでに食べこぼしが多い。咀嚼回数は少なく、送り込みながらほぼ舌での押しつぶしのみ。

〈アレルギー〉 鯖

〈活動〉

洗面・更衣・入浴など ADL 面では介助を要するが、書字能力もあり簡単な計算などは可能。

構音障害により聞き取り難さあるがコミュニケーションも可能。

〈心理面〉

幻聴、妄想あり。食事が待てない、激しく入浴を嫌がる動的行動が見られる。

【生活・家族関係】

〈家族構成〉 本人・兄・義理姉

〈食事摂取状況〉

自宅では自力摂取。家族と同じ食事でやわらかくしたもの。食べこぼしが多い。

好き嫌いは無し。間食は通所後に果物、チョコレートなどを摂取。

通所先では常菜刻みにとろみをかけたものを介助で摂取していた。

水分はストローで摂取。

家族からは体重増加しないよう、健康に気を付けて過ごして欲しいとの要望あり。

2. 入所 2 週間の観察記録

〈体温〉36.0～37.0℃ 〈血圧〉125～135/60～70mmg

〈排泄〉

定時誘導＋希望時(6～7 回/日) 排便は-3 日で浣腸施行。オムツに排便が見られる時もあり。

〈生活状況〉施設内は車椅子自走で移動。食事以外は部屋で過ごされることが多い。

〈食事内容〉

主食：軟飯 140g 副食：軟菜 1.5 cmカット(嚥下調整食 4) 水分：とろみなし

禁食：鯖

エネルギー：1400kcal(29kcal/IBW) たんぱく質：60g (ショートステイ時と同様で提供)

〈食事摂取量〉

主食：10 割 主菜：10 割 副菜：10 割

記録では全量摂取出来ているが、エプロンへの食べこぼしが多い。

〈摂食嚥下機能〉

意識：問題なし 発声：3 秒以内 水飲みテスト：咽せなし、呼吸良好

咀嚼不十分、嚥下反射遅延あり、機会誤嚥レベル。首下がりのため取り込みも努力性。

〈摂取状況〉

自力摂取するも、左への傾きあり。舌を大きく出して食物を取り込もうとするが、口・スプーンの両方から食物が落ちてしまい、食べこぼしが多い。咀嚼も少なくペーシングも早い。時折咽せることがある。生活支援員より、食事摂取環境の調整と食形態の検討の依頼あり。

3. 入所 1 か月の観察記録

<体重>56.0 kg BMI: 25.5 kg/m² 体重減少率 0.35%/M

<食事内容>

主食: 全粥 250g 副食: ソフト食(嚥下調整食 3) 水分: うすいとろみ

禁食: 鯖

エネルギー: 1400kcal(29kcal/IBW) たんぱく質: 60g

<食事摂取量>

主食: 10割 主菜: 10割 副菜: 10割

<摂取状況>

自力摂取継続。車椅子テーブルの使用、体幹保持クッションを使用することにより、左への傾きは軽減し、スプーン操作も以前よりは安定。舌を大きく出して食物を取り込もうとする様子は変わらないが大きめの介助食器に入れて提供することで、口から落ちても食器に入り、最後の一口・二口は支援員が介助することにより、エプロン、トレーへの食べこぼしはほぼ改善している。食形態はソフト食(嚥下調整食 3)、水分はうすいとろみに変更しているが、時折咽せこむ場面がみられる。ペーシングも依然として早く調整が必要。

<その他>

体重はほぼ変化がなく、BMI:25.5 で中リスクとなっている。食べこぼしが改善し、提供量と摂取量に大きな差はなくなっているため、提供栄養量の調整を実施。

4. 入所 3 か月の観察記録

<体重>53.1 kg BMI: 24.2 kg/m² 体重減少率 5.2%/3M

<食事内容>

主食: 全粥 170g 副食: ソフト食(嚥下調整食 3) 水分: うすいとろみ

禁食: 鯖

エネルギー: 1200kcal(25kcal/IBW) たんぱく質: 55g

<食事摂取量>

主食: 10割 主菜: 10割 副菜: 10割

<摂取状況>

一口量調整目的で、ヘッドが一回り小さいスプーンを試行するも、すくいづらくなってしまうため元のスプーンに戻し、代わりに食事席を支援員の目の届く場所に変更し、声掛けによって対応しているが、時折咽ることがある。

<その他>

ペーシング調整が充分ではなく、時折咽ることがあるため、発熱等の観察が必要と多職種間で共有する。提供栄養量を調整し体重は減少がみられているが、減少率が若干早いため、1か月に1回は体重の推移を観察し、計画の見直しを検討する。

栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング（施設）（様式例）

記入者氏名 (ふりがな) _____ 作成年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名	〇〇 〇〇 様	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	障害支援区分	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> その他 ()
生年月日	〇大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 〇年 〇月 〇日	併存症	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> その他()		
主障害	<input checked="" type="checkbox"/> 知的障害 <input checked="" type="checkbox"/> 身体障害 <input checked="" type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 難病	特記事項			
主障害の原因疾患	<input type="checkbox"/> ダウン症候群 <input type="checkbox"/> 脳性まひ <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 頸椎損傷 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (ウェルニッケ脳症)	家族構成とキーパーソン (支援者)	本人 一兄 義理姉		
身体状況、栄養・食事に 関する意向	体重増加を予防して健康に過ごしてほしい。				

(以下は、入所 (入院) 直後の状態に基いて作成。)

実施日 (記入者名)	△年△月△日 (△)	△年△月△+2W日 (△)	△年△月△+4W日 (△)	△年△+3月△日 (△)	
プロセス	(スクリーニング) ¹⁾	(アセスメント) ¹⁾	(アセスメント) ¹⁾	(アセスメント) ¹⁾	
栄養状態のリスクレベル	<input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	
栄養状態の リスク (状況)	身長	148 cm	148 cm	148 cm	
	体重	56.2 kg	56.0 kg	53.1 kg	
	肥満度 ²⁾	26 kg/m ²	25.5 kg/m ²	24.2 kg/m ²	
	体重変化率 (%)	1か月に 3.5 % <input checked="" type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減	1か月に % <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減	1か月に 0.35% <input type="checkbox"/> 増 <input checked="" type="checkbox"/> 減	3か月に 5.2% <input type="checkbox"/> 増 <input checked="" type="checkbox"/> 減
		<input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
	血清アルブミン値 (g/dl) ³⁾	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (4.0 g/dl)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (g/dl)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (g/dl)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (g/dl)
	褥瘡	<input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 経口栄養法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 経口栄養法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 経口栄養法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 経口栄養法
	その他	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
栄養補給の 状況	食事摂取量 (割合)	100% <input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	100% <input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	100% <input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	100% <input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
	主食の摂取量 (割合)	100% <input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	100% <input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	100% <input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	100% <input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
	主菜の摂取量 (割合)	100% <input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	100% <input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	100% <input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	100% <input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
	副菜の摂取量 (割合)	100% <input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	100% <input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	100% <input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	100% <input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
	その他 (補助食品など)	% <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	% <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	% <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	% <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
	必要栄養量: エネルギー・たんぱく質	1400 kcal 60g	1400 kcal 60g	1400 kcal 60g	1200 kcal 55g
	嚥下調整食の必要性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有
	食事の形態 (コード) ⁴⁾	(コード:)	(コード: 嚥下調整食4)	(コード: 嚥下調整食3)	(コード: 嚥下調整食3)
	食事の留意事項の有無 (療養食の指示、食事形態嗜好、薬剤影響食品、アレルギーなど)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 アレルギー: 鯖(代替の魚に変更)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 アレルギー: 鯖(代替の魚に変更)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 アレルギー: 鯖(代替の魚に変更)
	その他 (食習慣、生活習慣、食行動などの留意事項など)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有
多職種による 栄養ケアの 評価	その他 低栄養・過栄養関連問題 ⁵⁾	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 閉口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・経口栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他	<input checked="" type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input checked="" type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 閉口・閉口障害 <input checked="" type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・経口栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input checked="" type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input checked="" type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 閉口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・経口栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input checked="" type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input checked="" type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 閉口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・経口栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input checked="" type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他
		特記事項	食べこぼし、ベレーンク調整のための為の食事環境調整、咀嚼・嚥下機能に配慮した食形態の検討が必要	ベレーンク調整のための為の食事環境調整が必要。BMIがリスクであり提供栄養量の調整が必要。1400kcal→1200kcalに変更。	時折嘔吐ことがあるため発熱などの観察を多職種で共有が必要。体重の減少率が若干早い。体重の推移を注意して観察する。
評価	① 身体計測等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (肥満 BMI: 26.0)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (肥満 BMI: 25.5)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (BMI: 24.2)
	② 食生活状況等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (食形態変更が必要)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (時折嘔込みあり)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (時折嘔込みあり)
	③ 食行動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (食べこぼし、ベレーンク不良)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (ベレーンク不良)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (ベレーンクやや不良)
	④ 身体症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (咀嚼不良、食事摂取量不良)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (車椅子座位姿勢調整中)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (車椅子座位姿勢調整中)
	⑤ その他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (抗精神薬服用中)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (抗精神薬服用中)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (抗精神薬服用中)
総合評価	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持	<input type="checkbox"/> 改善 <input checked="" type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持	
計画変更	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	

栄養ケア計画書（様式例）

別紙2

氏名	〇〇 〇〇 殿	入所日	△ 年 △ 月 △ 日
作成者	管理栄養士 □□ □□	初回作成日	△ 年 △ 月 △ ⁺ _{2W} 日
利用者 または 家族の意向	体重増加を防ぎ、健康に気を付けて生活してほしい。	作成（変更）日	年 月 日
		説明と同意日	年 月 日
解決すべき課題 （ニーズ）	栄養状態のリスク（ □低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 □高） 自力摂取しているが食べこぼしが多い。 咀嚼不良、ペーシング不良。時折咽せがみられる。 BMI：26.0と肥満あり、体重減量が必要。	サイン	
長期目標と期間	食べこぼしを減らし、安全に自力摂取を継続する。 摂取栄養量を調整し体重をBMI25以下に減らす(6か月)	続柄	

短期目標と期間	栄養ケアの具体的内容	担当者	頻度	期間
① 栄養補給・食事 適正体重に減量するため必要栄養量を検討する。	①提供栄養量の調整 エネルギー：1400kcal(29kcal/1BW) たんぱく質:60g ②食事摂取量の把握(食べこぼしについても確認する) ③体重の推移の観察	医師 管理栄養士 生活支援員 看護師	毎食 1回/月	1～3か月
③ 多職種による栄養ケア等 誤嚥を予防し安全に食事摂取する	①摂食嚥下機能に配慮した食形態の検討 嚥下調整食4(軟菜一口)→嚥下調整食3(ソフト食)に変更 水分：うすいとろみに変更 ②嚥下状態の観察、食形態の検討	医師 管理栄養士 生活支援員 看護師	毎食	1～3か月
③ 多職種による栄養ケア等 摂取しやすい食事環境を検討する	①食事時の環境調整の実施 車椅子調整 テーブル・食器・食具の検討 摂食動作の確認	医師 管理栄養士 生活支援員 看護師 理学療法士	随時	1～3か月
特記事項	食事の食べこぼしが多いため、まずは自力摂取出来るよう環境調整を行い、食べこぼしが改善してから提供栄養量を検討する。			

栄養ケア提供経過記録

年	月	日	サービス提供項目
△	△	△+2W	軟飯も丸飲み傾向のため主食全粥に変更。
△	△	△+2W	理学療法士による車椅子調整実施。体幹保持クッションの利用による姿勢調整の実施。 食事でも可動式テーブルから車椅子テーブルの使用に変更。
△	△	△+2W	柄が曲げられる介護スプーンを試行。慣れていないこともあり受け入れ不良。
△	△	△+3W	高さがある大きめの器に全粥と主菜を入れて提供。口、スプーンから落ちて器に入り、エプロンへの食べこぼしは減少。最後の一口、二口は支援員による介助が必要。

栄養ケア計画書（様式例）

別紙2

氏名	〇〇 〇〇 殿	入所日	△ 年 △ 月 △ 日
作成者	管理栄養士 □□ □□	初回作成日	△ 年 △ 月 △ ⁺ _{2W} 日
利用者 または 家族の意向	体重増加を防ぎ、健康に気を付けて生活してほしい。	作成（変更）日	△ 年 △ ⁺ _{1M} 月 △ 日
		説明と同意日	年 月 日
解決すべき課題 （ニーズ）	栄養状態のリスク（ □低 <input checked="" type="checkbox"/> 中 □高） 咀嚼不良、ペーシング不良。時折咽せがみられる。 BMI：25.5と肥満あり、体重減量が必要。	サイン	
長期目標と期間	食べこぼしを減らし、安全に自力摂取を継続する。 摂取栄養量を調整し体重をBMI25以下に減らす(6か月)	続柄	

短期目標と期間	栄養ケアの具体的内容	担当者	頻度	期間
① 栄養補給・食事 ② 適正体重に減量 するため 必要栄養量を 検討する。	①提供栄養量の調整 エネルギー：1200kcal(25kcal/1BW) たんぱく質:55g ②食事摂取量の観察 ③体重の推移の観察	医師 管理栄養士 生活支援員 看護師	毎食 1回/月	1～3か月
③ 多職種による栄養 ケア等 誤嚥を予防し 安全に食事摂取 する	①摂食嚥下機能に配慮した食形態の調整 主食：全粥 パン禁 めん類禁 嚥下調整食3(ソフト食) 水分：うすいとろみ ②嚥下状態の観察 ③ペーシング調整方法の検討	医師 管理栄養士 生活支援員 看護師	毎食	1～3か月
③ 多職種による栄養 ケア等 摂取しやすい 食事環境を 維持する	①食事時の環境調整の継続 車椅子テーブル・体幹保持クッションの利用 摂食動作の確認	医師 管理栄養士 生活支援員 看護師 理学療法士	随時	1～3か月
特記事項				

栄養ケア提供経過記録

年	月	日	サービス提供項目
△	△	△+2W	軟飯も丸飲み傾向のため主食全粥に変更。
△	△	△+2W	理学療法士による車椅子調整実施。体幹保持クッションの利用による姿勢調整の実施。 食事も可動式テーブルから車椅子テーブルの使用に変更。
△	△	△+2W	柄が曲げられる介護スプーンを試行。慣れていないこともあり受け入れ不良。
△	△	△+3W	高さがある大きめの器に全粥と主菜を入れて提供。口、スプーンから落ちても器に入り、エプロンへの食べこぼしは減少。最後の一口、二口は支援員による介助が必要。
△	△+1	△	体重変動見られずBMI中リスク。提供栄養量を1400kcal→1200kcalに調整
△	△+1	△+1W	一口量調整の為、ヘッドの小さいスプーンを試行するが、すくい辛くなるため導入せず。支援員の目の届く場所に食事席を変更し、適宜声掛けする対応に変更。

経口移行・経口維持計画（様式例）

別紙3

氏名 〇〇 〇〇		経口摂取の状態	算定加算
性別 □男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日 〇年 〇月 〇日	<input checked="" type="checkbox"/> 歯又は使用中の義歯がある <input type="checkbox"/> 食事の介助が必要である	<input type="checkbox"/> 経口移行加算 <input checked="" type="checkbox"/> 経口維持加算（Ⅰ） <input type="checkbox"/> 経口維持加算（Ⅰ）及び（Ⅱ） 協力歯科医療機関名 ()
摂食・嚥下機能検査の実施* <input checked="" type="checkbox"/> 水飲みテスト <input checked="" type="checkbox"/> 頸部聴診法 <input type="checkbox"/> 嚥下内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 嚥下造影検査 <input type="checkbox"/> 咀嚼能力・機能の検査 <input type="checkbox"/> 認知機能に課題あり（検査不可のため食事の観察にて確認） <input type="checkbox"/> その他（)		検査実施日* △年△月△+2W日	検査結果や観察等を通して把握した課題の所在 <input checked="" type="checkbox"/> 認知機能 <input checked="" type="checkbox"/> 咀嚼・口腔機能 <input checked="" type="checkbox"/> 嚥下機能

※ 経口移行加算を算定する場合は、*の項目の記入は不要です。

1. 経口による継続的な食事の摂取のための支援の観点*

※ 当欄の項目に関しては、食事の観察及び会議を月1回実施の上、記入してください。

食事の観察を通して気づいた点 食事の観察の実施日： △年 △月 △+2W 日	
食事の観察の参加者： <input checked="" type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input checked="" type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input checked="" type="checkbox"/> サービス管理責任者 <input checked="" type="checkbox"/> 看護職員 <input checked="" type="checkbox"/> 生活支援員 <input checked="" type="checkbox"/> その他の職種	
① 上半身が左右や前後に傾く傾向があり、座位の保持が困難である	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
② 頸部が後屈しがちである	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
③ 食事を楽しみにしていない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
④ 食事をしながら、寝てしまう	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑤ 食べ始められない、食べ始めても頻りに食事を中断してしまう、食事に集中できない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑥ 食事又はその介助を拒否する	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑦ 食事に時間がかかり、疲労する	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑧ 次から次へと食べ物を口に運ぶ	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑨ 口腔内が乾燥している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑩ 口腔内の衛生状態が悪い	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑪ 噛むことが困難である（歯・義歯の状態又は咀嚼能力等に問題がある）	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑫ 固いものを避け、軟らかいものばかり食べる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑬ 上下の奥歯や義歯が咬み合っていない	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑭ 口から食物や唾液がこぼれる	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑮ 口腔内に食物残渣が目立つ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑯ 食物をなかなか飲み込まず、嚥下に時間がかかる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑰ 一口あたり何度も嚥下する	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑱ 頻りにむせたり、せきこんだりする	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑲ 食事中や食後に濁った声に変わる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑳ 食事の後半は疲れてしまい、特に良くむせたり、呼吸音が濁ったりする	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
㉑ 観察時から直近1ヶ月程度以内で、食後又は食事中に嘔吐したことがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
㉒ 食事の摂取量に問題がある（拒食、過食、偏食など）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

多職種会議における議論の概要

会議実施日： △年 △月 △+2W 日

会議参加者： 医師 歯科医師 管理栄養士 栄養士 サービス管理責任者 看護職員 生活支援員 その他の職種

経口による継続的な食事の摂取のための支援の観点	① 食事の形態・とろみ、補助食の活用	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input checked="" type="checkbox"/> 変更	
	② 食事の周囲環境	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input checked="" type="checkbox"/> 変更	
	③ 食事の介助の方法	<input type="checkbox"/> 現状維持 <input checked="" type="checkbox"/> 変更	
	④ 口腔のケアの方法	<input checked="" type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 変更	
	⑤ 医療又は歯科医療受療の必要性	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
算定加算	担当職種	担当者氏名	気づいた点、アドバイス等
経口維持加算（Ⅰ）	看護師	〇〇 △△	虫歯、歯石、歯肉の腫れなどがあるため歯科受診予定
	管理栄養士	□□ □□	咀嚼回数少なくほぼ舌での押しつぶしのみであり食形態変更が必要。
	生活支援員	□□ 〇〇	エプロンへの食べこぼしが多く、環境調整が必要。
	理学療法士	●● △△	座位姿勢が食事摂取にも影響しており、調整が必要。
経口維持加算（Ⅱ）			
食事形態の種類・とろみの程度 ※日本摂食・嚥下リハビリテーション学会 嚥下調整食分類2013やその他嚥下調整食分 類等を参照のこと	主食：軟飯→全粥に変更 副食：嚥下調整食4（軟菜1.5cmカット）→嚥下調整食3（ソフト食）に変更 水分 うすいとろみ		

2. 経口による食事の摂取のための計画

※ 栄養ケア計画や施設サービス計画において記入している項目は、下記の該当項目の記入は不要です。また、初回作成時及び前月から変更がある場合に記載して下さい。

初回作成日（作成者）	△年 △月 △+2W 日 （ 管理栄養士 □□ □□ ）	
作成（変更）日（作成者）	年 月 日 （ ）	
入所者又は家族の意向 自力摂取を継続したい。 安全に経口摂取を継続してほしい。	説明と同意を得た日 （※初回作成時及び大幅な変更時） 年 月 日	
解決すべき課題や目標、 目標期間	誤嚥を予防し安全に食事摂取する。 食べこぼしを減らし、ケースが摂取しやすいよう食事環境を検討する	
経口による食事の 摂取のための 対応	経口移行加算	
	経口維持加算（Ⅰ）*	食形態の変更（嚥下調整食4→3）、食事姿勢調整（車椅子・テーブル）、食具・食器の検討、嚥下状態・摂食動作の確認
	経口維持加算（Ⅱ）*	

2. 障害児の事例

対象者:6歳6ヶ月 男児

1.入所時の情報

【診断名】

#1.急性脳症

#2.急性硬膜下血腫後

#3.点頭てんかん後

<障害>重度四肢まひ 精神発達遅滞 てんかん

<現病歴：既往歴>

在胎38週5日、3185gで仮死なく出生。生後9か月の時に、突然の発熱、けいれん重積があり、近医受診後、こども医療センターへと紹介受診となり、原因不明の急性脳症と診断された。入院後は低体温療法・ステロイドパルス療法・ガンマグロブリン療法、シクロスポリン療法等開始された。治療の経過中に脳腫脹の進行があり、低体温療法は10日間施行された。ICU退室後、TRH（Thyrotropin-releasing hormone）療法が施行されたが、びまん性の脳委縮が見られた。入院約110日目に自宅退院となった。

退院後、4日後に啼泣強く、泣き止まない状況が続いた。その10時間後にけいれんが出現し、けいれん停止後、反応がなくなったために救急車で搬送された。搬送後、覚醒したが頭部CT並びにMRIで硬膜下血腫が認められ、再入院となった。その後、眼科の両側眼底出血が認められたため、急性硬膜下血腫と診断された。硬膜下血腫は手術適応なく、保存的加療となった。入院中に両手を挙上する点頭発作がありACTH療法（副腎皮質ホルモン）が施行された。てんかんはその後発作見られず、抗てんかん薬の処方内容・量については変更なく継続されている。

1歳3か月の時に退院し、その時から定期的なリハビリ訓練に通っていたが、就学を機に当センターに入所となった。

<入所の経緯>

障害に対する両親の受け入れが悪く、硬膜下血腫の原因としても虐待が疑われたため、児童相談所の介入のもと、父方の祖母が養育の中心となっていたが、就学時の送り迎えなどの問題を契機に施設入所を検討することとなった。両親はその後離婚し、これまでは父と父方祖母（祖父はなくなっている）で養育をしてきた。

<発達>

粗大運動は頸定可、寝返りは未獲得。体幹の保持力が弱く姿勢は崩れがちである。下肢装具など用いて立位や端坐位の訓練を行い、現在はキッドウォークを用いて、10mくらいの歩行前進が可能となっている。上肢運動は、手を伸ばしておもちゃを持つことはできるが、食事などのADLには結びついていない。

知的障害は最重度で、発語なく言語理解も乏しい状況である。人を見分けて笑顔を見せるなどの感情の表出は比較的豊かである。

【服薬・投薬】

デパケンシロップ 6 ml/分2

フェノバルエリキシル 9 ml/分2

【体格】

身長：104.8 cm (-2.4SD) (膝高 19.4 cmから算出) 体重：17.5 kg (-1.1SD)
BMI：15.9 kg/m²、%SBMI99%

〈体重歴〉

出生後、身長・体重ともに成長曲線の中央値に近い部分で生後 9 か月までは推移。1 歳 3 か月の時は、身長 73.2 cm (-1.7SD)、体重 7.1 kg (-2.8SD)、BMI13.3 kg/m² (% SBMI80%) であったが、徐々に改善し現在に至っている。

〈アレルギー〉 生卵 (加熱後、加工品は摂取できる)

〈食事〉

幼児食 主食米飯 副食一口大カット

摂取栄養量概算 1000kcal/日

全介助で全量摂取

果物、ゼリーが好き

水分はストローで摂取可能

〈排泄〉

毎日排便あり やや軟便

おむつ

2.入所 2 週間の観察記録

〈食事内容〉

主食米飯 100g 副食幼児前期食 (軟食) 一口大カット

4 回食 15 時間食

生卵・半熟卵禁

〈提供栄養量〉 エネルギー1200kcal たんぱく質 45g

〈食行動〉

食具 幼児用スプーンとフォーク 食事時に自分で持っている

全介助によって、全量摂取できている

〈ミールラウンドによる観察〉

- ・ 米飯は通常の硬さで全量摂取できるが、パンは口の中にたまってしまってなかなか呑み込めない。パンがゆにすると上手に摂取できる。麺類をすすすることはできない。刻んであれば食べられる。柔らかいナポリタンの時はとてもうれしそうに食べていて好きそうである。
- ・ 肉類はひき肉よりも、薄切りをもぐもぐして摂取する方が食べやすそうである。魚はよく食べてくれる。卵焼きやプリンでのアレルギーの症状なし。
- ・ ほうれん草や小松菜などの葉菜は刻んであっても、なかなか飲み込まない。
- ・ 芋類は大好き。特にポテトサラダは気に入っている様子である。
- ・ 牛乳、麦茶はストローで上手に摂取できる。
- ・ イチゴ、ミカンはもっとという仕草をする。ミカンは砂のうのままでもぐもぐ食べられる。

3. 入所 1 か月後の観察記録

体重計測実施 17.6 kg (排便後) BMI16.0kg/m² %SBMI100%

〈食事内容〉

主食米飯 100g 副食幼児前期食（軟食）一口大カット
パンはパンがゆ 麺類は 2 cmカットで柔らかく調理する
4 回食 15 時間食
生卵・半熟卵禁

〈提供栄養量〉 エネルギー1200kcal たんぱく質 45g

〈食行動〉

食具 幼児用スプーンとフォーク 食事時に自分で持っている
全介助によって、全量摂取できている
イチゴは自分でもって口に運ぼうとする。少し手を添えてあげると口にもっていける。

〈ミールラウンドによる観察〉

- ・ 麺類は好き。うどんもよく食べる。
- ・ 肉類は口の中に残ってしまう。イモ類と混ぜてあげると食べられる。魚は焼き魚でも食べることができる。
- ・ ほうれん草や小松菜などの葉菜は刻んであっても、なかなか呑み込まない。
- ・ 芋類は大好き。かぼちゃのサラダ好きそう。
- ・ 牛乳、麦茶はストローで上手に摂取できる。
- ・ リンゴは小さくしても上手に食べられない。煮リンゴにする必要がある。

〈そのほか〉

入所時に排便が不規則であったが、最近は朝食後に排便することが多い。便性もブリストルスケール 2 - 3 でよい。

機嫌がよいと音楽に合わせて手を振る仕草あり。

3. 入所 3 か月後の観察記録

膝高計測 20.0 cm (推定身長 106.1 cm -2.3SD) 体重計測 18.1 kg (-1.1SD)

BMI16.1 kg/m²

%SBMI101%

〈食事内容〉

主食米飯 100g 副食幼児前期食 (軟食) 一口大カット

パンがゆ 麺類は 2 cmカット

4 回食 15 時間食

生卵禁

〈提供栄養量〉 エネルギー1200kcal たんぱく質 45g

〈平均摂取量〉 主食 100% 副食 100%

〈食行動〉

食具 幼児用スプーンとフォーク 食事時に自分で持っている

全介助によって、全量摂取できている

〈ミールラウンドによる観察〉

- ・ 卵は、温泉卵はアレルギーの症状なく摂取できる。温泉卵を混ぜた卵かけご飯はお気に入り。
- ・ カレーやシチューの肉類は上手に食べられている。その他の肉類についてはペースト状にするか、イモ類などに混ぜて食べることができる。
- ・ ほうれん草や小松菜も胡麻和えなどにして細かい刻みにすると食べることができる。あえてあっても、小さじ 1/2 量程度にして口に入れてあげるとモグモグして呑み込める。
- ・ 芋類は全般的に好きだが、かぼちゃやジャガイモのマヨネーズを使ったサラダ好きである
- ・ 牛乳、麦茶はストローで上手に摂取できるが、味噌汁などはスプーンであれば摂取できる。
- ・ 果物好き。イチゴ、ミカン、スイカ、バナナ リンゴは煮リンゴにする必要あり

〈その他〉

排便良好。おおむね午前中に毎日排泄がある入所時に排便が不規則であったが、便性：ブリストルスケール 2 - 3 ほうれん草、ゴマ粒などはそのまま排泄されることあり。

機嫌がよいと音楽に合わせて手を振る仕草あり。
てんかん発作なし。発熱なし。

栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング（施設）（様式例）

記入者氏名 ○○○○ 作成年月日 2022 年 3 月 3 日

氏名 (ふりがな) □□□□ □男 □女 障害支援区分 □1 □2 □3 □4 □5 □6 □その他 () 生年月日 □大正 □昭和 □平成 □令和 △年 △月 △日 併存症 □糖尿病 □腎疾患 □脂質異常症 □高血圧 □その他() 主障害 □知的障害 □身体障害 □精神障害 □難病 主障害の原因疾患 □ダウン症候群 □頸椎損傷 □その他 () 特記事項 やや成長障害の傾向あり(身長伸びの停滞)食事内容については、短調傾向あり、調理によっては摂取できる食品が増える可能性がある。 身体状況、栄養・食事に関する意向 健康に過ごして 何でもおいしく食べられるようになってほしい 家族構成とキーパーソン(支援者) 本人 - 父 祖母

(以下は、入所(入院)者個々の状態に応じて作成。)

Table with 5 columns: 実施日(記入者名), △年△月△日(△), △年△月△日+2WB(△), △年△月△日+4WB(△), △年△月△日+12WB(△). Rows include: プロセス (スクリーニング, アセスメント), 栄養状態のリスクレベル (身長, 体重, 肥満度, 体重変化率, 血清アルブミン値, 褥瘡, 栄養補給法), 栄養摂取の状況 (食事摂取量, 主食の摂取量, 副菜の摂取量, その他), 食生活状況等 (嚥下調整の必要性, 食事の形態, 嗜好・薬剤影響食品, その他), 多職種による栄養ケアの記録 (低栄養・過栄養関連問題), 特記事項, ①身体計測等, ②食生活状況等, ③食行動, ④身体症状, ⑤その他, 総合評価, 計画変更.

栄養ケア計画書 (様式例)

別紙2

氏名	□□□□ 殿	入所日	△ 年 △ 月 △ 日
作成者	○○○○	初回作成日	△ 年 △ 月 △ 日
利用者 または 家族の意向	健康に過ごして何でもおいしく食べれるようになってほしい	作成(変更)日	年 月 日
		説明と同意日	年 月 日
解決すべき課題 (ニーズ)	栄養状態のリスク (<input checked="" type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高) 食事の幅を広げてゆくこと。身長と体重のバランスを維持しつつ、順調に成長すること		サイン
長期目標と期間	長期目標: 身長-1.0SD 体重BMIが標準的となる体格 摂食機能の発達 短期目標: 摂食機能の把握		続柄

短期目標と期間	栄養ケアの具体的内容	担当者	頻度	期間
① 栄養補給・食事 適正体重の維持	食事摂取状況から摂取栄養量の評価 栄養摂取量と身長・体重の評価 居宅時よりも、エネルギーとたんぱく質を増加して設定。体重のモニタリングによって提供量を調整する 体重評価はBMIを使用して評価	管理栄養士	摂取量: 毎日 体重: 毎月 身長: 3か月 に一回	6か月間
② 栄養相談				
③ 多職種による栄養ケア等 摂食機能の評価	メールラウンド、介護士・保育士・看護師を交えた摂食機能について定期的に情報交換を行う。状況によっては自力摂取に向けての訓練プランを率案する。	管理栄養士 看護師	1/M	1年
特記事項				

栄養ケア提供経過記録

年	月	日	サービス提供項目
△	△	△	トーストやロールパンは口の中で遊んでしまい、唾液を吸って飲み込みにくそうである。パンがゆ対応にする
△	△	△	昼食のうどんは1-2cmカットで提供する ひき肉もいつまでも口の中に残っている様子見られる
△	△	△	プリン喜んで食べている様子。発赤などの症状なく経過
△	△	△	イチゴ自分でもって口に運ぼうとするが難しそう。手を添えてあげると可能。
△	△+1	△	体重計測実施 +0.1kg 食事摂取量良好。食事内容現状維持。
△	△+3	△	膝高と体重計測実施。体重+1.5kgであるが身長の伸びも顕著。BMIで評価すると標準的。食事内容現状維持とする。葉物野菜も料理によって摂取できるようになってきている。肉類は形状というよりも好き嫌いかもしれない。ミールラウンド継続して食品の幅を広げてゆく。

経口移行・経口維持計画（様式例）

別紙3

氏名 □□□□		経口摂取の状態	算定加算
性別	生年月日	□歯又は使用中の義歯がある ✓食事の介助が必要である	□経口移行加算 ✓経口維持加算(I) □経口維持加算(II)及び(III) 協力歯科医療機関名 ()
✓男 □女	△年 △月 △日		
摂食・嚥下機能検査の実施*		検査実施日*	検査結果や観察等を通して把握した課題の所在
□水飲みテスト □頸部聴診法 □嚥下内視鏡検査 □嚥下造影検査 □咀嚼能力・機能の検査 ✓認知機能に課題あり(検査不可のため食事の観察にて確認) □その他()		年 月 日	□認知機能 □咀嚼・口腔機能 □嚥下機能

※ 経口移行加算を算定する場合は、*の項目の記入は不要です。

1. 経口による継続的な食事の摂取のための支援の観点*

※ 当欄の項目に関しては、食事の観察及び会議を月1回実施の上、記入してください。

食事の観察を通して気づいた点

食事の観察の実施日： △ 年 △ 月 △ 日

食事の観察の参加者：□医師 □歯科医師 ✓管理栄養士 □栄養士 ✓サービス管理責任者 ✓看護職員 ✓生活支援員 □その他の職種

① 上半身が左右や前後に傾く傾向があり、座位の保持が困難である	✓はい □いいえ
② 頸部が後屈しがちである	□はい ✓いいえ
③ 食事を楽しみにしていない	□はい ✓いいえ
④ 食事をしながら、寝てしまう	□はい ✓いいえ
⑤ 食べ始められない、食べ始めても頻りに食事を中断してしまう、食事に集中できない	□はい ✓いいえ
⑥ 食事又はその介助を拒否する	□はい ✓いいえ
⑦ 食事に時間がかかり、疲労する	□はい ✓いいえ
⑧ 次から次へと食べ物を口に運ぶ	□はい ✓いいえ
⑨ 口腔内が乾燥している	□はい ✓いいえ
⑩ 口腔内の衛生状態が悪い	□はい ✓いいえ
⑪ 噛むことが困難である(歯・義歯の状態又は咀嚼能力等に問題がある)	□はい ✓いいえ
⑫ 固いものを避け、軟らかいものばかり食べる	✓はい □いいえ
⑬ 上下の奥歯や義歯が咬み合っていない	□はい ✓いいえ
⑭ 口から食物や唾液がこぼれる	□はい ✓いいえ
⑮ 口腔内に食物残渣が目立つ	□はい ✓いいえ
⑯ 食物をなかなか飲み込まず、嚥下に時間がかかる	□はい ✓いいえ
⑰ 一口あたり何度も嚥下する	□はい ✓いいえ
⑱ 頻りにむせたり、せきこんだりする	□はい ✓いいえ
⑲ 食事中や食後に濁った声に変わる	□はい ✓いいえ
⑳ 食事の後半は疲れてしまい、特に良くむせたり、呼吸音が濁ったりする	□はい ✓いいえ
㉑ 観察時から直近1ヶ月程度以内で、食後又は食事中に嘔吐したことがある	□はい ✓いいえ
㉒ 食事の摂取量に問題がある(拒食、過食、偏食など)	□はい ✓いいえ

多職種会議における議論の概要

会議実施日： △ 年 △ 月 △ 日

会議参加者：✓医師 □歯科医師 ✓管理栄養士 □栄養士 □サービス管理責任者 ✓看護職員 ✓生活支援員 ✓その他の職種 保育士

経口による継続的な食事の摂取のための支援の観点	①食事の形態・とろみ、補助食の活用	✓現状維持 □変更
	②食事の周囲環境	✓現状維持 □変更
	③食事の介助の方法	✓現状維持 □変更
	④口腔のケアの方法	✓現状維持 □変更
	⑤医療又は歯科医療受療の必要性	□あり ✓なし

算定加算	担当職種	担当者氏名	気づいた点、アドバイス等
経口維持加算(I)	管理栄養士	〇〇	好きなものであれば、積極的に食べられる。噛む、すりつぶすという口腔機能は低い？
	看護師	〇〇	食べる意欲はあり、介助によってほとんどの食物は摂取できる
	生活支援員	〇〇	食べることに楽しそうである。好きなものは嬉しそうに食べる。プリンを喜んで
経口維持加算(II)			
食事形態の種類・とろみの程度 ※日本摂食・嚥下リハビリテーション学会 嚥下調査食分類2013やその他嚥下調査食分類等を参照のこと	水分もとろみ必要なし、ストローで摂取できるが、太いストローだと飲み込めないときがある。細いストローがよい。口に一度に入る量の1/2-1/3くらいのサイズにカットすると野菜を除くほとんどの食品が摂取できる。		

2. 経口による食事の摂取のための計画

※ 栄養ケア計画や施設サービス計画において記入している項目は、下記の該当項目の記入は不要です。また、初回作成時及び前月から変更がある場合に記載して下さい。

初回作成日(作成者)	△ 年 △ 月 △ 日 (管理栄養士〇〇〇)	
作成(変更)日(作成者)	年 月 日 ()	
入所者又は家族の意向	同意者のサイン (※初回作成時及び大幅な変更時)	説明と同意を得た日 (※初回作成時及び大幅な変更時)
	年 月 日	
解決すべき課題や目標、 目標期間	食べられる食品の幅を広げる。自分で摂取できる食物を見つける(果物は可能そうである)	
経口による食事の 摂取のための 対応	経口移行加算	
	経口維持加算(I)*	体幹保持のためのマット利用 一口大カット、葉菜柔らかくしてからカット バンがゆ対応、
	経口維持加算(II)*	

Column

栄養ケアのための知識と考え方

Column 1

栄養スクリーニングの基本

栄養スクリーニングは、入所者等の栄養リスクの有無のふるいわけを行う過程であり、栄養ケアを効率よくかつ効果的に実践するためには、利用者や対象者の特徴に即したスクリーニング指標の設定が望ましいと言えます。

障害児者は低栄養と過栄養が同時に存在する二重負荷（Double Burden Malnutrition, DBM）の状態があると報告（大和田らの調査 現在投稿中）されており、低栄養・過栄養の両方を栄養リスクとして捉えられるスクリーニング項目を設定し、入所後 1 週間以内に実施します。

米国静脈経腸栄養学会（ASPEN）やヨーロッパ静脈経腸栄養学会（ESPEN）が中心となって 2019 年に発表された低栄養の診断基準 GLIM（Global Leadership Initiative on Malnutrition）¹⁾では、栄養状態の表現型として体格（BMI、体重変化率、筋肉量）と表現型で示されている栄養状態に至った要因・原因として栄養補給量と身体状況（発熱や炎症などの消費エネルギー上昇の要因）から診断するとしています。

この GLIM が提言されている論文の中では、有用性がすでに検証されている 9 つの低栄養のスクリーニング・アセスメント法のすべての指標が比較され、この 9 つに共通するのは＜炎症や疾患状況＞と＜体重減少＞の 2 項目、また、＜食事量の減少＞は 8 つの方法で共通する項目でした。

また欧米で汎用されている小児用の 5 つのスクリーニング・アセスメント法（資料④）と比較してもこれらの 3 項目は共通しており、年齢にかかわらず、これらの項目は低栄養のスクリーニング指標として用いることができます。

これらのことから、様式例の障害児者に対する栄養スクリーニング項目のうち①体重、②食事摂取量、栄養補給法の 2 つ項目が基本項目として、低栄養及び過栄養のリスクの判定に利用でき、これら 2 つの項目が入所のスクリーニング項目として重要となります。

障害児者に対する過栄養の問題は、早期の生活習慣病につながる可能性も高く、知的障害者に多く見られる肥満の問題は、食行動の変容による改善が難しいことも多く、また、乳幼児期の一時的な栄養障害はその後の成長発達²⁾や生活習慣病³⁾にまで影響を与えることを考えると、入所時に低リスクの栄養状態であっても、各フローや居室ごとにスクリーニングの日程をあらかじめ決めて栄養スクリーニングを定期的に行い、早期に栄養リスクを把握し、栄養アセスメント・モニタリング表を作成することが必要です。

Column 2

身体計測のために

体重はエネルギーの過不足の指標となるため、少なくとも1か月ごとに計測します。体重は、食事時間や排便・排尿状況、浮腫などの身体状況の影響を受けるため、計測時間はできるだけ一定にします。浮腫がなくても、朝と夕の体重は約1~2kgの差があります。

知的・精神障害の場合には、身体計測は比較的問題なく実施できますが、四肢の欠損等がある場合には、図2を参考に身長に対する体重を算出します。身長は計測方法によって、また体重は計測する時間によって差異が出やすいので計測時間の他に計測方法を一定にし、できれば計測者も同一者によって行うことが望ましいと言えます。

1. 身長計測

立位が取れない場合は、仰臥位による三点測定、五点測定のほか、膝高計測力の推定式を用いて算出し、何度か計測した平均値を用いる。2歳未満の乳幼児は仰臥位で乳児用の測定器具を用いて計測します。

- * 三点測定 頭頂→首の付け根（乳様突起）→腰骨の上（腸骨稜線上）→足底（足首を直角にする）①→②→④→⑦
- * 五点法（石原式）⁴⁾ 頭頂→首の付け根（乳様突起）→大腿骨突端（大転子）→膝関節外側中央→くるぶし（外踝）→踵部足底点 ①→②→③→⑤→⑥→⑦
- * 膝高からの算定 ⑤→⑦（⑤と⑦が90度にてできるだけ近くなるように測定）
男性： $64.2 + 2.12 \times \text{膝高 (cm)} - 0.07 \times \text{年齢}$
女性： $77.88 + 1.77 \times \text{膝高 (cm)} - 0.10 \times \text{年齢}$

身長計測は、体格評価などに必要であり、また小児期では成長評価としても用いられますが、立位以外のいずれの方法においても差異が大きいため、計測方法についても記録しておきます。

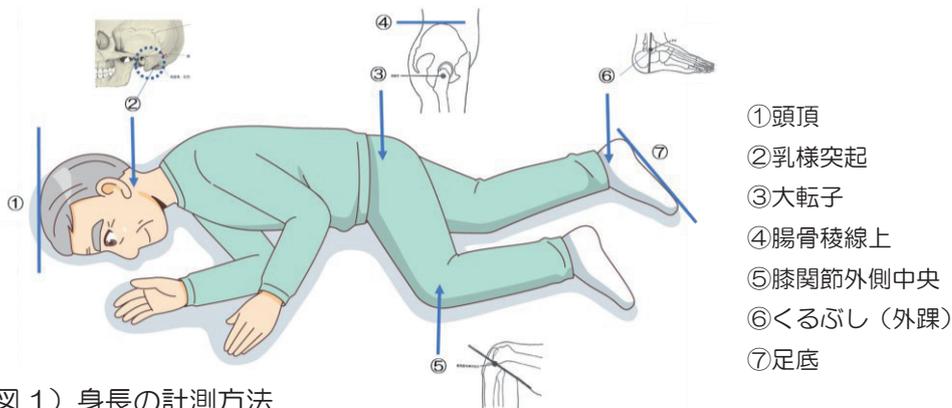


図1) 身長計測方法

2. 体重の計測

成人であれば、体重の変化率がエネルギー出納の指標となりますが、小児期は身長と体重の増加が同時もしくは繰り返し起こるので、身長に対する体重の比率を示す指標（カウプ指数、ローレル指数）を用いて評価します。

一般的に身体障害や四肢の欠損などがあり BMI で評価する場合は、欠損分の体重を加味して評価します。しかし体組成などの影響が大きく誤差が大きくなるため、成人であれば体重変化率が最も簡便なエネルギー動態を示す指標となります。成人の骨格筋量は体重の約 25-35%⁵⁾ といわれており、重症心身障害児者や重度の肢体不自由児者の場合は、日常的な活動量が少ないために本来増加する骨格筋が十分に増加しないことが体重に大きく影響します。骨格筋量が少ないことが影響して、その活動量によって標準的な BMI も 22 kg/m² の 70%程度すなわち 15-16 kg/m² と考えられます。障害者の体重評価には、体組成の評価がより重要となります。

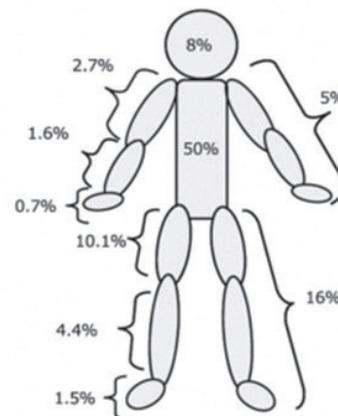
15 歳未満の小児期では、体重は成長曲線に沿って増加していくことが一つの成長であり、成人の体重増加とは異なります。体重の増加は身長の伸びと相関しており、身長の伸びに比較して体重の伸びが大きい場合は、体重の増加を鈍化もしくは停滞させることによって、身長が体重に見合うまでエネルギー調整を行うこともあります。肥満度や合併症の程度や有無によっても異なりますが、小児期の急激な減量は成長障害につながることもあり、小児期は体重だけではなく身長も合わせた評価が重要です。また、乳幼児期は障害の有無による筋肉量に大きな差異がないため、栄養量が過不足なく給与されていると健常児に近い成長がみられることも少なくありません。

事故などにより四肢の欠損がある場合は、欠損前の体重も記載しておくことも重要です。記載がない場合は、以下のような式で欠損部位の重量も加味した体重を算出します。

$$\text{欠損部位加味体重} = \text{欠損後体重} \times \text{欠損部位の重量\%} \div (100 - \text{欠損部位の重量\%})$$

*欠損部位の重量%は図2を参照のこと

図2) 欠損部位別の重量比



元木恵子 パラリンピックアスリートのエネルギー必要推定に関する考察 J. High performance Sport5 (2020) 35-43

3. 体格の評価

体重の評価は、身長に対する割合を表す BMI (Body Mass Index) を用い、一般的には体脂肪は BMI に比例していると考えられています。しかし、同じ BMI であっても、筋肉よりも脂肪の比重が小さく、筋肉質の体形では BMI が高くなり、脂肪が多い体形では印象よりも BMI が低くなることもあります。BMI だけでなく、体組成を把握することが適切な栄養量の算出には必要となります。客観的な数字で示すことが難しい場合は、身体活動能

などから筋肉量の評価を主観的であっても実施しておくことをお勧めします。

小児期は、BMI の概念の一つであるカウブ指数やローレル指数が使われることが多いですが、WHO は、BMI も年齢月齢標準 BMI の z スコアで評価することを推奨しています。年齢によってカウブやローレルと使い分ける体格評価は横断的評価としてはよい指標となりますが、栄養状態の評価の 1 つとして縦断的に用いる場合は、年齢月齢平均の BMI の z スコアやパーセンタイルは年齢月齢標準 BMI に対する比率（%SBMI）などを用いると同じ視点で継続的に評価でき、同じ評価指標を用いることが重要となります。

また、子供の体組成は、成人に比べて脂肪、筋肉量の割合が低く⁶⁾、すなわちエネルギーやたんぱく質の蓄積量が少ないことから成人よりも脱水や飢餓に陥りやすく、容易に栄養状態の低下をきたすこととなります。しかし、障害児者の BMI の基準値の設定は難しく、現在コンセンサスを得たものは報告されていません。BMI がたとえ低値であっても、発熱や感染などにかかりにくく、体重がある一定期間一定な状態の BMI をその人の標準値とし、障害児者とともにその体重を適正な体重とし個々に基準値として設定するようにします。

障害の部位や動作の程度、消化吸收代謝の状況、環境、栄養補給ルートなどの要因が体重維持にはかかわっており、基準より多いか少ないかという視点よりも、体重を継続的に計測し、変化があればその変化要因をクリティカルに考えることが栄養ケアとしては重要です。

四肢欠損がある場合は、欠損部位の体重を考えて BMI を算出し評価することも可能ですが、現実には欠損がある体重で BMI を算出し、その時の身体状況や健康観なども加味して理想とする BMI を設定します。

4. 成長の評価（小児期のみ）

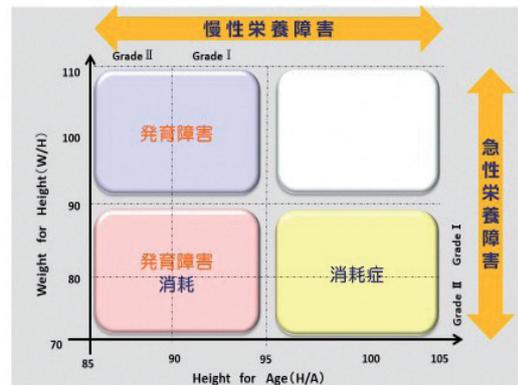
小児期の身体計測は単純に標準値を比べるだけでなく、成長曲線に即した成長が身長・体重共にみられるかどうか、また低出生体重は、生後 1～3 年程度は身長・体重ともに年齢・月齢標準値より低値になる傾向もあるため、出生週数や出生時体重などについてもできれば把握します。出生後 1 年は頭囲と脳の成長の関連性がある⁷⁾といわれており頭囲や胸囲測定も記録します。

日本では、2000 年及び 2010 年に、厚生労働省が 0～6 歳までの乳幼児身体発育調査を、文部科学省が 6-17 歳までの学校保健統計を報告しており、それをもとに年齢・月齢ごとの日本人の標準身長と標準体重（資料④）が示されています。小児期の成長は、年齢・月齢相当の身長（Height for age : H/A）と体重が身長に対して標準的か（Weight for height: W/H）の 2 点で評価します。これらの評価法を用いて小児期の栄養状態を分類したものが Waterlow の栄養分類です。日本小児内分泌学会では、身長の z スコア、BMI の z スコアに加え H/A と W/H が算出できるアプリも紹介しています（日本人小児の体格の評価 http://jspe.umin.jp/medical/chart_dl.html）。また、Waterlow の栄養障害分類⁸⁾のカットオフポイントとなる H/A95%は身長の z スコアでは-1.2～-1.4 となり、W/H90%は 年齢・月齢標準 BMI を 100 とした時の 90%（%SBMI）となります。

成長曲線は、日本人の子供の標準身長・体重から作成された成長曲線と WHO,CDC 作成のものがあります。低身長の1つの判断基準となる $-2.0SD \sim +2.0SD$ の幅は、WHO,CDC で作成したものよりも日本人の子供の成長曲線のほうが低く、年齢が高くなるにつれてその差は大きくなっています。

一般的に低身長が報告されているダウン症候群やターナー症候群、プラダーウィリー症候群は、欧米の先行論文において専用の成長曲線（資料⑩、⑪、⑫）がありますが、わが国では未だ作成されていません。身長や体重の増加状況が疾患特有のものであるのか、栄養に関する課題によるものかどうかの判断をつけるには有用だと考えられます。

図3) Waterlow分類による栄養障害評価



○Height for age (H/A) : 同年齢の標準身長に対する児の身長の比率
 ○Weight for height (W/H) : 同一身長標準体重に対する児の体重の比率

Column 3

栄養アセスメントについて

栄養アセスメントは、1. 食事・栄養摂取量にかかわる情報 2. 体重や身長などの身体計測にかかわる情報 3. 生化学検査結果や医学的検査や治療経過にかかわる情報 4. 栄養に関連する身体状況情報 5. 患者背景の5つのカテゴリーから構成されています⁹⁻¹⁰⁾。これらのカテゴリーの中から、できるだけ客観的で数字として計測できるものをアセスメントやモニタリングの指標として用います。また、以下の5カテゴリーすべての情報が必ずしも必要ということではなく、これらをクリティカル*な視点で確認し、栄養診断につなげることが重要です。

1. 食事や栄養摂取量にかかわる情報（これまでの経過も含める）

現在の栄養状態に大きく関連すると考えられる以下のような情報を中心に収集します。アメリカ栄養士会が中心となって栄養にかかわるすべての専門職のワークフローとして推奨されているNCPM（The Nutrition Care Process Model）で用いられる用語集の中で381項目⁹⁻¹⁰⁾と最も多く挙げられています。これらの情報収集には、食事や栄養補給を実際に観察するミールラウンド（meal round）が有用です、以下の項目についてクリティカル*な視点をもって観察することがアセスメントとして重要です。

なお、経口摂取などや食歴などについては、本人・家族や施設担当者などから聞き取りや確認を実施します。静脈栄養や服薬などについては状況によって医師、看護師、薬剤師などとも連携して栄養状態に与える影響について把握します。

- * 食物の種類と摂取量、食事回数や時間
- * 経管（経腸）栄養・静脈栄養 の種類と投与量
- * エネルギー・たんぱく質の摂取量
- * その他の栄養素の摂取量
- * 食事・栄養摂取歴
- * 栄養素強化食品や補助食品の摂取状況
- * 服薬、処方薬（栄養状態に影響を与えるような薬）について
- * 食事や栄養に対する知識・信念
- * 食行動、偏食など食事・栄養摂取に関わる問題（資料②）
- * 哺乳や乳幼児食の種類や摂取状況

<食事摂取量の確認>

エネルギーとたんぱく質の摂取量についてはその補給ルートに関わらず、摂取状況を確認することが必要です。経口摂取については、その摂取量の変動に加えて食品そのものの栄養素の含有にも変動があるため、5 - 7日間程度の平均値から摂取量を把握します。また季節や環境も考え、平均栄養摂取量は継続的に記録します。一般的に食事摂取調査は過少・過大評価が少なくとも±10%程度ある¹¹⁾ことが知られており、食事の聞き取りを実施する際に、食事時間外の食品や補助食品、サプリメントの服用など対象者の記憶を呼び起こすようなアプローチが必要であり、また身体計測の状況を合わせて確認することがポイントです。

ブレンダー食や軟菜食は、加える水分量が多くまた調理工程が多くなることもあり、献立上の提供栄養量が必ずしも摂取されているとは限らないことも少なくありません。摂取量と体重の間に齟齬が大きくあると思われる場合は、調理工程で微量栄養素も含めた栄養素の損失が多くなっていないかどうかの確認も実施します。

長期間継続する極端な偏食は、ビタミンやミネラル等の過剰や欠乏状態¹²⁾を起こしやすくなります。これらの栄養素の過剰や欠乏の「症状・兆候」を見逃さないことも重要ですが、継続的な食事・栄養状態の把握評価は、微量栄養素の過不足の症状兆候が出現する前の早期発見につながります。

重症心身障害児者における経管栄養剤の長期投与では、貧血、電解質異常、カルニチンやビタミン K、ヨウ素欠乏¹³⁻¹⁴⁾などがみられ、単一栄養剤の長期間投与による微量栄養素の過不足に対する評価が重要となります。食事摂取基準に準じた補給量であっても、これら微量栄養素は摂取量不足に加えて、個々人の状況によってニーズの増加や漏出が理由となって不足となることがあります。また貧血などがあっても障害児者は症状や兆候がわかりにくいこともあるので、摂取量の把握はその他の微量栄養素等の過不足を検証する第一歩としても有用となります。

<服薬について>

服薬との相互関係については、てんかん薬など症状管理のための服用による体重増加や食欲低下、嘔気などの副作用の他、バルプロ酸治療などによるカルニチン不足等がみられます。カルニチンの不足は、長鎖脂肪酸のミトコンドリア内への取り込みを低下させ、脂肪酸酸化によるエネルギー産生を抑制することもあります。また、薬価扱いの一部の栄養剤や治療乳（特殊ミルク）はカルニチンの添加がされていない製品などがあります。服薬と栄養状態の関連性については、薬剤師の助言を得ることが必要になります。

<消化・吸収・代謝や消費エネルギーに関わる問題の確認>

身体障害児者は筋肉量や各重要臓器の障害程度、痙攣や発熱の有無によって安静時エネルギー代謝量の個人差が大きくなります。頻回な痙攣や発熱は消費エネルギー亢進につながり、エネルギー収支は負に傾きやすくなります。

また、排便回数や便性などの排泄状況は、消化・吸収の間接的な評価につながります。栄養素の消化吸収に影響を与える服薬の状況や消化管の器質・機能的問題による下痢・便秘などの障害の他、嘔吐などの問題を把握し、摂取量との比較から消化・吸収・代謝などの問題を推測します。さらに、同じ栄養補給量であっても、生理的な栄養補給法である経口摂取のほうが強制栄養法（経管栄養法、静脈栄養法）よりも体重増加や栄養状態改善傾向が良いことも臨床的にはよく経験することです。

生理的な栄養補給法である経口摂取を維持すること、経口摂取に向けて調整をすることは消化・吸収・代謝といった視点からも重要となります。

2. 体重や身長などの身体計測にかかわる情報（Column 2 参照）

3. 生化学検査結果や医学的検査や治療経過にかかわる情報

生化学検査だけでなく、CT や生検、超音波検査など医学的検査の結果が用いられます。これらの検査結果は栄養状態に影響を受けており、経時的な栄養状態の把握や予測に利用されます。入所時やサービス開始時には、近時の病院入院時の以下のような生化学検査結果などを中心とした医学的検査の結果を必要に応じて取得します。

- * 酸塩基パラメータ その他の電解質
- * 腎機能（尿素窒素 クレアチニン 血清カリウム、血清リンなど）
- * 消化吸収（AST、ALT などの肝機能、アミラーゼやリパーゼなどの消化酵素
- * 糖代謝（血糖値）、脂質代謝（血清脂質）、ビリルビン
- * 血清たんぱく質プロファイル
- * 血算（赤血球数 白血球数 リンパ球数等）貧血
- * 炎症反応
- * その他：超音波検査、CT、生検、嚥下機能検査、内視鏡的逆行性胆道膵管造影（ERCP）、胃食道逆流の評価、消費エネルギーの計測、血中ビタミン濃度、尿検査など）

脳性麻痺や体躯に拘縮がある場合は、GERD（胃食道逆流症）の症状が出やすいことも報告されています。器質的な問題による影響が大きいのか食事内容によって症状兆候に変化が起こるか等については、日々の生活の中での観察から原因を推測することが求められます。

4. 栄養に関連する身体状況情報

診療録、聞き取りなどから、体組成、口腔内の状況、嚥下機能、呼吸状態、食欲、情緒などを確認します。

- * フレイルやサルコペニアの状況
- * 背頸部脂肪瘤（肥満・クッシング症候群の症状）
- * クッシングの症状
- * 体格（外肺葉型（やせ）、中胚葉型（がっちり）、内胚葉型（肥満））

- * 嗜眠傾向
- * 衛生習慣がない

この他に便秘や下痢といった排便にかかわる問題は見逃されがちです。消化器に器質的な異常がなくても、胃結腸反射の低下、食物繊維の摂取不足、水分の不足、食事量の不足など排便にかかわる影響は多岐にわたっています。排便回数や便性の確認をすることが便秘の早期発見につながります。

また、先天的な障害や乳幼児期に発症した障害がある場合は、離乳食が順調に進まず食機能を未獲得のまま、幼児以降を迎える場合もあります。早期に咀嚼・嚥下の訓練を開始することが必要ですが、離乳期の月齢になっても座位が取れない、体重が6 kg未満であるなどの場合は、月齢にとらわれず離乳食もしくは幼児食から対応等も多職種協働で検討し、可能な限り経口的食事摂取の機能獲得・維持に向けて栄養ケア計画を実施することが非常に重要です。

5. 患者背景：これまでの経過

- * 個人情報 年齢、性、民族、言語、教育、家族、喫煙有無、障害の有無、程度、合併症など
- * 既往歴 栄養状態に関連性がある家族の罹患歴や状況
- * 治療状況
- * 社会的背景 住居、医療的サポート、社会とのかかわり状況など

障害児者は、意図せず虐待を受けていることもあり、障害児者自身の視点から well-being の生活ができているのかどうかという評価は非常に重要です。特に、生活のすべてを介護者に依存しなければならない状況にある障害児者に対する環境については、時には介護者以外が客観的に評価し、また介護者の状況や環境の問題も把握することによって、適切な総合的な評価（栄養診断）や栄養ケアに進むことができます。

Column 4

成人や高齢者の口腔の評価と対応

おいしく食べるには咀嚼、嚥下、口腔の湿潤、口腔の清潔に問題がないことが重要です。それぞれに関連があるため、一つに問題を生じると他に悪影響を及ぼし、一つが改善すると他にも良い影響を及ぼします。口腔の問題に気づき適切な対応をとることにより、「食べる楽しみ」の支援が成功する可能性が大きくなります。

1. 咀嚼とは

咀嚼は唇、頬、顎関節、舌の神経と筋肉が連携した働きです。咀嚼は単に食物をかみ砕くだけではなく、表面が滑らかで滑りが良く、軟らかく変形しやすく、均一で飲み込みやすい「食塊」を、形成するまでの一連の働きを言います。口の中に入った食物を、舌が臼歯の上に運び、歯がかみ砕きます。かんだ時に食物が臼歯の上から落ちないように、舌と頬粘膜が歯に押し付けられます。かんだ状態で臼歯が左右に動くことにより、食物はすりつぶされます。かむ刺激と味の刺激により、流出量が増加した唾液と混ぜ合わされて、食塊を形成します。食塊は舌によって咽頭に送り込まれて、飲み込まれます。かみ砕かれた食物の表面積は増加し、味物質が唾液に溶けやすくなって、味をよく感じられるようになります。かむことにより、美味しさの重要な要素である食感を楽しめます。味覚とかむことで、唾液腺が刺激を受け、唾液が増えます。唾液と舌や頬で擦られて、口腔内がある程度きれいになり、自浄作用と呼ばれています。かまないと、口腔内の汚れが多くなります。

〈刻み食について〉

丸呑み、早食い、ため込みのように、ほとんど噛まずに飲み込む場合、窒息を防ぐために、食物を小さくすることが必要です。また、小児の口と臼歯は小さいので、食べ物もそれに合わせて小さくすることが必要です。

しかし、硬い食物は噛めないが、軟らかい食物であれば、噛んで食べることができる人に対して、硬い食物をきざむ対応は誤りです。きざんでも硬さは変わらない¹⁵⁾ので、弱い力ですりつぶすことはできず、飲み込みやすい食塊の形成もできません。きざみ食は口腔内でバラバラになりやすく、かみにくくなります。かむ力に問題がない場合でも、すりつぶすまでに必要な、かむ回数は増加します。きざみ食は、きざむ手間をかけて、かみにくい食事を提供していることとなります。嚥下機能に問題があれば、きざみ食は誤嚥のリスクを高めます。

食物をすりつぶすためには、上下の臼歯がかみ合っていることが必要です。痛む歯や動揺する歯があると、かむ力は弱くなります。むし歯や歯周疾患で歯を失うと、かむ力は弱くなりますが、義歯によりある程度の回復が可能です。義歯は歯ぐきが痩せると合わなく

なって、かむ力が弱くなります。歯に問題がなくても咀嚼筋の力が弱くなれば、かむ力は弱くなります。かまないうと、ますます咀嚼筋の力が弱くなりますが、よくかむことで咀嚼筋はきたえられます。口腔の問題を早期に発見し治療を行うため、年 1、2 回の歯科受診がすすめられます。

かむ力が弱いと硬い食物を避けるようになり、唾液の量が減少して口腔内が乾燥し、残りやすくなります。口の中が汚れやすくなります。嚥下しにくくなって、嚥下後に口の中に食物が残りやすくなります。

＜咀嚼力に対する家族や介護者への理解の求め方＞

きざみ食を軟食等に変更することに、抵抗がある介護者や家族に対して、実際に食物を使用して体験してもらおうと納得が得られやすくなります。

以下は人参を用いて「咀嚼力低下」を体験していただくための方法です。

〈用意するもの〉

- ① 生のにんじん 5g を 5 mm 角程度に刻んだもの
- ② 刻まない生のにんじん 5g
- ③ 刻まないで軟らかく煮たにんじん 5g
- ④ 厚さ 5 mm の薄切りにしたにんじん 5g

〈方法〉

- a. 通常の咀嚼力で噛んだ場合、硬い食物を刻んでもすりつぶすまでに必要な咀嚼回数は減少しないことを体験する。→①と②をすりつぶすまでに必要な咀嚼回数を比較する。
- b. 弱い咀嚼力（耳の付け根のしたの咬筋が硬くならない）では、硬い食物を刻んでもすりつぶせないことを体験する。→口の中で①の動きを確認する。舌で臼歯の上に運びにくく、臼歯の上から落ちやすいことを確認する。口の中に残りやすいことを確認する
- c. 軟らかくすれば、弱い咀嚼力ですりつぶせることを体験する。→①よりも③のほうが、舌で臼歯の上に運びやすく、かみやすいことを確認する
- d. 口が開けにくい場合、薄切りのほうがかみやすいことを体験する。→④は①よりも舌で臼歯の上に運びやすく、かみやすいことを確認する。前歯の間 2 cm 程度口を開け、通常の咀嚼力でかんでもすりつぶすまでに必要な咀嚼回数を確認する。
- e. 口角が上がっていないと笑顔に見えないことを体験する。→眼を細めて口を「への字」にして笑顔に見えるか確認する。眼を見開いて口角を上げて笑顔に見えるか確認する。

障害がある場合は、咀嚼機能の発達も遅れることがあります。開始時は適切に対応した食事であっても、その後の咀嚼機能の発達に、適していない可能性があります。咀嚼機能を評価して、発達に応じた食事を食べることで、さらなる発達の可能性が広がります。咀嚼機能が発達していても、かむ習慣がない場合は、直ちに常食を食べさせることは、避け

るべきです。幼児と同様に、舌でつぶせる硬さから試してみて、かむ練習をする必要があります。

〈咀嚼機能の発達〉

嚥下機能と比較して、咀嚼機能の発達開始は遅く、発達速度はゆっくりとしています。歯の喪失により、嚥下機能に比べて、早く機能低下が生じることが多く見られます。多くの場合、乳歯は6か月から8か月に、乳前歯から生え始めます。第二乳臼歯が生えて、かみ合わせるのは、2歳後半から3歳になります。生え始めの時期の個人差は大きいのですが、生えそろう時期に大きな差はありません。食物をかみ砕き、すりつぶす条件が整います。歯が生えそろっても、すぐに硬いものをかめるようにはなりません。咀嚼機能は、離乳期からの発達段階に応じた、食事を食べることにより発達します。舌でつぶせる硬さ、歯ぐきでつぶせる硬さ、弱い力でかみ砕ける硬さ、やや硬め、普通の硬さというように、徐々に硬さを増した食事で、咀嚼筋も鍛えられます。その過程を経ていないと、歯が生えそろっていても、上手に咀嚼ができません。その場合は年齢が高くても、舌でつぶせる硬さから始めて、かむ練習をする必要があります。乳歯から永久歯に生え変わるのは、6歳ごろからです。13歳から14歳ごろに第二大臼歯が生えて、かみ合わせるようになると、永久歯列が完成します。乳歯に比較して永久歯は大きく、咀嚼筋の力も強くなるので、より硬い食物をかめるようになります。

2. 嚥下とは

嚥下をスムーズに行うには、咽頭と食道だけでなく唇、舌、歯、頬粘膜の連携した働きが重要です。また、嚥下には唾液により口腔が潤っていることも必要で、口腔内が乾いているとパサつく食物が飲み込みにくいことは多くの人に経験があるでしょう。美味しそうに見えること、美味しさを感じることも重要です。よくかんで唾液を増やし味と食感を感じると、美味しさを強く感じられます。口腔内の衛生状態が悪ければ味を感じにくくなります。嫌いな食物やおいしくない食物を食べるときは、多くの人が味を感じないようにかまずに飲み込みます。味わうためには咀嚼が重要です。嚥下機能低下がない場合でも、嫌いな食物は飲み込みにくく、好きなものは容易に飲み込みます。口腔の条件を整えることで嚥下が楽になります。

嚥下しやすさは、大きさだけでなく、柔らかく変形しやすい、表面が滑らかで親水性で滑りやすいといった条件も関係します。一口大のプリンや絹ごし豆腐はかまずに大きいままで楽に飲み込みます。食物では嚥下に問題がない場合でも、薬のカプセルや錠剤は、硬く、表面が疎水性のために滑りが悪く飲み込みにくくなることがあります。これらは袋オブラートに入れ、上部をひねり水につけて口に入れ、水と一緒に飲むと嚥下しやすくなります。大きさは小さくならなくても、滑りが良くなることで嚥下しやすくなります。嚥下のしやすさは、食物の大きさだけでなく表面の滑りやすさも関係することを理解しましょう。

誤嚥や窒息を防ぐためには、窒息を起しやすい食品をさけること、食べ物を適切な大きさにすることが必要です。また、よく噛んでゆっくり食べること、食事に集中することも大切ですが、障害によって困難な場合があります。嚥下障害がある場合は、誤嚥や窒息を起こしやすいので、特に食べ物の選択、大きさ、性状、一口量、食べる姿勢等多くのことに注意が必要です。STやPTと連携をとって、美味しく安全に食べるよう支援することが重要です。

3. 口の開口・閉口障害

i. 開口障害

口を大きく開けた際に上下の前歯の間が2横指以下の場合、開口障害があると判断されます。開口障害がある場合は、食物を臼歯でかめるように小さくする必要があります。きざむよりも薄切りにする方が、見た目も良く、口の中でバラバラにならずかみやすいので適しています。咀嚼力が弱い場合は、薄切りを軟らかくすることが必要です

ii. 閉口障害

口が閉じられないで食物や唾液が漏れる場合、口腔内に食物残渣が多い場合は歯科受診や言語聴覚士による評価が推奨されます。頻繁にむせやせき込んだりする場合は、その原因の明確化が必要になります。症状が顕著であれば検査を検討すべきです。

唇を閉じて、臼歯をかみ合わせた状態が最も楽に嚥下できます。唇が閉じるように補助したり、義歯により臼歯をかみ合わせることができれば、嚥下が容易になります。唇が閉じられないとその隙間を舌で埋めようとするため、舌が本来の働きをしにくくなり、嚥下に悪影響を与えます。

〈嚥下に影響を与える口腔内の状況〉

口腔内の状況が嚥下に大きく影響することを以下のような方法で体験する。

- a. 唇を閉じて、臼歯をかみ合わせて、唾液を飲み込む
 - b. 唇を開けて、臼歯をかみ合わせて、唾液を飲み込む
 - c. 唇を閉じて、上下の臼歯の間に隙間をあけたまま、唾液を飲み込む
 - d. 唇を開けて、その隙間を舌でふさいで唾液を飲み込む
 - e. 唇を開けて、上下の臼歯の間に隙間を開けたまま、唾液を飲み込む
- aが最も容易でb,c,とだんだん困難になり、dが最も困難

4. 口腔内の湿潤

唾液により潤った状態が口腔内の本来の状態であり、乾燥すると口腔粘膜は刺激に弱く傷つきやすくなって、硬い食物や辛い食物で痛みを生じることがあります。

口腔内の乾燥は、味覚機能や咀嚼機能、嚥下機能の低下のほか、口腔の衛生状態の不良

を生じ、「食べる楽しみ」に悪影響を与えます。口腔乾燥は、水分摂取量の不足、唾液分泌量の減少等により起こります。かむことが減少すると唾液量も減少して口腔内が乾燥します。味を感じるためには、味覚物質は水に溶けて味蕾に届く必要があります。乾燥した状態では味を感じることはできません。

口腔内乾燥があると舌が滑らかに動きにくく話すことにも悪影響を与えます。

〈口腔内保湿〉

口腔内の乾燥に対して最初に行うべきは**保湿**です。保湿剤や人口唾液を使用して口腔内を潤し、食べやすい口腔の状況を整える必要があります。刺激に弱く傷つきやすい状態の口腔粘膜をきれいにして、唾液を増やし、保湿するといった適切な口腔ケアを実施するために歯科医師に相談することも有効な対応です。

水分摂取量が不足している場合は、必要量まで増やすこと、唾液分泌量の減少には舌運動や唾液腺マッサージ、よくかむこと、口腔内をきれいにして味を楽しめるようにすること等が対応として挙げられます。

5. 口腔の清潔

口腔内の清潔保持は、味覚を鋭敏にし、口の中の爽快感を感じさせ、口臭予防、歯周疾患や虫歯予防等の多くの効果が期待されます。また、口腔清掃時には、口を大きく開けるので顎関節の良い運動になります。歯ブラシにより頬や唇が引っ張られ、ブクブクうがいにより唇、頬、舌の筋肉が鍛えられます。また、口の中の細菌を減らすことにより嚥下性肺炎を防ぐことにもつながります。

口腔の衛生状態の不良は口腔清掃の不足、口腔の乾燥、咀嚼機能低下、嚥下機能低下等により生じます。適切な口腔ケアの実施により口腔を清潔に保つことが、食物の味を楽しみやすくさせ、唾液分泌量、咀嚼機能、嚥下機能に良い影響を与えます。嚥下障害があり、口から食べていない場合には、特に丁寧で効果的な口腔ケアが必要となります。口から食べ物は入らなくても、痰や剥離上皮、痂皮が細菌の栄養源となり細菌が増殖します。口から食べていないと咀嚼による自浄作用がなくなり、口腔乾燥が生じやすく口腔内の汚れが多くなり、誤嚥による肺炎のリスクも高くなります。

歯、歯肉、歯槽提（歯ぐき）、義歯、舌、口蓋、頬粘膜それぞれの状態によって必要なケアは異なります。歯が一本もない場合であっても、舌や歯槽提、口蓋、頬粘膜のケアが必要となります。

口腔の衛生状態が不良であっても本人は気づかずについて、効果的な口腔清掃を行って初めて口腔内がさっぱりして気づくことも少なくありません。適切で効果的な口腔ケアについて、また開口障害などがあり口腔内の衛生維持が困難な場合等は、歯科医師、歯科衛生士と相談して、口腔内の清潔に努めましょう。

Column 5（巻末参考も合わせて確認してください）

栄養診断（栄養状態の判定）

1. 栄養診断とは

栄養アセスメントは、個々の栄養リスク者に対して、現在の栄養問題の背景にある原因を把握するために重要な過程で、アセスメント後にはこれら解決すべき栄養の問題を評価・判定（栄養診断）して、栄養ケアにつなげていきます。

近年この栄養診断に対し、米国栄養士会は PES 表記（Problem:問題、Etiology:原因・要因、Sign/Symptom：兆候・症状）を推奨しこれらの表記に対して標準化された用語である栄養診断用語を提示しています。

この PES の表記は、主観的情報（症状や兆候などで自覚がある情報等）と客観的情報（身体計測値や検査結果等、栄養補給等）から、改善すべき栄養的課題を抽出し、それを系統的に記載する方法で、この改善すべき課題のことを栄養診断（Problem）といいます。この PESによる表記方法は、栄養診断をまず記載し、その要因や問題となる症状・兆候を端的に記載されているという観点から、医師や看護師には理解されやすいものです。

その反面、栄養的課題がたくさんある場合やその原因や病因が絡み合っている場合は、優先順位をつけることが難しく診断を憂慮することも少なくありません。また、どの栄養診断に当てはまるのかという視点で診断を行うと栄養ケアに結び付かないような診断名となることもあります。このような場合は、「この対象者にどのような栄養ケアができるか？その結果対象者はどのような変化が期待できるか」という視点から考えると良いかもしれません。

栄養診断は次に続く栄養ケアの計画や栄養介入の行動根拠となるものであり、診断だけつけても全く意味がなく、栄養診断された解決すべき問題を「どのように」「いつまで」「だれが」といった視点から解決・改善に向けて栄養ケア計画の作成をすることで栄養診断の目的が明らかになります。個別の「栄養ケア」をしなければならないのはなぜかという理由が栄養診断であり、それはどのような身体状況や栄養補給状況から判断したのかと考え、文章にすることが PES の表記の基本となります。

＜栄養診断の例＞

水分摂取量が足りないのではと考えられる対象者に対し・・・

- ① 「一日に必要な水分を摂取してもらいたい」と考えた（Plan）
- ② なぜ水分を摂取してもらいたいと考えるか →水が十分に飲めていないと思う
- ③ 「水がなぜ飲めないか」と思うのか→「水を飲むとむせる」から
- ④ 「水はどのくらい必要なのか」→「30 ml/kgとして 1500 ml必要」
- ⑤ 「今どのくらい摂取しているのか」→「お茶としては 0 ml、食事として約 1000 ml」
- ⑥ 水が不足しているのは 500 ml位

これを PES で記載すると

A) 「むせ」（E）があり、水分の必要量 1500 mlに対し 1000 mlの摂取しかできていな

いたため (S)、水分摂取量の不足 (NI-4.1) と診断される。

B) 「むせ」 (S) があり、水分の必要量 1500 ml に対し 1000 ml の摂取しかできていないため (E)、水分摂取量の不足 (NI-4.1) と診断される。

A)、B) どちらも PES の記載としては OK です。S (兆候・症候) の E (原因) と考えることもできる一方で E (原因) のあるために S (兆候・症候) が出ている場合があります。そのいずれにおいても栄養診断は同じこともあります。「栄養診断」の重要性は、その診断を下した原因はどこにあるのか、どのような症状や兆候、現象からその栄養診断を下したのかということを明確に示すことにあります。

そして、栄養診断された「水分摂取量の不足 (NI-4.1)」に対し、栄養ケアにおいては、不足していると考えられる水分に「とろみ」をつけることで摂取させます。これが栄養ケア計画となります。この栄養ケア計画の実施によって、むせを改善することはできませんが、「1000 ml しか摂取できていない水分」を「必要量 1500 ml」まで摂取させることが継続的にできれば、栄養ケア実施は完了となります。

2. 栄養診断用語のポイント

栄養診断の用語は、①摂取量 (NI)、②臨床栄養 (NC)、③行動や環境 (NB) の 3 つの領域に分類¹⁰⁾ されていますが、障害児者の栄養診断は、器質的・機能的な障害を要因とする栄養問題と、障害とは直接的な関連がない感染などの罹患による栄養障害があり、栄養診断が一つにならないことも少なくありません。また、それぞれの栄養課題が相互に影響しあっている場合もあり、多職種で優先すべき栄養診断を検討し栄養ケアにつなげていくことも必要です。

① 摂取量 (NI: Nutritional Intake)

栄養素等の過剰、不足、必要量の増加や不適切な栄養素や栄養方法の選択などの診断です。

障害児者のエネルギーの過不足の診断には、基礎代謝として消費エネルギーの高い臓器 (資料⑬、⑭) や組織の状況に加えて、発熱などの消費エネルギーを亢進する状況の有無、多動のためのエネルギー消費など、障害の特性によって消費エネルギーの評価が異なってくることに留意が必要です。

消費エネルギーは基礎代謝＋活動消費エネルギー＋疾患や炎症による消費エネルギー (＋成長) から構成されていますが、症状・兆候によるエネルギー消費の亢進と障害を要因とするエネルギー消費の低下が同時に起こっていることがあります。障害の程度や部位、また兆候・症状によってエネルギー等の必要量が異なってくるという特徴があります。

重症心身障害児者の必要エネルギーの算出についてはいくつか報告されていますが、必ずしもコンセンサスを得た算出式とは言えず、その施設内での算出式となることが多いのもまた現状です。

実際には、重症心身障害児者におけるエネルギー必要量の算定については、まず現在がどのくらいのエネルギー補給であるのかということを的確に評価し、それを体重当たりの摂取エネルギー A (kcal/kg/day) に換算しておきます。この A を健常児・人の基礎代謝

基準値 B (kcal/kg/day) で除し、係数 R を算出します。この R という係数は、一般的な活動係数等と異なり、エネルギー消費の亢進と低下を包括した係数となります。そして障害や身体状況によって、個人個人で異なっていることが特徴となります。例えば、呼吸障害がある場合は、人工呼吸器の使用の有無によって消費エネルギー量が大きく異なります。すなわち、人工呼吸器を使用せず努力呼吸が強い場合は、エネルギー消費量は亢進しますが、人工呼吸器を使用すると呼吸筋の利用が低下するためエネルギー消費量は低下します。人工呼吸器を使用している脳性麻痺児では、係数 R が 0.3~0.6 という低値もありえる数字となります。係数 R が 1 > では、基礎代謝相当のエネルギー補給をすると体重増加につながり、R が 1 < 場合は、体重減少となります。この R は、症状や兆候が変わらない場合は比較的安定した係数となりますので、体重調整する場合は、体重当たりの現在の摂取エネルギー量 A (kcal/kg/day) を調整して、係数 R を乗じることで目標とするエネルギー量を算出します。

障害児者の栄養管理の困難さを感じる一つの要因は、この係数 R にあります。この係数 R は栄養アセスメントとモニタリングの繰り返しによって決まってくるものとなります。また、時として変化する（年齢や症状・兆候の変化によって）こともありますが、しかし適切な栄養ケアの実施には欠かせない概念であり、係数であると考えられます。

表5) 年齢・性別 基礎代謝基準値

性別	男性			女性			
	年齢(歳)	基礎代謝基準値 (kcal/kg 体重/日)	参照体重 (kg)	基礎代謝量 (kcal/日)	基礎代謝基準値 (kcal/kg 体重/日)	参照体重 (kg)	基礎代謝量 (kcal/日)
	1~2	61.0	11.5	700	59.7	11.0	660
	3~5	54.8	16.5	900	52.2	16.1	840
	6~7	44.3	22.2	980	41.9	21.9	920
	8~9	40.8	28.0	1,140	38.3	27.4	1,050
	10~11	37.4	35.6	1,330	34.8	36.3	1,260
	12~14	31.0	49.0	1,520	29.6	47.5	1,410
	15~17	27.0	59.7	1,610	25.3	51.9	1,310
	18~29	23.7	64.5	1,530	22.1	50.3	1,110
	30~49	22.5	68.1	1,530	21.9	53.0	1,160
	50~64	21.8	68.0	1,480	20.7	53.8	1,110
	65~74	21.6	65.0	1,400	20.7	52.1	1,080
	75以上	21.5	59.6	1,280	20.7	48.8	1,010

表6) 成長に伴う組織増加分のエネルギー

年齢等	男 児				女 児			
	(A) 参照 体重 (kg)	(B) 体重 増加量 (kg/年)	組織増加分		(A) 参照 体重 (kg)	(B) 体重 増加量 (kg/年)	組織増加分	
			(C) エネルギー 密度 (kcal/g)	(D) エネルギー 蓄積量 (kcal/日)			(C) エネルギー 密度 (kcal/g)	(D) エネルギー 蓄積量 (kcal/日)
0～5 (月)	6.3	9.4	4.4	115	5.9	8.4	5.0	115
6～8 (月)	8.4	4.2	1.5	15	7.8	3.7	1.8	20
9～11 (月)	9.1	2.5	2.7	20	8.4	2.4	2.3	15
1～2 (歳)	11.5	2.1	3.5	20	11.0	2.2	2.4	15
3～5 (歳)	16.5	2.1	1.5	10	16.1	2.2	2.0	10
6～7 (歳)	22.2	2.6	2.1	15	21.9	2.5	2.8	20
8～9 (歳)	28.0	3.4	2.5	25	27.4	3.6	3.2	30
10～11 (歳)	35.6	4.6	3.0	40	36.3	4.5	2.6	30
12～14 (歳)	49.0	4.5	1.5	20	47.5	3.0	3.0	25
15～17 (歳)	59.7	2.0	1.9	10	51.9	0.6	4.7	10

出典：日本人の食事摂取基準（2020年版）「日本人の食事摂取基準」策定検討会報告書

- ・ 経腸栄養（経口、経腸）
 - ・ 静脈栄養
 - ・ 水分
 - ・ 生物活性物質（生体に作用して何らかの生物反応を起こす化合物でその作用が生体にとって良いものか悪いものかは問われません。例：プロスタグランジン、ペプチドホルモン、インターロイキン、モルヒネ、ニコチン、カフェイン、毒素、医薬品等）
 - ・ 栄養素（たんぱく質とエネルギーの摂取、脂肪、たんぱく質、アミノ酸、炭水化物、食物繊維、ビタミン（A、C、D、葉酸、B₆、B₁₂）、ミネラル（Ca、Fe、K、P、Na、Zn）：エネルギー産生栄養素や水溶性ビタミンの不足は「日」単位で、脂溶性ビタミンやミネラルは「月」単位で不足や過剰の栄養的問題が出現します。
- ① 臨床栄養 医療的、身体状況に特定される栄養課題に対する栄養診断です。
- ・ 機能（嚥下やかじり取り・咀嚼の困難性、哺乳困難、消化管障害）
 - ・ 生化学（栄養素の利用や代謝の障害）
 - ・ 体重（低体重、意図しない体重減少、肥満・過体重、肥満症、意図しない体重増加、成長停滞）
 - ・ 栄養障害症（低栄養、飢餓、低栄養に関連する慢性疾患や状態、急性疾患や外傷に起因する栄養障害、疾患とは関連しない小児期の低栄養、小児期の疾患に関連した低栄養）
- ② 行動や環境 栄養に関わる知識や態度、信念、生活環境、食品の入手、食品安全などに関わる栄養診断です。
- ・ 知識と信念（食品や栄養に関連する知識、食事やライフスタイルの変化への準備が

できていない、食事摂取の異常、栄養に関わる推奨に対する理解の不足、不適切な食品選択)

- ・ 身体活動や身体機能（活動量の低下や過剰、自己管理能力不足）
- ・ 食品安全や食品入手（不衛生な食品の摂取、食品入手の制限）

アメリカ栄養士会を中心として、これらの栄養診断をコード化され用語集が出されていますが、版が変わるたびに栄養診断の数も変化しています。そこで、まずコードにとらわれることなく栄養アセスメントに基づいた栄養診断を行い、課題を明確にすることで、栄養ケアの目的を明確に示すことができ、栄養改善の効果判定に必要な栄養指標も設定しやすくなります。

先天的に障害を持つ場合はその障害だけに意識が向きがちですが、栄養は成長・発達と非常に密接な関係にあり、乳幼児期の栄養はその後の人生に大きくかかわってくることから、その子なりの成長をしているのか、微量栄養素も含めた栄養補給量に過不足はないのかなどクリティカルな視点でアセスメント・モニタリングを行い、適切な栄養ケアを行うことが重要になります。

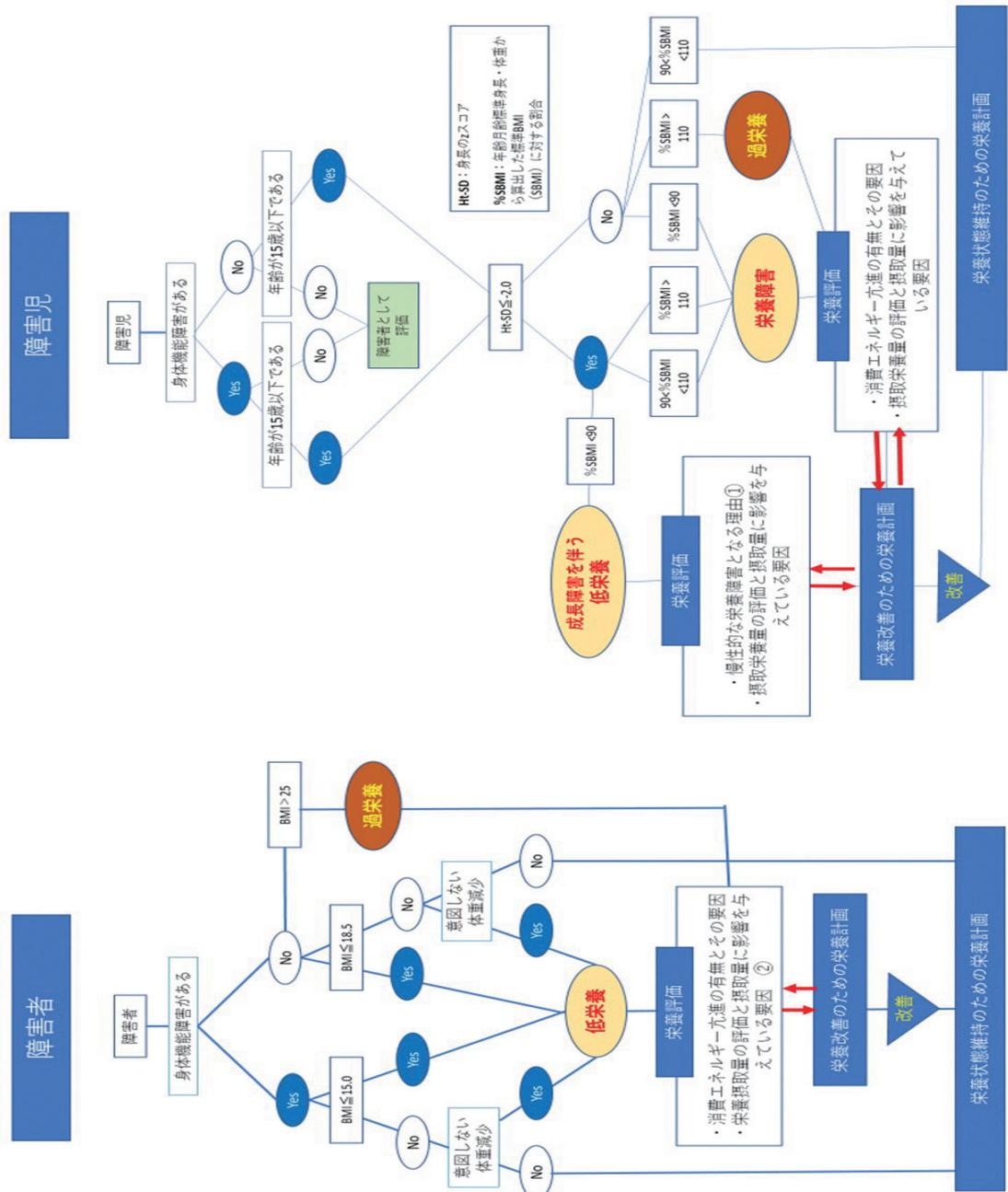
【参考文献】

1. T Cederholm 1, G L Jensen 2, M I T D Correia, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. Clin Nutr. Feb;38(1):1-9.2019
2. Shirley W. Valli K.et.al. Prenatal Growth in pregnancy. A Nutrition and Growth. Pediatric Nutrition in Chronic Disease and Developmental Disorders. Oxford university press. New York. p3-5 2005
3. D.J.P. Barker, C. Osmond. Infant mortality, childhood nutrition, and ischaemic heart disease in England and Wales. The Lancet Volume 327, No. 8489, p1077-1081, 10 May 1986
4. 望月弘彦, 総論身体計測の方法 静脈経腸栄養 Vol.32 No.3 p1137-1141 2017
5. JS Garrow WPT James A Ralph 編 細谷憲政日本語監修 ヒューマンニュートリション 基礎・食事・臨床 第10版 医歯薬出版 p40-41 2004
6. Lori J. Emily Wroe, Body composition and growth.Nutrition in Pediatrics 4. People' s medical publishing house USA. p27-33 2009
7. Karen Murphy, Washington state of health. Anthropometrics. Determination of Nutrition Status. Nutrition Interventions for Children with Special Health Care Needs. 3rd edition. P14-15. 2010
8. J. C. Waterlow, Classification and Definition of Protein-Calorie Malnutrition. BMJ September p566-569 1972
9. The Nutrition Care Process (NCP) <https://www.ncpro.org/nutrition-care-process> 2021/8/23 アクセス
10. Abridged Nutrition Care Process Terminology (NCPT) Reference Manual. 2017editon. Academy of Nutrition and Dietetics
11. 日本人の食事摂取基準 2020年度版 第一出版 p26 2020
12. B.Koletzko. Pediatric nutrition in practice 2nd revised edition. Karger Germany. P147. 2015
13. Caroline M.T. Kate N. Macro- and micronutrient intakes in picky eaters: a cause for concern? Am J Clin Nutr Dec;104(6):1647-1656 2016
14. 口分田政夫 永江彰子 重症心身障害児の栄養管理 静脈経腸栄養 Vol.27 No.5 p21-28 2012
15. 大原里子 高田健人、他 咀嚼機能が低下した要介護高齢者における栄養改善と義歯使用およびきざみ食の関連について. 第63巻第15号 p37-44「厚生指針」
16. 胃ろうからミキサー食注入のすすめ
<http://kcmc.kanagawapho.jp/department/files/mixer1403.pdf>
2022/1/15 アクセス

資料

この資料の中には、欧米の障害種別成長曲も、参考までに掲載致しております。WHO で報告されているダウン症、プラダー・ウィリー症候群などの障害児について作成されたもので、日本人に適用できるかの検証はしておりません。

資料① フローチャート案（各施設で作成されるとき参考にしてください）



藤谷朝実.障害者特性を考えた栄養ケア・マネジメント、p118-119、障害児・者の栄養障害の要因と栄養ケア p120-121、栄養ケア・マネジメントの実装、杉山みち子編、日本ヘルスケアテクノ. 東京、2022.

資料② 特徴的な食行動と対応

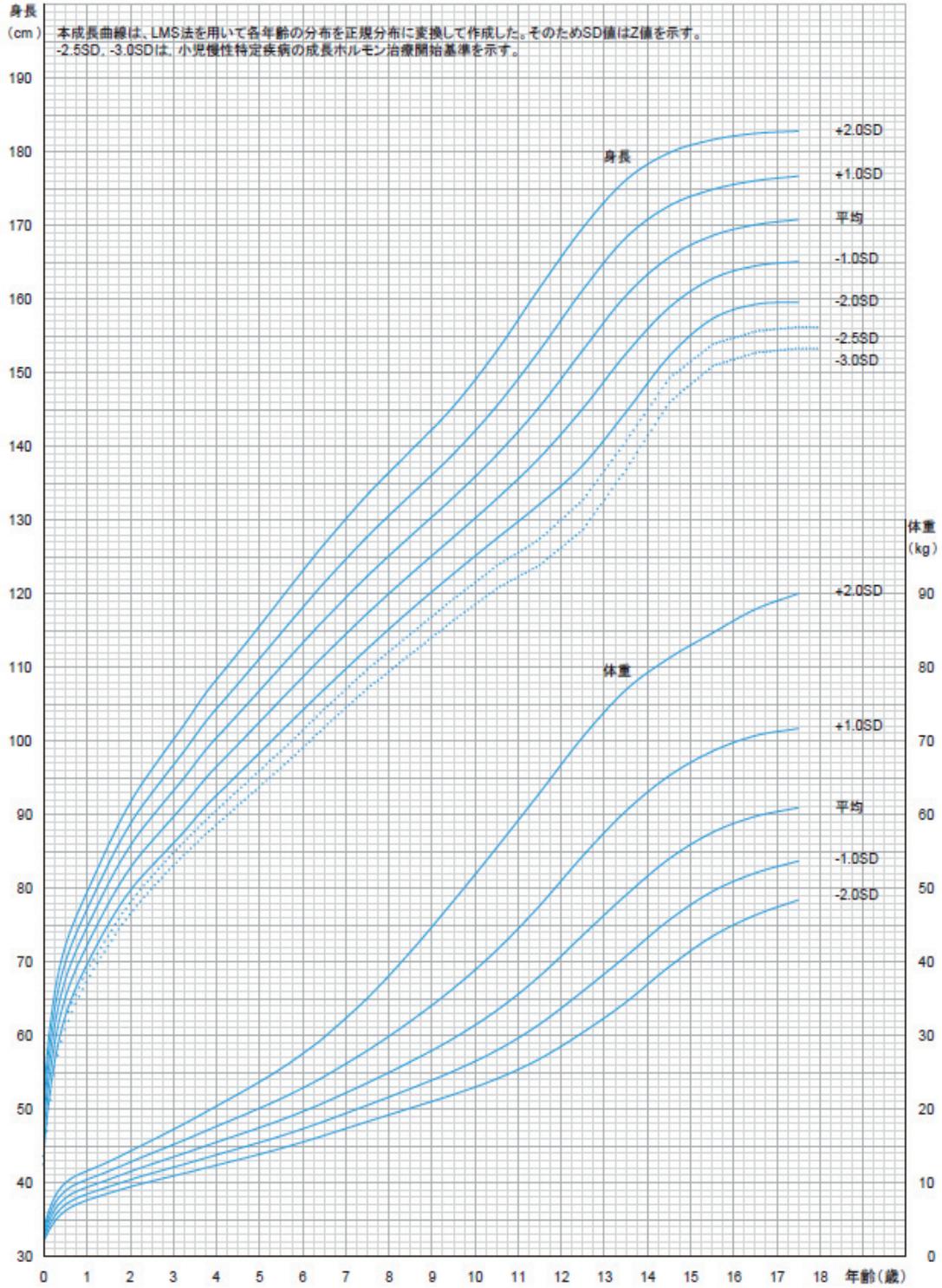
食事の観察を通じて気が付いたこと	対応
① 上半身が左右や前後に傾く傾向があり、座位の保持が困難である	<p>○リハビリテーション専門職に依頼し車椅子の種類の検討、姿勢の調整を行う。</p> <p>○足底、両下肢、上肢の安定性を確保する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・股関節・膝間接が90度になるように調整する。足底は床に全面を接地させる。届かない時は足台を使用する。 ・肘を安定させ、肘がついた状態で補食動作が可能な高さにテーブルを調整する。
③ 頸部が後屈しがちである	<p>○リハビリテーション専門職に依頼し車椅子の種類の検討、姿勢の調整を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ベッド上、車椅子上での頭頸部角度を調整する。体幹と車椅子が合わない場合は枕やタオルなどを使用し頸部を前屈位に調整する。 <p>○食事介助法を工夫する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・食事に視線を誘導し、頸部を前屈に調整する。 ・顎が上がらないよう斜め下から下口唇を滑らせるように介助する。
④ 食事を楽しみにしていない	<p>○嗜好に配慮した食事を提供する。</p> <p>○おいしそうで見栄えの良い食器や盛り付け、彩りの工夫をする。</p> <p>○楽しくリラックスした食事環境を提供する。</p> <p>○うつ状態など精神症状がある場合は無理に食物をすすめず、薬剤の効果や副作用、精神的安定をはかるための介入を優先する。</p>
⑤ 食事をしながら、寝てしまう	<p>○覚醒を促すための声掛け、ボディータッチを行う。</p> <p>○安全な食物形態、姿勢の維持、覚醒状態を確認し食事介助する。</p> <p>○薬剤の内容や服薬時間の確認し、副作用の可能性を報告する。</p> <p>○食事の時間を覚醒時に変更する。</p>
⑤ 食べ始められない、食べ始めても頻繁に食事を中断してしまう、食事に集中できない	<p>○「食事」ですよと声をかけする。</p> <p>○一皿ずつ順番に提供する、ワンプレートに盛り付ける</p> <p>○無地の食器を使用する、食器の色を変更する。</p> <p>○利用者の身体機能にあった食器・食具を検討する。</p> <p>○スプーンを直接手に持たせ最初の一口を食べてもらう。食事介助する。</p> <p>○テレビを消す、パーテーションなどを用いて食事に集中出来る環境調整を行う。</p> <p>○多動や興奮の場合は席に着くよう声掛けをしたり、静かな別室など落ち着く食事環境を提供する。</p>

⑥ 食事又はその介助を拒否する	<p>○今までの食事摂取環境がどのようなであったか、家族に確認する。</p> <p>○提供方法や声掛けなど食事のケア方法を統一する。</p> <p>○水分の拒否がある場合は利用者が好みのものを提供する。</p>
⑦ 食事に時間がかかり、疲労する	<p>○リハビリテーション専門職に依頼し、食事中安楽な姿勢が継続出来るよう調整を行う。</p> <p>○むせなくスムーズに嚥下出来る食形態に変更する。</p> <p>○利用者の身体機能にあった食器・食具を検討する。</p> <p>○食事が多く、摂取に時間がかかる場合は食事の一部を少量高エネルギーの栄養補助食品などに置きかえる。</p>
⑧ 次から次へと食べ物を口に運ぶ	<p>○ゆっくり食べるよう声掛けする。</p> <p>○器を小分けにして提供する。一品ずつ提供する。</p> <p>○スプーンを小さくするなど一口量を調整する。</p> <p>○食べやすい食形態に変更する。誤嚥や窒息の危険がある食品を除去する。</p> <p>○異食がある場合は食べられない飾りなどは提供しない(バラン、銀カップ、調味料入れなど)、またみかんやバナナなどの果物は皮をむいて提供する。</p>
⑨ 口腔内が乾燥している	<p>○適切な口腔ケアを実施する。</p> <p>○歯科医、協力歯科医療機関等に相談する。</p> <p>○舌運動、唾液腺マッサージを実施する。</p> <p>○保湿剤、人工唾液を使用する。</p> <p>○不足がないよう水分を補給する。</p>
⑩ 口腔内の衛生状態が悪い	<p>○適切な口腔ケアを実施する。</p> <p>○歯科医、協力歯科医療機関等に相談する。</p>
⑪ 噛むことが困難である(歯・義歯の状態又は咀嚼能力等に問題がある)	<p>○歯の動揺、歯肉の炎症、義歯不適合、多数の欠損歯がある場合には歯科受診し、咀嚼出来る咬合状態を確立する。</p> <p>○食塊形成しやすい食形態に調整する。</p>
⑫ 固いものを避け、軟らかいものばかり食べる	<p>○摂取状況を観察し、どのような食品や料理が避けられているか確認する。</p> <p>○義歯や口腔の状況を観察し、歯科受診や口腔ケアをすすめる。</p> <p>○食塊形成しやすい食形態に調整する。</p> <p>○口腔体操、咀嚼訓練を行う。</p>
⑬ 上下の奥歯や義歯が咬み合っていない	<p>○歯や義歯の歯科治療を行う。</p> <p>○食塊形成しやすい食形態に調整する。</p>
⑭ 口から食物や唾液がこぼれる	<p>○歯科受診や言語聴覚士による評価を依頼する。</p> <p>○食事介助法を工夫する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・指で口唇を閉じる、口角を持ち上げるなど口唇閉鎖を補助する。 ・非麻痺側の舌に食物を設置し、送り込みを補助する。

⑮ 口腔内に食物残渣が目立つ	<p>○歯科受診や言語聴覚士による評価を依頼する。</p> <p>○口腔ケアの方法を検討する。</p> <p>○食事介助法を工夫する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・口腔内に残留があっても適切な介助で次の一口を提供する(追加嚥下)。 ・付着性の低い食物で交互に補食する(交互嚥下)。 ・非麻痺側の舌に食物を設置し、送り込みを補助する。 <p>○リクライニング角度を下げ、重力を使って咽頭に送り込みやすくする。</p>
⑯ 食物をなかなか飲み込まず、嚥下に時間がかかる	<p>○嚥下を促す声掛けを行う。</p> <p>○開閉口運動、口唇閉鎖を徒手的に行うことで口腔内の嚥下圧を高め、送り込みを補助する。</p> <p>○スムーズに嚥下出来る食形態に変更する。</p>
⑰ 一口あたり何度も嚥下する	<p>○一口量を調整する。</p> <p>○スムーズに嚥下出来る食形態に変更する。</p>
⑱ 頻繁にむせたり、せきこんだりする	<p>○どういう状況で、いつむせたか、どの機能低下によるものなのかを明確化(嚥下前・中・後)する。</p> <p>○リクライニング角度を低く設定する。</p> <p>○一口量を調整する。介助ペースを調整する。</p> <p>○汁物、水分にとろみをつける。</p> <p>○複数回嚥下の実施、食形態を調整する。</p> <p>○症状が顕著な場合は頸部聴診法などを併用して観察する。嚥下動作と詳細に評価するために嚥下造影検査(VF)、嚥下内視鏡検査(VE)での評価を行い、対処方法を再検討する。</p>
⑲ 食事中や食後に濁った声に変わる	<p>○代償的嚥下法を実施する(頸部突出法、頸部屈曲位、横向き嚥下、努力嚥下、交互嚥下など)。</p>
⑳ 食事の後半は疲れてしまい、特に良くむせたり、呼吸音が濁ったりする	<p>○リハビリテーション専門職に依頼し、食事中安楽な姿勢が継続出来るよう調整を行う。</p> <p>○利用者の体力に合わせて食事時間に制限を設ける。不足分は栄養補助食品、間食などで補う。</p>
㉑ 観察時から直近 1 ヶ月程度以内で、食後又は食事中に嘔吐したことがある	<p>○食事中に嘔吐があった際は食事を中止する。</p> <p>○食後の体位は 30 分から 1 時間は座位もしくは 45°以上のリクライニング姿勢を保つようにする。</p> <p>○食事量、食形態の調整を行う。</p> <p>○逆流性食道炎などの消化器症状がないか注意して観察し、医師に相談する。</p>
㉒ 食事の摂取量に問題がある(拒食、過食、偏食など)	<p>○期間(いつから、どのくらい続いているのか)、摂取量、原因(食事形態・食習慣・消化器症状・精神的な悩みや不安、薬剤による副作用、疾患による疼痛や発熱、認知機能低下、活動性低下、体力低下、偏食、食事環境)について情報収集を行い、多職種でアプローチ方法を検討する。</p>

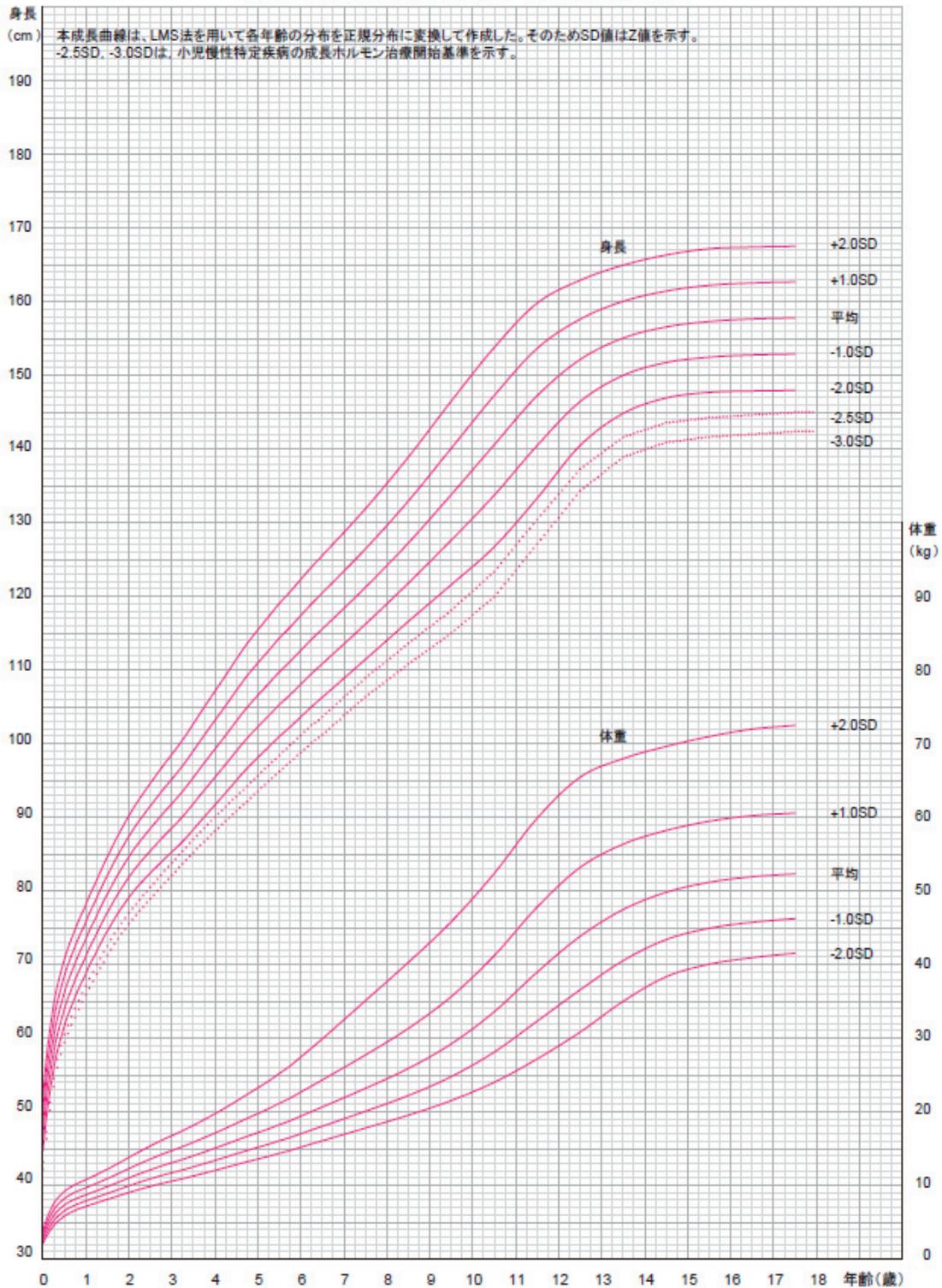
資料③ 成長曲線（身長・体重・BMI）

横断的標準身長・体重曲線(0 - 18 歳)男子(SD表示)
(2000年度乳幼児身体発育調査・学校保健統計調査)



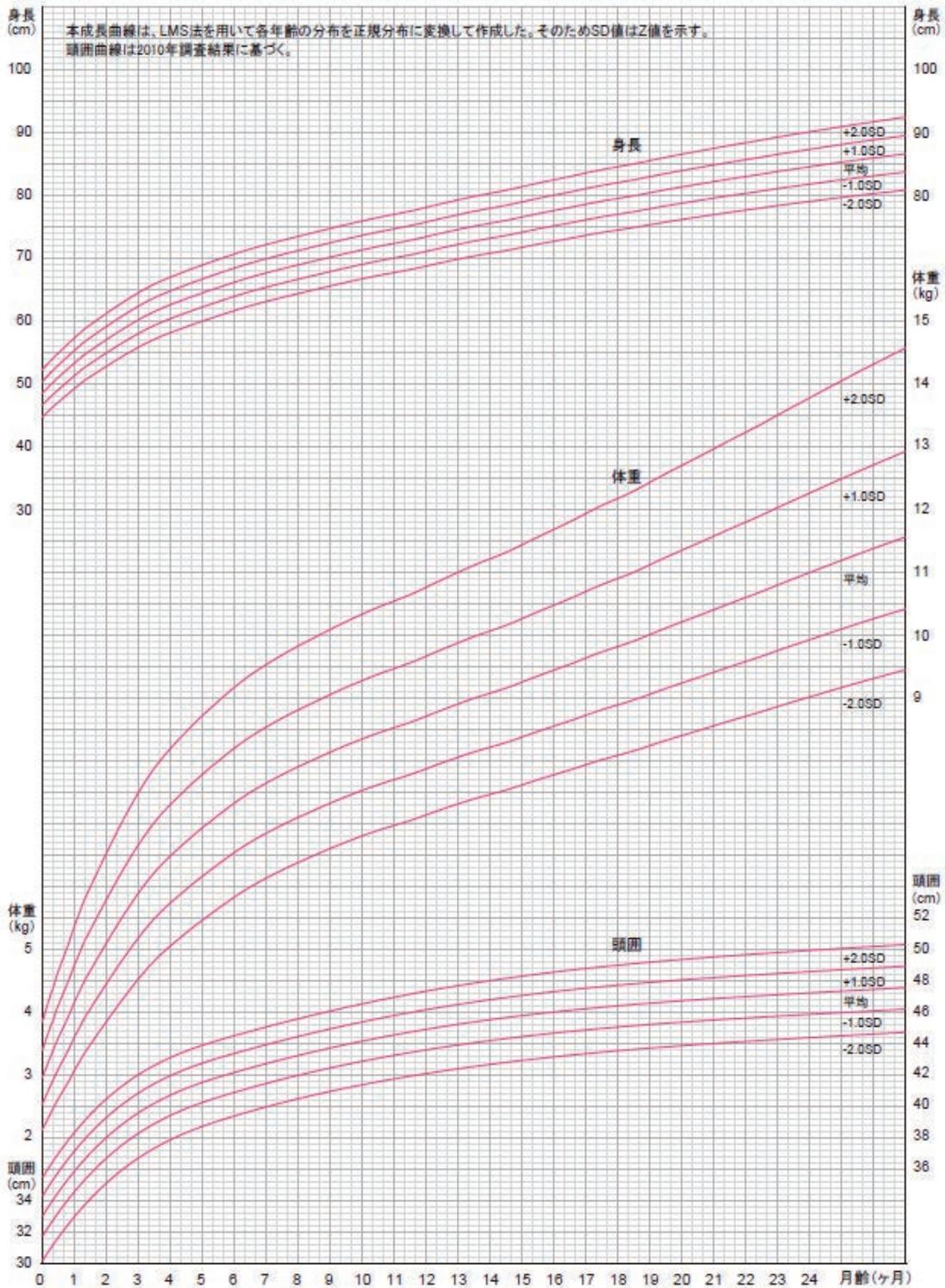
著作権：一般社団法人 日本小児内分泌学会、著者：加藤則子，磯島豪，村田光範 他：Clin Pediatr Endocrinol 25:71-76, 2016

横断的標準身長・体重曲線(0 - 18 歳)女子(SD表示)
(2000年度乳幼児身体発育調査・学校保健統計調査)



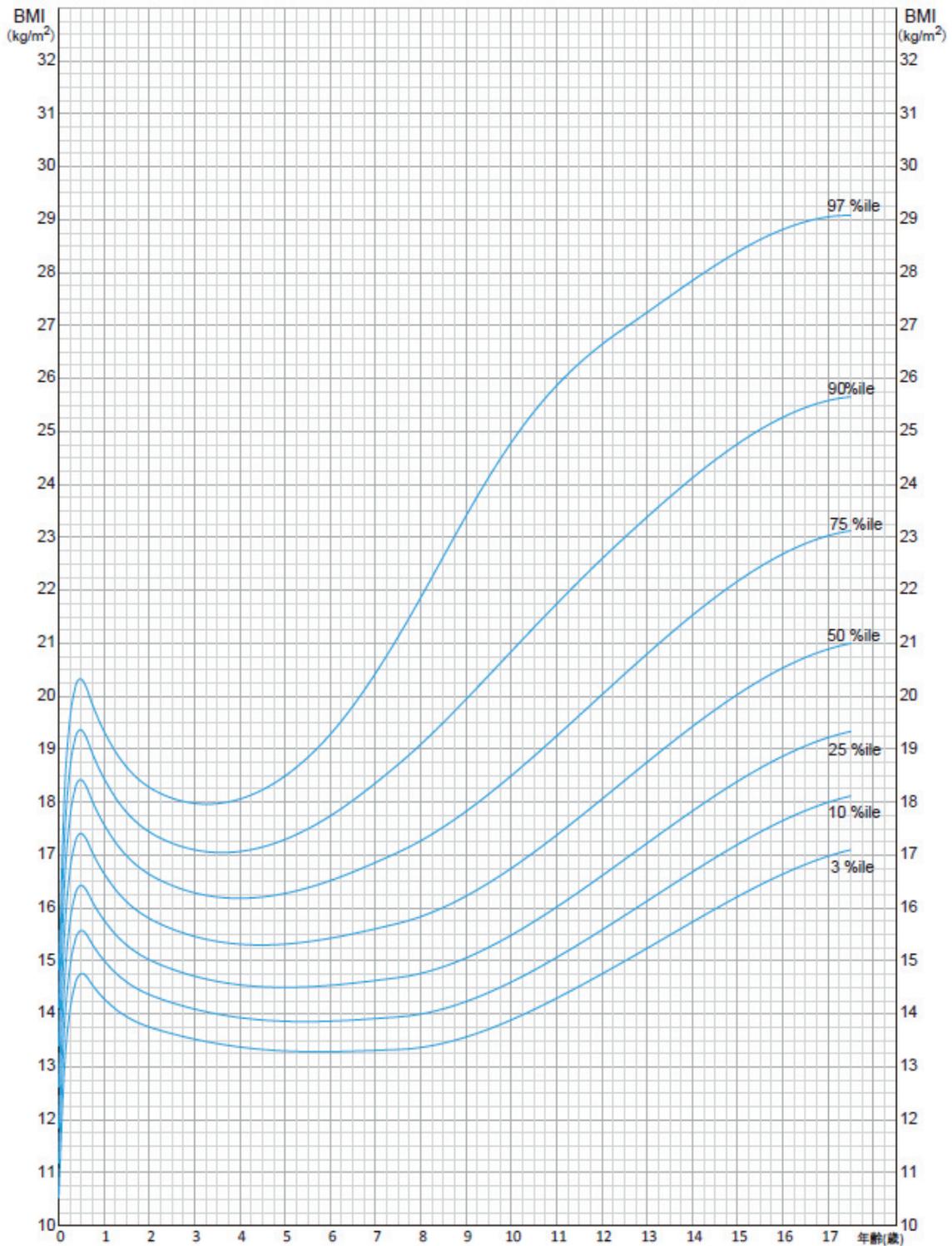
著作権：一般社団法人 日本小児内分泌学会、著者：加藤則子，磯島豪，村田光範 他：Clin Pediatr Endocrinol 25:71-76, 2016

横断的標準身長・体重曲線(0 - 24ヶ月)女子(SD表示)
 (2000年度乳幼児身体発育調査・学校保健統計調査)



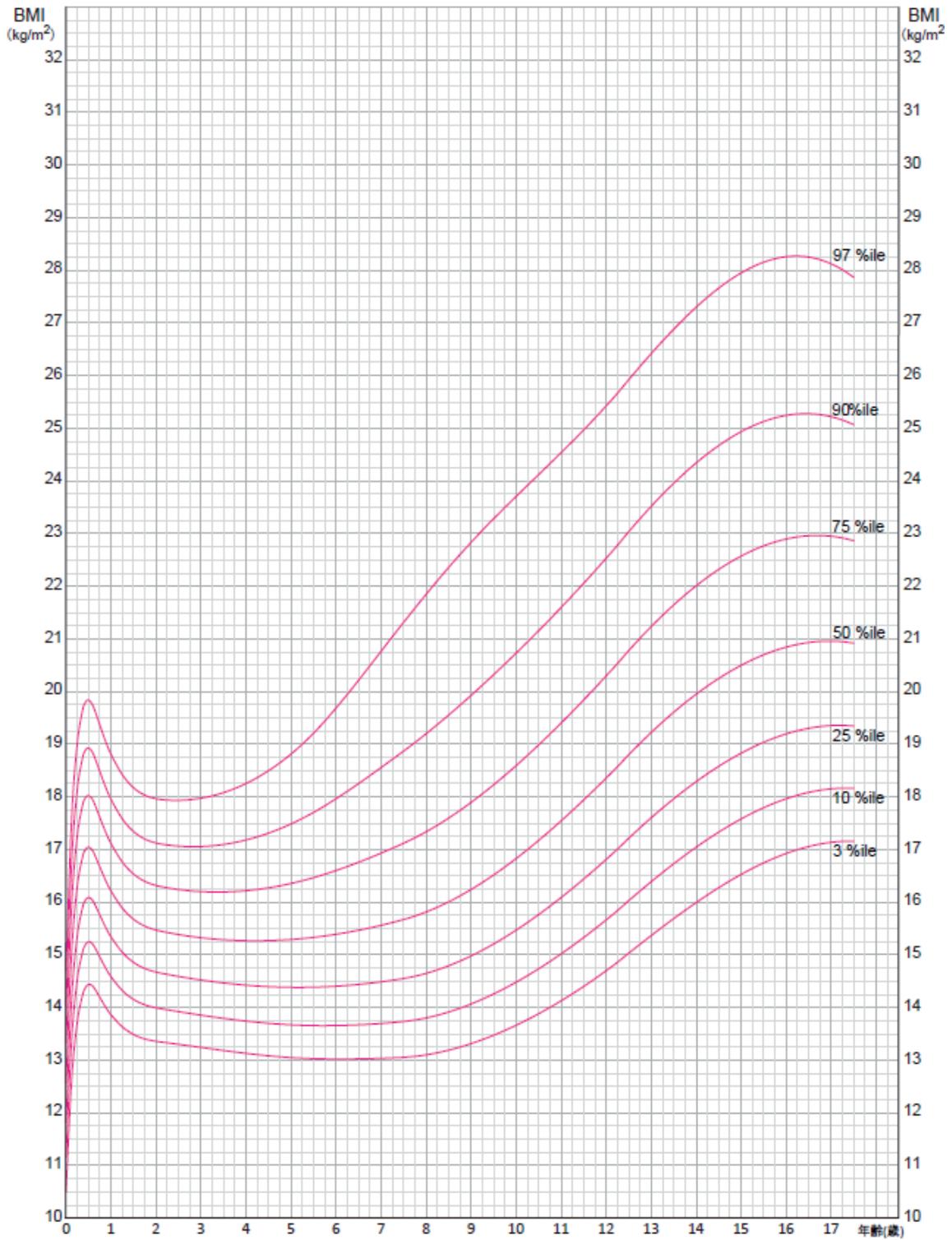
著作権：一般社団法人 日本小児内分泌学会
 著者：(身長・体重)加藤則子, 磯島豪, 村田光範, 他: Clin Pediatr Endocrinol 25:71-76, 2016
 (頭圍)加藤則子, 横山徹爾, 瀧本秀美: 平成23年度総括・分担研究報告書(H23-次世代-指定-005) 11-52, 2012

Body Mass Index percentile 曲線 男子
 (2000年度乳幼児身体発育調査・学校保健統計調査)



著作権：一般社団法人 日本小児内分泌学会、著者：加藤則子、瀧本秀美、須藤紀子 Clin Pediatr Endocrinol 20 : 47-49, 2011

Body Mass Index percentile 曲線 女子
 (2000年度乳幼児身体発育調査・学校保健統計調査)



著作権：一般社団法人 日本小児内分泌学会、著者：加藤則子、瀧本秀美、須藤紀子 Clin Pediatr Endocrinol 20 : 47-49, 2011

資料④ 日本人の平均身長・体重
(男子 平均体重/標準偏差 2000)

年齢 (歳・月)	平均身長(cm)		平均体重(kg)		年齢 (歳・月)	平均身長(cm)		平均体重(kg)		年齢 (歳・月)	平均身長(cm)		平均体重(kg)	
	平均値	SD	平均値	SD		平均値	SD	平均値	SD		平均値	SD	平均値	SD	平均値	SD
0-0	49.0	2.1	3.0	0.4	4-0	100.2	3.9	15.6	2.0	8-0	125.3	5.3	26.1	3.0
0-1	53.5	2.2	4.3	0.6	4-1	100.8	3.9	15.8	2.0	8-1	125.8	5.3	26.3	3.1
0-2	57.9	2.2	5.5	0.7	4-2	101.3	4.0	15.9	2.1	8-2	126.2	5.3	26.6	3.2
0-3	61.4	2.2	6.4	0.8	4-3	101.9	4.0	16.1	2.1	8-3	126.7	5.4	26.8	3.3
0-4	64.2	2.3	7.1	0.9	4-4	102.4	4.0	16.3	2.1	8-4	127.2	5.4	27.2	3.4
0-5	66.2	2.3	7.7	0.8	4-5	103.0	4.1	16.4	2.1	8-5	127.6	5.4	27.4	3.4
0-6	67.8	2.4	8.0	0.9	4-6	103.5	4.1	16.6	2.1	8-6	128.1	5.5	27.7	3.5
0-7	69.2	2.4	8.2	0.9	4-7	104.0	4.1	16.7	2.2	8-7	128.6	5.5	28.0	3.5
0-8	70.5	2.4	8.6	1.0	4-8	104.6	4.2	16.9	2.2	8-8	129.0	5.5	28.3	3.5
0-9	71.7	2.5	8.9	1.0	4-9	105.1	4.2	17.0	2.2	8-9	129.5	5.5	28.6	3.5
0-10	72.8	2.5	9.1	0.9	4-10	105.6	4.3	17.3	2.3	8-10	129.9	5.5	28.9	3.5
0-11	73.9	2.5	9.2	0.9	4-11	106.2	4.3	17.5	2.4	8-11	130.4	5.6	29.2	3.6
1-0	75.0	2.6	9.3	0.9	5-0	106.7	4.3	17.7	2.5	9-0	130.9	5.6	29.5	3.6
1-1	76.0	2.6	9.5	0.9	5-1	107.3	4.4	17.9	2.6	9-1	131.3	5.6	29.7	3.6
1-2	76.9	2.6	9.8	1.0	5-2	107.8	4.4	18.1	2.6	9-2	131.8	5.6	30.0	3.6
1-3	77.8	2.7	9.9	1.0	5-3	108.3	4.4	18.3	2.9	9-3	132.2	5.7	30.3	3.6
1-4	78.7	2.7	10.1	1.0	5-4	108.9	4.5	18.5	2.9	9-4	132.7	5.7	30.6	3.6
1-5	79.6	2.8	10.3	1.1	5-5	109.4	4.5	18.7	2.9	9-5	133.1	5.7	30.9	3.7
1-6	80.5	2.8	10.5	1.2	5-6	110.0	4.5	18.9	3.0	9-6	133.6	5.7	31.2	3.8
1-7	81.4	2.8	10.6	1.1	5-7	110.5	4.6	19.1	3.0	9-7	134.1	5.8	31.5	3.8
1-8	82.3	2.9	10.9	1.1	5-8	111.1	4.6	19.3	3.0	9-8	134.5	5.8	31.9	3.9
1-9	83.1	2.9	11.2	1.2	5-9	111.6	4.7	19.6	3.0	9-9	135.0	5.8	32.2	4.0
1-10	83.9	2.9	11.3	1.2	5-10	112.2	4.7	19.8	3.1	9-10	135.4	5.9	32.5	4.0
1-11	84.7	3.0	11.4	1.1	5-11	112.7	4.7	20.1	3.2	9-11	135.9	5.9	32.8	4.0
2-0	85.4	3.0	11.6	1.2	6-0	113.3	4.8	20.3	3.3	10-0	136.4	5.9	33.2	4.0
2-1	86.2	3.1	11.8	1.2	6-1	113.9	4.8	20.6	3.4	10-1	136.8	6.0	33.5	4.0
2-2	86.9	3.1	12.0	1.2	6-2	114.5	4.8	20.8	3.5	10-2	137.3	6.0	33.8	4.0
2-3	87.6	3.1	12.1	1.3	6-3	115.0	4.9	21.1	3.5	10-3	137.7	6.0	34.1	4.0
2-4	88.3	3.2	12.3	1.3	6-4	115.6	4.9	21.3	3.6	10-4	138.2	6.1	34.5	4.0
2-5	88.9	3.2	12.5	1.3	6-5	116.1	4.9	21.6	3.7	10-5	138.6	6.1	34.8	4.0
2-6	89.6	3.2	12.7	1.3	6-6	116.7	5.0	21.8	3.8	10-6	139.1	6.1	35.1	4.0
2-7	90.2	3.3	12.8	1.3	6-7	117.2	5.0	22.0	3.8	10-7	139.6	6.2	35.5	4.0
2-8	90.8	3.3	13.0	1.4	6-8	117.7	5.0	22.2	3.9	10-8	140.1	6.3	35.8	4.0
2-9	91.5	3.3	13.2	1.4	6-9	118.2	5.0	22.5	3.9	10-9	140.7	6.4	36.2	4.0
2-10	92.1	3.4	13.3	1.4	6-10	118.6	5.0	22.7	4.0	10-10	141.2	6.5	36.5	4.0
2-11	92.7	3.4	13.5	1.5	6-11	119.1	5.0	22.9	4.0	10-11	141.7	6.6	36.9	4.0
3-0	93.3	3.5	13.7	1.5	7-0	119.6	5.1	23.1	4.1	11-0	142.2	6.6	37.3	4.0
3-1	94.0	3.5	13.9	1.6	7-1	120.1	5.1	23.3	4.2	11-1	142.7	6.7	37.6	4.0
3-2	94.6	3.5	14.0	1.6	7-2	120.6	5.1	23.5	4.2	11-2	143.2	6.8	38.0	4.0
3-3	95.1	3.6	14.2	1.7	7-3	121.1	5.1	23.8	4.3	11-3	143.8	6.9	38.3	4.0
3-4	95.7	3.6	14.4	1.7	7-4	121.5	5.1	24.0	4.3	11-4	144.3	7.0	38.7	4.0
3-5	96.3	3.6	14.5	1.7	7-5	122.0	5.1	24.2	4.4	11-5	144.8	7.1	39.0	4.0
3-6	96.9	3.7	14.7	1.8	7-6	122.5	5.1	24.4	4.4	11-6	145.3	7.1	39.4	4.0
3-7	97.5	3.7	14.8	1.8	7-7	123.0	5.2	24.7	4.5	11-7	145.9	7.2	39.9	4.0
3-8	98.0	3.7	15.0	1.8	7-8	123.4	5.2	25.0	4.6	11-8	146.6	7.3	40.4	4.0
3-9	98.6	3.8	15.1	1.8	7-9	123.9	5.2	25.2	4.7	11-9	147.2	7.4	40.9	4.0
3-10	99.1	3.8	15.3	1.9	7-10	124.4	5.2	25.5	4.8	11-10	147.8	7.4	41.4	4.0
3-11	99.7	3.9	15.4	1.9	7-11	124.8	5.3	25.8	4.9	11-11	148.5	7.5	41.9	4.0

日本成長学会・日本小児内分沁学会合同標準値委員会 (PDF) <http://jspe.umin.jp/medical/taikaku.html>

(女子 平均体重／標準偏差 2000年)

年齢 (歳・月)	平均身長 (cm)	SD	平均体重 (kg)	SD	年齢 (歳・月)	平均身長 (cm)	SD	平均体重 (kg)	SD	年齢 (歳・月)	平均身長 (cm)	SD	平均体重 (kg)	SD	年齢 (歳・月)	平均身長 (cm)	SD	平均体重 (kg)	SD
0-0	48.4	2.1	3.0	0.4	4-0	99.5	3.8	15.2	2.0	8-0	124.6	5.4	28.4	4.7	12-0	149.6	6.3	42.8	8.5
0-1	52.6	2.1	4.1	0.5	4-1	100.0	3.8	15.4	2.1	8-1	125.1	5.4	28.7	4.8	12-1	150.0	6.2	43.0	8.5
0-2	56.7	2.2	5.2	0.6	4-2	100.6	3.9	15.6	2.2	8-2	125.6	5.4	29.9	4.9	12-2	150.4	6.2	43.4	8.5
0-3	60.0	2.2	6.0	0.7	4-3	101.2	3.9	15.8	2.4	8-3	126.1	5.5	29.2	5.0	12-3	150.9	6.1	43.8	8.5
0-4	62.6	2.2	6.6	0.8	4-4	101.7	3.9	15.9	2.3	8-4	126.5	5.5	28.5	5.1	12-4	151.3	6.1	44.2	8.6
0-5	64.6	2.3	7.0	0.8	4-5	102.3	4.0	16.1	2.2	8-5	127.0	5.5	26.7	5.2	12-5	151.7	6.0	44.6	8.6
0-6	66.2	2.3	7.5	0.8	4-6	102.8	4.0	16.3	2.2	8-6	127.5	5.6	27.0	5.3	12-6	152.1	5.9	45.0	8.6
0-7	67.5	2.3	7.9	0.8	4-7	103.4	4.0	16.4	2.1	8-7	128.0	5.6	27.3	5.4	12-7	152.4	5.9	45.3	8.6
0-8	68.9	2.4	8.0	0.9	4-8	103.9	4.1	16.6	2.1	8-8	128.5	5.7	27.6	5.5	12-8	152.6	5.8	45.6	8.5
0-9	70.0	2.4	8.2	0.9	4-9	104.5	4.1	16.8	2.0	8-9	129.0	5.7	27.9	5.5	12-9	152.9	5.8	45.8	8.5
0-10	71.2	2.4	8.5	0.9	4-10	105.0	4.1	17.0	2.1	8-10	129.5	5.8	28.2	5.6	12-10	153.1	5.8	46.1	8.5
0-11	72.3	2.5	8.6	0.9	4-11	105.6	4.2	17.2	2.2	8-11	130.0	5.8	28.5	5.7	12-11	153.4	5.7	46.4	8.4
1-0	73.4	2.5	8.7	1.0	5-0	106.2	4.2	17.4	2.3	9-0	130.5	5.9	28.9	5.8	13-0	153.6	5.7	46.7	8.4
1-1	74.5	2.5	9.0	0.9	5-1	106.7	4.3	17.6	2.4	9-1	131.0	5.9	29.2	5.9	13-1	153.9	5.6	46.9	8.4
1-2	75.5	2.6	9.2	0.9	5-2	107.3	4.3	17.8	2.5	9-2	131.5	6.0	29.5	6.0	13-2	154.1	5.6	47.2	8.4
1-3	76.5	2.6	9.3	1.0	5-3	107.8	4.3	18.0	2.6	9-3	132.0	6.0	29.8	6.1	13-3	154.4	5.5	47.5	8.3
1-4	77.5	2.6	9.5	0.9	5-4	108.4	4.4	18.1	2.6	9-4	132.5	6.1	30.1	6.2	13-4	154.6	5.5	47.8	8.3
1-5	78.4	2.7	9.7	1.0	5-5	108.9	4.4	18.2	2.6	9-5	133.0	6.1	30.4	6.3	13-5	154.9	5.4	48.0	8.3
1-6	79.4	2.7	9.9	1.0	5-6	109.5	4.4	18.4	2.7	9-6	133.5	6.2	30.7	6.4	13-6	155.1	5.4	48.3	8.2
1-7	80.3	2.8	10.2	1.1	5-7	110.0	4.5	18.5	2.7	9-7	134.1	6.2	31.1	6.5	13-7	155.2	5.4	48.5	8.2
1-8	81.2	2.8	10.4	1.1	5-8	110.6	4.5	18.6	2.7	9-8	134.6	6.3	31.4	6.6	13-8	155.4	5.4	48.7	8.2
1-9	82.0	2.8	10.4	1.0	5-9	111.1	4.5	18.7	2.8	9-9	135.2	6.3	31.8	6.7	13-9	155.5	5.4	48.9	8.2
1-10	82.8	2.9	10.7	1.2	5-10	111.6	4.6	18.9	2.8	9-10	135.8	6.4	32.1	6.8	13-10	155.7	5.4	49.1	8.1
1-11	83.5	2.9	11.0	1.2	5-11	112.2	4.6	19.3	2.9	9-11	136.3	6.4	32.5	6.9	13-11	155.8	5.4	49.3	8.1
2-0	84.3	2.9	11.0	1.1	6-0	112.7	4.6	19.6	3.0	10-0	136.9	6.5	32.8	7.0	14-0	156.0	5.4	49.5	8.1
2-1	85.0	3.0	11.2	1.2	6-1	113.3	4.7	19.9	3.1	10-1	137.5	6.5	33.2	7.1	14-1	156.1	5.3	49.7	8.1
2-2	85.7	3.0	11.4	1.2	6-2	113.8	4.7	20.2	3.2	10-2	138.0	6.6	33.5	7.1	14-2	156.2	5.3	49.9	8.0
2-3	86.4	3.0	11.6	1.3	6-3	114.1	4.6	20.4	3.3	10-3	138.6	6.6	33.9	7.2	14-3	156.4	5.3	50.1	8.0
2-4	87.1	3.1	11.8	1.3	6-4	114.6	4.7	20.7	3.4	10-4	139.2	6.7	34.2	7.3	14-4	156.5	5.3	50.3	8.0
2-5	87.7	3.1	12.0	1.4	6-5	115.2	4.8	21.0	3.5	10-5	139.7	6.7	34.6	7.4	14-5	156.7	5.3	50.5	8.0
2-6	88.4	3.1	12.2	1.4	6-6	115.8	4.9	21.3	3.6	10-6	140.3	6.8	34.9	7.5	14-6	156.8	5.3	50.7	8.0
2-7	89.0	3.2	12.3	1.4	6-7	116.3	4.9	21.5	3.6	10-7	140.9	6.8	35.3	7.6	14-7	156.8	5.3	50.8	8.0
2-8	89.6	3.2	12.5	1.4	6-8	116.8	4.9	21.7	3.7	10-8	141.4	6.8	35.8	7.7	14-8	156.9	5.3	50.9	8.0
2-9	90.3	3.3	12.7	1.5	6-9	117.3	4.9	21.9	3.7	10-9	142.0	6.8	36.2	7.7	14-9	156.9	5.3	51.1	8.0
2-10	90.9	3.3	12.8	1.5	6-10	117.8	5.0	22.1	3.8	10-10	142.6	6.8	36.6	7.8	14-10	157.0	5.3	51.2	8.1
2-11	91.6	3.3	13.0	1.5	6-11	118.3	5.0	22.3	3.8	10-11	143.1	6.7	37.1	7.9	14-11	157.0	5.3	51.3	8.1
3-0	92.2	3.4	13.1	1.6	7-0	118.8	5.0	22.6	3.8	11-0	143.7	6.7	37.5	7.9	15-0	157.1	5.3	51.4	8.1
3-1	92.8	3.4	13.3	1.6	7-1	119.2	5.0	22.8	3.9	11-1	144.3	6.7	37.9	8.0	15-1	157.1	5.3	51.5	8.1
3-2	93.5	3.4	13.4	1.6	7-2	119.7	5.0	23.0	4.0	11-2	144.8	6.7	38.4	8.1	15-2	157.1	5.2	51.6	8.2
3-3	94.1	3.5	13.6	1.7	7-3	120.2	5.1	23.2	4.1	11-3	145.4	6.7	38.8	8.1	15-3	157.2	5.2	51.8	8.2
3-4	94.7	3.5	13.8	1.7	7-4	120.7	5.1	23.4	4.1	11-4	146.0	6.7	39.2	8.2	15-4	157.2	5.2	51.9	8.2
3-5	95.3	3.5	13.9	1.7	7-5	121.2	5.1	23.6	4.2	11-5	146.5	6.7	39.7	8.3	15-5	157.3	5.2	52.0	8.2
3-6	95.9	3.6	14.1	1.7	7-6	121.7	5.1	23.8	4.2	11-6	147.1	6.7	40.1	8.4	15-6	157.3	5.2	52.1	8.3
3-7	96.5	3.6	14.3	1.7	7-7	122.2	5.2	24.1	4.3	11-7	147.5	6.6	40.5	8.4	15-7	157.3	5.2	52.2	8.2
3-8	97.1	3.6	14.4	1.7	7-8	122.7	5.2	24.3	4.4	11-8	147.9	6.5	40.9	8.4	15-8	157.4	5.2	52.3	8.2
3-9	97.7	3.7	14.6	1.7	7-9	123.2	5.2	24.6	4.5	11-9	148.4	6.5	41.3	8.4	15-9	157.4	5.2	52.3	8.1
3-10	98.3	3.7	14.8	1.8	7-10	123.6	5.3	24.9	4.6	11-10	148.8	6.4	41.7	8.4	15-10	157.4	5.2	52.4	8.1
3-11	98.9	3.8	15.0	1.9	7-11	124.1	5.3	25.1	4.7	11-11	149.2	6.4	42.1	8.5	15-11	157.5	5.2	52.5	8.1

日本成育学会・日本小児内分泌学会合同標準値委員会 (PDF) (<http://jspe.umin.jp/medical/taikaku.html>)

資料⑤ 障害者等の栄養の問題別兆候・症状、栄養ケアの方途(栄養診断コード別)

出現頻度	栄養障害分類				要因 (Etiology) 症状・兆候 (Sign/Symptom)	栄養ケア (Plan)
	大分類	栄養診断 (Problem)	診断コード	定義		
◎	エネルギーや栄養素の摂取量が必要量以下	エネルギー消費の亢進	NI-1.1	推定エネルギー必要量(算定式などから算出した基礎代謝エネルギー消費量を基準とした)に比べて実測した安静時代謝量(間接熱量計などを用いた測定値)が上回っている	<p>【原因】 栄養素必要量の増加をきたす生理的要因(例：同化作用、成長、発熱)、随意あるいは不随意運動・行動</p> <p>【症状・兆候】 意図しない体重減少(成人・小児：6か月≧10%、1か月≧5%、小児：1週間>2%)、小児の急激な発育や栄養状態改善に伴う体重増加、除脂肪量の増加、発熱、実測 RMR>推定 RMR、身体活動量の増加(例：痙攣、不随意運動)、エネルギー消費量の増大作用がある薬剤、診断や治療に関連した症状(例：パーキンソン病、脳性麻痺、アーツハイマー病、嚢胞性繊維症、慢性閉塞性肺疾患(COPD))</p>	<p>1.エネルギー消費亢進を招いている要因や充足すべきエネルギー量を把握する</p> <p>2.必要エネルギー量を充足するための方法について検討する 食事量や内容、形態の調整 食事入手のための環境調整 必要なエネルギー量に関する知識の供与など</p> <p>3.乳幼児：1-2週間に一回の体重・身長等の測定と摂取量の評価、成人：定期的な体重測定による摂取量の評価</p> <p>4.エネルギーの充足は多職種で検討する、また本人の好み等も把握しておくことと食事計画に反映することができる。</p>
◎		エネルギー摂取量不足	NI-1.2	推定エネルギー必要量に比べて、エネルギー摂取量が不足している	<p>【原因】 エネルギー必要量の増大をきたす病理的・生理的要因(例：長引く消耗性疾患による栄養素必要量の増大 歯列異常)、十分なエネルギーを摂取する能力不足、食物や補完食・乳類などの入手困難(例：経済的制約、高齢者や小児への食物提供が制限される場合)、食物入手を制限する文化的習慣、エネルギー摂取に関わる食物、栄養関連の知識不足、心理的要因(例：うつ病、摂食障害)</p> <p>【症状・兆候】 体重減少がある 体重維持が困難である、推定必要エネルギー量よりも食事からのエネルギー</p>	<p>1.現状について、朝、昼、夕、間食で何を(具体的に)、どの位、どのようにして(食事形態を含めて)食べているのかを把握し、現在の1日のエネルギー摂取量をおおよそ推算する。</p> <p>2.エネルギー摂取量不足を招いている要因を把握する</p> <p>3.必要量を充足するための方法について検討する 食品、献立、食事形状や食事量の調整、嚥下摂食訓練 食事入手のための環境調整 適切な身長・体</p>

△	○		たんぱく質 量摂取不足			<p>ギ一摂取量が不足している、高エネルギー食品が摂取できない、食物忌避・食物への無関心、自分で食物・飲料の摂取ができない（手首、手、指の関節の可動困難）、推定必要エネルギー量よりも静脈・経腸栄養摂取量が不足している、空腹回避のためのアルコールや麻薬などの過度な消費、食欲に影響がある薬剤、診断や治療に関連した症状（例：精神病、摂食障害、認知症、アルコール依存症、薬物乱用及び急性・慢性疼痛）</p> <p>【原因】 生理的要因（例：長期間にわたる異化疾患、吸収不良、年齢・症状によって起こる栄養必要量の増加）、十分なたんぱく質を摂取することができない、食物を入手することができないもしくは制限がある（例：経済的制約、高齢者や小児への食物提供の制限）、食物を入手する能力に影響する文化的習慣、たんぱく質の適正量に関わる食物・栄養関連の知識不足、心理的要因（例：うつ病、摂食障害）</p> <p>【症状・兆候】 浮腫、発育障害（幼児、小児）、筋肉量の低下、はりのない皮膚、細く切れやすい髪、必要量より摂取量が不足している、たんぱく質の摂取を制限する文化的・宗教的習慣、食物の入手を制限する経済的制約、長期間の低タンパク質ダイエット、不正確あるいは不完全な知識、診断や治療に関連した症状（例：腸切除のような重篤なたんぱく質吸収不良）</p>	<p>重に関する知識の供与など</p> <p>4.乳幼児：1-2週間に一回の体重・身長等の測定と摂取量の評価、成人：定期的な体重測定によるエネルギー摂取量の評価</p> <p>5.エネルギーの充足について多職種で検討する、また本人の好物等も把握しておくこと食事計画に反映することができると。</p> <p>1.たんぱく質の摂取不足を招いている要因を把握する</p> <p>2.必要量を充足するための方法について検討する 食品、献立、食事形状の調整、嚥下摂食訓練 食事入手のための環境調整 たんぱく質の適正量に関わる食物・栄養に関連した知識の供与など</p> <p>3.定期的に食事内容や尿検査により評価を行う</p> <p>4.本人が好きなたんぱく質性食品、献立、調理法についても把握し、配慮する</p>
			食事摂取基準量 または生理的 必要量を基 づく推奨 量と比較し、 たんぱく質の 摂取量が不 足である	NI5.6.1		<p>【原因】 身体活動レベル、代謝の変化、呼吸不良によるエネルギー必要量の増加などの生理的要因 食物を入手ができないもしくは制限がある 適切な食物を選択する能力に影響する文化的習慣 食事による炭水化物の適正量に関わる食物・栄養関連の知識不足 うつ病・摂食障害などの心理的要因</p>	<p>1.摂取量不足を招いている要因を把握する</p> <p>2.必要量を充足するための方法について検討する</p> <p>身体活動レベル、代謝、呼吸状態の把握、エネルギー必要量の把握、 食事入</p>
			炭水化物 量 摂取不足	NI.- 5.8.1			

◎			<p>食物・栄養関連の知識不足、心理的要因（例：うつ病、摂食障害）</p> <p>【症状・兆候】必要量よりも食事からの推定エネルギー摂取量や質の高いタンパク質摂取量が不足している、体重減少、成長速度の遅延、皮膚や粘膜の乾燥・皮膚緊張度の低下、食欲不振・吐き気や嘔吐、食欲や味覚の変化、ビタミン・ミネラル欠乏の臨床症状、経済的制約による必要な食物入手の制限、アルコールや薬物の過剰摂取による空腹感の低下、食欲を低下させる薬剤、栄養素等摂取量が基準に満たない質の低い食事や、食物・飲料の摂取量の制限、不適切な食物・食品群・補助食品の摂取・不適切な栄養支援への依存、異化作用を促進する疾患の診断や治療に関連した症状（例：AIDS、結核、神経性食欲不振症、敗血症や最近の手術による感染症、うつ病、急性・慢性疼痛）、たんばく質や栄養素の吸収障害</p>	<p>【原因】栄養素の吸収や代謝の変化（例：薬物投与）、ENによる製品・処方に関わる食物・栄養関連の知識不足、EN施行中の易感染の認識不足、あるいは誤ったルート、エネルギー・栄養素必要量が増大する生理的要因（例：発育期、創傷治癒、慢性感染症、多発性骨折）、ENに対する不耐症状、投与量の不足や投与計画の中断</p> <p>【症状・兆候】代謝量・間接熱量の低下、呼吸商<0.7、ビタミン・ミネラル値の異常（Ca<9.2 mg/dL、銅<70 µg/dL、亜鉛<78 µg/dL、鉄<50 µg/dL、鉄結合能<250 µg/dL）、成長曲線等に準じた成長がない 妊娠期の体重増加不良 体重減少（成人：1 か月≧5%、6 か月≧10%（水分には起因しな</p>	<p>いて検討する 食品、献立、食事形状や食事量の調整、嚥下摂食訓練 適切な摂取量を確保するための環境調整 適切な身長・体重や食べ方に関する知識の供与など</p> <p>4.乳幼児：1-2週間に一回の体重・身長等の測定と摂取量の評価、成人：定期的な体重測定による摂取量の評価</p> <p>5.摂取量を増加させるための方法についての検討は多職種で実施する、また、本人が好きな食品、献立、調理法についても把握し計画に反映する</p>
		<p>経腸（経管）栄養量の不足</p>	<p>NI2.3</p>	<p>食事摂取基準量または推定生理学的必要量に比べて、経口での食物・飲料の摂取量が不足している</p> <p>1.経腸栄養量の不足を招いている要因を把握する</p> <p>2.経腸栄養量を充足させるための方法について検討する 経腸栄養量の調整、投与ルートの調整、ENによる製品・処方に関わる食物・栄養関連の知識の供与など</p> <p>3.乳幼児：1-2週間に一回の体重・身長等の測定と栄養量の評価、成人：定期的な体重測定による栄養量の評価</p>	

◎		静脈栄養量の不足	NI2.7	食事摂取基準量または推定生理学的必要量に比べて、静脈からの栄養補給量が不足している	<p>い)、幼児や小児の場合はすべての体重減少)、低体重：BMI<18.5 kg/m²、ビタミン・ミネラル不足が原因の臨床症状（例：脱毛、歯肉出血、血色の悪い爪、神経症状）、脱水症状（例：粘膜乾燥、ツルゴールの低下）、筋肉量や皮下脂肪の低下、創傷治癒遅延や褥瘡、吐気・嘔吐・下痢、必要エネルギー必要量よりもEN量が不足している、チューブの誤挿入、チューブの抜去、身体活動レベルや運動による疲労などで要求量が増加した場合、診断や治療に関連した症状（例：腸切除、クローン病、HIV/AIDS、熱傷、早産、低栄養）</p> <p>【原因】 栄養素の吸収や代謝の変化（例：薬物投与）、PNによる製品・処方に関わる食物・栄養関連の知識不足、PN施行中の易感染の認識不足、あるいは誤ったルート、エネルギー・栄養素必要量が増大する生理的要因（例：発育期、創傷治癒、慢性感染症、多発性骨折）、PNに対する不耐症状、投与量の不足や投与計画の中断</p> <p>【症状・兆候】 代謝量・間接熱量の低下、呼吸商<0.7、ビタミン・ミネラル値の異常（Ca<9.2 mg/dL、銅<70 μg/dL、亜鉛<78 μg/dL、鉄<50 μg/dL、鉄結合能<250 μg/dL）、成長曲線等に準じた成長がない 妊娠期の体重増加不良 体重減少（成人：1 か月≧5%、6 か月≧10%（水分には起因しない）、幼児や小児の場合はすべての体重減少）、低体重：BMI<18.5 kg/m²、ビタミン・ミネラル不足が原因の臨床症状（例：脱毛、歯肉出血、血色の悪い爪、神経症状）、脱水症状（例：粘膜乾燥、ツルゴールの低下）、筋肉量や皮下脂肪の低下、創傷治癒遅延や褥瘡、吐気・嘔吐・下痢、必要エネルギー必要量よりも</p>	
					<p>1.静脈栄養量の不足を招いている要因を把握する</p> <p>2.静脈栄養量を充足させるための方法について検討する 経腸栄養量の調整、投与ルートの調整、PNによる製品・処方に関わる食物・栄養関連の知識の供与など</p> <p>3.乳幼児：1-2 週間に一回の体重・身長等の測定と栄養量の評価、成人：定期的な体重測定による栄養量の評価</p>	

					EN量が不足している、チューブの誤挿入、チューブの抜去、身体活動レベルや運動による疲労などで要求量が増加した場合、診断や治療に関連した症状（例：腸切除、クローン病、HIV/AIDS、熱傷、早産、低栄養）	
○	○	水分摂取量不足	NI-3.1	食事摂取基準値または生理的必要量に基づく推奨量と比較し、水分摂取量が不足している	【原因】 下記の症状・兆候が要因となることがある 【症状・兆候】 生理的原因（例：天候・気温変化に伴う水分の必要量の増加、運動量の増加または体液の損失が著しい状態、不感蒸泄を増加させる発熱、口渇感の低下による飲水不足、口渇感を減少させる薬剤の使用）、水分の入手が困難な場合（例：経済的制約、高齢者や小児のように水分の自己摂取が不可能な場合）、水分の摂取を制限する文化的習慣、適切な水分補給に必要な食物・栄養関連の知識不足、心理的原因（例：うつ病、摂食障害）、学習障害、神経的：知的障害や認知症を含む認識能力の欠如 血清浸透圧 290mOsm/kg以上、BUN値の上昇、高ナトリウム血症、尿量の減少、尿比重の上昇、糖尿病患者における高血糖、急激な体重減少、皮膚や粘膜の乾燥・ツルゴールの低下、頻脈・血圧正常または低値、呼吸数の増加、頸動脈の虚脱、口渇、嚥下障害、不感蒸泄の増加、必要量よりも水分摂取量が不足している（例：小児の体表面積当たり）、口渇感を低下させる薬剤の使用、診断や治療に関連した症状（例：アルツハイマー病や認知症などによる口渇感の減少、腹水、糖尿病、腎機能低下、下痢、嘔吐、小腸切除術、大腸切除術）	1.現状で、お茶などの飲み物、みそ汁、スープ、麺の汁物等について、1日にいつ、何を（具体的に）、どの位の量摂取しているかを把握し、おおよその水分摂取量の確認をする。あわせて排尿量や回数などについても確認する。 2.水分摂取量の不足を招いている要因を把握する 3.必要な水分摂取量を確保するための方法について検討する 食品、献立や食事量の調整、嚥下摂食訓練 適切な水分摂取量を確保するための環境調整 適切な水分補給に必要な食物・栄養関連の知識の供与など 4. 水分摂取過剰を起こすような服薬の見直しや疾患の治療
◎	△	低体重	NC-3.1	策定参照基準値や推奨値と比較し、低体重である	【原因】 食事パターン異常 身体活動過多 食物・栄養関連の話題に対する誤った信念(主義)や態度 工ネルギー摂取量不足 工ネルギー必要量の増大 食物	1.低体重を招いている要因を把握する 2.工ネルギーや主として不足となっている栄養素を把握する

				<p>を入手する手段の制限や不足 妊娠期間に対して胎児が小さい(SGA) (子宮内胎児発育遅延(IUGR), 1日当たりの適切な体重増加・発育の不足)</p> <p>【症状・兆候】 推定RMR(安静時代謝率)よりも実測されたRMR値が高い 皮下脂肪厚と上腕筋周囲長の減少 (成人) BMI: BMI < 18.5 kg/m² 65歳以上 BMI < 22, (2歳まで) W/A < 5パーセントタイプ W/H < 5パーセントタイプ W/H < 5パーセントタイプ W/H < 5パーセントタイプ W/A < 5パーセントタイプ、筋肉消耗(臀筋と側頭筋) 飢餓、必要量よりも食物からの摂取量が不足している 自宅での食物供給制限 ダイエット、食品ファシズム(一時的な流行) 食べることに拒絶 推奨量よりも身体活動が大きい 食欲へ影響がある薬物投与[例:ADHD(注意欠陥多動性障害)への刺激薬] 栄養不足 病気や身体障害 精神疾患、認知症、精神錯乱 アスリート、ダンサー、体操選手 ビタミン・ミネラル欠乏</p>	<p>る。</p>	<p>3.目標体重を決定し、必要栄養量を算出する。</p> <p>4.必要量を充足するための方法について検討する 食事形状の調整、嚥下摂食訓練 食事入手のための環境調整 適切な体重・栄養・食事に関する知識の供与 活動量の調整など</p> <p>5.乳幼児であれば1-2週間に一回の体重・身長・頭囲・胸囲の測定と摂取量の評価</p> <p>6.エネルギーの不足にはMCTや糖類の添加、そのほか微量栄養素は点滴なども視野に入れた充足を多職種で検討する</p>
◎		意図しない体重減少	NC-3.2	計画外あるいは意図しない体重減少がある	<p>【原因】 栄養必要量を増やす生理的要因[例:異化作用が長期間にわたる疾患、外傷、吸収不良] 十分量のエネルギーを消費する能力が低い 食物を入手することができない[例:経済的制約、高齢者や小児への食物提供が制限される場合] 食物の入手に影響する文化的習慣 長期入院 心理的要因[例:うつ病、摂食障害] 自給や自炊の能力の不足</p> <p>【症状・兆候】 (成人) 体重減少: $\geq 5\%/1$ か月、$\geq 7.5\%/3$ か月、$\geq 10\%/6$ か月(成人) (子供) 体重増加不良、体重減少: $\geq 5\%/6$ ヶ月、成長曲線パーセントイルを2チャンネル以上変化する</p>	<p>1.体重減少を招いている要因を把握する</p> <p>2.エネルギーや主として不足となっている栄養素を把握する</p> <p>3.目標体重を決定し、必要栄養量を算出する。</p> <p>4.必要量を充足するための方法について検討する 食事形状の調整、嚥下摂食訓練 食事入手のための環境調整 適切な体重・栄養・食事に関する知識の供与 活動量の調整など</p> <p>5.服薬調整と疾患管理</p>

				発熱 感覚の低下[例:嗅覚, 味覚, 視覚] 心拍数の増加 呼吸数の低下 皮下脂肪や筋肉量の減少 衣服のサイズの変化 精神状態や機能の変化[例:うつ病] 罹患直前の食事摂取量は標準的か通常量 摂取量の低下、食べる習慣の変化, 早い満腹感, 欠食、抗うつ剤のような体重減少に関連した薬剤 診断や治療に関連した症状[例:AIDS/HIV, 火傷, 慢性閉塞性肺疾患(COPD), 嚥下障害, 寛骨・長骨の骨折、感染症, 手術, 身体的外傷, 甲状腺機能亢進症、ある種の癌や転移性疾患, 薬物乱用] がん化学療法	6.食事摂取状況、体重の推移を観察する
△	飢餓による低栄養	NC-4.1.1	飢餓の程度に関連なく、エネルギー・たんぱく質の摂取量が長期間にわたり不足している状況で、感染などなく体脂肪や筋肉が顕著に減少している。社会的・環境的に影響された栄養障害	【原因】消化器の構造や機能障害、高齢者や虐待、競争や貧困など社会的・経済的要因による食物の入手がないもしくは困難、食物入手にかかわる文化的・宗教的要因、エネルギーやたんぱく質摂取量にかかわる知識の不足、鬱や摂食障害、口腔内の問題、感覚障害 【症状・兆候】体重・BMI（妊娠中の体重増加不良、中程度の低栄養：20%/年、10%/6M、7.5%/3M、5%/1Mの体重減少、重度の低栄養：20%/年、10%/6M、7.5%/3M、5%/1M以上の体重減少）体組成（皮下脂肪の減少、筋肉量の減少、四肢や外性器の浮腫、腹水など）食事歴（中程度の低栄養：3か月以上にわたって食事摂取量が推奨量の75%以下、重度の低栄養：1か月以上食事摂取量が推奨量の50%以下、握力やその他の身体的機能が低下している）既往（神経性食思不振 食道の構造障害、薬物誤用、虐待、貧困、フレイル、食物入手が困難、低栄養の診断が現在ある、脳性まひ、嚢胞性繊維症、てんかんなどの発作、代謝性疾患、炎症性腸疾患）	1.摂取量不足を招いている要因を把握する 2.エネルギーや主として不足となっている栄養素を把握する 3.必要量を充足するための方法について検討する 食事形状の調整、嚥下摂食訓練 食事入手のための環境調整 適切な身長・体重に関する知識の供与など 4.乳幼児であれば1-2週間に一回の体重・身長・頭囲・胸囲の測定と摂取量の評価 5.エネルギーの不足にはMCTや糖類の添加、そのほか微量栄養素は点滴なども視野に入れた充足を多職種で検討する
◎	慢性疾患に関連した低	NC-4.1.2	飢餓の程度に関連なく、エネルギー	1.摂取量不足を招いている要因を把握する 2.エネルギーや主として不足とな	

				りもたんばく質の摂取量が過剰である（例：初期の腎不全、意識障害をきたした重度の肝疾患）、不適切な補助食品の摂取（サプリメント摂取）、不正確あるいは不完全な知識の思い込み、根拠のない信念や態度の思い込み、診断や治療に関連した症状（例：初期の腎不全、意識障害をきたした重度の肝疾患）	3.定期的に食事内容や尿検査により評価を行う
				【原因】炭水化物の摂取を調整する必要がある生理的要因（例：糖尿病、ラクターゼ欠損症、スクラーゼインマルターゼ欠損症、アルドラーゼB欠損症）、炭水化物の摂取量を減らすことに影響する文化的習慣、炭水化物の摂取の適正量に関わる食物・栄養関連の知識不足、栄養士や医師から進言された炭水化物摂取量を調整に失敗しているもしくは信頼していない等理由によるの食事療法遵守の限界、うつ病・摂食障害などの心理的要因	1.摂取量過剰を招いている要因を把握する 2.摂取量を適正にするための方法について検討する 食品・献立 食事入手のための環境調整 炭水化物の適正量に関わる食物・栄養関連の知識の供与など 3.定期的に食事内容や血液検査により評価を行う
				【症状・兆候】 高血糖(空腹時血糖>126 mg/dl)、ヘモグロビンA1c>6%、OGTの異常(グルコース負荷2時間値>200 mg/dl、)虫歯、下痢、炭水化物摂取調整を妨害するような文化的・宗教的習慣、炭水化物摂取過剰が継続している、ステロイドなど高血糖を起す薬剤の長期使用、不正確あるいは不完全な知識、糖尿病、先天性糖代謝障害、ラクターゼ欠損症、重症感染症、敗血症、肥満症などの診断や治療に関連した症状、膵機能不全によりインスリン産生減少、適切な食物の入手を制限する経済的制約	
				【原因】 脂肪の適正量に関わる食物・栄養関連の知識不足、食物・栄養関連の話題に対する誤った信念（主義）や態度、健康的な食物選択ができないもしくは制限（例：介護者や両親から健康的な食事を提供されない場合等）、味覚・食欲・嗜好の変化、行動変容	1.脂肪やコレステロールの摂取過剰を招いている要因を把握する 2.摂取量を適正にするための方法について検討する 食品、献立、食事形状の調整、嚥下摂食訓練 食事入手のた
				食事摂取基準量または生理的必需量の基づく推奨量と比較し、炭水化物の摂取量が過剰である	
				Ni-5.8.2	
				炭水化物の過剰摂取	
				脂肪の摂取過剰	
				Ni-5.5.2	
				食事摂取基準量または生理的必需量の基づく推奨量と比較し、脂肪の摂取量が	

					<p>への意識や価値観がない、総脂質必要量が減少するよ うな生理学的要因</p> <p>【症状・兆候】 コレステロール>200 mg/dL 以 上、LDL コレステロール>100 mg/dL 以上、HDL コレステロール<40 mg/dL 以下、トリグリセリド> 150 mg/dL 以上、血清アミラーゼ、リパーゼの上 昇、肝機能検査値 (LFTs: liver functional test) の 異常、総ビリルビンの上昇、便脂肪>7g/24 時間以 上、黄色腫、下痢・筋痙攣・脂肪便・上腹部痛、多量 の高脂肪食品の頻回摂取、脂肪を使った調理が多い、 飽和脂肪酸やトランス脂肪、コレステロールなどリス クのある脂質の頻回摂取、食事指示以上に脂肪を含む 食品の摂取歴、薬剤 (例: 降酵素、コレステロールや その他の脂質を減少させるような薬剤)、不正確ある いは不完全な知識の思い込み、根拠のない信念や態度 の思い込み、診断や治療に関連した症状 (例: 脂質異 常症、嚢胞性繊維症、狭心症、アテローム性動脈硬化 症、膵疾患、肝疾患、胆道疾患、移植後)、脂質異常 症・アテローム性動脈硬化症、膵疾患の家族歴</p>	<p>め環境調整 食事性脂肪の適正量に 関わる食物・栄養に関連した知識の供 与など</p> <p>3.定期的に食事内容や血液検査により 評価を行う</p> <p>4.本人が好きな食品、献立、調理法に ついて把握し、配慮する</p>
	○			<p>【原因】 食物・栄養関連に関する誤った信念や態 度、適切な食物・飲料に関する食物・栄養関連の知識 不足、健康的な食物選択ができないもしくは制限 (例: 養育者等からの健康的な食事を提供されない場 合等)、行動変容に対する価値観がないもしくは矛盾 した価値観を持っている、提供された食事を制限・拒 否する能力がない、食事を準備する能力不足、食欲が あるかどうか自覚できない、食欲を増進する薬 (例: う ステロイド、抗うつ薬) の使用、心理的要因 (例: う つ病、摂食障害)、摂食量を減らすことへの無関心</p>	<p>1.現状について、朝、昼、夕、間食で 何を (具体的に)、どの位、どのよう にして (食事形態を含めて) 食べてい るのかを把握し、現在の 1 日のエネ ジー摂取量をおおよそ推算する。</p> <p>2.摂取量過剰を招いている要因を把握 する</p> <p>3.摂取量を減らすための方法について 検討する 食品、献立、食事形状や食 事量の調整、嚥下摂食訓練 食事入手 のための環境調整 適切な身長・体重</p>	
		経口摂取量 過剰	NI-2.2	<p>食事摂取基準量 または生理的必 要量に基づく推 奨量と比較し、 経口での食物・ 飲料の摂取量が 過剰である</p>		
				過剰である		

					<p>【症状・兆候】 浮腫ではない体重増加（成人）、食事や軽食などでエネルギーの高い食物・飲料（ジュース、ソーダ、アルコール）の摂取がある、一人前の分量としては多い食物・飲料の摂取がある、食事または特殊な食物の摂取、エネルギー必要量よりもエネルギー摂取量が過剰である、日々のエネルギー摂取量の変動が大さい、大食漢（どか食い習慣）、ファーストフードやレストランなどの外食利用頻度が多い、診断や治療に関連した症状（例：肥満、過体重、メタボリック症候群、うつ病、不安障害）</p>	<p>【原因】 生理的原因（例：重症疾患や臓器不全により活動レベルが低下し、必要量が減少した場合）、適切なEN投与量に関する食物・栄養関連の知識不足</p> <p>【症状・兆候】 BUN、クレアチニン比の上昇（タンパク質の過剰）、高血糖（炭水化物の過剰）、換気不全（PaCO₂の貯留、高炭酸ガス血症）、除脂肪組織の増加、水分の過剰投与による浮腫、推奨量よりも炭水化物・たんぱく質・脂質投与量が過剰である、薬物使用によるエネルギー・たんぱく質・脂質・水分の代謝障害、栄養必要量の減少、非現実的な体重増加や目標体重の設定</p>	<p>【原因】 生理的原因（例：重症疾患や臓器不全により活動レベルが低下し、必要量が減少した場合）、適切なPN投与量に関する食物・栄養関連の知識不足</p> <p>【症状・兆候】 BUN、クレアチニン比の上昇（タンパク質の過剰）、高血糖（炭水化物の過剰）、換気不全（PaCO₂の貯留、高炭酸ガス血症）、除脂肪組織の増加、水分の過剰投与による浮腫、推奨量よりも炭水化物・たんぱく質・脂質投与量が過剰である、薬物</p>	<p>【原因】 生理的原因（例：重症疾患や臓器不全により活動レベルが低下し、必要量が減少した場合）、適切なPN投与量に関する食物・栄養関連の知識不足</p> <p>【症状・兆候】 BUN、クレアチニン比の上昇（タンパク質の過剰）、高血糖（炭水化物の過剰）、換気不全（PaCO₂の貯留、高炭酸ガス血症）、除脂肪組織の増加、水分の過剰投与による浮腫、推奨量よりも炭水化物・たんぱく質・脂質投与量が過剰である、薬物</p>	<p>や食べ方に関する知識の供与など</p> <p>4.乳幼児：1-2週間に一回の体重・身長等の測定と摂取量の評価、成人：定期的な体重測定による摂取量の評価</p> <p>5.摂取量の調整は多職種で検討する</p>	<p>1.経腸栄養量の過剰を招いている要因を把握する</p> <p>2.経腸栄養量を適切にするための方法について検討する 経腸栄養量の調整、適切なEN投与量に関する食物・栄養関連の知識の供与など</p> <p>3.乳幼児：1-2週間に一回体重・身長等の測定と経腸栄養量の評価、成人：定期的な体重測定による経腸栄養量の評価</p>	<p>1 静脈栄養量の過剰を招いている要因を把握する</p> <p>2.静脈栄養量を適切にするための方法について検討する 静脈栄養量の調整、適切なPN投与量に関する食物・栄養関連の知識の供与など</p> <p>3.乳幼児：1-2週間に一回体重・身長等の測定と静脈栄養量の評価、成人：定期的な体重測定による静脈栄養量の</p>
					<p>【原因】 生理的原因（例：重症疾患や臓器不全により活動レベルが低下し、必要量が減少した場合）、適切なEN投与量に関する食物・栄養関連の知識不足</p> <p>【症状・兆候】 BUN、クレアチニン比の上昇（タンパク質の過剰）、高血糖（炭水化物の過剰）、換気不全（PaCO₂の貯留、高炭酸ガス血症）、除脂肪組織の増加、水分の過剰投与による浮腫、推奨量よりも炭水化物・たんぱく質・脂質投与量が過剰である、薬物使用によるエネルギー・たんぱく質・脂質・水分の代謝障害、栄養必要量の減少、非現実的な体重増加や目標体重の設定</p>	<p>【原因】 生理的原因（例：重症疾患や臓器不全により活動レベルが低下し、必要量が減少した場合）、適切なPN投与量に関する食物・栄養関連の知識不足</p> <p>【症状・兆候】 BUN、クレアチニン比の上昇（タンパク質の過剰）、高血糖（炭水化物の過剰）、換気不全（PaCO₂の貯留、高炭酸ガス血症）、除脂肪組織の増加、水分の過剰投与による浮腫、推奨量よりも炭水化物・たんぱく質・脂質投与量が過剰である、薬物</p>	<p>【原因】 生理的原因（例：重症疾患や臓器不全により活動レベルが低下し、必要量が減少した場合）、適切なPN投与量に関する食物・栄養関連の知識不足</p> <p>【症状・兆候】 BUN、クレアチニン比の上昇（タンパク質の過剰）、高血糖（炭水化物の過剰）、換気不全（PaCO₂の貯留、高炭酸ガス血症）、除脂肪組織の増加、水分の過剰投与による浮腫、推奨量よりも炭水化物・たんぱく質・脂質投与量が過剰である、薬物</p>	<p>【原因】 生理的原因（例：重症疾患や臓器不全により活動レベルが低下し、必要量が減少した場合）、適切なPN投与量に関する食物・栄養関連の知識不足</p> <p>【症状・兆候】 BUN、クレアチニン比の上昇（タンパク質の過剰）、高血糖（炭水化物の過剰）、換気不全（PaCO₂の貯留、高炭酸ガス血症）、除脂肪組織の増加、水分の過剰投与による浮腫、推奨量よりも炭水化物・たんぱく質・脂質投与量が過剰である、薬物</p>	<p>や食べ方に関する知識の供与など</p> <p>4.乳幼児：1-2週間に一回の体重・身長等の測定と摂取量の評価、成人：定期的な体重測定による摂取量の評価</p> <p>5.摂取量の調整は多職種で検討する</p>	<p>1.経腸栄養量の過剰を招いている要因を把握する</p> <p>2.経腸栄養量を適切にするための方法について検討する 経腸栄養量の調整、適切なEN投与量に関する食物・栄養関連の知識の供与など</p> <p>3.乳幼児：1-2週間に一回体重・身長等の測定と経腸栄養量の評価、成人：定期的な体重測定による経腸栄養量の評価</p>	<p>1 静脈栄養量の過剰を招いている要因を把握する</p> <p>2.静脈栄養量を適切にするための方法について検討する 静脈栄養量の調整、適切なPN投与量に関する食物・栄養関連の知識の供与など</p> <p>3.乳幼児：1-2週間に一回体重・身長等の測定と静脈栄養量の評価、成人：定期的な体重測定による静脈栄養量の</p>

					<p>使用によるエネルギー・たんぱく質・脂質・水分の代謝障害、栄養必要量の減少、非現実的な体重増加や目標体重の設定</p> <p>【原因】 下記の症状・兆候が要因となることがある</p> <p>【症状・兆候】 生理学的要因（例：腎臓、肝臓、心臓、内分泌、神経的、呼吸不全）、運動や気候などが原因となる水分不足やナトリウムの喪失、抗利尿ホルモンの分泌異常（SIADH）、適切な水分摂取に関する知識不足、心理的原因（例：うつ病、摂食障害）、血清浸透圧 270-280mOsm/kg（水分摂取が正の時に限り水分過剰もしくは食塩摂取過剰）、SIADH による血清ナトリウムの低下、尿量の増加、体重増加、皮下や下肢、仙骨部などの限局性もしくは散在性浮腫、腹水、息切れ・起坐呼吸・クラックル音や水泡音等がみられる（呼吸器浮腫）、嘔気・嘔吐・食思不信・頭痛・筋肉の痙攣、痙攣、労作時もしくは休息時の呼吸困難や息切れ、飲水量が増大するような服薬、水分排泄障害するような薬品の使用、必要量よりも水分摂取量が多い（例・小児に体表面積あたり以上）、過剰な食塩摂取、診断や治療に関連した症状（末期腎不全、ネフローゼ症候群、心不全、肝疾患）、昏睡（SIADH）</p>	<p>食事摂取基準量または生理的必需量に基づく推奨量と比較し、水分摂取量が過剰である</p>	NI-3.2		<p>評価</p> <p>1.現状で、お茶などの飲み物、みそ汁、スープ、麺の汁物等について、1日にいつ、何を（具体的に）、どの位の量摂取しているかを把握し、おおよその水分摂取量の確認をする。あわせて排尿量や回数などについても確認する。</p> <p>2.水分摂取量の不足を招いている要因を把握する</p> <p>3.必要な水分摂取量を確保するための方法について検討する 食品、献立や食事量の調整、嚥下摂食訓練 適切な水分摂取量を確保するための環境調整 適切な水分補給に必要な食物・栄養関連の知識の供与など</p> <p>4. 水分摂取過剰を起こすような服薬の見直しや疾患の治療</p>
○		水分摂取量過剰		<p>過体重から肥満症があり、策定参照基準体重や推奨値と比較し、脂肪量が増加した状態である。</p>	NC-3.3	過体重、肥満	◎	<p>1.体重増加を招いている要因を把握する</p> <p>2.エネルギーや主として過剰となっている栄養素を把握する</p> <p>3.目標体重を決定し、必要栄養量を算出する。</p> <p>4.必要量を充足するための方法について検討する 食事入手のための環境</p>	

					調整 適切な体重・BMI・食事や栄養に関する知識の供与 活動量の調整など 5服薬調整と疾患管理 6.食事摂取状況、体重の推移、ウエスト周囲長、体脂肪率を観察する	
				肥満(1度)：30.0≦BMI<34.9 肥満(2度)：35.0≦BMI<39.9 肥満(3度)40.0≦BMI (子供) 過体重 85~94パーセントタイル、肥満95パーセントタイル以上 胸囲が年齢・性別標準値以上、皮下脂肪厚の増加 体脂肪の増加(男性25%以上 女性32%以上) ウエスト/身長比が年齢・性別標準値以上 体脂肪の増加 高脂肪や高エネルギーの食物・飲料の摂取過剰、食事が推奨量の2倍以上、エネルギー摂取量過剰 不定期・短時間・軽度な身体活動 座位を中心とした生活 [例：テレビ鑑賞, 読書, 趣味・仕事・学校でのコンピュータの使用]、栄養に関する推奨量に対しあやふやな考え 栄養にかかわる推奨に対して実行する能力不足 栄養に関わる提言を実行する抵抗感や無関心 一般的な体重減少治療では減らすことができないような過体重、RMR(安静時代謝率)に悪影響がある薬剤 [例：ミダゾラム, プロプラノロール, グリヒジド] 診断や治療に関連した症状[例:甲状腺機能低下症, メタボリック症候群、特に原因がない摂食障害, うつ病] 身体活動への障害や制限 肥満の家族歴 小児期の肥満歴 身体的虐待, 性的虐待, 精神的虐待の履歴		
				【原因】 予想できない体重増加を起こすような疾患や状態 (例：頭蓋骨損傷、不動性、麻痺、クッシング症候群、甲状腺機能低下症 その他の内分泌異常、体重増加を引き起こすような薬剤の慢性的使用[例：抗うつ剤、抗精神病薬、副腎皮質ステロイド、一部のHIV治療薬] 水分貯留による体重増加をきたす状態 食事や		
				【症状・兆候】 血清アルブミンの減少、血清ナトリウムの低下、空腹時血清脂質の上昇、空腹時血糖の上昇、		
				計画外あるいは意図しない体重増加がある		
				NC-3.4		
				意図しない体重増加		
				◎		
					1.体重増加を招いている要因を把握する 2.現在の摂取栄養量について把握する 2.エネルギーや主として過剰・不足となっている栄養素を把握する 3.摂取栄養量を適正するための方法について検討する 提供栄養量の調整 適切な体重・栄養・食事に関する知識の供与 活動量の調整など	

				<p>ホルモン濃度の変動、コルチゾルの上昇、成長ホルモンの上昇、甲状腺刺激ホルモンの上昇、チロキシン(T4)の低下、体重増加、計画以上の体重増加(例:>5%/1M、>7.5%/3M、>10%/6Mの体重増加) 脂肪蓄積、過度な皮下脂肪の貯蔵、顕著な体脂肪分布の変化 動悸・震え・発汗などを伴ういは伴わない極端な空腹感 浮腫 息切れ 筋力低下 疲労感 推定または実測エネルギー必要量に適合しない摂取量 最近の食物摂取量の変化 必要以上の水分投与 アルコールや麻薬の使用 食欲増進に影響する薬剤 身体不活動や身体活動レベルの変化 診断や処置に関連した症状[例:喘息、精神病、リウマチ疾患、クッシング症候群(副腎皮質機能亢進症)、病的肥満、プラダー・ウィリー一症候群(PWS)、甲状腺機能低下症]</p>	<p>4.服薬調整と疾患管理 5.体重、血液検査、浮腫などの身体状況を観察する</p>
			<p>【原因】身体活動に対する誤った信念や態度 外傷や生活状況の変化、疾患状況(心疾患や肥満、腎疾患など)、日常生活の中で行動制限や活動量の減少、健康に対する運動の効果の知識が不足している 子供では模範となるものがない 改善のための社会的支援の不足 安全に運動するための環境整備や設備などの不足 行動変容に対する価値を感じていない 時間的な制約がある 経済的制約【症状・兆候】肥満(成人BMI30以上、小児BMIが95パーセントタイル以上)皮下脂肪の増加と筋肉量の低下、運動回数の減少や負荷が少ない運動、デスクワークなどが多い 立つ・座る・歩くなどの運動によって消費されるNEAT(非活動性熱産生)が低い 低心肺機能や脆弱な筋肉 認知機能を低下させたり傾眠傾向を増長する薬剤の服用がある 運動不足の要因となる既往がある(関節炎 慢性疲労症候群 病的肥満 膝の外傷) 精神的疾患の既往</p>	<p>1. 運動と健康や体重管理に対する効果についての知識教育や情報提示 2. 運動を阻害するような社会的・環境的要因を除くために多職種で協働する 3. 日常生活の中で身体活動量を増加させるような具体的な生活パターンを提案する 4. 服薬の調整や疾患管理</p>	
			<p>健康状態やエネルギー消費量に影響を与えるような活動量の低下 食欲や意欲を低下がある状態</p>		
			<p>NB-2.1</p>		
			<p>身体活動不足</p>		
			<p>○</p>		

		<p>授乳困難</p>	<p>NC-1.3</p>	<p>母乳による乳幼児の栄養維持が困難な状況である。</p>	<p>【原因】 <乳幼児>吸いつき困難 弱い吸啜力 口腔の痛み 栄養障害・吸収障害 嗜眠、眠気 短気・いらいら下障害、嚥下困難 <母親>乳房や乳首の痛み 乳房や乳首の異常 乳腺炎 不適切な授乳の実践と認知 社会的・環境的支援の不足 授乳能力に影響する文化的習慣</p> <p>【症状・兆候】 <乳幼児>脱水症を示す臨床検査結果 24時間以内でおむつの濡れた回数が6回より少ない 体重減少、体重増加が小さい 舌小帯の異常 嘔吐や下痢 空腹感、摂食後の満足感がない 咳・泣く・吸いついたり離したり、乳房をたいたいたりするなどの行為がある、頻回な哺乳や授乳回数・時間の減少、早期の哺乳中断、授乳を嫌がる 嗜眠 <母親>ポンプで搾乳しても母乳の量が少ない 授乳に対する自信不足 幼児の飲み込む音を聞かない 母乳保育を選択したことへの心配やそ心配に対する支援不足 授乳や乳幼児の空腹・満腹シグナルの知識不足 職場や地域社会で授乳をできる施設や設備の不足 哺乳瓶やその他の方法での哺乳 乳幼児における診断や治療に関連した症状[例:口唇裂(三つ口)/口蓋裂、驚口瘡、未熟児、吸収不良、感染症] 母親における診断や治療に関連した症状[例:乳腺炎、カンジタ症、乳腺うっ血、乳房手術の履歴]</p>	<p>1.授乳困難を招いている要因を把握する 2.エネルギーや主として不足となっている栄養素を把握する 3.必要量を充足するための方法について検討する 授乳方法の検討 ミルク・その他経腸栄養など母乳以外の栄養補給方法の検討 適切な授乳方法・母乳保育に関する知識の供与 母乳保育のための社会的資源や社会的サポートを利用するための方法の検討 4.1-2 週間に一回の体重・身長・頭囲・胸囲の測定と摂取量の評価</p>
	<p>成長障害</p>	<p>NC-3.5</p>	<p>成長曲線に即した成長ができていない</p>	<p>【原因】 妊娠期の重症疾患・代謝性疾患、吸収障害などの罹患 食品の入手困難 うつや摂食障害などの精神的要因 食や栄養に関する知識不足 低出生体重 胎児成長障害</p>	<p>1.摂取量不足を招いている要因を把握する 2.エネルギーや主として不足となっている栄養素を把握する 3.必要量を充足するための方法について</p>	

					<p>【症状・兆候】 ケトン体＋ 亜鉛や鉄の欠乏 成長曲線-2SD 以下の成長 筋肉量の低下 脂肪組織の現象 哺乳困難 服薬に関連する食欲低下 活動量の増加 摂取量の不足 疾患が原因となる摂取不足 HIV や熱傷、呼吸器疾患 長期のわたる骨折治療 誤嚥手術 出生時障害など</p>	<p>て検討する 食事形状の調整、嚥下摂食訓練 食事入手のための環境調整 適切な身長・体重に関する知識の供与 など 4. 乳幼児であれば 1-2 週間に一回の体重・身長・頭囲・胸囲の測定と摂取量の評価 5. エネルギーの不足には MCT や糖類の添加、そのほか微量栄養素は点滴なども視野に入れた充足を多職種で検討する</p>
				<p>【原因】 病態生理的、精神的、環境、発達、文化等様々な状態が現在あるもしくは継続している（貧困や競争などが理由となった難民や経済的な理由もしくは虐待などによって十分な食事を摂取できない、栄養補給の中断や不耐等）</p>	<p>1. 不足しているエネルギー・たんぱく質を推定し、充足できるための方法を検討する（日々400kcalの継続した不足があると判断→一度に増加させることに問題がないかどうかの評価をしてから食事や補完食を1日の中で分割して補充する。経腸的に不耐状況があると考えられる場合は、静脈栄養法も検討する） 2. 栄養補給のための社会的資源や社会的サポートを利用するための方法を多職種で検討する</p>	
				<p>【症状・兆候】 生化学検査やその他の医学的検査結果 zスコア (W/H*、年齢別 BMI、上腕周囲長) による低栄養分類 軽度-1~-1.9、中程度-2~-2.9、重度 -3 以下 (上記の3つに H/A**加味) *W/H: 身長を基準とした標準体重に対する現体重の割合 **H/A: 年齢標準の身長に対する現身長 の割合 体重変化率による低栄養分類 軽度: 推定体重増加量の75%以下の体重増加量 (2歳未満)、5%の体重減少 (2-20歳) W/H もしくは BMI zスコアが1.0 SD減少する、中程度: 上記の基準 50%以下、7.5%、2 zスコア、 重度: 25%、10%、3 zスコア</p>	<p>成長や発達などに影響を与えるような環境や行動の要因によって十分な栄養が摂取できていない</p>	
				<p>NC-4.1.4</p>		
				<p>疾患に関連しない小児期の低栄養</p>		

					食事摂取にかかわる機能や食思不振やフレイル等の過去歴がある	医療的課題解決が必要なことが多い め、医師との連携は必須。また看護 師、PT,OT,ST等のリハビリスタッ フ、薬剤師等との協働が必須となる 1.不足しているエネルギー・たんぱく 質を推定し、充足できるための方法を 検討する（日々400kcalの継続した 不足があると判断→一度に増加させる ことに問題がないかどうかの評価をし てから食事や補充食を1日の中で分割 して補充する。経腸的に不耐状況があ ると考えられる場合は、静脈栄養法も 検討する） 2. 栄養補給のための社会的資源や社 会的サポートを利用するための方法を 多職種で検討する
				成長や発達に影 響を与えるよう な疾患や外傷に よって栄養素の 摂取不足やイン バランスが起こ っている	【原因】病態生理的、精神的、環境、発達、文化等 様々な状態が現在あるもしくは継続している（早産 児、遺伝的、先天的障害、疾病、外傷等、食思不振や 食不耐によって食事が十分に摂取できない、消化管の 構造や機能の異常がある、栄養素の利用障害、うつや 摂食障害などの精神的問題） 【症状・兆候】NC-4.1.4に同じ	1.栄養補助食品や機能性食品等の食品 の種類、量、摂取頻度、摂取のタイミ ング等を把握する。 2..栄養素摂取のインバランスを是正す るための方法について検討する 食 品、献立の調整、嚥下摂食訓練 食事 入手のための環境調整 栄養素の相互 作用に関わる食物・栄養関連の知識の 供与など 3.栄養素摂取のインバランスを是正す るための方法については多職種で検討 する
				ある栄養素の摂 取量がその他の 栄養素の吸収や 同化作用を障害 するような望ま しくない栄養素 の組み合わせが ある。	【原因】 栄養補助食品の摂取過剰、栄養素の相互作 用に関わる食物・栄養関連の知識不足、食物・栄養関 連の話題に対する誤った信念（主義）や態度、食物フ ァーティズム（根拠なき食品の流行）、食品の一時的な 流行、Refeeding Syn（経口、PN・ENを含む） 【症状・兆候】 refeeding syn.の結果として重度低 リン血症（炭水化物量過剰）・重度低カリウム血症 （たんぱく質過剰）・重度低マグネシウム血症（炭水 化物過剰）、鉄のサプリメントによる下痢や便秘、亜 鉛のサプリメントによる上腹部痛・吐き気・嘔吐・下 痢、亜鉛の吸収障害をともなった鉄サプリメントの過 剰摂取、銅の吸収障害を伴う亜鉛サプリメントの摂取	
					疾患に関連 した小児期 の低栄養	栄養素摂取 のインバラ ンス
						食行 動

○	○		セルフケアの管理がでない	NB2.3	健康的な食事や栄養に関連した行動についてその方法や意思がない	<p>の既往</p> <p>【原因】セルフケアにかかわる知識不足、改善のための社会的支援の不足 自己管理できる年齢に達していない 行動変容に対する価値観の不足 時間、経済的などの資源の不足 セルフケアに関する文化的習慣がない 脳神経、感覚障害、認知機能障害、学習障害などの認知能力の障害、食事やライフスタイルの変化に対し準備ができていない 情報収集や学習することに抵抗感がある セルフケアに必要な器具や指針の入手が困難</p> <p>【症状・兆候】データやセルフケアに必要なツールが使いこなせない セルモニタリングに対する困惑や怒りがある セルモニタリングの記録の精度が低い 自己管理に関連した疾患がある（糖尿病 肥満 心疾患 腎疾患 肝疾患）診断や治療に関連した状態（認知障害 感情障害）</p>	<p>1. 栄養や健康に対する情報の提示、教育を行う</p> <p>2. 栄養・健康維持向上に関係するセルフケアの具体的な方法について多種協働で教育を実施する</p>
○	○		安全でない食物摂取	NB3.1	毒物や有害物質、感染原因物質、依存症、アレルギー、生物兵器などに汚染された食物・飲料などを意図的・無意識に摂取する	<p>【原因】危険な食品に対する知識不足 安全な食品や保管に対する知識不足 汚染された水や食物への暴露（集団感染 アウトブレイク）、精神的疾患、精神的混乱、認識変化、食物の保管・保存のための器具や設備の不足や使用制限、安全な食物の不足や入手の制限</p> <p>【症状・兆候】感染源となる細菌の陽性便、血液や食品に細菌や毒素が検出される。 脱水を示す兆候がある（粘膜の乾燥など）下痢、痙攣、腫脹、発熱、嘔吐、嘔気、嘔吐、視野 冷え、めまい、頭痛など 水銀含有の魚（妊婦 授乳婦）、食品ではないもの、生卵、殺菌していない牛乳、チーズ、生肉（乳児、幼児、免疫不全のある患者、妊婦、授乳婦） キノコや</p>	<p>1. 予防できる食物汚染等については、情報の収集とともに防除に対する対策を検討しておく。</p> <p>2. 感染源や症状兆候を出現させる可能性がある細菌等の微生物や成分について、除外・除去できる方法の周知やそれらの微生物に関する情報を提示教育する。</p> <p>3. 食品ラベルなどの成分表示や加工にかかわる法律や基準の整備に向けて活動する</p>

				木の实、野草など 安全に保管や調理されていない食品 食品ラベルがない食品 言語化された適切でないな知識 診断や治療に関連する状況（細菌、ウイルス性感染症 寄生虫 精神疾患 認知症）薬剤や生物製剤などの中 毒 食中毒 循環器、神経系、呼吸器系の変化					
○			食事摂取にかかわる器質・機能障害	嘔み砕き・咀嚼障害	NC-1.2	嚥下前の食物のかみ砕きおよび咀嚼する能力に異常がある		木の实、野草など 安全に保管や調理されていない食品 食品ラベルがない食品 言語化された適切でないな知識 診断や治療に関連する状況（細菌、ウイルス性感染症 寄生虫 精神疾患 認知症）薬剤や生物製剤などの中 毒 食中毒 循環器、神経系、呼吸器系の変化	1.かみ砕き・咀嚼不良を招いている要因・リスクを把握する 2..歯科医師・言語聴覚士など多職種と協働し、かみ砕き・咀嚼能力の改善または代償法について検討する。 食事形状の調整、口腔ケア 嚥下摂食訓練 歯科治療 食事形態に考慮した食物の購入・調理を含めた食事準備について知識の供与など 3.口腔機能・口腔内環境、摂取状況の観察を行う。
○				嚥下困難	NC-1.1	食物や水分などが口腔内から胃に移動することが困難もしくは障害されている。		木の实、野草など 安全に保管や調理されていない食品 食品ラベルがない食品 言語化された適切でないな知識 診断や治療に関連する状況（細菌、ウイルス性感染症 寄生虫 精神疾患 認知症）薬剤や生物製剤などの中 毒 食中毒 循環器、神経系、呼吸器系の変化	1.嚥下障害を招いている要因・リスクを把握する2..歯科医師・言語聴覚士などと協働し、嚥下障害の改善または代償法について検討する。食事形状の調整、口腔ケア 嚥下摂食訓練 歯科治療 食事形態に考慮した食物の購

○					<p>と表情筋肉(脳神経Ⅻ)の異常・咽頭反射・嚥下(脳神経Ⅹ)と舌の動く範囲(脳神経Ⅻ)の異常・咳反射・よだれ・顔面筋力の低下・乾物・湿物の嚥下力の低下、咳・息切れ・長い咀嚼・口腔内の食物貯留・逆流・食事中の表情変化・よだれ・上気道の湿った雑音・食物がつかえた感じ・飲み込む際に痛み、長い食事時間、食物の摂取量の減少、食物の回避、食事を嫌がる、嚥下障害や無弛緩症などの診断や資料に関連した症状(緑り返す上気道感染症と肺炎)</p>	<p>入・調理を含めた食事準備について知識の供与など 3.口腔機能・口腔内環境、摂食状況や呼吸状態の観察を行う。</p>
		消化機能異常	NC-1.4	消化・吸収・排泄などの異常がある	<p>【原因】 胃腸組織の構造・機能異常 胃腸の運動性の異常 消化管に関連した内分泌器官の機能障害[例: 脾臓・肝臓] 消化管の機能的長さの減少</p> <p>【兆候・症状】 消化酵素、便中脂肪検査の異常 呼吸水素試験値やD-キシロース検査、便培養の異常、胃内容排出時間・小腸通過時間の異常、内視鏡・大腸内視鏡検査結果や生検結果 pHや括約筋・活動性・形態・反射神経検査結果、貧血像、ビタミン・ミネラル・脂肪酸・微量元素・PTH(副甲状腺ホルモン値)の異常 IgAやIgEなどのトランスグルタミナーゼ抗体の異常、</p> <p>体重減少: 1か月>5%、6か月>10% 発育阻害・発育障害(小児) 骨密度の異常、腹部膨満 腸音の増加(時には減少) 栄養障害による消耗 食欲不振、吐き気、嘔吐、下痢、脂肪便、便秘、腹痛、逆流、ガス、ビタミン・ミネラル欠乏の兆候[例:舌炎、口角炎、口腔障害、皮膚発疹、脱毛] 消化器症状により特別な食物・食品群の摂取、消化器症状があるために食物摂取が十分にできない[例:食後に起こる鼓腸や痙攣・胃痛・下痢・脂肪便症(脂肪分の多い糞便、浮遊した糞便、悪臭の糞便)など]、診断や治療に関連した症</p>	<p>1.消化機能異常を招いている要因を把握する</p> <p>2.外科的処置・既存情報や利用者の訴え、食事や生活にどのようなように対応しているのか把握する。</p> <p>3.エネルギーや主として不足となっている栄養素を把握する</p> <p>4.必要量を充足するための方法について検討する</p> <p>食事形状・量・回数の調整、食事入手のための環境調整 消化器症状に配慮した食事・栄養関連の知識の供与など</p> <p>5服薬調整と疾患管理</p>

				<p>状【例:吸収不良, 消化不良, 脂肪便, 閉塞, 便秘, 憩室炎, クローン病, 炎症性腸炎, 嚢胞性線維症, セリアック病(小児脂肪便症), がん, 過敏性腸症候群, 感染症, ダンピング症候群】 外科的処置【例:食道切除術・拡張術, 噴門形成術, 胃切除術, 迷走神経切断術, 胃バイパス, 腸切除】</p> <p>【原因】 消化器に関連した内分泌腺の機能障害【例: 腫瘍・肝臓・下垂体・副甲状腺】 先天性を含んだ代謝異常 栄養素の代謝に作用する薬剤の投与 アルコール依存や薬物依存</p> <p>【症状・兆候】 たんぱく質、脂肪酸、炭水化物の代謝プロファイルの検査結果、肝機能検査結果、貧血検査、脳下垂体ホルモンの異常（成長ホルモン（GH）、副腎皮質刺激ホルモン（ACTH）、黄体形成ホルモン（LH）、卵胞刺激ホルモン（FSH））、ビタミン・ミネラル欠乏 低血糖、高血糖 骨ミネラル濃度測定値, PTH(副甲状腺ホルモン)値の異常 尿中ポリフィリン陽性、体重減少：1か月>5%、6か月>10% 発育阻害・発育障害(小児) 骨密度異常 ビタミン・ミネラル欠乏の兆候【例:舌炎、口角症、口腔障害】 痩せ 身体症状があるために制限している食物がある 服薬 診断や治療に関連した症状【例:嚢胞性線維症, セリアック病(小児脂肪便症、クローン病, 感染症, 放射線治療, 先天性代謝異常, アルコール・薬物中毒, 内分泌腺疾患, 下垂体障害, 腎不全, 肝不全】</p> <p>【原因】 薬剤と食物の同時もしくは並行摂取</p> <p>【症状・兆候】 薬剤の効果を評価するような生化学検査結果（例：ワルファリンと血液凝固能）、体重</p>	<p>1. 栄養素代謝異常を招いている要因を把握する</p> <p>2. 受診状況や利用者が食事や生活にどのように対応しているのか把握する。</p> <p>3. エネルギーや主として回避・制限または充足する必要がある栄養素を把握する</p> <p>4. 特定の栄養素について回避・制限または充足する方法について検討する</p> <p>提供栄養量の調整、食事入手のための環境調整 回避・制限または充足する必要がある栄養素についての知識の供与など</p> <p>5 服薬調整と疾患管理</p>
	栄養素と生物活性物質の代謝に異常がある	NC-2.1	栄養素代謝異常	<p>食物や薬剤の相互作用</p>	<p>薬剤・栄養補助食品（サプリメントも含む）などの服用において</p>
	その他	NC-2.3	食物や薬剤の相互作用		
	○				

				て、薬剤の作用の減弱や増強などの効果に対する食物による影響や薬剤摂取による栄養状態に影響を与えるような作用がある。	(例：ステロイド) 食欲や味覚の変化(抗うつ剤、鉄剤、ステロイド等) その他(魚油と出血傾向、鉄剤と便秘、利尿薬と脱水) 等	2. 薬剤との相互作用が考えられる食品や栄養素を献立等から除くと共に、除くことによる栄養素の過不足の評価を行い、必要に応じて補完する方法を検討する。
				食物や栄養に関する誤った知識や情報の不足があり、栄養状態に影響を与えている。	【原因】食物や栄養に対する誤った信念や行動、栄養情報の不足 栄養情報の理解不足や理解能力の低下・欠落 栄養に関する情報収集に無関心・抵抗 【症状・兆候】栄養に関する知識不足を思わせる行動や発言、適切な栄養や食物摂取にかかわる行動ができない、栄養や食品に関する情報入手に対する拒否や抵抗、無関心を思わせる行動や発言	1. 理解力に合わせた情報の提示 2. 情報の選定を行い優先順位をつけて提示する 3. 行動に向けてその方法を具体的に示す 4. 栄養状態と改善すべき食行動等の関連について理解に合わせた説明を実施し、継続する。
				健康的な食物を必要摂取するための能力の低下	【原因】自分の意志とは関係なく食物や水の供給がされない(虐待や放棄)、買いや食物や食物入手のための交通手段などの環境整備不足、十分な量や種類の食物を整えるような文化的・経済的資源がないもしくは知識がない、食事を準備する能力にかけている 地域や学校などが供給する食物などの入手や食物提供プログラムに参加できない、学校が健康や栄養に関するプログラムがない 年齢や体重が理由となつて買物にゆくことができない 食物汚染	1. 食物や水分の入所を妨げている要因について詳細に検討し、改善できる方法を具体的に提示する。 2. 過不足がある栄養素については、補助食品やサプリメントの使用を多職種で検討するとともに、適切な食品・水分に入手についても具体的に継続できる仕組み作りを考える 3. 低体重、過体重については適正体重になるようなエネルギー・たんぱく質の摂取計画を立案実施する。ただし、適正体重の設定は体組成や身体活動なども十分に考慮して設定し、単純にガイドラインに即した設定をするの
				食物・栄養に関連した知識不足	【原因】食物や栄養に関する誤った信念や行動、栄養情報の不足 栄養情報の理解不足や理解能力の低下・欠落 栄養に関する情報収集に無関心・抵抗 【症状・兆候】栄養に関する知識不足を思わせる行動や発言、適切な栄養や食物摂取にかかわる行動ができない、栄養や食品に関する情報入手に対する拒否や抵抗、無関心を思わせる行動や発言	1. 理解力に合わせた情報の提示 2. 情報の選定を行い優先順位をつけて提示する 3. 行動に向けてその方法を具体的に示す 4. 栄養状態と改善すべき食行動等の関連について理解に合わせた説明を実施し、継続する。
				食物入手の制約	【原因】自分の意志とは関係なく食物や水の供給がされない(虐待や放棄)、買いや食物や食物入手のための交通手段などの環境整備不足、十分な量や種類の食物を整えるような文化的・経済的資源がないもしくは知識がない、食事を準備する能力にかけている 地域や学校などが供給する食物などの入手や食物提供プログラムに参加できない、学校が健康や栄養に関するプログラムがない 年齢や体重が理由となつて買物にゆくことができない 食物汚染	1. 食物や水分の入所を妨げている要因について詳細に検討し、改善できる方法を具体的に提示する。 2. 過不足がある栄養素については、補助食品やサプリメントの使用を多職種で検討するとともに、適切な食品・水分に入手についても具体的に継続できる仕組み作りを考える 3. 低体重、過体重については適正体重になるようなエネルギー・たんぱく質の摂取計画を立案実施する。ただし、適正体重の設定は体組成や身体活動なども十分に考慮して設定し、単純にガイドラインに即した設定をするの
					【症状・兆候】エネルギーやたんぱく質などやビタミン・ミネラルの過不足を示すような生化学的所見、脱水(粘膜の乾燥 ツルゴールの低下) 成長曲線などの発育曲線から評価された成長不良 低	

					<p>体重 (BMI18.5以下)、体重減少：成人では10%/6ヶ月もしくは5%/1ヶ月以上の体重減少 小児では意図しない体重減少がある 過体重や肥満症：成人はBMI25以上、小児ではBMI95パーセンタイル以上</p> <p>ビタミン・ミネラルの欠乏を占めず身体所見 飢餓、口渇</p> <p>養育者など食事や栄養に対する間違った信念や行動 食事制限や運動によって加齢速度が遅くなるといった信念主張 食物や水分の不適切な摂取や制限 食物の種類制限 食物や水分の入手にたいする社会的・経済的また技術的な制限 食物や水の入手に対する知識や情報の制限 食物汚染 飢餓</p> <p>低栄養 ビタミン・ミネラル欠乏症 疾病や身体的障害 病態 (精神疾患や認知症) 支援体制の不足</p>	<p>ではなく、生活習慣病の発症や感染症の発症予防などの評価指標も念頭に入れて設定することが必要である。</p>
--	--	--	--	--	--	--

◎：よく見られる

○：みられる

△：みられる場合がある

◎：よく見られる
 ○：みられる
 △：みられる場合がある

推定必要エネルギー量：基礎代謝基準値や基礎代謝量の算定式等を用いて推定された一日あたりに必要なエネルギー量
 消費エネルギー量：間接熱量計等を用いて実測された消費エネルギー量＝真の必要エネルギー量

資料⑥ 嚥下調整食学会分類 2021 (食事) 早見表

コード 【1-8項】	名称	形態	目的・特色	主食の例	必要な咀嚼能力 【1-10項】	他の分類との対応 【1-7項】
0	j 嚥下調整食品 0j	均質で、付着性・凝集性・かたさに配慮したゼリー 離水が少なく、スライス状にすくうことが可能なもの	重度の症例に対する評価・訓練用 少量をすくってそのまま丸呑み可能 残留した場合にも吸引が容易 たんばく質含有量が少ない		(若干の送り込み能力)	嚥下食ピラミッドL0 えん下困難者用食品許可基準Ⅰ
	t 嚥下調整食品 0t	均質で、付着性・凝集性・かたさに配慮したとろみ水 (原則的には、中間のとろみあるいは濃いとろみ*のどちらかが適している)	重度の症例に対する評価・訓練用 少量ずつ飲むことを想定 ゼリー丸呑みで誤嚥したりゼリーが口中で溶けてしまう場合 たんばく質含有量が少ない		(若干の送り込み能力)	嚥下食ピラミッドL3の一部 (とろみ水)
1	j 嚥下調整食 1j	均質で、付着性・凝集性・かたさに配慮したゼリー・プリン・ムース状のもの	口腔外で既に適切な食塊状となっている (少量をすくってそのまま丸呑み可能) 送り込む際に多少意識して口蓋に舌を押しつける必要がある 0jに比し表面のざらつきあり	おもゆゼリー、ミキサー粥のゼリーなど	(若干の食塊保持と送り込み能力)	嚥下食ピラミッドL1・L2 えん下困難者用食品許可基準Ⅱ UDF区分 かまなくともよい(ゼリー状) (UDF:ユニバーサルデザインフード)
2	1 嚥下調整食 2-1	ビュレ・ペースト・ミキサー食など、均質でなめらかで、べたつかず、まとまりやすいもの スプーンですくって食べることが可能なもの	口腔内の簡単な操作で食塊状となるもの (咽頭では残留、誤嚥をしにくいように配慮したもの)	粒がなく、付着性の低いペースト状のおもゆや粥	(下顎と舌の運動による食塊形成能力および食塊保持能力)	嚥下食ピラミッドL3 えん下困難者用食品許可基準Ⅲ UDF区分 かまなくともよい
	2 嚥下調整食 2-2	ビュレ・ペースト・ミキサー食などで、べたつかず、まとまりやすいもので不均質なも含む スプーンですくって食べることが可能なもの		やや不均質(粒がある)でもやわらかく、離水もなく付着性も低い粥類	(下顎と舌の運動による食塊形成能力および食塊保持能力)	嚥下食ピラミッドL3 えん下困難者用食品許可基準Ⅲ UDF区分 かまなくともよい
3	嚥下調整食 3	形はあるが、押しつぶしが容易、食塊形成や移送が容易、咽頭でばらけず嚥下しやすいように配慮されたもの 多量の離水がない	舌と口蓋間で押しつぶしが可能なもの 押しつぶしや送り込みの口腔操作を要し(あるいはそれらの機能を賦活し)、かつ誤嚥のリスク軽減に配慮がなされているもの	離水に配慮した粥など	舌と口蓋間の押しつぶし能力以上	嚥下食ピラミッドL4 UDF区分 舌でつぶせる
4	嚥下調整食 4	かたさ・ばらけやすさ・貼りつきやすさなどないもの 箸やスプーンで切れるやわらかさ	誤嚥と窒息のリスクを配慮して素材と調理方法を選んだもの 歯がなくても対応可能だが、上下の歯槽提間で押しつぶすあるいはすりつぶすことが必要で舌と口蓋間で押しつぶすことは困難	軟飯・全粥など	上下の歯槽提間の押しつぶし能力以上	嚥下食ピラミッドL4 UDF区分 舌でつぶせる およびUDF区分歯ぐきでつぶせる およびUDF区分容易にかめるの一部

学会分類 2021 は、概説・総論、学会分類 2021 (食事)、学会分類 2021 (とろみ) から成り、それぞれの分類には早見表を作成した。
 本表は学会分類 2021 (食事) の早見表である。本表を使用するにあたっては必ず「嚥下調整食学会分類 2021」の本文を熟読されたい。なお、
 本表中の【 】表示は、本文中の該当箇所を指す。
 *上記 0t の「中間のとろみ・濃いとろみ」については、学会分類 2021 (とろみ) を参照されたい。
 本表に該当する食事において、汁物を含む水分には原則とろみを付ける。【1-9項】
 ただし、個別に水分の嚥下評価を行ってとろみ付けが不要と判断された場合には、その原則は解除できる。
 他の分類との対応については、学会分類 2021 との整合性や相互の対応が完全に一致するわけではない。【1-7項】

『日摂食嚥下リハ学会誌 25 (2) : 135-149, 2021』 または 日本摂食嚥下リハ学会 HP
 ホームページ：
<https://www.jsdr.or.jp/wp-content/uploads/file/doc/classification2021-manual.pdf> 『嚥下調整食学会分類 2021』 を必ずご参照ください。

資料⑦ 嚥下調整食学会分類 2021（とろみ）早見表

	段階1 薄いとろみ【Ⅲ-3項】	段階2 中間のとろみ【Ⅲ-2項】	段階3 濃いとろみ【Ⅲ-4項】
英語表記	Mildly thick	Moderately thick	Extremely thick
性状の説明 (飲んだとき)	「drink」という表現が適切なとろみの程度口に入れると口腔内に広がる液体の種類・味や温度によっては、とろみが付いていることがあまり気にならない場合もある飲み込む際に大きな力を要しないストローで容易に吸うことができる	明らかにとろみがあることを感じ、かつ「drink」という表現が適切なとろみの程度口腔内での動態はゆっくりですくには広がらない舌の上でまとめやすいストローで吸うのは抵抗がある	明らかにとろみが付いていて、まとまりがよい送り込むのに力が必要スプーンで「eat」という表現が適切なとろみの程度ストローで吸うことは困難
性状の説明 (見たとき)	スプーンを傾けるとすっと流れ落ちるフォークの歯の間から素早く流れ落ちるカップを傾け、流れ出た後には、うっすらと跡が残る程度の付着	スプーンを傾けるととろりと流れるフォークの歯の間からゆっくりと流れ落ちるカップを傾け、流れ出た後には、全体にコーティングしたように付着	スプーンを傾けても、形状がある程度保たれ、流れにくいフォークの歯の間から流れ出ないカップを傾けても流れ出ない(ゆっくりと塊となって落ちる)
粘度 (mPa・s) 【Ⅲ-5項】	50-150	150-300	300-500
LST 値 (mm) 【Ⅲ-6項】	36-43	32-36	30-32
シリンジ法による 残留量 (ml) 【Ⅲ-7項】	2.2-7.0	7.0-9.5	9.5-10.0

学会分類 2021 は、概説・総論、学会分類 2021（食事）、学会分類 2021（とろみ）から成り、それぞれの分類には早見表を作成した。本表は学会分類 2021（とろみ）の早見表である。本表を使用するにあたっては必ず「嚥下調整食学会分類 2021」の本文を熟読されたい。なお、本表中の【 】表示は、本文中の該当箇所を指す。

粘度：コーンプレート型回転粘度計を用い、測定温度 20℃、ずり速度 50 s⁻¹ における 1 分後の粘度測定結果【Ⅲ-5 項】。

LST 値：ラインスプレッドテスト用プラスチック測定板を用いて内径 30 mm の金属製リングに試料を 20 ml 注入し、30 秒後にリングを持ち上げ、30 秒後に試料の広がり距離を 6 点測定し、その平均値を LST 値とする【Ⅲ-6 項】。

注 1. LST 値と粘度は完全には相関しない。そのため、特に境界値付近においては注意が必要である。

注 2. ニュートン流体では LST 値が高く出る傾向があるため注意が必要である。

注 3. 10 ml のシリンジ筒を用い、粘度測定したい液体を 10 ml まで入れ、10 秒間自然落下させた後のシリンジ内の残留量である。

(日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食委員会 栢下淳他 日摂食嚥下リハ会誌 25 (2) : 135-149, 2021)

『日摂食嚥下リハ会誌 25 (2) : 135-149, 2021』 または 日本摂食嚥下リハ学会 HP ホームページ :

<https://www.jsdr.or.jp/wp-content/uploads/file/doc/classification2021-manual.pdf> 『嚥下調整食学会分類 2021』 を必ずご参照ください。

資料⑧ 発達期嚥下障害児（者）のための調整食分類 2018

分類名	ペースト粥	ゼリー粥	つぶし全粥	つぶし軟飯
状態写真 (静止図)				
状態写真 (すくった時)				
状態写真 (押した時)				
状態説明	〈飯粒がなく均質なペースト状〉 すくうと盛り上がっている 傾けるとゆっくりスプーンから落ちる スプーンで軽く引くと しばらく跡が残る	〈飯粒がなく均質なゼリー状〉 すくうとそのままの形を保っている 傾けると比較的容易に スプーンから落ちる スプーンで押すと小片に崩れる	〈離水していない粥を潰した状態〉 スプーンで押しても 飯粒同士が容易に分離しない	〈やわらかく炊いたご飯を潰した状態〉 スプーンで押しても 飯粒同士が容易に分離しない
作り方例	粥をミキサー等で均質に攪拌する 粘性を抑えたい場合は、食品酵素製剤と 粘性を調整する食品等を加える	粥にゲル化剤（酵素入り等）を加えて、 ミキサー等で均質になるまで攪拌しゼリ ー状に固める	鍋、炊飯器等で炊いた全粥を温かいうち に器具で潰す	鍋、炊飯器等で炊いた軟飯を温かいうち に器具で潰す
炊飯時の米：水重量比	1:3-5	1:2-5	1:4-5	1:2-3
口腔機能との関係	若干の送り込み力があり 舌の押しつぶしを促す場合	若干の食塊保持力があり 舌の押しつぶしを促す場合	ある程度の送り込み力があり 食塊形成や複雑な舌の動きを 促す場合	ある程度の押しつぶし力や送り込み力 があり歯・歯ぐきでのすりつぶしを 促す場合

発達期嚥下調整食分類主食表

分類名	まともりペースト	ムース	まともりマッシュ	軟菜
状態写真 (静止図)				
状態写真 (すくった時)				
状態写真 (つぶした時)				
状態説明	〈粒がなく均質な状態〉 すくって傾けても容易に落ちない スプーンで押した形に變形し 混ぜるとなめらかなペーストになる	〈粒がなく均質な状態〉 すくって傾けるとゆっくり落ちる スプーンで切り分けことができ 切断面は角ができる	〈粒がある不均質な状態〉 すくって傾けても容易に落ちない スプーンで押すと粒同士が分離せず まとまっている	〈食材の形を保った状態〉 食材をそのままスプーンで容易に 切れる程度まで やわらかくした状態
作り方例	食材に粘性を付加する食品や固形化する 食品等に加え、ミキサーで均質になるまで 攪拌したのち、成型する	食材に固形化する食品等に加え、ミキサー 等で均質になるまで攪拌したのち、成型す る	食材をフードプロセッサー等で刻み、粘性 を付加する食品や固形化する食品等を加 え攪拌したのち、成型する	圧力鍋、真空調理器具を使用するか、 鍋で長時間煮る等して軟らかくする
食品：水重量比	1:0.5-1.2 (肉魚) 1:0-0.5 (野菜)	1:0.7-1.5 (肉魚) 1:0-0.5 (野菜)	1:0.3-0.7 (肉魚) 1:0-0.5 (野菜)	—
口腔機能との関係	若干の送り込み力があり 舌の押しつぶしを促す場合	若干の食塊保持力があり 舌の押しつぶしを促す場合	ある程度の食塊形成力と送り込み力があり 複雑な舌の動きを促す場合	ある程度の押しつぶし力があり 歯/歯ぐきでのすりつぶしを促す場合

発達期嚥下調整食分類副食表

日本摂食嚥下リハビリテーション学会医療検討委員会医療検討委員会 浅野一恵他、日摂食嚥下リハ会誌 22
(1) : 59-73, 2018

資料⑨ 離乳食と発達期嚥下調整食

離乳食 ^{注1} (穀類)	発達期嚥下調整食 (主食)	離乳食 ^{注1} (穀類以外)	発達期嚥下調整食 (副食)
	ペースト粥 ゼリー粥		まとまりペースト ムース
なめらかにすりつぶした状態 ^{注2} [つぶし粥]		なめらかにすりつぶした状態 ^{注2}	
		舌で容易につぶせる固さ ^{注6}	
舌でつぶせる固さ ^{注3} [全粥]	つぶし全粥	舌でしっかり押しとつぶせる固さ ^{注6}	まとまりマッシュ
歯ぐきでつぶせる固さ ^{注4} [全粥]		歯ぐきでつぶせる固さ ^{注4}	
歯ぐきで噛める固さ ^{注5} [軟飯]	つぶし軟飯	歯ぐきで噛める固さ ^{注5}	軟菜

^{注1} 授乳・離乳の支援ガイド(平成19年3月14日発行)の調理形態より

^{注2} 定型発達児では5、6か月頃

^{注3} 定型発達児では7、8か月頃

^{注4} 定型発達児では9～11か月頃

^{注5} 定型発達児では12～18か月頃

^{注6} 舌でつぶせる固さ^{注3}より一部改変

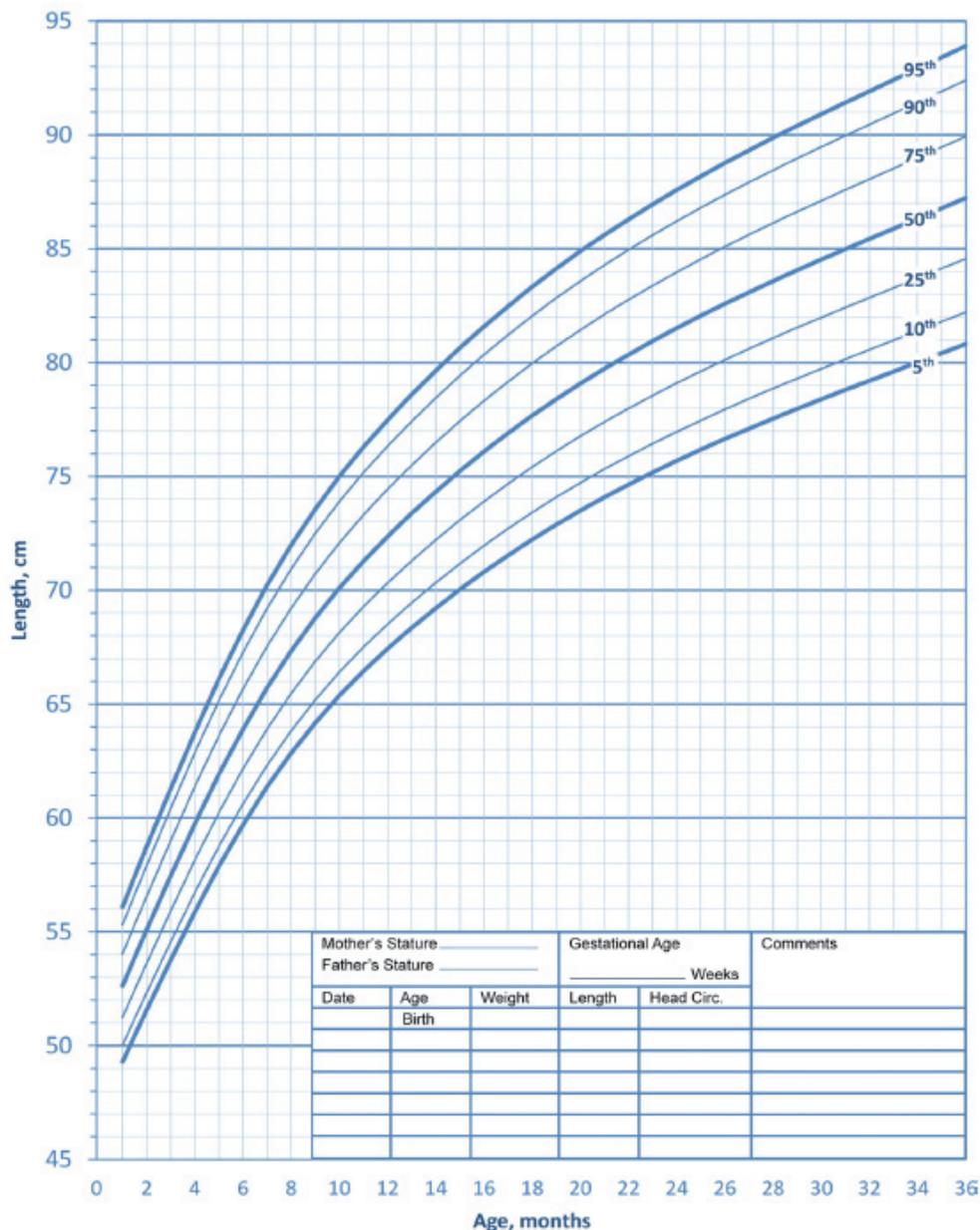
(日本摂食嚥下リハビリテーション学会医療検討委員会医療検討委員会 浅野一恵他、日摂食嚥下リハ会誌 22(1): 59-73, 2018)

資料⑩ 成長曲線 (ダウン症)

Growth Charts for Children with Down Syndrome
 Birth to 36 months: Boys
 Length-for-age percentiles

Name _____

Record _____

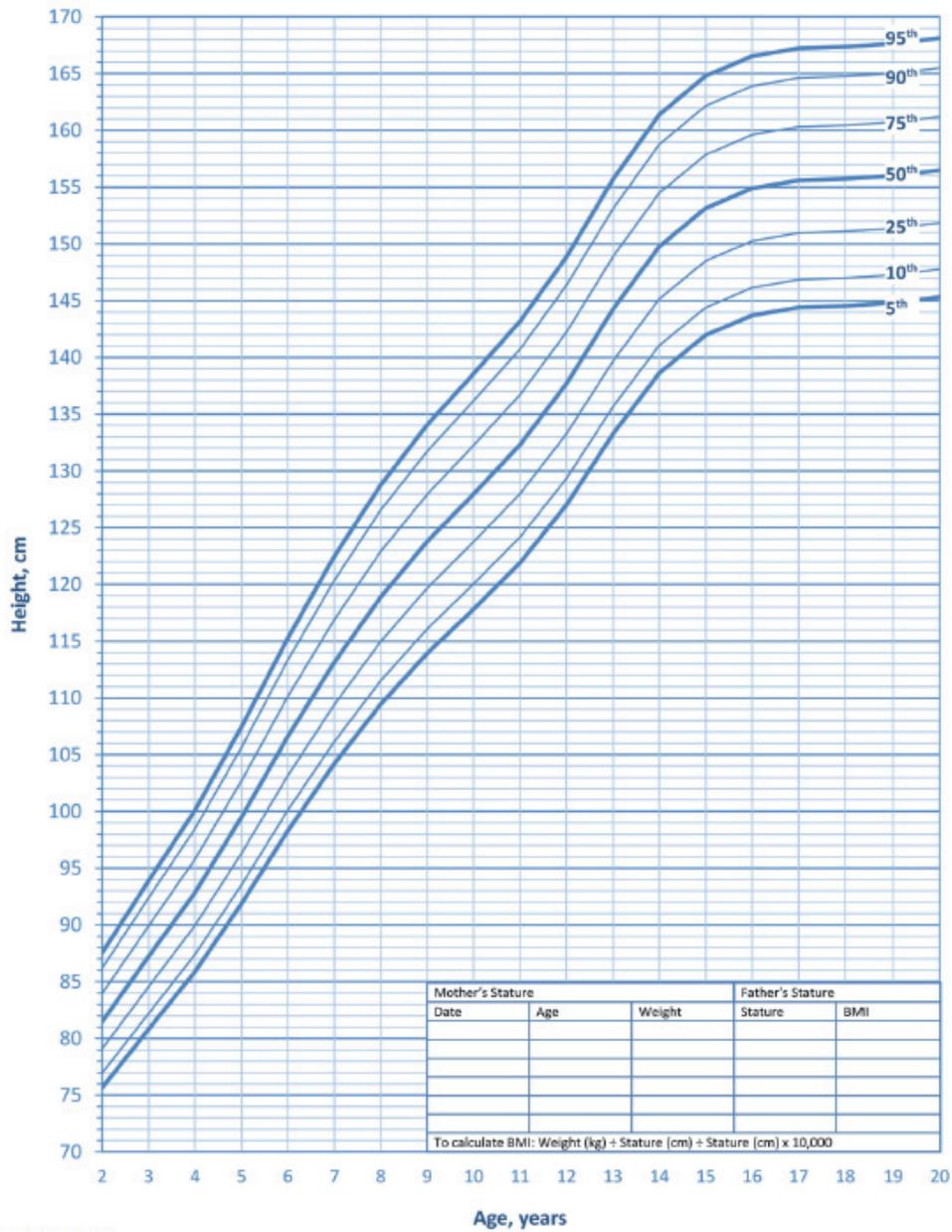


Published October 2015.
 Source: Zemel BS, Papan M, Stallings VA, Hall W, Schgadt K, Freedman DS, Thorpe P. Growth Charts for Children with Down Syndrome In the U.S. Pediatrics, 2015.
 CS26042-A

Growth Charts for Children with Down Syndrome
 2 to 20 years: Boys
 Height-for-age percentiles

Name _____

Record _____

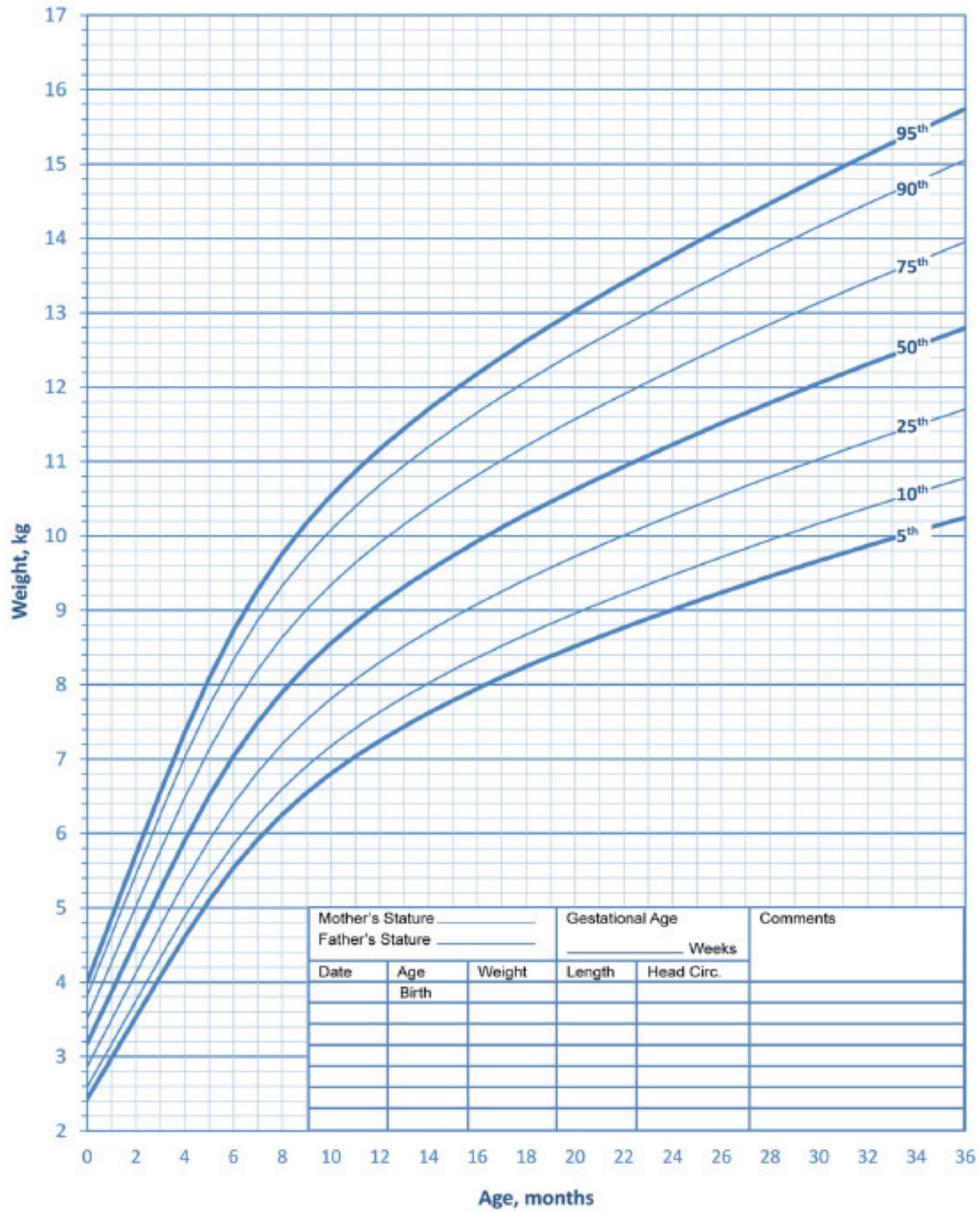


Published October 2015.
 Source: Zemel BS, Pipan M, Stallings VA, Hall W, Schgadt K, Freedman DS, Thorpe P. Growth Charts for Children with Down Syndrome In the U.S. Pediatrics, 2015. CS260242.A

Growth Charts for Children with Down Syndrome
 Birth to 36 months: Boys
 Weight-for-age percentiles

Name _____

Record _____

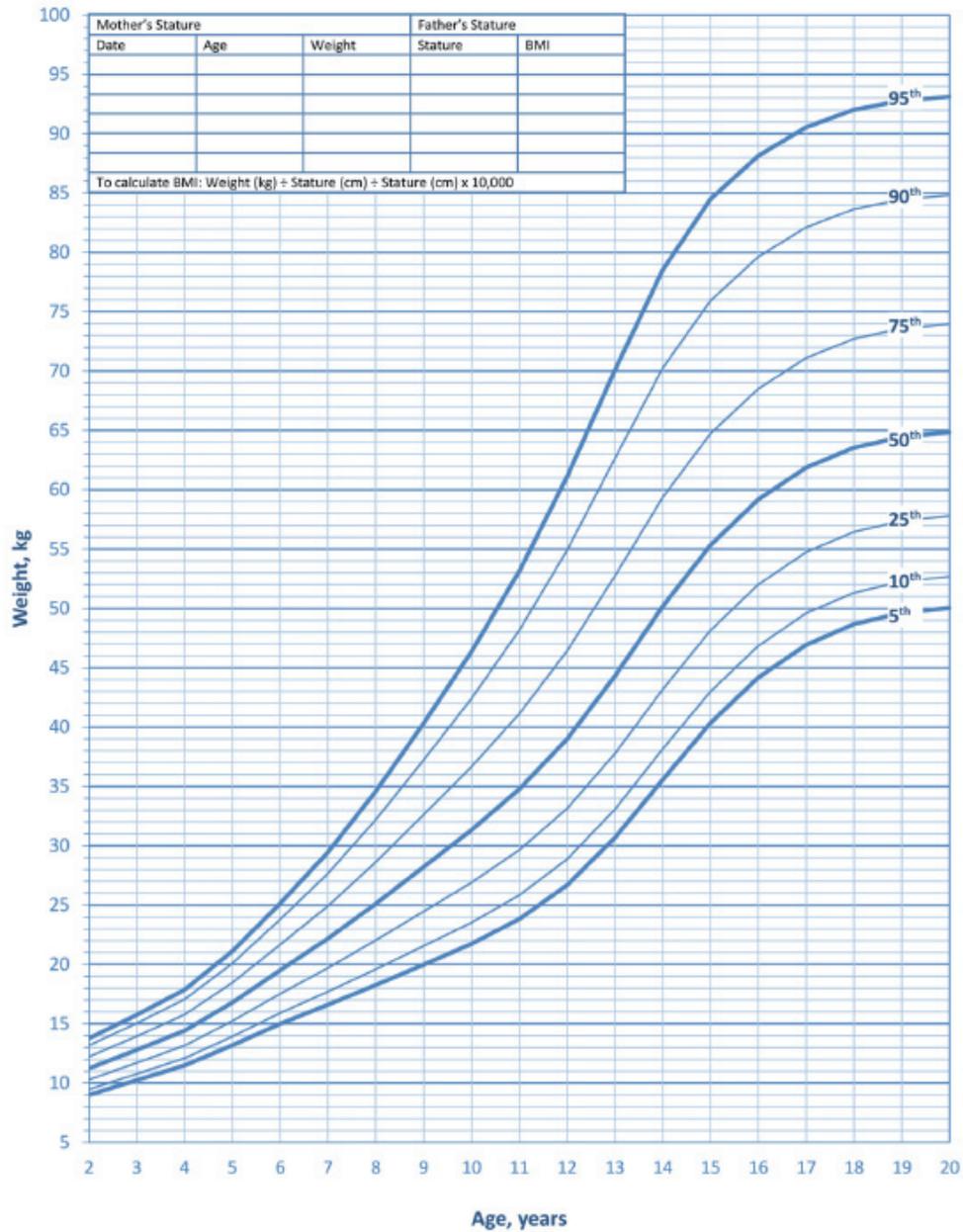


Published October 2015.
 Source: Zemel BS, Papan M, Stallings VA, Hall W, Schgadt K, Freedman DS, Thorpe P. Growth Charts for Children with Down Syndrome In the U.S. Pediatrics, 2015.
 CS360242A

Growth Charts for Children with Down Syndrome
 2 to 20 years: Boys
 Weight-for-age percentiles

Name _____

Record _____

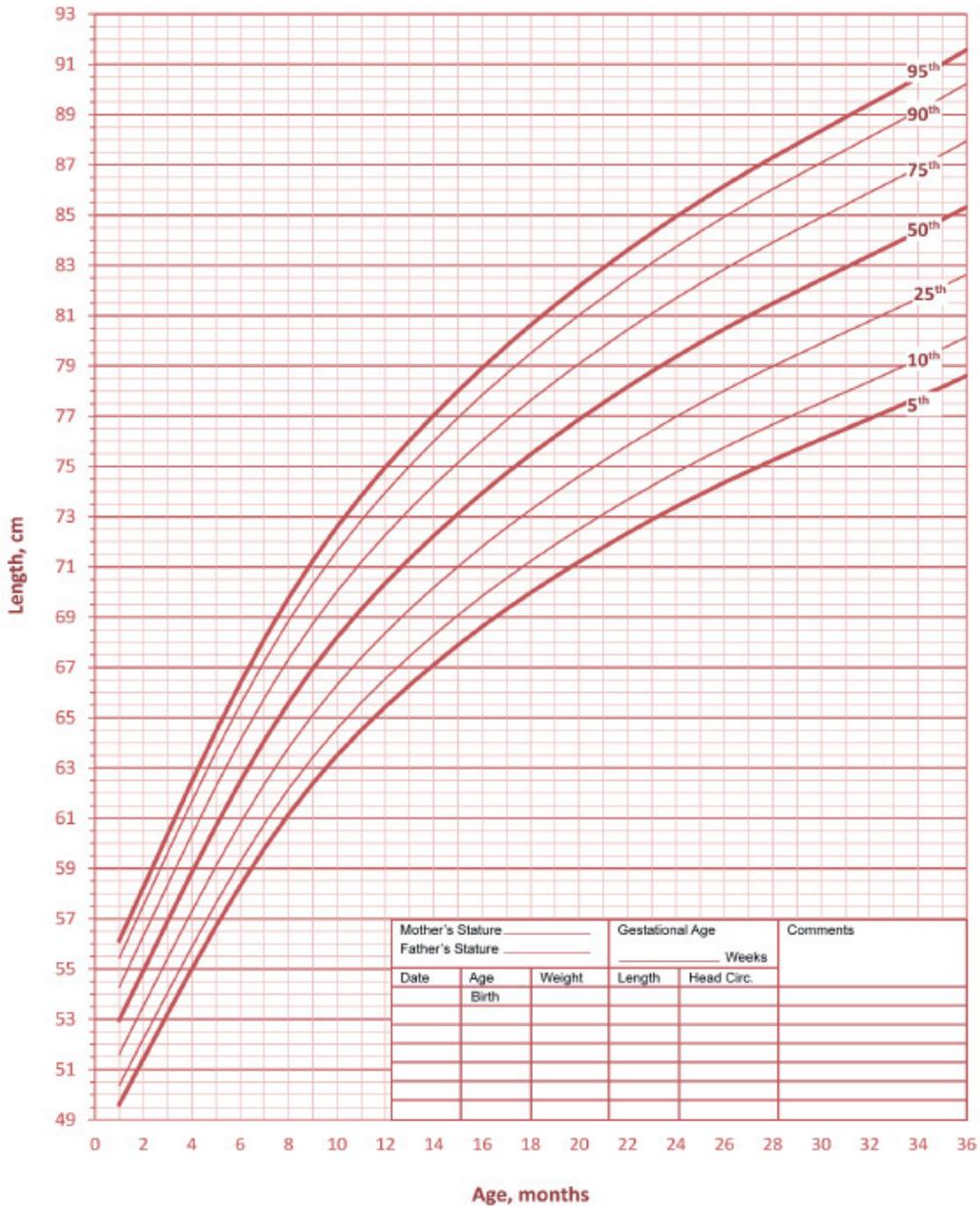


Published October 2015.
 Source: Zemel BS, Papan M, Stallings VA, Hall W, Schgadt K, Freedman DS, Thorpe P. Growth Charts for Children with Down Syndrome In the U.S. Pediatrics, 2015. CS260242.A

Growth Charts for Children with Down Syndrome
 Birth to 36 months: Girls
 Length-for-age percentiles

Name _____

Record _____

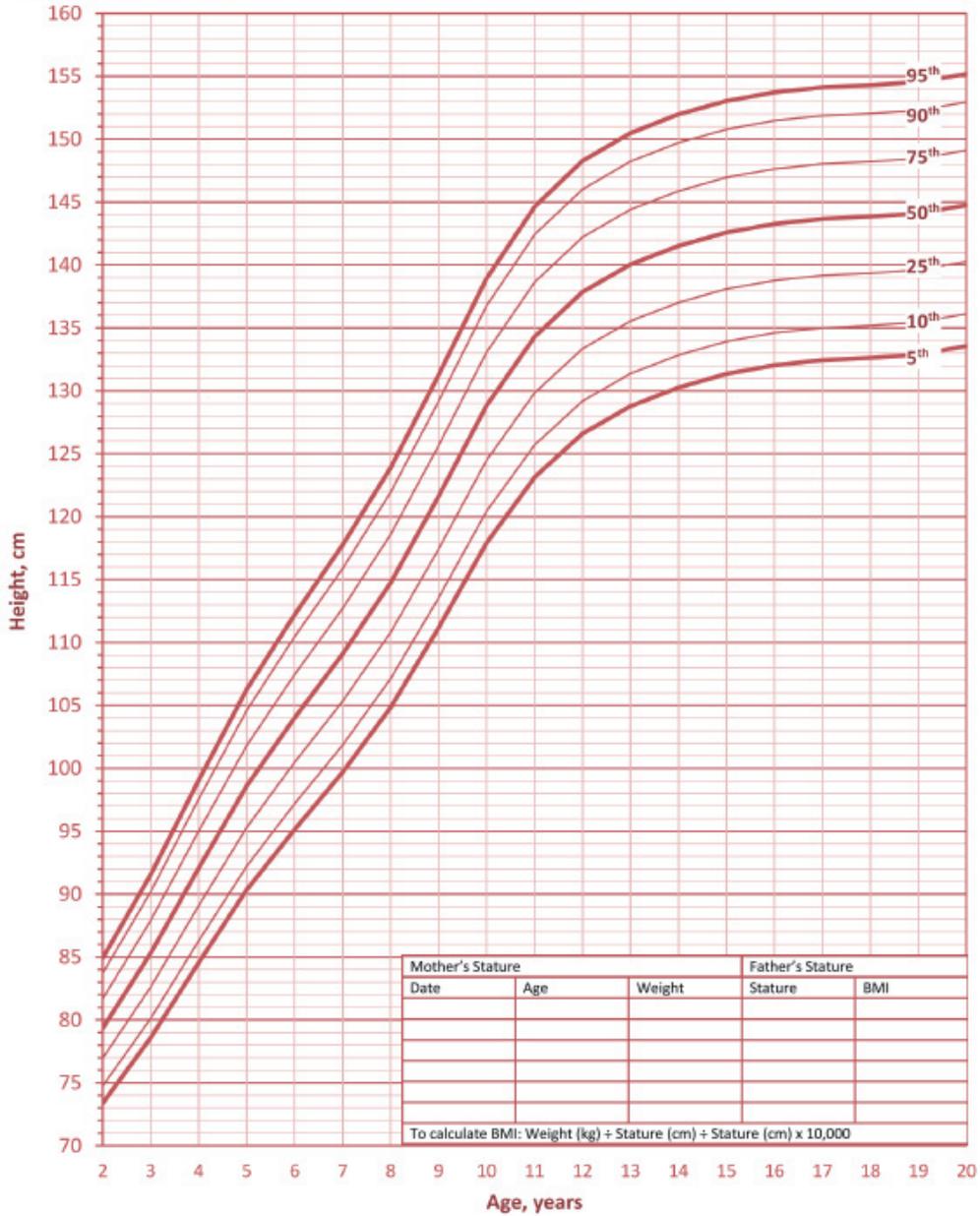


Published October 2015.
 Source: Zemel BS, Papan M, Stallings VA, Hall W, Schgadt K, Freedman DS, Thorpe P. Growth Charts for Children with Down Syndrome in the U.S. Pediatrics, 2015.
 CS260242-B

Growth Charts for Children with Down Syndrome
 2 to 20 years: Girls
 Height-for-age percentiles

Name _____

Record _____

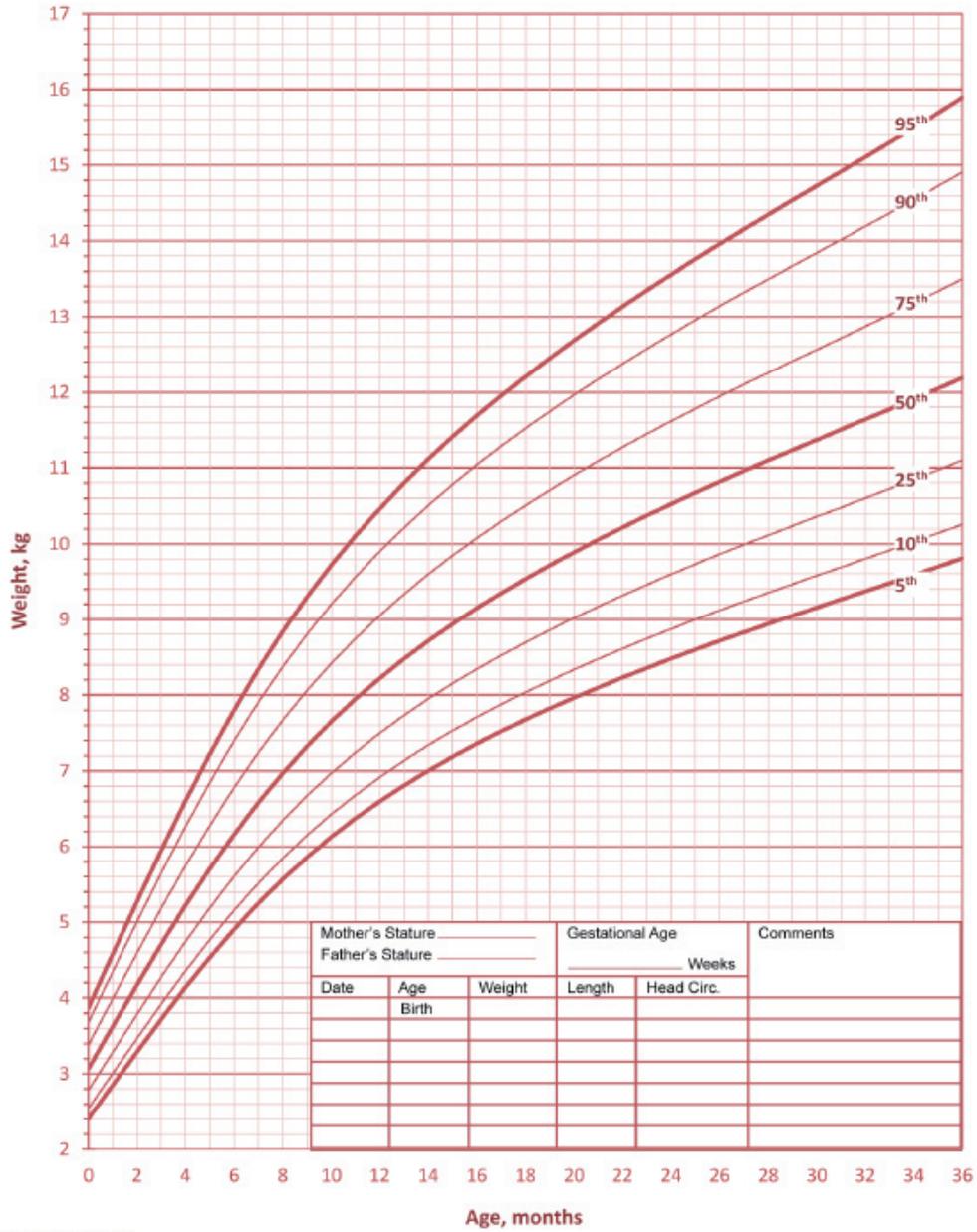


Published October 2015.
 Source: Zemel BS, Papan M, Stallings VA, Hall W, Schgadt K, Freedman DS, Thorpe P. Growth Charts for Children with Down Syndrome In the U.S. Pediatrics, 2015. CS260242-B

Growth Charts for Children with Down Syndrome
 Birth to 36 months: Girls
 Weight-for-age percentiles

Name _____

Record _____

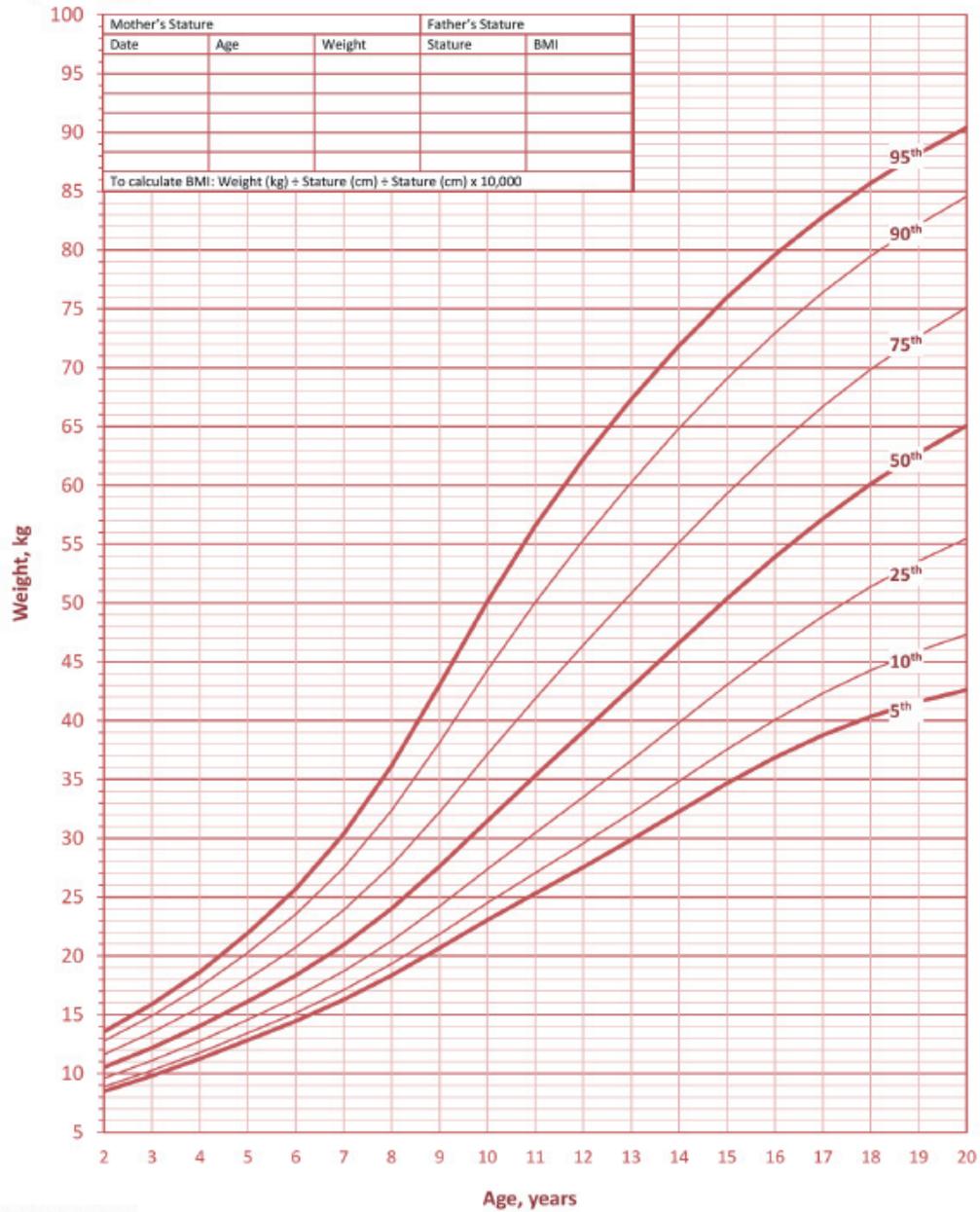


Published October 2015.
 Source: Zemel BS, Papan M, Stallings VA, Hall W, Schgadt K, Freedman DS, Thorpe P. Growth Charts for Children with Down Syndrome In the U.S. Pediatrics, 2015.
 CS260242-B

Growth Charts for Children with Down Syndrome
 2 to 20 years: Girls
 Weight-for-age percentiles

Name _____

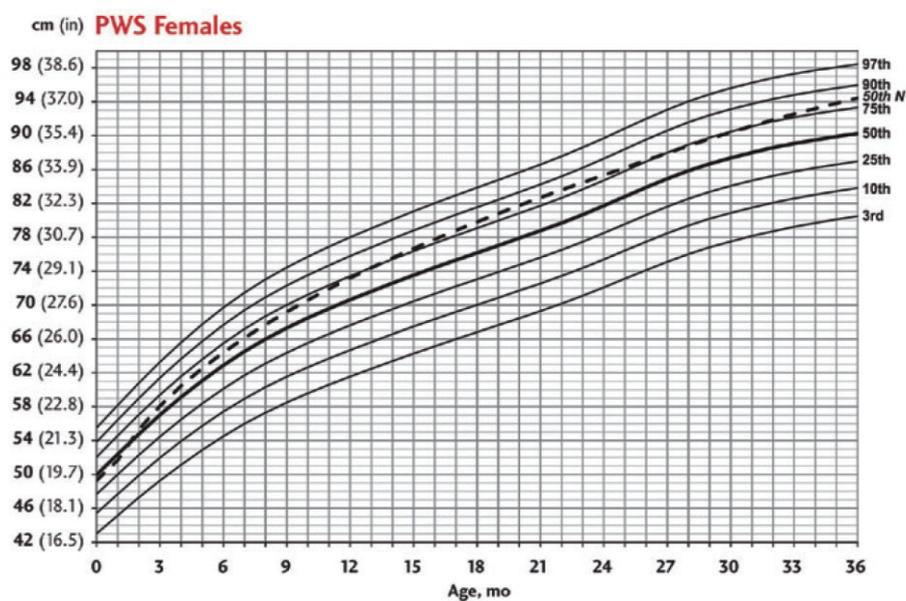
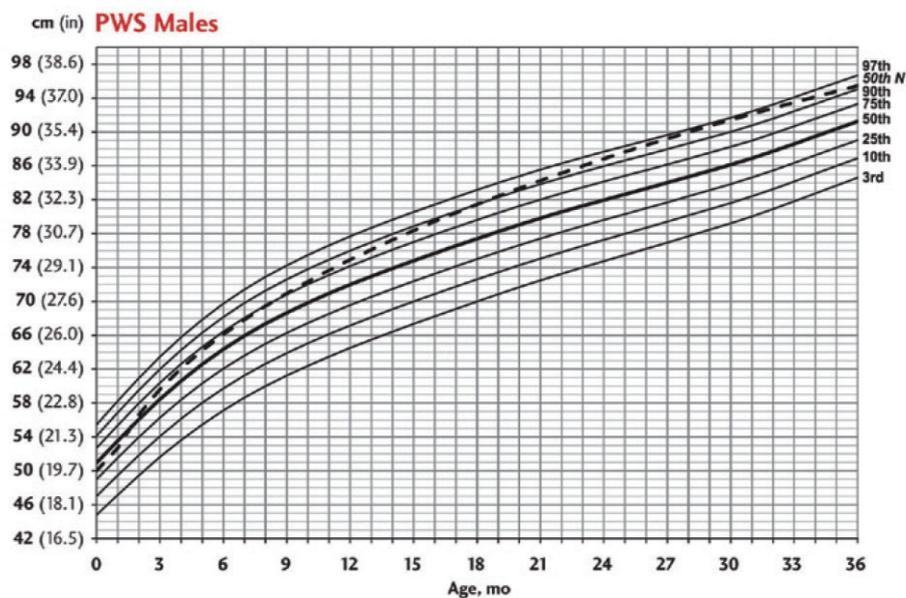
Record _____



Published October 2015.
 Source: Zemel BS, Pipan M, Stallings VA, Hall W, Schgadt K, Freedman DS, Thorpe P. Growth Charts for Children with Down Syndrome In the U.S. Pediatrics, 2015.
 CS260242-B

資料⑪ 成長曲線（プラダーウィリー症候群）

LENGTH OF INFANTS WITH PWS COMPARED WITH NORMAL LENGTH FOR AGE

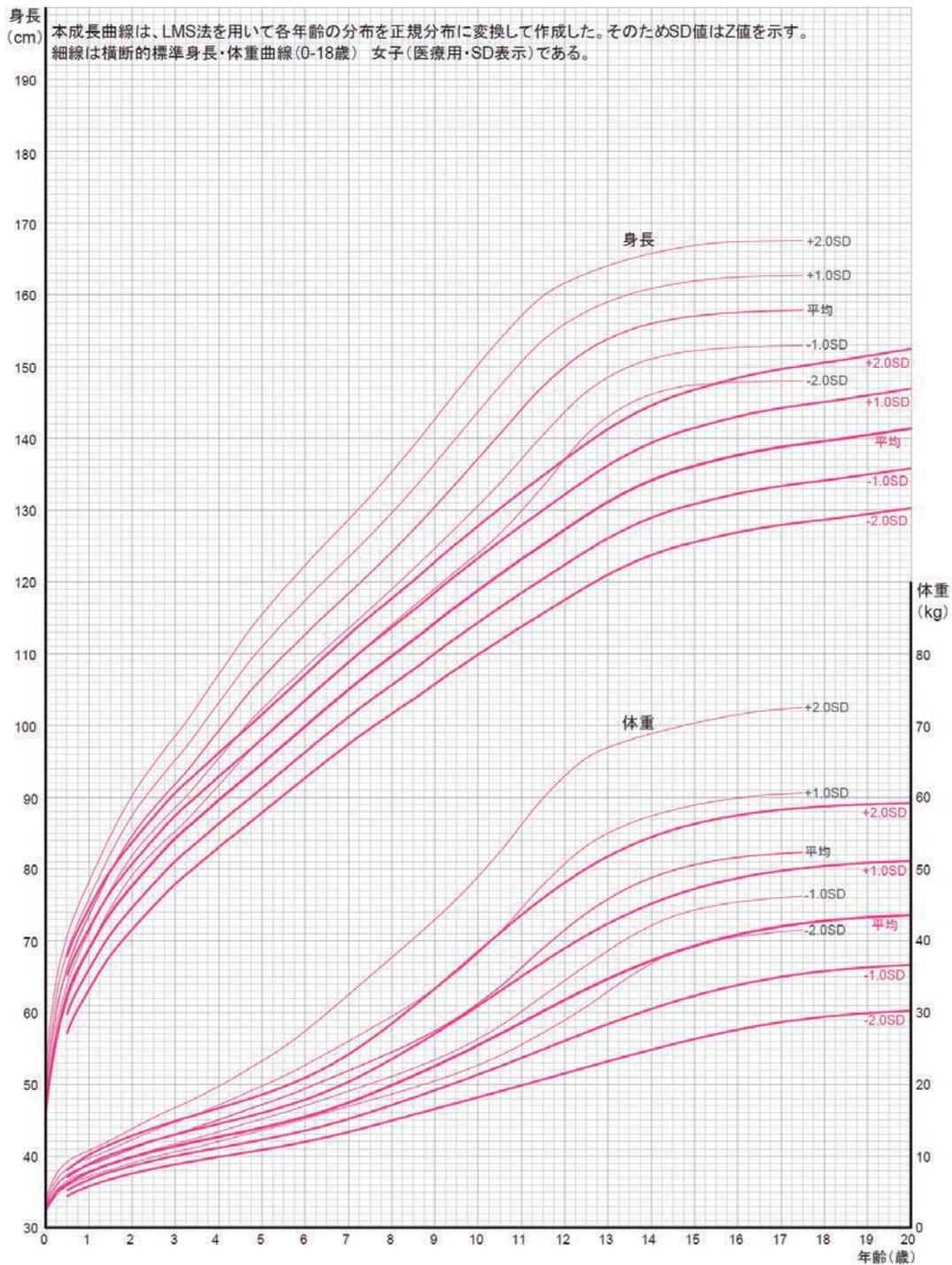


**Standardized curves for length of male (upper) and female (lower) infants
with PWS (solid lines) and normative 50th percentile (broken line).**

“Growth Standards of Infants with Prader-Willi Syndrome,” by Merlin G. Butler, et al., are reproduced with permission from Pediatrics (the journal of the American Academy of Pediatrics), Vol. 127, May 2011, Pages 687-695, ©2011 by the AAP.

資料⑫ 成長曲線（ターナー症候群）

Turner症候群 横断的身長・体重曲線(0-20歳)



著作権：(一社)日本小児内分泌学会、著者：磯島豪、横谷進、伊藤純子、内木康博、堀川玲子、田中敏章 Clin Pediatr Endocrinol 19:69 - 82, 2010

ヒトの臓器・組織別安静時代謝量

臓器・組織	重量 (kg)	エネルギー代謝量		比率 (%)
		(kcal/kg/日)	(kcal/日)	
全身	70.0	24	1700	100
骨格筋	28.0	13	370	22
脂肪組織	15.0	4.5	70	4
肝臓	1.8	200	360	21
脳	1.4	240	340	20
心臓	0.3	440	145	9
腎臓	0.3	440	137	8
その他	23.2	12	277	16

<http://www.ehealthnet.mhlw.go.jp/information/exercise/82-004.html>

男性の体重に占める臓器の割合 (%)

年齢	脳	肝臓	腎臓	心臓	脳+肝+ 腎+心	筋肉	
出生時 ³	12.2	4.53	0.82	0.68	18.2	21.3	← 0.6kg
1-5歳 ¹⁴	8.3	3.45	0.54	0.56	12.9	26.0*	← 3.8kg
6-10歳	6.7	3.05	0.54	0.60	10.9		
11-15歳 ⁵⁰	3.7	2.63	0.45	0.51	7.3	36.2	← 18kg
16-20歳	2.6	2.55	0.46	0.54	6.2		
30-40歳 ⁶⁵	2.2	2.48	0.46	0.54	5.7	41.8	← 27.3kg
60-70歳 ⁶⁵	2.7	2.14	0.41	0.63	5.9	33.9	← 22.0kg

(Eliu M 1997 Tissue distribution and energetics in weight loss and undernutrition In; Kinney J M Tucker H N Physiology, stress and malnutrition Lippincott-Raven, New York, PP383348)

* Signe M. Jensen*, et al. Validity of anthropometric measurements to assess body composition, including muscle mass, in 3-year-old children from the SKOT cohort. Maternal and Child Nutrition (2015), 11, pp. 398-408

參考資料

障障発0406第1号
令和3年4月6日

各 都道府県 障害保健福祉主管部（局） 御中
市区町村

厚生労働省社会・援護局
障害保健福祉部障害福祉課長

栄養マネジメント加算、経口移行加算、経口維持加算、口腔衛生管理体制加算及び口腔衛生管理加算に関する事務処理手順及び様式例の提示について

障害者及び障害児（以下「障害者等」という。）が自立して快適な日常生活を営み、尊厳ある自己実現をめざすためには、障害者等一人ひとりの健康・栄養状態の維持や食生活の質の向上を図ることが不可欠であり、これまで、個別の障害者等の健康・栄養状態に着目した栄養ケア・マネジメントの実施を栄養マネジメント加算として評価している。

また、口腔の健康は、健康で質の高い生活を営む上で基礎的かつ重要な役割を果たしているとともに、日常生活における歯科疾患の予防に向けた取組が口腔の健康の保持に極めて有効である。食べる喜びや話す楽しみ等の生活の質の向上を図るためには、栄養管理のみならず、口腔機能の維持、向上が重要であること等を踏まえて、口腔衛生管理の取組を推進するため、今般、口腔衛生管理体制加算及び口腔衛生管理加算として評価することとした。

栄養管理と口腔管理の連携により、適切な食事形態・摂取方法提供、食事摂取量の維持・改善、経口摂取の維持等が期待されることから、各取組に係る事務処理手順及び様式例を下記のとおりお示しするので御了知いただくとともに、都道府県、指定都市及び中核市におかれては、管内関係団体、関係機関にその周知を図られたい。

なお、「栄養マネジメント加算及び経口移行加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」（平成21年3月31日障障発第0331002号当職通知）は廃止する。

記

1 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

ア 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をいう。

イ 施設長又は管理者（以下「施設長等」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共同して栄養ケア・マネジメントを行う体制を整備する。また、入所者又は入所児（以下「入所者等」という。）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。

ウ 施設長等は、管理栄養士と共同して、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（低栄養又は過栄養状態のリスクを把握することをいう。以下同じ。）、栄養アセスメント（解決すべき課題を把握することをいう。以下同じ。）、栄養ケア計画、モニタリング、評価等の手順）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。

エ 管理栄養士は、入所者等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。

オ 看護職員及び生活支援員は、入所者等の全身状態、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。

カ 施設長等は、管理栄養士と共同して、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

ア 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、入所者等、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。

イ 栄養スクリーニングの実施

管理栄養士は、関連職種と共同して、別紙1の様式例を参考に、入所者等の入所後1週間以内に栄養スクリーニングを実施する。

ウ 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、別紙1の様式例を参考に、入所者等毎に栄養アセスメントを実施する。

その際、療養食の指示の有無については、医師から、通院状況（治療経過、服薬等）及び身体状況（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）及び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。

エ 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、入所者等の 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等について、関連職種と共同して、別紙2の様式例を参考に、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（入所者等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は、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。

オ 入所者等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者等又は家族等に説明し、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こととする。

カ 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、関連職種と共同して食事摂取状況や食事に関するインシデント・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にあつては、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ものとする。

キ 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管理栄養士は計画の変更を行う。

ク 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の場合は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は2週間毎を基本に適宜行う。ただし、栄養状態

の低リスク者も含め、体重は1か月毎に測定することを基本に適宜行う。

- 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1の様式例を参考に作成する。

ケ 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。

コ 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、入所者等又は家族等へ説明し同意を得る。

また、入所者等の退所時には、総合的な評価を行い、その結果を入所者等又は家族等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。

2 経口移行加算及び経口維持加算について

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る経口維持計画については、別紙3の様式例を参考に、栄養ケア計画と一体のものとして作成する。

また、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ものとする。

3 口腔衛生管理の実務等について

口腔衛生の管理体制は、支援の一環として、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士（以下「歯科医師等」という。）及び関連職種の共同により、口腔衛生に係る課題把握・改善を行い、入所者に適した口腔清掃等を継続的に行うための体制をいう。

歯・口腔の健康の保持・増進を図ることは、質の高い生活を営む上で重要であり、障害者支援施設における口腔衛生等の管理は、入所者の口腔の健康状態に応じた効率的・効果的な口腔清掃等が行われるだけでなく、摂食・嚥下機能の維持・向上、栄養状態の改善等にもつながるものである。

(1) 口腔衛生管理体制計画の立案

歯科医師等は、障害者支援施設における口腔清掃等の実態の把握、施設長や生活支援員等（以下「従事者」という。）からの相談等を踏まえ、当該施設の実情に応じ、口腔衛生の管理に係る技術的助言・指導を行うこと。

従事者は、当該技術的助言・指導に基づき、別紙4の様式例を参考に、以下の事項を記載した口腔衛生管理体制計画を作成すること。

- ア 助言を行った歯科医師等
- イ 歯科医師からの助言の要点
- ウ 当該施設における実施目標
- エ 具体的方策
- オ 留意事項・特記事項

(2) 入所者の口腔の状況の確認

口腔衛生管理体制計画に基づき、従事者が口腔の健康状態のスクリーニングを行い、入所者の口腔清掃の自立度、口腔の健康状態等について把握すること。スクリーニングを行うに当たっては、利用者について、それぞれ次に掲げる確認を行うこと。

【スクリーニング例】

- ・ 歯や入れ歯が汚れている
- ・ 歯が少ないのに入れ歯を使っていない
- ・ むせやすい

歯・口腔の疾患が疑われる場合や従事者による口腔清掃等が困難な場合等は、歯科医師による訪問診療等の際、各利用者の口腔の健康状態に応じた口腔健康管理が行われるよう、当該歯科医師に相談することが望ましい。

(3) 口腔清掃の用具の整備

口腔清掃には、歯の清掃に用いる歯ブラシ、ワンタフトブラシ、舌に用いる舌ブラシ、口腔粘膜に用いるスポンジブラシ、義歯に用いる義歯ブラシ等の清掃用具が用いられる。利用者の口腔の健康状態や自立度等を踏まえ、歯科医師等の技術的助言・指導に基づき、口腔清掃の用具を選択すること。

(4) 口腔清掃の実施

口腔清掃の実施回数・方法・内容等を踏まえ、口腔清掃の実施担当者を検討し、実施すること。

(5) 従事者の口腔清掃に対する知識・技術の習得、安全確保

口腔清掃は、正しい知識をもって行わない場合、歯や粘膜を傷つけるだけでなく、食物残渣や唾液等の誤嚥による肺炎を引き起こすおそれもあるため、歯科医師等から口腔清掃の用具の使用方の指導を受けることは重要である。

また、口腔清掃に携わらない職員についても、口腔衛生、口腔機能の維持・向上、誤嚥性肺炎等について理解を深めることは重要である。

このため、歯科医師等から当該施設の従事者向けに研修等を受けることが望ましいが、個別に研修会等を開催することが困難とされた場合は、都道府県や都道府県歯科医師会等で実施されている福祉職員向けの研修の紹介を受けることが望ましい。

(6) 食事環境をはじめとした日常生活における環境整備

従事者は、歯科医師等に入所者の口腔機能等に応じた食事の提供、食形態等について必要に応じて相談し、食事環境等の整備に努めること。

(7) 歯科医師等からの技術的助言・指導と計画の見直し

従事者は、口腔清掃等を含めた施設における課題や疑問等を、適宜、歯科医師等に相談する。

歯科医師等は、概ね6か月毎に、施設における口腔清掃の実態、従事者からの相談等を踏まえ、当該施設の実情に応じた口腔衛生管理体制計画に係る技術的助言・指導を行うこと。

従事者は、当該技術的助言・指導を踏まえ、口腔衛生管理体制計画の見直しを行い、口腔衛生の管理体制の充実を図ること。

(8) 歯科衛生士による入所者に対する口腔衛生管理等の実施

歯科医師の指示を受けて入所者に対して口腔清掃等を行う歯科衛生士は、当該入所者の口腔に関する問題点、歯科医師からの指示内容の要点、実施した口腔衛生等の管理、従事者への技術的助言等の内容及びその他必要と思われる事項に係る記録（以下「口腔衛生管理に関する実施記録」という。）について、別紙5の様式例を参考として作成し、当該施設に提出すること。当該施設は、当該口腔衛生管理に関する実施記録を保管し、必要に応じてその写しを当該入所者に提供すること。

栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング（施設）（様式例）

記入者氏名

作成年月日

年 月 日

氏名	(ふりがな)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	障害支援区分	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> その他 ()
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	併存症	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> その他 ()	
主障害	<input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 難病			
主障害の原因疾患	<input type="checkbox"/> ダウン症候群 <input type="checkbox"/> 脳性まひ <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 頸椎損傷 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> その他 ()	特記事項		
身体状況、栄養・食事に関する意向		家族構成とキーパーソン(支援者)	本人	

(以下は、入所(入院)者様々の状態に応じて作成。)

実施日(記入者名)	年 月 日 ()	年 月 日 ()	年 月 日 ()	年 月 日 ()	
プロセス	() ¹⁾	() ¹⁾	() ¹⁾	() ¹⁾	
栄養状態のリスクレベル	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	
栄養状態のリスク(状況)	身長	cm	cm	cm	
	体重	kg	kg	kg	
	肥満度 ²⁾	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
	体重変化率(%)	か月に % <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減	か月に % <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減	か月に % <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減	か月に % <input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 減
	血清アルブミン値 (g/dl) ³⁾	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (g/dl)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (g/dl)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (g/dl)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (g/dl)
	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 高
	栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法			
	その他	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
	栄養摂取量(割合)	% <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良			
	主食の摂取量(割合)	% <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良			
主菜の摂取量(割合)	% <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	% <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	% <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	% <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	
副菜の摂取量(割合)	% <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	% <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	% <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	% <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	
その他(補助食品など)	% <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	% <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	% <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	% <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	
必要栄養量: エネルギー・たんぱく質	kcal g	kcal g	kcal g	kcal g	
嚥下調整食	嚥下調整食の必要性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	食事の形態(コード) ⁴⁾	(コード:)	(コード:)	(コード:)	
	とろみ	<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い	<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い	<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い	<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃い
	食事の留意事項の有無(療養食の指示、食事形態嗜好、薬剤影響食品、アレルギーなど)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
その他(食習慣、生活習慣、食行動などの留意事項など)					
多職種による栄養ケアの課題	その他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
		<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 早食い・丸呑み <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 隠れ食い <input type="checkbox"/> 開口・閉口障害 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 感染・発熱 <input type="checkbox"/> 経腸・静脈栄養 <input type="checkbox"/> 生活機能の低下 <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> その他
特記事項					
課題	① 身体計測等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	② 食生活状況等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	③ 食行動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	④ 身体症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	⑤ その他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
総合評価	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善が認められない	
計画変更	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	

- 1) 必要に応じてプロセス（スクリーニング／アセスメント／モニタリング）を記入。
 - 2) 成人はBMI、幼児期はカウプ指数、学童期・思春期は肥満度を記入。3歳未満は乳児身体発育曲線または幼児身体発育曲線を利用。
 - 3) 検査値が分かる場合に記入。
 - 4) 嚥下調整食が必要な場合は、日本摂食嚥下リハビリテーション学会の嚥下調整食コード分類を記入。
 - 5) 課題があれば「有」にチェックし、具体的な内容にもチェック。
- ※ 利用者の状態及び家族等の状況により、確認できない場合は空欄でもかまわない。

【栄養状態のリスクの判断】

○上記の全ての項目が低リスクに該当する場合には、「低リスク」と判断する。高リスクにひとつでも該当する項目があれば「高リスク」と判断する。それ以外の場合は「中リスク」と判断する。

○食事摂取量、栄養補給法については、その程度や個人の状態等により、栄養状態のリスクは異なることが考えられるため、入所（児）者個々の状態に応じて判断し、「高リスク」と判断される場合もある。

リスク分類		低リスク	中リスク	高リスク
肥満度	成人 BMI*** (18歳以上)	知的障害 19～26未満 身体障害 16～24.5未満	やせ 15～19未満	やせ 15未満
			肥満 26～30未満	肥満 30以上
	幼児期 カウプ指数 (3～5歳)	15～19未満	やせ 11.5～16未満	やせ 11.5未満
			肥満 24.5～28.5未満	肥満 28.5以上
	学童期 肥満度 (6～11歳)	-15%未満 または 30%未満	やせ 13～15未満	やせ 13未満
			肥満 19～22未満	肥満 22以上
	思春期 肥満度 (12歳～17歳)	-15%未満 または 30%未満	やせ -15%以下	やせ
			肥満 30～50%未満	肥満 50%以上
	体重変化率	変化なし (増減：3%未満)	1ヶ月に3～5%未満 3ヶ月に3～7.5%未満 6ヶ月に3～10%未満	1ヶ月に5%以上 3ヶ月に7.5%以上 6ヶ月に10%以上
	血清アルブミン値 (成人のみ)	3.6g/dl以上	3.0～3.5g/dl	3.0g/dl未満
	食事摂取量	76～100%	75%以下	
	栄養補給法		経腸栄養 静脈栄養	
褥瘡			褥瘡	

***大和田浩子、中山健夫：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-、厚生労働科学研究費補助金「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19年度総括・分担研究報告書、2008、p167-174から算出。

経口移行・経口維持計画（様式例）

別紙3

氏名		経口摂取の状態 □歯又は使用中の義歯がある □食事の介助が必要である	算定加算 □経口移行加算 □経口維持加算（Ⅰ） □経口維持加算（Ⅱ）及び（Ⅲ） 協力歯科医療機関名 （ ）
性別 □男 □女	生年月日 年 月 日		
摂食・嚥下機能検査の実施* □水飲みテスト □頸部聴診法 □嚥下内視鏡検査 □嚥下造影検査 □咀嚼能力・機能の検査 □認知機能に課題あり（検査不可のため食事の観察にて確認） □その他（ ）		検査実施日* 年 月 日	検査結果や観察等を通して把握した課題の所在 □認知機能 □咀嚼・口腔機能 □嚥下機能

※ 経口移行加算を算定する場合は、*の項目の記入は不要です。

1. 経口による継続的な食事の摂取のための支援の観点*

※ 当欄の項目に関しては、食事の観察及び会議を月1回実施の上、記入してください。

食事の観察を通して気づいた点 食事の観察の実施日： 年 月 日 食事の観察の参加者：□医師 □歯科医師 □管理栄養士 □栄養士 □サービス管理責任者 □看護職員 □生活支援員 □その他の職種			
① 上半身が左右や前後に傾く傾向があり、座位の保持が困難である	□はい □いいえ		
② 頸部が後屈しがちである	□はい □いいえ		
③ 食事を楽しみにしていない	□はい □いいえ		
④ 食事をしながら、寝てしまう	□はい □いいえ		
⑤ 食べ始められない、食べ始めても頻りに食事を中断してしまう、食事に集中できない	□はい □いいえ		
⑥ 食事又はその介助を拒否する	□はい □いいえ		
⑦ 食事に時間がかかり、疲労する	□はい □いいえ		
⑧ 次から次へと食べ物を口に運ぶ	□はい □いいえ		
⑨ 口腔内が乾燥している	□はい □いいえ		
⑩ 口腔内の衛生状態が悪い	□はい □いいえ		
⑪ 噛むことが困難である（歯・義歯の状態又は咀嚼能力等に問題がある）	□はい □いいえ		
⑫ 固いものを避け、軟らかいものばかり食べる	□はい □いいえ		
⑬ 上下の奥歯や義歯が噛み合っていない	□はい □いいえ		
⑭ 口から食物や唾液がこぼれる	□はい □いいえ		
⑮ 口腔内に食物残渣が目立つ	□はい □いいえ		
⑯ 食物をなかなか飲み込まず、嚥下に時間がかかる	□はい □いいえ		
⑰ 一口あたり何度も嚥下する	□はい □いいえ		
⑱ 頻りにむせたり、せきこんだりする	□はい □いいえ		
⑲ 食事中や食後に濁った声に変わる	□はい □いいえ		
⑳ 食事の後半は疲れてしまい、特に良くむせたり、呼吸音が濁ったりする	□はい □いいえ		
㉑ 観察時から直近1ヶ月程度以内で、食後又は食事中に嘔吐したことがある	□はい □いいえ		
㉒ 食事の摂取量に問題がある（拒食、過食、偏食など）	□はい □いいえ		
多職種会議における議論の概要 会議実施日： 年 月 日 会議参加者：□医師 □歯科医師 □管理栄養士 □栄養士 □サービス管理責任者 □看護職員 □生活支援員 □その他の職種			
経口による継続的な食事の摂取のための支援の観点	①食事の形態・とろみ、補助食の活用	□現状維持 □変更	
	②食事の周囲環境	□現状維持 □変更	
	③食事の介助の方法	□現状維持 □変更	
	④口腔のケアの方法	□現状維持 □変更	
	⑤医療又は歯科医療受療の必要性	□あり □なし	
算定加算	担当職種	担当者氏名	気づいた点、アドバイス等
経口維持加算（Ⅰ）			
経口維持加算（Ⅱ）			
食事形態の種類・とろみの程度 ※日本摂食・嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類2013やその他嚥下調整食分類等を参照のこと			

2. 経口による食事の摂取のための計画

※ 栄養ケア計画や施設サービス計画において記入している項目は、下記の該当項目の記入は不要です。また、初回作成時及び前月から変更がある場合に記載して下さい。

初回作成日（作成者）	年 月 日（ ）
作成（変更）日（作成者）	年 月 日（ ）
入所者又は家族の意向	同意者のサイン （※初回作成時及び大幅な変更時） 説明と同意を得た日 （※初回作成時及び大幅な変更時） 年 月 日
解決すべき課題や目標、目標期間	
経口による食事の摂取のための対応	経口移行加算
	経口維持加算（Ⅰ）*
	経口維持加算（Ⅱ）*

口腔衛生管理体制についての計画

策定日	年 月 日
作成者	
助言を行った歯科医師等	歯科医療機関
	歯科医師名
	連絡先
助言の要点	入所者のリスクに応じた口腔清掃等の実施
	口腔清掃に係る知識・技術の習得の必要性
	食事状態、食形態等の確認
	その他 ()
	現在の取組の継続
実施目標	従事者によるスクリーニング
	施設職員に対する研修会の開催
	口腔清掃の方法・内容等の見直し
	歯科専門職によるスクリーニング、管理等
	歯科専門職による食事環境、食形態の確認
	その他 ()
	現在の取組の継続
具体的方策 (実施時期、実施場所、 主担当など)	
留意事項、特記事項等	

口腔衛生管理（実施計画・実施記録）様式

氏名（ふりがな）	
生年月日	年 月 日 生まれ 歳
障害支援区分	
かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
入れ歯の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
食形態等	<input type="checkbox"/> 経口摂取（ <input type="checkbox"/> 常食、 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食（ <input type="checkbox"/> 4、 <input type="checkbox"/> 3、 <input type="checkbox"/> 2-2、 <input type="checkbox"/> 2-1、 <input type="checkbox"/> 1j、 <input type="checkbox"/> 0t、 <input type="checkbox"/> 0j））、 <input type="checkbox"/> 経腸栄養、 <input type="checkbox"/> 静脈栄養
誤嚥性肺炎の発症・罹患	<input type="checkbox"/> あり（発症日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> なし
同一月内の訪問歯科衛生指導（医療保険）の実施の有無（注）	<input type="checkbox"/> あり（ ）回、 <input type="checkbox"/> なし

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について障害者支援施設と連携を図り把握するよう努めるとともに、6月以内の状況について記載すること。
 ※医療保険により訪問歯科衛生指導科（歯科衛生士によるお口の中の清掃又は入れ歯の清掃に関する実地指導）を同一月内に3回以上算定された場合には、同一月内においては、障害福祉サービス等報酬による口腔衛生管理加算の費用を請求することはできない。

1 口腔に関する問題点（スクリーニング）

記入日： 年 月 日 記入者：

口腔に関する問題点 （該当する項目をチェック）	<input type="checkbox"/> 口腔衛生状態（ <input type="checkbox"/> 歯の汚れ、 <input type="checkbox"/> 義歯の汚れ、 <input type="checkbox"/> 舌苔、 <input type="checkbox"/> 口臭）
	<input type="checkbox"/> 口腔機能の状態（ <input type="checkbox"/> 食べこぼし、 <input type="checkbox"/> 舌の動きが悪い、 <input type="checkbox"/> むせ、 <input type="checkbox"/> 痰がらみ、 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥）
	<input type="checkbox"/> 歯数（ ）歯
	<input type="checkbox"/> 歯の問題（ <input type="checkbox"/> う蝕、 <input type="checkbox"/> 歯の破折、 <input type="checkbox"/> 修復物脱離、 <input type="checkbox"/> その他（ ））
	<input type="checkbox"/> 義歯の問題（ <input type="checkbox"/> 不適合、 <input type="checkbox"/> 破損、 <input type="checkbox"/> その他（ ））
	<input type="checkbox"/> 歯周病
	<input type="checkbox"/> 口腔粘膜疾患（潰瘍等）

2 口腔衛生の管理内容（アセスメント）

記入日： 年 月 日

記入者	（指示を行った歯科医師名： ）
実施目標	<input type="checkbox"/> 歯科疾患（ <input type="checkbox"/> 予防、 <input type="checkbox"/> 重症化予防） <input type="checkbox"/> 口腔衛生（ <input type="checkbox"/> 自立、 <input type="checkbox"/> 介護者の口腔清掃の技術向上、 <input type="checkbox"/> 専門職の定期的な口腔清掃等） <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能（ <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善） <input type="checkbox"/> 食形態（ <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善） <input type="checkbox"/> 栄養状態（ <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善） <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他（ ）
実施内容	<input type="checkbox"/> 口腔の清掃 <input type="checkbox"/> 口腔の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他（ ）
実施頻度	<input type="checkbox"/> 月4回程度 <input type="checkbox"/> 月2回程度 <input type="checkbox"/> 月1回程度 <input type="checkbox"/> その他（ ）

3 歯科衛生士が実施した口腔衛生等の管理及び従事者への技術的助言等の内容

実施日： 年 月 日 記入者：

口腔衛生等の管理	<input type="checkbox"/> 口腔の清掃 <input type="checkbox"/> 口腔の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防に関する指導 <input type="checkbox"/> その他（ ）
従事者への技術的助言等の内容	<input type="checkbox"/> 入所者のリスクに応じた口腔清掃等の実施 <input type="checkbox"/> 口腔清掃にかかる知識、技術の習得の必要性 <input type="checkbox"/> 食事の状態、食形態等の確認 <input type="checkbox"/> 現在の取組の継続 <input type="checkbox"/> その他（ ）

4 その他の事項

--

検討委員会及び手引き（初版）作成関係者一覧

厚生労働省 令和3年度障害者総合福祉推進事業
障害特性を踏まえた栄養ケア・マネジメントの実務のあり方に関する調査研究

検討会議

- 宇田 淳 滋慶医療科学大学大学院教授（理事）
大原 里子 大原歯科医院
○大和田浩子 山形県立米沢栄養大学教授 学部長
加藤すみ子 日本栄養士会 福祉職域担当理事
川畑明日香 神奈川県
黒岩 嘉弘 社会福祉法人日本肢体不自由児協会 法人本部事務局常務理事
元厚生労働省障害保健福祉部課長補佐
小山 秀夫 兵庫県立大学大学院特任教授（事務局長）
笹田 哲 神奈川県立保健福祉大学リハビリテーション学科（作業療法専攻）教授
杉山みち子 神奈川県立保健福祉大学名誉教授（専務理事、研究事務局）
高田 健人 十文字学園女子大学講師
多田 由紀 東京農業大学准教授
遠又 靖丈 神奈川県立保健福祉大学准教授
長瀬 香織 文教大学講師
藤谷 朝実 淑徳大学教授（理事）
三浦 公嗣 藤田医科大学教授（代表理事）
行實志都子 神奈川県立保健福祉大学社会福祉学科教授

○：委員長（ ）：日本健康・栄養システム学会役職

手引き（初版）作成委員

- 大原 里子 前掲
杉山みち子 前掲
川畑明日香 前掲
○藤谷 朝実 前掲
片岡 陽子 社会福祉法人川崎市福祉事業団 れいんぼう川崎 管理栄養士（協力委員）
○責任者

協力

- 片桐 公彦 社会福祉法人みんなでいきる 理事
臼井 正樹 神奈川県立保健福祉大学名誉教授

障害児領域からの検討

- 岩見 裕子 社会福祉法人いわき福音協会 福島整肢療護園
大高 美和 特定非営利活動法人ゆめのめ
大塚 桃姫 済生会横浜市東部病院 栄養部 管理栄養士
尾関麻衣子 日本歯科大学 口腔リハビリテーション多摩クリニック
小林 弘治 社会福祉法人日本心身障害児協会島田療育センター
医務部栄養科科长
加藤 綾子 社会福祉法人日本肢体不自由児協会心身障害児
総合医療療育センター

竹川 佳代 済生会横浜市東部病院 栄養部 管理栄養士
富田 文代 滋賀県立淡海学園 総務係
鳥井 隆志 兵庫県立こども病院 栄養管理部

協力県等の主幹課

岡山県保健福祉部 障害福祉課
神奈川県福祉子どもみらい局 福祉部障害サービス課
川崎市健康福祉局 障害保健福祉部 障害者施設指導課
相模原市健康福祉局 地域包括ケア推進部 福祉基盤課
長野県健康福祉部
新潟県福祉保健部 障害福祉課
福島県保健福祉部 生活福祉総室 障がい福祉課
山形県健康福祉部 障がい福祉課
横須賀市福祉部指導監査課・障害福祉課
横浜市健康福祉局 障害福祉保健部 障害施設サービス課

(アイウエオ順)

厚生労働省 令和3年度障害者総合福祉推進事業
『障害特性を踏まえた栄養ケア・マネジメントの実務のあり方に関する調査研究』

障害福祉サービスにおける栄養ケア・マネジメントの実務の手引き (初版)

令和4年3月発行
一般社団法人 日本健康・栄養システム学会

〒111-0053 東京都台東区浅草橋3-1-1 JTビル3階
TEL 03-5829-8590 FAX 03-5829-6679
e-mail : ncm@j-ncm.com