

管理栄養士の卒前教育における 栄養ケア・マネジメントに関するコンピテンシー到達度

Competency Achievement Level Regarding Nutrition Care Management in Pre-graduate Education for Managerial Dietician

弘津公子¹⁾ 清水亮²⁾ 吉池信男³⁾
Kimiko Hirotsu¹⁾, Ryo Shimizu²⁾, and Nobuo Yoshiike³⁾

- 1) 山口県立大学大学院 健康福祉学研究科
- 2) 青森県立大学健康科学部 栄養学科
- 3) 青森県立保健大学大学院 健康科学研究科

- 1) Graduate School of Human Health and Welfare, Yamaguchi Prefectural University
- 2) Aomori University of Health and Welfare, Faculty of Health Science, Department of Nutrition
- 3) Aomori University of Health and Welfare, Health Science Research Department

Abstract :

Objective: To examine relationship of existing curriculum and clinical practice with competency formation and recognize state of competency acquirement in pre-graduate students in managerial dietician training course

Method: A survey was performed for 45 pre-graduate students of managerial dietician training institutions on October 2011.

A survey of self-administered questionnaire was based on a placement method. The questions consisted of 162 items in total including competency items regarding "highly-specialized nutrition care management of managerial dietician and examples of each attainment target."

"Specialized competency" was classified into "Appropriate assessment", "Individual nutrition care plan preparation", "Practice of nutrition care", "Nutrition care monitoring / assessment" and "Food service management" based on a 5-point scale for achievement level. Average points were calculated by each item to be ranked.

Results: More than 50 % of the students responded as "Adequately understood (understandable) " or "Understood (understandable) " to 34 out of 61 items regarding knowledge and understanding and 73 items out of 112 items regarding practical capability. Self-assessment of such items tended to be higher that are common in managerial dieticians, working adults and healthcare and welfare professionals. Difference depending on the facilities for clinical practice was observed in just one item ($p < 0.05$) .

Conclusions: Self-assessment of items common in managerial dieticians, working adults and healthcare and welfare professionals tended to be higher.

It has been suggested to be important to continue learning with a target for items with low achievement level as well as to increase opportunities to get involved in human care in the future.

Key words: registered dietitians, competency, nutrition care management, practical expertise

目的：

管理栄養士養成課程卒前者のコンピテンシー習得状況を把握し、現行のカリキュラム並びに臨地実習等とコンピテンシー形成との関係について検討した。

方法：

2011年10月に管理栄養士養成施設卒前者47人を調査対象者とした。自記式質問紙調査は留め置き法とした。調査票は『チームによる効果的な栄養ケア・マネジメントの標準化をめざした総合的研究』班の、「大学と介護保険施設との連携による栄養ケアの質の向上と人材育成システムの構築」で整理されたコンピテンシー項目を用いた。質問項目は、「専門性の高い管理栄養士の栄養ケア・マネジメントに関するコンピテンシー項目とそれぞれの到達目標の例」の162項目を基本とした。「専門コンピテンシー」は、「適切なアセスメント」・「個別の栄養ケアプランの作成」・「栄養ケアの実施」・「栄養ケアのモニタリング/評価」・「給食管理」に分類し、到達度は5段階評価とした。項目別に平均点を算出し、順位化した。

結果：

「十分に理解している（十分にできる）」または「理解している（できる）」と50%以上の学生が回答した項目は知識・理解に関しては61項目中34項目、実践力に関しては112項目中73項目であった。管理栄養士・社会人・保健医療福祉職に共通する項目の自己評価は高い傾向にあった。臨地実習先による違いは、1項目のみであった（ $p<0.05$ ）。

結論：

管理栄養士・社会人・保健医療福祉職としての共通項目の自己評価は高い傾向にあった。今後、到達度の低い内容については目的を持った学習の継続や、ヒューマンケアに関与する機会を増やすことが重要であると示唆された。

キーワード 管理栄養士 コンピテンシー 栄養ケア・マネジメント 専門的実践能力

緒言

近年、栄養の問題は、健康寿命の延伸と栄養障害の二重負荷（Double Burden Malnutrition :DBM）とされ、過剰栄養と低栄養が混在する、多様な栄養・健康状態となっている¹⁾。

高齢者においては、低栄養状態によるADLや生活意欲の低下が報告され²⁾、要介護状態の前段階である「虚弱:フレイルティ（frailty）」³⁾に陥らないための介護予防事業が、積極的に展開されている。

一方、介護保険施設では、2000年以降の介護保険制度における「栄養ケア・マネジメント」の導入に伴い、管理栄養士等が「食べること」を支援することにより高齢者の疾病並びに要介護状態の重度化予防や、ADL並びにQOLの向上が期待されている。しかしながら、チームケアの中での包括的支援体制の確立は課題として残されており、管理栄養士養成課程の教育カリキュラムの中では、包括的なアセスメントとケア、さらに他職種とのチームによるアプローチについて十分な対応がなされていない⁴⁾。

このような中、管理栄養士の養成課程において、卒業前4年間に教育すべき内容を示すために、日本栄養改善学会から、2009年「管理栄養士養成課程におけるモデルコアカリキュラム」が示された⁵⁾。さらに、2015年には、管理栄養士の主要業務となる「栄養管理」について、Academy of Nutrition and Dietetics（AND:アメリカ栄養士会）が作成した、業務の質を担保するためのNutrition Care（栄養管理）のモデルを踏まえた「管理栄養士養成課程におけるモデルコアカリキュラム2015」が提案された⁶⁾。中でも、教育目標の指標として、コンピテンシーという概念が管理栄養士の養成課程において注目されてきた。コンピテンシー（competency）とは、1973年米国のマクレランドによって提唱された「高い業績を示す個人の行動特性」のことを指す⁷⁾。既に、保健医療専門職の養成課程では、国内外で専門的能力の到達度を測る指標や教育目標の指標として用いられている⁸⁾。

これまで、管理栄養士のコンピテンシーに関しては、管理栄養士養成課程の学生、国際栄養士、行政栄養士等に関する研究報告がなされてきた^{9~13)}。しかしなが

ら、介護保険制度における栄養ケア・マネジメントに関する報告はない。

本研究では、『チームによる効果的な栄養ケア・マネジメントの標準化をめざした総合的研究』班の「大学と介護保険施設との連携による栄養ケアの質の向上と人材育成システムの構築」で開発された「高齢者に対するチームによる効果的な栄養ケア・マネジメントのための管理栄養士のコンピテンシー項目」を用いて、管理栄養士養成課程4年生のコンピテンシー習得状況を把握したものを、今般の管理栄養士を取り巻く状況を踏まえ、カリキュラムの問題点、並びに臨地実習の期間等とコンピテンシー形成との関係について、再度検討した。

B. 方法

1. 対象と調査期間

管理栄養士養成施設である本学看護栄養学部栄養学科4年生47人（以下、卒前者という）を調査対象とした。なお、調査の実施に際しては、山口県立大学生命倫理委員会の承認を得た後、対象者からインフォームドコンセントを得た。調査は2011年9月20日～10月12日の間に実施した。

2. 調査方法

質問紙調査は無記名とし、留め置き法による調査とした。

1) 調査票の作成

調査票には『チームによる効果的な栄養ケア・マネジメントの標準化をめざした総合的研究』班の「大学と介護保険施設との連携による栄養ケアの質の向上と人材育成システムの構築」⁴⁾で整理されたコンピテンシー項目（平成22年度作成）を用いた。

質問項目は「高齢者に対するチームによる効果的な栄養ケア・マネジメントのための管理栄養士のコンピテンシー項目」から、管理栄養士としての共通のコンピテンシー、社会人としてのコンピテンシー、保健医療福祉職としての共通コンピテンシーを用いて、「管理栄養士・社会人・保健医療福祉職としてのコンピテンシー」に関する知識・理解を基礎Ⅰ、実践力を基礎Ⅱとした。これらは、介護保険施設で働く管理栄養士に限らず、さまざまな職域に勤務する管理栄養士や社会人に共通して必要とされる実践能力である。さらに、「専門性の高い管理栄養士の栄養ケア・マネジメントに関するコンピテンシー項目とそれぞれの到達目標の例」（以下「専門コンピテンシー」という）の162項

目を基本とした。「専門コンピテンシー」は、「適切なアセスメント;A」・「個別の栄養ケアプランの作成;B」・「栄養ケアの実施;C」・「栄養ケアのモニタリング/評価;D」・「給食管理;E」に分類される。その後、「基礎コンピテンシー」と重複した項目を削除し、180項目とした。

設問の重複した内容を整理し、「専門コンピテンシー」の中の「栄養補助食品を適切に選択する」、「濃厚流動食品を適切に選択する」を「栄養補助食品や濃厚流動食品を適切に選択する」に併せ、関連する16項目を11項目に統合した。「他職種や家族、本人のニーズを理解し、短期、長期目標を作成する」は1項目とした。また、「栄養ケアの実施」の中の「献立作成」並びに「食事形態の工夫」において「食事形態のみでなく、味や食べ方などを含めた嗜好を把握する」の1項目とした。

全項目をナンバリングし、調査票のコンピテンシーの項目は173項目（知識・理解に関する項目は61項目、実践力に関する項目は112項目）とした。カテゴリー別では、「管理栄養士・社会人・保健医療福祉職としてのコンピテンシー」が18項目、「専門コンピテンシー」中の「適切なアセスメント」が48項目、「個別の栄養ケアプランの作成」が39項目、「栄養ケアの実施」が29項目、「栄養ケアのモニタリング/評価」が16項目、「給食管理」が23項目とした。

調査票の設問には、知識・理解に関する項目と実践力に関する項目が混在するため、設問番号の後に、回答分類記号（知識・理解は▲、実践力は●）を追加した。知識・理解に関する項目は【十分に理解している】、【理解している】、【どちらともいえない】、【理解していない】、【全く理解していない】、実践力に関する項目は【十分にできる】、【できる】、【どちらともいえない】、【できない】、【全くできない】の5段階尺度とした。回答は、すべて自己評価とした。コンピテンシーの項目は知識・理解に関する項目に対しては、【十分に理解している】を5点、【理解している】を4点、【どちらともいえない】を3点、【理解していない】を2点、【全く理解していない】を1点とした。実践力に関する項目に対しては、【十分にできる】を5点、【できる】を4点、【どちらともいえない】を3点、【できない】を2点、【全くできない】を1点とした。高得点の者が、知識・理解並びに実践力の自己評価が高いとした。

2) 追加調査票の作成

臨地実習については、給食経営管理臨地実習、臨床

栄養学臨地実習における実習施設について質問した。給食経営管理臨地実習は、実習施設を医療機関、介護保険施設、その他の施設とした。臨床栄養学臨地実習

は、実習施設を医療機関、介護保険施設、及び履修していないとした。

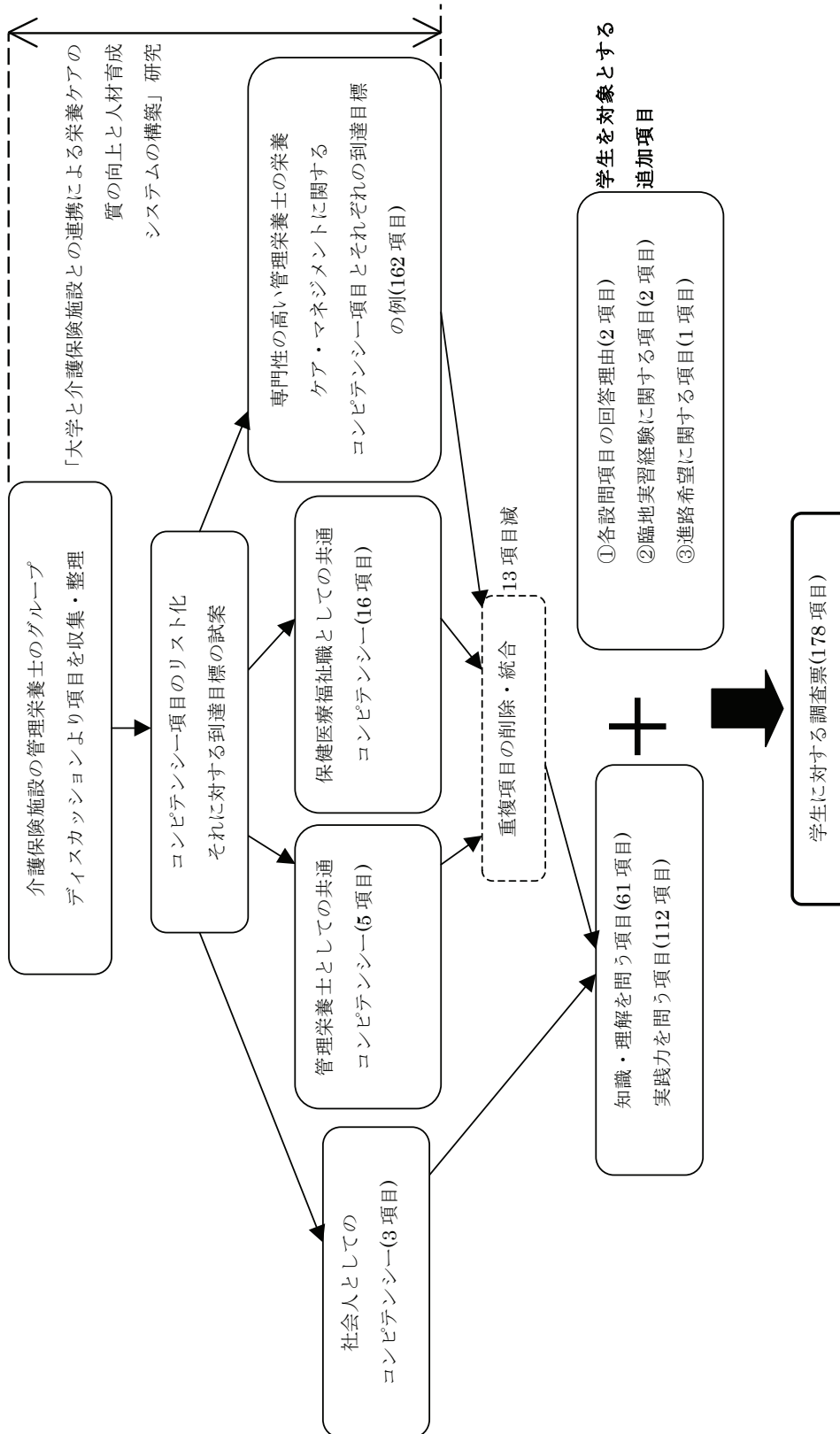


図1 質問票作成の手順

3. 解析方法

大学教育で獲得されたコンピテンシーについての、回答の単純集計を行った。次に、回答の分布を把握するため、すべての項目において自己評価の分布を、知識・理解に関する項目に対しては【十分に理解している】、【理解している】、実践力に関する項目に対しては【十分にできる】、【できる】と回答した割合の高いものから順位付けし、検討した。管理栄養士・社会人・保健医療福祉職としてのコンピテンシーの状況を把握するため、これらのカテゴリーに含まれる項目の自己評価の分布も知識・理解に関する項目に対しては【十分に理解している】、【理解している】、実践力に関する項目に対しては【十分にできる】、【できる】と答えた割合が高いものから順位付けし、検討した。

臨地実習施設とコンピテンシーの関係を明らかにするために、介護保険施設で実習を行った群と、その他の施設で実習を行った者の群の2群に区分し、自己評価を比較、検討した。

2群間の比較は χ^2 検定を用いた。有意水準は5%未満とした。解析には、SPSS19.0J for Windows (SPSS社)を用いた。

C. 結果

1. 調査対象者

対象者の属性を、表1に示す。解析対象者は47人（回収率100%）であった。性別は男性3人（6.7%）、女性44人（93.3%）であった。

臨地実習先の内訳は、給食経営管理臨地実習では、医療機関72.3%（n=34）、介護保険施設17.0%（n=8）、

その他10.6%（n=5）であった。臨床栄養学臨地実習の内訳は、医療機関84.8%（n=39）、介護保険施設8.7%（n=4）、その他0.0%、履修していない6.5%（n=4）であった。給食経営管理臨地実習並びに臨床栄養学臨地実習において介護保険施設での実習を経験した者は26.7%（n=12）、介護保険施設での実習を経験していない者は73.3%（n=35）であった。

2. コンピテンシー到達度の評価

知識・理解に関する項目の点数順位を表2に示す。

【十分に理解している】を5点、【理解している】を4点、【どちらともいえない】を3点、【理解していない】を2点、【全く理解していない】を1点とした。1位は、「身体計測の目的を理解している；専門A」で 4.133 ± 0.548 であった。2位は、「利用者自身が実現しようとする暮らしの姿を目標像として、自ら主体的に取り組めるようサポートする；専門B」で 4.044 ± 0.562 であった。3位は、「病態や身体状況に合わせて栄養補助食品を選択する意義を理解している；専門B」で 4.022 ± 0.452 であった。最下位59位は、「ブレデンスケールを理解している；基礎I」で 1.566 ± 0.785 であった。

実践力に関する項目の点数順位を表3に示す。実践力に関する項目に対しては、【十分にできる】を5点、【できる】を4点、【どちらともいえない】を3点、【できない】を2点、【全くできない】を1点とした。1位は、「他職種の専門性に対して敬意をもって接する；専門B」で 4.289 ± 0.506 であった。2位は、「利用者や家族に敬意をもって接する；専門B」で 4.267 ± 0.580 であった。3位は、「利用者や家族の意向や

表1 調査対象者の属性

	区分	n	(%)
性別	男性	3	(6.3)
	女性	44	(93.6)
給食経営管理実習施設	医療機関	34	(77.3)
	介護保険施設	8	(18.2)
	その他	5	(11.4)
臨床栄養学実習施設	医療機関	39	(84.8)
	介護保険施設	4	(8.7)
	未履修	4	(6.5)

ニーズを積極的に理解しようと心掛ける；専門B」で 4.244 ± 0.570 であった。最下位114位は、「認定調査資料の記載項目からADLに関する情報を得る；専門A」で 2.356 ± 0.1171 であった。

3. 管理栄養士・社会人・保健医療福祉職としてのコンピテンシー自己評価の分布について

1) 知識・理解に関する項目

知識・理解に関する、管理栄養士・社会人・保健医療福祉職としての到達度評価を表4-1に示す。知識・理解に関する項目は6項目であった。50%以上の学生が【十分に理解している】または【理解している】と回答した項目は、4項目であった。「介護予防の概念を理解している」は80.9%であった。「介護度を理解している」は72.4%であった。「他職種の仕事内容を理解している」は61.70%であった。「栄養ケア・マネジメント加算、療養加算、栄養改善加算、経口移行・維持加算」は57.4%であった。

50%以下の学生が【全く理解していない】または【理解していない】と回答した項目は2項目であった。「ブレイデンスケールを理解している」では、87.2%であった。「長谷川式スケールを理解している」では、85.1%であった。

2) 実践力に関する項目

実践力に関する、管理栄養士・社会人・保健医療福祉職の実践力に関する到達度評価を表4-2に示す。実践力を問う項目は12項目であった。50%以上の学生が【十分できる】または【できる】と回答した項目は10項目であった。「情報収集、自己啓発を行う」は85.1%であった。「時間管理をする」は85.1%であった。「データをまとめプレゼンテーションを行う」は72.4%であった。「褥瘡の理解とそれへの対処法を知っている」は70.2%であった。「食事摂取基準を活用し、利用者の食事計画・評価をする」は68.1%であった。「介護保険及び医療保険の現状と課題を把握している」は65.9%であった。「他職種と情報交換を行う」は57.8%であった。「利用者支援に関する倫理を身に付けている」は57.7%であった。「他職種と協力して、利用者をトータルにみて、働きかける」は55.4%であった。「高齢者がいかに生きるか（死生観）に寄り添うケアを行う」は51.1%であった。

50%以下の学生が【全くできない】または【できない】と回答した項目は0項目であった。

4. 専門性の高い管理栄養士の栄養ケア・マネジメントに関するコンピテンシー項目の分布

1) 適切なアセスメントに関する項目

アセスメントに関する知識・理解の到達度評価を表5-1に示す。食事摂取、QOLについては、50%以上の学生が【十分に理解している】または【理解している】と回答した項目は3項目であった。身体計測では、寝たきりの利用者を含めた体重測定を除き、50%以上の学生が【十分に理解している】または【理解している】と回答した項目は5項目であった。口腔嚥下機能では、嚥下障害の原因、疾患、プロセスについて、50%以上の学生が【十分に理解している】または【理解している】と回答した。摂食動作、ADL、脱水、嚥下障害の機能評価については、50%以下の学生が【全く理解していない】または【理解していない】と回答した項目は6項目であった。

アセスメントに関する実践力の到達度評価を表5-1に示す。食事摂取は、食事摂取記録表の作成、非摂取量の把握を除き、50%以上の学生が【十分できる】または【できる】と回答した項目は7項目であった。飲水量からの水分摂取量の推定、齲歯や義歯の確認、SOAPの記録は50%以上の学生が【十分できる】または【できる】と回答した。摂食動作について、認定調査資料から情報を得ることは、50%以上の学生が【十分できない】または【できない】と回答した。

2) 適切な栄養計画に関する項目

適切な栄養ケア計画に関する知識・理解の到達度評価を表6-1に示す。食事摂取基準については、50%以上の学生が【十分に理解している】または【理解している】と回答した項目は2項目であった。個別援助計画の目的、栄養補助測品の選択、栄養補給方法における多職種との連携、個別援助について、50%以上の学生が【十分に理解している】または【理解している】と回答した項目は5項目であった。

適切な栄養ケア計画に関する実践力の到達度評価を表6-2に示す。必要栄養量の算出は、利用者の治療食別の提示を除き、50%以上の学生が【十分できる】または【できる】と回答した項目は、5項目であった。食事形態の選択は、個別援助計画の記載項目の把握を除き、50%以上の学生が【十分できる】または【できる】と回答した項目は8項目であった。短期目標、長期目標の設定では、利用者のニーズ並びに個別援助計画の記載内容の把握、認定調査資料の把握を除き、50%以上の学生が【十分できる】または【できる】と回答した項目は4項目であった。

3) 適切なケアの実施に関する項目

適切なケアの実施に関する知識・理解の到達度評価を表7-1に示す。腎臓病等の病態、治療食、並びに栄養ケアにおける家族・本人のニーズの理解において、50%以上の学生が【十分に理解している】または【理解している】と回答した項目は3項目であった。

適切なケアの実施に関する実践力の到達度評価を表7-2に示す。他職種、家族、本人のニーズや嗜好に合わせた献立作成、食事形態の提供、食事介助、適切な栄養ケアにおいて、50%以上の学生が【十分できる】または【できる】と回答した項目は7項目であった。

4) モニタリング及び評価に関する項目

モニタリング及び評価に関する知識・理解の到達度評価を表8-1に示す。SOAPの記載方法、ケアプランの方針、QOLに関するニーズ把握について、50%以上の学生が【十分に理解している】または【理解している】と回答した項目は3項目であった。

モニタリング及び評価に関する実践力の到達度評価を表8-2に示す。栄養状態に関するモニタリングおよび評価並びに個別援助計画の記載事項の把握を除き、50%以上の学生が【十分できる】または【できる】と回答した項目は7項目であった。QOLに関するモニタリングおよび評価では、認定調査資料に基づいたモニタリングおよび評価並びに、治療や介護に関する用語の平易な解説を除き、50%以上の学生が【十分できる】または【できる】と回答した項目は2項目であった。

5) 治療食並びに形態調整食の提供に関する項目

治療食並びに形態調整食の提供に関する実践力の到達度評価を表9-1に示す。調理従事者に対する適切な説明及び業務の指示において、腎臓病等の治療食、寒天、ゼリー等の物性変化、ムース食、ソフト食の調理方法、給食設備の把握を除き、50%以上の学生が【十分できる】または【できる】と回答した項目は17項目であった。

5. 臨地実習先での違い

介護保険施設での臨地実習を行った群、並びに医療機関で実習を行った群との違いを認めた項目は、「流動食、分粥食、軟食を試作し、調理方法や調理時の留意点について説明する」($P \leq 0.01$)であった。

D. 考 察

本研究では、卒業時点で到達が必要な「栄養ケア・マネジメントに関する専門的実践能力」として作成したコンピテンシー測定項目を用いて、管理栄養士養成課程卒前者の到達度を評価した。

管理栄養士、社会人、保健医療福祉職としての知識・理解、実践力については、介護予防の概念、要介護度、多職種への理解、栄養マネジメント加算等の介護報酬、介護保険及び医療保健の現状と課題、利用者支援に関わる倫理観、多職種連携については、50%以上の学生が【十分に理解している】または【理解している】、あるいは、【十分できる】または【できる】と回答している。さらに、社会人としての実践力である、情報収集、自己啓発、時間管理、プレゼンテーションを行うは70%以上の学生が「できる」と回答している。これらの結果からは、卒業時、多職種と連携し十分な役割を担えとえられる。しかしながら、職種間に共通するアセスメント項目である、褥瘡に関するブレーデンスケール、認知機能の評価に用いる長谷川式スケール、摂食・嚥下能力評価に関する藤島グレード、基本的ADL (BADL) の評価方法であるバーセルインデックス、要介護認定に関わる認定調査資料については、80%の学生は【全く理解していない】または【理解していない】と回答している。摂食・嚥下能力のスクリーニングである唾液のみテストでは、50%以上の学生が【全く理解していない】または【理解していない】と回答している。食事は、認知機能、摂食動作、咀嚼・嚥下機能と連続する動作¹⁵⁾であり、利用者の認知機能や身体機能に適した評価や食事提供、食事ケアは重要な連携業務である。このため、ADLや認知機能並びに身体機能に係る評価は、全ての職種が理解し、カンファレンスに臨む必要がある。さらに、食事内容は、主治医の指示の下、管理栄養士が栄養ケア計画を提案し、看護師、介護福祉士、作業療法士、言語聴覚士、生活相談員等のカンファレンスにより決定される¹⁶⁾。管理栄養士として摂食・嚥下・栄養機能を理解し、他職種と情報を共有し、連携できるだけの基礎知識は不可欠である。

一方、管理栄養士の専門分野であるムース食並びにソフト食の調理に関する項目においても、50%の学生は【全くできない】または【できない】と回答している。これらは、嚥下ピラミッドのレベル2・3に相当する食事形態¹⁷⁾である。ムース食は、経管栄養から、訓練食を経て、経口摂取へ移行する際の段階食となり、ソフト食は、軽度の嚥下障害を有する利用者から、咀

嚙力の低下した利用者までを対象とする幅広い食事形態であり、いずれも経口摂取を維持するために重要な食事形態である。平成27年度の介護報酬改定では、多職種が連携し、口から食べる楽しみの支援を充実する¹⁸⁾こととして、「経口維持加算」の見直しが行われた。これまでのスクリーニング手法別の評価区分を廃止し、多職種による食事の観察（ミールラウンド）やカンファレンス等の取り組みのプロセス及び咀嚼能力等の口腔機能を踏まえた経口維持のための食事支援を評価するとしている。具体的な方策として、咀嚼・嚥下能力に応じた食事形態・水分量の工夫や認知機能に応じた食事介助の工夫、食事の際の姿勢の工夫並びに嚥下の意識化、声かけ、食欲増進のための嗜好、食事の温度等の食に関するADLや環境作りもすべて網羅されている。このように法制度においても、要介護高齢者に対する「食事提供」の意味は、従来から様変わりし、管理栄養士として求められる専門的能力は、さらに高くなっている。

しかしながら、管理栄養士養成課程のモデルコアカリキュラムにおける臨床栄養学分野の中心は、医療保健制度である。要介護者や障がい者の栄養管理に関する時間数は極めて少なく、基盤となる「介護保険制度」に関する講義時間数も少ない。要介護者や障がい者のアセスメントの中心は、疾病ではなく「生活機能」¹⁹⁾にある。日常生活に支障をきたす認知機能やADL、並びに生活意欲低下の要因を検討し、利用者の負担にならない改善計画を提案する必要がある。さらに、そのことが利用者の活動を向上させ、社会参加に繋がることが望ましいとされる。

このような状況を踏まえ、本学科では、4年前期に、他職種連携を理解し、実践力を向上することを目的として「管理栄養士総合演習」を配置している。本科目では、学外の実務者である介護支援専門員、理学療法士、作業療法士、臨床心理士、障害児者の管理栄養士の講義を受講し、演習を行っている。これらの職種は、卒後、介護や福祉現場に勤務する管理栄養士となった場合、チームとして連携するメンバーである。さらに、後期には「ヒューマンケア・チームアプローチ演習」を配置し、事例を用いた実践的な講義並びに演習を行っている。利用者のみならず、個人を取り巻く家族や社会環境等も考慮に入れた事例検討を行うことにより、本人並びに家族の意向、医師、看護師、社会福祉士等の他職種の方針を考える機会が多く持たれる。また、他学科の学生との合同授業では、看護師や社会福祉士等、他職種の考え方や職務内容が学習でき、

疑似カンファレンスを体験することとなる。このような経験が「他職種の専門性に対して敬意をもって接する」、「利用者や家族に敬意をもって接する」、「利用者や家族の意向やニーズを積極的に理解しようと心掛ける」の3項目において、【十分にできる】または【できる】という回答が90%を超えたことに繋がったのかもしれない。

国際栄養士連盟（International Confederation of Deietetic Associations, ICDA）が示す栄養士養成教育の最低必須条件は、1. 学士号（大学卒業）、2. 監督下での専門的な実習500時間である。学士を必須としない国は、日本、フランス、ドイツ、スペイン、スイスである。また、学外実習が500時間を満たさない国は、日本、台湾、フランスのみである。我が国の管理栄養士養成課程の臨地実習期間は4週間程度（最低4単位；180時間）であり、諸外国と比べ、最も短い。一方、人口10万人に対する栄養士数は日本が最多であり、勤務する分野も多岐にわたっている。また、栄養士会の会員数においてもアメリカに次ぐ会員数（56,941人；2012年）である。管理栄養士の国際的な基準を満たすとされるRD（Registered Dietitian）を養成するアメリカ、カナダ、オーストラリア、では学士以上（大学院修士課程）を必須学位とし、臨地実習時間は800～1600時間としている^{20,21)}。学内での学びを実践するためにも、臨地実習は非常に重要な時間であるが、管理栄養士養成課程における臨地実習時間は、医師や看護師等の医療従事者の養成課程と比べても、格段に短い。本研究のテーマである「チームによる効果的な栄養ケア・マネジメント」を展開する実践能力を有する管理栄養士を養成するには、現行のカリキュラム、養成期間では、内容や時間が不足している²²⁻²⁴⁾。

食支援におけるマネジメントは、高齢者の心身両面からのニーズをとらえ、QOLを向上する視点が重要である。栄養ケアの基本はヒューマンサービスであり、倫理感や高齢者一人ひとりの価値観の重要性を認識する能力が求められる。現行のカリキュラムでは、「管理栄養士への導入教育」の中で職業倫理に関する科目を配置し、死生観等の倫理感について学ぶことも求められている。これらのことを具現化するためには、今回示した多くの到達目標を実践する必要がある。要介護高齢者を対象とした栄養ケア・マネジメントを、他職種と連携し効果的に展開するには、福祉・介護分野に特化した専門性の高い管理栄養士を養成する必要がある。管理栄養士の教育（トレーニング）の場は、

①管理栄養士養成課程における卒前教育、②日本栄養士会等の職能団体が提供する生涯教育、③学術団体が提供する研修コース4 職場での実務訓練 (on-the-job training ; OJT)、④大学院の課程における高度専門職養成コースがある。大学院レベルの教育では、静岡県立大学や神奈川県立保健福祉大学では、大学院の講義の一部を介護保険施設に勤務する実践者に公開し、循環型実践教育者育成システムを構築している。さらに、このことは公立大学の地域貢献活動として位置づけられている⁴⁾。本学大学院健康福祉学研究科の院生の大半は、社会人である。各々の職域における課題を解決するため、或いは、実践力を高めるために大学院を目指す。本学大学院においても高度専門職養成コースが開講され、循環型実践教育者育成システムを構築することができれば、福祉・介護分野に特化した専門性の高い管理栄養士を養成することが可能となるかもしれない。

E. 結論 (まとめ)

管理栄養士養成課程における栄養ケア・マネジメントに関するコンピテンシー形成には、ヒューマンサービスに関する科目や他職種との連携教育、並びに事例検討等の具体的な演習を行うことが必要である。介護保険施設におけるチームによる効果的な栄養ケア・マネジメントを展開するためには、保健医療福祉職としての視点、利用者の満足感やQOLの向上に関する目的意識を持つ管理栄養士の養成が急務であり、不足している知識・実践力を補う教育を行う必要がある。

謝辞

本研究は、2011年～2013年度 厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業「チームによる効果的な栄養ケア・マネジメントの標準化をめざした総合的研究～大学と施設連携による研究基盤・人材育成システム構築の試み～」(研究代表者 吉池信男)の一環として行われた。

表2-1 知識・理解に関する項目の点数順位

順位	区分	項目	目	点数
1	専門 A-2-1	身体測定	目的を理解している	4.133 ± 0.548
2	専門 B-2-2	利用者自身	が表現しようとする暮らしの様を目標像として、自ら主体的に取り組めるようサポートする	4.044 ± 0.562
3	専門 B-3-1	病態や身体状況	に合わせて栄養補助食品を選択する意義を理解している	4.022 ± 0.452
4	専門 B-3-1	栄養補給経路や状態、病態	に合わせて濃厚流動食を選択する意義を理解している	4.000 ± 0.426
5	専門 B-2-2	栄養補給方法	について他職種や家族、本人のニーズを理解する	3.978 ± 0.657
6	専門 A-3-2	SOAP	による記載方法を理解している	3.977 ± 0.657
7	専門 B-1-2	食事摂取基準	における身体活動レベルを理解している	3.976 ± 0.452
8	専門 A-2-1	皮下脂肪厚や筋肉	周囲を測定する目的を理解している	3.933 ± 0.539
9	専門 B-1-2	食事摂取基準	における推定平均必要量、推奨量、目安量、目標量、上限量を理解している	3.933 ± 0.539
10	専門 B-2-2	栄養ケア	における他職種や家族、本人のニーズを理解する	3.933 ± 0.393
11	専門 A-6-2	自己実現	の意味を理解している	3.844 ± 0.737
12	専門 A-5-3	嚥下過程	について段階的に理解している	3.844 ± 0.706
13	専門 C-3-2	食事介助	について他職種や家族、本人のニーズを理解する	3.822 ± 0.684
14	専門 C-3-2	QOL	に関して他職種や家族、本人のニーズを理解する	3.822 ± 0.535
15	専門 A-1-1	献立	をもとにした各種栄養量の求め方を理解している	3.810 ± 0.661
16	専門 B-2-2	利用者	個々人が可能な範囲で役割を担い、他者から必要とされたいと感じることの意義を理解している	3.805 ± 0.661
17	基礎 I	介護予防	の概念を理解している	3.800 ± 0.588
18	専門 A-2-1	体重測定	の目的、評価法を理解している	3.740 ± 0.720
19	専門 C-1-1	腎臓病、肝臓病、糖尿病、胃潰瘍、貧血、膵臓病、脂質代謝異常、肥満症、痛風等の病態	を理解している	3.733 ± 0.688
20	専門 C-3-2	食事介助	について自立支援の意味を理解する	3.725 ± 0.654

表2-2 知識・理解に関する項目の点数順位

順位	区分	項目	目	点数
21	専門 C-3-5	栄養ケアにおける自立支援の意味を理解する		3.720 ± 0.495
22	専門 A-5-3	嚥下障害が起こる理由と嚥下障害が惹起する疾患について理解している		3.711 ± 0.695
23	専門 A-5-3	咀嚼障害の原因と状態について理解している		3.689 ± 0.633
24	基礎 I	ケアプランの方針を理解している		3.689 ± 0.633
25	基礎 I	介護度を理解している		3.667 ± 0.826
26	専門 B-2-3	個別援助計画書作成の目的を理解している		3.600 ± 0.986
27	専門 C-1-1	腎臓病、肝臓病、糖尿病、胃潰瘍、貧血、膵臓病、脂質代謝異常、肥満症、痛風等に対する食事療法を理解している		3.578 ± 0.723
28	専門 C-3-2	食事介助の基本的な留意点(利用者の食事姿勢、食介位置、話しかけ、食塊の大きさ、食介速度)について理解している		3.511 ± 0.661
29	専門 A-2-1	寝たきりの利用者を含めて、身長測定の方法を理解している		3.467 ± 0.726
30	共通 I	他職種の仕事内容を理解している		3.422 ± 0.839
31	共通 I	栄養ケア・マネジメント加算、療養加算、栄養改善加算、経口移行・維持加算を理解している		3.381 ± 0.860
32	専門 A-2-1	皮下脂肪厚や筋肉周囲(TSF、AMC等)の測定方法、算出方法、評価法を理解している		3.400 ± 0.780
33	専門 C-3-2	腎臓病、肝臓病、糖尿病、胃潰瘍、貧血、膵臓病、脂質代謝異常、肥満症、痛風等に対する食事療法に関する調理上のコツや留意点を理解している		3.378 ± 0.806
34	専門 B-4-1	濃厚流動食の組成(乳糖、アレルゲン、浸透圧、たんぱく質の分解度、脂質過剰)が原因で起こる合併症について理解している		3.368 ± 0.716
35	専門 C-3-2	ビタミンの調理加工に伴う物性変化(熱安定性と酸化)について、食品例を含めて理解している		3.188 ± 0.984
36	専門 B-2-2	長期的な目標を達成するための評価項目を理解している		3.356 ± 0.712
37	専門 A-3-1	水分摂取量を把握する方法を理解している		3.200 ± 0.894
38	専門 C-3-2	放熱物の調理加工に伴う物性変化(でんぷん、ペクチン、寒天の糊化やゲル化)について、食品例を含めて理解している		3.178 ± 0.806
39	専門 C-3-2	泡、エマルション、サスペンション、ゾル、ゲル、固体泡について、食品例を含めて理解している		3.050 ± 0.952
40	専門 C-3-2	たんぱく質の調理加工に伴う物性的化(加熱、酸・アルカリ、冷却、金属・塩類による変性、表面編成、アミノカルボニル反応)について、食品例を含めて理解している		3.044 ± 0.928

表2-3 知識・理解に関する項目の点数順位

順位	区分	項目	目	点数
41	専門 A-2-1	寝たきりの利用者を含めて、体重測定の方法を理解している		3.043 ± 0.824
42	専門 B-2-2	嚥下食ピラミッドによる分類を理解している		3.022 ± 1.076
43	専門 C-3-2	色素成分(クロロフィル、アスタキサンチン、アントシアニン系色素)の酸アルカリ、熱による変化について、食品例を含めて理解している		3.021 ± 1.011
44	専門 C-3-2	脂質の調理加工に伴う物性変化(飽和脂肪酸と不飽和脂肪酸の違い、自動酸化と熱酸化)について、食品例を含めて理解している		2.978 ± 0.917
45	専門 B-2-2	個別援助計画書上の利用者のニーズを把握するために必要な項目を理解している		2.956 ± 0.878
46	専門 B-2-2	個別援助計画書上の食事形態を選択するために必要な項目を理解している		2.933 ± 1.095
47	専門 A-5-3	VF(嚥下造影検査)の特徴(長所、短所)について理解している		2.911 ± 1.019
48	専門 A-5-4	唾液のみテストの目的を理解している		2.756 ± 1.151
49	専門 A-3-1	発汗状況に関してSOAPによる記載方法を理解している		2.711 ± 1.014
50	専門 A-3-1	体温変動(特に発熱)により水分必要量がどの程度増加するか理解している		2.689 ± 0.996
51	専門 A-5-3	VE(内視鏡嚥下機能検査)の特徴(長所、短所)について理解している		2.644 ± 1.026
52	専門 A-4-1	認定調査資料がどのような目的で作成されたか理解している		2.356 ± 1.090
53	専門 A-5-4	唾液のみテストの評価方法を理解している		2.333 ± 1.000
54	専門 A-5-4	唾液のみテストを実施する上での注意点を理解している		2.311 ± 0.996
55	専門 A-4-1	認定調査資料の記載項目について理解している		2.067 ± 0.915
56	専門 A-5-3	藤島グレード(嚥下機能グレード)を理解している		1.933 ± 0.915
57	専門 A-4-2	バーセルインデックスを理解している		1.711 ± 0.920
58	基礎 I	長谷川式スケールを理解している		1.600 ± 0.809
59	基礎 I	ブレーデンスケールを理解している		1.556 ± 0.785

n=47

*平均値±標準偏差, 四捨五入すると同一順位が出るため少数第三位までを示した。

表3-1 実践力に関する項目の点数順位

順位	区分	項目	目	点数
1	専門 B-2-2	他職種の専門性に対して敬意をもって接する		4.289 ± 0.506
2	専門 B-2-2	利用者や家族に敬意をもって接する		4.267 ± 0.580
3	専門 B-2-2	利用者や家族の意向やニーズを積極的に理解しようと心掛ける		4.244 ± 0.570
4	共通 II	時間管理をする		4.121 ± 0.714
5	専門 B-2-2	これまでの人生や生活スタイル、価値観から「その人らしさ」を尊重する		4.111 ± 0.573
6	専門 B-2-2	通常のコミュニケーションを問題なく行う		4.067 ± 0.618
7	専門 B-2-2	利用者にとって施設が生活の場であるという認識がある		4.066 ± 0.688
8	専門 B-2-2	対象に合わせて十分理解できる平易な表現をする		3.978 ± 0.621
9	専門 B-2-2	利用者の主体性や意向を尊重する		3.976 ± 0.543
10	専門 A-1-2	食事状況を観察する目的を説明する		3.956 ± 0.562
11	専門 E-1	調理従事者の技術および専門性を理解している		3.956 ± 0.561
12	専門 B-2-2	他職種や家族、本人のニーズを理解し、その情報をSOAPにより記載できる		3.955 ± 0.475
13	共通 II	情報収集、自己啓発を行う		3.911 ± 0.468
14	専門 B-2-2	利用者自身が実現しようとする暮らしの様を目標像として、自ら主体的に取り組めるようサポートする		3.910 ± 0.596
15	専門 A-1-2	高齢者の食事摂取時の問題点について列挙する		3.867 ± 0.588
16	専門 A-1-2	食事形態のみでなく、味や食べ方などを含めた嗜好を把握する		3.856 ± 0.548
17	専門 A-1-1	献立をもとにした各種栄養量を求める		3.844 ± 0.638
18	専門 D-2-2	長期的な目標を把握している		3.800 ± 0.588
19	専門 A-1-1	残食記録の目的を説明する		3.778 ± 0.735
20	専門 A-6-1	カルテやケース記録から必要な情報を把握し、SOAPによる記載ができる		3.777 ± 0.765

表3-2 実践力に関する項目の点数順位

順位	区分	項目	点数
21	専門 E-2	主な調理法(切る、破碎、攪拌、和える、茹でる、煮る、炊く、蒸す、焼く、揚げる等)について説明する	3.776 ± 0.735
22	専門 A-1-2	食事形態のみでなく、味や食べ方などを含めた嗜好を把握する	3.756 ± 0.609
23	専門 B-2-2	利用者の個別ニーズとその対応について把握する	3.755 ± 0.529
24	専門 B-1-1	食事摂取基準を活用し、利用者の食事計画並びに評価を行う	3.733 ± 0.539
25	専門 A-1-2	食事状況から、利用者の食事摂取に関する問題点を提示する	3.711 ± 0.626
26	専門 A-6-1	利用者に関する記録の中から生活環境に関連する項目を確認する	3.710 ± 0.757
27	専門 A-1-2	食事状況を観察し、何割食べたのかを類測する	3.689 ± 0.763
28	専門 A-6-1	本人、家族との面談や他職種との情報共有および直接的な観察を通じ、QOLの観点から利用者の日常生活を把握する	3.688 ± 0.596
29	専門 B-1-1	食事摂取基準をもとに各種栄養素の必要量を年齢別、身体活動レベル別に提示する	3.667 ± 0.769
30	専門 B-6-4	利用者の身体的な自立に加えて精神面での自立を支援する	3.666 ± 0.707
31	専門 B-6-1	ケアプランにおける栄養に関する問題点の改善について短期目標と長期目標を提起する	3.665 ± 0.564
32	専門 A-2-1	利用者の病状や身体状況とその対応について把握する	3.662 ± 0.603
33	共通 II	業務上のデータをまとめ、プレゼンテーションを行う	3.644 ± 0.743
34	共通 II	褥瘡の理解とそれへの対処法を知っている	3.643 ± 0.570
35	共通 II	介護保険及び医療保険の現状と課題を把握している	3.642 ± 0.712
36	専門 B-3-2	使用している各種栄養補助食品や濃厚流動食の在庫、賞味期限を把握する	3.641 ± 1.048
37	専門 C-1-3	他職種や家族、本人のニーズを理解し、治療食の献立を作成する	3.640 ± 0.712
38	専門 C-4-5	高齢者のQOLや生きがい、社会参加の観点から総合的に判断し、適切な栄養ケアを行う	3.639 ± 0.712
39	専門 C-4-4	利用者の摂食時の問題点とその対応について把握する	3.636 ± 0.570
40	専門 E-2	治療食や形態を調整する食事の調理において特殊な調理器具(ミキサー、フードプロセッサー、スチームオーブン等)の用途、方法を説明し、使用する	3.635 ± 0.645

表3-3 実践力に関する項目の点数順位

順位	区分	項目	点数
41	専門 E-3	施設の調理設備・機械・機器・食器等を把握する	3.631 ± 0.609
42	専門 D-2-1	[A.適切なアセスメント]で必要とされる項目を理解し、モニタリングを行う	3.622 ± 0.650
43	専門 B-1-2	低栄養、褥瘡を有する利用者に適した栄養補助食品や濃厚流動食を選択、提示する	3.600 ± 0.688
44	専門 B-6-2	他職種や家族、本人のニーズを理解し、短期、長期目標を作成する	3.598 ± 0.539
45	専門 C-4-4	他職種や家族、本人のニーズを理解し、咀嚼・嚥下能力に合わせた食事形態を提供する	3.595 ± 0.654
46	専門 D-2-2	他職種や家族、本人のニーズを理解した上で、モニタリングを行う	3.590 ± 0.618
47	専門 D-2-2	[C.栄養ケアの実施]で必要とされる項目を理解し、モニタリングを行う	3.578 ± 0.657
48	専門 B-1-1	ケアプランにおける栄養に関する問題点を提起する	3.577 ± 0.723
49	専門 E-2	主要食品および主な調理法を用いた料理を一通り作成する	3.575 ± 0.783
50	専門 E-2	調理現場の責任者と良好な関係を築き、円滑な業務が行われるよう検討する	3.565 ± 0.583
51	専門 A-1-1	残食量を計量し、残食率を求める	3.556 ± 0.893
52	専門 D-2-2	[B.個別の栄養ケアプランの作成]で必要とされる項目を理解し、モニタリングを行う	3.555 ± 0.659
53	専門 B-6-5	目標達成のための担当職種について提案する	3.550 ± 0.624
54	専門 B-1-2	低栄養、褥瘡を有する利用者には各種栄養素の必要量を身体活動レベル別に提示する	3.533 ± 0.757
55	専門 B-3-1	食事(栄養)摂取量の不足を補充するのに適した栄養補助食品を提示する	3.532 ± 0.694
56	専門 E-2	各調理従事者の日常業務を観察し、可能な調理業務を把握する	3.531 ± 0.548
57	専門 B-1-1	利用者特性をもとに食事摂取基準を適用できると判断する	3.511 ± 0.695
58	専門 E-2	各調理従事者の調理に関わるキャリアを把握する	3.505 ± 0.787
59	専門 E-2	調理従事者を適所に配置し、全体的な調理工程表を作成する	3.500 ± 0.665
60	専門 A-3-1	飲水量から水分摂取量を把握する	3.489 ± 0.869

表3-4 実践力に関する項目の点数順位

順位	区分	項目	点数
61	専門 A-4-2	利用者の食事に関するADLを把握する	3.488 ± 0.727
62	専門 E-2	主要食品(米、いも、鶏卵、鳥獣肉類、魚介類、豆類、野菜等)別に調理方法や調理時の留意点について説明する	3.479 ± 0.787
63	専門 E-2	各調理従事者への聴取から、可能な調理業務の情報を得る	3.480 ± 0.661
64	専門 A-4-2	利用者の食への意欲や食事動作に適した対応をするために、食事に関するADLを把握する	3.467 ± 0.726
65	共通 II	他職種と情報交換を行う	3.444 ± 0.943
66	共通 II	利用者支援に関する倫理を身につけている	3.443 ± 0.841
67	共通 II	高齢者がいかに生きるか(死生観)に寄り添うケアを行う	3.442 ± 0.813
68	専門 A-4-2	利用者の食事形態を選択するために、食事状況を観察し、摂食パターンを把握する	3.441 ± 0.725
69	専門 C-4-4	腎臓病、肝臓病、糖尿病、胃潰瘍、貧血、膝臓病、脂質代謝異常、肥満症、痛風等を有する利用者に適した栄養補助食品や濃厚流動食を選択、提示する	3.440 ± 0.755
70	専門 A-5-1	利用者に関する記録の中から歯や欠損歯、入歯の有無を確認する	3.422 ± 0.988
71	専門 B-1-2	腎臓病、肝臓病、糖尿病、胃潰瘍、貧血、膝臓病、脂質代謝異常、肥満症、痛風等を有する利用者における各種栄養素の必要量を身体活動レベル別に提示する	3.400 ± 0.809
72	専門 E-2	刻み食、ミキサー食を試作し、調理上のコツや留意点を説明する	3.399 ± 0.837
73	専門 C-4-4	他職種と協力して、利用者をトータルにみて、働きかける	3.378 ± 0.936
74	専門 C-1-1	食不振の原因を把握し、利用者の摂食状態を考慮した治療食献立を作成する	3.356 ± 0.908
75	専門 C-1-2	個別援助計画書上の食欲や食事動作に関連した項目を把握する	3.353 ± 0.773
76	専門 E-2	流動食、分粥食、軟食を試作し、調理方法や調理時の留意点について説明する	3.351 ± 0.802
77	専門 A-1-2	食事状況を観察し、咀嚼力について摂食パターンを把握する	3.333 ± 0.826
78	専門 E-2	嚥下障害食における寒天、ゼラチン、とろみ剤、ゲル化剤の特徴を理解している	3.333 ± 0.769
79	専門 B-2-2	他職種や家族、本人のニーズを理解した上で、利用者の達成可能な範囲を選択する	3.321 ± 0.769
80	専門 C-4-4	腎臓病、肝臓病、糖尿病、胃潰瘍、貧血、膝臓病、脂質代謝異常、肥満症、痛風等に対する治療食を試作し、調理上のコツや留意点を説明する	3.320 ± 0.769

表3-5 実践力に関する項目の点数順位

順位	区分	項目	点数
81	専門 A-1-2	食事状況を観察し、嚥下能力について摂食パターンを把握する	3.311 ± 0.900
82	専門 C-4-4	腎臓病、肝臓病、糖尿病、胃潰瘍、胃潰瘍、貧血、膵臓病、脂質代謝異常、肥満症、痛風等に対する治療食献立を作成する	3.300 ± 0.793
83	専門 A-1-2	食べこぼし等、残食量では把握できない非摂取量を把握する	3.267 ± 0.986
84	専門 B-2-2	利用者のニーズに合致した短期、長期目標を作成するために個別援助計画書作成の目的を理解している、又、個別援助計画書の記載項目を把握している	3.266 ± 0.780
85	専門 B-2-3	個別援助計画書作成の目的を理解している、個別援助計画書の記載項目を把握し、他職種へ伝える	3.265 ± 0.863
86	専門 D-2-1	認定調査資料がどのような目的で作成されたか、又、認定調査資料の記載項目についてを理解し、モニタリングと評価を行う	3.260 ± 0.889
87	専門 A-1-2	残食記録表を作成する	3.245 ± 0.908
88	専門 A-2-2	ALB、TP、RTP、コリンエステラーゼ、Hb、Ht、血清鉄、RBC、WBC、CRP、T-Cho、LDL-Cho、HDL-Cho、Cre、UN、BS、HbA1c、Na、P、Kの異常に関して、その原因と、それに対する栄養療法を説明することができる	3.243 ± 0.773
89	専門 A-1-2	個別援助計画書上の食事形態を選択するために必要な項目を把握する	3.240 ± 0.773
90	専門 A-1-1	各部位の皮下脂肪厚や筋肉周囲の測定を行う	3.222 ± 0.927
91	専門 C-3-1	個別援助計画書上の食事介助をするために必要な項目を把握する	3.200 ± 0.869
92	専門 C-4-4	基本的な留意点を踏まえた食事介助をする	3.199 ± 0.815
93	専門 D-3-1	認定調査資料がどのような目的で作成されたか、又、認定調査資料の記載項目について理解し、モニタリングを行う	3.178 ± 0.912
94	共通 II	薬剤や診断・治療に関する基礎的な知識を有している	3.156 ± 0.673
95	専門 B-2-2	治療や介護に関する専門用語を平易に表現する	3.133 ± 0.757
96	専門 E-2	寒天、ゼラチン、とろみ剤、ゲル化剤を使用してゼリーを試作し、調理上のコツや留意点を説明する	3.132 ± 0.815
97	共通 II	認知症の理解とそれへの対処法を知っている	3.111 ± 0.804
98	専門 A-3-1	食事摂取量から水分摂取量を把握する	3.089 ± 0.900
99	専門 B-3-1	ユニバーサルデザインフードを含め、咀嚼・嚥下障害を有する利用者に適した栄養補助食品を選択、提示する	3.000 ± 0.953
100	専門 C-4-4	認定調査資料がどのような目的で作成されたか、又、認定調査資料の記載項目についてを理解し、利用者の達成可能な範囲で対応をする	2.999 ± 0.929

表3-6 実践力に関する項目の点数順位

順位	区分	項目	点数
101	専門 A-2-1	寝たきりの利用者を含めて、身長測定を行う	2.956 ± 0.852
102	専門 B-2-3	個別援助計画書の記載項目を把握している	2.955 ± 1.086
103	専門 A-3-2	利用者に関する記録の中から発汗に関連する項目を確認する	2.911 ± 1.019
104	専門 B-6-2	認定調査資料がどのような目的で作成されたかを理解している、又、認定調査資料の記載項目について理解した上で利用者の達成可能な範囲を選択できる	2.889 ± 1.027
105	専門 E-3	施設の調理設備・機械・機器・食器等を把握する	2.844 ± 0.878
106	専門 A-2-1	寝たきりの利用者を含めて、体重測定を行う	2.822 ± 0.886
107	専門 B-4-2	低栄養、褥瘡を有する利用者に適した栄養補助食品や濃厚流動食の中で費用対効果の適当なものを把握する	2.800 ± 0.944
108	専門 B-3-2	咀嚼・嚥下障害を有する利用者に適した栄養補助食品の中で費用対効果の適当なものを把握する	2.778 ± 0.951
109	専門 B-3-2	腎臓病、肝臓病、糖尿病、胃潰瘍、貧血、膝臓病、脂質代謝異常、肥満症、痛風等を有する利用者に適した栄養補助食品や濃厚流動食の中で費用対効果の適当なものを把握する	2.756 ± 0.933
110	専門 E-2	ソフト食を試作し、調理上のコツや注意点を説明する	2.733 ± 0.837
111	専門 A-4-3	食事時に出現するBPSD[認知症に伴う行動・心理症状](食事の失認、傾眠、興奮、拒食、徘徊、異食等)を把握する	2.644 ± 1.069
112	専門 E-2	ムース食を試作し、調理上のコツや留意点を説明する	2.533 ± 0.786
113	専門 A-4-1	認定調査資料の記載項目から摂食動作に関する情報を得る	2.356 ± 1.111
114	専門 A-4-2	認定調査資料の記載項目からADLに関する情報を得る	2.356 ± 1.171

n=47

*平均値±標準偏差, 四捨五入すると同一順位が出るため少数第三位までを示した。

表4-1 管理栄養士・社会人・保健医療福祉職の知識・理解に関する到達度評価

区分	質問内容	全く理解していない	理解していない	どちらともいえない	理解している	十分に理解している
基礎 I (知識)	介護予防の概念を理解している	0 (0)	2 (4.3)	7 (14.9)	36 (76.6)	2 (4.3)
	栄養ケア・マネジメント加算、療養加算、栄養改善加算、経口移行・維持加算を理解している	1 (2.1)	7 (14.9)	12 (25.5)	26 (55.3)	1 (2.1)
	介護度を理解している	1 (2.1)	5 (10.6)	7 (14.9)	31 (66.0)	3 (6.4)
	長谷川式スケールを理解している	27 (57.4)	13 (27.7)	6 (12.8)	1 (2.1)	0 (0.0)
	ブレインスケールを理解している	29 (61.7)	12 (25.5)	5 (10.6)	1 (2.1)	0 (0.0)
	他職種の仕事内容を理解している	0 (0)	9 (19.1)	9 (19.1)	28 (59.6)	1 (2.1)

表4-2 管理栄養士・社会人・保健医療福祉職の実践力に関する到達度評価

区分	質問内容	全くできない	できない	どちらともいえない	できる	十分できる
基礎 II (実践力)	食事摂取基準を活用し、利用者の食事計画・評価をする	0 (0)	0 (0)	15 (31.9)	30 (63.8)	2 (4.3)
	時間管理をする	0 (0)	1 (2.1)	6 (12.8)	26 (55.3)	14 (29.8)
	情報収集、自己啓発を行う	0 (0)	0 (0)	7 (14.9)	36 (76.6)	4 (8.5)
	データをまとめ、プレゼンテーションを行う	0 (0)	5 (10.6)	8 (17.0)	32 (68.1)	2 (4.3)
	認知症の理解とそれへの対処法を知っている	1 (2.1)	9 (19.1)	19 (40.4)	18 (38.3)	0 (0)
	褥瘡の理解とそれへの対処法を知っている	0 (0)	2 (4.3)	12 (25.5)	32 (68.1)	1 (2.1)
	薬剤や診断・治療に関する基礎的な知識を有している	0 (0)	8 (17.0)	24 (51.1)	15 (31.9)	0 (0.0)
	介護保険及び医療保険の現状と課題を把握している	0 (0)	3 (6.4)	13 (27.7)	27 (57.4)	4 (8.5)
	他職種と情報交換を行う	2 (4.3)	5 (10.6)	13 (27.7)	24 (51.1)	3 (6.4)
	他職種と協力して、利用者をトータルにみて、働きかける	2 (4.3)	6 (12.8)	13 (27.7)	24 (51.1)	2 (4.3)
利用者支援に関する倫理を身につけている	0 (0)	8 (17.0)	11 (23.4)	26 (55.3)	2 (4.3)	
高齢者がいかに生きるか(死生観)に寄り添うケアを行う	1 (2.1)	5 (10.6)	17 (36.2)	22 (46.8)	2 (4.3)	

表5-1 適切なアセスメントの知識・理解に関する到達度評価

区分	質問内容	全く理解していない	理解していない	どちらともいえない	理解している	十分に理解している
食事摂取	献立をもとにした各種栄養量の求め方を理解している	0 (0)	3 (6.4)	6 (12.8)	35 (74.5)	3 (6.4)
	身体測定の方法を理解している	0 (0)	0 (0)	4 (8.5)	32 (68.1)	11 (23.4)
	寝たきりの利用者を含めて、身長測定の方法を理解している	0 (0)	5 (10.6)	18 (38.3)	21 (44.7)	3 (6.4)
	体重測定の方法を理解している	0 (0)	4 (8.5)	7 (14.9)	33 (70.2)	3 (6.4)
	寝たきりの利用者を含めて、体重測定の方法を理解している	1 (2.1)	12 (25.5)	18 (38.3)	16 (34.0)	0 (0)
	皮下脂肪厚や筋肉周囲を測定する目的を理解している	0 (0)	0 (0)	8 (17.0)	33 (70.2)	6 (12.8)
身体計測	皮下脂肪厚や筋肉周囲(TSF、AMC等)の測定方法、算出方法、評価法を理解している	1 (2.1)	4 (8.5)	17 (36.2)	23 (48.9)	2 (4.3)
	水分摂取量を把握する方法を理解している	1 (2.1)	10 (21.3)	18 (38.3)	16 (34.0)	2 (4.3)
	体温変動(特に発熱)により水分必要量がどの程度増加するか理解している	6 (12.8)	16 (34.0)	15 (31.9)	9 (19.1)	1 (2.1)
	発汗状況に関してSOAPによる記載方法を理解している	5 (10.6)	15 (31.9)	14 (29.8)	12 (25.5)	1 (2.1)
	認定調査資料がどのような目的で作成されたか理解している	12 (25.5)	15 (31.9)	10 (21.3)	10 (21.3)	0 (0)
	認定調査資料の記載項目について理解している	16 (34.0)	14 (29.8)	15 (31.9)	2 (4.3)	0 (0)
摂食動作	ADL	24 (51.1)	14 (29.8)	5 (10.6)	4 (8.5)	0 (0)
	嚥下障害の原因と状態について理解している	0 (0)	2 (4.3)	12 (25.5)	31 (66.0)	2 (4.3)
	嚥下過程について段階的に理解している	0 (0)	2 (4.3)	9 (19.1)	30 (63.8)	6 (12.8)
	嚥下障害が起こる理由と嚥下障害が惹起する疾患について理解している	0 (0)	3 (6.4)	10 (21.3)	30 (63.8)	4 (8.5)
	VF(内視鏡嚥下機能検査)の特徴(長所、短所)について理解している	5 (10.6)	18 (38.3)	14 (29.8)	8 (17.0)	2 (4.3)
	NF(嚥下追影検査)の特徴(長所、短所)について理解している	4 (8.5)	12 (25.5)	17 (36.2)	11 (23.4)	3 (6.4)
口腔嚥下機能	藤島グレード(嚥下機能グレード)を理解している	20 (42.6)	14 (29.8)	11 (23.4)	2 (4.3)	0 (0)
	唾液のみテストの目的を理解している	7 (14.9)	16 (34.0)	8 (17.0)	15 (31.9)	1 (2.1)
	唾液のみテストの評価方法を理解している	9 (19.1)	21 (44.7)	11 (23.4)	5 (10.6)	1 (2.1)
	唾液のみテストを実施する上での注意点を理解している	11 (23.4)	19 (40.4)	10 (21.3)	7 (14.9)	0 (0)
	自己実現の意味を理解している	0 (0)	2 (4.3)	10 (21.3)	27 (57.4)	8 (17.0)
	利用者個々人が可能な範囲で役割を担い、他者から必要とされたいと感じることの意義を理解している	0 (0)	1 (2.1)	12 (25.5)	28 (59.6)	6 (12.8)

表5-2 適切なアセスメントの実践力に関する到達度評価

n=47 (%)

区分	質問内容	全くできない	できない	どちらとも いえない	できる	十分できる
食事摂取 の把握	残食記録の目的を説明する	0 (0.0)	3 (6.4)	9 (19.1)	30 (63.8)	5 (10.6)
	残食記録表を作成する	1 (2.1)	11 (23.4)	15 (31.9)	18 (38.3)	2 (4.3)
	残食量を計量し、残食率を求める	1 (2.1)	5 (10.6)	15 (31.9)	21 (44.7)	5 (10.6)
	献立をもとにした各種栄養量を求める	0 (0)	2 (4.3)	7 (14.9)	34 (72.3)	4 (8.5)
	食事状況を観察する目的を説明する	0 (0)	1 (2.1)	5 (10.6)	35 (74.5)	6 (12.8)
	高齢者の食事摂取時の問題点について列挙する	0 (0)	2 (4.3)	5 (10.6)	37 (78.7)	3 (6.4)
	食べこぼし等、残食量では把握できない非摂取量を把握する	2 (4.3)	9 (19.1)	15 (31.9)	18 (38.3)	3 (6.4)
	食事状況を観察し、何割食べたのかを類測する	0 (0)	5 (10.6)	8 (17.0)	31 (66.0)	3 (6.4)
	食事状況から、利用者の食事摂取に関する問題点を提示する	0 (0)	3 (6.4)	11 (23.4)	31 (66.0)	2 (4.3)
	寝たきりの利用者を含めて、身長測定を行う	2 (4.3)	12 (25.5)	19 (40.4)	13 (27.7)	1 (2.1)
身体計測	寝たきりの利用者を含めて、体重測定を行う	5 (10.6)	11 (23.4)	21 (44.7)	10 (21.3)	0 (0)
	各部位の皮下脂肪厚や筋肉周囲の測定を行う	2 (4.3)	8 (17.0)	15 (31.9)	20 (42.6)	2 (4.3)
臨床検査	ALB、TP、RTP、コリンエステラーゼ、Hb、Ht、血清鉄、RBC、WBC、CRP、T-Cho、LDL-Cho、HDL-Cho、Cre、UN、BS、HbA1c、Na、P、Kの異常に関して、その原因と、それに対する栄養療法を説明することができる	0 (0)	8 (17.0)	21 (44.7)	17 (36.2)	1 (2.1)
	食事摂取量から水分摂取量を把握する	3 (6.4)	8 (17.0)	19 (40.4)	17 (36.2)	0 (0)
脱水	飲水量から水分摂取量を把握する	1 (2.1)	6 (12.8)	10 (21.3)	28 (59.6)	2 (4.3)
	利用者に関する記録の中から発汗に関連する項目を確認する	4 (8.5)	13 (27.7)	14 (29.8)	15 (31.9)	1 (2.1)
摂食動作	認定調査資料の記載項目から摂食動作に関する情報を得る	13 (27.7)	12 (25.5)	13 (27.7)	9 (19.1)	0 (0)
	認定調査資料の記載項目からADLに関する情報を得る	14 (29.8)	13 (27.7)	9 (19.1)	11 (23.4)	0 (0)
	食事時に出現するBPSD[認知症に伴う行動・心理症状](食事の失認、傾眠、興奮、拒食、徘徊、異食等)を把握する	8 (17.0)	12 (25.5)	14 (29.8)	13 (27.7)	0 (0)
咀嚼嚥下 機能	利用者に関する記録の中から歯や欠損歯、入歯の有無を確認する	3 (6.4)	4 (8.5)	13 (27.7)	23 (48.9)	4 (8.5)
	食事状況を観察し、咀嚼力について摂食パターンを把握する	2 (4.3)	3 (6.4)	20 (42.6)	21 (44.7)	1 (2.1)
	食事状況を観察し、嚥下能力について摂食パターンを把握する	1 (2.1)	8 (17.0)	15 (31.9)	20 (42.6)	3 (6.4)
記録	カルテやケース記録から必要な情報を把握し、SOAPによる記載ができる	0 (0)	4 (8.5)	8 (17.0)	30 (63.8)	5 (10.6)

表6-1 適切な栄養ケア計画の作成に関する知識・理解の到達度評価

区分	質問内容	n=47 (%)				
		全く理解していない	理解していない	どちらともいえない	理解している	十分に理解している
食事摂取基準	食事摂取基準における推定平均必要量、推奨量、目安量、目標量、上限量を理解している	0 (0)	2 (4.3)	5 (10.6)	36 (76.6)	4 (8.5)
	食事摂取基準における身体活動レベルを理解している	0 (0)	0 (0)	6 (12.8)	37 (78.7)	4 (8.5)
食事形態の選択	嚥下食ピラミッドによる分類を理解している	4 (8.5)	11 (23.4)	12 (25.5)	18 (38.3)	2 (4.3)
	個別援助計画書作成の目的を理解している	3 (6.4)	2 (4.3)	10 (21.3)	27 (57.4)	5 (10.6)
	個別援助計画書上の食事形態を選択するために必要な項目を理解している	6 (12.8)	9 (19.1)	14 (29.8)	17 (36.2)	1 (2.1)
栄養補助食品の選定	病態や身体状況に合わせて栄養補助食品を選択する意義を理解している	0 (0)	0 (0)	4 (8.5)	36 (76.6)	7 (14.9)
	栄養補給経路や状態、病態に合わせて濃厚流動食を選択する意義を理解している	0 (0)	0 (0)	4 (8.5)	37 (78.7)	6 (12.8)
	濃厚流動食の組成(乳糖、アレルゲン、浸透圧、たんぱく質の分解度、脂質過剰)が原因で起こる合併症について理解している	0 (0)	5 (10.6)	19 (40.4)	22 (46.8)	1 (2.1)
個別ニーズ	栄養補給方法について他職種や家族、本人のニーズを理解する	0 (0)	1 (2.1)	8 (17.0)	30 (63.8)	8 (17.0)
	個別援助計画書上の利用者のニーズを把握するために必要な項目を理解している 利用者自身が実現しようとする暮らしの様を目標像として、自ら主体的に取り組めるようサポートする	2 (4.3)	12 (25.5)	21 (44.7)	11 (23.4)	1 (2.1)
		0 (0)	0 (0)	6 (12.8)	33 (70.2)	8 (17.0)

表6-2-1 適切な栄養ケア計画の作成に関する実践力の到達度評価

n=47 (%)

区分	質問内容	全くできない	できない	どちらとも いえない	できる	十分できる
環境	利用者に関する記録の中から生活環境に関連する項目を確認する	0 (0)	4 (8.5)	9 (19.1)	30 (63.8)	4 (8.5)
	利用者特性をもとに食事摂取基準を適用できるか判断する	0 (0)	4 (8.5)	15 (31.9)	27 (57.4)	1 (2.1)
	食事摂取基準をもとに各種栄養素の必要量を年齢別、身体活動レベル別に提示する	1 (2.1)	3 (6.4)	12 (25.5)	28 (59.6)	3 (6.4)
	低栄養、褥瘡を有する利用者に各種栄養素の必要量を身体活動レベル別に提示する	0 (0)	7 (14.9)	13 (27.7)	25 (53.2)	2 (4.3)
必要栄養量の算出	腎臓病、肝臓病、糖尿病、貧血、虚脱病、脂質代謝異常、肥満症、痛風等を有する利用者における各種栄養素の必要量を身体活動レベル別に提示する	0 (0)	9 (19.1)	15 (31.9)	21 (44.7)	2 (4.3)
	利用者の食事形態を選択するために、食事状況を観察し、摂食パターンを把握する	0 (0)	6 (12.8)	14 (29.8)	27 (57.4)	0 (0)
食事形態の選択	通常のコミュニケーションを問題なく行う	0 (0)	0 (0)	7 (14.9)	30 (63.8)	10 (21.3)
	利用者や家族に敬意をもって接する	0 (0)	0 (0)	3 (6.4)	29 (61.7)	15 (31.9)
	利用者や家族の意向やニーズを積極的に理解しようと心掛ける	0 (0)	0 (0)	3 (6.4)	30 (63.8)	14 (29.8)
	対象に合わせて十分理解できる平易な表現をする	0 (0)	1 (2.1)	6 (12.8)	33 (70.2)	7 (14.9)
	利用者にとって施設が生活の場であるという認識がある	0 (0)	3 (6.4)	3 (6.4)	31 (66.0)	10 (21.3)
	これまでの人生や生活スタイル、価値観から「その人らしさ」を尊重する	0 (0)	0 (0)	5 (10.6)	32 (68.1)	10 (21.3)
	他職種の専門性に対して敬意をもって接する	0 (0)	1 (2.1)	1 (2.1)	31 (66.0)	14 (29.8)
	他職種や家族、本人のニーズを理解し、その情報をSOAPにより記載できる	0 (0)	0 (0)	6 (12.8)	37 (78.7)	4 (8.5)
	個別援助計画書の記載項目を把握している	6 (12.8)	8 (17.0)	15 (31.9)	17 (36.2)	1 (2.1)

表6-2-2 適切な栄養ケア計画の作成に関する実践力の到達度評価

区分	質問内容	n=47 (%)				
		全くできない	できない	どちらとも いえない	できる	十分できる
栄養補助 食品の選択	食事(栄養)摂取量の不足分を補充するのに適した栄養補助食品を提示する ユニバーサルデザインフードを含め、咀嚼・嚥下障害を有する利用者に適した 栄養補助食品を選択、提示する 低栄養、褥瘡を有する利用者に適した栄養補助食品や濃厚流動食を選択、提示 する 腎臓病、肝臓病、糖尿病、貧血、尿毒症、胃潰瘍、脂質代謝異常、肥満症、痛 風等を有する利用者に適した栄養補助食品や濃厚流動食を選択、提示する 低栄養、褥瘡を有する利用者に適した栄養補助食品や濃厚流動食の中で費用対 効果の適当なものを把握する 咀嚼・嚥下障害を有する利用者に適した栄養補助食品の中で費用対効果の適当 なものを把握する 腎臓病、肝臓病、糖尿病、貧血、尿毒症、胃潰瘍、脂質代謝異常、肥満症、痛 風等を有する利用者に適した栄養補助食品や濃厚流動食の中で費用対効果の適 当なものを把握する 使用している各種栄養補助食品や濃厚流動食の在庫、賞味期限を把握する	0	4	15	27	1
		(0)	(8.5)	(31.9)	(57.4)	(2.1)
		3	12	17	14	1
		(6.4)	(25.5)	(36.2)	(29.8)	(2.1)
		0	5	11	30	1
		(0)	(10.6)	(23.4)	(63.8)	(2.1)
		0	5	18	22	2
		(0)	(10.6)	(38.3)	(46.8)	(4.3)
		5	13	17	12	0
		(10.6)	(27.7)	(36.2)	(25.5)	(0)
5	14	16	12	0		
(10.6)	(29.8)	(34.0)	(25.5)	(0)		
5	14	17	11	0		
(10.6)	(29.8)	(36.2)	(23.4)	(0)		
3	2	12	22	8		
(6.4)	(4.3)	(25.5)	(46.8)	(17.0)		
短期目標、長 期目標の設定	利用者のニーズに合致した短期、長期目標を作成するために個別援助計画書作 成の目的を理解している、又、個別援助計画書の記載項目を把握している 認定調査資料がどのような目的で作成されたかを理解している、又、認定調査 資料の記載項目について理解した上で利用者の達成可能な範囲を選択できる 他職種や家族、本人のニーズを理解し、短期、長期目標を作成する 利用者の身体的な自立に加えて精神面での自立を支援する 利用者の主体性や意向を尊重する 利用者自身が実現しようとする暮らしの様を目標像として、自ら主体的に取り 組めるようサポートする	1	7	19	20	0
		(2.1)	(14.9)	(40.4)	(42.6)	(0)
		5	12	14	16	0
		(10.6)	(25.5)	(29.8)	(34.0)	(0)
		0	1	16	30	0
		(0)	(2.1)	(34.0)	(63.8)	(0)
		0	4	12	28	3
		(0)	(8.5)	(25.5)	(59.6)	(6.4)
		0	0	7	34	6
		(0)	(0)	(14.9)	(72.3)	(12.8)
0	1	7	34	5		
(0)	(2.1)	(14.9)	(72.3)	(10.6)		

表7-2 適切なケアの実施に関する実践力の到達度評価

区分	質問内容	n=47 (%)				
		全くできない	できない	どちらとも えない	い できる	十分できる
治療食の 献立作成	腎臓病、肝臓病、糖尿病、糖尿病、貧血、膵臓病、胃潰瘍、脂質代謝異常、肥満症、痛風等に対する治療食献立を作成する 食思不振の原因を把握し、利用者の摂食状態を考慮した治療食献立を作成する 個別援助計画書上の食事形態を選択するために必要な項目を把握する 他職種や家族、本人のニーズを理解し、治療食の献立を作成する 食事形態のみでなく、味や食べ方などを含めた嗜好を把握する	0 (0)	9 (19.1)	19 (40.4)	17 (36.2)	2 (4.3)
		1 (2.1)	8 (17.0)	16 (34.0)	19 (40.4)	3 (6.4)
		1 (2.1)	6 (12.8)	20 (42.6)	20 (42.6)	0 0.0
		1 (2.1)	3 (6.4)	14 (29.8)	26 (55.3)	3 (6.4)
食事形態 の提供	他職種や家族、本人のニーズを理解し、咀嚼・嚥下能力に合わせた食事形態を提供する 食事形態のみでなく、味や食べ方などを含めた嗜好を把握する	0 (0)	3 (6.4)	14 (29.8)	29 (61.7)	1 (2.1)
		0 (0)	2 (4.3)	10 (21.3)	33 (70.2)	2 (4.3)
		2 (4.3)	7 (14.9)	17 (36.2)	21 (44.7)	0 (0)
		3 (6.4)	5 (10.6)	20 (42.6)	19 (40.4)	0 (0)
適切な 食事介助	利用者の食事に関するADLを把握する 個別援助計画書上の食事介助をするために必要な項目を把握する 上述の基本的な留意点を踏まえた食事介助をする 利用者の食事に関するADLを把握する 個別援助計画書上の食欲や食事動作に関連した項目を把握する 利用者の食べる意欲や食事動作に適した対応をするために、食事に関するADLを把握する 認定調査資料がどのような目的で作成されたか、又、認定調査資料の記載項目についてを理解し、利用者の達成可能な範囲で対応をする 他職種や家族、本人のニーズを理解した上で、利用者の達成可能な範囲を選択する 高齢者のQOLや生きがい、社会参加の観点から総合的に判断し、適切な栄養ケアを行う	1 (2.1)	2 (4.3)	18 (38.3)	25 (53.2)	1 (2.1)
		1 (2.1)	4 (8.5)	20 (42.6)	21 (44.7)	1 (2.1)
		1 (2.1)	2 (4.3)	19 (40.4)	24 (51.1)	1 (2.1)
		3 (6.4)	10 (21.3)	20 (42.6)	13 (27.7)	1 (2.1)
		1 (2.1)	5 (10.6)	21 (44.7)	19 (40.4)	1 (2.1)
		0 (0)	3 (6.4)	15 (31.9)	26 (55.3)	3 (6.4)
		2 (4.3)	7 (14.9)	17 (36.2)	21 (44.7)	0 (0)
		3 (6.4)	5 (10.6)	20 (42.6)	19 (40.4)	0 (0)

表8-1 モニタリング及び評価に関する知識・理解の到達度評価

区分	質問内容	n=47 (%)				
		全く理解していない	理解していない	どちらともいえない	理解している	十分に理解している
適切な記録	SOAPによる記載方法を理解している	0 (0)	2 (4.3)	4 (8.5)	33 (70.2)	8 (17.0)
QOLに関するモニタリング及び評価	長期的な目標を達成するための評価項目を理解している	0 (0)	5 (10.6)	21 (44.7)	20 (42.6)	1 (2.1)
	ケアプランの方針を理解している	0 (0)	2 (4.3)	13 (27.7)	30 (63.8)	2 (4.3)
	QOLに関して他職種や家族、本人のニーズを理解する	0 (0)	0 (0.0)	11 (23.4)	33 (70.2)	3 (6.4)

表8-2 モニタリング及び評価に関する実践力の到達度評価

区分	質問内容	n=47 (%)				
		全くできない	できない	どちらともいえない	できる	十分できる
栄養状態に関するモニタリング及び評価	個別援助計画書作成の目的を理解している、個別援助計画書の記載項目を把握し、他職種へ伝える	3 (6.4)	6 (12.8)	18 (38.3)	19 (40.4)	1 (2.1)
	[A.適切なアセスメント]で必要とされる項目を理解し、モニタリングを行う	0 (0)	2 (4.3)	16 (34.0)	27 (57.4)	2 (4.3)
	[B.個別の栄養ケアプランの作成]で必要とされる項目を理解し、モニタリングを行う	0 (0)	2 (4.3)	20 (42.6)	23 (48.9)	2 (4.3)
栄養状態に関するモニタリング及び評価	[C.栄養ケアの実施]で必要とされる項目を理解し、モニタリングを行う	0 (0)	2 (4.3)	19 (40.4)	24 (51.1)	2 (4.3)
	長期的な目標を把握している	0 (0)	2 (4.3)	8 (17.0)	35 (74.5)	2 (4.3)
	認定調査資料がどのような目的で作成されたか、又、認定調査資料の記載項目についてを理解し、モニタリングを行う	2 (4.3)	9 (19.1)	17 (36.2)	18 (38.3)	1 (2.1)
	他職種や家族、本人のニーズを理解した上で、モニタリングを行う	0 (0)	2 (4.3)	18 (38.3)	25 (53.2)	2 (4.3)
	ケアプランにおける栄養に関する問題点を提起する	1 (2.1)	2 (4.3)	13 (27.7)	30 (63.8)	1 (2.1)
QOLに関するモニタリング及び評価	ケアプランにおける栄養に関する問題点の改善について短期目標と長期目標を提起する	0 (0)	1 (2.1)	15 (31.9)	30 (63.8)	1 (2.1)
	目標達成のための担当職種について提案する	0 (0)	2 (4.3)	18 (38.3)	26 (55.3)	1 (2.1)
	認定調査資料がどのような目的で作成されたか、又、認定調査資料の記載項目についてを理解し、モニタリングと評価を行う	3 (6.4)	6 (12.8)	17 (36.2)	20 (42.6)	1 (2.1)
QOLに関するモニタリング及び評価	本人、家族との面談や他職種との情報共有および直接的な観察を通じ、QOLの観点から利用者の日常生活を把握する	0 (0)	1 (2.1)	15 (31.9)	29 (61.7)	2 (4.3)
	治療や介護に関する専門用語を平易に表現する	1 (2.1)	7 (14.9)	25 (53.2)	13 (27.7)	1 (2.1)

表9-1 治療食並びに形態調整食の提供に関する実践力の到達度評価

区分	質問内容	n=47 (%)				
		全くできない	できない	どちらとも いえない	できる	十分できる
調理従事者に 対する適切な 説明及び業務 の指示	利用者の病状や身体状況とその対応について把握する	0 (0)	1 (2.1)	16 (34.0)	28 (59.6)	2 (4.3)
	利用者の摂食時の問題点とその対応について把握する	0 (0)	0 (0)	19 (40.4)	26 (55.3)	2 (4.3)
	利用者の個別ニーズとその対応について把握する	0 (0)	0 (0)	14 (29.8)	31 (66.0)	2 (4.3)
	主要食品(米、いも、鶏卵、鳥獣肉類、魚介類、野菜等)別に調理方法や調理時の留意点について説明する	0 (0)	7 (14.9)	13 (27.7)	25 (53.2)	2 (4.3)
	主な調理法(切る、破碎、攪拌、和える、茹でる、煮る、炊く、蒸す、焼く、揚げる等)について説明する	0 (0)	4 (8.5)	9 (19.1)	29 (61.7)	5 (10.6)
	主要食品および主な調理法を用いた料理を一通り作成する	1 (2.1)	4 (8.5)	12 (25.5)	28 (59.6)	2 (4.3)
	治療食や形態を調整する食事の調理において特殊な調理器具(ミキサー、フードプロセッサー、スチームオブン等)の用途、方法を説明し、使用する	0 (0)	4 (8.5)	14 (29.8)	27 (57.4)	2 (4.3)
	流動食、分粥食、軟食を試作し、調理方法や調理時の留意点について説明する	0 (0)	9 (19.1)	14 (29.8)	23 (48.9)	1 (2.1)
	腎臓病、肝臓病、糖尿病、胃潰瘍、貧血、膀胱病、脂質代謝異常、肥満症、痛風等に対する治療食を試作し、調理上のコツや留意点を説明する	0 (0)	7 (14.9)	21 (44.7)	17 (36.2)	2 (4.3)
	寒天、ゼラチン、とろみ剤、ゲル化剤を使用してゼリーを試作し、調理上のコツや留意点を説明する	1 (2.1)	9 (19.1)	19 (40.4)	18 (38.3)	0 (0)
	刻み食、ミキサー食を試作し、調理上のコツや留意点を説明する	0 (0)	10 (21.3)	10 (21.3)	26 (55.3)	1 (2.1)
	ムース食を試作し、調理上のコツや留意点を説明する	4 (8.5)	21 (44.7)	17 (36.2)	5 (10.6)	0 (0)
	ソフト食を試作し、調理上のコツや留意点を説明する	3 (6.4)	18 (38.3)	17 (36.2)	9 (19.1)	0 (0)
	施設の調理設備・機械・機器・食器等を把握する	2 (4.3)	16 (34.0)	17 (36.2)	12 (25.5)	0 (0)
	施設の調理設備・機械・機器・食器等を把握する	0 (0)	1 (2.1)	17 (36.2)	27 (57.4)	2 (4.3)
	各調理従事者の調理に関わるキャリアを把握する	1 (2.1)	4 (8.5)	16 (34.0)	24 (51.1)	2 (4.3)
	各調理従事者への聴取から、可能な調理業務の情報を得る	0 (0)	4 (8.5)	19 (40.4)	23 (48.9)	1 (2.1)
各調理従事者の日常業務を観察し、可能な調理業務を把握する	0 (0)	1 (2.1)	21 (44.7)	25 (53.2)	0 (0)	
調理現場の責任者と良好な関係を築き、円滑な業務が行われるよう検討する	0 (0)	1 (2.1)	19 (40.4)	26 (55.3)	1 (2.1)	
調理従事者を適所に配置し、全体的な調理工程表を作成する	0 (0)	4 (8.5)	18 (38.3)	24 (51.1)	1 (2.1)	
調理従事者の技術および専門性を理解している	0 (0)	0 (0)	8 (17.0)	32 (68.1)	7 (14.9)	
嚥下障害食における寒天、ゼラチン、とろみ剤、ゲル化剤の特徴を理解している	0 (0)	8 (17.0)	14 (29.8)	25 (53.2)	0 (0)	

参考文献

- 1) WHO, Food and Nutrition Needs in Emergencies, 2004 <http://www.who.int/topics/nutrition/publications/emergencies/en/>
- 2) 葛谷雅文, 低栄養.新老年学 第3版 大内尉義, 秋山弘子編集, 低栄養, 東京大学出版会, 東京, 2010: 579-90.
- 3) Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001;56.M146-56.
- 4) 吉池信男, 弘津公子, 合田敏尚, 早渕仁美: 大学と介護保険施設との連携による栄養ケアの質の向上と人材育成システムの構築, 厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業報告書, 118-138, 2011.
- 5) 特定非営利活動法人日本栄養改善学会: 「管理栄養士養成課程におけるモデルコアカリキュラム」の提案, 栄養学雑誌, (67), 202-203, 2009.
- 6) 特定非営利活動法人日本栄養改善学会: 「管理栄養士養成課程におけるモデルコアカリキュラム」の提案, <http://www.jade.dti.ne.jp/~kaizen>, 2015
- 7) McClelland, D.C.: Testing for competence rather than for "intelligence", Am. Psychol, (28), 1-14, 1973.
- 8) Spencer, L.M., Spencer, S.M.: Competence at work, models for superior Performance/梅津祐良, 成田攻, 横山哲夫訳, コンピテンシーマネジメントの展開導入・構築・活用, 生産性出版, 東京11-19, 2001.
- 9) Lucia, A. D., Lapsing, R., : The art and science of competency/遠藤 仁訳, 実践コンピテンシーモデル, 日経BP社, 東京, 23-45, 2002.
- 10) 永井成美, 赤松利恵, 長幡友美, 他: 卒前教育レベルの管理栄養士のコンピテンシー測定項目の開発, 栄養学雑誌, (70), 42-58, 2012.
- 11) 赤松利恵, 永井成美, 長幡友美, 他: 管理栄養士に関する基本コンピテンシーの高い学生の特徴, 栄養学雑誌, (70), 110-119, 2012.
- 12) 長幡友美, 吉池信男, 赤松利恵, 他: 管理栄養士養成課程学生の卒業時点におけるコンピテンシー到達度, 栄養学雑誌, (70), 152-161, 2012.
- 13) 野末みほ, 三好美紀, 石川みどり, 他: 青年海外協力隊栄養士の帰国後の就業, 社会活動, コンピテンシー到達度, 及び基本コンピテンシーと関連する因子について, 栄養学雑誌, (71), 213-224, 2013.
- 14) 石川みどり, 阿部絹子, 吉池信男, 他: 行政栄養士に求められる経験年数別コンピテンシー, 日本栄養士雑誌, (58), 726-728, 2015.
- 15) Jacqueline Kindell: Feeding and swallowing disorders in dementia/金子芳洋訳, 認知症と食べる障害, 医歯薬出版, 東京, 95-115, 2005.
- 16) 杉山みち子: 改正介護保険制度と栄養ケア・マネジメントに関する研究, 栄養学雑誌, (65), 55-66, 2007.
- 17) 柏下淳, 藤谷順子, 宇山理沙, 他: 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について, 日本栄養士会雑誌, (56), 833-839, 2013.
- 18) 厚生労働省, 平成27年度介護報酬改定について, 口腔・栄養管理に関わる取り組みの充実, 2015. <http://www.who.int/topics/nutrition/publications/emergencies/en/>
- 19) 障害者福祉研究会(編): ICF国際生活機能分類—国際障害分類改定版, 中央法規出版, 東京, 2008.
- 20) 笠岡(坪山) 宣代, 桑木泰子, 瀧沢あす香, 他: 諸外国における栄養士養成のための臨地・校外実習の現状に関する調査研究, 日本栄養士会雑誌, (54), 556-565, 2011.
- 21) 鈴木道子, 片山一男: 諸外国の栄養専門職養成システムと日本の位置づけ, 栄養学雑誌, (70), 262-273, 2012.
- 22) 曾根あずさ: 栄養士制度検討から見た臨地実習 米国における臨地実習の実際, 日本栄養士会雑誌, (53), 237-239, 2010.
- 23) 斎藤長徳: 栄養士制度検討から見た臨地実習 制度と臨地実習—現状と課題—, 日本栄養士会雑誌, (53), 232-234, 2010.
- 24) 小松達史: 栄養士制度検討から見た臨地実習 管理栄養士養成における臨地実習—わが国の現状は国際基準に近づくことができるか—, 日本栄養士会雑誌, (53), 235-236, 2010.