

栄養士が在宅医療において栄養ケア活動を行う事に関する研修の評価

Evaluating the Effectiveness of a Skills Training Program for
Registered Dietitians Regarding Nutrition Care in In-Home Healthcare Services

江口 昭彦、梅木 陽子、児島百合子、緒方 智宏、
熊川 景子、三隅 幸子、久野 一恵

Akihiko Eguchi, Yoko Umeki, Yuriko Kojima, Tomohiro Ogata, Keiko Kumagawa, Yukiko Misumi, Kazue Kuno

栄養士が在宅医療において栄養ケア活動を行う事に関する研修の評価

江口 昭彦、梅木 陽子、児島百合子、緒方 智宏、
熊川 景子、三隅 幸子、久野 一恵

(西九州大学健康栄養学部健康栄養学科)

(平成27年2月26日受理)

和文要旨

今回、佐賀県栄養士会が実施した管理栄養士のための在宅医療や介護における栄養ケアの研修の効果を検討した。研修プログラムは、講義、臨地実習、On the job training (以下OJT)の部で構成されていた。講義は、在宅医療における栄養ケアに関する内容で、医師、歯科医師、訪問看護師、作業療法士や管理栄養士といった様々な医療職が講師を担当した。臨地実習は県内2病院において、在宅訪問栄養指導に関する臨床における実践的能力を身につけることを目的に行われた。OJTでは、在宅医療や介護従事者(在宅療養支援診療所の医師、歯科医師、訪問看護師)に同行し、対象者に応じた栄養食事指導を行った。研修は、2012年9月から2013年3月にかけて実施され、16名の管理栄養士(26-69歳、男性1名、女性15名)が研修に参加した。研修開始前、講義後、臨地実習後、OJT後に自己評価を実施し、研修による変化を検討した。自己評価は、在宅栄養ケアに関する知識と実践への自信について、15項目の質問と総合評価を自記式質問紙調査により実施した。研修後の総合評価として、在宅医療における栄養ケアについて理解し、実践ができる自信がある者が増加した。しかし、OJT後に知識への自己評価が低くなる項目が認められた。

研修関係者(医師1名、訪問看護師1名、対象者1名、管理栄養士1名)、患者1名、患者家族1名の計6名に対し、約1時間にわたり在宅での栄養ケアと管理栄養士に対する期待についてインタビューを行い、2名の研究者で分析を行った。その結果、在宅医療における栄養ケアは研修関係者から必要だと考えられていたが、管理栄養士は摂食・嚥下困難者に対するケアを含む栄養ケアにおいて経験を積むことを期待されていた。

今後、在宅療養者への栄養ケアの実践をさらに積み重ね、症例検討を含む研修を行っていく必要があることが示された。

キーワード：在宅医療、在宅介護、栄養ケア、管理栄養士、コンピテンシー

1 はじめに

日本では65歳以上の高齢者数が、2025年には3,657万人となり、2042年には3,878万人とピークを迎える予測である¹⁾。そのうち75歳以上高齢者数は、2025年には2000万人を超え、2055年には全人口に占める割合が25%を超える見込みである²⁾。これら高齢者のうち終末期医療に関する調査³⁾では、「自宅で療養して、必要になれば医療機関等を利用したい」、「自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい」、「自宅で最後まで療養したい」と回答した者の割合を合わせると、60%以上の国民が「自宅で療養したい」、また高齢者の健康に関する意識調査（平成24年度内閣府）⁴⁾では、要介護状態になっても、自宅や子供・親族の家での介護を希望する人が5割を超えている。このような状況の中、厚生労働省では、栄養ケアの担い手として、現在医療機関、介護保険施設等に勤務する管理栄養士等の数では、今後の栄養ケアの需要増大に対応できないと考え、在宅での栄養ケアを担う潜在管理栄養士等の人材確保及び関係機関、関係職種等と連携した栄養ケアの体制の整備を始めた⁵⁾。今回、佐賀県栄養士会において厚生労働省の補助金を得て実施した栄養ケア活動支援整備事業の一環として、在宅医療における管理栄養士の活動に関する管理栄養士の研修を行った。

専門職の生涯にわたる研修は、社会の要請に合わせて変化させていく必要があるが、現在の管理栄養士・栄養士についての研修については、卒業前や卒業後に必要なコンピテンシーについて議論が始まったところである^{6,7)}。特定分野については特定保健指導や災害時の活動に関する検討はあるが^{8,9)}、在宅医療における管理栄養士の研修についての検討はこれまでなされていない。

今回、佐賀県栄養士会が実施した研修と、その評価について詳細な解析を行った。この結果は、今後地域における管理栄養士養成施設としての役割を考察する上で重要なものとなると考えられる。

2 方法

2.1 対象者

調査対象者は、佐賀県栄養士会が厚生労働省の補助金を得て実施した栄養ケア活動支援整備事業の研修に参加した管理栄養士16名（26 - 69歳、男性1名、女性15名）と、研修の一環で実施した栄養ケア活動を利用した医療従事者（医師1名、歯科医師1名、訪問看護師1名、配食サービス提供管理栄養士1名）と、患者（1名）とその家族（1名）である。管理栄養士の年齢構成は20歳代2名、30歳代6名、40歳代4名、60歳以上4名であった。本事業の研修に参加した管理栄養士16名の経験職域につ

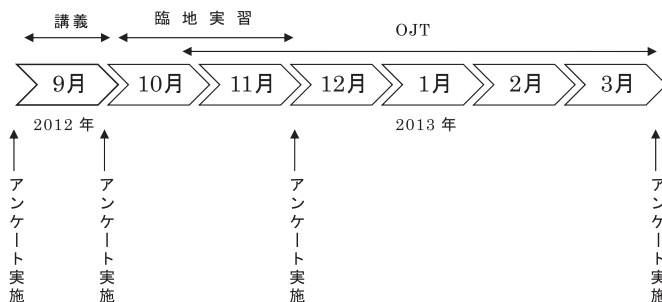


図1 在宅医療・介護における栄養ケア研修のプログラムの流れ

表1 在宅医療・介護における栄養ケア研修のプログラム

実施期間	プログラムの詳細
講義内容	
9月18日	オリエンテーション 在宅医療の最近の動向 医療倫理 在宅医療の実際 訪問栄養指導の実際・報告書の書き方（実習） 訪問看護の実際 緩和ケアにおけるコミュニケーションのとり方
9月19日	フィジカルアセスメント（バイタル・身体計測） 経腸栄養剤 口腔内の問題（嚥下障害・口腔乾燥対策） 緩和ケアと栄養管理 食事介助の理論と実際
9月20日	家庭でできるソフト食（調理実習） 在宅栄養管理 在宅料理指導のコツ 佐賀県栄養士会作成 接遇マニュアルについて
臨地実習内容	
10月16日～ 11月29日	高齢者の食事介助 口腔ケア 食事介助の実際 嚥下食調理実習 訪問栄養指導への同行
OJTの内容	
10月～3月	在宅訪問診療同行 在宅歯科診療同行 宅配サービス配食同行 緩和ケア病棟実習 訪問看護ステーションからの栄養食事指導依頼の実施 開業医からの栄養食事指導依頼の実施

佐賀県栄養ケア・ステーション活動による在宅看護・介護における食事宅配と合わせた栄養食事支援事業報告書より引用

いては医療経験者13名、福祉経験者3名、その他3名であった。なお、この研修会の参加者は、タウン誌や新聞への広告掲載、佐賀県栄養士会会員への電話でのアプローチ、チラシの配布、佐賀県栄養士会や管理栄養士養成施設同窓会ホームページへの掲載により募集した。

2.2 調査方法

研修会の参加者である管理栄養士には、研修の教育効果を測るためにアンケート調査およびインタビューを

行った。

2.3 研修プログラム

研修は、講義、臨地実習および On the Job Training (以下 OJT) の 3 種類を実施した。全体的な研修の流れを図 1 に、講義の研修内容は表 1 に示す。講義は、在宅医療に関する内容を中心に、2012年9月18日から9月20日の3日間行った。臨地実習は2012年10月16日から11月29日のうちの2日間、佐賀県内の2病院で、高齢者の食事介助や口腔ケア、調理実習などを行った。OJT として、研修を受ける管理栄養士は、訪問診療を行う医師や歯科医師、訪問看護を行う看護師に同行し見学を行った。OJT の実施期間は、2012年11月から2013年3月であった。

2.4 調査内容

2.4.1 管理栄養士自身による栄養ケアに対する自己評価

研修の教育効果を測るための自己評価としてアンケート調査を実施した。

調査時期は、それぞれの教育効果を図るために研修開始前、講義研修後、実習後、OJT 後の計4回とした。アンケート調査は、無記名自記式質問調査法で行い、同一人の結果を追跡するためにIDで管理し、二重封筒方式により匿名化をはかった。

アンケートの項目は、杉山らの報告を参考に¹⁰⁾、本研修の最終ゴールである「在宅医療における栄養ケアが実施できる」に到達するための目標項目を15項目設定した。設定した15項目に対して、理解できたかどうかの理解度と、実際に実践できるかどうかの自信度の2つの観点について「よくできる(4点)」から「できない(1点)」の4段階で回答を求め、点数化した。研修に参加したもののうち、すべてに回答を得られた10名を解析対象とした。解析は、JMP11(SAS Institute)を使用した。統計手法は、一元配置分散分析を行い、有意差を認めた場合、Tukey-Kramer の HSD 検定を行った。

2.4.2 管理栄養士による栄養ケアに対する自己評価

本研修に参加した管理栄養士に対し、インタビューへの参加の同意が得られたもの13名を6~7名の2グループに分け3月13日、14日に約1時間程度フォーカスグループインタビューを実施した。インタビューに際し、対象者に録音・記録することを説明し、書面にて同意を得たうえで行った。調査項目は(1)在宅栄養ケアに同行した感想、(2)在宅訪問診療に同行して課題と感じたこと、の2点を中心に実施した。インタビューの記録をもとに逐語録を作成し、分析担当者2名で在宅ケアの感想と課題について分類し、さらに在宅ケアの感想については臨地訓練を通して(管理栄養士や医療職者の様子

を観察して)他職種との関わり、対象者との関わり、栄養ケアに対する悩みのカテゴリーに分けて整理した。また、在宅栄養ケアに同行して課題と感じたことについては知識・スキル、栄養ケアの問題点、栄養ケアのニーズのカテゴリーに分けて整理した。

2.4.3 管理栄養士による栄養ケアに対する他者評価

他者評価は、研修にかかわった医師、歯科医師、訪問看護師、患者、患者の家族に対し、OJT 終了後に個別に訪問して約1時間程度のインタビューを実施、その結果を解析することにより行った。インタビューの形式は、半構造化インタビューを行った。インタビューに際し、対象者に録音・記録することを説明し、書面にて同意を得たうえで行った。調査項目として(1)在宅訪問診療に管理栄養士が同行したことの意義、(2)管理栄養士の動向で課題と感ずること、(3)管理栄養士に期待すること、を中心に実施した。インタビューの記録をもとに逐語録を作成し、分析担当者2名で、訪問栄養指導の意義、課題、期待の3点に大きく分類し、それぞれを栄養管理、情報の共有、連携、知識・スキルのカテゴリーに分けて整理した。

2.5 倫理的配慮

本調査の対象者には、事前に調査の主旨、個人情報の保護等を明記した同意書を担当者から説明・配布し、署名による同意を得た。本研究は、西九州大学倫理委員会の承認を得て実施した(西九州大学倫理委員会 H24 - 7、H24 - 8)。

3 結果

3.1 管理栄養士自身による栄養ケアに対する自己評価

3.1.1 栄養ケア活動支援整備事業における研修の目標項目とゴールに対する自己評価

栄養ケア活動支援整備事業における研修の目標項目15項目と最終ゴールである「在宅医療における栄養ケアが実施できる」に対する自己評価結果を表2に示した。理解度をよくできるを4点、できるを3点、あまりできないを2点、できないを1点と配点し、研修前から実践後の解答が全て揃う10名(回収率62.5%)の自己評価得点の平均値と標準偏差を示した。解析は、一元配置分散分析を Tukey の検定により行った。一元配置分散分析の結果、目標5「食事介助の理論が説明でき、指導が実践できる」、目標7「低栄養状態やその把握方法(栄養スクリーニング)について説明でき、実施できる」を除く目標において、研修前、講義後、臨地実習後、OJT 後のいずれかの時点間で理解度に有意差があると検定された。さらに、どの時点間同士に有意差があるかを調べるため

にHSD検定を行った結果、表中に示す研修前と各時点間において有意差が認められた。

目標に対する理解度は、研修前の評価において平均点が「できる」の3点以上の項目は講義後も無かった。しかし、講義後の評価では、全項目において講義によって理解度が高まっており、「在宅医療について説明ができる」の研修前と講義後、研修前と臨地実習後及び研修前とOJT後において $p < 0.01$ の有意差（研修前 - 講義後の差1.0、95%下側信頼限界0.3 - 95%上側信頼限界1.7、研修前 - 臨地実習後、0.9、0.2 - 1.6、研修前 - OJT後、1.0、0.3 - 1.7）が見られた。「患者本人や家族の『食べる』に対する意志、嗜好、習慣を尊重することの大切さを説明できる」の研修前と臨地実習後において $p < 0.05$ の有意差（0.8、0.1 - 1.5）が見られた。「在宅医療における栄養ケア・マネジメントの意義と概要を説明できる」の研修前とOJT後において $p < 0.05$ の有意差

（1.0、0.2 - 1.8）が見られた。「在宅医療における、患者との関わりについて、説明ができ実践できる」の研修前と臨地実習後（0.9、0.1 - 1.7）及び研修前とOJT後（0.9、0.1 - 1.7）、「医療倫理について説明できる」の研修前と講義後（1.1、0.2 - 2.0）において $p < 0.05$ の有意差が見られた。「フィジカルアセスメントについて説明でき、実施できる」の研修前と臨地実習後（0.8、0.0 - 1.6）、研修前とOJT後（0.9、0.1 - 1.7）において $p < 0.05$ の有意差が見られ、更に研修前と講義後（1.3、0.5 - 2.1）において $p < 0.01$ の有意差が見られた。「経腸栄養法についての概要を説明でき、ケア計画が作成できる」の研修前とOJT後（1.1、0.2 - 2.0）において $p < 0.05$ の有意差が見られた。「『口から食べる』（経口栄養法）の意義について説明できる」の研修前と臨地実習後（0.8、0.1 - 1.6）及び研修前とOJT後（0.9、0.2 - 1.7）において $p < 0.05$ の有意差が見られ

表2 栄養ケア活動支援整備事業における研修の目標項目とゴールに対する自己評価

目 標 項 目	理 解 度				実 践 度			
	研修前	講義後	臨地実習後	OJT後	研修前	講義後	臨地実習後	OJT後
1 在宅医療について説明できる	2.1±0.7	3.1±0.6 *	3.0±0.5 *	3.1±0.6 *				
2 患者本人や家族の「食べる」に対する意思、嗜好、習慣を尊重することの大切さを説明できる	2.7±0.5	3.3±0.5	3.5±0.5 **	3.3±0.7				
3 在宅医療における栄養ケア・マネジメントの意義と概要を説明できる	1.9±0.9	2.7±0.7	2.6±0.5	2.9±0.6 **				
4 在宅医療における、患者とのかかわりについて、説明でき実践できる	2.1±0.7	2.7±0.7	3.0±0.5 **	3.0±0.7 **	1.7±0.8	2.4±0.5	2.5±0.7	2.8±0.8 *
5 食事介助の理論が説明でき、指導が実践できる	2.1±1.0	2.7±0.7	2.8±0.4	2.8±0.6	1.6±0.7	2.5±0.5 **	2.4±0.7	2.7±0.8 *
6 医療倫理について説明できる	1.8±0.6	2.9±0.7 **	2.5±1.0	2.6±0.7				
7 低栄養状態やその把握方法（栄養スクリーニング）について説明でき、実施できる	2.0±1.1	2.8±0.6	2.8±0.4	2.8±0.4	1.7±0.8	2.8±0.4 *	2.5±0.7	2.5±0.7
8 フィジカルアセスメントについて説明でき、実施できる	1.5±0.7	2.8±0.8 *	2.3±0.5 **	2.4±0.5 **	1.6±0.8	2.6±0.5 *	2.2±0.6	2.4±0.5 **
9 経腸栄養法についての概要を説明でき、ケア計画が作成できる	1.5±0.7	2.4±0.8	2.1±0.7	2.6±0.7 **	1.5±0.8	2.3±0.5	2.0±0.8	2.3±0.7
10 「口から食べる」(経口栄養法)の意義について説明できる	2.5±0.7	3.1±0.6	3.3±0.5 **	3.4±0.7 **				
11 患者の栄養ケアに活用できる病者用食品（総合栄養食品）、嚥下困難者用食品等について説明でき、ケア計画に反映できる	1.9±0.9	2.6±0.7	2.6±0.5	3.1±0.6 *	1.6±0.8	2.2±0.4	2.4±0.7	2.8±0.6 *
12 口腔内の状況についての情報を把握でき、ケア計画に反映できる	1.8±0.8	2.6±0.7 **	2.9±0.6 *	2.5±0.5	1.4±0.7	2.4±0.5 *	2.6±0.7 *	2.6±0.7 *
13 ソフト食について説明でき、調理指導ができる	2.1±0.7	2.4±0.7	2.8±0.4 *	3.3±0.5 *	1.8±0.8	2.4±0.7	2.6±0.7	3.0±0.5 *
14 エンド・オブ・ライフにある患者に対しては、低栄養状態の改善よりもチームで最後まで少しでも食べることを支援することの大切さを説明でき、計画に反映できる	2.1±1.0	2.9±0.6	2.9±0.6	3.2±0.8 **	1.9±0.9	2.7±0.5	2.7±0.8	2.9±0.7 **
15 在宅ケアチームの一員として、他の専門職に食べることを支援や栄養ケアに有益な情報や助言を提供できる	1.8±0.6	2.8±0.6 **	2.7±0.5 **	3.2±0.6 **	1.7±0.7	2.5±0.5 **	2.6±0.5 *	2.9±0.6 *
ゴール：在宅医療における栄養ケアが実施できる	1.5±0.7	2.4±0.5 **	2.6±0.5 **	2.8±0.6 **	1.4±0.5	2.3±0.5 *	2.5±0.5 *	2.9±0.6 *

よくできる：4点、できる：3点、あまりできない：2点、できない：1点

研修前～実践後の解答が全て揃う10名の自己評価得点の平均値と標準偏差

研修前に対して有意差あり：*： $p < 0.05$ 、**： $p < 0.01$ 、一元配置分散分析・Tukeyの検定

た。「患者の栄養ケアに活用できる病者用食品（総合栄養食品）嚥下困難者用食品等について説明でき、ケア計画に反映できる」の研修前とOJT後（12、04-2.0）において $p < 0.01$ の有意差が見られた。「口腔内の状況についての情報を把握でき、ケア計画に反映できる」の研修前と講義後（08、0.0-1.6）において $p < 0.05$ の有意差が見られ、更に研修前と臨地実習後（1.1、0.3-1.9）において $p < 0.01$ の有意差が見られた。

「ソフト食について説明でき、調理指導ができる」の研修前と臨地実習後（09、0.2-1.6）研修前とOJT後（12、0.5-1.9）において $p < 0.01$ の有意差が見られた。「エンド・オブ・ライフにある患者に対しては、低栄養状態の改善よりもチームで最後まで少しでも食べることを支援することの大切さを説明でき、計画に反映できる」の研修前とOJT後（1.1、0.2-2.0）において $p < 0.05$ の有意差が見られた。「在宅ケアチームの一員として、他の専門職に食べることの支援や栄養ケアに有益な情報や助言を提供できる」の研修前と講義後（1.0、0.3-1.7）研修前と臨地実習後（09、0.2-1.6）及び研修前とOJT後（1.4、0.7-2.1）において $p < 0.05$ の有意差が見られた。最後にゴールである「在宅医療における栄養ケアが実施できる」の研修前と講義後（09、0.2-1.6）研修前と臨地実習後（1.1、0.4-1.8）及び研修前とOJT後（1.3、0.6-2.0）において $p < 0.05$ の有意差が見られた。

また、理解度の平均が3点以上、つまり「できる」以上であった項目は、研修前に比較的评价点の良かった「患者本人や家族の『食べること』に対する意志、嗜好、習慣を尊重することの大切さを説明できる」、「口から食べること」（経口栄養法）の意義について説明できる」の2項目に加え、「患者本人や家族の『食べること』に対する意志、嗜好、習慣を尊重することの大切さを説明できる」の3項目となった。臨地実習後に平均が3点以上になったのは、「在宅医療における、患者とのかかわりについて、説明でき実践できる」の1項目が加わり4項目となった。OJT後は、平均3点以上の項目として「患者の栄養ケアに活用できる病者用食品（総合栄養食品）嚥下困難者用食品等について説明でき、ケア計画に反映できる」、「ソフト食について説明でき、調理指導ができる」、「エンド・オブ・ライフにある患者に対しては、低栄養状態の改善よりもチームで最後まで少しでも食べることを支援することの大切さを説明でき、計画に反映できる」、「在宅ケアチームの一員として、他の専門職に食べることの支援や栄養ケアに有益な情報や助言を提供できる」の4項目が加わり合計8項目において出来ると答えていた。

最終的な理解度「ゴール：在宅医療における栄養ケアが実施できる」は、研修前の 1.5 ± 0.7 からOJT後の2.8

± 0.6 へと上がっていた。

実践度では、15項目中10項目について回答を求めた。解析は、理解度と同様に行い、一元配置分散分析の結果、目標9「経腸栄養法についての概要を説明でき、ケア計画が作成できる」を除く全ての目標において、研修前、講義後、臨地実習後、OJT後のいずれかの時点間で有意差があると検定され、HSD検定を行った結果、研修前と各時点間においてのみ有意差が認められる目標項目があった。実践度も理解度と同様に講義後に全項目において評価点は高まったが、理解度のように3点以上を示す項目は講義後でも無かった。しかし、「在宅医療における、患者とのかかわりについて、説明でき実践できる」の研修前とOJT後（1.1、0.2-2.0）において $p < 0.01$ の有意差が見られた。「食事介助の理論が説明でき、指導が実践できる」の研修前と講義後（09、0.1-1.7）において $p < 0.05$ の有意差が見られ、更に研修前とOJT後（1.1、0.3-1.9）において $p < 0.01$ の有意差が見られた。「低栄養状態やその把握方法（栄養スクリーニング）について説明でき、実施できる」の研修前と講義後（1.1、0.3-1.9）において $p < 0.01$ の有意差が見られた。

「フィジカルアセスメントについて説明でき、実施できる」の研修前と講義後（1.0、0.2-1.8）において $p < 0.01$ の有意差が見られ、更に研修前とOJT後（0.8、0.0-1.6）において $p < 0.05$ の有意差が見られた。「患者の栄養ケアに活用できる病者用食品（総合栄養食品）嚥下困難者用食品等について説明でき、ケア計画に反映できる」の研修前とOJT後（12、04-2.0）において $p < 0.01$ の有意差が見られた。「口腔内の状況についての情報を把握でき、ケア計画に反映できる」の研修前と講義後（1.0、0.2-1.8）研修前と臨地実習後（12、04-2.0）研修前とOJT後（12、04-2.0）において $p < 0.05$ の有意差が見られた。「ソフト食について説明でき、調理指導ができる」の研修前とOJT後（12、04-2.0）において $p < 0.01$ の有意差が見られた。「エンド・オブ・ライフにある患者に対しては、低栄養状態の改善よりもチームで最後まで少しでも食べることを支援することの大切さを説明でき、計画に反映できる」の研修前とOJT後（1.0、0.1-1.9）において $p < 0.05$ の有意差が見られた。「在宅ケアチームの一員として、他の専門職に食べることの支援や栄養ケアに有益な情報や助言を提供できる」の研修前と講義後（08、0.1-1.5）において $p < 0.05$ の有意差が見られ、更に研修前と臨地実習後（09、0.2-1.6）及び研修前とOJT後（12、0.5-1.9）において $p < 0.01$ の有意差が見られた。最後にゴールである「在宅医療における栄養ケアが実施できる」の研修前と講義後（09、0.3-1.5）研修前と臨地実習後（1.1、0.5-1.7）及び研修前とOJT後（1.5、0.9-2.1）

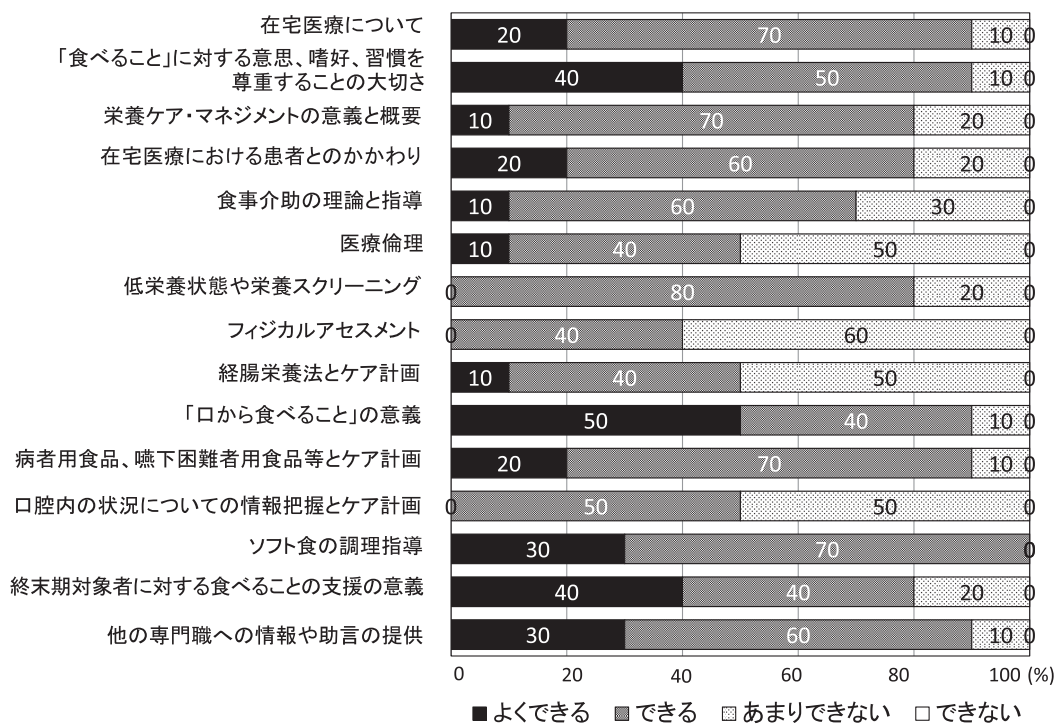


図2 OJT（実践）後の理解度
全期間において全質問の回答が揃うもの10名の結果

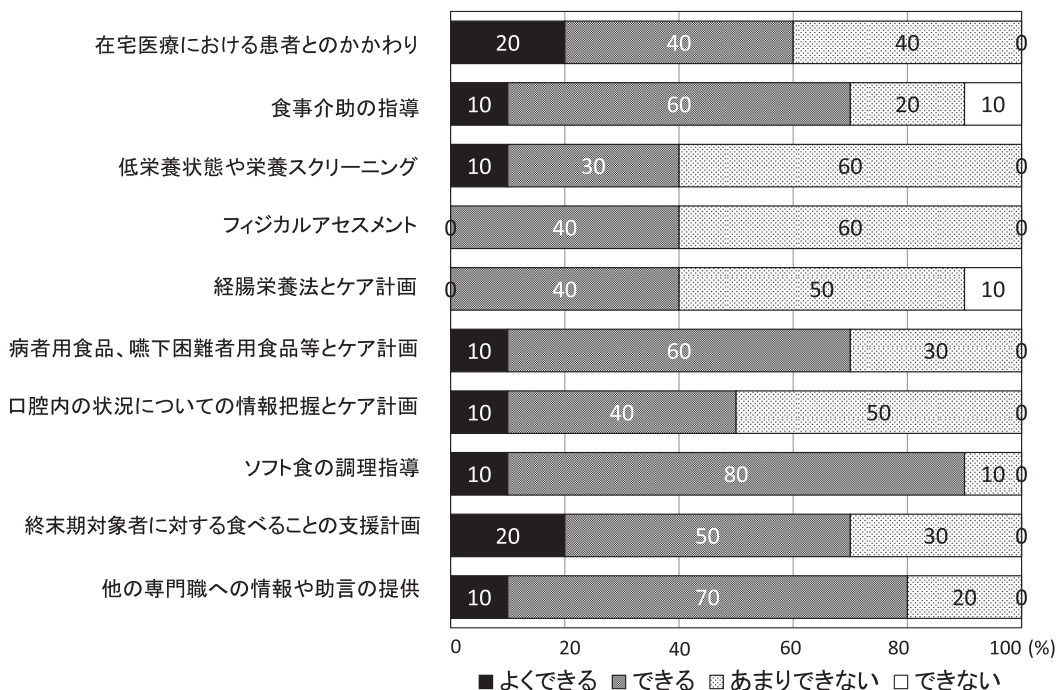


図3 OJT（実践）後の実践度
全期間において全質問の回答が揃うもの10名の結果

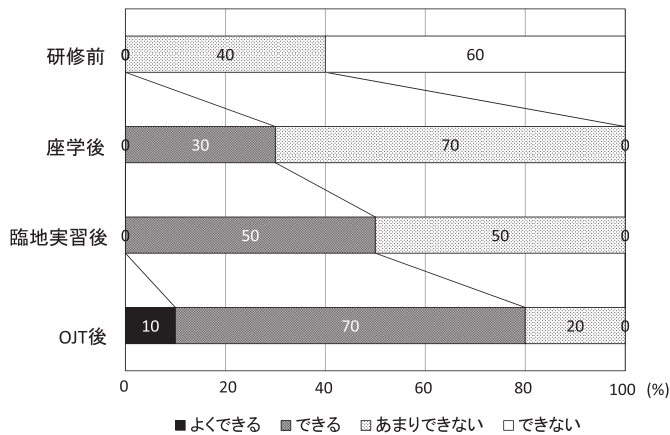


図4 「在宅医療における栄養ケアが実施できる」に対する自己評価
全期間において全質問の回答が揃うもの10名の結果

において $p < 0.01$ の有意差が見られた。

また、実践度の臨地実習後は、「在宅医療における、患者とのかかわりについて、説明でき実践できる」、「患者の栄養ケアに活用できる病者用食品(総合栄養食品)、嚥下困難者用食品等について説明でき、ケア計画に反映できる」、「口腔内の状況についての情報を把握でき、ケア計画に反映できる」、「ソフト食について説明でき、調理指導ができる」、「在宅ケアチームの一員として、他の専門職に食べることの支援や栄養ケアに有益な情報や助言を提供できる」の5項目においてわずかに評価点が上がっていた。しかし、「食事介助の理論が説明でき、指導が実践できる」、「低栄養状態やその把握方法(栄養スクリーニング)について説明でき、実施できる」、「フィジカルアセスメントについて説明でき、実施できる」、「経腸栄養法についての概要を説明でき、ケア計画が作成できる」の4項目においては評価点が下がっていた。また、評価点が変わらなかった項目として「エンド・オブ・ライフにある患者に対しては、低栄養状態の改善よりもチームで最後まで少しでも食べることを支援することの大切さを説明でき、計画に反映できる」の1項目があげられた。

OJT後では、臨地実習後に比べ全項目において評価が高くなっていた。しかし、理解度に比べて全体的に低めの評価で、最終的に平均点が3点以上となったのは、「ソフト食について説明でき、調理指導ができる」の1項目のみであった。

最終的な実践度「ゴール：在宅医療における栄養ケアが実施できる」は、研修前の 1.4 ± 0.5 から OJT 後の 2.9 ± 0.6 へと上がっていた。

3.1.2 OJT(実践)後の理解度の分布

OJT(実践)後の理解度の分布を図2に示した。OJT(実践)後の理解度は、15項目中「在宅医療について」、

表3 在宅訪問診療に同行した管理栄養士の感想

フォーカスグループインタビューによる管理栄養士の栄養ケアに対する自己評価

臨地実習を通して(管理栄養士や医療職者の様子を観察して)

- ・栄養・健康状態の把握は、管理栄養士が同行することにより明らかになる
- ・嚥下障害の方と実際に接して食べることの大切さ
- ・医師と患者様の信頼関係の上で訪問看護が成り立っていること
- ・短時間での情報整理が要求され、判断力と行動が不可欠

他職種との関わり

- ・ケアマネージャーとの連携による介護状況の連携なども知る必要がある
- ・福祉サービスの支援会議などにも参加し、栄養以外の問題点も把握しておくこと
- ・緩和ケアでは、医師、看護師の経腸、語りかけの仕方が参考になった
- ・医師や他職種の栄養ケアに関する認知度が低いため、今後も積極的な情報発信が必要である

対象者との関わり

- ・重篤な方、精神疾患や認知症の方に対する支援に慣れて行くことが必要
- ・まず指導よりも信頼関係を築き、対象者に応じた回数や時間の設定が必要である
- ・栄養ケア中の事故やトラブルを避ける意味で、他職種と一緒に訪問することが良いと思われた

栄養ケアに対する悩み

- ・栄養ケアを拒否される方に対するアプローチの仕方が分からなかった
- ・緩和ケアで患者様の体調に応じた対処の仕方が分からず戸惑った
- ・訪問前の対象者の事前把握が不十分であったため対処に困った
- ・対象者の方は、食物や調理作業の提供を喜んでくれる方が多かった

「『食べること』に対する意思、嗜好、習慣を尊重することの大切さ」、「栄養ケア・マネジメントの意義と概要」、「在宅医療における患者とのかかわり」、「低栄養状態や栄養スクリーニング」、「『口から食べること』の意義」、「病者用食品、嚥下困難者用食品等とケア計画」、「ソフト食の調理指導」、「終末期対象者に対する食べることの支援の意義」、「他の専門職への情報や助言の提供」の10項目について、80%以上の方が「よくできる」、「できる」と答えており、理解度が高く維持できていた。一方、「医療倫理」、「フィジカルアセスメント」、「経腸栄養法とケア計画」、「口腔内の状況についての情報把握とケア計画」の4項目において50%以上の方が「あまりできない」と答えており、理解度が低いことが分かった。

3.1.3 OJT(実践)後の実践度の分布

OJT(実践)後の実践度の分布を図3に示した。OJT(実践)後の実践度は、10項目中80%以上の方が「よくできる」、「できる」と答えた項目は、「ソフト食の調理指導」と「他職種への情報の提供」の2項目のみであった。一方、「低栄養状態や栄養スクリーニング」、「フィジカルアセスメント」、「経腸栄養法とケア計画」、「口腔内の状況についての情報把握とケア計画」の4項目において50%以上の者が「あまりできない」と答えており、特に

表4 管理栄養士が在宅訪問診療に同行して課題と感じたこと
フォーカスグループインタビューによる管理栄養士の栄養ケアに対する自己評価

知識・スキル
<ul style="list-style-type: none"> 在宅ケアに関するシステム、血液検査のデーターと病気のつながり、食事形態（ゲル化剤の選択）、経腸栄養剤、口腔ケア等の幅広い知識を十分に身につけておくこと 重篤な患者様や障害のある方の対応について学ぶこと 対象者とのコミュニケーションスキル
栄養ケアの問題点
<ul style="list-style-type: none"> 対象者が高齢である場合や老々介護の場合食事作りができないこともあり、お弁当の宅配などの利用も指導する必要がある 医療保険、介護保険で可能なケアの範囲を超えた支援が必要な場面もあるため、制度を上手く利用した活動を増やす 宅老所の調理担当者やヘルパーさんへの情報提供を月に1度程度でも指導出来ると良いと思う 対象者自身や家族に在宅での栄養指導に抵抗を感じる対象者もいる
栄養ケアのニーズ
<ul style="list-style-type: none"> 老々介護で、面倒を見ている方のための食事指導、援助、支援等 在宅ケアに関わる関連諸機関への広報、宣伝などによる働きかけ 在宅ケア従事者（医師・歯科医師・看護師）と連携した、食事摂取状況の改善、栄養・健康状態の維持 医師からの要望として、食事が摂れなくなった人、がん末期、在宅で動けない方を対象とした栄養ケア

表5 在宅訪問診療に管理栄養士が同行したことの意義
半構造化インタビューによる研修にかかわった医師、歯科医師、訪問看護師、患者、患者家族からの他者評価

栄養管理
医師
<ul style="list-style-type: none"> ニーズの掘り起しによる問題の明確化ができた 具体的な栄養補給法、食事を通じた会話による心理面への良い影響が与えられた
看護師
<ul style="list-style-type: none"> アセスメントデーターの改善が見られた 食事提供をするご家族の役に立った
患者
<ul style="list-style-type: none"> 身体状況・心理面の改善、達成感と満足感の提供がなされた
家族
<ul style="list-style-type: none"> 生活現場での状況確認と具体的な指導により悩みが解消した
情報の共有
医師
<ul style="list-style-type: none"> 他職種への栄養士業務や役割の理解がすすんだ 他職種への情報発信による窓口が明確になった 情報共有の充実につながった
連携
医師
<ul style="list-style-type: none"> 他職種への情報提供が有益であった 在宅医療、介護サービスの流れを理解した上で、在宅医療の現場を理解し情報をつなぐことが出来た（症例検討会への参加なども含む）
知識・スキル
医師
<ul style="list-style-type: none"> 調理法、補助食品の情報伝達ができた 栄養学の最新情報を知ることができた

「経腸栄養法とケア計画」においては、「できない」と答えた人もおり、実践度が低いことが分かった。

3.1.4 「在宅医療における栄養ケアが実施できる」に対する自己評価の分布

「在宅医療における栄養ケアが実施できる」に対する自己評価の分布を図4に示した。

研修前には、「よくできる」、「できる」と回答した人はいなかったが、講義後には「できる」と回答した人が30%に増え、臨地実習後では「できる」と回答した人が50%に増えた。

さらにOJT後では「よくできる」が10%、「できる」が70%と合計80%の人が在宅医療における栄養ケアが実施できると自己評価をしていた。

3.2 管理栄養士へのフォーカスグループインタビュー

3.2.1 在宅訪問診療に同行した管理栄養士の感想

在宅訪問診療に同行した管理栄養士の感想を表3に示した。臨地訓練を通して（管理栄養士や医療職者の様子を観察して）では、「栄養・健康状態の把握は、管理栄養士が同行することにより明らかになる」、「嚥下障害の方と実際に接して食べることの大切さ」、「医師と患者様の信頼関係の上で訪問看護が成り立っていること」、「短時間での情報整理が要求され、判断力と行動が不可欠」があげられた。

他職種との関わりでは、「ケアマネジャーとの連携に

よる介護状況の連携なども知る必要がある」、「福祉サービスの支援会議などにも参加し、栄養以外の問題点も把握しておくこと」、「緩和ケアでは、医師、看護師の経腸、語りかけの仕方が参考になった」、「医師や他職種の栄養ケアに関する認知度が低いいため、今後も積極的な情報発信が必要である」があげられた。

対象者との関わりでは、「重篤な方、精神疾患や認知症の方に対する支援に慣れて行くことが必要」、「まず指導よりも信頼関係を築き、対象者に応じた回数や時間の設定が必要である」、「栄養ケア中の事故やトラブルを避ける意味で、他職種と一緒に訪問することが良いと思われた」があげられた。

栄養ケアに関する悩みでは、「栄養ケアを拒否される方に対するアプローチの仕方が分からなかった」、「緩和ケアで患者様の体調に応じた対処の仕方が分からず戸惑った」、「訪問前の対象者の事前把握が不十分であったため対処に困った」、「対象者の方は、食物や調理作業の提供を喜んでいる方が多かった」があげられた。

3.2.2 管理栄養士が在宅訪問診療に同行して課題と感じたこと

今回の研修で管理栄養士が在宅訪問診療に管理栄養士が同行して課題と感じたことを表4に示した。知識・ス

表6 管理栄養士の同行で問題と感ずること

半構造化インタビューによる研修にかかわった医師、歯科医師、訪問看護師、患者、患者家族からの他者評価

栄養管理
医師
<ul style="list-style-type: none"> ・基礎疾患がある場合への低栄養の対応 ・担当栄養士のキャリアの差による知識格差の是正
歯科医師
<ul style="list-style-type: none"> ・栄養ケア対応に対する戸惑い
情報の共有
医師
<ul style="list-style-type: none"> ・他職種への栄養士業務、役割の理解をすすめる ・窓口の明確化、情報管理共有のためのハード面（ICT）の充実 ・他職種への情報の発信
連携
歯科医師
<ul style="list-style-type: none"> ・主体的に考え在宅医療に関わって欲しい
知識・スキル
医師
<ul style="list-style-type: none"> ・在宅対象者の病態、身体機能に合わせたQOL向上のための調理の提案、栄養士の知識・スキルの向上と質のコントロールが不十分 ・在宅医療対象者の病態を知り、病名から病態が推測できる知識が不十分
歯科医師
<ul style="list-style-type: none"> ・重篤な患者は栄養ケアを拒否されることもあることを知っておく必要がある
看護師
<ul style="list-style-type: none"> ・食欲不振、嚥下が悪い方、化学療法中の方への指導

キルでは、「在宅ケアに関するシステム、血液検査のデータと病気のつながり、食事形態（ゲル化剤の選択）、経腸栄養剤、口腔ケア等の幅広い知識を十分に身につけておくこと」、「重篤な患者様や障害のある方の対応について学ぶこと」、「対象者とのコミュニケーションスキル」があげられた。栄養ケアの問題点では、「対象者が高齢である場合や老々介護の場合食事作りができないこともあり、お弁当の宅配などの利用も指導する必要がある」、「医療保険、介護保険で可能なケアの範囲を超えた支援が必要な場面もあるため、制度を上手く利用した活動を増やす」、「在宅所の調理担当者やヘルパーさんへの情報提供を月に1度程度でも指導出来ると良いと思う」、「対象者自身や家族に在宅での栄養指導に抵抗を感じる対象者もいる」があげられた。栄養ケアのニーズでは、「老々介護で、面倒を見ている方のための食事指導、援助、支援等」、「在宅ケアに関わる関連諸機関への広報、宣伝などによる働きかけ」、「在宅ケア従事者（医師・歯科医師・看護師）と連携した、食事摂取状況の改善、栄養・健康状態の維持」、「医師からの要望として、食事が摂れなくなった人、がん末期、在宅で動けない方を対象とした栄養ケア」があげられた。

以上のことが、今回の在宅訪問診療に同行して課題と感ずたこととしてあげられた。

表7 管理栄養士に期待すること

半構造化インタビューによる研修にかかわった医師、歯科医師、訪問看護師、患者、患者家族からの他者評価

栄養管理
医師
<ul style="list-style-type: none"> ・調理困難者への対応 ・退院後の栄養管理と栄養指導およびケアプランへの反映
歯科医師
<ul style="list-style-type: none"> ・摂食・嚥下機能に応じた食事形態の知識やスキル、事例の蓄積
情報の共有
医師
<ul style="list-style-type: none"> ・他職種との情報の共有
連携
医師
<ul style="list-style-type: none"> ・ケースカンファレンスへの参加 ・介護支援員やヘルパーとの連携
看護師
<ul style="list-style-type: none"> ・自分の嗜好に合ったものを自分や家族が用意できるようなアドバイス
歯科医師
<ul style="list-style-type: none"> ・対象者に合った食事形態、家族のスキルに応じた調理法、経済状態への配慮
知識・スキル
医師
<ul style="list-style-type: none"> ・基本的な（基礎疾患・慢性疾患）疾患に対する栄養管理ができる ・在宅栄養管理の成果を示す
看護師
<ul style="list-style-type: none"> ・自分の嗜好に合ったものを自分や家族が用意できるようなアドバイス

3.3 管理栄養士による栄養ケアに対するインタビューによる他者評価

3.3.1 在宅訪問診療に管理栄養士が同行したことの意義

在宅訪問診療に管理栄養士が同行したことの意義を表5に示した。栄養管理において、「医師からはニーズの掘り起しによる問題の明確化ができた」、「具体的な栄養補給法、食事を通じた会話による心理面への影響が与えられた」、看護師からは、「アセスメントデータの改善が見られた」、「食事提供をするご家族の役に立った」、患者様からは、「身体状況・心理面の改善、達成感と満足感の提供がなされた」、ご家族からは「生活現場で状況確認と具体的な指導による悩みが解消した」があげられた。情報の共有では、医師から「他職種への栄養士業務や役割の理解がすすんだ」、「他職種への情報発信による窓口の明確になった」、「情報共有の充実につながった」があげられた。連携については、医師から「他職種への情報提供が有益であった」、「在宅医療、介護サービスの流れを理解した上で、在宅医療の現場を理解し情報をつなぐことが出来た（症例検討会への参加なども含む）」があげられた。技術・スキルについては、「調理法、補助食品の情報伝達が出来た」、「栄養学の最新情報を知ることができた」などがあげられた。

以上のことが、今回の訪問指導の意義としてあげられ

た。

4 考 察

3.3.2 管理栄養士の同行で問題と感ずること

管理栄養士の動向で問題と感ずることを表6に示した。栄養管理において、医師からは、「基礎疾患がある場合への低栄養の対応」、「担当栄養士のキャリアの差による知識格差の是正」、歯科医師からは、「初めて現場で見る対象者に対して栄養ケアの対応をどのようにしたらよいかの戸惑いが見られた」があげられた。情報の共有では、医師から「他職種への栄養士業務、役割の理解をすすめる」、「窓口の明確化、情報管理共有のためのハード面（ICT）の充実」、「他職種への情報の発信」等があげられた。連携については、歯科医師から「主体的に考え在宅医療に関わって欲しい」があげられた。技術・スキルについては、医師から、「在宅対象者の病態、身体機能に合わせたQOL向上のための調理の提案、栄養士の知識・スキルの向上と質のコントロールが不十分」、「在宅医療対象者の病態を知り、病名から病態が推測できる知識を持つ」、歯科医師からは、「重篤な患者は栄養ケアを拒否されることもあることを知っておく必要がある」、看護師からは、「食欲不振、嚥下が悪い方、化学療法中の方への指導」があげられた。

以上のことが、今回の管理栄養士の同行で問題と感ずることとしてあげられた。

3.3.3 管理栄養士に期待すること

管理栄養士に期待することを表7に示した。栄養管理において医師から「調理困難者への対応」、「退院後の栄養管理と栄養指導およびケアプランへの反映」、歯科医師からは、摂食・嚥下機能に応じた食事形態の知識やスキル、事例の蓄積」などがあげられた。

情報の共有では、医師から「他職種との情報の共有」があげられた。

連携については、医師から「ケースカンファレンスへの参加」、「介護支援員やヘルパーとの連携」、看護師からは、「自分の嗜好に合ったものを自分や家族が用意できるようなアドバイス」、歯科医師から「対象者に合った食事形態、家族のスキルに応じた調理法、経済状態への配慮」があげられた。

技術・スキルについては、医師から「基本的な（基礎疾患・慢性疾患）疾患に対する栄養管理ができる」、「在宅栄養管理の成果を示す」、看護師からは「自分の嗜好に合ったものを、自分や家族が用意できるようなアドバイス」があげられた。

以上のことが、管理栄養士に期待することとしてあげられた。

本研究では、佐賀県栄養士会が実施した在宅医療における管理栄養士が行う栄養ケアに関する研修内容と、研修生の自己評価と在宅医療の関連職種従事者と在宅療養者による栄養ケアに対する評価を報告した。高齢化社会を迎え、今後増加する在宅療養者への栄養ケアを実施できる管理栄養士の人材確保と育成、体制構築は緊急課題である。本報告は、在宅療養者への栄養ケアを実施できる人材育成のための研修を企画、実施し、研修受講者の自己評価と他者評価を通して、今後の研修内容を検討する基礎資料となる点に価値を認める。研修生の特性としては、16名中15名が女性であること、年齢、経験年数は共に幅広いものの、30～40歳代が62.5%、60歳以上が25%を占めていた。我が国の女性の年齢階級別就業率は、30歳代で低下し、その後上昇し、55歳以降で低下するいわゆるM字カーブが特徴である¹¹⁾。これに対応するように、研修生の年齢については、就業率の低い年齢層の者が多かった。また、業務経験の職域としては、81.3%の者が医療現場の経験があるのも特徴的であった。日本栄養士会の職域別会員数においても、医療事業部の会員数が最も多く、離職者においても医療現場経験者が多いことが推察されるが、医療を経験したことが、在宅医療への就業意図を高めている可能性も考えられた。また、医療経験者が多いことが、後述の研修を通じた自己評価結果を解釈する上で留意したい点である。

今回の研修は、3日間の講義、2日間の臨地実習、OJTにより実施した。講義に対する理解度は、全体を通して92.1%の者が「理解できた」と感じていたが、講義別にみると、「在宅医療の最近の動向」、「訪問栄養指導の実際、報告書の書き方」、「訪問看護の実際」の理解度が比較的低かった。また、これらの講義については、3～4割の者が「講義時間が足りない」と感じており、訪問時の実際的なイメージをつかみ、実務ができるようになるには、今回の講義だけでは充分ではなく、講義時間の確保と臨地実習、症例検討などを通じた理解が必要であると考えられた。

各研修の目標は、平成22年度に実施された「高齢者の『食べること』を支援するための栄養ケアチーム指導者研修」を参考に設定した¹⁰⁾。研修生には、研修開始前、講義後、臨地実習後、OJT後（研修後）について各研修目標に対する自己評価を実施してもらった。研修を受講することで、研修目標に対する理解度得点の平均点が「できる」の3点以上であった目標項目数は、研修前、講義後、臨地実習後、OJT後で増え、15項目中8項目となり、研修が在宅訪問栄養指導の理解に役立つと考えられた。一方、実践度については、研修開始前の得点は、1.4点から1.9点であり、全ての目標項目に対し「あまりでき

ない・できない」と感じていたが、研修を通して実践度得点が高くなった。しかし、OJT 後においても「できる」の3点以上となったのは、「ソフト食について説明でき、調理指導ができる」の1項目のみであり、今回の研修では、実践については参加者全体として自己評価が「できる」と判定できるまでには至らなかった。

また、研修により「在宅医療で栄養ケアが実践できる」と回答した者の割合は研修前の0%から80%に増え、本研修は、在宅医療における管理栄養士の栄養ケア研修として効果があったと考えられた。しかしながら、理解度については、講義後に一旦上昇したものの、OJT 後に「医療倫理について説明できる」、「フィジカルアセスメントについて説明でき、実施できる」、「経腸栄養法についての概要を説明でき、ケア計画が作成できる」、「口腔内の状況についての情報を把握でき、ケア計画に反映できる」については、最終的に「理解できた」と回答する者が半数以下となった。これは、これらの項目について臨床実習やOJTで実施することがなかったり、研修を通して難しさを再認識したりすることによる結果ではないかと思われた。また、実践度についても、理解度より評価が全体的に低く、これらの結果から研修生への継続的な研修が必要であることが示唆された。

訪問看護職者を対象とした、訪問看護場面で必要とされる看護技術40項目の経験度と修得度の調査報告¹²⁾では、臨床看護経験において一般に経験することの多い看護技術は自信を持って実施でき、基礎教育の中で系統的な教育を受けている技術項目は、修得度も高いと述べている。また、専門的な観察や知識を必要とする特殊な状態の患者に適用される技術については、経験も修得度も低く、特殊症例や新しい医療についての学習を希望していることも報告された。今回の研修参加者についても、医療現場で経験する基本的栄養指導に関わる知識や技術については理解や実践が比較的できていたが、日頃経験することの少ないと考えられるフィジカルアセスメントや口腔内状況を踏まえた栄養ケア計画については、理解度の自己評価が低い傾向にあると考えられた。

なお、研修後に行った研修生を対象としたフォーカスグループインタビューでは、「緩和ケア、嚥下困難、寝たきり状態の対象者に初めて接し、在宅医療には、このような方が多くいらっしゃることを目の当たりにして驚きや戸惑いを感じた」、「指導しても自分達で食事づくりが出来ない高齢者が多く、弁当宅配、栄養補助食品等の利用を指導できることも必要と感じた」などの発言があり、一部の研修生は、在宅医療対象者の特性や生活状況に応じた指導が難しいと感じていた。また、「対象者情報の入手の際には、受けているケアの内容が必要」、「対象者への指導に他職種によるケアが含まれる場合（例えばヘルパーへの伝達）、どのような経路で伝えたらよい

か」、「訪問栄養指導の一連の流れ、保険点数、必要書類など、在宅医療における栄養ケアに関するシステムの理解が必要」など、在宅医療システムや他職種がどのようなケアを行い情報共有しているのかに関する知識が必要であると感じていた。

訪問看護職者を対象とした調査¹²⁾においても、医師や同僚が不在の状況で行う訪問看護の現場では、臨床経験を参考書で補う形式の学習ではなく、演習や臨地での実習の機会が望まれており、訪問看護師間での同行訪問やマニュアルの作成などの自助努力も必要と述べられている。我々の行った研修は、同行訪問による臨床実習やOJTを取り入れていたが、今後も管理栄養士の在宅における栄養ケアの経験症例を蓄積し、研修内容へフィードバックすること、在宅訪問栄養指導を経験した後に訪問時に不足していた知識や技術について補う内容の研修を企画する必要があると考えられた。

また、訪問看護師の現任教育の現状と学習ニーズについて管理者に対する調査の分析報告¹³⁾によると、初任期のスタッフに必要な研修として最も多かったのは、「利用者の看護のニーズアセスメントと看護ニーズに応じることのできる知識・技術」、「訪問看護および制度に関する知識」、「利用者・家族との援助関係に関すること」、「利用者・家族と訪問看護師の安全確保のための知識」、「相談技術に関すること」、「チームアプローチに関すること」、「家族支援に関すること」、「ステーションスタッフ・管理者のマネジメントに関すること」が自由記述から抽出された。これらのことは、今回の研修参加者のインタビューの回答と共通する点が多く、在宅訪問栄養指導の初任者への研修内容については、在宅訪問医療や介護を行う他職種の研修内容についても情報を共有できるものと考えられた。

本研修では、訪問診療に関わる医師や歯科医師、看護ステーションの看護師に管理栄養士が同行し、他職種の対象者への対応の仕方や、ケアの様子を知る良い機会となった。同時に、管理栄養士が対象者にどのようなアドバイスができるのかを他職種の方に、知っていただく機会にもなった。

研修に関わった医師、歯科医師、看護師と在宅療養者とその家族を対象としたインタビューの結果は、「対象者の生活背景に沿った食材選定や調理法の具体的なアドバイスを通して、満足感や安心感などの心理的そして肉体的な健康にポジティブに働きかけることが出来る」ことが訪問栄養指導の利点として評価されていた。

一方課題としては、対象者の病態や身体機能に合わせたQOL向上のための提案が不十分、栄養士の病態知識が不十分、様々な状態の対象者とのコミュニケーション能力向上の必要性、が挙げられた。これらを改善するためには、在宅療養者への栄養ケアの経験を増やし

ていくことが重要であると考えらる。

管理栄養士に期待することについては、調理が困難、摂食・嚥下機能の低下、ターミナル期で食事が食べられなくなった時などの食事の楽しみ方、家族の負担を軽減する工夫やアドバイスが欲しい、在宅療養、施設療養者は基礎疾患として生活習慣病を有している方が多いことから、管理栄養士による基本的な栄養管理が必要であるなど、在宅療養者に栄養ケアのニーズが高いことが示された。

また、他職種からは、介護支援専門員との連携を強化し、栄養指導の内容・改善の提案ケア内容に反映させる体制を整えること、介入事例の報告により他職種に対し栄養ケア活動をアピールし、在宅医療に継続的に参画してほしい、など管理栄養士の栄養ケア業務への期待が示された。

これらインタビュー結果より、他職種や対象者は在宅療養者に対する管理栄養士の栄養ケアに意義を感じている一方で、管理栄養士には、在宅医療現場での栄養ケアの実践経験を積み、在宅療養者の病態や身体機能、生活背景に対応した指導の実施ができるようになることを望んでいることが明らかとなった。在宅医療・介護に関わるスタッフ、在宅療養者を対象とした訪問栄養指導へのニーズを調査した結果^{14,15)}では、「食や栄養の問題を抱えている人がいる」と認識しているスタッフの割合は83%と高く、問題として65%の施設が嚥下障害をあげていた。他職種からは専門性の高い管理栄養士の指導に対する要求が示された一方で、在宅療養者は日常的な食事に対するアドバイスを求めていることも明らかとなり、適切な栄養管理サービス提供のために、訪問管理栄養士の教育・研修が重要な課題であると述べており、今回のインタビューから得られたニーズと一致していた。

今後は研修に症例検討会を加え、在宅療養者の特性を学び、対応とその効果について、研修生が互いの経験を共有できる機会を設けるなど、他職種や対象者の期待に応えることのできる管理栄養士育成のための研修プログラムの検討が必要と考えられた。

本研究の限界としては、対象者が少なかつたことがあげられる。研修を受講した管理栄養士は16名にすぎず、3回のアンケート調査すべてに回答したものは10名とさらに少なくなっていたので、管理栄養士の一般的な状況を示しているとは限らない。さらに、医療従事者もそれぞれの職種1名を対象としたインタビュー結果であるので、それぞれの職種の意見を代表しているわけではない。

それらの限界を考慮しつつ、本研究の結論として、今回、佐賀県栄養士会が実施した在宅医療における栄養ケア活動に関する研修により、研修生が在宅における栄養ケア活動への自信を高め、実施した栄養ケアは、他職種

や対象者から評価されたと考えられる。今後、在宅医療で栄養ケアを実践する人材を増やすとともに、在宅医療で栄養ケアを実践するための管理栄養士のコンピテンシーを整理し、研修プログラムを充実していくことが望まれる。

5 参考文献

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所人口動向研究部：日本の将来推計人口(平成24年1月推計)、<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/newest04/point.pdf> (平成26年12月23日アクセス)
- 2) 厚生労働省, 在宅医療・介護推進プロジェクトチーム：在宅医療・介護の推進について、http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/zaitakuiryou_all.pdf (平成26年12月23日アクセス)
- 3) 終末期医療のあり方に関する懇談会(厚生労働省)：終末期医療のあり方に関する懇談会「終末期医療に関する調査」結果について、平成22年12月 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000yp23-att/2r9852000000ypwi.pdf> (平成27年2月25日アクセス)
- 4) 内閣府：高齢者の健康に関する意識調査、平成24年 <http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h24/sougou/gaiyo/> (平成27年2月25日引用)
- 5) 厚生労働省：平成26年度栄養ケア活動支援整備事業について、http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/eiyo-care/ (平成26年12月23日アクセス)
- 6) 永井成美、赤松利恵、長幡友実、吉池信男、石田裕美、小松龍史、中坊幸弘、奈良信雄、伊達ちぐさ：栄養学雑誌、70、49 (2012)
- 7) 永井成美、赤松利恵、長幡友実、吉池信男、石田裕美、小松龍史、中坊幸弘、奈良信雄、伊達ちぐさ：日本栄養士会雑誌、56、98 (2013)
- 8) 大西美智恵、越田美穂子、片山陽子、納田幸代、合田恵子、岸田伸介、星川洋一：香川大学看護学雑誌、14、47 (2010)
- 9) 須藤紀子、澤口眞規子、吉池信男：日本栄養士会雑誌、55、126 (2012)
- 10) 一般社団法人日本健康・栄養システム学会：「高齢者の食べることを支援する効果的な栄養・食事サービスの確保等に関する調査研究 - 高齢者の「食べることを」を支援するための栄養ケアチーム指導者研修会とその効果 -」報告書(平成22年度厚生労働省労働保健健康増進等事業)(2011)
- 11) 厚生労働省：平成24年度版働く女性の実状、<http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyoukintou/josei-jitsujo/12>.

html (平成26年1月7日アクセス)

- 12) 堀良子、山本澄子、熊倉みつ子、水口陽子、岡村紀子：看護研究交流センター事業活動・研究報告、14、71 (2002)
- 13) 柄澤邦江、安田貴恵子、御子柴裕子、酒井久美子、下村聡子、北山秋雄、松原智文：長野県看護大学紀要、13、17 (2011)
- 14) 爲房恭子、中村富予、達妙美：武庫川女子大学紀要 (自然科学) 56、113 (2008)
- 15) 爲房恭子、中村富予、達妙美：武庫川女子大学紀要 (自然科学) 57、33 (2009)

Evaluating the Effectiveness of a Skills Training Program for Registered Dietitians Regarding Nutrition Care in In-Home Healthcare Services

Akihiko Eguchi, Yoko Umeki, Yuriko Kojima, Tomohiro Ogara, Keiko Kumagawa, Yukiko Misumi, Kazue Kuno

Department of Health and Nutrition Science, Faculty of Health and Nutrition Science, Nishikyushu University

(Accepted: February 26 , 2015)

Abstract

The effectiveness of a skills training program for registered dietitians regarding nutrition care in in-home healthcare services provided by the Saga Dietetic Association was evaluated. The program was conducted from September 2012 to March 2013 and participants were 16 registered dietitians aged 30 to 67 years (15 females and 1 male). The program consisted of a series of 15 lectures, practical training, and on-the-job training. Topics covered by lectures were in-home care nutritional services and were provided by various medical professionals, including two doctors, a dentist, a visiting nurse, a ward nurse, a public health professional, an occupational therapist, and six dietitians. Practical training was performed at two hospitals with the purpose of cultivating practical clinical ability concerning home care nutritional services. During on-the-job training, trainee were accompanied by home care professionals (i.e. doctors at clinics, dentists, visiting nurses and direct care workers) and provided nutrition education and diet training to patients according to their requests. The programs were assessed by administering the same questionnaire four times: before and after the lectures, after practical training, and after on-the-job training. The questionnaire was comprised of items on knowledge of and confidence in providing in-home nutrition care. At first, most students indicated that they “had a very good understanding” of in-home healthcare services, and were “very confident” in providing it. After on-the-job training, the level of knowledge increased, but confidence levels decreased. Lecturers (one doctor, one dentist, one nurse, one patient, and one dietitian) and a program participant and his family were interviewed for about 1 hour about their expectations of nutrition care and registered dietitians, and the records were analyzed by two researchers. The results showed that the lecturers considered nutrition care to be required in-home medical care, and registered dietitians were expected to play a significant role in nutrition care that included monitoring and evaluating the patient’s nutritional intake or deglutition disorders. Our data showed that it was necessary not only to increase practical experience in providing in-home nutrition care, but to also provide further training that incorporates case studies.

Key words : in-home medical care, in-home long-term care, nutrition care, registered dietitian, competency