

重症心身障害児（者）施設の看護職および福祉職に対する相互作用
を重視した食事の援助行為における教育プログラムの効果

The effect of an educational program emphasizing interaction in the
act of dietary assistance: For nurses and welfare workers in
facilities for persons with severe motor and intellectual disabilities.

平成 29 年 度

北海道医療大学大学院看護福祉学研究科
看護学専攻
木浪智佳子

目次

| | |
|--|----|
| I. 序論..... | 1 |
| II. 文献検討..... | 2 |
| 1. 重症心身障害児(者)の食事活動と介助の実態..... | 2 |
| 2. 重症心身障害児(者)の食事介助における研究の動向..... | 3 |
| 3. 重症心身障害児(者)の食事の援助における看護師の役割..... | 5 |
| 4. 重症心身障害児(者)の食事介助に関する介入研究の現状..... | 6 |
| III. 研究目的..... | 6 |
| IV. 用語の操作上の定義 | 6 |
| V. 研究方法..... | 7 |
| 1. 研究デザイン..... | 7 |
| 2. 対象施設および研究参加者..... | 7 |
| 3. 研究期間..... | 7 |
| 4. 研究依頼の手続き..... | 8 |
| 5. 教育プログラムの開発過程..... | 9 |
| 6. 教育プログラムの実施方法..... | 10 |
| 7. 教育プログラムの内容..... | 11 |
| 8. データ収集項目..... | 14 |
| 9. 評価方法..... | 16 |
| 10. 分析方法..... | 19 |
| 11. 倫理的配慮..... | 20 |
| VI. 結果..... | 21 |
| 1. 研究参加者の属性..... | 21 |
| 2. 食事の援助を受ける重症心身障害児(者)の属性と援助場面の状況 | 22 |
| 3. 教育プログラムの効果..... | 23 |
| VII. 考察..... | 25 |
| 1. 主観的評価からみた教育プログラムの効果..... | 25 |

| | |
|-----------------------------|----|
| 2. 客観的評価からみた教育プログラムの効果..... | 27 |
| 3. 看護への示唆..... | 28 |
| 4. 研究の限界と今後の課題..... | 30 |
| VIII. 結論..... | 31 |
| 謝辞..... | 32 |
| 文献..... | 33 |

図

表

資料

I. 序論

重症心身障害児（者）（以下、重症者と略す）の日常的な援助として、食事の援助は日々行われている行為の1つである。重症者の多くは先天的に摂食嚥下機能に障害があり、出生後から養育者との関わりをもちながら「食べる」ことを獲得することが極めて困難な状況下で育つ。また、幼少期から入所施設で過ごす重症者は、自身の養育者の代わりに施設の看護職や福祉職から食事の援助を受けている。入所施設において看護職や福祉職が食事の援助をする際、援助者達が留意するのは如何に誤飲やむせがなく、用意された食事を残さず摂取できるように援助するかに重点が置かれている様子が窺える。また、援助者達の多くは、食事を援助する過程で重症者に声をかけてはいるものの、そのタイミングや内容は儀式的で似通っており、食事中も相手の反応や様子に合わせた援助が実践されているとは言い難い。食事は子どもにとって「栄養摂取」といった生理的側面のみならず、「口」の役割として「呼吸、発声発語、探索、摂食」といった「運動・感覚・認知」の複合的側面、生まれて初めての母子の共同作業という意味での「コミュニケーションとしての社会的側面」などのさまざまな側面がある（川原・本村，2002）にもかかわらず、重症者に対する食事の援助は、「栄養摂取」と「安全」の完遂に重点が置かれやすい現状がある。そこで、援助を受ける側と援助する側が相互にコミュニケーションを図り、重症者が食事をより美味しく楽しく食べられるような援助、すなわち相互作用を重視した食事の援助が必要であると考えた。

本研究では、重症者施設の看護職と福祉職を対象とした食事の援助に関する教育プログラム（以下、プログラムと略す）を企画・実施する。援助者がこのプログラムを受けることにより、相互作用を重視した食事の援助の重要性に気づき、そのような援助が可能となれば、重症者に対し質の高い食事の援助を提供することにつながる。また、これを発端とし食事の援助以外の看護においても、看護職や福祉職が重症者の人権を尊重した援助行為を意識的に実践することにも寄与する。

Ⅱ．文献検討

1. 重症心身障害児(者)の食事活動と介助の実態

三田ら(2014)は、国内の公法人重症者施設の入所者の日常生活活動を1988年から22年間にわたり「個人チェックリスト」改訂版を用いて調査した。食事活動の状況では、定義上の重症児(大島の分類1～4)(大島, 1971, 1998)と称される入所者のうち、咀嚼機能に障害がある人の平均割合は約76%、嚥下機能に障害がある人の平均割合は約60%、摂食方法では約70%近くが自分では食事ができない、経管栄養を含めると入所者の平均割合の約95%は食事に援助を必要としていた。また、調査期間中の対象者数は1988年で3607名、22年後には8253名に増加していることから、食事の援助を受ける重症者数は経年的に増大しているといえる。

以上のことから、重症者施設の入所者への援助として、食事の援助は日常的にほぼ全員に対して必要となる。このことから、看護師や介護福祉士をはじめとする医療スタッフは日常的に食事の援助に携わっていることになる。

しかしながら、重症者に対する食事の援助は容易にできるものではない。なぜなら、重症者は口の開閉障害、咀嚼や摂食嚥下機能の障害だけでなく、姿勢の異常、認知機能の障害や脳性麻痺による四肢麻痺や不随意運動、筋緊張の出現により、食事中も不安定な状態を呈しやすく、食物を誤嚥する可能性が高いからである。木浪・三国・川合・畑江(2105)の調査では、国内の重症者施設の看護師986名が最も受講した研修は、「重症児の摂食・嚥下機能のメカニズムと看護」に関する研修であり、全体の約6割を占めていた。この結果からも、看護師達が重症者の「食べること」に関する学習のニーズを抱いている割合が高いことがわかる。しかし、重症者施設では、看護職以外にも介護福祉士や保育士といった福祉職が食事の援助を行うことも多い。そのため、看護職に限らず福祉職も重症者の食事の援助に関して学習する機会が必要である。

2. 重症心身障害児(者)の食事介助における研究の動向

重症者に対する食事の援助の状況を知るために、医学中央雑誌 Web 版 ver. 5 により 1977～2014 年間で重症者の食事介助に関する先行研究を検索した。キーワードを「重症心身障害児」・「食事介助」とし、会議録を除く論文を検索した結果、53 件が検索された。論文の種類としては事例・実践報告と解説・特集を合すると 39 件、調査研究が 11 件、総説は 3 件であった。また、これら 53 件のうち看護文献に分類される 13 件の内訳は、事例・実践報告と解説・特集が 11 件、調査研究と総説が各 1 件であった。

論文を著者別にみると、看護師、医師、理学療法士、作業療法士、栄養士といった複数の専門職によって執筆されている。

以上のことから、重症者に対する食事介助は看護師や介護福祉士以外の多職種によっても関心が注がれ、アプローチされている援助行為の 1 つであるといえる。

重症者に対する食事の援助の現状として、リハビリテーション領域では作業療法士や言語聴覚士による取り組みが報告されている。松本他（2007）は作業療法において、重症者の発達を促すための訓練の 1 つとして摂食動作を行う方法の検討を行い、具体的な摂食の援助方法として姿勢、感覚への援助方法、摂食介助方法といった 3 つの視点から報告している。その中でも摂食介助方法を論じるにあたり、「食べ物を見せ、どんな物で、何をこれから食べるのかを認識してもらい、声かけをして食べることが大切である」と述べている。しかし、摂食介助方法の項目として提示されていた内容は、スプーンによる介助方法と禁止事項であり、大切だとされる食べ物の見せ方や説明、声かけの具体的な方法については述べていない。

言語聴覚士にとっての「食べる」ことの援助に関する報告（川原・本村，2002）では、著者は「食べる」ことには「栄養摂取」として、生きていくうえで必須の生理的側面、「口」の役割として「呼吸、発声発語、探索、摂食」といった「運動・感覚・認知」の複合的側面、生まれて初めての母子の共同作業という意味での「コミュニケーションとしての社会的側面」な

どのさまざまな側面があると述べている。しかし、介助者に必要なコミュニケーションとしての社会的側面を考慮した食事の援助の技術の詳細や習得のための方略に関する具体的な記述はない。

看護師による食事の援助に関する文献には事例・実践報告が多い。このことは、重症者にかかわる看護師たちが子ども1人ひとりの性格や障害の特徴を考慮した援助方法について検討を行っている現状の表れと考えられる。援助の内容としては、児の姿勢、筋緊張、過敏の除去、口唇・下顎のコントロール、食形態、介助時間、介助用具に留意することで、児が安全で安楽に食べられることを目標としているという報告がある(福田, 2001)。また秋村(2003)は、施設内で摂食研修を立ち上げ、看護師や保育士、療育員が摂食指導・訓練を受けたことによって、児の摂食嚥下機能の変化、適切な食物形態や食事量の判断、多職種との積極的な相談や連携、適切な食事介助、姿勢の保持のための支援、食器・食具の工夫といった研修の効果について明らかにしている。そのうえで、病棟での食事の援助における今後の課題や疑問点、問題点を投げかけながら、食事前の覚醒の促進や口唇訓練、適切な食形態の工夫、経管栄養を利用している子どもに対する援助の提案、子どもの摂食嚥下機能の評価といった看護師や介護スタッフが実践可能な援助について述べている。

その他、適切な食事を提供するために栄養サポートチームを導入しその効果を評価したもの(佐藤他, 2010)、食事の援助の統一化を目指したマニュアルやチェックリストの作成の試みなどが報告されている(入江, 2012; 小川他, 2003)。これらの報告による食事の援助の評価内容は、重症者が食事を「安全に食べる」ことに関しては詳細に評価できる内容であるものの、援助者の行為を評価できる項目は、介助者の位置、一口量、食事のペースに関する項目しか見当たらない。

以上のことから、報告されている重症者の食事の援助における看護師の実践では安全面や安楽面を重点的に評価しており、食事を介して行われる援助者のコミュニケーションの取り方や相手の食べようとする気持ちを引

き出すような関わり方といった看護における基本的な食事の援助の要素を評価した研究は極めて少ない。

3. 重症心身障害児(者)の食事の援助における看護師の役割

子どもにとって、食事は養育者との大事な相互作用を進める機会である。それは、養者と乳幼児の最初の共同作業であり、人生の最初の日から始まり、最初の1年以上に渡り毎日行なわれる。食事をすることは、普遍的であらゆる文化で行われ、よく見られることである（NCAST-AVENUE, 2003）。Henderson（1969, 湯楨・小玉訳 1973）は、患者が自分ひとりで食事ができないような場合、「自分に食べさせてくれる人が喜んでしてくれていると患者が感じるものでなければ、患者は早くすませてしまおうとして食事をうのみにしたりもっと食べなければならないのに、また実際欲しいのに食べるのをやめたりしがちである。食べさせる人、食べさせてもらう人、両方が気持ちよくありたい。食べさせる人はなるべくなら腰をおろし、食膳は患者と看護婦の両方からよく見える場所に置くのがよいだろう」、「患者が自分でできることは自分でやり、できるかぎり自立を取り戻すようにしむける」といった食事の援助における看護の基本的構成要素を述べている。そして、看護師がこのような援助を成し遂げるには、「創意工夫と患者への心からの関心が必要である」と強調している。

高橋（2010）は、重症者施設における摂食嚥下障害への取り組みにおける看護師の役割について、他職種の誰よりも入所者の全体像が把握しやすい状況であることを看護師自身が十分認識し、他職種と効率的に連携をはかり、重症者が“楽しく安全に食事を摂ること”の課題に対してリハ的アプローチを確立していくためのコーディネートを担っていると述べている。このような課題に対する看護のポイントとして、食事前の声かけ、テーブルセッティングの方法、雰囲気作り、スキンシップ、介助者の立ち位置や会話の内容の工夫を挙げている。

重症者施設に入所している人々にとって、身の回りの世話をする看護師

や介護福祉士は、養育者と子どもの関係に値するほど、日常的に密接に関わっている。このような関係性からも、重症者にとって食事の援助をする人との時間は、生理的な欲求が満たされるだけでなく、コミュニケーションをとる時間でもある。それゆえ、援助者の位置、食事の援助を受ける人とのアイコンタクト、話しかけのタイミングや話し方といった事柄も食事の環境を整える要素として欠かすことはできないものであり、看護師が率先して働きかけていく行為である。

4. 重症心身障害児(者)の食事介助に関する介入研究の現状

先行研究の動向として食事の援助における介入研究の殆どは、高齢者や慢性疾患患者を対象とした研究(姫野・小野, 2015 ; 森山・中野・古井・中谷他, 2008; 高見・水谷, 2011)であり、重症者の食事の援助に関する介入研究は見当たらなかった。また、重症者の食事の援助に関する研究では、「安全に食べる」ことに重点が置かれ、子どもとの相互作用を重視した食事の援助を実現するための研究および教育の報告はない。実際に筆者の観察でも、食事の援助行為は児の反応や意思に沿って行われる相互作用のある食事の援助とはいえないため、教育的介入により援助行為の改善を図る必要がある。

Ⅲ. 研究目的

本研究の目的は、重症者施設の看護職と福祉職を対象に、重症者との相互作用を重視した食事の援助行為に関するプログラムを企画・実施し、その効果を明らかにすることである。

Ⅳ. 用語の操作上の定義

重症心身障害児(者)：障害児入所施設に入所し、重度の知的障害および重度の肢体不自由が重複している児童（児童福祉法第7条の2）と、18歳以上の者を併せた呼称。本研究では、重症者と略す。

相互作用を重視した食事の援助行為：重症者が食事をとる際に、援助者が重症者の反応と意志をとらえ、それに合わせて援助する行為。また、食事開始から終了までの過程において、言葉かけやスキンシップ、アイコンタクトといった相互のやりとりを行うことにより、美味しく楽しく食べることを目指した援助行為、と定義する。

V. 研究方法

1. 研究デザイン

研究デザインは、比較群をもつプレテスト－ポストテストデザインである(図 1)。

本研究の研究参加者や食事の援助を受ける重症者、食事の援助がおこなわれる場の環境は多様な交絡要因を制限することが困難な特性をもつ。また、本研究における研究参加者は、便宜的な標本抽出法を通して選択するため、対照群ではなく比較群を設定した。さらに、プログラムの受講前後における評価が可能であり、且つ結果の妥当性を強めるための研究デザインとして比較群をもつプレテスト－ポストテストデザインを選択した(Grove, Burns and Gray, 2013 ; 黒田・中木・逸見訳, 2015)。研究デザインを図 1 に示した。

2. 対象施設および研究参加者

A 市内の重症者施設の病棟 2 箇所において看護職(看護師・准看護師)および福祉職(介護福祉士・保育士・介護員)として勤務し、且つ経口的に食事を摂取している重症者に対する食事の援助を日常的に担当している職員 65 名のうち、本研究の参加に同意が得られた A 病棟 8 名、B 病棟 4 名の計 12 名を研究参加者とした。

3. 研究期間

研究参加者の募集期間は、2016 年 4 月から同年 6 月までとした。その後、

同年 7 月から 2017 年 4 月までの 9 ヶ月間の間で、プログラムの開催、プログラム受講前後の評価をするための質問紙調査および食事の援助場面を撮影した。

4. 研究依頼の手続き

1) 研究参加者に対する手続き

下記 (1)～(5) の手続きを行った。

(1) 対象施設の看護部の責任者および A・B 病棟の責任者に対して、研究の概要と協力してほしい内容について説明を行った。

(2) 各責任者から研究協力の承諾を得た後、病棟の職員に対して実施する本研究の説明会の日程調整を行った。

(3) 本研究の説明会は、多くの職員が参加できるように、各病棟で 2 回ずつ開催した。説明会では、文書と口頭で研究概要と協力内容を説明した。説明会に参加できなかった職員には、病棟責任者から文書を配付してもらった。

(4) 研究参加の承諾は、同意書の署名と提出をもって同意とみなした。研究参加の意思を表明した職員には、Time1（図 1）で質問紙調査（資料 1, 2）に回答してもらい、署名済みの同意書と共に回収した。また、比較群となる病棟の職員に研究に関する情報が伝わることを回避するため、研究に参加しない職員からも配付資料すべてを回収した。回収方法は留め置き法とした。

(5) 後日、病棟責任者へ研究参加者のプログラムの受講日とその前後での食事援助のビデオ撮影日の予定日を伝え、研究参加者が日勤業務となるように勤務調整の協力を依頼した。

2) 食事の援助を受ける重症者に対する手続き

各病棟の責任者から食事の援助を受ける重症者から候補者を5名ずつ選出してもらい、選出された計10名の重症者の保護者に対して以下の手続きを行った。候補者の条件は、経口的に食事摂取は可能だが、重症者自身が意図的に目の前の食べ物を口元に運ぶことができないために食事の援助が必要となるという条件を満たす人を選出してもらった。被援助者の条件を満たす18歳未満の子どもがいない場合は、成人に達した男女からの選出を依頼した。

重症者からの同意は、重症者自身が意思決定するための判断と意思表示が不十分であると判断し、対象施設の病棟責任者から保護者に対して口頭および電話で研究協力の依頼をしてもらい、協力を受諾した保護者宛に研究の目的、プログラムの内容、撮影、秘密保持、結果の公表の仕方、同意の拒否および中断による不利益が生じないことを記載した文書を郵送し、同意書の返送をもって同意を得た。なお、重症者とその保護者のプライバシーを厳守するため、これらの手続きは看護部の責任者を介して行った。

5. 教育プログラムの開発過程

プログラムの開発は、Knowles(1980, 堀・三輪訳 2015)の成人学習理論の教育的実践の考え方を参考に、成人学習者自らが学習の必要性を自覚し、自分の経験から課題を発見し、理想的なモデルに必要とされる能力や特性を構築できるような構成を検討した。プログラムの学習目標は、学習者が「相互作用を重視した食事の援助行為の必要性を理解し、実践できること」を目指し設定した。

学習形態は、学習者が相互的、協働的に学習できるようにグループワークを中心とした。また、相互作用を重視した食事の援助行為についての理解が深められるように、母親が子どもに食事を与えている様子が収録された視聴覚教材の視聴と研究者によるミニ講義を計画した。

視聴覚教材は、研究者が健常な生後7ヶ月の子どもとその母親の食事の

場面をビデオ撮影して作成した。撮影は 2 回実施した。1 回目は普段通りに母親が子どもの食事を支援する場面を撮影した。2 回目は、撮影前に母親へ 1 回目よりも相互作用が進むような行為を取り入れて食事を支援するように助言した後、撮影した。プログラムの教材として使用するために、2 回目の画像から母子相互作用が強調されている食事場面を選定し、プログラムの視聴時間に併せて編集した。なお、撮影前に母親には撮影の内容、目的、教材として使用すること、使用の際は個人情報の保護を厳守すること口頭で説明し承諾を得た。

さらに、学習者の身体的な活動から学習効果を促進するために相互作用を重視した食事の援助行為をロールプレイングによって実演する時間を設定した。相互作用を重視した食事の援助行為は、食事の援助を行う際の援助者－被援助者間の相互作用、被援助者の安全性を考慮した援助行為について、研究者が既存文献(本田, 2014; NCAST-AVENUEW, 2003)を参考に、「視線をつかむ」、「話しかける」、「触れる」、「食べる」、の 4 つに限定した。限定した 4 つの行為は、重症者の視覚、聴覚、皮膚感覚、味覚を刺激する要素を含んだ行為であり、食事の援助行為として実践することにより重症者の意識に働きかけ、覚醒を促進し、援助者－被援助者が互いの存在を認識し合いながら食事が可能となると考えた。また、実践に取り入れるためには、習得する行為の種類は少ない方が実用的である。

以上の検討を踏まえ、プログラムは学習者にとって負担がなく集中できる環境となるように、1 回の開催時間を 30 分間とし全 2 回コースの構成とした。

考案したプログラムは、調査前に看護師資格を有する 5 名を研究対象者に見立て、シミュレーションを 3 回実施し、その都度の検討と修正を加え完成版とした(表 1)。

6. 教育プログラムの実施方法

プログラムは全 2 回のコースとし、1 回目と 2 回目の間隔を 1 週間以内

とした。その際、研究参加者全員が一斉に出席できるように、病棟責任者と研究参加者、研究者間で日程を調整した。場所は施設内の会議室を借用し、時間帯は日勤業務終了後の 30～40 分/回とした。研究者自身がプログラムのファシリテータとなった。

プログラム開催指定日に出席できなかった研究参加者に対しては、同週で出席可能な日を調整し 1 回目と 2 回目のプログラムを 2 週間以内に受講することにより、他の研究参加者との差が生じないようにした。

7. 教育プログラムの内容

1) プログラム名：相互作用を重視した食事の援助行為教育プログラム

2) プログラムの全体目標：受講者が経口摂取可能な重症者に対して相互作用を重視した食事の援助ができる。

3) 1 回目プログラム

(1) 1 回目プログラムの目標

- ①相互作用を重視した食事の援助の意義を知る。
- ②相互作用を重視した食事の援助行為に含まれる「視線をつかむ」、「話しかける」、「食べる」、「触れる」の 4 つの要素（以下、4 つの要素とする）を理解する（図 2）。
- ③自分の援助行為に不足している要素に気づく。
- ④実践可能な行為を見つける

(2) 1 回目プログラムの構成と内容

①オリエンテーション・導入（5 分）

- ・自己紹介、プログラム進行の説明。
- ・グループ形成は 4 名/G とし、職種が偏らないように研究者が構成したグループメンバーとした。

②グループワーク (15 分)

i. 普段行っている食事援助の際の留意点を出し合う (2 分)

- ・重症者に配膳し、食事を食べさせるところから食事が終了して下膳までの食事の援助において、日頃から研究参加者が留意している内容をいくつか思い出し、付箋 1 枚につき 1 つの内容が記載されるように書き出してもらった。

ii. 相互作用を重視した食事の援助場面の DVD 視聴 (5 分)

- ・健常な 7 ヶ月児へ母親が食事を与えている場面を全員で視聴した。
- ・研究参加者には、視聴後のワークで「印象に残った場面や母子の言動を聞く」ことをあらかじめ伝えたうえで視聴してもらった。

iii. DVD 視聴後のグループワーク (5 分)

- ・DVD 視聴後、印象に残った場面や母子の言動についての意見を数名に話してもらった。
- ・グループメンバー間でも印象に残った内容を出し合い、付箋 1 枚につき 1 つの内容が記載されるように書き出してもらった。

③ミニレクチャー (5 分): 相互作用を重視した食事の援助の意義について、研究者自身がレクチャーを行った。レクチャーの内容は、下記の 4 点とした。

- ・食事の意義
- ・食事の援助をすることの意味
- ・相互作用を重視した食事の援助の意義
- ・相互作用を重視した食事の援助行為に含まれる 4 つの要素の説明

④グループワーク (5 分)

- ・これまでのワークで出し合った内容が書かれた付箋を、4 つの要素ごとに分類し、相互作用を重視した食事の援助行為に含まれる 4 つの要素が記載された台紙に、張り出してもらった。その際、4 つの要素に含まれない内容を記載した付箋は枠外に張り出すように指示した。

- ・グループメンバー間で完成した台紙を見比べ、感想を聞いた。

- ・さらに、グループ間でも完成した台紙を見比べ、その違いや共通する内容について確認した。

⑤意見交換（5分）

- ・4つの要素の中で明日から実践できそうなこと、もしくは実践してみたいことを1人1つずつ挙げ、研究参加者の前で発表してもらった。
- ・2回目プログラムの説明をし、1回目プログラムを終了した。

4)2回目プログラム

(1)2回目プログラムの目標

- ①相互作用を重視した食事の援助行為を実践に取り入れることの必要性を体験する。
- ②食事援助に取り入れる行為を身に付ける。

(2)2回目プログラムの構成と内容

- ①1回目プログラムの振り返りと2回目プログラムのオリエンテーション(5分)。
 - ・前回の研修後に実践したこと、実践した際の感想を数名の研究参加者から発表してもらった。
 - ・2回目プログラムの目標と実施内容を説明した。

(3)ロールプレイング（25分）

ロールプレイングの題材には、1回目プログラムで研究参加者が出し合った内容のうち、留意して実践していることが少なかった「視線をつかむ」と「触れる」の2つの要素を選定し、ロールプレイングの進め方を説明した。

- ①各グループのメンバー間で援助者役1名、食事の援助を受ける重症者の役1名、評価者2名の配役を決めた。
- ②「視線をつかむ」版のロールプレイングの実施。

- ・実際に演じた場面は，被援助者である重症者の視線をつかみにくい位置で食事の援助を行う場面と視線をつかみやすい位置での食事の援助を行う場面との2場面を演じた．

- ・ロールプレイング終了後，2場面を演じた感想や客観的に見た印象や気づきについて，グループメンバー間でフィードバックを行った．

③「触れる」版のロールプレイングの実施

- ・②と同様に，2場面のロールプレイングを実施した．最初の場面では，援助者へ食事前におしぼりで重症者の両手を拭くこと，食事終了後に口の周りを拭く場こと以外は重症者の身体に触れないように伝えた．2度目は，両手を拭く前に重症者の肩から上腕部分を摩った後に両手をおしぼりで拭く，食事終了後は肩から上腕部分を摩った後に口の周りを拭くように指示した．拭き方は，初回のロールプレイング時よりもゆっくり弱めに拭くように指示した．

- ・ロールプレイング終了後，2場面を演じた感想や客観的に見た印象や気づきについて，グループメンバー間でフィードバックを行った．

(4)意見交換(5分)

ロールプレイングの体験から，実践に取り入れることが可能なこと，困難だと思うことについて，意見交換した．

8. データ収集項目

1)研究参加者の属性

データ収集項目は，性別，年齢，職種，重症者病棟における通算の勤務経験年数，食事の援助方法の指導を受けた経験の有無，家族に対する食事援助の経験の有無と援助をした相手，の7項目の自記式質問紙（資料1）とした．

2) 食事の援助を受ける重症者の属性

研究者が病棟のカルテ記録から情報収集した。属性の内容は、性別、暦年齢、診断名、大島分類による障害の重度、視覚、聴覚、言語、摂食・嚥下機能の側面から判断した障害の状況、摂食時の姿勢、遠城寺式・乳幼児分析的発達検査による発達状況（移動運動・手の運動・基本的習慣・対人関係・発語・言語理解）である。

3) 食事の援助行為に関するチェックリスト

食事の援助を行う際の援助者－被援助者間の相互作用、被援助者の安全性を考慮した援助行為について、研究者が既存文献（本田，2014；NCAST-AVENUEW，2003）を参考に、視線をつかむ行為（7項目）、話しかける行為（9項目）、触れる行為（3項目）、食べる行為（9項目）、食事援助の留意点として一般的な行為ではあるが相互作用とは関係のない行為（3項目）の計31項目から構成される自記式質問紙（資料2）を作成した。回答形式は、「いつもしている（4点）/時々している（3点）/あまりしていない（2点）/まったくしていない（1点）」の4段階で尋ね、得点化した。

チェックリストの内容の妥当性や回答しやすさを確認するために、予備調査を実施した。予備調査は、看護師の勤務経験があり、且つ育児経験のある者1名、重症児施設で看護師として勤務した経験があり、且つ育児経験のある者1名の計2名に実施した。予備調査の結果を参考に質問紙に修正を加えた。

4) 教育プログラムを受けたことによる効果

プログラムを受講した研究参加者の感想、研究参加者が相互作用を重視した食事の援助行為を実践した感想や実践した際に気づいた重症者の反応や変化、プログラムを受けての感想について、自由記載で回答を得た（資料3）。

5) 食事の援助場面の撮影

ビデオ撮影は、平日の日勤帯の昼食とおやつの援助場面において、食事開始の合図から終了までを食事の援助場面とみなし撮影した。その際、なるべく普段の食事環境と同じ状況で援助するように配慮した。

9. 評価方法

プログラムの効果を測定するために、介入群および比較群ともにプログラムの実施前後の時点で食事の援助行為に関するチェックリストと食事の援助場面のビデオ撮影を実施し主観的データと客観的データを収集した(表 2)。

評価スケジュールを図 3 に示す。介入群の A 病棟では、プログラム実施前(Time1)、実施後 1 ヶ月(Time2)と 3 ヶ月(Time3)の 3 時点においてデータ収集を実施した。比較群の B 病棟では、プログラムの実施前の 3 時点(Time1, Time2, Time3)とプログラムの実施後 1 ヶ月(Time4)と 3 ヶ月(Time5)の 5 時点においてデータ収集を実施した。

1) 主観的評価

(1) 食事の援助行為に関するチェックリスト

介入群の A 病棟では、プログラム実施前(Time1)、実施後 1 ヶ月(Time2)と 3 ヶ月(Time3)の 3 時点において実施した。比較群の B 病棟では、プログラムの実施前の 3 時点(Time1, Time2, Time3)とプログラムの実施後 1 ヶ月(Time4)と 3 ヶ月(Time5)の 5 時点で実施した(図 3)。

(2) 教育プログラムを受けたことによる効果

介入群の A 病棟はプログラム実施後 3 ヶ月 (Time3)、比較群の B 病棟もプログラム実施後 3 ヶ月 (Time5) に実施した(図 3)。

2) 客観的評価

(1) 食事の援助場面の行動観察

介入群の A 病棟では、プログラム実施前 (Time1)、実施後 1 ヶ月 (Time2) と 3 ヶ月 (Time3) の 3 時点で昼食またはおやつの援助場面を撮影した。

比較群の B 病棟では、プログラムの実施前の 3 時点 (Time 1, Time2, Time3) とプログラムの実施後 1 ヶ月 (Time4) と 3 ヶ月 (Time5) の 5 時点で昼食またはおやつの援助場面を撮影した (図 3)。

(2) 食事の援助場面の行動評価

食事の援助場面の行動評価には、日本語版 NCAFS (Japanese version of Nursing Child Assessment Feeding Scale ; 以下 JNCAFS とする) を用いた。この尺度は、NCAS-AVENUW (2003) により開発された食事場面の親子相互作用の質を測定する看護アセスメント尺度の日本語版であり、廣瀬 (2006) によって作成された尺度である。これは生後 12 ヶ月までの食事の援助を要する発達段階の子どもを対象とした尺度である。原版 NCAFS は 6 つの下位尺度から構成されており、これは円滑な親子相互作用の構成を示した Barnard Model に基づいている。6 つの下位尺度の内訳は、養育者に関する 4 つの下位尺度「子どもの Cue に対する感受性 (Sensitivity to Cues)」16 項目、「子どもの不快な状態に対する反応 (Response to Distress)」11 項目、「社会情緒的発達の促進 (Social-emotional Growth Fostering)」14 項目、「認知発達の促進 (Cognitive Growth Fostering)」9 項目の計 50 項目と子どもに関する 2 つの下位尺度「Cue の明瞭性 (Clarity of Cues)」15 項目、「養育者に対する反応性 (Responsiveness to Caregiver)」11 項目の計 26 項目である。また、親子の行動が互いに関連し、相手の行動の誘因となる親子を捉えた随伴性 (Contingency) に関する項目も設定されている。随伴性は円滑な親子相互作用を特徴づける性質と考えられている。各下位尺度に含まれる随伴性の項目は、親に関する下位尺度のうち「子どもの Cue に対する感受性 (Sensitivity to Cues)」6 項目、「子どもの不快な状態に

対する反応 (Response to Distress)」6 項目, 「社会情緒的発達の促進 (Social-emotional Growth Fostering)」1 項目, 「認知発達の促進 (Cognitive Growth Fostering)」2 項目と子どもに関する下位尺度のうち「養育者に対する反応性 (Responsiveness to Caregiver)」3 項目の計 18 項目である。

原版 NCAFS は行動科学の手法を利用した行動観察に基づく尺度である。この尺度は 3 日間の講習を受け, 信頼性テストで合格したライセンス取得者のみが評定可能である。評定者は親子相互作用を観察し, 上述した 76 項目について該当するか「はい」, 否か「いいえ」を判定する。「はい」となる項目には 1 点, 「いいえ」となる項目には 0 点が配点されるため, 「はい」となる項目数の合計が NCAFS 得点となる。総合得点, 下位尺度得点, 随伴性得点 that 得られ, 高得点ほど相互作用が良好であることを示す。JNCAFS 得点のカットオフ値は, 原版マニュアルに従い, 満期産児で母親の出産年齢が 20 歳以上かつ教育年数が 12 年以上である母子データ ($N=186$) を基に, 10 パーセンタイル得点をカットオフ値としている。1~5 ヶ月齢までと 6~12 ヶ月齢の 2 群について設定されており, 1~5 ヶ月齢では総合得点で 45 点, 親総合得点で 32 点, 子ども総合得点で 12 点, 6~12 ヶ月齢では, それぞれ 53 点, 36 点, 16 点をカットオフ値としている。これらの値より低い場合は高リスクとみなされ, 何らかの支援の必要性を示唆する。なお, 原版 NCAFS および JNCAFS の信頼性・妥当性はすでに検証されている(廣瀬・岡光, 2012)。

援助場面の行動評価は, JNCAFS の評定者として訓練を受けた有資格者 2 名が行った。その際, 評定者間・内の一致率が 85%以上に達するまでコーディングを繰り返した。

本来, 原版 NCAFS および JNCAFS は生後 12 ヶ月までの食事援助を要する発達段階の子どもにしか適用できない。しかし, 本研究における食事の援助を受ける重症者は, 身体および認知機能的な障害により自力での食事摂取は困難であるため, 看護職や福祉職から食事の援助を常時受けている。

一方で重症児を援助する者は、重症児の看護・介護に加え、重症児の心身の発達を保証する「療育」という役割も担っている(浅倉, 2006)。重症者施設で暮らす重症者にとって看護職や福祉職は、日常生活を送るうえで最も身近で、心身の発達に働きかける機会を持ち合わせた養育者に匹敵する存在である。このような両者の関係には相互作用が生じており、頻繁に行われる食事の援助場面における両者の行動を観察するためのツールとして適していると判断し JNCAFS を用いた。

10. 分析方法

1) 研究参加者の属性

研究参加者の属性は、IBM®SPSS® Statistics Desktop Version22.0 を用いて記述統計を行った。

2) 重症者の属性と援助場面の状況

食事の援助を受ける重症者の属性として情報収集した内容と撮影状況を重症児ごとに分類、整理し一覧表にまとめた。観察場面の状況は、援助を受ける重症児の撮影回数、昼食かおやつかの食事内容、援助の所要時間を撮影記録からまとめた。

3) 主観的評価の分析

(1) 食事の援助行為に関するチェックリスト得点の変化の比較

介入群および比較群の Time1, 2, 3 における食事の援助行為の変化をみるために、チェックリストの項目のうち相互作用を評価する内容のみ用い、要素別に合計点を算出し、Friedman 検定を行った。その際、正規性の検定(Shapiro-Wilk 検定)を用い、各変数のすべてが正規分布に従っていないことを検証した。さらに、Mann-Whitney の U 検定を用いて、介入群と比較群との中央値の差を比較した。

(2) 教育プログラムを受けたことによる効果

質問項目ごとの自由記載の内容を熟読し、内容を整理し一覧表にまとめた。

4) 客観的評価の分析

(1) JNCAFS 得点の変化の比較

介入群および比較群の Time1, 2, 3 における JNCAFS 得点の変化をみるために、総合得点、養育者の総合得点、子どもの総合得点、6 つの下位尺度得点と養育者および子どもの随伴性得点を算出し、JNCAFS 得点のカットオフ値と比較した。次に正規性の検定（Shapiro-Wilk 検定）を用い、各変数のすべてが正規分布に従っていないことを検証した上で Friedman 検定を実施した。さらに、Mann-Whitney の U 検定を用いて、介入群と比較群との JNCAFS 得点の差を比較した。

11. 倫理的配慮

1) 参加者には研究依頼書を用いて目的、プログラムの内容、取得データ、秘密保持、結果の公表の仕方、参加の任意性、協力を拒否、または中断しても不利益が生じないことを口頭で説明し、同意書によって同意を得た。

2) データの管理として、電子データはネットワークに接続されていないパソコン、HDD 等に保存すること、電子ファイルにはパスワードを設定すること、紙媒体のデータは鍵のかかるロッカーで保存し管理した。

3) 資料およびデータの保管期間および破棄は、研究結果の最終の公表について報告された日から 10 年間を経過した日までの期間とした。

4) 重症者からの同意は、調査協力を受諾した保護者宛に研究の目的、プログラムの内容、撮影、秘密保持、結果の公表の仕方、同意の拒否および中

断による不利益が生じないことを記載した文書を郵送し、同意書の返送をもって同意を得た。

5)重症者への配慮として、毎回のビデオ撮影時に撮影が可能な体調や状況とぶ病棟側が判断した重症者に食事の援助を行うようにした。

6)取得データは参加者の通し番号で管理し、データの内容は参加者、研究者および研究のスーパーバイザー以外には知り得ないことを厳守した。

7)本研究は、北海道医療大学看護福祉学部研究科倫理委員会(承認番号：16N003002)と対象施設の倫理委員会の承認のもとに実施した。

8)本研究に係る利益相反に関する事項はない。

VI. 結果

1. 研究参加者の属性

研究参加者は A 病棟 8 名，B 病棟 4 名の計 12 名であった。そのうち，B 病棟の 1 名は Time4 以降の参加を中止したため，介入群を 11 名，比較群を 4 名として分析した。

表 3 に示す通り，研究参加者の性別は女性 8 名(66.7%)，年齢は 40 歳代の割合が 4 名(33.3%)と最も多かった。職種では看護職が 9 名(75.0%)，福祉職が 3 名(25.0%)の割合であった。通算の重症児病棟での勤務経験年数は，5 年以内が 7 名(58.3%)，6～10 年が 5 名(41.7%)であり，これまでに食事援助の方法の指導を受けた経験があると回答したのは 11 名(91.7%)，指導を受けた経験がないと回答したのは 1 名(8.3%)のみであった。自分の家族に対して食事の援助をした経験があると回答したのは 5 名(41.7%)，経験がないと回答した 6 名(50.0%)であり，食事の援助をした相手は自分の子どもや祖母，自分の親であった。

2. 食事の援助を受ける重症心身障害児(者)の属性と援助場面の状況

食事の援助を受ける重症者は保護者の承諾が得られた 10 名であり、各病棟から 5 名ずつ選定した。そのうち、1 名は研究参加者の担当病室と研究者の撮影の日程が合わず援助場면을撮影する機会がなかったことから、食事の援助を受けた重症児は 9 名であった。表 5 に示す通り、重症者は男性が 4 名、女性が 5 名で年齢は 42～66 歳であった。診断名は、脳性麻痺、てんかんを併せ持つ先天性障害や先天性の内分泌障害、発達障害と多様であった。障害の程度としては 8 名が大島分類 1～4 に属しており、重度障害である。また、視覚障害、聴覚障害、言語障害、摂食嚥下機能の障害がないと判断されるのは 1 名、視覚障害と聴覚障害がない重症者は 2 名、摂食嚥下機能の障害がないのは 3 名であった。遠城寺式・乳幼児分析的発達検査による重症児 9 名の発達年齢は、個人差はあるものの全員がすべての領域で 2 歳半以下であり、特に「基本的習慣」の領域では 10.5 ヶ月が最も高い年齢だった(図 4)。

以上の要因から、表 4 に示すように、9 名全員が自力で食事を摂取することはできない状態であった。9 名の重症者のうち、最も撮影回数が多かったのは 11 回、最も少なかったのは 2 回であった。重症者の撮影回数にバラつきがでた原因として、研究参加者と重症者の組み合わせを固定しなかったこと、調査期間の中で重症者が援助を受ける回数を均等にするための調整をしなかったことが考えられる。表 5 に示すように、援助者および援助を受ける重症者、援助内容は毎回統一されてはいなかった。また、介入群と比較群の Time1、2、3 における援助に要した平均時間は、介入群では昼食の援助が 3 時点のいずれも 10 分 30 秒前後、おやつの援助が 5 分 23 秒から 6 分 46 秒であり、介入前後の援助時間に特段の変化は認められなかった。比較群の昼食の援助に要した時間は、Time 1 が 14 分 24 秒と最も長く、Time 2 が 10 分 23 秒と最も短かった。おやつの援助時間は Time2 が 8 分 23 秒と最も長く、Time1 が 5 分 25 秒と最も短かった。

3. 教育プログラムの効果

1) 主観的評価－食事の援助行為に関するチェックリスト得点の変化－

(1) 介入群と比較群の 3 時点における変化

介入群と比較群の Time1, 2, 3 の 3 時点における食事の援助行為に関するチェックリスト得点の変化を表 6 に示した。

要素ごとに 3 時点の変化を比較した結果、介入群では「視線をつかむ」($p=.048$)、「話しかける」($p=.025$)、「触れる」($p=.001$)の 3 要素で有意に上昇したが、比較群ではすべての要素で有意な変化はみられなかった。

(2) 介入群と比較群との比較

介入群と比較群との食事の援助行為について、各時点の要素別に見た得点を比較した結果、Time2 の時点で「視線をつかむ」($p=.018$)、Time3 の時点で「触れる」($p=.018$)で有意差がみられ、いずれも介入群の得点が比較群より高値であった(表 6)。

(3) 教育プログラムを受けたことによる効果

介入群の 11 名から教育プログラムを受けたことによる効果について回答を得た結果を表 7 に示した。

食事の援助を受けた重症者の反応に変化を感じたか否かの問いについて、4 名(36.4%)が変化ありと回答しており、具体的な様子として「余裕を持って接することで嬉しそうな様子が伝わる」、「重症児が援助者に視線を向ける機会が増えた」、「援助中の笑顔が増えた」、「視覚障害のある重症者でも多くの声かけやタッチングにより表情が一層穏やかに感じられた」といった内容を挙げていた。11 名全員が「視線をつかむ」という行為を援助場面で行うことができたと回答しており、「話しかける」という行為を援助場面で行えたのは 10 名(90.0%)、「触れる」という行為を援助場面で行うことができたのは 9 名(81.8%)であった。

2) 客観的評価－JNCAFS 得点の変化－

(1) 介入群と比較群の 3 時点における変化

介入群と比較群の Time1, 2, 3 における JNCAFS 得点の変化を表 8 に示した。

介入群の総合得点の平均値は Time1 (45.18 ± 4.17), Time2 (46.09 ± 6.11), Time3 (50.18 ± 9.17) と上昇しており, いずれの時点でも 1～5 ヶ月齢のカットオフ値を上回っていたが, 6～12 ヶ月齢のカットオフ値には達していなかった。養育者合計の平均値は Time1 (30.73 ± 3.29), Time2 (33.45 ± 3.59), Time3 (35.82 ± 4.69) と上昇しており, 特に Time2, 3 は 1～5 ヶ月齢のカットオフ値を上回っていた。しかし, いずれの時点においても 6～12 か月齢のカットオフ値には達していなかった。子ども総合得点の平均値は, Time1 (14.45 ± 2.38), Time2 (12.64 ± 3.11), Time3 (14.36 ± 4.95) であり, Time2 で最も低下していた。しかし, 各時点での平均値は 1～5 ヶ月齢のカットオフ値を上回っていた。なお, すべての時点において 6～12 ヶ月齢のカットオフ値には達していなかった。

介入群の 3 時点において下位尺度ごとの変化をみたところ, 養育者の合計得点 ($p=.022$) と認知発達の促進 ($p=.014$) で有意差がみられ, いずれも介入後に上昇していた。

比較群の総合得点の平均値は Time1 (44.5 ± 3.79), Time2 (42.25 ± 15.11), Time3 (52.25 ± 11.18) で Time2 が最も低値であった。いずれの時点でも 1～5 ヶ月齢のカットオフ値を上回っていたが, 6～12 ヶ月齢のカットオフ値には達していなかった。養育者合計の平均値は Time1 (30.00 ± 3.56), Time2 (29.00 ± 9.20), Time3 (38.00 ± 6.48) と Time2 で得点の低下がみられ, Time3 の値のみが 6～12 ヶ月齢のカットオフ値を上回っていた。子ども総合得点の平均値は, Time 1 (14.50 ± 2.89), Time2 (13.25 ± 6.24), Time3 (14.25 ± 4.79) であり, Time2 で最も低値を示した。3 時点での平均値は 1～5 ヶ月齢のカットオフ値を上回っていたが, 6～12 ヶ月齢のカットオフ値には達していなかった。

比較群の 3 時点における下位尺度ごとの変化に有意差はみられなかった。

(2) 介入群と比較群との比較

介入群と比較群との 3 時点における JNCAFS 得点を比較した結果、有意差はみられなかった(表 8)。

VII. 考察

1. 主観的評価からみた教育プログラムの効果

チェックリストに含まれる 4 つの要素において、比較群では 3 時点で変化はみられず、介入群のみ「視線をつかむ」、「話しかける」、「触れる」の 3 つの要素における相互作用が良好な状態に変化したことは、プログラムによる効果だと考える。

1 回目プログラムの学習目標を達成するにあたり、グループワークで日頃の食事の援助や留意点を出し合うことが、自身の援助行為を振り返る機会となった。そのうえで、研究者が講義をした 4 つの要素と自身の援助行為を照らし合わせたことにより、自身の援助行為に不足している要素が明確となり、4 つの要素を食事の援助行為に取り入れることの動機づけがされた。また、プログラムに参加する以前に、重症者一人ひとりに対して食事のメニューを伝えながら援助していた研究参加者にとっては、今回の学習が確固たる自信にもつながったことが、自由記載の回答(表 7)からもわかる。加えて、日常的に行われる食事の援助において、実践可能で効果的な行為 4 つを選定したことは、研究参加者にとっても負担なく取り入れられる行為として認識されたと推察する。

2 回目プログラムにおいて、研究参加者達が殆ど実践していない「視線をつかむ」、「触れる」の 2 つの行為をロールプレイングで体験したことにより、食事の援助場面にその行為を取り入れることが現実的に可能であり、重症者と研究参加者双方にとってより良い援助であると理解したことが、

介入後に有意な変化がみられた理由と考えられる。研究参加者がこれまでに実践していなかった行為を実際に行ったこと、食事援助を受ける重症者の立場を体験したことにより、相互作用を重視して食事の援助を行うことの重要性が理解でき、実践の場でも取り入れることが可能な行為であったと考える。さらに、今回の学習効果として影響したと考えられるのは、ロールプレイング後のメンバー間でのフィードバックである。ロールプレイングでは、援助者役と重症者役以外にこれら2者の様子を観察する評価者を設定した。そのため、相互作用を重視した食事の援助とそうでない援助をより客観的に評価し合ったことにより、相互作用を重視した食事の重要性が裏付けされ、援助者研究参加者の行動につながったと推察する。

「話しかける」という行為は、ロールプレイングによる体験はしていなかったが、研究参加者が食事の援助時に留意している行為としてグループワークの中で複数名が挙げていた。このことは、高橋(2010)の報告にある摂食マニュアルの中でも、食事前の覚醒の確保としての声かけや雰囲気づくりのための挨拶、食事に集中できるように会話の内容を工夫するといった介助のポイントとして具体的に示されている。食事を援助する際の「話しかける」という行為は研究参加者達にとっては、概ね身についた行為であることは否めない。

しかし、介入後の変化に有意な差がみられたことは、1回目プログラムで学習することにより、援助者と重症者との間に相互作用を促進するための意図的な「話しかける」行為であることの理解が深まり、食事前後の挨拶以外にも具体的な話題や重症者の反応に対応したタイミングで話しかけるといった行為を意識的に実践していたことの影響が結果として反映したと推察する。

一方、「食べる」という行為で介入後の変化に有意な差がみられなかった理由としては、この行為を構成している9項目が食事を安全に摂取するために留意すべく姿勢保持や食べさせ方、体や手足の動きへの配慮に関する内容であり、研究参加者がこれまでに受けた食事の援助の研修でも安全に

食べるための方法として指導を受けている内容に極めて近いことが挙げられる。このことは、チェックリストの 3 時点での平均値が 28 点以上、かつ値に大差がないことから、研究参加者が今回のプログラムで意識づけされ、新たに実践に取り入れる行為というよりも、ある程度身に付いた行為といえる。このことは、重症者に対する食事の援助方法や摂食嚥下の支援に関する先行研究でも多くの報告がある（秋村，2003；福田，2001；入江，2012；川原・本村，2002）ことから、食事の安全性を重要視した援助行為として看護職および福祉職以外の重症者の食事の援助に関わる医療職者に普及しているという現状が今回の結果にも影響していると推察する。

2. 客観的評価からみた教育プログラムの効果

JNCAFS 得点の結果から、介入群のみ養育者の総合得点に有意な良い変化が見られたこと、特に養育者側の領域のうち、「認知発達の促進」での得点に有意な変化がみられたことは、教育プログラムの学習効果が反映した結果といえる。その理由として、JNCAFS における「認知発達の促進」領域の特徴は子どもに対する話しかけ方の内容が多様に含まれていることであり、前述した主観的評価の結果においても、「話しかける」という行為で有意な変化がみられたことから、今回の学習を通して、研究参加者らは話しかけることの意義を理解し具体的に話しかけることを実践に取り入れていたことを検証する結果となった。

「認知発達の促進」以外の 3 領域において、3 時点における変化に有意差はみられなかったが、これらの JNCAFS 得点の平均値はすべて介入後には上昇している。しかしながら、有意差がみられなかったことは、子どもとのアイコンタクトやみつめる、姿勢を整える、触れる、子どもの行動を容認する、子どもの反応にあわせて食べる、といったプログラムで学習した「視線をつかむ」、「触れる」、「食べる」という行為に該当する行動が、「認知発達の促進」以外の 3 領域に振り分けられているために、顕著な変化として示されなかったためと推察する。加えて、JNCAFS の評価項目には授乳中の

母親の行動を評価する項目も含まれており、姿勢や子どもに触れる行動を評価する上で、母親が子ども抱いた状態で子どもに刺激を与える動作や姿勢を変える、からだに触れることに関する行動が問われる項目も設定されている。したがって、本研究の対象となった重症者に対して上述した場面は該当しなかったため得点化されなかったことも有意差がみられなかった要因であろう。

子ども側の得点において3時点での変化がみられなかったことは、重症者がもつ障害により周囲の人々に対する反応性の乏しさ、自身の意思を伝達する表現方法が不明瞭な状況であることから得点化につながらなかったといえる。

本研究において研究参加者を評価する養育者の総合得点および食事の援助を受ける重症者を評価する子どもの総合得点の平均値は、どちらも健常な1～5ヶ月齢のカットオフ値を上回っていた。この結果は、斉本(2012)の歴年齢4～6歳・大島分類3～4の経口以外の方法で食事をとっている重症者とその親の得点よりも高値であった。このことは、本研究の研究参加者が反応や表現の理解が難しい重症者に対して親以上に観察し対応する能力を持ち合わせていることと解釈できる。さらに、プログラム実施後に得点がありに上昇したことは、食事の援助場面で重症者との相互作用を促進するための知識や方法を習得することにより、研究参加者の技術力の向上につながった有意義な内容だったといえる。

3. 看護への示唆

今回のプログラムは、1回の開催時間を30分間に設定した全2回の研修コースという短時間の介入であった。しかし、主観的評価および客観的評価から学習の効果が認められたことから、看護職および福祉職に対する介入として有意義なプログラム内容であることが示唆された。今後、本プログラムを実践に活用するための方略を以下に述べる。

1) 重症者施設内の研修会への参入

従来の重症者施設が独自に開催している新人・中途採用研修として食事援助の研修が企画されている。しかし、研修の内容は食事を安全に食べることに重点がおかれた研修が殆どであることから、同時に相互作用を重視した食事の援助を学習する機会を設定する。また、本プログラムが目指す学習内容は、新人・中途採用者を問わず、重症者の食事の援助に関わる看護職と福祉職にとって有意義な内容であることから、施設内での研修対象者を拡大し定期的を開催する。

2) 重症者の特性に適した食事の援助行為の改善

今回設定した4つの要素に含まれる行為の中には、重症者それぞれの身体的な特徴によって、食事をする際の体勢や車椅子に乗車した状態での食事摂取といった状況から判断すると、研究者が提示した行為が困難な場合もあった。実際に研究参加者からの意見も聞かれた。今後は、現場の看護職や福祉職からの意見を参考に、4つの要素に含まれる行為を重症者の特性に見合った行為として改善していく必要がある。

3) フィードバックによる学習効果の維持

教育プログラムの学習効果を維持するために、主観的評価および客観的評価の結果を参加者自身にフィードバックすることも必要であると考え、学習の効果や改善すべき点を援助者自身で認識することにより、その後の援助行為に反映されることが期待される。

4) 管理者との連携

今後、本プログラムの参加者を拡大するためには、施設の管理者および病棟管理者の協力を得ることは不可欠である。加えて、病棟管理者には、学習中の参加者を認め、賞賛することにより、参加者のモチベーションの維持・向上をもたらすような役割を期待する。これは、鈴木（2015）が述べ

ているように、学習者にとっては有意義な働きかけである。管理者には、このような意図を説明したうえで協力を仰ぐ。

4. 研究の限界と今後の課題

本研究では、研究参加者を一施設から募集し実施した。その結果、研究参加者は12名と少数であった。そのため、結果の信頼性・妥当性は十分とはいえない。また、標本数は病棟職員の1～2割弱であり、病棟全体として学習内容を奨励する雰囲気とは言い難い状況も否めず、そのことが学習効果の維持に影響を及ぼした可能性がある。その他の限界として、食事の援助を受ける重症者の属性や障害の条件を一定にコントロールすることに困難性が生じたこと、Time1, 2, 3(図3)における観察場面において、援助者と重症者が対応していないことも、結果に影響を及ぼす要因と考えられる。さらに、客観的評価として撮影した場面は1回のみであり、評価結果がより限定された結果であることも、本研究の限界である。

本研究に着手する時点において、重症者施設の看護職と福祉職を対象とした食事の援助行為に着目した介入研究は見あたらず、結果においても先行研究の知見から十分な考察をすることができなかった。

重症者施設の看護職と福祉職にとって、自身の援助場面を撮影されることは不慣れな体験であり、相当な抵抗感を示していたことから、援助場面を客観的に評価し、援助内容を精錬していくという学習環境も根付いていないことも垣間見えた。今後は、研究参加者に今回の研究結果をフィードバックし、相互作用を重視した食事の援助行為を継続的に実践できる機会となるような関わりが必要となる。そのうえで、本プログラムを開催できる場を開拓し、研修の参加者を拡大し介入の検証数を増大させることが課題である。

VIII. 結論

重症者施設の看護職および福祉職 11 名を介入群、4 名を比較群として、重症者との相互作用を重視した食事の援助行為に関する教育プログラムを企画・実施し、その効果を明らかにした。その結果を以下に示す。

1) 食事の援助行為について、相互作用を重視した 4 つの要素ごとに 3 時点の変化を比較した結果、介入群では「視線をつかむ」($p=.048$)、「話しかける」($p=.025$)、「触れる」($p=.001$)の 3 要素で有意に上昇したが、比較群ではすべての要素で有意な変化はみられなかった。

2) 介入群と比較群との食事の援助行為について、各時点の要素別に見た得点を比較した結果、Time2 の時点で「視線をつかむ」($p=.018$)、Time3 の時点で「触れる」($p=.018$)で有意差がみられ、いずれも介入群の得点が比較群より高値であった。

3) JNCAFS 得点では、介入群の 3 時点において下位尺度ごとの変化をみたところ、養育者の合計得点($p=.022$)と認知発達の促進($p=.014$)で有意差がみられ、いずれも介入後に上昇していた。また、比較群では変化はみられなかった。

4) 介入群と比較群との 3 時点における JNCAFS 得点を比較した結果、有意差はみられなかった。

謝辞

稿を終えるにあたり，調査にご協力いただきました入所者の皆様とそこ
ご家族の皆様，研究参加者の皆様，施設長ならびに看護および福祉部門の
管理者様，病棟管理者様，病棟職員の皆様に深甚の敬意を表します．

研究にあたり，北海道医療大学山田律子教授，阿保順子教授，東京医科
歯科大学廣瀬たい子教授には，多大なるご指導と貴重なご助言をいただき
ました．篤く御礼申し上げます．また，データ収集や分析，論文作成の過
程においても北海道医療大学 Howard N. Tarnoff 教授，鎌田禎子准教授，本
学看護学研究科看護学専攻の同志の皆様に多くのご協力，ご支援をいただ
き深く感謝申し上げます．

最後に，北海道医療大学三國久美教授には，研究の計画から論文作成に
至るまで，長期間に渡り励ましのお言葉と懇切丁寧なご指導を賜りました．
ここに心より感謝申し上げます．ありがとうございました．

文献

- 秋村純江(2003). 摂食・嚥下障害児のためのチームアプローチ. MEDICAL
RIHABILITATION, 26, 73-77.
- 浅倉次男(2006). 重症心身障害児のトータルケア 新しい発達支援の方向
性を求めて. へるす出版, 38-39.
- 福田茂子(2001). 食事ケアの目標と達成留意点. 小児看護, 24(9),
1114-1121.
- Grove, K. S., Burns, N. & Gray, R. J. (2013)/黒田裕子, 中木高夫, 逸
見功(訳)(2015). 看護研究入門: 評価・統合・エビデンスの生成,
第7版, ELSEVIER Japan KK, 193-236.
- Henderson, A. V. (1969)/湯槇ます, 小玉香津子(訳)(1973). 看護の基本
となるもの. 改訂版, 東京, 日本看護協会出版会, 36-37.
- 姫野稔子, 小野ミツ(2015). 在宅高齢者の介護予防に向けたフットケアプ
ログラムの開発ー第1報: フットケア方法習得のプロセスおよび介
入内容の分析ー. 日本看護科学会誌, 35, 28-37.
- 廣瀬たい子(2006). 養育者/親ー子ども相互作用: フィーディングマニユ
アル(日本語版). 東京: NCAST 研究会.
- 廣瀬たい子, 岡光基子(2012). 日本語版 NCAFS データ&ケースブック. 東
京: 乳幼児保健学会.
- 本田美和子, Gineste, Y., & Marescotti, R. (2014). ユマニチュード入
門. 医学書院.
- 入江雅枝(2012). 重度重複障がい児の摂食支援の標準化を目指した摂食マ
ニユアルの作成プロセス. 小児看護, 35(9), 1270-1275.
- 川原圭子, 本村富士子(2002). 重症心身障害児(者)の療育ー「食べる」こ
とへの言語聴覚士の援助ー. 音声言語医学, 43(4), 479-483.
- 木浪智佳子, 三国久美, 川合美奈, 畑江郁子(2015). 重症心身障害児施設
に勤務する看護師の研修の実態ー第1報 受講の有無と未受講者の
ニーザー. 北海道医療大学看護福祉学部学会誌, 11(1), 11-17.

- 松本規男, 伊東光修, 門奈芳生, 石原光沙子, 上野紀子, 見波亮, ... 向井祐介 (2007). 重症心身障害児(者)への援助技術. 医療, 61(11), 759-766.
- 三田勝巳, 三上史哲, 三田岳彦, 岡田喜篤, 末光茂, 江草安彦 (2014). 公法人立重症心身障害児施設入所者の個人チェックリストによる実態調査第Ⅲ報: 日常生活活動. 日本重症心身障害学会誌, 39(1), 79-92.
- 森山美和子, 中野真寿美, 古井祐司, 中谷隆 (2008). セルフマネジメント能力の獲得を主眼にした包括的心臓リハビリテーションプログラムの有効性の検討. 日本看護科学会誌, 28(4), 17-26.
- NCAST-AVENUE Programs (2003). KEYS to Caregiving, *University of Washington*, 46.
- Knowles, S. M. (1980)/堀薫夫, 三輪建二 (訳) (2015). 成人教育の現代的実践 ペタゴジーからアンドラゴジーへ. 4版, 東京, 鳳書房, 33-67.
- 小川友美, 浅倉次男, 佐藤陸朗, 名佐原貴子, 木村久子, 杉田祥子 (2003). 食事に関するチェックリストの作成. 日本重症心身障害学会誌, 28(3), 199-201.
- 大島一良 (1971). 重症心身障害の基本的問題. 公衆衛生, 35(11), 648-655.
- 大島一良 (1998). 重症心身障害児分類: 大島分類の由来. 日重症心身障害会誌, 23(1), 14-19.
- 斉本美津子 (2012). 重症心身障害児の食事場面からみる母子相互作用の特徴. 小児看護, 35(4), 518-521.
- 佐藤好衛, 池亀忍, 高谷直秀, 白木淳子, 出店正隆, 川俣尚愛, ... 篠田歩 (2010). 当院における NST の立ち上げとその効果について食事カード, 栄養スクリーニングシート, 嚥下障害食導入に向けての検討, 実施. 日本重症心身障害学会誌, 35(3), 403-410.
- 鈴木克明 (2015). 研修設計マニュアル: 人材育成のためのインストラクショナルデザイン. 医学書院.

- 高橋良枝(2010). 重症心身障害児者施設における摂食・嚥下障害への取り組み－看護師の立場から－. MEDICAL RIHABILITATION, 122, 50-58.
- 高見美保, 水谷信子(2011). 認知症高齢者と家族介護者が関わり合う際に生じる困難に対する看護介入の開発:介入プログラムの作成と実践. 老年看護学, 15(2), 36-43.
- 対馬栄輝(2010). 医療系研究論文の読み方・まとめ方－論文の PECO から正しい統計的判断まで. 東京図書株式会社, 117-121.

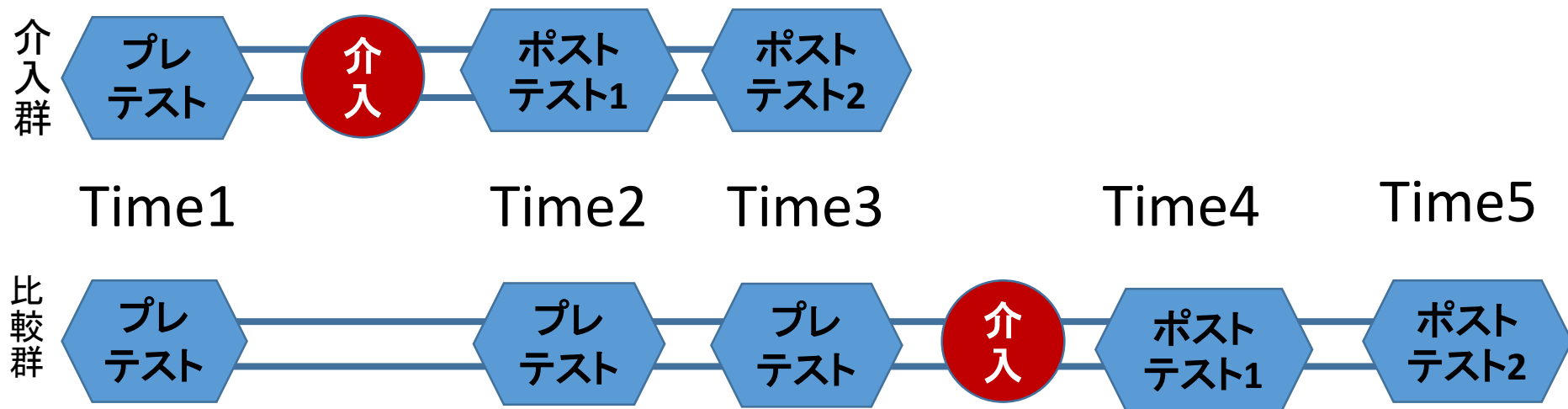


図1 比較群をもつプレテストーポストテストデザイン

研究者がBarnardの看護モデル(Barnard, 1976)に基づく養育者の果たすべき要素とユマニチュード(本田ら, 2014)のケア技法を参考に, 多忙な業務時間の中でも実践可能な4要素を厳選し, その内容に該当する質問項目を独自に作成した.

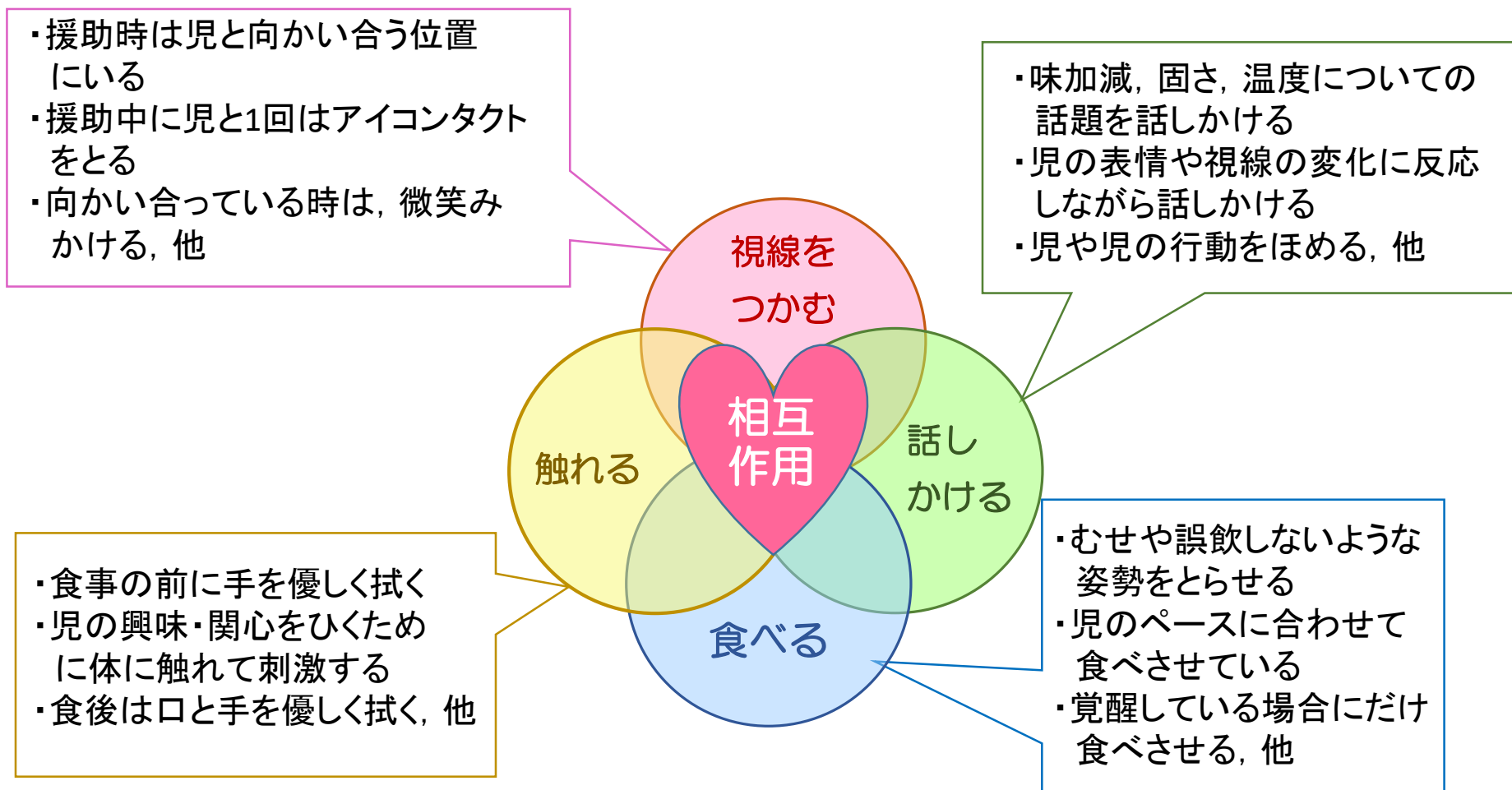


図2 相互作用を重視した食事の援助行為に含まれる4つの要素

評価①: 自記式質問紙調査(チェックリスト) 評価②:教育プログラムを受けたことによる効果(自由記載)
 評価③: 行動観察(ビデオ撮影)

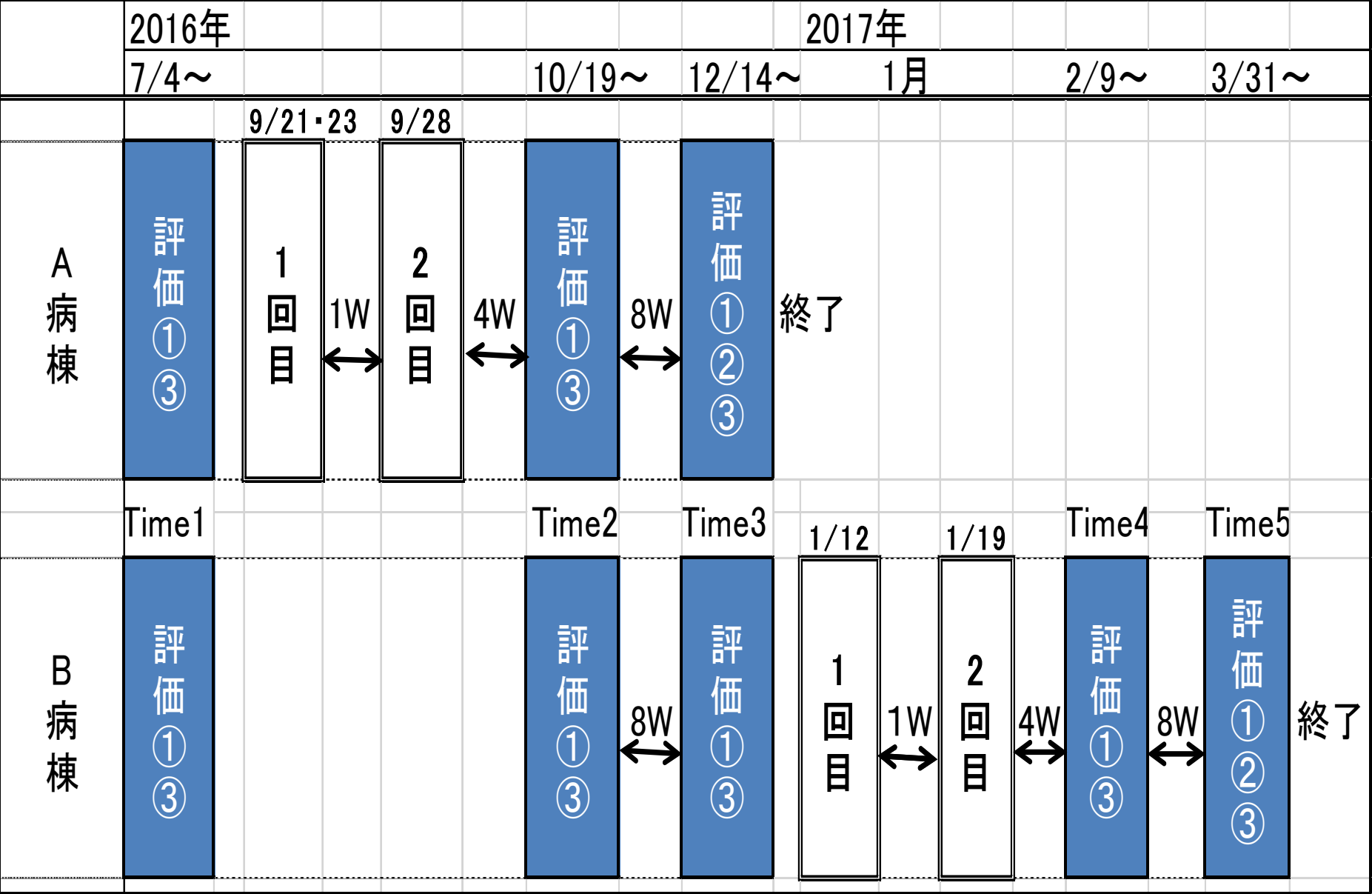


図3 評価スケジュール

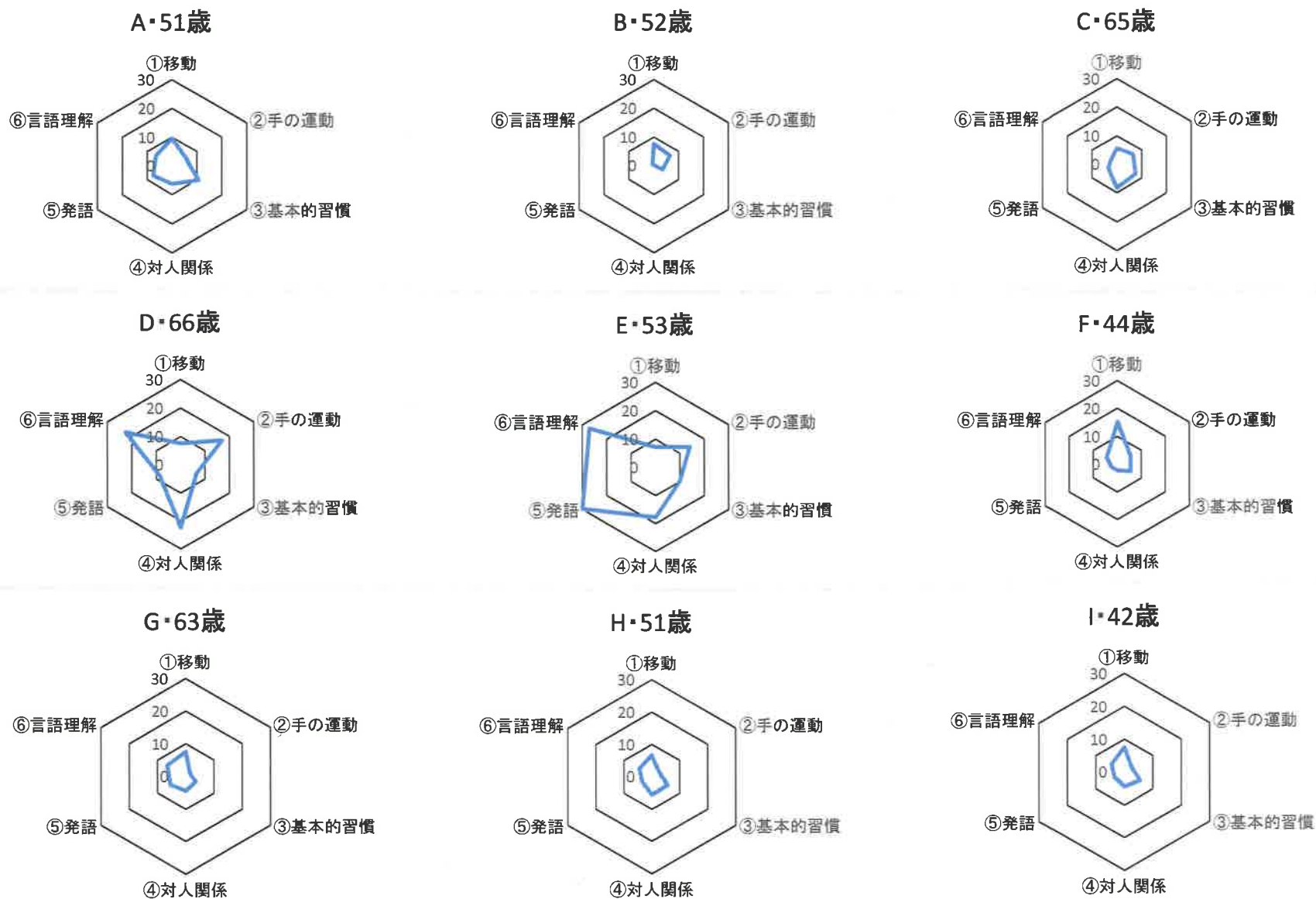


図4 食事の援助を受ける重症者の発達年齢(達城寺式・乳幼児分析的発達検査による分析)

表1 相互作用を重視した食事の援助行為教育プログラム

全体目標：受講者が経口摂取可能な重症者に対して相互作用を重視した食事の援助ができる。

| 1回目(30分) | | |
|----------|------------------------------------|---------|
| 目 標 | 1. 相互作用を重視した食事の援助の意義を知る | |
| | 2. 相互作用を重視した食事の援助行為に含まれる4つの要素を理解する | |
| | 3. 自分の援助行為に不足している要素に気づく | |
| | 4. 実践可能な行為をみつける | |
| 内 容 | 1. 普段の食事の援助の留意点 | グループワーク |
| | 2. 健常な母子の食事の援助場面の視聴 | DVD視聴 |
| | 3. 2. で印象に残った場面の共有 | グループワーク |
| | 4. 相互作用を重視した食事の援助の意義と要素 | ミニ講義 |
| | 5. 4つの要素の振り分けと共有 | グループワーク |
| | 6. 実践できそうな行為の選択 | 意見交換 |

| 2回目(30分) | | |
|----------|---|----------|
| 目 標 | 1. 相互作用を重視した食事の援助行為を実践に取り入れることの必要性を体験する. 2食事の援助に取り入れる行為を身に付ける | |
| 内 容 | 1. 前回のプログラムの振り返り | 説明・意見交換 |
| | 2. 相互作用を重視した食事の援助行為の体験とフィードバック ◆前回のグループワークで実践していない要素の行為(視線をつかむ行為と触れる行為)をロールプレイングの題材とした | ロールプレイング |
| | 3. 実践できそうな行為, 困難な行為についての意見交換 | 意見交換 |

表2 評価方法

| | |
|-------|---|
| 主観的評価 | 評価① 自記式質問紙調査 |
| | <p>食事の援助行為に関するチェックリスト</p> <p>視線をつかむ 7項目</p> <p>話しかける 9項目</p> <p>触れる 3項目</p> <p>食べる 9項目 計28項目</p> <p>回答形式:4段階リッカート尺度</p> <p>いつもしている (4点) 時々している (3点)</p> <p>あまりしていない (2点) まったくしていない (1点)</p> |
| | <p>評価② 教育プログラムを受けたことによる効果(自由記載)</p> <p>※Time3, Time5のみ調査</p> |
| 客観的評価 | 評価③ 行動観察 |
| | <p>昼食またはおやつの援助場面を撮影</p> <p>↓</p> <p>日本語版NCAFS(JNCAFS)による評価</p> |

表3 研究参加者の属性

| 属性 | カテゴリ | 全体(n=12) | A病棟 | B病棟 | |
|-------------------------------|--------|-----------|----------|-----------|-----------|
| | | | 介入群(n=8) | 比較群(n=4) | 介入群(n=3) |
| 性 別 | 女性 | 8 (66.7) | 5 (62.5) | 3 (75.0) | 2 (66.7) |
| | 男性 | 4 (33.3) | 3 (37.5) | 1 (25.0) | 1 (33.3) |
| 年 齢 | 20歳代 | 2 (16.7) | 0 (0.0) | 2 (50.0) | 2 (66.7) |
| | 30歳代 | 3 (25.0) | 1 (12.5) | 2 (50.0) | 1 (33.3) |
| | 40歳代 | 4 (33.0) | 4 (50.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| | 50歳代 | 3 (25.0) | 3 (37.5) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| 職 種 | 看護職 | 9 (75.0) | 6 (75.0) | 3 (75.0) | 3 (100.0) |
| | 福祉職 | 3 (25.0) | 2 (25.0) | 1 (25.0) | 0 (0.0) |
| 通算の重症心身障害児(者)病棟での勤務経験 | 5年以内 | 7 (58.3) | 6 (75.0) | 1 (25.0) | 1 (33.3) |
| | 6～10年 | 5 (41.7) | 2 (25.0) | 3 (75.0) | 2 (66.7) |
| 食事援助の方法の指導を受けた経験 | ある | 11 (91.7) | 7 (87.5) | 4 (100.0) | 3 (100.0) |
| | ない | 1 (8.3) | 1 (12.5) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| 自分の家族に対して食事援助をした経験 | ある | 5 (41.7) | 3 (37.5) | 2 (50.0) | 1 (33.3) |
| | ない | 6 (50.0) | 4 (50.0) | 2 (50.0) | 2 (66.7) |
| | わからない | 1 (8.3) | 1 (12.5) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| 食事援助をした相手(複数回答) ※ | 自分の子ども | 2 (40.0) | 1 (33.3) | 1 (25.0) | 1 (33.3) |
| | 自分の親 | 1 (8.3) | 1 (33.3) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| | 自分の祖母 | 2 (40.0) | 1 (33.3) | 1 (25.0) | 1 (33.3) |
| ※自分の家族に対して食事の援助をした経験のある者のみの回答 | | | | | |

表4 食事の援助を受ける重症者の属性と撮影回数

| | | 年齢 | 性別 | 診断名 | 大島 分類 | 視覚障害 | 聴覚障害 | 言語障害 | 摂食・嚥下障害 | 摂食姿勢 | 撮影回数 (内容別の回数) |
|-------------------|---|-----|----|--|----------|--------------------------------|----------------------------------|-------------------|--------------------|------------------------|-------------------|
| A 病棟 | A | 51歳 | 男性 | 脳性麻痺 | 2 | 追視あり, 視線 合わせる | 人声, 話しかけに 反応 | 言語発達遅滞, 発音なし | 咀嚼・嚥下困難 ややあり | 車椅子使用 | 2回 (昼食1・おやつ1) |
| | B | 52歳 | 男性 | 脳性麻痺, 小頭症, てんかん, 精神発達遅滞 先天性白内障術後 | 2 | 弱視, 追視あり, 視線合わせる | 人声に反応 | 発音は不確実 | なし | 座位 | 11回 (昼食3・おやつ8) |
| | C | 65歳 | 女性 | フェニールケトン尿症, てんかん, 最重度知的障害 多動性障害 | 1 | 追視あり, 遠くの 物を見る | 人声, 話しかけに 反応 | 言語発達遅滞, 発音あり | なし | 上半身拳上・ 車椅子使用 | 7回 (昼食3・おやつ4) |
| | D | 66歳 | 女性 | 脳性麻痺, 精神発達遅滞 | 2 | 追視あり, 視線 を合わせる, 遠く の物を見る | 人声, 話しかけに 反応 | 言語発達遅滞, 発音あり | 咀嚼・嚥下困難 ややあり | 座位・ 車椅子使用 | 4回 (昼食のみ) |
| B 病棟 | E | 53歳 | 男性 | 脳性麻痺, 狭頭症術後, 精神発達遅滞 | 4 | なし | なし | なし | なし | 上半身拳上・ 車椅子使用 | 6回 (昼食2・おやつ4) |
| | F | 44歳 | 男性 | ダウン症, てんかん, 甲状腺機能低下症, 最重度知的障害 | 10 | 光の明暗に反応 | 人声, 強い音刺 激に反応 | 言語発達遅滞, 発音あり | 咀嚼・嚥下困難 ややあり | 車椅子使用 | 5回 (昼食3・おやつ2) |
| | G | 63歳 | 女性 | 脳性麻痺, てんかん, 最重度知的障害 | 1 | 光の明暗に反応 追視あり, 遠くの 物を見る | 人声, 話しかけに 反応, 音に顔を向 けるが不確実 | 言語発達遅滞, 発音あり | 咀嚼・嚥下困難 ややあり | 上半身拳上・ 座位・車椅子 使用 | 3回 (昼食のみ) |
| | H | 51歳 | 女性 | レット症候群 | 2 | なし | なし | 運動性構音障 害, 発語あり | 咀嚼やや困難, 嚥下障害なし | 車椅子使用 | 4回 (昼食1・おやつ3) |
| | I | 42歳 | 女性 | 脳性麻痺, 知的障害, 口蓋裂手術後 | 2 | なし | なし | 言語発達遅滞, 発音あり | 咀嚼非常に困難, 嚥下やや困難 | 座位・ 車椅子使用 | 3回 (昼食のみ) |
| 注: 撮影しなかった1名を除外した | | | | | | | | | | | 7 |

表5 食事の援助場面の撮影状況

| 介入群 (n=11) | | | | | | | | 比較群 (n=4) | | | | | | | |
|------------|-----|--------|-------|--------|-------|--------|-------|-----------|-----|--------|-------|--------|-------|--------|-------|
| Time1 | | | | Time2 | | Time3 | | Time1 | | | | Time2 | | Time3 | |
| 病棟 | 参加者 | 重症児/食事 | 所要時間 | 重症児/食事 | 所要時間 | 重症児/食事 | 所要時間 | 病棟 | 参加者 | 重症児/食事 | 所要時間 | 重症児/食事 | 所要時間 | 重症児/食事 | 所要時間 |
| A病棟 | 1 | G/おやつ | 6:33 | I/昼食 | 11:45 | I/昼食 | 15:15 | B病棟 | 1 | E/昼食 | 14:31 | D/おやつ | 8:21 | B/昼食 | 9:55 |
| | 2 | H/昼食 | 10:50 | G/おやつ | 4:13 | I/昼食 | 6:14 | | 2 | A/おやつ | 5:25 | A/昼食 | 11:24 | A/おやつ | 7:22 |
| | 3 | F/昼食 | 8:41 | G/おやつ | 4:45 | G/昼食 | 4:33 | | 3 | C/昼食 | 16:10 | B/昼食 | 9:21 | E/昼食 | 13:16 |
| | 4 | G/昼食 | 3:19 | F/おやつ | 3:55 | G/おやつ | 3:06 | | 4 | A/昼食 | 12:30 | B/おやつ | 8:25 | D/おやつ | 9:12 |
| | 5 | I/昼食 | 9:20 | F/おやつ | 4:02 | F/昼食 | 14:26 | 平均時間 | | 昼食 | 14:24 | 昼食 | 10:23 | 昼食 | 11:36 |
| | 6 | G/おやつ | 7:27 | F/昼食 | 10:20 | G/おやつ | 5:30 | | | おやつ | 5:25 | おやつ | 8:23 | おやつ | 8:17 |
| | 7 | F/おやつ | 5:28 | H/おやつ | 5:00 | G/昼食 | 10:10 | | | | | | | | |
| | 8 | G/おやつ | 8:57 | F/おやつ | 7:24 | G/おやつ | 7:11 | | | | | | | | |
| B病棟 | 9 | E/昼食 | 14:31 | B/おやつ | 7:08 | A/おやつ | 5:43 | | | | | | | | |
| | 10 | A/おやつ | 5:25 | D/おやつ | 6:38 | D/昼食 | 13:24 | | | | | | | | |
| | 11 | C/昼食 | 16:10 | B/昼食 | 9:53 | C/昼食 | 10:00 | | | | | | | | |
| 平均時間 | | 昼食 | 10:29 | 昼食 | 10:39 | 昼食 | 10:35 | | | | | | | | |
| | | おやつ | 6:46 | おやつ | 5:23 | おやつ | 5:23 | | | | | | | | |

表6 食事の援助行為に関するチェックリスト得点の変化

| 介入群（ <i>n</i> =11） | Time1 | | Time2 | | | Time3 | | | 群内比較 注2 |
|---|----------|-----------|----------|-----------|---------|----------|-----------|---------|---------|
| | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>M</i> | <i>SD</i> | | <i>M</i> | <i>SD</i> | | |
| 視線をつかむ(7項目) | 24.55 | 2.12 | 25.91 | 1.45 | *.018注3 | 25.36 | 2.34 | | .048* |
| 話しかける(9項目) | 27.45 | 3.64 | 30.73 | 2.61 | | 30.82 | 3.25 | | .025* |
| 触れる(3項目) | 9.64 | 1.43 | 10.73 | 0.91 | | 10.73 | 1.01 | | .001* |
| 食べる(9項目) | 28.64 | 2.25 | 28.73 | 2.90 | | 28.64 | 3.11 | *.018注3 | .690 |
| 比較群（ <i>n</i> =4） | | | | | | | | | |
| 視線をつかむ(7項目) | 23.75 | 2.06 | 22.00 | 4.00 | | 25.75 | 1.71 | | .057 |
| 話しかける(9項目) | 26.00 | 4.69 | 28.50 | 1.73 | | 29.50 | 2.65 | | .779 |
| 触れる(3項目) | 8.50 | 1.00 | 10.00 | 1.41 | | 9.00 | 0.82 | | .420 |
| 食べる(9項目) | 28.50 | 1.95 | 29.25 | 1.71 | | 29.25 | 0.96 | | .905 |
| 注1.欠損値は集計から除外した | | | | | | | | | |
| 注2.群内の比較はFriedman検定. <i>P</i> <.05 | | | | | | | | | |
| 注3.群間の比較はMann-Whitneyの <i>U</i> 検定. <i>P</i> <.05 | | | | | | | | | |

表7 教育プログラムを受けたことの効果（n=11）

1. 研修後、食事の援助を行った重症児（者）の反応に変化を感じた場面はありましたか。

| | | |
|------|-----------|---|
| 変化あり | 4名(36.4%) | ・自分が余裕を持って相手に接すると満足感とまではいかなくとも嬉しそうな様子が伝わってくる。 |
| | | ・対象（被援助者）が援助者に視線を向ける機会が増えた。援助中の笑顔が増えた。 |
| | | ・視覚障害の方でも多くの声かけやタッチング等で呼びかけられる方向へ顔を向けられ、表情もより一層穏やかに感じられた。 |
| 変化なし | 7名(63.6%) | |

2. 「視線をつかむ」行為を、援助場面で行うことができましたか。

| | | |
|--------|-----------|--|
| できた | 11名(100%) | |
| できなかった | 0名 | |

3. 「話しかける」行為を、援助場面で行うことができましたか。

| | | |
|--------|------------|---|
| できた | 10名(90.9%) | |
| できなかった | 1名(9.1%) | ・普段は行っていると思うのですが、ビデオカメラの前では緊張してしまい出来なかったです。 |

4. 「触れる」行為を、援助場面で行うことができましたか。

| | | |
|--------|-----------|-------------------------------|
| できた | 9名(81.8%) | |
| できなかった | 2名(18.2%) | ・普段からあまり意識していなかったもので、忘れてしまった。 |
| | | ・意識はしていても、なかなか援助時に行うことが難しかった。 |

5. 意見、感想

| |
|---|
| ・バギー乗車で摂取させるときに、向かい合うのは難しい。 |
| ・人は誰しも丁寧に優しく接し扱ってもらいたいと思います。見て触れて、話しかけることで相手の心も開き、信頼感が培われていく。今回の研修で学んだ4つのことを意識し食べるという大きな楽しみの時間に介助側としても満足感を得られるようなケアをしていきたいです。4つの円とハートのマークがとても素敵です。 |
| ・前から一人ひとり食事の援助を行い、メニューなど伝えながら介助していたが、研修後は特に気にして行っている。夜勤で介助を行う時に、スタッフの人数が少ない事もあるが、利用者さんのペースを無視して何時までに終わらせて、とか3～4人を並べて1口ずつ順に同時に介助しなさいと言われることがある。研修と現場のギャップが大きすぎて何が正しいのかわからなくなる。 |
| ・難しい利用者もいる現状でもありますが、気づかせて頂いた研修でした。今後活かしていきたい。 |
| ・相互作用を重視した食事介助の学習をして、自己の行動の振り返りをすることができました。また、日々の介助に活かすことができました。 |

| 介入群 ($n=11$) | | Time1 | | Time2 | | Time3 | | 群内比較 |
|-------------------------------------|-----------------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|------------|
| JNCAFS下位尺度 | | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>P</i> 値 |
| 総合得点 | | 45.18 | 4.17 | 46.09 | 6.11 | 50.18 | 9.17 | .152 |
| 養育者総合得点 | | 30.73 | 3.29 | 33.45 | 3.59 | 35.82 | 4.69 | .022*注1 |
| | 子どものCueに対する感受性 | 10.73 | 0.65 | 10.82 | 0.87 | 10.91 | 1.04 | .905 |
| | 子どもの不快な状態に対する反応 | 5.45 | 3.05 | 7.45 | 2.58 | 7.64 | 1.57 | .080 |
| | 社会情緒的発達の促進 | 10.18 | 1.54 | 10.45 | 1.75 | 11.27 | 1.56 | .213 |
| | 認知発達の促進 | 4.36 | 0.67 | 4.91 | 1.38 | 6.00 | 1.95 | .014*注1 |
| 子どもの総合得点 | | 14.45 | 2.38 | 12.64 | 3.11 | 14.36 | 4.95 | .076 |
| | Cueの明瞭性 | 10.45 | 1.06 | 8.91 | 1.64 | 9.55 | 2.51 | .066 |
| | 養育者に対する反応性 | 4.00 | 1.73 | 3.73 | 1.62 | 4.82 | 2.79 | .710 |
| 随伴性得点 | | 6.09 | 1.45 | 7.45 | 2.25 | 7.55 | 3.78 | .209 |
| | 養育者随伴性得点 | 5.91 | 1.51 | 7.27 | 1.90 | 7.00 | 3.16 | .091 |
| | 子ども随伴性得点 | 0.18 | 0.41 | 0.18 | 0.60 | 0.55 | 0.82 | .504 |
| 比較群 ($n=4$) | | | | | | | | |
| 総合得点 | | 44.50 | 3.79 | 42.25 | 15.11 | 52.25 | 11.18 | .472 |
| 養育者総合得点 | | 30.00 | 3.56 | 29.00 | 9.20 | 38.00 | 6.48 | .282 |
| | 子どものCueに対する感受性 | 10.50 | 1.29 | 11.00 | 0.82 | 12.00 | 1.83 | .441 |
| | 子どもの不快な状態に対する反応 | 3.75 | 4.35 | 2.25 | 4.50 | 7.50 | 1.92 | .751 |
| | 社会情緒的発達の促進 | 10.75 | 2.22 | 10.50 | 3.00 | 10.75 | 2.22 | .905 |
| | 認知発達の促進 | 5.00 | 2.00 | 5.25 | 1.71 | 7.75 | 0.96 | .085 |
| 子どもの総合得点 | | 14.50 | 2.89 | 13.25 | 6.24 | 14.25 | 4.79 | .807 |
| | Cueの明瞭性 | 9.75 | 0.50 | 9.25 | 3.30 | 9.75 | 2.06 | 1.00 |
| | 養育者に対する反応性 | 4.75 | 2.63 | 4.00 | 2.94 | 4.50 | 3.00 | .526 |
| 随伴性得点 | | 6.25 | 1.71 | 6.00 | 4.24 | 8.50 | 5.32 | .936 |
| | 養育者随伴性得点 | 5.75 | 1.89 | 5.50 | 3.79 | 7.75 | 4.43 | .936 |
| | 子ども随伴性得点 | 0.50 | 0.58 | 0.50 | 0.58 | 0.75 | 0.96 | .867 |
| 注1: 群内比較はFriedman検定. $.05 \leq P$. | | | | | | | | |

注1: 群内比較はFriedman検定, $.05 \leq P$.

◆あなたご自身のことについてお聞かせください。あてはまる項目の□に✓を、() 内にはその内容を書き入れてください。

1. 性別： ☐男性 ☐女性
2. 年齢： ☐20 歳未満 ☐20 歳代 ☐30 歳代 ☐40 歳代 ☐50 歳代 ☐60 歳以上
3. 職種： ☐看護職 ☐福祉職 ☐その他（ ）
4. 現在の職場を問わず、これまでに重症心身障害児（者）病棟で勤務した通算の勤務経験は何年ですか。
- ☐5 年以内 ☐6～10 年 ☐11～15 年 ☐16～20 年 ☐21 年以上
5. これまでの勤務経験のなかで、食事の援助方法について指導を受けたことはありますか。
- ☐ある ☐ない ☐わからない
6. これまでに、ご自身の家族に対して食事の援助をしたことはありますか。
- ※ここでの「食事の援助」とは、経口的に食事を摂取することが可能であっても、なんらかの理由により、自力で食物を口まで運ぶことに介助を要する相手に対して行う援助のことです。
- ☐ある ☐ない ☐わからない
7. 設問 6 で「ある」と答えた方にお聞きします。援助をしたお相手はどなたですか。（複数回答）
- ☐あなたのお子様 ☐あなたの親御さん ☐あなたのごきょうだい
- ☐その他（ ）

最後に記入漏れがないかどうか、ご確認をお願い致します。ご記入ありがとうございました。



あなたがこの 3 日間に行った食事の援助場面を思い出し、設問 1～31 について「いつもしている／時々している／あまりしていない／まったくしていない」のうち、あてはまるもの 1 つに✓をつけてください。

※ここでの「食事の援助」とは、経口的に食事の摂取が可能な重症心身障害児（者）に対しての食事介助のことです。

いつも
している

時々
している

あまり
してい
ない

まっ
たく
してい
ない

| | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. 食事を始める時は、児の顔を見てあいさつをしている。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 食事前には、児の手を清潔なタオルで優しく拭いている。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. お膳を置く位置は、児の手が届かない場所に置いている。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. お膳が児の視界に入る位置に置いている。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. 児が自由に、腕を動かすことができるような姿勢をとらせている。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. むせや誤嚥しないような姿勢をとらせている。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. 児が覚醒している場合にだけ、食べさせている。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. 児が食事に関心を示さない時は、食べさせるペースを遅くしたり、休んだりしている。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. 口に運ぶ一口量は、援助する児に合った量としている。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. 食べさせる前に、食器やスプーンを児の目の高さまで上げて見せてから食べさせている。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. 児が口の中の食べ物を飲み込んでから、次の食べ物を口に運んでいる。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. 食事が全量摂取できるように努力している。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. 食事の援助中は、児に話しかけないようにしている。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. 児が食事に関心を示している時だけ、食べさせるようにしている。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. 援助者の顔は、児の様子や口腔内の観察をする場合を除き、援助中は児の顔から 18～20 cm 以上離している。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. 援助する時は、児と向かい合う位置にいるように、座るまたは立っている。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. 援助者は、児と向かい合う位置にいる時は児に微笑みかけている。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. 援助者は、援助中に児と 1 回はアイコンタクトをとっている。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. 食事のメニューを伝えながら食べ物を口に運んでいる。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. 味加減や固さ、温度、口に取り込む量についての話題を話しかけている。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. 児の表情や視線の変化に反応しながら、話しかけている。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. 児の関心や注意をひくために、体に触れて刺激をしている。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. 援助中、児の発声に対して言葉でこたえている。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. 援助中、児が身体を動かしたことに言葉でこたえている。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. 援助中は児や児の行動をほめるようにしている。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. 児の行動や様子について、否定的な発言や悪口を言わないようにしている。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. 援助中、児が食べ物、食器、他の事に関心をもちようとしている間は、その行動を自由にさせている。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. 援助中は、周りの人や物よりも児に注意を向けている。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. 援助中は、他のスタッフと会話をしている。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. 食事が終わったら、児の口周りと手を清潔なタオルで優しく拭いている。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. 食事が終わった時は児の顔を見てあいさつをしている。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

記載日時：平成 年 月 日 午前／午後 時 分

ご協力ありがとうございました。





このたびの「相互作用を重視した食事の援助行為・教育プログラム」研修を受けての感想やお気づきの点について、お聞かせください。

1. 研修後、食事の援助を行った重症児（者）の反応に変化を感じた場面はありましたか。

☐ 変化があった ☐ 変化はなかった

↓ 「変化があった」と回答された方は、変化を感じた具体的な反応を（ ）にお書きください

[]

2. 研修後に行ったご自身の援助行為について、お聞かせください。

- 1) 「視線をつかむ」行為を、援助場面で行うことができましたか。

☐ できた ☐ できなかった

↓ 「できなかった」と回答された方は、その理由を（ ）にお書きください

[]

- 2) 「話しかける」行為を、援助場面で行うことができましたか。

☐ できた ☐ できなかった

↓ 「できなかった」と回答された方は、その理由を（ ）にお書きください

[]

- 3) 「触れる」行為を、援助場面で行うことができましたか。

☐ できた ☐ できなかった

↓ 「できなかった」と回答された方は、その理由を（ ）にお書きください

[]

- 4) 「話しかける」行為を、援助場面で行うことができましたか。

☐ できた ☐ できなかった

↓ 「できなかった」と回答された方は、その理由を（ ）にお書きください

[]

* 上記以外にご意見、ご感想などありましたらお聞かせください。

[]

お忙しい中、10ヶ月間のご協力ありがとうございました。

北海道医療大学大 木浪智佳子