

中国における片麻痺患者への経口摂食援助に関する
看護師の実践力と関連要因の検討

平成 27 年度入学

広島大学大学院医歯薬保健学研究科 保健学専攻

博士課程後期 陳 卉芳 (D156477)

研究指導教員： 中谷 久恵 教授

目 次

序章

I 研究の背景.....	1
II 本研究の目的と研究の構成.....	6

第1章 中国・日本における片麻痺患者への経口摂食援助に関する看護認識と教育上の課題（研究1と研究2）

研究1.....	7
研究2	
I 目的.....	8
II 方法.....	8
III 結果.....	9
IV 考察.....	17
V 結論.....	18

第2章 中国における片麻痺患者への経口摂食援助に関する看護師の実践力の項目検討（研究3）

I 目的.....	19
II 用語の定義.....	19
III 方法.....	19
IV 結果.....	21
V 考察.....	30
VI 結論.....	34

第3章 中国における片麻痺患者への経口摂食援助に関する看護師の実践力と個人特性の関連（研究4）

I 目的.....	35
II 用語の定義.....	35
III 方法.....	36
IV 結果.....	41
V 考察.....	51
VI 結論.....	54

終章

I 本研究の総括.....	55
---------------	----

II 本研究の限界と今後の課題.....	56
----------------------	----

謝辞.....	56
---------	----

引用文献.....	58
-----------	----

資料

- 1-1: 研究 3 インタビューガイド (日本語版)
- 1-2: 研究 3 インタビューガイド (中国語版)
- 2-1: 研究 4 依頼書 (施設用)
- 2-2: 研究 4 同意書 (施設用)
- 2-3: 研究 4 同意取消書 (施設用)
- 2-4: 研究 4 依頼書 (個人用)
- 2-5: 研究 4 アンケート調査票 (日本語版)
- 2-6: 研究 4 アンケート調査票 (中国語版)

序章

I. 研究の背景

1. 人口高齢化に伴う健康リスク

日本は平均寿命が飛躍的に伸び、世界に冠たる長寿国になった。高齢化率は世界で最も高い水準にあり、2065年までは38.4%になる見込みである¹⁾。65歳以上の高齢者の受療率の主な傷病をみると、入院では、「脳血管疾患」と、「悪性新生物（がん）」となっており、外来では「高血圧性疾患」が一位となっている。要介護者等について、介護が必要になった主な原因をみると、「脳血管疾患（脳卒中）」が17.2%と最も多く、次いで、「認知症」16.4%、「高齢による衰弱」13.9%、「骨折・転倒」12.2%となっている。高齢社会の課題は日本のみならず、中国は2014年末の60歳以上高齢者比率が16.7%を占め、65歳以上では10.8%となり、日本の高齢化をしのぐ速度で高齢化社会の時代に突入している²⁾。このことは、これからの中国において、加齢に伴う健康問題が他の諸国同様に急速に増加し、加齢に伴う健康障害から入院加療する者が増加する可能性を示していると考えられる。

近年の研究結果は、中国において、入院患者の栄養不良の発生率が26.5～27.3%であり、栄養不良の危険率が30.0～40.1%であることを示した報告がある^{3,4)}。しかし、入院患者の46.3%は食事栄養に関する知識、態度及び行動への認識が不足し、入院患者の71.3%は食事栄養より手術と薬物治療の方が重要だと信じているとの報告もある⁵⁾。そこで、入院高齢患者の栄養状態を改善するために、入院患者個々に関連する食事と栄養の意義が理解できるような指導が適切になされることは重要と考える。そのために、看護師が食事に関する看護の意義を理解して説明できる能力が重要だと思われる。高齢社会を迎えた国々において、生活援助の一つである食事の援助技術は、生への意欲につながる看護といえるが、中国においては、経口摂食援助に関する看護師ケアの質を高める研究はほとんど報告されていない。

2. 脳血管障害による片麻痺患者に関する健康課題と看護の必要性

世界の死因調査によると、脳卒中が2位となり、総死亡人口の10%を占めている⁶⁾。2005年に脳卒中での死亡人数は5.7百万人、中に87%が中低層収入の国々からであった⁷⁾。中国は、脳卒中の発生率が高い地域であり、発生率が十万人人口に対して210人であり、1985年から2005年にかけて死亡率が2倍に増えていた⁸⁾。中国の疫学調査より、2030年まで3億人以上の高齢者が脳卒中を罹患することを予測していた⁹⁾。また、脳血管疾患は、罹患率、再発率、障害率および死亡率が高いという特性を有する。2010年、世界範囲内の疾病負担調査の報告より、脳卒中が3位を示していた¹⁰⁾。1993～2008年に中国の30歳以上の成人に対する調査では、脳血管疾患ための費用は、1993年の84.73億から2008年の1031.25

億に上って 5.3 倍増えていた¹¹⁾。したがって、中国においては、脳血管疾患は身体面への悪影響のみならず、経済負担などで患者および家族の心理面や精神面にも多大な影響を与えている。特に脳卒中に罹患する高齢者の激増に伴い、高齢脳卒中患者の QOL と ADL に関わる課題は重要だと考えられる。

「平成29年度高齢社会白書」¹¹⁾によると、介護が必要となった主な原因には脳血管疾患(脳卒中)が最も多く、全体の17.2%を占める。脳卒中に起因する障害率と死亡率は先進国と中低収入の国ともに大きな負担になっている¹²⁾。脳卒中患者は約半数が重度の麻痺を有し、麻痺は身体活動のみでなく生活全般にわたって多大な影響を及ぼす¹³⁾。片麻痺患者は高次脳機能障害、失語、構音障害を伴い、注意力、判断力、認知力、言語能力(失語等)の機能低下を伴う場合が多く、日常生活が不自由であることに加えて、看護や介護といった人の支援を必要とする。しかし、生理的欲求である基本的ニーズや、心理・社会的ニーズが満たされていれば、障害を克服した生活をおくることが可能となる。特に、安定した療養生活の基盤は食事・栄養が摂れることにある。片麻痺患者のQOLを向上するために、自立支援と誤嚥予防および栄養改善のための有効な経口摂食援助が適切に行えることが重要である。

Elizaら¹⁴⁾のメタ分析より、看護師が行った摂食援助は入院高齢患者の栄養改善に役立つことが明確にされていた。しかし、脳卒中患者への栄養改善に関する看護介入は、対象者の心理社会面への配慮が不足しており、関連する評価も不十分であると指摘されていた¹⁵⁾。中国の病院では、日本と比べ栄養士の配置が不十分であり、看護師は医療的補助業務が中心のため、食事援助の主介護は家族が行っている^{16,17)}。また、張ら¹⁸⁾が行った調査より、脳卒中患者に関するケアワーカーの93.2%が看護師から知識を得ていると回答していた。脳卒中患者は退院後も自宅での療養が長期的に継続することから、看護師が入院中から家族に知識の指導を行うことは有効であると考えられる。

3. 中国の病院管理での栄養に関する課題

国際栄養士連盟 (ICDA : International Confederation of Dietetic Associations) では、国際的な栄養士の定義、および栄養士教育の最低必須条件を国際的スタンダードとして示している¹⁹⁾。ICDAによる栄養士の定義は、「栄養士とは、栄養と食事療法の分野で、国が承認した資格を有するものをいう。栄養士は、栄養に関する科学的知識を、集団および個人を対象とした、健康と疾病に関する教育や食事療法に応用するものである」と示されており、栄養士は栄養科学のトランスレーターであるとされている。表1に示すように、21か国の栄養士養成教育は、養成課程年数、必須学位、臨地・校外実習時間数など教育基準が統一され、先進国の栄養士養成教育の大学化を反映している²⁰⁾。

中国は、2000年から衛生部(厚生省)による栄養士資格試験が実施されている。現在の中国の栄養士数は約4000人であり、人口30万人に1人の栄養士がいるのみである。栄養士の学士教育または職業教育を展開している医学系学校は少数で、統一された栄養士養成制度はないと報告されている²¹⁾。2002年に中国栄養学会が行った調査は、47%の病院が栄

養によれば原因がある疾患の病棟（以下：栄養病棟）を設置しており、栄養関連業務従事者は1722人であるものの、栄養士資格者は392人（22%）しかいなかった。病院食の利用率も低く、患者の46%はそのサービスに満足していることが明確された²²⁾。多くの病院は、栄養病棟でさえも栄養食堂を管理しておらず、外部の会社が直接経営しており、栄養に関する仕事を病院が確実に展開していないと指摘されていた²³⁾。

このように、中国における栄養士養成教育は、統一した養成制度がなく国際基準と大きな差があり、臨床の需要に満たしていない、臨床における栄養管理または栄養ケアが重視されていないなど、多くの問題が存在している。このような背景を受けて、入院患者の食事での栄養摂取を保障するため、食事栄養における看護職の役割への期待が高まっている。

表1 各国栄養士の養成課程年数、必須学位、臨地・校外実習時間数、人口10万人対の栄養士数

	日本(管理栄養士)	アメリカ	カナダ	オーストラリア	イギリス	フランス	ドイツ
養成課程の年数	4年間 ^{*2}	4年間 ^{b)} (大学院でも取得可)	4年間 ^{d)} (大学院でも取得可)	4年間 ^{7,c)} (大学院でも取得可)	4年間 ^{9,10,e)} (大学院でも取得可)	2年間(BTSおよびDUT) ¹⁰⁾	3年間 ^{10,g)}
必須学位	学士以外	学士(大学院でも取得可)	学士(大学院でも取得可)	学士(大学院でも取得可)	学士(大学院でも取得可)	学士以外	学士以外
臨地・校外実習の時間数 ^{*1}	4週間程度(最低4単位) ^{*2} 最低180時間	約24-96週間 ^{b)} 最低1,200時間 ^{*3}	約40週間 ^{d)} 約1,600時間 ^{d)}	最低20週間 ^{7,c)} 約800時間	28週間 ^{8,9,e)} 約1,040時間 ¹⁰⁾	BTS: 20週間 ^{17,f)} DUT: 15週間 ^{16,f)} 約1,015-1,305時間 ¹⁰⁾	約39週間 ¹⁰⁾ 1,400時間 ^{g)}
人口10万人対の栄養士数	56人 ⁶⁾	16-20人 ⁶⁾	21-25人 ⁶⁾	16-20人 ⁶⁾	6-10人 ^{6,10)}	6-10人 ^{6,10)}	—
	イタリア	アイルランド	スウェーデン	オーストリア	ベルギー	デンマーク	フィンランド
養成課程の年数	3年間 ¹⁰⁾	4.5年間 ¹⁰⁾	3-4年間 ^{10,i)}	3年間 ¹⁰⁾	3年間 ¹⁰⁾	3.5年間 ¹⁰⁾	5年間 ¹⁰⁾
必須学位	学士	学士	学士	学士	学士	学士	学士
臨地・校外実習の時間数 ^{*1}	50週間 ¹⁰⁾	約34週間 ¹⁰⁾ 1,210-1,430時間 ¹⁰⁾	約10-約13週間 ¹⁰⁾ 約440-520時間 ¹⁰⁾	約67週間 ¹⁰⁾ >3,315時間 ¹⁰⁾	約18週間 ¹⁰⁾ 約990-1,210時間 ¹⁰⁾	約17週間 ¹⁰⁾ 660-780時間 ¹⁰⁾	約24週間 ¹⁰⁾ >845時間 ¹⁰⁾
人口10万人対の栄養士数	2-5人 ⁵⁾	16-20人 ⁶⁾	clin.: 6-10人 adm.: 21-25人 ^{5,10)}	11-15人 ^{6,10)}	—	>25人 ⁶⁾ clin.: 6-10人 ^{5,10)} adm.: >25人 ^{5,10)}	>1<2人 ⁵⁾
	ギリシャ	ハンガリー	オランダ	ノルウェー	スペイン	トルコ	スイス
養成課程の年数	4年間 ¹⁰⁾	4年間 ¹⁰⁾	4年間 ¹⁰⁾	clin.(学士): 5年間 adm.(学士以外): 2年間 ¹⁰⁾	学士: 3年間 学士以外: 2年間 ¹⁰⁾	4年間 ¹⁰⁾	3年間 ¹⁰⁾
必須学位	学士	学士	学士	学士: clin. 学士以外: adm.	学士以外	学士	学士以外
臨地・校外実習の時間数 ^{*1}	約38週間 ¹⁰⁾ >910時間 ¹⁰⁾	約25週間 ¹⁰⁾ 約665-855時間 ¹⁰⁾	約30週間 ¹⁰⁾ 約1,045-1,235時間 ¹⁰⁾	clin.: 約3週間 ¹⁰⁾ adm.: 0週間 ¹⁰⁾ clin.: 約83-98時間 ¹⁰⁾ adm.: 0時間 ¹⁰⁾	学士: 約12週間 ¹⁰⁾ 学士以外: 約10週間 ¹⁰⁾ 学士: 約455-585時間 ¹⁰⁾ 学士以外: <490時間 ¹⁰⁾	約34週間 ¹⁰⁾ <1,015時間 ¹⁰⁾	約69週間 ¹⁰⁾ 約2,750-3,250時間 ¹⁰⁾
人口10万人対の栄養士数	2-5人 ⁵⁾	6-10人 ⁶⁾	16-20人 ^{6,10)}	clin.: 2-5人 adm.: 11-15人 ⁵⁾	2-5人 ⁶⁾	2-5人 ⁶⁾	11-15人 ^{6,10)}

BTS: 中級技術者養成課程食事療法²⁾。DUT: 技術短期大学部生物工学食事療法学選択課程²⁾。clin.: clinical dietitian。adm.: administrative dietitian

*1 必須時間数または各種調査データ等からの概算値。*2 栄養士法施行規則(昭和23年1月16日厚生省令第2号、最終改正:平成19年12月25日厚生労働省令第152号)。*3 2009年3月より900時間から引き上げ^{b)}、調査時(2010年3月)は移行期間。

4. 経口摂食援助における看護役割への認識・遂行

中国では、病棟看護師の89.8%は生活援助ケアに関する看護師の役割への認識が不足しており、34%は生活援助ケアが介護者または家族の仕事だと思っていると指摘されていた²⁴⁾。病棟看護師と介護者を対象とした調査²⁵⁾より、入院患者は介護者からの援助やケアを希望しており、雇われた介護者は大部分のベッドサイドの看護に関与していることが明らかになった。呉らの調査²⁶⁾では、看護師の14.8%が入院患者ための日常生活援助に関する項目を看護業務と認識しており、摂食援助の実施率は56.9%で低かった。既存研究²⁷⁾では、食事援助技術について“食事介助はない（学校では教えていない）”と“清拭、移動、排泄介助、食事援助などは家族が行う”という記述例があった。このように、中国において、経口摂食援助における看護師の役割は、十分に認識されていないと推察された。

中国の看護師は過剰な仕事量と不明確な看護役割があると認められ²⁸⁾、過剰な仕事量に直面したときに治療に関する業務を優先に行い、生活援助ケアために残った時間がほとんどない。理由としては、1978年の国家経済改革と市場経済²⁹⁾による医療制度改革以来、政府予算は総病院支出の30%から7%未満まで劇減されていた³⁰⁾。その結果、中国の病院は、正式な雇用看護師数を徐々に減らし、代わりに費用を削減するために、雇用保障が少なく雇用のメリットが少ない契約看護師数を増加させていた³¹⁾。この雇用の変化は、中国の医療制度における潜在的な不平等と看護師の間での職業満足度の低下および高い転職率をもたらし、中国での看護師不足の主因になる。もう一つの要因は、近年、中国は海外就職のための看護人材の流失を経験している³²⁾。2015年には、中国衛生部³³⁾より、三級病院におけるベッドと看護師の比率は1：0.60、医師と看護師の比率は1：1.07であり、先進国の平均よりもはるかに低かった。それにもかかわらず、看護労働者に関する問題は現段階の新しい医療改革に十分に重視されていなかった³⁴⁾。加えて、中国の病院では付き添い者は必要に応じて病棟に泊まるのが可能である。看護師の過剰な仕事量を理解している家族は、患者の院内生活をますます心配し、ベッドサイドケアを積極的に支援している。実際に、ベッドサイドの介護は伝統的に家族の責任であると考えられている。看護師は主に医師の指導のもとで働き、日常業務や医療処置に重点を置いており、家族やケアワーカーは生活ケアの主要な提供者となり、特に経口摂食援助はそのケアの重要な構成である^{25,35)}。

2010年1月に、衛生部より「入院患者基礎看護サービス項目」³⁶⁾が全国範囲内の試行が始まった。中に、非禁食患者への食物と水の援助は、特級看護、一級看護および二級看護の患者の基礎看護項目であることと、関連する業務規範を記述した。2016年1月に、衛生部より「新入職看護師訓練概要」³⁷⁾が全国範囲内に試行し始めた。中に、2週間～1か月の基礎訓練と24か月の専門訓練に関する内容と要望が記述された。基礎訓練については、基礎理論知識と27種のルーチン臨床看護操作技術が含まれているものの、「食」の援助に関する内容の記述が見られなかった。このように、非禁食患者への食物と水の援助は、現任看護師の基礎看護項目であるものの、これから新人看護師が受けている基礎訓練の中に含

まれていないことが示された。

つまり、経口摂食援助という技術における看護師の認識と遂行が不足し、臨床の位置づけも検討する必要があると推測された。

5. 片麻痺患者への経口摂食援助に関する看護師の実践力を高める必要性と実践的意義

マズローの欲求5段階説³⁸⁾より、「食事」は生理的欲求の一つとして最も基本的なニードである。それは、「食事」が生命維持の充足のみならず、心理・社会的なニードの充足でもあることに由来する。人にとっての食事は、〈おいしく食べること〉が生き甲斐や闘病意欲につながり、〈他人と一緒に食べること〉がコミュニケーションの場にもつながっている³⁹⁾。

経口摂食援助を取り巻く現在の中国の病院における現状は、食事栄養への先入観、栄養士の不足、栄養に関する教育の不足や生活援助技術への認識が不十分など、多くの課題が包含されている。これらの課題に対応する職種として、直接に患者と接触する看護師への期待が高まっている。現代社会では、経済の発展に伴い、人々の移動も進んでいる。時として母国以外で、患者が生来馴染んでいた社会的背景の文化や宗教、生活習慣など、異なる支援を受ける場合も生じる。普段とは異なった状況が、患者の心身状態に影響し、経口摂食に大きく作用することもある。こうした状況は、国内においても地域間の相違として現われていることが多い。そこから、アジア圏の看護資格相互認証を行うことを考えても、患者の心身状態のみならず、その人の社会文化的な要因（文化背景、宗教、生活習慣など）を配慮できる経口摂食援助は、必要なことではないかと考える。そこで、対象者の食習慣・嗜好など個別性を十分に配慮する経口摂食援助は、その入院生活の質と栄養摂取の改善につながり、さらに健康の回復に役立つと思われる。

片麻痺は、中国での三大死因の一つになっている脳血管疾患の最多の後遺症であり、経口摂食を必要とする代表的な障害例である。片麻痺患者は、体幹（脊柱）が変形し、筋力の低下により姿勢の保持が困難で、座位により摂取も苦痛になる。このように、片麻痺患者への経口摂食援助において、姿勢のコントロールができるように安定座位を確保することが重要になる。また片麻痺は手足だけの麻痺のみではなく、左右バランス良く噛んでいられるつもりでも、麻痺側の口（歯）はきちんと噛めていない。唾液が麻痺側の口から垂れてしまったり、ご飯粒を知らない間にこぼしてしまったりしている。このように、脳卒中による片麻痺は、患者の栄養不良と誤嚥性肺炎を起こさせるリスクが高い。従って、片麻痺患者の栄養状態とQOLを向上するために、片麻痺患者の自立と安全を配慮できる有効な経口摂食援助を適切に行うことが実現すれば、他の疾患で同様の障害を持つ患者へも適応できる看護の教育に活かすことができる。

以上から、片麻痺患者への経口摂食援助は、日常生活の中に不可欠な看護師の援助技術として栄養摂取とQOLを促進できる重要な技術ではないかと考える。そのために、看護師は片麻痺患者の心理・社会的な要因への配慮の重要性と食事に関する看護の意義を理解して説明できる能力が必要である。片麻痺患者への経口摂食援助に関する看護役割への認識

を高める教育は、対象者の個別性・自立・安全などを配慮することが重要である。

今後の片麻痺患者への経口摂食援助に関する看護師の実践力の向上に役立つ資料を得るために、本研究では、日本の経験や中国の現状を踏まえて、中国における片麻痺患者への経口摂食援助の看護教育を識別し推進する。得られた結果は、今後のアジア諸国間の看護職資格相互認証に資し、中国やアジア諸国と日本との発展に資する研究にもつながる。

II. 本研究の目的と研究の構成

1. 研究目的

本研究は、中国における片麻痺患者への経口摂食援助に関する看護師の実践力を高めるために、片麻痺患者への経口摂食援助に関する看護師の実践力に必要な知識と技術を検討し、その実践力と看護師の個人特性との関連性を明らかにする。

2. 研究の構成

本研究の目的に沿って、以下のように各段階を通して検討を行った。

1) 研究1 (第1章) :

中国と日本の経口摂食援助の看護について病院で勤務する看護師を対象に、看護への認識と実態を明らかにする調査を行い、両国間の比較から中国の看護師の認識と関連教育についての課題を明らかにした (修士課程調査の再分析, 副論文)。

2) 研究2 (第1章) :

日本と中国の基礎看護学の教科書を比較検討し、中国における経口摂食援助に関する操作的定義を帰納的に開発し、定義 (仮) と研究1の結果と、さらに中国の内科・外科・老年看護学の教科書から片麻痺患者を仮定した場合の具体的な経口摂食援助に関する看護の課題を明らかにした。

3) 研究3 (第2章) :

研究2で明らかにした中国での経口摂食嚥下の看護の定義と看護の課題について、中国の看護教育者や看護実践者を対象にインタビュー調査を行い、定義の構造の妥当性を高めながら、片麻痺患者を仮定した場合の具体的な経口摂食援助に関する看護に必要な知識と技術について看護実践の内容を精選した。

4) 研究4 (第3章) :

中国での現任看護師が片麻痺患者への経口摂食援助に関する看護師の実践に必要な知識と技術をふまえた実践力と個人特性との関連性を明らかにするため、マルカム・ノールズ (Malcolm S Knowles) の成人教育理論に基づく研究概念モデルを設定してアンケート調査を実施し、看護師が経口摂食援助の実践力を高めていくための関連要因を分析した。

第1章 中国・日本における片麻痺患者への経口摂食援助 に関する看護認識および教育上の課題

研究1 中国・日本における入院患者への経口摂食援助に関する看護師の認識・トレーニング・教育

I. 目的

本研究は、経口摂食援助に関する基礎看護教育の技術内容と展開方法の検討に資するために、中国と日本における入院患者への経口摂食援助に関する看護師の認識・トレーニング・教育を把握することを目的とした。

II. 方法

調査対象は、研究協力に同意した公立総合病院の一般病棟に働いている看護師合計 401 名（中国 141 名、日本 260 名）であった。調査項目は、参加者の属性、経口摂食援助の実施者の認識、専門知識と技術の必要性の認識、援助が必要な対象者への認識、経口摂食での援助行為の認識、トレーニングと関連教育への評価であった。研究者が質問紙を作成し、無記名自記式のアンケート調査を行った。分析方法は、中日間の看護師の差を χ^2 検定で比較した。倫理的配慮として、アンケートの提出は任意で、回答した場合に同意したとみなすこと、学会で公表することを依頼文に明記して、広島大学の看護研究倫理審査委員会承認を受けた【承認番号 25-31, 26-02】。

III. 結果

回収は中国の看護師 137 人（97.2%）と日本の看護師 193 人（74.2%）で、それぞれの有効回収は、中国が 107（75.9%）、日本が 184 人（70.8%）であった。入院患者への経口摂食の実施者への認識は、日本の看護師と比較して、中国看護師は「家族」の割合が有意に高かった（5.6%対 42.1%、 $p < 0.001$ ）。ほとんど（92.5%の中国人、98.9%の日本人、 $p < 0.01$ ）の看護師は、専門知識と技能の必要性を認識していた。中国と日本のどちらにおいても、食生活の環境や機能障害や位置などの患者の身体状態に関する認識は高かったが、感情や食欲などの患者の心理的状态の側面への認識が不十分であった。日本の看護師と比較して中国の看護師では、講義、研修や関連文献などの学習経験における教育上の課題が観察された。

IV. 考察

日本の看護師と比較して、中国の看護師は、経口摂食援助における看護役割に関する認

識が不十分であることが示された。従って、経口摂食援助の認識の程度は、学習経験と関連している可能性があった。経口摂食援助の質と関連する看護役割の遂行を改善するために、中国では、経口摂食援助にもっと焦点を当てる必要があることが明らかとなった。

研究2 中国・日本における片麻痺患者への経口摂食援助に関する教育内容の比較検討

I. 目的

中国における経口摂食援助という技術における看護師の認識と遂行が不足しており、受けた看護基礎教育を基本なものとして検討し、その問題点を明確することが重要と思われる。そこで、看護教育の中に経口摂食援助という技術について、中国ではどんな内容を看護学生に教えているかを把握する必要があると考えられる。

国際看護の定義⁴⁰⁾から見て「国際看護とは、自分のものとは異なる国（独立国として認定されていない地域も含む）でその国の社会、政治、経済、教育、文化、保健医療システム、疾病構造など看護に影響するあらゆるものを考慮して適応する看護のことである」とあるように、その国や地域の様々な背景や状態によって看護や看護技術には違いがあると考えられる。

中国と日本では、アジア圏の重要な代表国として、隣接しているから似ている気候と食文化（箸の慣用、主食、茶文化など）を持っている。中国も日本も高齢化が加速することから、経口摂食援助は生活援助技術の一つとしてますます重要になる。今後のアジア諸国間の看護職資格相互認証⁴¹⁾に資するために、片麻痺患者の経口摂食援助について中国と日本の教育動向の違いを把握する必要があると考えられる。

前項の背景を受けて、本研究は、日本の関連教育内容を参考し、中国の看護教育における経口摂食援助に関する教育内容を比較検討しながら検討し問題点を明確した上で、経口摂食援助の操作的定義、片麻痺患者を仮定した経口摂食援助に関する看護の課題を明らかにする。

II. 方法

1. 調査方法

1) 中国・日本の看護基礎教育における経口摂食援助の教育内容の比較検討

経口摂食援助を行っている看護師は、関連する必要な知識と技術などの基礎なものを看護基礎教育の中で学び、その後、現任教育により技術の専門性を更に熟達していくと考えられるため、中国で使用されている教科書を日本の看護基礎教育に用いられる教科書の教育内容と比較しながら概観し、経口摂食援助に関わる教育内容の問題点を検討する。基礎看護学教科書の検討は、中国では選出した大学・短大用の代表な2冊（最新版）を用い、日本の大学用の代表な2冊と比較し、内容と表現方法などの共通点と相違点を明確する。

この2冊の教科書は、「基礎看護学」を書名とし、1冊が全国高等医薬教材建設研究会・衛生部企画教材として大学系専用⁴²⁾、もう1冊が全国衛生職業教育教材建設指導委員会・国家衛生と計画生育委員会企画教材として短大系専用⁴³⁾に指定されている。その中に記載された教育内容は、現在中国の看護師が学んでいるすべての臨床現場に活用できる基本なものである。日本の教科書は、看護基礎教育の基礎看護学教科書として、先行文献に多く引用されている1冊⁴⁴⁾を選定した。もう1冊⁴⁵⁾は、「厚生労働省 新人看護職員研修到達目標・新人看護職員研修指導指針」の「看護技術についての到達目標」に準じた目次立てとし、臨床での実践に役立つような内容構成となっている特長がある。

2) 経口摂食援助の操作的定義

前項の結果、中国のテキストからは経口摂食援助についての定義につながる記述がほとんど見られず、定義の作成は日本で調査時に出版されている最新10冊^{44)・53)}と参考書1冊⁵⁴⁾に絞り、定義を作成することとした(発行年2005～2016)。具体的には、「基礎看護技術」という関連する書名で検索した(発行年2005年以降)。重複を除いて関連内容を含める書籍の最新版を適応条件とした。採用された書籍の中から経口摂食援助の定義に関する記述を抽出した。記述内容をコード化し、類似するコードを抽出して要約し、要約ごとに定義の構成要素を帰納した。まとめた要約を文章化して操作的定義を作成した。

3) 中国の看護教育における脳卒中片麻痺患者への経口摂食援助の看護実践に関する教育内容の検討

最後に、脳卒中片麻痺患者への経口摂食援助における教育上の問題点を明確にし、関連する先行研究を検討し、今後の教育プログラムに必要な教育ニーズについて知見を見出す。そのため、中国の看護基礎教育で使われている内科看護学、外科看護学および老年看護学の教科書の検討については、脳卒中による片麻痺と嚥下障害における経口摂食援助に関して中国の大学用の代表的な3冊^{55)・57)}(最新版)を選出し、関連する内容と表現方法などを検討し、問題点を見出した。この3冊の教科書は、それぞれ「内科看護学」「外科看護学」「老年看護学」を書名とし、3冊とも全国高等医薬教材建設研究会・衛生部企画教材として大学系専用に指定されている。その中に記載された教育内容は、現在中国の看護師が学んでいる疾患別と高齢者向けの基本なものであると考えられる。

2. 調査期間

平成28年5月～平成28年9月の4ヶ月間

III. 結果

1. 中国・日本の看護基礎教育における経口摂食援助の教育内容の比較検討

対象とした基礎看護学教科書の記載量と記載内容を表 2、表 3 に示している。中国・日本における基礎看護学教科書の関連記載の空間比を表 4、図 2 に示している。日本の教科書には、経口摂食援助に関する看護の意義と役割、病院食、身体面と心理面からのアセスメント、援助方法、摂食・嚥下のメカニズムと訓練方法などが具体的に記載された。中国の教科書では、栄養と食事の意義、病院食の分類、身体面からの栄養アセスメント、援助方法を重点的に記述されていた。また、中国の短大用教科書には、経口摂食援助に関する内容が大学用より減っていることが示された。表現方法について、中国の教科書は、文字が多い、図・表の活用が少ない、理解しにくい。一方、日本のほうは、記号・図・表・写真・図形の活用が 2～3 倍と多い、色付けの巧緻な利用で鮮明かつ活発になってわかりやすい。また、空白に関連内容の詳述もあり、理解に役立つと思う。このように、中国の基礎看護学教科書には、関連する記載内容が不足し、特に摂食・嚥下に関する内容がない、また表現方法もリジッドであることが示された。まとめると、中国の基礎看護学教科書の関連記載では、経口摂食援助に関する看護の意義と役割が不明確であり、対象者の心身状態に合わせる援助を判断することが困難で、摂食・嚥下に関する記載がないので援助の安全性を検討する余地があり、かたい表現方法から理解への影響など問題があると示唆された。

表 2 対象とした基礎看護学教科書と記載量

教科書名	著者 (代表)	使用教育機関・対象	出版社	記載量 (総字数)
①基礎看護学 (2012年・中国語)	李小寒・尚少梅	大学・看護師	人民衛生出版社	16 ページ (15,372)
②基礎看護学 (2014年・中国語)	周春美・張連輝	短大・看護師/助産師	人民衛生出版社	8 ページ (8,040)
③基礎看護技術 (2011年・日本語)	阿曾洋子・井上智子 ・氏家幸子	大学・看護師	医学書院	18 ページ (15,516)
④系統看護学講座 基礎看護技術Ⅱ (2013年・日本語)	有田清子	大学・看護師	医学書院	19 ページ (15,190)

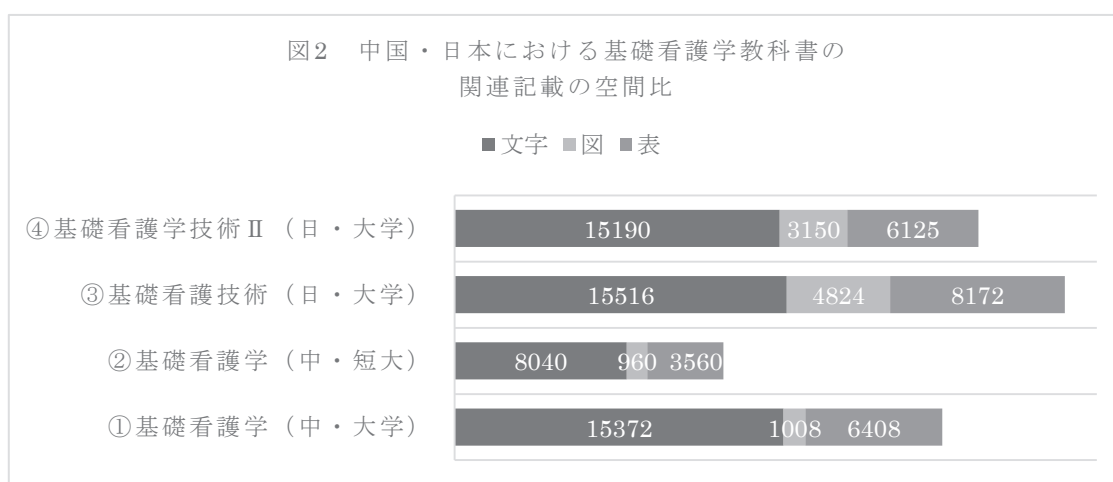
表 3 経口摂食援助に関する記述内容の比較

	①基礎看護学	②基礎看護学	③基礎看護技術	④基礎看護技術II
章名	第10章 飲食と栄養	第8章 飲食看護	第2章 日常生活に対する援助技術 (E 栄養と食事)	第2章 食事援助技術
意義	1. 概説 A. 栄養に対する人体の需要 (アレルギーとおもな栄養素の作用) B. 飲食、栄養と健康の関係 C. 飲食、栄養と疾患回復の関係	—	1. 栄養と食事に関する <u>看護の意義</u> A. 栄養と食事の意義 B. 栄養と食事に関する <u>ナースの役割</u>	—
基礎知識	2. 病院飲食 A. 基本食 B. 治療食 C. 試験食) 3. 栄養状況のアセスメント A. 影響因子のアセスメント B. 飲食状況のアセスメント C. 身体状況のアセスメント D. 生化指標及び免疫機能のアセスメント	1. 病院飲食 A. 基本食 B. 治療食 C. 試験食 2. 一般飲食看護 A. 栄養のアセスメント	2. 栄養と食事に関する基礎知識 A. 食事摂取基準, 食品群, 食事バランスガイド B. アレルギーとおもな栄養素の作用 C. <u>摂食・嚥下と消化・吸収</u> D. <u>食事の味とおいしさ</u> E. 入院患者の食事	1. 食事援助の基礎知識 A. 栄養状態および食欲・摂食能力のアセスメント B. 医療施設で提供される食事
援助方法	4. 一般飲食看護 A. 病棟の飲食管理 B. 患者の飲食看護	2. B. 一般飲食看護	3. 栄養と食事に関する援助 A. 留意事項 B. 実施方法	2. 食事介助 A. 援助の基礎知識 B. 援助の実際 3. <u>摂食・嚥下訓練</u> A. 援助の基礎知識 B. 援助の実際
関連記載の表現方法	1 文字 (赤、黒) サイズ変化と太字の活用。 2 図 (黒, 2) 赤字のタイトルと黒字の説明; スケッチの活用; 1,008 字のスペースに相当。 3 表 (5) 黒字のタイトルと説明; 色付けと太字の活用; 6,408 字のスペースに相当。	1 文字 (青、黒) サイズ変化と太字の活用。 3 図 (黒, 2) 青字のタイトルと黒字の説明; スケッチの活用; 960 字のスペースに相当。 3 表 (4) 黒字のタイトルと説明; 色付けと太字の活用; 3,560 字のスペースに相当。	1-1 文字 (黒) サイズ変化と太字の活用。 1-2 記号 (赤、青、白) 色付けとサイズ変化の活用。 2 図 (カラー, 1 3) 黒字のタイトルと注解説明; <u>色付け、太字、図形および写真の活用</u> ; 4,824 字のスペースに相当。 3 表 (1 2) 黒字のタイトルと説明; 色付けと太字の活用; 8,172 字のスペースに相当。 4 空白にポイント、ステップアップ、注解など内容の詳述がある。	1-1 文字 (黒) サイズ変化と太字の活用。 1-2 記号 (黒、緑) 色付けとサイズ変化の活用。 2 図 (カラー, 6) 黒字のタイトルと注解説明; 太字と写真の活用; 3,150 字のスペースに相当。 3 表 (8) 黒字のタイトルと説明; 色付けと太字の活用; 6,125 字のスペースに相当。

表 4 中国・日本における基礎看護学教科書の関連記載の空間比

	文字		図		表		総計
	数	割合	数	割合	数	割合	
①基礎看護学（中・大学）	15372	67.5%	1008	4.4%	6408	28.1%	22789
②基礎看護学（中・短大）	8040	64.0%	960	7.7%	3560	28.3%	12561
③基礎看護技術（日・大学）	15516	54.4%	4824	16.9%	8172	28.7%	28513
④基礎看護学技術Ⅱ（日・大学）	15190	62.1%	3150	12.9%	6125	25.0%	24466

図2 中国・日本における基礎看護学教科書の関連記載の空間比



2. 経口摂食援助の操作的定義

中国の看護教育の看護教材には、経口摂食援助に関する教育内容の関連記載が少なく、経口摂食援助の定義に関する記載がなかった。従って、経口摂食援助に関する教育が十分に充実している日本の看護教育の看護教材を用いて経口摂食援助の操作的定義を検討した。経口摂食援助の定義に関する記述があった諸書籍から定義の関連記述を抜き出した（表5）。帰納した構成要素は、33コードあり、それぞれ a)対象 6、b)方法 10、c)目的 11、d)プロセス 6であった（表6）。

「経口摂食援助の操作的定義」

経口摂食援助とは、疾病・障害・治療で経口摂食に援助が必要な人を対象とし、その生きがいと闘病意欲の増進を目指して必要な栄養摂取と満足感を保持できるように、対象者の個別性に最適な方法を通じて、病状・状態・食生活を反映させる工夫した経口食を用い、自立・安全・安楽・効率を配慮しながらアセスメント・準備・実施・観察・評価を行う過程である。

表 5 書籍に示された経口摂食援助の定義に関する記述

No.	書籍	定義の関連記述
1	志白岐康子 ナーシング・グラフィカ 基礎看護学3 基礎看護技術 メディカ出版 2014 P278	★食生活の阻害要因である a)消化器疾患のように治療の過程で改善まで時間を要する場合や、運動麻痺や嚥下障害など必ずしも、完治が期待されない場合も多い。こうした対象者には、c)食欲を促し、食事を少しでも増やせるような援助が重要となる。★適切な食事を提供するためのポイント：b)①食事摂取基準を満たす献立であり、栄養素が十分である；②病状によって栄養素の種類・必要量が決められている場合、それらが守られている；③個人の食習慣や嗜好が考慮されている；④食品への配慮（鮮度、添加物、組み合わせ、調理及び加工など）；⑤おいしさ（軟らかい、温かい、味、見た目、新鮮さ）；⑥d)ゆつたりと食事ができるような環境（音楽を聞く、花を飾るなど）の確保。
2	池西静江 やってみよう 基礎看護技術 メディカ出版 2007 P136	★学習目標：d)楽しい雰囲気を作り、c)必要な栄養摂取を助けることができる。★学習構造：目的・方法を説明する。同意を確認する。→「準備」手洗いをする。必要品物を選択する。患者の準備をする。→「実施」食事の援助をする。メニューを説明する。食べ物を口に運ぶ。口腔内の保清をする。→後片付けをする。手洗いをする。→報告・記録する。「配慮・行動」d)食べやすい環境を整える。必要な声かけを行う。「観察」d)患者の表情・反応、食事に対する意識や摂取状況、口腔内の状況、 <u>嚥下の状況を観察する</u> 。
3	大吉三千代 基礎看護技術ガイド 照林社 2007 P80	★意義：①人間にとって食べることは、単に栄養を補給するという意味をもつだけではない。おいしく食べることができたという満足感、生きる喜びにもつながるものである。特に、制約の多い入院生活の中で、食事に楽しみを見出している患者さんは多い。②自分で食事をとれない患者さんに、c)必要量を安全に、かつ、おいしく楽しく食べられるように援助することの意義は大きい。★目的：c)①必要な栄養を安全に摂取する、②楽しみや生きがいを作り出す、③生活にメリハリをつける。
4	深井喜代子 基礎看護技術 ビジュアルブック 照林社 2010 P74	★目的：a)食事動作が自立していない対象に、c)自立度に合わせて経口摂取による栄養補給を促進する（たとえ少量であっても経口摂取しないと消化管機能はすぐ減退してしまう。また、輸液では十分な栄養を摂ることができない）。★適応：a)消化機能が正常で経口摂取も可能であるが、食事動作が困難な対象（対象の自立度に合わせて食事介助を行う） 全身倦怠感が強く、座位がとりにくい患者；整形外科疾患や外傷などにより上肢が使いにくい患者；寝たきり状態にある高齢者；嚥下運動に支障がないが、軽度の意識障害があり、自力で食事ができない患者；嚥下障害のある患者。
5	伊藤明子 基礎看護2 基礎看護技術 医学書院2012 P213-214	★看護師は、人間の生活にとって食事がどのような意義を持っているかを十分に理解し、b)対象者がその健康レベルに適した方法によって、c)食事に関するニーズを満たすことができるよう援助する。★次のような視点でb)食生活に関する情報を収集し、 <u>個々の対象者について援助の必要性とその程度について判断する</u> 。①食生活へのニーズの充足状況を知る：食事内容、食事の量、栄養状態、食事の充足感。②食事に影響を及ぼす因子を知る：身体的条件、食欲、食習慣、食事についての知識と価値観。③食事に対する認識について知る ④食事動作の自立度について知る
6	阿曾洋子 基礎看護技術 医学書院 2016 P239	★栄養と食事に関して、ナースが行う援助としては、① a)食物摂取に必要な機能の低下、あるいは障害がある場合の援助と、② a)治療上、摂取エネルギーや栄養素に制限がある場合の指導的援助とに大別できる。指導的援助については別の項にゆずるが、いずれの場合も b)患者の食習慣や嗜好を知り、b)医師や栄養士と食品や調理法の変更を検討して、 <u>摂取しやすい食事内容や形態にするとともに、d)提供された食事がどのように、どの程度、摂取されているかの観察を行う。</u>
7	有田清子 系統看護学講座 専門分野 I 基礎看護技術 II 医学書院 2013 P24	★看護師は、a)疾病・障害など何らかの理由で、食事ができなくなった、あるいはしづらなくなった対象者に、b)その人の通常の生活に近い状態で食事ができるように援助する役割を持つ。★食事の援助では、やみくもに d)食物を口に持っていくのを手伝うのではなく、 <u>食行動に関連する様々な生体機能についてアセスメントし、c)その人の能力が最大限に発揮できるように適切に援助することが求められる。</u>
8	山本直美 基礎看護技術3 医歯薬出版株式会社 2014 P14	★看護師は a)「食べること」が障害された人への援助をあらゆるレベルで担っており、c)栄養状態など生理的側面だけでなく、 <u>心理社会的側面も視野に入れたケアが求められている。</u>
9	香春知永 基礎看護技術 南江堂 2014 P378-379	★a)咀嚼・嚥下に障害がある場合、治療上摂取することができない場合、四肢の可動域制限がある場合などでは、援助が必要である。★咀嚼・嚥下障害により、また、治療により自ら食事をすることができない患者を介助し、 <u>d)食物や水分を与える。</u>
10	演習・実習に役立つ基礎看護技術 ヌーヴェルヒコカ P 2005.P37-38	★目的：c)患者に必要な栄養摂取と食事に対する満足感を保持できるようにする。★目標：b)患者の状態に応じた食事介助の方法を選択し、援助できる。
11	川口孝泰 食事の援助技術 中央法規 2008 P6,10-11	★看護師は、c)対象者の個々の状態に応じて、 <u>円滑に食事がなされるように援助する</u> 。★看護師は、b)対象者の日常の食習慣を十分に反映させ、c)理想的な栄養状態を維持できるように援助することが求められる。★食事援助では、看護の対象者が、c)必要な栄養がとれ、しかも可能な限り楽しく食べられ満足感がある、という基本的欲求の充足を目指す。★看護基礎技術は、安全・安楽・個別性への配慮・自立の促進・効率の良きの5側面を構成要素として捉え、b)対象者の個性に最適な援助方法が創意工夫されなければならないと考える。

定義の構成要素：a)対象、b)方法、c)目的、d)プロセス

表 6 経口摂食援助の定義の作成プロセス

ID	データ	コード	要約	構成要素
1	消化器疾患のように治療の過程で改善まで時間を要する場合や、運動麻痺や嚥下障害など必ずしも完治が期待されない場合	消化器疾患または運動・嚥下などの障害がある人		
4	食事動作が自立していない対象、消化機能が正常で経口摂取も可能であるが、食事動作が困難な対象	食事動作が困難な対象		
6	食物摂取に必要な機能の低下、あるいは障害がある場合。治療上、摂取エネルギーや栄養素に制限がある場合。	必要な機能の低下・障害があるまたは栄養制限がある人	疾病・障害・治療で咀嚼・嚥下障害または運動障害または栄養制限がある経口摂取に援助が必要な人	a)対象
7	疾病・障害など何らかの理由で、食事ができなくなった、あるいはしばらくになった対象者	疾患・障害で摂食困難な対象者		
8	「食べること」が障害された人	摂食が障害された人		
9	咀嚼・嚥下に障害がある場合、治療上摂取することができない場合、四肢の可動域制限がある場合など	咀嚼・嚥下に障害がある人、治療で摂取ができない人、運動障害がある人		
1	個人の食習慣や嗜好が考慮されている	食習慣や嗜好を配慮する		
5	食生活に関する情報を収集し、個々の対象者について援助の必要性とその程度について判断する。	食生活による援助の必要性と程度を判断する	食習慣や嗜好などを配慮し、食生活を反映させる	
6	患者の食習慣や嗜好を知る	食習慣や嗜好を知る		
7	その人の通常の生活に近い状態で食事ができるように援助する	通常の生活に近い状態で		
11	対象者の日常の食習慣を十分に反映させる	日常の食習慣を反映させる		
1	食事摂食基準を満たす献立であり、栄養素が十分である；病状によって栄養素の種類・必要量が決められている場合、それらが守られている；食品への配慮（鮮度、添加物、組み合わせ、調理及び加工など）；おいしさ（軟らかい、温かい、味、見た目、新鮮さ）。	食事摂食基準や病状によって栄養素を決める、食品とおいしさなどの工夫	食品の栄養素、食事内容、形態、おいしさなどを検討しながら工夫する	b)方法
6	医師や栄養士と食品や調理法の変更を検討して、摂取しやすい食事内容や形態にする。	食品や調理法、食事内容や形態を検討する		
5	対象者がその健康レベルに適した方法	対象者の健康レベルに適する方法		
10	患者の状態に応じた食事介助の方法を選択する	患者の状態に応じた方法	対象者の個別性に最適な方法	
11	対象者の個別性に最適な援助方法	対象者の個別性に最適な方法		
1	食欲を促し、食事量を少しでも増やせる	食欲を促し、食事量を増やす		
2	必要な栄養摂取を助ける	栄養摂取を助ける		
3	①必要な栄養を安全に摂取する。②楽しみや生きがいを作り出す。ひいては、闘病意欲を高める。③生活にメリハリをつける。	必要な栄養を安全に摂取する、闘病意欲を高める、生きがいを付ける。	生きがいと闘病意欲の増進につながり、必要な栄養摂取と満足感を保持できる	
5	食事に関するニーズを満たすことができる	食事に関するニーズを満たす		
10	患者に必要な栄養摂取と食事に対する満足感を保持できるようにする。	必要な栄養摂取と満足感を保持できる		
11	理想的な栄養状態を維持できるように援助する；必要な栄養がとれ、しかも可能な限り楽しく食べられ満足感がある。	栄養状態を維持し、満足感がある		c)目的
4	自立度に合わせて経口摂取による栄養補給を促進する	自立度に合わせる	自立に向ける	
7	その人の能力が最大限に発揮できるように適切に援助する	能力が最大限に発揮できる		
3	必要量を安全に、かつ、おいしく楽しく食べられるように援助する	安全かつ安楽に必要な量を食べられる	生理・心理的側面を配慮し、安全・安楽・効率が良く	
8	栄養状態など生理的側面だけでなく、心理社会的側面も視野に入れたケア	生理的・心理的側面を配慮するケア		
11	対象者の個々の状態に応じて、円滑に食事がなされるように援助する。	個々の状態に応じて、円滑に食事がなされる		
7	食物を口に持っていきの手伝うのではなく、食行動に関連する様々な生体機能についてアセスメントする。	食行動に関する生体機能をアセスメントする		
1	ゆったりと食事ができるような環境	ゆったりと食環境を準備する		
2	楽しい雰囲気を作り；食べやすい環境を整える。必要な声かけを行う。	楽しい雰囲気を作り、食べやすい環境を整える	関連情報の収集でアセスメントし、食環境の準備、実施、摂食状態の観察	d)プロセス
2	患者の表情・反応、食事に対する意識や摂取状況、口腔内の状況、むせ・嚥下の状況を観察する。	摂食状態を観察する		
6	提供された食事がどのように、どの程度、摂取されているかの観察を行う。	食事がとられる様子を観察する		
9	食物や水分を与える	食物や水分を与える		

3. 中国の看護教育における脳卒中片麻痺患者への経口摂食援助の看護実践に関する教育内容の検討

対象とした内科・外科・老年看護学教科書の記載量と関連記載を表7、表8に示している。中国の内科・外科・老年看護学教科書には、脳卒中に関する定義と分類、病理生理、症候、診断と治療、看護過程、健康指導と予後が記載されている。内科看護学教科書では、病因と発病メカニズム、臨床表現、治療要点、看護アセスメント及び看護処置を重点的に記述されている。中には、嚥下障害に関する経口摂食援助の記載が少ない、片麻痺に関する経口摂食援助の記載があまりない。外科看護学教科書では、看護処置を焦点として、関連する内容が内科看護学教科書より減っていることが示された。しかし、片麻痺と嚥下障害に関する経口摂食援助の記載はほとんどない。老年看護学教科書には、飲食と栄養に関する老人の心身特徴と看護方法、脳卒中に関する定義と分類、看護過程が記載されている。中に、老人の栄養需要、老人の飲食看護、脳卒中に関して看護アセスメント、看護計画と実施を重点的に記述されている。内容としては、嚥下障害に関する経口摂食援助の記載が少ない、片麻痺に関する経口摂食援助の記載が見られない。表現方法について、文字が多い、図・表・写真の活用があまりない、わかりにくいと感じている。このように、中国の大学用の内科・外科・老年看護学教科書より、脳卒中による片麻痺と嚥下障害に関する経口摂食援助の記載が不足し、表現方法も単一であることが示されていた。したがって、片麻痺と嚥下障害に関する経口摂食援助について、看護役割の把握と遂行、看護手順の把握と実行、援助の安全性、誤嚥の予防などを検討する必要があると示唆された。

表7 対象とした内科・外科・老年看護学教科書と記載量

教科書名	著者（代表）	使用教育機関・対象	出版社	記載量
内科看護学 （2012年・第5版）	尤黎明・呉瑛	大学・看護師	人民衛生出版社	19 ページ （24,012）
外科看護学 （2012年・第5版）	李楽之・路潜			4 ページ （5,400）
老年看護学 （2012年・第3版）	化前珍			9 ページ （12,456）

表 8 内科・外科・老年看護学教科書の脳卒中患者への経口摂食援助の関連記載

	内科看護学	外科看護学	老年看護学
目次	第1章 緒論 第2章 呼吸系疾患患者の看護 第3章 循環系疾患患者の看護 第4章 消化系疾患患者の看護 第5章 泌尿系疾患患者の看護 第6章 血液系疾患患者の看護 第7章 内分泌と代謝性疾患患者の看護 第8章 リウマチ性疾患患者の看護 第9章 感染症患者の看護 第10章 神経系疾患患者の看護 5. 脳血管疾患 C.脳梗塞 D.脳出血	第1章 緒論 第2章 水、電解質、酸塩基平衡の患者のケア 第3章 外科栄養支持患者の看護 第4章 外科ショック患者の看護 第5章 麻酔患者の看護 第6章 手術室の管理と業務 第7章 手術前後患者の看護 第8章 外科感染症患者の看護 第9章 損傷患者の看護 第10章 マイクロサージェリー手術患者の看護 第11章 腫瘍患者の看護 第12章 臓器移植患者の看護 第13章 頭蓋内圧亢進患者の看護 第14章 脳損傷患者の看護 第15章 常見脳疾患患者の看護 C.脳卒中 …… 第57章 性感染症患者の看護	第1章 緒論 第2章 老年看護関連理論 第3章 老人の健康アセスメント 第4章 老人の健康保健と養護ケア 第5章 老人の心理衛生と精神看護 第6章 老人の日常生活看護 5. 飲食と排泄 A.飲食と栄養 第7章 老人の安全用薬と看護 第8章 老人の常見健康問題と看護 第9章 老人の常見疾患と看護 3. 高齢脳卒中患者の看護 A.高齢脳梗塞 B.高齢脳出血 第10章 老人の末期看護
関連内容の記述順	「脳血管疾患」 1. 定義、疫学特徴及び分類 2. 病因と発病メカニズム 3. 臨床表現 4. 実験室及び他検査 5. 診断要点 6. 治療要点 7. 看護アセスメント a.既往歴 b.身体アセスメント c.実験室及び他検査) 8. 常用看護診断・問題 9. 目標 10. 看護処置及び根拠 a.身体活動障害 b.言語障害 c.嚥下障害 11. 評価 12. 他の看護診断・問題 13. 健康指導 14. 予後	「脳卒中」 1. 定義、疫学特徴及び分類 2. 病因 3. 病理生理 4. 臨床表現 5. 補助検査 6. 処置原則 7. 看護アセスメント a.術前アセスメント b.術後アセスメント 8. 常見看護診断・問題 9. 看護目標 10. 看護処置 a.術前看護 b.術後看護 c.健康教育 11. 看護評価	「飲食と栄養」 4,320字のスペースに相当 1. 老人の栄養需要 2. 老人の栄養摂取の影響要因 3. 老人の飲食原則 4. 老人の飲食看護 「高齢脳卒中患者の看護」 8,136字のスペースに相当 1. 定義、疫学特徴及び分類 2. 看護アセスメント a.健康歴 b.身体状況 c.補助検査 d.心理・社会状況 3. 常見看護診断・問題 4. 看護計画と実施 a.一般看護 b.合併症の予防 c.用薬看護 d.心理調整 e.健康指導 5. 看護評価
表現方法	1. 文字 赤字と黒字の活用； サイズ変化と太字の活用。 2. 図（黒，9）・表なし 脳梗塞 2，脳血管 2，脳出血 5； 写真の活用：2,808字（約10%）のスペースに相当。	1. 文字 赤字と黒字の活用； サイズ変化と太字の活用。 2. 図と表なし	1. 文字 黒字のみ； サイズ変化と太字の活用。 2. 図と表なし

IV. 考察

1. 中国・日本の看護基礎教育における経口摂食援助の教育内容の比較検討

経口摂食援助に関する看護職の役割遂行のために、看護師が役割を十分に理解することが重要である。今回検討した中国の教科書は、中に関連する看護の意義と役割の記載は不明確であり、且つかたい表現方法が示されていた。そこから、看護師が、受けた教育の内容不足と表現度の単一で関連する役割について十分に理解できないと推測された。入院患者の46.3%は食事栄養に関する知識、態度及び行動への認識が不足し、入院患者の71.3%は食事栄養より手術と薬物治療の方が重要だと信じているとの報告もある⁵⁾。そこで、入院高齢患者の食事栄養への認識を改善するために、入院患者個々に関連する食事と栄養の意義が理解できるような指導が適切になされることは重要と考える。そのために、看護師が食事に関する看護の意義を理解して説明できる能力が重要だと思われる。また、心理面と精神面を配慮する援助についての記載が不足しており、摂食・嚥下に関する記載は見られないことも示されていた。そこで、安楽性と安全性を配慮する援助についての記載は不足しており、看護師は安全かつ安心な援助を行う困難があると推測された。しかし、脳卒中の心身面への幅広い悪影響と嚥下障害による誤嚥性肺炎の危険性を考えると、安心かつ安全の摂食援助技術は非常に重要である。日本の基礎看護学教科書と比較して、中国の基礎看護学教科書の中に、経口摂食援助に関する記載は、関連内容の充実と十分な説明とともに、表現方法の多様性など工夫が必要だと考えられる。

2 経口摂食援助の操作的定義

経口摂食援助に関する日本教科書の検討でまとめた経口摂食援助の内容と構成要素は中国の看護現状に適合するかどうか不明確であり、その妥当性を検討する余地があると考えられる。

3. 中国の看護教育における脳卒中片麻痺患者への経口摂食援助の看護実践に関する教育内容の検討

今回検討した内科・外科看護学教科書では、脳卒中の原理、症候、診断と治療に関する記載を中心に、看護過程にも食事援助に関する記載は少ない、表現方法は単一など問題が示されていた。検討した老年看護学教科書では、老人の心身特徴と疾病に関する記載が多い、食事援助に関する記載はあまりない、表現方法は単一などが示されていた。そこから、検討した教科書は、疾患と加齢による身体変化を重点として、食事援助など日常生活援助に関する記述は不足しており、また表現方法は単一であることから、看護師がQOLに関する看護の意義、役割及び具体的な方法について十分に理解できないと推測された。高齢化社会の時代に突入した中国において、加齢に伴う健康問題が他の諸国同様に急速に増加し、加齢に伴う健康障害から入院加療する者が増加する可能性を示していると考えられる。近年の

研究結果は、中国において、入院患者の栄養不良の発生率が 26.5～27.3%であり、栄養不良の危険率が 30.0～40.1%であることを示した^{3,4)}。そこで、入院高齢患者の栄養状態を改善するために、関連する看護職の役割遂行は重要だと考えられる。また、3冊の教科書とも、片麻痺と嚥下障害に関する記載は少ない、具体的な援助方法についての記載は見られないことから、看護師が摂食できる脳卒中患者に安全な援助を提供する困難があると推測された。中国の疫学調査より、2030年まで3億人以上の高齢者が脳卒中を罹患することを予測していた⁹⁾。片麻痺と嚥下障害は、脳卒中の主要な合併症として、脳卒中患者のQOLとADLに大きく影響している。そこで、高齢の脳卒中片麻痺患者への経口摂食援助について、片麻痺と嚥下障害を対応できる援助方法を行えることが非常に重要だと考える。以上から、中国の教科書において、脳卒中片麻痺患者への経口摂食援助に関する記載から見ると、片麻痺と嚥下障害に関する内容を充実しながら、十分な説明と表現方法の多様性などの工夫を加えて、その重要性と必要性が理解できるような記述が大事だと考えられる。

V. 結論

本研究は、中国・日本の看護基礎教育における経口摂食援助に関する教科書の比較検討を行い、記載内容、記述特徴および表現方法を検討した。その結果に基づいて、経口摂食援助に関する教育が十分に充実している日本の基礎看護学の教科書を用いて経口摂食援助の操作的定義を検討し帰納した。また、中国の看護基礎教育における脳卒中片麻痺患者への経口摂食援助に関する教科書を用い、関連内容の記述特徴と表現方法を検討した。それらの結果から、以下のことが明らかになった。

1. 日本の教科書と比べると、中国における基礎看護学教科書では、経口摂食援助に関して看護の意義と役割の記述が不十分であり、対象者の心理面と精神面を配慮する記述が不足しており、摂食・嚥下に関する記載がない、また表現方法がかたいことが見られた。

2. 経口摂食援助の定義構成が明確されたが、その妥当性を検討する必要があると考えられた。

3. 中国における内科・外科・老年看護学教科書では、脳卒中片麻痺患者への経口摂食援助に関して疾患と加齢による身体変化を重点とし、食事援助など日常生活援助に関する記述は不足しており、片麻痺と嚥下障害を対応する援助方法に関する記述はほとんどない、また表現方法は単一であることが分かった。

第2章 中国における片麻痺患者への経口摂食援助

に関する看護師の実践力の項目検討

I. 目的

本研究は、中国の看護教育に見識を持つ大学教員と豊富な看護経験を持つ病院看護師を対象に、これまでの研究者らの研究結果から得られた課題（1. 経口摂食援助の操作的定義（研究2）；2. 入院患者への経口摂食援助に関する課題（研究1）；3. 片麻痺患者への経口摂食援助に関する課題（研究2））についての妥当性を確認し、今後求められる看護教育への改善点を明らかにし、中国における片麻痺患者への経口摂食援助に関する看護職の実践力に必要な知識と技術を検討し精選する。把握できたことは、今後の中国における経口摂食援助に関する基礎看護教育の検討に資すると考える。

II. 用語の定義

1. 片麻痺患者

中村⁵⁸⁾は片麻痺について「中枢性麻痺においては、大脳皮質から内包後脚を通り中脳大脳脚までを障害されると顔面を含む反対側の上下肢麻痺をきたす」と述べている。そのため、本研究においては、片麻痺患者を脳血管障害により片方の上下肢と顔面の運動麻痺が生じることによって経口摂食での援助が必要な患者を定義した。

2. 実践力

本研究では、片麻痺患者への経口摂食援助に関する看護師の実践力の定義は、片麻痺患者の状態に応じた適切な経口摂食援助を提供するために知識を技術等を統合し、実践する能力であるとした。

III. 方法

1. 研究デザイン

半構造化面接法による記述的質的研究

2. 対象者

便宜なサンプリングを用い、看護系学校に経口摂食援助に関する4年制看護学専攻教育（看護基礎学または内科看護学または外科看護学または老年看護学）を担当している看護教員と、3年以上の看護経験があつて片麻痺患者に関わっている病棟（神経系病棟、老年病

棟など)に1年以上働いた現任看護師を対象とし、半構造化面接法によるインタビュー調査を行った。

3. 調査期間

平成28年11月～平成28年12月

4. データ収集方法

1) プレテスト

調査を始める前に、中国人である看護学専攻の大学院生3名(2名は日本語が精通する; 2名は4年以上の看護経験を持って老年患者の看護経験が多い)を対象としてプレテストを行った。得られた意見を参考する上に、インタビューガイドの内容と長さ、質問方法、流れなどを検討した。

2) インタビュー

インタビューガイドを用いた半構造化面接法を行った。学校または病棟内の個室において平均22分間の個人面接を行った。インタビュー内容は対象者の承諾を得てICレコーダーに録音した。

インタビューでは、まず、経口摂食援助の操作的定義(研究2)を対象者に提示し、その妥当性に対する意見を収集した。

入院患者への経口摂食援助に関する課題(研究1)では、経口摂食援助について看護師と看護学生の認識と学習状況の調査より、(1)経口摂食援助に関する看護役割への認識が不十分、(2)対象者の心理面への配慮が不足、(3)能動的学習が少ない、(4)知識教育と実践教育が十分に充実していないが明確になった。片麻痺患者への経口摂食援助に関する課題(研究2)では、教科書の検討結果について、(1)関連する看護の意義と役割の記載が不明確、(2)対象者の心理面と精神面への配慮の記述が不足、(3)片麻痺・摂食・嚥下に関する内容が少ない、(4)図表の比率が少ない、表現方法が単一であるが抽出された。

次に、片麻痺患者を仮定した場合の経口摂食援助に関する課題を検討するため、研究1と研究2で明確にした課題に基づいて統合した課題を対象者に提示し、その妥当性と教育上の改善策において対象者の感じ、思っていたことを語ってもらった。片麻痺患者への経口摂食援助を前提として統合した課題は、a)経口摂食援助に関する看護役割への認識が不十分、b)対象者の心理面への配慮が不足、c)能動的学習が少ない、d)知識教育と実践教育が十分に充実していないであった。

5. データ分析—内容分析法

インタビューで録音した内容の逐語録を作成した。非言語的な音声を照合しながら逐語

録化したデータの正確さを確認した。これを基本データとした。次に、基本データの中に必要内容を抽出した。その内容を各課題内容との類似性を確認し、所属課題に分類した。抽出した内容を各課題と類似しない場合は、新しい課題として扱う。最後に、各課題の内容を意味と表現の類似性を比較検討しながら項目を形成した。

また、データの分析に当たって、大学院生の助言と研究指導教授の意見を受け、信頼性と妥当性を確認しながら進めた。

6. 倫理的配慮

対象者の所属する施設に研究内容の書面と口頭による説明を行った。施設の許可が得られた後、対象者に研究の趣旨、研究協力は任意であること、匿名によりプライバシーは侵害されないことを説明し、研究の参加、協力の承諾を得た。面接途中でも中止できることや、仕事に不利益を被らないことも説明した。研究で得られた全てのデータは厳重に保管し、研究終了後に研究者が責任をもって破棄することを約束し承諾を得た。

本研究は、泰山医学院倫理審査委員会の審査を受け、承認を得た（承認番号：201647）。

IV. 結果

1. 対象者の概要

1) 看護教師

表9に示すように、研究協力が得られた看護系大学に4年制看護学専攻教育の基礎看護学（2名）・内科看護学（1名）・外科看護学（1名）・老年看護学（1名）を担当する看護教員合計5名とした。看護教師としての平均経験年数は11.3年で20代から50代の看護教師5名であった。看護師としての平均経験年数は3.5年であった。

2) 看護師

研究協力が得られた急性期病院である急性期病院の病棟看護師5名と慢性期病院である療養病院の病棟看護師5名とした。看護師の平均経験年数は15.8年で20歳代から40歳代の女性看護師10名であった。担当診療科は神経内科、神経外科及び老年科であった。片麻痺患者に関わっているウ病棟（神経系病棟と老年病棟）での平均経験年数は8.8年であった。

表9 対象者の概要

ID	職種	性別	年齢	学歴	看護経験年数	看護教員経験年数	担当科目	担当科目経験年数	関連病棟経験年数	面接時間
1	看護教師	女	40	修士	1	13	看護学基礎	13	神内1年	36分26秒
2	看護教師	女	37	修士	2	14	外科看護学	14		37分47秒
3	看護教師	女	50	修士	4.5	20	老年看護学	18		26分21秒
4	看護教師	男	27	修士	0	1年3ヶ月	内科看護学	1年3ヶ月		20分20秒
5	看護教師	女	41	修士	10	8	看護学基礎	8		33分24秒
6	看護師	女	33	本科	13				神内10年	23分33秒
7	看護師	女	33	本科	11				神内5年	18分46秒
8	看護師	女	47	本科	28				老年科2年6ヶ月	21分23秒
9	看護師	女	49	本科	28				神内14年	18分00秒
10	看護師	女	48	本科	28				神内2年, 老年科10年	12分30秒
11	看護師	女	25	本科	4年11ヶ月				神外4年11ヶ月	20分47秒
12	看護師	女	40	本科	20				神外16年	14分11秒
13	看護師	女	37	本科	15				神内13年	14分47秒
14	看護師	女	31	本科	7				神内2年, 老年科5年	16分50秒
15	看護師	女	26	大専	3				神外0.5年, 神内2.5年	15分12秒

注) 大専と大本は、高卒者を対象とし、3年制の大学専科教育と4年制の大学本科教育である。修士は、大学本科教育を受けて卒業した人または同等の学力がある人を対象とし、3年制の大学院教育である。

2. 経口摂食援助に関する課題と看護実践への示唆

インタビューの際に提示した課題に基づいて基礎データを分類して分析した。全体として、インタビューから抽出したコード数は53であり、サブカテゴリーは17で形成された。その結果、経口摂食援助の定義についての妥当性の意見が得られた。経口摂食援助に関する4つの課題は片麻痺患者の場合には妥当かどうか看護師の意見を確かめた。また、片麻痺患者を仮定した経口摂食援助について一つの新しく出た課題が捉え、合計5つの課題ごとの教育への示唆がまとめられた。さらに、経口摂食援助の定義構成に基づいて片麻痺患者を仮定した経口摂食援助に関する看護の実践に必要な知識と技術(25項目)を精選した。以下、文中の〔〕は課題名、【】はサブカテゴリー名、『』はコード名、「」は実践力の項目内容である。

1) 経口摂食援助の操作的定義

(1) 〔操作的定義の妥当性〕

表10に示すように、〔操作的定義の妥当性〕は、9つコードに分類され、さらに3つのサブカテゴリーが構成された。3つのコードは、【定義の必要内容と範囲を明確する】【通訳における言葉遣いを注意する】【簡明にする必要がある】であった。

【定義の必要内容と範囲を明確する】の認識には、看護師は定義内容について『内容は全面かつ必要』と判断していた。一方で、看護教師は、定義構成と内容範囲について『全ての内容を定義と意義に分ける』『適応対象、実施者、具体的なケア方法、関連知識と技術の範囲を明確する』という検討意見があった。【通訳における言葉遣いを注意する】の認識

には、看護師と看護教師ともに、『言葉遣いは問題がある』という意見があり、さらに修正意見も語っていた。【簡明にする必要がある】の認識には、看護師と看護教師ともに、定義について『理解しにくい』『長い』『読みにくい』『覚えにくい』という思いがあり、そのために『簡明にして重点を目立つ必要がある』と認識していた。

表 10 経口摂食援助の操作的定義

課題 (1)	項目 (3)	内容 (9)
1. 操作的定義の妥当性	定義の必要内容と範囲を明確にする	内容は全面かつ必要。(N5)
		全ての内容を定義と意義に分ける。(T4)
		適応対象、実施者、具体的なケア方法、関連知識と技術の範囲を明確する。(T2)
	通訳における言葉遣いを注意する	言葉遣いは問題がある。(T15N3)
	簡明にする必要がある	簡明にして重点を目立つ必要がある。(T6N3)
		理解しにくい。(T2N2)
		長い。(N4)
		読みにくい。(T1N4)
		覚えにくい。(N2)

2) 片麻痺患者を仮定した経口摂食援助に関する課題の妥当性

表 11 に表すように、[経口摂食援助に関する看護役割への認識が不十分] は、「妥当」14 人 (93.3%)、「妥当ではない」1 人 (0.7%) であった。[対象者の心理面への配慮が不足] は、「妥当」13 人 (86.7%)、「妥当ではない」2 人 (13.3%) であった。[能動的な学習が少ない] と [知識教育と実践教育が十分に充実していない] とともに、「妥当」15 人 (100%) であった。

表 11 片麻痺患者を仮定した経口摂食援助に関する課題の妥当性

課 題	妥当性	
	はい	いいえ
1. 経口摂食援助に関する看護役割への認識が不十分	14(93.3)	1(6.7)
2. 対象者の心理面への配慮が不足	13(86.7)	2(13.3)
3. 能動的学習が少ない	15(100.0)	0(0.0)
4. 知識教育と実践教育が十分に充実していない	15(100.0)	0(0.0)

3) 片麻痺患者を仮定した経口摂食援助に関する課題と看護実践への示唆

片麻痺患者を仮定した経口摂食援助に関する合計 5 つの課題と看護実践への示唆は、表 12 に示している。この 5 つの課題は、44 のコードに分類され、さらに 14 のサブカテゴリーが構成された。

(1) [経口摂食援助に関する看護役割への認識が不十分]

〔経口摂食援助に関する看護役割への認識が不十分〕は、12のコードから分類され、さらに3つのサブカテゴリーが構成された。3つのサブカテゴリーは、【看護意義への理解に役立つ知識が必要】【看護役割を明確する必要がある】【家族指導の方法を説明する必要がある】であった。

〔経口摂食援助に関する看護役割への認識が不十分〕の影響要因としては、看護師の不足、看護補助者が配置されていない、および病院業務モデルで関連看護業務が不明確と指摘されていた。また、看護師の主役は治療になることは、看護師の不足と業務分担の不明確およびリハビリ病棟の関わりとの関連があると言われた。

「私は、経口摂食援助を改善する必要があると思う。しかし、現在の病院の管理モデルのために、看護師の仕事量は大きく、また看護師がこれを行うべきであるという明確な規定はない」(T4)

「現在、看護師患者の比率が適切に管理されていないため、中国の医療制度における看護師、雇用されるケアワーカーなどの役割が混乱している。したがって、看護師がすべての患者の経口摂食を補助することは不可能である。このような状況では、看護師はしか患者または患者の介護者に対して経口摂取をガイドすることができない。」(N2)

「私たちの病院では、嚥下障害が発生すると、必要に応じてリハビリテーション病棟に連絡し関連診断とリハビリ治療を依頼する。看護師は、最も基本的な指導しか提供できない。例えば、患者に食べ物を小さな口でゆっくり食べるように伝えることなど。」(T1)

「嚥下障害が発生した場合には、リハビリテーション病棟に連絡し相談を依頼する。その後、リハビリ技師が配置され、定期的に嚥下機能トレーニングを提供してもらう。」(N1)

以上の看護役割に関する問題点に対して【看護意義への理解に役立つ知識が必要】【看護役割を明確する必要がある】【家族指導の方法を説明する必要がある】と捉えていた。【看護意義への理解に役立つ知識が必要】の認識には、『研究動向を紹介する』『脳血管疾病の疫学知識を紹介する』を通して、片麻痺患者への経口摂食援助の重要性への認識を高める必要があると捉えていた。そこで、「1.片麻痺患者に関する疫学現状」の知識項目が抽出された。『技術特徴を紹介する』で、経口摂食援助という技術を十分に理解してもらう必要があると認識していた。【看護役割を明確する必要がある】の認識には、役割認識を高めるため、経口摂食援助に関する看護役割と業務内容を明確する必要があると捉えていた。そこから、経口摂食援助に関する看護役割の遂行は生命維持と闘病意欲につながることを強調し、具体的な看護役割を説明する必要があると捉えていた。そこには、「11.患者の個別性(食習慣など)を配慮できる援助を行うこと」「13.患者の自立度に応じる援助を行うこと」「16.安全に食べさせる援助を行うこと」「17.楽しく食べさせる援助を行うこと」「18.効率よく食べさせる援助を行うこと」の5つの技術項目が精選された。また、【家族指導の方法を説明する必要がある】の認識には、経口摂食援助を含める生活援助ケアの大部を行っている家族などは専門教育を受けたことがないから、経口摂食援助の質と安全について検討点があ

る。一方で、看護師たちも家族指導に関する教育を受けた経験がないから、家族を正しく指導できるかどうか検討する余地がある。このように、看護師に家族指導の方法を紹介する必要があると認識していた。そこから「経口摂食援助に関する家族への指導方法」という知識項目を抽出した。

「私は、経口摂食援助における看護の役割について学ぶ必要があると思う。言い換えると、看護師に経口摂食援助は何ですか、経口摂食援助をどのように行うかを理解させる必要がある」(N5)

「看護師と看護補助者が不足しているため、看護師は経口摂食援助を行う時間が不足である。しかし、看護師は、関連する訓練から学んだことで家族が経口摂食を正しく行うように指導することができると思う。」(N7)

(2) [対象者の心理面への配慮が不足]

[対象者の心理面への配慮が不足]は、6のコードに分類され、さらに2つのサブカテゴリーが構成された。2つのサブカテゴリーは、「心理ケアの重要性への理解が必要」「心理ケアの質を高める指導が必要」であった。

[対象者の心理面への配慮が不足]という背景には、看護師の不足、疾病中心の医学モデル、中国の伝統文化、心理ケアへの認識が不足など原因が述べられた。

「中国の伝統文化では、通常にあなたは食べたかどうか心配していますが、食事の経験について満足しているか楽しいか尋ねることはあまりない」(T1)

「近年、医療モデルは病気を中心にするモデルから患者を中心にするモデルへの変化があるものの、病気に焦点を当て心理的側面についての配慮が欠如している」(T5)

「看護師は、通常に患者やケアワーカーに経口摂取に関する医師の指示を伝えるだけである。」(N7)

「在宅ケアと比較して、入院患者数が多いため、入院患者の食環境を保障することは難しい」(T3)

以上のような背景には、「心理ケアの重要性への理解が必要」「心理ケアの質を高める指導が必要」と認識されていた。それは、心理状態への配慮が不足になると食欲と疾病の回復に影響しやすいため、心理ケアの重要性を強調し、『心理ケアに対するコミュニケーションの重要性を強調する』必要があると捉えていた。中には、心理ケアの不足になるのは、主因として心理ケアへの認識が不足と言える。そのため、『心理ケアの満足度調査を行い、心理ケアの現状を把握する』『<2010 質の高い看護計画>を紹介し、心理ケアを強調する』『典型的なケースを紹介し、心理ケアへの興味を引き出す』『心理状態のアセスメントに関する知識を明確する』を通して心理ケアへの認識を高める教育が必要であると捉えていた。そこで、「21.片麻痺患者の心理状態をアセスメントすること」「22.実施する場の食環境を作ること」「25.安全かつ有効な口腔ケアを行うこと」の3つの技術項目が精選された。

「最善の方法は、彼らの注意を引く良い事例を書くことである。各食事の後に質問やディスカッションがあれば、いくつかの心理的な問題を解決できると思う。したがって、コミュニケーションは非常に重要である。」(T1)

「2010年から、中国において、いい質の看護ケアが実施されてきた。それは、人道的ケアに重点を置いている。その観点から、心理的ケアを強調することができる」(N5)

(3) [能動的学習が少ない]

[能動的学習が少ない] は、10のコードに分類され、さらに3つのサブカテゴリーが構成された。3つのサブカテゴリーは、【学習資料の提供が必要】【学習自主性を高める必要がある】【関連学習の重要性への理解が必要】であった。

[能動的学習が少ない] について、関連文献の学習が制限される、学習自主性が低い、関連学習の重要性への認識が不足という背景が示された。関連文献での能動的学習を促進するために、【学習資料の提供が必要】【学習自主性を高める必要がある】【関連学習の重要性への理解が必要】と認識されていた。それは、『看護師の不足と病院の管理モデルで看護師を補助の位置になってその学習自主性を大きく影響する』から、各種の討論を通して、理解を深めて意見を交流して互い学習も促進できる。発表など機会を提供し、発表の準備をし、発表への他人の評価を受け、学習自主性が高くなる。また、各種媒介を通して学習資料を直接に提供しながら、学習認識を高めて学習動機をつける必要があると捉えていた。

「まず、関連学習の重要性はよく理解されていないため、看護師は学ぶ意欲が低い。看護師の文献検索能力や研究能力は不足していますが、これらの能力は必要と認識されていない」(T2)

「私たちの病院はデータベースにアクセスできないため、関連資料を検索するのは困難である。したがって、論文を書くときに、友人や図書館から関連書籍や雑誌を借りなければならぬ。」(N9)

「中国における看護師の仕事量は大きく、看護師の全体的レベルは高くない。医者は中心になる、看護師は補助になる」という病院管理モデルでは、看護師の元々のアイデアの一部が絞殺される。彼らの大部分は、新しい問題に直面したときに自己学習の代わりに医師に相談することを選ぶ。したがって、関連文献を積極的に入手することを頼るのは難しいと思う。WeChatのような新しいメディアを通じて定期的にいくつかの関連知識を提供する方が良いと考える。」(T3)

「多くの看護師は学習意識があまり高くないので、いくつかの雑誌や楽しいウェブサイトなど関連資料を推薦し、一定期間内にそれを読み終えて、各自の学習経験を書いてもらう。」(N3)

(4) [知識教育と実践教育が十分に充実していない]

[知識教育と実践教育が十分に充実していない] は、12のコードに分類され、さらに5つのサブカテゴリーが構成された。5つのサブカテゴリーは、【片麻痺と嚥下に関する基礎知識が必要】【事故予防のための知識と技術が必要】【自立むけて配慮できる援助が重要】【片麻痺に向けた食事援助が必要】【片麻痺と嚥下に関するリハビリ看護が必要】であった。

片麻痺・摂食・嚥下に関する教育背景について、知識教育が不足、嚥下に関する看護役割が不十分という背景が明らかになった。近年、人口の高齢化と障害者の増加に伴い、リハビリ看護と老年看護はますます重要になる。中に、自主摂食が困難の対象者ための経口摂食援助は、自助具の活用が必要となり、関連する看護役割の遂行も期待されていると理解していた。そのために、【片麻痺と嚥下に関する基礎知識が必要】【事故予防ための知識と技術が必要】【自立むけて配慮できる援助が重要】【片麻痺に向けた食事援助が必要】【片麻痺と嚥下に関するリハビリ看護が必要】と認識していた。【片麻痺と嚥下に関する基礎知識が必要】の認識には、損傷神経と片麻痺程度によって援助方法が異なると考え、解剖特徴、関連する神経と疾病、表現症状など基礎知識を紹介する必要があると捉えていた。【事故予防ための知識と技術が必要】では、安全に経口摂食援助を行えるために、リスク予防と緊急対策を紹介する必要があると捉えていた。【自立むけて配慮できる援助が重要】の認識では、食事動作が期待できる対象者に対しては、可能な限り、自立に向けた援助を行うために、対象者の持っている機能を最大限に活用し、できるところは自分で行うように仕向けるのは大事だと捉えていた。【片麻痺に向けた食事援助が必要】については、片麻痺によると摂食・嚥下能力がある程度損傷され、自主能力と食欲をアセスメントしたり、嚥下食を工夫したり、食欲を改善するための教育が必要と捉えていた。【片麻痺と嚥下に関するリハビリ看護が必要】では、リハビリに関する業務ではリハビリ病棟を依頼していることが示され、リハビリ技師の不足と退院支援を考えると、嚥下体操と機能訓練などリハビリ看護の知識を紹介する必要があると捉えていた。また、〈2010 質の高い看護計画〉により、患者を中心にする医学モデルが推奨され、人文ケアと心理ケアへの関心が高める。近年、経口摂食援助について、リハビリ看護と老年看護の関連内容も増えている。そこから、「2.片麻痺を生じる重要要因」「3.片麻痺患者の身心特徴」「4.片麻痺患者に起こりやすい合併症」「14.起こりやすいリスクの予防方法」「15.緊急時の応急処置方法」「23.片麻痺患者の食事摂取状況・状態を観察すること」「12.自助具の使用法」「5.片麻痺程度による経口摂食の援助方法の違い」「6.片麻痺患者の回復段階による経口摂食の援助方法の違い」「9.機能訓練などリハビリ指導の方法」「19.片麻痺患者の摂食・嚥下機能などをアセスメントすること」の11項目が精選された。

「関連する教科書には経口摂食援助に関する内容は少ない、経口摂食援助は独立した教育内容として扱われることはない」(T2)

「私たちの病院は、年に4回トレーニングを行っている。看護師の看護能力、教育背景、勤務年数などに基づいて行われ、主にテキストコンテンツである。」(N6)

「片麻痺患者への経口摂食援助は幅広い話題である。患者の身体活動のレベルは片麻痺の程度によって異なり、これは彼に与えられた経口摂食援助の性質を決定する。だから、階層的な学習が必要である。」(T3)

「摂食中の意外状況の取り扱いが含まれるべきである。典型的なケースに基づく分析とディスカッションは面白くて印象深い。」(N9)

「時には、胃管なしで経口摂食をする患者さんを助けることができます。しかし、我々は、経口摂食中に誤嚥性肺炎や窒息など合併症が発生することを予防するため、胃管を挿入することを選択する。これは、いわゆる過度の医療である。したがって、早い段階に患者には胃管を使用すべきではない、できるだけ自分で摂食することを手伝うべきである。」(T1)

(5) [入院期間における栄養面の保障ができない]

[入院期間における栄養面の保障ができない] は、新しい出た課題として4つのコードに分類され、さらに1つのサブカテゴリーが構成された。このサブカテゴリーは、【食事の栄養面を配慮する援助が必要】であった。

[入院期間における栄養面の保障ができない] の背景には、『病院の栄養配膳は普及されていない、必要に応じて注文するか家族が代わりに作るかできる』となり、栄養配膳は治療食を中心にし、特別注文のためのお金もかかると指摘していた。このように、【食事の栄養面を配慮する援助が必要】と捉えていた。そこから、「7.食生活に関する指導方法」「8.片麻痺患者に適した食事栄養の指導方法」「20.片麻痺患者の栄養状態をアセスメントすること」「24.食後の摂取状況を評価すること」の4項目が精選された。

「現在、中国では栄養食が流行っている。私たちの病院では、病気のニーズに応じて栄養食を注文することができますが、それによる余分な費用も生じる。医師の指示に従って自宅で栄養食を準備することも可能である。さらに、病院の環境は、日本のような先進国で観察されたものほど良いではない。」(N2)

「食事指導が必要である。私たちは、片麻痺患者に適した食べ物の種類と性質に注意を払う必要がある。例えば、どのような食べ物を食べるべきか、どんなものを避けなければならないかなど。」(N9)

表 12 片麻痺患者を仮定した経口摂食援助に関する課題と看護実践への示唆

課題 (5)	看護実践への示唆 (14)	コード(44)	→実践力に必要な知識と技術 (25)
1. 経口摂食援助に関する看護役割への認識が不十分	看護意義への理解に役立つ知識が必要	▼(4)	1 片麻痺患者に関する疫学の現状
	看護役割を明確する必要がある	▼(7)	11 患者の個別性（食習慣など）を配慮できる援助を行うこと（技術） 13 患者の自立度に応じる援助を行うこと（技術） 16 安全に食べさせる援助を行うこと（技術） 17 楽しく食べさせる援助を行うこと（技術） 18 効率よく食べさせる援助を行うこと（技術）
	家族指導の方法を説明する必要がある	▼(1)	10 経口摂食援助に関する家族への指導方法
2. 対象者の心理面への配慮が不足	心理ケアの重要性への理解が必要	▼(3)	
	心理ケアの質を高める指導が必要	▼(3)	21 片麻痺患者の心理状態をアセスメントすること（技術） 22 実施する場の食環境を作ること（技術） 25 安全かつ有効な口腔ケアを行うこと（技術）
3. 能動的学習が少ない	学習資料の提供が必要	▼(3)	
	学習自主性を高める必要がある	▼(5)	
	関連学習の重要性への理解が必要	▼(2)	
4. 知識教育と実践教育が十分に充実していない	片麻痺と嚥下に関する基礎知識が必要	▼(3)	2 片麻痺を生じる重要要因（知識） 3 片麻痺患者の身心特徴（知識） 4 片麻痺患者に起こりやすい合併症（知識）
	事故予防ための知識と技術が必要	▼(3)	14 起こりやすいリスクの予防方法（知識） 15 緊急時の応急処置方法（知識） 23 片麻痺患者の食事摂取状況・状態を観察すること（技術）
	自立むけて配慮できる援助が重要	▼(2)	12 自助具の使用法（知識）
	片麻痺に向けた食事援助が必要	▼(2)	5 片麻痺程度による経口摂食の援助方法の違い（知識） 6 片麻痺患者の回復段階による経口摂食の援助方法の違い（知識）
	片麻痺と嚥下に関するリハビリ看護が必要	▼(2)	9 機能訓練などリハビリ指導の方法（知識） 19 片麻痺患者の摂食・嚥下機能などをアセスメントすること（技術）
5. 入院期間における栄養面の保障ができない	食事の栄養面を配慮する援助が必要	▼(4)	7 食生活に関する指導方法（知識） 8 片麻痺患者に適した食事栄養の指導方法（知識） 20 片麻痺患者の栄養状態をアセスメントすること（技術） 24 食後の摂取状況を評価すること（技術）

まとめると、片麻痺患者を仮定した経口摂食援助に関する 5 つの課題をめぐって 14 の看護実践への示唆が得られた。そこから、看護師の実践力に必要な知識と技術（25 項目）を精選した。また、この 25 項目の知識と技術を経口摂食援助の定義構成である対象・目的・方法・プロセスに基づいて分類した。その結果、表 13 に示している。

表 13 片麻痺患者を仮定した経口摂食援助に関する看護師の実践力に必要な知識と技術

実践力に必要な知識と技術 (25)	→経口摂食援助の定義構成による分類
1 片麻痺患者に関する疫学の現状 2 片麻痺を生じる重要要因 3 片麻痺患者の身心特徴 4 片麻痺患者に起こりやすい合併症	対象についての知識
5 片麻痺程度による経口摂食の援助方法の違い 6 片麻痺患者の回復段階による経口摂食の援助方法の違い 7 食生活に関する指導方法 8 片麻痺患者に適した食事栄養の指導方法 9 機能訓練などリハビリ指導の方法 10 経口摂食援助に関する家族への指導方法	方法についての知識
11 患者の個別性（食習慣など）を配慮できる援助を行うこと（技術） 12 自助具の使用法（知識） 13 患者の自立度に応じる援助を行うこと（技術） 14 起こりやすいリスクの予防方法（知識） 15 緊急時の応急処置方法（知識） 16 安全に食べさせる援助を行うこと（技術） 17 楽しく食べさせる援助を行うこと（技術） 18 効率よく食べさせる援助を行うこと（技術）	目的についての知識と技術
19 片麻痺患者の摂食・嚥下機能などをアセスメントすること 20 片麻痺患者の栄養状態をアセスメントすること 21 片麻痺患者の心理状態をアセスメントすること 22 実施する場の食環境を作ること 23 片麻痺患者の食事摂取状況・状態を観察すること 24 食後の摂取状況を評価すること 25 安全かつ有効な口腔ケアを行うこと	プロセスについての技術

V. 考察

1. 経口摂食援助の操作的定義と課題

【操作的定義の妥当性】の【簡明にする必要がある】には、看護師は定義そのままを受け取って感じた、思いを中心に語っていた。それは、看護師の知識不足と学習者としてクリティカルシンキングが不足すると関連すると考える。【定義の必要内容と範囲を明確する】の認識には、看護教師は教育者としてクリティカルシンキングが強く概念の内容と構成などに敏感であるからと考えられる。また、【通訳における言葉遣いを注意する】の認識には、中国語と看護現状に適合する定義かどうかを検討する余地があると思う。従って、看護師と看護教師の修正意見を比較検討しながら、定義の内容と構成の妥当性を確認し、通訳技法を工夫する必要があると示唆された。

【操作的定義の妥当性】についての検討意見より、中国語と看護現状に適合する定義かどうかを検討する余地があると思われた。従って、看護師と看護教師の修正意見を比較

検討し修正した定義は、「経口摂食援助は疾病・障害・治療で経口摂食に援助が必要な人を対象とし、病状・状態・食生活を反映させる工夫した経口食を用いて対象者に最適な方法を通じて、個別性・自立・安全・安楽・効率を配慮しながら必要な栄養摂取と満足感を保障できる看護過程である」となった。

2. 片麻痺患者を仮定した経口摂食援助に関する課題と看護実践への示唆

本研究では、中国における入院片麻痺患者のための経口摂食援助の質と安全は大きな問題があり、看護師の不足と不十分な看護教育が主因であることを示している。

〔経口摂食援助に関する看護役割が充実していない〕の背景への認識には、看護師の不足と看護補助者が配置されていないので、看護師は限られた時間内に山のような看護業務の中に治療に関する業務を優先に行うことになり、生活ケアをする時間がほとんどないと考える。この現状を分かってくれる家族などは、患者の院内生活への心配が増え、できる範囲内看護師を代わりにベッドまわりのケアを仕上げる。中に、経口摂食援助に関する看護業務が不明確であることは主因の一つとして指摘されていた。また、リハビリテーション病棟はリハビリに関する作業に関わっており、誤嚥などリスクを予防するために、摂食嚥下機能の低い片麻痺患者に対して経口摂食を代わりに胃管を使用することが良く推奨されている。このように、入院片麻痺患者のための経口摂食援助に関する看護役割が分散され、看護師の経口摂食援助への動機付けも影響されている。そのため、【看護意義への理解に役立つ知識が必要】【看護役割を明確する必要がある】認識され、関連する看護の重要性と具体的な看護役割を深く理解できると、より一層看護認識を高めると、次の看護行動の変容が期待できると考える。これらの知識も前もって紹介する重要な内容ではないかと考える。また、家族などは生活ケアの主役者であることに対して、【家族指導の方法を説明する必要がある】と認識されていた。このように、家族指導の教育で家族などのケアの質と安全性を向上する可能性があると考えられる。したがって、中国における看護状況を配慮する上で、看護師が経口摂食援助に関する看護役割の重要性を理解でき、家族に経口摂食援助を行う方法を導入する関連教育が必要と示唆された。

〔心理ケアへの配慮が不足〕について、外因である良くない食環境と看護師の不足に加え、内因である看護学習と看護認識の不足であるため、心理ケアへの関心が低くなって心理ケアの質が保障できないと考えられる。また、伝統的な中国文化は、看護師の患者の心理的側面への配慮に影響する重要な要因の1つであると捉えていた。中国の文化では、不満が公然と明言されていないため、介護に関する苦情を表明しない⁵⁹⁾。しかし、中国では、特に国が計画経済から市場経済に移行して以来、質の高い看護ケアの提供に重点が置かれている。また、「2010 質の高い看護計画」⁶⁰⁾によると、患者、社会、政府を満足させることを目的とした患者中心の哲学が提唱され、人文的ケアが日常の看護業務に統合される。同年、「入院患者基本看護サービス項目」³⁶⁾では、経口摂食援助など日常生活ケアは看護業務の範囲であり、また日常生活ケアの詳細な援助項目を明確にした。これは、患者の心理的

側面を考慮した基礎看護ケアがますます重要であることを示している。さらに、看護師が身体的、社会的、心理的な観点から食事の重要性を理解できることは、病院での経口摂食への配慮に役立つと認められている⁶¹⁾。看護師と患者は質がいい看護ケアについて異なる見解があると報告されているが、患者の心理的ニーズのサポートに関して改善が必要であるとの報告がある⁶²⁾。この背景において、【心理ケアの重要性への理解が必要】には、〈2010 質の高い看護計画〉より心理ケアが重視され始めてますます重要になり、関連する知識を学ぶ必要が理解されると考える。また、【心理ケアの質を高める指導が必要】の認識には、心理ケアの重要性と心理ケアの質を高める方法を説明し、心理ケアへの認識を高めてその質の向上が期待できると考える。中国政府からの支持と質がいい看護ケアのニーズが高まっていることから、看護認識と心理ケアの質の向上に寄与する教育が必要であると示唆された。

〔能動的学習が少ない〕については、外因である学習環境の不備と内因である学習能力・学習自主性・学習認識の不足で看護師の自己学習が不足になり、関連知識の重要性と必要性を十分に理解できない、学習の意欲が足りないと考える。中国では、看護学の学部生は自己学習能力が不足しているとの報告があった⁶³⁾。急速に変化する発展と絶えず増加する知識を特徴づける多面的な医療環境において、生涯学習がますます重要である。看護師は、自らの学習ニーズを特定し、目標を設定し、学習プロセスの結果を評価し、自主学習ができるように期待されている⁶⁴⁾。そのために、外因である学習環境の不備と内因である学習能力の不足に対して、【学習資料の提供が必要】と認識されていた。さらに、内因である学習自主性・学習認識の不足に対しては、【学習自主性を高める必要がある】【関連学習の重要性への理解が必要】と理解していた。このように、関連する資料を提供しながら十分に説明し、関連学習への認識を高めて学習動機も付けていくと、関連する学習行動の増加が期待できると考える。

〔知識教育と実践教育が十分に充実していない〕の背景には、片麻痺と嚥下に関する看護教育が不足し、臨床における看護役割も充実されていない現状が明らかになった。これまで、中国における経口摂食援助では、独立した学習内容として十分に強調されておらず、教育施設で十分に教えられていない²⁷⁾。看護学校での経口摂食援助に関する学校演習や臨床実習などの実践教育の実施についての研究はまだ報告されていない。日本のような先進国では、経口摂食援助は重要な生活援助ケアの一つとして、講義、学内演習、臨床実習で充実されている。この違いになる理由の一つでは、アメリカスタイルの看護教育が中国に遅くまで始まったから、中国語に翻訳されたアメリカの看護教材は 1990 年代末までに大学教育と大学院教育で広く使われていたことである⁶⁵⁾。しかし、2011 年に中国の文部科学省は看護学をファーストコースと公表した、間接に将来の看護教育の発展を促進する⁶⁶⁾。高齢者と障害者の急増に伴って自主摂食が困難な対象者への援助の教育は注目を集めている。本研究では、看護師たちは、片麻痺患者への経口摂食援助に関する知識と技能の習得に強い意欲を示していた。【片麻痺と嚥下に関する基礎知識が必要】の認識には、看護師は基礎

知識である神経と麻痺の程度によって援助方法の違いを理解できると、片麻痺患者の特徴と経口摂食援助の安全面を配慮できると考える。【事故予防ための知識と技術が必要】【自立むけて配慮できる援助が重要】の認識には、看護師は具体的な事故予防方法・自立性の重要性が分かると、患者の自立性を配慮しながら片麻痺患者への経口摂食援助を安全に行えることが期待できると考える。今の看護現状は、家族などが生活ケアの主役者となってリハビリ病棟がリハビリに関することを関わっており、片麻痺患者への経口摂食援助に関する看護役割は分散されていることが示された。このような背景において、【片麻痺に向けた食事援助が必要】【片麻痺と嚥下に関するリハビリ看護が必要】の認識には、片麻痺と嚥下に関するリハビリ看護知識の紹介で看護知識を広げることで看護実践への自信を高めながらより一層患者の健康回復を促進する可能性があると考えられる。2016-2020年の中国看護発展計画は、患者中心の医療モデルを提唱し、質がいい看護とリハビリテーション看護および臨床看護の専門家の養成を重視している³³⁾。病気の治療から予防とリハビリに焦点が移ったことに伴い⁶⁷⁾、教育を通して入院片麻痺患者への経口摂食援助の質と安全を向上させる専門能力への期待が高まっている。以上から、片麻痺患者への経口摂食援助に関する看護役割を促進するために、中国の看護現状に適合して自立性と安全などを配慮できる援助の教育を検討する必要があると示唆された。

〔入院期間における栄養面の保障ができない〕の背景では、栄養の摂取が病状によることではなく経済状況との関係があってバラバラになり、患者の食欲も影響されやすいし、食事栄養を保障できないと健康回復を間接に影響することになる。先行研究より、看護師は食事のための良い環境を作るための知識と技術を得る責任があるという報告があった⁶⁸⁾。このような観点から、病院制度の制約があるから栄養食の非標準状態を改善することは難しいが、栄養指導の教育が栄養面の改善に役立つのではないかと考える。先進国では、栄養サポートチームは、1970年代中頃から患者の栄養管理に重要な役割を果たしており、さらに病院での合併症の軽減とコスト削減に寄与し、中に看護師がコアメンバーの一員である^{69,70)}。中国では、近い将来に患者の栄養摂取に関する看護役割の位置づけと栄養サポートチームによる他職種連携が期待できる。

以上から、片麻痺患者に基づいて経口摂食援助に関する5の看護課題について、外的背景要因である看護師の不足、疾病を中心にする医学モデル、病院業務モデル、中国の伝統文化の影響、関連看護教育の不充実などと、看護師の要因である家族への依頼、医師の指示への依頼、学習能力の不足、看護認識の不足などを明確にした。そのための看護実践に改善できることとして、看護役割に関する学習による看護認識の向上、家族への指導、能動的学習、および食事栄養の指導が必要と示唆された。

本研究は、片麻痺患者への経口摂食援助に関する看護師の実践力である必要な知識と技術の25項目を精選した。中国における片麻痺患者への経口摂食援助に関する看護師の実践力をどの程度把握できるか明確にするために、中国の看護実践者を対象としてそれらの項目の妥当性を検討する必要があると考えられる。

VI. 結論

経口摂食援助の操作的定義についての妥当性が確認され、構成内容と特徴が明確された。片麻痺患者に基づいて経口摂食援助に関する課題の妥当性が認められ、リハビリ病棟と家族などの関わりで関連する看護役割は分散されていることも明確になった。適切な看護介入は、片麻痺患者への経口摂食援助の質と安全の向上に役立つことが示唆された。現段階、経口摂食援助に関する自己学習と看護教育が不足しているものの、関連教育の重要性が認識される傾向が示された。そのため、片麻痺患者への経口摂食援助の質と安全を向上するために、意義と看護役割に関する知識の理解、片麻痺と嚥下に関する基礎知識とリハビリ看護知識の学び、安全・安楽・自立向けを配慮できる援助、および家族指導方法が必要と認識された。そこで、片麻痺患者に基づいて経口摂食援助に関する看護師の実践力を反映する必要な知識と技術を明確にした。

第3章 中国における片麻痺患者への経口摂食援助に関する

看護師の実践力と個人特性の関連性

I. 目的

医療の高度化・複雑化、患者の高齢化・重症化、入院期間の短縮化などの社会情勢に応じ、看護に対する社会のニーズも多様化し、様々な変化に対応できる看護師の実践力を備えた看護職者の育成が求められている。多様な医療環境において、人々の医療に対する意識は量から質の向上を重視する方向へ転換し、安全・安楽・自立・個別性から対象の状態に合わせた適切な援助を提供することは重要である。特に、中国の看護領域において、昨今の看護不足から医療の質の低下が懸念されており、看護師一人一人の質の向上は急務である。近年、中国の看護教育の高等教育化は急速し、対象の視点に立った質の高い看護を提供するためには、看護師の実践力を生涯にわたって発展させることが重要である。これまで、勤務年数など属性による実践力の違いを検討した報告が多くされている。看護師は成人の発達段階の特徴である主体性が拡大する特徴があり、看護師個々の内面の特徴から実践力を把握することも重要である。

本調査では、片麻痺患者への経口摂食援助に関する看護師の実践力を高めるために、質的調査（研究3）によって明確にした知識と技術の項目内容と看護師の個人特性との関連性を検討することで、実践力に影響する関連要因を明らかにする。

今後のアジア諸国間の看護職資格相互認証に資するためにも、片麻痺患者の経口摂食援助に関する看護役割を識別し推進することは、中国やアジア諸国と日本との発展に資する研究にもつながる。

II. 用語の定義

1. 経口摂食援助

経口摂食援助とは、疾病・障害・治療で経口摂食に援助が必要な人を対象とし、病状・状態・食生活を反映させる工夫した経口食を用いて対象者に最適な方法を通じて、個別性・自立・安全・安楽・効率を配慮しながら必要な栄養摂取と満足感を保障できる看護過程である（研究2と3）。

2. 片麻痺患者

本研究においては、片麻痺患者を脳血管障害により片方の上下肢と顔面の運動麻痺が生じることによって経口摂食での援助が必要な患者を定義した（研究3）。

3. 実践力

本研究では、片麻痺患者への経口摂食援助に関する看護師の実践力の定義は、片麻痺患者の状態に応じた適切な経口摂食援助を提供するために知識を技術等を統合し、実践する能力であるとした（研究3）。

III. 方法

1. 研究デザイン

本研究は、無記名自記式質問紙調査票を用いる横断研究として量的研究である。

アンドラゴジー (Andragogy) とは、19 世紀において、成人の発達段階の特徴を活かし、成人の教育について探求する教育理論として登場した。この理論は、アメリカの教育学者であるマルカム・ノールズ (Malcolm S Knowles) ⁷¹⁾によって基礎理論から実践まで体系化され、看護においてもセルフマネジメントを支える一つの理論として用いられるようになった。成人としての学習者は、依存的な状態から自己決定性が増大して自律した存在へと変化する特徴 ⁷²⁾があり、学習ニーズを自己診断し、学習目標の公式化・学習計画の設計・学習の評価に参加することが主張される。そのため、教育者には学習者の自己決定性を尊重した支援が求められる。さらに、成人学習者の学習成果には自己効力感と有意な正の相関が認められた ⁷³⁾。この自己効力感とは、ある結果を生み出すのに必要な行為をどの程度できるかという個人の予測と確信の程度であると言われ ⁷⁴⁾、個人の各種経験、社会的価値観、身体・心理的状态によって異なる ⁷⁵⁻⁷⁷⁾。また、中国における看護師のストレスやバーンアウトの問題は以前から指摘されている ⁷⁸⁾。それは、看護師個人の心理状態の反映にとどまらず、職場体験に対する満足感・帰属感の低下も引き起こし、さらにこの臨床体験への帰属感が看護師の自主学習に影響する可能性があるとして報告されている ⁷⁹⁾。看護の職務上取り除くことができない環境要因や、同じストレスサの中でストレス認知による個人差があると考えられるが、看護師一人ひとりのストレス耐性と対処能力は異なる。

以上を踏まえると、成人としての学習者である看護師の自主学習は、看護師個人の自主学習能力に関わるだけでなく、自己効力感とストレスへの対処状態と関連することが示唆された。また、学習者の属性は、勤務環境と勤務特性など環境要因、性別、年齢、教育背景、技術レベルなどの客観的個人要因、臨床現場で積み重ねた各種職場体験を含む。それぞれは学習者の個人特性の客観的側面を表し、学習者の内面の変化にも関与すると考える。特に、知識と技術レベルの個人差による実践力には、個人特性である主観的な学習者の自己概念の関与が示唆される。そこで、これらの理論的解釈から本研究では図 2 に示す研究概念図を設定した。アンドラゴジーの成人教育理論に基づいて、特に学習者の自己概念の関連を考慮し、本研究では学習者の自己概念を自己効力感、自主学習能力およびストレス対処能力で構成した。客観的外的評価と主観的内的自己評価には学習者の個人特性を

設定し、これらの主観的・客観的個人特性が、片麻痺患者への経口摂食援助に関する看護師の実践力である知識と技術に影響を与えるという仮説をした。

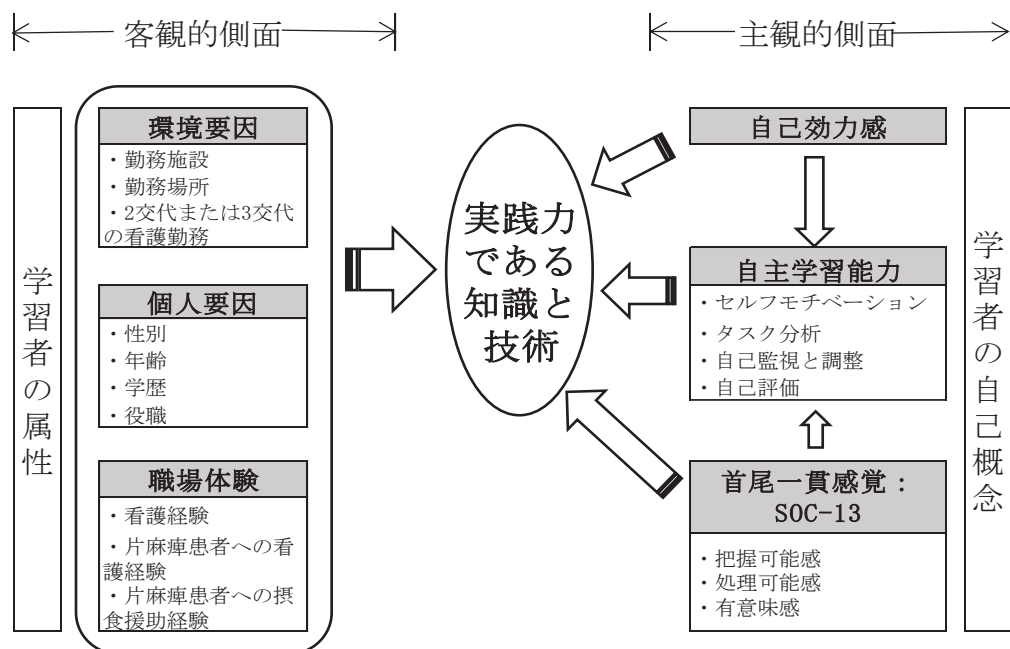


図2 経口摂食援助に関する看護師の実践力と個人特性と関連する概念枠組み

本研究は、片麻痺患者への経口摂食援助に関する看護師の実践力を高めるために必要な個人特性を明らかにすることである。看護師の個人特性は、学習者の属性、自己概念である自己効力感、ストレス対処能力および自主学習能力で把握する。

本研究における参加者の実践力は、経口摂食援助の定義（研究2と3）に基づいて調査研究と文献から抽出した片麻痺患者への経口摂食援助に必要な知識と技術（25項目）を用いて看護師の実践力を自己評価による主観的な自信度で測る。

参加者の自己効力感は、一般性自己効力感尺度（General Self-Efficacy Scale: GSES, 中国語版）を用いて測定する。この一般性自己効力感尺度の中国語版については、1981年にSchwarzerらによって開発され⁸⁰⁾、1995年に張らがGSES中国語版を作成し⁸¹⁾、2001年に王らによってその信頼性と妥当性も検証され⁸²⁾、個人の一般的自己効力感を測定する自記式質問票である。この尺度は、10項目の設問から構成されており、4件法である。「個人の自己効力感」得点の評定としては、得点範囲は1～4点で、10項目の総合得点の平均を用いて点数が高いほど自己効力感が高いことを示す。

自主学習能力とは、ある活動を完成できる具体的な方法または必要な心理特徴をもつことと言われる⁸³⁾。看護師の自主学習能力とは、各種資源を活用して看護ケアに必要な知識と技術を身に着ける能力と考える。看護師の自主学習能力と実践力である知識・技術の自

己評価との関連性を把握するために、看護師の自主学習能力は、自主学習能力尺度

(Self-directed Learning Scale: SDLS, 中国語版) を用いて測定する。その自主学習能力尺度 (中国語版) は、2007 年に肖らによって開発され⁸⁴⁾、信頼性と妥当性も検討され⁸⁴⁾、看護師の自主学習能力を測定する自記式質問票である。この尺度は、4 下位尺度「モチベーション」「タスク分析」「自己監視と調整」「自己評価」で 34 項目の設問から構成されており、5 件法である。「個人の自主学習能力」得点の評定としては、得点範囲 1~5 点で、34 項目の総合得点の平均を用いて点数が高いほど自主学習能力が高いことを示す。

Sense of Coherence⁸⁵⁾ (首尾一貫感覚: SOC) は、Antonovsky が提唱した概念で、ストレス下でも健康を保つ能力に着目する。看護師のストレス対処能力と自主学習の結果を表す実践力などの関連性を把握するため、看護師のストレス対処能力は、首尾一貫感覚 (Sense of Coherence: SOC-13) を用いて測定する。その首尾一貫感覚 (以下 SOC) は、1993 年に Antonovsky によって開発され⁸⁶⁾、2002 年に Tang らが中国語版 SOC-13 を作成し⁸⁷⁾、2006 年に包らによってその信頼性と妥当性も検討され⁸⁸⁾、看護師のストレス対処能力を測定する自記式質問票である。この尺度は、3 下位尺度「把握可能感」「処理可能感」「有意味感」で 13 項目の設問から構成されており、7 件法である。アントノフスキー (Antonovsky) が定義づけた概念⁸⁹⁾より、の研究より、「把握可能感」は、人が内的環境および外的環境からの刺激に直面したとき、その刺激をどの程度認知的に理解できるものとしてとらえているかということである。また、「処理可能感」とは、人にふりそそぐ刺激にみあう十分な資源を自分が自由に使えると感じている程度である。「有意味感」は人が人生に意味があると感じている程度である。SOC 得点の評定としては、得点範囲 1~7 点で、13 項目の総合得点の平均を用いて点数が高いほどストレス対処能力が高いことを示す。

2. 調査票

調査票は、全部で A4 判 4 ページに収め、回答時間は約 15 分間とした。調査項目は①対象者の属性 (年齢、性別、看護の最終学歴、役職、看護勤務年数、勤務場所、片麻痺患者の看護経験、片麻痺患者への経口摂食援助経験); ②自己効力感尺度 (10 項目); ③片麻痺患者への経口摂食援助に関する看護師の実践力 (25 項目); ④自主学習能力尺度 (34 項目); ⑤首尾一貫感覚尺度 (13 項目) とし、回答の殆どを選択とした。

1) 参加者属性について(8 項目)

年齢、性別、看護の最終学歴、役職、看護の勤務年数、勤務場所、片麻痺患者の看護経験、片麻痺患者への経口摂食援助経験。

最終学歴について、衛生学校・中等専門学校、大学専科、大学本科、修士、博士とした。中国では、衛生学校・中等専門学校は、中卒者を対象とし、3-4 年制の中等専門教育である。大学専科と大学本科は、高卒者を対象とし、3 年制の大学専科教育と 4 年制の大学本科教育である。修士と博士は、大学本科教育を受けて卒業した人または同等の学力がある人を対

象とし、3年制ずつの大学院教育である。

役職について、看護師、看護師、主管看護師、副主任看護師、主任看護師とした。中国では、看護師の昇任制度は、看護師→看護師→主管看護師→副主任看護師→主任看護師という順に、学歴、経験年数および各昇進試験によって上がっていき、技術職掌ともいう。

2) 調査項目について

自己効力感尺度 (10 項目) ; 片麻痺患者への経口摂食援助に関する看護の実践力である知識と技術について (25 項目) ; 自主学習能力尺度 (34 項目) ; 首尾一貫感覚尺度 (13 項目)。

3. 対象者 : 片麻痺患者への看護を実践していると思われる病院の看護職を調査対象者とすることから、研究協力の同意が得られた 100 床以上の神経系病棟がある病院 (2 級病院 : 100~499 床 ; 3 級病院 : 500 床以上) にあたる中国 M 市の療養病院 A および療養病院 B の一般病棟に勤務する現任看護師を対象とした。

3. 対象者

本研究の対象者は、片麻痺患者への看護を実践していると思われる病院の看護職を調査対象者とすることから、研究協力の同意が得られた 100 床以上の神経系病棟がある病院 (2 級病院 : 100~499 床 ; 3 級病院 : 500 床以上) にあたる中国山東省 M 市の療養病院 A と B の一般病棟に勤務する現任看護師と、総合病院 C と D の一般病棟に勤務する現任看護師を対象とした。

4. 調査期間

平成 29 年 7 月~平成 29 年 9 月の 3 か月

5. 調査方法

1) プレテスト

まず、大学院生の助言と研究指導教授の意見を受けてできた日本語版調査票を用いて中国語版を作成した。翻訳の信頼性と妥当性を確保するために、中国人である保健学専攻の大学院生 5 名 (全ては日本語が精通する ; 2 名は看護学専攻である) にその中国語版調査票に対する意見をたずねた。その後、彼女たちの意見を参考して修正した中国語版調査票を用いて M 市の某総合病院の神経内科病棟とリハビリ病棟の現任看護師 10 名を対象とし、プレテストした。プレテストの結果を確認した上に、調査票の流れと理解しにくいところを吟味し再検討した。

2) 配付と回収

研究実施の権限について、病院長の同意ではなく看護部長の同意とし、看護部長から権限を有する者に適切に了解を得る。権限が確認された該当施設の看護部長に研究の主旨、

目的、意義、方法、予測される結果、倫理的配慮などを十分に説明する（資料 2-1）。口頭および文書（資料 2-2 と資料 2-3）で研究協力の同意を得た施設において、看護部から対象者条件である一般病棟の看護職者への調査票の配付を依頼し、回答したことで調査協力に同意したとみなす。配付していただく物は、投函箱の場所や締切時間を明記した研究協力依頼書（資料 2-4）と調査票（資料 2-5）を同封した、個別配付用封筒である。一般病棟の各師長から各病棟単位の該当する看護師に個別配付用封筒を 1 人 1 個ずつ配付していただく。協力施設の担当者の承認を得た後、看護部を通して研究回答者直属の上司にあたる看護師長から調査票を手渡してもらうため、研究への協力を強制と捉えられる可能性がある。したがって、研究の依頼書は、調査票と一緒に同封して看護師個人に配付する。依頼書には、強制ではなく参加協力が自由意思に基づくことや不参加でも何も不利益がないことなどを明記する。看護部長の同意を得て、調査票の回収用投函箱を看護部の事務室入口に設置する。投函箱を看護部の事務室入口に置くことで、直属上司である各看護師長の監視はないことを保証できることになり、心理的負担はなくなる。配付を受けた看護師は、調査票への回答に協力するしないにかかわらず、10 日以内に投函箱に投入してもらう。また、研究協力の可否が看護部で特定できないよう、研究に同意しない対象者も無回答の調査票を入れた返信用封筒を指定された投函箱に同意する対象者と同様に入れていただいてよい。調査協力をしない場合の投函の有無は、個人の自由であり、負担はかからない。研究者は、投函箱設置から 2 週間後に、投函箱を回収する。回収した調査票原票を持って本学に戻る。

6. 分析方法

回収された調査票で有効回答を確認後、1 部毎に 1 から順に通し番号を付けた。全ての選択回答を Excel に入力し、日本語版 SPSS 21.0 と Amos 21.0 を用いて分析した。自己効力感尺度は総得点、自主学習能力尺度と SOC 尺度は総得点と各下位尺度に属する項目の総得点を算出した。属性と実践力は、各項目の度数および記述統計を算出した。実践力について、項目分析(得点分布、天井効果、フロア効果)を行う後、探索的因子分析(重みなし最小二乗法、プロマックス回転)、確証的因子分析(パス図、最尤法)を行った。属性、自己効力感、自主学習能力、SOC、実践力について Shapiro-Wilk の検定にて正規性の確認を行い、全ての項目は正規性が認められないため、Mann-whitney U 検定や Kruskal Wallis を用いて属性による自己効力感、自主学習能力、SOC および実践力の得点比較を行い、Spearman の順位相関係数を求めた。最後に、実践力の影響要因を明確にするため、得られた相関分析の結果を確認した上で、パス図で仮説モデルの妥当性を検討した。なお、検証的因子分析とパス解析の適合度指標では、GFI (Goodness of Fit Index, 以下 GFI)、AGFI (Adjusted GFI, 以下 AGFI)、CFI (Comparative Fit Index, 以下 CFI)、RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation, 以下 RMSEA)を用いた。すべての検定における有意水準は 5% 未満であった。

7. 倫理的配慮

各施設の担当部署に、協力依頼文と研究概要及び配付用一式（対象者用依頼文・調査票・返信用封筒を入れた個封筒）を持参し、研究の主旨、研究協力は自由意思であること、研究の途中で協力撤回が自由にできることを説明し、その後、文書による研究協力の同意を得た。対象者には、依頼文に研究の主旨、無記名調査票によって匿名性の完全確保ができていないこと、協力しなくても不利益がないこと、ただし、一度提出した調査票は個人特定ができないことから、個人としての協力撤回は不可能であること、データの保管は、安全保管の保障と研究報告終了 3 年後の完全廃棄の保証を行うこと、及び研究結果の学術報告の方法について明記した。研究への同意は、回答された調査票の返送をもって同意とみなした。調査から得られたデータ及び結果は、本研究目的以外に使用することはないことも明記した。

本研究は、広島大学疫学研究倫理審査委員会の審査を受けて、承諾を得た【承認番号 E-826, E-826-1】。

IV. 結果

1. 対象者の概要

中国山東省の M 市では、同意を得られた慢性期病院である療養病院の病棟看護師合計 309 名（施設 A は 189 名、施設 B は 120 名）と、同意が得られた急性期病院の病棟看護師合計 800 名（施設 C は 500 名、施設 D は 300 名）に調査票を配布、有効回答は 950 名（85.7%）であった。中に、慢性期病院の有効回答が 264 名（85.4%）、急性期病院が 686 名（85.8%）であった。本研究は、片麻痺患者に関する経験がある看護師の実践力と個人特性の関連を検討するため、中の看護経験 1 年未満者の回答 94 と、片麻痺患者に関する看護経験がない者の回答 175 および関連経験が不明な者の回答 41 を除外した。最後に、残った合計 640 の有効回答（慢性期病院 182、急性期病院 458）は分析対象となった。有効回答から分析対象の選定の内訳は、図 3 に示している。

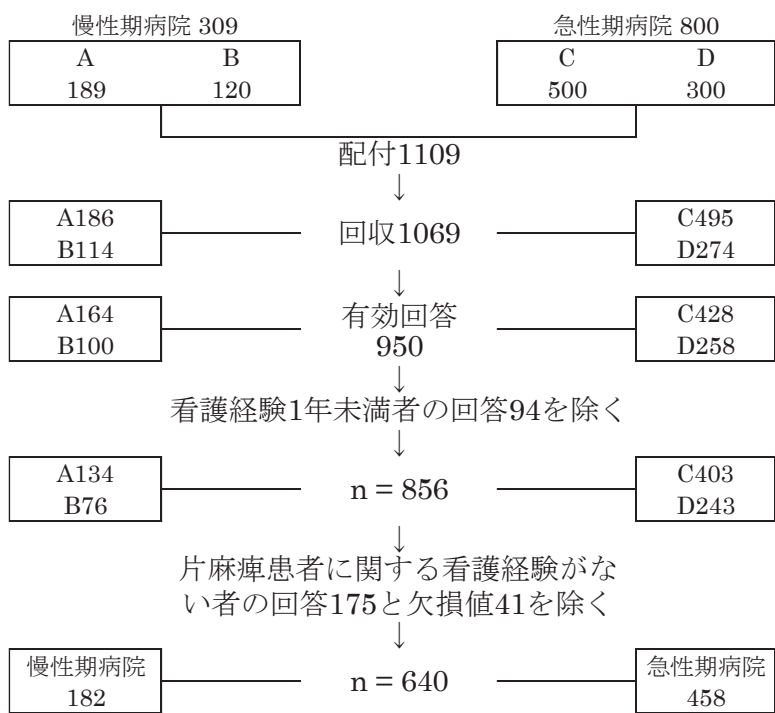


図3 有効回答から分析対象の選定の内訳

施設別による対象者の属性の比較は、表14に示した。慢性期病院と急性期病院による性別、学歴、役職、片麻痺患者への看護経験、および片麻痺患者への経口摂食援助経験の有意差は見られなかった。年齢について、急性期病院と比べ、慢性期病院では30歳代の看護師が有意に多く ($P < 0.001$)、平均年齢についても慢性期病院のほうが有意に高かった ($P < 0.01$)。勤務場所について、慢性期病院では老年科とリハビリ科の看護師が有意に多く、神経系科の看護師が有意に少なかった ($P < 0.01$)。平均勤務年数について、慢性期病院では急性期病院より有意に長かった ($P < 0.05$)。従って、属性による慢性期病院と急性期病院の看護師の有意差は少なく、特に片麻痺患者への看護経験と経口摂食援助経験についての有意差が見られないから、二種類の施設のデータを合併してから分析を行った。

表 14 施設別による対象者の属性の比較

項 目		慢性期病院	急性期病院	n = 640 X ²
性別	男	16(8.8)	37(8.1)	0.07
	女	167(91.2)	418(91.9)	
年齢	≤19	4(2.2)	1(0.2)	24.69***
	20-29	93(51.1)	311(67.9)	
	30-39	69(37.9)	113(24.7)	
	40-49	15(8.2)	23(5.0)	
	≥50	1(0.5)	10(2.2)	
学歴	中等専門学校	3(1.7)	3(0.7)	6.41
	大専	62(34.3)	118(25.8)	
	本科	114(63.0)	330(72.1)	
	修士	2(1.1)	7(1.5)	
役職	看護師	50(27.6)	133(29.0)	0.77
	看護師	93(51.4)	233(50.9)	
	主管看護師	34(18.8)	86(18.8)	
	副主任看護師以上	4(2.2)	6(1.3)	
勤務場所	脳卒中科	4(2.2)	11(2.4)	15.70**
	神経系科	45(24.7)	145(32.0)	
	老年科	28(15.4)	40(8.8)	
	リハビリ	30(16.5)	40(8.8)	
	他	75(41.2)	217(47.9)	
勤務年数	1.0-3.0	43(23.6)	147(32.1)	4.97
	3.1-10.0	93(51.1)	218(47.6)	
	10.1-20.0	33(18.1)	66(14.4)	
	≥20.1	13(7.1)	27(5.9)	
片麻痺患者への看護経験	1-2人	30(16.5)	101(22.1)	3.25
	3-5人	39(21.4)	79(17.2)	
	6人以上	113(62.1)	278(60.7)	
片麻痺患者への経口摂食援助経験	1-2人	42(23.1)	132(28.8)	2.63
	3-5人	34(18.7)	70(15.3)	
	6人以上	106(58.2)	256(55.9)	

x²検定による施設別の比較。

** P < 0.01, *** P < 0.001.

対象者の属性は、表 15 に示した。性別は、男性 53 名 (8.3%)、女性 584 名 (91.7%) であった。平均年齢は、28.80±6.41 歳で、20 歳代が 404 (63.1%) 名と最も多く、次に、30 歳代が 182 (28.4%) 名、40 歳以上が 49 (7.6%) 名、20 歳未満が 5(0.8%)名の順であった。最終学歴は本科が 444 (69.5%) 名と最も多く、次いで大専 180 (28.2%) 名であった。役職は初級レベル (看護師と看護師を含む) が 509 (79.6%) 名と最も多く、次いで中級レベル (主管看護師) 120 (18.8%) 名、高級レベル (副主任看護師と主任看護師) 10 (1.6%) 名の順であった。勤務場所は、343 (54.0%) 名が片麻痺に関する病棟 (脳卒中科、神経系科、老年病科、リハビリ科を含む)、残りの 292 (46.0%) 名がそれ以外の病棟であった。平均勤務年数は 7.15±6.68 で、3.1~10 年が 311 (48.6%) 名と最も長く、次に、1.0~3.0 年が 190 (29.7%) 名、10.1~20.0 年が 99 (15.5%) 名、20.1 年以上が 40 (6.3%) 名の順であった。片麻痺患者への看護経験は、6 人以上が 391 (61.1%) 名と最も多く、次いで

1～2人が131(20.5%)名、3～5人が118(18.4%)名の順であった。片麻痺患者への経口摂食援助経験では、6人以上が362(56.6%)名と最も多く、次いで1～2人が174(27.2%)名、3-5人が104(16.3%)名の順であった。

表 15 対象者の属性

項 目		合計	人数	%	M±SD
n = 640					
性別	男	637	53	8.3	
	女		584	91.7	
年齢	≤19	640	5	0.8	28.80±6.41 (18-56)
	20-29		404	63.1	
	30-39		182	28.4	
	40-49		38	5.9	
	≥50		11	1.7	
学歴	中等専門学校	639	6	0.9	
	大専		180	28.2	
	本科		444	69.5	
	修士		9	1.4	
役職	看護師	639	183	28.6	
	看護師		326	51.0	
	主管看護師		120	18.8	
	副主任看護師		9	1.4	
	主任看護師		1	0.2	
勤務場所	脳卒中	635	15	2.4	
	神経内科		123	19.4	
	神経外科		67	10.6	
	老年科		68	10.7	
	リハビリ		70	11.0	
	他		292	46.0	
勤務年数	1.0-3.0	640	190	29.7	7.15±6.68 (1.0-40.0)
	3.1-10.0		311	48.6	
	10.1-20.0		99	15.5	
	≥20.1		40	6.3	
片麻痺患者への看護経験	1-2人	640	131	20.5	
	3-5人		118	18.4	
	6人以上		391	61.1	
片麻痺患者への経口摂食援助経験	1-2人	640	174	27.2	
	3-5人		104	16.3	
	6人以上		362	56.6	

2. 対象者の属性による片麻痺患者に関する看護経験の比較

表 16 に示すように、年齢と勤務年数の増加、学歴と役職の推進に伴い、片麻痺患者への看護経験と経口摂食援助経験ともに1～2人の経験がある者が減少し、6人以上の経験がある者が増えることが示された。年齢について、30歳未満の看護師は30歳代と40歳以上の看護師より1～2人の経験がある者が有意に多く、6人以上の経験がある者が有意に少なかった ($P < 0.001$, $P < 0.001$)。学歴について、本科以上の看護師と比べ、中等専門学校と大専の看護師は1～2人の経験がある者が有意に多く、6人以上の経験がある者が有意に少な

かった (P < 0.001, P < 0.001)。役職について、看護師は他より 1~2 人の経験がある者が有意に多く、6 人以上の経験がある者が有意に少なかった (P < 0.001, P < 0.001)。勤務年数について、3 年以下の看護師はベテラン看護師より 1~2 人の経験がある者が有意に長く、6 人以上の経験がある者が有意に短かった (P < 0.001, P < 0.001)。また、リハビリなど関連病棟には、6 人以上の経験がある者が他病棟より有意に多かった (P < 0.001, P < 0.001)。

表 16 調査対象者の属性による片麻痺患者への看護経験と経口摂食援助経験の比較

		片麻痺患者への看護経験 n(%)			片麻痺患者への経口摂食援助経験 n(%)			n = 640	
項目		1-2人	3-5人	6人以上	X ²	1-2人	3-5人	6人以上	X ²
性別	男	5(9.4)	13(24.5)	35(66.0)	4.86	11(20.8)	16(30.2)	26(49.1)	8.26*
	女	126(21.6)	105(18.0)	353(60.4)		163(27.9)	88(15.1)	333(57.0)	
年齢	≤29	101(24.7)	91(22.2)	217(53.1)	33.48***	130(31.8)	79(19.3)	200(48.9)	27.88***
	30-39	24(13.2)	25(13.7)	133(73.1)		36(19.8)	21(11.5)	125(68.7)	
	≥40	6(12.2)	2(4.1)	41(83.7)		8(16.3)	4(8.2)	37(75.5)	
学歴	大専以下	59(31.7)	46(24.7)	81(43.5)	35.18***	72(38.7)	40(21.5)	74(39.8)	30.90***
	本科	71(16.0)	71(16.0)	302(68.0)		101(22.7)	63(14.2)	280(63.1)	
	修士	1(11.1)	1(11.1)	7(77.8)		1(11.1)	1(11.1)	7(77.8)	
役職	看護師	64(35.0)	37(20.2)	82(44.8)	50.20***	73(39.9)	32(17.5)	78(42.6)	34.60***
	看護師	54(16.6)	68(20.9)	204(62.6)		81(24.8)	58(17.8)	187(57.4)	
	主管看護師	12(10.0)	12(10.0)	96(80.0)		19(15.8)	13(10.8)	88(73.3)	
	副主任看護師以上	1(10.0)	1(10.0)	8(80.0)		1(10.0)	1(10.0)	8(80.0)	
勤務場所	脳卒中科	4(26.7)	5(33.3)	6(40.0)	39.56***	5(33.3)	4(26.7)	6(40.0)	39.24***
	神経系科	21(11.1)	40(21.1)	129(67.9)		32(16.8)	36(18.9)	122(64.2)	
	老年科	10(14.7)	7(10.3)	51(75.0)		11(16.2)	9(13.2)	48(70.6)	
	リハビリ	12(17.1)	5(7.1)	53(75.7)		15(21.4)	6(8.6)	49(70.0)	
	他	81(27.7)	60(20.5)	151(51.7)		108(37.0)	48(16.4)	136(46.6)	
勤務年数	1.0-3.0	57(30.0)	56(29.5)	77(40.5)	61.23***	70(36.8)	47(24.7)	73(38.4)	50.29***
	3.1-10.0	60(19.3)	50(16.1)	201(64.6)		83(26.7)	46(14.8)	182(58.5)	
	10.1-20.0	9(9.1)	11(11.1)	79(79.8)		15(15.2)	8(8.1)	76(76.8)	
	≥20.1	5(12.5)	1(2.5)	34(85.0)		6(15.0)	3(7.5)	31(77.5)	

* P<0.05; *** P<0.001.

3. 片麻痺患者への経口摂食援助に関する実践力である知識と技術(25 項目)

1) 必要な知識と技術項目の自信度分布

片麻痺患者への経口摂食援助に関する実践力である知識と技術に対する自信度の全般的な傾向について、表 17 に示した。各項目への回答は、「まあまあ自信がある」に分布しており、実践力は 25 項目の 76.0%に至った。

表 17 片麻痺患者への経口摂食援助に関する実践力である知識と技術の自信度回答の分布

							n = 640			
項	目	自信がない 1点人(%)	あまり自信 がない 2点人(%)	どちらとも 言えない 3点人(%)	まあまあ自 信がある 4点人(%)	自信がある 5点人(%)	M	SD	M+S D	M-SD
対 象	1 片麻痺患者に関する疫学の現状	20(3.1)	107(16.7)	195(30.5)	270(42.2)	48(7.5)	3.34	0.95	4.29	2.39
	2 片麻痺を生じる重要要因	8(1.3)	69(10.8)	139(21.7)	351(54.8)	73(11.4)	3.64	0.87	4.51	2.78
	3 片麻痺患者の身心特徴	8(1.3)	73(11.4)	133(20.8)	355(55.5)	71(11.1)	3.64	0.87	4.51	2.77
	4 片麻痺患者に起こりやすい合併症	4(0.6)	43(6.7)	107(16.7)	387(60.5)	99(15.5)	3.83	0.79	4.62	3.05
方 法	5 片麻痺程度による経口摂食の援助方法の違い	9(1.4)	58(9.1)	119(18.6)	391(61.1)	63(9.8)	3.69	0.82	4.51	2.87
	6 片麻痺患者の回復段階による経口摂食の援助方法の違い	7(1.1)	47(7.3)	156(24.4)	365(57.0)	65(10.2)	3.68	0.80	4.47	2.88
	7 食生活に関する指導方法	7(1.1)	40(6.3)	110(17.2)	375(58.6)	108(16.9)	3.84	0.81	4.65	3.02
	8 片麻痺患者に適した食事栄養の指導方法	4(0.6)	45(7.0)	134(20.9)	366(57.2)	91(14.2)	3.77	0.80	4.57	2.97
	9 機能訓練などリハビリ指導の方法	9(1.4)	55(8.6)	135(21.1)	366(57.2)	75(11.7)	3.69	0.84	4.53	2.85
	10 経口摂食援助に関する家族への指導方法	8(1.3)	30(4.7)	104(16.3)	390(60.9)	108(16.9)	3.88	0.79	4.66	3.09
	11 患者の個性(食習慣など)を配慮できる援助を行うこと(技術)	6(0.9)	47(7.3)	108(16.9)	403(63.0)	76(11.9)	3.78	0.78	4.56	2.99
	12 自助具の使用方法(知識)	3(0.5)	37(5.8)	121(18.9)	385(60.2)	94(14.7)	3.83	0.76	4.59	3.07
	13 患者の自立度に応じる援助を行うこと(技術)	3(0.5)	41(6.4)	90(14.1)	416(65.0)	90(14.1)	3.86	0.75	4.61	3.11
	14 起こりやすいリスクの予防方法(知識)	2(0.3)	39(6.1)	135(21.1)	379(59.2)	85(13.3)	3.79	0.76	4.55	3.03
	15 緊急時の応急処置方法(知識)	1(0.2)	54(8.1)	122(19.1)	373(58.3)	92(14.4)	3.79	0.79	4.58	2.99
的 目	16 安全に食べさせる援助を行うこと(技術)	3(0.5)	26(4.1)	99(15.5)	404(63.1)	108(16.9)	3.92	0.72	4.64	3.20
	17 楽しく食べさせる援助を行うこと(技術)	3(0.5)	32(5.0)	78(12.2)	412(64.4)	115(18.0)	3.94	0.74	4.68	3.21
	18 効率よく食べさせる援助を行うこと(技術)	1(0.2)	45(7.0)	103(16.1)	383(59.8)	108(16.9)	3.86	0.78	4.64	3.08
	19 片麻痺患者の摂食・嚥下機能などをアセスメントすること	9(1.4)	57(8.9)	128(20.0)	356(55.6)	90(14.1)	3.72	0.86	4.58	2.86
	20 片麻痺患者の栄養状態をアセスメントすること	2(0.3)	45(7.0)	132(20.6)	371(58.0)	90(14.1)	3.78	0.78	4.57	3.00
	21 片麻痺患者の心理状態をアセスメントすること	1(0.2)	50(7.8)	131(20.5)	373(58.3)	85(13.3)	3.77	0.78	4.55	2.99
	22 実施する場の食環境を作ること	1(0.2)	29(4.5)	84(13.1)	411(64.2)	115(18.0)	3.95	0.71	4.66	3.24
	23 片麻痺患者の食事摂取状況・状態を観察すること	3(0.5)	36(5.6)	84(13.1)	396(61.9)	121(18.9)	3.93	0.76	4.70	3.17
	24 食後の摂取状況を評価すること	2(0.3)	34(5.3)	92(14.4)	386(60.3)	126(19.7)	3.94	0.76	4.70	3.18
	25 安全かつ有効な口腔ケアを行うこと	1(0.2)	35(5.5)	57(8.9)	365(57.0)	182(28.4)	4.08	0.77	4.86	3.31

M±SD: 各項目の平均得点と標準偏差である。

25項目の総得点の平均値と標準偏差: 94.94 ± 14.64 (76.0)

2) 片麻痺患者への経口摂食援助に関する実践力である知識と技術(25 項目)に対する因子分析

片麻痺患者への経口摂食援助に関する実践力である知識と技術の項目分析について、まず、25 項目について得点分布を確認したところ、いくつかの質問項目も平均値は 3 点前後から 4 点弱に収まっており、得点分布の偏りが見られた。しかしながら、項目内容を吟味したところ、すべての質問項目について片麻痺患者の経口摂食援助という概念を測定する上で不可欠なものであると考えられた。そこでここでは項目を除外せず、すべての質問項目を分析対象とした。

次に 25 項目に対して重みなし最小二乗法による因子分析を行った。固有値の変化は 13.691, 1.480, 1.056...であり、3 因子構造が妥当であると考えられた。そこで再度 3 因子を仮定して重みなし最小二乗法・Promax 回転による因子分析を行った。そして、第 1 因子と第 2 因子ともに高い負荷量を示した第 14、16、18 項目を削除して 22 項目での 3 因子構造となった。Promax 回転後の最終的な因子パターンと因子間相関を表 18 に示す。なお、回転前の 3 因子で 22 項目の全分散を説明する割合は 60.9%であった。

第 1 因子は、12 項目である「食後の摂取状況を評価すること」「片麻痺患者の栄養状態を

アセスメントすること」「片麻痺患者の食事摂取状況・状態を観察すること」「実施する場の食環境を作ること」「片麻痺患者の心理状態をアセスメントすること」「安全かつ有効な口腔ケアを行うこと」「片麻痺患者の摂食・嚥下機能などをアセスメントすること」「患者の自立度に応じる援助を行うこと（技術）」「楽しく食べさせる援助を行うこと（技術）」などで構成されており、対象者の個別性・安楽・自立・安全を配慮する摂食援助の内容の項目が高い負荷量を示していた。そこで「経口摂食援助の質と安全を高める行動力」（以下 行動力）因子と命名した。

第2因子は、6項目である「食生活に関する指導方法」「片麻痺程度による経口摂食の援助方法の違い」「片麻痺患者の回復段階による経口摂食の援助方法の違い」「片麻痺患者に適した食事栄養の指導方法」「経口摂食援助に関する家族への指導方法」「機能訓練などリハビリ指導の方法」で構成されており、片麻痺患者の個人特徴に合わせる支援に意識が向かう内容の項目が高い負荷量を示していた。そこで「経口摂食援助への QOL 支援」（以下 QOL 支援）因子と命名した。

第3因子は、4項目である「片麻痺患者に関する疫学の現状」「片麻痺を生じる重要要因」「片麻痺患者の身心特徴」「片麻痺患者に起こりやすい合併症」で構成されており、片麻痺に関する疫学、病理生理などの必要な基礎知識に意識が向かう内容の項目が高い負荷量を示していた。そこで「経口摂食援助に必要な基礎知識」（以下 基礎知識）因子と命名した。

表 18 実践力尺度の因子分析結果（Promax 回転後の因子パターン）

	1	2	3	共通性
24 食後の摂取状況を評価すること	.823	.066	-.100	.656
20 片麻痺患者の栄養状態をアセスメントすること	.790	-.212	.243	.657
23 片麻痺患者の食事摂取状況・状態を観察すること	.757	.117	-.057	.656
22 実施する場の食環境を作ること	.740	.093	-.114	.547
21 片麻痺患者の心理状態をアセスメントすること	.709	-.095	.160	.564
25 安全かつ有効な口腔ケアを行うこと	.706	.124	-.090	.554
19 片麻痺患者の摂食・嚥下機能などをアセスメントすること	.656	-.203	.320	.561
13 患者の自立度に応じる援助を行うこと（技術）	.620	.137	.035	.567
12 自助具の使用方法（知識）	.557	.293	-.047	.591
11 患者の個別性（食習慣など）を配慮できる援助を行うこと（技術）	.550	.248	.014	.584
17 楽しく食べさせる援助を行うこと（技術）	.537	.339	-.086	.583
15 緊急時の応急処置方法（知識）	.452	.252	.053	.491
7 食生活に関する指導方法	.045	.771	-.005	.644
5 片麻痺程度による経口摂食の援助方法の違い	-.003	.758	.073	.653
8 片麻痺患者に適した食事栄養の指導方法	.000	.754	.107	.691
6 片麻痺患者の回復段階による経口摂食の援助方法の違い	.006	.745	.086	.659
10 経口摂食援助に関する家族への指導方法	.144	.684	.063	.713
9 機能訓練などリハビリ指導の方法	.162	.496	.146	.546
1 片麻痺患者に関する疫学の現状	-.044	.019	.784	.590
2 片麻痺を生じる重要要因	-.003	.161	.707	.680
3 片麻痺患者の身心特徴	.000	.169	.652	.607
4 片麻痺患者に起こりやすい合併症	.072	.321	.455	.597
	因子間相関	1	2	3
	1	—		
	2	.752	—	
	3	.658	.694	—

探索的因子分析の結果に基づいて、確証的因子分析を行った。得られた結果は、図4に示すように、モデル適合度を確認すると、 χ^2 値が有意であると示され、GFI、AGFIおよびCFI (0.883, 0.856, 0.935) の値が0.9に近く、RMSEAは0.071の値であるから、モデルが採択された。

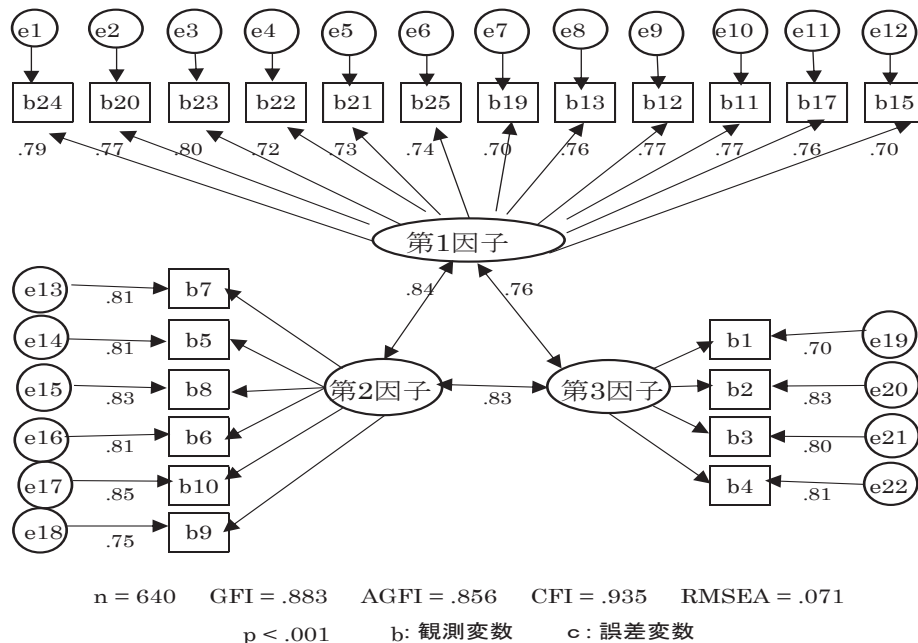


図4 片麻痺患者への経口摂食援助に関する看護師の実践力の因子構造モデルにおける検証的因子分析の結果

4. 対象者属性による各尺度の得点の差

自己効力感尺度総得点、SOC尺度の各下位尺度得点と総得点は満点の6割に留まった。一方で、自主学習能力尺度と実践力では、7割に至った。

表19に示すように、対象者の年齢、学歴、役職、勤務年数、片麻痺患者への看護経験、および片麻痺患者への経口摂食援助経験による自己効力感と実践力の得点の有意差が見られた。年齢、勤務年数、片麻痺患者への看護経験および片麻痺患者への経口摂食援助経験の増加や役職の推進に伴い、看護師の自己効力感と実践力が有意に高まること示された。自己効力感について、30歳未満の初級レベルである看護師や看護師が有意に低く ($P < 0.01$, $P < 0.01$)、また片麻痺患者に関する看護経験が少ない者も有意に低い値が示した ($P < 0.05$, $P < 0.001$)。実践力についても同等な結果が見られた。また、学歴の推進に伴う看護師の自己効力感と実践力が高まることが見られない、中等専門学校と修士の看護師数が少ない可能性があるからバラバラにした。SOCについて、性別と年齢による有意差がみられ、年長の女性看護師はSOCが有意に高かった ($P < 0.01$, $P < 0.01$)。

表19 対象者属性による各尺度（自己効力感、自主学習能力、SOC）の各下位尺度の得点、総得点）や実践力の比較

項目	自己効力感										自主学習能力										SOC										実践力									
	性別	年齢	セルフモチベーション		P	タスク分析	P	自己理解と調整	P	自己評価	P	把握可能感	P	処理可能感	P	有意味感	P	総得点	P	因子1	P	因子2	P	因子3	P	総得点	P													
			総得点	P																								総得点	P	総得点	P	総得点	P	総得点	P	総得点	P	総得点	P	
男	281.6±60.5	0.188	55.8±6.61	0.926	23.47±3.55	0.485	39.55±4.75	0.294	14.42±1.49	0.893	132.74±14.81	0.496	19.31±4.59	0.002**	16.15±4.66	0.066	18.38±4.04	0.022	54.04±11.89	0.005*	46.88±6.67	0.671	22.66±3.75	0.438	15.38±3.11	0.938	48.88±6.77	0.050	84.85±12.56	0.328										
女	269.4±52.4		54.9±7.12		23.06±3.30		39.00±5.08		14.37±1.81		131.34±15.54		21.75±5.01		17.16±4.25		19.65±3.39		58.62±11.62		46.37±7.19		22.57±4.11		14.39±2.89		48.12±7.98		83.32±12.98											
年齢	285.9±60.8		54.2±7.32		22.97±3.38		38.80±5.18		14.28±1.81		130.28±15.86		21.05±5.04		16.78±4.33		19.31±4.41		57.78±11.72		45.43±7.13		22.02±4.20		14.15±2.36		48.16±13.01													
>40	287.5±54.4		56.27±6.29		23.40±3.13		39.69±4.61		14.51±1.71		133.85±13.91		22.54±4.98		17.61±4.31		20.05±3.92		59.94±11.75		47.98±6.78		23.51±3.69		15.03±2.78		86.55±12.18		<0.001***											
中等専門学校	281.7±49.6		57.67±4.76		22.56±2.43		40.67±2.50		14.67±1.03		135.50±6.85		22.00±4.34		18.89±2.64		21.39±2.81		62.33±3.31		49.17±4.26		24.00±2.19		15.33±1.51		88.50±7.34													
大専	261.7±52.2		54.2±7.79		23.24±3.49		39.00±5.32		14.29±1.84		130.83±16.77		21.61±5.30		17.14±4.81		19.30±3.90		58.25±12.98		45.42±7.96		22.23±4.27		14.29±3.17		81.96±14.14													
本専	274.1±53.1	0.022*	55.32±6.67	0.053	23.08±3.24	0.273	39.04±4.96	0.614	14.40±1.78	0.462	131.85±14.89	0.215	21.57±4.86	0.981	17.01±4.10	0.650	19.34±3.31	0.510	58.22±11.29		46.88±6.71	0.015*	22.71±3.98	0.155	14.56±2.79		84.12±12.32	0.030*												
修士	251.1±53.5		49.32±5.97		20.56±3.81		36.44±5.04		13.56±1.74		119.89±17.62		21.78±2.99		17.50±2.35		18.89±2.42		58.22±5.04		39.22±2.88		19.44±5.86		11.89±4.05		70.56±13.02													
看護士	261.1±27.7		54.33±7.63		23.32±3.41		39.41±5.35		14.37±1.81		131.42±16.63		21.38±4.93		16.93±4.66		19.48±3.93		57.79±12.76		45.38±7.45		22.10±4.33		14.19±3.03		81.67±13.49													
看護師	271.9±51.3		54.61±6.81		22.90±3.30		38.59±5.08	0.204	14.29±1.80	0.161	130.36±15.18	0.110	21.36±4.92		17.15±4.18		19.30±3.28		58.10±11.46		46.20±6.79		22.41±4.07		14.40±2.85		83.07±12.56													
主査看護師	278.5±46.3	0.007**	56.49±6.64	0.014*	23.19±3.25	0.366	39.46±4.55		14.60±1.69		133.74±14.24		22.19±4.71	0.009	16.78±3.92	0.072	19.34±3.23	0.402	58.32±10.65		47.74±7.25	<0.001***	23.46±3.58	0.019*	14.85±2.84		86.04±12.54	0.003**												
副主任看護師以上	307.0±56.2		58.89±6.98		23.99±3.45		41.00±4.19		15.00±1.89		138.70±14.42		25.70±2.95		20.50±3.44		21.39±3.66		67.50±3.53		51.10±10.10		24.30±4.92		16.30±3.89		91.70±13.27													
臨床中専	285.7±43.7		55.47±7.33		23.07±2.92		39.20±3.47		13.87±1.46		131.60±13.08		20.13±4.93		17.20±3.99		19.40±3.11		56.73±11.02		46.39±3.39		23.67±4.40		15.40±2.90		85.40±15.08													
神経系科	271.1±49.0		54.44±6.73		22.89±3.04		38.68±4.58		14.28±1.71		130.30±14.29		21.05±4.66		16.72±3.90		19.46±3.13		57.23±10.57		46.81±6.84		23.02±3.73		14.83±2.66		84.65±12.04													
老年科	278.5±46.6	0.308	54.47±7.45	0.806	23.07±3.56	0.513	38.81±5.49	0.320	14.32±1.81	0.341	131.18±16.77	0.745	20.57±4.77	0.035*	16.31±4.58	0.122	18.57±3.06	0.239	56.13±11.37	0.077	46.70±7.44	0.612	22.28±3.80	0.013*	14.99±3.06	0.004**	84.57±13.37	0.054												
リハビリ	269.0±49.5		54.54±6.38		23.43±3.09		39.36±4.63		14.27±1.46		131.60±13.33		21.89±5.08		17.47±4.28		19.39±3.41		58.94±11.91		47.10±5.68		23.33±3.12		14.61±2.57		85.10±10.16													
他	267.9±69.9		55.30±7.38		23.19±3.55		39.22±5.47		14.47±1.93		132.13±16.60		22.14±5.26		17.39±4.44		19.82±3.82		59.32±12.43		45.77±7.61		21.91±4.92		13.99±3.10		81.67±13.98													
10-30	264.4±50.1		54.00±7.47		23.02±3.50		38.75±5.14		14.33±1.69		130.18±15.98		21.44±5.15		17.00±4.43		19.69±3.57		58.14±12.05		44.64±7.63		21.84±4.56		14.07±3.16		80.55±14.11													
31-40	272.0±53.4	0.052	54.79±6.77	0.041*	23.03±3.25	0.285	38.93±5.13	0.046*	14.19±1.77	0.021	130.94±15.15	0.104	21.28±5.15		17.01±4.47	0.774	19.30±3.54	0.372	57.66±12.15	0.119	46.58±6.81		22.54±3.90		14.51±2.83		83.62±12.35													
41-50	271.8±53.9		56.72±7.36		23.60±3.17		40.11±4.70		14.88±1.88		135.27±15.35		22.28±4.55	0.009	17.20±5.72		19.90±3.20		59.36±10.32		48.14±6.79	<0.001***	23.49±3.62	0.003**	14.82±2.81		86.45±12.02	0.001**												
>50	282.2±51.3		56.05±5.82		22.69±3.30		38.45±4.81		14.60±1.93		131.70±14.66		23.53±3.87		17.73±3.36		20.05±3.23		61.39±3.37		48.53±7.08		23.63±3.80		15.03±2.92		87.18±12.47													
片麻痺	260.5±28.8		54.24±8.03		23.16±3.48		38.82±5.67		14.11±1.69		130.33±17.27		20.85±5.23		16.72±4.38		19.35±3.49		56.92±12.01		44.10±7.68		21.11±4.99		13.76±3.14		79.02±14.48													
患者への看護	263.4±54.6	0.014*	55.04±7.01	0.602	23.25±3.38	0.529	39.19±5.04	0.989	14.37±1.70	0.229	131.86±15.66	0.967	21.70±5.64	0.161	17.28±4.63	0.493	19.01±3.58	0.779	58.59±12.91	0.945	45.77±7.89	<0.001***	22.14±4.03	<0.001***	14.31±2.85	0.006**	82.22±13.61	<0.001***												
看護 6人以上	275.7±52.2		55.16±6.73		23.01±3.25		39.06±4.86		14.45±1.84		131.68±14.77		21.82±4.73		17.14±4.14		19.65±3.45		58.61±11.22		47.29±6.60		23.14±3.63		14.74±2.84		85.17±11.92													
経口摂食	267.0±21.1		54.28±7.63		23.06±3.44		38.78±5.38		14.28±1.80		130.40±16.62		21.14±5.55		17.17±4.64		19.83±3.65		57.79±12.74		44.72±6.02		21.24±4.94		13.81±3.23		79.76±14.75													
食摂取 35人以上	264.7±53.6	<0.001***	55.26±7.10	0.593	23.43±3.64	0.347	39.14±5.21	0.866	14.29±1.77	0.423	132.09±15.86	0.892	21.25±4.20	0.183	16.99±4.60	0.972	19.35±4.41	0.441	57.57±12.36	0.497	45.00±7.38	<0.001***	21.81±3.96	<0.001***	14.27±2.97	0.001**	81.13±13.12	<0.001***												
看護 6人以上	278.5±52.1		55.18±6.77		23.00±3.16		39.12±4.87		14.44±1.79		131.74±14.78		21.91±4.67		17.08±4.01		19.70±3.42		58.68±11.00		47.58±6.45		23.33±4.44		14.82±2.70		85.75±11.53													

Man-Whitney U検定による対応がない2群間の得点比較、Kruskal Wallisによる対応がない3群以上の得点比較。

*P<0.05, **P<0.01, ***P<0.001.

5. 対象者属性、各尺度の間の相関

表 20 に示すように、看護師の実践力は、属性（年齢、役職、看護経験年数、片麻痺患者への看護経験、片麻痺患者への経口摂食援助経験）、自己効力感、SOC および自主学習能力の各下位尺度得点・総得点との相関係数が $r=0.116\sim 0.594$ であり、有意な正の相関が認められた ($P<0.01$)。実践力と SOC の相関では、有意味感、把握可能感得点、処理可能感の得点及び総得点との相関は $r=0.147\sim 0.268$ であり、有意な弱い正の相関が見られた。また、対象者の年齢と看護経験の相関は、相関係数 $r=0.894$ であり、有意な強い正の相関が見られた。片麻痺患者への看護経験と経口摂食援助経験の相関は、相関係数 $r=0.846$ であり、有意な強い正の相関が認められた。

表 20 対象者属性、自己効力感、自主学習能力、SOC および実践力の相関

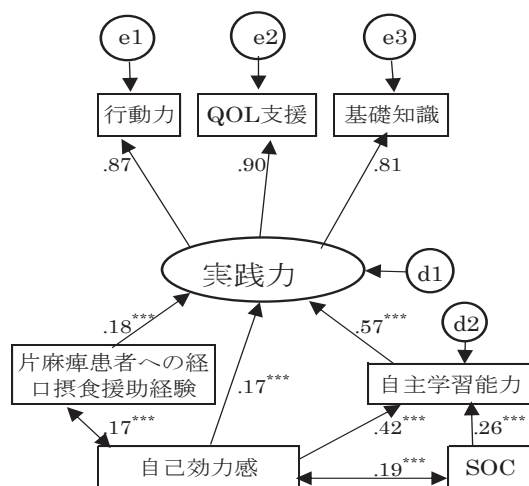
		n = 640																					
		勤務年数		学歴		片麻痺患者への看護経験		経口摂食援助経験		自己効力感		自主学習能力			SOC			実践力					
		年齢	年数	学歴	役職	片麻痺患者への看護経験	経口摂食援助経験	自己効力感	セルフモチベーション	タスク分析	自己監視と調整	自己評価	総得点	把握可能感	処理可能感	有意味感	総得点	因子 1	因子 2	因子 3	総得点		
年齢		1.000																					
勤務年数		.894**	1.000																				
学歴		.508**	.457**	1.000																			
役職		.696**	.698**	.542**	1.000																		
片麻痺患者への看護経験		.278**	.303**	.228**	.264**	1.000																	
経口摂食援助経験		.252**	.276**	.211**	.227**	.846**	1.000																
自己効力感		.119**	.117**	.074	.127**	.115**	.166**	1.000															
セルフモチベーション		.090*	.115**	.037	.099*	.039	.035	.468**	1.000														
自主学習能力										1.000													
タスク分析		-.037	-.016	-.042	-.039	-.045	-.040	.413**	.684**	1.000													
自己監視と調整		.013	.046	-.016	-.013	.009	.021	.441**	.771**	.781**	1.000												
自己評価		.053	.045	.019	.042	.060	.052	.230**	.596**	.474**	.559**	1.000											
総得点		.044	.067	.003	.045	.009	.012	.473**	.932**	.827**	.905**	.673**	1.000										
SOC														1.000									
把握可能感		.142**	.109**	.004	.088*	.068	.071	.174**	.346**	.243*	.303**	.306**	.349**	1.000									
処理可能感		.083*	.058	-.008	.030	.029	-.003	.108**	.292**	.170**	.250**	.273**	.287**	.834**	1.000								
有意味感		.052	.027	-.017	.018	.028	.044	.219**	.431**	.354**	.399**	.361**	.446**	.717**	.705**	1.000							
総得点		.109**	.082*	-.003	.063	.050	.042	.181**	.387**	.273**	.340**	.340**	.390**	.946**	.927**	.858**	1.000						
実践力																		1.000					
因子 1		.179**	.203**	.040	.136**	.167**	.176**	.410**	.538**	.490**	.555**	.412**	.576**	.210**	.147**	.246**	.221**	1.000					
因子 2		.132**	.149**	.026	.106**	.182**	.206**	.388**	.499**	.452**	.512**	.361**	.532**	.181**	.135**	.253**	.202**	.757**	1.000				
因子 3		.104**	.112**	-.006	.075	.127**	.146**	.461**	.471**	.444**	.470**	.332**	.504**	.158**	.130**	.261**	.195**	.668**	.710**	1.000			
総得点		.155**	.171**	.025	.116**	.182**	.202**	.462**	.555**	.507**	.568**	.415**	.594**	.203**	.147**	.268**	.223**	.931**	.884**	.836**	1.000		

Spearmanの相関係数 * $P<0.05$; ** $P<0.01$

6. パス解析

相関分析の結果より、実践力との相関係数が 0.2 以上の変数は「役職」「片麻痺患者への経口摂食援助経験」「自己効力感」「自主学習能力」「SOC」であった。それらの変数と実践力の因果関係を検討するために、パス解析を行った。最初に得られたモデルは、SOC から実践力へのパス係数の絶対値が 0.05 未満であったから、そのパスを削除した。再度解析で得られたモデルは、図 5 に示すように、適合度については、GFI と AGFI が 0.977、0.942 と 0.9 を超えており、CFI が 0.977 と十分な値を示した。RMSEA を見ると、0.077 で 0.1 を超えない値であった。以上から、モデルとデータの適合度は可能と言える。片麻痺患者への経口摂食援助経験、自己効力感および自主学習能力から実践力へのパス係数値は 0.176、0.172、0.568 であり、また SOC と自己効力感から自主学習能力へのパス係数値は 0.261、

0.422 であり、いずれも有意水準 0.1%以下であった。



GFI = .977 AGFI = .942 CFI = .977 RMSEA = .077

p < .001 e: 誤差変数 d: 誤差変数

図 5 パス・ダイアグラム

V. 考察

調査した看護師は、性別、年齢、学歴および役職については大学教育を受けた初級レベルの 20 歳代の女性看護師が最も多く、平均勤務年数は 7 年で片麻痺患者に関する経験は 6 人以上の経験がある者が最多であり、慢性期病院と急性期病院ともに同じ傾向が示された。大学専科教育と大学本科教育の看護師が最も多かったことは、中国での看護教育の高等化を示している。平均年齢と平均勤務年数ともに、急性期病院の看護師では慢性期病院よりも有意に低い値を示した。急性期病院の看護師は、高い入院率、受診率およびベッド利用率の仕事環境に働いており、持続的な緊張の勤務状態を保持し、職場環境からのストレスが多くて仕事満足感が低くなり、さらに離職することが多くなると考えられる。慢性期病院では老年科とリハビリ科の看護師が有意に多かったことは、病気の回復期や老年病による長期の療養が必要な患者が多く入院しているからと考える。

1. 対象者の属性による片麻痺患者に関する看護経験の比較

年齢が高く、勤務年数が長く、また学歴や役職が上がるほど、看護師の片麻痺患者への看護経験と経口摂食援助経験は有意に多くなっていた。看護師の年齢、勤務年数、学歴および役職は、片麻痺患者に関する看護経験と関連していると考えられる。年齢とともに看護師の関連経験が増えることは当然のことであるが、良い教育背景と技術レベルの向上によって実践への自信が高まり、臨床経験を積むことで業務への満足感・帰属感が向上し、

ケアの質と患者の満足感にも気づくことができ、経口摂食援助など生活援助ケアでの経験が増えると考ええる。

2. 片麻痺患者への経口摂食援助に関する看護師の実践力の構造

本研究では、病棟看護師の実践力の因子構造と項目内容が明らかになった。自己評価に基づく看護師の実践力について因子分析を行った結果、潜在的な因子とそれに属する下位項目の存在が明らかになった。臨床現場において求められる看護師の実践力として「行動力」「QOL 支援」「基礎知識」の 3 因子が抽出された。高瀬ら⁹⁰⁾は海外文献を整理すると、看護実践能力とは看護実践における専門的責任を果たすために必要な個人適正、専門的な姿勢・行動、そして専門知識と技術に基づいたケア能力という一連の属性を効果的に発揮できる能力であるとまとめている。沖ら⁹¹⁾は、臨床における看護実践能力の定義には、知識や技術、マネジメント能力、人間関係力、および教育・研究力の 4 項目からなると述べている。そこから、看護師全般に適用できる看護実践能力の概念は、認知領域の知識レベルと精神運動領域の技術能力に加え、情意領域の要素から構成されている。そこで、片麻痺患者への経口摂食援助に関する看護師の実践力の構造は、専門知識と技術に加え、看護師個々の身体的・心理的・社会的側面を含む成長発達段階の特徴と教育背景によって形成された価値観、態度などが重要な構成要素として含まれるものであることが示唆された。

探索的因子分析の結果より、本研究における片麻痺患者への経口摂食援助に関する看護師の実践力は、3 因子構造で 22 項目から構成された。その結果を構造方程式モデリングによる確証的因子分析によって、設定した因子の仮設に基づくモデルがデータと合致するかを検討した⁹²⁾。モデルとデータがどれだけ適合しているかの指標については、以下の基準をもとにした。適合度の指標には、GFI、AGFI、CFI はデータ件数に影響を受けない指標であり、GFI は一般的に 0.9 以上であれば説明力のあるパス図であると判断されている。AGFI と CFI はどちらも 1 に近いほどデータへのあてはまりが良いと判断されている。他には、RMSEA の 0.05 以下であればあてはまりが良いとされている⁹³⁾。得られた結果は、GFI が 0.883 であったが、パス図において変数が 30 以上の場合は、GFI が 0.9 を超えていなくてもそのパス図を捨てる必要がないと言われている⁹³⁾。GFI に比べて AGFI が著しく低下するモデルはあまり好ましくないと言われているが、今回はわずかな低下であり、好ましくないモデルであるとは言えない。また、RMSEA では 0.05~0.1 の値で基準値を満たしておらず、当てはまりが良いと判断できない。しかしながら、CFI は 1 に近い値を示して入り、十分な値と言える。

3. 片麻痺患者への経口摂食援助に関する看護師の実践力の関連要因

片麻痺患者への経口摂食援助に関する看護師の実践力を対象者の属性により比較し、年齢、勤務年数、学歴、役職、片麻痺患者への看護経験、片麻痺患者への経口摂食援助経験、SOC、自己効力感、自主学習能力との関連を検討した。その結果、看護師の年齢、学歴、

役職、看護経験、片麻痺患者への看護経験、および片麻痺患者への経口摂食援助経験による実践力との有意差が見られた(表 19)。また、片麻痺患者への経口摂食援助に関する看護師の実践力の自信度と有意な正の相関が認められた要因は、看護師の個人特性である年齢、役職、看護経験、片麻痺患者への看護経験、片麻痺患者への経口摂食援助経験、自己効力感、SOC、および自主学習能力であった(表 20)。パス解析の結果では、実践力に影響力があるのは、直接的要因としての片麻痺患者への経口摂食援助経験、自己効力感および自主学習能力と、間接的要因である SOC が認められた(図 5)。看護師の年齢が実践力と関連することは、経年的に価値観・判断力などの養成と各種体験の蓄積を通して実践力が向上することが考えられる。また、学歴と看護師の実践力では関連が示されなかった。このことは、片麻痺患者への経口摂食援助に関する看護基礎教育である講義・演習・実習と卒業後の継続教育が充実していないため、教育背景による関連知識と技術レベルの違いが生じないことと関連すると考えられる。役職で見ると、中高級レベルの主管看護師・副主任看護師・主任看護師が、初級レベルの看護師・看護士よりも高く、実践力のすべての構成因子においても同様の結果が得られた。そこから、看護技術レベルは実践の積み重ねである経験と関連していると考えられる。

勤務年数、片麻痺患者への看護経験および片麻痺患者への経口摂食援助経験は、実践力と全ての構成因子との関連が認められた。看護体験からの学びを積むことで経口摂食援助を行う実践力に自信をもたらすと考える。柳澤ら⁹⁴⁾は看護技術の実践は臨床経験年数が長くなるにしたがって高まる能力であることを報告しており、今回の結果もそれを支持するものであった。

SOC は実践力の構成因子との相関関係が認められた。このことは看護場面において、状況を把握でき、対応するための資源を活用することができる。またそれに取り組むことは自分にとって意味があると考えられることができる SOC の高さと看護師の実践力が関係していると言える。SOC は家庭環境、成功体験を中心とする人生経験、社会関係や職業が、重要な形成・発達要因として挙げられている⁹⁵⁾。安定した職業で、ルールや規範が明確な環境の下で働くことが、SOC の「把握可能感」につながるとされている。各種状況の対処資源、自分の能力が発揮できるような雰囲気がその職場にあることが、成功的対処経験を導き、SOC の「処理可能感」につながる。また、社会的に重要な意思決定場面における参加経験が多い職業では SOC の「有意味感」につながる⁹⁶⁾。すなわち良好な環境下における人生経験を経て SOC は徐々に形成される。SOC と片麻痺患者への経口摂食援助に関する看護師の実践力は、職場での良い経験の積み重ねや繰り返しにより相乗的に高まることが推察される。

概念枠組みに沿って構造方程式モデリングによるパス解析によって得られた結果は、GFI、AGFI、CFI が 0.9 以上で十分な値があり、説明力のあるパス図であると言えた。また、RMSEA は 0.08 以下であり、まずまずの適合度である。そこから、片麻痺患者への経口摂食援助経験の長さ、自主学習能力の高さ、および自己効力感の高さが、片麻痺患者への経

口摂食援助に関する看護師の実践力と影響があった。片麻痺患者への摂食援助経験の長短は関連する看護師の実践力と密接に関連し、同様な経験の蓄積と関連知識・技術面の変化につながり、次の実践行動への自信が高まることに役立っていると考えられる。しかし、具体的にどのような体験がこれらの実践への自信を向上させることができるのか、本研究は明確にしていない。今まで片麻痺患者への経口摂食援助に関して、看護師の実践力と関連要因を検討した文献はまだ見られないが、片麻痺患者への経口摂食援助に関する看護行為をどの程度できるか予測し、自分を確信することは、片麻痺患者への経口摂食援助を実践する自信が高まると考えられる。看護師は、成人学習者として各自に課題を見つけ、主体的に判断し、学習活動を分析・計画・参加し、学んだことを自己評価することで、自主学習能力につながる⁷²⁾。また主体的学習で経験したことを習得できたと自己評価したことから、経験だけにとどまらず実践力への自信の定着に大きく寄与すると考えられる。服部ら⁹⁷⁾の研究も看護学生の自己学習のための主導的な能力が高まるほど、看護実践力が高まる可能性があることを報告していた。また、SOC は看護師の実践力への直接的影響力は認められず、SOC から実践力に直接的影響があるという仮説とは異なったが、自主学習能力を介しての間接的影響があると認められた。このことから体験した出来事について理解し把握でき、柔軟に対応できることが、学習への意欲が高まると同時に学習結果である知識と技術レベルの向上につながり、片麻痺患者への経口摂食援助に関する看護師の実践力の向上に結びついていると考える。

VI. 結論

本研究において検討した実践力の因子構造と因果関係モデルから、次のことが明らかになった。

1. 片麻痺患者への経口摂食援助に関する看護師の実践力は、「経口摂食援助の質と安全を高める行動力」「経口摂食援助への QOL 支援」「経口摂食援助に必要な基礎知識」の 3 因子 22 項目が抽出され、構成概念妥当性および信頼性が統計学的に検証され、今後の尺度開発のために活用可能性がある基礎資料になることが示唆された。

2. 片麻痺患者への経口摂食援助に関する看護師の実践力は、必要な「知識」と看護過程の展開「技術」のみではなく、看護師個々の態度、思考力そして価値観など情意領域の要素も含まれていることが示唆され。

3. 看護師の教育背景と片麻痺患者への経口摂食援助を行う実践力とは相関関係が認められなかったことは、中国における関連教育が充実していないことを反映している。

4. 片麻痺患者への経口摂食援助に関する看護師の実践力は、個人特性と関連することが明らかになった。経口摂食援助の経験、自己効力感および自主学習能力は直接的影響を与える要因であり、SOC は自主学習能力を介して間接的影響を与える要因であると認められた。

終章

I. 本研究の総括

中国における急速な高齢化と患者の重症化により、人々の医療に対する意識は量から質の向上を重視する方向へ転換し、対象の視点に立った看護や役割への期待が高まっている。従来の看護不足から医療の質の低下が懸念されており、看護師の実践力を備えた質の高い看護職者の育成が求められている。近年、中国の看護教育の高等教育化は急速し、対象に合わせる質の高い看護を提供するためには、看護師の実践力を生涯にわたって発展させることが重要である。特に、食事は、生理的ニーズの充足のみならず心理的・社会的ニーズの充足のため、日常生活を保障する上で重要な生活援助技術といえる。中国では、病院での食事の看護は家族に依存する実態があり、経口摂食援助に関する看護師の認識や役割が標準化されていない。そのため、看護の教育と臨床実践において経口摂食援助に関する看護の知識と技術の習得と、看護役割の重要性を位置づける必要がある。中国では死因の上位を占める脳血管疾患の発病率が高く、片麻痺患者は急性期から慢性期の病棟に入院している。摂食・嚥下など生理機能の障害による誤嚥など、安全な医療と栄養低下が起りやすく、さらに栄養状態やADLにあった摂食方法は病状の進展にもつながる。そこから、片麻痺患者への経口摂食援助に関する看護の実践には、安全・安楽・自立・個別性・栄養面などから対象の状態に合わせた援助を提供できることは重要である。これまで、勤務年数など属性による看護実践力の違いを検討した報告が多くされている。看護師は成人の発達段階の特徴である主体性が拡大する特徴があり、看護師個々の内面の特徴から実践力を把握することも重要である。

中国における片麻痺患者への経口摂食援助に関する背景に対して、研究1では、中国と日本の経口摂食援助の看護について病院で勤務する看護師を対象に、看護への認識と実態を明らかにする調査を行い、両国間の比較から中国の看護師の認識についての課題を明らかにした（修士課程調査の再分析，副論文）。

研究2では、日本と中国の基礎看護学の教科書を比較検討し、中国における経口摂食援助に関する操作的定義を帰納的に開発し、定義（仮）と研究1の結果と、さらに中国の内科・外科・老年看護学の教科書から片麻痺患者を仮定した場合の具体的な経口摂食援助に関する看護の課題を明らかにした。

研究3では、研究2で明らかにした中国での経口摂食嚥下の看護の定義と看護の課題について、中国の看護教育者や看護実践者を対象にインタビュー調査を行い、定義の構造の妥当性を高めながら、片麻痺患者を仮定した場合の具体的な経口摂食援助に関する看護に必要な知識と技術について看護実践の内容を精選した。

研究4では、中国での現任看護師が片麻痺患者への経口摂食援助に関する看護師の実践

に必要な知識と技術をふまえた看護実践力と看護師の個人特性との関連性を明らかにするため、マルカム・ノールズ (Malcolm S Knowles) の成人教育理論に基づく研究概念モデルを設定してアンケート調査を実施し、看護師が経口摂食援助の実践力を高めていくための関連要因を分析した。

研究1と研究2・研究3の調査から、経口摂食援助の定義内容・構成と、片麻痺患者への経口摂食援助に関する看護師の実践力25項目が明らかとなった。この実践力は統計学的に22項目に絞られ、「経口摂食援助の質と安全を高める行動力」「経口摂食援助へのQOL支援」「経口摂食援助に必要な基礎知識」の3因子が抽出され、構成概念妥当性および信頼性が統計学的に検証され、今後の尺度開発のために活用可能性がある基礎資料になることが示唆された。片麻痺患者への経口摂食援助に関する看護師の実践力は、必要な「知識」と看護過程の展開「技術」のみではなく、看護師個々の態度、思考力そして価値観など情意領域の要素も含まれていることが示唆された。22項目の実践力に関連する要素として、看護師の実践力との2変量の相関分析では看護師の属性である年齢、役職、職場体験である看護経験、片麻痺患者への看護経験、片麻痺患者への経口摂食援助の経験、自己概念である自己効力感、自主学習能力、首尾一貫感覚 (SOC) の8項目において正の相関が得られた。さらにパス解析により、経口摂食援助に関する看護師の実践力の関連要因として、直接的影響を与える片麻痺患者への経口摂食の援助経験、自己効力感および自主学習能力と、自主学習能力を介して間接的影響を与える首尾一貫感覚 (SOC) が明らかとなった。

II. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、片麻痺患者への経口摂食援助に関する看護師の実践力について、知識・技術面を中心に検討したが、態度、認識などの要素を検討しなかった。また、中国のM市の便宜的なサンプリングを用いたことより、得られた結果は一般化への限界がある。今後、対象者を広げて関連する看護師の実践力を適切に測れる評価指標を検討する必要がある。また、片麻痺患者への経口摂食援助に関する看護師の実践力を高めるために、どのような体験が実践力の自信度を高めることができるのかを検討する上に、今後学習者の個人特性を配慮して主体的な学習ができる教育の導入が必要と示唆された。

謝辞

本研究を行うために、研究の趣旨をご理解いただき、快く協力してくださった対象者の皆様に厚く御礼申し上げます。中国の調査を協力してくださった泰山医学院の劉化俠教授、謝地副教授、楊紅霞講師、山東省泰山療養院の顔愛英看護部長と王任盛様、山東省煤炭療養院王旭蒞看護部長に心から感謝いたします。

又、論文の計画の段階から終始にわたりご指導いただきました広島大学医歯薬保健学研

究科中谷久恵教授、宮腰由紀子教授、小林敏生教授、宮下美香教授、大塚美樹講師、金藤
亜希子先生に深謝いたします。そして、研究を通して多くの支援と励ましをいただいた地
域在宅看護開発学研究室の大学院生の皆様に心から感謝いたします。

引用文献

1. 平成 29 年版高齢社会白書
<<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/html/zenbun/index.html>>
2. 中华人民共和国 2016 年国民经济和社会发展统计公报 (2016 年中国国民経済と社会発展の統計学報告)
<http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/201702/t20170228_1467424.html> (2017. 2. 28 時点)
3. Liang, X. K., Jiang, Z. M., Nolan, M. T., Wu, X. J., Zhang, H. Y., Zheng, Y. N., ... & Kondrup, J. (2009). Nutritional risk, malnutrition (undernutrition), overweight, obesity and nutrition support among hospitalized patients in Beijing teaching hospitals. *Asia Pacific journal of clinical nutrition*, 18(1), 54-62.
4. Zhu, M., Wei, J., Chen, W., Yang, X., Cui, H., Zhu, S., & Ad hoc Working Group. (2017). Nutritional risk and nutritional status at admission and discharge among Chinese hospitalized patients: A prospective, nationwide, multicenter study. *Journal of the American College of Nutrition*, 36(5), 357-363.
5. 王静, 任正华, & 肖敏. (2004). 住院病人饮食营养相关知识调查分析 (入院患者に食事栄養に関する知識の調査). *中华国际护理杂志*, 3(6), 414-416.
6. Lopez, A. D., Mathers, C. D., Ezzati, M., Jamison, D. T., & Murray, C. J. (2006). Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *The Lancet*, 367(9524), 1747-1757.
7. Strong, K., Mathers, C., & Bonita, R. (2007). Preventing stroke: saving lives around the world. *The Lancet Neurology*, 6(2), 182-187.
8. Liu, L. (2007). Cardiovascular diseases in China This paper is one of a selection of papers in this Special Issue, entitled International Symposium on Recent Advances in Molecular, Clinical, and Social Medicine, and has undergone the Journal's usual peer-review process. *Biochemistry and Cell Biology*, 85(2), 157-163.
9. 黄载文. (2013). 缺血性脑卒中的危险因素研究进展 (虚血性脳卒中のリスク要因に関する研究概況). *中国医药指南*, 11(11), 60-61.
10. Murray, C. J., & Lopez, A. D. (2013). Measuring the global burden of disease. *New England Journal of Medicine*, 369(5), 448-457.
11. 路静, 徐玲, 翟屹, 张耀光, 吕跃斌, & 施小明. (2014). 中国 1993-2008 年脑血管病直接经济负担研究 (1993-2008 年に中国における脳血管疾患による経済的負担の研究). *中华流行病学杂志*, 35(11), 1263-1266.
12. Norrving, B., Kissela, B. (2013). The global burden of stroke and need for a continuum of care. *Neurology*, 80(3 Supplement 2), S5-S12.
13. Ishikawa, R., Makishi, K., Tamai, N. (2008). Study about the QOL of a Patient with

Chronic Respiratory Disease and Cerebrovascular Disease. *Journal of Okinawa Prefectural College of Nursing*, 9, 29-37.

14. Tassone, E. C., Tovey, J. A., Paciepnik, J. E., Keeton, I. M., Khoo, A. Y., Van Veenendaal, N. G., Porter, J. (2015). Should we implement mealtime assistance in the hospital setting? A systematic literature review with meta - analyses. *Journal of clinical nursing*, 24(19-20), 2710-2721.

15. Perry, L., Hamilton, S., Williams, J., Jones, S. (2013). Nursing interventions for improving nutritional status and outcomes of stroke patients: descriptive reviews of processes and outcomes. *Worldviews on Evidence - Based Nursing*, 10(1), 17-40.

16. Guo, Y., Liu, Y. (2015). The correlation of family functioning and depression in primary caregivers of community-dwelling stroke patients. *Chinese Journal of Nursing* 50(3), 349-353.

17. 梅永霞, 张振香, 林蓓蕾, 张艳, 刘腊梅, & 张春慧. (2014). 社区脑卒中主要照顾者自我效能及其影响因素分析 (地域脳卒中ケアワーカーの自己効力感と影響要因の分析). *中国卫生事业管理*, 31(2), 146-149.

18. 张玲云, & 方红. (2007). 脑卒中主要照顾者护理知识掌握情况调查分析 (脳卒中の主役介護者の看護知識の把握状況に関する調査). *中华现代护理杂志*, (19), 1803-1805.

19. International Confederation of Dietetic Associations. (2010). *International Definition of Dietitian and Educational Standard*.

<<http://www.internationaldietetics.org/upload/document/0NJEMNDMACADPGNONB CGFKMFD;%20ASPSESSIONIDCCSDCSCA1.pdf>> (2010. 2. 23 時点)

20. 笠岡(坪山)宜代, 桑木泰子, 瀧沢あす香, 田中律子, 藤生恵子, 斎藤トシ子, ... & 小田光子. (2011). 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(8), 556-565.

21. 曹华, 杨凤琼, & 兰小群. (2008). 医学营养专业教育现状的调查与思考 (医学栄養学の教育現状に関する調査と思考). *卫生职业教育*, 26(14), 114-115.

22. 刘志娟, 武正清, 王海霞, 周勇, 刘秋利, & 贺莉萍. (2011). 对医院膳食中心满意度的调查与分析 (病院の膳食センターに対する満足度の調査). *现代医院管理*, 9(4), 61-63.

23. 王建, 易龙, 舒晓亮, 糜漫天, & 蔡东联. (2012). 我国临床营养学科的现状与存在问题 (わが国の臨床栄養学の現状と問題) (Doctoral dissertation).

24. 赵书敏. (2011). 工作年限 5 年内护士对生活护理认知现状的调查分析 (5 年以下看護師の生活ケアに対する認識の調査). *中国护理管理*, 11(11), 53-56.

25. Jiang, H., Ye, W., & Gu, Y. (2013). Family - paid caregivers in hospital health care in China. *Journal of Nursing Management*, 21(8), 1026-1033.

26. 吴丽荣. (2010). 临床护理人员对基础护理试点工作认知情况调查分析 (臨床看護者の基礎看護業務試行に対する認識の調査). *中国护理管理*, 10(9), 23-25.

27. 辻村弘美, 森淑江, 高田恵子, & 宮越幸代. (2009). 日本と途上国の看護技術の差異 (中国). 北関東医学, 59(1), 51-58.
28. Zhu, J., Rodgers, S., & Melia, K. M. (2015). A qualitative exploration of nurses leaving nursing practice in China. *Nursing open*, 2(1), 3-13.
29. Dong, Z., Philips, M. R. (2008). Evolution of China's health-care system. *Lancet*, 372, 1715-1716. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61351-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61351-3)
30. Young, A. M., Mudge, A. M., Banks, M. D., Ross, L. J., & Daniels, L. (2013). Encouraging, assisting and time to EAT: improved nutritional intake for older medical patients receiving protected mealtimes and/or additional nursing feeding assistance. *Clinical nutrition*, 32(4), 543-549.
31. Shang, J., You, L., Ma, C., Altares, D., Sloane, D. M., & Aiken, L. H. (2014). Nurse employment contracts in Chinese hospitals: impact of inequitable benefit structures on nurse and patient satisfaction. *Human resources for health*, 12(1), 1. <http://dx.doi.org/10.1186/1478-4491-12-1>
32. Hu, Y., Shen, J., Jiang, A. (2010). Nursing shortage in China: State, causes, and strategy. *Nursing Outlook*, 58(3), 122-128.
33. 中国卫生部. (2016). 2016-2020年全国护理事业发展规划 (2016-2020年に中国看護の発展計画).
<<http://www.moh.gov.cn/yzygj/s3593/201611/92b2e8f8cc644a899e9d0fd572aefef3.shtml>> (2016. 11.18 時点)
34. 中国国务院. (2016). “十三五”深化医药卫生体制改革规划 (医薬保健体制についての“十三の五年”の改革計画).
<http://www.gov.cn/zhengce/content/2017-01/09/content_5158053.htm> (2017. 1. 9 時点)
35. Jiang, H., Li, H., Ma, L., & Gu, Y. (2015). Nurses' roles in direct nursing care delivery in China. *Applied Nursing Research*, 28(2), 132-136.
36. 中国卫生部. (2010). 住院患者基础护理服务项目(试行) (入院患者基礎看護サービス項目). <<http://www.nhfpc.gov.cn/mohbgt/s10696/201001/45754.shtml>> (2010. 1. 22 時点)
37. 中国卫生部. (2016) 新入职护士培训大纲(试行) (新入職看護師訓練概要).
<<http://www.nhfpc.gov.cn/yzygj/s3593/201602/91b5a8fa3c9a45859b036558a5073875.shtml>> (2016. 2. 16 時点)
38. Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological review*, 50(4), 370.
39. Crisp, J., Taylor, C., Douglas, D., Rebeiro, G. (2012). *Potter and Perry's Fundamentals of Nursing* (4th ed.). Sydney: Mosby Elsevier. 1064-1112.
40. DeSantis, L. (1988). The relevance of transcultural nursing to international nursing. *International Nursing Review*, 35(4), 110-2.

41. Association of Southeast Asian Nations. (2012). ASEAN Mutual Recognition Arrangement on Nursing Services.
<http://www.asean.org/?static_post=asean-mutual-recognition-arrangement-on-nursing-services> (2012. 7. 6 時点)
42. 李小寒, 尚少梅. (2012). 基础护理学 (基礎看護学). 人民卫生出版社, 269-284.
43. 周春美, 张连辉. (2014). 基础护理学 (基礎看護学). 人民卫生出版社.
44. 阿曾洋子, 井上智子, 氏家幸子. (2016). 基礎看護技術. 医学書院, 239.
45. 有田清子. (2013). 系統看護学講座 専門分野 I, 基礎看護技術 II. 医学書院, 24-42.
46. 志自岐康子. (2014). ナーシング・グラフィカ基礎看護学3, 基礎看護技術. メディカ出版社, 278.
47. 池西静江. (2007). やってみよう基礎看護技術. メディカ出版, 136.
48. 大吉三千代. (2007). 基礎看護技術ガイド. 照林社, 80.
49. 深井喜代子. (2010). 基礎看護技術ビジュアルブック. 照林社, 74.
50. 伊藤明子. (2012). 基礎看護2, 基礎看護技術. 医学書院, 213-214.
51. 香春知永. (2014). 基礎看護技術. 南江堂, 378-379.
52. 三上れつ. (2005). 演習・実習に役立つ基礎看護技術. ヌーヴェルヒロカワ, 37-38.
53. 川口孝泰. (2008). 食事の援助技術. 中央法規, 6, 10-11.
54. 山本直美. (2014). 基礎看護技術3. 医歯薬出版株式会社, 14.
55. 尤黎明, 吴瑛. (2012). 内科护理学 (内科看護学) (第5版). 人民卫生出版社, 861-879.
56. 李樂之, 路潜. (2012). 外科护理学 (外科看護学) (第5版). 人民卫生出版社, 229-232.
57. 化前珍. (2012). 老年护理学 (老年看護学) (第3版). 人民卫生出版社, 89-92, 161-166.
58. 中村美幸. (2007). 第 2 章脳・神経疾患看護に必要な基礎知識, 脳・神経疾患の主な徴候とケア, 6 運動麻痺 (第7版). Nursing Selection ⑥脳・神経疾患, 関野宏明, 陣田泰子 (監), 学習研究社, 東京, 84-93.
59. Chen, Y. (2001). Chinese values, health and nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 36(2), 270-273.
60. 中国卫生部. (2010). 2010年“优质护理服务示范工程”活动方案 (2010 質の高い看護計画). <<http://www.nhfpc.gov.cn/mohyzs/s7659/201001/45756.shtml>> (2010. 1. 22 時点)
61. Bloomfield, J., Pegram, A. (2012). Improving nutrition and hydration in hospital: the nurse's responsibility. *Nursing standard*, 26(34), 52-56.
62. Zhao, S., Akkadechanunt, T., Xue, X. (2009). Quality nursing care as perceived by nurses and patients in a Chinese hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 18(12), 1722-1728.
63. Wu, Y, & Ren, H. (2010). Study on the status quo of self-learning ability of undergraduate nursing students and its influencing factors [J]. *Chinese Nursing Research*, 23, 005.

64. Zhang, H., Ji, M. C., Ji, Q. L., Wang, S., & Liao, Y. X. (2010). Probe in the reform of training model for college nursing talents. *Chinese Nursing Research*, 24, 74-75.
65. Davis, A. J. (1999). Global influence of American nursing: some ethical issues. *Nursing Ethics*, 6(2), 118-125.
66. 中国教育部. (2011). 2011 年学位授予和人才培养学科目录 (2011 年学位授予と人材養成の科目目録).
<http://www.moe.edu.cn/publicfiles/business/htmlfiles/moe/moe_834/201104/116439.html> (201. 3. 8 時点)
67. Wong, F. K. Y., Peng, G., Kan, E. C., Li, Y., Lau, A. T., Zhang, L., et al. (2010). Description and evaluation of an initiative to develop advanced practice nurses in mainland China. *Nurse Education Today*, 30(4), 344-349.
68. Pegram, A., Bloomfield, J. (2015). Nutrition and fluid management. *Nursing Standard*, 29(31), 38-42.
69. Silk, D. B. A. (1994). Organization of nutritional support in hospitals. Maidenhead: British Association for Parenteral and Enteral Nutrition.
70. Shang, E., Hasenberg, T., Schlegel, B., Sterchi, A. B., Schindler, K., Druml, W., ... & Meier, R. (2005). An European survey of structure and organisation of nutrition support teams in Germany, Austria and Switzerland. *Clinical nutrition*, 24(6), 1005-1013.
71. Knowles, M. S. (1984). *Andragogy in action: Applying modern principles of adult education*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 9-12.
72. Knowles M S, 堀薫夫, 三輪建二. (2002). 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[J]. 鳳書房,東京, 40.
73. Goulão M de F. (2014). The relationship between self-efficacy and academic achievement in adults' learners. *Athens J Educ*. 2014.
<<https://www.atiner.gr/journals/education/2014-1-3-4-Goulao.pdf>>
74. Bandura, A. (1977). Self-efficacy. Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 84, 191-215.
75. Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In Ramachaudran,V.S. (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (vol.4, pp.71-81). New York: Academic Press
76. Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 28(2), 117-148
77. Bandura, A & Locke, E. (2003). Negative self-efficacy and goal effects revisited. *Journal of Applied Psychology*, 88 (1), 87 - 99
78. Lu, M., Ruan, H., Xing, W., & Hu, Y. (2015). Nurse burnout in China: a questionnaire survey on staffing, job satisfaction, and quality of care. *Journal of nursing management*, 23(4), 440-447.

79. Kim, M., & Park, S. Y. (2011). Factors affecting the self-directed learning of students at clinical practice course for advanced practice nurse. *Asian Nursing Research*, 5(1), 48-59.
80. Schwarzer, R., & Born, A. (1997). Optimistic self-beliefs: Assessment of general perceived self-efficacy in thirteen cultures. *World Psychology*, 3(1-2), 177-190.
81. Zhang, J.X., Schwarzer, R. (1995). Measuring optimistic self-beliefs: A Chinese adaptation of the General Self-Efficacy Scale. *Psychology*, 38(3), 174-181.
82. 王才康, 胡中锋, 刘勇. (2001). 一般自我效能量表的信度和效度研究 (一般自己効力感尺度の信頼性と妥当性に関する研究). *応用心理学*, 7(1), 37-40.
83. 杜文东, 张纪梅. (2003). 医用普通心理学 (医学用一般心理学), 北京科学技术出版社, 271.
84. 肖树芹, 李小寒. (2007). 护理人员自主学习能力和评价量表的研制 (看護職者の自主学習能力尺度の開発). 中国医科大学.
85. Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
86. Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine*, 36(6), 725-733.
87. Tang, ST., Dixon, J. (2002). Instrument translation and evaluation of equivalence and psychometric properties: the Chinese Sense of Coherence Scale. *Journal of Nurse Measure*, 10(1), 59-76.
88. 包蕾萍, 刘俊升, 周颖. (2006). 心理一致量表的信、效度初步研究 (首尾一貫感覚尺度の信頼性と妥当性のパイロット研究). *中国心理卫生杂志* 20(5), 299-301.
89. 山崎喜比古, 戸ヶ里泰典, 坂野純子. (2008). 成人の SOC は変えられるか. *ストレス対処能力 SOC*, 有信堂, 東京, 55-63.
90. 高瀬美由紀, 寺岡幸子, 宮腰由紀子, & 川田綾子. (2011). 看護実践能力に関する概念分析: 国外文献のレビューを通して. *日本看護研究学会雑誌*, 34(4), 4_103-4_109.
91. 沖満恵, & 長吉孝子. (2003). 看護師の看護実践能力を明らかにするための観察視点. *看護学統合研究*, 5(1), 1-8.
92. 小島真司. (2004). SPSS と Amos による心理・調査データ分析. 因子分析から・共分散構造分析まで. 東京図書, 206.
93. 豊田秀樹. (2007). 共分散構造分析 [Amos 編] -構造方程式モデリング-. 東京図書.
94. 柳沢節子, 山崎章恵, 小松万喜子, 麻原きよみ, & 三上れつ. (1994). 看護実践能力の獲得に関する研究 (その 2). *日本看護科学会誌*, 14(3), 360-361.
95. 田中いずみ, 比嘉勇人, & 山田恵子. (2012). 看護実践能力の属性による比較と勤務年数, 首尾一貫感覚及びスピリチュアリティとの関連. *富山大学看護学会誌*, 12(2), 81-92.
96. 戸ヶ里泰典. (2009). 看護学領域における SOC 研究の動向と課題. *看護研究*, 42(7),

491-503.

97. 服部紀子, 中村博文, 林さとみ, 金嶋祐加, 塚越みどり, 廣瀬幸美, ... & 叶谷由佳.
(2015). 看護学士課程 2 年次生の自己教育力と看護実践能力との関連. 横浜看護学雑誌,
8(1), 39-48.

資 料

- 1-1: 研究3インタビューガイド（日本語版）
- 1-2: 研究3インタビューガイド（中国語版）
- 2-1: 研究4依頼書（施設用）
- 2-2: 研究4同意書（施設用）
- 2-3: 研究4同意取消書（施設用）
- 2-4: 研究4依頼書（個人用）
- 2-5: 研究4アンケート調査票（日本語版）
- 2-6: 研究4アンケート調査票（中国語版）

【片麻痺患者への経口摂食援助に関する課題の分析と検討】 インタビューガイド

看護師の属性

年齢、学歴、役職、看護勤務年数、勤務場所、老年科・神経系科・脳卒中科・リハビリ科など関連病棟の総勤務年数、経口摂食援助に関する学習経験（学生時代、看護勤務期間）。

看護教師の属性

年齢、学歴、看護経験年数、看護教員としての経験年数、担当科目、看護基礎学（講義、演習、見学、実習を含む）・内科看護学・外科看護学・老年看護学に関する総勤務年数、経口摂食援助に関する学習経験（学生時代、看護勤務期間）、経口摂食援助に関する教授経験（看護教師の勤務期間）。

調査項目：片麻痺患者への経口摂食援助に関する課題の妥当性と今後の改善意見

*回答に困っているようであれば、以下の例をいくつか挙げて尋ねる。

I. 経口摂食援助の操作的定義

「経口摂食援助とは、疾病・障害・治療で経口摂食に援助が必要な人を対象とし、その生きがいと闘病意欲の増進を目指して必要な栄養摂取と満足感を保持できるように、対象者の個別性に最適な方法を通じて、病状・状態・食生活を反映させる工夫した経口食を用い、自立・安全・安楽・効率を配慮しながらアセスメント・準備・実施・観察・評価を行う過程である。」

- ・定義について全体的な感覚はどうですか？
- ・定義の内容と構成要素について、追加説明したいことがありますか？理由は何ですか？

例：理解度、言葉遣いなど。

II. 片麻痺患者への経口摂食援助に関する課題

- a) 「経口摂食援助に関する看護役割への認識が不十分」
- b) 「対象者の心理面への配慮が不足」
- c) 「能動的学習が少ない」
- d) 「知識教育と実践教育が充実していない」

- ・以上の結果について、そう思いますか？理由は何ですか？
- ・看護実践者と教育者として、看護役割を果たすのに役立つといたことがありますか？
- ・片麻痺患者への経口摂食援助に関する知識と技術、看護師にとって特に必要と思うことを教えて頂きますか？

例：片麻痺の病理生理的特徴、関連する看護意義と役割、摂食・嚥下障害の評価方法、嚥下体操、嚥下訓練、誤嚥予防、口腔ケアなど。

【偏瘫患者的进食协助护理的相关课题的分析和探讨】 个人访谈指南

护士的基本信息

年龄, 现有最高学历, 现有护士职称, 护理工作年数, 现在的工作科室, 老年科、神经科, 脑卒中, 康复科等相关科室的总工作年数, 进食协助护理的相关学习经历 (学生时期, 护士工作期间)。

护理教师的基本信息

年龄, 现有最高学历, 护理工作年数, 护理教师工作年数, 现担任的护理学科, 护理基础学 (讲义, 护理操作, 见习, 实习) · 内科护理学 · 外科护理学 · 老年护理学的总工作年数, 进食协助护理的相关学习经历 (学生时期, 护士工作期间), 进食协助护理的相关教学经历 (护理教师工作期间)。

调查条目: 偏瘫患者的进食协助护理相关结果的妥当性和今后的改进意见

* 对象回答遇到困难的时候, 通过以下举例 (自己的想法) 说明。

I. 进食协助护理的操作定义

「经口进食护理是以由于疾病, 残疾及治疗使经口进食需要援助的人为对象, 以保持必要的营养摄取和满足感从而增进生存的意义和战胜病魔的意志为目的, 选择适合对象的最佳方法和提供能反映病况, 身体状态及饮食生活的别出心裁的膳食, 在顾虑独立性, 安全性, 舒适性及效率的同时所进行的评估、准备、实施、观察、评价的过程。」

- 请谈一下您的总体感觉?
- 对于定义的内容和构成要素, 您有什么需要补充说明的吗? 理由是什么?
例如: 理解的难易度, 用词是否妥当等。

II. 偏瘫患者的进食协助护理的相关课题

- a) 「进食协助护理相关的护士角色的认知不足」
- b) 「缺乏对患者心理层面的顾虑」
- c) 「自主学习不足」
- d) 「进食协助护理相关的知识教育和实践教育存在不足」

· 您认同以上结果吗? 理由是什么?

· 作为护理的实践者和教育者, 您有什么改进意见?

· 关于偏瘫患者的进食协助护理, 您觉得哪些知识和技术是护士所需要具备的呢?

例如: 偏瘫的病理生理特点, 相关的护理意义和护士角色, 摄食 · 吞咽障碍的评价方法, 吞咽体操, 吞咽训练, 误咽预防, 口腔护理等。

○年○月○日

○ ○病院

看護部長

様

調査研究の許可願

謹啓

陽春の候、看護部長様におかれましてはますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、

私

は、広島大学大学院医歯薬保健学研究科に在籍し、現在「片麻痺患者への経口摂食援助に関する看護師の個人特性と教育ニーズの関連性」を研究課題として取り組んでおります。

本調査では、片麻痺患者の生活の中で必ず行われる食事の援助に注目しています。看護師は、片麻痺患者への経口摂食援助について、一番近い実践者として重要な役割を担うとされています。片麻痺患者への経口摂食援助を看護としてどのように担うか、教育支援としてどのようなことが必要であるか、皆様の現状とお考えを教えてくださいたく存じます。今回の調査により、必要な教育ニーズと看護師の学習への態度や特性との関連性を明らかにします。その結果は、今後の片麻痺患者への経口摂食援助に関する看護支援の在り方を検討する上で役立つと考えております。大変お忙しいところ恐縮ですが、研究の主旨をご理解いただき、調査にご協力くださいますようお願い申し上げます。

敬具

研究期間： 承認日 ～2019年3月31日

調査の方法：

看護師への配付と回収の方法は、一般病棟（内科、外科など）の師長から各病棟単位の看護師に配付していただき、看護師各自が回答後に投函箱へ個別に返していただきます。研究に同意しない対象者も無回答の調査票を入れた返信用封筒を指定された投函箱に同意する対象者と同様に入れていただいてもよいです。調査協力をしない場合の投函の有無は、個人の自由であり、負担はかかりません。

1. 調査票は無記名です。回答の殆どは選択式ですが、全部で A4 判 4 ページあります。回答に要する時間は約 15 分間です。

2. 調査協力への同意は、各々の方が調査票にご回答いただくことで、同意されたものとさせていただきます。更に、無記名のため、本調査に協力しないことによる不利益を被ることは一切ありません。なお、調査票を記入して投函した後は、個人特定ができないことから、個人としての協力撤回は不可能ですので、御了解ください。

3. ご回答を記入された調査票は、返信用封筒に入れ、2017年 月 日()までに看護部の事務室入口に設置された投函箱にご投函していただきます。

本調査は無記名で行い、個人を特定できる情報を含めないため、個人のプライバシーが侵害されることはありません。無記名のため、個人の結果は開示できません。また、広島大学の博士論文としての公表および学術雑誌等へ公表し、広く看護界で活用していただけるようにいたします。なお、本研究の目的以外に使用することはありません。

広島大学大学院医歯薬保健学研究科地域・在宅看護開発学研究室

調査者 博士課程後期 陳 弁芳

Tel: 082-257-5392 Email: d156477@hiroshima-u.ac.jp

研究責任者 中谷 久恵

〒734-8553 広島市南区霞 1-2-3 Email: hinakata@hiroshima-u.ac.jp

共同研究機関の連絡先：泰山医学院 〒271016 泰安市岱岳区長城路 619 号 0538-6237313

研究同意書

広島大学長 殿

本施設は、「片麻痺患者への経口摂食援助に関する看護師の個人特性と教育ニーズの関連性」に関する研究について、以下の内容を研究者より十分な説明を受け理解しましたので、研究に協力することを同意します。

1. 研究目的について
2. 研究意義について
3. 研究方法について
4. 倫理的配慮について
5. 研究の公表について
6. 研究協力の同意と撤回について

年 月 日

施設名 _____

代表者（ご署名） _____

研究同意取消書

広島大学長 殿

本施設は、自由意思に基づいて「片麻痺患者への経口摂食援助に関する看護師の個人特性と教育ニーズの関連性」に関する研究に同意しましたが、その同意を撤回します。

年 月 日

施設名 _____

代表者（ご署名） _____

調査協力をお願い

—片麻痺患者への経口摂食援助に関する看護師の個人特性と教育ニーズの関連性—

私は、広島大学大学院医歯薬保健学研究科で、看護技術教育の経口摂食援助の標準化を探索している大学院生です。

本調査では、片麻痺患者の生活の中で必ず行われる食事の援助に注目しています。看護師は、片麻痺患者への経口摂食援助について、一番近い実践者として重要な役割を担うとされています。片麻痺患者への経口摂食援助を看護としてどのように担うか、教育支援としてどのようなことが必要であるか、皆様の現状とお考えを教えてくださいたく存じます。今回の調査により、必要な教育ニーズと看護師の学習への態度や特性との関連性を明らかにします。その結果は、今後の片麻痺患者への経口摂食援助に関する看護支援の在り方を検討する上で役立つと考えております。

大変お忙しいところを恐縮ですが、研究の主旨をご理解いただき、調査にご協力くださいますようお願い申し上げます。

[研究期間について] 承認日 ～2019年3月31日

[調査方法について]

1. 調査票は無記名です。回答の殆どは選択式ですが、全部でA4判4ページあります。回答に要する時間は約15分間です。
2. 調査協力への同意は、調査票にご回答いただくことで、同意されたものとさせていただきます。ご記入を終えた調査票は、返信用封筒に入れ、2017年 月 日()までに看護部の事務室入口に設置された投函箱にご投函ください。調査協力をしない場合は、無回答の調査票を入れた返信用封筒を投函箱に入れていただいてもよいです。調査協力をしない場合の投函の有無は、個人の自由であり、負担はかかりません。

[研究協力に対する配慮について]

1. 本調査へのご協力は、あなたの自由意思によるものです。更に、無記名のため、本調査に協力しないことによる不利益を被ることは一切ありません。なお、調査票を記入して投函した後は、個人特定ができないことから、個人としての協力撤回は不可能ですので、御了解下さい。
2. 本調査は無記名で行い、個人を特定できる情報を含めないため、個人の結果は開示できません。
3. 調査から得られたデータ及び結果は、本研究の目的以外に使用することはありません。なお、結果は、広島大学の博士論文としての公表および学術雑誌等への公表を予定しております。
4. 調査票原票および分析データは、広島大学地域・在宅看護開発学研究室の施設可能な場所と保管庫で厳重に管理保管し、研究公表後3年間の保管を経てから復元不可能な状態に処理します。
5. この研究は、広島大学疫学研究倫理審査委員会の承認を受けています。【承認 No. : 】
6. 研究資金は、研究室運営費交付金です。

広島大学大学院医歯薬保健学研究科地域・在宅看護開発学研究室

調査者 博士課程後期 陳 卉芳

Tel: 082-257-5392 Email: d156477@hiroshima-u.ac.jp

研究責任者 中谷 久恵

〒734-8553 広島市南区霞 1-2-3 Email: hinakata@hiroshima-u.ac.jp

共同研究機関の連絡先：泰山医学院 〒271016 泰安市岱岳区長城路 619 号 0538-6237313

III. 片麻痺患者への経口摂食援助に関するあなたの実践力である知識と技術について

	自信がない	あまり自信がない	どちらとも言えない	まあまあ自信がある	まあまあ自信がある
対象についての知識					
1 片麻痺患者に関する疫学の現状	1	2	3	4	5
2 片麻痺を生じる重要要因	1	2	3	4	5
3 片麻痺患者の身心特徴	1	2	3	4	5
4 片麻痺患者に起こりやすい合併症	1	2	3	4	5
方法についての知識					
5 片麻痺程度による経口摂食の援助方法の違い	1	2	3	4	5
6 片麻痺患者の回復段階による経口摂食の援助方法の違い	1	2	3	4	5
7 食生活に関する指導方法	1	2	3	4	5
8 片麻痺患者に適した食事栄養の指導方法	1	2	3	4	5
9 機能訓練などリハビリ指導の方法	1	2	3	4	5
10 経口摂食援助に関する家族への指導方法	1	2	3	4	5
目的についての知識と技術					
11 患者の個性（食習慣など）を配慮できる援助を行うこと（技術）	1	2	3	4	5
12 自助具の使用法（知識）	1	2	3	4	5
13 患者の自立度に応じる援助を行うこと（技術）	1	2	3	4	5
14 起こりやすいリスクの予防方法（知識）	1	2	3	4	5
15 緊急時の応急処置方法（知識）	1	2	3	4	5
16 安全に食べさせる援助を行うこと（技術）	1	2	3	4	5
17 楽しく食べさせる援助を行うこと（技術）	1	2	3	4	5
18 効率よく食べさせる援助を行うこと（技術）	1	2	3	4	5
プロセスについての技術					
19 片麻痺患者の摂食・嚥下機能などをアセスメントすること	1	2	3	4	5
20 片麻痺患者の栄養状態をアセスメントすること	1	2	3	4	5
21 片麻痺患者の心理状態をアセスメントすること	1	2	3	4	5
22 実施する場の食環境を作ること	1	2	3	4	5
23 片麻痺患者の食事摂取状況・状態を観察すること	1	2	3	4	5
24 食後の摂取状況を評価すること	1	2	3	4	5
25 安全かつ有効な口腔ケアを行うこと	1	2	3	4	5

IV. あなたの自主学習に対するお考えについて（看護師の自主学習能力尺度：SDLS）

	全 く 正 し く な い	ほ と ん ど 正 し く な い	ど ち ら と も 言 え な い	正 し い	全 て 正 し い
セルフモチベーションについて					
1 より強い理解力を持っていると確信する。	1	2	3	4	5
2 どんな学習の結果があっても、自身の能力を疑わない。	1	2	3	4	5
3 学習中の問題点を解決する能力を持っていると思う。	1	2	3	4	5
4 学んだ知識を職場に応用することができると思う。	1	2	3	4	5
5 学習は、面白いことと思う。	1	2	3	4	5
6 病院が主催した各種学習活動（業務学習、講習会など）を喜んで参加する。	1	2	3	4	5
7 病棟に導入した新しい機器または技術を喜んで学ぶ。	1	2	3	4	5
8 必要な知識と技術を主体的に学ぶ。	1	2	3	4	5
9 学ぶことが決めたら、そんなに忙しくても時間を空けて学ぶ。	1	2	3	4	5
10 仕事に質問があったら、いつも理解できるように頑張る。	1	2	3	4	5
11 新しい知識を学ぶことは、意味のある挑戦だと思う。	1	2	3	4	5
12 看護業務に役立つ雑誌または書籍を選んで読むことは多くの時間と労力が必要であるが、常にそうする。	1	2	3	4	5
13 ある程度の知識を身につけたら、満足感がある。	1	2	3	4	5
14 新しい知識を学ぶことは、仕事に役立つ。	1	2	3	4	5
タスク分析について					
15 学習前に、自身の学習ニーズを確定して学習目標を設定することができる。	1	2	3	4	5
16 常により具体的な学習目標を設定する。	1	2	3	4	5
17 長期的学習目標を設定すると同時に、短期的学習目標も設定する。	1	2	3	4	5
18 一般的により高いレベルで努力を通じて達成できる学習目標を設定する。	1	2	3	4	5
19 良く使われる学習方法を知っている。	1	2	3	4	5
20 自身の状況に応じて、効果的な学習戦略を正しく選ぶことができる。	1	2	3	4	5
自己監視と調整について					
21 自分の仕事状況によって実行可能な学習計画を作成する。	1	2	3	4	5
22 学習の困難があったら、他人の援助を求める。	1	2	3	4	5
23 各種資源をアクセスする方法が分かる（例えば、看護ジャーナル、データベース、インターネットなど）。	1	2	3	4	5
24 各種資源をアクセスする方法を効果的に活用して必要な学習資料を探せる。	1	2	3	4	5
25 集めた資料を分析して統合し、貴重なレポートをまとめることができる。	1	2	3	4	5
26 どんな困難があっても、学習を続けることができる。	1	2	3	4	5
27 学びたいときに、すぐに学習の状態になることができる。	1	2	3	4	5
28 不定期に学習状況をチェックすることでさっそく学習の問題を見つけることができる。	1	2	3	4	5
29 学習方法が適切ではないときに、さっそく調整できる。	1	2	3	4	5
30 実際の状況に応じて、さっそく学習計画を調整できる。	1	2	3	4	5
自己評価について					
31 学習活動が終わった後、全体プロセスをもう一度見かえす。	1	2	3	4	5
32 学習が終わった後、よく経験をまとめる。	1	2	3	4	5
33 今回の学習は、今後の学習への指導意義をよく知っている。	1	2	3	4	5
34 良くない学習効果は、自身の限られた能力からである。	1	2	3	4	5

裏面の質問にも答えてください。

V. あなたのストレスに対する認識について（首尾一貫感覚：SOC-13）

	全 く な い	あ ま り な い	少 な い	ど ち ら で も 言 え な い	時 々 あ る	よ く あ る	頻 繁 に あ る
1 あなたは、自分のまわりでおこっていることがどうでもいい、という気持ちになることがありますか？	1	2	3	4	5	6	7
2 あなたは、これまでに、よく知っていると思っていた人の思わぬ行動に驚かされたことがありますか？	1	2	3	4	5	6	7
3 あなたは、あてにしていた人がっかりさせられたことがありますか？	1	2	3	4	5	6	7
4 あなたは、不当な扱いを受けているという気持ちになることはありますか？	1	2	3	4	5	6	7
5 あなたは、あなたの不慣れな状況の中にいると感じ、どうすればよいのかわからないと感じることがありますか？	1	2	3	4	5	6	7
6 あなたは、気持ちや考えが非常に混乱することがありますか？	1	2	3	4	5	6	7
7 あなたは、本当なら感じたくないような感情をいだいてしまうことがありますか？	1	2	3	4	5	6	7
8 どんなに強い人でさえ、ときには「自分はダメな人間だ」と感じることもあるものです。あなたはこれまで「自分はダメな」人間だと感じたことがありますか？	1	2	3	4	5	6	7
9 あなたは、日々の生活で行っていることにほとんど意味がないと感じることがありますか？	1	2	3	4	5	6	7
10 あなたは、自制心を保つ自信がなくなることがありますか？	1	2	3	4	5	6	7
11 今まで、あなたの人生は、 ①全く目標がない ②目標がない ③あまり目標がない ④どちらでも言えない ⑤目標がある ⑥目標が明確である ⑦目標がとても明確である							
12 何か起きたとき、ふつう、あなたは、 ①全く正しい評価ができない ②正しい評価ができない ③やや正しい評価ができない ④どちらでも言えない ⑤やや正しい評価ができる ⑥正しい評価ができる ⑦とても正しい評価ができる							
13 あなたが、毎日していることは、 ①とても満足している ②満足している ③やや満足している ④どちらでも言えない ⑤やや満足していない ⑥満足していない ⑦全く満足していない							

ご協力くださり、誠にありがとうございます。
返信用封筒に入れてご投函ください。

——调查问卷——

「关于偏瘫患者的进食协助护理的护士个性和教育需求的相关性的探讨」

本次调查的进食协助护理被定义为「以因疾病·残疾·治疗需要进食协助的人为对象，选择最适合对象的膳食和协助方法，考虑对象的个性·自立·安全·舒适·效率的同时，能保证必要的营养摄取和满足感的护理过程」。

以下的每个问题请根据您的实际情况进行填写，选择您认为合适的号码并打“√”，并在（ ）内填上相应的内容。

I. 关于您自身的情况（单选）

1. 性别（①男 ②女）
2. 年满（ ）岁
3. 现有护理最高学历（①卫校/中专 ②大专 ③本科 ④硕士 ⑤博士）
4. 现有护士职称（①护士 ②护师 ③主管护师 ④副主任护师 ⑤主任护师）
5. 从事临床护理总年数（ ）年（ ）个月
6. 现工作科室（①脑卒中单元 ②神经内科 ③神经外科 ④老年病科 ⑤康复科/中心
⑥其他（ ））
7. 偏瘫患者的护理经验（①0人 ②1-2人 ③3-5人 ④6人以上）
8. 偏瘫患者的进食协助护理经验（①0人 ②1-2人 ③3-5人 ④6人以上）

II. 关于您的自我效能：一般自我效能量表 GSES-SC（单选）

完全不正确 有点正确 多数正确 完全正确

		完全不正确	有点正确	多数正确	完全正确
1	如果我尽力去做的话，我总是能够解决问题的	1	2	3	4
2	即使别人反对我，我仍有办法取得我所要的	1	2	3	4
3	对我来说，坚持理想和达成目标是轻而易举的	1	2	3	4
4	我自信能有效地应付任何突如其来的事情	1	2	3	4
5	以我的才智，我定能应付意料之外的情况	1	2	3	4
6	如果我付出必要的努力，我一定能解决大多数的难题	1	2	3	4
7	我能冷静地面对困难，因为我信赖自己处理问题的能力	1	2	3	4
8	面对一个难题时，我通常能找到几个解决方法	1	2	3	4
9	有麻烦的时候，我通常能想到一些应付的方法	1	2	3	4
10	无论什么事在我身上发生，我都能应付自如	1	2	3	4

III. 关于偏瘫患者的进食协助护理的相关知识和技术的自我评价 (单选)

护理对象相关的知识		没自信	信	不太自信	说不清	信	比较自信	很自信
1	偏瘫患者相关的流行病学概况	1	2	3	4	5		
2	引起偏瘫的重要因素	1	2	3	4	5		
3	偏瘫患者的身心特点	1	2	3	4	5		
4	偏瘫患者的常见并发症	1	2	3	4	5		
护理方法相关的知识		没自信	信	不太自信	说不清	信	比较自信	很自信
5	偏瘫程度对应的不同进食协助护理方法	1	2	3	4	5		
6	偏瘫患者的恢复阶段对应的不同进食协助护理方法	1	2	3	4	5		
7	饮食习惯相关的指导方法	1	2	3	4	5		
8	适合偏瘫患者的饮食营养的指导方法	1	2	3	4	5		
9	功能训练等康复指导的方法	1	2	3	4	5		
10	指导家属进行进食协助护理的方法	1	2	3	4	5		
护理目的相关的知识和技能		没自信	信	不太自信	说不清	信	比较自信	很自信
11	能考虑患者的个性 (饮食习惯等) 协助进食 (技能)	1	2	3	4	5		
12	进食辅助工具的使用方法 (知识)	1	2	3	4	5		
13	能根据患者的自立能力协助进食 (技能)	1	2	3	4	5		
14	常见危险的预防方法 (知识)	1	2	3	4	5		
15	紧急时的应急处理方法 (知识)	1	2	3	4	5		
16	能协助安全进食 (技能)	1	2	3	4	5		
17	能协助舒适进食 (技能)	1	2	3	4	5		
18	能协助有效率地进食 (技能)	1	2	3	4	5		
护理过程相关的技能		没自信	信	不太自信	说不清	信	比较自信	很自信
19	评估偏瘫患者的进食·吞咽功能等	1	2	3	4	5		
20	评估偏瘫患者的营养状态	1	2	3	4	5		
21	评估偏瘫患者的心理状态	1	2	3	4	5		
22	创造良好的进食环境	1	2	3	4	5		
23	观察偏瘫患者的进食状况·状态等	1	2	3	4	5		
24	评价餐后的进食情况 (进食的种类、数量、患者的反应等)	1	2	3	4	5		
25	进行安全有效的口腔护理	1	2	3	4	5		

IV. 关于您的自主学习情况：护士自主学习量表 SDLS（单选）

自我动机信念		非常不同意	不同意	无法确定	同意	非常同意
1	我确信自己有较强的理解能力	1	2	3	4	5
2	不管我学习结果怎样。我从不怀疑自己的能力	1	2	3	4	5
3	我认为自己有能力解决学习中遇到的问题	1	2	3	4	5
4	我认为我能将所学的知识应用于我的工作中	1	2	3	4	5
5	我认为学习是件有趣的事	1	2	3	4	5
6	医院里举办的各种学习活动(如业务学习、专题讲座等)，我很愿意参加	1	2	3	4	5
7	当病房里进了新设备或引进了新技术、新方法，我渴望将其弄懂	1	2	3	4	5
8	我能主动学习我需要掌握的知识和技能	1	2	3	4	5
9	只要我决定学习，不论多忙，我都会抽空去学	1	2	3	4	5
10	工作中一旦有疑问，我总会设法弄明白	1	2	3	4	5
11	我觉得对我来说，学习新知识是一种有意义的挑战	1	2	3	4	5
12	我经常选择一些对我的护理工作有指导意义的杂志或书籍阅读，即使这样需要花费很多时间和精力	1	2	3	4	5
13	掌握了一定的知识后，我有一种满足感	1	2	3	4	5
14	学习新知识对我的工作有帮助	1	2	3	4	5
任务分析		非常不同意	不同意	无法确定	同意	非常同意
15	学习之前，我能确定自己的学习需要，并制定学习目标	1	2	3	4	5
16	我通常制定较具体的学习目标	1	2	3	4	5
17	制定远期学习目标的同时，我会制定近期目标	1	2	3	4	5
18	我一般设置较高水平且经过努力又能实现的学习目标	1	2	3	4	5
19	我知道常用的学习方法	1	2	3	4	5
20	我能根据自己的情况正确选择有效的学习策略	1	2	3	4	5
自我监控及调节		非常不同意	不同意	无法确定	同意	非常同意
21	我会根据自己的工作情况制定切实可行的学习计划	1	2	3	4	5
22	学习遇到困难时，我会求助于别人	1	2	3	4	5
23	我知道获取各种信息资源的途径(如护理期刊、数据库、网络等)	1	2	3	4	5
24	我能有效地使用各种获取信息资源的方法查找所需学习资料	1	2	3	4	5
25	我能将收集的资料分析、综合，整理成有价值的报告	1	2	3	4	5
26	学习中不管遇到什么困难，我能坚持下去	1	2	3	4	5
27	想学时，我能很快进入学习状态	1	2	3	4	5
28	我能随时检测我的学习情况，及时发现学习中存在的问题	1	2	3	4	5
29	学习方法不当时，我能及时调整	1	2	3	4	5
30	我能根据实际情形及时调整学习计划	1	2	3	4	5
自我评价		非常不同意	不同意	无法确定	同意	非常同意
31	学习活动结束后，我会在脑海中将整个过程回顾一遍	1	2	3	4	5
32	学习结束后，我经常总结经验教训	1	2	3	4	5
33	我很清楚这次学习对以后学习有什么指导意义	1	2	3	4	5
34	学习效果差是因为我能力有限	1	2	3	4	5

反面→

V. 关于您的压力情况：心理一致感量表 SOC-13（单选）

		从来没有	几乎没有	很少	说不清	有时候	较多	经常
1	你是不是常常觉得自己对周围发生的事并不关心？	1	2	3	4	5	6	7
2	你本来以为很了解的人做出让你意外的行为，这种情况在过去是不是经常发生？	1	2	3	4	5	6	7
3	你信任的人却让你失望，这种情况	1	2	3	4	5	6	7
4	你是不是经常感到自己受到不公正的对待？	1	2	3	4	5	6	7
5	你是不是经常感到自己处于陌生的、不知如何是好的环境中？	1	2	3	4	5	6	7
6	你是否经常有非常复杂的、混合的感情和念头？	1	2	3	4	5	6	7
7	你是不是经常产生自己不愿产生的情绪？	1	2	3	4	5	6	7
8	很多人，哪怕是很有天分的人，有时在一定环境下也会感到很失败的。在过去的经历中，你是否常有这种失败的感受？	1	2	3	4	5	6	7
9	每天做的这些事没什么意义，你产生这种想法的频率是？	1	2	3	4	5	6	7
10	你是不是常有失控的感觉？	1	2	3	4	5	6	7

11 到目前为止，你的生活：

- ①根本没有明确目标 ②几乎没有明确目标 ③较少有目标 ④说不清 ⑤有点目标
⑥有比较明确的目标 ⑦有非常明确的目标

12 当遇到问题或事情，你发现自己一般都会：

- ①低估或高估了它的重要性 ②正确地评价它很难 ③正确地评价它有点难 ④说不清
⑤比较正确地评价它 ⑥正确地评价它 ⑦非常正确地评价它

13 做那些你每天都做的事对于你来说：

- ①是极大的快乐和满足 ②较快乐满意 ③有点满意 ④说不清 ⑤有点不快
⑥很不愉快 ⑦是痛苦和烦恼的源泉

问题到此为止，非常感谢您的协助。