



Title	嚥下障害のある患者に対する食事時の見守り 第2報 : 見守りを構成する看護技術の分析
Author(s)	下田, 智子; 八幡, 磨並; 山本, 留美加 他
Citation	看護総合科学研究会誌, 14(2), 17-28
Issue Date	2013-02-28
DOI	https://doi.org/10.14943/61424
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/52677
Type	journal article
File Information	14-2_Shimoda.pdf



嚥下障害のある患者に対する食事時の見守り 第2報 —見守りを構成する看護技術の分析—

下田智子¹⁾・八幡磨並²⁾・山本留美加²⁾・及川幸子²⁾・良村貞子¹⁾

1) 北海道大学大学院 保健科学研究所

2) 元北海道大学 医学部保健学科

Analysis of a Participant-Observation Study on Nurses' Observations (MIMAMORI) of Self-Feeding in Dysphagic Patients : the Second Report

Tomoko SHIMODA

(Faculty of Health Sciences, Hokkaido University)

Manami YAHATA, Rumika YAMAMOTO, Sachiko OIKAWA

(Former Department of Health Sciences, School of Medicine, Hokkaido University)

Sadako YOSHIMURA

(Faculty of Health Sciences, Hokkaido University)

要 旨

看護師が行う食事時の見守りは、患者の自立に向け、観察やモニタリング機能を担う重要な行為である。看護師は、見守りする中でフィジカルアセスメントに基づき食事に関する直接的ケアを提供しているが、このような援助内容について具体的に検討した先行研究はない。そこで、本研究では嚥下障害のある患者に対する食事時の見守りが、どのような看護技術内容で構成されているのかを明らかにすることを目的とした。A病院の神経内科・外科病棟で収集したデータは10事例であった。その結果、以下の点が明らかになった。

1. 嚥下障害のある患者の食事時の見守りは、視診、問診、聴診、およびコミュニケーション技術を用いて、安全性を確保しながら行われていた。
2. 看護師は、食事の見守りの際、視診によって多くの情報を得ているが、視診による見守りは、第三者が確認しにくいことが明らかになった。
3. 見守りにおける視診等は、姿勢を整えるなどの直接的ケアと並行して実施されていた。

キーワード：看護師，見守り，嚥下障害のある患者，食事，看護技術

I. はじめに

看護師が行う食事援助は、食べ物をただ口に運ぶだけではなく、食事にあふさわしい環境を整え、患者自身の身体と気持ちが食事に向かって整うよう、援助するところから始まる。そして、

看護師は、患者の摂食・嚥下能力、姿勢保持力、食欲などをアセスメントし、患者を観察し、見守りながら患者の自立に向けた援助を提供する。このような援助や観察および見守りに関連した先行研究には、精神疾患患者の嚥下能力の観察

とアセスメント¹⁾や脳卒中回復期患者への車椅子移乗時の見守り²⁾、歩行器移動の見守り³⁾、認知症の人への行動見守り⁴⁾などがある。これらの研究成果として見守りは、嚥下機能のアセスメント¹⁾や対象のセルフケアレベルに合わせた全面介助、部分介助、観察のみの見守りというステップアップする看護実践²⁻⁴⁾であること、自立に向けた見守りが、直接的ケアの中に位置づけられる³⁾と報告されている。この「見守り」は様々な場面で行われ、かつその意義は多様である。そこで我々は、見守りとは、日本看護科学学会による「必要な介助、支援ができるような体制を整えて、意図的に対象の行為や様子を観察する。」⁵⁾という定義を用い、本研究に先立って、臨床現場において必要な支援体制を整える段階も含めた見守りの実態を第1報で報告した⁶⁾。同報告では、食事時の見守りは、患者の状態に応じ自立に向け代償的な直接的ケアを合わせ行っていること、および見守りの項目と時間を明らかにした。また、見守りは参加観察者の見落としが多く、看護師が意図していることが第三者に伝わりにくい現状が明らかになった。見守りは、観察やモニタリング機能を含む重要な看護行為である。この見守りの意図が第三者へ伝わらないことは、看護行為が適切に評価されない可能性がある。そこで、なぜ見守りが他者へ伝わりにくいのかを分析する必要があると考えた。

第1報で検討した摂食・嚥下障害患者への食事援助は、摂食・嚥下の「認知期（先行期）」、「準備期（咀嚼期）」、「口腔期」、「咽頭期」、「食道期」の5期のうち、特に「認知期（先行期）」が重要である⁷⁾。この認知期で患者は、視覚、嗅覚、触覚などの感覚と過去の経験から目の前にある食物の性質（物性、味、温度など）を検知し、それに応じて口に運ぶ食物の種類や量を決定する。また、同期は、運び込まれる食物の口腔内での処理方法を予測して、必要な口腔機能を活用するための準備をする時期である⁸⁾。したがって看護師は、食事時に誤嚥を予防するため

に口に運ぶ食物の種類や量の決定を支援し、身体機能のアセスメントをしながら姿勢を整えるなどの直接的ケアと食事の見守りを行う。一般に、摂食・嚥下障害患者の食事に関するフィジカルアセスメントは、原疾患や現病歴、主訴などに関連した問診、口腔状況などを観察する視診、発声・構音や咳・呼吸音などを観察する聴診、頸部や咽頭の触診、神経学的所見などにより構成されている⁹⁾。したがって、見守りには、患者の食べる力を判断することに関連する技術や患者の食べ方やどのようにしたらおいしく食べられるのかを支援する専門的コミュニケーションが用いられていると推察される。

そこで、本研究では、第1報で分析した見守りの実態調査の結果から、見守りがどのような看護技術で構成されているのかを明らかにすることを目的とした。

Ⅱ. 研究方法

1. 研究デザイン

参加観察法を用いた記述的研究。

2. 対 象

ベナーの看護論¹⁰⁾において一人前とされる経験3年以上の看護師と、医師が機能的嚥下障害と診断した一部食事介助が必要な患者。

3. 調査期間、調査場所

2010年8月～9月。A病院の神経内科・外科病棟。

4. データ収集方法

1) 参加観察内容についてのチェックリストの使用

本研究では、第1報⁶⁾で完成したチェックリストを使用した（表1）。第1報と同様に、研究観察者が見落とした項目を参加観察の最後に看護師へ確認することとした。また、各観察場面で研究者が異なるため、「食感を楽しんでいるか（舌ざわり、喉ごし）」、「食事（会話）を

表1 見守り内容の観察結果

	観察項目（見守り項目）	見守りチェック項目									項目 総数	
		case 1		case 2		case 3			case 4			
		1回目	2回目	1回目	2回目	1回目	2回目	3回目	1回目	2回目	3回目	
食事の準備	☐ 姿勢										0	
	☐ エプロンをつける	○				○	○				3	
	☐ 手を洗う、拭く										0	
	☐ 覚醒しているか	○	●			○	○	●			5	
	☐ 食べる気があるか	○		○				●	○		○	5
	☐ 部屋の環境			○		○		●				3
	☐ 準備状況	○		●	○	○	○					5
食事中	☐ 食事器具が適切に使えているか			○			○	○		○		4
	☐ 一口の量は適量か					●	○	○		●		4
	☐ 口に詰め込んでいないか	○		○			○	●				4
	☐ 食べ方の速度に変化はないか					●			○	○	○	4
	☐ 食塊の形成はできているか											0
	☐ バランスよく食べているか	○				○	●					3
	☐ よだれの有無					●		●				2
	☐ 口から食べ物がこぼれていないか			○		○	○			○	○	5
	☐ 咀嚼はできているか						●	○	○	●		4
	☐ 噛み合わせは悪くないか						●	●				2
	☐ 義歯は合っているか						●	●				2
	☐ 胸やけはないか											0
	☐ 食物が口の中に残っていないか					○	○				○	3
	☐ きちんと飲み込めているか（咽頭挙上）			○		○	○	○				4
	☐ 食物の逆流はないか											0
	☐ 鼻から食物の逆流はないか											0
	☐ むせはないか	○	●	○		○	○	●	○	●		8
	☐ 喘鳴はないか					○						1
	☐ 声のかすれはないか											0
	☐ むせがあるとき痰をだせるか											0
食後	☐ 食物の逆流はないか					○					1	
	☐ 胸焼けはないか										0	
	☐ 嘔吐はないか									●	1	
	☐ 口に食べ物は残っていないか						○				1	
	☐ 満足感はあるか						○				1	
	☐ 疲労感はないか						●				1	
	☐ 十分な食事量であったか						○			●	2	
全体	☐ 食事時間は適切か（ペース）	○					●		○	○	○	5
	☐ 食欲はあるか	○		○	○		●		○		○	6
	☐ 味を楽しんでいるか			○				○	○			3
	☐ 食感を楽しんでいるか（舌ざわり・喉ごし）						●	○				2
	☐ 視覚・嗅覚・温度を楽しんでいるか							○				1
	☐ 食事（会話）を楽しんでいるか			○	○		○	○		○	○	6
	☐ 頭部・頸部の位置	○		○			○					3
	☐ 姿勢の保持	○	●	○	○	○	○	○	●	●	○	10
総数		11	3	13	4	15	24	17	8	11	8	114
看護師が見守りに費やした時間（秒）		247	233	397	171	1860	1200	251	378	405	176	5318
看護師が見落とした項目		0	3	1	0	3	8	8	1	6	0	30

○：研究者が見守りとしてチェックした項目

●：研究者が見守りを見落とし、看護師が追加してチェックした項目

楽しんでいるか」の内容は、判断に相違ができた可能性があった。そのため、例えば『見守り項目の「味を楽しんでいるか」は、看護師から患者への「味」と「楽しい」を含む内容の声かけを行った時にチェックする』というように、統一した参加観察内容を取り決めた。

2) 参加観察法による見守り項目のデータ収集

研究観察者は、全員臨床経験を有する看護師である。研究観察者1名が表1を用いて病棟看護師が行っている食事の見守り場面の参加観察¹⁾をし、看護師が患者の見守りに費やした時間と、患者の食事の所要時間を測定した。対象は4床室の患者とした。そのため、研究観察者の立ち位置は、食事場面に影響しない場所とした。また、食事終了後、看護師に観察内容の漏れがないか、さらに、一番重要視した見守りの項目について確認した。本研究では、個人情報保護の観点からカルテの閲覧を行わず、診断名や食事形態に関するデータは、看護師から収集し、看護師自身の個人データも問わないことを前提に研究の協力依頼をした。

3) データ収集時間および観察場面

データ収集を行う食事の時間帯は、勤務者が多い平日の昼食時とした。なお、研究者がどのように観察したかを看護師が知ることによりデータの信頼性が確保できないため、同じ患者と看護師の組み合わせは1回までとした。

5. 分析方法

1) 見守りの内容と看護師が見守りに費やす時間の分析

見守りの内容は、チェックリストにより項目数を単純集計した。見守りの項目数と見守りに費やす時間の関連を明らかにするため、スピアマン順位相関係数検定を用い、 P 値=0.05以下を有意とした。

2) 見守りを構成する看護技術の分類

見守りの項目数および見守りと同時に行われる直接的ケア項目数は、Excelを用いて単純集計した。見守りを構成する看護技術は、視診、

問診、聴診およびコミュニケーションに分類した。この分類ではデータの妥当性を高めるため、研究者間で検討を重ねた。

6. 操作的定義

1) 「見守り」

日本看護科学学会による「必要な介助、支援ができるような体制を整えて、意図的に対象の行為や様子を観察する。」⁵⁾という定義を採用した。

2) 「見守り時間」

看護師が患者を見ている時間とし、直接的ケアを行っている時間も含む。

7. 倫理的配慮

北海道大学大学院保健科学研究院倫理委員会の承認（承認番号10-29）を受け、看護師および患者に対し、本研究の目的と方法、協力承諾後も途中で取りやめることが可能であること、研究時に予想される不快、個人のプライバシーの保護、結果の公表について、口頭と書面で十分に説明し、同意書を得た。また、収集したデータの管理を厳重に行った。

対象者には、研究者は緊急時以外、直接的ケアに関わらないと事前に説明し、同意を得た。

Ⅲ. 結 果

1. 10事例の観察結果

参加観察により得られたデータは延べ10事例であり、これらは8名の看護師と4名の患者の食事場面であった。そのうち、患者に対し担当看護師1名のみが見守りを行った場面は7事例であり、複数の看護師または言語聴覚士が適宜介入した場面は3事例であった。

1) 見守り項目数と看護師が見守りに費やす時間

表1に示す、見守り項目数と看護師が見守りに費やした時間には、正の相関を認めた($r=0.739$, $p=0.027$)。

2) 見守りの内容

(1) 参加観察によって得られた見守りの分類と数

表2 食事時の見守り項目と看護技術数

	観察項目（見守り項目）	看護技術				見守りとして観察された項目総数	研究者が見守りを見落とした数
		視診	問診	聴診	コミュニケーション		
食事の準備	□姿勢					0	0
	□エプロンをつける	○				3	0
	□手を洗う、拭く					0	0
	□覚醒しているか	○	△		□	5	2
	□食べる気があるか	○	△		□	5	1
	□部屋の環境	○				3	1
	□準備状況	○				5	1
食事中	□食事器具が適切に使えているか	○				4	0
	□一口の量は適量か	○	△			4	2
	□口に詰め込んでいないか	○				4	1
	□食べ方の速度に変化はないか	○	△			4	1
	□食塊の形成はできているか					0	0
	□バランスよく食べているか	○			□	3	1
	□よだれの有無	○				2	2
	□口から食べ物がこぼれていないか	○				5	0
	□咀嚼はできているか	○			□	4	2
	□噛み合わせは悪くないか	○				2	2
	□義歯は合っているか	○				2	2
	□胸やけはないか					0	0
	□食物が口の中に残っていないか	○				3	0
	□きちんと飲み込めているか（咽頭挙上）	○	△			4	0
	□食物の逆流はないか	○				0	0
	□鼻から食物の逆流はないか					0	0
	□むせはないか	○				8	3
	□喘鳴はないか	○		☆		1	0
	□声のかすれはないか					0	0
	□むせがあるとき痰をだせるか					0	0
食後	□食物の逆流はないか	○				1	0
	□胸焼けはないか					0	0
	□嘔吐はないか	○				1	1
	□口に食べ物は残っていないか	○				1	0
	□満足感はあるか		△		□	1	0
	□疲労感はないか	○	△			1	1
	□十分な食事量であったか		△			2	1
全体	□食事時間は適切か（ペース）	○	△		□	5	1
	□食欲はあるか	○	△		□	6	1
	□味を楽しんでいるか		△		□	3	0
	□食感を楽しんでいるか（舌ざわり・喉ごし）				□	2	1
	□視覚・嗅覚・温度を楽しんでいるか	○			□	1	0
	□食事（会話）を楽しんでいるか	○			□	6	0
	□頭部・頸部の位置	○				3	0
	□姿勢の保持	○				10	3
総数		30	11	1	11	114	30

○：視診，△：問診，☆：聴診，□：コミュニケーション技術

表2に示すように、見守り項目を【視診】・【問診】・【聴診】・【コミュニケーション】の4つの看護技術に大別した。参加観察を行った10事例全てにおいて観察された見守り項目は、「姿勢の保持」であった。順に「むせはないか」で8項目総数、「食欲はあるか」、「食事（会話）を楽しんでいるか」で6項目総数であった。研究者が観察した項目総数は延べ114で、研究者が見守り項目を見落とした場面は30あり、全項目総数の26.3%を占めた。また、観察されなかった項目は、食事準備の「姿勢」、「手を洗う、拭く」、食事中の「食塊の形成はできているか」、「胸やけはないか」、「食物の逆流はないか」、「鼻から食物の逆流はないか」、「声のかすれはないか」、「むせがあるとき痰をだせるか」、食後の「胸焼けはないか」の9項目であった。

(2) 複数の看護技術を用いて行われる食事援助時の見守りの項目数

表3は、【視診】・【問診】・【聴診】・【コミュニケーション】の4つの看護技術に見守り項目を大別し、その項目総数および見落とし数を示したものである。

① 視診

【視診】のみから構成された見守り項目は「エプロンをつける」、「部屋の環境」、「準備状況」、「食事器具が適切に使えているか」、「口に詰め込んでいないか」、「よだれの有無」、「口から食べ物がこぼれていないか」、「噛み合わせは悪くないか」、「義歯は合っているか」、「食物が口の中に残っていないか（食事中）（食後）」、「食物の逆流はないか（食後）」、「むせはないか」、「食物の逆流はないか」、「嘔吐はないか」、「口に食べ物が残っていないか」、「頭部・頸部の位置」、「姿勢の保持」の18項目であった。

表3に示すように、視診のみの見守り項目総数は57で、そのうち見落としは16（28.1%）であった。

② 問診

患者の器質的障害や認知などの神経心理的障害についての質問を【問診】とした。【問診】

のみから構成された見守り項目は「十分な食事量であったか」の1項目であった。【問診】では、看護師のクローズド・クエスチョンによる応答が観察された。

問診のみの見守り項目総数は2で、そのうち見落としは1（50%）であった。

③ 聴診

【聴診】のみから構成された見守り項目はなかった。

④ コミュニケーション

【コミュニケーション】のみで構成された見守り項目は「食感を楽しんでいるか（舌ざわり・喉ごし）」の1項目であった。【コミュニケーション】では、オープンド・クエスチョンの使用と患者の応答、食材に対する情報提供、塩加減、患者の視線や言葉の使い方、患者の表情をもとに観察された。

コミュニケーションのみの見守り項目総数は2であり、そのうち見落としは1（50%）であった。

⑤ 同時に行われた看護技術

表3に示すように【視診】と【問診】で構成された見守り項目は「一口の量は適切か」、「食べ方の速度に変化はないか」、「きちんと飲み込めているか（咽頭挙上）」、「疲労感はないか」の4項目であった。見守り項目総数は13あり、そのうち4（30.8%）の見落としがあった。また、【視診】と【コミュニケーション】で見守られていた項目は「バランスよく食べているか」、「咀嚼はできているか」、「視覚・嗅覚・温度を楽しんでいるか」、「食事（会話）を楽しんでいるか」の4項目であった。見守り項目総数は14で、そのうち3（21.4%）の見落としがあった。【視診】と【聴診】で構成された見守り項目は「喘鳴はないか」の1項目であった。見守り項目総数は1であり、この見落としはなかった。【問診】と【コミュニケーション】で見守られていた項目は「満足感はあるか」、「味を楽しんでいるか」の2項目であった。見守り項目総数は4であり、見落としはなかった。【視診】と【問診】、【コミュニケーション】の3つが重複した

表3 看護技術による見守り項目の分類

看護技術	観察項目（見守り項目）	見守りとして観察された項目総数	研究者が見守りを見落とした数	観察された項目総数に対する見守りを見落とした数の割合(%)
視診	□エプロンをつける	3	0	
	□部屋の環境	3	1	
	□準備状況	5	1	
	□食事器具が適切に使えているか	4	0	
	□口に詰め込んでいないか	4	1	
	□よだれの有無	2	2	
	□口から食べ物がこぼれていないか	5	0	
	□噛み合わせは悪くないか	2	2	
	□義歯は合っているか	2	2	
	□食物が口の中に残っていないか（食事中）	3	0	
	□食物の逆流はないか（食事中）	0	0	
	□むせはないか	8	3	
	□食物の逆流はないか（食後）	1	0	
	□嘔吐はないか	1	1	
	□口に食べ物は残っていないか（食後）	1	0	
	□頭部・頸部の位置	3	0	
	□姿勢の保持	10	3	
	総数①	57	16	
問診	□十分な食事量であったか	2	1	
	総数②	2	1	
コミュニケーション	□食感を楽しんでいるか（舌ざわり・喉ごし）	2	1	
	総数③	2	1	
視診と問診	□一口の量は適量か	4	2	
	□食べ方の速度に変化はないか	4	1	
	□きちんと飲み込めているか（咽頭挙上）	4	0	
	□疲労感はないか	1	1	
	総数④	13	4	
視診とコミュニケーション	□バランスよく食べているか	3	1	
	□咀嚼はできているか	4	2	
	□視覚・嗅覚・温度を楽しんでいるか	1	0	
	□食事（会話）を楽しんでいるか	6	0	
	総数⑤	14	3	
視診と聴診	□喘鳴はないか	1	0	
	総数⑥	1	0	
問診とコミュニケーション	□満足感はあるか	1	0	
	□味を楽しんでいるか	3	0	
	総数⑦	4	0	
視診と問診とコミュニケーション	□覚醒しているか	5	2	
	□食べる気があるか	5	1	
	□食事時間は適切か（ペース）	5	1	
	□食欲はあるか	6	1	
	総数⑧	21	5	
視診を用いた項目総数（①+④+⑤+⑥+⑧）		106	28	26.4
問診を用いた項目総数（②+④+⑦+⑧）		40	10	25
聴診を用いた項目総数（⑥）		1	0	0
コミュニケーションを用いた項目総数（③+⑤+⑦+⑧）		41	9	22

表4 直接的ケアの観察結果

	観察項目（見守り項目）	直接的ケアチェック項目										項目 総数
		case 1		case 2		case 3			case 4			
		1回目	2回目	1回目	2回目	1回目	2回目	3回目	1回目	2回目	3回目	
直接的ケア	□姿勢を整える※ ¹	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	10
	□エプロンをつける※ ¹	○	○	○	○	○	○		○	○	○	9
	□卓上を整える※ ¹		○	○	○	○	○	○	○	○	○	9
	□手を拭く											0
	□食器の位置を調整する		○	○	○	○	○	○	○	○	○	9
	□口の中へ食物を入れる			○		○	○	○				4
	□吸引											0
	□一口の量を調整する				○	○	○	○				4
	□むせたときの対処（背中をたたく）					○						1
	□下膳する		○					○	○	○		4
	□筋・骨格の保持※ ¹						○					1
総数												51

○：研究者が直接的ケアとしてチェックした項目

●：研究者が直接的ケアを見落とし、看護師が追加してチェックした項目

※1：認知期に観察された項目

見守り項目は「覚醒しているか」、「食べる気があるか」、「食事時間は適切か（ペース）」、「食欲はあるか」の4項目であった。見守り項目総数は21であり、5（23.8%）の見落としがあった。

3）直接的ケア

表4に示すように、直接的ケアの項目は見落としがなく、研究者はすべて観察できた。その内容は、「姿勢を整える」、「エプロンをつける」、「卓上を整える」、「食器の位置を調整する」、「口の中に食物を入れる」、「一口の量を調整する」、「むせた時の対処（背中をたたく）」、「下膳をする」、「筋・骨格の保持」の9項目の観察ができた。また、直接的ケアの全51項目総数中、「姿勢を整える」、「エプロンをつける」、「卓上を整える」、「筋・骨格の保持」の29（56.9%）の援助は認知期に該当した。

IV. 考 察

1. 食事時の見守りを構成する看護技術と特徴

見守りの時間と項目数に正の相関がみられた。看護師は、食事時に視診等を用い患者を見守り、何度も繰り返し食事ケアのアセスメントを行う。特に本研究の対象者は急性期の患者であり、こ

の時期において患者は全介助から自立へ向けた回復過程にある。したがって、見守り時間が長いほど見守り項目が多いことは、自立へ向けた援助において、看護師が繰り返し患者を見守り、アセスメントしている可能性を示唆していると考えられる。

一般に摂食・嚥下障害患者の身体所見は、視診、聴診、触診、脳神経学所見で観察される⁸⁾。図に示すように、看護師の食事援助時の見守りは、視診、問診、聴診、コミュニケーションの看護技術に大別できた。本研究で観察された食事時の見守り114項目総数のうち視診を用いて見守りを行う場面は106と全体の93.0%を占める。これは、食事の見守りの際、看護師は視診によって非常に多くの情報を得ていることを示唆する。その一方で、「むせはないか」、「嘔吐はないか」などの視診のみに分類された項目は9であり、このうち4（44.4%）に見落としがあった。これは、「むせはないか」、「嘔吐はないか」などに問題がなかった場合、看護師が見守った内容を声に出して患者へ伝えることは少ないため、第三者には看護師が何を見守っているのか伝わりにくいことが推察できる。また、

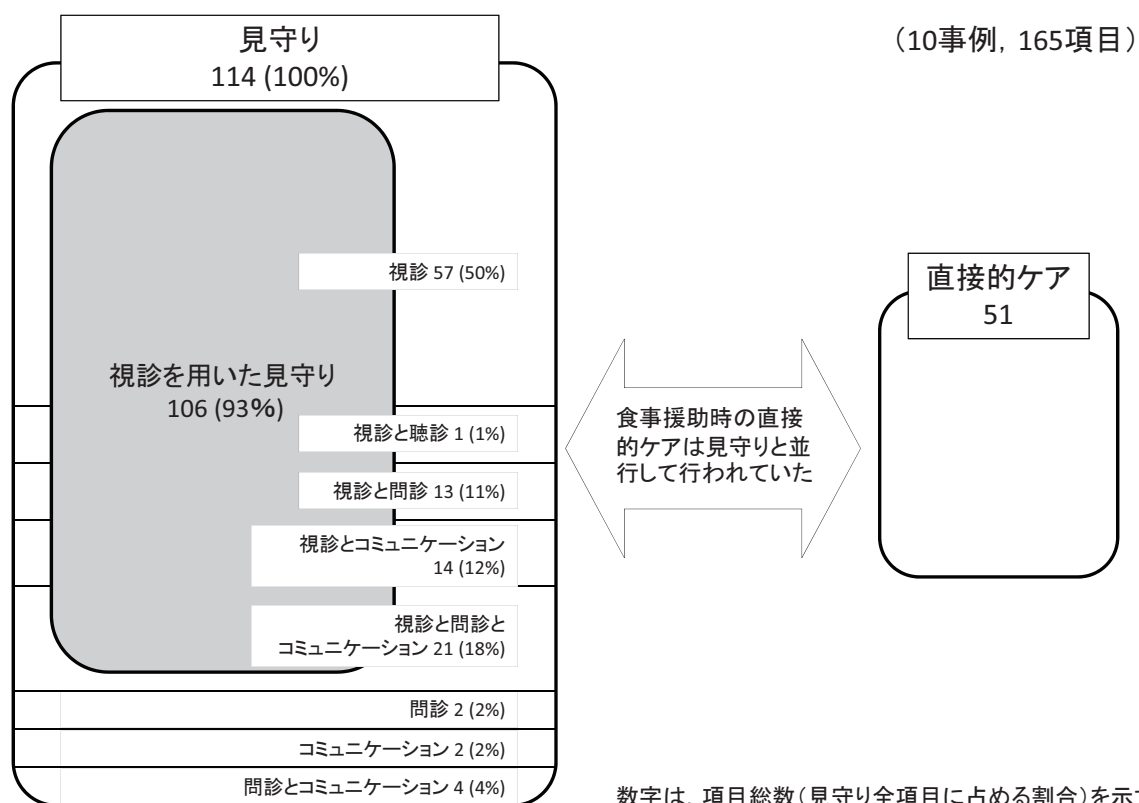


図 食事時の見守りと看護技術の特徴

見守り観察項目の「よだれの有無」,「義歯は合っているか」,「食物が口の中に残っていないか」,「食物の逆流はないか」は,8項目総数あり,そのうち6(75%)の見落としがあった。これは,看護師が見守った内容を患者に伝えた場合,相手に不快感を与えてしまう可能性があるため第三者へ伝わりにくいと考える。一方,視診と聴診やコミュニケーションが同時に行なわれる看護技術は,視診単独のみと比べて見落としが少ない。これは,看護師が観察した内容を相手に伝えたり,聴診器を用いる聴診のように患者に直接接触する行動のため第三者も容易に認識できるためと考える。このように見守りの際,多くの場面で「視診」が用いられる。看護師が視覚のみを用いた観察を行う場合,第三者には何を見守っているのか十分に伝わりにくいことが明らかとなった。

2. 自立に向けた直接的ケア

食事時の直接的ケア項目は見落としがなく,

看護師の行った行為は第三者がすべて確認可能であった。体幹の麻痺側への傾斜や頭部の保持といった姿勢を保持できない場合,嚥下障害のある患者にとって食事中の姿勢は極めて重要である。病態に応じて頸部後屈,頸部前屈,頸部回旋,頭部傾斜といった適切な姿勢をとることは,誤嚥の防止に効果的なことが報告されており¹³⁾,本研究においても「姿勢を整える」は,すべての場面で行われていた。このことは,先行研究と同様に姿勢の調整・保持困難へ介入することが看護師にとって必須であったためである。また,「姿勢を整えること」は,全介助から自立へむけた回復過程の各段階で代償的に提供する重要な看護行為であることが確認された。

さらに,食事援助時の見守りおよび直接的ケアは認知期のケアが多かった⁸⁾。食事を摂るまでの「認知期(先行期)」の直接的ケアは表4に示すように56.9%であった。食べるという過程の認知期(先行期)と準備期(咀嚼期)は意識的,口腔期や咽頭期や食道期においては反射

的な運動機能が必要であり、健康時は意識せずに行われている。しかし、摂食・嚥下障害をもつ対象者は、障害した機能を学習するために、食べるという一連の運動を意識化していく必要がある。特に、健康時との落差が大きいことから、食べることの生活行動の再獲得に向けた支援が必要である¹⁴⁾。したがって、看護師は摂食・嚥下障害患者のおかれている複雑な状況を、視診、問診、聴診およびコミュニケーション技術を同時に用いて観察し、患者に合わせた直接的ケアを行っていることが明らかになった。つまり、食事時の見守りは、直接的ケアと並行して行われていた。桑田¹⁵⁾は、患者の食事介助における「食事ペース」にかかわる看護技術の中で、患者の状態把握の配慮点・観察点、例えば「日々変化する身体状況」や「危険な食べ方」に対する看護師の関わり方は「患者の食べるペースを作る」としている。この観察点や関わりと並行して「患者のペースを判断する技術」や「危険回避の技術」などの看護技術が実践の中で位置づけられるとも述べている。本研究においても、食事時の援助は、視診だけの見守りではなく、一口の量を調整するなどの直接的ケアが並行して行われていることを明らかにすることができた。

以上より、食事時の見守りは、視診、問診、聴診、コミュニケーションの看護技術に大別できた。この中でも視診のみで構成される見守りは、第三者が確認しにくいことが明らかとなった。一方、食事時のケアとして、病室の環境を整える、姿勢を整える、食べ物を口に運ぶという直接的ケアは、他者が容易に確認できる。これは、飲みこみはできているが、食事のスピードは適切か、食塊の形成はできているか、疲労感はないかなどの内容は、看護師が患者へ声にだして確認しないかぎり、他者へは伝えにくい。したがって、見守りは、看護師と患者とのコミュニケーションを介した場合、他者へ可視化される可能性がある。例えば、看護師が見守

りの中で「味を楽しんでいるか」、「食感を楽しんでいるか（舌ざわり、喉ごし）」について確認したい場合、食事時の患者の表情や様子を観察し、さらに「おいしいですか」などと会話をすることで、はじめて患者と家族は食事時の看護師の見守りの意味を理解できるのではないだろうか。看護師は、食事時の見守りによって患者へ安全と安心を保障するための支援を行っている。この時には視診を用いることが多く、見守りの意図は他者へ伝わりにくいことが明らかとなった。見守りの意図を他者へ伝えたい際は、視診等のアセスメント内容を必要時に患者や家族および他者に言語化し示す必要がある。

現在、食事時の見守りは、看護必要度の中には記録されるが、詳細な効果は検証できていない。本研究では、看護師経験を有する他者（参加観察者）でさえ見守りを見落とす場面があった。視診が中心の見守りを評価するには、適時に見守りの意図を患者や家族および他者と共有することが必要となる。この共有により、看護師の見守りを含めたケアの意図が他者へ伝達可能となると考える。今後、見守りの意図を患者がどのように受け止めているかや意図を伝える際の看護師の専門的コミュニケーションについて、さらなる検討が必要である。

V. 結 論

1. 嚥下障害のある患者の食事時の見守りは、視診、問診、聴診、およびコミュニケーション技術を用いて、安全性を確保しながら行われる看護技術である。
2. 看護師は、食事の見守りの際、視診によって多くの情報を得ているが、視診による見守りは、第三者が確認しにくいことが明らかになった。
3. 見守りにおける視診等は、姿勢を整えるなどの直接的ケアと並行して実施されていた。

VII. 文 献

- 1) 武山薫理：精神疾患患者における嚥下機能

- アセスメントシートの有用性, 日本看護学会論文集 (精神看護), 41, 46-49, 2011.
- 2) 高柳智子: 回復期脳卒中患者の移乗時見守り解除に関するアセスメント指標の洗練化, 日本看護学会論文集 (看護総合), 41, 356-359, 2011.
- 3) 吉田美香, 森上佳代, 倉本勇太, 他: 車椅子・歩行器移動の見守りから自立への判断基準の統一—車椅子・歩行器移動自立チェックシートの活用—, 日本看護学会論文集 (老年看護), 40, 60-62, 2010.
- 4) 蔵原由花里, 松永美根子, 柴田真里: 施設における認知症の人を対象とした見守りについて—看護の視点から, 認知症ケア事例ジャーナル, 2(1), 10-16, 2009.
- 5) 日本看護科学学会, 看護学学術用語検討委員会: 看護行為用語分類—看護行為の言語化と用語体系の構築—, 日本看護協会出版会, 28, 2005.
- 6) 下田智子, 八幡磨並, 山本留美加, 他: 嚥下障害のある患者に対する食事時の見守り第1報—参加観察法を用いた実態調査—, 看護総合科学研究会誌, 14(1), 15-29, 2012.
- 7) 渡邊哲: 脳卒中後の誤嚥に関連する因子の検討, 愛知学院大学歯学会誌, 45(4), 579-590, 2007.
- 8) 藤島正敏: 脳血管障害の最近の動向, 日本医師会雑誌, 125(12), S31-37, 2001.
- 9) 才藤栄一, 向井美恵, 鎌倉やよい, 熊倉勇美, 藤島一郎, 山田好秋: 摂食・嚥下リハビリテーション第2版, 医歯薬出版株式会社, 130-135, 2010.
- 10) Patricia Benner, 井部俊子訳: ベナー看護論—初心者から達人へ, 医学書院, 11-32, 2005.
- 11) ジェイムズP. スプラッドリー, 訳: 田中美穂子, 麻原きよみ: 参加観察法入門, 医学書院, 239-245, 2010.
- 12) Logemann, S.A.著, 道健一, 道脇幸博監修: Logemann 摂食・嚥下障害. 第1版, 医歯薬出版 (東京), 107-110, 2003.
- 13) 斎藤やよい, 平井昭, 金井和子: 食事による心拍数の変動—高齢者における摂取時間の意義, 臨床看護研究の進歩, 1, 12-19, 1989.
- 14) 直井千津子, 重度の摂食・嚥下障害高齢者に経口摂取を可能にする看護—援助指針を適用して—, 老年看護学, 11(2), 120-131, 2007.
- 15) 桑田美代子: 患者のペースに合わせた食事介助を可能にする看護管理, Quality Nursing, 9(2), 30-37, 59-68, 2003.

Analysis of a Participant-Observation Study on Nurses' Observations (MIMAMORI) of Self-Feeding in Dysphagic Patients : the Second Report

Tomoko SHIMODA

(Faculty of Health Sciences, Hokkaido University)

Manami YAHATA, Rumika YAMAMOTO, Sachiko OIKAWA

(Former Department of Health Sciences, School of Medicine, Hokkaido University)

Sadako YOSHIMURA

(Faculty of Health Sciences, Hokkaido University)

Summary

Nurses' observations (MIMAMORI) at mealtimes involve keeping a watchful eye on the activities and performance of patients. This is an important and effective monitoring technique for supporting patients toward achieving self-feeding. MIMAMORI is often used in nursing care for dysphagic patients; however, there are no previous studies evaluating how MIMAMORI works in caring for these patients. This participant-observer study investigated the technical components of MIMAMORI and the actual conditions in which nurses conduct MIMAMORI for elderly patients with dysphagia, especially at mealtimes. Through data collection during 10 mealtimes in the neurology and neurosurgery ward of a general hospital, we found:

1. Nurses use simultaneous skills while conducting mealtime MIMAMORI for dysphagic patients: inspection, medical interviewing, auscultation, and communication techniques. During the MIMAMORI process, nurses are always ensuring the patient's safety.
2. Nurses can gather a lot of information through the inspection of patients at mealtimes; however, third-person observers have difficulty recognizing how inspection-based MIMAMORI by nurses works.
3. Nurses perform MIMAMORI in conjunction with direct care such as adjusting the patient's posture.

Keywords : nurse, observation, dysphagic patient, diet support, nursing skills