

# 軽中度知的障害児への 看護師による デイケアサービスの提案

調理プログラムを手がかりとした  
看護師役割の検討

大脇 万起子

2017

石川県立看護大学  
大学院 看護学研究科

博士論文

軽中度知的障害児への  
看護師による  
デイケアサービスの提案

調理プログラムを手がかりとした  
看護師役割の検討

大脇 万起子

2017

**A Proposal of Day Care Services by Nurses  
for Adolescents with Mild to Moderate Intellectual Disabilities  
- Evaluation and Review of Cooking-Based Nursing Intervention -**

**Background and Purposes:**

The Japanese Law for Supporting independence of Persons with Disabilities (shougaisha Jiritsu Shien Hou,2005) requires all daycare service facilities for persons with intellectual disabilities to station nurses. Confusion remains both among the administrators and nurses stationed at such facilities as to the scope of services unique to nurses, since many of the intellectually disabled do not usually require medical treatments. To specify roles of nurses at such facilities is one of the important challenges of such facilities.

A qualitative content analysis was done in this study with the purpose of identifying ways in which expert nurses should be involved with the adolescents with intellectual disabilities based on the analyses of both (1) the nursing records of the expert nurses providing cooking-based intervention to adolescents with mild to moderate intellectual disabilities and (2) the findings of the discussion among all intervention providers.

**Chapter I: Introduction**

In this section the authors stated the background and the significance of this study citing a number of literature reviews.

**Chapter II: Preliminary Studies**

In this section two preliminary research findings were reported. In the preliminary study 1, our previous nationwide survey findings were statistically reexamined (sample n=267) regarding the present status of both the living skills presumed necessary for cooking and the common disability traits of the adolescents with mild to moderate intellectual disabilities. The findings indicated that the adolescents should be capable of working on cooking if adequate supports were given.

In the preliminary study II, in order to identify both the meaning and the

significance of cooking among the diverse living abilities of adolescents with mild to moderate intellectual disabilities, two female adolescents were asked to join an overnight-stay experience - programed 4 times with a total of 8 days - in a group home for the intellectually disabled with the supporting members consisting of an expert nurse and a newly-employed nurse who assisted the expert nurse. Discussion was done among the two nurses and researcher involved, the findings of which were analyzed and documented.

### **Chapter III: The Main Study**

Nursing intervention based on cooking program was provided by 5 expert nurses to 10 adolescents with intellectual disabilities. The resulting data obtained both from the group discussion and from the field notes were analyzed by qualitative methods. To improve the validity of the study, a number of specialists in qualitative content analysis were asked to join in the analytical processes and give supervision in the process that lead to the final conclusion of our study.

The findings showed that cooking-based intervention not only improved the cooking skill of the subjects but also the social skills essential for their social maturity.

The specific interventions practiced by the expert nurses were qualitatively analyzed from three concepts including 'nursing attitude', 'nursing perspective', and 'nursing skill', which lead to our proposal of an adequate nursing assistance at day-care service settings.

The aims of the expert nurses in providing nursing assistance were for the adolescent 'to be able to prepare simple dishes without help' and 'to learn to self-adjust to complete the cooking process.' The analyses indicated that cooking-based nursing intervention not only improved the cooking skills but also the social skills of the adolescents.

The concept of 'nursing attitude', was composed of four categories including 'a belief that the ability of the adolescents with intellectual disabilities can be improved'; that of 'nursing perspective', was composed of two categories including 'a decision-making of an arriving point for each individual adolescent according to

his/her own ability' ; and 'nursing skill', of four categories including ' reading the adolescent's true condition by his/her behavior and facial expressions for choosing the tasks most fit to each adolescent's conditions.'

The findings of 'nursing attitude' were employed in the 'nursing perspective', while those of 'nursing perspective', in 'nursing skill'. All these three concepts were embodied during the provision of the intervention by expert nurses who, making the best use of whatever they had learned from their clinical experiences, gave adequate support according to the specific requirement of each individual adolescent.

The study findings lead to our proposal of services to be employed at daycare centers with the focus on: (1) a possibility of cooking-based intervention, and (2) a possibility of nursing contribution in welfare areas.

#### **Conclusion:**

The originality of this research is the provision by expert nurses of intervention to the adolescents with intellectual disabilities, followed by the verbalization of the changes observed in such adolescents. Cooking-based intervention by expert nurses was found to improve both cooking skills and social maturity of the adolescents with mild to moderate intellectual disabilities. Interactions of the expert nurses with the participating adolescents were verbalized and the roles of the nurses were identified. In this paper the significance of cooking-based intervention as well as the roles expected of nurses were identified at daycare service facilities of the intellectually disabled, where medical treatments are not always required. The study findings lead to our proposal of daycare service provision by nurses at institutions of the adolescents with intellectual disabilities.

#### **Key Words**

Adolescent with mild to moderate intellectual disabilities, Day care service, Cooking, Expert nurse, Nursing intervention



1. はじめに .....	18
2. 予備的研究 1：全国調査による知的障害児の生活スキルと 障害特性 に関する統計的検討 .....	18
1) 目的 .....	18
2) 研究対象 .....	18
(1) 質問項目の設定 .....	19
(2) 調査対象の選択方法 .....	19
(3) 調査期間 .....	20
(4) 倫理的配慮 .....	20
(5) 回収率 .....	20
3) 方法 .....	21
(1) 予備的研究 1 に用いた研究対象 .....	21
(2) 予備的研究 1 で分析した質問項目 .....	21
(3) 分析 .....	21
4) 結果 .....	23
(1) 予備的研究 1 に用いた研究対象と調査件数 .....	23
(2) 生活スキルを問う項目 .....	25
(3) 障害特性を問う項目 .....	27
5) 考察 .....	29
(1) 生活スキルを問う項目 .....	29
(2) 障害特性を問う項目 .....	31
6) 研究の限界 .....	32
7) 予備的研究 1 の小括 .....	32
3. 予備的研究 2：熟練看護師による知的障害児に対する生活自立支援の検討 .....	34
1) 目的 .....	34
2) 方法 .....	34
(1) 対象 .....	34
(2) 各協力者の選定 .....	34
(3) 実施期間 .....	35
(4) 実施場所 .....	35

(5) 実施した内容 .....	35
(6) 分析方法 .....	35
(7) 倫理的配慮 .....	36
3) 結果 .....	39
(1) 対象 .....	39
(2) 実施日と参加状況 .....	40
(3) 熟練看護師 .....	41
(4) 熟練看護師の補佐をする看護師 .....	41
(5) 児の調理スキルを評価する際の着眼点 .....	41
(6) 4つの着眼点に基づく生活場面での変化の評価の方法 .....	42
(7) 初回と最終回での生活スキルの変化 .....	43
4) 考察 .....	48
(1) 児の生活スキルの変化に関して .....	48
(2) 看護支援の可能性に関して .....	49
5) 研究の限界 .....	50
6) 予備的研究2の小括 .....	50
第Ⅲ章 本調査 .....	52
1. はじめに .....	52
2. 目的 .....	53
3. 方法 .....	53
1) 対象 .....	53
2) 今回実施した調理プログラム .....	53
(1) 参加する児に関する条件 .....	54
(2) 実施場所 .....	54
(3) 支援体制 .....	55
(4) 実施日時 .....	55
(5) 実施頻度 .....	56
(6) 実施内容 .....	56
3) データ収集期間 .....	57

4) データ収集場所	57
5) データ収集方法	57
6) データの分析	58
(1) 事前準備	58
(2) 児の変化のデータ収集・分析	59
(3) 看護師の看護内容のデータ収集・分析	60
7) 倫理的配慮	60
4. 結果	61
1) 調理プログラムに参加した青年期の軽中度知的障害児の内訳	61
2) 熟練看護師の内訳	64
3) 児の変化について	64
(1) <簡単な料理を自分一人で作れる>ことを目的とした児の変化	65
(2) <自己調整して調理をできる>を目的とした児の変化	67
4) 熟練看護師の看護内容	72
(1) 逐語録に認められた熟練看護師の「看護姿勢」	72
(2) 逐語録に認められた熟練看護師の「看護視点」	76
(3) 逐語録に認められた熟練看護師の「看護技術」	77
5. 考察	81
1) 児の変化	81
(1) <簡単な料理を自分一人で作れる>ことを目的とした児の変化	81
(2) <自己調整して調理をできる>ことを目的とした児の変化	81
(3) 実施した調理プログラムの内容について	82
2) 熟練看護師の看護内容	83
(1) 逐語録に認められた熟練看護師の「看護姿勢」	83
(2) 逐語録に認められた熟練看護師の「看護視点」	84
(3) 逐語録に認められた熟練看護師の「看護技術」	84
6. 研究の限界	86
7. 本調査の小括	86
第IV章 終章	88

1. 今後の展望 .....	88
1) 知的障害者施設における調理を手がかりとした看護支援実践の可能性 .....	88
2) 福祉分野における看護師の貢献 .....	88
2. まとめ .....	89
引用文献 .....	91
利益相反 .....	99
謝辞 .....	100

#### 資料

予備的研究1で使用したデータの調査用紙：

生活能力・生活スキルを開発するプログラムのための調査

## 論文の構成

論文の構成を図 1 に示す。この研究の目的は、熟練看護師が青年期の軽中度知的障害児に対して調理を手がかりとした看護支援を実施して、実施者（熟練看護師）の記録、実施者との討論の内容から対象児の変化を分析し、熟練看護師独自の知的障害児への関わり方を質的研究により明らかにすることである。このプロセスを言語化することで、知的障害者施設のデイケアサービスにおいて、看護師がその専門性を発揮し、児の社会的自立を促すような支援の具体的内容を提示し、今後の知的障害者施設での看護師のあり方の示唆を得ようと試みた。

論文は 4 章で構成されている。

第 I 章は序論である。研究背景として看護師の職務の現状とそれに対する社会の認識と、2005 年に制定された障害者自立支援法が看護師にもたらした課題を述べた。そして、文献検討により、「調理」を実践する対象への効果、「看護師」が「知的障害者（児）」にこれまで行ってきた支援、他領域で「知的障害者（児）」にこれまで行なわれてきた支援について検討して本研究の意義を検討した。

第 II 章は予備的研究である。「本調査」（第 III 章）を円滑に実施・運営するために、2 つの予備的な研究を実施した。1 つは、軽中度知的障害児の、調理場面に関する生活スキルの獲得状況、および児の障害特性に関する一般的傾向を明らかにすることを目的とし、先行研究で実施した青年期の知的障害者の保護者を対象とした全国調査のデータ (n=267) を基に再分析した（予備的研究 1）。もう 1 つは、軽中度知的障害児の生活全般における調理の意義や位置づけを明らかにすることを目的とし、女児 2 名に対して 1 泊 2 日で 4 回、計 8 日の生活体験を実施し、熟練看護師 1 名と新人看護師 1 名が支援した。その内容を研究者が質的に分析した（予備的研究 2）。

第 III 章は「本調査」である。知的障害児 10 名に対して調理プログラムを手がかりとした、熟練看護師 5 名による支援を行った。データはグループディスカッションとフィールド・ノートを基に質的に分析した。また、結果の妥当性を高めるために、複数の質的研究者から分析およびその結果に対するスーパーバイズを受けて最終的な結果とした。

第 IV 章は「終章」である。調理を手がかりとした看護支援の有効性、およびデイケアに配置される看護師のあり方についての将来的な展望と、研究全体の結論を考察した。

## 第I章 序論

### 研究の背景と課題

障害者自立支援法による知的障害者施設(通所施設も含む)への看護師配置の法的義務づけ

↓  
健康課題の少ない知的障害者に看護師の必要認識は希薄

↓  
雇用者側の施設と被雇用者の看護師双方の混乱と不満

↓  
課題解決のための看護師の活用策が必要

### 先行研究の検討

- 1) 「調理による実生活への効果」に関する研究と知的障害児に調理支援を行う意義
- 2) 海外における看護師の知的障害児への関与および今回の研究との関係
- 3) 海外における「知的障害児」への介入プログラムおよび今回の研究における位置づけ

## 第II章 予備的研究

### 予備的研究1: 全国調査の統計的検討

目的: 軽中度知的障害児の能力・特性が調理に取り組める状況にあるかの判断をする

↓  
方法: 先行研究で実施した青年期の知的障害者の保護者を対象とした全国調査のデータ(n=267)をもとに再分析した。

↓  
結果: 調理をできる児は少なかったが、調理に必要な巧緻性などがあり、障害特性も配慮すれば予防・抑制が可能な状況にあった。

↓  
結論: 軽中度知的障害児は能力・障害特性ともに調理に取り組むことが可能と判断できた

### 予備的研究2: 生活自立支援の検討

目的: 軽中度知的障害児は調理に興味を持つのか、調理に取り組む意義はあるかの判断をする

↓  
方法: 女児2名の1泊2日、4回、計8日の生活体験を、熟練看護師1名、新人看護師1名が支援した。その内容を研究者が質的に分析した。

↓  
結果: 調理は「他者からの肯定」も得られ、「関心と意欲」も「達成度」も向上し、逆に「疲労度」は低下した。

↓  
結論: 軽中度知的障害児の調理への関心・意欲・達成度は高く、他者からの肯定など社会性の効果もあり、取り組む意義があると判断できた

## 第III章 本調査

### 調理プログラムを手がかりとした看護師役割の評価検討

目的: 看護支援により、軽中度知的障害児は能力・障害特性ともに調理に取り組める状況にあり(予備的研究1)、看護支援によって調理スキルや社会性が向上するという効果があった(予備的研究2)ことから、どのような看護支援が、児をどのように変化させるかを明らかにする

↓  
方法: 知的障害児10名に対して調理プログラムを手がかりとした、熟練看護師5名による支援を行った。データはグループディスカッションとフィールドノートをもとに質的に分析した。また、結果の妥当性を高めるために、複数の質的研究者から分析およびその結果に対するスーパーバイズを受けて最終的な結果とした。

### 熟練看護師の調理支援

結果: 観察および聞き取り調査の分析から、熟練看護師は培ってきた看護姿勢・看護視点・看護技術を、軽中度知的障害児の調理支援場面に必要な形で発揮していた

### 軽度知的障害児の調理参加による変化

結果: 調理に対する認知・理解とスキルを高めただけでなく、調理への興味・意欲・集中により、障害特性の発生も減少・消失した。さらに同席する児との交流や持ち帰った料理を介しての家族交流を通し、家庭内外での社会性を向上させた

↓  
結論: 熟練看護師の看護姿勢・看護視点・看護技術が有効に作用し、軽中度知的障害児を向上させていた。また、その内容は他の看護師が同様の支援をすることにも有効と考えられた。

## 第IV章 終章

この研究では、先行研究の検討と2つの予備的研究を踏まえ、青年期の知的障害児に対して熟練看護師による調理プログラムを手がかりにした看護実践を行い、この研究の目的である知的障害者施設で働く看護師の今後のありかたの示唆を得た。

軽中度知的障害児に調理を用いた看護支援を行うことは、知的障害者通所施設に法的義務づけによって配置された看護師の一つの活用策になりうるとの結論を得た。

図1 博士論文の全体構成

# 第 I 章 序論

## 1. 研究の背景

### 1) 日本における「看護師」の現状と課題

日本における「看護師」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者（保健師助産師看護師法 1948 年法律第 203 号 第 5 条）であり、臨時応急の手当てや主治医の指示下での診療機械の使用や医薬品の授与（第 37 条）もできる存在である（e-Gov 法令データ提供システム、<http://law.e-gov.go.jp> による、2016 年 10 月 26 日最終アクセス、以下、法令については、全てこのサイトを参照）。2002 年 9 月には厚生労働省医政局長より医師又は歯科医師の指示の下に保健師、助産師、看護師及び准看護師が行う静脈注射は、保健師助産師看護師法第 5 条に規定する診療の補助行為の範疇として取り扱うものとするという「看護師等による静脈注射の実施について」の通知が出された（厚生労働省ホームページ、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/08/dl/s0828-1c.pdf> による、2016 年 10 月 26 日最終アクセス、以下、看護師が行う診療の補助については、全てこのサイトを参照）。

一方、上述した療養上の世話の中で、看護師の代行が無資格でもできる療養上の世話は、現在では看護助手（看護補助者、医療補助員）が担うことが多くなっている。その現状を裏付ける調査報告（大場ら，2016）や院内共通医療補助員への看護業務の移譲を肯定する報告（仁木ら，2016）もある。

さらに、保健師助産師看護師法第 5 条に規定する、療養上の世話の範疇に属さない退院後の患者の空きのベッド及び離床可能な患者のベッドに係るベッドメイキングについては、看護助手など医療現場に関わる職種ではない一般業者等に業務委託することが可能（2000 年 11 月 7 日付け医政看発第 37 号・医政経発第 77 号）となっている。

このように、法律上、看護師にしか担えない医療行為以外の業務は、他職種が担うことが今日通常となっている。その背景には、そうならざるを得ない程の看護師の業務負担がある。同時に看護師はこうした現状にジレンマをもっている。その現状を裏付ける調査報告（相川ら，2014）もある。

在宅療養が普及してからは、看護師は訪問看護師として、同種の業務を在宅で行うようになった。しかし、そこでも診療の補助や臨時応急の手当てが業務の中心になり、療養上

の世話は介護ヘルパーが主に担っている。経済的側面からみれば、在宅療養での看護師の時間単価は介護ヘルパーに比べて高い。当然、訪問看護の利用者である患者と家族の多くは、看護師には看護師にしか出来ない医療的処置の実施だけを短時間で行うことを求めるであろう。

以上述べてきたような状況が、患者とその家族、それを取り巻く人々だけでなく、看護師自身も、いつの間にか当たり前のことになっていたのかもしれない。

## 2) 知的障害者施設への看護師の配置の義務づけとそれに伴う課題

「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」すなわち「障害者自立支援法」(2005年11月7日法律第123号)の「障害者自立支援法に基づく指定障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準」(2006年9月29日厚生労働省令第172号)により、知的障害者施設への看護師配置が義務づけられた。「障害者自立支援法」はその後「障害者総合福祉法」(2013年4月1日施行)へと引き継がれた。同法においても知的障害者施設への看護師配置の義務は引き継がれた。

平成23年度全国知的障害者通所更生施設・生活介護事業実態調査報告(財団法人日本知的障害者福祉協会 日中活動支援部会 通所更正施設分科会, 2013)によると、通所更生施設(以下、知的障害者施設とする。入所更生施設通所部・更生施設分場は含まない。)に勤務する現員は正看護師22名(常勤15名、非常勤7名)、准看護師7名(常勤3名、非常勤4名)の計29名であり、全職員数1,412名の2%であった(通所更生施設への送付事業所数229事業所、回答事業所数94事業所、回答率41.0%)。なお、知的障害者施設に関する同様の報告はこれ以降見出せない。

政府の調査による2015年度における社会福祉施設の従事者は520,322名であり、勤務する保健師・看護師数は69,394名(全従事者の13.3%)であった。

障害者自立支援法の施行以降、通所施設も増加しており、現在、知的障害者施設に配置されている看護師数はさらに増加していると考えられる。

看護師配置の義務づけに関する根拠について、障害者自立支援法の文面をみると、「日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う能力を有する看護師」という記載があるのみである。この「能力を有する看護師」という記載が、全ての看護師を示すのか、能力を有する一部の看護師を示すのか、文面では定かでない。また、障害者自立支援法に関する研究報告では、配置された看護師の業務内容について具体的に述べたもの

は見出せなかった。

今回の研究に着手した時点では、この法律に関する看護領域以外からの様々な提言(二見, 2012; 重田ら, 2012; 小澤, 2011; 曾和, 2009; 山本, 2007)には看護師配置に関する記述はなく、看護領域においても将来的な知的障害者施設における看護師業務への提言(萱間, 2007; 松岡, 2007; 東, 2007)のみであった。この状況は現在でも同様である。

こうした中、先に述べたように医療的処置が看護師の業務であるという、必ずしも看護師の本来の業務とは合致しない状況から、医療的処置を常時は必要としない知的障害者施設に配置された看護師のあり方について、施設管理者・看護師双方が混乱しているように見受けられる。萱間(2007)は、福祉施設への看護師配置の義務づけがあるものの、看護師はこれまであまりこの領域の支援に携わっていないため福祉施設との間に様々な課題が生じていると述べている。そして、現場で何をすべきか「知らない」ではすまされないと同時に、この領域において看護師にしかできない役割があるはずだと言及している。

施設管理者・看護師双方の混乱を解消し、納得できる看護師業務のあり方を見出すことは、知的障害者施設の課題の1つとなっている。

## **2. 軽中度知的障害児に対して「調理」を手がかりとする看護支援の可能性**

先に述べてきたことから、施設管理者・看護師双方の混乱を解消するためには、知的障害者施設に配置された看護師が、障害者自立支援法が定めた「日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う能力」により、「デイケア」の場面において、「知的障害者」をケアしていると施設管理者・看護師双方が認識できる支援内容を提案することが必要だと言える。

そのためには、「日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練」に必要な情報を把握した上で、「気持ちが向かないことに取り組むことが極端に困難」であるという知的障害児全般の特徴を踏まえて、児の興味・嗜好を把握することが不可欠であろう。以下、それぞれについて述べる。

### **1) 「日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練」に必要な情報の把握**

「日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う能力」について考えると、知的障害の原因が進行性病変(Rett 症候群、脳腫瘍など)によるものでない限り、病的に機能を「減退」することは少ない。それよりも、知的障害児が内在する能力を発

揮する場が与えられず、環境的な理由で機能の「減退」を起こす可能性がある。これを防ぐためには知的障害児に内在しているが、未だ発揮されておらず、そのままでは「減退」する可能性がある「日常生活を営むのに必要な機能」（生活スキル）を把握することが必要である。

知的障害児には多動や転動性、奇声などの障害特性が多発し、これも「日常生活を営むのに必要な機能」を「減退」させる原因となり得る。これらの障害特性についても把握することが必要である。

## 2) 知的障害児の興味と看護支援の手かかり

知的障害児は、自分の気持ちが向き、快感情や快感覚の生じる作業でないと、なかなか取り組まない。そのため、知的障害児の興味・嗜好を踏まえた「日常生活を営むのに必要な機能」のうち、そのままでは「減退」する可能性のある作業を手かかりとした支援を行う必要がある。

これまでの筆者の経験からは、知的障害児は、健常者以上に「食べること」すなわち「食事」への興味が強い。「食事」は機能的に彼らが自立してできることの一つであり、また、「おいしさ」や「満腹感」など快感情や快感覚の生じる作業でもある。一方、「食事」をするための「調理」に関しては、一定の興味・関心はあるものの、なかなか着手できない作業と思われる。一つは調理に伴う作業の複雑さであり、もう一つは火気や刃物などを扱う危険性があるからだと考えられる。これらは、「日常生活を営むのに必要な機能」の中でも「減退」する可能性のある作業だと考えられる。

「調理」を手かかりとした支援を実施することを考えた場合に、知的障害児の手先の器用さの欠如や知的能力から判断して、重度・最重度の知的障害児には困難であると思われる。軽度・中度の知的障害児（軽中度知的障害児）であれば、適切な支援があれば「調理」に取り組める可能性が残されていると思われる。しかし、軽中度知的障害児が「調理」に取り組める能力があり、「調理」に興味をもち、実際に取り組めるかどうか、また、その取り組みを実施する意味があるかどうかを検討することが必要である。

以上のことを踏まえて、まず、知的障害児が「調理」に取り組む意義に関して、「調理による実生活への効果」に関する文献検討を行った。同時に、海外での知的障害児との看護

師の関わりや、看護以外の領域での知的障害児との関わりについても文献検討し、日本の看護領域における知的障害児への関わりについての参考とした。

そして、本調査に入る前に2つの予備的研究を実施した。1つは、軽中度知的障害児の、調理場面に関係すると思われる生活スキルの獲得状況、および児の障害特性に関する一般的傾向を明らかにすることを目的とした、著者らの既存データの統計的再分析である（予備的研究1）。もう1つは、軽中度知的障害児の生活全般における調理の意義や位置づけを明らかにすることを目的とした、看護支援を伴う宿泊体験による観察研究である（予備的研究2）。

### 3. 研究の目的と意義

この研究の目的は、熟練看護師が青年期の軽中度知的障害児に対して調理を手がかりとした看護支援を実施して、実施者（熟練看護師）の記録、実施者との討論の内容から対象児の変化を分析し、熟練看護師独自の知的障害児への関わり方を質的研究により明らかにすることである。このプロセスを言語化することで、知的障害者施設のデイケアサービスにおいて、看護師がその専門性を発揮し、児の社会的自立を促すような支援の具体的内容を提示し、今後の知的障害者施設での看護師のあり方の示唆を得ようと試みた。

熟練看護師に限定した理由は、知的障害者施設という未知の現場でその能力を発揮する可能性は、少なくとも経験の浅い看護師よりも「熟練者」と呼ばれる看護師の方が大きいと考えたからである。

知的障害者施設のデイケアサービスは多くの看護師にとっては未知の領域である。しかし、熟練看護師が試行錯誤しながら実践する支援の様子を観察・分析・検証することにより、青年期の軽中度知的障害児に提供できる看護支援の方法を開発できるのではないかと考える。熟練の域に到達していない看護師であっても、今回開発された看護支援の方法を認識・理解し、実践に用いることができる可能性がある。そして、その方法が知的障害児の生活スキルの向上、さらには社会的自立に効果的であれば、看護師は知的障害者施設において独創性をもった支援が展開できるようになる。

知的障害者施設での本格的な実践が実現し、普及すれば、当事者である知的障害児とその家族、知的障害者施設の関係者だけでなく、一般社会からも看護師の社会的役割への新たな認識と理解を得られると考える。現状では知的障害児支援における看護職者の役割は殆ど研究、論文化されていない。その意味でも今回の研究は障害児看護という新たな実践・

研究領域の開発にも貢献できると考えている。

#### 4. 文献検討

研究実施に向けて、医学中央雑誌、EBSCO host の CINAHL Complete および MEDLINE の Web サイトをもちいて、2016 年 12 月中旬まで原著論文を中心に文献検索を行った。文献検討内容は、1) 知的障害児に調理支援を行う意義について、2) 海外における看護師の知的障害児への関与および今回の研究との関係について、3) 海外における「知的障害児」への介入プログラムおよび今回の研究における位置づけについて、である。

##### 1) 「調理による実生活への効果」に関する研究と知的障害児に調理支援を行う意義

医中誌 Web(Ver. 5)の「調理」はシソーラス用語であるが、ヒット数が多すぎるため、リスト表示される「調理体験」「調理訓練」「調理活動」による絞り込み検索を行った。その結果、「調理体験」8件、「調理訓練」19件、「調理活動」28件の文献を抽出した(重複なく実質55件)。このうち、実践検討を通じた実生活への効果の有無を報告している18件(「調理体験」3件、「調理訓練」2件、「調理活動」13件)を検討した。

調理を体験することで、調理への関心と調理に関連する生活行動が向上し(堀田, 2014; 堀田, 2013; 今本, 2011)、調理の訓練により、自己効力感が向上し(光森, 2014; 野村, 2014)、調理という活動を通して、精神的安定や意欲が向上し(荒井ら, 2016; 二瓶, 2012; 土屋ら, 2000)、また、自己効力感とそれに伴う行動の積極性が向上、さらに、社会性も向上する(横山ら, 2005; 横山ら, 2004; 横山ら, 2002; 横山, 2001; 大嶋ら, 1997)と報告されていた。調査対象は精神疾患患者、高齢者、知的障害者など様々であった。

また、上記と別に「調理」と「知的障害」(およびその関連語)をキーワードとして組み合わせ検索を実施した結果、「調理」と「知的障害」19件、「調理」と「精神発達遅滞」25件、「調理」と「発達障害」51件、「調理」と「自閉」25件の文献が見出された。このうち、実生活への効果に関する文献は4件あり、調理スキルの向上による「社会性の向上」(松岡, 2009)、「他のスキルへの般化(ある刺激に対して特定の反応が起るようになると、類似の刺激に対しても同じ反応が生起するようになること、波及効果)」(花田ら, 2011; 神山ら, 2010)、および「問題行動の軽減」(熊谷, 2012)が報告されている。

以上より、調理は、疾患や障害を問わず幅広く集団や個人を対象とした社会的支援に用いられており、それぞれの支援対象者に一定の良好な効果があると考えられた。なお、今

回の検索において、知的障害児に看護師が関わった調理支援の報告は見出せなかった。

検討した報告例と、知的障害児に対する筆者らのこれまでの支援経験(大脇, 2000; 大脇, 2004; Ohwaki ら, 2004; Hohashi ら, 2005; 大脇, 2008; 大脇, 2010)を基に、軽中度知的障害児に対する調理の意義を検討した。知的障害児のもつ特性として、抽象的認知力が乏しいが、視覚的認知が優位だという点が挙げられる。そして、調理には、実物の食材を使う現実味が興味を高め、自らが順序立てて料理を作ることができ、それができあがるという達成感と、最後に食べられるという現実的な満足感がおもしろさとなる。そして、そこからやる気を生み出す効果があるのではないかと考えられた。つまり、調理は知的障害児の認知能力や興味・関心とも一致する作業であると言える。また、他の疾患に対する成果から、調理の効果としては、生活自立スキルとしての調理スキルの習得のほか、家族を含む他者とのコミュニケーションや協調性など社会的スキルの向上効果や、情緒安定・自信・自尊心・自主性など対象者の心理面の健康状態を高め、活性化する効果が期待できる。

生活の中でも、知的障害児は「食べること」に対する興味は強い。食べるという行動自体は知的障害児の場合、重複障害がない限り、身体障害者と異なり、全員自立している。そうだとすれば、調理が食の自立の次の段階となる。しかし、包丁の使用や熱処理を必要とする調理は、危険を伴うため、保護者によっては、させたいと思いながらも、他の生活行動に比べ、着手のしにくさも感じていることが多い。また、調理には幾つかの動作を組み合わせて調整する作業(食材の調理状況をみながら、火の通り具合を判断し、火力を調整するなど)が多い。知的障害児の場合1つ1つの動作ならできても、幾つかの作業を関連づけてすることは巧緻性(器用さ)の面から困難なことが多く、さらに臨機応変な作業が加わる調理は健常者が考える以上に高度な作業となる。また、疲れたり、嫌になっても、途中で投げ出せないという持久力を必要とする作業であることも困難さを生み出している。しかし、こうした取り組みの困難さを伴う生活行動を保護者や支援者がいつまでも代行すれば、自立は困難になる。

山本(2007)は自立のためのはずのグループホームが知的障害者の「ホテルリズム(何もかもやってもらって生活スタイル)」になっていることに言及している。困難な生活行動が少しでもできるようになることは、今後社会的に独立していくことが期待される軽中度知的障害児にとって重要なことと考えられる。作業所での就労で児が得る給与(月収は多くて10万円弱、少ない人は数千円)から考えても好きなものを外食することはなかなか難しく、自分で作れることは経済的にも望ましい。就労中は給食、グループホームでは非常勤のへ

ルパーが食事を準備するが、給与の安さや時間帯（自分の家族の食事を準備する時間帯）の問題もあり、人材不足の状況にある。従って、知的障害児にもできる方法を支援者が見つけだし、児が自分で作れるようになることは、多くの点で望ましいと言える。

高木ら(2013)は、調理について、知的障害者が「地域で暮らす」ための生活スキルの中でも、実用性が高く、社会的な強化を受け易く、生活の質を向上させるものとして極めて有益な生活スキルであるとし、自己肯定感の向上にも言及している。

Johnson ら(2011)は、知的障害児が健康的な食事や調理スキルを学習する機会が少ないことを指摘し、施設管理下生活から地域密着型の生活に移行する知的障害者が増加したことで、児が調理スキルをもつためのプログラムの開発と実践が必要になっていると述べている。また、栄養や調理スキルを学ぶことは、児の自立心を育み、健康的な食事を作るための知識やスキル、さらに自信を与えることに繋がるとしている。

山下ら(2006, 2007)は、調理実践の検討から、調理を習慣にすることが、前頭前野を鍛え、その働きであるコミュニケーションや身辺自立、行動の抑制、感情の制御など社会生活に必要な能力の向上もしくは低下を防ぐ可能性があるとしている。これらは知的障害児においても大変望まれる効果である。

一方、国内では知的障害児に関わる看護師自体が少ない。看護師による知的障害児への支援に関しては、他害行為を未然に防ぐ取り組み(村上ら, 2010)、知的障害者施設における衛生の取り組み(栗尾ら, 2006)、てんかん児の保護者への支援(殖栗, 2003)などが見受けられるものの、調理に関する支援、調理を手がかりとした支援は報告されていない。

知的障害児にあまり精通していない看護師であっても、比較的対応し易いと考えられる軽中度知的障害児に絞り、対象が興味を持ち易いと考えられる調理を糸口とすれば、介入の困難さは軽減すると考えられる。そして、調理スキルの開発から、複合的に発生する可能性のある社会性スキルを引き出す支援方法を見出すことも期待できる。まず、知的障害児の支援者として、質の高い看護を提供できると期待される熟練看護師の協力により、実践場面の観察と実践で生じた支援の効果を検証することで、「障害者自立支援法」が看護師にもたらした課題（デイケアサービスにおける配置の義務化）の解決策を見出したい。

## 2) 海外における看護師の知的障害児への関与および今回の研究との関係

前述のように国内において看護師が知的障害児に関わる機会は少ない。これに伴い、該当する文献は殆ど見られない（成人期以降の知的障害者まで範囲を広げれば精神科領域で

ある程度の文献は見出せる)。

一方、英国には知的障害専門看護師が存在する(learning disability nurse: learning disability は日本でいう学習障害ではなく、知的障害を意味する)。知的障害専門看護師に関する報告は多く、その内容も注目された。英国のヘルスケア従事者に関する公式サイト Published on Health Careers(<https://www.healthcareers.nhs.uk>)によれば、知的障害専門看護師の役割は、「知的障害者が、心身の健康を維持・促進すること、自立生活への障害を解消できること、充実した生活を送れることを支援すること」とされている(2016年12月アクセス)。その中には当事者だけでなく、家族の支援も含まれる。知的障害専門看護師の役割は、知的障害児であっても、健常者と同様に医療サービスが滞りなく、利用できるようにすることと言える。その根底には社会的包摂(social inclusion)という理念がある。

知的障害専門看護師が取り組む課題は、プライマリー・ヘルスケア(Parrishら, 1997)、向精神薬の代替アプローチ(Jekins, 2000)、知的障害児の問題行動に対する実践検討(Gatesら, 2001)、知的障害者および家族のスピリチュアル・ニーズに対する看護(Narayanasamyら, 2002)、知的障害者が家族の死の受容する支援のための評価ツールの開発(Blackman, 2008)、知的障害者が腸癌検査を受診するためのツール(Readら, 2009)、知的障害者の母親のバンアウトへの看護介入(Bilginら, 2009)、知的障害者の睡眠障害への看護介入(Sutton, 2011)、知的障害者の定期健康診査の実践(Chapmanら, 2012)など、健康保持増進に関する幅広い領域をカバーしている。

また、知的障害者が効果的に医療の提供を受けることができるための知的障害者リエゾンナースのコミュニケーションに関する報告(Castlesら, 2012; Brownら, 2012)がある。この報告において、リエゾンナースは知的障害者とコミュニケーションを取ることに努力し、問題発生時に知的障害児が自らも支援を求めることができるように準備している。そこでは、対象者と看護師が親密感や信頼感を構築しながら、対象者が居易く、何でも話せる環境を整え、看護師は対象者個々に適した問題発生に対する予防や対象者が自ら問題解決に積極的になれ、また自力で問題解決を図れることを目指す支援を行う、非指示的なアプローチを行っていた。このような方法は、日本人にも比較的受け入れ易いアプローチ方法だと考えている。

リエゾンナースの活動内容は、筆者がこれまでに取り組んできた実践研究とも多くの共通点が認められた。筆者は知的障害児と同胞への遊びと保護者への子育てや家族の課題に

関する相談により、参加家族の生活力の活性と改善を促す看護プログラム PLAI (Program for Life Activation & Improvement) を開発し、医療的処置ではない発達支援や家族支援のニーズとそのための支援方法があるとの結果を得ている (大脇ら, 2004)。また、PLAI を実践する看護師が、知的障害児とその家族員双方の役割・認識・感情に関する調整を行った結果、知的障害児や家族が家族機能を高め、精神的、身体的、社会的に生き易くなったという結果も得ている (大脇ら, 2010)。PLAI は、知的障害児や家族が、何か日常生活で課題を抱えたと意識した時点で支援を開始するものではない。筆者らは、普段は子どもには遊びを提供し、保護者には雑談の場を提供するという、余暇活動の支援を定期的に行っている。そして、その余暇活動を通して看護師は知的障害者や家族の状況を把握し、保護者が問題意識を持てば、速やかにその家族に適合する支援を提供している。また、PLAI では、病院受診へと繋ぐこともしており (大脇ら, 2000)、英国のリエゾンナースに近い活動も行っていたと考えられた。

以上の文献検討とこれまでの筆者の経験から以下のように考えられる。日本と英国では看護師資格そのものの違いにより業務範囲が異なるが、知的障害者施設に配置された看護師が、英国の知的障害専門看護師のような看護の提供を、日本人の受け入れ易い方法で提供することは可能だと考える。その意味では、知的障害者施設への看護師の配置の法的義務化は、新たな看護役割を発展させる好機ともなり得る。

一方、提供する看護内容は、看護師側と利用者側 (知的障害者とその家族、知的障害者施設の雇用者などの関係者) の双方が納得できるものでなければ、提案しても実用化には至れない。当事者が取り組んでみたいと意欲を示せるサービスを提供することが大前提である。サービスの内容に利用者が興味を示さなければ、サービスは成立しない。

そうした意味からも、この研究の対象にしようとする知的障害児の能力や特徴、そして知的障害児の代弁者 (知的障害児は知的な能力障害があるため、一人で意志決定を行い、それを他者に伝えることが困難なことが多いため、補佐や代行が必要) である保護者の思いを知ることが重要である。

### **3) 海外における「知的障害児」への介入プログラムおよび今回の研究における位置づけ**

国内ではこれまで、知的障害は不可逆的な脳障害によるものとして、治癒が望めない知的障害そのものへの有効な介入はなかった。そのため不穏状態など脳の興奮に対する鎮静

目的の投薬や、重複障害としてのてんかん発作などへの対症療法が医学の担う役割の大半を占めている。そして、今ある能力をできるだけ引き出し、児を生き易くしようとする目的で教育・心理・福祉領域がその能力開発を担ってきた。

知的障害については、自閉症スペクトラムに特化した教育・心理のプログラムである TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children: ティーチ) プログラムが有名である。1966 年ノースカロライナ大学医学部の Schopler 教授によって始められた TEACCH では、その目的を「自閉症児・者たちの脱施設化をはかり、家庭・学校・地域社会への参加能力を向上させ、それぞれの地域において自立した生活を営めるようにすること」としている。

そして、この目的を達成するために努力を重ねた結果、これまでの世界中のどの調査をみても、青年期や成人期に至った自閉症の人の 39%~74% が家庭や地域から離れて施設での生活を余儀なくされているのに対して、米国ノースカロライナ州では、わずかに 8% の人が施設や病院で生活を送っているにすぎないと報告されている (田川, 2002)。TEACCH では、視覚優位な自閉症の特性に対応し、視覚的 (物理的) 構造化を行い、work area や food area など場所と作業を結びつけ、jig という絵カードの手順書で、作業の手順の見通しをつけさせたり、タイムスケジュールを分かり易くしている (佐々木, 2007)。TEACCH を用いた障害児教育の報告は多い (Mesibov ら, 1983; Mesibov ら, 2010; Welterlin ら, 2012; Ichikawa ら, 2013; Virues-Ortega ら, 2013)。TEACCH には、PEP (Psychoeducational Profile) という専用の検査用具がある。用具で対象児が遊ぶ場面を直接観察しながら診断する。なお、現在は Psychoeducational Profile-3rd edition (日本版 PEP-3 自閉症・発達障害児 教育診断検査 [三訂版]) が最新である。模倣領域、知覚領域、微細運動の領域、粗大運動の領域、目と手の協応、言語理解の領域、言語表出の領域の 7 つの発達尺度をもつ検査により評価し、合格 (2 点) (課題を検査者の実演なしに独力で解決できる)、芽生え反応 (1 点) (課題の解決の仕方を少しは知っているが、完全には出来ない、または、課題にとりかかったり、完成したりするのに検査者が実演を繰り返さなくてはならない)、不合格 (0 点) (課題を解決できない、または、検査者が実演を繰り返しても課題にとりかかろうとしない) の 3 つの基準から評価し、合格、芽生え反応と評価された達成可能な項目の支援を行う。つまり、できるところに着目・集中し、向上を図ることで、自立向上を図る支援方法である。この方法は主に生活スキルの向上に直結する構造化された方法であり、国内でもこのプログラムを応用したと考えられる教育症例報告が多くある (米澤, 2012; 秦ら, 2011; )

藤原, 2010 ; 高橋, 2008)。

一方、情緒面からの能力開発を行おうとする方法もある。日本では、医学的視点から知的障害児の治療を教育の問題として実験を行い感覚教育として完成させた Montessori 教育(西本, 1980; 中田, 2008; 塚本ら, 2015) が普及している。

また、Montessori 教育のような具体的な教具はないが芸術活動や遊びを展開して感性を育てようとする Steiner 教育(瀬尾, 1993; 菊池, 1997; 塚本ら, 2015)がある。絵を描いたり、音楽なども比較的多く用いられる教育方法である。

今回の研究では、調理を介入手段とするが、デイケアという限られた時間の中での生活スキルの獲得を第1目的としている。そのため、キャンプの調理のように余暇活動として取り組み、情緒面を育てることが主目的ではなく、TEACCH の構造化の要素も取り入れながら、作業をこなせることを第一とし、その達成感から、情緒面への波及効果を期待している。デイケアサービスの場合、対象者が興味を持ち、参加してくれなければ、ケアを開始できない。看護師側からみた必要性以上に、当事者である知的障害児や保護者の参加意欲を得ることが必要である。まず、知的障害児が興味を示し、参加したいと意思表示をすることが不可欠である。そして、保護者は対象者が参加する意義があるかどうかを判断することになる。

海外で誕生した教育プログラムはいずれも優れた方法ではあるが、専門的学習を経て初めて実施できる方法であり、看護師がデイケアにすぐに用いるには困難を伴う。看護師がこうした方法を参考にすることは良いことであるが、それよりも看護教育により培われた能力やスキルにより、対象者の生活の中にある課題と向き合い、支援に取り組むことを優先すべきだと考えている。

## 5. 用語の定義と倫理的配慮

第2章の予備的研究、第3章の本調査に先立ち一連の研究における用語の定義と倫理的配慮を予め述べておく。

### 1)用語の定義

一連の研究における用語の定義は以下である。

#### (1) 熟練看護師

熟練看護師の定義に関しては、Benner の看護論が多くの研究で用いられている(杉田:2012 他)。

Benner (2001) は、「熟練看護師は状況全体の深い理解に基づいて行動する」としている。また、看護実践の領域として、援助役割、教育とコーチングの機能など7つの領域を挙げている。しかし、「熟練看護師」の看護経験年数については、5年以上を想定していると推察できる記載はあるが、明記はしていない (Benner, 2001; 井部, 2005)。

経験年数による熟練看護師の定義では、6～30年(斉藤:2009)、16年以上(原田ら:2008)、20年以上(渡邊:2010)などがあつた。また、日本では、日本看護協会の専門看護師の受験資格について、「看護師の資格取得後、実務研修が通算5年以上であること。そのうち通算3年以上は専門看護分野の実務研修をしていること」としている。  
([http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/probation\\_guide\\_cns](http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/probation_guide_cns))

以上を参考に、本研究では、「熟練看護師とは、実務経験が通算10年以上あり、そのうち通算3年以上は特定の専門看護分野(小児看護、精神看護など)の実務経験が3年間以上ある者であり、本研究で対象とする軽中度知的障害児の支援にも対応できる能力があると研究者が判断した者である。」と定義する。

## (2) 青年期の軽中度知的障害児

医療で用いられている「青年期」の定義は、MEDLINE や医学中央雑誌などの(調査対象の)年齢区分の絞り込み条件にもあるように、一般的には生活年齢(CA:chronological age)が13歳から18歳とされている。また、18歳までが小児科の対象とされており、小児(=児)とされている。

「知的障害」という言葉については、最新のDSM-5診断基準では、「知的能力障害」に診断名称が変更されているが、法令、文部科学省および厚生労働省では、現在も「知的障害」を診断名として用いている。

DSM-5(高橋 他 監訳, 2014)では、以下の3つの基準を満たすものを「知的能力障害(=知的障害)」としている。すなわち、

- A. 臨床的評価および個別化、標準化された知能検査によって確かめられる、論理的思考、問題解決、計画、抽象的思考、判断、学校での学習、および経験からの学習など、知的機能の欠陥。
- B. 個人の自立や社会的責任において発達的および社会文化的な水準を満たすことができなくなるという適応機能の欠陥。継続的な支援がなければ、適応上の欠陥は、家庭、学校、職場、および地域社会といった多岐にわたる環境において、コミュニケーション、社会参加、および自立した生活といった複数の日常生活行動における

機能を限定する。

C. 知的および適応の欠陥は、発達期の間発症する。

である。

知的能力障害の重症度は、DSM-5 において、概念的領域、社会的領域、実用的領域の 3 領域で査定され、重症度分類では軽度、中等度、重度、最重度に分類されている（日本精神神経学会，2014）。また、知的障害児が受給されている療育手帳の等級もこれに準じている。

以上のことを踏まえ、本研究では、「青年期の軽中度知的障害児とは、知的障害の重症度分類で軽度から中等度に属し、生活年齢がおよそ 13 歳から 18 歳にある児」とした。

## 2) 倫理的配慮

本研究は、滋賀県立大学の「研究に関する倫理審査委員会」により承認を受けた。

今回の研究は予備的研究から本調査に至るまで、全て、独立行政法人日本学術振興会 平成 20-24(2008-2012)年度科学研究費補助金 基盤研究(C)「発達障害児の地域社会で自立・自律生活できる能力を育てる看護支援システムの開発」(課題番号 20592594)の一部である。そのため、倫理審査は 2008 年にまず、5 年間全体の研究計画について審査を受け、承認を受けた。しかし、5 年という長期間であり、内容も年度ごとの進行により、段階を踏んで変わっていくため、研究の段階が進むごとに、再度、その段階の内容を倫理申請し、最初に受けた審査で提出した内容と齟齬がないかなどの確認を書面審議により行い、段階ごとに再度の承認を取り付けた。

具体的には、まず、第 2 章で示す予備的研究 1 のデータの基になった全国調査の質問紙票も含め、研究全体の審査を受けた(2008 年 7 月 8 日、承認番号 78)。この後に続く予備的研究 2 については、すでに提出した審査書類を基に口答確認のみで了承された。本調査(第 3 章)については、研究協力者が増えること、協力者の多くは研究者(筆者)が初めて関わることなどを倫理審査会に伝え、再審査を依頼し、審査委員長の判断により、書面審査が行われ、承認された(2012 年 7 月 30 日、承認番号 78-1)

以下に審査の概要を示す。

### (1) 研究の対象となる個人の人権擁護

研究への参加は任意であり、参加に同意しなくても不利益な対応を受けないこと、また、参加に同意した場合であっても、不利益を受けることなくこれを撤回することができるこ

とを保障する。研究にあたっては、個人の尊厳および人権の尊重、個人情報の保護、その他倫理的配慮について、徹底する。

#### **(2) 研究の対象となる者に理解を求め、同意を得る方法**

研究対象者に対して、研究の意義、目的、方法、予測される結果や危険などについて、文書により十分な説明を行い、理解を得たうえで、同意を得ることとする。

#### **(3) 研究によって生ずる個人への影響と学問上での貢献の予測**

一連の研究による支援が有効に機能すれば、児の生活能力が向上し、家族の介護負担も軽減し、ともに生活の組み立てに自信と見通しが持て、将来への不安も軽減すると考えられる。軽中度知的障害児が持つ能力を發揮し、地域にて健康で自立した生活を営めることは、本人と家族の QOL が向上し尊厳が守られるのみならず、高額な医療・福祉サービスの利用が減少し、公的負担軽減に繋がると予想される。学問上では、障害児看護学および家族看護学への多大な貢献をし、看護の新たな社会的貢献、看護師の専門性に対する認知に繋がる可能性が高いと考える。

#### **(4) その他**

取得した個人情報は、研究者の責任の下に管理し、厳重なアクセス権限の管理と制御を行う。研究者相互間でのデータのやり取り、保管にあたっては、個人を特定できないようにして取り扱うなど、情報セキュリティ管理の徹底を図る。

個人情報を含むデータは、研究成果公表後最低 5 年間は保管する。その後に、消去または裁断処理により廃棄することを検討する。

## 第Ⅱ章 予備的研究

### 1. はじめに

文献検討の結果、および研究者の長年の実践経験からも、調理による介入は軽中度知的障害児の生活スキル向上において様々な良い効果を期待できる方法と考えられた。しかし、調理時に事故などの不測の事態をできるだけ回避し、円滑に作業を進めるための環境を提供する必要がある。「本調査」ではおよそ10人の知的障害児に5人の熟練看護師を配置しての長期にわたる調理実践介入を実施する予定である。仮に熟練看護師であっても、知的障害児という不慣れな対象の特性を知らないまま、複数の児を同時にケアするためには、児の生活スキルや予測される行動などについてある程度の予備知識があることが望ましい。そこで、「本調査」の円滑な実施と運営のために、2つの予備的な研究を実施した。

1つは、軽中度知的障害児の、調理場面に関係すると思われる生活スキルの獲得状況、および児の障害特性に関する一般的傾向を知るための既存データの統計的再分析による研究である（予備的研究1）。もう1つは、看護支援を通じて、軽中度知的障害児の生活全般における調理の意義や位置づけを知るための宿泊体験による観察研究である（予備的研究2）。

### 2. 予備的研究1:全国調査による知的障害児の生活スキルと障害特性に関する統計的検討

#### 1) 目的

調査目的は大別して2つである。第1に、軽中度知的障害児が調理に関する生活スキルをどの程度獲得しており、また調理スキルを開発できる可能性がどの程度あるのか、第2に、調理実践の妨げとなるような知的障害児に特有の障害特性は何かを、全国データを基に把握することである。以上のデータを基に、予測される不測の事態を未然に防ぎ、「本調査」が円滑に進み、研究に必要なデータを得るための一助とする。

#### 2) 研究対象

研究対象は、既に実施済み（鈴木・大脇ら，2010）の調査で得たデータである。調査は下記に述べる方法で筆者らが作成した無記名記述式質問紙（資料：「生活能力・生活スキルを開発するプログラムのための調査」）により、実施した。

この調査は、知的障害児のどのような生活スキルの不足が、将来的な地域社会での自立の妨げとなっているか、また、どのような生活スキルの開発支援を行えば、将来的な自立が促進できるかを知ることを目的に実施した全国調査である。以下、研究対象となった調査の概要を述べる。

### **(1) 質問項目の設定**

まず、厚生労働省の『障害程度区分認定の概況調査票・認定調査票』を参考に調査項目を設定した。『障害程度区分認定の概況調査票・認定調査票』は知的障害児の公的支援を行う際に、調査員が児の状態の判定に用いるものである。ただし、高齢者、身体障害者、精神疾患などこの調査票は支援費交付の対象となる全対象に使用できる調査票であり、必ずしも知的障害児に特化したものではない。そこで知的障害児に特化した項目を追加するために、著者が関わった知的障害児に関する研究、「地域で生活する障害児の自律生活を支援する看護プログラムの開発－居住型モデルの開発・実践」(平成 18～20 年度厚生労働科学研究費補助金による医療技術評価総合研究事業、研究番号 16212401、研究代表者：三重県立看護大学 杉下知子)の結果を再検討し、さらに関連する文献の検討、および知的障害者のグループホームを運営する施設への聞き取り調査の結果などを反映させた。

最後に、特別支援学校知的障害教育校 PTA 連合会(以下、全知連)の本部役員(知的障害児の保護者)3名と実態把握できる内容になっているかの検討と加筆・修正を行い、完成版とした。

具体的には、知的障害児の巧緻性や社会性などの生活能力・生活スキルの自立度、および日常生活、特に地域社会生活の障害となる障害特性を把握する内容となっている。

### **(2) 調査対象の選択方法**

知的障害児に対するこの種の大規模調査は、研究者が単独に実施することは非常に難しい。そこで全知連事務局に調査協力を依頼した。全知連事務局が提案した調査協力の条件は、保護者への配慮として、全知連会長からの協力依頼状を添え、全知連に所属する保護者の人数分の調査用紙を各校に送付し、各保護者が、調査用紙を受け取り、調査内容を確認して、個々に調査協力するか否かを決定できるようにすることであった。これは、同じ校内でもランダムに調査対象を選ぶことに対する不平等感を無くす(逆にいえば、公平性を保つ)ための配慮である。最終的に、全知連に所属する 47 都道府県の特別支援学校から、各都道府県で知的障害児の総数が 100 名程度になるように、任意に選択した 1～2 校の保護者全員を対象に調査を実施した。

### **(3) 調査期間**

調査期間は、2009年3月～5月であった。

### **(4) 倫理的配慮**

滋賀県立大学の「研究に関する倫理審査委員会」にて倫理審査を受けた。知的障害児を対象とする生涯型看護支援プログラムの開発の一部として、専用の生活行動尺度を作成するために、保護者に対する質問紙調査を行う（実質回収1,000名予定）こと、質問紙調査の協力者のうち、協力を得られる一部の保護者（20名程度）には、質問紙調査の補足として、聞き取り調査も依頼すること、聞き取り調査については、以後のプログラムの開発・修正のため、適宜、調査を依頼することを伝えた。具体的な提出資料と内容は以下である。

- ① 実施計画審査申請：課題名、主任研究者、分担研究者、研究の概要及び必要性、研究予定期間、研究に関する内外の情勢及び研究者の準備状況、研究の対象及び実施場所、研究における倫理的配慮について、その他公表予定の方法、時期、場所
- ② 添付資料：研究計画書（全体および予備的研究の詳細）、インフォームド・コンセントを受けるための説明文書、生活能力・生活スキルを開発するプログラムのための調査用紙、インタビュー・ガイド（保護者用）

第1章で述べたように、最初に、研究の全体構成も伝えて、同時に全体の審査も受けた。

予備的研究1の審査では、倫理審査の窓口担当者が、先の全国調査の倫理審査申請書類を基に内容を筆者に確認後、倫理審査会の委員長と、委員会による再度の書面審議の必要性が検討された。その結果、予備的研究1は、完全に先の全国調査のデータの一部の分析であり、先の審査内容を超える倫理的配慮は必要ないと判断された。先の全国調査と同様の倫理的配慮を行うことが確認され、予備的研究1についての倫理審査は口頭試問のみで了承された。

### **(5) 回収率**

(2)の条件に従って送付した調査依頼件数は5,120名であり、得られた調査協力件数は535名であった（回収率10.4%）。その内、有効回答数は529名であった。

回収率が極端に低かった主たる理由は調査用紙の配付方法にあると考えられた。加えて、知的障害児を対象とした場合、その保護者自身に知的障害がある場合や、また経済状態や生活環境に課題をもつ家庭も多く、研究協力をするか否かの意思決定をする以前の課題が多い。このような点が回収率の低さの一因になったのではないかというのが全知連事務局の指摘であった。知的障害児に対する調査は、通常の写真紙調査とは実行可能性などの点

で質の異なる難しさを伴うものであると言える。

### 3) 方法

#### (1) 予備的研究 1 に用いた研究対象

上記の研究対象の中から軽中度知的障害児のデータのみを抽出して再分析を実施した。

#### (2) 予備的研究 1 で分析した質問項目

分析した質問項目は表Ⅱ-2-1 に示す調理スキルに関連する生活スキルを問う 28 項目と表Ⅱ-2-2 に示す障害特性を問う 11 項目、計 39 項目である。

分析した項目のうち、生活スキルを問う項目としては「本調査」を想定し、10 人程度のグループでの調理実践に参加するために必要と考えられる項目である。また、障害特性を問う項目は、参加時に調理実践の妨げになる可能性が高いと予想された項目である。

生活スキルを問う項目は「できる」「大体できる」「あまりできない」「全くできない」「わからない」の 5 件法、障害特性を問う項目は「全くない」「あまりない」「少しある」「よくある」「わからない」の 5 件法であった。

#### (3) 分析

知的障害の原因となった疾患名は多岐にわたる。一般に知的障害児を対象とするデイケアサービスでは、運営が円滑にできるように知的能力レベルや障害特性で参加の可否を検討することが多く、参加者に対する公平性を図るために障害の種類で参加の可否を決めることはしない。そこで今回も疾患別の集計は行わず、軽中度知的障害児全体としての分析を行った。

「本調査」では男女ともに対象とする予定である。知的障害児の生活スキルおよび障害特性の中には男女差が存在する項目があると思われる。そこで各調査項目の選択肢の頻度を男女別に単純集計した。「わからない」と回答されたものおよび回答が無記入であったものについては、「不明」として一括して扱った。さらに、 $\chi^2$  乗検定により男女差を検討した。その際、生活スキルを問う項目については、「できる」「大体できる」の回答を「できる群」、「あまりできない」「全くできない」の回答を「できない群」とした。障害特性を問う項目については、「全くない」「あまりない」の回答を「なし群」、「少しある」「よくある」の回答を「あり群」とした。

表Ⅱ-2-1 分析に用いた生活スキルを問う項目

<p><b>生活スキルを問う項目</b></p> <p><b>社会性：</b> 友だちと仲良くすること 友だちを上手に作ること</p> <p><b>生活マナー：</b> 学校や自宅での掃除 ゴミの分別</p> <p><b>対人マナー：</b> 他のひとに暴言を吐かない(障がい特性のため困難な場合も含む) 突然大声、奇声を出したりしない(障がい特性のため困難な場合も含む) 突然暴力をふるったりしない(障がい特性のため困難な場合も含む) 他のひとの物と自分の物の区別(障がい特性のため困難な場合も含む) 叩いたり蹴ったり器物を壊したりしない(障がい特性のため困難な場合も含む) 自分の出す音への配慮(例：ドアの開閉) 他の人との行動の折り合い(例：順番待ち)</p> <p><b>洗面：</b> 水道の蛇口の使用 水の温度の調節 水量の調整</p> <p><b>入浴：</b> タオルを洗うこと タオルを絞ること</p> <p><b>食事：</b> 食事の準備(調理) 食事の準備(配膳) 食事の後片づけ(食卓の整備)の手伝い 食事の後片づけ(食器洗い)の手伝い</p> <p><b>栄養：</b> 食事の時間にしっかり食べる(遊び食べや間食過多がない) 色々な物をバランス良く食べる(好き嫌いや偏食がない) 適切な量を食(摂取量が少なすぎたり、多過ぎたりしない)</p> <p><b>余暇活動：</b> 何かに取り組むこと(趣味)を楽しむこと</p> <p><b>家電使用：</b> 電子レンジを適切に使うこと</p> <p><b>整理整頓：</b> 自分の身の回りの物の整理整頓</p> <p><b>金銭管理：</b> ひとりで買い物の支払いをすること 適切な買い物(量、物)をすること</p>
---

表Ⅱ-2-2 分析に用いた障害特性を問う項目

<p><b>障害特性：</b> 泣いたり、笑ったり、怒ったり感情が不安定になること しつこく同じ話をすること 不快な音を立てること 行動をたしなめられると抵抗すること 目的もなく動き回ること 特定の物や人に対する強いこだわり 多動 行動の停止 パニック 不安定な行動 自分の体を叩いたり傷つけたりする行為</p>
--

#### 4) 結果

##### (1) 予備的研究1に用いた研究対象と調査件数

上記 529 名の内、軽中度知的障害児をもつ対象者は 267 名（回収件数の 50.5%）であった。最重度・重度と中度・軽度の区別は療育手帳に基づく。療育手帳の等級が等級 1（最重度・重度）、等級 2（0A・A）、等級 3（A1・A2）、等級 4（1 度・2 度）が重度および最重度であり、療育手帳の等級が等級 1（中度・軽度）、等級 2（B・C）、等級 3（B1・B2）、等級 4（3 度・4 度）が軽中度である。療育手帳の種類が多岐に亘るのは、市町村により採用される評価指標が異なるためである。

軽中度知的障害児 267 名の性別は、男児 179 名（67.0%）、女児 87 名（32.6%）、不明 1 名（0.4%）であった。

一般に知的障害児は複数の疾患を有することが多い。知的障害の主因と回答された疾患名と生活年齢の内訳を表Ⅱ-2-3 に示す。また、知的障害の主因となっている疾患名と調査回答者の続柄の関係を表Ⅱ-2-4 に示す。

障害別では、単に知的障害だけが診断されている精神発達遅滞が全体で 50.9%（男児 31.5%、女 19.1%）で最も多く、次いで自閉症が分類されている広汎性発達障害が 26.2%（男児 21.7%、女 4.5%）であった。

年齢別では、16 歳が全体の 38.2%で最も多く、次いで 17 歳 31.1%であった。

調査回答者別では、精神発達遅滞の保護者が全体で 50.9%（男児 31.5%、女 19.1%）で最も多く、次いで自閉症が分類されている広汎性発達障害の保護者が 26.2%（男児 21.7%、女 4.5%）であった。

保護者別では、母親が全体の 80.9%で最も多く、次いで父親 11.6%であった。

表Ⅱ-2-3 分析対象児の内訳①:疾患名と生活年齢

疾患名	精神発達遅滞			広汎性発達障害		学習障害		注意欠如多動性障害		器質性障害		その他		不明		計		
	男児	女児	不明	男児	女児	男児	女児	男児	女児	男児	女児	男児	女児	男児	女児			
生活年齢(歳)	15	24	17	1	14	2	0	1	0	0	2	4	0	0	7	3	75	(名)
		9.0	6.4	0.4	5.2	0.7	0	0.4	0	0	0.7	1.5	0	0	2.6	1.1	28.1	(%)
	16	25	20	0	30	5	1	0	1	0	5	6	1	0	7	1	102	(名)
		9.4	7.5	0	11.2	1.9	0.4	0	0.4	0	1.9	2.2	0.4	0	2.6	0.4	38.2	(%)
	17	32	13	0	14	3	0	0	0	0	3	4	0	0	9	5	83	(名)
		12.0	4.9	0	5.2	1.1	0	0	0	0	1.1	1.5	0	0	3.4	1.9	31.1	(%)
	18	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	(名)
		0.4	0.4	0	0	0.7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.5	(%)
	不明	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	(名)
		0.7	0	0	0	0	0	0	0	0	0.4	0	0	0	0	0	1.1	(%)
小計	84	51	1	58	12	1	1	1	0	11	14	1	0	23	9	267	(名)	
	31.5	19.1	0.4	21.7	4.5	0.4	0.4	0.4	0	4.1	5.2	0.4	0	8.6	3.4	100	(%)	
計	136			70		2		1		25		1		32		267	(名)	
	50.9			26.2		0.7		0.4		9.4		0.4		12.0		100	(%)	

表Ⅱ-2-4 分析対象児の内訳②:疾患名と調査回答者の続柄

疾患名	精神発達遅滞			広汎性発達障害		学習障害		注意欠如多動性障害		器質性障害		その他		不明		計		
	男児	女児	不明	男児	女児	男児	女児	男児	女児	男児	女児	男児	女児	男児	女児			
対象児との続柄	祖父	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	(名)	
		0.4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.4	0	0.7	(%)
	祖母	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	(名)
		0.7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.4	0	1.1	(%)
	父	9	4	0	4	2	0	0	0	0	2	2	0	0	5	3	31	(名)
		3.4	1.5	0	1.5	0.7	0	0	0	0	0.7	0.7	0	0	1.9	1.1	11.6	(%)
	母	66	45	1	53	9	1	1	1	0	9	12	1	0	11	6	216	(名)
		24.7	16.9	0.4	19.9	3.4	0.4	0.4	0.4	0	3.4	4.5	0.4	0	4.1	2.2	80.9	(%)
	姉	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	(名)
		0.4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.4	(%)
	伯母	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	(名)
		0.4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.4	(%)
	不明	4	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	13	(名)
		1.5	0.7	0	0.4	0.4	0	0	0	0	0	0	0	0	1.9	0	4.9	(%)
	小計	84	51	1	58	12	1	1	1	0	11	14	1	0	23	9	267	(名)
		31.5	19.1	0.4	21.7	4.5	0.4	0.4	0.4	0	4.1	5.2	0.4	0	8.6	3.4	100	(%)
計	136			70		2		1		25		1		32		267	(名)	
	50.9			26.2		0.7		0.4		9.4		0.4		12.0		100	(%)	

## (2) 生活スキルを問う項目

生活スキルを問う項目に対する回答結果を表Ⅱ-2-5に示す。生活スキルを問う項目の男女別集計結果を表Ⅱ-2-6に示す。

まず、全体で見ると、「できる」と回答した人数の多い項目から順に並べた結果、「食事の準備(調理)(49.1%)」は、最下位の「友だちを上手に作ること(46.4%)」に次いでできる割合がひくく、28項目中27位であった。他の項目では、高いものでは90%近く、低いものでも50%以上あり、殆どの項目で「できる」と回答した人は70~80%であった。

次に、男女差を見ると、「他の人との行動の折り合い」( $p<0.001$ )、「友だちと仲良くすること」「自分の出す音への配慮」「食事の後片づけ(食器洗い)の手伝い」(以上  $p<0.01$ )、「友だちを上手に作ること」、「学校や自宅での掃除」、「他のひとに暴言を吐かない」、「突然大声、奇声を出したりしない」、「食事の後片づけ(食卓の整備)の手伝い」(以上  $p<0.05$ )と、これらの項目は全て、女兒が男児より有意に多く、できる割合が高かった。

男児と女兒それぞれで「できる」と回答した人数の多い項目から順に並べた結果、「食事の準備(調理)」については、男児(46.4%)では最下位の「友だちを上手に作ること(41.9%)」に次いでできる割合が低く、28項目中27位であった。女兒(55.2%)でも最下位の「適切な買い物(量、物)をすること(48.3%)」に次いでできる割合が低く、28項目中27位であった。

表Ⅱ-2-5 生活スキルを問う項目に対する回答結果

		男児										女児									
		できる		大体できる		あまりできない		全くできない		不明		できる		大体できる		あまりできない		全くできない		不明	
		名	%	名	%	名	%	名	%	名	%	名	%	名	%	名	%	名	%	名	%
社会性	友だちと仲良くすること	48	26.8	84	46.9	45	25.1	1	0.6	1	0.6	34	39.1	44	50.6	8	9.2	0	0.0	1	1.1
	友だちを上手に作る	24	13.4	51	28.5	89	49.7	12	6.7	3	1.7	16	18.4	33	37.9	31	35.6	4	4.6	3	3.4
生活 マナー	学校や自宅での掃除	42	23.5	72	40.2	61	34.1	3	1.7	1	0.6	25	28.7	42	48.3	17	19.5	1	1.1	2	2.3
	ゴミの分別	33	18.4	79	44.1	55	30.7	7	3.9	5	2.8	16	18.4	40	46.0	28	32.2	1	1.1	2	2.3
対人 マナー	他のひとに暴言を吐かない	63	35.2	62	34.6	38	21.2	9	5.0	7	3.9	31	35.6	40	46.0	10	11.5	3	3.4	3	3.4
	突然大声、奇声を出したりしない	78	43.6	52	29.1	35	19.6	10	5.6	4	2.2	47	54.0	26	29.9	9	10.3	2	2.3	3	3.4
	突然暴力をふるったりしない	96	53.6	61	34.1	15	8.4	3	1.7	4	2.2	51	58.6	28	32.2	4	4.6	1	1.1	3	3.4
	他のひとの物と自分の物の区別	94	52.5	67	37.4	14	7.8	3	1.7	1	0.6	46	52.9	32	36.8	6	6.9	2	2.3	1	1.1
	叩いたり蹴ったり器物を壊したりしない	87	48.6	71	39.7	15	8.4	4	2.2	2	1.1	48	55.2	30	34.5	5	5.7	1	1.1	3	3.4
	自分の出す音への配慮	30	16.8	77	43.0	61	34.1	8	4.5	3	1.7	28	32.2	39	44.8	16	18.4	2	2.3	2	2.3
	他の人との行動の折り合い	26	14.5	82	45.8	61	34.1	8	4.5	2	1.1	26	29.9	41	47.1	13	14.9	2	2.3	5	5.7
洗面	水道の蛇口の使用	112	62.6	61	34.1	5	2.8	1	0.6	0	0.0	60	69.0	24	27.6	1	1.1	0	0.0	2	2.3
	水の温度の調節	89	49.7	58	32.4	23	12.8	4	2.2	5	2.8	40	46.0	30	34.5	10	11.5	2	2.3	5	5.7
	水量の調整	86	48.0	65	36.3	24	13.4	3	1.7	1	0.6	45	51.7	32	36.8	7	8.0	1	1.1	2	2.3
入浴	タオルを洗うこと	85	47.5	61	34.1	27	15.1	4	2.2	2	1.1	50	57.5	25	28.7	10	11.5	0	0.0	2	2.3
	タオルを絞ること	83	46.4	71	39.7	19	10.6	4	2.2	2	1.1	47	54.0	31	35.6	6	6.9	0	0.0	3	3.4
食事	食事の準備(調理)	34	19.0	49	27.4	71	39.7	15	8.4	10	5.6	25	28.7	23	26.4	32	36.8	5	5.7	2	2.3
	食事の準備(配膳)	71	39.7	79	44.1	20	11.2	4	2.2	5	2.8	38	43.7	40	46.0	6	6.9	1	1.1	2	2.3
	食事の後片づけ(食卓の整備)の手伝い	55	30.7	69	38.5	44	24.6	6	3.4	5	2.8	41	47.1	31	35.6	12	13.8	1	1.1	2	2.3
	食事の後片づけ(食器洗い)の手伝い	49	27.4	69	38.5	47	26.3	7	3.9	7	3.9	41	47.1	32	36.8	11	12.6	1	1.1	2	2.3
栄養	食事の時間にしっかり食べること	86	48.0	65	36.3	24	13.4	3	1.7	1	0.6	46	52.9	27	31.0	12	13.8	0	0.0	2	2.3
	色々な物をバランス良く食べること	70	39.1	63	35.2	40	22.3	5	2.8	1	0.6	34	39.1	37	42.5	12	13.8	2	2.3	2	2.3
	適切な量を食べること	52	29.1	76	42.5	41	22.9	6	3.4	4	2.2	35	40.2	33	37.9	15	17.2	1	1.1	3	3.4
余暇活動	何かに取り組むこと(趣味)を楽しむこと	72	40.2	70	39.1	28	15.6	2	1.1	7	3.9	43	49.4	26	29.9	11	12.6	3	3.4	4	4.6
家電使用	電子レンジを適切に使うこと	74	41.3	63	35.2	30	16.8	6	3.4	6	3.4	41	47.1	26	29.9	11	12.6	3	3.4	6	6.9
整理整頓	自分の身の回りの物の整理整頓	24	13.4	63	35.2	67	37.4	17	9.5	8	4.5	24	27.6	28	32.2	28	32.2	4	4.6	3	3.4
金銭管理	ひとりで買い物の支払いをすること	59	33.0	63	35.2	47	26.3	9	5.0	1	0.6	23	26.4	29	33.3	27	31.0	5	5.7	3	3.4
	適切な買い物(量、物)をすること	32	17.9	69	38.5	56	31.3	16	8.9	6	3.4	17	19.5	25	28.7	33	37.9	9	10.3	3	3.4

表Ⅱ-2-6 生活スキルを問う項目に対する男女比較

		男児				女児				
		できる群		できない群		できる群		できない群		
		名	%	名	%	名	%	名	%	
社会性	友だちと仲良くすること	132	73.7	46	25.7	78	89.7	8	9.2	**
	友だちを上手に作ること	75	41.9	101	56.4	49	56.3	35	40.2	*
生活マナー	学校や自宅での掃除	114	63.7	64	35.8	67	77.0	18	20.7	*
	ゴミの分別	112	62.6	62	34.6	56	64.4	29	33.3	
対人マナー	他のひとに暴言を吐かない	125	69.8	47	26.3	71	81.6	13	14.9	*
	突然大声、奇声を出したりしない	130	72.6	45	25.1	73	83.9	11	12.6	*
	突然暴力をふるったりしない	158	88.3	18	10.1	79	90.8	5	5.7	
	他のひとの物と自分の物の区別	161	89.9	17	9.5	78	89.7	8	9.2	
	叩いたり蹴ったり器物を壊したりしない	158	88.3	19	10.6	78	89.7	6	6.9	
	自分の出す音への配慮	107	59.8	69	38.5	67	77.0	18	20.7	**
	他の人との行動の折り合い	108	60.3	69	38.5	67	77.0	15	17.2	***
洗面	水道の蛇口の使用	173	96.6	6	3.4	84	96.6	1	1.1	
	水の温度の調節	147	82.1	27	15.1	70	80.5	12	13.8	
	水量の調整	151	84.4	27	15.1	77	88.5	8	9.2	
入浴	タオルを洗うこと	146	81.6	31	17.3	75	86.2	10	11.5	
	タオルを絞ること	154	86.0	23	12.8	78	89.7	6	6.9	
食事	食事の準備(調理)	83	46.4	86	48.0	48	55.2	37	42.5	
	食事の準備(配膳)	150	83.8	24	13.4	78	89.7	7	8.0	
	食事の後片づけ(食卓の整備)の手伝い	124	69.3	50	27.9	72	82.8	13	14.9	*
	食事の後片づけ(食器洗い)の手伝い	118	65.9	54	30.2	73	83.9	12	13.8	**
栄養	食事の時間にしっかり食べる	151	84.4	27	15.1	73	83.9	12	13.8	
	色々な物をバランス良く食べる	133	74.3	45	25.1	71	81.6	14	16.1	
	適切な量を食べる	128	71.5	47	26.3	68	78.2	16	18.4	
余暇活動	何かに取り組むこと(趣味)を楽しむこと	142	79.3	30	16.8	69	79.3	14	16.1	
家電使用	電子レンジを適切に使うこと	137	76.5	36	20.1	67	77.0	14	16.1	
整理整頓	自分の身の回りの物の整理整頓	87	48.6	84	46.9	52	59.8	32	36.8	
金銭管理	ひとりで買い物の支払いをすること	122	68.2	56	31.3	52	59.8	32	36.8	
	適切な買い物(量、物)をすること	101	56.4	72	40.2	42	48.3	42	48.3	

\*:P<0.05, \*\*:P<0.01, \*\*\*:P<0.001 (カイニ乗検定による)

### (3) 障害特性を問う項目

障害特性を問う項目に対する回答結果は表Ⅱ-2-7に示す。また、「あり群」と「なし群」の頻度を男女別に集計した結果を表Ⅱ-2-8に示す。

表Ⅱ-2-7 障害特性を問う項目に対する回答結果

	男児										女児									
	全くない		あまりない		少しある		よくある		不明		全くない		あまりない		少しある		よくある		不明	
	名	%	名	%	名	%	名	%	名	%	名	%	名	%	名	%	名	%	名	%
泣いたり、笑ったり、怒ったり感情が不安定になること	34	19.0	54	30.2	67	37.4	21	11.7	3	1.7	14	16.1	24	27.6	30	34.5	18	20.7	1	1.1
しつこく同じ話をすること	18	10.1	36	20.1	46	25.7	76	42.5	3	1.7	14	16.1	18	20.7	22	25.3	32	36.8	1	1.1
不快な音を立てること	53	29.6	67	37.4	38	21.2	17	9.5	4	2.2	39	44.8	26	29.9	13	14.9	8	9.2	1	1.1
行動をたしなめられると抵抗すること	23	12.8	48	26.8	63	35.2	39	21.8	6	3.4	22	25.3	21	24.1	32	36.8	10	11.5	2	2.3
目的もなく動き回ること	51	28.5	62	34.6	40	22.3	22	12.3	4	2.2	39	44.8	32	36.8	12	13.8	3	3.4	1	1.1
特定の物や人に対する強いこだわり	19	10.6	35	19.6	62	34.6	60	33.5	3	1.7	22	25.3	15	17.2	32	36.8	17	19.5	1	1.1
多動	65	36.3	64	35.8	32	17.9	13	7.3	5	2.8	48	55.2	23	26.4	10	11.5	2	2.3	4	4.6
行動の停止	74	41.3	66	36.9	21	11.7	5	2.8	13	7.3	36	41.4	35	40.2	10	11.5	4	4.6	2	2.3
パニック	55	30.7	60	33.5	48	26.8	13	7.3	3	1.7	38	43.7	29	33.3	15	17.2	4	4.6	1	1.1
不安定な行動	40	22.3	67	37.4	53	29.6	9	5.0	10	5.6	37	42.5	28	32.2	16	18.4	3	3.4	3	3.4
自分の体を叩いたり傷つけたりする行為	101	56.4	42	23.5	26	14.5	7	3.9	3	1.7	51	58.6	16	18.4	15	17.2	3	3.4	2	2.3

表Ⅱ-2-8 障害特性を問う項目に対する男女比較

	男児				女児				
	なし群		あり群		なし群		あり群		
	名	%	名	%	名	%	名	%	
泣いたり、笑ったり、怒ったり感情が不安定になること	88	49.2	88	49.2	38	43.7	48	55.2	
しつこく同じ話をすること	54	30.2	122	68.2	32	36.8	54	62.1	
不快な音を立てること	120	67.0	55	30.7	65	74.7	21	24.1	
行動をたしなめられると抵抗すること	71	39.7	102	57.0	43	49.4	42	48.3	
目的もなく動き回ること	113	63.1	62	34.6	71	81.6	15	17.2	**
特定の物や人に対する強いこだわり	54	30.2	122	68.2	37	42.5	49	56.3	
多動	129	72.1	45	25.1	71	81.6	12	13.8	
行動の停止	140	78.2	26	14.5	71	81.6	14	16.1	
パニック	115	64.2	61	34.1	67	77.0	19	21.8	*
不安定な行動	107	59.8	62	34.6	65	74.7	19	21.8	*
自分の体を叩いたり傷つけたりする行為	143	79.9	33	18.4	67	77.0	18	20.7	

\*:P<0.05, \*\*:P<0.01 (カイニ乗検定による)

まず、全体でみると、「あり」と回答した人数の多い項目から順に並べた結果、「しつこく同じ話をすること(66.0%)」が最も多く、次いで「特定の物や人に対する強いこだわり(64.0%)」、「行動をたしなめられると抵抗すること(54.0%)」であった。

次に、男女差を見ると、男児と女児それぞれで「あり」と回答した人数の多い項目から順に並べた結果、男女とも「しつこく同じ話をすること」(男児で同率1位、女児で1位)、「特定の物や人に対する強いこだわり」(男児で同率1位、女児で2位)、「行動をたしなめられると抵抗すること」(男児で3位、女児で4位)、「泣いたり、笑ったり、怒ったり感情が不安定になること」(男児で4位、女児で3位)が上位となった。

また、「目的もなく動き回ること」( $p < 0.01$ )、「パニック」、「不安定な行動」(以上  $p < 0.05$ )に男女差が見られ、いずれも男児の方が有意に多い障害特性であった。

## 5) 考察

### (1) 生活スキルを問う項目

軽中度知的障害児が調理に関する生活スキルをどの程度獲得しており、また調理スキルを開発できる可能性がどの程度あるのかについてみると、他の項目に比べ、「食事の準備(調理)」は「できる群」の割合はかなり低かった。

他のことができていても関わらず、調理そのもののスキルが低いという結果には、幾つかの理由が考えられた。生活環境面から考えると、調理ができる可能性があるにもかかわらず、その能力を向上させたり、開発する機会を得ていない可能性が高いと考えられた。また、能力面から考えると、「できる群」が多い、「水道の蛇口の使用」や「タオルを絞ること」などは、蛇口のコックを握っての手首の上下か回転、タオルを棒状に握っての手首の回転と、作業要素が少なく、スキルが単純なのに対し、「食事の準備(調理)」は多くの作業を様々な身体機能を使いながらこなさないと成立しない作業であるため、困難になっていると考えられた。

たとえば、食材を切る場合、包丁を安全に配慮して握り、食材の硬度や性状に応じた力の入れ具合を意識しながら、その時の料理に適合する一定の形状や大きさに切らなければならない。つまり、幾つかの作業を、同時に意識を集中しながら処理しなくてはならない、複雑かつ臨機応変な作業をこなさなければならないなど、調理スキルの獲得には、その作業をできるようにするための詳細で丁寧な指導の工夫と、同時に幾つかの作業を行う感覚を体に覚え込ませることが必要になる。しかし、その作業を構成する一つ一つの要素、た

例えば、握る、食材に圧力をかけて切る、同じ大きさを認識する、などであれば、軽中度知的障害児なら認識や動作は可能であり、できる可能性はあると考えられた。また、一端動作ができるようになれば、その動作はパターンとして認識され、児の記憶に組み込まれる。知的障害児にはこのようなステレオタイプの認識能力があるため、巧くパターン認識ができれば、場合によっては健常者よりも正確な再現性が期待できる側面もあると考えられた。

また、「食事の後片づけ(食器洗い)の手伝い」、「学校や自宅での掃除」、「食事の後片づけ(食卓の整備)の手伝い」ができる人数が、女兒は男児よりも有意に多かった。この結果は家庭における家事など日本的な女子の躰の影響の他に、脳機能の男女差も影響していると考えられた。

山末(2009)によれば、健常者では下前頭回後部の体積が女性よりも男性でより小さく、ASD(自閉症スペクトラム)当事者では健常男性よりも小さく、この体積が小さいことと協調性の低さや社会コミュニケーションの障害が関係する。そして、自閉症やASDの有病率にも約3倍から9倍といった顕著な男女差が存在すると述べている。今回の結果は、障害児同士でも、男児の方が女兒より協調性や社会コミュニケーション能力が低いことを示唆するものであった。

「友だちと仲良くすること」、「友だちを上手に作ること」、「他のひとに暴言を吐かない」、「突然大声、奇声を出したりしない」、「自分の出す音への配慮」、「他の人との行動の折り合い」ができる人数が、女兒は男児よりも有意に多かったことも、上記の男女差と関係しているかもしれない。

一方、Baron-Cohenら(2002)の報告を基に、健常女性に比べて健常男性は、理論的に体系立てて物事を理解したり推論したりする能力が高く、その傾向はアスペルガー障害や高機能自閉症にもあるとしている。

以上のことより、知的障害児であっても、男女の脳機能の違いに配慮した支援が必要であると考えられた。

他、調理の効果について考えると、先行研究では、情緒の安定などに繋がる調理の心理面や脳機能への効果(荒井ら, 2016; 堀田, 2014; 花田ら, 2011)も報告されている。上記のような協調性や社会コミュニケーション能力の低さは心理的不安や脳の興奮の高まりが助長している可能性も高い。

また、分析に用いた質問調査紙の自由記載には、保護者からの様々な要望が書かれてい

た。その中には調理に関する記載も多くみられた。例えば、「食事と栄養は密接に結びついている部分です。栄養面を考え、調理（買物）できなくては、自律・自立の生活にはなりません。ここの部分の支援が必要な場合も多いと思いますが・・・。」や「料理についても（支援に取り上げてもらう）項目にしてはどうでしょうか？息子は私が寝坊した時、自分でお米を洗い、炊飯器で炊いてウインナーとミートボールをレンジにかけ、朝食を済ませていました。日ごろ練習はしていましたが、「ない」という現実には直面した時、「じゃあどうする！」と考えられたと、嬉しくもあり、安心もしました。」などである。他にも、親だけでは危なくて調理をさせられないなど、調理について何らかの支援が欲しいという思いや、知的障害児であっても巧く教えれば、簡単な調理はできるのだという保護者の期待と望みがあると思われた。さらに、経済的理由により外食を自由にできない（調理技術を身に付ける方が経済的にも負担が少ない）という現実的な問題がある。こうした当事者の切実な思いが学術論文として専門的な知識体系に組み込まれる機会は少ない。また、特別支援学校高等部の生徒を対象とした生活スキルの実態に関する全国調査はこれまでに見当たらない。

しかし、以上のことを考え合わせると、障害児支援の現場で「調理」は重要なテーマといえる。

将来的な社会的自立を考えると、調理に取り組むためには様々な課題がある一方で、取り組む価値の高さがあると考えられる。また、性別を問わず調理に関わらせることは、児の成長・発達へ大きな効果が期待できると考えられた。

## **(2) 障害特性を問う項目**

軽中度知的障害児について、調理実践の妨げとなるような知的障害児に特有の障害特性は何かをみると、結果にみられるように、調理実施するにあたり、進行の妨げとなる可能性があると思われる「しつこく同じ話をする事」、「特定の物や人に対する強いこだわり」、「行動をたしなめられると抵抗すること」という障害特性が高頻度にみられた。

しかし、上記に述べたように、調理スキル獲得の意義は大きい。調理実践の場面において、こうした障害特性が出現する状況を事前に察知して回避すること、発生しても沈静させるような支援が望まれる。看護師は、患者の精神状態を安定させる支援技術（福本ら，2015；藤田，2013；有隅ら，2009ほか）を持っている。その技術により、障害特性への対応ができる可能性は高いと考えられた。

特別支援学校高等部の生徒を対象とした障害特性の現状を把握するための全国調査はこれまでに見当たらず、障害特性の出現頻度に関するデータは他に得られていない。また、今後実施する「本調査」においても知的障害の原因となる疾患の種類による選択は行わない。それゆえ得られた結果は、軽中度知的障害を有する集団全体としての障害特性と考えられる。今回の分析対象の半数が精神発達遅滞であり、広汎性発達障害と合わせると全体のおよそ4分の3を占める。しかし、高頻度に見られた障害特性（しつこく同じ話をする、特定の物や人に対する強いこだわりなど）、男女差が見られた障害特性（目的もなく動き回る、パニック、不安定な行動など）は医療機関受診者におけるこれらの疾患についての従来の知見と概ね一致すると思われ、上記のことも含め、看護師が対応できる可能性は高いと考えられた。

## 6) 研究の限界

既存データの再分析なので、青年期の知的障害児のデータではあるものの、軽中度的障害児の調理遂行能力に特化した内容ではない。そのため、より詳細な検討はできなかった。

## 7) 予備的研究1の小括

全国調査の既存データを用いて知的障害児の生活スキルと障害特性に関する統計的検討を行った。調査目的は以下の2つである。第1に、軽中度知的障害児が調理に関する生活スキルをどの程度獲得しており、また調理スキルを開発できる可能性がどの程度あるのか、第2に、調理実践の妨げとなるような知的障害児に特有の障害特性は何かを把握することである。以上の結果を基に、予測される不測の事態を未然に防ぎ、「本調査」を円滑に進め、研究に必要なデータを得るための一助とする。

筆者らは過去に無記名記述式質問紙「生活能力・生活スキルを開発するプログラムのための調査」を作成し、全国の青年期の知的障害者の保護者を対象に質問紙調査を実施した（鈴木・大脇ら、2010）。今回、その中から軽中度知的障害児の保護者267名の回答を抽出し、調理スキルに関連する生活スキルを問う28項目と障害特性を問う11項目を再分析した。

調理に関する生活スキルでは、「食事の準備（調理）」ができる軽中度知的障害児は、軽中度知的障害全体の49.1%で、最下位の「友だちを上手に作ること」46.4%に次いでできる割合が低かった（28項目中27位）。調理実践の妨げとなるような障害特性については、「し

つこく同じ話をする事」が 66.0%と最も多く、次いで「特定の物や人に対する強いこだわり」64.0%、「行動をたしなめられると抵抗すること」54.0%であった。

他のことができていても関わらず、調理そのもののスキルが低いという結果には、幾つかの理由が考えられた。まず、生活環境面から考えると、調理ができる可能性があるにもかかわらず、その能力を向上させたり、開発する機会を得ていない可能性が高いと考えられた。次に、能力面から考えると、単純な生活動作はできても、多くの作業を様々な身体機能を使いながらこなさないと成立しない作業である調理は困難になっていると考えられた。

しかし、その作業を構成する一つ一つの要素であれば、軽中度知的障害児なら認識や動作は可能であり、調理をできる可能性はあると考えられた。また、調理実践の妨げとなるような知的障害児に特有の障害特性についても、発生を未然に防いだり、発生しても解消させる支援を行えば、調理を行うことは可能になる程度のものであると考えられた。以上より、軽中度知的障害児は能力・障害特性ともに調理に取り組むことが可能な状況にあると判断した。

### 3. 予備的研究 2: 熟練看護師による知的障害児に対する生活自立支援の検討

#### 1) 目的

日常生活全体における様々な生活スキルを支援するプロセスを通して、どのような生活スキルに取り組み易いかも把握しながら、児が調理に対してどの程度の関心を示すか、また児が調理をすることでどのような効果をもたらすのかを明らかにすることを目的とする。

#### 2) 方法

##### (1) 対象

対象は青年期にある軽中度知的障害児 2 名とした。

##### (2) 各協力者の選定

###### ① 対象児

対象児は以下の条件により選定した。

- i) 保護者に本研究の目的を説明し理解と賛同を得た上で、対象児の安全確保および参加運営が滞りなく実施されるために必要な協力（児の送迎・実践時の立ち会い・5 回以上の参加協力など）を得られること
- ii) 軽中度知的障害児であること（知的障害の原因は問わない）
- iii) 生活場面において、自己および他者に著しく危険な行動をすることがないこと
- iv) 他者の迷惑になるような不衛生な行動をすることがないこと
- v) 母親と離れて看護師の支援の下で生活行動が取れること
- vi) 知的障害に伴う行動（転動性行動・奇声の発声・固執行動など）は、看護師が 1 対 1 対応することで対処できる程度であること

###### ② 熟練看護師

熟練看護師 1 名を以下の条件により選定した。

- i) 実施しようとする実践検討に理解・賛同が得られること
- ii) 知的障害がある子どもの支援経験があること
- iii) 参加する母子を不必要に緊張させることがなく支援できること
- iv) 研究者の意図に応じた看護支援の協力が得られること
- v) 看護師としての実務経験が通算 10 年以上あること
- vi) いずれかの特定分野で看護師としての実務経験が 3 年間以上あること

###### ③ 熟練看護師の補佐をする看護師

熟練看護師の補佐をする看護師 1 名（以下、補佐看護師）を以下の条件により選定した。

- i) 実施しようとする実践検討に理解・賛同が得られること
- ii) 知的障害がある子どもの支援経験があること
- iii) 参加する母子を不必要に緊張させることがなく支援できること
- iv) 研究者の意図に応じた看護支援の協力が得られること
- v) 看護師資格があること

### **(3) 実施期間**

実施期間は 2010 年 8 月から 2011 年 3 月で、1 泊 2 日を 4 回、計 8 日間、実施した。

### **(4) 実施場所**

研究協力が得られた知的障害者のグループホームの共用施設および居住者用空き部屋を利用した。

### **(5) 実施した内容**

グループホームでのスケジュールと対応する生活スキルに関する項目を表Ⅱ-3-1 に示す。

- ① 対象児は熟練看護師および補佐看護師の支援の下でグループホームでの自立した居住生活を体験した。
- ② 予備的研究 1 で用いた「知的障がい児の生活スキルの実態に関するアンケート調査」の生活スキルに関する質問項目の中から、「本調査」で実践される調理に関連する生活スキルの評価項目、およびグループホームでの通常の生活に必要な生活スキルの評価項目を選定した。これらの項目をグループホームでのスケジュールと合わせて表Ⅱ-3-1 のように一覧にして、看護師 2 名に配付した。対象児と保護者には、表Ⅱ-3-1 の左半分に記載したスケジュールの一覧のみを配付した。より具体的なスケジュールは、当日、開始前に熟練看護師、補佐看護師、対象児 2 名と保護者で打ち合わせて決定した。
- ③ 研究者（著者）は、看護支援の妨げにならないために、支援には同席せず居住者の共有スペースとなっているダイニングルーム（台所も含む）に WEB カメラを設置し、その映像を観察することにより、実践の様子を把握し、記録した。

### **(6) 分析方法**

- ① 熟練看護師および補佐看護師に、看護支援実践時のフィールド・ノートを作成してもらった。その際、何を目的にどのような支援を行ったら、児がどのように反応・変

化したかをなるべくありのままに記載してもらった。

- ② 研究者は Web カメラを通じて、看護師と児の様子を観察しながら、児に対する介入のポイントになると思われる場面を記録した。
- ③ 毎日の支援終了後に研究者と看護師とでカンファレンスを行い、研究者が看護師に質問をする形式で実践内容や児の様子や変化について、より具体的に意見交換をした。その際、研究者の注目した行動と看護師のとった行動とその理由がなるべく最大限多く引き出されるように繰り返し確認を行った。
- ④ カンファレンス内容を基に、表Ⅱ-3-2 に示す生活スキルの観察項目ごとに、看護師が具体的に行っている支援と児の様子を研究者が列記し、一覧にした表を作成した。この表を次回の調査実施までに熟練看護師および補佐看護師に提示して意見を求めた。
- ⑤ ①～④の作業を繰り返し、宿泊の実践を進行しながら、熟練看護師による支援内容と児の様子を整理した。
- ⑥ 生活スキルを評価する際の着眼点も、③のカンファレンスで検討した。どのような点に着目し、どのように評価するかについては、看護師との意見交換を通じて順次修正しながら最終的に観察項目リストを作成した。
- ⑦ ⑥で完成した観察項目リストに、継続して看護師が作成していたフィールド・ノートの内容を記載して、宿泊体験全体を通じての評価結果の一覧表を作成した。
- ⑧ ⑦で作成した評価結果の一覧表を検討して、初回（宿泊第1回初日）と最終回（最終的な観察終了時）との比較検討を行い、児の生活スキルを観察する着眼点により、調理に対する児の変化を検討した。

## **(7) 倫理的配慮**

滋賀県立大学の「研究に関する倫理審査委員会」で倫理審査を受けた。予備的研究2の審査では、倫理審査の窓口担当者が、申請書類（予備的研究2に関する実施計画審査申請書、添付資料として研究計画書およびインフォームド・コンセントを受けるための説明文書）を基に研究内容を筆者に確認後に、倫理審査会の委員長と、委員会による再度の書面審議が必要か否かを検討した。その結果、予備的研究2は再度の審査は必要ないと判断され、口頭試問のみで承認された。

具体的配慮としては、以下のことを行った。

### **① 知的障害児の易疲労性への配慮：**

- i) 先行研究(大脇ら, 2008)として実施した宿泊支援の体験、および保護者からの要

望などを考慮して、1回あたり1泊2日が参加期間の限度とした。

- ii) 宿泊体験終了後（帰宅後）の疲労度も考え、学校の休暇期間での日程調整を行った。就学終了時（卒業時）までの期間で、児の学務・行事ほか、児の本来の生活に支障のないことを前提に検討した。

## ② 安全性への配慮：

研究的配慮とともに、問題発生時の居住者および児の安全確保のため、以下のことを行った。

- i) 夜間の就寝時間、熟練看護師もしくは補佐看護師いずれか1名は同所管理人宿泊室（定員1名）に宿泊し、もう一名は同施設から徒歩3分距離にある民間宿泊施設（ホテル）に宿泊待機した。
- ii) 研究者は、昼間は同施設より車で10分程度の距離にある大学研究室よりWEBカメラにて観察し、児の就寝後、同施設を訪問して看護師とカンファレンスをした後、上記の民間宿泊施設に宿泊して待機した。

## ③ 映像データ収集に関する配慮：

- i) 予備的研究2の実施とWEBカメラによる撮影および学術的な画像写真の使用と公表については、居住者、対象児とその保護者および施設管理者の全員に個別に説明した。撮影は予備的研究2の実施時のみであることも説明した。
- ii) 保護者や管理者にはWEBカメラの視聴パスワード（パスワードを知っている者のみ映像と音声が見聴できるようにしていた）も提供し、どのような映像を研究者が見聴しているかを自由に閲覧できるようにした。
- iii) 居住者および対象児には実際に撮影映像をパソコン上でみせ、どのような映像を誰がみる可能性があるかについて説明した。
- iv) 撮影は居住者の共有スペースとなっているダイニングルーム（台所も含む）のみにWEBカメラを設置し、行った。

表Ⅱ-3-1 グループホームでのスケジュールと支援と観察の対象となる生活スキルの項目

	グループホームでのスケジュール	支援と観察の対象となる生活スキルの項目
第1日目	スーパーマーケットの喫茶店で集合	
	その回のスケジュールの打ち合わせ	
	食材の購入	適切な買い物(量、物)をすること ひとりで買い物の支払いをすること
	持参荷物を宿泊室に運ぶ	特に問題なくできるので評価対象とせず
	(休憩)	グループホームの居住者と仲良くすること
	朝食の準備	食事: 食事の準備(調理) 食事: 食事の準備(配膳)
		食事: 食事の後片づけ(食卓の整備)の手伝い 食事: 食事の後片づけ(食器洗い)の手伝い
	(休憩)	グループホームの居住者と仲良くすること
	昼食の準備	食事: 食事の準備(調理) 食事: 食事の準備(配膳)
		食事: 食事の後片づけ(食卓の整備)の手伝い 食事: 食事の後片づけ(食器洗い)の手伝い
	(休憩)	グループホームの居住者と仲良くすること
	(部屋の掃除: 掃除機・モップの使用)	特に問題なくできるので評価対象とせず
	入浴	入浴: 洗身(前後左右全身が洗えるか・石鹸を洗い流せるか) 入浴: 洗髪(前後左右全部洗えるか・シャンプーやリンスを洗い流せるか)
		入浴: タオルを洗うこと 入浴: タオルを絞ること
		整容: 爪切り* 整容: 整髪(髪をとかす)
	(衣服の洗濯・干す: 洗濯機・物干し竿の使用)	特に問題なくできるので評価対象とせず
	夕食の準備	食事: 食事の準備(調理) 食事: 食事の準備(配膳)
		食事: 食事の後片づけ(食卓の整備)の手伝い 食事: 食事の後片づけ(食器洗い)の手伝い
	(休憩)	グループホームの居住者と仲良くすること
	宿泊もしくは帰宅	保護者への評価の依頼

表Ⅱ-3-1 (続き)

	グループホームでのスケジュール	支援と観察の対象となる生活スキルの項目
第2日目	朝食の準備	食事: 食事の準備(調理)
		食事: 食事の準備(配膳)
		食事: 食事の後片づけ(食卓の整備)の手伝い
		食事: 食事の後片づけ(食器洗い)の手伝い
	(休憩)	グループホームの居住者と仲良くすること
	昼食の準備	食事: 食事の準備(調理)
		食事: 食事の準備(配膳)
		食事: 食事の後片づけ(食卓の整備)の手伝い
		食事: 食事の後片づけ(食器洗い)の手伝い
	(休憩)	グループホームの居住者と仲良くすること
	(部屋の掃除: 掃除機・モップの使用)	特に問題なくできるので評価対象とせず
	入浴	入浴: 洗身(前後左右全身が洗えるか・石鹸を洗い流せるか)
		入浴: 洗髪(前後左右全部洗えるか・シャンプーやリンスを洗い流せるか)
		入浴: タオルを洗うこと
		入浴: タオルを絞ること
		整容: 爪切り*
		整容: 整髪(髪をとかす)
	(衣服の洗濯・干す: 洗濯機・物干し竿の使用)	特に問題なくできるので評価対象とせず
	夕食の準備	食事: 食事の準備(調理)
		食事: 食事の準備(配膳)
		食事: 食事の後片づけ(食卓の整備)の手伝い
	食事: 食事の後片づけ(食器洗い)の手伝い	
(休憩)	グループホーム居住者と仲良くすること	
帰宅	保護者への評価の依頼	

\* 軽中度知的障害児の場合、概して動作が遅く、集中力も続きにくい。一度に作業を仕上げるのを安全面への配慮からも避けることもあった。「整容: 爪切り」が2日間ともあるのは、切る部位が異なるためである。

### 3) 結果

#### (1) 対象

対象を表Ⅱ-3-2に示す

対象は女兒1と女兒2で、いずれも生活年齢16歳、発達年齢7歳であった。

なお、対象の2名は、下記の2名の看護師とこれまでにボランティア団体の活動（デイケアおよび宿泊合宿）を通じて面識があり、良好な関係が構築されている。しかし、2名の児は、グループホームの居住者との関わりおよび同所での宿泊は初めてであった。

**表Ⅱ-3-2 対象児の概要**

事例	女兒1	女兒2
開始時 所属校・学年	U 特別支援学校 高等部 2年	K 特別支援学校 高等部 2年
開始時 生活年齢	16歳	16歳
開始時 発達年齢*	7歳	7歳
給付されている手帳	療育手帳B	身体障害
障害名	先天性の知的障害	交通事故後遺症による知的障害

\* 母親から得た所属学校で実施した検査の情報

## (2) 実施日と参加状況

一覧を表Ⅱ-3-3に示す。

当初は4回の宿泊を予定していたが、会場となったグループホームの居住者が夜間に児の安眠を妨害する行動（大きな声を出す、大きな音を出すなど）を繰り返したために予定を変更せざるを得なくなった。女兒1については、第4回目は日帰りでの2日間の実施となった。睡眠のみ自宅で取り、他の生活行動は全てグループホームで行った（観察日数8日）。女兒2については、安眠妨害をする居住者に嫌悪感をもち、第2回終了時に辞退の申し入れがあったため、第2回までの参加（観察日数4日）となった。

**表Ⅱ-3-3 実施日と参加者一覧**

回数	実施日	実施形態	女兒1	女兒2	看護師
第1回	平成22年8月17日-18日	宿泊	参加	参加	2名
第2回	平成22年8月28日-29日	宿泊	参加	参加	2名
第3回	平成22年12月3日-4日	宿泊	参加		1名*
第4回	平成23年3月5日、6日	日帰り	参加		1名*
参加日数合計			8日	4日	

\* 第3回と第4回は熟練看護師1名のみが支援をした。

### **(3) 熟練看護師**

選定した熟練看護師は、40代女性で看護師としての経験領域は小児科、透析外来、救急外科、養護教諭であり、経験年数は20年以上の現役看護師であった。

### **(4) 熟練看護師の補佐をする看護師**

熟練看護師の補佐をする看護師は、熟練看護師が選んだ男性看護師であり、看護大学の1年時から4年間、PLAI(生活力の活性と改善を促す看護プログラム、第1章参照)を通じて学生スタッフとして児と関わっていた。看護経験年数は1年であった。上記の熟練看護師はPLAIで学生スタッフの監督もしており、この看護師とは面識と信頼関係もあり、熟練看護師の看護方針を理解し、それに従って適切な看護実践の補助をできると考えられた。

なお、2名の看護師については、先行研究(大脇ら, 2008)およびボランティア活動(デイケアおよび宿泊合宿)を通じてグループホームの居住者とも良好な関係が構築されており、グループホームでの宿泊(管理人宿泊室)もしていた。

### **(5) 児の調理スキルを評価する際の着眼点**

看護師とのカンファレンスの内容をまとめ上げることで、児の調理スキルを評価する際の着眼点として、「他者からの肯定の有無」、「関心と意欲」、「達成度」、「疲労度」の4項目を抽出できた。看護師2名もこの着眼点に同意した。

#### **① 他者からの肯定**

これは児が感謝や賞賛、好意的な態度など、他者からの肯定的な態度を受けたかどうかである。この項目を評価の着眼点としたのは、児の行動を観察していると、褒められると表情が変わり、行動が早くなったり、アクティブになる場面がたびたび出現したからである。他者からの感謝や賞賛、好意が行動の動機づけになるのは、知的障害児に限ったことではない。しかし、対象児の精神発達年齢は7歳であり、この年齢を考えると、賞賛されることが行動を起こすうえで強い動機づけになると考えた。

#### **② 関心と意欲**

一般に知的障害児は自律性が低く、何か課題に取り組ませるときに、そのことに関心や意欲がわかないと、指示することがなかなか頭に入らない傾向にある。また、無理に課題に取り組ませようとする、軽中度知的障害であってもパニックを起こす。グループホームでの生活においても、以上の傾向が観察されたのでこの着眼点が抽出された。何かの課

題に取り組ませる時には、少し頑張らせるか、逆に容認したうえで中止するかなどの判断を下すために重要な着眼点となった。

### ③ 達成度

軽中度知的障害児の場合、自分の能力の欠如や限界を自覚していることが多く、何かに取り組めた時の達成感は健常者以上に大きく、また、その波及効果も大きい。逆に達成感が得られない（できなかった）時は、失敗体験となるため、本人の劣等感を増強させ、強い落ち込みになることがある。今回の生活体験においても、この両方の状況が出現したので着眼点とすることにした。

### ④ 疲労度

知的障害児の場合、全員に何らかの脳損傷がある。しかも、何かに熱中すると、健常者より強い脳の疲労が生じ、そのためぐったりとする傾向が強い。今回の生活体験中にも、例えば、調理後にぐったりしてしまうなどの様子が初回からたびたび観察された。回を重ねるごとに疲労度が軽減していけば、それは一連の作業が速やかに達成可能になっていることを示すと考えられ、この項目を着眼点とした。

## (6) 4つの着眼点に基づく生活場面での変化の評価の方法

「他者からの肯定」については、児そのものの変化ではない。そこで、評価に際してはさまざまな生活行動の実践時に、児に対して「ありがとう」という感謝の言葉、「おいしかった」、「また作ってな」、「うまくできたやん」などの賞賛の言葉、「よく頑張ったね」など好意的な評価の言葉を児に発した相手の評価結果の表に記載した。「関心と意欲」、「達成度」、「疲労度」については、参加初回（第1日目）と参加最終回（女兒1では8日目、女兒2では4日目）の状態を比較し、看護師の情報から根拠となる児の行動やグループホームでの出来事を確認したうえで、2名の看護師と研究者により5件法で評価した。具体的な採点方法は以下の通りである。

「関心と意欲」については、自主的に取り組めたものを「5点：とても高い」、口頭で指示すればするものを「4点：高い」、モデルを示すとするものを「3点：どちらとも言えない」、あまりしようとししないものを「2点：低い」、全くしようとししないものは「1点：とても低い」として評価した。

「達成度」については、一人でできるものを「5点：よくできる」、口頭で指示すればできるものを「4点：できる」、モデルを示すとできるものを「3点：どちらとも言えない」、殆ど看護師が代行しないとできないものを「2点：できない」、児がやろうとしているにも

関わらず、全く何もできないものを「1点：全くできない」と評価した。

知的障害児の場合一つ一つの行動の後でも極端な疲労状態が出現することがある。そこで「疲労度」については、それぞれの活動後に睡眠や休憩が全く必要ない状態を「5点：とても少ない」、睡眠や休憩が殆ど必要ない状態を「4点：少ない」、児の様子から判断ができない状態を「3点：どちらとも言えない」、活動後に睡眠や休憩が少し必要になる状態を「2点：強い」、活動後に睡眠や休憩がかなり必要になる状態を「1点：とても強い」と評価した。なお、児はグループホームで朝食、昼食、夕食を作っており、夕食については、家族分も同時に調理して自宅に持ち帰り、それで帰宅後は自宅で夕食の配膳をするので、疲労度は保護者の協力により自宅での観察結果を報告してもらった。(他項目についても何かあれば観察結果を報告してもらった。)

### **(7) 初回と最終回での生活スキルの変化**

結果を表Ⅱ-3-4に示す。

#### **① 他者からの肯定**

「食事：食事の準備(調理)」「食事：食事の準備(配膳)」の場面では、居住者が女兒1、女兒2に「いただきます」、「おいしい」、「ごちそうさま」、「また、作ってな」、「今度、いつ来る？」などと声をかけられたり、女兒1、女兒2が作った料理を居住者がおいしそうに食べる様子を見ることなどを体験した。看護師からも調理や配膳をできたことへの賞賛があった。

対象児が帰宅直前の夕食用に調理したものは、居住者分だけでなく、成果物として家族の分も調理して自宅に持ち帰らせ、盛りつけも家庭でするように指導した。女兒1については、第1回では、「C(女兒1)の作ったもんなんか汚い！食えるか！」と、同胞(第2名のうちの1名)から女兒1が調理したものを食べることを拒否された。第2回、第3回と、女兒1は調理道具や食材の取り扱いの衛生や綺麗な盛りつけができるように自ら積極的に努力した。熟練看護師も詳細な指導を繰り返し、健常者とほぼ同等レベルの調理道具や食材の取り扱いの衛生や綺麗な盛りつけができるようになった。第3回、母親は女兒1が作ったものと弟に伝えず、食べ終わった弟が「おいしかった」と言った後、「それC(女兒1)が作ったんやで」と弟に伝えるという女兒1の支援を行った。第4回終了後には弟からも感謝・賞賛・好意を得られた。

女兒2については同胞(弟・妹)からの拒否は最初からなく、第1回から問題なく家族全員からの感謝や賞賛を得られた。

また、「グループホームの居住者と仲良くすること」については、居住者・看護師が好意を示した。

表Ⅱ-3-4 初回(第1回初日)と最終回での生活スキルの変化

	他者からの肯定		関心と意欲		達成度		疲労度	
	女兒1	女兒2	女兒1	女兒2	女兒1	女兒2	女兒1	女兒2
グループホームの居住者と仲良くすること	居住者 看護師		3→5	3→1	4→5	4→4	3→5	3→1
整容:爪切り	看護師	実施 できず	1→3	実施 できず	1→1	実施 できず	5→5	実施 できず
整容:整髪(髪をとかす)					1→4			
入浴:洗身(前後左右全身が洗えるか・石鹸を洗い流せるか)					2→4			
入浴:洗髪(前後左右全部洗えるかシャンプーやリンスを洗い流せるか)					2→3			
入浴:タオルを洗うこと								
入浴:タオルを絞ること								
食事:食事の準備(調理)	居住者 看護師 保護者 ↓ 居住者 看護師 保護者 + 同胞	居住者 看護師 保護者 同胞	3→5	3→5	2→4	2→4	1→5	1→2
食事:食事の準備(配膳)								
食事:食事の後片づけ(食卓の整備)の手伝い	看護師	看護師						
食事:食事の後片づけ(食器洗い)の手伝い								
ひとりで買い物の支払いをすること								
適切な買い物(量、物)をすること								

関心・意欲: 5. とても高い 4. 高い 3. どちらとも言えない 2. 低い 1. とても低い  
 達成度: 5. よくできる 4. できる 3. どちらとも言えない 2. できない 1. 全くできない  
 疲労度: 5. とても少ない 4. 少ない 3. どちらとも言えない 2. 強い 1. とても強い

## ② 関心と意欲

「食事の準備(調理)」、「食事の準備(配膳)」、「食事の後片づけ(食卓の整備)の手伝

い」、「食事の後片づけ（食器洗い）の手伝い」、「ひとりで買い物の支払いをすること」、「適切な買い物（量、物）をすること」については、女兒1も女兒2も最初は緊張していたが、指示されても嫌がりはしないという状態であった。関心・意欲があまりわからず、3（どちらとも言えない）であった。しかし、何度か取り組むうちに、両児とも変化がみられ、「食事の準備（調理）」では、一生懸命に看護師のやり方をみていて、集中して取り組み、巧くできると笑みがみられるようになった(写真Ⅱ-3-1、写真Ⅱ-3-2)。最終的には5（とても高い）と判断できた。

「食事の準備（配膳）」、「食事の後片づけ（食卓の整備）の手伝い」、「食事の後片づけ（食器洗い）の手伝い」については、女兒1も女兒2も徐々に作業の内容や手順を理解・習得し、見通しを持てることは自分から行い、わからないことは自分から尋ねることができるようになった。最終的には5（とても高い）と判断できた。

「ひとりで買い物の支払いをすること」については、女兒1は不十分だが、緊張しながら、一生懸命取り組めた。女兒2も十分ではないが、一生懸命取り組み、積極的な女兒1の様子を観察していた。最終的には両者とも、5（とても高い）と判断できた。

「適切な買い物（量、物）をすること」については、女兒1は野菜などを買う場合にその質や値段を点検し、量についても買い物を担当した看護師に尋ねるようになり、女兒2も寡黙だがそれなりのものを選び、それでいいか看護師の顔を見て確かめるようになり、最終的には両者とも、5（とても高い）と判断できた。



**写真Ⅱ-3-1 調理場面(2010.8.18)**

webカメラ「みえますネット」により研究者が撮影  
奥から 熟練看護師、女兒2、女兒1、補佐の看護師  
写真掲載は関係者から了承済



**写真Ⅱ-3-2 食事場面(2010.8.18)**

webカメラ「みえますネット」により研究者が撮影  
調理後はグループホームの居住者と食事をする  
熟練看護師が一番手前、向かい女兒1、女兒2  
写真掲載は関係者から了承済

「グループホームの居住者と仲良くすること」については、女兒1は居住者との関係性を深め、関心・意欲は高くなった。女兒2は、前述のように夜中に騒ぎ、安眠を妨害する居住者（1名）への嫌悪感から、この居住者に関わることへの関心・意欲が下がり、最終的には、実践への参加を3回目から辞退するに至った。

整容、入浴など上記以外の項目については、女兒1は実施したが関心・意欲は少なく、女兒2は実施することを最初から拒否していた。

### ③ 達成度

「食事の準備（調理）」、「食事の準備（配膳）」、「食事の後片づけ（食卓の整備）の手伝い」、「食事の後片づけ（食器洗い）の手伝い」、「ひとりで買い物の支払いをすること」、「適切な買い物（量、物）をすること」については、両児とも達成度を向上させていた。

「グループホームの居住者と仲良くすること」では、初回は女兒1も女兒2も挨拶や受け答えは促されればするが、強い緊張がある状態で4（できる）であったが、最終回では、女兒1は自分からされて嫌なことを伝えたり、居住者に何が食べたいか聴いたりして5（よくなる）になったが、女兒2は居住者に何も言えず挨拶や受け答えは促されればするが、強い緊張がある状態で4（できる）に留まった。

以下は女兒1に関してである。

「整容：爪切り」では初回でも最終回でも巧緻性が低くて巧く爪切りが使えず、怪我をしそうで一人では切らせることができず1（全くできない）と評価した。

「整容：整髪（髪をとかす）」は初回では手の挙上域に制限（身体障害ではないが身体が硬い）があり後頭部を巧くとかせず、1（全くできない）であった。しかし、最終回では手櫛で大体できるようになり4（できる）と評価した。

「入浴：洗身（前後左右全身が洗えるか・石鹸を洗い流せるか）」は初回では一応洗えるが背中などは丁寧にはしておらず2（できない）と評価した。しかし、最終回では声かけで背中をたすき掛けにして大体は洗え、一人である程度可能となったことから4（できる）と評価した。

「入浴：洗髪（前後左右全部洗えるか・シャンプーやリンスを洗い流せるか）」は初回では手の挙上域に制限（前述）があり後頭部が巧く洗えず2（できない）と評価した。しかし、最終回では後頭部を風呂の外から良く洗うよう指示すればできるが、一人でできるか不明であったので3（どちらとも言えない）と評価した。

「入浴：タオルを洗うこと」は初回では一応洗え、本人はやれているつもりだが形だけ

で十分には濯げていなかったのので 2（できない）と評価した。しかし、最終回では声かけをすればするが十分にはできず、一人でできるか不明であったので 3（どちらとも言えない）と評価した。

「入浴：タオルを絞ること」は初回では手首を使っての捻り絞りが強くできず 2（できない）と評価した。しかし、最終回では声かけをすればするが十分にはできず、一人でできるか不明であったので 3（どちらとも言えない）と評価した。

女兒 2 については、「整容：爪切り」、「整容：整髪（髪をとかず）」「入浴：洗身（前後左右全身が洗えるか・石鹸を洗い流せるか）」、「入浴：洗髪（前後左右全部洗えるか・シャンプーやリンスを洗い流せるか）」、「入浴：タオルを洗うこと」、「入浴：タオルを絞ること」については嫌がり実施できなかつたので、評価できなかつた。

#### ④ 疲労度

女兒 1 は全体的に軽減した。女兒 2 に関しては、あまり軽減が認められなかつた。

「グループホームの居住者と仲良くすること」については、初回では女兒 1、女兒 2 とも挨拶や受け答えは促せばするが、強い緊張があつたので 3（どちらとも言えない）と評価した。最終回では、女兒 1 ははっきりと自分の思いも居住者に伝えられ、付き合うことを楽しそうにしていたので、5（とても少ない）と評価した。女兒 2 については、嫌な居住者をちらちら見ながら、表情が能面状で疲れていく様子が認められたので 1（とても強い）と評価した。

「食事：食事の準備（調理）」、「食事：食事の準備（配膳）」、「食事：食事の後片づけ（食卓の整備）の手伝い」、「食事：食事の後片づけ（食器洗い）の手伝い」については、初回では女兒 1 も女兒 2 も夕食の調理終了後に帰宅し、夕食を摂らないで朝まで寝てしまったので 1（とても強い）と評価した。グループホームでの朝食、昼食の後でもぐったりとして 1 時間程はソファでの休憩を要した。最終回（8 日目）では女兒 1 は帰宅後、家族の感想（賞賛）を聞きながら嬉しそうに食事の準備～後片付けまでしていたので 5（とても少ない）と評価した。女兒 2 は、最終回（4 日目）夕食の調理終了後に帰宅し、夕食を摂るがすぐに寝てしまったので 2（強い）と評価した。朝食、昼食の後では女兒 1 は居住者と話をしたり、入浴を済ませたり、次にすることについて看護師に尋ねたりしていたが、女兒 2 の方は次の作業に入るまで、ソファでぼーっとテレビを見ていた。

「ひとりで買い物の支払いをすること」、「適切な買い物（量、物）をすること」については、初回では女兒 1 も女兒 2 もグループホームに到着後、30 分位休憩しないと動けなかつた。

たので、1（とても強い）と評価した。最終回では、女兒1は買い物済ませてグループホームに到着後、すぐに作業に取りかかれたので5（とても少ない）と評価した。女兒2はグループホームに到着後、15分位休憩しないと動けなかったため2（強い）と評価した。

#### 4) 考察

##### (1) 児の生活スキルの変化に関して

両児とも食事スキルに関しては「関心と意欲」「達成度」は向上し、両児で差はあるものの「疲労度」も軽減していた。また、「他者からの肯定」では、最初は女兒1を拒否していた同胞（弟）も褒める側に加わり、最終的に家族全員が児を褒めることとなった。

この実践観察を通じて特に注目されたことは、食事に関する事に両児とも強い関心と意欲を示したことである。整容などの他項目は女兒1についても積極的ではなく、女兒2は最初から拒否し続けていた。また、不穏な行動をとる居住者に対して嫌悪感を示した女兒2においても、食事に関する事だけは意欲を示し、また達成度も上昇していた。

「他者からの肯定」「関心と意欲」「達成度」「疲労度」の4つの因子は相互に影響を及ぼしあっていると考えられた。「他者からの肯定」があると、「関心と意欲」が高まり、取り組みが熱心になる。取り組みが熱心になれば、生活スキルの目標「達成度」も上がる。「達成度」が上がれば、児を肯定した人の反応も高まり、また、「関心と意欲」が上がるという良い影響の循環が生まれていたと考えられた。食事の場合、さまざまな行動に集中して作業に取り組まないといけないため、「疲労度」は、参加当初は非常に高かった。しかし、上記の良い影響の循環が繰り返されたこと、および経験を積み重ね、見通しがもてるようになり、障害の特徴を加味しても、程度の差はあれ両児ともに「疲労度」は軽減したと考えられた。知的障害児が実際にデイケアに参加する場面を想定すると、終了後の疲労度とその後の生活への影響を考慮した支援が必要であり、重要な着眼点と考えた。

早川（2012）によれば、褒められたり、美味しいものを食べたりすると、扁桃体が「快」を感じ、脳内をドーパミンが流れる。そしてドーパミンが流れた時の感覚、音、形、感触のすべてが快情報として記憶される。扁桃体が快と判断した刺激は快感（報酬）を生み、再びその快感を求める欲求が「意欲」「動機」の基となり、「積極性」の誘因になる。食事の準備（調理、配膳）や後片付けを達成することを通して褒められることは、このような「快」の連鎖を産み出す可能性がある。その意味でも、食事に関する事は重要な生活スキルと

考えられる。

## (2) 看護支援の可能性に関して

予備的研究1の結果が示す通り、知的障害児でも軽中度であれば、調理に付随する作業や調理に不可欠な水道の使用もある程度できる。また、食べることへの関心も強い。それにもかかわらず調理作業の達成度が低いのは、調理を体系的、継続的に持続する経験がないことが大きな理由と考えられた。従って、巧く調理作業に取り組みさせることができれば、児が強い関心や意欲をもてると考えられた。調理が社会性の発達に繋がる可能性があることから、調理に取り組みば、知的障害児に有用な生活スキルになるだけでなく、児の大きな課題である社会性の開発にも繋がる可能性もあるといえる。社会性の開発は家庭内での家族との関係に始まり、地域の人達との関係の向上へと繋がる。その意味からも調理は社会的、情緒的、身体的課題を抱えた知的障害児にとって波及効果の範囲も広い生活スキルであると考えられた。

今回、熟練看護師が実際の支援を行う場面を観察した。従来の熟練看護師に関する研究は、慣れた医療現場においての日常的なケアの様子を観察するものが大半であり、今回のように、新たな現場を設定してその熟練した技術を観察した研究は見当たらない。結果として、熟練看護師は未知の現場においてもその技術を発揮できたと言える。もちろんその理由の一つは、今回の対象となった児との間に予め良好な信頼関係が築かれていたことが大きいと思われる。

一方、熟練の域に達していない一般の看護師にとって支援対象としての知的障害児は未知の部分が多く、その支援の困難性は高いと考える。その対応として、できるだけ看護師に取りかかり易い課題の設定が必要である。対象の身体機能や価値観をアセスメントして生活自立の支援を行うことを一つの役割とする看護師にとっても調理を媒体とした支援を行うことは、その専門性を発揮するにふさわしいものであると考えられる。

軽中度知的障害児に対する（調理を含めて）食事の支援に関する看護研究は見当たらない。一方、教育・福祉の分野では、この種の研究が散見される。例えば、保護者に対する支援の中で料理スキルの支援を行うもの（神山ら、2010）、知的障害児・発達障害児に対する料理指導に関するもの（井上ら、1994, 1995, 1996）などが報告されている。これらの研究では料理指導のプログラムが「料理教室」という集団場面においても効果的であることが示されている。しかし、参加者が家庭に戻ってからの料理行動に関しては、その効果は一様でない。参加者が家庭においても料理行動を維持するためには家庭環境を整えていく

必要性が示唆されている。看護師の場合には生活全般の支援を専門とするので、調理の支援を単なるスキルの習得のレベルで終わらせることなく、よりホリスティックな支援に繋げていく可能性がある。

## 5) 研究の限界

今回の研究では、熟練看護師にフィールド・ノートを記録してもらった。しかし、事前に特別なトレーニングを受けているわけではないので、記憶が漏れたり、曖昧になっている可能性がある。また、熟練看護師の特性として、「無意識に」行動（看護技術を提供）してしまう傾向が強く、場合によってはそれらの行動を Web カメラからの観察では見落としている可能性がある。

また、生活スキルの変化を評価する際の着眼点として、「他者からの肯定」「関心と意欲」「達成度」「疲労度」の4項目を抽出した。そのプロセスは、必ずしも論理的なものではなく、現場でのディスカッションと研究者のこれまでの実践経験に基づく要素が多分に含まれている。それゆえ、この着眼点が一般的に有効なものと言えるのかは今後の研究を待たねばならない。

それ以外にも、下記に示す通り様々な人的、倫理的制限を伴った。

(1) 協力者は研究者と信頼関係が確立されている熟練看護師と知的障害児に限定せざるを得なかった。

(2) 知的障害児の学務への配慮から、実施期間が長期休暇中に限られた。

以上の限界はあるものの、実際のグループホームにおいて、知的障害児が熟練看護師による支援を受けながら生活体験をし、その効果を観察するという非常に新規性が高い試みにより、確実に児の良好な変化を観察することができた。

以上、予備的研究1と予備的研究2の結果から、青年期の軽中度知的障害児に対して看護支援を展開しつつ、調理を実践することは、児の生活スキルおよび社会性の向上に対して一定の効果をあげると考えられた。

## 6) 予備的研究2の小括

予備的研究1の結果によれば、軽中度知的障害児は適切な支援があればその生活能力や障害特性を加味しても、調理に取り組むことが可能な状況にある。この結果を踏まえ、予

備的研究2では、日常生活全体における様々な生活スキルを支援するプロセスを通して、児がどのような生活スキルに取り組み易いかも把握しながら、児が調理に対してどの程度の関心を示すか、また児が調理をすることでどのような変化をもたらすのかを明らかにすることを目的とした。

対象は、調査開始時の生活年齢が16歳、発達年齢が7歳で、軽中度知的障害のある女兒2名であった。両児には、すでに信頼関係が構築できている看護師（熟練看護師と新人看護師各1名）の見守りと支援を受けつつ、知的障害児グループホームにおいて、24時間の居住体験をしてもらった。

2010年8月～2011年3月の間に、1泊2日で4回、計8日間の宿泊体験を実施した。女兒1は8日間全てに参加できた。女兒2は居住者が就寝中に騒ぐという知的障害者特有の行動を繰り返したために参加を嫌がり、4日間で終了した。

女兒1は買い物、調理、食事、洗濯、整容、入浴など全ての生活体験を行ったが、女兒2については、買い物、調理、食事以外は全て拒否した。

2名の看護師のフィールド・ノートと、研究者によるWebカメラでの観察内容をデータとして、支援内容と児の反応を評価するための着眼点を看護師と研究者で検討した結果、「他者からの肯定」、「関心と意欲」、「達成度」、「疲労度」の4つの着眼点が抽出された。この着眼点であらためて児の変化を整理した。女兒1は調理以外のことに対しては、調理に対する以上の「関心と意欲」や「他者からの肯定」は得られなかった。また、参加日数の差はあったが、「調理」に関しては、両児とも「関心と意欲」、「達成度」が回数を追い上昇していた。逆に「疲労度」は低下していった。両児とも調理への「関心と意欲」、「達成度」は高く、調理を通じて「他者からの肯定」など自己効力感や社会性の向上に繋がる刺激も得られていた。以上より、知的障害児が「調理」に取り組むことは意義があると結論した。

## 第Ⅲ章 本調査

### 1. はじめに

知的障害児が調理に取り組む意義については様々な報告がされている。山下ら(2006, 2007)は、調理実践の検討から、調理を習慣にすることが、前頭前野を鍛え、その働きであるコミュニケーションや身辺自立、行動の抑制、感情の制御など社会生活に必要な能力の向上もしくは低下を防ぐ可能性があるとしている。また、高木ら(2013)は、調理について、知的障害者が「地域で暮らす」ための生活スキルの中でも、実用性が高く、社会的な強化を受け易く、生活の質を向上させるものとして極めて有益な生活スキルであるとし、自己肯定感の向上にも言及している。Johnson ら(2011)も調理による自信の獲得について報告をしている。他にも、調理スキルの向上による「社会性の向上」(松岡, 2009)、「他のスキルへの般化(ある刺激に対して特定の反応が起るようになると、類似の刺激に対しても同じ反応が生起するようになること、波及効果)」(花田ら, 2011; 神山ら, 2010)、および「問題行動の軽減」(熊谷, 2012)などが報告されている。

看護師が知的障害児に調理の支援を行い児の変化を観察した報告は見られない。しかし、知的障害児にあまり精通していない看護師であっても、軽中度知的障害児に絞り、対象が興味を持ち易い調理を手がかりとすれば、介入の困難さは軽減すると考えられる。

一方、包丁の使用や熱処理を必要とする調理は、危険を伴うため、保護者によっては、練習させたいと思いつつも、他の生活行動に比べ、着手しにくさを感じることも多い。また、調理には幾つかの動作を組み合わせて調整する作業が多く、幾つかの作業を関連づけて実行することは巧緻性(器用さ)の面から困難なことが多い。さらに、臨機応変な作業が加わるため、調理は健常者が考える以上に高度な作業となる。また、途中で投げ出せないという持久力を必要とする作業であることも困難さを生み出している。調理には実施の困難さを伴うものの、保護者のニーズは強く、条件さえ整えば比較的受け入れの良い支援となり得ると言える。

前章で述べたように、まず、2つの予備的研究に取り組んだ。予備的研究1では、軽中度知的障害児の生活能力と障害特性について統計的検討を行い、その結果、ある程度の支援があれば調理に取り組むことが可能であると判断できた。また、予備的研究2では、軽中度知的障害児に対して看護支援を展開しつつ、調理を実践することで、児の生活スキル

および社会性の向上に対して一定の効果を示すことを確認することができた。しかし、予備的研究2の対象は研究者、関わった看護師ともに旧知の対象であり、お互い長い期間をかけた信頼関係が構築されていることから、望ましい結果が得られた可能性は否定できない。また、対象も2名と少なく、一般的に効果があるとは言い切れない。

軽中度知的障害児を対象として、知的障害者施設のデイケアサービスにおいて、看護師がその専門性を発揮し児の社会的自立を支援する方法を開発するという最終的な目的を目指すのであれば、デイケアサービスで可能な調理プログラムを設定し、新規の調査対象（知的障害児）を一定人数集め、新規の看護師が関わる支援（介入）を行い、一定の効果を得ることができるかどうかを検討する必要がある。

そこで、第Ⅲ章（本調査）では、デイケアサービスを想定した調理プログラムを提案し、その実践を通して、看護師の支援と児の変化を観察し、看護師がどのような支援を行えば、デイケアサービスにおいて児の地域社会での自立に繋がる変化が得られるかを検討した。

## 2. 目的

本調査の目的は、デイケアサービスを想定した調理プログラムの実施により、どのような看護支援を熟練看護師が提供することで、軽度知的障害児がどのような変化をするのかを、熟練看護師と研究者のグループディスカッションとフィールド・ノートの内容などを基に質的研究を行い、明らかにすることである。

## 3. 方法

### 1) 対象

研究対象者は熟練看護師5名であった。

5名の熟練看護師は、著者の過去の研究および教育の実践で関与したことがある看護師もしくはその紹介者で、以下の条件を満たす者を募集して決定した。

- ① 第1章の熟練看護師の定義に該当する。
- ② 母子看護の経験がある。
- ③ 本研究の内容への理解・協力の了承を得られる。

### 2) 今回実施した調理プログラム

デイケアサービスとして実施出来る内容の調理プログラムを用いて、看護支援の効果を

検討することが必要である。予備的研究および筆者らの過去の経験に基づき、本調査で計画した調理プログラムは以下の通りである。この調理プログラムを実施し、同時に研究に必要なデータの収集も行った。

### **(1) 参加する児に関する条件**

調理は、衛生面への配慮、および火気や刃物に関する事故予防が必要な作業である。そのため、参加する児に下記の①～⑤の条件を全て満たす必要があるとした。

① 青年期（13歳～18歳）の軽中度知的障害児であること。

参加可能年齢を生活年齢13歳～18歳（青年期）とした理由は二つある。一つは、通常、生活年齢12歳頃までには生活に必要な基本的な成長・発達が完了するとされていることにより、13歳であれば、知的障害児であっても、児の成長・発達が完了していると考えられたことである。

もう一つは、特別支援学校は高等部までであり、この時期になると卒後の生活自立について、保護者も本人も考える時期となり、調理についても生活自立の課題として意識されるようになってきたからである。軽中度知的障害であれば、認知・理解・巧緻性などの能力が、支援すれば調理が可能なレベルにあると予備的研究の結果より判断できた。また、障害特性についても、軽中度であれば、配慮すれば、殆どの児で調理をすることが可能な状態にあると考えた。

② 自己および他者に著しく危険な行動（包丁の扱いなど）をすることがないこと。

③ 他者の迷惑になるような不衛生な行動をすることがないこと。

④ 母親と離れて看護師の支援の下で調理行動が取れること。

⑤ 知的障害に伴う特性行動（転動性行動・奇声の発声・固執行動など）は、看護師が1対1で対処できる程度であること。

⑥ 保護者から、本研究の目的に理解・賛同が得られること。

この点に関しては、同意書への署名・捺印をお願いした。

⑦ 児の安全確保および参加運営が滞りなく実施されるために必要な協力を得られること。

本調査では、倫理的配慮と研究としての諸事情を検討し、児の送迎・実践時の立ち会い・研究データを得るための5回以上の参加協力を募集条件として追加した。

### **(2) 実施場所**

#### **① 調理に必要なスペース**

児一人あたり、180cm×90cm 位の調理台を占有できることが必要と考えた。理由は二つある。一つは、知的障害児（得に自閉性スペクトラムの児）は人との空間的距離が近すぎるとストレスが高まり、不安定になり、作業に対する集中力の妨げになる可能性が高いためであった。もう一つは、広いスペースに食材や道具を構造化して配置することで、手順や作業を分かり易くするためであった。

## ②施設のコストと利便性

施設のコストと利便性については、その地域の住民であれば、安価に使える施設（公民館・コミュニティーセンターなど）を想定した。理由は、知的障害児施設が調理プログラムに必要な調理スペースをもっていない場合であってもコスト的に借用しての実施が可能であり、地域住民にとってアクセスが良いためであった。

## (3) 支援体制

支援体制は、一人の児に一人の看護師が選任担当できるようにした。理由は二つある。一つは、調理は刃物や火を使用するため、健常児であっても怪我の危険性が伴う作業である。知的障害児では、健常児よりも理解度、記憶力、注意力など様々な危険回避のための能力が乏しい。そのため、危険回避が一人でできるようになるためにはかなり時間をかけた指導が必要になり、常に、見守り、指導する人材が必要になるためである。もう一つは、調理の習得に、知的障害児は健常児よりも理解度、記憶力、注意力など様々な能力が乏しく、加えて調理の習得の妨げになる障害特性もある。そのため、懇切丁寧で、詳細な段階を踏まえた対象児へのアセスメントと指導が必要なためである。

また、児一人あたりに必要な調理スペースや利用する施設の規模などの諸条件を検討し、1回の実施に受け入れられる児は4名が限界と判断された。そこで一対一の対応をする熟練看護師4名と、プログラム全体を管理しながら自由に行動できるフリーの看護師を1名とし、計5名での支援体制を基本とした。あとは状況に応じて柔軟に看護師の数を調整した。全ての実践場面においてフリーの看護師役は参加観察を兼ねて筆者が担当した。

## (4) 実施日時

実施日は、年間を通してのデイケアサービスを想定して、原則土曜日とした。理由は、知的障害児は興味をもった作業であっても、集中して作業を行えば、脳障害があるため、健常児では考えられない程、疲労してしまう。そのため、翌日に登校しなければならない平日や日曜日は回避した。

また、同じ理由により、実施時間の長さや時間帯を配慮した。そのため、調理（準備か

ら後片付けまで)を実施する速さや体力的な限界を検討し、1回の調理に2時間を想定し、午前は10～12時、午後は13～15時とした。実施期間は、2012年10月から2013年5月までの8ヶ月間であった。

#### **(5) 実施頻度**

スタッフの確保が可能であれば、週1回、午前・午後各1回が適当であると考えられた。

#### **(6) 実施内容**

調理の具体的な実施内容は以下であった。

##### **① 毎回のレシピの作成**

レシピは筆者が様々な調理資料を検討し、所用時間や難易度を検討し、プログラムに参加する児が看護支援を受けることで、調理可能なレシピを作成した。なお、レシピはネット情報から児が取り組み易いと考えられるレシピを選択し、視覚優位という知的障害児の特徴に配慮して、その情報などから得られた写真を利用して、手順が分かり易いように情報を再構成して作成した。具体的には、レシピはパワーポイントで作成し、順序が明確にわかるようにするとともに、可能な限り、写真を入れ、字の大きさや色にも配慮し、なるだけ参加児自身でもわかるようにした。一回の資料はA4版1枚とした。

##### **② レシピの配布**

レシピはPDF形式にして、事前に保護者および担当看護師に配信した。

行動の見通しをもてないとパニックを起こす児もあるので、保護者は事前に児にレシピを見せながら、何時、どういうことをどういう順序で行うかを、予め、児に理解させ、見通しを持たせる努力をした。

看護師にはそれぞれが担当する児の能力や特性を想定し、どのように支援をしていくか看護計画を立ててもらった。

実施日には、紙媒体で各児、各看護師にレシピを配布した。

##### **③ 食材の準備**

食材は当日、平均的な家族員数4名分をフリーのスタッフが準備し、各担当看護師に配付した。コストは1回1,000円未満で納まるようにした。会計管理と監査は保護者の代表者が行った。

##### **④ 調理の実施**

調理の実施は各担当看護師がそれぞれの児に合うやり方で実施した。保護者は基本的には、見学(看護師が行う調理指導の衛生状態の同席確認も含む)のみであったが、希望が

あれば、看護師の監督の下での調理参加を許可した。

なお、調理プログラム参加決定時に安全管理の一環として、全員に子ども用の包丁を配布し、それを用いて調理するよう依頼した。

### **⑤料理の持ち帰り**

調理した料理は児と保護者でそれぞれ持参した容器に詰めて持ち帰った。午前実施の料理は昼食の一部として、午後実施の料理は夕食の一部として各家庭で食した。加えて、毎回クッキーを調理しており、それはおやつとして持ち帰った。調理後の料理の衛生管理は保護者の責任とした。

### **⑥担当看護師の実施評価**

担当看護師の実施評価は当日参加したスタッフとカンファレンスを行い、次回の支援の示唆とした。将来的な調理プログラムとしては、記録時の時給も発生するため、経費面からも特に定めない。

## **3) データ収集期間**

データ収集期間は、調理プログラム実施期間と同じ 2012 年 10 月から 2013 年 5 月までの 8 ヶ月間であった。

## **4) データ収集場所**

データ収集場所は、第Ⅲ章-3-2)-(2)の調理プログラムの条件を満たすU市にある 20 名程度の調理が可能な市民センターの調理室であった。

## **5) データ収集方法**

児の保護者と熟練看護師が、毎回、事前に、研究者が作成したレシピと、どの児がどの熟練看護師と調理を行うかの情報を電子メールで受け取り、参加準備ができるようにした。

なお、熟練看護師全員に対して、参加する児全員のプロフィールを、初回開始前に説明しておいた。

熟練看護師は毎回、児 1 人あたり 1 回 2 時間の看護支援を、一対一の対応で行った。児 1 人あたりの調理実施回数は合計 6~12 回であった。

熟練看護師は毎回、看護支援の終了後、当日参加した全ての熟練看護師と研究者とのグループディスカッションに参加し、熟練看護師が児に対して行ったアセスメント、支援内

容、調理実践場面を用いた看護支援の進行方法、看護記録の仕方などに対する改善策への意見やこの看護実践への思いを述べた。

熟練看護師は毎回、グループディスカッション終了後、担当した児の調理実践場面を用いた看護支援に関する記録を作成し、研究者に提出した。

## 6) データの分析

### (1) 事前準備

児の基本情報、性別、所属（特別支援学校・特別支援学級）、学年、生活年齢、発達年齢、給付されている手帳、障害名、児の障害特性、危険回避のための禁忌事項、家族構成は、研究者が事前に把握して熟練看護師に提供した。

参加する熟練看護師には、職務として経験したことがない知的障害児を対象にし、看護支援に用いたことがない調理プログラムを手がかりとした看護支援を行ってもらうことになる。研究者はその実践内容を分析して、熟練ではない看護師にも理解・活用してもらえぬ形で知的障害児に「看護支援を提供するために必要なことを明らかにする」ことを目指している。

ベナー(1999; 井上 監訳、2005)は、卓越した判断と思考、臨床でのふるまいのスキルについて、「(1) 推移を見通すこと」、「(2) 熟練したノウハウ」、「(3) 反応に基づく実践」、「(4) 発動力(agency)」、「(5) 鋭敏な知覚と関わりの技能」、「(6) 臨床的推論と倫理的推論」の6つの側面を取り上げている。

熟練看護師が展開するであろう卓越した判断と思考、臨床でのふるまいのスキルを、一部であっても具体的に提示することで、本研究の目的を達成することになると考える。

上記の6つの側面をみると、(1) 推移を見通すことおよび(6) 臨床的推論と倫理的推論は、何かを熟練看護師が見て現状を認識・判断し、未来を予測する作業、すなわち看護視点があると考えられる。(2) 熟練したノウハウ、(3) 反応に基づく実践および(5) 鋭敏な知覚と関わりの技能は看護技術と考えられる。(4) 発動力(agency)は、「状況に働きかけたり影響を与える能力」と説明されている。

野島(2003)は、エキスパートナースすなわち熟練看護師について、「目に見えないものを見る能力」について述べ、小関(1998)の書を引用し「問題に直面したときに、それを解決する能力」である知識は「人格と深く結びついている」としている。

この「発動力」や「人格」は価値観や信念・信条など人の物事に対する構え、すなわち

姿勢から生じていると考える。この姿勢が「人格」や「発動力」として現れ、物事を捉える視点となり見通しを形成し、培われた技術と結びつき、看護が展開されると考える。

「看護支援を提供するために必要なこと」として、看護に関する物事に対する構えを「看護姿勢」とし、この「看護姿勢」から生じる物事の捉え方を「看護視点」とし、さらにこの「看護視点」がどのような「看護技術」と結びついていくかの一連の過程を明らかにしたいと考えた。

これらを明らかにするため、以下のような分析を行った。

## **(2) 児の変化のデータ収集・分析**

熟練看護師の看護内容の分析のための基礎資料として、児の変化の分析を行った。

複数の熟練看護師が実際に複数の知的障害児の調理支援をし、その変化を観察するという研究自体が未知のものであるため、定型化された分析方法が存在しない。そのため、どのような点に注目して、どのように児の変化を評価するかを事前に決定することはできなかった。予備的研究2で用いた方法を参考に、今回も、フィールド・ノートの作成、ディスカッションを繰り返し、試行錯誤しながら熟練看護師がどのような目的をもって児の変化を評価するのかを抽出していった。そのプロセスは以下のとおりである。

- ① 児の調理支援を担当した熟練看護師に、初回はフィールド・ノートを自由に書いてもらい、そのフィールド・ノートを基に、熟練看護師間でグループディスカッションをしてもらった。
- ② 初回、①により得られたフィールド・ノートと研究者が聞き取ったグループディスカッションの内容から、熟練看護師が筆記もしくは語ったことを項目とし、記載項目リストを作成した。
- ③ 2回目、②で作成した記録項目リストを一覧にした用紙を配付し、その記録項目についてフィールド・ノートを書いてもらうように依頼した。それ以外の項目でも気づいたり、必要と思うことは追加して書いてもらった。また、熟練看護師間のグループディスカッションの際には、②で作成した記録項目リストの項目内容や表現について意見をもらった。
- ④ ③により得られたフィールド・ノートと研究者が聞き取ったグループディスカッションの内容から、②で作成した記録項目リストの加筆・修正を行った。
- ⑤ それ以降、加筆・修正した記録項目リストの提示、フィールド・ノートの作成、グループディスカッションを、熟練看護師と同意が得られるまで繰り返し、記録項目リス

トを完成した。

- ⑥ 完成した記録項目リストに従って、書き込める表を作成し、その表に研究者と熟練看護師とで、それまでの記録も含めた全記録を書き写し、本調査のデータとした。
- ⑦ ⑥で作成した対象児全員のデータを分析し、全児の変化を数量的に評価した。
- ⑧ ⑦の評価を見ごとに表にして熟練看護師に提示し、評価の根拠となる変化や状況について、個々に聞き取りを行って内容を記録した。
- ⑨ ⑦と⑧の情報を基に、児全員の記載内容を一覧にした表を作成し、調理プログラムによる児の変化の分析を行った。
- ⑩ 児の変化を明らかにする際の目的も、上記の作業と並行して検討した。

### **(3) 看護師の看護内容のデータ収集・分析**

- ① (2)の⑨で作成した一覧表に認められた児の変化や気になる状況について、その記載事項に関与した熟練看護師に調理での児の様子や、熟練看護師が考えたこと、判断したこと、行ったことなどを個々に尋ね、筆記記録と録音記録を行い、その記録から逐語録を作成した。
- ② ①で作成した逐語録の内容に関与した熟練看護師に依頼して、内容記載に不足や誤りがないかの確認を行い、必要な部分については加筆・修正した。
- ③ ②で加筆・修正した逐語録の文章を、文脈に留意しながら意味ごとに区切り、一まとまりごとの文章を記載したカードを作成した。
- ④ ③で作成したカードの文章の内容を検討して、類似する意味ごとに分類した。
- ⑤ ④で分類したカードの文章の意味を表すコード名を作成し、そのコード名と分類が妥当か、本研究に関与していない質的研究に精通する複数の研究者に確認を依頼した。この作業を繰り返し、これ以上まとめると各コードの意味内容の具体性や特徴が損なわれると上記研究者と判断した段階で作業を終了した。
- ⑥ 各最終コードを分類ごとに検討し、意味内容の類似性に基づき、カテゴリー化した。
- ⑦ ⑥の結果を、上記に述べた「看護姿勢」、「看護視点」、「看護技術」に着眼して検討し、その分類ごとに一覧表を作成し、上記の研究者に再度、確認を依頼し、分類とコード名の最終修正を行った。

## **7) 倫理的配慮**

滋賀県立大学の「研究に関する倫理審査委員会」で倫理審査を受けた。本調査の審査依

頼に当たり、まず、倫理審査の窓口担当者による本調査での実施内容についての口頭試問が行われた。今回は対象が新規になることも伝え、再審査を依頼した。

この依頼により、当初に提出した書類を研究者が再度見直して再提出しての書面審議が実施された。結果、特に当初との変更もなく書面審議のみで承認された（審査番号 78-1）。

## 4. 結果

### 1) 調理プログラムに参加した青年期の軽中度知的障害児の内訳

10名の児の概要と参加回数を表Ⅲ-1に示す。10名の児は全国特別支援学校知的障害教育校PTA連合会事務局より紹介された地区のPTA代表者に協力を得て、特別支援学校および特別支援学級に所属する高等部・中等部に、先に示した調理プログラムの参加条件を満たす児を募集して決定した。

以下に、協力を得られた児の特徴を示す。なお、児の発達年齢は、母親に最新の発達検査結果を提供してもらい把握するようにした。検査機関から保護者への情報提供の協力を得られない場合は、研究者が保護者全員に記載を依頼していた乳幼児精神発達診断法質問紙の発達評価結果と研究者および担当看護師が行った児の行動観察により児の発達年齢を判断した。

女児1は特別支援学校高等部3年、生活年齢18歳8ヶ月であった。母親からの情報では発達年齢は2歳6ヶ月で、療育手帳Aを給付されている小頭症の児であった。転動性などはなく、他者への迷惑行動は全くなかった。しかし、手指の巧緻性は低く、保持力も弱かった。調理器具の使用や鍋などの移動時には支援を要した。体力も弱く、小休憩を入れるなどして参加した。

女児2は特別支援学校高等部3年、生活年齢18歳4ヶ月であった。発達検査を受けておらず、開始当初に乳幼児精神発達診断法により診断したが、発達年齢は6歳6ヶ月（運動6歳6ヶ月、探索7歳0ヶ月、社会7歳0ヶ月、生活7歳0ヶ月、言語6歳6ヶ月）で、身体障害 心臓疾患1級を給付されている知的障害、ルビンシュタイン症候群・先天性純型肺動脈閉鎖（5回手術、飛行機搭乗時は酸素使用）の児であった。当初は調理実施時、一次的な血色変化などはあったが、身体的な変化に留意・配慮して参加した。

女児3は特別支援学校高等部2年、生活年齢17歳11ヶ月であった。発達検査を受けておらず、開始当初に乳幼児精神発達診断法により診断したが、項目課題は全て達成しており、発達年齢は7歳以上の発達段階にあると考えられた。療育手帳Bを給付されて

いる自閉性障害の児であった。固執性があり、指示の入りにくいところもあったが、調理には強い関心を持って参加した。

女児 4 は特別支援学校高等部 2 年、生活年齢 17 歳 4 ヶ月であった。母親からの情報では 1 年半前の検査では発達年齢は 5 歳程度で、療育手帳 A を給付されている自閉性障害、てんかんの児であった。自閉性障害にみられる転動性は全くなく、代わりにてんかんの内服の影響と思われる行動の鈍さが認められた。理解力の乏しさと反応の鈍さは感じられたが、調理には強い関心を持って参加した。

女児 5 は特別支援学校中等部 1 年、生活年齢 13 歳 5 ヶ月であった。担任からの情報では発達年齢 5 歳程度は（言語 6 歳、他は 5 歳程度）で、療育手帳 B を給付されている自閉性障害の児であった。自閉性障害特有のオウム返しや奇声が認められたが、調理には強い関心を持って参加した。

男児 1 は特別支援学校高等部 3 年、生活年齢 18 歳 8 ヶ月であった。母親からの情報では発達年齢は 2～3 歳で、療育手帳 A を給付されている聴覚障害 1 種 2 級、小腸機能障害 4 級、ワールデンブルグ症候群、ヒルシュスプルング病（大腸完全欠損で出生時一時的ストマ造設、その後、小腸・直腸吻合術）の児であった。初回より抵抗なく調理に取り組めた。難聴のため、肩を叩くなどの注意喚起の工夫を要した。手元を見ないで包丁を使うなどの危険な場面もあったが、調理には強い関心を持って参加した。

男児 2 は特別支援学級高等部 3 年、生活年齢 17 歳 7 ヶ月であった。発達年齢は 8 歳 0 ヶ月（生活年齢 16 歳 11 ヶ月の時に実施した新版 K 式で、認知・適応 9 歳 6 ヶ月、言語・社会 8 歳 0 ヶ月、全領域 8 歳 0 ヶ月）で、療育手帳 B を給付されている知的障害・自閉症スペクトラムの児であった。母親が自宅で行う調理訓練の成果か、口答指示で、調理に取り組めたが、調理に強い関心がある様子はなく、学習課題としてこなしている様子であった。

男児 3 は中学校特別支援学級 2 年、生活年齢 13 歳 11 ヶ月であった。母親からの情報では発達年齢は 7 歳 0 ヶ月で、療育手帳を給付されていない自閉性傾向の児であった。健常児と比較すれば、理解力の弱さや、巧緻性の低さはあったが、参加能力は十分にあり、調理には強い関心を持って参加した。

男児 4 は中学校特別支援学級 1 年、生活年齢 13 歳 6 ヶ月であった。母親からの情報では発達年齢 5 歳 0 ヶ月で、療育手帳 B を給付されているダウン症候群、ヒルシュスプルング病（大腸部分欠損で健常児の 1/3 しかなかった。出生時一時的ストマ造設、その後、吻合

術は小学校2年生までに3回行った)の児であった。発達の遅れはあるものの、全体的な能力バランスも対人関係能力も良く参加能力は十分にあり、調理には強い関心を持って参加した。

表Ⅲ-1 軽中度知的障害児の概要と参加回数の一覧

事例	女兒1	女兒2	女兒3	女兒4	女兒5	男児1	男児2	男児3	男児4	男児5
開始時	U 特別支援学校高等部3年	K 特別支援学校高等部3年	N 特別支援学校高等部2年	K 特別支援学校高等部2年	Y 特別支援学校中等部1年生	U 特別支援学校高等部3年	Y 特別支援学校高等部3年	O 中学特別支援学級2年生	H 中学校特別支援学級1年生	Y 特別支援学校中等部1年生
生活年齢	18歳8ヶ月	18歳4ヶ月	17歳11ヶ月	17歳4ヶ月	13歳5ヶ月	18歳8ヵ月	17歳7ヶ月	13歳11ヶ月	13歳6ヶ月	12歳6ヶ月
発達年齢	2歳6ヶ月	6歳6ヶ月	7歳以上	5歳程度	5歳程度	2~3歳	8歳0ヶ月	7歳0ヶ月	5歳0ヶ月	6歳0ヶ月
給付手帳	療育手帳A	身体障害 心臓疾患1級	療育手帳B	療育手帳A	療育手帳B	療育手帳A 聴覚障害1種2級 小腸機能障害4級	療育手帳B	手帳なし	療育手帳B	療育手帳B
障害名	小頭症	知的障害 ルビンシュタイン症候群 先天性純型肺動脈閉鎖	自閉性障害	自閉性障害 てんかん	自閉性障害	ワールデンプルグ症候群 ヒルシュスプルング病	知的障害 自閉症スペクトラム	自閉性傾向	ダウン症候群 ヒルシュスプルング病	自閉性障害
参加回数	6	11	6	6	8	6	6	8	6	12
1	担当:R	担当:R	担当:R	担当:R	担当:R	担当:R	担当:R	担当:R	担当:R	担当:R
2	担当:PhSt	担当:R	担当:EN2	担当:EN3	担当:EN5	担当:PhSt	担当:R	担当:EN2	担当:CoR	担当:EN2
3	担当:CoR	担当:R	担当:EN3	担当:EN1	担当:EN5	担当:R	担当:EN1	担当:EN2	担当:EN3	担当:EN2
4	担当:EN4	担当:EN5	担当:EN3	担当:EN1	担当:EN5	担当:EN3	担当:EN1	担当:R	担当:EN3	担当:R
5	担当:EN3	担当:PhSt	担当:R	担当:EN1	担当:EN5	担当:EN3	担当:EN1	担当:R	担当:EN3	担当:PhSt
6	担当:CoR	担当:EN4	担当:EN2	担当:EN1	担当:CoR	担当:EN3	担当:R	担当:EN2	担当:CoR	担当:EN2
7		担当:R			担当:EN3		①担当:EN1	担当:EN2		担当:EN2
8		担当:EN3			担当:EN3		②担当:EN1	担当:EN2		担当:R
9		担当:EN3					③担当:EN1			担当:EN2
10		担当:EN3					④担当:EN1			担当:EN2
11		担当:R					⑤担当:EN1			担当:R
12							⑥担当:EN1			担当:EN2
13							⑦担当:EN1			

EN(熟練看護師)

R(研究代表者)・CoR(共同研究者)・PhSt(臨床心理学院生)は EN 不足時、緊急参加して EN の指揮下で実施補佐と記録の代行を行った

男児 5 は特別支援学校中等部 1 年、生活年齢 12 歳 6 ヶ月であった。発達年齢は 6 歳 0 ヶ月（生活年齢 11 歳 4 ヶ月の時に実施した新版 K 式で、認知・適応 7 歳 11 ヶ月、言語・社会 4 歳 5 ヶ月、全領域 6 歳 0 ヶ月）で、療育手帳 B を給付されている自閉性障害の児であった。絶対音感の他、自閉特有の転動性、奇声もあり、調理への集中に困難な要素を多くもつ児であったが、作業に取り組むことができれば、比較的巧緻性も高かった。調理には強い関心を持って参加した。

## 2) 熟練看護師の内訳

5 名の熟練看護師の詳細を表Ⅲ-2 に示す。

研究に協力した熟練看護師は、先に述べた条件により募集して決定した EN1 から EN5 の 5 名であった。なお、EN2 は予備的研究 2 で協力を得た熟練看護師であった。

表Ⅲ-2 研究に協力した熟練看護師の一覧

	EN1	EN2	EN3	EN4	EN5
研究参画時の年代	70代	40代	40代	40代	30代
経験領域	小児科 婦人科 精神科	小児科 透析外来 救急外科 養護教諭 ○訪問看護	小児科 ○保健所	小児科	ONICU
経験年数	40年以上	20年以上	20年以上	10年以上	10年以上
15歳以上の知的発達症児・者のケア体験	あり	あり	なし	なし	なし
職務状況	引退	現役	現役	引退	現役
支援記録件数	13件	14件	16件	2件	5件
グループディスカッション回数	13回	8回	9回	2回	4回
聞き取り調査	あり	あり	なし	なし	なし

○: 現任領域

## 3) 児の変化について

熟練看護師は＜簡単な料理を自分一人で作れる＞ようになることと、＜自己調整して調

理をできる>ようになることを具体的な目的として、それぞれ評価項目を設定して、児の変化を検討していた。

### **(1) <簡単な料理を自分一人で作れる>ことを目的とした児の変化**

変化の概要を、表Ⅲ-3に示す。

<簡単な料理を自分一人で作れる>の評価項目は、【食材の取り扱い】、【切る】、【加熱】、【成形】、【盛りつけ】、【食材の衛生】、【道具の扱い】であった。

女兒2は調理実践時にどの項目にも変化はなかったが、家で調理のお手伝いに積極的に関わるようになり、母親と一緒に取り組むようになった。学校でも宿泊学習のとき朝食の用意や後片付けを頑張るという変化が認められた。

女兒5は調理実践時にどの項目にも変化はなかったが、家で食後の洗い物をするようになった。

男児2は【切る】、【加熱】、では変化が認められなかった。【食材の取り扱い】で寿司製造の食材の取り扱いが一人でできるようになった。【成形】では寿司を適切な大きさにつくれるようになった。【盛りつけ】では所定の入れ物に寿司を綺麗に入れられるようになった。

【食材の衛生】では必要な衛生行動がとれるようになった。【道具の扱い】では使ったものの後始末ができるようになった。その結果、スーパーマーケットのバックヤード(大手スーパーマーケットの販売商品を調理する場所)で調理業務(いなり寿司など)を声かけ支援でこなせるようになった。

男児4は調理実践時にどの項目にも変化はなかったが、家でも料理をしたがるようになった。

男児5は【食材の取り扱い】、【盛りつけ】、【食材の衛生】では変化は認められなかった。【切る】では包丁が適切に使えるようになった。【加熱】では炎に関心をもち、ガスコンロを使った料理には積極的になった。【成形】では調理実践時だけでなく、家でもハンバーグの成形ができるようになった。【道具の扱い】では包丁などの道具の意味がわかり、使えるようになった。

なお、女兒1、女兒3、女兒4、男児1、男児3は調理実践時にどの項目にも変化は認められず、生活上の変化も認められなかった。

表Ⅲ-3 <簡単な料理が自分一人で作れる>ことの評価項目に認められた児の変化の概要

事例	女児 1	女児 2	女児 3	女児 4	女児 5	男児 1	男児 2	男児 3	男児 4	男児 5
目的： <簡単な料理が自分一人で作れる>に関連する記録や口頭で報告された日常生活での児の変化		↑ 家で調理のお手伝いに積極的に関わるようになり、一緒に取り組むようになった。学校でも宿泊学習のとき朝食の用意や後片付けを頑張るようになった			↑ 食後の洗い物をするようになった		↑ ハイレベルな調理バックヤード業務を声かけ支援でこなせるようになった		↑ 家でも料理をしたがるようになった	↑ 母親が炊事をする姿に興味を示すようになり、手伝おうとするむようになった。母親も任せられるようになり、母親と一緒に料理をするようになった
食材の取り扱い							↑ 寿司製造の食材の取り扱いが一人のできるようになった			
切る										↑ 包丁が適切に使えるようになった
加熱										↑ 炎に関心があり、ガスコンロを使った料理には積極的だった
成形							↑ 適切な大きさにつくられた			↑ 家でハンバーグの成形ができるようになった
盛りつけ							↑ 所定の入れ物に綺麗に入れられた			
食材の衛生							↑ 必要な衛生行動がとれるようになった			
道具の扱い							↑ 使ったものその後始末ができるようになった			↑ 道具の意味がわかり、使えるようになった

\*空欄は以前からできていた、もしくは記録や口頭での報告がなかった。

## (2) <自己調整して調理をできる>ことを目的とした児の変化

変化の概要を、表Ⅲ-4 に示す。

<自己調整して調理をできる>の評価項目は、<自己調整>に関しては【集中力・持久力】、【ストレス・コーピング（気分転換）】、<対人関係>に関しては【料理交換】、【他者からの賞賛への反応】、【家族に料理を持ち帰る喜び】、【他者への関心】【他者への挨拶】、<自我状態>に関しては【調理への快感情】、【自己効力感】、<家族役割>に関しては【児に対する父親の承認と受容】、【児に対する同胞の承認と受容】、【児に対する母親の承認と受容】であった。

女兒 1 は筋力が弱く、2 時間の調理実践時間で立位を保っていることが困難であった。しかし、椅子を準備しておいても座らず、殆ど立位で参加できるようになり、【集中力・持久力】を増していった。手指の保持力も弱く、かなりの部分、熟練看護師や同行した母親が手伝い料理を完成する状況にあったが、【他者からの賞賛への反応】には満足したような笑顔が観られた。持ち帰ったクッキーを妹が「おいしい」と言ってくれたことを機に【家族に料理を持ち帰る喜び】を感じるようになり、調理実践の場では自分は1つも食わず、同席の児との交換も嫌がり、全て妹に持ち帰った。【他者への関心】はそれほど強いものではなかったが、まわりの児の調理の様子を見るようになっていった。調理実践の場が理解できるようになると嬉しそうに調理実践の場に入ってくるようになり【調理への快感情】が認められた。母親からも「クッキーを妹に差し出す姿はお姉ちゃんだなあと思う」との発言もあり、【自己効力感】があるのかクッキー作りには積極的に関わっていた。上述したように【児に対する同胞の承認と受容】、【児に対する母親の承認と受容】も認められた。

女兒 2 は心疾患があり、2 時間の調理実践時間で立位を保っていることは負担と思われたが、【集中力・持久力】が増したのか負担の表情が見えなくなった。参加者の中では年長であるためか、【料理交換】は率先してするようになっていった。調理実践の場で次第にリーダー的な動きもできるようになった。調理にも積極的に取り組んでいたのも褒めると、照れくさそうだが、嬉しそうにしており【他者からの賞賛への反応】が認められた。料理を持ち帰る時は家族の誰の分かも考えながら容器に詰めており、【家族に料理を持ち帰る喜び】が認められた。前述したように【他者への関心】も認められた。配付された毎回のレシピのリーフレットは綺麗にファイリングしており、【調理への快感情】が認められた。調理中、できる調理は「これはできる」と発言し【自己効力感】も認められた。父親は料理を「おいしい」と言い【児に対する父親の承認と受容】を示し、母親も児ができる部分を

認めながら一緒に調理し【児に対する母親の承認と受容】を示した。【児に対する同胞の承認と受容】も得られた。

女兒3は自閉性障害があるため、場に慣れるまでは落ち着きがなかったが、いったん慣れると【集中力・持久力】が認められた。持ち帰る時は家族の誰の分か言いながら容器に詰め【家族に料理を持ち帰る喜び】はあったようだが、家に帰ると殆ど一人で食べてしまうとの報告が母親からあった。配付された毎回のレシピのリーフレットは自分の分は汚さない間にファイリングしていた。また、毎回終了間際には、「次何時?」「何作る?」とこちらが答えるまで質問し続ける【調理への快感情】が認められた。母親は「調理に来ることを凄く楽しみにしている。ここまでできるとは思っていなかった」と嬉しそうに話し【児に対する母親の承認と受容】を示した。

女兒4は少し転動性があり、当初は他に意識が言ってしまうことがあったが、調理に【集中力・持久力】を示せるようになった。【料理交換】は意味がわかるとすぐに喜んでできるようになった。「上手にできたね」などの声かけに対しては満足した表情をみせ【他者からの賞賛への反応】も良かった。「お父さんの分」など家族の誰の分か伝えるなど【家族に料理を持ち帰る喜び】が認められた。行動がゆっくりであるため、他児より調理進行が遅いことが気になるのか他児の様子をみて焦った表情をみせるなど【他者への関心】が認められた。毎回終了間際には、「次何時?」「何作る?」とこちらが答えるまで質問し続けており【調理への快感情】が認められた。他者と見比べ自分の料理が綺麗にできていると嬉しそうに笑い【自己効力感】が認められた。家では持ち帰った料理に「上手にできている」など【児に対する父親の承認と受容】が得られ、一連の児の調理への前向きさに【児に対する母親の承認と受容】も得られていた。

女兒5は当初は調理室に入っても大きな声で歌を歌ったり、飛び跳ねたりしてなかなか調理行動に入れなかったが、最終的には集中して取り組めるようになり、【集中力・持久力】の開発が認められた。「上手にできたね」と声をかけると「うん」と嬉しそうにし【他者からの賞賛への反応】を示した。言葉はなかったが「おかあさんの分?」などと尋ねると「うん」と嬉しそうに答え【家族に料理を持ち帰る喜び】が認められた。他児に不適切な干渉をしようとするなど抑制が必要な行動ではあったが【他者への関心】も認められた。「次何時?」「何作る?」とこちらが答えるまで質問し続けており【調理への快感情】が認められた。日によって母親の示す反応は異なったが概ね【児に対する母親の承認と受容】は認められた。

男児1は「巧くできたね」などと伝えられると嬉しそうにして【他者からの賞賛への反応】を示した。児が巧く参加できるようになったと【児に対する母親の承認と受容】も示されたが、調理に慣れて緊張が取れると、自分の手を包丁で刺そうとし、止める熟練看護師に包丁を向けるなどの危険行動がでるようになった。

男児2は自分自身で経験したことを他のことに活かしていく能力は乏しかったが、多くのことは当初より口頭指示によりできていた。スーパーマーケットのバックヤードでの調理など、与えた課題を他児よりも高次な内容にすることで支援した結果、他の職員に【他者への挨拶】ができるようになった。また、調理作業や職員に対する対応など自分のできること、できないこともしっかり評価できるようになり、自分なりの【自己効力感】が持てるようになった。スーパーマーケットのバックヤードで調理した寿司（男児2が調理して店頭並んだもの）を母親が購入して持ち帰り、【児に対する母親の承認と受容】は示されたようであった。

男児3は、当初、話し出すと止まらず、作業の手がとまってしまう状態であったが、おしゃべりが回数を重ねるに従い減り、調理に【集中力・持久力】が向けられるようになった。【料理交換】は自分から進んで行き、楽しんでいた。「うまくなつたやん」などの声かけには嬉しそうな【他者からの賞賛への反応】をみせた。できあがった料理は嬉しそうに容器に詰め、家でも作り方など得意げに話していたようで【家族に料理を持ち帰る喜び】が認められた。おしゃべりで手が止まり、作業が遅れることを指摘されてから、他児の進行度を気にする【他者への関心】が認められた。最初は自分のいる場がよく解らず不安そうだったが、だんだん来ることの意味がわかり、嬉しそうに来場するようになり【調理への快感情】が認められた。調理が巧くいくと「よっしゃあ」などと言ってガッツポーズをみせて【自己効力感】を示すようになった。母親はそうした児の変化をみて【児に対する母親の承認と受容】を示していた。

男児4は障害から易疲労性があったが、少しずつなれ最後まで休まず取り組める【集中力・持久力】が認められた。もともと社会性があり、意味がわかると喜んで【料理交換】をするようになった。褒められると徐々に照れずに嬉しそうにするようになり【他者からの賞賛への反応】も素直に示されるようになった。【家族に料理を持ち帰る喜び】も調理実践場面でも家庭でも認められた。自分の調理と他者の調理を見比べるなど【他者への関心】も認められた。最初は場がよく解らず不安そうだったが、だんだん来ることの意味がわかり、嬉しそうに来場するようになり【調理への快感情】が認められるようになった。調理

が巧くいくと他者に巧くできたことをアピールする【自己効力感】が認められるようになった。そうした児の変化を観て【児に対する母親の承認と受容】も示された。

男児5は絶対音感があり、微妙な環境音の変化も負担になるようで、なかなか環境に馴染めず、調理実践の場から飛び出すなどの逸脱行動があった。しかし、徐々に、部屋から飛び出さなくなり調理に対する【集中力・持久力】が認められるようになった。普段聞こえないような音楽が聞こえたり、人の声が聞こえた時には不安定になったが、部屋を出てしばらくすると自分から部屋に戻れるようになり、飛び出しが【ストレス・コーピング(気分転換)】になるようであった。他児の口にいきなりクッキーを入れるなどやり方は乱暴であったが自分のクッキーを他児に渡し、渡すと他児がくれるのを待つという【料理交換】ができるようになっていった。調理が巧くいっていることを褒められると嬉しそうに笑い【他者からの賞賛への反応】を示すようになった。できた料理は真剣な表情で綺麗に詰め、家では自ら家族の皿に取り分けて「おいしい」と言われると嬉しそうにし【家族に料理を持ち帰る喜び】を示していた。調理実践に馴染めるようになると、他児の調理の進行状況もみるようになり、【他者への関心】が認められるようになった。いつもにこにこして参加するようになり、【調理への快感情】が認められるようになった。上手にできたり、家族に褒められると得意げな様子を見せて【自己効力感】を示すようになった。持ち帰った料理を家族全員に食べてもらえ、【児に対する父親の承認と受容】、【児に対する同胞の承認と受容】、【児に対する母親の承認と受容】のいずれも得ていた。

表Ⅲ-4 <自己調整して調理ができる>ことの評価項目に認められた児の変化の概要

事例	女児1	女児2	女児3	女児4	女児5	男児1	男児2	男児3	男児4	男児5	
目的: <自己調整して調理ができる>に関連する記録や口頭で報告された日常生活での児の変化	↑ 身体機能的には介助がないと困難だったが、特に妹に持ち帰りたいと強く思っているクッキーへの意欲は強く感じられた	↑ 作業に建設的に取り組めるのは勿論、上級生としての周りへの配慮ができるようになった	↑ 自己流でやり通すのではなく、担当者の指示が聞けるようになった	↑ 母親なしでも不安がらず。一人で実施会場まで来れるようになった	↑ 調理が終わるまでは集中して取り組めるようになった	↓ 慣れてきたことで、逆に緊張が取れ、危険行動がでるようになった	↑ 自分から挨拶ができた、高齢の担当者への気遣いができるようになった	↑ おしゃべりが減り、作業効率が良くなった	→ 当初から問題なし	↑ 逸脱行動が減少し、終わりまで頑張れるようになった。作業内容は正確で作業時間も短く済んだ	
自己調整	集中力・持久力	↑ 最後まで調理に参加できるようになった							↑ 最後まで調理に参加できるようになった		
	ストレス・コーピング(気分転換)									↑ 調理から離れても戻れるようになった	
対人関係	料理交換	一つでも多く妹に持ち帰りたい、できなかった	↑ 自分から喜んでするようになった		↑ 自分から喜んでするようになった			↑ 自分から喜んでするようになった			
	他者からの賞賛への反応	↑ 満足した表情をみせる			↑ 満足した表情をみせる			↑ 満足した表情をみせる			
	家族に料理を持ち帰る喜び	↑ 一つも食べず持ち帰る	↑ 家族の誰の分か伝えながら容器に詰める					↑ 家族の誰の分か伝えながら容器に詰める(持ち帰った料理を家族が食べると満足そう)			
	他者への関心	↑ 他児の調理進行を気にするようになった			↑ 他児の調理進行を気にするようになった			↑ 他児の調理進行を気にするようになった			
	他者への挨拶						↑ できるようになった				
自我状態	調理への快感	↑ 楽しそうに來場する	↑ 楽しそうに來場する 次回がいつ実施するか尋ねる						↑ 楽しそうに來場する 次回がいつ実施するか尋ねる		
	自己効力感	↑ クッキーを作りたいがる	↑ 「これはできる」など発言する		↑ 調理が巧いこと喜ぶ			↑ できることを評価表に書ける	↑ 調理が巧いことと喜ぶ		
家族役割	児に対する父親の承認と受容		↑ 美味しいと児に伝える		↑ 美味しいと児に伝える					↑ 美味しいと児に伝える	
	児に対する同胞の承認と受容	↑ 美味しいと児に伝える		一人っ子	一人っ子	一人っ子				↑ 美味しいと児に伝える	
	児に対する母親の承認と受容	↑ 調理参加での児の成長を語る									

\* 空欄は以前からできていた、もしくは記録や口頭での報告がなかった。

#### 4) 熟練看護師の看護内容

結果を表Ⅲ5～Ⅲ7に示す。それぞれの表には、カテゴリーを【 】,サブカテゴリーを[ ],コードを「 」で示した。

##### (1) 逐語録に認められた熟練看護師の「看護姿勢」

詳細を表Ⅲ-5に示す。

熟練看護師の「看護姿勢」は、39のコードから、11のサブカテゴリー、4つのカテゴリーへと抽象化された。カテゴリーは【1. 知的障害児の能力を開発できると信じる】、【2. 知的障害児と個別性のあるひとりの人間として尊重した向き合い方をする】、【3. 調理を知的障害児の生きる力を培う体験にする】、【4. ひとりの専門職者として、知的障害児に向き合う】であった。

熟練看護師は、【1. 知的障害児の能力を開発できると信じる】という看護姿勢を持ち、[1) 知的障害児も調理を体験すれば段階的にできるようになる]、[2) 知的障害児の「特殊性」「個性」に配慮すればできる]、[3) 知的障害児に意欲があればできる]ということを感じていた。

[1) 知的障害児も調理を体験すれば段階的にできるようになる]ということについては、「(1) 誰もいきなりできないのと同じように知的障害児も調理に機会があれば段階的にできるようになる」、「(2) 知的障害児は、最初は行為ができなくても「その行為がわかる」のでよく、経験していけばいつかはできるようになる」、「(3) 教えてもらえれば、知的障害児は調理をできるようになる」という思いがあるからであった。

[2) 知的障害児の「特殊性」「個性」に配慮すればできる]ということについては、「(1) 個性を踏まえて関わってもらえれば、知的障害児は調理をできるようになる」、「(2) 知的障害児の「特殊性」「個性」に配慮すれば伸びる・進める」、「(3) 発達の違いは知的障害児の特性として捉える」という思いがあるからであった。

[3) 知的障害児に意欲があればできる]ということについては、「(1) やろうとする気持ちがあれば、知的障害児は調理をできるようになる」、「(2) 調理をわかっているか、できるかより、やろうとしているかが大切である」という思いがあるからであった。

熟練看護師は、【2. 知的障害児と個別性のあるひとりの人間として尊重した向き合い方をする】という看護姿勢を持ち、[1) 知的障害児を画一的に捉えていたり対応したりしない]、[2) 知的障害児の障害内容ではなくひとりの人間としてみる]、[3) 知的障害児との信頼関係を優先する]ということを感じていた。

[1) 知的障害児を画一的に捉えていたり対応したりしない]ということについて、熟練看護師は、「(1) 障害名が同じでも全員一緒の対応はしない」、「(2) 知的障害児に対して固定概念を持たない」、「(3) 障害名で知的障害児を捉えない」、「(4) 何でも一緒の対応はしない」、「(5) 知的障害児にオペラント的な対応はしない」、「(6) 自分の枠を知的障害児に押しつけない」ということに気をつけていた。

[2) 知的障害児の障害内容ではなくひとりの人間としてみる]ということについて、熟練看護師は、「(1) 知的障害児に会う時、何も考えず、まずは会う」、「(2) 知的障害児の行動をみてから対応する」、「(3) 知的障害児の人生まで考慮して関わる」、「(4) 知的障害児を障害名でなく、人間としてみる」、「(5) 調理を教えるのに、障害の有無は関係ない」、「(6) 知的障害児であっても他者に不適切な身体接触があってはならない」、「(7) 知的障害児であっても他者に不適切ななれなれしさがあってはならない」ということを心がけていた。

[3) 知的障害児との信頼関係を優先する]ということについて、熟練看護師は、「(1) 信頼関係があるから課題を知的障害児と共有でき、共感できる喜びがある」、「(2) 信頼関係ができると知的障害児と一緒に課題に取り組めて、取り組むことが楽になる」、「(3) 信頼関係がないと知的障害児の課題達成の効率が悪い」という思いをもっていた。

熟練看護師は、【3. 調理を知的障害児の生きる力を培う体験にする】という看護姿勢を持ち、[1) 調理の面白さがわかる体験の積み重ねが生きる力を培う]、[2) 調理にしっかり取り組む体験の積み重ねが生きる力を培う]ということを信じていた。

[1) 調理の面白さがわかる体験の積み重ねが生きる力を培う]ということについて、熟練看護師は、「(1) 調理の面白さを感じられるように関わって自然と生活力を培っていく」、「(2) 調理の面白さを解らせて、取り組ませ、調理を「生きる力」にする」という思いをもっていた。

[2) 調理の面白さがわかる体験の積み重ねが生きる力を培うことになる]ということについて、熟練看護師は、「(1) 調理を生きる力を付ける取り組みにする」、「(2) 調理と一緒にする過程の中で生活力を培う」、「(3) 知的障害児が落ち着いて取り組み、調理の力をつけることを目指す」ということが必要という思いがあった。

【4. ひとりの専門職者として、知的障害児に向き合う】という看護姿勢には、[1) 知的障害児に対する自分の見方や対処能力に自信をもっている]、[2) 知的障害児に寄り添いつつも「自分を客観視する」自分ももっている]、[3) 自分の目と耳で知的障害児の事実を確かめる]という看護姿勢が含まれていた。

[1) 知的障害児に対する自分の見方や対処能力に自信をもっている] ことについて、熟練看護師は、「(1) 知的障害児に対する自分の見方を信じる」、「(2) 看護の経験知による知的障害児への自分の対処能力を信じる」、「(3) 確固たるビリーフを形成していると意識する」ということにより、自信を維持していた。

[2). 知的障害児に寄り添いつつも「自分を客観視する」自分ももっている] ことについて、熟練看護師は、「(1) 離見の見(外から自分を見るように自分を客観視すること)を心がける」、「(2) 対象と向かい合う自分と離脱してそれを眺める自分を存在させる」、「(3) 知的障害児に対する自分自身の関わりを客観視することが必要である」、「(4) 知的障害児と同化せず、看護師としての自分を保つ」、「(5) 同化すればケアの質が落ちると意識する」ことが必要であると考えていた。

[3) 自分の目と耳で知的障害児の事実を確かめる] ことについて、熟練看護師は、「(1) 知的障害児の能力判断は、他者からの情報より、自分の目と耳で確かめる」、「(2) 障害名よりも、知的障害児ができることとできないことを自分で確かめる」ことが必要であると考えていた。

表Ⅲ-5 熟練看護師の看護姿勢

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
【1. 知的障害児の能力を開発できると信じる】	[1] 知的障害児も調理を体験すれば段階的にできるようになる】	「(1) 誰もいきなりできないのと同じように知的障害児も調理に機会があれば段階的にできるようになる」
		「(2) 知的障害児は、最初は行為ができなくても「その行為がわかる」のでよく、経験していけばいつかはできるようになる」
		「(3) 教えてもらえれば、知的障害児は調理をできるようになる」
	[2] 知的障害児の「特殊性」「個性」に配慮すればできる】	「(1) 個性を踏まえて関わってもらえれば、知的障害児は調理をできるようになる」
		「(2) 知的障害児の「特殊性」「個性」に配慮すれば伸びる・進める」
		「(3) 発達の違いは知的障害児の特性として捉える」
	[3] 知的障害児に意欲があればできる】	「(1) やろうとする気持ちがあれば、知的障害児は調理をできるようになる」
		「(2) 調理をわかっているか、できるかより、やろうとしているかが大切である」
	【2. 知的障害児と個別性のあるひとりの人間として尊重した向き合い方をする】	[1] 知的障害児を画一的に捉えていたり対応したりしない】
「(2) 知的障害児に対して固定概念を持たない」		
「(3) 障害名で知的障害児を捉えない」		
「(4) 何でも一緒にの対応はしない」		
「(5) 知的障害児にオペラント的な対応はしない」		
「(6) 自分の枠を知的障害児に押しつけない」		
[2] 知的障害児の障害内容ではなくひとりの人間としてみる】		「(1) 知的障害児に会う時、何も考えず、まずは会う」
		「(2) 知的障害児の行動をみてから対応する」
		「(3) 知的障害児の人生まで考慮して関わる」
		「(4) 知的障害児を障害名でなく、人間としてみる」
		「(5) 調理を教えるのに、障害の有無は関係ない」
		「(6) 知的障害児であっても他者に不適切な身体接触があってはならない」
		「(7) 知的障害児であっても他者に不適切ななれなれしさがあってはならない」
[3] 知的障害児との信頼関係を優先する】		「(1) 信頼関係があるから課題を知的障害児と共有でき、共感できる喜びがある」
		「(2) 信頼関係ができると知的障害児と一緒に課題に取り組み、取り組むことが楽になる」
【3. 調理を知的障害児の生きる力を培う体験にする】	[1] 調理の面白さがわかる体験の積み重ねが生きる力を培う】	「(1) 調理の面白さを感じられるように関わって自然と生活力を培っていく」
		「(2) 調理の面白さを解らせて、取り組ませ、調理を「生きる力」にする」
	[2] 調理にしっかり取り組む体験の積み重ねが生きる力を培う】	「(1) 調理を生きる力を付ける取り組みにする」
	「(2) 調理と一緒にする過程の中で生活力を培う」	
	「(3) 知的障害児が落ち着いて取り組み、調理の力をつけることを目指す」	
【4. ひとりの専門職者として、知的障害児に向き合う】	[1] 知的障害児に対する自分の見方や対処能力に自信をもっている】	「(1) 知的障害児に対する自分の見方を信じる」
		「(2) 看護の経験知による知的障害児への自分の対処能力を信じる」
		「(3) 確固たるピリーフを形成していると意識する」
	[2] 知的障害児に寄り添いつつも「自分を客観視する」自分ももっている】	「(1) 離見の見(外から自分を見るように自分を客観視すること)を心がける」
		「(2) 対象と向かい合う自分と離脱してそれを眺める自分を存在させる」
		「(3) 知的障害児に対する自分自身の関わりを客観視することが必要である」
		「(4) 知的障害児と同化せず、看護師としての自分を保つ」
		「(5) 同化すればケアの質が落ちると意識する」
	[3] 自分の目と耳で知的障害児の事実を確かめる】	「(1) 知的障害児の能力判断は、他者からの情報より、自分の目と耳で確かめる」
		「(2) 障害名よりも、知的障害児ができることとできないことを自分で確かめる」

## (2) 逐語録に認められた熟練看護師の「看護視点」

詳細を表Ⅲ-6に示す。熟練看護師の「看護視点」は、12のコードから、4つのサブカテゴリー、2つのカテゴリーへと抽象化された。カテゴリーは【1. 知的障害児の能力に応じた到達点を見極める】、【2. 知的障害児の特性を見極める】であった。

【1. 知的障害児の能力に応じた到達点を見極める】には、[1) 知的障害児に応じた到達点を考える]こと、[2) 知的障害児の能力向上に役立つ事実をみる]ことが必要であった。

[1) 知的障害児に応じた到達点を考える]ため、熟練看護師は、「(1) 食材の切り方など調理手法の理解度を重視する」、「(2) 細かい行動でなく結果を重視する」、「(3) 上手さや迅速さは重視しない」、「(4) できるできないを評価するために知的障害児をみない」ということが必要であると判断していた。

[2) 知的障害児の能力向上に役立つ事実をみる]ため、熟練看護師は、「(1) 知的障害児が理解するプロセスを見る」、「(2) 知的障害児の食材に対する認知力をみる」、「(3) 知的障害児のできることに注目する」、「(4) 知的障害児の能力を開発するためにみる」ということが必要であると判断していた。

【2. 知的障害児の特性を見極める】には、[1) 知的障害児の嗜好性をみる]、[2) 知的障害児の意欲をみる]ということが必要であった。

[1) 知的障害児の嗜好性をみる]ため、熟練看護師は、「(1) 知的障害児の好き嫌いを示す行為をみる」こと、「(2) 知的障害児が飽きることを示す行為をみる」ことが必要であると判断していた。

[2) 知的障害児の意欲をみる]ため、熟練看護師は、「(1) 知的障害児の興味を示すものをみつける」、「(2) 知的障害児の行為から意欲をさぐる」ということが必要であると判断していた。

表Ⅲ-6 逐語録より認められた熟練看護師の「看護視点」

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
【1. 知的障害児の能力に応じた到達点を見極める】	[1] 知的障害児に応じた到達点を考える	「(1) 食材の切り方など調理手法の理解度を重視する」
		「(2) 細かい行動でなく結果を重視する」
		「(3) 上手さや迅速さは重視しない」
		「(4) できるできないを評価するために知的障害児をみない」
	[2] 知的障害児の能力向上に役立つ事実をみる	「(1) 知的障害児が理解するプロセスを見る」
		「(2) 知的障害児の食材に対する認知力をみる」
		「(3) 知的障害児のできることに注目する」
		「(4) 知的障害児の能力を開発するためにみる」
【2. 知的障害児の特性を見極める】	[1] 知的障害児の嗜好性をみる	「(1) 知的障害児の好き嫌いを示す行為をみる」
		「(2) 知的障害児が飽きることを示す行為をみる」
	[2] 知的障害児の意欲をみる	「(1) 知的障害児の興味を示すものをみつける」
		「(2) 知的障害児の行為から意欲をさぐる」

### (3) 逐語録に認められた熟練看護師の「看護技術」

詳細を表Ⅲ-7 に示す。

熟練看護師の「看護技術」は、45 のコードから、9 つのサブカテゴリー、4 つのカテゴリーへと抽象化された。カテゴリーは【1. 知的障害児の行動や表情から状態を読み取り、状態に応じた作業をさせる】、【2. 知的障害児が意欲をもてるよう作業の面白さを伝える作業をする】、【3. 知的障害児との意志疎通を工夫する】、【4. 知的障害児が公共の場（調理プログラムなど）に居易くなる工夫をする】であった。

【1. 知的障害児の行動や表情から状態を読み取り、状態に応じた作業をさせる】という看護技術には、[1] 知的障害児の能力を活かして作業をさせる]、[2] できない課題による意欲の減退が起こらないように、させるさせないのタイミングをみた作業をさせる]、[3] 児ができない状況にあるかどうかを判断し意欲の減退が起こらないようにタイミングをみた作業をさせる] という3つの技術が含まれていた。

[1] 知的障害児の能力を活かして作業をさせる] ということについて、熟練看護師は、「(1) 調理ができるためには、調理が何か分かってもらふことから始める」、「(2) できることを活かす」、「(3) 数認知が優位な児には具体的な厚さを数字で教える」、「(4) 視覚認知が優位な児には、具体的にモデルを提示して伝える」、「(5) 巧くみじん切りできそうな児は、児に巧みな方法まで教える」、「(6) 個々の習得度や速度を尊重して関わる」、「(7) できることは見守り、一人でしてもらふ」、「(8) 自己調整（自律）力を見守る」、「(9) 少しずつでも変えられるところを支援する」という技術を提供していた。

[2] できない課題による意欲の減退が起こらないように、させるさせないのタイミングをみた作業をさせる] ということについて、熟練看護師は、「(1) 味見をしながらの微調整

はしないことを容認する」、「(2) (どうしても) できない工程は看護師が仕上げる」、「(3) どうしてもできない課題は何とかしようとせず、諦める」、「(4) できないと判断した工程も機会があれば支援できるよう、次の機会の準備をしておく」、「(5) できそうにない技術も、とりあえず、本人の意志を確認しながら体験させる」、「(6) 児が作業をやる気になるのを待つ」、「(7) 逃げ出した作業はこっちで進めて、児が好む作業を準備して呼ぶ」、「(8) 常に観察をし、瞬時にアセスメントをし、適切なかかわりを実践できる時を大切にする」、「(9) 課題をさせようとする時期を間違えると、巧くいかないのでは、何時、課題提供するか、様子を診ていた」、「(10) 興味のあることとないことがはっきりしている子には、できない、しようしないということをどけておく」という技術を提供していた。

[3] 児ができない状況にあるかどうかを判断し意欲の減退が起こらないようにタイミングをみた作業をさせる]ということについて、熟練看護師は、「(1) 児の行動をみてから支援する」、「(2) 表情を読み取り支援する」、「(3) 生体の変化と、気持ちの変化というデリケートな組み合わせの状態をみて対応する」、「(4) 児の体調に合わせた作業支援をする」、「(5) 嫌々でもする時は、とりあえずさせてみて、あまり進まなければ、別のことをさせる」、「(6) 嫌がらないことを確認して、創意工夫して関わらせる」、「(7) 気分の変動の多い児にはできるところだけでもやって貰う」、「(8) 飽きてきたら、理性がきかないので、続けさせることは無理なので、させることを諦める」、「(9) 同じ作業を続けさせると、飽きて逃げ出すので、飽きない先に内容を変えて、同じ作業をずっとはさせないようにする」という技術を提供していた。

**【2. 知的障害児が意欲をもてるよう作業の面白さを伝える作業をする】**という看護技術には、[1] 五感刺激で作業の面白さを伝える]、[2] 意欲を持たせる作業をする]という2つの技術が含まれていた。

[1] 五感刺激で作業の面白さを伝える]ということについて、熟練看護師は、「(1) 聴覚的・視覚的・触覚的に食材を「切る」面白さを伝える」、「(2) 聴覚的・視覚的に食材を火で「焼く」ことに興味をもたせる」という技術を提供していた。

[2] 意欲を持たせる作業をする]ということについて、熟練看護師は、「(1) 出来なくても、みじん切りが何かという事が理解出来て、それをする時の面白さがわかり、やろうとする意欲につながるように支援する」、「(2) 面白さが分かったら、より意欲につながる」、「(3) 児の興味をひけることを取り組む」、「(4) 成功できそうな技術を体験させて意欲を持たせる」という技術を提供していた。

【3. 知的障害児との意志疎通を工夫する】という看護技術には、[1) 気持ちを通じ合わせる意思疎通の方法をとる]、[2) 認められたい気持ちを受け入れたことを表現する]という看護技術が含まれていた。

[1) 気持ちを通じ合わせる意思疎通の方法をとる]ということについて、熟練看護師は、「(1) 児の障害特性を活かしてコミュニケーションをとる」、「(2) 意志疎通により不安を軽減する」、「(3) コミュニケーションの取れない児と意志疎通ができるように工夫する」という技術を提供していた。

[2) 認められたい気持ちを受け入れたことを表現する]ということについて、熟練看護師は、「(1) 良好な関係性を構築し、賞賛することで支援を円滑にする」、「(2) 認知能力の高い児には賞賛が支援の受け入れを良くする」、「(3) 児の認められたい、褒められたい気持ちを汲み取る」という技術を提供していた。

【4. 知的障害児が公共の場（調理プログラムなど）に居易くなる工夫をする】という看護技術には、[1) 知的障害児がリラックスして調理に取り組める環境を整える]、[2) 社会的マナーを守れるようになる支援をする]という看護技術が含まれていた。

[1) 知的障害児がリラックスして調理に取り組める環境を整える]ということについて、熟練看護師は、「(1) 児が「落ち着いて調理できる」ようにするために精神的環境を（良い状態に）整える」、「(2) 対象者が意識しない空気のようなケアが良いケアである」、「(3) 本人に一番苦痛がないやり方で取り組んでもらう」という技術を提供していた。

[2) 社会的マナーを守れるようになる支援をする]ということについて、熟練看護師は、「(1) 社会的に許されない行動は修正が受け入れ易いようにさりげなく修正する」、「(2) 言葉で理解できる児であれば、してはいけないことを言葉で伝える」という技術を提供していた。

表Ⅲ-7 逐語録に認められた熟練看護師の「看護技術」

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	
【1. 知的障害児の行動や表情から状態を読み取り、状態に応じた作業をさせる】	[1] 知的障害児の能力を活かして作業をさせる]	「(1) 調理ができるためには、調理が何か分かってもらうことから始める」	
		「(2) できることを活かす」	
		「(3) 数認知が優れた児には具体的な厚さを数字で教える」	
		「(4) 視覚認知が優れた児には、具体的にモデルを提示して伝える」	
		「(5) 巧みじん切りできそうな児は、児に巧みな方法まで教える」	
		「(6) 個々の習得度や速度を尊重して関わる」	
		「(7) できることは見守り、一人でしてもらう」	
		「(8) 自己調整(自律)力を見守る」	
		「(9) 少しずつでも変えられるところを支援する」	
	[2] できない課題による意欲の減退が起こらないように、させるさせないのタイミングをみた作業をさせる]	「(1) 味見をしながらの微調整はしないことを容認する」	
		「(2) (どうしても)できない工程は看護師が仕上げる」	
		「(3) どうしてもできない課題は何とかがしよとせず、諦める」	
		「(4) できないと判断した工程も機会があれば支援できるよう、次の機会の準備をしておく」	
		「(5) できそうにない技術も、とりあえず、本人の意志を確認しながら体験させる」	
		「(6) 児が作業をやる気になるのを待つ」	
		「(7) 逃げ出した作業はこっちで進めて、児が好む作業を準備して呼ぶ」	
		「(8) 常に観察をし、瞬時にアセスメントをし、適切なかかわりを実践できる時を大切に」	
		「(9) 課題をさせようとする時期を間違えると、巧いかわらないので、何時、課題提供するか、様子を診ていた」	
		「(10) 興味のあることとないことがはっきりしている子には、できない、しようしないということをしてしておく」	
	[3] 児ができない状況にあるかどうかを判断し意欲の減退が起こらないようにタイミングをみた作業をさせる]	「(1) 児の行動をみてから支援する」	
		「(2) 表情を読み取り支援する」	
		「(3) 生体の変化と、気持ちの変化というデリケートな組み合わせの状態をみて対応する」	
		「(4) 児の体調に合わせた作業支援をする」	
		「(5) 嫌々でもする時は、とりあえずさせてみて、あまり進まなければ、別のことをさせる」	
		「(6) 嫌がらないことを確認して、創意工夫して関わらせる」	
		「(7) 気分の変動の多い児にはできるところだけでもやって貰う」	
		「(8) 飽きてきたら、理性がきかないので、続けさせることは無理なので、させることを諦める」	
		「(9) 同じ作業を続けさせると、飽きて逃げ出すので、飽きない先に内容を変えて、同じ作業をずっとはさせないようにする」	
	【2. 知的障害児が意欲をもてるよう作業の面白さを伝える作業をする】	[1] 五感刺激で作業の面白さを伝える]	<どのように作業の面白さを伝えるのか>
			「(1) 聴覚的・視覚的・触覚的に食材を「切る」面白さを伝える」
「(2) 聴覚的・視覚的に食材を火で「焼く」ことに興味をもたせる」			
[2] 意欲を持たせる作業をする]		「(1) 出来なくても出来なくても、みじん切りが何かという事が理解出来て、それをする時の面白さがわかり、やろうとする意欲につながるように支援する」	
		「(2) 面白さが分かったら、より意欲につながる」	
	「(3) 児の興味をひけることを取り組む」		
「(4) 成功できそうな技術を体験させて意欲を持たせる」			
【3. 知的障害児との意志疎通を工夫する】	[1] 気持ちを通じ合わせる意思疎通の方法をとる]	「(1) 児の障害特性を活かしてコミュニケーションをとる」	
		「(2) 意志疎通により不安を軽減する」	
		「(3) コミュニケーションの取れない児と意志疎通ができるように工夫する」	
[2] 認められたい気持ちを受け入れたことを表現する]	「(1) 良好な関係性を構築し、賞賛することで支援を円滑にする」		
	「(2) 認知能力の高い児には賞賛が支援の受け入れを良くする」		
	「(3) 児の認められたい、褒められたい気持ちを汲み取る」		
【4. 知的障害児が公共の場(調理プログラムなど)に居易くなる工夫をする】	[1] 知的障害児がリラックスして調理に取り組める環境を整える]	「(1) 児が「落ち着いて調理できる」ようにするために精神的環境を(良い状態に)整える」	
		「(2) 対象者が意識しない空気のようなケアが良いケアである」	
		「(3) 本人に一番苦痛がないやり方で取り組んでもらう」	
	[2] 社会的マナーを守れるようになる支援をする]	「(1) 社会的に許されない行動は修正が受け入れ易いようにさりげなく修正する」	
		「(2) 言葉で理解できる児であれば、してはいけないことを言葉で伝える」	

## 5. 考察

### 1) 児の変化

#### (1) <簡単な料理を自分一人で作れる>ことを目的とした児の変化

<簡単な料理を自分一人で作れる>ことを目的とした児の変化は男児 2 名に見られたにとどまった。参加回数が、最高 12 回、最低 6 回という短期間での結果であることと、理解や般化（自分自身で経験したことを他のことに活かしていく能力）に健常児よりも時間を要する児を対象としていることから変化した人数が少なかったとも考えられる。

一方、効果のあった 2 名についてみると、共通点が 2 つ認められた。

1 つは効果のあった 2 名が男児であることであった。女子の場合、児の家族などから家事の 1 つである調理の自立を期待されることも多く、調理に関わる機会はこれまでも多くある。女兒においては内在能力を開発する機会が既にあり、十分に持っている能力が発揮された段階での参加であったため、今回の結果で大きな変化が認められなかったとも考えられた。

もう 1 つは、効果のあった 2 名は知的障害が軽度であったことである。2 名とも給付されている手帳は療育手帳 B であり、発達年齢も 5 歳以上であったことも変化に影響を及ぼしたと考えられた。実年齢も生活経験知を構築するということでは、生活スキルに深く関与するが、知的障害児の場合、その体験を有意義なものとして理解・認識できるか否かを左右する発達年齢が大切になる。この本調査の結果と予備的研究 1 の結果とを合わせて考えると、おそらく、予備的研究 1 の結果で「食事の準備（調理）」をできる人数が他の生活スキルの項目より男児・女兒とも低かったことから、多くの児が調理に関する経験知を持たないと推察される。つまり、この 2 名の児もその可能性が高く、健常児であっても簡単な調理が可能となる発達年齢が 5 歳以上であったことで、調理に関する能力の開発ができたと考えられる。

今回の結果からは、この実践支援方法は、知的障害が軽度で、調理の経験体験が少ない児には有効な介入方法と言えるかもしれない。

#### (2) <自己調整して調理ができる>ことを目的とした児の変化

<自己調整して調理ができる>ことを目的とした場合、全員の児に変化が認められた。

「料理を交換する喜び」、「料理を褒められる喜び」、「家族に料理を持ち帰る喜び」などの「対人関係」に関する感性が高まり、「調理への快感情」や「自己効力感」が生じ、調理への関心が向くという前向きな循環が起こっていると考えられた。

調理を通じた変化は児からの一方向のものではなく、児の作った料理を食べるという形で、児を受容・承認した母親や家族にもあった。調理ができた児に接し、家族が認識する児の家族内での位置づけ、すなわち、児が家族として担う「家族役割」の変化が、児にも伝わり、それが自律に繋がる様々な自律行動に繋がっていったと考えられた。この変化は、予備的研究2の結果とも一致する。

佐野ら（2010）は調理とそれに繋がる食事がコミュニケーションの向上に繋がることを報告しており、本研究での「料理を交換する喜び」、「料理を褒められる喜び」、「家族に料理を持ち帰る喜び」などの「対人関係」に関する感性が高まったことと一致した報告となっている。山下ら（2006）も「調理を行うこと」によって「前頭連合野を鍛えることができると考えられ、前頭連合野の働きである他者とのコミュニケーションや身辺自立、創造力など社会生活に必要な能力の向上が期待されることが示唆された。」と述べている。

また、早川（2012）、藤田（2007）、Depue（1999）は美味しいものを食べることで扁桃体が「快」判断し脳内をドーパミンが流れ、再びその快を求める欲求が「意欲」「動機」の基となり、「積極性」の誘因になるとしている。「調理への快感情」や「自己効力感」が生じ、調理への関心が向くという前向きな循環が起こっているという今回の結果もこうした脳反応とも深く関わっていると考えられる。

知的障害児は脳機能の障害があるため、何かに集中したり、意欲をもつことはなかなか困難である。しかし、調理はそうしたハンディをもつ児に他の作業よりも「意欲」「動機」それに繋がる「積極性」を継続する要素を多くもっていると考えられ、今回の結果もそのことを示すものになったと考えられる。

<自己調整して調理ができる>ことは、知的障害児が最重要課題である自律に繋がることであり、自律ができることにより、社会性が向上し、地域社会で知的障害児が自立できる可能性が向上すると考えられる。この実践検討および様々な文献から、調理に関わることで得られる望ましい影響は地域社会で知的障害児が自立するための足がかりとして、注目すべきものと考えられる。

### **(3) 実施した調理プログラムの内容について**

以上の結果より、今回実施した調理プログラムによって、児に一定の良好な効果が認められた。従って、この調理プログラムは有効であり、デイサービスの実践場面においても利用可能なプログラムに発展し得ると判断した。

## 2) 熟練看護師の看護内容

### (1) 逐語録に認められた熟練看護師の「看護姿勢」

抽出した看護姿勢を示す4つのカテゴリーをみると、【1. 知的障害児の能力を開発できると信じる】は、看護領域は異なるが、河田ら(2006)、濱田(2007)、戸田(2008)、山岸ら(2010)の信じる(対象の信頼・回復・能力・待つ・委ねるなど)という対象と向き合う姿勢と類似する姿勢と考えられた。このカテゴリーの看護姿勢は、回復や向上が困難な対象であればある程、看護師が対象と向き合う時にもつ看護姿勢のように思われる。その看護姿勢によって、河田ら(2006)、大野ら(2013)、浦岡ら(2014)のいうよりよい看護を目指す姿勢・ケア意欲(熱意・根気よく関わる・より良いケアなど)などの対象と向き合う姿勢が発揮されるのだと考えられた。このカテゴリーのコードにみられるように熟練看護師はその語りで「できる」という発言を繰り返ししている。対象を信じることは、対象の支援のために基本的に看護師が持たないといけない姿勢であると考えられた。また、これは信じるという対象受容の姿勢とも考えられ、河田ら(2006)、坂本ら(2008)、戸田(2008)、大野ら(2013)の受容(傾聴・受容・逃げない・相手のレベルに合わせるなど)の姿勢も含まれた姿勢と考えられた。

【2. 知的障害児と個別性のあるひとりの人間として尊重した向き合い方をする】は、河田ら(2006)、浦岡ら(2014)の相手の尊重(尊重・見守る・謙虚な態度・個別性など)という対象と向き合う姿勢と類似する姿勢と考えられた。同時に、知的障害児へのアプローチには、TEACCHプログラムをはじめとする障害の種類に応じた一定の対応方法が多くあるが、熟練看護師はこうした決まったプログラムも対応の画一化を招くと考えているように思われた。「(1) 障害名が同じでも全員一緒の対応はしない」、「(5) 知的障害児にオペラント的な対応はしない」というコードからもその姿勢が伺えた。また、[3] 知的障害児との信頼関係を優先する]は、英国の知的障害者のリエゾンナースの姿勢(Castles ら, 2012; Brown ら, 2012)と同一と考えられた。知的障害児、特に自閉性傾向のある児は人的にも物的にも新たな環境にすぐには適応できず、不穏状態になることも多い。優先的に関係性を構築することは、支援の受け入れをよくするための基本的な姿勢と考えられた。

【3. 調理を知的障害児の生きる力を培う体験にする】は、坂本ら(2008)の「能力を引き出す」という姿勢、大野ら(2013)の体験を活かす姿勢に類似すると考えられた。

【4. ひとりの専門職者として、知的障害児に向き合う】は、原田ら(2008)、渡邊ら(2010)の「自己の看護観・看護力を信じ、必要時主張・表現・行動できる」看護師としての自分

を信じる姿勢と類似すると考えられた。原田ら(2008)と渡邊ら(2010)の相違は、前者が客観性を保ちながら、判断できる自分を信じるのに対し、後者は自分に内在能力の自負がある点であるとする。後者は[1) 知的障害児に対する自分の見方や対処能力に自信をもっている]に類似すると考えられた。[2). 知的障害児に寄り添いつつも「自分を客観視する」自分ももっている]は浦岡ら:2014;濱田:2007 の常に自己の成長を求める姿勢・自身の葛藤に向き合い前進する・常に自己の成長を求める自省する姿勢に類似する姿勢と思われた。

以上のことから、知的障害児に対する看護師の姿勢は、国内外を問わず、基本的には同じであること、また、これまで広く看護師達が知的障害児ではない対象者に示してきた姿勢は、新たな対象者となる知的障害児に対する対応にも活かされるものであることが明らかになったと考える。

また、今回の分析により得られた姿勢のカテゴリーの下位にあるコードは熟練看護師ではない看護師が同様のケアを知的障害児にする際の姿勢の指標になるのではないかと考えた。

## **(2) 逐語録に認められた熟練看護師の「看護視点」**

「看護視点」を示す2つのカテゴリーが抽出できた。

【1. 知的障害児の能力に応じた到達点を見極める】は水野ら(2016)の患者の先を見通す視点に類似するものと思われた。

【2. 知的障害児の特性を見極める】は、中藤(2005)の患者の表情、視線やしぐさ、声をかけたりケアをした時の反応などから患者の変化や反応の意味を読み取る、患者の潜在的な能力と回復または悪化の可能性を読み取るという、患者のありようを読み取る視点に類似すると考えられた。

この視点においても、これまでの看護領域で築かれた視点が、知的障害児に対する視点としても活かされていると考えられた。

また、先の看護姿勢と同様にそれぞれのカテゴリーの下位にあるコードは、熟練看護師が知的障害児に対応する時の具体的な着眼点として、活用できるのではないかと考えた。

## **(3) 逐語録に認められた熟練看護師の「看護技術」**

「看護技術」を示す4つのカテゴリーが抽出できた。

【1. 知的障害児の行動や表情から状態を読み取り、状態に応じた作業をさせる】は、中藤(2005)の患者のありようを読み取る技術に類似していると考えられた。

【2. 知的障害児が意欲をもてるよう作業の面白さを伝える作業をする】は、上田ら

(2005)の「創意工夫を凝らして、通常の方法では対応不可能な問題を解決へと導く」看護技術と類似していると考えられた。

【3. 知的障害児との意志疎通を工夫する】は、乙黒(2008)の「状況を見ながら無理のないかわりをする」という患者との信頼関係を維持する技術に類似すると考えられた。

【4. 知的障害児が公共の場(調理プログラムなど)に居易くなる工夫をする】は、斉藤(2009)の「安楽を与える、癒しの環境をつくる、癒しのための責任感を伴う深い関わりを確立する」という癒しの技術に類似すると考えられ、[1) 知的障害児がリラックスして調理に取り組める環境を整える]と類似していた。[2) 社会的マナーを守れるようになる支援をする]は、知的障害児の障害特性に対応して生じた看護技術であると考えられた。

そして、先の看護姿勢、看護視点と同様にそれぞれのカテゴリーの下位にあるコードは、熟練看護師が知的障害児に対応する時の具体的な着眼点として、活用できるのではないかと考えられた。

また、この研究で抽出された、看護姿勢は看護視点と看護技術の発揮に反映されていると考えられた。

看護視点の【1. 知的障害児の能力に応じた到達点を見極める】には、看護姿勢の【1. 知的障害児の能力を開発できると信じる】の[1) 知的障害児も調理を体験すれば段階的にできるようになる]という姿勢が反映されていると考えられた。

看護視点の【2. 知的障害児の特性を見極める】には、看護姿勢の【1. 知的障害児の能力を開発できると信じる】の[2) 知的障害児の「特殊性」「個性」に配慮すればできる]という姿勢が反映されていると考えられた。

看護技術の【1. 知的障害児の行動や表情から状態を読み取り、状態に応じた作業をさせる】の[1) 知的障害児の能力を活かして作業をさせる]には、看護姿勢の【3. 調理を知的障害児の生きる力を培う体験にする】、看護視点の【1. 知的障害児の能力に応じた到達点を見極める】が反映されていると考えられた。

このように看護姿勢は看護視点に、看護視点は看護技術に活かされていた。

以上、本調査の語りで見られた、看護姿勢、看護視点、看護技術とも、熟練看護師達がこれまでの臨床経験で培ったものを知的障害児と向き合い、臨機応変に発揮しているものと考えられた。この研究の新規性は熟練看護師が未知の対象である知的障害児に対して行った看護支援と、それによる児の変化を言語化したことにあると言える。

すなわち、元々熟練看護師が持っている総合的な看護力が新たな対象と向き合うことで、新たな対象に役立つ形で発揮され、それを拾い上げた点に新規性があると言える。

この点は、看護実践の内容をカテゴリーのレベルまで抽象度を上げるとみえにくくなるが、コードのレベルでは、今回の一連の支援実践で熟練看護師の見せた技が具体的に言語化できたと考えられる。

## 6. 研究の限界

実践を伴う研究の大きな限界として、意図した研究内容を追求すると、研究にかけられる経費と研究協力の両面で大きな制限がある。今回もこうした諸条件下にあつて、熟練看護師5名、知的障害児10名という限られた事例数での検証となり、人数的、日数的な限界があつた。

また、今回構築した支援方法に看護師固有の視点があると強調することは難しかった。知的障害児に関わる他の職種にも遂行可能なものも多く、看護師でなければできないという根拠にまでは至れなかった。

## 7. 本調査の小括

熟練看護師5名が知的障害児10名に対して調理プログラムを手がかりとした支援を実施した。実施期間は、2012年10月から2013年5月までの8ヶ月間であつた。実施回数は児一人当たり6～12回であつた（1回2時間程度）。グループディスカッションとフィールド・ノートを基にしたデータを質的に分析した。結果の妥当性を高めるために、質的研究を専門とする複数の研究者から分析およびその解釈に対するスーパーバイズを受けて最終的な結果とした。

熟練看護師は＜簡単な料理を自分一人で作れる＞ようになることと、＜自己調整して調理をできる＞ようになることを具体的な目的として、それぞれ評価項目を設定して、児の変化を検討していた。分析の結果、軽中度知的障害児は、調理スキルだけでなく、社会スキルの改善が図れることが明らかとなった。

また、介入の際に発揮される熟練看護師の看護内容も明らかになった。看護内容は、「看護姿勢」、「看護視点」、「看護技術」の3つに分類すること

ができた。

「看護姿勢」に分類できたのは【1. 知的障害児の能力を開発できると信じる】、【2. 知的障害児と個別性のあるひとりの人間として尊重した向き合い方をする】【3. 調理を知的障害児の生きる力を培う体験にする】、【7. 知的障害児に対する自分の見方や対処能力に自信をもっている】、【4. ひとりの専門職者として、知的障害児に向き合う】であった。

「看護視点」に分類できたのは【1. 知的障害児の能力に応じた到達点を見極める】、【2. 知的障害児の特性を見極める】であった。

「看護技術」に分類できたのは【1. 知的障害児の行動や表情から状態を読み取り、状態に応じた作業をさせる】、【2. 知的障害児が意欲をもてるよう作業の面白さを伝える作業をする】、【3. 知的障害児との意志疎通を工夫する】、【4. 知的障害児が公共の場（調理プログラムなど）に居易くなる工夫をする】であった。

看護姿勢は看護視点に、看護視点は看護技術に活かされていた。看護姿勢、看護視点、看護技術ともに、熟練看護師達がこれまでの臨床経験で培ったものを知的障害児と向き合い、臨機応変に発揮しているものと考えられた。この研究の新規性は熟練看護師が知的障害児に対して行った看護支援と、それによる児の変化を言語化した点にあると言える。

## 第IV章 終章

### 1. 今後の展望

#### 1) 知的障害者施設における調理を手がかりとした看護支援実践の可能性

「障害者自立支援法」とそれに続く「障害者総合支援法」では、福祉機関での看護師の雇用を義務づけた。一方、これまで看護師は福祉領域で働くことは比較的少なく、福祉機関の雇用側にも雇用される看護師側にも混乱が生じた。即ち、業務内容の認識においても看護師が何を担うのか、看護師に何を担わせるべきかという点が不明瞭であった。

本研究の成果として、熟練看護師の支援内容を詳細に分析することで、知的障害児に調理実践を通じた介入をするために必要な看護内容がある程度具体的に得られ、実際のプログラムとして運用するための準備も確実に整えられたと言える。

コストの問題、協力してくれる看護師の確保の問題など、補助金と支援組織が整わない中での実践には多くの課題があり、広く普及することには多方面の理解と協力が必要となる。しかし、福祉機関と協働して、法的に知的障害者施設に配置された看護師を活用して、知的障害児に対する支援を実施するならば、知的障害児やその家族の安寧や幸福の向上とともに職員の志気も向上し、制度的な見直しにも繋がって、より現実的で定着した支援サービスとしての実現が可能になると考えられた。

#### 2) 福祉分野における看護師の貢献

通常は加療が必要ない知的障害児にも看護ニーズがあることは今回の結果からも明らかである。その大きな理由として、看護師は対象者の身体面・精神面・社会面の全てを包括的に捉えた全人的な介入をする職種だからだと考える。本研究において、医療現場では十分に発揮する場を得ていなかった、看護師が本来発揮すべき能力が、福祉現場において、明確化できた。

今後、本研究で試みたような支援が実現できれば、知的障害児の生活能力が向上し、家族の介護負担も軽減し、ともに生活の組み立てに自信と見通しが持て、将来への不安も軽減すると考える。知的障害児が本来持つ能力を十分に発揮し、地域の中で健康で自立した生活を営めることは、本人と家族のQOLの向上と尊厳が守られるのみならず、高額な医療・福祉サービスの利用が減少し、公的負担の軽減に繋がる可能性も高いと予想する。さらに、

適切で魅力ある研修が提供でき、この支援への実践意欲をもつ看護師が出現すれば、新たな看護力の社会的貢献とその役割への肯定的な認識変化に繋がる可能性が高いと考える。

## 2. まとめ

この研究の目的は、熟練看護師が青年期の軽中度知的障害児に対して調理を手がかりとした看護支援を実施して、実施者（熟練看護師）の記録、実施者との討論の内容から対象児の変化を分析し、熟練看護師独自の知的障害児への関わり方を質的研究により明らかにすることである。このプロセスを言語化することで、知的障害者施設のデイケアサービスにおいて、看護師がその専門性を発揮し、児の社会的自立を促すような支援の具体的内容を提示し、今後の知的障害者施設での看護師のあり方の示唆を得ようと試みた。

調理に関する先行研究では、知的障害児だけでなく認知症患者など多くの対象に対して調理の実践によるさまざまな良い効果が認められることが明らかになった。

看護師による知的障害児への支援については、英国では知的障害専門の看護師制度の下、その支援報告も数多くあった。一方、我が国の研究では、教育・福祉の領域での諸外国で開発された支援方法ほか、我が国独自の方法を用いた支援の報告は見られたが、看護師による知的障害児への支援の報告は少なく、特に調理に関する報告は見出せなかった。臨床現場で看護を展開する熟練看護師を観察して、その実践の特徴を見出す研究は比較的多いものの、熟練看護師が未知の対象や場面でどのように看護を展開するかを追求した研究は国内では見出せなかった。

予備的研究1では既に実施済みの全国調査のデータを再分析することにより、軽中度知的障害児の生活スキルのレベルと障害特性を明らかにした。また、予備的研究2として2名の青年期にある知的障害児にグループホームでの宿泊体験をしてもらい、熟練看護師による看護支援を展開した。その結果、児は調理に強い関心を示すとともに、調理スキルが向上しただけでなく、日常生活における行動にも良好な変化が観察された。

以上を踏まえて、本調査として5名の熟練看護師の協力を得て、調理を手がかりとした支援を10名の知的障害児に行った。結果、調理スキルの向上が2名、社会スキルの向上が10名の児全員に認められた。この効果の要因を明らかにするため、熟練看護師の看護記録とグループディスカッションの逐語録の分析を行った。その結果、調理を手がかりとした支援における看護姿勢、看護視点、看護技術を構成する要素が抽出された。

知的障害者施設での本格的な看護実践が実現し、普及すれば、当事者である知的障害児

とその家族、知的障害者施設の関係者だけでなく、看護師の社会的役割への新たな認識と理解を得られる。現状では知的障害児支援における看護師の役割は殆ど研究、論文化されていない。その意味でも今回の研究は障害児看護という新たな実践・研究領域の開発にも貢献できたと結論できる。

## 引用文献

- 相川 択弥 他：A 病院における看護師のストレス実態調査. 日本農村医学会雑誌, 63(4): 665-669, 2014.
- 荒井佑美 他：介護療養病棟での専従作業療法士の関わり 楽しく食べるを支援する. 石川県作業療法学術雑誌, 24(1):52-54, 2016.
- 有隅 進 他：精神科における身体拘束の早期解除に向けて 熟練看護師の臨床判断について. 日本精神科看護学会誌, 52(2):13-17, 2009.
- 東 美奈子：分岐点をバネに当事者と歩む ”人” という資源を探し、つなぐ (特集 「知らない」ではすまされない! 障害者自立支援法). 精神科看護, 34(2): 32-37, 2007.
- Baron-Cohen S: The extreme male brain theory of autism. Trends Cogn Sci.6:248-254, 2002.
- Benner, P: From Novice to Expert - Excellence and Power in Clinical Nursing Practice, Commemorative ed. Upper Saddle River, NJ : Prentice Hall, 2001.
- Bilgin S et al. : Reducing burnout in mothers with an intellectually disabled child: an education programme. Journal of Advanced Nursing 65(12), 2552-2561, 2009.
- Blackman N: The development of an assessment tool for the bereavement needs of people with learning disabilities. British Journal of Learning Disabilities, 36:165-170, 2008
- Brown M: Learning Disability Liaison Nursing Services in South-east Scotland: a Mixed-methods Impact and Outcome Study. Journal of Intellectual Disability Research, 56(12):1161-1174, 2012.
- Castles A et al. : Role of liaison nurses in improving communication. Learning Disability Practice, 15(1):16-19, 2012
- Chapman J et al. : Annual health checks for people with learning disabilities. Learning Disability Practice, 15(1):22-24, 2012
- 千明政好 他：看護管理者が認識するエキスパートナースのイメージに関する研究. 群馬保健学紀要, 26:1-10, 2006.
- Depue RA: Neurobiology of the structure of personality: dopamine ,

facilitation of incentive motivation, and extraversion. The Behavioral and Brain Science 22(3):491-569, 1999.

藤原里美 他：自閉症スペクトラム(障害)のある不登校児童への支援 特性理解と具体的支援をつなぐ. 自閉症スペクトラム研究, 8巻別冊1:31-37, 2010

藤田和生 編：感情科学. 京都大学出版会, 2007.

藤田省一：入院患者の自殺企図の危険に対する臨床判断と看護介入 精神科達人レベルの看護師の視点. 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録:教員・教育担当者養成課程看護コース 38:275-282, 2013.

福本仁美 他：被害妄想を呈する患者へのかかわり方 ロールプレイングから明らかになった熟練看護師の技. 日本精神科看護学術集会誌, 58(3):301-304, 2015.

二見清一：【自立支援法に代わる新法への期待】自治体から見た障害者総合支援法案の問題点と課題, ノーマライゼーション. 障害者の福祉, 32(4):24-25, 2012.

Gates B et al. :Behaviour modification and gentle teaching workshops: management of children with learning disabilities exhibiting challenging behaviour and implications for learning disability nursing. Journal of Advanced Nursing, 34(1):86-95, 2001

濱田淳子：地域で暮らす精神障害者に対して用いられる熟練看護師の技. 日本精神保健看護学会誌, 16(1):40-48, 2007.

花田有加子 他：知的障害児施設における個別活動 食育を通しての取り組み. 旭川荘研究年報, 42(1):89-92, 2011.

原田由香里 他：中堅看護師における役割に対する意識調査. 日本看護学会論文集：看護総合, 39:39-41, 2008.

秦昌志 他：パニックを繰り返す自閉症の一例 WAIS-R 並びに PEP-3 テスト 経験とパニック対応の実際. 福山医学, 18:63-71, 2011.

服部美香 他：看護師が展開する問題解決支援に関する研究 一問題を予防・緩和・除去できた場面に焦点を当てて一. 看護教育学研究, 18(1):35-48, 2009.

早川文雄：軽度発達障害児の対応 脳からみたところ. 日本小児科医会会報, 43:179-182, 2012.

彦 聖美 他：糖尿病熟練看護師の語る実践しているケア. 石川看護雑誌, 7:23-33, 2010.

堀田千津子：幼稚園児と母親に対する食育活動 調理体験教室における効果. 日本食育学

- 会誌, 7(2):119-128, 2013.
- 堀田千津子: 幼稚園児と父親に対する食育活動 調理体験教室における効果. 日本食育学会誌, 8(1):19-27, 2014.
- Hohashi N, Ohwaki M: Development of a Web-edition Nursing Intervention Program for Mentally Retarded Children at Home and Their Families. Jap J of Comp Sci, 10 (1), 2005.
- 井部 俊子(訳): ベナー看護論 新訳版 初心者から達人へ, 医学書院, 2005.  
(Benner, P.: From Novice to Expert - Excellence and Power in Clinical Nursing Practice, 1984.)
- Ichikawa et al.: TEACCH-based group social skills training for children with high-functioning autism: a pilot randomized controlled trial, Biopsychosoc Med. 7(1):14, 2013.
- 今本美幸 他: 子どもの料理教室における「食」への関心の高まりについて. 神戸女子短期大学論攷, 56:39-46, 2011.
- 井上暁子 他: 自閉症生徒における代表例教授法 (General Case Instruction) を用いた料理指導 — 品目間般化の検討—. 特殊教育学研究, 34(1):19-30, 1996.
- 井上雅彦 他: 発達障害者への料理カードと教示ビデオを用いた指導プログラムの効果. 特殊教育学研究, 32(3):1-12, 1994.
- 井上雅彦 他: 自閉症者に対する地域生活技能援助教室 — 料理スキル獲得による日常場面の料理行動の変容について—. 行動分析学研究, 8:69-81, 1995.
- 井上智子 監訳: ベナー 看護ケアの臨床知 行動しつつ考えること. 医学書院, pp.10-34, 2005.  
(Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P.L., Stannard, D: Clinical Wisdom and Intervention in Critical Care: A Thinking-In-Action Approach, W.B. Saunders Company, 1999.)
- 井澤修平 他: 唾液中コルチゾールによるストレス評価と唾液採取手順. 労働安全衛生研究 3(2):119-124, 2010.
- Jekins R: Use of Psychotropic Medication in People with a Learning Disability. British Journal of Nursing, 9(13):844-850, 2000.
- Johnson C et al.: Nutrition and food skills education for adults with developmental

disabilities, Can J Diet Pract Res, 72(1):7-13, 2011.

神山 努 他：発達に障害がある児童・生徒における地域・家庭生活スキルの日常生活への自発的開始・般化の検討－保護者による記録に基づいた保護者支援による介入－. 特殊教育学研究, 48(2):85-96, 2010.

河田 翠 他：熟練看護師の患者との相互関係における傾聴的態度. 日本看護学会論文集：看護管理, 36:282-284, 2006.

菊池誠子：子どもの感性を育てる教育について（その3）：R・シュタイナーの幼児教育における「ファンタジー」の扱いについて. 盛岡大学短期大学部紀要, 7:23-30, 1997.

熊谷美砂子：5歳自閉症児への“お料理”活動導入の経験. 長野県作業療法士会学術誌, 30:11-13, 2012.

萱間真美：自立支援法で精神科医療はどう変わるか—看護師にしかできないこと（特集「知らない」ではすまされない！障害者自立支援法）. 精神科看護, 34(2):20-25, 2007.

栗尾美香 他：知的障害児施設における衛生の取り組みと課題, 旭川荘研究年報, 37(1):154-155, 2006.

小関智宏：町工場・スーパーなものづくり. 筑摩書房, p.140, 1998.

丸山 優：高齢入院患者に対するおむつ交換場面における熟練看護師の関わり. 老年看護学, 12(1):55-62, 2007.

松岡勝彦：発達障害のある生徒における他者の行動遂行を喚起するスキルの形成と般化. 特殊教育学研究, 47(4):221-230, 2009.

松岡裕美：自立の土台をともにつくる デイケアでのかかわりをとおして（特集「知らない」ではすまされない！障害者自立支援法）. 精神科看護, 34(2):26-31, 2007.

Mesibov GB, et.al: The development of community-based programs for autistic adolescents, Child Health Care, 12(1):20-24, 1983.

Mesibov GB, et.al: The TEACCH program in the era of evidence-based practice, J Autism Dev Disord, 40(5):570-9, 2010.

光森洋美 他：高次脳機能障がい者への食行動ナビゲーションによる認知リハビリテーション

- ョンの有効性 健全な食生活遂行支援を目指して. 認知リハビリテーション,  
9(1):14-24, 2014.
- 水口 愛 他: ベテラン看護師のクレーム対応の技能. 日本看護学会論文集: 看護管理,  
41:239-242, 2011.
- 水野智子 他: 糖尿病患者に関わる熟練看護師が有効にとらえた看護援助の構造. 千葉看護学会誌, 21(2):35-44, 2016.
- 村上 智亮 他: 他害行為を未然に防ぐ取り組みについて. 旭川荘研究年報, 41(1):47-49,  
2010.
- 中藤三千代: 【クリティカルケア看護領域における研究の動向と課題】 クリティカルケアに携わる熟練看護者の技能の記述. 看護研究, 38(2):121-134, 2005.
- 中田尚美: モンテッソーリの教育思想における「ケア」について - 「子どもの家」における実践を中心に -. 神戸海星女子学院大学研究紀要, 47:51-72, 2008.
- Narayanasamy A et al.: Spirituality and Learning Disabilities: a qualitative Study. British Journal of Nursing, 11(14):948-957, 2002.
- 二瓶さやか: 食事提供実態調査からみたグループホームの「食事」の現状と課題. 介護福祉学, 19(2):174-179, 2012.
- 日本精神神経学会: DSM-5, 医学書院, 2014.
- 仁木恵美了 他: 医療補助員の業務委譲に向けた取組みと今後の課題 院内共通医療補助員業務手順書に基づいた実施状況調査からの考察. 日本医療マネジメント学会雑誌, 17(1):33-36, 2016.
- 西本純次郎: モンテッソーリ教育基礎編 応用編、モンテッソーリ教育の医学・生理学的基礎づけ, 中央法規社, 1980.
- 野島良子 編: 第1章 どんなひとがエキスパートナースとよばれるのだろうか, エキスパートナース - その力と魅力の構造. へるす出版, pp. 1-46, 2003.
- 野村庸子 他: 脳血管疾患の入院患者にとっての調理訓練の意味. 作業行動研究, 18(1): 8-16, 2014.
- 大場 薫 他: タイムスタディによる看護業務量調査. 東邦看護学会誌, 13:15-22, 2016.
- 乙黒仁美: 入院治療を受けている統合失調症患者への不穏時の看護介入における構成要素 ベテラン看護師の不穏の認識と臨床判断を中心に. 日本精神科看護学会誌, 51(2):207-211, 2008.

- 大野まゆみ 他：うつ病患者に向き合うかかわりの検討 熟練看護師のうつ病看護経験を通して. 日本精神科看護学術集会誌, 56(3):28-32, 2013.
- 大嶋伸雄 他：女性痴呆患者における調理活動の治療的効果の検討. 作業療法, 16(3):201-208, 1997.
- 大脇万起子 他：発達障害児をかかえる家族への看護. 家族看護学入門 (杉下知子編著), 124-134, 2000.
- 大脇万起子 他：Ⅰ. 知的障害者のグループホームにおける居住者および外来者を対象とした短期滞在型看護支援プログラムの開発, Ⅱ. 分担研究報告, 厚生労働科学研究費補助金 医療技術評価総合研究事業 地域で生活する障がい児・者の自律生活を支援する看護プログラムの開発 ―居住型モデルの開発・実践― (H16-医療-023) 平成 18(2006)年度 総括 (主任研究者 杉下知子), 厚生労働科学研究成果データベース, 200634020A, 7-21, 2008.
- 大脇万起子：障害を持って生まれた子どもと家族への看護介入. 家族看護, 3:118-121, 2004
- Ohwaki M, Hohashi N : Nursing Outcomes of Software Use for Children with Severe Mental Retardation. 11th Annual ANIA SpringConference 2004.
- 大脇万起子：「研究課題:表出言語と知能に障害をもつ病児の電子合成音声による認知開発と社会参加への看護支援」平成17年度～平成19年度 科学研究費補助金(基盤研究C) (研究課題番号17592260) 総頁数 p86 (研究代表者:大脇万起子) 担当分、pp. 1-41, 66-70, 2008.
- 大脇万起子 他：知的障がい児の家族支援プログラムにおける同胞への支援. 家族看護学研究, 15(3):2-9, 2010.
- 大脇万起子：家族システムストレスへの不応 (慢性期) ―障害のある子どもと共に生きる家族のケース―, 新しい家族看護学 ―理論・実践・研究― (編著 法橋尚宏), 259-274, メヂカルフレンド社, 2010.
- 小澤 温：障害者制度の課題と展望. リハビリテーション連携科学, 12(2):89-95, 2011.
- Parrish A et al. : Learning Disability Nursing and Primary Healthcare. British Journal of Nursing, 6(2):92-98, 1997.
- Read S et al. : Bowel Cancer Screening: Involving People with Learning Disabilities. Gastrointestinal Nursing, 7(8):20-27, 2009.

- 斉藤圭子：【看護の知・発見 実践と研究のサイクルへ】実践から研究へ 看護の概念化を促す教育方法の検討 ベナーの臨床実践領域分類による看護の明確化．臨床看護， 35(9)，1353-1357，2009.
- 佐野睦夫 他：食事コミュニケーションの活性化のためのエージェント(生活メディア(1)：コミュニケーション，日常生活におけるメディア技術)．電子情報通信学会技術研究報告．MVE，マルチメディア・仮想環境基礎 110(35)：19-20，2010.
- 佐々木正美：自閉症療育—TEACCH モデルの世界的潮流—．脳と発達， 39：99-103，2007.
- 瀬尾智子：子どもの感性を育てる教育についての一考察．シュタイナーの人間観と幼児期の教育より．盛岡大学短期大学部紀要， 3：27-33，1993.
- 重田史絵 他：知的・精神・発達障害者を対象とした地域生活をめざす生活訓練事業の現状と課題：社会生活力を高める視点から．社会福祉学， 53(2)：82-93，2012.
- 殖栗 歩：てんかん児の療育について 医療機関・保護者と連携した関わりと登園日数・遊び時間の影響について，日本看護学会論文集：地域看護， 33：63-65，2003.
- 曾和信一：障害者自立支援法の批判的考察．四條畷学園短期大学紀要， 42：43-54，2009.
- 杉田久子：クリティカルケア実践における看護師の expertise の概念分析．日本クリティカルケア看護学会誌， 8(3)：15-25，2012.
- Sutton J: promoting effective interventions for sleep problems. Nursing Children and Young People, 23(8)：14-18，2011.
- 鈴木育子・大脇万起子 他：発達障がい児への支援 生活能力実態調査から．日本看護科学学会学術集会講演集 30回：360，2010.
- 田川元康：自閉症の障害特性と支援のあり方 —TEACCHに学ぶ—．児童学研究， 32：37-45，2002.
- 高橋美砂子：熟練保健師の家庭訪問における支援技術 思考と行動の特徴．日本看護科学会誌， 30(1)：34-41，2010.
- 高橋 和俊：【最近注目されている発達障害】自閉症スペクトラム 自閉症療育におけるTEACCHの意義と実践．小児科臨床， 61(12)：2440-2445，2008.
- 高橋三郎 他 監訳：DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引．医学書院，2014.
- 高木菜美 他：知的障害者の調理スキル獲得に関する事例研究 —調理の自己達成率向上と支援者のかかわりを中心に—．愛知教育大学臨床総合センター紀要， 3：39-45，2013.

- 土屋景子 他：重度痴呆高齢者に対する調理活動の試み．川崎医療福祉学会誌，10(2)：363-372，2000.
- 塚本千晶 他：幼児の触覚による探索行動を促進する「環具」の提案と評価 —触覚感の重要性に関する考察に基づいて．デザイン学研究，62(2)：63-72，2015.
- 筒井孝子：WHO-DAS2.0 日本語版の開発とその臨床的妥当性の検討．厚生の指標，61(2)：37-46，2014.
- 都筑千景：援助の必要性を見極める 乳幼児健診で熟練保健師が用いた看護技術．日本看護科学会誌，24(2)：3-12，2004.
- 戸田由美子：急激に退行した精神疾患患者への看護介入 熟練看護師の捉えた患者の状況と直接介入．高知女子大学看護学会誌，33(1)：150-160，2008.
- 上田貴子 他：病院に就業する看護師が展開する卓越した看護に関する研究．看護教育学研究，14(1)：37-50，2005.
- 浦岡賢二 他：門職者として成長を続ける精神科熟練看護師のセルフマネジメント．日本精神科看護学術集会誌，57(1)：184-185，2014.
- Virues-Ortega J, et.al: The TEACCH program for children and adults with autism: A meta-analysis of intervention studies, Clin Psychol Rev, 33(8):940-953, 2013.
- 渡邊淳子 他：熟練助産師の分娩期における判断の手がかり．日本助産学会誌，24(1)：53-64，2010.
- Welterlin A, et.al: The home TEACCHing program for toddlers with autism, J Autism Dev Disord. 42(9):1827-35, 2012.
- 山岸直子 他：2型糖尿病患者に対する熟練看護師の姿勢とアセスメント 食事療法の自己管理が困難な患者の支援に向けて．日本糖尿病教育・看護学会誌，14(2)：138-146，2010.
- 山本永人：知的障害者グループホームに対する障害者自立支援法の影響 —知的障害者の地域生活の支援についてのアクションリサーチとしての一考察—．大阪城南短期大学研究紀要，42:A39-A56，2007.
- 山下満智子 他：調理による脳の活性化（第一報）—近赤外線計測装置による調理中の脳の活性化計測実験—．日本食生活学会誌，17(2)：125-129，2006.
- 山下満智子 他：調理による脳の活性化（第二報）—調理習慣導入による前頭前野機能向上

の実証実験一. 日本食生活学会誌, 18(2):134-139, 2007.

山末英典: 自閉症スペクトラム障害の MRI 研究. 脳と精神の医学, 20(4):287-294, 2009.

横山ハツミ: 入院痴呆高齢者の調理活動における認知・行動の評価と看護者の役割 アルツハイマー型痴呆と脳血管型痴呆の比較から. 看護総合科学研究会誌, 4(2):3-14, 2001.

横山ハツミ 他: KOMI チャートを用いた老年期痴呆患者の調理活動の評価. 総合看護, 1:39-47, 2002.

横山ハツミ 他: 調理活動によって引き出される痴呆高齢者の持てる力の構造 ビデオレコーダーによる分析から. 広島国際大学看護学ジャーナル, 1:37-47, 2004.

横山ハツミ 他: 調理活動における認知症高齢者の行動パターンとその構造について ビデオレコーダーによる分析から. 広島国際大学看護学ジャーナル, 2:9-18, 2005.

米澤 巧美 他: 知的障害を伴う自閉症児に対する構造化された指導の一事例. 川崎医療福祉学会誌, 21(2):196-207, 2012.

## 利益相反

なし

## 謝辞

この研究論文は、多くの研究者、看護職者、教育者、福祉関係者、そして知的障害児の保護者および当事者である皆様のご協力により、完成致しました。

予備的研究1のデータ収集では、全国特別支援学校知的障害教育校PTA連合会の事務局および各支部の保護者の皆様と調査窓口となって頂いた特別支援学校の担当教諭の皆様の協力を得ました。

予備的研究2および本調査では、未知の実践への挑戦に、全国特別支援学校知的障害教育校PTA連合会の事務局および近畿支部の有志の保護者の皆様、小野利子氏、宮崎孝子氏ら熟練看護師の皆様、新人看護師であった石川翔太氏および臨床心理領域の大学院生の皆様にご理解とご賛同を頂き、研究を実施することができました。

この調査と実践なくして、この研究は成り立ちませんでした。皆様の多大なご協力に感謝し、深く御礼申し上げます。

次の段階である論文作成にあたりましては、石川県立看護大学の先生方に大変お世話になりました。本研究の論文作成へのご支援をお申し出頂き、指導教員をお引き受け下さいました石垣和子教授、そして本論文の作成にあたり、多くの時間をかけて、直接ご指導を頂きました大木秀一教授が居て下さり、初めてこの論文が作成へと向かえたと存じます。まず、両先生に深く御礼申しあげます。

学位論文審査においては、石川県立看護大学の牧野智恵教授、西村真実子教授、今井美和教授、そして大木秀一教授の貴重な御指導と御助言を頂きました。牧野智恵教授、西村真実子教授、両先生からは、最終段階で、非常に多くの労力とお時間を頂き、質的分析の精度向上のためのご指導を頂きました。また、今井美和教授には、論文の全体構成や論文の論理性、読み易い論文作成のための沢山のご示唆を頂きました。

そのほか、様々な場面で御指導とご協力を下さいました石川県立看護大学の教職員の皆様にもここで感謝をお伝え致したいと思います。

ご指導とご協力を頂いた多くの皆様に感謝し、そのご恩に報いるためにも、今回纏め上げた論文が、福祉領域での新たな看護師の技の展開のきっかけになるように、今後も努めて参りたいと思います。

本当に、皆様、有り難うございました。

2017年 2月

高校に通学中のお子様をお持ちの保護者の皆様へ

この調査は文部科学省平成20年度科学研究費補助金（基盤研究(C)）「発達障害児の地域社会で自立・自律生活できる能力を育てる看護支援システムの開発」（平成20-24年度予定）の一部として行うものです。

この研究では、実際にお子様に対する支援プログラムを試行して保護者の方と内容検討を行い、どのような支援や関わりがお客様達の将来に役立つかを、広く看護師に知ってもらい、全国どこでも看護師が支援を行えるようなテキストを作り、皆様のお役にたてるような看護支援システムと看護師養成を実現したいと考えております。

この調査は下記の目的および方針で実施します。ご了承をいただける場合は、調査へのご協力をよろしくお願いいたします。

1. この調査は、将来、お子様が自律・自立した生活を営めるための支援プログラムを開発・実践するための資料を得ることを目的としています。
2. 調査用紙にご記載いただいた内容は調査者のみが拝見させていただき、個人情報保護いたします。  
調査用紙を受け取られた窓口も含め、外部への公表は調査結果を統計処理した個人特定できない形のもののみとなります。
3. 統計処理を行った調査結果の概要は、後日、調査の窓口となった機関もしくは個人へ一括報告させていただきます。

\*ご回答者が判別できるパスワード（数字・文字なんでも可）を下欄にご記入いただいた方には、結果の概要を調査窓口を通じてご報告する際、ご記載いただいたパスワードの一覧を添え、心ばかりではございますが粗品を同封いたします。

なお、所属校とパスワードのご記入のない場合、ご報告の資料や粗品のお届けは困難になりますので、ご了承下さい。

P1. ご回答者について、お伺いします。以下の項目にご記入もしくは該当箇所におを願ひいたします。

回答者のパスワード	性別 男・女	年齢 歳	ご本人との関係
-----------	--------	------	---------

P2. お子様の状況について、お伺いします。以下の項目にご記入もしくは該当箇所におを願ひいたします。

お子様のご所属校名	都・道・府・県										学校
障害名											
生活年齢 (実年齢) お書き頂いている時点 の年齢	歳	性別	男・女	学校の種別	中学校(特別支援学級) 特別支援学校(中等部・高等部) その他( )	学年 お書き頂い ている時点 の学年	年生				
推察した発達年齢	1~2歳	3~5歳	6~9歳	10~11歳	12~14歳	その他:					
療育手帳等級	最重度	○A	A1	1度	お子様についての特記事項						
	重度	A	A2	2度							
	中度	B	B1	3度							
	軽度	C	B2	4度							
家族構成	本人										
↑空欄に父・母・祖父・祖母・兄・妹など同居されているご家族をご本人様とのご関係でご記入をお願いします。											
利用している社会資源 (利用しているもの全てに ○をして、その下の欄に具 体的な内容をご記入ください)	ショートステイ	余暇活動支援	公的企画事業	民間企画事業	その他						

以下の項目について、保護者の皆様が日頃のお子様をみて、どのように思っているか該当する答えの欄に○を付けてお答えください。  
また、特記事項の欄には、選択肢にはないことや、その項目に関する取り組むべき課題やお困りのことなどをご記入ください。

	できる	大体できる	あまりできない	全くできない	わからない
1. 友だちと仲良くすること					
2. 友だちを上手に作ること					
3. 学校、地域、家庭でのマナーを守ること(以下の項目とは別に総合的にみて回答してください→)					
1)生活マナー：①学校や自宅での掃除					
1)生活マナー：②ゴミの分別					
1)生活マナー：③ゴミ出しの場所や日時を守ること					
2)対人マナー：①他のひとに暴言を吐かない(障がい特性のため困難な場合も含む)					
2)対人マナー：②突然大声、奇声を出したりしない(障がい特性のため困難な場合も含む)					
2)対人マナー：③突然暴力をふるったりしない(障がい特性のため困難な場合も含む)					
2)対人マナー：④他のひとの物と自分の物の区別(障がい特性のため困難な場合も含む)					
2)対人マナー：⑤叩いたり蹴ったり器物を壊したりしない(障がい特性のため困難な場合も含む)					

以下の項目について、保護者の皆様が日頃のお子様をみて、どのように思っているかを該当する答えの欄に○を付けてお答えください。  
また、特記事項の欄には、選択肢にはないことや、その項目に関する取り組むべき課題やお困りのことなどをご記入ください。

		できる	大体できる	あまりできない	全くできない	わからない
4. 身だしなみ（以下の項目とは別に総合的にみて回答してください→）						
1) 場面にふさわしい更衣①：就寝時のパジャマなど寝間着への着替え						
1) 場面にふさわしい更衣②：登校や外出のための着替え						
1) 場面にふさわしい更衣③：季節や気候・気温に合った服装						
2) 見栄え良く着衣できる、だらしない①：襟元などを整えられる						
2) 見栄え良く着衣できる、だらしない②：シャツの裾などを整えられる						
5. 他の人に配慮した行動（以下の項目とは別に総合的にみて回答してください→）						
1) 自分を出す音への配慮(例：ドアの開閉、寝ている子どもの側、テレビ・ステレオの音量調節)						
2) 他の人との行動の折り合い(例：テレビチャンネルの選択、適切な電話の受け方・かけ方、順番待ち)						
社会性 についての特記事項		/	/	/	/	/
6. 規則正しいリズムでの生活（例：起床、就寝時間）						
7. 洗面（以下の項目とは別に総合的にみて回答してください→）						
1) 洗面：水道の蛇口の使用						
2) 洗面：水の温度の調節						
3) 洗面：水量の調整						
4) 洗面：洗顔						
8. 歯磨き（以下の項目とは別に総合的にみて回答してください→）						
1) 歯磨き：練り歯磨きの使用						
2) 歯磨き：歯磨き（歯ブラシを使ったブラッシング）						
3) 歯磨き：口を濯ぐ（ブクブクパッ）						
9. 整容（以下の項目とは別に総合的にみて回答してください→）						
1) 整容：爪切り						
2) 整容：整髪（髪をとかす）						
3) 整容：鼻汁の処理（鼻をかむ）						
4) 整容：食事の汚れの処理（口の周りや着衣に付着した汚れを拭く）						
10. 入浴：（以下の項目とは別に総合的にみて回答してください→）						
1) 入浴：洗身（前後左右全身が洗えるか・石鹸を洗い流せるか）						
2) 入浴：洗髪（前後左右全部洗えるか・シャンプーやリンスを洗い流せるか）						
3) 入浴：適切な場所での衣服の着脱（脱衣場内で着脱できるか）						
4) 入浴：タオルを洗うこと						
5) 入浴：タオルを絞ること						
11. 更衣（以下の項目とは別に総合的にみて回答してください→）						
1) 更衣：上着の着脱						
2) 更衣：ズボン・パンツ・スカートの着脱						
3) 更衣：衣服の表裏を間違えずに着衣できる						
4) 更衣：ボタンをかけ間違えない						
5) 更衣：ズボンやスカートなどのファスナーきっちり閉められる						
12. 食事（以下の項目とは別に総合的にみて回答してください→）						
1) 食事：食事の準備（調理）						
2) 食事：食事の準備（配膳）						
3) 食事：食事の後片づけ（食卓の整備・食器洗い）の手伝い						
4) 食事：食事の後片づけ（食器洗い）の手伝い						
13. 栄養（以下の項目とは別に総合的にみて回答してください→）						
1) 栄養：食事の時間にしっかり食べること（遊び食いや間食過多がない）						
2) 栄養：色々な物をバランス良く食べること（好き嫌いや偏食がない）						
3) 栄養：適切な量を食べること（摂取量が少なすぎたり、多過ぎたりしない）						

以下の項目について、保護者の皆様が日頃のお子様をみて、どのように思っているかを該当する答えの欄に○を付けてお答えください。  
また、特記事項の欄には、選択肢にはないことや、その項目に関する取り組むべき課題やお困りのことなどをご記入ください。

		できる	大体できる	あまりできない	全くできない	わからない
14. 排泄（以下の項目とは別に総合的にみて回答してください→）						
1) 排泄：洋式トイレや和式トイレの適切な使用（座り方・しゃがみ方）						
2) 排泄：便器の中への排泄						
3) 排泄：扉を締めてのトイレの使用						
4) 排泄：お尻拭き（体に付いた尿や便が拭き取れる・ウォシュレットで洗い流せる）						
5) 排泄：便器やトイレ室内を汚したらきれいにすること						
基本的な生活習慣 についての特記事項		/	/	/	/	/
15. 何かに取り組むこと（趣味）を楽しむこと						
16. 外出することを楽しむこと						
17. 買い物を楽しむこと						
余暇活動 についての特記事項		/	/	/	/	/
18. 適切に公共交通機関を利用した移動						
19. 交通機関の利用マナーを守ること						
20. 外出先から一人で戻ること						
21. 目的地に一人で行くこと						
移動 についての特記事項		/	/	/	/	/
22. テレビやビデオなどを適切に使うこと （ビデオテープやDVDなどの出し入れ・再生・巻き戻し・間違っって録音ボタンを押さない）						
23. 電話を使うこと（受けられる、受話器を切れる、かけられる）						
24. 電子レンジを適切に使うこと						
25. 洗濯機を適切に使うこと						
26. 乾燥機を適切に使うこと						
27. 掃除機を適切に使うこと						
生活家電などの使用 についての特記事項		/	/	/	/	/
28. 洗濯物の整理整頓						
29. 自分の身の回りの物の整理整頓						
整理整頓についての 特記事項		/	/	/	/	/
30. ひとりで買い物の支払いをすること						
31. 適切な買い物（量、物）をすること						
金銭管理についての 特記事項		/	/	/	/	/
32. 体調の悪さや痛みなどを誰かに伝えること						
33. 受診時適切な行動をとること						
健康管理についての 特記事項		/	/	/	/	/

お手元に届いて1週間位でご返送頂ければ幸いです。

以下の項目について、保護者の皆様が日頃のお子様をみて、どのように思っているか該当する答えの欄に○を付けてお答えください。  
また、特記事項の欄には、選択肢にはないことや、その項目に関する取り組むべき課題やお困りのことなどをご記入ください。

		全 く な い	あ ま り な い	少 し あ る	よ く あ る	わ か ら な い
34. 泣いたり、笑ったり、怒ったり感情が不安定になること						
35. しつこく同じ話をすること						
36. 不快な音を立てること						
37. 行動をたしなめられると抵抗すること						
38. 目的もなく動き回ること						
39. 特定の物や人に対する強いこだわり						
40. 多動						
41. 行動の停止						
42. パニック						
43. 不安定な行動						
44. 自分の体を叩いたり傷つけたりする行為						
障害特性についての 特記事項		/	/	/	/	/

45. その他、自律・自立した生活のためのチェック項目として、補足した方が良いと思われた事項などがありましたらご記入ください。

この調査の後、この調査結果をより深く理解し、プログラムの開発に十分に生かすため、直接面接・電話・メールなどによる調査へのご協力を賜りたいと考えております。ご協力いただくことが可能な場合はご連絡先をお教えくださいますようお願いいたします。

なお、本調査の記入内容と同様、個人情報の漏洩のないよう、十分な配慮をいたしますので、ご安心ください。

保護者氏名		メールアドレス	
現住所	〒 -	電話	
		お電話しても 良い時間帯	

ご協力ありがとうございました。

お手元に届いて1週間位でご返送頂ければ幸いです。

研究代表者 滋賀県立大学 人間看護学部 人間看護学科 准教授 大脇 万起子  
 研究分担者 神戸大学 大学院保健学研究科 教授 法橋 尚宏  
 山形大学 医学部 看護学科 准教授 鈴木 育子  
 京都橘大学 看護学部 看護学科 講師 加藤 さゆり

本調査に関しまして、ご不明な点などありましたら、下記まで、お尋ね下さい。

〒522-8533 彦根市八坂町2500  
 滋賀県立大学人間看護学部 大脇万起子  
 TEL&FAX 0749-28-9539  
 e-mail owaki@nurse.usp.ac.jp