

群馬パース大学紀要

BULLETIN OF GUMMA *Paz* COLLEGE

第19号

GUMMA *Paz* COLLEGE

ISSN 1880-2923

群馬パース大学紀要

第 19 号

目 次

巻頭言

教育雑感：ジョージ・エリオットのメッセージ再び

.....杉田雅子 1

連 載：群馬パース大学のあゆみ

第 2 回：理学療法学科の過去・現在・未来

.....松澤 正 3

原著論文

看護管理者が管理のために行う夜間勤務の現状と課題

.....根生とき子 11

研究ノート

看護学生のプレパレーションに対する認識

—小児看護学実習前後の調査から—

.....二宮恵美 25

資 料

小児看護学実習におけるプレパレーションの実施状況

.....二宮恵美 31

その他

第 8 回「肉眼解剖学セミナー・新潟」参加報告

.....浅見知市郎 37

母子保健からみるオーストラリア・ヴィクトリア州における自閉スペクトラム症乳幼児への早期支援システム

.....奥野みどり・宮内 洋・毛塚恵美子 41

群馬パース大学

2015年3月

BULLETIN OF GUMMA *Paz* COLLEGE

No.19

CONTENTS

Forewords

- What I Thought about Education : George Eliot's Messages Revisited
.....M.Sugita 1

Serial Reports : Histry of Gumma PAZ College

- 2nd : School of Physical Therapy of Paz : Past, Present and Future
.....T.Matsuzawa 3

Original Articles

- Nursing managers' night shift management work : Present situation and issues
.....T.Neoi 11

Notes

- Recognition of the Nursing Students for the Preparation
—From the Surveys before and after Pediatric Nursing Practicum—
.....E.Ninomiya 25

Data

- Nursing Students' Preparation Practices in Pediatric Nursing Practicum
.....E.Ninomiya 31

Other

- Report of eighth gross anatomy seminar in Niigata
.....T.Asami 37

- Maternal and child health support system for infants with autism spectrum disorders in Victoria, Australia
.....M.Okuno, H.Miyauchi, E.Kezuka 41

GUMMA *Paz* COLLEGE

March 2015



巻頭言

教育雑感：ジョージ・エリオットのメッセージ再び

杉田 雅子¹⁾

What I Thought about Education : George Eliot's Messages Revisited

Masako SUGITA¹⁾

19世紀ヴィクトリア朝の女性作家ジョージ・エリオット（1819—1880）は、第2次世界大戦後、1948年にF. R. リーヴィスの『偉大なる伝統』の中で再評価され、現代においてもなお多角度から読まれている作家である。彼女の作品には現代に通じる多くの問題提起とメッセージが含まれていて、それらが読者に訴え、読者を惹きつけ、考えさせるからであろう。

私とそのジョージ・エリオットの一読者となったのはずいぶん昔のことだが、初めて作品を読んだ時に持った時代と空間を越えた彼女の訴えとメッセージへの共感、彼女の作品を読み直すたびに、その時々々の社会状況に照らし合わせて蘇ってくる。最近も史上最年少でノーベル平和賞を受賞したパキスタンの17歳の高校生マララ・ユフズサイさんの活動を見聞きして、ジョージ・エリオットが約140年も前に発した声が再び立ち上がってきていることを痛感した。女子教育の権利を主張してイスラム過激派に襲撃され、自らの命を危険にさらしながらも屈することなく活動を続けているマララさんの姿を見て、思い起こし考えさせられたジョージ・エリオットの女性に対する教育についての訴えと私の想いについて綴ってみたい。

ジョージ・エリオットの小説には知に憧れ、知を求め、知によってよりよい人生、より広い世界に生きることを渴望したヒロインが登場する。例えば自伝的要素が強いといわれる『フロス河の水車場』のマギー・タリバーや、最高傑作とされる『ミドルマーチー地方生活の研究』（以下『ミドルマーチ』）のドロシア・ブルックであるが、ここではドロシアを取り上げる。

『ミドルマーチ』のドロシアは、16世紀スペインで修道院改革を成し遂げた聖テレサのように偉大なこと

を成し、自分の生涯を有効なものにしたいと切望している。そのために哲学書や神学上の古文書を読み耽るなどしているのだが、常に自分の生き方を問い、何をすべきかを自問する、当の上流階級の娘らしからぬ女性である。しかし、問いかけは高貴で真摯であるものの、彼女には具体的な答えが見出せない。彼女は、自分を「無知な小娘の状態から解放して、最も壮大な道に彼女を導いてくれる人」（第3章）と結婚し、妻として夫を支えることで自分のなすべきことがわかるだろうと結婚に期待している。しかし、実際ドロシアの二度の結婚において、彼女が当代のテレサとなったとは描かれていない。最初の結婚では、結婚後間もなく夫である老学者カソーボンの人となりと彼の研究の浅薄で不毛な本質に気づき苦悶し、壮絶な夫婦間の葛藤を経て、夫を支えていく決心をしたところで夫は急死し、結婚生活が終わる。二度目の結婚では、社会運動家、議員となったウィル・ラディスローを献身的に支えることに無上の喜びを見出したのである。ドロシアの高邁な精神と願望は、16世紀の聖テレサのような目に見える実践的な仕事に形を変えたのではなかった。ドロシアは自分が「もっとわきまえていたら、もっとまじなことができただろう」（フィナーレ）と言う。何しろドロシアの受けた教育は「少女向き」（第10章）の「子供だましのような」（第10章）もので、彼女は「小さな容量の知識」（第20章）しか持ち合わせていないのだからとエリオットは、ドロシアの受けた教育の不十分さを憐れむような口調で述べている。

女性自身の向上と女性の地位向上、この二つはヴィクトリア朝中期に生きた人々と同様に、エリオットにとって重要な問題であったが、彼女は女性の権利獲得、

1) 群馬パース大学保健科学部看護学科

向上運動に対して慎重な態度を取っていた。彼女は女性自身と地位の真の向上は、女性への教育の地道な徹底的な浸透があってこそ成し遂げられると考えていた（ティム・ドリン、145）。しかしながら、ドロシアの生きた時代も、エリオットが『ミドルマーチ』を執筆した時代も、女性に対する教育の社会体制は整っておらず、『ミドルマーチ』のプレリュードでエリオットは、ドロシアを含む現代のテレサたちがいかに高邁な理想を持ってはいても、それを実現に導いてくれる知識と社会の支えがなかったと哀しみをこめて述べている。

エリオットは、しかし、ドロシアの生涯を否定しているのではない。フィナーレで次のように語って、物語を終わっている。

彼女の繊細な精神は、ひろく人目につかないとはいえ、微妙な実を結んだ。彼女の豊かなひととなりは、ペルシアのキューロス大王によって水をさえぎられた河のように、この地上にはほとんど名をとどめない幾つもの小さな流れとなって終わった。しかし彼女の存在が周囲の者に与えた影響は、数えきれぬほど広くゆきわたっている。なぜなら、この世界の善が増大するのは、一部は歴史に記録をとどめない行為によるからである。そして世の中が、お互いにとって、思ったほど悪くないのは、その半ばは、人目につかないところで誠実な一生を送り、死後は訪れる人もない墓に眠る人が少なくないからである。（フィナーレ）

ドロシアの存在が与えた計り知れない影響と、彼女同様に名は残らないが、市井の人々の誠実な日々の生活が世の中を支え、善の増大に貢献していることを高く評価している。

先に触れたマララ・ユフスザイさんとドロシアを安易に同等視はできないが、ドロシアを通じてエリオットが訴えた女性教育の重要性が、140年も経った現代に、場所は違うものの、マララさんの主張を通じてなおも切実な声としてあげられていることに私は驚き、胸が痛んだ。マララさんの活動が、ドロシアの大望のように、外部の、不完全な社会状態の影響を受けて小さな流れとなって終わらないように、そして宗教の教理を超えて正しく理解され、すべての女性・女子に対する教育が推進されるよう祈りたい。また、マララさんばかりでなく、彼女に共鳴し支えている人たちの存在も忘れずに、彼らの努力に思いを馳せたい。そして、教育に携わる者の地道な努力一つ一つが、一人一人の学生の力の向上と世の中の善や平和が進む礎となることを信じて、教壇に立とうと気持ちを新たにしたい。

参 考 文 献

- Dolin, Tim. *George Eliot*. New York : Oxford University Press, 2005.
- Eliot, George. *Middlemarch*. Ed. W. J. Harvey. Harmondsworth : Penguin, 1985.
- 引用の日本語訳は、工藤好美、淀川郁子訳『ミドルマーチ』I, II（講談社、1975年）による。

連載：群馬パース大学のあゆみ [第2回]

理学療法学科の過去・現在・未来

松澤 正¹⁾

School of Physical Therapy of Paz : Past, Present and Future

Tadashi MATSUZAWA¹⁾

キーワード：教員、入学、卒業、国試、カリキュラム

1. 準備期（平成13年4月～平成14年3月）

理学療法学科の学科新設の準備が始まったのは、平成13年であるが、その準備以前に私のところに学科新設をしたいので、協力して欲しいとお話があったのは、平成12年の秋のことと思う。私が勤めていた筑波技術短期大学に樋口理事長と金谷さんが来学して、東京都立保健科学大学の柳澤健先生の紹介で、群馬パース看護短期大学に看護学科があるが、理学療法学科を作りたいので協力して欲しいと依頼があった。私も是非協力したいと返事して、群馬パース看護短期大学の理学療法学科の新設の準備が始まった。

その後、一旦学科の新設を延期するお話がありましたが、平成13年1月になり、柳澤健先生から学科新設をしなければいけないと勧めがあり、平成13年度には準備室を立ち上げることになった。そして、3月には看護学科の学科長さんが急遽退職され、学科長不在となり、私が学科長を兼ねて、理学療法学科の準備に取り組んだ。

学科新設に向けて準備をするには、①カリキュラムの作成、②臨床実習施設の確保、③担当教員の確保、④理学療法学科棟の建設である。

カリキュラムの作成は、私の前短期大学の理学療法学科のカリキュラムが短期大学であったので、それを参考に、開設時に着任される予定の石川春律先生と作成した。

次に、臨床実習施設については、群馬県内の病院や

埼玉、長野、新潟の病院を訪ねて、臨床実習施設の許可のお願いに回った。取りあえず許可は出すが、実際の臨床実習を受けるかは、その時になってみないと分からないとの施設が大部分であったが、26施設の承諾がとれ、認可に必要な数の確保ができた。

理学療法の専門科目担当教員については、知り合いの手づるを使って教員の確保をした。

国際医療福祉大学の丸山仁司先生にお会いして、江口勝彦先生を紹介していただいた。また、昭和大学では、高橋正明先生から目黒力先生の紹介を得た。さらに、東京都立保健科学大学の柳澤健先生からは、富田浩先生と柴田雅祥先生の紹介を得て、理学療法専門科目の担当者が決まった。

学科棟の建設は指定規則で決められている教室、実習室を確保し、演習室、研究室を含めて床面積1324㎡の理学療法学科部分と保健師課程の専攻科の教室、実習室、演習室、研究室を含めた理学療法学科棟の建物が看護棟裏側に建設された。9月から建築が始まり平成14年2月に完成した。

このように、カリキュラム、臨床実習施設、教員の配置が整い、学科新設に伴う教育上の準備ができ、平成13年6月には文部科学省に学科新設の手続きをした。そして、9月には面接審査が文部科学省で行われ、樋口理事長をはじめ、6名が審査を受けた。一部科目担当者の修正の指示があったが、その訂正をして、11月には認可が下りた。

1) 群馬パース大学保健科学部、理学療法学科

2. 短期大学期（平成14年4月～平成17年3月）

第1期生の入学試験は12月から学校長推薦、社会人特別選抜、一般入試前期、後期の4回が行われて、入試出願者139名で、入学者は44名であった。

入学定員は40名で1割増の入学者であった。入学者は全国的で西は広島県、大阪府、京都府から北は宮城県、福島県、新潟県からと群馬県と近県であった。その入学者の特徴は、社会人入学者が6人いて、その中に大卒者が5人いた。また、現職の医師の入学者がいた。病院を持っていて、そのリハビリテーションを行うということで、理学療法を学ぶ為に入学した。資格を取ってからはリハビリテーション医として活躍している。

短期大学期で、最も苦労したのは臨床実習施設の確保であった。当初の計画ではインターン実習は1期、2期で終了することにしていたが、実習施設の確保ができず4期まで設定し、4月から12月までの臨床実習を行わなければならなかった。しかし、2期生は3期まで行い、3期生でようやく本来の2期までの4月から7月までの臨床実習となった。

1期生の理学療法士国家試験の合格者は受験者38名中、33名の合格者であり、合格率86.8%であった。それは国家試験対策が不十分であったことを示すもので、2期生からは、目黒先生を中心にグループ学習を徹底するようにした。その結果2期生は、受験者43名中42名の合格で合格率97.7%となった。

学生生活は、大部分の学生が寮生活をしていたので、学生ラウンジで勉強したり、夜遅くまで各先生方の研究室に来室して学習していた。また、体育館で放課後フットサルやバレーボールなどの練習をして体力作りをすると共に仲間づくりをした。

3. 四年制大学期（平成17年4月～平成26年7月）

四年制大学の準備は、平成15年に岩押の校舎の取得から始まった。

理学療法士教育の流れも専門学校や短期大学での教育から四年制大学の時代になっているので、本学においても四年制大学を思考する時となっていた。

短期大学の理学療法学科の1期生が卒業するのに合わせて、四年制にするとのことで、平成15年秋からカリキュラムの作成が始まった。平成16年4月に設置申請を行い、6月には、実地・面接調査が行われて、11

月には四年制大学の設置が認可された。

そして12月から学校長推薦、社会人特別選抜、一般入試が始まった。入学出願者は405名で、入学者は入学定員50名に対して53名で、受験倍率7.6倍であった。入学者の特徴はほとんどが現役の高校生であった。

四年制の1期生は1年次が岩押の高崎校舎で授業が行われた。2年次、3年次、4年次が高山校舎で授業が行われた。そして、年々受験希望者の減少傾向になってきたので、その解決策として、交通のアクセスのよい所に進出することが決まり、平成21年に高崎市間屋町に新校舎の建設が決まり、7月から建設が始まった。平成22年2月に完成し、3月には高山校舎から引越して、4月からは、看護学科と理学療法学科の全学年で新校舎での授業が始まった。そして、平成25年度からは理学療法学科の1学年定員が60名となった。

4. カリキュラムについて

短期大学の理学療法学科申請時のカリキュラムは表1である。

基礎分野は、15科目(25単位)で、必修が4科目(4単位)で英語と体育であり、その他は選択で11科目(21単位)である。その内14単位をとる。専門基礎分野は、23科目(31単位)で、必修が18科目(21単位)で解剖学や生理学、運動学で、それに臨床系科目である。選択は5科目(10単位)である。その内28単位をとる。専門分野は、24科目(54単位)で全て必修である。その他、専門分野と関連の選択科目として6科目(12単位)がある。そして卒業に必要な単位は98単位となっている。

短大時のカリキュラムとしては、情報処理や地域リハビリテーションとの関連科目である地域理学療法学や在宅ケア理学療法の科目を入れた。

表1 短期大学理学療法学科カリキュラム

	授業科目の名称	配当年次	単位数又は時間数			取得単位数
			必修	選択	自由	
授業科目の概要	情報処理基礎	1		2		14 単 位
	情報処理基礎演習	1		1		
	生物科学	1		2		
	生化学	1		2		
	医用物理学	1		2		
	心理学	1		2		
	法学	1		2		
	社会学	1		2		
	教育学	1		2		
	健康科学	1		2		
	栄養学	1		2		
	英語Ⅰ	1	1			
	英語Ⅱ	2	1			
	体育Ⅰ	1	1			
体育Ⅱ	2	1				

概 要 の 目 録	専 門 基 礎 分 野	解剖学	1	2		12 単 位
		解剖学実習	1	2		
		生理学	1	2		
		生理学実習	1	1		
		運動学	1	2		
		運動学実習	1	1		
		人間発達学	1	2		
		機能解剖学	1		2	
		発達心理学	1		2	
	病理学	2	1		12 単 位	
	臨床心理学	2	2			
	内科学	2	1			
	神経内科学	2	1			
	整形外科	2	1			
	小児科学	2	1			
	精神医学	2	1			
	リハビリテーション医学	2	1			
	臨床検査学	2	1			
	医学概論	2		2	4 単 位	
	老年医学	2		2		
	公衆衛生学	2	2			
	リハビリテーション概論	1	2		5 単 位	
	理学療法概論	1	2			
理学療法研究法	3	2				
理学療法評価学	1	2		23 単 位		
理学療法評価学実習	2	3				
基礎運動療法学	1	2				
基礎運動療法学実習	1	2				
物理療法学	1	2				
物理療法学実習	2	1				
神経系疾患理学療法	2	2				
神経系疾患理学療法実習	2	2				
運動系疾患理学療法	2	2				
運動系疾患理学療法実習	2	1				
呼吸循環系疾患理学療法	2	2				
呼吸循環系疾患理学療法実習	2	1				
義肢装具学	2	2				
義肢装具学実習	2	1				
日常生活活動学	2	2				
日常生活活動学実習	2	1				
地域理学療法学	3	2		4 単 位		
生活環境論	3	2				
臨床実習Ⅰ	2	2			18 単 位	
臨床実習Ⅱ	3	8				
臨床実習Ⅲ	3	8				
スポーツ障害理学療法学	3		2	98 単 位 以 上		
在宅ケア理学療法学	3		2			
言語治療学	3		2			
看護学	3		2			
福祉機器概論	3		2			
運動療法特論	3		2			

平成17年には四年制大学になったが、その申請時の理学療法学科のカリキュラムは表2である。

一般科目は34科目（56単位）で、必修が7科目（11単位）であり、選択が27科目（45単位）である。その内28単位をとる。専門基礎科目では、50科目（53単位）で、必修が27科目（30単位）、選択が23科目（23単位）であり、その内38単位をとる。専門科目は、38科目（64単位）で、必修が37科目（62単位）、選択が1科目（2単位）であり、その内62単位をとる。そして卒業に必要な単位は128単位となっている。

四年制大学のカリキュラムは、短大の基礎分野が一般科目となり、15科目（25単位）から34科目（56単位）となり、大学としての教養を充実させた。特に、語学

の選択が広がった。また、生活関連や成熟社会関連の科目が設けられた。さらに、高校での履修していない科目を学べるように基礎教育科目を設けた。専門基礎科目では、23科目（31単位）から50科目（53単位）となり、身体構造や心身機能の充実、疾病や障害の臨床系の充実、保健医療福祉関連科目の充実がなされた。専門科目は、24科目（54単位）から38科目（64単位）となった。基礎理学療法学では選択ではあるが卒業研究が設けられ、理学療法評価学では疾患別の評価学や臨床運動学が設けられ、理学療法治療学では、徒手療法やスポーツ傷害や高齢者理学療法学が設けられた。さらに、地域理学療法学の充実と臨床実習に見学実習が設定され、臨床実習は、見学実習、評価学実習、総合実習と順序を追って学習するようになった。

表2 保健科学部 理学療法学科カリキュラム

授業科目の名称	配当年次	単位数又は時間数			取得単位数
		必修	選択	自由	
一 般 科 目 群	人 間	心理学	1	2	
		老年心理学	2		2
		教育学	1		2
		生命科学	1		1
		生命倫理	1	1	
		スポーツ科学	1	1	
		スポーツ科学実習	2		1
		総合英語	1	2	
	言 語 と 文 化	英語表現	1		2
		医療英語・外書講読	2		1
		国際医療協力英語	2		1
		中国語	2		2
		ハングル	2		2
		スペイン語	2		2
	生 活	音楽学	1		2
		日本の近代文学	1		2
		生活学	1		2
		家族学	1		2
		地域社会学	1	2	
	成 熟 社 会	ボランティア活動論	1		2
		医療民俗学	1		2
		法学	1		2
		経済学	1		2
国際関係論		1		2	
性別の社会科学		1		2	
環境論		1		2	
総 合 講 座	情報処理	1	1		
	情報学	1		2	
基 礎 教 育	総合講座	1		1	
	保健統計基礎	1	2		
	生物学基礎	1		1	
	化学基礎	1		1	
	物理学基礎	1		1	
	英語基礎	1		1	
人 体 の 構 造 と 機 能 及 び 心 身 の 発 達	解剖学Ⅰ	1	2		
	解剖学Ⅱ	1	1		
	表面解剖学と触診法	1	1		
	解剖学実習	2	1		
	生理学	1	2		
	運動生理学	1	1		
	生理学実習	2	1		
	生化学	1	1		
	運動学	1	2		
	運動学実習	2	1		
	人間発達学	2	1		
	発達心理学	2		1	
	歯科保健	2		1	
	栄養学（含食品学）	1		1	
	医 療 概 論	医療概論	1	1	
病理学		1	1		
薬理学		1		1	
公衆衛生学		1		1	

専 門 基 礎 科 目 群	疾病と障害の成り立ち及び回復過程の促進	画像診断学	2		1	16単位			
		内科学	2	1					
		外科学	2		1				
		整形外科 I	2	1					
		整形外科 II	2	1					
		神経内科学 I	2	1					
		神経内科学 II	2	1					
		脳神経外科学	2	1					
		精神医学	3	1					
		小児科学 I	2	1					
		小児科学 II	3	1					
		老年医学	2	1					
		救急法	3		1				
		免疫・感染症学	2		1				
		緩和医療学	3		1				
		スポーツ医学	3		1				
		臨床検査学	2		1				
		カウンセリング	2		1				
		科 目 群	保健医療福祉とリハビリテーションの理念	リハビリテーション概論	1		1		7単位
				リハビリテーション医学	2		1		
臨床心理学	1			1					
安全管理	4			1					
看護学入門	1				1				
作業療法概論	3				1				
言語聴覚治療概論	3				1				
社会福祉・地域サービス論	2				1				
レクリエーション論	1				1				
リハビリテーション工学基礎	3				1				
障害者スポーツ	3				1				
国際医療協力	2				1				
国際医療協力演習	2				1				
災害時生活体験	1		1						
専 門 基 礎 科 目 群	基礎理学療法学	理学療法概論	1	1		8単位			
		基礎理学療法学	2	2					
		理学療法セミナー I	1	1					
		理学療法セミナー II	2	1					
		理学療法セミナー III	3	1					
		理学療法セミナー IV	4	1					
		理学療法研究論	3	1					
		卒業研究	4		2				
		専 門 基 礎 科 目 群	理学療法評価学	理学療法評価学	1		2		7単位
				理学療法評価学演習	3		1		
運動器系理学療法評価学	2			1					
神経系理学療法評価学	2			1					
呼吸・循環・代謝系理学療法評価学	2			1					
臨床運動学	3			1					
科 目 群	理学療法治療学			運動器系理学療法学	2	2		20単位	
		運動器系理学療法学実習	3	1					
		神経系理学療法学	2	2					
		神経系理学療法学実習	3	2					
		呼吸・循環・代謝系理学療法学	3	2					
		呼吸・循環・代謝系理学療法学実習	3	1					
		物理療法学	2	2					
		物理療法学実習	3	1					
		義肢・装具学	3	2					
		義肢・装具学実習	3	1					
		徒手系理学療法学	3	1					
		高齢者理学療法学	3	1					
		スポーツ傷害・障害理学療法学	3	1					
健康増進・スポーツコンディショニング論	3	1							
科 目 群	地域理学療法学	日常生活活動学	2	2		9単位			
		日常生活活動学実習	3	1					
		地域理学療法学	3	2					
		地域理学療法学実習	3	1					
		生活環境学	3	2					
		生活環境学実習	3	1					
科 目 群	臨床実習	見学実習	2	1		18単位			
		評価学実習	3	3					
		総合臨床実習 I	4	7					
		総合臨床実習 II	4	7					

四年制大学は平成20年で大学設置審の縛りが開けるのを待って、平成21年度にカリキュラムの改訂を行った。改訂のカリキュラムは表3である。

教養科目群、専門基礎科目群、専門科目群と名称を変えて、各科目群の取得単位は同じである。

教養科目群では、科目数を整理し、学生の受講者数の少ない科目が整理された。その結果、34科目（56単

位）から26科目（37単位）となり、専門基礎科目群では、50科目（53単位）から42科目（43単位）となった。専門科目群は、38科目（64単位）から37科目（63単位）となった。

教養科目群は、老年心理学、生命科学が削除され、医療民族学が入り、スポーツ系は健康スポーツ理論と実習となった。語学関係では、スペイン語が削除され、英語は総合英語となり、国際医療協力英語からステップアップ英語となり、その他の音楽や日本の近代文学は削除された。生活と成熟社会の項目が人と社会・生活の項目になり、生活学や家族学から人と社会・生活となり、情報処理関連は情報処理 I と II となった。基礎教育の項目では大学の学び入門が科目として設けられた。

専門基礎科目群は、生理学が I と II となり、運動学も I と II となった。歯科保健が削除された。臨床医学系の項目では、脳神経外科学が削除され、臨床医学特論が設けられ、神経内科学は、臨床神経学 I と II となった。リハビリと保健医療福祉関連項目では、作業療法や言語療法、国際医療協力、災害時生活体験等の関連の科目が削除され、生体計測工学や医療統計学が設けられた。

専門科目群では、基礎理学療法学の項目は、理学療法セミナーが I、II、III、IV とあったが理学療法セミナーに統一され、理学療法特論、臨床推論演習、理学療法管理学が設けられた。また、理学療法評価学の項目では、神経系や呼吸循環系の疾患別評価学があったが、理学療法評価学と実習に統合された。理学療法治療学の項目は、運動療法総論が設けられ、疾患別では評価・治療学となり、小児理学療法が設けられた。また、健康増進・スポーツコンディショニング論は削除された。

以上、4年間の授業の実績を踏まえて、時代の要求する理学療法士を養成するようなカリキュラムとなっている。

表3 改訂理学療法学科カリキュラム

領域	授 業 科 目	単位数		卒業に必要な単位数
		必修	選択	
教養科目群	動 発 達 心 理 行	心理学	2	
		生命倫理	2	
		教育学		2
		医療民俗学		2
		健康スポーツ理論		2
		健康スポーツ実技	1	
	言 語 と 文 化	総合英語 I	1	
		総合英語 II	1	
		英語表現		1
		ステップアップ英語		1
	中国語		1	
	コリア語		1	

教養科目群	人と社会・生活	個人・家族と生活 個人・家族と社会 地域社会学 ボランティア活動論 法学（日本国憲法含む） 経済学 環境学 情報処理Ⅰ 情報処理Ⅱ 生活の中の数学	2 2 2 1 2 2 2 1 1 1	1 2 2 2 1 1	28単位以上
	基礎教育	大学の学び入門 生物学 化学 物理学	1 1 1 1		
専門	人体の構造と機能及び心身の発達	解剖学Ⅰ 解剖学Ⅱ 解剖学実習 表面解剖学と触診法 生理学Ⅰ 生理学Ⅱ 生理学実習 運動生理学 生化学 運動学Ⅰ 運動学Ⅱ 運動学実習 人間発達学 栄養学（含食品学）	2 1 1 1 1 1 1 1 1 2 1 1 1 1	1	15単位以上
	疾病と障害の成り立ち及び回復過程の促進	医療概論 病理学 薬理学 公衆衛生学 臨床検査・画像診断学 臨床医学特殊講義 内科学 整形外科Ⅰ 整形外科Ⅱ 臨床神経学Ⅰ（神経内科学） 臨床神経学Ⅱ（小児神経学・脳神経外科学） 精神医学 小児科学 リハビリテーション医学 老年医学 救急・免疫・感染症学 スポーツ医学 緩和医療学 カウンセリング	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1	17単位以上
基礎科目群	リハビリテーションの理念	リハビリテーション概論 リハビリテーション関連領域論 臨床心理学 安全管理 生体計測工学 医療統計学 社会福祉・地域サービス論 障害者スポーツ・レクリエーション論 リハビリテーション工学	1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1	7単位以上
	基礎理学療法学	理学療法概論 基礎理学療法学 理学療法セミナー 理学療法特論 臨床推論演習 理学療法研究論 理学療法管理学 卒業研究	1 1 1 1 1 1 1	1 2	7単位以上
専門	評価学療法	理学療法評価学 理学療法評価学演習 臨床動作分析学	2 1 1		4単位
	理学療法治療学	運動療法総論 運動器系理学療法評価・治療学 運動器系理学療法評価・治療学演習Ⅰ 運動器系理学療法評価・治療学演習Ⅱ 神経系理学療法評価・治療学 神経系理学療法評価・治療学演習Ⅰ 神経系理学療法評価・治療学演習Ⅱ 呼吸・循環・代謝系理学療法評価・治療学 呼吸・循環・代謝系理学療法評価・治療学演習 小児理学療法学 理学療法特殊講義 物理療法学 物理療法学演習 装具学 義肢学 徒手系理学療法学 スポーツ傷害理学療法学 日常生活活動学 日常生活活動学演習	1 2 1 1 2 1 1 2 1 1 1 1 2 2 1 1 1 1 1 2 1		25単位

療地 域学 理学	地域理学療法学	2	7単位
	地域理学療法学演習	1	
	生活環境学	2	
	環境理学療法学	2	
臨床 実習	見学実習	1	18単位
	評価学実習	3	
	総合臨床実習Ⅰ	7	
	総合臨床実習Ⅱ	7	

5. 臨床実習について

短期大学時の臨床実習は、臨床実習Ⅰ、Ⅱ、Ⅲの3科目（18単位）であった。Ⅰは評価実習で2単位で2年次に3週間の実習を行った。Ⅱ、Ⅲはインターン実習で8単位づつ16単位で3年次に8週間づつの実習を行った。四年制大学の臨床実習は、見学実習、評価学実習、総合実習Ⅰ、Ⅱで18単位である。見学実習は1単位で2年次に1週間の実習を行い、評価学実習は、3単位で3年次に3週間行っている。総合実習はⅠとⅡで、インターン実習であり、7単位づつ14単位で4年次に8週間を2回行っている。

臨床実習病院の確保は、短大申請時に確保した病院は26施設であった。しかし、実際に実習が始まった段階では、認可申請時の病院がすべて引き受けてくれた訳でなく、新しく病院の確保に努めなければならなかった。短期大学のインターン実習は当初の計画では4月から7月までの期間で終了する予定であったが、病院確保ができず4期までの12月の実習となった。また、2期生のインターン実習では3期までの4月から10月の実習となり、3期生になって、はじめて当初の計画の2期までの実習で終了することができた。

四年制大学の臨床実習は、総合実習が2期の4月から7月までに終了できるようになった。それは短期大学の卒業生が臨床現場に勤めるようになったことが大きい。四年制大学の評価学実習と総合実習で学生配置した年度ごとの病院数は表4である。

表4 四年制大学臨床実習施設数（評価実習・総合実習）

年度	期 生		施設数
	3年	4年	
2007	I		73
2008	II	I	52
2009	III	II	117
2010	IV	III	94
2011	V	IV	109
2012	VI	V	123
2013	VII	VI	119
2014	VIII	VII	125

6. 教員について

平成13年の短期大学申請時の教員数は、学長を除くと、教授3、その内PT1、医師2名であり、助教授は4名で、その内PT3名、教養担当1名であつた。講師は、4名で、その内PT2名、教養科目担当2名であつた。助手は申請対象ではない。

平成14年度の学科発足時の教員は、教授3（PT1、医師2）、助教授3（PT2、教養担当1）、講師3（PT2、教養担当1）、助手1（PT）の10名であつた。そして、完成時の平成16年の教員が揃った段階での教員数は、教授3名（PT1、医師2）、助教授3名（PT2、教養担当1）、講師5名（PT3、医師1、教養担当1）で、助手2名の13名の構成であつた。

平成16年の四年制大学申請時の教員数は、教授6名（PT2、医師4）、准教授5名（PT3、教養基礎担当2）、講師7名（PT4、医師1、教養担当2）であつた。平成17年度の発足時の教員は、教授5名（PT1、医師4）、准教授5名（PT3、教養基礎担当2）、講師7名（PT4、医師1、教養担当2）、助手4名（PT）の21名の構成であつた。実際の完成時の平成20年度の教員数は、教授5名（PT2、医師3）、准教授5名（PT3、教養基礎担当2）、講師4名（PT3、教養担当1）、助教1名（PT）の15名であつた。

なお、平成26年の教員数は、教授6名（PT5、教養担当1）、准教授4名（PT3、医師1）、講師4名（PT3、基礎担当1）、助教1名（PT）、助手1名（PT）の16名の構成で教育を担当している。

7. 入学出願者・入学者数について

平成14年度の短期大学1期生から3期生と平成17年度の四年制大学1期生から平成26年度の10期生までの出願者数と入学者数は表5である。

短期大学では、入学定員40名で、四年制大学になって1期生から8期生までが50名の定員であり、9期生と10期生が60名となった。

短期大学の1期生から3期生では、出願者139から137名とほぼ安定し、入学者は44名から49名と受験倍率が3.2倍から2.8倍であつた。それに対して、四年制大学になってからは1期生の出願者が405名と急増し、新規の大学の人気を示した。入学者は53名となり、倍率が7.6倍と高い状態であつたが、2期生以後は出願者が半減し、8期生までは徐々に減少傾向であつたが、9期生から10期生と増加をしている。8期生では出願者156名で入学者68名の2.3倍に下がったが、10期生では出願者301名で入学者70名で4.3倍まで回復した。これは平成22年度から高崎市問屋町の新校舎が出来、さらに、平成25年度から検査技術学科が増設されたことの相乗効果と平成25年度からの受験科目の変更が大きく影響しているものと思われる。さらに、9期生と10期生では、センター入試の出願者がそれぞれ48名、77名と増加しているが、これは一般入試出願者がセンター入試を受ける時の受験料の減額が大きいのと思われる。

地域・社会人特別選抜では、特に社会人の出願者が短期大学では29名から19名と多かつたが、四年制大学では、多い年で5～7名で、ほぼ1～2名と減少し、ほとんどの受験者が現役の高校生となっている。

受験地別の状況は、高崎会場で平成17年度の四年制

表5 短大・四大受験出願者数・入学者数

年 度	平14	平15	平16	平17	平18	平19	平20	平21	平22	平23	平24	平25	平26
入 学 定 員	40	40	40	50	50	50	50	50	50	50	50	60	60
A O 入 試	—	—	—	—	—	—	—	14	26	22	20	10	23
推 薦 入 試 (指定・校長)	22	14	20	77	43	38	29	31	50	39	37	31	38
地 域 ・ 社 会 人 特 別	28	29	19	11	37	19	24	30	20	16	15	8	22
一 般 入 試	89	95	98	317	192	154	134	139	87	88	77	107	141
セ ン タ ー 入 試	—	—	—	—	—	—	—	—	6	14	7	48	77
合 計	139	138	137	405	272	211	187	214	189	179	156	204	301
入 学 者 数	44	45	49	53	64	59	51	60	63	60	68	70	70
受 験 倍 率	3.2	3.1	2.8	7.6	4.3	3.6	3.7	3.6	3.0	3.0	2.3	2.9	4.3

大学の1期生が261名の出願者があり、64%であった。平成18年度からは90名～51名で30～28%ととなっている。2期生の平成18年度からは一般入試前期で大宮会場を設けた。平成20年度までは74～37名の受験者があったが、平成22年度からは8～2名の受験者と減少している。また、平成21年度からは郡山会場、平成23年度からは新潟会場、平成25年度からは長野会場と仙台会場で一般入試前期試験を行っているが、いずれの会場も一桁代の受験者となっている。

8. 卒業者、理学療法士国家試験合格者、就職状況について

本学では卒業者すべてが国家試験を受験しているの、国家試験受験者が卒業者数となる。その国家試験受験状況は表6である。

短期大学1期生が平成17年3月に第40回の国家試験を受験し、短大が3期生まで、四大が1期生から平成26年2月までの6期生が受験している。それまでの受験者は423名で、合格者は414名で合格率97.9%である。短期大学1期生は、合格者33名で不合格者5名で86.8%で最も悪い結果となっている。1期生ということで教員側の国試対策が不十分であったことと学生側の国試の難しさが理解できていなかった結果と思われる。教員の指導としてはグループ学習を指導し、過去5年間の過去問1000問題のまとめの作成指導をしたが

十分でなかった。2期生以後はグループ学習の強化として9時から5時までの学内学習を徹底させ、短期大学2期生と3期生では外部講師による国試のテクニックの指導を行った。その結果それぞれ1名と2名の不合格者で97.7%と95.1%となった。四年制大学では、平成21年3月に1期生が国試受験をして、1名の不合格者で97.6%であり、3期生と6期生が4名と5名の不合格者を出したが、合格率は96.2%から90.9%であった。その間グループ学習やナイトセミナーなどで教員による過去問解説などを行い国試対策の充実と国試対策委員による個別指導を行ってきた。また、平成25年度には卒業生の国試に対する取り組み方についての特別指導を行ってきた。

このような国試対策を十分に行ってきたとしても、6期生の不合格者を5名だしてしまっていたが、国試対策の方法が悪いと云うことでなく、これからも継続して行くことが大切と考える。

次に、短期大学1期生から四年制大学6期生までの入学者数と同期の卒業者数は表7である。

短期大学1期生から四年制大学6期生までの入学者数は488名で、同期の卒業者数は423名で、卒業率は86.7%である。最もよかったのは短期大学2期生であり、悪かったのは四大5期生の78.3%である。短大2期生は1期生の留年生があったため卒業者が増えた。四大5期生は1年次と2年次の退学者が多かったためである。平均では86.7%の卒業率であり、これを更に

表6 卒業者数と国家試験受験状況

		新 卒				過 年 度				総 数			
		受験者数	合格者数	合格率	不合格者	受験者数	合格者数	合格率	不合格者	受験者数	合格者数	合格率	不合格者
第40回	一期生	38	33	86.8	5	0	0	0.0	0	38	33	86.8	5
第41回	短大 二期生	43	42	97.7	1	4	4	100.0	0	47	46	97.9	1
第42回	三期生	41	39	95.1	2	1	0	0.0	1	42	39	92.9	3
第43回						4	0	0.0	4	4	0	0.0	0
第44回	一期生	42	41	97.6	1	4	1	25.0	3	46	42	91.3	4
第45回	二期生	53	51	96.2	2	3	1	33.3	2	56	52	92.9	4
第46回	三期生	56	52	92.9	4	3	0	0.0	3	59	52	88.1	7
第47回	大学 四期生	48	46	95.8	2	7	3	42.9	4	55	49	89.1	6
第48回	五期生	47	44	93.6	3	5	4	80.0	1	52	48	92.3	4
第49回	六期生	55	50	90.9	5	4	3	75.0	1	59	53	89.8	6
合 計		423	398	94.1	25	35	16	45.7	19	458	414	90.4	44

卒業生数 423人 合格者数414人 合格率 97.9%

表7 入学者数と卒業生数

年 度	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26
期 生	短大一期生	短大二期生	短大三期生	四大一期生	四大二期生	四大三期生	四大四期生	四大五期生	四大六期生	四大七期生	四大八期生	四大九期生	四大十期生
入 学 者 数	44	45	49	53	64	59	51	60	63	60	68	70	70
卒 業 年 度	H16	H17	H18	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29
卒 業 者 数	38	43	41	42	53	56	48	47	55	—	—	—	—
卒 業 率 (%)	86.4	95.6	83.7	79.2	82.8	94.9	94.1	78.3	87.3	—	—	—	—
短大一期生から四大六期生まで入学者数 計488名													
短大一期生から四大六期生まで卒業生数 計423名 (86.7%)													

高めるための努力が必要と考える。そのためには、入学者の質、すなわち、学力の高い者の入学の方法と卒業までの学生の個別の学力に応じた指導が大切と思われる。

次に、就職状況については、資格取得は100%就職している。また、不合格者は助手として勤め、次年度の国試に受験し、ほぼ100%合格している。

9. 結 び

以上のように、短期大学から四年制大学の10年目までの理学療法学科の過去と現状について示してきたが、今後理学療法学科が安定した発展をして行くためには、入り口と出口の確保、すなわち、入学者の確保と卒業生の就職の確保が大切であり、そのためには、教育の質を高めて、現場のニーズに合った理学療法士を卒業生として送り出すことが求められる。

最後に、本稿の作成に当たって資料を提供して頂いた事務局の方々と鈴木学先生、目黒力先生に対して、心からお礼を申し上げます。

原著論文

看護管理者が管理のために行う夜間勤務の現状と課題

根 生 とき子¹⁾Nursing managers' night shift management work :
Present situation and issuesTokiko NEOI¹⁾

要 旨

医療を取り巻く環境が大きく変化している状況下で、看護管理者が管理のために行う夜間勤務(以下、看護管理者の夜間勤務とする)について調査・検討した。調査方法は、2011年版関東病院情報から抽出した200床以上の一般病院362病院の看護部長を対象に、病院の概要、夜間体制・要員配置状況、看護管理者の夜間勤務についての自記式質問紙調査を郵送法により行った。131部(回収率36.1%)を回収し130部を分析した。その結果、行うべき業務ではないが行っている業務は、救急外来の診療支援、看護業務支援、患者の親族への対応、当直医師の補助だった。火災や災害発生時は、職員の指揮を68.7%が取ると回答し、手当を増額する、職員を増やし夜勤や当直の回数を減らすことを要望していた。夜間勤務に就く前に研修プログラムに基づいた事前教育の実施は11.1%に過ぎず、防犯や防災の体制の研修を81.2%が希望していた。看護管理者の夜間勤務の実態から、勤務体制の整備、業務の見直し、適切な人員補充、役割に見合った評価、研修プログラムの整備と実施の必要性が示唆された。

キーワード：看護管理者、夜間勤務、業務実態、研修プログラム

I. はじめに

看護管理者が管理のための夜勤・当直を行う場合、本来管理的業務ではない「看護支援業務」を多く行っている他、多種多様な業務を担っている¹⁾ことが報告されている。2001年に看護協会で行った「病院における夜間保安体制ならびに外来等夜間看護体制、関係職種との夜間対応体制に関する調査」によると看護管理者が夜勤・当直を行っている病院は、調査対象の36.5%であり、病床規模では200床以上の病院に多く、設置主体では国、公的、社会保険団体の順に夜間の看護管理者が配置されているという結果¹⁾であった。

2000年以降の医療を取り巻く環境の変化をみると、老年人口割合は2000年に比べて2010年は17.4%から

23.1%となり、急激に高齢化が進んでいる²⁾。老年人口の増加により、一般病棟の入院患者においても認知症のある患者が増え、転倒転落の予防や夜間譫妄等の対応で看護師の業務は以前にも増して複雑で多忙になっている。足利の研究では、看護所要時間では認知症あり群はなし群に比べ安全・安楽に要する時間は3倍長く、認知症高齢者が急性期治療の場にいることで、看護必要量が増えることが示唆されている³⁾。また、患者の権利意識の高まりから苦情やトラブルの発生件数も増加し、看護職が夜間保安体制に不安を抱えながら勤務しているといった報告⁴⁾や、平成16年から始まった医師の臨床研修の義務化は医師の労働力を減少させ、医師の教育・労働条件の向上のしわ寄せが看護職者に降りかかる事態となった⁵⁾という報告もある。

1) 群馬パース大学保健科学部看護学科

このような背景から、看護管理者の管理のために行う夜間勤務（以下看護管理者の夜間勤務とする）は、以前にもまして、認知症のケアやスタッフの補助業務に時間を取られ、クレーム対応の頻度が高まっていることや医師の業務を代行していることが推測される。

しかし、看護管理者の夜間勤務の状況や業務内容の報告は前回の調査から10年以上経過する中で、殆どなされていない。本研究では、看護管理者の夜間勤務の業務実態を把握することにより、「勤務体制」「業務内容」「準備教育」の課題を抽出した。

II. 方 法

1. 用語の定義

1) 看護管理者

各看護単位で看護業務の管理を行う立場の人であり、看護師長、副看護師長、看護科長、主任看護師等が該当する。

2) 夜勤

日中の業務に代えて行う夜間業務であり交代制の勤務をさす。

3) 当直

所定の勤務時間外（夕方から翌朝にかけて）の時間帯に、通常業務の他に行う夜間業務をさす。

4) 管理夜勤

看護管理者が管理のために行う夜勤。

5) 管理当直

看護管理者が管理のために行う当直。

6) 夜間勤務

夜勤・当直・オンコールを問わず行う夜間勤務。

2. 対象者

2001年に看護協会で開催した「病院における夜間保安体制ならびに外来等夜間看護体制、関係職種との夜間対応体制に関する調査」によると看護管理者の夜勤・当直を行っているのは、病床規模では200床以上が多いという結果から、2011年版 関東病院情報(医事日報)⁶⁾に掲載されている200床以上の許可病床を有する一般病院の看護部長362名を対象とした。

3. 調査内容

調査内容は2001年の調査を基に、「行うべき業務」「災害時の役割」「役割や待遇に関すること」や「夜間勤務の事前教育」「必要と思われる研修」等の独自の項目を

加え、作成した。

1) 病院について

- ①設置主体
- ②許可病床数
- ③一般病棟の平均在院日数
- ④救急指定
- ⑤立地場所

2) 夜間体制・要員配置について

- ①時間外の外来患者受け入れ数
- ②救急車による搬送数
- ③外来・救急部門の看護要員の夜勤・当直体制
- ④看護職員以外の職種の夜勤・当直体制

3) 看護管理者の夜間勤務者の業務について

- ①勤務体制と勤務の頻度
- ②夜間勤務の開始時期
- ③看護職のトップが考える行うべき業務の内容とその実施頻度
- ④業務の明文化の有無
- ⑤看護支援業務の内容
- ⑥火災や災害発生時における役割
- ⑦夜間勤務の事前教育
- ⑧今後必要と思われる教育の内容等

4. 調査方法

調査票による自己記入式質問調査法とした。2011年版関東病院情報(医事日報)⁶⁾より、一般病床200床以上を有する362病院を抽出し、病院長と看護部長宛てに依頼文を作成し調査票と共に同封した。院長宛の依頼文には、病院長許可のもと看護部長または看護職員のトップ管理者の任に当たる方に記入の協力を依頼し、看護部長宛てには病院長許可の後に調査票の記入を依頼した。回答済みの調査票は同封の返信用封筒を用いて研究者への直接郵送により回収した。協力に無理がないよう調査票が手元に届いてから二週間程度の期間を設定し、協力できない場合でも調査票の返送は不要とした。また、研究への参加は自由意思であるが、調査票は匿名性が保てるよう無記名であるため、調査票の返送後は参加中止の求めに応じることができないことを依頼文に書き添えた。

5. 調査期間

平成25年6月～8月に調査した。

6. データの分析方法

データの集計は Microsoft Excel を使用した。カテゴリデータについては度数分布を、数値データについては区分ごとの度数分布ならびに中央値を算出した。無回答、不明回答は除き、有効回答のみを用いて分析を行った。夜勤体制と当直体制の休憩取得状況をクロス集計し、看護管理者が夜間勤務で「行うべき業務」と「行っている業務」は度数分布を算出し比較した。自由記載については、内容を業務・教育・待遇の三つのカテゴリに分類した。

7. 倫理的な配慮

本研究の実施に際して、群馬パース大学研究倫理審査委員会の審査を受け承認を得た。

調査協力病院の病院長の許可の後、看護部長または看護職員のトップ管理者の任に当たる方に調査票の記入依頼をした。

III. 結 果

362病院に調査票を配布し、131部（回収率36.1%）を回収した。その内、分析不可能な回答を除く有効回答130部（35.9%）を分析対象とした。

1. 病院の概要

病院の概要を表1に示した。設置主体（ $n=129$ ）は、公的医療機関（県・市・町・村等が設置する医療機関）が41病院（31.8%）、医療法人が28病院（21.7%）、次いで国（独立行政法人を含む）、社会保険関係団体、個人だった。許可病床数（ $n=130$ ）は、「300～399床」が38病院（29.2%）、「200～299床」が32病院（24.6%）、「500床以上」が32病院（24.3%）、「400床～499床」が28病院（21.5%）だった。平均在院日数（ $n=126$ ）の中央値は13.1日（最大値92.3日、最小値9.5日）であり、「12～14日未満」42病院33.3%が最も多く、次いで「10～12日未満」31病院（24.6%）、「14～16日未満」

表1 病院の概要

	項 目	度数	%
設置主体	国（独立行政法人を含む）	6	4.7%
	公的医療機関（県・市・町・村等の医療機関）	41	31.8%
	社会保険関係団体	6	4.7%
	医療法人	28	21.7%
	個人	1	0.8%
	その他	47	36.4%
	計	129	100.0%
許可病床数	200～299床	32	24.6%
	300～399床	38	29.2%
	400～499床	28	21.5%
	500床以上	32	24.6%
	計	130	100.0%
平均在院日数	10日未満	5	4.0%
	10～12日未満	31	24.6%
	12～14日未満	42	33.3%
	14～16日未満	29	23.0%
	16日以上	19	15.1%
	計	126	100.0%
救急病院の指定	はい	118	90.8%
	二次救急（再掲）	87	73.7%
	三次救急（再掲）	31	26.3%
	いいえ	12	9.2%
	計	130	100%
立地場所	市街地（繁華街・商業地）	88	69.3%
	市街地（住宅地）	17	13.4%
	市街地（オフィス街）	16	12.6%
	郊外	5	3.9%
	離島僻地	1	0.8%
	計	127	100.0%

表2 外来および救急部門における時間外受入れ患者状況（平成25年6月）と看護職員の夜間勤務体制

	項 目	度数	%
時間外受入れ患者数	150人/月以下	13	10.5%
	151—300人/月	16	12.9%
	301—600人/月	37	29.8%
	601—1200人/月	36	29.0%
	1201人/月以上	22	17.7%
	計	124	100.0%
救急車受入れ数	99台/月以下	13	10.2%
	100—199台/月	16	12.5%
	200—299台/月	36	28.1%
	300—399台/月	35	27.3%
	400—499台/月	22	17.2%
	500台以上	6	4.7%
計	128	100.0%	
看護職員の夜間勤務体制	夜勤体制	106	82.8%
	当直体制	19	14.9%
	外来・救急部門なし	3	2.3%
	計	128	100.0%

29病院（23.0％）の順であり、平均在院日数16日以下に85％の病院が入っていた。救急指定病院の指定を受けている病院は（ $n=130$ ）118病院（90.8％）であり、その内、二次救急指定病院は87病院（73.7％）、三次救急指定病院は31病院（26.3％）だった。立地場所（ $n=127$ ）は、「市街地（繁華街・商業地）」が88病院（69.3％）で最も多く、次いで「市街地（住宅地）」17病院（13.4％）、「市街地（オフィス街）」16病院（12.6％）、「郊外」5病院（3.9％）の順であった。

2. 外来及び救急部門における時間外の患者受入れ状況と夜間勤務体制

1) 外来及び救急部門における時間外の患者受入れ状況

外来および救急部門における時間外受入れ状況（平成25年6月の状況）と看護職員の夜間勤務体制について表2に示した。時間外の患者受入数（ $n=124$ ）は、「301～600人」37病院（29.8％）、「601～1200人」36病院（29％）、「1201人以上」22病院（17.7％）の順に多く、時間外の患者受入れが301人以上の病院が76.5％だった。その内、救急車受け入れ台数（ $n=128$ ）は、「200～299台」36病院（28.1％）が最も多く、「300～399台」35病院（27.3％）、次いで「400～499台」22病院（17.2％）だった。救急車を200台以上受け入れている病院が77.3％だった。

2) 看護職員の夜間勤務体制

外来・救急部門の看護職員の夜間勤務体制（ $n=128$ ）

は、夜勤体制を106病院（82.8％）がとっており、当直体制は19病院（14.9％）だった。外来・救急部門の体制がない病院はわずか3病院だった。

3) 看護職以外の職種の勤務体制

看護職員以外の職種の夜間の勤務体制を図1に示した。医師（ $n=130$ ）は、114病院（87.7％）が当直体制をとっており、交代制は15病院（11.5％）だった。薬剤師、事務、臨床検査技師、放射線技師は当直体制が6～7割、交代制勤務が2割程であり、オンコールなど病院内に常駐していない病院も1～2割あった。また、MSW、臨床心理士、栄養士は夜間の勤務体制をとっている病院は少なく、臨床工学士はオンコール体制が多かった。

3. 看護管理者の夜間勤務の状況について

1) 夜間勤務の状況

看護管理者の夜間勤務の状況を表3に示した。「夜勤体制」は62病院（48.8％）、「当直体制」は52病院（40.9％）であり、「夜勤体制」の方が「当直体制」を上回っていた。ひと月あたりの夜間勤務回数（ $n=117$ ）は、「2回程度」58病院（49.6％）、次いで「3回程度」35病院（29.9％）であり、4回以上行っている病院は13病院（11.1％）であった。2回～3回程度が全体の8割である。看護管理者が夜間勤務を開始（ $n=115$ ）したのは「2000年以前」は82病院（71.3％）、「2001年～2006年」22病院（19.1％）、「2007年以降」は11病院（9.6％）だった。

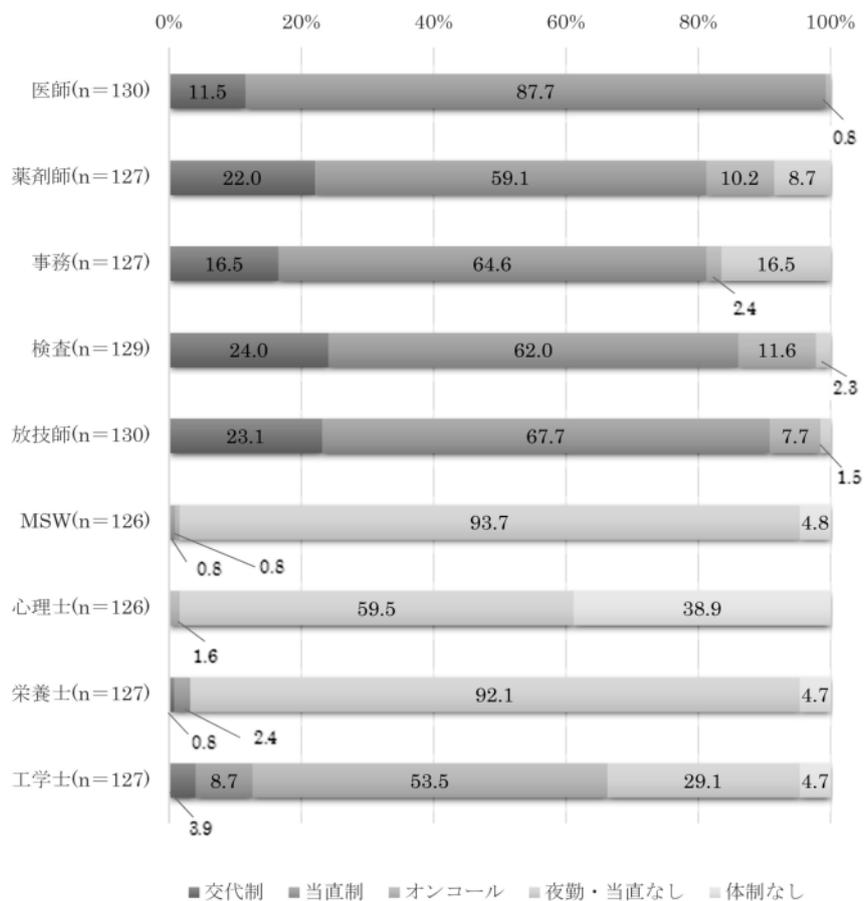


図1 夜間の勤務体制（看護職以外の職種）（単位：％）

表3 看護管理者の夜間勤務の状況

	項目	度数	%
勤務体制	夜勤体制	62	48.8%
	当直体制	52	40.9%
	オンコール	3	2.4%
	特に体制はない	10	7.9%
	計	127	100.0%
勤務回数	1回以下	11	9.4%
	2回程度	58	49.6%
	3回程度	35	29.9%
	4回以上	13	11.1%
	計	117	100.0%
開始年	2000年以前	82	71.3%
	2001—2006年	22	19.1%
	2007年以降	11	9.6%
	計	115	100.0%
災害時の役割	職員の指揮	80	68.4%
	看護職員の指揮	37	31.6%
	計	117	100.0%
休憩時間の取得状況	いつも取れる	12	10.4%
	だいたい取れる	82	71.3%
	あまり取れない	20	17.4%
	取れない	1	0.9%
	計	115	100.0%

2) 夜間勤務時の休憩時間の取得状況

夜間勤務時の休憩時間の取得状況 (n = 115) は、「いつもとれる」12病院 (10.4%)、「だいたいとれる」82病院 (71.3%) であり、両者の合計である休憩がとれている病院は94病院 (81.7%) だった。一方、「あまり取れない」20病院 (17.4%)、「とれない」1病院 (0.9%) であり、両者の合計である休憩が取れない病院は21病院 (18.3%) だった。

休憩の取得状況を夜勤体制と当直体制に分け、表4に示した。休憩が「いつも取れる」と「だいたい取れる」の合計を「休憩が取れる」とし、「あまり取れない」

と「取れない」の合計を「休憩が取れない」とした。夜勤体制 (n = 62) では、「休憩がとれる」が49病院 (79.0%)、「休憩が取れない」が13病院 (21.0%) だった。当直体制 (n = 52) では「休憩が取れる」が44病院 (84.6%)、「休憩が取れない」が8病院 (15.4%) だった。

4. 看護管理者が夜間勤務で行っている業務について

1) 夜間勤務で行っている業務の状況

看護管理者が夜間勤務で行っている業務を図2に示した。常に行っている業務で多かったのは、管理業務

表4 看護管理者の夜間勤務の休憩取得状況 度数 (%)

勤務体制	休憩が取れる	休憩が取れない	計
夜勤体制	49 (79.0)	13 (21.0)	62 (100.0)
当直体制	44 (84.6)	8 (15.4)	52 (100.0)
計	93 (81.6)	21 (18.4)	114 (100.0)

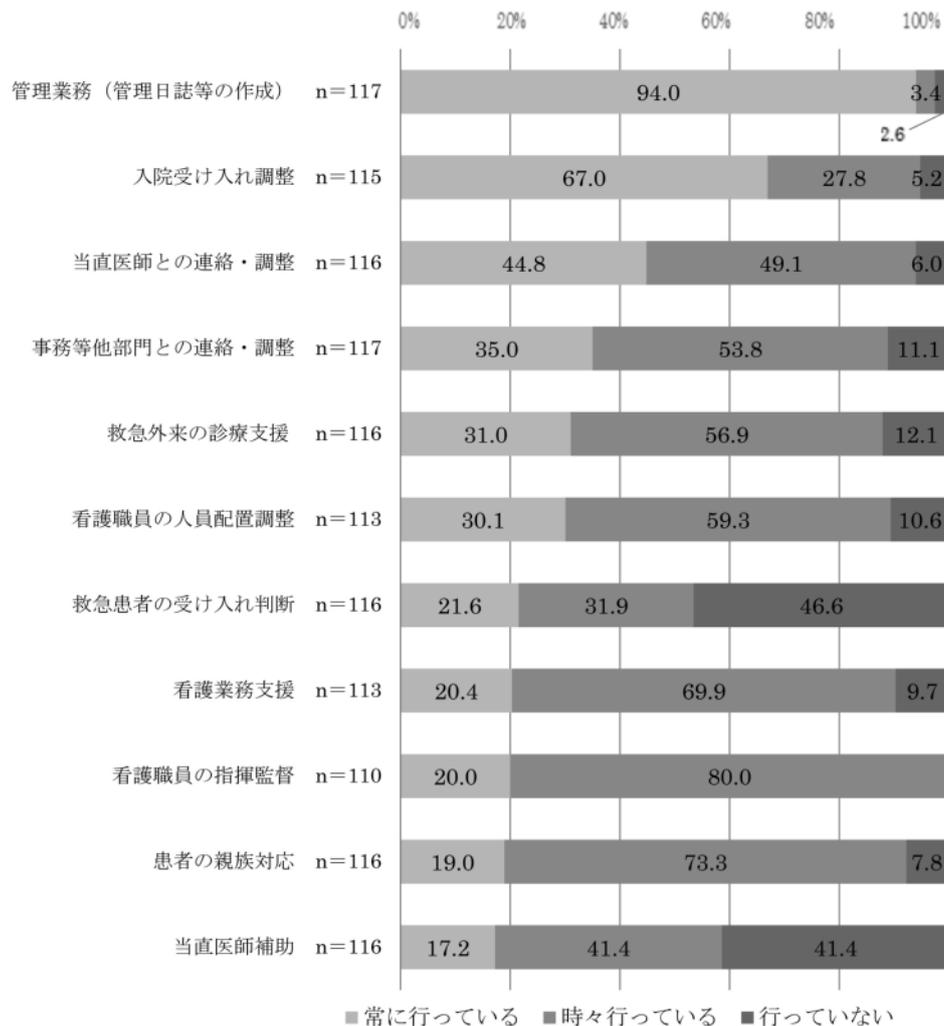


図2 管理夜勤・当直等で行っている業務 (単位: %)

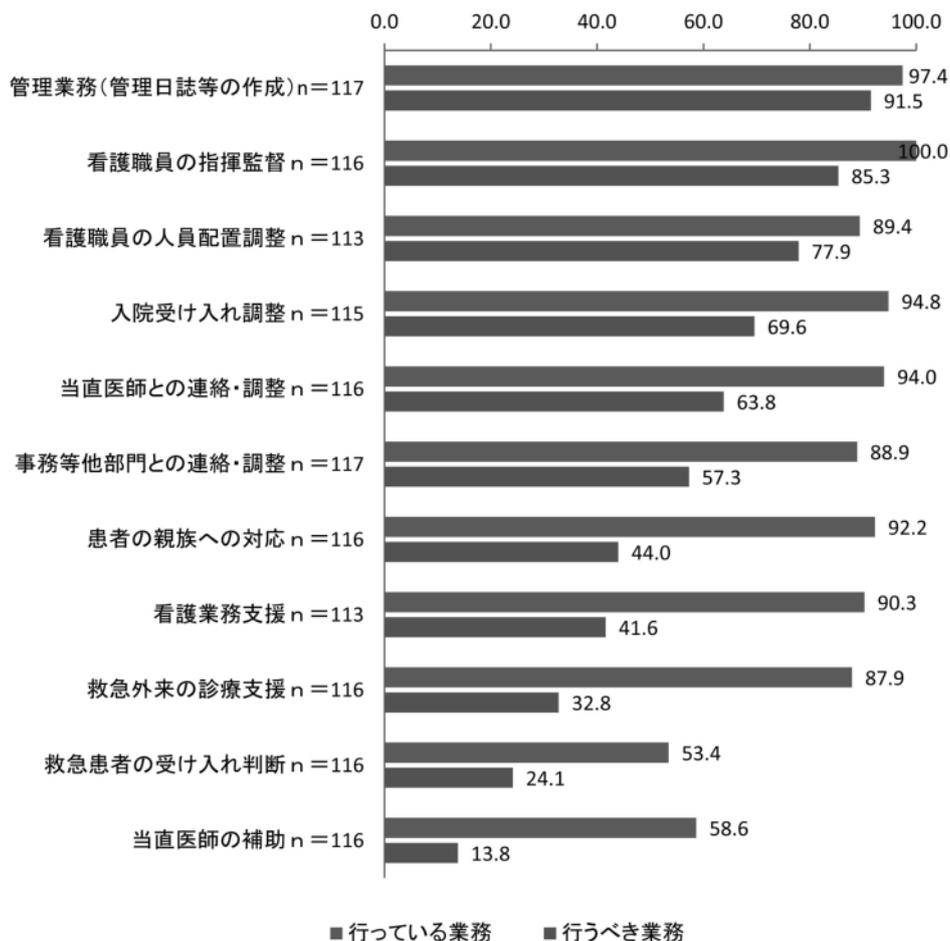


図3 看護管理者の夜間勤務で行っている業務と行うべき業務 (単位: %)

(管理日誌等の作成)が(94%)、看護職員の指揮監督が(75.9%)、入院受け入れ調整が(67%)であり、次いで当直医師との連絡・調整、事務等他部門との連絡・調整、救急外来の診療支援、看護職員の人員配置調整、救急患者の受け入れ判断、看護業務支援、患者の親族への対応、当直医師の補助の順だった。その他の記述では、暴力やセクハラ、事故や盗難、クレーム対応が上がっていた。

2) 「行っている業務」と「行うべき業務」の状況

看護管理者が夜間勤務で「行っている業務」(「常に行っている業務」と「時々行っている業務」を合計したもの)と看護職のトップが行うべきと考えている「行うべき業務」の比較を図3に示した。「行っている業務」で多かったのは、看護職員の指揮監督で(100%)、次いで管理業務(管理日誌等の作成)が(97.4%)、入院受け入れ調整が(94.8)、当直医師との連絡・調整が(94.0%)、患者の親族への対応が(92.2%)、看護業務支援が(90.3%)、看護職員の人員配置調整が(89.4%)、

事務等他部門との連絡・調整が(88.9%)、救急外来の診療支援が(87.9%)といった業務である。「行うべき業務」で多かったのは、管理業務(管理日誌等の作成)で(91.5%)、次いで看護職員の指揮監督が(85.3%)、看護職員の人員配置調整が(77.9%)、入院受け入れ調整が(69.6%)、当直医師との連絡・調整が(63.8%)、事務等他部門との連絡・調整が(57.3%)だった。少なかったのは医師の補助業務で(13.8%)、次いで救急患者の受け入れ判断が(24.1%)、救急外来の診療支援が(32.8%)、看護業務支援が(41.6%)、患者の親族への対応が(44.0%)だった。「行っている業務」と「行うべき業務」の乖離が大きい業務は、救急外来の診療支援であり、「行っている業務」から「行うべき業務」の%の差をポイントとして表わすと55.1ポイントの開きがあった。看護業務支援は48.4ポイント、患者の親族への対応は48.2ポイント、当直医師の補助は44.3ポイントの開きがあった。「行うべき業務」と「行っている業務」の乖離が小さかった業務は、管理業務(管理

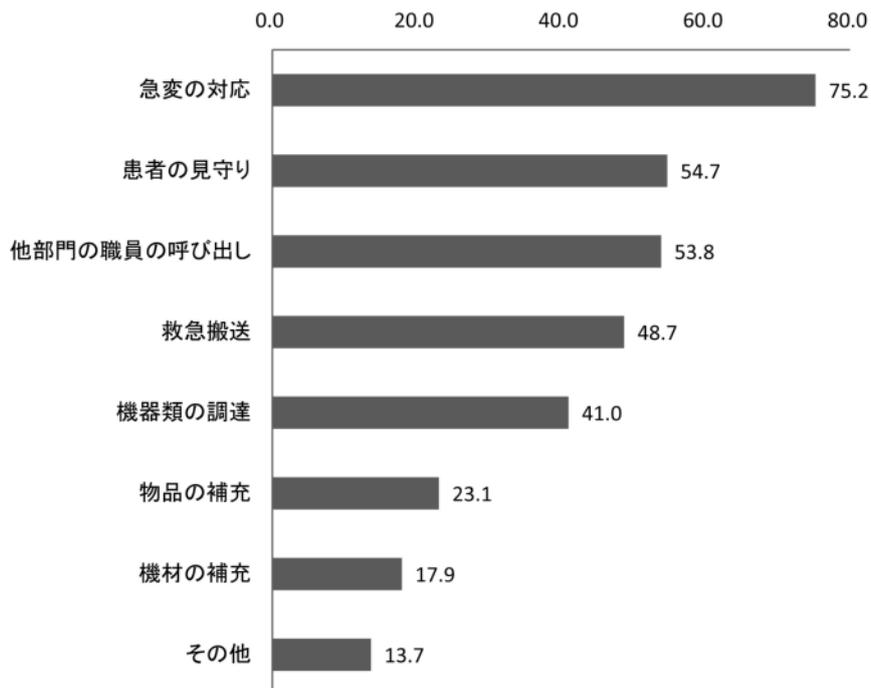


図4 看護管理者の夜間勤務者が行う看護業務支援の内容（複数回答 n=117）（単位：％）

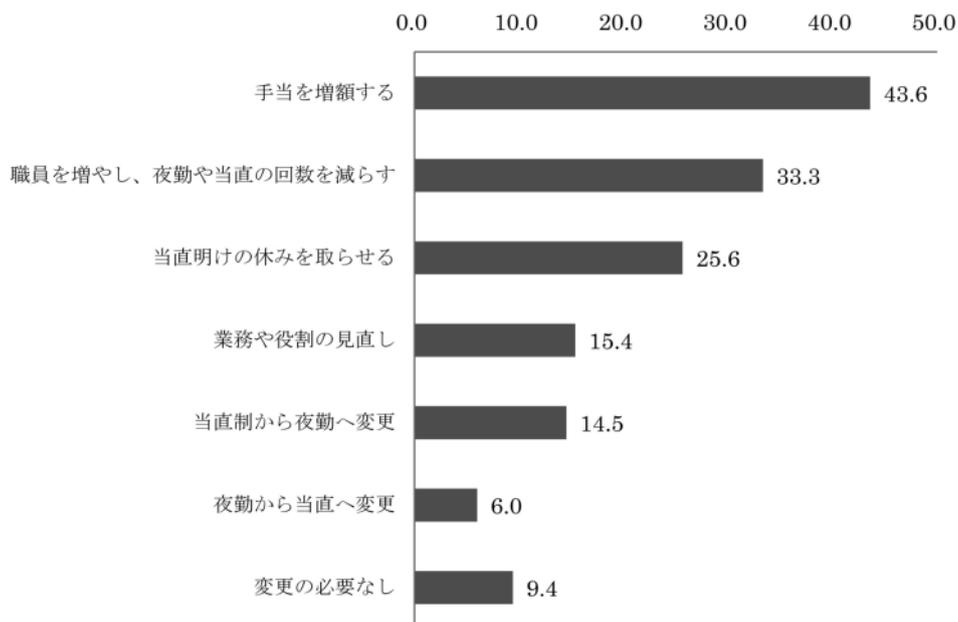


図5 勤務形態や待遇の変更の必要性（複数回答 n=117）（単位：％）

日誌等の作成)で5.9ポイント、看護職員の人員配置調整は11.5ポイント、看護職員の指揮監督は14.7ポイントだった。

3) 夜間勤務で行っている看護業務支援の内容

看護管理者が夜間勤務で行う看護業務支援の具体的な業務内容を図4に示した。主なものは、「急変時の対応」(75.2%)、「患者の見守り」(54.7%)、「他部門の職員

の呼び出し」(53.8%)、「救急搬送」(48.7%)、「機器類の調達」(41.0%)だった。その他の業務として「死亡患者の見送り」「クレーム対応」「救急搬送」があった。

4) 火災や災害発生時の役割

火災や災害発生時の役割 (n=117) は、「職員の指揮をとる」と回答した病院は80病院 (68.4%)であり、

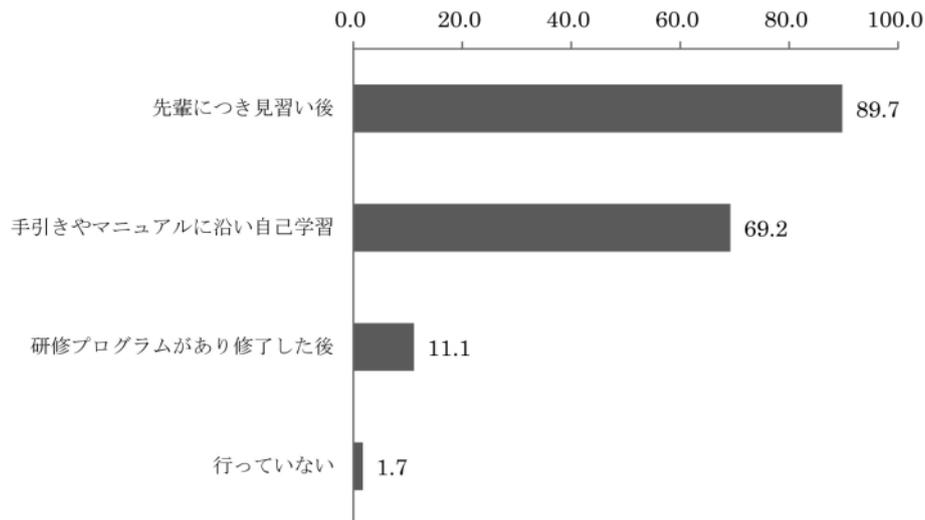


図6 看護管理者の夜間勤務に就く前に受けている教育（複数回答 n=117）（単位：%）

「看護職員の指揮をとる」は37病院（31.6%）だった。

5) 勤務形態や待遇の変更の必要性

勤務形態や待遇の変更の必要性について図5に示した。「手当を増額する」は（43.6%）、「職員を増やし、夜勤や当直の回数を減らす」（33.3%）、「当直明けの休みをとらせる」（25.6%）などである。その他の記述では、「管理業務に専念させる」「診療支援スタッフを増やす」「外来看護要員を増やす」があった。看護管理者の夜間勤務に関する業務の明文化は113病院（97.4%）でされていた。

5. 看護管理者の夜間勤務の事前教育について

1) 夜間勤務の事前教育の状況

看護管理者が夜間勤務に就く前に受けている教育について図6に示した。「先輩につき見習いを行う」との回答が最も多く（89.7%）、「手引きやマニュアルに沿って自己学習する」は（69.2%）だった。「研修プログラムがあり、修了した後」は（11.1%）だった。

2) 必要と思われる事前研修の内容

看護管理者が夜間勤務に就く前に必要と思われる研修内容について図7に示した。最も必要なものは、「防災や防犯の体制」が（81.2%）であり、「調整力」（64.1%）、「夜間における各部門の体制」（57.3%）、「交渉術」（44.4%）が多く、次いで、「救急患者のトリアージ技術」「コミュニケーション力」だった。その他の記述では、「災害時の初動対応」「行政や警察の連絡体制」「クレーム対応」「危機管理」「事故対応」など緊急に対応しなければならない事が多くあり、その他「労務管理」「研修医指導」や「当然対応できる知識や

経験をもった人が業務に当たっている」「研修でなく理解しておく当然の内容」等の回答があった。

6. その他、看護管理者の夜間勤務に関する意見

自由記述された意見を表5に示した。自由記述された意見（n=26）を3つのカテゴリ「業務」「教育」「待遇」に分類した。「業務」に分類された記述では、現場と分離した管理業務が必要（6件）、病院全体の管理者の役割をしている（3件）、夜勤専従師長の活用をしている（2件）、他職種が行う仕事を行‘何でも屋’になっている（1件）である。「教育」に分類された記述では、防災に関する心構え等、事前研修や教育が必要（3件）、マニュアル化できない事が増えている（1件）、夜間管理担当者のフォロー体制が必要（1件）である。「待遇」に分類された記述では、業務に見合った職員数を確保し配置する（2件）、年齢による免除規定が必要（2件）、役割に見合った評価をしてほしい（2件）、当直業務終了時に休息がとれる体制が必要（1件）である。

IV. 考 察

1. 看護管理者の夜間勤務体制の実態と課題

2001年「病院における夜間保安体制ならびに外来等夜間看護体制、関係職種の夜間対応体制に関する実態調査」（以下2001年調査）では、200床以上の病院の管理夜勤と管理当直の割合は、管理夜勤は23.0%、管理当直は58.9%であり、夜勤体制より当直体制をとる病院のほうが圧倒的に多かった。本調査では、管理夜勤は48.8%、管理当直は40.9%であり、夜勤体制が多く

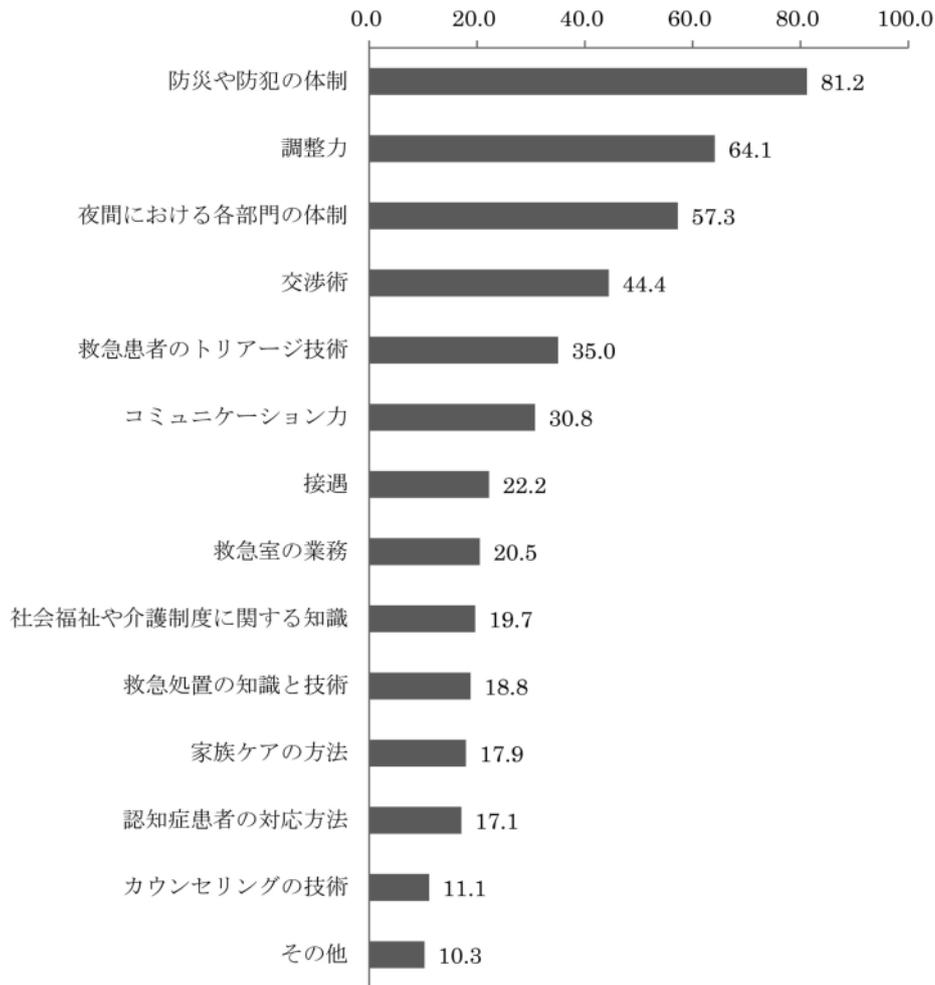


図7 看護管理者が夜間勤務に就く前に必要と思われる研修（複数回答 n=117）（単位：%）

表5 自由記載された意見 (n=26)

カテゴリ	内 容 (件数)
業務 (12件)	現場と分離した管理業務が必要 (6件) 病院全体の管理者の役割をしている (3件) 夜勤専従師長の活用している (2件) 他職種が行う仕事を行い「何でも屋」になっている (1件)
教育 (7件)	防災に関する心構え等、事前研修や教育が必要 (3件) マニュアル化できない事が増えている (1件) 夜間管理担当者のフォロー体制が必要 (1件) 人材育成が必要 (1件) 日中の管理業務や看護実践能力全般の理解が前提 (1件)
待遇 (7件)	業務に見合った職員数を確保し配置する (2件) 年齢による免除規定が必要 (2件) 役割に見合った評価をしてほしい (2件) 当直明けが取れる体制が必要 (1件)

なっていた。結果より、2000年以降、看護管理者が夜間勤務を行う体制が整備されたことや当直体制から夜勤体制へと移行している実態が分かった。また、2001年以降に28.7%の病院は看護管理者が夜間勤務を行っ

ていることから看護管理者が夜間勤務を行う体制が整備されていることは明らかである。

看護管理者が夜間勤務を行う病院が増えた理由として、救急患者の増加や患者の高齢化⁷⁾により看護業務

が増加したことに加え、患者の権利意識の高まりから苦情やトラブルの発生件数も増加し⁸⁾、24時間365日切れ間なくサービスを提供する上で夜間の管理体制が整備されたためと考える。看護管理者の夜間勤務で行う看護業務支援の具体的業務は、急変時の対応、患者の見守り、他部門の職員の呼び出し、救急搬送、機器類の調達だった。自由記載では、死亡患者の見送り、クレーム対応等が挙がっており、夜間勤務する看護職員は突発的なことに十分対応するだけの余力が少ない状況で勤務しており、看護管理者の夜間勤務は、看護業務支援を行い、看護職員を支えていることがわかった。また、当直体制より夜勤体制が増加したのは業務量の増加による当然の現れであると考え。夜勤体制と当直体制の休憩取得状況は、両者間に大きな差はなく、休憩が取れない状況が2割近くあることは問題と考える。特に、当直体制は通常の業務に加えて夜間勤務を行う体制であり、当然休憩が十分取れる状況になければならない。当直業務の許可基準として、「通常勤務における労働は行わず、定期的な巡視、緊急の文書または電話の取受、非常事態に備えての待機等を目的とするものであること」や「宿直勤務は1回/週以下⁹⁾」などがある。日本看護協会の看護職の夜勤・交代制勤務に関するガイドラインでは、「日・当直の際に業務が途切れなく続き、宿直において夜間の睡眠がとれないような状態が恒常的にあるのであれば当直に該当せず、業務負担の軽減を図るか交代制への移行を検討すべき¹⁰⁾」とある。休憩が十分取れるような業務の見直しや夜勤体制への移行が必要である。

2. 看護管理者の夜間勤務における業務の実態と課題

「行うべき業務」と「行っている業務」の乖離が大きい業務は、救急外来の診療支援、看護業務支援、患者の親族への対応、当直医師の補助であり、これらは本来行うべき役割の人がいて、それを補っている業務である。中でも、当直医師の補助を行っていると回答した（n=68）の内79.4%の病院は「行うべき業務」には位置付けていなかった。乖離の大きい業務は他に委託できる業務ともいえる。乖離の少ない業務は「行うべき業務」を当然行っていることを意味し、役割を果たしていることを意味している。「行うべき業務」の割合より「行っている業務」の割合が上回っていることから、看護管理者の夜間勤務では「行うべき業務」と位置付けている業務は実際に行っている実態が明らかになった。

2001年の調査において管理夜勤・当直の業務は本来管理的業務でない「看護業務支援」を多く行っている他、多種多様な業務を担っている¹⁾ことが報告され、10年以上経過した2013年においても、依然として管理業務に専念できる状況にない実態があり、看護管理者の夜間勤務では人員不足を補う労働力になっていることが明らかになった。

林は、「医師の臨床研修必修化は、医師の労働力を確実に減少させた。医師の教育・労働条件の向上のしわ寄せが、私たち看護職者に降りかかるという実に皮肉な事態ともなっている⁵⁾」と述べているが、当直医師の補助を半数以上の病院で行っていることや、自由記述でも研修医の教育を業務として挙げている病院があることから明らかである。看護管理者の夜間勤務者の負担軽減を図るためには、本来行うべき役割の職員配置や業務量を見直すことが必要である。

3. 役割拡大の実態と課題

本調査では、管理者の夜間勤務内容は2001年と同様に、多くの業務を行っており、人員不足を補うものや、クレーム対応や医療事故等不測の状況に対する一次対応を行っているとわかった。また、火災や災害発生時などの危機管理対応が必要になったとき、看護管理者の夜間勤務者は病院内の責任者として職員の指揮をとると回答した病院が7割近くあった。看護管理者の夜間勤務者は、夜間勤務者の中で、唯一管理業務を行っている職員であり、経験がある年長者として火災や災害発生時などの突発的な不測事態に対して、リーダーシップがとれると評価された結果と考える。病院の中で医師は管理的立場に位置付けられ、不測の事態においては院長代理としての役割を果たすわけだが、看護管理者の夜間勤務では当直医師との連絡調整をし、補佐する役割を果たしているといえる。

看護職の基礎教育が大学化¹¹⁾し、副院長職を担う病院も増加¹²⁾している。認定看護師や専門看護師により専門職として質の高いサービスを提供¹³⁾する環境ができ、目まぐるしく変化する社会の中で十分役割を果たせる教育環境は整いつつある。能力に応じた役割拡大は当然行うべきであり、役割に見合った待遇の改善を図って行かなければならない。本調査では、勤務形態や待遇に対して、手当の増額を43.6%の病院が希望していることから、役割に見合った評価がされていない実態もあることが分かった。役割が変化して行く中で適切に評価されるよう看護職自身が、各病院で求め

ていかなければならない。

4. 看護管理者の夜間勤務の事前教育の実態と課題

1) 教育に関する課題

看護管理者が夜間勤務に就く前に行われていた教育方法は、先輩につき見習いを行った後や手引きによる自己学習を行う病院が大半であり、きちんとした「研修プログラムがあり研修終了後」に業務につく病院はわずか11.1%だった。必要な研修として13項目を示したが、アンケートの自由記載では、「看護管理者になる人材は、ここに挙げたような能力を備えた人材が行っている」といった記述もあるように、看護管理者の能動的な学習力と経験と勘に頼っているような危うさが推察される。新しい業務に就くときは、不安やストレスを軽減するために指導マニュアルを整備し、実践に即した教育が必要である。

夜間勤務に就く前に必要と思われる研修で多く挙がっていた、防災や防犯の体制、調整力、夜間における各部門の体制、交渉術、救急患者のトリアージ技術、コミュニケーション力等の研修プログラムの作成が望まれる。

2) 研修内容に関する課題

看護管理者の夜間勤務の事前研修に必要と思われる研修について、最も多かった項目が、防災や防犯の体制であり81.2%である。その他の記述でも、緊急対応に関するものが多くあり、こういった場面に多く遭遇していることがわかる。

事前研修の他に起こりうる場面やノウハウをマニュアル化して活用できるようにしておくことが必要である。また、暴力やセクハラ、事故や盗難、クレーム対応などに対応している実態から、日頃よりコミュニケーション能力を磨いておく必要がある。コミュニケーションについて発表されている多くの論文でも、コミュニケーション不足が医療事故や医療紛争を招くということは伝えられており、クレームの発生を予防するにも、適切な処理をするときにも、大切なのはコミュニケーション技術だということになる¹⁴⁾。特に夜間は限られた職員数で対応するため、重要である。

一方、認知症患者の対応方法は17.1%と必要な研修としてはあまり多くなかった。しかし、看護業務支援では患者の見守りが多いことから、すでに病棟では認知症患者の対応に困っている状況は明らかである。入院患者の7割が65歳以上の高齢者であり¹⁵⁾、そのような状況下で看護していることを考えると、夜間に限ら

ず、認知症患者の対応方法は僅々の課題と考える。

看護師は夜間限られた人数の中で、転倒転落の予防や夜間譫妄等の対応で、看護師の業務量は増え、多忙になった。看護業務支援の中で患者の見守りが急変患者の対応に次いで多いことはこういった背景によるものである。この傾向はさらに進み、MCI（認知機能が正常でもなく認知症でもない中間の状態の人）も医療機関などで適切なケアが受けられないと5年後には半数が認知症に進む¹⁶⁾と報告もあり、医療の中で認知症患者の対処方法は今後さらに大変重要な問題として取り組まなければならない事柄である。

1996年のカリキュラム改正で老人看護学から老年看護学に名称が変更され、カリキュラム全体の中で老年看護学の充実が図られたことを考えると看護師長の大半が老年看護学として確立していない時代に教育を受けた年代の看護師である。看護師長の平均年齢は46.9歳であり¹⁷⁾40代と50代が中心である。日常業務を行う中で高齢者看護を学んでいることは十分考えられるが、社会資源の活用や高齢者に対するコミュニケーション力を再確認する必要がある。

高齢者に対して安易に薬の使用や身体拘束をせず、人道的な対応をするためには今まで以上に知識と労力が必要である。高齢者の対応として、ユマニチュード（感覚・知覚・言語による包括的コミュニケーションとケアの方法論）の導入により看護師のやる気がました¹⁸⁾との報告もある。安全管理の点からきちんとした対応を行うことは、高齢者のためだけでなく、看護師の意欲ややる気を低下させない事につながることから、認知症患者の対応策を行うことは看護職全体のためと言える。高齢者の安全確保を、夜間の看護管理者の見守りに頼る現状から改善していかなければならない。

V. 調査の限界と課題

2001年の調査によると、管理夜勤・当直等の体制を行っているのは、病床規模では200床以上が多いという結果をうけ、本調査の対象は200床以上の一般病院であり、地域も関東地方に限定したものである。そのため、調査規模や調査地域による誤差は免れない。

今後の課題として、看護管理者の夜間勤務に必要な教育や研修の示唆を得たので、実際に教育や研修を具体化していかなければならないと考える。本研究では看護管理者の夜間勤務の勤務体制や業務内容、準備教

育の実態や課題が明かになったが、同時に役割や労働に見合った評価がされていない実態があることもわかった。クレーム対応、事件や事故、不測出来事への一次対応をしている実態や役割拡大に対して、世の中にもっと発信しなければならないと考える。

VI. 結 論

1. 夜間勤務体制は、夜勤体制が当直体制を上まわっていた。また、2割近い病院は休憩時間が取れない状況下で勤務している実態が明らかになった。業務実態に見合った勤務体制の整備が課題である。
2. 夜間勤務での業務は、救急外来の診療支援、当直医師の補助や看護業務支援、患者の親族への対応、クレーム対応など多くの業務を行っている実態があった。夜間手薄の人材の補充として看護管理者が業務に当たるのではなく、業務整理と本来行うべき夜間勤務人員・職種の補充等を検討すべきであり課題である。
3. 夜間の危機管理に対し当直医と共にリーダーシップを取ることが期待されている。能力に応じた役割拡大はすべきであるが、役割に見合った評価がされていない状況もある。役割拡大や待遇改善にむけて看護職自身がとり組むことが課題である。
4. 夜間勤務の事前教育は、9割の病院が先輩につき行う見習いによるものだった。防災や防犯の体制、調整力、夜間における各部門の体制、交渉術等に関する研修が必要とされており、研修プログラムやマニュアルを整備し実施すべきである。勤務者のストレスや不安軽減のために、実践に即した研修を行なうことが課題である。

以上4つの課題が示唆された。

謝 辞

本論文を作成するに当たり、丁寧かつ熱心なご指導をしてくださった伊藤まゆみ教授、小林亜由美教授に厚くお礼申し上げます。また、本研究は質問紙により多くの病院長の許可のもと御回答くださった看護部長の方々のおかげで研究結果をまとめることができました。心より感謝申し上げます。本研究に際して、ご指導、ご協力を頂きました群馬パース大学大学院保健科学研究科保健科学専攻臨床看護学領域の皆様にご感謝申

し上げます。

引 用 文 献

- 1) 日本看護協会調査研究課編：2001年「病院における夜間保安体制ならびに外来等夜間看護体制、関係職種の夜間対応体制に関する実態調査」日本看護協会調査研究報告〈No63〉2002：p.14.
- 2) 一般財団法人厚生労働統計協会：国民衛生の動向2011/2012, 58(9)2011：p.39-44.
- 3) 足利章江：手術を受ける高齢者の認知症の有無による看護必要量の比較—看護所要時間と看護記録文字数量による分析。2011年度群馬パース大学修士論文。
- 4) 鈴木理恵・金澤朋広：病院における保安体制に関する調査研究 2001年「病院における夜間保安体制ならびに外来等夜間看護体制、関係職種の夜間対応体制に関する実態調査」の結果から一。第33回看護管理：2002：p.317-319.
- 5) 林 千冬：説明責任と透明性—ひらかれた看護管理をめざして—。日本看護管理学会誌, 9(2)：2006：p.6-13.
- 6) 2011年版 関東病院情報、医事日報、東京：2011, p.13-1110.
- 7) 一般財団法人厚生労働統計協会：国民衛生の動向2013/2014, p.84.
- 8) 日本看護協会調査研究課編：2001年「病院における夜間保安体制ならびに外来等夜間看護体制、関係職種の夜間対応体制に関する実態調査」日本看護協会調査研究報告〈No63〉2002, p.1.
- 9) 公益社団法人日本看護協会：看護職の夜勤・交代勤務に関するガイドライン。2013, p.26.
- 10) 公益社団法人日本看護協会：看護職の夜勤・交代勤務に関するガイドライン。2013, p.27.
- 11) 文部科学省：大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会, 平成23年3月11日。p.1.
- 12) 山崎 絆：日本における看護職副院長の歴史と課題。看護, 3, 2008：p.40-45.
- 13) 日本看護協会ニュース：2013年7月号 <http://www.nurse.or.jp/home/opinion/news/2013/07-03.html> (2013年12月13日取得)
- 14) 阿部篤子：看護の視点から考える有害事象への対応：看護管理, 23(2), 2013：p.112-118.
- 15) 厚生労働統計協会：受療状況（平成23年患者調査による）, 国民衛生の動向・厚生指標, 60(9), 2013：

p.83.

- 16) 寺崎省子, 武田耕太: 認知症高齢者462万人. 2013/6/1/ 土曜日 朝日新聞 p.1.
17) 人事院 HP 表6. 職種別, 年齢階層別平均給与額

- (医療職2) http://www.jinji.go.jp/kyuuyo/minn/minnhp/min25_index.html (2013年12月13日取得)
18) 本田美和子: ユマニチュードとの出会いと日本への導入. 看護管理, 23(11), 2013, p.910-913.

Abstract

In the context of a rapidly changing medical environment, a survey and investigation of the night shift work undertaken by nursing managers for the purposes of management (hereafter abbreviated to nursing managers' night shift work) was carried out. For the survey, nursing directors of 362 general hospitals with 200 beds listed in Japan Hospital Information 2011 for the Kanto area were sent by post a self-administered questionnaire survey, which included an overview of the hospital, night shift system and staff allocation, and nursing managers' night shift work. A total of 131 responses (return rate of 36.1%) were received, of which 130 responses were analyzed. The results showed that "work that is done" rather than "work that should be done" included "support for emergency outpatient consultations", "support for nursing work", "dealing with patients' relatives", and "helping the on-duty doctor". The results also showed that 68.7% would "direct staff" when fires or disasters occurred and that they needed "to increase allowances" and "to increase staff numbers so that the number of night shifts and frequency of being on duty would decrease". Only 11.1% had engaged in "prior learning based on a training program" before being employed in night shift work, and 81.2% wanted training in "systems of crime prevention and disaster prevention". The actual situation of nursing managers' night shift work suggests the need for organization of systems of work, revision of the nature of work, appropriate supplementary personnel, evaluation in line with roles, and the organization and implementation of training programs.

Key words: nursing managers, night shift work, actual situation of work, training program

研究ノート

看護学生のプレパレーションに対する認識

— 小児看護学実習前後の調査から —

二宮 恵美¹⁾

Recognition of the Nursing Students for the Preparation

— From the Surveys before and after Pediatric Nursing Practicum —

Emi NINOMIYA ¹⁾

キーワード：小児看護学実習、プレパレーション、看護学生、認識

I. はじめに

近年、小児看護では手術や検査などに対して、小児が主体的に臨めるようにプレパレーションが行われている。プレパレーションとは、通常「心理的準備」と訳され、子どもが病気や入院によって引き起こされるさまざまな心理的混乱に対し、準備や配慮をすることにより、その悪影響を避けたり和らげ、子どもの対処能力を引き出すような環境を整えることを意味している¹⁾。方法としては、人形や本などの道具を使って、発達段階に合わせて小児が理解できるような説明を行っている。プレパレーションは採血や心臓カテーテル検査、心臓手術などのあらゆる場面で用いられ、その有効性も明らかにされている²⁻⁴⁾。このように、小児看護ではプレパレーションの必要性が高まっているため多くの場面で実施され、それに伴い学生も実習中にプレパレーションが必要な場面に遭遇する機会が多くなっている。

そのため、小児看護学教育において講義や演習でプレパレーションに関する学習が行われている。白坂ら⁵⁾は、腰椎穿刺を受ける子どものプレパレーションの演習で、「講義の知識と演習において学生同士で腰椎穿刺の体位固定を行った実践とを結びつけることができ、実際に子どもがどのようにすれば検査がうまくいくのかという視点で学生が理解した」と報告している。また森ら⁶⁾は、「小児看護学実習で学生は検査・処置を受ける子どもとのケアを体験して、子どもにとっての

不安・恐怖を捉え、発達段階を踏まえた看護の重要性について学んでいた」と報告している。このように、子どもの不安や恐怖を軽減するための方法として、プレパレーションについての講義や演習で学んだことを臨地実習で活かせるような教育が必要である。また、石川ら⁷⁾は、「今後少子化が進み混合病棟の割合がさらに高まると予想される日本においては、子どもに対する人権感覚、プレパレーションの概念を正しく根づいたものにしていくために、看護教育機関での教育が重要となる」と報告している。

学生は、プレパレーションについて講義や演習で学習しているため、実習前の段階で小児看護における必要性は理解できていると考える。しかし、実際に子どもと関わりプレパレーションを必要とする場面に遭遇した場合、学生がプレパレーションに対し、どのような認識を持つかは不明である。そのため、実習前後での学生のプレパレーションに対する認識を把握することは、講義や小児看護学実習におけるプレパレーションの効果的な教育方法を検討するのに有用である。

そこで本研究は、小児看護学実習前後での、学生のプレパレーションに対する認識を明らかにして、プレパレーションに関する効果的な教育について示唆を得ることを目的とした。

1) 群馬パース大学保健科学部看護学科

II. 用語の操作的定義

学生の認識とは、学生のプレパレーションに対する思い、気づき、考えとした。

III. 研究方法

1. 対象

A看護専門学校3年生28名

2. プレパレーションの実習前学習状況

1年次の小児看護学概論で、子どもの権利について学ぶ。続いて、2年次の小児看護学方法論で、プレパレーションの意義や方法について、具体例として写真やVTRを見て学んでいる。

3. 実習の概要とプレパレーションの実施状況

総合病院の小児病棟で、7日間の臨地実習を行っている。一人の学生が、一人の患児を受け持って看護過程を展開し、患児に必要な援助を行う。

小児病棟の平均在院日数は、約5日間である。入院している患児に対して、病棟看護師によるプレパレーションは行われていない。しかし、学生がプレパレーションの必要性を判断して計画を立案し、実習指導者または病棟看護師の許可を得れば、実施することは可能である。

4. 調査方法

自記式質問紙を用いた留め置き法。

実習オリエンテーションにおいて、グループごとに実習前と実習後の質問紙を同時に配布した。そして、実習前の質問紙は実習前のオリエンテーション実施日の翌日までに、実習後の質問紙は実習終了後の翌週に回収ボックスに投函する形で回収を行った。

5. 調査内容

質問紙は、実習前後共に、「小児看護においてプレパレーションは必要と思うか」について、『とてもそう思う』『ややそう思う』『あまりそう思わない』『全くそう思わない』の4段階選択式とした。さらに、「プレパレーションに対する考え」については、自由記載で回答を求めた。

6. 分析方法

質問紙の回答項目があるものは、単純集計した。自由記述の内容に関しては、記述された文章を一つの単位としてコード化し、サブカテゴリー・カテゴリー化を行った。そして、教育研究経験を持つ研究者2名で検討して妥当性を確保した。

7. 倫理的配慮

研究の目的と方法、研究の参加は自由意思であり、協力拒否による不利益はなく成績に一切関係のないこと、収集したデータは研究の目的以外には使用しないこと、個人のプライバシーを保護して学会発表等することを説明した。質問紙は、個人が特定されないように無記名として、記入後は回収箱に提出とし、質問紙の提出をもって同意を得たものとした。なお、本研究は所属施設の専門学校の倫理会議で承諾を得た。

8. 調査期間

2012年5月から11月

IV. 結果

質問紙を28名に配布し、18名から回答が得られた(回収率64.3%)。

1. 小児看護におけるプレパレーションの必要性について

実習前は、「とてもそう思う」が8名(44.4%)、「ややそう思う」が10名(55.6%)であった(n=18)。実習後は、「とてもそう思う」が12名(66.7%)、「ややそう思う」が6名(33.3%)であった(図1)。

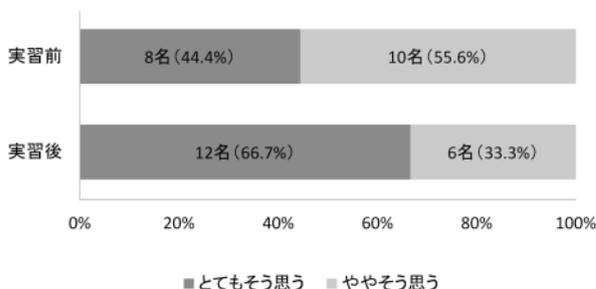


図1 小児看護においてプレパレーションは必要と思うか (n=18)

表1 実習前のプレパレーションに対する認識 (n=18)

カテゴリー	件	サブカテゴリー	件
プレパレーション実施の困難感	16	患児への説明の難しさ	9
		患児の恐怖心を招くことへの不安	6
		プレパレーションを実施することへの不安	1
プレパレーションの効果への期待	14	患児の理解が得られる	9
		患児の安心感が得られる	5
プレパレーションへの積極的な取り組み	5	プレパレーション実施への意欲	3
		効果的なプレパレーションの方法の検討	2

表2 実習後のプレパレーションに対する認識 (n=18)

カテゴリー	件	サブカテゴリー	件
プレパレーションの意義の理解	17	プレパレーションの必要性	11
		患児への説明の必要性	6
プレパレーションの効果の理解	16	患児の不安や苦痛の軽減	6
		患児の理解が得られる	4
		プレパレーションの方法の理解	3
		患児との信頼関係を築く	3
プレパレーション実施の困難感	3	プレパレーションを実施する難しさ	2
		家族の同意を得る難しさ	1

2. 小児看護学実習前後のプレパレーションに対する学生の認識

カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは〔 〕、コードの例は『 』で示す。

小児看護学実習前は、3カテゴリー、7サブカテゴリーが抽出された。【プレパレーション実施の困難感】では、『患児の年齢や発達段階に合わせて理解できるように説明することが難しい』や『実際に小児にどのように伝えるのか難しい』などから〔患児への説明の難しさ〕が挙げられた。さらに、『プレパレーションをすることで怖がるのではないかという不安がある』などから〔患児の恐怖心を招くことへの不安〕、『実際に行ったことがなく想像がつかないためできるのか不安』から〔プレパレーションを実施することへの不安〕が挙げられた。【プレパレーションの効果への期待】では、『プレパレーション実施後は子どもが泣かず診察や処置に協力的になる』や『プレパレーションの効果を感じれば拘束が必要なくなる』などから〔患児の理解が得られる〕と、『患児が安心するためには必要』などから〔患児の安心感が得られる〕が挙げられた。【プレパレーションへの積極的な取り組み】では、『多くの処置・治療があるため1つでも実施したい』などから〔プレパレーション実施への意欲〕と『子どもでもわかりやすい視覚的なものがよい』などから〔効果的なプレ

パレーションの方法の検討〕が挙げられた(表1)。

小児看護学実習後は、3カテゴリー、8サブカテゴリーが抽出された。【プレパレーションの意義の理解】では、『環境の変化に適応できない患児の姿が印象に残り必要性を感じた』や『痛みを感じない検査などに対しても患児は不安なため実施する必要がある』などから、〔プレパレーションの必要性〕を理解していた。さらに、『説明をして患児が納得の上で処置を実施する必要がある』などから〔患児への説明の必要性〕が挙げられた。【プレパレーションの効果の理解】では、『プレパレーションは患児をリラックスさせ精神的な苦痛が軽減できる』や『プレパレーションは不安を少しでも軽減する1つの手段である』などから〔患児の不安や苦痛の軽減〕、『プレパレーション実施後は患児の協力が得られるようになった』などから〔患児の理解が得られる〕、『特別な物を事前に用意しなくてもプレパレーションはできる』などから〔プレパレーションの方法の理解〕と、『プレパレーションを実施することで患児とのコミュニケーションが図れる』などから〔患児との信頼関係を築く〕が挙げられた。【プレパレーション実施の困難感】では、『実施したかったが患児の年齢の問題や在院日数に影響され難しかった』や『恐怖心が強い子どもにプレパレーションを行うのはとても大変』などから〔プレパレーションを実施する難し

さ)と『プレパレーションを実施しようとしたが家族の同意が得られなかった』から〔家族の同意を得る難しさ〕が挙げられた(表2)。

V. 考 察

「小児看護においてプレパレーションは必要と思うか」の回答については、実習前と比べて実習後は、『とてもそう思う』が44.4%から66.7%へと割合が高くなった。これは、実習を通して患児とのさまざまな関わりから必要性の認識が高まったと考える。

小児看護学実習前のプレパレーションに対する学生の認識は、【プレパレーション実施の困難感】を抱いていた。学生の中には、小児と関わる機会が少ないことから苦手意識をもっている者もあり、そのため小児看護学実習では戸惑いを感じる人が多い。西田ら⁸⁾は、「知識として小児看護学を学んでいても子どもとの関わりの経験のない対象者にとって、子どもに接し看護を行うということは脅威である」と述べている。小児が物事を理解できるようになるのは3歳頃であり、コミュニケーション機能が十分でない小児との会話に学生は困惑する。学生は、実習において患児とのコミュニケーションを図るだけでも苦慮している。そのため、患児の年齢や発達段階に合わせて患児が理解できるような言葉で説明するにはさらに技術が必要となることから〔患児への説明の難しさ〕を感じ、実際にどのように説明すれば理解してもらえるのかということを考えていた。そして、プレパレーションを実施することによって〔患児の恐怖心を招くことへの不安〕を感じていた。患児は、現在の状態や今後の自分の状況を知ることによって恐怖を感じ、不安を抱くことがある。患児は、入院・治療ということだけでも恐怖を感じているため、プレパレーションを実施することによってこれを助長するのではないかと考えていた。学生は普段の日常生活から小児に接する機会が少ないため、小児にどのように実施したらよいか想像がつかないことから、〔プレパレーションを実施することへの不安〕を抱いていた。これは、講義でプレパレーションについて学んでも、実際の実習場面で患児に適切な方法で実施できるのかという不安があったと言える。そのため、実習前に学生の不安が軽減できるような教育が必要と考える。

学生はその一方で、【プレパレーションの効果への期待】をしていた。講義でプレパレーションの目的や方

法を学んでいるため、適切なプレパレーションが行われることによって〔患児の理解が得られる〕と考えていた。そして、プレパレーションを行って患児が受ける治療・処置の内容を理解してもらえれば、患児の行動に変化が現れることを期待していた。実習前で患児と関わっていない段階でも、プレパレーションが患児の理解を得る手段として重要であると認識していた。また、プレパレーションを実施して患児の理解が得られれば治療処置を安全に行うことができ、さらに身体拘束の必要もなくなる。そのため、患児が不安なく治療・処置を受けて入院生活が送れるようにプレパレーションを実施すれば〔患児の安心感が得られる〕と考えていた。治療・処置は多くの苦痛を伴うため、患児が納得して臨めるように理解を得たいという期待をしていた。

また、プレパレーションへの期待と共に、【プレパレーションへの積極的な取り組み】を考えていた。多くの処置や治療であったとしても患児が安心して臨め、そしてスムーズに治療が進むのであれば、プレパレーションは必要であるという思いを持ち〔プレパレーション実施への意欲〕を示していた。これは、講義で学習した内容やVTRなどから重要性を認識し、さらにプレパレーションの興味・関心を示しているためと考える。そして、実際に患児を目の前にしていなくても、講義で学んだことを活かして実習に役立てようとする学生の積極的な姿勢から〔効果的なプレパレーションの方法の検討〕をしていた。患児は、幼少であればあるほど理解力が十分でないため説明が難しい。この点を考慮して、言葉だけでなく模型などを使用した視覚的方法や実際に触れて体験をするなど、患児にわかりやすく伝える方法を検討することができていた。実習前で受け持ち患児が決定していないにもかかわらずプレパレーションの方法を考えていることから、実習でプレパレーションを実施したいという意欲があったと考える。

小児看護学実習後のプレパレーションに対する学生の認識では、【プレパレーションの意義の理解】をすることができていた。これは、実習中に環境の変化に適應できない患児の姿が印象に残り必要性を感じていることから患児が入院環境に適應できない姿を見て、〔プレパレーションの必要性〕を考えていた。患児は入院することによって、さまざまな医療処置や検査が必要となり苦痛や不安が生じることが多い。そのような患児の気持ちを理解し、プレパレーションを行うことで

患児の不安を軽減し、頑張る力を引き出す必要性を感じていたと考える。また、患児が痛みを伴わない検査でも不安を訴えている状況を見て、痛みを感じない検査などに対しては患児の不安を軽減するためにプレパレーションを実施する必要性があることに気づいていた。及川¹¹⁾は、「言葉がよくわからない乳児であろうと、子どもに触れながら検査前にやさしく言葉をかけ、検査中、検査後には頑張ったことへのねぎらいのことばをかけながら受けたストレスを軽減させてあげることが、大事なプレパレーションである」と述べている。そのため、実習中は、さまざまな場面でプレパレーションが必要となるため、患児の状況に合わせて援助できるように教育する必要がある。そして、説明や声かけをするだけでも患児自身は心構えができるため〔患児への説明の必要性〕を考えていた。丸山ら⁹⁾は、「学生が捉える子どもを尊重した説明とは、型どおりの説明ではなく、子どもの理解や納得を目指した説明を行うことである」と述べている。今回の学生も説明することによって、患児が納得した上で処置を受ける必要があると感じていた。そのため、言語発達が十分でない患児に対して、具体的な声かけやどのように関わったらよいかを考えることができていた。

【プレパレーションの効果の理解】では、プレパレーションは不安を軽減して、患児をリラックスさせるということを理解したことから、〔患児の不安や苦痛の軽減〕ができると考えていた。しかし、幼少の小児は自分の不安や苦痛を他者に伝えることが難しい。橘ら¹⁰⁾は、「小児看護学実習で学生は、子どもであっても『意見を表す権利』があり、大人と違い言葉ではうまく表現することができないため、それを読み取り子どもの意思を尊重するような働きかけや関わりが重要であることに気づくことができていた」と述べている。今回の学生も、受け持ち患児との関わりから患児が抱えている不安な思いを把握して、小児の意思を尊重しながらプレパレーションを実施した結果から理解できたと考える。さらに、プレパレーション実施後は患児の協力が得られるようになったということから、〔患児の理解が得られる〕ことも理解できた。これは、プレパレーション実施前後の患児の反応の変化から効果がわかったためである。このように学生が援助して効果が現れるとプレパレーションを実施した学生は達成感が得られ、今後の実習意欲につながる。また、実施ができなかった学生は患児との関わりを通してどのようにすればよかったのか自己の看護を振り返る機会となるた

め、小児看護に対する新たな発見ができる。受け持ち患児の状況によっては、プレパレーションが実施できないことも予測されるため、プレパレーションの効果は学生間で共有することで看護観を養うことができると考える。そして、プレパレーションは特別な物を準備して説明すると思っていた学生が、実習経験を積む中で身近にある物品を工夫すれば実施できるという〔プレパレーションの方法の理解〕をすることができていた。檜木野¹¹⁾は、「プレパレーションは特別なことではなく、ふだんのケアに組み込まれていくもの」と述べている。講義で、プレパレーションツールについて学んだ時に、人形や絵本などを用いた方法を例に説明したため、必ず何か準備しなくてはならないと思っていたと考える。そのため、身近にある物品を応用して、日々の援助で実施できることも講義に取り入れる必要がある。また、プレパレーションを実施したことで患児とのコミュニケーションが図れたことから〔患児との信頼関係を築く〕ことを理解していた。学生は、患児とコミュニケーションを図ることを苦手にしていくことが多い。しかし、プレパレーションを実施したことをきっかけに信頼関係を築くことができたことから、プレパレーションが信頼関係を築くことにつながることを再確認できたと考える。

【プレパレーション実施の困難感】は、患児に必要と思いつつも在院日数が短く、幼少であることや恐怖心が強い子どもに対して行うのは大変という〔プレパレーションを実施する難しさ〕に直面していた。学生は、短期間での患児との関わりでは患児把握が十分できず、実際の方法まで考えることができなかった。また、患児の状態からプレパレーションを行うタイミングを判断しなくてはならなかったが、受け持ち日数の短さから方法を十分検討することができなかったため実施を困難にしていたと考える。そして、学生はプレパレーションを実施しようと準備を始めようとしたが、家族の同意が得られずに実施できなかったという〔家族の同意を得る難しさ〕があった。家族の価値観や家族背景により考え方がさまざまであるため、対応の仕方も個々で異なり判断が難しいこともある。そのため、学生がプレパレーションが必要と考えた段階で、実施可能であるかを病棟看護師や教員が判断しなくてはならない。そして、患児にとって必要な状況であり病棟の許可が得られれば、病棟の看護師から家族に必要性を説明してもらい実施できるように調整する必要がある。

以上のように、実習前はプレパレーションの困難感を認識していた学生が多かったが、実習後は少数となった。これは、実施する困難感がありながらも、学生は実習を通して患児との関わりからよりプレパレーションの必要性を認識し、患児が安心して治療・処置に臨めるような実施方法を考えて援助したいと考えたためであると言える。また、実習前からプレパレーションの効果を期待して積極的に取り組もうという意欲もあったことから、実習中にプレパレーションを実施したことによって効果を理解することができた。しかし、実習後も実施が困難という学生がいたため、今後は実習施設の入院患児の状況を把握して、実習で実施する機会が多い事例を取り入れた演習を行う必要がある。また、実習においては看護過程を展開する中でプレパレーションが必要と判断して看護計画で立案できているかも確認する必要がある。そのため、教員は学生個々の実習状況を見極めながら指導し、病棟看護師と調整して学生がプレパレーションを実施できるように支援する必要があると考える。

VI. 結 論

実習前は、患児への説明の難しさやプレパレーションを実施することで患児に不安を抱かせるのではないかという学生の不安もあったが、患児の理解や安心感が得られるようなプレパレーションを実施しようという期待と積極的に取り組もうとする意欲がみられた。

実習後は、プレパレーションの必要性や患児に説明して患児の思いを理解するというプレパレーションの意義を理解していた。そして、患児の反応やプレパレーションを実施した体験からプレパレーションの効果を実感し、患児の理解が得られることや信頼関係を築くということを確認していた。さらに、受け持ち期間の短さや方法を考えられなかったことや家族の同意が得られないというプレパレーション実施の困難感があった。

そのため、学生が小児看護学実習において意欲的にプレパレーションが実施できるように講義の中で演習を取り入れ、実習では必要性を考えながら取り組めるように病棟看護師と教員が協働して指導する必要がある。

引 用 文 献

- 1) 及川郁子：プリパレーションはなぜ必要か，小児看護，25(2)：2002：189-192.
- 2) 出雲典子・伊藤聡子・下田小百合，他：幼児期・学童期の患児に対するプレパレーションを試行して—CHEOPSにおける行動アセスメントからの示唆—，第38回日本看護学会論文集 小児看護：2007：11-13.
- 3) 松谷知佳・寺井孝弘・大田黒一美，他：心臓カテーテル検査を受ける幼児期後期の子どもへの効果的なプリパレーションの検討，第41回日本看護学会論文集 小児看護：2010：41-44.
- 4) 森山亜利佐・緒方久美子・大鷲しのぶ，他：心臓手術後の子どもへのプレパレーション—キワニスドールを用いて—，第39回日本看護学会論文集 小児看護：2008：149-151.
- 5) 白坂真紀・桑田弘美：看護学生のプレパレーション演習レポートの分析—腰椎穿刺を受ける子どものプレパレーション—，滋賀医科大学看護学ジャーナル，8(1)：2010：30-33.
- 6) 森 浩美・澤田みどり・岡田洋子：検査・処置を受ける子どものケアを体験した看護学生の学び—小児看護学実習終了後のレポート分析から—，日本小児看護学会誌，20(1)：2011：25-31.
- 7) 石川千晶・森山美知子：小児看護領域におけるプリパレーションの認識に関する調査，小児看護，30(6)：2007：832-842.
- 8) 西田みゆき・北島靖子：小児看護学実習での学生の困難感のプロセスと学生自身の対処，日本看護研究学会雑誌，28(2)：2005：59-65.
- 9) 丸山真紀子：看護学生が捉える入院中の子どもを尊重した関わり—小児看護学実習を経験した学生を対象に—，日本小児看護学会誌，17(1)：2008：65-71.
- 10) 橘 則子・宮城由美子・吉川未桜：小児看護学実習で看護学生が学んだ子どもの権利を尊重した関わりについて，福岡県立大学看護学研究紀要，8(1)：2011：19-25.
- 11) 檜木野裕美：プレパレーションの概念，小児看護，29(5)：2006：542-547.

資料

小児看護学実習におけるプレパレーションの実施状況

二宮 恵美¹⁾Nursing Students' Preparation Practices
in Pediatric Nursing PracticumEmi NINOMIYA¹⁾

キーワード：小児看護学実習、プレパレーション、看護学生

I. はじめに

小児看護では、子どもが納得して治療・処置に臨めるようにするために、プレパレーションの必要性が高まっている。1994年に「子どもの権利条約」が批准され、1999年には日本看護協会より、小児看護領域の看護業務基準として「小児看護領域で特に留意すべき子どもの権利と必要な看護行為」¹⁾が提示され、小児看護において守られる権利が明らかになった。そして、子どもの意思を尊重するための方法として、プレパレーションが行われるようになった。理解力が十分でない小児は、治療や処置に不安を感じて苦痛を伴いやすい。そのため、小児の協力を得ることができず治療や処置が難しくなることがある。入院している小児にとって、看護師が日常業務としてケア技術を施行している場面は、小児にとってみれば非日常であり、不安や恐怖が喚起され、プレパレーションが必要な機会となる²⁾。そして、看護師は医療処置を受ける小児の思いを理解して、不安を軽減できるような関わりが求められる。

看護教育の現場では、プレパレーションの授業³⁾や演習⁴⁾が行われ、子どもの権利や倫理面への配慮、プレパレーションの効果を学ぶことができている。また、臨地実習では学生によるプレパレーションによって術後の援助がスムーズに実施できたという報告がされている⁵⁾。しかし、プレパレーションを実施するためには患児の状態に合わせた準備が必要となる。近年、子どもの在院日数の短縮化により看護学生が子どもを受け

持つ期間が短くなり、複数の子どもの受け持つケースもある⁶⁾。このように、小児看護学実習では患児を受け持つ期間が短いことから、学生がプレパレーションを実施するのは難しい状況にあるのではないかと考える。しかし、これまでに小児看護学実習でのプレパレーションの実施状況に関する調査は行われていない。そのため、実際の小児看護学実習においてプレパレーションが実施できる状況にあるのか、学生の実態を把握する必要がある。

II. 目的

小児看護学実習における、看護学生のプレパレーションの実施状況を明らかにする。

III. 研究方法

1. 対象

看護専門学校3年課程3年生 28名

2. 調査方法

自記式質問紙を用いた留め置き法。

実習オリエンテーションにおいてグループごとに質問紙を配布し、記載済み質問紙は実習終了後に回収ボックスに投函する形で回収を行った。実習は、総合病院の小児病棟にて7日間行った。

1) 群馬パース大学保健科学部看護学科

3. 調査内容

小児看護学実習中に受け持った患児の年齢、疾患、受け持ち期間、受け持ち患児に対するプレパレーション実施の有無について回答を求めた。さらに、プレパレーションを実施した学生には「プレパレーションが必要と思った理由」「どのように実施したのか」、プレパレーションを実施できなかった学生には「プレパレーションが実施できなかった理由」を自由記載で回答を求めた。

4. 分析方法

質問項目ごとに度数分布およびパーセンテージを算出した。記述回答については、要約した上で同じ内容ごとに整理した。

5. 倫理的配慮

研究の目的と方法、研究の参加は自由意思であり、協力拒否による不利益はなく成績に一切関係のないこと、収集したデータは研究の目的以外には使用しないこと、個人のプライバシーを保護して学会発表等することを口頭で説明した。質問紙は無記名で、記入後は回収箱に提出とし、質問紙の提出をもって同意を得たものとした。なお、本研究は所属施設の専門学校の倫理会議で承諾を得た。

6. 調査期間

2012年5月～11月

7. 用語の定義

本研究では、プレパレーションを「子どもが病気や入院によって引き起こされるさまざまな心理的混乱に対し、準備や配慮をすることにより、その悪影響を避けたり和らげ、子どもの対処能力を引き出すような環境を整えること」⁷⁾と定義する。

8. プレパレーションの授業内容

調査対象校では、1年次の小児看護学概論で子どもの権利について学ぶ。続いて、2年次の小児看護学方法論でプレパレーションの意義や方法、具体的な方法として写真やVTRを見て学んでいる。プレパレーションの概念は、用語の定義のように説明した。また、プレパレーションを実施する場面は、病気、入院、手術、検査、処置などさまざまな場面であること、患児の拒否がなくても心理的準備が必要と考えた時に実施

することなどを授業で行った。

9. プレパレーション実施時の指導状況

学生がプレパレーションの必要性を判断して計画を立案し、実習指導者または病棟看護師の許可を得れば、実施することは可能である。また、受け持ち患児にプレパレーションが必要な場合は、指導者や教員が助言することもあるが、学生が主体的に実施することもある。

IV. 結 果

質問紙は28名に配布し、提出された17名を分析対象とした。回収率は、60.7%であった。対象学生17名が受け持った患児の延べ人数は、37名であった。

受け持ち患児にプレパレーションを実施した学生は10名(27.0%, n=37)、プレパレーションを実施できなかった学生は27名(73.0%, n=37)であった(図1)。

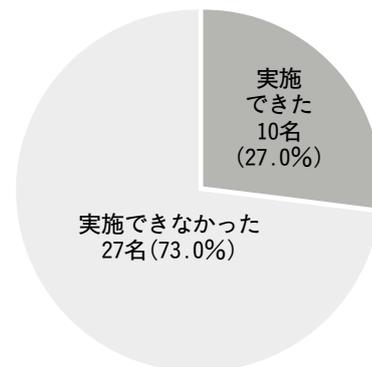


図1 プレパレーションの実施状況 (n=37)

学生が実習期間中に受け持った患児の人数は、受け持ち患児2名が8名(47.1%, n=17)、受け持ち患児3名が6名(35.3%, n=17)、受け持ち患児1名が3名(17.6%, n=17)、であった。

受け持ち患児の年齢は、プレパレーションを実施できた学生では、1歳～3歳が9名(90.0%, n=10)、4歳～6歳が1名(10.0%, n=10)であった。プレパレーションを実施できなかった学生では、0歳が10名(37.1%, n=27)、1歳～3歳が9名(33.3%, n=27)、4歳～6歳が5名(18.5%, n=27)などであった。

受け持ち患児の疾患は、プレパレーションを実施できた学生では、気管支炎4名(40.0%, n=10)、肺炎

表1 学生の受け持ち患児の状況

(n = 37)

項目	実施できた学生		実施できなかった学生		
	人数	割合	人数	割合	
受け持ち患児の年齢	0歳	0	0.0%	10	37.1%
	1歳～3歳	9	90.0%	9	33.3%
	4歳～6歳	1	10.0%	5	18.5%
	7歳～11歳	0	0.0%	3	11.1%
	計	10	100.0%	27	100.0%
受け持ち日数	2日	5	50.0%	8	29.6%
	3日	5	50.0%	10	37.1%
	4日	0	0.0%	6	22.2%
	7日	0	0.0%	3	11.1%
	計	10	100.0%	27	100.0%
受け持ち患児の疾患	気管支炎	4	40.0%	12	44.5%
	肺炎	2	20.0%	3	11.1%
	整形外科疾患	1	10.0%	3	11.1%
	気管支喘息	1	10.0%	2	7.4%
	耳鼻科疾患	1	10.0%	2	7.4%
	川崎病	1	10.0%	2	7.4%
	髄膜炎	0	0.0%	1	3.7%
	胃腸炎	0	0.0%	1	3.7%
	発熱精査	0	0.0%	1	3.7%
計	10	100.0%	27	100.0%	

2名(20.0%, n=10)などであった。プレパレーションを実施できなかった学生では、気管支炎12名(44.5%, n=27)、肺炎3名(11.1%, n=27)、整形外科疾患3名(11.1%, n=27)などであった。

患児の受け持ち日数は、プレパレーションを実施できた学生では、2日間で5名(50.0%, n=10)、3日間で5名(50.0%, n=10)であった。プレパレーションを実施できなかった学生では、3日間で10名(37.1%, n=27)、2日間で8名(29.6%, n=27)、4日間で6名(22.2%, n=27)などであった(表1)。

プレパレーションを実施した学生10名のうち、1名の学生は患児1人に対して2つの援助を実施し、他の9名の学生は1つの援助を実施した。

プレパレーションを実施した援助項目は、バイタルサイン測定7名、吸入2名、洗髪1名、食事介助1名の4つに集約された。

プレパレーションを必要と思った理由は複数回答で、「援助を拒否された」4名(40.0%, n=10)が最も多く、次に「啼泣していた」3名(30.0%, n=10)、「恐怖心があった」2名(20.0%, n=10)、などであった(表2)。

表2 プレパレーションを必要と思った理由 (n=10)

理由	人数	割合
援助を拒否された	4	40.0%
啼泣していた	3	30.0%
恐怖心があった	2	20.0%
不安そうだった	1	10.0%
不思議そうな反応だった	1	10.0%
食事を食べなかった	1	10.0%

プレパレーションを実施した方法は、バイタルサイン測定では「聴診器・体温計にキャラクターの絵を貼る」「学生に聴診器を当てて使い方を見せる」「ぬいぐるみを使用して実演する」「患児に聴診器を持たせて自分の胸に当てさせる」「ぬいぐるみに体温計を入れてもらう」「声かけを多くして実施した」「楽しい雰囲気になるようにした」が挙げられた。吸入では、「蒸気の出る場所に蒸気機関車の絵を貼り付けた」「じゃばらにキャラクターの絵を貼った」「キャラクターの口から蒸気が出るように絵を貼ってじゃばらが見えないようにした」が挙げられた。洗髪では、「実際に使用するケリーパッドなどの物品を見せながら説明した」、食事援助で

表3 プレパレーションを実施できなかった理由

(n = 27)

理 由		人数	割合
患児側の要因	実施しても患児が理解できない年齢だった	7	25.9%
	実施する機会がなかった	4	14.8%
	援助に対する拒否がなかった	3	11.1%
	患児の啼泣が多かった	1	3.7%
	家族が患児に入院・手術の説明をしていなかった	1	3.7%
	患児の体調が悪かった	1	3.7%
学生側の要因	考える余裕がなかった	2	7.4%
	プレパレーションを行うという考えがなかった	1	3.7%
	患児が理解できる方法が考えられなかった	1	3.7%
	自分の体調が悪かった	1	3.7%
実習運営上の要因	短期間の受け持ちで時間がなかった	4	14.8%
	受け持ち当日の検査・処置・退院だった	3	11.1%

は、「患児と人形が向き合うようにして人形に食べさせるまねをした」が挙げられた。

プレパレーションを実施できなかった理由は、3つの要因に分類できた。一つ目は患児側の要因で、「実施しても患児が理解できない年齢だった」7名(25.9%, n = 27)、「実施する機会がなかった」4名(14.8%, n = 27)、「援助に対する拒否がなかった」3名(11.1%, n = 27)、「患児の啼泣が多かった」「家族が患児に入院・手術の説明をしていなかった」「患児の体調が悪かった」はそれぞれ1名(3.7%, n = 27)であった。二つ目は学生側の要因で、「考える余裕がなかった」2名(7.4%, n = 27)、「プレパレーションを行うという考えがなかった」「患児が理解できる方法が考えられなかった」「自分の体調が悪かった」はそれぞれ1名(3.7%, n = 27)であった。三つ目は実習運営上の要因で、「短期間の受け持ちで時間がなかった」4名(14.8%, n = 27)、「受け持ち当日の検査・処置・退院だった」3名(11.1%, n = 27)であった(表3)。

V. 考 察

プレパレーションを実施できた学生は、27.0%と少なかった。しかし、実施できた学生は、「援助を拒否された」「啼泣していた」「恐怖心があった」という患児の状況を見てプレパレーションを実施していた。小児は幼少であればある程援助の目的を理解できないため、看護師が行う援助に恐怖を感じる。そのため、痛みを伴わないバイタルサイン測定でも拒否する場面が多くある。このことから、学生はどのような援助が行

われるのかを患児に説明して援助の必要性を理解してもらうことによって患児の恐怖心や不安を軽減しようとして、ぬいぐるみを使用して実演するなどの方法でプレパレーションを実施したと考える。

また学生は、小児との関わりに慣れていないため呼吸測定や心拍・脈拍測定に時間がかかる。そのため、患児が啼泣したり、動いてしまうなど協力を得るのが難しくなり、学生は正しい値を測定できずに苦慮することが多い。成人期の患者は援助の説明をすると自ら体温計を入れてくれたり、測定しやすいように体位を整えるなど、学生が測定しやすいように配慮してくれることがある。しかし、小児看護学実習では対象が小児ということもあり、援助の際に患児の協力が得られにくいいため、バイタルサイン測定をする難しさを実感していた。バイタルサイン測定は、実習中ほとんどの学生が毎日実施する援助である。そのため、今回の実習では多くの学生がバイタルサイン測定でのプレパレーションを実施したと考える。プレパレーションは特別なことではなく、ふだんのケアに組み込まれていくものであり、子どもに関わる誰もが行っていくことが大切である⁸⁾。学生は、患児が不安・苦痛なく援助が受けられるように、体温計や聴診器に絵を貼り、使用する物品に対する恐怖心を軽減するなど援助を工夫することができていた。また、1名の学生は1人の患児に対して、2つのプレパレーションを行うことができていた。そのため、プレパレーションは特別なことではなく、さまざま援助場面で実施できるという認識を高めるために授業の中で具体的に実際の方法を提示することで、さらにプレパレーションを実施する機会が

増えるのではないかと考える。

次に多くプレパレーションを実施していた援助項目は、吸入であった。これは、学生が受け持った患児が気管支炎・肺炎・気管支喘息の呼吸器疾患が70.0%と多かったため、治療として吸入を実施していたことからプレパレーションが必要と判断したと考える。吸入は、蒸気が出るため初めて実施する患児は驚いて不安が増大する。今回学生がプレパレーションを実施した患児は1歳～3歳が90%と幼少であったため、援助の理解を得るのが難しいことから患児の恐怖感が最小限となるように実施したと考える。そして、吸入が短時間であれば患児の協力が得られやすいが、乳幼児期の患児はあきってしまうことが多い。そのため、「蒸気の出る場所に蒸気機関車の絵を貼り付けた」など、患児の気をそらすような関わりをして、苦痛を軽減しながら効果的に吸入ができるように援助することができていた。

今回の調査では、洗髪や食事の生活援助でもプレパレーションを実施していた。看護師が行うプレパレーションの内容に関する調査では、「注射など痛みを伴う処置について」は84.2%、「入院生活・ケアについて」は37.5%という報告⁹⁾がされている。このようにプレパレーションは、処置や治療などの痛みを伴う場面で用いられることが多い。しかし、日常の生活の中の小児の不安な気持ちを見逃さないことや、不安なときこそプレパレーションが必要である。学生は実際の援助時、患児は普段ケリーパッドを使用して洗髪を行うことはないため、知らない物品を見れば患児は不安になるという気持ちを察知して説明することができていた。食事援助では、患児と人形が向き合うようにして人形に食べさせるまねをして食事が進むように関わることができていた。このように、学生は患児の不安を軽減するために生活援助にもプレパレーションの概念を理解して援助することができていたと考える。

一方、プレパレーションを実施できなかった学生は、73.0%と多い割合であった。プレパレーションを実施できなかった一つ目の理由は、『患児側の要因』であった。これは、学生が受け持った患児の年齢が0歳児37.1%と年齢の低い患児が多かったため、プレパレーションを行っても患児が理解できない年齢ということであったためと考える。特に乳児期は知的機能やコミュニケーション機能の発達が未熟であり、3歳以前の子どもでは言語能力や理解力が十分でないため難しい¹⁰⁾ということから学生はプレパレーションの適応

ではないと判断したと考える。しかし、プレパレーションを「心理的混乱を最小限にし、健全な発育を支援すること」と捉えれば、新生児や乳幼児であってもプレパレーションの対象と考えられる¹¹⁾。そのため、年齢だけでプレパレーションが必要ないと判断してはならない。また、プレパレーションを実施する機会がなかった学生もいた。学生は、援助に対する拒否がなかったため必要ないと判断していたが、小児は不安に思っていると言語機能が未発達の場合は言葉で表現できないこともあることなどから、拒否がなくても不安に思っている患児もいる。そのため、プレパレーションが必要ではないと判断した理由を明らかにする必要がある。さらに、患児の啼泣が多かったため、実施できなかった学生がいた。入院している患児は、慣れない環境での生活や身体的苦痛もあり、機嫌が悪いことが多い。しかし、啼泣しているからこそプレパレーションが必要となるため、その必要性を学生が理解できているのか把握する必要がある。

また、家族が患児に入院・手術の説明をしていなかったためプレパレーションを実施できなかったという学生もいた。現在は、患児にも理解を得るために、発達段階や理解力に応じたインフォームドコンセント・インフォームドアセントが重要視されているが、今回は患児に知らされていないケースがあった。手術の事前説明を行わなかった親に対しては、子どもの性格や認知能力に合わせた説明を行うことで、子どもなりに気持ちを表出し、前向きに受け止め、乗り越えることができることを看護師が伝えていく必要がある¹²⁾。家族の意見を尊重しつつ、患児が不安なく、入院・手術に臨めるように病棟看護師の協力を得ながら実習を進めていく必要がある。そして、患児の体調が悪くて実施できなかった学生もいた。病状によっては身体的苦痛を伴うため、患児の状態を考慮して負担がかからないように援助しなくてはならない。そのため、患児の安静を優先するのか、病状が回復してから実施した方がよいのか、プレパレーションの適応と対象に合った判断ができているのか確認する必要がある。

二つ目の理由は、『学生側の要因』であった。プレパレーションが必要と思っても考える余裕がなかったり、プレパレーションを行うという考えがなく、患児が理解できる方法が考えられなかったという状況にあった。今回の調査では実習7日間で1名の患児を受け持つことができたのはわずか11.1%であった。そのため2名～3名の患児を受け持たなくてはならなかつ

たため、学生によってはこれが負担となり、患児の状態把握だけで精一杯であったことが考える。しかし、2～3日の受け持ちでも実施できた学生もいることから、受け持ち患児が複数であったことだけが影響したとはいえない。そのため、今後は受け持ち患児数以外の影響要因を明確にする必要がある。そして、自分の体調が悪かったという理由で実施できなかった学生がいた。3年生は実習が長期間続いたため、体調を崩す学生が多い。しかし、限られた学びの機会を有効に活用できるように、自分の健康管理ができるように指導を強化する必要がある。

三つ目の理由は、『実習運営上の要因』であった。患児を受け持った日数が2日～3日という学生が66.7%と多く、学生はできなかった理由として短期間の受け持ちで時間がなかったことを挙げている。さらに、受け持ち当日の検査・処置・退院ということから予定されていなかった状況となり、必要であっても準備ができず対応できなかったと考える。プレパレーションを実施できなかった学生の受け持った患児は、気管支炎・肺炎など比較的軽症であったため回復が速く、短期間の入院となることが多い。また、病状によって実習当日に検査や処置になることがあるため、十分な準備ができない。そのため、患児の状態をあらかじめ予測して対応できるように、実習前から準備する必要があると考える。

VI. 結 論

プレパレーションを実施した学生は27.0%と少なかったが、学生が実施する機会の多いバイタルサイン測定では必要性を考えて多く実施していた。そして、吸入では患児の恐怖心が最小限となるような援助を行い、さらに生活援助でもプレパレーションを実施することができた。

プレパレーションを実施できなかった学生は、73.0%であった。そして、プレパレーションが実施できなかった理由は『患児側の要因』、『学生側の要因』、『実習運営上の要因』の3つの要因であった。

引 用 文 献

- 1) 日本看護協会編：小児看護領域の看護業務基準，日本看護協会出版会：1999：p.8-9.
- 2) 今野美紀：看護ケア技術の実施の前に，小児看護，30(4)：2007：p.426-429.
- 3) 永田真弓・廣瀬幸美・氏家圭子，他：臨床看護師による子どもへのプレパレーションを取り入れた授業における学生の学び，日本小児看護学会誌，20(1)：2011：p.17-24.
- 4) 白坂真紀・桑田弘美：看護学生のプレパレーション演習レポートの分析—腰椎穿刺を受ける子どものプレパレーション—，滋賀医科大学看護学ジャーナル，8(1)：2010：p.30-33.
- 5) 中新美保子・滝本真理子・大森里佳，他：Nuss 法漏斗胸手術後の呼吸エクササイズの一例—看護学生によるプレパレーション—，小児看護，35(3)：2012：p.380-384.
- 6) 小代仁美・檜木野裕美：小児看護学実習において看護学生が子どもと関わることを躊躇させる影響要因，日本看護研究学会雑誌，33(2)：2010：p.69-76.
- 7) 及川郁子：プリパレーションはなぜ必要か，小児看護，25(2)：2002：p.189-192.
- 8) 檜木野裕美：プレパレーションの概念，小児看護，29(5)：2006：p.542-547.
- 9) 勝部奈々子・松森直美：入院している小児に対するプレパレーションの普及に関する検討—中国・四国・九州・沖縄地方の小児看護師を対象としたアンケート調査から—，小児看護，29(5)：2006：p.647-654.
- 10) 檜木野裕美・高橋清子：子どもに正確な知識をどのように伝えるか，小児看護，25(2)：2002：p.193-196.
- 11) 石川千晶・森山美知子：小児看護領域におけるプリパレーションの認識に関する調査，小児看護，30(6)：2007：p.832-842.
- 12) 田原千晶・中村文子・龍千賀子，他：手術を受ける幼児後期の子どもへの親による説明の実態—親の思いとプレパレーションにおける看護師の課題—，第39回日本看護学会論文集 小児看護：2008：p.155-157.

その他

第8回「肉眼解剖学セミナー・新潟」参加報告

浅見 知市郎¹⁾

Report of eighth gross anatomy seminar in Niigata

Tomoichirou ASAMI¹⁾

キーワード：肉眼解剖学セミナー・新潟、肉眼解剖学、顔面筋

I. はじめに

近代医学はアンドレアス・ヴェサリウスによって肉眼解剖学から始まった。しかしながら、近年、インパクトファクターなどが研究者の評価の指標となり、解剖学研究者も細胞生物学や免疫組織化学などを重視せざるを得なくなっている。すなわち、肉眼解剖学を専門とする解剖学研究者は激減している¹⁾。しかし、通常の学生実習においても、筋、神経、血管が教科書と異なる形態、走行を示すことがしばしば認められ、臨床においても肉眼解剖学の知識は基本かつ重要であり、常に破格(普通のきまりからはずれていること)、異常枝の存在を認識する必要がある。したがって、肉眼解剖の探求を怠ることはできない。また、最先端の分子生物学的研究を行う際においても、常に肉眼解剖学的視点に戻ることは重要なことである。

このような背景の中で、少しでも肉眼解剖学研究者の裾野を広げるために、長年肉眼解剖学を研究テーマとしている有志により、実際の御遺体を用いて、2007年から「肉眼解剖学セミナー・新潟」が毎年開催されている。これは、医学部や歯学部、それ以外の大学の解剖学担当教員、学生、大学院生、臨床医などを対象として、第1回、第2回は新潟大学医学部にて、2009年より日本歯科大学新潟生命歯学部にて開催されている。本セミナーは、実際の御遺体を用いて解剖学を学びたいという希望を有するものであれば誰でも参加することができ、現在まで250名以上の参加者を得ており、その中で、学部学生1名、大学院生4名が日本解剖学会総会にて、肉眼解剖学献体学術賞(トラベルア

ワード)を受賞した。

著者は、これまでに主として舌の形態形成に関する免疫組織化学的研究を行ってきたが、顔面筋に対するボツリヌス毒素の臨床応用に解剖学的見地から関わるようになり、顔面筋の知識を深めることが必要となった。今回、第8回目となる2014年の肉眼解剖学セミナーに参加したので、セミナー概要と解剖所見を合わせて報告する。

II. セミナー概要

第8回肉眼解剖学セミナー・新潟は、新潟市の日本歯科大学新潟生命歯学部解剖学実習室を開催場所として、2014年8月11日(月)より23日(土)までの2週間の期間で実施され、著者はそのうちの11日より15日までの5日間参加した。

本セミナーの解剖実習は、長年肉眼解剖学を研究テーマとしている新潟大学医学部の熊木克治名誉教授と、その門下の先生方、日本歯科大学新潟生命歯学部の影山幾男教授による指導の下で、9時から20時以降、時には深夜まで御遺体を用いて行われた。セミナー参加者は26名(内オブザーバー参加2名)、用いられた御遺体は6体で、1体の御遺体を4名で担当し解剖実習が実施された。参加者の属性は、医学部医学科所属が2名、歯学部所属が5名(内2名は海外の歯学部)、理学部生物系1名、水産学部1名、コ・メディカル系15名(著者を含む)、医療機関2名であった(図1)。

1) 群馬パース大学保健科学部検査技術学科



図1 実習風景
多様な教育・医療機関から老若男女が参加した。

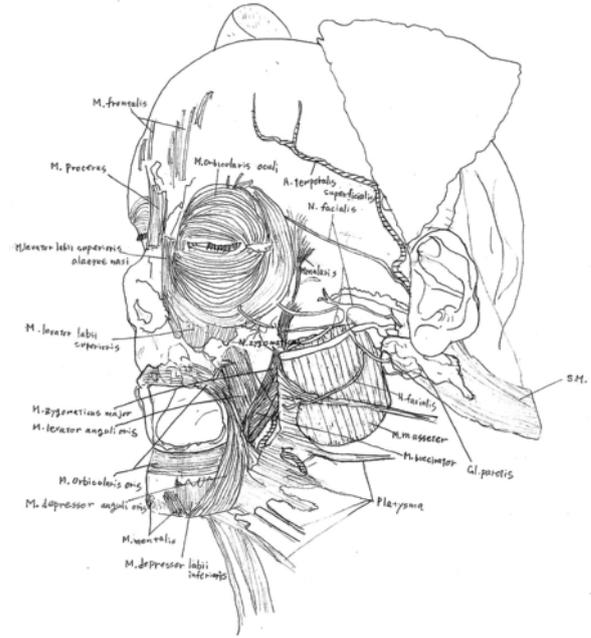


図2 顔面筋のスケッチ

III. 術式および所見

第1、2日

術式

著者の所属するグループの御遺体は、女性で、既に皮切、皮下脂肪除去が終了していた。

当初は仰臥位で、顔面と頸部、胸腹部の表層観察と、肋間神経外側皮枝、前皮枝のマーキングから開始した。

顔面筋は不完全ながら剖出済みであり、若干手を加えるのみで、全貌を観察することができた。

頸部に関して、広頸筋は下顎下縁付着部を残し除去してあり、胸鎖乳突筋は副神経の侵入部を残して起始部も停止部も切除されていた。すなわち頸部に関しては、既に深部が剖出されていた。

胸部は、大胸筋は切断済みで、肋間神経前皮枝、外側皮枝ともに剖出してあり、マーキングを行った。

所見

顔面筋は、著者の今回の参加目的であるので、特に詳述する(図2)。

1. 広頸筋 Platysma の下顎下縁付着部の後半部は咬筋 M.masseter 前縁に沿って同筋の上縁(起始付近)まで広がっていた。
2. 口角下制筋 M.depressor anguli oris の停止部は口角を越え上唇の口輪筋 M.orbicularis oris に加わっていた。
3. 口角下制筋 M.depressor anguli oris の下層前方には、通常通り、下唇下制筋 M.depressor labii inferioris が認められ、その前方表層にはオトガイ筋 M.mentalis が認められた。
4. 小頬骨筋 M.zygomaticus minor と笑筋 M.risorius は認められなかった。
5. 大頬骨筋 M.zygomaticus major の筋腹は2つに

分離しており、その間から頬筋 M.buccinator が垣間見えた。

6. 眼輪筋の外側に M.malaris²⁾(邦訳なし)が認められた。
7. 上唇挙筋 M.levator labii superioris と口角挙筋 M.levator anguli oris の位置関係は通常通りであった。
8. 頸部においては、深部の諸構造、頸神経叢と腕神経叢などを観察することができた。
9. 頸神経ワナは、右側は内頸静脈を取り巻いていたが、左側は内頸静脈を取り巻いていなかった。

第3日

術式

開胸の術式に入った。

まず、胸骨前面の骨膜を正中線で切って左右に開き、骨鉗子を用いて骨質を取り除いた。次に、骨髄も同様に切り取り、後面の骨質だけにした。肋骨の前面の骨膜を肋骨の中心線で切って開き、骨鉗子を用いて前面の骨質を取り除いた。骨髄も同様に切り取り、後面の骨質を残した。この処置は前鋸筋の停止部までとした。肋軟骨部は軟骨膜を同様に切り開き、軟骨を丸ごと取り去った。

残された胸骨の骨質を正中線で切り、胸骨舌骨筋、胸骨甲状筋などを胸骨から剝離し、胸壁と壁側胸膜の間で指の腹を用いて剥がし分け、胸郭を観音開きで開

胸した。

所見

1. 胸壁を開くと胸腺の痕跡と考えられる脂肪塊が観察された。
2. 内胸動脈から胸腺枝が分岐するのを観察することができた。
3. 横隔神経、迷走神経、交感神経幹は一般的な走行を示していた。

第4日

術式

胸部内臓は一括摘出するので、壁側胸膜は横隔胸膜よりやや上の部分で前周にわたって切断し、心膜を横隔膜より剥した。横隔神経は残すので、縦隔の部分から肺をくぐらせて肺後面にこれを反転させた。食道も残すので気管、心臓との位置関係を確認した。奇静脈を確認し最終部分を切断した。迷走神経は分岐した後の部分でマーキングし、切断した（迷走神経は食道とともに残す）。交感神経幹も肺枝、胸心臓神経をマーキングし切断した。

大動脈弓を動脈管索の遠方で反回神経に注意しながら切断した。左右の腕頭静脈は内頸静脈と鎖骨下静脈の合流部心臓よりのところで切断、腕頭動脈は右総頸動脈と右鎖骨下動脈に分岐する前で切断、左総頸動脈は腕頭動脈と同じ高さで切断、左鎖骨下動脈は第1肋骨下端の高さで切断した。気管は胸郭上口の高さで切断。下大静脈を切断し肺と心臓を一括摘出した。

所見

1. 迷走神経は反回神経を分岐した後、櫛の歯の様に分岐した気管支が観察された。
2. 左側の横隔神経は横隔膜のすぐ上で断裂してしまった。
3. 肺と心臓を包む胸膜は断裂してしまった。特に、左は大きく断裂してしまった（図3）。

第5日

術式

頭部離断は環椎と軸椎の間で行った。腹臥位とし、後頭部の筋、神経、動脈、静脈を剥離、切断した。後頭鱗を鋸で切断し、上位頸椎の横突孔を開放して椎骨動脈を剖出した。脊髄神経前枝はマーキングして切断、後枝は残した。周囲を整理した後、椎弓を切断し脊髄を露出させた後、正中環軸関節の高さで切断した。仰臥位とし交感神経幹を中頸神経節の上でマーキングし



図3 一括摘出された肺と心臓

て切断、その他の神経もマーキングして切断した。外頸動脈、内頸静脈、総頸動脈、食道、椎前筋などを切断し、環椎と軸椎の間で頭部を離断した。

所見

頭部離断に長時間を要したため、特筆すべき所見を観察することはできなかった。

著者はここまでの参加となった。

IV. ま と め

肉眼解剖学研究者の裾野を広げることを目的とした「肉眼解剖学セミナー・新潟」が、2007年より新潟大学医学部、日本歯科大学新潟生命歯学部において開催されており、今回、第8回目(2014年)となるセミナーに主として顔面筋の知識を深めるために参加した。

顔面筋は、大きく個人差のある筋であることから、今回の実習でも口角下制筋 M.depressor anguli oris の停止位置の違い、小頬骨筋 M.zygomaticus minor と笑筋 M.risorius の欠如が認められ、教科書の記載と異なっていた。また、M.malaris については、眼輪筋の外側を走行する輪状になっていない細く薄い筋束²⁾（図2）で、現代の解剖書には記載されていない。このようにただ1例の解剖においても教科書の記載と異なる所見があり、臨床においても、常にそれを認識して施術する必要があると考えられる。

さらに、頸部においても、頸神経ワナは内頸静脈の浅層を通るものが35~40%、深層を通るものが60~65%³⁾といわれているが、今回の所見では同一個体で

左側は深層、右側は浅層を通っていた。

開胸に関しては、一般的な学生実習では、前鋸筋の起始部よりやや後ろの線で各肋間筋を指2本入る程度むしり、壁側胸膜を破らないように指で奥へ押し胸壁からはがし、この窓から肋骨ばさみを入れて肋骨を切断していき前胸壁を除去する術式を行う⁴⁾。この方法は簡便で時間がかからず、学生実習の効率化に主眼を置いている。本セミナーでは、胸骨の前面の皮質骨と海綿骨を除去、軟骨膜を残して肋軟骨を除去、後面の皮質骨を残して肋骨を前鋸筋の起始部まで除去し、後面皮質骨のみとなった胸骨を正中で切断し胸郭を観音開きで開く開胸術式をとった⁵⁾。この方法は、時間はかかるが、肋間神経、肋間動静脈を切断せずに済むような術式であり、肉眼解剖を専門としている研究者が行うことが多い。今回、この術式を行うことにより肋間神経、肋間動静脈の連続性を保ちつつ、特に肋間神経外側皮枝の分布を正確に観察することができた。

胸腺に関しては、高齢になると退縮して大部分が脂肪に置き換わるといわれているが、今回も脂肪塊に置き換わっていた。

また、胸部内臓は通常の学生実習では心臓と肺を別々に摘出するが、本セミナーにおいては一括摘出した。これにより、気管支、肺動静脈などの位置関係を後方からも観察することができた。

今回のセミナー参加は、わずか5日間であったが、顔面筋について教科書と異なる所見が観察され、非常

に有意義な実習であった。この顔面筋に関しては、今後さらに症例を増やす必要性を感じた。

今後も、多くの医学研究者・医療技術者が、解剖学的知識を必要とする場合、このセミナーに参加し、知識を深めることが推奨される。著者自身も積極的に参加して肉眼解剖の研鑽を積んでいきたいと考えている。

文 献

- 1) 影山幾男：肉眼解剖セミナー・新潟開催の目的、2013年度 第7回肉眼解剖セミナー・新潟報告集、日本歯科大学新潟生命歯学部解剖学第1講座、日本歯科大学新潟生命歯学部解剖学第1講座、新潟：2014, 2.
- 2) 高見寿子：顔面の筋枝と皮枝、2012年度 第6回肉眼解剖セミナー・新潟報告集、日本歯科大学新潟生命歯学部解剖学第1講座、日本歯科大学新潟生命歯学部解剖学第1講座、新潟：2013, 68-72.
- 3) 寺田春水、藤田恒夫：解剖実習の手引き、南山堂、東京：2004, 27.
- 4) 寺田春水、藤田恒夫：解剖実習の手引き、南山堂、東京：2004, 273-278.
- 5) 山田致知、萬年甫：実習解剖学、南江堂、東京：1985, 270-277.

その他

母子保健からみるオーストラリア・ヴィクトリア州における 自閉スペクトラム症乳幼児への早期支援システム

奥野みどり¹⁾・宮内 洋²⁾・毛塚恵美子³⁾

Maternal and child health support system for infants with autism spectrum disorders in Victoria, Australia

Midori OKUNO¹⁾, Hiroshi MIYAUTCI²⁾, Emiko KEZUKA³⁾

キーワード：モニタリング、早期介入支援システム、自閉スペクトラム症、母子保健

I. はじめに

日本では、地域のすべての子どもを対象に乳幼児健康診査（以下乳幼児健診という）が行われ、いずれの健康診査も受診率が90%前後を推移するシステムである。発達障害の子どもたちは、育てにくさや育ちにくさという視点から不適切な養育に結びつきやすく¹⁾、その後の成長過程の中で二次障害を起こしやすい²⁾ことから昨今では、早期支援に向けた取り組みの必要性がクローズアップされている。その先駆的な取り組みの代表として、糸島プロジェクト³⁾が挙げられる。また、乳幼児健診に日本語版 M-CHAT (Modified Checklist for autism in toddlers : M-CHAT)⁴⁾ を取り入れ早期発見に取り組む市町村も見られるが、乳幼児健診からモニタリングが始まり発達段階に沿った継続的な評価が行われるシステムは整っていない。

オーストラリアは、政府が少子化の打開のため、母子保健に力を入れており、母子保健看護師 (Maternal and Child Health Nurse : M & CHN)⁵⁾ によるより専門性の高い支援が母子保健センター (Maternal and Child Health Centre : MCH センター) を核に行われている。その取り組みは、新生児の健康状態の把握から母親に対する育児支援、精神的支援と幅広く、また他機関との連携システムが構築されている。特にオーストラリア・ヴィクトリア州では、乳幼児健診の中に、ラトロープ大学オルガ・テニスン自閉症研究所が開発した自閉スペクトラム症⁶⁾の早期スクリーニング項目

「人への注意とコミュニケーション研究」(Social Attention and Communication Study : 以下 SACS と記す)⁷⁾ を取り入れている。また、早期介入デンバーモデル (Early Start Denver Model : ESDM)⁸⁾ を使った介入も一部ではなされており、モニタリングから診断、ESDM による療育、保護者支援が行えるシステムを構築している。

今回、乳幼児健診から始まる母子保健の取り組みの中で、オーストラリア・ヴィクトリア州での自閉スペクトラム症への早期介入支援システムについて調査を行ったので、その結果を報告する。

II. 調査方法

1. 目的

オーストラリア・ヴィクトリア州の自閉スペクトラム症乳幼児への早期支援システムを知る。

2. 方法

- 1) オーストラリア・ヴィクトリア州の自閉症への早期支援システムに関連する資料を、オーストラリア保健省、各州保健局のホームページから収集する。
- 2) 現地調査として、MCH センター、ラトロープ大学オルガ・テニスン自閉症研究センター (OTARC) 内、早期アセスメントクリニック (Early Assessment Clinic) および自閉症早期療育施設 (Autism

1) 群馬パース大学 2) 高崎健康福祉大学 3) 群馬県立女子大学

Specific Early Learning and Care Centre) を訪問し、乳幼児健診、早期診断、早期療育等の実際の場面の見学及び、スタッフへの聞き取り調査を行う。

3. 調査場所

- 1) オーストラリア・ヴィクトリア州、ロザンナ母子保健センター (Rosanna Maternal and Child Health : Rosanna MCH Centre)
- 2) オーストラリア・ヴィクトリア州、早期アセスメントクリニック (Early Assessment Clinic)
- 3) オーストラリア・ヴィクトリア州、自閉症早期療育施設 (Autism Specific Early Learning and Care Centre : ASELCC)

4. 調査期間

2014年9月15日～9月21日

III. 結 果

1. 調査の概要

オーストラリア・ヴィクトリア州の自閉症への早期支援システムに関連する資料を、オーストラリア保健省、各州保健局のホームページから収集した。また、調査期間内にオーストラリア・ヴィクトリア州ロザンナ母子保健センター、早期アセスメントクリニック、自閉症早期療育施設 (ASELCC) を訪問した。また、研究の趣旨を説明し来所及び相談者より同意が得られたので、乳幼児健診、発達検査、診断、早期療育等の実際の場面の見学を行うとともに、スタッフへの聞き取り調査を行った。

2. 自閉スペクトラム症乳幼児への早期支援に関わる機関の実際と早期支援システム

1) 母子保健のモニタリングからの早期発見支援システム

①母子保健センター (Maternal and Child Health : MCH センター) の紹介 (図1～3)

ヴィクトリア州には、150か所の MCH センターがあり 0～5 歳までの親子を担当している。オーストラリアでは、乳幼児健診は国でガイドラインが作成されており、推奨される健診の時期がある。この健診は MCH センターで実施され、生後 2 週目、4 週目、8 週目は家庭訪問を行い、そ



図1 Rosanna Maternal and Child Health (MCH) Centre (前景)
住宅街の一角に MCH センターがあり、住宅と同様の建物で景観と調和していた。



図2 乳幼児健診室
乳幼児健診が行われる部屋の中。奥に身長計と体重計が置かれている。棚には、保健指導に必要なパンフレットが並べられている。



図3 乳幼児健診室
母子保健看護師が問診や子どもの行動観察、保護者からの聞き取りを行うための机があり、PCが置かれている。このPCに直接入力した体重等はPC上に示されるプロットされた体重増加曲線を提示するなどして、保健指導が行われる。



図4 個人健康手帳（Personal health record：PHR）

出生時に出産した病院で、母親に手渡される。バインダー形式になっており随時入れ替えが可能。分娩時の状況を含む成長記録が記載できる。

右下は、SACS-R に同意したことを示す ID が付与された PHR の表紙の裏面。隣は SACS-R の案内パンフレット。

れ以降4か月、8か月、12か月、18か月、2歳、3歳半、4歳はMCHセンターにおいて健診が実施されている。また、母子保健看護師によってハイリスクの母子及び健診未受診者へは、随時訪問が行われている。また、24時間対応の電話相談が可能であり1施設で担当地域の母子に対し5年間にわたり一貫した支援が行われており、密接な関係を築くことが可能となる。

②個人健康手帳（Personal health record：PHR）の紹介（図4）

オーストラリアでは、分娩施設退院時にPHRという手帳が交付される。この手帳には、分娩状況、出生直後の新生児の状態から各健診時の身体計測の記録、医師の診察の記録などが記載されるようになっており、日本の母子手帳に類似している。自閉スペクトラム症乳幼児の早期発見に向けたモニタリングは、PHR交付時にモニタリングに同意すると手帳及びMCHセンターが管理する母子支援システムにIDが記され、モニタリングが開始される。PHRには、改訂版SACS（SACS-R）による保護者への聞き取り項目が記されている。

③乳幼児健康診査からのSACSを活用した自閉スペクトラム症乳幼児の個別のスクリーニングシステムの紹介

ラトロブ大学オルガ・テニス自閉症研究所によるSACSの試験的導入⁸⁾は、2006年9月から、2007年7月までで、22,168人の子どもを対象にメ

ルボルン市内の17地域84か所のMCH保健センターで行われた。なお、8、12、18、24か月の乳幼児を対象としたスクリーニングの実施に向けて、241名の母子保健看護師が、2006年9月～12月の4か月間に、トレーニングを受けた。現在も母子保健看護師によるスクリーニングは継続されている。

各時期の乳幼児健診では、SACS-Rが使われ自閉スペクトラム症乳幼児に関連する「人への注意とコミュニケーション」の一連の特異症状を発見するための乳幼児のアセスメントが行われている。MCHセンターでは、健診が行われる部屋は子どもが自由に遊び回れるよう配慮されており、その時々の子どもの様子や母子保健看護師が子どもに働きかけてやり取りする場面の行動観察をとおしてアセスメントする。合わせてPHR手帳に記載されているSACS項目について保護者から聞き取りが行われ、行動観察と保護者からの聞き取りの2方向からのアセスメントを行う。そして、母子保健看護師はやり取り場面の評価及び保護者からの聞き取りを総合し、子どもの発達の評価結果を保護者にフィードバックしながら保健指導を行う。健診時間は30分ごとの予約制をとっており、個別健診で行われている。健診は、母子保健看護師が母子と1対1の関わりの中で行われ、医師は介在していない。乳幼児健診時に専門機関の支援が必要と判断されると、ラトロブ大学内の早期アセスメントクリニック、一般開業医（General

Practitioner : GP)、専門医 (Specialist) へ紹介するシステムが構築されている。

2) 早期診断から早期支援へ繋ぐシステム (図5)

今回、早期アセスメントクリニックで行われた自閉スペクトラム症の疑いのある2歳児の早期診断場面を保護者の同意を得て、ミラー越しに見学した。本児は、MCH センターからの紹介でラトロープ大学オルガ・テニス自閉症研究センター内クリニックを訪れ、発達検査及び診断を受けた。クリニックでは、発達テストとしてムーラン早期学習スケール (Mullen Scales of Early Learning) を、自閉症診断ツールとして自閉症診断観察尺度 (Autism Diagnostic Observation Schedule : ADOS) を使用し評価している。一方保護者に対しては、自閉症診断面接票 (Autism Diagnostic Interview-Revised : ADI-R) を実施する。検査者は2名で、1人が子どもを対象に、もう1人が保護者へのインタビューを行う。概ね1時間余りの時間で検査を行い、検査者同士のカンファレンス後、保護者に向け診断結果を告げた。検査者は保護者の気持ちに配慮し寄り添いながら、テストの結果を確認し子どもの現在の課題を提示した後、メルボルン市内で支援が受けられる機関等について説明し、保護者向けの支援として、ESDM に基づいた保護者向けの本「An Early Start For Your Child with Autism」¹⁰⁾をその場で手渡し、自閉スペクトラム症に関する知識と家庭での子どもとの関わり方を含めた効果的な支援方法について学ぶ機会を与えていた。



図5 オーストラリア・ヴィクトリア州、早期アセスメントクリニック (Early Assessment Clinic)

発達テストが行われる部屋。大きな鏡はマジックミラーになっており、隣の部屋から観察ができるようになっている。

3) 自閉症早期療育支援

①オーストラリアにおける自閉症早期療育 (表1)

オーストラリアでは、2000年前後から、相次いで自閉症早期療育の効果に関するエビデンスの包括レビューが発表されている¹¹⁾。

②自閉症早期療育施設 (ASELCC)におけるESDMの実践 (図6)

ESDM は、カリフォルニア大学マインド研究所の心理学者サリーロジャーズらによって進められている、自閉スペクトラム症の乳幼児への早期介入法である。ESDM のカリキュラムは、人への定位と人への注意・感情を共有し、合わせる・模倣・共同注意・言語・機能的な遊びと象徴的な遊びに焦点を当て人との関係を基盤にアプローチから、社会的な学習の基盤作りを目指している。ESDM は基本1対1の個別セッションで行われるが、自閉症早期療育施設 (ASELCC) では、ESDM を応用し集団における療育を行い、成果を出している。その集団の構成は大小のグループ活動から成る。その活動の目的は、グループ内で、他の子どもとすぐそばに座っていられる力・一人の先導している大人に注意を向け、その注意を維持する力・大小のスループ内で、すでに習得したスキルを発揮できる力・グループ内の子どもからの誘いに反応する力を育てることを目標としている。その目標に向けた物理的環境の整備や、毎日の予定と流れにも配慮がなされている。活動の選択では、子ども一人ひとりの目標に沿って子どものスキルレベルに合わせた難易度の調整された活動が行われていく。3週間ごとにカリキュラムが検討され、3か月ごとに発達評価がなされる。グループ活動は、子ども3-4人の小グループで、一日の中で午前午後それぞれ1回10分の共同活動中に、30秒ごとに一人ひとりに合わせた働きかけが行われる。また、次の活動への移行にも目的を持たせ工夫がなされている。本施設では子どものデータの収集にスマートフォンを活用し、個別のデータがスタッフ、研究者と共有されながら瞬時に反映できる工夫がされていた。見学時、トレーナーは活動の合間にスマートフォンを片手に入力し、時には子どものその時々様子を写真に収めながら、データを入力しアセスメントしながら指導計画を確認していた。臨床と研究が同時になされ、エビデンスに基づいた早期介入の療育が行われている様子

表1 オーストラリアにおける自閉症早期療育
(オーストラリア自閉症早期療育エビデンス・レビュー¹¹⁾より)

生物学的介入		薬物療法
補完代替医療		食事療法 キレーション イースト過剰増殖 消化酵素 セクレクチン 三種混合ワクチンの不接種 ビタミンBとマグネシウム 頭蓋オステオパシー
精神力動的介入		抱っこ療法 フェラプレイ
教育的介入	行動的介入	応用行動分析 (ABA) (早期) 集中行動介入 (EIBI/IBI) 現代型 ABA (NLP など)
	発達の介入	発達の対人関係・語用論モデル (DSP) フロアタイム 関係発達の介入
	療育的介入	コミュニケーションに焦点を当てた介入 視覚的支援、拡大代替コミュニケーション (AAC) 絵カード交換式コミュニケーションシステム (PECS) ソーシャル・ストーリー ファシリテータイド・コミュニケーション (FC) 機能的コミュニケーション訓練 (FCT) 感覚・運動的介入 感覚統合療法 聴覚統合訓練 ドーマン・デラカート法
	複合的介入	サーツ・モデル TEACCH LEAP
	その他の介入	音楽療法 SPELL ミラー法
	家族支援	ヘイネンプログラム 「アーリーバード」プログラム



図6 自閉症早期療育施設 (Autism Specific Early Learning and Care Centre : ASELCC) 施設の玄関。

を知ることができた。本施設の療育を受けた子どもたちは就学にあたり、通常学級に進学していることから、療育の効果が高いことが伺われる。

IV. 考 察

今回のオーストラリア・ヴィクトリア州の自閉スペクトラム症乳幼児への早期支援に関する調査では、早期発見の場として乳幼児期の自閉スペクトラム症のスクリーニングに乳幼児健診が、重要な役割を果たしていた。これは現在の日本においても同様である。しかし、その乳幼児健診の背景にある母子保健に携わる従事者の教育を含む体制には大きな違いがあり、より専門性や精度の高いシステムの中で行われていた。日本の乳幼児健診は、マススクリーニングが一般的であり、アセスメント場面では、一つの部屋で皆が同じ部屋に集まり、保護者と子どもが保健師と向き合うような位置で1対1でテーブルを介して、健診票に基づき、順次保護者からの聞き取りを中心とした問診が展開される。健診に掛かる時間は概ね1時間半から2時間と長時間に渡るため、自閉スペクトラム症の早期発見に向

けたスクリーニング評価の課題もあるが、乳幼児健診そのものの質的評価も問われている。MCHセンターにおける調査時に12、18か月の乳幼児健診場面を見学したが、掛かる時間は1時間程度であり母子ともに緊張した雰囲気はなく和やかな雰囲気です。丁寧でありながら、かつパソコンに所見等を直接入力しながら養育者に画面のデータを示し、保健指導が行われていた。しかも、非常にスムーズに的確な質問が養育者との自然なやり取りの中でなされていた。母子保健の視点においても、自閉スペクトラム症児の早期発見に向けた取り組み以前に、学ぶべき点は多いと考えられる。

また、オーストラリアでも多くの療育が存在する中で、今回見学したESDMの療育は、アセスメントと定期的な発達検査に基づいた個々の子どもの発達評価が行なれ、その都度目標設定がなされる中で支援が行われる仕組みになっていた。また、その子どもへの支援の仕組みが臨床研究とともにエビデンスに基づき行われていた。我が国においても多くの療育が併存し、どこの療育施設も待機児童数が増えつつある。しかし、それらの療育が障害児やその家族が抱えるさまざまな困難を軽減する上で本当に効果があるのか、臨床データに基づき客観的に検討できる資料は少ない。エビデンスに関する情報は、自閉症児の保護者側がわが子の療育を選択する上で大いに参考となる。療育や治療は自治体の費用便益を考える上でも、エビデンスに基づいた療育の在り方は大きな示唆を与えるものであり、ESDMの早期介入のシステムは、今後の日本での取り組みの一助になると考える。

V. お わ り に

自閉スペクトラム症の子どもたちの早期発見の取り組みから早期支援が開始されることは、自閉スペクトラム症の子どもたちの発達を保障し、二次障害を予防することに繋がっていく。それには、早期発見と同時に早期支援の取り組みも両輪となって取り組まれることが重要である。早期支援は、日本においても喫緊の課題である。本調査における先駆的な早期支援の取り組みが一助となり、エビデンスのある療育が受けられるシステムが早期に実現することを希望してやまない。

〔付記〕

本報告は、平成26年度二国間交流事業オープンパートナー共同研究「自閉症スペクトラム障害の早期発

見・介入における文化・人種的要因」(研究代表：群馬県立女子大学、毛塚恵美子)による。

文 献

- 1) 杉山登志郎：発達障害の子どもたち。講談社現代新書，東京：2007.
- 2) 小寺澤敬子：就学前軽度発達障害児への評価と支援について，LD研究 16：2007：293-207.
- 3) 大藪 泰・田中みどり・伊藤英夫（編）：共同注意の発達と臨床。川島書店，東京：2004：275-298.
- 4) Inada, N., Koyama, T. and Kamio, Y. et al.: Reliability and validity of the Japanese version of the Modified Checklist for autism in toddlers (M-CHAT). Research in Autism Spectrum Disorders 5：2011：330-336.
- 5) <http://www.education.vic.gov.au/childhood/parents/mch/Pages> (2014.11.17参照)
- 6) 日本精神神経学会 精神科病名検討連絡会：DSM-5 病名・用語翻訳ガイドライン (初版)。精神経誌 116(6)：2014：429-457。
https://www.jspn.or.jp/activity/opinion/dsm-5/files/dsm-5_guideline.pdf (2015. 3 .26参照)
- 7) Barbaro, J. and Dissanayake, C.: Prospective identification of autism spectrum disorders in infancy and toddlerhood using developmental surveillance The social attention and communication study. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics 31：2010：376-385.
- 8) Vivanti, G., Dissanayake, C., Zierhut, C., Rogers, S. J. and ASELCC Victorian Team.: Brief report: Predictors of outcomes in the Early Start Denver Model delivered in a group setting. Journal of Autism and Developmental Disorders 43(7)：2013：1717-1728.
- 9) Barbaro, J. and Dissanayake, C.: Developmental surveillance of infants and toddlers by maternal and child health nurses in an Australian community-based setting Promoting the early identification of autism spectrum disorders. Journal of Pediatric Nursing 26(4)：2011：337-347.
- 10) Sally, R., Geraldine D. and Laurie, A.: An early start for your child with autism using every day activities to help kids connect, and learn. The

Guilford Press, New York. London : 2012.

- 11) Roberts, J. M. A. and Prior, M. : A review of the research to identify the most effective models of practice in early intervention of children with autism spectrum disorders. Australian Government Department of Health and Ageing, Australia : 2006 : 井上雅彦 監訳 : オーストラリア自閉症早期療育エビデンス・レビュー.
<http://www.tsumiki.org/Australia.pdf> (2015. 2.16参照)

群馬パース大学紀要投稿規程

(資格)

- 第1条 群馬パース大学紀要（以下「紀要」という。）に投稿することができる者は、次に掲げる者、及びこれらの者と共同研究を行っている者とする。
- (1) 群馬パース大学の教員
 - (2) 群馬パース大学附属研究所研究員
 - (3) 群馬パース大学の卒業生、研究生、大学院生、大学院修了生
 - (4) 群馬パース大学関連医療機関・施設の従事者
- 2 前項とは別に、委員会は、必要に応じて特別のテーマについて原稿を依頼することができる。この場合は、原則として総説に準じた扱いとする。

(発行)

- 第2条 紀要は、年1回以上発行する。

(投稿原稿の種類)

- 第3条 投稿原稿の種類は、次のとおりとする。
- (1) 投稿は、群馬パース大学の学術研究の発展に寄与する総説、原著論文、研究ノート、資料、事例報告、その他（書評、資料紹介など）のいずれかとし、未発表のものに限る。
 - (2) 総説とは、研究の動向、成果など当該分野の研究の全般について広く解説するものとし、図表・注等一切を含め20,000字以内とする。
 - (3) 原著論文とは、新しい価値ある理論・結論あるいは事実を含むと認められるものとし、12,000字以内とする。
 - (4) 研究ノートとは、論文として十分な結論を得るに至らないが、限定された部分についての知見・発見や新たな実験方法などによる速報的な内容をもつものとし、8,000字以内とする。
 - (5) 資料とは、調査、統計、文献検索、実験などの結果の報告で、研究の資料として役に立つものとし、12,000字以内とする。
 - (6) 事例報告とは、注目すべき事例の記述や、先行の研究成果や方法を実践に適用して得られた結果を記述したものとし、8,000字以内とする。
 - (7) その他とは、紹介、翻訳、書評、随筆などで、4,000字以内とする。
 - (8) 上記の原稿の区分は、投稿者が行うが、群馬パース大学研究委員会紀要部会（以下「紀要部会」という。）が区分およびそれに伴う必要な変更を求めることがある。

(投稿の手続き)

- 第4条 投稿の手続きは、次のとおりとする。
- (1) 投稿原稿は、群馬パース大学紀要投稿に関するガイドラインに従って作成したものでなければならない。群馬パース大学紀要投稿に関するガイドラインは別に定める。
 - (2) 投稿から掲載までにかかけられる期間（編集等に要する期間）は、原則1年以内とする。
 - (3) 投稿原稿がきめられた枚数を超える分については、投稿者の実費負担とする。
 - (4) 英文投稿、英文要旨については、校閲を受けたものを提出する。その際、校閲を受けたことを証明できる書類（校閲証明書、領収書等のコピー）を添付する。

(審査および採否)

第5条 原稿の審査および採否は、査読を経て紀要部会において決定する。

(校正)

第6条 校正は、初校から校了まで投稿者の責任とする。また、校正時における内容の変更や追加は、認めない。

(別刷り)

第7条 別刷りは、30部とする。なお、30部を超える別刷りに要する費用は、投稿者の負担とする。

(著作権)

第8条 紀要に記載された論文等の著作権は、群馬パース大学に帰属する。

(論文掲載証明書)

第9条 本紀要に採用が決定し、掲載予定の論文に対して、本人の求めに応じ、「論文掲載証明書」を発行する。

(改廃)

第10条 この規程の改廃は、教授会の議を経てこれを行う。

附則 この規程は、平成10年12月2日から施行する。

この規程は、平成12年9月1日から施行する。

この規程は、平成12年9月11日から施行する。

この規程は、平成17年4月1日から施行する。

この規程は、平成17年10月19日から施行する。

この規程は、平成23年4月1日から施行する。

この規程は、平成23年1月18日から施行する。

この規程は、平成24年4月1日から施行する。

群馬パース大学紀要投稿に関するガイドライン

I. 執筆要項

1. 執筆の形式

- 1) 投稿原稿は、横書きとし、パーソナルコンピューターを使用して作成する。
- 2) 入稿時のファイル保存形式はワード、エクセル、PDF で保存されたファイルに限る。
- 3) 和文原稿はA 4判用紙に40字×30行、英文原稿はA 4判用紙に20行ダブルスペースで片面印刷する。
- 4) 字句・叙述は完結・明確にして常用漢字・現代仮名遣い・算用数字を原則として用いるが、専門分野によってはこの限りでない。
- 5) 英数字は原則として半角を用いる。
- 6) 文中に元号と西暦は混用せず、一方又は両方を記載する。

2. 提出書類

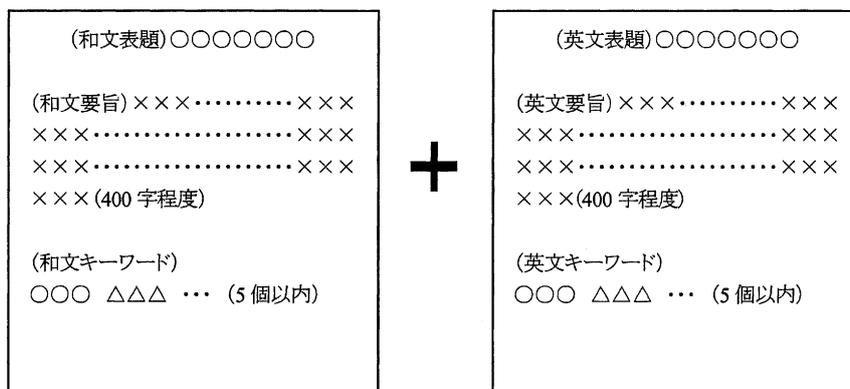
- 1) 添付票群馬パース大学学内グループウェア上の共有ファイル又は紀要の巻末ページをコピーして作成する。

- 2) 要旨等

【和文の総説及び原著論文の場合】

- ・和文表題、400字程度の和文要旨、和文キーワード（5個以内）をつける。
- ・英文表題、250字程度の英文要旨、英文キーワード（5個以内、固有名詞・略語等を除き小文字とする）をつける。

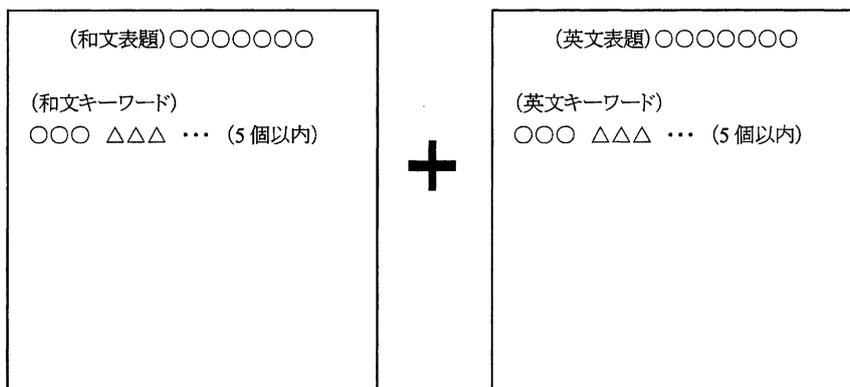
例)



【和文：研究ノート、資料、事例報告、その他の場合】

- ・和文表題、和文キーワード（5個以内）をつける。
- ・英文表題、英文キーワード（5個以内、固有名詞・略語等を除き小文字とする）をつける。

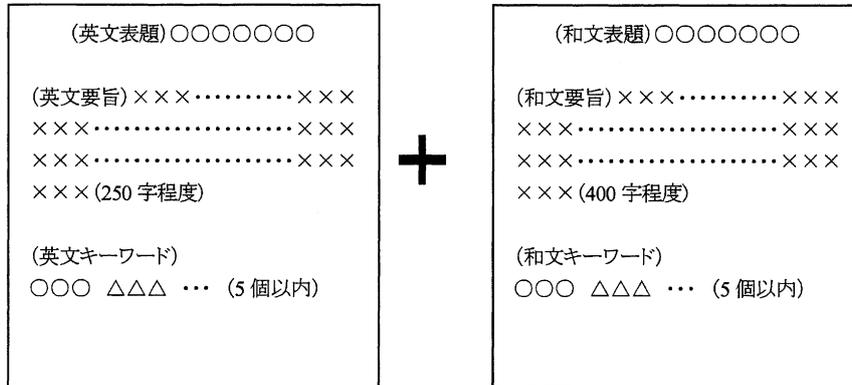
例)



【英文論文の場合】

- 英文表題、250字程度の英文要旨、英文キーワード（5個以内、固有名詞・略語等を除き小文字とする）をつける。
- 和文表題、400字程度の和文要旨*、和文キーワード（5個以内）をつける。
*和文要旨は印刷される。

例)



3) 本文

- 「I. はじめに」等から書き始め、表題、著者名等は記載しない。
- フッターにはページ番号を、本文欄外にはページごとに行番号を付与して印字する。
- 章立て、見出し、註、文献の記入の仕方は各学問領域における慣行に従うこととし、統一された記載方法であれば特に問題ないが、参考までに文献の記載例を以下に示す。

【雑誌論文】

和文

著者名：論文名，雑誌名 卷（号）：発行年（西暦）：頁〇－〇，引用頁。

英文

著者名：論文名，雑誌名（イタリック）Vol. (No.)：発行年（西暦）：頁〇－〇，引用頁。

【著書・編著】

和文

単著の場合

著者名：書名，出版社名，発行地：発行年（西暦），引用頁。

共著の場合

著者名：論文名，書名，編者名，出版社名，発行地：発行年（西暦），引用頁。

英文

単著の場合

著者名：書名（イタリック），出版社名，発行地：発行年（西暦），引用頁。

共著の場合

著者名：論文名，書名（イタリック），編者名，出版社名，発行地：発行年（西暦），引用頁。

【インターネット】

著者名：“Web ページの題名”。Web サイトの名称，入手先，（参照日付）。

（注1） 著者が3名以上の場合は、「～他」、若しくは「et. al」で略記する。

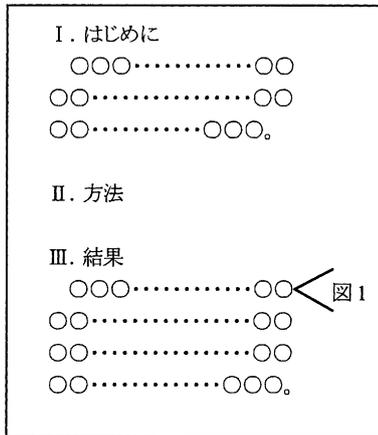
（注2） 編者は、氏名の後に「編」、若しくは「ed.」をつける。

（注3） 雑誌名は、慣用略称を用いる。医学系の場合は、医学中央雑誌収載誌目録および Index Medicus に従う。

4) 図表等

- ・ 図、表には「図1」、「表1」等の通し番号をつける。
- ・ 図表は一括して原稿末尾に添付し、A4版用紙1枚につき1つ記載する。
- ・ 図表の枚数および大きさは、全原稿の制限内に納めることとする。
- ・ 印刷時の大きさの特定を希望する場合は、縦横の寸法も記入する。
- ・ 本文の欄外に、各図表の挿入希望位置を指定する。

例)



- ・ 特殊印刷の場合の経費は、投稿者が負担する。

II. 投稿原稿の提出方法

1. 提出内容

- ① 添付票 1部
 - ② 要旨等
 - ③ 本文
 - ④ 図表等
- ②～④* 原本1部+コピー2部

*②～④は1部毎にダブルクリップで綴じる(ホッチキスは使用不可)。

- ⑤ 臨床研究/疫学研究/遺伝子研究の場合は、研究倫理に関する承認書のコピー1部
- ⑥ 総説/原著論文/英文論文の場合は、英文校閲を受けたことを証明できる書類(校閲証明書、領収書等)のコピー1部

2. 提出先

〒370-0006 群馬県高崎市問屋町1-7-1
群馬パース大学 紀要編集委員会
TEL: 027-365-3366 (代)

群馬パース大学紀要 添付票

該当項目について記入し、にチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/> 初回	<input type="checkbox"/> 査読後提出(回目)	<input type="checkbox"/> 査読後最終提出	<input type="checkbox"/> 取り下げ希望	提出日	年	月	日
-----------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	-----	---	---	---

(1) 論文の種類 総説 原著論文 研究ノート 資料 事例報告 その他(書評、資料紹介など)

(2) 表題 (和文) _____

(3) 表題 (英文) _____

(4) 所属機関および連絡先

著者名 (和文) _____ 著者名 (英文) _____

所属機関 (和文) _____ 所属機関 (英文) _____

連絡先 (校正原稿送付先: 自宅 所属機関)

〒 _____

住所: _____

TEL: _____ E-mail: _____

共同著者名 (和文) _____ 共同著者名 (英文) _____

所属機関 _____

投稿者用チェックリスト

原稿スタイルは群馬パース大学紀要投稿に関するガイドラインに従っている。

用紙 A4

1ページ字数 ワードプロセッサ: 1,200字

全体字数 総説: 20,000字、原著論文: 12,000字、研究ノート: 8,000字

資料: 12,000字、事例報告: 8,000字、その他: 4,000字

本文中の図表番号と図表の番号が正しく対応している。

本文原稿の欄外に各図表の挿入箇所を指定している。

本文中の注、脚注、引用文献の番号と注釈、文献の番号が合致している。

本文中の引用と文献のつづり、発行年が合致している。

句読点は、「、」「。」を使用している。

投稿規定の範囲内の原稿枚数に収まっている。

原稿の順序は①添付票、②要旨等(題目、キーワード含む)、③本文(文献含む)、④図表(資料、写真含む)の順になっている。

原稿を3部(①~④原本1部、②~④コピー2部) / 査読後(最終)の場合は①~④1部(原本)と電子データ(CD、USBのいずれか)を準備した。

臨床研究/疫学研究/遺伝子研究の場合は、研究倫理に関する承認書のコピー1部を添付した(初回のみ)。

英文校閲を証明する書類を添付した(総説、原著論文、英文論文の場合、初回のみ)。

編集後記

紀要第十八号から三回わたり、特集「群馬パース大学のあゆみ」をお届けしています。第二回目である今回のテーマは「理学療法学科の過去・現在・未来」です。本学の前身である群馬パース看護短期大学、群馬パース学園短期大学時代から本学と歩みを共にし、現在の理学療法学科の基盤を作られた松澤正先生が執筆して下さいました。先生はこの三月をもちまして現職を退かれますが、これまで多くの学生、教員を教え導いてくださった功績に対し、心より敬意を表したいと思います。

さて紀要第十九号には、巻頭言、連載の他に三編の論文と、二編の原稿が投稿されました。根生氏の原著論文では、看護管理者が管理のために行っている夜間勤務において、様々な責任を担っている現状と課題を提示しています。二宮氏からは、手術等を受ける小児に対して実施されるプレパレーションについて、学生に理解させる絶好の機会である臨床実習での実施状況ならびに認識の変化について報告がなされました。また、浅見氏、奥野氏からは、それぞれが専門とする分野における、最先端の知識や取り組みについて紹介がなされています。いずれも専門的な領域について、著者の日々の意欲的な取り組みが伝わってくる興味深い内容となっています。

群馬パース大学

紀要編集委員会委員長

小林亜由美

群馬パース大学紀要 第19号

2015年3月31日 印刷発行

発行人 栗田昌裕 小林亜由美 木村 朗
小河原はつ江 鈴木 学 馬醫世志子
白土佳子 洞口貴弘 関崎 淳二
川田真弓

発行所 群馬パース大学

〒370-0006 群馬県高崎市問屋町1-7-1

Tel 027(365)3366 Fax 027(365)3367

E-mail paz@paz.ac.jp



群馬パース大学(高崎市問屋町)



星の降る郷セミナーハウス高山

群馬パース大学高山キャンパス内宿泊研修・合宿等多目的利用施設

群馬パース大学附属研究所・美郷医学研究所