



環境療法的アプローチによる入院中の被虐待児への ケアモデル：デルファイ法によるケア項目の検討

著者	檜木野 裕美, 岡? 裕子, 内田 貴之, 小針 直子, 羽畑 正孝
引用	大阪府立大学看護学部紀要. 21, p.57-63
URL	http://doi.org/10.24729/00005513

資 料

環境療法的アプローチによる入院中の
被虐待児へのケアモデル
—デルファイ法によるケア項目の検討—

Care Model for Abused Children in the Pediatric
Word Using Milieutherapeutic Approach
— Applying a Delphi Survey —

植木野 裕美¹⁾・岡崎 裕子¹⁾・内田 貴之²⁾
小針 直子³⁾・羽畑 正孝¹⁾

Hiromi NARAGINO¹⁾, Yuko OKAZAKI¹⁾, Takayuki UCHIDA²⁾,
Naoko KOBARI³⁾, Masataka HABATA¹⁾

キーワード：環境療法的アプローチ, 被虐待児, ケアモデル, ケア項目, デルファイ法
Keywords: Milieutherapeutic Approach, abused children, care model, care item,
a Delphi Survey

要 旨

本研究は、環境療法的アプローチによる入院中の被虐待児へのケアモデルの構築に向けて、必要なケア項目を明らかにすることを目的に、3段階のデルファイ法による調査を行った。第1回調査は、7人の小児救急認定看護師を対象に半構成面接法により必要なケア項目を抽出し質問紙を作成した。第2回調査は看護師143人、第3回調査は122人に対して、環境療法的アプローチによる被虐待児に必要なケアの88項目を「非常に必要」から「全く必要ない」の5段階で回答を求めた。結果、【子どもや親の情報収集】では、〈普段の世話の状況〉〈子どもに対する姿勢〉〈既往〉〈健康管理〉〈サポート体制〉の22項目、【子ども・親へのケアの実際】の〈基礎知識〉10項目、〈ケアの体制〉〈子どもの受け止め〉〈生活援助のケア〉〈問題行動への対処〉〈親へのケア〉〈多機関連携〉〈看護師の感情〉の日常生活の中での対応に関する30項目の計62項目が必要な項目であることが明らかになった。

I. はじめに

子ども虐待の相談件数は年間7万件を超え、問題は深刻である（厚生労働省, 2014）。子ども虐待は、予防・早期発見・対応・再発防止に至る切れ目のない関わりや、他機関及び機関内連携や地域とのネットワーク作りが重要である。また子ども虐待の予防のために、周産期からの育児支援の必要性の認識も高まっている。虐待医療では、発

見・診断・入院による保護・被虐待児の治療・長期フォロー等が必要であり、看護職には、被虐待児の早期発見・アセスメント・治療的ケアの提供が求められる（海野ら, 2007）。入院中の被虐待児へのケア経験のある看護職は、2002年調査においてすでに70%を越えているが、そのケアは、入院初期にはできるだけ被虐待児を受容し安定した生活の提供、と認識されているが、その具体的な方略は手探りである。さらに、入院後、被虐待児

受付日：2014年9月26日 受理日：2014年12月12日

1) 大阪府立大学学術研究院第3学群看護系

2) 杏林大学医学部付属病院

3) さいたま市立病院

の変化に伴い彼らのケアの方法も変えていく必要があるが、入院から退院に至る過程を通じたケアのあり方は明らかになっていない（浅野ら、2009）。看護職が関わるのは行動問題を抱えた被虐待児である。彼らに残る虐待の影響は、外傷やほぼ全例に心の傷つき、特に自尊心のなさ、基本的信頼感のなさ、愛着障害が最も核の傷つきである（西澤、2008；奥山、2003）。それらのさまざまな影響に対して治療的に関わることは、彼らの身体・心を守ること、ひいては人生を守ることに繋がるものである。

本研究は、被虐待児への治療的ケアとして、その重要性の認識はあっても心理治療ほど注目されてこなかった被虐待児への日常生活のケアに焦点を当てたものである。Gil (1991) は、彼らに対して心理治療と共に日常生活の援助を通じて行う治療的ケアの必要性を強調している。それは、生活の場でプレイセラピーや心理治療等と並行した生活環境すべてを治療的に活用する環境療法の考え方である。つまり被虐待児への治療においてプレイセラピー等の心理療法だけでなく、心理治療に費やす時間以外の生活時間が治療的に被虐待児に作用することが重要という考え方である。睡眠や食事、遊び等の子どもにとって当たり前の日常生活を繰り返すことが被虐待児には安定をもたらす、彼らの情緒的成長や回復という治療的効果が大きい（楢原、2011；村瀬、1996；西澤、2005）。これは、彼らに24時間を通して関わっている看護職だからこそできるケアである。彼らに安定した生活のなかで安心感をもたらす、同時に、彼らがプレイセラピーや心理治療等の専門的治療を効果的に受けることに繋がるものであり心理学領域では重要視されている。病院という非日常的な場において、彼らに‘健康的で普通の生活’を組織するために環境療法的アプローチの視点に立ち、彼らの24時間の生活に関わり、彼らと看護師との日常的なやりとりを治療的ケアの機会として活用するために、入院期間を通じたケアモデルを構築する必要がある。

II. 研究目的

本研究の目的は、環境療法的アプローチによる入院中の被虐待児へのケアモデルの構築のため、ケアモデルに必要なケア項目を明らかにすることである。

III. 研究方法

本研究ではデルファイ法 (Hasson, F., et al., 2000) を用いた。デルファイ法を用いたのは、小児看護において入院している被虐待児に対するケアのあり方についてコンセンサスが得られていない状況にあるため、3段階のデルファイ法の調査を行い、ケア項目に対する看護師の意見を収めんとする。

1. 3段階による調査の手順及び研究対象者

1) 第1回調査

第1回調査は質問紙作成で、半構成面接による面接調査によりケア項目を抽出し質問紙を作成した。面接調査の研究対象者は、小児救急認定看護師7人である。日本看護協会のホームページから西日本の医療機関勤務の小児救急認定看護師に対して、所属施設の施設長、看護部長に研究協力を依頼し、同意を得て小児救急認定看護師に研究協力依頼文書の配布を依頼し、連絡先用紙の返送のあった者を研究対象者とした。調査内容は看護師の属性、入院中の被虐待児に対するケアの実際、ケアモデルに必要と考えるケア項目である。面接内容は、研究対象者の許可を得て録音し、その内容から逐語録を作成した。内容分析を行い環境療法的アプローチによるケアモデルに必要なケア項目をひとつの単位としてコード化し分類しケア項目を抽出した。

2) 第2回調査

第2回調査は質問紙調査である。研究対象者は、小児（科）病棟または小児・成人混合病棟の看護師長または管理的立場の看護師246人である。幅広い意見を得るために全国の病床数500床以上の小児科を有する病院および小児専門病院で、施設長、看護部長に研究協力を依頼し、同意を得て条件に合う看護師長、看護師に研究協力依頼文書の配布を依頼し、連絡先用紙の返送のあった者を研究対象者とした。研究対象者の連絡先に作成した質問紙を示し、その項目毎に、「非常に必要」「必要」「どちらでもない」「必要ない」「全く必要ない」の5段階のリッカートスケールで回答を求めた。また研究対象者が必要と考える項目があれば自由記載により意見を求めた。質問紙は無記名で郵送にて回収した。

3) 第3回調査

第3回調査の調査対象者は第2回調査に回答した者である。調査に当たり、第2回調査に回答した者のみが調査対象者であることを文書で説明した。第2回調査結果をもとに「非常に必要」「必

要」の合計が80%未満の項目は除外し、自由記載の意見から項目を追加した質問紙を作成した。第2回調査の集計結果を添付した。回答にあたり、①前回の調査結果を参照して回答すること、②前回の意見を変更してよいこと、を文書に加えて送付し郵送にて回収した。

2. 分析方法

デルファイ法でのコンセンサスを示す意見一致率は、50.1% (澤井ら, 2004), 80% (山口ら, 2008), 90% (大倉, 2004) と研究者によりさまざまである。本研究ではケアモデル構築のための項目の示唆を得るための調査であるため意見一致率を80%以上に設定し、「非常に必要」「必要」を合わせた意見一致率80%以上を越えた項目を採用した。

3. 倫理的配慮

大阪府立大学看護学部研究倫理委員会の審査を受け承認を得た(申請番号23-39, 申請番号23-67)。また研究協力者の要請に応じて施設の倫理委員会の審査を受け承認を得た。調査に当り、対象施設の施設長、看護部長、研究対象者の同意を得て実施した。研究協力依頼文書には、研究目的、方法、研究への協力は自由意思であり、不参加でも不利益を被ることはないこと、研究過程で途中辞退が可能なこと、プライバシーの保護、病院や個人が特定されないこと、得たデータは研究目的以外に使用しないこと、データは厳重に保管すること、研究成果は学会発表や投稿する可能性があること、研究成果を施設及び研究対象者に郵送することを明記した。さらに、研究協力依頼文書の内容に加え、第1回調査の研究対象者に面接中の録音許可を得、同意書への署名を求めた。第2回調査の研究対象者には質問紙調査は2回実施すること、第2回調査に回答しなかった場合には第3回調査に回答しなくてよいこと、質問紙の返送により研究参加の同意を得たと判断することを文書で説明した。

IV. 結果

1. 第1回調査

研究対象者の看護師経験年数は平均13.4 (SD=4.2) 年、小児看護経験年数は平均12.6 (SD=4.0) 年、面接時間は平均48.5 (SD=5.9) 分であった。逐語録から環境療法的アプローチによるケアモデルに必要なケア項目をコード化、分類し、カテゴリーを【】, サブカテゴリーを〈〉で表した。結果、【子どもや親の情報収集】では、〈普段の

世話の状況〉〈子どもに対する姿勢〉〈既往〉〈健康管理〉〈サポート体制〉に関する35項目を抽出した。

【子ども・親へのケアの実際】では、〈基礎知識〉14項目、〈ケアの体制〉〈子どもの受け止め〉〈生活援助のケア〉〈問題行動への対処〉〈親へのケア〉〈多機関連携〉〈看護師の感情〉の日常生活の中での対応に関わる39項目を抽出した。これらの項目から質問紙を作成した。

2. 第2回調査

研究対象者の看護師246人に質問紙を送付し、143人(回収率58.1%)から返送があった。「非常に必要」「必要」が80%以上の項目は、【子どもや親の情報収集】では25項目であった。必要と考える項目に対する自由記載では、「子どもが触れられることを嫌がること」、「就学・就園状況」「時間外受診」の3項目であった。【子ども・親へのケアの実際】では、〈基礎知識〉で意見一致率80%以上の項目は10項目であり、必要と考える項目の記載はなかった。日常生活の中での対応に関わる項目で意見一致率80%以上の項目は31項目であった。必要と考える項目に対する自由記載では、「医療者への暴力の対応」「ペアレンティングトレーニング」「親の受診先との連絡に関すること」「地域の資源活用に関すること」「連携全般的なあり方」の5項目であった。

3. 第3回調査

第3回調査では、研究対象者122人(回収率85.3%)から返送があった。「非常に必要」「必要」が80%以上であった項目は、【子どもや親の情報収集】の〈普段の世話の状況〉の3項目、〈子どもに対する姿勢〉の6項目、〈既往〉の4項目、〈健康管理〉の8項目、〈サポート体制〉の1項目の22項目(図1)であった。

【子ども・親へのケアの実際】の〈基礎知識〉の意見一致率80%以上であった項目は10項目(図2)であった。日常生活の中での対応に関わる項目(図3, 4)では、〈ケアの体制〉の5項目、〈子どもの受け止め〉の2項目、〈生活援助のケア〉の6項目、〈問題行動への対処〉の8項目、〈親へのケア〉の4項目、〈多機関連携〉3項目、〈看護師の感情〉の2項目であった。これら合計62項目が、意見の一致をみた環境療法的アプローチによるケアモデルに必要なケア項目であった。

	1. 非常に必要 (%)	2. 必要 (%)	3. どちらでもない (%)	4. 必要ない (%)	5. 全く必要ない (%)
<普段の世話の状況>					
・子どもの世話をしないこと	87.8	12.2	0	0	0
・子どもを異様に叱ったり脅すこと	69.4	28.6	2.0	0	0
・育児知識や育児態度に問題があること	46.9	44.9	8.2	0	0
<子どもに対する姿勢>					
・子どもを見る目が険しいこと	51.0	36.8	12.2	0	0
・子どもへの関心が薄いこと	67.3	28.6	4.1	0	0
・子どもを可愛いと思えないなどの言動	57.1	36.7	6.1	0	0
・子どもが親の傍らに近寄らないこと	63.3	26.5	10.2	0	0
・育児知識や育児態度に問題があること	46.9	44.9	8.2	0	0
・以前のことを聞くと極端に嫌がること	40.8	49.0	10.2	0	0
<既往>					
・予防接種をしていないこと	63.3	28.6	8.2	0	0
・親が安全確認を怠ったことによる事故の既往	40.8	44.9	14.3	0	0
・日頃の子どもの状態が説明できないこと	55.1	34.7	8.2	2.0	0
・原因不明の入退院の繰り返し	63.3	26.5	10.2	0	0
<健康管理>					
・受診までの時間経過が長いこと	59.2	36.7	4.1	0	0
・親の説明が変化すること	59.2	34.7	4.1	2.0	0
・発症や受傷状況をきちんと説明できないこと	71.4	24.5	4.1	0	0
・重症度と無関係な態度が見られること	61.2	34.7	4.1	0	0
・子どもの病状把握ができていないこと	44.9	40.8	12.2	0	2.0
・治療や入院の必要性を理解しないこと	42.9	42.9	14.3	0	0
・重症度に無関心	38.8	49.0	12.2	0	0
・診断名や予後説明に耳を貸さないこと	36.7	44.9	18.4	0	0
<サポート体制>					
・親の身近に支援者がいないこと	36.7	44.9	16.3	2.0	0

図1 【子どもや親の情報収集】項目

	1. 非常に必要 (%)	2. 必要 (%)	3. どちらでもない (%)	4. 必要ない (%)	5. 全く必要ない (%)
<基礎知識>					
・子どもの虐待の現状に関する説明	36.7	55.1	8.2	0	0
・虐待が起きやすい要因の説明	40.8	44.9	14.3	0	0
・虐待と事故の鑑別点の説明	51.0	44.9	4.1	0	0
・ネグレクトの徴候の説明	57.1	38.8	4.1	0	0
・心理的虐待における注目すべき親子の関係の説明	40.8	51.0	8.2	0	0
・性的虐待における注目すべき状態	51.0	38.8	10.2	0	0
・虐待の重症度判定の目安の説明	36.7	51.0	8.2	4.1	0
・育児負担が大きくなる子どもの状態の説明	32.7	61.2	4.1	2.0	0
・子ども虐待に関する法的対応の説明	51.0	42.9	6.1	0	0
・通告義務と個人情報の取り扱いに関する説明	55.1	38.8	6.1	0	0

図2 【子ども・親へのケアの実際】項目(1)

	1.非常に必要(%)	2.必要(%)	3.どちらでもない(%)	4.必要ない(%)	5.全く必要ない(%)
<ケアの体制>					
・出来事や関わりを記録する方法	49.0	44.9	6.1	0	0
・被虐待児・虐待者の言動の記録の取り方	63.3	36.7	0	0	0
・虐待に関わる観察記録の評価の仕方	51.0	42.9	6.1	0	0
・虐待の型により異なる観察ポイント	61.2	38.8	0	0	0
・被虐待児、虐待者に対するケア体制の取り方	65.3	32.7	2.0	0	0
<子どもの受け止め>					
・入院当初の被虐待児の受容へのケアのあり方	57.1	40.8	2.0	0	0
・被虐待児への退院にむけたケア	75.5	22.4	2.0	0	0
<生活援助のケア>					
・がつつ食事をする被虐待児への関わり方	24.5	63.3	12.2	0	0
・入浴を嫌がる被虐待児への関わり方	32.7	55.1	12.2	0	0
・被虐待児に対する日課への関わり方	36.7	49.0	14.3	0	0
・夜尿のある被虐待児への関わり方	28.6	57.1	14.3	0	0
・被虐待児に対するしつけへの関わり方	40.8	44.9	14.3	0	0
・被虐待児に対する日課への関わり方	36.7	49.0	14.3	0	0
<問題行動への対応>					
・被虐待児の試し行動への関わり方	40.8	53.1	6.1	0	0
・すべての大人に甘えを示す被虐待児への関わり方	34.7	55.1	10.2	0	0
・被虐待児の他児への問題行動への関わり方	46.9	42.9	10.2	0	0
・被虐待児が表出する感情への関わり方	53.1	40.8	6.1	0	0
・自分は悪い子と思っている被虐待児への関わり方	49.0	42.9	8.2	0	0
・不安が強い被虐待児への関わり方	55.1	40.8	4.1	0	0
・被虐待児が感情を表さない時の関わり方	55.1	40.8	4.1	0	0
・遊ばない被虐待児（幼児）への関わり方	40.8	53.1	6.1	0	0

図3 【子ども・親へのケアの実際】項目（2）

	1.非常に必要(%)	2.必要(%)	3.どちらでもない(%)	4.必要ない(%)	5.全く必要ない(%)
<親へのケア>					
・家族に関わるチームメンバーの役割	44.9	51.0	4.1	0	0
・被虐待児への関わりが気になる親への関わり方	59.2	36.7	4.1	0	0
・面会時の親への関わり方	63.3	28.6	8.2	0	0
・面会に来ない親への関わり方	57.1	34.7	8.2	0	0
<多機関連携>					
・多職種間でカンファレンスの持ち方	61.2	36.7	2.0	0	0
・外来との連携の取り方	63.3	32.7	4.1	0	0
・多機関との連携の取り方	63.3	34.7	2.0	0	0
<看護師の感情>					
・看護師の個人的感情への対処のあり方	44.9	40.8	14.3	0	0
・虐待的な養育パターンの由来や展開の理解	32.7	49.0	16.3	2.0	0

図4 【子ども・親へのケアの実際】項目（3）

V. 考察

デルファイ法により、環境療法的アプローチによる被虐待児に対するケアモデルに必要なケアの62項目を明らかにした。

【子どもや親の情報収集】では〈健康管理〉8項目、〈子どもに対する姿勢〉6項目が挙げられた。入院してくる被虐待児は何らかの健康障害を抱えている。そのため、子どもの病状にかかわる受診までの時間や、親の説明や認識に関する事、また目の前の子どもへの親の対応などにかかわる情報をケア項目として必要と捉えていたと考えられた。

【子ども・親へのケアの実際】では〈基礎知識〉に関する項目と〈ケアの体制〉〈子どもの受け止め〉〈生活援助のケア〉〈問題行動への対処〉〈親へのケア〉〈多機関連携〉〈看護師の感情〉の日常生活の中での対応に関する項目があげられた。研究対象者は、基礎知識として子ども虐待の現状、虐待と事故の鑑別、身体的虐待を除く虐待種別の徴候や特徴、重症度判定の目安、法的対応、個人情報扱い等に関する説明をケアモデルの中に盛り込むことが必要と回答していた。これらの項目は、子ども虐待に対する全般的な知識であるが、研究対象者は、被虐待児、親へのケアのためには子ども虐待の現状から対応に至る基礎知識をもつ必要があると捉えていたと考える。

〈ケアの体制〉5項目、〈子どもの受け止め〉3項目、〈生活援助のケア〉6項目、〈問題行動への対処〉7項目、〈親へのケア〉4項目、〈多機関連携〉3項目、〈看護師の感情〉2項目の計30項目であった。〈ケアの体制〉について、研究対象者はケアモデルには観察、記録に関する内容を入れることが必要と捉えていた。子どもへの観察や記録は彼らの受けた虐待の様相やその後の身体の回復、傷ついた心の回復の程度を知り評価につながるものであるため、ケアモデルにはどんな観察項目がポイントになるのか、それらをいかに記録として留めるかを検討する必要がある。〈子どもの受け止め〉では、入院当初の子どもの受容と退院にむけたケア内容があがった。入院当初、病院は子どもにとって見知らぬ場所であり、親から見捨てられる恐怖をも抱かせかねないところである（浅野ら、2009；鈴木、2009）。子どもが受容され依存欲求を満足させることができるようになるためには、まずは子どもの生活している場所が安全で安心を感じられることが必要である。子どもにとって安全で安心できる場所であるというの

は、環境療法的アプローチの導入とも言えるケアである。退院時においても、子どもが安心・安全のニーズを脅かされずに入院生活から生活の場を変えることができるケアが必要と捉えられていた。〈生活援助のケア〉〈問題行動への対処〉は、生活の援助そのものであり、その生活の中で繰り広げられる子どもの問題行動等への対処のあり方を示しており、環境療法的アプローチの中心であり、多くのケア項目が必要と捉えられていた。看護師は毎日の食事、保清などの基本的ニーズの充足に関するケアを意図的にしていくことや日課が繰り返されることの子どもの意義を理解しケアをしていく必要がある。また大人を挑発し怒りを誘うような子どもの「ためし行動」、虐待的環境に「健康的な適応」をした結果としてみられる問題行動（西澤、2004）に対して、その行動を正しく意味づけし、受容的姿勢で関与することが求められる。〈生活援助のケア〉〈問題行動への対処〉は子どもがこれまで経験してきた人間関係や虐待的生活ではなく、健康的な体験を保障していくケア項目として捉えられていたと考える。環境療法的アプローチは子どもだけでなく親にとっても必要（植木野、2009）であり、〈親へのケア〉として捉えられていた。さらに〈多機関連携〉は、子ども虐待の対応として多職種連携、院内における病棟と外来との連携という虐待対応の基本として必要なケア項目として捉えられたと考える。〈看護師の感情〉についてもあげられた。問題行動を取りやすい子どもをケアするなかで看護師はさまざまな感情を持つものである（海野、2007）。しかし、その感情を調整しながら子どもに受容的なケアをしていくためには看護師自身にもケアが必要であり、ケア項目として捉えられた。

VI. おわりに

本研究では、入院してきた被虐待児が‘健康的で普通の生活’を送れるように環境療法的アプローチの視点に立ち、ケアを提供するためのケアモデルに必要な項目を抽出した。これらのケア項目を基にケアモデルを作成していくと共に、そのケアモデルの活用と評価、さらに、入院中に被虐待児が会う多職種からの視点も含めたケアモデルを構築する必要がある。

謝辞

本研究にご協力を頂きました小児救急認定看護師、看護部長、看護師長、管理的立場にある看護

師の皆様にご心より感謝いたします。また公益財団法人三菱財団研究助成を受け実施できましたことを感謝いたします。

文献

- 浅野みどり, 古澤亜矢子 (2009): 被虐待児へのケアと支援 ふだんのかかわりにおける看護の役割. 小児看護, 32(5), 524-531.
- Hasson, F., Keeney, S., & McKenna. (2000): Research guidelines for the Delphi survey technique. Journal of Advanced Nursing, 32(4), 1008-1015.
- Gil E (1991): The Healing Power of Play: Working with abused children. Guilford, New York. 西澤哲訳 (1997). 虐待を受けた子どものプレイセラピー, 誠信書房.
- 厚生労働省, 報道発表資料 (2014). 平成25年度の児童相談所での児童虐待相談対応件数等. 2014年11月10日アクセス, <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000052785.html>
- 村瀬嘉代子 (1996): 子どもの心に出会うとき. 金剛出版.
- 榎原真也 (2011): 治療的養育の歴史的展開と実践モデルの検討. 子どもの虐待とネグレクト, 13(1), 125-136.
- 榎木野裕美 (2009): 虐待で子どもが入院している母親へのケア. 小児看護, 32(5), 639-643.
- 西澤哲 (2004): 子ども虐待がそだちにもたらすもの. そだちの科学, 2, 10-16.
- 西澤哲 (2005): 集団内の子どものケア 施設における治療的養育について. 日本子ども虐待防止学会 第10回学術集会全体会・分科会・シンポジウム記録, 89-93.
- 西澤哲 (2008): 施設養育におけるアタッチメント アタッチメントに焦点を当てた心理治療の実践を通して. 子どもの虐待とネグレクト, 10(3), 297-306.
- 大倉美佳 (2004): 行政機関に従事する保健師に期待される実践能力に関する研究～デルファイ法を用いて～. 日本公衆衛生誌, 51(12), 1018-1027.
- 奥山真紀子 (2003): 攻撃性と脆弱性: 不適切な養育をめぐって. 児童青年精神医学とその近接領域, 44, 148-152.
- 澤井伸江, 野島良子, 田中小百合他 (2004): 潜在的大学院生としての看護職者の看護学・保健学系大学院に対するニーズDelphi techniqueを用いた全国調査. 日本看護研究学会雑誌, 7(2), 29-37.
- 鈴木敦子 (2009): 愛着・探索システムを内包した「治療的ケア」. 小児看護, 32(5), 623-638.
- 海野千畝子, 杉山登志郎 (2007): 被虐待児への包括的ケア. 母子保健情報, 55, 79-83.
- 山口智子, 榎木野裕美 (2008): 幼児後期の子どもにおける内服のプレパレーションモデル構築への試み. 日本小児看護学会誌, 17(1), 16-22.