

寝たきりで動けない場面のフォーカスセッション(1)

看護師が訪室しても布団をかぶったままでほとんど動けず寝たきりの状態である。挨拶をしてもそれに対する返事はせずに「何もできなくなってしまった」「何でこんなことをしてしまったのか」「よく眠れないでつらい」と繰り返し訴えている。

フォーカスセッション

- ・今の状態をどう考えますか。
- ・どのような援助が必要だと考えますか。

ガイドライン

- 抑うつ状態の理解ができる。
- ・不安・焦燥感
- ・思考制止
- ・悲観的・自責的会話の内容
- ・意欲低下
- ・不眠
- ・食欲低下
- 抑うつ状態の患者への対応が理解できる。
- ・十分に話を聴く
- ・支持する
- ・保障する

寝たきりで動けない場面のフォーカスセッション (2)

寝てばかりいては、体がなまってしまうと心配し、何とか行動を起こさせようと働きかけた。臥床中のBさんとの対応について、別紙にプロセスレコードを書いてみました。

フォーカスセッション

- ・患者との対応場面を分析、考察してみましょう。

ガイドライン

- 上記と同じ

行動が改善してきた場面のフォーカスセッション

日常生活は自ら行えるようになり行動面は改善してきましたが、まだ気分は抑うつ状態が続いているようです。

フォーカスセッション

- ・このとき注意しなくてはならないことは何ですか。
- ・どのような対応が必要ですか。

ガイドライン

- 患者の安全を守る必要性が理解できる
- ・自殺防止：環境整備、行動の観察
- ・抑うつ状態の把握と対応：希死念慮の確認

夫の不安が表出された場面のフォーカスセッション

夫の面会時に話を聴くと「退院後家に戻ると近所づきあいは無く、自分も仕事にでてしまいその間また自殺を繰り返すのではないかと思うと不安である」という

フォーカスセッション

- ・夫に対しどのようなサポートが必要ですか？
- ・退院までにどのような家庭の環境調整が必要ですか？

ガイドライン

- 家族支援の必要性と対応方法が理解できる
- ・家族の精神的負担の把握と軽減
- ・疾患の正しい理解
- ・社会資源や地域サポートの活用

プロセスレコード

<p>男 女〇 疾患名 うつ病 年齢 60歳 入院 年月 日 再構成日時 受け持ち後 〇〇 日目 その場の状況 日中臥床している患者のところへ入室する</p>	<p>この場面を取り上げた理由 うつ病で臥床がちの患者に対して、気分転換に散歩に誘ったが断られた。また、不眠の訴えも十分に聞けなかった。自分自身でも不感の残る対応であったため振り返りたい。</p>	<p>考 察</p>	<p>指導者の助言</p>
<p>私が知覚したこと</p> <p>②「全然、夜眠れないのよ、寝付きは悪いし・・・、0時か1時に起きてその後眠れていないのよ」「追加の眠剤を飲んでも2～3時間で目が覚めてしまいうのよね、辛い・・・」</p> <p>⑤「眠れないんですよ、日中は横になっっているが、頑張っって眠ってはいないんだけど・・・」という、臥床したまま、目を合わずボソボソと訴える。</p> <p>⑧「でも・・・」という、布団をかぶっってしまう</p>	<p>私が考えたり感じたりしたこと</p> <p>① ずーと臥床中なので声をかけてみよ う</p> <p>③ 申し送りでは、夜間はよく寝ているとのことだったが・・・</p> <p>⑥ 夜間入眠しているが、熟眠感がないのかなあ</p> <p>⑨ 誘い方がまずかったのかなあ、お花が好きだと言っていたので話題にしたのだから？</p>	<p>私が言ったり行ったりしたこと</p> <p>②「Bさん、ずーと寝てるけどそろそろ起きてみませんか？外は天気もいいですよ」</p> <p>④「そうですね、でも、夜はちゃんと寝ていると申し送りがありましたよ」</p> <p>⑦「眠っているようですが、すっきりしていませんですね」 「今日は天気もいいし、お花が沢山咲いているから見に行きましょうよ」と誘う</p> <p>⑩「じゃあまた後で来ますね」と声をかけ、退室する</p>	

「初老期うつ状態にある患者への看護」教育方法と評価

情報	問題解決	学習素材	帰納的学習(体験的知識を活かし再構築)	主な思考及びその教育的効果
<p>60歳 女性 夫と2人暮らし 50歳で抑うつ状態出現。遷延性で軽度の抑うつ状態が続いていたが4ヶ月前より焦燥感、食思不振が目立つようになる。2度の自殺企図、焦燥感が著しいため入院となった。</p> <p>日中から布団をかぶったままほとんど動けない状態で「何もできなくなってしまう」「どうしてこうなったかは判らない」「よく眠れないのでつらい」と繰り返し訴える。</p> <p>数日後日常生活は自ら行えるようになり行動面は改善してきましたが、まだ気分は抑うつ気分が続いている。</p> <p>夫の面開時、話を聴くと「退院後家に帰ると近所づきあいはなく、自分も仕事にでてしまい、その間また自殺を繰り返すのではないかと思うと不安である」と言う。</p>	<p>看護上の問題、看護目標 看護の具体策</p> <p>#1強い焦燥感による自己損傷のハザード状態</p> <ul style="list-style-type: none"> ・希死念慮の有無を表出し、生命の安全を守ることできる OP: 会話の内容、希死念慮の有無、表情、言行動、普段と違う訴えの内容、危険物の有無、薬物の作用副作用 TP: 危険物の管理 傾聴、支持、保障 患者の変化を見逃さないようにそれとなく観察 EP: 何でも相談にのれることを伝える 苦しみは病気が来るもので治療を受けると必ずこの苦しみから抜け出せることを伝える <p>#2何もできない自分という思いからの自己尊重の慢性的低下</p> <ul style="list-style-type: none"> ・少しずつ良くなっていると気づくことができる OP: 会話の内容、表情、態度、行動 TP: 受容 傾聴 支持 保障 決して励まさないこと 基本的援助行為を行いながら交流を図る EP: 必ず時期が来れば良くなることを伝える <p>#3抑うつ状態からの睡眠パターンの障害</p> <ul style="list-style-type: none"> ・眠れないつらさが軽減する OP: 睡眠の状態、時間、入眠障害、中途覚醒、早朝覚醒、熟眠感、日中の活動状況 TP: ①受容②傾聴③支持④保障⑤医師と話し合い不眠時薬の調整依頼 <p>#4夫の不安に関連した無効な家族コーディング</p> <ul style="list-style-type: none"> ・夫の精神的負担が軽減する OP: 夫の面会時話の内容、表情、態度 TP: 受容 傾聴 支持 夫が仕事と家庭が両立できるような方法を話し合う EP: 退院後社会資源や地域サポート情報提供 うつ病に対する知識 対応の方法 	<p>活用する既有知識</p> <ul style="list-style-type: none"> うつ病の症状、経過と予後治療 薬物療法 精神療法 電気痙攣療法 プロセスマネジメント コミュニケーション技術 自殺企図のある患者への対応 <p>悲観的になっていいる患者への対応</p> <p>不眠状態にある患者への対応</p> <p>家族へのサポート</p> <p>社会資源、地域サポート</p>	<p>イメージ化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自分だけでは何もできないという思い ・このままでは苦しくてどうしようもない 何とかして逃れたいという危機的心理 ・眠れないことの苦痛 <p>因果思考</p> <p>関連思考</p> <ul style="list-style-type: none"> ・抑うつ状態、焦燥感と自殺 ・抑うつ状態と睡眠障害 	

「壮年期にある患者の自己決定への看護」事例の考察

アルコール依存症は、ICD-10 では精神作用物質の依存症候群の一つとして位置づけられ、「物質を反復的に使用した後に生じる一連の行動、認知、および生理的現象で、物質使用への強い渴望、使用をコントロールすることの困難さ、有害な結果が見込まれるにもかかわらず、固執的に使用、他の活動や義務よりも物質使用に高い価値を見出すこと、また時には身体的離脱症状などがその典型である」と定義されている。

アルコール依存症者は、現在全国で約24,000人と推計されている(アルコール精神病含む)。大量飲酒者数が約240万人いると言われていたことからみると隔たりがあるが、これはアルコール依存症と診断されずに飲酒に関連した肝疾患、糖尿病等の身体疾患で入院・加療しているアルコール依存症者が多数いるためと考えられる。また、身体疾患のみならず飲酒に関連した問題として、労働災害や生産性低下、交通事故、犯罪、家庭崩壊等の多くの社会問題を含み複雑化している。

アルコール依存症は強い飲酒欲求、脅迫的飲酒、飲酒コントロールの障害、飲酒への高い価値、耐性による飲酒量の増大、離脱症状を軽減するための飲酒、飲酒パターンの狭小化等々を特徴とする。このようにアルコールを調節して飲むことができなくなった状態の対象に対して、学習することは身体的問題のみならず、仕事上の問題や家庭内の問題まで広い視点で学習することができ意義深い。また、壮年期は社会的にも家庭内でも重要な時期にある。ストレスの発散を飲酒に向けたり、問題を直視しないで先送りを

してしまう等、飲酒の根元にある患者自身の問題に気づかせ、修復することが重要になる。長年の習慣化した飲酒行動から、コントロールして飲むことができなくなった依存状態を病気として認知していく過程を学ばせたい。また、患者自身が飲酒に対する態度や行動を変えなければ問題解決に至らないことや、アルコール依存症は、本人だけの問題ではなく社会や家族まで巻き込む疾患であることをこの事例から学習させたい。看護としては入院直後の離脱時の看護と回復期は断酒を実行・継続できるよう支え励まし、本人が自己の問題として考えられるよう共に解決策をさぐり支援することが必要である。また、一人では断酒継続が難しいため、セルフヘルプグループへのつながりや家族機能の改善等に関しても考えさせたい。

学習目標

1. アルコール依存症の経過を理解し、その病態と心身の変化を理解できる。
2. アルコール問題が患者・家族の生活にどのように影響するか理解できる。
3. 飲酒がコントロールできない疾病の特徴を理解し、断酒への働きかけが理解できる。
4. アルコール依存症患者・家族の看護上の問題を理解できる。
5. アルコール依存症の患者・家族に対して回復への援助計画の立案ができる。
6. 社会復帰に向けて断酒を継続するための自助グループへの導入を考えられる。
7. 社会復帰に向けて家族関係を調整し、家族機能の改善をはかる必要性を学ぶ。

「壮年期にある患者の自己決定への看護」事例

基礎情報1

53歳 男性、職業:会社員(営業課長)、家族構成:妻(専業主婦 50歳)と長男(大学3年生)、長女(高校3年生)の四人暮らしであるが、長男は下宿生活で同居していない。

生活歴:四人兄弟の末っ子として生まれる。父親は厳格な性格で大酒家でもあった。母親は過保護で特に末っ子であるため、本人の言いなりに生活をさせていた。

大学卒業後から現在の会社の事務部門へ就職し、何でもこなす優れた能力を持ち部下からの信望も厚かった。しかし、会社の経営状態の悪化で合理化が進められ、営業部門への配置換えになり、毎日残業と先方との商談がうまくいかないと言っては深酒をし、酔いつぶれる事が多くなった。

26歳で結婚し、40歳で一戸建ての住宅を購入し会社まで2時間の通勤時間がかかる。

基礎情報2

診断名:アルコール依存症、アルコール性肝炎

既往歴:40歳時の健康診断で高血圧と脂肪肝を指摘されたが、治療せず放置。48歳 アルコール性肝炎で2週間の入院治療(飲酒問題を指摘され、アルコール専門医療の病院を紹介されるが受診せず)。50歳 アルコール性肝炎で3週間の入院治療(一般総合病院の内科病棟)。現病歴(飲酒歴):大学生時代から友人と飲酒をするようになった。会社に入社しても、酒が飲める方なので付き合いもよく同僚とよく飲んでいった。40歳の時健康診断で高血圧と脂肪肝を指摘されたが、受診せずそのまま放置していた。48歳と50歳の時アルコール性肝炎で一般病院

に入院加療する。そのときに専門医を受診するように進められたが、仕事が忙しいのとアルコールには問題ないといい、外来通院もせず「仕事上の付き合いで飲まないわけにはいかない」と毎日顧客や同僚と飲酒し、酔いつぶれるまで飲むようになる。泥酔して警察に保護されたり、飲んでいときの状況が全く覚えていないことが多く、会社に酒臭をさせて出勤するようになる。そして、営業と出かけては、昼間より飲酒し会社を欠勤するようになった。飲まない約束をするが、またすぐに破ってしまう状況である。ここ2週間ぐらい朝から飲酒し、妻に注意されると激怒し物を投げつけたり、酒がなくなると買って来るように命じ、従わないと暴力を振るようになる。食事は全く摂取せずただただ飲酒することに専念している。妻は夫に対して不信感を持ち、こんな男性を夫に選んだ自分が情けないと子供たちにぶつけるようになる。いつも家庭内では喧嘩が絶えず、大学受験を控えている長女も父親の顔を全く見たくないと自室にこもってしまう。妻は社会的体裁を考え、夫の不始末の対処をして歩いていたが、ほとんど情けなくなって何もしたくないといつている。妻は子供たちとも相談し、専門病院の治療を受けるように本人に説得し、D病院に受診するため来院した。会社からもしっかり治療をしないとこのままでは、復帰が難しいといわれている。

[入院時の状況]

体温 37.2℃、脈拍数 120/分、呼吸数 23/分、血圧 154/90mmHg、GOT 185IU/ℓ、GPT120IU/ℓ、γ-GTP680mU/ml、総コレステロール 190 mg/dℓ、Hb 9.2g/dℓ、赤血球 235 万/mm³、白血球 3,200/mm³、顔色やや土気色、肝腫大、下肢に浮腫が認められる。発汗著明、手指の振戦、イライラ感、落ち着きなくキョロキョロした表情をする。食欲不振と嘔気を訴える。最終飲酒は前日の夜中まで日本酒5合飲酒する。身長170cm、体重58kgとやせ形である。

[入院から受け持つまでの状況]

外来受診後、即入院が決定し本人も一応納得して入院になったが、その日の夜に離脱症状が出現し、無断離院して自宅に帰り飲酒する。

翌日、妻が患者を連れて病棟に戻ってきた。本人の治療継続する意志を確認した上で入院を継続することになった。しかし、イライラ感強く何かにつけては妻や看護師を怒鳴りつけている。

煙室で他患者と会話するでもなく、タバコに火をつけては一・二回吸ってすぐ消し、また同じ動作を繰り返している。病室をウロウロしたりし、じっとしておられない。時間や場所の見当識障害があり、夜間是不眠が続いて不安・興奮状態を認め、天井を虫が這い回っているなどの訴えとともに、一生懸命虫取り動作をしている。治療は栄養補給、補液、電解質補給、特にビタミン剤の与薬がされた。しかし、落ち着かないため輸液を抜いてしまう等の行為があるため、安全確保と早期に離脱症状の回復のため個室でベッドを低くし、抗不安薬のホリゾン 10 mg やベンザリン 5 mg を与薬されていた。入院5日目頃から徐々に食事をとるようになり行動にまとまりができるようになってきた。

[入院から3週間後]

朝「自分はアルコール依存症ではない、ちょっと酒をのみすぎた程度で肝臓が悪いから直すために入院したのだ」という。以前の二回の入院でも肝臓を治してもらって体調がよくなったので、今回も同じように治療してもらえば、仕事もできるのでそうしてもらいたいと医師に頼んだという。まだ入院の意味や主治医からの説明にボーとしており、はっきり解っていないところもある。昼頃、妻が面会にきたので、家庭での状況を聴いた。「家では酒さえ飲まなければ、いい人なのですが・・・ここ一ヶ月ぐらいいは、仕事を休んだりして、食事もせず朝から飲んでいました。家にはお酒を置かないようにし、ある酒は全て捨てているので自

分で買いに行ってしまう。長年酒を飲んでいましたがアルコール依存症とは思っていませんでした。最近の飲み方をみると病気かなと思うようになった」という。「専業主婦であるため、夫に尽くすことが妻の役割だと思い、また親戚などから妻がしっかりしないからと言われていた。本人の言いなりに生活をしてきたのが悪かったのかも知れない。近所へ迷惑をかけると、私が謝りにいき、会社を休むのも体調が悪いといって電話をかけていた。全て肩代わりしてきたことが問題なのではないか」という。主治医よりアルコール依存症の説明を聞き、夫は病気であるということがはっきり解ったという。本人自身は、入院後から一週間程度は離脱症状の出現で日常生活行動を看護師が支援することが多かったが、このころになって、日常の生活はほぼ自立してできるようになった。食欲も増し、「これで一杯やれるとうれしいのだが」と冗談とも本音ともとれる発言をしている。ただ夜間の不眠は続き就寝前にベンザリン 10 mg 一錠を服用している。入院中の他患者との交流もとれるようになり、同じ問題を持つ仲間との話にうなづいたり、「自分はシアナマイドを飲まなくとも大丈夫だ」と息巻いている。ミーティングでは、自分の過去の飲酒問題を分析するところまでは行かず「その気になれば酒は止められる」と言う。Ⅱ期治療であるアルコールリハビリテーションプログラムに沿って集団精神療法と個人精神療法が導入されていく予定である。

[治療方針]

入院治療によって離脱期を安全に経過させる。その後、薬物療法は補助的に行い、集団精神療法と個人精神療法を取り入れたリハビリテーションプログラムに則り、断酒への動機付けを行う。家族に対しても疾病の理解と退院後の受け入れ準備、家族機能の回復のために本人と同時進行で支援を行っていく。入院期間は長くて3ヶ月とする。

病気に対する認識がない発言がみられる場面のフォーカスセッション

「自分をアルコール依存症というなら、他の人はみんなアル中だよ、ちょっと酒を飲み過ぎた程度なのに、先生が言っているほどひどくないよ」という。「飲む量を減らしていけば問題ないよ」以前の二回の入院でも肝臓を治してもらって体調がよくなったので、今回も同じように治療してもらえば、仕事もできるのでそうしてもらいたいという。前回の入院と同じように考えており、アルコールの専門病院で治療を受けているという認識がない。

フォーカスセッション

- ・この言葉から、患者自身が病気に対してどのように思っていますか。
- ・依存形成は、どのようにして起こりますか。
- ・節酒ではいけない理由は何故ですか。
- ・なぜアルコール依存症の専門医療機関で治療した方がよいのでしょうか。

ガイドライン

- アルコール依存症者の自我防衛機制について理解できる。
 - ・問題の否認
 - ・合理化
 - ・投影(行動に対する責任転嫁)
 - ・飲酒量の軽視
- アルコール依存症のメカニズムが理解できる。
 - ・精神依存と身体依存の形成
 - ・耐性の形成
 - ・離脱症状
- 専門的知識を持った医療者と同じ病気を持った仲間との包括的な治療が必要なことが理解できる。
- 社会的に容認されている嗜好品としてのアルコールであるため病的な飲み方としての自覚がない(否認が生じやすい理由)

- ・アルコール依存症に対する偏った世間一般のイメージ(依存症と普通の酒飲み)
- ・断酒継続のためのサポート体制
- ・同じ病気の仲間とのリハビリテーションプログラムへの参加
- 依存症からの回復は断酒すること以外に方法がないことを理解できる。
- ・アルコールをコントロールして飲酒できない
- ・臓器障害の再発
- ・身体的問題、仕事上の問題、家庭内の問題等の悪循環



妻が面会にきた場面のフォーカスセッション

家庭での状況を妻に聴いた。「家では酒さえ飲まなければいい人なのですが・・・ここ一ヶ月位は、仕事を休んだりして、食事もせず朝から飲んでた。家にはお酒を置かないようにし、ある酒は全て捨てているので自分で買いに行ってしまう。長年酒を飲んでたがアルコール依存症とは思ってもいなかった。最近の飲み方をみると病気かなと思うようになった」という。「専業主婦であるため、夫に尽くすことが妻の役割だと思い、また親戚などから妻がしっかりしないからと言われていた。本人の言いなりに生活をしてきたのが悪かったのかも知れない。近所へ迷惑をかけると、私が謝りに行き会社を休むのも体調が悪いとって電話をかけていた。全て肩代わりしてきたことが問題なのではないか」という。

フォーカスセッション

- ・この妻の言葉から、患者の病気の理解はでき

ていますか。

- ・家族としての対応はどうしたらよいのでしょうか。
- ・あなたは、この家族へどのような働きかけをしますか。

ガイドライン

- 患者の飲酒問題への不適切な対処を理解することができる。
- ・家族機能障害
- ・共依存
- 家族の自立と家族教育の必要性を理解することができる。
- ・患者の不祥事後始末をしない(肩代わりをしない)
- ・本人の底つき体験と周囲の人は無力であることを認める
- ・家族会や断酒会への働きかけ
- ・家族(妻)の自立した生き方への支援

断酒の方法を考えだした場面のフォーカスセッション

入院中の他患者との交流もとれるようになり、ある日ホールにいる患者が他患者とのやりとりをしている場面に同席する。

同じ問題を持つ仲間との話にうなづいたり、「自分はシアナマイドを飲まなくとも大丈夫だ」と息巻いている。「意志の問題だから、その気

になって断酒しようと思えば何とかなるよ」と言う。二ヶ月以上入院している仲間から「まだまだ甘いなあ」と言われている。ミーティングでも、自分の過去の飲酒問題を分析するところまでは行かず。まだ余裕があるとの認識を持っている。

フォーカスセッション

- ・何故シアナマイドを服用しなければならないのでしょうか？
- ・「その気になれば酒は止められる」といっていますがあなたはどのように思いますか？

ガイドライン

- 断酒継続のための支援が理解できる
- ・抗酒剤の服用
- ・病気に対する正しい知識
- ・専門医療機関への通院
- ・同じ病気の仲間と断酒
- 過去の自分の飲酒問題を分析し、素面で対応していくことの必要性を理解する。
- ・酒のない状態での生活支援
- ・自己決定による生活
- ・信頼の回復



「壮年期にある患者の自己決定への看護」教育方法と評価

情報		学 習 素 材		帰納的学習(体験的知識を活かし再構築)			
問 題 解 決		看 護 上 の 問 題、看 護 目 標、看 護 の 具 体 策		活 用 する 既 有 知 識			
<p>53歳 男性 アルコール依存症、アルコール性肝炎 会社員(営業課長) 家族構成: 妻(専業主婦 50歳)と長男(大 学3年生)、長女(高校3年生)の四人暮らしで あるが、長男は下宿生活で同居していない。 五年ぐらい前から、アルコール性肝炎で入院を繰り返している。アルコール専門医療の紹介があったが、本人はまだ悪いところは肝臓の病気があり、依存症という自覚は一切なかった。内科的問題という認識であるため受診もしていなかった。 今回、連続飲酒と家族の強い希望で入院する。しかし、自分のアルコール問題を直視することはなく、ちよつと酒を飲み過ぎた程度という。また、飲酒量を減らしてあげれば問題ないと表現し、まだ断酒をしていこうとする準備状況ではない。</p>	<p>#1 初回のアルコール依存症治療と病気の否認に関する知識不足 ・入院治療を継続する意志を表明できる ・自分アルコールの問題があることを述べることでOP: 現実検討能力、患者が直面している葛藤・防衛機制、問題解決技術、アルコール依存の状況、アルコールの問題状況、専門的な治療の必要性の受け止め方、入院を継続する意志等々の観察 TP: 問題の否認に対しては客観的事実を提示し矛盾の指摘 患者のプライドを傷つけない配慮 断酒継続の可能性 患者の強みを支持 入院経過の確認とそれに対する話し合い 病気の受容への働きかけ 飲酒問題の整理 EP: アルコール依存症の正しい知識獲得 行動変容への意識改革の必要性 断酒しか方法はない アルコール勉強会への参加</p>	<p>壮年期の発達課題 アルコール依存症の病態 嗜癮行動のメカニズム 身体的依存と精神的依存 耐性の形成 離脱症状 病気の受容過程 不安と嗜癮の関係</p>	<p>イメージ化 ・習慣化していた飲酒を突然遮断され入院治療を継続しなければならぬ状況 ・飲酒問題を直視できない認めたくない心理状態 ・身体疾患への逃避をし、精神依存を認めたくない心理状態</p> <p>因果思考 ・アルコール飲用による耐性の形成</p> <p>関連思考 ・壮年期の発達課題の理解と依存のメカニズムとの関連 ・不安と嗜癮の関連</p>	<p>専門の医療を受けるのは今回が初めてである。身体的な改善が図れたので、アルコールリハビリテーションプログラムにのっとりII期治療にはいる。 抗酒剤であるシアナマイドの服用を渋り、薬に頼らなくても大丈夫だ。今までのような無茶な飲み方はしない。上手に量を減らして飲めるように思う。等と発言している。また、ミーティングでは、過去の飲酒問題を振り返ることができず、何かと飲酒理由をつけている。自己への問いかけはできていない。</p>	<p>#2 シアナマイド服用への消極性、節酒で何とかかかると思っていることに関連した非効果的治療計画管理 ・回復過程に必要な行動を実践する意志を表明することができ OP: シアナマイドの服用状況・副作用の有無、ミーティング時の発言や態度・行動の変化、他患者との交流や先輩患者のアドバイスの取り入れ方、アルコール依存症に対する理解度、今後の生活に対する思い等々の観察</p>	<p>抗酒剤の作用・副作用 断酒継続のための方法 コントロール障害 行動療法 集団精神療法 認知行動療法 連続飲酒、山型飲酒サイクル 嗜癮の回復は本人のみであること 〃 人間関係の回復</p>	<p>イメージ化 ・断酒が簡単にできると思いこんでいる状況 ・抗酒剤の服用を渋っており、何とか服用しないで済ませたい心理状態 ・コントロールの効かない状況がまだ理解できていない</p>

情報	問題解決	学習素材	帰納的学習(体験的知識を活かし再構築)	主観的思考及びその教育的効果
<p>入院後五週間経つと、他患者の酒歴発表や発言に對しては、神妙に聴くようになった。また、同じような境遇の患者と酒の話題で話す場面などもあり、徐々にアルコールに對する意識が変化しつつあるのかもしれない。同じ仲間との触れ合いをおして、断酒への動機付けが形成されつつある。</p>	<p>妻は飲酒している夫をみて、オロオロするばかりであったが、入院してホッとしている。アルコール依存症であると主治医から言われ、どう本人に接してよいか解らず、外泊などでまた飲んでしまうのではないかと不安であると言う。</p> <p>看護師から家族会に出席しアルコール依存症の勉強をしていくように働きかけがある。何とか回復してもらいたいので、自分もできる限りのことはしたいという。</p> <p>しかし、自分自身の生き方ももてるように看護師からアドバイスがあり、どう対応してよいか、今までの生活が、夫中心の生活であったため戸惑っている。</p>	<p>看護上の問題、看護目標、看護の具体策</p> <p>TP: ①抗酒剤服用への不安の聴取②断酒継続の方法として服用③勉強会への参加④受容的態度で信頼関係の形成⑤飲酒時の自己の振り返り作業⑥仲間との交流を通して関係づくりへの支援</p> <p>EP: ①抗酒剤服用の必要性と副作用の説明②断酒しか方法がないこと③の教育④自助グループの紹介④他患者と話すことで断酒のヒントがあることこの指導</p> <p>#3 非効果的家族コーピング:無力な</p> <ul style="list-style-type: none"> ・妻が家族会等に参加し、正しい知識を学習して対処行動がとれる ・家族が患者の世話から離れ、自分自身に目を向けることができるようになる ・家族にアルコール依存の問題があることを認識する <p>OP: 家族のアルコール依存症への理解度、患者への対応、家族会への出席状況、家族の問題表出状況、家族のサポート体制等々の観察</p> <p>TP: 患者への思いを表出させ受容依存症の理解度の把握</p> <ul style="list-style-type: none"> 家族会への参加の働きかけ 自助グループへの働きかけ 断酒継続のための家族協力 妻自身への自立した生き方の支援 <p>EP: アルコール依存症の正しい知識</p> <ul style="list-style-type: none"> 対処行動 家族も同時進行で治療に参画 共依存・イネイブラーの知識 家族の自立した行動 自助グループの必要性 社会資源の活用 	<p>活用する既知知識</p> <ul style="list-style-type: none"> 正常な家族機能 家族機能障害 共依存 イネイブラー 自助グループ 断酒会 AA アラノン アラテーン 病気の受容過程 家族力動 	<p>因果思考</p> <ul style="list-style-type: none"> ・飲酒とコントロール障害 <p>関連思考</p> <ul style="list-style-type: none"> ・飲酒習慣と依存形成の関連 ・素面の生活と問題解決方法との関連 ・断酒と人間関係修復の関連 <p>イメージ化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・換し方が分からず本人の言いなりになっていた家族の姿(世間体も含め何事もなかったように振る舞) ・家庭が常に緊張感があり家族の癒しの場になっていない状況 ・父親としての権威がない ・妻自身が自立した生活を送っていきかけた状況 <p>因果思考</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族力動と家族相互の関係性 <p>関連思考</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人の依存形成に家族も荷担していること の関連 ・断酒の継続と自助グループの関連 ・家族の病気の捉え方と患者の自己管理・自己決定への関連

附 録

看護倫理

看護倫理の教育の位置づけ

看護倫理はあらゆる領域にまたがって教育される。その意味では、基礎看護学に位置づけられるともいえる。しかし、実際の場面で遭遇するジレンマ事例の解決には相当の見識や学習が必要である。今回の研究では、主には看護学の7領域についてのペーパーペイシントを用いた教材を開発したが、看護者として主体的に責任ある行動を確立するためにも、看護倫理におけるジレンマ事例の学習を通して行為の選択の善し悪しを学ぶということは重要であると考えられる。なかでも看護・医療に存在する「パターンリズム」の実態並びにそれに潜む善意や悪しき実態を理解し、それを打開するために、必要な倫理に関する日常的に用いられる重要語句「主体性」「責任」「信頼」に対する理解も深めることとする。3つのペーパー・ペイシントの事例を用いて、それらの学習を深めることとする。

看護倫理を学ぶことに関する考察

1 就業経験の長い准看護師が看護倫理を強化して学ぶ意義

長い間、准看護師として働いてきた経験のなかでは、看護倫理に関するジレンマを感じていると考える。しかしながら、その時々において必ずしも倫理的原則に基づいた行動を起こしていたとは言い難い。准看護師を抱える看護管理者によると看護倫理に基づいた行動がとれるような教育が必要であると感じている。また、准看護師の行動は医師や看護師の指示によるもので、自ら意思決定し、行動を選択する習性は身につけていない。

それゆえに、長い間准看護師であったものが

看護師として自らの倫理的判断に基づいた主体的な行動ができるために、看護倫理におけるジレンマ事例を分析し学習を深めることが重要である。

(1) 倫理的ジレンマの分析

倫理的ジレンマとは、倫理上の要求が対立し、板挟み状態で判断しかねる状況をいう。ジレンマ事例を分析することは、主には二つの迷いに対して慎重に吟味し、判断・意思決定し、行為することである。(1) 選択しようとする行為が良いかどうか。(2) 対象者(患者)個人の権利を尊重した、行為の選択であるかどうか。

(2) 看護の倫理的原則

さらに倫理的原則に基づいた行為を選択するためには、以下の二つを分析し、行為を決定することである。(1) 価値の対立が生じたならば、関係する人それぞれの価値の背景にある事情を明らかにする。(2) 倫理的な原則(倫理の知識)に基づき、何をすべきかその行為を選択する。

なお、ここでいう看護の倫理的な原則とは、以下の5つをいう。

(1) 自律の原則

人は自律した存在であり、自分で行為の選択ができるために、他者は尊重しなければならない。

(2) 善行の原則

リスクを予防し、危害を与えないようにし、善いことをする。

(3) 正義の原則

平等に公平に扱う。

(4) 誠実の原則

真実を告げる。

(5) 忠誠の原則

秘密や約束を守るなどの信頼関係を成り立たせること。

(3) 倫理観の段階的な習得

倫理的原則の段階的な習得についての代表的な理論家はコールバーグとギリガンである。

コールバーグは一般的に男性モデルであり、社会道徳的な側面が強調されている。一方ギリガンは女性モデルとされ、ケアの倫理を形づくるものとしてよく用いられている。したがって、看護における倫理を分析し、その習得状況を知るためにも本研究ではギリガンを活用することとする。

なお、看護の倫理的な能力が強化されるということは、ギリガンのいう第3段階に至ったことを示すものである。

倫理観の習得と発達（発達心理学者キャロル・ギリガンの「ケア意識の発達モデル」を活用）を視野に入れて教育する。

- 第1段階 個人の生存を確認するために、「自己をケアすること」に焦点が当てられる。
- 第2段階 自分自身の自己中心性が批判され、「責任」の概念が登場し、「自己」と「他者」との間の新しい関係についての理解が始まる。
- 第3段階 不安定な人間関係を反省し、自己と他者との間にある相互の結びつきについての新しい理解を通じて、自己中心性と責任との間の緊張がほぐれ、ケアが自主的に選ばれた「判断の原理」になる。

2 倫理的な行動を決定するために必要な概念

(1) パターナリズム paternalism

父親的温情主義という。けなして家父長的態度あるいは権威主義という。

権威ある立場のものが、温情や善意に基づき他方を一方的に保護・指導する体制である。権威あるものは、専門的知識や技術でもって一方的に主導権をもって事を進めるために、他方にあるものの自律性や自己決定はないがしろにされる。

パターナリズムの関係は、医者と看護者、あ

るいは医療従事者と患者・家族の関係に強く存在する。患者・家族や看護者など、主導される側のものは、自分で意思決定することなしに、自己の価値観や倫理観に照らしあわせて判断することなしに、服従する結果となる。このパターンナリズムに存在する関係を改めることが、倫理的に重要な課題である。

医療従事者と患者との関係に存在するパターンナリズムの様相は、医療行為に付随する潜在的なリスクは患者には積極的に知らされてこなかった。医療従事者にまかせておけば、善意に基づいて医療を行ってくれるであろう、だから医療従事者に任せるという関係が成り立ってきた。危険の性質や大きさ、危険の確率、危険に伴う生活上の障害などについて十分な説明をしたうえで自己決定は存在しなかった。従って、患者・家族の価値観や生活の多様性を考慮にいれた患者の人権に軸足を置いた医療、並びに看護行為ではない現状がある。

また、医師と看護者の関係においても、強いパターンナリズムが存在する。この関係を改めなければ、患者の代弁者となることもできなければ、患者・家族の人権を護ることもできない。医師と看護者の関係は、医師の指示のもとに看護行為が存在し、常に意思決定を医師にゆだねる習性と意識が看護者のなかに根深く浸透している。しかし、患者・家族の人権や生活の視点から捉えると患者の自律的な意思決定は欠かせない。そのためにも患者・家族の生活を知る看護者は、患者・家族の人権を護るためにも看護者のなかに存在するパターンナリズムを自覚し改善にむけた行為のあり方を学習しなければならない。

(2) 責任 responsibility

責任は、政治・道徳・法律などの観点から非難されるべき責めおよび科（とが）という。

行為の原因が行為者に帰せられることである。自己の全行為に責任を負う「自己責任」が問われなければならない。それには目に見える範囲の責任（相対的責任）と、見えない行為に限定

される責任（絶対的責任）がある。

語源は応答する *respondere*（ラテン語）に由来する。だれかに問いかけられそれに応答し、応答する能力があることをいう。正確に応答するには、正確な状況判断と倫理的な規範に沿う形をとることになる。一方、無責任は、不正確な状況判断と倫理的規範に反することになる。無責任な応答の背後には、状況判断や意思決定をせず、盲目的に同調したり服従する構造をもつのである。同調や服従はそれを重ねているうちに、いつしか自己の行動の倫理的規範として内面化する傾向をもつ。自己の倫理観に基づいた判断や意思決定とは異なり、外部の権威や都合に同調していく内に倫理観があいまいになり、最初に持っていた正義感や倫理観が消え失せていく。服従しているうちに規範や行動が自己の内面化へと進むきっかけは、かなり強い強制力や権威が働くことによる。それは長い時間を要して内面化する。

長い間准看護師で働いてきた者は、状況判断や意思決定を他者にゆだねてきた経緯から、無責任の構造が潜在していることも考えられる。したがって、今一度責任観の原点に立ち返ることが重要である。

(3) 信頼

信頼は、相手の内面にある人間性や自分に対する感情などの判断に基づいてなされる、相手の意図についての期待である。ここでいう信頼は相手の信頼性の評価である。信頼性は信頼される側の特性であり、信頼は信頼する側の特性である。たとえば、信頼性の高い人間とは、人格高潔であり、利他的な行動をとる傾向の強い特性をもつ信頼される側のことを示す。

バーバーは、信頼を道徳的社会秩序の存在に対する期待としており、その下位に2種類分類をおいている。①社会関係や社会制度の中で出

会う相手が、役割を遂行する能力をもっているという期待。②相互作用の相手が信託された責務と責任を果たすこと、またそのためには、場合によっては自分の利益よりも他者の利益を尊重しなければならないという義務を果たすことに対する期待である。信頼する相手は役割遂行の能力をもち、利己的にふるまうことがないだろうと期待することが、相手を信頼するということである。

ジレンマ事例を用いた学習

1 学習目標

- (1) 事例のなかに存在する状況や対処について違和感（「許せない」「変だ」などの）を認識し、看護者としての自己の中に潜むジレンマに関する感情をリフレクションすることにより感情の自覚化をはかる。
- (2) ジレンマが生じている理由を明らかにする。
- (3) 倫理的知識に基づいた看護行為を選択する。

2 ジレンマ事例（3事例）

ジレンマ事例と学習の要点は別表のとおりである。学習の要点を活用しながら学習目標を達成させる。

その達成についてはギリガンの「ケア意識の発達モデル」を活用しながら、考え方や判断能力の成長を確認しながら学習の方向を定める。

表 ジレンマ事例の学習の要点

	事 例 1	事 例 2	事 例 3
事例の概要	カルテの改ざんを命じられた事例	病状の把握が不十分な段階で病院の規制を押しつけてしまう事例	褥瘡のリスク評価の高い患者に褥瘡を発生させてしまった事例
学習上取り上げるジレンマの論点	<ul style="list-style-type: none"> 先輩看護師に相談・助言を受けた内容 家族への説明の内容 改ざん記録を命ぜられたこと 	<ul style="list-style-type: none"> 病棟オリエンテーションの目的とタイミング 末期患者にとっての食事の意義 	<ul style="list-style-type: none"> 制約のなかでの看護用具の選択 ケアの優先順位の決定 患者からの評価ではなく医師からの評価を優先
学習のキーワードおよびリフレクションの意義	<ul style="list-style-type: none"> 善行・誠実・忠誠 パターンリズムの自覚 組織におけるアサーティブ 	<ul style="list-style-type: none"> 善行・自立・正義 患者の自律性の尊重 患者への説明責任 	<ul style="list-style-type: none"> 善行・正義・忠誠 責任を果たす行為 患者からの信頼

「カルテの改ざんを命じられた」事例

55歳の男性が心筋梗塞で入院した。緊急冠動脈形成術（PTCA）を行い、手術は成功した。患者及び家族には手術は成功し、心配することはないと告げた。本来なら集中治療室に入れるところベッドが空いてない理由で、ナースステーションに近い個室に収容した。準夜勤で患者を受け持った看護師は、集中治療室に入っていないのだから、そんなに重症ではないなと半ば安心してた。

患者の心電図のアラームが鳴り、家族がそのことを知らせに来た。先輩看護師に相談したところ「接触が悪いのでしょ」と言われ、患者の側の電極を取り替えた。しかし、アラームは鳴りやまなかったため、再度先輩看護師に援助を求めたら、先輩看護師は「おかしい」と急変を感じた。すぐに当直医と主治医を呼んだが、当直医は急変に十分に対応することができなかった。3時間後に到着した。主治医のさまざまな処置の甲斐もなく、患者はまもなく息をひきとった。主治医は「急変するはずがない」と緊張し、家族にどう説明するかについても考えがまとまらないふうであった。その時、医師の上司である部長と主治医と病棟師長が別室で話しあっていたが、患者の家族へは、詳しい説明はなく「急変でした」とだけ告げた。家族は「心配ないと言われたのにおかしい。何か見落としや間違いがあったのではないか」と攻め寄った。やがて看護師に患者の意識が消失した時間について、カルテを書き換えることを主治医と看護師長から命じられた。看護師としては、反論できない自分を自覚しながら、いきどおりを感じた。

「病状の把握が不十分な段階で病院の規制を押し付けてしまう」事例

54歳の女性。子宮体癌（stageⅣ）と糖尿病で入院した。

8ヶ月前に子宮全摘出術を受け、その後化学療法を6クール実施、3週間前から外来病院に移行している。

数日前から、右下腹部痛を自覚し、ほぼ同時期より血性の帯下が続いたことから、予約日より早目に外来を受診する。CTスキャンの結果、局所再発を認め、貧血状態であったために緊急入院となる。いつも入院していた婦人科病棟が満床であるため、外科病棟に夫に支えられて午後3時過ぎに入院された。

身長 158 cm 体重 48 kg (退院時体重 54 kg)。
体温 37.4℃

外来での血液検査結果 Hb8.1 g/dl、
Ht26.0% 血糖 96 mg/dl。

受け持ちのA看護師が病棟内のオリエンテーションのために訪室する。S氏はベッドに横たわり、無言で閉眼している。

（看護師）「今から病棟内をご案内します」

（患者）「今はちょっと疲れているので後にしていただけますか？」

（看護師）「それは困りましたね。後30分で準夜への申し送りの時間にかかってしまう…。」だけ答えた。

夫は、帰り際にナースステーションに立ち寄り、看護師を見つけ声をかける。夫は「家でも、本人が食べたいと希望したものを用意しても、結局一口二口しか入らなくて、最近やせてきているのがよく分るんですが、娘に何か作らせて持たせてもいいですか」

看護師は「それはダメです。入院時の食事指示は糖尿病食 1,400 kcal なっていますから、先生に聞いてみないと交換食は許可できません」と答えた。

「褥瘡のリスク評価の高い患者に褥瘡発生をさせてしまった」事例

70歳の肺癌の男性患者が化学療法目的で入院してきた。息苦しいため食欲も無く標準体重より15%減少し、仙骨部の突出もみられ褥瘡リスクは高いと判断された。

患者は何としてでも回復したいと願い、「化学療法の苦痛にも耐える覚悟」だと言っていた。妻も協力的で何とか夫の役に立ちたいと願っていた。

受持ちの看護師は、褥瘡リスクが高いと判断したが、体圧分散マットの予備が無かったため通常のマットを使用し、翌日退院患者の使用していたマットと入れ替えることを計画した。看護師はそのことを、患者とその妻には「心配させたら悪い」と思い伝えなかった。

夜勤の看護師には分散マットの使用ができなかったことと、翌日交換することを申し送り、基準どおりの体位変換を実施するようたのんだ。夜勤の看護師は、手のかかる患者がいたので、妻に体位変換を頼んで基準通りの体位変換を実施しなかった。そして翌日、受け持ちである看護師は他の入院患者の業務に追われ、患者のマットを交換することを忘れてしまった。2日後、患者が腰痛を訴えるので、看護師が背部を確認したところ、仙骨部の発赤と一部の水泡を発見し褥瘡の発生を確認した。“しまった”と思い、チームリーダーと医師に報告し褥瘡処置を行ったが、医師からは、「化学療法で体力も弱っているから、仕方ないか……」と言われた。妻からは「私ももう少し気をつけていたらよかったですのに…」と困った顔で言われた。

看護師は、すまないと思いながらも、「そもそもマットが無かったのが原因じゃないか、夜勤の看護師にも申し送ったし、翌日のマット交換のことはリーダーも知っていたはずだ

し、奥さんだって協力すると言ってたじゃないか、そして何より医師からも怒られなかったし」とほっとした。

引用・参考文献

- 1) 佐々木栄子;看護的把握のための視点育成へ向けた取り組み,看護展望,19(6),p669-674,1994.
- 2) 高橋順子;2年課程各論実習終了時における情報分析能力の実態,看護教育,33(4),p273-279,1992.
- 3) 矢田真美子;看護婦の診断の推理過程の解明,聖路加看護大学大学院修士論文,1989.
- 4) 田村やよひ;准看護婦の看護婦への移行に関するカリキュラム開発,平成9年度厚生科学研究報告書.
- 5) M.Gaie Rubenfeld, 中木高夫訳;クリティカルシンキングー看護における思考能力の開発ー,南江堂,1997.
- 6) 佐伯胖;認知心理学講座ー推論と理解ー,東京大学出版会,1982.
- 7) ギルバート・ライル,坂本百大;思考について;みすず書房,1997.
- 8) 市村尚久;経験の意味世界をひらく,東信堂,2003.
- 9) 黒田亘;経験と言語,東京大学出版,1975.
- 10) 辰野千壽;問題解決の心理学,金子書房,1986.
- 11) 安西祐一郎;問題解決の心理学,中公新書,1985.
- 12) 市川伸一;考えることの科学,中公新書,2000.
- 13) 稲垣佳世子他;人はいかに学ぶか,中公新書,1994.
- 14) 波多野誼余夫;自己学習能力を育てる,東京大学出版会,1980.
- 15) D.L.ウルリッチ他,高島尚美訳,看護教育におけるグループ学習のすすめ方,医学書院,2002.
- 16) グループ・ディダクティカ編;学びの授業論,勁草書房,1994.
- 17) 日本労働組合総連合会;准看護師の移行教育に関するアンケート結果,1999.
- 18) 村岡芳枝他;イギリスにおける看護教育改革の現状,看護教育,43(12),2002.
- 19) 藤村龍子;アセスメント能力の基盤となる柔軟な思考スキルを育てる方法論の提言,Quality Nursing,4(9),1998.
- 20) 山田里津監,最新看護学教育ガイダンス臨地実習編;医歯薬出版株式会社,1996.
- 21) 系統看護学講座成人看護学2呼吸器,医学書院,2000.
- 22) 星ヶ丘厚生年金病院看護部編;ナーシングプラン集,日総研,1998.
- 23) 重要疾患別演習事例集編集委員会,看護過程を学ぶ重要疾患別演習事例集,学研,1996.
- 24) 岡安大仁他;カレント内科NO10呼吸障害,医学書院,1997.
- 25) 東京厚生年金看護専門学校他;看護診断と病態の関連図上巻,日総研,1997.
- 26) 石川稔生;クリニカルナーシング2呼吸器疾患の看護診断とケア,医学書院,1990.
- 27) 延近久子;シリーズ看護学生のための疾患別看護過程消化器・代謝・腎泌尿器疾患,照林社,1997.
- 28) 半・江利子他;基礎看護学実習の展開と評価,教務と臨床指導者,12(1・2),1999.
- 29) 宇佐美寛;看護教育の方法,医学書院,1987.
- 30) 田島桂子;看護実践能力育成に向けた教育の基礎,医学書院,2002.
- 31) 酒向健,浅見恒行編;教育の方法・技術を学ぶ,福村出版,1994.
- 32) 木下由美子編著;在宅看護論,医歯薬出版株式会社,2000.
- 33) 松野かほる,川島みどり他;在宅看護論,系統看護学講座専門4,医学書院,1999.
- 34) 季羽倭文子監修;訪問看護のアセスメント上,中央法規,2003.
- 35) 高橋和郎編;神経難病,メディカ出版,1997.
- 36) 川島みどり,宮崎康編著;内科系実践的看護マニュアル,看護の科学者,1995.
- 37) 日野原重明監修;チーム医療による在宅酸

- 素療法の実際, 文光堂, 1996.
- 38)岡島重孝, 中田まゆみ編;看護必携シリーズ 15, 訪問看護, 学研, 1998.
- 39)岡崎美知子, 小田正枝編著;在宅看護技術—その手順と指導のポイント—メヂカルフレンド社, 1998.
- 40)杉本正子, 眞船拓子編;在宅看護論, 廣川書店, 1999.
- 41)武久洋三;在宅療養のすすめ, メディア出版部, 2001.
- 42)野地有子 牧本清子:楽しく学ぶクリティカルシンキング, 廣川書店, 2001
- 43)西崎 統:知っておきたい病態生理, 医学書院, P118~P138, 2002.
- 44)氏家幸子編:がん患者の看護, 廣川書店.
- 45)氏家幸子編:終末期にある患者の看護, 廣川書店.
- 46)黒田裕子編:呼吸機能障害を持つ人の看護, メヂカルフレンド社.
- 47)黒田裕子編:循環機能障害を持つ人の看護, メヂカルフレンド社.
- 48)川島みどり編:看護学叢書 経過別看護, メヂカルフレンド社.
- 49)氏家幸子編:成人看護学 急性期にある患者の看護 I 第2版, 廣川書店.
- 50)石井 均 監修:くじけてばかりいられない糖尿病看護の知恵袋, 看護学雑誌Vol67, P14~P58, 2003.
- 51)鈴木吉彦 他:糖尿病患者の看護, クリニカルスタディ, 通巻 302 号, P8~P36, 2003.
- 52)石井均 他:糖尿病診療のマスターになる, 糖尿病診療マスター創刊準備号, Vol1, 2002.
- 53)田中由美 他:直腸癌患者のケア, エキスパートナース看護学生版Vol5, 26~50, 1996.
- 54)関戸啓子 他:食事指導のアドバイスポイント, 消化器外科ナーシング, Vol1, 10~15, 2003.
- 55)田村圭子 他:肺癌患者のケア, エキスパートナース看護学生版, Vol5, 24~50, 1996.
- 56)中野栄子 他:肺癌患者の看護, ナーシングカレッジ, Vol5, 18~37, 2002.
- 57)森松光紀:実践 脳卒中ケア, 脳・神経疾患ナーシング.
- 58)JJN スペシャル, Vol 72, 2002.
- 59)急性期の抑制 ガイドラインづくりとリスク回避法, 看護技術.
- 60)老年看護学 日本老年看護学会学会誌編集委員会編 Vol3~6 1998~2001.
- 61)井上勝也/大川一郎編集 高齢者の「こころ」事典, 中央法規, 2001.
- 62)中西睦子監修; TACS シリーズ 7 老人看護学, 建帛社, 2001.
- 63)岡堂哲雄:患者ケアの臨床心理, 医学書院, 1978.
- 64)宮本美沙子;やる気の心理学, 創元社, 1981.
- 65)野口美和子:老年看護学再考:自我発達の観点から.Quality Nursing.3(10).1997.
- 66)鎌田ケイ子他:老人患者の QOL とは何か, ビジュアル老人百科 SALUS 1, 1993.
- 67)金川克子:わかる看護過程, 中央法規.
- 68)ドナルド. Rウッズ:PBL 判断能力を高める主体的学習, 医学書院.
- 69)鴨下重彦他:子どもの地図帳, 講談社.
- 70)藤岡完治:わかる授業をつくる看護教育技法3 シュミレーション・体験学習, 医学書院.
- 71)赤林朗:ケースブック医療倫理, 医学書院.
- 72)筒井真由美:これからの小児看護, 南江堂.
- 73)小嶋謙四郎他:子どもの看護 こんなときどうするの, 医学書院.
- 74)セリー・L・ベッツ他:小児看護ハンドブック, 医学書院.
- 75)黒田裕子:看護過程の教え方, 医学書院.
- 76)山口求編:小児看護過程&関連図, 日総研.
- 77)富永智栄子:学童期の検査・処置へのインフォームド・コンセントを考える, 小児看護, 23(13)1699-1704, 2000.
- 78)荒木紀子他:入院患児の年齢発達段階と家族背景の側面からみたインフォームド・コンセ

- ントのすすめ方, 小児看護, 23(13)1717-1722, 2000.
- 79)片田範子: 子どもの権利とインフォームド・コンセント, 小児看護, 23(13)1723-1736, 2000.
- 80)鈴木敦子: 小児看護学教育とインフォームド・コンセント;子どもの人格発達をふまえて, 小児看護, 23(13)1727-1730, 2000.
- 81)筒井真由美: 子どものインフォームド・コンセントをめぐる問題, 小児看護, 23(13), p1731-1736, 2000.
- 82)小島美佐子: 看護のコツと落とし穴(小児看護), 中山書店.
- 83)森敏昭: おもしろ思考のラボラトリー, 北大路書房.
- 84)多鹿秀継: 認知心理学から見た授業過程の理解, 北大路書房.
- 85)田代順: 小児がん病棟の子どもたち, 青弓社.
- 86)M. ゴードン: 看護診断 その過程と実践への応用, 医歯薬出版.
- 87)キャスリーンB. ゲイバーソン: 臨地実習のストラテジー, 医学書院, 2002.
- 88)戸田律子訳: WHO の 59 カ条, お産のケア実践ガイド, 農文協, 1997.
- 89)望月真人監修: 標準産科婦人科学, 医学書院, 1999.
- 90)久米美代子編著: フローチャートでわかる母子看護, MC メディカ出版, 2002.
- 91)濱崎勲重編: 困ったときの周産期看護, 医学書院, 2002.
- 92)上野範子他編: 母性看護実習指導の手引き, メヂカルフレンド社, 2002.
- 93)金子道子監修: 看護学臨地実習ガイダンス 3, 医学芸術社, 1998.
- 94)福岡康子他監修: 看護診断に基づく標準看護計画 12, 産科・婦人科, メヂカルフレンド社, 平成 8 年.
- 95)金城清子: 生殖革命と人権, 中公新書, 1996.
- 96)ルヴァ・ルービン: 母性論, 医学書院, 1997.
- 97)厚生省児童家庭局母子衛生課編: 日本の母子健康手帳, 保健同人社, 平成 3 年.
- 98)花沢成一: 母性心理学, 医学書院, 1992.
- 99)大日向雅美: 母性の研究, 川島書店, 1993.
- 100)川島佳千子: 母性臨床看護のポイントと事例展開, 真興交易医書出版部 1993.
- 101)日野原重明監: 看護のための最新医学講座 15 巻, 産科疾患, 中山書店, 2001.
- 102)日野原重明監: 看護のための最新医学講座 18)巻 新生児・小児科疾患 中山書店 2001.
- 103)小笠原幸子他: 現代における妊産褥婦の情報の選択と活用への意識 第 33 回日本看護学会論文集 (母性看護) 2002.
- 104)斎藤さおり他: 不妊症患者の心理と支援 第 33 回日本看護学会論文集 (母性看護) 2002.
- 105)阿部正子他: 女性の体外受精を継続する意思決定における価値体系, 第 33 回日本看護学会論文集 (母性看護) 2002.
- 106)北村郁子他: 自尊感情が低下した不妊女性を支える看護, 第 33 回日本看護学会論文集 (母性看護) 2002.
- 107)根本豊貫: 精神分裂病の病態生理と治療, ナーシングカレッジ, 1(9), 1997.
- 108)守安洋子: 精神分裂病の薬理, ナーシングカレッジ, 1(9), 1997.
- 109)菅野真紀他: 精神分裂病の患者の看護, クリニカルスタディ, 17(12), 1996.
- 110)安田美弥子: アディクション看護とは, 精神科看護, 30(4), 2003.
- 111)川野雅資: 看護過程における患者—看護婦関係, 医学書院, 1999.
- 112)松木光子編集: ケーススタディ看護過程—根拠に基づく看護診断から評価まで—, 医学書院, 2002.
- 113)川野雅資編集: 精神科看護—看護診断とケアプラン, 医学書院, 2002.
- 114)北島謙吾、川野雅資監修: 精神科看護ケアプラン, 医学書院, 2002.

- 115) ないだいなだ、吉岡隆他：依存症，中央法規，1999.
- 116) 澤山透、樋口進：アルコール依存症の概念・病態、全身に与える影響，*クリニカルスタディ*，20(2)，1999.
- 117) 澤山透、樋口進：アルコール依存症の治療，*クリニカルスタディ*，20(2)，1999.
- 118) 永井優子：アルコール依存症患者の看護，*クリニカルスタディ*，20(2)，1999.
- 119) 大谷恵：ケースレポート「アルコール依存症患者の看護」，*ナーシングカレッジ*，1(9)，1997.
- 120) 斎藤学・高木敏編：アルコール臨床ハンドブック，金剛出版，1982.
- 121) 池田健：アルコール依存症の概念・病態、全身に与える影響，*クリニカルスタディ*，23(14)，2002.
- 122) 田村文子・入澤友紀：アルコール依存症患者の看護，*クリニカルスタディ*，23(14)，2002.
- 123) 斎藤学：アルコール依存症の精神病理，金剛出版，1985.
- 124) 近藤喬・鈴木純一編：集団精神療法ハンドブック，金剛出版，2001.
- 125) 斎藤学：嗜癖行動と家族，有斐閣選書，1984.
- 126) 田中美恵子編著：精神看護学 学生一患者のストーリーで綴る実習展開，医歯薬出版，2002.
- 127) 小林美子・坂田三充：精神疾患・痴呆症をもつ人への看護，中央法規，2002.
- 128) アルコール問題全国市民協会編：アルコールで悩むあなたへ，亜紀書房，1986.
- 129) ニクラス・ルーマン，大庭健他訳；信頼，勁草書房，1990.
- 130) 山岸俊男；信頼の構造，東京大学出版会，1998.
- 131) 岡本浩一；無責任の構造，PHP研究所，2001.
- 132) 森村修；ケアの倫理，大修館書店，2000.
- 133) 小林亜津子；看護倫理のアイデンティティ，生命倫理，10(1)，2000.
- 134) 横尾京子他；日本の看護婦が直面する倫理的課題とその反応，*日本看護科学会誌*，13(1)，1993.
- 135) 日常業務上ぶつかる悩みと看護の倫理，*日本看護協会調査研究報告*，No54，1999.
- 136) 成澤光；「看護倫理」問題の制度的解決に向けて，*看護管理*，11(1)，2001.
- 137) サラT，フライ，片田範子他訳；看護実践の倫理．日本看護協会出版会，1998.
- 138) 永野重史；道徳性の発達と教育，新曜社，1985.
- 139) 平田幸子；コールバーグ理論を用いた職業的態度の育成，*看護教育*，36(5)，1995.
- 140) 清水哲郎；看護現場の臨床倫理，*インターナショナルナーシングレビュー*，24(3)，2001.
- 141) 清水哲郎；医療現場に臨む哲学，勁草書房，1997.