

# 一般病棟における終末期がん患者の家族ケア評価 — 30歳未満と30歳以上の看護師の年代別比較 —\*

大 重 育 美\*\*

\*\*長崎県立大学シーボルト校看護栄養学部看護学科

**Key words** : 家族ケア, 終末期がん患者, 30歳未満と30歳以上の看護師の比較  
(family caring, patients with end-stage cancer, comparison between the less than 30 year and more 30 year nurses)

## I. はじめに

一般病棟におけるおもな看護業務には、診療の介助である「点滴管理」や「包帯交換」などと、療養の世話である「環境整備」や「清拭」などがあり、まず患者の命に直結する診療の介助が優先されるという現実がある。つまり、これらの多忙な業務に加え看取りのケアを提供するという「時間的なゆとり」のなさが一般病棟の課題である<sup>1)</sup>。今回の研究対象病棟も同様で、おもに消化器疾患の急性期患者を看ている中でがん患者を看ており、終末期がん患者の対応には個々の看護師の裁量に任されている状況であった。そのため、看護師が終末期のがん患者にゆっくり関わりたいと思っても、手術や治療など緊急性の高い、処置の多い患者のケアを優先的に行わざるを得ない場合があった。また、終末期がん患者および家族に静かに落ち着いた環境を提供しようとしても十分にできないことも多く、看護師からは急性期病棟の中で終末期看護を行うジレンマを訴える声がかかれた。特に、終末期がん患者の症状緩和だけでなく家族との関係性の難しさが問題としてカンファレンスに上がることも多かった。そこで、今までの終末期がん看護の家族ケアについて看護師自身の看護評価を行い、さらに家族との関係性について苦慮することが多い30歳未満の看護師に焦点をあてて30歳以上の看護師との違いについて

調査を行った。30歳未満の看護師は、看護師経験年数が10年未満に相当し終末期ケア経験の少なさから、終末期ケアに対する知識および技術が不足しているため、患者ケアに無力感を抱いている、家族ケアに対する満足度も低いといわれている<sup>2)</sup>。30歳未満の看護師が終末期がん患者の家族ケアに自信をもって向き合えるように具体的な方法は明らかにされていない。そのため、本研究では、吉岡ら<sup>3)</sup>が開発した終末期がん患者の家族支援に焦点を当てた看取りケア尺度の【悔いのない死へのケア】、【癒しと魂のケア】、【苦痛緩和ケアの保証】、【情報提供と意思決定のケア】、【有効なケアの調整】の5つの因子に分類されているものを用いて、家族ケア評価の年代間の比較をすることで、30歳未満の看護師の終末期がん患者の家族ケア支援への示唆が得られると考えた。

これらのことから、今回の研究目的は、一般病棟の看護師が行う終末期がん患者の家族に対する看取りのケア状況を数値化し、30歳未満と30歳以上の看護師の年代間での看取りケアの違いを明らかにすることである。

## II. 用語の操作的定義

年代別：30歳未満および30歳以上と区分

家族ケア評価：終末期がん患者の家族成員で絆を共有し、情緒的な親密さで互いに結びついた、家族に対して

(受付日：2010年5月20日，受理日：2011年11月10日)

### 連絡先

大重育美／長崎県立大学シーボルト校看護栄養学部看護学科 〒851-2195 長崎県西彼杵郡長与町まなび野1-1-1  
Phone：095-813-5187／E-mail：naru0305@sun.ac.jp

表1 対象者の年代別属性シート

n=23

年代別	性別		看護師経験年数	
	女性 (人)	男性 (人)	10年未満 (人)	10年以上 (人)
20歳代	10	1	11	0
30歳代	8	0	0	8
40歳代	3	0	0	3
50歳代	1	0	0	1
計 (人)	22	1	11	12

ケアをする看護師のケア実践の自己評価

看取りのケア：家族のセルフケア能力を高め、家族としてのまとまりを維持、強化し、家族の平穏な看取りを支援するために、看護師が終末期のがん患者の家族に行うケア行動

受け持ち看護師：プライマリ・ケア制における受け持ち看護師

### Ⅲ. 研究方法

#### 1) 対象

A病院の消化器外科病棟看護師23名

#### 2) 調査期間

2009年10～11月

#### 3) データの収集方法

##### ①質問紙の構成

吉岡ら<sup>3)</sup>が終末期がん患者を含む家族全体を支援するケアを評価することを目的に開発された看取りケア測定尺度の調査票を使用する。調査票は5つの因子から構成された全22問の質問紙である。回答は、「全く実施できていない」～「よく実施できている」までを5段階評価とする。属性は、年齢、看護師経験年数、性別、終末期がん患者の受け持ちの有無とする。なお終末期がん患者の受け持ちについては、受け持ち回数は問わないこととする。

##### ②質問紙の配布と回収方法

対象病棟看護師23名（師長を除く）に調査票を配布する。回収方法は病棟内に回収箱を設置し、封筒に入れて投函するよう説明書に記載する。

##### ③質問紙の信頼性と妥当性

信頼性の検討はCronbach's  $\alpha$ 係数0.91、妥当性の検討については、家族支援、ダイニング・ケア、看護師の自律性尺度、看護師の満足度尺度との関連性が、作成者によって確認されている。再テスト法でもおおむね尺度の

安定性が確認されている。

#### 4) 分析方法

5つのカテゴリー分類別に看取りケア尺度の比較を記述統計で行う。質問紙への回答は「全く実施できていない」1点、「あまり実施できていない」2点、「どちらともいえない」3点、「まずまず実施できている」4点、「よく実施できている」5点とスコア化し、各因子の平均点を算出する。次に、看護師の年代別に30歳未満と30歳代以上の2群に分けて、看取りのケア尺度の平均値を比較する。経験年数は10年未満と10年以上に分けて比較する。統計手法は、Spapiro-Wilksの検定で正規性を確認後に、等分散性のLeveneの検定を行い、2標本のtの検定を選択する。有意水準は5%未満とする。統計ソフトはSPSS ver.16 for Windowsを使用する。

#### 5) 倫理的配慮

対象者には、調査への参加は自由意思であり、個人は特定されないこと、調査で得られた結果は研究および学会発表以外には一切使用しないことを文書および口頭で説明した。返書によって研究への同意とみなすことを文書に示した。なお本研究は、A病院の倫理審査委員会の審査を受け承認を得ている。看取りのケア尺度の使用については、作成者の許可を得ている。

### Ⅳ. 結果

回収率は100%で、23名中23名であった。本研究の対象者は、看護師数23名、平均年齢31.3歳（標準偏差 $\pm$ 8.0歳）、平均看護師経験年数10.2年（標準偏差 $\pm$ 8.4歳）であった。性別では、女性が22名、男性1名であった（表1）。年代が30歳未満では11名、30歳以上では12名で、経験年数は10年未満が11名、10年以上が12名であった。終末期患者の受け持ち経験がある者は、30歳未満が11名中10名、30歳以上では12名中9名であった（表2）。各因子については【 】で、各因

表2 終末期患者の受け持ち経験に関する年代別比較

n = 23

		年代別		合計 (%)
		30歳未満 (%)	30歳代以上 (%)	
終末期の受け持ち経験	有	10 (90)	9 (75)	19 (83)
	無	1 (10)	3 (25)	4 (27)
	合計	11 (100)	12 (100)	23 (100)

子の項目内容については〈 〉と分けて表記した。統計手法については、Spapiro-Wilksの検定で正規性を確認後、Leveneの検定で不等分散であったため、Welchの検定を選択した。有意水準は5%未満とした。

### 1. 終末期がん患者への家族ケアの評価

病棟看護師全員のカテゴリー別の比較では、家族間のコミュニケーションを促進し家族で過ごす最期の時間の充実を図るケアで構成されている【悔いのない死へのケア】がもっとも高く、次に【苦痛と緩和ケアの保証】、【有効なケアの保証】が続き、【情報提供と意思決定のケア】、最も低いのが【癒しと魂のケア】という順序であった。

### 2. 30歳未満と30歳代以上の看護師の家族ケア評価

年代別の30歳未満と30歳以上の比較では、【悔いのない死へのケア】の中で〈患者と家族間のコミュニケーションを促進する〉、〈臨終の時は家族中心に静かに迎えられるよう配慮する〉、〈希望があれば、在宅療養への移行のための準備ができるよう援助する〉の3つの項目で30歳以上が高い得点であった ( $p < .05$ )。【癒しと魂のケア】の中では、〈状況に応じて死について患者や家族と話し合う〉の1項目で30歳以上が高い得点であった ( $p < .05$ )。【苦痛緩和ケアの保証】の中で、〈患者の悪心/嘔吐をアセスメントし、緩和するための介入をする〉の1項目で30歳以上が高い得点であった ( $p < .05$ )。【情報提供と意思決定のケア】の中では、5つのすべての項目において30歳以上が高い得点であった ( $p < .05$ )。【有効なケアの調整】の中では、〈家族が医師と話し合えるよう調整している〉、〈患者や家族の希望が取り入れられるよう調整する〉の2項目で30歳以上が高い得点であった ( $p < .05$ ) (表3)。

## V. 考 察

### 1. 終末期がん看護への家族ケアの構造

吉岡<sup>3)</sup>は、【悔いのない死へのケア】に属する項目を看取りケアの目標因子として位置づけている。それは、〈患者と家族とのコミュニケーションが促進する〉、〈臨

終の時は家族中心で静かに迎えられるよう配慮する〉、〈疼痛コントロールのための鎮痛剤や麻薬の使用について、医師に働きかける〉、〈希望があれば、在宅療養への移行のために準備できるように援助する〉、〈患者と家族が医師からの説明を理解できているか確認し、必要であれば促進する〉という内容項目が「家族が納得する死」、「臨終時に家族に見守られた死」という吉田<sup>4)</sup>の「良い看取り」として抽出されたものと合致しているからと考える。このカテゴリー得点が最も高かった理由としては、臨床看護師が終末期看護の中で家族が患者に施された治療や患者のおかれた状況を納得することによって患者の死を受け入れることができると考え、残されていく家族が納得し、満足しなければ意味がない<sup>4)</sup>と考え家族の要望に沿いながら家族の意思決定を見守る行動をとっている表れとも判断できた。一般病棟におけるがん患者の家族に対する看護ケアの実践評価指標の開発をした研究<sup>5)</sup>で抽出された26項目のうち、患者ケアの家族参加の促しや意思表示と調整などは今回の項目と一致することから評価できる。実際に、日々のカンファレンスの中で個室への移室するタイミングが話されたり、緩和ケア委員の介入や多職種カンファレンスでの医師・臨床薬剤師によって疼痛緩和について検討したり、多職種カンファレンスでMSWに情報提供を行い家族の意向を確認してもらうなどが行われていた。一般病棟でターミナルケアを行う看護師の思いについて研究した報告<sup>6)</sup>の中で、プライマリ看護師の悩みとして、急性期とターミナル期の患者が混在しているために生命維持が優先され、ターミナル期の患者ケアがプライマリ看護師任せになり、プライマリ看護師の勤務状況によっては、看護師間で情報共有する等、チームとして関わることの難しさが述べられていた。特に、プライマリ看護師1人にケア方針が委ねられるため、経験年数が少ない場合では、先輩看護師に相談してもタイムリーにケア方針を決められないことがある<sup>6)</sup>とプライマリ看護師の困難さが述べられていた。ここで重要なのは情報共有を行うことのできるシステム構築を行い、患者・家族の本音を引き出し、良い看取りという方向性を明確にして医療機関が支援していく体制が

表3 終末期がん患者の家族ケア評価の年代別比較

		年代別 (n)		p 値*	平均 (n = 23)	
		30歳未満 (11)	30歳以上 (12)			
悔いのない死へのケア	Q1	患者と家族間のコミュニケーションを促進する	2.8	3.3	0.04	3.1
	Q2	臨終の時は家族中心に静かに迎えられるように配慮する	2.9	3.6	0.03	
	Q3	疼痛コントロールのための鎮静剤や麻薬の使用について、医師に働きかける	2.8	3.4	0.10	
	Q4	家族が患者のそばにいることの意義を家族に伝える	2.8	3.5	0.14	
	Q5	希望があれば、在宅療養への移行のための準備ができるよう援助する	2.2	3.1	0.03	
	Q6	患者と家族が医師からの説明が理解できているか確認し、必要であれば補足する	3.0	3.2	0.30	
癒しと魂のケア	Q7	患者が自然と触れあう機会や、音楽や絵画などで芸術に触れる機会を提供する	2.5	2.5	1.00	2.4
	Q8	患者にアロマセラピーやマッサージなどリラクゼーションのためのケアを提供する	2.2	2.4	0.35	
	Q9	ライフレビュー（回想）や家族なりの思い出づくりなど、家族全体の悲嘆のプロセスを促す	2.1	2.1	1.00	
	Q10	家族の発達段階、個々の家族員の役割、関係性を知るための十分なアセスメントを行う	2.1	2.5	0.22	
	Q11	状況に応じて死について患者や家族と話し合う	2.5	3.0	0.03	
苦痛と緩和ケアの保証	Q12	患者の悪心/嘔吐をアセスメントし、緩和するための介入をする	2.6	3.3	0.03	3.0
	Q13	患者の安楽が確保されているかどうかアセスメントし、患者に確認する	2.9	3.3	0.17	
	Q14	患者の呼吸困難をアセスメントし、緩和するための介入をする	2.7	3.1	0.10	
	Q15	苦痛の緩和に対処するため、患者の状態の変化に迅速に対応する	2.7	3.2	0.10	
情報提供と意思決定のケア	Q16	必要に応じて、死が近づいた時の積極的治療、蘇生、看取りの場所について患者と家族で話し合うように促す	2.5	3.1	0.05	2.8
	Q17	状態の悪化に伴う患者の身体的、心理的变化について家族に説明する	2.5	3.3	0.00	
	Q18	直接伝えられない患者の思いを家族に伝える	2.4	3.2	0.00	
	Q19	治療や薬物の使用目的、副作用についての情報を患者と家族に十分に提供する	2.5	3.3	0.01	
有効なケアの調整	Q20	家族が医師と話し合えるよう調整する	2.5	3.3	0.03	3.0
	Q21	患者と家族が最期の時を過ごすための場所と時間を確保する	2.7	3.3	0.10	
	Q22	患者や家族の希望（外泊、外出など）が取り入れられるよう調整する	2.7	3.3	0.02	

Welch 検定\*

必要と考える。

5つのカテゴリの中で【癒しと魂のケア】が最も低い結果から、実践的なケアというよりもスピリチュアルなケア関連はできていないと自己評価していた。内容的には、自然や芸術に触れあう機会、代替療法を用いたりリラクゼーションケア、家族の中の関係性に配慮したケア、

患者の状況に応じた死への受容過程へのケアなどで、特に〈ライフレビューや家族なりの思い出づくりなど、家族全体の悲嘆のプロセスを促す〉という項目が最下位の評価であった。予期悲嘆のプロセスは直線的でなく行き来しながら、次第に進んでいくプロセスである。したがって、この時期に悲しいのは当然であり、「悲しみを十

分に表現していいですよ」ということを伝える接しかた<sup>7)</sup>が必要となる。中野ら<sup>8)</sup>は、家族に焦点を当てた家族看護学の中で、「ケアの対象としての家族という視点を持ち、患者同様に揺らぎのある家族のニーズを把握していく」ことを説いている。さらに、「病者が終末期と診断された家族は脅威や恐怖を感じ、混乱や不安、情緒的不安定などの情緒的反応を経験する<sup>9)</sup>」と説き、終末期にあっても予測が難しい状況では、患者の状況の変化に応じて家族も揺らいでいることを理解した対応が望まれる。

そのため、家族の状況を理解し、個々の家族は異なった立場を持っていることを理解し中立的な立場でかわりを持つこと、家族が自分たちの感情を受け入れて予期悲嘆の心理過程をすすめられるように情緒的に支え、家族員同士が協体制を作れるように支援する交渉人的な役割を看護師が担う必要がある。コミュニケーション促進のために、家族が思いを十分に表現できるように傾聴できる場を提供する対応も求められる。対象病棟には患者の家族と時間を共有できる面会室があり、病棟と離れた場所に確保されている環境があるため、継続した有効利用が期待された。

〈患者の悪心/嘔吐をアセスメントし、緩和する介入をする〉や、〈患者の安楽が確保されているかどうかアセスメントし、患者に確認する〉、〈患者の呼吸困難をアセスメントし、緩和するための介入をする〉などを含む身体的ケアが多い【苦痛と緩和ケアの保証】については、ふつう程度できているという自己評価であった。直接的に患者の反応を評価しやすい内容が多いため実践可能な項目であったと考える。また、疼痛コントロールを緩和ケアの最優先と捉えていると感じた。

〈状態の悪化に伴う患者の身体的、心理的变化について家族に説明する〉、〈直接伝えられない患者の思いを家族に伝える〉という【情報提供と意思決定のケア】についてはやや低い自己評価ではあった。この情報提供では医師との調整を行いながら家族の反応および家族の誰に伝えるのかを判断しなくてはならない。そのため、実践に至るまでの時間的経過を要したり、実践できてもその評価ができなかったりするために評価が難しい項目ともいえる。

〈家族が医師と話し合えるよう調整する〉など、〈患者と家族が最期の時を過ごすために場所と時間を確保する〉に関する【有効なケアの調整】として、ふつう程度できているという自己評価であった。このことは、看護師は必要時には医師に意見がはいえるという看護師と医師間の関係性のスムーズさの表れと評価できた。

これらのことから、対象病棟の看護師は、終末期がん患者と家族が悔いのない時間を過ごすことができるように、家族の病状理解を促進する働きかけ、患者家族間のコミュニケーション促進に向けて関わっていることがわかった。また、患者の苦痛緩和に努め、患者・家族の意向に配慮したいという思いで関わっていることが示唆された。

## 2. 30歳未満と30歳以上の看護師の家族ケア評価

対象病棟の看護師年齢構成では、30歳未満が47.8%と半数を占めており、かつ終末期を受け持った経験が30歳未満で90%と高いため、終末期における患者の家族ケアの評価の年代的指標となると考えた。看取りのケアを得点化した吉岡ら<sup>10)</sup>の報告では、30歳未満と30歳以上の看護師では有意差は認められなかった。しかし、年齢が上がると得点が増加傾向にあり、臨床経験を積むことで看護師として患者の死をどう受け止めるかが経験的に蓄積されることが考えられた。

本研究では、30歳未満と30歳以上の看護師による比較で、22問中10問で有意に得点が高いという結果で年代差が示唆された。そのため、終末期患者の受け持ち経験があるということで看取りのケア尺度が高いとはいえない結果と判断でき、年齢や看護師経験年数が看取りのケア尺度に影響しているという吉岡ら<sup>3)</sup>の報告と同様の結果と考えられた。反面、注目すべき点は、【癒しと魂のケア】の〈患者が自然と触れあう機会や、音楽や絵画などで芸術に触れる機会を提供する〉、〈ライフレビューや家族なりの思い出づくりなど、家族全体の悲嘆のプロセスを促す〉という項目については、30歳未満の看護師と得点と同じであり、年代にかかわらずあまりできていないと自己評価している項目と考えられ、今後の検討課題として取り組むべき問題といえた。臨床経験5～7年目と10～12年目の中堅看護師の直感的観察判断をした小林らの研究<sup>11)</sup>では、「5～7年目では患者の状況判断において身体の部分部分に注目し直感的に観察判断し、10～12年目では症状から全体を瞬時に捉えていて、判断能力の質的転換が始まっている」という報告があった。臨床経験10年目以上では、年代的に30歳代以上がほとんどであること踏まえると、今回の結果から家族ケアのニーズに対する判断能力が発揮されたと考える。

しかし、経験をただ積むだけではなく、どのように積むかという経験の質も問われていることも考慮しなくてはならない。菊池ら<sup>12)</sup>は、「看護の専門職的自律性の認知能力、実践能力、具体的判断能力、抽象的判断能力、自立的判断能力は経験年数が多いほど得点が高くなる傾向があるが単調増加ではなく、就業後3年目を境に急激

に上昇し、その後6～10年間で下降もしくは安定した後に、10年目を超えると再び上昇を繰り返すことから、専門性の確保には少なくとも10年の臨床経験が必要」と報告している。また、藤腹ら<sup>13)</sup>は「専門職的自律度には3つの側面があり、認知・判断・実践というプロセス踏みながら自律性を確保していく。看護師の職業としての自律性を高めるには自主的・主体的な判断や実践を通して発揮され、的確な看護実践に取り組む能力をもつことが必要といわれることは、終末期看護の中で看取りの質を左右する看護師の死生観が大きく関与していることを理解しなくてはならない」と報告している。看護師としての臨床経験を踏んでいく中で臨床経験10年ということが、看護の専門性習得に大きく関与していることから、30歳未満で終末期がん患者を受け持つ際には、死生観が確立できていないこともあるために、臨床経験10年目以上で終末期がん患者を受け持ち看取った経験者をフォローにつける、もしくはチームカンファレンスによる支援体制を確保するなどの対応が必要と考える。また、臨床経験10年目以上の熟練者であっても自らの看護内容を言語化できないことが多く、専門性の伝達が困難であることが推測される。そのために、内村<sup>14)</sup>の新人看護師とプリセプターの共同実践における熟達の関係論的アプローチを援用して、言葉による説明や知識を教え込み、知識や技術不足を指摘するというアプローチではなく、熟練者の看護の実際を観察する中で、声や動きから、その視線を追うと作業を通して患者や家族の状況がみえてくるような視線結合的姿勢で指導することで、共に援助し、互いに発見するという効用がみられることが期待できる。

さらに、がん看護の家族に関する看護研究の動向を調査した結果<sup>15)</sup>で、家族へのアプローチには家族を患者の背景としてとらえキーパーソンが特定されて関わる方法が主流なため、家族を一つのシステムユニットとして捉え家族全体の関係性から家族ケアを検討する研究も必要であると述べている。がん家族ニーズを把握する視点として、家族と接する限られた時間の中で、家族が語る言葉から、看護者の想像力や推察力を働かせながら、いきいきと目の前の家族のニーズを描き出し、内に秘められたニーズを引き出すかわり<sup>16)</sup>が必要となり、その能力を培う段階的なシステムづくりを検討していきたい。

## VI. 研究の限界と今後の課題

今回の研究は、ひとつの病棟を対象とし、終末期がん患者の属性および家族の属性も限定していないことか

ら、結果を一般化することは困難である。今後は、緩和ケアなど専門病棟を含めて対象数を増やした年代別の比較調査、看取りケア尺度の推移を病期別に調査を行い、家族ケアのアプローチの標準化に向けたエビデンスを見出したい。

## VII. まとめ

終末期がん患者の家族ケアに対する看取り尺度を介した看護師の自己評価を30歳未満と30歳以上との年代別比較を行った調査から以下のことが明らかとなった。

今回の一般病棟の特徴としては、【悔いのない死へのケア】に積極的に取り組み、【苦痛と緩和ケアの保証】として患者の身体的なケアにも配慮しようと努め、【有効なケアの調整】として医師との連携を重視している姿勢がみられた。年代別では、30歳以上の看護師で終末期がん患者の家族ケアが30歳未満と比べて実践評価が高く、それは終末期がん患者を受け持ち経験とは関係なく、経験年数を重ねることで家族ケアのニーズが把握できている表れと考えられた。

## 文 献

- 1) 濱口恵子, 小迫富美恵, 千崎美登子, 他. がん患者の看取りのケア. 東京, 日本看護協会出版会, 2008, 8-12
- 2) 岩瀬 紫, 森田達也, 笹岡郷子. 終末期医療に携わる看護婦の患者ケアに対する満足度. 死の臨床. 25(1), 70-77 (2002)
- 3) 吉岡さおり, 小笠原知枝, 中橋苗代, 他. 終末期がん患者の家族支援に焦点を当てた看取りケア尺度の開発. 日本看護科学会誌. 29(2), 11-20 (2009)
- 4) 吉田みつ子. ホスピスにおける看護婦の「死」観に関する研究—「良い看取り」をめぐる—。日本看護科学会誌. 19(1), 49-59 (1999)
- 5) 長 聡子, 川本利恵子, 中野正博. 一般病棟におけるがん患者の家族に対する看護ケアの実践評価指標の作成に向けた基礎的研究—指標項目の作成と選定—, 産業医科大学雑誌. 31(1), 37-49 (2009)
- 6) 殿城友紀. 一般病棟でターミナルケアに携わる看護師の思い. 日本赤十字看護大学紀要. 23, 66-75 (2009)
- 7) 淀川キリスト教病院 ホスピス編. ターミナルケアマニュアル第3版. 大阪, 最新医学社, 1998, 234
- 8) 中野綾美. 家族エンパワーメントをもたらす看護実践. 東京, へるす出版, 2009, 28-35
- 9) 中野綾美. 家族エンパワーメントをもたらす看護実践. 東京, へるす出版, 2009, 207-230
- 10) 吉岡さおり, 池内香織, 山田苗代, 他. 看護師の末期がん患者に対する「看取りケア」とそれに関与する要因. 大阪大学看護学雑誌. 12(1), 1-10 (2006)
- 11) 小林八代枝, 本間千代子, 國岡照子. 中堅看護師の直観的観察判断の実際—臨床経験5～7年と10～12年の比較から—, Health Sciences. 24(2), 179-185 (2008)
- 12) 菊池昭江, 原田唯司. 看護の専門職的自律性の測定に関する一研究. 静岡大学教育学部研究報告. 47, 241-254 (1997)
- 13) 藤腹明子, 小山敦代, 荻田千榮. 看取りの心得と作法. 医学書院, 1997, 151

- 14) 内村美子. プリセプターとの共同実践による新人看護師の熟達  
の関係論的アプローチ. 日本看護学教育学会誌. 16(3), 49-  
55 (2007)
- 15) 長 聡子, 川本利恵子, 永松有紀, 他. がん患者の家族に関す  
る看護研究の動向と課題. 産業医科大学雑誌. 30(2), 197-  
213 (2008)
- 16) 中野綾美. 家族エンパワーメントをもたらす看護実践. 東京,  
へるす出版, 2009, 28-30

---

**Evaluation of Family Care for Patients with End-stage Cancer by General Ward Nurses  
— Comparison between Nurses Younger and Older than 30 Years —\***

Address reprint requests to :

Narumi Ooshige. Department of Nursing Faculty of Nursing and Nutrition University of Nagasaki, Siebold.  
1-1-1 Manabino, Nagayo-cho, Nishisonogi-gun, Nagasaki 851-2195, JAPAN  
Phone : 095-813-5187 / E-mail : naru0305@sun.ac.jp