Osaka University Knowledge Archive

Title	がん看護領域の熟練看護師における家族ケアの必要性の認知と実施している家族ケア
Author(s)	新田, 紀枝; 谷浦, 葉子; 大野, 由美子
Citation	大阪大学看護学雑誌. 2012, 18(1), p. 49-56
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/56891
rights	©大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻
Note	

Osaka University Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

Osaka University

-研　究　報　告-

がん看護領域の熟練看護師における家族ケアの必要性の認知と実施している家族ケア

新田紀枝*・谷浦葉子**・大野由美子**

要　旨

がん看護領域の熟練看護師が認知している家族ケアの必要性と実施している家族ケアを明らかにすることを目的に、看護師 13 名を対して半構成的面接を行い、逐語録の内容分析を行った。

熟練看護師は《患者と患者の療養生活を支える》、《家族もストレス状況にある》、《家族のグリーフワークを促す》、《患者と家族の関係性を調整する》ために家族ケアが必要であると認知し、さらに《患者の家族役割の変化を支える》ために患者の中にある家族への思いに対してもケアが必要であると認知していた。また家族ケアを円滑に実施できるように《家族の状況を把握する》、《家族との人間関係の構築を図る》、《家族とのコミュニケーションを図る》ことを行い、《家族関係を調整する》、《キーパーソンを支える》、《家族が患者の状態を理解できるようにする》、《家族が患者のケアに主体的に参加できるようにする》、《家族の意思決定を支える》、《家族にグリーフケアをする》、《家族にチームでかかわれるように調整する》という家族ケアを実施していた。

キーワード：がん看護、熟練看護師、家族ケア、半構成的面接

Ⅰ．はじめに

がんはわが国の死因の第１位である疾患であるだけでなく、男性の 53.6%、女性の 40.5%が罹患する疾患[1]である。近年のがん治療はめざましい進歩を遂げ、がん患者の長期生存も可能になった。しかし、家族の１人ががんという病気になることで、その家族は患者の死を意識せざるを得なくなり、さらに治療に伴う社会的役割や家族役割の変化、経済的負担、病状や先行きの見通しが立たないことなどにより、多くのストレスを受けることになる。長い間、看護の対象は患者であり、家族は患者の資源および背景としてとらえられていた。そのため、看護職者は家族に対して、患者の療養生活を支える者としてのかかわりがされていた。しかし、近年では、がん患者の家族の 10～30%には、家族の一員ががんになった影響により適応障害やうつ病などの精神医学的な問題があることが報告され[2]、患者の家族も「第２の患者」として支援の必要性が指摘されている[3]。

そこで、がん看護領域の熟練看護師が家族ケアの必要性をどのように認知し、具体的にどのような家族ケアを実施しているのかを明らかにすることは、家族ケアのロールモデルが乏しい現状において意義があると考え、本研究を実施した。

Ⅱ．用語の定義

患者にとっての家族は、血縁の有無を問わず、患者が情緒的に結びつき、家族であると認知している者である[4,5]。しかし、患者が家族と認めていない家族成員であっても、社会的に患者の療養生活上、家族としてのかかわりが必要な場合がある。そのため、本研究における「家族」とは、看護師が患者の家族と認知している者とした。また、「家族ケア」とは、看護師ががん患者の家族に対してケア（援助）を行ったと認知している言動を指す。

本研究における熟練看護師とは、技能習得過程を５段階で示すドレイファスモデルにおいて、十分な経験と判断能力を備えた第４段階（熟練者）であり、ベナーのいう「中堅レベル（Proficient）」以上の看護師[6]である。

*大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻　**大阪大学医学部附属病院

Ⅲ．研究目的

本研究は、がん患者の家族に対する熟練看護師が認知している家族ケアの必要性と実施している家族ケアの内容を明らかにすることを目的とした。

Ⅳ．研究方法

1．対象者

研究協力施設（都市部の大学病院）においてクリニカルラダーⅢ（中堅）に認定され、かつがん看護領域の専門分野別研修を修了し、エキスパートと認定された看護師、または教育担当看護師長、研究者によりそれと同等であるとみなされた看護師（以下、熟練看護師とする）である。研究協力候補者への依頼は、研究協力施設の教育担当看護師長から選定基準を満たした研究候補者に研究協力依頼の文書を渡してもらった。研究協力の意思については研究者へ直接で郵送で回答してもらい、研究協力の意思が確認された場合、インタビュー日時の調整を行った。なお、候補者の研究協力の有無については研究協力施設には伝えないこととした。

研究協力依頼は14名に行い、11名から研究協力の同意が得られた。対象者はこの11名とパイロットスタディを行った2名の計13名である。

2．調査期間

プレ調査期間が平成20年8月、本調査期間が平成21年7月～平成22年2月。

3．調査方法

プライバシーが確保できる個室で半構成的面接を行い、対象者の了解を得てICレコーダーに録音した。

4．調査内容

4名の対象者にパイロットスタディを行って作成したインタビューガイドに基づき実施し、今までにかかわったがん患者の家族とのかかわりの中で、印象に残っている事例を想起してもらい、①印象に残っている事例の概要、②家族ケアの必要性、③家族ケアの内容などを語ってもらい、さらにこれ以外で心がけている家族ケアについても語ってもらった。

5．分析方法

逐語録から、対象者の語り全体の文脈に留意しながらデータのスライスを作成し、テーマに関連する対象者の言葉を感情、思考、行動に着目して家族ケアに関連する言葉（コード）を抽出し、内容分析を行った。ICレコーダーの録音記録および逐語録に何度も戻り確認しながらカテゴリー化の作業を繰り返した。さらに、抽出された分析データを研究者3名で検討を行った。

また、抽出されたコードに対象者の語りが反映されているか、サブカテゴリー、カテゴリー分類が適切であるかについて、調査時連絡可能であった対象者10名に確認の調査を行い、真実性、妥当性が確保できるように努めた。

6．倫理的配慮

研究者所属施設の倫理委員会の承認を得て研究を行った。対象者に対して文書および口頭で説明を行い、文書による研究参加の同意、公表の承諾を得た。

Ⅴ．結果

10名の対象者に各自の逐語録と分析結果、評価票を送付し結果、9名から回答が得られた（回収率90.0%）。

家族ケアの必要性、家族ケアの内容の分類について、対象者全員が話された内容は正しく含まれていたと回答した。さらに、分類が現実にあっている、他の家族にもあてはまる、解釈が実践の上で役に立つと思うと全員が回答した。しかし、分類されたカテゴリー、サブカテゴリー、コードのわかりやすさについて、必要性の分類では「どちらともいえない」が2名、家族ケアの分類は「わかりにくい」が1名あった。評価票の結果を参考にして、コード、サブカテゴリー、カテゴリーの修正を行った。

1．対象者の属性

対象者は全員が女性であり、平均年齢が33.6（SD4.0）歳、がん看護領域平均経験年数が9.2（SD3.3）年であった。

2．印象に残った事例

対象者が語った印象に残った事例は24例（1人1～4例）が語られた。その内訳は終末期の事例が15例、治療の中止の事例が4例、その他が5例（急変後死亡、移植の意思決定など）であった。

表 1 家族ケアの必要性

サブカテゴリー	カテゴリー
家族が患者のパワーの源である 家族はケアの知識や技術を習得しなければならない 家族が意思決定をしなければならない 家族に経済的負担がある	患者と患者の療養生活を支える
家族に心理・精神的な問題がある 家族が患者の病状、反応で揺れる 家族に医療者とのコミュニケーションギャップがある	家族もストレス状況にある
家族が死にゆく過程を知らない 家族は終末期の患者に何かしたいけどできない 家族に予期悲嘆がある 家族が他の家族成員に予後を伝えられない	家族のグリーフワークを促す
患者と家族の相互作用がある 患者と家族の思いにズレがある 患者と家族の家族関係に問題がある	患者と家族の関係性を調整する
患者に家族役割の悩みがある	患者の家族役割の変化を支える

3．家族ケアの必要性（表 1）

家族ケアの必要性は 78 のコードが抽出され、15 のサブカテゴリー、5 のカテゴリーから構成された。以下、カテゴリーは《　》、サブカテテゴリーは〈　〉で示す。

①《患者と患者の療養生活を支える》

対象者は〈患者のパワーの源である〉家族がしっかりと患者を支えられるように、患者の病状や療養生活に必要な〈ケアの知識や技術を習得する〉ことができるように家族を援助する必要があると捉えていた。さらに患者の病状によって患者に代わって〈意思決定しなければならない〉家族を支えること、〈経済的負担がある〉場合に MSW に繋げるなどの援助が必要であると認知していた。

②《家族もストレス状況にある》

対象者は家族が情緒的に不安定であったり、抑うつ的になるなど〈家族に心理・精神的な問題がある〉場合や、患者の治療方針の転換や患者の反応に混乱するなど〈家族が患者の病状、反応で揺れる〉場合、主治医に聞きたいことが聞けないなど（家族に医療者とのコミュニケーションギャップがある）場合に、患者だけでなく家族もストレス状況であると捉え、家族に対しても援助が必要であると認知していた。

また対象者が《家族もストレス状況にある》ために家族ケアが必要と認知する時期は、患者の病状が悪くなってきたとき、治療が中止され緩和ケアが中心になってきたとき、終末期であった。

③《家族のグリーフワークを促す》

対象者は、家族が〈死にゆく過程を知らない〉ことや〈終末期の患者に何かしたいけどできない〉こと、〈家族に予期悲嘆がある〉ことに対して、家族ケアが必要であると思っていた。さらに〈家族が他の家族成員に（患者の）予後を伝えられない〉ことに対して、予後が伝えられるようにする援助が必要であると認知していた。

対象者が《家族のグリーフワークを促す》ために家族ケアが必要と認知する時期は、状態が月単位に迫ってきたとき、病状が悪くなってきたときであり、熟練看護師は家族が死別の心構えができるように、患者の生存中からグリーフケアをする必要があると認知していた。

表 2 家族ケアを行う前に実施される内容

サブカテゴリー	カテゴリー
家族ケアに必要な情報を確認する 訊き方を工夫する	家族の状況を把握する
家族と看護師の心理的距離を調整する 看護師を意識させる	家族との人間関係の構築を図る
家族に会えるセッティングをする 声をかけるタイミングを図る 家族が話しやすい場所を選択する 声かけを工夫する 患者と家族が一緒に話できるようにする 話題を工夫する	家族とのコミュニケーションを図る

④《患者と家族の関係性を調整する》

対象者は、家族が笑顔だと患者も落ち着くなどお互いが影響しあい〈患者と家族には相互作用がある〉こと、また治療方針や今後の過ごし方などに〈患者と家族に思いのズレがあること〉や、お互いに遠慮があったり、ギクシャクしているなど〈患者と家族の家族関係に問題がある〉ことについて患者と家族の関係を調整する必要性を感じていた。

⑤《患者の家族役割の変化を支える》

家族との関係性の中で生じる〈患者に家族役割の悩みがある〉ため、患者の中にある家族役割を変えることができるように援助することが必要であると感じていた。

4．家族ケアの内容

家族ケアの内容はコード数 243 が抽出され、29 のサブカテゴリー、10 のカテゴリーから構成された。そのうち 3 カテゴリーは家族ケアが円滑に実施できるようにするために行わる内容であった。したがって、家族ケアを行う前に実施されるものと家族ケアとして実施しているものに分けられた。

1）家族ケアを行う前に実施される内容（表 2）

①《家族の状況を把握する》

対象者は、家族の思いや健康状態、家族背景など〈家族ケアに必要な情報を（意図的に収集して）確認し〉、その情報の得るために、患者のケアや雑談をしながら家族に尋ねたり、あるいは意図的に聞きにくいことをストレートに聞いたり、逆に継続して少しずつ聞くなど臨機応変に〈訊き方を工夫し〉ていた。

②《家族との人間関係の構築を図る》

対象者は、家族との近すぎない、離れすぎない距離感を考えて〈家族と看護師の心理的距離を調整〉し、自分が自然にいつも近くにいる人だと〈看護師を（家族に）意識させる〉ことを意図して、廊下や洗濯場で声をかけたり、看護師である自分が言っていたと家族に伝わるように患者へ伝言を頼んだりして、家族へ伝えてもらっていた。

③《家族とのコミュニケーションを図る》

対象者は、患者に家族の面会日時を確認して〈家族に会えるセッティングをし〉たり、家族に〈声をかけるタイミングを図り〉ながら、〈家族が話しやすい場所を選択し〉て、〈声かけを工夫〉していた。

声かけは、日常的に何気ない話をすることをするように心かけており、普段から家族の表情や言動に注意を払っていた。家族がしんどそうなときや家族だけに接触して話を聴きたいときは、ナースステーションで業務をしながら廊下を注意深く見渡して家族が通るのを待って声をかけるタイミングを図り、家族への労いの言葉や、家族の気持ちを反映するような言葉（大丈夫ですか、お疲れじゃないですか、つらいですねなど）を使用して、家族の思いが話せるように導いていた。家族が気軽に話しやすいように廊下で立ち話から始めて深刻そうになると場所を移動したり、予

表 3 実施している家族ケアの内容

サブカテゴリー	カテゴリー
患者と家族の橋渡しをする 患者と家族の関係を調整する 家族間を調整する	家族関係を調整する
キーパーソンの調整をする 家族の健康管理をする 家族の情緒面に寄り添う 家族をエンパワーする 患者のケアで家族を安心させる	キーパーソンを支える
家族と医師の橋渡しをする 患者の情報を提供する	家族が患者の状態を理解できるようにする
家族と一緒にケアする 家族に教育的指導を行う	家族が患者のケアに主体的に参加できるようにする
家族による他の家族成員への告知を助ける 家族の意思決定のプロセスを支える	家族の意思決定を支える
家族のグリーフワークを促す 家族が悔いのない看取りができるようにする 遺族のグリーフワークを促す	家族にグリーフケアをする
チームでかかわる 他の専門職を導入する	家族にチームでかかわれるように調整する

め、しっかり話を聴いたほうがよいと判断したときは面談室へ行くなど、家族が話しやすい場所を選択し、話を聴くようにしていた。

また患者と家族がいるところに入って行き〈患者と家族が一緒に話できるようにし〉たり、家族の昔話や郷土話、芸能ネタなど〈話題を工夫し〉て、家族とコミュニケーションを図っていた。

2）実施している家族ケアの内容（表 3）

①《家族関係を調整する》

対象者は患者の思いや希望を家族に代弁したり、反対に家族の思いを患者に伝えたり、〈患者と家族の橋渡しをし〉ていた。また患者と家族の関係だけではなく、家族間に意見の相違がある場合、医師と相談してまとめるなど家族間の関係も調整していた。

②《キーパーソンを支える》

対象者は、キーパーソンとされている人がうまく機能できていない場合、他のキーパーソンになる人や、キーパーソンを支える人を探したりして〈キーパーソンの調整をし〉ていた。一方、キーパーソンが疲れないように〈家族の健康管理をし〉、〈家族の情緒面に寄り添い〉ながら、〈家族をエンパワーし〉て、キーパーソンがキーパーソンとして機能できるように配慮していた。また、患者の十分なケアを提供することが家族にとっても安心につながることを認知して、〈(自分の患者への)ケアで家族を安心させら〉れる実践を行っていた。

③《家族が患者の状態を理解できるようにする》

対象者は医師の家族への説明の機会をセッティングしたり、家族が医師に聞きたいことが聞けるようにしたり、説明後の理解を確かめたりして〈家族と医師の橋渡しをし〉て

いた。さらに、患者の今日どのように過ごしていたか、術後にどのように回復をしていくかなどの〈患者の情報を（家族に）提供し〉、家族が患者の状態を理解できるようにしていた。

④《家族が患者ケアに主体的に参加できるようにする》

対象者は、患者の状況がわかり、またケアに慣れてもらえるように〈家族と一緒にケア〉をしたり、ストーマ技術の習得や退院指導など〈家族に教育的指導を行い〉、患者の療養生活を支える知識と技術が身につくように援助していた。

⑤《家族の意思決定を支える》

対象者は、子どもへ親の病気を伝えるツールを紹介したりして子どもにがんを告知できるように援助したり、年老いた親に対して病状や予後が伝えられるように〈家族による他の家族成員への告知を助け〉ていた。また、家族と患者の望ましい姿を話し合ったり、「看護師さんならどうする」と尋ねられたとき自分の考えを述べるなど、〈家族の意思決定のプロセスを支える〉援助を行っていた。

⑥《家族にグリーフケアをする》

対象者は家族が患者と一緒に過ごせる時間や環境を整え、家族の思い出話を聞いたりして〈家族のグリーフワークを促し〉、家族が心置きなく看取りできるようにしていた。また付き添える場所を整備し、看取りの予想される経過を説明し〈家族が悔いのない見取りをできるようにし〉ていた。さらに死別直後、遺族とエンゼルケアを一緒にしたり、反対に事務手続きに集中できるように配慮して〈遺族のグリーフワークを促し〉、後に病棟を訪れた遺族に対して、患者のエピソードを語り合うなどしていた。

⑦《家族にチームでかかわれるように調整する》

対象者は、カンファレンスなどで看護スタッフが情報を共有し、ケアを統一してかかわるようにしたり、医師と連携したり、必要に応じて、がん看護専門看護師や臨床心理士、MSW などにかかわってもらえるように依頼を行い、〈家族でチームにかかわる〉ことができるようにしていた。

Ⅵ. 考察

1．家族ケアの必要性

従来、患者の家族は患者の背景、つまり患者を支える者としてとして捉えられ、家族が患者を支えることができるようにするために看護師が援助を必要とする対象とみなされてきた。しかし、近年、家族看護の対象は、患者の背景としてだけでなく、すべての家族成員が看護のアセスメントの対象となり、ケアの焦点とみなされるようになってきた。さらにシステムとしての家族の視点で、家族成員の相互作用にも焦点がおかれるようになった。Hanson ら[7]は、「家族看護とは、家族のヘルスケアニーズを満たすために、看護実践の守備範囲内で行われるプロセスである。家族看護学は、背景としての家族、全体としての家族、システムとしての家族、社会の構成要素としての家族に焦点を当てているものである」と定義している。

がん看護領域に熟練看護師の家族ケアの必要性には、《患者と患者の療養生活を支える》ためという「背景としての家族」への視点、《家族もストレス状態にある》、《家族のグリーフワークを促す》ために患者だけではなく家族成員をも対象とする「全体としての家族」への視点、《患者と家族の関係性を調整するため》という「システムとしての家族」の視点が含まれていた。さらに、家族システムの中で家族との関係性の中で生じ、家族との葛藤につながる患者の家族役割の変化に対しても支援の必要性を感じていた。

しかし、本研究においてもう1つ「社会の構成要素としての家族」の視点に関するカテゴリーが抽出されなかった。その理由として、対象者が印象に残っていると語った事例が全て入院中の治療の中止や終末期などの患者の家族であったことが考えられる。経験豊富な看護師であっても、病棟勤務の看護師では「社会の構成要素としての家族」の視点をあまり持っていないのか、それとも退院後在宅にもどる患者の家族に関してその視点があるのかについては、今後の課題であると考えられる。

2．家族ケアの内容

対象者が実践している家族ケアの内容は必要性に対応したものであった。本研究において抽出されたサブカテゴリーの内容は、長

戸ら[8]が報告しているがん患者の家族に対する看護師のかかわりの方略として抽出されたサブカテゴリーの内容と類似していた。

がん看護領域に熟練看護師は、家族ケアを円滑に実施できるように《家族の状況を把握する》ことをしながら、《家族との人間関係の構築を図る》ことを行っていた。そのため《家族とのコミュニケーションを図る》工夫をしていた。そして、家族との関係を築きながら、《家族関係を調整する》こと、《キーパーソンを支える》こと、《家族が患者の状態を理解できるようにする》こと、《家族が患者ケアに主体的に参加できるようにする》こと、《家族の意思決定を支える》こと、《家族にグリーフケアをする》ことを実施していた。さらに、看護師が個人としてだけではなく、《家族にチームでかかわれるように調整する》ことを行っていた。

したがって家族ケアの実施は、家族ケアに必要な情報を収集し、家族との人間関係を構築することをベースとしながら、その上でストレス状況にある家族に対して具体的な援助を行うという階層性があると考えられた。例えば、常に関心を持っていることをアピールするために、日常から廊下や洗濯場などで家族へ声かけを行い、援助者としての自分を家族へ意図的に意識させておき、患者の病状の進行、変化などの重要な局面において生じる家族の危機的状況にタイムリーに支援できるようにしていた。つまり、がん看護領域に熟練看護師が実施している家族ケアは、今このときだけに限定された援助ではなく、今後を予測し、将来的なかかわりを見据えた援助でもあった。

3．看護実践への示唆

鈴木[9]は家族が現実に向き合い、さまざまな問題に対処し、患者を支えていくためには、専門家からの援助が必要不可欠であると述べている。一方で、野嶋[10]は看護師が患者の家族にかかわることに苦手意識を持ち、家族にかかわることを回避する傾向があることを指摘している。さらに、先行研究においてがん看護に従事する看護師は患者の家族にかかわることに対して様々な困難感や葛藤、あるいはジレンマを感じていることが報告されている[11~13]。長戸ら[8]は、がん患者の家族に対する看護師のかかわりについて、がん看護・家族看護のスペシャリストによるサポートが得られる体制づくりが必要であると指摘しているが、本研究におけるがん看護領域の熟練看護師が実施している階層性のある家族ケアは、経験の浅い看護師にとってロールモデルになると考えられる。

4．研究の限界

本研究の限界は1施設における結果であること、さらに研究協力施設が都市部の大学病院であるため、抽出された家族ケアが地域や医療施設の特性による影響を受けていることが考えら、一般化することはできない。したがって、今後の課題として地域や医療施設の特性をふまえた量的なデザインによる家族ケアの検討が必要であると考える。

Ⅶ．結論

がん看護領域の熟練看護師 13 名に半構成的面接を行った結果、熟練看護師が認知している家族ケアの必要性について《患者と患者の療養生活を支える》、《家族もストレス状況にある》、《家族のグリーフワークを促す》、《患者と家族の人間関係の調整する》、《患者の家族役割の変化を支える》の5つのカテゴリーが抽出された。熟練看護師が行っている家族ケアには、家族ケアを円滑にできるように家族ケアを行う前に実施されるカテゴリー《家族の状況を把握する》、《家族との人間関係の構築を図る》、《家族とのコミュニケーションを図る》と、それらをふまえて実施される家族ケアのカテゴリー《家族関係を調整する》、《キーパーソンを支える》、《家族が患者の状態を理解できるようにする》、《家族が患者のケアに主体的に参加できるようにする》、《家族の意思決定を支える》、《家族にグリーフケアをする》、《家族にチームでかかわれるように調整する》が抽出された。

謝辞

本研究の実施において、ご協力いただきました看護師の皆様に心より御礼申しあげます。

本研究の一部は、第 25 回日本がん看護学会学術集会において発表した。

引用文献

1) 「がんの統計」編集委員会、2011年、がんの統計’10 (2011.1.19更新)、http://ganjoho.ncc.go.jp/public/statistics/backnumber/2010_jp.html
2) Pitceathly, C., Maguire, P., 2003, The psychological impact of cancer on patients' partners and other key relatives: a review, European Journal of Cancer, 39, 1517-1524
3) Lederberg, M. S., 1998, The family of the cancer patient, ed. by Holland, J.C., Rowland J.H., Psycho-Oncology, New York: Oxford University Press, pp981-993
4) Hanson, S. M. H., Boyd, S. T., 村田惠子、荒川靖子、津田紀子監訳、2001年、第1章家族看護学とは、家族看護学ー理論・実践・研究、東京：医学書院、p5
5) 森山美知子、2001年、第1部家族看護モデルの理論と実践、第1章家族看護の実践、ファミリーナーシングプラクティス家族看護の理論と実践、森山美知子編集、東京：医学書院、pp7-9
6) パトリシア・ベナー、2005年、第2章技能習得に関するドレイファスモデルの看護への適用、ベナー看護論　新訳版、井部俊子監訳、東京：医学書院、pp11-32
7) 前掲4)、p6
8) 長戸和子、大川宣容、川上理子、2003年、がん患者の家族に対する看護師のかかわり、家族看護学研究、9(1)、26-35
9) 鈴木志津枝、2004年、がん患者の家族が抱える諸問題と家族ケアの重要性、がん看護、9(4)、280-285
10) 野嶋佐由美、2005年、3章家族との援助関係の形成、Ⅳ家族との関わりの困難さからの脱出、野嶋佐由美監修、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、pp53-58
11) 小川智子、2000年、ターミナル期のがん患者を支える家族看護の実態と看護婦・士の意識、神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録、26、490-496
12) 濱田珠美、2006年、化学療法を受けるがん患者・家族へケアを実践する看護師の困難と対処ー一定地域に位置づくS大学病院での調査ー、看護総合科学研究会誌、9(2)、17-28
13) 渡邉久美、野村佳代、犬飼昌子、他、2007年、終末期にあるがん患者の家族との関わりにおける看護師の感情と思考過程ー一般病院で勤務する看護師へのインタビューからー、家族看護学研究、13(1)、60-65