

筑波大学

博士（看護科学）学位論文

一般病棟の看護師を対象とした  
終末期がん患者の家族支援ガイドの作成と  
有用性の検証

2017

筑波大学大学院博士課程人間総合科学研究科

牟田 理恵子

# 目次

## 第1章 序論

### I. 緒言

1. 日本の終末期がん医療の現状 ..... 1
  2. 終末期がん患者の家族の苦痛・苦悩と健康問題 ..... 2
  3. 一般病棟における終末期がん患者の家族支援の現状と課題
    - 1) 終末期における家族との対話の重要性 ..... 3
    - 2) 家族との End-of-Life Discussion の現状 ..... 3
    - 3) 終末期がん患者の家族看護に関する教育の現状と課題 ..... 4
  4. 危機回避の視点からの終末期がん患者の家族支援の必要性 ..... 6
- II. 用語の操作的定義 ..... 9

## 第2章 終末期がん患者の家族支援ガイドの作成

- I. 家族支援ガイドの作成の目的 ..... 10
- II. 本ガイドの意義 ..... 10
- III. ガイドの作成
  1. ガイドの目標設定 ..... 12
  2. ガイドの作成方法 ..... 12
  3. ガイドの具体的内容
    - 1) 『このガイドについて』 ..... 13
    - 2) 終末期がん患者の家族の『ストレスフルなできごと』 ..... 15
    - 3) 『危機回避/問題解決決定要因』 ..... 20
    - 4) 『終末期がん患者の家族への支援』 ..... 22
    - 5) 参考資料 ..... 25
- IV. 本ガイドの特色
  1. 本ガイドにおける支援のターゲット ..... 25
  2. 危機理論と実践のリンケージ ..... 25
  3. エビデンスによる終末期における家族支援の重要性の意識付け ..... 26
  4. 見やすく一般病棟の看護師に読んでもらえるガイドとする工夫 ..... 26

### 第3章 終末期がん患者の家族支援ガイドの有用性の検証

I. 研究目的	28
II. 研究の意義	28
III. 用語の操作的定義	29
IV. 研究の枠組み	29
V. 研究方法	
1. 研究デザイン	30
2. 調査対象	
1) 調査実施施設	30
2) 調査対象者	30
3. データ収集	
1) 調査手順	30
2) 調査期間	31
3) 調査項目	31
4. 分析方法	35
5. 予定対象者数とその根拠	36
6. 倫理的配慮	38
VI. 結果	
1. 対象者の背景特性	
1) ガイドを読んだ人の背景特性	39
2) ガイドを読まなかった人の背景特性	40
3) ガイドを読んだ人と読まなかった人の背景特性の比較	41
2. ガイドの評価	
1) ガイドに対する理解度	41
2) ガイドの目標に対する評価	42
(1) 知識の獲得	42
(2) 意識の向上	43
(3) セルフアセスメントツールとしての活用性	43
(4) 実践への活用可能性	43
3) ガイドのわかりやすさ	43

3. ガイドの評価と背景因子との関連	
1) 年齢・臨床経験年数・終末期がん患者の看護経験年数との関連	44
2) その他の各変数との関連	44
(1) 職位/役割とガイドの評価の関連	45
(2) 最終学歴とガイドの評価の関連	46
(3) 終末期看護への関心とガイドの評価の関連	46
(4) 家族看護への関心とガイドの評価の関連	47
(5) 終末期がん患者の家族との関わりにおける困難感とガイドの評価の関連	47
(6) 大切な人の看取り経験とガイドの評価の関連	48
(7) 所属する病棟の診療科とガイドの評価の関連	48
(8) 職場のサポート状況とガイドの実践への活用性の評価との関連	49
4. ガイドの評価とターミナルケア態度尺度との関連	
1) 死にゆく患者へのケアの前向きさとガイドの評価の関連	49
2) 患者・家族を中心とするケアの認識とガイドの評価の関連	49
5. ガイドの評価と看取りケア尺度との関連	50
6. ガイドを読むのに要した時間とガイドの情報量	50
7. ガイドを読んだ理由	50
8. ガイドを読まなかった/途中で読むのをやめた理由	51
9. ガイドに関する意見・感想	51
VII. 考察	
1. 対象者の背景特性について	52
2. ガイドに対する理解度と背景因子の関連について	53
3. ガイドの目標に対する評価と背景因子の関連について	55
4. ガイドの評価とターミナルケア態度尺度との関連について	56
5. 本ガイドの活用方法の提案	56
6. 本研究の限界と今後の課題	58
VIII. 結論	59
謝辞	61
引用文献	62

## 図表

- 図 1 研究枠組み
- 図 2 分析対象者決定までの過程
  
- 表 1 対象者の背景
- 表 2 FATCOD-Form B-J（終末期ケアに対する態度）の記述統計
- 表 3 看取りケア尺度（終末期ケアの実践状況）の記述統計
- 表 4 ガイドを読んだ人と読まなかった人の対象特性の比較
- 表 5 ガイドに対する理解度の回答分布と平均値
- 表 6 ガイドの目標に対する評価の回答分布と平均値
- 表 7 年齢・臨床経験年数・終末期がん患者の看護経験年数とガイドの評価の関連
- 表 8 職位/役割によるガイドの評価の相違
- 表 9 最終学歴によるガイドの評価の相違
- 表 10 終末期看護への関心によるガイドの評価の相違
- 表 11 家族看護への関心によるガイドの評価の相違
- 表 12 終末期がん患者の家族との関わりにおける困難感によるガイドの評価の相違
- 表 13 看取りの経験によるガイドの評価の相違
- 表 14 所属する病棟の診療科によるガイドの評価の相違
- 表 15 職場のサポート状況によるガイドの評価の相違
- 表 16 ガイドの評価による終末期ケアに対する態度得点の相違  
〔死にゆく患者へのケアの前向きさ〕
- 表 17 ガイドの評価による終末期ケアに対する態度得点の相違  
〔患者・家族を中心とするケアの認識〕
- 表 18 ガイドの評価による終末期ケアの実践得点の相違
- 表 19 ガイドを読むのに要した時間と情報量
- 表 20 ガイドを読んだ理由
- 表 21 ガイドを読まなかった/途中で読むのをやめた理由
- 表 22 自由回答式質問への回答

## 資料

資料 1 終末期がん患者の家族支援ガイド

資料 2 調査票

資料 3 看護師長用の研究協力依頼書

資料 4 看護師用の調査協力依頼書

# 第1章 序論

## I. 緒言

### 1. 日本の終末期がん医療の現状

わが国のがんによる死亡は、1981年に死因の第1位となって以来、人口の高齢化に伴い年々増加している。2016年のがんによる死亡者数は37万人を超え、全死亡者数の28.5%を占めている（厚生労働省，2017）。こうした背景の下、1990年診療報酬に緩和ケア病棟入院料が新設されたことにより、主として終末期のがん患者とその家族に対するケアを専門とした病棟が制度化された。緩和ケア病棟は5施設（117床）から始まり、2017年6月現在386施設（7,904床）まで増加した（日本ホスピス緩和ケア協会，2017）。しかし、緩和ケア病棟で死亡したがん患者の割合は未だ10.6%であり、約8割（76.1%）のがん患者とその家族が一般病棟で最期の時を迎えている（ホスピス・緩和ケア白書2016, p.74）。がん患者とその家族のほとんどが、一般病棟で入退院を繰り返し、終末期のときを過ごしている現状にある。

2002年診療報酬に緩和ケア診療加算が新設されたことにより、緩和ケアチームが制度化され、それらのチームを有する医療施設は年々増加している。また、一般病棟でのコンサルテーション活動により専門的緩和ケアが提供されるようになってきた。緩和ケアチームでは、主に患者の症状緩和や退院、在宅療養に関する相談が行われているが、緩和ケアチームの利用率は、がん死亡者数の約15%と推計され、その活動や支援体制においては施設間差があり、課題が検討されている段階である（木澤，2012；奥村，2011）。

また、近年の平均在院日数の短縮化に伴い、以前であれば入院の対象であった終末期がん患者が、外来通院をしながら在宅療養を余儀なくされることも増えてきた。外来患者の重症化・複雑化・多様化が進み、外来看護に求められる役割も高まっているが（廣川，2007）、時間的・人的に制約も大きく、看護師との接点がないまま帰宅している患者もいることや、外来で患者の日常生活の送り方に関する説明を行い、また不安や悩みを傾聴するなど、外来での看護業務には限界があることが報告されている（松山ら，2006）。

以上のように、わが国の終末期がん医療は、厚生労働省が在宅医療・介護を推進する方向性を示していてもなお、一般病棟を主として展開されている現状にある。したがって、一般病棟の看護師には、終末期がん患者とその家族に対して、入院中の関わりの中でその苦痛や



苦悩を把握し、生活および人生の質（Quality of life：以下 QOL）を高めることを目的とした、先を見据えた質の高いケアを提供していく役割が期待される。

## 2. 終末期がん患者の家族の苦痛・苦悩と健康問題

患者が終末期の状態にあると診断されることは、近い将来大切な家族の一員を喪失するということを意味し、家族にとって非常にストレスの高い出来事である。終末期患者の家族は、大きな衝撃を受けるが、否認や多くの苦悩を経て、次第にその現実を受け入れていく。その非常に困難なプロセスの中における、終末期がん患者の家族の苦しみ（瀬山，武居，神田，2013；Seyama & Kanda, 2008）や、死への気づきに対する心理的反応（大川ら，2002）、その他、様々な思いや体験している困難の内容についてなど、質的研究において明らかにされている（柴田ら，2011；篠塚，稲垣，2007；中村，大西，2006；柳原，1998；吉田，1996）。また、久松，丹羽（2011）は、疾患の進行に伴って変化する、終末期がん患者家族の多様な不安を明らかにしている。こうした数多くの苦悩に直面している進行がん患者の家族においては、その3～5割が精神医学的問題を抱えているとする調査や（Pitceathly & Maguire, 2003）、患者の配偶者の4割に抑うつが認められ、患者における割合を上回っていたという報告もある（Braun, Mikulincer, Rydall, Walsh, & Rodin, 2007）。また、終末期に大きな精神的問題を抱えた家族介護者は、患者との死別後も精神的問題が持続することや（Kissan & Bloch, 1994）、死別前のストレスの大きさや終末期のケアが、死別後の悲嘆や遺族のQOL、精神健康に大きな影響を及ぼすことも明らかにされている（Ringdal et al., 2004；Garrido & Prigerson, 2014；Abbott, Prigerson, & Maciejewski; 2014）。国内の調査でも、精神科に紹介されたがん患者の家族/遺族の約半数が、患者の終末期の問題に直面していたという事実や（Akechi et al., 2006）、遺族外来を受診したがん患者の遺族の約6割（57.1%）が、終末期における後悔を抱えていた（Ishida et al., 2012）といった報告がある。

終末期がん患者の苦痛は total pain（全人的苦痛）であることが提唱されているように（Saunders, 1984；淀川キリスト教病院ホスピス，2007）、家族も同様に精神的・心理的苦痛だけでなく、予期悲嘆としての身体症状や介護負担、自身の健康問題などの身体的苦痛や、経済的負担や家族内の役割変化に伴う混乱などの社会的苦痛、スピリチュアルな苦痛を抱えていると言われている。すなわち、終末期がん患者の家族もストレスフルな状態にあり、危機的状況に陥りやすく、支援を必要としている存在である。したがって、終末期がん患者の家族を second order patients（第二の患者）として捉え、支援することの重要性が問わ

れている (Lederberg, 1998)。わが国では、がん対策推進基本計画の全体目標の一つとして、「全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の向上」が挙げられている (厚生労働省, 2007) ように、がん患者だけでなく家族への支援は重要な課題である。

### 3. 一般病棟における終末期がん患者の家族支援の現状と課題

#### 1) 終末期における家族との対話の重要性

質の高い終末期ケアとは、患者、家族、医療者間で絶えず話し合いによって調整される動的な過程であると言われている (Steinhauser et al., 2000)。また、終末期の質を決定する重要な要因として「死への準備」が挙げられているが (Steinhauser et al., 2000)、患者との死別への準備においても、医療者・家族間で十分な話し合いがもたれ、必要とする情報が得られることの重要性が指摘されている (Hebert, Schulz, Copeland, & Arnold, 2009; Hudson, 2006)。

先行研究で、家族は定期的なコンタクトによる患者の状態説明や、タイムリーで的確な十分な量の情報提供、患者の治療や今後起こりうる症状などの疾患の進行に関する話し合いを望んでいる (Waldrop et al., 2012; Rhodes et al., 2008; Royak-Schaler et al., 2006; Clayton, Butow, Arnold, & Tattersall, 2005a)。また、わかりやすい、一貫性のある、信頼できる情報を提供することや (Hebert et al., 2009; Clayton, Butow, & Tattersall, 2005; Mangan, Taylor, Yabroff, Fleming, & Ingham, 2003)、早い段階から介護者として今後何を予測しておくべきかについての情報や (Hudson, 2006; Clayton et al., 2005a)、希望と真実のバランスがとれている情報の提供 (Clayton, Butow, Arnold, & Tattersall, 2005b; Steinhauser et al., 2001) を望んでいることが明らかにされている。また、終末期がん患者の家族は、患者の状態や治療、患者の役に立つ援助などの情報を看護師に提供して欲しいという期待を持っていることが報告されている (熊谷, 小笠原, 長坂, 2009; 安藤, 2013)。

#### 2) 家族との End-of-Life Discussion の現状

上記に述べたように、質の高い終末期ケアにおいて、家族との対話は重要であり、家族のニーズについても多くの先行研究で明らかにされている。しかし、終末期において必要な情報提供や説明を踏まえた家族との話し合い (以下 End-of-Life Discussion) は十分行われておらず、家族のニーズは満たされていないことが、国内外の実態調査において報告されてい

る（清水，2013; Yoshida et al., 2011; Shinjo et al., 2010; 白土，森田，2010; 福井，猫田，2004; Boyd, Merkh, Rutledge, & Randall, 2011; Beckstrand, Moore, Callister, & Bond, 2009; Schulman-Green, McCorkle, Cherlin, Jhonson-Hurzeler, & Bradley, 2005; Hancock et al., 2007; Csikai, 2006; Cherlin et al., 2005; Hudson, Aranda, & Kristjanson, 2004）。

特に一般病棟においては、在院日数が短くなっている中で、治療期・急性期の患者や重症者ともに終末期の患者が入院し、最期の時を迎えている状況にあるため、End-of-Life Discussion の機会を逃してしまうことや（Boyd et al., 2011）、医師・看護師ともに End-of-Life Discussion をはじめることに不安や困難を感じていることが報告されている（Schulman-Green et al., 2005; Steinhauser et al., 2001）。また、予後やホスピスのことについて話し合うのを避けたり、先延ばしにしてしまうこと、End-of-Life Discussion を医師・看護師双方が自身の責務と捉えていないこと（Schulman-Green et al., 2005）などが海外の先行研究で報告されている。国内の調査においても、生活の視点からの予測的な情報提供が不十分であることや（Yoshida et al., 2011）、患者の状態や見通しについて伝えるのは医師の領分であり、看護師の立場では患者の病状や死期が迫っていることを家族に伝えられないと考えている看護師がいること（上山，2007）、そして看護師の半数が、医師の説明の補足としての予後説明や、前もって死が近づいた時の状況について具体的な説明をしていないといった報告がされている（福井，猫田，2004）。一般病棟における終末期ケアの実施状況の調査においても、日常生活の援助や安楽の援助など、患者に対する基本的な援助は積極的に実施されているが、「症状の変化に応じた介護の仕方を家族に指導する」「臨終までの時間的な予測を家族に伝える」「今後起こりうる、患者の身体的、心理的变化を家族に伝える」などの家族への介入は不十分である実態が明らかにされている（吉岡，池内，山田，小笠原，2006）。

### 3) 終末期がん患者の家族看護に関する教育の現状と課題

現在、家族看護の重要性は広く認識されるようになり、わが国でも一般病棟の看護師が提供している終末期がん患者の家族への多様な支援内容について報告されている（喜多下，糸島，2017; 北田，瀬山，高井，武居，神田，2011; 高城，若林，八塚，2009; 中川，小谷，笹川，2008; 長戸，大川，川上，2003）。しかし、上記のような家族との End-of-Life Discussion の現状から、終末期がん患者の家族に適切な情報的サポート、情緒的サポートが提供されているとは言えないことが推測される。家族へのアプローチが不十分だった、あるいはできな

かったために、終末期がん患者の家族のストレス状態を長期化させ、家族間・医療者間のコンフリクトを生じさせてしまうなどの様々なトラブルを引き起こし、家族が危機に陥るリスクを高めている可能性もあるのではないかと考える。

急性期と終末期の患者が混在する一般病棟における終末期医療の問題点として、約 7 割の医師・看護師が、終末期医療の知識・技術不足を感じており、また、医師の多くが、一般病棟では終末期患者の家族への配慮ができにくいと感じていることが報告されている（佐藤ら，2005）。そして、その問題点の関連構造について検討した結果、医師・看護師共に、「家族への配慮不足」は、「知識・技術不足」と直接関連していた（佐藤ら，2005）。吉岡，森山（2010）による、一般病棟の看護師による終末期がん患者と家族を支えるためのケアの実践に関連する要因を質的に分析した調査においても、「家族の捉え方の理解」「家族アセスメントの意義と方法の理解」「家族をケアすることの意義の理解」といった家族看護に関する基本的知識が要因の一つとして挙げられ、その不足が指摘されている。家族看護の学習経験のない看護師の家族に対する認識は、家族を支援することについて、家族への思いはあるが、家族との心理的距離が遠いため、家族を支援するというよりはむしろ、家族に協力を求めるという姿勢であることも報告されている（児玉，2015）。

わが国においては、看護基礎教育における教育施設の主体が、4 年制大学へと移行しつつあるが、家族看護学という科目の標準化は未だ行われていない。看護基礎教育における家族看護学教育について、2008 年から 2015 年の 7 年間の変化を追跡調査した結果、看護基礎教育の中で家族看護学教育が浸透しているとは言えないと報告されている（浅野ら，2016）。約 7 割以上の学校で家族看護学教育は実施されていたが、家族看護学を教えるために特化した科目を設定している学校は約 3 割であり、4 割以上の学校は家族看護学の内容を他の科目の中に入れて教授していた。したがって、教育内容は、当該科目担当者に一任されていることが多く、家族看護学として特化した科目が設定されていない場合には、それらの教育内容について保証は得られない状況であることが指摘されている。該当科目の中に占める家族看護学の内容を含んでいる授業時間数も 1～2 時間が 41.5%、3～4 時間が 20.4%であり、教育時間数が十分でないことが指摘されている。また、わが国では特に、家族看護支援（看護介入）の理論的基盤や実践モデルが発展途上であり、確立された状態とは言えない現状が指摘されている（山本ら，2010）。

長戸，大川，川上（2003）は、がん患者の家族支援において看護師は、家族が納得できるようにする関わりを重視していたが、家族の価値観の把握や、看護師として主体的に家族の

意思決定を促すような関わりが行われていなかったことを報告している。そして、がん患者の家族支援に対する今後の課題として、家族の価値観、家族が用いている対処方策などを系統的にアセスメントできるアセスメントシートの開発や、がん患者の家族看護モデルの開発、またそれらを活用するための看護教育および継続教育の必要性を指摘している。一般病棟の看護師を対象とした、終末期看護に関する学習ニーズの調査においても、家族支援に関する項目は、高い学習ニーズが示されている（吉岡，2011；西脇，小松，竹内，2011）。

#### 4. 危機回避の視点からの終末期がん患者の家族支援の必要性

Caplan（1964）によると、危機とは、「人が人生の重要な目標に対する障害に直面した状態、つまり、これまで習慣的に行ってきた問題解決方法を用いても問題を克服できない障害に直面した状態」である。また、「不安の強度な状態で、喪失に対する脅威、あるいは喪失という困難に直面してそれに対処するには自分のレパートリーが不十分で、そのストレスを対処するのにすぐに使える方法をもっていないときに体験するもの」である。そして、生体のホメオスタシスと同じく、精神にも恒常的なバランスを保つ働きが備わっているが、対処機能とレパートリー（知識や経験のたくわえ）のバランスが崩れると、危機的状況となり、精神のバランスをとることが難しくなるとしている（寺崎，奥園，2010）。

このCaplanの危機概念に終末期がん患者の家族を照らし合わせてみると、終末期がん患者の家族は、患者の療養生活を通して多くの苦痛・苦悩を経験し、非常に強いストレスに直面している状況にある。したがって、心理的均衡を保つために自らの持つあらゆる手段を用いて問題解決を試み、なんとか対処しようとするが、有効な手段が得られなければ心理的均衡を保つことが困難となり、病的な情緒的反応をもたらすことになる。つまり、状況が好転せずストレスが長期化すると消耗性危機（*exhaustive crisis*）の状態となる。しかし、ストレスに対処できる新たな問題解決方法とレパートリーを獲得できれば、危機的状況を回避できると言える。

危機理論の概念を踏まえ、その構造やプロセスを示したモデルがさまざまな研究者によって提示されているが、消耗性危機に焦点を当てたモデルの一つに、Aguilera & Messick（1994）の問題解決型危機モデルがある。このモデルは、危機回避と危機に至る過程を解説しており、ストレスフルなできごとが起こる時には常に、3つのバランス保持要因（*Balancing factors*）、すなわち「できごとについての認識」、「利用できる社会的支持」、および「対処機制」が、均衡の回復をもたらす決め手となっていることを示している。人は元

来、均衡状態 (State of equilibrium) にあるが、ストレスフルなできごとに遭遇して不均衡状態 (State of disequilibrium) が生じると、均衡状態を回復するための切実なニーズが生じる。これは、ストレスフルなできごとに対する個人の「正常な」最初の反応として説明されている。そして、こうした状況下でも、「できごとに関する現実的な認識 (Realistic perception of the event)」「適切な社会的支持 (Adequate situational supports)」「適切な対処機制 (Adequate coping mechanisms)」という 3 つの危機回避/問題解決決定要因が存在し、適切に機能していると、均衡は回復し、危機は回避される。しかし、バランス保持要因が 1 つ以上欠けていたり、不適切な場合は、不均衡状態が回復せずに持続し、危機に陥ることを示している。

前述したように、終末期がん患者の家族は多くの苦痛・苦悩を抱え、次第に近づいてくる患者との死別を受け入れていかななくてはならないという困難な状況にある。大切な家族の一員の喪失という脅威に直面し、危機的状況に陥る可能性をもっている。終末期患者の家族は、一般的に医療者からの十分な情報提供と支援を得たいというニーズを持っているが (Hudson et al., 2004)、医療者への遠慮や (中村, 大西, 2006)、自分自身がケアの対象であるとの認識がないことなどから、家族から医療者へ支援を求めることは少ない (近藤, 2011)。また、患者に忍び寄り死への気づきから衝撃を受け、何も考えられなくなったり、混乱状態に陥ることや、「現状を見たくない」「状況を認めたくない」という否認の感情を経験する (大川ら, 2002)。したがって、患者の状態が正しく認識されないことや、またその衝撃の大きさから現実を歪曲するという防衛機制が働き、知覚が歪められるなど、「できごとについての認識」に問題が生じやすい状況にある。「社会的支持」においても、他の家族員・親戚への気遣いや、介護における献身から道具的サポートを依頼できなかつたり、自身の感情を表出することへのためらいから情緒的サポートを得られない場合など、問題が存在する状況に陥りやすい。「対処機制」においては、これまでの経験を通して学習した方法が建設的に用いられるが、前述のような過度の脅威により認知的機能が阻害されたり、社会的支持が得られないと、問題焦点型コーピングが妨げられ、逃避や回避といった均衡状態を回復させるためには不適切な行動/思考がとられる可能性がある。また、多様な対処行動をバランスよくとっていることが、ストレスを乗り越えていく上で重要であることが言われているが (野嶋, 2005)、家族が用いている対処機制が、問題焦点型コーピングもしくは情動焦点型コーピングのいずれかに偏りがある場合、それは効果的とは言えない。

このように、終末期がん患者の家族は、危機回避において重要な 3 つのバランス保持要

因が適切に機能しない状況となる可能性の高い、危機に陥りやすい存在と言える。したがって、終末期がん患者の家族が有効な手段を得て、危機に陥ることのないようにするためには、家族のニーズに沿った **End-of-Life Discussion** をもつだけでは不十分であるといえる。また、家族は自分たちの苦悩を医療者に表出しないことも多いため、家族の問題が見過ごされていることも多い（辻，2012）。したがって、全ての終末期がん患者の家族を危機回避・予防の視点から包括的にとらえていくことが重要であると考え。そして、一般病棟の看護師においても認知・資源・対処行動のどの部分への支援が必要かという危機理論の基本的知識を持つことは、早期から積極的に関わった方がよい家族であるかどうかの見極めや、必要な支援を検討する上で有用であり、多忙な一般病棟における家族支援を効果的かつ効率的に行う手助けにもなるものと考え。吉岡，森山（2010）による、一般病棟の看護師による終末期がん患者と家族を支えるためのケアの実践に関連する要因を質的に分析した調査においても、終末期看護に必要な理論（危機理論やコーピングなど）の基本的知識と実践のリンケージが、家族を支える要因の一つとして挙げられている。

現在、終末期がん患者の家族への支援については、緩和ケアや家族看護学に関連する成書のなかに示されているが、臨床実践において活用できるような資料性の高いものは見当たらない。また、既存の緩和ケアの教科書における家族アセスメントや家族支援は、家族のニーズの明確化や充足を基盤とし説明されたもので、危機回避の視点から家族を包括的にとらえ、必要な支援を最新のエビデンスも取り入れながら整理した教育ツールは見当たらない。Aguilera & Messick のモデルは、系統的な問題解決過程を利用したモデルで、危機回避および危機介入のためのアセスメントと、バランス保持要因を適切に機能させながら、問題解決を促進するのに有効なモデルである（寺崎，奥園，2010）。したがって、終末期がん患者の家族が危機に陥らないよう、予防的に介入するために必要な家族支援を、系統的にわかりやすく整理し提示するのに適したモデルであると考え。

## II. 用語の操作的定義

本研究では、「終末期がん患者」「家族」を以下のように定義する。

### 1. 終末期がん患者

終末期という概念や言葉は、世界保健機関、厚生労働省、日本医学会、日本医師会などのいずれも、公的に明確な定義をしていない。

しかし、全日本病院協会（2009）は「終末期」について、① 医師が客観的な情報を基に、治療により病気の回復が期待できないと判断すること、② 患者が意識や判断力を失った場合を除き、患者・家族・医師・看護師等の関係者が納得すること、③ 患者・家族・医師・看護師等の関係者が死を予測し対応を考えること、の三つの条件を満たす場合と定義している。また、終末期の定義としては、淀川キリスト教病院ホスピス（1997）による「現代医療において可能な集学的治療の効果が期待できず、積極的治療がむしろ不適切と考えられる状態で、生命予後が6ヶ月以内と考えられる段階」が広く用いられている。

したがって、本研究における終末期がん患者は、がんに対する手術療法や化学療法、放射線療法などの治癒を目指した積極的治療の効果が期待できない状態であり、医師により余命6ヶ月以内であることが予測され、症状緩和のための治療やケアが中心に行われている患者とする。

### 2. 家族

戸籍上の関係や血縁関係、同居の有無を問わず、家族の構成員として互いに認め合っている終末期がん患者の主介護者もしくは意思決定などにおけるキーパーソンとする。



## 第2章 終末期がん患者の家族支援ガイドの作成

一般病棟の看護師が、看護実践において活用することのできる終末期がん患者の家族支援ガイド（以下ガイド）の作成を試みた。ガイドの内容は、文献レビューにおける終末期がん患者の家族支援に関するこれまでの知見を、Aguilera & Messick の危機モデルに基づいて整理し、支援の全体像がつかめる構成とした。

### I. 家族支援ガイドの作成の目的

基本的緩和ケアを担う一般病棟看護師を対象とした、終末期がん患者の家族支援における知識および意識の向上につながる教育ガイドを作成する。

### II. 本ガイドの意義

「がん患者の家族は第二の患者」という言葉は、医療従事者の間では広く認知されており、「家族看護」という概念も、一般病棟における看護の現場において徐々に浸透してきている。前述のとおり、一般病棟の看護師による終末期がん患者の家族に対する支援内容の実態が報告されている。その一方で、臨床現場の看護師を対象とする教育・相談活動に10年以上取り組んできた渡辺（2008）は、施設内で働く看護師が、がん患者の家族支援において、【家族との接点がない、タイミングを逃す】【家族の全体像が見えない】【家族の言動が理解できない】【家族とうまく関われない】といったジレンマを抱えていることを報告している。一般病棟の看護師は、家族への支援が大切だということを十分に認識していても、平均在院日数短縮化の流れにより、入退院が激しく忙しい現状の中で、様々な疾患の、診断・治療期から終末期の患者を抱え、家族との接点がない、タイミングを逃すというジレンマを抱えている。家族に関わるタイミングを逃し、「大切な時に関われなかった」という看護師の思いは、その後も、「今さら関わりづらい」という気持ちへと変化し、中途半端に終わってしまったという不全感を生じさせるという（渡辺，2008）。そして、家族との接点がない、タイミングよく関われないというジレンマは、家族の全体像が見えないという次なるジレンマを生み出し、その要因として、現代の家族の多様化ということに加え、チーム

メンバー間での家族に関する情報共有の困難さが挙げられている（渡辺，2008）。家族支援に対する認識は、看護師間で温度差がある上に、どのような情報が必要かという共通認識が得られていないことが多く、また、チームメンバーそれぞれが、家族と関わる中で情報を得ていても、その意味やチーム内で共有することの大切さに気づいておらず、せっかくの情報が活かされていないことも多いのではないかと指摘している（渡辺，2008）。さらに、家族の全体像が見えないことは、家族の言動が理解できないというジレンマにも発展していく。それは特に、意思決定の局面における家族の決断や意見に対して強い違和感を抱く看護師が多く、家族と患者の意思が相反する場合には、さらに強いジレンマを抱くことになる（渡辺，2008）。

また、具体的にどのように家族にアプローチしたらよいのかわからず、家族とうまく関われないというジレンマを看護師は抱えており、その苦悩は深いという。そして、「どう言葉をかけたらいいのかわからない」「うまく関われない」という自信のなさは、無意識のうちに家族との関わりを避けてしまう姿勢を生み出すことになることが指摘されている（渡辺，2008）。

時間的・人的資源が十分とはいえない一般病棟においては特に、このような看護師のジレンマやストレスの軽減といった観点からも、限られた時間の中において効果的かつ効率的に家族の情報を把握し、的確な支援を提供するための方策が必要である。したがって本ガイドでは、一般病棟の看護師が終末期がん患者の家族への支援について、自信をもって実施できるようにするための知識を提供する必要がある。また、終末期がん患者の家族支援に関する知識として、エビデンスに基づいた終末期がん患者の家族への具体的支援方法を提示し、看護師全体で共有することが可能ながん患者の家族支援モデルの作成が重要である。一般病棟における終末期がん患者の家族支援には看護師が必要不可欠であるが、一般病棟の看護師を対象とした卒後継続教育（院内研修）において、終末期がん患者の家族支援に特化した教育内容を組み込むことは、病院全体の理念における家族支援の位置づけや、時間的制約などから困難な状況であるのではないかと推察される。したがって本研究では、一般病棟の看護師が自己学習において理解でき、看護実践において活用することのできるガイドを作成することとした。

終末期がん患者の家族支援ガイドを読むことで、一般病棟の看護師が患者・家族との「看護としての対話」が促進されるようになり、また危機回避の視点から終末期がん患者の家族を包括的に捉えることで、家族の不安や後悔、心残りを最小限にすることが可能な家族支援

ガイドが作成されれば、一般病棟における終末期がん患者・家族の看護の質の向上に貢献できるものとする。

### Ⅲ. ガイドの作成

#### 1. ガイドの目標設定

本ガイドを作成するにあたり、下記の4点をガイドの目標として設定した。

- ① 看護師が危機回避の視点から、終末期がん患者の家族をアセスメント、支援するための基本的知識を獲得することができる。(以下《知識の獲得》とする。)
- ② 看護師の終末期がん患者の家族支援に対する関心と、重要性の認識を高めることができる。(以下《意識の向上》とする。)
- ③ 看護師がこれまで行ってきた終末期がん患者の家族支援を振り返り、セルフアセスメントするためのツールとして活用できる。(以下《セルフアセスメントツールとしての活用性》とする。)
- ④ 看護師が一般病棟における終末期がん患者の家族支援において、日々の看護実践に活かすことができる。(以下《実践への活用可能性》とする。)

#### 2. ガイドの作成方法

本ガイドでは、一般病棟の看護師が終末期がん患者の家族を危機回避の視点から包括的に捉えることができ、エビデンスに基づいた必要な支援を系統的に整理した教育ツールを作成するために、文献レビューを行った。文献は、緩和ケア、家族看護、がん医療におけるコミュニケーションに関連する成書や冊子、がん患者の家族/遺族を対象とした国内外の調査の学術論文を検索した。そして、終末期がん患者の家族が受ける影響や、家族の認識/体験の実態調査から、終末期がん患者の家族の心理的均衡を脅かすストレスフルなできごとや起こりうる問題を検討した。また、終末期がん患者の家族が体験しうる苦痛・苦悩を軽減するための支援について、一般病棟の看護師が日々の看護実践において、全ての終末期がん患者の家族に対する「標準的なケア」として提供すべき支援内容を検討した。その後、Aguilera & Messick の危機の問題解決モデルを基盤として、情報収集/アセスメントや支援のポイントについて、終末期がん患者の家族に特有の『ストレスフルなできごと』、『危機回避/問題解決決定要因』および『終末期がん患者の家族への支援』に大別し、文献から得ら

れた知見の整理を行った。さらに、終末期がん患者の家族に危機的状況をもたらすストレスフルなできごとについては、事例検討を含めた文献レビューを行い、具体的内容を抽出し、わが国で明らかになっているエビデンスを交えながら解説を加えた。

これらの項目に加え、自己学習においても本ガイドの趣旨が伝わるよう、最初に『このガイドについて』を加え、大きく4つのセクションによる構成とした。そして、ガイドのページ数を、関連冊子を参考に、また、自己学習において許容範囲と考えた30ページ以内となるように、各セクションの内容を精選し、ガイドを系統的に整理し、まとめた。また、本ガイドは、一般病棟における新人看護師や臨床経験の浅い看護師だけでなく、看護学生が読んでも理解できるようにすることを念頭に、できるだけ具体的で簡潔・平易な文章表現での記述に努めた。

ガイドの洗練作業と内容妥当性の確認は、終末期がん看護の経験のある大学院生との意見交換、およびがん看護学を専門とする教員と家族支援専門看護師からのアドバイスを基に、ガイドの修正作業を繰り返し行った後、完成版とした(A5小冊子、本文全30ページ)。

### 3. ガイドの具体的内容

#### 1) 『このガイドについて』

本ガイドがどのような小冊子であるかを周知するため、【ガイドの内容】(概要)を説明した。本ガイドは、治癒を目指した積極的治療が有効でなくなり、症状緩和を中心とした治療やケアが行われている終末期がん患者の家族との関わりの中で、家族が危機的状況に陥ることのないようにするために必要な支援について説明したものであること、本ガイドにおける家族支援の内容は、終末期がん患者の家族への「特別なケア」ではなく、一般病棟における看護師の「標準的なケア」として、日々の看護実践の中ですぐに活かすことができる内容を厳選しており、危機回避の視点から「何をアセスメントしたらよいのか」、そのためには「どのような情報が必要なのか」、「どのような支援が必要なのか」について、危機モデルに基づいて想定される事項を整理していること、そして、何かしらの問題を抱え、危機的状況に陥っている家族の問題解決としてだけでなく、すべての終末期がん患者の家族の危機回避のために必要な看護の視点をまとめていることを説明した。また、終末期がん患者の家族の状況についてより深い理解が得られるよう、できるだけ日本における調査のエビデンスを示したことを記した。また、本ガイドの期待する成果として、一般病棟の看護師と終末

期がん患者・家族との「看護としての対話」が促進され、必要な支援が患者・家族に提供されることで、家族の苦悩が軽減され、患者との死別に対する準備ができ、納得のいく最期を迎えることができるようにすることを目指していることを明記した。

次に、本ガイドを効果的に活用してもらうために、【ガイドの使い方】を説明した。本ガイドは、危機回避、もしくは危機に陥る要因と過程を示したアギュララとメシックの危機モデルに沿って構成しているので、ガイドのページに沿って読むことを推奨していることを記載した。また、ガイドの見やすさとアクセントとして、情報収集/アセスメント、支援のポイントを記したページや、情報収集/アセスメントの項目、情報収集/アセスメント、支援の視点、危機的状況をもたらすできごとや危機回避/問題解決を妨げる家族の状況を示す箇所、それぞれ電球マーク、チェックマーク、チェックボックス、注意マークを付け、家族への声かけ例は吹き出しで記したので、その説明を加えた。

また、一般病棟の看護師に終末期がん患者の家族支援の重要性を認識してもらい、本ガイドを読んでもらう動機づけとして、【終末期がん医療における家族の状況】を説明した。緩和ケア病棟は増加し在宅で亡くなる患者も増えているが、その変化は緩やかであり、約8割のがん患者・家族が一般病棟で最期を迎えているという事実がしっかり記憶に残るよう、がん患者の死亡場所の推移の図（ホスピス・緩和ケア白書 2015, p.82）を提示し説明した。また、終末期がん患者の家族は多くの苦悩と健康問題を抱え、それらは死別後にも影響を及ぼすことを、前述した先行研究で明らかにされているデータを交えながら説明した。

終末期がん患者の家族の苦痛・苦悩については、進行がん患者の家族が抱える苦しみを分かりやすくコンパクトにまとめている瀬山、武居、神田（2013）による研究結果の表を提示し紹介した。そして、一般病棟における終末期ケアの実施状況の調査（吉岡、池内、山田、小笠原、2006）で、日常生活の援助や安楽の援助など、終末期がん患者に対する基本的な援助は積極的に実施されているが、家族への支援は十分実施されていない傾向にあることが報告されていることを説明した。

最後に、本ガイドの基盤となっている【危機理論についてーアギュララとメシックの危機の問題解決モデルー】を記載した。危機は、そのプロセスから、予期せぬ突発的な衝撃的なできごとがきっかけとなって生じるショック性危機（shock crisis）と、困難なできごとで最初は何とか対処できていても、状況が好転せずストレスが長期化したり、些細なできごとであっても立て続けに起こることで心理的均衡が保てなくなって生じる消耗性危機（exhaustive crisis）に大別できる（舘山、2010）。日本では、フィンク（Fink, 1967）の

危機モデルが最もよく知られているが、これは、前者のショック性危機に焦点を当てたものであり、他に、ションツ (Shontz, 1975)、コーン (Chon, 1961)、山勢 (1995) などが、危機に陥った人が適応に至るまでの過程を 3~5 段階で示している。一方、後者の消耗性危機に焦点を当てたものとして、アギュララとメシック (Aguilera, 1994) やゴーラン (Golan, 1978) などの危機の問題解決モデルがある。前述したとおり、終末期がん患者の家族は、消耗性危機に陥りやすい存在である。アギュララとメシックは、危機回避と危機に陥る過程を図解しており、「できごとに関する認識」「社会的支持」「対処機制」の 3 つのバランス保持要因を看護介入によって修正・強化・充足していくことで危機を回避できることを説明している。したがって、一般病棟の看護師に危機回避の視点から家族を包括的に捉え、支援するための基本的知識を説明する上でわかりやすいモデルと考え、アギュララとメシックのモデルを本ガイドの基盤とした。そして、ストレスフルなできごとに遭遇した時には、「できごとに関する認識」「社会的支持」「対処機制」が危機回避/問題解決のポイントとなることを、図とともに簡潔に説明した。これらの 3 つの要因については、一般病棟の看護師に馴染みのない用語と考え、補足説明をした。その他、終末期がん看護の経験のある大学院生から、危機や危機モデルといった用語も説明がないと理解が難しいだろうとの意見が出され、これらの補足説明と共に、本ガイドで危機モデルを用いた理由についての説明も加えた。

危機理論についての説明をガイドの最初のセクションに配置することは、当初、看護師の心理的抵抗感を生じさせるのではないかと懸念し、ガイドの最後に補足説明のような形式で加えることも検討した。しかし、多様な終末期がん患者の家族支援を危機モデルに基づき整理し説明していることを最初に提示することで、必要な支援が焦点化され、一般病棟における看護師の家族支援に対する困難感を増大しないように配慮した。また、今後の看護実践の基盤になるように、一般病棟の看護師が危機回避のためのポイントを明快に習得できるよう、ガイドの初めに危機理論の説明を提示した上で、3 つのバランス保持要因を念頭に思考を整理しながら読み進めてもらうことが有効ではないだろうかとの結論に至り、最初のセクションで解説することとした。

## 2) 終末期がん患者の家族の『ストレスフルなできごと』

前頁の危機理論についての内容は、一般病棟における看護師にとって抵抗感を抱きやすい内容であることが推察されたので、アイスブレイクとしてまず【ご家族のこころの中】として、臨床で働く看護師にとってイメージしやすいであろう、終末期がん患者の家族が抱い

ている思いについてイラストを用いて示した。家族も患者と同様、全人的苦痛を抱えていることが言われているが、支えてくれる人がいても「感情を吐き出す場」がないと感じている家族も多く（守田ら，1999）、自分たちの苦悩を医療者に表出しないことも多いため、新人看護師や臨床経験の浅い看護師においては、家族が抱える複雑な心情を思い描くことが難しい場合もあると考え、具体的にどのような思いや苦悩を抱えているのか示した。家族は、「なにもしてあげることができない…」「患者の役に立つことができない…」といった無力感の他、「患者のそばにいたことがつらい…」「患者の大切なことを自分が決めなくてはいけないのは負担…」「自分の時間がもてない…」といったアンビバレンスな感情や苦悩を抱えていることもある。しかし、「良い介護者でいたい」という思いから、こうした思いは口に出しづらい。また、「患者の状態を知りたい…」「(患者に) どう接したらよいかわからない…」といった思いを抱えていても、「こんなことを聞いてもいいのかな…」という思いや、医療者への遠慮から伝えずにいたりする。先のセクションで、瀬山，武居，神田（2013）による進行がん患者の家族が抱える苦しみを紹介したが、それらの内容がより具体的に理解でき、そして、家族の抱える苦悩や複雑な思いは、医療者にはなかなか表出されない状況にあることが伝わるよう、こうした様々な家族の思いを吹き出しで示した。また、精神的・心理的苦痛だけでなく、身体的苦痛（疲労、持病の悪化）、社会的苦痛（家庭内での役割を十分に果たせない、入院費や通院の交通費で生活が苦しいなど）についても示し、患者と共に家族もトータルペインを抱えていることを伝えた。

次に、家族の『ストレスフルなできごと』に関する情報収集/アセスメントのポイントを示した。まず、対象の家族がどのようなストレスフルなできごとに直面しているか、危機のきっかけとなるできごとを把握し、それから、そのストレスフルなできごとによって家族が精神面や日常生活にどの程度影響を受けているかについて、情報収集/アセスメントを行うという流れを示し、それぞれの詳細を次項から説明した。なお、本ガイドは、基本的緩和ケアを担う一般病棟の看護師を対象とした、全ての終末期がん患者の家族を危機回避の視点から包括的に捉え、支援するための基本的知識の獲得を目標としたものであるため、家族の心理的不均衡が顕著で深刻な状態である場合は、専門家によるコンサルテーションを検討し、調整するとの一文を加えた。

危機のきっかけとなるできごと、すなわち、危機的状况をもたらす終末期がん患者の家族のストレスフルなできごとについては、文献レビューにより抽出した具体的内容を、それぞれ情報収集の視点として提示し、その全体像が概観できるよう、① 患者に関する Bad News、

② 代理意思決定、③ 患者の苦痛症状、④ コンフリクト、⑤ 家族内の役割や日常生活（生活様式）の変化、の 5 項目に集約し、見開きで提示した。がん患者の看護に携わっている看護師であれば、具体的項目が提示されれば、各内容が終末期がん患者の家族にとって大きいストレスを伴うできごとであることは想像に難くないと思われる。しかし、その詳細を、特に家族の実態について、一般病棟の看護師には十分把握されていないことが予測されたため、【ご家族の思い、精神的影響】として、各内容の解説を加えた。日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団の研究事業として、2006 年から 4 年ごとに実施されている大規模な多施設遺族調査である「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」を中心として、ここ 10 年ほどの間に、わが国の終末期がん患者の家族の実態に関するエビデンスが飛躍的に構築されてきた。したがって、これまで捉えきれなかった家族の思いや認識などを紹介することは、ガイドを読んだ看護師の家族支援に対する関心や意識を高め、今後の家族支援のモチベーションを向上させることが期待できるのではないかと考え、できるだけ最新のエビデンスを交え解説した。

① 患者に関する **Bad News** では、「医師から患者の病状の悪化/進行の説明があった」「医師から積極的治療の中止の説明があった」「医師から予後の説明があった」の 3 項目を挙げ、解説した。治療医が多い一般病棟では、**Bad News** を伝える技術が未熟な場合があったり、家族には現実を理解してもらいたいという思いから事実が厳しく話されることがあることや（近藤，2011）、日本においては、患者への説明より先に家族へ **Bad News** が伝えられることも少なくないので（松島，2007; Gabbay et al., 2005）、家族は衝撃や悲嘆の中でも、患者に関する重要なことを短時間で決定しなければならないことも多いため、精神的苦痛だけではなく大きな心理的負担も感じていることを説明した。また、「エビデンス」として吉田，平井（2010）による、がん患者の遺族を対象とした余命告知のあり方に関する研究において明らかになった、余命告知の説明に対する評価で「改善が必要」と関連が強かった家族の体験について図を用いて紹介し、余命告知後のフォローの重要性を示した。久松，荒井（2011）による、余命告知時の性別による死別への受け止め方の特徴についても、併せて紹介した。

② 代理意思決定では、「患者への余命告知について決めなくてはならない」「麻薬（オピオイド）を使用することについて決めなくてはならない」「鎮静（セデーション）を行うことについて決めなくてはならない」「輸液や経管栄養など水分・栄養補給を控える/中止することについて決めなくてはならない」「心肺蘇生（DNR/DNAR）について決めなくてはな



らない」の5項目を挙げ、解説した。余命告知に関しては、患者に真実を知らせる選択をした場合、知らせない選択をした場合、どちらの選択をしても苦悩が伴うことを説明した。麻薬に関しては、末期の患者に使うもの、最後の手段という認識を持った家族もまだ多くいることや（新城，2013）、わが国の一般人と遺族を対象とした調査（Morita et al., 2006）において、27～38%の人が「オピオイドは寿命を短くする」と考えている事実があることを伝えた。そして、医療者から安全な薬剤であるとの説明を受け、その時は納得をしても、他の家族員などから否定的な情報を得たり、時に攻められたりすることもあり、医療者が考える以上に負担の大きいできごとであることを説明した。鎮静に関しては、患者の苦痛緩和を目的としている一方、その決定が患者の意識を低下させることになるため、家族にとって大きな精神的負担となり、約4割の家族が鎮静の意思決定に負担を感じている（池永，2013）ことを説明した。また、「エビデンス」としてMorita et al. (2004) による、鎮静を受けた患者の家族の体験について図を用いて紹介し、家族の精神的苦痛および満足度に関係していた要因を示した。輸液・経管栄養に関しては、終末期において輸液を行わない選択をする家族は、様々な心理的葛藤を経験しており（Meares, 1997; Morita, Tsunoda, Inoue, & Chihara, 1999）、「輸液によって苦痛が増える」と約6割の家族は認識していたが、その一方で、8割以上の家族が、輸液をしないと「栄養が足りなくなる」「死期が早まる」と考えており、また、輸液をしないことを決めた家族においても、半数以上が、寿命が縮まることや、必要な栄養がとれなくなる不安を持っている（Morita et al., 1999）ことを説明した。

③ 患者の苦痛症状は、治癒不能ながん患者にみられる主な症状の頻度や（Teunissen et al., 2007）、がん患者の死亡前6ヶ月間の症状の推移（Seow et al., 2011）などを参考に、疼痛や食欲不振、全身倦怠感といったがんによる代表的な諸症状と、臨死期に起こる症状としてせん妄と死前喘鳴を挙げ、解説した。疼痛などの症状は患者自身のQOLだけでなく、家族のQOLにも深く関連していることが明らかにされており（守田ら，1999）、患者の症状が強い場合に家族の抑うつが強くなること（Given BA, Given CW, Helms, Stommel, & DeVoss, 1997）、また、病状の悪化に伴う苦痛症状や薬などの影響で、患者が家族にあたったり、これまでと違う行動をとると、家族は病気の影響だと頭では理解していても、患者のそばにすることがつらく強いストレスとなったり、患者の苦痛をわがことのように感じてしまい、面会に行きたくても行けなくなることもあることを説明した。また、食欲不振（経口摂取の低下）については、「エビデンス」としてYamagishi et al. (2010) により明らかにされた、患者が経口摂取できなくなった家族の精神的苦痛およびケアに対する改善の必

要性に関連する要因についてオッズ比を示し紹介した。せん妄に関しては、家族は以前と違う患者の姿を見るつらさや、それを受け入れることの困難感、また、患者をひとりにしておくことの不安、うまく関わるができなかったことへの自責感などの感情を抱いていること (Namba et al., 2007)、そして家族にとって、見当識障害や思考力の低下、コミュニケーションがとれないこと (低活動性の症状) も、不穏 (過活動性の興奮症状) と同じくらいつらいせん妄症状である (Morita, Hirai, Sakaguchi, Tsuneto, & Shima, 2004) ことを説明した。また、せん妄は、患者の意思決定が困難になるため、患者・家族・医療者間のコンフリクトを生じさせる要因にもなっていることや (森田, 角田, 井上, 千原, 1999)、約半数の家族が、薬の影響や、患者の心の弱さ、死の恐怖、疼痛などの身体的苦痛がせん妄の直接的な原因であるとの誤解を持っている (Namba et al., 2007) ことを説明した。死前喘鳴に関しては、患者の喘鳴を自然なことだと思っている場合は、家族の苦痛が少ない傾向にあることが明らかになっているが、約半数の家族は自然なことだと思っておらず、6割以上の家族が「溺れているように息が苦しいのではないか…」といった思いや「窒息するのではないか…」といった心配を抱えていること、また、1割ほどの家族は、ゴロゴロいう音が怖くて患者に近寄れなかった (Shimizu et al., 2014) ことを紹介した。

④ コンフリクトは、家族・患者・医療者間における思い/認識のずれ、意見の相違/対立、もめごと、不和といったできごとを総称しコンフリクトとした。家族-医療者間、家族-患者間、家族間に分類し、その具体例をそれぞれ提示した。家族-医療者間のコンフリクトは、水分・栄養の補給/臓器障害に対する姑息的治療/抗がん治療といった延命治療を差し控えるか、中止することをすすめた時、オピオイドの投与や鎮静を提案した時に主に生じており (森田ら, 1999)、患者の治療やケアなどに関する医療者の提案は、患者のためであるとの認識をしている家族でも、誤った認識や不安、つらさなどから、様々な心理的葛藤を抱え苦悩していることを説明した。患者-家族間においては、これまでの家族の歴史や関係性の中から生じた葛藤や未解決の問題が表面化し、家族の激しい感情が表出される場合もあること、そして患者との関係性のよくない家族の場合、身内としての社会的責任や義務感からの関わりとなり、精神的・社会的負担も大きくなることを説明した。家族間では、個々の家族員によって、状況の捉え方や患者との関わりやの程度、ニーズは異なるので、意思決定を行う際に意見の対立が生じる場合があることを説明した。そして、危機的状況にある家族の場合、家族自身の苦痛の反応やストレスフルなできごとに対するその人なりの対処法が、医療者には不可解に見える言動やクレームとなって表出されることがあることを説明した。また、

補足説明として、Hampe (1975) と鈴木 (1988) による終末期がん患者の家族のニーズを紹介した上で、コンフリクトは家族と患者のニーズや、医療者との認識の食い違いによって生じている問題と言い換えることができ、一般的な家族のニーズを理解しておくことは、家族の思いや希望を把握する際の手がかりとなるが、こうしたニーズをすべての家族が望んでいるとは限らないので、日々の関わりを通して、家族が直面している状況に何を思い、考え、どのようなニーズを持っているかを把握し、理解していくことが重要であることを伝えた。

⑤ 家族内の役割や日常生活（生活様式）の変化では、「仕事を休職もしくは辞めた」「通常の日常生活が送れていない」「ひとりの家族に介護や家事などの過重な負担がある」「今まで患者が行っていた役割を代行する必要がある」の4項目を挙げた。

こうした終末期がん患者の家族のストレスフルなできごとを解説した後、不均衡状態について、危機的状況にある家族の主な兆候として「不安」「抑うつ」「混乱」「無力感」「自責感」「恐怖」「怒り」を情報収集/アセスメントの視点として挙げ、予期悲嘆の情緒的反応と併せて説明した。ストレスフルなできごとに直面した時、こうした反応を示すのはある程度は通常の反応であるが、状況にうまく対応できずストレスが長期化することで、強い心理反応、感情的混乱をもたらし、日常生活に支障がでるなど危機の状態に陥ってしまうことを説明した。また、予期悲嘆の情緒的反応としてもこれらと同じような反応がみられ、感情・思考の麻痺の段階、悲しみ・怒り・罪悪感の段階、死別が近いという現実への認知的対処の段階があり、これは正常な悲嘆の過程であるが、この悲嘆のプロセスにおける感情が意識的/無意識的に抑えられ、悲嘆作業が十分にあるいは全く行われない場合、それは病的な悲嘆であることを説明した。

### 3) 『危機回避/問題解決決定要因』

次に、危機回避/問題解決決定要因である、できごとに関する認識、社会的支持、対処機制について、それぞれ情報収集/アセスメントの項目を挙げ、これらの適切性や充足度、支援する必要がある要因をアセスメントするという流れを、このセクションのポイントとして提示し、それぞれの詳細について次項から説明した。

【できごとに関する認識】における情報収集/アセスメントの視点は、「今直面していることに、どのような意味づけ/解釈をしているか」「今起こっている状況を適切に理解、認識できているか」「できごとを現実的にみているか/ゆがめてみているか」の3項目を挙げ、その

後具体的な情報収集/アセスメントの方法やポイントを解説した。家族の「できごとに関する認識」の情報収集/アセスメントの項目としては、「家族の病状理解/認識」「治療/ケアについての認識」「患者・家族の意思/意向についての認識」「家族関係についての認識」を挙げた。また、家族が直面しているできごとと不均衡状態との関連を、家族自身が気づいているか、そして家族がゆがんだ認識をしている場合、できごとを正しく理解できていないことによるものなのか、それとも心理的防衛機制によるものなのかをアセスメントすることを説明した。危機回避/問題解決を妨げる家族の状況としては、具体的に「家族はストレスフルなできごとを乗り越えることができないと感じている」「家族はストレスフルなできごとをありのままにとらえていない」「家族はストレスフルなできごとと不均衡状態との間に関連があることを認識していない」を挙げた。

【社会的支持】における情報収集/アセスメントの視点は、「誰からどのようなサポートを得ることができるか」「身近な人に協力や支援を求めることができるか」「どのような家族内/家族以外のサポートが必要か」の3項目を挙げ、その後具体的な情報収集/アセスメントの方法やポイントを解説した。情報収集/アセスメントの項目としては、家族関係の把握や、家族内の役割期待、役割葛藤、負担感の把握、また医療者からの支援に対するニーズの把握を挙げ、具体的に説明した。危機回避/問題解決を妨げる家族の状況としては、「身近に支えてくれる人がいない/信頼できる人がいない/相談できる人がいない」「人に助けを求めることができない」「サポートを得るためにどうしたらよいかわからない」「人との接触を避け、孤立した状況におかれている」「否定的で攻撃的なコミュニケーションが多い」を具体的に挙げた。また、医療者の支援として、情動的サポートや情緒的サポートの他に、評価的サポートも大切な要素であることを伝えるため、House (1981) のソーシャルサポートの定義による概念を補足説明として紹介した。

【対処機制】における情報収集/アセスメントの視点は、「ストレスフルなできごとに直面した際に不安や緊張を和らげるために、どのような手段を用いているか」「多様な対処行動をバランスよくとっているか」「家族の対処適応力/問題解決力はどれくらいあるか」の3項目を挙げ、その後具体的な情報収集/アセスメントの方法やポイントを解説した。家族が用いるコーピングスキルを把握する際の知識として、神村, 海老原, 佐藤, 戸ヶ崎, 坂野(1995)による8象限の分類と内容がわかりやすく、家族の情報収集/アセスメントにおいて有用と考え示した。危機回避/問題解決を妨げる家族の状況としては、「家族が用いている対処は、偏りがあり、効果的ではない」を挙げた。

なお、情報収集やアセスメントに対する抵抗感が生じないよう、情報収集/アセスメントの視点や項目は3～5項目程度となるよう内容を吟味し、各要因1ページの説明でポイントが理解できるよう、構成を工夫しながら示した。

#### 4) 『終末期がん患者の家族への支援』

まず、危機介入のポイントとして、危機回避/問題解決決定要因が適切に機能するようにするための支援—認知面の修正、社会的支持の強化・調整、対処機制の充実を、支援の視点として挙げ、危機介入の目標と介入の優先順位について示した。そして、一連の危機介入後の評価項目として「危機回避/問題解決を妨げる要因がどの程度修正されたか」「心理的均衡状態を取り戻し、危機を回避/解消できたか」「支援は適切であったか」の3項目を挙げ、次項から具体的な支援内容を、危機理論の概念および家族のニーズと関連づけながら説明した。

最初に、終末期患者の家族は、一般的に医療者からの（情緒的）支援と情報提供を得たいというニーズを持っていることから（Hudson et al., 2004）、支援の方向性として、【家族の気持ちの積極的傾聴】【家族への必要な情報提供】を挙げ、それに家族看護においても重要な【家族のセルフケア・対処能力を高めるための支援】を加えた3点を挙げ、多様な家族支援を単純化し示すこととした。そして、わかりやすく「家族に気持ちを聴こう」「必要な情報を提供しよう」「家族自身の力を引き出そう」とし、それぞれ具体的な支援について解説した。

【家族の気持ちの積極的傾聴】では、家族の危機的状況を早期に捉えるための支援と関連づけ、問題の明確化のためにも家族の心配・ニーズを聴き、家族の認識を確認することについて、家族の状況やニーズ、具体的な声かけ例を交えながら説明した。家族の認識の確認においては、家族が現実的な認識ができてなく、ゆがんだ認識をしている場合、できごとを正しく理解できていないのか（さらに十分な説明がされていないのか、説明を誤解しているのか）、それとも心理的防衛機制によるものなのかの見極めが重要であることを説明した。また、終末期がん患者の家族の『ストレスフルなできごと』で示したエビデンスを踏まえ、不安や誤解を抱えている家族が多い麻薬（オピオイド）、鎮静、輸液・経管栄養の治療や、せん妄の原因、死前喘鳴などは、家族の認識を確認しながら丁寧に説明し、不安の軽減、誤解の訂正をすることを、意思決定支援、安楽の保証とも関連づけ説明した。認知面の修正においては、家族支援専門看護師より、正しい情報を提供しさえすれば全ての問題が解決すると

いう単純なものではなく、返って複雑な状況を招きかねないこともあり、慎重な対応が必要であるとの助言を受けた。したがって、防衛的退行の段階では、無理に現実に目を向けさせるような対応はせず、家族の訴えを傾聴し、共感的態度で接することの必要性や、家族の心理過程にも配慮した適切な情報提供、支援の必要性を説いた。また、患者が希望していない治療や、医学的な適応が乏しい治療を家族が希望する時、また過度なケアの要求をされたりするような時、その背景には不安や無力感、自責感など強い悲嘆があることが多いので、こうした家族の気持ちをくみ取り、家族の思い・認識を適宜確認していくようにすることが大切であることを伝えた。ここではその他、悲嘆への支援と、**Bad News** が伝えられる時のサポートについて説明した。悲嘆への支援においては、終末期がん患者の家族支援は、看取りの時期に至るまでの継続的な予期悲嘆への支援であり、その後続く喪失の悲嘆への支援にもつながること、そして家族の一人ひとりが悲しみを十分表出できるようにし、その悲しみをしっかり受け止めることの重要性を伝えた。また、看取りの後は、できるだけ患者と家族で過ごす時間、家族が悲しむことのできる時間を確保するようにすることが、看取り時の家族の満足感を上げる (Shinjo et al., 2010) ことを説明した。**Bad News** が伝えられる時のサポートにおいては、具体的な声かけ例を交え説明し、Radziewics & Baile (2001) による **Bad News** が伝えられる時の看護師の役割を補足説明として示した。

【家族への必要な情報提供】では、家族が正しい認識をもてるようにすることと共に、家族の不安や後悔、心残りが最小限となるようにするための支援について説明した。導入として、一般的な終末期患者の家族の情報ニーズを紹介し (Hampe, 1975; 福井, 2002; Mangan et al., 2003; Clayton et al., 2005a; Hudson, 2006)、その一方で、一般病院での医師から家族への説明について、約 4 割の家族がなんらかの改善の必要性があると考えていることや (清水, 2013; 宮下, 2013)、看護師の半数が、医師の補足説明として予後のことや、前もって死が近づいた時の状況の具体的な説明をしていなかった (福井, 猫田, 2004) という現状を伝え、家族への情報提供の重要性を印象付けた。そして、遺族の心身健康に影響する死別前の要因として、故人の死への準備 (Asgeirsdottir, Valdimarsdóttir, Fürst, Steineck, & Hauksdóttir, 2013; 坂口, 柏木, 恒藤, 2001; Barry, Kasl, & Prigerson, 2002)、故人との良好なコミュニケーション、安らかな死 (坂口ら, 2001)、故人の死に対する心残り (坂口, 池永, 田村, 恒藤, 2008)、ケアに対する評価、患者の QOL に対する評価 (坂口ら, 2013) といったことが報告されていることから、先行研究を示しながら、① 患者の状態のよい内からしておいた方がよいことについて相談にのる、② 家族が患者のためにできることをア

ドバイスする、③ 患者との接し方をアドバイスする、④ 患者の安楽を保証する、および⑤ 家族の意思決定支援について、家族の希望を支えながら心の準備ができるようにするための具体的な方法を、声かけ例を交えながら説明した。① 患者の状態のよい内からしておいた方がよいことについて相談にのる、においては、がん患者の多くは、死別の1~2ヶ月前になると急激にADLが低下すること (Lunney, Lynn, Foley, Lipson, & Guralnik, 2003)、主治医は実際より有意に長く予後を予測していて、更に家族は主治医より有意に長く予後を認識している (佐藤ら, 2013) ことを伝え、このことを看護師が認識し、患者の状態が比較的よい「早い」時期に、家族の心の状態に合わせてながら、患者にやってあげたいこと、しておいたほうがよいことの相談に乗ることの必要性を説いた。また、「エビデンス」として Shirado et al. (2013) による、家族の希望を支えながら将来に備えるための支援についてオッズ比を示し紹介した。② 家族が患者のためにできることをアドバイスする、においては、家族の「患者にできる限りのことをしてあげられた」という認識は、死別後の家族の精神的安定のためにも重要である (Hudson, 2006) ことを説明した。③ 患者との接し方をアドバイスする、においては、がん治療・緩和ケアに関する家族の最も多かった要望は、「十分な苦痛緩和をしてほしい」と共に「患者とのコミュニケーションを充実させてほしい」であったこと (古村ら, 2011)、患者の聴覚は最期まで保たれていることを伝えられた家族の多くが助けになったと評価しており、伝えられなかった家族の4割が「伝えてもらえたらよかった」と思っていること (中里, 2013)、また、「患者に言葉で思いを伝え気持ちが伝わった」と思う家族の後悔は少ない (中里, 2013) ことを説明した。④ 患者の安楽を保証する、においては、看護師は一般的な終末期(死)の経過を理解し、家族に適宜わかりやすく説明できるようにする必要があること、また、看取り時に「患者は苦しくないと思うことを教えてくれた」「どう患者に接したらよいかを教えてくれたり一緒に考えてくれた」ことが、家族の満足度を上げる (Shinjo et al., 2010) ことを説明した。⑤ 家族の意思決定支援について、においては、患者・家族それぞれに「望む療養場所」や「最期の過ごし方」を確認している看護師は4~5割であることや (河野, 2014)、意思決定のプロセスにおいて、約4割の家族が心理的重圧や苦痛を感じており、3割の家族が、家族の心配事や気持ちを聞く、価値観を共有する関わりはなかったと思っており、これらは家族の負担感と関係していた (荒尾, 2016) ことを伝え、療養場所の選択は家族にとって負担となっていることを念頭に、早期から家族がどのような希望を持っているのか、その希望を実現する力をどの程度持っているのかを把握し、サポートしていくことが重要であることを説明した。

【家族のセルフケア・対処能力を高めるための支援】では、家族が可能なサポートを取り入れ、多様な対処機制が得られるようにするための支援について説明した。① 身近な人に協力や支援を求めることができるようにする、② 家族の健康への配慮とストレスへの対処をアドバイスする、③ 肯定的なフィードバックや家族の強みを伝える、④ 家族間のコミュニケーションをサポートする、について声かけ例を交えながら説明した。

## 5) 参考資料

最後に、終末期がん患者の家族への対応や声かけについてわかりやすく詳細に示されている、参考となるツール・文献を紹介した。

## IV. 本ガイドの特色

### 1. 本ガイドにおける支援のターゲット

家族看護においては、支援の対象は主として家族集団であり、家族全体を 1 つのケアユニットとしてみることの重要性が言われているが、本ガイドにおける家族支援の主な対象者は、危機的状況に陥る可能性の高い終末期がん患者の主介護者もしくは意思決定などにおけるキーパーソンとした。その理由として、本ガイドは、何かしらの問題を抱え、危機的状況に陥っている家族の問題解決のためのガイドという位置づけではなく、一般病棟の看護師が、終末期がん患者の家族を危機回避・予防の視点から包括的にとらえるための基本的知識を獲得することを重要課題としているため、すなわち全ての終末期がん患者の家族が対象となる。したがって、最初からその家族の全ての家族員についての把握や関係性のアセスメントを、一般病棟における看護師の「標準的なケア」として取り入れることは、負担が大きく、継続的な看護実践には結びつかない可能性が高いのではないかと考えた。したがって、本ガイドでは、まずは主な家族支援の対象者を主介護者/キーパーソンとし、この対象者を中心として他の家族員の支援へと広げていくという考えの基に全体を作成した。

### 2. 危機理論と実践のリンケージ

先に述べた通り、終末期看護に必要な理論の基本的知識と実践のリンケージが、一般病棟の看護師による終末期がん患者の家族支援の実践に関連する要因の一つとして指摘されており（吉岡，森山，2010）、このことから、本研究において、危機理論と実践がリンケージ



した教育ツールを作成する着想を得た。したがって、本ガイドでは、一般病棟における看護師の危機理論に関する詳細な理解を目標とはしていない。危機の問題解決モデルに基づいたガイド作成の意図は、個々の家族を危機回避の視点からアセスメントし、必要となる支援を検討する際の指針として、また、多様な終末期がん患者の家族支援を整理・焦点化させることを目的としたため、本ガイドの中では簡単に危機モデルの概念のエッセンスを紹介した。

### 3. エビデンスによる終末期における家族支援の重要性の意識付け

終末期がん患者の家族支援は、看取りの時期に至るまでの継続的な予期悲嘆への支援であり、終末期における患者・家族との関わりが、死別後のグリーフケア（遺族ケア）にもつながるということを、ガイド全体を通して意識し作文した。家族の抱える苦痛・苦悩や終末期のケアは、死別後における家族の心身健康や QOL に影響を及ぼすことなど、終末期がん患者の家族の状況だけでなく、死別後における家族への影響についてもエビデンスに基づき記載した。

『ストレスフルなできごと』および『終末期がん患者の家族への支援』のセクションにおいても、近年の日本における興味深い調査結果を基に記述し、また、図表を交えた解説を「エビデンス」としてできる限り紹介することで、一般病棟における看護師の終末期がん患者の家族についてのより深い理解と、家族支援に対する関心が高まるようにすることを試みた。

### 4. 見やすく一般病棟の看護師に読んでもらえるガイドとする工夫

まず、ガイドを見やすくするための工夫として、各セクションのイメージカラーを決めた。ガイド本体およびガイド全体に関する内容を記したセクション、『このガイドについて』のイメージカラーは、オレンジとした。暖かく、エネルギーを与えるポジティブな印象のオレンジは、緩和ケア普及啓発事業の「オレンジバルーンプロジェクト」におけるイメージカラーでもあり、終末期がん患者の家族の苦痛軽減のための取り組みとしての本ガイドにおいてもイメージカラーとして採用した。『ストレスフルなできごと』は、冷たく、不安や悲しみのイメージもあるブルーに、『危機回避/問題解決決定要因』は、回復や癒しのイメージのあるグリーンに、『終末期がん患者の家族への支援』は、優しく看護のイメージのあるピンクとし、見やすさと共に単調なガイドとしないようにした。

できるだけシンプルに見やすく、各内容を概観できるよう、1つの内容は1頁ないし見開

きで収まるよう配置した。ポイントとなる箇所は、特に目立つように、各セクションの同系色で彩色し示した。また、ガイドのアクセントとして各種マークやイラストを用い、見やすくなる工夫をした。その中の、情報収集/アセスメントおよび支援の視点を具体的に示した箇所にはチェックボックスを設け、セルフチェックしながら読んでもらうように記した。本ガイドは、前述の通り、知識の提供だけを目標としているのではなく、これまでの終末期がん患者の家族に対する看護実践を本ガイドで確認しながら振り返ることで、自身のケアの良かった点、不足していると思われる点を認識してもらい、今後の家族支援への自信と改善につながることも意図して作成した。

多忙な一般病棟の看護師にガイドを読んでもらうようにするための方策としては、ガイドを読む抵抗感・負担感ができるだけ生じないよう、教科書的記述とならないよう留意し、箇条書きでポイントをまとめた。そして、文字ばかりのガイドにならないよう、紙面の許す範囲で効果的に図表やイラストを取り入れるようにした。

また、新人看護師や臨床経験の浅い看護師、看護学生においても理解でき、実践に活かせるよう、できるだけ具体的に簡潔な表現で記述した。特に、家族とのコミュニケーションに困難感を抱いている看護師が多く、その学習ニーズも高いため、家族への声かけ例をできる限り示した。馴染みのないと思われる用語や補足情報は、「Memo」として、要所要所で説明を加えた。

本ガイドは、危機を回避する過程を示した Aguilera & Messick の危機モデルに沿って構成しているため、ガイドのページに沿って読んでもらうことを推奨したが、まず家族の情報収集/アセスメントおよび支援のポイントを把握した上で、よく分からなかった項目について確認・学習するという方法をとることもできるよう、『ストレスフルなできごと』『危機回避/問題解決決定要因』および『終末期がん患者の家族への支援』のセクションの最初に、各セクションの要点を示した。なお、その項目の詳細が記載されているページがすぐに分かるよう、該当ページを矢印で記し、見やすいガイドとなる工夫を凝らした。

## 第3章 終末期がん患者の家族支援ガイドの有用性の検証

### I. 研究目的

本研究では、第2章で作成した終末期がん患者の家族支援ガイドを一般病棟の看護師に自主的に持ち帰ってもらい、自己学習における看護師のガイドに対する理解度と、ガイドの目標に対する評価を明らかにする。そして、今後の終末期がん患者の家族支援に関する教育への示唆を得るため、ガイドに対する理解度およびガイドの目標に対する評価と、看護師の背景因子、終末期ケアに対する態度および終末期ケアの実践状況との関連を検討することを目的とする。

### II. 研究の意義

一般病棟看護師によるガイドの理解度とガイドの目標に対する評価において高い評価が得られれば、卒後継続教育における終末期がん患者の家族支援の教育ツールとして本ガイドを活用することができる。また、評価の低かった項目が具体的に明らかになることで、今後のガイドの見直しと教育方法を検討する際の一助となる。

さらに、ガイドに対する理解度およびガイドの目標に対する評価と、看護師の背景特性との関連を明らかにすることで、今後、本ガイドを用いた終末期がん患者の家族支援に関する教育を効果的に展開する上での貴重なデータとなると考えられる。

ガイドを読んだ看護師においては、一般病棟における終末期がん患者の家族支援が明確となり、看護師の役割が意識づけられることが期待できる。

以上のことから、本研究は、終末期がん患者の家族支援の質向上に貢献するものであると考えられる。

### Ⅲ. 用語の操作的定義

本研究では、「ガイドの有用性」を以下のように定義する。

#### 1. ガイドの有用性

作成したガイドの内容理解に対する看護師の主観的評価（ガイドに対する理解度）と、看護実践への活用に関する主観的評価、すなわち作成したガイドの目標—《知識の獲得》《意識の向上》《セルフアセスメントツールとしての活用性》《実践への活用可能性》に対する看護師の主観的評価を合わせ、本研究ではガイドの有用性とする。

### Ⅳ. 研究の枠組み

図1に、本研究の枠組みを示した。本研究ではまず、一般病棟の看護師が危機回避の視点から終末期がん患者の家族を包括的に捉え、必要な支援を提供できるようにするため、Aguilera & Messick の危機の問題解決モデルに基づいた家族支援ガイドを作成した。

主要評価項目は、看護師によるガイドの評価で、① 作成したガイドの内容は、一般病棟の看護師に理解できるものであったか、② ガイドの目標は達成できたかについて、すなわち、ガイドに対する理解度およびガイドの目標に対する評価について、看護師の主観的評価で調査することとした。

ガイドの評価に関連する要因としては、看護師の背景特性として大きく3つ、背景因子・終末期ケアに対する態度・終末期ケアの実践状況を予測し挙げた。

背景因子では、臨床経験が長いほどガイドの評価が高くなるのではないかと予測し、年齢・臨床経験年数・終末期がん患者の看護経験年数を連続変数として設定した。また、背景因子とガイドの評価との関連を探索するため、職位/役割・最終学歴・終末期看護への関心・家族看護への関心・終末期がん患者家族との関わりにおける困難感・大切な人の看取り経験を変数として挙げた。さらに、内科系の看護師の方が、その他の診療科の看護師よりガイドの評価が高くなるのではないかと予測し、所属する病棟の診療科を変数として設定した。また、一般病棟における本ガイドの《実践への活用可能性》は、所属病棟における仕事のサポート状況と関連するのではないかと考え、職場のサポート状況を変数として挙げた。

看護師の終末期ケアに対する態度および終末期ケアの実践状況については、尺度を用い

で定量的に測定した。ガイドの評価が高い人は、低い人と比べ、終末期ケアに対する態度において、死にゆく患者へのケアがより前向きで、患者・家族を中心とするケアの認識が高いのではないかと予測した。終末期ケアの実践状況については、普段の終末期ケアの実践状況とガイドの評価との関連を検討するため、変数として挙げ、客観的に評価することとした。

## V. 研究方法

### 1. 研究デザイン

本研究は、一般病棟の看護師を対象に、終末期がん患者の家族支援に関する教育ガイドを提供した結果に対するガイドの評価についての質問紙調査を用いた探索的記述研究である。

### 2. 調査対象

#### 1) 調査実施施設

都内の大学病院 3 施設で実施した。調査を実施した 3 施設は、都心、都下、下町に所在している、一般病床数各々 1,020 床、530 床、360 床（10 床未満は省略）の大規模病院である。都心、都下の施設は、各々地域がん診療連携拠点病院、東京都がん診療連携拠点病院に指定されており、下町の施設は、地域医療において中核的な役割を担っている病院である。

#### 2) 調査対象者

調査対象者は、上記 3 施設で選出された一般病棟（各々 10 病棟、10 病棟、6 病棟）で、固形がんの成人の終末期がん患者のケアに直接携わっている看護師である。

### 3. データの収集

#### 1) 調査手順

調査実施施設への研究協力の打診は、終末期がん患者が多く入院しているとの情報を得て行った。各施設責任者（看護部長）に研究概要を説明し、研究協力の内諾を得たのち、研究協力者に造血器悪性腫瘍を除いた成人の終末期がん患者が多く入院している病棟を選出してもらった。

選出された全 26 病棟には、1 病棟 10 セットの調査セット（ガイド（資料 1）、調査票（資料 2）、シール付き封筒）と調査票回収袋を置かせてもらった。ガイドや本研究に関心のある看護師に、自由に調査セットを持ち帰ってもらえるよう、看護師長には適宜、本研究について紹介してもらうよう事前に文書で依頼した（資料 3）。また、調査対象者への本研究の周知は、選出された病棟に所属する全看護師のレターボックスに調査協力依頼書（資料 4）を配布してもらい行った。

調査セットの配置 1 週間後に、本研究に関する問い合わせや調査セットの持ち帰り状況を確認するため、調査実施病棟を訪問した。

留置法による調査票の回収は、調査セットの配置 1 ヶ月後に行った。

## 2) 調査期間

調査は、2017 年 3 月から 5 月に行った。

## 3) 調査項目

### (1) ガイドに対する理解度

本研究で作成したガイドは、一般病棟の看護師に理解できる内容であったかを評価するため、ガイドの内容に沿って下記の 10 項目を設定し、「6. よく理解できた」「5. 大体理解できた」「4. どちらかといえば理解できた」「3. どちらかといえば理解できなかった」「2. あまり理解できなかった」「1. ほとんど理解できなかった」の 6 段階のリッカートスケールで回答を得た。

- ① 終末期がん医療における家族の状況
- ② 危機理論について
- ③ 終末期がん患者の家族に危機的状況をもたらす「ストレスフルなできごと」
- ④ 終末期がん患者の家族の思い、精神的影響
- ⑤ 危機的状況にある家族の兆候
- ⑥ 家族の「できごとに関する認識」のアセスメント
- ⑦ 家族の「社会的支持」のアセスメント
- ⑧ 家族の「対処機制」のアセスメント
- ⑨ 終末期がん患者の家族が危機的状況に陥らないようにするために必要な支援

⑩ 家族の後悔、心残りが最小限となるようにするための関わり

## (2) ガイドの目標に対する評価

作成したガイドは、本ガイドの目標を達成するツールであったかを評価するため、ガイドの目標と内容に沿った下記の 17 項目を設定し、「6. とてもそう思う」「5. そう思う」「4. どちらかというそう思う」「3. どちらかというそう思わない」「2. そう思わない」「1. 全くそう思わない」の 6 段階のリッカートスケールで回答を得た。

目標① 危機回避の視点から終末期がん患者の家族をアセスメント、支援するための《知識の獲得》に関する 9 項目

目標② 終末期がん患者の家族支援に対する《意識の向上》に関する 5 項目

目標③ これまでの終末期がん患者の家族に対する看護実践を確認するための《セルフアセスメントツールとしての活用性》について 2 項目

目標④ 一般病棟での終末期がん患者の家族支援におけるガイドの《実践への活用可能性》について 1 項目

なお、《知識の獲得》について尋ねた理由は、ガイドに対する理解度の評価が高かった場合、すでに知っている内容であった可能性があり、その場合、本ガイドから知識が得られたとは思わないとする回答となるのではないかと考え、本ガイドの内容の適切性についてより正確に検討できると考えたからである。また、《セルフアセスメントツールとしての活用性》については、本ガイドには、これまで行ってきた終末期がん患者の家族支援を振り返り、自身のケアの良かった点と不足している点を確認してもらう意図もあったため、良かった点・不足している点の確認についての設問をそれぞれ設けた。

上記の (1) および (2) が、本研究の主要評価項目である。

## (3) ガイドの分かりやすさ

ガイドの文章表現、構成、図表など、『全般的にガイドは分かりやすかったか』について、「6. とてもそう思う」「5. そう思う」「4. どちらかというそう思う」「3. どちらかというそう思わない」「2. そう思わない」「1. 全くそう思わない」の 6 段階のリッカートスケールで回答を得た。

#### (4) 背景因子

対象者の背景として、性別・年齢・臨床経験年数・終末期がん患者の看護経験年数・職位/役割・最終学歴・終末期看護に関する学習/研修経験・家族看護に関する学習/研修経験・大切な人の看取り経験の有無を尋ねた。

終末期看護への関心・家族看護への関心・終末期がん患者家族との関わりにおける困難感については、非常にある、少しある、あまりない、全くない、の4段階で尋ねた。

また、所属している病棟の診療科と職場のサポート状況を尋ねた。職場のサポート状況は、所属病棟における仕事のサポート状況についての看護師の認識を、ある、どちらとも言えない、ない、の3段階で回答してもらった。

#### (5) 終末期ケアに対する態度

終末期ケアに対する態度は、米国の Frommelt が開発した医療者のターミナルケア態度尺度 (Frommelt Attitude Toward Care Of the Dying scale-Form B) の日本語版 (以下 FATCOD-Form B-J と略す) を使用し、測定した。本尺度は、終末期の患者とその家族へのケアに対する医療者の態度 (積極性と価値観) を測定する尺度である。FATCOD は、当初看護師用として開発されたが (Frommelt, 1991)、医師やコメディカルでも用いることができるように、Form B という形で改定された (Frommelt, 2003)。オリジナルの FATCOD は 30 項目 1 因子で使用するものであるが、日本語版を開発した中井ら (2006) の信頼性・妥当性研究による計量心理学的検討によって、2 つの下位尺度、〔Ⅰ. 死にゆく患者へのケアの前向きさ〕 16 項目、〔Ⅱ. 患者・家族を中心とするケアの認識〕 13 項目と死の考え方についての 1 項目による構成であることが確認されている。わが国の使用にあたっては、下位尺度ごとの計算が推奨されており、日本における下位尺度での利用は、原作者の許可が得られている (宮下, 2008)。「5. 非常にそう思う」「4. そう思う」「3. どちらとも言えない」「2. そう思わない」「1. 全くそうは思わない」の 5 段階のリッカートスケールで回答する。

〔Ⅰ. 死にゆく患者へのケアの前向きさ〕の得点範囲は 16~80 点で (16 項目中 13 項目は反転項目)、得点が高いほど死にゆく患者へのケアが前向きであることを示す。〔Ⅱ. 患者・家族を中心とするケアの認識〕の得点範囲は 13~65 点で (13 項目中 2 項目は反転項目)、得点が高いほど患者・家族を中心とするケアの認識が高いことを示す。

尺度の信頼性については、Cronbach の  $\alpha$  係数は .85 (各因子 .73, .65)、再テスト法によ



る信頼性係数は .85（各因子 .84, .71）であり、内的整合性と安定性が確認されている。尺度の妥当性については、因子妥当性に関してのみ検討されている。

#### (6) 終末期ケアの実践状況

終末期ケアの実践状況は、吉岡ら（2009）が開発した看取りケア尺度を使用し、測定した。看取りケアとは、「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と家族に行うケア行動」と定義され、本尺度の測定概念としており、一般病棟の看護師の看取りケア実践能力の測定を目的に開発された自己評価尺度である。22項目5因子構造であり、「5. よく実施できている」「4. まずまず実施できている」「3. どちらともいえない」「2. あまり実施できていない」「1. 全く実施できていない」の5段階のリッカートスケールで回答する（吉岡, 2011）。5つの下位尺度は「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」であるが、本研究では、ガイドに対する理解度およびガイドの目標に対する評価と、普段の総合的な終末期ケアの実践状況との関連を確認したかったので、合計得点を算出した（得点範囲：22～110点）。

尺度全体の Cronbach の  $\alpha$  係数は .91、再テスト法による信頼性係数は .74 であり、尺度の信頼性が確認されている。尺度の妥当性については、基準関連妥当性、構成概念妥当性が確認されている。

#### (7) ガイドを読んだ理由と読まなかった理由

最初に、ガイドを読んだ理由、ガイドを読まなかった/途中で読むのをやめた理由について、多項選択回答形式で尋ねた。ガイドを一通り読んだ人には、ガイドを読むのに要した時間とガイドの情報量について同様に尋ねた。

#### (8) 自由回答による質問

調査票の最後に、今後ガイドをよりよいものへと修正していくため、また、看護基礎教育および卒後継続教育への示唆を得るために、『ガイドについてのご意見やご感想などがございましたら、ぜひお聞かせください』と記し、自由回答式質問法による意見を求めた。

## 4. 分析方法

統計解析には、統計パッケージ SPSS version 24.0 J for Windows を使用した。すべての検定は、有意水準 5%の両側検定で行った。

### 1) 記述統計の算出と正規性の検定

対象者の背景・FATCOD-Form B-J・看取りケア尺度は、ガイドを読んだ人とガイドを読まなかった/途中で読むのをやめた人（以下読まなかった人）別に、記述統計量の算出を行った。

また、ガイドを一通り読んだ人が回答した、主要評価項目であるガイドに対する理解度とガイドの目標に対する評価は、記述統計量を算出し、設問ごとに回答傾向を確認した。

ガイドを読むのに要した時間・ガイドの情報量・ガイドを読んだ理由・ガイドを読まなかった/途中で読むのをやめた理由については、単純集計した。

なお、解析に先立ち、連続変数の正規性の確認を Shapiro-Wilk 検定で行った。

### 2) ガイドを読んだ人と読まなかった人の背景特性の比較

調査セットを持ち帰ったものの、ガイドを読んだ人と読まなかった人において、対象者の背景・終末期ケアに対する態度・終末期ケアの実践状況に違いはないかを確認、比較するため、連続変数は Mann-Whitney の  $U$  検定、対応のない  $t$  検定、名義変数は  $\chi^2$  検定を行った。

### 3) ガイドの評価と背景因子との関連

本研究の枠組みで示した、ガイドの評価との関連を予測した対象者の背景因子において、これらの各変数とガイドの評価の関連を確認するために、下記の単変量解析を行った。

#### (1) 年齢・臨床経験年数・終末期がん患者の看護経験年数との関連

連続変数として回答を得た年齢・臨床経験年数・終末期がん患者の看護経験年数については、ガイドの評価との関連を確認、検討するために Spearman の順位相関係数を算出した。

#### (2) その他の各変数との関連

名義変数である 7 つの背景因子—職位/役割・最終学歴・終末期看護への関心・家族看護への関心・終末期がん患者家族との関わりにおける困難感・大切な人の看取り経験・所属す

る病棟の診療科については、対象者の背景とガイドの評価との関連を探索するため、 $\chi^2$ 検定および残差分析を行った。なお、回答が少なかった選択肢のある背景因子は、以下の2群に分け、比較した。最終学歴は、「専門学校 vs 短期大学・大学・修士課程」、終末期看護への関心・家族看護への関心・終末期がん患者家族との関わりにおける困難感は、「非常にある vs 少しある・あまりない」。職場のサポート状況と《実践への活用可能性》との関連についても同様の解析を行った。職場のサポート状況は、「ない」とした回答者が少なかったため、「ある vs どちらとも言えない・ない」の2群に分けた。

その際、6段階のリッカートスケールで得たガイドの評価の回答分布を検討し、比較に妥当な2群に分類した（詳細は p.44 に記した）。ガイドに対する理解度に関する各設問において、「6. よく理解できた」「5. 大体理解できた」と回答した人は〈高い理解〉、「4. どちらかといえば理解できた」～「1. ほとんど理解できなかった」と回答した人は〈低い理解〉として分類した。また、ガイドの目標に対する評価に関する各設問において、「6. とてもそう思う」「5. そう思う」と回答した人は〈同意する〉、「4. どちらかというそう思う」～「1. 全くそう思わない」と回答した人は〈あまり同意しない〉として分類し、それぞれの回答割合を対象者の背景ごとに算出し、比較検討した。

#### 4) ガイドの評価とターミナルケア態度尺度との関連

ガイドの評価に関する設問ごとに、上記と同様の2群間における、FATCOD-Form B-Jの下位尺度〔Ⅰ. 死にゆく患者へのケアの前向きさ〕〔Ⅱ. 患者・家族を中心とするケアの認識〕の因子得点の差を検定するため、それぞれ対応のない *t* 検定、Mann-Whitney の *U* 検定を行った。

#### 5) ガイドの評価と看取りケア尺度との関連

ガイドの評価に関する設問ごとに、上記と同様の2群間における、看取りケア尺度の合計得点の差を検定するため、対応のない *t* 検定を行った。

### 5. 予定対象者数とその根拠

調査を実施する全26病棟における1病棟の看護師数は18～23名前後であり、約600名の看護師が調査対象者となる。しかし、費用対効果を考え、1病棟4～5割の看護師が持ち帰ることができる分の、1病棟10セットの調査セットを配置することとし、全260セット

の調査セットを配置した。終末期看護/家族看護に関する看護師の困難感と学習ニーズは高いので、配置したガイドの 8 割程、200 セット前後の調査セットの持ち帰りがあることを期待した。本研究は、大学院生によるプレテストで、ガイドを読むのに 1 時間前後、調査票への回答に 15～20 分程度要した時間のかかる調査であるが、ガイドや本研究に関心のある看護師が、自発的に持ち帰っているものと思われるので、調査票の回収率も比較的高いのではないかと予測し、国内の看護師を対象とした先行研究から回収率を 70%と見込み、140 名程から調査票の回収があるのではないかと見積もった。類似の先行研究がないため予測が難しいが、ガイドに関心を持ち一通り読んで、ガイドの評価にも回答する看護師は比較的多いのではないかと期待し、回収した調査票の内、ガイドを読んだ人からの回答は 8 割（約 110 名）と見込んだ。

本研究では、ガイドの評価と背景因子との関連の検討において  $\chi^2$  検定を行うので、必要対象者数は以下のように推定した。群間の割合の差を検定する際、必要なサンプルサイズの計算は複雑であるため、効果サイズに基づくサンプルサイズの推定値ではなく、有意水準 .05、検出力 .80 と仮定した場合のおおよそのサンプルサイズを、換算表を用いて割り出した (Polit & Beck, 2003, p.514)。この表を用いるには、2 群の各割合を推定する必要がある。

本ガイドは、新人看護師や看護学生が読んでも理解できることを目標とし作成したので、背景因子の違いでガイドの理解度に有意差が見られないのが理想的である。したがって、ガイドの目標に対する評価で考えた。当初、ガイドの目標に対する評価に関する各設問において、「6. とてもそう思う～4. どちらかというと思う」と回答した〈ポジティブ評価群〉と、「3. どちらかというと思わない～1. 全く思わない」と回答した〈ネガティブ評価群〉との比較を考えていた。したがって、対象者の背景（例えば、終末期看護への関心）の違う 2 群との比較において、〈ポジティブ評価群〉の割合に 90%～60%の差が生じるのではないかと推定した。90%は、ガイドに対するポジティブな評価における目標とする数値、60%は、低くても 6 割の人がガイドにポジティブな評価をしてほしいという期待から設定した割合である。2 群の推定割合から、各群に必要な、おおよそのサンプルサイズを表から見出すと、30 名であった。したがって、ガイドを読んだ人からの回答が 60 名以上あれば、第 II 種の過誤の危険を 20%に抑えるために必要なサンプルサイズとなると判断した。

## 6. 倫理的配慮

本研究は、筑波大学医学医療系の倫理委員会審査を受け、承認を得たうえで実施した（通知番号 第 1136 号）。

調査実施病棟の看護師長および調査対象者に対しては、書面にて研究の趣旨と調査方法を説明し、調査への参加は自由意思によるものであり、研究への協力が得られない場合にも不利益を被ることは一切ないこと、調査に協力しないことや途中で調査を中断する場合にも、対象者の評価に影響することはないことを明記した。看護師長には具体的に、調査セットを持ち帰った後のガイドを読む/読まないの判断、調査票の回答・提出も、対象者の自由意思によるものであることを説明した。

対象者のプライバシーの保護のため、調査票は無記名とし、回答した調査票は、密封できる封筒に入れ、各病棟に用意した閉鎖式の回収袋に投函してもらった。調査票の回答・提出をもって研究への参加同意とした。

調査票の回答内容は、本研究の目的以外で使用することはないこと、回収した調査票および得られたデータは、研究者の責任のもと適切に保管すること、本研究の成果は、学会、論文等で発表する予定であることも併せて説明した。

## VI. 結果

図 2 に、分析対象者決定までの過程を示した。3 施設 26 病棟に所属している約 600 名の一般病棟看護師が調査対象者であり、そこに 260 セットの調査セットを配置した。そのうち 155 セットの持ち帰りがあり（持ち帰り率：各施設 80%、53%、37%、平均 60%）、115 名から調査票を回収した（回収率 74%）。そのうち 1 名が背景以外の項目がほぼ無回答であったため除外し、114 名を分析対象とした。ガイドを読んだ人は 99 名（調査票回答者の 87%）、ガイドを読まなかった/途中で読むのをやめた人は 15 名（調査票回答者の 13%）であった。

### 1. 対象者の背景特性

表 1 に対象者の背景、表 2 に FATCOD-Form B-J（終末期ケアに対する態度）の記述統計、表 3 に看取りケア尺度（終末期ケアの実践状況）の記述統計を示した。

#### 1) ガイドを読んだ人の背景特性

ガイドを読んだ 99 名の対象者の 96%が女性で、年齢（平均±標準偏差）は 28.9±6.4 歳（範囲：21～55 歳、最頻値：24 歳）であった。臨床経験年数（平均±標準偏差）は 7.1±6.1 年（範囲：1 ヶ月～34 年、最頻値：5 年目）で、終末期がん患者の看護経験年数（平均±標準偏差）は 5.3±4.5 年（範囲：0～18 年、最頻値：5 年目）であった。

職位/役割は、「スタッフナース」が 61%、「モジュールリーダー」が 26%、「主任」が 12%であった。認定看護師の資格を有している人が 3 名おり、保健師・助産師の資格を有している人も、それぞれ 9 名・2 名いた。

最終学歴は、「専門学校」が 65%、「短期大学」が 3%、「大学」が 30%、「修士課程」が 1%であった。

終末期看護に関する学習/研修経験は、「看護基礎教育」49%、「院内研修」52%、「病院の勉強会」51%、「研修会や学会への参加」14%、「自己学習」39%であった。

家族看護に関する学習/研修経験については、「看護基礎教育」43%、「院内研修」38%、「病院の勉強会」31%、「研修会や学会への参加」11%、「自己学習」23%、であった。

終末期看護への関心は、「非常にある」が 38%、「少しある」が 51%、「あまりない」が 11%で、「全くない」は 0%であった。

家族看護への関心は、「非常にある」が 39%、「少しある」が 56%、「あまりない」が 5%で、「全くない」は 0%であった。

終末期がん患者の家族との関わりにおける困難感については、「非常にある」が 55%、「少しある」が 44%、「あまりない」が 1%で、「全くない」は 0%であった。

大切な人の看取り経験は、「ある」が 64%、「ない」が 33%であった。

所属する病棟の診療科は、「外科系」が 36%、「内科系」が 32%、「その他」（産婦人科・外科内科混合病棟・全診療科・総合診療部）が 31%であった。忙しい時や仕事の負担が大きい時の職場のサポート状況については、「ある」が 69%、「どちらとも言えない」が 25%、「ない」が 5%であった。

終末期ケアに対する態度については、ガイドを読んだ人の FATCOD-Form B-J の第 I 因子、第 II 因子の各項目の平均点を高いものから順に示した。〔I. 死にゆく患者へのケアの前向きさ〕の因子得点（平均±標準偏差）は、 $60.76 \pm 7.81$  点、〔II. 患者・家族を中心とするケアの認識〕の因子得点（平均±標準偏差）は、 $50.64 \pm 4.74$  点であった。

終末期ケアの実践状況については、看取りケア尺度の因子ごとに、ガイドを読んだ人の各項目の平均点を高いものから順に示した。看取りケア尺度の合計得点（平均±標準偏差）は、 $81.78 \pm 7.74$  点であった。

## 2) ガイドを読まなかった人の背景特性

ガイドを読まなかった 15 名の対象者はすべて女性で、年齢（平均±標準偏差）は  $29.3 \pm 6.4$  歳（範囲：21～45 歳、最頻値：25 歳）であった。臨床経験年数（平均±標準偏差）は  $7.9 \pm 6.4$  年（範囲：1 ヶ月～23 年、最頻値：5 年目）で、終末期がん患者の看護経験年数（平均±標準偏差）は  $5.8 \pm 4.9$  年（範囲：0～15 年、最頻値：5 年目）であった。

職位/役割については、「スタッフナース」が 60%、「モジュールリーダー」が 20%、「主任」が 20%であり、看護師以外の資格を有している人はいなかった。

最終学歴は、「専門学校」が 80%、「大学」が 20%であった。

終末期看護に関する学習/研修経験は、「看護基礎教育」53%、「院内研修」47%、「病院の勉強会」33%、「研修会や学会への参加」0%、「自己学習」13%であった。

家族看護に関する学習/研修経験については、「看護基礎教育」33%、「院内研修」33%、「病院の勉強会」0%、「研修会や学会への参加」0%、「自己学習」27%であった。なお、1 名は、「なし」との回答であった。

終末期看護への関心は、「非常にある」が 20%、「少しある」が 73%、「あまりない」が 7%で、「全くない」は 0%であった。

家族看護への関心は、「非常にある」が 40%、「少しある」が 60%で、「あまりない」「全くない」は 0%であった。

終末期がん患者の家族との関わりにおける困難感については、「非常にある」が 47%、「少しある」が 53%で、「あまりない」「全くない」は 0%であった。

大切な人の看取り経験は、「ある」が 53%、「ない」が 47%であった。

所属する病棟の診療科は、「外科系」が 47%、「内科系」が 27%、「その他」が 27%であった。職場のサポート状況については、「ある」が 80%、「どちらとも言えない」が 20%、「ない」は 0%であった。

終末期ケアに対する態度については、〔Ⅰ. 死にゆく患者へのケアの前向きさ〕の因子得点（平均±標準偏差）は、60.53±6.70 点、〔Ⅱ. 患者・家族を中心とするケアの認識〕の因子得点（平均±標準偏差）は、51.07±5.04 点であった。

終末期ケアの実践状況については、看取りケア尺度の合計得点（平均±標準偏差）は、81.27±9.82 点であった。

### 3) ガイドを読んだ人と読まなかった人の背景特性の比較

表 4 に、ガイドを読んだ人と読まなかった人の背景特性の比較を示した。両群における対象者の背景因子、終末期ケアに対する態度および終末期ケアの実践状況に有意差は認められなかった。

## 2. ガイドの評価

ガイドを読んだ 99 名による、ガイドの評価の結果について述べる。

### 1) ガイドに対する理解度

表 5 に、ガイドに対する理解度に関する各設問の回答分布と平均値を示した。項目②「危機理論について」と、項目⑧「家族の『対処機制』のアセスメントについて」は、それぞれ 11%、10%の人が「3. どちらかといえば理解できなかった」～「1. ほとんど理解できなかった」に回答していたが、概ね全ての項目に対して 90%以上の人が「6. よく理解できた」～「4. どちらかといえば理解できた」と回答していた。



全ての項目で平均値は 4 以上であり、平均値の高かったものから順に示すと、以下のとおりである。項目④「終末期がん患者の家族の思い、精神的影響」(5.02)、項目①「終末期がん医療における家族の状況」(4.93)、項目③「終末期がん患者の家族に危機的状況をもたらす『ストレスフルなできごと』」(4.90)、項目⑤「危機的状況にある家族の兆候」(4.86)、項目⑩「家族の後悔、心残りが最小限となるようにするための関わり」(4.86)、項目⑨「終末期がん患者の家族が危機的状況に陥らないようにするために必要な支援」(4.77)、項目⑥「家族の『できごとに関する認識』のアセスメント」(4.67)、項目⑦「家族の『社会的支持』のアセスメント」(4.66)、項目⑧「家族の『対処機制』のアセスメント」(4.59)、項目②「危機理論について」(4.52)。なお、ガイドに対する理解度に関する 10 項目全てにおいて、天井効果はみられなかった。

## 2) ガイドの目標に対する評価

表 6 に、ガイドの目標に対する評価に関する各設問における回答分布と平均値を示した。

### (1) 知識の獲得

《知識の獲得》については、設問⑧「危機理論をどのように実践に活かせばよいか分かった」に対して 10%の人が「3. どちらかというと思わない」または「2. そう思わない」に回答していたが、概ね全ての設問に対して 90%以上の人が「6. とてもそう思う」～「4. どちらかというと思おう」と回答していた。

全ての設問で平均値は 4 以上であり、平均値の高かったものから順に示すと、以下のとおりである。設問⑥「家族の後悔、心残りが最小限となるようにするための関わり」の知識が得られた」(4.78)、設問⑦「終末期がん患者の家族のニーズ(家族が望んでいる支援)についての知識が得られた」(4.73)、設問⑤「家族が危機的状況に陥らないようにするために必要な支援の知識が得られた」(4.73)、設問⑨「終末期がん患者の家族とどのように関わっていたらよいか分かった」(4.69)、設問②「危機的状況にある家族の兆候についての知識が得られた」(4.64)、設問③「危機回避の視点から家族をアセスメントするのに必要な家族の情報」の知識が得られた」(4.59)、設問④「危機回避の視点からの家族のアセスメントの知識が得られた」(4.59)、設問①「危機理論についての知識が得られた」(4.58)、設問⑧「危機理論をどのように実践に活かせばよいか分かった」(4.41)。

## (2) 意識の向上

《意識の向上》については、全ての設問において、数名を除くほぼ全ての人が「6. とてもそう思う」～「4. どちらかというと思う」と回答していた。

全体的に平均値も高く、平均値の高かったものから順に示すと、以下のとおりである。設問②「終末期がん患者の家族に積極的に関わり情報提供していくことの重要性の認識が深まった」(4.90)、設問⑤「終末期がん患者の家族ケアにおける看護師の役割に対する意識が高くなった」(4.90)、設問①「終末期がん患者の家族の危機的状況が具体的に分かり家族ケアに対する関心が深まった」(4.85)、設問④「終末期の家族ケアはグリーフケア(遺族ケア)であるとの認識が深まった」(4.83)、設問③「危機回避の視点から家族をアセスメントする必要性の認識が深まった」(4.74)。

## (3) セルフアセスメントツールとしての活用性

《セルフアセスメントツールとしての活用性》については、「これまで行ってきた家族との関わりが『これでよかったんだ』と確認できた」に対しては89%の人が、「これまでの家族との関わりで不足しているところが確認できた」に対しては94%の人が、「6. とてもそう思う」～「4. どちらかというと思う」と回答していた。平均値はそれぞれ、4.36、4.71であった。

## (4) 実践への活用可能性

《実践への活用可能性》については、「全般的にガイドの内容は、一般病棟での看護実践において活かせると思った」に対して93%の人が、「6. とてもそう思う」～「4. どちらかというと思う」と回答していた。平均値は4.52であった。

なお、ガイドの目標に対する評価に関する設問17項目全てにおいて、天井効果はみられなかった。

## 3) ガイドのわかりやすさ

表6に、ガイドのわかりやすさについての設問における回答分布と平均値を示した。

ガイドの文章表現、構成、図表など、「全般的にガイドは分かりやすかった」に対して83%の人が、「6. とてもそう思う」～「4. どちらかというと思う」と回答していた。平均

値は 4.24 であった。

### 3. ガイドの評価と背景因子との関連

#### 1) 年齢・臨床経験年数・終末期がん患者の看護経験年数との関連

表 7 に、年齢・臨床経験年数・終末期がん患者の看護経験年数と、それぞれのガイドの評価に関する各設問との相関を示した。

《意識の向上》において、終末期がん患者の看護経験年数と設問⑤「終末期がん患者の家族ケアにおける看護師の役割に対する意識が高くなった」との間で  $\rho = .41$  ( $p < .01$ ) の正の相関が認められた。また、その他の全ての設問との間において、低い正の相関が認められた。臨床経験年数とは、設問①「終末期がん患者の家族の危機的状況が具体的に分かり家族ケアに対する関心が深まった ( $\rho = .21$ )」および設問⑤「終末期がん患者の家族ケアにおける看護師の役割に対する意識が高くなった ( $\rho = .28$ )」との間において、低い正の相関が認められた。年齢とは、設問⑤「終末期がん患者の家族ケアにおける看護師の役割に対する意識が高くなった ( $\rho = .24$ )」との間において、低い正の相関が認められた。

《セルフアセスメントツールとしての活用性》の「これまで行ってきた家族との関わりが『これでよかったんだ』と確認できた」は、年齢・臨床経験年数・終末期がん患者の看護経験年数との間において、低い正の相関が認められた (各々  $\rho = .20, \rho = .25, \rho = .30$ )。

《知識の獲得》の設問⑤「家族が危機的状況に陥らないようにするために必要な支援の知識が得られた」は、終末期がん患者の看護経験年数との間において、低い正の相関が認められた ( $\rho = .21$ )。

#### 2) その他の各変数との関連

名義変数の背景因子とガイドの評価の関連を確認するのに先立ち、ガイドに対する理解度およびガイドの目標に対する評価の回答結果を検討した。ガイドの評価は全ての項目において、概ね 90%以上の人が「6. よく理解できた」～「4. どちらかといえば理解できた」もしくは「6. とてもそう思う」～「4. どちらかというと思う」と回答しており、平均値も全て 4 以上と肯定的な評価であった。しかし、「4. どちらかといえば理解できた」「4. どちらかというと思う」の回答は、肯定的な評価の中でも「あえて選ぶとすれば」という消極的選択での評価であるため、「6. よく理解できた」「5. 大体理解できた」もしくは「6.

とてもそう思う」「5. そう思う」とは意味内容が異なると考えた。したがって、「4. どちらかといえば理解できた」は、「3. どちらかといえば理解できなかった」～「1. ほとんど理解できなかった」と合わせ〈低い理解〉とし、一方、「6. よく理解できた」「5. 大体理解できた」は〈高い理解〉として、ガイドに対する理解度をその評価で 2 群に分類した。同様に、「4. どちらかというところ思う」は、「3. どちらかというところ思わない」～「1. 全く思わない」と合わせ〈あまり同意しない〉とし、一方、「6. とてもそう思う」「5. そう思う」は、〈同意する〉として、ガイドの目標に対する評価をその評価で 2 群に分類し、対象者の背景によりガイドの評価に違いがあるか比較、検討した。

### (1) 職位/役割とガイドの評価の関連

表 8 に、職位/役割によるガイドの評価の相違を示した。

ガイドに対する理解度については、全ての項目において、職位/役割による評価の回答割合に有意差は見られなかった。「スタッフナース」の〈高い理解〉の割合は、全般的に 60～70%程度であったが、危機理論についてとアセスメントに関する項目については、約半数が〈低い理解〉であった。

ガイドの目標に対する評価については、「主任」は「スタッフナース」「モジュールリーダー」より、《意識の向上》の設問①「終末期がん患者の家族の危機的状況が具体的に分かり家族ケアに対する関心が深まった」、設問④「終末期の家族ケアはグリーフケア（遺族ケア）であるとの認識が深まった」、設問⑤「終末期がん患者の家族ケアにおける看護師の役割に対する意識が高くなった」において、〈同意する〉の割合が有意に高かった（各々 $\chi^2(2)=7.907, p=.019, \chi^2(2)=6.257, p=.044, \chi^2(2)=6.574, p=.037$ ）。《知識の獲得》《セルフアセスメントツールとしての活用性》《実践への活用可能性》については、全ての設問において、職位/役割による評価の回答割合に有意差は見られなかった。「スタッフナース」の〈同意する〉の割合は、全般的に 50～60%程度であり、特に低かった項目は、《知識の獲得》の設問⑧「危機理論をどのように実践に活かせばよいか分かった」（43%）、《セルフアセスメントツールとしての活用性》の「これまで行ってきた家族との関わりが『これでよかったんだ』と確認できた」（37%）、《実践への活用可能性》（43%）であった。

## (2) 最終学歴とガイドの評価の関連

表 9 に、最終学歴によるガイドの評価の相違を示した。

ガイドに対する理解度については、項目③「終末期がん患者の家族に危機的状況をもたらすストレスフルなできごと」において、最終学歴が「専門学校」の人は、「短期大学・大学・修士課程」の人より、〈低い理解〉の割合が有意に高かった ( $\chi^2(1) = 7.861, p = .005$ )。また、危機理論についてとアセスメントに関する項目において、低い理解の人が多かった。

ガイドの目標に対する評価については、全ての設問において、最終学歴による評価の回答割合に有意差は見られなかった。最終学歴によらず〈同意する〉の割合が 60%未満であった項目は、《知識の獲得》の設問①「危機理論についての知識が得られた」、設問③「危機回避の視点から家族をアセスメントするのに必要な家族の情報の知識が得られた」、設問④「危機回避の視点からの家族のアセスメントの知識が得られた」、設問⑧「危機理論をどのように実践に活かせばよいか分かった」と、《セルフアセスメントツールとしての活用性》の「これまで行ってきた家族との関わりが『これでよかったんだ』と確認できた」であった。《知識の獲得》の設問⑧においては、「専門学校」の人の〈同意する〉の割合が特に低かった (39%)。《実践への活用可能性》における〈同意する〉の割合も、44%と低かった。

## (3) 終末期看護への関心とガイドの評価の関連

表 10 に、終末期看護への関心によるガイドの評価の相違を示した。

ガイドに対する理解度については、項目①「終末期がん医療における家族の状況」、項目②「危機理論について」において、終末期看護への関心が「非常にある」人は、「少しある・あまりない」人より、〈高い理解〉の割合が有意に高かった (各々  $\chi^2(1) = 6.195, p = .013$ ,  $\chi^2(1) = 4.134, p = .042$ )。終末期看護への関心が「少しある・あまりない」人は、危機理論についてとアセスメントに関する項目において、低い理解の人が多かった。

ガイドの目標に対する評価については、《知識の獲得》《意識の向上》《セルフアセスメントツールとしての活用性》のほぼ全ての設問において、終末期看護への関心と有意な関連が認められ、終末期看護への関心が「非常にある」人は、「少しある・あまりない」人より、〈同意する〉の割合が有意に高かった。両群の間には、30~40%程の回答割合の差が見られた。終末期看護への関心が「少しある・あまりない」人の〈同意する〉の割合は、全般的に 40~50%程度であり、特に低かった項目は、《知識の獲得》の設問⑧「危機理論をどのように実践に活かせばよいか分かった」(37%) と、《セルフアセスメントツールとしての活用性》

の「これまで行ってきた家族との関わりが『これでよかったんだ』と確認できた」(30%)であった。《実践への活用可能性》における〈同意する〉の割合は、終末期看護への関心が「非常にある」人で、55%であった。

#### (4) 家族看護への関心とガイドの評価の関連

表 11 に、家族看護への関心によるガイドの評価の相違を示した。

ガイドに対する理解度については、全ての項目において、家族看護への関心による評価の回答割合に有意差は見られなかった。家族看護への関心が「少しある・あまりない」人の〈高い理解〉の割合は、全般的に 60~70%程度であったが、危機理論についてとアセスメントに関する項目については、約半数が〈低い理解〉であった。

ガイドの目標に対する評価については、《知識の獲得》《意識の向上》《セルフアセスメントツールとしての活用性》の多くの設問において、家族看護への関心と有意な関連が認められ、家族看護への関心が「非常にある」人は、「少しある・あまりない」人より、〈同意する〉の割合が有意に高かった。両群の間には、20~30%程の回答割合の差が見られた。家族看護への関心が「少しある・あまりない」人の〈同意する〉の割合は、全般的に 40~60%程度であり、特に低かった項目は、《セルフアセスメントツールとしての活用性》の「これまで行ってきた家族との関わりが『これでよかったんだ』と確認できた」(33%)であった。《実践への活用可能性》における〈同意する〉の割合は、家族看護への関心が「非常にある」人で、54%であった。

#### (5) 終末期がん患者の家族との関わりにおける困難感とガイドの評価の関連

表 12 に、終末期がん患者の家族との関わりにおける困難感によるガイドの評価の相違を示した。

ガイドに対する理解度については、項目②「危機理論について」において、終末期がん患者の家族との関わりにおける困難感が「少しある・あまりない」人は、「非常にある」人より、〈高い理解〉の割合が有意に高かった ( $\chi^2(1) = 5.940, p = .015$ )。

ガイドの目標に対する評価については、全ての設問において、終末期がん患者の家族との関わりにおける困難感による評価の回答割合に有意差は見られなかった。終末期がん患者の家族との関わりにおける困難感によらず〈同意する〉の割合が 60%未満であった項目は、最終学歴における結果と同様、《知識の獲得》の設問①「危機理論についての知識が得られ

た」、設問③「危機回避の視点から家族をアセスメントするのに必要な家族の情報の知識が得られた」、設問④「危機回避の視点からの家族のアセスメントの知識が得られた」、設問⑧「危機理論をどのように実践に活かせばよいか分かった」と、《セルフアセスメントツールとしての活用性》の「これまで行ってきた家族との関わりが『これでよかったんだ』と確認できた」、加えて《実践への活用可能性》であった。《実践への活用可能性》において、終末期がん患者の家族との関わりにおける困難感が「非常にある」人は、「少しある・あまりない」人より、〈同意する〉の割合が高かった（57% vs 40%）。

#### (6) 大切な人の看取り経験とガイドの評価の関連

表 13 に、大切な人の看取りの経験によるガイドの評価の相違を示した。

ガイドに対する理解度およびガイドの目標に対する評価の全ての設問において、看取りの経験による評価の回答割合に有意差は見られなかった。

ガイドに対する理解度において、危機理論についてとアセスメントに関する項目は、看取りの経験の有無によらず、他の項目と比べ低い理解の人が多かった。

ガイドの目標に対する評価においては、看取りの経験の「ない」人は、《知識の獲得》において〈同意する〉の割合が 50%前後～60%と、全般的に低い傾向にあった。看取りの経験の有無によらず〈同意する〉の割合が 60%未満であった項目は、《知識の獲得》の設問⑧「危機理論をどのように実践に活かせばよいか分かった」、《セルフアセスメントツールとしての活用性》の「これまで行ってきた家族との関わりが『これでよかったんだ』と確認できた」、《実践への活用可能性》であった。《セルフアセスメントツールとしての活用性》においては、看取りの経験の「ない」人の〈同意する〉の割合が特に低かった（33%）。

#### (7) 所属する病棟の診療科とガイドの評価の関連

表 14 に、所属する病棟の診療科によるガイドの評価の相違を示した。

ガイドに対する理解度については、全ての項目において、所属する病棟の診療科による評価の回答割合に有意差は見られなかった。しかし、「内科系」の人は、危機理論について、高い理解の人が多かった（69%）。また、「その他」の人は、アセスメントに関する項目において、低い理解の人が多い傾向にあった。

ガイドの目標に対する評価については、「内科系」の人は「その他」の人より、《セルフアセスメントツールとしての活用性》の「これまでの家族との関わりで不足しているところが

確認できた」において、〈同意する〉の割合が有意に高かった ( $\chi^2(2)=6.019, p=.049$ )。そして、「内科系」の80%近くの人が、《意識の向上》において〈同意する〉と評価していた。その他の設問においても、全般的に「内科系」「外科系」「その他」の順で、〈同意する〉の割合が高かった。《実践への活用可能性》における〈同意する〉の割合は、「内科系」の人で、56%であった。

#### (8) 職場のサポート状況とガイドの実践への活用可能性の評価との関連

表15に、職場のサポート状況に対する認識によるガイドの実践への活用可能性の評価の相違を示した。

職場のサポート状況による評価の回答割合に有意差は見られず、所属病棟における仕事のサポート状況の認識とガイドの実践への活用可能性の評価との有意な関連は認められなかった ( $\chi^2(1)=0.192, p=.661$ )。

### 4. ガイドの評価とターミナルケア態度尺度との関連

#### 1) 死にゆく患者へのケアの前向きさとガイドの評価の関連

表16に、ガイドの評価による〔Ⅰ. 死にゆく患者へのケアの前向きさ〕因子得点の相違を示した。全ての設問において、〈高い理解〉〈同意する〉の人の〔死にゆく患者へのケアの前向きさ〕の因子得点は高かった。

ガイドに対する理解度については、項目⑤「危機的状況にある家族の兆候」、項目⑥「家族のできごとに関する認識のアセスメント」、項目⑦「家族の社会的支持のアセスメント」において有意差が認められ (各々  $p=.047, p=.018, p=.024$ )、〈高い理解〉の人の方が、死にゆく患者へのケアに前向きであった。

ガイドの目標に対する評価については、《知識の獲得》の多くの設問で、また《意識の向上》《セルフアセスメントツールとしての活用性》の全ての設問で有意差が認められ、〈同意する〉の人の方が、死にゆく患者へのケアに前向きであった。

#### 2) 患者・家族を中心とするケアの認識とガイドの評価の関連

表17に、ガイドの評価による〔Ⅱ. 患者・家族を中心とするケアの認識〕因子得点の相違を示した。全ての設問において、〈高い理解〉〈同意する〉の人の〔患者・家族を中心とす



るケアの認識]の因子得点は高かった。

ガイドに対する理解度については、項目②「危機理論について」、項目③「終末期がん患者の家族に危機的状況をもたらすストレスフルなできごと」、項目④「終末期がん患者の家族の思い、精神的影響」、項目⑤「危機的状況にある家族の兆候」以外の全ての項目において有意差が認められ、〈高い理解〉の人の方が、患者・家族を中心とするケアの認識が高かった。

ガイドの目標に対する評価については、《知識の獲得》《意識の向上》《セルフアセスメントツールとしての活用性》および《実践への活用可能性》の全ての設問で有意差が認められ、〈同意する〉の人の方が、患者・家族を中心とするケアの認識が高かった。

## 5. ガイドの評価と看取りケア尺度との関連

表 18 に、ガイドの評価による終末期ケアの実践得点の相違を示した。ガイドに対する理解度については、全ての設問で有意差が認められなかった。ガイドの目標に対する評価については、《知識の獲得》の設問⑧「危機理論をどのように実践に活かせばよいか分かった」において〈同意する〉の人は、看取りケア尺度の合計得点が有意に高かった ( $p = .044$ )。

## 6. ガイドを読むのに要した時間とガイドの情報量

表 19 に、ガイドを読むのに要した時間とガイドの情報量についての回答を示した。ガイドを読むのに要した時間については、「30分～1時間程度」が47%で最も多く、次いで「30分以内」が39%、「1時間～1時間半程度」が8%、「それ以上」が4%であった。

ガイドの情報量については、69%が「多かった」と回答し、「適切だった」は25%、「少なかった」と回答した人はいなかった。

## 7. ガイドを読んだ理由

表 20 に、ガイドを読んだ理由を示した。複数回答で尋ねたところ、無回答が26名と多かったが、「ガイドの内容に興味があったから」が42%で最も多く、次いで「上司にガイドを読むように勧められたから」が27%、「研究に興味があったから」「同僚もアンケート調査に参加していたから」がそれぞれ7%、「その他」が1%であった。

## 8. ガイドを読まなかった/途中で読むのをやめた理由

表 21 に、ガイドを読まなかった/途中で読むのをやめた理由を示した。複数回答で尋ねたところ、「ガイドの情報量が多かったから」が 53%で最も多く、次いで「忙しかったから」が 47%、「上司に勧められて調査に参加したから」が 13%、「思っていた内容と違ったから」が 7%で、「ガイドの内容に興味を持てなかったから」「その他」に回答した人はなかった。

## 9. ガイドに関する意見・感想

表 22 に、自由回答式質問への 24 名からの回答の生データを示した。8 名 (No.1~8) から、ガイドに関するポジティブな意見・感想、続く 12 名 (No.9~20) からは、ガイドに関するポジティブな意見・感想と共に、ガイドについての提案・改善点に関する意見、4 名 (No.21~24) からは、ガイドの字が小さいことや、危機モデルの説明がわからなかったこと、危機回避という言葉への違和感、ガイドの内容を実践に活かすことへの難しさなどが書かれていた。

ガイドの字が小さかったことについては、No.16 の人からも指摘があった。当初、本ガイドは A4 版の冊子として作成したのだが、調査実施施設より A5 版の小冊子の方が、看護師が気軽に手に取るのではないかとのアドバイスをいただきサイズを縮小した。したがって、特に図表の字が小さくなってしまい、構成も基本 1 つの内容が 1 ページから見開きページで完結するよう配置したため、スペースが少なく、文字数、情報量が多い印象となってしまったと思われる。

## VII. 考察

本研究では、基本的緩和ケアを担う一般病棟看護師を対象とした、終末期がん患者の家族支援における知識および意識の向上につながる教育ガイドが作成された。一般病棟の看護師が自己学習において理解することができ、危機回避の視点から終末期がん患者の家族をアセスメント、支援するための基本的知識を獲得できることが確認された。また、終末期がん患者の家族支援に対する意識が高まり、これまで行ってきた終末期がん患者の家族に対する看護実践をセルフアセスメントするツールとしても活用できることが確認された。そして、本ガイドは、一般病棟における終末期がん患者の家族支援において、日々の看護実践に活かすことができるという一定の評価が得られた。したがって、本ガイドは、一般病棟の看護師を対象とした終末期がん患者の家族支援の卒後継続教育において有用な教育ツールであることが示唆された。また、本研究の対象者は、新人を含めた臨床経験の短い看護師も多かったが、年齢や臨床経験年数は、ガイドに対する理解度や《知識の獲得》の評価に関連はなかったことから、本ガイドは看護基礎教育においても活用できる可能性がある。

以下に、ガイドに対する理解度およびガイドの目標に対する評価と背景因子、および、終末期ケアに対する態度との関連について考察し、終末期がん患者の家族支援に関する看護師教育を充実していくための提言を述べる。

### 1. 対象者の背景特性について

調査票の回収率は74%で、概ね予測通りであり、ガイドを読んだ人からの回答も87%と、期待していた8割以上からの回収であった。しかし、配置した調査セットの8割程の持ち帰りを期待していたのだが、期待通りの持ち帰りがあったのは1施設のみで、ガイドの持ち帰り率は平均すると60%と、期待していたより低い結果であった。この理由として、本研究が自己主導型学習という形式であったことが考えられる。本研究では、調査セットが配布されるのではなく、看護師自らが自主的に持ち帰り、さらに、時間を要するガイドを読んだ上での調査票の回答を求めていたため、研究協力者からも、調査票回答に至るハードルが高かったのではないかとの言葉が聞かれた。しかし、結果的にガイドを読んだ99名からの回答が得られ、解析に必要なサンプルサイズは得られたと判断した。

また、本研究は、固形がんの成人の終末期患者が多く入院している全ての病棟で調査を行ったので、調査実施病棟における選択バイアスは生じておらず、外科系・内科系・その他の

病棟からバランスよくデータの収集ができた。分析対象者の 6 割がスタッフナースで、臨床経験年数 5 年未満の若手の看護師が約半数を占め、終末期がん患者の看護経験年数も半数が 5 年未満であった。また、終末期がん患者の家族との関わりにおける困難感が「非常にある」と約半数の看護師が回答していた。終末期看護・家族看護への関心は、「非常にある」人がガイドを持ち帰っているものと予測していたのだが、「少しある」とした人が半数以上と最も多かった。終末期ケアに対する態度を客観的に測定する FATCOD-Form B-J における 2 つの下位尺度〔Ⅰ. 死にゆく患者へのケアの前向きさ〕および〔Ⅱ. 患者・家族を中心とするケアの認識〕の因子得点は、尺度開発時の都内の一般病院における調査（中井ら，2006）、地方の中核的役割を担っているがん診療連携拠点病院の一般病院における調査（酒井，2016；吉岡，2011；大町ら，2009）の得点とほぼ同じであった。一方、普段の終末期ケアの実践状況を測定する看取りケア尺度の合計得点は、対象者の自己評価によるものであるが、地方の一般病院における調査（吉岡，2011；吉岡ら，2009）の得点よりも高かった（81 点 vs 62～75 点）。その要因として、調査に参加した看護師は主に、本ガイドの内容に興味・関心があり、自主的にガイドを持ち帰った積極性が高い人達であった可能性が高いため、普段から終末期看護への意識も高く、終末期のがん患者と家族へのケアを積極的に行っている集団であったことが推測される。したがって、ガイドを読んだ人と読まなかった人の背景特性を比較したが、有意差は見られなかったと考えられる。

## 2. ガイドに対する理解度と背景因子の関連について

ガイドに対する理解度については、年齢・臨床経験年数・終末期がん患者の看護経験年数との相関は認められず、ほとんどの項目において背景因子の違いによる有意差は認められなかった。ガイドを読んだスタッフナースの 72%が、終末期看護・家族看護への関心は「少しある・あまりない」という集団であったが（data not shown）、自己学習においても 6～7 割の人が大体理解できたと評価した。本ガイドは、新人看護師や経験の浅い看護師、看護学生も含めて、看護師であれば誰が読んでも理解できることに留意しながら作成したので、作成時の目標は達成できたと思われる。

しかし、自己学習では、「危機理論について」とアセスメントに関する項目が、理解度の平均値が低く、〈高い理解〉の割合も 60%未満であり、理解が難しかった項目であることが明らかになった。吉岡，森山（2010）による、一般病棟の看護師による看取りケア実践の関連要因の質的分析結果においても、看護師の知識・技術に関することとして、「家族アセス

メントの意義と方法の理解」と「看取りに関連した理論に関する知識」の不足が指摘されている。その量的分析における調査結果においては、知識・技術に関連した変数において、「家族アセスメントに関する知識」および「抽象的判断能力（理論やモデルを用いた看護展開能力）」が、看取りケア実践の関連要因として抽出され、看取りケア実践モデルの構造として検証されている（Yoshioka & Moriyama, 2012）。したがって、自己学習では理解が難しかったこれらの項目は、終末期ケアの実践を促進する要因としても非常に重要であるため、より多くの看護師が危機理論とそれに基づいたアセスメントに関する項目を理解することができ、その知識を実践で活用できるように、ガイドの見直しだけでなく、自己学習以外の教育方法を検討していくことも必要であろう。そして、知識と関連づけたアセスメント能力を育成していくことが重要であると考えられる。

「危機理論について」の理解は、終末期看護への関心が「少しある・あまりない」人は、「非常にある」人より、また、終末期がん患者の家族との関わりにおける困難感が「非常にある」人は、「少しある・あまりない」人より、特に〈高い理解〉の割合が有意に低かった（それぞれ 47.5% vs 68.4%,  $p = .042$ 、44.4% vs 68.9%,  $p = .015$ ）。終末期がん患者の家族との関わりにおける困難感が低い人は、逆に言えば、危機理論に関する知識や理解が困難感の低さと関連していることも考えられる。これらの結果は、今後の理論に関する教育において、非常に貴重な知見と言えるだろう。

一方、終末期がん患者の家族の状況に関する項目は〈高い理解〉の割合が高く、日々の看護実践における家族との関わりから、イメージがしやすかったためと思われる。しかし、終末期がん患者の家族に危機的状況をもたらすストレスフルなできごと（ガイドの p.9-10）の項目において、最終学歴が「専門学校」の人は、「短期大学・大学・修士課程」の人より〈高い理解〉の割合が有意に低かった（65.1% vs 91.2%,  $p = .005$ ）。この項目は、普段のがん患者の家族との関わりがあれば、決して理解することが難しい項目であるとは思われない。本ガイドでは、終末期がん患者の家族を支援することの意義を伝える上でも、できるだけイラストや図表も使い、実際の家族の状況を解説したのだが、補足説明はしているものの「コンフリクト」のような馴染みのないと思われる用語が用いられていることや、ガイドの情報量が多かったため、自己学習においてじっくり読みこむことが難しかったことが原因として考えられる。また、終末期がん医療における家族の状況（ガイドの p.3-4）においては、終末期看護への関心が「少しある・あまりない」人は、「非常にある」人より〈高い理解〉の割合が有意に低かった（63.9% vs 86.8%,  $p = .013$ ）。したがって、一見理解しやすい

と思われるこうした家族の状況についても、終末期がん患者の家族支援に関する教育において、具体的で丁寧な説明が必要であることが示唆された。

### 3. ガイドの目標に対する評価と背景因子の関連について

危機回避の視点から終末期がん患者の家族をアセスメント、支援するための《知識の獲得》については、家族のニーズや家族との関わり、必要な支援に関する知識が獲得できたと評価した人が多かった。一方、危機理論とアセスメントに関する内容については、自己学習では、知識が獲得できたと評価した人は60%未満であり、ガイドに対する理解度の結果と同様の傾向であった。特に、設問⑧「危機理論をどのように実践に活かせばよいか分かった」については、背景因子によらず、〈同意する〉の割合が60%未満であることが多かった。特に、スタッフナース/モジュールリーダー・専門学校卒・終末期看護/家族看護への関心が低い人・終末期がん患者家族との関わりにおける困難感が高い人・その他の病棟に所属する人は、〈同意する〉の割合が40%前後と評価の低い人が多かった。Aguilera & Messick の危機モデルは、危機回避/問題解決決定要因がアセスメントのポイントとなっているので、アセスメントに関する項目の理解ができていないと、このモデルの実践への活用についての評価も低くなることは当然のことである。したがって、危機理論とアセスメントに関する内容は、理解と知識の獲得が難しいことが明らかとなったので、このことを念頭に、ガイドにおける説明を工夫すると共に、講習会などで分かりやすく解説することも必要かもしれない。

終末期がん患者の家族支援に対する《意識の向上》については、主任・終末期看護/家族看護への関心の高い人の〈同意する〉の割合が有意に高く、また、終末期がん患者の看護経験年数が、年齢・臨床経験年数よりも正の相関が認められる傾向が明らかとなった。終末期看護/家族看護への関心の高い人は、《知識の獲得》および《セルフアセスメントツールとしての活用性》も含め、多くの設問で〈同意する〉の割合が有意に高い結果であった。したがって、終末期がん患者の家族支援の質向上のためには、卒後継続教育だけでなく看護基礎教育においても、終末期看護および家族看護への関心が高くなる教育を提供していくことが重要といえるだろう。

本ガイドの《実践への活用可能性》については、〈同意する〉の割合が約半数と相対的に低い結果であった。ガイドに対する理解度や知識の獲得の評価が高くても、実際にそれを活用できるかは別次元の問題である。看護師が、一般病棟での看護実践において、本ガイドの内容を活用可能と思えるようにするには、今回のような自己学習における知識の提供だけ

では不十分であると考え。このことから、本ガイドの内容の充実だけでなく、卒後継続教育プログラムとして、展開方法を工夫した取り組みが必要であろう。

#### 4. ガイドの評価とターミナルケア態度尺度との関連について

FATCOD-Form B-J における2つの下位尺度〔Ⅰ. 死にゆく患者へのケアの前向きさ〕および〔Ⅱ. 患者・家族を中心とするケアの認識〕のいずれにおいても、全ての設問において〈高い理解〉〈同意する〉の因子得点は高く、多くの項目で有意差が認められた。酒井(2017)の、FATCOD-Form B-J のカットオフ値を下位尺度ごとに検討した研究において、〔Ⅰ. 死にゆく患者へのケアの前向きさ〕では 61/62 点がカットオフ値として設定された。この基準に照らし合わせてみると、多くの項目で、〈高い理解〉〈同意する〉の因子得点は 62 点以上であり、つまり、死にゆく患者へのケアをするための十分な積極性を持った看護師は、自己学習においてもガイドの内容を理解でき、本ガイドによって知識の獲得ができ、終末期がん患者の家族支援に対する意識が向上し、また、セルフアセスメントツールとして本ガイドを活用でき、一般病棟における看護実践においても活用できると評価していた。なお、〔Ⅱ. 患者・家族を中心とするケアの認識〕では、カットオフ値を設定することができず、終末期ケアに対する態度の解釈においては、〔Ⅰ. 死にゆく患者へのケアの前向きさ〕が重要であることが指摘されている(酒井, 2017)。これらのことから、講習会を実施する上でのひとつの提案として、参加者を検討する際、事前に FATCOD-Form B-J によるスクリーニングを行い、〔Ⅰ. 死にゆく患者へのケアの前向きさ〕が 61 点以下の人を参加者とすることで、効果的・効率的な講習会となるのではないだろうか。死にゆく患者へのケアをするための積極性が低い人を対象に学習の機会を提供し、終末期ケアに関する知識を得ることが、終末期ケアに対する態度を向上することにもつながると考える。

#### 5. 本ガイドの活用方法の提案

本ガイドは、実践においても活用できる教育ガイドとして作成したが、《実践への活用可能性》について、約半数の人が〈あまり同意しない〉という結果であった。しかし、日々の看護実践における活用方法として、以下のことが考えられる。

医師から家族に、患者の病状の悪化/進行や積極的治療の中止、予後などの、患者に関する Bad News が伝えられた時を一つの機会に、情報収集/アセスメントおよび支援の視点を示したチェックボックスのついている項を一通り参照することで、一般病棟の看護師にお

いても、先を見越した家族に対する支援の検討が可能になるものと考え。患者に関する **Bad News** は、すべての終末期がん患者の家族が経験する非常にストレスフルなできごとである。そして、家族が不均衡状態となることが通常の反応であり、その後、適切なサポートや対処がされなければ危機に陥るリスクが高い。しかし、多忙な一般病棟の看護師は、患者の入院時以外に家族の情報を把握する機会は少なく、また困難であることが予測される。したがって、この機会を逃さないように本ガイドを確認することは、危機回避の視点から、これから家族に必要となる支援のポイントや、家族についての不足情報を確認、意識化する上で役立つと考える。そして、これを通常業務の一つと位置付けることで、家族と関わるタイミングを逃すというジレンマの解消にもつながるのではないだろうか。

また、事前に一通りガイドを読んで学習することは理想的ではあるが、『ストレスフルなできごと』などの詳細（エビデンス）は、個々の家族に該当する項目をその時々で確認することで、知識と体験が結びつき、家族の認識の確認など支援の重要性がより意識づけられるだろう。

看護師がどのように家族と関わったらよいかわからないという思いを抱いた時も、本ガイドを活用できる一つの機会になると考える。『終末期がん患者の家族への支援』のセクションでは、家族への具体的な声かけ例をできるだけ多く掲載した。したがって、日々の看護実践において、まずはこれらを手本としてもらい「看護としての対話」のきっかけを看護師から積極的につくることから始めてほしい。そのことが、家族への情緒的支援にもなり、さらなる支援への第一歩となると考える。

今回、危機理論とアセスメントに関する項目が、自己学習では理解が難しいことが明らかとなったが、これらは、終末期がん患者の家族だけでなく、全ての患者・家族を捉えるための一つの視点として応用できる理論である。したがって、本ガイドの内容の全てを講習会で説明することは、時間的制約などの問題もあり難しい場合であっても、理論についての学習をしている専門看護師や認定看護師などにより、これらの箇所の解説をしてもらうことや、実際の事例を用いながら危機理論を学習する機会を作ることにより、その後の自己学習における家族アセスメントの意義と方法の理解を深めることができるのではないかと考える。



## 6. 本研究の限界と今後の課題

本研究にはいくつかの限界がある。第 1 に、今回の調査はすべて都内の大学病院で実施したため、地域の特性や施設の特徴が反映された可能性がある。また、本研究は、病棟のすべての看護師を対象に実施しておらず、看護師の主体性に任せた調査方法であるため、対象者が死にゆく患者へのケアに対して前向きで、患者・家族を中心とするケアの認識が高く、普段から終末期がん患者と家族へのケアを積極的に行っている集団である可能性、かつ、本ガイドや研究への関心が高い看護師に偏っていることが考えられる。終末期ケア・家族ケアへの関心や学習意欲の低い、本来、教育の必要性が高い看護師は調査に参加していない可能性がある。したがって、本研究で得られた知見を、看護師全体へ一般化する際には注意を要する。今後、施設規模や特徴の異なる施設の対象者や、全ての看護師を対象とした調査においても同様の結果が得られるか、対象施設や対象者を広げて検討する必要がある。

第 2 に、本研究におけるガイドの評価は、看護師の主観的評価によるもので、また横断的研究であるため、ガイドの有用性の検証に限界がある。今後、終末期がん患者の家族支援に関する知識の客観的評価が可能な尺度の開発ならびに講習会を実施しての前後比較研究や、対象群をおいた終末期がん患者の家族を対象とした介入研究により、本ガイドの看護実践における有用性についても検討していくことが課題である。

## VIII. 結論

本研究では、一般病棟の看護師が危機回避の視点から、終末期がん患者の家族を包括的に捉え、必要な支援を提供できるようにするため、Aguilera & Messick の危機の問題解決モデルに基づいた家族支援ガイドを作成し、自己学習における看護師のガイドに対する理解度と、ガイドの目標に対する評価を明らかにし、看護師の背景特性との関連について検討した。その結果、以下のことが明らかとなった。

1. ガイドに対する理解度は、危機理論とアセスメントに関する項目の理解度の評価が低かったが、概ね全ての項目に対して 90%以上の人理解できたと評価した。
2. ガイドの目標に対する評価の《知識の獲得》《セルフアセスメントツールとしての活用性》《実践への活用可能性》についても、概ね全ての項目に対して 90%以上の人肯定的な評価であった。《意識の向上》については、ほぼ全ての人肯定的な評価であった。
3. 危機理論についての理解は、終末期看護への関心が低い人・終末期がん患者の家族との関わりにおける困難感が高い人の〈高い理解〉の割合が有意に低かった。
4. 《知識の獲得》における、危機理論の実践への活用については、スタッフナース/モデルリーダー・専門学校卒・終末期看護/家族看護への関心が低い人・終末期がん患者家族との関わりにおける困難感が高い人・その他の病棟に所属する人が特に、評価の低い人が多かった。
5. 《意識の向上》は、終末期がん患者の看護経験年数との相関関係が認められ、また、主任・終末期看護/家族看護への関心の高い人の肯定的な評価の割合が有意に高かった。終末期看護/家族看護への関心の高い人は、《知識の獲得》《セルフアセスメントツールとしての活用性》も含め、多くの項目で肯定的な評価の割合が有意に高かった。
6. 死にゆく患者へのケアをするための十分な積極性を持った看護師は、自己学習においてもガイドの内容を理解でき、本ガイドによって知識の獲得ができ、終末期がん患者の家

族支援に対する意識が向上し、また、セルフアセスメントツールとして本ガイドを活用でき、一般病棟における看護実践においても活用できると評価していた。

## 謝 辞

本研究は、2015 年度および 2016 年度公益財団法人笹川記念保健協力財団のホスピス緩和ケアに関する研究助成を受けて実施した。

本研究を快くお引き受けくださりご協力いただきました各施設の看護部長、看護師長、研究協力者の方に深く感謝申し上げます。そして、ご多忙の中、時間を要する調査に参加くださいました看護師の皆様に心より御礼申し上げます。

また、研究計画書を作成する段階から、論文をまとめ上げるまで、厳しくも温かくご指導いただきました筑波大学の水野道代先生、笹原朋代先生に心より感謝申し上げます。

最後に、挫けそうになる時、いつも元気づけ励まし続けてくれました研究室の仲間、友人、恩師、そして温かく見守り支援してくれました家族に心より感謝いたします。

## 引用文献

- Abbott, C. H., Prigerson, H. G., & Maciejewski, P. K. (2014). The influence of patients' quality of life at the end of life on bereaved caregivers' suicidal ideation. *Journal of Pain and Symptom Management, 48*(3), 459–464.
- Aguilera, D. C. (1994). Problem-solving approach to crisis intervention. *Crisis intervention: Theory and methodology* (7nd ed.) (pp. 26–42). St. Louis, MO: Mosby.
- Aguilera, D. C. (1994 / 1997). 小松源助, 荒川義子(訳), 危機介入の理論と実際—医療・看護・福祉のために. 川島書店.
- Akechi, T., Akizuki, N., Okumura, M., Shimizu, K., Oba, A., Ito, T. ... Uchitomi, Y. (2006). Psychological distress experienced by families of cancer patients: Preliminary findings from psychiatric consultation of a Cancer Center Hospital. *Japanese Journal of Clinical Oncology, 36*(5), 329–332.
- 安藤悦子. (2013). 終末期がん患者の家族が認識する望ましい看護. 「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」運営委員会(編), 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 2 (pp. 82–87). 青海社.
- 荒尾晴恵. (2016). 終末期がん患者の療養場所の意思決定プロセスにおける家族の負担感に関する研究. 「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」運営委員会(編), 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 3 (pp. 96–101). 青海社.
- 浅野みどり, 荒木暁子, 荻野雅, 鳥居央子, 長戸和子, 藤野崇, ... 山本真実. (2016). 看護基礎教育における家族看護学教育の実態に関する調査 (追跡調査) 2014. *家族看護学研究, 22*(1), 48–59.
- Asgeirsdottir, H. G., Valdimarsdóttir, U., Fürst, C. J., Steineck, G., & Hauksdóttir, A. (2013). Low preparedness before the loss of a wife to cancer and the widower's chronic pain 4-5 years later: A population-based study. *Psycho-Oncology, 22*(12), 2763–2770.
- Barry, L. C., Kasl, S. V., & Prigerson, H. G. (2002). Psychiatric disorders among bereaved persons: The role of perceived circumstances of death and preparedness for death. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 10*(4), 447–457.

- Beckstrand, R. L., Moore, J., Callister, L., & Bond, A. E. (2009). Oncology nurses' perceptions of obstacles and supportive behaviors at the end of life. *Oncology Nursing Forum, 36*(4), 446–453.
- Boyd, D., Merkh, K., Rutkedge, D. N., & Randall, V. (2011). Nurses' perceptions and experiences with end-of-life communication and care. *Oncology Nursing Forum, 38*(3), E229–239.
- Braun, M., Mikulincer, M., Rydall, A., Walsh, A., & Rodin, G. (2007). Hidden morbidity in cancer: Spouse caregivers. *Journal of Clinical Oncology, 25*(30), 4829–4834.
- Caplan, G. (1964 / 1970). 新福尚武(訳), 予防精神医学. 朝倉書店.
- Cherlin, E., Fried, T., Prigerson, H. G., Schulman-Green, D., Johnson-Hurzeler, R., & Bradley, E. H. (2005). Communication between physicians and family caregivers about care at the end of life: When do discussions occur and what is said? *Journal of Palliative Medicine, 8*(6), 1176–1185.
- Chon, N. (1961). Understanding the process of adjustment to disability. *The Journal of Rehabilitation, 27*, 16–18.
- Clayton, J. M., Butow, P. N., Arnold, R. M., & Tattersall, M. H. (2005a). Discussing end-of-life issues with terminally ill cancer patients and their carers: A qualitative study. *Supportive Care in Cancer, 13*(8), 589–599.
- Clayton, J. M., Butow, P. N., Arnold, R. M., & Tattersall, M. H. (2005b). Fostering coping and nurturing hope when discussing the future with terminally ill cancer patients and their caregivers. *Cancer, 103*(9), 1965–1975.
- Clayton, J. M., Butow, P. N., & Tattersall, M. H. (2005). The needs of terminally ill cancer patients versus those of their caregivers for information regarding prognosis and end-of-life issues. *Cancer, 103*(9), 1957–1964.
- Csikai, E. L. (2006). Bereaved hospice caregivers' perceptions of the end-of-life care communication process and the involvement of health care professionals. *Journal of Palliative Medicine, 9*(6), 1300–1309.
- Fink, S. L. (1967). Crisis and motivation: A theoretical model. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 48*(11), 592–597.

- Frommelt, K. H. (1991). The effects of death education on nurses' attitudes toward caring for terminally ill persons and their families. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 8(5), 37–43.
- Frommelt, K. H. (2003). Attitudes toward care of the terminally ill: an educational intervention. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 20(1), 13–22.
- 福井小紀子. (2002). がん患者の家族の情報ニーズおよび情報伝達に関する認識とその関連要因：初期と末期の比較. *日本看護科学会誌*, 22(3), 1–9.
- 福井小紀子, 猫田泰敏. (2004). 一般病棟における末期がん患者の家族に対するケア提供の実態およびその関連要因の検討. *日本看護科学会誌*, 24(4), 46–54.
- Gabbay, B. B., Matsumura, S., Etzioni, S., Asch, S. M., Rosenfeld, K. E., Shiojiri, T., ... Lorenz, K. A. (2005). Negotiating end-of-life decision making: a comparison of Japanese and U.S. residents' approaches. *Academic Medicine*, 80(7), 617–621.
- Garrido, M. M., & Prigerson, H. G. (2014). The end-of life experience: Modifiable predictors of caregivers' bereavement adjustment. *Cancer*, 120(6), 918–925.
- Given, B. A., Given, C. W., Helms, E., Stommel, M., & DeVoss, D. N. (1997). Determinants of family care giver reaction. New and recurrent cancer. *Cancer Practice*, 5(1), 17–24.
- Golan, N. (1978). *Treatment in crisis situation* (pp. 7–18). New York, NY: Free Press.
- Hampe, S. O. (1975). Needs of the grieving spouse in a hospital setting. *Nursing Research*, 24(2), 113–120.
- Hancock, K., Clayton, J. M., Parker, S. M., Walder, S., Butow, P. N., Carrick, S., ... Tattersall, M. H. (2007). Discrepant perceptions about end-of-life communication: A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34(2), 190–200.
- Hebert, R. S., Schulz, R., Copeland, V. C., & Arnold, R. M. (2009). Preparing family caregivers for death and bereavement: Insights from caregivers of terminally ill patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 37(1), 3–12.
- 廣川恵子. (2007). 終末期がん患者や家族にとっての外来通院の意味と外来看護師の役割. *日本赤十字広島看護大学紀要*, 7, 27–34.
- 久松美佐子, 荒井春生. (2011). がん患者家族の余命告知時における死別への受け止め方の性的特徴. *死の臨床*, 34(1), 116–120.

- 久松美佐子, 丹羽さよ子. (2011). 終末期がん患者の家族の不安への対処を支える要因. *日本看護科学会誌*, 31 (1), 58–67.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Hudson, P. L. (2006). How well do family caregivers cope after caring for a relative with advanced disease and how can health professionals enhance their support? *Journal of Palliative Medicine*, 9(3), 694–703.
- Hudson, P. L., Aranda, S., & Kristjanson, L. J. (2004). Meeting the supportive needs of family caregivers in palliative care: Challenges for health professionals. *Journal of Palliative Medicine*, 7(1), 19–25.
- 池永昌之. (2013). 苦痛緩和のための鎮静（セデーション）に関する家族への説明・ケアについての検討。「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」運営委員会（編），遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 2 (pp. 43–49). 青海社.
- Ishida, M., Onishi, H., Matsubara, M., Tada, Y., Ito, H., Narabayashi, M., Uchitomi, Y. (2012). Psychological distress of the bereaved seeking medical counseling at a cancer center. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 42(6), 506–512.
- 神村栄一, 海老原由香, 佐藤健二, 戸ヶ崎泰子, 坂野雄二. (1995). 対処方略の三次元モデルの検討と新しい尺度（TAC-24）の作成. *教育相談研究*, 33, 41–47.
- 上山千恵子. (2007). 終末期ケアに携わる看護師が捉える「よい最期」. *日本看護科学会誌*, 27(3), 75–83.
- Kissane, D. W., & Bloch, S. (1994). Family grief. *The British Journal of Psychiatry*, 164 (6), 728–740.
- 北田陽子, 瀬山留加, 高井ゆかり, 武居明美, 神田清子. (2011). 一般病棟に勤務する看護師の終末期がん患者の家族支援内容. *The KITAKANTO Medical Journal*, 61 (4), 489–498.
- 喜多下真里, 糸島陽子. (2017). 終末期がん患者を抱える家族員の予期悲嘆へのケアに関する一般病棟で勤務する看護師の認識. *日本がん看護学会誌*, 31 (1), 45–53.
- 木澤義之. (2012). 緩和ケアチームの全国調査. 志真泰夫, 恒藤暁, 松島たつ子(編), *ホスピス緩和ケア白書 2012* (pp.1–5). 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団.
- 児玉久仁子. (2015). 家族看護実践センター式教育プログラムを受講した看護師の家族に対する認識の変化. *福島県立医科大学看護学部紀要*, 17, 23–30.



- 古村和江, 宮下光令, 木澤義之, 川越正平, 秋月伸哉, 山岸暁美, ... 江口研二. (2011). 進行がん患者と遺族のがん治療と緩和ケアに対する要望—821 名の自由記述からの示唆. *Palliative Care Research*, 6(2), 237–245.
- 近藤まゆみ. (2011). 一般病棟でのがん終末期の家族ケアの現状. *家族看護* 9(1), 52–57.
- 河野由美. (2014). 病棟看護師の終末期患者への在宅療養に向けた退院支援に影響する要因. *日本看護科学会誌*, 34(1), 123–130.
- 厚生労働省. (2007). がん対策推進基本計画 Retrieved October 20, 2017, from [http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan\\_keikaku03.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_keikaku03.pdf)
- 厚生労働省. (2017). 平成 28 年(2016)人口動態統計 (確定数) の概況 Retrieved October 20, 2017, from [http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei16/dl/10\\_h6.pdf](http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei16/dl/10_h6.pdf)
- 熊谷有記, 小笠原知枝, 長坂育代. (2009). 末期がん患者をもつ家族の看護師に対する期待. *死の臨床*, 32(1), 111–116.
- Lederberg, M. S. (1998). The family of the cancer patient. In Holland, J. C. (Eds.), *Psychoncology* (pp. 981–993). New York, NY: Oxford University Press.
- Lunney, J. R., Lynn, J., Foley, D. J., Lipson, S., & Guralnik, J. M. (2003). Patterns of functional decline at the end of life. *JAMA: The journal of the American Medical Association*, 289(18), 2387–2392.
- Mangan, P. A., Taylor, K. L., Yabroff, K. R., Fleming, D. A., & Ingham, J. M. (2003). Caregiving near the end of life: Unmet needs and potential solutions. *Palliative and Supportive Care*, 1(3), 247–59.
- 松島英介. (2007). 一般病院における緩和医療の実態. 厚生労働省科学研究費補助金 医療技術評価総合研究事業: わが国の尊厳死に関する研究 平成 18 年度総括・分担研究報告書, 43–51.
- 松山洋子, 古川直美, 小田和美, 出井美智子, 小野幸子, グレグ美鈴, ... 平山朝子. (2006). 外来利用者の満足度調査からみた外来診療の課題. *岐阜県立看護大学紀要*, 6(2), 27–34.
- Meares, C. J. (1997). Primary caregiver perceptions of intake cessation in patients who are terminally ill. *Oncology Nursing Forum*, 24(10), 1751–1757.

- 宮下光令.(2013). 遺族からみた緩和ケアの質評価・quality of life・満足度・介護負担. 平成24年度厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」班(編), OPTIM Report 2012 エビデンスと提言ー緩和ケア普及のための地域プロジェクト報告書 (pp. 391–393). 青海社.
- 宮下光令, 今井涼生. (2016). データでみる日本の緩和ケアの現状. 志真泰夫, 恒藤暁, 細川豊史, 宮下光令, 山崎章郎(編), ホスピス緩和ケア白書 2016 (pp. 64–89). 青海社.
- 宮下光令, 今井涼生. (2015). データでみる日本の緩和ケアの現状. 志真泰夫, 恒藤暁, 森田達也, 宮下光令(編), ホスピス緩和ケア白書 2015 (pp. 72–95). 青海社.
- 守田美奈子, 酒井敬介, 奥原秀盛, 吉次道泰, 天野幹子, 吉川裕子, ... 竹中文良. (1999). がん患者を抱える家族の QOL. *死の臨床*, 22(1), 88–94.
- Morita, T., Hirai, K., Sakaguchi, Y., Tsuneto, S., & Shima, Y. (2004). Family-perceived distress from delirium-related symptoms of terminally ill cancer patients. *Psychosomatics*, 45(2), 107–113.
- Morita, T., Ikenaga, M., Adachi, I., Narabayashi, I., Kizawa, Y., Honke, Y., ... Japan Pain, Rehabilitation, Palliative Medicine, and Psycho-Oncology Study Group. (2004). Family experience with palliative sedation therapy for terminally ill cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 28(5), 557–565.
- Morita, T., Miyashita, M., Shibagaki, M., Hirai, K., Ashiya, T., Ishihara, T., ... Uchitomi, Y. (2006). Knowledge and beliefs about end-of-life care and the effects of specialized palliative care: a population-based survey in Japan. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(4), 306–316.
- Morita, T., Tsunoda, J., Inoue, S., & Chihara, S. (1999). Perceptions and decision-making on rehydration of terminally ill cancer patients and family members. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 16(3), 509–516.
- 森田達也, 角田純一, 井上聡, 千原明. (1999). 緩和ケアにおける家族・医療者間葛藤に関する予備的調査. *死の臨床*, 22(1), 81–87.
- 長戸和子, 大川宣容, 川上理子. (2003). 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), 26–36.
- 中川雅子, 小谷亜希, 笹川寿美. (2008). 日本における終末期がん患者の家族のケアに関する文献的考察. *京都府立医科大学看護学科紀要*, 17, 11–21.

- 中井裕子, 宮下光令, 笹原朋代, 小山友里江, 清水陽一, 河正子. (2006). Frommelt のターミナルケア態度尺度 日本語版(FATCOD-B-J)の因子構造と信頼性の検討—尺度翻訳から一般病院での看護師調査, 短縮版の作成まで—. *がん看護*, 11 (6), 723–729.
- 中村喜美子, 大西和子. (2006). 大学病院に入院する終末期がん患者の家族の思いに関する研究. *三重看護学誌*, 8, 21–31.
- 中里和弘. (2013). ホスピス・緩和ケア病棟の患者 - 家族間で交わされる思い・言葉について—患者 - 家族が伝え合う「ありがとう」を支えるために—. 「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」運営委員会(編), 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 2 (pp. 75–81). 青海社.
- Namba, M., Morita, T., Imura, C., Kiyohara, E., Ishikawa, S., & Hirai, K. (2007). Terminal delirium: families' experience. *Palliative Medicine*, 21 (7), 587–594.
- 日本ホスピス緩和ケア協会. (2017). 緩和ケア病棟入院料届出受理施設・病床数の年度推移 Retrieved October 20, 2017, from [https://www.hpcj.org/what/pcu\\_sii.html](https://www.hpcj.org/what/pcu_sii.html)
- 西脇可織, 小松万喜子, 竹内久子. (2011). 終末期がん患者の看護に携わる看護師の学習ニーズと経験年数およびケアの困難感の関連. *死の臨床*, 34 (1), 121–127.
- 野嶋佐由美(監修), 中野綾美(編). (2005). 家族エンパワーメントをもたらす看護実践. へるす出版.
- 大川宣容, 藤田佐和, 宮田留理, 東郷淳子, 豊田邦江, 吉田亜紀子, 鈴木志津枝. (2002). 終末期がん患者の家族の死への気づきに対する反応. *高知女子大学紀要*, 51, 1–12.
- 大町いづみ, 横尾誠一, 水浦千沙, 山下友紀, 磯部佳苗, 山口知香. (2009). 一般病院勤務看護師のターミナルケア態度に関連する要因の分析. *保健学研究*, 21 (2), 43–50.
- 奥村美奈子. (2011). A 県の医療機関における緩和ケアチームの活動の現状と課題. *岐阜県立看護大学紀要*, 11 (1), 63–69.
- Pitceathly, C. & Maguire, P. (2003). The psychological impact of cancer on patients' partners and other key relatives: A review. *European Journal of Cancer*, 39 (11), 1517–1524.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2003/2010). 近藤潤子(監訳), 看護研究—原理と方法 (第2版). 医学書院.
- Radziewics, R., & Baile, W. F. (2001). Communication skills: breaking bad news in the clinical setting. *Oncology Nursing Forum*, 28 (6), 951–953.

- Ringdal, G. I., Ringdal, K., Jordhøy, M. S., Ahlner-Elmqvist, M., Jannert, M., & Kaasa, S. (2004). Health-related quality of life (HRQOL) in family members of cancer victims: Results from a longitudinal intervention study in Norway and Sweden. *Palliative Medicine, 18*(2), 108–120.
- Rhodes, R. L., Mitchell, S. L., Miller, S. C., Connor, S. R., & Teno, J. M. (2008). Bereaved family members' evaluation of hospice care: What factors influence overall satisfaction with services? *Journal of Pain and Symptom Management, 35*(4), 365–371.
- Royak-Schaler, R., Gadalla, S., Lemkau, J., Ross, D., Alexander, C., & Scott, D. (2006). Family perspectives on communication with healthcare providers during end-of-life cancer care. *Oncology Nursing Forum, 33*(4), 753–760.
- 坂口幸弘, 池永昌之, 田村恵子, 恒藤暁. (2008). ホスピスで家族を亡くした遺族の心残りに関する探索的検討. *死の臨床, 31*(1), 74–81.
- 坂口幸弘, 柏木哲夫, 恒藤暁. (2001). 配偶者喪失後の精神的健康に関連する死別前要因に関する予備的研究. *死の臨床, 24*(1), 52–57.
- 坂口幸弘, 宮下光令, 森田達也, 恒藤暁, 志真泰夫. (2013). ホスピス・緩和ケア病棟で近親者を亡くした遺族の複雑性悲嘆, 抑うつ, 希死念慮. *Palliative Care Research, 8*(2), 203–210.
- 酒井菜々子. (2016). 看護師の死にゆく患者への態度尺度「FATCOD-Form-B-J」のカットオフ値の検討. 東北大学, 修士論文.
- 佐藤康仁, 有賀悦子, 大堀洋子, 長井浜江, 篠聡子, 木村桂子, ... 東間紘. (2005). 急性期と終末期の患者が混在する病棟における終末期医療の問題点. *厚生指標, 52*(3), 13–18.
- 佐藤恭子, 目時陽子, 井川理映子, 石黒浩史, 狩野真由美, 宮森正. (2013). 主治医と患者・家族における「予後認識のずれ」についての研究. *死の臨床, 36*(1), 145–149.
- Saunders, D. C. (1984). The philosophy of terminal care. In Saunders, D. C. (Ed.), *The Management of Terminal Malignant Disease* (2nd ed.) (pp. 232–241). London; Baltimore, MD: Edward Arnold.
- Schulman-Green, D., McCorkle, R., Cherlin, E., Johnson-Hurzeler, R., & Bradley, E. H. (2005). Nurses' communication of prognosis and implications for hospice referral: A study of nurses caring for terminally ill hospitalized patients. *American Journal of*

*Critical Care*, 14 (1), 64–70.

- Seow, H., Barbera, L., Sutradhar, R., Howell, D., Dudgeon, D., Atzema, C., ... Earle, C. (2011). Trajectory of performance status and symptom scores for patients with cancer during the last six months of life. *Journal of Clinical Oncology*, 29 (9), 1151–1158.
- Seyama, R., & Kanda, K. (2008). Suffering among the families of cancer patients: Conceptual analysis. *The KITAKANTO Medical Journal*, 58 (1), 71–76.
- 瀬山留加, 武居明美, 神田清子. (2013). 進行がん患者の家族が抱える苦しみの検討. *日本看護研究学会雑誌*, 36 (2), 79–86.
- 柴田純子, 佐藤まゆみ, 増島麻里子, 泰圓澄洋子, 眞嶋朋子, 櫻井智穂子, 小坂美智代. (2011). 日本における終末期がん患者を抱える家族員の体験. *千葉看護学会会誌*, 16 (2), 19–26.
- 清水恵. (2013). 緩和ケア病棟における医療者 - 家族間の説明/話し合いの現状について. 「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」運営委員会(編), 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 2 (pp. 88–97). 青海社.
- Shimizu, Y., Miyashita, M., Morita, T., Sato, K., Tsuneto, S., & Shima, Y. (2014). Care strategy for death rattle in terminally ill cancer patients and their family members: recommendations from a cross-sectional nationwide survey of bereaved family members' perceptions. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48 (1), 2–12.
- 新城拓也. (2013). 医療用麻薬の使用に対する遺族の体験に基づいた認識と意向. 「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」運営委員会(編), 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 2 (pp. 50–58). 青海社.
- Shinjo, T., Morita, T., Hirai, K., Miyashita, M., Sato, K., Tsuneto, S., & Shima, Y. (2010). Care for imminently dying cancer patients: Family members' experiences and recommendations. *Journal of Clinical Oncology*, 28 (1), 142–148.
- 篠塚裕子, 稲垣美智子. (2007). 病院で死を迎える終末期がん患者の家族の添う体験. *日本看護科学学会誌*, 27 (2), 71–19.
- 白土明美, 森田達也. (2010). 遺族からみた終末期がん患者の家族の希望を支え, 将来に備えるための望ましいケア. 「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」運営委員会(編), 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 (pp. 69–74). 青海社.

- Shirado, A., Morita, T., Akazawa, T., Miyashita, M., Sato, K., Tsuneto, S., & Shima, Y. (2013). Both maintaining hope and preparing for death: effects of physicians' and nurses' behaviors from bereaved family members' perspectives. *Journal of Pain and Symptom Management*, *45*(5), 848–858.
- Shontz, F. C. (1975). The psychological aspects of physical illness and disability (pp. 156–177). New York, NY: Macmillan.
- Steinhauser, K. E., Christakis, N. A., Clipp, E. C., McNeilly, M., Grambow, S., Parker, J., & Tulsky, J. A. (2001). Preparing for the end of life: Preferences of patients, families, physicians, and other care providers. *Journal of Pain and Symptom Management*, *22*(3), 727–737.
- Steinhauser, K. E., Christakis, N. A., Clipp, E. C., McNeilly, M., McIntyre, L., & Tulsky, J. A. (2000). Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care provider. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, *284*(19), 2476–2482.
- 鈴木志津枝. (1988). 終末期の夫をもつ妻への看護：死亡前・死亡後の妻の心理過程を通して援助を考える. *看護研究*, *21*(5), 23–34.
- 高城美希, 若林理恵子, 八塚美樹. (2009). 病院で死を迎える終末期がん患者の家族へのケアの内容－看護師へのインタビューからの分析－. *富山大学看護学会誌*, *9*(1), 15–26.
- 館山光子. (2010). 危機理論. 野川道子(編), *看護実践に活かす中範囲理論* (pp.185–205). メヂカルフレンド社.
- 寺崎明美, 奥園夏美. (2010). ストレス・危機理論. 寺崎明美(編), *対象喪失の看護－実践の科学と心の癒し* (pp.54-62). 中央法規出版.
- Teunissen, S. C., Wesker, W., Kruitwagen, C., de Haes, H. C., Voest, E. E., & de Graeff, A. (2007). Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, *34*(1), 94–104.
- 辻外記子. (2012年11月14日). つらさ言えぬ患者の家族. 朝日新聞, pp.31.
- Waldrop, D. P., Meeker, M. A., Kerr, C., Skretny, J., Tangeman, J., & Milch, R. (2012). The nature and timing of family-provider communication in late-stage cancer: A qualitative study of caregivers' experiences. *Journal of Pain and Symptom Management*, *43*(2), 182–194.

- 渡辺裕子. (2008). がん患者の家族支援に関するナースのジレンマ. *家族看護*, 6(2), 11–18.
- Yamagishi, A., Morita, T., Miyashita, M., Sato, K., Tsuneto, S., & Shima, Y. (2010). The care strategy for families of terminally ill cancer patients who become unable to take nourishment orally: recommendations from a nationwide survey of bereaved family members' experiences. *Journal of Pain and Symptom Management*, 40(5), 671–683.
- 山本則子, 荒木暁子, 前原邦江, 荻野雅, 森山美知子, 中村由美子, 深堀浩樹. (2010). 家族看護(学)のあり方と今後の学会活動の課題に関する見解のまとめ. *家族看護学研究*, 16(1), 33–36.
- 山勢博彰. (1995). 危機的患者の心理的対処プロセス 危機対処モデルの作成. *看護研究*, 28(6), 13–23.
- 柳原清子. (1998). 癌ターミナル期家族の認知の研究—家族のゆらぎ—. *日本赤十字武蔵野女子短期大学紀要*, 11, 72–81.
- 淀川キリスト教病院ホスピス(編). (1997). ターミナルケアマニュアル (第3版). 最新医学社.
- 淀川キリスト教病院ホスピス(編). (2007). 緩和ケアマニュアル (第5版) (pp.39). 最新医学社.
- 吉田沙蘭, 平井啓. (2010). 「患者・家族の希望を支えながら将来に備える」ための余命告知のあり方. 「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」運営委員会(編), 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 (pp. 86–90). 青海社.
- Yoshida, S., Hirai, K., Morita, T., Shiozaki, M., Miyashita, M., Sato, K., Tsuneto, S., & Shima, Y. (2011). Experience with prognostic disclosure of families of Japanese patients with cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(3), 594–603.
- 吉田智美. (1996). がんの終末期で症状緩和をうける患者の家族のストレス・コーピング—一般病棟と緩和ケア病棟の比較—. *日本看護科学学会誌*, 16(3), 10–20.
- 吉岡さおり. (2011). 一般病棟の看護師を対象とした終末期がん患者と家族を支援する看取りケア実践教育プログラムの開発と有効性の検証. 広島大学, 博士論文.
- 吉岡さおり, 森山美知子. (2010). 一般病棟における終末期がん患者と家族に対する看取りケア実践の関連要因—がん看護専門看護師の教育的立場からみた要因の分析. *広島国際大学看護学ジャーナル*, 8(1), 61–69.

Yoshioka, S., & Moriyama, M. (2012). Factors and structural model related to end-of-life nursing care in general ward in Japan. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 30(2), 146–152.

吉岡さおり, 池内香織, 山田苗代, 小笠原知枝. (2006). 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.

吉岡さおり, 小笠原知枝, 中橋苗代, 伊藤朗子, 池内香織, 河内文. (2009). 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.

全日本病院協会 終末期医療に関するガイドライン策定検討会. (2009). 終末期医療に関するガイドライン—よりよい終末期を迎えるために—. Retrieved October 20, 2017, from <https://www.ajha.or.jp/topics/info/pdf/2009/090618.pdf#search=%27%E5%85%A8%E6%97%A5%E6%9C%AC%E7%97%85%E9%99%A2%E5%8D%94%E4%BC%9A+%E7%B5%82%E6%9C%AB%E6%9C%9F>



## 图 表

図1 研究枠組み

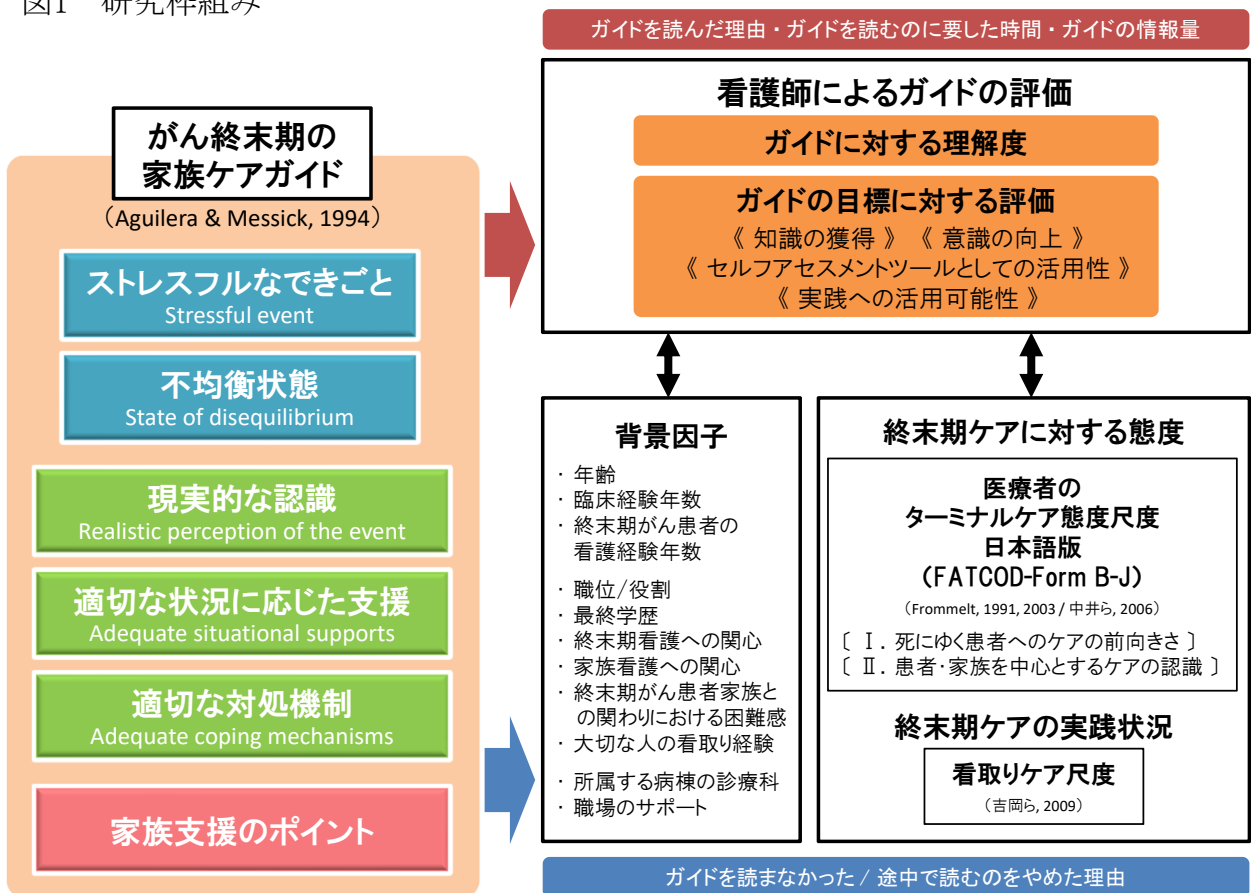


図2 分析対象者決定までの過程

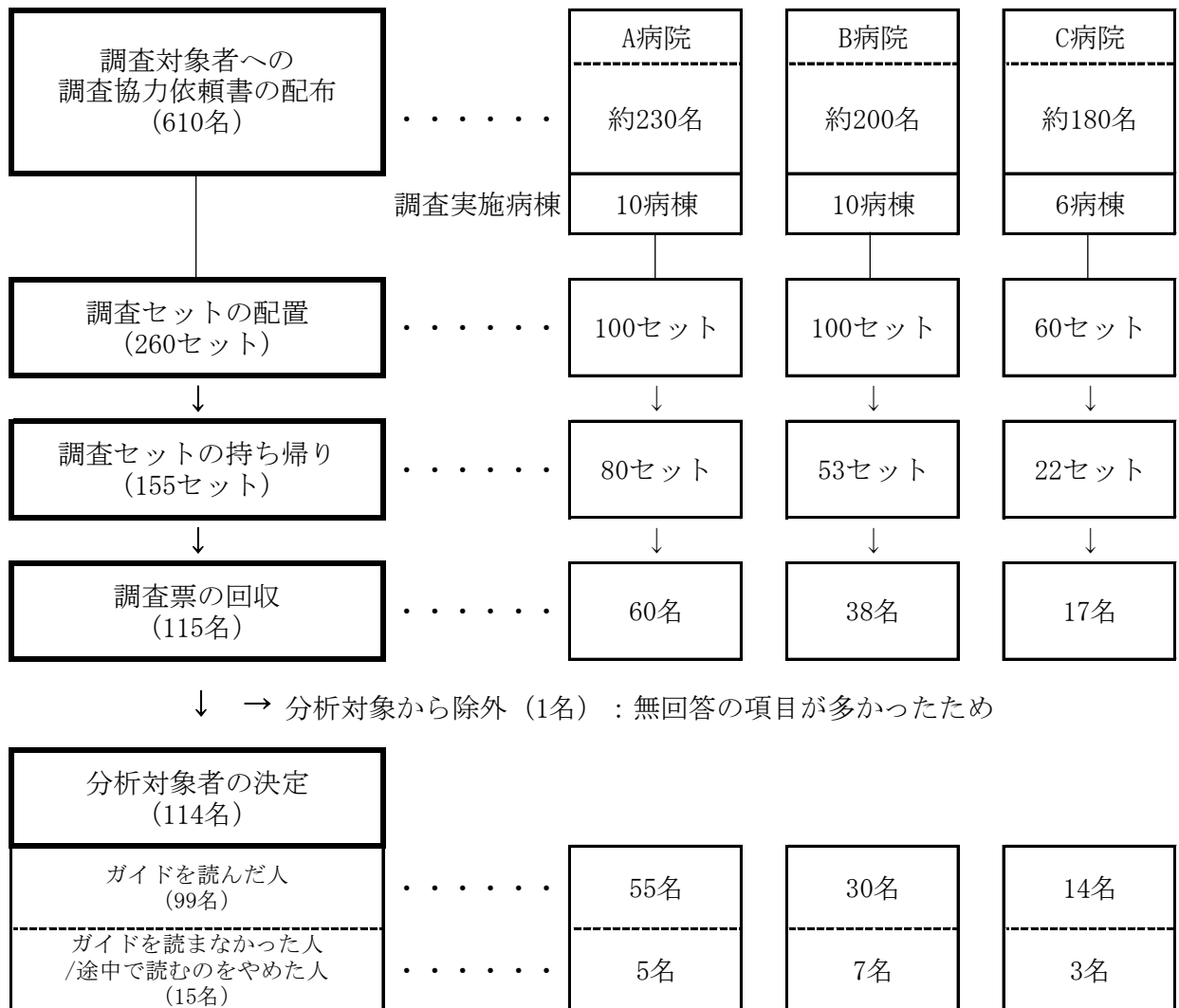


表1 対象者の背景

N=114

	ガイドを読んだ人 (n=99)		読まなかった人 (n=15)	
	n	(%)	n	(%)
<b>性別</b>				
女性	95	(96.0)	15	(100.0)
男性	2	(2.0)	0	(0.0)
無回答	2		0	
<b>年齢</b>				
	(n=98)			
Mean ± SD	28.94 ± 6.39		29.27 ± 6.42	
Range	21-55歳		21-45歳	
Mode	24歳		25歳	
<b>臨床経験年数</b>				
	(n=96)			
Mean ± SD	7.08 ± 6.14		7.93 ± 6.43	
Range	1ヶ月-34年		1ヶ月-23年	
Mode	5年目		5年目	
1年未満	6	(6.1)	1	(6.7)
1年～5年未満	37	(37.4)	6	(40.0)
5～10年未満	26	(26.3)	2	(13.3)
10年～15年未満	18	(18.2)	4	(26.7)
15年～20年未満	4	(4.0)	1	(6.7)
20年以上	5	(5.1)	1	(6.7)
<b>終末期がん患者の看護経験年数</b>				
	(n=87)		(n=14)	
Mean ± SD	5.30 ± 4.53		5.79 ± 4.90	
Range	0-18年		0-15年	
Mode	5年目		5年目	
1年未満	10	(10.1)	2	(13.3)
1年～5年未満	41	(41.4)	6	(40.0)
5～10年未満	16	(16.2)	2	(13.3)
10年～15年未満	16	(16.2)	3	(20.0)
15年～20年未満	4	(4.0)	1	(6.7)
<b>資格</b>				
看護師	99	(100.0)	15	(100.0)
保健師	9	(9.1)	0	(0.0)
助産師	2	(2.0)	0	(0.0)
認定看護師	3	(3.0)	0	(0.0)
<b>職位/役割</b>				
スタッフナース	60	(60.6)	9	(60.0)
モジュールリーダー	26	(26.3)	3	(20.0)
主任	12	(12.1)	3	(20.0)
無回答	1		0	
<b>所属する病棟の診療科</b>				
外科系	36	(36.4)	7	(46.7)
内科系	32	(32.3)	4	(26.7)
その他 <sup>a</sup>	31	(31.3)	4	(26.7)
<b>職場のサポート</b>				
ある	68	(68.7)	12	(80.0)
どちらとも言えない	25	(25.3)	3	(20.0)
ない	5	(5.1)	0	(0.0)
無回答	1		0	

	ガイドを読んだ人 (n=99)		読まなかった人 (n=15)	
	n	(%)	n	(%)
<b>最終学歴</b>				
専門学校	64	(64.6)	12	(80.0)
短期大学	3	(3.0)	0	(0.0)
大学	30	(30.3)	3	(20.0)
修士課程	1	(1.0)	0	(0.0)
無回答	1		0	
<b>終末期看護に関する学習/研修経験 (複数回答)</b>				
看護基礎教育	48	(48.5)	8	(53.3)
院内研修	51	(51.5)	7	(46.7)
病棟の勉強会	50	(50.5)	5	(33.3)
研修会や学会への参加	14	(14.1)	0	(0.0)
自己学習	39	(39.4)	2	(13.3)
その他	3	(3.0)	1	(6.7)
無回答	1		1	
<b>家族看護に関する学習/研修経験 (複数回答)</b>				
看護基礎教育	43	(43.4)	5	(33.3)
院内研修	38	(38.4)	5	(33.3)
病棟の勉強会	31	(31.3)	0	(0.0)
研修会や学会への参加	11	(11.1)	0	(0.0)
自己学習	23	(23.2)	4	(26.7)
その他	2	(2.0)	1	(6.7)
なし	0	(0.0)	1	(6.7)
無回答	5		1	
<b>終末期看護への関心</b>				
非常にある	38	(38.4)	3	(20.0)
少しある	50	(50.5)	11	(73.3)
あまりない	11	(11.1)	1	(6.7)
全くない	0	(0.0)	0	(0.0)
<b>家族看護への関心</b>				
非常にある	39	(39.4)	6	(40.0)
少しある	55	(55.6)	9	(60.0)
あまりない	5	(5.1)	0	(0.0)
全くない	0	(0.0)	0	(0.0)
<b>終末期がん患者の家族との関わりにおける困難感</b>				
非常にある	54	(54.5)	7	(46.7)
少しある	44	(44.4)	8	(53.3)
あまりない	1	(1.0)	0	(0.0)
全くない	0	(0.0)	0	(0.0)
<b>大切な人を看取った経験</b>				
ある	63	(63.6)	8	(53.3)
祖父母	59		5	
親	4		3	
兄弟姉妹	0		1	
その他 (叔父、曾祖母、親戚)	3		0	
ない	33	(33.3)	7	(46.7)
無回答	3		0	

注. 欠損値のため、合計が100%にならない箇所がある。

<sup>a</sup> 産婦人科・外科内科混合病棟・全診療科・総合診療部

表2 FATCOD-Form B-J (終末期ケアに対する態度) の記述統計

N=114

項 目	ガイドを読んだ人 (n=99)		読まなかった人 (n=15)	
	M	(SD)	M	(SD)
<b>I. 死にゆく患者へのケアの前向きさ</b>				
1. 患者の死が近づくにつれて、ケア提供者は患者との関わりを少なくするべきである ※	4.33	(0.78)	4.40	(0.83)
2. 私は死にゆく患者へのケアに時間をかけることはあまり好きではない ※	4.13	(0.85)	4.27	(0.59)
3. ケア提供者は死にゆく患者と死について話す存在であるべきではない ※	4.12	(0.75)	4.33	(0.49)
4. 患者から「私は死ぬの?」と聞かれた場合、私は話題を何か明るいものに変えるのが最も良いと思う ※	4.06	(0.68)	4.13	(0.74)
5. 死にゆく患者をケアすることは、私にとって価値のあることである	3.93	(0.86)	4.07	(0.59)
6. 私がケアをしてきた患者は、自分の不在の時に亡くなって欲しい ※	3.92	(0.87)	3.47	(0.64)
7. 私は死にゆく患者と親しくなることが怖い ※	3.92	(0.83)	3.47	(0.92)
8. ケア提供者は、患者の死への準備を助けることができる	3.91	(0.61)	4.00	(0.65)
9. 死にゆく患者の近くにいる家族のために、しばしば専門職としての仕事が妨げられると思う ※	3.87	(0.79)	3.67	(0.72)
10. 私は死にゆく患者のケアをしたいとは思わない ※	3.85	(0.93)	3.80	(0.86)
11. 私は人が実際に亡くなった時、逃げ出したい気持ちになる ※	3.79	(0.94)	3.73	(0.80)
12. 死は人間にとって起こりうる最も悪いことではない	3.70	(0.72)	3.87	(0.74)
13. 死にゆく患者と親密な関係を築くことは難しい ※	3.58	(0.89)	3.73	(0.59)
14. 終末期の患者の部屋に入って、その患者が泣いているのをみつけたら、私は気まずく感じる ※	3.44	(0.95)	3.47	(0.83)
15. 私がケアをしている死にゆく患者が、きっと良くなるという希望を失ったら、私は動揺するだろう ※	3.34	(0.85)	3.27	(0.96)
16. 死にゆく患者と差し迫った死について話をするを気まずく感じる ※	2.87	(0.91)	2.87	(0.92)
<b>II. 患者家族を中心とするケアの認識</b>				
1. 死にゆく患者のケアにおいては、家族もケアの対象にすべきである	4.45	(0.67)	4.47	(0.64)
2. ケア提供者は、死にゆく患者に融通の利く面会時間を許可するべきである	4.20	(0.77)	4.00	(0.85)
3. 死にゆく患者の身体的ケアに関する患者自身の要求は、認めるべきではない ※	4.18	(0.75)	4.33	(0.62)
4. 死にゆく患者の行動の変化を受け入れることができるように、家族は心理的なサポートを必要としている	4.11	(0.70)	4.27	(0.59)
5. 家族に対するケアは、死別や悲嘆の時期を通して継続されるべきである	4.11	(0.71)	3.80	(0.77)
6. 家族は死にゆく患者が残された人生を最良に過ごせるように関わるべきである	3.92	(0.80)	4.27	(0.70)
7. 死にゆく患者の身体的ケアには、家族にも関わってもらわなければならない	3.88	(0.80)	4.00	(0.85)
8. 死にゆく患者とその家族は意思決定者としての役割を担うべきである	3.81	(0.74)	3.87	(0.92)
9. 死にゆく患者が自分の気持ちを言葉に表すことは、その患者にとって良いことである	3.76	(0.62)	4.20	(0.68)
10. 家族は、死にゆく患者ができる限り普段通りの環境で過ごせるようにするべきだ	3.76	(0.77)	3.40	(0.74)
11. 家族に、死にゆくことについて教育をすることは、ケア提供者の責任ではない ※	3.75	(0.64)	3.47	(0.74)
12. 死にゆく患者が自分の状態を尋ねた場合、正直な返答がなされるべきである	3.15	(0.61)	3.07	(0.80)
13. 死にゆく患者の場合、鎮痛剤への依存を問題にする必要はない	3.12	(0.91)	3.93	(0.46)
<b>III. 死の考え方</b>				
死にゆく患者が、死を迎え入れる時がある	3.58	(0.81)	4.20	(0.41)

注. 5段階リッカートスケール (1. 全くそうは思わない ~ 5. 非常にそう思う)、点数が高いほど積極的な態度を示す。  
※ は逆転項目で、平均、標準偏差は逆転させた後の値である。

表3 看取りケア尺度（終末期ケアの実践状況）の記述統計

項目	N=111			
	ガイドを読んだ人 (n=96)		読まなかった人 (n=15)	
	M	(SD)	M	(SD)
<b>I. 悔いのない死へのケア</b>				
1. 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	4.00	(0.58)	4.13	(0.74)
2. 患者の疼痛コントロールのための鎮痛剤や麻薬の使用などについて、医師に働きかける	3.99	(0.53)	4.07	(0.26)
3. 臨終の時は家族中心に静かに迎えられるよう配慮する	3.98	(0.60)	3.87	(0.83)
4. 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	3.96	(0.50)	4.07	(0.59)
5. 家族が患者のそばにいることの意義を家族に伝える	3.86	(0.66)	4.00	(0.53)
6. 患者と家族間のコミュニケーションを促進する	3.77	(0.62)	3.60	(0.99)
<b>II. 癒しと魂のケア</b>				
7. 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	3.43	(0.69)	3.53	(0.64)
8. 状況に応じて死について患者や家族と話し合う	3.31	(0.87)	3.33	(0.82)
9. 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	3.30	(0.97)	2.80	(1.01)
10. ライフレビュー（回想）や家族の思い出作りを行うなど、家族全体の悲嘆のプロセスを促す	3.21	(0.79)	3.20	(0.94)
11. 患者が自然と触れ合う機会や、音楽や絵画などの芸術に触れる機会を提供する	3.08	(0.96)	3.00	(1.00)
<b>III. 苦痛緩和ケアの保証</b>				
12. 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	3.86	(0.52)	3.87	(0.64)
13. 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	3.86	(0.61)	3.60	(0.74)
14. 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	3.80	(0.63)	3.73	(0.59)
15. 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	3.80	(0.54)	3.73	(0.70)
<b>IV. 情報提供と意思決定のケア</b>				
16. 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	3.94	(0.59)	3.87	(0.35)
17. 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	3.78	(0.67)	3.87	(0.52)
18. 直接家族に伝えられない患者の思いを家族に伝える	3.60	(0.75)	3.60	(0.83)
19. 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	3.52	(0.78)	3.47	(0.74)
<b>V. 有効なケアの調整</b>				
20. 家族が医師と話し合えるよう調整する	4.00	(0.50)	4.00	(0.76)
21. 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	3.95	(0.60)	3.93	(0.80)
22. 患者や家族の希望（外出、外泊など）が取り入れられるよう調整する	3.76	(0.56)	4.00	(0.76)

注. 5段階リッカートスケール (1. 全く実施できていない ~ 5. よく実施できている)

表4 ガイドを読んだ人と読まなかった人の背景特性の比較

N=114

	ガイドを読んだ人 (n=99)		読まなかった人 (n=15)		p
	n	(%)	n	(%)	
<b>背景因子</b>					
年齢 <sup>a</sup>					
Mean ± SD	28.94 ± 6.39		29.27 ± 6.42		.725
Median	27.50		28.00		
臨床経験年数 <sup>a</sup>					
Mean ± SD	7.08 ± 6.14		7.93 ± 6.43		.583
Median	6.00		7.00		
終末期がん患者の看護経験年数 <sup>a</sup>					
Mean ± SD	5.30 ± 4.53		5.79 ± 4.90		.664
Median	4.00		4.00		
職位/役割 <sup>c</sup>					
スタッフナース	60	(60.6)	9	(60.0)	.570
モジュールリーダー・主任	38	(38.8)	6	(40.0)	
最終学歴 <sup>c</sup>					
専門学校	64	(64.6)	12	(80.0)	.205
短期大学・大学・修士課程	34	(34.3)	3	(20.0)	
終末期看護への関心					
非常にある	38	(38.4)	3	(20.0)	.167
少しある・あまりない	61	(61.6)	12	(80.0)	
家族看護への関心					
非常にある	39	(39.4)	6	(40.0)	.964
少しある・あまりない	60	(60.6)	9	(60.0)	
終末期がん患者の家族との関わりにおける困難感					
非常にある	54	(54.5)	7	(46.7)	.569
少しある・あまりない	45	(45.5)	8	(53.3)	
大切な人を看取った経験					
ある	63	(63.6)	7	(46.7)	.356
ない	33	(33.3)	8	(53.3)	
職場のサポート <sup>c</sup>					
ある	68	(69.4)	12	(80.0)	.305
どちらとも言えない・ない	30	(30.6)	3	(20.0)	
<b>終末期ケアに対する態度得点</b>					
FATCOD-Form B-J (死にゆく患者へのケアの前向きさ) <sup>b</sup>					
Mean ± SD	60.76 ± 7.81		60.53 ± 6.70		.916
FATCOD-Form B-J (患者家族を中心とするケアの認識) <sup>a</sup>					
Mean ± SD	50.64 ± 4.74		51.07 ± 5.04		.775
Median	50.00		52.00		
<b>終末期ケアの実践得点</b>					
看取りケア尺度 (合計得点) <sup>b</sup>					
Mean ± SD	81.78 ± 7.74		81.27 ± 9.82		.818

統計学的検定は、連続変数は<sup>a</sup> Mann-WhitneyのU検定、<sup>b</sup> 対応のないt検定、名義変数は $\chi^2$ 検定、<sup>c</sup> Fisherの正確確率検定にて行った。



表5 ガイドに対する理解度の回答分布と平均値

N=99

項目	n							M	(SD)
	6	5	4	3	2	1	無回答		
	よく理解できた	大體理解できた	どち理解できたかといえ	どち理解できたかといえ	あまり理解できなかった	ほとんど理解できなかった			
1. 終末期がん医療における家族の状況	24	48	24	2	1	0	0	4.93	(0.81)
2. 危機理論について	10	45	33	9	1	1	0	4.52	(0.91)
3. 終末期がん患者の家族に危機的状況をもたらす「ストレスフルなできごと」	18	54	24	2	0	0	1	4.90	(0.71)
4. 終末期がん患者の家族の思い、精神的影響	26	49	22	1	0	0	1	5.02	(0.73)
5. 危機的状況にある家族の兆候	16	54	26	2	0	0	1	4.86	(0.70)
6. 家族の「できごとに関する認識」のアセスメント	12	46	37	4	0	0	0	4.67	(0.74)
7. 家族の「社会的支持」のアセスメント	12	46	36	5	0	0	0	4.66	(0.76)
8. 家族の「対処機制」のアセスメント	13	44	32	9	0	1	0	4.59	(0.90)
9. 終末期がん患者の家族が危機的状況に陥らないようにするために必要な支援	17	48	30	3	0	1	0	4.77	(0.84)
10. 家族の後悔、心残りが最小限となるようにするための関わり	18	52	26	3	0	0	0	4.86	(0.74)

表6 ガイドの目標に対する評価の回答分布と平均値

N=99

設 問	n						無回答	M	(SD)
	6	5	4	3	2	1			
	とても 思う	そう 思う	ど ちら か と いう と	ど ちら か と い う と	そ う 思 わ な い	全 く そ う 思 わ な い			
<b>知識の獲得</b>									
1. 危機理論についての知識が得られた	6	51	38	3	0	1	0	4.58	(0.74)
2. 危機的状況にある家族の兆候についての知識が得られた	8	52	36	2	0	1	0	4.64	(0.75)
3. 危機回避の視点から家族をアセスメントするのに必要な家族の情報の知識が得られた	9	47	38	4	0	1	0	4.59	(0.80)
4. 危機回避の視点からの家族アセスメントの知識が得られた	9	46	40	3	0	1	0	4.59	(0.78)
5. 家族が危機的状況に陥らないようにするために必要な支援の知識が得られた	13	47	38	1	0	0	0	4.73	(0.70)
6. 家族の後悔、心残りが最小限となるようにするための関わり方の知識が得られた	13	53	31	2	0	0	0	4.78	(0.69)
7. 終末期がん患者の家族のニーズ（家族が望んでいる支援）についての知識が得られた	10	54	32	2	0	0	1	4.73	(0.67)
8. 危機理論をどのように実践に活かせばよいか分かった	8	37	44	8	2	0	0	4.41	(0.83)
9. 終末期がん患者の家族とどのように関わっていったらよいか分かった	9	54	32	4	0	0	0	4.69	(0.70)
<b>意識の向上</b>									
1. 終末期がん患者の家族の危機的状況が具体的に分かり家族ケアに対する関心が深まった	20	45	33	1	0	0	0	4.85	(0.75)
2. 終末期がん患者の家族に積極的に関わり情報提供していくことの重要性の認識が深まった	20	49	30	0	0	0	0	4.90	(0.71)
3. 危機回避の視点から家族をアセスメントする必要性の認識が深まった	15	45	37	2	0	0	0	4.74	(0.74)
4. 終末期の家族ケアはグリーフケア（遺族ケア）であるとの認識が深まった	15	53	30	1	0	0	0	4.83	(0.69)
5. 終末期がん患者の家族ケアにおける看護師の役割に対する意識が高くなった	21	48	29	1	0	0	0	4.90	(0.74)
<b>セルフアセスメントツールとしての活用性</b>									
1. これまで行ってきた家族との関わりが「これでよかったんだ」と確認できた	7	33	48	11	0	0	0	4.36	(0.78)
2. これまでの家族との関わりで不足しているところが確認できた	13	50	30	6	0	0	0	4.71	(0.77)
<b>実践への活用可能性</b>									
全般的にガイドの内容は、一般病棟での看護実践において活かせると思った	10	39	43	6	1	0	0	4.52	(0.80)
<b>わかりやすさ</b>									
全般的にガイドは、分かりやすかった（文章表現、構成、図表など）	5	34	43	11	5	0	1	4.24	(0.91)

表7 年齢・臨床経験年数・終末期がん患者の看護経験年数とガイドの評価の関連

N=99

ガイドの評価に関する設問	$\rho^a$		
	年齢	臨床経験年数	終末期がん患者の看護経験年数
<b>ガイドに対する理解度</b>			
1. 終末期がん医療における家族の状況	.15	.09	.14
2. 危機理論について	.05	.05	.01
3. 終末期がん患者の家族に危機的状況をもたらす「ストレスフルなできごと」	.11	.09	.11
4. 終末期がん患者の家族の思い、精神的影響	.08	.07	.11
5. 危機的状況にある家族の兆候	.12	.13	.18
6. 家族の「できごとに関する認識」のアセスメント	.10	.10	.03
7. 家族の「社会的支持」のアセスメント	.09	.09	.05
8. 家族の「対処機制」のアセスメント	.11	.10	.01
9. 終末期がん患者の家族が危機的状況に陥らないようにするために必要な支援	.17	.16	.10
10. 家族の後悔、心残りが最小限となるようにするための関わり	.08	.07	.11
<b>ガイドの目標に対する評価</b>			
<b>知識の獲得</b>			
1. 危機理論についての知識が得られた	.07	.10	.08
2. 危機的状況にある家族の兆候についての知識が得られた	.06	.06	.06
3. 危機回避の視点から家族をアセスメントするのに必要な家族の情報の知識が得られた	.18	.18	.18
4. 危機回避の視点からの家族アセスメントの知識が得られた	.11	.12	.15
5. 家族が危機的状況に陥らないようにするために必要な支援の知識が得られた	.11	.13	.21*
6. 家族の後悔、心残りが最小限となるようにするための関わり方の知識が得られた	.08	.07	.16
7. 終末期がん患者の家族のニーズ（家族が望んでいる支援）についての知識が得られた	.10	.13	.19
8. 危機理論をどのように実践に活かせばよいか分かった	.09	.10	.14
9. 終末期がん患者の家族とどのように関わっていったらよいか分かった	.06	.08	.18
<b>意識の向上</b>			
1. 終末期がん患者の家族の危機的状況が具体的に分かり家族ケアに対する関心が深まった	.18	.21*	.27*
2. 終末期がん患者の家族に積極的に関わり情報提供していくことの重要性の認識が深まった	.14	.16	.27*
3. 危機回避の視点から家族をアセスメントする必要性の認識が深まった	.16	.17	.25*
4. 終末期の家族ケアはグリーンケア（遺族ケア）であるとの認識が深まった	.14	.16	.23*
5. 終末期がん患者の家族ケアにおける看護師の役割に対する意識が高くなった	.24*	.28**	.41**
<b>セルフアセスメントツールとしての活用性</b>			
1. これまで行ってきた家族との関わりが「これでよかったんだ」と確認できた	.20*	.25*	.30**
2. これまでの家族との関わりで不足しているところが確認できた	.03	.07	.14
<b>実践への活用可能性</b>			
全般的にガイドの内容は、一般病棟での看護実践において活かせると思った	.02	.05	.05

<sup>a</sup> Spearmanの順位相関係数: \* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ .

表8 職位/役割によるガイドの評価の相違

N=98

ガイドの評価に関する設問		スタッフナース (n=60)			モジュール リーダー (n=26)		主任 (n=12)		$\chi^2$ 値	p
		n (%)		n (%)		n (%)				
		n	(%)	n	(%)	n	(%)			
<b>ガイドに対する理解度<sup>a</sup></b>										
1. 終末期がん医療における家族の状況	高い理解	42	(70.0%)	20	(76.9%)	10	(83.3%)	1.129	.569	
	低い理解	18	(30.0%)	6	(23.1%)	2	(16.7%)			
2. 危機理論について	高い理解	31	(51.7%)	17	(65.4%)	7	(58.3%)	1.413	.493	
	低い理解	29	(48.3%)	9	(34.6%)	5	(41.7%)			
3. 終末期がん患者の家族に危機的状況をもたらす 「ストレスfulなできごと」	高い理解	42	(71.2%)	21	(80.8%)	9	(75.0%)	0.871	.647	
	低い理解	17	(28.8%)	5	(19.2%)	3	(25.0%)			
	欠損	1								
4. 終末期がん患者の家族の思い、精神的影響	高い理解	44	(74.6%)	21	(80.8%)	10	(83.3%)	0.677	.713	
	低い理解	15	(25.4%)	5	(19.2%)	2	(16.7%)			
	欠損	1								
5. 危機的状況にある家族の兆候	高い理解	39	(65.0%)	21	(84.0%)	9	(75.0%)	3.202	.202	
	低い理解	21	(35.0%)	4	(16.0%)	3	(25.0%)			
	欠損			1						
6. 家族の「できごとに関する認識」のアセスメント	高い理解	31	(51.7%)	16	(61.5%)	10	(83.3%)	4.287	.117	
	低い理解	29	(48.3%)	10	(38.5%)	2	(16.7%)			
7. 家族の「社会的支持」のアセスメント	高い理解	31	(51.7%)	17	(65.4%)	9	(75.0%)	2.996	.224	
	低い理解	29	(48.3%)	9	(34.6%)	3	(25.0%)			
8. 家族の「対処機制」のアセスメント	高い理解	30	(50.0%)	17	(65.4%)	9	(75.0%)	3.534	.171	
	低い理解	30	(50.0%)	9	(34.6%)	3	(25.0%)			
9. 終末期がん患者の家族が 危機的状況に陥らないようにするために必要な支援	高い理解	36	(60.0%)	19	(73.1%)	9	(75.0%)	1.936	.380	
	低い理解	24	(40.0%)	7	(26.9%)	3	(25.0%)			
10. 家族の後悔、心残りが最小限となるようにするための関わり	高い理解	41	(68.3%)	19	(73.1%)	9	(75.0%)	0.334	.846	
	低い理解	19	(31.7%)	7	(26.9%)	3	(25.0%)			
<b>ガイドの目標に対する評価<sup>b</sup></b>										
<b>知識の獲得</b>										
1. 危機理論についての知識が得られた	同意する	31	(51.7%)	16	(61.5%)	10	(83.3%)	4.287	.117	
	あまり同意しない	29	(48.3%)	10	(38.5%)	2	(16.7%)			
2. 危機的状況にある家族の兆候についての知識が得られた	同意する	35	(58.3%)	16	(61.5%)	9	(75.0%)	1.172	.557	
	あまり同意しない	25	(41.7%)	10	(38.5%)	3	(25.0%)			
3. 危機回避の視点から家族をアセスメントするのに 必要な家族の情報の知識が得られた	同意する	31	(51.7%)	16	(61.5%)	9	(75.0%)	2.502	.286	
	あまり同意しない	29	(48.3%)	10	(38.5%)	3	(25.0%)			

ガイドの評価に関する設問		スタッフナース (n=60)		モジュール リーダー (n=26)		主任 (n=12)		$\chi^2$ 値	p
		n	(%)	n	(%)	n	(%)		
4. 危機回避の視点からの家族アセスメントの知識が得られた	同意する	32	(53.3%)	15	(57.7%)	8	(66.7%)	0.757	.685
	あまり同意しない	28	(46.7%)	11	(42.3%)	4	(33.3%)		
5. 家族が危機的状況に陥らないようにするために必要な支援の知識が得られた	同意する	35	(58.3%)	16	(61.5%)	9	(75.0%)	1.172	.557
	あまり同意しない	25	(41.7%)	10	(38.5%)	3	(25.0%)		
6. 家族の後悔、心残りが最小限となるようにするための関わりの知識が得られた	同意する	40	(66.7%)	16	(61.5%)	10	(83.3%)	1.806	.405
	あまり同意しない	20	(33.3%)	10	(38.5%)	2	(16.7%)		
7. 終末期がん患者の家族のニーズ（家族が望んでいる支援）についての知識が得られた	同意する	37	(62.7%)	18	(69.2%)	9	(75.0%)	0.838	.658
	あまり同意しない	22	(37.3%)	8	(30.8%)	3	(25.0%)		
	欠損	1							
8. 危機理論をどのように実践に活かせばよいか分かった	同意する	26	(43.3%)	11	(42.3%)	8	(66.7%)	2.378	.304
	あまり同意しない	34	(56.7%)	15	(57.7%)	4	(33.3%)		
9. 終末期がん患者の家族とどのように関わっていったらよいか分かった	同意する	36	(60.0%)	17	(65.4%)	10	(83.3%)	2.39	.303
	あまり同意しない	24	(40.0%)	9	(34.6%)	2	(16.7%)		
<b>意識の向上</b>									
1. 終末期がん患者の家族の危機的状況が具体的に分かり家族ケアに対する関心が深まった	同意する	35	(58.3%)	18	(69.2%)	12	(100%)	7.907	.019
	あまり同意しない	25	(41.7%)	8	(30.8%)	0	(0.0%)		
2. 終末期がん患者の家族に積極的に関わり情報提供していくことの重要性の認識が深まった	同意する	39	(65.0%)	18	(69.2%)	12	(100%)	5.903	.052
	あまり同意しない	21	(35.0%)	8	(30.8%)	0	(0.0%)		
3. 危機回避の視点から家族をアセスメントする必要性の認識が深まった	同意する	32	(53.3%)	18	(69.2%)	10	(83.3%)	4.747	.093
	あまり同意しない	28	(46.7%)	8	(30.8%)	2	(16.7%)		
4. 終末期の家族ケアはグリーフケア（遺族ケア）であるとの認識が深まった	同意する	40	(66.7%)	16	(61.5%)	12	(100%)	6.257	.044
	あまり同意しない	20	(33.3%)	10	(38.5%)	0	(0.0%)		
5. 終末期がん患者の家族ケアにおける看護師の役割に対する意識が高くなった	同意する	38	(63.3%)	19	(73.1%)	12	(100%)	6.574	.037
	あまり同意しない	22	(36.7%)	7	(26.9%)	0	(0.0%)		
<b>セルフアセスメントツールとしての活用性</b>									
1. これまで行ってきた家族との関わりが「これでよかったんだ」と確認できた	同意する	22	(36.7%)	11	(42.3%)	7	(58.3%)	1.976	.372
	あまり同意しない	38	(63.3%)	15	(57.7%)	5	(41.7%)		
2. これまでの家族との関わりで不足しているところが確認できた	同意する	38	(63.3%)	16	(61.5%)	9	(75.0%)	0.709	.701
	あまり同意しない	22	(36.7%)	10	(38.5%)	3	(25.0%)		
<b>実践への活用可能性</b>									
一般的にガイドの内容は、一般病棟での看護実践において活かせると思った	同意する	26	(43.3%)	16	(61.5%)	7	(58.3%)	2.785	.249
	あまり同意しない	34	(56.7%)	10	(38.5%)	5	(41.7%)		

統計学的検定は、 $\chi^2$ 検定にて行った。網掛けは、〈高い理解〉〈同意する〉の回答割合が60%未満を示す。

<sup>a</sup> 「6. よく理解できた」「5. 大体理解できた」と回答した人を〈高い理解〉、「4. どちらかといえば理解できた～1. ほとんど理解できなかった」と回答した人を〈低い理解〉の2群にわけた。

<sup>b</sup> 「6. とてもそう思う」「5. そう思う」と回答した人を〈同意する〉、「4. どちらかというと思う～1. 全くそう思わない」と回答した人を〈あまり同意しない〉の2群にわけた。

表9 最終学歴によるガイドの評価の相違

N=98

ガイドの評価に関する設問		専門学校 (n=64)		短期大学・大学・修士課程 (n=34)		$\chi^2$ 値	p
		n	(%)	n	(%)		
<b>ガイドに対する理解度<sup>a</sup></b>							
1. 終末期がん医療における家族の状況	高い理解	44	(68.8%)	28	(82.4%)	2.108	.147
	低い理解	20	(31.3%)	6	(17.6%)		
2. 危機理論について	高い理解	34	(53.1%)	21	(61.8%)	0.673	.412
	低い理解	30	(46.9%)	13	(38.2%)		
3. 終末期がん患者の家族に危機的状況をもたらす 「ストレスフルなできごと」	高い理解	41	(65.1%)	31	(91.2%)	<b>7.861</b>	<b>.005</b>
	低い理解	22	(34.9%)	3	(8.8%)		
	欠損	1					
4. 終末期がん患者の家族の思い、精神的影響	高い理解	46	(73.0%)	29	(85.3%)	1.898	.169
	低い理解	17	(27.0%)	5	(14.7%)		
	欠損	1					
5. 危機的状況にある家族の兆候	高い理解	42	(65.6%)	27	(81.8%)	2.781	.095
	低い理解	22	(34.4%)	6	(18.2%)		
	欠損	1		1			
6. 家族の「できごとに関する認識」のアセスメント	高い理解	33	(51.6%)	24	(70.6%)	3.303	.069
	低い理解	31	(48.4%)	10	(29.4%)		
7. 家族の「社会的支持」のアセスメント	高い理解	34	(53.1%)	23	(67.6%)	1.924	.165
	低い理解	30	(46.9%)	11	(32.4%)		
8. 家族の「対処機制」のアセスメント	高い理解	33	(51.6%)	23	(67.6%)	2.346	.126
	低い理解	31	(48.4%)	11	(32.4%)		
9. 終末期がん患者の家族が 危機的状況に陥らないようにするために必要な支援	高い理解	40	(62.5%)	24	(70.6%)	0.641	.423
	低い理解	24	(37.5%)	10	(29.4%)		
10. 家族の後悔、心残りが最小限となるようにするための関わり	高い理解	43	(67.2%)	26	(76.5%)	0.918	.338
	低い理解	21	(32.8%)	8	(23.5%)		
<b>ガイドの目標に対する評価<sup>b</sup></b>							
<b>知識の獲得</b>							
1. 危機理論についての知識が得られた	同意する	37	(57.8%)	20	(58.8%)	0.009	.923
	あまり同意しない	27	(42.2%)	14	(41.2%)		
2. 危機的状況にある家族の兆候についての知識が得られた	同意する	38	(59.4%)	22	(64.7%)	0.266	.606
	あまり同意しない	26	(40.6%)	12	(35.3%)		
3. 危機回避の視点から家族をアセスメントするのに 必要な家族の情報の知識が得られた	同意する	36	(56.3%)	20	(58.8%)	.060	.806
	あまり同意しない	28	(43.8%)	14	(41.2%)		

ガイドの評価に関する設問		専門学校 (n=64)		短期大学・大学・修士課程 (n=34)		$\chi^2$ 値	p
		n	(%)	n	(%)		
4. 危機回避の視点からの家族アセスメントの知識が得られた	同意する	37	(57.8%)	18	(52.9%)	0.214	.644
	あまり同意しない	27	(42.2%)	16	(47.1%)		
5. 家族が危機的状況に陥らないようにするために必要な支援の知識が得られた	同意する	38	(59.4%)	22	(64.7%)	0.266	.606
	あまり同意しない	26	(40.6%)	12	(35.3%)		
6. 家族の後悔、心残りが最小限となるようにするための関わりの知識が得られた	同意する	40	(62.5%)	26	(76.5%)	1.971	.160
	あまり同意しない	24	(37.5%)	8	(23.5%)		
7. 終末期がん患者の家族のニーズ（家族が望んでいる支援）についての知識が得られた	同意する	41	(64.1%)	23	(69.7%)	0.308	.579
	あまり同意しない	23	(35.9%)	10	(30.3%)		
		欠損		1			
8. 危機理論をどのように実践に活かせばよいか分かった	同意する	25	(39.1%)	20	(58.8%)	3.492	.062
	あまり同意しない	39	(60.9%)	14	(41.2%)		
9. 終末期がん患者の家族とどのように関わっていったらよいか分かった	同意する	39	(60.9%)	24	(70.6%)	0.901	.343
	あまり同意しない	25	(39.1%)	10	(29.4%)		
<b>意識の向上</b>							
1. 終末期がん患者の家族の危機的状況が具体的に分かり家族ケアに対する関心が深まった	同意する	42	(65.6%)	23	(67.6%)	0.041	.840
	あまり同意しない	22	(34.4%)	11	(32.4%)		
2. 終末期がん患者の家族に積極的に関わり情報提供していくことの重要性の認識が深まった	同意する	45	(70.3%)	24	(70.6%)	0.001	.977
	あまり同意しない	19	(29.7%)	10	(29.4%)		
3. 危機回避の視点から家族をアセスメントする必要性の認識が深まった	同意する	39	(60.9%)	21	(61.8%)	0.006	.939
	あまり同意しない	25	(39.1%)	13	(38.2%)		
4. 終末期の家族ケアはグリーフケア（遺族ケア）であるとの認識が深まった	同意する	44	(68.8%)	24	(70.6%)	0.035	.851
	あまり同意しない	20	(31.3%)	10	(29.4%)		
5. 終末期がん患者の家族ケアにおける看護師の役割に対する意識が高くなった	同意する	46	(71.9%)	23	(67.6%)	0.191	.663
	あまり同意しない	18	(28.1%)	11	(32.4%)		
<b>セルフアセスメントツールとしての活用性</b>							
1. これまで行ってきた家族との関わりが「これでよかったんだ」と確認できた	同意する	26	(40.6%)	14	(41.2%)	0.003	.958
	あまり同意しない	38	(59.4%)	20	(58.8%)		
2. これまでの家族との関わりで不足しているところが確認できた	同意する	42	(65.6%)	21	(61.8%)	0.144	.704
	あまり同意しない	22	(34.4%)	13	(38.2%)		
<b>実践への活用可能性</b>							
一般的にガイドの内容は、一般病棟での看護実践において活かせると思った	同意する	28	(43.8%)	21	(61.8%)	2.882	.090
	あまり同意しない	36	(56.3%)	13	(38.2%)		

統計学的検定は、 $\chi^2$ 検定にて行った。網掛けは、〈高い理解〉〈同意する〉の回答割合が60%未満を示す。

<sup>a</sup> 「6. よく理解できた」「5. 大体理解できた」と回答した人を〈高い理解〉、「4. どちらかといえば理解できた～1. ほとんど理解できなかった」と回答した人を〈低い理解〉の2群にわけた。

<sup>b</sup> 「6. とてもそう思う」「5. そう思う」と回答した人を〈同意する〉、「4. どちらかというと思う～1. 全くそう思わない」と回答した人を〈あまり同意しない〉の2群にわけた。

表10 終末期看護への関心によるガイドの評価の相違

N=99

ガイドの評価に関する設問		非常にある (n=38)		少しある・あまりない (n=61)		$\chi^2$ 値	p
		n	(%)	n	(%)		
<b>ガイドに対する理解度<sup>a</sup></b>							
1. 終末期がん医療における家族の状況	高い理解	33	(86.8%)	39	(63.9%)	<b>6.195</b>	<b>.013</b>
	低い理解	5	(13.2%)	22	(36.1%)		
2. 危機理論について	高い理解	26	(68.4%)	29	(47.5%)	<b>4.134</b>	<b>.042</b>
	低い理解	12	(31.6%)	32	(52.5%)		
3. 終末期がん患者の家族に危機的状況をもたらす 「ストレスフルなできごと」	高い理解	28	(75.7%)	44	(72.1%)	0.148	.700
	低い理解	9	(24.3%)	17	(27.9%)		
	欠損	1					
4. 終末期がん患者の家族の思い、精神的影響	高い理解	32	(86.5%)	43	(70.5%)	3.28	.070
	低い理解	5	(13.5%)	18	(29.5%)		
	欠損	1					
5. 危機的状況にある家族の兆候	高い理解	29	(78.4%)	41	(67.2%)	1.407	.236
	低い理解	8	(21.6%)	20	(32.8%)		
	欠損	1					
6. 家族の「できごとに関する認識」のアセスメント	高い理解	26	(68.4%)	32	(52.5%)	2.459	.117
	低い理解	12	(31.6%)	29	(47.5%)		
7. 家族の「社会的支持」のアセスメント	高い理解	25	(65.8%)	33	(54.1%)	1.319	.251
	低い理解	13	(34.2%)	28	(45.9%)		
8. 家族の「対処機制」のアセスメント	高い理解	24	(63.2%)	33	(54.1%)	0.787	.375
	低い理解	14	(36.8%)	28	(45.9%)		
9. 終末期がん患者の家族が 危機的状況に陥らないようにするために必要な支援	高い理解	26	(68.4%)	39	(63.9%)	0.209	.648
	低い理解	12	(31.6%)	22	(36.1%)		
10. 家族の後悔、心残りが最小限となるようにするための関わり	高い理解	27	(71.1%)	43	(70.5%)	0.004	.952
	低い理解	11	(28.9%)	18	(29.5%)		
<b>ガイドの目標に対する評価<sup>b</sup></b>							
<b>知識の獲得</b>							
1. 危機理論についての知識が得られた	同意する	30	(78.9%)	27	(44.3%)	<b>11.532</b>	<b>.001</b>
	あまり同意しない	8	(21.1%)	34	(55.7%)		
2. 危機的状況にある家族の兆候についての知識が得られた	同意する	32	(84.2%)	28	(45.9%)	<b>14.392</b>	<b>.000</b>
	あまり同意しない	6	(15.8%)	33	(54.1%)		
3. 危機回避の視点から家族をアセスメントするのに 必要な家族の情報の知識が得られた	同意する	30	(78.9%)	26	(42.6%)	<b>12.574</b>	<b>.000</b>
	あまり同意しない	8	(21.1%)	35	(57.4%)		



ガイドの評価に関する設問		非常にある (n=39)		少しある・あまりない (n=60)		$\chi^2$ 値	p
		n	(%)	n	(%)		
4. 危機回避の視点からの家族アセスメントの知識が得られた	同意する	30	(78.9%)	25	(41.0%)	<b>13.667</b>	<b>.000</b>
	あまり同意しない	8	(21.1%)	36	(59.0%)		
5. 家族が危機的状況に陥らないようにするために必要な支援の知識が得られた	同意する	31	(81.6%)	29	(47.5%)	<b>11.362</b>	<b>.001</b>
	あまり同意しない	7	(18.4%)	32	(52.5%)		
6. 家族の後悔、心残りが最小限となるようにするための関わりの知識が得られた	同意する	32	(84.2%)	34	(55.7%)	<b>8.542</b>	<b>.003</b>
	あまり同意しない	6	(15.8%)	27	(44.3%)		
7. 終末期がん患者の家族のニーズ（家族が望んでいる支援）についての知識が得られた	同意する	31	(81.6%)	33	(55.0%)	<b>7.254</b>	<b>.007</b>
	あまり同意しない	7	(18.4%)	27	(45.0%)		
		欠損		1			
8. 危機理論をどのように実践に活かせばよいか分かった	同意する	22	(57.9%)	23	(37.3%)	3.850	.050
	あまり同意しない	16	(42.1%)	38	(62.3%)		
9. 終末期がん患者の家族とどのように関わっていったらよいか分かった	同意する	32	(84.2%)	31	(50.8%)	<b>11.281</b>	<b>.001</b>
	あまり同意しない	6	(15.8%)	30	(49.2%)		
<b>意識の向上</b>							
1. 終末期がん患者の家族の危機的状況が具体的に分かり家族ケアに対する関心が深まった	同意する	34	(89.5%)	31	(50.8%)	<b>15.515</b>	<b>.000</b>
	あまり同意しない	4	(10.5%)	30	(49.2%)		
2. 終末期がん患者の家族に積極的に関わり情報提供していくことの重要性の認識が深まった	同意する	35	(92.1%)	34	(55.7%)	<b>14.662</b>	<b>.000</b>
	あまり同意しない	3	(7.9%)	27	(44.3%)		
3. 危機回避の視点から家族をアセスメントする必要性の認識が深まった	同意する	31	(81.6%)	29	(47.5%)	<b>11.362</b>	<b>.001</b>
	あまり同意しない	7	(18.4%)	32	(52.5%)		
4. 終末期の家族ケアはグリーフケア（遺族ケア）であるとの認識が深まった	同意する	33	(86.8%)	35	(57.4%)	<b>9.451</b>	<b>.002</b>
	あまり同意しない	5	(13.2%)	26	(42.6%)		
5. 終末期がん患者の家族ケアにおける看護師の役割に対する意識が高くなった	同意する	36	(94.7%)	33	(54.1%)	<b>18.309</b>	<b>.000</b>
	あまり同意しない	2	(5.3%)	28	(45.9%)		
<b>セルフアセスメントツールとしての活用性</b>							
1. これまで行ってきた家族との関わりが「これでよかったんだ」と確認できた	同意する	22	(57.9%)	18	(29.5%)	<b>7.835</b>	<b>.005</b>
	あまり同意しない	16	(42.1%)	43	(70.5%)		
2. これまでの家族との関わりで不足しているところが確認できた	同意する	30	(78.9%)	33	(54.1%)	<b>6.248</b>	<b>.012</b>
	あまり同意しない	8	(21.1%)	28	(45.9%)		
<b>実践への活用可能性</b>							
全般的にガイドの内容は、一般病棟での看護実践において活かせると思った	同意する	21	(55.3%)	28	(45.9%)	0.821	.365
	あまり同意しない	17	(44.7%)	33	(54.1%)		

統計学的検定は、 $\chi^2$ 検定にて行った。網掛けは、〈高い理解〉〈同意する〉の回答割合が60%未満を示す。

<sup>a</sup> 「6. よく理解できた」「5. 大体理解できた」と回答した人を〈高い理解〉、「4. どちらかといえば理解できた～1. ほとんど理解できなかった」と回答した人を〈低い理解〉の2群にわけた。

<sup>b</sup> 「6. とてもそう思う」「5. そう思う」と回答した人を〈同意する〉、「4. どちらかというそう思う～1. 全くそう思わない」と回答した人を〈あまり同意しない〉の2群にわけた。

表11 家族看護への関心によるガイドの評価の相違

N=99

ガイドの評価に関する設問		非常にある (n=39)		少しある・あまりない (n=60)		$\chi^2$ 値	p
		n	(%)	n	(%)		
<b>ガイドに対する理解度<sup>a</sup></b>							
1. 終末期がん医療における家族の状況	高い理解	32	(82.1%)	40	(66.7%)	2.821	.093
	低い理解	7	(17.9%)	20	(33.3%)		
2. 危機理論について	高い理解	24	(61.5%)	31	(51.7%)	0.933	.334
	低い理解	15	(38.5%)	29	(48.3%)		
3. 終末期がん患者の家族に危機的状況をもたらす「ストレスフルなできごと」	高い理解	32	(84.2%)	40	(66.7%)	3.674	.055
	低い理解	6	(15.8%)	20	(33.3%)		
	欠損	1					
4. 終末期がん患者の家族の思い、精神的影響	高い理解	33	(86.8%)	42	(70.0%)	3.674	.055
	低い理解	5	(13.2%)	18	(30.0%)		
	欠損	1					
5. 危機的状況にある家族の兆候	高い理解	30	(78.9%)	40	(66.7%)	1.719	.190
	低い理解	8	(21.1%)	20	(33.3%)		
	欠損	1					
6. 家族の「できごとに関する認識」のアセスメント	高い理解	24	(61.5%)	34	(56.7%)	0.231	.631
	低い理解	15	(38.5%)	26	(43.3%)		
7. 家族の「社会的支持」のアセスメント	高い理解	23	(59.0%)	35	(58.3%)	0.004	.950
	低い理解	16	(41.0%)	25	(41.7%)		
8. 家族の「対処機制」のアセスメント	高い理解	24	(61.5%)	33	(55.0%)	0.414	.520
	低い理解	15	(38.5%)	27	(45.0%)		
9. 終末期がん患者の家族が危機的状況に陥らないようにするために必要な支援	高い理解	25	(64.1%)	40	(66.7%)	0.069	.793
	低い理解	14	(35.9%)	20	(33.3%)		
10. 家族の後悔、心残りが最小限となるようにするための関わり	高い理解	27	(69.2%)	43	(71.7%)	0.068	.795
	低い理解	12	(30.8%)	17	(28.3%)		
<b>ガイドの目標に対する評価<sup>b</sup></b>							
<b>知識の獲得</b>							
1. 危機理論についての知識が得られた	同意する	27	(69.2%)	30	(50.0%)	3.579	.059
	あまり同意しない	12	(30.8%)	30	(50.0%)		
2. 危機的状況にある家族の兆候についての知識が得られた	同意する	30	(76.9%)	30	(50.0%)	7.176	.007
	あまり同意しない	9	(23.1%)	30	(50.0%)		
3. 危機回避の視点から家族をアセスメントするのに必要な家族の情報の知識が得られた	同意する	28	(71.8%)	28	(46.7%)	6.075	.014
	あまり同意しない	11	(28.2%)	32	(53.3%)		

ガイドの評価に関する設問		非常にある (n=39)		少しある・あまりない (n=60)		$\chi^2$ 値	p
		n	(%)	n	(%)		
4. 危機回避の視点からの家族アセスメントの知識が得られた	同意する	28	(71.8%)	27	(45.0%)	<b>6.873</b>	<b>.009</b>
	あまり同意しない	11	(28.2%)	33	(55.0%)		
5. 家族が危機的状況に陥らないようにするために必要な支援の知識が得られた	同意する	30	(76.9%)	30	(50.0%)	<b>7.176</b>	<b>.007</b>
	あまり同意しない	9	(23.1%)	30	(50.0%)		
6. 家族の後悔、心残りが最小限となるようにするための関わりの知識が得られた	同意する	30	(76.9%)	36	(60.0%)	3.046	.081
	あまり同意しない	9	(23.1%)	24	(40.0%)		
7. 終末期がん患者の家族のニーズ（家族が望んでいる支援）についての知識が得られた	同意する	32	(82.1%)	32	(54.2%)	<b>8.017</b>	<b>.005</b>
	あまり同意しない	7	(17.9%)	27	(45.8%)		
		欠損		1			
8. 危機理論をどのように実践に活かせばよいか分かった	同意する	20	(51.3%)	25	(41.7%)	0.881	.348
	あまり同意しない	19	(48.7%)	35	(58.3%)		
9. 終末期がん患者の家族とどのように関わっていったらよいか分かった	同意する	31	(79.5%)	32	(53.3%)	<b>6.987</b>	<b>.008</b>
	あまり同意しない	8	(20.5%)	28	(46.7%)		
<b>意識の向上</b>							
1. 終末期がん患者の家族の危機的状況が具体的に分かり家族ケアに対する関心が深まった	同意する	31	(79.5%)	34	(56.7%)	<b>5.459</b>	<b>.019</b>
	あまり同意しない	8	(20.5%)	26	(43.3%)		
2. 終末期がん患者の家族に積極的に関わり情報提供していくことの重要性の認識が深まった	同意する	32	(82.1%)	37	(61.7%)	<b>4.650</b>	<b>.031</b>
	あまり同意しない	7	(17.9%)	23	(38.3%)		
3. 危機回避の視点から家族をアセスメントする必要性の認識が深まった	同意する	29	(74.4%)	31	(51.7%)	<b>5.098</b>	<b>.024</b>
	あまり同意しない	10	(25.6%)	29	(48.3%)		
4. 終末期の家族ケアはグリーフケア（遺族ケア）であるとの認識が深まった	同意する	31	(79.5%)	37	(61.7%)	3.490	.062
	あまり同意しない	8	(20.5%)	23	(38.3%)		
5. 終末期がん患者の家族ケアにおける看護師の役割に対する意識が高くなった	同意する	35	(89.7%)	34	(56.7%)	<b>12.244</b>	<b>.000</b>
	あまり同意しない	4	(10.3%)	26	(43.3%)		
<b>セルフアセスメントツールとしての活用性</b>							
1. これまで行ってきた家族との関わりが「これでよかったんだ」と確認できた	同意する	20	(51.3%)	20	(33.3%)	3.162	.075
	あまり同意しない	19	(48.7%)	40	(66.7%)		
2. これまでの家族との関わりで不足しているところが確認できた	同意する	31	(79.5%)	32	(53.3%)	<b>6.987</b>	<b>.008</b>
	あまり同意しない	8	(20.5%)	28	(46.7%)		
<b>実践への活用可能性</b>							
一般的にガイドの内容は、一般病棟での看護実践において活かせると思った	同意する	21	(53.8%)	28	(46.7%)	0.487	.485
	あまり同意しない	18	(46.2%)	32	(53.3%)		

統計学的検定は、 $\chi^2$ 検定にて行った。網掛けは、〈高い理解〉〈同意する〉の回答割合が60%未満を示す。

<sup>a</sup> 「6. よく理解できた」「5. 大体理解できた」と回答した人を〈高い理解〉、「4. どちらかといえば理解できた～1. ほとんど理解できなかった」と回答した人を〈低い理解〉の2群にわけた。

<sup>b</sup> 「6. とてもそう思う」「5. そう思う」と回答した人を〈同意する〉、「4. どちらかというそう思う～1. 全くそう思わない」と回答した人を〈あまり同意しない〉の2群にわけた。

表12 終末期がん患者の家族との関わりにおける困難感によるガイドの評価の相違

N=99

ガイドの評価に関する設問		非常にある (n=54)		少しある・あまりない (n=45)		$\chi^2$ 値	p
		n	(%)	n	(%)		
<b>ガイドに対する理解度<sup>a</sup></b>							
1. 終末期がん医療における家族の状況	高い理解	38	(70.4%)	34	(75.6%)	0.058	.564
	低い理解	16	(29.6%)	11	(24.4%)		
2. 危機理論について	高い理解	24	(44.4%)	31	(68.9%)	<b>5.940</b>	<b>.015</b>
	低い理解	30	(55.6%)	14	(31.1%)		
3. 終末期がん患者の家族に危機的状況をもたらす 「ストレスフルなできごと」	高い理解	38	(71.7%)	34	(75.6%)	0.186	.666
	低い理解	15	(28.3%)	11	(24.4%)		
	欠損	1					
4. 終末期がん患者の家族の思い、精神的影響	高い理解	42	(79.2%)	33	(73.3%)	0.474	.491
	低い理解	11	(20.8%)	12	(26.7%)		
	欠損	1					
5. 危機的状況にある家族の兆候	高い理解	38	(71.7%)	32	(71.1%)	0.004	.949
	低い理解	15	(28.3%)	13	(28.9%)		
	欠損	1					
6. 家族の「できごとに関する認識」のアセスメント	高い理解	33	(61.1%)	25	(55.6%)	0.312	.576
	低い理解	21	(38.9%)	20	(44.4%)		
7. 家族の「社会的支持」のアセスメント	高い理解	32	(59.3%)	26	(57.8%)	0.022	.882
	低い理解	22	(40.7%)	19	(42.2%)		
8. 家族の「対処機制」のアセスメント	高い理解	30	(55.6%)	27	(60.0%)	0.198	.656
	低い理解	24	(44.4%)	18	(40.0%)		
9. 終末期がん患者の家族が 危機的状況に陥らないようにするために必要な支援	高い理解	37	(68.5%)	28	(62.2%)	0.432	.511
	低い理解	17	(31.5%)	17	(37.8%)		
10. 家族の後悔、心残りが最小限となるようにするための関わり	高い理解	41	(75.9%)	29	(64.4%)	1.562	.211
	低い理解	13	(24.1%)	16	(35.6%)		
<b>ガイドの目標に対する評価<sup>b</sup></b>							
<b>知識の獲得</b>							
1. 危機理論についての知識が得られた	同意する	32	(59.3%)	25	(55.6%)	0.138	.710
	あまり同意しない	22	(40.7%)	20	(44.4%)		
2. 危機的状況にある家族の兆候についての知識が得られた	同意する	35	(64.8%)	25	(55.6%)	0.881	.348
	あまり同意しない	19	(35.2%)	20	(44.4%)		
3. 危機回避の視点から家族をアセスメントするのに 必要な家族の情報の知識が得られた	同意する	31	(57.4%)	25	(55.6%)	0.034	.853
	あまり同意しない	23	(42.6%)	20	(44.4%)		

ガイドの評価に関する設問		非常にある (n=54)		少しある・あまりない (n=45)		$\chi^2$ 値	p
		n	(%)	n	(%)		
4. 危機回避の視点からの家族アセスメントの知識が得られた	同意する	30	(55.6%)	25	(55.6%)	0.000	1.000
	あまり同意しない	24	(44.4%)	20	(44.4%)		
5. 家族が危機的状況に陥らないようにするために必要な支援の知識が得られた	同意する	34	(63.0%)	26	(57.8%)	0.276	.599
	あまり同意しない	20	(37.0%)	19	(42.2%)		
6. 家族の後悔、心残りが最小限となるようにするための関わりの知識が得られた	同意する	39	(72.2%)	27	(60.0%)	1.650	.199
	あまり同意しない	15	(27.8%)	18	(40.0%)		
7. 終末期がん患者の家族のニーズ（家族が望んでいる支援）についての知識が得られた	同意する	38	(70.4%)	26	(59.1%)	1.361	.243
	あまり同意しない	16	(29.6%)	18	(40.9%)		
		欠損		1			
8. 危機理論をどのように実践に活かせばよいか分かった	同意する	23	(42.6%)	22	(48.9%)	0.392	.531
	あまり同意しない	31	(57.4%)	23	(51.1%)		
9. 終末期がん患者の家族とどのように関わっていったらよいか分かった	同意する	34	(63.0%)	29	(64.4%)	0.023	.879
	あまり同意しない	20	(37.0%)	16	(35.6%)		
<b>意識の向上</b>							
1. 終末期がん患者の家族の危機的状況が具体的に分かり家族ケアに対する関心が深まった	同意する	37	(68.5%)	28	(62.2%)	0.432	.511
	あまり同意しない	17	(31.5%)	17	(37.8%)		
2. 終末期がん患者の家族に積極的に関わり情報提供していくことの重要性の認識が深まった	同意する	39	(72.2%)	30	(66.7%)	0.359	.549
	あまり同意しない	15	(27.8%)	15	(33.3%)		
3. 危機回避の視点から家族をアセスメントする必要性の認識が深まった	同意する	33	(61.1%)	27	(60.0%)	0.013	.910
	あまり同意しない	21	(38.9%)	18	(40.0%)		
4. 終末期の家族ケアはグリーフケア（遺族ケア）であるとの認識が深まった	同意する	38	(70.4%)	30	(66.7%)	0.157	.692
	あまり同意しない	16	(29.6%)	15	(33.3%)		
5. 終末期がん患者の家族ケアにおける看護師の役割に対する意識が高くなった	同意する	38	(70.4%)	31	(68.9%)	0.026	.873
	あまり同意しない	16	(29.6%)	14	(31.1%)		
<b>セルフアセスメントツールとしての活用性</b>							
1. これまで行ってきた家族との関わりが「これでよかったんだ」と確認できた	同意する	24	(44.4%)	16	(35.6%)	0.805	.369
	あまり同意しない	30	(55.6%)	29	(64.4%)		
2. これまでの家族との関わりで不足しているところが確認できた	同意する	39	(72.2%)	24	(53.3%)	3.785	.052
	あまり同意しない	15	(27.8%)	21	(46.7%)		
<b>実践への活用可能性</b>							
一般的にガイドの内容は、一般病棟での看護実践において活かせると思った	同意する	31	(57.4%)	18	(40.0%)	2.975	.085
	あまり同意しない	23	(42.6%)	27	(60.0%)		

統計学的検定は、 $\chi^2$ 検定にて行った。網掛けは、〈高い理解〉〈同意する〉の回答割合が60%未満を示す。

<sup>a</sup> 「6. よく理解できた」「5. 大体理解できた」と回答した人を〈高い理解〉、「4. どちらかといえば理解できた～1. ほとんど理解できなかった」と回答した人を〈低い理解〉の2群にわけた。

<sup>b</sup> 「6. とてもそう思う」「5. そう思う」と回答した人を〈同意する〉、「4. どちらかというと思う～1. 全くそう思わない」と回答した人を〈あまり同意しない〉の2群にわけた。

表13 大切な人の看取り経験によるガイドの評価の相違

N=96

ガイドの評価に関する設問		ある (n=63)		ない (n=33)		$\chi^2$ 値	p
		n	(%)	n	(%)		
<b>ガイドに対する理解度<sup>a</sup></b>							
1. 終末期がん医療における家族の状況	高い理解	46	(73.0%)	26	(78.8%)	0.385	.535
	低い理解	17	(27.0%)	7	(21.2%)		
2. 危機理論について	高い理解	35	(55.6%)	20	(60.6%)	0.226	.635
	低い理解	28	(44.4%)	13	(39.4%)		
3. 終末期がん患者の家族に危機的状況をもたらす「ストレスフルなできごと」	高い理解	46	(74.2%)	26	(78.8%)	0.248	.619
	低い理解	16	(25.8%)	7	(21.2%)		
	欠損	1					
4. 終末期がん患者の家族の思い、精神的影響	高い理解	49	(79.0%)	26	(78.8%)	0.001	.978
	低い理解	13	(21.0%)	7	(21.2%)		
	欠損	1					
5. 危機的状況にある家族の兆候	高い理解	45	(72.6%)	24	(72.7%)	0.000	.988
	低い理解	17	(27.4%)	9	(27.3%)		
	欠損	1					
6. 家族の「できごとに関する認識」のアセスメント	高い理解	37	(58.7%)	20	(60.6%)	0.032	.859
	低い理解	26	(41.3%)	13	(39.4%)		
7. 家族の「社会的支持」のアセスメント	高い理解	38	(60.3%)	19	(57.6%)	0.067	.795
	低い理解	25	(39.7%)	14	(42.4%)		
8. 家族の「対処機制」のアセスメント	高い理解	36	(57.1%)	20	(60.6%)	0.107	.744
	低い理解	27	(42.9%)	13	(39.4%)		
9. 終末期がん患者の家族が危機的状況に陥らないようにするために必要な支援	高い理解	45	(71.4%)	19	(57.6%)	1.870	.171
	低い理解	18	(28.6%)	14	(42.4%)		
10. 家族の後悔、心残りが最小限となるようにするための関わり	高い理解	45	(71.4%)	24	(72.7%)	0.018	.893
	低い理解	18	(28.6%)	9	(27.3%)		
<b>ガイドの目標に対する評価<sup>b</sup></b>							
<b>知識の獲得</b>							
1. 危機理論についての知識が得られた	同意する	38	(60.3%)	19	(57.6%)	0.067	.795
	あまり同意しない	25	(39.7%)	14	(42.4%)		
2. 危機的状況にある家族の兆候についての知識が得られた	同意する	42	(66.7%)	18	(54.5%)	1.358	.244
	あまり同意しない	21	(33.3%)	15	(45.5%)		
3. 危機回避の視点から家族をアセスメントするのに必要な家族の情報の知識が得られた	同意する	40	(63.5%)	16	(48.5%)	2.007	.157
	あまり同意しない	23	(36.5%)	17	(51.5%)		

ガイドの評価に関する設問		ある (n=63)		ない (n=33)		$\chi^2$ 値	p
		n	(%)	n	(%)		
4. 危機回避の視点からの家族アセスメントの知識が得られた	同意する	40	(63.5%)	15	(45.5%)	2.880	.090
	あまり同意しない	23	(36.5%)	18	(54.5%)		
5. 家族が危機的状況に陥らないようにするために必要な支援の知識が得られた	同意する	41	(65.1%)	19	(57.6%)	0.520	.471
	あまり同意しない	22	(34.9%)	14	(42.4%)		
6. 家族の後悔、心残りが最小限となるようにするための関わりの知識が得られた	同意する	45	(71.4%)	21	(63.6%)	0.612	.434
	あまり同意しない	18	(28.6%)	12	(36.4%)		
7. 終末期がん患者の家族のニーズ（家族が望んでいる支援）についての知識が得られた	同意する	43	(69.4%)	21	(63.6%)	0.320	.571
	あまり同意しない	19	(30.6%)	12	(36.4%)		
	欠損	1					
8. 危機理論をどのように実践に活かせばよいか分かった	同意する	29	(46.0%)	16	(48.5%)	0.052	.819
	あまり同意しない	34	(54.0%)	17	(51.5%)		
9. 終末期がん患者の家族とどのように関わっていったらよいか分かった	同意する	43	(68.3%)	20	(60.6%)	0.562	.454
	あまり同意しない	20	(31.7%)	13	(39.4%)		
<b>意識の向上</b>							
1. 終末期がん患者の家族の危機的状況が具体的に分かり家族ケアに対する関心が深まった	同意する	45	(71.4%)	19	(57.6%)	1.870	.171
	あまり同意しない	18	(28.6%)	14	(42.4%)		
2. 終末期がん患者の家族に積極的に関わり情報提供していくことの重要性の認識が深まった	同意する	44	(69.8%)	24	(72.7%)	0.087	.768
	あまり同意しない	19	(30.2%)	9	(27.3%)		
3. 危機回避の視点から家族をアセスメントする必要性の認識が深まった	同意する	41	(65.1%)	19	(57.6%)	0.520	.471
	あまり同意しない	22	(34.9%)	14	(42.4%)		
4. 終末期の家族ケアはグリーフケア（遺族ケア）であるとの認識が深まった	同意する	43	(68.3%)	24	(72.7%)	0.206	.650
	あまり同意しない	20	(31.7%)	9	(27.3%)		
5. 終末期がん患者の家族ケアにおける看護師の役割に対する意識が高くなった	同意する	44	(69.8%)	24	(72.7%)	0.087	.768
	あまり同意しない	19	(30.2%)	9	(27.3%)		
<b>セルフアセスメントツールとしての活用性</b>							
1. これまで行ってきた家族との関わりが「これでよかったんだ」と確認できた	同意する	29	(46.0%)	11	(33.3%)	1.437	.231
	あまり同意しない	34	(54.0%)	22	(66.7%)		
2. これまでの家族との関わりで不足しているところが確認できた	同意する	41	(65.1%)	20	(60.6%)	0.187	.665
	あまり同意しない	22	(34.9%)	13	(39.4%)		
<b>実践への活用可能性</b>							
一般的にガイドの内容は、一般病棟での看護実践において活かせると思った	同意する	33	(52.4%)	16	(48.5%)	0.132	.717
	あまり同意しない	30	(47.6%)	17	(51.5%)		

統計学的検定は、 $\chi^2$ 検定にて行った。網掛けは、〈高い理解〉〈同意する〉の回答割合が60%未満を示す。

<sup>a</sup> 「6. よく理解できた」「5. 大体理解できた」と回答した人を〈高い理解〉、「4. どちらかといえば理解できた～1. ほとんど理解できなかった」と回答した人を〈低い理解〉の2群にわけた。

<sup>b</sup> 「6. とてもそう思う」「5. そう思う」と回答した人を〈同意する〉、「4. どちらかというそう思う～1. 全くそう思わない」と回答した人を〈あまり同意しない〉の2群にわけた。

表14 所属する病棟の診療科によるガイドの評価の相違

N=99

ガイドの評価に関する設問		外科系 (n=36)		内科系 (n=32)		その他 (n=31)		$\chi^2$ 値	p
		n	(%)	n	(%)	n	(%)		
<b>ガイドに対する理解度<sup>a</sup></b>									
1. 終末期がん医療における家族の状況	高い理解	27	(75.0%)	24	(75.0%)	21	(67.7%)	0.566	.754
	低い理解	9	(25.0%)	8	(25.0%)	10	(32.3%)		
2. 危機理論について	高い理解	19	(52.8%)	22	(68.8%)	14	(55.6%)	3.725	.155
	低い理解	17	(47.2%)	10	(31.3%)	17	(44.4%)		
3. 終末期がん患者の家族に危機的状況をもたらす「ストレスフルなできごと」	高い理解	25	(69.4%)	24	(77.4%)	23	(74.2%)	0.556	.757
	低い理解	11	(30.6%)	7	(22.6%)	8	(25.8%)		
4. 終末期がん患者の家族の思い、精神的影響	高い理解	27	(75.0%)	26	(83.9%)	22	(71.0%)	1.511	.470
	低い理解	9	(25.0%)	5	(16.1%)	9	(29.0%)		
5. 危機的状況にある家族の兆候	高い理解	25	(71.4%)	25	(78.1%)	20	(64.5%)	1.429	.489
	低い理解	10	(28.6%)	7	(21.9%)	11	(35.5%)		
6. 家族の「できごとに関する認識」のアセスメント	高い理解	23	(63.9%)	20	(62.5%)	15	(48.4%)	1.948	.378
	低い理解	13	(36.1%)	12	(37.5%)	16	(51.6%)		
7. 家族の「社会的支持」のアセスメント	高い理解	23	(63.9%)	21	(65.6%)	14	(55.6%)	3.373	.185
	低い理解	13	(36.1%)	11	(34.4%)	17	(44.4%)		
8. 家族の「対処機制」のアセスメント	高い理解	20	(55.6%)	21	(65.6%)	16	(51.6%)	1.360	.507
	低い理解	16	(44.4%)	11	(34.4%)	15	(48.4%)		
9. 終末期がん患者の家族が危機的状況に陥らないようにするために必要な支援	高い理解	23	(63.9%)	23	(71.9%)	19	(61.3%)	0.861	.650
	低い理解	13	(36.1%)	9	(28.1%)	12	(38.7%)		
10. 家族の後悔、心残りが最小限となるようにするための関わり	高い理解	25	(69.4%)	24	(75.0%)	21	(67.7%)	0.444	.801
	低い理解	11	(30.6%)	8	(25.0%)	10	(32.3%)		
<b>ガイドの目標に対する評価<sup>b</sup></b>									
<b>知識の獲得</b>									
1. 危機理論についての知識が得られた	同意する	21	(58.3%)	21	(65.6%)	15	(48.4%)	1.929	.381
	あまり同意しない	15	(41.7%)	11	(34.4%)	16	(51.6%)		
2. 危機的状況にある家族の兆候についての知識が得られた	同意する	21	(58.3%)	21	(65.6%)	18	(58.1%)	0.499	.779
	あまり同意しない	15	(41.7%)	11	(34.4%)	13	(41.9%)		
3. 危機回避の視点から家族をアセスメントするのに必要な家族の情報の知識が得られた	同意する	20	(55.6%)	20	(62.5%)	16	(51.6%)	0.783	.676
	あまり同意しない	16	(44.4%)	12	(37.5%)	15	(48.4%)		



ガイドの評価に関する設問		外科系 (n=36)		内科系 (n=32)		その他 (n=31)		$\chi^2$ 値	p
		n	(%)	n	(%)	n	(%)		
4. 危機回避の視点からの家族アセスメントの知識が得られた	同意する	19	(52.8%)	19	(59.4%)	17	(54.8%)	0.308	.857
	あまり同意しない	17	(47.2%)	13	(40.6%)	14	(45.2%)		
5. 家族が危機的状況に陥らないようにするために必要な支援の知識が得られた	同意する	21	(58.3%)	22	(68.8%)	17	(54.8%)	1.399	.497
	あまり同意しない	15	(41.7%)	10	(31.3%)	14	(45.2%)		
6. 家族の後悔、心残りが最小限となるようにするための関わりの知識が得られた	同意する	24	(66.7%)	24	(75.0%)	18	(58.1%)	2.032	.362
	あまり同意しない	12	(33.3%)	8	(25.0%)	13	(41.9%)		
7. 終末期がん患者の家族のニーズ (家族が望んでいる支援) についての知識が得られた	同意する	22	(62.9%)	22	(68.8%)	20	(64.5%)	0.269	.874
	あまり同意しない	13	(37.1%)	10	(31.3%)	11	(35.5%)		
	欠損	1							
8. 危機理論をどのように実践に活かせばよいか分かった	同意する	17	(47.2%)	18	(56.3%)	10	(32.3%)	3.727	.155
	あまり同意しない	19	(52.8%)	14	(43.7%)	21	(67.7%)		
9. 終末期がん患者の家族とどのように関わっていったらよいか分かった	同意する	22	(61.1%)	24	(75.0%)	17	(54.8%)	2.922	.232
	あまり同意しない	14	(38.9%)	8	(25.0%)	14	(45.2%)		
<b>意識の向上</b>									
1. 終末期がん患者の家族の危機的状況が具体的に分かり家族ケアに対する関心が深まった	同意する	24	(66.7%)	24	(75.0%)	17	(54.8%)	2.864	.239
	あまり同意しない	12	(33.3%)	8	(25.0%)	14	(45.2%)		
2. 終末期がん患者の家族に積極的に関わり情報提供していくことの重要性の認識が深まった	同意する	24	(66.7%)	25	(78.1%)	20	(64.5%)	1.627	.443
	あまり同意しない	12	(33.3%)	7	(21.9%)	11	(35.5%)		
3. 危機回避の視点から家族をアセスメントする必要性の認識が深まった	同意する	21	(58.3%)	22	(68.8%)	17	(54.8%)	1.399	.497
	あまり同意しない	15	(41.7%)	10	(31.3%)	14	(45.2%)		
4. 終末期の家族ケアはグリーフケア (遺族ケア) であるとの認識が深まった	同意する	24	(66.7%)	25	(78.1%)	19	(61.3%)	2.182	.336
	あまり同意しない	12	(33.3%)	7	(21.9%)	12	(38.7%)		
5. 終末期がん患者の家族ケアにおける看護師の役割に対する意識が高くなった	同意する	24	(66.7%)	25	(78.1%)	20	(64.5%)	1.627	.443
	あまり同意しない	12	(33.3%)	7	(21.9%)	11	(35.5%)		
<b>セルフアセスメントツールとしての活用性</b>									
1. これまで行ってきた家族との関わりが「これでよかったんだ」と確認できた	同意する	15	(41.7%)	15	(46.9%)	10	(32.3%)	1.435	.488
	あまり同意しない	21	(58.3%)	17	(53.1%)	21	(67.7%)		
2. これまでの家族との関わりで不足しているところが確認できた	同意する	23	(63.9%)	25	(78.1%)	15	(48.4%)	6.019	.049
	あまり同意しない	13	(36.1%)	7	(21.9%)	16	(51.6%)		
<b>実践への活用可能性</b>									
一般的にガイドの内容は、一般病棟での看護実践において活かせると思った	同意する	18	(50.0%)	18	(56.3%)	13	(41.9%)	1.296	.523
	あまり同意しない	18	(50.0%)	14	(43.8%)	18	(58.1%)		

統計学的検定は、 $\chi^2$ 検定にて行った。網掛けは、〈高い理解〉〈同意する〉の回答割合が60%未満を示す。

<sup>a</sup> 「6. よく理解できた」「5. 大体理解できた」と回答した人を〈高い理解〉、「4. どちらかといえば理解できた～1. ほとんど理解できなかった」と回答した人を〈低い理解〉の2群にわけた。

<sup>b</sup> 「6. とてもそう思う」「5. そう思う」と回答した人を〈同意する〉、「4. どちらかというそう思う～1. 全くそう思わない」と回答した人を〈あまり同意しない〉の2群にわけた。

表15 職場のサポート状況によるガイドの評価の相違

				N=98		
ガイドの評価に関する設問	ある (n=68)		どちらとも言えない ない (n=30)		$\chi^2$ 値	p
	n	(%)	n	(%)		
<b>ガイドの目標に対する評価<sup>b</sup></b>						
<b>実践への活用可能性</b>						
全般的にガイドの内容は、 一般病棟での看護実践において活かせると思った	同意する	34 (51.5%)	15 (46.7%)	0.192	.661	
	あまり同意しない	33 (48.5%)	16 (53.3%)			

統計学的検定は、 $\chi^2$ 検定にて行った。網掛けは、〈同意する〉の回答割合が60%未満を示す。

<sup>b</sup>「6. とてもそう思う」「5. そう思う」と回答した人を〈同意する〉、「4. どちらかというと思う ～ 1. 全くそう思わない」と回答した人を〈あまり同意しない〉の2群にわけた。

表16 ガイドの評価による終末期ケアに対する態度得点の相違 [死にゆく患者へのケアの前向きさ]

N=99

ガイドの評価に関する設問	I. 死にゆく患者へのケアの前向きさ						p
	n	M	(SD)	n	M	(SD)	
<b>ガイドに対する理解度<sup>a</sup></b>	〈高い理解〉			〈低い理解〉			
1. 終末期がん医療における家族の状況	72	61.60	(7.58)	27	58.52	(8.14)	.081
2. 危機理論について	55	61.91	(7.77)	44	59.32	(7.72)	.101
3. 終末期がん患者の家族に危機的状況をもたらす「ストレスフルなできごと」	72	61.43	(7.45)	26	58.38	(8.22)	.085
4. 終末期がん患者の家族の思い、精神的影響	75	61.21	(7.56)	23	58.70	(8.15)	.173
5. 危機的状況にある家族の兆候	70	61.67	(7.77)	28	58.21	(7.53)	<b>.047</b>
6. 家族の「できごとに関する認識」のアセスメント	58	62.31	(8.13)	41	58.56	(6.85)	<b>.018</b>
7. 家族の「社会的支持」のアセスメント	58	62.19	(8.32)	41	58.73	(6.61)	<b>.024</b>
8. 家族の「対処機制」のアセスメント	57	61.88	(8.49)	42	59.24	(6.59)	.085
9. 終末期がん患者の家族が危機的状況に陥らないようにするために必要な支援	65	61.65	(8.09)	34	59.06	(7.06)	.118
10. 家族の後悔、心残りが最小限となるようにするための関わり	70	61.30	(7.82)	29	59.45	(7.79)	.285
<b>ガイドの目標に対する評価<sup>b</sup></b>	〈同意する〉			〈あまり同意しない〉			
<b>知識の獲得</b>							
1. 危機理論についての知識が得られた	57	61.77	(8.54)	42	59.38	(6.54)	.118
2. 危機的状況にある家族の兆候についての知識が得られた	60	62.40	(7.77)	39	58.23	(7.27)	<b>.009</b>
3. 危機回避の視点から家族をアセスメントするのに必要な家族の情報の知識が得られた	56	61.79	(8.02)	43	59.42	(7.41)	.136
4. 危機回避の視点からの家族アセスメントの知識が得られた	55	62.42	(8.02)	44	58.68	(7.11)	<b>.017</b>
5. 家族が危機的状況に陥らないようにするために必要な支援の知識が得られた	60	62.50	(7.74)	39	58.08	(7.23)	<b>.005</b>
6. 家族の後悔、心残りが最小限となるようにするための関わりの知識が得られた	66	61.89	(7.82)	33	58.48	(7.40)	<b>.040</b>
7. 終末期がん患者の家族のニーズ（家族が望んでいる支援）についての知識が得られた	64	62.36	(7.53)	34	57.68	(7.62)	<b>.004</b>
8. 危機理論をどのように実践に活かせばよいか分かった	45	62.47	(7.98)	54	59.33	(7.45)	<b>.046</b>
9. 終末期がん患者の家族とどのように関わっていったらよいか分かった	63	62.43	(7.79)	36	57.83	(7.05)	<b>.004</b>
<b>意識の向上</b>							
1. 終末期がん患者の家族の危機的状況が具体的に分かり家族ケアに対する関心が深まった	65	62.12	(7.77)	34	58.15	(7.32)	<b>.015</b>
2. 終末期がん患者の家族に積極的に関わり情報提供していくことの重要性の認識が深まった	69	62.36	(7.51)	30	57.07	(7.35)	<b>.002</b>
3. 危機回避の視点から家族をアセスメントする必要性の認識が深まった	60	62.08	(7.57)	39	58.72	(7.84)	<b>.036</b>
4. 終末期の家族ケアはグリーフケア（遺族ケア）であるとの認識が深まった	68	62.24	(7.50)	31	57.52	(7.61)	<b>.005</b>
5. 終末期がん患者の家族ケアにおける看護師の役割に対する意識が高くなった	69	62.42	(7.46)	30	56.93	(7.35)	<b>.001</b>
<b>セルフアセスメントツールとしての活用性</b>							
1. これまで行ってきた家族との関わりが「これでよかったんだ」と確認できた	40	64.03	(8.22)	59	58.54	(6.73)	<b>.000</b>
2. これまでの家族との関わりで不足しているところが確認できた	63	62.32	(7.79)	36	58.03	(7.17)	<b>.008</b>
<b>実践への活用可能性</b>							
全般的にガイドの内容は、一般病棟での看護実践において活かせると思った	49	62.04	(8.10)	50	59.50	(7.39)	.106

統計学的検定は、対応のないt検定にて行った。

<sup>a</sup> 「6.よく理解できた」「5.大体理解できた」と回答した人を〈高い理解〉、「4.どちらかといえば理解できた～1.ほとんど理解できなかった」と回答した人を〈低い理解〉の2群にわけた。

<sup>b</sup> 「6.とてもそう思う」「5.そう思う」と回答した人を〈同意する〉、「4.どちらかというと思う～1.全くそう思わない」と回答した人を〈あまり同意しない〉の2群にわけた。

表17 ガイドの評価による終末期ケアに対する態度得点の相違 [患者・家族を中心とするケアの認識]

N=99

ガイドの評価に関する設問	II. 患者・家族を中心とするケアの認識						p
	n	M	(SD)	n	M	(SD)	
<b>ガイドに対する理解度<sup>a</sup></b>	〈高い理解〉			〈低い理解〉			
1. 終末期がん医療における家族の状況	72	51.14	(4.70)	27	49.30	(4.65)	<b>.037</b>
2. 危機理論について	55	50.91	(4.89)	44	50.30	(4.56)	.340
3. 終末期がん患者の家族に危機的状況をもたらす「ストレスフルなできごと」	72	50.81	(4.81)	26	49.96	(4.53)	.583
4. 終末期がん患者の家族の思い、精神的影響	75	50.91	(4.93)	23	49.52	(3.91)	.141
5. 危機的状況にある家族の兆候	70	51.19	(4.96)	28	49.29	(3.97)	.080
6. 家族の「できごとに関する認識」のアセスメント	58	51.64	(5.29)	41	49.22	(3.39)	<b>.012</b>
7. 家族の「社会的支持」のアセスメント	58	51.64	(5.20)	41	49.22	(3.58)	<b>.008</b>
8. 家族の「対処機制」のアセスメント	57	51.53	(5.20)	42	49.43	(3.76)	<b>.024</b>
9. 終末期がん患者の家族が危機的状況に陥らないようにするために必要な支援	65	51.35	(4.98)	34	49.26	(3.93)	<b>.027</b>
10. 家族の後悔、心残りが最小限となるようにするための関わり	70	51.29	(4.87)	29	49.07	(4.06)	<b>.017</b>
<b>ガイドの目標に対する評価<sup>b</sup></b>	〈同意する〉			〈あまり同意しない〉			
<b>知識の獲得</b>							
1. 危機理論についての知識が得られた	57	51.67	(5.13)	42	49.24	(3.77)	<b>.005</b>
2. 危機的状況にある家族の兆候についての知識が得られた	60	51.63	(4.70)	39	49.10	(4.42)	<b>.005</b>
3. 危機回避の視点から家族をアセスメントするのに必要な家族の情報の知識が得られた	56	51.57	(5.11)	43	49.42	(3.93)	<b>.010</b>
4. 危機回避の視点からの家族アセスメントの知識が得られた	55	51.89	(4.91)	44	49.07	(4.04)	<b>.002</b>
5. 家族が危機的状況に陥らないようにするために必要な支援の知識が得られた	60	51.82	(4.75)	39	48.82	(4.15)	<b>.001</b>
6. 家族の後悔、心残りが最小限となるようにするための関わりの知識が得られた	66	51.48	(4.86)	33	48.94	(4.03)	<b>.003</b>
7. 終末期がん患者の家族のニーズ（家族が望んでいる支援）についての知識が得られた	64	51.77	(4.67)	34	48.53	(4.24)	<b>.001</b>
8. 危機理論をどのように実践に活かせばよいか分かった	45	51.67	(5.01)	54	49.78	(4.36)	<b>.030</b>
9. 終末期がん患者の家族とどのように関わっていったらよいか分かった	63	51.56	(5.01)	36	49.03	(3.76)	<b>.004</b>
<b>意識の向上</b>							
1. 終末期がん患者の家族の危機的状況が具体的に分かり家族ケアに対する関心が深まった	65	51.48	(4.87)	34	49.03	(4.06)	<b>.004</b>
2. 終末期がん患者の家族に積極的に関わり情報提供していくことの重要性の認識が深まった	69	51.54	(4.78)	30	48.57	(3.98)	<b>.001</b>
3. 危機回避の視点から家族をアセスメントする必要性の認識が深まった	60	51.93	(4.67)	39	48.64	(4.16)	<b>.000</b>
4. 終末期の家族ケアはグリーフケア（遺族ケア）であるとの認識が深まった	68	51.53	(4.56)	31	48.68	(4.59)	<b>.002</b>
5. 終末期がん患者の家族ケアにおける看護師の役割に対する意識が高くなった	69	51.67	(4.52)	30	48.27	(4.41)	<b>.000</b>
<b>セルフアセスメントツールとしての活用性</b>							
1. これまで行ってきた家族との関わりが「これでよかったんだ」と確認できた	40	52.05	(5.27)	59	49.68	(4.11)	<b>.010</b>
2. これまでの家族との関わりで不足しているところが確認できた	63	51.37	(4.94)	36	49.36	(4.11)	<b>.026</b>
<b>実践への活用可能性</b>							
全般的にガイドの内容は、一般病棟での看護実践において活かせると思った	49	52.06	(5.02)	50	49.24	(4.02)	<b>.003</b>

統計学的検定は、Mann-WhitneyのU検定にて行った。

<sup>a</sup> 「6. よく理解できた」「5. 大体理解できた」と回答した人を〈高い理解〉、「4. どちらかといえば理解できた～1. ほとんど理解できなかった」と回答した人を〈低い理解〉の2群にわけた。

<sup>b</sup> 「6. とてもそう思う」「5. そう思う」と回答した人を〈同意する〉、「4. どちらかというと思う～1. 全くそう思わない」と回答した人を〈あまり同意しない〉の2群にわけた。

表18 ガイドの評価による終末期ケアの実践得点の相違

N=96

ガイドの評価に関する設問	看取りケア合計得点						p
	n	M	(SD)	n	M	(SD)	
<b>ガイドに対する理解度<sup>a</sup></b>	〈高い理解〉			〈低い理解〉			
1. 終末期がん医療における家族の状況	71	82.11	(8.16)	25	80.84	(6.45)	.482
2. 危機理論について	55	82.47	(7.91)	41	80.85	(7.50)	.313
3. 終末期がん患者の家族に危機的状況をもたらす「ストレスフルなできごと」	70	81.70	(7.92)	25	81.80	(7.44)	.956
4. 終末期がん患者の家族の思い、精神的影響	73	81.71	(7.86)	22	81.77	(7.60)	.975
5. 危機的状況にある家族の兆候	69	82.22	(8.03)	26	80.73	(7.09)	.409
6. 家族の「できごとに関する認識」のアセスメント	58	82.48	(8.53)	38	80.71	(6.30)	.275
7. 家族の「社会的支持」のアセスメント	58	82.72	(8.52)	38	80.34	(6.19)	.141
8. 家族の「対処機制」のアセスメント	57	82.91	(8.06)	39	80.13	(7.02)	.083
9. 終末期がん患者の家族が危機的状況に陥らないようにするために必要な支援	65	82.63	(8.22)	31	80.00	(6.37)	.120
10. 家族の後悔、心残りが最小限となるようにするための関わり	69	82.51	(8.11)	27	79.93	(6.48)	.143
<b>ガイドの目標に対する評価<sup>b</sup></b>	〈同意する〉			〈あまり同意しない〉			
<b>知識の獲得</b>							
1. 危機理論についての知識が得られた	57	82.49	(8.38)	39	80.74	(6.67)	.280
2. 危機的状況にある家族の兆候についての知識が得られた	60	82.75	(8.21)	36	80.17	(6.68)	.114
3. 危機回避の視点から家族をアセスメントするのに必要な家族の情報の知識が得られた	56	82.68	(8.32)	40	80.53	(6.74)	.180
4. 危機回避の視点からの家族アセスメントの知識が得られた	55	82.93	(8.51)	41	80.24	(6.35)	.080
5. 家族が危機的状況に陥らないようにするために必要な支援の知識が得られた	60	82.20	(8.64)	36	81.08	(6.00)	.458
6. 家族の後悔、心残りが最小限となるようにするための関わりの知識が得られた	66	81.86	(8.23)	30	81.60	(6.66)	.878
7. 終末期がん患者の家族のニーズ（家族が望んでいる支援）についての知識が得られた	63	82.19	(8.65)	32	81.22	(5.58)	.510
8. 危機理論をどのように実践に活かせばよいか分かった	45	83.47	(7.89)	51	80.29	(7.36)	<b>.044</b>
9. 終末期がん患者の家族とどのように関わっていったらよいか分かった	62	82.21	(8.53)	34	81.00	(6.08)	.467
<b>意識の向上</b>							
1. 終末期がん患者の家族の危機的状況が具体的に分かり家族ケアに対する関心が深まった	65	82.51	(8.16)	31	80.26	(6.63)	.184
2. 終末期がん患者の家族に積極的に関わり情報提供していくことの重要性の認識が深まった	69	82.00	(8.33)	27	81.22	(6.07)	.660
3. 危機回避の視点から家族をアセスメントする必要性の認識が深まった	60	82.67	(8.08)	36	80.31	(7.00)	.149
4. 終末期の家族ケアはグリーフケア（遺族ケア）であるとの認識が深まった	68	82.21	(8.18)	28	80.75	(6.58)	.405
5. 終末期がん患者の家族ケアにおける看護師の役割に対する意識が高くなった	69	82.61	(8.07)	27	79.67	(6.49)	.094
<b>セルフアセスメントツールとしての活用性</b>							
1. これまで行ってきた家族との関わりが「これでよかったんだ」と確認できた	40	83.10	(8.52)	56	80.84	(7.06)	.159
2. これまでの家族との関わりで不足しているところが確認できた	63	81.75	(8.02)	33	81.85	(7.30)	.951
<b>実践への活用可能性</b>							
全般的にガイドの内容は、一般病棟での看護実践において活かせると思った	49	81.76	(8.45)	47	81.81	(7.02)	.973

統計学的検定は、対応のないt検定にて行った。

<sup>a</sup> 「6.よく理解できた」「5.大体理解できた」と回答した人を〈高い理解〉、「4.どちらかといえば理解できた～1.ほとんど理解できなかった」と回答した人を〈低い理解〉の2群にわけた。<sup>b</sup> 「6.とてもそう思う」「5.そう思う」と回答した人を〈同意する〉、「4.どちらかというと思う～1.全くそう思わない」と回答した人を〈あまり同意しない〉の2群にわけた。

表19 ガイドを読むのに要した時間と情報量

		<i>N</i> =99	
		<i>n</i>	%
ガイドを読むのに要した時間	30分以内	39	39.4
	30分～1時間程度	46	46.5
	1時間～1時間半程度	8	8.1
	それ以上	4	4.0
	無回答	2	2.0
ガイドの情報量	多かった	68	68.7
	適切だった	25	25.3
	少なかった	0	0.0
	無回答	6	6.1

表20 ガイドを読んだ理由

N=99 (複数回答)		
	<i>n</i>	%
ガイドの内容に興味があったから	42	42.4
上司にガイドを読むように勧められたから	27	27.3
研究に興味があったから	7	7.1
同僚もアンケート調査に参加していたから	7	7.1
その他	1	1.0
無回答	26	26.3

表21 ガイドを読まなかった/途中で読むのをやめた理由

N=15 (複数回答)

	<i>n</i>	%
ガイドの情報量が多かったから	8	53.3
忙しかったから	7	46.7
上司に勧められて調査に参加したから	2	13.3
思っていた内容と違ったから	1	6.7
ガイドの内容に興味を持てなかったから	0	0.0
無回答	2	13.3



表22 自由回答式質問への回答

No.	生データ
1	<p>看護師は、家族と患者へのケアの質の担保をするべきであり、家族看護はこれからとても大切になると思う。 終末期の人以外にも使えると思ったので、使ってみます。 たとえの吹き出しがすごくよいと思います。</p>
2	<p>貴重な研究に参加させていただきありがとうございました。 病棟でも家族支援という看護の力が低く、このようなガイドがあれば質の向上につながれば良いと思いました。</p>
3	<p>看護師としてできる声かけの例などを挙げていて分かりやすかったです。 また、医療用語の解説と併せて、家族の状態の受け止め方も記載されていて、イメージが付けやすかったです。</p>
4	<p>このパンフレットを読んで、自分が“こういう事ができたらな…”とぼんやり思い描いていた事が明確に見えた気がしました。 介入するには、少し勇気がある分野かと思っていますが、最期のその時まで、患者・家族それぞれが、その人らしく、悔いのない人生を送れるよう、サポートしていくための参考にしたいと思います。</p>
5	<p>具体的な声かけの例があるのがよかった。 どのように声かけをしたらよいか、情報収集するきっかけとなる関わり方など参考になってよかった。 患者家族のアンケート結果で、家族が麻薬導入や栄養管理の方法の決定の場面での苦悩が、私が思っている以上に大きいと感じ、その決定の場面でのサポートも必要(重要)だと改めて感じた。</p>
6	<p>日々仕事をする中で、もっとこうしたいと思うことがあっても、時間が足りなかったりと後悔することが多いです。 患者さんの思いも大切ですが、家族看護ももっと充実させていきたいと思いました。 (ガイドブックを使用しながら)</p>
7	<p>具体的な声かけの内容も例として載っていたので、状況をイメージしやすく、実践しやすいと思いました。 終末期は、患者自身の苦痛の軽減等、本人に目が行きがちですが、家族も含めてみるのが大切ということをもっと意識できれば、よりよい見取りができると思えました。</p>
8	<p>イラストも多く、分かりやすかったです。 具体的に患者・家族から発言があった場合の対応や、その胸中が、以前よりもわかるような気がしました。</p>
9	<p>今後の関わりに役立てられそうです。 情報量が多く、じっくり読みこまなければならないため、文章ではなく、ポイントを箇条書きで書いてあると、頭に残りやすいのではないかと思います。</p>
10	<p>良い情報が沢山あり、患者・家族への声かけの例など参考になりました。 文字が多く、忙しい業務の中で読み辛かったので、絵や図が多くなると助かります。</p>
11	<p>ガイドわかりやすかったです。 表だけでなく、図やイラストがもっと入っていればご家族はよりわかりやすいのではと思いました。</p>
12	<p>貴重な研究に参加させていただきありがとうございます。 コンパクトで持ち歩きやすいサイズの冊子だと思います。 会話や言葉かけの例があってわかりやすかったです。 ただ、情報量が多い分、文字数も多く、少し読むのが大変なので、文字数を少し絞っていただけるとありがたいです。</p>
13	<p>ガイドの内容は、情報収集からアセスメント、支援の実際など順序立てて書かれていて、とても分かりやすかったです。 ただ、内容が多くて、全てを読み切れませんでした。すみません。 ケアの実際は、どのような内容の声掛けをしていけば良いのか、具体例がまとめられていて、すぐに実践できると思いました。</p>
14	<p>小さい冊子なのにかなりボリュームがあって、読むのに時間がかかった。 しかし、患者の家族の声も知ることができ(アンケート結果)、私自身、いろんな患者さんと家族を思い出しながら読み、あの時こんな気持ちだったのかなあ・・・など回想する機会にもなりました。</p>
15	<p>すばらしいパンフレットですが、もう少し短くと読みやすく、スタッフももっと読むかと思います。</p>
16	<p>中身は大事なことやケアへのエビデンスが多く記されており、大変参考になりました。 しかし、やや字が小さく、情報量が多かったように思いました。 困った時に読めるよう、セレクトできるインデックスになっていると、その時その時に活用できるのかと思いました。 ありがとうございました。</p>

No.	生データ
17	<p>ご家族が直面する「ストレスフルなできごと」の詳細が、●ページと記載しており、まとまりがあつて読みやすかった。</p> <p>ご家族の支援に関するページが具体的に記載されていて参考になった。</p> <p>特に、どのように声かけしたら良いかの例は、現在参考にしながら活用しており、役立っている。</p> <p>一方で、声かけ例の吹き出しのあるページでは、余白が少なくなつてしまい、ページ全体が読みづらい印象があつた。</p> <p>一般病棟では、人的要因(スタッフが少ない中で十分なケアが出来ない)、環境的要因(個室が少なく、本当に最期のときまで家族だけですぐす場所が提供できない)から、日々、十分なターミナルケアが出来ていないと思うことが多いです。ガイドを参考にしながら、限られた環境で最期のよりよい時間をつくるお手伝いをしていきたいと思ひました。ありがとうございました。</p>
18	<p>ガイドの後半、看護師の声かけの例も入つて理解しやすいですが、少しゴチャゴチャしていて、情報として入つてきにくい印象がありました。</p>
19	<p>すごく勉強になり、現場で活用できる内容でした。</p> <p>しかし、内容が難しい部分もあるので、自部署の若いスタッフが活用するにはレベルが高いかな、と思ひました。</p> <p>自身の経験とリンクさせながら読むと思うので、経験が浅いと内容が入りにくいと感じました。</p> <p>先輩が活用して、後輩に指導しながらケアができれば、と思ひました。</p> <p>経験はなくても知識の獲得ができれば、と思ひます。</p> <p>これを活用できれば、患者さんや家族へのケアがもっとレベルの高いものになると思ひました。</p>
20	<p>危機理論について、慣れていないスタッフには見づらく感じるのではないかと思ひました。</p> <p>私自身、修士に行つて初めて知つたと言つていいほど、普段の臨床の場でなじみのないものなので。ガイドブックになつていて、とても見やすかつたですが、卒後教育を受けていない者には難しく感じると思ひます。</p>
21	<p>字が小さい。</p> <p>危機モデルの説明がよくわからない。</p>
22	<p>字が小さくて読みづらい。</p> <p>情報量が多い。</p>
23	<p>危機回避という言葉が、家族にとって身近ではないのではと違和感を感じました。</p>
24	<p>教科書的な内容が多く、分かつていても実践にうまく結びつかない場面が多く、その点については解決しなかつた。</p> <p>予後6ヶ月の患者はなかなかおらず、週単位・月単位(1-2ヶ月)での全身状態不良によるターミナルが多く、急な展開の中で患者・家族にどう働きかけるか日々悩んでいる。</p>

# 資 料

# 終末期がん患者さんのご家族支援ガイド



## 終末期がん患者さんのご家族の支援で こんなお悩みありませんか？



ご家族ともじっくり関わりたいのに、

- ☑ どのようにご家族と関わっていったらよいかわからない
- ☑ ご家族を支援する上でのポイントがよくわからない
- ☑ ご家族がどのような情報や支援を必要としているのかよくわからない
- ☑ 忙しくてご家族と関わる時間が十分とれない・・・

がん患者さんのご家族は「第二の患者」ともいわれ、多くの支援を必要とする存在として家族ケアの重要性が広く認識されてきています。しかし、一般病棟においては、平均在院日数が短くなり、入退院も多く、忙しくゆとりのない日常の中で、「ご家族への支援を行いたい」「ご家族の役に立ちたい」と思っているにもかかわらず、ご家族との関わりを深めていくために活用できる時間も短く、ご家族の抱える問題を把握しにくい状況にあるのではないのでしょうか。

質の高い終末期ケアは、患者さん・ご家族・医療者間で、絶えず話し合いによって調整される過程であるといわれています。しかしながら、国内外の調査において、終末期における必要な情報提供や説明を踏まえたご家族との話し合いは十分行われておらず、ご家族のニーズは満たされていないことが報告されています<sup>1-12</sup>。

こうした現状の中で、限られた時間の中でも効率的にご家族の状況をとらえ、効果的な支援へとつなげることでできる方法とそのエビデンスをご紹介できればと考え、このガイドを作成いたしました。

このガイドが、患者さん・ご家族との「看護としての対話」を促進する手助けとなり、皆さんの情報収集や患者さん・ご家族のより深い理解、そして質の高い終末期ケアの提供のお役に立てば幸いです。



# 目次

## このガイドについて

- ・ ガイドの内容 ..... 1ページ
- ・ ガイドの使い方 ..... 2ページ
- ・ 終末期がん医療におけるご家族の状況 ..... 3ページへ
- ・ 危機理論について  
アギュララとメシックの危機の問題解決モデル ..... 5ページへ

### ● ご家族についての 情報収集/アセスメント

#### ご家族は『ストレスfulなできごと』に 直面してはいませんか？

- ・ ご家族のこころの中 ..... 7ページ
- ・ 情報収集/アセスメントのポイント ..... 8ページ
- ・ ご家族の「ストレスfulなできごと」... 9ページへ
- ・ 「不均衡状態」 ..... 16ページ



#### 危機を回避するために必要な3つの要因 『危機回避/問題解決決定要因』

- ・ 情報収集/アセスメントのポイント ..... 17ページ
- ・ ご家族の「できごとに関する認識」をアセスメントしていますか？ ..... 18ページ
- ・ ご家族の「社会的支持」をアセスメントしていますか？ ..... 19ページ
- ・ ご家族の「対処機制」をアセスメントしていますか？ ..... 20ページ

### ● 支援のポイント

#### 終末期がん患者のご家族への支援

- ・ 支援のポイント  
『危機回避/問題解決決定要因』の  
情報共有および修正・強化・充足 ..... 21ページ
- ・ 家族に気持ちを聴こう！ ..... 22ページへ
- ・ 必要な情報を提供しよう！ ..... 25ページへ
- ・ 家族自身の力を引き出そう！ ..... 30ページ



# このガイドについて

## ガイドの内容

- このガイドは、治癒を目指した積極的治療が有効でなくなり、症状緩和を中心とした治療やケアが行われている終末期がん患者さんのご家族との関わりの中で、**ご家族が危機的状況に陥ることのないようにするために必要な支援**について説明したものです。
  - ご家族への「特別なケア」としてではなく、**一般病棟における看護師の「標準的なケア」**として、皆さんの日々の看護実践の中ですぐに活かすことができる内容を厳選しました。
  - 何かしらの問題を抱え、危機的状況に陥っているご家族の問題解決としてだけでなく、**すべての終末期がん患者さんのご家族の危機回避のために必要な看護の視点**を、できるだけ簡潔な記述をめざし、箇条書きでまとめています。
  - 日々のご家族との関わりの中で、危機回避の視点から「何をアセスメントしたらよいのか」、そのためには「どのような情報が必要なのか」、そして「どのような支援が必要なのか」について、**危機モデル**に基づいて想定される事項を厳選し整理しています。
  - また、ご家族についてのより深い理解が得られるよう、できるだけ日本における調査のエビデンスをお示ししています。
- 
- このガイドが、患者さん・ご家族との「看護としての対話」を促進する手助けとなることを期待しています。
  - また、必要な支援が提供されることで、ご家族の苦悩が軽減され、患者さんとの死別に対する準備ができ、納得のいく最期を迎えることができることをめざしています。

### Memo 危機とは？

- **危機**とは、ストレスの最も増強した状態で、これまでの自分の知識や経験、やり方では解決することのできない困難な状況や問題に直面した時に起こる強度の不安、混乱した状態のことをいいます。（危機的状況にある人の具体的な兆候については、p.16参照）
- 状況が好転せずストレスが長期化することでおこる精神のバランスを崩した状態を**消耗性危機**といいます。
- ご家族のストレスが長期化せず、危機が少しでも軽く、そして早くもとの状態に回復するような適確な支援を提供することで、危機は回避することができます。



## ガイドの使い方

- このガイドは、危機を回避する（または危機に陥る）要因や過程を示したアギュララとメシックの危機モデルに沿って構成しています。

ストレスfulなできごと → 危機回避/問題解決決定要因 → 必要な支援

- したがって、ガイドのページに沿って読み進んでいただくことを推奨しております。



### 情報収集 / アセスメント、支援のポイント

全体の大まかな要点を把握したい方は、このマークのついたページ（p.8, 17, 21）から目を通し、その後詳細を読んでいただくことで、理解の確認、知見を深めていただくことも可能です。



### 情報収集 / アセスメントの項目



### 情報収集 / アセスメント、支援の視点

これまでの看護実践において、危機回避の視点からのご家族の情報収集/アセスメントおよび支援をどのくらい行っていたか、ぜひセルフチェックしてみてください。



### 危機的状況をもたらすできごと 危機回避 / 問題解決を妨げるご家族の状況



### ご家族への声かけの例

## Memo 危機モデルとは？

- 危機モデルは、危機のたどる特有の経過を模式的に表現したもので、危機の構造を示し、その概念（考え方）を具体的に表し、理解しやすくしたものです<sup>1</sup>。
- 危機に陥った（または危機的状況に直面している）人が、それを乗り越え適応するために行われる支援（または危機を回避するために行われる支援）を、**危機介入**といいます。

### なぜ危機モデルを用いるの？

- 危機モデルは、早期から積極的に関わった方がよい家族であるかどうかを見極め、看護をより効果的・効率的に行う手助けとなります。
  - 危機モデルでアセスメントすることにより、どのような危機回避要因を整えてく必要があるのかが整理、焦点化され、必要な支援を検討するために有効です。
  - つまり、なぜそのようになっているのかを理解し、何が起るのかを予測し、どうすればよいか支援の方向性を見極め、解決策・改善策を見出すことができます。





## 終末期がん医療におけるご家族の状況

### ● 8割のがん患者が一般病棟で亡くなっています

・年々緩和ケア病棟は増加し\*、在宅で亡くなられる患者さんも増えていますが、多くのがん患者さん・ご家族が、一般病棟での入退院を繰り返しながら終末期のときを過ごされています。そして、80%弱のがん患者さん・ご家族が、一般病棟で最期を迎えています。

\* 2016年11月現在、378施設、7,695床（日本ホスピス緩和ケア協会）

・緩和ケアチームを有する医療施設も年々増加していますが、緩和ケアチームの利用率は、がん死亡者数のおおよそ15%と推計されています<sup>2</sup>。

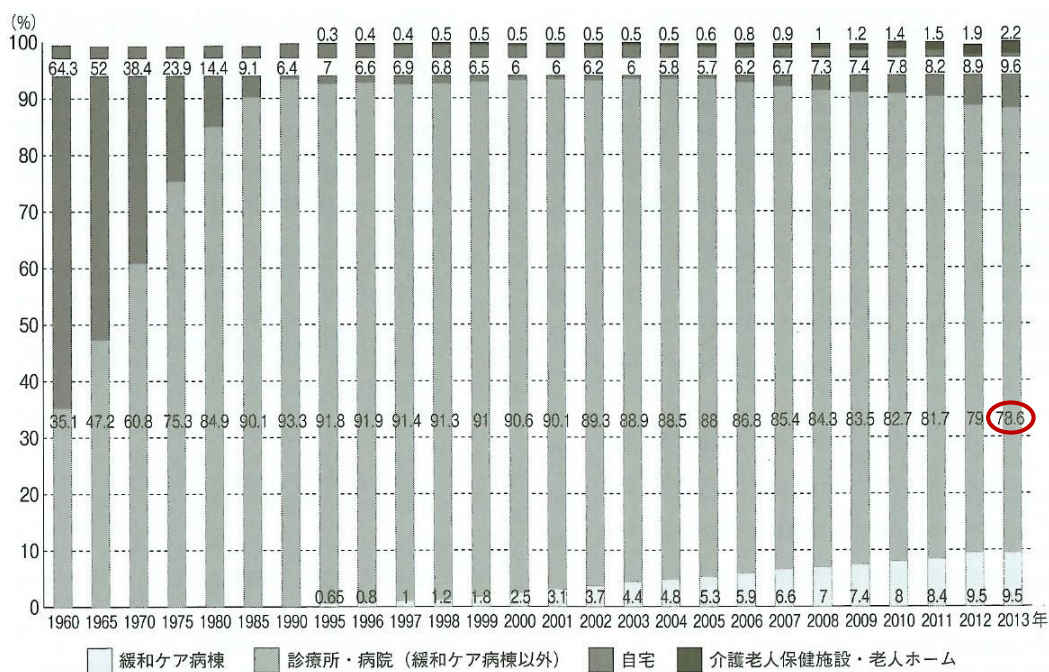


図1 死亡場所の推移(がん)

ホスピス緩和ケア白書2015 p. 82より引用



一般病棟の看護師には、終末期がん患者さんご家族が体験している苦痛・苦悩を理解し、先を見据えたQOLを高めるための質の高いケアの提供が求められています。

● **終末期がん患者の家族は多くの苦悩と健康問題を抱え、それらは死別後にも影響を及ぼします**

- 終末期がん患者さんのご家族の抱える苦痛・苦悩、様々な思いや体験している困難は、多くの質的研究において明らかにされています。

患者が難治性のがんに侵されている現実を認知することで生じる苦しみ	患者が治らないがんに触まれていることへの衝撃的な苦悶 患者を救う治療がないことへの絶望
迫りくる患者の死を認知することで生じる苦しみ	患者に残された命の短さに対する絶望 いつ襲われるかもわからない患者の死への戦慄 患者との死別後の生活を想うことで生じる深い空虚感 残り少ない人生を過ごしている患者を想うことで生じる悲哀 余命いくばくもない患者のキーパーソンであるがゆえに抱える苦渋のジレンマ
太刀打ちできないがんを患う患者と向き合い続けることで生じる苦しみ	がんであるがゆえに消えることのない患者の苦痛への苦悶 余命いくばくもない健気な患者に何もできない自分への無力感
家族・社会システム内の不調和に伴う苦しみ	主介護者としての家族内役割以外で翻弄されるがゆえに生じるつらさ 周囲の人々の無情の対応から受けるつらさ つらい現実を容認してくれない社会への絶望

表1 進行がん患者の家族が抱える苦しみ

瀬山留加, 武居明美, 神田清子. (2013). 進行がん患者の家族が抱える苦しみの検討. 日本看護研究学会雑誌, 36 (2), 79-86.

- こうした数多くの苦悩に直面し、**進行がん患者さんのご家族の3～5割が精神医学的問題を抱えている<sup>3</sup>**とする調査や、**進行がん患者さんの配偶者の4割弱に抑うつが認められ、患者における割合を上回っていた<sup>4</sup>**という報告もあります。
- 終末期に大きな精神的問題を抱えたご家族は、患者さんとの死別後も精神的問題が持続する<sup>5</sup>ことや、死別前のストレスの大きさや終末期のケアが、死別後の悲嘆やご遺族のQOL、精神健康に影響を及ぼす<sup>6-8</sup>ことも明らかにされています。
- 国内の調査においても、**精神科に紹介されたがん患者さんのご家族/ご遺族の約半数が、患者さんの終末期の問題に直面していた<sup>9</sup>**ことや、**遺族外来を受診したがん患者さんのご遺族の約6割が、終末期における後悔を抱えていた<sup>10</sup>**といった報告がされています。

● **一般病棟におけるがん患者の終末期/看取りのケアの調査で、家族ケアの改善の必要性が示されています**

- 一般病棟における終末期ケアの実施状況の調査において、日常生活の援助や安楽の援助など、患者さんに対する基本的な援助は積極的に実施されていますが、ご家族への支援は十分実施されていない傾向にあることが報告されています<sup>11</sup>。

# 危機理論について

## —アギユラとメシックの危機の問題解決モデル—

- このガイドは、家族の一員ががんの終末期であることで、危機的状況に直面し、支援を必要としているご家族に、最適な対応をするための看護の方向性を示すものとして、アギユラ（Aguilera,D.C.）とメシック（Messick,J.M.）の危機モデルが基盤となっています。



- この危機モデルの前提は、ストレスフルなできごとに遭遇した時に、
  - ① 危機を回避させる要因として、「**できごとに関する認識**」「**社会的支持**」「**対処機制**」があり、これらが適切に機能していれば危機は回避されること、しかし、
  - ② これらの要因のうち、1つかそれ以上が欠けていたり、不適切であることで問題が解決されず、危機的状況となること、です（図2）。

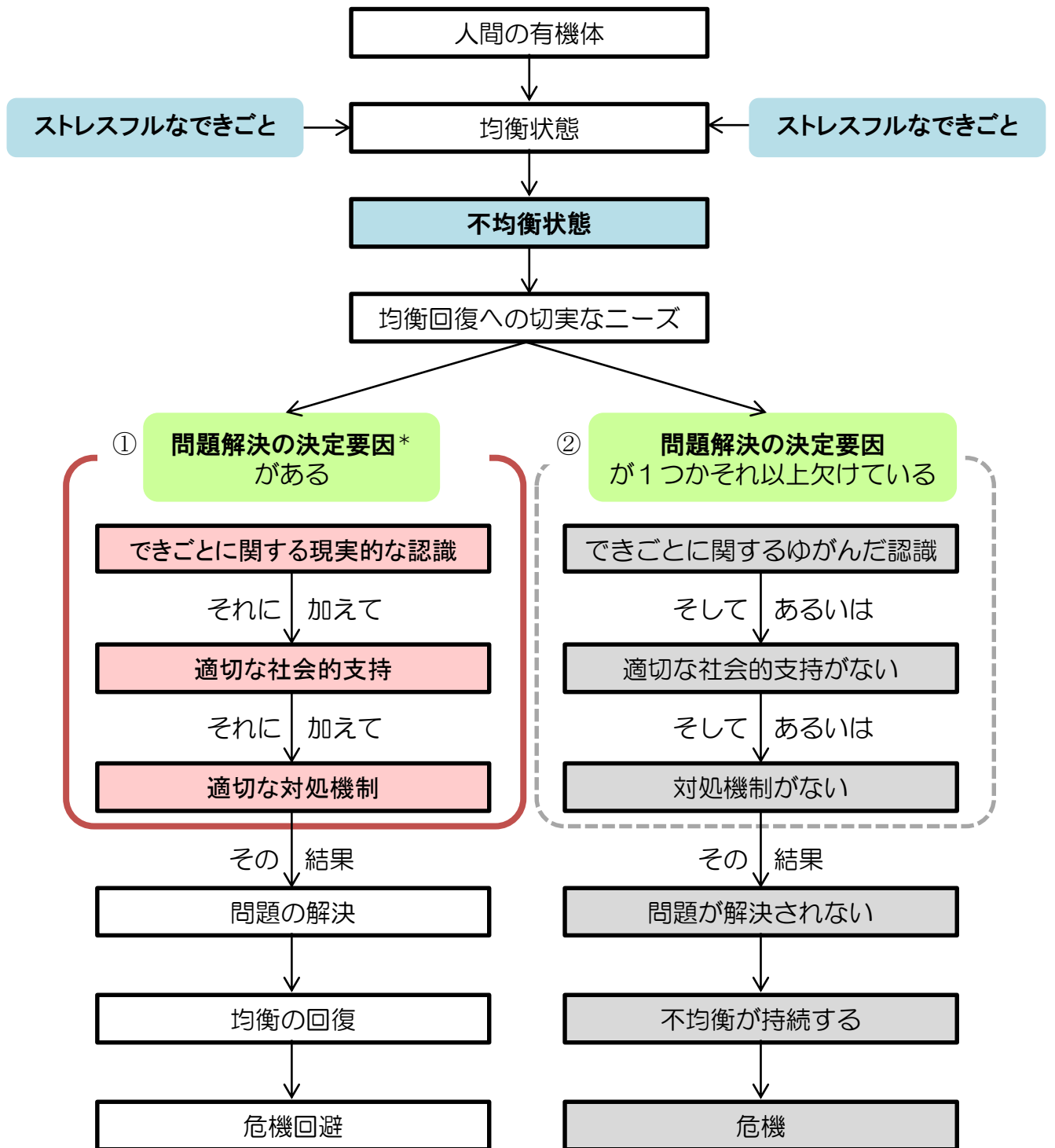
- 系統的な問題解決過程を利用したモデルで、危機回避および危機介入のためのアセスメントと、問題解決決定要因を適切に機能させながら、問題解決を促進するのに有効なモデルであることがいわれています。



- 終末期がん患者さんのご家族は、患者の療養生活を通して多くの苦痛・苦悩を経験し、非常に強いストレスに直面している状況にあります。したがって、心理的均衡（精神のバランス）を保つために自らの持つあらゆる手段を用いて問題解決を試み、なんとか対処しようとはしますが、有効な手段が得られないことで心理的均衡を保つことが困難となり、病的な心理反応をもたらすこととなります。
- しかし、ストレスに対処できる新たな問題解決方法とレパートリーを獲得できれば、危機的状況を回避できると言えます。
- このモデルでご家族のことをアセスメントすることで、これからの関わりの中で、どのような危機回避決定要因をどの程度整えておく必要があるのかというご家族の状況を把握することができ、必要な支援内容が明確になります。

### Memo 3つの問題解決決定要因

- **できごとに関する認識**とは、直面しているできごとをどのように感じ、受け止めているかです。
- **社会的支持**とは、問題解決をしていくために頼ることができ、身近にいてすぐ利用できるような人からの**状況に応じたサポート**です。
- **対処機制**とは、ストレスを緩和するためによく用いられる行動、ストレスの強い状況に対処するための具体的な方法のことです。これまでに行ってきた問題や困難に立ち向かうための対処行動（行動パターン）、心理的防衛機制。



\* 問題解決決定要因 = 危機回避決定要因

図2 ストレスフルなできごとにおける問題解決決定要因の影響

Aguilera, D.C. (1994 / 1997). 小松源助, 荒川義子 (訳), 危機介入の理論と実際—医療・看護・福祉のために. 川島書店. p.25より引用改変



# ご家族は『ストレスフルなできごと』に 直面してはいませんか？

## ご家族のこころの中

- ご家族も患者さんと同じように、時には患者さんよりも大きな苦悩（悩みやつらさ）を抱えていることがあります。
- しかし、医療者への遠慮、患者さんや他の家族メンバーへの気遣い、また自分自身もケアの対象であるとの認識がないことなどから、ストレスをひとりで抱え込んでいることも少なくありません。
- 支えてくれる人がいても「感情を吐き出す場」がないと感じているご家族の多いことが報告されています<sup>1</sup>。

患者の状態を知りたい…  
でも、医師も看護師も  
忙しそうで悪い…

どうしてもっと早く病気に  
気づいてあげられなかった  
のだろう…

こんなことを聞いても  
いいのかな…

患者のそばにいることがつらい…  
どう接したらよいかわからない…

患者の大切なことを  
自分が決めなくては  
いけないのは負担…  
自分の判断は  
本当に正しいのか…

なんもしてあげることができない…  
患者の役に立つことができない…

自分の時間が  
もてない…

良い介護者でいたい

うまく役割分担ができない…  
介護と仕事の両立が難しい…

家庭内での役割を十分に  
果たせない…

これまでの患者の役割も  
代わりに行わなければ  
ならない…

疲労、持病の悪化…



入院費や通院の交通費で  
生活が苦しい…

ローンや学費はどうしよう…

共にトータルペインを抱えています



## 家族を脅かしている「ストレスフルなできごととは何か」を明らかにする！

- まず、家族の心のバランスを脅かす どのような「ストレスフルなできごと」に 対象のご家族が直面しているか、危機のきっかけとなるできごとを把握します。

- ✓ 家族のストレス源
- ✓ 家族が直面しているストレス源の量

9～10ページへ

- その「ストレスフルなできごと」によって、ご家族がどの程度影響を受けて いるか について、直接ご家族に聞いたり、観察して情報を収集し、アセスメントします。

- ✓ 家族の精神的影響  
(不均衡状態、どの程度深刻な状況であるか)
- ✓ 家族の日常生活への影響

16ページへ

- ご家族が危機的状況にある時、その危機を引き起こしているできごとを特定しにくい場合もあるかもしれませんが、アギュララによると、通常そのできごとは 10日～2週間以内に生じている ことがいわれています。
- 心理的不均衡が顕著で、深刻な状態（精神のバランスがひどく損なわれているような状態）である場合は、専門家によるコンサルテーションを検討し、調整します。

ご家族は自分たちの苦悩を医療者に表出せず、自らの感情を抑え込んでいることも多いため、医療者も家族の不安や問題を見落としがちです。したがって、危機回避の視点からご家族を包括的にとらえ、的確な支援を提供することが必要です。





## ❗ コンフリクト（思い/認識のずれ、意見の相違/対立、もめごと、不和）

### 医療者との間で、コンフリクトがある

例)  患者の治療やケアなどに関する意思/意向のずれがある

知りたい情報が十分得られていない

家族の気持ちを十分にくみ取ってもらえていない

緊張関係にある（クレームトラブル）…

など

### 患者との間で、コンフリクトがある

例)  治療やケア、今後のことに関する意思/意向のずれがある

緊張関係にある（関係性がよくない）…

など

### 家族間（親族も含む）で、コンフリクトがある

例)  患者の治療やケア、今後のことに関する意思/意向のずれがある

患者の病状・状況を聞かされていない家族がいる

患者との関わりや意思決定に不満のある家族がいる

介護や家事など家族内で協力体制が得られていない…

など

詳細は、15ページへ

## ❗ 家族内の役割や日常生活(生活様式)の変化

仕事を休職もしくは辞めた

通常の日常生活が送れていない（家事がこなせないなど）

ひとりの家族に介護や家事などの過重な負担がある

今まで患者が行っていた役割を代行する必要がある

### Memo コンフリクトの原因



・医療者との間で生じたコンフリクトの《**家族側の要因**》は、**家族の否認による防衛**（63%）、**乏しい社会的援助**（43%）、**医療不信**（40%）、**もともとの家族内葛藤**（31%）で、その他、経済的問題、不十分な病状理解、精神医学的疾患の治療歴が示されています。

患者のケアに過剰に巻き込まれていることが原因となっていることもあります。

・《**患者側の要因**》は、**せん妄**（49%）、**脳器質性障害**（脳転移・認知症・脳血管性障害）（29%）、**不十分な病状理解**（26%）、**否認による防衛**（20%）で、その他、精神医学的疾患の治療歴が示されています。

アンビバレンス（相反する感情）による一貫性のない意思表示や、患者が家族・医療者に異なることを伝えること、不十分な症状緩和が原因となっていることもあります。

森田達也，角田純一，井上聡，千原明．（1999）．緩和ケアにおける家族・医療者間葛藤に関する予備的調査．*死の臨床*，22（1），81-87．



## ご家族の思い、精神的影響

### ❗ 患者に関する Bad News -----

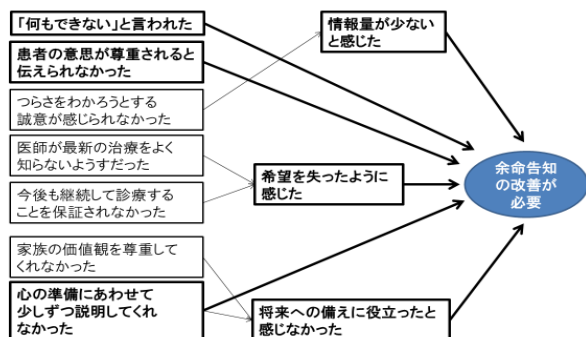
- がんが治らないことを医師から告げられ、患者さんとの残された時間が長くはないことに気づかされる終末期は、がんの経過の中でも心身ともに最もつらい時期です。
- 治療医が多い一般病棟では、Bad Newsを伝える技術が未熟な場合があったり、ご家族には現実を理解してもらいたいという思いから事実が厳しく話されることがあります<sup>2</sup>。
- 余命の告知はご家族にとっても衝撃的なできごとであり、喪失に対する予期悲嘆や恐怖の体験となります。

死と関連した話も多くなるため、ご家族にとって大変ストレスフルな体験となります。

- 日本においては、患者さんへの説明より先に、ご家族へBad Newsが伝えられることも少なくありません<sup>3,4</sup>。したがって、ご家族は衝撃や悲嘆の中でも、患者さんに関する重要なことを短期間で決定しなければならないことも多いため、精神的苦痛だけではなく大きな心理的負担も感じています。

### 📌 エビデンス 余命告知後のフォローは重要

一般病棟で余命告知を受けた409名のがん患者さんのご遺族の質問紙調査から、**6割のご家族が、余命告知に対してなんらかの改善の必要性があると考えている**ことが分かりました。（右の図の太矢印は、余命告知の改善の必要性と関連の強かったご家族の体験です。）  
また、「いつくらいまで〇〇ができる」など、**生活につながるような見通しについては、約3割のご家族しか説明を受けていない**ことが分かりました。



吉田沙蘭, 平井啓. (2010). 「患者・家族の希望を支えながら将来に備える」ための余命告知のあり方. 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」運営委員会（編）, 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に対する研究. p.89を一部改変

### 📌 エビデンス 余命告知時の性別による死別への受け止め方の特徴

1施設7名のがん患者さんのご家族への半構成的面接調査から、余命告知時の死別への受け止め方として、男性家族は【先のことを考えられない混乱】、女性家族は【先を予測しての不安】をもつ特徴がみられています。

	性別	カテゴリー	サブカテゴリー
死別への受け止め方	男女共通	・治療・看病に対する悩み	・治療の見込みのないつらさ ・患者への対応の戸惑い ・相談相手・看病協力者の不足
		・患者の役割代行への不安	・家事・金銭管理代行の不安 ・通院・入院治療費の心配 ・自分の体調の懸念
		・先のことを考えられない混乱	・死別を想像できず混乱 ・今後の対応が分からず困惑
	男性	・後悔の念	・早く受診させなかった後悔 ・苦勞をかけてきた思い
	女性	・先を予測しての不安	・死を想像して動揺 ・病状進行への不安 ・死別後の金銭的な工面 ・死別後の対応の不安

久松美佐子, 荒井春生. (2011). がん患者家族の余命告知時における死別への受け止め方の性別的特徴. 死の臨床, 34 (1), 116-120.



## ！ 代理意思決定 -----

患者さんの状態が悪くなると、ご家族が患者さんの治療などについて意思決定しなくてはならないことも出てきます。それはご家族にとってプレッシャーを感じるできごとであり、「自分の判断は本当に正しかったのか…」など、死別後も自問し続けることになるような、とても精神的負担の大きいできごとです。

### ● 余命告知（病状告知）

- 患者さんに真実を知らせない選択をした場合には、そのことに対する罪の意識を抱いたり、率直なコミュニケーションができないことや、隠し通すことで疲弊してしまうことがあります。患者さんと正面から向き合えない苦悩や患者さんとの思いのずれが生じ、患者さんとの関わりにストレスを抱くようになることもあります。
- 知らせる選択をした場合には、家族自身も精神的な打撃を受けた中で、患者さんへどこまでの情報をどのように知らせるかといった伝え方に苦悩し、そして患者さんの受ける精神的ショックと向き合っていくことになります。

### ● 麻薬

- 麻薬（モルヒネ）は、がん疼痛治療や呼吸困難の改善にも使用されますが、怖いもの、末期の患者に使うものという**誤解**や、死を連想させ「点滴（注射）のモルヒネを打つようになったら終わり…」など**悪いイメージ**を持っているご家族もまだ多くいます<sup>5</sup>。
- また、「自分が麻薬を使用することに同意したことで、患者の命を縮めてしまったのではないか…」との思いをずっと持ち続けているご遺族もいます。わが国の一般人とご遺族を対象とした調査において、**27～38%の人が「オピオイドは寿命を短くする」と考えている<sup>6</sup>**ことが報告されています。
- 医療者から安全な薬剤であるとの説明を受け、その時は納得をしても、他のご家族や親戚、知り合いなどから否定的な情報を得たり、時に攻められたりすることもあり、医療者が考える以上に負担の大きいできごとです。

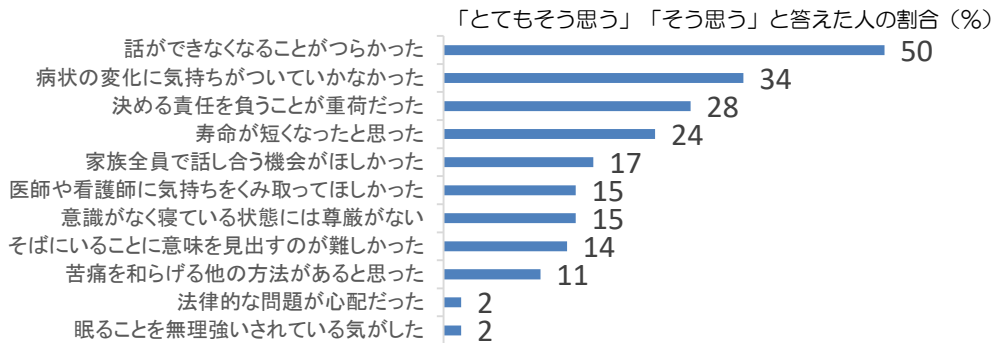
### ● 鎮静

- 鎮静は、患者さんの意思確認ができるうちに、そのメリットとデメリットについての説明がなされ、患者自身が鎮静を希望する意思表示を行っていることが望ましいですが、患者さんによる意思決定ができない場合は、これまでの患者さんの考えや思い、価値観に照らし合わせて、ご家族とともに慎重に検討する必要があります。
- 鎮静は、患者さんの苦痛緩和を目的としていますが、その決定が患者さんの意識を低下させることになるため、ご家族にとって大きな精神的負担となります。**約4割のご家族が鎮静の意思決定に負担を感じてた<sup>7</sup>**ことが報告されています。



## エビデンス 鎮静を受けた患者の家族の気持ち

7施設の緩和ケア病棟で鎮静を受けた185名のがん患者さんのご遺族への質問紙調査で、鎮静を受けた患者さんを見てどんな気持ちになったかを調査した結果です。その中でも、特に25%のご家族は、非常に強い精神的つらさを感じていました。



また、《ご家族の精神的つらさに関係していた要因》は、「鎮静後に苦痛が十分緩和されなかったこと」「医師や看護師に気持ちをおくみ取ってもらえないと感じたこと」「患者の状態の変化に気持ちがついていかないと感じたこと」「意思決定の責任を負うことが負担に感じられたこと」「患者の死亡までの期間が短いこと」であることが分かりました。

《ご家族の満足度に関係していた要因》として、「情報提供が不十分であった」「鎮静後に苦痛が十分緩和されなかった」「鎮痛以外に苦痛緩和の方法がある」「鎮静が生命予後を短縮する」と感じていたご家族の満足度は低いことが分かりました。

Morita, T., Ikenaga, M., Adachi, I., Narabayashi, I., Kizawa, Y., Honke, Y., ... Japan Pain, Rehabilitation, Palliative Medicine, and Psycho-Oncology Study Group. (2004). Family experience with palliative sedation therapy for terminally ill cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 28 (5), 557-565.



## ● 輸液・経管栄養

- 終末期において輸液を行わない選択をするご家族は、様々な心理的葛藤を経験することが示されています<sup>8,9</sup>。「輸液によって苦痛が増える」と約6割のご家族は認識していましたが、8割以上のご家族が、輸液をしないと「栄養が足りなくなる」「死期が早まる(寿命が短くなる)」と考えていた<sup>9</sup>ことが報告されています。
- 輸液をしないことを決めたとご家族においても、半数以上が、寿命が縮まったり、必要な栄養がとれなくなる不安を持っていました<sup>9</sup>。

## ! 患者の苦痛症状

- 痛みなどの症状は患者自身のQOLと密接に関連していますが、ご家族のQOLにも深く関連していることが明らかにされています<sup>1</sup>。また、患者の症状が強い場合に**ご家族の抑うつが強くなる**<sup>10</sup>ことも報告されています。
- 病状の悪化に伴う苦痛症状や薬などの影響で、患者さんがご家族にあたりたり、これまでと違う行動をとると、ご家族は病気の影響だと頭では理解していても、患者さんのそばにすることがつらく、強いストレスとなります。また、患者さんの苦痛をわがことのように感じてしまい、面会に行きたくても行けなくなることもあります。



## ● 経口摂取の低下

### エビデンス 患者が経口摂取できなくなった家族のつらさに関連する要因

95施設の緩和ケア病棟に入院していた水分・栄養摂取が低下した354名のがん患者さんのご遺族の質問紙調査で、患者さんの経口摂取低下時に、38%が「とてもつらかった」、33%が「つらかった」と感じていました。

	つらさ (オッズ比)	改善の必要性 (オッズ比)
「何もしてあげられない」という無力感や自責感があるご家族は、 ない家族に比べて、つらさが2.5倍になることを示しています。		
「何もしてあげられない」という無力感や自責感を感じた	2.5	1.3
脱水状態で死を迎えることはとても苦しいと思った	1.9	
医師や看護師が、点滴をするかしないかだけでなく、 家族の気持ちや心配ごとも十分聞いてくれた		0.61
患者には、痛みや息苦しきなど十分にやわらげられていない苦痛があった		1.8

Yamagishi,A., Morita,T., Miyashita,M., Sato,K., Tsuneto,S., & Shima,Y. (2010). The care strategy for families of terminally ill cancer patients who become unable to take nourishment orally: recommendations from a nationwide survey of bereaved family members' experiences. *Journal of Pain and Symptom Management*, 40 (5),671–683.



## ● せん妄

- せん妄は、終末期がん患者さんの7割以上におこります。ご家族は、以前と違う患者さんの姿を見るつらさやそれを受け入れることの困難感、また、患者さんをひとりにしておくことへの不安、うまく関わることができなかったことへの自責感などの感情を抱いています<sup>11</sup>。
- またご家族にとって、見当識障害や思考力の低下、コミュニケーションがとれないこと（低活動性の症状）も、不穏（過活動性の興奮症状）と同じくらいつらいせん妄症状であることが報告されています<sup>12</sup>。
- せん妄は、患者の意思決定が困難になるため、患者・家族・医療者間のコンフリクトを生じさせる要因にもなっています。（p.10 Memo参照）
- 約半数のご家族は、薬（モルヒネ）の影響や、患者さんの心の弱さ、死の恐怖、疼痛などの身体的苦痛がせん妄の直接的な原因であるとの誤解を持っていました<sup>11</sup>。

## ● 死前喘鳴

- 死前喘鳴は、亡くなるまでの自然な経過のひとつで、臨終期の患者さんの約4割におこります。患者さんの喘鳴を自然なことだと思っている場合は、ご家族の苦痛が少ない傾向にあることが分かっていますが、約半数のご家族は自然なことだと思っておらず、6割以上のご家族が「溺れているように息が苦しいのではないかと…」といった思いや「窒息するのではないかと…」といった心配を抱えていました<sup>13</sup>。
- 1割ほどのご家族は、ゴロゴロいう音が怖くて患者さんに近寄れなかった<sup>13</sup>ことが報告されています。

## ❗ コンフリクト -----

- 終末期がん患者の《家族・医療者間のコンフリクト》は、水分・栄養の補給 / 臓器障害に対する姑息的治療 / 抗がん治療といった延命治療を差し控えるか、中止することをすすめた時、オピオイドの投与や鎮静を提案した時に主に生じています。また、付き添いや、患者さんへの説明に関することなどで生じています<sup>14</sup>。
- 患者さんの治療やケアなどに関する医療者の提案は、患者のためであるとの認識をしているご家族でも、前述のような誤った認識や不安、つらさなどから、様々な心理的葛藤を抱え苦悩しています。
- 《家族間》では、個々の家族メンバーによって、状況の捉え方や患者さんとの関わりの程度、ニーズは異なるので、意思決定を行う際に意見の対立が生じる場合があります。
- 《患者・家族間》においては、これまでの家族の歴史や関係性の中から生じた葛藤や未解決の問題が表面化し、ご家族の激しい感情が表出される場合もあります。
- 患者さんとの関係性のよくないご家族の場合、身内としての社会的責任や義務感からの関わりとなり、精神的・社会的負担も大きくなります。
- 《危機的状況にあるご家族》の場合、家族自身の苦痛の反応やストレスフルなできごとに対するその人なりの対処法が、医療者には不可解に見える言動やクレームとなって表出されることがあります。

### Memo 📝 コンフリクトはニーズの行き違い

- コンフリクトは、ご家族と患者さんのニーズ（希望・要望）や、医療者との認識の食い違いによって生じている問題と言い換えることができます。
- 一般的な家族のニーズを理解しておくことは、ご家族の思いや希望を把握する際の手がかりとなります。
- ただし、これらのニーズをすべてのご家族が望んでいるとは限らないので、日々の関わりを通して、ご家族が直面している状況に何を思い、考え、どのようなニーズを持っているかを把握し、理解していくことが重要です。

- |                      |
|----------------------|
| 1. 患者のそばにいたい         |
| 2. 患者の役に立ちたい         |
| 3. 患者の安楽の保証をしてほしい    |
| 4. 患者の状態を知りたい        |
| 5. 死期が近づいたことを知りたい    |
| 6. 感情を表出したい          |
| 7. 医療者から受容と支持と慰めを得たい |
| 8. 家族からの慰めと支持がほしい    |
| 9. 患者と対話の時間をもちたい     |
| 10. 自分自身を保ちたい        |

病院における終末期がん患者の配偶者のニーズ

1~8 : Hampe,S.O. (1975). Needs of the grieving spouse in a hospital setting. *Nursing Research*,24 (2), 113-120.  
+ 9, 10 : 鈴木志津枝. (1988). 終末期の夫をもつ妻への看護 : 死亡前・死亡後の妻の心理過程を通して援助を考える. *看護研究*,21 (5),23-34.





# 危機を回避するために必要な3つの要因 『危機回避/問題解決決定要因』

## 「危機回避/問題解決を妨げるものは何か」を明らかにする！

- ・次に、危機回避/問題解決決定要因である「できごとに関する認識」「社会的支持」「対処機制」について情報収集を行い、これらの **充足度** や **適切性**、**支援する必要のある要因** をアセスメントします。

### ● できごとに関する認識

「ストレスフルなできごと」に関する認識や受け止め

- ✓ 家族にとっての意味づけ（価値観、信念）
- ✓ そのできごとに関することをどのように理解、認識しているか
- ✓ できごとをゆがめてとらえたり、感情を抑え込んでいないか

### ● 社会的支持

適切なサポートをしてくれる人の存在と活用

- ✓ キーパーソンおよびキーパーソンを支えている人はだれか
- ✓ 家族の周囲に助けとなる人はいるか
- ✓ 医療者を含め、身近な人に支援を求めることができるか
- ✓ 家族の信念が支援を求めることを妨げていないか  
例) 「自分のことは自分で決める」「人に迷惑をかけたくない」 など
- ✓ 不安や疑問を表出することができるか
- ✓ 自分ひとりで抱え込む傾向はないか
- ✓ 人とのかかわりを避けてないか

### ● 対処機制

ストレスフルな状況に直面した際に不安や緊張を和らげるために用いる手段

- ✓ 通常よく用いる対処（コーピング）の手段
- ✓ 今回のできごとに対してとられた方法

ご家族は「できごとに関する現実的な認識」ができているか  
ご家族は「適切な社会的支持」を得ることができているか  
ご家族は「適切な対処規制」を用いることができているか

18ページへ

19ページへ

20ページへ



## ご家族の「できごとに関する認識」をアセスメントしていますか？

- 今直面しているできごとに、どのような意味づけ/解釈をしているか？  
例)  脅威となるできごと  
 自分たち家族で乗り越えることができる… など
- 今起きている状況を適切に理解、認識できているか？
- できごとを現実的にみているか、ゆがめてみているか？

- ・ご家族が直面しているできごとに関してどのように感じ、受け止めているか を把握します。
- ・ご家族の「できごとに関する認識」と実際の状況とがどの程度一致しているか をアセスメントします。(誤った認識はないか)

- |                      |                |
|----------------------|----------------|
| ✓ 家族の病状理解/認識         | ✓ 治療/ケアについての認識 |
| ✓ 患者・家族の意思/意向についての認識 | ✓ 家族関係についての認識  |

「できごとに関する認識」は、現実起きたできごとに関する主観的なとらえ方で個人差があります。したがって、一般的なご家族の「ストレスフルなできごと」に対してどのような感情を抱き、どのようにとらえているのかを、直接ご家族に聴いたり、ご家族の反応を観察し把握することにより、解決すべき問題を明確にすることができます。

詳細は、22, 23ページ



- ・ご家族が直面しているできごとと心の反応(不均衡状態)との関連を、ご家族自身が気づいているか をアセスメントします。
- ・《ご家族がゆがんだ認識をしている場合》できごとを正しく理解できていないことによるものなのか、それとも心理的防衛機制によるものなのかをアセスメントします。

- ❗ ご家族は「ストレスフルなできごと」を、乗り越えることができないと感じている
- ❗ ご家族は「ストレスフルなできごと」を、ありのままにとらえていない
- ❗ ご家族は「ストレスフルなできごと」と不均衡状態との間に関連があることを認識していない

まずはキーパーソンの認識を把握することから始め、それから他の家族メンバーへと話題を広げながら、ご家族全体の認識や思いを把握していくとよいでしょう。



## Memo

- ・できごとがご家族にとって深刻なもので、重い負担となる場合には、現実逃避したり、ゆがめてとらえたりする **心理的防衛機制** を用いる傾向が増します。
- ・できごとをゆがめてとらえていると、できごととストレスとの関連に気づかないので、不均衡状態を軽減することはできません。
- ・終末期における誤った認識が、死別後の後悔となりご遺族の心身に影響をおよぼしていることもあります。





## ご家族の「社会的支持」をアセスメントしてますか？

- 誰から、どのようなサポートを得ることができているか？
- 身近な人に協力や支援を求められているか？
- どのような家族内 / 家族以外のサポートが必要か？

「今後〇〇さんをサポートしていく上で、ご家族のことを知っておくことも大切なのでお聞きしますが…」

- ・ご家族が、自分を支えてくれると感じている人、信頼できると感じている人、また実際に助けの手を差し伸べてくれる人は誰かを把握します。（**家族関係の把握**）

✓ 家族間（親族も含む）で、コンフリクトはないか？

- ・ご家族が、《**家族内のサポート**》をどのように感じ、考えているかを把握します。（**役割期待、役割葛藤、負担感の把握**）

- ✓ 家族内の役割（患者の介護や家事など）はどのようになっているか？
- ✓ 自分の役割 / 他の家族メンバーの役割をどのようにとらえているか？

- ・ご家族が、《**医療者からの支援**》をどのように感じ、考えているかを把握します。

- ✓ 知りたい情報は得られているか？ 情報量は適切か？
- ✓ どのような支援を得たいと思っているか？

- ❗ 身近に支えてくれる人がいない / 信頼できる人がいない / 相談できる人がいない
- ❗ 人に助けを求めることができない
- ❗ サポートを得るためにどうしたらよいかわからない
- ❗ 人との接触を避け、孤立した状況におかれている
- ❗ 否定的で攻撃的なコミュニケーションが多い

誰に対してどのようにアプローチしていけば家族の力を最大限に引き出すことができるのかを見極めていきましょう。



### Memo ソーシャルサポートの主な内容

- ・道具的（手段的）サポート … 身の回りの介助など直接的な行為を提供するサポート
- ・情動的サポート … 問題解決の助けとなるような情報やアドバイスを提供するサポート
- ・情緒的サポート … 励ましの言葉や共感、安心など、心理面に働きかけるサポート
- ・評価的サポート … 患者や家族の行動や反応に、好意的・肯定的に評価しフィードバックを行うことにより、尊重され受容されているという認知面に働きかけるサポート

House, J.S. (1981). Work stress and social support. Reading, MA: Addison-Wesley.



## ご家族の「対処機制」をアセスメントしていますか？

- ストレスfulなできごとに直面した際に不安や緊張を和らげるために、どのような手段を用いているか？
- 多様な対処行動をバランスよくとっているか？
- 家族の対処適応力 / 問題解決力はどれくらいあるか？

「これまでに、同じ様な経験をされたことはありますか？」  
「今まで何か困難な状況に陥った時、どのように乗り越えましたか？」

- 
- ・ご家族がどのようなコーピングスキルを用いることができるか を把握します。
- ・現在のストレスfulな状況下で、ご家族がどのように対処しているか を把握します。

## ■ 問題焦点型コーピング

- 情報収集** : 経験者から話を聞いたり、詳しい人から必要な情報を収集する
- 計画立案** : どのようにしていくべきか考える
- 責任転嫁** : 責任を他の人に押し付ける、言い逃れをする
- 放棄・諦め** : 自分では手におえない/対処できないと考え、放棄・諦める  
どうすることもできないと、解決を先延ばしにする

・患者のために精一杯尽くす  
・他者にサポートを求める…

## ■ 情動焦点型コーピング

- カタルシス** : 誰かに話を聞いてもらって気持ちを晴らす/気を静めようとする
- 肯定的解釈** : 悪い面ばかりでなく良い面も見つけていく  
悪いことばかりではないと楽観的に考える
- 気晴らし** : 買い物、おしゃべり、飲酒や好物を食べる、落ち着く場所に行く
- 回避的思考** : 考えないようにする、無理にでも忘れるようにする

\* 青字のコーピングは、ストレスfulなできごとを回避する行動/思考です

- 
- ・ご家族の「ストレスfulなできごと」に対応する力、適応力、問題解決力がどれくらいあるのかをアセスメントします。

- ✓ 家族の知識 / 理解力 / 判断力 / 意思決定能力 / ストレスに対する心理的な強さ
- ✓ 現在、ご家族が用いている対処は効果的か？



ご家族が用いている対処は、偏りがあり、効果的ではない

- 情動焦点型コーピングである
- 回避的な行動/思考に偏っている
- 問題焦点型コーピングである

ストレスによる緊張を軽減させる対処機制は、はっきりしている場合とそうでない場合、意識的な場合と無意識的な場合があるので、その対処法を聞き、明らかになった問題解決方法（対処機制）を自覚してもらったり、その人の強みを見出すことが大切です。



## Memo

- ・用いられる対処機制は、個人の性格や価値観、これまでの生活経験に左右され、活用できる対処機制が多いほど効果的な問題解決が可能となります。
- ・問題解決に向けた対処行動がうまくいくかどうかは、社会的支持に強い影響を受けます。



# 終末期がん患者のご家族への支援



## 危機回避/問題解決決定要因の情報共有および修正・強化・充足

### ● 危機介入

危機回避/問題解決決定要因が適切に機能するように計画し、支援します。

- 危機を引き起こす「ストレスフルなできごと」について、  
現実に合った正しい理解、認識がもてるようにする（認知面の修正）
- 活用可能なサポートを取り入れる（社会的支持の強化・調整）
- 新しく多様な対処機制が得られるよう支援する（対処機制の充足）

22~25  
ページ

26~30  
ページ

30ページ

### ● 危機介入の目標

家族の危機的状況を早期にキャッチし介入することで、  
家族の心身状態が危機的状況に陥る前の状態に回復し（均衡の回復）、  
より安定したレベルまで改善することです。

### ● 介入の優先順位

ご家族の日常生活がどの程度影響を受けているかを考慮して決めていきます。

### ● 評価

ご家族の言動の変化から、心理的均衡を取り戻しているか、  
介入は効果的であったかどうかを評価します。

- ✓ 危機回避/問題解決を妨げる要因がどの程度修正されたか
- ✓ 心理的均衡状態を取り戻し、危機を回避/解消できたか
- ✓ 支援は適切であったか

- 《危機が回避されていないと判断した場合》問題解決の過程（取り組み）を引き続き行います。

危機介入は、まずご家族の気持ちや話をよく聞くことから始まります。状況に応じて思いやりのある態度で側に付き添い、感情の表出ができるようにすること、ご家族が現状や自分自身の状況を理解できるようにすること、対処機制を強化し、可能なサポートが得られるようにすることなどの関わりが、よりよい結末を導くうえで大切です。





## 家族に気持ちを聴こう！ — 家族の危機的状況を早期にキャッチする

### ● 家族の心配、ニーズを聴く（問題の明確化）

- 家族の心配（不安や気がかり）、困っていることはないか聴く
- 知りたい情報はないか聴く
- 患者の治療/ケアに関する希望を聴く
- 患者との残された時間をどのように過ごしたいか（場所、付き添いなど）
- 患者にしてあげたいことはないか を聴く

「〇〇さんを見ていらして何か心配なことや、このことを聞いておきたい、こうして差し上げたいということはありませんか？」

「日常生活やお仕事のことなど、〇〇さんのご病気以外のことについても何か気がかりなことはありませんか？」

「ご家族のご負担についても、もしありましたら、何でも遠慮なくお話しくださいね」（家族への説明後や付き添いについて話を聴く時など）

「〇〇さんとお時間で、どのようなことを大切にしていきたいと思っていますか？」  
「このように過ごしたいというようなご希望はありますか？」



- ・ご家族は、患者さんのことだけではなく様々な苦悩を抱えています（p.7参照）、医療者に気持ちを表出してよいとは思っておらず感情を抑え込んでいたり、患者さんを支えることに一生懸命で、自分の心についてまで考える余裕がないご家族もいます。
- ・また、聞きたいことや気がかりなことがあっても言い出せないご家族や、何を聞いたらいいのかわからないご家族もいます<sup>1</sup>。
- ・ご家族は、【感情を表出したい】【医療者から受容と支持と慰めを得たい】そして【自分自身を保ちたい】というニーズを持っています。（p.15参照）
- ・ご家族の危機的状況を早期にキャッチするためにも、日々のご家族との関わりの中でその時々状況に対する思いや抱えている問題はないか、ご家族が思いを表出できるように看護師から積極的に声をかけ、具体的に語ってもらうようにすることが大切です。
- ・ご家族が自身の気持ちを表出された時は、話をさえぎらずに共感的に話を聴いていきます。
 

「ご家族もおつらいですね」

「そのようなお気持ちになられるのは、当然のことだと思います」
- ・ご家族に『自分の気持ちや心配なことを看護師に話してもよいのだ』『困った時には看護師が相談に乗ってくれる』と思ってもらえるようになることは、ご家族の情緒的支援となります。

患者さんの前では本心を言えないご家族も多いので、一度は患者さんのいない場所で尋ねてみましょう。看護師からきっかけを作ることが重要です。



## ● 家族の認識を確認する（問題の明確化）

- 患者の病状理解/認識
- 治療/ケアについての認識
  - 麻薬（オピオイド）
  - 鎮静
  - 輸液・経管栄養
- 患者・家族の意思/意向
- 家族関係

「今の〇〇さんの状況について、〇〇先生からはどのようにお話を聞いていますか？」

「今の〇〇さんのご様子/今行っている治療についてどのように感じておられますか？」

「水分や栄養が取れないことや、点滴について、何か心配されていることや気になっていることはありませんか？」

- 
- ご家族が現実的な認識ができてなく、ゆがんだ認識をしている場合、できごとを正しく理解できていないのか（さらに十分な説明がされていないのか、説明を誤解しているのか）、それとも心理的防衛機制（現実逃避、否認、非現実的/願望的思考、無関心など）によるものなのかの見極めは重要です。
- 十分な説明がされておらず理解が不十分であったり、正しい認識ができていない時は、情報の整理や補足説明を行い、また状況に応じて医師から説明をしてもらうように調整をします。提供される情報の内容や量の調整が必要となることもあります。
- 不安や誤解を抱いているご家族が多い麻薬（オピオイド）、鎮静、輸液・経管栄養の治療や、せん妄の原因、死前喘鳴などは、ご家族の認識を確認しながら丁寧に説明し、不安の軽減、誤解の訂正をします。（意思決定支援、安楽の保証）
- 防衛的退行の段階では、無理に現実目に向けさせるような対応はせず、ご家族の訴えを傾聴し、共感的態度で接することが必要です。

- 
- 個々のご家族によって、状況の捉え方や認識の程度が異なっていることもあるので、ご家族の心理過程にも配慮した適切な情報提供、サポートを提供する必要があります。
- 看護師が、家族メンバー全てに直接働きかけるのは難しいと思われるので、キーパーソンのご家族に他の家族メンバーの状況（不安や予期悲嘆など）や認識、考えを聞き確認します。

「他のご家族は、どうされていますか？」

「他のご家族の方は、どのように思っていますか？」

「他のご家族も、同じように思っていらっしゃるのでしょうか？」



患者が希望していない治療や、医学的な適応が乏しい治療（輸液や経管栄養、民間療法など）をご家族が希望する時、また過度なケアの要求をされたりするような時、その背景には不安や無力感、自責感など強い悲嘆があることが多いので、そうしたご家族の気持ちをくみ取り、ご家族の思い・認識を適宜確認していくようにすることが大切です。



## ● 悲嘆への支援

- ・ 終末期がん患者の家族ケアは、看取りの時期に至るまでの継続的な予期悲嘆への支援であり、その後続く喪失の悲嘆への支援にもつながります。
- ・ 家族の一人ひとりが、悲しみを十分表出できるようにすること、そしてその悲しみをしっかり受け止めることが重要です。
- ・ 看取りの後には、できるだけ患者さんとご家族で過ごす時間、ご家族が悲しむことのできる時間を確保するようにします。そのことが、看取り時のご家族の満足感を上げます<sup>2</sup>。

## ● Bad News が伝えられる時のサポート

- ・ 《**医師がBad Newsを伝える前**》 患者さん・ご家族の心配や情報へのニーズ、希望を把握している時は、事前に医師に伝え、患者さん・ご家族の意向に沿った情報提供がされるようにサポートします。
- ・ 《**医師からBad Newsを伝えられた後**》 患者さん・ご家族のつらい気持ちに共感を示す声かけをし、情緒的なサポートをします。何も言わずにただ傍に寄り添うことが何よりのサポートになることもあります<sup>3</sup>。

「先生からのお話は、ショックでしたね…」

「おつらかったですね…」

「どなたでも同じように感じると思います」

「どうしていくことが〇〇さんにとって一番よいか、みんなで考えていきましょう」

「〇〇さんに対して私たちができる限りのサポートをしていきますので、一緒にがんばっていきましょう」



- ・ 医師からの説明時は、強い心理的ショックで混乱や放心状態になっていることも多いので、**気持ちが少し落ち着いた後日、医師からの説明をどのように受け止めたか、正しい認識ができているか理解度を確認することが大切です。**
- ・ また、いつでもご家族の質問、相談に応じることを言葉できちんと伝えておくこと、普段から一言でも声をかけて話しやすい関係性をつくっておくことも大切です。

「先日の先生からの説明はどうでしたか？ わからないことはなかったですか？」

「今お聞きになりたいことが思い浮かばなくても、あとで思い出すかもしれません。いつでも遠慮なくご質問、ご相談くださいね。」



### Memo Bad News が伝えられる時の看護師の役割

- ・ 患者や家族の気がりや情報ニーズを把握し、医師や他のスタッフに伝える「**代弁者**」としての役割
- ・ 患者や家族に対し「**情緒的サポート**」を提供する役割
- ・ 患者や家族に対する「**情報提供者**」としての役割
- ・ 「**医師へのサポート**」を提供する役割

Radziewics,R., & Baile,W.F. (2001). Communication skills: breaking bad news in the clinical setting. *Oncology Nursing Forum*,28(6),951-953.



## 必要な情報を提供しよう！

- 家族が正しい認識をもてるようにする
- 家族の不安や後悔、心残りが最小限となるようにする

- 家族のニーズに合った情報を、わかりやすい言葉で説明する
- 家族の意思決定や問題解決に必要な正確な情報を提供する
- 家族が正しい理解ができていない時、情報の整理や補足説明を行う
- 家族が希望をもちながら心の準備ができるように説明、助言する
- 家族でも取り入れることができるケアや工夫について助言する

- ・ご家族は、【患者の状態を知りたい】【死期が近づいたことを知りたい】そして【患者の安楽の保証をしてほしい】というニーズを持っています。（p.15参照）
- ・死別に対する準備のためにも、ご家族の多くが、これからどうということが起こるのか（終末期に予測される経過や予後）などの家族の不確かなことについて詳細な情報を知りたいことが報告されています<sup>4,6</sup>。
- ・しかし、一般病院での医師から家族への説明（病状や治療内容、将来の見通しの説明、治療の選択に家族の希望が取り入れられるような配慮）について、約4割のご家族がなんらかの改善の必要性があると考えています<sup>7,8</sup>。
- ・また、看護師の半数が、医師の補足説明として予後のことや、前もって死が近づいた時の状況の具体的な説明をしていなかったことが報告されています<sup>9</sup>。

### Memo 終末期がん患者の家族の情報ニーズ

#### 疾患に関連した情報

1) 疾患に関する情報	がんの性質，病態，今後の経過 など
2) 治療に関する情報	がんに対する治療内容，治療による利益，不利益 など
3) 予後に関する情報	余命

#### ケアに関連した情報

4) 患者の身体的ケアに関する情報	患者の痛みや治療による副作用などの身体的症状に対するケアの方法や対処の仕方
5) 患者の心理的ケアに関する情報	患者の不安，恐れ，落ち込みなどの心理的症状に対するケアの方法や対処の仕方
6) 家族のケアに関する情報	家族の身体的・心理的症状に対する対処法や他者からの支援に関する情報

福井小紀子. (2002). がん患者の家族の情報ニーズおよび情報伝達に関する認識とその関連要因：初期と末期の比較. 日本看護科学会誌, 22(3), 1-9.

● 患者の状態がよいうちから、「しておいたほうがよいこと」について相談にのる

- ・ご家族が患者さんの状況を現実のものとして受け止め、心の準備をすることができるように、ご家族の面会時に患者さんの病状についてその都度丁寧に説明します。
- ・「『急に』患者さんの状態が悪くなってしまい、聞いておきたい・話しておきたい・やってあげたいことがあったのにできなかった…」 「最期の日が近いことをもう少し早く知らせてくれれば…」 というような後悔や心残りがないようにご家族が準備できるようにするためにも、**看護師はある程度の「目安」を意識しておくことが必要**です。


例) 「やってあげたいことができる患者の体力がある時間」「意識があって患者と話ができる時間」…など

- ・多くのがん患者さんは、亡くなる2~3か月前まではある程度問題なく日常生活を送ることができますが、**亡くなる1~2か月前になると急激にADLが低下します<sup>10</sup>**。(約2割の患者さんは、急な病状悪化による急変で亡くなっています。)
- ・また、予測される経過(余命)が医師より伝えられていても、**主治医は実際より有意に長く予後を予測していて、更にご家族は主治医より有意に長く予後を認識していることが報告されています<sup>11</sup>**。(患者さんはご家族よりも更に長く予後を認識しています。)
- ・したがって、このことを看護師が認識し、**患者さんの状態が比較的よい「早い」時期に、ご家族の心の状態に合わせながら、患者さんにやってあげたいこと、しておいたほうがよいことの相談に乗ること、そしてご家族の気持ちに配慮しながら「やってあげたいことがあれば早めに準備しておいたほうがよい」ことを伝えることが、先々のご家族の助けになります。**

「〇〇さんの状態がよくない場合のことを考えることもありますか？」

▣ 療養の場の意思決定 p.29

「ご入院された方のご家族皆さんにお聞きしているのですが、もし〇〇さんの状態が今よりも悪くなったとしたら、その前にしておきたいことなど、何かご希望はありますか？」

 **エビデンス** 家族の希望を支えながら将来に備えるための支援

95施設の緩和ケア病棟に入院していたがん患者さんのご遺族454名の質問紙調査の結果です。

例) 医師・看護師と「達成可能な目標を具体的に話し合えた」と回答したご家族は、そうではなかった人に比べて「希望をもつことができた」と回答する確率が1.9倍であることを示しています。(\*)

「家族が希望をもちながら、心残りのないように準備すること」と「医師・看護師の言動」との関連の強さを示しています。	希望をもちながら準備することができた (オッズ比)	準備することができた (オッズ比)	希望をもつことができた (オッズ比)
患者の状態が比較的よいときから「しておいたほうがよいこと」について相談にのってくれた	3.9	2.6	2.3
家族の心の準備に合わせて説明してくれた		2.6	
達成可能な目標を具体的に話し合えた			1.9 *
患者の体力をつけるのに役立つようなこと(食事やリハビリテーションなど)を一生懸命考えてくれた			1.9
代替療法について、関心をもって相談にのってくれた	3.1	2.2	

Shirado,A., Morita,T., Akazawa,T., Miyashita,M., Sato,K., Tsuneto,S., & Shima,Y. (2013). Both maintaining hope and preparing for death: effects of physicians' and nurses' behaviors from bereaved family members' perspectives. *Journal of Pain and Symptom Management*, 45 (5),848-858.



- また、「余命≠コミュニケーションが取れる時間」ではないことを医療者は知っていますが、特に看取りの経験のないご家族は、徐々に意識が混濁して話ができなくなり最期の時を迎えるというイメージができていません。
- したがって、患者さんと話ができる時間はご家族が思っているよりも短いことが多いので、患者さんが話のできるうちに「聞いておきたいこと」や「伝えておきたいこと」はないか、「会わせたい人」はいないか早めに考えておいた方がよいといったアドバイスが重要になります<sup>12</sup>。最後のコミュニケーションをとれる機会を逃さないようにすることも大切です。
- 家族の気持ちに寄り添って、希望を支えてもらえ、後悔しないように必要なことを教えてくれ、一緒に考えてもらえる支援をご家族は望まれています<sup>13</sup>。

## ● 家族が患者のためにできることをアドバイスする

- ご家族は、【患者のそばにいたい】そして【患者の役に立ちたい】というニーズを持っています。(p.15参照)
- 「患者さんにできる限りのことをしてあげられた」という認識は、死別後のご家族の精神的安定のためにも重要です<sup>4</sup>。
- ご家族の心残りや後悔が最小限となるように、ご家族が「患者さんのためになることができた」と感じることができ、患者さんも喜ぶことを一緒に考え助言します。そのことは、ご家族の無力感や自責感を和らげることにもなります。

例) 食事の工夫、マッサージ、整容、簡単な口腔ケア、患者さんの好きな音楽をかける… など

- また、何もしなくても、そばにいたことが何より患者さんの安心につながっていると伝えることは、ご家族の安心にもつながります。

「そばにいただけでも、  
〇〇さんは安心されていると思いますよ」

## ● 患者との接し方をアドバイスする

- ご家族は、【患者との対話の時間をもちたい】というニーズを持っています。(p.15参照)
- がん治療・緩和ケアに関するご家族の最も多かった要望は、「十分な苦痛緩和をしてほしい」と共に「患者とのコミュニケーションを充実させてほしい」でした<sup>14</sup>。

(ちなみに、次に多かったのが「病状・治療・予後に関して十分な説明をしてほしい」でした。)

- ご家族は、患者さんの感情やその変化に戸惑いを感じ、どのように接したらよいか不安も抱えているので、患者さんへの関わり方をアドバイスすることはご家族の助けになります<sup>15</sup>。

「『心配だよね』『つらいよね』と声をかけることは、  
〇〇さんにご家族が気持ちを理解しているということが伝わりますよ」

「『がんばってね』ではなく『がんばってるね』と声をかけるといいですよ」

「否定はしないで、〇〇さんのお話に合わせていつも通り接していただくと  
〇〇さんも安心されると思います」(せん妄の時など)

「できるだけ今までと同じように声をかけてあげてください」



「ご家族のみなさんに声をかけていただいたり、～～をしていただけると  
〇〇さんも喜ばれると思います。一緒にやってみませんか？」

- 看取り時は、多くのご家族が、患者さんにどう接したらよいのか、どのようにしてあげたらよいのかわからず不安を感じているので、手を握る、身体をさする、唇を湿らすなどのご家族にできることを伝えます。
- 患者さんの聴覚は最期まで保たれていることを伝えられたご家族の多くが助けになったと評価しており、伝えられなかったご家族の4割が「伝えてもらえたらよかった」と思っていることが報告されています<sup>16</sup>。
- また、「患者さんに言葉で思いを伝え気持ちが伝わった」と思うご家族の後悔は少ないことが分かっています。ただし、日本特有のコミュニケーションとして「言葉にしなくても気持ちは伝わっていた」と思っているご家族も多いので、単にすべてのご家族に思いを伝えるように促せばよいというものでもありません<sup>16</sup>。
- タイミングを逃すなどで患者さんに思いを伝えられず、後悔やつらさを感じているご家族には、その思いを十分受け止めたうえで、「言葉で伝えられなくても気持ちは伝わっていた」と思えるよう意味づけられるような声かけをすることが重要です。

「私たちは、〇〇さんのつらさがなるべく少なくなるように十分ケアしていきますので安心してください」

## ● 患者の安楽(苦痛がないこと)を保証する — 家族が安心して患者にそばにいれるようにする

- ご家族は、患者さんの状態は終末期において普通のことなのか、苦しんでいないのか、これからどうになってしまうのかといった思いを抱えながら患者さんの傍にいます。
- 患者さんの苦痛が最小限になるように努力し、十分な症状緩和に努めることは基本ですが、こうしたご家族の不安な気持ちを軽減するために、看護師は**一般的な終末期(死)の経過を理解し、ご家族に適宜わかりやすく説明できるようにする必要があります**。
- 常に患者さんが苦痛を感じていないか気かけ（表情や眉間のしわ、手足の動きがないかなど）、死前喘鳴や下顎呼吸、唸吟や半開眼の状態などは亡くなるまでの自然な経過であり、**患者さんに苦痛がないことを言葉で伝えることが大切です**。
- 看取り時に、「患者は苦しくないと思うことを教えてくれた」「どう患者に接したらよいかを教えてくれたり一緒に考えてくれた」ことが、ご家族の満足度を上げることが分かっています<sup>2</sup>。
- そして、「**医療用麻薬や鎮静は寿命を短くするものではない**」ことを、はっきりと伝えておくことも大切です。（ご家族は「**医療用麻薬についての不安をやわらげてほしい**」要望を持っています<sup>13,14</sup>。）

「穏やかなお顔をされていますね」

「お薬を使うと寿命が短くなるのではないかとご心配されているかもしれませんが  
「苦しさが取れるだけの量のお薬を使いますから、使ったからといってそのせいで必ず寿命が短くなるということはありません」

## ● 家族の意思決定を支援する

- 先々の療養場所についての患者さん・ご家族の考えを聴き、必要な情報提供や多職種と連携し、患者さんが希望する場所で過ごせるようにすることは、患者さんのQOLに影響します<sup>17</sup>。
  - ご家族が患者さんの価値観や意向を理解し、できる限り話し合い、合意に近づいた状態で決断に至ることが、ご家族にとって患者さんの意思を尊重し決定できたという満足感と安心につながります<sup>18</sup>。
  - しかし、患者・家族それぞれに「望む療養場所」や「最期の過ごし方」を確認している看護師は4～5割でした<sup>19</sup>。
  - また、意思決定のプロセスにおいて、**約4割のご家族が心理的重圧や苦痛を感じており、3割のご家族が、家族の心配事や気持ちを聞く、価値観を共有する関わりはなかった**と思っており、これらは家族の負担感と関係していたことが報告されています<sup>20</sup>。
  - したがって、療養場所の選択は家族にとって負担となっていることを念頭に、**早期からご家族がどのような希望を持っているのか、その希望を実現する力をどの程度持っているのかを把握し、サポートしていくことが重要です。**
  - また、一度決定した後でも、希望はいつでも変えることができることを伝えておくことも大切です。

「お気持ちが変わることもあるかもしれませんので、そのような時はいつでも言ってくださいね」
  - 社会的・経済的理由などで患者さんの意思を第一に優先できない状況が、死別後においてもご家族を苦しめることがあるので、ご家族が罪悪感や無力感を抱くことのないよう、**ご家族が最終的に決定したことに対して「これでよかったのだ」と思えるように肯定的フィードバックをし、ご家族の意思決定を支持することが大切です。**
- 
- 患者さんの意思決定・意思表示が困難な場合、「**家族の大切な役割は患者の意思を推測することで、すべての意思決定の責任を家族が負うのではないこと**」「**家族ひとりで決めるのではなく、医師・看護師も一緒に考え責任を共有すること**」を明確に伝えることが重要です。

「私たちは、今までの〇〇さんの生き方や価値観を大切にしたいと考えています」

「もし〇〇さんが十分お話できる状態でしたら、今のような状況の時、どのような治療を希望されるでしょうか？」  
「〇〇さんが以前、おっしゃっていたことはありますか？」

「とてもおつらい決断ですよ…でも、ご家族だけに決めてくださいということでは決してありません」

「私たちも、ご家族のお考えを伺ったうえで、一番よい方法を一緒に考え、責任をもって行いたいと考えています」
  - キーパーソン(家族内で決定権を持っている人)だけでなく、他のご家族(親戚も含め)それぞれが納得した合意形成ができたか確認することも大切です。



## 家族自身の力を引き出そう！

- 可能なサポートを取り入れる
- 多様な対処機制が得られるようにする

### ● 身近な人に協力や支援を求められることができるようにする（家族役割の調整）

- ・ご家族が支えになってくれる人の存在を認識し、適切な援助を求められることができるように支援します。

「今話されたことは、他のご家族にもお話しされていますか？」

「他のご家族にも相談してみませんか？」

### ● ご家族の健康への配慮とストレスへの対処をアドバイスする

- ・いつも患者さんに付きっきりで献身的な看病をするなど、医療者から過度に頑張りすぎているように見えるご家族の中には、「疲れてもいいから、患者のためにできる限りのことをしたい」という気持ちのご家族も少なくありません。
- ・自分自身のストレス、心身の不調に気づいていながらも、患者さんの方がつらい状況にあるのだから自分が休むわけにはいかないと、**ストレスへの対処を十分に図ろうとしないご家族も多いので、疲れた時には一人で抱え込まないようにすることを伝え、対処することができるように支援します。**

「お疲れではないですか？」

「お休みになられていますか？」

「〇〇さんが休まれている時は、ご家族も身体を休めてくださいね」

「おひとりで抱え込まないでくださいね」

「身近な人に話を聞いてもらうと、お気持ちが楽になりますよ」

「気分転換に、好きなことやゆっくり入浴されるなどして、リラックスできる時間をもつことも大切です」



- ・ご家族が自分自身のストレスへの対処をきちんとすることが、**患者さんのケアの充実にもつながることを伝えることも必要**です<sup>15</sup>。

「ご家族がたまに休息をとってリフレッシュされた方が、〇〇さんもきっと安心されますよ」

### ● 肯定的なフィードバックやご家族の強みを伝える

- ・ご家族の達成感が得られ、自尊心が強化されるようにします。（死別前～臨終後）

「がんばっていらっしゃいますね（ましたね）」

「〇〇さんは、感謝していらっしゃいましたよ」

「お互いを思いやってこられたご家族なのでね」

### ● 家族間のコミュニケーションをサポートする（家族関係の調整）

- ・家族内の問題は、医療者が介入できる問題とそうでないものを区別する必要があります<sup>21</sup>。
- ・患者・家族間の意見の食い違いなどは、それぞれの立場や思いに十分理解を示し、互いの思いや考えを伝える手助けをします。どのようにするのが患者さんにとって一番よいかを具体的に話し合い、家族全体の納得が得られるように調整します。（意思決定支援）
- ・家族内の確執など、医療者が介入できない家族間の問題に関しては、解決できなくてもご家族の話に耳を傾け、感情の表出を促し、共感を示すことで、ご家族が「気にかけてくれている」「わかってもらえた」という気持ちになれば、それは情緒的支援になります。

# 参考資料

## ご家族への対応の参考となるツール・文献

### ● 看取りの時期の家族への対応



● 家族・遺族を対象とした国内外の調査結果と、日本での大規模な量的研究の結果をもとに作成された、家族・遺族の体験を反映した家族用のパンフレットです。

● ご家族が、自宅を含めて安心して看取れることを目的として作成されたツールで、亡くなる一週間前後の一般的な経過を中心として、多くのご家族が心配・不安な内容について、わかりやすく記載されています。

#### 【内容】

- これからの過ごし方について
- これからどうなるのでしょうか
- 苦しさは増すのでしょうか
- せん妄がみられるとき
- 喘鳴があるとき
- 点滴について考えるとき

● したがって、ご家族から上記の心配や不安を表出された時の対応や、看取りの時期のケア、ご家族への説明（亡くなるまでの経過、患者への対応の仕方、家族ができることなど）をどのようにしたらよいか知りたい時、看護師にも参考となるツールです。

#### 【ダウンロード先】

日本緩和医療学会 緩和ケア継続教育プログラム PEACE PROJECT ホームページ  
▶ 緩和ケア研修会資料ダウンロード ▶ 緩和ケア研修会教材 ▶ その他の資料〈患者・家族用パンフレット〉12. これからの過ごし方について（看取りのパンフレット）PDF  
<http://www.ispm-peace.jp/support/pdfdownload.php>

### ● 患者・家族へどう声をかけたらいいかわからない時の対応のヒント



● 緩和ケアのエキスパートが「魔法の言葉」だと思っている言葉、「力のある言葉」「これは、という言葉」が紹介されています。

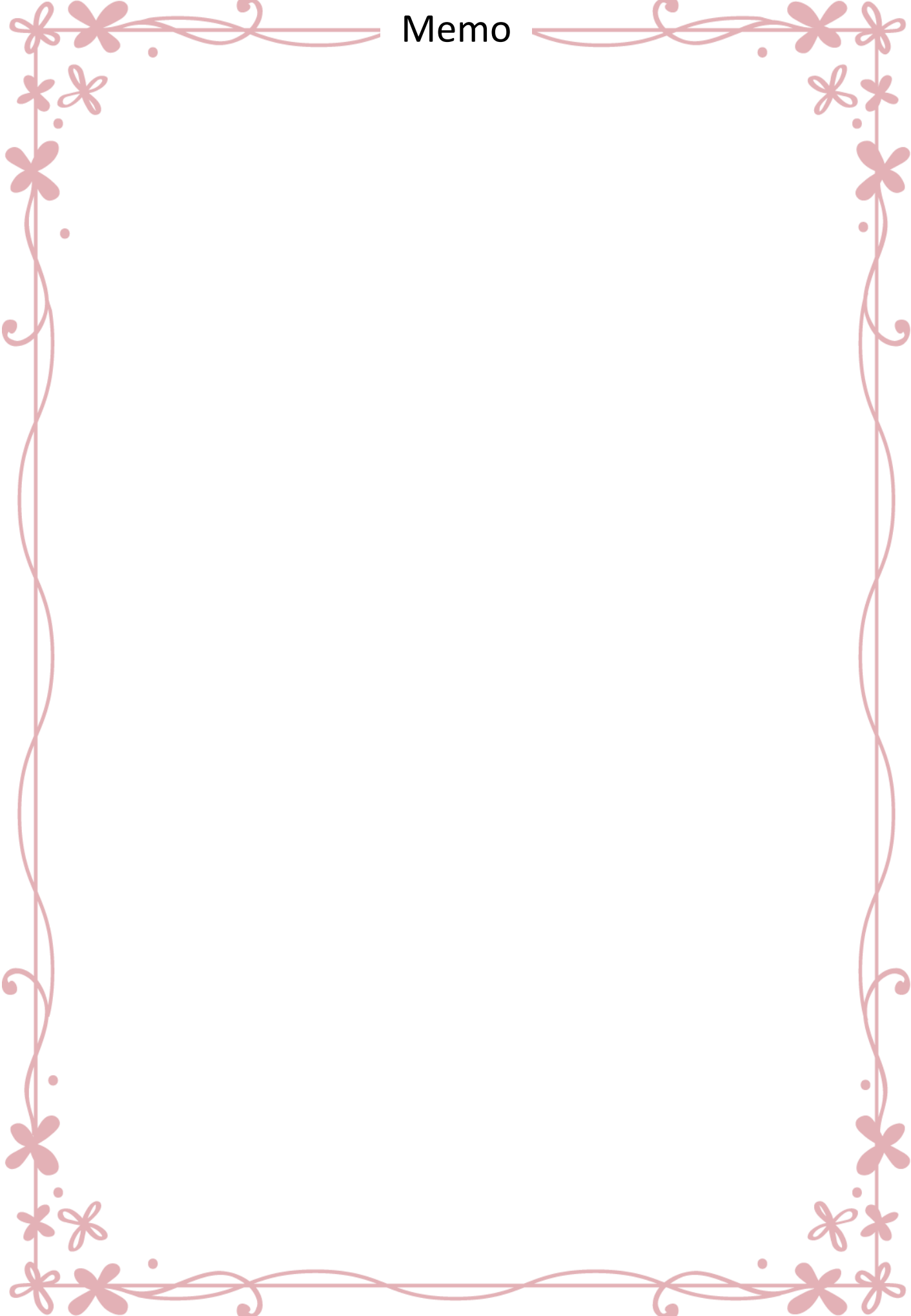
● 何か患者家族の役に立ちたい、だけど、こんな時どう声をかけたらいいのかな、どう声を最初にかけたらいいか言葉が見当たらない…そんな時にヒントをくれる本です。

#### 【内容】

- 頑張る患者・家族への魔法の言葉
- 行き詰った時の魔法の言葉
- 感情に圧倒されている時の魔法の言葉
- 決める時や後悔を感じている時の魔法の言葉
- 症状コントロールの際の魔法の言葉
- 在宅や緩和ケア病棟を紹介する時の魔法の言葉
- 最後の数日の魔法の言葉
- 初めて会う時の魔法の言葉

● 緩和ケア 2016年6月増刊号、青海社、¥3,240

Memo



# 引用文献

## 【はじめに】

1. 清水恵. (2013). 緩和ケア病棟における医療者・家族間の説明/話し合いの現状について. 「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」運営委員会(編), 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究2 (pp. 88–97). 青海社.
2. Yoshida,S., Hirai,K., Morita,T., Shiozaki,M., Miyashita,M., Sato,K.,...Shima,Y. (2011). Experience with prognostic disclosure of families of Japanese patients with cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*,41 (3),594–603.
3. Shinjo,T., Morita,T., Hirai,K., Miyashita,M., Sato,K., Tsuneto,S., & Shima,Y. (2010). Care for imminently dying cancer patients: Family members' experiences and recommendations. *Journal of Clinical Oncology*,28(1),142–148.
4. 白土明美, 森田達也. (2010). 遺族からみた終末期がん患者の家族の希望を支え、将来に備えるための望ましいケア. 「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」運営委員会(編), 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 (pp. 69–74). 青海社.
5. 福井小紀子, 猫田泰敏. (2004). 一般病棟における末期がん患者の家族に対するケア提供の実態およびその関連要因の検討. *日本看護科学会誌*,24 (4),46–54.
6. Boyd,D., Merkh,K., Rutledge,D.N., & Randall,V. (2011). Nurses' perceptions and experiences with end-of-life communication and care. *Oncology Nursing Forum*,38(3),E229–239.
7. Beckstrand,R.L., Rawle,N.L., Callister,L., & Mandelco,B.L. (2009). Oncology nurses' perceptions of obstacles and supportive behaviors at the end of life. *Oncology Nursing Forum*,36(4),446–453.
8. Schulman-Green,D., McCorkle,R., Cherlin,E., Johnson-Hurzeler,R., & Bradley,E.H. (2005). Nurses' communication of prognosis and implications for hospice referral: A study of nurses caring for terminally ill hospitalized patients. *American Journal of Critical Care*,14(1),64–70.
9. Hancock,K., Clayton,J.M., Parker,S.M., Walder,S., Butow,P.N., Carrick,S.,...Tattersall,M.H. (2007). Discrepant perceptions about end-of-life communication: A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*,34(2), 190–200.
10. Csikai,E.L. (2006). Bereaved hospice caregivers' perceptions of the end-of-life care communication process and the involvement of health care professionals. *Journal of Palliative Medicine*,9(6),1300–1309.
11. Cherlin,E., Fried,T., Prigerson,H.G., Schulman-Green,D., Johnson-Hurzeler,R., & Bradley,E.H. (2005). Communication between physicians and family caregivers about care at the end of life: When do discussions occur and what is said? *Journal of Palliative Medicine*,8(6),1176–1185.
12. Hudson,P.L., Aranda,S., & Kristjanson,L.J. (2004). Meeting the supportive needs of family caregivers in palliative care: Challenges for health professionals. *Journal of Palliative Medicine*,7(1),19–25.

## 【このガイドについて】 (p. 2~4)

1. 小島操子. (1986). 危機状況にある患者の理解と看護の役割. *看護学雑誌*,50 (10),1106–1113.
- McEvoy,M.D. & Egan,E.E. (1979). The process of developing a nursing intervention model, *Journal of Nursing Education*,18(4),19–25.
2. 木澤義之. (2012). 緩和ケアチームの全国調査. 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会(編), ホスピス緩和ケア白書2012 (pp.1–5). 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団.
3. Pitceathly,C. & Maguire,P. (2003). The psychological impact of cancer on patients' partners and other key relatives: A review. *European Journal of Cancer*,39(11),1517–1524.
4. Braun,M., Mikulincer,M., Rydall,A., Walsh,A., & Rodin,G. (2007). Hidden morbidity in cancer: Spouse caregivers. *Journal of Clinical Oncology*,25(30),4829–4834.
5. Kissane,D.W., & Bloch,S. (1994). Family grief. *The British Journal of Psychiatry*,164(6),728–740.
6. Ringdal,G.I., Ringdal,K., Jordhøy,M.S., Ahlner-Elmqvist,M., Jannert,M., & Kaasa,S. (2004). Health-related quality of life (HRQOL) in family members of cancer victims: Results from a longitudinal intervention study in Norway and Sweden. *Palliative Medicine*,18(2),108–120.
7. Garrido,M.M., & Prigerson,H.G. (2014). The end-of life experience: Modifiable predictors of caregivers' bereavement adjustment. *Cancer*,120(6),918–925.
8. Abbott,C.H., Prigerson,H.G., & Maciejewski,P.K. (2014). The influence of patients' quality of life at the end of life on bereaved caregivers' suicidal ideation. *Journal of Pain and Symptom Management*,48(3),459–464.
9. Akechi,T., Akizuki,N., Okumura,M., Shimizu,K., Oba,A., Ito,T.,...Uchitomi,Y. (2006). Psychological distress experienced by families of cancer patients: Preliminary findings from psychiatric consultation of a Cancer Center Hospital. *Japanese Journal of Clinical Oncology*,36(5),329–332.
10. Ishida,M., Onishi,H., Matsubara,M., Tada,Y., Ito,H., Narabayashi,M.,...Uchitomi,Y. (2012). Psychological distress of the bereaved seeking medical counseling at a cancer center. *Japanese Journal of Clinical Oncology*,42(6),506–512.
11. 吉岡さおり, 池内香織, 山田苗代, 小笠原知枝 (2006). 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.

## 【ストレスフルなできごと】 (p. 7~15)

1. 守田美奈子, 酒井敬介, 奥原秀盛, 吉次道泰, 天野幹子, 吉川裕子,...竹中文良. (1999). がん患者を抱える家族のQOL. *死の臨床*,22(1),88–94.
2. 近藤まゆみ. (2011). 一般病棟でのがん終末期の家族ケアの現状. *家族看護*,9(1),52–57.
3. 松島英介. (2007). 一般病院における緩和医療の実態. 厚生労働省科学研究費補助金 医療技術評価総合研究事業: わが国の尊厳死に関する研究. 平成18年度総括・分担研究報告書,43–51.
4. Gabbay,B.B., Matsumura,S., Etzioni,S., Asch,S.M., Rosenfeld,K.E., Shiojiri,T.,...Lorenz,K.A. (2005). Negotiating end-of-life decision making: a comparison of Japanese and U.S. residents' approaches. *Academic Medicine*,80(7),617–621.
5. 新城拓也. (2013). 医療用麻薬の使用に対する遺族の体験に基づいた認識と意向. 「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」運営委員会(編), 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究2 (pp. 50–58). 青海社.

6. Morita,T., Miyashita,M., Shibagaki,M., Hirai,K., Ashiya,T., Ishihara,T,...Uchitomi,Y. (2006). Knowledge and beliefs about end-of-life care and the effects of specialized palliative care: a population-based survey in Japan. *Journal of Pain and Symptom Management*,31 (4),306–316.
7. 池永昌之. (2013). 苦痛緩和のための鎮静（セデーション）に関する家族への説明・ケアについての検討。「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」運営委員会（編），遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 2 (pp. 43–49). 青海社.
8. Meares,C.J. (1997). Primary caregiver perceptions of intake cessation in patients who are terminally ill. *Oncology Nursing Forum*, 24 (10),1751–1757.
9. Morita,T., Tsunoda,J., Inoue,S., & Chihara,S. (1999). Perceptions and decision-making on rehydration of terminally ill cancer patients and family members. *American Journal of Hospice and Palliative Care*,16 (3), 509–516.
10. Given,B.A., Given,C.W., Helms,E., Stommel,M., & DeVoss,D.N. (1997). Determinants of family care giver reaction. New and recurrent cancer. *Cancer Practice*,5 (1),17–24.
11. Namba,M., Morita,T., Imura,C., Kiyohara,E., Ishikawa,S., & Hirai,K. (2007). Terminal delirium: families' experience. *Palliative Medicine*,21 (7),587–594.
12. Morita,T., Hirai,K., Sakaguchi,Y., Tsuneto,S., & Shima,Y. (2004). Family-perceived distress from delirium-related symptoms of terminally ill cancer patients. *Psychosomatics*,45 (2), 107–113.
13. Shimizu,Y., Miyashita,M., Morita,T., Sato,K., Tsuneto,S., & Shima,Y. (2014). Care strategy for death rattle in terminally ill cancer patients and their family members: recommendations from a cross-sectional nationwide survey of bereaved family members' perceptions. *Journal of Pain and Symptom Management*,48 (1),2–12.
14. 森田達也, 角田純一, 井上聡, 千原明. (1999). 緩和ケアにおける家族・医療者間葛藤に関する予備的調査. *死の臨床*,22 (1),81–87.

## 【ご家族への支援】 (p22～30)

1. Hebert,R.S., Schulz,R., Copeland,V., & Arnold,R.M. (2008). What questions do family caregivers want to discuss with health care providers in order to prepare for the death of a loved one? An ethnographic study of caregivers of patients at end of life. *Journal of Palliative Medicine*,11 (3),476–483.
2. Shinjo,T., Morita,T., Hirai,K., Miyashita,M., Sato,K., Tsuneto,S., & Shima,Y. (2010). Care for imminently dying cancer patients: Family members' experiences and recommendations. *Journal of Clinical Oncology*,28 (1),142–148.
3. 梅澤志乃. (2007). 医師・看護師の連携と看護師が伝える悪い知らせ. 内富庸介, 藤森麻衣子(編), がん医療におけるコミュニケーション・スキル—悪い知らせをどう伝えるか (pp.115–124). 医学書院.
4. Hudson,P.L. (2006). How well do family caregivers cope after caring for a relative with advanced disease and how can health professionals enhance their support? *Journal of Palliative Medicine*,9 (3),694–703.
5. Clayton,J.M., Butow,P.N., Arnold,R.M., & Tattersall,M.H. (2005). Discussing end-of-life issues with terminally ill cancer patients and their carers: a qualitative study. *Support Care Cancer*,13 (8),589–599.
6. Mangan,P.A., Taylor,K.L., Yabroff,K.R., Fleming,D.A., & Ingham,J.M. (2003). Caregiving near the end of life: Unmet needs and potential solutions. *Palliative Support Care*,1 (3), 247–59.
7. 清水恵. (2013). ケアのプロセスの評価。「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」運営委員会（編），遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 2 (pp. 12–16). 青海社.
8. 宮下光令. (2013). 遺族からみた緩和ケアの質評価・quality of life・満足度・介護負担. 平成24年度 厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」班(編), OPTIM Report 2012 エビデンスと提言—緩和ケア普及のための地域プロジェクト報告書 (pp. 391–393). 青海社.
9. 福井小紀子, 猫田泰敏. (2004). 一般病棟における末期がん患者の家族に対するケア提供の実態およびその関連要因の検討. *日本看護科学会誌*,24 (4),46–54.
10. Lunney,J.R., Lynn,J., Foley,D.J., Lipson,S., & Guralnik,J.M. (2003). Patterns of functional decline at the end of life. *JAMA: The journal of the American Medical Association*,289 (18), 2387–2392.
11. 佐藤恭子, 目時陽子, 井川理映子, 石黒浩史, 狩野真由美, 宮森正. (2013). 主治医と患者・家族における「予後認識のずれ」についての研究. *死の臨床*,36 (1),145–149.
12. 森田達也, 白土明美. (2016). エビデンスからわかる患者と家族に届く緩和ケア (pp.80).医学書院.
13. 山田博英, 小田切拓也, 津村明美, 井村千鶴, 宮下光令, 森田達也. (2012). 患者・遺族調査から作成した医療者向け冊子「がん患者さん・ご家族の声」. *Palliative Care Research*,7 (1),342–347.
14. 古村和江, 宮下光令, 木澤義之, 川越正平, 秋月伸哉, 山岸曉美,...江口研二. (2011). 進行がん患者と遺族のがん治療と緩和ケアに対する要望—821名の自由記述からの示唆. *Palliative Care Research*,6 (2),237–245.
15. 浅井真理子. (2007). 家族への対応. 内富庸介, 藤森麻衣子(編),がん医療におけるコミュニケーション・スキル—悪い知らせをどう伝えるか (pp.112–114). 医学書院.
16. 中里和弘. (2013). ホスピス・緩和ケア病棟の患者 - 家族間で交わされる思い・言葉について—患者 - 家族が伝え合う「ありがとう」を支えるために—。「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」運営委員会（編），遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 2 (pp. 75–81). 青海社.
17. Kinoshita,H., Maeda,I., Morita,T., Miyashita,M., Yamagishi,A., Shirahige,Y,...Eguchi,K. (2015). Place of death and the differences in patient quality of death and dying and caregiver burden. *Journal of Clinical Oncology*,33 (4),357–363.
18. 櫻井智穂子. (2014). エンド・オブ・ライフケアにおける家族の意思決定支援—最善のケアを導く「対話」と「プロセス」の重要性. *家族看護*,12 (1),44–49.
19. 河野由美. (2014). 病棟看護師の終末期患者への在宅療養に向けた退院支援に影響する要因. *日本看護科学会誌*,34 (1),123–130.
20. 荒尾晴恵. (2016). 終末期がん患者の療養場所の意思決定プロセスにおける家族の負担感に関する研究.「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」運営委員会（編），遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 3 (pp. 96–101). 青海社.
21. 木下寛也. (2009). 家族とのコミュニケーション・スキル. 藤森麻衣子, 内富庸介(編),続・がん医療におけるコミュニケーション・スキル—実践に学ぶ悪い知らせの伝え方 (pp.140–148). 医学書院.



# 参考文献

## 【危機理論 および ストレス・コーピング】

1. Aguilera,D.C. (1994 / 1997). 小松源助, 荒川義子(訳), 危機介入の理論と実際－医療・看護・福祉のために. 川島書店.
2. 寺崎明美, 奥園夏美. (2010). ストレス・危機理論. 寺崎明美(編), 対象喪失の看護－実践の科学と心の癒し (pp.54–62). 中央法規出版.
3. 舘山光子. (2010). 危機理論. 野川道子(編),看護実践に活かす中範囲理論 (pp.185–205). メヂカルフレンド社.
4. 茂庭知子. (2010). ストレス・コーピング理論. 野川道子(編),看護実践に活かす中範囲理論 (pp.206–222). メヂカルフレンド社.
5. 武藤教志. (2012). 専門的な思考を鍛える看護のためのフレームワーク (pp.52–53). 精神看護出版.
6. Ziegler,S.M. (1993 / 2002). 竹尾恵子(監訳),理論にもとづく看護実践－心理学・社会学の理論の応用 (pp.6–30). 医学書院.
7. 吉田智美. (1996). がんの終末期で症状緩和をうける患者の家族のストレス・コーピング－一般病棟と緩和ケア病棟の比較－. 日本看護科学会誌,16(3),10–20.
8. 加藤亜妃子, 水野道代. (2009). 終末期がん患者を看病する配偶者のストレス－対処過程. 日本がん看護学会誌,23(3),4–13.
9. 神村栄一, 海老原由香, 佐藤健二, 戸ヶ崎泰子, 坂野雄二. (1995). 対処方略の三次元モデルの検討と新しい尺度 (TAC-24) の作成. 教育相談研究,33, 41–47.

## 【家族看護】

1. 野嶋佐由美(監修), 中野綾美(編). (2005). 家族エンパワーメントをもたらす看護実践. へるす出版.
2. 鈴木和子, 渡辺裕子. (2012). 家族看護学－理論と実践 第4版. 日本看護協会出版会.
3. 柳原清子. (2008). がん患者の家族に起きている現象と家族ケアのあり方. 家族看護,6(2),6–10.
4. 柳原清子. (2011). がん終末期における家族看護学の主要概念の整理と最新概念. 家族看護,9(1),10–17.
5. 渡辺裕子. (2003). 終末期患者の家族の看護－家族との向き合い方. 家族看護,1(2),6–11.
6. 渡辺裕子. (2008). がん患者の家族支援に関するナースのジレンマ. 家族看護,6(2),11–18.
7. 鈴木志津枝. (2003). 家族がたどる心理的プロセスとニーズ. 家族看護,1(2),35–42.
8. 鈴木志津枝. (2012). グリーフケアとしての終末期ケア. 家族看護,10(2),37–45.
9. 池田久乃. (2003). 一般病棟における終末期患者の家族への看護. 家族看護,1(2),57–62.
10. 梅澤志乃. (2008). がん患者の家族への情緒的支援. 家族看護,6(2),88–92.
11. 大西秀樹, 西田知未, 和田芽衣, 石田真弓, 和田信. (2008). がん患者の家族の相互理解 (コミュニケーション) を促す援助. 家族看護,6(2),103–108.
12. 小笠原利枝. (2006). 臨死期における遺族ケア. 家族看護,4(2),46–50.

## 【緩和ケア】

1. 森田達也, 白土明美. (2016). エビデンスからわかる患者と家族に届く緩和ケア (pp.71–180). 医学書院.
2. 余宮きのみ. (2011). ここが知りたかった緩和ケア (pp.224–241). 南江堂.
3. 緩和ケア普及のための地域プロジェクト(編). (n.d.). 浜松市1000件の調査に基づくがん患者さん・ご家族の声. [http://www.seirei.or.jp/optim/material/pdf/voice\\_00.pdf](http://www.seirei.or.jp/optim/material/pdf/voice_00.pdf)
4. 日本緩和医療学会 緩和医療ガイドライン作成委員会(編). (2010). 苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン2010年版 (pp.32–34). 金原出版.

## おわりに

以前、緩和ケア病棟で大切な家族の一員を看取られたご遺族に、遺族ケアについてインタビューをする機会がありました。緩和ケア病棟は、一般病棟と比べより専門的で環境面でも整っているため、私たち医療者は無条件に、終末期の患者さんご家族にとってよりよいだろうと考えてはいないでしょうか。しかし、緩和ケア病棟へ転院するまでお世話になった病院、そしてそれまで患者さんご家族を支え、慣れ親しんだ一般病棟の看護師さんへの感謝の気持ちを語られたご遺族がたくさんいらっしゃいました。

一般病棟では、多くの診断・治療期の患者さんを抱え、かつ重症化・複雑化しているため、一般病棟の看護師は多くの業務に追われています。特に終末期においては、家族への支援は不可欠ですが、すべてのご家族に多くの時間をとって関わることは難しい現状でしょう。一方、一見「問題のない家族」のように見えても、大きなストレスや問題を抱え込んでいるご家族も存在します。

どのようなご家族に時間をかけて早期から関わった方がよいかを見極めるには、ストレスフルなできごとに直面しているご家族の思いや状況をしっかりとらえ、危機に陥るリスクのある家族であるかどうか、問題を乗り越えていく力のある家族であるかどうかのアセスメントが重要です。そのことで、誰に対してどのようにアプローチしていけば、ご家族の力を最大限に引き出すことができるかといった支援の糸口が見えてきます。

ご家族の支援において重要な要素をこれまで述べてきましたが、「これをすれば大丈夫」というものではありません。このガイドが、ご家族への関わり方を模索している多くの看護師さんの助けとなり、ご家族の持つ力を引き出す“ちょっとした”関わりが広がっていくことを願っています。



このガイドは、2015年度公益財団法人笹川記念保健協力財団の助成を受けて、筑波大学大学院 牟田理恵子が作成いたしました。



Supported by  日本 THE NIPPON 財団 FOUNDATION

2016年11月11日 第1版

## 「終末期がん患者さんのご家族支援ガイド」に関する アンケート

- このアンケートは、「終末期がん患者さんのご家族支援ガイド」がみなさんのお役に立つガイドであったかを評価していただくことを目的としております。
- あなたご自身についてお聞きする設問もありますが、その回答であなたを評価するものではありません。
- このアンケートは6ページで構成され、ほとんどの設問は選択式になっています。アンケートへの回答記入には、15～20分程度を要します。
- 回答はすべて統計的に処理し、個人のお名前や回答が明らかになることはありません。（無記名でのアンケート調査です。）
- **ガイドを一通り読まれた方は**、その理由として該当する番号に○を付けてから、次ページからのアンケートにご回答ください。

- |                        |                |
|------------------------|----------------|
| 1. ガイドの内容に興味があったから     | 2. 研究に興味があったから |
| 3. 上司にガイドを読むように勧められたから |                |
| 4. 同僚もアンケート調査に参加していたから |                |
| 5. その他（                | ）（複数回答可）       |

- **ガイドを読まれなかった方、途中で読むのをやめた方は**、その理由として該当する番号に○を付けてから、次ページからのアンケートの **I** **III** **IV** にご回答ください。

- |                           |                       |
|---------------------------|-----------------------|
| 1. 忙しかったから                | 2. ガイドの内容に興味を持てなかったから |
| 3. ガイドの情報量が多かったから         | 4. 思っていた内容と違ったから      |
| 5. 上司に勧められてアンケート調査に参加したから |                       |
| 6. その他（                   | ）（複数回答可）              |

- ご記入いただきましたアンケートは、封筒に入れ密封し、各病棟の所定のボックスにご投函いただきますよう、お願いいたします。
- 投函期限は、**2017年●月●日（●）**とさせていただきます。  
ご多忙中大変恐縮ですが、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

I

最初に、あなたご自身と所属する病棟についてお聞きします。  
該当する番号に○を付けるか、( )内に回答をご記入ください。

○ 年齢 ( ) 歳

○ 性別 1. 女 2. 男

○ 臨床経験年数 ( ) 年 ( ) ヶ月

○ 終末期がん患者の看護経験年数 ( ) 年 ( ) ヶ月

○ 医療・福祉・教育に関する資格

1. 看護師 2. 保健師  
3. 認定看護師 (分野: )  
4. 専門看護師 (分野: )  
5. その他 ( )

○ 職位/役割

1. スタッフナース 2. モジュールリーダー 3. 主任

○ 最終学歴

1. 専門学校 2. 短期大学 3. 大学  
4. 大学院修士課程 5. その他 ( )

○ 現在所属する病棟の診療科

1. 内科系 ( ) 2. 内科系混合 ( )  
3. 外科系 ( ) 4. 外科系混合 ( )  
5. その他 ( 婦人科 ・ 総合診療部 ・ ( ) )

○ 現在あなたが所属している病棟では、忙しい時に仕事を分担したり、仕事の負担が大きい時に手伝ってくれるなどのサポートはありますか？

1. ある 2. どちらとも言えない 3. ない

○ 終末期看護に関する学習/研修経験（複数回答可）

- |               |         |           |
|---------------|---------|-----------|
| 1. 看護基礎教育     | 2. 院内研修 | 3. 病棟の勉強会 |
| 4. 研修会や学会への参加 | 5. 自己学習 |           |
| 6. その他（       |         | ）         |

○ 終末期看護への関心

- |          |         |          |         |
|----------|---------|----------|---------|
| 1. 非常にある | 2. 少しある | 3. あまりない | 4. 全くない |
|----------|---------|----------|---------|

○ 家族看護に関する学習/研修経験（複数回答可）

- |               |         |           |
|---------------|---------|-----------|
| 1. 看護基礎教育     | 2. 院内研修 | 3. 病棟の勉強会 |
| 4. 研修会や学会への参加 | 5. 自己学習 |           |
| 6. その他（       |         | ）         |

○ 家族看護への関心

- |          |         |          |         |
|----------|---------|----------|---------|
| 1. 非常にある | 2. 少しある | 3. あまりない | 4. 全くない |
|----------|---------|----------|---------|

○ 終末期がん患者さんのご家族との関わりにおいて、困ったり、悩んだりすることはどの程度ありますか？

- |          |         |          |         |
|----------|---------|----------|---------|
| 1. 非常にある | 2. 少しある | 3. あまりない | 4. 全くない |
|----------|---------|----------|---------|

○ これまでに大切な人を看取った経験はありますか？

- |                              |    |
|------------------------------|----|
| 1. ある（ 祖父母 ・ 親 ・ 兄弟姉妹 ・ その他（ | ）） |
| 2. ない                        |    |

Ⅱ

次に、ガイドについてお聞きします。

該当する番号に○を付けるか、( ) 内に回答をご記入ください。

○ ガイドを読むのに、どのくらいの時間がかかりましたか？

1. 30分以内    2. 30分～1時間程度    3. 1時間～1時間半程度    4. それ以上 ( )

○ ガイドは、どのように読まれましたか？ (1～3の中から1つ、4・5から1つ選択してください)

1. 最初から順に読んだ    2. 関心のある所から読んだ    3. 関心のある所だけ部分的に読んだ  
 4. 一気に読んだ    5. 区切りながら少しずつ読んだ  
 6. その他 ( )

○ ガイドの情報量は、いかがでしたか？

1. 多かった    2. 適切だった    3. 少なかった

○ ガイドの内容の説明はご理解いただけましたか？ 最も当てはまると思う箇所に○をお付けください。

	よく理解できた	大体理解できた	どちらかといえば理解できた	どちらかといえば理解できなかった	あまり理解できなかった	ほとんど理解できなかった
終末期がん医療における家族の状況 (p.3～4)	6	5	4	3	2	1
危機理論について (p.5～6)	6	5	4	3	2	1
終末期がん患者の家族に危機的状況をもたらす「ストレスフルなできごと」 (p.9～10)	6	5	4	3	2	1
終末期がん患者の家族の思い、精神的影響 (p.11～15)	6	5	4	3	2	1
危機的状況にある家族の兆候 (p.16)	6	5	4	3	2	1
家族の「できごとに関する認識」のアセスメント (p.18)	6	5	4	3	2	1
家族の「社会的支持」のアセスメント (p.19)	6	5	4	3	2	1
家族の「対処機制」のアセスメント (p.20)	6	5	4	3	2	1
終末期がん患者の家族が危機的状況に陥らないようにするために必要な支援 (p.21～30)	6	5	4	3	2	1
家族の後悔、心残りが最小限となるようにするための関わり (p.22～30)	6	5	4	3	2	1

○ ガイドはみなさんのお役に立つものでしたか？ 最も当てはまると思う箇所に○をお付けください。

	とても 思っています	思っています	どちらか に思っています	どちらか に思わない	思わない	全く 思わない
--	---------------	--------	-----------------	---------------	------	------------

〔 知識の獲得について 〕

危機理論についての知識が得られた	6	5	4	3	2	1
危機的状況にある家族の兆候についての知識が得られた	6	5	4	3	2	1
危機回避の視点から家族をアセスメントするのに必要な家族の情報の知識が得られた	6	5	4	3	2	1
危機回避の視点からの家族アセスメントの知識が得られた	6	5	4	3	2	1
家族が危機的状況に陥らないようにするために必要な支援の知識が得られた	6	5	4	3	2	1
家族の後悔、心残りが最小限となるようにするための関わりの知識が得られた	6	5	4	3	2	1
終末期がん患者の家族のニーズ（家族が望んでいる支援）についての知識が得られた	6	5	4	3	2	1
危機理論をどのように実践に活かせばよいか分かった	6	5	4	3	2	1
終末期がん患者の家族とどのように関わっていったらよいか分かった	6	5	4	3	2	1

〔 家族ケアに対する意識について 〕

終末期がん患者の家族の危機的状況が具体的に分かり家族ケアに対する関心が深まった	6	5	4	3	2	1
終末期がん患者の家族に積極的に関わり情報提供していくことの重要性の認識が深まった	6	5	4	3	2	1
危機回避の視点から家族をアセスメントする必要性の認識が深まった	6	5	4	3	2	1
終末期の家族ケアはグリーフケア（遺族ケア）であるとの認識が深まった	6	5	4	3	2	1
終末期がん患者の家族ケアにおける看護師の役割に対する意識が高くなった	6	5	4	3	2	1

〔 これまでの看護実践を確認するためのツールとしての活用性について 〕

これまで行ってきた家族との関わりが「これでよかったんだ」と確認できた	6	5	4	3	2	1
これまでの家族との関わりで不足しているところが確認できた	6	5	4	3	2	1

〔 全般的なツールの評価について 〕

全般的にガイドは、分かりやすかった（文章表現、構成、図表など）	6	5	4	3	2	1
全般的にガイドの内容は、一般病棟での看護実践において活かせると思った	6	5	4	3	2	1



Ⅲ

余命が6ヶ月以内と考えられる終末期の患者さんへのかかわりの場面において、あなた自身の考えに最もよく当てはまる番号に○をお付けください。

	全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも いえない	そう 思う	非常に そう 思う
※「ケア提供者」とは、 <u>家族以外</u> で患者さんのケアをする専門職者のことです。					
死にゆく患者をケアすることは、私にとって価値のあることである	1	2	3	4	5
死は人間にとって起こりうる最も悪いことではない	1	2	3	4	5
死にゆく患者と差し迫った死について話をするを気まずく感じる	1	2	3	4	5
家族に対するケアは、死別や悲嘆の時期を通して継続されるべきである	1	2	3	4	5
私は死にゆく患者のケアをしたいとは思わない	1	2	3	4	5
ケア提供者は死にゆく患者と死について話す存在であるべきではない	1	2	3	4	5
私は死にゆく患者へのケアに時間をかけることはあまり好きではない	1	2	3	4	5
私がケアをしている死にゆく患者が、きっと良くなるという希望を失ったら、私は動揺するだろう	1	2	3	4	5
死にゆく患者と親密な関係を築くことは難しい	1	2	3	4	5
死にゆく患者が、死を迎え入れる時がある	1	2	3	4	5
患者から「私は死ぬの?」と聞かれた場合、私は話題を何か明るいものに変えるのが最も良いと思う	1	2	3	4	5
死にゆく患者の身体的ケアには、家族にも関わってもらうべきだ	1	2	3	4	5
私がケアをしてきた患者は、自分の不在の時に亡くなって欲しい	1	2	3	4	5
私は死にゆく患者と親しくなることが怖い	1	2	3	4	5
私は人が実際に亡くなった時、逃げ出したい気持ちになる	1	2	3	4	5
死にゆく患者の行動の変化を受け入れることができるように、家族は心理的なサポートを必要としている	1	2	3	4	5
患者の死が近づくにつれて、ケア提供者は患者との関わりを少なくするべきである	1	2	3	4	5
家族は死にゆく患者が残された人生を最良に過ごせるように関わるべきである	1	2	3	4	5
死にゆく患者の身体的ケアに関する患者自身の要求は、認めるべきではない	1	2	3	4	5
家族は、死にゆく患者ができる限り普段通りの環境で過ごせるようにするべきだ	1	2	3	4	5
死にゆく患者が自分の気持ちを言葉に表すことは、その患者にとって良いことである	1	2	3	4	5
死にゆく患者のケアにおいては、家族もケアの対象にすべきである	1	2	3	4	5
ケア提供者は、死にゆく患者に融通の利く面会時間を許可するべきである	1	2	3	4	5
死にゆく患者とその家族は意思決定者としての役割を担うべきである	1	2	3	4	5
死にゆく患者の場合、鎮痛剤への依存を問題にする必要はない	1	2	3	4	5
終末期の患者の部屋に入って、その患者が泣いているのをみつけたら、私は気まずく感じる	1	2	3	4	5
死にゆく患者が自分の状態を尋ねた場合、正直な返答がなされるべきである	1	2	3	4	5
家族に、死にゆくことについて教育をすることは、ケア提供者の責任ではない	1	2	3	4	5
死にゆく患者の近くにいる家族のために、しばしば専門職としての仕事が妨げられると思う	1	2	3	4	5
ケア提供者は、患者の死への準備を助けることができる	1	2	3	4	5

## IV

余命が6ヶ月以内と考えられる終末期のがん患者さんとその家族に対して、あなたは以下の援助を普段どの程度行っていますか？ 最もよく当てはまる番号に○をお付けください。

	全く実施できていない	あまり実施できていない	どちらともいえない	まあまあ実施できている	よく実施できている
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	1	2	3	4	5
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	1	2	3	4	5
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	1	2	3	4	5
直接家族に伝えられない患者の思いを家族に伝える	1	2	3	4	5
患者や家族の希望（外出、外泊など）が取り入れられるよう調整する	1	2	3	4	5
家族が医師と話し合えるよう調整する	1	2	3	4	5
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	1	2	3	4	5
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	1	2	3	4	5
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	1	2	3	4	5
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	1	2	3	4	5
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	1	2	3	4	5
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	1	2	3	4	5
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	1	2	3	4	5
患者が自然と触れ合う機会や、音楽や絵画などの芸術に触れる機会を提供する	1	2	3	4	5
臨終の時は家族中心に静かに迎えられるよう配慮する	1	2	3	4	5
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	1	2	3	4	5
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	1	2	3	4	5
患者と家族間のコミュニケーションを促進する	1	2	3	4	5
ライフレビュー（回想）や家族の思い出作りを行うなど、家族全体の悲嘆のプロセスを促す	1	2	3	4	5
疼痛コントロールのための鎮痛剤や麻薬の使用などについて、医師に働きかける	1	2	3	4	5
家族が患者のそばにいることの意義を家族に伝える	1	2	3	4	5
状況に応じて死について患者や家族と話し合う	1	2	3	4	5

最後に、ガイドについてのご意見や感想などがありましたら、ぜひお聞かせください。  
今後ガイドをよりよいものとしていくために、また、看護基礎教育および卒後継続教育の  
参考にさせていただきたいと思います。

以上で質問は終了です。  
ご協力、まことにありがとうございました。



### 資料3：看護師長用の研究協力依頼書

平成29年●月吉日

●●病院

看護師長様

#### 「終末期がん患者さんのご家族支援ガイド」に関する アンケート調査へのご協力をお願い

●●の候、皆様におかれましては益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

私は、筑波大学大学院の博士後期課程に在籍しております牟田理恵子と申します。この度、『危機モデルを用いたがん終末期の家族ケアガイドの評価とその関連要因』という研究課題において、終末期がん患者家族のケアに直接携わっている看護師を対象に、調査を実施したいと考えております。

終末期がん患者の家族は多くの苦悩と健康問題を抱え、それは死別後の悲嘆や遺族の心身健康、QOLにも影響を及ぼすことが明らかにされています。しかし国内外の調査で、家族との関わり（終末期における必要な情報提供や医療者との対話）は不十分で、家族のニーズは満たされていない現状が明らかにされています。また、一般病棟の看護師による看取りケア実践の関連要因として、家族看護に関する基本的知識、終末期看護に必要な理論の基本的知識の不足が指摘されています。一般病棟の看護師の多くが、終末期がん患者の家族への対応に困難感を感じており、家族ケアに関する学習ニーズは高いことが報告されています。

そこで本研究では、終末期看護に必要な危機理論に基づいた、理論と実践がリンクしたがん終末期の家族ケアガイド（以下、ガイド）を作成し、終末期がん患者家族のケアに直接携わっている看護師に読んでいただき、教育ツールとしてのガイドの有用性を評価するため、アンケート調査へのご協力をお願いをさせていただきました。

本研究で作成したガイドの有用性が明らかになれば、今後終末期がん患者の家族ケアの教育ツールとして本ガイドを活用することができると考えます。また、理解が難しかった箇所が具体的に明らかにされることで、今後のガイドの見直しと教育方法を検討する際の一助となり、看護基礎教育および卒後継続教育を検討するうえでの貴重なデータとなると考えております。

本研究の趣旨・方法・依頼内容等の詳細につきましては、別紙「研究についての説明」に記載しておりますので、そちらもご一読くださいますようお願いいたします。

ご多忙の折、大変恐縮ではございますが、本研究の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようよろしくお願い申し上げます。

研究責任者：筑波大学 医学医療系 保健医療学域 教授 水野道代

調査担当者：筑波大学大学院 人間総合科学研究科 看護科学専攻 博士後期課程 牟田理恵子

# 研究についての説明

## 1. 研究課題

「危機モデルを用いたがん終末期の家族ケアガイドの評価とその関連要因」

## 2. ガイドの目的

本研究では、看護師が危機回避の視点から終末期がん患者の家族を包括的に捉え、家族の不安や後悔、心残りを最小限とするための関わりができるように、一般病棟の標準的なケアとして日々の看護実践で活かせるであろうと考える家族支援を、Aguilera と Messick の危機モデルに基づき系統的に整理したガイドを作成した。

ガイドの目的は、① 看護師が危機回避の視点から家族をアセスメント、支援するための知識を獲得すること、② がん終末期の家族支援に対する看護師の意識が向上すること、③ 看護師がこれまで行ってきたがん終末期の家族支援をセルフアセスメントするツールとして活用できることである。

## 3. 研究目的

一般病棟で終末期がん患者家族のケアに直接携わっている看護師によるガイドの内容理解とガイドに対する評価を明らかにすること、そして、ガイドの内容理解およびガイドに対する評価と看護師の背景特性、終末期ケアに対する態度および終末期ケアの実践状況との関連を明らかにすることを目的とする。ガイドを読まなかった看護師に対しては、ガイドを読まなかった理由とその関連要因を明らかにする。

## 4. 研究方法

- 1) 調査方法：自記式無記名式質問紙調査法
- 2) 調査期間：2017年●月●日（●）（筑波大学医の倫理審査承認後）～●月●日（●）  
（1ヶ月間）
- 3) 調査対象：終末期がん患者家族のケアに直接携わっている看護師 各病棟10名程度
- 4) 調査内容：
  - ① ガイドの内容理解に対する主観的評価
  - ② ガイドに対する評価（知識の獲得、意識の向上、セルフアセスメントツールとしての活用性、分かりやすさ、実践への活用可能性）
  - ③ 背景特性（年齢、性別、臨床経験、終末期がん看護経験、資格、職位・役割、学歴、終末期看護・家族看護の学習/研修経験・関心・困難感、看取りの経験、所属する病棟の診療科およびサポート状況）
  - ④ 終末期ケアに対する態度（Frommelt の医療者のターミナルケア態度尺度日本語版（FATCOD-Form B-J））
  - ⑤ 終末期ケアの実践状況（看取りケア尺度）

#### 5) 調査方法および依頼内容：

- ① ●月●日(●)に、調査担当者が、各病棟 10 部の調査セット（研究依頼書、ガイド、アンケート用紙、シール付き封筒）とアンケート用紙の回収袋の入ったボックスファイルを病棟に持参いたします。つきましては、**アンケート用紙を回収する 1 ヶ月後の●月●日(●)まで、病棟の所定の場所に置かせていただきますようお願いいたします。**看護師への説明文書は、各病棟看護師の人数分持参いたしますので、**レターボックスに入れていただきますようお願いいたします。**
- ② ガイドや本研究に関心があり、アンケート調査に協力してもよいという看護師に、調査セットを自由に持って行ってもらえるよう、**朝の連絡時などに本研究について紹介していただきますようお願いいたします。**
- ③ 1 週間後の●月●日(●)に、調査担当者が対象病棟を訪問させていただきます。本研究に関するご質問等ございましたら、その時にお声かけください。この際、本研究に関心のある看護師の多い病棟には、ぜひ調査セットを追加で置かせていただきたく存じます。
- ④ 1 ヶ月後の●月●日(●)に、調査担当者がアンケート用紙の回収に対象病棟を訪問させていただきます。

#### 5. 調査における倫理的配慮

- ① 対象者の協力は任意です。調査セットを持って行った後のガイドを読む・読まないの判断、アンケート調査への協力は、看護師の自由意思によります。本調査に協力しないことによって不利益を被ることは一切ありません。
- ② アンケートへの回答記入には、15 分～20 分程度の時間を要します。
- ③ 回答したアンケート用紙は、封筒に入れ密封し、各病棟に用意いたしました閉鎖式の回収袋に投函してもらいます。アンケートの回答、提出をもって研究への参加同意とさせていただきます。
- ④ 本調査は無記名で行い、施設を特定できる情報を含みません。
- ⑤ 調査から得られたデータおよび結果は、本研究の目的以外に使用することはありません。アンケート用紙およびデータの管理は、施錠可能な場所に厳重に保管し、本研究の終了後 10 年間保存した後に、シュレッダーで処理をして破棄します。
- ⑥ 本研究結果は、学会発表および国内外の学術誌へ投稿する予定です。

なお、本研究は、筑波大学医学医療系の倫理審査を受け、承認されております（承認番号●●●●）。

#### 6. 連絡先

本研究、調査に関するご質問等がございましたら、下記までご連絡ください。

〒305-8575 茨城県つくば市天王台 1-1-1  
TEL : 029-0000-0000 (がん看護・緩和ケア研究室)  
研究責任者：水野道代

## 「終末期がん患者さんのご家族支援ガイド」に関する アンケート調査へのご協力をお願い

私は、筑波大学大学院の博士後期課程に在籍しております牟田理恵子と申します。この度、『危機モデルを用いたがん終末期の家族ケアガイドの評価とその関連要因』という研究課題において、終末期がん患者家族のケアに直接携わっている皆さまに、アンケート調査をさせていただきたいと考えております。

終末期がん患者の家族は多くの苦悩と健康問題を抱え、それは死別後の悲嘆や遺族の心身健康、QOLにも影響を及ぼすことが明らかにされています。家族ケアの重要性は広く認識されてきており、特に終末期における家族ケアは不可欠です。しかし一般病棟の看護師の多くが、終末期がん患者の家族への対応に困難感を感じており、家族ケアに関する学習ニーズは高いことが報告されています。

そこで本研究では、エビデンスに基づいた「終末期がん患者さんのご家族支援ガイド」（以下、ガイド）を作成しました。終末期がん患者家族のケアに日々携わっている皆さまにぜひ読んでいただき、ガイドが皆さまのお役に立つものであったかを評価をしていただきたく、アンケート調査へのご協力をお願いをさせていただきました。

ガイドを読む時間を除き、アンケートへの回答記入には約20分を必要とします。本研究にご協力いただける場合には、病棟に置かせていただいております調査セット（クリアファイル）の中のガイドを読まれた後、アンケート用紙に無記名で回答のうえ、同封の返信用封筒に入れ密封し、ボックスファイル内の回収袋にご投函ください。

**アンケートの回収は、1ヶ月後の●月●日（●）とさせていただきます。**

本調査にご参加いただく前に、以下の事項をご確認ください。その他、ご質問や病棟の調査セットの不足等がございましたら、いつでも下記までご連絡ください。

- 研究へご協力くださるかどうかは皆さまのご自由です。調査に協力しないこと、途中で調査を中断することが、あなたの評価に影響することは決してありません。
- 無記名でのアンケート調査のため、ご投函いただいた後は返却や開示の請求には応じることができないことをご了承ください。
- アンケート調査の内容を本研究の目的以外で使用することはありません。
- 回収いたしましたアンケート用紙は、研究者の責任のもと適切に保管いたします。
- アンケートの結果は、統計的に処理を行いますので、個人が特定されることはございません。
- 本研究の成果は、学会、論文等で発表いたします。
- 本研究は、筑波大学医学医療系の倫理審査を受け、承認を得て行われるものです。

お忙しいところ大変恐縮ではございますが、本研究の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

【調査担当者】 筑波大学大学院 人間総合科学研究科 看護科学専攻 博士後期課程 牟田理恵子

【連絡先】 〒305-8575 茨城県つくば市天王台1-1-1

TEL : 029-0000-0000 (がん看護・緩和ケア研究室)

E-mail : [0000@u.tsukuba.ac.jp](mailto:0000@u.tsukuba.ac.jp) (牟田理恵子)

研究責任者：筑波大学 医学医療系 保健医療学域 教授 水野道代