

平成 21 年 5 月 26 日現在

研究種目：若手研究（スタートアップ）

研究期間：2007～2008

課題番号：19890255

研究課題名（和文） 末期がん患者の家族を支援するための看取りケアに関する要因

研究課題名（英文） Related factors affecting end-of-life nursing care for patients with end-stage cancer and their families

研究代表者

吉岡 さおり (YOSHIOKA SAORI)

広島国際大学・看護学部・助教

研究者番号：60454881

研究成果の概要：

本研究は、一般病棟における終末期がん患者と家族を支援するための看取りケアの実践に関連する要因を特定することを目的とし、一般病棟に勤務する看護師 643 名を対象に質問紙調査を実施した。分析の結果、看護師の学習経験、先輩ナースなどの実践の手本となる人の存在、身近な人を看取った経験によって看取りケアの実践に差が生じることが示唆された。また、関連要因の探索においては、所属するチームの質、終末期看護に関する知識、手本の存在、終末期看護に関する理論の活用能力、人間関係の形成を促進するコミュニケーション能力などの要因がケア実践に関連していることが明らかとなった。また、看取りケア実践に対する態度の形成の場として、所属するチームの質は大変重要であることが示唆された。

これらの成果を基に看取りケア実践教育プログラムを構築し、教育評価をしていくことが今後の課題である。

交付額

(金額単位：円)

	直接経費	間接経費	合計
2007 年度	1,320,000	0	1,320,000
2008 年度	1,340,000	402,000	1,742,000
総計	2,660,000	402,000	3,062,000

研究分野：医歯薬学

科研費の分科・細目：臨床看護学

キーワード：末期がん患者、看取り、家族支援、緩和ケア、ケアリング

1. 研究開始当初の背景

平成 19 年のがん対策基本法が施行され、がん医療の均てん化が推進されている(厚生労働省, 2007)。その背景には、3 人に 1 人ががんに罹患する時代を迎え、国民の生命と健康においてがんが重大な問題となっていること、がん医療の地域間格差や施設間格差の存在などが挙げられており、がん看護においても同様の問題があることが指摘されている(兵藤, 2008)。また、同年出されたがん対策推進基本計画では、重点的に取り組むべ

き課題の一つとして治療の初期段階からの緩和ケアが挙げられており、がん患者と同様に、家族も様々な苦痛を抱えるケアを必要とする存在として明記されている(厚生労働省, 2007)。特に、終末期がん患者を抱える家族は、患者の喪失に伴う悲嘆、治療や看取りに関する意思決定、患者に対する自責の念などの様々な苦悩に直面しており、危機的な状況にある(Gauthier & Froman, 2001; Hull, 1989; Kristjanson, 1989; Kristjanson, 1993; Kristjanson, Atwood, & Degner, 1995;

Lynn, 1997; Teno, 2001)。また、家族と患者の関係性は患者の認知・身体・精神全ての領域に影響をおよぼすことから（森山, 2005）、家族員の関係性や機能を十分にアセスメントし、患者を含む家族全体を支援することが重要である。

近年、終末期の患者や家族に対するケアを専門領域とするホスピス、緩和ケア病棟が急増しているが、これらの施設を利用できる患者は全がん患者 3%程度に過ぎず、ほとんどのがん患者と家族が一般病棟で最期のときを過ごしているのが現状である。しかし、一般病棟の末期がん患者と家族へのケアの実態把握を目的に調査を実施したところ、患者への身体的な援助と比較して、死と向き合った上での家族に対する心理社会的なケアが十分でないことが示唆された(吉岡ら, 2006)。このことから、一般病棟における終末期がん患者と家族の QOL 向上のためのケアの対策が重要課題であると考えられた。

ケアの質向上のためには、末期がん患者や家族に対するケアの実践に関連する要因を明らかにすることが重要であるが、国内外の関連研究を概観すると、国外においては、McGrath et al. (1999)が、心理社会的なケアに関する教育やコミュニケーションスキルなどがケアの実践に関連していることを指摘している。また、Kirchhoff & Beckstrand(2000)は職場の看護体制や看護師に対するサポート体制などを関連要因として挙げている。

国内では、犬童(2002)は、死に対する看護師の不安やがん看護に対するギャップ感などが患者や家族への介入に看護師が消極的になる要因であること示唆している。また、二渡ら(2003)は、看護師の死生観や患者や家族とのコミュニケーションの程度がケアの実践に関与していると報告している。

以上のように、国内外いずれにおいても断片的な関連要因であり、ケアの実践に関連する全体像が把握しにくい。

そこで本研究は、終末期がん患者と家族を支援するためのケアを「看取りケア」と定義し、ケア実践に関連する要因を特定することを目的としている。これらの目的を達成するために、研究Ⅰ：がん看護専門看護師に対する面接調査による看取りケアの関連要因の抽出、研究Ⅱ：量的分析によるケア実践の関連要因の検討の2段階で研究を進める。

2. 研究の目的

本研究の目的は以下の3点である。

(1) がん看護専門看護師に対する面接調査を実施し、看取りケアの実践に関連する要因を抽出する(研究Ⅰ)。

(2) 先行研究で研究者が開発した看取りケア尺度、面接調査の質的分析により抽出された関連要因をもとに質問紙を作成し、看護師に対する質問紙調査から、看取りケアに関連する要因について検討する(研究Ⅱ)。

(3) 上記(1)、(2)の成果から、ケアの質向上のための、教育プログラムの構築のための示唆を得る。

3. 研究Ⅰ【がん看護専門看護師に対する面接調査による看取りケアの関連要因の抽出】

(1) 研究方法

① 対象者：看取りケアのエキスパートとして、一般病院に勤務し、緩和ケアチームや管理者の立場で一般病棟の看護師との関わりをもつがん看護専門看護師4名。

② データ収集方法：がん看護専門看護師である対象者が緩和ケアチームの活動や管理者として一般病棟の看護師と関わる中で、教育的立場の視点から看取りケアに関連する要因について回答を得た。

面接場所は、面接者の指定する場所で実施した。所要時間は1人30~60分とし、対象者の同意を得て、面接内容を録音した。

③ 分析方法：面接内容から、看取りケア実践の関連要因に関する言葉をコーディングした。それぞれのコードを類似性によってカテゴリー化し、内容分析より看取りケアの実践に関連する要因を抽出した。

(2) 倫理的配慮

対象者に対し、本研究への参加は自由意思によるものであり、いつでも中断、拒否することができること、また、それによる不利益を被ることが一切ないことを保証した。データの管理に関しては、匿名性を確保し、プライバシーの保護に努めることを約束した。研究終了後には、データを消去し、研究の目的以外には使用しないことを確認した。

以上のことについて文書と口頭で説明し、同意書を交わした。

(2) 研究成果

インタビュー内容の内容分析の結果、【①個々の看護師の看護観】【②看取りにおける役割意識】【③チーム内における質の高い情報の共有】【④スタッフ間の相互作用による看取りに対するチームの価値観】【⑤個々の看護師の体験】【⑥症状緩和に関する基本的知識と実践能力】【⑦家族看護に関する基本的知識】【⑧社会資源に関する基本的知識】【⑨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】【⑩コミュニケーションスキル】の10要因が看護師側の要因とし

て抽出された。

また、これらの要因のうち、①～⑤は看護師の態度に関すること、⑥～⑩は知識・技術に関することに分類できると解釈した。

(3) 考察

看護実践能力に必要な3要素として、「知識」「技術」「態度」が知られている。

態度の構造として、Krech et al. (1962)は、認知的成分、感情的成分、行為傾向成分の3成分から構成されていることが明らかにしている。態度に関する要因として分類された要因のうち、【個々の看護師の看護観】【看取りにおける役割意識】【チーム内の質の高い情報の共有】【スタッフ間の相互作用におけるチームの価値観の形成】は、認知的、および、行為傾向成分を示し、【個々の看護師の体験】は、態度の形成過程の経験に関連した感情的成分を示したものであることが示唆された。また、チーム内の情報共有やチームの価値観などチームに関する要因が抽出された。チーム医療は、緩和ケアの基本であることから(恒藤, 内布, 2007)、これらの要因は重要であるといえる。

知識に関しては、症状緩和、家族看護、社会資源、終末期看護に関する理論などに関する知識が抽出されたが、その内容はいずれも基本的レベルのものであることが明らかとなった。このことから、看取りケアの実践において、終末期看護および家族看護に関する具体的な知識の程度と学習経験、看護基礎教育などに関する対象者の属性との関連性を検討していく必要性が示唆された。

技術については、コミュニケーションスキルがコアカテゴリーとして抽出された。コミュニケーションは看護の基本であるが、特に、終末期の患者と家族をケアするにおいて、コミュニケーションがケアの基盤となることから(Hull, 1991)、関連要因として重要であると考えられる。

これらの結果を踏まえ、研究Ⅱでは、抽出された関連要因に基づいた既存尺度や項目を設定し、看取りケア実践の関連要因について量的に検討していく。

4. 研究Ⅱ【量的分析による看取りケア実践に関連する要因の検討】

(1) 研究方法

① 対象者

一般病棟に勤務する、臨床経験年数3年以上の看護師700名。

② 概念枠組み

研究Ⅰで得られた成果をもとに、研究Ⅱにおける概念枠組みを作成した(図1)。

態度全体を感情的成分も含めて反応の準備状態であると捉えた場合、看取りケア実践に関連する知識の充実や技術の発展は、態度

が基盤となっていることが予測され、関連要因と看取りケアの関係性は、2次元以上の構造化されたものであることが予測される。

本研究では、各関連要因を反映した既存尺度の選定と順序尺度を作成し、看取りケア、および、看取りケアを構成する因子を従属変数として分析していく。

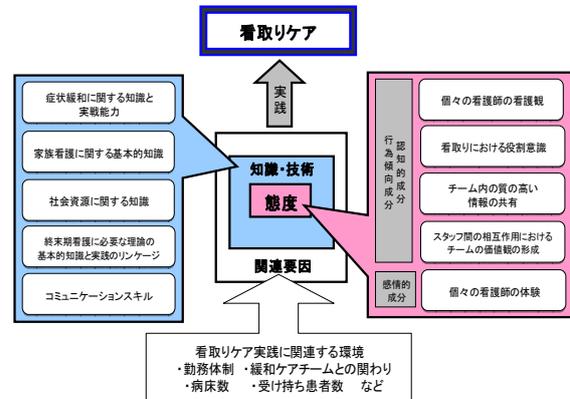


図1. 看取りケア実践の関連要因の概念図

③ 質問紙の構成

以下の内容から質問紙を構成した。

■看取りケアの実施度：看取りケア尺度(第1因子から順に、【悔いのない死へのケア】【癒しと魂のケア】【苦痛緩和ケアの保証】【情報提供と意思決定のケア】【有効なケアの調整】)の5因子)(吉岡ら, 2009)

■看護実践における看護過程展開能力：看護師の自律性尺度(第4因子：抽象的判断能力)(菊池ら, 1997)

■終末期ケアに対する態度：Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying Scale Form B 日本語版 以下、FATCOD-BJ(第1因子から順に、死にゆく患者へのケアの前向きさ、患者・家族を中心とするケアの認識の2因子)(中井ら, 2006)

■死生観：Death Attitude Inventory(第2因子：死への恐怖・不安、第3因子：解放としての死、第4因子：死からの回避、第6因子：死への関心)

■コミュニケーションスキル：看護師における患者とのコミュニケーションスキル測定尺度(第1因子から順に、情報収集、話のスムーズさ、積極的傾聴、パーソナルスペース、アサーションの5因子)(上野, 2005)

■緩和ケア、家族看護、社会資源などに関する知識の認識度を問う質問項目(21項目)

■チーム医療の質に関する項目(10項目)患者や家族の希望を反映したカンファレンスの実施、他職種との連携、リーダーシップを執ることのできる看護師の存在、医師との関係性、看護師に対するサポート体制などの項目を設定し、チーム医療の質とした。

■看取りの経験、学習経験など個々の看護師の体験に関する項目

■個人属性：性別、臨床経験年数、職種、職位、最終学歴など

④ データ収集方法

調査協力施設の看護管理部を通して対象者に依頼状とともに質問紙を配布。回収は、対象者が研究者に直接郵送する個別回収とした。

⑤ 分析方法

看取りケア尺度、各既存尺度、項目の記述統計。看取りケアと各要因の関連性については相関分析、属性による比較には t 検定、および、一元配置分散分析を行う。さらに、看取りケア尺度を従属変数とする多変量解析を行い、看取りケアの実践に関連する要因を特定する。

⑥ 倫理的配慮

対象者に対し、本研究への参加は自由意思であること、また、それによる不利益を被ることが一切ないことを保証した。調査は無記名で実施し、プライバシーの保護に努めること、研究終了後にはデータを廃棄し、研究の目的以外には使用しないことを確認した。

以上のことについて文書と口頭で説明し、質問紙への回答を持って研究参加の同意とみなした。

また、所属部署、研究協力施設の倫理審査を受け、承認が得られた上で調査を実施した。

(2) 研究成果

① 対象者の背景

調査の結果、回収数は 361 (回収率 56%)、有効回答数は 350 (有効回答率 97%) であった。対象者の平均年齢は 34 歳、平均臨床経験年数は 12 年であった。職位は、スタッフナース 77%、管理職 23%、最終学歴は、専門学校 67%、短大 16%、大学以上 15% であった。看護師の体験に関する項目として、実践の手本としている人有りが 63%、身近な人を看取った経験有りが 63%、在宅での看取り経験有りが 18%、高齢者との生活経験有りが 60% であった。終末期看護に関する学習経験は、看護基礎教育のみ 8%、院内院外研修会への参加 86%、特になし 6% であり、家族看護に関しては、看護基礎教育のみ 17%、院内院外研修会への参加 62%、特になし 21% であった。

② 対象者の属性、学習経験、体験による看取りケア実施度の関連と比較

看取りケア合計得点の平均値は 72.6 ± 13.6 点であった。殆どの項目が 3 点以上であり、比較的積極的にケアが実施されていた (表 1)。看取りケア合計得点および各因子得点と年齢および臨床経験年数の相関分析をしたところ、双方ともに有意な相関は認めら

れなかった。

学習経験による看取りケア得点の比較において (表 2)、学歴では専門学校と短大に有意な差が認められ、学習経験では研修会などへ参加している対象者の得点が、看護基礎教育のみや特に学習をしていない対象者の得点よりも有意に高かった ($p < .05$)。

表 1 看取りケア尺度得点の記述統計

項目	M ± SD
N=350	
第 I 因子(6項目)【悔いのない死へのケア】	20.9 ± 4.2
1. 患者と家族間のコミュニケーションを促進する	3.5 ± 0.8
2. 臨終の時は家族中心に静かに迎えられるよう配慮する	3.7 ± 0.9
3. 患者の疼痛コントロールのための鎮痛剤や麻薬の使用について、医師に働きかける	3.8 ± 0.8
4. 家族が患者のそばに居ることの意義を家族に伝える	3.7 ± 0.9
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	3.3 ± 1.0
6. 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	3.7 ± 0.8
第 II 因子(5項目)【慮しと魂のケア】	13.1 ± 4.1
7. 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	2.3 ± 1.0
8. 患者にアロマテラピーやマッサージなどリラクゼーションのためのケアを提供する	2.4 ± 1.2
9. ライフレビューや家族の思い出作りなど、家族全体の悲嘆のプロセスを促す	2.5 ± 1.0
10. 家族の発達段階、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	3.0 ± 0.9
11. 状況に応じて死について患者や家族と話し合う	2.9 ± 1.1
第 III 因子(4項目)【苦痛緩和とケアの保証】	14.3 ± 2.6
12. 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	3.6 ± 0.8
13. 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	3.7 ± 0.8
14. 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	3.4 ± 0.9
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	3.6 ± 0.8
第 IV 因子(4項目)【情報提供と意思決定のケア】	13.2 ± 3.1
16. 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促す	3.0 ± 1.1
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	3.6 ± 0.9
18. 直接伝えられない患者の思いを家族に伝える	3.2 ± 1.0
19. 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	3.4 ± 1.0
第 V 因子(3項目)【有効なケアの調整】	11.1 ± 2.0
20. 家族が医師と話し合えるよう調整する	3.9 ± 0.7
21. 患者と家族が最期のときを過ごすための場所と時間を確保する	3.6 ± 0.9
22. 患者や家族の希望(外泊、外出など)が取り入れられるよう調整する	3.7 ± 0.9

Note: 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 2 学習経験による看取りケア得点の比較

項目	n	M ± SD	F	
最終学歴	専門学校	242	71.7 ± 13.0	4.0*
	短期大学	55	77.3 ± 14.6	
	大学・大学院	53	72.1 ± 14.4	
終末期看護の学習経験	看護基礎教育のみ	29	62.9 ± 14.4	17.8**
	研修会などへの参加	301	74.3 ± 12.7	
	特になし	20	61.6 ± 15.0	
家族看護の学習経験	看護基礎教育のみ	60	70.0 ± 10.5	16.2**
	研修会などへの参加	218	75.6 ± 13.0	
	特になし	72	65.9 ± 14.9	

Note: One Way ANOVA

* $p < .05$

個々の看護師の体験による看取りケア得点の比較において (表 3)、先輩ナースなどの手本がいる、自分の家族など身近な人を看取った経験がある対象者の得点が有意に高かった ($p < .05$)。在宅での看取り経験や高齢者との生活経験においては、有意差は認められなかった。

表 3 看護師の体験による看取りケア得点の比較

項目	n	M ± SD	t	
終末期看護における手本となる存在の有無	いる	219	75.5 ± 13.1	-5.4**
	いない	131	67.7 ± 13.1	
身近な人を看取った経験	ある	221	73.9 ± 12.8	-2.4*
	ない	129	70.3 ± 14.7	
在宅での看取り経験	ある	64	73.5 ± 16.3	-0.6
	ない	286	72.4 ± 12.9	
高齢者との生活経験	ある	210	72.6 ± 13.8	-0.1
	ない	140	72.6 ± 13.4	

Note: t test

* $p < .05$, ** $p < .01$

③ 看取りケア実践の関連要因の探索

看取りケア実践に関連する要因を探索するために、看取りケア合計得点および看取りケアの下位因子を従属変数とし、前述した既存尺度、順序尺度を独立変数とする重回帰分析を行った。投入する独立変数は、②の結果を基にダミー変数化し、また、各順序尺度の得点を合計するため主成分分析を行い、尺度としての次元性を確保するなどの処理をした上で分析した。

重回帰分析（強制投入法）の結果を表4に示す。看取りケア合計得点および各下位因子の調整済みR²は0.28～0.43を示していた。

全ての従属変数に共通していた変数は、看護師の自律性尺度の第IV因子である抽象的判断能力、知識の認識の程度であった。チーム医療の質、手本となる存在の有無についても多くの従属変数に共通している変数であった。

第II因子のみに関連していた変数は、家族看護に関する学習経験、コミュニケーションスキルにおけるアサーション、第IV因子のみに関連していた変数は、終末期看護に関する学習経験、死生観尺度における解放としての死、第V因子のみに関連していた変数は、FATCOD-BJにおける死にゆく患者へのケアの前向きさであった。

表4 看取りケアの関連要因

従属変数	独立変数	F	調整済みR ²	標準偏帰帰係数(β)
看取りケア合計得点	職位: チームリーダー以上/スタッフナース			-0.09*
	手本となる存在: いる/いない			0.13*
	自律性尺度: 抽象的判断能力	12.7**	0.43	0.22**
	チーム医療の質			0.16**
I 悔いのない死へのケア	知識の認識の程度			0.30**
	自律性尺度: 抽象的判断能力			0.20**
	チーム医療の質	8.62**	0.34	0.14**
II 癒しと魂のケア	知識の認識の程度			0.24**
	手本となる存在: いる/いない			0.12*
	家族看護に関する学習経験 研修会への参加/基礎教育のみ・特になし			0.10*
	コミュニケーションスキル: アサーション	9.61**	0.36	0.11*
III 苦痛緩和ケアの保証	自律性尺度: 抽象的判断能力			0.11*
	チーム医療の質			0.23**
	知識の認識の程度			0.31**
	職位: チームリーダー以上/スタッフナース			-0.12*
IV 情報提供と意思決定のケア	手本となる存在: いる/いない			0.10*
	終末期看護に関する学習経験 研修会への参加/基礎教育のみ・特になし			0.12*
	自律性尺度: 抽象的判断能力	10.2**	0.38	0.15**
	知識の認識の程度			0.10**
V 有効なケアの調整	死生観: 解放としての死			0.30**
	FATCOD-BJ: 死にゆく患者へのケアの前向きさ			0.16*
	自律性尺度: 抽象的判断能力			0.20**
	チーム医療の質	6.93**	0.28	0.10*
	手本となる存在: いる/いない			0.12*
	知識の認識の程度			0.15*

Note: 重回帰分析、強制投入法 *p<.05. **p<.01

(3) 考察

看取りケア合計得点および下位因子を従属変数とする重回帰分析の結果、低～中程度以上のR²値が得られ、モデルの適合においてある程度の説明力を有していることが示唆された（田中，1996）。

また、看取りケア合計得点の関連要因には含まれない要因が下位因子にみられるなど、それぞれの因子の特徴を反映した要因であり、妥当な結果であると考えられる。

全ての従属変数に関連していた変数は、知識の認識の程度と、看護の諸理論に関する知識に基づく看護過程展開能力を測定する抽象的判断能力であった（菊池ら，1997）。このことから、知識不足や得た知識を実践に結び付けて活用する能力の未熟さが、一般病棟において十分なケアが実施されていないという先行研究の結果の大きな要因となっていることが示唆された（Meraviglia et al., 2003; Ogasawara, et al., 2003; Sasahara et al., 2003; 吉岡ら，2006; 吉岡ら，2009）。

また、学習経験に関する要因として、看護基礎教育だけではなく、研修会や学会などへの参加など学習経験の豊富さが、家族看護に関する学習では、【癒しと魂のケア】、終末期看護に関する学習では【情報提供と意思決定のケア】に関連していた。【癒しと魂のケア】は家族アセスメントによる家族の価値観や信念を理解した上での介入を意味しており（吉岡ら，2009）、また終末期の患者を抱える家族にとって、情報提供や意思決定に関する支援のニーズは非常に重要であることから（Hampe, 1975; Kristjanson, 1989）、知識の獲得、意識の変化など何らかの学習の成果がケアに反映された結果であると考えられる。

コミュニケーションに関する要因として、アサーションが【癒しと魂のケア】に関連していた。【癒しと魂のケア】は前述したように、家族の価値観や信念に関わるケアから構成されており、悲嘆のプロセスを促し、死について患者や家族と話し合うなどのケアが含まれている（吉岡ら，2009）。先行研究から看護師は、患者や家族とのコミュニケーションに難しさや困難を抱えていることが報告されていることから（犬童，2002; McGrath et al., 1999; White, et al. 2001; 吉岡ら，2006）、死と向き合った上での患者や家族との関わりにおけるコミュニケーション能力が重要であることが示唆された。特にアサーションは、自分の気持ちを適切に表現し、より良い人間関係を築き、相互理解を促進する行為であると位置づけられており（上野，2005）、患者・家族と看護師間の相互作用が重要となるケアにおいて、アサーションが関連していたことは妥当な結果であるといえる。また、チーム内の調整を必要とする【有効なケアの調整】において、終末期ケアに対する態度尺度である FATCOD-BJ の死にゆく患者へのケアの前向きさが関連していたことは、チーム内のスタッフ同士のコミュニケーションも重要であることを示す興味深い結果であるといえる。

チーム医療に関する要因としては、チーム医療の質を測定する10項目を合計した変数が、多くの従属変数と関連していた。また、実践の手本となる人の存在についても同様であった。これらの結果から、職場の看護体

制や看護師に対するサポート体制など職場環境としてのチームの質が重要であるばかりでなく(Kirchhoff & Beckstrand, 2000)、先輩ナースやプリセプターナースなど身近な手本の存在や、ケアに対する前向きさなどのチームが持つ価値観が個々の看護師の価値観に大きく影響していることが予測された。態度は行動に力学的影響を及ぼすものであることから(Allport, 1935)、ケアに対する態度の形成の場としてのチームの質は大変重要であることが示唆された。

5. 教育プログラム構築への示唆

本研究の成果として、看取りケアの実践において、①看護師の自発的な学習がケア実践を促進していること、②知識の獲得ばかりではなく、実践に結びつける能力の重要性、③所属するチームの質がケア実践への態度形成に大きく影響していること、④人間関係を促進するコミュニケーション能力の重要性などが得られた。

今後の課題として、関連要因間の関係性や構造に関する分析をさらに進めていくこと、これらの成果を基に、看取りケア実践教育プログラムを構築し、一般病棟の看護師を対象にプログラムを展開し、教育評価をしていく必要がある。

6. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[雑誌論文] (計2件)

① 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(査読有り), 29(2), 掲載予定.

② 竹迫靖代, 小笠原知枝, 吉岡さおり (2009). 肺がん告知後の患者と家族の心理的变化と看護介入に関する文献研究, 広島国際大学看護学ジャーナル, 6(1), 57-66.

[学会発表] (計5件)

① Yoshioka, S., Moriyama, M. Related factors affecting end-of-life nursing care for patients with end-stage cancer and their families, 1st International Nursing Research Conference of World Academy of Nursing Science, September 19-20, 2009, Kobe. (発表予定)

② Ogasawara, C., Hasegawa, T., Tanabe, M., Yoshioka, S., Kawauchi, Y., Okubo, K., Yamamoto, H. Nursing Diagnosis and

Intervention for Patients with End-Stage Cancer in Hospice, 2008 NANDA International Conference Capturing the Expert Knowledge of Nursing, November 14, 2008, Miami, USA.

③ Ogasawara, C., Yoshioka, S., Hasegawa, T., Kume, Y., Katz, E., Kumagai, Y. A descriptive study on nursing diagnoses and interventions for end-stage cancer patients, 19th International Nursing Research Congress Focusing on Evidence-Based Practice, Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing, July 7, 2008, Singapore.

④ 上山さゆみ, 四辻貴美, 西道ひとみ, 小谷牧子, 中橋苗代, 伊藤朗子, 吉岡さおり, 池内香織. 家族が予後告知を拒否する末期がん患者の苦悩に対する看護診断と看護介入, 第14回日本看護診断学会学術大会, 2008年7月5日, 横浜市.

⑤ 吉岡さおり, 小笠原知枝, 池内香織, 伊藤朗子, 中橋苗代, 河内文: 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と信頼性と妥当性の検討, 第27回日本看護科学学会学術集会, 2007年12月7日, 東京都.

[図書] (計0件)

[産業財産権]

○出願状況 (計0件)

○取得状況 (計0件)

[その他]

7. 研究組織

(1) 研究代表者

吉岡 さおり (YOSHIOKA SAORI)
広島国際大学・看護学部・助教
研究者番号: 60454881

(2) 研究分担者

(3) 連携研究者