

## 在宅ホスピスケアにおける訪問看護師のストレスと対処

森本喜代美

The Stress Coping Strategies of Visiting Nurses Who Provide Hospice Care at Home

Kiyomi MORIMOTO

**Abstract** : The purpose of this study was to clarify from their narratives how visiting nurses cope with stress, as part of basic information exploring the ways that visiting nurses who practice home hospice care deal with stress. The subjects were 10 visiting nurses with at least 3 years' experience as visiting nurses and with experience in home hospice care. Data was collected by individual interviews using semi-structured questionnaires. Inductive qualitative analysis was applied to the content obtained from the interviews. The results showed that stress felt by visiting nurses doing home hospice care were "distress at being unable to support the decision-making at the final moments", "pressure from the attending family", "poor cooperation with medical professionals" and "lack of confidence in their own judgment and ability", while they dealt with it by "finding a change of pace", "having an opportunity to reflect on nursing", "close cooperation" and "sense of accomplishment after caregiving". These results suggest that to reduce stress in visiting nurses and improve their coping ability and quality of care, it is necessary to establish a training system whereby high expertise as a visiting nurse can be acquired, to develop and enhance a workplace environment with opportunities to receive advice from professionals, and to enhance the system of cooperation between healthcare workers.

**Key words** : hospice care at home, home-visit, nurse, stress and coping

### I. はじめに

近年、わが国の医療体制は包括医療や在院日数の短縮化が推し進められ、医療依存度の高い終末期患者、がんや難病患者の療養の場は施設から在宅へと移行し、看取りを含め在宅ターミナルケア、ホスピスケアは増加傾向にある<sup>1)</sup>。なかでもがんは昭和57年よりわが国の死因の第1位で、2人に一人ががんに罹患し、3人に一人ががんで亡くなるといわれている<sup>2)</sup>。平成18(2006)年に成立したがん対策基本法施行後、療養者の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養生活も選択できるよう養環境の整備が推進され、がん医療の場は終末期ケアを含め病院から在宅へと移行が進められている。さらにがん対策推進基本計画においては、在宅医療・在宅ホスピスの推進が取り組むべき施策として位置づけられ、在宅ホスピスケアを支える訪問看護師の確保を推進し、訪問看護師の専門性を十

分発揮できるような体制の整備がもりこまれた<sup>3)</sup>。このようにがん対策においても在宅看護(在宅ターミナルケア、ホスピスケア)、訪問看護の担う期待はおおきいが、一方で訪問看護師の離職率は高く、人員人材確保のむずかしさ等から訪問看護ステーション数は伸び悩み、がんターミナル患者の在宅ケアの受け入れ体制は十分とは言えない状況<sup>4)</sup>にある。

一般にターミナルケア、ホスピスケアに携わる看護師は、患者の死に向き合いながら、苦痛の緩和・家族支援などに特有の困難感・負担感を自覚し、ストレスフルな状態にあるとされている<sup>5)</sup>。看護師のメンタルヘルスを良好に保つことは看護ケアの質を高めることにつながることであり、在宅ホスピスがさらに推進され、効果的なケアが実践されるためには、担い手である訪問看護師のストレス対処能力の向上が不可欠ではないかと考えた。

病棟看護師のストレス対処についての先行研究は多数なされており<sup>6)-8)</sup>、緩和ケア病棟や一般病棟でのターミナルケアにかかわる看護師のストレスに関する研究も報告されている<sup>9)10)</sup>。しかし、訪問看護師についてのストレスに関する先行研究は、訪問看護師のス

トレス対処能力<sup>11)</sup>や職業ストレスのストレッサーに影響する潜在因子についての報告<sup>12)13)14)</sup>があるものの、在宅ホスピスケアに焦点を当てたものは見あたらない。

そこで、在宅ホスピスケアを実践する訪問看護師のストレスと対処について訪問看護師の語りから明らかにすることを目的に本研究に取り組んだ。その意義は訪問看護師のストレスの軽減、対処能力向上の方策を探る基礎的資料となると考える。

## II. 用語の定義

1. 在宅ホスピスケア（緩和ケア）：文献<sup>15)</sup>を参考に、本研究では、患者の生活の場である“家”において実施されるがん終末期患者とその家族を対象としたケアと定義づけた。

2. ストレスと対処：本研究で使用するストレスとは、訪問看護師が在宅ホスピスケアを行うときに感じる困難感、不安・負担感などを指し、対処とはストレッサーを処理しようとする努力であり、ストレス反応を軽減する対処行動を指す。

## III. 方法

### 1. 研究デザイン

質的記述的研究デザイン

### 2. 対象施設および研究協力者

A県内にある訪問看護ステーションに文書を用いて研究の協力を依頼し、承諾の得られた訪問看護ステーション5施設を対象施設とした。研究協力者は対象訪問看護ステーションに勤務し、訪問看護を3年以上経験し、在宅ホスピスケアを行った経験があるという条件のもと、同意が得られた10名である。

### 3. データ収集期間

平成20年7月2日～7月18日

### 4. データ収集方法

面接は半構成質問紙による個別面接法で行い、面接時間は1回約60分以内とし、場所や時間については研究参加者の希望を優先した。データの記録については、面接前に研究協力者の許可を得たうえで録音した。

面接内容は①基本的属性（年齢・職位・看護師及び訪問看護師経験年数・経験診療科）、②在宅ホスピスケアの内容、ケアについての思い、③在宅ホスピスケアを行う時にどのような事象をストレスに感じるか、④在宅ホスピスケア時に感じるストレスの対処はどのように行っているか、について自由に語ってもらった。

### 5. データ分析

面接により得られたデータは文献<sup>16)17)</sup>を参考に、つぎのように分析を行った。

収録した面接内容から逐語録を作成し、精読したうえで、文章の意味が読み取れる最小の段落に分け、切片化した。次に訪問看護師が在宅ホスピスケアを行うと

きのストレスと対処に焦点を当てコード化し、各々コードの類似性、相似性に従い分類した。分類したコードの抽象度をあげ、カテゴリ化した。なお本研究の過程において、研究協力者に分析結果の提示を行い、協力者の現実が表現されているか、間違っているかもしれないと協力者が感じていることに修正の機会を提供することとし、真実性を確保した。またコーディングとカテゴリ化がデータに基づいているかについて指導教授のスーパーバイズを受けた。

## 6. 倫理的配慮

本研究は滋賀医科大学倫理委員会の承認（承認番号19-89）を得て行った。

研究協力者に対し、研究目的・方法・プライバシーの厳守、研究協力の任意性、守秘義務について文書にて説明し、書面で同意を得た。

## IV. 結果

### 1. 研究協力者

研究協力者はA県内にある訪問看護ステーションで勤務する訪問看護師10名で、全員女性であった。年齢は30歳代2名、40歳代7名、50歳代1名であった。看護師経験年数は10～33年（20.5±9.5）、訪問看護師経験年数は3～12年（7.7±4.3）で、職位は所長3名、主任2名、スタッフナース5名であった。

### 2. データ分析結果

分析の結果、ストレスに関連する4のカテゴリ、対処に関連する4のカテゴリを抽出した。カテゴリを【】、サブカテゴリを《》、コードを『』、訪問看護師の語りを「」で示す。

#### 1) ストレスに関連するカテゴリ（表1）

##### (1) 【最期の場の意思決定を支えられないつらさ】

このカテゴリはがん終末期を在宅で過ごすことを意

表1 ストレスに関連するカテゴリ

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
最期の場の意思決定を支えられないつらさ	最期まで在宅で過ごしたい思いが叶えられない	症状の悪化による家族の介護負担が増大
		療養者本人の苦しむ姿
	療養者と家族の意思にギャップがある	療養者が家族に気遣い在宅療養を断念
		本人の意思確認が十分できないつらさ
看取る家族からのプレッシャー	臨死期における家族への助言のむずかしさ	余命告知に対する戸惑い
		療養者と家族の治療や療養への思いの調整に困惑
	死の瞬間に対する家族の不安軽減のむずかしさ	高まる家族の介護負担軽減への助言のむずかしさ
		死期を知りたい家族の思いに応えられないつらさ
看護師の言動に対する家族からのプレッシャー	家族に対する言葉の選択に感じる重圧と負担	
	ケア時の家族の厳しい視線	
医療者との連携がうまくいかない	医療従事者間の不十分な連携	医師と看護師の顔の見えない連携
	連携のないまま在宅移行	疼痛緩和における医師との方針のギャップ
自身の判断や能力に自信がもてない	判断後の不安と後悔	病院から連携のないままの退院に対する困惑
		自分の判断が死を早めたと後悔する
自身自身の知識不足	学習と経験との統合が困難	自分自身の未熟な技術と知識不足に落ち込む

思決定した療養者、家族の【最期の場の意思決定を支えられないつらさ】ことから生じるストレスで、『最期まで在宅で過ごしたい思いを叶えられない』《療養者と家族の意思決定にギャップがある》のサブカテゴリで構成されていた。訪問看護師は「よっぽど家で対応できなかつたり痰が頻回にでて、夜も家族が寝られなかつたりしたら入院になる」「いざ家で、苦しんでいる姿を家族が看るとなるとやっぱり家族に悪いなあと思ってしまつたり」「その家族が看られない、家族が寝たりが自分のためにできないとなると家族のことを考えたら入院となる」と語り『症状の悪化による家族の介護負担が増大』するときや『療養者本人の苦しむ姿』を見ると、また『療養者が家族に気遣い在宅療養を断念』し病院に入院することを家族が選択したとき、『最期まで在宅で過ごしたい思いを叶えられないつらさ』を感じていた。

(2) 【看取る家族からのプレッシャー】

このカテゴリはがん終末期を在宅で【看取る家族からのプレッシャー】から生じるストレスで《臨死期における家族への助言のむずかしさ》《看護師の言動に対する家族からのプレッシャー》のサブカテゴリで構成されていた。訪問看護師は「どれだけ続くかわからない、はやいかもしれないし、まだまだかもしれない。人の死を最期まで看取るということでそこをうまく伝えられない」と語り、『死の瞬間に対する家族の不安軽減のがむずかしさ』や『死期を知りたい家族の思いに伝えられないつらさ』から《臨死期における家族への助言のむずかしさ》を感じていた。また「一つ一つの言葉を選んで話してあげると、介護者の緊迫感があって、あの時看護師があーいわはった、ということ鮮明に覚えてはるから、いいかげんなこといえない。それがいちばんのストレスかなあ。」「家族の危機感というか、過敏さというか、神経質さが、行動一つ一つ看護師が観察されているような、いつもみられている」と語り、『家族に対する言葉の選択に重圧と負担』を実感し、看取る間際の家族から『ケア時に家族の厳しい視線をうける』ことで、『看護師の言動に対する家族からのプレッシャー』を感じていた。

(3) 【医療者との連携がうまくいかない】

このカテゴリは在宅ホスピスケア時の【医療者との連携がうまくいかない】ことから生じるストレスで、『カンファレンスとかもってくれはる先生やとその場で症状説明して最期をどうするかと話し合えるけど、その会議先生が出はること自体なかつたりしはると先生の話私らが確認して会議で話すということになる。』『入退院を繰り返してるなら、ちょっと訪看につなげてもらえたらなあ。』という、『医師と看護師の顔の見えない連携』から《医療従事者間の不十分な連携》と、『病院から連携のないままの退院に対する困

惑』から《連携のないままの在宅移行》と2つのサブカテゴリで構成されていた。

(4) 【自身の判断や能力に自信がもてない】

このカテゴリは【自身の判断や能力に自信がもてない】ことで生じるストレスで、『訪問に行った後に亡くなるっていうのはものすごいショックですよ。いづれそうなるかもってわかっていてもなんかわたしのせい?みたいな。』と語り、『自分の判断が死を早めたと後悔する』ことから《判断後の不安と後悔》と、『自分自身の未熟な技術と知識不足に落ち込む』『学習と経験との統合が困難』から《自分自身の知識不足》の2つのサブカテゴリで構成されていた。

2) ストレス対処に関連するカテゴリ (表2)

表2 ストレス対処に関連するカテゴリ

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
気分転換を図る	プライベートで気分転換	趣味や旅行でリフレッシュ
		個人の生活を大切に仕事と割り切る
看護を振り返る機会を持つ	スタッフ間で助け合う	スタッフと話し助言しあう
		悩みを共有し助け合う
		自分の判断を評価してもらう
		経過を振り返り、分析して納得する
連携を密にとる	連携をとる方法を探る	看護師からのアプローチ
		顔の見える関係作り
		家族を巻き込んだ連携
看取り後に達成感を得る	看取りに対する満足感を得る	看取りまで支援できた喜び
		自分自身の成長を実感
		療養者家族から励ましの言葉を得る
		療養者の人生・家族の絆を知る
		家族の療養者に対する愛情に触れる

(1) 【気分転換を図る】

《プライベートで気分転換》のサブカテゴリで構成された。「できるだけそのことから忘れられる趣味をもつなり、楽しく食べることや飲むことであつたりということでもリフレッシュできる。』『家帰つたらひきずらんように、仕事は仕事と思つて、切り換えて子供らと一緒に買い物にいったりとかして。』と語り、『プライベートで気分転換』を図っていた。

(2) 【看護を振り返る機会を持つ】

このカテゴリは《スタッフ間で助け合う》《看護の経過を振り返り次への関わりに活かす》というサブカテゴリで構成されていた。「その人のことを知っているほかのスタッフに話して、とりあえず今、自分がこまっていることを聞いてもらつて、そこから話を聞かせてもらつて、アーそうかと思つたりする」と語り『スタッフと話し助言しあう』『悩みを共有し助け合う』など《スタッフ間で助け合う》ことや、『経過を振り返り、分析して納得する』『関わりの中で疑問に気づき解決する』ことで《看護の経過を振り返り次に活かす》ことで対処していた。

(3) 【連携を密にとる】

このカテゴリは訪問看護師自らが《連携をとる方法を探る》ことから【連携を密にとる】ことで医師との連携に関連するストレスの対処していたことを示して

いる。《連携をとる方法を探る》は『看護師からのアプローチ』や『顔の見える関係作り』、『家族を巻き込んだ連携』の3つのコードから抽出された。

(4) 【看取り後に達成感を得る】

このカテゴリは《看取りに対する満足感を得る》ことや《療養者の人生・家族の絆を知る》ことで【看取り後に達成感を得る】というストレス対処していたことを示す。訪問看護師は、「関わっていく自分も一緒にこう学ばしていただける、人間的に成長していると互いに感じているのかなあ。」と語り、『看取りまで支援できた喜び』、『自分自身の成長を実感』『療養者家族から励ましの言葉を得る』から《看取りに対する満足感を得る》は3つのコードから抽出された。また《看取り後に療養者の人生・家族の絆を知る》は「潔い死に触れたときにこの人と出会えてよかったなあ。そうするとしんどかったけどいい人生にふれさせてもらったなあ、かっこよかったなあ、またがんばろう、またいろんな人生にあわせてもらおうと。」と語り、『療養者の生きざまを知る』『家族の療養者に対する愛情に触れる』の2つのコードから抽出された。

## V. 考察

### 1. 在宅ホスピスケアにおける特有のストレス

訪問看護は対象者の生活の場すなわち自宅で展開され、看護師はほとんどが一人で自宅に出向き、看護を実践しているため、不安と緊張が強く、病棟看護師とは異なるストレスが存在すると考えられている<sup>18)</sup>。今回焦点を当てた在宅がん終末期のケアにおいては様々な特徴的な事象が訪問看護師にストレスをもたらしていた。

訪問看護師はホスピスケアを実践する中で《最期まで在宅で過ごしたい思いを支えられないつらさ》にストレスを感じていた。最期をどこで迎えるのか、終末期の療養の場はQOLに影響するといわれ<sup>19)</sup>、その調整を行うことは訪問看護師の大切な役割である。しかし、がん終末期を在宅で過ごすことを意思決定した療養者、家族を支え最期まで在宅で過ごせることを願いながらも、入院を選択し在宅看取りが叶わない状況が訪問看護師のストレスをもたらしていると考えられる。また療養者の死に直面し、神経質になっている家族にとって訪問看護師の言葉は重く、言葉の選択に《看護師の言動に対する家族からのプレッシャー》を感じている。臨死期にある家族の支援は家族の力を引き出し、一人ひとりの思いと関係性の調整であるとされている<sup>20)</sup>。訪問看護師として家族支援の十分に果たせないことによる葛藤や後悔、療養者家族から向けられる圧迫感が訪問看護師にストレスをもたらしていると考えられる。《死期の予測・判断に対する困難》は、家族は療養者の死期を知りたいというニーズをもっている<sup>21)</sup>

が、その予測、判断は困難で、家族の思いに応えられないジレンマが訪問看護師にストレスをもたらしていると考えられる。このように在宅ホスピスケアを行うなかで、訪問看護師は【最期場の意思決定を支えられないつらさ】【看取る家族からのプレッシャー】を感じており、“生命を脅かす疾患に直面する患者とその家族のQOLの改善を目的とし患者と家族が安心して家で過ごせるケアを提供する”という在宅ホスピスケアの理念<sup>22)</sup>と現実との隔たりから、これら特有のストレスを感じていたと考えられる。

また在宅ホスピスケアを行うには医師をはじめとした他職種との連携は不可欠である。なかでも緩和ケアにおいては常時医師が管理することは困難で24時間の対応は訪問看護師にゆだねられるため連携は重要である<sup>23)</sup>。しかし在宅医療を支える診療所、開業医から疼痛緩和に関するタイムリーな指示が得られず、療養者と医師との板挟みになることもある。緩和ケアに関してはすべての医師への研修が義務付けられ、また看護師への裁量拡大が検討されているが確立するまでにはまだ時間を要すると思われる<sup>24)</sup>。また病院や緩和ケア施設との連携が不十分な場合にも、家族は不安な状況に置かれ、療養者は苦痛を感じる。これは療養者家族の安全性を脅かすものとなり、調整する看護師にとってもストレスをもたらしていると考えられる。

一方で、在宅ホスピスケアにおいて訪問看護師は医師不在下での医療的判断後の不安や、いずれやってくるであろう死に対して、自分の判断が死を早めたのではないかと悔やんでいた。さらに、訪問看護師は在宅ホスピスケアを通して不器用な自分に気づくことや技術が不十分で療養者に拒否され落ち込むこと、学習していても在宅での実践との違いを実感し、【自身の判断や能力に自信がもてない】という特有のストレスを生じていたと考えられる。

### 2. 在宅ホスピスケアにおける訪問看護師のストレス対処について

在宅ホスピスケアにおける訪問看護師のストレス対処について、訪問看護師は【気分転換を図る】という対処をおこなっていた。《プライベートで気分転換》という情動焦点型の対処を根底に、【看護を振り返る機会を持つ】ことによって関わりを振り返り分析することや、疑問に答え次に活かすという対処を行っていた。在宅ホスピスケアは個別性に富むケアの連続であり、経験を積むにしたがってストレスへの対処方法のバリエーションが増えてくると考えられる。チーム内での支えあいは十分に話し合うことに尽きるのでそのようなチームに育つこと、そして育てあうことが必要とされる<sup>25)</sup>。また、経過を振り返り、分析して納得するという、リフレクティブシンキング（内省的思考）という考えが使われたと思われる。これは単なる振り返

りや反省ではなく、深く自己の活動や意味づけ、その理論を引き出す営みとしての承認体験である<sup>26)</sup>。訪問看護師は意識に上らない部分でフレクティブシンキングを行っていたと考える。

医療従事者間に生じるギャップに対し連携をとる方法を探ることにより医師との連携に関連するストレスの対処していた。これは直接的な問題解決に焦点を当てた対処であるが、連携をとる方法を考えるだけでは対処にならない部分も多く、在宅ホスピスケアを進めていくうえでそれぞれの職種が役割を果たし、チームとして関わっていく体制の強化が必要ではないかと考える。特に、病院から在宅へとシフトされている今日、病院スタッフが在宅医療を十分理解されることがのぞまれる。

訪問看護師は【看取り後に達成感を得る】ことで対処していた。訪問看護師は療養者の思いを看取りまで支援できたこと、療養者との関わりの中で自分自身の成長を実感できたことや療養者、家族から励ましの言葉が得られることの喜びを実感し、在宅ホスピスを通して【看取り後に達成感を得る】ことで次のケアへの原動力としていたと考える。訪問看護師にとって家族とともに死に逝く人を見守ることは、心身ともに大変な負担を感じることはあるが、視点を変えれば人の生き様を学ぶというかけがえのない体験をすることでもある<sup>27)</sup>。看取りを通して療養者の潔い人生や、家族との深い結びつきを知り、在宅ホスピスケアに対するやりがいや充実感を感じていたものと推察され、この充実感がストレスフルな業務であっても、その業務を継続する原動力となっていると考える。

## VI. おわりに

訪問看護師は【最期の場の意思決定を支えられないつらさ】【看取る家族からのプレッシャー】【医療者との連携がうまくいかない】【自身の判断や能力に自信がもてない】という特有のストレスを有し、【気分転換を図る】【看護を振り返る機会を持つ】【看取り後に達成感を得る】ことで対処していた。このことから在宅ホスピスを行う訪問看護師のストレス軽減、対処能力向上に向けて、以下の示唆が得られた。

1. 現状では長期に及ぶ研修の機会を得ることは困難であるが、CNSや認定看護師、ナースプラクティショナー等の配置が求められる領域であり、短期の研修を義務付ける等、高い専門性を獲得できる研修制度の確立がのぞまれる。

2. 訪問看護師はスタッフと話し助言しあう等、看護を語る場を持ち、一人で抱え込まないように対処していた。相談、助言のできる経験豊かな、専門看護師の配置が必要であり、相談、助言を受ける機会が持てるよう職場環境を整備・充実することが必要である。

3. 緩和ケアに関する研修の義務化や看護師の裁量範囲の拡大などの制度は動き出している。しかし、確立されるまでにはまだ時間を要すると考えられる。現体制での医療従事者の顔の見える連携を実践し、連携の充実を図る必要がある。

## 文献

- 1) 新田國夫編著 秋山正子, 佐藤美穂子, 箕岡真子: 家で死ぬための医療とケア. 医師薬出版 2007 2-13
- 2) 国立がん研究センター: 最新がん統計  
<http://ganjoho.jp/public/statistics/pub/statistics01.html>
- 3) 厚生労働省: 「がん対策基本法」「がん対策推進基本計画」2007.6
- 4) 宮崎和歌子, 川越博美: 訪問看護元気化計画. 2010
- 5) 吉田智美: がんの終末期で症状緩和をうける療養者の家族のストレス・コーピング一般病棟と緩和病棟の比較. 日本看護科学学会誌 1996: 16巻3号 10-20
- 6) 加藤麻衣, 鈴木敦子: 看護師のストレス要因とコーピングとの関連—日本版 GHQ とコーピング尺度を用いて—. 富山大学看護学会誌 2007: 6巻2号 P37-45
- 7) 梶原睦子: 看護師のストレスとストレス対処の特徴—SSCQを用いた年代別調査—. 山梨医大紀要 2002: 19巻: 65-70
- 8) 田尾雅夫: バーンアウトの理論と実際. 信書房 1996: 5-112
- 9) 垣本尚美, 浜崎美和: ターミナルケアにおける看護師の姿勢と心理的動向—葛藤・コーピングの現状を知る—. 36回日本看護学会 看護総合 2005: 247
- 10) 和田由紀子: バーンアウトと対人関係の様相—緩和ケア病棟に勤務する看護師の全体・年代別分析—. 日本看護科学学会誌 2006: 26巻2号: 76-86
- 11) 小林裕子: 訪問看護師のストレスに関する研究—訪問看護に伴う負担と精神健康状態 (GHQ) および首尾一貫感覚 (SOC) との関連について. 本赤十字九州国際看護大学紀要2005: 4号
- 12) 谷垣静子: 訪問看護師の職業性ストレスに関する研究 職位別のストレスの検討. 訪問看護と介護 2005 10月号 840-849
- 13) 仁科裕子: 訪問看護師の職業性ストレスに関する研究 スタッフのストレス要因. 日本看護学会誌 2004: 27巻3号: 154
- 14) 近藤望: 在宅ターミナル期の家族支援に対する訪問看護師の困惑感. 緩和ケア 2007 P170-174
- 15) 川越厚: がん患者の在宅ホスピス 医学書院 P8
- 16) ホロウェイ+ウィーラー, 監訳 野口美和子: ナースのための質的研究入門. 医学書院 2006:
- 17) 佐藤郁哉: : 質的データ分析法. 新曜社 2008:
- 18) 11) 再掲
- 19) 園田芳美石垣和子: 癌末期高齢者のターミナルケアにおける家族間調整に関する質的研究—終末期の療養場所選択に焦点を当てて—千葉看護学会誌2007: Vol13No1
- 20) 長江弘子: 在宅ホスピスケアにおける家族支援の構造—訪問看護婦の支援に焦点を当てて—. 聖路加看護大学紀要 2000: No26 31-42
- 21) 鈴木志津枝: 家族がたどる心理的プロセスとニーズ. 家族看護 2003 Vol.02, 日本看護協会出版会,
- 22) 15) 再掲

- 23) 24) 川越厚：在宅末期がん療養者に対する医療行為。  
訪問看護と介護 2008 1月号 P46-49  
25) 1) 再掲 40-45

- 26) 近田敬子：成長し続ける職業人であるために。Quality  
Nursing 2001：Vol7 No8  
27) 1) 再掲 114-130