

原 著

緩和ケア病棟での経験が浅い看護師の心理過程

宇野 あかり *・安保 英勇 **

Psychological processes of nurses with little experience in palliative care units.

Akari Uno, Hideo Ambo

Abstract

The purpose of this study was to clarify the psychological processes of nurses with little experience in palliative care units, focusing on changes in nurses' views on death and their time perspectives. We conducted semi-structured interviews with seven participants working in a palliative care unit for less than three and a half years. Data were analyzed using Trajectory Equifinality Model. The results showed that their view of death changed over the course of their career, and it was closely related to their choices and emotions at each stage. Additionally, the experience of [facing unanswerable questions while providing care] caused the nurses to encounter difficult feelings. Furthermore, there was a change in their time perspective, and this led to [strengthening the meaning of being engaged in palliative care], which became the driving force for their practice. These results suggest that it is effective to integrate the time perspective into the traditional death-related approach to provide psychological understanding and support to nurses working in palliative care units in their early years.

Keywords: palliative care, nurses, views on the death, time perspectives

問題と目的

I. 看護職の死のとりえ方

患者の死の経験は看護師の最も一般的なストレスの一つであり (Peterson et al., 2010), メンタルヘルスの不調, バーンアウトを引き起こす可能性がある (Gray-Toft & Anderson, 1981; Ablett & Jones, 2007)。そのような環境下で, 看護師自身の死のとりえ方は患者の死に対する意味づけや看護観に影響を与え, 実際のケア態度にも大きく関わる問題として捉えられる。

看護師が患者の死を, 人の人生の必然的な一部とし捉えたり, 死は自分たちがコントロールでき

ない運命の問題だと捉えることは, 終末期の患者への関わりにおいて重要な対処方法として役立つ (Peterson et al., 2010; Yang & Mcilpatrick, 2001)。一方で, 死の不安や恐怖を感じるほど, 患者との関わりを回避する傾向が見られ, 職務遂行能力や精神的健康の低下に繋がる (Zheng, Guo, Dong, & Owens, 2015)。そのような状況では, 患者や家族との死に関するコミュニケーションを不快に感じたり (Deffner & Bell, 2005), 終末期患者のケアの質の低下も見られる (Peters, Cant, & Payne, 2013)。

国内の研究においては, 医療者は一般の人と比較した場合, 「あの世」への願望が強く, この傾向

* 東北大学大学院教育学研究科 / 日本学術振興会特別研究員 DC (Graduate School of Education, Tohoku University / JSPS DC Research Fellow)

** 東北大学大学院教育学研究科 (Graduate School of Education, Tohoku University)
受領2021.3.15 受理2021.10.9

は「現世」で目の当たりにする死の悲惨さへの恐れ
の反映であることや、一般の人々は死を日常から
断絶して捉えるが、医療者は日常の職業体験の
集積として捉えることが報告されている（田代、
1993）。菅原（1993）は末期癌患者の看護にお
いて、最も適応的な対応パターンの看護師は、他
人ごとであった死から自分の問題としての死の意
味づけをすることを報告している。その他、看護
師の死の意味づけには否定的なものに限らず肯定
的なものがあることや（吉田、1999）、「終末期
ケア」において看護師は【死に対する否定的な固
定観念を払拭し柔軟にとらえ直す力】に基づくレ
ジリエンスが必要なこと（樽岡・黒田、2017）、「
ターミナルケア」の辛く苦しい経験から【肯定的
な気づき】を得ることで、患者やその家族から逃
げずに関わることができる態度に結びつくことが
報告されている（大西、2009）。このようにわが
国では、死に肯定的な要素を見出すことの重要性
が強調される傾向が見られる。一方で石坂（2015）
は、一般成人に比べ看護職は積極的に意味づけを
することで死を受容するが、経験年数による比較
では、経験の長い看護師ほど逆に死の意味を積
極的に見出さない「ポジティブ回避傾向」が見
られ、心理的に死と距離をとることができる柔
軟性が看護職の継続を支えていると述べている。

看護師の死のとりえ方は、看護師自身のメン
タルヘルスやケア態度に密接に関連し、決して
無視することができない要因である。そして、死
のとりえ方には個人差があり、唯一の正しい答
えがあるものではない。従って、死のとりえ方の
多様性を考慮しつつ、それらが死にゆく患者に
寄り添うことにどう関連するのか迫っていく必要
がある。

Ⅱ. 緩和ケア病棟での経験が浅い看護師の心理状況

死に関する問題を扱うことは、終末期患者へ
の関わりが業務の中心となる緩和ケアの領域で

大きな意義を持つ。緩和ケアの現場で働く人々
は、必ずしも他科と比較してストレスやバーン
アウトの発症率が高いわけではないが（Gama,
Barbosa & Vieira, 2014）、一方で死の問題
への対処の困難さは依然として存在している
（Rokach, 2005）。そして、緩和ケアの重
要な一側面であるスピリチュアルケアは、医
療者が自らの死生観を問うなかで生まれるケ
アとされる（瀬良、2014）。

わが国の緩和ケア病棟では、一般病棟での一
定の臨床経験を採用条件に挙げている場合が
多いが、既に経験豊富な看護師であっても、新
しい領域では初心者レベルに分類されることが
ある（ベナー・井部（監訳）、2005）。一般病
棟での経験がある「新人緩和ケア看護師」は、
死を前にした患者には今までのやり方では通
用しない、何もできない無力感を感じている
ことが指摘されている（畠山・手島、2007）。
従って、一般病棟での臨床経験が豊富であつ
たとしても、緩和ケア病棟での経験が浅い
看護師の心理状況は特有であると考えられる。

Ⅲ. 死のとりえ方と時間的展望の関連

死のとりえ方と密接に関連する心理的概念の
ひとつに時間的展望（Time perspective）が挙
げられる。時間的展望とは、「ある一定の時点
における個人の心理的過去、現在および未来
についての見解の総体（Lewin, 1951）」と定
義され、いわば人生の見通しを示すものである。

死に対する意識と時間的展望は密接な関連が
あり、その様相は発達段階ごとに異なる。青
年期では、死が日常生活から断絶しており、
現在や近い未来を重視して過ごしていること
から、遠い未来に価値を感じることに難しい
（Kastenbaum, 1959）。成人期から中年期
にかけては、多くは親になる経験を通し、無
意識に子どもと共に発達段階を追体験するこ
とで、未来の感覚が広がり、過去が大きく再
編される。また、身体的衰えを感じ始め、時
間の有限性を感じることで死を意識する

ようになるが、一方で現在や未来に新たな意味づけをし始める (Colarusso, 1999)。さらに、中年期には死の不安が最も高まり (Gesser, Wong, & Reker, 1988)、同時に時間的展望の一つの転換期でもある (白井, 1997)。日潟 (2009) は、40～60歳代を対象に検討を行い、各年代で死のとりえ方は異なり、それぞれのライフステージに必要な死の向き合い方があり、それらが時間的展望のあり方と関連することを示唆している。老年期は、死が現実的な問題として迫るが、死の不安は他の年代と差が見られないことや、若者や中年期の人よりも不安を感じないことが示されている (Fortner & Neimeyer, 1999)。その背景として、時間的展望が死の不安に対する対処メカニズムとして機能する可能性が指摘されている。これは社会情動的選択性理論 (Socioemotional Selectivity Theory) の中で論じられ、人は時間の有限性を感じると未来志向から現在志向にシフトし、目標や価値観の持ち方を調整することで、現在の生活の幸福度を高めようとする (Carstensen, Issacowitz, & Charles, 1999)。

これまでの知見を概観すると、どちらの要因を先行要因と定めるのか研究者によって異なり、一貫した結果も見られない。しかし、どの発達段階においても死のとりえ方と時間的展望の関連は強く、互いに影響し合うことは明らかである。そして、多くの場合は年齢を重ねるごとに、身近な人や自身の身体的・心理的变化やライフイベントを経験する中で死への意識が変化し、それと相互作用するように時間的展望も変容すると考えられる。ところが、緩和ケアという死を日常的に目にする環境下において、そこで働く看護師の心理状況は一般の人々と異なることが推測される。経験豊富な緩和ケアスタッフを対象とした宇野 (2020) の調査では、終末期患者との関わりを通し、自身の過去・現在・未来の視野を拡大かつ肯定的に捉えることで、時間的展望を適応的に発達させていた。さらに、時間的展望の発達に伴い、緩和ケア

での新たな気づきや、死を受容する意識を高め、患者の死に寄り添うことに適応していることが示唆された。つまり、死のとりえ方と時間的展望がうまく相互作用することで、看護師のメンタルヘルスおよびケアの質の向上に繋がる。しかし、この研究における対象者の年齢層は高く、中年期は時間的展望の転換期であることを踏まえると (白井, 1997)、時間的展望のあり方は緩和ケアの経験よりも加齢による影響を大きく受けている可能性も考えられる。従って、緩和ケア病棟での経験が浅い看護師を対象とすることで、緩和ケアでの経験と時間的展望の関連をより精査することができるだろう。

以上より、本研究の目的は緩和ケア病棟の経験が浅い看護師が経験する心理過程について、看護師の死のとりえ方と時間的展望の変化に着目しながら明らかにすることである。

なお、本研究では緩和ケア病棟における経験が浅い看護師を、緩和ケア病棟での勤務が3年半未満の看護師とした。ベナーは看護師の発達段階として、初心者、新人、一人前、中堅、達人の5段階を挙げている。そのうち、類似した状況下で2～3年仕事をしている一人前の看護師は、自ら計画を立て看護実践できるようになっているが、まだ柔軟性に欠け、状況を局面で捉えるレベルにある。一人前の看護師が、患者の全体像を捉えつつ重要な部分に焦点をあてた看護が提供できる中堅の看護師に成長するには、質的飛躍が必要であり (ベナー・井部 (監訳), 2005)、この境目に大きな隔たりのあると考えられる。そして、前述した通り、経験豊富な看護師であっても、新しい領域では初心者レベルに分類されることがあることや (ベナー・井部 (監訳), 2005)、一般病棟での臨床経験を有する看護師であっても緩和ケア病棟に配属された際に【自分の経験がゼロになったような無力感と戸惑い】によって心理的負担を感じることから (稲垣・古澤・村瀬, 2016)、本研究では緩和ケ

ア病棟における勤務年数が初心者から一人前の条件に当てはまる対象者を選定した。また、本文中で用いる緩和ケア病棟看護師という語は、緩和ケア病棟に勤務する看護師を指し、緩和ケア認定看護師とは区別されるものとする。

方法

I. 対象者および施設の概要

H 市内 I 病院の緩和ケア病棟に勤務する看護師で勤務歴が継続3年半未満の7名である(表1)。H 市は人口約100万人の政令指定都市で、I 病院はその郊外に位置する。また、施設特性は、全病床数が150床の一般病院であり、院内独立型の緩和ケア病棟を有している。病棟の病床数は20床、医療従事者の総数は約30名で、そのうち医師が1名、看護師は約20名である。緩和ケア認定看護師2名、臨床宗教師が1名在籍している。

表1 対象者の属性

対象者	性別	年齢	看護歴 (年)	緩和ケア病棟 看護師歴(年)	資格	信仰の 有無
A	女性	30代	11-15	1.2	看護師	無
B	女性	20代	1-5	0.2	看護師	無
C	女性	40代	15-20	0.6	看護師	無
D	女性	40代	21-25	1.9	看護師	無
E	女性	20代	6-10	1.1	看護師	無
F	女性	30代	6-10	3.5	看護師	無
G	女性	30代	6-10	2.7	看護師	無

II. 調査手続き

緩和ケア病棟の看護師長を通し研究協力募集の文書を配布し、調査協力の承諾を得た者にインタビューを行った。

III. データ収集方法

データの収集方法に半構造化面接を採用し、対象者7名に対する一対一のインタビューを実施した。面接時間は約60分～120分で、平均面接時間は87.7分であった。面接場所はプライバシーの確保に留意し、病院内の空き部屋を使用した。面接内容は対象者の同意を得た上でICレコーダーに録音した。対象者の属性として、性別、年齢、看護歴、緩和ケア病棟看護師歴、資格、信仰の有無を尋ねた。面接はインタビューガイドに沿って実施され、主に①現在に至るまでのキャリア、②これまでの死のとりえ方と時間的展望の変化、③緩和ケアに従事する上での困難感とサポート源の3点について、予め用意した質問項目を順に尋ねた。また、本研究の目的に関わる語りが出てきた場合は、その内容を掘り下げる形で面接を進めた。

IV. 分析方法および分析の手順

本研究は分析方法にTEM (Trajectory Equifinality Model: 複線径路・等至性モデル)を採用した。TEMは時間を捨象せず個人の変容を社会との関係で捉えようとする質的研究法である。その特徴は、人間を開放システムとして捉えるシステム論に依拠する、個人に経験された時間の流れを重視する、という2点である(安田・サトウ, 2012)。TEMには主要概念が存在し、表2にその説明を示した。TEMによって、対象者の人生の時間の流れを重視しつつ、現在までの過程を、死のとりえ方や時間的展望の視点を交えて明らかにすることが可能となる。また、その過程における日々の業務や患者や家族との関わりという事象や、対象者本人の感情の位置づけを検討していくことも可能である。

表2 TEMにおける各概念の定義

TEM 概念	定義
等至点 (Equifinality Point; EFP)	個々人がそれぞれ多様な径路を辿ったとしても、等しく到達するポイント
両極化された等至点 (Polarized EFP; P-EFP)	等至点とは正反対にある等至点
必須通過点 (Obligatory Passage Point; OPP)	ほとんどの人が、論理的・制度的・慣習的・結果的に経験せざるを得ないポイント
分岐点 (Bifurcation Point; BFP)	径路の中で発生・分岐する点ポイント
社会的助勢 (Social Guidance; SG)	ある点に辿りつくまでに促進する方向に働く力
社会的方向づけ (Social Direction; SD)	ある点に辿りつくまでに阻害する方向に働く力
非可逆的時間 (Irreversible Time)	時間の持続を示す

注) 荒川・安田・サトウ (2012) を参考に作成した。

分析の手順は以下の通りである。まず、インタビューで得られたデータを文字に起こし、プリントアウトしたものを内容や筋立てが理解できるまで精読した。語られた意味のまとまりごとに切片化し、分析における最小単位とした。その際にプリントアウトしたものをまとまりごとに切り、KJ法(川喜多, 1967)の手法に基づき、臨床心理学専攻の大学院生5名の協力のもと、意味の近いものをカテゴリ化した。死のとらえ方の分類に際しては先行研究(海老根, 2009; 石坂, 2015; 平井・坂口・安部・森川・柏木, 2000; 岡本・石井, 2006; 丹下, 1999)を参考にした。

次の段階では、カテゴリをそれぞれの対象者ごとに、時系列順に一行に並べた。その過程では、対象者間で類似する事象は重ね、相互背反的と考えられる事象は縦に並ぶように配置した。この作業を何度も繰り返し、並べ終わったところで、類似した内容をボトムアップ的にまとめてラベルをつけた。また、各ラベルがTEM概念のどこに当てはまるのかを考えながら作業を行った。

等至点および両極化された等至点を設定した上で、それぞれのラベルを実線で結んだ。逐語データと見合わせて繰り返し修正を行い、全ての対象者の径路が十分に描けたと思えるまでこの作業を繰り返した。なお、本研究では等至点を「日々の緩和ケア病棟での実践の継続」と定めた。

V. データ収集期間

2019年10月～12月にかけてインタビューを実施した。

VI. 倫理的配慮

対象者には、書面にて予め調査の目的やプライバシー保護、任意性の確保、インタビューを中断してよいこと、協力できない場合や中断した場合でも一切の不利益が生じないこと、情報の取り扱いなどに関する説明を口頭および文書で行った。協力が得られた場合は、本人に同意の署名を依頼した。本研究は、所属機関の研究倫理審査委員会の承認を得て実施された。(承認ID: 19-1-007)

結果

対象者の属性は、全対象者が女性であり、平均年齢が34.3歳、平均看護歴が12.5年、緩和ケア病棟看護師歴が1.6年であった(表1)。

対象者の語りを基に、緩和ケア病棟での経験が浅い看護師の心理過程をTEM図として示した(図1)。本文中ではTEM図内のラベルを【】, 対象者の語りを「」で表記した。本研究のTEM概念の位置づけと各ラベルの発言例を表3, 4に示した。

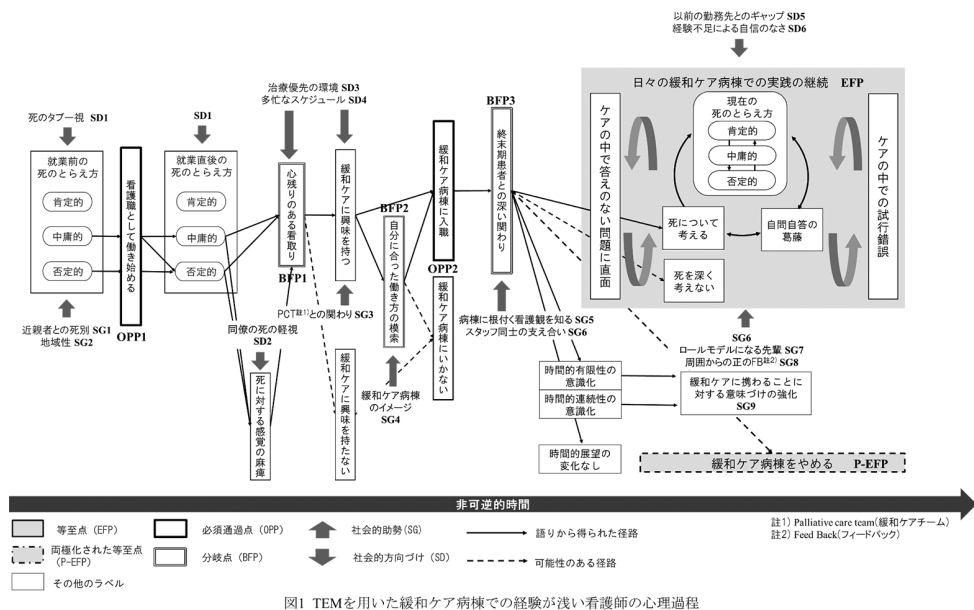


図1 TEMを用いた緩和ケア病棟での経験が浅い看護師の心理過程

表3 本研究におけるTEM概念の位置づけと発言例

本研究における位置づけ		発言例
必須通過点 (OPP)	①看護職として働き始める	
	②緩和ケア病棟に入職	
分岐点 (BFP)	①心残りのある看取り	「その人の死の尊厳とか、全然何にも無視じゃない。命をとにかく最優先だから。なんだかそういうのにどうなのかなと思って」
	②自分に合った働き方の模索	「穏やかな時間がこんな流れているなんて、うわーって思いますよ。急かさなくて良いなって思います。やっぱり自分のやりたいことをやり、それで給料をもらえるってことは素晴らしいこと」
	③終末期患者との深い関わり	「今のこの環境はとにかく、患者さんと看護師というよりも、人間対人間の関わりがすごく大きいのがあって。看護師としてもそうですけど、人としての出会いがすごく濃密」
	①近親者との死別	「一番最初にちゃんと人が死ぬということに対して向き合ったのは、15歳くらいの頃で。ちょうど父親が病死して、身近な人を亡くしたことで、やっぱり人って死ぬんだなってことを改めて目の前で見た」
	②地域性	「実家が田舎で核家族とかがないんだよね。じいちゃん、ばあちゃん、ひいじいちゃん、ひいばあちゃんとかとみんな住んでるわけ。だから死が普通に身近にあったんだよね。誰かが死ぬといえば、『あそこのばあちゃんが死んだから行ってこい』って小さい時から行っていたし、間もなく誰かが死ぬっていうのも、小さい時から見てるんですよ。死ぬのは当たり前のことだってみんなとらえているから、死ぬ間際にみんなでその辺で弁当とか食べて『なんだ～死んだべな～』みたいな感じの。そういう環境で育っているから当たり前のこと」
社会的助勢 (SG)	③緩和ケアチームとの関わり	「緩和ケアチームがいてくれて、その先生とその患者さんの主治医と相談して、疼痛コントロールとかが悪いから、あとは不眠とかもあってせん妄気味だからちょっと相談しようって話になって依頼をかけると来てくれる（中略）連携がうまくスムーズにできていたので、これって緩和行ったらどうなるんだろうって」
	④緩和ケア病棟のイメージ	「自分はあんまり殺伐とした中で働けるタイプじゃないかなって。ゆったりしながら働けるような場所でもあるようだしと思って」
	⑤病棟に根づく看護観を知る	「この病院も「旅立ち」って言葉を使いますよね。それも結構独特だと思う。前のところではなかったし、ここに来てそういう言い方もあるんだな、いいなって思う」
	⑥スタッフ同士の支えあい	「スタッフのみなさんにはこうしたいって言えばご協力頂けるので、そこはすごくありがたい」
	⑦ロールモデルになる先輩	「先輩たちの関わり方を見ていて、今までの、前の病院の時の関わり方ではだめなんだなって思いました。ここはみなさん親身になって、患者さんとか家族からお話を聞いてたりとか、その話すトーンだったり速さだったり、タイミングだったり、よく見ているなって。だからそういうところは勉強したい」

社会的助勢 (SG)	⑧周囲からの正の FB	「患者さんとの時間が増えたことで、色んな話を聞けたりとか、「若いから頑張ってるね」と言われたりとか、そういうのはやっぱりモチベーションになる」
	⑨緩和ケアに携わることに 対する意味づけの強化	「緩和ケアも私は未知だったんですよね。だから今回踏み込んでみて、やっぱり知ることも結構多い。学ぶことが好きなんです。面白いなあって」 「ホスピスはその人がその人らしさ、その人の生き方が出る場所だなんて思っていて。そしてそれを見て、私は色んな人の生き方を学ぶ場所だなんて思っていて。だから、そういう生き方というか、色んな人の考え方を知れる場所」
社会的 方向づけ (SD)	①死のタブー視	「死って言葉を言うこと自体がタブー視されてる感じだった」
	②同僚の死の軽視	「やっぱり最初の経験が一番インパクト強くて、みるみる魂が消えていくというか、目の光がなくなっていって。(中略)かたやベテランの先輩は、(中略)「ああ、これ見てらんないね」みたいな感じのさらっとした先輩の感じが、人として私は無理だなんて思っ。人間不信じゃないんですけど私はつらかったの。もっと大事にしたかったんですよね」
	③治療優先の環境	「急性期にいた時は勿論助けなきゃいけないから (中略) 最期の一息を見るなんてこととしてあげたことなかった」「病院自体が看取りの病院ではなくて、一般患者も受け持ちながら、ターミナルの方も受け持つみたいな感じだったので、業務が流れ作業のようで、ターミナルの人も見ていた」
	④多忙なスケジュール	「全然関係ない病院に行ったら毎日すごく忙しくて (中略) 本当に流れ作業的な、採血して、結果でて先生に診察してもらってみたいなのを二年ぐらいやっていて。私何やってるのかなって思っ」
	⑤以前の勤務先との ギャップ	「どうしても前の病院と比べると、この時はこうしてたのに、なんでここではこうではないんだとか。こういう風にずっと指導してきてもらってたからこれが当たり前のことなのに、なんでこういう風にしないんだろう、こは。そういう葛藤はあります」
	⑥経験不足による 自信のなさ	「その人の苦痛を緩和するためには何ができるんだろうっていうのはやっぱり勉強不足だから、悩むことが多くて、そこが今一番難しい。薬の投与だけじゃなくて、違うことができるんじゃないのかなとか」 「まだまだ道半ばみたい。自分の中で思っている緩和ケアのスタッフにはまだまだ全然、足元にも届いてない」
時間的 展望に 関する カテゴリ	①時間的有限性の意識化	「生きていくってことは同時にその先に待っているものってみんな一緒というか。亡くなり方は人によって違うけど、でも迎える最期は一緒なんだと思うと、じゃあ逆に今ある時間をどういう風にしていこうかなとか、そういうのを考えるきっかけになった」 「患者さんの中でも急に宣告うけてここに来たという方もいらっしゃったりして。やっぱり自分の人生としても、いつ病気が発覚して死ぬかもわからないので、とりあえずその日できることはやっておいて、本当にいつ死んでも良いようにやりたいことはやっておこうという意識は結構あります」
	②時間的連続性の意識化	「ここに来て、ホスピスってすごくその人を知れる場所だなんて (中略) ホスピスは、その人がその人らしさを出せる場所だと思っ。それを見て私は色んな人の生き方を学ぶ場所だなんて。結局家族とかその人の話す言葉とかって、その人の今までの生きてきた人生が出る。しかもそれが最期となるとより顕著に出る場所なんですよ」

表4 本研究における等至点の各カテゴリと発言例

発言例	
ケアの中で 答えのない 問題に直面	「良い最期っていうのは、何をもって良いとするかすごく難しい (中略) こっちが良いとわかっていても、自分サイドだけかもしれない。常に色んな人の立場に立って考えなくちゃいけないんだなって思うし、今日指しているそのケアも、何に重きを置いてやっているんだろうっていうのは、常に立ち止まって考えなくちゃいけないんじゃないかっていうのはすごく思う。そういうのを考えると、ぐるぐるわからなくなっちゃう」 「医療行為を何もしないで、痛い苦しいのをとったりするケアだけで行くんだったら、徹底的にそうしたら良いんじゃないですか (中略) 今はそうではなくて内科的なことも少し入ってきて、点滴もしてるし (中略) だからどこに緩和があるのか ... 全部緩和だからと言われても、アセスメントした理由づけがあって言ってることだとは思んですけど、でもわからない。そこらへんが難しいなっていつも思っています」
ケアの中での 試行錯誤	「残り幾何もない人の最期に関わっているの、だからこそその瞬間の出来事に対して振り返りの作業はして、修正してそれを活かしていけないといけない」 「日々の仕事から少しずつ考えたり、アセスメントする力を身につけて、勉強した方が良いと思ってる」
死について 考える	「死ぬってことはやっぱり常に意識はする。普通の生活はしていてもわかってたけどやっぱり人は誰しも死ぬんだなって。ここに来て確実にみんな死ぬんだなってひしひしと感じている」 「家族とか自分の最期を考える機会には大いになってますね。緩和ケアという場が」
自問自答の 葛藤	「患者さんや家族との関わりで、本当にこの話をしよったのか悪かったのか、もっと違う関わりができたんじゃないかって、常に自問自答です」 「本当に安らかに逝ったねという方もいるけれど全員が全員そうでもないし。ここに何の期待を持ってきたのか、それを叶えられたのかっていつも悩む」

I. 現在に至るまでの分岐点とその要因

現在までの重要な出来事や選択と考えられるものを分岐点とし、主に【心残りのある看取り】【自分に合った働き方の模索】【終末期患者との深い関わり】が見出された。

全対象者が看護師として緩和ケア以外の診療科を初めての職場としていたが、多くが治療の余地がある患者への関わりを優先することで、終末期患者のケアが疎かになってしまう状況を経験していた。「前の急性期病棟は終末期の人は正直ほんとかれていた」「疼痛コントロールが全然できなくて苦しそうな中で亡くなった患者を見て、何かできなかったのか心残りがある」と、対象者は終末期患者への関わり方に疑問や課題を感じていた。このような【心残りのある看取り】から、終末期患者への寄り添いの感情を高め、【緩和ケアに興味を持つ】という径路を辿っていた。この点における社会的助勢は【緩和ケアチームとの関わり】であった。その後、【自分に合った働き方の模索】の段階を辿る径路も見られた。「ホスピスは穏やかな時間が流れていて、患者にゆっくり関われそうと思った」と、その際に【緩和ケア病棟のイメージ】が緩和ケア病棟での勤務の選択を促進していた。緩和ケア病棟に入職すると、緩和ケア病棟での業務の中心となる【終末期患者との深い関わり】が重要な分岐点となっており、その体験から現在の状況を示す【日々の緩和ケア病棟での実践の継続】に繋がっていた。【終末期患者との深い関わり】には、【病棟に根付く看護観を知る】【スタッフ同士の支えあい】が社会的助勢として機能していた。

II. 等至点として見出された現在の状況

本研究では、経験が浅い緩和ケア病棟看護師の現在の状況として【日々の緩和ケア病棟での実践の継続】を等至点に定めた。等至点をより詳しく検討すると、現場での実践の中で、【ケアの中で

答えのない問題への直面】と、それに対する【ケアの中での試行錯誤】が繰り返し行われていることが明らかになった。生死の問題が扱われる緩和ケアでは、「誰にとって「良い」とすることが、ケアとして「良い」になるのかわからない」「嚥下が難しいと言っても家族は食べさせたい。食べさせてむせては吸引しての繰り返し。そういう順繰りをしてでもご家族の希望を叶えるか、ずっと我慢させた方が良いのかわからなくなる」と、何を優先すべきか悩む場面も多く、様々な文脈で答えがない問題に直面することも明らかになった。その中で看護師は自分なりの緩和ケアのあり方を模索し、試行錯誤を繰り返しながら継続的に働いていた。そして、これらの実際のケア行動の問題と相互作用するように、意識レベルの問題として【死について考える】【現在の死のとりえ方】【自問自答の葛藤】が互いに影響し合いながら存在することが見出された。終末期患者との関わりが増えることで、自然と【死について考える】機会が増え、【現在の死のとりえ方】に変化が見られる対象者が多かった。この段階で【死をあえて深く考えない】という径路も理論上は考えられたが、この径路を辿る対象者はいなかった。【現在の死のとりえ方】は、実際のケアの態度の基盤となっており、緩和ケアをどのように行うかを左右する重要な要素となっていた。【自問自答の葛藤】は、「緩和ケアを始めたばかりで悩むことは多々あります。患者さんへの関わりがこれでいいのか。あの死の迎え方でよかったのか」と、自身の実践に対する不安や疑問を示していた。これらの意識が複雑に絡み合うことで看護師の現在の心理状況を規定し、さらにその心理状況が実際のケアに密接に関わっていた。等至点に対する社会的助勢は、【ロールモデルになる先輩】【スタッフ同士の支え合い】【周囲からの肯定的なフィードバック】が挙げられた。社会的方向づけは、【以前の勤務先とのギャップ】【経験不足による自信のなさ】が挙げられた。

Ⅲ. 死のとりえ方と時間的展望の変化

死のとりえ方は TEM 図において必須通過点ととりえ、就業前・就業直後・現在に分けてその変

化を見た。さらに、死のとりえ方は肯定的とりえ、中庸的とりえ、否定的とりえに分類した。下位カテゴリと発言例を表5に示す。

表5 死のとりえ方の下位カテゴリ及び発言例

下位カテゴリ		発言例
肯定的とりえ	解放	「苦しさから解放されてよかったって感じ」「お疲れ様という気持ち」
	死後の世界への期待	「亡くなった人もその辺で生活してるんでしょって感覚」 「死んで終わりじゃないのかなって。この世界とあの世的なものがあるとしたら、そっちで見れるかもしれないし、また別の人に生まれるかもしれないし」
	死に対する親和性	「死はいつか必ず来るもの」「みんなに平等に訪れる身近なもの」
中庸的とりえ	必然	「誰も逃げられないもの」「死ぬのは当たり前のこと」
	未知	「体験したことがないのは当然で、だからこそどっちともわからないから、そのまんま、ありのまま。死んだことがないからわからないもの」
否定的とりえ	恐怖	「死って怖いなという思いがずっとあって」「ただただ漠然と怖い」
	回避	「できるだけ目を向けたくない」
	悲哀	「お別れして悲しい」「会えなくなってさみしい」
	刹那	「人はそんな簡単に亡くなっちゃうくらいあっけないもの」

【就業前の死のとりえ方】は、中庸もしくは否定的とりえが見られた。この段階の特徴は、中庸的とりえが多かったことであった。否定的なとりえ方は、漠然とした恐怖感を抱いていた対象者が多かったものの、悲哀感情を抱く対象者はいなかった。【就業前の死のとりえ方】の社会的助勢は、【近親者との死別】や【地域性】であり、これらによって死に対する意識が高まり、死の意味づけを行いやすいことが示唆された。一方で【死のタブー視】は社会的方向づけとして見いだされた。

【就業直後の死のとりえ方】はそれ以前の死のとりえ方から変わらない径路も多かった一方で、初めて人の死を目の前にする衝撃から、否定的なとりえ方に变化した対象者もいた。「新人の頃は亡くなった方がいると家族以上に泣くこともあって、医療行為をする手が止まってしまうこともあった。怖いというより悲しかったのかな」と、

死のとりえ方が実際の業務にも大きな影響を与えていた。さらにこの時の【同僚の死の軽視】は、その後、【死に対する感覚の麻痺】に繋がっていた。

【現在の死のとりえ方】は肯定的とりえ、中庸的とりえ、否定的とりえと様々な様相を呈していたが、初めて肯定的なとりえ方をするようになったという対象者が多く見られた。その背景には、緩和ケア病棟への入職をきっかけに看取りや死に関する専門的な学びを積極的に行なったことや、スタッフ同士で死生観を語り合う機会を多く持つようになったことが大きく関連していた。「今まで思いつきもしなかった死に対する考え方を知って、そういうことなんだと衝撃を受けた」と、これまでの死のとりえ方を再編し、死の受容が進むことで、終末期患者への関わりが前向きに変化した対象者もいた。一方で、「その時々によって死の受け止め方が変わってくる」「緩和ケアを始めた

ばかりで基本的な業務をこなすことで精一杯になることも多い。自分の中で死に対する気持ちが変わっていない」と、流動的に変化している対象者もいた。

緩和ケアの場に身をおくことで、看護師自身の死への意識が高まり、同時に時間的展望の各側面に変化が生じていた。まず、「普通の仕事をしていたら想像できていなかったけど、こういう職業に就いているからこそ人は必ず死ぬことを実感する」と、生命には限りがあることを強く実感し、【時間的有限性の意識化】が起こっていた。それと付随するように、「自分がどういう風に死を迎えたいかを考えて、そうなるように将来設計をしている」「悔いのないように今を精一杯生きたい」と、残された人生を意識し、逆算的に未来を考えることで未来展望が拡大したり、現在の生活を大切に生きる意識が高まっていることがわかった。また、死にゆく患者の姿から「終末期はその方の今までの生きてきた人生が顕著に出る場所」だと強く感じ、自分自身は過去から未来にかけて同一の存在であるという【時間的連続性の意識化】が生じていた。さらに、「最近過去を振り返って自分がどう生きてきたのかを考えることが増えた」と、時間的連続性を強く感じることで過去展望の拡大が見られる対象者もいた。このような時間的展望の変化は、対象者が緩和ケアの経験から自分の人生を見つめ直すことに繋がっていた。そして、「こういう職業に就いたからこそ生き方をよく考えるようになった」「ここで色んな人生を見せてもらうことで、自分の大きな学びになる」と、【緩和ケアに携わることに対する意味づけの強化】に繋がっていた。これは、等至点への社会的助勢として働き、緩和ケア病棟で働くことの大きな原動力になっていた。一方で、緩和ケア病棟での経験を通しての【時間的展望の変化なし】を辿る径路も見られたが、いずれも緩和ケア病棟入職以前の臨床経験が長い中年期の対象者であった。しかし、

このような対象者においても、緩和ケアへの従事を通し人生をしっかりと生きようという意識を高めていた。

考察

I. 緩和ケア病棟での経験が浅い看護師が辿る心理過程

本研究では、緩和ケア病棟での経験が浅い看護師を対象に、死のとらえ方と時間的展望が緩和ケアでの経験とどのように結びついているのか、その心理過程を検討した。そのうち大きな分岐点として、【心残りのある看取り】の経験が緩和ケア病棟への入職の選択に関わっていることがわかった。これは緩和ケアの勤続年数の長いスタッフを対象とした調査結果と一致していた(宇野, 2020)。患者の死は看護師にとって最も一般的なストレスで(Peterson et al., 2010)、看護師に与えるインパクトも強いために、その後の人生選択に作用していたのだろう。また、この経験が現在の終末期患者の看取りへの意識にも密接に影響することが見受けられた。特に、「以前の職場では流れ作業みたいに命を救うことばかりで死の尊厳が無視されていた。だから、患者さんがその人らしくいられるような、本人や家族にとって良い最期を提供したい」と、良い看取りの実現への意志に繋がっていた。

そして、現在の状況を示す【日々の緩和ケア病棟での実践の継続】の中で、【ケアの中で答えのない問題への直面】というラベルが見出された。これが、緩和ケアでの経験が浅い看護師の心理状況を大きく左右し、困難感を生じさせる要因の一つであることが明らかになった。西(2016)は、『緩和ケアのような、答えのない問題がゴロゴロ転がっている現場では、スタッフ間での価値観や倫理観、医療や緩和ケアに対するスタンスの違いなどから、意見の対立が生まれやすい』と述べてい

る。緩和ケアの現場は、価値観や生き方に関わる哲学的な問いを迫られる場面が溢れており、ケアに唯一の答えが存在しないことが特徴とも言える。従って、緩和ケア病棟での経験が浅い段階では、緩和ケアに携わる上での自身の看護観やケアの方向性が定まっていないことで、困難感が生じやすいと考えられる。しかし、【ロールモデルになる先輩の存在】や【スタッフ同士の支え合い】をサポート源とし、これらを自身の看護指針を見つける一つの手立てとしながら、対象者は【ケアの中での試行錯誤】を続けていると推察される。また、これらの行動レベルとして現れるケアの実践には、看護師の意識レベルでの様々な考えや感情が複雑に相互作用していることも示唆された。一方で、【以前の勤務先とのギャップ】や【経験不足による自信のなさ】が社会的方向づけとして見出されたが、これは経験が浅い緩和ケア病棟看護師に特有のものと推測される。特に、【以前の勤務先とのギャップ】は、緩和ケア病棟への入職以前の臨床経験が豊富だからこその難しさとして現れていた。

全体を通して社会的助勢として見出されたものには、緩和ケアという枠組みに含まれるものが多かった。緩和ケア病棟では終末期患者への関わりが業務の中心となる分、施設内の設備や看護師を支える制度が一般病棟よりも豊富だと考えられる。このような環境要因が看護師のサポートとなっている点も TEM によって明らかになった。

Ⅱ. 緩和ケア病棟看護師の死のとりえ方の様相

死のとりえ方は、業務上で経験する様々な感情と切り離せない問題であり、看護師の日常的な心理状況にも影響していることが示されたが、これは先行研究と一致していた (Peterson et al., 2010; Yang & Mcilfattrick, 2001)。このことから、緩和ケア病棟看護師の心理状況を理解する上で死のとりえ方は有効な視点であると言える。また、死の

とりえ方の様相は先行研究と同様に (海老根, 2009; 石坂, 2015; 平井他, 2000; 岡本・石井, 2006; 丹下, 1999), 否定的側面から肯定的側面まで幅広く見受けられた。しかし、石坂 (2015) の調査では「解放」が否定に分類されているが、本研究では肯定に分類された。この理由として、「解放」には「逃避」という意味に加え、肯定的な「救済」という意味が生じていることが予想される。看護職は一般成人よりも死を病気などの苦しみや痛みから逃れる手段として考える傾向があり (石坂, 2015), 喪失感への積極的対処法として「苦しさから解放されたと考える」ことがある (早坂, 2010)。緩和ケアでは、行き着く先が病気の治癒ではなく死である場合が殆どであり、患者の死から受ける精神的負担を軽減するために、他の集団よりも死を肯定的に捉えようとする傾向が高い可能性がある。

死のとりえ方の変化に関しては、【就業前の死のとりえ方】や【就業直後の死のとりえ方】では肯定的なとりえ方が見られなかったが、【現在の死のとりえ方】の中で初めて見られた。TEM の結果から、死に肯定的な意味づけをしようとする傾向は、緩和ケア病棟に入職し、死にゆく患者の人生の最期まで寄り添う経験の蓄積によって形成されることが考えられ、そうすることで患者の死という心理的負担が大きい経験への対処を行っていることが推測される。しかし、【現在の死のとりえ方】は肯定的とりえに固定化されず、ケア場面ごとに中庸的、否定的なものに変化する対象者や、終末期患者との関わりの少なさから模索中だと語る対象者も見られた。そのように実践経験を積んでいく中で、経験が浅い緩和ケア病棟看護師は、より深く【死について考える】ことや、【自問自答の葛藤】を繰り返し、死に対するとりえ方を日々アップデートする姿勢を有していることも示唆された。

また、本研究の対象者に該当者はいなかったが、【死について深く考えない】という径路も理論上は

存在し、これは【死に対する感覚の麻痺】と類似するものと考えられる。死の回避傾向は、死の不安や恐怖への対処という仲介的な役割として用いられる場合があるが (Braun, Gordon, & Uziely, 2010), 「死にゆく患者へのケアの前向きさ」と負の関連も示されている (Miyashita et al, 2007)。本研究においては、同僚と患者の死の経験を語り合う機会を持つことで死の肯定的な側面への気づきに繋がり、励ましになったという語りが得られたが、このように周囲との気持ちの共有や振り返りの場を持つことが、過度な死の回避を防ぎ、看護師への重要なサポートの一つになるだろう。

Ⅲ. 緩和ケアに時間的展望を取り入れる意義

終末期患者との深い関わりを通して、看護師自身の死に対する意識が高まり、時間的展望、つまり看護師自身の人生の見通しにも変容が見られた。そして、時間的展望が変容をすることによって、【緩和ケアに携わることにに対する意味づけの強化】に繋がり、【日々の緩和ケア病棟での実践の継続】を促進していることが明らかになった。

まず、肉体の死が必ず来る現実を目の当たりにし、【時間的有限性の意識化】が生じていた。死の意識が高まることで、生に時間的制限が課され、与えられた時間の中で生産的なことをしようという気持ちになる (Kubler-Ross, 1998)。【時間的有限性の意識化】は、さらに「必ず死は訪れるから、残された時間や今を大切に過ごそう」と、未来や現在への視野の拡大や肯定的な態度に繋がると考えられる。生や死を考える課題による介入を行った石井 (2013) は、「死について考える群」のみで、課題後に時間的展望の情緒的側面を示す時間的態度得点の上昇が確認され、人生の見通しが肯定的に変化することを報告している。また、時間的有限性を意図的に高める介入実験では、介入群と統制群とで、前者が身近なパートナーと過ごす選択をする傾向が高い一方で、後者は最近知り合った

人や読書などをして過ごすことを好む傾向が見られ (Carstensen et al., 1999), 時間の有限性は人の意識や行動に変化を生じさせるものと言える。

さらに、終末期患者と向き合うことで、「生きてきたように死ぬ」といった過去から現在・未来までの人生の繋がりを強く意識し、【時間的連続性の意識化】に繋がると考えられる。時間的連続性とは、時間的展望の重要な一側面であり、自分の過去・現在・未来がつながっているという実感 (河野, 2003) である。時間的連続性の形成過程では、過去・現在・未来の視点がダイナミックに移動することによって意味づけ直し、自己の変化がありながらも同じ個人だという整合的な筋立て (script) が作られる (白井, 2011)。さらに過去と現在の自己を比較し、過去と現在が関連あるものとして認識、整理、言語化する作業を伴うため (河野, 2003), 過去への意識が拡大する。結果的に、時間的有限性や時間的連続性の意識化に伴い、過去・現在・未来への視野も拡大することが示唆された。

さらに、これらの時間的展望の変容は、【緩和ケアに携わることにに対する意味づけの強化】に繋がると考えられる。心理的負担の多い緩和ケア従事者は、仕事への報酬として緩和ケアへの従事に対する意味づけを強く行うことで、ストレスに対処している (Zambrano, Chur-Hansen, & Crawford, 2014)。時間的展望は人生の見通しであり、人生の視野が拡大することは、患者の死を看とる経験が結果的に自身の人間的成長に還元されていることへの気づきを促すと考えられる。従って、時間的展望は緩和ケアへの従事に対する意味づけを促進する機能を有すると推測され、緩和ケアに時間的展望の視点を取り入れることは有意義だろう。

しかし、中年期に緩和ケア病棟に入職した対象者は、緩和ケアの経験を通して時間的展望が変化したという自覚は見られなかった。中年期は時間的展望の転換期であり (白井, 1997), 緩和ケア病

棟入職時にある程度の年齢である場合、時間的展望は緩和ケアでの経験よりも加齢の影響を大きく受けると推測される。反対に、近親者や自身の死をリアルに感じられない若い年齢層の看護師は、緩和ケアの経験が時間的展望に与える影響が大きいと考えられる。今回は対象者の人数が限られていたため、今後さらなる検討が必要である。

Ⅳ. 本研究の臨床的示唆

第一に、緩和ケア病棟看護師の死のとりえ方を振り返ることは重要である。死のとりえ方は自身の看護観や実際のケア態度に影響しており、緩和ケア病棟で働く看護師の心理的状态を深く理解する上でも目を向ける必要がある。第二に、経験が浅い緩和ケア病棟看護師にとって【ケアの中で答えない問題に直面】する経験は、日々の実践の中で生じる困難の要因になっており、そのような場合にロールモデルとなる先輩との関わりなどから、看護指針を見出す作業が求められる。第三に、緩和ケアの領域に時間的展望の視点を取り入れることは意義がある。まず、死のとりえ方と時間的展望を併せて見ることで、看護師に対する心理的理解が深まる。また、緩和ケアへの従事に意味を見出すことは、看護師の精神的負担を軽減すると考えられるが、そのためには過去から未来へと続く人生を丁寧に振り返り、その中に緩和ケアの経験を落とし込む内的作業が有効と考えられる。このような取り組みを実施する際に、時間的展望の理論的枠組みを活用することができるだろう。

Ⅴ. 本研究の限界と今後の課題

第一に、対象者の人数が少なく、さらに中小規模の同一の施設内で行われた調査であったため、TEM図に示された看護師の経験に偏りがあった。第二に、対象者の教育背景や詳細な看護師としてのキャリアを把握することができなかった。これらの要因は、看護師の死のとりえ方や時間的

展望の形成との関連も推測され、本研究で得られた結果を、緩和ケア病棟看護師全体に当てはまるものとして、単純に解釈することには限界がある。

今後は、地域差や施設特性、離職や復職などのキャリアパスの多様さ、教育背景などにも留意した上で、より幅広い層の看護師を対象とし、緩和ケア病棟で働く経験が浅い看護師の心理過程の全体像に近づいていくことを目指したい。

付記

本論文は第一著者が2019年度に東北大学大学院教育学研究科博士前期課程において提出した修士論文の一部を加筆・修正したものである。

文献

- Ablett, J. R., & Jones, R. S. (2007). Resilience and well-being in palliative care staff: a qualitative study of hospice nurses' experience of work. *Psycho-oncology*, **16**(8), 733-740.
- 荒川歩・安田裕子・サトウタツヤ (2012). 複線径路・等至性モデルの TEM 図の描き方の一例 立命館人間科学研究, **25**, 95-107.
- Braun, M., Gordon, D., & Uziely, B. (2010). Associations between oncology nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncology nursing forum*, **37**(1), 43-49.
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, **54**(3), 165-181.
- Colarusso, C. A. (1999). The development of time sense in middle adulthood. *The Psychoanalytic Quarterly*, **68**(1), 52-83.
- Deffner, J. M., & Bell, S. K. (2005). Nurses' death anxiety, comfort level during communication with

- patients and families regarding death, and exposure to communication education: a quantitative study. *Journal for nurses in staff development*, **21**(1), 19-25.
- 海老根理絵 (2009). 青年期における死に関する心理構造の多面的理解の試み—認知的側面に注目して 臨床心理学, **9**(6), 771-783.
- Fortner, R. A. Neimeyer, B. (1999). Death anxiety in older adults: A quantitative review. *Death studies*, **23**(5), 387-411.
- Gama, G., Barbosa, F., & Vieira, M. (2014). Personal determinants of nurses' burnout in end of life care. *European journal of oncology nursing*, **18**(5) 527-533.
- Gesser, G., Wong, P. T., & Reker, G. T. (1988). Death attitudes across the life-span: The development and validation of the Death Attitude Profile (DAP). *Omega-Journal of Death and Dying*, **18**(2), 113-128.
- Gray-Toft, P., & Anderson, J. G. (1981). Stress among hospital nursing staff: its causes and effects. Social science & medicine. Part A, *Medical sociology*, **15**(5), 639-647.
- 畠山とも子・手島美子 (2007). 緩和ケア病棟における看護師の経験の特徴—一般病棟の臨床経験を有する看護師の場合— 日本がん看護学会誌, **21**, 44-49.
- 早坂寿美 (2010). 介護職員の死生観と看取り後の悲嘆心理—看護師との比較から— 北海道文教大学研究紀要, **34**, 25-32.
- 日潟淳子 (2011). 中年期の時間的展望と死に対する意識の関連—時間的態度による年代別の検討— 神戸大学大学院人間発達環境学研究科研究紀要, **4** (2), 123-128.
- 平井啓・坂口幸弘・安部幸志・森川優子・柏木哲夫 (2000). 死生観に関する研究—死生観尺度の構成と信頼性・妥当性の検証— 死の臨床, **23**, 71-76.
- 稲垣久美子・古澤亜矢子・村瀬智子 (2016). 一般病棟での臨床経験を有する看護師が緩和ケア病棟に配属されて2年未満に経験する心理的負担と対処 日本看護科学会誌, **36**, 41-50.
- 石井僚 (2013). 青年期において死について考えることが時間的態度に及ぼす影響 教育心理学研究, **61**(3), 229-238.
- 石坂昌子 (2015). 看護職の死の意味づけに関する検討: 看護経験年数による比較を通して 応用障害心理学研究, **14**, 17-25.
- Kastenbaum, R. (1959). Time and death in adolescence. In Feifel, H. (Ed.), *The meaning of death*. New York, McGraw-Hill, pp.99-113.
- 川喜多二郎 (1967). 発想法 中公新書.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. (キューブラー・ロス, E. 鈴木晶 訳 1998 死ぬ瞬間—死とその過程について—完全新訳改訂版 読売新聞東京本社)
- 河野莊子 (2003). 青年期事例における時間的展望の現れ方とその変化—不登校を主訴として来談した2事例をもとに— 心理臨床学研究, **21**(4), 374-385.
- Lewin, K. (1951). *Field theory in social science: selected theoretical papers* Harper & Brothers.
- Miyashita, M., Nakai, Y., Sasahara, T., Koyama, Y., Shimizu, Y., Tsukamoto, N., & Kawa, M. (2007). Nursing autonomy plays an important role in nurses' attitudes toward caring for dying patients. *The American journal of hospice & palliative care*, **24**(3), 202-210.
- 西智弘 (2016). 緩和ケアの壁にぶつかったら読む本 中外医学社.
- 岡本双美子・石井京子 (2005). 看護師の死生観尺度作成と尺度に影響を及ぼす要因分析 日本看護研究学会雑誌, **28**(4), 53-60.
- 大西奈保子 (2009). ターミナルケアに携わる看護師の“肯定的な気づき”と態度変容過程 日本看護科学会誌, **29**(3), 34-42.

- パトリシアベナー・井部俊子(監訳)(2005). ベナー看護論新訳版 初心者から達人へ 医学書院.
- Peters, L., Cant, R., Payne, S., O'Connor, M., McDermott, F., Hood, K., Morphet, J., & Shimoimaba, K. (2013). How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: a review of literature. *The open nursing journal*, **7**, 14-21.
- Peterson, J., Johnson, M., Halvorsen, B., Apmann, L., Chang, P. C., Kershek, S., Scherr, C., Ogi, M., & Pincon, D. (2010). Where do nurses go for help? A qualitative study of coping with death and dying. *International journal of palliative nursing*, **16**(9), 432-438.
- Rokach A. (2005). Caring for those who care for the dying: coping with the demands on palliative care workers. *Palliative & supportive care*, **3**(4), 325-332.
- 瀬良信勝(2014). 自らの死生観を振り返りスピリチュアルケアの理解を深めよう *Hospitalist*, **2**(4), 1070-1081.
- 白井利明(1997). 時間的展望の生涯発達心理学 勁草書房.
- 白井利明(2011). 自己と時間 日本発達心理学会(編) 子安増生・白井利明(責任編集) 時間と人間(pp.196-208) 新曜社
- 菅原邦子(1993). 末期癌患者の看護に携わる看護婦の実践的知識 看護研究, **26**(6), 486-502.
- 丹下智香子(1999). 青年期における死に対する態度 尺度の構成および妥当性・信頼性の検討 心理学研究, **70**, 327-332.
- 樽岡美愛・黒田寿美恵(2017). 終末期ケアに携わる看護師のレジリエンス—和文献を対象とした文献検討— 日本看護研究学会雑誌, **40**(4), 639-648.
- 田代順(1993). 死に関する意識調査: 医療従事者と一般成人の比較 (6. 遺体をめぐる感情と生命倫理) 生命倫理, **3**(1), 58-65.
- 宇野あかり(2020). TEM を用いた緩和ケアスタッフの死に寄り添うことへの心理的適応過程の検討—死のとらえ方と時間的展望に着目して— *Palliative Care Research*, **15**(2), 117-127.
- Yang, M. H., & Mcilpatrick, S. (2001). Intensive care nurses' experiences of caring for dying patients: a phenomenological study. *International journal of palliative nursing*, **7**(9), 435-441.
- 安田裕子・サトウタツヤ(2012). TEM でわかる人生の径路—質的研究の新展開 誠信書房.
- 吉田みつ子(1999). ホスピスにおける看護婦の「死」観に関する研究—良い看取りをめぐって 日本看護科学会誌, **19**, 45-49.
- Zambrano, S. C., Chur-Hansen, A., & Crawford, G. B. (2014). The experiences, coping mechanisms, and impact of death and dying on palliative medicine specialists. *Palliative & supportive care*, **12**(4), 309-316.
- Zheng, R. S., Guo, Q. H., Dong, F. Q., & Owens, R. G. (2015). Chinese oncology nurses' experience on caring for dying patients who are on their final days: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, **52**, 288-296.

