

長野賞論文

# 緩和ケア病棟の看護師における死の捉え方に関する考察 —死生観形成への影響について—

林 祐子\*

A Study on Perceptions of Death by Nurses Working in Palliative Care Units:  
Impact on the Formation of Life and Death Views

HAYASHI Yuko

Nurses who have been working for a long time in palliative care units face deep into the lives of the patients and their families. Despite the various stresses and dilemmas, they never run away. They find great value in keeping close to patients and their families. They have found great value in continuing to keep close, viewing this as a positive way of dealing with stress. They view the significance of their work not only as nurses who face the lives and deaths of their patients but also as people of sensibility who are able to accumulate the realization that they have gained growth and learning.

In response, it has been shown that there is a major transformation in the formation of their views of life and death and in the attitudes of their hearts. This study will clarify the above-mentioned process and suggest the possibilities of:

- 1) basic nursing education and the significance of the promotion of death education from early childhood;
- 2) postgraduate guidance in the ways of viewing life and death education and practical assistance to patients in the terminal stages of illness and their families.

The study suggests that such measures may contribute to raising the quality of end-of-life care across a range of circumstances, not limited to particular diseases such as cancer and to patients in palliative care units.

**キーワード**：緩和ケア病棟、看護師、ストレス、やりがい、変容、エンドオブライフ・ケア

**Keywords**：Palliative care unit, nurse, stress, worth doing, transformation, End-of-life care

---

\* 東洋英和女学院大学大学院 人間科学研究科 人間科学専攻 修士課程 2013年3月修了生  
M.A. in Human Sciences, Department of Human Sciences, The Graduate School of Toyo Eiwa University, March 2013

## はじめに

人生の最期を今の日本では約8割の人が病院で迎えている。厚生労働省の2010年の人口動態統計によると、死を迎える場所は病院が77.9%、診療所が2.4%、介護老人保健施設が0.13%、自宅が12.6%であり、構成割合はこの10年近くほぼ同様である。

それゆえに、病院で働く看護師は、人の死を看取るということに関して中心的な援助をする存在といっても過言ではないと言えよう。しかし、なかにはターミナル期の患者や家族に対して非常に苦手意識を抱いたり、逆に感情を費やしすぎ、無力感や自責感情が強くなり、バーンアウトしてしまうこともあるとする先行研究が多数ある。

2006年のがん対策基本法の成立以降、緩和ケアについての啓蒙活動もあり、全国の緩和ケア病棟についての一般市民に対する周知も、少しずつひろがってきてはいるが、日本の現状では緩和ケア病棟・ホスピス（以下緩和ケア病棟と表記）の入院対象はがんとHIVに限定されており、入院するには一定の要件があることや受け入れ病床数が足りないこと、緩和ケア病棟への入院を嫌がるなど様々な要因から、元々治療を受けていた一般病棟への入院を希望することがある。これらのことから、がんであっても大多数の人は病院の一般病棟で亡くなっている。

一方で、緩和ケア病棟に入院してくる患者や家族が、病状やこれからの見通しについて十分に理解し、死生観を持っているとは限らない。本当の願いとは反して治療を終了せざるを得なかったり、様々な決断や覚悟が求められる時期の患者と家族を、丁寧に支えることが要求される緩和ケア病棟の看護師は、自らターミナルケアを志したのであっても「非常にストレスフルである（大西2006）」といわれている。

しかし、その中で、様々なストレスとうまく共存しながらターミナルケアに情熱を持ち続けて長く携わっている看護師も多く存在する。緩和ケア病棟の看護師が様々なストレスやこわさよりもその場に居続けて、死にゆく人や家族に

対して積極的に関わり続けたいという「感情の沸き起こり」や、その情熱の継続には、看護師自身の過去の体験や患者の死をどのように意味づけ、死を捉えたのかということが大きく影響して、死生観を形成しているのではないだろうかとも考えられる。

本研究ではそのことを深めることで、幼少期からのデス・エデュケーションの推進の意義や看護基礎教育、卒後教育でターミナル期における患者や家族への実践的な援助や死生観教育のありかたへの指針を示すことができるのではないかと考えた。そしてこれらの積み重ねにより、緩和ケア病棟やがんなど特定の場所や疾患に限らない質の高いエンド・オブ・ライフケアにつなげられるのではないかと考える。

## 1. 日本の緩和ケア・緩和ケア病棟・ホスピスの現状の理解

### 1.1 日本の緩和ケアの概念

WHO（世界保健機関）は2002年に緩和ケアの定義を改定しており、「緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早急に発見し、的確なアセスメントと対処（治療・処置）を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、クオリティ・オブ・ライフを改善するアプローチである。」としている。

改定前は1989年の定義の中にある「治癒を目指した治療が有効でなくなった患者に対する積極的な全人的ケアである。」というように、治療ができないから緩和ケアしかないという「最期の宣告」のような絶望のキーワードを意味した印象が否めないものであったように思われる。

しかし、現在の定義では疾患やその病状に関わらず、早期より本人や家族のつらさの状況に応じて提供されるべきものであり、その人らしいクオリティ・オブ・ライフ<sup>1)</sup>（以下QOLと表記）の維持、向上のために、緩和ケア病棟でのみ提供されるのではなく、いつでもどこでも提

供することが重要であるとされている。

つまり、病気の治癒に向けての治療は行えなくても、何もする術がなく最期の時を待つということではなく、命を縮めることも無理に引き延ばすこともせず身体的・精神的・社会的そしてスピリチュアルな、いたみに対して、全人的にいたみやつらさの緩和を図り最期の時までその人らしく生き抜くことを大切にすることを大前提としている。

本来は特定の疾患に限定しているわけではないが、我が国の緩和ケアに関する普及は、主にがんに対してのものであるということが通説となっている。また、診断された時から緩和ケアを常に念頭に置くというのは、あくまでも理想となっていることが現実であり、がんの治療中に緩和ケアチームの介入や緩和ケア外来を紹介して並行して支えていくということは稀少であるといっても言い過ぎではない現状といえる。

緩和ケアを専門とする医師や看護師の専門性の向上はもちろんであるが、それ以外の大多数を占める医師や看護師の教育・支援の体制を十分に確立することが課題である。少なくとも、様々なつらさのある患者を、緩和ケアチームや専門の医師につなぐといった発想が確立するだけでも、多くの患者の苦痛が軽減して、QOLが向上するのではないだろうか。

## 1.2 日本の緩和ケア病棟・ホスピスの歴史

近代ホスピスはその創始者といわれる、シシリー・ソンドラスが1967年にロンドン郊外に創設した、セント・クリストファーホスピスはその礎を築いたと言われており、その目的は尊厳死ではなく自律した生をより良く生きるためのアプローチであることとして、今日の緩和ケアの哲学的基盤になっているとされている。

日本では1981年に院内病棟型として設立された聖隷三方原病院（静岡県）が最初のホスピスであり、その後1984年に淀川キリスト教病院（大阪府）が同じく院内病棟型ホスピスを開設、1993年にピースハウス病院（神奈川県）が初の独立型ホスピスを開設した。

その後の施設の数は各地に拡がりを見せており、日本ホスピス緩和ケア協会の緩和ケア病棟入院料届出受理施設の統計によると、2012年10月1日現在226施設、4488床となっており、緩和ケア病棟の入院には健康保険が適用されている。

最近では、神経・筋疾患患者や慢性呼吸器疾患患者などの、いわゆる難病や慢性疾患を始めとする、非がんの患者への緩和ケアの必要性の提言は年々高まってきており、緩和医療学会でも毎年演題でとりあげられることが多くなってきている。また、超高齢社会の現在では「認知症の緩和ケア」についても提唱され、疾患や病状にとらわれない、エンド・オブ・ライフケアという大きな観点から、人生の終末についての援助を考えることが望ましいとされている。

## 1.3 日本のがんターミナル患者の療養の場所の現状

日本人の2人に1人はがんに罹患し、3人に1人はがんで死亡しているといわれているが、2008年の日本全体の病床数は厚生労働省の医療施設調査統計によると、1756,115床（精神科・結核療養病棟など一般にがん患者が療養する場所以外の病床も含む）であり、先に示した病床数全体と調査時期が異なるが、2012年の緩和ケア・ホスピス病床数が4836床であるという数は、上記の希望を満たすにはあまりに少なく、多くの人は現実的には一般病棟で療養し、亡くなっている現状にあるといえる。

## 1.4 用語の定義

本論文では、以下のように用語の定義をする。  
ホスピス：元々は中世ヨーロッパで、旅の巡礼者を宿泊させた小さな教会のことを指した。旅人が、病や健康上の不調で旅立つことが出来なければ、そのままそこに置いて、ケアや看病をしたことから、看護収容施設全般をホスピスと呼ぶようになった。教会で看護にあたる聖職者の無私の献身と歓待を「ホスピタリティ」と呼び、そこから今日の病院を指す「ホスピタル」

の語となった。1960年代からイギリスで始まったホスピスでの実践を踏まえて提唱された考え方で、死にゆく人への全人的なアプローチの必要性を主張し、治すための積極的治療でなく、「いたみ」や「つらさ」のあるがんやHIVの患者が、苦痛の緩和のためのケアを受け、その人らしく生き抜くためのケア・受けられる場所を指している。

**緩和ケア**：1970年代からカナダで提唱された考え方で、ホスピスケアの考え方を受け継ぎ、人の死に向かう過程に焦点をあて、積極的なケアを提供することを主張し、WHOがその概念を定式化した。どのような疾患、病態の段階にあっても、「いたみ」や「つらさ」があれば苦痛緩和のためのケアが受けられることが前提であるということをWHOは謳っているが、我が国の現状では、治すための積極的治療をしなくなったがんやHIVの患者に対して、「いたみ」や「つらさ」の緩和のためのケア・受けられる場所を指している。

**緩和ケア病棟・ホスピス**：日本では明確な区別はなく、同義語として使用されている。

本論文では、緩和ケア病棟と表記を統一することとする。

**ターミナルケア**：1950年代からアメリカやイギリスで提唱された考え方で、人が死に向かってゆく過程を理解して、医療のみでなく人間的な対応をすることを主張した。治る見込みのない病気や衰弱などにより、およそ余命が半年以内と予測される時期における緩和ケア・ホスピスケアを中心としたケアを意味する。

**エンド・オブ・ライフケア**：1990年代からアメリカやカナダで高齢者医療と緩和ケアを統合する考え方として提唱されている。北米では緩和ケアはがんやエイズを対象としたものという理解があり、がんのみならず認知症や脳血管障害など広く高齢者の疾患を対象としたケアを指している。近年日本でも緩和ケアに関心の高い医療者から、がんやHIVのみでなく、疾患や年齢に関係なくターミナル期に近づいた人への緩和ケアがなされることを提唱されている。

**死生観**：死を他人事としてではなく、自分の事として向き合い、どのように最期の時までを生きていくか、どのように最期の時を迎えるかといった死についての考え方や捉え方を意味する。何が正しく、望ましいというものではなく、人それぞれ独自のものであり、尊重されるべきものである。

## 2. ターミナルケアに関わる看護師についての先行研究の検討

文献は、CiNii論文の「看護師」「ターミナルケア」でキーワード検索し、131件が該当した。更に「思い」を加えたところ、10件、「終末期がん看護」単独の検索で10件が該当した。本研究の対象は、緩和ケア病棟の看護師に限定していることから、現実的には看取りの大多数を担っているがん、ターミナルケアを実践している一般病棟の看護師の思い、ストレスについて、まとめることで、看護師にとってのターミナルケアとはどのようなものかを俯瞰したいと考えた。

そこで、①一般病棟でのターミナルケアの際の看護師の思い②終末期がん看護に該当する文献を抽出し、その中でタイトルや論文要旨の内容から、本研究の目的に関連した以下の3件の文献を分析した。

### 2.1 ターミナルケアに臨む看護師の困難やストレスに関する国内の先行研究

殿城（2009）は、一般病棟の看護師を対象にターミナルケアに携わる看護師の思いを調査した結果、次のことを明らかにした。①【医療者間の情報共有が困難なことでのケア方針が見いだせないことでの困惑】勤務時間の違いや他の業務が煩雑であるなどの様々な要因により、患者—家族—医療者間で十分に話し合いや共通の方針を持つことが不十分なことが多い。ゆえに、受け持ち看護師としての看護の方向性が見出しにくいとの悩みにつながる。②【「あいまいな告知」しか受けていない患者や家族の希望を十分に聞き、叶えることができない悩み】病



状認識と現在の身体状況にギャップが生じていても現状が把握できずに治癒への希望を抱き続けることがある。①とも関連して、患者や家族に対する医師からの情報や方針が十分に看護師に共有されてないことで、このまま現実を伝えないまま最期まで関わるのだろうか、もしも残された時間が長くはないということを知っていたのならばどのように生きることを望むのだろうか、といった支援についての葛藤がある。③【患者と関わる時間が十分に持てずに、タイミングを逃したケアになりがちであることへの苦悩】様々な病状が混在する一般病棟の中でターミナルケアに関われる時間が不十分であり、②とも関連して患者の真の希望を聞くタイミングが難しいといった環境因子や、自分のコミュニケーションスキルが不足していることへの苦悩がある。また、行ったケアを振り返る機会がなく、モチベーションが低下してくることへの危惧などの思いといった3点を挙げている。

ただ、そのような困難やストレスの中でも看護師は患者の望むような生き方を支援をしたいと考えており、タイミングよく十分なケアを行うことが出来なかったと後悔しながらも、後悔だけで終わるのではなく、自身を振り返ることでもその後の患者ケアに生かそうと考えていた。また、その経験は看護師自身が成長していく機会とも捉えられていた。

宇宿、他（2010）の一般病棟での終末期がん看護ケアに対する看護師の困難やストレスに関する研究では、①【患者との関わり】②【家族との関わり】③【看取り】④【医師との関わり】⑤【看護師間の関わり】⑥【他職種との関わり】⑦【ケア環境】⑧【看護師自身の問題】といった8つのカテゴリーで看護師の困難やストレスを分類しており、その内容の詳細は殿城の研究と一致している。

患者があいまいな告知しかされていない場合、自分の病態を十分に理解しておらず、現状からは叶うことが難しい希望や治癒への意欲を強く持っていることがある。もちろんどのような状況にあっても希望を持ち続けることは、当

然であり希望を奪うことがあってはならない。しかし、真実を知らないがために、あまりに現実が困難な期待を持ち続けることは、病状が進行して体の状態が気持ちに追いつかなくなってきた時に、自分の頑張りが足りないのではないかなど自分を責めてしまうことになりやすい。看護師はそのような患者に対して、真実を知っていたのなら無理な頑張りや、治癒への期待だけに終始するのではなく、真実を知らなかったためにやり残してしまったことがあったのではないかと悩むのであろう。また、真実を伏せてあいまいな態度で接するしかない自分の立場にジレンマを感じることもあるのだと思われる。

一方でじっくりと関わりたくても、一般病棟では緊急性の高い急性期や回復期の患者へのケアが優先されることは当然であり、やるせなさや不全感を蓄積させていくこともある。また、どのように接したらよいかわからないといったスキルに関する不安から消極的にしか関われないといったこともあると思われる。

これらの困難やストレスを少しでも軽減するには、看護師に対して、死生観を持つことやターミナルケアの実践的知識・ケア技術の獲得に向けた教育的な関わりが必要であると示唆している。

## 2.2 ターミナルケアに臨む看護師の態度についての先行研究

大西（2006）は「死から逃げる」態度をとる看護師と「死から逃げない」態度をとる看護師について看護師の感情や思い、行動に関わる部分を検討した。「死から逃げる」態度をとる看護師はターミナルケアの実践の中で消極的なケア行動しか行えず、死の悲惨なイメージに捉われすぎたり、身近な人の死を看取った経験がないことが大きく影響して看取りへの不安感が高まり、「死から逃げる」態度をとってしまうのだろうと述べている。反対に、「死から逃げない」態度をとる看護師は、ターミナルケアの実践の中で積極的なケア行動を行っており、患者や家族との関わりの中で生じる悲嘆を、癒し

や人間的成長につなげていると述べており、死に関するポジティブな側面の気づきや身近な人の死の経験を持っているという特徴があり、死にゆく患者に関わる不安が少ないのであろうと分析している。

つまり、死を否定的、ネガティブな側面だけで捉えてしまうと、いわばその時が「あってはならないかのように」「もたらさないようにできるだけ遅らせよう」といったことに価値を見出してしまい、死が訪れた時は敗北感や無力感に苛まれ罪責感に押しつぶされてしまうだろう。死にゆく人を目の前にした時に、できるだけ自分がその時を「引き当てないように」といった感情や、ベッドサイドから逃げる気持ちから、次第に患者や家族の気持ちや状態を深く考えず、深く関わらないといった、消極的な行動をとってしまうのではないかと考える。

そこには患者や家族とのあたりさわりのない表面上の関わりしかなく、本当の苦悩や想いを知ることはできないし、本当の望みに沿った的確な援助はできない。見ないふり、気がつかないふりをしているうちに本当に心の機微に鈍感な、感受性の低い看護師になっていってしまうだろう。

一方で、死が訪れるまでの生き抜くプロセスに価値を見出す場合、人生の大切な終末を他人でありながら看護師であるがゆえに並走が許されること、患者や家族との一瞬一瞬の関わりがその大切な時間を構成する一部となっていることに対して謙虚な想いを感じずにはいられないと思われる。

「ターミナルケアに携わることは辛さや悲しみといった苦悩だけを与えられるのではなく、その関わりの中から看護師自身も心を救われるような経験や勇気を与えられたりといった経験つまり、看護師自らもケアされるといった実感を持たせたりターミナルケアに携わるよい面に気づかせることが大切である」とも大西(2006)は述べている。同じ状況を目の前にしても捉え方によって、逃げずに向き合い、人としての成長が得られる貴重な機会として受け止められる

ような気づきができる教育や職場の風土が重要である。

決して不安やこわさがないわけではなく、その困難を超えて真摯に向き合った結果、患者や家族を通して死を看取ることの意味や自分の成長や変化を実感できるのであろう。

### 3. 研究デザイン

#### 3.1 研究目的と意義

緩和ケア病棟の看護師が患者の死をどのように意味づけ、捉えているのかを知り、死生観の形成や働き方にどのように影響を及ぼしているのかを明らかにする。そして看護師が、死生観を持つことや患者や他人の多様な死生観を尊重することの大切さの認識が、ターミナルケアにおける患者や家族に積極的に寄り添えるといった実践的な看護活動に有効であることを明らかにし、看護基礎教育、卒後教育のありかたへの指針につなげられる。

#### 3.2 研究方法と対象

日本の緩和ケア・緩和ケア病棟・ホスピスの現状の理解、一般病棟でターミナルケアに関わる看護師についての先行研究の検討をし、それを踏まえて関東近辺の緩和ケア病棟・施設ホスピスで継続して3年以上働いている看護師5名を対象とし、2011年6月～10月に面接インタビューによる調査を実施した。

表1 研究参加者の属性

看護師	性別	緩和ケア病棟 経験年数	年代
A	女性	4年	20代
B	女性	4年	30代
C	女性	5年	40代
D	女性	6年	40代
E	女性	6年	40代

### 3.3 調査方法とインタビュー内容

看護師になる以前の自身の身近な死別体験と看護師になってからの看取りの体験、それらに関する思いを、以下の8問をインタビュー内容として個別に約50分程度の半構造化面接を行った。同意を得てインタビューのすべてをICレコーダーに録音し、研究者本人が逐語録に起こしデータを各ケースごとに分析と考察を行って質的帰納的方法でまとめた。

- ①緩和ケア病棟での経験年数
- ②幼少期や看護師になる前に、看取りの場や葬儀への参列などの経験があるか。
- ③②の際家族はあなたにどのように接したか。
- ④緩和ケア病棟の看護師を志した背景
- ⑤緩和ケア病棟で大変と感ずること。
- ⑥⑤上記はどのように対処しているのか。
- ⑦緩和ケア病棟で働き続けているのはなぜか。
- ⑧死について思うこと。

### 3.4 倫理的配慮

本研究は東洋英和女学院大学大学院倫理審議委員会の審査で承認を得て実施した。調査は研究目的や方法、データの取り扱いについて紙面と口頭で説明し、自由参加であること、参加を拒否した場合でも、個人や参加者の所属する機関への評価とは関連しないことを約束して承諾を得た。

## 4. 結果および考察

本章で記載する看護師A～Eの表記は表1の

表記と一致させている。看護師の語りは「/」の斜字体太字で示し、できるだけ語られたままの表記としているが、わかりにくい場合には（ ）で言葉を補足した表記としている。

### 4.1 結果

#### (1)看護師A

看護師になる以前には死に関係する経験はなく、家庭内でもその話題が出た記憶はないという。看護師となって配属された内科病棟で「**新人の頃、もう助からない患者さんが最期まで心臓マッサージや点滴をされて、意識がないのに生かされているのを何人か見て、これはどうなのかなと思い始めた・・・**」そして数年の経験を重ねるうちに「**緩和ケアに興味を持ち、一度やりたいなど。どうしても極めたいというのではなく、とりあえずやってみたいと、軽い気持ちで。**」と緩和ケア病棟で働くことを希望して職場を異動した。当初は「**死がマイナス・暗いイメージ**」「**関わるのは怖かった。**」という思いであったが、「**来るまでと来てからとで考え方が大きく変わって・・・いろんな人を見ていくうちに死ってというのは決して悪いものじゃないという捉え方**」に変わった。その場に自分が居られることはむしろありがたいんじゃないか、って。」「**亡くなったからすごく悲しいというだけじゃなくて、そこにはいろんな意味があるというかそう考えられるようになった・・・**」「**祖母の死を経験した時に、死は嫌なものというか、辛いだけじゃないと思った。それは両方が(実**

際の病棟の体験・祖母の死が) こう・・積み重ね、祖母の死とか・・自分も年を取っていく中でいろんなことがあって死っていうのを嫌なものというかつらいものだけじゃなくとらえられるようになった・・。」というように、緩和ケア病棟での患者との死別やその家族との関わり、祖母の死を通して死の捉え方が大きく変容したことを語った。

死のこわさについては、「自分の死はこわくないけど、大切な人の死はこわい。大切な人を失ってしまうのは考えられない。」「自分の死はこわくなくなった。緩和に来る前まではすごくこわがっていたけど。死にゆくまでの過程はどんなになるかなっていうこわさはあるけど、死っていうものはこわくなくなった。」と語っている。

緩和ケア病棟の大変さについては「家族にとっては最期は1回しかない、自分の一言で台無しにしちゃいけないという大変さ。」があると語っており、対処法は「先輩や同期と話をしたり、(患者の) 家族から『あの時はあの言葉をかけてくれてありがとう』の言葉をもらったりということが励みになって・・。それから自分の家族の死を経験して死に対する考え方が変わって仕事にも反映できるようになって・・。」と語っている。

## (2)看護師B

両親が医療職であり、地域的に最期を自宅で迎える人が多いという環境で育った。祖父を自宅で看取った経験があり、家庭内では人が亡くなるという話題について普通に出ていたとのことであった。

緩和ケア病棟で働くきっかけについては、「自分の希望ではほとんどない。流れで導かれた感じ。」と話している。

緩和ケア病棟では「緩和に来て学んだっていうか、死を再認識した。(死は)怖くはない。元々。身近な人の死は確かに悲しい。考えたらずらいけれどたぶん乗り越えられることはないと思う。また会えるかもっていう感覚。父が病気を

して危ないっていう経験を2~3回経験しているから。・・それで強くなったっていう感じかな。」と死に対する思いを語っている。

緩和ケア病棟の大変さについては「あえて言うなら、そんなに感じてはいないけど、いい看取りができなかった、家族にとってっていう時くらいかな。家族にとって緩和に来たから楽になると思ってくる人が多い中でちょっと苦しい姿を目の当たりにして近寄れないというか、そういうときは・・心が痛むというか・・。」と語っており、対処法は「たぶん気持ちの切り替え・・たまに思い返すことはあるけど、自分の中で切れるこうスイッチみたいなのがあって、たぶん家と行き帰りとかの中でたぶんさっと切り替えるって感じかな。考えないようにしているっていう感じか・・。新人の頃は引きずってたけど、今はもう自然に身についてきたって感じ。・・やっぱりそういうのがうまくなってくるよ。」と語っている。

## (3)看護師C

物心ついた頃に看護師だった叔母の勤務する病院や叔母の自宅で祖父母が亡くなっている。何度かお見舞いに行ったり、時々遊びに行っていた親戚の家のかわいがっていた犬が、次に遊びに行ったときには死んでいて、悲しいと感じた経験があった。

緩和ケア病棟への勤務については「はっきりとしたこれというものはなかった・・上司から(緩和ケア病棟の)立ち上げがあると声がかかって・・巡り合わせかな。」と語った。

緩和ケア病棟の大変さについては「患者さんが家族を求めるのに家族がうまく入りきれなくて最期亡くなっちゃう方・・家族は家族の在り様があるから押し付けはできないけれど患者さんの気持ちを伝えるしかできない・・やりきれないなあ・・と。」「まだ、余力があっておうちに帰れそうとなってもなかなかおうちの方で受け入れができないとか、家族にとって不安というのはよくわかるけれど、このタイミングを逃しちゃうと、もうおうちに帰れないだろうなっ



ていうとやっぱり・・・どうなんだろうなって。」  
 「疼痛緩和をするんだけど、どうしても苦しんじゅう人とか、どうしてもセデーション（鎮静剤）を使いたくないって言って苦しんじゅう人とかみると可哀そうだなって。」と語っており、対処法は「患者さん自身疼痛コントロールがつかなくてイライラしてあたられるとその時はすごいつらいし、腹も立つし、でも患者さんなりに『悪かったね。』と言われると、まあ仕方ないって思う。それがあるからやっていけるというのがある・・・。」「自分なりにここまでいければいいかなということを設定して、そこまで持っていくにはどうしたら良くなっていうことをいろんな人に聞いたりしながら、あんまり高めに持っていかないで、じゃあ次はここまでという感じで段階を追ってやっていく・・・。」「あんまり高くしちゃうとそこまでいけない自分にもジレンマだし、患者さんや家族にもジレンマって感じだったりするので。突き詰めちゃえばすごいストレスを感じるの。」「・・・緩和ケアってあるんだけど、そこまで突き詰めなくても、患者さんが苦しくなくて患者さんの家族が横にいられたらそれでいいんじゃないかなって。」と語っている。

死に対しては「内科のあとが産科だったから、本当に生と死の格差がすごいあるなって・・・。」「・・・すごい大変な思いして生まれてきたんだから、せめて死ぬときは安らかに逝きたいよなっていうのは漠然と思っていた。」「自己満足だけれど、患者さんの家族が満足して亡くなるっていう、悲嘆や悲しみはあるけれど・・・。私自身、父が最近亡くなって・・・私自身は色々後悔があるけれど、母は父がいない淋しさはあるけれど、父が家に帰りたいてって言って、母も家に連れて帰りたいてって・・・家に居られたからその辺に関しては満足していて、よく頑張ったよねって。患者さんが亡くなったあとに家族と話をしたりもするけれど、これしてよかったね・・・というのが一番かな。」と多くの生の誕生から感じ取った死、自身の父の死と、そのことに対する母の思い、患者の家族から感じ取っ

た死に対する思いを語った。

#### (4)看護師D

幼少期より、同居の親戚の死や葬儀に参列する機会が複数回あった。中学生の時に亡くなった祖父の闘病中に、母から病名や経過、亡くなった後のお墓参りの時にもその意味を説明されたりと、率直に状況を話されていた。

看護師となってからは、「亡くなる人が多い病棟での勤務で、すごくつらかった。母に相談したら（母は医療関係者ではない）『人の死、亡くなるっていう大事な時の場面にいられるってすごいことじゃない。』」と語ってくれた。そこからそうか、そんな人の大事な時に私は携われるんだな・・・って思えるようになって。」「1年目だったということもあって、そういうことの大事さを実感しているんな本をみたりして。当時はホスピスという名称が一般的だったので、そういう所で働けたらいいなってなんとなく漠然と考えていた。」と緩和ケア病棟で働くきっかけを語った。

彼女は自身の闘病の経験から「自分が病気をして患者さんてこんな風に考えるんだなと。(病気以前に)患者さんから感じたものもたくさんあるけど、感じ方が全然違った。病気になって年とった人や事故にあって動けなくなった人とか、体験記を読んだりして。いつかは死んじゅうんだなって漠然とは思っていたし患者さんから感じたことも勿論たくさんあったけれど、実際自分が病気をして手術をしたときのほうが・・・感じ方が全然違った。その時々には患者さんや家族のことを思って一生懸命接するんだけど、自分が体験したりすると、そんなもんじゃないって・・・死の怖さって・・・もっともっとすごい。こわいものだととてつもなく思う。」と語った。

緩和ケア病棟の大変さについては、「勤務体制がハード。リラックスできる時間や看護師の数がもうちょっといたら・・・寄り添う時間がもっともっと増えるというか・・・今ここでそばにいてあげたいんだけど、夜勤が二人という中では他に手のかかる患者さんがいればそこだけに

というわけにはいなくなる。」「やってもやっても・・自分の無力感。症状コントロールがついているときはいいけれど、ついていない時に患者さんが実際そこで苦しがついていたりとかという時に力がないなど感じる。」と語っており、対処法は「患者さんのことに関してはデステースカンファレンスをするとか、事例検討をするとか、自分がセミナーに行ったり、職場の友達と語る時間とかを増やすようにしている。」と語っている。

#### (5)看護師E

小学校入学前後の時に祖母の葬儀に参列し、火葬場にも同行していて「死んだあとに焼かれているのを見て、熱くないのかなとすごく怖かったことを覚えている。」ということが一番の印象として記憶しているという。彼女の母親も医療職であり、「結構オープンに話していて質問にも答えてくれていた。」「死んだあとは意識がないから熱さは感じないとか、人はいつかみんな死ぬとか。」と率直に生死が話題にされていた家庭であったという。

看護師になった当初は外科に配属され、「(緩和ケアは)正直そんなに関心は強かったわけではなく、院内の異動で勧められて嫌じゃないと思ったから。」と緩和ケア病棟へは偶然の人事異動であった。

緩和ケア病棟の大変さについては、「技術的なことが自信がない。ただでさえつらい思いをしている患者さんの採血や点滴がうまくいかなかったりすると悪いと思う。」と自身の看護スキルに関する自信のなさを挙げ、それに関しては「自分で克服するしかない。」と語っている。

やりがいに関しては、「患者さんが死についてとか・・話し始めてくれた時に、つらい話を自分にしてきて・・その時間を共有できてよかったと思う。」「よく、そういう話は負担とかつらいとかって言う人もいますが、なぜか最初の頃からそうは思ったことがなかった。かえって・・話してくれて嬉しいと思ってた。」と語り、死については「死ぬ時は1回だから死

ぬ時は死ぬと思える。何とかなるんじゃないかと思うようになった。」「むしろ人より(死を)怖いと思っているかもしれない。でも、いろんな死にはあるけれど、とりあえず本当に死ぬ時は1回だから(怖い思いも)という開き直りかな。」と語っている。

## 4.2 考察

生育環境において、身内が医療職に就いていたり、死に関する話題にオープンな家庭、身近な人の死に関連する経験は5人中4人がそのような環境であったと答えているが、緩和ケア病棟で働くことを自らの意思で選んだという看護師は2人のみで、多くは人事異動がきっかけとなり、必ずしも死に関する体験や生育環境が緩和ケア病棟で働くことを希望する動機にはつなげていないことが明らかになった。

しかし、緩和ケア病棟で働くことを希望した看護師Aでも、当初は「死がマイナス・暗いイメージ」「関わるのは怖かった。」と死に関してネガティブに捉えていたと話し、看護師Dは、自身の闘病の経験を踏まえ「自分が病気をして患者さんてこんな風に考えるんだなど。(病気以前に)患者さんから感じたものもたくさんあるが、感じ方が全然違った。」「その時々には患者さんや家族の事を思って一生懸命接するんだけど、自分が体験したりするとそんなもんじゃない。死の怖さってもっともつとすごい。」と死を現実に実感した人ならではのリアリティのあるこわさの実感について語り、当初からポジティブに捉えていたわけではなかった。筆者も含め、現在は「援助する側」であることで、死はいわば他人の死である。緩和ケア病棟という死と身近な病棟で働いていても、自分自身の死が現実に目になった時には、やはり死はこわいというのが当然の感情であろう。ただ、死はこわいと5人中3人が答えているが、「死がこわく、看取りの過程から逃げ出したいと思ったことがある。」と語った人は一人もおらず、死に対するこわさはストレスにはなっていないということが明らかとなった。

質問⑤の緩和ケア病棟で大変と感じることについては5つに分類され、その内容はすべて患者や家族との関わりや自身の看護に対するジレンマやストレスが挙げられていることが示唆された。

①【対人的なコミュニケーションスキルについて】「患者さんの家族にとって最期は1回しかないから、自分の一言で傷つけたり台無しにしてはいけな、というストレスはある。」(看護師A) というように自身の言葉の持つ重みについてのプレッシャーについて。

②【症状緩和が困難な状況における患者や、症状緩和が困難なまま看取りに至った場合の看護師としての無力感】

「そんなには感じていないけど、敢えて言うなら・・・いい看取りができなかった、家族にとってっていうときかな。」「家族は緩和に来たから楽になると思ってくる人が多い中で、苦しむ姿を目の当たりにしてそばに近寄れないとき・・・心が痛むというか。」(看護師B) 「症状コントロールがついていない患者さんが実際に苦しんでいると感じると、やってもやっても自分の無力感を感じる。」(看護師D) というようなジレンマについてのストレスを、5人中4人が挙げている。緩和ケア病棟の看護師は、患者や家族との関わりが密になることが多いことで、援助の過程で患者や家族に強い思いを持って感情移入することが自ずと多くなる。最終的に患者が良くなることはないままに看取りへの過程が繰り返されることが多く、自分の無力さや限界を強く感じて自責感情を必要以上に抱きやすいことが示唆された。

③【患者の希望と家族の思いとのギャップを埋めるための介入の困難感】

「(患者が) 家族を求めても家族がうまく入りきれないまま亡くなっちゃう方、家族には家族の在り様があるから押し付けはできないけれど・・・。」「まだ余力があっておうちに帰れそうとなっても、おうちのほうで受け入れができないとか、家族にとって不安というのはよくわかるけれど、このタイミングを逃しちゃうともう、

おうちに帰れないだろうなっていうと・・・。」「患者さんの希望をどうやって叶えるのか。実現できない限界があるわけで、それをどうすり合えようかなって・・・。どう看たり関わっていったらいいのかなって。」(看護師C) というように、家族と和解したい、家に帰りたいたいという患者の願いを知った時に、叶えてあげたいという思いがある一方で、たとえ死が身近であるとかわかっていても和解できない家族の感情、家で看るには不安の方が大きいといった家族の気持ちを推し量っている。両者の気持ちを大切にしつつ、看護師としてどのようなスタンスで、両者の折り合いをつけることができるのだろうかという悩みである。

看護師にとって、患者と家族へのケアは両方とも重要な援助のひとつであり、どちらかに加担するということは望ましくないとされている。患者の側に加担し、家族を修正しなくてはという考えに傾いてしまうことで渡辺(2007)は「往々にして、『介助者としての役割を果たせる妻にしなくては』・・・という援助者の気持ちを生み出し、それは援助者のニーズを満たす方向に援助が傾いていく危険性を孕むものです」と述べている。

ともすれば、たとえ過去に何があったとしても家族は許すべきなのではないかというような考えに陥りやすい。しかし、看護師の知らない家族の歴史があり、患者自身もそういう家族の形をつくってきた一員であるということを考えておく必要がある。現在見えているものにばかり捉われてしまうと、無意識の中で家族は悪者というレッテルが貼られ、家族もそういう空気を感じて居心地の悪い思いや、ますます患者から足が遠のくことにも繋がりがかねない。

看護師の仕事は明確なラインを引きにくく、患者や家族が困っていたら何でも援助したくなってしまうのが心情とは理解できるが、本来の看護師の仕事を超えたことは、しかるべき専門職につなぎ、あえて踏み込まないという判断も必要であると言える。

④【病棟の勤務体制やマンパワーの不足のため



に、タイムリーに思う様な援助が十分に行えないことへのジレンマ]

「スタッフの数が少ないので勤務がハード・・・リラックスさせてあげる時間や今ここでそばにいてあげたいときにいてあげられない。」(看護師D) というジレンマも挙げられている。

たとえば、寝たきりであっても「トイレに行っ  
て排尿したい」という希望は、緩和ケア病棟では多く聞かれる患者の願いである。緩和ケア病棟の看護師は、このような願いを尊重することが専門性であると認識しており、チームで話し合い、できるだけ折り合いをつけて実践する。そのような患者のADL<sup>2)</sup>はかなり低下していることが多く、転倒のリスクも高いために看護師2人以上で患者のペースでゆっくりと介助する必要がある。そのような患者が重なることはしばしばあり、特に夜間は一般病棟同様に2人もしくは3人での勤務体制であり、関わりたいときに時間をかけて関わるができないことが多いことを筆者も頻繁に経験した。病棟自体はゆっくりとした空気が流れており、患者や家族の前ではある意味そのような演出もされているが、実際に働く看護師は非常にせわしない思いをしており、ジレンマとギャップを感じることも多い。

⑤【自分の看護技術不足】についても1人が挙げていた。

これら大変と思うことに対する対処方法として、「たぶん気持ちの切り替え、たまに思い返すことはあるけど、自分の中で(仕事のモードが)切れるスイッチがあって、家と行き帰りの中でたぶんさっと切り替える感じ・・・考えないようにしているって感じかな。」「・・・昔、新人の頃は引きずっていたけれど、今はもう自然に身についてきたって感じ・・・」(看護師B) という言葉にあるように、仕事とプライベートとの切り替えを敢えて心がけるように意識するうちに、自然と切り替えられるようになり、結果としてストレスコーピングを上手に身につけていた。

また、「あんまり高めに持っていけないで、

じゃあ次はここまでっていう感じで段階を追ってやっていく・・・あんまり高くしちゃうとそこまでいけない自分にもジレンマだし、患者さんや家族にもジレンマだったりするので。すごい突き詰めちゃうとストレスを感じるの。」(看護師C) というように、ターミナル期の患者や家族にとっても、看護師にとっても、理想を追求しすぎること、追いつけない現実とのギャップで不要にストレスを作らないように、まずはクリアしやすい目標設定をしたり「職場の友人と話す機会を多くしたり、事例検討や自主的にセミナーに参加するなど自己のスキルを高めたり、思いを共有」(看護師D) というように学習の機会や、同僚と思いやつらさの共有をすることでのコーピングスタイルが挙げられた。

これらのことから示唆されたのは、大変であるという感情を抱えながらも、ストレスを排除することに一生懸命になるのではなく、悩みながらも、その場に居て一緒に向き合い続けられるためのストレスコーピングをうまく取り入れて、自分の在り様を模索していることである。

その積み重ねの中で「(緩和ケア病棟に)来るまでと来てからとで考え方が大きく変わって・・・いろんな人を見ていくうちに死っていうのは決して悪いものじゃないという捉え方に変わった。その場に自分が居られることはむしろありがたいんじゃないかって。」「亡くなったからすごく悲しいだけじゃなくて、そこにはいろんな意味があるというかそう考えられるようになった・・・。」「身近な祖母の死を経験した時に、嫌なものとか辛いだけじゃないと思った。」「病棟の患者さんや家族との関わりを重ねていく中、自分の祖母の死で家族の立場も経験し、死に対する考え方が変わって仕事にも反映できると思った。」(看護師A) 「身近な人の死は確かに悲しい。考えたらずぶんつらいけれどたぶん乗り越えられないことはないと思う。別にまた会えるかもっていう感覚・・・。」(看護師B) 「緩和ケアってあるんだけど・・・そこまで突き詰めなくても、患者さんが苦しくなくて患者さ



んの家族が横にいられたらそれでいいんじゃないかって。」(看護師C) というように、死に対する思いや考え方が変化していることに看護師自身が気づき、死のもたらす意味には悲しい、こわいといった既成の観念だけではなく、状況や立場の違いにより、様々な捉え方があるという視野の拡がりを実感している。その実感を重ねる中で看護師は、死生観の形成や変容、再認識をしていることが示唆された。

緩和ケア病棟の看護師は、患者や家族との関係性が密であることが多いために、看護師としての在り方だけでなく、一人の人間としての生きる姿勢そのものが、あからさまに問われて内省する機会や、患者や家族の生きるさまから心を揺さぶられて人生観が変化する感情を味わう機会が多くある。緩和ケア病棟で長く働き続けている看護師は、日々の看護そのものが時にはストレスでもあるが、それがやりがいや貴重な経験であると、気がつけるようなスタッフ同士の会話やアドバイスを得ていた。また、そのようなストレスを感じることや、時には患者や家族への否定的な思いを抱くことは自分だけではない、ということチームの中でのカンファレンスやコミュニケーションを通して共有しフォローをし合う、職場の風土や教育支援が非常に重要であるということが示唆された。

小澤 (2008) の「誰かの支えになろうとする人こそ、一番、支えを必要としている」という言葉にあるように、自分だけで抱え込まずに自分の限界や弱さを素直に認め、誰かに助けや支えを求めると謙虚さを持ち、実際にフォローを受けることで日々のエネルギーが持続するのではないかと考える。患者や家族に向ける優しさを、自分自身や同僚にも向け、チームでつらさをシェアして支え合うことでその場に踏み留まり、悩みながらも患者や家族と一緒に在りつづける中でこそ構築されるものがあると考えている。

一方、看護師Eが、「患者さんが死についてとか・・話し始めてくれた時に、つらい話を自分にしてきて・・その時間を共有できてよかったと思う。」「よくそういう話は負担とかつ

らいとかっていう人もいるけれど・・話してくれて嬉しい・・。」と語っている。死に関する会話では筆者の経験からも、感受性の鋭くなっている人の前では、看護師も白衣の下のその人となりで傾聴や会話をしないと、会話は続かない。そして患者は、いつでも誰とでも衝動的に話すことは少なく、話ができる人やタイミングを見計らっていると、ある患者が話してくれたことがあった。死について深い話をすることは、自ら望んで話をするのであっても意義深さと同時に非常に疲れをもたらしものであるとも聞いた。それだけに、そのような時間を持てた時には自分を選んでくれたことに対する感謝と自分の存在意義や役割を実感し、やりがいや醍醐味を感じていることが示唆された。

とはいえ、生命の危機を現実実感している患者や家族といつも向き合い、寄り添い続けていくことはとてもしんどいことであり、自分なりの支えや死生観がなければ、日々症状や感情が揺れる患者や家族と共に、看護師も揺れ動きながら流されて、巻き込まれていってしまうであろう。

しかし、すべての看護師が最初から確たる死生観を持っているわけではなく、今回の研究結果にもあるように日々の実践の中で、大きく影響を受けて形成していくことも多々ある。最初は曖昧であったものが徐々に自分の中で確たるものに変容していく場合も多いのではないかと考える。その際に看護師自身の価値観と患者や家族の価値観との差異があればあるほど、看護師自身のジレンマや困難感は強く感じられるであろう。しかし、どんな死生観や価値観が正しい、望ましいではなく、看護師は自分の芯となる自身の死生観や価値観と他人のそれが異なり、好ましくないと感じたとしても、それが相手の大切にしている信条であると寄り添う心の柔軟性や寛容さがなければ、本当に大切なことが見えなくなってしまうということを心に置かなければならないといえる。

## 5. 結論と今後の課題

我が国は今後も確実に「高齢・多死社会」が続き、看取りの経験がないままに看護師となつて間もないころから、いやがおうでも多くの患者を看取るといことは確実にある。本研究は緩和ケア病棟の看護師をクローズアップしたが、がんに特定しない看取りにおいても緩和ケアの視点での看護師の役割は重要であり、いたみやつらさを押し量ることができる「共感性」を養い、育てることが重要である。ただし、そこにはマニュアルでは教えられない教育の難しさがある。看護師としての優しさや専門職としての責任といった精神性だけに支えられるのではなく、死生学や緩和ケア学、患者や家族に積極的に寄り添う共感性やターミナルケアにおけるコミュニケーションスキル、ストレスコーピングの獲得などの実践的な看護基礎教育や継続的な卒後教育が今後ますます必要であると痛感する。さらに、ストレスフルであるスタッフを定期的にケアするシステムも必要であると考え

る。また、近年学校教育の場での「命の授業」が広がってきているように、幼少期から、しっかりといのちについて、生きるということについて、発達段階に応じて考える機会を学校教育の中に組み入れることが大切であると思われる。いのちについて考える、学ぶということは、いずれ死についても考えることにつながる。その素地があってこそ、看護を志すものに対して、生きるための援助、死にゆく人に対しての援助、共感的に寄り添うという視点での教育へとつなげやすくなるのではないかと考える。

緩和ケア病棟での看護はいわば看護師としての原点であるといっても言い過ぎではないと筆者は実感している。医療行為が中心ではなく、患者や家族の苦痛や何を望んでいるのかを常に考え、医療の限界がきた時にどのような看護ができ得るのかを、五感を研ぎ澄まして常に考え実践する必要がある、看護師自身の、そしてチーム全体の知恵と技術と真価が問われる。ストレスをストレスとだけ捉えるのではなく、そのストレスを超えていく過程において、患者や家族

の心の機微をタイムリーに感じる力や働きかけることにやりがいや醍醐味があり、自分の仕事の大切な意味があると捉えられる看護師が、緩和ケア病棟を支え続けていると確信する。

死やターミナルケアに携わることがこわい、苦手と避けられてしまうのではなく、人間と人間として率直に向き合える、やりがいのある分野であること、専門職としての使命感や役割からの「仕事」を超えた患者や家族との密な関わりを通して、看護師自身の成長や輝きにつなげられる魅力的な分野であると、多くの看護師が捉えられるような一助になっていきたいと強く思うのである。

そして、どのような疾患や病状や療養する場所によらず、看護師がいる限り、緩和ケアの視点でのエンド・オブ・ライフケアをすべての患者が受けられることがスタンダードになるように、臨床の場からスキルアップし、看護活動や研究を継続的に行っていきたい。

## 謝辞

本研究にあたり、多忙の中をインタビューにご協力して下さった、緩和ケア病棟の看護師の方々に心より感謝を申し上げます。また、途中で行き詰まり、先に進めなくなった私に、終始丁寧にご指導いただきました大林雅之教授に深く感謝を申し上げます。山田和夫教授・藤村ファンゼロー久美子教授には、ご無理を申してご指導いただきまして深く感謝を申し上げます。

そして、私の人生観や死生観に大きな影響と大学院入学へのチャレンジへと導いてくださった、A病院の緩和ケア病棟で出会った、すべての患者さんやご家族、一緒に働くことができたスタッフの方々に感謝いたします。

## 注

- <sup>1)</sup> クオリティ・オブ・ライフ (QOL) その人らしい生活の質。
- <sup>2)</sup> ADL (activities of daily living) 日常生活動作のことであり、医療・福祉の現場では患者や利用者について、主に食事・排泄・清潔ケア・移乗について、自力でどの程度できるのかというこ

とを表現する言葉として「ADLが低下してきている」「ADLが保てるように働きかける」などといった表現で用いられている。

## 引用文献

- 1) 大西奈保子 (2006) ターミナルケアに携わる看護師の態度と悲嘆・癒しとの関連 東洋英和大学院紀要2, 89-100, 2006-03-15
- 2) 殿城有紀 (2009) 一般病棟でターミナルケアに携わる看護師の思い 日本赤十字看護大学紀要 No23, pp66-75, 2009
- 3) 宇宿文子他 (2010) 終末期がん看護ケアに対する一般病棟看護師の困難・ストレスに関する文献検討 熊本大学医学部保健学科紀要第6号, 99-108, 2010
- 4) 渡辺裕子 (2007) 『渡辺式家族ケアアセスメントモデルで事例を解く』医学書院, pp6-9.
- 5) 小澤竹俊 (2008) 『医療者のための実践スピリチュアルケア』日本医事新報社, pp183-186.

## 参考文献

- 1) 安達富美子他 (2003) 『燃えつきない』がん看護』医学書院.
- 2) アルフォンス・デーケン (1996) 『死とどう向き合うか』NHK出版.
- 3) アルフォンス・デーケン (2003) 『よく生きよく笑いよき死と出会う』新潮社.
- 4) E・キューブラロス (2001) 『死、それは成長の最終段階 続死ぬ瞬間』中公文庫.
- 5) E・キューブラロス他 (2005) 『ライフレッスン』角川文庫.
- 6) 五木寛之 (2010) 『遊行の門』徳間文庫.
- 7) 井上ウィマラ (2010) 死生観を育む—現場の“なんで?”を埋める知恵—悲しむ力と育む力—。緩和ケアVOL20 NO.5 pp474-476, 青海社.
- 8) 上田健行 (2005) 『生きる意味』岩波新書.
- 9) 遠藤恵美子 (2001) 『希望としてのがん看護』医学書院.
- 10) 大井玄 (2011) 『人間の往生 看取りの医師が考える』新潮新書.
- 11) 小笠原利枝 (2007) いのちの看取り—ホスピス・緩和ケア病棟における看取り。緩和ケアVOL17 NO.2 pp120-121, 青海社.
- 12) 桶河佳世 (2010) 訪問看護師が捉えるよい最期像に関する質的研究—在宅における、看取り経験から—

[http://www.zaitakuiryoyuuumizaidan.com/data/file/data1\\_20100907114605.pdf?PHPSESSID=2da2ba660e5c081f6291e3a2ee321ff1](http://www.zaitakuiryoyuuumizaidan.com/data/file/data1_20100907114605.pdf?PHPSESSID=2da2ba660e5c081f6291e3a2ee321ff1)

- 13) 小澤竹俊 (2012) 『小澤竹俊の緩和ケア読本 苦しみと向き合うすべての人へ』日本医事新報社.
- 14) 押川真喜子 (2008) 『自宅で迎える幸せな最期』文芸春秋.
- 15) 押川真喜子 (2005) 『在宅で死ぬということ』文芸春秋.
- 16) 加賀乙彦 (2012) 『科学と宗教と死』集英社新書.
- 17) 垣添忠生 (2009) 『妻を看取る日』新潮社
- 18) 柏木哲夫 (1997) 死を看取る医学, NHK出版.
- 19) 柏木哲夫 (2006) 『人生の実力』幻冬社.
- 20) 門岡康弘 (2008) 終末期医療における倫理的ジレンマと解決策—ターミナル・セデーションを行う要件からの考察—。緩和ケアVOL18 NO.4 pp293-296, 青海社.
- 21) 河合千恵子他 (2007) 『悲しみを支える本』学研.
- 22) 川口有美子 (2009) 『逝かない身体 ALS的日常生活を生きる』医学書院.
- 23) 河野裕子他 (2011) 『家族の歌 河野裕子の死を見つめた344日』産経新聞出版.
- 24) 木澤義之 (2010) がん対策基本法の前と後—何が変わり、何がかわらないか—PEACEプロジェクトの実践を通して—。緩和ケアVOL20 NO.1 pp18-22, 青海社.
- 25) 木村利人 (2004) 『看護に生かすバイオエシックス』学研.
- 26) 國森康弘 (2009) 『家族を看取る 心がそばにあればいい』平凡社新書.
- 27) 桑田美代子 (2007) いのちの看取り—豊かないのちの看取り 生活の中のケア—。緩和ケアVOL17 NO.2 pp97-101, 青海社.
- 28) 小島操子 (2004) 『看護における危機管理・危機介入』金芳堂.
- 29) 小谷みどり (2004) 死に対する意識と死の恐れ <http://group.dai-ichi-life.co.jp/dlri/ldi/report/rp0405.pdf> 2011.4.21検索
- 30) (財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団『ホスピス・緩和ケアに関する意識調査』要約 <http://www.hospat.org/research1-2.html>, 2011.4.21検索
- 31) 坂井さゆり (2008) 他 欧州におけるホスピス・緩和ケアの概念と倫理的問題生命倫理18(1), 66-74, 2008-09-21 日本生命倫理学会
- 32) 佐藤一樹 (2012) II. 緩和ケア病棟の動向と現状I.

- 日本ホスピス緩和ケア協会の調査データからみた緩和ケア病棟の現況 PDFⅡ. 緩和ケア病棟の動向と現状・日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団  
[http://www.hospat.org/assets/templates/hospat/pdf/hakusyo\\_2012/2012\\_2\\_1.pdf](http://www.hospat.org/assets/templates/hospat/pdf/hakusyo_2012/2012_2_1.pdf)  
 ,pp13.2012.10.20検索
- 32) 佐藤則子他 (2006) 看護師のバーンアウト傾向とコーピングおよび相談ニーズとの関連  
 東海女子大学紀要 25, 109-120, 2006-03-31
- 33) 志真泰夫 (2010) がん対策基本法の前と後一何が変わって、何変わらないかーがん対策基本法と緩和ケア包括的がん医療への転換と当面する課題一. 緩和ケアVOL20 NO1 pp14-17, 青海社.
- 34) 志真泰夫 (2011) ことばは難しいー緩和ケアに関するさまざまな用語とその概念 緩和ケアの用語をめぐる国際的な動き一. 緩和ケアVOL21 NO.4 pp374-377, 青海社.
- 35) 瀬藤乃理子 (2010) “援助者のコンパッション疲労への対処” 第16回 日本臨床死生学会. (20101211). 早稲田大学 (東京)
- 36) 高橋美賀子他 (2007) 『ナースによるナースのためのがん患者のペインマネジメント新版』日本看護協会、pp51, 135.
- 37) 武井麻子 (2010) 死生観を育む一. 現場の“なんで?”を埋める知恵 看護と死ー感情労働の視点から 緩和ケアVOL20 NO.5 pp467-470, 青海社.
- 38) 竹内整一 (2009) 『「かなしみ」の哲学 日本精神史の源をさぐる』NHKブックス.
- 39) 田尻和子 (2008) 終末期医療における倫理的ジレンマと解決策 セデーションの定義と患者・家族の意思一. 緩和ケアVOL18 NO.4 pp291-293, 青海社.
- 40) 田村恵子 (2010) 死生観を育むー現場の“なんで?”を埋める知恵ー緩和ケアの現場で死生観を考える一. 緩和ケアVOL20 NO.5 pp448-450, 青海社.
- 41) 田村恵子 (2011) ことばは難しいー緩和ケアに関するさまざまな用語とその概念ー緩和ケアに関することばと看護 スピリチュアリティをめぐる一. 緩和ケアVOL21 NO.4 pp386-390, 青海社.
- 42) 千葉敦子 (1990) 『よく死ぬことはよく生きることだ』文芸春秋.
- 43) 対本宗訓他 (2011) 『いのちの問答ー最後の頼みは医療か、宗教か?』角川書店、pp8.
- 44) 恒藤暁 (2011) ことばは難しいー緩和ケアに関するさまざまな用語とその概念ー 緩和医療と緩和ケア 理論と実践の統合を目指して一. 緩和ケアVOL21 NO.4 pp382-385, 青海社.
- 45) 堂園俊彦 (2010) いのちの看取りー看取りとケアの倫理 緩和ケアVOL17 NO.2 pp124-127, 青海社.
- 46) 特定非営利活動法人日本緩和医療学会 緩和ケア継続教育プログラムPEACE プロジェクトについて  
<http://www.jspm-peace.jp/about.html>, 2011.4.21  
 検索
- 47) 特定非営利活動法人日本ホスピス緩和ケア協会 WHO (世界保健機関) の緩和ケアの定義 (2002年)・緩和ケアをめぐる言葉  
<http://www.hpci.org/what/definition.html>  
 2011.4.21検索
- 48) 中島宏明 (2010) 死生観を育むー現場の“なんで?”を埋める知恵ー余命について一. 緩和ケアVOL20 NO.5 pp444-445, 青海社.
- 49) 比嘉肖江 (1996) 看護師の死に対する意識調査研究紀要(10), 217-227, 1996静岡県立大学短期大学”
- 50) 平川仁尚 (2010) 認知症の緩和ケアー積極的に関わるための基本と実践ー認知症の進行期認知症患者の苦痛について一. 緩和ケアVOL20 NO.6 pp571-574, 青海社.
- 51) 平山正実他編著 (2004) 『ケアの生命倫理』日本評論社.
- 52) 平山正実 (2005) 『はじまりの死生学 「ある」ことと「気づく」こと』春秋社.
- 53) 福田紀子 (2007) いのちの看取りー患者を看取る看護師へのケア. 緩和ケアVOL17 NO.2 pp102-107. 青海社/
- 54) 藤井理恵共著 (2007) 『たましいのケア 病む人のかたわらに』いのちのことば社.
- 55) 藤田冬子 (2007) いのちの看取りーよい余韻を残す看取り 家族へのケア一. 緩和ケアVOL17 NO.2 pp108-112, 青海社.
- 56) 保阪正康 (1993) 『「安楽死と尊厳死 医療の中の生と死」 講談社現代新書.
- 57) 星野一正 (1991) 『医療の倫理』岩波新書.
- 58) 松村ちづか他 (2007) 看護師がスピリチュアルペインを語る意味埼玉県立大学紀要9, 7-12, 2007
- 59) 米沢慧 (2011) 『自然死への道』朝日新書.
- 60) 渡辺裕子 (2005) 『看取りにおける家族ケア』医学書院、pp90-91.