

# 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—

石坂昌子

Meaning of death among nurses:  
A comparison by years of nursing experience

Masako ISHIZAKA

本研究では、看護職の死の意味づけについて、一般成人および看護経験年数間において質問紙調査により比較検討した。まず、看護職153名と一般成人504名の死の意味づけを比較した。その結果、看護職は一般成人よりも死を苦難から解放する手段として捉え死後も自己や他者は存在し続けると考えることで受容する傾向がみられ、一般成人は死に積極的に意味を見出さない傾向が示唆された。つまり、看護職は死に対して“接近”的な態度を、一般成人は“ポジティブ回避”傾向をとることが考えられる。次に、看護経験年数により死の意味づけを比較した結果、経験年数の長い看護師はあまり積極的に死の意味を見出さないという傾向を示した。この“ポジティブ回避”傾向は、死と関わることが多い“接近”的な外的環境のなかで内的に死と距離をとることができる柔軟性を示唆しており、看護職の継続を支えていることが推測される。本研究で死の意味づけについて解釈モデルとして提案した「評価」と「距離」は、一般的傾向と臨床現場の両方に有用な視点として重要であろう。

キーワード：死の意味づけ、看護職、看護経験年数

### 問題と目的

人は、限りある生のなかで、人生の終わりをどのように過ごしたいと願うのだろうか。日本では、1987年以来、厚生労働省（厚生省）によって「人生の最終段階における医療」<sup>1)</sup>に関する検討を継続的に行ってきた。その報告書では、近年の人口減少と急激な高齢化の中で、国民の間では、改めて人生の最後の時期をどのように過ごすかということや、どのような医療を受けたいかということ、また、最期まで自分らしく過ごすための準備などについての関心の高まりが述べられている（厚生労働省、2014）。さらに、日本人の死亡場所は、自宅死亡が減少し医療機関の割合が年々伸び続け8割近くにまで達しており、最期の迎え方と医療

の在り方は密接な関係にあると言えよう。

それでは、医療現場では、この人生の最後の時期を過ごす患者に対してどのような関わりがなされているのだろうか。1960年代後半より、医療従事者が死にゆく患者への関わりや患者の死を避けていることが国内外で報告されている（e.g. Glaser & Strauss, 1965 木下訳 1988；Quint, 1967 武山訳 1968；大西, 2002）が、それらの関わり方には医療従事者自身の死に対する心理が影響していると考えられる。死に対する心理に関する研究は、丹下の分類（1999）を参考にすると、ターミナルケアや希死念慮への対応など臨床的・実践的研究と、死に対する心理の一般的傾向に関する実証的研究の二つに大別される。後者の一般的な人々を対象とした死に対する心理についての実証的研究では、タブー視されてきた死に対して怖れなど否定的感情に関心が集中し、全体的で複雑な死の心理構造を把握できないという問題を引き起こしてきた（金見, 1994）。この実践的心理

<sup>1)</sup> 厚生労働省の検討会では、その検討内容や社会背景に応じて、1987～1998年は「末期医療」、2004～2010年は「終末期医療」、2014年以降は「人生の最終段階における医療」へと名称が変更している。

学と実証的心理学の両極性が指摘されており（島藺，2004），専門職として日常的に死に関わっている医療者と，そうでない一般成人の死についての意識の相違が著しければ，相互の不信感は増大すると言われている（田代，1993）。したがって，死に対する心理については，臨床現場と一般社会の両方に有用な視点が求められる。

そのためには，医療従事者の死についての意味づけの傾向を一般成人との比較を通して把握することが重要である。例えば，医療従事者（医師，看護師）と一般成人の比較調査（田代，1993）によると，死へのイメージについて，医療従事者は，「あの世」への願望が高く，「現世」で目の当たりにする死の悲惨さへの恐れへの反映かもしれないことが示唆されている。また，介護学生の死生観に影響を及ぼす要因については，看とり体験のある方が死の不安が高く，死後の世界を信じていることが明らかになっている（渡辺・野村・金津，2007）。このような死後に関する相違点のみならず，山下・赤沢（2010）によると，看護学生の生命倫理に関する講義後の死生観では，死への恐れが低下しており，解放としての死や死からの回避が高くなっていることが示されている。さらに，介護職員の死生観と看とり後の悲嘆心理について，喪失感の対処方法として，「苦しさから解放されたと考える」という積極的対処方法と「考えない」という消極的対処方法（早坂，2010）の二つが見出された。

医療従事者の中でも特に患者と長い間，接することの多い看護職については，死生観や死の捉え方は看護ケアに大きく関与する（田中，1997；大西，2009）とも言われており，様々な研究がなされてきた。例えば，看護師自身が持つ死生観に関しては，死を否定的に捉えるものと肯定的に捉えるものとが報告されている（吉田，1999；名越・道廣，2005；名越・掛橋，2005）。また，加齢や看護経験年数の長さによって死への不安や怖れが和らぐこと（上田，1998；斎藤，2000），看護経験を経ると死のイメージについて恐怖心・寂しさが喪失感へと変化し，否定的な言葉に交ざって「自然」や「安らか」という言葉が上位に上がるようになり，死を両価のイメージでとらえていること（斎藤，2000）など，ターミナル期の患者に関わ

る看護師の態度には年齢や臨床経験が有意に関連していること（e.g. Lange, Thom & Kline, 2008；中西・志自岐・勝野・習田，2012）が示唆されている。医療現場では，患者自身のみならず，看護職は患者の生死に常にかかわっているため，より一層ストレス要因が高い状況にあると考えられる。つまり，看護職がストレスの一つとしての死をどのように意味づけるかは，看護ケアのみならず，自身のメンタルヘルスの維持・向上やバーンアウトの予防にもなりうるのではないだろうか。しかし，看護職自身の死生観の研究は，患者・家族など被援助者を対象としたものに比べると少なく，充実が課題である（大西，2009）。

以上の問題提起をふまえて，本研究では，患者の死までを看とることが多い療養型病院の看護職の死の意味づけについて一般成人との比較を通して検討する。また，死の意味づけに関連すると考えられる看護経験年数間での比較も試みる。その際，看護師の職業的社会的化の調査などをふまえた先行研究（Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001；田中，2005）を参考にして，5年以下，6年以上20年以下，21年以上35年以下の3群に分類する。さらに，実証的研究と臨床的研究の二つの研究の両極性（島藺，2004）も問題点として挙げられているため，相互の知見をいかした，一般的傾向と臨床現場の両方に有用な視点についても考察する。

## 方 法

### 1. 調査対象

対象者は，以下の看護職と一般成人であった。

（1）看護職の対象者は，A病院に所属する看護師153名（男性21名，女性132名；平均年齢41.6， $SD = 10.5$ ，*range* 21-57）であった。A病院は，結核病棟，一般病棟，神経難病病棟，重症心身障害児（者）病棟，筋ジストロフィー病棟，外来よりなる約480床の療養型病院である。看護経験年数は，5年以下が28名（男性4名，女性24名；平均年齢 26.0， $SD = 3.62$ ，*range* 21-35），6年以上20年以下が55名（男性12名，女性43名；平均年齢 38.7， $SD = 7.11$ ，*range* 28-57），21年以上35年以下が70名（男性5名，女性65名；平均年齢 50.1， $SD = 4.37$ ，*range* 41-57）であった。

(2) 一般成人の対象者は、成人504名(男性260名, 女性244名; 平均年齢 33.5,  $SD = 15.6$ , range 20-79)であり, 大学生, 専門学校生および市民講座参加者や企業の勤務者などであった。なお, この一般成人のデータは, 石坂(2009)と同一のものを使用した。

## 2. 調査内容

死の意味づけを測定するため, 27項目5因子からなる「死の意味づけ尺度」(石坂, 2009)を用いた。この尺度は, 死を意識することや死別体験を通して人生の意義を再認識したり, 周囲への新たな気づきをえたり, 自分自身の成長を促すと考えたりする内容からなる第1因子(F1)「死の有意義さ」(項目例“死別体験を通して, 自分の人生観を考えなおすことができるものだ。”) (14項目), 死について考えたり話したりすることを避ける第2因子(F2)「死の忌避」(項目例“死についてなるべく考えないようにしている。”) (4項目), 死を苦しみや痛みから逃れる手段として捉える第3因子(F3)「死による苦難からの解放」(項目例“死ぬことで, すべての苦悩から解放されるように感じる。”) (3項目), 死に積極的に意味を見出さない第4因子(F4)「死の無拘泥」(項目例“死は生きている流れのなかで当然起こりえるものだから, 特別な意味はない。”) (3項目), 死んだ後も自己および他者は存在し続けると考えることで死を受けとめる第5因子(F5)「死後の永続性による受容」(項目例“死後も魂として存在すると考えると, 死は通過点である。”) (3項目)から構成される。各項目について, 「1-全くそう思わない」から「5-非常にそう思う」の5段階評定で回答を求め, 評定値として得点化した値を用いた。

## 3. 調査方法

(1) 看護職対象の調査では, A病院の看護部長を通じて看護会議にて了承をえた後, 病棟ごとに個別記入による質問紙を配付した。配付の際, 各病棟の師長もしくは副師長に研究の趣旨を記した依頼書をそえて, 死に関する質問内容を含んでいること, 参加拒否権の明示およびプライバシーの保護など実施上の留意点を説明し, 質問紙の

フェイスシートに文書でも記した。回答後は各個人が質問紙を封筒に入れたうえで病棟ごとに回収された。

(2) 一般成人対象の調査は, 大学と市民講座では, その授業担当教員と講座主催者に研究の趣旨を説明し, 了承をえた後, 実施した。大学生は授業後に個別記入による質問紙を配付し集団で実施して回収し, その他は著者が手渡しもしくは郵送法にて個別に実施し, 同封した返信用封筒に入れて郵送してもらった。調査前に, 死に関する質問内容を含んでいること, 参加拒否権の明示およびプライバシーの保護など実施上の留意点について, 集団実施と手渡しの個別実施の場合は著者が口頭で説明し質問紙のフェイスシートに文書でも記し, 個別実施で郵送の場合は文書で記した。なお, 「死」という生命に直接かかわりうるテーマを扱うことに充分留意するために, 著者に加え, 臨床心理士2名と精神科医2名が, 調査内容, 方法および調査後のフォローの必要性について検討した。

## 結果

### 1. 死の意味づけ尺度の因子構造

看護職を対象とした死の意味づけ尺度について, 主因子法による因子分析を行い, 固有値が1.0以上の大きさと減衰および因子としての解釈可能性を考慮し, 5因子構造を採用した。その後, バリマックス回転を行い, ①因子負荷量が一つの因子だけに絶対値で.40以上, ②冗長性回避のため同一因子に含まれる項目と絶対値で.60以上の相関をもたないという基準に基づき項目を決定した。その結果, 一般成人を対象とし作成した死の意味づけ尺度と同じ27項目5因子の因子構造が看護職を対象とした今回の調査でもえられた。

### 2. 信頼性の検討

「死の意味づけ尺度」の内的整合性を検討するため, 各下位尺度のCronbachの $\alpha$ 係数を算出した(表1)。その結果, すべての各下位尺度の $\alpha$ 係数が.70以上の値を示し, 高い内的整合性があるものと考えられる。したがって, 以下の分析では, 一般成人を対象として作成したものと同一の27項目5因子の尺度を用いた。

表1 「死の意味づけ尺度」における各下位尺度間と尺度全体との相関関係および信頼性係数 ( $\alpha$ )

	F2	F3	F4	F5	尺度全体	$\alpha$
F1「死の有意義さ」	-.04	.27**	-.35**	.38**	.88**	.92
F2「死の忌避」	—	-.10	.14	-.17**	.20*	.73
F3「死による苦難からの解放」		—	-.06	.38**	.49**	.77
F4「死の無拘泥」			—	.08	-.06	.75
F5「死後の永続性による受容」				—	.58**	.70

( $N = 153$ , \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$ )

### 3. 死の意味づけ尺度の各下位尺度間と尺度全体との相関関係

「死の意味づけ尺度」の各下位尺度間と尺度全体について、Pearsonの積率相関係数を求めたところ、表1に示される結果がえられた。各下位尺度間について、F1「死の有意義さ」はF3「死による苦難からの解放」、F5「死後の永続性による受容」との間に有意な弱い正の相関関係 ( $r = .27$ ,  $p < .01$ ;  $r = .38$ ,  $p < .01$ ) が、F4「死の無拘泥」との間に有意な弱い負の相関関係 ( $r = -.35$ ,  $p < .01$ ) がそれぞれ示された。また、F3「苦難からの解放としての死」とF5「死後の永続性による受容」との間に有意な弱い正の相関関係が示された ( $r = .38$ ,  $p < .01$ )。一般成人における各下位尺度間の相関関係(石坂, 2009)では、F1「死の有意義さ」とF3「死による苦難からの解放」の間にほとんど相関がなかった ( $r = .07$ ,  $n. s.$ ) が、それ以外の結果は、看護職における相関関係とほぼ同様であった。

### 4. 解釈モデルの提案

「死の意味づけ尺度」が、看護職と一般成人を対象とした際、同一の因子構造であることと、各下位尺度間と尺度全体においてほぼ相関関係が同じであることが明らかとなった。そのため、「死の意味づけ尺度」について図1に示す「評価」と「距離」の2軸からなる解釈モデルを提案する。「評価」の軸の参考としては、Frankl (1952 霜山訳 1961) のロゴセラピーの考えに基づき「人生の意味、目的」という実存的概念を数量的に測定するPILテスト(Purpose-in-Life Test) (Crumbaugh & Maholick, 1964 : 1969) の下位尺度の評定基準(千葉, 1998) や、精神的健康度を測定するGHQ (General Health Questionnaire) 日本版30項目短

縮版(中川・大坊, 1985) と「死の意味づけ尺度」の相関関係(石坂, 2009) も参考にした。「距離」の軸は、「死の意味づけ尺度」の各下位尺度間の相関関係の結果などを参考にした。また、それぞれの両極を「評価」は「ポジティブ」と「ネガティブ」、「距離」は「接近」と「回避」と定め、この2軸に「死の意味づけ尺度」の5下位尺度を配置した。なお、「距離」とは、死に対して行動レベルではなく、思考水準の心理的距離を意味する。

### 5. 一般的傾向との比較

看護職と一般成人における「死の意味づけ尺度」の各下位尺度の相違を検討した。「死の意味づけ尺度」の各下位尺度について、看護職と一般成人の両群を独立したサンプル間の両側  $t$  検定により比較した結果を表2に示す。

その結果、看護職は一般成人よりも、F3「苦難からの解放としての死」とF5「死後の永続性による受容」の平均値が有意に高かった ( $t_{(655)} = -2.73$ ,  $p < .01$ ;  $t_{(655)} = -2.63$ ,  $p < .01$ )。一方、看護職は一般成人よりも、F4「死の無拘泥」の平均値が有意に低かった ( $t_{(655)} = 3.21$ ,  $p < .01$ )。

### 6. 看護経験年数による比較

看護職の経験年数における死の意味づけ尺度の各下位尺度の相違を検討した。独立変数を看護経験年数(5年以下, 6年以上20年以下, 21年以上35年以下)、従属変数を死の意味づけ尺度の各下位尺度として、一元配置3水準の分散分析を行った(表3)。

その結果、F4「死の無拘泥」においてのみ有意差がみられ ( $F(2, 150) = 4.53$ ,  $p < .05$ )、TukeyのHSD検定を用いた多重比較によると、経験21

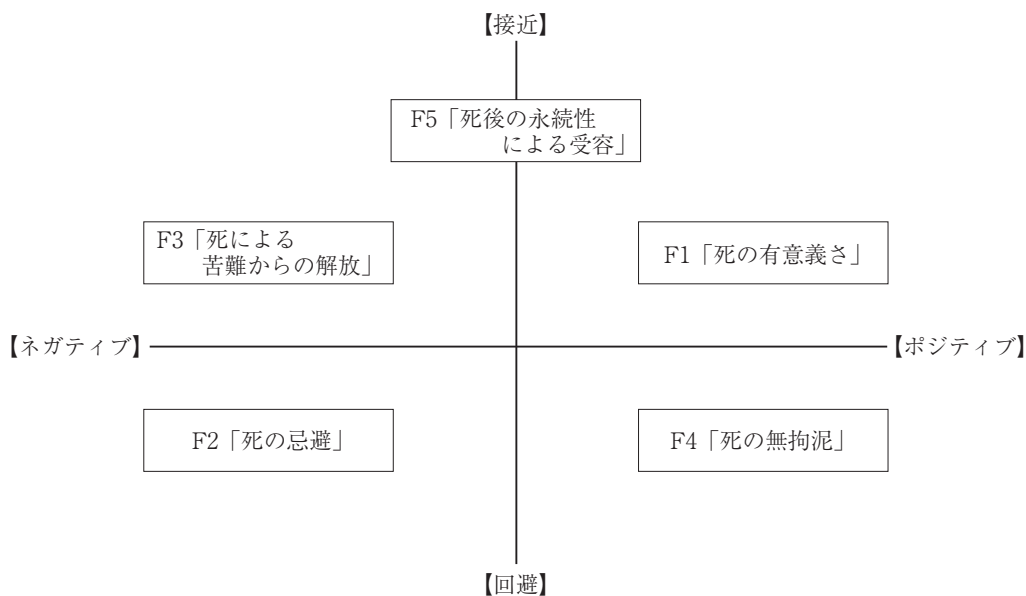


図1 「死の意味づけ尺度」の解釈モデル

表2 看護職と一般成人における死の意味づけ尺度の平均値 (M) と標準偏差 (SD) および t 検定の結果

	看護職 (n = 153)	一般成人 (n = 504)	t 検定の結果	
	M (SD)	M (SD)	t 値	
F1 「死の有意義さ」	49.18 (8.82)	48.82 (9.43)	- .43	n.s.
F2 「死の忌避」	10.24 (2.86)	10.06 (3.04)	- .66	n.s.
F3 「死による苦難からの解放」	7.73 (2.51)	7.07 (2.64)	-2.73**	看護職>一般成人
F4 「死の無拘泥」	6.73 (2.05)	7.37 (2.56)	3.21**	看護職<一般成人
F5 「死後の永続性による受容」	7.18 (2.27)	6.62 (2.52)	-2.63**	看護職>一般成人

(N = 657, \*\* p < .01)

表3 看護経験年数における「死の意味づけ尺度」の平均値 (M) と標準偏差 (SD) および分散分析の結果

	① 5年以上 (n = 28)	② 6年以上20年以下 (n = 55)	③ 21年以上35年以下 (n = 70)	分散分析の結果
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	
F1 「死の有意義さ」	50.57 (8.66)	50.36 (8.31)	47.70 (9.15)	n.s.
F2 「死の忌避」	10.29 (2.90)	9.76 (2.57)	10.60 (3.04)	n.s.
F3 「死による苦難からの解放」	7.64 (2.70)	7.27 (2.19)	8.11 (2.63)	n.s.
F4 「死の無拘泥」	6.29 (2.21)	6.27 (1.67)	7.26 (2.16)	①<③ <sup>†</sup> , ②<③*
F5 「死後の永続性による受容」	6.68 (2.23)	7.27 (2.46)	7.31 (2.12)	n.s.

(N = 153, <sup>†</sup> p < .10, \* p < .05)

年以上35年以下群の平均値が、5年以下群 ( $MSe = .45, p < .10$ ), 6年以上20年以下群 ( $MSe = .36, p < .05$ ) よりも高かった。

## 考 察

本研究では、看護職の死の意味づけについて、尺度の検討を行い、解釈モデルを提案し、一般成人および看護経験年数間において比較した。まず、看護職を対象とした「死の意味づけ尺度」は、一般成人と同一の因子構造であり、各下位尺度間ではほぼ同じ相関関係を示し、信頼性については各下位尺度の  $\alpha$  係数値から高い内的整合性がえられた。これらの結果を中心にふまえて、「評価」と「距離」の2軸に各下位尺度を配置し、「死の意味づけ尺度」の解釈モデルを提案した。

次に、看護職と一般成人の死の意味づけを比較すると、看護職は一般成人よりも「死による苦難からの解放」と「死後の永続性による受容」が有意に高く、一般成人は看護職よりも「死の無拘泥」が有意に高かった。つまり、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捉え、死んだ後も自己および他者は存在し続けると考えることで死を受けとめる傾向がみられ、一般成人は、看護職よりも死に積極的に意味を見出さない傾向が示された。

これらの結果は、医療従事者は一般成人より「あの世」への願望が高く、「現世」で目の当たりにする死の悲惨さへの恐れの反映かもしれないという田代 (1993) の知見を支持するものである。死にゆく患者の苦しみや痛みを目の当たりにしながら関わり続けた看護職は、死によってこれらの苦難から患者が解放されて、安らぎをえられ、死後も存在し続けると信じることで、患者の死を受けとめようとしているのではないだろうか。また、介護職員を対象とした研究 (早坂, 2010) ではあるが、死生観と看取り後の悲嘆心理について、喪失感の対処方法として、「苦しさから解放された」と考える」という積極的対処方法が報告されている。看護職も、患者が死によって苦難から解放されたと捉えることで、看護職自身の喪失感に対応しようとしていると推測される。さらに、本研究の対象者は、長期入院の難病患者をケアすることが多い療養型病院の看護職であった。難病とは、

原因不明、治療方法未確立であり、かつ後遺症を残すおそれが少なくない疾病 (厚生省, 1972) である。難病看護においては、患者の将来や治療方針の見通しが立たないなど患者の抱えている不確かさや、懸命にケアしてもその成果が感じられないというケアと成果の不均衡さが言われている (安東・片岡・小林・岡村, 2006)。看護職は、このような難病患者と接することによって、より一層、患者が死によって苦難から解放されたという思いと死後も存在し続けると信じることで受けとめているのではないだろうか。

一方、一般成人は、看護職よりも積極的に死の意味を見出さない姿勢を示した。この「死の無拘泥」は、精神的健康と正の弱い関連が示されており (石坂, 2009)、死が非日常であり距離の遠い生活のなかで過ごしている一般成人にとって死に対する適応的な対応である可能性が示唆される。本結果について、「死の意味づけ尺度」の解釈モデルの「評価」と「距離」の視点から検討すると、看護職は死に対して「死による苦難からの解放」と「死後の永続性による受容」という“接近”的な態度を、一般成人は「死の無拘泥」という“ポジティブ回避”傾向をとることが考えられる。つまり、看護職は死と接する機会が多く死に対する心理的距離も近く、一般成人は普段、死が非日常である環境に身をおき死に対する心理的距離も遠いという、それぞれの死との外的な距離と内的な距離に関連があることが推測される。したがって、看護職は、患者と家族に対して発病前は死と距離が遠い環境であったことを念頭におき、発病への戸惑いや告知後のショックや否認、怒り、取引、抑うつ、受容 (Kubler-Ross, 1969 鈴木訳 1998) など、個々人の病の受けとめ方や死の意味づけ方を尊重しながら関わる必要があるだろう。

最後に、死の意味づけについて看護経験年数により比較すると、看護経験年数の最も長い群 (21年以上35年以下) が、最も短い群 (5年以下) と中間の群 (6年以上20年以下) よりも「死の無拘泥」が有意に高かった。つまり、看護経験の長い看護師は、あまり積極的に死の意味を見出さないという、看護職のなかでも一般成人により近い傾向を示した。介護職員を対象とした研究 (早坂, 2010) ではあるが、死生観と看取り後の悲嘆心理

について、喪失感の対処方法として、「考えない」という消極的対処方法が報告されている。本研究の対象者である看護経験の長い看護師も、この消極的対処方法と上記の「苦しさから解放された」と考える」という積極的対処方法との両方を使っていることが推察される。また、本結果について、死の意味づけ尺度の解釈モデルの「評価」と「距離」の視点から検討すると、看護経験の長い看護師は、「死の無拘泥」という“ポジティブ回避”傾向は、死と接することが多い職場という“接近”的な環境に身をおきながらもある程度、心的な距離をとることのできる姿勢が考えられる。つまり、死と接することが多い外的な距離が近い環境にも関わらず内的に死と距離をとることができ柔軟性は、精神的に巻き込まれ過ぎず、看護職の継続を支えていることが推測される。この柔軟な姿勢こそが、メンタルヘルスの維持・向上やバーンアウトの予防につながるのではないだろうか。ただし、大西（2002）の面接調査では、ターミナル期にあるがん患者との関係のなかで、看護職は特にネガティブな感情を抑えて対処する場合もあることが明らかにされており、死にまつわる感情を表現したくてもできない苦しさがある可能性を考察している。この積極的に死の意味を見出さない姿勢が、どのような感情や看護状況と関連があるかについては面接や事例による検討が必要と思われる。

今回の調査は、看護職に女性が多く、限られた人数と一つの医療機関を対象としたものであった。看護経験年数に生活年齢が影響をする可能性もあり、結果の一般化には限界があると言えよう。また、看護職の死の意味づけに関してバーンアウトや看護ケアなどとの関連要因について、質問紙のみならず面接調査や事例による質的な検討も求められる。本研究では、実証的研究と臨床的研究の相互の知見をいかした、一般的傾向と臨床現場の両方に有用な視点として「評価」と「距離」を提案した。今回の対象者であった看護職をはじめ医療従事者は、死にゆく患者に関わる際、この「評価」と「距離」を参考に自分自身の死の意味づけを把握しながら、患者や家族の死や生に対する態度を尊重してゆく姿勢が重要であろう。

## 文 献

- 安東由佳子・片岡健・小林敏生・岡村仁（2006）. 神経難病患者をケアする看護師の仕事ストレスの明確化 臨牀看護, 32 (3), 412-419.
- 千葉征慶（1998）. 第5章 PIL テストの分析の実際 佐藤文子（監修）, 佐藤文子・田中弘子・斎藤俊一・山口浩・千葉征慶（編）PIL テストハンドブック 第I部 PIL テストの全体像と分析法 システムパブリカ pp 53-90.
- Crumbaugh, J. C. & Maholick, L. T. (1964). An experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noögenic neurosis. *Journal of clinical psychology*, 20, 200-207.
- Crumbaugh, J. C. & Maholick, L. T. (1969). *Manual of instructions for the Purpose-in-Life test*. Munster: Psychometric Affiliates.
- Frankl, V. E. (1952). *Ärztliche Seelsorge*. Wien: Franz Deuticke.  
(霜山徳爾（訳）（1961）. フランクル著作集 2 死と愛 みすず書房)
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1965). *Awareness of dying*. New York: Aldine Publishing Company.  
(木下康仁（訳）（1988）. 死の Awareness 理論と看護—死の認識と終末期ケア 医学書院)
- 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.
- 石坂昌子（2009）. 死の意味づけ尺度作成の試み 心理臨床学研究, 26 (6), 734-740.
- 金児暁嗣（1994）. 大学生とその両親の死の不安と死観 大阪市立大学文学部紀要人文研究, 46 (10), 1-28.
- 厚生省（1972）. 難病対策要綱 参議院 < <http://www.sangiin.go.jp/> > (2015年1月6日)
- 厚生労働省（2014）. 終末期医療に関する意識調査等検討会報告書及び人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書について 厚生労働省 2014年4月2日 < <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000042968.html> > (2015年1月6日)
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan Company.  
(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 読売新聞社)

- Lange, M., Thom, B. & Kline, N. (2008). Assessing nurses' attitudes toward death and caring for dying patients in a comprehensive cancer center. *Oncology nursing forum*, 35 (6), 955-959.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- 名越恵美・道廣睦子 (2005). 終末期がん患者に関わる看護師の体験の意味づけ：緩和ケア病棟に焦点を当てて 吉備国際大学保健科学部研究紀要, 10, 43-48.
- 名越恵美・掛橋千賀子 (2005). 終末期がん患者にかかわる看護師の体験の意味づけ—一般病院に焦点を当てて 日本がん看護学会誌, 19 (1), 43-49.
- 中川泰彬・大坊郁夫 (1985). 日本版 GHQ 精神健康調査票手引 日本文化科学社
- 中西美千代・志自岐康子・勝野とわ子・習田明裕 (2012). ターミナル期の患者に関わる看護師の態度に関連する要因の検討 日本看護科学会誌, 32 (1), 40-49.
- 大西潤子 (2009). 終末期の看護における死生観・死への態度をめぐる研究の動向 武蔵野大学大学院人間社会・文化研究, 3, 73-87.
- 大西奈保子 (2002). ターミナル期にある患者との関わり—ケアにおける看護師の感情と認知— 臨床死生学, 7 (1), 53-58.
- Quint, J. C. (1967). *The nurse and the dying patient*. New York: Macmillan Company.  
(武山満智子 (訳) (1968). 看護婦と患者の死 医学書院)
- 斉藤菜穂子 (2000). 看護職の死をめぐる考え方について 看護展望, 25 (8), 103-111.
- 島藺進 (2004). 死生観の心理学の可能性—ケア実践的知／歴史文化研究／実証科学— シンポジウム報告論集 死生観と心理学 東京大学大学院人文社会系研究科 pp 13-20.
- 田中愛子 (1997). 終末期患者の看護ケアに関連する要因の分析研究—山口県の一般病棟のデータから— 山口県立大学看護学部紀要, 1, 31-40.
- 田中マキ子 (2005). 看護教育の病理—バーンアウト再生産のしくみ 多賀出版
- 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 (4), 327-332.
- 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— 生命倫理, 3 (1), 58-65.
- 上田稚代子 (1998). 看護婦の「死観」と個人特性との関連—死の不安尺度及び死観尺度に焦点をあてて 月刊ナーシング, 18 (12), 74-80.
- 渡辺きよみ・野村和子・金津春江 (2007). 介護学生1・2年生の死生観の比較検討 大阪体育大学短期大学部研究紀要, 8, 57-68.
- 山下恵子・赤沢昌子 (2010). 学生の死生観の状況と看護・介護学生間の比較 松本短期大学研究紀要, 19, 73-80.
- 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：“良い看とり”をめぐる 日本看護科学会誌, 19 (1), 49-59.

(2015. 1. 6受稿, 2015. 2. 4受理)



## Meaning of death among nurses: A comparison by years of nursing experience

Masako ISHIZAKA

This study investigated the meaning of death among nurses. The participants included 153 nurses and 504 general adults who completed a questionnaire. The results showed that (1) nurses viewed death as a release from suffering and had death acceptance through belief in the afterlife more so than general adults and (2) general adults clung to the thought of death less than nurses. Therefore, it appears that nurses face the notion of death while general adults maintain distance from the thought of death. In addition, the comparison by years of nursing experience showed that nurses with longer experiences clung to the thought of death to a lesser extent than other nurses. The result suggests that their meaning of death allows for flexibility, where nurses maintain distance from the thought of death in an environment that is generally approachable to the notion of death, allowing them to continue nursing. Finally, “evaluation” and “distance” that are proposed in this study are important concepts for interpreting the meaning of death for both the general public and clinical contexts.

**Key words:** meaning of death, nurses, nursing years of experience