

<論文>

ホスピスにおいて終末期がん患者にかかわる看護師のコンピテンシーに関する研究

関東学院大学看護学部

星名 美幸

(横浜国立大学大学院 環境情報学府 2017年修了)

Competency of nurses involved in terminal cancer patients in a hospice

Miyuki HOSHINA

College of Nursing, Kanto Gakuin University

要旨

ホスピスの終末期がん患者にかかわる看護師4名を対象に半構造化面接を実施しデータ収集を行い、逐語録にまとめた。平均約131分のインタビュー調査を行った。インフォーマントの平均経験年数は12.6年であった。そこで得られたデータを質的帰納的に分析した。データ収集した逐語録の内容から研究目的と関連のある単位用語を抽出し類似性に従い分類した。その結果、逐語録の記述例からコードが174個、サブカテゴリーが28個、カテゴリーが12個、そして、コアカテゴリーを6個抽出した。

本研究から以下のように【この患者を最期まで見届けるという覚悟ができる力】【いつも学び続けることのできる力】【患者とその家族と良好な関係を作れる力】【経験から得たコミュニケーションスキルを実践できる力】【感情を共有できる力】【多職種スタッフと連携・協働ができる力】の6個のコアカテゴリーを抽出した。

そして、一般病棟で働く看護師とホスピスで働く看護師では、一部の業務で役割期待が異なる。その異なる点とは、間近に迫った死から来るもので、患者の発する言動や行動は、死の恐怖からくるものである。その患者の気持ちに十分と寄り添うことのできる看護師が必要となる。まじかに迫った死を常に考えている患者からの役割期待に応えられることが、ホスピスで働く看護師のコンピテンシーで最も重要な項目であることが示唆された。

ABSTRACT

Data was collected by conducting semi-structured interviews with 4 nurses involved in terminal cancer patients in a hospice and was summarized in a verbatim. The average length of the interviews was approximately 131 minutes. The average years of experience of the informants was 12.6 years. The obtained data was analyzed qualitatively and inductively. The unit terms related to the study objective were extracted from the verbatim and were classified according to the similarity. As a result, 174 codes, 28 subcategories, 12 categories, and 6 core categories were identified in the verbatim transcription.

The 6 core categories extracted from this study were the following: [ability to be prepared to see patients until the end of life]; [ability to always continue learning]; [ability to build good relationships with patients and their family]; [ability to practice communication skills acquired from experience]; [ability to share emotions]; and [ability to collaborate and cooperate with multiple professional staff].

In addition, the role expectations for nurses working in a general ward and those working in a hospice are different in some tasks. The difference is associated with impending death and the patient's words and actions often come from the fear of death. There is a need for nurses who can empathize with the patient's feelings adequately. It was suggested that the most important competency of nurses working in a hospice is to meet the role expectations of patients who are facing impending death.

I. はじめに

がんは、1981 年からわが国の死亡原因の第 1 位となり、国民の生命及び健康にとって重大な問題となっている¹⁾。わが国のがん死亡数 2019 年推計値では、38 万人を超え、今後も高齢者を中心に増加が予想されている¹⁾²⁾。このような現状を踏まえてがん対策を総合的に推進し、全国どこでも一定水準のがん治療を受けられるようがん治療の均点化を目指して、2007 年 4 月のがん対策基本法が施行され、同年の 6 月には「がん対策推進基本計画」が施行された。そして、2012 年「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」が追加された²⁾。さらに、2018 年の第 3 期がん対策基本計画が閣議決定され、がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指すという全体目標が掲げられている。それは、がん予防や医療の充実を図るとともにがんと共に安心して暮らせる社会の構築に向けライフステージに応じたがん対策の重要性を示す内容となっている¹⁾。また、2002 年世界保健機関 (WHO) には緩和ケアを以下のように定義している。「緩和ケアとは、生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族の QOL を、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し的確に評価を行い対応することで、苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチである。」としている³⁾⁴⁾。これは、がん医療のみならず苦痛が生じる疾患を対象としていることを示すものであるが、がん医療において言うならば、積極的な治療期を終えて緩和ケアが開始されるのではなく、がんと診断されたときから緩和ケアは行われる必要性を述べたものである³⁾。そして、わが国の緩和ケア病棟数、病床数の推移は、診療報酬の増加と共に緩和ケア病棟、病床数共に増加し、1990 年に 5 病棟 (117 床) だった緩和ケア病棟は 2018 年には 415 病棟 (8423 床) にまで増している⁵⁾。この様な背景から高齢化に伴い、がん専門病院の緩和ケア病棟、在宅やホスピスなどで終末期がん看護にかかわる看護師の数も増加傾向にあると推察される。

他方で、コンピテンシーの概念が米国のビジネス界に導入されたのは、ハーバード大学の心理学を専門とする教授であった McClelland が 1973 年に発表した論文 (McClelland 1973) が契機となったと言わ

れている⁶⁾。コンピテンシーについて、Everts, H.F. (1987) は、「コンピテンシーとは、職務や役割における効果的ないしは優れた行動に結果的に結びつく個人特性である」とした⁷⁾。また、Richard E. Boyatzis (1982) は、「コンピテンシーとは、組織の置かれた環境と職務上の要請を埋め合わせる行動に結びつく個人特性としてのキャパシティ、あるいは、強く要請された結果をもたらすものである」とし⁶⁾⁸⁾、そして、McLagan, P (1980) は、「効果的な職務業績の根底にある知識やスキル」とした⁹⁾¹⁰⁾。さらに、Spencer, L.M., Spencer, S.M. (1993) は、「ある職務または状況に対し、基準に照らして効果的、あるいは卓越した業績を生む原因として関わっている個人の根源的特性」とした¹¹⁾¹²⁾¹³⁾。このようなコンピテンシーから、ある一定の環境にある看護師の行動など個人特性に注視した。

そこで、本研究はホスピスで終末期がん患者にかかわる看護師は、どのようなコンピテンシーを持つことによって、効果的な終末期がん看護を行い、優れた行動に結びつけることができるのかを明らかにし、終末期がん患者にかかわる看護師のあり方について検討する。

II. 研究方法

ホスピスの終末期がん患者にかかわる看護師 4 名を対象に半構造化面接を実施しデータ収集を行い、逐語録にまとめた。平均約 131 分のインタビュー調査を行った。インフォーマントの平均経験年数は 12.6 年であった。そこで得られたデータを質的帰納的に分析した。

倫理的配慮としては、調査対象病院の病院副院長および看護部長に研究調査協力について依頼を行い、承諾を得た。当該病棟の病棟師長より、研究対象となる看護師の紹介を受けた。インタビュー調査に協力していただいたインフォーマントには、本研究の目的を口頭および紙面にて説明を行い、承諾を得た。研究で得られたデータは研究以外に使用しないこと。それらデータは、鍵のかかるところに保管され、研究終了後に破棄する旨説明を行った。さらに、インフォーマントが、一度承諾した場合でも研究協力をいつでも撤回できる旨についても説明を行った。また、研究成果を学会等で公表する際は、個人や

団体が特定できないように配慮することを説明した。そして、本研究は B 病院の倫理審査委員会の承認を得た。

III. 結果

データ収集した逐語録の内容から研究目的と関連のある単位用語を抽出し類似性に従い分類し、サブカテゴリーを形成して、その意味内容をネーミングした。そして、最終的なものをコアカテゴリーとし、そのひとつ手前をカテゴリーとした。その結果、逐語録の記述例からコードが 174 個、サブカテゴリーが 28 個、カテゴリーが 12 個、そして、コアカテゴリーが 6 個となった(表 1)。以下、コアカテゴリーは【】、カテゴリーは〈〉、サブカテゴリーは<>で示した。

①<最後に着せる服を選ばせる力><「孤独にはさせない、みんなで見てよ」っていう気持ちを伝える力><「ホスピスって死ぬだけのところではない」ということを患者に理解させることができる力><患者が 1 分でも長く生きていたいという正直な気持ちを理解できる力>これらの力は、《一緒に最期を迎えた患者と出会い、これでよかったと思える力》と理解できる。また、<お看取り用のパンフレットの内容を正確に伝えることができる力><ご飯とか、散歩とか、これが最後かもしれないって思いを持って患者と関わることができる力>これらの力は、《最期は穏やかに逝ってほしいと思える力》と理解できる。これらのサブカテゴリーとカテゴリーからコアカテゴリーである【この患者を最期まで見届けるといふ覚悟ができる力】が抽出された。

②<死と神様の話題が聞ける力><宗教観とか神様の話とかについて患者と一緒に考えることができる力>これらの力は、《患者の死生観や哲学など、いろんな考え方を学ぶ力》と理解できる。また、<患者さんのお見送りから学んでいける力><反省もしつつ、勉強もしつつってことができる力>これらの力は、《経験者と患者のやりとりを見ながら学べる力》と理解できる。これらのサブカテゴリーとカテゴリーからコアカテゴリーである【いつも学び続けることのできる力】が抽出された。

③<患者と家族の出方を待ってから看護展開をする力><患者の家族内での力関係を見極める力>これらの力は、《患者が望む形と家族が望む形を理解

することのできる力》と理解できる。また、<亡くなられた後の家族へ手紙を書くという配慮ができる力><患者家族の変化を細やかに感じ取ることのできる力>これらの力は、《患者の家族に活躍の場を与えるという気遣いができる力》と理解できる。これらのサブカテゴリーとカテゴリーからコアカテゴリーである【患者とその家族と良好な関係を作れる力】が抽出された。

④<「普段言わなかったことをどうして急に言うようになったのだろうか」いうアンテナを日々張ることができる力><普段と違うことを言い始めたとき、「あれっ」て思える力>これらの力は、《患者が話をしたがっているタイミングを見逃さない力》と理解できる。また、<これが違うなって思ったことは、「どんだん言ってください」といえる力><今のつらい症状が落ち着いたら、「どんなことをしたいと思ってますか」と率直に聞ける力>これらの力は、《話すきっかけを作ってあげられる力》と理解できる。これらのサブカテゴリーとカテゴリーからコアカテゴリーである【経験から得たコミュニケーションスキルを実践できる力】が抽出された。

⑤<患者と一定の距離をとれる力><患者と向き合い、精いっぱい工夫ができる力>これらの力は、《患者との距離をコントロールできる力》と理解できる。また、<患者さんの気持ちに寄り添う力><患者のペースに巻き込まれることのできる力>これらの力は、《患者に同調する力》と理解できる。これらのサブカテゴリーとカテゴリーからコアカテゴリーである【感情を共有できる力】が抽出された。

⑥<スタッフ会議で出しゃばってでも、患者の情報提供ができる力><患者の情報を共有するためにカンファレンスでリードをとれる力><医師がうまく説明ができない部分を、代わりに話す力><スタッフ間で患者の情報共有をして、その患者の気持ちを代弁できる力>これらの力は、《スタッフがチームとして働ける環境を作れる力》と理解できる。<スタッフ同士の中で「ああ、今日はちょっとつらかった」と言える力><スタッフの疲弊感を取り除くことのできる力>これらの力は、《自分の気持ちを受け止めてもらえるスタッフ仲間を作る力》と理解できる。これらのサブカテゴリーとカテゴリーからコアカテゴリーである【多職種のスタッフと連携・協働ができる力】が抽出

表1. ホスピスの終末期がん患者にかかわる看護師のコンピテンシー

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー
この患者を最期まで見届けるといふ覚悟ができる力	一緒に最期を迎えた患者と出会い、これでよかったと思える力	最後に着せる服を選ばせる力
		「孤独にはさせない、みんなで見てよ」という気持ちを伝える力
	最期は穏やかに逝ってほしいと思える力	「ホスピスって死ぬだけのところではない」ということを患者に理解させることができる力
		患者が1分でも長く生きていたいという正直な気持ちを理解できる力
いつも学び続けることのできる力	患者の死生観や哲学など、いろんな考え方を学ぶ力	死と神様の話題が聞ける力
		宗教観とか神様の話とかについて患者と一緒に考えることができる力
	経験者と患者のやりとりを見ながら学べる力	患者さんのお見送りから学んでいける力
		反省もしつつ、勉強もしつつってことができる力
患者とその家族と良好な関係を作れる力	患者が望む形と家族が望む形を理解することのできる力	患者と家族の出方を待ってから看護展開をする力
		患者の家族内での力関係を見極める力
	患者の家族に活躍の場を与えるという気遣いができる力	亡くなられた後の家族へ手紙を書くという配慮ができる力
		患者家族の変化を細やかに感じ取ることのできる力
経験から得たコミュニケーションスキルを実践できる力	患者が話をしたがっているタイミングを見逃さない力	「普段言わなかったことをどうして急に言うようになったんだろうなって」いうアンテナを日々張ることができる力
		普段と違うことを言い始めたとき、「あれっ」て思える力
	話すきっかけを作ってあげられる力	これが違うなって思ったことは、「どんどん言ってください」といえる力
		今のつらい症状が落ち着いたら、「どんなことをしたいと思っていますか」と率直に聞ける力
感情を共有できる力	患者との距離をコントロールできる力	患者と一定の距離をとれる力
		患者と向き合い、精いっぱい工夫ができる力
	患者に同調する力	患者さんの気持ちに寄り添う力
		患者のペースに巻き込まれることのできる力
多職種のスタッフと連携・協働ができる力	スタッフがチームとして働ける環境を作れる力	スタッフ会議で出しゃばってでも、患者の情報提供ができる力
		患者の情報を共有するためにカンファレンスでリードをとれる力
		医師がうまく説明ができない部分を、代わりに話す力
	自分の気持ちを受け止めてもらえるスタッフ仲間を作る力	スタッフ間で患者の情報共有をして、その患者の気持ちを代弁できる力
スタッフ同士の中で「ああ、今日はちょっとつらかった」と言える力 スタッフの疲弊感を取り除くことのできる力		

された。

カテゴリーとカテゴリーからコアカテゴリーである【経験から得たコミュニケーションスキルを実践できる力】が抽出された。

IV. 考察

ホスピスで患者と向き合う看護師の姿勢は、一般病棟で行われているケアとさほど大きな違いはないものの、ホスピスの看護では、日常的に患者と死について語り合うことが多くある。〈死と神様の話題が聞ける力〉〈宗教観とか神様の話とかについて患者と一緒に考えることができる力〉などのように「患者の死生観や哲学など、いろいろな考え方を学ぶ力」を持ち、スピリチュアルの側面に対するケアも実践している。これらのことから、終末期がん患者にかかわる看護師は、死生観、宗教観のみならず、哲学などをはじめとする高い教養を持つことが必要であろう。これら高い教養に裏付けられた言動や行動が、患者に寄り添う姿勢として患者に安心を与えると予測される。看護師は専門職者として生涯にわたって学習し続ける存在であり、成人した学習者である¹⁴⁾。臨床経験に基づく高い教養を身につけることにより、死に関わる話題をスムーズにできる。すなわち、その高い教養こそが終末期がん患者にかかわる看護師に備わるべきコンピテンシーの一つであるといえる。そして、これら哲学などを【いつも学び続けることのできる力】であり、つまり向学心を強く持ち続けるということは、専門職者として重要な役割といえる。

また、ホスピスでは、患者の話を患者のペースに合わせてゆっくり聴くこと。それは、〈患者のペースに巻き込まれることのできる力〉であり、「患者に同調する力」でもある。そして、患者にストレスを与えない程度の距離間を保ちながら患者に接することである。つまり「患者との距離をコントロールできる力」が必要となり、患者の心を開くお手伝いをしていくことが重要となる。それは、【感情を共有できる力】へと繋がってくるといえる。また、「スタッフがチームとして働ける環境を作れる力」においてもホスピスには牧師などの宗教家が専門スタッフとして配置されていることは珍しくなく、コメディカル以外の従事者との連携も必要となり、ここでも【多職種のスタッフと連携・協働ができる力】が重要となる。

死を不安がる患者に看護師は最善を尽くして接する。そして、〈最後に着せる服を選ばせる力〉〈お看取り用のパンフレットの内容を正確に伝えることができる力〉が重要ともなる。そして、【この患者を最期まで見届けるという覚悟ができる力】が患者との信頼関係を生むと考える。

〈患者と家族の出方を待ってから看護展開をする力〉からの【患者とその家族と良好な関係を作れる力】と〈患者が話をしたがっているタイミングを見逃さない力〉からの【経験から得たコミュニケーションスキルを実践できる力】では、星名(2016)の役割能力と役割期待と同様の結果が認められた。先行研究では看護師の役割の一つとして、F. ナイチンゲールのいう「自然が患者に働きかける最も良い状態に患者を置く」¹⁵⁾ということは、がん患者の役割が、ギアチェンジポイントを境に変化するのに合わせ、看護師は患者の期待する姿に少しでも近づけられるようにサポートをすることであると述べた。例えば、がん患者のQOLの向上に向けて苦痛な症状の積極的緩和に努めることや、家族と有意義な時間が過ごせるような環境を整えることである。すなわち看護師は、がん患者の状態の変化に対応するための役割能力が求められている。つまり、変化に対応できる看護師とは、おかれた環境の中で、自分の役割葛藤を見極め、それを意識的に解決できる能力を持っているということである。さらに、がん患者の状況を判断して、その役割の矛盾を見つけられる能力を持っていることである¹⁶⁾。これらの能力を兼ね備えた人材がギアチェンジポイント周辺で求められる看護師像であると述べた¹⁷⁾。ここに出てくる看護師像は、ホスピスにおいて終末期がん患者にかかわる看護師のコンピテンシーに共通する点が多くみられることが明らかとなった。

2012年よりホスピスや緩和ケア病棟の入院料が在棟日数により漸減する包括支払いに変更されたことにより、平均在棟日数が顕著に短くなっている。その一方で看取りのケアは現在でも緩和ケア病棟の主要な役割となっている¹⁸⁾。このことからホスピスで働く看護師に求められるコンピテンシーは、身体的のみならず精神的かつスピリチュアルな側面に対しても対応できるものでなければならない。そのようなコンピテンシーをホスピスで働く看護師が獲得する背

景には、生と死の狭間を生きる患者と向き合い感情の揺さぶられる経験を繰り返されることで養われてきたと考える。

他方で、緩和ケアにおいては、患者の抱える様々な苦悩や苦痛をトータルペインという概念でとらえることが重要であるとされている。人が痛みを感じるときは、身体的症状だけでなく、心理的因子、社会的因子、スピリチュアル的因子も痛みの感じ方に影響していると言われている¹⁹⁾。ホスピスで働く看護師は、終末期がん患者が自分らしく生きられるよう、積極的に身体症状の緩和に努めるとともに、《患者が話をしたがっているタイミングを見逃さない力》や《話すきっかけを作ってあげられる力》のように、終末期がん患者の想いの表出を促し精神的苦痛の緩和に努めている。終末期がん患者とそのさりげない会話でも《患者が話をしたがっているタイミングを見逃さない力》で表出を促し、《患者が望む形と家族が望む形を理解することのできる力》や《「孤独にはさせない、みんなで見てよ」っていう気持ちを伝える力》によって、社会的な苦痛のみならずスピリチュアルな苦痛の緩和に努めている。

しかしながら、患者の困難を能動的に感じ取りつつも向き合うことは容易ではない²⁰⁾。帯津は、他人の死を経験するという事は同時に自分自身の死についての認識が呼び起こされるということの意味している。それゆえ、人生における局面で、自分自身の希望と欲求は何かということ絶えず支援者自身が繰り返しはっきり認識することが、緩和ケアの重要な任務の一部となるとも述べている²¹⁾。このように、患者と死について語り合うことは、自分の不安や限界を自覚する機会ともなり自己の死生観に向き合い人間性を高めていくことに繋がっていると考えられる。これは、個々の看護師自身が終末期がん患者とのかかわりを振り返る機会を持つばかりでなく、デスカンファレンス等終末期がん患者の死後にチームカンファレンスの機会を持ち看護を振り返ることによって、さらに《経験者と患者のやりとりを見ながら学べる力》が研ぎ澄まされて、個々の看護師のコンピテンシーとしての深化に繋がっていると考えられる。

6 個のコアカテゴリーの根底には共通して「研修」というキーワードが潜んでいると推察される。今回の調査より、ホスピスにおいて終末期がん患者にか

かわる看護師に求められる理想のコンピテンシーは非常に高いレベルのものであった。その為、看護師は常に研修を受講したり、自己研鑽に努めていく必要があるといえる。その一方で、現実をみても、昨今の深刻な看護師不足からはじまり、さらに、看護師は職場で日々の業務に忙殺されて年次有給休暇も消化できないほどある。それゆえに、新たに何かを学ぶということは職場環境的にも困難な側面もある。研修を受ける時間のない看護師が多くいる中、この求められる理想のコンピテンシーと現実のギャップをどのように埋めていくかが重要な課題である。

V. 結論

本研究から以下のように 6 個のコアカテゴリーを抽出した。【この患者を最期まで見届けるという覚悟ができる力】【いつも学び続けることのできる力】【患者とその家族と良好な関係を作れる力】【経験から得たコミュニケーションスキルを実践できる力】【感情を共有できる力】【多職種のスタッフと連携・協働ができる力】そして、一般病棟で働く看護師とホスピスで働く看護師では、一部の業務で役割期待が異なる。その異なる点とは、間近に迫った死から来るもので、患者の発する言動や行動は、死の恐怖からくるものである。その患者の気持ちに十分に寄り添うことのできる看護師が必要となる。間近に迫った死を常に考えている患者からの役割期待に応えられることが、ホスピスで働く看護師のコンピテンシーで最も重要な項目であることが示唆された。

謝辞

本研究にご協力いただきました B 病院の皆様、およびご指導くださいました先生方に感謝いたします。

参考文献

- 1) 国立がん研究センター がん対策情報センター (2020-4-15). 全国がん罹患モニタリング集計 2015 年罹患数・率報告.(2020 年 8 月 24 日)
https://ganjoho.jp/data/reg_stat/statistics/brochure/mcij2015_report.pdf.
- 2) 公益財団法人 がん研究振興財団 (2016 -12-1). がんの統計' 19. (2020 年 8 月 24 日)
https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/brochure/backnumber/2019_jp.html
- 3) 小松浩子 (2013) がん医療の現在 . 系統別看護学講座 別巻 がん看護学, 医学書院, pp.14-16.
- 4) 日本医師会 (2008) 緩和ケアとは . がん緩和ケアガイドブック, 青海社, pp.8 - 10.
- 5) 五十嵐尚子, 宮下光令 (2019) データでみる日本の緩和ケアの現状 . ホスピス緩和ケア白書 2019, pp.74-111.
- 6) 武村幸絵 (2015) コンピテンシーモデルと看護管理 . 看護管理に活かすコンピテンシー成果につながる「看護管理力」の開発, メジカルフレンド社, pp.2-6.
- 7) Everts,H.F.(1987) The competency programme for the American Management Association. Industrial and Commercial Training. 19 (1).
- 8) Richard E.Boyatzis,(1982)Leadership Motive Pattern and Long-Term Success in Management, Journal of Applied Psychology 1982, 67(6),pp.737-743.
- 9) McLagan, P. (1980) Competency Models, Training&Development Journal.,34(12), pp.22-26.
- 10) 加藤恭子 (2016) 海外におけるコンピテンシーの研究に関する一考察～ 2000 年以降の文献を中心に～経済集志 ,86(1),pp.51-64.
- 11) Spencer, L.M.,Spencer, S.M.(1993) COMPETENCE AT WORK : MODELS for SUPERIOR PERFORMANCE、John Wiley & Sons, 梅津祐介良, 成田攻, 横山哲夫訳 (2001,2013) コンピテンシー・マネジメントの展開:導入・構築・活用, 生産性出版 .
- 12) 井部俊子, 嶋森好子, 畠中智代ほか (2007) 病院管理における看護管理者の位置づけと機能のあり方: 副院長のコンピテンシーと看護職副院長の評価に関する病院長の認識 . 病院管理, 313,pp.119-123.
- 13) 倉岡有美子, 井部俊子, 佐々木菜名代, 笠松由香他 (2016) コンピテンシーを基盤とした看護管理者研修プログラムの開発と評価 (第一報). 日本看護管理学会誌, 20(1), pp.26-37.
- 14) 喜多下真理, 菅井亜由美, 猪子弘美他 (2019) がん看護専門看護師の資格を有した総合大学教員の A 病院における活動 - 臨床の看護実践の向上を目指して-. 日本看護学研究,17,pp.95-99.
- 15) F.Nightingale(1985)/小玉香津子他訳 (2004) 看護覚え書き本当の看護とそうでない看護 . 日本看護協会出版, pp.170.
- 16) 野村一夫 (1998) 社会感覚 (増補版). 文化書房博文社, pp.194-219.
- 17) 星名美幸 (2016): ギアチェンジ期におけるがん患者の役割期待に関する研究 - 病棟看護でみる役割理論からの概念枠組みの構築 -. 横浜国立大学技術マネジメント研究学会, 第 15 号, pp.3-15.
- 18) 佐藤一樹, 志摩泰夫 (2018) 緩和ケア病棟のこの 10 年, ホスピス緩和ケア白書 2018,pp.48-51.
- 19) 三浦浅子 (2014) ターミナルケア. 大西和子, 飯野京子 (編) がん看護学, ヌーベルヒロカワ, pp.309-322.
- 20) 佐藤香奈, 本田 香, 小原泉 (2016) 終末期の若年性がん患者に対する緩和ケア病棟看護師のケアリング. 日本がん看護学学会誌, 30(3),pp.40-46.
- 21) Johann-Christoph Sudent,Annedore Napiwotzky(2014) 帯津良一 (監修) 緩和ケアの本質と実践, ガイアブックス, pp.-228-229.