

認知症対応型グループホーム職員の看取りと死に関する態度

－訪問看護ステーション職員との比較－

- ¹⁾ 鳥取大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程（主任 吉岡伸一教授）
²⁾ 梅花女子大学看護学部看護学科
³⁾ 鳥取大学医学部保健学科地域・精神看護学講座

久山かおる^{1,2)}, 吉岡伸一³⁾

Attitudes about end-of-life care and death held by staff members of visiting nurse stations and group homes for elderly people with dementia

Kaoru KUYAMA^{1,2)}, Shin-ichi YOSHIOKA³⁾

- ¹⁾ *Doctoral Course, Graduate School of Medical Sciences Course of Health Science, Tottori University, Yonago 683-8503, JAPAN*
²⁾ *Faculty of Nursing, Baika Women's University, Ibaragi 567-8578, Japan*
³⁾ *Department of Nursing Care Environment and Mental Health, School of Health Science, Faculty of Medicine, Tottori University, Yonago 683-8503, JAPAN*

ABSTRACT

This study was conducted to clarify attitudes about end-of-life and death held by the staff members of visiting nurse stations (VNS) and group homes (GH) for elderly people with dementia. An anonymous self-report questionnaire that included age, profession, experience with death education, terminal care and the death, the attitudes about end-of-life and terminal care was administered to staff members of 53 GH and 33 VNS in A Prefecture. Attitudes about end-of-life were evaluated using the Death Attitudes Inventory (DAI). Attitudes about terminal care were evaluated using the Japanese short version of the Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale (FATCOD-B-J). Responses obtained from 425 staff members of GH and 89 staff members of VNS were analyzed. Between GH and VNS, the scores of DAI factor, "death avoidance", and the scores of FATCOD-B-J factor, "positive attitudes toward caring for dying persons", were significantly different. Furthermore, experience with death education and terminal care, and death experience affected the DAI scores. However, experiences with terminal care affected only the FATCOD-B-J scores. These results suggest that attitudes about end-of-life and death differed between the staff members of GH and VNS. Their experience of death education and terminal care might be related to these differences. For improving end-of-life care, mutual cooperation of education and training related to terminal care between GH and VNS staff members is necessary.

(Accepted on December 18, 2013)

Key words : end-of-life care, terminal care, group home for elderly people with dementia, visiting nurse station, cooperation

はじめに

我が国の高齢化率は2008年に22.1%を超えて超高齢社会に突入し、2025年には後期高齢者が20%近くを占めると見込まれている。また、2012年の年間死亡者数は124万人を超え、2045年には161万人に達すると予想¹²⁾されている。人口の高齢化に伴い、高齢者の看取りも増加している。多死社会の到来と医療施設における在院日数の短縮化に伴い、厚生労働省は「国民の希望にこたえる療養の場および看取りの場の確保は喫緊の課題」³⁾と報告している。

このような状況のなか、近年、認知症対応型グループホーム（以下、GH）が、自宅で介護を受けることが困難な認知症高齢者の自宅に代わる居住の場としてだけでなく、その生活の延長線上の看取りの場としての役割が期待されている。厚生労働省は2006年4月に医師や看護師など医療職の配置基準のないGHでの医療対応に対して、医療連携体制加算を創設し、病院ではない生活の場での看取りを制度として推進している。その結果、2010年の退去者のうち、死亡退去は11.4%であったと報告されている⁴⁾。今後、要介護度の重度化や入居者・家族のニーズによりGHでの看取りが増加すると予測される⁵⁾。一方、終末期の在宅療養において「住み慣れた自宅で安らかに最期を迎えたい」という希望をもつ患者・家族は多い。その要望に応え、自宅での終末期医療を支えるため、訪問看護の役割が期待されている。また、認知症高齢者の身体的衰弱は一般高齢者の2~3倍の速さで進むと言われている⁶⁾。機能低下のリスクの高い認知症高齢者に対して、急性増悪時における医療保険の訪問看護だけでなく、介護保険制度においても医療連携体制の契約を結んだ訪問看護ステーションが定期的にGHを訪問するなどGHと訪問看護との連携も行われている⁷⁾。認知症高齢者への対応は、重度化や看取りの過程の中で、日常生活への関わりとともに医療的なニーズへの対応が必要となり、医療や介護などの綿密な連携は欠かせない。それとともに、最期のその時まで、高齢者が「その人らしい人生」を安らかに終えるよ

うに支えるには、ケアを提供する側の看取りの質が重要となる。

看取りの質について、柏木⁸⁾は、看取る者が持っている死生観が患者へのケアの仕方に大きな影響を及ぼすと述べている。Dunnら⁹⁾は、看護師の死に対する考えや態度が死に逝く人へのケアの積極性に影響を与えると報告している。また、GH職員の看取りに関わる教育の有無や死の体験は死生観に影響を与えることが報告されている¹⁰⁾。さらに、千葉ら¹¹⁾は、GHにおける看取りケアの実施には看護師の役割が重要で、連携が必要であることを指摘している。平木と百瀬¹²⁾も、GHにおける看護活動の実態を報告し、介護職は看護職に期待していると述べている。

これらの背景により、在宅高齢者の看取りにおいて、今後、GHや訪問看護ステーションとの事業種の異なる施設間の連携は増加していくと考えられる。そこで、本研究では、GHと訪問看護ステーションを対象に、地域での看取りケアを向上させるための基礎資料を得ることをねらいに、職員の看取りに関わる教育や経験、また、死別体験などの死に関わる体験や資格と看取りの意識や態度との関連性について明らかにすることを目的とした。

対象および方法

1. 対象

A県内のGHおよび訪問看護ステーション（以下、訪問看護）に勤務する職員のうち、同意を得られた方を対象とした。

2. 調査方法

調査方法は、研究者が文書及び口頭で研究の趣旨を説明後、研究参加の同意を得られた事業所へ無記名自記式調査票を配布し、質問紙調査を実施した。GHは、公益社団法人日本認知症GH協会支部事務局（以下、GH協会支部とする）へ依頼し配布、回収を依頼した。訪問看護は、A県内の訪問看護ステーション連絡協議会会長を通し配布し、一部の訪問看護は研究者から管理者へ直接配布し、回収は、いずれも郵送にて実施した。なお、調査期間は、2012年1月から3月、2012年7月から

10月に実施した。

3. 調査内容

調査票の内容は、調査対象者の属性、死に関する体験、死生観、看取りに関わる態度とした。なお、「看取り体験」については、全国GH協会の定義¹³⁾に準じて「死を含めた終末期に提供されるケアの体験」、「死生観」については、「死あるいは死に方に対する考え方」とし、操作的定義を行った。

1) 調査対象者の属性、死に関わる体験

対象者の基本属性として、年齢、性別、婚姻の有無、雇用形態、現職場で雇用されている資格の種類（現職場で雇用されている主な資格の種類を1つ選択）を尋ねた。死に関する体験として、学校教育での死について考える授業体験（以下、死についての授業体験とする）の有無と授業を受けた場所（複数回答）、職場での看取り研修体験（以後、看取り研修体験とする）の有無、身近な人との死別体験の有無、そして、人生の最期を迎えたい場所、最期を誰に看取られたいか、看取りに関する態度（死生観および終末期ケアに対する態度）を尋ねた。

2) 死生観

死生観の評価は、平井ら¹⁴⁾の死生観尺度を用いた。平井らの開発した死生観尺度は、日本人の死に対する価値観を測定するための簡便な尺度として作成され、信頼性・妥当性も検証されている。①死後の世界を肯定する4項目の「死後の世界観」、②死への恐れを示す4項目の「死への恐怖・不安」、③死とはこの世の苦しみからの解放とするなど4項目の「解放としての死」、④どんなことをしても死を考えることを避けたいなど4項目の「死からの回避」、⑤私は人生にはっきりとした使命と目的を見出しているなど4項目の「人生における目的意識」、⑥死とはなんだろうとよく考えるなど死への関心を示す4つの項目の「死への関心」、⑦人の寿命はあらかじめ決められているなどを含む3項目の「寿命観」、の7因子27項目で構成されている。回答は「当てはまる」(7点)、「かなり当てはまる」(6点)、「やや当てはまる」(5点)、「どちらともいえない」(4点)、「ややあてはまらない」(3点)、「ほとんどあてはまらない」(2点)、「あてはまらない」(1点)から選択する7件法である。平均得点が高いほど、その因子の死生観が高いことを示している。

3) 日本版ターミナルケア態度尺度

終末期ケアに関わる際の態度は、「死にゆく患者へのターミナルケア態度尺度日本語版 (Frommelt attitudes toward care of the dying scale: FATCOD-B-J) 短縮版¹⁵⁾ (以下、ターミナルケア態度尺度) を用いて評価した。FATCODは米国のFrommeltら¹⁶⁾によって開発された死にゆく患者に対する医療者のケア態度を測定する尺度で、当初は看護師用として開発されたが医師やコメディカルでも用いることができるようFATCOD, Form Bとして改訂された¹⁷⁾。FATCOD, Form B-J短縮版は、中井らが30項目の質問からなる本尺度を簡便に使用できるように2因子6項目として作成したものである。FATCOD, Form B-J短縮版は、「死にゆく患者へのケアの前向きさ」と「患者・家族を中心とするケアの認識」の2つの下位尺度から構成され、許容できる信頼性を持つことが確認されている。回答は「全くそうは思わない」(1点)、「そう思わない」(2点)、「どちらともいえない」(3点)、「そう思う」(4点)、「非常にそう思う」(5点)から選択する5件法である。平均得点が高いほど、その因子のターミナルケアに関わる積極性が高いことを示している。

4. 分析方法

回収データのうち、死生観尺度項目およびターミナルケア態度尺度項目に欠損値のあるものを分析から除外し、有効回答とした。調査票の項目のうち、資格について、看護師と准看護師は看護職とし、介護福祉士、訪問介護員2級、介護支援専門員は介護福祉職とし、看護や介護の資格を保有しない職員はその他とした。

統計学的検定は、職場ごとの調査対象者の属性や死に関わる体験の比較は χ^2 検定、Mann-WhitneyのU検定を用いた。調査対象者の属性別死生観尺度とターミナルケア態度尺度の比較はMann-WhitneyのU検定、Kruskal-Wallisの検定を用い、多群間で有意差が認められた場合、Bonferroniの多重比較検定を用いた。年齢と死生観尺度およびターミナルケア態度尺度との関係はSpearmanの順位相関係数の検定を用いた。さらに、ターミナルケア態度尺度および死生観尺度の信頼性については、尺度全体及び下位因子のCronbachの α 係数を算出して確認した。統計処理及び分析には、統計ソフトSPSS ver21.0を使用

した。なお、値は平均値 ± 標準偏差で表し、有意水準は5%とした。

5. 倫理的配慮

調査の実施に当たり、GH協会支部長、訪問看護ステーション協議会会長、訪問看護ステーション管理者に、本研究の趣旨、目的、方法、倫理的配慮、研究への参加の自由について説明し、書面により承諾を得た。調査票を配布の際は、質問紙は無記名とし、返信、回答を持って研究の同意とすることを書面にて説明した。なお、本研究は鳥取大学医学部倫理審査委員会（承認番号1798）で承認を得たうえで行った。

結 果

1. 施設ごとの属性と死にかかわる体験の比較

GH53施設中44施設、訪問看護ステーション（以下、訪問看護とする）33施設中20施設から回答が得られ（回収率、GH83.0%、訪問看護60.6%）、そのうち有効回答は、GH425人（男性80人、女性345人）、訪問看護89人（男性0人、女性89人）であった。

施設別の調査対象者の属性・死に関わる体験の比較を表1に示す。なお、全体の平均年齢は、 44.6 ± 12.0 歳（20 - 71歳）で、GHは 44.2 ± 12.8 歳（20 - 71歳）、訪問看護は 46.6 ± 7.6 歳（25 - 65歳）であり、施設間で有意な差はみられなかった。

性別について、GHは男性職員もいたが、訪問看護は全員女性であった。婚姻状況について、GHは訪問看護に比べて未婚の割合が高く、婚姻状況に有意差がみられた（ $p < 0.001$ ）。勤務形態について、GHに比べて訪問看護では非常勤の割合が高く、有意差がみられた（ $p < 0.001$ ）。資格については、GHは、介護福祉職（介護福祉士40.1%、訪問介護員2級40.2%（介護職員基礎研修修了3人含む）、介護支援専門員4.4%）が84.7%で、看護職は3.3%（看護師2.4%、准看護師0.9%）で、その他は12.0%であった。一方、訪問看護は、看護職（看護師89.9%、准看護師10.1%）が100%で、GHと訪問看護の間で有意な差がみられた（ $p < 0.001$ ）。

「死についての授業体験あり」と「看取り研修体験あり」については、訪問看護に比してGHはともに体験者の割合が低かった（ともに、 $p < 0.001$ ）が、身近な人との死別体験に有意差はみ

られなかった。

2. 属性別の死生観の比較

死生観尺度の全体及び7つの下位尺度のCronbach α 係数は、全体では0.850、「死後の世界観」0.815、「死への恐怖・不安」0.879、「解放としての死」0.829、「死からの回避」0.829、「人生における目的意識」0.730、「死への関心」0.803、「寿命観」0.912であった。

調査対象者の属性別死生観尺度の比較を表2に示す。施設別では、訪問看護はGHに比し、「死からの回避」が有意に低かった（ $p < 0.001$ ）が、「死後の世界観」、「死への恐怖・不安」、「解放としての死」、「人生における目的意識」、「死への関心」、「寿命観」に有意差はなかった。

属性別の比較では、女性は男性に比して、「人生における目的意識」、「死への関心」、「寿命観」、「死生観総得点」がいずれも有意に高く（それぞれ、 $p < 0.01$, $p < 0.01$, $p < 0.001$, $p < 0.05$ ）、既婚者は未婚者より「死後の世界観」が有意に高かった（ $p < 0.05$ ）。資格別では、看護職は、「死からの回避」が介護福祉職やその他に比して有意に低かった（ともに、 $p < 0.001$ ）。また、「人生における目的意識」については、その他が、看護職や介護福祉職に比して有意に低かった（ $p < 0.05$ ）。

死についての授業体験の「ある人」は「ない人」に比して、「死への関心」が有意に高かった（ $p < 0.001$ ）。看取り研修体験の「ある人」は「ない人」に比し、「人生における目的意識」や「死への関心」が有意に高く（それぞれ、 $p < 0.01$ ）、「死からの回避」は有意に低かった（ $p < 0.01$ ）。身近な人との死別体験が「ある人」は「ない人」に比して、「死への恐怖・不安」や「死からの回避」が有意に低かった（それぞれ、 $p < 0.01$ ）。

3. 属性別の看取りに関わる態度

ターミナルケア態度尺度の全体および2つの下位尺度のCronbach α 係数は、ターミナルケア態度総得点0.557で、「死にゆく患者へのケアの前向きさ」0.524、「患者・家族を中心とするケアの認識」0.776であった。

調査対象者の属性別ターミナルケア態度尺度の比較を表3に示す。「死にゆく患者へのケアの前向きさ」については、施設別で、訪問看護はGHに比し、有意に高かった（ $p < 0.001$ ）。また、資格別で、看護職が、介護福祉職、その他に比べて有意に高く（ $p < 0.001$ ）、看取り研修体験の「ある人」

表1 施設別対象者の属性と死に関わる体験の比較

		全体 (N = 514)		GH (n = 425)		訪問看護 (n = 89)		p値 ¹⁾
		N	(%)	n	(%)	n	(%)	
性別	男性	80	(15.6)	80	(19.0)	0	(0.0)	0.000***
	女性	434	(84.4)	345	(81.0)	89	(100.0)	
婚姻状況	未婚	163	(31.7)	155	(36.5)	8	(9.0)	0.000***
	既婚	345	(67.1)	264	(62.1)	81	(91.0)	
	無回答	6	(1.2)	6	(1.4)	0	(0.0)	
勤務形態	常勤	407	(79.2)	342	(80.4)	65	(73.0)	0.042*
	非常勤	97	(18.9)	73	(17.2)	24	(27.0)	
	無回答	10	(1.9)	10	(2.4)	0	(0.0)	
資格	看護職	103	(20.0)	14	(3.3)	89	(100.0)	0.000***
	看護師	90	(17.5)	10	(2.4)	80	(89.9)	
	准看護師	13	(2.5)	4	(0.9)	9	(10.1)	
	介護福祉職	360	(70.1)	360	(84.7)	—	—	
	その他	51	(9.9)	51	(12.0)	—	—	
死についての授業体験	なし	310	(60.3)	272	(64.0)	38	(42.7)	0.000***
	あり	196	(38.1)	145	(34.1)	51	(57.3)	
	無回答	8	(1.6)	8	(1.9)	0	(0.0)	
看取り研修体験	なし	262	(51.0)	241	(56.7)	21	(23.6)	0.000***
	あり	244	(47.5)	177	(41.6)	67	(75.3)	
	無回答	8	(1.5)	7	(1.7)	1	(1.1)	
死別体験	なし	82	(16.0)	73	(17.2)	9	(10.1)	0.073
	あり	404	(78.6)	326	(76.7)	78	(87.6)	
	無回答	28	(5.4)	26	(6.1)	2	(2.3)	

1) χ^2 検定. *: $p < 0.05$, ***: $p < 0.001$.

が「ない人」に比べて有意に高かった($p < 0.001$). しかし、性別、婚姻状況、死についての授業体験、死別体験については有意差がみられなかった。

「患者・家族を中心とするケアの認識」については、施設間、資格別を含む、全ての属性間で有意差がみられなかった。

ターミナルケア態度総得点については、資格別で有意差があり($p < 0.05$)、看護職が介護福祉職やその他に比し有意に高かった。また、看取り研修体験の「ある人」は「ない人」に比し、有意に高かった($p < 0.001$)。しかし、その他の属性については有意差がみられなかった。

4. 死生観と看取りに関わる態度との関係

GHと訪問看護の施設別にみた、年齢、死生観尺度およびターミナルケア態度尺度の各因子の関

係を表4に示す。年齢との関係について、GHは、「寿命感」のみ正の相関が、「死後の世界観」、「死への恐怖・不安」と負の相関が認められ、また、訪問看護は、「死にゆく患者へのケアの前向きさ」と正の相関が、「死への不安・恐怖」、「死からの回避」と負の相関が認められた。

ターミナルケア態度尺度と死生観尺度との相関について、「死にゆく患者へのケアの前向きさ」について、GHと訪問看護両群ともに、「死への恐怖・不安」、「死からの回避」と負の相関が認められた。「患者・家族を中心とするケアの認識」について、GHは、「解放としての死」と正の相関が、死生観総得点と負の相関が認められ、訪問看護は、「寿命感」と正の相関が認められた。

ターミナルケア態度総得点について、GHは、「死

表2 対象者の属性別死生観尺度の比較

属性	死後の世界観 平均値 (SD)	p値 ¹⁾	死への恐怖・不安 平均値 (SD)	p値 ¹⁾	解放としての死 平均値 (SD)	p値 ¹⁾	死からの回避 平均値 (SD)	p値 ¹⁾	人生における 目的意識 平均値 (SD)	p値 ¹⁾	死への畏心 平均値 (SD)	p値 ¹⁾	寿命観 平均値 (SD)	p値 ¹⁾	死生観 総得点 平均値 (SD)	p値 ¹⁾
施設																
GH (n = 425)	177 (5.4)	0.882	16.0 (5.8)	0.443	14.0 (4.9)	0.912	12.4 (5.0)	0.001**	14.7 (4.3)	0.123	14.8 (5.5)	0.111	12.7 (5.0)	0.466	102.3 (20.3)	0.647
訪問看護 (n = 89)	17.6 (5.5)		15.4 (5.8)		14.2 (5.8)		10.6 (4.3)		15.5 (3.9)		16.0 (5.2)		13.1 (4.8)		102.3 (17.7)	
性別																
男 (n = 80)	17.0 (5.2)	0.429	15.8 (6.1)	0.916	13.2 (5.9)	0.159	12.8 (5.7)	0.196	13.3 (5.0)	0.005**	13.2 (5.8)	0.001**	11.0 (5.8)	0.000**	96.3 (23.6)	0.018*
女 (n = 434)	17.9 (5.2)		15.9 (5.7)		13.2 (5.9)		12.0 (4.8)		15.1 (4.0)		15.3 (5.3)		13.1 (4.7)		103.4 (18.9)	
婚姻状況																
未婚 (n = 163)	18.2 (10.7)	0.028*	16.3 (5.8)	0.245	14.3 (5.4)	0.378	12.4 (5.1)	0.409	14.3 (4.5)	0.057	14.9 (5.9)	0.708	12.4 (5.3)	0.179	102.8 (22.0)	0.567
既婚 (n = 345)	17.4 (5.3)		15.6 (5.8)		14.0 (4.9)		12.0 (4.9)		15.1 (4.1)		15.1 (5.2)		13.0 (4.8)		102.2 (18.8)	
資格																
看護職 (n = 103)	17.4 (5.5)	0.515	14.2 (5.6)	0.459	14.2 (5.6)	0.390	10.5 (4.4) a, b	0.001**	15.5 (3.9) a	0.010*	16.0 (5.3)	0.144	13.2 (4.9)	0.511	101.9 (17.4)	0.369
介護福祉職 (n = 103)	17.8 (5.4)		14.2 (4.9)		14.2 (4.9)		12.4 (5.0) a		14.9 (4.2) b		14.9 (5.3)		12.8 (4.9)		103.3 (19.8)	
その他 (n = 51)	16.9 (6.1)		13.1 (5.0)		13.1 (5.0)		13.1 (5.4) b		13.2 (4.8) a, b		14.0 (6.3)		11.9 (5.6)		98.0 (24.5)	
死についての授業体験																
なし (n = 310)	17.5 (5.8)	0.299	15.6 (5.7)	0.312	13.7 (5.1)	0.124	12.4 (5.0)	0.112	14.8 (4.4)	0.166	14.2 (5.4)	0.000***	12.8 (4.9)	0.894	100.9 (20.8)	0.074
あり (n = 196)	17.9 (4.8)		16.1 (5.9)		14.5 (5.0)		11.7 (4.9)		15.0 (4.0)		16.3 (5.1)		12.7 (5.1)		104.3 (18.6)	
看取り研修体験																
なし (n = 262)	17.7 (5.7)	0.792	16.1 (5.6)	0.358	14.0 (5.0)	0.626	12.7 (4.8)	0.009**	14.5 (4.2)	0.004*	14.3 (5.7)	0.003**	12.6 (5.1)	0.406	102.0 (20.6)	0.421
あり (n = 244)	17.6 (5.2)		15.6 (5.9)		14.1 (5.2)		11.5 (5.0)		15.3 (4.1)		15.7 (5.1)		13.0 (4.8)		102.8 (18.7)	
死別体験																
なし (n = 82)	17.7 (5.3)	0.989	17.5 (5.3)	0.006**	14.0 (4.5)	0.739	13.5 (4.7)	0.002**	15.0 (4.0)	0.718	14.3 (5.6)	0.145	12.0 (4.6)	0.081	103.1 (19.1)	0.252
あり (n = 404)	17.7 (5.5)		15.7 (5.8)		11.8 (5.0)		11.8 (5.0)		14.8 (4.2)		15.3 (5.4)		12.9 (5.1)		102.2 (19.9)	

SD：標準偏差。GH：認知症対応型グループホーム。

1) Mann-WhitneyのU検定またはKruskal-Wallisの検定。*：p < 0.05，**：p < 0.01，***：p < 0.001。

同じアルファベット同士は有意差あり (Bonferroniの多重比較検定)。

への恐怖・不安」と負の相関が認められ、訪問看護は、「死からの回避」と負の相関が認められた。

5. 人生の最期を迎えたい場所と看取られたい人

人生の最期を迎えたい場所を施設別に比較した結果を表5に示す。人生の最期を迎えたい場所は、GH、訪問看護ともに自宅希望が多く、次いでホスピス・緩和ケア病棟であった。最期の場所にGHを希望した者は、全体で0.2%、老人福祉施設・老人保健施設を希望した者は全体で0.8%と少なかった。

最期を誰に看取られたいかの回答を施設別に比較した結果を表6に示す。最期に看取られたい人は、GH、訪問看護ともに家族が最も多く、次いでGHでは一人であったが、訪問看護では一人はなかった。

考 察

1. 施設間の属性と看取りに関わる体験について

GHと訪問看護の職員の属性と看取りに関わる

体験について比較したところ、性別、平均年齢、婚姻状況、勤務形態の属性について両群間で有意差がみられ、訪問看護の方が、GHに比べ、女性が多く、平均年齢も高く、既婚者が多く、常勤が少なかった (表1)。職員の資格について比較すると、GHでは介護福祉職が8割以上を占め、看護職は3.3%と少なかった。しかし、訪問看護では全員が看護職であったため、両群の性差がみられたと思われる。本調査のGHの女性職員の比率、常勤比率はともに、全国のGH調査^{4,18)}と同様の結果であった。また、訪問看護は女性が多く、平均年齢が40歳半ばで、既婚者が多く、非常勤職員が多いという点についても、先行研究^{19,20)}と同様の結果であった。

高齢者の看取りを実践する際、終末期ケアに関わるスタッフの教育・研修の充実が求められている。今回、施設別で、死についての授業体験と看取り研修体験を比較したところ、いずれもGHが体験有りの割合が低く、訪問看護は高かった。し

表3 対象者の属性別ターミナルケア態度尺度の比較

属性	死にゆく患者 へのケアの 前向きさ 平均値 (SD)	p値 ¹⁾	患者・家族を 中心とする ケアの認識 平均値 (SD)	p値 ¹⁾	ターミナルケア 態度総得点 平均値 (SD)	p値 ¹⁾
施設						
GH (n = 425)	10.2 (2.0)	0.001**	11.9 (2.0)	0.314	22.1 (2.9)	0.205
訪問看護 (n = 89)	11.0 (1.9)		11.6 (1.7)		22.6 (2.9)	
性別						
男 (n = 80)	10.0 (2.2)	0.113	11.8 (2.1)	0.952	21.8 (3.0)	0.302
女 (n = 434)	10.4 (2.0)		11.8 (1.9)		22.2 (2.9)	
婚姻状況						
未婚 (n = 163)	10.1 (1.9)	0.105	11.9 (2.0)	0.929	22.0 (2.8)	0.371
既婚 (n = 345)	10.4 (2.1)		11.8 (1.9)		22.3 (2.9)	
資格						
看護職 (n = 103)	11.1 (2.0) a, b	0.000***	11.7 (1.7)	0.356	22.9 (3.0) a, b	0.044*
介護福祉職 (n = 360)	10.1 (2.0) a		11.9 (2.0)		22.0 (2.9) a	
その他 (n = 51)	10.1 (1.7) b		11.5 (2.0)		21.6 (2.6) b	
死についての授業体験						
なし (n = 310)	10.3 (2.0)	0.319	11.9 (2.0)	0.303	22.1 (2.9)	0.932
あり (n = 196)	10.4 (2.0)		11.7 (1.8)		22.1 (2.8)	
看取り研修体験						
なし (n = 262)	10.0 (1.9)	0.000***	11.8 (1.9)	0.476	21.7 (2.8)	0.000***
あり (n = 244)	10.7 (2.1)		11.9 (1.9)		22.6 (2.9)	
死別体験						
なし (n = 82)	10.2 (2.0)	0.644	12.0 (2.0)	0.623	22.1 (3.1)	0.736
あり (n = 404)	10.4 (2.0)		11.8 (1.9)		22.2 (2.8)	

SD：標準偏差。GH：認知症対応型グループホーム。

1) Mann-WhitneyのU検定あるいはKruskal-Wallisの検定。*：p < 0.05，***：p < 0.001。

同じアルファベット同士は有意差あり (Bonferroniの多重比較検定)。

しかし、死別体験については、両群間で差がみられなかった。看護職は看護基礎教育の過程で死について学び、就職後も終末期の看護に携わり、研修の機会も多い。しかし、介護福祉職は資格取得方法も様々であり、介護福祉士養成教育では、看取りについての教育は2009年度から新カリキュラム「終末期の介護」として単元化されたが²¹⁾、それ以前は看取りについての教育は体系化されていなかった。すなわち、多くの介護福祉職は、看取り教育体験や研修体験もないまま、現場での看取り対応を求められている。永松ら²²⁾はGH職員の終末期ケアに関する教育ニーズの実態を調査し、施設内外の終末期ケアの研修は約2~3割と低かった。しかし、「緊急時の対応」「身体的苦痛の緩和

ケア」「苦痛症状のコントロール」「コミュニケーション技術」などの教育ニーズが高く、看取りを行っていく上で、施設内外で終末期ケアに関する研修の機会を確保することが必要であると述べている。平川と植村²³⁾も、終末期ケアに関わる介護スタッフの終末期ケアの質の向上、スタッフのメンタルヘルスやモチベーションの観点から教育の重要性が高まっていると指摘している。GHの入居者の状態は重度化が進む傾向にあり、その結果看取り対応を必要とされる利用者が増加すると予測される。今後、GH職員の教育ニーズに応じた看取り教育の必要性が示唆された。

2. 死を迎えたい場所と看取られたい人について
人生の最期を迎えたい場所は、訪問看護、GH

表4 年齢、死生観尺度、ターミナルケア態度尺度間の相関

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. 年齢	—											
	—											
2. 死後の世界観	-0.154**	—										
	0.032	—										
3. 死への恐怖・不安	-0.134**	0.070	—									
	-0.234*	-0.060	—									
4. 解放としての死	-0.003	0.090	0.084	—								
	0.029	0.474**	0.121	—								
5. 死からの回避	-0.069	0.011	0.610**	0.298**	—							
	-0.246*	-0.153	0.551**	0.192	—							
6. 人生における目的意識	0.080	0.142**	0.161**	0.076	0.157**	—						
	0.147	0.081	-0.171	-0.114	-0.136	—						
7. 死への関心	-0.021	0.187**	0.234**	0.185**	0.048	0.246**	—					
	-0.027	0.221*	0.176	0.080	-0.155	-0.089	—					
8. 寿命観	0.125*	0.403**	0.082	0.145**	0.076	0.151**	0.278**	—				
	0.176	0.515**	0.102	0.562**	-0.095	0.001	0.278**	—				
9. 死生観総得点	-0.060	0.464**	0.613**	0.448**	0.589**	0.425**	0.551**	0.523**	—			
	-0.029	0.605**	0.484**	0.712**	0.363**	0.067	0.401**	0.668**	—			
10. 死にゆく患者へのケアの前向きさ	0.093	0.062	-0.228**	-0.090	-0.348**	0.142	0.056	0.089	-0.091	—		
	0.246*	0.057	-0.336**	-0.030	-0.410**	0.153	0.019	0.034	-0.163	—		
11. 患者・家族を中心とするケアの認識	0.036	0.048	0.022	0.103*	0.028	0.063	0.055	0.062	-0.104*	0.036	—	
	0.056	0.073	0.052	0.174	-0.048	-0.004	0.184	0.218*	0.200	0.323**	—	
12. ターミナルケア態度総得点	0.094	0.077	-0.150**	-0.003	-0.226	0.152	0.073	0.118*	0.008	0.714**	0.696**	—
	0.189	0.079	-0.189	0.099	-0.301**	0.136	0.103	0.166	0.018	0.817**	0.783**	—

上段：GH（認知症対応型グループホーム）、下段：訪問看護。Spearmanの順位相関係数の検定。*：p < 0.05，**：p < 0.01。

ともに自宅が最も多く、また、誰に看取られたいかについては、家族に看取られながら最期を迎えることを願っている者が多かった（表6、表7）。2008年厚生労働省の調査²⁴⁾では、死期が迫った場合の療養場所に63.3%が自宅を希望していた（在宅療養し、必要になれば緩和ケア病棟含む）と報告されていた。吉田ら²⁵⁾の大学病院に勤務する医師と看護師を対象として調査でも、両者とも死を迎える時に希望する場所として自宅が病院、ホスピスと比べて最も多かった。一方、GHや老人福祉施設・老人保健施設を看取りの場を選択する人は少なかった。これらの施設は、要介護度の悪化により在宅生活が困難な入居者にとって、住み慣れた生活の場としての看取り支援が期待されている。

GHにおいても年間2割の看取りが実施され、今後も増加していくことが予想される。しかし、そ

こに勤務する職員の気持ちは、最後は自分の家で、家族に看取られながら死にたいということであった。このような気持ちの乖離は入居者のGH内での看取りケアにおいて、本人の意向に添えていないのではないかと葛藤に繋がっていく。GH職員は認知症高齢者を支える専門職として、日々のケアの中で入居者と馴染みの関係を構築し支援するなかで、GHでの生活が入居者にとって、安心できる馴染みの場となり、日々の生活の延長線が在宅死に繋がっていくと思われる。そのため、GH職員に対して、気持ちの乖離が軽減されるようなアプローチが今後必要と考える。

3. GHと訪問看護職員の死生観について

GHと訪問看護の死生観尺度を比較すると、GHは訪問看護より「死からの回避」の平均得点が有意に高く、また、資格の種類でも看護職に比べて、介護福祉職、その他は平均得点が有意に高かつ

表5 人生の最期を迎えたい場所

人生の最期を迎えたい場所	全体		GH		訪問看護	
	N	%	n	%	n	%
自宅	305	(59.3)	257	(60.5)	48	(53.9)
一般病院	51	(9.9)	45	(10.6)	6	(6.7)
ホスピス・緩和ケア病棟	92	(17.9)	66	(15.5)	26	(29.2)
GH	1	(0.2)	1	(0.2)	0	(0.0)
老人福祉施設・老人保健施設	4	(0.8)	3	(0.7)	1	(1.1)
その他	50	(9.7)	41	(9.6)	9	(10.1)
無回答	18	(3.5)	12	(2.8)	6	(6.7)
全体	514		425		89	

(複数回答)

GH：認知症対応型グループホーム。

た。「死からの回避」は、私はどんなことをしても死を考えることを避けたいなどの項目からなる。GHの職員は、介護福祉職がほとんどで、次いでその他の資格が占め、一方、訪問看護は全員が看護職であったことが影響し、GHは死を考えることを避ける傾向にあることが示唆された。近年、病院死が8割を超え²⁶⁾、成長過程の中で人の死に直面した体験が少なく、また看取り教育体験も少ない介護福祉職にとって、人がたどる死の経過は予測がつかず対応方法にも不安があり、回避したいという思いに繋がるとも考えられる。しかし、そのほかの「死後の世界観」、「死への恐怖・不安」、「解放としての死」、「人生における目的意識」、「死への関心」、「寿命観」について、施設間で差がみられなかった。

長尾²⁷⁾は、高齢者の看取りに関わる訪問看護師の死生観は肯定的な死の受容をしていることを報告している。また、彦らの研究²⁸⁾では、訪問看護師は死の印象を「自然」「完成」と捉えていたとの報告をしており、訪問看護師は、死を恐れることなく人生の完成と肯定的に死を考えていると思われた。

死生観の性別比較では、女性が男性に比して、「人生における目的意識」「死への関心」「寿命観」が高かった(表3)。今回の結果は、研究者らの先行研究¹⁰⁾の女性の方が男性に比して「死後の世界観」「寿命観」が高いと同様であった。これらの項目は、死について肯定的な項目であり、今回の結果からも女性は男性に比して、死に対して肯定的な死生観を持っていることがうかがえる。

死についての授業体験が死生観に与える影響に

ついては、授業を受けたことのある者の「死への関心」のみが高かったが、他の死生観には影響が認められなかった。しかし、看取り研修体験については、看取り研修ありと回答した者は、「死への関心」「人生における目的意識」が高く、「死からの回避」が低かった。小中学校や資格取得を目指すなかでの授業体験は死を考えるきっかけにはなるが、就職後の現実に直面した中での職場における看取り研修が死生観に影響することが示唆された。また、死について学び、そのケアについて学ぶことにより専門職としての自らの役割を認識し、「人生における目的意識」が高くなったと考えられる。GH職員を対象の先行研究¹⁰⁾の結果でも、死を考える教育体験(死に関する教育と看取り研修体験)のある者は、ない者より「死への関心」「人生における目的意識」が有意に高く、「死からの回避」が有意に低かった。また、松井²⁹⁾も、GHでの死生観についての学習機会は死に対する態度に及ぼすため、デス・エデュケーションなどを実施する重要性を指摘している。現場を体験し、リアリティある状況をイメージできる中で、人の死について学び考える教育は、死生観の形成に効果があると考えられる。また、その経験が職員の自尊心を育み、職業的アイデンティティの形成にも繋がる。

本研究結果において、死についての授業体験と看取り研修体験は、「死後の世界観」、「死への恐怖・不安」、「解放としての死」、「寿命観」には影響がみられなかった。「死後の世界観」は、死後の世界や魂の存在を信じるなどの項目からなり、「死への恐怖・不安」は自分が死ぬことを考える

表6 最期を看取られたい人

最期を看取られたい人	全体		GH		訪問看護	
	N	%	n	%	n	%
家族	440	(85.6)	359	(84.5)	81	(91.0)
医師	6	(1.2)	6	(1.4)	0	(0.0)
看護師	6	(1.2)	4	(0.9)	2	(2.2)
介護福祉士など福祉現場職員	6	(1.2)	5	(1.2)	1	(1.1)
一人で	24	(4.7)	24	(5.6)	0	(0.0)
その他	22	(4.3)	20	(4.7)	2	(2.2)
無回答	13	(2.5)	10	(2.4)	3	(3.4)
全体	514		425		89	

(複数回答)

GH：認知症対応型グループホーム。

と不安になるなどの項目からなる。また、「解放としての死」は、死とはこの世の苦しみから解放されることだと思っているなどの項目からなり、「寿命観」は、寿命は最初から決まっていると思うなどの項目からなっている。これらの死生観は死についての学習体験や研修体験の有無に影響されるものではなく、成長過程の個人の体験の中から形作られることによるため、今回の結果には影響はなかったと考える。

本研究では、死別体験がある人は「死への恐怖・不安」や「死からの回避」の平均得点が低かった。身近な人の人生が生から死へ移行する姿を目にすることにより死が未知なものではなく、死についての考え方が変化したと思われる。關戸ら³⁰⁾は、死にかかわる学びや体験は死を恐れず、肯定的なイメージに捉えると報告している。Dunnら⁹⁾も身近な人の死の体験は死に対して肯定的な態度を取ると述べている。中里と藤原³¹⁾は、死別した人物により死に対する思考傾向への影響が異なっていたという。同様に、友人の死と家族の死とでは死生観への影響が異なることも報告されている。死別体験の影響については、死別した人物との関係性や交流経験を考慮し、検討する必要があると思われる。

職員の年齢と死生観との関係を比較すると、GH職員では、「死後の世界観」「死への恐怖・不安」と負の相関があり、一方、「寿命観」とは正の相関がみられた。すなわち、年齢が高くなると死後の世界を思わなくなり、また、死への不安や恐怖も少なくなると考えられるが、寿命を感じるようになる。訪問看護職員でも、「死への恐怖・不安」

は負の相関があったが、「死からの回避」とも負の相関がみられ、年齢が高くなると死は避けられないものと受け止めるようになっていられる。死への恐怖・不安は年齢が高くなるほど低くなるのがGH職員を対象の先行研究¹⁰⁾で報告されており、GHと訪問看護とも共通する死生観であると思われる。施設による違いではないことが考えられる。

4. GHと訪問看護職員の終末期ケア態度の比較

GHと訪問看護の職員のターミナルケア態度尺度を比較すると、「患者・家族を中心とするケアの認識」については差が認められなかった(表3)。GHと訪問看護の職員は、患者の身体的ケアに家族も関わり、残された人生を最良に過ごせるよう、家族も役割を担うべきであるという共通の認識を持っていた。しかし、「死にゆく患者へのケアの前向きさ」の平均得点は施設間で有意差がみられ、訪問看護はGHに比して有意に高かった。「死にゆく患者へのケアの前向きさ」は、死にゆく患者とのコミュニケーションに対する前向きな姿勢や死にゆく患者へのケアに対して恐れない態度、死にゆく患者のケアに価値を見出す態度などの項目からなる。GHは施設配置基準に医師や看護師などの医療職の配置は義務付けられていないが、本調査結果でもGHの看護職は3.3%と少なく、職員の多くは介護福祉職・その他であった。資格別でも、介護福祉職やその他は看護職よりも「死にゆく患者へのケアの前向きさ」が低く、松井ら³²⁾の調査結果と一致していた。しかし、織井³³⁾は、介護老人保健施設に勤務する看護職・介護職を対象に調査したところ、両者ともに終末期ケアの必要性を

感じていたが、異なる教育背景が終末期ケアの考えに影響を与えると述べている。

今回、死についての授業体験や看取り研修体験がターミナルケア態度に与える影響を検討したところ、看取り研修体験は「死にゆく患者へのケアの前向きさ」に影響し、研修ありと回答した者の平均得点が高かった。しかし、死についての授業体験のターミナルケア態度への影響は認められなかった。介護福祉職員にとって、看取りの経過での医療的な対応についての不安は大きく、看取りケアの実施が現実となる職場内で看取りケアの研修が行われる意義は大きいと考える。看取り研修体験が少ないGHの職員を対象とする看取り研修の実施は、看取りケアの技術を学ぶことになり、「死にゆく患者へのケアの前向きさ」の向上に繋がる可能性を持つ。大町ら³⁴⁾は、一般病院に勤務する看護師のターミナルケア態度の積極性には看取りに関わる体験が影響を及ぼしていたが、体験が少ない人には積極的な死生観教育が必要であると述べている。横尾ら³⁵⁾は、訪問看護師のターミナルケア態度について一般病院看護師と比較した結果、看護師自身の「看取りの症例数」「看取りの満足度」が積極性に影響を及ぼしていたと報告している。平木と大町³⁶⁾は、GHの介護職員は看取りケアの経験が少ない中で、その人らしく最期まで生きることを見守る姿勢があるが、精神的サポート体制、地域医療との連携、終末期ケアの学習が重要課題であると述べている。GHでの看取りが増えるなかで、職員の看取りに対するケアの積極性は高まっていくと考えられる。今後、介護福祉職においても、職場での看取りを体験する際、デスカンファレンスを実施し、看取りを振り返ることが看取り研修となり、今後の「死にゆく患者へのケアの前向きさ」に繋がっていくと考えられる。

今回、年齢とターミナルケア態度との関係をみると、訪問看護職員のみ、「死にゆく患者へのケアの前向きさ」と正の相関がみられた。すなわち、年齢が高くなるとさまざまな体験や経験を重ね、ケアに対して前向きな姿勢で臨むことができるようになると考えられる。

5. 今後のGHと訪問看護における看取りについて

GHは生活の場であるとともに、看取りの場としての役割が期待されている。前述したように、GHおよび訪問看護の職員においても、最期は自

宅で看取られたいという希望がほとんどであった。しかし、自宅で死を迎える人においては訪問看護が果たす役割は大きい。在宅での介護を受けることが困難な方の場合、病院以外で、GHや介護老人福祉施設や介護老人保健施設が自宅の役割を担うことになる。病院外で看取りを行う場合、医師とGH、介護老人福祉施設や介護老人保健施設で働く介護福祉職員、そして訪問看護職員である看護師との良好な連携が欠かせない。

今回、GHと訪問看護の職員を対象に、看取りや死に関する態度を比較したところ、それらについての教育や研修の経験に差が認められ、終末期ケアや死に関する教育や研修が必要であると思われる。また、死生観や終末期ケア態度の違いも認められた。

近年、介護と在宅看取りの推進をめざした訪問看護師・訪問介護員・介護支援専門員といった職種間の連携や役割分担の必要性が指摘されている³⁶⁾。また、訪問看護ステーションから訪問看護の提供を受けるGHも現れ、終末期を迎えた人がより豊かな人生を全うできるように、介護職と看護職との良好な連携が積極的に進むことが期待されている³⁷⁾。終末期ケアの経験の多い訪問看護師には、他職種との良い連携に向けて、状況と基本的対応を判断することに加え、他職種への看取りや死生観に関する教育や研修への期待も大きいと思われる。

結 語

A県内のGHと訪問看護に勤務する施設職員514人を対象に、死生観や看取りに関わる態度について調査した結果、以下の点が示唆された。1. 死についての授業体験や看取り研修体験は、施設や資格によって差がみられ、死生観や看取りに関わる態度にも違いがみられた。2. 研修体験の有無や年齢、経験年数、看護師の配置などの「勤務する場」の違いや経験により、死生観や看取りに関わる態度が異なっていた。

職場や職種が異なる職員の死に関わる態度や死生観を知ることで、相手の立場を理解し、その内容に沿った助言も可能になるとと思われる。職場を越えて互いに連携し、看取りに関わる教育方法を検討することにより、終末期を迎える人の看取りの質の向上につながると考える。なお、本調査は、A県内のみを対象に行ったため、地域性などが反

映された可能性があり、結果の解釈には限界があり、今後、複数の県での調査を実施し、比較する必要があると考える。

稿を終えるにあたり、懇切なるご指導とご校閲を賜りました鳥取大学医学部保健学科生体制御学講座 浦上克哉教授、鳥取大学医学部保健学科成人・老人看護学講座 山本美輪教授に深甚なる謝意をささげます。また、本研究にあたり、調査にご協力いただきました職員の皆様に深謝いたします。

文 献

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所, 日本の将来統計人口 (<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/newest04/sh2401top.html>) 2013-10-10.
- 2) 内閣府・高齢社会白書 (<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2013/zenbun/pdf/1s1s.pdf>) 2013-10-10.
- 3) 在宅医療・介護あんしん2012 (全体版). (http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/anshin2012.pdf) 2013-10-10.
- 4) 公益社団法人 日本認知症グループホーム協会 認知症グループホームにおける利用者の重度化の実際に関する調査研究報告書 2013.
- 5) 全国認知症グループホーム協会. 認知症グループホームにおける看取りに関する研究事業調査報告書 2007.
- 6) 杉山孝博. 杉山孝博Dr.の「認知症の理解と援助」. 京都市, クリエイトかもがわ. 2007.
- 7) 久木ひろ美. グループホームにおける訪問看護の機能. 月刊総合ケア 2007; **17** (7): 18-24.
- 8) 柏木哲夫. 生と死を考える: ホスピス・ケアの実践. 東京, 朝日新聞社. 1987.
- 9) Dunn KS, Otten C, Stephens E. Nursing experience and the care of dying patients. *Oncol Nurs Forum* 2005; **32** (1): 97-104.
- 10) 久山かおる, 吉岡伸一. 認知症対応型高齢者グループホーム職員の看取り体験と死生観の関係. *介護福祉学* 2013; **20** (1): 34-43.
- 11) 千葉真弓, 渡辺みどり, 細田江美, 松澤有夏, 曾根千賀子. グループホームにおける終末期ケアの取り組み状況と課題 - 看護師の雇用の有無による比較 -. *日本看護福祉学会誌* 2011; **16** (2): 1-13.
- 12) 平木尚美, 百瀬由美子. 認知症高齢者グループホームの終末期ケアにおける看護活動の実態と介護職が看護師に期待する役割. *日本看護福祉学会誌* 2011; **16** (2): 85-96.
- 13) 特定非営利活動法人全国認知症グループホーム協会. 認知症グループホームにおける看取りに関する研究事業調査研究報告書 2007.
- 14) 平井啓, 坂口幸弘, 安部幸志, 森川優子, 柏木哲夫. 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* 2010; **23** (1): 71-76.
- 15) 中井裕子, 宮下光光, 笹原朋代, 小山友里江, 清水陽一, 河正子. Frommeltのターミナルケア態度尺度 日本語版 (FATCOD B-J) の因子構造と信頼性の検討 - 尺度翻訳から一般病院での看護師調査, 短縮版の作成まで -. *がん看護* 2006; **11** (6): 723-729.
- 16) Frommelt KHM. The effects of death education on nurses' attitudes toward caring for terminally ill persons and their families. *Am J Hosp Palliat Care* 1991; **8** (5): 37-43.
- 17) Frommelt KHM. Attitudes toward care of the of the terminally ill: An educational intervention. *Am J Hosp Palliat Care* 2003; **20** (1): 13-22.
- 18) 一般社団法人認知症グループホーム協会. 認知症グループホームの実態調査事業報告書. 2010.
- 19) 小川有希子, 山崎律子. 訪問看護ステーションで働く訪問看護師の労働条件に関する意識 - 過去20年の文献検討 -. *福岡県立大学看護学研究紀要* 2013; **10** (2): 83-90.
- 20) 光本いづみ, 松下年子, 大浦ゆう子. 訪問看護師の仕事負担感や就業継続意思と業務特性との関連. *産業医科大学雑誌* 2008; **30** (2): 185-196.
- 21) 日本介護福祉士養成施設協会. 介護福祉士養成新カリキュラム～教育方法の手引き～. 2009.
- 22) 永松亜須佳, 長尾匡子, 松井美帆. グループホーム職員の終末期ケアに関する教育ニーズと自己教育力. *ホスピスケアと在宅ケア* 2012; **20** (3): 263-267.

- 23) 平川仁尚, 植村和正. 高齢者終末期ケアに関わる介護スタッフの教育. *Geriat Med* 2009; **47** (4): 481-484.
- 24) 第1回終末期医療のあり方に関する懇談会. 平成19年度「終末期医療に関する調査」結果 (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/zaitaku/dl/07.pdf>) 2013-10-10.
- 25) 吉田久美子, 石田和子, 瀬山留加, 中島陽子, 角田明美, 前田三枝子, 神田清子. 大学病院に勤務する医師と看護師の死生観の比較. *The Journal of Nursing Investigation* 2009; **17** (12):1-9.
- 26) 厚生労働省編. 平成19年度版 高齢労働白書. 医療構造改革の目指すもの. 東京, ぎょうせい. 2007.
- 27) 長尾匡子. 高齢者の看取りに関わる訪問看護師の死生観. *コミュニティケア* 2005; **7**(11): 48-51.
- 28) 彦聖美, 浅見洋, 田村幸恵. 看護師の死生観の学びと育み-A県における病院看護師と訪問看護師の比較調査より-. *ホスピスケアと在宅ケア* 2010; **18** (1): 13-19.
- 29) 松井美帆. 認知症グループホーム職員の死に対する態度. *臨床死生学* 2011; **15** (1): 50-55.
- 30) 關戸啓子, 菊井和子, 坂本みどり, 渡邊ふみ子. 死に対するイメージとその形成に影響を与える要因の検討-入学間もない大学生へのアンケート調査より-. 第26回日本看護学会集録 看護総合 1995; **26**: 20-22.
- 31) 中里直樹, 藤原武弘. 死別経験が死に対する思考傾向に及ぼす影響. 第46回日本社会心理学会発表論文集 2005.
- 32) 松井美帆, 新田章子, 川崎涼子, 中村梓子, 岩下友華. 認知症グループホーム職員における看取りの意識. *ホスピスケアと在宅ケア* 2010; **18** (1): 9-12.
- 33) 織井優貴子. 都市部介護老人保健施設における終末期ケアについての意識調査: 看護職と介護職の比較. *老年看護学* 2006; **10** (2): 85-91.
- 34) 大町いづみ, 横尾誠一, 水浦千沙, 山下友紀, 磯部佳苗, 山口知香. 一般病院勤務看護師のターミナルケア態度に関連する要因の分析. *保健学研究* 2009; **21** (2): 43-50.
- 35) 横尾誠一, 吉原麻由美, 松島由美, 大町いづみ. 訪問看護師のターミナルケア態度に関連する要因の分析-一般病院看護師との比較-. *保健学研究* 2010; **22** (2): 37-43.
- 36) 平木尚美, 大町弥生. 認知症高齢者グループホームの終末期ケアに対する介護職員の思い. *日本看護福祉学会誌* 2008; **13** (12): 119-131.
- 37) 岡本有子, 山本則子, 五十嵐歩, 高紋子, 松野志野, 木村浩子, 松川友紀, 栗延孟, 柴崎祐美, 宇都宮宏子. 在宅看取りにおける職種間連携の実態 (その2) -訪問看護師・訪問介護員・介護支援専門員へのグループインタビュー-. *老年社会科学* 2012; **34** (2): 261.