

人間環境大学 大学院 看護学研究科

博士論文

システマティックレビューと概念分析に基づく
看護師を対象とした死生観尺度の開発とその検証

Development and Verification of a Scale of
Nurses' Perspectives on Death and Dying Based on a
Systematic Review and Conceptual Analysis

2020年3月

成人・高齢者看護学分野 エンドオブライフケア看護学領域

永山 弘子

目 次

要約	1
第I章 問題提起	12
1. わが国の高齢者を取り巻く現状	
2. 超高齢社会における人々の死に対するものの見方・考え方	
3. End-of-Life Care における死生観	
4. 看護師の死生観に関する研究課題	
第II章 文献レビュー.....	17
1. 看護師の死生観に関する研究動向	
2. 看護学生の死生観に関する研究	
3. 死生観尺度に関する研究	
4. 文献レビューに基づく一般成人と看護師の死生観の比較	
第III章 研究目的.....	27
第IV章 本研究の理論的背景に基づく概念枠組み	27
1. 本研究の理論的背景	
2. 本研究の概念枠組み	
3. 本研究における用語の操作的定義	
第V章 研究の新規性・独創性・社会的価値・研究の意義	32
第VI章 本研究の研究プロセス	33
第VII章【研究 1】	
看護師の死生観に関する質的研究のシステマティックレビュー.....	34
1. 研究目的	
2. 研究方法	
3. 結果	
4. 今後の課題	
第VIII章【研究 2】	
Rodgers の分析手法に基づく看護師の死生観に関する概念分析.....	41
1. 研究目的	
2. 研究方法	
3. 結果	
4. 考察	
5. 本研究の限界と今後の課題	
6. 結論	

第IX章【研究 3】

看護師の死生観の概念分析に基づく看護師の死生観尺度開発.....52

1. 研究目的
2. 看護師の死生観尺度開発のプロセス
 - A. 看護師の死生観尺度原案の作成
 - B. 予備調査
 1. 研究方法
 2. 倫理的配慮
 3. 結果
 4. 考察
 5. 結論
 - C. 本調査
 1. 研究方法
 2. 倫理的配慮
 3. 結果
 4. 考察
 5. 結論

第X章【研究 4】

看護師の死生観尺度の信頼性と妥当性の検証.....79

1. 研究目的
2. 研究方法
3. 倫理的配慮
4. 結果
5. 考察
6. 結論

第XI章【研究 5】

看護師の死生観の特徴 88

1. 研究目的
2. 研究方法
3. 倫理的配慮
4. 結果
5. 考察
6. 結論

第XII章 研究の総括.....102

謝辞

引用文献

資料

要約

I. 研究の背景と目的

多死社会を迎え、死亡者数の増加および人口減少が進む中で、自分らしい最期を迎えられるようなケアが看護師に期待されている。その際、看護師は患者の死といかに向き合い対応ができるかが大きな課題になっている。その前提として、看護師がどのような死生観をもっているかが影響することが推測されるが、看護師の死生観がどのような構成要素かは明らかにされていない。

看護師の死生観に関するわが国の先行研究を概観すると、質的研究では、死生観の研究動向(村田, 2013), よい看とりの視点(吉田, 1999), 死への態度とケア行動の関連性(大西, 2006)などから死生観を捉えている。一方、量的研究では、死生観に関する影響要因の観点から研究され、ターミナルケアに対する態度(植田, 河田, 磯崎, 山田, 2010), 死への態度(Matsui & Braun, 2010)などの関連性が報告されている。

海外における死生観に関する研究は、Death Attitude Profile (DAP)などの尺度開発 (Gesser, Wong, & Reker, 1987-88), 死に対する態度との関連 (Braun, Gordon, & Uziely, 2010; Gama, Barbosa, & Vieira, 2012), Advance Care Planning (以下 ACP と略す) および死に対する認識 (Collins & Lehane, 2013)などが報告されている。

本研究では死生観を、その人の生と死に対するものの見方・考え方、と定義する。その前提条件として、死に対する信念であること、死に対する態度であること、死に対する経験知であること、を挙げた。

看護師を対象として開発された死生観尺度では、唯一、岡本, 石井 (2005) の死生観尺度があるが、わずかに7名の看護師の自由記述から尺度化を試みられているものであり、項目選定上課題が残っている。

本研究では、看護師の死生観尺度を開発し、看護師がもつ死生観の構成要素を明らかにすることを主な目的とする。具体的にはまず、1) 看護師の死生観に関する質的研究のシステマティックレビューと Rodgers (2000) の概念分析により、死生観を意味するものを、「属性」の観点から抽出すると同時に、形成される先行条件としての「先行要件」、形成された死生観がどのような成果をもたらすのかという観点から「帰結」を明らかにする。次に、2) 看護師の死生観を測定する尺度を開発し、さらに 3) その尺度の信頼性と妥当性の検証と、本尺度の特徴を明らかにすることを本研究の目的とした。

II. 【研究 1】看護師の死生観に関する質的研究のシステマティックレビュー

Greenhalgh (1997)の検索方法に基づき、システマティックレビューを実施した。その条件として、①検索ツール：医中誌 Web 版, CINAHL, PubMed, CiNii, ②キーワード[日本語]：死生観, 死, エンドオブライフ, エンドオブライフケア, 看護師, [英語]：perspective of death and dying, death, end-of-life, end-of-life care, nurse, ③選択基準：「質的研究」, 「看護師の死生観に関する文献」, ④除外基準：「量的研究」, 「看護師の死生観に関与しない文献」, 「日本語と英語以外の文献」. 絞込み検索：1998 年～2018 年. ⑤文献の質評価は Dixon-Woods et al.(2006)の 4 つの視点から質評価を行い, レビューマトリックスを作成し, 最終的に, 17 文献を抽出した。

III. 【研究 2】看護師の死生観に関する Rodgers (2000)の概念分析

【研究 1】で得られた看護師の死生観に関する質的データを, Rodgers (2000)の「革新的手法」に基づき, 「先行要件」「属性」「帰結」の観点から分析した。分析を進めるにあたり, 本研究では, 「先行要件」とは, 看護師の死生観が形成されるための必要な要素, 「属性」とは, 看護師の死生観を構成する要素, 「帰結」とは, 死生観が看護師の内面で形成されることにより, 看護師にもたらされる変化とした。

質的データ分析の結果, 「属性」に関するデータをコード化し, 類似性に基づいてまとめ, カテゴリー化して解釈した。その結果, 看護師の死生観は 7 つの属性：【患者の死に対する責務感】, 【死は自然な現象】, 【患者と家族間の意味のある関わりと遺される家族への想い】, 【その人らしい逝き方の肯定】, 【死に対する情緒的反応】, 【様々な価値観に基づく死に対する信念】, 【死後の世界の存在】が抽出された。また [先行要件] には 16 件, [帰結] には 13 件が抽出された。

概念分析により, 看護師の死生観には, 職務上との関連と遺される家族との意味のある関わりを重視した捉え方が含まれていたことから, 看護師としての死生観と, 個としての死生観の両視点が含まれていることが示唆された。先行要件として, 看取り体験が死生観形成に重要であること, 帰結では, 死生観が形成されることによって, End-of-Life Care に臨場して時に無力感をもたらす一方で, 職業的満足感を看護師にもたらすなど肯定的な変化が示唆された。

IV. 【研究 3】看護師の死生観の概念分析に基づく看護師の死生観尺度開発

質問紙のアイテムプールの作成では、【研究 2】で抽出されたサブカテゴリーをもとに、死生観を表す内容を再吟味し、適切な表現に改めた。そして各項目の表面妥当性を、4 名で確認した。

内容妥当性 Content Validity Index (以下 CVI) = 0.97 では、エキスパート 19 名から検討し、80%以下(カットオフポイント)に該当した 1 項目を修正し、37 項目とした。

なお、質問紙の回答方法は 5 段階リッカートスケールとした。一般病棟に勤務する看護師 80 名を対象にプリテストを実施し、項目分析の結果 35 項目が抽出された。

質問紙は、①予備調査から 35 項目で構成された尺度原案、②基準関連妥当性として岡本ら(2005)が開発した看護師の死生観尺度 25 項目、③Wong, Reker, and Gesser (1994)が開発し隈部(2006)が邦訳した、死に対する態度尺度改訂版 Death Attitude Profile-Revised (DAP-R)27 項目、④9 項目の個人属性から構成した。

愛知県内 B 病院一般病棟に勤務する看護師 630 名を対象に、2019 年 8 月～9 月に質問紙調査を実施した。回収率 61.9%、有効回答率 54.4%であった。分析対象者のプロフィールを挙げると年齢は 30.97 ± 8.94 歳、看護師経験年数 8.32 ± 8.59 年、教育歴:専門学校卒 32.4%、大学卒 63.6%、身近な人の看取り経験有 63.8%、家族と死に関する会話経験有 68.5%、終末期ケアの学習経験有 35.3%であった。

主成分分析の結果、23 項目を抽出した。さらに、主因子解法(プロマックス回転)の因子分析の結果、5 因子が抽出された。本尺度は、18 項目 5 下位尺度から構成された。

下位尺度の項目内容を解釈した結果、第I因子(5 項目)は【家族が期待する Quality of Death and Dying (以下 QODD)】、第II因子(5 項目)は【死に逝く人の教え】、第III因子(3 項目)は【死に対するネガティブな感情】、第IV因子(3 項目)は【死は自然の摂理】、第V因子(2 項目)は【End-of-Life の生き方への示唆】と命名された。

V. 【研究 4】 開発された看護師の死生観尺度の信頼性と妥当性の検証

本尺度の信頼性は、折半法で Spearman-Brown 係数及び Guttman 係数ともに 0.687 であった。また本尺度全体の Cronbach's α 係数は 0.801、各因子の α 係数は 0.418～0.762(範囲)であった。再テスト法は、47 名(回収率 98.3%、有効回答率 80.0%)を分析対象者とし、第 1 回目の調査と再テストに有意な正の相関を認めた($r = 0.681$, $p < 0.01$)。以上から、尺度としての内的整合性と安定性が確認された。

本尺度の妥当性については、岡本ら(2005)が開発した看護師の死生観尺度と、隈部(2006)が邦訳した DAP-R を用いて基準関連妥当性を検討した。その結果、本尺度全体と岡本ら(2005)の尺度では $r=0.539$ ($p<0.01$)と有意な相関を示したが、両尺度の因子間では有意な相関を示すものの、本尺度の第Ⅱ因子【死に逝く人の教え】と〈死の準備教育〉の $r=0.531$ ($p<0.01$)を除いて、相関係数は 0.112~0.339 と低かった。本尺度の第Ⅰ因子【家族が期待する QODD】では、家族の視点は含まれているが、岡本ら(2005)の尺度には家族の視点は含まれていない。これらのことから本尺度は看護師の死生観尺度として妥当であるが、岡本ら(2005)が意図した尺度内容とは若干異なっていることを示している。本尺度全体と DAP-R 全体では有意な相関 $r=0.251$ ($p<0.01$) が認められたが値は低かった。本尺度第Ⅲ因子【死に対するネガティブな感情】と〈死の恐怖〉間では、 $r=0.302$ ($p<0.01$)と有意な相関は見られたが、その値は低かった。

また、構成概念妥当性として、既知グループ法として看護学生をクライテリオン群と設定して調査を行った。その結果、死生観尺度の合計得点と各因子の因子得点を t 検定により比較したところ、【End-of-Life の生き方への示唆】を除く 4 因子で、クライテリオン群(看護学生)の方が高かったことから、既知グループ法による構成概念妥当性は確認されたと考える。

以上のことから、本研究で開発された 5 因子 18 項目から構成される看護師の死生観尺度は、一定の信頼性と妥当性が検証されたと考える。

VI. 【研究 5】看護師の死生観尺度の特徴

開発された本尺度は、5 因子 18 項目から構成された。尺度全体と各 5 因子間には 0.440~0.804 で有意な相関 ($p<0.01$) を示していた。一方、5 因子相互間では、第Ⅰ因子【家族が期待する QODD】と第Ⅱ因子【死に逝く人の教え】間で有意な相関が認められたが、他の因子間の相関は低かった。このことから、死生観を測定する尺度としてまとまっていると同時に、抽出された 5 因子はそれぞれが独立していることが示唆された。

本尺度の特徴を、本尺度に関与する個人属性の観点から検討すると、年齢や看護師の経験年数とは有意な相関は見られなかった。しかし、専門学校卒と大学卒の看護師間の比較では、大卒群が死生観全体と、第Ⅰ因子【家族が期待する QODD】、第Ⅱ因子【死に逝く人の教え】、第Ⅲ因子【死に対するネガティブな感情】の 3 因子が有意に高かった ($p<0.01$)。身近な人を看取った経験の有無と家族と死に関する話をした経験の有無については、第Ⅴ因子【End-of-Life の生き方への示唆】に有意な差が見られた ($p<0.01$)。家族と死に関する話をした経験の有無では、第Ⅱ因子の【死に逝く人の教え】は有意な差が見られた ($p<0.01$)。

これらのことより、看取り経験や家族と死に関する話をした経験は、EOLC に影響することが考えられる。

さらに、看護師の死生観に関与する要因をみるために重回帰分析をした結果、最終学歴、家族を看取った経験、家族と死について話した経験などが示唆されたが、決定係数 R^2 が低く特定することはできなかった。

VII. 総括

本研究の目的は、看護師の死生観尺度を開発し、その尺度の信頼性と妥当性を検証し、看護師がもつ死生観の構成要素を明らかにすることであった。本尺度は質的研究のシステマティックレビューから文献を抽出し、そこから概念分析によって明らかにされた死生観の「属性」を基に質問項目を選出し、項目分析、CVI の検討、予備調査、主成分分析、主因子法による因子分析などの一連の尺度開発のプロセスを踏み、最終的に 5 因子 18 項目から成る看護師の死生観尺度が開発された。そして本尺度の信頼性と妥当性を検証し、本尺度の特徴を看護師の属性などの観点から検討した。

本尺度は、Rodgers の概念分析を理論的背景とした質的研究と、質問紙調査を中軸とした量的研究のプロセスから開発され、死生観の構成要素を明らかにしたところに、新規性と学術的意義があると考ええる。看護師自身の死生観を、本尺度を用いて自己評価し、その結果が EOLC に活かされるならば、臨床的意義が期待される。

今後の課題は、死生観尺度に関与する要因の検討として、質的研究で示唆された「先行要件」を加えること、死生観が形成されることによる成果すなわち「帰結」についても検討し、その上で看護師の死生観の構造分析が課題となる。

abstract

Development and Verification of a Scale of Nurses' Perspectives on Death and Dying Based on a Systematic Review and Conceptual Analysis

I. Study background and purpose

Now that Japan is facing a “mass-dying society,” in which the number of people dying increases while the population decreases, care that allows people to spend the end-of-life stage according to their wishes is desired. The kind of views that nurses have on death and dying are presumed to affect care; however, the constituent elements of nurses' views on death and dying have not been clarified.

Previous qualitative studies have reported on trends in research into views on death and dying (Murata, 2013) and nurses' perspectives of death and dying (Yoshida, 1999), while previous quantitative studies have focused on research into influencing factors related to views on death and dying and include reports on the clinical experiences of nurses (Lange, Thom, & Kline, 2008) and attitudes toward terminal care (Ueda, Kawada, Isozaki, & Yamada, 2010).

Outside of Japan, reports on the development and validation of the Death Attitude Profile (DAP)(Wong & Reker, 1987-88), nurses' attitude toward death (Braun, Gordon, & Uziely, 2010; Gama, Barbosa, & Vieira, 2012), and perspectives on death, dying and advance care planning(Collins & Lehane, 2013) have been published.

In this study, it was defined death and dying as “the way of perspectives and thinking about the life and death of a person.” The prerequisites for a view of death and dying were: belief in death, attitude to death, and empirical knowledge of death.

Regarding scales of views on death and dying developed for use in nurses, only one has been developed, by Okamoto and Ishii (Nurses' Views of Life-and-Death Scale, 2005). This scale was developed on the basis of only seven nurses' answers to open-ended questions. Issues therefore remain regarding the selection of items for this scale.

The aim of this study was to clarify the constituent elements of nurses' views on death and dying. The development of this nurses' views on death and dying scale specifically involved the following: 1) the identification of views on death and dying by analyzing "attributes" and subsequent clarification of "antecedents" and "consequences" by means of a systematic review of qualitative research into nurses' views on death and dying and Rodgers' evolutionary concept analysis (2000); 2) the development of a nurses' views on death and dying scale; and 3) the verification of the reliability and validity of the scale and clarification of the scale's characteristics.

II. Study 1: Systematic review of qualitative research into nurses' views on death and dying

Using Greenhalgh's (1997) search method, a systematic review was conducted using: 1) the search tools Ichushi-Web, CINAHL, PubMed, and CiNii; 2) the key words "views on death and dying," "death," and "end-of-life"; 3) the selection criteria "qualitative research" and "papers on nurses' views of death and dying"; and 4) the exclusion criteria "quantitative research," "literature not concerning nurses' views on death and dying," and "literature in languages other than Japanese and English." The search was restricted to the period from 1998 to 2018. The papers retrieved were subject to quality assessment using the approach developed by Dixon-Woods et al. (2006), and then a review matrix was created. Seventeen papers were ultimately extracted for analysis.

III. Study 2: Rodgers (2000) Concept analysis of nurses' views on death and dying

Using the data from Study 1, nurses' views on death and dying were analyzed in terms of "antecedents," "attributes," and "consequences" on the basis of Rodgers' "evolutionary method." In this study, "Antecedents" are elements necessary for the formation of nurses' views on death and dying. "Attributes" are elements that constitute nurses' views on death and dying include the person's attitude toward and their beliefs about death and dying or perspectives and opinions on death. "Consequences" are changes that occur in nurses as a result of the formation of views on death and dying.

Attributes were coded and categorized, which resulted in the identification of the following seven different attributes of nurses' views on death and dying: "Feeling responsibility for the death of patients," "Death as a natural phenomenon," "Meaningful interactions between patients and their family and Thoughts for the bereaved family," "Acknowledgement of spending the end-of-life stage according to one's wishes," "Emotional reactions to death," "Beliefs about death based on various values," and "The existence of eternity after death." Sixteen antecedents and 13 consequences were also identified.

A concept analysis revealed that nurses' views on death and dying included perceptions that emphasize the relationship with their profession and meaningful interactions with the bereaved family, which meant that professional and personal views on death and dying were included in nurses' views on death and dying. Among the antecedents, experiences of providing terminal care were important for the formation of views on death and dying, and among the consequences, views on death and dying resulted in EOLC bringing a sense of helplessness to nurses; however, changes resulting in job satisfaction were also revealed.

IV. Study 3: Development of a views on death and dying scale based on a concept analysis of nurses' perspectives on death and dying

In creating the questionnaire item pool, content representing views on death and dying from the sub-categories in Study 2 was revised. Surface validity was confirmed by four researchers and content validity index (CVI = 0.97) by 19 expert nurses. One item that applied to less than 80% (cutoff point) was revised, leaving 37 items. A five-point Likert scale was used for the answer method. A preliminary test of the scale was conducted with 80 nurses, and 35 items were ultimately adopted following an item analysis. A questionnaire was then created containing: 1) the draft scale of 35 items; 2) the 25 items of the Nurses' View of Life-and-Death Scale developed by Okamoto et al. (2005); 3) 27 items from the Death Attitude Profile-Revised (DAP-R; Wong et al., 1994; Japanese translation by Kumabe, 2006), 4) nine items on personal attributes.

The questionnaire was distributed to 630 nurses working in the general ward of Hospital B in Aichi Prefecture during the period from August to September, 2019. Of the distributed questionnaire forms, 61.9% were recovered and 54.4% contained valid responses.

A principal component analysis identified 23 items, and a factor analysis using the principal factor analysis (promax rotation) identified five factors. The scale was ultimately composed of 18 items and five subscales. The subscales were named Factor I “The quality of death and dying by the family,” Factor II “The teachings of people who are dying,” Factor III “Negative feelings about death,” Factor IV “Death is a law of nature,” and Factor V “Suggestions for spending the end-of-life stage.”

V. Study 4: Investigation of the reliability and validity of the developed nurses’ perspectives on death and dying scale

The reliability of the scale was measured using the split-half method. The obtained coefficient was 0.687 with both the Spearman–Brown and Guttman formulas. Furthermore, Cronbach’s alpha was 0.801 for the scale overall, and ranged between 0.418 and 0.762 for each factor. In the test-retest method, 47 subjects were analyzed, and a significant positive correlation was observed between the first survey and retest ($r = 0.681$, $p < 0.01$). From the above results, the internal consistency and stability as scales were generally confirmed.

As for the validity of the scale, criterion-related validity was examined using the Nurses’ View of Life-and-Death Scale developed by Okamoto et al. (2005) and the Japanese version of the DAP-R translated by Kumabe (2006). The results showed a significant correlation of $r = 0.539$ ($p < 0.01$) between the overall scale and Okamoto’s scale and significant correlations between the factors of both scales. This demonstrates the validity of the present scale as a measure of views on death and dying. Furthermore, despite a significant correlation of $r = 0.251$ ($p < 0.01$) observed between the present scale overall and the DAP-R overall, the value was low.

To examine construct validity, nursing students were surveyed using the known-groups method. The results showed higher mean values for the four factors in the criterion group, which confirmed the construct validity of the present scale.

All the aforementioned investigations confirmed the reliability and validity of the nurses' views on death and dying scale developed in this study with five factors and 18 items.

VI. Study 5: Characteristics of the nurses' views on death and dying scale

The developed scale was composed of five factors and 18 items. Significant correlations ranging from 0.440 and 0.804 ($p < 0.01$) were found between the scale overall and each of the five factors. Between the five factors, a significant correlation was seen between Factors I and II, but correlations were weak between the other factors.

As for influencing factors, no significant correlations were seen with age or years of experience as a nurse; however, a comparison of nurses who graduated from a vocational school with those who graduated from a university revealed that the latter group had significantly higher scores for views on death and dying overall and for Factor I "The death desired by the family," Factor II "The teachings of people who are dying," and Factor III "Negative feelings about death" ($p < 0.01$). Concerning the presence or absence of experience providing terminal care to a close person and experience discussing death with family, a significant correlation was seen with Factor V "Suggestions for spending the end-of-life stage" ($p < 0.01$). A significant difference was also seen in the scores for Factor II "The teachings of people who are dying" depending on the presence or absence of experience discussing death with family ($p < 0.01$).

A multiple regression analysis suggested that highest level of education, experience providing terminal care to a family member, and experience discussing death with family were among the influencing factors; however, the coefficient of determination (R^2) for each of these factors was low, and no influencing factors could ultimately be identified.

VII. Summary

The aim of this study was to develop a nurses' views on death and dying scale and to investigate the reliability and validity of the present scale. The scale was developed by conducting a systematic review to identify qualitative literature, choosing question items based on the "attributes" of views on death and dying by means of a concept analysis, and conducting an item analysis, preliminary test, and content validity study, which were followed by a principal component analysis and a factor analysis process using the principal factor method. The resulting nurses' views on death and dying scale was composed of five factors and 18 items. The reliability and validity of the scale were subsequently investigated, and the scale characteristics were clarified based on the nurses' attributes.

The present scale was developed through a process of qualitative research using Rodger's evolutionary concept analysis as the theoretical framework and quantitative research centered around a questionnaire-based survey. The present scale has novelty and academic significance in that it clarified the constituent elements of views on death and dying. Self-evaluation by nurses of their own views on death and dying using the present scale is expected to have clinical significance if the results of this self-evaluation are applied to EOLC.

Future research on this topic should examine the outcomes or "consequences" as a result of the formation of views on death and dying by giving consideration to the "antecedents" revealed through qualitative research. A structural analysis of nurses' views on death and dying should also be performed.

Key Words: death and dying, conceptual analysis, systematic review, scale development, nurse

第I章 問題提起

1. わが国の高齢者を取り巻く現状

1950年時点で5%に満たなかったわが国の65歳以上の割合（高齢化率）は、2016年には27.3%へと急激に上昇し（内閣府，2017），わが国の高齢化は世界に類を見ないスピードで進展している．2025年問題として知られているように，団塊の世代が後期高齢者となり，本格的な多死社会を迎える状況にある中で，65歳以上の者がいる世帯数は，2,372万4千世帯と30年前の2倍に増加している．世帯構成割合では，単独世帯が全世帯の4分の1を占め，夫婦のみ世帯と合わせると半数を超える状況にある（厚生労働省，2016a）．高齢者人口の増加により国民医療費の増大は避けられず，2014年度は40.8兆円となり，このうち35.6%（14.5兆円）を後期高齢者医療費が占めており，国の政策は医療費削減の観点から，病院の治療から病気をもちながら地域での生活へと変化してきている（厚生労働省，2017a）．そのため厚生労働省は，可能な限り住み慣れた地域で，自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう，地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進している（厚生労働省，2016b）．

これに基づき，国の施策では，「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」が公布され，第7次医療計画が2018年4月からスタートした．そこで，医療療養病床と介護療養病床施設のニーズを併せ持つ転換先として，新たな介護保険施設である「介護医療院」が新設された（厚生労働省，2018a）．増大する医療費を抑制しなければならない観点から，医療と生活施設としての両方の機能を兼ね備えた施設が創設され，今後は在宅で対応する方向が見込まれている．わが国においては，可能な限り住み慣れた場所で最期を迎えたいと自宅死亡を半数が希望しながらも，自宅死亡は12.3%（13.1万人）に対し，医療機関死亡は80%（79.3万人）を超えており（厚生労働省，2011a），最期を迎える希望する場所も思うようにならないのが現状である．さらに単身世帯の増大，地域の結び付きの希薄化により，孤独死は年間3万人を超え（厚生労働省，2011b），高齢者を取り巻く社会の新たな課題に向かった現状がある．

一般的に，人々は家族や友人，身近な人の死を介して死のあり方を学んでいくと考えられている．核家族化や施設死亡から，死と接する機会が減少してきた．このことから，それぞれが自己の死生観を意識されにくい状況にあると考える．このように死を迎える環境が変わりゆく中，人は死に対する考え方に不安を抱いているのではないだろうか．

2. 超高齢社会における人々の死に対するものの見方・考え方

従来、高齢者とされてきた 65 歳以上の人でも、長寿社会の到来や健康意識の変化などから、若く活動的な高齢者が多くなり、「若返り現象」が見られている。60 歳以上男女を対象とした内閣府の「高齢者の地域社会への参加に関する意識調査」（2017b）では、「65 歳を超えても働きたい」65.9%、「働けるうちはいつまでも」29.5%と回答しており、体力面でも意識の上でも 65 歳の区切りは必要としない活動の高さが伺える。これらを背景に、日本老年医学会はこれまでの 65 歳以上としていた高齢者の定義を、65～74 歳「准高齢者」、75～89 歳「高齢者」、90 歳～「超高齢者」と提言した（日本老年医学会，2017）。平成 29 年度の厚生労働省の、人生の最終段階における医療に関する意識調査（厚生労働省，2018b）で、患者の医療・療養の方針決定に際し、学会等により作成された人生の最終段階の医療に関する看護師のガイドラインの利用状況は、厚生労働省より作成されたガイドラインは 26.8%に対し、日本老年医学会はわずか 4.0%であった。高齢者の捉え方がこれまでとは変化している背景を考えると、わが国の高齢者に対する考え方を時代の変化と共にガイドライン等を利用し認識も深めていく必要がある。平均寿命は今後もさらに伸びていくことが推測されることから、高齢者の活動年齢が上昇することにより、高齢者にとって死は遠いものになると推察される。死が不可避であることは理解しながらも、死が遠いものになることで、高齢者は死について考える機会が減少することが考えられる。

しかし、自分の死について考え、向き合うことは高齢者にとっては不安やうつ病などの健康障害を引き起こす危険性もあるが、向き合うことは重要である（高岡，紺谷，深澤，2009）。高齢者の定義がこれまでと変わる中で、人々が死について向き合うことの難しさがあり、こうした考えの背景には、健康的で自分らしく自立した生活ができる期間である健康寿命を伸ばし、人生の終盤における質の向上を社会全体で求められている時代の変化があるのではないかとと思われる。誰もが自分らしく主体的に生きたいと願うからこそ、自分らしい生き方および死に方を模索することが必要であるが、自分の死と向き合う難しさも同時に兼ね備えているのではないかと考える。

以上より、超高齢社会における人々の死に対する考えは、高齢者の定義を見直す中で捉えていく必要があると思われる。だが現状では、高齢者の活動年齢が上昇し、健康寿命を伸ばす社会全体の流れから、死を遠い存在と捉え、死について考える機会を減少させることで、自分らしく生き切るために死と向き合うことを難しくさせているのではないかと考える。

3. End-of-Life Care における死生観

これまでの終末期医療を表す言葉には、終末期ケア (Terminal Care) , がん患者の疼痛・症状管理に焦点化した緩和ケア (Palliative Care) , 看取りに重点が置かれたホスピスケア (Hospice Care) という様々な表現がなされてきた。緩和ケアが症状や苦痛を「緩和」するというアプローチ法を表しているのに対して、エンド・オブ・ライフケア (End-of-Life Care : 以下 EOLC と略す) は「EOL」という時期をどう考えるかに焦点が当てられている (長江, 2014) 。この時期について、①脳死のように、心臓死が間近にせまった時期、②がんのターミナル期のように余命が 6 か月と予想される時期、③がんの診断時のような診断早期の時期、④非がん患者の終末期等終末期を特定しにくいことを前提に終末期と捉える状態、としており、どの時期をさすかについては揺れが存在し、定義は曖昧 (西川, 横江, 中島, 高道, 洪, 三浦, 2012) とされていた。その上で、西川ら (2012) は、早期介入が有用と③の時期を EOL と見解を示した。その後、EOLC は、「診断名, 健康状態, 年齢にかかわらず、差し迫った死, あるいはいつかは来る死について考える人が、生を終わる時まで最善の生を生きることができるよう支援することである」と定義された (Izumi, Nagae, Sakurai, & Imamura, 2012) 。

現在は、日本人の 2 人に 1 人ががんに罹患し、3 人に 1 人が、がんによって死亡するといった死因別死亡率第 1 位が 1981 年以降不変である (厚生労働省, 2011a) ことにも起因して、終末期医療の焦点はがん当てられている。しかし、死因はがんだけではなく、肺炎、心不全などの呼吸不全、慢性疾患、脳血管疾患、認知症などの慢性疾患にも病みの軌跡がある。さらに、2011 年には東日本大震災があるなど、依然として予測不能な事態もある。こうした背景から、死とはがんだけに限らず、いつかくる死について、最善の生を生きることができるよう、ケアに携わる必要がある。

人生の最終段階における医療に関する意識調査 (厚生労働省, 2018b) において、家族等や医療関係者との話し合いについて、一般成人では、話し合ったことはない 55.1%, 看護師でも 45.1% である。話し合ったことがない理由では、一般成人では、話し合うきっかけがなかったから 56.0% であった。家族や医療関係者等と医療・療養について話し合うきっかけとなる出来事では、自分の病気 52.8%, 家族の病気や死 61.2% であった。これらのことから、人生の最終段階における話し合いは、身近な人の病気や死をきっかけとして行われることが挙げられ、その時が予測できないことから、より早い段階からいつかくる死について考えていく中で死生観を捉えることができるようなケアが望まれる。

4. 看護師の死生観に関する研究課題

わが国は、前述のごとく加速的な進行で超高齢社会に突入した。平均寿命が伸び、長寿社会になったことで生じる医療費の高騰、高齢者の意識変化、そして死亡場所が医療機関になることで死の非日常化など、様々な社会問題に早急な対応が迫られている。このような高齢社会を背景に、終末期医療における看護師にとって、死生観は看護師の態度や行動にどのような影響を与えるのだろうか。その考慮すべき課題は以下の3点あると考える。

まず、高齢化により一般的に65歳で社会的にリタイアした後、20年以上、自分の死と向かい続ける「向死社会」とも呼べる状況が生まれ（村上，2016）、第二の人生とも言える時間を、どう自分らしく生きるかを、個々が考える時が来たという時間的観点である。医療技術の進歩により、救命、延命が進むことで、これまで考える必要のなかったリタイア後の自分を生が終わるまでどう生き抜くか、わが国におけるEOLの視点を見つめ直していく必要になった。その上、自宅死亡から医療機関へと死亡場所が変化し、家族構成の核家族化に伴い、死に逝く人を見たことがない、老化に伴う自然な亡くなり方のモデルが身近に無いといった課題（厚生労働省，2011c）から、死はいつしか他人事のような、自分とは遠いものという意識が高くなったように思われる。島藺（2013）は、他人の死にしろ自分の死にしろ、私たちの生活から「死」ということ自体を断絶させ、生活の中から死を締め出した結果、死としっかり向き合うことができなくなったとの見解を示す。家族や友人といった身近な人の死別体験は、誰にとっても死生観に影響を及ぼすものであり、これらの蓄積が終末期医療に携わる看護師が、死を前にする患者に接する際の価値観にも影響を及ぼすと考える。

次に、死は日本人としての文化や哲学、宗教といったものとの関わりが避けられないことである。西洋のキリスト教ならば、死を人間の原罪がもたらした刑罰とみなし、イエスは十字架を背負い復活したことから、死後神の元に召される、という考えの一方で、仏教では輪廻転生、すなわち死後はまた生まれ変わるとの考え方がある。そもそも、西洋の場合、キリスト教徒ならば、生命を与え、取り去る神の身元に一人で帰ることは本望であるとされるが、わが国の場合、農耕民族として植物と接し、先祖から子孫へと続く連鎖の一環とみる伝統的な家族的、集団的な日本人の死生観（浅見，2013）とは全く死生観が異なるのは当然である。そのために、看取りやその後エンゼルケア（死後処置）をした後のお見送り、さらには埋葬や葬儀といったこれらのことは、文化や宗教を背景として成り立

ち、看護師として死生観に影響を及ぼすと考える。それ故、地域社会においても違いがあるだろう。時代に応じて死への意識も変わるその多様性を理解しながら、普遍性にも目を向け死の意味を捉える必要がある。

最後に、死生観という概念を看護師にどのように教育に取り入れていくか、という教育の視点である。死生観に関する先行研究では、教育の視点から活発に推進していく必要があるといわれており（村田，2013；熊本，2016），看護師はEOLCを通して人の死に触れることで死というものを客観視することにもつながると考える。看護学生は、看護学生自身が人間として成長していく過程で「死ぬこと」の意味や「患者の死」と向き合い、自ら深めていくことによって死生観が培われていくのではないかと推測されており（菅原，2017），発達段階にある学生にどのように教育的に介入していくかは、看護師としての死生観にも影響を及ぼすと思われる。誰一人として同じ死を遂げる人はいないことから、患者の死を通して死の意味や、死と向き合ことの意味を問い続けられるような教育の視点が、多様な死に遭遇する看護師にとって重要ではないかと考える。

以上の3点から、これまでの研究からは、今の時代に合った看護師の死生観が捉えきれていない、という死生観の課題が示唆された。EOLCに携わる看護師にとって、目まぐるしい時代とともに死の捉え方が変化する中で、その変化に応じながら日本独自の看護師としての死生観はどのようなものかを明らかにする必要があると考える。死亡場所は医療機関での死亡が多いが、多死社会に向けて、数はまだ少ないが在宅や介護施設へと移行すると思われる。こうした中で、今後は多様な場所で看護師の死生観はEOLCに活かされられると思われる。さらに、近年注目されている意思決定支援（Advance Care Planning; ACP）においても、終末期に限らず、いつか来る自分自身の死を早い段階から考える際に、死生観が活かされると考える。こうした時代と共に死生観の捉え方が変化する状況に合わせて、死生観を捉えることが望ましいと考える。そのため、看護師の死生観はどのような構成要素から成り立つのかを明らかにするために、看護師の死生観を客観的に尺度化の視点から捉えることは意義深いと考える。

第II章 文献レビュー

本研究では、看護師の死生観尺度を開発し、看護師の死生観の構成要素を明らかにすることを目的としている。そこで、1)看護師の死生観に関する研究動向、2)看護学生の死生観に関する研究、3)死生観尺度に関する研究、4)文献レビューに基づく一般人と看護師の死生観の比較の視点から文献レビューを行う。

1. 看護師の死生観に関する研究動向

終末期ケアにおいて、看護師はどのような死生観を持ちながら終末期ケアを行っているのだろうか。そして、看護師の死生観はどのような研究がなされているのだろうか。ここでは、看護基礎教育を終えた看護師が、EOLC の場面で人生の一部として死をもライフととらえるならば、臨死期にある患者がどのように自分らしく生きることにつなげているのか、看護師の死生観についての研究を概観する。

死生観に着目して研究目的としているものの多くは、死生観尺度（平井，坂口，安部，森川，柏木，2000）や、FATCOD-B-J（中井，宮下，笹原，小山，清水，河，2006）などの既存尺度を用いた量的研究（高岡ら，2009；植田，河田，磯崎，山田，2010；植田，2010；津留，鍋島，2012；富松，稲谷，2012；後藤，三上，間瀬，塚本，2014）が多く見られた。そして、その調査で使用された死生観尺度（平井ら，2000）は、死や生に対する態度全般を測定する尺度ではあるが、大学生を対象に開発された尺度であり、下位尺度間に相関がほとんどないものがあり、尺度全体で1つの傾向を測定するものではない。さらに、尺度構成に基づいた妥当性の検証がされていないもの（中井ら，2006）があり、看護師の死生観を捉えるには不十分であると考えられる。

次に死生観の確立に必要なものを調査した研究では、臨床経験や年齢（Michelle, Bridgette, & Nancy, 2008；彦，浅見，田村，2010），死生観の形成過程（志田，2011），死生観の関連要因（阿部，2013），死生観に関する影響要因（志田，渡邊，2009；植田ら，2010），患者の思いや病気体験，スピリチュアルペイン，生き方，希望といった死生観が二次的に見られた研究（京田，加藤，中澤，瀬山，武居，神田，2009；志田，渡邊，2009；植田ら，2010；加藤，2013；菅，小松，2016）などが挙げられ、様々な方面から死を捉えようと研究が報告されていた。日本人の高齢者の死生観に注目した文献検討では、高岡，紺谷，深澤（2009）は、高齢者の反発を考えると、高齢者に限らず、死に対して語りたくないと思うことが一般的であり、加えて死の準備教育の必要性（岡本，石井，2005）を示唆していた。同じく

高齢者の死生観に関する文献検討で中木、多田（2013）は、高齢者はやがて来る死を自ら考え、他者と生と死について語る場を望んでいることから、タブー視から進んで語る場や機会作りの重要性を示唆している。

また、看護師の死生観の確立に必要な要因を捉えた先行研究では、看護師自身の死生観は、看護師の臨床経験や自分自身の人生体験から育まれるとするもの（彦ら、2010；石坂、2015）、宗教は死生観に影響しないとの見解（富松、稲谷、2012）、そして死生観における看取り観と経験年数との関係（後藤ら、2014）といった、影響要因に関する研究が報告されている。さらに、死の受容に必要なものとして、彦ら（2010）は、勤務する場や宗教を挙げているが、その一方で、看護師だからすぐに死を受容するものではないとも報告し、看取り経験を生かした医療チームの学びが終末期ケアの質向上に重要と指摘している。そのため、看護師の死生観は、個人だけでは限界があり、医療チームの働きかけが必要であることが示唆された。

一方海外では、死生観に関する研究は悲嘆や喪に関する研究が増加しており、死の態度、看護教育、看護倫理、エンドオブライフのようなトピックの出版は、より専門誌への投稿が多くみられた（Wittkowski, Doka, Neimeyer, & Vallerger, 2015）。

これらの研究結果より、死生観は大学生を対象に開発された既存の尺度を用いた調査研究が多く、死生観の確立に必要な要素や影響要因などが分析されていた。年齢や臨床経験、勤務場所、自身の人生経験などが報告されているが、看護師の死生観に対する明確な定義は見当たらなかった。

2. 看護学生の死生観に関する研究

ここでは、看護師を目指す看護学生に対して、終末期医療に関する看護教育がどのように行われているのか、看護教育における死生観に関する研究を見ていく。その中で、1)看護学生を対象とした死生観教育の現状、2)死生観の学習効果を上げる教育媒体、3)看護学生と看護学専攻以外の学生との死生観の比較、4)死生観の学年比較、以上4点より教育現場において行われた死生観の研究について概観する。

1) 看護学生を対象とした死生観教育の現状

これまでに行われた看護学生を対象とした死生観教育の研究は、わが国の死に対する恐怖や不安についての報告は1970年代に報告され、それ以降、看護学生の死に対する恐怖や

不安に焦点が当てられ、看護の授業、臨床実習による変化を捉えようとした報告が相次いでいる（風岡、伊藤，2008）。そこで、死生観を形成するための死生観教育の現状を見ると、看取り期の死生観の研究を行った中では、看護学生を対象にした研究が42.6%、現任医療従事者27.9%、一般市民21.3%、患者・患者家族7.4%と学生を対象としたものももっとも多く、実習記録やレポートを中心に報告されていた（村田，2013）。研究目的からは、医療環境の整備・充実51.7%、教育47.5%、死生観の国際比較0.8%となっており、学生を対象とした教育目的の研究が多いことがわかった。経年変化では2004年以降は看護学、医学、介護福祉学、心理学と研究領域が多岐に渡って増加傾向にあり、病院以外の高齢者施設、在宅での看取りの増加も研究成果に反映したと思われる。また看護学生の死生観に関する自由記述による研究では、看護学生は死に対する関心や、不安が強く、死を悲しいと見る学生が多い（風岡、伊藤，2008）との報告がある。看護師に特有の死生観への変化の兆しは看護教育の中で既に始まっており、教育現場で死を考えるきっかけが十分に与えられることが理解されたが、その中で、死生観の表現が整理されていないことが問題点として挙げられ、死についての考えを自発的に表現する難しさが示唆された。

2) 死生観の学習効果を上げる教育媒体

次に、授業における学生の死生観の学習効果を上げる教育媒体に関する研究では、絵本を用いた効果や終末期ケアの体験談（園田、上原，2007；二木、三浦，2012）、読書による死のイメージの前後比較（落合、長井，2004）、テレビや映画鑑賞（石田順、石田和、神田，2007）、などを用いた授業前後の比較を、既存尺度等を用いて死生観の影響要因が報告されている。その他に宗教、性格型、年齢、学年、葬儀への参列（石田順ら，2007）、スピリチュアルに関する講義（田村，2017）等から、生や死、生き方、価値観などが感じ取れる取り組みがなされたとの報告もある。「死への恐怖」、「死からの回避」がある中で「死への関心」、「身近な人の死を回想」、「生き方を考えた」など、前向きな死生観の変化があることを明らかにした。読書感想文では読書前の死の肯定的イメージ15.1%、否定的イメージ66.6%から読書後の肯定的イメージ45.2%、否定的イメージ35.7%との変化から、学習教材として教育効果の可能性（落合、長井，2004）を挙げており、書籍や映画を取り入れた授業は、生と死を討論することが視覚により効果を上げることが示唆された。よって、教育によって死生観が肯定的に変わること、そして教育以外にも死生観に影響する要因が宗教や性格型等にあることが明らかにされた。

それ以外に、臨床実習を通した死生観育成と共感性育成の効果（瀬川，原，2005），臨床実習から死を意識した実践的效果（早坂，2012; Munikumar, Michael, & Chun, 2015; 菅原，2017）などの報告もあり，臨床実習が実際の患者から全人的苦痛に向き合う経験をもたらした，これらの経験が看護観，死生観の育成に繋がると考えられることから，臨床実習の重要性が示唆された．また，講義から実習を通して死生観について意識的に教育内容に入れることで，学生の死生観が育つことが明らかにされた．それ以外に死のイメージ，という体験を振り返ることで，命の限界の認識，生命倫理への疑問など，幅広い疑問や学習意欲への意識の展開が，学生自身の生き方を見つめる契機に繋がり，死生観の意識の変化をもたらすことが示唆された．

3) 看護学生と看護学専攻以外の学生との死生観の比較

看護学生とそれ以外の学生との死生観の比較をした研究では，他専攻の一般大学生の死生観を比較した研究では，看護専攻の学生の方が他専攻の学生よりも死について考えたことが多く，共通して入院や死別を実際に経験した学生の方が経験のない学生よりも死の恐怖を感じていなかった（瀧川，田中，2012）．死のイメージでは，看護学専攻の学生の方が死を一般的な現象と受け止めているのに対し，一般大学生では看護学生に比べて「悲しい」，「寂しい」などの「感情表現」をしている学生が多かった（糸島，2005）．看護学生は他専攻の学生に比べ，「生」と「死」の場面に出会う機会や考える機会が多いことから，より影響が強いものと分析している．さらに糸島（2005）は，経験した時々を生じる感情を大切に，意識化させながら死生観を育ませ，自分自身の死をイメージできるような教育が必要であることを示唆している．

したがって，看護学専攻の学生は，他専攻の学生よりも死を一般的な現象ととらえ，死別，入院体験などから死への恐怖を感じる事が明らかとなったが，こうした学生の経験，死のイメージ，さらに生と死に接する機会や死について考える機会が，看護学生が他専攻の学生との死生観に違いをもたらす要因と考えられた．

4) 死生観の学年比較

看護学生の死生観に関する学年比較の先行研究は，死生観と他者意識（早坂，2012），死に対するイメージ（狩谷，渡檜丹，2011），看護学生の死生観（風岡，川守田，2006; 長崎，松岡，山下，2007; 石田ら，2007; 加藤，百瀬，2009），日韓看護学生の比較（田代，

永田，出田，安藤，2006），脳死の捉え方（月田，池田，藤井，2006），といった多くの先行研究が学年比較を通して報告されている．疾患や死に対する講義も進むことで，死と向き合う機会が多くなることから，学年比較は調査が容易であり，また学習効果が見えやすく教育場面に活かされることから学年比較調査が多い要因と思われる．また死に対する不安に1年次に多いといった学年差があるのも，身体的苦痛や漠然とした不安が死の概念の認識面の発達，すなわち心の準備を必要とするため差異が出たもの（長崎ら，2007）と思われる．

したがって，講義や臨床実習を通して，死や終末期ケアについて考える機会が育まれ，学年での比較からわかるように，死生観は学習や様々な経験，生と死を考える機会を与えられることによって死生観は変化するということがいえる．

3. 死生観尺度に関する研究

ここでは，これまで開発された死生観尺度がどのような内容に始まり，どのような特徴を備え死の心理を明らかにしようと開発されていたのか，海外と国内の視点から年代ごとに文献レビューを行う．

1) 海外で開発された死生観尺度の概観

1980年代以前は，死の捉え方を見ると20世紀の始めは，平均寿命は45年と言われており，死は病気，怪我，戦争などの後に生命の自然発生的に運命として受けとめられていた(Banjar, 2017)．その後1960年代始めには医療技術の進歩により救命救急医療と集中治療室(Intensive Care Unit 以下 ICU)や心肺蘇生(Cardio Pulmonary Resuscitation 以下 CPR)が行われるようになり，延命治療が可能となった(Kelly, Fong, Hirsch, & Nolan, 2014)．こうした死の捉え方と医療技術の関連から1970年代から主に死の心理に関する尺度の開発が見られ，欧米の心理学者 Templer(1970)が死の心理を測定するための尺度として Death anxiety scale (DAS)を開発した(Templer, 1970)．DASは「死の不安尺度」と訳され，15項目1次元性で，カテゴリー化はされず，死の不安構造を感情に焦点を当てて明らかにしている．その後，Spilka, Minton, Sizemore, and Stout (1977)らにより Death Perspective Scaleが開発され，死への態度が多次元的なものであるという見方に発展した．

1980年代になると，DAS(Templer, 1970)を複数の因子・要素からなるものとして，「死への不安」をより「個別化」されたものとして検討するようになり，Thorson and Powell(1988)

は因子分析を加えつつさらに用語の加除修正や改良を重ね、25 項目から構成される DAS(Templer, 1970)の改訂版、A Revised Death Anxiety Scale (RDAS) を作成した (Thorson & Powell, 1988) . 年齢、性差、危険なスポーツなどの行動志向と RDAS (Thorson & Powell, 1988)の関連で、医学生 of 学年ごとの変化なども分析した. この尺度は死に関する感情面だけではなく、受容、という行動や態度、認知も扱っており、棺やお墓に関して埋葬を想定した項目が挙げられているのも特徴と言える. さらに、Gesser, Wong, and Reker (1987-88)によって作成された Death Attitude Profile (DAP) が「死の恐怖」、「回避的受容」、「中立的受容」、「積極的受容」といった死への態度を多次的に異なる年齢層からとらえる側面を持つ尺度に発展した.

1990 年代には DAP (Gesser et al., 1987-88)にも改訂版が作成され、Wong, Reker, and Gesser (1994) が 32 項目で構成される Death Attitude Profile-Revised (DAP-R) を開発した. この尺度は「死の恐怖」以外にも「接近的受容」、「回避的受容」、「逃避的受容」といった死を怖れも歓迎もしないという幅広いとらえ方が特徴で、看護師の死の態度に関する研究にも活用されている (Michelle et al., 2008) .

さらに Frommelt (1991)により Frommelt Attitude Toward Care of the dying scale (FATCOD) が開発され、看護師の生や死についての考え方、態度を示す際の研究に使用され (Michelle et al., 2008) , その後看護師のみではなく医師やコメディカルなど、患者のケアに関わる全ての医療者が使用できるように日本語版尺度 (FATCOD-B-J) が翻訳され、活用の幅が広がった.

以上より、海外では死を自然発生的な捉え方から、医療の進歩に伴い死の心理を不安という一次元の側面の捉え方から、死を「受容」という多次元の捉え方に進化している. 死を理解する上で様々な捉え方の試みがなされていることが明らかとなった.

2) 国内で開発された死生観尺度

国内で開発された死生観尺度を、年代ごとにその発展してきた流れを概観し、死生観尺度を文献レビューする.

国内では、開発された死生観尺度の多くは 1990 年代に海外で開発された尺度を邦訳する、という形で開発されている. 金児 (1994) は Spilka et al. (1977)により開発された Death Perspective Scale を邦訳し、死に対する総体的態度構造 (死観 ; death perspective) を 43 項目、下位尺度は「浄福な来世」「家族との別離」「挫折」「苦しみと孤独」「勇気」「未

知」「無関心」「自然な終焉」の8因子から構成し開発している。そして先に挙げた Spilka et al. (1977) が開発した尺度を金児 (1994) は「浄福な来世」と「勇気」は肯定的死観、その肯定的死観は内発的宗教と結びつき、その他は否定的死観ととらえ、否定的死観は外発的宗教と関連し、日本人の宗教性に注目している。その上項目分析により「自然な終焉」を削除、6因子31項目を選択し、宗教性を多次元的なものとする見方と同様に、宗教が死の不安を和らげるか否かについて、死に対する態度も人生の試練、虚無、別離などから把握しようとしているのが特徴である。さらに金児 (1994) はこの尺度と DAS (Templer, 1970) を用いて、親子の死生観を測定することを試みて、死に対する態度も多次元的なものとして把握しようとする方向に、この尺度の意味を見出している。Gesser et al. (1987-88) によって作成された Death Attitude Profile (DAP) は、「死に対する態度尺度」(河合, 下仲, 中里, 1996) として邦訳されている。この尺度は死の受容という観点から、死に対する態度を測定しようとしている。金児 (1994) の邦訳した「死観尺度」と、河合ら (1996) が邦訳した「死に対する態度尺度」に見られるように、死の恐怖は前提としてある上で、両者に共通する死に対する「態度」が死を捉えるには重要と捉えている。国内だけではなく、海外においても死を態度という観点からあらゆる方法で死を捉えており、死生観を定義する上で注目すべき概念と言える。

さらに Frommelt (1991) により開発された Frommelt Attitude Toward Care of the dying scale (FATCOD) を患者のケアに関わる全ての医療者が使用できるように FATCOD-Form B-J と改訂され、中井ら (2006) によりターミナルケア態度尺度日本語版が作成された。本尺度を用いて看護師の死生観の調査を行い、カンファレンスや抄読会などの学習経験が死生観を養い、より良い看取りの為に死生観の必要性として広く活用されるようになった(植田ら, 2010; 菅原, 三橋, 佐々木, 石橋, 2015)。

丹下 (1999) は「青年期における死に対する態度尺度」を開発し、特に青年期に限定して、「死に対する態度」を多面的な視点からとらえ直している。「死に対する恐怖」、「生を全うさせる意志」、「人生に対し対して死が持つ意味」、「死の軽視」、「死後の生活の存在への信念」、「身体と精神の死」の6つを下位尺度として構成している。そこで丹下 (1999) は、研究においてあくまでも主体となる本人が自己の死もしくは一般的な死に対して抱いている態度に主眼を据え、他者の死を想定する場合はそれ自体に対する焦点づけではなく、他者の死によって主体者側に喚起される反応を扱うといった、誰にとっての

死かを明確にする必要性を述べている点に本尺度の特徴がある。だが本尺度は対象を一般大学生で開発され、一般成人や患者を対象に死を捉えるには限界がある。

2000 年以降は、Death Attitude Profile-revised (DAP-R)(Wong et al., 1994)を参考に開発された Death Attitude Inventory (DAI) 「死生観尺度」(平井ら, 2000)がある。死生観には文化的要因が大きく関係していると考えられ、日本独自の死生観尺度をより簡便な形で開発されている。7 因子 27 項目から構成され、下位尺度は「死後の世界観」, 「死への恐怖・不安」, 「解放としての死」, 「死からの回避」, 「人生における目的意識」, 「死への関心」, 「寿命観」の 7 因子である。しかし心理学の学生を対象とした尺度開発のため、青年期の視点での死生観、という限局的な視点の面がある。この尺度は「死への恐怖・不安」という否定的側面だけではなく、「人生における目的意識」などの肯定的側面も含み、特に日本人の死生観を多次元的に捉えようとしていることから、医療現場で看護師の死生観調査やその影響要因を明らかにする目的や、実態調査などの縦断的研究で広く活用されている(植田ら, 2010; 吉岡, 2011; 根立, 中村, 2014)。

看護師を対象に開発された尺度では、「看護師の死生観尺度」(岡本, 石井, 2005), 「看護師のスピリチュアルケア測定尺度」(江口, 落合, 塚原, 上野, 2011), 「終末期患者支援認知行動尺度」(佐藤, 皆川, 福士, 2012)などがある。なかでも看護師の死生観尺度は、死生観を「死と生にまつわる価値や目的などに関する考え方で、感情や信念を含む、行動への準備体制」と定義し、「死の不安」, 「死後の世界」, 「身体と精神の死」, 「死の準備教育」, 「遺体への想い」, 「人生の終焉」の 6 つの下位因子を抽出している。看護師の死生観を尺度化した研究は唯一この研究だけであった。しかしながら、7 名の看護師の自由記述を元に質問項目を抽出しており、項目選定上課題が残っている。

その他には、先に挙げた「青年期における死の態度尺度」(丹下, 1999), 「終末期がん患者の家族支援に焦点を当てた看取りケア尺度」(吉岡, 小笠原, 中橋, 伊藤, 池内, 河内, 2009), 「壮年期女性の死生観尺度」(植田, 2010), 「中高年者に適応可能な死に対する態度尺度(ATDS-A)」(丹下, 西田, 富田, 安藤, 下方, 2013)など、死にゆく過程の質を評価するなど様々な側面から死の心理をとらえようとする尺度が開発されている。

以上から、海外、国内と死生観尺度に関する研究を見てきたが、一次元的な死の不安のとらえ方から態度、さらには死を肯定的に捉え受容という視点など、多次元的に死を捉えるよう発展されていることが理解された。

しかしながら、多くはアメリカを中心とした西欧文化圏で開発されており、さらに日本語の「死生観」の用語に相当するものが英語には存在しない。そのため、「death and dying」, 「life and death」, 「thanatology」などで死生観が表現されており、日本人にとって捉える生と死の考え、意味合いとはやや異なる。そのため、言葉の持つ意味や日本とその文化的相違が大きいと思われることから、日本人の死生観が捉えられるかは海外の尺度から見出すには困難であり、日本独自の視点で行う必要があると考えた。

したがって、看護師の死生観を明らかにする上で、文化的背景や、その時々時代の背景なども考慮すべきといえる。しかしこれらの先行研究からは、看護師の死生観を、日本文化を反映させた概念分析から抽出した研究は見当たらなかった。

4. 文献レビューに基づく一般成人と看護師の死生観の比較

一般に、人々には死生観があるという前提として、「一般成人」, 「大学生」, 「看護師」が死をどのように捉えているのかを明らかにするために、文献レビューし、第1回エンドオブライフケア学会にて学会発表した(永山ら, 2017)。

検索方法は、1994年～2014年の期間で、医学中央雑誌 Web 版を使用した。キーワードは「死生観尺度」, 「看護」とし、絞り込み条件として「原著論文」とした。その結果、75件抽出された。「選択基準」は「死に対する主観的態度」, 「考え方」, 「信念」が記述され、信頼性、妥当性が確認されているものとした。除外基準は「直接、死に関与しない尺度」とし、重複文献や、小児、母性領域の文献も除外し8件が抽出された。さらに、研究者と話し合い、必要と思われる死生観に関する文献4件を追加し、分析対象は12件となった。

尺度の対象者によって分類を行った結果、全体の下位尺度に共通したものには、「死の恐怖や不安」, 「人生に対して死が持つ意味」, 「死後の世界観」などであった。【一般成人】を対象にしたものが5件、下位尺度は4～7因子で、「受容」, 「人生における目的意識」, 「開放としての死」, 「生を全うさせる意志」などから構成されていた。次に【大学生】を対象にしたものが3件、下位尺度は6～7因子で、「挫折と別離」, 「苦しみと孤独」, 「人生の試練」, 「未知」, 「虚無」, 「死の軽視尺度」などから構成されていた。最後に【看護師】対象にしたものが4件、下位尺度は2～6因子で、「死の準備教育」, 「遺体への想い」, 「死にゆく患者へのケアの前向きさ」, 「患者・家族を中心とするケアの認識」, 「霊的アプローチ」, 「患者主体援助」などから構成されていた。

一般成人や大学生の死生観尺度の上位因子に、「死への恐怖と不安」が挙がっていたことは、この因子は死生観尺度の重要な構成概念と考えられる。また、12件中8件に、「死への恐怖と不安」が挙げられており、死を身近にとらえているところに焦点が当てられていることが考えられる。一般成人の死生観には、「人生に対して死が持つ意味」といった、具体的な内容で死生観をとらえていた。大学生の死生観には、「死後の世界」、「人生の意味」などが挙がっており、これから人生を設計する時期であるため、設計通りに人生が歩めないといった負のイメージとして青年期の死に対する考え方が発達的特徴に反映された尺度と思われた。これらは風岡、伊藤（2008）の「死を前に、自分はどうしたら良いか」という不安を抱え、この年代の学生が持つ一番多い死生観である」という見解と一致する。一方看護師では、下位尺度を見ると、「死の準備教育」、「遺体への想い」、「霊的アプローチ」という言葉が存在し、「終末期ケア」が中心であった。看護師は、患者が死を受け入れることが出来るようケアを考慮された、人の死を看取る側の死生観（風岡、伊藤、2008）といった自身の死に対する態度を重視していることが、示唆された。よって、一般成人の死生観では死の恐怖が中心となっていた。大学生に於いては、死の恐怖と青年期の発達的特徴が加えられていた。看護師では、死を看取る側の死生観が反映され、それぞれ特徴的な差異が見られた。

以上より、「一般成人」、「大学生」、「看護師」それぞれの死生観をそれぞれ異なる立場の対象から開発された死生観尺度を用いて、その下位尺度から差異が明らかとなった。そこで、死というものを捉える中で、年齢（発達段階）や社会背景、さらには患者をケアするという看護師独自の職種という中からもその違いがあることが明らかとなった。したがって、看護師にとっての死生観の概念を明らかにすることは、EOLCを行う上で重要と考えた。

第III章 研究目的

本研究の主たる目的は、看護師の死生観尺度を開発し、看護師の死生観の構成要素を明らかにすることである。

具体的には、以下の通りである。

1. 看護師の死生観に関する質的研究のシステマティックレビューと Rodgers の概念分析により、死生観を意味するものを、「属性」の観点から抽出すると同時に、形成される先行条件としての「先行要件」、形成された死生観がどのような成果をもたらすのかという観点から「帰結」を明らかにする。
2. 看護師の死生観を測定する尺度を開発する。
3. 2. で開発した尺度の信頼性と妥当性の検証と、本尺度の特徴を明らかにすることを本研究の目的とした。

第IV章 本研究の理論的背景に基づく概念枠組み

1. 本研究の理論的背景

概念分析は 1960 年代の看護理論の開発に伴い、欧米を中心に探求が進められ、看護の理論化や研究枠組みを作成するために開発されている（上村，本田，2006）。概念分析の先行文献を見ると、2014 年時点で Beth L. Rodgers（以下，Rodgers）のアプローチの手法が日本の看護領域における概念分析の約 7 割を占めるなど、この手法は概念を解き明かすのに有用であるとされた（濱田，2017）。

ここで、Rodgers の考える概念分析の開発の経緯を以下に示す（Rodgers, 1989）。

- 1) 1970 年代初頭より概念分析は増加しているにも関わらず、知識の明確化は明らかにされていない状況にある。
- 2) これまでに分析された結果、これまでの看護界では知識がばらばらであった。
- 3) そこで、概念を明確にしないと看護科学は発展しないとされた。
- 4) そのため、概念分析は必要であり、革新的なサイクルの方法に焦点を当てようとした。
- 5) その結果、分析結果を解釈する枠組みとして、「先行要件」、「属性」、「帰結」の 3 つのプロセスに注目することで、概念が明確になると示唆した。

本研究では、概念分析の手法を上記の Rodgers (2000) の概念分析のアプローチ法を用いる。Rodgers & Knafl は、2000 年に出版した「Concept Analysis: An Evolutionary View」の中で、その手法を明らかにしている。

概念は、文脈や一般的な使われ方の側面に注意を払いながら明らかにし開発されるものであり、時間の経過の中で使われ、時代や状況に応じて変化し、適用、再評価、洗練され、とすることから、革新的な視点とも表現されている (Rodgers, 2000)。Rodgers (2000) の概念分析における哲学的基盤は、その概念は時間や状況の変化に伴う概念の変化に着目し、関連する概念と比較、対照することで概念の特性を明らかにしようとする属性理論である。つまり、概念は曖昧で明確なものではなく、動的で文脈に依存しており、医学の進歩や社会構造の変化などに合わせて概念の意味を理解していく。そこで Rodgers(2000)は、概念開発プロセスの中で、重要性 (significance)、活用 (use)、そして概念を実際使用してみた適用 (application) この 3 つの異なる側面を含めると概念開発サイクルを時間と共に表している。Rodgers(2000)の概念分析の方法は、1)関心のある概念の明確化、2)文献検索の対象と領域の選定、3)抽出された文献から概念の属性や先行要件、帰結に関する情報の収集と分析、4)典型例の提示、5)今後の示唆を得る、である。

Rodgers(2000)は、先行要件(Antecedents)、属性(Attributes)、帰結(Consequences)を以下の通りに定義している。

「先行要件」とは、調査に用いられたすべての文献において、同定する概念に先行する主なものを明らかにすること、すなわち概念に先立って生じる要件としている。

「属性」とは、(分析しようとする)概念の属性を同定することは、その概念の意味すること、すなわち概念分析を達成することと本質的に同値である。(ここで同定される)概念の属性が、概念の真の定義となる。(このように定義づけることは)名づけの問題や辞書上の定義、すなわち単なる同義語での言い換えとは対極にある。我々は、関心対象である概念に含まれる、言い換えれば、その概念で適切に表現できる「状況」(観察事実) 'situation' を、一群の「属性」 'a cluster of attributes' を用いて同定するとしている。

「帰結」とは、分析によって同定された概念が、さらなる研究の方向性を提供するものである。得られた結果は、同定する概念の過程を経て、進行を評価する潜在的な用途に加え、再考と同定した概念の評価の基礎を提供する。すなわち、その概念の結果に引き続いて、どのようなことが生じるのかを明らかにするものを、一連の流れとしている。

Rodgers(2000)は、属性こそが同定される概念そのものとしていることから、「属性」に先立つものとして「先行要件」があり、そして「属性」から「帰結」が明らかにされること、一連の流れの中から概念を捉えている。なお分析対象となる文献数は、対象文献を母集団とした時 20%程度を収集分析することで、概念の性質を明確にしている。しかし、概念に曖昧さや、多様性が認められる場合にはより多くの文献を必要とし、そして看護や医療の中で馴染みのある概念を分析する際には、一般的な文献を含めることが重要であると述べている (Rodgers, 2000)。

2. 本研究の概念枠組み (図 1 参照)

本研究の概念枠組みとして、Rodgers の概念分析理論を理論的背景とした。それを基に、概念枠組みを下記の図のように作成した (図 1 参照)。

Rodgers の概念分析理論は、概念は時間と状況に応じて変化する発展的なもの、という考えに基づき、言葉の性質や使用方法に焦点を当て、その概念が持つ特徴を明らかにしようとする哲学的基盤を理論的背景としている。本研究では、「先行要件」、「属性」、「帰結」の観点から概念を取り出す「革新的手法」に基づいて、これらの流れを本研究の概念枠組みとした。

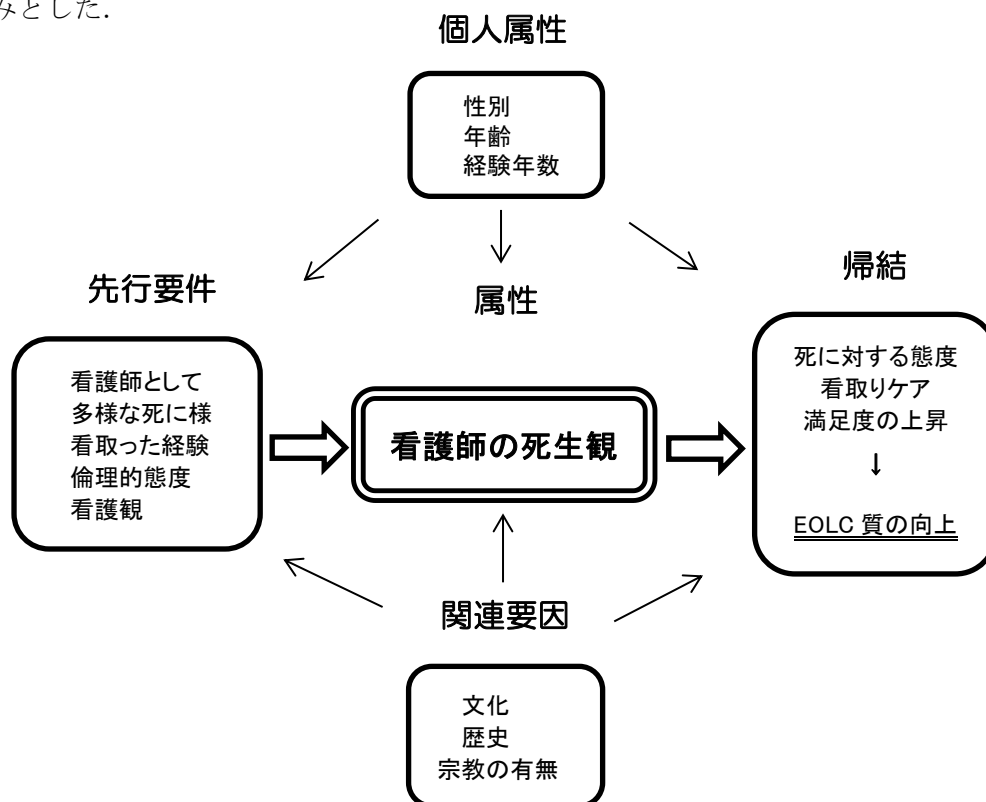


図 1 Rodgers(2000)の概念分析に基づく本研究の概念枠組み (仮説)

先ず、看護師の死生観が何であるか（属性）を明らかにする前に、文献から看護師の死生観に影響する因子を特定した。その結果、影響因子には、個人属性と関連要因に分類することができた。個人属性として性別（久山, 吉岡, 2014; 岡本, 兼行, 2014; 瀧川, 2014）, 年齢（岡本, 石井, 2005; 吉田ら, 2009; 後藤ら, 2014; 岡本, 兼行, 2014; 横尾, 大町, 2014）, 経験年数（吉田ら, 2009; 植田ら, 2010; 志田, 2011; 石坂, 2015)があった。関連要因として文化（中川, 2012; 大川, 2016）, 寿命（平井ら, 2000; Alfons, 2012）, 宗教の有無（金児, 1997; Braun et al., 2010）があった。

次に死生観の「先行要件」を文献より明らかにする。Rodgers（2000）は「先行要件」とは、「属性」に先立ってどのようなことが起こっているのかを見出すものであると述べている。そのため、文献より死生観に先立ってどのようなことが起こっているかを抽出したところ、「看護師として多様な死に様を看取った経験（梅野, 2004）」「倫理的態度（平山, 上條, 岩月, 2015）」「看護観（為家, 西田, 2014; 熊本, 2016）」が「先行要件」として抽出された。

最後に、文献より「帰結」を明らかにする。Rodgers（2000）は「帰結」とは、「属性」に引き続いてどのようなことが生じているかを見出すことであると述べている。そのため、文献より、死生観に引き続きいてどのようなことが生じているかを抽出したところ、死に対する態度看取りケア満足度（阿部, 2013; 久山, 吉岡, 2013; 村田, 2013）が抽出された。

Rodgers(2000)は、「先行要件」, 「属性」, 「帰結」と言った観点の流れで概念を捉えているが、図1に示したように、看護師の死生観に関しては、最初に挙げるのは「先行要件」の「看護師として多様な死に様, 看取った経験」, 「倫理的態度」, 「看護観」, 次に個人属性「性別」, 「年齢」, 「経験年数」, そして関連要因として「文化」, 「寿命」, 「宗教の有無」などが影響しているであろうと仮説している。一部抽出された概念の関連は、個人属性「性別」, 「年齢」, 「経験年数」は看護師の死生観といった「属性」だけに影響するというよりは「看護師として多様な死に様」や「看護師として看取った経験」, これらから「倫理的態度」や「看護観」が構築されていくと考え、「先行要件」にも一連の流れの中で看護師の死生観に影響を及ぼすのではないかと考えた。研究者個人の意見としては、看護師として多様な死に様や看取った経験などから倫理的態度は生まれるものと考え、それらの経験を基に死生観は構築され、ケアの質に大きく影響を及ぼす因子であるとする。よって個人属性は「死に対する看取りケア」そのケアの「満足度を上昇」させ、

さらにはEOLCの質を向上させるものに貢献すると考え、「帰結」にも影響及ぼすと考えた。

関連要因では、日本人として培った「文化」、超高齢社会に突入しているわが国の「寿命」の捉え方、考え方、そして「宗教の有無」が看護師としての死生観を構成する上で影響ともたらすと考え「先行要件」、さらに「帰結」にも影響を及ぼすと考え、それらに影響を与える方向に矢印を記したものを本研究の概念枠組みとして図示した。しかし、これらの先行要件、個人属性、関連要因はそれぞれの文献の結果から述べられ仮説として概念枠組みを示したものであり、これらの要因がどの程度「看護師の死生観」に影響しているかは明確になっていない。これらの要因のなかで、死生観に大きく影響する要因が明らかになれば、看護師の死生観に介入することができ、看取りケアの質を向上することができると考えられる。

そこで、本研究において死生観の定義を捉えるに当たり、死生観を捉える上の前提条件として、

- 1) 死に対する信念であること、
- 2) 死に対する態度であること、
- 3) 死に対する経験知であること、と考えている。

さらに、死生観の存在はEOLCにおいて、

- 1) 意思決定支援（advanced care planning; ACP）に関係するだろう、
- 2) 患者、家族との関わりが変わるだろう、
- 3) Death & Dyingの質に影響するであろう、と捉えている。

3. 本研究における用語の操作的定義

本研究で用いる用語を以下のように定義する。

- 1) 看護師の死生観とは、「その人の生と死に対するものの見方・考え方」と定義する。
- 2) 属性とは、看護師の死生観の意味すること。その概念がどのように捉えているのかを見出すものとする。なお、概念分析において抽出された属性をカテゴリー名とする。
- 3) 先行要件とは、看護師の死生観に先立ってどのようなことが起こっているのか見出すものとする。
- 4) 帰結とは、死生観が看護師の内面で形成されることにより、看護師にもたらされる変化とする。

第V章 研究の新規性・独創性・社会的価値・研究の意義

1. 新規性

本研究の新規性は、その死生観の構成要素を Rodgers(2000)の「先行要件」，「属性」，「帰結」の「革新的手法」の観点から抽出し，明らかにする点である．看護師の死生観が持つ特徴を，死生観に先立って何が起こるのか，その結果に引き続いてどのようなことが生じているのか，概念が使用される文脈に目を向ける点である．概念はダイナミックに変化するものであり，境界が曖昧で，文脈依存するものであるという概念に関する哲学的基盤に基づいた，個性記述的な一般化を導き出すことが可能と考える Rodgers(2000)のアプローチ手法を基に概念分析を行う点に，新規性があると考ええる．

2. 独創性

本尺度は Rodgers の概念分析を理論的背景とした質的研究と，質問紙調査を中軸とした量的研究のプロセスから開発され，質的観点，量的観点双方の視点から死生観の構成要素を明らかにしたところに，独創性があると考ええる．

3. 社会的価値

また本研究では，看護師の死生観を，上記の観点から構成要素を明らかにして，個人属性の視点，そして要因分析の比較などから，その特徴を明らかにする点に社会的価値があると考ええる．

4. 研究の意義

最後に本研究の意義として，死生観の構成要素を明らかにし，抽出された構成要素から看護師の死生観尺度の特徴を明らかにする点である．また因子分析で構成要素の妥当性が支持されれば，抽出された構成要素が死生観の測定概念として説明が可能となることから，学術的価値が期待される．看護師自身の死生観を，本尺度を用いて自己評価し，その結果が EOLC に反映されるならば，EOLC を高めることが期待されることから臨床的意義があると考ええる．

第Ⅵ章 本研究の研究プロセス（図 2 参照）

本研究では，以下の 5 つの研究を段階的に進めていく．

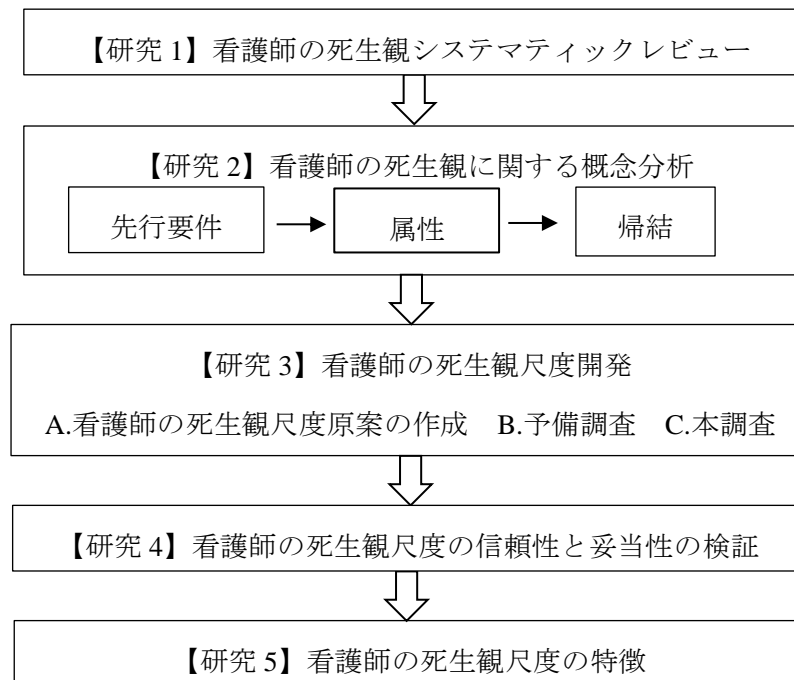


図 2 本研究の研究プロセス

【研究 1】では，看護師を対象とした質的研究の文献を用いて，Greenhalgh(1997)の検索方法に基づいてシステマティックレビューを行い，概念分析を行う為の文献を抽出する．

【研究 2】では，事前に作成した「概念分析シート」（【研究 2】資料 1. 概念分析シート参照）に，抽出した文献から Rodgers(2000)の概念分析の手法を用いてそれぞれ該当項目内容を，「先行要件」，「属性」，「帰結」の観点から抽出する．

【研究 3】では，まず A として，【研究 2】の概念分析で抽出された属性のサブカテゴリーを用いて，質問項目を生成するための看護師の死生観尺度原案の作成を行う．次に B として，A で作成された尺度原案をもとに予備調査を実施する．さらに B の結果を元に，C では本調査を実施し，その結果から看護師の死生観尺度の開発を行う．

【研究 4】では，【研究 3】で開発された看護師を対象とした尺度の信頼性と妥当性の検証を行う．

【研究 5】では，開発された尺度における看護師の個人属性などの観点から，看護師の死生観尺度の特徴を明らかにする．

第Ⅶ章

【研究 1】看護師の死生観に関する質的研究のシステマティックレビュー

1. 研究目的

一般病院に勤務する看護師の死生観の概念を明らかにするために、死生観を構成する要素を示す質的文献を、システマティックレビューを用いて明らかにする。

2. 研究方法

1) 研究デザイン

本研究は、質的帰納的研究デザインである。

2) 質的研究のシステマティックレビュー

Greenhalgh(1997)の検索方法に基づいて行った。Dixon-Woods et al. (2006)の手法に基づいて文献の質評価を行い、対象文献を抽出し、これらのシステマティックレビューの過程を図式化した（図 3 参照）。

（1）研究疑問

JBI（2014）が開発した、PICO（Population: 対象とする人々, the phenomena of Interest: 対象とする現象, and the Context: 対象とする背景, 文脈）に沿って、本研究では、「EOLC に携わった経験のある看護師は、患者との関わりを通して、生や死に対してどのような考え方やものの見方を持っているのだろうか」とした。

（2）文献検索

検索は、PubMed, CINAHL, CiNii, 医中誌 Web 版の医療系データベースを使用した。その他、引用文献からのハンドサーチを加えた。

（3）選択基準

「質的研究」, 「終末期」, 「看護師の死生観に関連した文献」, 「タイトル, キーワードに死生観を含むもの」を選択基準とした。発行年月は 1998 年 1 月～2018 年 11 月とした。死生観に関する研究動向が 2002 年頃から増加傾向にある（村田, 2013）との報告があり、死の捉え方は時代と共に変化することから、20 年間とした。

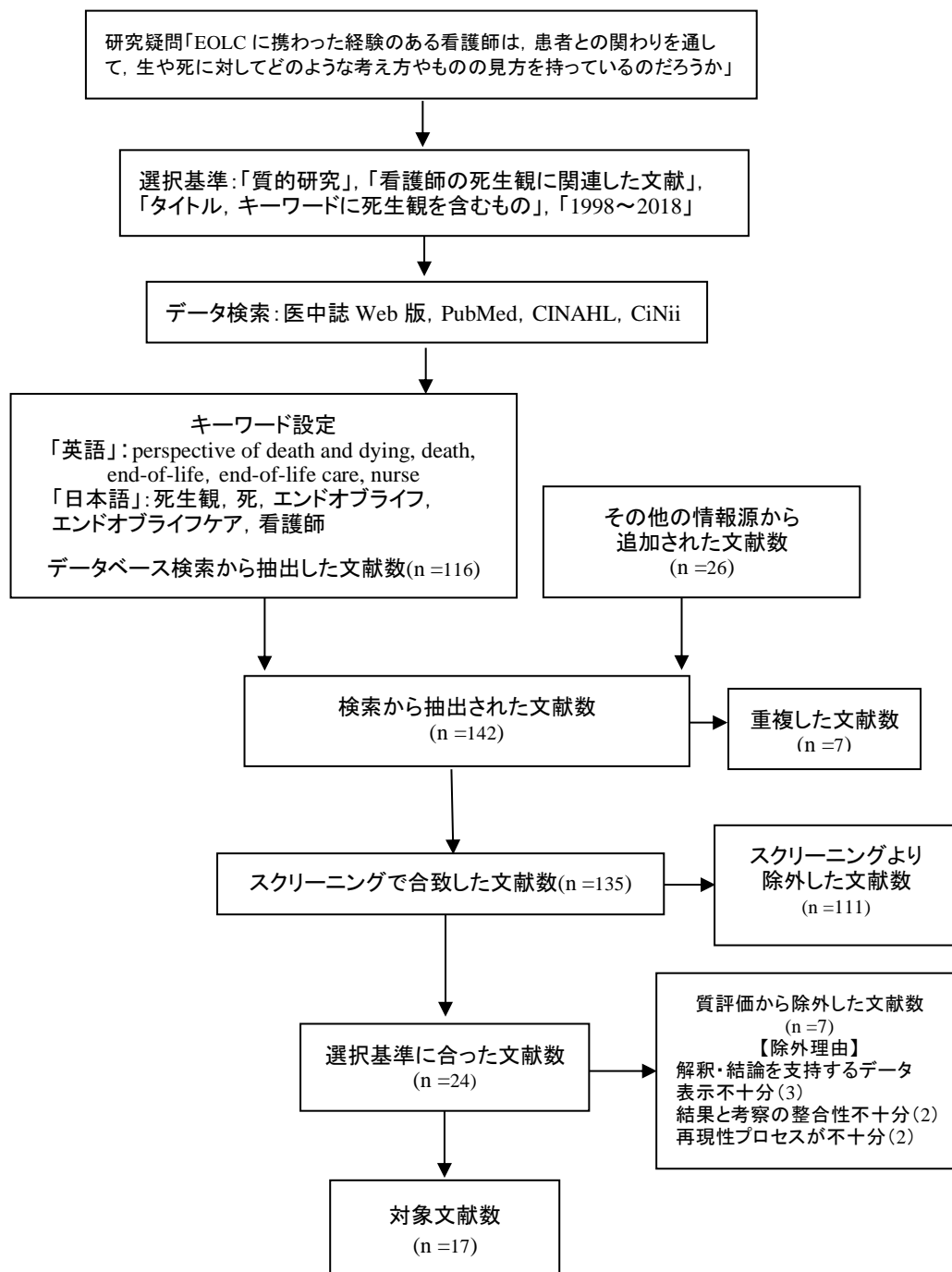


図3 看護師の死生観に関する質的研究システマティックレビューフローダイアグラム

Note. Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, and The PRISMA Group (2009). 「Flow of information through the different phases of a systematic review」を参考に筆者が作成.

表 1 看護師の死生観に関する質的研究のレビューマトリックス

著者 発行年	研究目的	研究 対象者	分析方法	死生観に関する結果
1 吉田 (1999)	ホスピスでの看護師が死にゆく患者及びその死にどのように対応し、どのような「死」観が関与しているかの明確化	看護婦14名	逐語録のカテゴリ化	望ましい死は、【身体的症状がコントロールされた死の過程/穏やかな死に際】【死までの過程を有意義に過ごした死】【家族が納得する死】【臨終時に家族に見守られた死】であった。良い看とりは看護実践の指針となっていた。
2 野戸ら (2002)	臨床看護師の看護観とケア行動およびその発展過程と影響要因の明確化	ジェネラリスト22名	因子探索型 内容分析	看護師は、死は身近で避けられない、親しい人や自分の生き方・死に方について考える機会、という看護観を持ち、死生観を十分明確化しているとは言い難かった。今後事例検討、書籍、病気体験者の話を聞く機会を設定する。
3 梅野 (2004)	看護師が死に近く患者をどのように捉え、経験や体験が関与し、「死生観」に影響しているのか要因の明確化	看護師4名	現象学的分析	看護師のこれまでの看取り経験など、根底にもつ生きる意味、価値観などが死生観に影響を及ぼしていた。
4 水島ら (2005)	在宅高齢者のターミナルケアのあり方を考察	講演と討議 内容の逐語録	逐語録のカテゴリ化	ターミナルケアのあり方において、【家族での看取りの尊重】【見守り】【苦痛の軽減】【余命予測と告知】【看取りについての意思確認】【看取りの体制整備】【グリーフケア】などが挙げられた。
5 名越ら (2005)	一般病院で働く看護師が終末期がん患者との看護体験をどのように意味づけ、その構成要素の明確化	看護師28名	因子探索型 内容分析	看護師の体験の意味づけは、【死生観の深化】【家族の看取りの支援】【平和な死への援助】【職業的アイデンティティの育成】【看護師役割からの忌避】から構成されていた。
6 高山ら (2005)	介護老人福祉施設長期入所者へのEOLCにおいて、看護師が行う看護の実際と特徴の明確化	看護師4名	逐語録のカテゴリ化	看護師は、家族に後悔のない最期にしたいといった死生観に基づいた願いが、家族への気遣い、看取りの支援といった看護行為に繋がっていた。
7 浅見 (2006)	「在宅における終末期患者の死生観とスピリチュアルペインの実態」から、死生観の実態調査結果及び結果の宗教学的考察	訪問看護師21名	逐語録のカテゴリ化	死生観は【死や死後世界についての考え】【いのちや生についての考え】が抽出された。信仰に篤い土地柄の極楽への期待感、「枕経」などの伝統的な宗教的死生観が、安らかな死と看取りに繋がることが示唆された。
8 Hirai et al. (2006)	To identify the components of a Japanese "good death" through qualitative interviews with cancer patients, their families, physicians, and nurses.	20 nurses (patients, their families, physicians)	content analysis and categorization	The attribute "Completion of life" showed a higher frequency in the physicians and nurses' responses than patients' and families' responses, whereas in the other attributes, the opposite results were obtained. Therefore, it should be recognized that there is a gap between patients and nurses.
9 志田ら (2006)	日本の看護における、スピリチュアルケアの定義、死生観との関連性、実践内容の明確化	文献75編 (1995年～2005年)	文献検討	死生観は、死観・生命観・死後観・肉体観・霊魂観などが複合的に構成され、死生観はスピリチュアルペインの構成要素の1つでもあった。看護師の死生観は、患者が生きる意味を問い直す、スピリチュアルなニーズを表出した時に必要であった。
10 小野ら (2007)	在宅高齢者を看取る家族を支援した訪問看護師の看護観の探索、記述化	訪問看護師8名	逐語録のカテゴリ化	訪問看護師の看護観は、【人として家族に寄り添いともにある関係性を育む】【家族により近づく親近感と訪問看護師としてあることの調和をとる】ことが、家族との関係性から抽出された。
11 深澤ら (2011)	看取り経験の職員の思いを明らかにし、施設での看取りを検討する基礎資料を得る	看護師3名、介護士3名	逐語録のカテゴリ化	看護師は、介護士とは異なる職種としての観察や判断が(看取りに携わる重い責任)として抽出された。身近な人の死の遭遇などが契機となり、死生観が変化し死を身近に感じ、死と生への価値観の変化が明らかとなった。
12 志田ら (2011)	看護師の死生観形成過程と形成に影響する要因、関連性の明確化	看護師6名	修正版グラウンデッド・アプローチ	死生観は【死の認識】【死への自己覚醒】【死の意味の模索】【自己の生と死の探求】【患者の生の苦悩の直視】【宗教による救い】があり、個人的体験と職業的体験が相互に関連していた。
13 林 (2014)	看護師が患者の死の意味づけ、捉えから、死生観形成や働きへの影響要因の明確化	看護師5名	逐語録の質的帰納的分析	臨床経験、自身の闘病経験などから死のもたらす意味は、状況や立場の違いにより様々な捉え方があり、視野の拡がりを実感しそれが死生観形成に影響を及ぼしていた。
14 為家ら (2014)	高齢者施設と一般病院において終末期ケアの経験がある看護師の死生観の明確化	看護師4名	質的帰納的分析	死生観は、【医療の力を量る】【生きた証を護る】【経験の蓄積】【安心できる環境】【看おくる人と看おられる人】が抽出された。
15 熊本 (2016)	看護師がどのような死生観を持ち、終末期ケアを行っているかの明確化	文献13編 (2005年～2015年)	記述内容からのカテゴリ化	死は「人間の自然な姿」という死生観の一方で、「死への不安・恐怖」も感じていた。ケアの視点では、高齢者を尊重、見守り、環境配慮などが挙げられた。
16 生田ら (2016)	死期が迫った患者の心理面への看護の実際の特徴とそれを支える要因の記述	看護師3名	逐語録のカテゴリ化	【看護師として、その人の生活を変えてしまふかもしれないという責任を持つこと】【症状マネジメントの知識や経験を増やすこと】【死生観、人生観を身に付ける】ことが、死生観に必要な要因として挙げられた。
17 菅ら (2016)	看護師の死生観に影響を及ぼす臨床場面と、それに関連した死生観や看護実践の変化についての看護師の認識の明確化	看護師15名	逐語録の質的分析	死生観に影響を及ぼす臨床場面は、患者の死に関わる直接的な看護経験、他の看護師や医師などの患者や家族への関わり方を知る経験が抽出された。その結果、死や生の意味が確かなものへと認識の変化が示された。

表2 抽出された文献リスト

番号	著者	発行年	タイトル	雑誌名	頁
1	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
2	野戸結花, 三上れつ, 小松万喜子	2002	終末期ケアにおける臨床看護師の看護観とケア行動に関する研究	日本がん看護学会誌	16(1), 28-38
3	梅野奈美	2004	臨床経験10年以上の看護師が語る死生観	神奈川県立保健福祉大学実践教育センター 看護教育研究集録	29, 9-16
4	水島ゆかり, 浅見洋, 金川克子, 天津栄子, 多田博生, 作宮洋子	2005	在宅高齢者へのターミナルケアのあり方「死生観とケア」公開研究会を通して	石川看護雑誌	2, 7-14
5	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
6	高山直子, 三重野英子	2005	介護老人福祉施設の看護師が行うEnd-of-Life Careの実践	老年看護学	10(1), 62-68
7	浅見洋	2006	在宅における終末期高齢者が表出した死生観とその宗教学的考察-訪問看護師への聞き取り調査を通して-	宗教研究	80(2), 479-504
8	Kei Hirai, Mitsunori Miyashita, Tatsuya Morita, Makiko Sanjo, & Yosuke Uchitomi	2006	Good Death in Japanese Cancer Care: A Qualitative Study	Journal of Pain and Symptom Management	31(2), 140-147
9	志田久美子, 渡辺岸子	2006	日本の看護におけるスピリチュアルケアと看護師の死生観についての文献研究	新大医保健紀要	8(2), 95-107
10	小野若菜子, 麻原きよみ	2007	在宅高齢者を看取る家族を支援した訪問看護師の看護観	日本看護科学会誌	27(2), 34-42
11	深澤圭子, 高岡哲子	2011	福祉施設における終末期高齢者の看取りに関する職員の思い	北海道文教大学研究紀要	35, 49-56
12	志田久美子	2011	緩和ケア病棟に勤務する看護師の死生観形成過程	臨床死生学	15(1), 1-10
13	林祐子	2014	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-	東洋英和大学院紀要	10, 79-94
14	為家浩己, 西田佳世	2014	高齢者介護施設と一般病院において終末期ケアの経験がある看護師の死生観	Hospice and Home Care	22(3), 291-300
15	熊本まや子	2016	高齢者の終末期ケアにおける看護師の死生観に関する文献検討	埼玉医科大学看護学科紀要	9(1), 47-54
16	生田奈穂, 畑野相子, 藁原文子	2016	死期が迫った患者の心理面への看護の特徴とそれを支える要因-緩和ケア認定看護師の語りの分析-	滋賀医科大学看護学ジャーナル	14(1), 29-35
17	菅裕香, 小松万喜子	2016	看護師の死生観に影響を及ぼす臨床場面と看護実践の変化	死の臨床	39(1), 159-165

(4) キーワード設定

「英語」：perspective of death and dying, death, end-of-life, end-of-life care, nurse

「日本語」：死生観，死，エンドオブライフ，エンドオブライフケア，看護師

(5) 除外基準

除外基準は，「量的研究」，「学会抄録や会議録」，「対象が看護職員以外」，「看護師の死生観に関連しない文献」，「日本語と英語以外の言語のもの」とした。

(6) 文献の質評価

Dixon-Woods et al. (2006)の方法に基づいて，文献の質評価を行った．研究目的の明確性，再現性を示す研究プロセスの緻密性，解釈や結果を支持する十分なデータの表示，分析方法における4項目から文献の質評価を行い，候補となった文献の研究目的，研究対象者，分析方法，死生観に関する結果の視点からまとめレビューマトリックスを作成し，文献を抽出した（表1参照）．

3. 結果

1) 論文抽出プロセス

(1) 質的研究のシステマティックレビュー

キーワードとして死生観，死，エンドオブライフ，エンドオブライフケアを，[and]で看護師をつないだ．「死生観」（6，416件），「エンドオブライフケア」（3，009件），「エンドオブライフ」（103件）を特定した．その後絞り込み条件として「原著論文」，「本文あり」とした．

データベース検索により抽出した文献は，116件であった．その他の情報源として，ハンドサーチ14件，引用リスト12件の計26件を追加した．重複文献7件を除外し，スクリーニングで合致した文献は135件となった．スクリーニングで除外した文献は，対象が看護学生43件，学会抄録30件，終末期ケアの職業的ストレス，看護の役割，遺族ケアに関する研究などタイトルに関連のないもの21件，医師や薬剤師，介護福祉士といった看護師以外15件，入手不可能2件など，スクリーニングから目的に合わないもの111件を除外した．

そして選択基準に合った文献24件を，上記の研究目的の明確性，再現性を示す研究プロセスの緻密性，解釈や結果を支持する十分なデータの表示，分析方法から質評価を行った．その結果，解釈や結論を支持するデータ表示不十分3件，結果と考察の整合性不十分2件，

再現性を示すプロセスが不十分 2 件などの 7 件を除外した。候補となった文献のレビューマトリックスを作成し、最終的に、抽出した 17 文献を分析の対象文献とした（図 3 参照）。サンプル数は全体の 20%をやや下回るが、内容が選択基準に合致したことから、17 文献を分析対象とした。

なお、キーワードに死生観が含まれていなくても、全文を読む中で死生観と思われる内容の文献については、原著論文以外でも追加した。その結果、最終的な文献は 17 件となった（図 3、表 2 参照）。

2) 対象者の基本属性

対象看護師の経験年数は、1 年から平均 16.6 年であった。研究方法は、半構成的面接 13 件、文献研究 2 件、公開研究会 1 件、参加観察法と半構成的面接を組み合わせたもの 1 件であった。対象看護師の勤務場所は一般病院 6 件、緩和ケア病棟 2 件、ホスピス 1 件、訪問看護 2 件、高齢者介護施設 2 件、高齢者介護施設と一般病院 1 件であった。2 件は文献から、1 件は公開研究会の質的分析であった。論文の内訳は、原著論文 7 件、研究報告 6 件、資料 1 件、その他 3 件であった。

3) 研究の傾向

看護師の死生観に関するレビューマトリックスを作成した。タイトル、著者及び発行年、研究目的、研究方法、対象、死生観に関する結果から構成した。そこで明らかにされた死生観に関する研究の傾向として、質的研究は終末期ケアという看護の実際、看護場面、臨床場面などからそれらの意味、それぞれの思いや看護観を元に、死生観が抽出されていた。

4) コード抽出

質的研究のレビューマトリックスで抽出された 17 文献から、看護師の死生観の概念分析を行う。そのために、看護師の死に対するものの見方・考え方が書かれている記述を抽出した。

4. 今後の展開

質的研究のシステマティックレビューでは、データベース以外から、ハンドサーチや引用文献を追加し、ガイドラインによる文献抽出作業を段階的に行うことで、客観性が保持

された。今後の展開は、質的帰納的分析に基づいて、「先行要件」、「属性」、「帰結」をそれぞれの用語の定義を見ながら「属性」を中心にカテゴリー化し、「先行要件」、「帰結」を抽出する。

第VIII章

【研究 2】 Rodgers の分析手法に基づく看護師の死生観に関する概念分析

1. 研究目的

【研究 1】のシステマティックレビューで得られた質的データを、「先行要件」，「属性」，「帰結」の観点から分析する．特に，「属性」を中心に看護師の死生観を明らかにする．

2. 研究方法

1) 研究デザイン：質的帰納的研究デザイン

2) 対象文献：研究方法：Greenhalgh, T. (1997)の検索方法に基づき，システマティックレビューを実施した結果（第VII章），17 件を分析の対象文献とする．

3) 分析方法：Rodgers（2000）の概念分析の手法を用いて，以下のように実施する．

(1) 表計算ソフト Excel を用いて概念分析用データシートを作成し，対象文献ごとに，データを入力する（【研究 2】資料 1.概念分析シート参照）．

(2) 対象となる文献から看護師の「死生観」という用語に注目しながら読み，定義，研究目的，対象，結論の情報を「先行要件」，「属性」，「帰結」を，①先行要件は，看護師の死生観が形成されるための必要な要素を意味し，②属性は，看護師の死生観を構成する要素で，生と死に対するものの見方・考え方を意味し，③帰結は，死生観が看護師の内面で形成されることにより看護師にもたらされる変化を意味し，この観点から抽出する．

(3) 抽出されたデータごとにラベルをつけてコード化する．

(4) 抽出の際には，対象文献の「死生観」という用語に注目しながら，生データのまま抽出し，その際に考えたことや気が付いた点はメモを取り，解釈時の参考とする．

なお，分析過程では，概念分析の専門家のスーパーバイズを受け，繰り返し修正を図り内容の信頼性を確保する．

3. 結果

17 文献から，サブカテゴリー40 件，カテゴリー7 件が抽出された．なおカテゴリーには【 】，サブカテゴリーには〈 〉として付した．

1) 属性

本研究では属性は、「看護師の死生観を構成する要素」と定義している。概念分析の結果7つの属性：【患者の死に対する責務感】，【死は自然な現象】，【患者と家族間の意味のある関わりと遺される家族への想い】，【その人らしい逝き方の肯定】，【死に対する情緒的反応】，【様々な価値観に基づく死に対する信念】，【死後の世界の存在】が抽出された（表3参照）。以下に、抽出された属性について述べる。

(1) 【患者の死に対する責務感】

この属性は、5つのサブカテゴリーから構成されている。看護師は、〈最期は安らかに穏やかに逝くべきである〉〈死は身近なものである〉〈死は苦悩からの解放である〉という思いを持ち、ケアをする中で〈看護師として避けられない責任がある〉と捉えていた。また〈死ぬまでに身体症状がどの程度緩和されたかは、生の基盤である〉とする捉え方は、EOLCにおける症状緩和に注目した看護師としての責任感を示している。

以上から、患者にとって死は身近なものであり、穏やかに逝くべきものであること、また死に至る過程の苦痛緩和は、看護師の【患者の死に対する責務感】として捉えられた。

(2) 【死は自然な現象】

この属性は、6つのサブカテゴリーから構成されている。死は〈自然な姿〉であり、〈誰も老いての死を避けることはできない〉中で〈死はすべての終わりである〉と捉えていた。また〈患者の死は予測されるできごとである〉としながらも、〈自分の命もいつどうなるかわからない〉〈お迎えが来たら逝くから、何もしないで欲しい〉から構成されていた。

これらのサブカテゴリーから、看護師は患者の死を通して、【死は自然な現象】として捉えられていた。

(3) 【患者と家族間の意味のある関わりと遺される家族への想い】

この属性は、6つのサブカテゴリーから構成されている。〈家族が後悔しないよう、死に目に会わせてあげたい〉〈家族に見守られる自然な死が良い〉〈独りで亡くなるのは寂しいと思うから、独りでは逝かせたくない〉などは、患者と看取る家族との意味のある関わりを重視した内容と解釈された。

また〈自分も家族を大切に生きて生きる〉〈納得できる最期の別れができないと、家族はその死を受け入れられない〉〈身近な人の死を乗り越えることは難しい〉などは、遺される家族への想いを重視した内容であった。

表 3 看護師の死生観の属性

カテゴリー	サブカテゴリー	使用文献
患者の死に対する責務感	<ul style="list-style-type: none"> ・ 最期は安らかで穏やかに逝くべきである 	Hirai et al.(2006), 志田(2011), 為家ら(2014), 菅ら(2016), 熊本(2016)
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 看護師として避けられない責任がある ・ 死は身近なものである ・ 死ぬまでに身体症状がどの程度緩和されたかは、生の基盤である ・ 死は苦悩からの解放である 	為家ら(2014), 生田ら(2016) 野戸ら(2002), 深澤ら(2011), 為家ら(2014) 吉田(1999) 志田(2011), 林(2014), 菅ら(2016), 熊本(2016)
死は自然な現象	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自然に枯れていくような死は、自然な姿である 	吉田(1999), 名越ら(2005), 浅見(2006), Hirai et al. (2006), 小野(2007), 志田(2011), 林(2014), 熊本(2016)
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者の死は予測されるできごとである ・ 自分の命もいつどうなるかわからない ・ 死はすべての終わりである ・ 誰も老いての死を避けることはできない ・ お迎えが来たら逝くから、何もしないで欲しい 	吉田(1999), 菅ら(2016) 浅見(2006), 志田(2011) 梅野(2004), Hirai et al.(2006), 浅見(2006), 志田(2011), 野戸(2002), 熊本(2016) 浅見(2006), 為家ら(2014)
患者と家族間の意味のある関わりと遺される家族への想い	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族が後悔しないよう、死に目に会わせてあげたい 	高山ら(2005), 為家ら(2014), 林(2014)
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族に見守られる自然な死が良い ・ 独りで亡くなるのは寂しいと思うから、独りでは逝かせたくない ・ 自分も家族を大切に生きて ・ 納得できる最期の別れができないと、家族はその死を受け入れられない ・ 身近な人の死を乗り越えることは難しい 	吉田(1999), 水島ら(2005), 名越ら(2005) 為家ら(2014), 熊本(2016), 菅ら(2016) 菅ら(2016) 志田(2011) 林(2014)
その人らしい逝き方の肯定	<ul style="list-style-type: none"> ・ 今を大切に生きようと心がける 	志田(2011), 菅ら(2016)
	<ul style="list-style-type: none"> ・ その時の本人の意思決定があつたらその意思を叶えるべき ・ 自分の慣れ親しんだ温もりのある場所で最期を迎えるべき ・ 私だったら愛する人のそばで逝きたい ・ 最期まで生きる希望を持っている患者は強い ・ 患者は自分になんか教えてくれる ・ どんな生き方、どんな死に方でも良いんじゃないかと思う 	梅野(2004), 為家ら(2014), 菅ら(2016) Hirai et al.(2006), 為家ら(2014) 高山ら(2005), 熊本(2016) 名越ら(2005) 名越ら(2005) 水島ら(2005)
死に対する情緒的反応	<ul style="list-style-type: none"> ・ 死から様々な感情体験を認識する 	志田(2011), 林(2014)
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 死や看取りは怖くない ・ 良い看取りの場合には肯定的感情を抱く ・ 良い看取りにならなかった場合には否定的感情を抱く ・ 死に直面した人を見て、悲しく痛ましいと思う ・ 患者の苦悩をまのあたりに感じ取る ・ 初めて人が亡くなった状態を見て、体の変化に驚いた 	名越ら(2005), 菅ら(2016) 吉田(1999), 林(2014) 吉田(1999), 志田(2011) 志田(2011), 林(2014) 志田(2011) 志田(2011)
様々な価値観に基づく死に対する信念	<ul style="list-style-type: none"> ・ これまでの生き方が死に方を決める 	名越ら(2005), 志田(2011)
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 死は完成という印象を持つ ・ 人生を生き抜いた人の死は、何よりも人間的な死であり死はごく自然の摂理である ・ 死を受容することが生き方に関わる ・ 死の意味を自分なりに理解する 	Hirai et al.(2006), 熊本(2016) 水島ら(2005) 菅ら(2016), 熊本(2016) 菅ら(2016)
死後の世界の存在	<ul style="list-style-type: none"> ・ 死後の世界でまた会えるという希望を抱く 	志田ら(2006), 林(2014)
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 楽しい思い出は死後も心の中に生き続ける ・ 死の超越的な存在を認める ・ 宗教が人間の存在を支えてくれる 	梅野(2004) 浅見(2006), 志田ら(2006) 志田(2011)

以上から、患者と家族間の意味のある関わりと、遺される家族を重視した2つの内容から成っていると解釈されたことから、【患者と家族間の意味のある関わりと遺される家族への想い】として示されていた。

(4) 【その人らしい逝き方の肯定】

この属性は、7つのサブカテゴリーから構成されている。〈今を大切に生きようと心がける〉〈本人の意思決定を叶えるべき〉〈慣れ親しんだ場所で最期を迎えるべき〉〈私だったら愛する人のそばで逝きたい〉〈最期まで生きる希望を持っている患者は強い〉〈患者は自分にはないものを教えてくれる〉〈どんな生き方、どんな死に方でも良いんじゃないかと思う〉から構成されていた。

これらは、患者の逝き方を受け止めている内容から成っていることから、【その人らしい逝き方の肯定】と捉えられた。

(5) 【死に対する情緒的反応】

この属性は、7つのサブカテゴリーから構成されている。〈様々な感情体験〉〈良い看取りでは肯定的感情〉とし、そうではなかった場合〈否定的感情〉を抱くなど、死に対する情緒的反応と解釈された。さらに、〈悲しく痛ましい〉〈患者の苦悩をまのあたりに感じ取る〉〈死や看取りは怖くない〉〈初めて人が亡くなった状態を見て、体の変化に驚いた〉から構成されていた。

これらは看護師がEOLCを行う中で、肯定的感情や否定的感情、悲しみ、怖い、驚きなど様々な感情が生じることから、【死に対する情緒的反応】と考えられた。

(6) 【様々な価値観に基づく死に対する信念】

この属性は、5つのサブカテゴリーから構成されている。その内、〈これまでの生き方が死に方を決める〉〈死は完成という印象を持つ〉〈人生を生き抜いた人の死は、何よりも人間的な死であり死はごく自然の摂理である〉〈死を受容することが生き方に関わる〉〈死の意味を自分なりに理解する〉などから構成されていた。

これらは、死に対する信念が表現されていると捉えられており、【様々な価値観に基づく死に対する信念】として示されていた。

(7) 【死後の世界の存在】

この属性は、4つのサブカテゴリーから構成されている。〈死後の世界でまた会えるという希望を抱く〉〈楽しい思い出は死後も心の中に生き続ける〉〈死の超越的な存在を認める〉〈宗教が人間の存在を支えてくれる〉から構成されていた。

これらは、死後の世界での再会や、死の超越的な存在を信じていることから、【死後の世界の存在】と捉えられた。

2) 先行要件

死生観の属性を明確にするためにシステマティックレビューを通して評価・検討された17文献から、記述された先行要件に関する質的データは、16件抽出された（表4参照）。

内容の類似性に注目すると、緩和ケア病棟・ホスピスでの勤務経験、看取り体験、患者の意思を叶えられず後悔した体験、身近な人の死に遭遇した体験、多様な死に際に遭遇した体験、生と死について患者や家族と語り合う体験などの6件が抽出された。これらは、終末期ケアの看取り体験からもたらされる内容と考えられた。

また、個人としての人生経験、年齢、臨床経験年数、死や生への関心の4件は、看護師自身の個人的要素を示しているものと捉えられた。

さらに、院内学習経験、死生観の学習会、デスカンファレンス、チーム医療の学び、症状マネジメントの知識などの5件は、看取り体験を深める要素と考えられた。その他として、患者の入院期間が抽出された。

表4 看護師の死生観の先行要件

コード内容
1. 緩和ケア病棟・施設ホスピスでの勤務経験(6)
2. 個人としての人生経験(4)
3. 年齢(3)
4. 看取り体験(3)
5. 患者の意思を叶えられず後悔した体験(2)
6. 身近な人の死に遭遇した体験(2)
7. 多様な死に際に遭遇した体験(1)
8. 生と死について患者や家族と語り合う体験(1)
9. 患者の入院期間(1)
10. 臨床経験年数(1)
11. 死や生への関心(1)
12. 院内学習経験(1)
13. 死生観の学習会(1)
14. デスカンファレンス(1)
15. チーム医療の学び(1)
16. 症状マネジメントの知識(1)

Note. ()内の数はコード数

3) 帰結

死生観の属性を明確にするためにシステマティックレビューを通して評価・検討された17文献から、帰結に関する質的データは13件抽出された（表5参照）。

内容の類似性に着目すると、後悔のない看取り、自分の存在意義や役割の実感、患者が満足な最期を迎えられるように家族を含めたチーム連携の強化などの3件は、職業的満足感に繋がると解釈された。

死と生への価値観の変化は、死や生に対する価値観の変化を受け入れている内容と解釈された。

スピリチュアルペインの表出を促す、安らかな死への看護ケアの取り組みなどは、看護実践の変化からスピリチュアルケアの重視を示す内容である。

死のプロセスは人を成長させる、自己洞察の深まり、遺族の想いを尊重して関わるなどは、豊かな人間性の成長と解釈された。

無力感などの否定的感情、悔やみ、罪悪感、単なる死後の処置係り、患者の死の拒絶などは、ネガティブな感情の誘発を意味している。

これらのコードの意味内容から解釈を進めた結果、帰結は、職業的満足感、死に伴う価値観の受け入れ、スピリチュアルケアの重視、豊かな人間性の成長、否定的感情などネガティブな感情の誘発が示唆された。

表5 看護師の死生観の帰結

項目内容
1. 死のプロセスは人を成長させる
2. 自己洞察の深まり
3. 遺族の想いを尊重して関わる
4. 豊かな人間性の成長
5. スピリチュアルペインの表出
6. 職業的満足感
7. 患者が満足な最期を迎えられるように家族を含めたチーム連携の強化
8. 死と生への価値観の変化
9. 安らかな死への看護ケアの取り組み
10. 自分の存在意義や役割の実感
11. 後悔のない看取り
12. 無力感、苛立ち(単なる死後の処置係になってしまう)
13. 否定的感情、悔やみ、罪悪感

4. 考察

1) 看護師の死生観の構成要素

本研究において、看護師の死生観は、Rodgers (2000) の概念分析の手法に基づき分析された結果、看護師の死生観の属性として7つの構成要素が示唆された。構成要素全体を概観すると、看護師の死生観には、看護師という職務上との関連から、【患者の死に対する責務感】と、【患者と家族間の意味のある関わりと遺される家族への想い】を重視した捉え方が含まれている。特に【その人らしい逝き方の肯定】、【死に対する情緒的反応】は、EOLCの視点が強調されていたと考える。

一方で看護師の個人的な視点から、【死は自然な現象】、【様々な価値観に基づく死に対する信念】、【死後の世界の存在】などが、死生観の構成要素に含まれたと考える。

本研究で示唆された看護師の死生観の構成要素の内、特に注目した要素について以下に考察する。

まず注目されたことは、看護師は死を【患者の死に対する責務感】を専門職との観点から捉えている点である。本研究において、看護師にはこれまでの看取り経験から死は身近なものであり、最期は安らかで穏やかにいくべきである、という思いを抱き、患者の生命に対する責務として死を捉えていた。本研究と同様の観点に立ち、名越、掛橋 (2005) は、終末期がん患者に関わる看護師の体験から、命を預かる責任は重いと述べ、為家、西田 (2014) も、終末期ケア経験がある看護師の死生観について、避けられない責任を強調している。

【死は自然な現象】と捉えていても、やはり死期が近付いた患者の厳粛なEOLCに臨場する中で、看護師は悲しく痛ましく思い、患者の苦悩を読み取り様々な感情体験を認識する結果、【死に対する情緒的反応】を示したものと考える。看護師としての責務感を持つと同時に、個人としての情緒的反応も同時に喚起されたものと推測される。

次に注目されたことは、看護師の責務感の範疇に、【患者と家族間の意味のある関わりと遺される家族への想い】という、家族との関係性から死を見ている点である。本研究で、家族との関わりの中で遺される家族を重視していたように、小野、麻原 (2007) も、在宅高齢者を看取る訪問看護師の家族の看取りに対するサポートを強調している。家族にとって患者の死が納得できる最期であることに注目し、家族との意味のある関わりを看護師が重視していることも看護師の死生観に必要な要素といえる。家族の想いに寄り添った最期であり、家族が満足のいく看取りができるような観点が、看護師の死生観に入り込んでいる。

最後に注目されたことは、看護師として【その人らしい逝き方の肯定】をしていることである。患者が今一番したいことや、最期を迎えたい場所、その時居て欲しい人などの患者本人の意思決定を尊重した関わりが、患者にとって望ましい死の在り方につながると考える。そこには、看護師が良い看取りとして抱く理想からの逝き方の肯定ではなく、患者自身が望む最期になるような観点が含まれていると考える。今できることから捉える希望の観点ではなく、今したいこと、すなわち何よりも患者が自分らしくあるために希望を叶えられるような観点であることが、【その人らしい逝き方の肯定】につながると考える。その根底にあるのは、看護師の生や死に対する関心であり（浅見，2006），こういう考え方が死生観をさらに発展させることにつながり、その関係に基づいて死生観がより深まっていくなされられる。

以上から、看護師の死生観は【患者の死に対する責務感】が看護師の死生観の根底にあり、【患者と家族間の意味のある関わりと遺される家族への思い】や【その人らしい逝き方の肯定】を尊重した要素が含まれていると考える。さらに個人としての死生観も含まれており、これらの両視点が看護師の死生観には存在していた。

2) 看護師の死生観が形成される先行要件は何か

看護師の死生観が形成されるための必要な先行要件は、16 件が抽出された（表 4 参照）。先行要件は、「緩和ケア病棟・施設ホスピスでの勤務経験」、「個人としての人生経験」、「年齢」、「看取り体験」、「患者の意思を叶えられず後悔した体験」、「身近な人の死に遭遇した体験」、「多様な死に際に遭遇した体験」、「生と死について患者や家族と語り合う体験」、「患者の入院期間」、「臨床経験年数」、「死や生への関心」、「院内学習経験」、「死生観の学習会」、「デスカンファレンス」、「チーム医療の学び」、「症状マネジメントの知識」であった。

先行要件全体を概観すると、「緩和ケア病棟・施設ホスピスでの勤務経験」、「看取り体験」、「患者の意思を叶えられず後悔した体験」などは、これらの様々な体験が看取りに関連した要素であり、一般病棟とは異なる勤務場所が関連していた。

また、「年齢」、「身近な人の死に遭遇した体験」、「臨床経験年数」、「死や生への関心」などの個人的要素が含まれていた。さらに「院内学習経験」、「デスカンファレンス」などは、EOLC の学習経験と捉えることができ、死生観をさらに発展させることに関連した要素として抽出されたと考えられる。

先行要件の中で特に注目した点は、「緩和ケア病棟・施設ホスピスでの勤務経験」での「看取り体験」である。志田（2011）は死生観形成過程において、職業的体験と個人的体験相互に関連しあいながら死生観形成に影響を及ぼすと強調し、菅、小松（2016）も、看護師の死生観に影響を及ぼす臨床場面から看取りを挙げており、本研究結果を支持している。結果として出てきたこのことは、これらの勤務場所での看取り体験なくしては、「多様な死に際に遭遇した体験」や、「生と死について患者や家族と語り合う体験」が死生観に影響することもないと考える。林（2014）は、死生観形成への影響について、教育支援は非常に重要であると強調しているが、本研究においても、「院内学習経験」、「死生観の学習会」、「デスカンファレンス」などの学習経験が、先行要件に挙げられていた。

これらの先行要件の何がどのように関連しているのかは、本研究の質的分析の段階では明らかにされてはいない。今後は、本研究で抽出されたこれらの 16 要素の関連性を、量的分析していく必要があると考える。

3) 看護師の死生観は看護師に何をもたらすのか

死生観が看護師の内面で形成されることにより、看護師にもたらされる変化を意味するものとして、帰結は 13 件が抽出された（表 5 参照）。

帰結は、「死のプロセスは人を成長させる」、「自己洞察の深まり」、「遺族の想いを尊重して関わる」、「豊かな人間性の成長」、「スピリチュアルペインの表出」、「職業的満足感」、「患者が満足な最期を迎えられるように家族を含めたチーム連携の強化」、「死と生への価値観の変化」、「安らかな死への看護ケアの取り組み」、「後悔のない看取り」、「自分の存在意義や役割の実感」、「無力感、苛立ち、怒り（単なる死後の処置係になってしまう）」、「否定的感情」であった。

帰結全体を概観すると、「後悔のない看取り」、「自分の存在意義や役割の実感」、「患者が満足な最期を迎えられるように家族を含めたチームの連携の強化」などは、これまでの後悔のない看取り経験や、チームの連携強化などから自分自身の存在意義や役割を認識した結果、職業的満足感を示すものであり、専門職としての自信と満足感が関連していることが示唆された。

また、「スピリチュアルペインの表出」、「安らかな死への看護ケアの取り組み」などは、死期が迫る患者の苦悩や孤独といった、スピリチュアルケアを重視するようになる要素が含まれていた。さらに、「無力感、苛立ち」、「否定的感情、単なる死後の処置係に

なってしまう、患者の死の拒絶」などは、良い看取りを重視した看護師の信念が、患者の死の拒絶や良い看取りにならなかったと看護師が認識した時に、否定的感情をもたらし、これらの感情が単なる死後の処置係、という無力感に関連した要素として抽出されたと考えられる。

帰結の中で特に注目した点は、「死のプロセスは人を成長させる」、「自己洞察の深まり」、「遺族の想いを尊重して関わる」などは、豊かな人間性の成長を促したものと解釈され、患者の死のプロセスを共有することで、自己の死生観を深めたことにより、「豊かな人間性の成長」を促したと考える点である。梅野（2004）は、看護師が語る死生観の印象深い思いの中で、個人の人間の成熟性が成長していく、と個としての成長の視点を強調している。死生観が看護師としての専門職との観点からだけではなく、個人としての成長の両視点の成長がある点は、死生観がもたらされる意義が大きいことを裏付けていると考える。

以上より、看護師の死生観は、「職業的満足感」としての自信と満足感をもたらし、時には「無力感」や「否定的感情」が見られる中で、「スピリチュアルケアの重視」をし、「豊かな人間性の成長」をもたらすことが示唆された。

5. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、質的研究のシステマティックレビューと概念分析に基づいて、看護師の死生観の構成要素を質的研究から明らかにした。しかし、看護師の死生観として明らかにされた構成要素内の、関連性については明らかにされていないため、量的研究による検証により、構成要素内の関連性及び、構成要素と示唆された先行要件と帰結との相互の関連性について分析を行っていくことが今後の課題である。

6. 結論

【研究2】では、Rodgersの「革新的手法」に基づいて概念分析を行った結果、以下のことが明らかになった。

1. 【研究1】で抽出された文献をもとに、看護師の死生観をRodgers（2000）の概念分析の手法より、特に「属性」を中心として、「先行要件」「帰結」それぞれを抽出した。
2. 概念分析をした結果、看護師の死生観の構成要素として、7つの属性：【患者の死に対する責務感】、【死は自然な現象】、【患者と家族間の意味のある関わりと遺される家族

への想い】，【その人らしい逝き方の肯定】，【死に対する情緒的反応】，【様々な価値観に基づく死に対する信念】，【死後の世界の存在】が抽出された．

3．看護師の死生観の「先行要件」として 16 件，「帰結」として 13 件が抽出された．

第IX章 【研究 3】看護師の死生観の概念分析に基づく看護師の死生観尺度開発

1. 研究目的

【研究 1】，【研究 2】で抽出された看護師の死生観の構成要素を基に質問紙を作成し，看護師の死生観尺度を開発することを目的とする．

2. 看護師の死生観尺度開発のプロセス（図 4 参照）

看護師の死生観尺度を開発するに当たり，本研究では，死生観に関する予備調査，および本調査を実施し，それをもとに看護師の死生観尺度を開発した．そのプロセスは下記のように展開した．

A.では【研究 1】，【研究 2】の結果を基に，質問項目を精選，そして死生観尺度の質問項目を選択し，尺度原案を作成した．次に，B.では A.で作成した質問項目を用いて予備調査を実施した．C.では B.の予備調査の結果を基に，一般病棟勤務の看護師 630 名を対象に本調査を実施し，主成分分析，そして因子分析（主因子法）を実施して，因子を抽出した．

以下に，A, B, C, のプロセスを具体的に記述した．

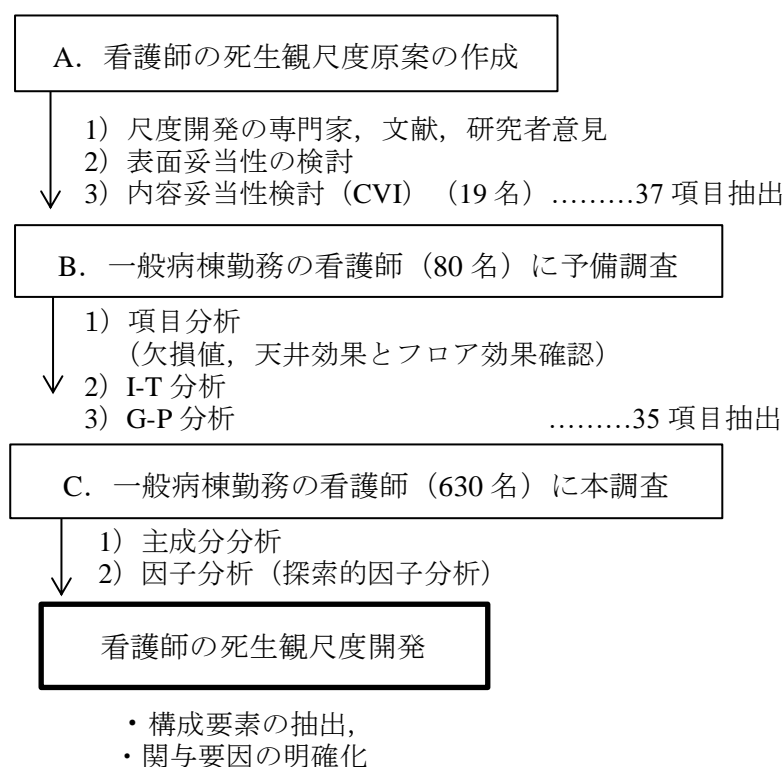


図 4 看護師の死生観尺度開発のプロセス

A. 看護師の死生観尺度原案の作成

1)【研究 1】、【研究 2】で作成した看護師の死生観尺度原案質問項目の抽出

尺度作成としてまずアイテムプールの作成を行うに当たり、【研究 1】、【研究 2】で抽出されたサブカテゴリー40 項目を、質問項目の原案とした。属性に関するこれらの項目は、死生観を構成するのに必要な項目がほぼ含まれていると考えられたが、死生観を表す内容として再度、看護大学の教員と博士前期、後期課程の大学院生と協議し確認をした。

その結果、アイテムプールの作成では、先行文献から死生観を表していると思われる「36. 人が一人死ぬかもしれないことに慣れてはいけない」(佐竹, 荒尾, 2018)を追加した。この項目は、「人が死ぬことに慣れてはいけない」に表現を修正した。さらに、看護師によくみられる死の捉え方ではないかと判断された、「37. 生や死はどこか他人事である(実感を伴わない死生観)」を追加した。サブカテゴリーから抽出された 40 項目に 2 項目を加え、合計 42 項目を質問項目として抽出した。

回答形式はリッカートスケールとした。リッカートスケールは形容詞尺度が双極的(bipolar)であり、質問紙の測定形式として最もよく使われている。リッカートスケールでは、回答の選択肢の数、中間の選択肢をどのように表現するかなど重要なポイントがある(Streiner, Norman, & Cairney, 2015/木原, 加治, 木原(訳)2016)。

これらのことに注意しながら、回答形式は「1:そう思わない」、「2:ややそう思わない」、「3:どちらでもない」、「4:ややそう思う」、「5:そう思う」の 5 段階のリッカートスケールとし、回答した番号に「1:そう思わない」1 点、から「5:そう思う」5 点の 1 点～5 点の得点を割り付けた。

2)表面妥当性の検討とその結果

アイテムプールで抽出された質問項目が、本研究の目的である看護師の死生観を表しているかどうかについて、看護大学の教員と博士前期および、後期課程の大学院生間で検討した。各項目一文ずつ見ながら追加と、修正を行い、重複していると思われる内容は削除した。これらは、意味内容が通じやすくなるよう、句読点の追加を行い、各文章を見直し、修正を行った。表面妥当性による修正項目は次頁の通りである(表 6 参照)。

表 6 看護師の死生観尺度項目選定のプロセス変更結果

修正前	修正後
1. 死に直面した人を見ると悲しく痛ましいと思う	死に直面した人を見ると、悲しく痛ましく思う
3. 患者の苦悩をまのあたりに感じ取ることがある	患者の苦悩をまのあたりにすると、自分のことのように感じる
4. 患者に対して避けられない責任を感じる	患者の死へのケアに対して避けられない責任を感じる
8. 死ぬまでに身体症状がどの程度緩和されたかは、生の基盤である	終末期 QODD(死に逝く過程の質)のためには、緩和ケアは欠かせない
10. 死は完成という印象を持つ	死は人生の完成であると思う
11. 死を解放とする傾向がある	死は苦悩からの解放であると思う
12. 患者は自分にないものを教えてくれる	死に逝く患者は自分にないものを教えてくれる
16. お迎えが来たら逝くから何もしないで欲しい	死が迫れば何もしないで欲しいと思う
17. 最期まで生きる希望を持っている患者は強い	最期まで生きる希望を持っている患者は強いと思う
18. 今を大切に生きようと心がける	死に逝く患者を見て、今を大切に生きようと思う
20. 死後の世界にまた会えると言う希望を抱く	亡くなった人とは、死後の世界でまた会えると思う
26. 楽しい思い出は死後も心の中に生き続ける	亡くなった人との楽しい思い出は、心の中に生き続ける
27. 宗教が人間の存在を支えてくれると思う	死へのケアの中で、宗教は人間の存在を支えてくれると思う
32. 身近な人の死は乗り越えられないことはない	身近な人の死は乗り越えられる
33. 死を受容することが生き方に関わると思う	死を受容することが、これからの生き方に関わると思う
34. 納得できる最期の別れができないと家族はその死を受け入れられない	納得できる最期の別れができないと、家族はその死を受け入れられない
35. その時の本人の意思決定があったら、その意思を叶えるべき	死を早めるとしても、本人の意思に添うべきである
36. 人が死ぬことに慣れてはいけない	人が死ぬことに慣れてはいけないと思う
37. 生や死はどこか他人事である	生や死はどこか他人事のように思う

表面妥当性により修正せず残された項目は、以下の通りである(表 7 参照)。

表 7 表面妥当性の検討より修正せず残された項目

項目内容
2. 良い看取りにならなかった場合は、否定的感情を抱きやすい
5. 死や看取りは怖くない
6. 患者の死は予測されるできごとである
7. 最期は安らかで穏やかに逝けるのが良い
11. 死は身近なものである
13. 死はすべての終わりである
14. 自然に枯れていくような死は、自然な姿である
15. 誰も老いての死を避けることはできない
19. 自分の命もいつどうなるかわからない
21. どんない生き方、どんな死に方でも良いんじゃないかと思う
22. 人生を生き抜いた人の死は、何よりも自然な姿であり、死はごく自然の摂理である
24. 私だったら愛する人のそばで逝きたい
25. これまでの生き方が死に方を決める
28. 独りで亡くなるのは寂しいと思うから独りでは逝かせたくない
29. 最期は自分の慣れ親しんだ温もりのある場所で迎えるべきである
30. 家族が後悔しないように死に目に会わせてあげたい
31. 家族に見守られる自然な死が良い

削除した項目 6 項目は、以下の通りである (表 8 参照)。

表 8 表面妥当性の検討より削除した項目

項目内容
・死から様々な感情体験を認識する
・初めて人が亡くなった状態を見て体の変化に驚いた
・自分も家族を大切に生きて生きる
・死の超越的な存在を認める
・良い看取りの場合には肯定的な感情を抱く
・死の意味を自分なりに理解する

これら 6 項目は、内容を再度見直した結果、看護師の死生観には該当しないとの見解により、削除した。

その結果、42 項目から 36 項目となった。

3) 内容妥当性の検討とその結果

内容妥当性は、一般的に Content Validity Index (CVI) が広く使われており、CVI の基準 (Lynn,1986) に沿って、評価者全員が 4 段階の中の 3 あるいは 4 と評価した項目の全項目の割合を評定した (資料 2.2-①内容妥当性の検討のための質問紙参照)。

内容妥当性は、看護学博士後期課程の大学院生 8 名、看護学教員 5 名、看護師長 2 名、緩和ケア認定看護師兼緩和ケア病棟看護師 (臨床経験 15 年以上) 2 名、がん性疼痛認定看護師 (臨床経験 20 年以上) 1 名、がん看護専門看護師 1 名の合計 19 名を選出して質問紙調査を行い、量的に内容妥当性を検討した。19 名への質問紙の内容は、看護師の死生観尺度原案各項目について 4 段階で項目の適切性の評価を行うものである。19 名には研究の趣旨、どのように測定するのか、どのように回答するのかといった回答方法などの説明を行いつつながら、各項目の適切性を 4 段階評価で依頼し、内容妥当性を算出した。

Lynn (1986) は 3 点または 4 点をつけたエキスパートの割合を算出し、項目ごとのカットオフポイントを示しており、エキスパート 10 名以上で 0.80 としている。本研究で、0.80 以上の場合は適切性が確保されたと考えられた。CVI=35/36=0.97 となったことから、内容妥当性は確保されたと考えた。

CVI の結果を踏まえて、さらに下記の 2 項目について検討した。CVI 値が 80%未満だった項目は、「22. 人生を生き抜いた人の死は、何よりも人間的な死でありごく自然の摂理である。」であった。この 1 項目を検討した結果、1 つの文章の中に 2 つの表現を示す設問であると思われた。そのため、「22. 人生を生き抜いた人の死は、何よりも人間的な死である」と、「23. 死はごく自然の摂理である」と文章を 2 つに分け、表現を修正した。

さらに、「15. 誰も老いての死を避けることはできない」については、評価者のコメント欄にある表現内容「老いていく中での死を誰も避けることはできない」の方が適切と判断したため、修正した。設問は、1 文と想定して抽出しても、2 つの内容を設問に含んでいいのではないか、とコメントに記載がされた項目については、研究者の意図が伝わるように句読点を用いて、目的語がどこにあるかを分かりやすい表現に修正した。

以上から、内容妥当性の結果最終的に 1 項目を追加し、37 項目とした (表 9 参照)。

表 9 看護師の死生観尺度原案と内容妥当性の結果

質 問 項 目	項目の適切性
1. 死に直面した人を見ると、悲しく思う	0.94
2. 良い看取りにならなかった場合は、否定的感情を抱きやすい	0.88
3. 患者の苦悩を目の当たりにすると、自分のことのように感じる	0.88
4. 患者の死へのケアに対して避けられない責任を感じる	0.88
5. 死や看取りは怖くない	0.88
6. 患者の死は予測されるできごとである	0.94
7. 最期は安らかで穏やかに逝けるのが良い	1.00
8. 終末期 QODD(死に逝く過程の質)のためには、緩和ケアは欠かせない	0.88
9. 死は身近なものである	1.00
10. 死は人生の完成であると思う	0.94
11. 死は苦悩からの解放であると思う	0.88
12. 死に逝く患者は自分にはないものを教えてくれる	0.88
13. 死はすべての終わりである	0.94
14. 自然に枯れていくような死は自然な姿である	1.00
15. 老いていく中での死を誰も避けることはできない	0.94
16. 死が迫れば何もしないで欲しいと思う	0.94
17. 最期まで生きる希望を持っている患者は強いと思う	1.00
18. 死に逝く患者を見て、今を大切に生きようと思う	1.00
19. 自分の命もいつどうなるかわからない	1.00
20. 亡くなった人とは、死後の世界でまた会えると思う	1.00
21. どんな生き方、どんな死に方でも良いと思う	0.94
* 22. 人生を生き抜いた人の死は、何よりも人間的な死である	0.73
* 23. 死はごく自然の摂理である	
24. 私だったら愛する人のそばで逝きたい	1.00
25. これまでの生き方が死に方を決める	0.94
26. 亡くなった人との楽しい思い出は、心の中に生き続ける	1.00
27. 死へのケアの中で、宗教は人間の存在を支えてくれると思う	0.80
28. 独りで亡くなるのは寂しいと思うから、独りでは逝かせたくない	0.81
29. 最期は自分の慣れ親しんだ温もりのある場所で迎えるべきである	0.94
30. 家族が後悔しないように、死に目に会わせてあげたい	1.00
31. 家族に見守られる自然な死が良い	0.94
32. 身近な人の死は乗り越えられる	1.00
33. 死を受容することが、これからの生き方に関わると思う	1.00
34. 納得できる最期の別れができないと、家族はその死を受け入れられない	1.00
35. 死を早めるとしても、本人の意思に添うべきである	0.94
36. 人が死ぬことに慣れてはいけないと思う	0.94
37. 生や死はどこか他人事のように思う	0.94
CVI	0.97

Note. 項目の順序は質問紙と同じ。

* 「人生を生き抜いた人の死は、何よりも人間的な死であり死はごく自然の摂理である。」を Q22, Q23 に分けた。

4) 看護師の死生観尺度原案選定のプロセスのまとめ

これまでの看護師の死生観尺度原案選定における抽出のプロセスは、次の通りに段階を経て実施した。以下に前述した質問項目選定のプロセスを述べる。

表 10 サブカテゴリー40 項目

サブカテゴリー (40)
<ul style="list-style-type: none">・ 最期は安らかで穏やかに逝くべきである・ 看護師として避けられない責任がある・ 死は身近なものである・ 死ぬまでに身体症状がどの程度緩和されたかは、生の基盤である・ 死は苦悩からの解放である・ 自然に枯れていくような死は、自然な姿である・ 患者の死は予測されるできごとである・ 自分の命もいつどうなるかわからない・ 死はすべての終わりである・ 誰も老いての死を避けることはできない・ お迎えが来たら逝くから、何もしないで欲しい・ 家族が後悔しないよう、死に目に会わせてあげたい・ 家族に見守られる自然な死が良い・ 独りで亡くなるのは寂しいと思うから、独りでは逝かせたくない・ 自分も家族を大切に生きて生きる・ 納得できる最期の別れができないと、家族はその死を受け入れられない・ 身近な人の死を乗り越えることは難しい・ 今を大切に生きようと心がける・ その時の本人の意思決定があったらその意思を叶えるべき・ 自分の慣れ親しんだ温もりのある場所で最期を迎えるべき・ 私だったら愛する人のそばで逝きたい・ 最期まで生きる希望を持っている患者は強い・ 患者は自分にはないものを教えてくれる・ どんな生き方、どんな死に方でも良いんじゃないかと思う・ 死から様々な感情体験を認識する・ 死や看取りは怖くない・ 良い看取りの場合には肯定的感情を抱く・ 良い看取りにならなかった場合には否定的感情を抱く・ 死に直面した人を見て、悲しく痛ましいと思う・ 患者の苦悩をまのあたりに感じ取る・ 初めて人が亡くなった状態を見て、体の変化に驚いた・ これまでの生き方が死に方を決める・ 死は完成という印象を持つ・ 人生を生き抜いた人の死は、何よりも人間的な死であり死はごく自然の摂理である・ 死を受容することが生き方に関わる・ 死の意味を自分なりに理解する・ 死後の世界でまた会えるという希望を抱く・ 楽しい思い出は死後も心の中に生き続ける・ 死の超越的な存在を認める・ 宗教が人間の存在を支えてくれる

先ず、尺度原案作成では、概念分析で抽出したサブカテゴリーを質問項目の原案とした（表 10 参照）【40 項目】。

次に、アイテムプールの作成に当たり、質問項目の原案の項目内容を文献からの追加や、修正に関して協議し確認した。そこで、「36. 人が死ぬことに慣れてはいけない」と「37. 生や死はどこか他人事である(実感を伴わない死生観)」の 2 項目を加えた【42 項目】。

第 3 番目に、42 項目の表面妥当性の検討を行った。概念分析で抽出したサブカテゴリーを原案としているため、質問項目として表現が妥当であるかを 1 文ずつ検討した。以下の表 6（再掲）は修正項目、表 7（再掲）は検討により修正せず残された項目、表 8（再掲）は削除した 6 項目である【36 項目】。

表 6 看護師の死生観項目選定のプロセス変更結果（再掲）

修正前	修正後
1. 死に直面した人を見ると悲しく痛ましく思う	死に直面した人を見ると、悲しく痛ましく思う
3. 患者の苦悩をまのあたりに感じ取ることがある	患者の苦悩をまのあたりにすると、自分のことのように感じる
4. 患者に対して避けられない責任を感じる	患者の死へのケアに対して避けられない責任を感じる
8. 死ぬまでに身体症状がどの程度緩和されたかは、生の基盤である	終末期 QODD(死に逝く過程の質)のためには、緩和ケアは欠かせない
10. 死は完成という印象を持つ	死は人生の完成であると思う
11. 死を解放とする傾向がある	死は苦悩からの解放であると思う
12. 患者は自分にはないものを教えてくれる	死に逝く患者は自分にはないものを教えてくれる
16. お迎えが来たら逝くから何もしないで欲しい	死が迫れば何もしないで欲しいと思う
17. 最期まで生きる希望を持っている患者は強い	最期まで生きる希望を持っている患者は強いと思う
18. 今を大切に生きようと心がける	死に逝く患者を見て、今を大切に生きようと思う
20. 死後の世界にまた会えると言う希望を抱く	亡くなった人とは、死後の世界でまた会えると思う
26. 楽しい思い出は死後も心の中に生き続ける	亡くなった人との楽しい思い出は、心の中に生き続ける
27. 宗教が人間の存在を支えてくれると思う	死へのケアの中で、宗教は人間の存在を支えてくれると思う
32. 身近な人の死は乗り越えられないことはない	身近な人の死は乗り越えられる
33. 死を受容することが生き方に関わると思う	死を受容することが、これからの生き方に関わると思う
34. 納得できる最期の別れができないと家族はその死を受け入れられない	納得できる最期の別れができないと、家族はその死を受け入れられない
35. その時の本人の意思決定があったら、その意思を叶えるべき	死を早めるとしても、本人の意思に添うべきである
36. 人が死ぬことに慣れてはいけない	人が死ぬことに慣れてはいけないと思う
37. 生や死はどこか他人事である	生や死はどこか他人事のように思う

表 7 表面妥当性の検討より修正せず残された項目（再掲）

項目内容
2. 良い看取りにならなかった場合は、否定的感情を抱きやすい
5. 死や看取りは怖くない
6. 患者の死は予測されるできごとである
7. 最期は安らかで穏やかに逝けるのが良い
11. 死は身近なものである
13. 死はすべての終わりである
14. 自然に枯れていくような死は、自然な姿である
15. 誰も老いての死を避けることはできない
19. 自分の命もいつどうなるかわからない
21. どんない生き方、どんな死に方でも良いんじゃないかと思う
22. 人生を生き抜いた人の死は、何よりも自然な姿であり、死はごく自然の摂理である
24. 私だったら愛する人のそばで逝きたい
25. これまでの生き方が死に方を決める
28. 独りで亡くなるのは寂しいと思うから独りでは逝かせたくない
29. 最期は自分の慣れ親しんだ温もりのある場所で迎えるべきである
30. 家族が後悔しないように死に目に会わせてあげたい
31. 家族に見守られる自然な死が良い

表 8 表面妥当性の検討より削除した項目（再掲）

項目内容
・死から様々な感情体験を認識する
・初めて人が亡くなった状態を見て体の変化に驚いた
・自分も家族を大切に生きて生きる
・死の超越的な存在を認める
・良い看取りの場合には肯定的な感情を抱く
・死の意味を自分なりに理解する

第 4 番目に、36 項目からなるアイテムプールの各項目について、質問紙調査を行い、量的に内容妥当性の検討（CVI）を 4 段階で項目の適切性の評価を行った。各項目のカットオフポイント 0.80 とされており、0.80 未満は「22. 人生を生き抜いた人の死は、何よりも人間的な死であり死はごく自然の摂理である」の 1 項目であった。そのため、この 1 文を 2 つに分け、意味内容が明確になるように修正した【37 項目】。

以上のプロセスから、最終的に 36 項目から 1 項目を追加し、37 項目として『看護師の死生観尺度原案修正版』とした（表 11 参照）。

表 11 看護師の死生観尺度原案修正版

質 問 項 目
1. 死に直面した人を見ると、悲しく思う
2. 良い看取りにならなかった場合は、否定的感情を抱きやすい
3. 患者の苦悩を目の当たりにすると、自分のことのように感じる
4. 患者の死へのケアに対して避けられない責任を感じる
5. 死や看取りは怖くない
6. 患者の死は予測されるできごとである
7. 最期は安らかで穏やかに逝けるのが良い
8. 終末期 QODD(死に逝く過程の質)のためには、緩和ケアは欠かせない
9. 死は身近なものである
10. 死は人生の完成であると思う
11. 死は苦悩からの解放であると思う
12. 死に逝く患者は自分にはないものを教えてくれる
13. 死はすべての終わりである
14. 自然に枯れていくような死は自然な姿である
15. 老いていく中での死を誰も避けることはできない
16. 死が迫れば何もしないで欲しいと思う
17. 最期まで生きる希望を持っている患者は強いと思う
18. 死に逝く患者を見て、今を大切に生きようと思う
19. 自分の命もいつどうなるかわからない
20. 亡くなった人とは、死後の世界でまた会えると思う
21. どんな生き方、どんな死に方でも良いと思う
22. 人生を生き抜いた人の死は、何よりも人間的な死である
23. 死はごく自然の摂理である
24. 私だったら愛する人のそばで逝きたい
25. これまでの生き方が死に方を決める
26. 亡くなった人との楽しい思い出は、心の中に生き続ける
27. 死へのケアの中で、宗教は人間の存在を支えてくれると思う
28. 独りで亡くなるのは寂しいと思うから、独りでは逝かせたくない
29. 最期は自分の慣れ親しんだ温もりのある場所で迎えるべきである
30. 家族が後悔しないように、死に目に会わせてあげたい
31. 家族に見守られる自然な死が良い
32. 身近な人の死は乗り越えられる
33. 死を受容することが、これからの生き方に関わると思う
34. 納得できる最期の別れができないと、家族はその死を受け入れられない
35. 死を早めるとしても、本人の意思に添うべきである
36. 人が死ぬことに慣れてはいけないと思う
37. 生や死はどこか他人事のように思う

B. 予備調査

1. 研究方法

1) 研究デザイン：質問紙調査に基づく量的因子探索研究

2) 研究対象者

(1) 予備調査の対象者

東海圏（三重県内）で研究承諾の得られた一般病棟看護師 80 名に研究協力を依頼した。

3) データ収集方法

調査期間は、令和元年 6 月 25 日～7 月 9 日に実施した。施設の所属長に研究の同意を得た後、病院の看護部長または看護師長を介して質問紙の配布を依頼し（【研究 3】資料 2.2-②施設代表者（看護部長）への研究実施依頼書参照）、研究協力の承諾が得られた後に質問紙調査を実施する（【研究 3】資料 2.2-③施設代表者（看護部長）への研究実施承諾書参照）。研究参加者へは調査用紙を受け取っておよそ 2 週間で回答し回収を行う、留め置き調査とした（【研究 3】資料 2.2-④調査対象者への研究協力依頼書参照）。

4) 質問紙の構成

質問項目の精選により、抽出された尺度原案 37 項目を用いる（【研究 3】資料 2.2-⑥看護師の死生観尺度：仮尺度参照）。個人属性には、性別、年齢、看護師経験年数 3 項目を加えた。

なお、尺度の回答方法は「1：そう思わない」、「2：ややそう思わない」、「3：どちらでもない」、「4：ややそう思う」、「5：そう思う」の 5 段階リッカートスケールとし、「1：そう思わない」1 点～「5：そう思う」5 点を割り付けた。

5) 分析方法

分析は、SPSS ver.26.0 for Windows を使用して記述統計を行った。項目分析では、天井効果とフロア効果の確認をし、I-T 分析、G-P 分析を実施した。

2. 倫理的配慮

倫理上の問題点として、以下の2点が想定される。1) 対象者は権威的部署から研究依頼があることで、強制的な感情を持つことが考えられる、2) 自記式質問紙調査であることから、時間的、身体的、心理的苦痛を感じる事が考えられる。

そこで本研究では、倫理的配慮として以下の点に留意した。

1) 対象者、施設への依頼方法

調査に先立って、各施設の施設長に研究の概要、意義、目的、プライバシー保護のための対策等をまず電話または訪問して説明し、調査協力と対象者（対象病棟）の選出を依頼する。調査協力の意思が確認できた後、改めて上記の内容を記載した依頼状を渡し、施設長及び教育担当の管理者同席のもと、文書を用いて説明し、正式に依頼した。対象者の選択は、看護部長または看護師長に依頼した。調査対象者は、質問紙の回答をもって同意とした。研究への参加は自由であり、参加の中断の自由、参加辞退による不利益は一切ないこと、業務評価とは無関係であることを説明した（【研究3】資料2.2-⑤施設代表者（看護部長）への研究承諾取消書参照）。また対象者の依頼は看護部長もしくは看護師長（部署長）からになるため、精神的な負担にならないように細心の配慮をした。

なお、本研究は、人間環境大学研究倫理審査委員会の審査を受け、承認を得てから実施した。（研究実施許可通知書参照、研究実施許可番号 2018N-003）。

2) 対象者の任意性とプライバシーの保護

自記式質問紙は無記名とし、質問紙の回収をもって同意とみなした。また無記名にすることで、個人が特定されないようにした。

3) 心身の負担に関する配慮

自記式質問紙調査のため、時間的制約を課されることや、自身のことを回答するために精神的、心理的苦痛を感じる事が考えられる。質問紙調査の負担が時間的、身体的、精神的に最小限となるように、質問項目の精選に配慮した。

4) データの回収と管理

質問紙の回収は、約 2 週間の留め置き調査とする。データは統計的に処理し、ロック機能付き USB メモリーに 10 年間保管し、USB メモリーは鍵の掛かる場所に保管する。なおデータは、研究者以外は閲覧できないようにする。

5) 結果の報告と公表

研究成果は、関連学会での発表および学術雑誌への投稿によって公表する。プライバシーを守り、研究対象者の個人情報および対象施設の特定がされるような記述はしないよう明記する。

6) 不利益が生じた際の対処方法

研究者の連絡方法を調査用紙に明記し、対象者より連絡があった際には、常に対応ができるようにする。また研究者側の補償として、一般社団法人日本看護学校協議会共済会総合保障制度（学生用 Will2）に加入し、対処する。

3. 結果

1) 対象者プロフィール

調査の結果、回収数 78 名（回収率 97.5%）で、回収した質問紙のなかで欠損値が多く有効回答が得られていない質問紙を除く 75 名（有効回答率 93.8%）を分析対象者とした。性別では男性は 1 名のため、分析対象から除外した。対象者の属性は、看護師の年齢（平均値 \pm SD）は 35.35 ± 9.86 （範囲 29～47）歳、看護師経験年数は平均 15.5 ± 9.13 （6～24）年であった。

2) 予備調査の項目分析

各項目の記述統計を実施し、項目分析では欠損値確認、平均値 \pm 標準偏差が最大値を超える項目を認める天井効果、同様に最小値を超えるフロア効果の確認、および項目と尺度間の相関 (item-total: 以下, I-T) 分析, G-P (good-poor) 分析を実施した (表 12 参照)。

尺度は 5 段階評価であり、1 点から 5 点までの得点となることから、5.00 を超える項目を天井効果、1.00 未満の項目をフロア効果とした。

質問項目（37 項目）と尺度総得点の相関係数は、 $r = 0.05 \sim 0.55$ の範囲であった。I-T 分析をして、修正済み項目合計相関（Corrected Item-Total Correlation: CITC）を求めた。

また、G-P 分析では、合計得点の平均値を基準に分類した 2 群間の比較を実施した（ $p < 0.05, p < 0.01$ ）。その結果、除外に該当する項目を複数認めたが、死生観は個別の価値観が存在し、またその人の生と死に対する考え方は、多次元的な概念であることから、除外せずに分析することとした。

表 12 看護師の死生観尺度原案の項目分析

項 目	M	SD	天井効果	床効果	I-T 分析	$n = 75$ G-P 分析 平均値の差
Q1. 死に直面した人を見ると、悲しく思う	4.12	0.72	4.83	3.41	.24	.04*
Q2. 良い看取りにならなかった場合は、否定的感情を抱きやすい	3.72	0.78	4.49	2.93	.26	.00**
Q3. 患者の苦悩を目の当たりにすると、自分のことのように感じる	3.37	0.83	4.20	2.54	.22	.03*
Q4. 患者の死へのケアに対して避けられない責任を感じる	3.60	0.82	4.41	2.77	.21	.02*
Q5. 死や看取りは怖くない	2.72	0.92	3.64	1.81	.05	.43
Q6. 患者の死は予測されるべきことである	2.95	0.88	3.85	2.07	.23	.02*
<u>Q7. 最期は安らかで穏やかに逝けるのが良い</u>	4.45	0.58	5.04	3.88	.35	.00**
Q8. 終末期 QODD（死に逝く過程の質）のためには、緩和ケアは欠かせない	4.29	0.91	4.95	3.50	.36	.00**
Q9. 死は身近なものである	4.07	0.76	4.82	3.29	.46	.00**
Q10. 死は人生の完成であると思う	2.96	0.98	3.93	1.97	.36	.00**
Q11. 死は苦悩からの解放であると思う	3.05	0.84	3.88	2.20	.33	.00**
Q12. 死に逝く患者は自分にはないものを教えてくれる	3.40	0.79	4.18	2.61	.32	.00**
Q13. 死はすべての終わりである	2.75	0.81	3.55	1.95	.13	.19
Q14. 自然に枯れていくような死は自然な姿である	3.47	0.78	4.25	2.70	.30	.00**
Q15. 老いていく中での死をだれも避けることはできない	4.23	0.76	5.00	3.47	.55	.00**
Q16. 死が迫れば何もしないで欲しいと思う	3.48	1.17	4.37	2.43	.24	.02*
Q17. 最期まで生きる希望を持っている患者は強いと思う	3.92	0.80	4.71	3.10	.45	.00**
Q18. 死に逝く患者を見て。今を大切に生きようと思う	3.89	0.86	4.75	3.02	.34	.00**
<u>Q19. 自分の命もいつどうなるかわからない</u>	4.39	0.66	5.03	3.73	.35	.00**
Q20. 亡くなった人とは、死後の世界でまた会えると思う	3.21	1.07	4.27	2.15	.31	.00**
Q21. どんな生き方、どんな死に方でも良いと思う	2.68	1.22	3.89	1.43	.10	.19
Q22. 人生を生き抜いた人の死は、何よりも人間的な死である	3.47	0.83	4.28	2.64	.35	.00**
Q23. 死はごく自然の摂理である	4.03	0.82	4.86	3.22	.42	.00**
Q24. 私だったら愛する人のそばで逝きたい	3.68	0.96	4.64	2.73	.40	.01*
Q25. これまでの生き方が死に方を決める	3.15	0.90	4.03	2.23	.21	.02*
Q26. 亡くなった人との楽しい思い出は、心の中に生き続ける	4.11	0.69	4.79	3.42	.49	.00**
Q27. 死へのケアの中で、宗教は人間の存在を支えてくれると思う	3.29	0.83	4.12	2.46	.23	.02*
Q28. 独りで亡くなるのは寂しいと思うから、独りでは逝かせたくない	3.44	0.99	4.43	2.46	.17	.14
Q29. 最期は自分の慣れ親しんだ温もりのある場所で迎えるべきである	3.75	0.79	4.54	2.96	.26	.07
Q30. 家族が後悔しないように、死に目に会わせてあげたい	4.12	0.80	4.94	3.33	.35	.02*
Q31. 家族に見守られる自然な死が良い	4.05	0.70	4.77	3.37	.46	.00**
Q32. 身近な人の死は乗り越えられる	3.05	0.90	3.97	2.17	.22	.17
Q33. 死を受容することが、これからの生き方に関わると思う	3.67	0.76	4.42	2.90	.53	.00**
Q34. 納得できる最期の別れができないと、家族はその死を受け入れられない	3.79	0.74	4.52	3.04	.45	.00**
Q35. 死を早めるとしても、本人の意思に添うべきである	3.84	0.72	4.55	3.11	.24	.10
Q36. 人が死ぬことに慣れてはいけないと思う	3.99	0.81	4.80	3.18	.20	.04*
Q37. 生や死はどこか他人事のことのように思う	2.32	0.86	3.17	1.46	.05	.27

Note. 項目 Q7、Q19 の下線は、天井効果が高く削除したもの、G-P 分析で有意差が見られなかった項目に下線を付した。

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

ただし、尺度として点数が偏る天井効果で、高値を示した「7. 最期は安らかに穏やかに逝けるのが良い」, 「19. 自分の命もいつどうなるかわからない」のこれらは、2 つ共 5.00 以上であり削除した。 「15. 老いていく中での死を誰も避けることはできない」も点数は高いが、死は不可避であり、さらに自然な摂理を表す項目内容から必要な項目と判断し、削除しないこととした。フロア効果に該当する項目は見られなかった。

以上の項目分析の結果から、この天井効果を認めた 2 項目を削除し、最終的な質問項目は、37 項目から 35 項目とした。

4. 考察

予備調査の項目分析を行ったが、天井効果を示す項目として、「7. 最期は安らかに穏やかに逝けるのが良い」, 「19. 自分の命もいつどうなるかわからない」の 2 項目が 5.04, 5.03 と該当した。I-T 分析では、この 2 つの項目は両者とも $r = 0.35$ と正の相関を認め、 $r = 0.20$ 以上であり除外には値しなかった。同じように、G-P 分析でも合計得点の平均値を基準に分類した 2 群間の比較を実施したところ、除外項目は複数あるが、天井効果を示す項目にこの 2 項目は該当していなかった。

この結果、基準値で選択しきれない死生観を表す多次元性が示唆され、「7. 最期は安らかに穏やかに逝けるのが良い」, 「19. 自分の命もいつどうなるかわからない」の 2 項目を除外した。削除項目にも死生観の重要な要素が含まれていると考えられることから、慎重な選択が求められている。

5. 結論

1) 項目分析の結果、天井効果を示す項目は 2 項目を除外し、フロア効果を示す項目は見られなかった。

2) I-T 分析、G-P 分析では、質問項目と尺度総得点の相関係数は $r = 0.05 \sim 0.53$ の範囲であり、除外項目が複数みられたが、死生観を表す重要な要素でもあることから、除外せず仮尺度とした。

3) 最終的に 35 項目が抽出された。

C. 本調査

1. 研究方法

1) 研究デザイン：自記式質問紙調査に基づく量的研究

2) 研究対象者

(1) 本調査の対象者

本研究は、一般病棟での看護師が捉える死生観の構成要素を明らかにし、尺度開発をすることを目的としている。そこで、その研究対象者は東海圏（愛知県内）一般病棟に勤務している看護師 630 名とした。

3) データ収集方法

調査期間は、令和元年 8 月 7 日～9 月 2 日に実施する。施設の看護部長に文書にて依頼し、研究の同意を得た後に（【研究 3】資料 2.2-②施設代表者（看護部長）への研究実施依頼書参照）、研究担当副部長を介して質問紙の配布を郵送で依頼し、研究担当者を通して各病棟への質問紙の配布を依頼し、（【研究 3】資料 2.2-③施設代表者（看護部長）への研究実施承諾書参照）質問紙調査を実施した。被調査者へは調査用紙を受け取っておよそ 2 週間で回答し、各病棟に配布した袋にて個別に回収、郵送にて回収を行った（【研究 3】資料 2.2-④調査対象者への研究協力依頼書参照）。

4) 質問紙の構成

①予備調査で抽出した質問項目 35 項目を用いる。そして、本尺度（【研究 3】資料 2.2-⑦看護師の死生観調査：本尺度，【研究 3】資料 2.2-⑧：個人属性参照）と既存尺度との関連性を検討する目的から、②看護師の死生観尺度（岡本，石井，2005）（【研究 3】資料 2.2-⑨質問紙調査：岡本らの看護師の死生観尺度参照）25 項目と、③死に対する態度尺度改訂版（DAP-R）（隈部，2006）（【研究 3】資料 2.2-⑩質問紙調査：死に対する態度尺度改訂版 DAP-R 参照）27 項目を加えた。④個人属性（【研究 3】資料 2.2-⑧個人属性参照）は、年齢，性別，看護師経験年数，所属部署での勤務年数，現在所属する病棟の部署，最終学歴，看取り経験，家族と死に関する話の経験，終末期ケアに関する学習会参加経験の 9 項目から成る 4 部から構成した。なお，回答形式は 5 段階リッカートスケールとした。

5) 分析方法

収集したデータは、解析ソフト SPSS for Windows ver.26.0 を使用して記述統計を行った。予備調査の結果から項目分析として、欠損値の頻度、天井効果とフロア効果の確認した。さらに、主成分分析から因子のまとまり具合を確認後、主因子法－プロマックス回転、固有値 1 以上による因子分析を行い、下位尺度の抽出した。

2. 倫理的配慮

第IX章【研究 3】一般病棟勤務の看護師に実施した予備調査における、死生観尺度の作成に準じて、倫理的配慮を実施した。（資料 2.2-②施設代表者（看護部長）への研究実施依頼書，資料 2.2-③施設代表者（看護部長）への研究実施承諾書，資料 2.2-④調査対象者への研究協力依頼書，資料 2.2-⑤施設代表者（看護部長）への研究承諾取消書参照）。

本研究は、人間環境大学研究倫理審査委員会の審査を受け、承認を得てから実施した。（研究実施許可通知書参照，研究実施許可番号 2018N-003）。

3. 結果

1) 対象者のプロフィール

本調査の対象者のプロフィールを、表 13 に示す。

研究協力の承諾の得られた施設に質問紙を配布し、その中から内科病棟，外科病棟，ICU,GICU,NICU 病棟，そして内科，外科混合病棟に勤務する看護師 630 名を，本調査での分析対象者とした。

その結果，回収数 399 名，回収率 61.9%であった。回収した質問紙のうち，欠損値が多く有効回答が得られていないと判断された質問紙を除いた結果，有効回答数 343 名（有効回答率 54.4%）を分析対象とした。

表 13 本調査対象者のプロフィール

 $n = 343$

年齢（範囲）	30.97 ± 8.94（22～57）歳	
看護師経験年数 M ± S D（範囲）	8.32 ± 8.59（1年未満～37）年	
		人（％）
性別	女性	313(91.3)
	男性	30(8.7)
所属部署での勤務年数 M ± S D（範囲）	1.73 ± 0.78（1年未満～3）年	
所属病棟	外科病棟	156(45.5)
	内科病棟	102(29.7)
	内科・外科混合病棟	69(20.1)
	ICU・GICU・NICU	16(4.7)
教育歴	専門学校	111(32.4)
	短期大学	9(2.6)
	大学	218(63.6)
	大学院	4(1.2)
	無回答	1(0.3)
身近な人の看取り体験	有り	219(63.8)
	無し	124(36.2)
家族と死に関する会話経験	有り	235(68.5)
	無し	108(31.5)
終末期ケアの学習会参加経験	有り	121(35.3)
	無し	221(64.4)
	無回答	1(0.3)

対象者の属性は、看護師の経験年数は、8.32±8.59（1年未満～37）年で、看護師の平均年齢は、30.97±8.94（22～57）歳であった。性別は、女性 313 名（91.3%）、男性 30 名（8.7%）であった。

所属病棟は、外科病棟 156 名（45.5%）、内科病棟 102 名（29.7%）、内科・外科混合病棟 69 名（20.1%）、ICU、GICU、NICU 病棟 16 名（4.7%）であった。最終学歴は、専門学校 111 名（32.4%）、短期大学 9 名（2.6%）、大学 218 名（63.6%）、大学院 4 名（1.2%）であった。

身近な人の看取り体験では、有りが 219 名（63.8%）、家族と死に関する話をする経験では、有りが 235 名（68.5%）、終末期ケアの学習会参加経験では、有りが 121 名（35.3%）、なしが 218（64.3%）であった（表 13 参照）。

2) 看護師の死生観尺度原案 35 項目の平均値

尺度原案で抽出された 35 項目の平均値と標準偏差を求めた（表 14 参照）。平均値の高い順に整理した。平均値は、2.34～4.24 の範囲であった。特に、「35. 死や看取りは怖くない」では、平均値は 2.34 と最低値であった。標準偏差は 1.09 であった。また「30. どんな生き方どんな死に方でもよいと思う」の平均値は 2.99 で SD は 1.18 であった。これらの 2 項目の SD は高値であり、ばらつきが大きいことを示している。

表 14 看護師の死生観尺度原案 35 項目の平均値と標準偏差

n=343		
項 目	平均値	標準偏差
1 老いていく中での死を誰も避けることはできない	4.24	0.67
2 家族が後悔しないように死に目に会わせてあげたい	4.20	0.69
3 終末期 QODD 死に逝く過程のためには緩和ケアは欠かせない	4.20	0.68
4 亡くなった人との楽しい思い出は心の中に生き続ける	4.15	0.71
5 家族に見守られる自然な死が良い	4.12	0.68
6 死に直面した人を見ると悲しく痛ましいと思う	4.07	0.77
7 死はごく自然の摂理である	4.02	0.66
8 最期まで生きる希望を持っている患者は強いと思う	4.00	0.78
9 死を早めるとしても本人の意思に添うべきである	3.96	0.68
10 私だったら愛する人のそばで逝きたい	3.90	0.83
11 死に逝く患者を見て今を大切に生きようと思う	3.90	0.80
12 人が死ぬことに慣れてはいけなと思う	3.89	0.88
13 最期は自分の慣れ親しんだ温もりのある場所で迎えるべきである	3.81	0.76
14 死は身近なものである	3.81	0.83
15 人生を生き抜いた人の死は何よりも人間的な死である	3.76	0.74
16 独りで亡くなるのは寂しいと思うから独りでは逝かせたくない	3.72	0.88
17 死を受容することがこれからの生き方に関わらと思う	3.66	0.73
18 納得できる最期の別れができないと家族はその死を受け入れられない	3.64	0.77
19 良い看取りにならなかった場合は否定的感情を抱きやすい	3.62	0.81
20 死に逝く患者は自分にないものを教えてくれる	3.39	0.83
21 自然に枯れていくような死は自然な姿である	3.38	0.84
22 患者の死へのケアに対して避けられない責任を感じる	3.37	0.89
23 死が迫れば何もしないで欲しいと思う	3.33	0.96
24 患者の苦悩を目の当たりにすると自分のことのように感じる	3.22	0.88
25 亡くなった人とは死後の世界でまた会えると思う	3.21	0.97
26 これまでの生き方が死に方を決める	3.18	0.98
27 死へのケアの中で宗教は人間の存在を支えてくれると思う	3.11	0.93
28 患者の死は予測されるべきことである	3.06	0.78
29 死は苦悩からの解放であると思う	3.02	0.83
30 どんな生き方どんな死に方でも良いと思う	2.99	1.18
31 身近な人の死は乗り越えられる	2.99	0.92
32 死は人生の完成であると思う	2.77	0.83
33 死はすべての終わりである	2.71	0.87
34 生や死はどこか他人事のように思う	2.53	0.97
35 死や看取りは怖くない	2.34	1.09

Note. 回答形式「1：そう思わない」「2：ややそう思わない」「3：どちらでもない」「4：ややそう思う」「5：そう

思う」

3) 看護師の死生観仮尺度の主成分分析

看護師の死生観尺度における主成分分析の結果を、下記に示した（表 15 参照）。

本研究は、尺度開発を目的としており、尺度項目の選択に於いて評価されている主成分分析をこの 35 項目に関して実施した。

その結果、固有値 1 以上、因子負荷量 0.400 以上を条件として主成分分析を行い、第Ⅰ主成分、第Ⅱ主成分で 23 項目を抽出した。その内 12 項目が削除された。

表 15 看護師の死生観尺度の主成分分析

項 目	因子負荷量	
	第Ⅰ因子	第Ⅱ因子
	第Ⅰ因子	第Ⅱ因子
1 亡くなった人との楽しい思い出は心の中に生き続ける	0.644	0.012
2 家族に見守られる自然な死が良い	0.642	-0.003
3 人生を生き抜いた人の死は何よりも人間的な死である	0.627	0.163
4 死に逝く患者を見て今を大切に生きようと思う	0.591	-0.161
5 私だったら愛する人のそばで逝きたい	0.569	-0.069
6 最期は自分の慣れ親しんだ温もりのある場所で迎えるべきである	0.567	0.042
7 死を受容することがこれからの生き方に関わると思う	0.564	0.185
8 最期まで生きる希望を持っている患者は強いと思う	0.531	-0.051
9 家族が後悔しないように死に目に会わせてあげたい	0.515	-0.100
10 死に逝く患者は自分にないものを教えてくれる	0.512	-0.208
11 納得できる最期の別れができないと家族はその死を受け入れられない	0.455	0.183
12 独りで亡くなるのは寂しいと思うから独りででは逝かせたくない	0.436	-0.247
13 老いていく中での死を誰も避けることはできない	0.417	0.291
14 良い看取りにならなかった場合は否定的感情を抱きやすい	0.414	-0.275
15 人が死ぬことに慣れてはいけないと思う	0.413	-0.369
16 死に直面した人を見ると悲しく痛ましいと思う	0.417	-0.440
17 患者の苦悩を目の当たりにすると自分のことのように感じる	0.407	-0.382
18 死はごく自然の摂理である	0.263	0.469
19 患者の死は予測されるできごとである	0.033	0.446
20 死が迫れば何もしないで欲しいと思う	0.181	0.442
21 身近な人の死は乗り越えられる	0.086	0.434
22 死や看取りは怖くない	-0.231	0.432
23 自然に枯れていくような死は自然な姿である	0.259	0.406
24 死は苦悩からの解放であると思う	0.286	0.336
25 死は人生の完成であると思う	0.296	0.269
26 死へのケアの中で宗教は人間の存在を支えてくれると思う	0.203	-0.122
27 死はすべての終わりである	0.158	0.307
28 生や死はどこか他人事のように思う	-0.197	0.290
29 これまでの生き方が死に方を決める	0.318	0.228
30 亡くなった人とは死後の世界でまた会えると思う	0.389	-0.207
31 終末期QODD死に逝く過程のためには緩和ケアは欠かせない	0.381	0.225
32 どんな生き方どんな死に方でも良いと思う	-0.075	0.114
33 死を早めるとしても本人の意思に添うべきである	0.360	0.394
34 患者の死へのケアに対して避けられない責任を感じる	0.392	-0.260
35 死は身近なものである	0.352	0.226
抽出後の負荷量平方和		5.911
寄与率(%)		16.889
累積寄与率(%)		16.889
		25.015

Note. 因子負荷量0.400以上を選択して各因子の構成項目とした。

4) 因子分析（探索的因子分析）

看護師の死生観尺度を構成する因子を抽出するために、尺度原案修正版を用いて因子分析を行った（表 16 参照）。

表 16 看護師の死生観尺度の因子分析（主因子法―プロマックス回転）

		Cronbach's		因子負荷量					<i>n</i> =343
因子名	項目内容	α 係数	第Ⅰ因子	第Ⅱ因子	第Ⅲ因子	第Ⅳ因子	第Ⅴ因子	共通性	
第Ⅰ因子 家族が期待するQODD		$\alpha = 0.762$							
1.	家族が後悔しないように死に目に会わせてあげたい	.840		-.095	-.048	-.023	-.066	.583	
2.	家族に見守られる自然な死が良い	.802		.420	-.060	.015	.056	.667	
3.	最期は自分の慣れ親しんだ温もりのある場所で迎えるべきである	.646		-.116	.127	-.008	.232	.502	
4.	独りで亡くなるのは寂しいと思うから独りでは逝かせたくない	.449		.147	-.010	-.060	-.157	.276	
5.	私だったら愛する人のそばで逝きたい	.399		.153	.057	.084	-.061	.307	
第Ⅱ因子 死に逝く人の教え		$\alpha = 0.755$							
6.	死に逝く患者を見て今を大切に生きようと思う	-.044	.775		-.006	-.121	.016	.514	
7.	亡くなった人との楽しい思い出は心の中に生き続ける	.070	.678		-.093	.088	.014	.512	
8.	人生を生き抜いた人の死は何よりも人間的な死である	.057	.614		-.115	.064	.139	.436	
9.	死に逝く患者は自分にはないものを教えてくれる	-.079	.542		.143	-.092	.015	.322	
10.	最期まで生きる希望を持っている患者は強いと思う	-.009	.490		.057	.100	-.032	.306	
第Ⅲ因子 死に対するネガティブな感情		$\alpha = 0.656$							
11.	死に直面した人を見ると悲しく痛ましいと思う	-.099	.015	.739		.084	-.139	.537	
12.	良い看取りにならなかった場合は否定的感情を抱きやすい	.044	-.067	.582		.051	.019	.325	
13.	患者の苦悩をまのあたりにすると自分のことのように感じる	.003	.073	.542		-.131	.071	.343	
第Ⅳ因子 死は自然の摂理		$\alpha = 0.564$							
14.	自然に枯れていくような死は自然な姿である	-.047	-.022	.011	.585		-.085	.289	
15.	老いていく中での死を誰も避けることはできない	.039	.161	-.042	.582		-.143	.393	
16.	死はごく自然の摂理である	-.002	-.091	.034	.567		.072	.327	
第Ⅴ因子 End-of-Lifeの生き方への示唆		$\alpha = 0.418$							
17.	身近な人の死は乗り越えられる	-.023	.080	-.095	-.127	.632		.370	
18.	死を受容することがこれからの生き方に関わると思う	-.003	.246	.263	.109	.352		.386	
19.	人が死ぬことに慣れてはいけないと思う	.236	.239	.124	-.081	-.214		.261	
20.	死や看取りは怖くない	-.153	.033	-.328	.070	.152		.189	
21.	死が迫れば何もしないで欲しいと思う	-.014	.067	-.078	.216	.203		.140	
22.	患者の死は予測されるべきことである	.014	-.142	-.065	.220	.222		.143	
23.	これまでの生き方が死に方を決める	.137	-.014	.091	.101	.155		.093	
回転後の負荷量平方和			3.388	3.553	2.542	1.895	1.173		
寄与率 (%)			18.986	6.898	4.575	2.748	2.534		
累積寄与率 (%)			18.986	25.884	30.459	33.207	35.741		
因子間相関			第Ⅰ因子	1.000					
			第Ⅱ因子	.421**	1.000				
			第Ⅲ因子	.300**	.349**	1.000			
			第Ⅳ因子	.195**	.250**	.330	1.000		
			第Ⅴ因子	.160**	.239**	.077	.191**	1.000	

** $p < 0.01$

主成分分析で抽出された 23 項目を因子分析（探索的因子分析）した結果、因子のスクリープロット、累積寄与率から、抽出する因子数を 5～7 因子を想定して因子分析を行った。また、因子抽出の際のサンプル適正検定である Kaiser-Meyer-Olkin 量は、0.5 以上必要であると言われているが、本研究では Kaiser-Meyer-Olkin=0.827 を確認した。そのため、分析に十分耐え得るサンプルであることが確認された。

主因子法プロマックス回転による 5～6 因子、または概念分析の属性 7 因子を想定した探索的因子分析を行った。その際、固有値 1 以上、因子負荷量 0.400 以上の条件で因子分析を行った。尺度の構成に適切な項目を選択するため、因子負荷量が基準値の 0.400 以上であっても複数の因子に負荷量を持つ項目を除外した。共通性や、Cronbach's α 係数の変化を繰り返し確認しながら因子分析を実施した。ただし、0.400 未満であっても、質問項目の内容から、死生観が「その人の生と死に対するものの見方・考え方」と定義した内容から考えると必要な項目と捉え、「5. 私だったら愛する人のそばで逝きたい」、「18. 死を受容することがこれからの生き方に関わると思う」の 2 項目に関しては、因子を構成する項目に加えた。

その結果、18 項目から構成される 5 因子（第Ⅰ因子：5 項目、第Ⅱ因子：5 項目、第Ⅲ因子：3 項目、第Ⅳ因子：3 項目、第Ⅴ因子：2 項目）が抽出された。因子分析により削除となった項目は、「人が死ぬことに慣れてはいけないと思う」、「死や看取りは怖くない」、「死が迫れば何もしないで欲しいと思う」、「患者の死は予測されるできごとである」、「これまでの生き方が死に方を決める」の 5 項目であった。

18 項目から成る看護師の死生観尺度の正規性の検定を Shapiro-Wilk で行った結果、正規分布していることが確認された（ $p=.134$ ）。5 因子について、以下のように解釈した。

第Ⅰ因子は 5 項目から構成されていた。「家族が後悔しないように死に目に会わせてあげたい」、「家族に見守られる自然な死が良い」、「独りで亡くなるのは寂しいと思うから独りでは逝かせたくない」、という看護師の患者と家族間の想いが重視された内容に加え、「最期は自分の慣れ親しんだ温もりのある場所で迎えるべきである」、という、個々の患者それぞれの、自分の望む最期をどこで迎えることが良いのか、といった内容も含まれていた。さらに「私だったら愛する人のそばで逝きたい」、などは、独りでは逝くのは寂しいと捉え、最期を誰に看取られて逝きたいかといった思いなどから構成されたこれらの項目が、家族が患者の死をこうありたいと願う看取りの内容と考えられ、【家族が期待する Quality of Death and Dying(以下 QODD)】と命名した。

第Ⅱ因子は、5 項目から構成されていた。「死に逝く患者を見て今を大切に生きようと思う」、「人生を生き抜いた人の死は何よりも人間的な死である」、「死に逝く患者は自分にはないものを教えてくれる」、「最期まで生きる希望を持っている患者は強いと思う」の項目は、EOLC を通して死に逝く患者から自分にはないものを教わる内容から構成されていた。さらに「亡くなった人との楽しい思い出は心の中に生き続ける」といった、肯定的な側面を持つことから、これらの患者からの教えは、看護師の死生観形成に強い影響をもたらすものと解釈されたことから、【死に逝く人の教え】と命名した。

第Ⅲ因子は、3 項目から構成されていた。「死に直面した人を見ると悲しく痛ましいと思う」、「良い看取りにならなかった場合は否定的感情を抱きやすい」、「患者の苦悩をまのあたりにすると自分のことのように感じる」から構成されていた。

死からもたらされる悲しい、痛ましい、恐怖などのネガティブな感情や、患者の苦悩を自分のことのように感じる視点は、患者の苦悩を直視したからこそ感じる看護師の死に伴うネガティブな感情を示していると考えられることから、【死に対するネガティブな感情】と命名した。

第Ⅳ因子は、3 項目から構成された。「自然に枯れていくような死は自然な姿である」、「老いていく中での死を誰も避けることはできない」、「死はごく自然の摂理である」から構成されていた。

人間にとって死は自然な姿で不可避なものであり、看護師は患者の死を自然な現象であり、なおかつ自然の摂理と捉えられていることから、【死は自然の摂理】と命名した。

第Ⅴ因子は2 項目から構成された。「身近な人の死は乗り越えられる」、「死を受容することがこれからの生き方に関わると思う」は、死を乗り越えるその先の生き方、また死を受容することがこれからの生き方に関わる内容であることから、【End-of-Life の生き方への示唆】と命名した。しかし、第Ⅴ因子は項目数が2つと少ないため、再度項目を選定し、検討する必要があると考える。

今回の分析において削除項目された5 項目は、「人が死ぬことに慣れてはいけないと思う」、「死や看取りは怖くない」、「死が迫れば何もしないで欲しいと思う」、「患者の死は予測されるできごとである」、「これまでの生き方が死に方を決める」であった。これらは死に方への示唆を表す内容とも考えられ、削除項目にも死生観に重要な要素が含まれていることも考えられ、今後さらなる検討が必要と考える。

5) 看護師の死生観尺度の内部相関

表 17 看護師の死生観尺度の内部相関

	<i>n</i> =343				
	死生観全体	第Ⅰ因子 家族が期待 するQODD	第Ⅱ因子 死に逝く人の 教え	第Ⅲ因子 死に対する ネガティブな感情	第Ⅳ因子 死は自然の 摂理
第Ⅰ因子:家族が期待するQODD	.766**	—			
第Ⅱ因子:死に逝く人の教え	.804**	.450**	—		
第Ⅲ因子:死に対するネガティブな感情	.562**	.295**	.356**	—	
第Ⅳ因子:死は自然の摂理	.467**	.217**	.249**	.001	—
第Ⅴ因子:End-of-Lifeの生き方への示唆	.440**	.180**	.255**	.068	.194**

Note. Pearson の相関係数

***p*<0.01

看護師の死生観尺度の各因子の内部相関を算出した（表 17 参照）。

尺度全体と各因子間での相関は、第Ⅰ因子が $r=0.766$ 、第Ⅱ因子が $r=0.804$ 、第Ⅲ因子が $r=0.562$ 、第Ⅳ因子が $r=0.467$ 、第Ⅴ因子が $r=0.440$ と、それぞれ有意な正の相関が認められた（ $p<0.01$ ）。

各因子間で見ると、第Ⅰ因子と第Ⅱ因子間が $r=0.450$ 、第Ⅰ因子と第Ⅲ因子間が $r=0.295$ 、第Ⅰ因子と第Ⅳ因子間で $r=0.217$ 、第Ⅰ因子と第Ⅴ因子間で $r=0.180$ で有意な正の相関を認められた（ $p<0.01$ ）。

第Ⅱ因子間では、第Ⅲ因子間で $r=0.356$ 、第Ⅱ因子と第Ⅳ因子間で $r=0.249$ 、第Ⅱ因子と第Ⅴ因子間で $r=0.255$ 、で正の相関がみられた（ $p<0.01$ ）。

第Ⅲ因子間では、第Ⅳ因子と第Ⅴ因子の間では、相関はみられなかった。

第Ⅳ因子間では、第Ⅴ因子間と $r=0.194$ で、弱い相関を認めた。

以上より、尺度全体を見ると第Ⅰ因子から第Ⅴ因子と尺度全体は、有意な正の相関が認められた（ $r=0.440\sim0.804$ $p<0.01$ ）。

これらの結果より、尺度全体からみると全て有意な相関が見られており、死生観を測っている尺度であるといえる。各因子間では、強い相関がみられたのは第Ⅰ因子と第Ⅱ因子間のみで、（ $r=0.450$ ）、それぞれの項目が独立している尺度であると言える。

6) 看護師の死生観尺度の平均値と標準偏差

表 18 看護師の死生観尺度 18 項目の平均値と標準偏差

					<i>n</i> = 343
質問項目	最小値	最大値	平均値	標準偏差	
死生観全体 (18項目)			3.72	0.78	
【第Ⅰ因子：家族が期待するQODD (5項目)】			3.95	0.77	
1. 家族が後悔しないように死に目に会わせてあげたい	2	5	4.20	0.68	
2. 家族に見守られる自然な死が良い	2	5	4.12	0.68	
3. 最期は自分の慣れ親しんだ温もりのある場所で迎えるべきである	1	5	3.80	0.76	
4. 独りで亡くなるのは寂しいと思うから独りでは逝かせたくない	1	5	3.72	0.88	
5. 私だったら愛する人のそばで逝きたい	1	5	3.89	0.84	
【第Ⅱ因子：死に逝く人の教え (5項目)】			3.84	0.77	
6. 死に逝く患者を見て今を大切に生きようと思う	1	5	3.89	0.79	
7. 亡くなった人との楽しい思い出は心の中に生き続ける	1	5	4.16	0.71	
8. 人生を生き抜いた人の死は何よりも人間的な死である	1	5	3.76	0.74	
9. 死に逝く患者は自分にないものを教えてくれる	1	5	3.38	0.84	
10. 最期まで生きる希望を持っている患者は強いと思う	2	5	4.00	0.79	
【第Ⅲ因子：死に対するネガティブな感情 (3項目)】			3.63	0.82	
11. 死に直面した人を見ると悲しく痛ましいと思う	1	5	4.07	0.77	
12. 良い看取りにならなかった場合は否定的感情を抱きやすい	1	5	3.62	0.81	
13. 患者の苦悩を目の当たりにすると自分のことのように感じる	1	5	3.21	0.88	
【第Ⅳ因子：死は自然の摂理 (3項目)】			3.88	0.72	
14. 自然に枯れていくような死は自然な姿である	1	5	3.37	0.84	
15. 老いていく中での死を誰も避けることはできない	2	5	4.24	0.67	
16. 死はごく自然の摂理である	2	5	4.01	0.66	
【第Ⅴ因子：End-of-Life の生き方への示唆 (2項目)】			3.32	0.83	
17. 身近な人の死は乗り越えられる	1	5	2.98	0.93	
18. 死を受容することがこれからの生き方に関わると思う	1	5	3.66	0.73	

Note. 回答方法 「1: そう思わない」「2: ややそう思わない」「3: どちらでもない」「4: ややそう思う」「5: そう思う」

看護師の死生観尺度 18 項目の平均値と標準偏差を表 18 に示した。尺度全体の平均値 \pm SD は 3.72 ± 0.78 だった。平均値は 2.98~4.24 の範囲であった。特に、平均値の最大値を示した「15. 老いていく中での死を誰も避けることはできない」は $4.24 \pm \text{SD}0.67$ だった。

各下位尺度の合成平均値 \pm SD は第Ⅰ因子 3.95 ± 0.77 、第Ⅱ因子は 3.84 ± 0.77 、第Ⅲ因子は 3.63 ± 0.82 、第Ⅳ因子は 3.88 ± 0.72 、第Ⅴ因子は 3.32 ± 0.83 だった。平均値を高い順に並べると、1) 第Ⅰ因子、2) 第Ⅳ因子、3) 第Ⅱ因子、4) 第Ⅲ因子、5) 第Ⅴ因子の順だった。項目の最大値は〈15. 老いていく中での死を誰も避けることはできない〉、最小値は〈17. 身近な人の死は乗り越えられる〉だった。

4. 考察

1) 質問項目の選択

【研究1】，【研究2】のプロセスから質的帰納的分析により40項目が抽出され，表面妥当性，内容妥当性を実施し，37項目の仮尺度を作成し，予備調査を行った．回答は最小値1点から最大値5点の範囲にあり，平均値は2.32～4.45点，標準偏差は0.58～1.22点であった．天井効果を認めた2項目を削除し，フロア効果はみられなかった．質問項目と尺度総得点の相関係数は， $r=0.05\sim0.53$ の範囲であった．各項目の平均点を基準として上位群と下位群に分けG-P分析を行った結果，該当項目を複数認めたが，死生観は個別の価値観が存在し，多次元性であることから除外せず，尺度原案35項目をもって本調査を実施した．この尺度原案の平均値では，「死や看取りは怖くない」では最小値2.99で，標準偏差は1.09と高く，ばらつきが大きいことが考えられた．

看護師の死生観尺度は，各因子の平均値は，2.34～4.24であった．最も平均値の高い項目は，「老いていく中での死を誰も避けることはできない」では4.24であり，続いて「家族が後悔しないように死に目に会わせてあげたい」，「終末期QODD（死に逝く過程の質）のためには，緩和ケアは欠かせない」はともに4.20であった．

看護師は，ケアをする中で死の不可避な面に注目し，その中でも死に逝くケアにおいては，家族が後悔しないように死に目に会わせてあげたい，という思いを重視していることが考えられる．

以上より，EOLCの視点が看護師の死生観に表されたと考えられ，尺度の質問項目は適切に抽出されたと考える．

2) 主成分分析に基づく検討

本研究は尺度開発を目的としているため，尺度項目の選択において評価されている主成分分析を行い，固有値1以上，因子負荷量0.400以上と設定し，質問項目の精選を行った．

主成分分析を行った結果，第I主成分から17項目，第II主成分から6項目で，第I主成分に質問項目が集約していることを確認した．

3) 各因子の構成

因子分析を行い，探索的因子分析の検討を行った．因子負荷量が0.400以上固有値1以上で繰り返し因子分析を行った結果，当初概念分析の属性から想定 of 7項目の構成ではな

く、5 因子 18 項目が示唆された。尺度全体の 1 項目当たりの平均値は、3.78 を示した。各因子は概念分析から抽出された属性を構成しており、質的研究から抽出された要素、すなわち【患者の死に対する責務感】、【死は自然な現象】、【患者と家族間の意味のある関わりと遺される家族への想い】、【その人らしい逝き方の肯定】、【死に対する情緒的反応】、【様々な価値観に基づく死に対する信念】、【死後の世界の存在】これらが量的研究から抽出された因子を支持した結果と考えられる。

今回、尺度開発により本尺度は各項目を 1 点～5 点と割り付けた。しかし、死生観を表す本尺度は、必ずしも高得点から死生観の是非を問うのではなく、死生観がどのようなものかを量的研究からどのような要素があるのかを捉える意味では、この 5 因子が抽出された意味は大きいと考える。

5. 結論

【研究 3】看護師の死生観の概念分析に基づく死生観尺度開発において、以下のことが明らかになった。

1. 因子分析の結果から、看護師の死生観尺度として、5 因子 18 項目の看護師の死生観尺を開發した。
2. 因子分析の結果、量的研究の観点から明らかにされた 5 つの因子は、第Ⅰ因子（5 項目）【家族が期待する QODD】、第Ⅱ因子（5 項目）【死に逝く人の教え】、第Ⅲ因子（3 項目）【死に対するネガティブな感情】、第Ⅳ因子（3 項目）【死は自然の摂理】、第Ⅴ因子（2 項目）【End-of-Life の生き方への示唆】、と命名された。これらの 5 つの因子が、看護師の死生観の構成要素として示唆された。

第X章【研究 4】看護師の死生観尺度の信頼性と妥当性の検証

1. 研究目的

本研究では，【研究 3】A～C のプロセスで開発された，看護師の死生観尺度の信頼性と妥当性を検証することを目的とする．

2. 研究方法

1) 研究デザイン

自記式質問紙調査を実施した量的因子探索研究である．

2) 研究対象者

【研究 3】の研究対象者，愛知県内一般病院に勤務する看護師 630 名に実施した，質問紙調査の本調査結果を対象とした．基準関連妥当性として，本尺度 35 項目に加え，看護師の死生観尺度（岡本，石井，2005）25 項目，死に対する態度尺度改訂版 DAP-R（隈部，2006）27 項目，そして個人属性を加えて調査を実施した．

また既知グループ法は，【研究 3】で作成した看護師の死生観尺度 35 項目を用いて，福井県内で同意の得られた看護大学の学生 2 年生 58 名に質問紙調査を実施した．看護大学生をクライテリオン群と設定した．

3) データ収集方法

本調査は，2019 年 8 月 7 日～9 月 2 日，看護大学生への調査は 2019 年 12 月 11 日に実施した．再テストは約 4 週間後の 2020 年 1 月 8 日～9 日に実施した．

研究協力承諾の得られた看護大学の学部長に郵送で配布を依頼し，学科長を通して該当学生への質問紙の配布を依頼した．回答後回収し，研究者宛に返送してもらい回収した．

4) 信頼性と妥当性の検討

(1) 信頼性の検討

内的整合性の確認のため，尺度全体と各因子の Cronbach's α 係数を算出した．

安定性を確認するために約 4 週間の期間を置いて再テストを実施し，第 1 回目の得点との Spearman 相関係数を求め，それを信頼性係数とした．

さらに，折半法は質問項目を折半し，得点間の相関係数から，Spearman-Brown の相関係数と Guttman の相関係数を求めた．

(2) 妥当性の検討

【研究 3】で開発した本尺度との関連が予測される「看護師の死生観尺度」（岡本，石井，2005），「死に対する態度尺度改訂版（DAP-R）」（隈部，2006）との Spearman 相関係数を求めた．岡本ら（2005）の看護師の死生観尺度（25 項目）と隈部（2006）の DAP-R 改訂版（27 項目）との相関係数を算出し，基準関連妥当性を検討した．

構成概念妥当性の検討では，クライテリオン群を設定した既知グループ法を用いた．看護学生の死生観は，看護学生時代に死生観が大きく変化することはないが，講義や臨地実習を通し，生きることや生きていく目的を考える機会となり，一般学生よりも他者への関心が高いと思われることから（早坂，2012），看護師を志す看護学生をクライテリオン群に設定することにした．

① 看護師の死生観尺度による基準関連妥当性

ここでは，本研究の基準関連妥当性を検討するために用いた看護師の死生観尺度（岡本，石井，2005）と，死に対する態度尺度改訂版（DAP-R）（隈部，2006）を説明し，その根拠について述べる．

看護師の死生観を測定する目的として，岡本，石井（2005）により開発された．この中で，死生観を「死と生にまつわる価値や目的などに関する考え方で，感情や信念を含む，行動への準備体制」と定義し，尺度開発されている．6 因子 25 項目で構成されており，下位尺度は第Ⅰ因子：死の準備教育，第Ⅱ因子：死の不安，第Ⅲ因子：身体と精神の死，第Ⅳ因子：遺体への想い，第Ⅴ因子：人生の終焉，第Ⅵ因子：死後の世界，で構成されている．信頼性は，Cronbach's α ($\alpha=0.70\sim0.87$) で内的一貫性は確保されている．妥当性は，項目作成時に十数年間のホスピス病棟勤務経験をもつ医師とがん専門看護師の専門家 2 名のスーパーバイズを受け，内容的妥当性を確保している．

この尺度は，7 名の看護師の自由記述から質問項目を抽出し，また，既存尺度との妥当性の検証は確認されていないといった項目の選定には課題が残る．だが，看護師の死生観を測定する尺度として開発された唯一の尺度であり，死生観を測定する対象としての看護師の評価として妥当と捉え，基準関連妥当性の検討に用いた（【研究 3】資料 2.2-⑨質問紙調査の例参照）．

② 死に対する態度尺度改訂版（DAP-R）による基準関連妥当性

この尺度は，DAP-R（Death Attitude Profile-Revised）は Wong, Reker, and Gesser（1994）によって作成された「死への態度」に関する質問紙調査であり，Gesser, Wong, and Reker

(1987-88)による DAP の改訂版である。DAP-R は死への態度に関する 5 つのカテゴリー、第Ⅰ因子：接近型受容(Approach Acceptance：信仰により肯定的に受容する態度)、第Ⅱ因子：死の恐怖 (Fear of Death：恐怖や不安)、第Ⅲ因子：死の回避 (Death Avoidance：考えようとしなない態度)、第Ⅳ因子：逃避型受容 (Escape Acceptance：苦痛や苦悩からの解放として死を受容する態度)、中立型受容 (Neutral Acceptance：冷静に受容する態度)、のカテゴリーを含む多次元尺度であり、死に対する態度を、否定的態度から肯定的態度まで幅広く測定できる特長がある。隈部 (2006) はこの尺度を邦訳する際に、heaven や God というキリスト教を天国 (浄土・極楽)、浄土とそれぞれ訳し、仏教的な死生観にも対応できるように修正している。一般成人、青年、中年、高齢者とそれぞれに調査を行い、Cronbach's α 係数 (0.88~0.92) と高い値を示している。中立型受容は α 係数 (0.45) と他の項目に比べて低く、天井効果を示したことから除外されている。主因子法・バリマックス回転により、4 因子 27 項目が抽出された。

回答方法は、「5. そう思わない」～「1. そう思う」の 5 件法である。研究対象者の回答の混乱を避けるため、「1. そう思わない」、「2. ややそう思わない」、「3. どちらでもない」、「4. ややそう思う」、「5. そう思う」の回答方法への変更を、開発者の承諾を得たのち修正した。

この尺度は、死に対する態度を日本人に対応して開発そして邦訳されている。本研究における死生観の前提条件として、死に対する態度を挙げており、DAP-R は死の態度の側面を計ることから、妥当性の検討に適していると考え用いた【研究 3】資料 2.2-⑩質問紙調査の例参照）。

3. 倫理的配慮

第Ⅸ章【研究 3】における倫理的配慮は、看護師の死生観尺度開発（仮尺度）の作成における倫理的配慮に準じて実施した。

再テスト法の研究対象者については、施設代表者に研究の趣旨を説明し、同意が得られたのち、調査の配布を依頼した。再テストの実施に関しては、再テスト法についての説明文書と ID 番号を記載したクリアファイルと質問紙をセットにし、(資料 3.3-①施設代表者 (大学学部長) への研究実施依頼書、資料 3.3-②施設代表者 (学部長) への研究実施承諾書、資料 3.3-③看護学生への研究協力依頼書、資料 3.3-④施設代表者 (大学学部長) への研究承諾取消書参照)、授業終了時の配布および留め置き調査とし回答をもって同意とした。

本研究は、人間環境大学研究倫理審査委員会の審査を受け、承認を得てから実施した。（研究実施許可通知書参照，研究実施許可番号 2018N-003）。

4. 結果

1) 信頼性の検討（表 19 参照）

看護師の死生観尺度の信頼性は、Cronbach's α 係数の算出と折半法、再テスト法にて検討を行った。

(1) Cronbach's α 係数の算出による内的整合性の検討

看護師の死生観尺度の内的整合性を確認するために、尺度全体と各因子の Cronbach's α 係数を算出した。各因子の Cronbach's α 係数は、まとまり具合を示している。全体の Cronbach's α 係数は 0.801 であった。各因子では、【第Ⅰ因子：家族が期待する QODD】0.762，【第Ⅱ因子：死に逝く人の教え】0.755，【第Ⅲ因子：死に対するネガティブな感情】0.656，【第Ⅳ因子：死は自然の摂理】0.564，【第Ⅴ因子：End-of-Life の生き方への示唆】0.418 であった。以上の検討により、内的整合性が確認された。

表 19 看護師の死生観下位尺度の Cronbach's α 係数 n = 343

因子名	Cronbach's α 係数
第Ⅰ下位尺度： 家族が期待する QODD	0.762
第Ⅱ下位尺度： 死に逝く人の教え	0.755
第Ⅲ下位尺度： 死に対するネガティブな感情	0.656
第Ⅳ下位尺度： 死は自然の摂理	0.564
第Ⅴ下位尺度： End-of-Life の生き方への示唆	0.418

(2) 折半法による安定性の検討

折半法による Spearman-Brown の係数を求めたところ、 $\rho = .687$ であり、Guttman の折半法信頼性係数においても、 $\rho = .687$ であった。

(3) 再テスト法による安定性の検討

再テスト法による分析対象者は、調査に協力の得られた福井県内の看護大学 2 年生 58 名に配布し、第 1 回目の調査から約 4 週間後に再テストを行った（表 20 参照）。

表 20 第 1 回目調査と再テストの看護師の死生観尺度と Cronbach's α 係数

	看護師の死生観尺度					
	全体得点	第 I 因子	第 II 因子	第 III 因子	第 IV 因子	第 V 因子
相関係数	.681**	.746**	.531**	.712**	.414**	.523**
第1回目の α 係数 n = 57	0.734	0.770	0.565	0.623	0.580	0.552
再テストの α 係数 n = 47	0.764	0.847	0.637	0.586	0.703	0.723

Note. Pearson の相関係数

** $p < 0.01$

回収数 57 名，回収率 98.0%であった。また，各対象者に第 1 回目の調査の際，ID 番号の書かれたクリアファイルの番号を見て，再テストの際同一の番号を記載してもらうよう依頼し，両方の調査で質問紙の記入漏れがなく，約 4 週間後に再調査に協力したことが判別できる対象者を分析対象者とした。

その結果，有効回答数 47 名，有効回答率 81.0%であった。再テストの際の看護師の死生観尺度合計平均値は， 70.98 ± 6.36 点であった。

第 1 回目の調査と再テストの相関係数は全体で， $r = 0.681$ ($p < 0.01$) であり，有意な正の相関を認めた。因子毎の相関は $r = 0.414 \sim 0.746$ ($p < 0.01$) の範囲であり，有意な正の相関を認めた（表 20）。再テストのデータにおける Cronbach's α 係数は，全体が 0.764，各因子が 0.586～0.847 であり，第 1 回目と概ね同一の結果であった（表 20 参照）。

以上の検討により，Cronbach's α 係数により信頼性係数が高かったことから，内的整合性が確認され，折半法および再テスト法により尺度の安定性が確認された。

2) 妥当性の検討

看護師の死生観尺度の妥当性を確認するために，基準関連妥当性と構成概念妥当性について検討した。

基準関連妥当性においては，岡本ら（2005）の看護師の死生観尺度（25 項目）と死に対する態度尺度改訂版 DAP-R（27 項目）（隈部，2006）との相関係数を算出して検討した。表 21 は，これらの 2 つの尺度と，本尺度との相関係数を示したものである（表 21 参照）。

本尺度の全体と岡本の看護師の死生観尺度全体との相関係数は，尺度全体とは $r = 0.539$ ($p < 0.01$) であった。

表 21 本尺度と岡本ら（2005）の看護師の死生観尺度と死に対する態度尺度改訂版（DAP-R）との関連性

						n=343
本尺度の5因子						
	第Ⅰ 家族が期待 するQODD	第Ⅱ 死に逝く人の 教え	第Ⅲ 死に対するネガ ティブな感情	第Ⅳ 死は 自然の摂理	第Ⅴ End-of-Lifeの 生き方への示唆	
岡本らの看護師の死生観尺度						
第Ⅰ 死の準備教育	.339 **	.531 **	.311 **	.294 **	.267 **	
第Ⅱ 死の不安	.261 **	.261 **	.268 **	-.063	.063	
第Ⅲ 身体と精神の死	.037	.276 **	.276 **	-.225 **	.044	
第Ⅳ 遺体への想い	.142 *	.079	.103	.337 **	.112 *	
第Ⅴ 人生の終焉	.142 *	.079	.103	.337 **	.112 *	
第Ⅵ 死後の世界	.306 **	.315 **	.253 **	.031	.067	
死に対する態度尺度改訂版(DAP-R)						
第Ⅰ 接近型受容	.105	.255 **	.192 **	.034	.062	
第Ⅱ 死の恐怖	.265 **	.193 **	.302 **	-.063	-.064	
第Ⅲ 死の回避	.017 **	-.089	.124 *	-.176 **	-.152 **	
第Ⅳ 逃避型受容	.149 **	.164 **	.153 **	.202 **	.177 **	
Note. Pearsonの相関係数						* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

(1) 岡本らの看護師の死生観尺度による基準関連妥当性の検討

各因子では、第Ⅰ因子【家族が期待する QODD】と〈死の準備教育〉 $r = 0.339$ 、〈死の不安〉 $r = 0.261$ 、〈身体と精神の死〉 $r = 0.037$ 、〈遺体への想い〉 $r = 0.142$ 、〈人生の終焉〉 $r = 0.142$ 、〈死後の世界〉 $r = 0.306$ であった。6項目すべてで正の相関を認めたが、相関係数は低かった（ $r = 0.112 \sim 0.339$ ）（ $p < 0.01$ ）。

第Ⅱ因子【死に逝く人の教え】では、〈死の準備教育〉 $r = 0.531$ 、〈死の不安〉 $r = 0.261$ 、〈身体と精神の死〉 $r = 0.276$ 、〈死後の世界〉 $r = 0.315$ の項目で有意な相関がみられた（ $p < 0.01$ 、 $p < 0.05$ ）。

第Ⅲ因子【死に対するネガティブな感情】では、〈死の準備教育〉 $r = 0.311$ 、〈死の不安〉 $r = 0.268$ 、〈身体と精神の死〉 $r = 0.276$ 、〈死後の世界〉 $r = 0.253$ の項目で相関がみられた（ $p < 0.01$ ）。

第Ⅳ因子【死は自然の摂理】では、〈死の準備教育〉 $r = 0.294$ 、〈身体と精神の死〉 $r = -0.225$ 、〈遺体への想い〉 $r = 0.337$ 、〈人生の終焉〉 $r = 0.337$ 、で相関がみられた（ $p < 0.01$ ）。

第Ⅴ因子【End-of-Life の生き方への示唆】では、〈死の準備教育〉 $r = 0.267$ 、〈遺体への想い〉 $r = 0.112$ 、〈人生の終焉〉 $r = 0.112$ で有意な相関がみられた。

(2) 死に対する態度尺度改定版 (DAP-R) による基準関連妥当性の検討

DAP-R 日本語版による検討では、尺度全体とは相関係数は $r = 0.251$ 、各因子では、第I因子間との相関係数は、〈死の恐怖〉 $r = 0.265$ 、〈逃避型受容〉 $r = 0.149$ 、の2項目で正の相関がみられた。第II因子では、〈接近型受容〉 $r = 0.255$ 、〈死の恐怖〉 $r = 0.193$ 、〈逃避型受容〉 $r = 0.164$ で相関がみられた ($p < 0.01$)。第III因子では、〈接近型受容〉 $r = 0.192$ 、〈死の恐怖〉 $r = 0.302$ 、〈死の回避〉 $r = 0.124$ 、〈逃避型受容〉 $r = 0.153$ 、4項目すべてで正の相関がみられた。第IV因子では、〈死の回避〉 $r = -0.176$ 、〈逃避型受容〉 $r = 0.202$ 、の2項目で正の相関があった ($p < 0.01$)。第V因子では、〈死の回避〉 $r = 0.152$ 、〈逃避型受容〉 $r = 0.177$ であった ($p < 0.01$)。

(3) 構成概念妥当性

構成概念妥当性の検討では、クライテリオン群を設定した既知グループ法を用いた。クライテリオン群には、看護大学の第2学年の学生58名とした。回収は57名(回収率98.0%)、欠損値無(有効回答率98.0%)であった。

表 22 クライテリオン群との比較

項目	看護師 n = 343 M ± SD	看護学生 n = 57 M ± SD	t
看護師の死生観尺度合計得点	3.78 ± 0.37	4.06 ± 0.35	**
I. 家族が期待するQODD	3.95 ± 0.55	4.19 ± 0.61	**
II. 死に逝く人の教え	3.84 ± 0.55	4.15 ± 0.49	**
III. 死に対するネガティブな感情	3.64 ± 0.63	3.97 ± 0.67	**
IV. 死は自然の摂理	3.88 ± 0.53	4.32 ± 0.50	**
V. End-of-Lifeの生き方への示唆	3.32 ± 0.66	3.29 ± 0.74	

Note. t検定

** $p < 0.01$

対象者群 (n=343) とクライテリオン群 (n=57) の看護師の死生観尺度の各因子得点を t 検定により比較したところ、第I因子【家族が期待する QODD】、第II因子【死に逝く人の教え】、第III因子【死に対するネガティブな感情】、第IV因子【死は自然の摂理】の4因子の得点が、クライテリオン群の学生が有意に高かった。この結果より、看護師の死生観尺度の構成概念妥当性が確認された。また、因子得点の比較において、第IV因子【死は自然の摂理】の得点差が最も大きかった (表 22 参照)。

5. 考察

1) 信頼性の検証

本尺度の信頼性は、折半法で Spearman-Brown 係数及び Guttman 係数ともに $\rho=0.687$ であった。また、本尺度全体の Cronbach's α 係数は 0.801、各因子は 0.418～0.762(範囲)であったことから、尺度としての内的整合性と安定性が確認された。

再テスト法による信頼性の検討では、2 度に渡る調査に協力を得ることが難しいことから、1 大学のみでの調査であった。データの収集方法では、授業終了時に配布し留め置き法で実施されたが、その場で回答などの協力が得られたことから、第 1 回目の調査から約 4 週間が経過したが、再テストにおいても高い回収が確保された。第 1 回目の調査と再テストに有意な正の相関を認めた ($r=0.681$, $p<0.01$)。再テストデータにおける Cronbach's α 係数は、各因子が 0.586～0.847 であり、尺度全体の信頼性を支持する Cronbach's α 係数が得られ、また相関係数も有意な正の相関を認めたことから、看護師の死生観尺度の信頼性は確保されたと考えられる。

2) 妥当性の検証

本尺度の妥当性については、岡本ら(2005)が開発した死生観尺度と、隈部(2006)が邦訳した DAP-R を用いて基準関連妥当性を検討した。その結果、本尺度全体と岡本ら(2005)の尺度では $r = 0.539$ ($p<0.01$)と有意な相関を示したが、両尺度の因子間では有意な相関を示すものの、本尺度の第Ⅱ因子【死に逝く人の教え】と〈死の準備教育〉の $r = 0.531$ ($p<0.01$)を除いて、相関係数は 0.112～0.339 と低かった。また本尺度は、第Ⅰ因子【家族が期待する QODD】に家族の視点は含まれるが、岡本ら(2005)は家族の視点は含まれてはいない。このことから、本尺度は死生観尺度として妥当であるが、岡本ら(2005)が意図した尺度内容とは若干異なっていることを示していると解釈された。

本尺度全体と DAP-R 全体では、有意な相関 $r = 0.251$ ($p<0.01$)が認められたが値は低かった。本尺度第Ⅲ因子【死に対するネガティブな感情】と〈死の恐怖〉間では $r = 0.302$ ($p<0.01$)と有意な相関は見られたが、その値は低かった。

また、構成概念妥当性として、既知グループ法として看護学生をクライテリオン群と設定して調査を行った。その結果、看護学生の平均値が、4 因子でクライテリオン群のほうが高かったことから、構成概念妥当性は確認された。

以上のことから、本研究で開発された 5 因子 18 項目から構成される看護師の死生観尺度の妥当性は、基準関連妥当性、構成概念妥当性から確認されたと考える。

6. 結論

【研究 4】における死生観尺度の信頼性、妥当性より、以下のことが明らかになった。

1. 本研究では、看護師の死生観尺度の信頼性と妥当性を検証の検証を行い、Cronbach's α 係数により内的整合性が確認され、折半法、再テスト法により尺度の安定性が確認された。
2. 本研究で開発された 5 因子 18 項目から構成される看護師の死生観尺度は、妥当性は基準関連妥当性、構成概念妥当性から確認された。

XI章【研究 5】看護師の死生観尺度の特徴

1. 研究目的

本研究の目的は、開発された本尺度を用いて、看護師の死生観尺度の特徴を明らかにする。さらに本尺度の特徴を、本尺度に関与する個人属性、すなわち看護師の年齢、看護師経験年数、教育歴（最終学歴）、看取り経験や家族と死に関する話の経験や終末期学習会参加経験の有無などとの比較、本尺度の内部相関から死生観尺度の特徴、最後に要因分析（重回帰分析）の観点から、看護師の死生観の特徴を明らかにする。

2. 研究方法

1) 研究デザイン

自記式質問紙調査の実施による量的記述的研究である。

2) 研究対象者

本研究は、【研究 3】の研究対象者である一般病棟に勤務する看護師 343 名と、看護大学 2 年生 57 名である。

3) データ収集方法

調査は、本調査は 2019 年 8 月～9 月に本調査を実施した。看護大学生に対する調査は、2019 年 12 月 11 日に実施した。

4) 質問紙の構成

質問紙は【研究 3】で開発した本尺度に 35 項目、看護師の死生観尺度（岡本ら、2005）25 項目（資料 2.2-⑨質問紙調査：岡本の看護師の死生観尺度参照）と、DAP-R 死に対する態度尺度日本語版（隈部、2006）27 項目（資料 2.2-⑩質問紙調査：DAP-R 日本語版参照）で構成された。

5) 分析方法

統計解析には、統計ソフト SPSS 26.0 for Windows を使用した。

3. 倫理的配慮

第IX章【研究 3】一般病棟勤務の看護師に実施した予備調査における、死生観尺度の作成に準じて、倫理的配慮を実施した。（資料 2.2-②施設代表者（看護部長）への研究実施依頼書，資料 2.2-③施設代表者（看護部長）への研究実施承諾書，資料 2.2-④調査対象者への研究依頼書，資料 2.2-⑤施設代表者（看護部長）への研究承諾取消書参照）。

学生に対する調査は，第X章【研究 4】看護大学生に実施した調査に準じて，倫理的配慮を実施した。施設代表者に研究の趣旨を説明し，研究協力承諾の得られたのち，調査を実施した（資料 3.3-①施設代表者（大学学部長）への研究実施依頼書，資料 3.3-②施設代表者（学部長）への研究実施承諾書，資料 3.3-③看護学生への研究協力依頼書，資料 3.3-④施設代表者（大学学部長）への研究承諾取消書参照）。

本研究は，人間環境大学研究倫理審査委員会の審査を受け，承認を得てから実施した。（研究実施許可通知書参照，研究実施許可番号 2018N-003）。

4. 結果

1) 個人属性から見る看護師の死生観

(1)年齢と看護師経験年数との関連性

看護師の死生観尺度の各因子と，年齢と看護師経験年数の相関分析を行い，相関係数を表 23 に示した。尺度全体では，年齢，看護師経験年数との有意な相関は見られなかった。

表 23 年齢と看護師経験年数との関連性

		n=343				
	死生観全体	第Ⅰ因子 家族が期待する QODD	第Ⅱ因子 死に逝く人の 教え	第Ⅲ因子 死に対する ネガティブな感情	第Ⅳ因子 死は自然の摂理	第Ⅴ因子 End-of-Lifeの 生き方への示唆
年齢	-.143	-.134	-.106*	-.069	-.096	-.009
看護師経験年数	-.075	-.062	-.046	.016	-.074	-.090

Note. Pearson の相関係数 * $p < 0.05$

(2)身近な人の看取り経験，家族と死に関する話をした経験や，終末期ケアに関する学習会参加経験の有無による尺度構成 5 因子の比較

表 24 は，【身近な人の看取り経験】，【家族と死に関する話の経験】，【終末期学習会参加経験】それぞれの有無と，看護師の死生観 5 因子および 18 項目との平均値の比較を示したものである。

表 24 「身近な人の看取り経験，家族と死に関する話の経験，終末期学習会参加経験の有無」による尺度構成 5 因子の比較

n=343					
因子(項目数)	身近な人の看取り経験の有無		家族と死に関する話の経験の有無		終末期学習会参加経験の有無
	有群 n=219	無群 n=124	有群 n=235	無群 n=108	有群 n=121 無群 n=221
死生観5因子・有無に有意な差が見られる項目					
I：家族が期待するQODD(5項目)					
II：死に逝く人の教え(5項目)					
6. 死に逝く患者を見て今を大切に生きようと思う				**	
8. 人生を生き抜いた人の死は何よりも人間的な死である	*		*		*
III：死に対するネガティブな感情(3項目)					
11. 死に直面した人を見ると悲しく痛ましいと思う					*
IV：死は自然の摂理(3項目)					
V：End-of-Lifeの生き方への示唆(2項目)					
17. 身近な人の死は乗り越えられる	**		**		
18. 死を受容することがこれからの生き方に関わると思う	*		*		
Note. t検定				*p < 0.05 **p < 0.01	

【身近な人の看取り経験の有無】では，第V因子で「End-of-Life の生き方への示唆」は有意な差が見られ，項目では，第II因子の〈人生を生き抜いた人の死は何よりも人間的な死である〉と，第V因子〈身近な人の死は乗り越えられる〉，〈死を受容することがこれからの生き方に関わると思う〉の2項目で有意差が見られた ($p < 0.01$, $p < 0.05$) .

【家族と死に関する話の経験の有無】では，第II因子「死に逝く人の教え」と第V因子「End-of-Life の生き方への示唆」に有意な差が見られた ($p < 0.01$) . 項目では〈死に逝く患者を見て今を大切に生きようと思う〉，〈人生を生き抜いた人の死は何よりも人間的な死である〉，〈身近な人の死は乗り越えられる〉，〈死を受容することがこれからの生き方に関わると思う〉の4項目で有意な差が見られた ($p < 0.05$) .

【終末期学習会参加経験の有無】では，〈人生を生き抜いた人の死は何よりも人間的な死である〉と〈死に直面した人を見ると悲しく痛ましいと思う〉の2項目で有意差が見られた ($p < 0.05$) .

(3) 専門学校卒と大学卒の看護師の死生観の比較

表 25 専門学校卒と大学卒の看護師の死生観の比較

	専門学校卒 n=111		大学卒 n=218		p 値	
	M	SD	M	SD		
死生観全体 (18項目)	3.71	0.74	3.83	0.78	.006	**
第Ⅰ因子: 家族が期待するQODD(5項目)	3.82	0.73	4.01	0.78	.002	**
1 家族が後悔しないように死に目に会わせてあげたい	4.07	0.67	4.26	0.69	.017	*
2 家族に見守られる自然な死が良い	4.00	0.59	4.19	0.70	.011	*
3 最期は自分の慣れ親しんだ温もりのある場所で迎えるべきである	3.71	0.71	3.86	0.78	.099	
4 独りで亡くなるのは寂しいと思うから独りでは逝かせたくない	3.59	0.81	3.79	0.91	.047	*
5 私だったら愛する人のそばで逝きたい	3.74	0.85	3.98	0.82	.016	*
第Ⅱ因子: 死に逝く人の教え(5項目)	3.77	0.72	3.89	0.79	.050	*
6 死に逝く患者を見て今を大切に生きようと思う	3.86	0.71	3.92	0.82	.472	
7 亡くなった人との楽しい思い出は心の中に生き続ける	4.12	0.63	4.20	0.73	.327	
8 人生を生き抜いた人の死は何よりも人間的な死である	3.69	0.72	3.82	0.75	.155	
9 死に逝く患者は自分にはないものを教えてくれる	3.32	0.78	3.44	0.85	.249	
10 最期まで生きる希望を持っている患者は強いと思う	3.84	0.76	4.08	0.79	.007	**
第Ⅲ因子: 死に対するネガティブな感情(3項目)	3.53	0.82	3.70	0.81	.019	*
11 死に直面した人を見ると悲しく痛ましいと思う	3.92	0.81	4.17	0.74	.004	**
12 良い看取りにならなかった場合は否定的感情を抱きやすい	3.50	0.78	3.69	0.82	.052	*
13 患者の苦悩をまのあたりにすると自分のことのように感じる	3.17	0.85	3.25	0.88	.452	
第Ⅳ因子: 死は自然の摂理(3項目)	3.86	0.72	3.89	0.73	.707	
14 自然に枯れていくような死は自然な姿である	3.43	0.78	3.34	0.88	.373	
15 老いていく中での死を誰も避けることはできない	4.19	0.73	4.28	0.62	.265	
16 死はごく自然の摂理である	3.96	0.65	4.04	0.68	.351	
第Ⅴ因子: End-of-Lifeの生き方への示唆(2項目)	3.35	0.76	3.33	0.83	.851	
17 身近な人の死は乗り越えられる	3.14	0.80	2.92	0.98	.032	*
18 死を受容することがこれからの生き方に関わると思う	3.56	0.72	3.75	0.69	.021	*

Note. t検定

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

大学生と専門学校生の2郡に分けて、5因子と項目内容間の比較を行った(表25参照)。その結果、死生観全体で、大学生群の平均値が有意に高かった ($p < 0.01$)。

第Ⅰ因子【家族が期待する QODD】では、大学生の平均値±SD では 4.01 ± 0.78 と有意に高かった ($p < 0.01$)。5項目間の内、〈家族が後悔しないように死に目に会わせてあげたい〉、〈家族に見守られる自然な死が良い〉、〈独りで亡くなるのは寂しいと思うから独りでは逝かせたくない〉、〈私だったら愛する人のそばで逝きたい〉の4項目間で、有意に高かった ($p < 0.05$)。

第II因子【死に逝く人の教え】では、大学生の平均値 $M \pm SD$ は 3.89 ± 0.79 ($p < 0.05$) であった。項目では、〈最期まで生きる希望を持っている患者は強いと思う〉で 4.08 ± 0.79 と有意に高かった ($p < 0.01$)。

第III因子【死に対するネガティブな感情】では、大学生の平均値が 3.70 ± 0.81 で有意に高かった ($p < 0.05$)。項目では、〈死に直面した人を見ると悲しく痛ましいと思う〉 4.17 ± 0.74 ($p < 0.01$)，〈良い看取りにならなかった場合は否定的感情を抱きやすい〉は 3.69 ± 0.82 ($p < 0.05$) と大学生群の方が有意に高かった。

第IV因子【死は自然の摂理】では、両群間に有意な差は見られなかった。

第V因子【End-of-Life の生き方への示唆】では、第V因子間には有意な差はみられなかったが、〈身近な人の死は乗り越えられる〉では専門学校生群の方が 3.14 ± 0.80 ($p < 0.05$) と有意に高く、〈死を受容することがこれからの生き方に関わると思う〉では、大学生群の方が 3.75 ± 0.69 と有意に高かった ($p < 0.05$)。

(4)勤務部署による看護師の死生観の比較

表 26 看護師の死生観 5 因子間と勤務部署による看護師の死生観の比較

	勤務部署			<i>p</i>
	外科	内科	ICU	
	n=156 平均値 \pm SD	n=102 平均値 \pm SD	n=16 平均値 \pm SD	
死生観尺度全体	3.80 \pm 0.38	3.74 \pm 0.40	3.88 \pm 0.32	ns
第Ⅰ：家族が期待するQODD	3.96 \pm 0.55	3.91 \pm 0.55	4.10 \pm 0.60	ns
第Ⅱ：死に逝く人の教え	3.84 \pm 0.58	3.78 \pm 0.53	4.01 \pm 0.55	ns
第Ⅲ：死に対するネガティブな感情	3.63 \pm 0.63	3.57 \pm 0.68	3.79 \pm 0.57	ns
第Ⅳ：死は自然の摂理	3.89 \pm 0.56	3.87 \pm 0.56	3.77 \pm 0.29	ns
第Ⅴ：End-of-Lifeの生き方への示唆	3.38 \pm 0.66	3.24 \pm 0.67	3.28 \pm 0.52	ns

Note. 一元配置分散分析

看護師の死生観と外科領域看護師，内科領域看護師，ICU 病棟看護師における平均値のそれぞれの比較から，部署による比較を行った。3 群間の有意な差を確認するために，一元配置分散分析を行ったが，有意な差は見られなかった。看護師の死生観尺度全体では，

ICU 病棟看護師が平均 3.88 ± 0.32 , 外科領域看護師が 3.80 ± 0.38 , 内科領域看護師が 3.74 ± 0.40 だった (表 26 参照)。

各因子では、特に ICU 病棟看護師を中心に平均値を見ると、第I因子【家族が期待する QODD】 4.10 ± 0.60 , 第II因子【死に逝く人の教え】 4.01 ± 0.55 , 第III因子【死に対するネガティブな感情】では ICU 病棟看護師が 3.79 ± 0.57 と高かった。第IV因子【死は自然の摂理】では、外科領域の看護師が 3.89 ± 0.56 と高く、第V因子【End-of-Life の生き方への示唆】では、外科領域看護師が 3.38 ± 0.66 と高かった。以上より、第I因子、第II因子、第III因子において、ICU 病棟看護師の平均値が高い傾向が見られていた。

(5)看護師と看護学生の死生観の比較

表 27 看護師と看護学生の死生観の比較

項 目	看護師 n = 343 M ± SD	看護学生 n = 57 M ± SD	p
看護師の死生観尺度合計得点	3.78 ± 0.37	4.06 ± 0.35	**
第 I 因子 家族が期待する QODD	3.95 ± 0.55	4.19 ± 0.61	**
1. 家族が後悔しないように、死に目に会わせてあげたい	4.20 ± 0.68	4.28 ± 0.73	
2. 家族に見守られる自然な死が良い	4.12 ± 0.68	4.21 ± 0.80	
3. 最期は自分の慣れ親しんだ温もりのある場所で迎えるべきである	3.80 ± 0.76	$4.05 \pm 0.0.9$	**
4. 独りで亡くなるのは寂しいと思うから、独りでは逝かせたくない	3.72 ± 0.88	4.09 ± 0.93	**
5. 私だったら愛する人のそばで逝きたい	3.89 ± 0.84	4.30 ± 0.82	**
第 II 因子 死に逝く人の教え	3.84 ± 0.55	4.15 ± 0.49	**
6. 死に逝く患者を見て、今を大切に生きようと思う	3.89 ± 0.79	4.32 ± 0.85	**
7. 亡くなった人との楽しい思い出は、心の中に生き続ける	4.16 ± 0.71	4.53 ± 0.71	**
8. 人生を生き抜いた人の死は、何よりも人間的な死である	3.76 ± 0.74	3.93 ± 0.84	
9. 死に逝く患者は自分にはないものを教えてくれる	3.38 ± 0.84	3.51 ± 0.87	
10. 最期まで生きる希望を持っている患者は強いと思う	4.00 ± 0.79	4.49 ± 0.74	**
第 III 因子 死に対するネガティブな感情	3.63 ± 0.63	3.97 ± 0.67	**
11. 死に直面した人を見ると、悲しく痛ましいと思う	4.07 ± 0.77	4.32 ± 0.76	**
12. 良い看取りにならなかった場合は、否定的感情を抱きやすい	3.62 ± 0.81	3.89 ± 0.92	**
13. 患者の苦悩を目の当たりにすると、自分のことのように感じる	3.21 ± 0.88	3.70 ± 0.98	**
第 IV 因子 死は自然の摂理	3.88 ± 0.53	4.32 ± 0.50	**
14. 自然に枯れていくような死は自然な姿である	3.37 ± 0.84	3.68 ± 0.85	**
15. 老いていく中での死を誰も避けることはできない	4.24 ± 0.67	4.77 ± 0.42	**
16. 死はごく自然の摂理である	4.01 ± 0.66	4.49 ± 0.69	**
第 V 因子 End-of-Life の生き方への示唆	3.32 ± 0.66	3.29 ± 0.74	
17. 身近な人の死は乗り越えられる	2.98 ± 0.93	2.68 ± 0.99	**
18. 死を受容することが、こらからの生き方に関わると思う	3.66 ± 0.73	3.89 ± 0.80	**

Note. t検定

** $p < 0.01$

看護師と看護学生の死生観の比較を行った（表 27 参照）。その結果、死生観尺度合計得点では、看護師平均 \pm SD3.78 \pm 0.37, 看護学生平均値 4.06 \pm 0.35 と看護学生の方が有意に高かった（ $p < 0.01$ ）。

各因子の平均値では、第I因子【家族が期待する QODD】では 4.19 \pm 0.61, 第II因子【死に逝く人の教え】では 4.15 \pm 0.49, 第III因子【死に対するネガティブな感情】では 3.97 \pm 0.67, 第IV因子【死は自然の摂理】では 4.32 \pm 0.50 と看護学生の方が有意に高かった（ $p < 0.01$ ）。第V因子【End-of-Life の生き方への示唆】では 3.32 \pm 0.66 と看護師の方が高かった。各項目の平均値においても、看護学生の方が高い項目が多かった。実際の EOLC で臨死期の患者に接していることから看護師の方が高いと考えられたが、看護学生の方が優位に高かった。看護大学生は、考えが概ね同じ傾向であることから、回答が似たような内容になったものと考えた。また、予備調査での項目分析において、看護師は、天井効果に該当した項目は 2 項目だったのに対し、看護大学生は、6 項目見られた。

これらの結果から、看護大学生の方が、死に対する考えの幅が看護師と比較するとやや狭い傾向にあることから、皆同じような回答傾向の可能性があると考えられた。

2) 看護師の死生観尺度の内部相関から見る看護師の死生観尺度の特徴

表 17 看護師の死生観尺度の内部相関（再掲）

	$n=343$				
	第 I 因子	第 II 因子	第 III 因子	第 IV 因子	
	死生観全体	家族が期待する QODD	死に逝く人の教え	死に対するネガティブな感情	死は自然の摂理
第 I 因子: 家族が期待する QODD	.766**	—			
第 II 因子: 死に逝く人の教え	.804**	.450**	—		
第 III 因子: 死に対するネガティブな感情	.562**	.295**	.356**	—	
第 IV 因子: 死は自然の摂理	.467**	.217**	.249**	.001	—
第 V 因子: End-of-Life の生き方への示唆	.440**	.180**	.255**	.068	.194**

Note. Pearson の相関係数

** $p < 0.01$

看護師の死生観尺度の各因子の内部相関を算出した（表 17 参照）。尺度全体と各因子の相関では、第I因子【家族が期待する QODD】から第V因子【End-of-Life の生き方への示唆】のすべてにおいて、 $r = 0.440 \sim 0.804$ とそれぞれ正の有意な相関が認められた。

各因子間で見ると、第I因子【家族が期待する QODD】と第II因子【死に逝く人の教え】間が $r=0.450$ 、第I因子と第III因子【死に対するネガティブな感情】間が $r=0.295$ 、第I因子と第IV因子【死は自然の摂理】間で $r=0.217$ 、第I因子と第V因子【End-of-life の生き方への示唆】間で $r=0.180$ で有意な正の相関を認められた ($p<0.01$)。

第II因子間では、第III因子間で $r=0.356$ 、第II因子と第IV因子間で $r=0.249$ 、第II因子と第V因子間で $r=0.255$ 、で正の相関がみられた ($p<0.01$)。

第III因子間では、第IV因子と第V因子の間では、相関はみられなかった。

第IV因子間では、第V因子間と $r=0.194$ で、弱い相関を認めた。

以上より、尺度全体を見ると第I因子から第V因子と尺度全体は、有意な正の相関が認められた ($r=0.440\sim0.804$ $p<0.01$)。

3) 看護師の死生観に関与する要因検討

看護師の死生観に関与する要因を見るために、重回帰分析を行いその結果を表 28 に示した。看護師の死生観尺度合計得点と 5 因子の合成得点を従属変数とし、年齢、看護師経験年数、所属部署での勤務年数、現在所属する病棟の部署、最終学歴、身近な人を看取った経験、家族と死に関する話の経験、終末期ケアに関する学習会に参加した経験など、計 8 項目を独立変数とした、重回帰分析を行った (表 28 参照)。

尺度全体では、調整済み R^2 は 0.047 で非常に低かったが、最終学歴では有意に関与する要因として示唆された ($\beta=0.166$ $p<0.01$)。

5 因子別にみると、最終学歴で第I因子【家族が期待する QODD】($\beta=0.160$ $p<0.01$)、第II因子【死に逝く人の教え】、($\beta=0.119$ $p<0.05$)、第III因子【死に対するネガティブな感情】($\beta=0.150$ $p<0.05$)、3 因子で関与していることが示唆されたが、いずれも低かった。第V因子【End-of-Life の生き方への示唆】では「身近な人を看取った経験」($\beta=0.186$, $p<0.01$)、「家族と死に関する話をした経験」($\beta=0.118$ $p<0.01$) が示唆されたが、いずれも調整済み R^2 は非常に低かった。

表 28 看護師の死生観尺度に關与する要因

		n=343		
従属変数	独立変数	adjusted R ²	標準偏回帰係数 (β)	p値
死生観尺度全体	年齢		-.044	.563
	看護師経験年数		-.178	.098
	所属部署での勤務年数		.177	.055
	現在所属する病棟の部署		.014	.789
	最終学歴	.047	.166	.004 **
	身近な人を看取った経験		.068	.205
	家族と死に関する話をした経験		.072	.188
	終末期ケアに関する研修、学習会に参加した経験		.083	.149
第Ⅰ因子: 【家族が期待する QODD】	年齢		-.041	.596
	看護師経験年数		-.163	.131
	所属部署での勤務年数		.175	.060
	現在所属する病棟の部署		.018	.734
	最終学歴	.030	.160	.005 **
	身近な人を看取った経験		.012	.826
	家族と死に関する話をした経験		-.059	.286
	終末期ケアに関する研修、学習会に参加した経験		.065	.264
第Ⅱ因子: 【死に逝く人の教え】	年齢		-.048	.531
	看護師経験年数		-.106	.328
	所属部署での勤務年数		.117	.210
	現在所属する病棟の部署		.044	.417
	最終学歴	.035	.119	.037 *
	身近な人を看取った経験		.083	.125
	家族と死に関する話をした経験		.127	.022 *
	終末期ケアに関する研修、学習会に参加した経験		.040	.489
第Ⅲ因子: 【死に対するネガティブな 感情】	年齢		-.044	.574
	看護師経験年数		-.031	.777
	所属部署での勤務年数		.103	.273
	現在所属する病棟の部署		.050	.356
	最終学歴	.013	.150	.010 *
	身近な人を看取った経験		-.003	.957
	家族と死に関する話をした経験		.020	.718
	終末期ケアに関する研修、学習会に参加した経験		.064	.277
第Ⅳ因子: 【死は自然の摂理】	年齢		-.026	.743
	看護師経験年数		-.129	.240
	所属部署での勤務年数		.104	.272
	現在所属する病棟の部署		-.045	.410
	最終学歴	.001	.027	.638
	身近な人を看取った経験		-.027	.628
	家族と死に関する話をした経験		.068	.226
	終末期ケアに関する研修、学習会に参加した経験		.059	.318
第Ⅴ因子: 【End-of-Lifeの生き方への 示唆】	年齢		.055	.476
	看護師経験年数		-.143	.180
	所属部署での勤務年数		.021	.818
	現在所属する病棟の部署		-.073	.168
	最終学歴	.051	.014	.804
	身近な人を看取った経験		.186	.001 **
	家族と死に関する話をした経験		.118	.032 *
	終末期ケアに関する研修、学習会に参加した経験		.041	.471

Note. 強制投入法

*p < 0.05 **p < 0.01

5. 考察

1) 個人属性の死生観

(1) 年齢と看護師経験の関連性

個人属性と看護師の死生観との関連性を見ると、死生観全体では、年齢 ($r = -0.143$, $p < 0.05$) と看護師経験年数 ($r = -0.075$, $p < 0.05$)、所属部署での勤務年数 ($r = 0.062$, $p < 0.05$) とともに相関がみられなかった。各因子を見ると、年齢と第Ⅰ因子【家族が期待する QODD】 ($r = -0.134$, $p < 0.05$)、第Ⅱ因子【死に逝く人の教え】 ($r = -0.106$, $p < 0.05$) でのみ負の相関がみられた。これらのことから、年齢や看護師経験年数には看護師の死生観は影響を受けない、ということを示していることが考えられる。そして、看護師経験年数を経たからといって、必ずしも死生観が形成に向かうわけではなく、死生観は年齢や看護師経験年数に影響を受けにくいことを表していることが考えられる。浅見(2006)は、看護師の生や死に対する関心が死生観の根底に必要であると述べており、【研究 2】で抽出された概念分析での先行要件に、「死や生への関心」が挙げられていた。年齢や看護師経験年数には影響を受けにくい、一個人の生や死の関心が質的研究から明らかにされたことは、今後 EOLC の死生観に関する学習会を行う上で、取り入れる要素としては意義があると考ええる。

(2) 研究参加者の個人的経験による 5 因子の関連性

研究参加者の個人的経験による 5 因子間の比較では、身近な人の看取り経験の有無と、家族と死に関する話の経験の有無で有意差が見られた。特に、身近な人の看取り経験の有無が第Ⅴ因子【Ends-of-Life の生き方への示唆】で有意差が見られ、各項目でもそれぞれ有意差が見られた。身近な人の看取り経験の有無は、End-of-Life の生き方への示唆を与えるものであり、EOLC に影響を与えることが考えられる。

また、家族と死に関する話の経験の有無では、第Ⅱ因子【死に逝く人の教え】と第Ⅴ因子【End-of-Life の生き方への示唆】の 2 因子で有意差が見られた。家族と死に関する話をする経験も、EOLC に影響を与えることが考えられたことから、死に関する話をした家族双方にも、影響を与えている可能性が考えられる。話をすること、特にその内容が死に関する場合は特に、話し合う双方に何らかの影響を与えることが考えられるならば、その相手が患者の場合はより一層、看護師の死生観は患者のケアに何らかの影響を及ぼすことが言える。

(3) 最終学歴による死生観

研究参加者の最終学歴が専門学校および大学に分けられたことから、専門学校卒群と大卒群に分けて死生観の比較を行ったところ、平均値では大卒群が高い傾向が見られた。有意差が見られた因子を見ると、第I因子【家族が期待する QODD】で大卒群に高い項目が多く、逆に第IV因子【死は自然の摂理】では両者に有意差が見られた項目がなかった。これらのことから、大卒群と専門学校卒群とでは、カリキュラムなど授業内容が異なることが考えられ、今後検討する。

(4) 勤務部署による 3 群の比較

外科領域看護師、内科領域看護師、ICU 病棟領域における 3 群間の死生観の比較をするために、部署ごとに死生観の差があると考え分散分析を行ったが、差が見られなかった。平均値の差を出したが、全体には ICU 病棟領域がやや高い平均値であるが、あまり差は見られなかった。

このような結果が表れた背景には、今回の調査が救急医療を担う施設を対象にしたことが要因のひとつに挙げられる。そして対象とした内科領域病棟でも、以前では在院日数が現在よりも長く、その分患者との関係も時間をかけて構築しやすい一方で、治療内容も内視鏡手術などにより、内科領域でも急性期のような在院日数の短縮化による入院期間であることも要因として考えられる。

今回は、一般病棟の看護師の死生観を明らかにするために、内科領域外科領域の混合病棟を除いて、内科領域・外科領域そして ICU 病棟の 3 つの病棟を分析した。しかし、内科領域病棟、外科領域病棟という特色よりも、むしろ今回は分析対象としなかったが、外科内科混合病棟で部署が編成される現在の病棟組織を考えると、より診療科の特徴が出にくい背景があると考えられる。さらに ICU 病棟看護師の人数の少なさも影響していると考えられる。ICU,NICU,GICU などの急性期医療の病棟を対象にしていることから、治療が優先される病棟の構造上、より特殊性が出にくい背景があると推測する。

以上より、今後は産科や小児科などの分析対象を広げ、また老人保健施設、ホスピス、在宅ケアといった異なる背景の施設や専門領域にも調査を加え、分析していくことで部署による死生観の特徴が明らかになるのではないかと考える。

(5) 看護師と看護学生の死生観の比較

看護師と看護学生の死生観では、看護学生の方が有意に高かった。看護師は EOLC の実践を通しての死生観と、看護学生の場合、特に本調査で実施した対象の第 2 学年は、終末期実習を終えていない段階であり、これまでの講義や死別体験が関与していることが考えられる。こうした経験知が少ないことが、回答傾向が似ているものになったものと考えられる。むしろ、実習や講義が与える影響も大きいことが考えられる。看護学生は他の専攻の学生に比べて、「生」と「死」の場面に出会う機会や考える機会が多いことから、より影響が強い（糸島，2005）との報告がある。こうした学生の考えをより広げられるような教育内容の検討や、学年での差異などを分析していくことが課題である。

2) 本尺度の内部相関から看護師の死生観尺度の特徴

本研究で開発された看護師を対象とした看護師の死生観尺度は、尺度全体からみると全て有意な相関が見られており、まとまりを持って死生観を測っている尺度であると言える。各因子間では、強い相関がみられたのは第 I 因子と第 II 因子間のみで、（ $r=0.450$ ），それぞれの項目が独立している尺度であると言える。

本研究で開発された死生観は、因子分析より 5 つの因子で構成された。尺度全体としてまとまりを持った尺度であることから、5 つの因子が看護師の死生観を表していると言える。各因子では、尺度として第 I 因子【家族が期待する QODD】に挙げられた因子を最も大きく捉えると解釈すると、第 I 因子【家族が期待する QODD】である患者と家族ケアの視点を、看護師は EOLC の重要な位置づけとして捉えていることが考えられる。内部相関の各因子の相関から、第 II 因子【死に逝く人の教え】、第 III 因子【死に対するネガティブな感情】、第 IV 因子【死は自然の摂理】、第 V 因子【End-of-Life の生き方への示唆】、これらの因子がそれぞれ独立している尺度であり、看護師の死生観の構成要素をそれぞれ示していることが示唆された。

以上から、看護師として家族のケアを重視する見方と、感情面や EOLC から生を見据えている点など、一個人としての死生観の両視点が看護師の死生観の構成要素には兼ね備えられていることが 5 つの因子から示唆された。

3) 看護師の死生観に關与する要因検討

看護師の死生観に關与する要因を検討するために、看護師の死生観尺度の5因子を従属変数に、属性として年齢、看護師経験年数、所属部署での勤務年数、現在所属する病棟の部署、最終学歴、身近な人を看取った経験、家族と死に関する話をした経験、終末期ケアに関する研修、学習会に参加した経験の計8項目を独立変数として、重回帰分析を行った。全体では、最終学歴でわずかに關連がみられることから、教育歴が死生観に影響を及ぼすことが示唆されたが、調整済み R^2 が非常に低いので、影響する要因とは言いがたい。Gama et al. (2012) は、年齢や看護師経験をより積む看護師ほど、苦痛や苦悩からの解放として死の受容する態度として影響するとこれらの要因を挙げており、本研究でも年齢や看護師経験は死生観に何らかの影響を及ぼすと考えられたが、特定することはできなかった。本調査を行った施設が急性期医療を担う総合病院であり、研究対象者の年代別が20歳代60.9%、30歳代16.3%、40歳代15.5%、50歳代5.8%、無記入1.5%であり、比較的若い年齢層に集中していることなども要因が特定できなかった理由とも考えられる。

そのため、今後は先行要件で挙げられた「看取り体験」が、ホスピスや緩和ケアなどの専門領域で死生観にどのような影響を及ぼすのかを、具体的な要素を取り入れて検討していくことが必要であると考ええる。

6. 結論

【研究5】における、看護師の死生観尺度の特徴より、以下のことが明らかとなった。

- 1) 看護師の死生観に關与する要因として、年齢と看護師経験年数は、死生観に影響を及ぼす要因とは言えなかった。
- 2) 看取り経験や家族と死に関する話をした経験は、EOLCに影響することが考えられる。
- 3) 最終学歴における死生観の比較では、専門学校卒群よりも大学卒群の方が、平均値が高い項目が多かった。要因として、カリキュラムの違いが推測された。
- 4) 勤務部署による死生観の比較では、外科領域看護師、内科領域看護師、ICU病棟看護師では、明らかな勤務部署の違いは見られなかった。
- 5) 看護師と看護大学生の死生観では、看護大学生は概ね同じような死生観を示す傾向が見られた。
- 6) 本尺度の内部相関から、死生観を測定する尺度としてまとまっていると同時に、抽出された5因子がそれぞれ独立している尺度であることが示唆された。

7)看護師の死生観尺度の関与要因の分析では,最終学歴が示唆されたが,決定係数が低く,特定することはできなかった. 今後のさらなる課題となった.

XII章 研究総括

I. 研究の背景と目的

多死社会を迎え、死亡者数の増加および人口減少が進む中で、自分らしい最期を迎えられるようなケアが看護師に期待されている。その際、看護師は患者の死といかに向き合い対応ができるかが大きな課題になっている。その前提として、看護師がどのような死生観をもっているかが影響することが推測されるが、看護師の死生観がどのような構成要素かは明らかにされていない。

看護師の死生観に関するわが国の先行研究を概観すると、質的研究では、死生観の研究動向(村田, 2013), よい看とりの視点(吉田, 1999), 死への態度とケア行動の関連性(大西, 2006)などから死生観を捉えている。一方、量的研究では、死生観に関する影響要因の観点から研究され、ターミナルケアに対する態度(植田, 河田, 磯崎, 山田, 2010), 死への態度(Matsui & Braun, 2010)などの関連性が報告されている。

海外における死生観に関する研究は、Death Attitude Profile (DAP)などの尺度開発 (Gesser, Wong, & Reker, 1987-88), 死に対する態度との関連 (Braun, Gordon, & Uziely, 2010; Gama, Barbosa, & Vieira, 2012), Advance Care Planning (以下 ACP と略す)および死に対する認識 (Collins & Lehane, 2013)などが報告されている。

本研究では死生観を、その人の生と死に対するものの見方・考え方、と定義する。その前提条件として、死に対する信念であること、死に対する態度であること、死に対する経験知であること、を挙げた。

看護師を対象として開発された死生観尺度では、唯一、岡本, 石井 (2005) の看護師の死生観尺度があるが、わずかに7名の看護師の自由記述から尺度化を試みられているものであり、項目選定上課題が残っている。

本研究では、看護師の死生観尺度を開発し、看護師がもつ死生観の構成要素を明らかにすることを主な目的とする。具体的にはまず、1) 看護師の死生観に関する質的研究のシステマティックレビューと Rodgers (2000) の概念分析により、死生観を意味するものを、「属性」の観点から抽出すると同時に、形成される先行条件としての「先行要件」、形成された死生観がどのような成果をもたらすのかという観点から「帰結」を明らかにする。次に、2) 看護師の死生観を測定する尺度を開発し、さらに 3) その尺度の信頼性と妥当性の検証と、本尺度の特徴を明らかにすることを本研究の目的とした。

II. 【研究 1】看護師の死生観に関する質的研究のシステマティックレビュー

Greenhalgh (1997) の検索方法に基づき、システマティックレビューを実施した。その条件として、①検索ツール：医中誌 Web 版, CINAHL, PubMed, CiNii, ②キーワード[日本語]：死生観, 死, 終末期, エンドオブライフ, エンドオブライフケア, 看護師, [英語]：perspective of death and dying, death, end-of-life, end-of-life care, nurse, ③選択基準：「質的研究」「看護師の死生観に関する文献」, ④除外基準：「量的研究」「看護師の死生観に関与しない文献」「日本語と英語以外の文献」. 絞込み検索：1998 年～2018 年. ⑤文献の質評価は Dixon-Woods et al. (2006) の 4 つの視点から質評価を行い、レビューマトリックスを作成し、最終的に、17 文献を抽出した。

III. 【研究 2】看護師の死生観に関する Rodgers (2000) の概念分析

【研究 1】で得られた看護師の死生観に関する質的データを、Rodgers (2000) の「革新的手法」に基づき、「先行要件」「属性」「帰結」の観点から分析した。分析を進めるにあたり、本研究では、「先行要件」とは、看護師の死生観が形成されるための必要な要素、「属性」とは、看護師の死生観を構成する要素、「帰結」とは、死生観が看護師の内面で形成されることにより、看護師にもたらされる変化とした。

質的データ分析の結果、「属性」に関するデータをコード化し、類似性に基づいてまとめカテゴリー化して解釈した。その結果、看護師の死生観は 7 つの属性：【患者の死に対する責務感】，【死は自然な現象】，【患者と家族間の意味のある関わりと遺される家族への想い】，【その人らしい逝き方の肯定】，【死に対する情緒的反応】，【様々な価値観に基づく死に対する信念】，【死後の世界の存在】が抽出された。また [先行要件] には 16 件，[帰結] には 13 件が抽出された。

概念分析により、看護師の死生観には、職務上との関連と遺される家族との意味のある関わりを重視した捉え方が含まれていたことから、看護師としての死生観と、個としての死生観の両視点が含まれていることが示唆された。先行要件として、看取り体験が死生観形成に重要であること、帰結では、死生観が形成されることによって、End-of-Life Care に臨場して時に無力感をもたらす一方で、職業的満足感を看護師にもたらすなど肯定的な変化が示唆された。

IV. 【研究 3】看護師の死生観の概念分析に基づく看護師の死生観尺度開発

質問紙のアイテムプールの作成では、【研究 2】で抽出されたサブカテゴリーをもとに、死生観を表す内容を再吟味し、適切な表現に改めた。そして各項目の表面妥当性を、4 名で確認した。

内容妥当性 Content Validity Index (以下 CVI)=0.97 ではエキスパート 19 名から検討し、80% 以下(カットオフポイント)に該当した 1 項目を修正し、37 項目とした。

なお、質問紙の回答方法は 5 段階リッカートスケールとした。一般病棟に勤務する看護師 80 名を対象にプリテストを実施し、項目分析の結果 35 項目が抽出された。

質問紙は、①予備調査から 35 項目で構成された尺度原案、②基準関連妥当性として岡本ら(2005)が開発した看護師の死生観尺度 25 項目、③Wong, Reker, and Gesser (1994)が開発し隈部(2006)が邦訳した、死に対する態度尺度改訂版 Death Attitude Profile-Revised (DAP-R)27 項目、④9 項目の個人属性から構成した。

愛知県内 B 病院一般病棟に勤務する看護師 630 名を対象に、2019 年 8 月～9 月に質問紙調査を実施した。回収率 61.9%、有効回答率 54.4%であった。分析対象者のプロフィールを挙げると年齢は 30.97 ± 8.94 歳、看護師経験年数 8.32 ± 8.59 年、教育歴:専門学校卒 32.4%、大学卒 63.6%、身近な人の看取り経験有 63.8%、家族と死に関する会話経験有 68.5%、終末期ケアの学習経験有 35.3%であった。

主成分分析の結果、23 項目を抽出した。さらに、主因子解法(プロマックス回転)の因子分析の結果、5 因子が抽出された。本尺度は、18 項目 5 下位尺度から構成された。

下位尺度の項目内容を解釈した結果、第I因子(5 項目)は【家族が期待する QODD】、第II因子(5 項目)は【死に逝く人の教え】、第III因子(3 項目)は【死に対するネガティブな感情】、第IV因子(3 項目)は【死は自然の摂理】、第V因子(2 項目)は【End-of-Life の生き方への示唆】と命名された。

V. 【研究 4】 開発された看護師の死生観尺度の信頼性と妥当性の検証

本尺度の信頼性は、折半法で Spearman-Brown 係数及び Guttman 係数ともに 0.687 であった。また本尺度全体の Cronbach's α 係数は 0.801、各因子の α 係数は 0.418～0.762(範囲)であった。再テスト法は、47 名(回収率 98.3%、有効回答率 80.0%)を分析対象者とし、第 1 回目の調査と再テストに有意な正の相関を認めた($r=0.681$, $p<0.01$)。以上から、尺度としての内的整合性と安定性が確認された。

本尺度の妥当性については、岡本ら(2005)が開発した看護師の死生観尺度と、隈部(2006)が邦訳した死に対する態度尺度改訂版(DAP-R)を用いて基準関連妥当性を検討した。その結果、本尺度全体と岡本の尺度では $r=0.539$ ($p<0.01$)と有意な相関を示したが、両尺度の因子間では有意な相関を示すものの、本尺度の第Ⅱ因子【死に逝く人の教え】と〈死の準備教育〉 $r=0.531$ ($p<0.01$)を除いて、相関係数は 0.112~0.339 と低かった。本尺度の第Ⅰ因子【家族が期待する QODD】では家族の視点は含まれているが、岡本らの尺度には家族の視点は含まれていない。これらのことから、本尺度は死生観尺度として妥当であるが、岡本らが意図した尺度内容とは若干異なっていることを示していると解釈される。本尺度全体と DAP-R 全体では有意な相関 $r=0.251$ ($p<0.01$)が認められたが値は低かった。本尺度第Ⅲ因子【死に対するネガティブな感情】と〈死の恐怖〉間では $r=0.302$ ($p<0.01$)と有意な相関は見られたが、その値は低かった。

また、構成概念妥当性として、既知グループ法として看護学生をクライテリオン群と設定して調査を行った。その結果、死生観尺度の合計得点と各因子の因子得点を t 検定により比較したところ、【End-of-Life の生き方への示唆】を除く 4 因子で、クライテリオン群(看護学生)の方が高かったことから、既知グループ法による構成概念妥当性は確認されたと考える。

以上のことから、本研究で開発された 5 因子 18 項目から構成される看護師の死生観尺度は、一定の信頼性と妥当性が検証されたと考える。

VI. 【研究 5】看護師の死生観尺度の特徴

開発された本尺度は、5 因子 18 項目から構成された。尺度全体と各 5 因子間には 0.440~0.804 で有意な相関 ($p<0.01$) を示していた。一方、5 因子相互間では、第Ⅰ因子【家族が期待する QODD】と第Ⅱ因子【死に逝く人の教え】間で有意な相関が認められたが、他の因子間の相関は低かった。このことから、死生観を測定する尺度としてまとまっていると同時に、抽出された 5 因子はそれぞれが独立していることが示唆された。

本尺度の特徴を、本尺度に関与する個人属性の観点から検討すると、年齢や看護師の経験年数とは有意な相関は見られなかった。しかし、専門学校卒と大学卒の看護師間の比較では、大卒群が死生観全体と、第Ⅰ因子【家族が期待する QODD】、第Ⅱ因子【死に逝く人の教え】、第Ⅲ因子【死に対するネガティブな感情】の 3 因子が有意に高かった ($p<0.01$)。身近な人を看取った経験の有無と家族と死に関する話をした経験の有無については、第Ⅴ因子【End-of-Life の生き方への示唆】に有意な差が見られた ($p<0.01$)。家族と死に関する話をした経験の有無では、第Ⅱ因子の【死に逝く人の教え】は有意な差が見られた ($p<0.01$)。

これらのことより、看取り経験や家族と死に関する話をする経験は、EOLC に影響することが考えられる。

さらに、看護師の死生観に関与する要因をみるために重回帰分析をした結果、最終学歴、家族を看取った経験、家族と死について話した経験などが示唆されたが、決定係数 R^2 が低く特定することはできなかった。

VII. まとめ

本研究の目的は、看護師の死生観尺度を開発し、その尺度の信頼性と妥当性を検証し、看護師がもつ死生観の構成要素を明らかにすることであった。本尺度は質的研究のシステムティックレビューから文献を抽出し、そこから概念分析によって明らかにされた死生観の「属性」を基に質問項目を選出し、項目分析、CVI の検討、予備調査、主成分分析、主因子法による因子分析などの一連の尺度開発のプロセスを踏み、最終的に 5 因子 18 項目から成る看護師の死生観尺度が開発された。そして本尺度の信頼性と妥当性を検証し、本尺度の特徴を看護師の属性などの観点から検討した。

本尺度は、Rodgers の概念分析を理論的背景とした質的研究と、質問紙調査を中軸とした量的研究のプロセスから開発され、死生観の構成要素を明らかにしたところに、新規性と学術的意義があると考ええる。看護師自身の死生観を、本尺度を用いて自己評価し、その結果が EOLC に活かされるならば、臨床的意義が期待される。

今後の課題は、死生観尺度に関与する要因の検討として、質的研究で示唆された「先行要件」を加えること、死生観が形成されることによる成果すなわち「帰結」についても検討し、その上で看護師の死生観の構造分析が課題となる。

謝 辞

はじめに、本研究の協力をご承諾いただきました各病院の看護部長様、大学の学科長様、ならびに、貴重な時間を割いて回答いただきました看護師および看護大学生の皆様に、心から感謝申し上げます。また、概念分析、尺度の作成にあたり、細やかなご指導やご意見をいただきました三重大学大学院医学系研究科看護学専攻看護教育学分野の井村香積准教授に、深く感謝申し上げます。さらに、尺度作成にあたり、様々な点でご支援頂きました、人間環境大学大学院看護学専攻看護教育管理学分野看護保健管理学領域の藤原奈佳子教授、愛知医科大学病院井上里恵副院長・看護部長、ならびに坂田久美子副部長、福井大学医学部看護学科の長谷川智子教授、畿央大学健康科学部看護医療学科の對中百合講師に、心より感謝申し上げます。

そして、博士前期課程と博士後期課程を通じ、研究計画の段階から研究の全過程において、本論文の作成に当たり、根気強く、叱咤激励と非常に丁寧なご指導と温かい励ましをいただきました、人間環境大学大学院看護学専攻、成人・高齢者看護学分野、エンドオブライフケア看護学領域の小笠原知枝教授に、心より深く感謝申し上げます。

さらに、いつもの確で温かいアドバイスを頂きました加藤亜妃子准教授、ならびに林容子講師、博士後期課程の先輩の皆様、博士前期課程の皆様、そしていつも優しく励ましてくれた小笠原研究室のゼミの皆様に、心から感謝申し上げます。

最後に、遠方からの通学と、研究に対する理解と協力を全面的に示してくれた家族に、心から感謝いたします。

引用文献

- 阿部利恵（2013）．血液透析施設に勤務する看護職者の死生観と関連要因．*日本腎不全看護学会誌*, 15(2), 66-74.
- Alfons, D. (2012). よく生きよく笑いよき死と出会うー超高齢社会の死生観．*老年精神医学雑誌*, 23(10), 1175-1180.
- 浅見洋（2006）．在宅における終末期高齢者が表出した死生観とその宗教学的考察ー訪問看護師への聞き取り調査を通して．*宗教研究*, 80(2), 479-504.
doi:10.20716/rsjars.80.2_479
- 浅見洋（2013）．現代における死のイメージかけ離れた死に場所の希望と現実．細見博志（編），*死から生を考えるー新「死生学入門」金沢大学講義集*（pp.144-165）．金沢，北國新聞社.
- Banjar, A. K. (2017). Till death do us part: The evolution of end-of-life and death attitudes. *The Canadian Journal of Critical Care Nursing*, 28(3), 34-40.
- Braun, M., Gordon, D., & Uziely, B. (2010). Associations Between Oncology Nurses' Attitudes Toward Death and Caring for Dying Patients. *Oncology Nursing Forum*, 37(1), E43-E49. doi: 10.1188/10.ONF.E43-E49.
- Collins, M., & Lehane, E. (2013) . Perspectives on death, dying and advance care planning from patients receiving hemodialysis. *Journal of Renal Care*, 39(1), 5-11. doi:10.1111/j.1755-6686.2013.00340.x.
- Dixon-Woods, M., Cavers, D., Agarwal, S., Annandale, E., Arthur, A., Harvey, J.,...Sutton, A. J. (2006). Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *BMC Medical Research Methodology*, 6, 35. doi:10.1186/1471-2288-6-35
- 江口富子，落合宏，塚原節子，上野栄一（2011）．看護師のスピリチュアルケア測定尺度の開発．*富山大学看護学会誌*, 10(1), 15-27.
- Frommelt, K.H. (1991). FATCOD-From B-J 使用マニュアル（ターミナルケア態度尺度日本語版）．http://plaza.umin.ac.jp/~fatcod/fatcod_manual.pdf（閲覧日：2017年7月11日）
- 深澤圭子，高岡哲子（2011）．福祉施設における終末期高齢者の看取りに関する職員の思い．*北海道文教大学研究紀要*, 35, 49-56.
- 二木はま子，三浦弥生（2012）．養護教諭養成課程における死生観を養う教育の検討．*飯田女子短期大学紀要*, 29, 59-73.

- Gama, G., Barbosa, F., & Vieira, M. (2012). Factors influencing nurses' attitudes toward death. *International Journal of Palliative Nursing*, 18(6), 267-273.
doi:10.12968/ijpn.2012.18.6.267
- Gesser, G., Wong, P. T. P., & Reker, G. T. (1987-88). Death Attitudes Across the Life-Span: The Development and Validation of the Death Attitude Profile (DAP). *Omega*, 18(2), 113-128.
- 後藤真澄, 三上章允, 間瀬敬子, 塚本利幸 (2014) . 高齢者終末期ケアに携わる関係職種
の死生観と看取り観について. *厚生指標*, 61(15), 28-34.
- Greenhalgh, T.(1997). How to read a paper: Papers that summarize other papers (systematic reviews and meta-analyses). *British Medical Journal*, 315,672-675.
doi:10.1136/bmj.315.7109.672 (Published 13 September 1997)
- 濱田真由美 (2017) . Beth L. Rodgers の概念分析について-哲学的基盤に基づく目的と結果
の再考. *日赤看護会誌*, 17(1), 45-52.
- 早坂寿美 (2012) . 看護学生の死生観と他者意識－臨地実習前後の比較. *北海道文教大学
研究紀要*, 36, 165-172.
- 林祐子 (2014) . 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. *東洋英和大学院紀要*, 10, 79-94.
- 彦聖美, 浅見洋, 田村幸恵 (2010) . 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. *Hospice and Home Care*, 18(1), 13-19.
- 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(1), 71-76.
- Hirai, K., Miyashita, M., Morita, T., Sanjo M., and Uchitomi, Y. (2006). Good Death in Japanese
Cancer Care: A Qualitative Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(2), 140-
147.
- 平山恵美子, 上條育代, 岩月すみ江 (2015) . 在宅終末期ケアに携わる訪問看護師の看護
倫理観. *日本医学看護学教育学会誌*, 24(1), 56-62.
- Izumi, S., Nagae, H., Sakurai, C., & Imamura, E. (2012). Defining end-of-life care from the
perspective of nursing ethics. *Nursing Ethics*, 19(5), 608-618.
- 生田奈穂, 畑野相子, 蓑原文子 (2016) . 死期が迫った患者の心理面への看護の特徴とそ
れを支える要因－緩和ケア認定看護師の語りの分析. *滋賀医科大学看護ジャーナル*,
14(1), 29-35.

石田順子，石田和子，神田清子（2007）．看護学生の死生観と他者意識－臨地実習前後の比較．*桐生短期大学紀要*, 18, 109-115.

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.

糸島陽子（2005）．死生観形成に関する調査－看護学生と大学生の比較，*京都府立看護短期大学紀要*, 30, 141-147.

Joanna Briggs Institute (2014). Reviewer's Manual 2014 Edition.

<http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewersmanual-2014.pdf>（閲覧日：2019年3月9日）

金児曉嗣（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*, 46, 1-28.

金児曉嗣（1997）．日本人の宗教性－オカゲとタタリの社会心理学．東京：新曜社.

狩谷恭子，渡檜丹和子（2011）．看護大学生における死生観と死に対するイメージの学年比較．*医療保健学紀要*, 2, 107-116.

加藤和子，百瀬由美子（2009）．看護学教育における看護学生の死生観に関する研究．*愛知県立大学看護学部紀要*, 15, 79-86.

加藤喜久美（2013）．病院職員の死生観に影響を及ぼす臨死患者との関わり要因の分析－「他者の死の自己への内在化」の検討．*死の臨床*, 36(1), 150-156.

河合千恵子，下仲順子，中里克治（1996）．老年期における死に対する態度尺度．*老年社会科学*, 17(2), 107-116.

風岡たま代，川守田千秋（2006）．看護学生の死生観の学年変化に関する一考察－丹下の「死に対する態度尺度」を用いて．*聖隷クリストファー大学看護学部紀要*, 14, 25-36.

風岡たま代，伊藤ふみ子（2008）．看護教育における看護学生の死生観に関する本邦過去35年間の研究の概観．*横浜創英短期大学紀要*, 4, 1-11.

Kelly, F. E., Fong, K., Hirsch, N., & Nolan, J. P. (2014). Intensive care medicine is 60 years old: the history and future of the intensive care unit. *Clinical Medicine*, 14(4), 376-379.

厚生労働省（2011a）．人口動態統計年報．

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii07/deth5.html>（閲覧日：2018年5月15日）

厚生労働省（2011b）．これからの社会保障を展望する．

- <http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/11/dl/01-04.pdf> (閲覧日：2017年9月27日)
- 厚生労働省 (2011c) . 中央社会保険医療協議会配布資料訪問看護の現状と課題－在宅療養を支える看護職として.
- <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000011ga6-att/2r98520000011gjl.pdf> (閲覧日：2017年10月10日)
- 厚生労働省 (2016a) . 平成29年版厚生労働白書.
- <http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/17/> (閲覧日：2017年9月21日)
- 厚生労働省 (2016b) . 地域包括ケアシステム.
- http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/ (閲覧日：2018年3月9日)
- 厚生労働省 (2017a) . 平成28年版厚生労働白書.
- <http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/16/> (閲覧日：2018年5月22日) .
- 厚生労働省 (2017b) . 我が国の人口動態.
- <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/81-1a2.pdf> (閲覧日：2018年2月17日)
- 厚生労働省 (2018a) . 介護医療院の概要.
- <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/kaigoiryoingaiyou.pdf> (閲覧日：2018年4月22日)
- 厚生労働省 (2018b) . 人生の最終段階における医療における意識調査.
- <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/saisyuiryo.html> (閲覧日：2020年1月14日)
- 隈部知更 (2006) . 日本人の死生観に関する心理学的基礎研究－死への態度に影響を及ぼす4要因についての分析. *The Japanese Journal of Health Psychology*, 19(1), 10-24.
- 熊本まや子 (2016) . 高齢者の終末期ケアにおける看護師の死生観に関する文献検討. *埼玉医科大学看護学科紀要*, 9(1), 47-54.
- 久山かおる, 吉岡伸一 (2013) . 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*, 20(1), 34-43.
- 久山かおる, 吉岡伸一 (2014) . 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. *米子医誌*, 65, 6-18.
- 京田亜由美, 加藤咲子, 中澤健二, 瀬山留加, 武居明美, 神田清子 (2009) . 死を意識する病を抱える患者の死生観に関する研究の動向と課題. *群馬保健学紀要*, 30, 49-58.

- Lynn, M. L.(1986). Determination and Quantification of Content Validity. *Nursing Research*, 35(6), 382-385.
- Matsui, M. & Braun, K. (2010). Nurses' and care workers' attitude toward death and caring for dying older adults in Japan. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(12), 593-598.
doi:10.12968/ijpn.2010.16.12.593
- Michelle, L., Bridgette, T., & Nancy, E. K. (2008) . Assessing Nurses' attitudes toward death and caring for dying patients in a comprehensive cancer center. *Oncology Nursing Forum*, 35(6), 955-959.
- 水島ゆかり, 浅見洋, 金川克子, 天津栄子, 多田博生, 作宮洋子 (2005) . 在宅高齢者へのターミナルケアのあり方「死生観とケア」公開研究会を通して. *石川看護雑誌*, 2, 7-14.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses. The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097> (閲覧日 : 2020 年 2 月 5 日)
- Munikumar, R. V., Michael, K., & Chun, H. S. (2015). Reported clinical outcomes of high-fidelity simulation versus classroom-based end-of-life care education. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(4), 179-186.
- 村上興匡 (2016) . 高齢化社会における健康・死生観と宗教. *日本臨床内科医会会誌*, 31(3), 379.
- 村田真弓 (2013) . 看取り期の死生観に関する研究動向と今後の課題. *大妻女子大学人間関係学部紀要*, 15, 27-32.
- 長江弘子 (2014) . エンド・オブ・ライフケアをめぐる言葉の整理. 長江弘子(編), *看護実践におけるエンド・オブ・ライフケア* (pp. 2-14) . 東京: 日本看護協会出版会.
- 長崎雅子, 松岡文子, 山下一也 (2007) . 看護学生の死生観の比較. *島根県立大学短期大学部出雲キャンパス研究紀要*, 1, 75-82.
- 永山弘子, 井村香積, 小笠原知枝, 加藤亜妃子, 林容子, 新井祐恵, 對中百合, 田島真智子 (2017) . 一般人と看護師に用いる死生観尺度の比較—死生観尺度に関する文献レビューより. *日本エンドオブライフケア学会第1回学術集会*, 92.

- 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.
- 内閣府 (2013) . 平成 25 年度 高齢者の地域社会への参加に関する意識調査結果 (概要版) . <https://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h25/sougou/gaiyo/index.html> (閲覧日 : 2020 年 2 月 18 日)
- 内閣府 (2017) . 平成 29 年版高齢社会白書. http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/25pdf_index.html (閲覧日 : 2017 年 9 月 21 日)
- 中川恵一 (2012) . がんと死生観. *死生学研究*, 17, 325-344.
- 中木里実, 多田敏子 (2013) . 日本人高齢者の死生観に関する研究の現状と課題. *四国大学紀要*, 41, 1-10.
- 中井裕子, 宮下光令, 笹原朋代, 小山友里江, 清水陽一, 河正子 (2006) . 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作成まで. *がん看護*, 11(6), 723-729.
- 根立恵子, 中村美和子 (2014) . 臨床看護師の死生観と看取りケアの特徴—臨床経験年数による比較. *山梨大学看護会誌*, 12(2), 15-20.
- 日本老年医学会 (2017) . 高齢者の定義と区分に関する提言 (概要) .
http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/definition_01.pdf (閲覧日 : 2018 年 4 月 21 日)
- 西川満則, 横江由理子, 中島一光, 高道香織, 洪英在, 三浦久幸 (2012) . 緩和ケアからエンド・オブ・ライフ・ケアへのパラダイムシフト. ディスカッション・ペーパー : 〈特集〉高齢者医療. *Medical-Legal Network Newsletter*, 19, 1-3.
- 野戸結花, 三上れつ, 小松万喜子 (2002) . 終末期ケアにおける臨床看護師の看護観とケア行動に関する研究. *日本がん看護学会誌*, 16(1), 28-38.
- 落合清子, 長井美佐子 (2004) . 看護学生の「死のイメージ」の変化—読書による死生観確立への影響について. *聖隷クリストファー大学看護短期大学部紀要*, 27, 7-13.
- 大川美千代 (2016) . 明治初期の日本における欧米の看取りの受容—日本と欧米の看護書の比較を通して. *日本看護歴史学会誌*, 29, 114-127.
- 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.

- 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.
- 岡本双美子, 兼行栄子 (2014) . ホームホスピスで働くスタッフの死生観と終末期ケアに対する認識の変化. *死の臨床*, 37(1), 119-124.
- 小野若菜子, 麻原きよみ (2007) . 在宅高齢者を看取る家族を支援した訪問看護師の看護観. *日本看護科学学会誌*, 27(2), 34-42.
- Rodgers, B. L. (1989). Concept, analysis, and the development of nursing knowledge: the evolutionary cycle. *Journal of Advanced Nursing*, 14(4), 330-335.
- Rodgers, B. L. (2000). Concept Analysis: An Evolutionary View. In B. L. Rodgers & K. A. Knafl (Eds.), *Concept Development in Nursing: Foundations, Techniques, and Applications* (2nd) (pp.77-102). Philadelphia: Saunders.
- 佐竹陽子, 荒尾春恵 (2018) . 救急領域で終末期ケアを実践する看護師が抱く葛藤. *Palliative Care Research*, 13(2), 201-208.
- 佐藤菜保子, 皆川州正, 福士審 (2012) . 医療従事者の「終末期患者支援認知行動尺度」の開発—看護職を対象とした検討. *心身医学*, 52(1), 45-53.
- 瀬川睦子, 原頼子 (2005) . 終末期看護実習における死生観構築と共感性育成の効果的指導. *川崎医療福祉学会誌*, 15(1), 141-147.
- 志田久美子 (2011) . 緩和ケア病棟に勤務する看護師の死生観形成過程. *臨床死生学*, 15(1), 1-10.
- 志田久美子, 渡邊岸子 (2006) . 日本の看護におけるスピリチュアルケアと看護師の死生観についての文献研究. *新大医保紀要*, 8(2), 95-107.
- 志田久美子, 渡邊岸子 (2009) . 緩和ケア病棟に勤務する看護師の死生観とその影響要因. *第40回地域看護*, 207-209.
- 島藺進 (2013) . 死生観と魂のゆくえ-現代人は来世信仰からどれほど遠いのか. 細見博志 (編), *死から生を考える—新「死生学入門」金沢大学講義集* (pp.37-59). 金沢: 北國新聞社.
- 園田麻利子, 上原充世 (2007) . ターミナルケアの授業における学生の死生観に関する検討. *鹿児島純心女子大学看護栄養学部紀要*, 11, 21-35.
- Spilka, B., Minton, B., Sizemore, D., & Stout, I. (1977). Death and Personal Faith: A Psychometric Investigation. *Journal for the Science Study of Religion*, 16(2), 169-178.

- Streiner, D., L., Norman, G., R., & Cairney, J. (2015)／木原雅子，加治正行，木原正博（訳）
 (2016)．Health Measurement Scales, 医学的測定尺度の理論と応用－妥当性，信頼性
 から G 理論，項目反応理論まで．(pp.41-42)．東京：メディカル・サイエンス・イ
 ンターナショナル．
- 菅裕香，小松万喜子（2016）．看護師の死生観に影響を及ぼす臨床場面と看護実践の変
 化. *死の臨床*, 39(1), 159-165.
- 菅原千恵子（2017）．看護学生の「死生観」と「死生観の育成」についての文献検討. *臨
 床死生学*, 22(1), 122-130.
- 菅原久美子，三橋由梨，佐々木美記，石橋知弥（2015）．助産師のみで構成される産科病
 棟での助産師たちの死生観の現状. *東京医科大学病院看護研究集録*, 35, 5-7.
- 高岡哲子，紺谷英司，深澤圭子（2009）．高齢者の死生観に関する過去 10 年間の文献検
 討：死の準備教育確率に向けての試み. *名寄市立大学紀要*, 3, 49-58.
- 高山直子，三重野英子（2005）．介護老人福祉施設の看護師が行う End-of-Life Care の実
 際. *老年看護学*, 10(1), 62-68.
- 瀧川明子（2014）．死生観尺度における A 病院看護師の死生観の分析. *日本看護学会論
 文集看護総合*, 44, 182-184.
- 瀧川薫，田中智美（2012）．大学生の死生観形成について－看護学生と他学部生との比
 較. *滋賀医科大学看護学ジャーナル*, 10(1), 16-21.
- 為家浩己，西田佳世（2014）．高齢者介護施設と一般病院において終末期ケアの経験があ
 る看護師の死生観, *Hospice and Home Care*, 22(3), 291-300.
- 田村恵子（2017）．スピリチュアルケアに関する看護師教育と実践の取り組み. *死の臨
 床*, 40(1), 62-63.
- 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.
- 丹下智香子，西田裕紀子，富田真紀子，安藤富士子，下方浩史（2013）．中高年者に適応
 可能な死に対する態度尺度（ATDS-A）の構成および信頼性・妥当性の検討. *日本老年
 医学会雑誌*, 50(1), 88-95.
- 田代隆良，永田湊，出田順子，安藤悦子（2006）．看護学生の死生観の学年間比較. *保健
 学研究*, 19(1), 43-48.

- Templer, D. I. (1970). The Construction and Validation of a Death Anxiety. *The Journal of General Psychology*, 82(2), 165-177.
- Thorson, J., & Powell, F. C. (1988). Elements of death anxiety and meanings of death. *Journal of Clinical Psychology*, 44(5), 691-701.
- 富松梨花子, 稲谷ふみ枝 (2012) . 死生観の世代間研究. *久留米大学心理学研究*, 11, 45-54.
- 月田佳寿美, 池田歩未, 藤井和代 (2006) . 看護学生の死生観に影響する要因と脳死の捉え方. *福井大学医学部研究雑誌*, 7(1), 7-13.
- 津留英里佳, 鍋島安伊 (2012) . 集中治療室看護師のターミナルケア態度と死生観. *日本看護学会論文集成成人看護I*, 42, 207-210.
- 植田早美, 河田多恵, 磯崎昭伸, 山田真由美 (2010) . ターミナルケア態度に影響する病院勤務看護師の死生観調査. *香川労災病院雑誌*, 16, 85-88.
- 植田喜久子 (2010) . 壮年期女性の死生観尺度の作成. *高知女子大学看護学会誌*, 35(1), 1-8.
- 上村朋子, 本田多美枝 (2006) . 「概念分析」の主な手法とその背景についての文献考察. *日本赤十字看護学会誌*, 6(1), 94-102.
- 梅野奈美 (2004) . 臨床看護経験 10 年以上の看護師が語る死生観. *神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録*, 29, 9-16.
- Wittkowski, J., Doka, K. J., Neimeyer, R. A., & Vallerger, M. (2015). Publication Trends in Thanatology: An Analysis of Leading Journals. *Death Studies*, 39(8), 453-462.
doi:10.1080/07481187.2014.1000054
- Wong, P. T. P., Reker, G. T., & Gesser, G. (1994). Death Attitude Profile-Revised: A Multidimensional Measure of Attitudes Toward Death. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation, and Application* (pp.121-148). New York: Taylor & Francis.
- 横尾誠一, 大間いづみ (2014) . 訪問看護師の死生観—個人背景との関連. *日本在宅ケア学会誌*, 17(2), 29-36.
- 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 (2009) . 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*, 7(1), 1-9.

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”をめぐって．*日本看護科学学会誌*, 19(1), 49-59.

吉岡さおり（2011）．一般病棟の看護師を対象とした終末期がん患者と支援する看取りケア実践教育プログラムの開発と有効性の検証，*広島大学学術情報リポジトリ*.

http://ir.lib.hiroshima-u.ac.jp/files/public/3/32025/20141016185002216661/diss_ko5486.pdf

（閲覧日：2017年12月23日）

吉岡さおり，小笠原知枝，中橋苗代，伊藤朗子，池内香織，河内文（2009）．終末期がん患者の家族支援に焦点を当てた看取りケア尺度の開発．*日本看護科学学会誌*, 29(2), 11-20.

資料

	頁
【研究 2】 資料 1. 概念分析シート	119
【研究 3】 資料 2. 質問紙調査に関する資料	
2-① 内容妥当性の検討のための質問紙	120
2-② 施設代表者（看護部長）への研究実施依頼書	124
2-③ 施設代表者（看護部長）への研究実施承諾書	126
2-④ 調査対象者への研究協力依頼書	127
2-⑤ 施設代表者（看護部長）への研究承諾取消書	129
2-⑥ 看護師の死生観に関する調査用紙（仮尺度）	130
2-⑦ 看護師の死生観調査（本尺度）	133
2-⑧ 個人属性	138
2-⑨ 質問紙調査（岡本らの看護師の死生観尺度）	139
2-⑩ 質問紙調査（死に対する態度尺度改訂版 DAP-R）	140
【研究 4】 資料 3. 質問紙調査に関する資料	
3-① 施設代表者（大学学部長）への研究実施依頼書	141
3-② 施設代表者（大学学部長）への研究実施承諾書	142
3-③ 調査対象者（看護学生用）への研究協力依頼書	143
3-④ 施設代表者（大学学部長）への研究承諾取消書	144
3-⑤ 質問紙調査（看護学生用）	145
3-⑥ 個人属性	148
3-⑦ 質問紙調査（再テスト用）	149

【研究 2】資料 1：概念分析シート

No.()

著者	
タイトル	
文献出典	
先行要件 Antecedents	<div>1)</div> <div>2)</div> <div>3)</div> <div>4)</div> <div>5)</div> <div>6)</div> <div>7)</div> <div>8)</div>
属性 Attributes コード	<div>1)</div> <div>2)</div> <div>3)</div> <div>4)</div> <div>5)</div> <div>6)</div> <div>7)</div> <div>8)</div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>
帰結 Consequences	<div></div> <div></div> <div></div>
その他	

質問紙調査に関する協力のお願い

加速的な高齢社会を背景とした多死社会から、施設死亡が 8 割を超える現在では、自身の死生観を認識しにくい状況にあると考えます。看護師は、死に直面した患者や家族と接する機会が多いことから、時として患者の死を受け止めることが求められます。そのような中で看護師として、そして一人の人間として、どのような生や死の考えがあるのかを明らかにすることは、患者の死への不安や恐怖だけでは表現されない様々な側面から死を多面的に捉えることができるようになるのではないかと考えました。そして、死に対するケアのより積極的な態度にも影響し、エンドオブライフケアの質向上にもつながることが期待されることから、看護師の死生観を明らかにすることを目的と致しました。

そこで、終末期のエキスパートであり、研究者である皆様から頂いた本調査の結果を参考にさせていただきたいと考えました。

本調査用紙は、日本人看護師の死生観尺度の各項目の妥当性を査定していただくためのものです。

記入後のアンケートは、担当者以外に見られることはありません。率直なご意見をお聞かせいただければと思います。調査の結果は統計的な処理を致します。その際はプライバシーの保護には十分に留意し、本研究の目的以外に使用することはございませんので、ご了承いただきますようお願い申し上げます。

なお、本調査に関するご質問は、下記までお問い合わせください。

どうぞよろしくお願い申し上げます。

人間環境大学大学院 看護学研究科

エンドオブライフケア看護学専攻

博士後期課程 3 年 永山弘子

【連絡先】 〒474-0035 愛知県大府市江端町 3-220

TEL: 0562-43-0701(代)

E-mail: dn17005@uhe.ac.jp

以下の文章は、「死生観：生や死に対する考え方、信念、態度」を示しております。

死生観を表す文章として、適切かどうかを評価してください。

その文章が簡潔で適切と思われる番号に、○で囲んでください。

なお、1と2に対して○をつけた人は、その理由を簡単にお願いします。

	全く適切でない	大幅に修正 評価できない	やや修正を要する 適切であるが	簡潔で適切である
1. 死に直面した人を見ると悲しく痛ましく思う	1	2	3	4
【コメント】⇒				
2. 良い看取りにならなかった場合は、否定的感情を抱きやすい	1	2	3	4
【コメント】⇒				
3. 患者の苦悩を目の当たりにすると自分のことのように感じる	1	2	3	4
【コメント】⇒				
4. 患者の死へのケアに対して避けられない責任を感じる	1	2	3	4
【コメント】⇒				
5. 死や看取りは怖くない	1	2	3	4
【コメント】⇒				
6. 患者の死は予測されるできごとである	1	2	3	4
【コメント】⇒				
7. 最期は安らかで穏やかに逝けるのが良い	1	2	3	4
【コメント】⇒				
8. 終末期QODD(死に逝く過程の質)のためには緩和ケアは欠かせない	1	2	3	4
【コメント】⇒				
9. 死は身近なものである	1	2	3	4
【コメント】⇒				
10. 死は人生の完成であると思う	1	2	3	4
【コメント】⇒				
11. 死は苦悩からの解放であると思う	1	2	3	4
【コメント】⇒				
12. 死に逝く患者は自分にはないものを教えてくれる	1	2	3	4
【コメント】⇒				
13. 死はすべての終わりである	1	2	3	4
【コメント】⇒				

	全く適切でない	大幅に修正 評価できない なければ	やや適切であるが 修正を要する	簡潔で適切である
	1	2	3	4
14. 自然に枯れていくような死は自然な姿である	1	2	3	4
【コメント】⇒				
15. 誰も老いての死を避けることはできない	1	2	3	4
【コメント】⇒				
16. 死が迫れば何もしないで欲しいと思う	1	2	3	4
【コメント】⇒				
17. 最期まで生きる希望を持っている患者は強いと思う	1	2	3	4
【コメント】⇒				
18. 死に逝く患者を見て今を大切に生きようと思う	1	2	3	4
【コメント】⇒				
19. 自分のいのちもいつどうなるかわからない	1	2	3	4
【コメント】⇒				
20. どんな生き方、どんな死に方も良いんじゃないかと思う	1	2	3	4
【コメント】⇒				
21. 人生を生き抜いた人の死は、何よりも人間的な死であり死はごく自然の摂理である	1	2	3	4
【コメント】⇒				
22. 私だったら愛する人の傍で逝きたい	1	2	3	4
【コメント】⇒				
23. これまでの生き方が死に方を決める	1	2	3	4
【コメント】⇒				
24. 亡くなった人との楽しい思い出は心の中に生き続ける	1	2	3	4
【コメント】⇒				
25. 死後の世界でまた会えると思う	1	2	3	4
【コメント】⇒				
26. 死へのケアの中で宗教は人間の存在を支えてくれると思う	1	2	3	4
【コメント】⇒				

	全く適切でない	大幅に修正しなければ 評価できない	やや修正を要するが適切である	簡潔で適切である
27. 独りで亡くなるのは寂しいと思うから独りでは逝かせたくない	1	2	3	4
【コメント】⇒				
28. 最期は自分の慣れ親しんだ温もりのある場所で迎えるべきである	1	2	3	4
【コメント】⇒				
29. 家族が後悔しないように死に目に会わせてあげたい	1	2	3	4
【コメント】⇒				
30. 家族に見守られる自然な死が良い	1	2	3	4
【コメント】⇒				
31. 身近な人の死は乗り越えられる	1	2	3	4
【コメント】⇒				
32. 死を受容することがこれからの生き方に関わると思う	1	2	3	4
【コメント】⇒				
33. 納得できる最期の別れができないと家族はその死を受け入れられない	1	2	3	4
【コメント】⇒				
34. 死を早めるとしても本人の意思決定があったら叶えるべきである	1	2	3	4
【コメント】⇒				
35. 人が死ぬことに慣れてはいけないと思う	1	2	3	4
【コメント】⇒				
36. 生や死はどこか他人事のことに思う	1	2	3	4
【コメント】⇒				

これまでの項目以外に、考えられるご意見等がございましたらご自由にご記入ください

ご協力ありがとうございました

【研究3】資料 2.2-②：施設代表者（看護部長）への研究実施依頼書

〇〇病院

看護部長 〇〇〇〇様

令和元年 月 日

人間環境大学大学院 看護学研究科

永山弘子

看護師の死生観に関する調査のご協力依頼について

拝啓 時下、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

現在、私は看護師の死生観について研究をしております。超高齢社会を迎えるにあたり、多くの臨死期にある方へのケアに際し、看護師の死生観はどのようなものかを明らかにすることで、終末期看護ケアに活かせるのではないかと考えております。そのため、終末期看護のエキスパートとして、日々看護実践されている看護師の皆様の死生観に関するご意見を調査にてお聞きしたいと考えております。

なお、本研究は日々の看護実践の業務評価をするものではありません。調査結果は、研究の目的以外に利用することなく、一定期間保存したのち責任をもって破棄いたします。研究結果につきましては、学会や学術雑誌において発表する予定です。

ご多忙中誠に恐縮ですが、研究の趣旨にご理解いただき、ご協力の程、どうかよろしくお願い申し上げます。

敬具

記

1. 調査時期 令和元年〇月〇日～〇月〇日
2. 調査内容 1)年齢、性別、看護師経験年数、所属している病棟、所属病棟での勤務年数、最終学歴、2)これまでに経験した看取り体験、家族と死の話をした経験、など。
3. 調査対象者 勤務年数や職位を問わず、病棟で勤務している看護師の皆さまを対象としております。
4. 調査方法 質問紙は、各質問に対し該当する番号に○印をつけるか、括弧内に回答をご記入いただく形式となっております。なお、回答に要する時間は約 15 分を予定しております。対象者に調査票を配布して頂き、2 週間の留め置き調査とし、後日郵送により回収致します。

5. 調査にあたって

- 1) この調査へのご承諾につきましては、研究を実施させていただく看護部門の代表者である看護部長の自由意思によって決めています。また、研究実施のご承諾、同意を頂いた後であっても、中断やご辞退による不利益は一切ございませんので、直ちにお申し出ください。
- 2) 調査は無記名で行い、回答はすべて統計学的に処理をいたしますので、プライバシーを侵害するようなことはありません。収集したデータは、パスワード入力のできる電子媒体に保存し、そのデータは鍵のかかる場所で保管し、研究者以外が閲覧できないよう管理いたしますので、個人情報保護されます。
- 3) 得られたデータは研究のみに使用し、研究終了後 10 年間保管した後、処分させていただきます。
- 4) 研究結果のご報告をさせていただきます。また、研究成果は専門の学会、学術雑誌に発表させていただきますが、プライバシーを守り、その際病院や個人が特定されるような情報は一切公表いたしません。何卒ご理解ご了承くださいませよう、どうぞ宜しくお願い申し上げます。

尚、本調査に関するご質問等がございましたら、下記にお問い合わせください。

[調査者] 人間環境大学大学院 看護学研究科
博士後期課程 永山弘子
[住所] 〒474-0035 愛知県大府市江端町 3 丁目 220 番地
[電話 代表] 0562-43-0701
[E-mail] dn17005@uhe.ac.jp
[指導教員] 人間環境大学大学院 看護学研究科
教授 小笠原知枝
[電話 代表] 0562-43-0701

研究実施承諾書

私は、「看護師の死生観尺度開発研究」に研究について説明文書を用いて説明を受け、研究の目的、内容、方法などについて十分に理解しました。

当施設は上記に関する説明を受け、別紙に記載された事項が守られる限りにおいて、当施設における調査を承諾致します。

令和元年 月 日

研究実施承諾施設名

看護部長（署名）

印

代表研究者（署名）

印

（研究者控え）

研究実施承諾書

私は、「看護師の死生観尺度開発研究」の研究について説明文書を用いて説明を受け、研究の目的、内容、方法などについて十分に理解しました。

当施設は上記に関する説明を受け、別紙に記載された事項が守られる限りにおいて、当施設における調査を承諾します。

令和元年 月 日

研究実施承諾施設名

看護部長（署名）

印

ご連絡先

研究代表者（署名）

印

【研究 3】資料 2.2-④：調査対象者への研究協力依頼書

〇〇病院

看護師の皆様

令和元年 月 日

人間環境大学大学院 看護学研究科

永山弘子

看護師の死生観に関する調査のご協力依頼について

拝啓 時下、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

現在、私は看護師の死生観についての研究を、人間環境大学大学院博士後期課程にて行っております。超高齢社会を迎えるにあたり、多くの臨死期にある方へのケアに際し、看護師の死生観はどのようなものかを明らかにすることで、終末期看護ケアに活かせるのではないかと考えております。そのため、終末期看護のエキスパートとして、日々看護実践をされている看護師の皆様の死生観に関するご意見をお伺いさせて頂きたいと考えております。

なお、本研究は日々の看護実践の業務評価をするものでは一切ありません。調査結果は、研究の目的以外に利用することなく、一定期間保存したのち責任をもって破棄いたします。研究結果につきましては、学会や学術雑誌において発表する予定です。

ご多忙中、誠に恐縮ですが、研究の趣旨にご理解いただき、ご協力の程、何卒よろしくお願い申し上げます。

敬具

記

1. 調査時期 令和元年〇月〇日～令和元年〇月〇日
2. 調査内容 1)年齢、性別、看護師経験年数、所属している病棟、所属病棟での勤務年数、最終学歴、2)これまでに経験した看取り経験、家族と死の話をした経験について、など。
3. 調査方法 各質問に対し、該当する番号に○印をつけるか、括弧内に回答をご記入いただく形式となっております。なお、回答に要する時間は約 15 分を予定しております。回答後部署毎に回収し、後日郵送により回収いたします

4. 調査にあたって

1)この調査へのご承諾につきましては、研究対象者である看護師の皆さまの自由意思によって決めて頂きます。また、研究実施のご承諾を頂いた後であっても、中断やご辞退による不利益は一切ございませんので、直ちにお申し出下さい。

2)調査結果の情報はパソコン処理をしますが、パスワード入力のできる電子媒体に保存し、そのデータは鍵のかかる場所で保管し、研究者以外が閲覧できないように管理致します。3)得られたデータは研究のみに使用し、研究終了後 10 年間保管した後、処分させて頂きます。

4)研究結果はご報告させて頂きます。また、研究成果は看護の学会や学術雑誌に発表させて頂きます。その際、プライバシーを守り、個人や病院が特定されるような情報は一切公表致しません。

尚、本調査に関するご質問等がございましたら、下記にお問い合わせください。

【調査者】 人間環境大学大学院 看護学研究科
博士後期課程 永山弘子

【住所】 〒474-0035 愛知県大府市江端町 3 丁目 220 番地

【電話 代表】0562-43-0701

【E-mail】 dn17005@uhe.ac.jp

【指導教員】 人間環境大学大学院 看護学研究科
教授 小笠原知枝

【電話 代表】0562-43-0701

研究承諾取消書

私は、「看護師の死生観尺度開発研究」に研究協力に承諾し、承諾書に署名を致しました。
しかし、諸事情により研究協力を辞退したいとの結論に至りましたので、ここにご報告申し上げます。

令和元年 月 日

研究実施施設名

看護部長（署名）

本研究に関する研究承諾取消書を受領したことを証します。

担当者氏名（署名）

研究者の連絡先

人間環境大学大学院 看護学研究科 博士後期課程 永山弘子

〒474-0035 愛知県大府市江端町3丁目220番地 人間環境大学 大府キャンパス

E-mail : dn17005@uhe.ac.jp 電話：0562-43-0701

(研究者控え)

研究承諾取消書

私は、「看護師の死生観尺度開発研究」の研究協力に承諾し、承諾書に署名致しました。
しかし、諸事情により研究協力を辞退したいとの結論に至りましたので、ご報告申し上げます。

令和元年 月 日

研究実施施設名

看護部長（署名）

住所・連絡先

本研究に関する研究実施承諾取消書を受領したことを証します。

担当者氏名（署名）

看護師の死生観に関する質問紙調査のお願い

この調査は皆さまの看護を評価するものではありません。
皆さまの貴重なお時間を頂戴し、死についてどのように考えて
いらっしゃるのかご意見をお伺いできましたら幸いです。
ここで言う死生観とは、その人の生と死に関する考え方、信念
あるいは死に対するものの見方、考え方と捉えております。

- ・ 調査へのご協力は、皆さまの自由意思によって行ってください。
- ・ 回答はすべて統計的に処理を致しますので、皆さまの
プライバシーは保護されます。
- ・ 返信後の調査票は厳重に保管し、研究の目的以外に使用
いたしません。
- ・ 質問紙の提出をもちまして皆さまの調査への同意とみなさせて
いただきます。

[連絡先]

人間環境大学大学院 看護学研究科

エンドオブライフケア看護学専攻

博士後期課程3年 永山弘子

〒474-0035 愛知県大府市江端町3丁目220番地

[電話:代表]0562-43-0701

[E-mail] dn17005@uhe.ac.jp

1. 死に対するあなたのお考えについてお尋ねします。 個人として、あるいは看護師としての死生観について 以下に述べられております。 各項目について、あなたは死についてどのように思われますか。 該当する数字に○をつけてください。	そう 思わ ない	やや そう 思わ ない	ど ち ら で も な い	やや そう 思 う	そう 思 う
1. 死に直面した人を見ると、悲しく痛ましいと思う	1	2	3	4	5
2. 良い看取りにならなかった場合は、否定的感情を抱きやすい	1	2	3	4	5
3. 患者の苦悩を目の当たりにすると、自分のことのように感じる	1	2	3	4	5
4. 患者の死へのケアに対して避けられない責任を感じる	1	2	3	4	5
5. 死や看取りは怖くない	1	2	3	4	5
6. 患者の死は予測されるできごとである	1	2	3	4	5
7. 最期は安らかで穏やかに逝けるのが良い	1	2	3	4	5
8. 終末期QODD(死に逝く過程の質)のためには、緩和ケアは 欠かせない	1	2	3	4	5
9. 死は身近なものである	1	2	3	4	5
10. 死は人生の完成であると思う	1	2	3	4	5
11. 死は苦悩からの解放であると思う	1	2	3	4	5
12. 死に逝く患者は自分にはないものを教えてくれる	1	2	3	4	5
13. 死はすべての終わりである	1	2	3	4	5
14. 自然に枯れていくような死は自然な姿である	1	2	3	4	5
15. 老いていく中での死を誰も避けることはできない	1	2	3	4	5
16. 死が迫れば何もしないで欲しいと思う	1	2	3	4	5
17. 最期まで生きる希望を持っている患者は強いと思う	1	2	3	4	5
18. 死に逝く患者を見て、今を大切に生きようと思う	1	2	3	4	5
19. 自分の命もいつどうなるかわからない	1	2	3	4	5
20. 亡くなった人とは、死後の世界でまた会えると思う	1	2	3	4	5

そう思う
 ややそう思う
 どちらでもない
 ややそう思わない
 そう思わない

21. どんな生き方、どんな死に方でも良いと思う	1	2	3	4	5
22. 人生を生き抜いた人の死は、何よりも人間的な死である	1	2	3	4	5
23. 死はごく自然の摂理である	1	2	3	4	5
24. 私だったら愛する人のそばで逝きたい	1	2	3	4	5
25. これまでの生き方が死に方を決める	1	2	3	4	5
26. 亡くなった人との楽しい思い出は、心の中に生き続ける	1	2	3	4	5
27. 死へのケアの中で、宗教は人間の存在を支えてくれると思う	1	2	3	4	5
28. 独りで亡くなるのは寂しいと思うから、独りでは逝かせたくない	1	2	3	4	5
29. 最期は自分の慣れ親しんだ温もりのある場所で迎えるべきである	1	2	3	4	5
30. 家族が後悔しないように、死に目に会わせてあげたい	1	2	3	4	5
31. 家族に見守られる自然な死が良い	1	2	3	4	5
32. 身近な人の死は乗り越えられる	1	2	3	4	5
33. 死を受容することが、これからの生き方に関わると思う	1	2	3	4	5
34. 納得できる最期の別れができないと、家族はその死を受け入れられない	1	2	3	4	5
35. 死を早めるとしても、本人の意思に添うべきである	1	2	3	4	5
36. 人が死ぬことに慣れてはいけないと思う	1	2	3	4	5
37. 生や死はどこか他人事のことにように思う	1	2	3	4	5

あなた自身のことについてお聞きします。
 以下の質問に該当する数字に○をつけるか、()内に必要事項をご記入下さい。

- A. 性別: 1: 女 2: 男
 B. 年齢: () 歳
 C. 看護師経験年数: () 年

質問は以上です。
 ご協力ありがとうございました。

看護師の死生観に関する質問紙調査のお願い

この調査は皆さまの看護を評価するものではありません。

皆さまの貴重なお時間を頂戴し、死についてどのように考えていらっしゃるのかご意見をお伺いできましたら幸いです。

ここで言う死生観とは、その人の生と死に対する考え方、信念あるいは死に対するものの見方、考え方と捉えております。

- ・調査へのご協力は、約15分程度の時間を要します。
- ・調査へのご協力は、皆さまの自由意思によって行ってください。
- ・回答はすべて統計的に処理を致しますので、皆さまのプライバシーは保護されます。
- ・研究成果は、専門の学会や学術誌に発表させて頂きますが、個人や施設が特定される情報は一切公表いたしません。
- ・返信後の調査票は厳重に保管し、研究の目的以外に利用いたしません。
- ・質問紙の提出をもちまして皆さまの調査への同意とみなさせていただきます。

☆ご回答いただきました質問紙は、月 日までにご記入いただきますようお願い申し上げます。

【連絡先】

人間環境大学大学院看護学研究科
エンドオブライフケア看護学専攻
博士後期課程3年 永山弘子
〒474-0035 大府市江端町3-220
TEL 0562-43-0701(代)
E-mail: dn17005@uhe.ac.jp

I 死に対するあなたのお考えについてお尋ねします。
 個人として、あるいは看護師としての死生観について
 以下に述べられております。
 各項目について、あなたは死についてどのように思われますか。
 該当する数字に○をつけてください。

そう
思う

やや
そう
思う

ど
ちら
でも
ない

やや
そう
思わ
ない

そう
思わ
ない

	1	2	3	4	5
1. 死に直面した人を見ると、悲しく痛ましいと思う	1	2	3	4	5
2. 良い看取りにならなかった場合は、否定的感情を抱きやすい	1	2	3	4	5
3. 患者の苦悩を目の当たりにすると、自分のことのように感じる	1	2	3	4	5
4. 患者の死へのケアに対して避けられない責任を感じる	1	2	3	4	5
5. 死や看取りは怖くない	1	2	3	4	5
6. 患者の死は予測されるできごとである	1	2	3	4	5
7. 終末期QODD(死に逝く過程の質)のためには、緩和ケアは 欠かせない	1	2	3	4	5
8. 死は身近なものである	1	2	3	4	5
9. 死は人生の完成であると思う	1	2	3	4	5
10. 死は苦悩からの解放であると思う	1	2	3	4	5
11. 死に逝く患者は自分にないものを教えてくれる	1	2	3	4	5
12. 死はすべての終わりである	1	2	3	4	5
13. 自然に枯れていくような死は自然な姿である	1	2	3	4	5
14. 老いていく中での死を誰も避けることはできない	1	2	3	4	5
15. 死が迫れば何もしないで欲しいと思う	1	2	3	4	5
16. 最期まで生きる希望を持っている患者は強いと思う	1	2	3	4	5
17. 死に逝く患者を見て、今を大切に生きようと思う	1	2	3	4	5
18. 亡くなった人との楽しい思い出は、心の中に生き続ける	1	2	3	4	5
19. どんな生き方、どんな死に方でも良いと思う	1	2	3	4	5
20. 人生を生き抜いた人の死は、何よりも人間的な死である	1	2	3	4	5

	そう 思う	やや そう 思う	ど ちら でも ない	やや そう 思う	そう 思う
21. 死はごく自然の摂理である	1	2	3	4	5
22. 私だったら愛する人のそばで逝きたい	1	2	3	4	5
23. これまでの生き方が死に方を決める	1	2	3	4	5
24. 亡くなった人とは、死後の世界でまた会えると思う	1	2	3	4	5
25. 死へのケアの中で、宗教は人間の存在を支えてくれると思う	1	2	3	4	5
26. 独りで亡くなるのは寂しいと思うから、独りでは逝かせたくない	1	2	3	4	5
27. 最期は自分の慣れ親しんだ温もりのある場所で迎えるべきである	1	2	3	4	5
28. 家族が後悔しないように、死に目に会わせてあげたい	1	2	3	4	5
29. 家族に見守られる自然な死が良い	1	2	3	4	5
30. 身近な人の死は乗り越えられる	1	2	3	4	5
31. 死を受容することが、これからの生き方に関わると思う	1	2	3	4	5
32. 納得できる最期の別れができないと、家族はその死を受け入れられない	1	2	3	4	5
33. 死を早めるとしても、本人の意思に添うべきである	1	2	3	4	5
34. 人が死ぬことに慣れてはいけないと思う	1	2	3	4	5
35. 生や死はどこか他人事のように思う	1	2	3	4	5

Ⅱ 以下の質問項目について、あなた自身はどの程度該当しますか。
もっとも近い番号に○をつけて下さい。

	全く そう 思わない	そう 思わ ない	ど ちら とも 言え ない	そ う 思 う	か な り そ う 思 う
1. 死後のことを考えると不安になる	1	2	3	4	5
2. 死んでも魂は残ると思う	1	2	3	4	5
3. 自分が死ぬことを考えると、不安になる	1	2	3	4	5
4. 死は怖くない	1	2	3	4	5
5. 死はすべての終わりである	1	2	3	4	5
6. 自分の望む死を迎えるために準備をする必要がある	1	2	3	4	5
7. たとえ献体のためでも、遺体を傷つけない	1	2	3	4	5
8. 死後の世界はあると思う	1	2	3	4	5
9. たとえ死亡原因を調べる病理解剖のためでも、 遺体を傷つけない	1	2	3	4	5
10. 人は死後、また生まれ変わると思う	1	2	3	4	5
11. たとえ子供が幼くても(幼稚園児や小学校低学年)身近な人の 死を体験させることは大切だ	1	2	3	4	5
12. 死について考えることは人を成長させる	1	2	3	4	5
13. 意識が戻らない植物状態でも治療することは大切である	1	2	3	4	5
14. 死ぬまでの過程を考えると不安になる	1	2	3	4	5
15. たとえ脳死状態でも生き続けていることは大切である	1	2	3	4	5
16. 死は存在が無くなることである	1	2	3	4	5
17. 意識が戻らない植物状態でも生きていることは大切である	1	2	3	4	5
18. 死を考えることは、生を見直す機会になる	1	2	3	4	5
19. 世の中には「霊」や「たたり」があると思う	1	2	3	4	5
20. 脳死後は、臓器移植をしたい	1	2	3	4	5
21. 死について学ぶこと・教育は必要である	1	2	3	4	5
22. 死は人生の完結である	1	2	3	4	5
23. 死とはこの世の苦しみから解放されることだ	1	2	3	4	5
24. 意思疎通が出来なくても、生きていることは大切である	1	2	3	4	5
25. 終末期(余命約6ヶ月)にある身近な人の家族と接することは、 生と死を考える機会になる	1	2	3	4	5

Ⅲ 次の各項目についてそう思う場合は…5、ややそう思う場合は…4、
 どちらでもない場合は…3、ややそう思わない場合は…2、
 そう思わない場合は…1、をそれぞれ○で囲んでください。
 (できるだけ「3. どちらでもない」にならないようにしてください。)

	そう 思わ ない	や や そ う 思 わ ない	ど ち ら で も な い	や や そ う 思 う	そ う 思 う
1. すべての悩みは、死によって終わる	1	2	3	4	5
2. 死とは、魂を自由にするものである	1	2	3	4	5
3. 死について考えることは、何としても避けたい	1	2	3	4	5
4. 死んだら天国(浄土・極楽)へゆく	1	2	3	4	5
5. 死後、愛する人との再会を期待している	1	2	3	4	5
6. とにかく死を考えたくない	1	2	3	4	5
7. 死後の世界を楽しみにしている	1	2	3	4	5
8. 死によってすべてが終わるのかもしれないが、それでも死は怖い	1	2	3	4	5
9. 死とは、一切の苦悩から解放されることである	1	2	3	4	5
10. 死は、まちがいなく恐ろしい出来事である	1	2	3	4	5
11. 死とは、人生の苦しみから逃れることである	1	2	3	4	5
12. 死後に確信を持っているので、安らかに死と向き合うことができる	1	2	3	4	5
13. 死とは、神と結ばれる(成仏する)ことであり無上の喜びである	1	2	3	4	5
14. 死とは、苦悩に満ちたこの世から逃れることである	1	2	3	4	5
15. 死んだらどうなるのかよくわからないので不安である	1	2	3	4	5
16. 死とは、すべてが満たされた世界への入口である	1	2	3	4	5
17. ものすごく死が怖い	1	2	3	4	5
18. 死についてのことが頭に浮かばないようにしている	1	2	3	4	5
19. 死の瞬間のことを思い浮かべると不安になる	1	2	3	4	5
20. 死とは、永遠で神聖な世界へ通じる道である	1	2	3	4	5
21. 死によって痛みや苦しみから救われる	1	2	3	4	5
22. 死後の世界についての話題になると、とても不安になる	1	2	3	4	5
23. 死とは、新たな輝かしい生命を約束するものである	1	2	3	4	5
24. 普段は死について考えないようにしている	1	2	3	4	5
25. 死についての話題には、かかわらないようにしている	1	2	3	4	5
26. 自分の死について思うと不安になる	1	2	3	4	5
27. 天国(浄土・極楽)は、この世の中よりも遥かにすばらしい	1	2	3	4	5

【研究 3】資料 2.2-⑧：個人属性

あなた自身のことについてお聞きします。

以下の質問に該当する数字に○をつけるか、()内に必要事項をご記入下さい。

A. 性別： 1: 女 2: 男

B. 年齢： () 歳

C. 看護師経験年数： () 年

D. 所属部署での勤務年数： () 年

E. 現在所属する病棟の部署：

1. 外科病棟 2. 内科病棟
3. その他 ()

F. 最終学歴：

1. 専門学校 2. 短期大学 3. 大学 4. 大学院

G. 身近な人を看取った経験がありますか 1. ある 2. ない

H. 家族と死に関する話をしたことがありますか 1. ある 2. ない

I. 終末期ケアに関する研修、学習会に参加した経験は 1. ある 2. ない
ありますか

質問は以上です。

貴重な時間をいただき、多くの質問にお答え下さりありがとうございました。

【研究3】資料 2.2-⑨：質問紙調査（岡本らの看護師の死生観尺度）

Ⅱ 以下の質問項目について、あなた自身はどの程度該当しますか。
もっとも近い番号に○をつけて下さい。

	全く そう 思わない	そう 思わない	どちら とも言 えない	そう 思う	かなり そう 思う
1. 死後のことを考えると不安になる	1	2	3	4	5
2. 死んでも魂は残ると思う	1	2	3	4	5
3. 自分が死ぬことを考えると、不安になる	1	2	3	4	5
4. 死は怖くない	1	2	3	4	5
5. 死はすべての終わりである	1	2	3	4	5
6. 自分の望む死を迎えるために準備をする必要がある	1	2	3	4	5
7. たとえ献体のためでも、遺体を傷つけたくない	1	2	3	4	5
8. 死後の世界はあると思う	1	2	3	4	5
9. たとえ死亡原因を調べる病理解剖のためでも、 遺体を傷つけたくない	1	2	3	4	5
10. 人は死後、また生まれ変わると思う	1	2	3	4	5
11. たとえ子供が幼くても(幼稚園児や小学校低学年)身近な人の 死を体験させることは大切だ	1	2	3	4	5
12. 死について考えることは人を成長させる	1	2	3	4	5
13. 意識が戻らない植物状態でも治療することは大切である	1	2	3	4	5
14. 死ぬまでの過程を考えると不安になる	1	2	3	4	5
15. たとえ脳死状態でも生き続けていることは大切である	1	2	3	4	5
16. 死は存在が無くなることである	1	2	3	4	5
17. 意識が戻らない植物状態でも生きていることは大切である	1	2	3	4	5
18. 死を考えることは、生を見直す機会になる	1	2	3	4	5
19. 世の中には「霊」や「たたり」があると思う	1	2	3	4	5
20. 脳死後は、臓器移植をしたい	1	2	3	4	5
21. 死について学ぶこと・教育は必要である	1	2	3	4	5
22. 死は人生の完結である	1	2	3	4	5
23. 死とはこの世の苦しみから解放されることだ	1	2	3	4	5
24. 意思疎通が出来なくても、生きていることは大切である	1	2	3	4	5
25. 終末期(余命約6ヶ月)にある身近な人の家族と接することは、 生と死を考える機会になる	1	2	3	4	5

【研究3】資料 2.2-⑩：質問紙調査『死に対する態度尺度改訂版 DAP-R（隈部，2006）』

Ⅲ 次の各項目についてそう思う場合は…5、ややそう思う場合は…4、
 どちらでもない場合は…3、ややそう思わない場合は…2、
 そう思わない場合は…1、をそれぞれ○で囲んでください。
 （できるだけ「3. どちらでもない」にならないようにしてください。）

	そ う 思 わ な い	や や そ う 思 わ な い	ど ち ら で も な い	や や そ う 思 う	そ う 思 う
1. すべての悩みは、死によって終わる	1	2	3	4	5
2. 死とは、魂を自由にするものである	1	2	3	4	5
3. 死について考えることは、何としても避けたい	1	2	3	4	5
4. 死んだら天国（浄土・極楽）へゆく	1	2	3	4	5
5. 死後、愛する人との再会を期待している	1	2	3	4	5
6. とにかく死を考えたくない	1	2	3	4	5
7. 死後の世界を楽しみにしている	1	2	3	4	5
8. 死によってすべてが終わるのかもしれないが、それでも死は怖い	1	2	3	4	5
9. 死とは、一切の苦悩から解放されることである	1	2	3	4	5
10. 死は、まちがいに恐怖しい出来事である	1	2	3	4	5
11. 死とは、人生の苦しみから逃れることである	1	2	3	4	5
12. 死後に確信を持っているので、安らかに死と向き合うことができる	1	2	3	4	5
13. 死とは、神と結ばれる（成仏する）ことであり無上の喜びである	1	2	3	4	5
14. 死とは、苦悩に満ちたこの世から逃れることである	1	2	3	4	5
15. 死んだらどうなるのかよくわからないので不安である	1	2	3	4	5
16. 死とは、すべてが満たされた世界への入口である	1	2	3	4	5
17. ものすごく死が怖い	1	2	3	4	5
18. 死についてのことが頭に浮かばないようにしている	1	2	3	4	5
19. 死の瞬間のことを思い浮かべると不安になる	1	2	3	4	5
20. 死とは、永遠で神聖な世界へ通じる道である	1	2	3	4	5
21. 死によって痛みや苦しみから救われる	1	2	3	4	5
22. 死後の世界についての話題になると、とても不安になる	1	2	3	4	5
23. 死とは、新たな輝かしい生命を約束するものである	1	2	3	4	5
24. 普段は死について考えないようにしている	1	2	3	4	5
25. 死についての話題には、かかわらないようにしている	1	2	3	4	5
26. 自分の死について思うと不安になる	1	2	3	4	5
27. 天国（浄土・極楽）は、この世の中よりも遥かにすばらしい	1	2	3	4	5

〇〇大学看護学科

学部長 〇〇〇〇 先生

令和元年 月 日

人間環境大学大学院 看護学研究科

永山弘子

看護学生の死生観に関する調査のご協力依頼について

拝啓 時下、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

現在、私は看護師の死生観について研究を人間環境大学大学院博士後期課程において行っております。超高齢社会を迎えるにあたり、多くの臨死期にある方へのケアに際し、作成した看護師の死生観と学生の皆さまの死生観とを比較することで、その特徴が明らかになり、終末期看護ケアに活かせるのではないかと考えております。そのため、終末期看護の講義を学んでいる看護大学生の皆様に、これまでの講義や死別の体験などから得たご自身の考えをお聞きし、看護学生の抱く死生観に関するご意見を調査にてお聞きしたいと思っております。

そして、その貴重なデータを基に、4 週間後に再調査を実施することで、この質問紙の信頼性を評価したいと考えております。調査は無記名で実施させていただきますが、分析方法の都合上、2 回の調査のデータをマッチングする必要がありますので、ナンバリングをしたクリアファイルを配布させて頂いております。

なお、本研究は日々の授業評価をするものでは一切ありません。調査は無記名で行い、回答はすべて統計学的に処理をいたしますので、プライバシーを侵害するようなことはありません。調査結果は、研究の目的以外に利用することなく、一定期間保存したのち責任をもって破棄いたします。研究結果につきましては、学会や学術雑誌において発表する予定です。

ご多忙中、誠に恐縮ですが、研究の趣旨にご理解いただき、ご協力の程、どうかよろしくお願い申し上げます。

敬具

【調査者】人間環境大学大学院 看護学研究科

博士後期課程 永山弘子

【住所】〒474-0035 愛知県大府市江端町 3 丁目 220 番地

【電話 代表】0562-43-0701

【e-mail】dn17005@uhe.ac.jp

【指導教員】人間環境大学大学院 看護学研究科

教授 小笠原知枝

【研究 4】資料 3.3-②：施設代表者（大学学部長）への研究実施承諾書

研究実施承諾書

私は、「看護師の死生観尺度開発研究」に研究について説明文書を用いて説明を受け、研究の目的、内容、方法などについて十分に理解しました。

当施設は上記に関する説明を受け、別紙に記載された事項が守られる限りにおいて、当施設における調査を承諾致します。

令和元年 月 日

研究実施承諾大学名

研究科長（署名）

印

代表研究者（署名）

印

（研究者控え）

研究実施承諾書

私は、「看護師の死生観尺度開発研究」の研究について説明文書を用いて説明を受け、研究の目的、内容、方法などについて十分に理解しました。

当施設は上記に関する説明を受け、別紙に記載された事項が守られる限りにおいて、当施設における調査を承諾します。

令和元年 月 日

研究実施承諾大学名

研究科長（署名）

印

ご連絡先

研究代表者（署名）

印

【研究 4】資料 3.3-③：調査対象者（看護学生用）への研究協力依頼書

〇〇大学看護学科
看護学生の皆様

令和元年 月 日
人間環境大学大学院 看護学研究科
永山弘子

死生観に関する調査のご協力依頼について

拝啓 時下、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

現在、私は看護師の死生観について研究をしています。超高齢社会を迎えるにあたり、多くの臨死期にある方へのケアに際し、看護師の死生観はどのようなものを明らかにすることで、終末期看護ケアに活かせるのではないかと考えております。そのため、終末期看護を学んでいる大学生の皆様に、これまでの実習や講義などから得たご自身のお考えや看護学生の抱く死生観に関するご意見を、調査にてお聞きしたいと考えております。

なお、本研究は授業評価をするものではありません。調査結果は、研究の目的以外に利用することなく、一定期間保存したのち責任をもって破棄いたします。研究結果につきましては、学会や学術雑誌において発表する予定です。

なお、調査にあたって 4 週間後に再調査をお願いしております。その際、クリアファイル右上に書いてある番号を記憶の上質問紙 1 枚目に記載し、その同じ番号を再調査の際にも記載をお願いいたします。

ご多忙中、誠に恐縮ですが、研究の趣旨にご理解いただき、どうかよろしくお願い申し上げます。

敬具

【調査者】 人間環境大学大学院 看護学研究科
博士後期課程 永山弘子

【住所】 〒474-0035 愛知県大府市江端町 3 丁目 220 番地

【電話 代表】0562-43-0701

【E-mail】 dn17005@uhe.ac.jp

【指導教員】 人間環境大学大学院 看護学研究科
教授 小笠原知枝

【電話 代表】0562-43-0701

研究承諾取消書

私は、「看護師の死生観尺度開発研究」に研究協力に承諾し、承諾書に署名を致しました。
しかし、諸事情により研究協力を辞退したいとの結論に至りましたので、ここにご報告申し上げます。

令和元 年 月 日

研究実施大学名

学部長（署名）

本研究に関する研究承諾取消書を受領したことを証します。

担当者氏名（署名）

研究者の連絡先

人間環境大学大学院 看護学研究科 博士後期課程 永山弘子

〒474-0035 愛知県大府市江端町3丁目220番地 人間環境大学 大府キャンパス

E-mail : dn17005@uhe.ac.jp 電話 : 0562-43-0701

(研究者控え)

研究承諾取消書

私は、「看護師の死生観尺度開発研究」の研究協力に承諾し、承諾書に署名致しました。
しかし、諸事情により研究協力を辞退したいとの結論に至りましたので、ご報告申し上げます。

令和元 年 月 日

研究実施大学名

学部長（署名）

住所・連絡先

本研究に関する研究実施承諾取消書を受領したことを証します。

担当者氏名（署名）

【研究 4】資料 3.3-⑤：質問紙調査（看護学生用）

ID:

看護師の死生観に関する質問紙調査のお願い

この調査は皆さまの成績を評価するものではありません。
皆さまが、死についてどのように考えていらっしゃるのか
お尋ねするものです。
ここで言う死生観とは、その人の生と死に対するものの見方、
考え方と捉えております。

- ・ 調査は、約15分程度の時間を要します。
- ・ 調査へのご協力は、皆さまの自由意思によって行ってください。
- ・ 回答はすべて統計的に処理を致しますので、皆さまのプライバシーは
保護されます。
- ・ 研究成果は、専門の学会や学術誌に発表させていただきますが、
個人や施設が特定される情報は一切公表いたしません。
- ・ 質問紙の提出をもちまして皆さまの調査への同意とみなさせていただきます。
- ・ 1か月後に再調査をお願いします。

【連絡先】

人間環境大学大学院看護学研究科
エンドオブライフケア看護学専攻
博士後期課程3年 永山弘子
〒474-0035 大府市江端町3-220
TEL 0562-43-0701(代)
E-mail: dn17005@uhe.ac.jp

I 死に対するあなたのお考えについてお尋ねします。

個人として、あるいは看護師としての死生観について

以下に述べられております。

各項目について、あなたは死についてどのように思われますか。

該当する数字に○をつけてください。

そう
思う
やや
そう
思う
ど
ちら
でも
ない
やや
そう
思わ
ない
そ
う
思わ
ない

	1	2	3	4	5
1. 死に直面した人を見ると、悲しく痛ましいと思う	1	2	3	4	5
2. 良い看取りにならなかった場合は、否定的感情を抱きやすい	1	2	3	4	5
3. 患者の苦悩を目の当たりにすると、自分のことのように感じる	1	2	3	4	5
4. 患者の死へのケアに対して避けられない責任を感じる	1	2	3	4	5
5. 死や看取りは怖くない	1	2	3	4	5
6. 患者の死は予測されるできごとである	1	2	3	4	5
7. 終末期QODD(死に逝く過程の質)のためには、緩和ケアは 欠かせない	1	2	3	4	5
8. 死は身近なものである	1	2	3	4	5
9. 死は人生の完成であると思う	1	2	3	4	5
10. 死は苦悩からの解放であると思う	1	2	3	4	5
11. 死に逝く患者は自分にないものを教えてくれる	1	2	3	4	5
12. 死はすべての終わりである	1	2	3	4	5
13. 自然に枯れていくような死は自然な姿である	1	2	3	4	5
14. 老いていく中での死を誰も避けることはできない	1	2	3	4	5
15. 死が迫れば何もしないで欲しいと思う	1	2	3	4	5
16. 最期まで生きる希望を持っている患者は強いと思う	1	2	3	4	5
17. 死に逝く患者を見て、今を大切に生きようと思う	1	2	3	4	5
18. 亡くなった人との楽しい思い出は、心の中に生き続ける	1	2	3	4	5
19. どんな生き方、どんな死に方でも良いと思う	1	2	3	4	5
20. 人生を生き抜いた人の死は、何よりも人間的な死である	1	2	3	4	5

	そう 思う	やや そう 思う	ど ちら でも ない	やや そう 思う	そう 思う
21. 死はごく自然の摂理である	1	2	3	4	5
22. 私だったら愛する人のそばで逝きたい	1	2	3	4	5
23. これまでの生き方が死に方を決める	1	2	3	4	5
24. 亡くなった人とは、死後の世界でまた会えると思う	1	2	3	4	5
25. 死へのケアの中で、宗教は人間の存在を支えてくれると思う	1	2	3	4	5
26. 独りで亡くなるのは寂しいと思うから、独りでは逝かせたくない	1	2	3	4	5
27. 最期は自分の慣れ親しんだ温もりのある場所で迎えるべきである	1	2	3	4	5
28. 家族が後悔しないように、死に目に会わせてあげたい	1	2	3	4	5
29. 家族に見守られる自然な死が良い	1	2	3	4	5
30. 身近な人の死は乗り越えられる	1	2	3	4	5
31. 死を受容することが、これからの生き方に関わると思う	1	2	3	4	5
32. 納得できる最期の別れができないと、家族はその死を受け入れられない	1	2	3	4	5
33. 死を早めるとしても、本人の意思に添うべきである	1	2	3	4	5
34. 人が死ぬことに慣れてはいけないと思う	1	2	3	4	5
35. 生や死はどこか他人事のように思う	1	2	3	4	5

【研究 4】資料 3.3-⑥：個人属性

あなた自身のことについてお聞きします。

以下の質問に該当する数字に○をつけるか、()内に必要事項をご記入下さい。

A. 性別： 1: 女 2: 男

B. 身近な人を看取った経験がありますか(家族・友人など) 1. ある 2. ない

C. 家族と死に関する話をしたことがありますか 1. ある 2. ない

質問は以上です。

貴重な時間をいただき、多くの質問にお答え下さりありがとうございました。

【研究 4】資料 3.3-⑦：質問紙調査（再テスト用）

ID.

I 死に対するあなたのお考えについてお尋ねします。
個人として、あるいは看護師としての死生観について
以下に述べられております。
各項目について、あなたは死についてどのように思われますか。
該当する数字に○をつけてください。

そう
思う
や
や
そう
思う
ど
ち
ら
で
も
な
い
や
や
そ
う
思
わ
な
い
そ
う
思
わ
な
い

	1	2	3	4	5
1. 死に直面した人を見ると、悲しく痛ましいと思う	1	2	3	4	5
2. 良い看取りにならなかった場合は、否定的感情を抱きやすい	1	2	3	4	5
3. 患者の苦悩を目の当たりにすると、自分のことのように感じる	1	2	3	4	5
4. 患者の死へのケアに対して避けられない責任を感じる	1	2	3	4	5
5. 死や看取りは怖くない	1	2	3	4	5
6. 患者の死は予測されるできごとである	1	2	3	4	5
7. 終末期QODD(死に逝く過程の質)のためには、緩和ケアは 欠かせない	1	2	3	4	5
8. 死は身近なものである	1	2	3	4	5
9. 死は人生の完成であると思う	1	2	3	4	5
10. 死は苦悩からの解放であると思う	1	2	3	4	5
11. 死に逝く患者は自分にないものを教えてくれる	1	2	3	4	5
12. 死はすべての終わりである	1	2	3	4	5
13. 自然に枯れていくような死は自然な姿である	1	2	3	4	5
14. 老いていく中での死を誰も避けることはできない	1	2	3	4	5
15. 死が迫れば何もしないで欲しいと思う	1	2	3	4	5
16. 最期まで生きる希望を持っている患者は強いと思う	1	2	3	4	5
17. 死に逝く患者を見て、今を大切に生きようと思う	1	2	3	4	5
18. 亡くなった人との楽しい思い出は、心の中に生き続ける	1	2	3	4	5
19. どんな生き方、どんな死に方でも良いと思う	1	2	3	4	5
20. 人生を生き抜いた人の死は、何よりも人間的な死である	1	2	3	4	5

	そう 思う	やや そう 思う	ど ちら でも ない	やや そう 思わ ない	そう 思わ ない
21. 死はごく自然の摂理である	1	2	3	4	5
22. 私だったら愛する人のそばで逝きたい	1	2	3	4	5
23. これまでの生き方が死に方を決める	1	2	3	4	5
24. 亡くなった人とは、死後の世界でまた会えると思う	1	2	3	4	5
25. 死へのケアの中で、宗教は人間の存在を支えてくれると思う	1	2	3	4	5
26. 独りで亡くなるのは寂しいと思うから、独りでは逝かせたくない	1	2	3	4	5
27. 最期は自分の慣れ親しんだ温もりのある場所で迎えるべきである	1	2	3	4	5
28. 家族が後悔しないように、死に目に会わせてあげたい	1	2	3	4	5
29. 家族に見守られる自然な死が良い	1	2	3	4	5
30. 身近な人の死は乗り越えられる	1	2	3	4	5
31. 死を受容することが、これからの生き方に関わると思う	1	2	3	4	5
32. 納得できる最期の別れができないと、家族はその死を受け入れられない	1	2	3	4	5
33. 死を早めるとしても、本人の意思に添うべきである	1	2	3	4	5
34. 人が死ぬことに慣れてはいけないと思う	1	2	3	4	5
35. 生や死はどこか他人事のように思う	1	2	3	4	5

質問は以上です。
多くの質問にお答え下さりありがとうございました。