一般病院勤務看護師のターミナルケア態度に関連する要因の分析

大町いづみ[1]・横尾　誠一[1]・水浦　千沙[2]
山下　友紀[2]・礒部　佳苗[2]・山口　知香[2]

要　旨　日本語版ターミナルケア態度尺度（FATCOD-B-J）と死生観尺度を用いて，看護師のターミナルケア態度に関連する要因について分析することを目的とした．

県内一般病院に勤務する368名の看護師を対象に自記式質問紙調査を実施し，268名（回収率72.8％，有効回答率99.6％）から回答を得て，分析対象とした．

ターミナルケア態度の積極性には，看護師自身の「看取った患者数」「経験した専門領域」「身近な人との死別経験」「看取りケアに対する満足感」が影響を及ぼし，自らの死生観において死について考えることを避けず，死を単なる苦しみや重みからの解放としていない傾向が関連することが明らかとなった．

保健学研究 21(2)：43-50，2009

Key Words　：　FATCOD-B-J，死生観尺度，一般病院勤務看護師，ターミナルケア態度

（2009年２月20日受付
2009年４月21日受理）

Ⅰ　はじめに

日本における年間死亡者数は，2005年では108万人であるが，2040年には166万人に達すると推計されており[1)]，多死時代を迎えようとしている．一方，1975～1980年を境に自宅死が年々減少し，代わって病院での死が急増しており，2006年の病院での死亡の割合は79.7％と[2)]，ほとんどの患者は，病院で最期の時を過ごしている．また，我が国の死亡数を死因順位別にみると，1981年以降第１位はがんであり，全死亡者に占める割合は30.1％となっている[2)]．このように，死の瞬間が医療にゆだねられるようになった結果，昨今では，終末期医療，特に末期がん患者に対する医療のあり方について関心が高まってきている[3)]．我が国は，第３次対がん10か年総合戦略（2004～2013年）などに基づき，全国どこでも質の高いがん医療を受けられることを目指している．がんによる死亡率は年々増加しているが，ホスピスや緩和ケア病棟を有している施設はまだ少なく，ほとんどの患者は一般病棟でケアを受けている現状である[2)]．

終末期の患者に対する看護師の関わり方には，看護師自身の死生観や看護観が影響していると考えられ，特に臨死の患者を目の前にする時には，人間的な成熟に裏打ちされた自分なりの死生観が必要とされる[4)]．また，岡本らは看護師の死に対する恐れや不安から，患者の死に直面することができない状況では，終末期の患者やその家族に対して，積極的に介入していくことが困難であるが，末期患者のケアを行う多くの看護師は，不安や恐れ，無力感などの否定的感情や感情鈍麻を体験しており，死への恐怖は患者への逃避になり，終末期患者に向き合い，最期の時を支えるケアを行うことができなくなると述べている[5)]．

つまり，終末期医療の質には，看取りケアにおける看護師の死に関する意識が大きく影響されると考えられる．とりわけ，死亡場所がほとんど病院であることから，死が日常生活と切り離された現代において，死生観を育成する教育の在り方を検討することは緊急を要する課題である．

看取りに関する研究は2000年以降，多く見当たるようになり，看護師の背景とターミナルケア態度，看護師の背景と死生観との課題に取り組んだ調査[6,7)] 介護老人保健施設に勤務する看護職と介護職の終末期ケアに関する意識と死生観に対する調査[8)] は散見されるものの，ターミナルケアに多く携わる機会が多いと考えられる一般病院に勤務する看護師の，ターミナルケア態度と死生観との影響を明らかにした研究はほとんど散見しなかった．

一般病院の中でも，がん診療連携拠点病院に勤務する看護師のターミナルケア態度を評価し，個人背景及び死生観の具体的な内容との関連を明らかにすることによって，より良い看取りのための死生観育成の内容やサポート体制整備への示唆を得ることができ，終末期看護の質の向上に貢献できるものと考えた．

そこで，本研究では，日本語版ターミナルケア態度尺度 FATCOD-B-J と死生観尺度を用いて，一般病院（がん診療連携拠点病院）に勤務する看護師のターミナルケア態度を明らかにするとともに，死生観及び他の要因との関連を検討することを目的とした．

1　長崎大学大学院医歯薬学総合研究科
2　長崎大学医学部保健学科

Ⅱ　対象と方法

１．調査対象

Ａ県内一般病院（がん診療連携拠点病院）で，中核的役割を担う１病院を調査場所として選定した．ICU・CCU，産科，精神科，外来に勤務する88名を除く，一般病棟に勤務する看護師368名を対象として自記式質問紙を用いて調査を実施し，そのうちの268名（回収率72.8％，有効回答率99.6％）から回答を得て，全回答を分析対象とした．

２．調査方法

１）調査期間

2008年７月～８月

２）調査方法

調査の実施に当たっては，病院の看護部長，教育師長にあらかじめ研究の趣旨説明を行い実施の内諾を得た．その後，各病棟師長に趣旨説明を行い，承諾が得られた後，人数分の袋入り調査票を病棟師長に研究者が持参し，師長のアナウンスにより袋から各自が調査票を受け取ることとした．各調査票に，研究の趣旨説明と倫理に関する協力依頼書を添付し，調査票の回答を持って同意が得られたものとした．なお，回答済みの調査票の回収は各病棟毎に設置した閉鎖式の回収箱を用いて行い，回収は３週間後とした．

３．調査内容

１）対象者の背景

性別，年齢，臨床経験年数，臨床での専門領域，身近な人との死別体験の有無，これまでに看取った患者の全人数，看取りへの満足感の有無について回答を求めた．

２）日本語版ターミナルケア態度尺度（FATCOD-B-J）

FATCOD は米国の Frommelt によって開発された死にゆく患者に対する医療者のケア態度を測定する尺度である．当初は，看護師用として開発された[9]が，医師，コメディカルでも用いることができるように，Form B，「死にゆく患者へのターミナルケア態度尺度（Frommelt attitudes toward care of the dying scale: FATCOD, Form B）」という形で改定された[10]．日本語版は，中井らにより，この Form B を元にバックトランスレーションを用いて行われ，2006年に信頼性・妥当性の検討を経て FATCOD-B-J[11]が開発された．オリジナルの FATCOD は30項目１因子で使用するものであるが，わが国では，信頼性・妥当性研究による計量心理学的検討により２因子《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》もしくは，３因子《死の考え方》で使用することが推奨されている[12]．ターミナル患者と家族に対するケア提供者のターミナルケア態度に関する30項目の質問で構成され，「全くそうは思わない」「そう思わない」「どちらとも言えない」「そう思う」「非常にそう思う」の５件法で回答を得るものである．ターミナルケア態度が積極的になるほど得点が高くなるように配点され，30項目の合計得点により個人のターミナルケア態度の積極性が測定できる．医療者のターミナルケアに対する態度を測定する尺度は他にないため，FATCOD は国内外でしばしば利用されている．

本調査対象のターミナルケアに対する態度を測定するために，開発者の採点方法に従い「まったくそうは思わない」「そう思わない」「どちらとも言えない」「そう思う」「非常にそう思う」の５つをそれぞれ，１点，２点，３点，４点，５点として，単純加算し，平均値及び中央値を求めた．（全30項目のうち逆転項目15項目は逆転済み得点として計算した）次に３つの下位尺度についても同様に行った．

３）死生観尺度

「死生観尺度」は，2000年に日本独自の死生観を定量的に測定できる尺度として平井らによって開発された[13]．《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（１因子４項目～３項目）合計27項目により構成されており，尺度の信頼性は，対象である大学生及び専門学校生に対する２回の調査で検討されており充分な内的整合性を確認している．妥当性については，検証的因子分析が行われ，高い適合度が得られており，因子的妥当性が確認されている．「当てはまる」「かなり当てはまる」「やや当てはまる」「どちらともいえない」「やや当てはまらない」「ほとんど当てはまらない」「当てはまらない」の７件法で回答を得るもので，尺度の集計に際しては，各因子の得点は，因子に属する項目の得点を単純加算して使用する．因子間相関が高くないので，因子ごとに抜粋する形で使用する場合にのみ，信頼性・妥当性が保証されている．

本調査対象の死生観を測定するために，開発者の採点方法に従い「当てはまる」「かなり当てはまる」「やや当てはまる」「どちらともいえない」「やや当てはまらない」「ほとんど当てはまらない」「当てはまらない」の７つをそれぞれ，７点，６点，５点，４点，３点，２点，１点として単純加算し，平均値および中央値を求めた．次に７つの下位尺度についても同様に行った．

４．分析方法

FATCOD-B-J の全合計点，因子毎のすべての得点に正規性が確認できたため以下の検定を行った．

２つの尺度の内的整合性の分析には，Cronbachの α 係数を求めた．

FATCOD-B-J の全合計点及び各因子の合計点と死生観尺度の７因子それぞれの合計点との関連性を確認するためにピアソンの相関係数を求めた．

対象者の背景７項目，死生観尺度因子毎のすべての得点分布について正規性が確認できたために，FATCOD-B-J の合計点を従属変数とし，対象者の背景７項目，関

連性が認められた死生観因子の合計点を独立変数として，t検定（両側検定）を行った．個人的背景の「専門領域」不明者47名，「身近な人との死別体験」無回答者４名，「看取りの満足感」無回答者49名は，それぞれの分析時対象から除外した．

２値データへの変換は，カットオフポイントを本研究では，個人的背景の年齢は平均値，臨床経験年数は中央値，専門領域は内科系，外科系の臨床経験年数が多いほう，今までの看取り症例数は中央値，看取りの満足度あり，なしで変換し，死生観は，各因子４項目～３項目の合計点の満点である28点の１／２（14点），21点の１／２（11点）をカットオフポイントとして区分した．

統計解析にはSPSS11.0J for Windowsを用い，統計学的有意水準は，$p<0.05$とした．

５．倫理的配慮

質問紙は無記名とし，協力の自由意思，匿名性の確保と研究以外にデータを使用しないこと等を明記した研究協力依頼書を各調査票に添付し，回答をもって研究の同意とした．なお，本研究は長崎大学大学院医歯薬学総合研究科倫理委員会の承認を受けて実施した．

Ⅲ　結　　果

１．対象者の概要

対象者の概要を表１に示す．対象者は，268名（男性13名，女性252名，不明３名）で，平均年齢は32.19±10.38歳，平均臨床経験年数は，10.11±9.99年であった．これは，全国の病院勤務看護師の平均年齢とほぼ一致していた[14]．

これまでに看取った患者の平均症例数は，21.27±2.85例であった．また，専門領域は，「外科系」47.0％，「内科系」35.5％であった．（本研究では，これまでの経験した臨床年数が多い方で区分した．）「見近な人との死別体験」は，「あり」が224名（83.6％），「なし」が40名（14.9％）であった．「これまでの看取りの満足感」で「あり」は，56名（20.9％），「なし」は，163名（60.8％）であった．

FATCOD-B-J得点（点数範囲：30～150点）の平均値は113.09±12.07点であった．FATCOD-B-J各因子の得点の平均値は《死にゆく患者へのケアの前向きさ》58.67±7.04点，《患者・家族を中心とするケアの認識》50.72±6.33点，《死の考え方》3.69±0.75点であった（表２）．

表１．対象者の概要

n＝268　男性13(4.9％)　女性252(94.0％)　不明3(1.1％)

	対象	最大値	最小値	平均値	標準偏差	25％タイル	中央値	75％タイル
年齢	全体	58	20	32.19	10.38	24.25	28.00	38.00
	男性	40	23	28.46	4.98	25.00	27.00	30.50
	女性	58	20	32.39	10.55	24.50	28.00	38.00
臨床経験年数	全体	36	0	10.11	9.99	3.00	6.00	16.00
	男性	15	0	5.8	4.42	3.00	5.00	7.50
	女性	36	0	10.34	10.15	2.88	6.00	17.00
看取った患者	全体	400	0	21.27	2.85	3.00	10.00	30.00
		n数	%					
専門領域	内科系	95	35.5					
	外科系	126	47.0					
	不明	47	17.5					
身近な人との死別体験	あり	224	83.6					
	なし	40	14.9					
	無回答	4	1.5					
看取りの満足感	あり	56	20.9					
	なし	163	60.8					
	無回答	49	18.3					

表２．FATCOD-B-Jの結果

因子名（点数範囲）	最大値	最小値	平均値	標準偏差	25％タイル	中央値	75％タイル	α係数
全体（30～150）	149	77	113.09	12.07	105.00	112.00	121.00	0.89
男性	132	90	110.08	12.02	100.00	110.00	120.00	
女性	149	77	113.36	12.08	106.00	113.00	121.00	
Ⅰ．ケアへの前向きさ（16～80）	79	38	58.67	7.04	54.00	58.00	63.00	0.83
Ⅱ．ケアへの認識（13～65）	65	29	50.72	6.33	47.00	51.00	55.00	0.84
Ⅲ．死の考え方（1～5）	5	1	3.69	0.75	3.00	4.00	4.00	

死生観尺度各因子の得点の平均値は《死後の世界観》17.92±5.25点,《死への恐怖・不安》17.91±5.66点,《解放としての死》12.99±4.94点,《死からの回避》10.99±4.87点,《人生における目的意識》15.80±4.36点,《死への関心》14.72±5.15点,《寿命観》11.96±4.32点であった（表３）.

２．ターミナルケア態度尺度及び死生観尺度の信頼性

Cronbachのα係数を求め，内的整合性を確認した.

ターミナルケア態度尺度の第１因子《死にゆく患者へのケアの前向きさ》が0.83，第２因子《患者・家族を中心とするケアの認識》が0.84，尺度全体が0.89であり，内的整合性を確認した（表２）.

死生観尺度の第1因子《死後の世界観》が0.85，第２因子《死への恐怖・不安》が0.90，第３因子《解放としての死》が0.91，第４因子《死からの回避》が0.71，第５因子《人生における目的意識》が0.89，第６因子《死への関心》が0.85，第７因子《寿命観》が0.90，尺度全体が0.85であり，内的整合性を確認した（表３）.

以上の結果から，本研究の統計使用に対する尺度の信頼性が認められた.

３．ターミナルケア態度得点と死生観因子得点の相関

ターミナルケア態度総得点と死生観尺度因子の《解放としての死》および《死からの回避》に１％水準の負の相関があった（r＝－0.192，－0.299）.

ターミナルケア態度第１因子《死にゆく患者へのケアの前向きさ》と死生観尺度因子《死への恐怖･不安》,《解放としての死》,《死からの回避》に，１％水準の負の相関があった（r＝－0.180，－0.219，－0.309）．また，ターミナルケア態度第２因子《患者・家族を中心とするケアの認識》と死生観尺度因子《死からの回避》に，１％水準の負の相関があった（r＝－0.209）．さらに，ターミナルケア態度第３因子《死の考え方》と死生観尺度因子《解放としての死》,《死からの回避》に５％水準の負の相関があった（r＝－0.155，－0.147）（表４）.

４．個人背景及び死生観因子得点別ターミナルケア態度得点の比較

死生観因子《死からの回避》の得点が低い群の方が，高い群に比較しターミナルケア態度の得点が有意に高かった（p＝0.008）.《解放としての死》の得点が低い群は高い群に比較しターミナルケア態度の得点が有意に高かった（p＝0.000）.

表３．死生観尺度の結果

因子名（点数範囲）	最大値	最小値	平均値	標準偏差	25％タイル	中央値	75％タイル	α係数
死生観尺度合計得点（27～189）	152	42	102.44	18.84	89.00	103.00	115.75	0.85
死後の世界観（4～28）	28	4	17.92	5.25	16.00	18.00	21.00	0.85
死への恐怖・不安（4～28）	28	4	17.91	5.66	14.00	18.00	22.00	0.90
解放としての死（4～28）	28	4	12.99	4.94	9.00	14.00	16.00	0.91
死からの回避（4～28）	24	4	10.99	4.87	7.00	11.00	16.00	0.71
人生における目的意識（4～28）	28	4	15.80	4.36	14.00	16.00	18.00	0.89
死への関心（4～28）	28	4	14.72	5.15	12.00	16.00	19.00	0.85
寿命観（3～21）	21	3	11.96	4.32	9.00	12.00	15.00	0.90

表４．FATCOD-B-J得点と死生観との関連性

FATCOD-B-J値 ＼ 死生観尺度値	Total		第１因子		第２因子		第３因子	
	r値[a]	p値[b]	r値	p値	r値	p値	r値	p値
死後の世界観	0.094	n.s	0.087	n.s	0.070	n.s	0.100	n.s
死への恐怖・不安	－0.099	n.s	－0.180	**	0.022	n.s	－0.083	n.s
解放としての死	－0.192	**	－0.219	**	－0.105	n.s	－0.155	*
死からの回避	－0.299	**	－0.309	**	－0.209	**	－0.147	*
人生における目的意識	0.103	n.s	0.093	n.s	0.090	n.s	0.023	n.s
死への関心	0.028	n.s	0.004	n.s	0.041	n.s	0.071	n.s
寿命観	0.039	n.s	0.025	n.s	0.038	n.s	0.082	n.s

a　ピアソンの相関係数

b　**p＜0.01，*p＜0.05，n.s = not significant

FATCOD-B-J　第１因子《死にゆく患者へのケアの前向きさ》
第２因子《患者・家族を中心とするケアの認識》
第３因子《死の考え方》

「臨床で看取った患者数」10人以上の群では10人未満の群に比較しターミナルケア態度得点が高かった（p＝0.003）．また，「経験した専門領域別」では内科領域の方，「身近な人との死別経験」では経験がある群の方，「看取りケアに対する満足感の有無」では満足感がある群の方が，外科系領域・死別経験なし・満足感なし群に比較し，ターミナルケア態度の得点が有意に高かった（p＝0.012，0.046，0.000）．その他の変数における有意な差はなかった（表５）．

Ⅳ　考　　察

１．ターミナルケア態度と死生観との関連性について

ターミナルケアの目指すものは，患者がその人らしく生を全うするように傍らから援助することであり，患者とその家族のQOLをできるだけ高めることにある．世界保健機構（WHO）[15] は，1990年に「がんの痛みからの解放とパリアティブ･ケア」の中で，患者の苦痛には，肉体的苦痛・精神的苦痛・社会的苦痛・霊的苦痛（スピリチュアルペイン）の４つがあることを指摘し，これらすべての苦痛からの緩和は患者の権利であると述べている．また，河野[16] は，看護師が確固たる死生観を持たないと，看護師自身の中に死の恐怖が生じ，それへの防衛のために患者とのコミュニケーションができなくなると報告している．

今回の結果から，ターミナルケア態度の総得点と，死生観尺度因子の《解放としての死》《死からの回避》に１％水準の負の相関が認められ，死生観因子《解放としての死》《死からの回避》の得点が低い群の方が，高い群に比較してターミナルケア態度の得点が有意に高かった．一方，ターミナルケア態度の積極性には，死生観尺度因子の《死後の世界観》《人生における目的意識》《死への関心》《寿命観》は，影響を及ぼさない結果が示された．ターミナルケアにおいて，看護師の死生観は，スピリチュアルなニードが表出された時，具体的には，死後の世界への期待・肉体的生命を希求・生きる意味を問い直す時期に必要であり，この時期に，患者の話に耳を傾け，死生観に関わる問いに誠実な態度で応答することが患者の表出をスムーズにし，患者自身がスピリチュアルな問題を解決していくと考えられている[17]．患者のスピリチュアルペインに対し，患者自身が意味を見出すことができるような関わりが必要とされるため，ターミナル期である今が，満足ある人生として終結するために重要な時期だと考えている看護師の方がよりターミナルケア態度が積極的であるという結果に繋がったものと考える．

本調査でのターミナルケア態度の得点は，開発時の都内一般病院看護師115名に対しての調査[11]，地方のがんのターミナルケアを実践している中核病院看護師142名に対しての調査[6] の得点とほぼ同じであった．これは，本調査結果が，現在の標準的な看護師のターミナルケア態度を定量的に表現しているものと推測されるが，今後病院以外の異なる場所や他職種を対象とした継続的な検討が必要である．

２．看護師のターミナルケア態度に関連する要因

吉岡ら[4] の報告によると，「看取りケア」に関連する因子として，専門領域を挙げ，この因子が高いほど「看取りケア」得点が高いことが示されている．そして，ホスピスや緩和ケア病棟に所属する看護師や終末期看護に興味関心が高い群では「死」の受容へ導くための援助や，患者だけでなく家族へも積極的に介入していることを明らかにしている．また，間鍋ら[18] は，ターミナル期や死にゆく患者に多く接した看護師の方が，死そのものや死にゆく人へのケアに対して肯定的な態度がみられたと

表５．FATCOD-B-J 得点の個人背景及び死生観尺度の属性による平均値差

個人背景及び死生観尺度の属性		FATCOD-B-J 平均値（±SD）	p 値[a]
年齢	32歳≧ 32歳＜	114.41（±11.69） 112.27（±12.29）	n.s
性別	男性 女性	110.08（±12.02） 113.36（±12.08）	n.s
臨床経験年数	５年≧ ５年＜	113.90（±12.59） 112.59（±11.03）	n.s
専門領域	内科系 外科系	115.78（±12.01） 111.46（±12.20）	**
身近な人との死別体験	あり なし	114.90（±11.73） 109.95（±12.01）	*
看取った患者数	10例≧ 10例＜	115.43（±11.94） 110.69（±11.96）	**
看取りの満足感	あり なし	118.13（±13.04） 111.54（±11.27）	***
死生観《死からの回避》	高い 低い	111.33（±12.08） 115.22（±11.76）	**
死生観《解放としての死》	高い 低い	109.13（±11.56） 117.48（±11.10）	***

a　t 検定　***p＜0.001，**p＜0.01，*p＜0.05，n.s = not significant

している．

今回の結果からも，臨床経験年数や年齢には関係なく，外科系領域と比較して，内科系領域での経験年数が多い（内科系領域の方が看取り数が多い），また，身近な人との死別経験がある，これまで臨床で看取った患者数が多い，これまでの看取りに満足感を持っている看護師はターミナルケア態度が積極的であることが示された．つまり，このような傾向にある看護師の方が，身近な人との死別経験や患者の看取りを通し，自らの死生観を問うこととなり，その機会が多いほど，それは自身の死生観を深めることに繋がり，結果，ターミナルケア態度の得点に影響を及ぼしたと考えられる．

今回の対象者の中に身近な人との死別体験がない者が14.9%，また，これまでの看取りに満足感を持っていない看護師が，60.8%であった．これは，看取りケアに積極的に介入できない傾向が推測される．上述したように，生死について身近に感じたり考えたりする機会もなく，自らの死生観を育成する機会を逃したままでは，臨床での患者の最期を支えるケアは困難である．日常的に，身近な病棟のスタッフ間で患者のターミナルケアを通して気軽に話し合ったり，自らの死生観について再確認したりする職場環境が必要である．

3．終末期看護の質の向上への示唆

看護師のターミナルケア態度の積極性には，看護師自らの死生観において死について考えることを避けず，死を単なる苦しみや重みからの解放としていない考えを持っていることが重要であり，これまでの看取った患者数が10例以下の人，看取りへの満足感がない人，身近な人との死別体験がない人，経験した専門領域で外科系領域の方が内科系領域に比べ多い人の方が，ターミナルケア態度得点が低いという結果から，卒後教育において，このような個人背景を持った看護師に対し，特に，何らかの教育的介入が必要であることが示唆された．また，ターミナルケア態度の積極性には，年齢，性別，臨床経験年数には関連がみられなかった．つまり，効果的な教育的介入によってターミナルケアの質の向上は可能であることを示唆している．先行研究でも，看護師の死生観は，看護師自身を支え，看護の質に大きく関与されるとされている[19,20]．常に人の死と真正面から向き合っていかなければならない看護師は，死について深く考え学ぶ姿勢を持ち合わせていなければならない．核家族化・少子化により死を身近に体験する機会が少なくなっている社会背景から，死生観はもはや自然に育まれるのではなく，機会を捉えて育成していかなければならないという認識に考え方を転換し，死生観構築を目指した教育方法や内容の検討が必要である．石田は[21]，死と向き合う患者の理解及び看護のイメージ化を促進するために，学習段階の早期（1年次）より，柔軟な発想で教育方法を検討すること，具体的には，ゼミナール方式でのデス・カンファレンスによる学びの共有化や，体験の意味付けの重要性を述べている．

死は，誰にでも訪れる．生死に関わる細やかな感性は，地域文化に大きく影響している[22]とされ，看護，医療職という狭い枠を超え，今後は，「死の準備教育」を地域全体で取り組み，検討していく必要もあると考える．

Ⅴ　研究の限界と今後の課題

1．調査項目の「専門領域」「看取りの満足感」は無回答が多かった．今後，分析の精度を高めるためには，個人背景において質問項目，質問方法，分析方法，研究方法などの検討が必要である．

2．今回の調査は一般病院1施設での看護職を対象としたため，地域性や施設の特徴が反映された可能性がある．今後，さらに対象範囲を広げて検討を続ける必要がある．

3．看護職のターミナルケア態度についてさらに詳細に調査するためには，一般病院だけでなく，在宅や緩和ケア病棟などの異なったケア提供の場や他職種，地域の特性を踏まえた検討，死生観教育などの介入によるケア態度の変化についての縦断的，横断的検討を行うことが必要である．

Ⅵ　ま と め

日本語版ターミナルケア態度尺度（FATCOD-B-J）と死生観尺度を用いて，A県内一般病院（がん診療連携拠点病院）に勤務する看護師を対象に，ターミナルケア態度に関連する要因について自記式質問紙調査を実施し，以下が明らかとなった．

看護師のターミナルケア態度の積極性には，看護師自らの死生観において死について考えることを避けず，死を単なる苦しみや重みからの解放としていない考えを持っていることが重要であり，これまでの看取った患者数が10例以下の人，看取りへの満足感がない人，身近な人との死別体験がない人，経験した専門領域で外科系領域の人には，卒後教育において何らかの教育的介入が必要であり，積極的な死生観育成が必要であることが示唆された．

また，年齢，性別，臨床経験年数には関連がみられなかった結果から，効果的な教育的介入によってターミナルケアの質の向上は可能であることも示唆された．

謝　　辞

本研究にご協力いただきましたA病院の看護師の皆さまに深く感謝申し上げます．

本研究は，平成20年度長崎大学医学部保健学科卒業研究発表会で一部を報告した．また，長崎大学「新任教員の教育研究推進支援経費」の支援を受けて作成したものである．

文　献

１）平成19年版厚生労働白書　医療構造改革の目指すもの http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/07/index.html

２）平成18年人口動態統計 http://www.dbtk.go.jp/toukei/youran/indexyk_1_2.html

３）細見博志：死生観と看取り－死への関心とその社会文化的背景－，臨床看護，33(13)：1941-1953，2007.

４）吉岡さおり，池内香織，山田苗代，小笠原知枝：看護師の末期がん患者に対する「看取りケア」とそれに関与する要因，大阪大学看護学雑誌，12(1)：1-9，2006.

５）岡本双美子，石井京子：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，23(4)，53-59，2005.

６）川合理絵，中西真由美：看護師の背景とターミナル態度尺度FATCOD-B-Jとの関係，日本看護学会論文集，39：389-391，2008.

７）諏訪恵子，稲木美香，大西一子，宮崎理江，天弘光枝，木村香代子：ターミナル期の患者に関わる看護師の死生観とケアに対する満足度死生観尺度・満足度尺度を用いて，死の臨床，27(2)：208，2004.

８）平川仁尚，葛谷雅文，加藤利章，植村和正：介護老人保健施設における看護・介護職員の終末期ケアに関する意識と死生観，ホスピスケアと在宅ケア，42，16(1)，16-21，2008.

９）Frommelt KH：The effects of death education on nurses'attitudes toward caring for terminally ill persons and their families，American Journal of Hospice & Palliative Care，8(5)：37-43，1991.

10）Frommelt KH：Attitudes toward care of the terminally ill An educational intervention, American Journal of Hospice & Palliative Care，20(1)：13-22，2003.

11）中井裕子，宮下光令，笹原朋代，小山友里江，清水陽一，河　正子：Frommeltのターミナル態度尺度日本語版（FATCOD-B-J）の因子構造と信頼性の検討－尺度翻訳から一般病院での看護師調査短縮版の作成まで－，がん看護，11(6)：723-729，2006.

12）宮下光令：Frommeltの医療者のターミナルケア態度尺度日本語版（FATCOD-B-J），臨床と研究に役立つ緩和ケアのアセスメント・ツール，緩和ケア10月増刊号，18：107 -110，2008.

13）平井　啓，坂口幸弘，安部幸志，森川優子，柏木哲夫：死生観に関する研究，死の臨床，23(1)：71-76，2000.

14）厚生労働省大臣官房統計情報部18年度衛生行政報告例 就業者数 http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/06-2/index.html

15）世界保健機関（編），武田文和（訳）：がんの痛みからの解放とパリアティブ･ケア，金原出版，東京都，1993：5.

16）河野博臣：死の不安への援助，臨床看護，14(6)：812-816，1988.

17）志田久美子，渡辺岸子：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)：95-107，2006.

18）間鍋俊美，内布敦子：「看取り」に関わる最近の研究の動向，緩和ケア，17(2)：134-139，2007.

19）水野賢一，川出英行，青木ひふみ：緩和ケア病棟に勤務する看護師の死生観とストレス，死の臨床，29(2)：248，2006.

20）佐藤紀子，柏谷優子：終末期家族看護の困惑感とその支援，死の臨床29(2)，248，2006.

21）石田美知：看護学生の死生観構築を目指した教育方法及び内容の検討，日本看護医療学会雑誌，10(2)：20-28，2008.

22）井藤美由紀：「生と死の教育」を考える－生活に根ざした伝統的死生観から－，ホスピスと在宅ケア，42(16)：30-39，2008.

Analysis of factors related to the attitudes of general hospital nurses toward terminal care

Izumi OHMACHI[1], Seiichi YOKOO[1], Chisa MIZUURA[2]
Yuki YAMASHITA[2], Kanae ISOBE[2], Chika YAMAGUCHI[2]

1 Department of Nursing, Graduate School of Biomedical Sciences, Nagasaki University
2 School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Nagasaki University

Received 20 February 2009
Accepted 16 April 2009

Abstract The aim of this study was to analyze the factors related to nurses' attitudes toward terminal care using the Japanese version of the Frommelt attitudes toward care of the dying scale (FATCOD-B-J) and the scale of views on life and death.

A self-administered questionnaire survey was conducted on 368 nurses working at general hospitals within the prefecture. Of these, responses obtained from 269 (response rate, 72.8%; valid response rate, 99.6%) were analyzed.

From the present findings, it was elucidated that "number of terminal patients cared for", "specialty areas experienced", "experience with the death of someone close to them", and "feeling of satisfaction obtained from terminal care" of the nurses themselves affected the positivity of their attitudes toward terminal care. With regard to views on life and death, these nurses had a tendency to not avoid thinking about death or regard death as simply a release from burden and suffering.

Health Science Research 21(2): 43-50, 2009

Key Words : FATCOD-B-J, scale of views on life and death, general hospital nurse, attitudes toward terminal care