



Title	介護職員の看取りケア効力感に関する研究
Author(s)	久保田, 彩
Citation	大阪大学, 2022, 博士論文
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/87790
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

令和 3 年度 博士論文

介護職員の
看取りケア効力感に関する研究

2022 年 3 月

大阪大学大学院人間科学研究科
臨床死生学・老年行動学研究分野

久保田 彩

THE SERENITY PRAYER

*O God, give us
serenity to accept what cannot be changed,
courage to change what should be changed,
and wisdom to distinguish the one from the other.*

-Reinhold Niebuhr-

目次

目次

要旨

第 1 章	高齢者施設で看取る介護職員の研究の概観と問題提起	
第 1 節	高齢者の看取りに関する社会背景	2
第 2 節	高齢者施設で看取りを担う介護職員に関する研究	9
第 3 節	看取りケアに対する自己効力感の必要性と定義	19
第 4 節	看取りケア効力感の規定因	24
第 5 節	高齢者施設で看取る介護職員の悲嘆	28
第 6 節	本論文における用語の定義	34
第 7 節	本論文の目的と構成	41
第 2 章	高齢者施設の介護職員の看取りケア行動の内容分析と看取りケア効力感尺度の項目案の作成（研究 1）	
第 1 節	研究 1 の概要	46
第 2 節	看取りケア行動に関する書籍の内容分析（分析 1）	48
第 3 節	看取りケア行動に関するグループインタビュー（分析 2）	64
第 4 節	看取りケア効力感尺度原案の作成	72
第 3 章	看取りケア効力感尺度の作成とその関連要因の検討（研究 2）	
第 1 節	研究 2 の概要	76
第 2 節	研究 2 の方法	78
第 3 節	研究 2 の結果	82
第 4 節	研究 2 の考察	89
第 4 章	看取りケア効力感及び死に対する準備性と悲嘆との関連（研究 3）	
第 1 節	研究 3 の概要	96
第 2 節	研究 3 の方法	98
第 3 節	研究 3 の結果	102
第 4 節	研究 3 の考察	106

第 5 章 総合論議

第 1 節	看取りケア効力感概念の意義と今後の展開	112
第 2 節	看取りケアを行う介護職員に必要なこと	118
第 3 節	本研究の限界と今後の課題	126

引用文献

資料

要旨

第 1 章 高齢者施設で看取る介護職員の研究の概観と問題提起

近年、特別養護老人ホームをはじめとする高齢者の生活の場となる施設（以下、高齢者施設とする）での看取りが増加している。しかし、施設で看取りを担う介護職員が、必ずしも看取りに対して積極的ではないことが指摘されてきた（*e.g.*清水・柳原，2007）。その背景に、介護職員の看取りケアに対する不安、看取りケアを通じた無力感、看取り後の悲嘆など様々な否定的な経験があることが明らかになっている。本論文では、介護職員の看取りケアに携わる不安を低減し、積極的に看取りケアに取り組むための動因として、社会的学習理論（Bandura，1977a）に基づく自己効力感という概念に着目した。そして、「看取りケア効力感」を新たに「自分は看取りケアに必要な行動をとることができるという信念」と定義し、高齢者施設における介護職員の看取りケア効力感について検討した。

第 2 章 高齢者施設の介護職員の看取りケア行動の内容分析と看取りケア効力感尺度の項目案の作成（研究 1）

研究 1 では、看取りケア効力感尺度の項目案を作成することを念頭に、書籍の内容分析（分析 1）とフォーカス・グループインタビュー（分析 2）を行った。分析 1 は、高齢者施設で看取りケアを行う際に介護職員が行うべき行動（看取りケア行動）を明らかにすることを目的とし、教科書等の書籍 10 冊を対象に Berelson の内容分析を行った。その結果、1,718 個の記録単位が抽出され、それらは 46 個の小カテゴリ、11 個の中カテゴリ、3 個の大カテゴリにまとめられた。分析 1 で抽出された看取りケア行動を精選するために、分析 2 では、介護職員にとって標準的、かつ、重要と考えられるケア内容を確認することを目的として、最近看取りに取り組み始めた高齢者施設に勤務する介護職員 5 名を対象にフォーカス・グループインタビューを行った。Krippendorff の内容分析の結果、8 個の大カテゴリが抽出された。分析 1 と分析 2 を踏まえ、身体的側面のケア、心理的側面のケア、社会的側面のケア、日常生活のケア、利用者のその他のケア、家族ケア、チームケア、セルフケアの 8 カテゴリ 28 項目からなる看取りケア効力感尺度の原案を作成した。

第3章 看取りケア効力感尺度の作成とその関連要因の検討（研究2）

研究2の分析1では、研究1で作成した看取りケア効力感尺度の原案を用いて看取りケア効力感尺度の作成を行い、信頼性・妥当性を検討することを目的とした。分析2では、看取りケア効力感をどのように高めるかを検討するという観点から、看取りケア経験回数、及び、社会的学習理論が仮定する自己効力感の4つの情報源（遂行行動の達成、代理経験、否定的情動、言語的説得）の看取りケア場面における主観的経験量（以下、看取りケアに関する社会的学習経験とする）と看取りケア効力感との関連を検討することを目的とした。

介護福祉士資格保有者を対象に郵送法による質問紙調査を実施し、710名から有効回答を得た。分析1では、「手段的ケア効力感」と「情緒的ケア効力感」の24項目2因子からなる看取りケア効力感尺度が作成され、内的整合性の高さとの外的変数との関連から、一定の信頼性と妥当性があると判断した。また、分析2（280名）で、手段的ケア効力感と情緒的ケア効力感を従属変数とするパス解析を行った結果、看取りケア経験回数は、看取りケアに関する社会的学習経験の影響を統制した上では、手段的ケア効力感とは有意な関連が確認されず、情緒的ケア効力感とは負の関連が確認された。看取りケアに関する社会的学習経験は、手段的ケア効力感と言語的説得との関連を除いて、全て両ケア効力感と有意な関連を示し、特に遂行行動の達成が両ケア効力感と最も関連が強かった。以上のことから、看取りケア効力感の高さには、看取りケア経験回数そのものよりも、遂行行動の達成をはじめとする看取りケアに関する社会的学習経験の主観的経験量が重要であることが示唆された。

第4章 看取りケア効力感及び死に対する準備性と悲嘆との関連（研究3）

自己効力感とは、行動の生起に関わる重要な先行要因であり、第3章までの議論は、専門職として看取りケアに取り組むための動機づけに関する議論であるといえる。ところが、看取りケアには、動機づけられたその先に、必ず利用者の死というネガティブな出来事がある。この特徴ゆえに、看取りケアについて検討する際には、職務としてどのようにケアに取り組むかということと同時に、死に対してどのように向き合うのかを検討することが重要になる。近年、職業上経験される死においても、悲嘆反応が生じることが知られてきている。研究3では、看取りケア効力感を高く持つことが、死別後の悲嘆とどのように関連するのかについて、ある人の死に対して自分がどの程度準備できているかという個人の認識である「死に対する準備性」という概念を加えて検討した。先行

研究で日本の高齢者施設の介護職員の看取り経験について悲嘆という観点から検討したものは少ないことから、研究3では、まず、介護職員の一番最近の看取りにおける悲嘆の程度を検討した。その上で、回顧的に尋ねた死に対する準備性と看取りケア効力感、及び、その交互作用と悲嘆との関連を検討した。

オンライン調査で看取り経験のある介護職員 399 名から有効回答を得た。その結果、介護職員が一番最近経験した利用者の死に対して一定の悲嘆を感じているが、その程度は個人差が大きいことが示された。また、悲嘆を従属変数とした階層的重回帰分析の結果、死に対する準備性から有意な負の主効果と、看取りケア効力感から有意傾向の正の主効果、そして、死に対する準備性と看取りケア効力感の有意な交互作用が確認された。単純傾斜の検定の結果、看取りケア効力感の高さは悲嘆の強さと関連するが、死に対する準備性の高さがその関係性を緩衝することが示された。看取りケア効力感は、看取りケアに積極的に取り組むことを促すという点では重要な要因であるが、看取り後の悲嘆の高さにも繋がるため、悲嘆によって生じ得る問題に対する1次的予防として、死に対する準備性を高めることが有用であることが示唆された。

第5章 総合論議

第5章では、ここまでの研究による知見を踏まえ、本論文の中心的課題である看取りケア効力感概念の妥当性と今後の展望について総括した。また、本論文の結果から示唆される、看取りケアを担う介護職員に必要なことについて論じた。

本論文で提唱された看取りケア効力感は、社会的学習理論の枠組みに基づくと同時に、介護職員の看取りケア経験に関する先行研究の知見にも基づいており、介護現場における内容的な妥当性は高いと考える。ただし、尺度で測定される看取りケア効力感が、実際の看取りケア行動を予測するかという点に関する妥当性は、理論的根拠でのみ支持されており、実証はされていない。また、研究開始当初に比べて高齢者施設での看取り実施件数は大きく増加しており、介護職員が効力感を感じる対象も変化している可能性がある。今後看取りケア効力感の概念を活用していく上で、概念のさらなる洗練と尺度の妥当性の検討が必要である。

また、本論文の結果、看取りケア効力感を高く持つためには、単に経験回数を積むのではなく、看取りケアに関する社会的学習経験を積むことが重要であることが示された。中でも、ケアを達成したという主観的評価が重要である。

しかし、ケアの終着点が生である看取りケアでは、利用者本人からの評価を得ることができず、悲嘆の影響も考えられるため、達成の自己判断が難しい。ケアの振り返りに際しては、他者の視点を取り入れ、見方を共有することの重要性を指摘した。さらに、本研究では、看取りケア効力感はケア行動を促進する点では有用であるが、同時に悲嘆を強めるという両義性と、それに対して、死に対する準備性を高めることの有用性が示唆された。死に対する準備性を高める要因について、先行研究の知見を基に、利用者の身体状況や死に対する希望などの情報の共有が重要であることと、介護職員自身の死や生に関する考え方も死に対する準備性に関わることを紹介した。また、介護職員は看取りを繰り返すため、今後、発達的な観点から死に対する準備性の概念を検討する必要性について言及した。

最後に、本論文全体の課題として、新たに作成された複数の測定尺度の信頼性や妥当性のさらなる検討、縦断的な調査や異なるデータ収集方法を用いた検証、高齢者施設の施設種の違いを考慮すること、チームケアという観点を取り入れることが必要であることを述べた。介護職員が職業として長く死と付き合うためには、自分にはケアする力があると信じるとともに、自分の力が及ばない死というものを受け入れるという双方のバランスをとることが重要であると考察した。

第 1 章

高齢者施設で看取る介護職員の

研究の概観と問題提起

第1節 高齢者の看取りに関する社会背景

1-1. 高齢多死社会における看取りの場

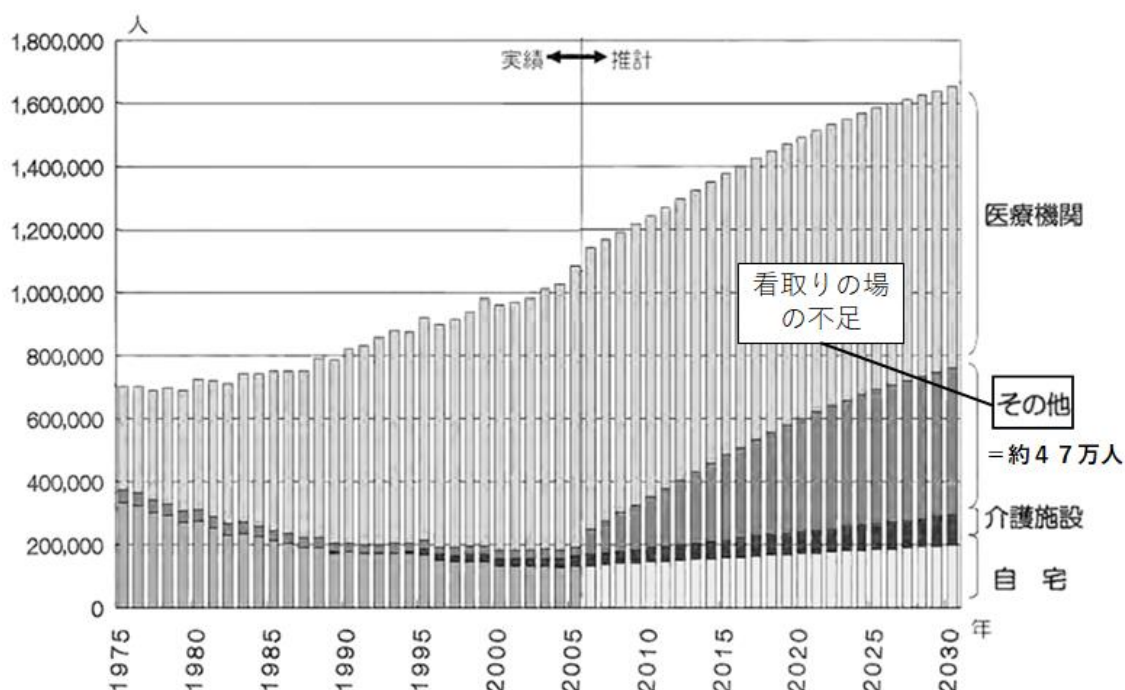
我が国は、世界に類を見ない急速な高齢化によって、超高齢社会を迎えた。そして今、高齢者が増加することに伴い死亡者数が増加し、人口が減少する「高齢多死社会」を迎えている。2020年、出生者数が約84万人であるの対し、死亡者数は137万人を超え、その約91%が65歳以上の高齢者である（厚生労働省、2021a）。今後もこの傾向は続くとみられ、第1次ベビーブームによる団塊の世代が死亡するピークを迎えると予想される2040年頃には、年間死亡数が約167万人（出生中位・死亡中位の場合）と、現在よりさらに30万人増えると推計されている（国立社会保障・人口問題研究所、2017）。

多死社会を迎える中、高齢者の看取りの場所に変化が表れつつある。かつて、医療が十分でなかった時代には、ほとんどの人が自宅で亡くなっていた。人口動態調査（厚生労働省、2020a）によると、1951年の全死亡者のうち病院で死亡した人の割合は9.1%、自宅で死亡した人の割合は82.5%であり、8割以上の人が自宅で亡くなっていた。その後、医療の普及に伴って病院で亡くなる人の割合は上昇し続け、1989年には病院死が7割を超えた。直近の2019年でも、病院死の割合は71.3%である。ところが近年再び、病院とは異なる場所で最期を迎える動きがでてきている。介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム、以下特養とする）をはじめとする高齢者を対象とした居住型や入所型等の施設（以下、高齢者施設¹とする）で亡くなる人の割合が少しずつ増加しているのだ。人口動態統計によると、死亡場所の区分が「介護医療院・介護老人保健施設（以下、老健とする）」と「老人ホーム（特養、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム）」である人の割合は、比較可能な最初の年である1995年は1.7%であったのに対し、2020年には12.5%と大きく増加している。

さらに、厚生労働省（2009）の試算によると、2030年には約47万人の死に場所が確保できない状態が生じる可能性がある（Figure1-1 参照）。47万人という見積もりはやや極端であるという指摘（二木、2014）も存在するが、将来的に看取りの場が不足する「看取り難民」（飯島、2008）や「看取りクラ

¹ 本研究における高齢者施設の定義と該当施設の概要は、本章第6節参照。

イシス」(ウェッジ編集部, 2019) と呼ばれる問題は依然として存在し, 最期を迎える場所の確保は大きな課題となっている。



出典：厚生労働省 (2009) を筆者改定

注1) 2005年までの実績は厚労省「人口動態調査」, 2006年以降は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集 (2006年)」から推定
 注2) 医療機関での病床数の増加がなく, 高齢者施設での看取りが現在の2倍, 自宅での看取りが現在の1.5倍になると仮定した場合の推定

Figure 1-1

死亡場所別, 死亡者数の年次推移と将来推計

1-2. 高齢者の終末期の特徴と医療

こうした看取りの場の変化の背景にはいくつかの要因があるが, その1つが高齢者の終末期の特徴と医療との関わりである。Lunney, Lynn, Foley, Lipson, & Guralnik (2003) によると, 人間の死には3つのタイプがある。がんなど, 最後の2ヵ月くらいまでは比較的機能が維持されて急激に衰弱する第1のタイプ, 心臓や肺の臓器不全など, 疾患が悪化と改善を繰り返す中で, 幾度か重症化し衰弱する第2のタイプ, そして, 認知症やフレイルなど, 目立った身体疾患はない中で, より長い期間をかけて徐々に機能が低下していく第3のタイプである。全ての死が必ずしもどれかのパターンに当てはまるわけで

はないが、高齢者ケアとの重なりが最も多いのは第3のパターンであり（池上，2009）、高齢化の進む日本の医療現場では、第3のパターンの割合が多くを占める疾病構造の変化が生じている。

2014年に日本学術会議臨床医学委員会老化分科会が発表した提言では、従来の「治す」医療から「治し支える」医療へのパラダイム転換が必要であることが示された（日本学術会議臨床医学委員会老化分科会，2014）。これまでの医療は、原因を追究して、臓器単位での問題の解決を図り、病気の完全治癒を目指すという「治す医療」が中心であった。しかし、今後医療の受け手の大半を占める高齢者は、基本に老化という過程があり、複合的な要因によって引き起こされる多くの病気や症状を併せ持つため、完全に治しきることができない場合が多くなる。その場合、症状を緩和しながら、生活の質（Quality of Life；QOL）を最大限にすることが重要となる。そうしたQOLを重視して支えるには、徐々に機能低下が進む中で、低下した機能を補う介護の存在の重要性が増す。それに伴って、死の場所が医療機関ではない場、介護や生活の場に移りつつあると考えられる。

1-3. 高齢者施設での看取りを推進する社会制度

医療におけるパラダイム転換とともに、近年になって、介護を中心とした看取りを支えるための社会制度の創設や政策面での強化も進んでいる。

かつて、高齢者介護は子どもや家族が担うものとされてきたが、要介護高齢者の増加や核家族化の進行、介護離職問題などを受け、2000年に社会全体で介護を支えることを目的とした介護保険制度の運用が始められた（厚生労働省，2020b）。2005年に行われた介護保険法改正では、住み慣れた地域で最期まで暮らし続けることができる地域づくりを目指す「地域包括ケア」という考え方が取り入れられた。地域包括ケアでは、できる限り住み慣れた地域で、人生の最期まで尊厳をもって自分らしい生活を送ることができる社会の実現に向けて、介護・医療・住まい・生活支援・介護予防を一体的に提供することを目指しており（日本総合研究所，2014）、生活の延長線上にある死もまた、病院ではない地域の中、つまり、在宅や施設で行われる方向性が示されている。地域包括ケアの考え方のもと、団塊の世代が75歳を迎える2025年に向けて、在宅と施設それぞれにおいて看取りを担う体制が整備されてきた。ところが、厚生労働省（2017a）によると、在宅看取りを行っている「病院」・「診療所」

は、年々増加しているものの全体の5%程度である。実際に、地域包括ケアが取り入れられた2005年の全死亡者数のうち自宅で亡くなっている人の割合は12.2%であるのに対して、2019年でも13.6%と大きな変化は見られない（厚生労働省，2020a）。一方で、既に述べたように、高齢者施設における看取りは明確に増加傾向にある。全国の特養・地域密着型特養を対象とした無作為抽出調査において、回答した施設の87.9%が、希望があれば施設で看取る方針を示している（三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社，2020）。

また、施設看取りを増やすための政策も強力に展開されており、2006年の介護保険法改定時には、特養を対象に「看取り介護加算」が創設され、2009年には老健の「ターミナルケア加算」、認知症共同生活介護（グループホーム）の「看取り加算介護」が追加された。その後も対象施設種の拡大や介護報酬の単位数の増加が行われ、施設看取りを後押しする制度が整えられている。こうしたことを踏まえると、今後政策上は、在宅看取りの推進に加えて、施設看取りを一層強化する方向に舵が切られていくと考えられる（福井，2020）。

1-4. 施設での看取りに関する高齢者や家族の思い

では、施設で看取る側や看取られる側になる国民は、高齢者施設での看取りをどのように受け止めているのだろうか。厚生労働省では定期的に、幅広い年齢の一般国民と医療介護職を対象として、看取りの場所に関する意向調査を行っている。希望する看取りの場所は、終末期の状況によって異なると考えられることから、Lunney et al. (2003)の死の3パターンに従って、調査では、がんの終末期の場合、重度の心臓病の場合、認知症になった場合に分けて、最期を迎えたい場所の希望を尋ねている。直近の平成29（2016）年の調査では、「認知症が進行し、自分の居場所や家族の顔が分からず、食事や着替え、トイレなど身の回りのことに手助けが必要な状態で、かなり衰弱が進んできた場合」、一般国民が希望する療養場所は「介護施設」が最も多く51.0%、次いで「医療機関」28.2%、「自宅」14.8%であった²（厚生労働省，2018）。同様の質問を10年前の平成19（2006）年に尋ねた際には、希望する療養場所は

² 厚生労働省（2018）では、（1）医療・療養を受けたい場所と（2）最期を迎えたい場所を分けて尋ねているが、（2）最期を迎えたい場所については（1）で回答した者の36%しか回答しておらず、何らかの不備があったと考えられる。報告書においても参考に留められているため、今回は（1）医療・療養を受けたい場所のみで検討した。

「医療機関」が最も多く44.3%、「自宅」が22.4%、「老人ホーム」が15.2%であった（厚生労働省、2008）。平成19年調査には、平成29年調査にはない「わからない」や「その他」の選択肢があるため単純に比較はできないものの、この10年の間に、希望する看取りの場所の第1位が医療機関から介護施設に変わり、介護施設で看取りを希望する人の割合が増えている（Figure 1-2）。このことから、近年、特に認知症の終末期においては、高齢者施設で最期の時を過ごすことが比較的受け入れられてきているように思われる。

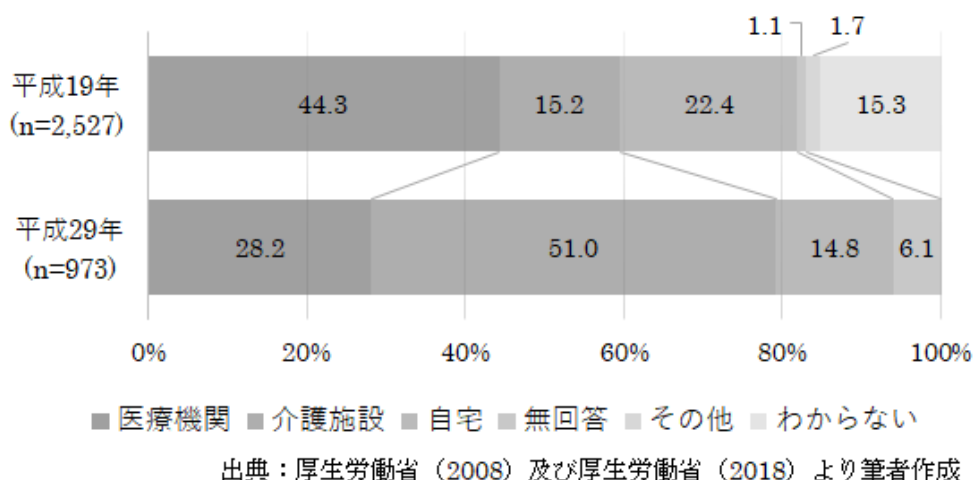


Figure 1-2

認知症になった際の人生の最終段階を過ごしたい場所

一方で、これと対照的な結果も示されている。60歳以上を対象とした調査（内閣府、2019）では、完治が見込めない病気の場合に迎えたい最期の場所として、51%が「自宅」、31.4%が「病院・介護療養型医療施設」、7.5%が「特別養護老人ホーム・有料老人ホームなどの福祉施設」を選んでいる。また、日本財団（2021）による67歳～81歳の高齢世代を対象とした調査では、人生の最期を迎えたい場所の希望の1位は自宅（58.8%）、次いで医療施設（33.9%）、介護施設（4.1%）であった。両調査（厚生労働省、2019；日本財団、2021）とも、厚生労働省（2018）の調査と異なり、終末期の状況を分けて尋ねている点には注意が必要で、厚生労働省（2018）の調査でも、がんの終末期の場合に介護施設を選んだ人は10%程度であり、最期の場所の希望は終末期の状況によって大きく変化する可能性はある。それでも、両調査の結果からは「最期は自宅で」という考え方も根強くあると推察される。ただし、

看取りの場所として自宅を希望することと、その実現可能性の認識には差があることもまた明らかになっている。平成26年度の厚生労働白書（厚生労働省、2014）では、「死を迎えたい場所」について49.5%の人が自宅としているが、同じ対象者に「実際に死を迎えたいと思う場所」を尋ねると自宅と回答した割合は16.5%まで下がり、自宅での看取りを理想としつつ、現実的には難しいという認識があることが示されている。また、最期を「どこで」迎えるのかではなく、「どうやって」迎えるのかを考えた際に、多くの人が希望する、「心身の苦痛なく過ごせること」、「家族等の負担にならないこと」、「自分らしくいられること」など（日本財団、2021）は、自宅だけに限らず、場合によっては自宅よりも高齢者施設の方が適する場合もあると考えられる。そのため、「最期は自宅で」と漠然と思っている人が、より具体的に看取りの場を考えるようになった際に、高齢者施設での看取りが選択肢になることも考えられる。

1-5. 今後の看取りの場の在り方

戦後数十年の間に、看取りの場の中心は自宅から医療機関へと移った。しかし、超高齢社会の到来によって、再び、医療の場以外での看取りに注目が集まりつつある。ただし、これは単なる看取りの場の回帰ではない。村上（2018）は、戦後の自宅を中心とする医療機関以外での看取りは、十分な医療体制が整っていない中で行われており、自宅で手厚い医療的ケアを受けていたわけではなかったこと、それに対して、現在進められている医療機関以外での看取りは、医療や介護の体制が整った社会の中で、ケアを受けながら迎える看取りであることを指摘している。そして、医療機関以外の場での看取りは、単なる回帰ではなく、より十分なケアを伴って再発明されつつあるという方が適切であり、それは「よい」死に方の再発明でもあるとしている。

高齢者施設には、医療機関とは異なる長期にわたる介護関係が存在しており（櫻井、2008）、住み慣れた場所、顔なじみの関係の中で死を迎えることができる。介護の専門家なので安心できるから施設での看取りを希望する（日本財団、2021）という考え方や、住み慣れた施設で、信頼関係の築かれた職員に最期まで看取られたいという考え方（平川・植村、2009）も広まりつつある。また、終末期の点滴や経管栄養は本人にとってかえって苦痛であることが認識されつつあるが（鳥海、2011；宮本・宮本、2015）、医療機関において治療を差し控えることは難しい。その点、高齢者施設では過剰な医療は行われず自然

な形で亡くなることができる。実際に特養で看取った遺族によるケアの質の評価は、病院で1年以上入院して看取った群や特養から病院に入院して看取った群に比べて高いという結果も示されている（池上・池崎，2013）。高齢者施設での看取りは、良い死に方の一つの選択肢になり得るだろう。

もちろん、最適な看取りの場所は、本人の希望や終末期の状態、家庭の状況や地域の医療介護体制などによって、一人ひとり異なる。自宅で最期を迎えたいという希望に応える体制を整えることや、医療機関において救命を至上命題としない看取りの在り方を考えていく必要もあるだろう。高齢多死社会の中で、看取りの場所を整えることは急務である。その中で、選択肢の一つとして、高齢者施設において良い看取りを提供できるようにすることは重要であると考え

第2節 高齢者施設で看取りを担う介護職員に関する研究

2-1. 高齢者施設で看取りを担う人材

高齢者施設で日々の直接的なケアの大半を担っているのは介護職員である（北村・石井・牧，2010；小楠・萩原，2007）。これは，介護保険法で定められる施設の人員配置基準を見ても明らかであり，例えば，特養で定員100名あたりに必要な人員は，医師は必要数，看護職員3名，介護職員31名とされている。老健では，医療的側面が特養に比べて強くなるが，それでも定員100名あたり，医師1名，看護職員9名，介護職員25名となっており，高齢者施設のケアの多くは介護職員が担う状況にある。また，特養において，常勤の医師がいる施設は1.1%であり，ほとんどの特養では非常勤の医師が対応している（厚生労働省，2017b）。さらに，非常勤の医師は平均週1回程度の訪問が多く，勤務日以外でも医師の対応がある施設は49.2%に留まり（厚生労働省，2017b），医師が直接施設で利用者と関わる機会は極めて少ない。看護職員についても，看護職員の夜勤・当直がない特養が90.0%であり，そのうち93.0%は夜間オンコール体制をとっているが（厚生労働省，2017b），特に夜間帯の利用者のケアは介護職員のみで実施する場合はほとんどである。医療職の勤務状況は施設種によって異なるが，多くの高齢者施設において，利用者との関わりの中心は介護職員である。そして，施設の生活の延長線上で行われる看取りケアにおいても，介護職員が中心となることが期待されている。

ただし，介護職員の看取りケアに関する教育背景は人によって大きく異なる。介護職に就くための資格や養成課程は複数あり，資格がない場合でも職務に就くことは可能である。また，介護に関する主な資格には，介護職員初任者研修，介護福祉士実務者研修，国家資格である介護福祉士があるが，それぞれの標準的な研修時間は130時間，450時間，1,800時間（養成施設で資格を取得する場合）と大きく異なる。最も研修時間の長い介護福祉士の養成カリキュラムでも，「死にゆく人のケア」の単元が追加されたのは2009年と比較的最近のことであり，たとえ介護福祉士であっても養成課程やその後の卒後研修で看取りに関する教育に十分な時間が確保されていないことが指摘されている（島田・原沢・樋口・中里・伊東，2019）。また，介護職員のうち介護福祉士が占める割合は平成30年で約5割程度（厚生労働省，2020c）である。つまり，高齢者施設で看取りを担う中心は介護職員であるが，個々の介護職員の看取り

に関する教育背景は十分とは言えず、現場の中で試行錯誤しながら看取りに携わっている状況である。

2-2. 介護職員の看取りケアに対する姿勢

看取りに関する教育経験が多様な中で、介護職員自身は、施設で利用者を看取ることについてどのように考えているのであろうか。介護保険法改正に伴い、特養で看取り介護加算制度が導入された2006年前後から、介護職員の看取りケアに関する先行研究が積み重ねられてきている。その中で、介護職員が必ずしも看取りケアに対して積極的ではないことが指摘されてきた。また、その背景にもなり得ることとして、介護職員が看取りケアに対する不安や無力感といった否定的な感情を経験していることも明らかになってきている。本項ではまず、介護職員の看取りケアに対する姿勢についての先行研究をまとめ、次項以降で、実際に看取りを行った介護職員の経験に関する先行研究を概観する。

看取り介護加算導入前の特養で実施された清水・柳原（2007）の調査では、施設職員が「特養で看取りたいと考え準備態勢を取りたい」という項目について「強く思う・やや思う」と肯定的な態度を示したのは45.7%と半数以下であった。また、「死の看取りへの不安を感じておりできれば避けたい」という項目については、「強く思う・やや思う」が32.6%、「どちらともいえない」が34.4%、「全く思わない・やや思わない」が33.0%であり、看取りを避けたいと思わない職員（「全く思わない・やや思わない」と回答した者）は3割程度しか存在しなかった。その後、川村他（2016）が清水・柳原（2007）と同じ項目で2011年に特養の職員を対象に調査しているが、看取りを避けたいと思わない職員が漸増している以外に、各項目の回答傾向は大きくは変わらなかった。また、老健の介護職員を対象とした調査でも、老健で看取ることに対して「積極的・やや積極的」と回答した介護職員は39.2%であり、看護職員（53.4%）に比べて低いことが指摘されている（原・小野・大畑・岩郷・沼本，2010）。

さらに、上記の清水・柳原（2007）や川村他（2016）の研究を含めいくつかの研究では、単一項目での測定とは別に、Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying Scale-B-Japanese (FATCOD-B-J)（中井・宮下・笹原，2006）という尺度を用いて、介護職員の看取りに対する肯定的な態度とその関連要因を検討している。FATCOD-B-Jは、死にゆく患者と家族へのケ

アに対する肯定的な態度・前向きさを測定する尺度であり、「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」、「死の考え方」の3ドメイン7因子から構成されている。もともとは看護師や医師などを対象に入院患者のターミナルケアを想定して作成された尺度であり、高齢者施設での介護職員を対象とするにあたって一部表記を変更しており、尺度の内容的妥当性が検討されていない点は課題である。また、終末期ケアがどうあるべきかという価値判断を問う項目も含まれている点には留意が必要であるが、特に「死にゆく患者へのケアの前向きさ」のドメインは、看取りケアに対する積極性を測定していると考えられる。FATCOD-Jを用いた清水・柳原（2007）の調査では、介護職員が、施設の看護職員と相談職員に比べて有意に「死にゆく患者へのケアの前向きさ」が低いことが確認されている。同様の結果は、中原（2015）でも示されており、施設の看護職員に比べて、介護職員の方が「死にゆく患者へのケアの前向きさ」が有意に低いことが示された。また、FATCOD-B-Jの関連要因として、現勤務施設での看取り経験の有無（川村他，2016；Yamamoto et al., 2016）や近親者の看取り経験の有無（川村他，2016）、看取り人数が多いこと（清水・柳原，2007；辻・田淵，2016）といったケア経験の多寡があることが確認されている。他にも、辻・田淵（2016）は、管理職であること、死生観の「死からの回避」が低く、「死後の世界観」（死後の世界や生まれ変わりがあると思う程度）が強いことがFATCOD-Jの得点に関連することを示している。

こうした結果を概観すると、全体的な傾向として、高齢者施設の介護職員の看取りケアに対する態度は必ずしも積極的とは言えず、特に、他職種と比べるとその積極性は低いと言える。ただし、比較的最近のFATCOD-B-J短縮版を用いた調査（澤田・金子・佐藤，2019）では、下位因子「看取り期の利用者と親しくなることに対する恐れ」の平均点の低さから、介護職員が看取りに対して消極的な姿勢をとっているわけではないという考察も存在する。この点については、野村（2018）が指摘しているように、介護保険法改正や施設での看取り件数の増加に伴って、先行研究が示す状況よりも2021年現在の方が高齢者施設における看取りに対する介護職員の態度は肯定的になっている可能性は考えられる。しかし、その点を踏まえても、介護職員が看取りケアに対して積極的であるということを支持する結果は得られていない。また、施設の看護職員から見た看取りの課題としても、介護職員が看取りケアの段階になると消極的になることが挙げられている（江口・長畑・松田・山内・山地，2013）。

さらに、看取りケアの質の向上という点からも、介護職員が看取る高齢者に対して積極的に関わろうとする態度が必要であることが指摘されている（大西，2013b）。今後も高齢者施設での看取りが増加すると考えられる中で、その中心を担う介護職員の看取りケア実施に対する姿勢が肯定的でないことは、大きな課題であると考ええる。また、先行研究で検討された範囲内では、看取り経験の有無や経験数が多いことが、看取りに対する積極性と関連することが比較的よく言及されているが、意図的に経験数を増やすことはできないため、現時点では、どのように看取りに対する積極性を高めていくかということを考える上で十分な示唆が得られているとは言い難い状況にある。

2-3. 介護職員の看取りケア経験における否定的側面

先行研究³では、また、介護職員の看取りケア経験の内容についても知見が積み重ねられてきている。その中では、主に質的データ分析を用いた研究を通して、介護職員が看取りケアにおいて否定的な思いと肯定的な思いの双方を経験していることが示されている。看取りケア経験の否定的側面に関する先行研究について、ここでは、看取りケアに携わる不安、看取りケアを行う中で感じる無力感、そして看取り後の悲嘆の3つの視点から整理する。

看取りケアに携わる不安 介護職員が、看取りケアの実施や死に関わることに對する不安、自信のなさを感じていることが多くの研究で指摘されている。特養の看護職員と介護職員を対象とした深澤・高岡（2011）の研究では、「看取りを担当する負担」のカテゴリの中で、「看取りに携わる不安」や「看取りに携わる恐怖」というサブカテゴリが抽出されている。また、この研究では、看取りに携わる不安や恐怖は、看護職員にはなく介護職員に特徴的な経験であるとも指摘されている。介護福祉士を対象とした馬場・久木原（2018）の研究では、介護福祉士が看取り体験を通して、「死の過程に対する不安」や「上手く対応できるか不安」といった「死に対する不安」を感じていることが示されている。さらに、老健の介護職員を対象とした小野・原（2011）でも、看取りケアにおける経験の一つに、人の死や看取りがどういうものかわからない

³ 質的データ分析を行っている先行研究に関して、「<>」で示した箇所は、分析結果として抽出されたカテゴリを意味する。先行研究においてカテゴリとサブカテゴリを設けており、本論文でも両カテゴリを引用する場合には、「<カテゴリ>」、「<サブカテゴリ>」で示す。特に弁別の必要がない場合は「<>」を使用する。

といった漠然とした不安や恐怖、どうすればよいのかわからない戸惑いなどく死に対して恐怖を抱く>ことがあることが報告されている。同じく老健で働く介護職員を対象とした樋田・松波（2015）の研究では、戸惑いが残っているケアの内容としてく死に触れるケアへの恐怖>やく痛みを伴うケアへの無力感>によって構成される《ケアへの自信のなさ》が挙げられている。

看取りケアにおける無力感 介護職員が、看取りケアを行う中で、無力感や虚しさといった否定的感情を経験していることも明らかになっている。深澤・高岡（2011）の研究では、先ほど述べた《看取りを担当する負担》のカテゴリの中で、く看取りに携わる虚しさ>やく看取りに携わることでのジレンマ>を感じていることが示されている。同様の指摘は馬場・久木原（2018）にもあり、看取り体験における《ストレス》の中にく無力感を感じる>が含まれている。また、施設職員を対象とした小楠・萩原（2007）の研究では、職員が看取りを通してく手だてのない虚しさ>を感じており、徐々に衰弱していく死への過程をただ見守り続けるしかないことに対する難しさや、十分なケアができなかったと感じる場合に抱く虚しさがあることを報告している。こうしたく手だてのない虚しさ>は勤務経験が少ない職員だけでなく、勤務経験が長い職員も感じているという。そして、介護職員は、声かけに対する反応や、わずかでも経口摂取ができるなどケアの結果が目に見える場合は、終末期ケアにやりがいを持ちやすいが、そのような反応が全くなく、直接の命に繋がる食事支援もできなくなった時、大きな無力感を抱くと考察している。食事については、樋田・松波（2015）の研究でも、く食べるケアの難しさ>が挙げられており、看取り期において食べられない状況は自然のプロセスの一つであるものの、介護職員はく食べさせられない葛藤>など食事に関するケアに困難さを抱きやすいと考えられる。

こうした無力感や困難感の背景には、ケアに対する受け止め方も関連していると推察される。島田（2013）は、介護職員が何をすれば「看取りケア」をしたといえるのかが確認できない不安を抱えながらケアをしていることを指摘している。出村・中村（2011）でも、介護福祉士が、ターミナルケアの場面で何をするのがわからない、特別なケアを行わなければいけないという意識を持ちすぎていると述べている。また、小野・原（2011）は、介護職員は、実際には日々丁寧なケアを行っているにもかかわらず、様々な葛藤や迷いがあり、自信をもって積極的な姿勢で看取りケアに携われていない状況があると指摘している。野村（2018）は、介護職員にとって、「日常」の介護は、自立支

援、活動の向上、QOLの向上といった上昇志向の介護であるが、終末期には徐々に下降する心身機能に負担をかけず、ただ見守るという「非日常」のケアへの切り替えが必要になると述べており、こうした切り替えが上手くいかない場合、実際に行っているケアに自信を持つことができず、ケアができていないという無力感が強まるのではないかと考えられる。

看取り後の悲嘆 さらに、介護職員は、看取りケアが終わった後で、後悔や心残りを経験している。看取り後の否定的感情は、職業上の悲嘆という観点から本章第5節で改めて検討するが、例えば、馬場・久木原（2018）は、介護職員の看取り体験の中で、〈どうしたらよかったのか考える〉、〈（死が近いことに）気づけなかったのかと考える〉といった《後悔》を感じることや、〈別れが辛い〉、〈こころがしずむ〉といった《悲嘆》を感じていることを明らかにしている。深澤・高岡（2011）も、看取り後に〈看取り経験を引きずる〉ことがあることに言及している。また、グループホーム職員の看取り経験について検討した久山・大森・吉岡・中平（2016）では、看取り後に〈これでよかったのか〉、〈もっとできることはなかったか〉といった《後悔や心残り》とともに、〈身内を亡くしたような喪失感〉や〈過度の気分の落ち込みを伴う悲嘆〉など《身内意識に伴う喪失感》を感じていることが明らかになっている。

こうした看取りケア経験の否定的側面は、前項で確認した介護職員の看取りケアに対する積極性の低さにも繋がると考えられる。小林・木村（2010）は、介護職員の看取りを避けようとする態度は、看取りケアの中で動揺や葛藤を感じることに関連している可能性を指摘している。また、看護師を対象とした研究ではあるが、ターミナルケアに携わることに不安がない看護師はケアにも積極的にかかわろうとすることが報告されている（大西，2013b）。

さらに、数は多くないものの、看取りケアの負担から、介護の仕事に対する自信を失ったり、仕事を辞めるか悩んだりする人が存在し、看取りケアに携わる心理的な負担が離職意向に繋がっている可能性も指摘されている（久山他，2016；孔，2017；岡・新免，2014）。人の死に携わることは時に心理的な負担になるものであり、そうした心理的負担は、バーンアウトやケアの質の低下に繋がる可能性もある（Carton & Hupcey, 2014；Saunders & Valente, 1994）。こうしたことから、看取りケアに関して介護職員が様々な心理的負担を感じている状況は大きな課題であるといえる。

2-4. 介護職員の看取りケア経験における肯定的側面

一方で、介護職員が看取りケアを通して肯定的な経験をしていることもまた明らかになっている。先行研究を概観すると、肯定的な経験の内容は、ケアの実施を通じた満足感や達成感と、介護職員自身の変化の2つに大別できる。

ケアの実施を通じた満足感や達成感 深澤・高岡（2011）は、施設職員が、身体ケアや声掛けなどの《臨終時のケア》に対して、〈精いっぱい関わる〉ことや〈看取りを安らかにする願い〉を持って取り組むことで、看取りに携わる充実感や余裕といった《看取りに伴う肯定的感情》を感じていることを示している。また、久山他（2016）の研究では、介護職員が、話しかけたり苦痛緩和に努めたりすること、家族への配慮を行うことなどを通して〈ケアへの手応え〉を感じ、看取りを通じて〈亡くなった人への敬意〉や〈看取れたことへの誇り〉を抱くことを明らかにしている。さらに、樋田・松波（2015）でも、介護職員にとって納得できたケアには、〈馴染みから生まれた親しみ〉、日常生活援助を丁寧に行うことで〈日々のケアをし続けたという達成感〉、家族とともにケアを行うことができた際の〈家族と協働でケアをした満足感〉があることを示している。井上（2014）は、介護職員が看取り後に〈感謝と充実感〉を持つ場合があり、そうした感情を抱く背後には〈十分な配慮ができたか〉ということと〈家族の看取りに対する満足度〉が関係していることを指摘している。これらの研究からは、介護職員が看取りケアに関して感じる満足感や達成感は、利用者のニーズに応じ、自分自身が納得することのできたケアの実施によって生じるものであることが窺える。

介護職員自身の変化 介護職員自身の変化は、さらに、死生観や看取りに対する考え方に関する変化と、看取りに取り組む自信や意欲に関する変化に分かれる。深澤・高岡（2011）は、看取りの経験を通じて、〈死生観の変化〉や〈看取りの場所に関する考え方の変化〉、〈高齢者が自然に逝くことの受け入れ〉で構成される《援助者自身の変化》が生じることを示している。久山他（2016）は、看取り経験のある職員による自由記述から〈死生観の醸成〉というカテゴリを抽出し、岡・新免（2014）も、〈生命への畏敬〉や〈施設での看取りの肯定〉というカテゴリを見出しており、介護職員が看取りケアを通して生と死について考えを深めていることがわかる。

看取りに取り組む自信や意欲に関する変化について、坂下・西田・岡村（2013）は、看取りに対して前向きな職員は、〈学び得た力〉と〈経験知〉

からなる《自信の獲得》をしていることを明らかにしている。そして、その自信は、研修や指導を受け、看取りにかかわる過程で不安を克服して得られる力であると指摘している。井上（2016）は、介護職員が「いい看取りができた」と感じた事例を振り返った際のプロセスを検討し、専門職としても個人としても十分に関わった実感と最期を看取った安堵感や感謝の念を持つこと、そして、個人的な喪の作業と専門職としての自分のケアをバランスよく評価することを通じて、介護職員が、《次のケアに活かすための新たな視点と専門職としての前向きな自信》を獲得することを示している。井上（2016）の研究では、次のケアへの新たな視点や自信は、経験を通して自然に得られるものではなく、十分に関わったという感覚や自分のケアを振り返って評価するといった内的な省察の過程を経て得られるものであることが示されている点も重要であると考える。小野・原（2011）では、日々の関わりの中での手応えや、行ってきた関わりが良かったと感じることなど、ケアの実施を通したく死に逝く者の生を支えるとはどういうことかがわかる＞体験が、＜奮いたたせる＞、＜関わりたいと感じる＞というケアへの取り組みの後押しになっていると述べられている。岡・新免（2014）でも、介護職員の看取りの経験として＜学びと自信＞、＜達成感・安堵感＞、＜仕事への意欲＞から構成される《成長の自覚・仕事への意欲》があることが示されている。

以上のように、介護職員は看取りケアを通して、満足感や充実感、死生観の醸成や看取りケアに対する自信の獲得など肯定的な経験もしている。そして、介護職員の看取りケア経験における肯定的側面に言及した先行研究の多くが、同時に、看取りケア経験における否定的側面も報告していることから、介護職員の看取りケア経験は、否定的な側面のみや肯定的な側面のみで構成されているのではなく、両方の側面が存在するのだといえる。

2-5. 高齢者施設で看取りを行う上での介護職員の課題

ここまで概観した先行研究の結果を整理すると、介護職員にとって看取りケアは肯定的な体験や成長を感じる機会になり得るものの、看取りケアの実施に対して積極的とは言えない状況があることが示されている。そして、その背景に、看取りケアに携わることへの不安や自信のなさ、看取りケアを通した心理的負担があることが課題として挙げられる。しかし、社会情勢を鑑みると、今後高齢者施設での看取りはさらに増加することが確実であり、介護職員が看取

りを避けることは難しい。職務として看取りケアを避けることができない状況であるのであれば、看取りケアに携わる不安を低減し、積極的に看取りケアに取り組むようにできること、そして、ケアの実施を通して、看取り経験の肯定的な側面を増やしていくことが望ましいと考える。本研究では、看取りケアに携わる不安を低減し、積極的に看取りケアに取り組むための要因として、Bandura (1977b バンデュラ・原野, 1979) の社会的学習理論に基づく自己効力感という概念に着目する。

社会的学習理論と自己効力感の詳細は本章第3節で論じるが、ここでは、介護職員の看取りケアに関する先行研究における自己効力感の位置づけについて確認する。自己効力感は、「ある状況においてある結果を達成するために必要な行動を自分で行うことができるという予期・信念」と定義されており (Bandura, 1977b バンデュラ・原野, 1979)、行動の遂行を促進する認知的要因である。自己効力感は、自分にはこのようなことがここまでできるのだという考えであり、これは、「自信」とも言い換えられる (バンデュラ, 1985)。高齢者施設の介護職員の看取りケアに対する姿勢について自己効力感という観点から検討した先行研究は管見の限り存在しないが、既に確認した通り、介護職員の看取りケア経験における肯定的側面に関する先行研究において、自信という概念は何度も言及されている。坂下他 (2013) や井上 (2014) の研究では、看取りに積極的な職員が<自信の獲得>をしていることや、経験豊富な介護職員が<ケアワーカーとしての自信>を持っていることが示されている。逆に、樋田・松波 (2015) の研究には、介護職員の思いとして<ケアへの自信のなさ>があることが確認されている。さらに、小野・原 (2011) が、ケアスタッフが自信を持ってケアを提供できることが重要であると述べているのははじめ、自信という概念に言及したり、その重要性を指摘したりしているものは多い (安藤, 2015; 高野・青木・竹内・新鞍・牧野, 2017; 三好, 2017; 岡・新免, 2014; 澤田他, 2019)。こうしたことから、自己効力感という用語は用いられていないものの、看取りケアに関する自信という概念が存在すること、そして、介護職員の看取りケアの提供に対する自信を高めることが望ましいということは、これまでの研究からも支持される。

また、自己効力感という概念を導入し量的に検討することは、研究の蓄積や関連要因の検討という観点から有用であると考えられる。本章第2節で概観した先行研究の多くは質的データを用いた分析を行っており、それらの細やかな記述は、介護職員が経験している看取りケアの内容を厚みを持って明らかにしてい

る。その一方で、各研究がボトムアップ式に概念を生成しているため、統一した概念による研究の整理や関連要因の検討はまだ十分行われていないように思われる。例外的に、FATCOD-B-J（中井他，2006）を用いた研究では統一した概念で量的な検討が重ねられているが、先にも述べた通り、もともと病院でのターミナルケアに対する態度を測定するために開発された尺度であり、高齢者施設の看取りを対象として使用する場合の信頼性と妥当性は検討されていない。特に、FATCOD-B-Jに含まれる患者の意思決定を尊重する態度や家族に関する項目については、緩和ケアの対象であるがんやエイズの患者やその家族と、高齢で意思疎通が困難なことが多い施設の利用者やその家族とでは、あるべきケアの姿が変わると考えられ、高齢者施設の看取りにそのまま適用することの妥当性には疑問が残る。さらに、FATCOD-B-Jは、理論的背景に基づいて検討されたものではなく、FATCOD-B-Jで測定される態度をどう方向付けることが適切なのか、どのように介入することが可能なかが明確になっていない。これに対して、本研究では、高齢者施設での介護職員の看取りケアに焦点を当てた自己効力感尺度を新たに作成することによって、内容的妥当性の確保に努めることが可能なる。また、自己効力感具体的な行動に直結した概念であり（福島，1985）、行動を活性化するために自己効力感の向上が必要であることが理論的に明示されている。介護職員は職務として看取りに携わるため、専門職としてケアという行動を起こすことが第一に求められることを考えると、行動に直結する概念である自己効力感を測定することは有用であると思われる。更に、社会的学習理論では、自己効力感を高める情報源が示されていることから、看取りケア効力感を高めるための方法を理論的に検討することが可能になる。以上のことから、本研究では新たに看取りケアに対する自己効力感という概念を提案する。

第3節 看取りケアに対する自己効力感の必要性と定義

3-1. 自己効力感の定義

自己効力感 (self-efficacy) は、A. Bandura が社会的学習理論⁴を論じる中で提唱した概念である (Bandura, 1977a)。Bandura が唱える社会的学習理論 (Bandura, 1971 広野・福島訳 1974) では、人間の行動を決定する要因には、先行要因と結果要因、認知的要因の3つがあり、これらの要因が絡み合って、人と行動、環境という3者間の相互作用が形成されていると考える (福島, 1985)。概念が提唱された当時の研究が、先行要因となる刺激と結果要因となる反応の2者関係で行動を捉えていた中で、Bandura (1977a) は、刺激と反応を媒介する個人の認知的要因 (予期機能) に着目した。その中でも特に行動の重要な先行要因となる認知として取り上げられたのが自己効力感である。

自己効力感の定義は、「ある状況においてある結果を達成するために必要な行動を自分で行うことができるという予期・信念」(Bandura, 1977b 原野監訳 1979) であり、ある行動を起こす前にその個人が感じる「遂行可能感」、自分自身がやりたいと思っていることの実現可能性に関する知識とも説明される (バンデューラ, 1985)。Bandura (1977a) は、自己効力感について説明する上で、人間の行動の先行要因としての予期を2つに分けた (Figure 1-3)。1つは、ある行動がどのような結果を生み出すのかという行動と結果の関係についての予期であり、「結果予期 (outcome expectancy)」と呼ばれる。もう1つは、自分がある結果を生み出すために必要な行動をどの程度適切にとることができるのかという予期であり、これは「効力予期 (efficacy expectancy)」と呼ばれる。別の言い方をすれば、効力予期は自分の行動に関する可能性の認知であり、結果予期は環境の反応に関する可能性の認知である (福島, 1985)。そして、自分がどの程度効力予期を持っているかの認知が自己効力感である。Bandura が結果予期と呼ぶ考え方については、既に

⁴ 社会的学習理論は、後に社会的認知理論 (Bandura, 1986) とも呼ばれている。そこには、行動の制御における認知過程を重視する姿勢、理論の対象領域の拡大、古典的な条件付けによる学習概念との区別を明確にしたいなどいくつかの理由が考えられる (中澤・大野木・伊藤・坂野・鎌原, 1988)。ただし、社会的学習理論で主張されている基本的な考え方はそのまま踏襲されているので、本論文では初出の社会的学習理論で統一する。

Rotter (1966) の Locus of control や Seligman (1975) の学習性無力感の中で取り上げられていたが、Bandura は仮にある行動がある結果をもたらさだろうということを確認していても、その行動を自分がうまくやり遂げる自信がない場合、その行動を起こす動機づけは低下するとして、効力予期の重要性を強調した。

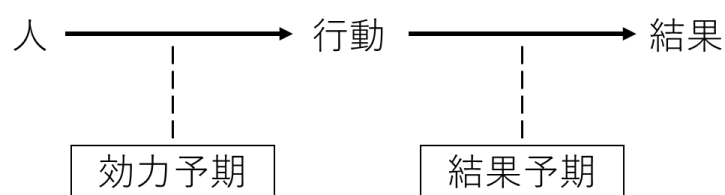


Figure 1-3

効力予期と結果予期の関係 (Bandura, 1977a)

また、自己効力感は、マグニチュード (magnitude) / 水準 (level), 強度 (strength), 一般性 (generability) の 3 つの次元で変化する (福島, 1985)。マグニチュード/水準とは、課題が簡単にできるものからより困難なものまで難易度に従って並べられた時に、自分にはどこまで解決可能かという予期のレベルの高さのことであり、強度とは、あるレベルの行動について、どの程度強く遂行可能であると思うかという確信の程度のことであり (福島, 1985)。そして、一般性の次元は、ある状況における特定の行動に対して形成された自己効力感が、どの程度まで対象・状況・行動を超えて広がりを持つかの程度のことであり (坂野, 2002)、自己効力感の汎化の程度であるといえる。本論文で作成する看取りケア効力感尺度を含め、既存の領域固有の自己効力感尺度は、強度の次元での自己効力感を問うている。

3-2. 自己効力感の機能

バンデューラ (1985) は、力強い自己効力を持つ人は、たとえ自分の能力に限られたものであったとしても、その能力をうまく働かせて困難に立ち向かい、さらに一層努力していくようになる」と述べている。自己効力感を高く持つことは、課題への積極的な取り組みを促進し、困難に直面した際により大きな努力をより長く続けるとともに、予期的恐怖と抑制が低減され、回避行動や防衛

行動の消去に繋がる（福島，1985）。自己効力感の機能は，原因帰属の観点から考えるとより明確に説明でき，自分自身を非常に有能であると評価する人は，失敗した時に，努力が不十分であったため，あるいは，不利な状況であったために失敗したと考えるが，自分自身の能力を低く評価する人は，自分の能力が低かったために失敗したと考える傾向にある（Bandura, 1995 本明・野口監訳 1997）。そのため，自己効力感が低い人は困難に直面した時や目標に達していない状況が生じた時にすぐに諦めてしまうが，自己効力感の高い人は，自分ならできるはずだと考え，より努力をすると考えられる（バンデューラ，1985；Bandura, 1995 本明・野口監訳 1997）。さらに，自己効力感が果たす役割は，その人がその行為を遂行する実際の能力の高低とは別であることがわかっている。Collins（1982）⁵の研究では，児童を算数の能力別に3つのグループに分け，更にその中で算数の問題を解くことに対する自己効力感が高い群と低い群を設けて課題成績を比較した。その結果，算数の能力は結果に影響していたが，全てのグループで，自己効力感が低い児童よりも高い児童の方が成績は良く，たとえ高い能力を持っていても自己効力感が低い場合にはパフォーマンスが下がることが示された。加えて，自己効力感は，こうした行為の遂行に対する影響だけでなく，情動反応に対しても大きな影響力を持つ。主に臨床場面において，恐怖や苦痛といった感情を抱き得るできごとに直面した際，その出来事を認知的に評価し，自ら制御していくことができると思う場合，そうでない場合と比較して，恐怖や不安といった自律神経系の興奮や情動反応が少なくなり，そのことによって引き起こされる行動の抑制も少なくなることが見出されている（バンデューラ，1985）。

以上のことから，ある行動に対して自己効力感を高く持つことは，その行動に対する積極的な取り組みを促進し，うまくいかない場合でも簡単に諦めずに努力を続けること，また，その行動の遂行に不安を感じた際でも，気持ちをコントロールして，行動を回避しないように努めることが明らかになっている。言い換えると，自己効力感には，行動の遂行を促進する動機づけの機能があると言える。

⁵ Collins（1982）の内容は，学会発表の資料で提示されており，管見の限り直接その内容を確認できる資料は存在しなかった。しかし，Banduraの著書において複数回言及されており，重要な内容であると考えたため，本論文ではバンデューラ（1985）及びBandura（1997a）に掲載された内容を再引用した。

3-3. 看取りケアにおいて自己効力感を検討する意義

ここで改めて、本章第2節で概観した高齢者施設における看取りケアに対する介護職員の現状に目を向けると、介護職員は看取りケアを行うことに対して積極的でないこと、その背景に、看取りケアに対する不安や自信のなさ、看取りケアを通じた心理的負担があることが課題になっている。それに対して、本節で確認したように、自己効力感とは、行動の遂行を促進し、困難な状況でも努力を続けるという動機づけの機能がある。また、自己効力感を高く持つことによって、行動の遂行に不安を感じた場合でも落ち着いてその行動に取り組むことができることも明らかになっている。このことを踏まえると、高齢者施設の介護職員の看取りケアに対する自己効力感を高めることが、介護職員の看取りケアに携わる不安を低減し、積極的に看取りケアに取り組むことを促進するのに有用であり、現在問題になっている課題の改善に繋がると考えられる。

自己効力感の概念を用いる利点は、既に述べたように、先行研究で言及されている自信という概念と親和性が高く、先行研究で明らかになった介護職員の経験を反映しているという点で妥当性が高いこと、統一した概念によって研究の更なる積み重ねが可能になることがある。これに加えて、社会的学習理論を基に自己効力感を高めるための先行要因が示されていること（Bandura, 1977a）、当事者にとっても理解しやすい概念であること（西村・野村・丸野, 2012）から、具体的な介入方法を検討しやすいという利点もある。さらに、介入や教育の効果評価という点でも自己効力感の概念は有用である。福島（1985）は、自己効力の概念を用いる利点として、自己効力感を高める手続きを行った際、行動の機会がずっと後にくる場合も含めて行動に先立って手続きの効果を確認し、行動を予測できることを挙げている。通常、対人援助職は実際にケアをする前にそのケアの方法を学習するが、人を相手とする仕事ゆえに、その実践の機会が学習後すぐ訪れるとは限らず、また、やってみてできなかったらもう一度学び直すという試行錯誤が許容されない場合もある。特に、看取りケアはその利用者や家族にとっては一度しかないものである。介護職員の看取りケア効力感を測定することで、学習や教育的支援の効果を確認し、看取りケアに必要な行動できるかどうかを事前に確認できることは意義があると考えられる。以上のことを踏まえて、本研究では、介護職員の看取りケア行動を促進する方法を検討する上で、自己効力感の概念を導入する。

3-4. 看取りケア効力感の定義

Bandura (1977a) は、自己効力感をある特定の場面の特定の行動に対する固有のものとして提唱したが、自己効力感の次元に一般性の次元を想定していることから、特定の課題に対する自己効力感が高まることで、類似した課題に対する自己効力感も高まる汎化が生じるとも考えている。その点に着目して、個々の課題や状況に依存しない特性的な自己効力感について扱う研究も存在する (成田他, 1995)。ただし、特性的自己効力感と領域固有の自己効力感には関連はあるものの、特性的自己効力感の特定の行動に対する予測力は領域固有の自己効力感に比べて低い (Bandura, 1997a)。そのため、ある特定の行動の遂行場面では、当該行動に対する課題固有の自己効力感の高さが重要になる (坂野・東條, 1986)。

近年、教育や医療福祉などの領域において、専門職の資質向上や職場環境の改善を図るために、領域固有の自己効力感の概念が多く用いられており (鄭・岡田, 2013)、教師や看護師など様々な専門職の職務に対する自己効力感が検討されている (e.g. 平井・平井, 2005; 豊島・吉田, 2009; 坪田・高間, 2005)。介護職についても例外ではなく、例えば、生活支援に関する自己効力感 (岡田, 2008)、利用者の体調不良や急変などの緊急対応に対する自己効力感 (塩満・光武・岡, 2012)、認知症高齢者の行動・心理症状 (BPSD) を改善するための支援に関する自己効力感 (鄭・岡田, 2013) など、多岐にわたる職務内容毎に自己効力感が検討されている。看取りケアについても、介護福祉士養成カリキュラムに「終末期の介護」や「死にゆく人のこころとからだのしくみ」が1単元として設けられている (公益財団法人社会福祉振興・試験センター, 2015) ことから明らかなように、領域に限定された知識や技能が求められる場面である。そこで、本研究では「自分は看取りケアに必要な行動をとることができるという信念」を新たに「看取りケア効力感」と定義する。

第4節 看取りケア効力感の規定因

4-1. 社会的学習理論における自己効力感の情報源

では、看取りケア効力感はどのようにして高められるものであろうか。人間を行動へと動機づける自己効力感とは、ひとりで湧き出てくるものではなく、よく自覚して主体的に考え、自分にはここまではできるのだということを積極的に見出していくことによって、内発的に作り上げられていくものである（バンデューラ，1985）。社会的学習理論では、その主な情報源を4つ挙げている。遂行行動の達成、代理経験、言語的説得、そして情動喚起である（Bandura, 1977a）。

遂行行動の達成（performance accomplishment）とは、個人が自分で必要な行動を達成できたと感じる経験である（福島，1985）。ある行動が上手くできた場合、次に同じ行動をする際に「またできるだろう」という見通しを持ち、失敗した場合には「次もできないかもしれない」という見通しを持つことは、一般的によくあることであろう。遂行行動の達成は、言い換えると、成功経験を体験することであり、達成感を持つことである（坂野，2002）。遂行行動の達成は、自己効力感に対して最も影響力のある情報源であるとされている。

第2の情報源である代理経験（vicarious experience）は、例えば、自分と同じような人々が忍耐強く努力して成功するのを見ることである（Schunk, 1987）。逆に、非常に努力したにもかかわらず失敗した人を観察することは、観察者自身の効力感を低め、動機づけを低減させる（Brown & Inouye, 1978）。代理経験の影響は、直接的な経験である遂行行動の達成に比べると幾分弱いと考えられるが、人間の経験の中に占める代理経験の相対的大きさを考えると、代理経験も極めて重要な情報源である（福島，1985）。

第3の情報源である言語的説得（verbal persuasion）は、周囲からその行動ができると説得されたり、暗示や自己教示をしたりすることである。しかし、言語的説得は、それだけで自己効力感を維持し続けることは難しいと考えられている。なぜならば、言語的説得によって努力した結果が期待はずれであった場合、その言語的説得の内容が簡単に否認されてしまうからである（Bandura, 1995 本明・野口監訳 1997）。そのため、言語的説得は、遂行行動の達成に導くための一時的補助的手段として用いられ、それが実行によっ

て確証されて初めて確固たるものとして機能すると考えられる（福島，1985）。

第4の情報源は情動喚起・生理的状态（emotional arousal）である。何かの発表をする前に自分がドキドキしているのを感じることで、急にできないのではないかと不安になったり、自分が落ち着いていることを認識することで、できるという気持ちが高まったりすることが例として挙げられる。ここで重要なのは、感情的、身体的な反応の強さ自体ではなく、それがどのように受け止められ、解釈されるかという点にある（Bandura，1995 本明・野口監訳 1997）。身体状態を向上させ、ストレスやネガティブな感情傾向を減少させ、身体の情報をもっと正しく把握することが、自己効力感を向上させることに繋がる（Bandura，1995 本明・野口監訳 1997）。

4-2. 看取りケアに関する社会的学習経験と看取りケア効力感

自己効力感とは、元来領域固有の概念であることから、その情報源も自己効力感の対象となる行動が生じる文脈の中で取り扱われるものである。例えば、金岡（2011）は育児に対する自己効力感の関連要因を検討する中で、自己効力感の情報源を育児場面に当てはめて、「子育てのモデルとなる人がいる（代理経験）」や「家族から子育てを安心して任せられると言われる（言語的説得）」といった項目を用いて検討している。また、遠藤他（1999）は、看護学生の血圧測定に対する演習前後の自己効力感の変化を比較する研究において、遂行行動の達成、代理経験、言語的説得、情動喚起のそれぞれを演習場面に落とし込み、「指が1～2本入る程度に均等にマンシエットをまくことができた（遂行行動の達成）」、「これまでにテレビやビデオで血圧測定を見たことがある（代理経験）」、「今日の演習で教員にほめられた（言語的説得）」、「今日の演習で緊張感があった（情動喚起）」といった項目で情報源の多寡を測定している。こうしたことから、社会的学習理論に基づき看取りケア効力感の関連要因を検討する場合、看取りケアの場面に即した遂行行動の達成、代理経験、言語的説得、情動喚起の経験（以下、看取りケアに関する社会的学習経験とする）を検討することが妥当であると考えられる。

これまでの研究で、看取りケアについて社会的学習理論の観点から検討したものは見られず、看取りケアに関する社会的学習経験について直接言及したものも存在しない。しかし、介護職員の看取りケア経験に関する先行研究において、それぞれの情報源に該当すると考えられる経験があることは確認できる。

遂行行動の達成については、樋田・松波（2015）の研究で抽出された<日々のケアをし続けたという達成感>というカテゴリや、孔（2017）の研究における<達成感・安堵感>というカテゴリから、達成という概念が存在することがわかる。代理経験については、小野・原（2011）の研究にある「そんな風にあの人はしているのか～。じゃあ、自分も今度やってみよう」という記述や、新人職員が先輩をモデルにしようとする意識があるという指摘（小林・木村，2010）から、介護職員が同僚や先輩のケアをモデルにしてケアを実践していることが示されている。また、介護職員自身の経験ではないが、高齢者施設に勤務する看護職員を対象とした研究で、看護職員の取り組みとして、「ともにケアをしながら指導を行うことで、介護職の看取りに対する理解が深まった」（江口他，2013）、「声掛けなどの見本を見せてイメージできるようにする」（長畑・松田・山内・江口・山地，2012）などが挙げられており、これらは介護職員から見ると看護職員をモデルとした代理経験になるだろう。言語的説得に関しては、孔（2017）の研究の中で、「怖いって言うてくる後輩に、「私も怖いと思ったときがあったけど、逆に守れる立場でもあるんだなと気づいて、今までやってきました」と話しています」と、先輩である職員が後輩に対して励ます語り が提示されている。また、「自分が不安、それは相手に移ると思うんですね。大丈夫やからって、自分はちょっと自信がなくてもそういう風に言って安心してもらってお世話しないと」と自分に「大丈夫」と言い聞かせること（小野・原，2011）や、家族からあなたに任せていると言われたことで不安が吹き飛んだこと（小野・原，2011）、施設の看護職員からみて、具体的なアドバイスにより介護職員の不安が軽減し、自信に繋がった（江口他，2013）ことなど、介護職員が周囲の人からや自分自身に対して言語的働きかけを受けていることがわかる。情動喚起については、本章第2節でも介護職員が看取りケアに対する不安や恐怖を感じていることを確認したが、具体的な記述としては、「処置の準備や対応についてきちんとできているか不安であった」（久山他，2016）や「最期に付き添う機会に遭遇した時、焦りを感じたり、不安、心細さを覚えた」（工藤，2020）などがあり、自分がネガティブな感情を持っていることを介護職員自身が認識していることがわかる。また、「2回目以降はそれほど恐怖感を抱かなかった」、「普通に看取りケアができました」（深澤・高岡，2011）と落ちついて看取りケアに臨めた自分を認識したり、「嬉しいわけじゃないけど、でも、なんか最後まで見送れたって」（小野・原，2011）と臨終に立ち会いできることに対して肯定的な感情抱いたりする場合があることも

確認できる。こうした数々の研究から、介護職員が、看取りケアに関する社会的学習経験に該当する経験をしていることは明らかである。そこで、本論文では、看取りケア効力感をどのように高めるのかという観点から、看取りケアに限定した社会的学習経験を取り上げ、看取りケア効力感との関連を検討する。

4-3. 看取りケアの経験回数と看取りケア効力感

また、看取りケアに関する社会的学習経験に加えて、本論文では、看取りケアの経験回数も看取りケア効力感の関連要因として検討する。先行研究において、介護職員の看取りケアに対する積極的な態度や自信は、看取りケア経験を積み重ねることで形成されることが指摘されており（川村他，2016；清水・柳原，2007；Yamamoto et al., 2015）、看取りケア経験の多さが自己効力感と関連することは十分に考えられる。また、看取りケアに関する社会的学習経験の経験量は主観的なものであるため客観的な経験回数とイコールではないと考えるが、通常、看取りケア経験回数が多い方がそうした社会的学習経験をj得る機会は多くなる可能性が高いと考えられる。そこで、看取りケア経験に関する社会的学習経験、及び、客観的な経験回数と看取りケア効力感との関連を検討しておく必要があると考える。

第5節 高齢者施設で看取る介護職員の悲嘆

5-1. 看取りケアに対する動機づけと悲嘆

ここまで、社会的学習理論を基に、看取りケア効力感という概念を導入し、何が看取りケア効力感に影響するのかについて論じてきた。これは、介護職員の看取りケアに対する積極性を高めるという課題に繋がる議論であり、専門職としてどう看取りケアに取り組むかという動機づけに関する議論であるといえる。介護職員のケアに対する動機づけは看取りケア以外でも議論されており、ケアに対して動機づけられることは、自身の専門職としての資質向上への意欲や職務満足度の高まり、そこから繋がるケアの質といった点で重要である（大庭，2014；蘇，2007；田家，2017）。ただし、看取りケアには、動機づけられたその先に、必ず利用者の死というネガティブな出来事があるという特徴がある。その特徴が、本章第2節で示した、悲嘆や後悔といった看取り後の否定的な感情に関わってくると考える。

この点については、看取りケアに関する省察のプロセスを検討した井上（2016）の「専門職」と「わたし」という2つの側面に分けた説明がわかりやすい。井上（2016）は、介護職員は、利用者と「専門職」としてのかかわりをすると同時に、切り離せないものとして、一人の人間である「わたし」としての人間対人間のかかわりがあるとしている。そして、「いい看取りができた」と捉えた事例では、看取り後に＜専門職としてのバランスの取れた評価＞というケアの振り返りとともに、＜「わたし」としての偲びと喪の作業＞ができること、そして、それが＜次のケアに活かすための新たな視点と「専門職」としての前向きな自信＞に繋がることを示している。逆に、「いい看取りができなかった」と捉えた事例では、「わたし」としての喪の作業ができず、自己のケアの否定的側面に焦点化されやすいこと、重要な他者からの承認によって次のケアに活かすための新たな視点は獲得しても、自信には繋がらないことが明らかになっている（井上・吉武・山田，2016）。井上らの一連の研究が示唆しているのは、看取りケアにおいては、専門職としてケアに対して動機づけられ、技量を高めていくことと同時に、わたし個人として利用者の死に対応することが必要であるということである。

これまでのところ、主にケアに対する動機づけの議論の中で展開される看取りケア効力感が、看取り後の悲嘆に関連するのか、そして、関連するとすれば

どのように関連するのかという点については検討されていない。しかし、上記の井上の指摘を踏まえると、看取りケアに対する動機づけを考える際に、同時に利用者の死に対する個人的な反応である悲嘆について検討することは重要であると考えられる。また、看護師の専門職としての悲嘆について検討した近藤（2011）は、看護師の悲嘆の先行要件は、遺族のように「死」から始まるのではなく、「最期の生を生きる患者をケアし死を看取ること」であると指摘しており、職業上経験される悲嘆には、死の前にどのようなケアをしたかが関わることが示唆されている。看取りケア効力感とは、まさにその死の前からのケアの在り方に影響する概念であることから、看取りケア効力感と悲嘆とが関連することは十分考えられる。さらに、本論文では、介護職員の看取りケアに対する積極性の向上を目指して、看取りケア効力感を高めることが望ましいという立場をとっているが、新たに導入した概念である看取りケア効力感を高めることが、看取りケアに伴って生じる悲嘆という側面に対してどう影響するかを確認しておくことは重要であろう。

5-2. 高齢者施設の介護職員の職業上の悲嘆

悲嘆（grief）とは、喪失に対するさまざまな心理的・身体的症状を含む感情的反応である（Stroebe & Stroebe, 1987）。死別による悲嘆の研究の主な対象は長く家族であり（Anderson & Ewen, 2011）、医療者と患者をはじめとする職業上の繋がりにおける死別による悲嘆は見過ごされがちであった（Chen, Chow, & Tang, 2018a）。Doka（1989）は、ある人が実際には悲嘆を経験しているにもかかわらず、そのことが社会的に認識されない状況を「公認されない悲嘆（disenfranchised grief）」と呼んでおり、職業上経験される死別による悲嘆もその一つであるとしている。Doka（2002）によると、社会には、どういった喪失に対して、誰が、どのように悲嘆を感じるべきかを規定する「悲嘆のルール（grieving rules）」が存在しており、そのルールの一つに悲嘆は家族が経験するものという考え方があるため、家族関係にならぬケア提供者の悲嘆は公認されにくい。また、ケアの専門家には、患者などケアの受け手との距離を一定に保つことや感情をコントロールすることが望ましいとする教育が伝統的に行われることや（Papadatou, 2000）、常に専門職者として冷静であるべきとの職業規範があること（鷹田, 2019）なども悲嘆が公認されにくい背景にあると考えられる。しかし、今日では、研修医や医師

(Batley et al., 2017; Masia, Basson, & Ogunbanjo, 2010), 看護師 (土橋・辻丸・大西・福山, 2004; Saunders & Valente, 1994; Shimoinaba, O'Connor, Lee, & Kissane, 2014), また, 小児科 (Papadatou, Bellali, Papazoglou, & Petraki, 2002) や緩和ケア (山田・野島, 2002), 救命救急 (Strote et al., 2011), 慢性期リハビリ病院 (O'Hara, Harper, Chartrand, & Johnston, 1996) など様々な職種や職場で経験される職業上の死別において, 悲嘆が生じ得ることが知られるようになってきている。高齢者施設の介護職員も例外ではなく, 国外の研究を中心に, 高齢者の日常生活を支援する職員が利用者の死を通して悲嘆を経験していることが明らかになっている (Anderson & Gaugler, 2006-2007; Boerner, Burack, Jopp, & Mock, 2015; Marcella & Kelley, 2015; Rickerson et al., 2005)。そして, それらの研究の中で, 日常生活を支援する職員は, 医療職と比較してより多くの時間を共にすること, ケアをする上で「家族」のような関係を築くことを周囲から求められたり, 職員自身も家族のような関係を築きたいと考えたりすることなどから, 他の専門職よりもより強く悲嘆を経験する可能性も指摘されている (Anderson, 2008; Anderson & Ewen, 2011; Boerner et al., 2015)。

国内において, 高齢者施設の介護職員の悲嘆を中心的観点に据えて検討した研究は, 早坂 (2010) や久木原・馬場・田村 (2021) の調査研究, 及び, ソーシャルワークの観点から悲嘆に対するケア (グリーンケア) の必要性を論じた大西 (2013a) の論文を除き, それほど多くない。しかし, 本章第2節で確認した通り, 介護職員の看取り経験に関する記述的研究の中で, 介護職員が悲嘆に相当する経験をしていることが示されており, 介護職員へのグリーンケアやサポートが必要なことが指摘されている (馬場・久木原, 2018; 久山他, 2016; 小楠・萩原, 2007; 岡・新免, 2014)。もちろん, 死別後の悲嘆は誰しも経験しうる正常な反応であり (坂口, 2010a), 必ずしもケアやサポートが必要なものとは限らない。ケア提供者が経験する悲嘆は, 個人や職業上の成長など肯定的な変化に繋がることも指摘されている (Chen, Chow, & Tang, 2018b; Papadatou, 2000)。その一方で, 職業上の悲嘆がバーンアウトや離職率の高さ, ひいてはケアの質の低下に繋がる可能性も多くの研究で指摘されている (Anderson, 2008; Chen et al., 2018b; Keidel, 2002; Papadatou et al., 2002; Tilden, Thompson, Gajewski, & Bott, 2012)。そうしたネガティブな影響を考えると, 高齢者施設の介護職員の悲嘆

に焦点を当てて検討することは重要であると考え。また、介護職員の悲嘆が「公認されない悲嘆」の一つであることを考えた際、介護職員がどの程度悲嘆を経験しているのか示すことは、周囲の理解を促進する上で、意義があるだろう。そこで、研究3ではまず介護職員の悲嘆を量的に測定し、その特徴について検討する。

なお、職業上の悲嘆については、家族の悲嘆と同様の側面と職業上の悲嘆特有の側面があることが指摘されている（Chen et al., 2018b；近藤, 2011；Papadatou, 2000）。例えば、専門職としての自信や目標の喪失は、職業上の悲嘆に特徴的な部分である（Papadatou, 2000；下稲葉, 2018）。一方で、職業上の悲嘆で最も一般的な反応は、悲しみや打ちのめされるといった感情的反応（Chen et al., 2018b）であり、そうした反応は家族の悲嘆と共通するものであろう。また、介護職は看護職に比べて家族に近い立場で看取りを捉えていること（樋田・松波, 2016）や、利用者の死に対して身内を亡くしたような喪失感を感じていること（久山他, 2016）が指摘されている。そこで、研究3では、家族にも介護職員や医療職にも使用されている（Engler-Gross, Goldzweig, Hasson-Ohayon, Laor-Maayany, & Braun, 2020；Plante & Cyr, 2011）悲嘆尺度である Texas Revised Inventory of Grief-Present Scale (TRIG)（Faschingbauer, Zisook, & DeVaul, 1987）を用いて、悲嘆の中でも特に、感情的反応や故人に関する思考など（Futterman, Holland, Brown, Thompson, & Gallagher-Thompson, 2010）家族と介護職員に共通すると考えられる部分について、介護職員の悲嘆の程度と特徴を検討する。

5-3. 悲嘆と看取りケア効力感及び死に対する準備性との関連

介護職員の悲嘆を考える上で重要な点の一つに、悲嘆が職員の精神的健康やケアの質に否定的な影響を与え得ることが挙げられる。介護職員が利用者の死を幾度も経験することが予想される中で、そうした否定的な影響は可能な限り予防されることが望ましいと考える。悲嘆に関する介入の多くは死後に開始されると指摘されているが（Faschingbauer et al., 1987）、本研究では、悲嘆による否定的な影響への1次的な予防という観点から、悲嘆に関連すると考えられ、かつ、職員研修などで看取りの前から取り扱うことができる要因として、看取りケア効力感と死に対する準備性（preparedness for death）に

着目する。

看取りケア効力感は、既に述べてきた通り、社会的学習理論に基づき、介護職員を対象として提唱された概念であり、「自分は看取りケアに必要な行動をとることができるという信念」である（久保田・佐藤，2016）。そして、看取りケア効力感の高さは、積極的な看取りケア行動に繋がると仮定されている。これまでのところ、看取りケア効力感と悲嘆との関係は検討されたことがないが、先述の通り、職業上経験される悲嘆は、「最期の生を生きる患者をケアし死を看取ること」が契機となるという指摘（近藤，2011）があり、死の前にどのようなケアをしたかは悲嘆に影響すると考えられる。看取りケア効力感、死の前のケアに対して積極的に取り組むことを促す概念であることから、看取り前の看取ケア効力感の在り方が、看取り後の悲嘆に関連することは十分考えられる。そして、看取りケア効力感と悲嘆とがどのように関連するかについては、よく関わったという思いが良かったと思える終末期ケアに繋がる（小楠・萩原，2007）という指摘や、死にゆく人をケアすることに対して肯定的（comfortable）な人ほど悲嘆が低くなる（Plante & Cyr, 2011）という先行研究の結果を踏まえると、看取りケア効力感を高く持ち、積極的にケアに取り組んだ結果、悲嘆が低減するということが考え得る。

他方、死に対する準備性は、介護職員の悲嘆に関連する要因を検討した研究が少ない中で、悲嘆との関連が確認されている数少ない要因の1つである（Boerner et al., 2015）。死に対する準備性とは、ある人の死に対して自分がどの程度準備できているかという個人の認識であり（Barry, Kasl, & Prigerson, 2002）、終末期の期間の長さや状態の悪さにかかわらない、個人の受け止め方のことである（Hebert, Prigerson, Schulz, Arnold, 2006）。もともとは家族の悲嘆の中で検討され始めた概念であり、家族介護者を対象とした研究では、死に対する準備性の高さが死別後の悲嘆や不適応を低減することが確認されている（Hebert et al., 2006; Schulz, Boerner, Klinger, & Rosen, 2015）。また、死に対する準備性は多面的な概念であり、準備すべき側面は対象者によっても異なるとされる（Hebert et al., 2006）。測定に際しては、具体的な個人の死に対して、それぞれの側面でどの程度準備できているかを単一項目で測定されることが多い（Caserta, Utz, Lund, Supiano, & Donaldson, 2019; Hebert et al., 2006）。本概念を介護職員に適用した先行研究（Boerner et al., 2015）では、情報面と情緒面の準備に焦点を当てて、各1項目で測定している。その際、情報的準備性は、「利

用者の状態，ケアニーズ，ケアの目標を明確に理解すること」，情緒的準備性は，「差し迫った死に対して気持ちの整理を付けたり，平穏な気持ちになったりすることで情緒的・精神的に準備していると感じること」と定義され（van Riesenbeck, Boerner, Barooah, & Burack, 2015a），情緒的準備性が介護職員の悲嘆に関連することが示された（Boerner et al., 2015）。

さらに，看取りケア効力感と死に対する準備性の定義を踏まえると，看取りケア効力感，及び，死に対する準備性は関連し合う概念であると考えられる。看取りケア効力感の定義に「看取りケアに必要な行動」とあるように，看取りがあることが前提になっている概念であり，看取りケア効力感が十分機能するためには，特定の利用者が看取りケアを必要とする状態になったという判断が必要となるだろう。たとえば，看取りケア効力感を高く持っていたとしても，その人が看取りの状態にあるということを受け入れていなければ，積極的な看取りケア行動は生じないと考えられる。このことから，より明確に利用者の状態やケア目標を認識し，利用者が近く亡くなることを理解している場合，言い換えると，死に対する準備性が十分に高まった状態にある時，看取りケア効力感により積極的な看取りケアに繋がりがやすく，ひいては悲嘆の低減に繋がると考えられる。つまり，看取りケア効力感と悲嘆の関係に対して，死に対する準備性が促進効果を持つのではないかと考える。以上のことを踏まえ，研究3では，介護職員の悲嘆に対して，死に対する準備性，及び，看取りケア効力感，その交互作用が与える影響を検討することとする。

第6節 本論文における用語の定義

本論文で用いる、高齢者施設、看取りケア、介護職員と看護職員などの施設職員という用語の定義は以下の通りとする。

6-1. 高齢者施設

高齢者を対象とした介護サービスのうち、施設での看取りに関連するサービスには、入所系サービスと居住系サービスがある。そして、短期的に施設に滞在する形で看取りに携わることがあるサービスとして、短期滞在型サービス、小規模多機能型居宅介護がある。更に、分類上は施設ではなく自宅または賃貸住宅扱いになるが、入居して生活をし、看取りの場にもなりつつある場所として、サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）が存在する。それぞれの特徴と定義を Table1-1 に示す。

入所系サービスには、介護老人福祉施設（特養）、介護老人保健施設（老健）、介護療養病床（介護医療院を含む）があり、まとめて介護保険3施設とも呼ばれる。厚生労働省（2013a）によると、それぞれの施設の基本的性格は、特養が「要介護高齢者のための生活施設」、老健が「要介護高齢者にリハビリ等を提供して在宅復帰を目指す施設」、介護療養病床は「医療の必要な要介護高齢者の長期療養施設」であり、どの施設も要介護認定を受けた人が対象となる。介護療養病床は、2024年3月末までの移行期間が設けられた上で廃止予定であり、介護医療院への転換が進められている。看取りに関する制度としては、特養は看取り介護加算、老健はターミナルケア加算を算定することが可能で、介護療養病床（介護医療院）は、看取りに関する加算は定められていないが、看取りやターミナルケアを中心とした長期療養を担っている（厚生労働省、2014）。特養が地方公共団体及び社会福祉法人が主な設置主体であるのに対し、老健と介護療養病床は地方公共団体及び医療法人が主な設置団体であり、後者の方が医療施設寄りになる。

居住系サービスに含まれるのは、有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム（ケアハウス）、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）である。有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホームは、既定の人員基準や施設基準を満たす場合、「特定施設入居者生活介護（介護付きホーム）」と呼ばれる。有料老人ホームは主に営利法人が運営し、法人が入居基準を定めるが、

養護老人ホームは「環境・経済的に困窮した高齢者の入所施設」、軽費老人ホームは「低所得高齢者のための住居」と定められる（厚生労働省，2013a）。また，グループホームは，「認知症高齢者のための共同生活住居」である（厚生労働省，2013a）。看取りに関する制度としては，特定施設及びグループホームでは，看取り介護加算を算定することができる。

短期滞在系サービスは，短期入所生活介護・短期入所療養介護（ショートステイ）が代表的であり，自宅で生活している要介護高齢者が，一時的に施設に滞在するタイプのサービスである。ショートステイを単独で提供する施設もあるが，特養や老健の一部がショートステイ用になっている場合もある。最大30日まで連続で滞在可能で，利用者本人の一時的な体調不良や，普段介護している介護者の用事や休息のために利用する仕組みである。現在のところ看取りに関する加算対象にはなっていないが，自宅と行き来しつつショートステイの中で看取りを実施している施設も存在する（長田，2010；関口，2017）。

小規模多機能型居宅介護は，利用者の状態と希望に合わせて，居宅からの通所ケアを中心に，訪問介護と施設への短期宿泊を組み合わせ提供するサービスである。これに訪問看護を加えたサービスが看護小規模多機能型居宅介護である。小規模多機能居宅介護は看取り連携体制加算，看護小規模多機能型居宅介護はターミナルケア加算が算出可能である。厚生労働省（2021b）によると，看護小規模多機能型居宅介護で2019年6月からの4ヵ月間に亡くなった利用者のうち，62.8%の方の死亡場所が事業所内であり，看取りを担うサービスの1つとなっている。

サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）は，先に言及した通り，制度上は自宅や賃貸住宅扱いとなり，「少なくとも状況把握サービスと生活相談サービスを提供する」と定められている高齢者のための住宅である。この他に，老人福祉法で有料老人ホームの要件になっている，食事の提供，介護の提供，家事の供与，健康管理の供与のいずれかを実施している場合は，サ高住であり，かつ，有料老人ホームであると扱われる。また，サ高住は，自宅と同様の扱いであるため，訪問看護が外付けサービスとして入ることが可能である。もともとは自立度の高い高齢者の利用を想定していたが，厚生労働省（2013b）の資料では，サ高住のうち看取りを「実施している」（25.3%）と「実績はないが対応可能」（32.7%）が合わせて58.0%であり，近年では看取りの受け皿の1つとなりつつある。加算については，サ高住の中で，有料老人ホームに該当し，かつ特定施設の要件を満たす施設では，看取り介護加算を算定することは可能

である。

以上が、高齢者の看取りに関わる可能性がある主な施設である。本論文では、上記で言及した入所系サービスと居住系サービス、及び、看取りに関する加算がある、または、実態として一定の看取りを実施しているサービスを提供している「高齢者の生活拠点となる施設」の総称として、高齢者施設と表記する。具体的には、特養、老健、介護療養病床（介護療養院）、有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、グループホーム、ショートステイ、小規模多機能型居宅介護、サ高住を含む。ただし、施設の種類によって職員の人員配置基準や看取りに関する制度の有無、利用者の平均介護度などは異なり、同じ施設種でも看取りを実施している施設としていない施設が存在する。本論文では、高齢者施設での看取りの可能性を幅広く検討することを目指しており、施設種に依らず通用することを念頭に置いて議論しているが、上記の背景から、本論文で高齢者施設という言葉を用いた際、その中には看取りケアの実施数や実施体制、内容などに一定の幅が存在することは避けられない。その点に留意し、必要に応じて施設種を限定して論じることとする。

Table1-1
高齢者の看取りに関わる高齢者施設・サービスの概要

種別	名称	基本的性格	定義など	主な設置主体	人員配置基準 ^a
入所系サービス（介護保険3施設）	介護老人福祉施設（特養）	要介護高齢者のための生活施設	65歳以上の者であって、身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難なものを入所させ、養護することを目的とする施設	地方公共団体 社会福祉法人	医師：必要数 看護：3 介護：31
	介護保険施設（老健）	要介護高齢者にリハビリ等を提供し在宅復帰を目指す施設	要介護者であって、主としてその心身の機能の維持回復を図り、居宅における生活を営むことができるようにするための支援が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設	地方公共団体 医療法人	医師：1 看護：9 介護：25
	介護療養病床（介護医療院）	医療の必要な要介護高齢者の長期療養施設	療養病床等を有する病院又は診療所であって、当該療養病床等に入院する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他必要な医療を行うことを目的とする施設	地方公共団体 医療法人	医師：3 看護：18 介護：18
特定施設入居者生活介護 ^b	有料老人ホーム	高齢者のための住居	①入浴、排せつ又は食事の介護、②食事の提供、③洗濯、掃除等の家事、④健康管理のいずれかをとする事業を行う施設	限定なし (営利法人中心)	特定施設入所者介護の場合 ①を行う場合 要支援者：看護・介護 =10:1 ②を行う場合 要支援者：看護・介護 =3:1
	養護老人ホーム	環境・経済的に困窮した高齢者の入所施設	入所者を養護し、その者が自立した生活を営み、社会的活動に参加するために必要な指導及び訓練その他の援助を行うことを目的とする施設	地方公共団体 社会福祉法人	
	軽費老人ホーム	低所得高齢者のための住居	無料又は低額な料金で、食事の提供その他日常生活に必要な便宜を供与することを目的とする施設	地方公共団体 社会福祉法人 許可を受けた法人	
	認知症高齢者共同介護（グループホーム）	認知症高齢者のための共同生活住居	入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行う住居共同生活の住居	限定なし (営利法人中心)	利用者：介護=3:1
短期滞在系サービス	短期入所生活介護（ショートステイ）	自宅で介護を受ける高齢者の短期入所サービス	老人短期入所施設、特養等に短期間入所し、当該施設において入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るもの	限定なし	医師1名 利用者：看護・介護 =3:1
	小規模多機能型居宅介護	自宅からの「通い」を中心に、「訪問」や「泊まり」を組み合わせるサービス	居宅に訪問し、または拠点に通わせ、もしくは拠点に短期間宿泊させ、入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事等や機能訓練を行うもの	限定なし	本体事業所で 看護1名 利用者：看護・介護 =3:1
住宅	サービス付き高齢者向け住宅	高齢者のための住居	高齢者を入居させ、状況把握サービス、生活相談サービス等の福祉サービスを提供する住宅	限定なし (営利法人中心)	医師・看護師の常駐なし

^a人員配置基準は、入所系サービスは100床あたりの人数、その他は利用者とスタッフの割合

^b特定施設入居者生活介護の基準を満たす施設のみ該当

出典：厚生労働省（2013a）および福井（2020）を基に筆者作成

6-2. 看取りケア

死が近づきつつある者に対するケアを示す用語はいくつかあり、高齢者施設の看取りに関する先行研究でも、看取りケア、看取り介護、ターミナルケア、エンド・オブ・ライフケア、終末期ケア、単に看取りと表記するなどさまざまである。

上記の用語の中で比較的古くから使われているのが、ターミナルケア (terminal care) である。ターミナルケアは医療の中で生まれた言葉であり、日本においては、特にがん患者の終末期に高い頻度で使われてきた (林, 2016)。しかし、時代の変遷とともにターミナルケアの対象ががん以外にも広がってきたこともあり、近年、英語の文献においてターミナルケアという言葉はほとんど用いられなくなっている (柏木, 2007)。英語圏において、ターミナルケアに代わってよく用いられるようになってきているのが、エンド・オブ・ライフケア (end-of-life care) である (柏木, 2007)。日本ホスピス緩和ケア協会 (2010) によると、エンド・オブ・ライフケアは、1990年代からアメリカやカナダで高齢者医療と緩和ケアを統合する考え方として提唱された用語であり、がんのみならず認知症や脳血管障害など広く高齢者の疾患を対象としたケアを目指している点が特徴である。日本の高齢者施設の終末期の利用者は、がんを患っている場合もあるが、がんに限定されず様々な疾患の利用者がいることから、2つの用語の中では、ターミナルケアよりもエンド・オブ・ライフケアが適切であると考えられる。ただし、日本においては今のところ、他の諸用語を上回って普及する傾向は見られない (野村, 2020)。

また、終末期ケアという用語は、特定の定義や理念が明確にあるわけではなく、「終末期」の定義については対象疾患や年齢によってもさまざまである (林, 2011)。日本老年医学会 (2012) は、高齢者の終末期を「病状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な最善の治療により病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態」と定義している。また、林 (2011) は、がん等の垂急性型の終末期では、半年などの予後期間が設けられることが多いが、「高齢者は複数の疾病や障害を併せ持つことが多く、また心理・社会的影響も受けやすいために、その『終末期』の経過はきわめて多様である。そのため臨死期に至るまでは余命の予測が困難である」と述べ、具体的な期間は定めていない。本論文では、高齢者の状態を示す用語として、日本老年医学会の定義する終末期に該当する状態である場合、「終末期」

を用いる。

そして、日本の高齢者の終末期ケアにおいて比較的良好に用いられるのが、看取りケア（看取り介護）である。高齢者福祉の分野では、2006年の介護保険法改正時に看取り介護加算が創設されたことをきっかけに、看取りケアや看取り介護という言葉が頻繁に用いられるようになった。なお、看取りケアと看取り介護は基本的に同義であるが、看取りケアの方が文献で使用されている回数が多い（野村，2020）。本論文では、法律や制度について述べる場合は、看取り介護と表記するが、それ以外は看取りケアと統一する。

このほかに、終末期のケアに関する用語として、緩和ケア（Palliative care）がある。緩和ケアは、心身の苦痛、社会的苦痛、スピリチュアルな苦痛で構成される全人的苦痛の緩和を積極的に行うことに主眼を置いており、終末期に限らず、そして、病気の種類や年齢に関係なく提供されるものである。ただし、北米においては、緩和ケアはがんやエイズを対象としたものという理解があり（日本ホスピス緩和ケア協会，2010）、日本の緩和ケア病棟の対象もがんとエイズの患者に限定されているため、そうした疾患に限定されたイメージを持たれやすい。実際には、高齢者施設で終末期以外の利用者に緩和ケアが必要な場合もあれば、看取りケアの中で緩和ケアが行われることもあり、特定の時期や状態におけるケアを指す用語とは区別して用いられる。

以上のように、死が近づきつつある者に対するケアに関連する用語は複数あるが、本研究では、上記の議論を踏まえ、「看取りケア」という用語を採用し、英語表記を *end-of-life care* とする。高齢者施設での終末期のケアは、医療機関とは異なる福祉施設での死であり、疾患も特定されていない。また、介護保険法改正以降、高齢者施設において最も馴染みのある表現であると考えられるため、看取りケアを採用した。

また、高齢者施設では、状態が安定しているときから臨終に至るまでの経過が連続しており、看取りケアの時期を明確に区別することは難しい。さらに、意思疎通が可能な時期に、望む終末期の過ごし方について確認することも、看取りのための関わりである（小林，2012）ことを踏まえて、本論文では「看取りケア」を「高齢者施設において看取りに対する事前の意思確認から臨終後のケアまでの看取りに関する全てのケア」と定義し、臨終の立ち合いの有無や看取りの場所が施設内であるかを問わず、看取りを想定してケアに携わることを看取りケアとする。

6-3. 高齢者施設の職員

本論文における介護職員とは、「介護関連の資格の有無にかかわらず、高齢者施設で介護業務に従事する者」のことを指す。介護職、介護スタッフを同義とし、先行研究においてこれらの用語が用いられている場合、特に必要がある場合を除いて、介護職員に統一して表記する。また、本論文の研究2及び先行研究の一部（*e.g.* 出村・中村，2011；井上，2016；三好，2017）において、介護福祉士のみを対象としている研究が存在する。介護福祉士とは、「介護福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもって、身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者について心身の状況に応じた介護を行ない、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行なうことを業とする者」（社会福祉士及び介護福祉士法第2条）と定められている国家資格である。介護福祉士は、介護職員初任者研修（旧ホームヘルパー2級相当）や介護福祉士実務者研修（旧ホームヘルパー1級相当）をはじめとするその他の介護関連の資格とは資格取得に要する研修時間が大きく異なり、国家資格である点も異なる。そのため、本論文の表記において、介護職員に介護福祉士は含まれるが、介護福祉士に限定して論じる場合は介護福祉士と明記する。

また、本論文において、看護職員とは、「看護師免許または准看護師免許を有し、高齢者施設で看護業務に従事する者」を指す。さらに、いくつかの先行研究（*e.g.* 深澤・高岡，2011；樋田・松波，2015；小楠・萩原，2007）では、介護職員と看護職員の総称や、介護職員と看護職員に加えて生活相談員、機能訓練員などの他職種も含めた高齢者施設で直接利用者に関わることのある専門職の総称として、ケアワーカー、ケアスタッフ、施設職員、職員、介護者、ケア実践者といった用語を使用しているものもある。本論文では、その職種に限定して論じる必要がある場合を除き、「高齢者施設で利用者に関わる機会のある専門職」を示す場合は、「施設職員」と表記する。

第7節 本論文の目的と構成

7-1. 本論文の目的

本論文では、高齢者施設の介護職員の看取りケア行動を促進する要因として、社会的学習理論を基に、「看取りケア効力感」という概念を提唱した。看取りケア効力感を検討するに当たって、管見の限り、看取りケアに対する自己効力感を測定する尺度は存在しないことから、本論文の研究1では、看取りケア効力感尺度の項目案を作成することを念頭に、介護職員が行うべき看取りケア行動について明らかにすることを目的とする。研究1を受け、研究2の分析1では、看取りケア効力感尺度の信頼性と妥当性を検討することを目的とする。研究2の分析2では、「何が看取りケア効力感に影響を与えているのか」を明らかにするために、看取りケア効力感の先行要因として、看取りケアに関する社会的学習経験（遂行行動の達成、代理経験、言語的説、情動喚起）の主観的経験量と、看取りケアの経験回数を取り上げ、看取りケア効力感との関連を検討することを目的とする。研究3では、「看取りケア効力感が何に影響するのか」について、看取りケア効力感、及び、死に対する準備性が看取り後の悲嘆とどのように関係するのかを検討することを目的とする。

7-2. 本論文の構成

本論文は、本章と総合論議、そして、主に3つの研究によって構成されている。各研究で扱う主要な変数の関連を Figure 1-4 に示した。

本章では、高齢者施設での看取りケアが増加している背景と、看取りケアを中心的に担う介護職員に関する先行研究の概観を行い、介護職員が看取りケアの実施に対して必ずしも積極的でないこと、その背景に、看取りケアに関する否定的経験があることを整理した。そして、その問題への対処策として、社会的学習理論の自己効力感概念に着目し、看取りケア効力感という概念を提唱した。

第2章（研究1）は、第3章（研究2）における看取りケア効力感尺度の作成のための事前調査として位置づけられる。看取りケア効力感尺度の項目案を作成するために、まず、「高齢者施設の介護職員の看取りケア行動」の内容を明らかにする必要がある。そこで、高齢者施設の介護職員の看取りケアにつ

いて書かれた教科書等の書籍の内容分析（分析1）と、特養の介護職員を対象としたフォーカス・グループインタビュー（分析2）を実施し、その結果について記述した。第2章の最後で、2つの分析結果を踏まえ、高齢者施設の介護職員の看取りケア効力感を測定する尺度の項目案を作成した。

第3章（研究2）では、日本介護福祉士会に所属する介護福祉士を対象とした質問紙調査の結果をまとめた。まず、研究1で作成した尺度項目案を用いて、看取りケア効力感尺度を作成し、一定の信頼性と妥当性があることを確認した。また、その尺度を用いて、看取りケアに関する社会的学習経験の4要因、及び、看取りケア経験回数が看取りケア効力感に与える影響について検討した。これまでの研究において、看取りケアに関する社会的学習経験をまとめて検討したり、その経験量を測定する尺度が開発されたりはしていない。そこで、本研究では、介護職員の経験を示した先行研究、及び、Banduraの示す自己効力感の情報源の定義を踏まえて、金岡（2011）や遠藤他（1999）に倣い、看取りケアに関する社会的学習経験を測定する尺度を作成して、関連を検討した。そして、看取りケア効力感をどのように高めることが可能であるかについて考察した。

第4章（研究3）では、第3章までにおける動機づけに関する議論とは異なる観点から、看取りケア効力感について検討した。オンライン調査で、看取りケア効力感と悲嘆との関係について、死に対する準備性という概念を加えて検討した結果をまとめた。研究3では、以下の仮説を検証することを目的とした。

仮説1：死に対する準備性が高い人ほど、悲嘆の程度が低くなる。

仮説2：看取りケア効力感が高い人ほど、悲嘆の程度が低くなる。

仮説3：看取りケア効力感が高く、かつ、死に対する準備性が高い人は、看取りケア効力感が低い人や、看取りケア効力感が高くとも死に対する準備性が低い人よりも、悲嘆の程度が低くなる。

第5章では、本論文で行った看取りケア効力感を用いた3つの研究を踏まえて、まず、看取りケア効力感という構成概念と看取りケア効力感尺度の妥当性について論じ、看取りケア効力感に関する研究の今後の展開について検討した。また、看取りケアに関する社会的学習経験の観点から看取りケア効力感を高めるためにできること、そして、悲嘆による問題の予防という観点から気を付けるべきことを、先行研究で示された介護現場の状況を踏まえつつ議論した。最後に、本論文の研究全体に通じる限界と今後の課題をまとめ、総括とした。

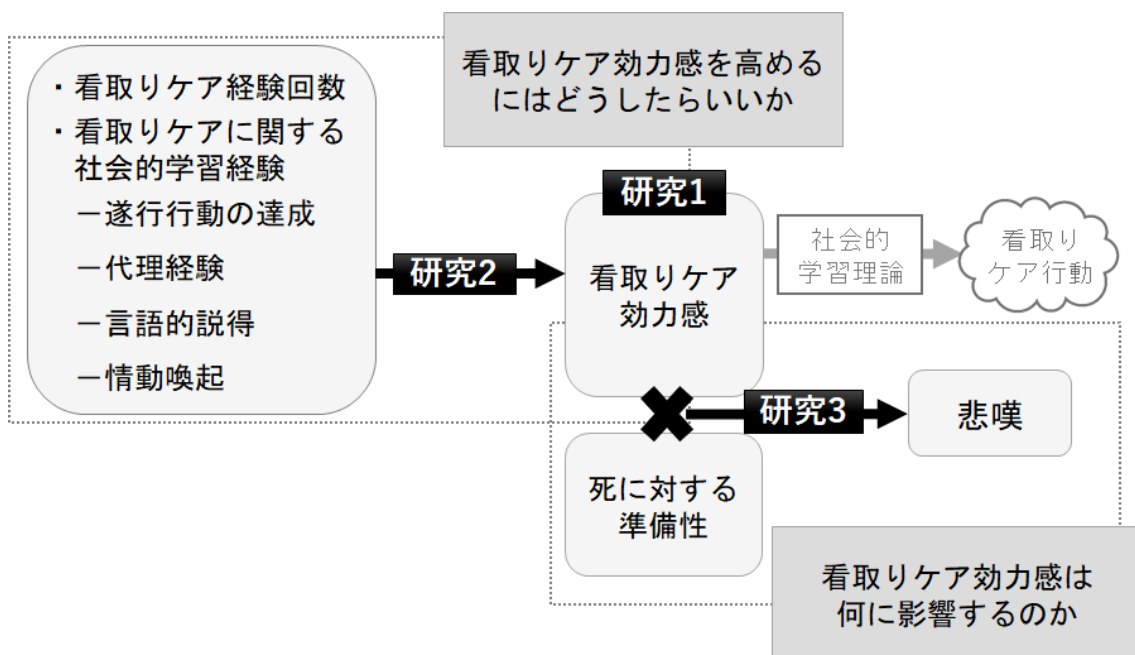


Figure1-4

本論文の主要な概念と研究の位置づけ

(白紙)

第 2 章

高齢者施設の介護職員の看取りケア行動の内容分析と 看取りケア効力感尺度の項目案の作成

・本章の内容は、著者が大阪大学大学院人間科学研究科に提出した修士論文（2013 年度）、及び、以下の学術論文の内容を編集したものである。また、本研究の一部は The 67th Annual Scientific Meeting of the Gerontological Society of America で報告された。

久保田 彩（2015）. 高齢者施設の介護職員による看取りケア行動の内容検討：教科書の内容分析を用いて. 生老病死の行動科学 19, 7-20.

・本研究は科学研究費補助金（挑戦的萌芽研究）（研究課題番号：25590186，研究代表者：佐藤 眞一）の助成を受けて実施された。

第1節 研究1の概要

1-1. 研究1の目的

看取りケア効力感は、「自分は看取りケアに必要な行動をとることができるという信念」と定義される。研究1では、高齢者施設の介護職員の看取りケア効力感を測定する尺度の項目案を作成することを目的として、書籍の内容分析（分析1）とフォーカス・グループインタビュー（分析2）を行った。そして、分析1と分析2を踏まえ、本章の最後で、看取りケア効力感尺度の項目案を作成した。

1-2. 分析1の概要

看取りケア効力感尺度の作成に当たって、介護や保育など領域固有の自己効力感を測定する尺度作成論文（金岡，2011；岡田，2008）を参照すると、まず、「その領域においてどのような行動が必要であるか」を明らかにして、その行動に対する自己効力感を尋ねる形式で尺度を作成している。そこで、看取りケア効力感尺度の作成においても、まず、「看取りケアにおいてどのような行動が必要であるか」を明らかにすることが必要であると考えた。分析1では、「高齢者施設で看取りケアを行う際に、介護職員はどのような行動をする必要があるのか」を明らかにすることを目的として、高齢者施設での看取りについて書かれた教科書形式の書籍を対象に文献検討を行い、必要な行動を抽出した。

分析対象とした書籍は、高齢者施設での看取りをテーマに書かれたもののうち、教科書、または、教科書に類似する形で編纂されているハンドブックや手引書など（以下、教科書類似書籍とする）とした。教科書や教科書類似書籍は読み手に等しく理解されることを目的として書かれており、「誰が何をすべきか、すべきではないか」について明確に記述されている。また、高齢者施設での看取りについて書かれた他の書籍の形態として、評論やエッセイ、事例集などがあるが、それらはその行動の望ましさや必要性とは別に、単に「行っている行動」や「実際に行った行動」について記載されている可能性があり、「行うべきケア行動」のみを判別することが困難である。そこで、本研究では、教科書及び教科書類似書籍のみを分析対象とした。教科書や教科書類似書籍は、その編纂過程で必要な行動を網羅するように注意深く検討されていると考えら

れるため、まず教科書等の書籍による検討を行うことで、看取りケアの全体像を掴むことが可能であると考えた。

1-3. 分析2の概要

分析1で抽出された、高齢者施設の看取りケアにおいて介護職員が行うべき行動について、全ての行動に対する自己効力感を尋ねることは現実的ではなく、項目を精選する必要があった。そこで、最近看取りケアに取り組み始めた高齢者施設に勤務する介護職員を対象としたフォーカス・グループインタビューを行い、文献検討で抽出された行動の中でも標準的、かつ、重要と考えられるケア内容を確認することとした。

フォーカス・グループインタビューとは、複数の参加者に同時にインタビューを実施する方法であり、複数の人が存在することによって生じるグループダイナミクスを応用した質的な情報把握の方法である（安梅，2001）。フォーカス・グループインタビューの利点は、参加者相互のやり取りの中で自分自身でも気付かなかった点が見えてきたり、解決の方法を見出したりして、潜在的な意見まで引き出すことができる点にある（安梅，2001）。また、グループで行うことで、相槌を打ったり、追加で意見を述べたりすることが可能になるため、一人一人の参加者にかかるプレッシャーが軽減されるという。日頃自分が行っているケアを言語化することに慣れていない参加者もいると予想されたことから、職員の相互作用によって個々人の考えの表出が促進されることを期待して、本研究ではフォーカス・グループインタビューを採用した。

第2節 看取りケア行動に関する書籍の内容分析(分析1)

2-1. 分析1の手続き

分析対象書籍

分析対象は、高齢者施設における看取りケアについて記述された教科書・教科書類似書籍とした。2014年8月⁶に国立情報学研究所が提供する CiNii Books で検索可能な書籍を対象とした。

介護保険法が改正された2006年以降の書籍に限定し、キーワード検索で「終末期」または「ターミナル」または「看取り」と、「高齢者」または「介護」のAND検索を実施し、その中からNOT検索で「看護」「在宅」をキーワードとするものを除外した。その結果、48件の書籍が候補として挙げられた。CiNii Books の書籍説明及び実際の書籍の内容を踏まえ、最終的に介護職員の看取りケアについて教科書形式で編纂された10件を分析対象とした(Table 2-1)。なお、除外された38件の内訳は、(a)教科書・教科書類似書籍の形式で編纂されていない書籍28件(報告書・講演録9件, 人文社会系書籍6件, 随筆・事例集・ルポタージュなど13件), 及び、(b)分析対象と異なる内容を含む書籍10件(高齢者施設の看取りケアに関連のない書籍5件, リハビリ・マネジメントなど特定の側面にのみ焦点を当てた書籍4件, 介護支援専門員に焦点を当てた書籍1件)であった。

⁶ 本分析は、初回は2013年6月に実施した後、論文化に際して2014年8月に再分析を行った。本論文に掲載する結果は2014年8月に分析した際の結果である。ただし、初回の分析と再分析で分析対象となる書籍は変わらず、結果に大きな違いは見られなかった。

Table 2-1
分析対象書籍の一覧

	書籍名	著者	出版年	出版社
1	尊厳ある最期を迎えるための看取りケアマニュアル	NPO法人 全国高齢者 ケア協会	2012	高齢者ケア 出版
2	看取りケアの基本スキルがよくわかる本	諏訪免典子	2012	ぱる出版
3	「死にゆく人」へのケア：高齢者介護福祉施設での看取りケア指導テキスト	内田富美江, 岡本綾	2009	筒井書房
4	高齢者介護施設の看取りケアガイドブック：「さくばらホーム」の看取りケアの実践から	櫻井紀子	2008	中央法規出版
5	特別養護老人ホーム看取りケアの手引き	日本介護 支援協会	2007	日本介護支 援協会
6	グループホームにおける福祉ターミナルケアの手引き	日本介護 支援協会	2007	日本介護支 援協会
7	看取りケアと重度化対応ケアマニュアル	シルバー総 合研究所	2007	日総研出版
8	だんだんよ、涙がでるほどうれしいで：介護最前線の看取りケア	こうほうえ ん	2007	筒井書房
9	介護福祉士国家試験対策基本テキスト 7巻．認知症患者への支援、ターミナルケア	木村久枝, 片桐幸司	2012	日本医療企 画
10	介護福祉士養成テキスト 11 自立に向けた食事・調理・睡眠・排泄の支援と終末期の支援	川村佐和子 他	2009	建帛社

分析方法

分析は 2014 年 8 月に行った。分析方法は、Berelson の内容分析 (Berelson, 1952 稲葉・金沢, 1957) を採用した。Berelson の内容分析は、分析対象が「表明された」コミュニケーションに限定されており、行間を読むことや背景にある意図を推論することを認めていない。そのため、そこに何が書かれているか知ることを目的とした研究に適している (舟島, 2007)。本研究の分析対象である教科書・教科書類似書籍は、基本的に、読み手が等しく内容を理解できるように意図して書かれたものである。そこには記述されたこと以上の意図を推論する必要がないことから、Berelson の内容分析が適切

であると考え採用した。具体的な分析手続きは、Berelson の内容分析を正確に展開するために分析過程を 5 段階に分けた舟島（2007）の方法論に依拠した。舟島（2007）の方法では、まず「研究のための問い」と「問いに対する回答文」を決定する。「研究のための問い」とは、「データを分析して何を明らかにしたいのかを質問文の形で表現して文章化したもの」であり、「問いに対する回答文」とは、「分析した結果をその空欄に書き込むことにより、研究のための問いの回答として成立する 1 文」である（舟島，2007，p.54）。そして、「問いに対する回答文」の空欄に当てはめる文章の単位を「記録単位」、その記録単位の内容を考える際に考慮すべき文章の最大の単位を「文脈単位」と呼ぶ。また、意味内容の類似性に基づいて記録単位をまとめたものをカテゴリとする。妥当性の検討は、全記録単位の 10%を乱数表を用いて無作為に抽出し、一致率を求めることで確認する。なお、舟島（2007）で提示された方法は、質問紙調査の自由回答の分析に特化して工夫された方法とされているが、文献を対象とした内容分析への適用を積極的に否定してはおらず、舟島以外に Berelson の方法論を具体的な手続きとして示したものが見当たらなかったため、舟島（2007）の手続きに依拠した。さらに、本研究では、抽出されたカテゴリが多岐にわたると考えられたことから、得られたカテゴリの整理を進めるために、最初に抽出されたカテゴリを基本カテゴリとし、必要に応じて上位カテゴリを設定した。

また、例えば、入浴のケアの手順など、ケアの具体的な手順について述べた記録単位については、各記録単位自体は異なる内容であるものの、浴室への移動、必要物品の準備、入浴時の温度調整といったその特定のケアに必要な個別具体的な手順を明らかにすることが本研究の目的ではないことから、手順の内容は区別せず、すべて「入浴の実施」の記録単位として扱った。ただし、記録単位数は教科書・教科書類似書籍内で当該ケアについて言及された回数を反映する指標と考えるため、記録単位数を示す際には、具体的手順の記録単位数と当該ケアの記録単位数とを分けて示した。

2-2. 分析1の結果

舟島（2007）の手続きに従い、「研究のための問い」を「高齢者施設で看取りを行う場合、介護職員がどのようなケア行動をするべきか」とし、「問いに対する回答文」を「高齢者で看取りを行う場合、介護職員は（ 一空欄 ）

すべきである」とした。続いて、記録単位を「研究に対する問いに対して、回答内容が1つのみになる単語、句、文章」とし、文脈単位は「節」とした。以上を踏まえ、全10冊から研究のための問いに対応する回答文を満たす記録単位を抜き出したところ、1,718個の記録単位が得られた。続いて、1,718個の記録単位に対して基礎分析を行った結果、257個の記録単位が抽象的、または、意味が不明瞭として除外された。残り1,461個の記録単位に対して本分析を行ったところ、184個の基本カテゴリが抽出された。さらに、各カテゴリの内容の類似性に基づき、より高次のカテゴリへの集約を繰り返した。その結果、46個の小カテゴリが抽出され、それらは更に11個の中カテゴリにまとめられ、最終的に3個の大カテゴリに集約された (Table 2-2, 2-3, 2-4)。以下、大カテゴリを【】、中カテゴリを『』、小カテゴリを<>、そして基本カテゴリを「」で表記する。

大カテゴリは、ケアの対象者とケアを実施する時期の違いがある【利用者に対するケア】、【利用者以外に対するケア】、【特定の時期におけるケア】の3つが抽出された。大カテゴリ【利用者に対するケア】には99個の基本カテゴリが含まれた。<苦痛・不快感の緩和>、<職員と利用者との良好な関係の維持>といった26個の小カテゴリにまとめられ、その小カテゴリがさらに、『身体的側面のケア』、『心理的側面のケア』、『社会的側面のケア』、『日常生活のケア』、『利用者のその他のケア』の5個の中カテゴリに集約された。大カテゴリ【利用者以外に対するケア】には29個の基本カテゴリが含まれ、<家族心理への対応>、<他職種との連携>、<学習>といった10個の小カテゴリ、そして、『家族ケア』、『チームケア』、『セルフケア』の3個の中カテゴリから構成された。大カテゴリ【特定の時期におけるケア】は49個の基本カテゴリから構成され、<利用者や家族の意向・希望確認>、<家族に対するケア>、<ケアの振り返りと評価>といった10個の小カテゴリ、そして、『看取り期前のケア』、『危篤時のケア』、『死後のケア』の3つの中カテゴリにまとめられた。

また、本分析に用いた全1,461個の記録単位の10%にあたる146個の記録単位を無作為に抽出し、スコットの式 (Scott, 1955) を用いて、一致率を算出したところ、老年学を専攻する大学院生1名との一致率は78.0%であった。

Table 2-2
「利用者に対するケア」に含まれる介護職員のケア内容

中カテゴリ ^a	小カテゴリ ^a	基本カテゴリ	記録単位数 ^b		
	苦痛・不快感の緩和 (14)	体位の工夫	15		
		苦痛とその原因の把握	13		
		保清など日常的なケアによる緩和	12		
		医療との連携・医療対応	12		
		マッサージなど非薬物的対処療法による緩和	9		
		寝衣・寝具の工夫	4		
		体感温度の調整	4		
		日常生活支援時の安楽の確保	4		
		訴えの受容	3		
		環境整備	2		
		声掛け・コミュニケーション	2		
		不動による褥瘡防止	1		
		身体的側面のケア (2)	特定の身体症状への対応	発熱への対応	33
				呼吸困難の緩和	23
嘔吐時のケア	9				
浮腫への対応	7				
咳嗽・喀痰の除去	5				
口腔乾燥への対応	3				
医療対応	医療的ケア（経管栄養の管理・与薬・吸引など）の補助		25/19		
	医療との連携・状態変化時の報告		15		
清潔の保持 (3)	利用者の状態を踏まえた適切な保清方法の選択		11		
	入浴・部分浴・清拭の実施		9/19		
	保清時の観察	3			
疾病の予防・進行防止	廃用症候群（拘縮や褥瘡など）の防止	14/4			
	感染症の予防・防止	8			
その他		口腔ケア	8/18		
		スキンシップやマッサージなどのタッチングケア	7		
		安楽な体位の確保	6		
		清潔で適切な衣類の選択	4		
		整容支援	3		
		身体状態の把握	3		
		プライバシーへの配慮	1		
心理的側面のケア (2)	精神的苦痛・否定的感情の緩和(7)	そばにいる・訪室	7		
		声掛け・コミュニケーション	5		
		タッチング・スキンシップ	5		
		感情や訴えの受容	6		
		身体的苦痛の緩和	2		
		心理療法等による緩和ケア	2		
		家族・馴染みの人との交流促進	2		
		原因の把握	1		
		環境整備	1		

Table 2-2 (続)
「利用者に対するケア」に含まれる介護職員のケア内容

中カテゴリ ^a	小カテゴリ ^a	基本カテゴリ	記録単位数 ^b	
続・心理的側面のケア	実存的苦痛（信仰・死に関する問題など）の緩和(5)	寄り添いと傾聴	4	
		安心感の創造	2	
		気持ちを共感し受容	2	
		スキンシップ	1	
		傾聴と受容	表情や仕草などからの思いや訴えを受けとめ 傾聴する	7 6/14
		家族による支援	家族に精神面での支援について相談・協力要請 家族との時間・空間の整備	5 1
社会的側面のケア	その他	安心感の創造	5	
		職員と利用者との良好な関係維持	尊厳に配慮した接遇 言語的・非言語的コミュニケーション 信頼関係の構築	7 6 4
		社会的苦痛（家族や職員との人間関係など）の緩和(3)	生活相談員との連携 利用者・家族間の調整	2 1
	社会関係の支援	その他	外泊・外出が可能な場合は支援	3
			なじみの人との交流などの社会関係支援	2
			対人関係が希薄な人への支援	1
			個別背景（生活歴・価値観など）を把握 願い・生活上の希望を実現 生活の活性化・いきがいの創造	17 14 8
	日常生活のケア(12)	食事のケア(2)	食欲不振への対応	11
			誤嚥・誤飲防止	9
			食べたいもの・見た目の良いものを提供	9
身体状態に応じた食事介助			9/3	
可能な限りの経口摂取の維持			8	
栄養状態の管理			5	
食事に関する観察・アセスメントと報告			3	
排泄のケア(6)		その他	環境整備	1
			排泄障害の予防と対応	23
			利用者の希望を踏まえた尊厳ある排泄を支援	8
			排泄に関する観察と記録	7
			排泄パターンを踏まえた排泄のサインの見極め 必要に応じて医療職に相談・報告 清潔保持 安全とプライバシーへの配慮	6 3 3 3

Table 2-2 (続)

「利用者に対するケア」に含まれる介護職員のケア内容

中カテ ゴリ ^a	小カテゴリ ^a	基本カテゴリ	記録単 位数 ^b
利 用 者 の そ の 他 の ケ ア	心地よい環境整備(18/6)	騒音・刺激を減らした静かな環境を整備	9
		家族や親しい人とゆっくり交流できる空間の整備	6
		快適な室内気候・照明・採光の工夫	5
		安全で適切な寝具を選択	3/8
		清潔・衛生的な状態を維持	3
		適切な環境（居室）の検討	3
		プライバシーに配慮	1
		睡眠ケア	発汗・失禁へのこまめな対応
	体位交換		2
	睡眠時の褥瘡予防		2
	安眠できる環境の整備		2
	手浴・足浴など安眠に繋がる支援		1
	不眠への対応		1
	起居・移動のケア(3/19)	適切な移動方法・移動用具の選択	3
		転倒・転落予防	2/5
	観察・見守り	心身の状態を細かく観察し変化があった場合に対応	20
		死にゆく過程の見守り	7
		観察のための訪室	4
	ケアの計画・モニタリ ング	介護計画の作成と修正	9
		適切なケアの判断・モニタリング	9
		多様な情報源（本人・家族・記録など）に基づくア セスメント	3
	情報提供・意向確認	日常生活や会話の中から看取りに対する意向を確認	5
		本人が知りたい情報を適切に提供	4
看取りの場に対する意向確認が可能な関係性を構築		3	
看取りの場の自己決定を支援		1	
基本的な業務管理	ケアプランに沿って看取りケアを実施	4	
	効率的な業務管理	4	
	安全管理	1	
サービス担当者会議・ 定期カンファレンスへ の参加(6)	カンファレンスでケアを振り返り・学習	1	
	カンファレンスで介護職としての意見提供 カンファレンスの記録	1	
その他	正確・詳細で有用な記録の作成	23	
	他の入居者への配慮	4	

^a各カテゴリ名に続く括弧内の数字は（記述単位数/手順に関する記述単位数）を示す

^b斜線の含む項目については、記述単位数/手順に関する記述単位数を示す

Table 2-3
「利用者以外に対するケア」に含まれる介護職員のケア内容

中カテゴリ ^a	小カテゴリ ^a	基本カテゴリ	記録単位数 ^b
家族支援 (10)	利用者との関わり支援	利用者への関わり・ケアへの参加を促進	20
		利用者と過ごすための環境の提供	19
		必要に応じて利用者との家族関係の修復・回復	7
	家族心理への対応	家族の心情に寄り添い、精神面の支援	16
		家族の要望や願いを聞き取り対応	13
		利用者の死を受容できるように支援	4
	情報提供	利用者の状態・ケア内容を説明	25
		利用者の日常の様子を報告	4
		一般的な死へのプロセスの説明	4
	家族の意向確認	看取りに対する意向確認	12
看取りに対する意向の決定を支援		3	
個々の家族形態への対応	キーパーソン以外の家族への対応	6	
	家族の形態・状態に応じた対応の変更	3	
	家族内の関係（キーパーソン）の確認	2	
	その他	3	
その他	コミュニケーション・声掛けをする	12	
	家族の生活・心身への配慮	8	
	職員間で連携し一貫した対応	5	
	信頼関係の構築	3	
チームケア	他職種との連携(12)	介護職と他職種の専門的役割を理解	12
	その他	他職種とのコミュニケーション	9
		他職種との情報共有	6
		介護職の立場から本人・家族に関する情報提供	4
		経験者は未経験者・後輩のケアを指導	3
チームの方針の理解	2		
家族との連携	2		
セルフケア	学習	死について考え、死生観を構築	15
	その他	学習課題を設定しスキル・知識・態度を向上	13
		介護職員自身の健康管理	4/12
		責任感・倫理観を持つ	3

^a各カテゴリ名に続く括弧内の数字は（記述単位数/手順に関する記述単位数）を示す

^b斜線の含む項目については、記述単位数/手順に関する記述単位数を示す

Table 2-4

「特定の時期におけるケア」に含まれる介護職員のケア内容

中カテゴリ ^a	小カテゴリ ^a	基本カテゴリ	記録単位数 ^b
前 看 の 取 り 期	利用者や家族の意向・希望確認	看取り期前から必要に応じ家族・利用者の意向確認	12
		利用者の看取り期のケアに対する希望の把握	5
	その他	家族・医療職との信頼関係の構築	2
危 篤 時 の ケ ア (1)	利用者に対するケア	状態変化の観察・把握・対応	29
		安心・安楽の為の細やかな訪室	7
		医療職との連携	5
		利用者の心身の苦痛の緩和	5
		タッチングや声掛け	4
		傍で見守る	3
		本人の好みや希望への対応	3
		心地よい環境整備	2
	家族に対するケア(2)	容態の変化をわかりやすく説明	4
		家族への連絡	3
		家族が利用者に対してできることを助言	3
		声掛け・コミュニケーション	3
		家族・親しい人が臨終に立ち会えるように支援	2
		家族の心の準備支援	2
セルフケア	職員自身の心の準備	2	
死 後 の ケ ア (6)	利用者に対するケア	死後の遺体ケア(湯灌・清拭・整容など)	26/49
		死後の儀式(末期の水)の補助	13
		葬儀に合わせて弔電・黙祷	6
		死後の環境・空間の整備	6
		状況に応じて葬儀へ参列	4
		利用者の生前の希望に配慮	4
		地域性を踏まえて対応	2
		家族と共に納棺のための衣類や持ち物の選択	2
	家族への死後ケア(14)	退去時の見送り	2
		利用者への言葉かけ	2
		家族が十分にお別れできるように支援	15
		家族に死後のケアへの参加を促す	9
		葬儀・諸手続きへの助言	7
		看取りケアの経過の説明	7
手紙や電話による追悼	6		
遺族感情の理解・共有	5		
言葉かけ	4		
話し合い, 気持ちに寄り添う	3		
死後の対応への意向確認	2		
家族の心身の状態の確認	1		

Table 2-4 (続)

「特定の時期におけるケア」に含まれる介護職員のケア内容

中カテ ゴリ ^a	小カテゴリ ^a	基本カテゴリ	記録単 位数 ^b	
続 ・ 死 後 の ケ ア	ケアの振り返りと評価	看取り後のカンファレンスへの参加	9	
		次の看取りに向けての学習・課題検討	8	
		ケアの振り返りと評価	7	
		故人を偲ぶ	3	
		死生観を涵養	2	
		ケアの振り返りの記録	2	
		事務手続き	2	
	セルフケア	感情表出 自己の状態の認知	遺品の整理	2
			退去にともなう手続きの実施	2
			感情表出	3
		自己の状態の認知	3	

^a各カテゴリ名に続く括弧内の数字は(記述単位数/手順に関する記述単位数)を示す

^b斜線の含む項目については、記述単位数/手順に関する記述単位数を示す

2-3. 分析1の考察

研究1の分析1では、高齢者施設で看取りケアを行う際に介護職員が行うべきケア行動を明らかにすることを目的として、看取りケアに関する教科書・教科書類似書籍の内容分析を行った。その結果、介護職員が行うべき看取りケアの内容として、184個の基本カテゴリが抽出された。それらは更に、46個の小カテゴリ、11個の中カテゴリ、そして3個の大カテゴリへと集約された。まず、本分析の信頼性と抽出された内容の妥当性を検討した上で、看取りケアの各内容に関する考察を行う。

本分析の信頼性と結果の妥当性

抽出された全基本カテゴリの10%について、老年学を専攻する大学院生との一致率は78%であったことから、本分析には一定の信頼性があると考えられる。また、抽出された11個の中カテゴリは、高齢者施設の職員が行う終末期ケアの内容を検討した先行研究(北村他, 2010; 鈴木・流石, 2012)で示されたケア内容を全て含んでいることから、内容的な妥当性も確保されたと考える。加えて、それぞれの先行研究、あるいはいずれの先行研究でも抽出されなかった『日常生活のケア』や『チームケア』、『セルフケア』といったカテゴリが抽出されており、先行研究に比べてより網羅的に介護職員の看取りケア行動を明らかにすることができたといえるだろう。

介護職員が行うべき看取りケアの内容

次に、各カテゴリの内容について、記録単位数が多く看取りケアにおいて重要度が高いと考えられる内容、及び、看取りケアに特徴的であると考えられる点に焦点を当てて考察する。

【利用者に対するケア】の各側面には、『身体的側面のケア』、『心理的側面のケア』、『社会的側面のケア』、『日常生活のケア』、『利用者のその他のケア』が含まれた。【利用者に対するケア】は、大カテゴリの中で最も記録単位数が多かったが、看取りの主役は利用者（内田，2009a）であることから、利用者に対するケアが最も多く言及されたのは妥当なことであろう。

身体的側面のケア 『身体的側面のケア』の中で多く挙げられたのが、＜苦痛・不快感の緩和＞や＜特定の身体症状への対応＞であった。身体的苦痛の緩和や身体症状のコントロールは、日本人が望む理想の死（Good death）の概念を構成する重要な側面の一つとして挙げられており（Hirai, Miyashita, Morita, Sanjo, & Uchitomi, 2006）、高齢者施設での看取りにおいても重要なケアであると考えられる。ただし、高齢者施設は医療施設ではなく、介護職員が行うケアに限定していることから、身体的苦痛等の緩和の具体的方法として、「体位の工夫」や「保清などの日常的なケアによる緩和」など非医療的な方法が用いられている点が特徴的であると考えられる。

心理的側面のケア 『心理的側面のケア』で多く挙げられたのが、＜精神的苦痛・否定的感情の緩和＞と＜実存的苦痛の緩和＞である。施設で暮らしている利用者は、不安や恐怖など様々な否定的感情を感じている（櫻井，2008）。そうした心理面での苦痛を緩和することは、看取りに求められるケア内容である。また、＜実存的苦痛の緩和＞は、まさに死を目の前に控えた者にとって重要な問題であろう。一方で、内田（2009b）は、介護職員が「死後の世界はあるのか」と聞かれ答えられなかった」と、死に直面して戸惑う場合も少なくないことを指摘しており、困難なケアの一つでもあると考えられる。

社会的側面のケア 『社会的側面のケア』において多く言及されたのは、「個別背景を把握」すること、「願い・生活上の希望を実現」することなどであった。これは、社会関係に限られる終末期においても（中里，2008）、その人らしく生活すること、社会的存在として存在することに繋がると考えられる。ただし、＜職員と利用者との良好な関係の維持＞や「個別背景の把握」といったことは、通常、入所した際から始まるものであり、看取り期に特化して何か新しくケアが行われるというよりは、看取りケアにおけるあらゆるケアの基盤に

なるものであると考えられる。

日常生活のケア 『日常生活のケア』では、＜排泄のケア＞、＜食事のケア＞、＜心地よい環境整備＞などが多く含まれた。これらの日常生活支援は、介護職員自身や他職種から見て介護職の専門性が発揮される中心分野であり（寺嶋他，2003）、看取り期に入る前から常に行われるものである。ただし、終末期は、嚥下困難や食欲不振の増加、寝たきりになって排泄障害が生じやすくなるなど、利用者の身体状況が変化する時期である。そうした終末期の身体状況の下降の中でも、介護職の専門性を発揮して、利用者が日常生活を維持できるようにすることは介護職員に期待される部分であろう。一方で、先行研究（北村他，2010；鈴木・流石，2012）では本カテゴリと同様の内容は示されなかったことから、行っているにもかかわらず看取りケアとして見落されがちなケアであると考えられる。

利用者のその他のケア 『利用者のその他のケア』に含まれた内容で、看取り期のケアを考えた際に特筆すべきは、＜観察・見守り＞であろう。「死に逝く過程の見守り」は、具体的な動作よりもその場に留まることに焦点が当てられている。ホスピス創始者のシシリー・ソング博士は、ホスピスケアの原点は「Not doing, But being（何かをすることよりも、傍にいたること）」であると説いた（窪寺，2008）。見守る、傍にいたるといったケア内容は、看取り期により重要なケアであると考えられる。

2つ目の大カテゴリである【利用者以外に対するケア】には、『家族ケア』、『チームケア』、『セルフケア』の3つの中カテゴリが含まれた。家族に対するケアやセルフケアは、危篤時や看取り後といった特定の時期におけるケアとしても挙げられているが、そうした特定の時期に限らないカテゴリも確認された。また、本研究で抽出された『セルフケア』は、記録単位数はそれほど多くないものの、先行研究（北村他，2010；鈴木・流石，2012）では確認されなかったカテゴリである。先行研究では、介護職員らを対象とした面接調査によってケア内容を検討したため、自分自身に関する内容は含まれにくかったと推察される。本分析が、介護職員等に向けて看取りケアに必要なことを示す教科書や教科書類似書籍を分析対象としたために抽出されたと考える。

家族ケア 『家族ケア』では、＜利用者との関わり支援＞に関するケア内容が最も多く含まれた。看取り期は、家族にとって利用者と過ごす最後の時間であり、家族が利用者と十分に関わることができるよう支援することは、家族と利用者双方にとって有益なことであろう。看取り期の家族は、利用者の看取りに

ついて、いつも心のどこかで不安を抱えている（江見，2008）ことから、利用者の様子や一般的な死の過程などを＜情報提供＞し、＜家族心理への対応＞をすることも必要なケアの一つであろう。

チームケア 高齢者施設での看取りケアは、医療と福祉の専門職がそれぞれの役割を明確に機能させることによるチームケアで成り立つものである（櫻井，2008）。それゆえ、「介護職と他職種の専門的役割を理解」し「他職種とコミュニケーション」をとりながら、＜他職種と連携＞することは看取りケア全体を通して重要なことであろう。

セルフケア ここでの『セルフケア』には、「死について考え、死生観を構築」といった＜学習＞すること、そして、「介護職員自身の健康管理」といった内容が含まれた。看取りケアとは人の死と向き合うことであり、時に介護職員自身にとっても大きな負担となることがある。そうした負担を緩和し、死から学びとることができるようにするためには、自分なりの死生観を構築することが重要だと指摘されている（NPO 法人全国高齢者ケア協会，2012；内田，2009b）。ケアを実践する中で死生観を深めることは、より良い看取りケアの実践のみならず、介護職員自身を守る上でも重要であるため、『セルフケア』というカテゴリが抽出されたと考えられる。

3 つ目の大カテゴリである【特定の時期におけるケア】には、『看取り期前のケア』、『危篤時のケア』、『死後のケア』の3つの中カテゴリが含まれた。

看取り期前のケア 『看取り期前のケア』の中心となるのは、「利用者・家族の意向・希望確認」をすることであった。看取りに対する意向は、利用者や家族の状況により変動が起り得ると考えられるため（日本介護支援協会，2007），看取り期に入った後も常に確認をする必要がある。しかし、認知症の問題や高齢者の終末期の展開の予想が難しいことなどから、早い段階から、終末期の意向を確認しておくことは必要であろう。

危篤時ケア 『危篤時ケア』では、＜利用者に対するケア＞が多く含まれ、それに続いて＜家族に対するケア＞が含まれた。危篤時のケアにおいて最も重要なことは、利用者の変化に集中し最後のケアを行うこと（日本介護支援協会，2007）であるから、＜利用者に対するケア＞が多く挙げられたことは妥当であろう。一方で、危篤の時は家族にとって最も緊張感の高まるときであるため（櫻井，2008），＜家族に対するケア＞もカテゴリとして確認されたと考えられる。

死後のケア 『死後のケア』では、『危篤時のケア』とは対照的に＜家族に対

するケア>に関するケア行動が増加する。死後においても<利用者の対するケア>は存在するが、相対的に家族に対するケアの重要性が増すものと考えられる。また、<セルフケア>について、記録単位数は比較的少ないものの、看取りケアにおいて重要であると考えられる。人間の死に携わり続けることはストレスフルでバーンアウトに繋がる可能性がある（黒瀬，1999；Vachon，1995）ことから、看取り後に「感情表出」することや、「自己の状態を認知」ことを通して、自分自身の状態に注意を払うことも重要な要素であると考えられる。

2-4. 分析1のまとめ

本分析の結果、高齢者施設で看取りケアを行う際に介護職員が行うケア内容は、看取り期の【利用者に対するケア】として、『身体的側面のケア』、『心理的側面のケア』、『社会的側面のケア』、『日常生活のケア』、『利用者のその他のケア』、【利用者以外に対するケア】として、『家族ケア』、『チームケア』、『セルフケア』、そして、【特定の時期におけるケア】として『看取り期前のケア』、『危篤時のケア』、『死後のケア』の11種類の多岐にわたることが示された。

ここで、利用者に対するケアの具体的な内容を概観すると、『身体的側面のケア』の<清潔の保持>、『心理的側面のケア』の<傾聴と受容>、『日常生活のケア』の<食事のケア>など、必ずしも看取りの時期に限定せず、利用者が入居した段階から継続して行うケアが多く含まれていることがわかる。本分析では、看取りに限定してケア内容を抽出したが、その中でも高齢者施設における入居時からの日々のケア内容と重複する内容が抽出されたことに、「長期にわたる暮らしの延長線上の死」（櫻井，2008）という高齢者施設での看取りの特徴が表れていると考えられる。先行研究で介護職員は看取りケアに対して何か特別なことをしなくてはいけないという意識を持っていることが指摘されているが（出村・中村，2011）、本分析の結果から、看取りケアとして何か特別なケアばかりを行う必要が生じるのではなく、入居時からの生活支援を続けていくことが看取りケアにおいて重要であることが示された。一方で、身体面や心理面のケアの中で苦痛の緩和に重点が置かれていること、日常生活支援において終末期の様々な機能低下への対応が中心になることなど、看取り期の心身状態の変化に応じた対応は必要となってくる。さらに、看取りの意向確認や危篤時、死後のケアなど、看取りに特有のケアも存在する。以上のことから、高齢者施設で看取りケアを行う場合、介護職員は、看取り以前のケアから繋がる

利用者の身体面のケア、心理面のケア、日常生活のケアなどを看取り期の利用者の状態に応じたケアを行うとともに、危篤時や死後のケア、看取りの意思確認等の看取りに強く関連するケアを行うことが必要であると言える。また、利用者だけでなく、家族に対するケアやセルフケア、そして、チームでケアを行う必要があることも明らかになった。

ここで、分析1の限界について言及する。まず、書籍の著者の重複に関する問題である。本分析では、一定の基準に従って分析対象書籍を選択したが、編者名だけでなく分担執筆者まで含めて検討した場合、一部に複数回名前の挙がる著者が存在した。そのため、同じような文言や表現が使われることがあり、特定の著者の考えを反映する記録単位数が増幅してしまった可能性が考えられる。本分析の目的は看取りケアの内容を網羅的に明らかにすることであり、記録単位数は大まかな傾向を言及するに留めているが、記録単位数の解釈については一定の留意が必要であろう。加えて、基本カテゴリは184個と多いが、その全てが同じように重要視されるとは考えにくく、ケアの優先順位が存在すると思われる。本分析でも記録単位数で大まかに傾向を把握しているが、抽出されたケアの中での重みづけについては十分な検討ができていない。分析対象となった書籍の中には、看取りケアに積極的に取り組む施設におけるケア内容について記述されているものもあるが、高齢者施設における看取りケアの実施状況には差があるのが現状であり、抽出されたケアの中には、看取りケアとして基本的に求められることと、より良いケアとして求められることの両方が含まれていると考えられる。本分析で抽出されたケアの中で、どのようなケアが重視されているか検討することは今後の課題である。

以上の限界はあるものの、本分析によって、高齢者施設の看取りケアに必要な介護職員のケア内容が網羅的に明らかになった。このことにより、研究1の分析1の目的である、看取りケア効力感尺度を構成する際に必要な介護職員が行う看取りケア行動の内容を抽出することができた。しかし、その行動は184種類と多く、その全ての行動に対して自己効力感を尋ねることは現実的ではない。分析1の、ケアの優先順位が不明瞭であるという限界も踏まえて、分析2では、実際に看取りケアを行っている施設に勤務する介護職員が、看取りケアを実施する際に重視している内容を明らかにすることで、看取りケア効力感尺度の項目案を作成する際の補足情報を収集することとする。

最後に、分析1は、本論文においては看取りケア効力感尺度の項目作成の基礎情報となったが、それ以外にも、高齢者施設で介護職員が行うべき看取りケ

アの内容が明らかになったことで、看取りケアの評価のための具体的な評価点を検討することや、その必要性が強く主張されている（福田・徳山・千草，2013；橋本，2009；北村他，2010；清水・柳原，2007）看取りケアに関する教育や研修内容を検討する一助にもなるであろう。本分析の結果が、高齢者施設における看取りケアの評価指標の作成や教育カリキュラムの作成に資することを期待する。

第3節 看取りケア行動に関するグループインタビュー(分析2)

3-1. 分析2の概要

分析1では、高齢者施設で看取りケアを行う際に介護職員が行うべき行動として、3つの大カテゴリが得られ、184種類の看取りケア行動が抽出された。しかしながら、前節で指摘した通り、184種類全ての行動に対して自己効力感を尋ねることは現実的ではない。また、分析1で挙げられた内容の中には、看取りケアの実施状況に施設間で差がある現状の中で、「看取りケアとして行うべき標準のケア」と、看取りケアの経験が豊富な施設が行う「より良い看取りのために望ましいケア」とが混在している問題がある。もちろん、より良い看取りを希求することは大切である。しかし、広く介護職員を対象として看取りケアに対する自己効力感を測定する場合には、「行うべき標準のケア」をまず含める必要があるだろう。そこで、分析1で挙げられた行動の中でも標準的、かつ、介護職員が重要と考えているケアの内容を明らかにすることを分析2の目的とする。具体的には、最近看取りケアに取り組み始めた高齢者施設に勤務する介護職員を対象としたフォーカス・グループインタビューを行い、分析1で抽出された行動の中でも、介護職員にとって標準的、かつ、重要と考えられるケア内容を確認することとした。最近看取りケアに取り組み始めた高齢者施設の職員を対象とすることで、看取りケア経験の豊富な施設で行われているケアではなく、標準的なケア内容を抽出することが可能であると考えた。

3-2. 分析2の手続き

調査手続き

2013年7月に、大阪府下の特別養護老人ホーム1施設に勤務する介護職員を対象にフォーカス・グループインタビューを実施した。インタビューは2部構成で行った。前半では、介護職員が看取りケアを行う上で重要と考えているケア行動を明らかにするため、「良い・良かったと思える看取りのために介護職が行うべき行動」について自由に語ってもらった。そして、後半では、分析1で作成したカテゴリを提示し、看取りケア行動として不適切であったり、実施困難であったりすると考えられるケア行動の有無について尋ねた。調査は、

調査参加者の勤務する施設の静かな個室で実施した。インタビュアーである著者と調査参加者5名が机を囲む形で輪座し、お茶を用意するなど参加者が話しやすい雰囲気づくりに努めた。また、別の調査者1名が、参加者から目立たない場所でグループインタビューの様子を観察し、記録した。インタビュー内容は調査参加者の承諾を得てICレコーダーで録音した。所要時間は約1時間であった。

分析方法

分析にあたって、ICレコーダーの録音データから、正確な逐語録を作成した。その逐語録に、観察記録による調査参加者の反応を加味し、Krippendorffの内容分析の手法（Krippendorff, 1980 三上・椎野・橋元訳, 1989）を参考に、「いい看取りのために介護職が行うべきケア」に関する最小単位の記述をデータとして抽出した。抽出したデータに対して、意味のまとまり毎にサブカテゴリ名をつけて、内容の同質性、異質性を検討しながら共通するものをカテゴリ化し抽象度を高めた。Krippendorffの内容分析は、「データをもとにそこから文脈に関して反復可能で、妥当な推論を行う調査技術」と定義されている（Krippendorff, 1980 三上・椎野・橋元訳, 1989）。この方法では、言語のみでなく行動から読み取ることができるメッセージも分析対象として含む。フォーカス・グループインタビューでは、観察者によって調査参加者の様子が観察され、観察された反応も文脈として含めて分析を行うことから、本分析方法が適切であると判断した。結果では、どのカテゴリがどの調査参加者によって発言されたのか、同意されたのかも併せて示した。

倫理的配慮

分析2は、大阪大学大学院人間科学研究科行動学系倫理委員会の承認を受け実施した（承認番号：人行25-40）。調査の実施に当たって、次の倫理的配慮を行った。まず、本調査の趣旨を文章で説明し、本調査で収集されたデータは研究以外の目的で使用することがないこと、分析後に破棄すること、調査への参加は自由意志に基づくものであり、調査への参加に同意しない場合でも不利益は受けず、答えたくない質問に関しては回答する必要がないことを説明し、同意書への記入を依頼した。また、インタビュー中は個人名を使用せず、用意した番号札で名前を呼ぶこととし、個人名がデータに残らないように工夫した。調査参加者には、薄謝を進呈した。

分析2の調査参加者

大阪府下の特別養護老人ホーム1施設に勤務する介護職員5名が参加した。当該施設での看取りの実施状況は、家族や利用者の同意があった場合に看取りケアを実施し始めて数年経過した状況であった。施設長に本研究の主旨を説明し、趣旨に合致する職員で、かつ、年齢や性別が偏らないように候補者の選定を依頼した。調査参加者5名の内訳は、男性3名、女性2名であり、平均年齢34.6歳 ($SD = 11.35$)、平均勤務年数3.2年 ($SD = 1.64$)、これまで看取りに立ち会った人数は平均1.2人 ($SD = 1.10$)であった (Table 2-5)。

Table 2-5
分析2の調査参加者の基本属性

参加者番号	性別	年齢	総経験年数	勤続年数	職位	看取りに立ち会った人数
1	女性	26	3	3	サブリーダー	2
2	男性	50	9	6	リーダー	2
3	男性	30	8	3	リーダー	0
4	女性	24	2	2	サブリーダー	2
5	男性	43	3	2	リーダー	0

3-3. 分析2の結果

インタビュー前半の「良い・良かったと思える看取りのために介護職が行うべき行動」に関する語りに対して内容分析を行った結果、16個の小カテゴリと、それらを更に集約した8つの大カテゴリが作成された。抽出された大カテゴリは、本人に対するケア、本人に対する精神的ケア、死への準備支援、臨終・死後のケア、チームでのケア、家族へのケア、死後の家族へのケア、セルフケアであった。以下に、大カテゴリを『』、小カテゴリを<>、具体的な語りを「」で示し、その内容を語った参加者の参加者番号を語りの後に()で示した。また、大カテゴリ、及び、小カテゴリをTable 2-6に示す。

良い・良かったと思える看取りケアの中の『本人に対するケア』では、「どれだけやっぱ普段ここで生活されている間に、自分たちのできる限りのケアっていうのができるのか(5)」といったように<看取り期に入るまでの充実したケア>を行うことが語られた。この語りに対しては、全ての参加者が頷きで

同意を示していた。そして、具体的な行動ではなく、「坊さんっていうのは、亡くなった方を見送るのが仕事で、僕、直接最期っていうのは経験ないんですけど、介護職っていうのも結構、最期一緒に見届けるっていうのが仕事なんかな(5)」や「(最近看取った利用者について)最期まで自分を生き通したっていうかね、そういうところまで、見られた、見られるって言い方なんか失礼かもしれないんですけど、そういう方に出会えて、最期まで一緒に居られたってことはね、私にとっても、介護職にとってもね、すごい財産だと思う(2)」と<最期の時を見届ける>ことも良いと思える看取りに繋がる要素として挙げられた。また、「家族さんがおられない高齢者の方だったり、家族さんが遠くに暮らしてる方がいらっしゃるんで、私たちができることをやっていく(3)」と<家族が身近にいない利用者への配慮>についても、全体の強い同意はなかったが、語られた。

『本人に対する精神的ケア』では、「ご利用者の思いや状態を考えて常に声を掛けたりして気持ちに寄り添ったケアをする(2)」という語りに代表されるように、<利用者の思いや状態を考えた声掛け>や<利用者の気持ちに寄り添う>ことが挙げられた。しかし、このカテゴリについては、他の参加者は考え込むようなしぐさを見せ明確な同意は得られなかった。

『死への準備支援』では、<事前意思確認>の重要性が強く語られた。その語りの内容を具体的にみると、「本来だったら、その方がまだちゃんとしっかりときちっと自分の考えを述べられる段階で、私は例えば、どここの施設で皆さんに囲まれて死にたいだとか、私はやっぱり家で最後まで家族に看取られて死にたいだとかを、しっかりと受けとめた上でのケアをするのが、本来の姿じゃないかな(2)」や「最終的には、まあ本人に決めていただくっていうのが、「理想」なんかなとは思ってます(5)」といったように、このカテゴリでは「本来の姿」や「理想」といった言葉が含まれた。一方で、「施設でこの最期をというんだったなら、その施設でのできることは、できる限り支援さしてもらえたらなと思います(1)」や「その方がお元気で意思確認できる段階で、施設でのターミナルケアを希望されていれば話は違うが、看取り介護により施設で亡くなれることが、その方の本意なのかと疑問に思う(2)」のように、本人の意思確認を、介護職員側がケアの実施のための前提条件として求めていることも示された。

『臨終・死後のケア』では、「最期まで残る人の能力は聴力だといわれているので、しっかり声掛けをして関わる(2)」というように<危篤時の利用者

への声掛け>が挙げられた。また、「エンゼルケアを習得して実践すること(2)」のように<エンゼルケアの実践>についても語られた。

『チームでのケア』では、「家族と職員が連携しあいながら、その人を支えて最期を迎えるっていうのも理想だとも思いますし、それで、利用者さんも、きっと笑顔で亡くなられると思う(4)」と<家族と職員の連携>が利用者の満足のいく看取りに繋がることが示唆された。

『家族に対するケア』では、「施設で看取りという形になっても、家族さんが積極的に看取りに参加して下さって、その人を支えて最期を迎えるっていうのも理想(4)」と家族が看取りに参加することが良い看取りに繋がると語られ、<家族が看取りに積極的に関わる支援>をする必要性が示された。また、「家族さんにも最後、安心していただけるようなケアっていうのを大切にして(5)」と<家族に安心感をもたらす>ことも必要なケアをして挙げられた。

『死後の家族へのケア』では、「グリーフケアって今言われてます(ものが)あるんですけど、そういう家族さんとかの周りの方へのケアも必要(2)」と<グリーフケア>の必要性や「やっぱり家族の方も張りつめた気持ちでその場に立ち会っておられると思うので、「ご本人さんも喜ばれると思いますよ」とか、何か気持ちを軽くって言ったら変ですけど、(略)「家族の方十分されたと思いますよ」って伝えていくってことかなって思う(略)。私達そういう役目も担ってるのかな」と<遺族の気持ちを理解し対応>することが挙げられた。

『セルフケア』では、<利用者の姿から学ぶ>ことや<自分自身で学ぶ>こと、そして<死生観や死の受け止め方について考える>必要性が、1人の参加者のみからであるが語られた。具体的には、「生きることとか死ぬことっていうことに対してしっかりと受け止める、死生観の中で、人が死んだらどうなるのか、どこへいくのか、死後や死者はどう捉えるのか、生について、看取る人はどういう風に考えて、理解しているのかとかね、生きることってなんだろう、死ぬことは何だろうっていうことをね、一人一人がしっかりと受け止めて、そういうことを考えることが必要(2)」などと語られた。以上が、インタビューの前半の内容分析の結果であった。

インタビューの後半では、分析1で作成されたカテゴリを提示し、看取りケア行動として不適切であったり、実施が困難であったりすると考えられるケア行動の有無について尋ねた。その結果、概ね不適切であると感じるものはないという回答を得たが、以下の2点について指摘があった。まず、「体が不自由でも、自分で食べられるように支援」という本人の自立性支援に関するカテゴ

りについて、必ずしも一義的に全ての利用者に対して自立を要求するのではなく、看取り期にある利用者については、本人の意思を尊重すべきであるという指摘がなされた。また、褥瘡や拘縮を予防するという点について、実際には、発生の予防よりも、発生時の悪化防止に重点が置かれており、完全な予防は困難ではないかという指摘があった。

Table 2-6

介護職員が考える良い・良かったと思える看取りに必要な行動

カテゴリとサブカテゴリ ^a	発言者	同意者
本人に対するケア		
看取り期に入るまでの充実したケア	1・5	1・2・3・4・5
家族が身近にいない利用者への配慮	3・4	2・5
最期の時を見届ける	2・5	2・3・4
本人に対する精神的ケア		
利用者の思いや状態を考えた声掛け	2	
利用者の気持ちに寄り添う	2	
死への準備支援		
事前意思確認	1・2・5	1・2・3・4・5
臨終・死後のケア		
危篤時の利用者への声かけ	2	
エンゼルケアの実践	2・3	5
チームでのケア		
家族と職員が連携する	4	2・3・5
家族へのケア		
家族が積極的に看取りに関わる支援	3	2・5
家族に安心感をもたらす	5	2・3・5
死後の家族へのケア		
グリーフケア	2	3・4
遺族の気持ちを理解し対応	2	3・4
セルフケア		
死生観・死の受け止め方について考える	2	3・4
利用者の姿から学ぶ	2	3・4
自分自身で学ぶ	2	

^a カテゴリはボールド体で示す

3-4. 分析2の考察

分析2では、介護職員自身が看取りケアの中で重要であると考え、かつ、標準的に行われているケアの内容を明らかにすることを目的として、看取り体制を整備しつつある高齢者施設1施設に所属する介護職員5名を対象としたフォーカス・グループインタビューを実施した。インタビュー前半で、「良い・良かったと思う看取りのために介護職員が行うべき行動」について自由に回答してもらった結果、8つの大カテゴリが抽出され、それらは全て分析1で抽出された大カテゴリに含まれるものであった。また、インタビューの後半で、分析1で得られた基本カテゴリの内容の妥当性について尋ねたところ、少数のカテゴリを除き、当該施設で看取りケアを行う上で不適切であると感じるものはないという回答を得られた。以上のことから、文献検討で得られた結果は、概ね標準的なケア内容であると考えられる。

インタビューの中で最も多くの人が必要だと同意した内容は、看取りの前の事前意思確認であった。分析1の結果でも『利用者のその他のケア』の中にく意向確認>の項目が、『看取り期以前のケア』の中に「利用者や家族の意向・希望確認」が含まれているが、それぞれの記録単位数はそれ程多いとは言えない。しかし、インタビューの結果、参加者の全てから、自発的に、あるいは、他の人の語りを受ける形で意思確認の重要性が語られた。そこには、本人や家族の意思を尊重するという目的に加え、介護職員自身が意思確認なくケアを行うことに対して疑問や抵抗を感じており、ケアをする上で利用者の意志が明確であることを望んでいることがうかがえた。看取りケアに関する教科書や教科書類似書籍は、基本的に看取りケアを行う前提で書かれていること、また、施設で看取りケアを実施するかどうかを決める看取り契約に介護職員が直接関わることはあまりないと考えられることから、事前意思確認について介護職員が行うべきこととして言及されることは少なかったと推察される。しかし、契約といった事務手続き上の問題とは別に、本人がどのように最期を過ごしたいと考えているのかを把握することは、介護職員が看取りケアを実施する上で重要なことであることが示された。

一方で、分析1では比較的多くの記録単位が含まれながら、分析2ではほとんど言及されなかった内容として、利用者に対する身体的側面のケアと日常生活のケアがある。利用者に対する身体的側面のケアと日常生活のケアに関しては、「看取り期に入るまでの充実したケア」といった包括的な表現の中に含ま

れているとは考えられるものの、本インタビューで具体的な語りは確認されなかった。利用者の身体的ケアや日常生活のケアは、介護職員の基本的な職務として看取り期に入る前から行っていることであり、「看取り」に焦点を当てているインタビューにおいて、介護職員自身からは言語化されにくかったのではないかと推察される。ただし、分析1の基本カテゴリに身体面や日常生活のケアに関する基本単位が含まれていることに対する異論はなかったため、看取りケアに必要な行動として不適切ではないと判断した。

次に、インタビュー後半で、分析1の基本カテゴリの中で看取りケア行動として不適切である可能性を指摘された2カテゴリについて考察する。まず、食事の際の自立性の維持に関するカテゴリについては、指摘にあった通り、利用者や家族の希望や価値観によって重要であるかどうかの判断が変わる可能性があるため、実施する際には、利用者や家族が希望する際に、という留保が必要であると考えた。また、褥瘡や拘縮の予防に関しては、実際の現場では困難な場合があることが指摘された。この点については、高齢者施設での看取りの良さとして「遺体の美しさ」(石飛, 2013)が挙げられていることから、丁寧な身体面でのケアは重視すべきと考えられるが、その困難さには留意する必要があると考えた。

最後に、分析2の限界について言及する。本インタビューの対象者は、調査の都合上、特養1施設の職員のみから構成されており、当該施設の特徴が回答に影響している可能性が考えられるが、その点は今回の調査からは十分検討できない。また、発言数にやや偏りがあり、日常的に関係性のある職員を対象としたことが影響した可能性が考えられる。ただし、発言数が多い対象者は、看取りの経験が多い者でもあるため、発言数に差があるのは自然なことであるとも考えられる。こうした限界に加え、本分析は、分析1で挙げられた基本カテゴリの内容の妥当性を確認し、看取りケア効力感尺度の項目を精選する際の補足情報を収集するために行われたため、介護職員が考える良い看取りのために必要なケアの全体像を明らかにしているわけではないことは明記する必要があるだろう。しかし、本インタビューを実施することで、介護職員が看取りケアで重視していることや介護職員自身には認識されにくいケアの内容、困難度を考慮する必要がある内容等、看取りケア効力感尺度の項目案を作成する際に気を付けるべき点について一定の示唆を得ることができたと考える。

第4節 看取りケア効力感尺度原案の作成

分析1と分析2を踏まえて、看取りケア効力感尺度の項目案を作成した。分析1の結果では、大カテゴリは【利用者に対するケア】、【利用者以外に対するケア】、【特定の時期におけるケア】の3つが存在した。ただし、【特定の時期におけるケア】の各時期の小カテゴリには、それぞれ<利用者に対するケア>と<家族に対するケア>が含まれており、時期による分類と対象者による分類が掛け合わされる構造となっていた。内容分析の上では弁別可能であるが、尺度を構成する際に複雑になることを防ぐため、対象者による分類を優先し、【特定の時期におけるケア】に含まれる各時期のケア内容は、各対象者のケア内容に含めることとした。まず、利用者に対する『身体的側面のケア』、『心理的側面のケア』、『社会的側面のケア』、『日常生活のケア』、利用者以外に対する『家族ケア』、『チームケア』、『セルフケア』の7カテゴリについて、それぞれ記録単位数の多い基本カテゴリや看取りに特徴的な内容を中心に各3項目を作成した。ここで、『利用者に対するその他のケア』については、最も記録単位数が多い<観察・見守り>と、分析2で特に重要性が語られた<意向確認>に関する項目を作成したが、<意向確認>については、『看取り期前のケア』と内容が重複する部分があった。そこで、『利用者のその他のケア』の中に、<観察・見守り>の項目に加えて、看取り前、危篤時、看取り後の利用者に対するケアに関する項目をそれぞれ1項目作成し、計4項目で構成した。また、『家族ケア』の中にも同様に、看取り前、危篤時、看取り後の家族に対するケアについて各1項目を作成し、既に『家族ケア』のカテゴリで作成された3項目と合わせて、計6項目で構成した。その結果、計28項目の看取りケア効力感尺度の項目案が作成された。

この28項目の看取りケア効力感尺度項目原案について、老年学を専攻し、高齢者関連施設での勤務経験のある大学院生2名に内容の妥当性の確認を依頼した。その際に受けた指摘を基に項目表現の微調整を行い、表面的妥当性を高めた上で、最終的な看取りケア効力感尺度原案を作成した（Table 2-7）。

また、分析1で明らかになったように、高齢者施設における看取りケアの内容は、「長期にわたる暮らしの延長線上の死」（櫻井，2008）という特徴があり、入居時からの日々のケア内容と重複する内容が含まれる。看取り期の心身の低下に応じて、同じ身体的ケアであっても看取り期特有の配慮が必要になるとは考えられるが、看取り期前のケアとの区別がつきにくいと考えたことから、

看取り期におけるケアであることを強調する必要があると考えた。そこで、教示文「施設で利用者が看取り期を迎える際のことを考えてください。以下の各行動について、自分はどの程度できると思いますか」の中で、看取り期の文字を強調し、看取り期の定義を明記することとした。更に、項目内で可能な限り、「最期」といった言葉を入れるように配慮した。

Table 2-7

看取りケア効力感尺度の項目原案

カテゴリ	項目番号	項目内容
身体的側面のケア	1	利用者にとって負担の少ない安楽な体位を工夫する
	2	利用者の身体の清潔を保ち、不快感をもたせない
	3	褥瘡(じょくそう)や拘縮(こうしゅく)の少ない状態を最期まで維持する
心理的側面のケア	4	利用者の心残りや思い残しを受け止め、心の負担を軽くするようにする
	5	表情や仕草などから、利用者の言葉に表れない気持ちを汲み取る
	6	利用者が孤独感を感じることをないようにする
社会的側面のケア	7	最期まで利用者の生活の中に、そのひとらしさを維持する
	8	最期まで家族やなじみの人とのかかわりを維持できるように支援する
	9	利用者のこれまでの人生を講える、穏やかな言葉がけをする
日常生活のケア	10	利用者が最期の時を過ごすための居心地の良い居室環境を整える
	11	最期まで排泄の際の尊厳を保つ
	12	利用者が望む範囲で、口からの食事を楽しむことができるように工夫する
利用者のその他のケア	13	沈黙を大切にしながら、亡くなっていく利用者の傍に寄り添う
	14	看取り期に入る前から、利用者がどのような最期を迎えたいのかを把握する(看取り前)
	15	利用者の身体の些細な状態変化を見逃さず、迅速な対応をとる(危篤時)
	16	臨終後、亡くなった利用者の姿を整える(死後)
家族ケア	17	家族が利用者に対して、より良い関わりができるように支援する
	18	家族の思いや状況に配慮し、家族の不安や精神的な苦痛を和らげる
	19	家族に、亡くなるまでの見通しをそれとなく示し、心の準備を促す
	20	看取り期に入る前から、家族の看取りケアに対する意向を把握する(看取り前)
	21	臨終の時、家族が利用者に触れ、声をかけることができるように促す(危篤時)
	22	看取り後に、悲しみや後悔を感じている家族の気持ちを和らげる(死後)
チームケア	23	必要な時に、他のスタッフに看取りケアに関する意見を求める
	24	看取り期のケアについて、看護職との連携を密にする
	25	日常生活の支援を通して得た利用者の情報を、他のスタッフに伝える
セルフケア	26	看取りケアに関わる上で精神的な負担を感じた場合、適切に対処する
	27	自分の行ったケアについて折に触れて振り返り、改善点を考える
	28	看取りケアに必要な知識やスキルを主体的に学ぶ

第3章

看取りケア効力感尺度の作成とその関連要因の検討

・本章の内容は、著者が大阪大学大学院人間科学研究科に提出した修士論文（2013年度）、及び、以下の学術論文の内容を編集したものである。また、本研究の一部は The 67th Annual Scientific Meeting of the Gerontological Society of America で報告された。

久保田 彩・佐藤 眞一（2016）．高齢者施設介護職員の看取りケア効力感の測定とその関連要因．心理学研究 **87**, 485-494.

・本研究は科学研究費補助金（挑戦的萌芽研究）（研究課題番号：25590186，研究代表者：佐藤 眞一）の助成を受けて実施された。

第1節 研究2の概要

1-1. 研究2の目的

研究2では、研究1で作成した看取りケア効力感尺度の原案を使用して、看取りケア効力感尺度を作成し、その信頼性と妥当性を検討すること（分析1）、そして、看取りケア効力感の関連要因を検討すること（分析2）を目的とした。分析2の具体的な関連要因としては、看取りケアに関する社会的学習経験の4要因の主観的経験量（遂行行動の達成、代理経験、言語的説得、情動喚起）、及び、看取りケア経験回数を取り上げた。

1-2. 研究2の概要

分析1では、看取りケア効力感尺度の因子構造を確認し、尺度項目を決定した。そして、作成された尺度の内的一貫性を確認することで信頼性を検討した。また、外的変数との関連に基づく妥当性の検討には、一般性自己効力感（特性的自己効力感）、及び、介護の仕事に対する自己効力感を用いた。ある特定の行動の遂行においては、その領域固有の自己効力感が最も重要な要因であるが、そこには個人の一般性自己効力感の強さも影響を与える（坂野・東條，1986）と指摘されることから、領域固有の看取りケア効力感は、特性的自己効力感と関連すると考える。また、特定の課題に対する自己効力感は、類似する課題への自己効力感に汎化すること（Bandura, 1977a）、看取りケアは介護の仕事全体の一部であることから、看取りケア効力感は、介護の仕事に対する自己効力感とも一定の関連があると想定される。そこで、特性的自己効力感、及び、介護の仕事に対する自己効力感との有意な相関があることをもって、外的変数との関連に基づく妥当性の一部が確認できたと判断することとした。

分析2では、分析1で作成された看取りケア効力感尺度を用いて、看取りケア効力感の関連要因を検討した。社会的学習理論では、自己効力感の主な情報源として、遂行行動の達成、代理経験、言語的説得、情動喚起を仮定している（Bandura, 1977a）。そこで、高齢者施設の看取りケアにおける遂行行動の達成、代理経験、言語的説得、情動喚起をまとめて「看取りケアに関する社会的学習経験」と称し、それぞれの経験量を測定する尺度を作成して、関連を検討することとした。併せて、先行研究において、介護職員の看取りケアに対

する積極的な態度や自信は、看取りケア経験を積み重ねることで形成される可能性が示されている（川村他，2016；清水・柳原，2007；Yamamoto et al., 2015）ことから、看取りケア経験回数も看取りケア効力感と関連すると考えた。

研究2における看取りケアの定義は、高齢者施設における看取りに対する事前の意思確認から臨終後までの看取りに関するケアとし、臨終の立ち合いの有無を問わず、看取りを想定してケアに携わることを看取りケア経験とした⁷。

1-3. 研究2の対象者の選定

研究2では、介護福祉士を調査対象とした。現在、高齢者施設で介護職員として勤務する場合、必ずしも介護福祉士資格を保有している必要はない。しかし、介護福祉士資格を有する者は常勤職員として雇用されることが多く、責任の重い仕事をする傾向にあること（久保，2008）、介護福祉士資格を有さない介護職と比べてよりバーンアウトの傾向が高いこと（堀田・佐藤，2005）が指摘されている。看取りケアにおいても、介護福祉士はその中心的な役割を担うと共に、精神的負担も大きくなると考えられる。看取りケア効力感は、臨終への立ち合い経験がない介護職員でも持っている概念であると考え、尺度構成を行う際に、一定程度看取りケア経験のある人も対象に含める方が妥当であると考えた。職員の看取り経験に差がある現状において、より看取りケアに中心的に携わっている可能性が高い集団として、研究2では介護福祉士資格を有する介護職員を対象とすることとした。

⁷ 研究2では、臨終の場所が施設外である場合については尋ねていなかったため、本論文全体及び研究3における看取りケアの定義と異なる。

第2節 研究2の方法

2-1. 調査手続き

2013年7月-8月に、郵送による質問紙法にて実施した。質問紙の配布は、社団法人日本介護福祉士会を通して、全47支部から抽出された19の支部に依頼した。質問紙、依頼文、返信用封筒、謝礼を1つの封筒にまとめて配布した。封筒を受け取った協力者が、受け取り後2週間以内に回答し、各自で著者の所属大学院の研究科宛に郵送する方法で回収した。なお、本調査は共同研究の一部として実施されたため、質問紙は、含まれる質問が部分的に異なる質問紙Aと質問紙Bの2種類が用意され、各1,000部配布した。分析ソフトは、SPSS22とAMOS22を使用した。

2-2. 調査対象者

計2,000名の介護福祉士を対象とした。分析1で用いる変数は質問紙Aと質問紙Bの両方に含まれており、全2,000名のうち質問紙の返送があったのは1,486名であった（返送率74.3%）。そのうち、調査参加への同意がない者、及び、全ての項目に無回答の者は46名であった（拒否率0.3%）。回答拒否者を除いた全回答者のうち、分析1の対象となる「現在、居住型サービスを提供している高齢者施設に勤務している」と回答した者は、723名であった。その中からさらに、回答率が全項目の8割未満であり、回答の信頼性が低いと判断した13名を除外した結果、分析1の最終的な有効回答は710名（男性191名、女性509名、不明10名）となった。分析1の分析対象者の平均年齢は43.02歳（ $SD = 11.04$ ）、介護職としての総経験年数は、152.04ヵ月（ $SD = 79.67$ ）で、約12年半であった。対象者の勤務先の内訳は、介護老人福祉施設が331名（46.6%）、介護老人保健施設が162名（22.8%）、グループホームが78名（11.0%）、その他が139名（19.6%）であった。

分析2で用いる変数の含まれた質問紙Bの配布対象者1,000名のうち、返送があったのが766名で（返送率76.6%）、調査参加への同意がない者、または、全ての質問に対して無回答の者は計17名であった（拒否率0.2%）。そのうち、「現在、居住型サービスを提供している高齢者施設に勤務している」と回答した者は373名であった。そこからさらに、分析2で用いる変数に欠損

のない者のみを対象とした結果、最終的な有効回答は280名（男性80名、女性193名、不明7名）となった。分析2の分析対象者の平均年齢は41.15歳（ $SD = 10.75$ ）で、介護職としての総経験年数は、140.69ヵ月（ $SD = 72.94$ ）で約11年半であった。分析2の対象者の勤務先の内訳は、介護老人福祉施設が126名（45.0%）、介護老人保健施設が71名（25.4%）、グループホームが34名（12.1%）、その他が49名（17.5%）であった。

2-3. 倫理的配慮

本調査は、大阪大学大学院人間科学研究科行動学系倫理委員会の承認を受け実施した（承認番号：24088）。調査の実施に当たり、質問紙の冒頭で、調査への参加の意思を確認する欄を設けた。

2-4. 調査内容

調査内容は以下の通りである。(a) 基本属性、(b) 看取りケア経験回数、(c) 看取りケア効力感、及び、(d) 介護の仕事に対する自己効力感は、質問紙Aと質問紙Bのいずれにも含まれたが、(e) 一般性自己効力感、(f) 看取りケアに関する社会的学習経験は、質問紙Bにのみ含まれた。なお、基本属性、介護の仕事に対する自己効力感、一般性自己効力感以外の、本研究に用いられた看取りに関する質問項目の前に、「ここからは、看取りケアについてお聞きします」と教示した⁸。また、「看取り期」の定義に関して回答者間で齟齬が生じることを防ぐため、「看取り期とは、医師が終末期に入ったと診断した後、または、それと同等の状態と考えられる時期」と明記した。

基本属性 年齢、性別、介護職としての総経験年数、現在の勤務の有無と勤務施設種の回答を求めた。

看取りケア経験回数 これまで勤務した全ての施設において、職業上関わった利用者について、「施設内で亡くなり、臨終の場に立ち会った経験（以下、立ち合い看取り経験とする）」と「施設内で亡くなったが、臨終の場に立ち会

⁸ 質問紙Aの看取りケア経験回数は、質問紙の紙面の都合上、看取りケア経験を聞くことを明確にした上で、その他の看取りケアに関する質問とは別のページで尋ねた。

っていない経験（以下、施設内看取り経験とする）」の大よその経験数を尋ね、2項目の合計を看取りケア経験回数とした。なお、臨終時の立ち合いの有無を分けて問うた意図は、「看取り」という言葉が臨終に立ち会うことのみを想定されるおそれがあったため、看取りの過程でケアには携わったが、臨終の時が勤務時間外や他の職務に従事していた場合も経験回数に含めることであった。

看取りケア効力感 研究1で作成された看取りケア効力感尺度の原案28項目を使用した。教示文は、「施設で利用者が看取り期を迎える際のことを考えて下さい。以下の各行動について、自分ほどの程度できると思いますか」とし、「看取り期」の文字を強調した。また、質問項目の前に「看取り期とは、医師が終末期に入ったと診断した後、または、それと同等の状態と考えられる時期」と改めて記載した。全ての項目に対し、「1. できない」から「5. できる」までの5件法で回答を求めた。

介護の仕事に対する自己効力感 蘇・岡田・白澤（2005）によって作成された介護職員を対象とした仕事の有能感尺度の下位尺度のうち、業務に対する自己効力感を測定していると考えられる「仕事上の予測・問題解決」の3項目を、妥当性の検討を目的として使用した。全ての項目に対し、「1. 全くそう思わない」から「5. 非常にそう思う」までの5件法で評定することを求めた。本研究の対象者における「仕事上の予測・問題解決」因子の信頼性係数は $\alpha = .84$ であった。

一般性自己効力感 坂野・東條（1986）の一般性セルフ・エフィカシー尺度の全16項目を使用した。本尺度は、特定の場面に限定せず、個人が日常生活の中で示す特性的な自己効力感の強さを測定するための尺度である。「行動の積極性」、「失敗に対する不安」、「能力の社会的位置づけ」の3下位尺度で構成されており、妥当性の検討を目的として使用した。全ての項目に対し、「1. 全く当てはまらない」から「4. とても当てはまる」までの4件法で回答を求め、下位尺度ごとに合計得点を算出した。本研究の対象者における「行動の積極性」、「失敗に対する不安」、「能力の社会的位置づけ」の各下位尺度の信頼性係数は順に $\alpha = .80$ 、 $\alpha = .80$ 、 $\alpha = .72$ であった。

看取りケアに関する社会的学習経験 Bandura（1977a）の社会的学習理論に基づき、看取りケアに関する遂行行動の達成、代理経験、言語的説得、情動喚起の4つの要因の主観的経験量を尋ねた。調査実施時点で、各要因を測定する既存の尺度や項目が確認できなかったため、新たに「看取りケアに関する社会的学習経験尺度」を作成した。項目作成に当たり、育児に関する社会的学習

経験として「代理経験」や「言語的説得」を尋ねる質問項目を作成した先行研究（金岡，2011）に着想を得て，本研究でも社会的学習経験の4側面の経験量を問う項目を作成することとした。項目の具体的な内容については，高齢者施設の介護職員の看取りケア経験に関する先行研究（遠藤，2011；深澤・高岡，2011；小野・原，2011）等で示された経験内容を参照しつつ，自己効力の具体的な情報源として坂野（2002）で挙げられた内容を広く含めるように配慮し，著者，及び，老年学を専門とする研究者らで協議の上，各3項目で構成した。項目は，「自分自身にとって，心残りの少ないケアをした（遂行行動の達成）」，「見本にしたいと思える看取りケアについて見聞きした（代理経験）」，「亡くなっていく利用者をケアすることについて，周囲から励ましを受けた（言語的説得）」，「亡くなっていく利用者のケアをすることを考えて緊張した（情動喚起）」などであり，尺度の教示は「これまで以下のことをどの程度経験してきましたか。最も当てはまる数字に○をしてください」とした。全ての項目に対し，「1. 全く経験していない」から「5. たくさん経験している」までの5件法で回答を求め，下位尺度ごとに合計得点を算出した。

2-5. 解析方法

分析に先立ち，対象者の看取りケア経験に関する記述統計を算出した。看取りケア効力感尺度の作成，及び，信頼性と妥当性の検討（分析1）では，項目分析とGP分析を行った上で，探索的因子分析を行った。信頼性（内的一貫性）を確認するためにCronbachの α 係数を算出し，外的変数との関連に基づく妥当性を検討するために，有能感尺度の下位尺度である「仕事上の予測・問題解決」，及び，一般性セルフ・エフィカシー尺度の3下位尺度と，看取りケア効力感との相関係数（Pearsonの積率相関係数）を算出した。

看取りケア効力感とその関連要因の検討（分析2）に当たっては，まず，新たに作成した看取りケアに関する社会的学習経験尺度の項目分析と信頼性（Cronbachの α 係数）の検討，確認的因子分析を行った。そして，看取りケアの経験回数，及び，看取りケアに関する社会的学習経験の4要因を独立変数とし，看取りケア効力感を従属変数とするパス解析を行った。

第3節 研究2の結果

3-1. 対象者の看取りケア経験に関する記述統計

分析1の対象者の立ち合い看取り経験回数は、平均6.38回 ($SD = 10.99$, $range = 0-100$, $median = 3$)であり、少なくとも1回は立ち合い看取り経験がある者は、有効回答657名の内486名(74.0%)であった⁹。また、施設内看取り経験の平均回数は15.38回 ($SD = 28.77$, $range = 0-300$, $median = 5$)であり、少なくとも1回は施設内看取り経験がある者は、有効回答588名の内509名(86.6%)であった。そして、立ち合い看取り経験回数と施設内看取りケア経験の和である看取りケア経験回数は、平均21.61回 ($SD = 35.83$, $range = 0-400$, $median = 10$)であり、少なくとも1回は立ち合い看取り経験または施設内看取り経験をした者は、有効回答659名中593名(90.0%)であった。

分析2の対象者の立ち合い看取り経験回数は、平均4.79回 ($SD = 6.45$, $range = 0-30$, $median = 3$)であり、少なくとも1回は立ち合い看取り経験がある者は、有効回答280名中199名(71.1%)であった。施設内看取り経験の平均回数は13.48回 ($SD = 20.34$, $range = 0-100$, $median = 5$)であり、少なくとも1回は施設内看取り経験がある者は、有効回答280名中240名(85.7%)であった。そして、立ち合い看取り経験回数と施設内看取りケア経験の和である看取りケア経験回数は、平均18.28回 ($SD = 24.01$, $range = 0-130$, $median = 9$)であり、少なくとも1回は立ち合い看取り経験または施設内看取り経験をした者は、有効回答280名中249名(88.9%)であった。

3-2. 看取りケア効力感尺度の信頼性・妥当性の検討(分析1)

看取りケア効力感尺度の項目分析と因子分析

看取りケア効力感の全28項目に対して項目分析を行った。平均値±1SDを基準として天井効果と床効果を確認したところ、該当項目はなかった。続いて、全28項目の合計平均を基準に、GP分析を行った。その結果、全項目0.1%水

⁹ 立ち合い看取り経験回数と施設内看取り経験回数の各項目で、回答拒否または無回答の者が存在したため、有効回答数は項目によって異なる。

準で有意差が認められた ($t = 11.43 - 19.73$, $ps < .001$, $d = 0.89 - 1.53$)。

そこで、看取りケア効力感尺度の内的構造を確認するために、全 28 項目に対し探索的因子分析を行った。固有値の減衰状況 (14.89, 1.27, 1.00, 0.87 …) ¹⁰及び、項目が示すケアの内容の違いから 2 因子構造を採用し、最尤法 Promax 回転による因子抽出を行った。複数の因子に対して因子負荷量が.35 以上であった 4 項目を削除し、最終的に 24 項目で尺度を構成した。因子分析結果、及び、各項目の平均値と標準偏差を Table 3-1 に示す。

第 1 因子は 14 項目からなり、主に看取り期の本人に対する手段的サポートと、その支援のために必要なチームでの連携に関する項目で構成されていることから、「手段的ケア効力感」と命名した。手段的ケア効力感は、「自分は看取りに際して手段的ケアを行うことができるという信念」と定義した。第 2 因子は 10 項目からなり、本人や家族、そして自分自身の心理面へのケアに言及した項目から構成されていたため、「情緒的ケア効力感」と命名した。情緒的ケア効力感は、「自分は看取りに際して情緒的ケアを行うことができるという信念」と定義した。2 因子の因子間相関は.78 であった。

¹⁰ 第 3 因子の固有値は、少数第 4 位まで含めて検討した場合、0.999,8 となり固有値 1 を下回った。

Table3-1

看取りケア効力感尺度の因子分析結果（最尤法プロマックス回転）

項目	F1	F2
F1：手段的ケア効力感		
1 利用者にとって負担の少ない安楽な体位を工夫する	.85	-.03
2 臨終後、亡くなった利用者の姿を整える	.82	-.13
3 沈黙を大切にしながら、亡くなっていく利用者の傍に寄り添う	.71	.08
4 利用者の身体の些細な状態変化を見逃さず、迅速な対応をとる	.71	.11
5 利用者の身体の清潔を保ち、不快感をもたせない	.69	.11
6 看取り期のケアについて、看護職との連携を密にする	.69	-.01
7 必要な時に、他のスタッフに看取りケアに関する意見を求める	.66	.14
8 利用者が最期の時を過ごすための居心地の良い居室環境を整える	.63	.19
9 最期まで排泄の際の尊厳を保つ	.60	.06
10 日常生活の支援を通して得た利用者の情報を、他のスタッフに伝える	.59	.14
11 臨終の時、家族が利用者に触れ、声をかけることができるように促す	.54	.27
12 褥瘡(じょくそう)や拘縮(こうしゅく)の少ない状態を最期まで維持する	.45	.18
13 看取りケアに必要な知識やスキルを主体的に学ぶ	.45	.25
14 利用者が望む範囲で、口からの食事を楽しむことができるように工夫する	.44	.27
F2：情緒的ケア効力感		
15 看取り後に、悲しみや後悔を感じている家族の気持ちを和らげる	-.01	.91
16 利用者の心残りや思い残しを受け止め、心の負担を軽くするようにする	-.05	.90
17 家族の思いや状況に配慮し、家族の不安や精神的な苦痛を和らげる	-.07	.90
18 表情や仕草などから、利用者の言葉に表れない気持ちを汲み取る	.12	.66
19 家族が利用者に対して、より良い関わりができるように支援する	.22	.65
20 看取りケアに関わる上で精神的な負担を感じた場合、適切に対処する	.22	.54
21 看取り期に入る前から、利用者がどのような最期を迎えたいのかを把握する	.18	.50
22 家族に、亡くなるまでの見通しをそれとなく示し、心の準備を促す	.19	.47
23 最期まで利用者の生活の中に、そのひとらしさを維持する	.26	.46
24 利用者が孤独感を感じることをないようにする	.27	.46
	回転後の負荷量平方和	11.32 10.82
	因子間相関	F1 - .78
削除項目		
利用者のこれまでの人生を講える、穏やかな言葉がけをする		
最期まで家族やなじみの人とのかかわりを維持できるように支援する		
看取り期に入る前から、家族の看取りケアに対する意向を把握する		
自分の行ったケアについて折に触れて振り返り、改善点を考える		

看取りケア効力感尺度の信頼性・妥当性の検討

看取りケア効力感尺度の信頼性を確認するために内的整合性を算出したところ、各下位尺度における Cronbach の α 係数は、「手段的ケア効力感」が $\alpha = .94$ 、「情緒的ケア効力感」が $\alpha = .93$ と十分に高い値が得られた。

続いて、看取りケア効力感尺度の妥当性を検討するために、有能感尺度の下位尺度である「仕事上の予測・問題解決」、及び、一般性セルフ・エフィカシ

一尺度の3下位尺度と、看取りケア効力感の2下位尺度との相関をそれぞれ算出した。その結果、有能感尺度の「仕事上の予測・問題解決」とは、「手段的ケア効力感」が $r = .43$ ($p < .001$), 「情緒的ケア効力感」が $r = .44$ ($p < .001$) と中程度の相関が確認された。また、一般性セルフ・エフィカシー尺度の下位尺度「行動の積極性」との相関は、「手段的ケア効力感」が $r = .32$ ($p < .001$), 「情緒的ケア効力感」が $r = .35$ ($p < .001$) であった。「失敗に対する不安」との相関は、「手段的ケア効力感」が $r = .20$ ($p < .001$), 「情緒的ケア効力感」が $r = .17$ ($p < .001$) であった。そして、「能力の社会的位置づけ」との相関は、「手段的ケア効力感」 $r = .23$ ($p < .001$), 「情緒的ケア効力感」 $r = .31$ ($p < .001$) であり、すべて一定の相関が確認された (Table 3-2)。以上のことから、全24項目で一定の信頼性と妥当性が確認された看取りケア効力感尺度が作成された。

Table 3-2

有能感・一般性セルフ・エフィカシーと看取りケア効力感との相関 ($N=710$)

尺度名	下位尺度名	1	2	3	4	5	6	平均(<i>SD</i>)
看取りケア効力感	1 手段的ケア効力感	1						3.85(0.63)
	2 情緒的ケア効力感	.83**	1					3.50(0.67)
有能感	3 仕事上の予測・問題解決	.43**	.44**	1				3.52(0.69)
	4 行動の積極性	.32**	.35**	.48**	1			2.55(0.50)
一般性セルフ・エフィカシー ^a	5 失敗に対する不安	.20**	.17**	.31**	.63**	1		2.58(0.53)
	6 能力の社会的位置づけ	.23**	.31**	.50**	.56**	.33**	1	2.31(0.54)

^a $N = 370$

** $p < .001$

3-3. 看取りケア効力感とその関連要因の検討 (分析2)

看取りケアに関する社会的学習経験尺度の構成

研究2で新たに作成した看取りケアに関する社会的学習経験尺度の構造を確認した。看取りケアに関する社会的学習経験尺度の全12項目について、項目分析を行った。平均値±1*SD*を基準として天井効果と床効果を確認したところ、該当項目はなかった。続いて、遂行行動の達成、代理経験、情動喚起、言語的説得の各情報源の平均得点を基準に、それぞれの経験を測定する各3項目に対してGP分析を行った。その結果、情動喚起に含まれる項目7(看取りケアを行うことに対して、肯定的な感情を経験した)を除く11項目では、0.1%

水準で有意差が確認された ($t = 11.73-18.89, ps < .001, d = 1.39-2.39$)。項目7については, $t = 1.84 (p = .067, d = .23)$ となり, 高群と低群に有意な差はなく, 効果量も小さかった。そこで, 以降の分析は項目7を除いた全11項目で行い, 情動喚起は「否定的情動」のみを扱うこととした。

本尺度は, 社会的学習理論に基づき作成されたため, 遂行行動の達成, 代理経験, 否定的情動, 言語的説得の4因子構造での確認的因子分析を実施した。その結果, $\chi^2 = 54.483 (df = 38, p < .05)$, $GFI = .964$, $AGFI = .938$, $CFI = .989$, $RMSEA = .040$ となり, モデルの適合度は高かった。看取りケアに関する社会的学習経験尺度の全項目とその平均値, 標準偏差を Table 3-3 に示す。また, 各因子について信頼性分析を行った結果, 遂行行動の達成が $\alpha = .90$, 代理経験が $\alpha = .79$, 否定的情動が $\alpha = .78$, そして言語的説得が $\alpha = .79$ で, 一定の内的整合性が確認された。

Table 3-3

看取りケアに関する社会的学習経験尺度の項目とその平均値及び標準偏差

番号	因子名	項目	平均 (SD)
1	達成 ^a	自分自身にとって, 心残りの少ないケアを提供した	3.10 (0.92)
2	達成 ^a	亡くなった利用者に対し, できる限りのケアをした	3.45 (0.96)
3	達成 ^a	亡くなった利用者の家族にとって心残りの少ないケアを提供した	3.28 (0.89)
4	代理経験	他の職員が, 亡くなっていく利用者に対して質の高いケアを行っているのを見た	3.42 (1.03)
5	代理経験	介護職員が行うべき看取りケアについて書かれたものを読んだ	3.41 (1.05)
6	代理経験	見本にしたいと思える看取りケアについて見聞きした	3.21 (1.13)
7 ^b	情動喚起	看取りケアを行うことに対して, 肯定的な感情を経験した	2.53 (1.00)
8	情動喚起	亡くなっていく利用者に対してケアを行うことに不安を抱いた	3.27 (0.95)
9	情動喚起	亡くなっていく利用者をケアすることを考えて緊張した	3.44 (0.97)
10	言語的説得	亡くなっていく利用者をケアすることについて, 周囲から励ましを受けた	2.98 (1.09)
11	言語的説得	看取りに携わることができると自分に言い聞かせた	3.13 (1.01)
12	言語的説得	自分の行う看取りケアに対して肯定的な評価を受けた	3.01 (1.07)

^a達成は「遂行行動の達成」

^b削除項目

看取りケア経験回数及び看取りケアに関する社会的学習経験が看取りケア効力感に与える影響の検討

看取りケアの経験回数、及び、看取りケアに関する社会的学習経験の4要因を独立変数とし、手段的ケア効力感と情緒的ケア効力感を従属変数とするパス解析を行った。看取りケア経験回数は、回数が少ない者が多く、分布に偏りが見られたため、経験回数に0.5を加えた上で自然対数をとって分析に用いた¹¹。独立変数間の相関分析の結果、全ての変数間で有意な相関が確認されたため (Table 3-4)、パス解析においても、全ての独立変数間に相関を仮定した。次に、全ての独立変数から、手段的ケア効力感と情緒的ケア効力感のそれぞれにパスを引き、パラメータ推定値の統計検定量に従って、非有意であったパスを削除した。その際、従属変数間の誤差相関を仮定した。その結果、手段的ケア効力感に対しては、遂行行動の達成 ($\beta = .32, p < .001$)、代理経験 ($\beta = .32, p < .001$) から有意な正のパスが、否定的情動 ($\beta = -.14, p < .01$) からは有意な負のパスが確認された。一方、情緒的ケア効力感については、遂行行動の達成 ($\beta = .34, p < .001$)、代理経験 ($\beta = .24, p < .001$)、そして言語的説得 ($\beta = .20, p < .001$) から有意な正のパスが、看取りケア経験回数 ($\beta = -.16, p < .001$) と否定的情動 ($\beta = -.21, p < .001$) から有意な負のパスが確認された。推定されたパス係数を Table 3-5 に示す。また、適合度指標は、 $\chi^2 = 1.485$ ($df = 2, p = .476$)、GFI=.998、AGFI=.979、CFI=1.000、RMSEA=.000 となり、十分な値を示した。

¹¹ 経験回数が0回の場合に自然対数をとることができないため、0.5を加えた上で対数変換を行った。

Table3-4

看取りケア経験回数，及び，看取りケアに関する社会的学習経験と看取りケア効力感との単相関分析結果（ $N=280$ ）

項目	1	2	3	4	5	6	7	平均(<i>SD</i>)
1 手段的ケア効力感	1							3.83 (0.62)
2 情緒的ケア効力感	.82 **	1						3.45 (0.65)
3 ^a 看取りケア経験回数	.16 *	.05	1					0.92 (0.63)
4 遂行行動の達成	.46 **	.48 **	.39 **	1				3.23 (0.86)
5 代理経験	.45 **	.42 **	.38 **	.59 **	1			3.32 (0.91)
6 否定的情動	.07	.02	.28 **	.31 **	.36 **	1		3.36 (0.87)
7 言語的説得	.36 **	.41 **	.41 **	.66 **	.62 **	.47 **	1	3.01 (0.89)

^a看取りケア経験回数は，対数変換後の値を用いた。

** $p < .001$, * $p < .01$

Table3-5

手段的ケア効力感と情緒的ケア効力感を従属変数とするパス解析の結果

独立変数	従属変数	
	手段的ケア効力感	情緒的ケア効力感
看取りケア経験回数	—	-.16 ***
遂行行動の達成	.32 ***	.34 ***
代理経験	.32 ***	.24 ***
否定的情動	-.14 **	-.21 ***
言語的説得	—	.20 ***
決定係数	.28	.32

注) 表中の数値はパス係数を表す。

*** $p < .001$, ** $p < .01$

第4節 研究2の考察

研究2では、高齢者施設の介護職員の看取りケア効力感を測定する尺度を作成し、その信頼性と妥当性を検討した。そして、看取りケア経験回数、及び、看取りケアに関する社会的学習経験が看取りケア効力感に与える影響を検討した。

4-1. 看取りケア効力感尺度の作成とその信頼性・妥当性の検討

分析1の結果、24項目からなる看取りケア効力感尺度が作成され、手段的ケア効力感と情緒的ケア効力感の2因子構造であることが示された。本尺度の項目は、研究1で示された介護職員が行うべき看取りケアの行動の8カテゴリに従って作成されており、そのカテゴリが示す、ケアの対象者や内容の違いによって因子が分かれることも考えられた。しかし、探索的因子分析の結果からは、ケア内容の違いによる細かい分類ではなく、より大きな分類である「手段的ケア」と「情緒的ケア」の2種類に分かれることが示された。このことから、少なくとも現時点では、介護職員は、看取りケアのケア内容の細かな違いを弁別していないと考えられた。看取りケア効力感が「手段的ケア」と「情緒的ケア」の大まかな分類で捉えられているのか、より詳細なケアの領域別に捉え得るのかについては、看取りケア効力感に対する介入を考える際にも重要になるため、今後も更なる検討が必要であると考えられる。

また、「手段的ケア効力感」と「情緒的ケア効力感」に分かれたことについては、ソーシャルサポートの下位概念の一部に「手段的サポート」と「情緒的サポート」(House, 1981)があることから、了解可能なことであろう。一方で、各因子の項目平均をみると、全体的に平均の低い項目が「情緒的ケア効力感」因子にまとめられている。この点を踏まえると、「手段的ケア」と「情緒的ケア」というケアの領域の違いによってではなく、難易度の違いによって因子がまとまっている可能性も否定しきれない。さらに、各因子に含まれる項目内容や関連要因の違いから弁別可能であると考えられるものの、手段的ケア効力感と情緒的ケア効力感の因子間相関が.78と高いことから、この2つの因子の弁別性についても再度検討する必要があるだろう。以上のことを踏まえ、本研究では手段的ケア効力感と情緒的ケア効力感の2下位因子構造を採用するが、今後、因子構造については更に検討する必要があると考えられる。

次に、本尺度の信頼性と妥当性について考察する。信頼性については、手段的ケア効力感の内的整合性が.94、情緒的ケア効力感の内的整合性が.93であり、十分な信頼性があると言える。また、妥当性については、手段的ケア効力感、情緒的ケア効力感ともに、特性的自己効力感と中程度の相関があり、介護の仕事に対する自己効力感との間にも中程度の相関が確認された。このことから、本研究で作成された看取りケア効力感尺度は、外的変数との関連という点で一定の妥当性の高さがあると考えられる。ただし、看取りケア効力感と介護の仕事に対する自己効力感との相関の値は、看取りケア効力感と特性的自己効力感との相関の値と比べて大きな差は見出されなかった。看取りケアは介護の仕事の一部であり、その領域の近接性から、特性的な自己効力感よりも介護の仕事に対する自己効力感との相関が強くなることも考えられたが、結果はそうならなかった。この点について、介護の仕事に対する自己効力感を測定に用いた有能感尺度の下位因子「仕事上の予測・問題解決」の項目を見ると、「仕事上の問題はたいてい解決できる」など、具体的な仕事内容を行動レベルで捉えるよりも抽象的な表現で測定している。項目の抽象性が高く、より特性的な自己効力感に近い内容になっていたため、介護の仕事に対する自己効力感と一般性自己効力感で、看取りケア効力感との相関に大きな差が生じなかったと考えられる。しかし、看取りケア効力感は、近接領域や特性的な自己効力感と同じ方向のものを測定しているという点で一定の妥当性の高さが示されたと判断する。

4-2. 看取りケア経験回数、及び、看取りケアに関する社会的学習経験と看取りケア効力感との関連

看取りケアに関する社会的学習経験尺度の構成

分析2の考察に入る前に、新たに作成した看取りケアに関する社会的学習経験尺度について確認する。社会的学習理論（Bandura, 1977a）に基づき、遂行行動の達成、代理経験、否定的情動、言語的説得の4因子を設定して確認的因子分析を行ったところ、看取りケアに関する社会的学習経験尺度は、高い適合度が得られた。また、各下位尺度の α 係数の高さから、一定の信頼性が確認された。このことから、看取りケアに関する社会的学習経験尺度は、一定の信頼性と妥当性を持ち、本尺度をもって看取りケア場面における、社会的学習

理論が仮定する自己効力感の4つの情報源の主観的経験量を測定できると判断した。ただし、GP分析の結果、「看取りケアを行うことに対して、肯定的な感情を経験した」（項目7）の1項目が不採用となり、情動因子が2項目となっている点は、今後、再検討が必要である。

看取りケア経験回数が看取りケア効力感に与える影響

看取りケア経験回数について、手段的ケア効力感とは、単相関では有意な弱い相関が確認されたが、パス解析で看取りケアに関する社会的学習経験の影響を統制した上では、関連は非有意になった。また、情緒的ケア効力感は、単相関では経験回数と有意な関連が確認されず、社会的学習経験の影響を統制した上では、経験回数と負の関連があることが示された。これらのことから、いずれも、経験回数そのものではなく、社会的学習経験の主観的な経験量が多いことが、看取りケア効力感の高さに繋がることになった。加えて、情緒的ケア効力感は、パス解析で経験回数と負の関連が示されたため、経験が多い者が情緒的ケア効力感を維持するためには、手段的ケア効力感と比べて、より十分な社会的学習経験の経験量が必要であることが示された。

ここで、ケア経験回数の影響が手段的ケア効力感と情緒的ケア効力感との間で異なった理由を検討すると、それぞれの項目内容の違いにその理由を見出せる。手段的ケアの項目内容を概観すると、利用者の身体状況や環境調整など、ケアの結果が目に見えやすい項目が多い。手段的ケア効力感と、全般的な能力の自己評価を尋ねる「能力の社会的位置づけ」との相関が低いことから、手段的ケア効力感の高低は、情緒的ケアと比して、自己評価よりも自らのケア行動の明確な結果に依拠していると考えられる。また、手段的ケア効力感の項目には、ケアの方法が行動として示されているものが多く含まれている。これらのことから、手段的ケアは、達成の可否の判断が比較的容易で、かつ、ケア方法も明確にされやすいと推察される。つまり、ケアの経験回数と、遂行行動の達成や代理経験といった看取りケアに関する社会的学習経験の経験量とが比例する傾向にあると考えられる。一方、情緒的ケア効力感の項目内容を概観すると、精神的苦痛を和らげる、心の準備を促すなど、ケア行動の結果として達成されるケアの受け手の状態に着目した項目が多い。しかし、ケアの受け手の心理状態を評価する明確な指標は存在しないため、達成を自己判断することは容易ではないと考えられる。加えて、情緒的ケアを行うための方法は一つではないため、自ら検討する必要がある。つまり、情緒的ケアでは、手段的ケアと比

べた場合、遂行行動の達成やケア方法を学ぶ代理経験といった社会的学習経験が、単に経験するだけでは増えにくいと考えられる。以上のことから、社会的学習経験の影響を統制した場合、経験回数が多いことが、情緒的ケア効力感の低さに繋がったのではないかと推察する。

看取りケアに関する社会的学習経験が看取りケア効力感に与える影響

看取りケアに関する社会的学習経験について、パス解析の結果、遂行行動の達成は、手段的ケア効力感と情緒的ケア効力感のいずれの効力感とも最も強い関連があった。これは、遂行行動の達成が自己効力感の最大の情報源であるとする社会的学習理論（Bandura, 1977a）の考え方とも一致する結果であり、看取りケア効力感を高めるためには、看取りケアに関する達成経験を増やすことが重要であると言える。ただし、先行研究（小野・原, 2011）で、看取りケアには、算数のように明確な答えがあるわけではないという語りがあるように、看取りケアにおける「達成」を定義する一義的な指標は決めにくいと考えられる。また、意思疎通が困難な利用者も多く、死をもってケアが終了することから、ケアの受け手からフィードバックを得ることは容易ではない。それゆえ、介護職員は、自らケアを振り返り評価することになるが、明確な指標がない中で、達成の自己判断を行うことは難しい場合もあると考えられる。井上他（2016）が指摘するように、看取り後は利用者本人からの評価を得ることができず、悔いが残ったとしても利用者本人のケアに還元できないことから、自己のケアの否定的な側面に焦点化されやすいものである。十分なケアができなかったという内容の振り返りになると、不全感や自責の念に繋がる可能性も考えられる（小楠・萩原, 2007）。加えて、終末期ケアの質には、職員が提供するケアとは独立して、取り除くことが難しい終末期の身体症状や過去の家族関係など、利用者や家族側の要因が影響することが指摘されている（Morita et al., 2004）。例えば、利用者が穏やかな最期を迎えたいと希望しても、終末期の身体的苦痛を完全に取り除くことは難しい。また、重い認知症の利用者はその希望の確認もままならない。つまり、看取りケアは、介護職員のケアの範囲外の要因によって、目指す結果を達成できない可能性のある、結果の随伴性が低い場面であるといえる。看取りケア効力感を高めるために達成経験が必要であるが、達成の明確な指標が存在せず、結果の随伴性の低い看取りケア場面で、どのように「達成」を判断するのかについては今後の検討が必要であろう。

社会的学習経験の中の代理経験についても、理論通り、両効力感に対して有

意な影響を与えた。特に、手段的ケア効力感に対しては、遂行行動の達成と同程度の関連の強さを持っており、実際のケアや書籍、研修などを通して、看取りケアについて見聞きするといった代理経験は、看取りケア効力感を高めることに繋がることが示された。

否定的情動については、遂行行動の達成や代理経験と比べるとその関連性はやや低いものの、理論通り、いずれの効力感とも関連していた。項目内容を踏まえると、ケアをすることに対して不安を持ったり緊張したりした経験が多い場合、看取りケア効力感が低くなる傾向にあることが示された。このことから、看取りケア効力感の向上を考える上で、否定的情動を軽減する方法を検討することが重要である。ただし、本研究では、否定的情動として、過去の看取りケアに関する不安や緊張などの否定的情動の総経験量を包括的に扱った点には注意が必要である。Bandura (1995 本明・野口監訳 1997) は、自己効力感の情報源である情動喚起を生理的反応、身体的反応と関連付けて考えており、実際のケア場面の看取りケア効力感に影響するのは、包括的な不安というよりは、具体的にケア行動を起こす際の緊張や心拍数の増加といった自己の生理状態、情動的な喚起状態の認識であると考えられる。情動は比較的短期間に生起するものである(濱, 2001)ともされており、今後は、実際に看取りケアを行う際の情動に焦点を当てた検討も必要である。

言語的説得については、情緒的ケア効力感とのみ正の関連が確認された。言語的説得は、理論上も、単独ではその影響力は小さいと考えられている(Bandura, 1995 本明・野口監訳 1997)。先に指摘した通り、手段的ケア効力感に含まれるケアの内容は、ケアの結果が目に見えるものが多い。言語的説得の内容よりも明確なケアの結果の方が説得力を持つため、他の要因を含めて検討すると、言語的説得の影響が確認されなくなったと考える。逆に、ケアの結果の判断が容易ではない情緒的ケアについては、周囲からの励ましや評価が達成の指標の一部となるため、関連が確認されたのであろう。

4-3. 研究2のまとめと今後の課題

研究2では、手段的ケア効力感と情緒的ケア効力感の2下位尺度を有する看取りケア効力感尺度が作成され、その信頼性と妥当性の高さが確認された。そして、看取りケア経験回数は、社会的学習経験の影響を統制した上では、手段的ケア効力感とは有意な関連が確認されず、情緒的ケア効力感とは有意な負の

関連が確認された。このことから、看取りケア効力感の向上には、経験回数を重ねることそのものよりも、経験に伴う看取りケアに関連する社会的学習経験の経験量が重要であることが示唆された。また、社会的学習理論が仮定する4つの情報源が看取りケア効力感に与える影響の強さは、情報源の種類と行うケアの内容によって異なることが示された。しかし、手段的ケア効力感の場合も情緒的ケア効力感も、達成経験が重要な点は一致していた。

最後に、研究2の限界と今後の展望について述べる。第1に、本研究は介護福祉士のみを対象とした。介護福祉士は、名称独占の業務であり（福富，2014）、介護の業務に携わる際に必ずしも介護福祉士資格を有している必要はない。実際、平成30年時点で、介護職として従事する者のうち、介護福祉士資格を有しているのは、施設種にもよるが平均すると約5割程度である（厚生労働省，2020c）。そのため、本研究の結果を、高齢者施設の介護職員全般に適用できるかについては、更なる検討が必要である。また、本研究では、看取りケア経験がない者も対象に含まれた。自己効力感の概念上、経験がなくとも看取りケア効力感を持つことは可能であり、必要であると考えられる。しかし、経験がない者の看取りケア効力感と経験がある者の看取りケア効力感とでは、質と量の両側面で異なる可能性は考えられるため、その点は、今後の検討課題である。

第2に、高齢者施設における看取りケアについて心理学的な視点から扱った先行研究は、著者の知る限りまだ少ない。そこで、本研究では、複数の尺度を新たに構成し、横断調査で探索的に研究を行った。特に、看取りケアに関する社会的学習経験尺度は、過去の経験の総量を主観的評価で広く尋ねる項目のみで構成されており、その尋ね方には検討の余地があるだろう。また、看取りケア効力感尺度の因子構造や妥当性についても検討の余地が残されたことから、今後尺度の精緻化が必要である。

以上の限界はあるものの、本研究の結果、過去の看取りケアに関する社会的学習経験の経験量の多さが、次の看取りケアに対する自己効力感に関連することが示された。経験回数の多寡にかかわらず、看取りケア経験の仕方や捉え方に働きかけを考えることが、介護職員の看取りケアに対する積極性を促進する上で重要であると言える。

第4章

看取りケア効力感及び死に対する準備性と 悲嘆との関連

・本章の内容は、以下の学術論文の内容を編集したものである。
久保田 彩・佐藤 眞一（2021）. 高齢者施設で看取る介護職員の悲嘆：死に対する準備性と看取りケア効力感に着目して 老年社会科学, 43 (1), 15-25.

・本研究は科学研究費補助金（特別研究員奨励費）（研究課題番号：14J02642, 研究代表者：久保田 彩）の助成を受けて実施された。

第1節 研究3の概要

1-1. 研究3の目的

研究3では、高齢者施設で利用者を看取る介護職員の悲嘆の程度と特徴を検討することを第1の目的とする。また、介護職員の悲嘆に対して、死に対する準備性、及び、看取りケア効力感とその交互作用が与える影響について、次の仮説を検討することを第2の目的とする。

仮説1: 死に対する準備性が高い人ほど、悲嘆の程度が低くなる。

仮説2: 看取りケア効力感が高い人ほど、悲嘆の程度が低くなる。

仮説3: 看取りケア効力感が高く、かつ、死に対する準備性が高い人は、看取りケア効力感が低い人や、看取りケア効力感が高くとも死に対する準備性が低い人よりも、悲嘆の程度が低くなる。

1-2. 研究3の概要

日本の介護職員の看取りケア経験について、悲嘆という観点から量的に研究した研究は、著者の知る限り、本研究と同時期に実施された久木原他（2021）を除いて存在せず、これまでのところ、介護職員の悲嘆に限定した尺度は開発されていない。介護職員の悲嘆には、介護職員特有の側面もあると考えられるが、感情的反応や故人に関する思考など、家族にも介護職員にも共通すると考えられる側面もある。研究3では、家族の悲嘆の測定にも職業上の悲嘆の測定にも使用されており、久木原他（2021）も使用している *Texas Revised Inventory of Grief-Present Scale (TRIG)* (Faschingbauer et al, 1987) を邦訳し、介護職員の悲嘆の程度と特徴を検討することとした。

また、第2の目的として、悲嘆による否定的な影響の1次的予防という観点から、看取りケア効力感と死に対する準備性に着目し、介護職員の悲嘆に対して、死に対する準備性、及び、看取りケア効力感、その交互作用が与える影響を検討することとした。目的2の検討に際しては、介護職員の悲嘆に関連すると考えられる次の変数を統制変数とした。まず、死別からの経過期間が悲嘆と関連することから (Maciejewski, Zhang, Block, & Prigerson, 2007), 経過期間を統制する。加えて、看取りに関する教育経験 (Chen et al., 2018b ; 遠藤, 2011) や実際の看取りケア経験が多いこと (清水・柳原,

2007) が利用者の死の受け止め方に影響することから、介護福祉士資格の有無と看取り経験回数を、利用者との関係性が悲嘆に影響することから、亡くなった利用者のケアに携わった期間 (Boerner et al., 2015) を統制変数とする。さらに、臨終に立ち会うことは、負担感がある (樋田・松波, 2016) と共に、意味のあることと捉えられており (Marcella & Kelley, 2015), 悲嘆とも関連し得ると考えられることから、立ち合いの有無についても扱うこととする。

第2節 研究3の方法

2-1. 調査手続きと調査対象者

2017年2月にオンライン調査を実施した。本研究は、回答者自身のケアの評価や利用者への感情を尋ねる項目があることから、回答者の業務を評価する立場にある施設管理者等が結果を目にする可能性があると感じられる状況では正確な回答が得にくいと考えた。加えて、回答者の勤務先が限定された場合、一番最近看取った利用者が回答者間で共通する可能性が高くなり、本研究で取り扱わない要因が結果に影響を及ぼすことが考えられたため、回答者の勤務先の重複が少ないと考えられる方法としてオンライン調査を採用した。

調査会社に登録している20歳以上の者で、過去2年の調査会社の定期調査で高齢者対象の介護サービス事業に従事していると回答した人を対象に、web上のフォームでスクリーニング項目への回答を依頼した。スクリーニング項目では、現在または過去に高齢者を対象とした入所型の介護施設（高齢者施設）¹²に勤務した経験、その際に日常的に高齢者を直接介護する仕事に従事した経験、及び、看取りケアを提供した経験の有無を尋ねた。施設の定義については、「『入所型の介護施設』とは、特養、老健、グループホーム、有料老人ホームなど、高齢者の長期的な生活の拠点となる介護施設のことを指します」と併記した。本研究は複数の研究の一部であり、スクリーニング項目への回答内容に基づき、本研究の対象者である「高齢者施設で介護職として勤務している時に、1回以上看取りケアを経験した者」に該当する場合には、スクリーニング項目に引き続き、主たる調査への回答を求めた。回答者数が一定になった時点で、回答依頼を終了した。

なお、オンライン調査では、一定の回答者が、回答に際して十分な注意資源を割かず、文章を読み飛ばしたり、誰でも選択可能な「わからない」やリッカート尺度の中間などを選んだりする傾向にあり、データの質が低下する問題が指摘されている（三浦・小林，2015）。本調査でも、上記の指摘に該当すると考えられる回答が一定数見られたことから、悲嘆尺度で全て同じ選択肢を選ん

¹²ここでの「入所型のサービス」は、第1章第6節の高齢者施設の定義で示した狭義の「入所系サービス」とは異なり、高齢者が施設に一定期間滞在するサービスという意味で用いた。本調査（研究3）における「入所型の施設（高齢者施設）」の範囲は、本文に示した通り、調査時に併記して回答者に伝えた。

でいること、かつ、入力や想起に時間を要する、看取り経験回数、一番最近看取った利用者のケアに携わった期間、その看取りからの経過期間の3項目全てに「答えたくない」を選択していることの2条件を満たす回答を、不適切な回答である可能性が高いと判断し分析から除外した。

2-2. 倫理的配慮

本調査は、大阪大学大学院人間科学研究科行動学系研究倫理審査委員会の承認を受けて実施した（承認番号：人行 28-078）。調査前に調査目的を説明し、看取りケアに関して尋ねることを明記した。調査への参加は自由意志であり、途中でいつでも中断することが可能であった。更に、看取りケアに関して尋ねる項目全てに、「答えたくない」という回答を設けた。

2-3. 調査内容

基本属性 年齢、性別、職務経験年数、介護福祉士資格の有無、看取り経験回数を尋ねた。看取り経験回数は、看取りという言葉が臨終への立ち合いのみを想定されることを避けるために、介護職として直接関わった利用者について、「施設内で亡くなり、臨終に立ち会った（施設内立会い有）」、「施設内で亡くなったが、臨終には立ち会っていない（施設内立会い無）」、「看取り契約を結ぶなど、看取りケアと認識してケアを行ったが、最後は病院など施設外で亡くなった（施設外）」の3つの状況に分けて経験回数を尋ね、その合計を看取り経験回数とした。また、看取り経験回数は、回答の幅が大きく、かつ、回数が少ない人が多いという分布の偏りが見られた。そこで、記述統計を除き、1～2人、3～5人、6～10人、11～20人、21～30人、31～50人、51～100人、101人以上の8区分に分け、1から8までの値を順に振り、値が小さいほど経験回数が少なくなるように得点化して分析に用いた。なお、回数の区切りは、先行研究（清水・柳原，2007）を参照した上で、各区分の人数に偏りがないように考慮して設定した。

一番最近の看取りケアに関する質問項目 「これまで職務上経験した看取りの中で、一番最近の看取りケア経験についてお聞きします」と教示の上、一番最近看取った利用者の臨終への立ち合いの有無を尋ねた。また、その利用者のケアに携わった期間（以下、ケア期間）と看取りからの経過期間（以下、経過

期間)を○年○ヵ月の形式で尋ねた。ケア期間と経過期間についても、回答の幅が大きく、分布の偏りが見られた。そこで、記述統計を除いて、先行研究(Maciejewski et al., 2007; 鈴木・佐藤, 2003; 寺崎・中村, 1998)、及び、本研究の分布を参照し、1ヵ月未満, 1~6ヵ月未満, 6ヵ月~1年未満, 1~3年未満, 3~5年未満, 5年以上の6区分に分けて、1から6まで順番に値を振り、値が小さい程、期間が短くなるように得点化して分析に用いた。

一番最近の看取りケアにおける悲嘆 上で尋ねた一番最近の看取り経験における悲嘆の程度を測定するために、項目内容から介護職の悲嘆を測定するのに妥当であると判断した Texas revised grief inventory-Present Scale (TRIG) (Faschingbauer et al., 1987) を邦訳して使用した。邦訳は著者が行い、原著者の一人に邦訳での使用を報告した¹³。「上で回答いただいた一番最近の看取りケア経験についてお聞きします」と教示し、「全く当てはまらない(1)」から「とても当てはまる(5)」の5件法で回答を求めた。

死に対する準備性 一番最近の看取りにおける情動的準備性と情緒的準備性について、介護職員対象の先行研究(Boerner et al., 2015)で用いられた項目を邦訳し、著者、及び、老年学を専門とする研究者でその内容的妥当性を確認した上で、各1項目で測定した。その利用者が亡くなる前の自分の状態について、情動的準備性は、「その利用者の状況についてあなたが理解していたという点で、どの程度利用者が亡くなることに準備ができていましたか」、情緒的準備性は「あなたは、その利用者が亡くなることに対して、どの程度、精神面・感情面で準備ができていましたか」と尋ねた。「全くできていなかった(1)」から「十分できていた(7)」の7件法で回答を求めた。

看取りケア効力感 一番最近の看取りの前の看取りケア効力感について1項目で測定した。回顧的に測定するにあたり、本論文の研究2で作成した次の看取りケアについて尋ねる既存の尺度(久保田・佐藤, 2016)は使用できなかったため、新たに1項目で作成し、著者、及び、老年学を専門とする研究者でその内容的妥当性を確認して使用した。具体的には、「その利用者の看取りケアに関わる前、あなたはどの程度看取りケアに必要なケアを提供する自信がありましたか」と尋ね、0~100%の間の整数で回答を求めた。なお、本調査と同時に実施し部分的に対象者が共通する調査で、一部表現を改定した既存の看取

¹³ 尺度の邦訳に当たって、筆頭著者の許可を求めることに努め、出版時や近年の共同研究者等にも尋ねたが、筆頭著者と連絡を取ることができなかった。そのため、尺度作成論文の共著者1名にその旨を報告し、使用した。

りケア効力感尺度と、本分析で使用する次の看取りケア全般に対する効力感について100%で評定を求める1項目とで、高い相関($r = .67$)が得られたことから、1項目で測定する際も一定の妥当性があると判断した。

2-4. 解析方法

分析に先立ち、全変数の記述統計を算出した。悲嘆尺度は、探索的因子分析と確認的因子分析を行い、Cronbachの α 係数を算出した。次に、悲嘆を従属変数とする階層的重回帰分析(強制投入法)を実施した。Step1で統制変数を投入し、Step2で死に対する準備性と看取りケア効力感、Step3でその交互作用項を投入した。Step3の交互作用が有意であったことから、単純傾斜の検定を行った(Aiken, West, & Reno, 1991)。分析には、SPSS ver.24とAMOS ver.24を用いた。

第3節 研究3の結果

3-1. 対象者の基本属性

全回答者 430 名のうち、調査手続きで示した基準に従って不適切な回答と判断した 31 名を除外し、399 名を分析対象者とした。分析対象者の平均年齢は 43.25 歳 ($SD = 10.97$, range = 21-76), 性別は男性 156 名 (39.1%), 女性 243 名 (60.9%) であった。介護福祉士資格保有者は 293 名 (73.4%) で、職務経験年数は平均 8.89 年 ($SD = 5.60$, range = 0.50-33.25), 看取り経験回数の平均は 26.81 回 ($SD = 94.54$, range = 1-1500) であった。一番最近の看取りケアにおける臨終への立ち合いが有りの者は 122 名 (30.6%), 立ち合い無しの者は 256 名 (64.2%), 回答拒否 21 名 (5.3%) であった。以下、回答拒否については欠損扱いとした。また、亡くなった利用者のケア期間の平均は 20.48 カ月 ($SD = 24.62$, range = 1-226) で約 1.7 年であった。その看取りからの経過期間は、平均 19.17 カ月 ($SD = 29.84$, range = 1-205) で約 1.6 年であった。情動的準備性の平均は 4.74 ($SD = 1.37$), 情緒的準備性が 4.64 ($SD = 1.46$), 看取りケア効力感は 51.48 ($SD = 25.19$) であった。ここで、情緒的準備性と情動的準備性の相関が $r = .81$ ($p < .001$) と高いことから、以降、情緒的準備性と情動的準備性を合計して、死に対する準備性 ($M = 4.68$, $SD = 1.35$) として扱った。

3-2. 悲嘆尺度の因子構造と信頼性

TRIG の因子構造を確認するために最尤法による探索的因子分析を行った。固有値の推移は第 1 因子から順に 6.75, 1.06, 0.85, 0.70... となり、1 因子構造を採用することにした。13 項目のうち因子負荷量が .40 以下の項目はなかった (Table 4-1)。続いて、確認的因子分析を実施したところ、1 因子構造で一定の適合度が得られた ($GFI = .909$, $AGFI = .872$, $CFI = .933$, $RMSEA = .008$)。以下、全 13 項目の平均点を悲嘆得点として用いた ($M = 2.27$, $SD = 0.76$, range = 1.00-4.31)。尺度全体の信頼性係数は $\alpha = .92$ であった。

Table 4-1
Texas Revised Inventory of Grief の因子分析結果と記述統計

項目 番号 ^a	項目	因子 負荷量	平均 (SD)
9	亡くなったその人のことを考えずにはいられない	.81	2.18 (1.03)
2	亡くなった人のことを考える時は今でも動揺する	.78	2.16 (1.06)
13	今でも時折、その人のことを想って泣く必要性を感じる	.77	2.01 (1.00)
12	その人が亡くなったことを受け入れることはできない	.76	1.98 (1.01)
1	亡くなった人のことを考えると今でも涙が出る	.75	2.27 (1.07)
5	亡くなったその人の思い出を思い起こすことは、今でも つらい	.75	2.33 (1.03)
6	亡くなったその人のことで頭がいっぱいである	.74	1.95 (1.01)
3	その人の死を受け入れることができない	.74	1.98 (1.00)
10	その人が亡くなったことは不公平だと感じる	.73	1.98 (0.92)
4	時々、亡くなったその人がいないことをとても寂しく感 じる	.64	2.76 (1.21)
11	自分の身の回りの物や人を見ると、今でも亡くなったそ の人のことを思い出す	.53	2.73 (1.24)
8	私の人生の中で亡くなったその人にとって代わる人は誰 もないだろう	.53	2.69 (1.24)
7	亡くなったその人について考える時、私は涙を人に見せ ないようにする	.44	2.71 (1.26)
平均			2.27 0.76

^a項目番号は原版(Faschingbauer et al., 1987)と一致

3-3. 看取りケア効力感及び準備性と悲嘆との関連

悲嘆を従属変数とした階層的重回帰分析（強制投入法）を行った。Step1で、統制変数として、介護福祉士資格の有無、看取り経験回数、ケア期間、経過期間、立ち合いの有無を投入した。Step2で、死に対する準備性と看取りケア効力感、Step3で死に対する準備性×看取りケア効力感の交互作用項を投入した。多重共線性の問題の回避のために、死に対する準備性と看取りケア効力感は、平均値からの偏差に変換した値を使用した（Aiken et al., 1991）。各変数のVIFは全て2.00未満であり、多重共線性の問題は確認されなかった。

階層的重回帰分析の結果、Step2で、死に対する準備性から0.1%水準で有意な負の主効果（ $\beta = -.28, p < .001$ ）、看取りケア効力感から有意傾向の正の主効果が確認された（ $\beta = .13, p < .10$ ）。Step3では、死に対する準備性と看取りケア効力感との交互作用が1%水準で有意となった（ $\beta = -.22, p < .01$ ）（Table4-2）。単純傾斜の検定の結果、死に対する準備性が低い（死に

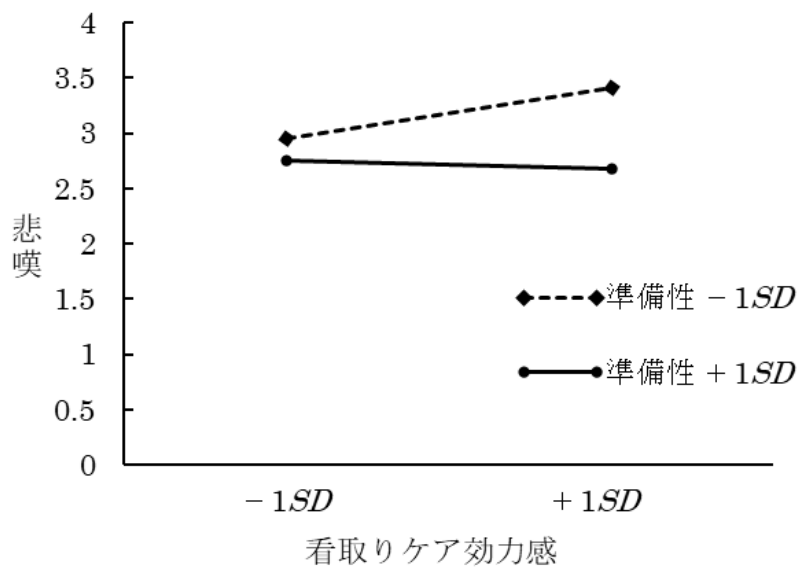
に対する準備性－*SD*) 人では，看取りケア効力感が高い方が悲嘆は有意に高くなるが ($\beta = .33, p < .01$)，死に対する準備性が高い (死に対する準備性＋*SD*) 人では，看取りケア効力感が悲嘆に与える効果は有意とならなかった ($\beta = -.05, n.s.$) (Figure4-1)。

Table 4-2

悲嘆を従属変数とした階層的重回帰分析の標準編回帰係数 (β) の値

独立変数	従属変数：悲嘆		
	Step1	Step2	Step3
Step1			
介護福祉士資格 (あり=1)	.01	.01	.02
看取り経験回数 ^a	-.16 *	-.13 †	-.09
立ち合いの有無 (あり=1)	-.19 **	-.18 **	-.18 **
ケア期間 ^a	.04	.02	.04
経過期間 ^a	-.13 †	-.15 *	-.12 †
Step2			
死に対する準備性		-.28 ***	-.33 ***
看取りケア効力感		.13 †	.14 †
Step3			
死に対する準備性×看取りケア効力感			-.22 **
	Adj. <i>R</i> ²	.04 *	.09 ***
	Δ <i>R</i> ²	.06 *	.06 **

^a看取り経験回数は8区分，ケア期間と経過期間は6区分の変数使用
*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$, † $p < .10$



注) 介護福祉士資格を保有しておらず臨終への立ち合い無の人の場合

Figure 4-1

死に対する準備性と看取りケア効力感の悲嘆に対する交互作用

第4節 研究3の考察

研究3では、1) 高齢者施設の介護職員の悲嘆の程度と特徴を記述すること、2) 看取りケア効力感、及び、死に対する準備性と悲嘆との関連について、仮説1「死に対する準備性が高い人ほど、悲嘆の程度が低くなる」、仮説2「看取りケア効力感が高い人ほど、悲嘆の程度が低くなる」、仮説3「看取りケア効力感が高く、かつ、死に対する準備性が高い人は、看取りケア効力感が低い人や、看取りケア効力感が高くとも死に対する準備性が低い人よりも、悲嘆の程度が低くなる」、の3つの仮説を検討することを目的とした。

4-1. 悲嘆尺度の因子構造と信頼性

介護職員の悲嘆の特徴に関する考察に入る前に、研究3で邦訳して用いたTRIG尺度について確認する。探索的因子分析と確認的因子分析の結果、TRIGの因子構造は13項目1因子であると判断した。また、 α 係数の高さから、十分な内的整合性が確認された。本尺度は、死別悲嘆の測定に最もよく使用される尺度の一つであり（坂口，2010b）、先行研究において介護職や医療職を対象としても用いられている（Engler-Gross et al., 2020 ; Plante & Cyr, 2011）。また、文化を超えて内的整合性が高いと指摘されており（Montano, Lewey, O'Toole, & Graves, 2016）、日本での使用例もある（橋本・永井・渡辺，2018 ; 久木原他，2021）。邦訳した尺度としての妥当性や信頼性の検討は十分とは言えないが、項目内容から判断した表面的妥当性、因子的妥当性、内的整合性の高さから、本研究で使用したTRIGは、日本の介護職員の悲嘆の一側面を測定していると考えて問題ないと判断した。

4-2. 介護職員の悲嘆の特徴と程度

研究3の第1の目的である介護職員の悲嘆の特徴と程度について、一番最近の看取りケアにおけるTRIGの平均は2.27点であった。単純に比較はできないが、この得点は医療関係職を対象とした先行研究（Engler-Gross et al., 2020 ; Hayuni, Hasson-Ohayon, Goldzweig, Bar Sela, & Braun, 2019）の平均点とおおよそ同程度であり、また、遺族を対象とした先行研究（Holm, Alvariza, Furst, Ohlen, & Arestedt, 2018 ; Li, Wang, Zhou,

Ren, & Gao, 2018) の平均点よりはやや低い場合が多かった。また、本調査と同時期に、同様に TRIG を邦訳して介護職員を対象とした調査(久木原他, 2021)が行われているが、その対象者における平均点は2.88点であり、凡そ同じ程度である。このことから、遺族と比較した場合、全体の傾向としては介護職員が TRIG の内容が当てはまると感じる程度はそれ程強くはなかったと言える。しかし、本研究における悲嘆得点の最大値は4.31点であり、看取りからの経過期間にかかわらず、平均3点を超える者は106名(27%)存在したことから、介護職員の経験する悲嘆の程度が一概に低いとは言えない。その一方で、悲嘆の程度がそれほど高くない対象者も存在した。看護師の悲嘆についても、全ての患者ではなく、関心やエネルギーを傾けた患者に対して悲嘆が生じると指摘されている(近藤, 2011)。介護職員においても同様に、それほど強く悲嘆を感じない場合もあることは自然であろう。本研究で示された介護職員の悲嘆の程度に差があるということは、公認されない悲嘆の一つであると考えられる介護職員の悲嘆を周囲が理解する上で重要である。

また、TRIG の平均点が低い項目をみると、その人のことで頭がいっぱい(6; 以下、括弧内の数字は項目番号を示す)、死を受け入れることができない(3)、その人が亡くなったことは不公平だと感じる(10)といった内容であった。高齢者施設での看取りが増加している中、介護職員が利用者の死を全く想定しないことは少ないと考えられる。また、高齢者の死は、全ての人が遭遇せざるを得ない普遍的な事象であり、成年までの選別的な死と比べると、比較的受け入れることのできる死であるという指摘がある(大西, 2013a)。こうしたことから、介護職員の悲嘆において、道理に合わない、受け入れることができないなど、利用者の死に対する否認は相対的には少なくなったと考える。一方、TRIG の中で平均点の高い項目は、亡くなったその人がいないことをとても寂しく感じる(4)、自分の身の回りの物や人を見ると、今でもその人の事を思い出す(11)といった内容であった。こうした思慕の念は、介護職員においても比較的多い反応であることがうかがわれた。また、項目11に同意する人が多い点について、先行研究(Boerner et al., 2015)でも施設に勤務する介護職員が経験しやすいこと、その理由として、施設の介護職員は利用者を看取った環境の中で仕事を続けることが多いことを挙げている。この指摘は、本研究の結果にも当てはまると考えられ、高齢者施設の環境が利用者の死を想起させるというのは、施設で看取る介護職員の悲嘆の特徴の一つと考えられる。

4-3. 看取りケア効力感及び死に対する準備性と悲嘆との関連

研究3の目的2について、悲嘆を従属変数とした階層的重回帰分析では、Step2で死に対する準備性から有意な負の主効果と、看取りケア効力感から有意傾向の正の主効果が確認された。死に対する準備性に関する仮説1は支持されたが、看取りケア効力感については、有意傾向で負ではなく正の効果が認められ、正負が逆になったことから、仮説2は支持されなかった。死に対する準備性については、先行研究(Boerner et al., 2015; Hebert et al., 2006)の結果を支持し、準備性の高さが悲嘆の低減に繋がることが確認された。一方、看取りケア効力感は、積極的なケアを促すことで悲嘆を低減すると考えたが、結果からは、有意傾向ではあるが悲嘆の高さに繋がる可能性が示唆された。この点について、積極的なケアを行うことは、良い看取りだったという肯定的な評価に繋がる(小楠・萩原, 2007)と同時に、積極的に関わった結果として、利用者との関係性も深くなると推察される。先行研究でも、良いケアの条件である親しい関係性の構築が、同時に悲嘆を強めるという両義性が指摘されている(Boerner et al., 2015)。特に、本研究で検討した悲嘆は家族の悲嘆とも共通する側面であり、積極的に関わった利用者の死による悲嘆は強くなる傾向になったと考えられる。

また、死に対する準備性と看取りケア効力感との交互作用に関する仮説3について、看取りケア効力感から悲嘆への効果を死に対する準備性が調整するという交互作用の枠組み自体は確認されたが、前提である仮説2の看取りケア効力感の悲嘆に対する効果が正の効果であったことから、仮説3の内容も支持されなかった。仮説では看取りケア効力感が悲嘆を低減し、死に対する準備性はその関係性を促進すると考えたが、実際には、看取りケア効力感が悲嘆に与える影響を死に対する準備性が緩衝するという結果になった。死に対する準備性が高いと、亡くなるまでの時間を共有したり、しようと思ってできていないことをしたりすることから、死別後の悲嘆が低下するという(Loke, Li, & Man, 2013)。看取りケア効力感が高いと、利用者との関わりが増える分悲嘆も強くなるが、死に対する準備性を高く持ち、亡くなることをより明確に意識して関わっていた場合には限界設定が明確になり、後回しにしがちなケアの優先順位を上げるなど、積極的に関わる中でも関わり方が変わるのではないかと考える。それゆえ、看取りケア効力感が悲嘆に与える影響を、死に対する準備性が緩衝するという結果になったのではないかと考える。

ここで、悲嘆にのみ焦点を当てると看取りケア効力感は低い方が良いということになるが、看取りケア効力感は積極的に看取りケアに取り組むために必須のものであり、悲嘆を軽くするために看取りケア効力感を下げるべきとは考えにくい。この点に対して、本研究の結果からは、死に対する準備性を高めることが有用であることが示唆された。看取りケア効力感が高い中でも、同時に死に対する準備性を高めることが悲嘆への対応を考える上で重要であろう。

最後に、階層的重回帰分析で統制変数として使用した変数について言及する。本研究の結果、看取りからの経過期間の長さや看取り経験回数の多さが、悲嘆に対して一定の効果が見られた。一方で、介護福祉士資格とケア期間は、ほとんど効果が確認されなかった。介護福祉士の養成カリキュラムに看取りに関する内容が含まれたのは2009年以降のことであることから、教育経験については、資格の有無ではなく、より看取りに特化した学習経験について検討する必要があると考える。また、ケア期間の長さは、先行研究で職業上の悲嘆との関連が確認されており(Boerner et al., 2015)、本研究で効果が確認できなかった点については更なる検討が必要である。この点について、複数の職員が複数の利用者に関わる施設の特性上、ケア期間が長くても関わりが少なくとも考えられるため、ケア期間のような客観的な指標ではなく、主観的な利用者との関係性の評価の方が重要であるのかもしれない。そして、立ち合いの有無については、立ち合い有の方が悲嘆は高いことが確認された。効果量も比較的高いことから、今後も、介護職員の悲嘆を検討する上で、臨終への立ち合いの有無を検討することは重要であると考えられる。

4-4. 研究3のまとめと今後の課題

本研究の結果、介護職員が利用者の死に対して悲嘆を感じることで、中でも、利用者の死に対する否認は少なく、思慕の念は強い傾向にあることが示された。また、死に対する準備性が悲嘆を低減させること、そして、看取りケア効力感は悲嘆を強める傾向があるが、死に対する準備性はその影響を緩和することが示された。死に対する準備性を高める具体的な方法の一つとして、死に関するコミュニケーションの重要性が指摘されている(Hebert et al., 2006)。看取りに関して率直に話し合う環境を作ることが、死に対する準備性を高める一助となるだろう。

最後に本研究の課題を述べる。第1に、各概念の測定に関する問題である。

本研究では TRIG 尺度を邦訳して使用したが、その妥当性と信頼性の検証は十分ではない。加えて、介護職員の悲嘆には専門職特有の部分もあると考えられるが、そうした悲嘆の全側面を測定できてはおらず、本研究の結果は、故人に対する情緒的反応や否認といった悲嘆の一側面においてのみ適用されるものである。また、情動的準備性と情緒的準備性、及び、看取りケア効力感の測定は、各1項目で行われ、情動的準備性と情緒的準備性はその関連の高さから合計して使用した。1項目での測定により、各概念と測定の間には誤差が生じる可能性があり、結果の解釈は、測定した内容に基づき慎重に行わなければならない。また、いずれも多面的な概念であることから、今後、概念を精緻化し、信頼性・妥当性の高い尺度を用いた検討が必要である。第2に、本研究は回顧的な質問項目で構成された横断研究であった。そのため、現在の精神状態や時間経過によるバイアスの影響は免れ得ないだろう。特に、悲嘆は抑うつなどの不適応との関連が確認されており (Chen et al., 2018b)、悲嘆の強さがその看取りに関する見方を否定的にしている可能性が考えられる。今後縦断調査も含めて更なる検討が必要である。第3に、オンライン調査を使用したため、不適切な回答行為による回答の質の低下の可能性 (三浦・小林, 2015) を十分には排除できていない。本研究の結果が再現可能なものであるかどうかの更なる検討が必要である。最後に、本研究で検討していない重要な変数として職場要因がある。同じ入所型の施設であっても、施設種によって医療職の人員配置基準は異なり、同じ施設種の中でも看取りの実施状況には差がある。死に対する準備性や看取りケア効力感、また悲嘆自体もそうした職場環境の影響を受けると考えられるため、職場環境は今後検討すべき重要な変数であると考えられる。

以上の課題があるものの、看取りケア効力感が悲嘆を強める可能性があること、そして、悲嘆の低減に資するものとして、死に対する準備性の有効性が示されたことは意義があると考えられる。全ての悲嘆が問題となるわけではないが、悲嘆と関連し、かつ、介入が可能な要因を検討することは、職場のメンタルヘルスを考える上で重要であろう。

第 5 章

総合論議

第1節 看取りケア効力感概念の意義と今後の展開

1-1. 本論文の概要

本研究は、高齢者施設の介護職員の看取りケアに対する積極的な取り組みを促進する要因として、社会的学習理論（Bandura, 1977b A.バンデュラ・原野, 1979）を基に、「看取りケア効力感」という概念を提唱し、看取りケア効力感を測定する尺度を作成した（研究1・2）。そして、看取りケア効力感がどのように高められるのかについて検討するために、看取りケアの経験回数、及び、看取りケアに関する社会的学習経験と看取りケア効力感との関連を検討した（研究2）。また、看取りケア効力感が看取り後の悲嘆にどのように関連するのかについて、死に対する準備性という概念を併せて検討した（研究3）。

その結果、研究2（第3章）では、看取りケア効力感は手段的ケア効力感と情緒的ケア効力感に分かれることが示された。そして、手段的ケア効力感と情緒的ケア効力感のいずれも、経験回数そのものよりも、看取りケアに関する社会的学習経験を多く持つことが重要であると示唆された。特に、情緒的ケア効力感を高めるためには、手段的ケア効力感と比べてより十分な社会的学習経験の経験量が必要であることが明らかになった。また、手段的ケア効力感の高さに繋がるのは、遂行行動の達成の多さ、代理経験の多さ、否定的情動経験の少なさであり、情緒的ケア効力感の高さに繋がるのは、手段的ケア効力感と同じ3要因に加えて言語的説得を受ける経験の多さであることが示唆された。一方で、研究3（第4章）では、看取りケア効力感を高く持っていた場合、看取り後の悲嘆が強くなる傾向にあることと、看取りケア効力感と悲嘆との関連を緩和するためには、死に対する準備性を高めることが有効であることが示された。看取りケア効力感とは、ケア行動を促進するという点では有用であるが、それと同時に悲嘆を強める可能性があるという両義性が示唆された（Figure 5-1）。本節では、ここまでの研究をもとに、まず、本論文の中心的課題である看取りケア効力感概念の妥当性と意義、及び、今後の展望について議論する。そして、本論文の研究結果から得られた応用への示唆について言及する。最後に、本論文全体を通じた限界についてまとめ、今後の課題を示す。

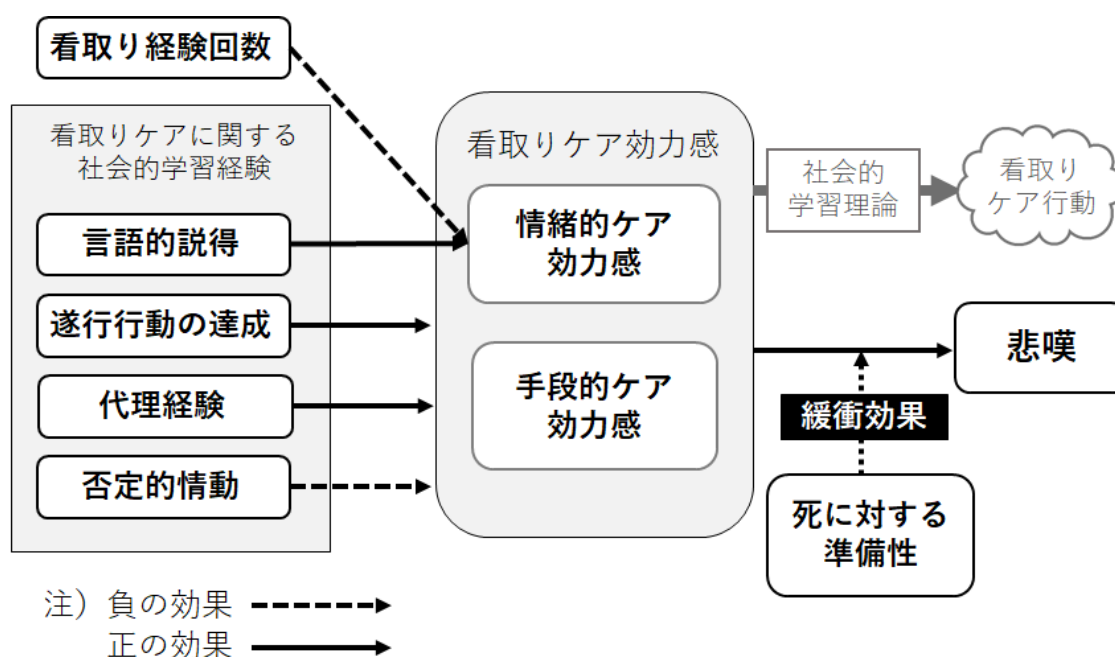


Figure 5-1

看取りケア効力感と関連要因の関係図

1-2. 「看取りケア効力感」の妥当性

本論文ではいくつかの観点から看取りケア効力感について検討したが、それらを踏まえ、ここで改めて、看取りケア効力感という構成概念と測定尺度の妥当性について論じる。

高齢者施設の介護職員の看取りケアに関する先行研究は、特養で看取り介護加算制度が導入された2006年前後から、看護学や福祉学分野を中心に積み重ねられてきた。それに対して、本論文では、心理学分野の、人間の行動に関する学習研究の中で提唱された社会的学習理論とその重要な概念である自己効力感を、看取りケア場面に適用する形で研究を展開し、看取りケア効力感という概念を新たに提唱した。ただし、看取りケア効力感という用語自体は初出であるものの、介護職員を対象とした質的データを用いた看取りに関する先行研究において、自己効力感と親和性の高い「自信」という言葉は何度も言及されている。無論、先行研究で言及されている一般用語としての自信と自己効力感とは完全に重なる概念とは限らないものの、看取りケアに対する自信という考え方は、先行研究の知見に根差した概念であるといえる。また、社会的学習理論が仮定する自己効力感の4つの情報源である、遂行行動の達成、代理経験、言語

的説得、情動喚起のいずれについても、介護職員の看取りケア経験に関する先行研究の中で該当する経験が複数示されている。こうしたことから、社会的学習理論と自己効力感の概念を看取りケア場面に適用することは、先行研究と、そこから把握される介護現場の経験に照らし合わせて、内容的な妥当性が高いと考える。

一方で、看取りケア効力感の妥当性を考える上で課題として残るのが、尺度で測定された看取りケア効力感の高さが、実際の看取りケア行動を予測するかどうかということを実証的に確認できていない点である。本研究は、特定の行動に対する自己効力感はその行動の生起を予測するとする社会的学習理論（Bandura, 1977b A.バンデューラ・原野, 1979）を根拠に、看取りケア効力感が看取りケア行動に繋がることを前提として、看取りケア効力感を高める方法等を検討した。ただし、この自己効力感と行動との関連は、今のところ理論的根拠によってのみ支持されており、実証はされていない。看取りケア行動をどのように測定するのかということには大きな課題があり、実際の看取りケア行動は担当制度や勤務体制など本人の効力感とは別の施設の状況に影響されることや、利用者の看取り期に研究としてその状況を観察することの倫理面における問題もある。しかし、看取りケア効力感を高めることの意義を検討していく上で、実際の行動にどのように結びつくのかを実証的に検証することは、重要であると考ええる。

ただし、看取りケア効力感が看取りケア行動に結び付くかどうかという点とは別に、先行研究の多くで、介護職員が看取りケアに対して自信を持つことは望ましいこととして記載されている（*e.g.* 樋田・松波, 2015；井上, 2014；坂下他, 2013）。本論文では、回顧的に尋ねた看取りケア効力感が看取り後の悲嘆と関連していることも明らかになったが、第4章でも論じた通り、それは看取りケア効力感自体がネガティブな概念なのではなく、看取りケア効力感を高く持ってケアに取り組んだ結果として、利用者との関係が深くなったり、思い入れが強くなったりするがゆえに悲嘆が強くなるという関係にあると考える。看取りケア効力感の予測的妥当性が実証的な検討をもって支持されることは重要であると考えるが、看取りケアに対する自信が重要であるとする先行研究の流れを踏まえると、看取りケア効力感自体がポジティブな概念であり、高いことが望ましいものであると考える。

1—3. 看取りケア効力感を提唱した意義

高齢者施設の看取りケアの在り方は、社会制度や施策、介護職養成の教育内容など、その時々の方針の影響を受けやすい課題であり、また、その方針は、現状に応じて調整されるものである。どのような変数が介護職員の看取りケアに対する姿勢に関連するのかということや、その関連の強さ、優先度を量的に捉えることは、現状を把握し、社会の方針を決定する上で重要になると考えられる。本研究では、介護現場の経験に根差しつつ、社会的学習理論の理論的枠組みにも基づく、看取りケア効力感という概念を提唱した。それにより、先行研究で主に質的データによって検討されていた介護職員の看取りケア経験の一端について、量的に測定可能な統一された概念を用いて研究の蓄積が可能になった点が本研究の1つの意義である。

中でも、様々にその必要性が主張されている（出村・中村，2011；江口他，2013；遠藤，2011；原他，2010；川上他，2019；；北村他，2010；二橋・真家・仙田・佐々木，2008；澤田他，2019；横島・黒川・長沼・松浦，2015）研修や教育的介入を考える上で、一つの視点を提供できるのではないかと考える。既に確認したように、介護職員の看取りケアに関する学習経験は、保有資格や資格取得の時期、これまで勤務した施設の方針等によって千差万別である。そのため、資格取得までの教育の中だけでなく、職務に従事しながらの看取りケアに関する教育が必要であると言われている。また、看取り介護加算を算定するための要件にも、施設が看取りに関する職員研修を行っていることが含まれている。そして、単に算定要件を満たすだけでなく、研修を通じ実践に応じた質の向上が求められる（福田他，2013）。そうした研修や介入の内容は、既に工夫が積み重ねられてきていると考えられるものの、高齢者施設での死や看取りに関する教育や研修が系統的に行われていないという指摘（福田他，2013）や、介護職員に対する効果的な看取り教育プログラムはまだ確立されていないという指摘（大河原・深堀・廣岡・宮下，2016）もあり、「何に」対して介入するかという明確なアウトカムが確立されておらず、介入の効果評価が量的に行われていないのが現状である。本論文で、看取りケア効力感の概念を導入し、看取りケア効力感を測定する尺度を作成したことによって、社会的学習理論を参照して研修内容を作成し、看取りケア効力感を用いてその介入の効果評価を行うことが可能になった。介護職員が看取りケアを行う際の根拠に基づく介入の在り方を検討することが可能になったこともまた、看取りケア

効力感という概念を提唱したことの意義の一つであると考ええる。

1-4. 看取りケア効力感の今後の展開

看取りケア効力感という概念の着想を得た当時（久保田，2014）に高齢者施設で看取られる人の割合が5.5%であったのに比べて，2020年には12.5%となっており，高齢者施設での看取りの実施件数は徐々に増加している。この間に，看取りケアを経験した職員の数も増加していると考えられ，少なくとも介護職員にとって，研究開始当初に比べて，高齢者施設での看取りはより身近なものになっていると推測される。第2章（研究1）で看取りケア効力感尺度の項目案を作成した際，看取りケア経験が十分にある介護職員はそれほど多くないと考えられたため，看取りケアへの取り組みが草創期にある施設でも標準と考えられる看取りケアの内容を重視して尺度項目を選定した。しかし，高齢者施設での看取りケアが以前よりも広がりを見せている現在，標準的に求められるケアのレベルも高くなっている可能性は十分に考えられる。現状を踏まえると，本研究で作成した看取りケア効力感尺度の項目に含まれるケア内容はやや基本的な内容に偏っていると推測される。Bandura（1995 本明・野口監訳 1997）は，自己効力感を強くするためには，たやすく成功する体験ではなく，忍耐強い努力によって障害に打ち勝ったという体験が必要であると指摘している。この指摘から推察すると，自己効力感の対象となる行動は，当然できるとみなされることではなく，ある程度困難さが予想される行動である方が適切であると考えられる。看取り経験豊富な職員も含めて，経験に幅のある介護職員を広く尺度の対象とするためには，今後，項目内容の再検討も必要になると考える。

項目内容の再検討に当たっては，自己効力感の水準の次元を考えることも一つの方法である。本論文で作成した看取りケア効力感尺度は，水準，強度，一般性の自己効力感の3つの次元のうち，どの程度その行動ができると思うかという確信度を尋ねる強度の次元を用いた。しかし，課題を難易度別に分けて，どの難しさまで自己効力感があるかという水準の次元で測定することも一つの方法であると考ええる。実際に，研究2の看取りケア効力感尺度の因子構造の考察で言及したように，本研究では情緒的ケア効力感と手段的ケア効力感のケア内容に基づく2因子構造を採用したが，情緒的ケア効力感の因子には，比較的平均点が低い項目が多く集まっており，課題の難易度を反映している可能性も

否定しきれなかった。また、自己効力感を水準の次元で検討することは、先に述べた教育カリキュラムの作成との親和性も高い。日本サイコオンコロジー学会の取り組みを参照すると、当学会では、がん医療・緩和ケア領域で働く心理職を対象とした教育プログラムを開発し、研修を実施している（日本サイコオンコロジー学会，2019）。教育カリキュラム作成に当たって、がん医療に携わる優れた心理職が持っている行動の特徴を「～できる」という形で収集・分類し、「情報収集できる」、「アセスメントできる」など7つの身につけるべきコアスキルを定めた。そして、スタンダード、アドバンスⅠ、アドバンスⅡの3つのコースを設け、次第に身につけるコアスキルの内容がレベルアップするようにコース設定を行っている（Figure 5-2）。もちろん、ケアの内容別にカリキュラムを作成し各ケアに対する自己効力感の強度を尋ねることも可能であるが、水準の次元でケアに対する効力感を整理すると、日本サイコオンコロジー学会のように段階別にスキルアップする形で研修プログラムを作成することができ、キャリアパスの観点でわかりやすいのではないかと考える。介護職に関する国家資格である介護福祉士資格においても、2015年から一般社団法人認定介護福祉士認証・認定機構が、介護福祉士の上位資格に位置付けられる認定介護福祉士という民間資格の認定をはじめると、よりキャリアアップするための制度を整えようという動きがみられる。このことを考えると、看取りケア効力感を水準の次元で測定し、キャリアパスの指標とするのも一つの方法であろう。



出典：日本サイコオンコロジー学会（2019）より一部改変

Figure 5-2

日本サイコオンコロジー学会 心理士向け研修会の全体像

第2節 看取りケアを行う介護職員に必要なこと

2-1. 本論文の結果

本論文の第3章（研究2）では、看取り経験回数、及び、看取りケアに関する社会的学習経験と看取りケア効力感との関連を検討した。その結果、手段的ケア効力感と情緒的ケア効力感のいずれも、経験回数そのものよりも、看取りケアに関する社会的学習経験を多く持つことが重要であることが示された。一方で、第4章（研究3）では、看取りケア効力感を高く持っていた場合、看取り後の悲嘆が強くなる傾向にあることと、看取りケア効力感と悲嘆との関連を緩和するためには、死に対する準備性を高めることが有効であることが示された。本項では、実際の介護現場で、どのような形で看取りケアに関する社会的学習経験を積むことが可能であるか、それと同時に、どのように悲嘆によって生じ得るネガティブな影響を緩和するかについて、先行研究で示された介護現場の状況を踏まえつつ、本研究の結果から考えられることを論じる。

2-2. 社会的学習理論の観点から

遂行行動の達成の観点から

遂行行動の達成は第一に、利用者のニーズに応じたケアを行うことによって経験されるものであり、毎回丁寧にケアを行うことが次の看取りに繋がるだろう。ただし、できたことを次もできると感じるのはある種当然のことである。自己効力感を高めるために達成経験が必要であるが、達成経験を得るには自己効力感が必要である、という状況の中で、最初の一步をどう踏み出すのかという点が課題になる。まずは、遂行行動の達成以外の情報源を用いて自己効力感を高めて行動を促進すること、そして、島田（2013）が指摘するように、最初はみんなで肯定的に認め合い、「自分達にも何かはできた」という思いを強化することが大切であろう。遂行行動の達成を重ねるためのもう一つのポイントは、スモールステップで目標を設定することである。スモールステップ法は、学習場面において、学習内容を小さな単位に分割し、易しい内容から少しずつ小刻みに難易度を挙げることで難しい課題に挑戦するという考え方であり（Skinner, 1968 村井・沼野訳, 1969）、自己効力感を向上させるためにも使用されている（坂野, 2002）。質の高い看取りケアを漠然と求めるのではな

く、挑戦可能な部分から具体的な目標設定を行って取り組むことが、達成を積み重ねるために必要であると考えられる。例えば、普段のミーティングの中で、取り組むことが可能な目標を設定し全体で共有することで、達成の主観的な感覚が強化されるのではないかと考える。

また、目標という観点から考えると、情動的準備性を高めることは、達成感を強化するという点でも有意義であると考えられる。死に対する準備性の概念を介護職員に適用した van Riesenbeck, Boerner, Barooah, & Burack (2015b) は、情動的準備性を「利用者の状態、ケアニーズ、ケアの目標を明確に理解すること」と定義した。van Riesenbeck et al. (2015b) の研究でも本論文の研究3でも情動的準備性を1項目で測定しているため、この定義を十分に反映させた測度を用いた実証研究の実施は今後の課題であるものの、利用者の状態を理解し、適切な目標設定を行うことは、達成感を高めるためにも重要である。そう考えると、情動的準備性は、悲嘆の低減という点だけでなく、遂行行動の達成を強化するという点でも有用であるといえる。

ただし、日々状況が変わるケアの場面で全ての内容を目標に落とし込むことは困難であり、看取りケアはテストの合否のように一義的に「達成」を定義することが難しいという特徴がある。そのため、事前に一定の目標を設定していたとしても、関わった職員が「これで良かったのか」と感じることは少なくないと考えられる。特にその思いが強まるのが、ケアの終着点である利用者が亡くなった後であろう。看取りケアに関する多くの先行研究では、看取り後にケアを振り返り評価すること、特に、偲びのカンファレンスやデスカンファレンスと呼ばれるような共同での振り返りを推奨している (NPO 法人全国高齢者ケア協会, 2012; 櫻井, 2008; 丹野・田邊・竹之下・長島, 2017)。看取りケアに関する教育が現場に任せられている部分が多いことから、ケアの質向上のために、実践した看取りケアを振り返り検討することは重要であると考えられる。ただし、達成経験を増やすということを考えた時に、看取り後の振り返りにはいくつか注意する点がある。第一に、振り返り、課題を見出すということは、ともすると達成できなかったことに目を向けがちになるということである。井上他 (2016) が指摘するように、看取り後は利用者本人からの評価を得ることができず、悔いが残ったとしても利用者本人のケアに還元できないことから、自己のケアの否定的な側面に焦点化されやすいものである。そして、研究3で示されたように、看取り後は悲嘆を感じている場合もあり、悲嘆の中で論理的な思考や冷静な判断ができない (坂口, 2010a) ことも想定し得る。ケ

アの全てが悪かった、良かったということは通常考えられないため、看取り後の振り返りは否定的側面に寄りやすいということを念頭に、井上他（2016）が指摘するように、専門職としてバランスの取れた評価ができるようにすることが次の看取りケアに向かう上で重要である。井上他（2016）はまた、自己のケアの肯定的側面に目を向けバランスの取れた評価を促すのは、上司や家族などの「重要な他者からの承認」であるとしている。偲びのカンファレンスなどで共同で振り返ること、また、カンファレンスという形でなくとも、自分のみで振り返るのではなく、他者の見方を共有することが重要であるとする。

また、評価の偏りではなく、実際にケアに問題があったと感じた場合でも、その原因が介護職員の対応範囲の中にあるかどうかを十分検討することが必要である。看取り後の省察の難しさを指摘した井上（2014）は、申し訳なさや無力感の背景にあるのがケアワーカーのこだわりで、解決できないもの、仕方のないものやどうしようもないものでないかということを見極める重要性を指摘している。もちろん、職務として行うべきことができていなかったなど明確に問題があった点について達成と捉えることは適切ではなく、改善していく必要があるだろう。しかし、終末期ケアの質には、職員が提供するケアとは独立して、取り除くことが難しい終末期の身体症状や過去の家族関係など、利用者や家族側の要因が影響するものである（Morita et al., 2004）。そのため、振り返りをする際は、達成できなかった要因がどこにあるのかを丁寧に検討し、職員の提供するケアと別の要因が関連している場合、過度に達成感を低めないように注意が必要である。ケアに問題があった場合にその要因がどこにあるのか検討する際も、自分一人では判断が難しいため、他者の視点を入れることが大切であろう。

上記のことを考えると、主観的な達成経験を増やしていくためには、他者の肯定的な視点を入れて振り返ることが重要である。様々な研究において共同での振り返りの必要性が説かれているのはそれゆえであろう。ただし、みずほ情報総研株式会社（2014）によると、全国の特養において振り返りカンファレンスを実施している施設は4割程度であり、その必要性が認識されながらも実施が困難な状況が続いている。実際に、著者が継続的に訪問していた施設でも実施が検討されていたが、介護は24時間365日継続するためにケアのための人員を振り返りのために割くことはできず、就業時間内に実施するのが困難であること、シフト制のため関わった職員が同時に集合することができないこと、カンファレンスの準備をする時間が取れないことなど、様々な困難が聞かれた。

カンファレンスの進め方については、島田・伊東・平山・高橋（2015）が反照的習熟プログラムという名称で振り返りのプロセスを明確化するという取り組みも行われている。今後、業務の中で振り返りのカンファレンスを定期的に行うことができるよう、プロセスの定型化を含めた環境整備がより進められることが望ましい。それに加えて、例えば、既に実施されている定例のケアカンファレンスの中で、医療職が介護職員への肯定的フィードバックを意識することや、一堂に会さなくてもできる紙媒体での振り返りの共有など、実情に応じて、カンファレンスという形にとらわれずに達成感を高める方法を検討していくことが求められる。

その他の社会的学習経験について

ここまで述べた遂行行動の達成は、基本的にケアの実施を通して得られるものであるため、看取りケア経験がない場合に取り入れることが難しい。一方、以下で扱う3つの要因は、看取りケア経験のない職員でも取り入れることが可能であるため、新入職員や看取りケア経験のない介護職員の看取りケア効力感を高めるには、以下の要因を重点的に高める必要があるだろう。

代理経験は、実際に目の前で他者が看取りケアを行っているのを観察する場合と、映像や書籍、他者との会話などを通して間接的に観察する場合がある。職場で既に看取りケアが実施されていてモデルになる職員がいる場合、その職員の対応を見て学ぶことが大きな代理経験になるだろう。実際には、決められた人数の中で他の利用者のケアに従事しながら、場合によっては個室で行われる他の職員の看取りケアを観察することはそれ程頻繁に行えることではないかもしれないが、指導する立場にある人が、モデルとなる職員が行っているケアに着目するように注意を促すことや、可能な範囲で人員配置を工夫することは、通常の業務の中で可能な対応であると考えられる。直接他の職員の看取りケアを見る機会を作ることが難しい場合や、施設全体としての看取り経験が豊富でない場合には、映像や書籍、研修等によって代理経験を積む状況を設けることが有効になる。Bandura（1995 本明・野口監訳 1997）は、自己効力感に対するモデリングの影響力はモデルとの類似性に強く影響され、自分自身とモデルとの類似性が高いほど、モデルの成功や失敗の影響を受けると指摘している。このことから、同じ介護職員自身による実践研究や事例検討のようなスタイルを通して学ぶことが有用ではないかと推察される。

否定的情動について、Bandura（1995 本明・野口監訳 1997）は、情動喚

起において重要なのは、感情的反応の強さ自体ではなく、それをどのように解釈するかであると指摘している。まさに看取りケアに従事しているその時の感情反応に直接介入することは難しいが、普段感じる看取りケアに対する不安を軽減し、実際にケアを行う場面での不安に対応できる考え方を身につけておくことは、看取りケア効力感を高めるために考えられることである。

そして、情緒的ケア効力感とのみ関連が見られた言語的説得は、第3章で言及した通り、もともとそれ単体で自己効力感を高めることは難しく、遂行行動の達成や代理経験に補助的に用いるものである（坂野，2002）。しかし、手軽に使える（福島，1985）という利点はある、研修など大掛かりな準備をしなくても、通常の業務の中で、指導する立場にある人や先輩、上司などが「あなたならできる」と伝えることで情緒的ケア効力感を高めることが可能である。言語的説得は、暗示など明示的に言語化しない方法でも効果があることから、看取り期にある人のケアを信頼して任せるということも、言語的説得の一端となるだろう。また、介護職員にとって看取りケアを行う上で、看護職員のように終末期ケアの知識のある医療職の存在は大きく（深澤・高岡，2011；小野・原，2011）、看護師など他職種が介護職に対して肯定的な関わりを行うことが職員の学びや安心感につながるという指摘（久山他，2016）や、看護職員を対象とした調査で「具体的なアドバイスにより介護職の不安が軽減し、訪室回数が増えた」という報告がある（江口他，2013）。このことから、終末期ケアの知識のある医療職や経験豊富な職員からの働きかけは効果的ではないかと思われる。

2-3. 悲嘆による問題の予防の観点から

悲嘆による問題の予防という観点からは、看取りケア効力感を高く持つことと同時に、死に対する準備性を高める必要があることが示された。死に対する準備性にどのような要因が関連するかについてはまだそれほど検討されていないが、遺族や介護職員を対象とした研究で共通して指摘されているのは、終末期に関する情報の重要性である。がんで妻を亡くした男性を対象とした研究（Hauksdottir, Valdimarsdottir, Fürst, Onelöv, & Steineck, 2010）でも、介護職員を対象とした研究（van Riesenbeck et al., 2015a；van Riesenbeck et al, 2015b）でも、死に逝く人の状況が悪化している、苦痛を感じているという認識が死に対する準備性を高めることを示している。また、

医療職から、積極的な治療を中止していること、残された時間が短いことなどをより明確に伝えられている方が死に対する準備性が高められることも示されている (Hauksdottir et al., 2010)。死に逝く人の状態悪化を認識することや医師からの予後告知など、死が近づいていることを認識する情報によって死に対する準備性が高まるということは自然なことのようには思える。ただし、高齢者施設の介護職員は、シフトや担当の都合で利用者の状況を直接タイムリーに把握することができない場合がある。また、高齢者施設の看取りケアは、基本的に医師の看取り期に入ったという判断を基に開始されるものの、医師が常駐している施設は少なく、個々の介護職員が医療職からの明確な説明を得るという状況はあまり生じない。そのため、看取り期にある利用者の状況や医療的判断について、関わりのある職員全員がこまめに共有することが準備性を高める上で望ましいだろう。また、医学的な情報に加えて、利用者やその家族の終末期に関する希望を知っていることが、介護職員の情動的準備性・情緒的準備性を高めることが指摘されている (van Riesenbeck et al., 2015a ; van Riesenbeck et al., 2015b)。看取りケアを実施する上で本人の最期の過ごし方への希望を把握することの重要性は、本論文の研究1の分析2でも示されている。利用者やその家族との死に関するコミュニケーションは困難なこととして認識されているが (丹野他, 2017)、利用者とその家族の希望を確認すること、そして、その情報を職員間で共有することが重要となるだろう。ただし、施設入所者の平均要介護度が年々上昇しており (厚生労働省, 2006)、入所時には既に認知症が進んでいて、本人の意向を確認できない状態になっている場合も少なくない (工藤, 2020)。利用者本人の終末期への希望の確認は、高齢者施設単体でできることではなくなりつつあり、今後社会全体で考えていく必要のあるテーマでもある。

上記の終末期に関する情報の有無や明確さに加えて、介護職員を対象とした調査で、自分自身の終末期ケアに対する選好 (preference) が情緒的準備性に影響していることが明らかになっている。具体的には、自分自身の終末期について、「悪いニュースを聞くことを望まない」と考える人や「回復の可能性があるかどうかにかかわらず選択し得る全ての治療法を試したい」と考える人は情緒的準備性が低い傾向にあった (van Riesenbeck et al., 2015a ; van Riesenbeck et al., 2015b)。また、「代替療法に賛成である」と考える人は、情緒的準備性が高い傾向にあった (van Riesenbeck et al., 2015a)。利用者の死に対する心構えができるかどうかは、介護職員個人の死や終末期に対す

る考え方が関連することが示唆されているのである。職員個人の死生観や終末期ケアに対する考え方は多様であってしかるべきであり、一定の方向に変化させることを目指すべきものではない。ただし、例えば、回復の可能性がなくてもあらゆる治療法を試すという考え方は、高齢者施設の看取りの理念とは明確に異なるものであり、個人の希望と職務として求められる考え方との区別は必要だろう。van Riesenbeck et al. (2015b) は、胃ろうや DNR (Do Not Resuscitate ; 蘇生処置拒否) 指示などの選択肢が、虚弱な高齢者にとってどのような利点があり、欠点があるのかについて介護職員が知ることが重要であるとしている。また、早瀬・岡田・門林 (2007) では、自分自身の死生観が仕事上必要であると思わないと回答した職員が 4 割程度存在したことが報告されているが、北村 (2017) は、自身の死生観と異なる実践を続けることは困難であることを指摘している。情緒的準備性を高めるためには、個々人の死生観の違いを踏まえつつ、高齢者施設での看取りの理念や高齢者の終末期に関する考え方を知ることが必要であると考えられる。

また、場合によっては、実際に悲嘆が生じる看取り後に悲嘆の軽減を図る必要もあるだろう。介護職員の悲嘆について検討した早坂 (2010) は、バーンアウトや精神的不健康に陥る前に、否定的な感情やケアに対する不全感などを誰かに話せる体制を作る必要性を指摘している。先行研究では、グリーフケアの一環としての看取り後のカンファレンスが重要であるという指摘 (岡・新免, 2014) や、組織的なカンファレンスという形の中で、ケアの振り返りとともに、個人的な喪の時間を保証する必要があるという指摘がなされており (井上他, 2016)、既に述べた偲びのカンファレンスなどの場で、悲嘆を言語化する場を設けることが提案されている。また、それ以前に、ケアする側もグリーフケアの対象であるという認識を持つ必要性も指摘されている (岡・新免, 2014)。第 1 章で述べたように、介護職員の悲嘆は、公認されない悲嘆の一つであると考えられ、専門職は悲嘆を感じるべきではないと職員自身が認識している可能性もある。この点について、研究 3 では、少なからずの介護職員が悲嘆を感じていること、そして、看取りケアに対して動機づけられるが故に悲嘆が強まる可能性を示唆しており、それは、専門家としての不足を示しているわけではないと考えられる。一方で、職業上の悲嘆は全ての利用者の死に対して必ずしも生じるわけではなく (近藤, 2011)、悲嘆を感じないことが積極的に取り組んでいなかったことを意味するわけではないということも強調しておきたい。介護職は、看取り前に死に対する準備性を高めることとともに、介護職

員も悲嘆の当事者になり得るという認識を持つことが重要であると考え。

ここで、介護職員の死に対する準備性という概念について1点付記する。死に対する準備性はもともと家族との死別など個人的な繋がりのある特定の人の死に対する概念として考え出された。介護現場でも、時に複数の人が同時に看取り期になる状況があったとしても、利用者個人によって状況や関係性は異なり、その利用者毎に死に対する準備性は形成されると考えられる。しかし、職務上経験される利用者との死別は、個人的に経験される死別に比べると頻繁に生じる出来事であり、介護職員は看取りを繰り返すという特徴がある。この点を考えた時、経験に伴って死に対する準備性の整えやすさは向上するのではないかと考える。孔（2017）は、看取り介護の経験が5回未満や介護福祉士資格を保有していない職員が「容態の判断に対する不安」を抱きやすいことを指摘しており、「先輩とかは今日はこの方大丈夫だろうと、わかる人もいるんですね。でも自分にはやっぱりその状況が変わったとか全くわからないから…」という語りを紹介している。このことから、経験を重ねることで情報を読み取るスキルは向上すると考えられる。また、深澤・高岡（2011）は、介護職員が看取りに関わることによって、＜看取りの場所に関する考え方の変化＞や＜高齢者が自然に逝くことの受け入れ＞など、死生観が変化することを明らかにしている。こうしたことから、介護職員は看取りを繰り返すことで、死に対する準備性の整えやすさ、「看取りモード」への入りやすさが向上するということが考えられる。今後、介護職員の死に対する準備性の概念をより洗練させていく中で、看取りを繰り返すことによる発達的な観点を取り入れることも必要であると考え。

第3節 本研究の限界と今後の課題

本論文は、高齢者施設で看取りを担う介護職員について、看取りケア効力感という概念を導入し、介護職員の看取りケア効力感をどのように高めるのかについて検討した。また、看取りケア効力感が高いことが、死別による悲嘆とどのように関連するのかについて、死に対する準備性という観点を加えて検討した。各研究の限界と課題はそれぞれ述べてきたが、今一度本論文全体に関わる研究の限界と今後の課題について検討する。

第一に、本論文は、看取りケア効力感という新規の概念や、死に対する準備性という邦訳した概念を導入した。新たな概念の導入に際しては、その概念の妥当性や測定尺度の信頼性と妥当性の検討が必須である。本論文の研究でも、先行研究における位置づけや定義の明確化によって構成概念を吟味するとともに、作成した尺度の因子構造や内的一貫性、外的変数との関連の確認などを通して、尺度の信頼性や妥当性を高めることは行った。しかしながら、本研究で提唱した概念とその測定方法は精度は高いといえず、今後、構成概念の性質をより明確にし、心理尺度としての信頼性と妥当性を高めるために更なる検討が必要であろう。特に、研究3で用いた看取りケア効力感と死に対する準備性はそれぞれ1項目で回顧的に測定しており、ここで測定された看取りケア効力感と研究2で作成された尺度によって測定される看取りケア効力感を同一のものとして論じることには注意が必要があると考ええる。また、死に対する準備性は、基本的に遺族を対象とした先行研究の方法をそのまま転用しているため、介護職員を対象とした場合の概念の定義と実際の測定との間に乖離があることは否めない。概念の正確な測定は研究の根幹にかかわることであり、その点で本論文で得られた結果には大きな制限がある。結果の解釈に当たっては、測定したデータを基に言及可能な範囲に気を付けて行ったものの、改めて本研究の限界として記しておきたい。

第2に、本研究は自記式質問紙による横断研究を中心に行われた。既に指摘したように、今後、看取りケア効力感尺度の得点が看取りケア行動を予測することを実証することが、研究上重要であると考ええる。実際の場面で看取りケアに関連する行動を測定することは、測定方法の問題に加えて、倫理的な課題が大きいが、例えば、IAT（潜在連合テスト）（Greenwald, McGhee, & Schwartz, 1998）を用いて看取りケアに対する態度を測定するなど、異なるデータ収集方法や手続きを用いた検討が必要であると考ええる。また、看取り

ケア効力感の情報源を操作することで看取りケア効力感が変化するのか、看取り前に測定された看取りケア効力感や死に対する準備性が、看取り後の悲嘆に影響するののかということを検討するには、縦断的なデータ収集が必要になる。本論文の研究はいずれも横断研究による検討であるため、複数の調査時期を設定することで、より詳細に介護職員の看取りケアに関する経験について検討することが必要である。

第3に、本論文で行った研究は、いずれも施設種の違いを考慮せずに検討した。高齢者施設で介護職員が行う看取りケアは、ある程度共通していると考えられる。また、同じ事業所や法人の中で異なる施設種に配属されることもあり、複数の施設種での経験がある職員が少なからずいると考えられることから、本論文では施設種を変数として検討しなかった。しかし、やはり特養とサ高住では事業主体や人員配置基準、施設的环境等も異なり、そうした施設種の違いが、介護職員の看取りケア効力感に影響することは十分に考えられる。施設の在り方によって、どのように介護職員の看取りケアに関する経験や看取りケア効力感の在り方が変わるのかを検討することは、今後の検討課題である。

第4に、本論文は主に介護職員個人の経験に焦点を当てて検討しており、チームケアという観点を十分に取り入れることができていない点が課題である。施設で看取りケアを行う場合、1人で特定の利用者のケアを全て担うことはなく、他の職員のケアがあって成立するものである。たとえ自分が担当する時間帯に完璧にケアを行ったとしても、他の職員が担当する時間帯のケアが不十分であれば、利用者側から見れば良い看取りケアであったとはいえない可能性もある。小楠・萩原（2007）の研究では、良かったこととして「臨終のときに共にいること」を挙げているが、そこには、共にいた職員だけでなく、息を引き取る高齢者のことが気になりながらも、他の高齢者のケアに当たらなければならない他の介護職員の思いも含まれていると述べており、ケアの達成は他の職員の存在なしには成立しないことがうかがえる。看取りケアはチームアプローチであるということを考えると、ケアチームの雰囲気や経験豊富な職員の人数など、看取りケアを共に行う職場要因は、個人の看取りケア効力感や経験の在り方を考える上でも重要になってくると思われる。また、Bandura（1997b）は、自己効力感を集団レベルにまで拡張した概念として、集合的効力感（collective efficacy）を提案している。集合的効力感は、「あるレベルに到達するため必要な一連の行動を体系化し、実行する統合的な能力に関する集団で共有された信念」（p.477）と定義される。看取りケアがチームでな

されることや、他の人のケアも達成の一部として捉えられていることを考えると、今後、個人レベルでの自己効力感に加えて、集団レベルでの自己効力感という概念を導入することが有用であると考ええる。

以上のように、看取りケア効力感を中心とする本論文の研究には多くの限界があり、また、今後の課題がある。しかし、高齢者施設の介護職員の看取りケアに関する心理について、先行研究の結果を踏まえて社会的学習理論を基に検討するという枠組みを提示したこと、そして、理論に基づき検討する足掛かりとして、看取りケア効力感尺度を作成し、関連要因の一部を明らかにしたことは一定の意義があったと考える。また、人の死を扱うという特別な状況において、単に看取りケア効力感を高めるだけではなく、死に対する準備性も同時に高めることで、人の死に直面することの負担を緩和することが示唆されたことは重要であろう。自己効力感とは、自分には行動を成し遂げる力があると信じていること、言い換えると、自己の内にコントロールがあると考えられる概念である。一方で、死は究極的には人間のコントロールの外にあるものであり、死に対する準備性は、そのコントロールの可能性を一定程度手放すことを受け入れる概念である。そう考えると、コントロールすることとしないことのバランスをとることが、職業として長く死に向き合う上で大切なのではないかと考える。良いケアとは、その受け手である利用者本人や家族の視点から考えられることが多いように思うが、北村（2017）が指摘するように、看取りを利用者本人・家族・職員の関係者すべてにとって良い経験とすることが重要であろう。介護職員も看取りに関わる当事者の一人であり、看取りケアが、介護職員にとって良い経験であったかどうかということも忘れてはならない視点であると考えられる。本論文によって、高齢者施設で看取る介護職員の看取り経験の一端が明らかにされ、その経験をより良いものにする方法を検討するための一助となれば幸いである。

引用文献

- Aiken, L. S., West, S. G., & Reno, R. R. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interaction*. Newbury Park, CA : Sage Publications.
- Anderson, K. A. (2008). Grief experiences of CNAs: Relationships with burnout and turnover. *Journal of Gerontological Nursing, 34*, 42-49.
- Anderson, K. A., & Ewen, H. H. (2011). Death in the nursing home: An examination of grief and well-being in nursing assistants. *Research in Gerontological Nursing, 4*, 87-94.
- Anderson, K. A., & Gaugler, J. E. (2006-2007). The grief experiences of certified nursing assistants: Personal growth and complicated grief. *Omega-Journal of Death and Dying, 54*, 301-318.
- 安藤 美樹 (2015). 看取り期の多職種連携における介護職の役割——特別養護老人ホーム A の聞き取り調査から—— 文京学院大学人間学部研究紀要, *16*, 1-14.
- 安梅 勅江 (2001). ヒューマン・サービスにおけるグループインタビュー法——科学的根拠に基づく質的研究法の展開—— 医歯薬出版
- 馬場 保子・久木原 博子 (2018). 高齢者施設に勤務する介護職者の入居者の看取り体験 看護・保健科学研究誌, *18 (1)*, 50-57.
- Bandura, A. (1971). *Social learning theory*. New York: General Learning Press.
(A.バンデュラ (1974). 人間行動の形成と自己制御——新しい社会的学習理論—— 原野 広太郎・福島 脩美 (訳) 金子書房)
- Bandura, A. (1977a). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review, 84*, 139-161.
- Bandura, A. (1977b). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
(A.バンデュラ (1979). 社会的学習理論——人間理解と教育の基礎—— 原野 広太郎 (監訳) 金子書房)
- Bandura, A. (1995). Exercise of personal and collective efficacy in

-
- changing societies. In Bandura, A. (Ed.), *Self-efficacy in changing societies* (pp. 1-45). Cambridge, UK : Cambridge University Press.
- (バンデューラ A (1997). 激動社会における個人と集団の効力の発揮 バンデューラ A (編) 本明 寛・野口 京子 (監訳) 激動社会の中の自己効力 (pp.1-41) 金子書房)
- Bandura, A. (1997a). The nature and structure of self-efficacy. In Bandura, A. (Ed.), *Self-efficacy : the exercise of control* (pp. 36-78). New York: W.H. Freeman.
- Bandura, A. (1997b). Collective efficacy. In Bandura, A. (Ed.), *Self-efficacy: the exercise of control* (pp. 477-525). New York: W.H. Freeman.
- バンデューラ, A (1985). 自己効力 (セルフ・エフィカシー) の探求 重久 剛 (訳) 祐宗 省三・原野 広太郎・柏木 恵子・春木 豊 (編) 社会的学習理論の新展開 (pp.103-141) 金子書房
- Barry, L. C., Kasl, S. V., & Prigerson, H. G. (2002). Psychiatric disorders among bereaved persons: The role of perceived circumstances of death and preparedness for death. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 10*, 447-457.
- Batley, N. J., Bakhti, R., Chami, A., Jabbour, E., Bachir, R., El Khuri, C., & Mufarrij, A. J. (2017). The effect of patient death on medical students in the emergency department. *BMC Medical Education, 17*, 1-8.
- Berelson, B. (1952). *Content analysis in communication research*. New York: Free Press.
- (ベレルソン, B. 稲葉 三千男・金 圭煥 (訳) (1957). 内容分析 みすず書房)
- Boerner, K., Burack, O. R., Jopp, D. S., & Mock, S. E. (2015). Grief after patient death: Direct care staff in nursing homes and homecare. *Journal of pain and symptom management, 49*, 214-222.
- Brown, I., & Inouye, D. K. (1978). Learned helplessness through modeling: The role of perceived similarity in competence.

-
- Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 900-908.
- Carton, E. R., & Hupcey, J. E. (2014). The forgotten mourners: Addressing health care provider grief: A systematic review. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 16, 291-303.
- Caserta, M., Utz, R., Lund, D., Supiano, K., & Donaldson, G. (2019). Cancer caregivers' preparedness for loss and bereavement outcomes: Do preloss caregiver attributes matter? *Omega-Journal of Death and Dying*, 80, 224-244.
- Chen, C., Chow, A. Y. M., & Tang, S. (2018a). Professional caregivers' bereavement after patients' deaths: A scoping review of quantitative studies. *Death Studies*, 500-508.
- Chen, C., Chow, A. Y. M., & Tang, S. (2018b). Bereavement process of professional caregivers after deaths of their patients: A meta-ethnographic synthesis of qualitative studies and an integrated model. *International Journal of Nursing Studies*, 88, 104-113.
- Collins, J. L. (1982). *Self-efficacy and ability in achievement behavior*. Paper presented at the annual meeting of the American Educational Research Association, New York.
- 鳥海 房枝 (2011). 第2章 高齢者の身体と医療 医療で痛む身体 鳥海 房枝 (編) 介護施設におけるターミナルケア——暮らしの場で看取る意味—— (pp.66-78) 雲母書房
- 出村 早苗・中村 房代 (2011). 特別養護老人ホームのターミナルケアにおける介護福祉士の役割——悩みと施設体制の関連から—— 文京学院大学人間学部研究紀要, 13, 219-236.
- 土橋 功昌・辻丸 秀策・大西 良・福山 裕夫 (2004). 看護職者に生じる悲嘆反応と対処行動 久留米大学心理学研究, 3, 99-112.
- Doka, K. J. (1989). Disenfranchised grief. In Doka, K. J. (Ed.), *Disenfranchised grief: Recognizing hidden sorrow* (pp. 1-11). Lexington, MA: Lexington Books.
- Doka, K. J. (2002). Introduction. In Doka, K. J. (Ed.), *Disenfranchised grief: New directions, challenges, and strategies for practice* (pp. 5-22). Champaign, IL: Research Press.
- 江口 恭子・長畑 多代・松田 千登勢・山内 加絵・山地 佳代 (2013). 特別養護

- 老人ホーム看護職を対象とした看取りケア教育プログラムにより見出された課題と取り組み 大阪府立大学看護学部紀要, 19 (1), 31-40.
- 江見 恭幸 (2008). 家族ニーズへの支援 櫻井 紀子 (編) 高齢者介護施設の看取りケアガイドブック——「さくばらホーム」の看取りケアの実践から—— (pp.84-86) 中央法規出版
- 遠藤 恵子・松永 保子・遠藤 芳子・佐藤 幸子・井上 京子・三澤 寿美・藤田 あけみ・佐竹 真次 (1999). 看護学生の自己効力感 (Self-Efficacy) に関する研究 (第 1 報) ——基礎看護技術演習による自己効力感の変化と影響する要因—— 山形保健医療研究, 2, 7-13.
- 遠藤 幸子 (2011). 看取り介護の実践を支える要因——高齢者施設における新人教育に焦点を当てて—— 東海学院大学紀要, 5, 27-34.
- Engler-Gross, A., Goldzweig, G., Hasson-Ohayon, I., Laor-Maayany, R., & Braun, M. (2020). Grief over patients, compassion fatigue, and the role of social acknowledgment among psycho-oncologists. *Psycho-Oncology*, 29, 493-499.
- Faschingbauer, T., Zisook, S., & DeVaul, R. (1987). The Texas Revised Inventory of Grief. In Zisook, S. (Ed.), *Biopsychosocial aspects of bereavement* (pp. 111-124). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- 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.
- 福田 洋子・徳山 貴英・千草 篤磨 (2013). 特別養護老人ホームにおける「看取り介護」の現状と課題 高田短期大学紀要, 31, 49-60.
- 福井 小紀子 (2020). 施設看取りが推進される政策動向 (特集 施設看取りを実践しよう——「介護スタッフへのサポート」が求められている——) 訪問看護と介護, 25 (1), 12-19.
- 福島 脩美 (1985). 自己効力感 (セルフ・エフィカシー) の理論 祐宗 省三・原野 広太郎・柏木 恵子・春木 豊 (編) 社会的学習理論の新展開 (pp.35-45) 金子書房
- 福富 昌城 (2014). 介護福祉士 山縣 文治・柏女 霊峰 (編) 福祉用語辞典 第 9 版 (pp34-35) ミネルヴァ書房
- 舟島 なをみ (2007). 質的研究への挑戦 第 2 版 医学書院
- Futterman, A., Holland, J. M., Brown, P. J., Thompson, L. W., &

- Gallagher-Thompson, D. (2010). Factorial validity of the Texas Revised Inventory of Grief-Present scale among bereaved older adults. *Psychological Assessment, 22*, 675-687.
- Greenwald, A. G., McGhee, D. E., & Schwartz, J. L. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: the implicit association test. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 1464-1480.
- 濱 治世 (2001). 感情・情緒 (情動) とは何か 濱 治世・鈴木 直人・濱 保久 (編) 感情心理学への招待——感情・情緒へのアプローチ—— (pp.1-62) サイエンス社
- 橋本 美香 (2009). 特別養護老人ホームにおける望ましい看取りの研究 山形短期大学紀要, *41*, 147-160.
- 橋本 翔子・永井 亜実・渡辺 恭子 (2018). パーソナリティと家族関係が、主観的幸福感を介して老年期における悲嘆と抑うつに及ぼす影響 日本心理学大会大会発表論文集, *82*, 234.
- 原 祥子・小野 光美・大畑 政子・岩郷 しのぶ・沼本 教子 (2010). 介護老人保健施設におけるケアスタッフの看取りへのかかわりと揺らぎ 日本看護研究学会雑誌, *33 (1)*, 141-149.
- Hauksdottir, A., Valdimarsdottir, U., Fürst, C., Onelöv, E., & Steineck, G. (2010). Health care-related predictors of husbands' preparedness for the death of a wife to cancer: A population-based follow-up. *Annals of oncology, 21*, 354-361.
- 早坂 寿美 (2010). 介護職員の死生観と看取り後の悲嘆心理 — 看護師との比較から — 北海道文教大学研究紀要, *34*, 25-32.
- 早瀬 圭一・岡田 猛・門林 道子 (2007). 高齢者施設職員調査報告——特別養護老人ホームにおける諸問題と職員の死生観—— 死生学年報, *155-182*.
- 林 章敏 (2011). 慢性呼吸器疾患の終末期医療——終末期の定義と医療介入—— 日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌, *21*, 91-95.
- 林 美枝子 (2016). 特別養護老人ホームの看取り介護について——介護職の看取りにおける課題と介護力の向上に関する文献検討—— 日本医療大学紀要, *2*, 38-50.
- Hayuni, G., Hasson-Ohayon, I., Goldzweig, G., Bar Sela, G., & Braun, M. (2019). Between empathy and grief: The mediating effect of

- compassion fatigue among oncologists. *Psycho-Oncology*, 8, 2344-2350.
- Hebert, R. S., Prigerson, H. G., Schulz, R., & Arnold, R. M. (2006). Preparing caregivers for the death of a loved one: A theoretical framework and suggestions for future research. *Journal of palliative medicine*, 9, 1164-1171.
- 樋田 小百合・松波 美紀 (2015). 介護老人保健施設で看取りケアを体験したケア実践者の思い 日本看護福祉学会誌, 20 (2), 181-195.
- 樋田 小百合・松波 美紀 (2016). 介護老人保健施設で働く看護職・介護職の看取りケアにおける受け入れの実態とその思い 岐阜看護研究会誌, 8, 1-12.
- 平井 麻紀・平井 啓 (2005). 看護におけるストレス対処のセルフ・エフィカシー尺度の開発と信頼性・妥当性の検証 生老病死の行動科学, 10, 15-21.
- Hirai, K., Miyashita, M., Morita, T., Sanjo, M., & Uchitomi, Y. (2006). Good death in Japanese cancer care: A qualitative study. *Journal of pain and symptom management*, 31, 140-147.
- 平川 仁尚・植村 和正 (2009). 高齢者終末期ケアに関わる介護スタッフの教育 *Geriatric Medicine*, 47, 481-484.
- 久山 かおる・大森 眞澄・吉岡 伸一・中平 みわ (2016). 認知症高齢者グループホーム職員の看取り体験の思い 武庫川女子大学看護学ジャーナル, 1, 45-52.
- Holm, M., Alvariza, A., Furst, C. J., Ohlen, J., & Arestedt, K. (2018). Psychometric evaluation of the Texas revised inventory of grief in a sample of bereaved family caregivers. *Research in Nursing & Health*, 41, 480-488.
- 堀田 聡子・佐藤 博樹 (2005). 介護職のストレスと雇用管理のあり方——高齢者介護施設を取り上げて—— 堀田 聡子・大木 栄一・佐藤 博樹 (編) 介護職の能力開発と雇用管理 東京大学社会科学研究所人材ビジネス研究寄付研究部門研究シリーズ No.7 (pp.131-177) 東京大学社会科学研究所人材ビジネス研究寄付研究部門.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Boston, MA : Addison-Wesley.
- 飯島 節 (2008). 1. 介護保険の動向 日本老年医学会雑誌, 45, 377-380.
- 池上 直己 (2009). 特集 諸外国における高齢者への終末期ケアの現状と課題 趣

- 旨 海外社会保障研究, 168, 2-3.
- 池上 直己・池崎 澄江 (2013). 遺族による終末期ケアの評価——病院と特別養護老人ホームの比較—— 日本医療・病院管理学会誌, 50, 127-138.
- 井上 由起 (2014). 特別養護老人ホームに勤務するケアワーカーの看取り後のリフレクション——実践経験 5 年以上のケアワーカーへのインタビュー調査から —— 純心高齢者福祉研究, 9, 57-64.
- 井上 由起 (2016). 特別養護老人ホームの看取り後の省察に関する一考察——介護福祉士自身が「いい看取りができた」と捉えた事例を「いい看取りができなかった」と捉えた事例と比較した結果から —— 人間文化研究, 14, 15-25.
- 井上 由起・吉武 久美子・山田 幸子 (2016). 特別養護老人ホームに勤務する介護福祉士の看取り後の省察に関する研究——実践経験 5 年以上の介護福祉士が「いい看取りができなかった」と捉えた事例における省察のプロセス —— 介護福祉学, 23 (2), 98-108.
- 一般社団法人認定介護福祉士認証・認定機構 (2015). 認定介護福祉士とは 一般社団法人認定介護福祉士認証・認定機構 Retrieved from <http://www.nintei-kaishi.or.jp/certification/> (2021年12月6日)
- 石飛 幸三 (2013). こうして死ねたら悔いはない 幻冬舎ルネッサンス
- 金岡 緑 (2011). 育児に対する自己効力感尺度 (Parenting Self-efficacy Scale : PSE 尺度) の開発とその信頼性・妥当性の検討 小児保健研究, 70, 27-38.
- 柏木 哲夫 (2007). 生と死の医学(1)終末期医療をめぐるさまざまな言葉 総合臨床, 56, 2744-2748.
- 川上 嘉明・浜野 淳・小谷 みどり・桑田 美代子・山本 亮・木澤 義之・志真 泰夫 (2019). 介護職員の看取りに対する認識と認識に影響する要因——混合研究法を用いた探索的研究—— Palliative Care Research, 14, 43-52.
- 川村 みどり・浅見 洋・塚田 久恵・北岡 和代・河村 一海・長田 恭子・森岡 広美 (2016). 特別養護老人ホームの介護職員を対象とした"看取り"に関連する要因 日本在宅ケア学会誌, 19 (2), 34-41.
- Keidel, G. C. (2002). Burnout and compassion fatigue among hospice caregivers. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 19, 200-205.
- 北村 育子 (2017). 高齢者施設における終末期ケア——看取りをめぐるソーシャ

- ルワーク実践の課題——（特集 「死」と向きあう社会福祉） 社会福祉研究, 128, 35-41.
- 北村 育子・石井 京子・牧 洋子（2010）. 特別養護老人ホームで働くケアワーカーと看護師の終末期ケア行動の分析——両職種の専門性にもとづく協働の可能性—— 日本福祉大学社会福祉論集, 122, 25-39.
- 小林 尚司（2012）. 介護保険施設における高齢者の看取りに関する文献検討 日本赤十字豊田看護大学紀要, 7, 65-75.
- 小林 尚司・木村 典子（2010）. 特別養護老人ホームの新人介護職員の看取りのとらえ方 老年社会科学, 32, 48-55.
- 国立社会保障・人口問題研究所（2017）. 「日本の将来推計人口（平成29年推計）」における出生中位・死亡中位推計 日本の将来推計人口（平成29年推計） Retrieved from http://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2017/db_zenkoku2017/s_tables/1-8.htm（2021年12月6日）
- 近藤 真紀子（2011）. 死を看取り続ける看護師の悲嘆過程——命に正面から向き合うことによってもたらされる苦悩への対応—— 風間書房
- 孔 英珠（2017）. 看取り介護加算を算定している特別養護老人ホームの介護職員における看取り介護を行う上での困難・課題とその対処方法 社会福祉学, 58 (2), 26-41.
- 公益財団法人社会福祉振興・試験センター（2015）. 社会福祉士・介護福祉士・精神保健福祉士国家試験出題基準・合格基準 公益財団法人社会福祉振興・試験センター
- 厚生労働省（2006）. 介護施設等の現状について 第1回介護施設等の在り方に関する委員会 資料3 Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/09/s0927-8.html>（2021年12月6日）
- 厚生労働省（2008）. 平成19年度終末期医療に関する調査結果 第1回終末期医療のあり方に関する懇談会 資料3 Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1027-12e.pdf>（2021年12月6日）
- 厚生労働省（2009）. 平成21年度 第2回 診療報酬調査専門組織・慢性期入院医療の包括評価調査分科会 平成20年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査について 参考資料1 (p6) Retrieved from https://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/06/dl/s0611-2b_0003.pdf（2021年12月6日）
- 厚生労働省（2013a）. 施設サービス等関係 第45回社会保障審議会介護保険部会資料 資料2 Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/>

-
- 2r98520000033t43-att/2r98520000033t91_1.pdf (2021年12月6日)
- 厚生労働省 (2013b). 第4回都市部の高齢化対策に関する検討会資料 資料3 参考資料 Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000018673.pdf> (2021年12月6日)
- 厚生労働省 (2014). 介護療養型医療施設の報酬・基準について (案) 第113回社会保障審議会介護給付費分科会資料 資料2 Retrieved from https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000064257.pdf (2021年12月6日)
- 厚生労働省 (2014). 第2章第4節 死生観 平成26年版厚生労働白書 健康長寿社会の実現に向けて ― 健康・予防元年 ― (pp.126-131) 日経印刷
- 厚生労働省 (2017a). 看取り 医療と介護の連携に関する意見交換 (第1回) 資料-2 Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000156002.pdf> (2021年12月6日)
- 厚生労働省 (2017b). 介護老人福祉施設 第143回社会保障審議会介護給付費分科会資料 参考資料2 Retrieved from https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000171814.pdf (2021年12月6日)
- 厚生労働省 (2018). 平成29年度人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書 Retrieved from https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf (2021年12月6日)
- 厚生労働省 (2019). 介護人材の確保・介護現場の革新 第79回社会保障審議会介護保険部会 参考資料 Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000531297.pdf> (2021年12月6日)
- 厚生労働省 (2020a). 令和元年人口動態統計 (確定数) .上巻 死亡 第5.6表 6表 死亡の場所別にみた年次別死亡数百分率 Retrieved from <https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003411652> (2021年12月6日)
- 厚生労働省 (2020b). 介護保険制度について (40歳になられた方へ) リーフレット日本語版 Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000614771.pdf> (2021年12月6日)

-
- 厚生労働省 (2020c). 介護人材の確保・介護現場の革新 第186回社会保障審議会介護給付費分科会 (web会議) 資料1 Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000677433.pdf> (2021年12月6日)
- 厚生労働省 (2021a). 令和2年人口動態統計 (確定数). 中巻 死亡 第3表 死亡数, 都道府県 (特別区-指定都市再掲)・年齢 (5歳階級)・性別 Retrieved from https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450011&tstat=000001028897&cyce=7&year=20200&month=0&tclass1=000001053058&tclass2=00001053061&tclass3=000001053065&stat_infid=000032119354&result_back=1&tclass4val=0 (2021年12月6日)
- 厚生労働省 (2021b). 地域包括ケアシステムの推進 第184回社会保障審議会介護給付費分科会 (web会議) 資料4 Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000668761.pdf> (2021年12月6日)
- Krippendorff, K. (1980). *Content analysis: an introduction to its methodology*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- (クリッペンドルフ, K., 三上 俊治・椎野 信雄・橋元 良明 (訳) (1989). メッセージ分析の技法——「内容分析」への招待—— 勁草書房)
- 窪寺 俊之 (2008). スピリチュアルケア学概説 三輪書店
- 久保 真人 (2008). 介護福祉士資格所有者の職務ストレスとその職場環境 産業・組織心理学研究, 22, 3-13.
- 久保田 彩 (2014). 高齢者施設における介護職員の看取りケア効力感に関する研究 (未公刊修士論文). 大阪大学, 大阪.
- 久保田 彩・佐藤 眞一 (2016). 高齢者施設介護職員の看取りケア効力感の測定とその関連要因 心理学研究, 87, 485-494.
- 工藤 うみ (2020). 特別養護老人ホームでの看取りにおける介護職員の困難感 臨床死生学, 25, 99-107.
- 久木原 博子・馬場 保子・田村 美子 (2021). 高齢者介護施設に勤務する介護職者の看取りの悲嘆反応とレジリエンスに関連する要因 看護・保健科学研究誌, 21 (1), 1-10.
- 黒瀬 佳代子 (1999). 緩和ケア病棟に勤務する看護婦 (士) が陥る"燃え尽き"の構造 日本看護学会誌, 8 (1), 18-26.
- Li, T., Wang, S. W., Zhou, J. J., Ren, Q. Z., & Gao, Y. L. (2018). Assessment and predictors of grief reactions among bereaved

- Chinese adults. *Journal of palliative medicine*, 21, 1265-1271.
- Loke, A. Y., Li, Q., & Man, L. S. (2013). Preparing family members for the death of their loved one with cancer. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 15, 1-11.
- Lunney, J. R., Lynn, J., Foley, D. J., Lipson, S., & Guralnik, J. M. (2003). Patterns of functional decline at the end of life. *Journal of American Medical Association*, 289, 2387-2392.
- Maciejewski, P. K., Zhang, B. H., Block, S. D., & Prigerson, H. G. (2007). An empirical examination of the stage theory of grief. *Journal of the American Medical Association*, 297, 716-723.
- Marcella, J., & Kelley, M. L. (2015). "Death Is Part of the Job" in long-term care homes: Supporting direct care staff with their grief and bereavement. *Sage Open*, 5, 1-15.
- Masia, R., Basson, W. J., & Ogunbanjo, G. A. (2010). Emotional reactions of medical doctors and students following the loss of their patients at the Dr George Mukhari Hospital emergency unit, South Africa. *South African Family Practice*, 52, 356-363.
- 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社 (2020). 介護老人福祉施設における看取りのあり方に関する調査研究事業報告書.
- 三浦 麻子・小林 哲郎 (2015). オンライン調査モニタの Satisfice に関する実験的研究 社会心理学研究, 31, 1-12.
- 宮本 顕二・宮本 礼子 (2015). 第4章 諸外国の高齢者終末期医療 増田 寛也・日本創生会議 (編) 高齢者の終末期医療を考える 長寿時代の看取り (pp.26-31) 生産性出版/公益財団法人日本生産性本部
- 三好 弥生 (2017). 介護福祉士の看取りへの前向きな意識 介護福祉教育, 22, 116-123.
- みずほ情報総研株式会社 (2014). 長期療養高齢者の看取りの実態に関する横断調査事業報告書.
- Montano, S. A., Lewey, J. H., O'Toole, S. K., & Graves, D. (2016). Reliability generalization of the Texas Revised Inventory of Grief (TRIG). *Death Studies*, 40, 256-262.
- 村上 靖彦 (2018). 私たちは死を再発見しつつある 在宅無限大 (pp.3-10) 医学書院

- 長畑 多代・松田 千登勢・山内 加絵・江口 恭子・山地 佳代 (2012). 生活の場である特別養護老人ホームでの看取りを支える看護実践の内容 老年看護学, 16 (2), 72-79.
- 長田 美由紀 (2010). 誰にでもわかりやすい言葉で伝えて介護職の"声"をよく聞こう ショートステイの入所者でも特養で看取りはできる 特養看護職が知っておきたい基準・通知・指針とは (特集 まずマスターしたい! "特養看護"の超キホン) コミュニティケア, 12 (3), 15-17.
- 内閣府 (2019). 第1章 第2節 2. 健康・福祉 令和元年度高齢社会白書 (pp66-68) 日経印刷
- 中原 恵美 (2015). A 県下の特別養護老人ホームに従事するケアスタッフの看取りに対する態度と影響要因——FATCOD-B-J 尺度を用いた実態調査——日本看護福祉学会誌 20 (2), 97-112.
- 中井 裕子・宮下 光令・笹原 朋代 (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, 短縮版の作成まで—— がん看護, 11, 723-729.
- 中里 和弘 (2008). 終末期がん患者への緩和ケアにおける「安楽」について 臨床哲学, 9, 25-37.
- 成田 健一・下仲 順子・中里 克治・河合 千恵子・佐藤 眞一・長田 由紀子 (1995). 特性的自己効力感尺度の検討——生涯発達の利用の可能性を探る—— 教育心理学研究, 43, 306-314.
- 二橋 那美子・真家 年江・仙田 志津代・佐々木 美樹 (2008). 看護・介護専門職における仕事に対する意識と死に対する意識の関連 —— 死の看取り教育プログラムに向けての基礎研究—— 明治安田こころの健康財団 (編) 研究助成論文集, 44, 209-218.
- 日本学術会議臨床医学委員会老化分科会 (2014). 提言 超高齢社会のフロンティア ナー日本: これからの日本の医学・医療のあり方 Retrieved from <http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-22-t197-7.pdf> (2021年12月6日)
- 日本ホスピス緩和ケア協会 (2010). ホスピス緩和ケアの歴史と定義 Retrieved from <https://www.hpcj.org/what/definition.html> (2021年12月6日)
- 日本老年医学会 (2012). 高齢者の終末期の医療及びケアに関する日本老年医学会の立場表明 2012 Retrieved from <https://www.jpn-geriat->

- soc.or.jp/proposal/pdf/jgs-tachiba2012.pdf (2021年12月6日)
- 日本サイコオンコロジー学会 (2019). 心理職の教育・研修 Retrieved from <https://jpos-society.org/seminar/psychology/> (2021年12月6日)
- 日本総合研究所 (2014). 「地域包括ケアシステム」事例集成——できること探しの素材集—— Retrieved from https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/chiiki-houkatsu/files/mhlw_care_system_2014.pdf (2021年12月6日)
- 日本財団 (2021). 人生の最期の迎え方に関する全国調査結果 Retrieved from https://www.nippon-foundation.or.jp/app/uploads/2021/03/new_pr_20210329.pdf (2021年12月6日)
- 日本介護支援協会 (2007). 特別養護老人ホーム看取りケアの手引き 日本介護支援協会
- 二木 立 (2014). 在宅ケア・終末期ケアの経済分析と死亡場所の変遷——私の今までの研究と最新の実証研究の紹介を中心にして—— 日本医師会医療政策会議 (編) 平成24・25年度 医療政策会議報告書 (pp.181-192).
- 野村 脩 (2018). 介護老人福祉施設における死と終末期ケアに対する介護職員の認識に関する研究の動向と課題——過去17年間の文献レビュー—— 高知県立大学紀要 社会福祉学部編, 67, 101-116.
- 野村 脩 (2020). 死生と看取りケアに関する介護職員の認識と実践の構造——ユニット型介護老人福祉施設のリーダー層介護職員を対象者として—— (未公刊博士論文) 高知県立大学大学院, 高知.
- NPO 法人全国高齢者ケア協会 (2012). 尊厳ある最期を迎えるための看取りケアマニュアル 高齢者ケア出版
- 小楠 範子・萩原 久美子 (2007). 特別養護老人ホームで働く職員の終末期ケアのとらえ方——終末期ケアにおける「よかったこと」「むずかしかったこと」に焦点を当てて—— 老年社会科学, 29, 345-354.
- O'Hara, P. A., Harper, D. W., Chartrand, L. D., & Johnston, S. F. (1996). Patient death in a long-term care hospital: A study of the effect on nursing staff. *Journal of Gerontological Nursing*, 22, 27-35.
- 小野 光美・原 祥子 (2011). 介護老人保健施設における看取りケアに携わる介護職者の体験 島根大学医学部紀要, 34, 7-16.
- 岡 京子・新免 理沙 (2014). 高齢者ケア施設で働く介護職員の看取りの経験と

- 意識に関する調査（第1報） インターナショナル nursing care research, 13 (4), 161-170.
- 岡田 恵子（2008）. 福祉施設における生活支援自己効力感尺度の作成 川崎医療福祉学会誌, 18, 315-320.
- 大庭 輝（2014）. 認知症ケアにおける内発的動機づけ研究の提案——介護職員を対象とした研究の現状と課題から—— 生老病死の行動科学, 17-18, 79-89.
- 大河原 啓文・深堀 浩樹・廣岡 佳代・宮下 光令（2016）. 日本の高齢者ケア施設における看取りの質の評価・改善に関する研究の動向 Palliative Care Research, 11, 401-412.
- 大西 次郎（2013a）. 特別養護老人ホームにおけるグリーフケア——ソーシャルワークの視点から—— 佛教大学大学院紀要. 社会福祉学研究科篇, 41, 1-13.
- 大西 奈保子（2013b）. 介護老人福祉施設で看取りケアに携わる介護者の態度 東都医療大学紀要, 3, 31-39.
- Papadatou, D. (2000). A proposed model of health professionals' grieving process. *Omega-Journal of Death and Dying*, 41, 59-77.
- Papadatou, D., Bellali, T., Papazoglou, I., & Petraki, D. (2002). Greek nurse and physician grief as a result of caring for children dying of cancer. *Pediatric nursing*, 28, 345-354.
- Plante, J., & Cyr, C. (2011). Health care professionals' grief after the death of a child. *Paediatrics & Child Health*, 16, 213-216.
- Rickerson, E. M., Somers, C., Allen, C. M., Lewis, B., Strumpf, N., & Casarett, D. (2005). How well are we caring for caregivers?: Prevalence of grief-related symptoms and need for bereavement support among long-term care staff. *Journal of pain and symptom management*, 30, 227-233.
- van Riesenbeck, I., Boerner, K., Barooah, A., & Burack, O. R. (2015). Coping with client death: How prepared are home health aides and what characterizes preparedness? *Home Health Care Services Quarterly*, 34, 204-219.
- van Riesenbeck, I., Boerner, K., Barooah, A., & Burack, O. R. (2015). Preparedness for resident death in long-term care: The experi-

- ence of front-line staff. *Journal of pain and symptom management*, 50, 9-16.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs: General and applied*, 80, 1-28.
- 坂口 幸弘 (2010a). 第3章 通常の悲嘆 坂口 幸弘 悲嘆学入門——死別の悲しみを学ぶ—— (pp.25-35) 昭和堂
- 坂口 幸弘 (2010b). 第14章 死別と悲嘆の研究 坂口 幸弘 悲嘆学入門——死別の悲しみを学ぶ—— (pp.153-163) 昭和堂
- 坂野 雄二 (2002). 人間行動とセルフ・エフィカシー 坂野 雄二・前田 基成 (編) セルフ・エフィカシーの臨床心理学 (pp.2-11) 北大路書房
- 坂野 雄二・東條 光彦 (1986). 一般性セルフ・エフィカシー尺度作成の試み 行動療法研究, 12 (1), 73-82.
- 坂下 恵美子・西田 佳世・岡村 絹代 (2013). 特別養護老人ホームの看取りに積極的に取り組む看護師・介護士の意識 南九州看護研究誌, 11, 1-9.
- 櫻井 紀子 (2008). 高齢者介護施設の看取りケアガイドブック——「さくばらホーム」の看取りケアの実践から—— 中央法規出版
- Saunders, J. M., & Valente, S. M. (1994). Nurses' grief. *Cancer Nursing*, 17, 318-325.
- 澤田 有希子・金子 絵里乃・佐藤 繭美 (2019). 特別養護老人ホームにおけるケアワーカーの看取り介護の実践と関連要因に関する研究 *Human welfare*, 11, 97-108.
- Schulz, R., Boerner, K., Klinger, J., & Rosen, J. (2015). Preparedness for death and adjustment to bereavement among caregivers of recently placed nursing home residents. *Journal of palliative medicine*, 18, 127-133.
- Schunk, D. H. (1987). Peer models and children's behavioral change. *Review of educational research*, 57, 149-174.
- Scott, W. A. (1955). Reliability of content analysis: The case of nominal scale coding. *Public opinion quarterly*, 19, 321-325.
- 関口 敬子 (2017). 多職種で支えあう看取り介護 老年看護学, 21 (2), 25-28.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: on depression, development, and death*. San Francisco, CA: W. H. Freeman.

- 島田 千穂 (2013). 特養の入居者の最期を看取るということ——看取りにかかわる職員の不安とその乗り越え方 (特集 施設で看取る) —— ふれあいケア, *19* (7), 12-17.
- 島田 千穂・伊東 美緒・平山 亮・高橋 龍太郎 (2015). 看取りケア経験の協働的内省が特別養護老人ホーム職員の認識に及ぼす影響 社会福祉学, *56* (1), 87-100.
- 島田 千穂・原沢 優子・樋口 京子・中里 和弘・伊東 美緒 (2019). 特別養護老人ホームの看取りケア協働的内省セッションの評価に関する探索的研究 日本エンドオブライフケア学会誌, *3*, 15-22.
- 清水 みどり・柳原 清子 (2007). 特別養護老人ホーム職員の死の看取りに対する意識——介護保険改定直前の N 県での調査—— 新潟青陵大学紀要, *7*, 51-62.
- 下稲葉 かおり (2018). 医療者のグリーフとレジリエンス——私たち医療者にケアは必要ですか? —— 看護科学研究, *16* (3), 90-95.
- Shimoinaba, K., O'Connor, M., Lee, S., & Kissane, D. (2014). Losses experienced by Japanese nurses and the way they grieve. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, *16*, 224-230.
- 塩満 芳子・光武 誠吾・岡 浩一郎 (2012). 老人福祉センターA型における看護職と福祉職の緊急対応自己効力感とその関連要因 応用老年学, *6*, 39-49.
- Skinner, B. F. (1968). *The technology of teaching (The Century psychology series)*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- (スキナー, B.F.・村井 実・沼野 一男 (1969). 教授工学 東洋館出版社)
- 蘇 珍伊 (2007). 介護職員の仕事の動機づけと職務満足に関する文献的考察——内発的動機づけと仕事の有能感に焦点を当てた実証的研究の提案—— 生活科学研究誌, *5*, 129-138.
- 蘇 珍伊・岡田 進一・白澤 政和 (2005). 特別養護老人ホームにおける介護職員の仕事の有能感についての探索的研究——尺度構造の検討—— 生活科学研究誌, *4*, 179-190.
- Stroebe, W., & Stroebe, M. S. (1987). The symptomatology of grief, Stroebe, W., & Stroebe, M. S (Ed.), *Bereavement and health : the psychological and physical consequences of partner loss* (pp. 7-25). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Strote, J., Schroeder, E., Lemos, J., Paganelli, R., Solberg, J., &

- Hutson, H. R. (2011). Academic emergency physicians' experiences with patient death. *Academic Emergency Medicine, 18*, 255-260.
- 鈴木 はるみ・佐藤 みつ子 (2003). 179) 配偶者との死別体験を有する男性の悲嘆と関与する要因 — 死別後経過年数, 入院期間との関連 — 日本看護研究学会雑誌, *26 (3)*, 286.
- 鈴木 亨・流石 ゆり子 (2012). 終末期にある高齢者がその人らしい最期を迎えるために必要なケア——介護老人福祉施設熟練スタッフへのインタビューより—— ホスピスケアと在宅ケア, *20*, 275-285.
- 高野 一江・青木 頼子・竹内 登美子・新鞍 真理子・牧野 真弓 (2017). 特別養護老人ホームに勤務する看護師・介護福祉士の看取りにおける役割 日本看護福祉学会誌, *22 (2)*, 115-130.
- 鷹田 佳典 (2019). 死生の際で働くということ——小児終末期医療の現場から—— 年報社会学論集, *32*, 4-11.
- 丹野 志保・田邊 久枝・竹之下 信子・長島 緑 (2017). 看取り介護に必要な教育的課題の検討——介護老人福祉施設職員の看取り介護への思いと現状の調査から—— 千葉科学大学紀要, *10*, 207-218.
- 田家 英二 (2017). 介護職員の人材育成に関する文献的考察 鶴見大学紀要 第3部 保育・歯科衛生編, *54*, 65-71.
- 鄭 尚海・岡田 進一 (2013). 認知症高齢者の行動・心理症状 (BPSD) を改善するための支援における介護職員の自己効力感の因子構造 日本認知症ケア学会誌, *11*, 805-816.
- 寺崎 明美・中村 健一 (1998). 配偶者喪失による高齢者の悲嘆とそれを左右する要因 日本公衆衛生雑誌, *45*, 512-525.
- 寺嶋 洋恵・小林 朋美・山村 江美子・安田 真美・矢部 弘子・板倉 勲子 (2003). 高齢者施設における介護福祉士の専門性——医療行為に対する認識と専門性の分析—— 聖隷クリストファー大学社会福祉学部紀要, *2*, 153-160.
- Tilden, V. P., Thompson, S. A., Gajewski, B. J., & Bott, M. J. (2012). End-of-Life care in nursing homes: The high cost of staff turnover. *Nursing Economics, 30*, 163-166.
- 豊島 幸子・吉田 亨 (2009). 養護教諭の職務への自己効力感の要因——自己効力感尺度(試案)を用いて—— 日本養護教諭教育学会誌, *12 (1)*, 77-86.
- 坪田 恵子・高間 静子 (2005). 看護師の患者との対人関係における自己効力感

- 測定尺度の作成 日本看護学会誌, 15 (1), 28-36.
- 辻 麻由美・田淵 康子 (2016). 介護職員のターミナルケア態度に関連する要因の検討——個人属性および死生観との関連—— *Palliative Care Research*, 11, 217-224.
- 内田 富美江 (2009a). II 看取り期における基本的ケアの知識と技術 内田 富美江・岡本 綾・櫻井 紀子 (監) (編)「死にゆく人」へのケア——高齢者介護福祉施設での看取りケア指導テキスト—— (pp.67-140) 筒井書房
- 内田 富美江 (2009b). I 「死にゆく人」へのケア 内田 富美江・岡本 綾・櫻井 紀子 (監) (編)「死にゆく人」へのケア——高齢者介護福祉施設での看取りケア指導テキスト—— (pp.11-47) 筒井書房
- Vachon, M. L. S. (1995). Staff stress in hospice palliative care: A review. *Palliative Medicine*, 9, 91-122.
- ウェッジ編集部 (2019). Wedge Special Report 「看取り」クライシス——多死社会が待ち受ける現実—— *Wedge*, 31 (9), 13-31.
- 山田 淳子・野島 一彦 (2002). ターミナルケアにおける死別後の悲嘆と対処行動に関する心理学的研究——緩和ケア病棟の看護婦を対象に—— 九州大学心理学研究, 3, 217-227.
- Yamamoto, M., Ohnishi, H., Oura, A., Yamamoto, T., Izumi, H., Suzumura, M., & Mori, M. (2015). Factors influencing attitudes toward end-of-life care by care workers at special nursing homes for the elderly a cross-sectional study in Japan. *Sapporo Medical Journal*, 84, 27-33.
- Yamamoto, M., Oura, A., Yamamoto, T., Izumi, H., Suzumura, M., Ohnishi, H., & Mori, M. (2016). Factors influencing attitudes toward end-of-life care by care workers at special nursing homes for the elderly: A longitudinal study in Japan. *Sapporo Medical Journal*, 85, 39-45.
- 横島 啓子・黒川 佳子・長沼 淳・松浦 美織 (2015). 介護老人福祉施設における看護・介護職員の看取りケアの実態——看取りケア研修のニーズと内容に焦点をあてて—— 日本看護学会論文集 慢性期看護, 46, 114-117.

謝辞

本論文を完成させるにあたり、多くの方々からご助言とご指導、お力添えをいただきました。

指導教員である大阪大学大学院人間科学研究科臨床死生学・老年行動学研究分野の佐藤眞一教授には、博士前期課程から一貫して研究についてご指導いただきました。博士論文の執筆には長い時間を要しましたが、執筆に集中できる環境を作ってください、最後まで励ましてくださったこと、深く感謝いたします。

大阪大学大学院人間科学研究科臨床死生学・老年行動学研究分野の権藤恭之教授には、気さくに話しかけてくださる中で、調査の機会や研究に関するご示唆を頂きました。厚く御礼を申し上げます。

大阪大学大学院人間科学研究科安全行動学研究分野の臼井伸之介教授には、博士論文の副査を引き受けていただきました。副指導教員としても研究の年次計画や報告を行う際に丁寧にご助言くださり、身の引き締まる思いでした。誠にありがとうございました。

そして、本論文に関わる研究にご協力くださった皆さまには、「看取り」という決して答え易いテーマではないにもかかわらず、貴重な時間を割いてくださったこと、深く感謝いたします。また、調査の実現のためにご尽力くださった協会や施設の方々に、厚く御礼申し上げます。皆さまのご協力なくして、本研究は成し得ませんでした。

また、学部の時より研究について多くのことを教えていただきサポートしてくださった辻本耐さん、博士課程で同期となり、数えきれない支えをくれた春日彩花さん（現大阪大学大学院人間科学研究科臨床死生学・老年行動学研究分野助教）、本当にありがとうございました。

そのほかにも、研究を進める上で、学会や査読を通してご助言をいただいた先生方、心身共に支えてくださった皆さま、前に進むエネルギーをくれた友人たち、多くの方々からご支援と励ましをいただきました。お礼申し上げます。

多くの方の支えのもと本論文を執筆いたしました。まとめるに至っていない研究もあり、執筆の過程は、自身の研究の至らなさを痛感する過程でもあり

ました。ここまで行った研究を通して学んだことは、いつかより良い研究をするという形でお返しできるよう精進いたします。

最後に、私を常に支えてくれる家族、そして、死生に関する問いを私の人生の課題として与えてくれたきょうだいたちに、心からありがとう。

令和 3 年 12 月 吉日

久保田 彩

資料

資料 1…研究 2（第 3 章）の調査で使用了た質問紙

資料 2…研究 3（第 4 章）のオンライン調査で使用了た項目

資料1…研究2の調査でを使用した質問紙

注1) 共同研究のため、著者が担当した部分のみを抜粋。質問番号は元の質問紙から変更していないため、番号は連続していない。

注2) 含まれる質問が部分的に異なる質問紙 A と質問紙 B の 2 種類が用意あり、ここでは基本的に質問紙 A の質問番号を示す。ただし、【質問 8】一般性自己効力感と【質問 12】看取りケアに関する社会的学習経験については、質問紙 B でのみ尋ねたため、質問紙 B の質問番号である。

介護の仕事に関するアンケート

目的とご協力をお願い

この調査は、皆様の日頃のお仕事に対する考え方をお聞きすることを目的としています。多くの設問がありますが、ぜひご協力下さいますよう、よろしくお願い致します。

アンケートは無記名で行われ、統計的に処理いたしますので、個人の情報が外部に漏洩しないことをお約束いたします。また、ご回答していただいた結果につきましては、研究以外の目的では使用致しません。

回答する前に

アンケートのご回答には「正しい答え」や「間違った答え」などといったものはありません。あまり深く考えずに、思った通りにお答えください。記入漏れがございますと、データとして使用できない場合がありますので、質問は飛ばさずにお答え下さい。ただし、どうしても答えたくない質問がありましたら、ご回答頂かなくても構いません。

*間違った場合は、間違った欄に×をつけ、正しい数字に○をして下さい。

返送期限：8月20日（火）

※返送期限の間近に本紙をお受け取り下さった場合は、期限に関わらず、お受取日から1週間以内にご返送をお願い致します。

上記の内容に同意し、調査に参加ご協力いただけますか。「1.はい」または「2.いいえ」に○をして下さい。

1. はい

2. いいえ

「はい」と答えられた場合・・・以下の質問から回答を始めて下さい。

「いいえ」と答えられ場合・・・そのまま本アンケート用紙をご返送下さい。

※なお、「いいえ」と答えられた場合も、お手間を取っていただきましたので薄謝ですが、お受け取りくださるようお願い致します。

あなたは、現在、高齢者福祉施設で働いていますか	1	はい	2	いいえ
-------------------------	---	----	---	-----

【質問1】あなた自身のことについてお聞きします。空欄に必要事項を記入し、当てはまる数字に○をして下さい。

1) 年齢	歳	2) 性別	1 女性	2 男性
-------	---	-------	------	------

3) 介護福祉士以外で保有している資格についてお答えください					
1	なし	2	ホームヘルパー (訪問介護員)	3	介護支援専門員
4	社会福祉士	5	看護師	6	臨床心理士
7	精神保健福祉士	8	その他 ()		

4) 介護職として働く前に、主にどこで介護・福祉について勉強しましたか							
1	高等学校	2	専門学校	3	短期大学	4	4年制大学
5	独学	6	就職前には特に勉強していない	7	その他 ()		

5) 介護職としての総経年数	※現在の職場以外も含む	計	年	ヶ月
----------------	-------------	---	---	----

【質問2】次に、あなたの現在の職場での職務についてお聞きします。
 ※現在、働いておられない方は、最後に勤務された職場についてお答え下さい。

1) 現在の職場での職務経年数	年	ヶ月
-----------------	---	----

4) 現在勤務している施設の種類をお答えください					
1	介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	2	介護老人保健施設	3	介護療養型医療施設 (療養病床)
4	認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)	5	訪問介護	6	通所介護 (デイサービス)
7	短期入所生活介護・短期入所 療養介護(ショートステイ)	8	小規模多機能居宅介護	9	その他()

【質問8】以下の文章について、あなたに最も当てはまる数字に○をして下さい。

		全く当てはまらない	あまり当てはまらない	やや当てはまる	とても当てはまる
1)	何か仕事をするときは、自信を持ってやるほうである	1	2	3	4
2)	過去に犯した失敗や嫌な経験を思いだして、暗い気持ちになることがよくある	1	2	3	4
3)	友人より優れた能力がある	1	2	3	4
4)	仕事を終えた後、失敗したと感じることのほうが多い	1	2	3	4
5)	人と比べて心配性なほうである	1	2	3	4
6)	何かを決めるとき、迷わずに決定するほうである	1	2	3	4
7)	何かをするとき、うまくゆかないのではないかと不安になることが多い	1	2	3	4
8)	ひっこみじあんなほうだと思う	1	2	3	4
9)	人より記憶力がよいほうである	1	2	3	4
10)	結果の見通しがつかない仕事でも、積極的にとりくんでゆくほうだと思う	1	2	3	4
11)	どうやったらよいか決心がつかずに仕事にとりかかれなことがよくある	1	2	3	4
12)	友人よりも特に優れた知識を持っている分野がある	1	2	3	4
13)	どんなことでも積極的にこなすほうである	1	2	3	4
14)	小さな失敗でも人よりずっと気になるほうである	1	2	3	4
15)	積極的に活動するのは、苦手なほうである	1	2	3	4
16)	世の中に貢献できる力があると思う	1	2	3	4

ここからは、看取りケアについてお聞きします。「看取りケア」と「看取り期」は、それぞれ以下の事を指します。よく読んでから、回答を始めて下さい

「看取りケア」……

高齢者福祉施設において、利用者の人生のより良い最期に焦点を当て行うケア全体

「看取り期」……

医師が終末期に入ったと診断した後、又それと同等の状態と考えられる時期

【質問10】施設で利用者が看取り期を迎える際のことを考えて下さい。以下の各行動について、自分はどの程度できると思いますか。あなたに最も当てはまる数字に○をして下さい。

		できない	あまりできない	どちらともいえない	だいたいできる	できる
1)	利用者にとって負担の少ない安楽な体位を工夫する	1	2	3	4	5
2)	利用者の身体の些細な状態変化を見逃さず、迅速な対応をとる	1	2	3	4	5
3)	沈黙を大切にしながら、亡くなっていく利用者の傍に寄り添う	1	2	3	4	5
4)	利用者が最期の時を過ごすための居心地の良い居室環境を整える	1	2	3	4	5
5)	最期まで排泄の際の尊厳を保つ	1	2	3	4	5
6)	臨終後、亡くなった利用者の姿を整える	1	2	3	4	5
7)	必要な時に、他のスタッフに看取りケアに関する意見を支援を求める	1	2	3	4	5
8)	日常生活の支援を通して得た利用者の情報を、他のスタッフに伝える	1	2	3	4	5
9)	看取りケアに必要な知識やスキルを主体的に学ぶ	1	2	3	4	5

【続・質問10】

10)	褥瘡(じょくそう)や拘縮(こうしゅく)の少ない状態を最期まで維持する	1	2	3	4	5
11)	利用者の身体の清潔を保ち、不快感をもたせない	1	2	3	4	5
12)	利用者の心残りや思い残しを受け止め、心の負担を軽くするようにする	1	2	3	4	5
13)	臨終の時、家族が利用者に触れ、声をかけることができるように促す	1	2	3	4	5
14)	利用者が望む範囲で、口からの食事を楽しむことができるように工夫する	1	2	3	4	5
15)	看取り後に、悲しみや後悔を感じている家族の気持ちを和らげる	1	2	3	4	5
16)	表情や仕草などから、利用者の言葉に表れない気持ちを汲み取る	1	2	3	4	5
17)	最期まで利用者の生活の中に、そのひとらしさを維持する	1	2	3	4	5
18)	看取り期のケアについて、看護職との連携を密にする	1	2	3	4	5
19)	看取り期に入る前から、家族の看取りケアに対する意向を把握する	1	2	3	4	5
20)	看取りケアに関わる上で精神的な負担を感じた場合、適切に対処する	1	2	3	4	5
21)	家族の思いや状況に配慮し、家族の不安や精神的な苦痛を和らげる	1	2	3	4	5
22)	利用者が孤独感を感じることをないようにする	1	2	3	4	5
23)	看取り期に入る前から、利用者がどのような最期を迎えたいのかを把握する	1	2	3	4	5
24)	最期まで家族やなじみの人とのかかわりを維持できるように支援する	1	2	3	4	5
25)	利用者のこれまでの人生を讃える、穏やかな言葉がけをする	1	2	3	4	5
26)	家族に、亡くなるまでの見通しをそれとなく示し、心の準備を促す	1	2	3	4	5
27)	自分の行ったケアについて折に触れて振り返り、改善点を考える	1	2	3	4	5
28)	家族が利用者に対して、より良い関わりができるように支援する	1	2	3	4	5

【質問11-1】これまで勤務した全ての施設において、職業上関わった利用者の方で、以下の状況で亡くなったおおよその人数を、それぞれお答え下さい。

1) 施設内で亡くなり、臨終の場に立ち会った	人
------------------------	---

2) 施設内で亡くなったが、臨終の場には立ち会っていない	人
------------------------------	---

【質問11-2】上記2の状況全ての中から一番最近経験したことについてお聞きします。

1) その方はあなたの働いている(いた)施設で亡くなられましたか	1	はい	2	いいえ
----------------------------------	---	----	---	-----

2) その方が亡くなる場面には立ち会われましたか	1	はい	2	いいえ
--------------------------	---	----	---	-----

3) その経験からどのくらいの期間が経過していますか	年	ヵ月
----------------------------	---	----

【質問12】これまで以下のことをどの程度経験してきましたか。最も当てはまる数字に○をして下さい。

	して全 いくな ない験	ほと んでん いな験	ど いち えら ないも	しや てや い経 る験	たく しき ん経 る験
1) 他の職員が、亡くなっていく利用者に対して質の高いケアを行っているのを見た	1	2	3	4	5
2) 介護職員が行うべき看取りケアについて書かれたものを読んだ	1	2	3	4	5
3) 見本にしたいと思える看取りケアについて見聞きした	1	2	3	4	5
4) 看取りケアを行うことに対して、肯定的な感情を経験した	1	2	3	4	5
5) 亡くなっていく利用者に対してケアを行うことに不安を抱いた	1	2	3	4	5
6) 亡くなっていく利用者をケアすることを考えて緊張した	1	2	3	4	5
7) 亡くなっていく利用者をケアすることについて、周囲から励ましを受けた	1	2	3	4	5
8) 看取りに携わることができると自分に言い聞かせた	1	2	3	4	5
9) 自分の行う看取りケアに対して肯定的な評価を受けた	1	2	3	4	5
10) 自分自身にとって、心残りの少ないケアを提供した	1	2	3	4	5
11) 亡くなった利用者に対し、できる限りのケアをした	1	2	3	4	5
12) 亡くなった利用者の家族にとって心残りの少ないケアを提供した	1	2	3	4	5

最後に、あなたの仕事全体についてお聞きします。

【質問14】あなたは、普段の業務の中で下記の質問についてどの程度思いますか。最も当てはまる数字に○をして下さい。

	ま っ 思 わ な い う	あ ま り な い う	ど ち え ら な い も	ま あ ま あ	そ う 思 う に
1) 与えられた課題を上手く遂行している	1	2	3	4	5
2) 仕事の目標は常に達成している	1	2	3	4	5
3) 毎日の業務を十分にこなしている	1	2	3	4	5
4) 仕事を通じて自分の能力を伸ばし、成長している	1	2	3	4	5
5) 新たな能力を獲得するため、積極的に挑戦している	1	2	3	4	5
6) チーム内で自分の存在の重要性を認められるように取り組んでいる	1	2	3	4	5
7) チーム内で仕事上の決定をするとき、自分の意見を言える	1	2	3	4	5
8) チームの目標を十分に達成できるように取り組んでいる	1	2	3	4	5
9) 仕事で自分の知識や技術を十分に発揮している	1	2	3	4	5
10) いつもとちがうことが起こっても迅速かつ適切に対応できる	1	2	3	4	5
11) 仕事上の問題はだいたい解決できる	1	2	3	4	5
12) 仕事上の起こりうる状況を予測しながら仕事ができる	1	2	3	4	5
13) チーム内で他のメンバーとうまく協力しながら仕事をしている	1	2	3	4	5
14) 介護職としての価値観あるいは信念をもっている	1	2	3	4	5
15) 介護に関する幅広い知識と熟練した技術を持っている	1	2	3	4	5

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

〒565-0871 大阪府吹田市山田丘 1-2

大阪大学大学院人間科学研究科 臨床死生学・老年行動学研究分野

研究代表者 佐藤真一

担当者 辻本 耐・高 宏・大庭 輝・豊島 彩・新田 慈子・豊田 麻実・久保田 彩

資料3: 研究3のオンライン調査で使用した項目

注1) 実際の調査時の画面は、調査会社の仕様によって項目が提示された。

注2) 未回答の項目がある場合は、次の質問に進む前に再度回答を確認するように指示が表示された。回答拒否が可能なように、看取りに関する全ての項目に「答えたくない」の選択肢を設けた。

表紙文章

本調査は、「介護職員の看取りケアに関する経験と考え」や「あなた自身に関する考え」についてお聞きすることを目的とします。

過去の看取りケア経験に関する項目に応えたくない場合は、「答えたくない」を選択することが可能です。

研究へ参加は任意であり、参加の拒否及び途中辞退はいつでも可能です。また、お答えいただいた内容は、研究の目的だけに使用し、パスワードのかけられたパソコンで管理します。そして、データは電子化した状態で、全て統計的に処理し、研究期間終了後には破棄します。

スクリーニング項目

【Q1】あなたは、高齢者を対象とした入所型の介護施設に勤務していたご経験はありますか。 ※「入所型の介護施設」とは、特養、老健、グループホーム、有料老人ホームなど、高齢者の長期的な生活の拠点となる介護施設のことをさします。			
1	現在勤務している →【Q2-a】に続く	2	以前勤務していた →【Q2-b】へ続く
		3	勤務したことはない →回答終了

【Q2-a】現在勤務している高齢者を対象とした入所型の介護施設で、日常的に高齢者を直接介護する業務(介護職)に就いていますか。			
1	はい →【Q3】に続く	2	いいえ →【Q3】へ続く

【Q2-b】以前勤務していた高齢者を対象とした入所型の介護施設で、日常的に高齢者を直接介護する業務(介護職)に就いていたご経験はありますか。			
1	はい →【Q3】に続く	2	いいえ →【Q3】へ続く

【Q3】あなたはこれまでに一度でも、高齢者を対象とした入所型の介護施設で介護職として勤務していた時に、看取りケアを行ったことはありますか。 ※ここでいう「看取りケア」とは、利用者が亡くなられた時に立ち会ったかどうか、亡くなられた場所が施設内であるかどうかにかかわらず、あなたを含めた職員が看取りケアとして認識して行われたケア全体をさします。 ※すでに終了した看取りケアについてお答えください。			
1	はい	2	いいえ

1. あなた自身のことについてお答えください。

1) 年齢	歳	2) 性別	女性	男性
-------	---	-------	----	----

3) あなたは、介護福祉士資格を保有していますか	はい	いいえ
--------------------------	----	-----

4) あなたの介護職としての総経験年数(以前勤めていた施設も含む)をお答えください。 ※1ヵ月未満の場合は、「1」ヵ月と入力してください。	年	ヵ月
---	---	----

※整数以外の数字を入れた場合、エラー表示が出るように設定

※〇ヵ月の項目に12以上の数字を入れた場合、エラー表示が出るように設定

2. これまで勤務した全ての「高齢者対象の入所型の介護施設」における看取りケアについてお伺いします。あなたが介護職として直接関わった利用者の方で、以下の状況で亡くなった方の人数を、それぞれお答え下さい。該当する経験がない場合は、0人とお答えください。また、答えたくない場合は、答えたくないを選択ください。

1) 施設内で亡くなり、臨終の場に立ち会った	人	答えたくない
------------------------	---	--------

2) 施設内で亡くなったが、臨終の場には立ち会っていない	人	答えたくない
------------------------------	---	--------

3) 看取り契約を結ぶなど、職員間で看取りケアと認識してケアを行ったが、最後は病院など施設外で亡くなった	人	答えたくない
--	---	--------

上記3つのこれまで職務上経験された看取りの中で、一番最近の看取りケア経験についてお聞きします。

1) その方はあなたが当時勤務していた施設で臨終を迎えられましたか	はい	いいえ	答えたくない
-----------------------------------	----	-----	--------

2) その方が亡くなる場面には立ち会われましたか	はい	いいえ	答えたくない
--------------------------	----	-----	--------

3) その方のケアにどのくらいの期間携わられましたか	年	ヵ月	答えたくない
----------------------------	---	----	--------

4) その方が亡くなられてからどのくらいの期間が経過していますか	年	ヵ月	答えたくない
----------------------------------	---	----	--------

※3)と4)については、整数以外の数字を入れた場合、エラー表示が出るように設定。

また、〇ヵ月の項目に12以上の数字を入れた場合、エラー表示が出るように設定。

【続き】上で回答頂いた一番最近の看取り経験について、その方が亡くなる前のあなたの考えについて、お聞きます。以下の質問について、あなたの考えに最も当てはまるものを選択してください。

		全くできていなかった	ほとんどできていなかった	ややできていなかった	どちらともいえない	ややできていた	ほとんどできていた	十分できていた	答えたくない
1)	あなたは、その利用者が亡くなることに対して、どの程度、精神面・感情面で準備ができていましたか	1	2	3	4	5	6	7	8
2)	その利用者の状況についてあなたが理解していたことという点で、どの程度利用者が亡くなることに準備ができていましたか	1	2	3	4	5	6	7	8

【続き】上で回答頂いた一番最近の看取り経験について、引き続きお聞きます。以下の質問について、あなたの考えに最も当てはまる数字を入力してください。

1)	その利用者の看取りケアに関わる前、あなたは、どの程度看取りケアに必要なケアを提供する自信がありましたか。0～100%の間で、整数でお答えください。	%	答えたくない
----	---	---	--------

※0～100の間の整数でない回答が入力された場合はエラー表示が出るように設定

【続き】上で回答頂いた一番最近の看取り経験について、引き続きお聞きします。その利用者の方を看取った後、どのようなことを感じたり、体験されたりしましたか。以下の項目について、今のあなたの気持ちに最も当てはまる数字に○をしてください。

		全く当てはまらない	やや当てはまらない	どちらともいえない	やや当てはまる	とても当てはまる	答えたくない
1)	亡くなった人のことを考えると今でも涙が出る	1	2	3	4	5	6
2)	亡くなった人のことを考える時は今でも動揺する	1	2	3	4	5	6
3)	その人の死を受け入れることができない	1	2	3	4	5	6
4)	時々、亡くなったその人がいないことをとても寂しく感じる	1	2	3	4	5	6
5)	亡くなったその人の思い出を思い起こすことは、今でもつらい	1	2	3	4	5	6
6)	亡くなったその人のことで頭がいっぱいである	1	2	3	4	5	6
7)	亡くなったその人について考える時、私は涙を人に見せないようにする	1	2	3	4	5	6
8)	私の人生の中で亡くなったその人にとって代わる人は誰もいないだろう	1	2	3	4	5	6
9)	亡くなったその人のことを考えずにはいられない	1	2	3	4	5	6
10)	その人が亡くなったことは不公平だと感じる	1	2	3	4	5	6
11)	自分の身の回りの物や人を見ると、今でも亡くなったその人のことを思い出す	1	2	3	4	5	6
12)	その人が亡くなったことを受け入れることはできない	1	2	3	4	5	6
13)	今でも時折、その人のことを想って泣く必要性を感じる	1	2	3	4	5	6

※調査時には項目はランダムに並び替えて表示された。