

介護における終末期教育の学習成果と学生の変容及び今後の展望

The view from learning outcome and change of End term care in Caregiving education

上田 智子
Tomoko Ueda

中尾 治子
Haruko Nakao

目 次

- I. はじめに
- II. 研究方法
- III. 研究結果
- IV. 考察
- V. まとめ

I. はじめに

2005(平成 17)年、日本は人口に占める 65 歳以上の高齢者割合が 20.2%という超高齢社会に突入し、1984(昭和 59)年以来 2010(平成 11)年まで世界一の長寿国であったことは周知の事実である¹⁾。60 歳以上を高齢者とする国連統計では 2012(平成 24)年現在 31.6%で、世界で唯一 30%を超えている (2012/10/5 付朝日新聞)。高齢化先進国である日本では、戦後ベビーブームで生まれた団塊の世代が、2025(平成 37)年には 75 歳の後期高齢者となり、この後期高齢者の増加は、年間 100 万人以上といわれる死亡者数をさらに 40 万人押し上げることが見込まれ、いわゆる“多死時代”²⁾ が訪れるといわれている。また、少子高齢化や晩婚化の影響で、家族や世帯構成も変化しつつある。夫婦のみ世帯と高齢者単身世帯が増え、高齢者世帯の割合は、2010(平成 22)年の 30.8%から、2030(平成 42)年には 39.0%へと上昇し、さらに「単身世帯」の割合が一貫して上昇し続け、2030(平成 42)年には 37.7%に上昇する³⁾と予想されており、介護や看とりといった喫緊の課題が生じている。

介護教育においては、2006(平成 18)年厚生労働省「介護福祉士のあり方及びその養成プロセスの見直し等に関する検討会」による“求められる介護福祉士像”の目標 12 項目が示され⁴⁾、その中に⑥予防からリハビリテーション、看とりまで利用者の状態の変化に

対応できるとして、看とり教育の必要性が明確にされた。そして、2009(平成21)年に新カリキュラムが開始され、介護分野を支える「こころとからだのしくみ」分野に「終末期介護」が位置付けられた。終末期とは、治る見込みがなくおおよそ6カ月以内に死が訪れると予想される場合(日本医師会)と定義され、別名ターミナル Terminal 期ともいう。厚生労働省の終末期ケアの定義では、明確な期間は示していないもののほぼ一致している⁵⁾。旧カリキュラムでは、老人福祉論や社会福祉援助技術等において「ターミナルケア(終末期ケア)」の簡単な説明があり、介護概論で終末期介護の方法を記述していたが、用語の説明あるいは技術面のみに終始していた。日本の医療看護分野では、1980年代から元上智大学アルフォンス・デーケン教授⁶⁾により提唱された「死の準備教育」⁷⁾が導入され、生命倫理や哲学的・宗教的死の捉え方、すなわち「死生観」の育成を行っている。「死を考え、死を看取り、死を教えることが、私たちの『生』をより豊かに味わいあるものにする」(死への準備教育まえがき) 必要があり、V・E・フランクフル⁸⁾の「夜と霧」やE・キュープラール⁹⁾の「死ぬ瞬間」、トルストイ「イワン・イリッチの死」等を副読本として取り上げている。私の哲学者V・ジャンケレビッチは「死の人称性」として「一人称の死(自己の死)」「二人称の死(愛する人・身内の死)」「三人称の死(第三者の死)」を提唱しているが、専門職として死を捉えることは「三人称の死」であり、生活の場としての施設では「二人称の死」に近くなる可能性もある。尊厳を持って死を迎える準備をし、死を送る支援を行うという一連のプロセスを、冷静かつ客観的に行うには、元来抱く漠然とした死のイメージや恐怖である死に向かって、「死に行く者」と真摯に対峙し、その人らしい死を送るためのケアができる介護専門職の育成が求められている。

前述した介護福祉士養成課程での新カリキュラムでは、分野ごとの総時間数は規定されているものの、その内訳は養成校の裁量に委ねられている。各養成校の科目を概観すると、2年課程の専門学校や短期大学では、終末期介護を「こころとからだのしくみ」の科目の一部としていることが多いが、本学では、2年次後期に「こころとからだ(終末期)」30時間の講義(以下、終末期教育と呼ぶ)を実施している。今回、この終末期教育の学習成果を検証し、授業を通して介護学生の死生観に対する変化を明らかにすることを本研究の目的とする。

II. 研究方法

本研究では、2010(平成22)年から2年生を対象に開講された新カリキュラム「こころとからだ(終末期)」の講義前後に(1)死に対する態度を、次年度2011(平成23)年には(2)死生観に対する変化を検証した。

(1) 死に対する態度の測定

死生観を測定する尺度として、死の恐怖と不安に関する尺度（DAS）や他者と自己の死に対する恐怖に関する尺度（FDS）、死の恐怖の要因や構造を捉える尺度（MFDS）などがあるが、1987年に Gesser らによって開発され、河合らが邦訳した「死に対する態度 Death Attitudes across the life-span（DAP）」が最も適切と考え、これを使用し授業開始前・終了後に測定を行った。この尺度は、死そのものや死に方に対する恐怖という「死の恐怖」、死後の世界への期待など死に対する「積極的受容」、死への客観的態度を持つ「中立的受容」、現世の否定や死を疎む「回避的受容」の4つのカテゴリーから構成された20の質問項目から成る。青年期、一般成人を対象とし、一定の信頼性・妥当性が確保されている。質問では、基本属性として性別・年齢、祖父母との同居の有無、看とり体験の有無も合わせて尋ねた。

アンケート実施日は2010(平成22)年10月5日及び2011(平成23)年2月7日の2回である。対象となる介護学生は、開始前16名（男性1名、女性15名）、終了時18名（男性2名、女性16名）の延べ34名であった。実施に際して、授業開始前・終了後それぞれ学生に研究目的を説明し、個人情報保護の観点から無記名であるが、前後比較の必要から許可を得て学籍番号のみ記入してもらった。

測定結果は、各質問項目の平均値を算出し検討を行い、分析にはSPSS 16.0バージョンを使用し対応のあるT検定を行った。

(2) 介護学生の死生観に対する変化

死生観に関するアンケートを独自に作成し、授業開始前・終了後に実施した。その内容は、基本属性である性別・年齢、家族構成、死に巡り合った体験の有無と、「死」に対する7つの質問項目（①入院の有無②自分の死③他人の死④自分の死の迎え方⑤死の場所⑥死に対する反応⑦死の意味）から成る。

測定日は2011(平成23)年9月30日及び2012(平成24)年2月2日の2回で、対象となる介護学生は講義開始前41名、（男性12名、女性28名、不明1名）、終了後34名（男9名、女性23名、不明2名）の延べ75名であった。アンケート実施に際して、あらかじめ授業開始前・終了後それぞれ学生に研究目的を説明し、個人情報保護の観点から無記名とした。

アンケート結果は、SPSS 16.0バージョンを使用して分析し、記述統計及びクロス集計を行った。

Ⅲ. 研究結果

(1) 死に対する態度の測定

1) 尺度の信頼性

授業開始前と終了後それぞれの信頼係数は、開始前 0.77、終了後 0.83、全体で 0.80 と高い内的整合性が得られた。

2) 基本属性

全対象者の平均年齢は 20.3 歳で、男性 3 名 (8.8%)、女性名 31 (91.2%) 合計 34 名であった。祖父母との同居では、3 割近くは同居していたが約 7 割は親・兄弟だけであった。親族等の看とり経験では、「ある」と答えた者は 4 割で、6 割は全く経験がなかった。

表 1 同居の有無

	度数	%
なし	24	70.6
あり	10	29.4
合計	34	100.0

表 2 看とり経験

	度数	%
なし	19	59.4
あり	13	40.6
合計	32	100.0

3) 死に対する態度尺度

尺度の各質問に対する回答は、「そう思う」「まあそう思う」「どちらとも言えない」「あまりそう思わない」「そう思わない」の 5 件法である。「そう思う」5 点から「そう思わない」1 点に得点化される。構成カテゴリーごとの得点を以下に示す (カッコ内は質問項目番号¹⁰⁾)。

① 死の恐怖

質問項目 (1)(5)(9)(13)(16)(18)(20) の 7 項目から構成され、合計得点は 7~35 点である。今回の結果では、最小値 7 点~最大値 35 点、平均値 21.91 点±6.89 (SD) であった。

② 積極的受容

質問項目 (2)(6)(10)(14) の 4 項目から構成され、合計得点は 4~20 点である。今回の結果では、最小値 4 点~最大値 16 点、平均値 10.06 点±3.20 (SD) であった。

③ 中立的受容

質問項目 (3)(7)(11) の 3 項目から構成され、合計得点は 3~15 点である。今回の結果では、最小値 3 点~最大値 15 点、平均値 9.24 点±3.20 (SD) であった。

④ 回避的受容

質問項目 (4)(8)(12)(15)(17)(19) の 6 項目から構成され、合計得点は 6~30 点である。今回の結果では、最小値 6 点~最大値 30 点、平均値 15.47 点±5.61 (SD) であった。

4) 基本属性とカテゴリー

性別では、「死の恐怖」は男性平均 16.67 点、女性平均 22.42 点、「中立的受容」「回避的受容」では男性の方が女性よりも得点が高く、「積極的受容」はほぼ同得点であった。祖父母との同居では、「死の恐怖」は同居あり 21.00 点、同居なし 22.29 点、「積極的受容」「中立的受容」「回避的受容」は同居なしの方が得点は低かった。看とり体験では、「死の恐怖」は体験あり 22.62 点、体験なし 20.95 点、「積極的受容」「中立的受容」「回避的受容」は体験なしの方が得点は低かった。いずれも統計的有意差は認められなかった。

5) 終末期教育前後とカテゴリー

死に対する態度における終末期教育開始前後の変化について検討した。構成される 4 つのカテゴリー「死の恐怖」「中立的受容」「回避的受容」「積極的受容」得点の平均値は、以下のとおりである。また、教育開始前後での統計的有意差は認められなかった。

表 3 死に対する態度との関連

カテゴリー	平均値±SD	
	教育前 (N=16)	教育後 (N=18)
死の恐怖	24.00±6.96	20.06±6.44
積極的受容	9.75±3.00	10.33±3.43
中立的受容	9.75±3.21	8.78±3.20
回避的受容	16.44±5.81	14.61±5.43

(2) 介護学生の死生観に対する変化

1) 基本属性

アンケート対象者は講義開始前 41 名、終了後 34 名の合計 75 名で、男性 29%、女性 68%、不明 3%であった (図 1)。家族構成は、祖父母との同居割合 51%、親兄弟のみ 34%、その他不明 15%であった (図 2)。家族など死に巡り合った経験は半数が「有り」、残り半数は「ない」あるいは「不明」であった (図 3)。

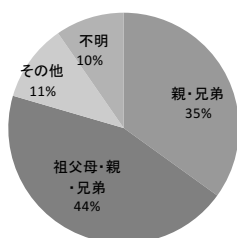


図 1 家族構成

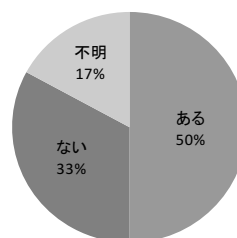


図 2 死別の経験

2) 質問項目

各質問項目の結果を以下に示す (n=75)。

- ① 入院の有無：有り 49%、なし 43%、不明 8%
- ② 自分の死を考えたこと：真剣にある 29%、漠然とある 45%、ほとんど無い 17%、不明 9%
- ③ 他人の死を考えたこと：真剣にある 40%、漠然とある 37%、ほとんど無い 15%、不明 8%
- ④ 自分の死の迎え方：自然死 43%、病死 34%、事故死 5%、その他 10%、不明 8%
- ⑤ 自分の死に場所：自宅 44%、病院 27%、施設 4%、その他 16%、不明 9%
- ⑥ 余命を知った時の反応

悔いのない生活	32%	何故私が	2%
かなり動揺	28%	一人になりたい	2%
何かの間違い	8%	その他	10%
運命を諦める	6%	不明	10%

⑦ 死の意味

人生の終着点	27%	やり直しがきかない	2%
拒めないもの	20%	自分を知るとき	2%
未知の世界への出発	12%	人生のスタート	2%
自分の存在の消失	11%	個人の歴史の終わり	1%
生きた証を過ごす	5%	誰とも会えない	1%
経験できないこと	4%	その他	4%

3) 基本属性と項目との比較

基本属性を質問項目ごとに比較し、有意差の認められた結果を以下に示す。

① 性別

表4 性別*自分の死

			自分の死			合計
			真剣にある	漠然とある	ほとんどない	
性別	男性	度数	11	5	5	21
		性別の%	52.4%	23.8%	23.8%	100.0%
	女性	度数	11	31	9	51
		性別の%	21.6%	60.8%	17.6%	100.0%
	N	度数	2	1	0	3
		性別の%	66.7%	33.3%	0.0%	100.0%
合計		度数	24	37	14	75
		性別の%	32.0%	49.3%	18.7%	100.0%

男性の方が、女性に比べて自分の死を真剣に考える傾向にある (P=0.029<0.05)。

② 年代別

表5 年代別 * 自分の死

			自分の死			合計
			真剣にある	漠然とある	ほとんどない	
年代別	10-20 歳代	度数	4	23	8	35
		年代別 の%	11.4%	65.7%	22.9%	100.0%
	30-40 歳代	度数	10	6	2	18
		年代別 の%	55.6%	33.3%	11.1%	100.0%
	50-60 歳代	度数	6	3	3	12
		年代別 の%	50.0%	25.0%	25.0%	100.0%
N		度数	4	5	1	10
		年代別 の%	40.0%	50.0%	10.0%	100.0%
合計		度数	24	37	14	75
		年代別 の%	32.0%	49.3%	18.7%	100.0%

若年代よりも中高年代の方が、自分の死を真剣に考える傾向にある (P=0.02<0.05)。

表6 年代別 * 死に場所

			死に場所					合計
			自宅	病院	施設	その他	N	
年代別	10-20 歳代	度数	25	3	0	6	1	35
		年代別 の%	71.4%	8.6%	0.0%	17.1%	2.9%	100.0%
	30-40 歳代	度数	4	8	2	3	1	18
		年代別 の%	22.2%	44.4%	11.1%	16.7%	5.6%	100.0%
	50-60 歳代	度数	4	5	0	3	0	12
		年代別 の%	33.3%	41.7%	0.0%	25.0%	0.0%	100.0%
N		度数	3	6	0	1	0	10
		年代別 の%	30.0%	60.0%	0.0%	10.0%	0.0%	100.0%
合計		度数	36	22	2	13	2	75
		年代別 の%	48.0%	29.3%	2.7%	17.3%	2.7%	100.0%

若年代は自宅での死を望み、中高年代ほど病院等での死を予想している (P=0.01<0.05)。

③ 死別体験

表 7 死別体験 * 自分の死

			自分の死			合計
			真剣にある	漠然とある	ほとんどない	
死にあう体験	あり	度数	20	16	5	41
		死にあう体験の%	48.8%	39.0%	12.2%	100.0%
	なし	度数	4	16	7	27
		死にあう体験の%	14.8%	59.3%	25.9%	100.0%
	9	度数	0	1	0	1
		死にあう体験の%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
	N	度数	0	4	2	6
		死にあう体験	0.0%	66.7%	33.3%	100.0%
合計		度数	24	37	14	75
		死にあう体験の%	32.0%	49.3%	18.7%	100.0%

死に巡り合った体験をした方が、自分の死を真剣に考える傾向にある (P=0.04<0.05)。

表 8 死別体験 * 他人の死

			他人の死			合計
			真剣にある	漠然とある	ほとんどない	
死にあう体験	あり	度数	25	10	6	41
		死にあう体験の%	61.0%	24.4%	14.6%	100.0%
	なし	度数	5	17	5	27
		死にあう体験の%	18.5%	63.0%	18.5%	100.0%
	9	度数	1	0	0	1
		死にあう体験の%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	N	度数	2	3	1	6
		死にあう体験	33.3%	50.0%	16.7%	100.0%
合計		度数	33	30	12	75
		死にあう体験の%	44.0%	40.0%	16.0%	100.0%

死に巡り合った体験をした方が、他人の死を考える傾向にある (P=0.025<0.05)。

4) 終末期教育前後の比較

統計的には、授業前後の比較において有意差は認められなかった。しかし、30時間の講義終了後に、死の捉え方について聞いたところ、「変化があった」「関心を持つようになった」と、何らかの変化があったとする回答が62%に認められた。

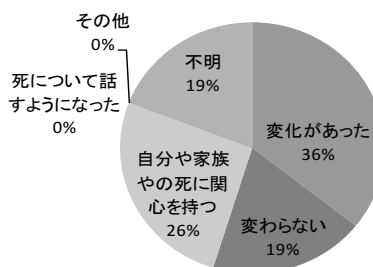


図 3 授業後の死に対する変化

IV. 考察

(1) 死に対する態度について

基本属性では、女性の方が「死の恐怖」を抱き、「中立的受容」「回避的受容」態度は男性の方が高かった。「死の恐怖」については、「祖父母との同居なし」の方が大きく、「看とり体験あり」の方が高かったことから、祖父母の体調や入院等を身近に見聞きすることで死の恐怖感は和らぐものの、実際に看取りを目にすると現実的の死の恐怖を感じるようになると思われる。現に、今回の調査期間中の出来事として、介護実習施設で利用者の方が目の前で亡くなるという体験をした学生は、ショックで実習の継続を一時中断するという事態が発生している。「死の準備教育」には、①知識②価値観③感情④技術の4つのレベルがあり、とりわけ③感情のレベルが専門職としての援助に重大な支障をきたす恐れがあると云われている（死の準備教育第1巻 pp. 3-6）。事例を通して死の状態を直接間接的に見聞きして死を冷静に見つめ、死の積極的、中立的受容を高める必要があると考える。

本調査での4つのカテゴリ得点を砂賀らの看護学生を対象とした調査結果¹¹⁾と比較すると、「死の恐怖」は1.18点、「回避的受容」は1.95点高く、「積極的受容」「中立的受容」はほぼ同得点であった。介護は生活支援を業とする職種として位置付けられており、職業的に死に巡り合う可能性をほとんど意識していないため、介護学生の方が死の恐怖や死を回避しようとする態度がやや強いと推察できる。

終末期教育前後の得点では、授業前に比べて終了後の方が「死の恐怖」-3.94点、「中立的受容」-0.97点、「回避的受容」-1.83点と低くなっており、「積極的受容」は0.58点高くなっていった。対象数が少なく有意差は認められなかったものの、終末期教育によって死に対する恐怖や回避の態度は軽減され、一定の効果が認められた。

(2) 介護学生の死生観に対する変化について

アンケート結果をみると、予測していたように年代別と3世代同居のグループで、差異がある。たとえば、「自分の死」について、10～20歳代は「漠然とある」が60%であり、30～40歳代と50～60歳代では、「真剣に考えたことがある」が50%以上という結果が出た。各年代で明らかに死のとらえ方に違いがあった。なかでも興味深い結果が出たのは、「どのような死を迎えるか」と「どこで死を迎えるか」という項目である。10～20歳代と50～60歳代では、「自然に死を迎えたい」と答え、どこで死を迎えたいかという解答についても、「在宅」としている解答がほぼ同数であった。一方、30～40歳代という働き盛りの年代では、「病死」と「病院」で死を迎えるが圧倒的に高値を示した。社会保障から抜け落ちている年代でもあり、様々な疾患や自殺による死に対する恐怖や不安が反映されているとも考えられる。

家族構成との統計的有意差はなく、死生感には影響しない（松田等 2010）とする結果

と一致していたが、3世代同居では、ほとんどの質問で死を否定するのではなく、前向きな思考であることが分かった。

(3) 終末期教育の学習成果について

介護現場において、介護職が終末期に関わらざるを得ない状況にある社会情勢を考えたとき、自分自身や家族の死に関心を持てることが、介護専門職として大前提となることであろう。そして、我が国においては、高齢者の「胃ろう」に関して日本老年医学学会が指針¹²⁾を出したことによって、高齢者の終末期に関する医療処置問題がクローズアップされた。このような延命治療に関して、在宅での家族介護者や施設がどのような方向性で関わるのかという点で、今後、介護学生が卒業後に必ず直面する現実であり、課題でもある。

このような背景を踏まえて、終末期教育を半期実施した後の学生の意識として、死の「積極的受容」が高くなったこと、「変化があった」「自分や家族の死に関心を持つようになった」という解答が60%以上あったことは、終末期教育が一定の学習成果を得た結果といえよう。学生には、「脳死・臓器移植における人間の2つの死」「在宅で迎える死」「病院で迎える死」などに関して考える機会として、DVDを活用した。決断のプロセスや家族と職員の関わりなど、個々によって様々な環境の中で当事者や家族が決断を求められ、そのプロセスから、あるいは決断後から介護職者として関わる可能性が高いことを学んでいる。日常生活において身近な死を体験する機会を持たない学生が、著書や視聴覚を活用しできるだけ自分の身に置き換えて学習することにより、リアリティをもって死を考えることができ、死の恐怖を和らげる貴重な教材となっている。

V. まとめ

2006(平成18)年、医療制度改革関連法案の成立により、介護療養病床の廃止および老人福祉施設への転換の方針が認められ、同年、介護保険制度の改正により「看取り介護加算」が新設された。厚生労働省の2010(平成22)年「人口動態統計」によると、看とりの行われる場所は、病院等80.3%、有料老人ホーム3.5%、特養等の介護老人福祉施設1.3%、自宅12.6%となっているが、高齢者の医療費が高騰するなか、政府は入院医療費削減のため介護・在宅での看取りにシフトさせようとしている。しかし、元来介護療養病床は、一旦は治療を終えたものの、医療的処置や管理が必要な医療度の高い人の療養の場であり、医療的処置が十分できない介護福祉施設に受け入れることには限りがあった。そのため、2006(平成18)年、在宅療養支援診療所の創設を認め、2008(平成20)年5月には、医療体制を強化した新型老健を介護療養病床に替わる施設として位置付けた。今年2012(平成24)年4月からは、たん吸引や胃ろうなど経管栄養の「医療的ケア」が、研修及び実地訓練による一定の条件の下、介護従事者にも実施することが可能になった¹³⁾。このよ

うな背景から、今後、高齢者の病院での死は減少し、老人福祉施設や在宅死が増加すると見込まれ、特別養護老人ホームを中心に看とりを開始する施設は徐々に増えている。このような現実に対処するためにも、介護における終末期教育を十分時間をかけて行い、死に対する専門的援助を可能にすることは大変有意義かつ必要である。

その反面、終末期には医療の発展と共に倫理的・法的問題が生じている。生命にかかわる当事者の自己決定の尊重や利益の促進とともに、生命の神聖性に対する尊厳の保護、人間の死に関する社会的環境などについて、介護の専門職業人として継続して考えられる土台作りが、教員側にも求められているであろう。

【註 引用文献・参考文献】

- 1) 2011(平成 24)年、日本人の平均寿命は女性 85.90 歳、男性 79.44 歳で、前年比で女性は 0.40 歳、男性は 0.11 歳縮んだことが簡易生命表で分かった。その結果、世界での順位は 2 位となり、1 位は香港であった。大震災の影響によると推測される(総務省統計局資料)。
- 2) 今後 30 年間、日本人の死亡者数は増え続け、2040 年の死亡者数は 166 万人とピークを迎えるとされている(週刊東洋経済 9/11 号「終末期医療」p. 39)。
- 3) 平成 24 年度版高齢社会白書より抜粋。
- 4) 厚生労働省：介護福祉士のあり方及びその養成プロセスの見直し等に関する検討会報告書、2006 年 7 月。
- 5) 「終末期」とは、1) 医師が客観的な情報を基に治療により病気の回復が期待できないと判断すること、2) 患者が意識や判断力を失った場合を除き患者・家族・医師・看護師等の関係者が納得すること、3) 患者・家族・医師・看護師等の関係者が死を予測し対応を考えること、の三条件を満たす場合を言う(平成 21 年 5 月、厚生労働省「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」より)。
- 6) アルフォンス・デーケン (Alfons Deeken) 1932 年、独生まれ。1959 年に来日し現在、上智大学名誉教授。1991 年、日本に死生学という概念を定着させたとして菊池寛賞受賞。「死の準備教育」「第 3 に人生」「老いと死を見つめて」他多数。
- 7) 死の準備教育 Death Education 全 3 巻 (メジカルフレンド社、平成 2 年 4 月)、死を身近な問題として考え、生と死を探求し自覚を持って自己と他者の死に備えての心構えを習得することを目的に、1982 年から上智大学で始められた「生と死を考えるセミナー」を発端に日本国内で広がってきた。その第 1 の目的は、死のプロセス並びに死にゆく患者の抱える多様な問題とニーズに関して理解し、より良い援助を提供できることである。
- 8) V・E・フランク (Victor E Frakle) ウィーン生まれ 1905 年～1997 年、精神科医・心理学者。アウシュビッツ収容所の体験をつづった「夜と霧」はあまりにも有名。米国国会図書館「人生に最も影響を与えた本」ベストテンに選ばれたこともある。
- 9) E・キューブラーロス (Elisabeth Kubler-Ross) スイス生まれ、1926 年～2004 年、精神科医。代表作「死ぬ瞬間」「続・死ぬ瞬間」で死の受容に至るプロセスを 5 段階であると発表。
- 10) 死の態度尺度 20 項目の内容は以下のとおりである (一部わかりやすい表現に筆者が修正)
 - ①暴力によって死んでいくことが心配だ
 - ②死は瑛絵院の幸福な場所への道だと思ふ
 - ③死は単に生命の過程の一部である
 - ④私は生きることにうんざりしている
 - ⑤苦しんで死ぬのは怖い
 - ⑥私は死後の世界を楽しみにしている
 - ⑦私は死を恐れないし歓迎もしない
 - ⑧私の人生を延ばすことに目的も意味も見つからない
 - ⑨私にとって死の最終的事実に臆せず立ち向かうのは難しい
 - ⑩私が死んだら天国に行くと思ふ
 - ⑪私たち

は死ななければならないという事実を仕方がないとあきらめている⑫この世に期待するものは何もない⑬時ならぬときに死んでいくのは怖い⑭天国はこの世より良いところだ⑮死は私にとってどうでもいいこと⑯私はゆっくりと死んでいくのが怖い⑰痛みは恐ろしいが死は痛みからの救済だから恐れることはない⑱人生は短いと思うと心が揺らぐ⑲死は人生の重荷からの救済⑳自分の死を予想すると不安になる。

- 11) 砂賀道子、鈴木はるみ、佐藤幸子、渋谷貞子：短期大学看護学生における死に対する態度、桐生短期大学紀要、第16号、2005年。同短大2年生の得点平均値は、「死の恐怖」 20.7 ± 0.47 、「積極的受容」 10.0 ± 0.27 、「中立的受容」 9.1 ± 0.22 、「回避的受容」 13.5 ± 0.39 であった。
- 12) 日本老年医学学会は、2012年6月27日「胃ろう、差し控えや中止も選択しとする」新たなガイドラインを発表した。人工栄養を開始する際は、「口からの栄養摂取ができないかどうかを見極める必要がある」と指摘し、延命効果が得られるかどうかだけではなく、「本人の人生をより豊かにするかどうか」という視点から、生前の方法を選択するべきであるとした。
- 13) 平成23年6月22日公布、平成24年4月1日より実施(平成23年法律第72号、介護保険法等の一部を改正する法律)。