

---

## 原 著

---

### 大学病院に勤務する医師と看護師の死生観の比較

吉田 久美子<sup>1)</sup>, 石田 和子<sup>2)</sup>, 瀬山 留加<sup>3)</sup>, 中島 陽子<sup>2)</sup>,  
角田 明美<sup>2)</sup>, 前田 三枝子<sup>2)</sup>, 神田 清子<sup>4)</sup>

<sup>1)</sup>杏林大学保健学部看護学科, <sup>2)</sup>群馬大学医学部附属病院看護部

<sup>3)</sup>群馬大学医学部保健学科, <sup>4)</sup>群馬大学大学院医学系研究科

**要 旨** 医師と看護師の死生観とその影響要因の相違をふまえ, 質の高い緩和ケアチームについて検討することを目的とした. A 大学病院に勤務する医師と看護師に死生観について質問紙調査を行った. 平井らが開発した死生観尺度 ( $\alpha=0.88$ , 7 因子27項目) を用いた. 有効回答は医師120名 (医師群) と看護師347名 (看護師群) であった. 統計処理については危険率5%未満を有意差とした. 分析には SPSS 11.0J for Windows (SPSS 社製) を用いた. 倫理的配慮は倫理審査会の承認を得た後, 対象者へは参加の自由とプライバシーの保護を保証した. ①「死への恐怖・不安」と「人生の目的意識」の因子には群間で有意差は認められなかった. ②「死後の世界観」, 「解放としての死」, 「死からの回避」, 「死への関心」や「寿命観」の5因子において両群間で有意に看護師群の方が高かった. ③年齢などの各要因と死生観尺度との関係は両群者ともに年齢と「寿命観」で有意差が認められた. ④死を迎える時に, 希望する場所と死生観尺度得点に有意差が認められた. 医師と看護師の死生観は「死後の世界観」などの因子得点で有意差が認められ, 緩和ケアチームを効果的に展開していくためには双方の死生観の理解と, ケアへの活用の必要性が示唆された.

キーワード: 医師, 看護師, 死生観

#### はじめに

緩和ケアについて World Health Organization (WHO) は生命を脅かすような疾患に伴う問題に直面している患者と家族の Quality of Life (QOL) を向上させるためのアプローチ<sup>1)</sup>と定義づけている. さらに疼痛や身体的, 心理・社会的, スピリチュアルな問題などを早期から正確にアセスメントし, 解決していくことによって, 予防あるいは苦痛の軽減を図るものである<sup>1)</sup>と位置づけている. また, ホスピスケアは緩和ケアの理念のもとに終末期にある患者が人生を最期まで生きることができるよう支援することを目標とし, 患者の死後は遺族への援助を特徴としている.

欧米では1970年代にコンサルテーションの機能をもつ移動型のホスピスチームの活動が始まり, 緩和ケア病棟 (Palliative care unit: PCU) と並行し緩和ケアチーム (Palliative care team: PCT) が増加した<sup>2)</sup>.

わが国は緩和ケアの理念のもとに終末期医療を行う施設数は増加傾向にあるものの, 未だその数は十分とはいえない現状がある<sup>3)</sup>. 緩和ケアの促進を目的に, PCT の活動が2002年度より診療報酬の対象として認められ<sup>4)</sup>一般病院での緩和ケアサービスが推進されている. 現在, 複数の大学病院がコンサルテーション型の PCT を編成し, 病棟の医師や看護師らがそれぞれの専門性を発揮しながら, 患者が診断時から抱える全人的苦痛の効果的な緩和に向け試行錯誤しながら取り組んでいる<sup>5, 6)</sup>.

緩和ケアに関わる医師や看護師は, 予後不良な患者と向き合い死についてあるいは死への意味に対する見識をあらかじめ問われることになる<sup>7)</sup>. そのため, 医師や看護師自身が死に対する基本的な態度や死生観をもつ必

---

2008年9月21日受付

2009年2月1日受理

別刷請求先: 吉田久美子, 〒360-112 埼玉県熊谷市樋春425-5

要がある<sup>8)</sup>。十時<sup>8)</sup>は医師や看護師の死生観と患者に接する時の行動や意識との関連を次のように明らかにしている。生きることにし積極的な態度をもつ医師は患者の苦痛を理解しようとし患者と家族へのケアに努めるが、反対に生きることは苦しいことととらえ、生に消極的な態度をもつ医師は患者を尊重することが困難な場合があると述べている。

さらに、内布<sup>3)</sup>は医師と看護師の死生観や行動について、緩和ケアの実施率の高い施設の医師と看護師の方が、自分の死について具体的に考え死に方の希望を持っていること、そして患者と死について多く会話をしていることを明らかにしている。これらの結果より医師や看護師の死生観は、緩和ケアを展開していく基盤になりケアに影響していくと考えられる。

今後患者と家族のQOLの向上につながるPCTを展開していくためには、医師や看護師がお互いの死生観の特徴を理解し、相互の特徴を活かしたケアを構築していく必要がある。これまでの国外の研究では患者、家族、医師、医師以外の医療者（看護師を含む）の4グループを対象に、生活の質の指標を用い終末期に大切と考えている事柄を明らかにした米国の研究がある<sup>9)</sup>。また緩和ケアにおける看護師の役割を述べた研究は複数ある<sup>10), 11)</sup>。しかしPCTの検討を目的とし、死生観尺度を用いて医師と看護師の死生観を比較した文献は国内外において見あたらない。

そこで本研究では大学病院内に質の高いPCTを展開していくことを目的に、死に対する態度や死後の世界や寿命に対する考えも測定できる臨老式の死生観尺度<sup>12)</sup>を用いて、医師と看護師の死生観やその影響要因について明らかにしケアを検討した。

## 目 的

### 1. 研究目的

A 大学病院に勤務する医師と看護師との死生観とその影響要因を明らかにし、緩和ケアにおいて必要な医療者の基本的な姿勢と緩和ケアチームの効果的な活動について検討することである。

### 2. 用語の操作的定義

#### 1) 死生観

生と死に対する考え方であり、生き方や死に方についての考えや価値とする。

#### 2) 緩和ケア

患者の死を早めることも延長することも企てず全人的苦痛の緩和を図り、患者と家族のQOLが向上するように支援することとする。

#### 3) 緩和ケアチーム

大学病院内で医師や看護師らにより編成され、病院内を巡回しながら緩和ケアを提供するチームとする。

#### 4) ホスピス

死にゆく人と家族に対し、全人的ケアを在宅と入院の両方の場面で提供する、緩和サービスと支援サービスの調和がとれたプログラムである。種々の専門家とボランティアが、多職種の医療チームを構成しサービスにあたる。患者の死後、遺族に対して死別後の援助とする。

## 方 法

### 対象者

A 大学医学部附属病院に勤務する医師290名と看護師370名に配布し、同意と回収が得られた478名（回収率72%）のうち、有効回答の得られた医師120名と看護師347名の計467名を対象者とした。

### 調査方法

A 大学医学部附属病院に勤務する医師と看護師へ、本調査の趣旨と質問票の記載について文書にて説明した。質問票は対象者の都合に応じ投函できるよう回収した。

### 調査内容

質問票の主な内容は一般的背景、死生観尺度、自分が死を迎える希望の場所や近親者の死の経験などについて情報を得た。

### 測定用具

#### 1) 一般的背景

##### (1) 性格型

今井ら<sup>13)</sup>が開発した分類で、感情表現や行動に対して抑制的で情緒不安定な内向型のI型、活動的で情緒安定的な外向型のII型、内向型・外向型以外の型の分類を用いた。

#### 2) 死についての考え

自己の死を迎える時の希望の場所について自宅、病院、ホスピスの機能を有する施設（以下、ホスピス）から1カ所を選択する質問をした。また近親者の死の経験の有無などについて質問をした。

3) 死生観尺度

平井らが開発し信頼性が高く妥当性も検証されている ( $\alpha=0.88$ ) 臨老式死生観尺度<sup>12)</sup>を使用した。この尺度は以下の7因子から構成されている。①死後の世界はあると思うなどの項目を含み死後の世界の存在を肯定している「死後の世界観」、②非常に死を恐れているなどの項目を含む「死への恐怖・不安」、③死とはこの世の苦しみから解放されることだと思うなどの項目を含む「解放としての死」がある。また④死について考えることを避けているなどの項目を含む「死からの回避」、⑤人生にはっきりとした使命と目的を見出しているなどの項目を含む「人生における目的意識」、⑥死への関心を持っているという「死への関心」、⑦寿命は決められていると思うなどの項目を含む「寿命観」の7つの因子、27項目で構成されている。回答は「当てはまる」「かなり当てはまる」「やや当てはまる」「どちらともいえない」「やや当てはまらない」「ほとんど当てはまらない」「当てはまらない」の7段階の選択肢である。

調査期間

2005年8月15日～2006年7月15日

対象者への倫理的配慮

研究の実施にあたり関連機関の倫理審査会より承認を得た。また医師と看護師には参加の自由とプライバシー

の保証について文書を用いて説明し、質問票の記載があった場合に同意が得られたとした。データは個人が特定できないように十分に注意した。

分析方法

有効回答が得られた医師群120名と看護師群347名の合計467名のデータを分析した。医師群と看護師群との一般的背景の比較は $\chi^2$ 検定で分析した。死生観尺度の各因子における2群の平均点の差はt検定で分析した。また各要因と死生観尺度の因子との関係はPearsonの相関係数で分析した。さらに希望する場所と死生観尺度得点の比較は職種別の比較をt検定で分析した。それぞれ危険率が5%未満を有意差があるとした。分析にはSPSS11.0J for Windows (SPSS社製)を用いた。

結 果

1. 対象者の一般的背景

同意と回収が得られた対象者478名中、有効回答率は95.6%であり有効回答数は医師群120名、看護師群347名であった。

対象者の性別は表1に示したとおり、医師群は男性が約86%、看護師群は女性が約94%であった。平均年齢±標準偏差は表2に示したとおり医師群36.9±7.4歳、看

表1 医師と看護師との一般的背景の比較

n=467

項目	医師 n=120		看護師 n=347		$\chi^2$ 値	
	n	%	n	%		
性別	男性	103	85.6	21	6.1	291.02**
	女性	17	14.4	326	93.9	
婚姻状況	既婚	96	80.0	97	28.0	99.41**
	未婚	24	20.0	240	69.2	
	記載なし	0	0.0	6	1.7	
宗教	あり	6	5.0	15	4.3	0.095
	なし	114	95.0	332	95.7	
健康状態	良好	107	89.2	286	82.4	3.864
	病気はあるが日常生活には支障なし	10	8.3	40	11.5	
	病気があり定期的に通院中	1	0.8	12	3.5	
	その他	2	1.7	9	2.6	
家族構成	独居	20	16.7	171	49.3	108.13**
	夫婦と2人	29	24.2	26	7.5	
	夫婦と子供	64	53.3	58	16.7	
	夫婦と子供と孫	0	0.0	5	1.4	
	その他	7	5.8	87	25.1	
性格型	I型	70	53.8	181	52.2	3.92
	II型	34	28.3	91	26.2	
	その他	16	13.3	75	21.6	

n.s.: Not Significant

\*\*p<0.01

看護師群32.4±8.9歳であり、平均経験年数±標準偏差は医師12.5±7.1年、看護師9.3±8.3年であった。婚姻状況は既婚が医師群は80%を占めたが、看護師群は28%であり有意差がみられた ( $\chi^2=291.02, P<0.01$ )。性格型は内向型のI型が両者ともに約50%であり外向型のII型は約30%であり有意差はみられなかった ( $\chi^2=3.92, P=0.14$ )。

## 2. 医師と看護師の死についての考え

医師群と看護師群との近親者の死の経験は表3に示したとおり、両群ともに6~7割の対象者がいると回答しており有意差はみられなかった ( $\chi^2=1.44, P=0.49$ )。また、両群ともに約8割の対象者が緩和医療への関わりの必要性を認識しており有意差はみられなかった ( $\chi^2=1.43, P=0.49$ )。

死を迎える時に希望する場所の比較は表4に示したとおり、自宅が最も多く両群ともに約40%を占めていた。病院と回答した対象者は、医師群は約20%と自宅の次に多かったが、看護師群はわずか7%に留まっていた。一方ホスピスと回答した医師は13%と少なかったが、看護

表2 対象者の年齢と経験年数

項目	医師	看護師
平均年齢	36.9 (SD=7.4)	32.4 (SD=8.9)
平均経験年数	12.5 (SD=7.1)	9.3 (SD=8.3)

表3 医師と看護師との死に関する経験などの比較

		医師 n=120		看護師 n=347		$\chi^2$ 値
		n	%	n	%	
		近親者の死の経験	あり	75	62.5	
	なし	43	35.8	109	31.4	n.s
	記載なし	2	1.6	3	0.8	
緩和医療への関わりの必要性	あり	94	78.3	286	82.4	1.43
	なし	22	18.3	48	13.8	n.s
	記載なし	4	3.3	13	3.7	

表4 医師と看護師との死を迎える時に希望する場所の比較

項目	医師 n=120		看護師 n=347		$\chi^2$ 値
	n	%	n	%	
自宅	54	45.0	140	40.3	32.46 **
病院	22	18.3	14	4.0	
ホスピス	16	13.3	94	27.1	
考えたことがない	20	16.7	76	21.9	
その他	8	6.7	23	6.6	

\*\*p<0.01

師群は自宅の次に多く約24%の対象者が希望をしていた。また、「考えたことがない」と回答していた対象者は両群ともに約20%を占めていた。医師群と看護師に有意差がみられた。 ( $\chi^2=32.46, P<0.01$ )。

## 3. 死生観

医師群と看護師群との死生観尺度の因子の比較を表5に示した。医師群と看護師群との間に有意差が認められた因子は「死後の世界観」( $t=-8.39, P<0.001$ )、「解放としての死」( $t=-4.37, P<0.01$ )、「死からの回避」( $t=-2.07, P<0.05$ )、「死への関心」( $t=-2.66, P<0.001$ )、「寿命観」( $t=-3.77, P<0.01$ )の5つの因子であり、これらの因子において看護師群の方が、有意に平均点が高かった。そして5つの因子の中でもっとも平均点の差が大きかった因子は「死後の世界観」であった。

一方、「死への恐怖・不安」と「人生における目的意識」の2つの因子は医師群と看護師群の間に有意差は認められなかった。

## 4. 各要因と死生観尺度との関係

年齢、経験年数、婚姻状況と死生観尺度の各因子の関係を表6に示した。

年齢と各因子との関係において、医師群は年齢と「寿命観」に正の相関があった ( $r=0.193, p<0.05$ )。看護師群は年齢と「死後の世界観」に負の相関があり ( $r=$

表5 医師と看護師との死生観尺度の因子の比較

n=467

	医師 n=120		看護師 n=347		t 値	有意確率
	平均点	標準偏差	平均点	標準偏差		
死後の世界観	10.9	6.74	16.0	6.19	-8.39	***
死への恐怖・不安	16.6	7.02	16.9	5.85	-0.42	n.s
解放としての死	10.2	5.77	12.3	5.61	-4.37	**
死からの回避	9.8	4.78	10.5	5.03	-2.07	*
人生における目的意識	16.2	5.36	16.2	4.74	1.02	n.s
死への関心	12.9	5.51	14.1	5.11	-2.66	**
寿命観	9.6	5.19	11.4	4.79	-3.77	***

n.s Not significant

\*p<0.05

\*\*p<0.01

\*\*\*p<0.001

表6 医師と看護師との各要因と死生観尺度の因子の関係

	医師			看護師		
	年齢	経験年数	婚姻状況	年齢	経験年数	婚姻状況
死後の世界観	-0.063	-0.081	-0.030	-0.218 **	-0.203 **	-0.145 **
死への恐怖・不安	-0.019	-0.025	0.023	0.001	-0.009	0.002
解放としての死	0.054	0.080	0.031	0.104	0.102	-0.046
死からの回避	0.097	0.094	0.250 **	0.016	0.040	0.026
人生における目的意識	0.026	0.005	-0.048	0.111 *	0.115 *	0.171 **
死への関心	0.077	0.104	-0.011	0.071	0.095	0.034
寿命観	0.193 *	0.171	0.144	0.121 *	0.112 *	0.068

Pearson の相関係数

\*p<0.05

\*\*p<0.01

-0.218, p<0.01), 「人生における目的意識」に正の相関が認められた(r=0.111, p<0.05). また年齢と「寿命観」において正の相関が認められた(r=0.121, p<0.05).

経験年数と各因子の関係において医師群はすべての因子と相関関係は認められなかったが、看護師群は経験年数と「死後の世界観」に負の相関が認められた(r=-0.203, p<0.01). また、「人生における目的意識」と「寿命観」の2つの因子は正の相関関係が認められた(r=0.115, p<0.05)(r=0.112, p<0.05).

婚姻状況と各因子との関係は、医師群は「死からの回避」において正の相関があり(r=0.250, p<0.01), 看護師群は「死後の世界観」と負の相関があり(r=-0.145, p<0.01), 「人生における目的意識」と正の相関が認め

られた(r=0.171, p<0.01).

死を迎える時に、希望する場所に対する死生観尺度得点の比較を表7に示した. 死生観尺度得点の平均点は自宅, 病院, ホスピスのすべてにおいて看護師群の方が医師群よりも有意に高かった. それぞれの項目では自宅(t=2.80, P<0.005), 病院(t=3.53, P<0.000), ホスピス(t=5.88, P<0.000)であった.

## 考 察

### 1. 死についての考え

#### 1) 死を迎えたい場所について

医師群も看護師群も自宅, 病院, ホスピスの中では自宅を第1選択にしている対象者がもっとも多かった. 多

表7 医師と看護師の死を迎える時に希望する場所と死生観尺度得点の比較

項目	医師 n=120		看護師 n=347		t 検定	職種別の有意確率(p)
	平均点	標準偏差	平均点	標準偏差		
自宅	91.0	27.15	98.5	19.82	2.80	0.005
病院	77.8	21.25	86.3	26.05	3.53	0.000
ホスピス	90.6	20.00	102.7	17.63	5.88	0.000
考えたことがない	84.5	19.33	96.8	18.28	6.09	0.000
その他	72.5	22.08	84.8	28.70	4.85	0.000

Welch 検定

くの人にとって家族の愛情はさまざまな苦痛が緩和される源と考えられ、人生の最期を家族とともに住み慣れた自宅で過ごしたいと望むことはごく自然なことと考えられる。自宅において終末期を過ごす場合について考えてみると、わが国で在宅ホスピスという言葉が公の文書に記載され16年が経過した<sup>19)</sup>が現状は画期的な変化が見られないまま試行錯誤の段階にある。昨今の社会状況では核家族化が進み家族員が少ないこと、在宅ホスピスの要件を満たす施設が少ないことなどの理由から、終末期を自宅で過ごしたいという望みを十分満たすまでは至っていない<sup>14)</sup>。本研究の結果より医師群も看護師群も自宅で死を迎えたいと考えていたことから、患者の望みを理解にしようとする姿勢が必要である。

医師群の方は自宅の次に多かった希望の場所は病院であり、約20%の対象者が選択していた。この背景には医師の専門領域である身体的苦痛の緩和や最先端の治療を受けることに価値を置いていることが考えられる。しかし、終末期にある患者は身体的苦痛以外に心理的・社会的・スピリチュアルな苦痛を複合的にもちやすいため、全人的苦痛の緩和が重要である。そのため、医療者は全人的苦痛に対するケアの重要性を再認識していくことが必要であろう。

また、看護師群は自宅の次にホスピスを選択した対象者が多かった。この対象者は病院での生活よりも全人的苦痛の緩和を求めていることが推察される。

医師群は約60%が、また看護師群は約70%が自宅、病院あるいはホスピスのいずれかを選択していた。しかしながら、死の場所について「考えたことがない」と回答した対象者が両群ともに20%程をしめていた。内布<sup>3)</sup>は緩和ケアを実践している医療従事者の特徴として自分の死について具体的に考え、死に方の希望を持っていることを明らかにしている。さらに広井<sup>15)</sup>は何らかの死生観をもつことこそ、終末期にある患者のケアのもっとも本質的な部分をなすと主張している。そのため「考えたことがない」と回答した対象者は人間としてまた緩和ケアを提供する医療者として自分自身の生き方や死に方について洞察していくことが必要と考える。そして自己の死生観はケアに大きく影響することをふまえ、医療者としての死の準備教育を深めていくことが重要と考える。

## 2) 近親者の死の経験について

両群ともに約6割の対象者が近親者の死を経験していることが明らかになった。これまでの研究では、人間として近親者の死の経験はその後の死生観を深めていく経

験であると肯定的にとらえている研究<sup>3,16-18)</sup>が多い。その中で河合ら<sup>17)</sup>は死生観の育成には死に対し深い内省を求められる機会が大切であり、死の積極的受容と関連があると述べている。そのため近親者の死は医療者であると同時に人間としての死生観を形成し深めていく貴重な経験になると考える。

また、医療従事者の死に対する態度に影響する要因には、個々人に内在する要因と、病棟におけるケアの実施状況という外的要因の両方が関与している<sup>3)</sup>と述べている。個々人に内在する近親者の死の経験からの死生観とケアの実施状況という外的要因の両方の存在が態度を形成し、患者と家族の生を熟慮していくことにつながると考える。

## 2. 医師と看護師の死生観について

医師群と看護師群の死生観の共通点と相違点が明らかになった。共通点は死ぬことへ恐怖感、孤独感や不安感を強く感じていること、人生に対しはっきりとした使命と目的を見出していることである。

一方、相違点は「死後の世界観」、「解放としての死」、「死からの回避」、「死への関心」、「寿命観」の5つの因子において看護師群の方が医師群よりも平均点が高く有意差が認められたことである。

「解放としての死」の因子は看護師群の平均点が高かった。この要因の1つとして看護師は看護基礎教育からの学びにより患者が体験していることは生理的現象としての「疾患 disease」ではなく、その人の人生のなかで意味づけられた「病い illness」と位置づけている<sup>24)</sup>ことが考えられる。そのため、死は疾患の悪化による生理的現象だけではなく、人生の苦悩からの解放としての意味を捉えている傾向が伺える。医師群は看護師群よりも死を解放の意味を含めてとらえてはおらず、死のとらえ方はさまざまであると考えられる。しかし、死を間近にとらえ苦しむ患者と向き合う際に、死生観の1つである死の意味づけをもつことが必要であると考えられる。

また「死からの回避」と「死への関心」の両方ともに看護師群の方が、認識が高かった。看護師群が死について関心をもっていることは、看護師の方が医師よりも「死期が近い患者と話をしたいと思う」という結果<sup>3)</sup>と関連していると考えられる。看護師は患者の苦しみに関わり、自分自身もいつかは死ぬという事実を意識させられ、否応なく死への恐怖の感覚がしみこんでくる<sup>24)</sup>。そして看護師自身が死に対する恐怖と心痛を承認することによりさ

らに深く患者の苦痛に向き合えるようになり<sup>24)</sup>、患者の残された生の過ごし方についても考えるようになると考えられる。看護師は医師より「死への関心」がある人が多い。その背景には、看護師は多くの末期の患者へ全人的ケアを行い深く接してきたことが影響していると考えられ、医師も「死への関心」をより深めていくことが必要と考える。

さらに「寿命観」について看護師群は医師群よりも有意に寿命をとらえていた。人の衰弱していく過程や死に絶えずさらされ、死の不可逆性を突きつけられながら医療の限界を感じていると推察される。しかし、本研究では医師は治療の効果に興味と関心を抱く傾向が予測された。一方、看護師は人間の生命の長さには治療やケアが及ばない寿命の存在を認識していると考えられる。死生観同様、寿命観にも正否はないものの、いかに緩和ケアの理念に基づき患者が生きていることの充実感を実感しながら人生を全うできるかが医療者の共通の課題と考える。

「死後の世界」を看護師群の方が強く認識していることがわかったが、看護師は状態の悪化に伴う身体的機能や日常性の喪失という欠陥のみならず、患者自身の存在は形を変え死後も生き続けるという死後の世界観をもち、看護を展開していることが考えられる。また、データは死後の永遠の生命へのあこがれは、多くの末期患者にとって最大の心の支えであり、勇気と喜びの源となっている<sup>7)</sup>と述べている。そして患者が死後の生命の可能性を信じるか否かにより、死を迎える際の姿勢は大幅に異なり、人生そのものの意義についての考え方も影響される<sup>9)</sup>。そのため医師や看護師は死後の世界の肯定や否定という立場に限らず、患者のスピリチュアルな問題への支援として患者個々の考えや希望を柔軟に受け止めていくことが必要と考える。

### 3. 各要因と死生観尺度について

各要因と死生観尺度の各因子における医師群と看護師群の相違は、両群ともに年齢が高いほど「寿命観」の平均点が高いことが明らかになり、職種を問わず年齢を経るほど寿命を信じる傾向が伺えた。人間にとって最も基本的な価値観の一つである死生観は、人格の成熟に従い発展していくものであり、また人生のある段階で動機が働いて大きく変わることもありえる<sup>16)</sup>ため、医師と看護師の死生観も変化していくことが考えられる。また、橋<sup>16)</sup>は死の臨床で何よりも大切なのは看取る者も看取られる者も、ともに死にゆく存在であることを見つけ、それを

受け入れようとする姿勢や自覚ではないかと述べている。また、年齢が高くなるにつれ死について意識し始めることが考えられる。このように死生観は年齢に伴う経験や意識により深く洞察されることが考えられる。

また、経験年数と各因子は、医師群は全ての因子において有意差は認められなかったことから、経験年数だけでは死生観の各因子に影響せず変化がないことがわかった。一方、看護師群の方は経験年数によって「死後の世界観」や「人生における目的意識」、「寿命観」が異なることが考えられた。特に「人生における目的意識」は経験年数が多くなるほど平均点が高くなっていったことから、看護師としての経験を重ねることが人生の意義や患者と家族のQOLを支えるという使命を見出す能力について自信をもち、目的意識の形成に関連していることが推察された。

そして婚姻状況と「死からの回避」は医師群のみ有意な相関がみられた。この背景には家族の成長を見守り心理的にも経済的にも支えることを役割と認識し、扶養に対する責任感が影響していると考えられる。また、家族員との連帯感を永く保持したいという希望の存在が影響していると考えられる。それらの要因が死を考えたくないという思いへ影響していると考えられる。

死を迎える時に希望する場所による死生観尺度得点は、全ての項目において2群の間に有意差があった。この結果より、場所が同一であっても医師と看護師の死生観には違いがあることが明らかになった。

以上の結果から終末期患者の全人的苦痛を軽減できる緩和ケアチームの組織化を目指し、双方の死生観の相互理解に基づき特徴を活用していくことが課題と考える。吉田<sup>20)</sup>はチーム医療の促進因子について明確に定義された目標、オープンで効果的なコミュニケーション、メンバーの関与、信頼を重要な要素としている。援助の背景となっている相互の生や死に対する考えをオープンで効果的なコミュニケーションにより理解していくことにより、援助の意味合いや重要性について共有できると考える。そして相互の死生観を反映させた援助が効果的にケアに活かされることが重要と考える。また、生や死に対する考えをもとに各職種の役割に伴う実践状況と患者の反応を共有していくことが望まれる。その方策としてPCTと病棟のスタッフの情報交換やケアの振り返りと検討の場を設けることも有効と考える。

さらにPCTと病棟スタッフが連携を含めながら援助の効果を促進させる活動の1つとして、死生観をテーマ

とした学習会や援助への反映のさせ方についての検討会が考えられる。

それらの活動が活発化することにより、今後さらに医師や看護師自身の死生観が深まり、PCTが整っていくことにより患者とその家族が抱える全人的苦痛を緩和する施設として発展していくことが期待できる。

## 結 論

本研究では大学病院に勤務する医師と看護師の死生観について以下の結論が得られた。

1. 医師群と看護師群の死生観は「死への恐怖・不安」や「人生の目的意識」の2因子では有意差がなかった。
2. 死生観尺度の「死後の世界観」、「解放としての死」、「死からの回避」、「死への関心」や「寿命観」の5因子において2群の間に有意差が認められ、看護師群の平均点が高かった。
3. 要因と死生観の因子との関係は、両群とも年齢と「寿命観」に有意差が認められた。
4. 死を迎える時に希望する場所と死生観尺度得点は、2群の間に有意差が認められた。

医師と看護師では死生観が異なるため、PCTの効果的な活動のためには相互の死生観を理解しケアへ活用していく必要性が示唆された。

## 謝 辞

本研究の実施にあたり、調査にご協力下さいました対象者の皆様と、研究を進めるにあたりご支援ご指導頂きました関係者の皆様に深くお礼申し上げます。

## 文 献

- 1) World Health Organization : National cancer control programmes, policies and managerial guidelines. Geneva WHO, 4, 2002.
- 2) 高宮有介：わが国における緩和ケアチームの現状と今後の展望, ターミナルケア, 13(4), 271-279, 2003.
- 3) 内布敦子：医療施設における end-of-life ケアの実施状況と医療従事者の死に対する態度, ターミナルケア, 3(2), 154-162, 2003.
- 4) 古元重和：緩和ケア診療加算の新設, ターミナルケア, 12, 333-337, 2002.
- 5) 笹原朋代, 梅内美保子, 白井由紀 他：東大病院における緩和ケアチーム始動前のニーズ調査, 緩和ケア, 15(6), 669-674, 2005.
- 6) 三澤知代, 今村由香, 白井由紀 他：緩和ケアにおける専門職のスピリチュアルケア実践に関する研究, 臨床死生学, 10(1), 8-17, 2005.
- 7) アルフォンス・デーケン, 河野友信, 河野博臣編, 性と死の医療, 187-199, 朝倉書店, 1985.
- 8) 十時のぞみ：大学病院医師の死生観とターミナル・ケアにおける行動や意識の関連, 死の臨床, 22(1), 65-70, 1999.
- 9) Steinhauser, K. E., Christakis, N. A., Clipp, E. C., et al: Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. JAMA. 284(19), 2476-82, 2000.
- 10) Rodriguez, K. L., Barnato, A. E., Arnold, R. M.: Perceptions and utilization of palliative care services in acute care hospitals. J Palliat Med. 10(1), 99-110, 2007.
- 11) Dendaas, N. R.: Prognostication in advance cancer nurses' perceptions of the dying process. Oncol Nurs Forum. 29(3), 493-499, 2002.
- 12) 平井啓, 坂口幸弘, 安部幸志 他：死生観に関する研究, 死の臨床, 23(1), 71-76, 2000.
- 13) 今井一枝, 中地敬：性格と生活習慣の関連性, 日本公衆衛生学会誌, 37(8), 577-583, 1990.
- 14) 川越厚：在宅ホスピス・緩和ケア, 1-11, メディカルフレンド社, 2003.
- 15) 広井良典：ケア学, 155-156, 医学書院, 2000.
- 16) 橘尚美：医療を支える死生観, 関西学院大学社会学部紀要, 97, 161-179, 2004.
- 17) 河合千恵子, 下仲順子, 中里克治：老年期における死に対する態度, 老年社会科学, 17(2), 102-116, 1996.
- 18) 安部一郎：ホスピスケアにおける心理学的問題, 社会心理学研究, 1(2), 19-26, 1986.
- 19) Patricia Benner, Judith Wrubel：難波卓志訳, 現象学的人間論と看護, 399-415, 医学書院, 2005.
- 20) 吉田智美：チーム医療を促進する要因と阻害する要因, がん看護, 6(4), 272-274, 2001.

## *Comparison in the views of life and death between nurses and doctors of a University Hospital*

*Kumiko Yoshida*<sup>1)</sup>, *Kazuko Ishida*<sup>2)</sup>, *Ruka Seyama*<sup>3)</sup>, *Youko Nakajima*<sup>2)</sup>,  
*Akemi Tunoda*<sup>2)</sup>, *Mieko Maeda*<sup>2)</sup>, and *Kiyoko Kanda*<sup>4)</sup>

<sup>1)</sup>*Kyorin University School of Health Science, Gunma, Japan*

<sup>2)</sup>*Division of Nursing, Gunma University Hospital, Gunma, Japan*

<sup>3)</sup>*Gunma University School of Health Sciences Medicine, Gunma, Japan*

<sup>4)</sup>*Gunma University Graduate School of Medicine, Gunma, Japan*

### **Abstract**

A high quality palliative care team has been examined considering the differences between doctors and nurses in their views of life and death and its influential factors.

A survey has been conducted on doctors and nurses employed at A University Hospital in their views of life and death. “Rinroshiki Syakudo”, a scale developed by Hirai et al ( $\alpha=0.88$ , 7 factors, 27 items), has been used as a scale of their views. The results of 120 doctors and 347 nurses were analyzed by t-test, and significant difference was defined as a risk below 5%. SPSS11.0J for Windows (by SPSS) was used for the analysis. After an approval of an audit for an ethical consideration, participants were ensured their freedom to participate and privacy protection. 1) No significant differences have been found in factors “death anxiety” and “life purpose” in scales of views of life and death 2) However 5 factors, “after life belief”, “death relief”, “death avoidance”, “death concern” and “supernatural belief” were significantly high in nurses. 3) There was also a significant difference between the age and their “supernatural belief” in both doctors and nurses. 4) There were also significant differences in “where they want to die” and the total score of the scale, when facing own death. There being differences in factors such as “afterlife belief” between doctors’ views and those of nurses, the result suggested the need to understand both of the views and reflect them to palliative care.

*Key words* : doctors, nurses, views of life and death