

【原著】

緩和医療における心のケアに関する医療関係者の意識調査 —日本と台湾の比較—

李 恵英

山陽学園大学・看護学科

(受付：平成 23 年 4 月 4 日)

(受理：平成 23 年 4 月 18 日)

要 旨

本研究の目的は緩和医療における心のケアに関する日本と台湾での医療関係者の考えを明らかにし、心のケアの実践への向上に重点を置く。調査方法：2008 年 12 月～2009 年 3 月、それぞれ日本と台湾では、2 つのホスピス病棟で働いている医療者にアンケート調査を実施した。日本と台湾ではそれぞれ 40 と 41 の有効回答があった。調査対象は、医師や看護師などの医療関係者であった。調査内容は、(1) 年齢、学歴、緩和医療歴など 18 項目、(2) 心のケアなど 8 項目、(3) 自由記述等 10 項目の 3 大別して行った。解析方法は χ^2 検定を用い、 $P < 0.05$ を有意とした。結果では教育システム、宗教観、死生観、倫理観、文化観において両国に有意差があった。多くの回答があった日本の“傾聴”、台湾の“宗教的な支え”、“チーム医療”等は、その裏づけとして、患者の医療関係者に対する安心と信頼感が最も重要であった。

キーワード：緩和医療、心のケア、傾聴、宗教的な支え、チーム医療、安心と安らぎ

(I) はじめに

難治性疾患が多くなるにつれ、緩和医療は非常に重要な医療の一つとして、近年、ますます注目されてきた。著者は緩和医療における心のケアに対する医療関係者の考えを解明するため、日本と台湾でアンケート調査を実施し、心のケアの実践への応用を目的とした。なお、“心のケア”という用語の定義については、ここでは心理・精神的ケアから宗教的ケアまで含む広い意味合いである¹⁾。

1998 年、WHO より公表された「終末期の諸症状からの解放」では、「緩和医療とは、治癒を目的とした治療に反応しなくなった疾患をもつ患者に対して行われる積極的で全体的な医療ケアである」と定義したが、「医療が終わってから」という限定が不適切であったため、2002 年では WHO は「病初期から緩和は必要」と定義を改定され、「緩和医療は疼痛や他の身体的症状や心理社会的、スピリチュアルな問題の予

防と評価、医療を通して、致命的疾患に直面する患者と家族の QOL を改善することを目的とする」となった。緩和医療の最終目標を、患者とその家族にとってできる限り良好なクオリティ・オブ・ライフ (QOL) を実現させることであると示されている^{1, 2)}。

また、緩和医療を普及させることが心の平安や医療費の削減に役立ち³⁾、21 世紀の医療では緩和医療の全人的な理念が重要で不可欠であることが言われている。日本では緩和医療に関する論文がいくつか報告されている^{4~8)} が国際比較の報告は少ない。このような状況の中で、死に対する価値観や宗教的な観点が比較的によく類似しており、さらに生活習慣もよく似ている日本と台湾での国際比較を行い、いくつかの興味ある所見を得たので、報告する。

(II) 方法

1、調査方法：2008 年 12 月から 2009 年 3 月に

かけて、日本と台湾でそれぞれ、2つのホスピス病棟で働いている医療者にアンケート調査を実施した。日本では対象者 54 人に自記式質問紙票を配布し、40 人から有効回答があった（有効回答率 74%）。台湾では対象者 62 人に自記式質問紙票を配布し、41 人から有効回答があった（有効回答率 66%）。

- 2、調査対象は、日本では医師（5）、看護師（34）と音楽療法士（1）、台湾では看護師（37）、ソーシャル・ワーカー（2）、臨床宗教師（2）であった。
- 3、調査内容のうち、質問様式はアンケート調査票に示したように日本語と中国語で同じものをそれぞれ作成した。属性：年齢、学歴、緩和医療歴など 18 設問、心のケアなど 8 設問、と本文：自由記述、から構成した。
- 4、解析方法は χ^2 検定を用い、 $P < 0.05$ を有意とした。
- 5、倫理的配慮：本研究の実施に当たっては岡山大学大学院医歯薬学総合研究科倫理委員会の承認を得て行った。対象者には文書で研究目的、研究の参加と中止は自由意志によること、無記名及び統計的処理により個人情報保護などを説明し、質問紙調査票への回答をもって同意を得たものとした。

(Ⅲ) 結果

1) 対象者の特性

対象者の背景は Table 1, 2 に示した。これによると、年齢は日本では、20 歳代から 60 歳代にかけて分布しており、最も多いのは 40 歳代（35%）であった。台湾では、30 歳代から 50 歳代に分布し、ほとんどが 30 歳代（75.6%）であった。

性別では日本は女性が多く 8 割を占め、男性は 2 割であった。台湾は、全員女性であった。

婚姻状況では日本は、既婚者が多く 62.5% であった。台湾は、既婚者と未婚者がほぼ半数ずつであった。

学歴では日本は、高校・専門学校卒業の者が 7 割と多く、大学卒業は 3 割であった。逆に台湾は、大学卒業者が 8 割を占めた。職種との関連では、日本は医師 5 名、看護師 34 名であり、

看護師の大半が専門学校卒業者であった。一方、台湾は 41 名のうち 37 名が看護師であり、その大半が大学卒業生であった。

職種では日本と台湾ともに看護師が大半を占めているが、日本の対象には医師 5 名も含まれた。日本の男性は 8 名であり、医師 5 名と看護師 3 名であった。その他の内訳は、日本では音楽療法士 1 名、台湾ではソーシャル・ワーカー 2 名と臨床宗教師 2 名であった。

家庭の宗教では日本は仏教が最も多く 8 割以上を占め、神道、キリスト教がそれぞれ 1 名ずつで、宗教なしは 3 名（7.5%）であった。台湾は、仏教、神道の順に多く、キリスト教は 1 名で、宗教なしは 6 名（15%）であった。

自分の信仰では日本における対象者自身の信仰としては、信仰なしが最も多く約 47.5% を占めた。一方、台湾人対象者における自身の信仰としては、仏教が最も多く 61% を占めており、信仰なしは 19.5% と少なかった。

宗教の重要性では日本では、宗教の重要性について「どちらともいえない」と回答した者が最も多く（47.5%）、約半数を占めており、「重要」（20%）または「極めて重要」（10%）と回答したものが 3 割、逆に「重要でない」（17.5%）または「極めて重要でない」（5%）と回答したものは約 2 割であった。一方、台湾では「重要」と答えたものが最も多く 56.1% であり、次いで「極めて重要」と回答したものが 34.1% であった。「どちらともいえない」が 9.8% に続き、「重要でない」とする者はいなかった。

2) 対象者の経歴

重い病気の経験では日本と台湾の双方において、自身が過去に重い病気を経験したことは「ない」と回答したものが日本では 90%、台湾では 75.6% であった。

家族または身近な人の臨終に立会った経験では、日本と台湾の双方において、「なし」よりも「あり」のほうが多く、日本では 25 名（64.1%）、台湾では 37 名（90.2%）であった。

緩和医療における心のケアの必要性では日本は、心のケアが「必要である」と回答したものの

が 90%、「必要でない」が 5%であった。台湾では、全員が「必要である」と回答した。

自分の病気が治らないならば告知を希望するかについては、日本と台湾ともに「自分のみ」に知らせてほしいのはそれぞれ 12.5%と 4.9%であった。「自分と家族に知らせてほしい」が日本では 80%と台湾では 95%であった。

自分の病気の治癒に見込みがなく、死期が近づいたとき尊厳死を選ぶかについては、日本では尊厳死を「選ぶ」と回答したものが 29 名 (76%)であったが、「選ばない」としたものも 3 名 (8%)存在し、また、「わからない」が 6 名 (16%)であった。無回答 2 名 (5%)であった。一方、台湾では全員が「選ぶ」と回答した。

Table1. 医療関係者の属性及び考え方 (I)

項目	n (%)	
	日本 (n=40)	台湾 (n=41)
性別*		
Male	8 (20.0)	-
Female	32 (80.0)	41 (100.0)
年代*		
20 歳代	5 (12.5)	-
30 歳代	13 (32.5)	31 (75.6)
40 歳代	14 (35.0)	6 (15.0)
50 歳代	5 (12.5)	4 (10.0)
60 歳代	3 (7.5)	-
婚姻状況		
未婚	14 (35.0)	19 (45.0)
既婚	25 (62.5)	20 (50.0)
その他	1 (2.5)	2 (5.0)
学歴**		
高校・専門学校	28 (70.0)	8 (20.0)
大学以上	12 (30.0)	33 (80.0)
職種		
看護師	34 (85.0)	37 (90.0)
医師	5 (12.5)	-
その他	1 (2.5)	4 (10.0)
居住地		
日本	40 (100.0)	-
台湾	-	41 (100.0)
緩和医療の経験*	(1 no answers)	
2 年未満	15 (38.5)	-
2 - 5 年	10 (25.6)	12 (30.0)
5 - 10 年	9 (23.1)	19 (45.0)
10 年以上	5 (14.3)	10 (25.0)
過去に関わった終末期ガン患者総数*	(21 no answers)	(4 no answers)
10 人未満	3 (7.5)	-
10 - 100 人	6 (15)	-
100 - 1000 人	7 (17.5)	25 (60.97)
1000 人以上	3 (7.5)	12 (29.26)
仕事の満足度**	(1 no answers)	
満足している	27 (69.2)	41 (100.0)
満足していない	12 (30.8)	-

*: p<0.05 (χ^2 検定による日本と台湾の比較)

** : p<0.01 (χ^2 検定による日本と台湾の比較)

Table2. 医療関係者の属性及び考え方 (II)

項 目	n (%)	
	日本 (n=40)	台湾 (n=41)
家の宗教**		
仏教	33 (82.5)	17 (41.5)
神道	1 (2.5)	12 (29.2)
キリスト教	1 (2.5)	2 (4.9)
なし	3 (7.5)	6 (14.6)
その他	2 (5.0)	4 (9.8)
自身の信仰		
仏教	18 (45.0)	25 (61.0)
神道	1 (2.5)	2 (4.9)
キリスト教	1 (2.5)	4 (9.8)
なし	19 (47.5)	8 (19.5)
その他	1 (2.5)	2 (4.9)
宗教の重要性**		
極めて重要	4 (10.0)	14 (34.1)
重要	8 (20.0)	23 (56.1)
どちらともいえない	19 (47.5)	4 (9.8)
重要ではない	7 (17.5)	0 (0.0)
極めて重要ではない	2 (5.0)	0 (0.0)
自身の重い病気の経験		
あり	4 (10.0)	10 (24.4)
なし	36 (90.0)	31 (75.6)
家族や身近な人の臨終に立ち会った経験*		
あり	25 (64.1)	37 (90.2)
なし	14 (35.9)	4 (9.8)
心のケアの必要性		
必要である	36 (90.0)	41 (100.0)
必要でない	2 (5.0)	0 (0.0)
わからない	2 (5.0)	0 (0.0)
自分の病気が不治である場合の告知		
知りたくない	1 (2.5)	0 (0.0)
自分にのみ告知希望	5 (12.5)	2 (4.9)
自分と家族に告知希望	32 (80.0)	39 (95.1)
よく分からない	2 (5.0)	0 (0.0)
自分の病気の治癒に見込みがなく、死期が近づいたときの尊厳死について (2 no answers)		
選ぶ	29 (76.3)	41 (100.0)
選ばない	3 (7.9)	0 (0.0)
わからない	6 (15.8)	0 (0.0)
今の仕事を選んだ目的**		
人の役に立ちたい	11 (27.5)	0 (0.0)
自己への成長	1 (2.5)	5 (12.2)
興味	4 (10.0)	8 (19.5)
緩和医療への同感	3 (7.5)	24 (58.5)
偶然	9 (22.5)	4 (9.8)
給料のため	3 (7.5)	0 (0.0)
無回答	9 (22.5)	0 (0.0)

*: p<0.05 (χ^2 検定による日本と台湾の比較)

** : p<0.01 (χ^2 検定による日本と台湾の比較)

緩和医療の経験期間（年）については、日本における平均経験年数は、5.1 年であり 2 年未満のものが最も多く、10 年以上の経験をもつ者は 14.3% のみであった。台湾では平均経験年数が 6.2 年であり、5-10 年の経験者が最も多くみられた。

今までかかわった終末期ガン患者の総数（人）については日本では、1000 人未満が多く 16 人（40%）、1000 人以上のかかわりを持った者は 3 人（7.5%）であった。台湾においては、1000 人未満が最も多く 25 人（61%）、1000 人以上のかかわりを持った者は 12 人（29%）であった。

自分の仕事への満足感については、日本では、現在の仕事に「満足している」が 69%、「満足していない」が 31% であった。一方、台湾では全員が仕事に「満足している」と回答していた。

いまの仕事を選んだ目的（自由記述）については、各回答を Table2 に示した様に分類し、解析を行った。日本においては、「人の役に立ちたい」が最も多く、「偶然」という回答が次いで多かった。一方、台湾においては「緩和医療への同感」が半数以上を占めていた（Table2）。

3) 心のケアについて（複数選択）

Table3 に示したように日本と台湾とのアンケートの結果を多い順に上位 3 番目までをまとめた。

これによると、患者の心のケアとして主に行っていることでは、台湾と日本で同じものは

苦痛がとれるように努力していることと、患者と同じ目線で話しを聞く（傾聴を心がける）であった。異なるものは日本では患者の希望を聞きだし、その希望に近づけるのに対して、台湾では個人のパーソナリティを尊重することであった。

患者に対する心のケアが不十分になる理由では日本と台湾ともに、時間が足りない、コミュニケーションでつこみが足りないと医療者として限度があるであった。

心のケアで困ることは、両国とも時間が無い、ケア知識と経験が足りないなどを挙げてい

る。さらに日本では人手不足と答えたのが多いが、台湾では医療行為が優先されるとの答えが多かった。

より良い心のケアでは、両国とも信頼関係、家族、知人との関わりを挙げている。異なるものは、日本では不安の除去と時間をゆっくりかけて関わるであったが、台湾では心のケア等の専門知識への補足と宗教的な癒しであった。

患者に精神的な支えとしての宗教の必要性では、日本と台湾ともに希望する人には必要、人によっては必要、スピリチュアルペインの緩和とケースバイケース、必ずしも必要とは言い切れないであった。精神的な支えとして宗教の必要性については、日本と台湾とも考える内容は同じであった。

患者の家族に対して行っているケアでは日本と台湾ともに話を聞く、状況を伝えるなど、ケアと一緒に参加してもらうことであった。異なるのは、日本ではねぎらいの言葉をかけ、話を聞く、面接する機会を持ち、希望、思いを聞くのに対して、台湾では症状の変化や付き添いによる疲労などを考慮したケア、患者と本音で話し合えるようにアドバイスすることであった。即ち、日本では家族に接する機会と話を聞くが多いのに対し、台湾では本音を話し合うと付き添い疲労を考量したケアが多かった。

患者の家族に対する心のケア内容では、両国とも悲嘆、死の受容に対して心のケアは、患者、家族、医療者、すべての人に精神的な苦悩、不安定に対して必要であった。

心のケアを行うために必要なことでは、日本と台湾ともに相手の話を傾聴することと、信頼感を深めてゆく、メンタルヘルスに関わる能力であった。違うのは日本では時間的なゆとり。台湾ではチームワークの助け合いであった。

4) 自由記述の項目について

各設問について、自由記述で得た回答をその内容からカテゴリー別に分類し、設問ごとに群間の比較を行ったものを Table4 から Table8 までに示した。なお、複数回答から優先順位をつけて上位 1 項目のみを用いて χ^2 検定を行い、日

Table3. 医療関係者の業務上の考え方

項目	n (%)	
	日本 (n=40)	台湾 (n=41)
一、患者の心のケアとして主に行っていること (上位 3 項)		
⑨苦痛がとれるように努力している	29 (72.5)	34 (82.9)
①患者と同じ目線で話を聞く (傾聴を心がける)	24 (60.0)	19 (46.3)
②患者の希望を聞きだし、その希望に近づける	16 (40.0)	-
④個人のパーソナリティを尊重する	-	16 (39.0)
二、患者に対するケアが不十分になる理由 (上位 3 項)		
①まだまだ時間が足りない	18 (45.0)	22 (53.7)
②コミュニケーションであと一つつこみが足りない	12 (30.0)	15 (36.6)
④医療者としては限度がある	10 (25.0)	6 (14.6)
三、心のケアにおいて困ると思うこと (上位 3 項)		
①処置などの時間が多く、ゆっくり話す時間が少ない	19 (47.5)	9 (22.0)
②人が足りない	18 (45.0)	-
④心のケアについての知識と経験が足りない	14 (35.0)	14 (34.1)
⑥心のケアよりも医療行為が優先される	-	12 (29.3)
四、より良い心のケアとは何だと思うか (上位 3 項)		
③不安の除去	21 (52.5)	
⑤信頼関係、家族、知人との関わり	20 (50.0)	27 (65.9)
④時間をゆっくりとって関わる	18 (45.0)	
⑫心のケア、死への教育などの専門的な知識の補足	-	12 (29.3)
⑨宗教的な癒し		12 (29.3)
五、患者にとって精神的な支えとして宗教は必要だと思うか? (上位 3 項)		
④希望する人には必要	23 (57.5)	7 (17.1)
②人によっては必要、スピリチュアルペインの緩和	19 (47.5)	26 (63.4)
③ケースバイケース、必ずしも必要とは言い切れない	18 (45.0)	16 (39.0)
六、患者の家族に対する心のケアの必要性について思うこと (上位 3 項)		
④予期悲嘆、死の受容に対して心のケアは必要	29 (72.5)	14 (34.1)
⑤心のケアは患者、それをとりまく家族、又、患者を見る医療者、全ての人に必要	27 (67.5)	32 (78.0)
①精神的な苦悩、不安定に対して心のケアは必要	25 (62.5)	17 (41.5)
七、患者の家族に対して行っている心のケア (上位 3 項)		
①話を聞く、状況を伝えるなど、ケアと一緒に参加してもらう	27 (67.5)	34 (82.9)
⑥ねぎらいの言葉かけ、話を聞く	23 (57.5)	-
③家族と面接する機会をもち、家族の希望、思いをきく	21 (52.5)	-
②症状の変化や、付き添いによる疲労などを考慮したケア	-	14 (34.1)
④患者と本音で話し合えるようにアドバイスする	-	11 (26.8)
八、心のケアを行うために自身に必要なこと (上位 3 項)		
①相手の話を傾聴すること	27 (67.5)	26 (63.4)
⑤自分自身の心のゆとり、時間のゆとり	19 (47.5)	-
②信頼感を深めていく、メンタルヘルス的に関われる能力	17 (42.5)	21 (51.2)
⑥チームワークの助け合い	-	18 (43.9)

本と台湾の比較を行った。

Table4 によると、患者のための心のケアでは、日本では傾聴と寄り添いが多く、台湾では傾聴、人生意味への肯定、宗教授助への支持が多かった。しかし、時間的には両国とも足りないとの答えが多かった。次に、心のケアでは、日本で

傾聴や安心感、台湾ではチーム医療による心理的サポートと信頼なる傾聴が重視されている。また、わからないと答えた人が両国とも多かった。

患者に家族の精神的な支えでは日本と台湾ともに“支えが必要”と認識しており、具体的に

Table4. 患者のために行われる心のケア・現場・改善策・理想

項目	日本 (n=40)		台湾 (n=41)	
	n	%	n	%
一、患者のために心のケアとして、個人的にどのようなことを行っておられますか。				
1) あなたが普段、行っておられることをお答えください。(複数回答)				
A 傾聴	26	65.0	4	9.8
B 寄り添い	13	32.5	8	19.5
C 時間をもつ	2	5.0	-	-
D 肉体的苦痛の緩和	3	7.5	2	4.9
E わからない	3	7.5	13	31.7
F 人生意味への肯定	-	-	10	24.4
G 宗教授助への支持	-	-	6	14.6
2) それで患者に対して十分だと思われますか。				
A はい	5	12.5	-	-
B いいえ	29	72.5	34	82.9
C どちらともいえない	6	15.0	7	17.1
理由として				
a 時間が足りない	6	15.0	-	-
b 評価し難い	7	17.5	-	-
c 知識の不足	8	20.0	-	-
3) より良い心のケアとしてどのようなものがあると思われますか。				
A 信頼なる傾聴	16	40.0	8	19.5
B 安らぎと安心	6	15.0	-	-
C 精神科医介入	4	10.0	-	-
D わからない	14	35.0	22	53.7
E チーム医療	-	-	6	14.6
F 専門家の協力	-	-	2	4.9
G 臨機応変	-	-	2	4.9
八、あなたにとって心のケアでは何が必要ですか。				
A 傾聴	7	17.5	6	14.6
B 時間的余裕	2	5.0	-	-
C C 専門知識	3	7.5	-	-
D 安心と安らぎ	12	30.0	12	29.3
E 思いやり	5	12.5	6	14.6
F 自己成長	4	10.0	2	4.9
G わからない	6	15.0	11	26.8
H 宗教的支え	1	2.5	4	9.8
I チーム医療	-	-	1	2.4

は日本では面会回数を増やし長居をする。台湾では、面会回数を増やすだけであった^{9, 10)}。

Table5 によると、患者の家族に対する心のケアの必要性では日本も台湾も“必要”と認識しており、具体的には日本では傾聴に集中し、台湾では“傾聴”と“寄り添いを必要としている。

医療関係者が考える心のケアでは、日本も台湾も“安心と安らぎ”が最上位になっている。日本の“傾聴”も、台湾の“宗教的な支え”と

“チーム医療”も、自由記述では“安心と安らぎ”が説明され、心のケアを裏づけ、ケアの最終目的を表している。

Table6 では患者への精神的な支えに宗教的ケアの必要性では、日本では、“要らない”と半数 20 名 (50%) を占めているのに対して台湾では“要る”と、半数以上 26 名 (63%) を占め、逆の傾向がみられた。宗教的ケアに具体的に台湾では“宗教者のサポート”に集中 (24 名、

Table5. 家族が患者への支え・医療者が家族への支え

項 目	日本 (n=40)		台湾 (n=41)	
	n	%	n	%
二、患者に、家族の精神的な支えが必要だと思われませんか。				
A はい	39	97.5	35	85.4
B いいえ	1	2.5	-	-
C わからない	-	-	6	14.6
三、上記二ではいい、と答えた方にお聞きします。具体的にどのようなことが必要だと思われませんか。				
A 面会回数増やす	15	37.5	30	73.2
B 長居をする	14	35.0	2	4.9
C その他	16	40.0	1	2.4
D わからない	3	7.5	2	4.9
六、患者本人だけでなく、その御家族についても何か心のケアが必要だと思われませんか。				
A はい	38	95.0	36	87.8
B いいえ	-	-	-	-
C わからない	2	5.0	4	9.8
理由として				
a 患者と家族は一体	7	17.5	13	31.7
b 家族にゆとりを持たせて患者により影響を与える	1	2.5	6	14.6
c 家族の悲嘆への緩和	8	20.0	4	9.8
七、患者の御家族に対して何か心のケアを行っていますか。				
A はい	32	80.0	36	87.8
B いいえ	3	7.5	-	-
C わからない	5	12.5	4	9.8
ケアの内容として				
a 傾聴	24	60.0	13	31.7
b 寄り添い	5	12.5	14	34.1
c 時間をもつ	5	12.5	-	-
d ケアへの参加	1	2.5	5	12.2
e 宗教的支えへの協力	-	-	2	4.9

58.5%) しており、日本では宗教者のサポートに 3 名、宗教的な知識が必要に 2 名以外、殆ど無回答であった。

Table7 の緩和医療を仕事として選んだ理由では日本では、“人の役に立ちたい”が多く、台湾では“緩和医療への同感”が最多であった。一方、無回答が日本は 25% で台湾は 22% であった。日本ではまず患者のために働くという意識が強く、台湾では緩和医療に従事したいという意識が強いという印象であった。最後に、Table8 に示す緩和医療への一言では両国とも緩和医療への理解、安心と安らぎが多く認められた。

(IV) 考察

今回、日本と台湾との緩和医療に関する心の

ケアを医療関係者でアンケート調査を実施し、国際的比較を行った。緩和医療に関する個人調査は報告されているが医療関係者での報告は少ない。緩和医療のシステムについては色々な方法が試みられているが、これといった特別な方法はない。そこで、最も適切で緩和医療を受ける患者さんにも好感の持てる方法を模索するために、緩和医療を実際に行っている医療関係者の考え方を聞き、前記の事柄の参考にするための調査を行った。

自分の仕事への満足感では台湾に比較して日本の場合が満足している割合が少なかった。これは笹原等^{11, 12)}によると日本では、病院内での配属先が自分の希望通りでない場合があり、緩和医療に携わりたいという目的で従事している人とそうでない人とが混在している可能性が

Table6. 心のケアにおける宗教の必要性・宗教的な支えの内容

項目	日本 (n=40)		台湾 (n=41)	
	n	%	n	%
四、患者にとって、精神的な支えとして宗教が必要だと思われませんか。 **				
A はい	13	32.5	26	63.4
B いいえ	20	50.0	4	9.8
C わからない	7	17.5	10	24.4
五、上記四ではいい、と答えた方にお聞きします。具体的にどのようなことが必要だと思われませんか。 **				
A 宗教者のサポートが必要	3	7.5	24	58.5
B 宗教的な知識が必要	2	5.0	-	-
C その他	6	15.0	1	2.4
D わからない	2	5.0	2	4.9

** : p<0.01 (χ^2 検定による日本と台湾の比較)

Table7. 緩和医療を仕事に選んだ理由

項目	日本 (n=40)		台湾 (n=41)	
	n	%	n	%
A 人の役に立ちたい	14	35.0	2	4.9
B 自己への成長	1	2.5	0	0.0
C 興味	3	7.5	6	14.6
D 緩和医療への同感	2	5.0	22	53.7
E 偶然	6	15.0	2	4.9
F 給料のため	4	10.0	0	0.0
G 無回答	10	25.0	9	22.0

** : p<0.01 (χ^2 検定による日本と台湾の比較)

Table8. 緩和医療への一言

項目	日本 (n=40)		台湾 (n=41)	
	n	%	n	%
A 緩和医療への理解	7	17.5	10	24.4
B 緩和医療の普及	4	10.0	3	7.3
C 地域医療との連携	1	2.5	2	4.9
D チーム医療	4	10.0	3	7.3
E 安心と安らぎ	7	17.5	9	22
F 医療の基本	5	12.5	2	4.9
G 生命教育の連携	0	0.0	2	4.9
H 無回答	6	15.0	5	12.2
I わからない	6	15.0	7	17.1

推測される。また、医師よりも看護師の方が“末期患者との関わりに対する苦手意識”が強く、“自己の緩和ケア実践・能力に関する意識”が低いことにより、患者とのコミュニケーションや、それをふまえてのマネジメントに自信がないことが推測され、ケアは十分ではないことが推測された¹³⁾。

家族と身近な人の臨終に立ち会った経験につ

いては、日本より台湾の方が多かった。これは対象者の環境が日本では病院死が多く、台湾では在宅死が多く、身近に近親の臨終に立会った経験が多く含まれていることも関連しているものと推測される。

そして、学歴では日本は医師 5 名、看護師 34 名であり、看護師の大半が専門学校卒業者であった。台湾は 41 名のうち 37 名が看護師であ

り、その大半が大学卒業者であった。教育システムの違いとして、台湾では日本より早期に看護教育における大学教育が進められてきたことがあげられる。

以上のことから、日本では緩和医療は主に医師が中心となって行っているため、医師の精神的負担が重く、看護師やコメディカルの人達の負担がある程度あるため、重荷になっているものと推測される。又、台湾では患者の精神的ケアを臨床宗教師が関与するため、医師及び看護師の負担は少ないものと推測される。精神的なケアに対する負担の差が両国ではっきり出ているものと推測された。

緩和医療を仕事に選んだ理由では、日本の場合、「人の役に立ちたい」が最も多く、次いで「偶然」という回答が多いことから自身の希望ではなく病院側の配属システムによって従事している状態があることもうかがえる。一方、台湾においては「緩和医療への同感」が半数以上を占めていた。台湾では、緩和医療への理解より、自分から緩和医療へ進んで従事していると推測できる¹⁴⁾。このような事情は緩和医療の経験、関わった患者数、そして自分の仕事への満足度も反映されており、日本での看護教育における大学教育への推進、看護教育における緩和医療への意識提起及び人材育成が課題になっている¹⁵⁾。

回答の仕方にも国によって特徴があり、日本では患者のために働き、人の役に立ちたいと思う意識が強く、台湾では緩和医療に従事したいと思う意識が強い。相手の立場に立ち、和を重視する日本文化と、自分の意見をはっきり表現する台湾文化¹⁵⁾。日本と台湾の文化表現の違いを反映しているものと推測できた。

患者のための心のケアでは、日本の医療現場では傾聴と寄り添いが多く、台湾の医療現場では宗教授助への支持と傾聴が最も多く、次いで患者の人生意味への肯定、その次が寄り添いであった。一方、心のケアでは両国とも時間的には余裕がなく、時間に足らないとの回答が多かった。このような点をどう改善すればよいかと質問した所、両国の医療関係者とも“わから

ない”という答えが最も多い、次いで日本では信頼なる傾聴や安心感、精神科医介入が改善策として挙げられ、台湾ではチーム医療による心理的サポート、信頼なる傾聴、専門家の協力及び臨機応変が改善策として挙げられている。両国の改善策の相違に興味深いものがあった。日本では傾聴及び心の平静、安らぎに重点を置きながら、精神科医の介入を望むだったが、台湾の方はチーム医療及び専門家の協力が望まれている。台湾の緩和医療チームには宗教家が含まれており、心のケアをはじめ、スピリチュアルケアまで、臨床宗教家が専門者として支援している体制がつくられている^{16)~18)}。これは両国の医療体制の違いが緩和医療に対する医療現場の現状やケア状況、対処困難を左右する大きな要因と推測された。

日本の緩和医療に関する論文は身体的症状の緩和に関する報告が多く^{19)~23)}、心のケアに関する報告は少ない。今回の調査では、心のケアに関する対処の仕方が、日本では精神科医の協力が必要であると答えた人が多いのに対し、台湾ではチーム医療（臨床宗教家を含む）に重点を置くと答えた人が多かった。また両国とも時間的ゆとりがないとの答えが最も多く、心のケアにもっと適切に対応するためには、傾聴のための時間と専門知識が必要なことが推測された。

また、日本では信頼関係と傾聴を主とした受身の態度に対して台湾では死生学など細かな専門知識と深い宗教的な支えのようなアクティブな心の癒しが主流であった。

日本の医療現場では患者に心のケアには宗教の必要性はないが大半占めているが、台湾では宗教の必要性を認め、宗教家のサポートを専門家の支援として求めている。

これは、日本では宗教の関与及び信仰心が少なく^{16), 17)}、台湾と比較して、かわりがほとんどなかった。これは日本人と台湾人の宗教に対する考え方の差によるものと推測できた¹⁸⁾。

告知を希望するものは、日本と台湾とも自分と家族に知らせてほしいのが大半を占めていた。

尊厳死を選ぶかについては、日本では、選ばないも含め、無回答と合わせて 27.5% であったのに対して、台湾では全員が尊厳死を選ぶと回答した。台湾では尊厳死が法制化されており、終末期医療・法条例に含まれている。日本は法制化されておらず、尊厳死協会に統括されており、尊厳死概念が社会全体に浸透されていないことが窺え、尊厳死への理解、政策制定の有無及び、宗教的背景の違いなどが関係しており、医療体制が社会現状、或いは社会現状が医療体制を左右する典型的な例と推測され^{18, 24)}、死生観、倫理観まで影響されていることが推測される。このことから、文化を含む社会現状の究明も心のケアを向上させる要因の裏づけを探るのに非常に重要であることが推測された。日本と台湾ともに緩和医療への関心が高く、緩和医療への理解と普及、地域医療との連携、生命教育の重要視などの進言があった。今後、緩和医療の普及のために、患者、家族、医療従事者等に対して調査、研究する予定である。

(V) 結語

緩和医療における心のケアに関する医療関係者への意識調査を日本と台湾で行い、次のことがわかった。

- 1、日本と台湾での類似点において、告知は自分と家族に知らせる、身体的な苦痛の除去と傾聴による心のケアの促進、患者との信頼関係の構築の重要性、心のケアに対する時間不足などであった。
- 2、日本と台湾での相違点は日本では無宗教的傾向が多いのに対し、台湾では宗教の関与を希望するものが多い。尊厳死や宗教に対する理解や対応の仕方が異なっていた。
- 3、両国ともこれからの課題として専門職を始めとして人的及び時間的充足と心のケア及び傾聴の充実が挙げられる。さらに、院内病棟型の緩和ケアとともに、在宅ケア及び、地域病院との連携、医療関係者だけではなく、政府の政策作り及び宗教団体などの協力により、緩和ケアの質の向上を目指すことが特に日本では遅れているので重要な課題である。

(VI) 本研究の限界

医療の現場に入り、医療関係者に質問紙調査を行うのは、倫理的な配慮に基づき、厳しく制限されたため、調査に踏み込めない所が多く、調査例数が多く取れなかった。日本も台湾も 40 名と 41 名の回収に留まった。日本では男性医師 5 名あったが、台湾では女性の看護師だけであり、男性も医師もいなかった。又、調査項目は尺度作成を目的とするものではなく、緩和医療における心のケアへの考えを明らかにするため、複数回答及び記入式回答を採用し、カテゴリ分析法を使った。言葉の翻訳には意味の合致できるようにした。

中国語版では“緩和医療の心霊照顧”としている。中国語では心のケアは“心霊照顧”として、広い意味での心理・精神から宗教的な援助までの意味合いであるのに対して、スピリチュアルケアは“靈性照顧”、狭義的な精神・存在の痛みへの支援ないし、宗教的な支援までである。前者は浅く広く精神ケアから宗教的な支援までカバーし、重点は精神ケアにあり、後者は狭く深く精神・存在の痛みへの支援から宗教的な支援まで、重点は宗教的な支援にある。本研究では和訳と中国語訳を考え、広い意味での“心のケア”を使った²⁸⁾。

謝 辞

本研究にご協力いただいた日本と台湾の医療関係者のみなさまに深く感謝申し上げます。論文の作成に指導して下さった山口大学大学院・公衆衛生学・芳原達也教授に心から感謝申し上げます。

文 献

- 1) 谷田憲俊：「心のケアとスピリチュアルケアとの違い」、『患者・家族の緩和ケアを支援するスピリチュアル ケアー初診から悲嘆まで』、14-15, 2008 年。
- 2) 武田文和訳：終末期の諸症状からの解放、5、医学書院、2000。
- 3) 鳶巢賢一：安全に過ごし、安心を支える。

- 緩和ケア、Vol.16, No.4, 296-300, 2006年
- 4) Holland JC, Rowland JH: Handbook of psychooncology. Oxford University Press, New York, 1990年。
 - 5) Kbler-Ross E: On death and dying. Macmillan, New York, 1969(川口正吉訳:死ぬ瞬間、読売新聞社、東京、1971年)
 - 6) 山脇成人:日本のサイコオンコロジーの現状と展望。臨床精神医学 Vol.33 No.5, 484-485, 2004年。
 - 7) 新村和哉、岩澤和子:健康政策のなかのホスピス・緩和ケア。ターミナルケア Vol.10, No.6, 429-431, 2000年
 - 8) 日野原重明:世界のホスピス運動の現況とアジア・太平洋地域における活動の展開。ターミナルケア Vol.12, No.4, 292-300, 2002年
 - 9) 季羽倭文子:がん患者とその家族。ターミナルケア Vol.10, No.6, 420-424, 2000年
 - 10) 町田いづみ:がん患者の家族心理とその対応。緩和医療学 Vol.7, No.2, 30-35, 2005年
 - 11) 笹原朋代:東大病院における緩和ケアチーム始動前のニーズ調査—医師と看護師の死及び緩和ケアに関する態度。緩和ケア Vol.15, No.6, 669-674, 2005年
 - 12) 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—H県における医療従事者の意識調査から。ターミナルケア 13, 154-162, 2003年
 - 13) 松井美帆:高齢者のホスピス・緩和ケアに対する認識と終末期における医療・介護サービスの利用可能性に関する研究。ホスピスケアと在宅ケア 41, Vol.15, No.3, 235-240, 2007年
 - 14) Enoch YL Lai:台湾における緩和医療およびホスピス運動。ターミナルケア Vol.12, No.4, 276-278, 2002年
 - 15) 志真泰夫:日本におけるホスピス・緩和ケアの発展。ターミナルケア Vol.12, No.4, 287-291, 2002年
 - 16) 伊藤道哉:終末期におけるスピリチュアルな領域と宗教—研究動向をもとに。緩和医療学 Vol.4, No.1, 13-21, 2002年
 - 17) 石井研士:「諸外国との比較から見た日本人の宗教」、データブック現代日本人の宗教、新曜社、163-183, 2008年
 - 18) Mei-huang Lee (Shih Tian-chang): Caring for the Dying in Chinese Buddhism. Living and Dying in Buddhist Cultures, 107-111, University of Hawaii, 2000年
 - 19) 大学病院の緩和ケアを考える会編集:臨床緩和ケア、9、青海社、2009年
 - 20) 上野玲:がんの時代、心のケア、130-131、岩波書店、2010年
 - 21) 西村幸祐:緩和ケアの質の向上を目指した実践—緩和ケア病棟チームの面から。ターミナルケア Vol.13, No.2, 92-94, 2003年
 - 22) 吉田仁実:緩和ケアの質の向上を目指した実践—チームアプローチの面から。ターミナルケア Vol.13, No.2, 95-97, 2003年
 - 23) 梅田恵:緩和ケアの質の向上を目指した実践—緩和ケアチームの面から。ターミナルケア Vol.13, No.2, 98-100, 2003年
 - 24) 岩尾総一郎:「尊厳ある死」法制化を。山陽新聞:論点、2010.9.15
 - 25) 河瀬雅紀:緩和医療における精神症状と対策。緩和医療学 Vol.10, No.4, 3-9, 2008
 - 26) 柏木哲夫:医療者の意識、チームアプローチ、ホスピス・緩和ケア病棟の量と質。ターミナルケア Vol.10, No.6, 413-419, 2000年
 - 27) 渡辺俊之:緩和医療で家族にかかわるということ—喪失体験と臨床を紡ぐ。緩和医療学 Vol.10, No.4, 14-20, 2008年
 - 28) 三輪尚子、田村恵子:心のケア—末期患者と医療者をつなぐもの—。ターミナルケア Vol.9, No.2, 85-88, 1999年

連絡先:李惠英、山陽学園大学・看護学部
岡山市中区平井 1-14-1 (〒703-8501)
e-mail: li_huiying@sguc.ac.jp

A survey of attitudes of medical staff in palliative medicine toward Psycho-spiritual care —Comparative study in Japan and Taiwan—

Hui Ying Li

Sanyo Gakuen University, Faculty of Nursing

Summary

The focal point of this paper is to investigate the aspects of psycho-spiritual care in palliative care in Japan and Taiwan. It based on a questionnaire and a comparative study. In this paper, "psycho-spiritual care" includes psychological care in a narrow sense and religious care in broad sense. A questionnaire survey was conducted from December 2008 to March 2009. The hospitals were non-religious facilities and the respondents were 81 medical practitioners, 40 in Japan and 41 in Taiwan. They responded to 18 questions concerning background, 8 concerning aspects of psycho-spiritual care and 10 questions to describe their experience in and opinions about psycho-spiritual care. The results were analyzed with a chi-squared test. We have found some differences in education systems, views of religion, views of life and death, and the views of ethics and culture between the two countries. We have also found an important difference in the administration of psycho-spiritual care. Taiwan currently employs national policies to regulate and govern the provision of psycho-spiritual care whereas Japan has no such policies in place. Hospitals are therefore left to their own devices in these matters.

(Med Biol **155**: 351-363 2011)

Key words: palliative, psycho-spiritual care, policy, ethics

Correspondence Address: Hui Ying Li
Sanyo Gakuen University, Faculty of Nursing
1-14-1 Hirai, Naka-ku, Okayama703-8501, Japan

