



宗教的背景のある施設において患者の望ましい死の達成度が高い理由—全国ホスピス・緩和ケア病棟127施設の遺族調査の結果から—

青山, 真帆 ; 斎藤, 愛 ; 菅井, 真理 ; 森田, 達也 ; 木澤, 義之 ; 恒藤, 暁 ; 志真, 泰夫 ; 宮下, 光令

(Citation)

Palliative Care Research, 12(2):211-220

(Issue Date)

2017

(Resource Type)

journal article

(Version)

Version of Record

(URL)

<https://hdl.handle.net/20.500.14094/90006101>



宗教的背景のある施設において患者の望ましい死の達成度が高い理由—全国のホスピス・緩和ケア病棟 127 施設の遺族調査の結果から—

青山 真帆¹⁾, 斎藤 愛¹⁾, 菅井 真理¹⁾, 森田 達也²⁾, 木澤 義之³⁾,
恒藤 暁⁴⁾, 志真 泰夫⁵⁾, 宮下 光令¹⁾

1) 東北大学大学院医学系研究科 緩和ケア看護学分野, 2) 聖隷三方原病院 緩和支援医療科,
3) 神戸大学大学院医学研究科 先端緩和医療学分野, 4) 京都大学大学院医学研究科 人間健康科学系専攻,
5) 筑波メディカルセンター病院 緩和医療科

宗教的背景のある緩和ケア病棟(PCU)で亡くなった患者の望ましい死の達成度が高いことが示されている。本研究ではその理由について探索するため、全国のPCU133施設と遺族10,715名に自記式質問紙による郵送調査を行った。望ましい死の達成度はGood Death Inventory(GDI)短縮版で評価し、施設背景・ケアの実施状況、施設の宗教的背景の有無でGDI得点を比較した。有効回答数は127施設(宗教的背景ありが23施設)、7,286名(68%)だった。宗教的背景のある施設でGDI得点が有意に高かった($p=0.01$)。宗教的背景のある施設でより実施され、GDI得点が有意に高くなる要因は「季節行事または、遺族ケアに力をいれている」、「宗教的設備がある」などだった(すべて $p<0.05$)。宗教的ケアのほか、遺族ケアや患者の楽しみとなる時間を設ける取り組みが望ましい死の達成度を高める要因だった。

Palliat Care Res 2017; 12(2): 211-20

Key words: 施設背景, 宗教, スピリチュアルケア, 遺族調査, 緩和ケアの質の評価

緒言

わが国でのホスピス・緩和ケアの質の評価は全体として高いものの、施設によってケアの質の評価には差がみられる。日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団研究事業「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究(J-HOPE研究)」をはじめ、緩和ケアの質を評価するための全国遺族調査が継続的に実施されており、過去3回にわたるJ-HOPE3研究の結果から、80%以上の遺族は患者が受けたケアを高く評価していた^{1,2)}。また、緩和ケア病棟は、厚生労働省が定めた緩和ケア病棟入院料に関する施設基準により、看護師数、医師数、設備(病床面積、家族室など)、診療体制(情報提供、入退院の判定など)が定められているが、この一定基準を満たしたうえで、病棟により配置数や設備、診療体制には多

様性がみられ、このような違いが患者へ提供されるケアの質に影響を及ぼしている可能性についていくつかの先行研究が示唆している。

Moritaらの調査³⁾では、患者のケアの満足度に影響を与える施設要因として、夜間の看護師数、ソーシャルワーカーの存在、病床面積を挙げている。また、竹内らの調査⁴⁾では、ケアの質の評価を向上させる緩和ケア病棟の施設背景として、①全室個室であること、②緩和ケア医師が夜間・休日に当直をすること、③深夜勤看護師の人数が1床あたり0.1人以上であること、④独立型の病棟であること、⑤遺族会や手紙送付などの遺族ケアをすべての遺族に実施していること、⑥宗教的背景をもつ施設であることの6つが関連していることが明らかになった。その中でも単変量解析で中程度以上の効果量が認められ、とくに強い影響があると考えられた項目が「宗教的背景をもつ」ことだった。その理由として、宗教的な背景のある施設のもつ、全人的あるいは徹身的なケアの理念や、チャペルなどの併設や厳かな雰囲気などの特徴があると推察されたが、具体的なケアの方針・内容など、施設背景の詳細な違いは明らかにはなっていない。

終末期の患者やその家族の宗教的ケアを含むスピリチュアルケアのニーズは高いことが明らかになってい

受付日 2017 年 1 月 10 日 / 改訂日 2017 年 4 月 17 日 / 受理日 2017 年 4 月 19 日

Corresponding Author: 青山真帆
東北大学大学院医学系研究科 緩和ケア看護学分野
〒980-8575 宮城県仙台市青葉区星陵町2-1
TEL 022-717-7924 FAX 022-717-7924
E-mail: mahot-wmh@med.tohoku.ac.jp

る⁵⁻⁸⁾。Okamoto らの調査から、わが国でも患者や遺族の宗教の有無にかかわらず、「宗教的行事」、「宗教家の訪問」、「宗教的な雰囲気」は終末期ケアへの有用性が高いことが明らかにされている⁷⁾。宗教的背景のある施設の設備やケアの特徴や体制のうち、どのような項目が患者の望ましい死の達成に影響を与えているのかを明らかにすることで、宗教的背景のない施設においてもさらなるケア向上のための改善点を明らかにすることが可能である。

したがって、本研究では、ホスピス・緩和ケア病棟において、施設背景、ケア体制、力を入れているケアの違いから、(1)宗教的背景のある施設で亡くなった患者の望ましい死の達成度が高く評価される理由について明らかにすること、(2)宗教的背景のない施設でも終末期ケアの質の向上が期待できるケアの導入や改善策について提言すること、の2点を目的とした。

方 法

本研究は、日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団の研究事業「遺族によるホスピス・緩和ケア病棟の質の評価に関する研究(以下、J-HOPE3 研究)」の一部として行われた。J-HOPE3 研究は、2006 年の J-HOPE 研究、2010 年の J-HOPE2 研究に次いで行われた全国遺族調査であり、2013 年 7 月 1 日時点における日本ホスピス緩和ケア協会会員のうち、本研究への参加に同意した施設を対象とした。

1. 調査方法

自記式質問紙による郵送調査・施設背景調査を行った。

2. 対象施設

日本ホスピス緩和ケア協会会員施設であるホスピス・緩和ケア病棟のうち、J-HOPE3 研究の参加に同意した 133 施設に調査を行った。

3. 対象遺族

J-HOPE3 研究の参加に同意した遺族の中で、2014 年 1 月 31 日以前に死亡した患者から、選択基準を満たす患者を、施設ごとに 80 名連続で後ろ向きに同定し、対象とした。ただし、2011 年 10 月 31 日以前の死亡者は含めなかった。期間内の選択基準を満たす死亡者が 80 名に満たない場合は全例を対象とした。適格基準は、当該施設でがんのために死亡した患者の遺族(成人患者のキーパーソン、または身元引受人)で、死亡時の患者および遺族の年齢が 20 歳以上、患者の入院から死亡までの期間が 3 日以上の方とした。除外基準は、遺族(キーパーソン、または身元引受人)の同定ができないもの、退院時および現在の状況から、精神的に著しく不安定なために研究の施行が望ましくないと担当医が判断し

たもの、認知機能障害や視覚障害等によって質問紙への回答が困難であるものとした。調査票は、適格・除外条件を満たす当該施設のカルテのキーパーソンあるいは緊急時連絡先の筆頭の家族または身元引受人に送付された。

4. 調査項目

遺族および参加施設に対して、以下の項目について調査した。

遺族調査項目として、遺族の人口統計学的要因のほか、患者の望ましい死の達成度は Miyashita らによって開発された Good Death Inventory (GDI) 短縮版を用いた^{9,10)}。GDI は多くの患者が共通して望む 10 の概念(コア 10 ドメイン)と、人によって大切さは異なるが重要な 8 の概念(オプション 8 ドメイン)から構成され、短縮版はそれぞれのドメインから 1 問ずつ、計 18 問を利用する。コア 10 ドメインには、「からだや心のつらさの緩和」、「望んだ場所で過ごすこと」ほか 8 項目、オプション 8 ドメインには、「自然なかたちで過ごせること」、「病気や死を意識しないで過ごすこと」ほか 6 項目が含まれる。各項目は「全くそう思わない〜非常にそう思う」の 7 件法で回答され、本研究では、天井効果や臨床的意味を考慮し「ややそう思う〜非常にそう思う」を「そう思う」、「どちらともいえない〜全くそう思わない」を「そう思わない」と 2 値化して解析を行った。GDI 短縮版の信頼性・妥当性は検証されている^{6,7)}。

施設調査項目として、2013 年 10 月 1 日時点での緩和ケア病棟の入棟条件、認可病床数、個室数、医師数、夜勤の医師の体制、看護体制、コメディカルの利用可能状況、実施可能な医療、遺族ケアの実施状況、施設の宗教的背景の有無について質問紙調査を行った。加えて、宗教的背景のある施設に勤務経験のある複数の医師・看護師のスーパーバイズのもと、病棟の方針(急性期型または療養型の緩和ケア病床、自宅退院への積極的性等)、病棟の力を入れているケア(身体症状/精神症状の緩和、スピリチュアルケア、音楽療法、外泊外出サポート等)、病棟の雰囲気・特徴(勉強会の頻度、窓からの眺め、厳かな雰囲気等)、宗教・スピリチュアルケア(スピリチュアルアセスメント実施状況、宗教観・死生観の話やすさ、宗教家訪室等)について尋ねた。日本ホスピス緩和ケア協会から年次大会資料で公表されている項目(病床数、医師数等)は、年次大会資料から情報を得た。

各施設で死亡した患者の性・年齢・原発部位等の背景情報は、各参加施設から連結可能匿名化された対象者リストから情報を得た。

5. 解析

対象施設を「宗教的背景のある施設」群と「宗教的背景のない施設」群に 2 群化した。

宗教的背景の有無で、GDI コア 10 項目の合計平均、

GDI 全 18 項目の合計平均を比較した。GDI 各合計点は、施設を変量効果とし、患者の年齢、性別、がん原発部位、遺族の年齢性別で調整した平均値を算出し、同様に宗教的背景の有無で比較を行った。また、それぞれの群で、施設背景の単変量解析を行い、宗教的背景の有無で施設背景の違いを探索した。施設背景のうち、病棟の方針、力を入れているケア、病棟の雰囲気・特徴、宗教的ケア・スピリチュアルケアの各項目と GDI10 項目の合計平均との関連を分析した。統計的な有意差の検出とは別に、臨床的な差の大きさを分析するために、Effect Size(以下、ES:効果量)を算出した。解析は、統計ソフト JMP Pro 12 および SAS 9.4 日本語版を用いて解析を行い、有意水準は $p<0.05$ とした。

6. 倫理的配慮

本研究は、東北大学および研究参加施設の倫理委員会の承認のもとに実施した。

結 果

J-HOPE3 研究に参加したホスピス・緩和ケア病棟は 133 施設で、そのうち施設背景調査票および日本ホスピス緩和ケア協会のデータが利用可能だった施設は 127 施設だった。「宗教的背景のある施設」が 23 施設(うち 22 施設がキリスト教、1 施設が仏教)、「宗教的背景のない施設」が 104 施設だった。本研究対象 127 施設において解析対象となったのは、J-HOPE3 研究における緩和ケア病棟の対象遺族 12,231 名の 68%にあたる 7,286 人だった。対象者の背景を表 1 に示す。施設の宗教的背景の有無で比較した場合、患者性別($p=0.01$; $ES=0.03$)、患者年齢($p=0.01$; $ES=0.06$)、遺族年齢($p=0.01$; $ES=0.05$)、続柄($p<0.0001$; $ES=0.07$)、信仰している宗教($p<0.0001$; $ES=0.08$)などの項目で対象者背景に有意差が認められたが、いずれも $ES<0.10$ とごく小さな効果量だった(表 1)。

つづいて、宗教的背景の有無で施設背景について比較を行った(表 2)。病院全体の病床数は、宗教的背景のある施設群で有意に少ない($p=0.02$; $ES=-0.21$)が、緩和ケア病棟・ホスピスの病床数は宗教的背景のある施設群で有意に多かった($p=0.007$; $ES=0.24$)。また、宗教的背景のある施設の方が緩和ケア病棟経験 8 年以上の看護師の割合が有意に高かった($p=0.03$; $ES=0.20$)。医師数や看護師数、医師と看護師の経験年数、夜間の医師の診療体制、看護体制、緩和ケア病棟への入棟条件、病棟の形式の違いでは、有意差は認められなかった。また、GDI コア 10 項目の合計平均、GDI 18 項目の合計平均は、どちらも宗教的背景のある施設群が有意に高く、中程度以上の効果量が認められた(それぞれ $p=0.01$; $ES=0.63$, $p=0.002$; $ES=0.74$)。施設を変量効果とし、患者の

年齢、性別、がん原発部位、遺族の年齢性別で調整した後も、有意差が認められた(表 3)。

次に、病棟の方針、力を入れているケア、病棟の雰囲気・特徴、宗教的ケア・スピリチュアルケアに関連する各項目について、宗教的背景のある施設で有意にその傾向が認められた項目は、病棟の方針として「院外からの紹介が多い」($p=0.003$; $ES=0.27$)、力を入れているケアとして「ガーデニング・園芸を患者が行う」($p=0.04$; $ES=0.18$)、「遺族ケア」($p=0.01$; $ES=0.24$)、病棟の雰囲気・特徴として「チャペル・礼拝室などの宗教的設備がある」($p<0.0001$; $ES=0.92$)、「病院・病棟の建物が全体的におごそかな雰囲気」($p<0.0001$; $ES=0.30$)であった。宗教的ケア・スピリチュアルケアの項目では、「礼拝や説法が定期的にある」、「宗教家の定期的な訪室がある」、「スピリチュアルアセスメントを全例に実施」などすべての項目で宗教的背景のある施設のほうが「そう思う」と回答する割合が有意に高かった(すべて $p<0.05$; $ES=0.31-0.84$) (表 4)。

さらに、GDI コア 10 項目の合計点に関連する施設背景(病棟の方針、力を入れているケア、病棟の雰囲気・特徴、宗教的ケア・スピリチュアルケア)の検討を行った。患者の望ましい死の達成度(GDI コア 10 項目合計点)と有意な関連が認められた項目は病棟の方針として「院内からの転棟が多い」($p=0.01$; $ES=-0.50$)、力を入れているケアとして「スピリチュアルケア」($p=0.01$; $ES=0.75$)、「音楽療法」($p=0.01$; $ES=0.49$)、「季節の行事」($p=0.02$; $ES=0.88$)、「ガーデニング・園芸を患者が行う」($p=0.01$; $ES=0.54$)、「看護ケア(足浴・リフレクソロジー等を含む)」($p=0.02$; $ES=1.09$)、「遺族ケア」($p<0.0001$; $ES=0.92$)、病棟の雰囲気・特徴として「アットホームな雰囲気である」($p=0.02$; $ES=0.89$)、「チャペル・礼拝室などの宗教的設備がある」($p=0.01$; $ES=0.67$)、「病室はプライバシーが保たれた空間である」($p=0.03$; $ES=0.56$)、宗教的ケア・スピリチュアルケアとして「礼拝や説法が定期的にある」($p=0.01$; $ES=0.71$)、「宗教家の定期的な訪室がある」($p=0.005$; $ES=0.65$)、「スタッフ同士で宗教観や死後の世界などについて話しやすい雰囲気」($p=0.001$; $ES=0.63$)、「スピリチュアルケアを意識して取り組んでいる」($p=0.01$; $ES=0.59$)、「スタッフが礼拝などに参加する機会が定期的にある」($p=0.04$; $ES=0.62$)だった(表 4)。

上記の結果から、施設の背景(病棟の方針、力を入れているケア、病棟の雰囲気・特徴、宗教的ケア・スピリチュアルケア)について、施設の宗教的背景の有無および GDI コア 10 項目の合計点に共通して有意な関連が認められる項目は、病棟の方針として「院外からの紹介が多い」、力を入れているケアとして「ガーデニング・園芸を患者が行う」、「遺族ケア」、病棟の雰囲気・特徴として

表 1 対象者背景

	全体		宗教的背景あり		宗教的背景なし		ES	p
	n	%	n	%	n	%		
患者背景								
性別								
男	4306	56	747	53	3559	57	0.03	0.01
女	3393	44	665	47	2728	43		
年齢(平均±SD)	(75.9±11.5)		(74.6±11.7)		(73.7±11.5)			
60 歳未満	829	11	138	10	691	11	0.06	0.01
60～69 歳	1681	22	304	22	1377	22		
70～79 歳	2436	32	383	27	2053	33		
80 歳以上	2742	36	586	42	2156	34		
原発部位								
肺	1818	24	283	20	1535	24	0.06	0.18
胃・食道	1089	14	194	14	895	14		
大腸	933	12	174	12	759	12		
肝・胆・膵	1444	19	264	19	1180	19		
乳腺	346	4	75	5	271	4		
泌尿器	560	7	120	9	440	7		
頭頸部	315	4	55	4	260	4		
卵巣・子宮	375	5	72	5	303	5		
その他	815	11	174	12	641	10		
入院／利用期間(平均±SD)	(39.1±51.6)		(41.8±53.3)		(38.6±51.2)		0.04	0.05
遺族背景								
性別								
男	2311	34	452	36	1859	34	0.02	0.18
女	4442	66	806	64	3636	66		
遺族年齢(平均±SD)	(61.5±12.2)		(60.4±12.4)		(61.6±12.1)			
60 歳未満	2892	43	577	46	2315	42	0.05	0.01
60～69 歳	2003	30	383	30	1620	29		
70～79 歳	1422	21	225	18	1197	22		
80 歳以上	451	7	77	6	374	7		
続柄								
配偶者	2976	44	457	36	2519	46	0.07	<0.0001
子	2566	38	556	44	2010	36		
婿・嫁	423	6	84	7	339	6		
親	143	2	24	2	119	2		
兄弟姉妹	456	7	94	7	362	7		
その他	227	3	55	4	172	3		
死別後経過期間(平均±SD)	(257.6±101.6)		(255.7±107.1)		(257.9±100.5)			
6 カ月未満	1855	25	410	30	1445	24	0.09	<0.0001
6 カ月以上 7 カ月未満	929	12	204	15	725	12		
7 カ月以上 8 カ月未満	885	12	129	9	756	13		
8 カ月以上 9 カ月未満	800	11	130	9	670	11		
9 カ月以上 10 カ月未満	780	11	116	8	664	11		
10 カ月以上 11 カ月未満	586	8	80	6	506	8		
11 カ月以上 1 年未満	486	7	70	5	416	7		
1 年以上	1049	14	237	17	812	14		
患者が亡くなる前 1 週間に付き添った日数								
毎日	4412	65	762	60	3650	66	0.05	0.004
4～6 日	1032	15	218	17	814	15		
1～3 日	1034	15	232	18	802	15		
付き添っていないかった	310	5	55	4	255	5		
信仰している宗教								
とくになし	2321	35	473	38	1848	34	0.08	<0.0001

表 1 (つづき)

	全体		宗教的背景あり		宗教的背景なし		ES	p
	n	%	n	%	n	%		
仏教	3819	57	642	51	3177	58		
キリスト教	170	3	62	5	108	2		
神道	196	3	37	3	159	3		
その他	191	3	35	3	156	3		
患者様が亡くなる前の 1カ月の医療費								
10万円未満	1758	27	254	21	1504	28	0.07	<0.0001
10万円以上 20万円未満	2212	34	410	34	1802	34		
20万円以上 40万円未満	1625	25	327	27	1298	24		
40万円以上 60万円未満	549	8	125	10	424	8		
60万円以上	388	6	92	8	296	6		

※欠損のため、合計 100%に満たない項目がある。

※カイ 2 乗検定

※ ES(効果量)は 2×2 分割表については ϕ 、それ以外の場合は Cramer's V を算出した。

表 2 施設背景

	宗教的背景あり		宗教的背景なし		ES	p ^{*1}
	平均	標準偏差	平均	標準偏差		
施設総病床数	273.9 (中央値: 176)	305.8	352.33 (中央値: 315)	244.3	-0.21	0.02
緩和ケア病床数	27.3	15.0	20.3	7.2	0.24	0.007
10 床あたりの医師数	1.1	0.4	1.1	0.6	0.02	0.81
10 床あたりの常勤看護師数	8.2	1.2	9.3	2.2	-0.20	0.02
看護師受けもち患者数(平均)						
平日日勤	3.9	0.9	3.6	1.0	0.11	0.21
休日日勤	4.5	0.6	4.5	1.2	0.02	0.80
専門・認定看護師数	1.6	0.9	1.4	1.2	0.13	0.15
看護師経験年数						
3 年未満の割合	2.1 (95%CI: 0.08-4.06)	4.5	3.1 (95%CI: 1.06-5.12)	10.3	-0.02	0.83
3 年以上 8 年未満の割合	15.9 (95%CI: 11.80-20.04)	9.3	18.1 (95%CI: 15.22-21.05)	14.8	-0.02	0.84
8 年以上の割合	82.0 (95%CI: 76.88-87.14)	11.6	78.8 (95%CI: 75.30-82.25)	17.6	0.04	0.69
看護師の緩和ケア病棟経験年数						
3 年未満の割合	44.9 (95%CI: 35.10-54.63)	22.0	46.1 (95%CI: 40.83-51.30)	26.8	0.02	0.83
3 年以上 8 年未満の割合	36.4 (95%CI: 28.75-44.05)	17.3	39.5 (95%CI: 35.16-43.89)	22.3	-0.09	0.34
8 年以上の割合	18.7 (95%CI: 13.48-24.00)	11.9	14.4 (95%CI: 10.94-17.89)	17.8	0.20	0.03
緩和ケア病棟コメディカルスタッフ数						
看護助手(常勤)	2.9	2.3	2.1	1.8	0.15	0.13
看護助手(非常勤)	1.3	1.4	1.2	1.6	0.05	0.67
心理職種(常勤)	0.4	0.5	0.5	0.7	-0.05	0.67
心理職種(非常勤)	0.5	0.7	0.5	0.6	-0.04	0.79
ソーシャルワーカー(常勤)	1.3	0.8	1.1	0.8	0.1	0.31
ソーシャルワーカー(非常勤)	0.6	1.0	0.5	1.1	0.05	0.72
薬剤師(常勤)	1.9	1.6	1.0	0.6	0.22	0.04
薬剤師(非常勤)	0.4	0.5	0.5	0.9	-0.02	0.88
宗教家(常勤)	1.1	0.8	0.0	0.2	0.84	<0.0001
宗教家(非常勤)	1.3	1.9	0.3	0.7	0.34	0.02

表 2 (つづき)

	宗教的背景あり		宗教的背景なし		ES	p ^{*1}
	平均	標準偏差	平均	標準偏差		
ボランティア(1日平均)	2.7	2.5	2.3	2.1	0.07	0.50
入院／入棟判定会議の頻度(回／週)	2.6	3.3	2.0	1.3	-0.06	0.48
多職種カンファレンスの頻度(回／週)	3.9	2.2	3.7	2.5	0.06	0.50
家族室の数	1.9	0.7	1.7	0.7	0.06	0.48
家族風呂の数	1.2	0.4	1.3	0.5	0.13	0.50
	n	%	n	%	ES	p ^{*2}
個室割合						
全室	7	30.4	70	67.3	0.29	0.001
全室個室ではない	16	69.6	34	32.7		
常勤医師のうち緩和ケア診療経験5年以上の医師の割合						
50%未満	1	4.4	13	12.5	0.15	0.25
50～99%	10	43.5	29	27.9		
100%	12	52.1	58	55.8		

※欠損のため、合計100%に満たない項目がある。

*1 t検定

*2 カイ2乗検定

※ES(効果量)はt検定ではCohen's d, カイ2乗検定では2x2分割表についてはφ, それ以外の場合はCramer's Vを算出した。

表 3 宗教的背景の有無による望ましい死の達成度の評価の違い

	宗教的背景あり		宗教的背景なし		ES	p
	平均	標準偏差	平均	標準偏差		
GDI コア 10 項目合計平均(調整なし)	47.9	1.6	46.8	1.9	0.63	0.01
GDI コア 10 項目合計平均(調整済 ^{*1})	48.7	1.7	47.7	1.8	0.56	0.01
GDI 全 18 項目合計平均(調整なし)	82	2.9	79.8	3.1	0.74	0.002
GDI 全 18 項目合計平均(調整済 ^{*1})	84.2	2.9	82.2	2.8	0.70	0.01

* GDI: Good Death Inventory

* t検定, ES(効果量)は, Cohen's d を算出した。

*1 施設ごとに患者年齢, 患者性別, がん原発部位, 遺族年齢, 遺族性別で調整。

「チャペル・礼拝室などの宗教的設備がある」, 宗教的ケア・スピリチュアルケアの項目では, 「礼拝や説法が定期的にある」, 「宗教家の定期的な訪室がある」, 「スタッフ同士で宗教観・死生観を話しやすい雰囲気である」, 「スピリチュアルケアを意識して取り組んでいる」, 「信仰している宗教があるスタッフが多い」, 「スタッフが礼拝などに参加する機会が定期的にある」だった。

考 察

本研究により次の2点が明らかになった。1つは先行研究同様, 宗教的背景のある施設で患者の望ましい死の達成の評価が有意に高く, その要因として, 宗教的背景のある施設の特徴として, ガーデニングを患者が行うことや遺族ケアを積極的に取り入れたり, チャペル等の宗教的設備の設置とともに, 礼拝・説法を含む宗教家とのかかわりがもちやすいこと, スピリチュアルケ

アを意識的に取り入れたり, 宗教的背景をもつスタッフが多く, 死生観や宗教観を話しやすい雰囲気であることが挙げられた点である。2つめは, 宗教的背景のない施設でも, ガーデニングを患者が行うことや遺族ケア, スピリチュアルケアを意識することは取り入れ可能なケアであり, それによって患者の望ましい死の達成度をより向上することができる可能性がある点である。

施設の宗教的背景で有意差がみられ, かつ, GDI との関連でも有意差が認められた項目に関しては, 遺族ケアの実施, 季節の行事や, ガーデニングを患者が行うことなど患者の楽しみになるようなことを積極的に行うこと, 施設の宗教的環境や患者とスタッフあるいはスタッフ間での宗教観や死生観の話しやすさが挙げられた。まず, 遺族ケアの実施と宗教的背景・GDI との関連は, 先行研究⁴⁾と同様の結果ではあった。遺族ケアの重要性は, 国内外で広く認められている^{11,12)}が, わが国に

表 4 宗教的背景のある施設および GDI コア 10 項目の合計得点が高くなる施設要因

	宗教的 背景あり		宗教的 背景なし		ES	p ^{*1}	GDI コア 10 項目合計得点			
	n	%	n	%			平均	標準偏差	ES	p ^{*2}
病棟の方針										
院内からの転棟が多い										
そう思う	6	26	48	46	0.16	0.07	46.5	1.8	-0.50	0.01
そう思わない	17	74	54	52			47.4	1.9		
院外からの紹介が多い										
そう思う	23	100	72	69	0.27	0.003	47.2	1.8	0.40	0.05
そう思わない	0	0	30	29			46.4	2.0		
力をいれているケア										
スピリチュアルケア										
そう思う	23	100	86	83	0.19	0.11	47.1	1.8	0.75	0.01
そう思わない	0	0	16	15			45.8	1.9		
音楽療法										
そう思う	16	70	54	52	0.13	0.13	47.4	1.8	0.49	0.01
そう思わない	7	30	49	47			46.5	1.9	-0.04	
季節の行事										
そう思う	23	100	92	88	0.15	0.10	47.1	1.9	0.88	0.02
そう思わない	0	0	11	11			45.7	1.3		
ガーデニング・園芸などを患者が行うこと										
そう思う	11	48	27	26	0.18	0.04	47.6	1.5	0.54	0.01
そう思わない	12	52	76	73			46.7	2.0		
看護ケア(足浴やリフレクソロジー等を含む)										
そう思う	21	91	99	95	0.09	0.33	47.1	1.9	1.09	0.02
そう思わない	2	9	4	4			45.2	1.5		
遺族ケア										
そう思う	23	100	70	74	0.24	0.01	47.3	1.8	0.92	<0.0001
そう思わない	0	0	24	26			45.6	1.9		
病棟の雰囲気・特徴										
アットホームな雰囲気である										
そう思う	23	100	95	91	0.12	0.17	47.1	1.9	0.89	0.02
そう思わない	0	0	8	8			45.5	1.6		
チャペル・礼拝室などの宗教的設備がある										
そう思う	21	91	1	1	0.92	<0.0001	48.0	1.7	0.67	0.01
そう思わない	2	9	102	98			46.8	1.9		
病院や病棟の建物が全体的におごそかな雰囲気										
そう思う	13	57	22	21	0.30	0.001	47.4	1.8	0.28	0.17
そう思わない	10	43	81	78			46.8	1.9		
病室はプライバシーが保たれた空間である										
そう思う	22	96	91	88	0.09	0.30	47.1	1.8	0.56	0.03
そう思わない	1	4	12	12			45.9	2.3		
宗教的ケア・スピリチュアルケア										
礼拝や説法が定期的にある										
そう思う	20	87	3	3	0.84	<0.0001	48.0	1.5	0.71	0.01
そう思わない	3	13	100	96			46.8	1.9		
宗教家の定期的な訪室がある										
そう思う	20	87	7	7	0.75	<0.0001	47.9	1.6	0.65	0.005
そう思わない	3	13	96	92			46.7	1.9		
スピリチュアルアセスメントを全例に実施										
そう思う	18	78	40	38	0.31	0.001	47.1	2.1	0.11	0.55
そう思わない	5	22	63	61			46.9	1.7		

表 4 (つづき)

	宗教的 背景あり		宗教的 背景なし		ES	p ^{*1}	GDI コア 10 項目合計得点			
	n	%	n	%			平均	標準偏差	ES	p ^{*2}
患者と宗教観・死生観などについて話しやすい雰囲気										
そう思う	21	91	46	44	0.36	<0.0001	47.2	1.9	0.29	0.11
そう思わない	2	9	57	55			46.7	1.9		
スタッフ同士で宗教観・死生観など話しやすい雰囲気										
そう思う	22	96	53	51	0.35	<0.0001	47.5	1.7	0.63	0.001
そう思わない	1	4	50	48			46.3	2.0		
スピリチュアルケアを意識して取り組んでいる										
そう思う	21	91	73	70	0.18	0.05	47.2	1.9	0.59	0.01
そう思わない	2	9	29	28			46.2	1.8		
信仰している宗教があるスタッフが多い										
そう思う	7	30	1	1	0.48	<0.0001	48.0	1.2	0.70	0.11
そう思わない	15	65	102	98			46.9	1.9		
スタッフが礼拝などに参加する機会が定期的にある										
そう思う	16	70	0	0	0.81	<0.0001	47.9	1.5	0.62	0.04
そう思わない	7	30	103	99			46.9	1.9		

※欠損のため、合計 100%に満たない項目がある。

*1 カイ 2 乗検定

*2 t 検定

※ ES (効果量) は t 検定では Cohen's d, カイ 2 乗検定では ϕ をそれぞれ算出した。

においても、坂口らの一連の研究^{13~16)}により、施設の遺族ケアを受けた遺族が自らの受けたケアを 9 割近くの割合で肯定的に評価しており、遺族からのニーズの高さが示唆されている。しかし、遺族ケアと GDI との関連については、遺族ケアは患者が亡くなった後に行われるのが一般的で、患者の望ましい死に直接的に影響を与えているとは考えにくい。一方で、積極的に遺族ケアに取り組んでいる施設では、患者の死亡前から、家族ケアや予期悲嘆へのケアについてもより積極的に取り組んでいる可能性もあり、そのような施設の特色・方針が、本結果に影響した可能性も考えられる。しかし、遺族ケアの積極的な実施が患者の望ましい死の達成度の高さに関連する理由の詳細は本研究では明らかではなく、今後探索が必要である。

次に、宗教的背景のある施設は、ガーデニング・園芸を患者が行うことなど、患者の楽しみとなることに積極的に取り組んでいた。患者が楽しみと思えるような機会を企画することで、患者にとっての望ましい死に良い影響を与える可能性がある。本研究結果でも、宗教的背景の有無にはかかわらず、音楽療法や季節の行事により積極的に取り組んでいる施設のほうが、GDI コア 10 項目が有意に高かった。これは宗教的背景のない施設でも比較的導入が可能なケア・取り組みであり、患者の望ましい死の達成度の評価向上の可能性が示唆さ

れた。

最後に、施設の宗教的環境や宗教ケアについては、過去に行われた Ando ら¹⁷⁾や、竹内らによる調査⁴⁾と同様、施設の宗教的背景と患者の望ましい死の達成度との関連が認められた。本結果から、宗教的背景のある施設は、チャペル等の宗教的設備へのアクセスのしやすさ、宗教家の介入のしやすさが大きな特徴であり、スピリチュアルアセスメントやスピリチュアルケアを宗教的背景のある施設の方がより積極的に取り入れていた。Tarakeshwar らは、進行がん患者 170 名への構造化面接から、宗教的コーピングを行う傾向が強い患者は、自己の存在意義などのスピリチュアルな側面に関する評価が高く、さらに全体的な QOL も高い傾向にあったと報告している¹⁸⁾。宗教や信仰心は、患者のスピリチュアルニーズに対応するための方法の一つと考えられることが多く¹⁹⁾、宗教的背景のある施設のほうが患者のスピリチュアルケアのニーズに対応しやすかった可能性がある。しかし、宗教的ケアだけが患者のスピリチュアルニーズに対応するケアではない。患者のスピリチュアル面のアセスメントや、スタッフが死生観や宗教観についての関心を深めることは、患者個々のスピリチュアルニーズに気付くきっかけや、より良いスピリチュアルケアの実践につながり、結果的に患者の望ましい死の達成度を高める可能性が期待できる。

今回の研究の限界は、1つめに対象が日本ホスピス緩和ケア協会会員施設であり、わが国の緩和ケア病棟のすべてを反映しているわけではないことである。2つめとして、施設ごとに遺族の応諾数・遺族背景にばらつきがあり、評価にバイアスがある可能性があることが挙げられる。3つめとして、施設背景の調査項目が、ケアの評価に影響する施設の要因をすべて網羅しているわけではないことである。今後は質的研究などにより、今回は取得していない要因も含め抽出することが望まれる。最後に、今回は施設の宗教的背景に注目したが、ケアを受けた患者の宗教の帰属については明らかではないため、宗教の有無によりバイアスが生じている可能性がある。

結 論

本研究から、先行研究同様施設の宗教的背景のある施設で死亡した患者のほうが、患者の望ましい死の達成度の評価が有意に高かった。宗教的背景のある施設の特徴として、「遺族ケアに力を入れている」、「季節の行事やガーデニングなど、患者の楽しみとなる時間を作っている」、「宗教的ケアを定期的に受けられ、宗教的設備の整った環境である」などが挙げられ、それが患者の望ましい死に良い影響を与える可能性があるということが示唆された。宗教的背景のない施設でも、遺族ケアの実施や、患者の楽しみとなるような行事の実施、スピリチュアルな側面への理解を深めることで、望ましい死の達成度を高める可能性があることが示唆された。

著者の申告すべき利益相反なし

文 献

- Miyashita M, Morita T, Tsuneto S, et al. The Japan HOSpice and Palliative Care Evaluation study (J-HOPE study): study design and characteristics of participating institutions. *Am J Hosp Palliat Care* 2008; 25: 223-32.
- Aoyama M, Morita T, Kizawa Y, et al. The Japan HOSpice and Palliative Care Evaluation Study 3: Study design, characteristics of participants and participating institutions, and response rates. *Am J of Hosp Palliat Care* 2016 [Epub ahead of print].
- Morita T, Chihara S, Kashiwagi T, et al. Family satisfaction with inpatient palliative care in Japan. *Palliat Med* 2002; 16: 185-93.
- 竹内真帆, 清水 恵, 森田達也, 他. 緩和ケア病棟で死亡したがん患者の遺族による緩和ケアの質の評価と施設要因の関連—遺族 5810 名の全国調査から—. *Palliative Care Res* 2014; 9: 101-11.
- Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, et al. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *J Clin Oncol* 2007; 25: 555-60.
- Becker G, Xander CJ, Blum HE, et al. Do religious or spiritual beliefs influence bereavement? A systematic review. *Palliat Med* 2007; 21: 207-17.
- Okamoto T, Ando M, Morita T, et al. Religious care required for Japanese terminally ill patients with cancer from the perspective of bereaved family members. *Am J Hosp Palliat Care* 2010; 27: 50-4.
- Vallurupalli M, Lauderdale K, Balboni MJ, et al. The role of spirituality and religious coping in the quality of life of patients with advanced cancer receiving palliative radiation therapy. *J Support Oncol* 2012; 10: 81-7.
- Miyashita M, Morita T, Sato K, et al. Good death inventory: a measure for evaluating good death from the bereaved family member's perspective. *J Pain Symptom Manage* 2008; 35: 486-98.
- Miyashita M, Morita T, Sato K, et al. Factors contributing to evaluation of a good death from the bereaved family member's perspective. *Psychooncology* 2008; 17: 612-20.
- Asai M, Akizuki N, Fujimori M, et al. Psychological states and coping strategies after bereavement among spouses of cancer patients: a quantitative study in Japan. *Support Care Cancer* 2012; 20: 3189-203.
- Forte AL, Hill M, Pazder R, et al. Bereavement care interventions: a systematic review. *BMC Palliat Care* 2004; 3: 3.
- 坂口幸弘, 野上聡子, 村尾佳津江, 他. 公立総合病院の一般病棟における遺族ケアの現状と看護師の意識. *看実践の科学* 2005; 30: 72-7.
- 坂口幸弘. 遺族のためのグリーフケア—私たちにできること グリーフケアの考え方をめぐって. *緩和ケア* 2005; 15: 276-9.
- 坂口幸弘, 恒藤 暁, 柏木哲夫, 他. わが国のホスピス・緩和ケア病棟における遺族ケアの提供体制の現状. *心身医* 2004; 44: 697-703.
- Sakaguchi Y, Tsuneto S, Takayama K, et al. Tasks perceived as necessary for hospice and palliative care unit bereavement services in Japan. *J Palliat Care* 2004; 20: 320-3.
- Ando M, Kawamura R, Morita T, et al. Value of religious care for relief of psycho-existential suffering in Japanese terminally ill cancer patients: the perspective of bereaved family members. *Psychooncology* 2010; 19: 750-5.
- Tarakeshwar N, Vanderwerker LC, Paulk E, et al. Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer. *J Palliat Med* 2006; 9: 646-57.
- Canada AL, Murphy PE, Fitchett G, et al. A 3-factor model for the FACIT-Sp. *Psychooncology* 2008; 17: 908-16.

Original Research

Why Patients in Institutions with Religious Background Achieve ‘Good Death’ ? : Findings from National Bereavement Survey of 127 Hospice and Palliative Care Units

Maho Aoyama,¹⁾ Ai Saito,¹⁾ Mari Sugai,¹⁾ Tatsuya Morita,²⁾
Yoshiyuki Kizawa,³⁾ Satoru Tsuneto,⁴⁾ Yasuo Shima,⁵⁾ and Mitsunori Miyashita¹⁾

1) Department of Palliative Nursing, Health Sciences, Tohoku University Graduate School of Medicine,

2) Department of Palliative and Supportive Care, Palliative Care Team and Seirei Hospice, Seirei Mikatahara Hospital,

3) Department of Palliative Medicine, Kobe University Graduate School of Medicine,

4) Department of Human Health Sciences, Graduate School of Medicine, Kyoto University,

5) Tsukuba Medical Center Foundation, Director, Home Care Service, Tsukuba Medical Center Hospital,
Department of Palliative Medicine

Previous study reported that patients of institutions with religious background are more likely to achieve ‘good death’ than patients in non-religious institutions, although the reasons are unclear. This study aims to examine the reasons for this difference using a national survey of religious and non-religious institutions. We sent a self-administered questionnaire to 10,715 bereaved family caregiver and 133 hospice and palliative care units which cared for their family members prior to death. The questionnaire for bereaved families included the Good Death Inventory (GDI). The questionnaire for institutions included their religious affiliation and their subjective and objective provided care. In total, 7,286 bereaved families (68%) and 127 (95%) institutions including 23 religious end-of-life care institutions responded. We performed t-test and χ -square test to compare the GDI scores and provided care for religious and non-religious end-of-life care institutions. The GDI total score was significantly higher ($p=0.01$) in religious institutions compared to non-religious institutions. Items such as “providing many activities for seasonal events to the patients”, “providing more bereavement care”, “having facilities to practice their religion”, and “having regular visits from religious leaders”, were all reported more frequently in the religious institutions, and significantly associated with achievement of ‘good death’ ($p<0.05$ for all items). This study suggests that factors for achieving ‘good death’ are not only limited to providing religious care but also providing other forms of care, services, and activities that can enhance the patients’ ‘good death’.

Palliat Care Res 2017; 12(2): 211–20

Key words: institution background, religion, spiritual care, bereavement survey, care evaluation
