論文の内容の要旨

論文題目　日本の医師、看護師、がん患者および一般市民の死生観に関する研究

氏名　　関谷　徳泰

【序文】

死生観は健康関連の意思決定を含む文化的活動の広い範囲に強い影響を与えている。死生観は文化および宗教に大きな影響を受けることも知られている。日本人の文化的背景および臨床医学の文脈を考慮した死生観研究は全人的な医療の実現のために必須である。しかしながらこのような視点に立った組織的な研究は乏しいのが我が国の現状である。

【目的】

日本人を対象として開発された心理尺度である臨老式死生観尺度を用いて、日本の医師、看護師、がん患者および一般市民の死生観を定量的かつ大規模に調査した。本研究の主な目的は以下 4 点である。

1. 臨老式死生観尺度の心理統計学的妥当性の検討
2. 年齢、性別、社会的役割が死生観に与える影響の検討
3. 医師において信仰の有無が死生観に与える影響の検討
4. 臨老式死生観尺度と脅威管理理論の理論的接続性の検討

【対象と方法】

医師 3140 名、看護師 470 名、がん患者 450 名、一般市民 3000 名を対象に調査を行った。医師の内訳は日本の５つの地域（江戸川区、大森区、中野区、姫路市、松山市）の開業医 2985 名および東京大学医学部附属病院（以下、当院）の勤務医 155 名であった。看護師は全て当院のスタッフであった。がん患者は

当院放射線治療科に外来通院中の患者であった。一般市民は東京都民から二段階抽出法で抽出した 20～70 代の 3000 名であった。

質問紙による調査を行った。質問紙には臨老式死生観尺度、参加者の人口統計に関する項目、終末期ケアに関する選好を含めた。医師に対しては宗教的信念に関する質問も行った。

医師、看護師、がん患者に質問紙を配布した。医師、看護師からの回答は郵送で回収した。がん患者からの回答は郵送または主治医への手渡しにより回収した。一般市民への質問紙の配布と回収は電子メールによって行った。

調査期間は医師（2007 年 1 月～2014 年 9 月）、看護師（2007 年 1 月～2007 年 12 月）、がん患者(2008 年 1 月～2008 年 8 月)、一般市民(2008 年 9 月～2009 年 9 月)であった。

臨老式死生観尺度は、日本人の死生観を定量的に測定することを目的として開発された尺度である。臨老式死生観尺度は 7 つの下位尺度からなる。Ⅰ.死後の世界観、II.死への恐怖・不安、Ⅲ.解放として死、IV.死からの回避、V.人生における目的意識、VI.死への関心、VII.寿命観である。寿命観のみが 3 つの質問から構成され、その他の下位尺度は全て 4 つの質問で構成される。質問紙全体で合計 27 の質問となる。各質問は 7 ポイントのライカート尺度(Likert scale)で採点される。

臨老式死生観尺度の心理測定学的特徴を評価するため、平均、標準偏差、歪度、尖度、床効果の割合、天井効果の割合、欠損値の割合を計算した。尖度は、(m^4 / s^4) − 3 で計算した（m は標本のモーメント、s は標本の標準偏差）。歪度は 2 未満、尖度は 4 未満であれば正規性を満たしていると評価した。

臨老式死生観尺度に対する確認的因子分析を行った。まず下位尺度間に相関あり、相関なしの 2 つの仮定に基づく確認的因子分析モデルを比較した。続けて臨老式死生観尺度が脅威管理理論と理論的に接続可能であることを評価するため、二次確認的因子分析(second-order CFA)を行った。モデルの適合度は複数の goodness-of-fit 指標を使用して評価した。即ち、comparative fit index (CFI)、Tucker-Lewis index (TLI)、root mean square error of approximation (RMSEA)、standardized root mean square residual (SRMR)である。CFI と TLI は 0.90 以上をあてはまり良好、RMSEA と SRMR は 0.08 以下をあてはまり良好と解釈した。

医師、看護師、がん患者、一般市民間の測定不変性を検証するため多群確認的因子分析(multi-group CFA)を行った。段階的に制約を強める一連のモデルの間で、モデルのあてはまりに有意な減少があるかどうかを判定する基準として ΔCFI(<0.01)を採用した。構造方程式モデル(structural equation model ： SEM)を構築し、年齢、性別、社会的役割が臨老式死生観尺度の下位尺度に与える影響を調べた。医師に対しては年齢、性別、信仰の有無が臨老式死生観尺度の下位尺度に与える影響を調べた。

【結果】

質問紙の回収率は医師 35%(1093/3140)、看護師 78%(366/470)、がん患者 69%(310/450)、一般市民 39%(1180/3000)であった。

年齢は 20 代 371 名(12.7%)、30 代 388 名(13.3%)、40 代 483 名(16.6%)、50 代 639 名(21.9%)、60 代 584 名(20.0%)、70 代 409 名(14.0%)、80 代 40 名(1.4%)、90 代 2 名(0.1%)であった。性別は男性 1583 名(54.2%)、女性 1334 名(45.7%)であった。医師では男性の割合が高かった(82.3%)。看護師のほとんどは 20~30 代の若い女性であった。がん患者の KPS(Karnofsky Performance Status)の平均（標準偏差）は 91(10)%であり、1 年後の経過観察時点で 79%が生存していた。がん患者の多くはがんサバイバーであった。

臨老式死生観尺度の下位尺度得点の平均（標準偏差）は 13.9(6.8)、16.5(6.7)、13.0(6.4)、11.9(5.7)、16.4(5.1) 14.2(5.6)、11.1(5.2)であった。各項目および下位尺度の歪度は-0.46~0.62、尖度は-1.05~0.37 であった。クロンバックαは VI.死への関心の 0.83 からⅡ.死への不安・恐怖およびⅢ.解放としての死の 0.93 であった。

確認的因子分析では、下位尺度間に相関あり、相関なしを仮定したいずれのモデルでも、CFI、TLI ともに 0.90 より大きく、RMSEA、SRMR ともに 0.08 より小さかった。相関ありと仮定するモデルのあてはまりは、相関なしと仮定するモデルより良好であった

臨老式死生観尺度と脅威管理理論の理論的接続可能性を調べるため、二次確認的因子分析モデルを構築した。脅威管理理論では死の脅威とそれに対する心理的防衛を意識的、無意識的の 2 つの次元に分けて考察する。これにならい臨老式死生観尺度の下位尺度のうち、II.死への恐怖・不安、IV.死からの回避、VI.死への関心を死に関連する意識的な構成概念として 1 つの因子に、その他の下位尺度を死に関連する無意識的な構成概念として 1 つの因子にまとめた。二次因子モデルの CFI、TLI ともに 0.9 より大きく、RMSEA は 0.06 であった。SRMR のみがわずかに 0.08 より大きかった。二次因子モデルのあてはまりは、一次因子モデルのあてはまりよりわずかに低下したが、許容できるものであった。

医師、看護師、がん患者、一般市民間の測定不変性を検証するため多群確認的因子分析を行った。段階的に制約を強める一連のモデルの間で、モデルのあてはまりに有意な減少があるかどうかを判定する基準として ΔCFI(<0.01)を採用した。測定不変性の解析から医師、看護師、がん患者、一般市民の群間に強い測定不変性があることが示された。

年齢は III.解放としての死、IV.死からの回避、VII.寿命観と有意な正の相関を、Ⅰ.死後の世界観、II.死への恐怖・不安、VI.死への関心と有意な負の相関を示した。女性は男性に比べて、Ⅰ.死後の世界観、III.解放としての死、VI.死への関心、VII.寿命観の得点が有意に高く、IV.死からの回避の得点が有

意に低かった。医師は一般市民と比べてⅠ.死後の世界観、V.人生における目的意識、VI.死への関心の得点が有意に高く、II.死への恐怖・不安、IV.死からの回避、VII.寿命観の得点が有意に低かった。看護師は一般市民と比べて、III.解放としての死、VI.死への関心、VII.寿命観の得点が有意に高く、Ⅰ.死後の世界観、II.死への恐怖・不安、IV.死からの回避、V.人生における目的意識の得点が有意に低かった。がん患者は一般市民と比べて、V.人生における目的意識、VI.死への関心の得点が有意に高く、Ⅰ.死後の世界観、III.解放としての死の得点が有意に低かった。医師とがん患者は正の相関において同じパターンを示した。

医師に信仰の有無を問うた結果は、信仰あり(n=385; 35%)、信仰なし (n=698; 64%)、回答入手不能(n=10; 1%)であった。医師の信仰はⅠ.死後の世界観、III.解放としての死、V.人生における目的意識、VI.死への関心、 VII.寿命観 と有意な正の相関を示した。II.死への恐怖・不安、IV.死からの回避と信仰の有無に有意な相関はなかった。

【結論】

本研究は日本の医師、看護師、がん患者、一般市民の死生観の相違を分析した初めての研究である。大規模な日本人の標本を用いて臨老式死生観尺度の妥当性を確認した。年齢、性別、社会的役割により死生観に有意な差異があることを示した。医師と看護師はVI.死への関心が高く、II.死への恐怖・不安、IV.死からの回避が低かった。がん患者はVI.死への関心が高かったが、II.死への恐怖・不安、IV.死からの回避は一般市民と有意差がなかった。信仰のある医師は信仰のない医師と比べて、Ⅰ.死後の世界観、III.解放としての死、V.人生における目的意識、VI.死への関心、VII.寿命観が有意に高かった。臨老式死生観尺度を脅威管理理論の観点から解釈できる可能性を示した。

医師、看護師、がん患者で共有されるVI.死への関心の高さは、臨床現場で死に関する対話を持つことを支持するように思われる。同時に医療者は、がん患者のII.死への恐怖・不安、IV.死からの回避が自分たちのそれよりも高いことに配慮する必要がある。

がんのような生命の危険のある疾患に直面することが死生観に与える影響について、死生観が現実の行動に及ぼす影響について、更なる研究が必要である。