

EPA送り手国の看護師と受け入れ国である 彼らの指導者の看取り観の比較研究

—看取り観に関連する要因—

ゴトウ マスミ
後藤 真澄*

目的 EPA外国人看護師と日本における彼らの指導者の看取り観の差異および看取り観に関連する要因を探り、異文化間ケアの在り方を考える一助とする。

方法 2008～2014年に派遣されたEPA外国人看護師を受け入れた411施設（全数）に対して、EPA外国人看護師全員とその指導者を施設ごとに1人の合計3,258人に郵送調査を実施した。看取り観の測定にはFATCOD-Form B-Jを用いて、看取り観を従属変数として、国籍、個人の属性、社会文化的特性、死生観（死生観の測定には臨老式死生観尺度を使用）を独立変数として、重回帰分析を実施した。調査期間は2015年10月～12月である。

結果 回答施設は121施設（29.4%）で、有効回答者は503人（15.4%）であった。EPA送り手国（フィリピン、インドネシア、ベトナム）と日本とで看取り観の比較を行った。国ごとの看取り観の比較を行った結果、「ケアの前向きさ」に関しては、日本が有意に高く、「ケアの認識」に関しては、フィリピンの得点が他の3カ国に比べて有意に高く（ $p < 0.001$ ）、日本の得点が他の3カ国に比べて有意に低い。「総得点」に関しては、フィリピンの得点が他の3カ国に比べて有意に高い（ $p < 0.05$ ）。死にゆく患者に対するケアの前向きさは、「国」による差はなく、「経験年数」「職種」「看取り経験」「死からの回避」「人生の目的意識」に関連がみられた。ケアの認識に関しては、「国籍」「経験年数」「人生の目的意識」「死への関心」が関連要因となっていた。

結論 看取り観に関連する要因は、死にゆく患者への「ケアの前向きさ」に関しては、国籍による差はなく、経験を積み重ね、死を回避せず、人生の目的意識を持つ死生観を育むことで、看取りケアができるようになっていく。しかし、「ケアの認識」に関しては、日本が他の3カ国に比較して有意に低く、国籍による差がみられた。これに関連する要因については、今後も引き続き異文化間ケアへの検討が必要である。

キーワード EPA, 外国人看護師, 看取り観, 死生観, 異文化間ケア, エンドオブライフ・ケア

I 緒 言

日本は、超高齢社会の中で、認知症高齢者数および死亡者数が増加し、介護の社会化も進んだ結果、看護・介護労働力の供給が追いついていないという課題を抱えている¹⁾。政府は、将来の人材の受け入れを検討するために2008年に

EPA (Economic Partnership Agreement: 経済連携協定, 以下, EPA) による外国人看護師の受け入れを開始した²⁾。政府の目的は、日本国の法律に基づく看護師、介護福祉士としての資格を取得させて、資格取得後に継続して有資格看護師・介護福祉士として就労させることであった²⁾。彼らの受け入れ機関は、医療法人（医療機関）、社会福祉法人（高齢者介護施設）などであり、国家資格の取得を目標とした

* 中部学院大学看護リハビリテーション学部教授

研修を実施し、受け入れている。今後、超高齢社会が進行する日本は、より積極的に海外に門戸を開き、国際貢献や国際交流を図り、異文化間ケアや多文化共生への理解を深め、エンドオブライフ・ケア（end-of-life care）の質を高めていく必要がある。

しかし、筆者は、高齢者ケアや看取りケアに関しては、国により異なる看取り観や死生観があり、外国人看護師が文化的な相違から戸惑いや不安が生じる、と考える。

看取りケアの国際的な研究³⁾によれば、「在宅介護・医療と看取りに関する国際比較研究」「理想の看取りと死に関する国際比較調査」「終末期、看取りについての国際制度比較調査」にて、ヨーロッパやアメリカ、アジアとの国際比較により、国や文化による価値観の相違が大きいことを明らかにしている。また、東アジアの国々では、中国⁴⁾、韓国⁵⁾、台湾⁶⁾における死生観や看取り観の研究があり、東洋的な独自の死生観と看取り観を紹介している。

今後、日本人とEPA外国人看護師による看取りケアの協働作業が必要となってくるが、これまでにEPA送り手国（EPA看護師の出身国である3国、以下、送り手国）における死生観や看取り観を明らかにした研究はない。今や日本人が、日本人だけを看護・介護する時代ではなく、海外の看護師たちを同僚として、日本の看護・介護が、アジアをはじめとする諸外国に開かれていくことが大切である。そのためには、海外の看護師たちからも多くを学び、異文化間ケアを発展させていく必要がある。多文化共生社会の中で、超高齢社会に適合する看護・介護の教育方法の在り方や「看取り文化」への理解を深めることが重要であり、最期の時まで生きることを支えることを可能にするエンドオブライフ・ケアが求められる。

以上から、本研究の目的は、EPA外国人看護師と日本における彼らの指導者との看取り観の差異および看取り観に関連する要因を明らかにし、異文化間ケアの在り方を考える一助とする。

Ⅱ 研究方法

本研究では、国籍、個人の属性と社会文化的特性、死生観を要因として、看取り観との関連を検証する。看取り観の測定には、死にゆく患者に対する医療者のケア態度を測定する尺度であるFATCOD-Form B-J（Frommeltのターミナルケア態度尺度-日本語版、以下、看取り観尺度⁷⁾）、死生観の測定には、臨老式死生観尺度（以下、死生観尺度）を用いる⁸⁾。それぞれ英語とベトナム語、インドネシア語に翻訳し、さらに逆翻訳をし、候補者（各国2人）へのプレテストを行い、原文と訳文の等価性および翻訳の精度を高めて用いた。

用語の定義

- ・異文化間ケア：ケアする側とされる側が異なる文化に属するケア（看護ケア・介護）の在り方であり、ともに作り出していく関係性とする。
- ・エンドオブライフ・ケア（end-of-life care）：その人の生活や人生に焦点を当てる終末期ケアを示す考え方として、老いや虚弱といった高齢者ケアを含めたものとする。
- ・看取り観：ターミナルケア（終末期ケア）に対する考え方や感情、態度とする。
- ・死生観：死を通した生の見方として用いる。

(1) 対象と方法

対象施設は、2008年から2014年に派遣されたEPA外国人看護師受入施設一覧（厚生労働省職業安定局派遣・有期労働対策部資料）をもとに、受け入れ先411施設（全数）とした。入国当時のEPA外国人看護師全員（2,847人）とその直接的な指導にあたる指導者を施設ごとに1人（411人）の合計3,258人を対象として、受け入れ機関の所属長宛てに、研究説明書と質問紙を郵送した。質問紙は無記名自記式として、回収は研究機関に返送する郵送法を用いた（期間は2015年10～12月）。

調査内容は、回答者の個人属性では、国籍、年齢、性別、学歴、家族構成人数、居住地、保

表1 調査の内容と用いた変数

属性	国籍	1. フィリピン 2. インドネシア 3. ベトナム 4. 日本
	年齢	() 歳
	性別	1. 男 2. 女
	家族構成	母国の同居家族人員 () 人
	住んでいる地域 (母国)	1. 古くからの中心市街地 2. 新興の住宅地域 3. 農山漁村的な集落 4. いずれにも該当しない
	住居形態 (母国)	1. 持ち家・一戸建て 2. 持ち家・マンションなどの集合住宅 3. 賃貸住宅・一戸建て 4. 賃貸住宅 5. その他アパートなどの集合住宅
	最終学歴	1. 大学院卒業 2. 大学卒業 3. 短期大学 4. 専門学校 5. 高校 6. 中学 7. その他
	資格 (現在の職種)	1. 看護師 2. 介護福祉士 3. 特に資格はない 4. 社会福祉関係 5. その他
	経験年数 (現在の職場)	1. 1年未満 2. 1～2年未満 3. 2～3年未満 4. 3～5年未満 5. 5～10年未満 6. 10年以上
	職場形態	1. 高齢者施設 2. 病院 3. クリニック 4. その他
社会文化的特性	自分の宗教	1. 仏教 2. 神道・民族宗教 3. 道教 4. キリスト教 5. イスラム教 6. ヒンドゥー教 7. その他の宗教 8. 無宗教
	宗教重要度	1. 非常に重要 2. やや重要 3. あまり重要でない 4. 全く重要でない
	家族の看取り経験	1. ある 2. ない
	仕事の看取り経験	1. ある 2. ない
死生観	死後の世界観	(Afterlife belief) 4項目の7段階評価
	死への恐怖・不安	(Death anxiety) 4項目の7段階評価
	解放としての死	(Death relief) 4項目の7段階評価
	死からの回避	(Death avoidance) 4項目の7段階評価
	人生における目的意識	(Life purpose) 4項目の7段階評価
	死への関心	(Death concern) 4項目の7段階評価
	寿命感	(Supernatural belief) 4項目7段階評価
看取り観	総得点	全得点30項目の合計5段階評価 (逆転済み得点は6-) で計算
	I 死にゆく患者への ケアの前向きさ	「全くそう思う」～「思わない」の16項目、5段階評価 (逆転済み得点は6-) 1) 死にゆく患者をケアすることは、私にとって価値のあることである。 2) 死は人間にとって起こりうる最も悪いことではない。 3) 死にゆく患者と差し迫った死について話をすることを気まずく感じる。 5) 私は死にゆく患者のケアをしたいとは思わない。 6) ケア提供者は死にゆく患者と死について話す存在であるべきではない。 7) 私は死にゆく患者へのケアに時間をかけることはあまり好きではない。 8) 私がケアをしている死にゆく患者が、きっとよくなるという希望を失ったら私は動揺するだろう。 9) 死にゆく患者と親密な関係を築くことは難しい。 11) 患者から「私は死ぬの?」と聞かれた場合、私は話題を何か明るいものに変えるのが最も良いと思う。 13) 私がケアをしてきた患者は、自分の不在の時に亡くなって欲しい。 14) 私は死にゆく患者と親しくなることが怖い。 15) 私は人が実際に亡くなった時、逃げ出したい気持ちになる。 17) 患者の死が近づくとつれて、ケア提供者は患者との関わりを少なくするべきである。 26) 終末期の患者の部屋に入って、その患者が泣いているのを見つけたら、私は気まずく感じる。 29) 死にゆく患者の近くにいる家族のために、しばしば専門家としての仕事が妨げられると思う。 30) ケア提供者は、患者の死への準備を助けることができる。
	II 患者家族を中心 とするケアの認識	「全くそう思う」～「思わない」の13項目、5段階評価 (逆転済み得点は6-) 4) 家族に対するケアは、死別や悲嘆の時期を通して継続されるべきである。 12) 死にゆく患者の身体的ケアには、家族にも関わってもらふべきだ。 16) 死にゆく患者の行動の変化を受け入れることができるように、家族は心理的なサポートを必要としている。 18) 家族は死にゆく患者が残された人生を最良に過ごせるように関わるべきである。 19) 死にゆく患者の身体的ケアに関する患者自身の要求は、認めるべきではない。 20) 家族は、死にゆく患者ができる限り普段通りの環境で過ごせるようにするべきだ。 21) 死にゆく患者が自分の気持ちを言葉に表すことは、その患者にとって良いことである。 22) 死にゆく患者のケアにおいては、家族もケアの対象にすべきである。 23) ケア提供者は、死にゆく患者に融通の利く面会時間を許可すべきである。 24) 死にゆく患者とその家族は意思決定者としての役割を担うべきである。 25) 死にゆく患者の場合、鎮痛剤への依存を問題にする必要はない。 27) 死にゆく患者が自分の状態を尋ねた場合、正直な返答がなされるべきである。 28) 家族に、死にゆくことについて教育することは、ケア提供者の責任ではない。
III 死の考え方	10) 死にゆく患者が、死を迎え入れる時がある	

有資格、現職の経験年数とした。社会文化的特性は、自分の宗教および自分の日々の生活の中での宗教の重要性（非常に重要～全く重要でない）の4段階、看取り経験の有無、とした。死生観尺度は、対象者を問わず一般的な考え方として答えるようにした。調査項目は、①死後の世界観4項目（死後の世界はあるように思う、など）、②死への恐怖・不安4項目（死ぬのがこわい、など）、③解放としての死4項目（死ぬことはこの世から解放である、など）、④死からの回避4項目（死について考えることを避ける、など）、⑤人生における目的意識4項目（人生にはっきりした使命と目的がある、など）、⑥死への関心4項目（自分の死について考える、など）、⑦寿命観4項目（寿命は決まっている、など）の7因子（28項目）で構成されている。回答選択肢は「1. 当てはまらない」～「7. 当てはまる」の7段階であり、各因子とも得点が高いほど態度を強く表わす。

看取り観の測定は、対象者が「死にゆく人」であり、看取りに対するケア態度を測定する尺度である。調査項目は、「死にゆく人」へのケア提供者のターミナルケア態度に関する概念と30項目の質問で構成されている。「死にゆく患者へのケアの前向きさ」では下位尺度が「死にゆく患者とのコミュニケーションに対する前向きな姿勢」「死にゆく患者へのケアに対し恐れない態度」「死／死にゆく患者のケアに価値を見出す態度」などの16項目である。「患者家族を中心とするケアの認識」では、下位尺度が「家族が患者をサポートすることの必要性の認識」「患者の利益／意思決定を尊重する態度」「家族／家族へのケアに対する考え方」の13項目である。回答は「非常にそう思う」「そう思う」「どちらともいえない」「そう思わない」「全くそうは思わない」の5段階であり、得点が高いと態度が前向きとなる。「死の考え方」は、1項目のみで構成されているため、因子として扱うことを推奨していないので、因子としての分析は省いた（表1）。

（2） 分析の方法

分析方法は、国別の記述統計を行い、死生観や看取り観では、死生観尺度と看取り観尺度の各因子、下位尺度ごとに得点を集計した。死生観や看取り観の国別にみた平均値の差の検定を一元配置分散分析で行った。有意差のみられた群については、その後の検定を実施した。看取り観を従属変数として、多重比較で国籍（モデル1）によって、看取り観に有意差があった場合に、その差が何から生じるのかを検討するために、個人属性および社会文化的特性（モデル2）、死生観（モデル3）を独立変数として、各独立変数の説明率の変化を確認するためにモデル1からモデル3まで段階的に独立変数を投入して重回帰分析を実施した。独立変数間の関係は多重共線性の診断を行った。統計処理はSPSS.Ver.21を用いた。

（3） 研究倫理

対象者に研究の目的・意義・方法、研究参加への自由意志などについて文書で説明し、質問紙への回答と返送をもって同意とした（中部学院大学倫理委員会 2015.11.18承認番号E15-0035）。

Ⅲ 結 果

（1） 対象者の特性

411施設のうち返信のあった施設は、121施設（回収率29.4%）であった。対象者は帰国者も多く、在日者数は公開されていないため、母数は不明だが、541人分を回収し、評価指標に欠損値がある38人を除き、有効回答503人（15.4%）を分析対象とした。国籍別にみた対象者の特徴は、EPA送り手国3カ国の中で、フィリピンは、経験年数が比較的長く、大卒で占められ、看護師志望として病院に配属されている割合が高い。インドネシアは、短期大学、専門学校卒の割合が高く、病院と施設の配属は、ほぼ同程度であった。ベトナムは、他の2カ国より遅れて2014年からの入国であり、年齢は比較的若く、経験年数も短く、大卒は少数で、主に短期大学

卒であり、老人施設の配属となっている割合が高い。日本の指導者は、年齢が高く、経験年数が最も長く、看護職以外の職種が8割を占めており、学歴も様々である、という特徴がみられた。社会的な背景の違いとしては、家族構成員が、送り手国は3～9人であるのに対し、日本では2～3人である。また、宗教重要度では、ベトナムと日本は、他に比べて低い(表2)。

(2) 看取り観に関連する要因

1) 看取り観尺度の国別平均値の差の検定

国別に死生観、看取り観の各因子得点を集計し、その平均値の差の検定を一元配置分散分析で行った結果、看取り観に有意差がみられた。各国の看取り観の相違については、その後の検定(Tukeyの多重比較)を実施した。「死にゆく患者へのケアの前向きさ、以下、ケアの前向きさ」に関して、日本の得点がインドネシアの

得点に比較して有意に高かった(p<0.001)。また、「患者家族を中心とするケアの認識、以下、ケアの認識」においては、

フィリピンと他の3カ国すべての間、ならびに、日本と他の3カ国すべての間に有意差(p<0.001)がみられた。フィリピンの得点が他の3カ国に比較して高く、日本の得点がその他の3カ国に比較して低い。「総得点」に関しては、フィリピンとインドネシア(p<0.001)、フィリピンとベトナム、日本(p<0.05)との間に有意差があった。フィリピンの得点が高他の3カ国に比較し高い。

2) 看取り観に関連する要因

看取り観に有意な関係を示す要因を独立変数として、まず「国籍」(モデル1)を投入し、次に、個人属性および社会文化的特性(モデル2)として「年齢」「経験年数」「職種」「看取り経験の有無」を投入し、さらに「死生観」(モデル3)を投入して、従属変数として、看取り観尺度「ケアの前向きさ」「ケアの認識」「総得点」とする段階的重回帰分析を行った。

看取り観尺度「ケアの前向きさ」の分析結果では、モデル1は、「ケアの前向きさ」の分散

表2 国籍別調査結果の概要

	フィリピン (n=178)		インドネシア (n=126)		ベトナム (n=75)		日本 (n=124)	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
年齢(歳)	27.6	3.1	26.4	2.8	25.1	1.7	44.4	11.9
経験年数(年)	2.7	1.3	2.0	1.2	1.5	0.7	5.4	1.4
家族人数(人)	4.9	2.4	3.7	1.7	5.3	1.1	2.9	1.5
	n	%	n	%	n	%	n	%
性別								
男	31	17.4	34	27.0	12	16.0	36	29.0
女	147	82.6	91	72.2	63	84.0	87	70.2
欠損値			1	0.8			1	0.8
学歴								
大卒以上	174	97.8	91	72.2	15	20.0	36	29.0
それ以外	4	2.2	35	27.8	60	80.0	88	71.0
職種								
看護職	98	55.1	72	57.1	6	8.0	25	20.2
介護職	67	37.6	51	40.5	69	92.0	1	0.8
福祉職	-	-	-	-	-	-	69	55.6
その他	13	7.3	3	2.4	-	-	29	23.4
職場形態								
病院	85	47.8	52	41.3	11	14.7	61	49.2
老人施設	67	37.6	54	42.9	58	77.3	59	47.6
その他	24	13.5	15	11.9	6	8.0	4	3.2
欠損値	2	1.1	5	4.0				
宗教								
仏教	3	1.7	-	-	11	14.7	62	50.0
キリスト教	154	86.5	32	25.4	3	4.0	4	3.2
イスラム教	2	1.1	90	71.4	-	-	1	0.8
その他	17	9.6	4	3.2	-	-	5	4.0
無宗教	1	0.6	-	-	61	81.3	48	38.7
欠損値	1	0.6					4	3.2
宗教の重要度								
非常に重要	138	77.5	125	99.2	-	-	9	7.3
やや重要	39	21.9	-	-	3	4.0	10	8.1
あまり重要でない	1	0.6	-	-	19	25.3	53	42.7
全く重要でない	-	-	-	-	49	65.3	50	40.3
欠損値			1	0.8	4	5.3	2	1.6
家族の看取り経験								
あり	66	37.1	50	39.7	32	42.7	62	50.0
なし	106	59.6	76	60.3	43	57.3	62	50.0
欠損値	6	3.4						
仕事の看取り経験								
あり	127	71.3	103	81.7	35	46.7	99	79.8
なし	48	27.0	19	15.1	39	52.0	24	19.4
欠損値	3	1.7	4	3.2	1	1.3	1	0.8

注 Mean: 平均値, SD: 標準偏差

の3%の説明率であり、モデルの説明力は高くないものの、1%水準で予測に有意であるという結果が得られ、インドネシアは日本に比較して「ケアの前向きさ」の得点が低い(0.1%水

準で有意)(フィリピン、ベトナムも5%水準で低い)ことが確認された(表3-1)。モデル2では、「経験年数」「職種」「看取り経験」が1%水準で有意となったが、日本と他の3カ国

表3-1 死にゆく患者へのケアの前向きさ

	標準化変数								
	モデル1			モデル2			モデル3		
	β	VIF	p値	β	VIF	p値	β	VIF	p値
国籍									
フィリピン	-0.139	1.572	*	-0.118	5.730		-0.048	6.039	
インドネシア	-0.207	1.510	***	-0.175	5.550		-0.127	5.860	
ベトナム	-0.128	1.361	*	-0.023	4.074		0.017	4.314	
属性									
年齢				-0.002	3.039		0.001	3.144	
経験年数				0.240	3.014	**	0.240	3.144	***
職種				-0.193	2.337	**	-0.138	2.400	*
社会文化的特性									
看取り経験				-0.131	1.121	**	-0.137	1.125	**
死生観									
死後の世界観							0.029	1.201	
死への恐怖							-0.074	1.308	
解放としての死							-0.005	1.263	
死からの回避							-0.237	1.479	***
人生の目的意識							0.165	1.628	**
死への関心							-0.021	1.242	
寿命観							-0.086	1.462	
F値	5.13			7.54			8.15		
R ²	0.03			0.99			0.19		

注 p値は、***:0.1%水準, **:1%水準, *:5%水準でそれぞれ有意。

表3-2 患者家族を中心とするケアの認識

	標準化変数								
	モデル1			モデル2			モデル3		
	β	VIF	p値	β	VIF	p値	β	VIF	p値
国籍									
フィリピン	0.489	1.574	***	0.476	5.736	***	0.517	6.039	***
インドネシア	0.218	1.511	***	0.222	5.554	*	0.219	5.860	*
ベトナム	0.152	1.366	**	0.194	4.114	*	0.232	4.314	**
属性									
年齢				-0.015	3.042		0.001	3.144	
経験年数				0.158	3.020	*	0.199	3.144	**
職種				-0.140	2.337	*	-0.096	2.400	
社会文化的特性									
看取り経験				-0.056	1.125		-0.057	1.125	
死生観									
死後の世界観							-0.029	1.201	
死への恐怖							0.020	1.308	
解放としての死							-0.031	1.263	
死からの回避							-0.070	1.479	
人生の目的意識							0.194	1.628	***
死への関心							0.088	1.242	*
寿命観							0.023	1.462	
F値	30.81			15.40			9.98		
R ²	0.16			0.18			0.23		

注 p値は、***:0.1%水準, **:1%水準, *:5%水準でそれぞれ有意。

表3-3 看取り総得点

	標準化変数								
	モデル1			モデル2			モデル3		
	β	VIF	p 値	β	VIF	p 値	β	VIF	p 値
国籍									
フィリピン	0.174	1.572	**	0.181	5.730	*	0.251	6.039	*
インドネシア	-0.022	1.510		0.002	5.550		0.033	5.860	
ベトナム	-0.002	1.361		0.091	4.074		0.139	4.314	
属性									
年齢				-0.009	3.039		0.002	3.144	
経験年数				0.252	3.014	***	0.275	3.144	***
職種				-0.210	2.337	**	-0.148	2.400	*
社会文化的特性									
看取り経験				-0.121	1.121	**	-0.125	1.125	
死生観									
死後の世界観							0.004	1.201	
死への恐怖							-0.040	1.308	
解放としての死							-0.021	1.263	
死からの回避							-0.202	1.479	***
人生の目的意識							0.220	1.628	***
死への関心							0.034	1.242	
寿命観							-0.047	1.462	
F 値	5.90		**	8.14		***	0.19		***
R ²	0.03			0.11			8.06		

注 p 値は、***：0.1%水準、**：1%水準、*：5%水準でそれぞれ有意。

で「ケアの前向きさ」の得点に有意差がない。モデル3では、分散は19%程度まで説明率が向上する。追加で投入した変数をコントロールすると、「国籍」による違いはみられなくなった。

看取り観尺度「ケアの認識」の分析結果は、モデル1は、「国籍」だけで得点の分散の16%が説明でき、1%水準、0.1%水準で予測に有意なモデルであり、3カ国とも日本に比べて「ケアの認識」の得点が高い。フィリピン、インドネシアは0.1%水準、ベトナムは1%水準である(表3-2)。モデル2では、「国籍」がいずれも有意であった。「経験年数」「職種」が1%水準で予測に有意となった(経験年数をコントロールしても、日本の得点は3カ国よりも低い)。モデル3では分散の23%まで説明力が向上し、「国籍」はフィリピン0.1%水準、ベトナム1%水準、インドネシア5%水準、「経験年数」が1%水準、「人生の目的意識」が0.1%水準、「死への関心」が5%水準で予測に有意となった(「経験年数」「人生の目的意識」などが「ケアの認識」の得点に関連しているが、こうした変数の関連をコントロールしても、日本の得点は他の3カ国より低い)。

「総得点」の分析結果は、モデル1は、「総得点」の分散の3%しか説明できておらず、説明力は高くないが、0.1%水準で予測に有意であるという結果が得られ、フィリピンは日本に比べて「総得点」が1%水準で有意に高いことが確認された(表3-3)。モデル2では、11%まで説明率が上昇し、「経験年数」が0.1%水準で予測に有意、「職種」と「看取り経験」が1%水準で有意に差があった。国籍に関しては、フィリピンが5%水準で有意に高かった。モデル3では、19%とさらに説明力が向上する。「経験年数」「死からの回避」「人生の目的意識」が0.1%水準で有意、「国籍」に関しては、フィリピンが5%水準で有意に高かった(表3)。

Ⅳ 考 察

「ケアの前向きさ」に関しては、日本の得点が他の3カ国に比較して有意に高いことは「経験年数」「職種」「看取り経験」が関連していた。これは、「国籍」による差はなく、経験を積み重ね日々の関わりの中で、死を回避せず、人生の目的意識を持つ死生観を育むことで、看取り

ケアの態度が前向きになることを示していた。この結果は、後藤らの先行研究⁹⁾の結果と類似しており、先行研究を支持する結果となった。また、介護職員を対象とした調査¹⁰⁾では、「経験年数」「看取り経験」「死生観」の他に「スタッフと管理職の職位」「研修の受講」の差が指摘された。一般病棟の看護師の調査¹¹⁾では、臨床経験の他、「看取りケアの満足感」がある群に看取りケアの前向きさがみられたとあり、「経験の積み重ね」「職種」「職位」「研修の受講」や「満足の高いケア」が看取り観に関連することが示唆され、経験や学習によって態度形成を図ることのできる「普遍的なケア」と考えることができる。しかし、「ケアの認識」では他の3カ国に比較して、日本が有意に低い。これに関しては、国による差がみられており、経験年数の他に死生観では「人生の目的意識」「死への関心」が関係していた。この2つの変数を調整しても、日本の得点は3カ国に比較して低い。この理由は、今回用いた変数以外の要因が介在していると考えられる。前述の研究¹¹⁾においても、「ケアの認識」では、個人属性との関係は認められず、具体的な関わり方を変えることの難しさを指摘している。このことから、「ケアの認識」は個人個人の認識により差が生じる「文化的なケア」と考える。

EPAの送り手国と日本では、社会的背景として、家族構成、家族へのケアに対する捉え方、文化多様性と歴史、教育や制度などが異なっており、これらも看取り観に関連していると考えられるが、本研究では明らかにすることはできなかったため、今後の研究課題である。小川は、フィリピン人ケアギバーと日本人高齢者との関係性について分析し、ケアの概念が共有されていないことを指摘し、ケアの概念の相違、看護観、文化差や価値観の違いがあると示した¹²⁾。

これまでの研究では、保健医療専門職における異文化間ケアの課題について論じたものは少ない。本研究では、看取り観における国を越えた「普遍的なケア」と差が生じる「独自の文化ケア」があることの手掛かりを得ることができ

た。そして、文化多様性や制度との関係を検討する必要性を認識することができた。今後は、多文化意識、異文化適応に関する研究が必要であり、看護を取り巻く状況の国際化が急速に進んでいることに対する「異文化間看護」研究を発展させていく重要性があることが示唆された。

V 結 論

国ごとの看取り観の比較を行った結果、「ケアの前向きさ」に関しては、日本が有意に高く、「ケアの認識」に関しては、フィリピンの得点が他の3カ国に比べて有意に高く ($p < 0.001$)、日本の得点が他の3カ国に比べて有意に低い。「総得点」に関しては、フィリピンの得点が他の3カ国に比べて有意に高い ($p < 0.05$)。死にゆく患者に対するケアの前向きさは、「国」による差はなく、「経験年数」「職種」「看取り経験」「死からの回避」「人生の目的意識」に関連がみられた ($p < 0.01$)。ケアの認識に関しては、「国籍」「経験年数」「人生の目的意識」「死への関心」が関連要因となっていた。

謝辞

調査にご協力いただきましたEPA関係者の皆様、文部科学省科学研究（海外学術調査：「EPA送り手国と受入国の看取りケアの比較研究（H27～H29）」、挑戦的萌芽研究：「国際化に対応する看取りケア」の再構築に関する研究（H24～H26））のチームの皆様にご心より感謝いたします。

文 献

- 1) 川越雅弘. 看護師・介護職員の需要予測. 季刊社会保障研究 2009; 45(3): 24-215.
- 2) 厚生労働省. 外国人介護人材受け入れに関する検討会資料 基礎資料 (<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokuyokushougai/hokenfukushibu-Kikakuka/0000113911.pdf>) 2016. 2017.8.26.
- 3) 国際長寿センター. 日本の看取り, 世界の看取り報告書 (<http://www.ilc-japan.org/study/doc/sum>)

- mary_1001.pdf) 2010. 2017.4.30.
- 4) 包敏, 陳蓓蓓, 王杏雲, 他. 中国の高齢者終末期ケアの現状～上海・蘇州における高齢者施設のフィールド調査を通じて. 人間福祉学会誌 2013; 13(1): 11-8.
 - 5) Masumi Goto, Naoko Morita, Fumie Katagiri. Current Conditions and Worker Attitudes in End-of-Life Care for the Elderly in Korea. *Nursing and Health* 2015; 3(1): 14-21.
 - 6) 小林明子, 塚本利幸, 酒井美和, 他. 台湾の高齢者の終末期ケアに関する看取り観・死生観. 福井県立大学論集 2015; (44): 55-86.
 - 7) 中井裕子, 宮下光令, 笹原朋代, 他. Frommeltのターミナルケア態度尺度日本語版 (FATCOD-B-J) の因子構造と信頼性の検討尺度翻訳から一般病院での看護師調査, 短縮版の作成まで. がん看護 2006; 11(6): 723-9.
 - 8) 平井啓, 坂口幸弘, 安部幸志, 他. 死生観に関する研究死生観尺度の構成と信頼性・妥当性の検証. 死の臨床 2000; 23(1): 71-6.
 - 9) 後藤真澄, 三上章允, 間瀬敬子. 高齢者終末期ケアに携わる関係職種の死生観と看取り観について. 厚生指標 2014; 61(15): 28-34.
 - 10) 辻真由美, 田淵康子. 介護職員のターミナルケア態度に関連する要因の検討 個人属性及び死生観との関連. *Palliat Care Res* 2016; 11(3): 217-24.
 - 11) 大町いづみ, 横尾誠一, 水浦千沙, 他. 一般病院勤務看護師のターミナルケア態度に関連する要因の分析. 保健学研究 2009; 21(2): 43-50.
 - 12) 小川玲子. 外国人介護職と異文化間ケア, フィリピンの日本人高齢者施設の経験から. 九州大学アジア総合政策センター紀要 2009; 3: 113-5.