

<研究ノート>

在宅看取りにおける専門職の支援に関する 研究の動向と課題 -高齢者の在宅移行期の支援と在宅看取り に至る支援に焦点を当てて-

横浜国立大学大学院 環境情報学府 博士課程後期

池水 亜由美

Trends and Issues Regarding “The End of Life Care Support at Home by multiple occupations” Research

Ayumi IKEMIZU

Graduate School of Environment and Information Sciences, Yokohama National University

要旨

日本では高齢化とともに死亡者数も年々増加し、看取り先の確保が困難となっている現状がある。現在は病院での死亡率が80%を占める一方で多くの終末期医療に関する調査では、国民の約60%は治る見込みのない病気になった場合の最期を迎える場所として自宅を希望しているが、同時に最後まで自宅で療養は困難とも考えている。社会的つながりが弱い高齢者も増加しており、どこで誰に看取られていくのか、本人の希望に沿った体制作りが社会的な課題となっている。

本研究は、在宅看取りにおける専門職の支援に関する研究状況を明らかにし、その動向と課題を分析することを目的とした。先行研究をキーワード/検索式「在宅看取り」で収集し、検討を行った。検索の結果、抽出された対象文献は29件であった。全て実証研究が占めていた。アドバンス・ケア・プランニング(ACP)に基づいた支援から家族支援、医療・介護・福祉の多職種連携まで多様であり、事例検討と質的調査で探究されていた。

本研究の結果から本人の意向に添えるようACPの取り組みが多く見られ、家族の介護力がある場合に医療・介護・福祉のチームで在宅看取りに対する支援が行われていた。しかし、独居高齢者など社会的つながりが弱い高齢者に対する支援については研究の数が少なく、看取りの前からソーシャルサポートネットワークの構築をすることで在宅で最後まで過ごせる支援の充実が課題としてあげられる。

Abstract

In Japan, the number of deaths increases year by year as the population ages. The death rate in hospitals accounts for 80%, while about 60% of citizens researched desire to die in their own home. However, it is difficult to provide appropriate medical care take at home and concurrently it has become more difficult to secure a home care provider. The number of senior citizens with weak social connections is also increasing, and it has become a social problem to build a system that meets their needs regarding where they wish to be taken care of at the end of their life. This study aims to clarify the research situation and to analyze the associated trends and issues.

The literature on the end of life care support at home by multiple occupations that has been published in Japan was found using the keywords and search expression “The end of life care support at home”.

The number of subject literature extracted in this research was twenty-nine. All was empirical studies. Advance Care Planning (ACP)-based support, family support, and multi-occupational collaboration of medical care, nursing-care and welfare, all of which were explored using case studies and qualitative research methodology.

In this study, many initiatives of ACP were found to have been made to meet the needs of the individual and in the case of family care capability, support for home care was being carried out by medical and nursing care and welfare teams. However, there are few researches on the end of life care support for the elderly living alone so enhancing support for their home care remains an issue.

1. 研究背景

日本では団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年には超高齢社会が到来し、医療と介護の両方を必要とする人口が急増する。また、2016 年には約 130 万人であった死亡者数が 2025 年には約 150 万人に増加すると見込まれている¹。これは同時に多死社会も到来し、看取り先の確保が困難となることを意味している。

厚生労働省の「人口動態統計」²によると亡くなる場所はそれまで 8 割以上の方が自宅で亡くなっていたが、1976 年には病院と逆転し、現在はおよそ 80% を病院が占める。一方で終末期医療に関する調査³では、国民の約 60% は治る見込みのない病気になった場合の最期を迎える場所として自宅を希望しているが、同時に最後まで自宅での療養は困難であるとの結果が示されている。国民の意識調査はこの看取る場所について、実際と国民の意向とずれが生じている現状を示している。

看取りが病院化されてきた中で、身近に死を経験したことがない人々が増え、自宅で最期を過ごしたいと希望しても本人や家族に知識はなく、介護力も低下しているため、困難と感じてしまう状況が起きている。そこで国は重度な要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムをそれぞれの地域の現状に応じた実現をすすめている⁴。このシステムの中で行われる在宅の看取りにおいて、療養を支える家族や親族、地域住民だけではなく、医師、看護師、医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャー、介護士など医療・介護・福祉の専門職がそれぞれの組織において横断的にチーム形成をし、協働しながら一人一人の高齢者を個別的に柔軟に支援していくことが求められている。

しかし、長年、医療の現場では「治す医療」に主軸が置かれ、専門職の縦断的な関わりで看取りのあり方が決まることがあり、現在は地域包括ケアシステムが掲げる「治し支える医療」への変換の過渡期であるといえる。在宅看取りも一部の熱意のある専門職が牽引してきたこともあり、専門職の在宅看取りに対する関心や知識にはばらつきがある。チーム形成の在り方や地域に展開されていく手法はそれぞれが

模索しており、今後も多くの研究が取り組まれていくことが期待されている。

また、その専門職の支援の中で意思決定支援、アドバンス・ケア・プランニング (ACP) が果たす役割はますます重要になっている。終末期にある本人や家族は意識がはっきりしていない状態や葛藤や不安の中で残りの人生をどう生きたいか、重大でかつ困難な選択を迫られることになる。ACP は将来の意思決定能力の低下に備えて、本人の意向をかなえるために話しあうプロセス全体を指すものとされている⁵。厚生労働省も 2018 年に「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」⁶を策定している。人生の最終段階における医療・ケアの在り方は「医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて医療・ケアを受ける本人が多専門職種(医療・介護従事者)から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則」とされている。本来は終末期に至る前にこの ACP が徐々に行われている状況であれば、時間が限られていることや状態が厳しい中での選択とはならない可能性があるが、現状では終末期となってから直面することが多い。そのような中でも医療・ケアチームとの話し合いは「本人の意思は変化しうるもの」として、本人のあいまいで揺れる気持ちはいつでも表出でき、そのまま受けとめて共有されていく支援のプロセスが繰り返され求めている。このような専門職が行っている支援に関して、その実際の動向と課題を考察していくことはどうすれば自宅で最期を迎えたいというニーズに合致し、高齢者のクオリティ・オブ・デスについては QOL を高めることにつなげられるのかについて明らかにすることができる。

さらに家族や地域といった社会的つながりが弱い独居の高齢者も増加しており、どこで誰に看取られていくのか、本人の希望に沿った体制作りといった社会的な課題の解消に対しても貢献できると考える。

2. 研究目的

本研究では、在宅看取りにおける専門職の支援に関する研究の動向と課題を明らかにすることを目的と

して系統的文献レビューを行った。

3. 研究方法

専門職の在宅看取り支援に関する先行研究を調査するために国立情報学研究所が運営する学術情報データベース「CiNii」の検索エンジンを用いて論文検索を行った。キーワード/検索式は「在宅看取り」とし、検索期間は2009年から2018年の10年間を対象として、2019年2月から9月まで実施した。選択基準としてはキーワードを含む学術論文、原著論文等を採用し、二次・三次文献や講演・会議録、実践・活動報告、重複論文等は除外した。本研究では、特に高齢者の在宅看取りにおける専門職の支援について焦点化したいため、小児分野と専門職の支援に分類されない内容に関してはその他として除外した。さらに地域包括ケアシステムにおいて「在宅」の定義は、『「在宅」とは現役世代から住んでいる自宅に限定されるものでなく、介護が必要になっても住み続けることができる集合住宅などに住み替えることも含んだ広義の概念である』⁷とされているが、本研究では集合住宅等での看取りは含まず、「在宅」とは「現役世代から住んでいる自宅」を指すものとした。「在宅看取り」は上林ら(2016)が定義した「有料老人ホーム、高齢者住宅や特別養護老人ホームなどを含めない在宅、すなわち自宅での看取り」⁸を意味するものとして採用した。また、在宅看取りに至るプロセスにおいて、支援内容を急性期の治療が安定して病院から在宅へ移行する期間の支援を「在宅移行支援」、在宅で過ごす期間の支援を「在宅継続支援」とした。

分析方法はGarrard(2012)⁹のマトリックス方式を参考に行った。具体的には、15のトピックス(論題、著者、刊行物、出版年月、研究種類、テーマ、専門職種、背景、目的、調査対象、調査方法、調査結果、考察の成果と限界、今後の課題、支援内容)を項目立てして、レビュー・マトリックスを作成した。トピックごとに縦列的に文献の内容を精読し、在宅看取りの支援に関する動向と今後の課題を分析して考察した。

4. 結果

4.1 文献の概要

国内で公表された「在宅看取り」に関する先行文

献を収集し、抽出された対象文献は151件であった。2009年～2018年までの10年間を研究数が年間数件であった第1期(2009年～2012年)、年間10数件に増えた第2期(2013年～2015年)、年間20～30数件に増加した第3期(2016年～2018年)の3つのグループに細分化して、それぞれの動向や特徴など検討を加えることとした。文献件数は経年につれて増加傾向であった。

選考基準に則り、対象文献を精査した結果、第1期(2009年～2012年)は22件の内、実践・活動報告12件、講演・会議録2件、総説2件、小児1件、その他1件で18件が除外条件に該当し、4件の文献を採択した。第2期(2013年～2015年)は43件の内、実践・活動報告23件、講演・会議録3件、総説3件、小児1件、その他3件、重複文献1件で34件が除外条件に該当し、9件の文献を採択した。第3期(2016年～2018年)は86件の内、文献研究2件、実践・活動報告43件、講演・会議録7件、総説5件、小児1件、その他11件、重複文献1件が除外条件に該当し、16件の文献を採択した。膨大に実践や活動の報告がされていたが、最終的に条件を満たした文献29件を対象として採択した。

Garrard(2012)のマトリックス方式を参考にして文献一覧表を作成した。(表1)

研究テーマは概要から最も適していると考えた「家族支援」、「在宅看取りの実態」、「多職種連携・地域連携」、「在宅看取りへの準備」、「在宅看取りの困難感」、「意思決定支援」、「地域の文化的影響」の7つのテーマに分類した。

「家族支援」については7件あり、在宅看取りケアを主介護者として支える家族の現状から家族にとっての意味が考察されていた。がん終末期高齢者世帯に対する家族支援と介護サービスを受けながら在宅看取りケアを支える家族の現状についてや第3期には介護体験に焦点をあてて在宅看取りを経験した介護者のプロセスをたどって、家族への支援が検討されるようになっていた。終末期がん療養者の満足な在宅看取りを行った配偶者の介護体験から満足できる看取りとはなんであるのか、在宅看取りを実現するための支援方法の一つとして家族介護者へのセルフマネジメントについて研究されていた。

テーマの中で「在宅看取りの実態」に関する研究

が 10 件と最も多く、各年代で見られた。専門職が所属する組織の中で在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション、病院型在宅医療での実態について論じられていた。その中でも訪問看護師による実態が多かった。対象疾患と世帯状況については、独居がん症例、85 歳以上の超高齢者などがん疾患と超高齢者、独居について触れられていた。在宅で看取られた現状と在宅看取りを希望せず病院で亡くなった症例についての比較や訪問看護師の地域包括ケアシステムにおける看取り支援について、がん患者が望んだ場所で療養することを実現するために症状コントロールや急変時の経過と対応について言及されているものもあった。在宅看取りのプロセスを時系列にして分析したものも見られた。

「多職種連携・地域連携」のテーマは 3 件あり、訪問看護ステーションと在宅療養支援診療所との連携の実態、診療所の在宅医療の実態から地域連携の課題、在宅看取りケアにおける多職種連携に関する地域的な課題があげられていた。

「在宅看取りへの準備」については 2 件あり、介護者の不安に対して「看取りのパンフレット」を用いて効果を明らかにすること、在宅看取りの準備教育について訪問看護師の役割が明らかにされていた。

「在宅看取りの困難感」については 1 件で訪問看護師の在宅看取りの支援時の困難感が述べられていた。

「意思決定支援」については第 2 期から見られるようになり、5 件あった。その内 2 件で高齢者の在宅看取りにおける訪問看護師の倫理的意思決定のプロセスが述べられていた。また、別に訪問看護師による意思決定支援も 1 件見られた。疾患別では非がん患者へのアドバンス・ケア・プランニング (ACP) のプロセスと具体的支援について在宅看取りを可能にした家族の意思決定プロセスを辿ったものがあった。

「地域の文化的影響」を検討する文献が 1 件あり、在宅看取り支援に関わる専門職のサポートにおける地域の文化的影響について検討されていた。

研究方法の種類は 29 件の全てが実証研究であった。

調査研究手法の内訳は 29 件中、半構造化インタビュー (半構成的面接、半構造化面接) が 11 件と最も多く、その次にアンケート調査 (質問紙調査、

質問紙郵送調査、自己記入式アンケート調査、自記式質問紙調査) が 9 件であった。その他は事例研究が 4 件、症例集積研究が 3 件、混合研究 (アンケート調査と半構造化インタビュー、症例集積研究と聞き取り調査) が 2 件であった。

研究の分析方法の内訳は半構造化インタビュー (半構成的面接、半構造化面接) の 11 件の質的分析の内、逐語録による分析 1 件、語りの抽出からカテゴリー化した分析 1 件、逐語録からカテゴリー化した分析 2 件、逐語録を帰納的に分析し、カテゴリー化によって仮説生成型の分析 1 件、M-GTA を用いた分析 1 件、逐語録から共通している内容を抽出して分析した研究 1 件、質的帰納的分析 1 件、カテゴリー化した分析 1 件、質的演繹的内容分析法 1 件、影響に着目して分析した研究が 1 件見られた。

アンケート調査 (質問紙調査、質問紙郵送調査、自己記入式アンケート調査、自記式質問紙調査) の 9 件の量的分析の内、SPSS を用いた分析が 6 件と最も多かった。内訳としては t 検定と χ^2 検定による分析が 3 件、因子分析と一元配置分散分析と重回帰分析による分析 1 件、クロス集計と χ^2 検定と一元配置分散分析、Tukey HSD 法による多重比較分析 1 件、因子分析と一元配置分散分析が 1 件であった。その他として単純集計による分析が 2 件、 χ^2 検定と Fisher の直接確立法を用いた分析が 1 件見られた。

事例研究の 4 件の内 2 件は分析方法に関する記載がなかったが、1 件は看護記録からデータの抽出による経過と要因の分析、1 件は逐語録による質的分析でナラティブ・アプローチを用いていた。

症例集積研究の 3 件で 2 件は分析方法に関する記載がなかったが、1 件はエクセル 2013 による量的分析を用いて行われていた。

混合研究の 2 件の内、アンケート調査に関しては量的にクロス分析して行い、半構造化インタビュー調査は逐語録による質的分析を行っていた。もう 1 件の症例集積研究に関しては分析方法に関する記載がなかったが、聞き取り調査は語りの抽出から質的に分析していた。

表 1 では特に高齢者の在宅看取りに向けて、どの専門職がどのような支援を行ったかについて調査結果や考察の成果から支援内容を在宅移行支援や在宅継続支援として区分けした。以下でその点に焦点

を当てて各期の文献の動向について述べていく。
4.2 第 1 期(2009 年～ 2012 年) の文献の動向

この時期には、2009 (平成 21) ～ 2010 (平成 22) 年の「地域包括ケア研究会報告書 - 今後の検討のた

表1 在宅看取りに関するレビュー・マトリックス

No.	著者・出版年	テーマ	専門職種	目的	調査対象	調査方法	調査結果	考察の成果と限界	支援内容
1	杉野さやこ、古賀友之、西垣千春 (2009)	在宅療養や在宅看取りが家族にとっての意味【家族支援】	医療ソーシャルワーカー	在宅看取りを可能にする条件や在宅療養における課題を明らかにする	自宅あるいは病院で亡くなった患者の家族	アンケート調査 (クロス分析) とインタビュー調査	看取り場所に影響を与える要因は患者、家族の希望、病院の場合は症状の変化が影響していた	在宅療養において代替介護者の存在や家族ケアに重点を置いたサポートが重要である	在宅移行支援、在宅継続支援
2	藤川あや、小林恵子、飯吉令枝、平澤明子 (2011)	訪問看護ステーションにおける在宅療養支援診療所の連携の実態【多職種連携・地域連携】	訪問看護師	訪問看護ステーションにおける在宅療養支援診療所の連携の実態を明らかにする	訪問看護ステーションの管理者	質問紙郵送調査 (量的分析)	訪問看護ステーションは90%以上が24時間対応していたが、在宅死亡率は在宅療養支援診療所から指示を受けている方が有意に高かった	在宅療養支援診療所との情報共有と意見交換の内容の9割は本人の症状、病状で本人や家族の意向や看取りに対しては半数以下であった	在宅継続支援
3	若林和枝、湯沢八江 (2011)	訪問看護ステーションが行なった在宅での看取りの実態【在宅看取りの実態】	訪問看護師	在宅での看取りの実態を疾患別 (がんと非がん) に死亡日前から死亡日までの訪問看護の提供状況を合計時間と合計回数から比較検討する	訪問看護ステーションの管理者と臨終に立ち会った訪問看護師	質問紙郵送調査 (量的分析)	訪問看護ステーションでは1ヶ月間に平均1.6 (±1.2) 人の看取りを行っていた。疾患別に比較した所、年齢、利用期間、提供時間に有意差が認められた	在宅と訪問看護師が共に家族への精神的な支援を行っていない必要がある。訪問看護師は特に関心患者の進行する症状への予測や処置とともに家族への対応に多くの労力と時間を割いている実態が明らかになった	在宅継続支援
4	北畑美津子、古林典子、藤本久英 (2012)	介護者の不安に対する「看取りのパンプレット」の効果【在宅看取りへの準備】	訪問看護師	「看取りのパンプレット」の効果を確認し、今後の終末期看取りの示唆を得る	在宅看取りを行なった末期患者の介護者	半構成的面接 (質的分析)	看取りのパンプレットを配布することで不安が軽減した介護者がいた	パンプレットを配布したことで状態の変化がイメージでき、患者の変化に適切に対応できるようになった効果が見られた。しかし、不安の程度と比較・検討は事例が少ない	在宅継続支援
5	秋山英紀、武林亨 (2013)	診療所による在宅医療の実施状況の実態と課題【多職種連携・地域連携】	医師	診療所による在宅医療の実施状況の把握と課題の認識を明らかにする	診療所	質問紙調査 (量的分析)	地域の看取りは在宅療養支援診療所の届け出を行っていない診療所が24時間体制を構築して支えている	看護・介護に関わる他職種とのカンファレンスの実施割合が高く、地域連携、多職種連携の重要性が示唆された	在宅継続支援
6	佐藤美英、加藤晴子、片倉直子 (2013)	がん終末期の高齢者世帯に対する看取りまでの支援【家族支援】	訪問看護師	在宅療養継続が困難と判断された終末期の利用者、介護者、家族に訪問看護が看取りまで支援した経過を振り返り、在宅での看取りを可能にした要因を明らかにする	訪問看護ステーションの利用者とその家族	事例研究	利用者と家族は話し合う中で在宅で過ごしたいという思いを支えたいと気持ちの変化があり、その変化の時期に合わせて病状安定のための利用者支援と家族への支援と突発的な事象に対応した支援を行っていた	家族の「利用者の意思を尊重したい」という気持ちを支える看護が重要である。病状安定への関わりに加え、家族間調整の役割も重要である。看護職の関わりが家族自身の持つ力を引き出し、家族それぞれが役割を果たすことにつながり、在宅で看取るまでに至った。しかし、本事例のみの研究であるため、一般化するには限界がある	在宅移行支援、在宅継続支援
7	石川美智 (2013)	在宅看取りに携わる訪問看護師の困難感【在宅看取りの困難感】	訪問看護師	在宅看取りに携わる訪問看護師が臨終期に困難と捉えた経験を明らかにする	訪問看護ステーションの訪問看護師	半構成的面接 (質的分析)	在宅看取りを希望する療養者・家族を支える関わりを軸とし、臨終を見届けた働きかけの不足が早期ながらも緊急対応をとっていた。しかし、個々の努力はどうかすることもできない、意外な死の成り行きを気に病む様子も見られた	看護職の困難感を解消するためには専門的な知識・技術、連携・調整、臨終の場における法的課題があげられた。しかし、在宅看取り率が低い地域であること、研究協力の経験者に差があり、結果に反映している可能性が指摘されていた	在宅継続支援
8	市原利晃、佐藤浩平、後藤和也	在宅看取りの現状と在宅看取りを希望せず病院で亡くなった症例について検討【在宅看取りの実態】	医師	在宅療養を経験した終末期患者のうち、在宅看取りの現状のまとめと在宅看取りを希望せず、病院で亡くなった症例について検討	在宅療養を経験した終末期患者	症例集積	死亡場所は自宅が最も多いが、福祉施設での看取り症例が増加していた。また、再入院となった理由は家族の希望が最も多かった	介護力の低下や病院のベッドの減少傾向から、福祉施設を在宅療養の選択肢の一つとして発展させる必要がある。その後の不安が解消できるよう早期からの在宅医療への切り替えが信頼関係を強め、在宅看取りを可能にする要因となる	在宅移行支援、在宅継続支援
9	川上 理子 (2014)	高齢者の在宅看取りにおける訪問看護師の倫理的意識決定のプロセス【意思決定支援】	訪問看護師	訪問看護師が高齢者の在宅看取りで出会う価値の対立や不確かな状況がどのようなものかを明らかにする	高齢者の在宅看取りに関わった経験のある訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師	質問紙調査 (量的分析)	在宅看取りにおいて、「生命維持に関わる医療処置の選択」が求められる状況、および選択に対する「優先度への感受性のずれと迷い」のある状況で、倫理的意識決定の必要性を認識していた	選択に対する「優先度への感受性のずれと迷い」のある状況については、経験の豊かな看護師のほうが倫理的意識決定を必要だと認識している割合が低かった	在宅継続支援
10	三上ゆみ、堀本英子、道野由香里、目谷美加、米井千夏 (2015)	介護サービスを受けながら在宅看取りを支援する家族の実態【家族支援】	ケアマネジャー	A県中山間地域における在宅介護の看取りを支える家族の実態を調査し、結果から地域ごとの介護ニーズを明らかにし、今後の看取り支援を考察する	在宅介護サービスを受けながら自宅での看取り介護を過去2年間に経験した家族	自己記入式アンケート調査 (単純集計)	①自宅ですべてではなく遠いながら最終は病院や施設へゆだねるケースが多くなる②医療的な管理のための往診、訪問看護の利用の割合が高く、家族はいつでも急変に大きな不安、葛藤を抱えている③在宅を選択する理由は本人・家族の希望が多く、支えるものは家族の協力、福祉サービスの利用が大きく影響する④サービス提供者は家族の相談できる相手として大きな役割を担っている	家族は大きな不安を抱えているため、医療的な対応を強く求めている。地域格差をなくし安心して介護サポートの充実に課題である。また介護者は自身の健康にも不安を抱えて介護を支えており、サービスの拡充とまだ利用していない家族には介護サービスが浸透することが望まれる	在宅移行支援、在宅継続支援
11	秋山正子 (2015)	地域包括ケアにおける看取り【在宅看取りの実態】	訪問看護師	在宅看取りの実現を推進するために必要なことを在宅看取りの事例のプロセスで明らかにする	訪問看護における在宅看取りの事例	事例研究	老衰の経過ではフレイル (虚弱状態) の考え方も言及でき、残される家族も納得のいく見送り方ができる。在宅看取りの経験者は、自宅以外の生活の場での看取りの推進にも参考となる	できるだけ住み慣れた地域で暮らし続けることを支援するには地域包括ケアが実際に稼働する地域をつくる必要がある。そのため窓口として「暮らしの保健室」は実践しつつ、働きかける機関として発展してきた	在宅移行支援、在宅継続支援
12	崎崎崎泰子 (2015)	在宅看取りにおける意思決定支援【意思決定支援】	看護師	在宅医療に関してセカンドオピニオン事例を通して意思決定支援の一助になることを期待する	在宅医療に関するセカンドオピニオン事例	事例研究	どのような状況下でも患者・家族の多様な価値観を尊重する中で意思決定支援は行われるものである。価値観への配慮もなく、ベルトコンベア式にスタートする在宅医療の現場は、その場場を喪失している	意思決定支援者としての看護師は患者自身がどう生きたいかを可能な限り表現できるように症状コントロールに努め、本人や家族と関係者の共通認識を維持するためのコーディネーションを行うことが求められる	在宅移行支援、在宅継続支援
13	高橋文、山田和夫、清水多恵子 (他) (2015)	病院型在宅医療提供の実態【在宅看取りの実態】	医師	訪問診療の導入後5年余りが経過し、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所を有する病院型在宅医療の実態を把握する	訪問診療患者	症例集積研究 (量的分析)	経過中、死亡続した112例の導入開始年齢は、65歳以上の高齢者がおよそ9割を占め、患者の主たる疾患は悪性新生物であった。訪問看護回数と訪問期間の分析から、訪問期間に比して訪問看護利用回数が多い患者群は自宅ではなく、病院で終結する傾向が見られた	在宅診療開始した高齢者は終末期患者の割合が高く、急変時いつでも入院が可能であるという保証のもとに在宅医療サービスが導入された。訪問期間が短い訪問看護回数が多い患者群は、病状が重くかつ不安定であり、家族の不安や介護力が追いつかず、病院で終結する傾向がある。一方で期間が長く、利用回数が多い患者は慢性疾患で症状コントロールがされ、介護力も高く、在宅看取りとなる傾向がある	在宅継続支援
14	橋本孝太郎、鈴木雅夫、田中宗雄、矢野順子、岩淵良枝、須田たくみ、池田恵子、田中嘉章、田中純一 (2016)	がん患者が望んだ場所で療養することを果たすために症状急変時の経過と対応【在宅看取りの実態】	医師	在宅療養中の終末期がん患者における致死性の出血事例を調査する	在宅緩和ケアを提供し死亡したがん患者のうち、致死性の出血が契機となった患者	症例集積	いずれも出血発症時は医療者が立ち会えず、6例は自宅死亡、1例は止血目的に入院したが入院中に死亡した。6例は致死性の出血より24時間以上前に同部位の出血エピソードがあった。医療者が止血を試みたもの、止血薬を投与したものの、鎮静薬を投与したものはそれぞれ1例ずつであった。自宅死亡の6例は事前に在宅看取りの意向を確認していた	在宅療養中の終末期がん患者において、致死性の出血を起こした場合には対応は限られており、事前から導き出される見通しについて話し合っておくことの重要性が示唆された。単施設の症例集積研究であり、一般化しているとはいえない。	在宅継続支援
15	鶴若麻理、大橋実穂、角田ますみ (2016)	非がん患者へのACPのプロセスと具体的支援【意思決定支援】	訪問看護師	在宅看取りを支援する訪問看護師による高齢者の意向確認のタイミングと援助的分析を通して、アドバンス・ケア・プランニングのプロセスと具体的支援を考える	65歳以上で同居の家族がいる非がんの事例で3年以上の訪問看護経験者	ガイドを用いた半構造化面接 (質的分析)	訪問看護師が意向確認をする在宅ケア開始時、日々のケア、身体状況の変化、終末期、家族からの介護負担、家族の十分な介護力の状況とタイミングが抽出され、繰り返し意向確認が行われていた。看護師は意図的に働きかけるだけでなく、思いから意向を引き出すタイミングに努めていた。看護師は関係性に対して支援を行い、療養者の意向や希望を第一に意思決定を促すようサポートし、エンドオブライフケアの提供を行っていた	ACPを支援する看護師にとって、日常のケアを大切にし、医学的知識に裏打ちされたアセスメントから導き出される見通しや、信頼を築き療養者や家族の意思を表出させるためのコミュニケーションが重要であると示唆された	在宅移行支援、在宅継続支援

16	上林孝豊、小笠原文雄、田貫武彦、白井耀子、小笠原真雄 (2016)	在宅看取りを行った独居高齢者に対する在宅緩和ケア【在宅看取りの実態】	医師	在宅看取りを行った独居高齢者に実施していた在宅緩和ケアの実態を調査する	在宅看取りを行った独居の高齢者	症例集積と聞き取り調査 (量的分析)	独居の中には天涯孤独のものから、家族支援が得られるもので様々な形態があり、支援の程度にはかなりの差がある実態がある。在宅緩和ケアを行うには往診、訪問看護のみでなく、生活を支援する公的、非公的サービスを積極的に活用していた	高い在宅看取り率を確保することができていると評価された。在宅緩和ケアに精通した医師、看護師がチーム医療のもとで介護福祉サービスやボランティアと積極的に連携を図りながら在宅緩和ケアを提供していることにある。単一施設の数例でのレトロスペクティブであるため、他に当てはまらない可能性がある	在宅継続支援
17	福河幸代 (2016)	在宅看取りを可能にした家族の意思決定のプロセス【意思決定支援】	訪問看護師	在宅看取りを可能にした事例を取りあげ、家族の語りを中心にその家族の語りからどのように介護の場の意思決定プロセスに関わっているのかを明らかにする	医療者と家族の支援を受けて在宅で看取りを可能にした家族	半構造化面接によるインタビュー調査 (質的分析)	在宅看取りを可能にした家族の語りから、介護の場の意思決定過程への関与者は、被介護者、介護者、家族、親族、知人、職場の人、家族会の非専門職者で病院の医師、看護師が専門職者であった。可能にした要因は、両親・配偶者の介護体験や介護が必要な状態の認識があること、介護の場を選択して調整し、決定できたことがあげられた	介護の場の意思決定プロセスで地域性を考慮した人的・経済的・制度との調整がその後の在宅療養における緊急時の対応を容易にすることが示された	在宅移行支援
18	相田幸子、谷口里江、橋本陽子、松浦和夫、大谷愛子、植村小夜子 (2016)	在宅介護と看取りを経験した介護者の支援【家族支援】	訪問看護師	看取り後の介護者にインタビューを行い、看取りまでの介護者の思いと在宅介護で望む支援を明らかにする	在宅介護を経て看取りを経験した介護者	半構造化面接 (質的分析)	介護者の思いと在宅介護で望む支援を示すカテゴリとして、【在宅介護・看取りに繋がる覚悟】【要介護者との絆】【一人ではない安心感】【正しい病状理解と症状コントロール】【看取り経験】が抽出された。【在宅介護・看取りに繋がる覚悟】【要介護者との絆】は要介護者と介護者間との感情要因であり、【一人ではない安心感】【正しい病状理解と症状コントロール】は介護者が望む支援要因が集約され、【看取り経験】は感情要因と支援要因が共通していた	介護者の持ち備えている要介護者への感情と支援者による充実した在宅看取り経験に影響を及ぼすと考えられた。対象者が少数なため、すべての思いと望む支援の一般化は難しいが、在宅と病院での比較検討も有効であると示唆された	在宅継続支援
19	福河幸代 (2017)	在宅看取りをどのように行ったかの時系列的分析【在宅看取りの実態】	訪問看護師	親を在宅で看取った女性の事例からどのように在宅看取りを可能にしたのかを明らかにする	在宅で看取りをした介護者	事例研究 (ナラティブ・アプローチ)	親を自宅に引き取る時から看取るまでを3つの時間に区分した。父親の病院死からさきよまない断絶が起こり、家族の関与に変化があった。娘が主介護者となり、訪問サービスを利用し、在宅ケアチームを自ら調整して作成した。その後、サービスに不満をもち訪問看護師とケアマネジャーの変更をすることによって、満足のいく在宅看取りを実現していた	長い介護と在宅看取りには母親による病院死の拒絶⇒という意思決定とAさんの主介護者の覚悟が必須だった。介護の始まりから在宅ケアチーム形成⇒を行い、医療と介護のサービスを利用した。しかし、サービスの質が問われ、最終的にAさんの「調整力」によって介護に余裕ができた、在宅の「看取り」に満足⇒につながった	在宅移行支援、在宅継続支援
20	尾形由起子、岡田麻理、棟直美、野口忍、山下清香、松尾和枝、眞崎直子、三徳和子 (2017)	終末期がん療養者の満足な在宅看取りを行った配偶者の介護体験【家族支援】	訪問看護師	終末期がん療養者の満足な在宅看取りを行った配偶者の体験を明らかにする	療養者の希望に沿った在宅で看取りを行った配偶者	半構造化面接 (質的分析 M-GTA)	満足な在宅看取りを行った配偶者の介護体験は「在宅療養の選択と意思決定」と「終末期がん療養者のための主体的介護」の段階がみられた。体験を分析して配偶者の主体的な介護プロセスが浮上した	配偶者は、療養者の望む生き方を尊重しながら、医療者の支援を得る主体的な介護を行い、継続させ、在宅看取りに至っていた。介護の経験を通して、自らの生き方を意味づける支援や意思決定を促していくための多職種が協働し支援していくことが必要である。しかし、非がん療養者や配偶者以外の家族による在宅看取りにおいては適用には限界がある	在宅移行支援、在宅継続支援
21	藤原琴子 (2017)	在宅看取りにおける主介護者の体験過程と家族支援【家族支援】	訪問看護師	在宅で看取った介護者の体験の語りから、「在宅看取りの過程」、「在宅看取り後の過程」を明らかにし、「在宅看取りにおける家族支援について検討する	訪問看護を利用した在宅で看取りを行った介護者	半構造化面接による聞き取り調査 (質的分析)	「在宅看取りを選択する過程」では、療養者にとって望ましいことが家族間で統一されていた。「在宅看取りの過程」では困難を解決することで覚悟が揺らぐことがなく、看取りの期間を長くは思っていなかった。「在宅看取り後の過程」では、主体的に看取った体験によって遺族ケアを必要とせず、日常生活を送ることができた	家族の「自ら主体的に看取りを成し遂げようとする力」が明らかになった。「家族のつながり」と「日常生活を続ける力」を見出し、育むことの必要性が示唆された。その力を軸として在宅療養に関わる専門職同士が協働して家族を支援していくことが求められた	在宅移行支援、在宅継続支援
22	刺持桂子、江川美穂、吉村こずえ (2017)	在宅看取りの準備教育と訪問看護師の役割【在宅看取りへの準備】	訪問看護師	在宅医療を受けていた主介護者の在宅看取りに対する気持ちと訪問看護師の役割を明らかにする	在宅看取りを経験した半年以上経過した主介護者	半構造化面接によるインタビュー調査 (質的記述的研究)	療養者から在宅での療養への希望と介護、在宅看取りの経験が主介護者の意思決定に影響していた。主介護者にとって準備教育を開始する適切な時期は看取りの同意書の確認後であった。主介護者はパンフレットを用いた準備教育だけでなく、訪問看護師からの声かけが支えになっていた	訪問看護師は共に考え、主介護者の経験を把握し、気持ちを受け止めるが意思決定の支援をしていくことが求められている。主介護者が必要とする準備教育を行い、現状を受け入れられるように支援していくことが大切である	在宅移行支援、在宅継続支援
23	尾形由起子、棟直美、小野順子、吉田恭子、杉本みづね、岡田久美子、岡田麻理 (2017)	在宅看取り実現のためのセルフマネジメントに対する支援方法【家族支援】	保健・福祉・医療関連の多職種 (在宅医、訪問看護師、病棟看護師、介護支援専門員、ソーシャルワーカー、保健師)	家族介護者が在宅見取りの実現に向けてのセルフマネジメント力を発揮するための支援方法を検討する	保健・福祉・医療関連の多職種 (在宅医、訪問看護師、病棟看護師、介護支援専門員、ソーシャルワーカー、保健師)	半構造化面接 (質的分析)	「在宅看取りを選択肢としてもちたいかどうか」を夫婦間で確認すること(を支援する)、「在宅看取りを選択肢として考え退院のタイミングをつかむ(ことができるようになる)」、「かかりつけ医に在宅で看取りを選択する際に訪問看護の存在が重要であることを知っておく(ようにする)」、「在宅看取りを行う上で必要な情報をもつ(ことができるようにする)」、「自分(家族介護者)の介護サポートとなる社会資源が活用できる(ようにする)」、「家族しかできないことがあること(に気付くようにする)」というコードが明らかになった	入院時から在宅での療養のイメージを持てるように多職種の援助を求め、医療の継続が図れるように退院移行時にそれぞれの職種の機能に対する理解を促していく。日々の介護の中ではフォーマルなサポートとインフォーマルなサポートを合わせた支援方法を提示し、家族ならではの貴重な時間を得ることになるなどの効果をおわせて伝える。在宅療養で家族介護者がセルフマネジメントを発揮するためには、場面に応じた支援を受ける必要がある。2つの地域に限定された多職種の支援方法の検討にとどまることがあげられた	在宅移行支援、在宅継続支援
24	岡野由里子、田中耕太郎 (2017)	在宅の看取りケアにおける地域的な課題【多職種連携・地域連携】	クリニック医師、訪問看護師、介護支援専門員、医療ソーシャルワーカー	福岡市中央区で地域包括ケアシステムを推進するために医療・介護・福祉の専門職4職種が当面している在宅の看取りケアにおける地域的な課題を検証する	クリニック医師、訪問看護師、介護支援専門員、医療ソーシャルワーカー	アンケート調査 (量的分析 SPSS統計解析)	在宅の看取りケアにおける地域的な課題は専門職の看取り支援の経験・実践不足と24時間対応可能なサービス体制の不備であり、独居・老々・認知の介護への支援とそれを支えるために必要な多職種連携の不十分さであった	在宅看取りを実現するためには、①専門職が看取りの支援について学習機会を持ち自発的な活動や研修の実施、②地域のつながりを補う新たなサービスのシステム化、③看取りという事に対する地域の理解を促進するための啓発活動、④専門職の顔みえるネットワークの形成が必要である	在宅移行支援、在宅継続支援
25	坂口治、佐藤貴久、丹山延成、森幸太郎、新谷より介 (2017)	85歳以上の超高齢者の在宅看取りの可能性【在宅看取りの実態】	医師	救急センターに搬送された、85歳以上の院内心肺停止(OHCA)症例を検討し、自宅で見取れた可能性を探る	85歳以上のOHCAおよび80~84歳の目のないOHCA	アンケート調査 (量的分析 SPSS統計解析)	85歳以上のOHCA症例で目撃のあるOHCA群の自己申告再帰ROSC率は37.1%であったのに対し、目撃のない場合は1.9%であった。また、家族の2/3は自宅での看取りを希望していた	目撃のない85歳以上のOHCA症例は自宅での看取りは可能であるが、そのためには医師・患者・家族間のアドバンス・ケア・プランニングによる意思統一や地域医療連携ネットワークシステム作りが重要である	在宅継続支援
26	川上理子 (2017)	高齢者の在宅看取りにおける訪問看護師の倫理的な意思決定のプロセス【意思決定支援】	訪問看護師	高齢者の在宅看取りにおける訪問看護師の倫理的な意思決定のプロセスで「倫理的な意思決定における分析」はどのような因子構造と特徴をもち、看護者の要因とどのような関連があるかを明らかにし、課題を明確にする	高齢者の在宅看取りに関与した経験のある訪問看護師	質問紙調査 (量的分析 SPSS統計解析)	高齢者の在宅看取りにおいて、訪問看護師は「状況に関与する主観的・客観的事実の把握」、「状況に関与するものを明確にする権限の考慮」、「状況の整理による倫理的決定の性質と内容の明確化」、「状況が存在する場の社会的実施の探求」を行っていた。影響要因としては「訪問看護経験」や「在宅看取り頻度」という訪問看護師の経験があった	在宅での看取りは生活の場のケアであること、看取りという生命を扱う倫理的な側面を持っていることから社会的な意味を考へる事が重要である。在宅看取り頻度の高い訪問看護師はケアを実施するだけでなく、それが意味するところを認識していること、今後の予測などの情報をきちんと伝えることを重要だと捉えていた	在宅移行支援、在宅継続支援
27	清水民枝、田城幸 (2018)	訪問看護利用者の最期に関する実態調査【在宅看取りの実態】	訪問看護師	在宅看取りを希望する訪問看護利用者が、主治医が不在でも検死にならず、安心して安楽に最期を迎えられるように、検死に至った事例の背景、原因を明らかにし、今後の課題を探る	訪問看護ステーション管理者	日記式質問紙調査 (単純集計、意味内容ごとに分類)	検死に至った背景には高齢の非がん利用者が多く、同意を得る段階の前に急な病状変化で死に至っていた	急変時の対応は事前にかかりとした情報提供や主治医と訪問看護の連携体制の構築やマニュアルの見直しが行われる。主治医が不在でも看護士との連携で検死を防ぐ可能性がある。24時間対応体制は患者家族の満足度は高いが、看護士の負担軽減も考慮する必要がある	在宅継続支援
28	大賀有記、木戸寛子、小原眞知子、福山和友 (2018)	在宅看取り支援に関わる専門職のサポートにおける文化的影響について【地域の文化的影響】	ソーシャルワーカー	独居高齢者を含めた在宅支援を行うCLSC Rene-Cassinのホームケアチームにおけるソーシャルワーカー、およびチームメンバーに対するサポート体制を明らかにする	CLSC Rene-Cassinのソーシャルワーカーとスーパーバイザー	半構造化インタビュー (質的演繹的内容分析法)	支援の社会的な位置を構成する地域文化サブシステムがソーシャルワーカーの役割行為と連動していることが明らかになった。地域文化サブシステムが特に専門職の思考およびサポート体制に大きな影響を与えていた	支援の社会的な位置を構成する地域文化サブシステムがソーシャルワーカーの役割行為と連動していることが明らかになった。地域文化サブシステムが特に専門職の思考およびサポート体制に大きな影響を与えていた	在宅移行支援、在宅継続支援
29	藤原千秋 (2018)	訪問看護による在宅看取り支援【在宅看取りの実態】	訪問看護師	診療所における在宅看取りにおいて、訪問看護師が療養者や家族にどのように関わり、その経験から終末期ケアについてどのように思考したのか、訪問看護や訪問診療の実践が地域住民にどのような影響を与えたのかを明らかにする	訪問看護師	半構造化インタビュー (質的分析)	訪問看護師は「療養者主体」の医療の提供、意思決定支援、療養者家族の希望に沿ったケアの実践を重視していた	在宅看取りは地域住民の日常的な健康管理と連続した医療の提供のひとつであり、外来診療や訪問の積み重ねによって構築された信頼関係が在宅看取りに生かされていることがわかった	在宅移行支援、在宅継続支援

めの論点整理」の中で「地域包括ケアシステム」は「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」と定義されている¹⁰。

実務では、現在においても「地域包括ケアシステム」は在宅看取りの動向を検討するにあたり、大きなトピックスであるが、この期間では研究への直接の影響は見られなかった。

専門職の内訳は急性期病院の医療ソーシャルワーカー（MSW）が1件、3件は訪問看護ステーションの訪問看護師によるものであった。

研究テーマは「家族支援」が1件で在宅療養や在宅看取りが家族にとっての意味（杉琴他 2009）¹¹、「多職種連携・地域連携」が1件で訪問看護ステーションにおける在宅療養支援診療所との連携の実態（藤川他 2011）¹²、「在宅看取りの実態」が1件で訪問看護ステーションが行った在宅での看取りの提供実態（若林他 2011）¹³、「在宅看取りへの準備」が1件で介護者の不安に対する「看取りのパンフレット」の効果（北畑他 2012）¹⁴が取り上げられていた。

専門職の支援として、杉琴（2009）はまず病院の退院支援をする中で在宅療養や在宅看取りを選択することに影響を与える要因は患者、家族の希望であり、病院で亡くなった場合は症状の変化が影響していることを明らかにしていた。在宅療養の選択には家族ケアに重点を置いたサポートが必要であり、代替介護者の存在や緊急時には入院できる施設を確保しておくことが家族の安心感につながるとしていた。今後は必要なケアを見極め、状況に応じて支援を導入できる医師やソーシャルワーカーの育成の必要性が指摘されていた。藤川（2011）は在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションとの情報共有と意見交換の内容の9割が病状についてであり、本人や家族の意向や看取りに対しては半数以下であったとし、今後は療養者と家族のQOLを高めるために積極的に意向や看取りに関する支援を連携していく必要があるとしていた。若林（2011）は訪問看護師が家族への対応に多くの労力と時間を割いている実態があり、在宅医と訪問看護師が共に家族への精神的な支援を行って

いく必要があると述べた。北畑（2012）は訪問看護師の支援として看取りのパンフレットを配布したことで介護者が状態の変化をイメージでき、適切な対応に結びついたとしていた。

4.3 第2期（2013年～2015年）の文献の動向

この時期に2007年に厚生労働省から発表されていた「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」が、2015年「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」へと改定された。これは「終末期」とは医学的判断に基づいた身体の状態の判定であったのが、「人生の最終段階」は医学的側面だけ決まるものでなく、人生を生きている人間全体に注目した概念であるとされた¹⁰。また、2014年にはこのプロセスガイドラインに則って「人生の最終段階における医療体制整備事業」が開始され、人生の最終段階における医療にかかる適切な相談体制のあり方を検討し、その体制を整備することを目的に行われるようになった¹⁰。実務のこの変化を受けて、意思決定支援や人生の最終段階への注目が高まり、研究数の増加につながったと考えられる。

専門職の内訳は総合病院の医師が1件、クリニック・診療所の医師が2件、訪問看護ステーションの訪問看護師が4件、介護支援専門員（ケアマネジャー）が1件、看護師の医療コーディネーションが1件であった。

研究テーマは「多職種連携・地域連携」が1件で診療所による在宅医療の実施状況と地域連携の課題（秋山他 2013）¹⁵、「家族支援」が2件でがん終末期の高齢者世帯に対する看取りまでの家族支援（佐藤他 2013）¹⁶と介護サービスを受けながら在宅看取りケアを支える家族の現状（三上他 2015）¹⁷、「在宅看取りの困難感」が1件で在宅看取りに携わる訪問看護師の困難感（石川 2013）¹⁸、「在宅看取りの実態」が3件で在宅看取りの現状と在宅看取りを希望せず病院で亡くなった症例検討（市原他 2013）¹⁹、訪問看護師の地域包括ケアにおける看取り（秋山 2015）²⁰、病院型在宅医療提供の実態（高橋 2015）²¹、「意思決定支援」が2件で高齢者の在宅看取りにおける訪問看護師の倫理的意決定のプロセス（川上 2014）²²と在宅看取りにおける意思決定支援（嵯峨崎 2015）²³と多岐にわたっていた。

専門職の支援としては、秋山 (2015) は診療所では看護・介護とのカンファレンスの実施割合が高く、多職種連携・地域連携の重要性が示唆され、地域連携の体制の構築と課題の解決が QOL やケアの質に役立つかどうかの検討が必要とした。佐藤 (2013) は訪問看護師の関わりが家族自身の持つ力を引き出し、家族の役割を果たすことで在宅看取りにつながったとし、看護師の意図的な支援を適宜展開することが必要と述べた。石川 (2013) は訪問看護師の困難感の解消には専門的な知識と技術、連携と調整、臨終の場の法的課題をあげて、学習会の開催や看取りについて話しあう場で連携の実態を明らかにすることや看護師による死亡確認ができるよう制度上の改善を求めた。知識や技術が取得できる学習の機会の確保や多職種同士で看取りについて話しあう場や看護師による死亡確認ができるようになることが困難感の解消につながるとしていた。

市原 (2013) は死亡場所は自宅が最も多いが、福祉施設での看取りが増加していることに触れて家族の不安が解消できるよう早期から在宅医療に切り替えることで心のケアにつながり、信頼関係を強めて在宅看取りを可能にできると指摘した。川上 (2014) は在宅看取りのケアは倫理的側面があり、関係調整やマネジメント、意思決定支援が必要であり、ベテラン看護師の倫理的意思決定のプロセスを明らかにする必要があるとした。三上 (2015) は家族が大きな不安と自身の健康にも不安を抱えているため、医療的なサポートの充実とサービスの拡充を課題としてあげた。また、介護サービスに結びついていない家族の現状についてサービス提供側の把握と家族の思いを検討していく必要性について述べた。秋山 (2015) はできるだけ住み慣れた地域で暮らし続けることを支援するためには地域包括ケアが実際に稼働する地域をつくる必要であり、その窓口として「暮らしの保健室」の実践と発展について述べ、地域包括ケアシステムの推進は高齢者だけではなく、すべての生きづらさを抱えた人々に必要であり、地域づくりへつながることに期待していた。嵯峨崎 (2015) は意思決定支援者としての看護師は患者自身がどう生きたいかを表現できるよう症状コントロールに努め、本人と本人が望む関係者の共通認識を維持するためのコーディネーションを行うことが求められると示唆し

た。また、患者や家族の思いや価値観よりも医療者の経験値や価値観の優位性についても指摘していた。高橋 (2015) は病院型在宅医療では訪問診療、訪問看護から入院、転院、看取りまで切れ目なく提供できるが、在宅医療の質を上げ、良質な療養環境が提供できる病院となることを今後の課題としてあげていた。

4.4 第 3 期(2016 年～ 2018 年) の文献の動向

2018 年に厚生労働省は「人生の最終段階の医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」として見直し、本人の意思決定を基本として、医療職だけでなく、介護職も多職種のチームの一員として話し合いを重ねることが明記された⁶。研究も一つの専門職だけでなく、多職種のチームに焦点を当てた研究が見られるようになってきた。

専門職の内訳は総合病院の医師が 1 件、クリニック・診療所の医師が 2 件、訪問看護ステーションの訪問看護師が 10 件、ソーシャルワーカーが 1 件、多職種のチームとして在宅医師、訪問看護師、病棟看護師、介護支援専門員、ソーシャルワーカー、保健師のグループが 1 件、クリニック医師、訪問看護師、介護支援専門員、医療ソーシャルワーカーのグループが 1 件見られた。

研究テーマは、「在宅看取りの実態」が 6 件で在宅終末期がん患者が望んだ療養場所を実現するために症状急変時の経過と対応 (橋本他 2016)²⁴、在宅看取りを行った独居がん症例に対する在宅緩和ケアの実態 (上林他 2016)²⁵、在宅看取りの時系列の分析 (桶河 2017)²⁶、85 歳以上の超高齢者の在宅看取りの可能性 (坂口他 2017)²⁷、訪問看護利用者の最期に関する実態調査 (清水他 2018)²⁸、訪問看護による在宅看取り支援 (齋藤 2018)²⁹ であった。「意思決定支援」は 3 件で非がん患者への ACP のプロセスと具体的支援 (鶴若他 2016)³⁰、在宅看取りを可能にした家族の意思決定のプロセス (桶河 2016)³¹、高齢者の在宅看取りにおける訪問看護師の倫理的意思決定のプロセス (川上 2017)³²、「家族支援」が 4 件で在宅介護と看取りを経験した介護者の支援 (和田他 2016)³³、終末期がん療養者の満足な看取りを行った配偶者の介護体験 (尾形 2017)³⁴、在宅看取りにおける主介護者の体験過程と家族支援 (齋藤 2017)³⁵、在宅

看取り実現のための家族介護者のセルフマネジメントに対する支援方法(尾形他 2017)³⁶であった。「在宅看取りの準備」は1件で在宅看取りの準備教育と訪問看護師の役割(剣持他 2017)³⁷、「多職種・地域連携」も1件で在宅看取りケアにおける多職種連携に関する地域的な課題(図師他 2017)³⁸、「地域の文化的影響」も1件で在宅看取り支援に関わる専門職のサポートにおける文化的影響(大賀他 2018)³⁹が取り上げられていた。

専門職の支援に関しては、橋本(2016)は在宅療養中の終末期がん患者においては事前に出血時の対応について家族と話し合っておくことの重要性を示した。鶴若(2016)は非がん患者へのACPを支援する看護師にとって、日常のケアを大切に、医学的知識から裏打ちされたアセスメントから導き出される見通力と信頼を築いて療養者や家族の意思を表出させるためのコミュニケーション力が重要であると示唆し、今後はACPのプロセスを明らかにしていくことが課題であると述べていた。上林(2016)は高い在宅看取り率を確保するためには緩和ケアに精通した医師、看護師がチーム医療のもとに介護福祉系サービスやボランティアと積極的に連携を図りながら在宅緩和ケアを提供することであると述べた。桶河(2016)は介護の場における意思決定プロセスでは地域性を考慮した人的、経済的、制度との調整がその後の在宅療養でおこる急変時の対応を容易にすることが示唆された。和田(2016)は介護者の持ち備えている要介護者への感情と支援者による充実した在宅支援が看取り経験に影響を及ぼすと明らかにした。

桶河(2017)は長い介護と在宅看取りには本人の意思決定と主介護者の覚悟が必須であり、在宅ケアチームを形成して医療と介護のサービスを利用していたが、サービスの質が問われ、主介護者の調整力で余裕ができ、在宅の看取りに満足できたことが明らかになった。尾形(2017)も配偶者は療養者の望む生き方を尊重しながら、医療者の支援を得て主体的な介護を行い、継続させ在宅看取りに至った。介護の経験を通して自らの生き方を意味づけする支援が必須であり、意思決定を促していくためには多職種が協働して支援していくことが必要であるとした。齋藤(2017)も家族が自ら主体的に看取りを成し遂げようとする力を明らかにし、在宅療養に関わる専門

職同士が協働して家族のつながる力や日常生活を送り続ける力を見出し、育むことができるよう支援していく必要があるとしていた。剣持(2017)は訪問看護師が主介護者と共に考え、経験を把握し、気持ちを受け止めながら意思決定の支援をしていくことが必要であると述べた。さらに主介護者が必要としている準備教育を行い、現状を受け入れられるように支援していく必要があり、療養者と主介護者の両者を支援し、身近な存在として信頼関係を築いていくことが大切であるとした。尾形(2017)は多職種との調査から在宅での療養のイメージを持てるように入院時からの多職種の援助が必要であるとし、退院移行時にそれぞれの職種の機能に対する理解を促しておくことも必要であると指摘した。多職種の支援を受け、終末期までの在宅療養におけるプロセスの中で家族介護者がセルフマネジメントを発揮するためにはプロセスに応じた支援を受ける必要があるとした。図師(2017)も多職種への調査で在宅看取りの実現には専門職の自発的な学習や地域のつながりを補う細やかなサービスのシステム化、地域の看取りの理解の促進、専門職の顔のみえるネットワークの形成が必要であると示した。坂口(2017)は85歳以上の院外心肺停止症例も自宅での看取りも可能であるが、医師・患者・家族間のアドバンス・ケア・プランニングによる意思統一や地域医療連携ネットワークシステム作りが重要であるとした。川上(2017)は在宅での看取りは生活の場のケアであり、生命を扱う倫理的な側面があるとした。看護師はケアを実施するだけでなく、社会的な意味を考えることや今後の予測などの情報をきちんと伝えることが重要であると捉えていた。

清水(2018)は急変時の対応では事前の情報提供や主治医が不在でも死亡確認が可能となるよう主治医と訪問看護の連携体制の構築やマニュアルの見直しが検死を防ぐ可能性があるとした。しかし、24時間対応体制は患者家族の満足度は高いが、看護師の負担軽減も必要であるとしていた。大賀(2018)は死の捉え方自体に文化的影響が大きく、看取り支援や緩和ケアに関わる専門職には地域文化を十分考慮したサポートをすることが必要であると指摘した。齋藤(2017)は在宅看取りは地域住民の日常的な健康管理と連続した医療の提供のひとつであり、外来診

療や訪問の積み重ねによって構築された信頼関係が在宅看取りに生かされると明らかにした。

在宅看取りにおける専門職の支援に関する研究の動向を測るために各期における経年変化を研究テーマと支援内容から抽出した。(表2)

結果として、在宅看取りの実態を明らかにすることに多くの研究が行われていたが、家族支援や意思決

表2 各期における研究テーマと支援内容の内訳

		第1期 (4件)	第2期 (9件)	第3期 (16件)	全体 (29件)
研究テーマ	家族支援	1	2	4	7
	在宅看取りの実態	1	3	6	10
	多職種連携・地域連携	1	1	1	3
	在宅看取りへの準備	1	0	1	2
	在宅看取りの困難感	0	1	0	1
	意思決定支援	0	2	3	5
	地域の文化的影響	0	0	1	1
支援内容	在宅移行支援	0	0	1	1
	在宅継続支援	3	4	5	12
	在宅移行支援+在宅継続支援	1	5	10	16

から見出された専門職の支援に関して、在宅看取りに向けた在宅移行期の支援と在宅看取りに至る継続支援について考察していく。

5.1 在宅移行支援について

在宅移行支援のみ言及していたのは桶河(2016)の研究だけであったが、在宅移行支援を踏まえて在宅継続支援につなげていった研究は16件見られている。在宅看取りに向けた在宅移行支援は、入院中の病院で治療の選択だけではなく、どこでどのように過ごしたいのかといった意思決定支援を基に希望する場所への退院支援が行われている。専門職は本人や主介護者とこれまでの生活課題への対処の仕方や病気や介護、死に対する経験等で本人、家族がそもそも持っている力を把握し、気持ちを受け止めながら時間が限られている中で意思決定の支援をしていくことが求められている。その支援は療養者と主介護者の両者に向けられ、入院した時からすぐに多職種がチームで関わることで療養生活のイメージが持てるように働きかけをしていた。在宅移行時にはそれぞれの専門職の役割や機能が理解されていることで問題や不安への解決の糸口ができ、その後の

定支援も増加傾向にあることがわかった。支援内容からは在宅看取りに至る支援のプロセスが在宅で過ごす期間の支援にとどまらず、急性期から移行期への支援を踏まえた連続して行われる支援として捉えられていることがわかった。

5. 考察

ここでは3つの時期に注目しながら文献のレビュー

地域の専門職に引き継がれる支援に大きく影響する。この時期に本人や家族の不安に向き合い、葛藤に気づき、共に考えてサポートするという姿勢を示すことができないと容易に本人の望まない場所への療養の選択を促してしまうことになる。第1期で杉琴(2009)が指摘していたように在宅療養への移行時には本人の希望はもとより家族ケアとして家族へのサポートが大きな影響を与える。介護者に負担が集中しないように代替家族者を探しておくことや何かあったらすぐに受け入れできる入院や施設を提示しておくことで状況を見極め、どんな状況にも対応できるような下支えを想定して整えていくことが求められる。このように柔軟に対応できる力を持った専門職の育成の重要性を指摘していると考えられる。

第2期で佐藤(2013)も訪問看護師が行った家族支援の重要性を明らかにしていた。支援には継続的な支援、時期に応じた支援、突発的な支援の重要性が述べられていたが、専門職は援助技術として家族をエンパワメントする力、タイミングを見極める力、突発的なことが起きても冷静に対処する力が求められているといえる。移行時に家族が抱える不安を解消するためには市原(2013)や三上(2015)が指摘する

ように医療的支援への早めの切り替えやサービスの拡充を図ることで家族との信頼関係を築き、家族の力を強めて在宅看取りを可能にする環境作りをしていく必要がある。嵯峨崎 (2015) も意思決定支援にはまずは症状コントロールで本人が自分の思いを表出できるようにすることとしていたが、専門職にとってまずは本人自身に語ってもらうことができるようにする働きかけが求められている。専門職は経験に照らしてしまったり、価値観を押しついたりする一方的なパターンリズムに陥らないようあくまでも伴走者としての認識を常に意識化していくことも重要である。

第 3 期に入るとさらに意思決定支援であるアドバンス・ケア・プランニング (ACP) が大きなテーマになっていた。鶴若 (2016) も指摘していたように ACP では見通す力とコミュニケーション力を専門職の援助技術として身につけておくべきものである。桶河 (2016) は意思決定プロセスでは地域性を考慮した人的、経済的、制度との調整がその後の在宅療養でおこる急変時の対応を容易にするとし、医療的なサポートの十分な土台のうえに援助関係を円滑に構築しながら急変を予測した統合的な支援が専門職には求められているといえる。さらに齋藤 (2017) が指摘したように主介護者が満足できる看取りを実現するためには、本人の意思決定と主介護者の覚悟は必須の要件であり、主介護者が主導した調整力が在宅の看取りへの満足度につながるとしていた。意思決定を促していくためには家族が自ら主体的に看取りを成し遂げようとする力を掘り起こす支援が必要となる。これはあくまでも意思決定支援の主体は本人、家族であり、専門職は本人、家族の力を整理し、引き出して発揮できるようなエンパワメント機能や時間を作り出すタイムマネジメントが重要であることを示している。

地域性という観点で大賀 (2018) は死の捉え方自体に文化的影響が大きいとし、看取り支援や緩和ケアに関わる専門職には地域文化を十分考慮したサポートをすることが必要であるとしていた。今後の課題として在宅移行支援時にその地域の文化や死生観を踏まえて支援をしていく意識は専門職に欠かせない視点であると考えられる。

なお、海外の文献レビューでは、高齢者の終末期にかかる意思決定を行う家族の判断基準や判断材料、意思決定への影響要因が国外で蓄積されてきて

いる⁴⁰。海外とは文化が異なるため、一概には適用できないが、国内ではガイドラインが制定されたことで注目が集まり、近年研究数が増えているため、今後日本でも明らかにされ、知見を蓄積していく必要がある。また、諸外国では本人の意思が最重視され、患者の権利や事前指示書に関する法律が制定されているが、わが国では事前指示書の意義は認めるも書面に残すという行為に心理的負担が伴うこと、医療・ケアチームとの丁寧な話し合いを望んでいることが明らかになっている⁴¹。

これらのように家族が主介護の役割を十分発揮し、それを専門職が支援できた場合、満足できる看取りにつながっていくと言えるが、家族のサポートが十分でない、もしくは家族がいない独居の高齢者の場合、移行時の意思決定支援から本人の強い希望だけが軸となり、終末期の在宅療養が選択肢となりづらい現状もある。

5.2 在宅継続支援について

在宅継続支援は支援に注目した文献は全部で 12 件あり、在宅移行支援から在宅継続支援までの文献は 16 件であった。在宅移行を経て看取りに至るまでの間、在宅療養をどのように過ごすことができたかによって、人生の最終段階の QOL に大きく影響する。治療や療養が主目的である病院と違い、在宅は生活の場で患者家族が主体となって医療や介護はあくまでも生活の一部である。専門職は病状が変化していく看取り期に向けた支援として、家族が不安や介護疲れを解消し、在宅療養を継続できる方法を検討していた。さらに時期を経ていくと在宅移行支援時からどうすれば本人や家族が在宅療養の主体となるのか、意向を引き継いだ連続した支援へと意識が変化してきていた。

第 1 期の頃は藤川 (2011) の指摘したように診療所と訪問看護ステーションとは医療的なやりとりや情報のみが中心であり、本人や家族の価値観や死生観などが絡む意向や看取りについての専門職の関心がまだ少なかった状況を示していたと考える。しかし、一方で若林 (2011) は訪問看護師が家族への対応に多くの労力と時間を割いている実態を明らかにし、かけがえのない家族を看取る介護者の不安が軽減するよう積極的に精神的な支援を行い、在宅看取りに

において重要な役割を果たしていた。また、同じ訪問看護師の北畑 (2012) は死に対する知識や経験の取得が難しい現在の社会を鑑みて、介護者に看取りに向けた状態の変化をわかりやすく伝わるようパンフレットを作成した所、看取りのイメージが進み、適切な対応に結びついた効果を示していた。専門職は病状への対応だけでなく、社会の理解の度合いに応じてそれぞれが直面している状況を可視化できる工夫が在宅療養を安定して継続するために求められているといえる。

第2期では、石川 (2013) は訪問看護師が抱える在宅看取りに関する困難感について述べていたが、専門職が質の高い支援を恒常的に継続させていくことは困難を伴うものである。専門職自身がエンパワメントできる手立てや仕組み作りを検討していくことも支援の継続には有効である。川上 (2014) が指摘するように在宅看取りのケアは死に直面するという倫理的側面があり、専門職が多職種で協働する中でそれぞれが倫理的な課題として共有し、どのように対処したのかを明らかにする場を設けることは支援のプロセスを評価し、次の支援に成果をフィードバックさせることができる。特に経験を積んだ専門職が対処した倫理的意思決定のプロセスを共有できるとそれぞれのキャリアに応じた専門職の教育の場として機能すると考える。同時に秋山 (2015) が述べていたように専門職の支援を常時切れ目なく提供できるようにしていくためには、地域ごとにその地域に住む人々が希求するサービスを独自にシステム化していくことも求められている。専門職が集う場で経験知が積み重ねられ、新たな資源の創生までつなげていくことも重要である。

第3期では、家族や介護者の支援について、介護体験のプロセスから研究したものが多く見られるようになってきた。和田 (2016) は介護者の要介護者への感情と支援者による充実した在宅支援が看取り経験に影響を及ぼすと明らかにしていた。桶河 (2017) も在宅看取りには在宅ケアチームによる医療と介護のサービスの質を主介護者自身が計り、調整することで余裕ができ、在宅の看取りに満足できたことが明らかになった。尾形 (2017) も配偶者は療養者の望む生き方を尊重しながら、医療者の支援を得つつ、主体的な介護を行って在宅看取りに至っていた。介

護者のそれまでの介護経験を通して自らの生き方を振り返り、意味づけできるとそれを基にして意思決定をできるような多職種の支援が必要であるとしていた。齋藤 (2017) も家族が自ら主体的に看取りを成し遂げようとする力を明らかにし、在宅療養に関わる専門職同士が協働して家族のつながる力や日常生活を送り続ける力を見出し、育むことができるよう支援していく必要があるとした。これらは家族の主体性を中心に専門職の下支えの支援が結果として満足した在宅看取りにつながったことを示している。家族のグリーフ・ケアの観点からも悔いのない看取りを意識することも重要である。

また、がん患者の在宅看取りと非がん (難病) 患者の在宅看取りとは病気の軌道ががんのように急激なものから、比較的症状がゆるやかに徐々に落ちていくため長期にわたる非がん疾患との間には支援に違いが出るのが明らかになった。橋本 (2016) は在宅療養中の終末期がん患者は急変時の対応について事前に家族と話し合っておくことの重要性を示唆していたが、急変時に家族が慌てず、今後起こることの予測を丁寧に伝えていくことは家族の無用な混乱を防ぐことに有効である。独居高齢者の在宅看取りを取り上げた上林 (2016) は高い在宅看取り率を確保するためには緩和ケアに精通した医師、看護師がチーム医療のもとに介護福祉系サービスやボランティアと積極的に連携を図りながら在宅緩和ケアを提供することであると述べた。これは独居高齢者の在宅看取りはフォーマル、インフォーマルサービスを駆使した多面的にマネジメントする支援がないことにはなし得ないことを表している。

在宅療養が継続し、看取りの実現のために剣持 (2017) は主介護者が必要としている準備教育を行う中で現状を受け入れられるような支援と信頼関係が構築できると述べ、尾形 (2017) は家族介護者がセルフマネジメントを発揮するためにはプロセスに応じた支援を受ける必要があるとした。川上 (2017) は在宅での看取りは生活の場のケアであること、生命を扱う倫理的な側面があり、その社会的な意味を考えることについて言及していた。専門職はケアやサービスを提供するだけでなく、それが社会的にはどんな意味を持つのか、実施していることや今後の予測などの正確な情報についてタイミングを逃さずに本人

や家族にわかりやすく言語化して伝える役割を果たすことが求められているといえる。

第 2 期でも述べてきたように在宅看取りを実現するためには専門職に対するサポートシステム作りも欠かせない。図師 (2017) は専門職の自発的な学習や地域のつながりを補う細やかなサービスのシステム化、地域の看取りの理解の促進、専門職の顔の見えるネットワークの形成が必要であると示唆していた。清水 (2018) は急変時の対応では事前の情報提供や連携体制の構築やマニュアルの見直しについて述べたが、24 時間対応体制は患者家族の満足度は高いが、看護師の負担軽減も必要であるとした。大賀 (2018) もサポートの方法としてスーパービジョンやコンサルテーション、チームカンファレンスで死生観を取り上げていく必要があるとした。どれも地域の資源である専門職を守りながら育成していくことは支援の質を高めていくために早急に取り組んでいく必要がある。

6. 結論

本研究の結果から、在宅看取りに関する文献は主として家族支援、在宅看取りの実態、多職種連携・地域連携、在宅看取りへの準備、在宅看取りの困難感、意思決定支援、地域の文化的影響の 7 つのテーマに分類されることが明らかになった。今後さらに増加すると予測されている在宅看取りの実現のために高齢者の自宅で最期を過ごしたいという希望に沿えるよう本人や家族が持つ力を下支えしながらどこでどのように過ごしたいかという意思決定支援を行い、在宅移行の支援に取り組んでいた。在宅移行支援は専門職の価値観や経験を優位にさせることなく、本人の意向や価値観を中心に本人や家族が持つストレスが引き出せるよう援助技術を用いて支援を構築することが重要であることが明らかになった。また、在宅看取りへの準備を着々と行い、多職種が協働して連携し、時期を逃さないように在宅の療養が継続できる支援を行っていた。在宅継続支援は主体である本人、家族に伴走しながら不安や負担を少なくし、先を予測しながら後悔のない在宅看取りの実現を目指して行われていた。専門職は時に在宅看取りに困難感を感じ、地域や専門職の死生観を踏まえた影響を受けながら支援を行っていた。専門職自身

がエンパワメントできる育成の場が重要であり、その場を通して地域の特有の文化を踏まえて不足している資源の創出を図り、地域へと還元して新しい在宅看取りの文化を循環させて根付かせていくことも求められている。しかし、独居高齢者など社会的なつながりが弱い高齢者に対する支援については研究の数が少なく、独居であっても希望すれば在宅で看取られることができるようにさらにソーシャルサポートネットワークのシステムの構築をいかにすることができるか、在宅で最期まで過ごせる支援の充実と拡大が課題としてあげられる。

引用文献

1. 朝日新聞 2018 年 1 月 26 日朝刊.
2. 厚生労働省「人口動態統計」(2016)
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii10/dl/s03.pdf> (2020 年 8 月 29 日)
3. 厚生労働省「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」(2018), 49.
https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf (2020 年 8 月 29 日)
4. 厚生労働省「地域包括ケアシステム」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/#:~:text= (2020 年 8 月 29 日)
5. 国立長寿医療研究センター HP
<https://www.ncgg.go.jp/hospital/overview/organization/zaitaku/eol/acp/acp.html> (2020 年 8 月 29 日)
6. 厚生労働省 (2018)「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf> (2020 年 8 月 29 日)
7. 地域包括ケア研究会 (2010)『地域包括ケア研究会報告書』三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング, 37.
8. 上林孝豊・小笠原文雄・田實武弥・臼井曜子・小笠原真雄 (2016)「自施設において在宅看取りを行なった独居がん症例に対する在宅緩和ケアの

- 実態調査』『日本在宅医学会雑誌』17(2), 5(139)–10(144).
9. Judith, Garrard (2012) Health sciences literature review made easy The matrix method third edition, (= 安部陽子訳 (2012) 『看護研究のための文献レビュー マトリックス方式』医学書院.
10. 公益社団法人日本医療社会福祉協会 公益社団法人日本社会福祉士会編(2017)『保健医療ソーシャルワーク –アドバンスト実践のために–』中央法規, 120, 145, 299.
11. 杉琴さやこ・古賀友之・西垣千春 (2009) 「終末期における在宅療養の課題」『社会学研究』27(1), 9–16.
12. 藤川あや・小林恵子・飯吉令枝・平澤則子 (2011) 「新潟県内の訪問看護ステーションと在宅療養支援診療所の連携の実態」『新潟医学会雑誌』125(9), 11–12.
13. 若林和枝・湯沢八江 (2011) 「在宅がん患者と非がん患者の看取りに行われた訪問看護の提供実態 –死亡 7 日前より死亡日までに提供された訪問看護時間および回数からの一考察」『日本在宅ケア学会誌』15(1), 62–69.
14. 北畑美津子・古林典子・藤本久美 (2012) 「在宅末期癌患者の主介護者の不安に対する「看取りのパンフレット」の効果: 遺族を対象として調査」『日本看護学会論文集地域看護』42, 135–138.
15. 秋山美紀・武林亨 (2013) 「在宅医療の担い手としての診療所機能の現状と効率的な療養支援のための地域連携の課題」『医療と社会』23(1), 3–11.
16. 佐藤明美・加藤晴子・片倉直子 (2013) 「終末期在宅看護における家族支援: 高齢者世帯の在宅療養継続に関する一考察」『日本看護学会論文集』地域看護 43, 23–26.
17. 三上ゆみ・畑本英子・道繁由香里・日谷美加・米井千夏 (2015) 「介護サービスを受けながら在宅看取りケアを支える家族の現状: A 県中山間地域におけるアンケート調査から」『新見公立大学紀要』36, 53–58.
18. 石川美智 (2013) 「在宅看取りに携わる訪問看護師が臨終期に困難と捉えた経験」『ホスピスケアと在宅ケア』21(3), 296–302.
19. 市原利晃・佐藤浩平・後藤和也 (2013) 「在宅看取りの現状と検討」『ホスピスケアと在宅ケア』21(3), 323–325.
20. 秋山正子 (2015) 「訪問看護の実践からみた地域包括ケアにおける看取り: 予防から看取りまで、地域の中で最期まで生きることを支える」『医療と社会』25(1), 71–85.
21. 高橋文・山田和美・清水多恵子 (他) (2015) 「総合内科による訪問診療導入後の病院型在宅医療の診療情報分析」『診療情報管理: 日本診療情報管理学会誌』26(4), 64–71.
22. 川上理子 (2014) 「高齢者の在宅看取りにおいて訪問看護師が捉える『価値の対立や倫理的に不確かな状況』」『高知女子大学看護学会誌』40(1), 41–51.
23. 嵯峨崎泰子 (2015) 「『在宅看取り』偏重時代の意思決定支援の課題: 在宅医療のセカンドオピニオン事例に学ぶ (特集訪問看護の意思決定支援: いつ何をどう行なうことなのか)」『訪問看護と介護』20(2), 138–143.
24. 橋本孝太郎・鈴木雅夫・田中宗雄・矢野順子・岩淵良枝・須田たくみ・池田恵子・田中嘉章・田中純一 (2016) 「在宅終末期がん患者における致死的出血事例の検討」『Palliative Care Research』11(1), 506–509.
25. 上林孝豊・小笠原文雄・田實武弥・臼井曜子・小笠原真雄 (2016) 同上
26. 桶河華代 (2017) 「いかに在宅看取りが選ばれるのか: 親の病院死と在宅死を経験した女性の語りから」『Core Ethics: コア・エシックス』13, 235–246.
27. 坂口治・佐藤貴久・片山延哉・森幸太郎・新谷りょう介 (2017) 「85 歳以上の院外心肺停止症例の検討 自宅で看取れた可能性について」『救急医学』41(11), 1533–1538.
28. 清水民枝・田城孝 (2018) 「在宅看取りを希望する訪問看護利用者の最期に関する実態調査について: 訪問看護利用者が検死とならないために」『新潟県看護協会看護学会集録』, 94–96.
29. 齋藤千秋 (2018) 「訪問看護による在宅看取り支援: 過疎地域在宅療養支援診療所の事例から」『地域と住民: コミュニティケア教育研究センター年報』

- (2), 11-18.
30. 鶴若麻理・大桃美穂・角田ますみ (2016)「アドバンス・ケア・プランニングのプロセスと具体的支援ー訪問看護師が療養者へ意向確認するタイミングの分析を通してー」『生命倫理』26 (1) , 90-99.
31. 桶河華代 (2016)「在宅看取りという『選択』: 介護の場の意味決定過程をめぐる事例分析」『Core Ethics : コア・エシックス』12, 37-49.
32. 川上理子 (2017)「高齢者の在宅看取りにおける訪問看護師の倫理的意思決定: 倫理的意思決定の必要な状況での分析に焦点をあてて」『高知女子大学看護学科誌』43(1), 46-57.
33. 和田幸子・谷口里江・橋本陽子・松浦和美・大谷愛子・植村小夜子 (2016)「看取りまでの介護者の思いと在宅介護で望む支援」『人間看護学研究』(14) , 1-8.
34. 尾形由起子・岡田麻理・楳直美・野口忍・山下清香・松尾和枝・眞崎直子・三徳和子 (2017)「終末期がん療養者の満足な在宅看取りを行った配偶者の介護体験」『日本地域看護学会誌』20(2), 64-72.
35. 齋藤琴子 (2017)「在宅看取りにおける主介護者の体験過程と家族支援の検討」『新潟看護ケア研究学会誌』3, 37-46.
36. 尾形由起子・楳直美・小野順子・吉田恭子・杉本みぎわ・阿部久美子・岡田麻理 (2017)「終末期がん療養者の配偶者による在宅看取り実現のためのセルフマネジメントに対する支援方法の検討ー多職種フォーカス・グループインタビューの結果より」『福岡県立大学看護学研究紀要』14, 41-47.
37. 剣持桂子・江川美穂・吉村こずえ (2017)「主介護者の意向に沿った在宅看取りの準備教育と訪問看護師の役割-主介護者へのインタビュー調査からー」『新潟県看護協会看護学会集録』, 55-57.
38. 凶師由里子・田中耕太郎 (2017)「都市における在宅看取りケアに関する研究ー福岡師中央区の多職種連携アンケート調査からー」『医療ソーシャルワーク研究: 日本医療ソーシャルワーク学会誌』(7), 40-44.
39. 大賀有記・木戸宣子・小原眞知子・福山和女 (2018)「在宅看取り支援に関わる専門職サポートにおける文化的影響: カナダ・ケベック州モントリオール市 CLSC Rene-Cassin のホームケアチームの緩和ケア活動から」『人間発達学研究』(9), 19-41.
40. 加藤真紀・武田恵子 (2017)「高齢者の終末期にかかる家族の意思決定に関する文献レビュー」『日本看護学会研究雑誌』40 (4) , 685 - 694.
41. 篠田道子・原沢優子・杉本浩章・上山崎悦代 (2018)『多職種で支える終末期ケアー医療・福祉連携の実践と研究ー』中央法規 , 252.