

# 在宅看取りを促進する要因と阻害する要因の検討： ケアマネジャーの視点からの質的研究

安部公崇<sup>1) 2) 3)</sup>，阿部路子<sup>4)</sup>，金子惇<sup>2) 4) 5)</sup>，マイク D. フェターズ<sup>6)</sup>，鳴本 敬一郎<sup>2) 4)</sup>，  
井上真智子<sup>2) 4)</sup>

## 要旨

目的：ケアマネジャーの視点から非がん患者を含めた在宅看取りの促進要因と阻害要因を検討する。

方法：静岡県山間部で在宅看取り事例を担当した8名のケアマネジャーへ半構造化面接を行った。

結果：テーマ分析から「患者本人の希望」「家族の意向・状況」「介護者を取りまく人間関係」「病状と余命の認識」「医療職・介護職との連携」「経済的事情」を抽出した。家族間の協力関係が促進要因である一方、退院時の在宅介護の情報提供不足や、予後予測が難しい場合の介護者の疲弊や経済的負担が阻害要因であった。

結論：在宅医療従事者には、退院支援時の病院医療者との連携強化と、余命の認識を介護家族と適切に共有することが求められる。

キーワード：在宅見取り，ケアマネジャー，多職種連携，介護者負荷，退院支援

## Facilitators and barriers to continuing end-of-life care at patients' home : a qualitative study on care managers' perspective

Koshu Abe<sup>1) 2) 3)</sup>，Michiko Abe<sup>4)</sup>，Makoto Kaneko<sup>2) 4) 5)</sup>，Michael D.Fetters<sup>6)</sup>，Keiichiro Narumoto<sup>2) 4)</sup>，Machiko Inoue<sup>2) 4)</sup>

<sup>1)</sup> むさしの台ファミリークリニック

<sup>2)</sup> 静岡家庭医養成プログラム

<sup>3)</sup> 森町家庭医療クリニック

<sup>4)</sup> 浜松医科大学地域家庭医療学講座

<sup>5)</sup> 横浜市立大学大学院データサイエンス研究ヘルスデータサイエンス専攻

<sup>6)</sup> ミシガン大学家庭医療学講座

<sup>1)</sup> Musashinodai family clinic

<sup>2)</sup> Shizuoka Family Medicine Program, Hamamatsu University School of Medicine

<sup>3)</sup> Morimachi Family Medicine Clinic

<sup>4)</sup> Department of Family and Community Medicine, Hamamatsu University School of Medicine

<sup>5)</sup> Department of Health Data Science, Yokohama City University

<sup>6)</sup> Department of Family Medicine, University of Michigan

著者連絡先：むさしの台ファミリークリニック

〒183-0011 東京都府中市白糸台 4-9-1 クリニックモールむさしの台 103

TEL: 042-340-3555 E-mail: ak098055@gmail.com

## Abstract :

**Introduction :** This study explores the facilitators and barriers to continuing end-of-life care at patients' homes, including noncancer patients' homes, through care managers' experiences.

**Methods :** We conducted semi-structured interviews with eight care managers providing end-of-life care at patients' homes in a rural area in the Shizuoka prefecture.

**Results :** The themes identified were "patients' wishes," "families' will and situations," "relationships surrounding the caregiver," "awareness of patient's conditions and life expectancies," "collaboration with medical and nursing professionals," and "financial circumstances." Facilitating factors for end-of-life care at patients' homes were family cooperation, and barriers were a lack of information about home care at hospital discharge and caregiver's burden when patients' life expectancies were difficult to predict.

**Conclusion :** Home medical and nursing care providers need to improve collaboration with medical professionals in hospitals when supporting patients' discharge. They also need to communicate appropriately with caregivers about each patient's life expectancy.

**Keywords :** end-of-life care at patients' home, care manager, multidisciplinary collaboration, caregivers' burden, support on hospital discharge

## はじめに

在宅医療において、本人の希望に沿った看取り場所の選択は重要な課題である。わが国では、内閣府の高齢社会白書で約7割の人が人生の最終段階において医療・療養を受けたい場所として自宅を挙げているが<sup>1)</sup>、実際の死亡場所の内訳は、自宅(13%)と介護施設(9%)を合わせても2割強にとどまっている<sup>2)</sup>。厚生労働省は2025年までに各地で地域包括ケアシステムを構築することを目指し、在宅看取りの普及を推進しているが、先進諸国の自宅での死亡割合(米国30%、英国23%)や、その増加の傾向(2000年代中盤から約10年で3割増)<sup>3)4)</sup>と比較しても大きな乖離がある。

わが国の在宅看取りの促進要因、阻害要因については、がん終末期の患者を対象とした研究で様々な要因が指摘されている。促進要因として、本人の意志<sup>5-7)</sup>、家族の自発性<sup>5)6)8)</sup>、複数の介護者の存在<sup>5)6)</sup>、医療職・介護職の支援<sup>5)6)8)9)</sup>、苦痛のコントロールが可能なこと<sup>5)8)</sup>などがある。阻害要因としては、症状の増悪<sup>7)9)</sup>、家族にかかる負荷の限界<sup>7)8)10)11)</sup>、余命の未告知<sup>10)</sup>、などが挙げられている。これらの調査対象は、患者の家族<sup>5)6)9)</sup>、訪問看護師<sup>7)</sup>、医療・介護の多職種<sup>12)</sup>、救急救命士<sup>13)</sup>、医療機関の診療記録<sup>8)10)11)</sup>である。一方、高齢者の死因には心不全や老衰など非がんで長期に渡って介護を要するものも多い<sup>14)</sup>。

そのような患者の在宅医療では、患者が臨死期に至るより前の時期に、ケアマネジャーがケア体制の確立、基本的介護ニーズの援助、家族関係の調整等の関わりを多く持っており<sup>15)</sup>、看取り場所の選択にも影響を与え得る位置付けにある。ケアマネジャーは、在宅看取りにおいて医療職との連携に困難を感じやすいことが指摘されているが<sup>15-19)</sup>、特に彼らの視点から観た在宅看取りの促進や阻害要因は研究されていない。これらのことから、先行研究では焦点が当たっていなかった非がん患者を含めた在宅看取り事例について、ケアマネジャーの経験を探索することで医療者とは異なる視点からの知見が得られる可能性がある。

## 目的

本研究の目的は、ケアマネジャーの視点から、非がん患者を含め在宅看取りに至った事例と至らなかった事例の経験を質的に分析し、在宅看取りの促進要因と阻害要因を検討することである。それにより患者・家族の望む在宅看取りを支援するための多職種連携の強化に寄与する知見を得ることを目指す。

## 方法

### 1. 研究デザイン

解釈主義に基づく質的研究デザインとし、半構造化面接を実施した。テーマ分析により在宅看取

りを促進する要因と阻害する要因を抽出した。

## 2. セッティング

調査拠点としたのは静岡県山間部 A 町である。A 町の在宅医療を中心的に担う公立家庭医療クリニックでは、年間約 150 名の患者へ訪問診療を提供しており、隣接した公立病院において急性期や慢性期、レスパイト入院が可能である。訪問診療先は地理的に集約され、医師、訪問看護師、ケアマネジャーの連携が安定している地域であり、訪問診療を実施していた患者で在宅看取りに至った割合は 86.8% (2020 年実績) である。在宅看取りの実績は 10 年以上あり、最終的に自宅以外で看取った事例との比較が可能である。

## 3. 研究参加者とサンプリング

合目的的サンプリングにより、A 町で在宅看取り希望の事例を担当した経験を持つケアマネジャーに研究参加を依頼した。特に在宅看取りを希望していたが途中で変更となった事例の経験を持つケアマネジャーが対象に含まれるよう留意して参加依頼を行った。

## 4. 面接実施方法

研究設問に沿ってインタビューガイドを作成し、研究参加者に半構造化面接を行った。質問内容は、1) 在宅看取りが選択された経緯、2) 自宅で看取った事例についてはその状況や実施できた要因について、3) 自宅で看取りを予定したが最終的に他の場所で看取った事例については方針を変更した理由とその背景にあった要因について、である。インタビュアーは参加者と初対面で業務上の利害関係を持たない第二著者（非医療者、質的研究者）が担当した。面接は、一人あたり約 60 分であった。

## 5. 分析方法

インタビュー内容を IC レコーダーに録音し、逐語録を作成した。逐語録は MAXQDA Analytic pro 12 を用いてテーマ分析を行い<sup>20)</sup>、在宅看取りの促進と阻害に関連するテーマを抽出した。最初の 2 名分のデータは第一著者と第二著者が各々コーディングを行って結果を討議し、テーマの構成に合意した上で第二著者が残りのデータをコーディングした。研究チームは随時議論を行い、テーマの飽和に合意した段階でデータ収集を終了し

た。分析後には、研究参加者にそれぞれのインタビュー逐語録と全体の結果レポートを送り、メンバーチェックとして理解の相違がないか確認を求めた。全員から返信があり、修正の要望はなかった。

## 6. 倫理的配慮

研究参加者には研究目的、参加と撤回の自由、データの保管方法などを文書を用いて説明し、書面により同意を得た。本研究は、浜松医科大学臨床研究倫理委員会の承認 (No.19-170) を得て実施した。

## 7. 用語の定義

本論文で用いる用語として、ケアマネジャーはサービス提供対象者のことを「利用者」と呼ぶが、本研究は医師である第一著者の視点からデータを解釈しているため「患者」という表現で統一する。また、在宅看取りにおける「自宅」は、近年は介護施設等を含めて使われることが多いが、本研究では患者が暮らしてきた自宅を示している。

## 結果

### 1. 研究参加者と対象事例

本研究には 8 名のケアマネジャーが参加した。ケアマネジャー経験年数は中央値 11.5 年（四分位範囲 6～15 年）、性別は女性 7 名、男性 1 名であった。各人は常時約 40 名の患者を担当していた。経験している看取りの件数は 1 年間に 5 件前後で、そのうち半数以上が自宅での看取りとなっていた。参加者がインタビューで語った看取り事例は合計 16 件で、そのうちがん患者 5 件は全て在宅看取りを実施していた。非がん患者 11 件の中では 6 件が在宅看取りを実施、残り 5 件は自宅以外で看取りを行っていた。

### 2. 在宅看取りを促進する要因と阻害する要因

在宅看取りの促進要因として 14 個、阻害要因として 14 個のコードが生成された。それらを、「患者本人の希望」「家族の意向・状況」「介護者を取りまく人間関係」「病状と余命の認識」「医療職・介護職との連携」「経済的事情」の 6 つのテーマに分類した (表 1)。以下にテーマごとの詳細を記述する。

表1 在宅看取りを促進する要因と阻害する要因

テーマ	在宅看取りを促進する要因	在宅看取りを阻害する要因
患者本人の希望	自宅にいたいという希望	家族への遠慮
家族の意向・状況	患者本人への愛情	看取る覚悟が不安定
	過去の看取り体験	介護技術の習得が困難
	施設に入れることへの罪悪感 (独居) 一人の時に亡くなる可能性への納得	主介護者の限界 家族内に別の病人が発生
介護者をとりまく人間関係	患者本人との関係性が良好	患者本人との介護者の関係性が不良
	複数の家族員の協力体制	家族間で意思統一ができない
	近隣住民の協力 勤務先の理解	介護者間や家族間の遠慮
病状と余命の認識	余命が短いという認識	本人の急な病状の悪化
		余命の予測が困難な状況
医療職・介護職との連携	訪問看護・医師との密な連携による安心	医療・介護サービス利用を躊躇
	家も病院もできることは同じという理解	病院医療者の在宅介護への理解不足
	各種介護サービス活用	医療者/ケアマネによる入所の誘導
経済的事情	経済的に施設入所が困難	経済的に施設入所が可能

### 3. 患者本人の希望

患者本人の「家にいたい」という明確な意思表示が促進要因となり、家族や医療者がその希望に応じて自宅で看取ったケースが複数あった。一方で患者による家族への遠慮や迷惑をかけたくないという気持ちは在宅看取りの阻害要因となっていた。また本人の希望は、体調の変化、家族や多職種との関わりを通して揺れ動いていく場合があることもケアマネジャーは観察していた。

「彼女は迷惑を掛けたくないからいずれは入院しなきゃと言っていました。(中略)でもやっぱり母としてのことを一緒に時間、おうちにいたらできるよねというようなことを彼女にお話をして、訪問看護師さんや在宅支援室の方たちがそういうことをすごく尊重してくれて(家で最期を迎えられた).」(参加者06)

### 4. 家族の意向・状況

在宅看取りの選択で、ケアマネジャーが強い影響を感じていたのは「家族の意向・状況」であっ

た。家族が在宅看取りを希望する動機には、看取られる患者本人に対する愛情から、本人が自宅療養を希望するならそれを実現してあげたいという思いがあった。また、過去に親族の在宅看取りを行った経験のある家族は、2度目以降も前向きに取り組める傾向があることをケアマネジャーは観察していた。一方、本人を施設に入れることへの罪悪感や、過去に親族を十分に介護できなかったという後悔の念から、家族が在宅看取りにこだわりを示す例も報告された。

稀なケースとして独居の高齢者の在宅看取りを担当したケアマネジャーは、それも医療・介護職との連携により可能ではあったが、条件として患者が一人である時に亡くなる可能性があることへの家族の納得をあげた。

一方、自宅で看取ってあげたいという意欲があっても最期まで看取る覚悟ができていない例や、介護技術の習得が困難で気持ちと現実の乖離が時間と共に拡大していった例もあった。このような状況で介護負担が主介護者の許容の限界を超えてしま



うことは、看取り場所の変更の大きな要因となっていた。

「看られる間は奥さんが見てあげたいという思いで来たんですけど、だんだんADLが低下して全介助、お食事も取れるか取れない日もあり、いつもと違う状態になると奥さんがちょっとパニックになる。昼間は一人で看る（同居家族は働いている）とすると、やっぱり怖いかな、おうちでは無理かなって、今揺れてる感じです。」（参加者08）

また当初は介護対象者が一人であったが、介護途中で家族内に別の病人が発生し自宅での介護が困難になる事例もあった。介護対象者の配偶者、親、子ども等の関係者が全て70代以上など年齢層の高い家族も存在することから、介護期間中に家族内で様々な健康問題が同時に起こり得るということにも留意が必要だった。

## 5. 介護者をとりまく人間関係

在宅看取りの促進要因として、患者本人と家族の関係性が良好であることと、複数の家族員の協力体制が組めることが挙げられた。これらの協力関係が充実していると介護の負担が分散され、皆で頑張る雰囲気生まれるため、前節で述べた「主介護者の限界」を超える状況を回避しやすいとケアマネジャーは考えていた。

「身内がぱっと集まってくるとか、心からお父さん好きだからっていう、関係性が良い家は、やっぱり最期までお父さんそう思ってるなら看ますよって、そこが一番ですね。これはもう関係性だと思うんですよ。」（参加者02）

また、近隣住民からの日常的な声掛け、親の介護のために妻が実家に滞在することに対する夫の理解、介護者の仕事量やシフトに関する勤務先の配慮などは、間接的に介護者の心身の負荷軽減に役立っていた。

一方で患者本人と介護者の関係性が不良な場合には在宅看取りは選択されにくかった。背景には家族の歴史の中での患者の振る舞い、親子や嫁（婿）姑としての関係性への不満などがあった。また認知症の周辺症状によって患者から介護者へ心ない言葉が向けられることで、関係性が介護期間中に悪化してしまう例もあった。

在宅看取りについて家族間で意思統一ができていない場合や、同居家族とその他の親族、血縁と義理等の立場の違いから生じる介護者間・家族間の遠慮が要因となって、主介護者が孤立し、療養場所を変更した例もあった。

「娘さんは当然見てあげたいという思いはあったのですが、お婿さんに気兼ねをされていて。（中略）カンファのときに『十分な働きを俺はできない。あなたが娘なのだから一生懸命看なきゃいけない』っていう意思表示があった。奥さん（患者の娘）もそれを感じ取って、『このまま病院で入院はできますか』という言葉になって。」（参加者03）

## 6. 病状と余命の認識

がん末期などで余命が短いという認識は在宅看取りを促進する要因になるとケアマネジャーは考えていた。一方、非がんの高齢者の場合には介護期間が長期化する中で、患者が短期入院中に想定外に死亡したり、介護者の疲弊により在宅看取りを断念したりした例が挙げられ、余命の予測が難しいことが在宅看取りの阻害要因となり得ていた。

「治療も手術しないって方針でいたので、いつも本当にその度に、もう終わりだと思ったことが何回もあるのよ。『まだなんですよ』みたいな感じになって。実際言っていましたけどね、『もう疲れちゃって』って。」（参加者05）

なおケアマネジャーは、余命については自分の立場からは伝えられないという姿勢をとっていた。余命は、専門知識を踏まえて説明ができる医師か、毎回30分から1時間かけて患者の体に触れるケアや会話を通じて信頼関係を醸成している訪問看護師から伝わることで、初めて患者や家族が納得する類の情報であると認識していた。

「信頼感も違います。ご家族を見て一番ストレスなく状況を伝えられる人は誰だろうと考えると、こういうターミナルとか重篤な場合は、医師であり看護師かな。ケアマネジャーはそばにいて、自分がやれる、必要なことは何だろうという立ち位置かと思います。」（参加者03）

## 7. 医療職・介護職との連携

自宅での介護において家族に安心感を与えていたのは、定期的な訪問診療に加えて、不安が生じた時は訪問看護に連絡すれば駆けつけてくれるという、訪問看護や医師との密な連携であった。急激な病状悪化に不安がある場合でも、「家でも病院でもできることは同じ」であるという情報提供は、患者や家族の迷いを払拭するのに効果があると認識されていた。

「先生の病状の伝え方とか訪問看護の看取りのステージの心構えとか、(中略)いつでも何かあったときは大丈夫ですよ、みたいな安心感をずっと伝え続けていたということかと思えます。」(参加者 07)

ケアマネジャーは、介護保険によるサービスを各家庭の予算や患者・家族の希望に合わせて調整し、ヘルパー派遣、デイサービス、ショートステイなどを組み合わせて家族を孤立させない介護環境を作るよう努めていた。しかし、非がん患者で療養が長期化するうちに在宅介護を継続できなくなった事例においては、専門職の頻繁な訪問やそのための時間的拘束を好まない家庭があったことも示された。

「ヘルパーさんは最後まで使わなかったと思うんです。もうちょっと手があったらな、介入してくれる人が自宅であればな、というのがあるんですけど。息子さんも奥さんもいろいろ用事があって、留守中に訪問されるのはあんまり喜ばれなかったの。」(参加者 02)

専門職との連携に関連して、ケアマネジャーから在宅看取りを選択する以前の課題が二つ指摘された。一つは、病院医療者の側に在宅介護についての理解不足があり、退院時の説明で十分な検討をせずに「自宅での介護は無理」という印象を家族に伝えてしまう例があるということだ。二つめは、介護施設に所属するケアマネジャーは、施設の経営上の理由で、在宅ではなく入所の方向へ患者・家族を誘導するよう指導されている場合があるということだった。

「病院でも『入院したほうがいいよ』とか『じゃあ施設へ入る?』とか『そのほうが安

心ですよ』という声掛けをすると、ぼっきり家族も折れちゃって、じゃあそうしようかなってなることもあるので。(そのような声掛けをする人は)病院の先生だったり看護師さんだったり。」(参加者 04)

## 8. 経済的事情

看取り場所の選択を方向づける要因には経済的事情もあった。経済的な余裕がないことの方が在宅での看取りを希望する促進要因となっており、経済的に余裕のある家庭の方が施設入所を選択しやすい傾向があった。

「経済的に入所や入院が無理だからっていう方も最近ありました。本人が絶対、病院は行きたくない、このままにしておいてくれっていう人でした。」(参加者 02)

経済面の不安は「余命の認識」とも関連している。医療・介護費用の自己負担額が最も低くなりうる自宅、比較的安価な介護老人保健施設、さらに高額になる有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅などの選択肢の中で、介護期間を予測しながら費用面から療養場所を検討する家族の視点が以下のケアマネジャーの発言に現れている。

「(ご家族が)『家で看るとお金が安いけど、やっぱり療養型に入ると高くなるからつらいんだよね』と言うんですよ。使えるサービス、安くなる制度ありますか、みたいに、このところ金額的に聞かれるパターンが多いです。」(参加者 04)

## 考察

本研究は、在宅看取りに至った事例と至らなかった事例の両方の経験を有するケアマネジャーへのインタビューから、在宅看取りを促進する要因と阻害する要因を質的に分析した。非がん患者のケースを研究対象に含めたことにより、「経済的事情」というテーマが抽出され、余命との兼ね合いで家族が費用面から場所の選択に悩む様子を捉えた。またケアマネジャーが医療者に対して、「病状と余命の認識」について患者や家族と丁寧に共有していくよう期待していることがわかった。余命の情報は介護者の心身の負荷や、介護の長期化による経済面の不安の軽減に役立つ可能性

がある一方で、伝達するのに信頼関係を要する繊細な事柄である。ケアマネジャーは、各家庭への訪問の頻度や滞在時間の長さ、患者の身体に触れるケア、その間に交わされる会話を通じて医療者と患者・家族の間に形成されていく信頼関係を観察しており、そのために「余命」を自分たちが踏み込むべきではない領域として捉えていた。これは、先行研究で指摘されていた「医療職との連携の困難感」<sup>15-19)</sup>とは質の異なる医療者との役割分担の認識であった。これらのことから医療者は、患者の余命の認識について誰からどのような形で伝達していくことが介護者に役立つのか、熟慮の上対応する必要があることが示唆された。

加えて在宅看取りを選択する前段階の阻害要因として、病院医療者の退院時説明における在宅介護への理解不足や、介護施設の経営上の理由から、在宅看取りの選択について本人や家族に適切な情報提供がされていない場合があるということが指摘された。退院時の病診連携の課題については原田小夜 (2012)<sup>17)</sup>の調査でも同様の指摘がされている。このことは、人生の最終段階を自宅で過ごしたいと希望する人が多い中で<sup>1)</sup>、在宅死が死亡全体の1~2割に留まる現状<sup>2)</sup>の一つの要因となっている可能性がある。在宅医療・介護に関わるスタッフが退院前カンファレンスなどに積極的に参加すると同時に、上記のようにそもそも在宅療養の選択肢が奪われない配慮を病院側も行う必要がある。

先行研究と共通していたのは、在宅看取りにおいて介護者が重要な役割を担っていること<sup>5-8)10)11)</sup>、医療職・介護職からの支援が促進要因になること<sup>5)6)8)9)</sup>があり、本研究はケアマネジャーの視点からもその重要性を確認した。なお、本研究に参加したケアマネジャーは、最終的に在宅看取りとならなかったケースにおいてもその選択の必然性や効果は認識しており、それを好ましくない結果と考えていたわけではない。今回抽出した要因は、いずれも相互に影響し合って看取り場所の選択に作用するものであるため、患者・家族の支援にあたる医療職・介護職がケースごとに目配りをするべき観点としての活用が望ましいだろう。

本研究の限界として、山間僻地を拠点とした調

査であり、ケアマネジャーの経験が都市部とは異なる可能性が挙げられる。患者と家族が同居しているか近隣にいるケースが多く、独居高齢者の看取り事例は1件のみと少なかった。また参加者には「施設より在宅介護の方が安価」という前提があったが、患者の病状によってはそうとも限らないことを踏まえる必要はある。今後は、都市部や異なる診療体制下での在宅看取りの課題も調査することで、環境による要因の違いを探索し、医療者、ケアマネジャー、患者家族のより良い協働に役立てていくことが期待される。

## 結語

在宅看取りにおいては家族間の協力関係と、医療職・介護職との連携は重要な促進要因である。ケアマネジャーの視点から在宅医療従事者には、退院支援時の病院医療者との連携強化と、余命の認識を介護家族と適切に共有することも求められている。

## 謝辞

インタビューに参加したケアマネジャーの皆様と、インタビューのコーディネートに協力してくださったスタッフの皆様に感謝いたします。

## 文献

- 1) 内閣府：平成30年版高齢社会白書（概要版）第1章 高齢化の状況。2018。  
<https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/gaiyou/pdf/1s1s.pdf> (2022年6月24日アクセス)
- 2) 厚生労働省：厚生統計要覧（令和3年度）第1編人口・世帯 - 第2章 人口動態 第1-25表。2021。  
[https://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk\\_1\\_2.html](https://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk_1_2.html) (2022年6月24日アクセス)
- 3) Bone AE, Gomes B, Etkind SN, et al: What is the impact of population ageing on the future provision of end-of-life care? Population-based projections of place of death. *Palliative Medicine* 32 (2): 329-336, 2018.
- 4) Cross SH, Warraich HJ: Changes in the Place of Death in the United States. *New England Journal of Medicine* 381 (24): 2369-2370, 2019.
- 5) 小山歌子, 若狭一美, 渡部和子・他: 特別豪雪地帯・無医地区で高齢者の在宅看取りを可能にす

- る条件 - 看取り家族の語りから - . 新潟医療福祉学会誌. 21 (2) : 9-18, 2021.
- 6) 尾形由起子, 岡田麻里, 樫直美・他: 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, 2017
  - 7) 大園康文, 福井小紀子, 川野英子: 終末期がん患者の在宅療養継続を促進・阻害する出来事が死亡場所に与えた影響 - 経時的なパターンの分類化 -. Palliative Care Research. 9 (1) : 121-128, 2014.
  - 8) 荒井康之, 鈴木隆雄, 長島晃司・他: 在宅ケアを受けたがん患者の療養場所の希望と実際 - 在宅療養中の希望の変化を含めた検討 -. 日本プライマリ・ケア連合学会誌. 42 (3) : 150-157, 2019.
  - 9) 吉田彩: 在宅がん患者の看取りにおける家族の対処の過程. 日本看護科学会誌. 40 (0) : 260-269, 2020.
  - 10) 榎本美紀, 竹内和彦, 河島恵理子・他: 病院訪問診療におけるがん終末期患者の転帰と看取りに関する報告と考察. 日本在宅医療連合学会誌. 1 (1) : 31-37, 2019.
  - 11) 佐藤一樹, 橋本孝太郎, 内海純子・他: 在宅緩和ケアを受けた終末期がん患者の在宅診療中止の関連要因. Palliative Care Research. 10 (2) : 116-123, 2015.
  - 12) 山岸暁美, 中神祐介, 妹尾栄治・他: 本人の意向を反映した人生の最終段階の医療・ケアの実現のために何が求められるのか? ~増加する高齢者救急搬送に係る地域包括ケア現場の課題~. 日本在宅救急医学会誌. 4 : 61-68, 2020.
  - 13) 鈴木幸恵: 蘇生処置を行わない (DNAR) 意思表示のある終末期がん患者の臨死時に救急車要請となる理由 - 救急救命士へのインタビューから把握したこと -. 日本プライマリ・ケア連合学会誌. 38 (2) : 121-126, 2015.
  - 14) 厚生労働省: 厚生統計要覧 (令和3年度) 第1編人口・世帯 - 第2章 人口動態 第1-28表. 2021. [https://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk\\_1\\_2.html](https://www.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk_1_2.html) (2022年6月24日アクセス)
  - 15) 内田陽子, 中谷久恵, 島内節: エンド・オブ・ライフケアニーズと在宅ケアマネジメントの実践. 北関東医学. 59 (4) : 337-344, 2009.
  - 16) 金田明子, 叶谷由佳: 多職種がエンド・オブ・ライフ期にある在宅要介護高齢者にケアマネジメントの視点から実践している内容. 日本プライマリ・ケア連合学会誌. 44 (2) : 74-80, 2021.
  - 17) 原田小夜: 介護支援専門員の直面する在宅ホスピスケアにおける課題. 日健医誌. 21 (1) : 2-9, 2012.
  - 18) 原田小夜: 介護支援専門員の在宅ホスピスケア困難要因と関連要因の検討. 日健医誌. 20 (1) : 31-37, 2011.
  - 19) 原田静香, 美ノ谷新子, 柴崎美紀・他: 在宅終末期がん患者のケアマネジメントに関する介護支援専門員の認識 - 介護支援専門員の属性による差に焦点をあてて -. 日本プライマリ・ケア連合学会誌. 39 (4) : 219-226, 2016.
  - 20) ウド・クカーツ: 質的テキスト分析法. 1st ed. 新曜社, 東京, p.97-106, 2018.