

〔原 著〕

在宅療養者の介護者が在宅医療スタッフに求めている支援

The end-of-life support that caregivers want to obtain from medical staff

吉田 里奈 岡村 勇飛 西村 舜二 秋山 明子

【要 約】

2008年6月～12月の間に東京23区の在宅療養支援診療所998施設に調査依頼を行い調査の同意が得られた在宅療養支援診療所に訪問し再度、調査依頼を行った結果、36施設から同意が得られた。調査対象者は、訪問診療等を利用し、在宅療養を経て死亡した年齢40歳以上の療養者の介護者349人であり、無記名自記式調査票を郵送した。分析を行った結果、「医師は家族に亡くなられた方の病状や治療について十分説明していた」、「医師は治療の選択に家族の希望が取り入れられるよう配慮していた」、「医療者のサポートがあったので安心して看取ることができた」という在宅療養の評価が在宅医療機関に対する改善点の有無に有意に影響していた。以上のことから、在宅療養者の介護者が在宅医療スタッフに求めている支援は、医療者のサポートによる安心した看取り、医師の治療の選択における家族の希望の尊重、医師による療養者の病状や治療の十分な説明、であることが示唆された。

【キーワード】 介護者、在宅療養、在宅医療スタッフ

I. はじめに

高度医療が進んだ近年、死亡数は年々増加しており、それに伴って病院医療に併行して高齢期であってもいかに生活の質を保ち、よく生き切って人生を閉じるかという時代の要請に応える医療も求められている¹⁾。また、高齢人口の増加に伴い、死亡数は増加、死亡率は上昇し続け、平成22年には平成22年の9.5から17.7まで死亡率が増加すると推計されている²⁾。2010年の死亡場所の統計では、在宅で亡くなる人は全体の12.6%であるのに対し、病院で亡くなる人は77.9%を占めており³⁾、大半が病院で亡くなっている。しかし、今後の死亡者数の増大に伴い、在宅医療は病院における死亡の受け皿となり得ると指摘されている⁴⁾。

大園らの研究⁵⁾では、在宅療養継続を阻害する出来事が死亡場所に与えた要因として、症状の増強に伴う入院や日常生活動作（ADL）低下に伴う家族の介護負担、家族が介護に消極的であることが病院死につながったと示されている。このことから、在宅療養を継続させていく上で介護者の協力は必要不可欠な要素の一つであると言える。人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書⁶⁾では、71.7%の国民が「自宅

で療養したい」と回答しているが、希望する死亡場所について国民が居宅を希望する割合は10～37%であり、前述した通り大半の人々が病院で亡くなっている。在宅死が実現困難な理由としては、「介護してくれる家族に負担がかかる」という回答が最も多く約8割を占めており⁷⁾、在宅医療を推進して行くためには介護者の負担の軽減が大きな課題となっている。上野らの研究⁸⁾では、対象者と家族の揺らぐ思いを受け止め、最期まで彼らの意志を尊重し支える関わりが在宅死を可能にする要因として示されており、対象者と家族の希望を尊重していく必要があると示されている。また、柴田の研究⁹⁾では、終末期を在宅で過ごすための要因の一つに「入院中も在宅療養中も医療や看護のサポートがある」ことが挙げられているため、在宅スタッフによるサポートは在宅療養を継続させていくために必要とされている。

在宅医療スタッフに対して介護者が求めている支援に関する研究として、主介護者の不安の有無や看取りの満足度、慰めや励ましの必要度の有無などから在宅ターミナルケアにおいて介護者が求めている支援について示した研究は存在するが¹⁰⁾、在宅療養の評価にお

いて在宅医療スタッフに着目し、在宅医療スタッフに対して介護者が求めている支援について具体的に示した研究はあまり多くない。そのため、更に調査する余地はある。

そこで本研究では、今後、在宅療養体制の質を向上させ在宅医療を推進していく上で医療者がすべき点を明確にし、在宅医療の現場に還元させていくことを目的として在宅療養者の介護者の在宅療養における在宅医療スタッフに対する評価との関係を検討することとした。

II. 研究方法

1. 調査対象者、調査方法

2008年6月～12月の間に東京23区の在宅療養支援診療所998施設に調査依頼を行い、調査の同意が得られた在宅療養支援診療所に訪問し再度、調査依頼を行った結果、36施設から同意が得られた。調査対象者は、訪問診療等を利用し、在宅療養を経て死亡した年齢40歳以上の療養者の介護者（年齢20歳以上であり、身体的・心理的な問題がなく調査票に回答できる者）349人であり、無記名自記式調査票を郵送した（調査期間：2009年9月～10月）。調査対象者の名前及び住所については、プライバシーの保護のため、①住所の管理は全国在宅療養支援診療所にて抽出していただいた調査対象者一覧表を全国在宅23区支部事務局にお渡しいただき、全国在宅23区支部事務局から調査票を郵送する方法、②自施設で直接郵送することを希望された場合は、人数分の調査票セットをお渡しし、自施設で宛先を記入し、ポストに投函していただくという方法を取った。調査対象者は調査票に無記名で回答し、大阪大学宛の封筒に入れて返信していただいた。調査票には調査依頼文を付与し、調査の主旨や調査対象者の匿名性の確保、参加拒否の権利、プライバシーの保護等について明記しており、調査票の返信をもって調査に対する同意が得られたものと判断した。なお本調査は、大阪大学医学部保健学倫理委員会の承認を得て行った。

2. 調査項目

療養者に対する調査事項は、基本特性である。介護者（遺族）に対する調査事項は、基本特性、在宅療養の評価（41項目）、サービス利用の総合評価である。在宅療養の評価、サービス利用の総合評価は先行研究

レビュー^{8,11-12)}に基づき作成した。在宅療養の質評価尺度は、現在日本において開発されていないため、先行研究を元に作成した評価項目を用いて遺族を対象とした予備調査を行い、予備調査結果から信頼性が示された項目を本研究では使用した。なお、本研究では、調査項目の妥当性を検証するために他の研究者が再調査を行い、本調査で用いた調査項目の妥当性も示されている。また、在宅療養の評価、サービス利用の総合評価は5件法のリッカートスケール（1：全くそう思わない～5：とてもそう思う）からの選択とした。

3. 分析方法

「利用した在宅医療機関には改善すべき点があると思ったか（在宅療養の総合評価）」という問いを従属変数、基本特性を独立変数として単回帰分析を行った。また、先行研究レビューによって得られた在宅療養の評価41項目について、医療者に関連した項目以外を削除し、さらに相関分析の結果、相関係数が0.7以上のものは一方を削除した。その結果得られた19項目を独立変数、在宅療養の総合評価を従属変数として単回帰分析を行い、有意確率が0.001未満のものを独立変数、在宅療養の総合評価を従属変数としてステップワイズ法による重回帰分析を行った。なお、統計解析にはSPSS Statistics Version21を使用した。

III. 結果

対象者349人のうち、154人から回答を得た（回収率：44.1%）。このうち、白紙あるいは無回答であった計11人を除外し、143人を分析対象とした（有効回答率：41.0%）。

1. 調査対象者の背景

表1に在宅療養の総合評価を従属変数、基本属性を独立変数として単回帰分析を行った結果を示す。有意な差があった項目は、主病名が脳血管疾患であること、家族構成が1人暮らしであること、臨終場所が自宅または病院であることであった。

2. 在宅療養の評価

表2に先行研究レビューによって得られた在宅療養の評価41項目について、医療者に関連した項目以外を削除し、その結果得られた27項目に対して相関分析を

表1 調査対象者の背景

		全体 n=143	p
療養者の基本特性			
	享年齢	81.2±11.7	0.264
主病名	性別男性	84 (58.7)	0.569
	がん	79 (55.2)	0.187
	心疾患	4 (2.8)	0.219
	脳血管疾患	3 (2.1)	0.032
	肺炎	20 (14.0)	0.86
	老衰	25 (17.5)	0.408
	その他	12 (8.4)	0.658
有していた傷病	がん	89 (62.2)	0.489
	心疾患	18 (12.6)	0.274
	脳血管疾患	18 (12.6)	0.965
	高血圧症	26 (18.2)	0.424
	糖尿病	17 (11.9)	0.705
	慢性呼吸不全	7 (4.9)	0.834
	腎不全	7 (4.9)	0.093
	骨折	7 (4.9)	0.893
	認知症	24 (16.8)	0.24
	その他	24 (16.8)	0.411
家族構成	1人暮らし	10 (7.0)	0.007
	夫婦のみ	56 (39.2)	0.406
	子どもと同居	49 (34.3)	0.997
	三世代	22 (15.4)	0.35
	その他	2 (1.4)	0.566
在宅医療の利用	IVH	35 (24.5)	0.356
	酸素吸入	58 (40.6)	0.555
	経管栄養	21 (14.7)	0.075
	疼痛コントロール	43 (30.1)	0.514
	人工呼吸器	5 (3.5)	0.412
	その他	40 (28.0)	0.731
臨終場所	自宅	97 (67.8)	0.001
	病院	41 (28.7)	0.004
	施設	3 (2.1)	0.231
	その他	2 (1.4)	0.996
入院のきっかけ	病状コントロール	11 (7.7)	0.865
	急変	23 (16.1)	0.631
	介護負担	7 (4.9)	0.274
	家族の意向	5 (3.5)	0.944
	本人の希望	8 (5.6)	0.682
介護者の基本特性			
	年齢	63.2±12.5	0.798
療養者との関係	性別女性	109 (76.2)	0.06
	配偶者	55 (38.5)	0.891
	親	39 (27.3)	0.654
	子ども	33 (23.1)	0.885
	その他	13 (9.1)	0.419

n(%), 平均値±SD, 単回帰分析

行った結果について示す。相関係数が0.7以上であった項目は「家族の意思に沿ったサービスを受けることができた」と「亡くなられた方の意思に沿ったサービスを受けることができた」、「今後の方針について医師とよく話し合った」と「医師は家族に今後起こり得ることについて十分に説明していた」、「医師は家族に亡くなられた方の病状や治療について十分に説明していた」と「医師は家族に今後起こり得ることについて十分に説明していた」、「医師は家族に亡くなられた方の病状や治療について十分に説明していた」と「今後の方針について医師とよく話し合った」、「医師は治療の選択に家族の希望が取り入れられるよう配慮していた」と「家族の意思に沿ったサービスを受けることができた」、「医師は治療の選択に家族の希望が取り入れられるよう配慮していた」と「今後の方針について医師とよく話し合った」、「医師は治療の選択に亡くなられた方の希望が取り入れられるよう配慮していた」と「医師は治療の選択に家族の希望が取り入れられるよう配慮していた」、「治療は病気の状況に合っていた」と「家族の意思に沿ったサービスを受けることができた」、「医師は亡くなられた方のつらい症状を和らげるよう努めていた」と「治療は病気の状況に合っていた」、「医師は亡くなられた方のつらい症状に速やかに対応していた」と「医師は治療の選択に亡くなられた方の希望が取り入れられるよう配慮していた」、「医師は亡くなられた方のつらい症状に速やかに対応していた」と「治療は病気の状況に合っていた」、「医師は亡くなられた方のつらい症状に速やかに対応していた」と「医師は亡くなられた方のつらい症状を和らげるよう努めていた」、「スタッフは亡くなられた方の希望がかなうように努めていた」と「スタッフは亡くなられた方が落ち込んだ時は適切に対処してくれた」、「スタッフは亡くなられた方の心配事が和らぐよう配慮してくれた」と「スタッフは亡くなられた方が落ち込んだ時は適切に対処してくれた」、「スタッフは亡くなられた方の心配事が和らぐよう配慮してくれた」と「スタッフは亡くなられた方の希望がかなうように努めていた」である。これらの中で相関関係にある項目の一方を削除し、在宅療養の評価項目は19項目とした。表3に在宅療養の評価19項目を独立変数、在宅療養の総合評価を従属変数として単回帰分析を行い、有意確率が0.001未満のものを独立変数、在宅療養の総合評価を

従属変数としてステップワイズ法による重回帰分析を行った結果を示す。在宅医療機関に対する改善点の有無に有意に影響していた在宅療養の評価は「医師は家族に亡くなられた方の病状や治療について十分説明していた」、「医師は治療の選択に家族の希望が取り入れられるよう配慮していた」、「医療者のサポートがあったので安心して看取ることができた」であった。

IV. 考察

本研究では、今後、在宅療養体制の質を向上させ在宅医療を推進していく上で医療者がすべき点を明確にし、在宅医療の現場に還元させていくことを目的とし、在宅療養の評価との関係を検討した。その結果、介護者に対して療養者の病状や治療の説明が十分に行われることや治療の選択において家族の希望が尊重されること、医療者のサポートによって安心した看取りが行えるほど、在宅医療機関における在宅医療サービスの評価が有意に高いことが示唆された。

「医師による療養者の病状や治療の十分な説明」に関して、本郷らの研究¹⁰⁾では、主介護者だけでなく家族への情報提供が在宅医療スタッフに求められている支援であると示されているが、本研究においても、療養者の病状や治療に対する情報提供が求められていることが明らかとなった。前田らの研究¹³⁾では、療養者がいつどんなふうに具合が悪くなっていくか不安だったことが介護者の在宅療養中に困ったことの一つとして示されている。したがって、介護者に対して療養者の病状や治療について十分に情報提供していくことは介護者の療養者の病状に対する不安を軽減させ、在宅において安心して療養生活を継続することにつながると思われる。

「医師の治療の選択における家族の希望の尊重」に関して、本郷らの研究¹⁰⁾では、主介護者だけでなく家族への情報提供が在宅医療スタッフに求められている支援であると示されているが、本研究によって、治療の選択の場面において家族の希望を尊重していくことが求められていることが明らかになった。宮本らの研究¹⁴⁾では、利用者と介護者の思いに添う支援を行うことが看取りの満足度を高める看護で重要であると示されている。したがって、治療の選択の際に療養者だけでなく家族の希望を尊重していくことは看取りにおける満足度を高め、在宅死の促進につながると考えられ

表 2 在宅療養の評価27項目の関係 (Pearsonの相関分析)

	1)	2)	3)	4)	5)	6)	7)	8)	9)	10)	11)	12)	13)	14)	15)	16)	17)	18)	19)	20)	21)	22)	23)	24)	25)	26)	27)
1) サービスを利用したいときにすぐ利用できた	1																										
2) 亡なられた方の意思に沿ったサービスを受けることができた	546**	1																									
3) 家族の意思に沿ったサービスを受けることができた	680**	712**	1																								
4) 在宅サービスの準備が整った	417**	351**	361**	1																							
5) 必要に応じて病院へ入院できる体制が整っていた	454**	392**	334**	355**	1																						
6) サービスを利用したいときに連絡しやすかった	-233**	-0.163	-210*	-247**	-0.162	1																					
7) 夜間や緊急時にはすぐ対応してもらえる安心していた	391**	350**	457**	367**	198*	-227**	1																				
8) 医師は家族に今後どうするべきかについて十分説明していた	259**	437**	361**	272*	180*	-0.099	314**	1																			
9) 今後の方針について医師とよく話し合った	393**	468**	463**	210*	359**	-0.185*	351**	780**	1																		
10) 医師は家族に亡なられた方の病状や治療について十分説明していた	370**	468**	592**	275**	358**	-0.151	372**	763**	811**	1																	
11) 医師から説明を受けた上で家族の意向が尊重された	422**	422**	605**	355**	276**	-0.112	370**	685**	600**	643**	1																
12) 医師は治療の選択に家族の希望が取り入れられるよう配慮していた	419**	572**	729**	394**	293**	-238**	304**	673**	719**	688**	671**	1															
13) 医師は治療の選択に亡なられた方の希望が取り入れられるよう配慮していた	412**	633**	681**	358**	327**	-179*	309**	629**	699**	641**	621**	841**	1														
14) 治療は病気の状況に合わせていた	524**	608**	774**	331**	343**	-210*	383**	570**	567**	530**	534**	659**	677**	1													
15) 医師は亡なられた方の病状を知らせよう努めていた	481**	661**	673**	379**	415**	-229**	349**	544**	599**	634**	515**	673**	685**	701**	1												
16) 医師は亡なられた方の病状に基いて対応していた	500**	665**	710**	325**	324**	-201*	318**	519**	570**	589**	483**	663**	719**	794**	874**	1											
17) スタッフは亡なられた方が落ち込んだ時を適切に対応してくれた	438**	488**	577**	286**	309**	-0.15	305**	510**	530**	480**	533**	561**	571**	582**	578**	636**	1										
18) スタッフは亡なられた方の希望がかなうよう努めていた	387**	501**	610**	247**	222**	-181*	369**	530**	532**	503**	581**	637**	631**	664**	642**	679**	749**	1									
19) スタッフは亡なられた方の心配事が軽減しやすかった	388**	532**	629**	220**	276**	-0.156	337**	524**	569**	543**	594**	608**	617**	620**	617**	654**	811**	859**	1								
20) スタッフは家族の健康に配慮していた	293**	351**	515**	198*	247**	-0.133	335**	464**	459**	472**	471**	501**	485**	579**	482**	480**	508**	614**	640**	1							
21) スタッフは家族の自分の時間を自分のペースで過ごせるよう配慮していた	371**	474**	569**	320**	275**	-0.167	274**	513**	471**	469**	522**	549**	500**	539**	527**	541**	558**	620**	647**	634**	1						
22) 医師と訪問看護師の医療処置やケアは統一されていた	444**	391**	590**	338**	253**	-179*	383**	479**	416**	462**	456**	525**	460**	534**	609**	604**	604**	463**	511**	470**	563**	1					
23) 可能な限りの医療を受けた	344**	379**	500**	301**	279**	-0.15	283**	409**	384**	395**	357**	394**	435**	528**	444**	467**	467**	489**	381**	424**	457**	389**	1				
24) 家族は亡なられた方の医療処置やケアの方法について指導を受けた	323**	239**	380**	0.107	303**	-0.138	291**	269**	416**	332**	290**	261**	308**	372**	339**	379**	379**	383**	393**	248**	386**	254**	306**	1			
25) 家族は亡なられた方の医療処置やケアを要請できた	258**	180*	344**	242**	255**	-181*	278**	279**	340**	225**	280**	270**	289**	386**	316**	360**	302**	359**	317**	312**	396**	311**	446**	629**	1		
26) 医療者のサポートがあったので安心して看取ることができた	521**	513**	689**	240**	238**	-208*	493**	453**	463**	435**	516**	460**	537**	606**	531**	581**	545**	538**	515**	483**	582**	519**	581**	422**	500**	1	
27) 亡なられた方を看取った後、医療者による支えと慰めがあった	455**	343**	539**	292**	320**	-0.158	283**	300**	394**	403**	352**	459**	421**	487**	473**	473**	520**	465**	509**	454**	389**	449**	333**	447**	392**	397**	1

**p<0.01,*p<0.05

表3 在宅療養の評価

	全体 n=143	単回帰分析		重回帰分析	
		β	p	β	p
サービスを利用したいときにすぐ利用できた	4.34±0.76	-0.021	<0.001		
亡くなられた方の意思に沿ったサービスを受けることができた	4.16±0.82	-0.088	<0.001		
在宅サービスの手続きが簡単だった	4.02±1.01	0.071	0.008		
必要に応じて病院に入院できる体制が整っていた	3.72±1.3	-0.086	0.001		
サービスを利用したいときに連絡しづらかった	1.82±1.07	-0.103	0.078		
夜間や緊急時にはすぐ対処してもらえると安心していった	4.25±0.98	-0.168	<0.001		
医師は家族に亡くなられた方の病状や治療について十分説明していた	4.21±0.88	-0.111	<0.001	-0.212	0.036
医師から説明を受けていたので病状の変化が予測できた	3.92±1.04	0.026	<0.001		
医師は治療の選択に家族の希望が取り入れられるよう配慮していた	4.21±0.89	-0.305	<0.001	-0.339	0.001
医師は亡くなられた方のつらい症状をやわらげるよう努めていた	4.34±0.7	-0.05	<0.001		
スタッフは亡くなられた方の希望がかなうように努めていた	4.19±0.82	0.025	<0.001		
スタッフは家族の健康に配慮してくれた	4.08±0.87	-0.132	<0.001		
スタッフは家族の自分の時間をもったり仕事が続けられるよう配慮してくれた	3.83±0.96	0.046	<0.001		
医師と訪問看護師の医療処置やケアは統一されていた	4.2±0.93	-0.047	<0.001		
可能な限りの医療を受けた	4.18±0.86	-0.074	<0.001		
家族は亡くなられた方の医療処置やケアの方法について指導を受けた	4.13±0.87	-0.093	0.002		
家族は亡くなられた方の医療処置やケアを実施できた	4.05±0.83	0.09	0.005		
医療者のサポートがあったので安心して看取ることができた	4.34±0.79	-0.082	<0.001	-0.224	0.008
亡くなられた方を看取った後、医療者による支えや慰めがあった	3.61±1.33	0.021	<0.001		

β =標準偏回帰係数, 平均値±SD, 単回帰分析, ステップワイズ法による重回帰分析, 1:全くそう思わない~5:とてもそう思う
F=25.73(<0.001), 調整済みR₂=0.398

る。

「医療者のサポートによる安心した看取り」に関して、本郷らの研究¹⁰⁾では、専門職であるフォーマルな援助者によるグリーフケアが介護者に求められている支援であると示されているが、本研究においても、看取りの際に医療者のサポートが求められていることが明らかになった。伊藤らの研究¹⁵⁾では、介護者の在宅医療期間中につらかった時期として、看取りの1週間前および看取りの直前という回答が半数以上であったということが示されている。また、坂口の研究¹⁶⁾では、家族は看取りの場に関する判断を迫られたり患者の症状悪化に伴う疲労や不安から自宅で看る覚悟の揺らぎを感じたりなど様々な葛藤を抱えていることが示されている。したがって、介護者の気持ちを理解し、安心して看取りができるようにサポートしていくことは看取りに伴う介護者の不安や葛藤などの軽減につながり、在宅死の促進につながると考えられる。

しかしながら、本研究には次のような限界がある。まず、本研究は東京23区の在宅療養支援診療所の調査であり一般化することは難しいため、今後、他の地域でも調査する必要があると思われる。また、回収率が44.1%であること、レトロスペクティブな調査であるため、回答者や回答者の記憶によるバイアスを受けている可能性があると考えられる。さらに、本調査は2009年に行われたものであるため、在宅医療を取り巻く環境が現在に至るまでに変化している可能性がある。以上の限界はあるが、現時点において複数の在宅療養

支援診療所を対象とした調査は存在していないことが現状であるため、本調査で得られた知見は、今後の在宅療養支援診療所の活動のあり方を検討する上で、多くの示唆が得られたと考えられる。

V. 結論

在宅療養者の介護者が在宅医療スタッフに求めている支援は、「医療者のサポートによる安心した看取り」、「医師の治療の選択における家族の希望の尊重」、「医師による療養者の病状や治療の十分な説明」、であることが示唆された。

【謝辞】

今回の調査にあたり、多大なご協力とご指導賜りました在宅療養支援診療所のスタッフの皆様、そして遺族の皆様にご心より感謝申し上げます。

卒業論文作成におきましては、お忙しい中研究の全過程でご指導賜りました秋山明子先生、貴重な助言をいただきましたゼミ生2名にご心より感謝申し上げます。

VI. 引用文献

- 1) 辻哲夫：超高齢社会を迎えるにあたって、現在、何をすべきか, Geriat Med, 51(5), 463-470, 2013.
- 2) 内閣府：平成24年版高齢社会白書, 2013.
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2012/zenbun/sl1_1_02.html
- 3) 厚生労働省：人口動態統計年報, 2010.

- <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii10/>
- 4) 大島伸一：在宅医療推進におけるわが国のめざす方向性, *Geriat Med*, 51(5), 459-461, 2013.
 - 5) 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要因, *Palliative Care Research*, 9(1), 121-128, 2014.
 - 6) 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, 2014.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000042776.html>
 - 7) 内閣府：平成24年版高齢社会白書, 2013.
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2012/gaiyou/s1_2_3.html
 - 8) 上野里美, 佐藤郁子, 庄司エチ子, 亀井よね子：終末期にある患者の在宅死を可能にする要因の検討, *日本看護学会論文集 地域看護*, 33, 111-113, 2002.
 - 9) 柴田麻由子：終末期を在宅で過ごすための要因, *あおもり協立病院医報*, 7, 26-28, 2011.
 - 10) 本郷澄子, 近藤克則, 牧野忠康, 久世淳子, 樋口京子, 杉本浩章, 宮田和明：在宅高齢者のターミナルケアにおいて介護者が求めている支援 遺族を対象とした調査, *ターミナルケア*, 13, 404-411, 2003.
 - 11) 宮田和明, 近藤克則, 樋口京子：在宅高齢者の終末期ケア 全国訪問看護ステーション調査に学ぶ, *中央法規*, 2004.
 - 12) 宮原伸二, 人見裕江：農村における在宅死の多角的検討, *日本農村医学雑誌*, 47(6), 879-893, 1999.
 - 13) Steinhauer KE, Christakis NA, Clipp EC, McNeilly M, McIntyre L, Tulsky JA: Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers, *The Journal of the American Medical Association*, 284(19), 2476-2482, 2000.
 - 14) Rietjens JAC, Heide A, Onwuteaka - Philipsen BD, Mass PJ, Wal G: Preferences of the dutch general public for a good death and associations with attitudes towards end-of-life decision-making, *Palliative Medicine*, 20, 685-692, 2006.
 - 15) Powis J, Etchells E, Martin DK, Macrae SK, Singer PA: Can a "good death" be made better? A preliminary evaluation of a patient-centred quality improvement strategy for severely ill in-patients, *BMC Palliative Care*, 3(2), 1-8, 2004.
 - 16) Heyland DK, Dodek P, Rocker G, Groll D, Gafni A, Pichora D, et al: What matters most in end-of life care, perceptions of seriously ill patients and their family members, *Canadian Medical Association Journal*, 174(5), 627-633, 2006.
 - 17) Cherlin E, Fried T, Prigerson HG, Schulman-Green D, Johnson-Hurzel R, Bradley E: Communication between physicians and family caregivers about care at the end of life, When do discussions occur and What is said?, *Journal of Palliative Medicine*, 8(6), 1176-1185, 2005.
 - 18) Casarett D, Karlawish J, Morales K, Growley R, Mirsch T, et al: Improving the use of hospice services in nursing homes, *The Journal of the American Medical Association*, 294(2), 211-217, 2005.
 - 19) Ringdal GL, Jordhoy MS, Kaasa S: Family satisfaction with end-of-life care for cancer patients in a cluster randomized trial, *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(1), 53-63, 2002.
 - 20) Teno JM, Clarridge BR, Casey V, Welch LC, Wetle T, et al: Family perspectives on end-of-life care at the last place of care, *The Journal of the American Medical Association*, 291(1), 88-93, 2004.
 - 21) Hirai K, Miyashita M, Morita T, Sanjo M, Uchimori Y: Good death in Japanese cancer care, A qualitative study, *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(2), 140-147, 2006.
 - 22) 島田千穂, 近藤克則, 樋口京子, 本郷澄子, 野中猛, 宮田和明：在宅療養高齢者の看取りを終えた介護者の満足度の関連要因—在宅ターミナルケアに関する全国訪問看護ステーション調査—, *厚生*の指標, 51(3), 18-24, 2004.
 - 23) 大須賀恵子, 大澤功, 加藤弥和, 水野多喜子, 菅沼徳子, 相澤教子：夫と死別した妻の介護に対する満足感と後悔, *公衆衛生*, 69(6), 514-519, 2005.
 - 24) 川又一絵, 降旗美佳, 亀井智子, 島内節, 高階恵美子：

- 在宅ターミナルケア患者をみとった家族の死別期における悲嘆反応とその支援, 保健婦雑誌, 55(5), 413-421, 1999.
- 25) 石井京子, 近森栄子: 高齢者への家族の看取り時の介護行動と介護行動に影響する要因に関する研究, 日本看護研究学会雑誌, 28(4), 61-67, 2005.
- 26) 全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会: ホスピス・緩和ケア病棟の利用満足度調査 (遺族調査) 報告書, ターミナルケア, 11(2), 153-164, 2001.
- 27) Morita T, Chihara S, Kashiwagi T: A scale to measure satisfaction of bereaved family receiving inpatient palliative care, *Palliative Medicine*, 16, 141-150, 2002.
- 28) Morita T, Chihara S, Kashiwagi T: Family satisfaction with inpatient palliative care in Japan, *Palliative Medicine*, 16, 185-193, 2002.
- 29) Morita T, Hirai K, Sakaguchi Y, Maeyama E, Tsuneto S, Shima Y: Measuring the quality of structure and process in end-of-life care from the bereaved family perspective, *Journal of Pain and Symptom Management*, 27(6), 492-501, 2004.
- 30) Morita T, Akechi T, Ikenaga M, Kizawa Y, Kohara H, Mukaiyama T, et al: Communication about the ending of anticancer treatment and transition to palliative care, *Annals of Oncology*, 15, 1551-1557, 2004.
- 31) Singsby BT: Decision-making models in Japanese psychiatry, transitions from passive to active patterns, *Social Science and Medicine*, 59(1), 83-91, 2004.
- 32) Saunders C: Pain and impending death, In: Wall PD, Melzack R, eds, *Textbook of pain*, Churchill Livingstone New York, 861-868, 1994.
- 33) Fukui S, Fukui N, Kawagoe H: Predictors of place of death for Japanese patients with advanced-stage malignant disease in home care settings, *A Nationwide Survey Cancer*, 101, 421-429, 2004.
- 34) 近藤克則, 久世淳子, 牧野忠康, 宮田和明: 訪問診療・訪問看護対象患者の死亡場所に影響する因子, 在宅医療, 26, 63-70, 2000.
- 35) 小林奈美: 都市に居住する要介護高齢者の在宅死の特徴とそれに関連する要因の検討—訪問看護指導対象者の調査から—, 老年看護学, 5(1), 59-70, 2000.
- 36) 服部文子, 植村和正, 益田雄一郎, 茂木七香, 内藤通孝, 井口昭久: 訪問診療対象高齢患者における在宅死を可能にする因子の検討, 日本老年医学会雑誌, 38(3), 399-404, 2001.
- 37) 田宮菜奈子, 荒記俊一, 七田恵子ほか: ねたきり老人の在宅死に影響を及ぼす要因—往診医の存在, 年齢との関係を中心に—, 日本公衆衛生学会誌, 37(1), 33-38, 1990.
- 38) 伊木雅之, 緒方昭, 梶田悦子ほか: 高齢者の療養と死亡の場所に影響する要因に関する疫学調査, 日本公衆衛生学会誌, 38(2), 87-93, 1991.
- 39) 高木照幸: 在宅ターミナルケアの成立条件, 日本在宅ケア学会誌, 1(1), 67-71, 1998.
- 40) 谷亀光則, 大本和子, 岩川弘子ほか: 在宅医療の地域展開の方法論と実施に関する研究—がんのターミナル期にある患者に対して, 在宅療養の促進のために何が必要か—, 医療と福祉, 38(2), 32-43, 2005.
- 41) 小林華子, 安藤美枝, 丹内智美: 終末期患者の在宅療養を妨げた要因, 癌と化学療法, 30, 126-128, 2003.
- 42) 鈴木央, 鈴木荘一: 何が在宅での看取りを可能にするのか—当院における末期がん在宅ターミナル・ケア74例の検討—, プライマリ・ケア, 28(4), 251-260, 2005.
- 43) 前田三重子, 内藤綾子, 関谷ユミ子, 渡部ミサヲ, 丸山洋一, 佐々木壽英: 末期がん患者訪問看護の評価—遺族へのアンケート調査から方向性を探る, Supplement IV, 24, 533-536, 1997.
- 44) 宮本圭子, 中林伊世子, 大西史, 石本由香理: 在宅で終末期を看取った家族へのアンケート調査, 訪問看護と介護, 11(5), 498-501, 2006.
- 45) 伊藤澄子, 堀田香代子, 渡久地政治, 杉本由佳, 前田憲志: 在宅で看取りを行った家族の満足度についての意識調査, 癌と化学療法, 30, 142-144, 2003.
- 46) 坂口千鶴: 終末期にある老年患者を看取るに至った家族の葛藤, 日赤看会誌, 10(2), 19-26, 2010.