

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
—多職種フォーカス・グループインタビューの結果より—

尾形由起子* 榎 直美* 小野順子* 吉田恭子* 杉本みぎわ* 阿部久美子** 岡田麻里***

**An Examination of Support Methods for the Self-management of Spouses Who
Provide Home-based End-of-life Care to Terminal Cancer Patients
—From the Results of a Multi-disciplinary Focus Group Interview—**

Yukiko OGATA Naomi ICHIKI Junko ONO Kyoko YOSIDA Migiwa SUGIMOTO Kumiko ABE Mari OKADA

Abstract

We investigated support methods to help family caregivers display self-management ability for the realization of home-based end-of-life care.

The participants in this study were six different professionals (medical doctor, visiting nurse, care manager, social worker, public health nurse) from the fields of healthcare, welfare and medicine in two regions. Semi-structured interviews (focus group interviews; FGIs) were conducted with participants and the results were qualitatively analyzed.

Seven categories were extracted from the results of the FGIs: “(Supporting) married couples in confirming home-based end-of-life care as a desired option,” “(Advising) families to consider home-based end-of-life care as an option and to get an idea of the timing of discharge,” “(Ensuring) families are appointed a home care physician,” “(Ensuring) families understanding the importance of home-visit nursing when choosing home-based end-of-life care,” “(Enabling) families to obtain the information necessary for the caregiving required for home-based end-of-life care,” “(Ensuring) families can make use of social resources that can support their caregiving,” and “(Reminding) families that there are things only the family can do.”

Discussion led to the conclusion that support from many different professionals in accordance with the home care process up to the end stage is needed to achieve home-based end-of-life care.

Key words: end-of-life care to terminal cancer patients, the spouses, the self-management, home-based end-of-life care, a multi-disciplinary group, support methods

要 旨

家族介護者が在宅見取り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について検討した。

研究協力者は、2地域で6名ずつの保健・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）とした。方法は、半構造化面接（FGI）を行い、質的に分析した。

結果は、FGIで抽出されたカテゴリで、[在宅看取りを選択肢としてもちたいかどうか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する）] [かかりつけ医に在宅医となってもら（ようにする）] [在宅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（に気付けるようにする）] の7つのカテゴリから構成された。

在宅見取りを実現するためには、終末期までの在宅療養プロセスに応じて多職種から支援を受ける必要があると考えられた。

キーワード：終末期がん療養者、配偶者、在宅看取り、セルフマネジメント、多職種、支援方法

* 福岡県立大学看護学部
Faculty of Nursing, Fukuoka Prefectural University

** 宗像医師会訪問看護ステーション
Munakata Home Nursing Station

*** 県立広島大学
Hiroshima Prefectural University

連絡先：〒 825-8585 福岡県田川市伊田 4395 番地
福岡県立大学看護学部ヘルスプロモーション看護学系
尾形由起子
E-mail: ogata@fukuoka-pu.ac.jp

緒言

入院日数の短縮化が進み、医療依存度や要介護度の状態で退院し、在宅医療や介護を必要とする患者が増加している¹⁾。しかし、医療依存度の高い在宅療養者の介護負担は非常に大きい上に²⁾、高齢者世帯や核家族の増加など家族形態は変化し、在宅介護の継続は厳しい現状にある。平成24年度の内閣府調査では介護を受けたい場所は自宅が最も多く、最期を迎える場所を自宅と希望する者が多かった³⁾。しかし現在、死亡場所は病院での死亡が在宅を上回っており、特に、死亡率第1位のがん在宅死は、8.9%にとどまっている⁴⁾。その療養者の主介護者の半数は配偶者であり⁵⁾、医療依存度も高いことから介護負担が大きく在宅看取りに困難さを感じている者が多い^{6,7)}。

在宅での介護継続に関する先行研究は、介護負担感に関する研究^{8~10)}が多く、介護そのものから生じる負担感と介護開始による生活の変更から生じる負担感があり、終末期がん療養者の最期の決定は、療養者自身より家族介護者が委ねられることが多い。

在宅看取りを可能にする家族介護者の要件として、在宅療養や在宅死に対し「本人が強い意志を持っている」「家族介護者が強い意志をもって」「家族の介護力がある」「他の家族からの協力がある」ことだとされている¹¹⁾。終末期がん療養者の在宅看取りでの最期の意思決定に関する先行文献^{12,13)}でも、家族介護者がセルフケアを発揮するための知識、判断力、実行力を蓄え¹⁴⁾、家族全体のマネジメントを行うこと¹⁵⁾で在宅介護を継続していると報告されている。

終末期の配偶者など家族が在宅療養者に対し、ポジティブにマネジメントが行えるための支援を提供するプログラムの例があり¹⁶⁾、情報のみの教育よりも対処行動・順守・自己効力感・症状管理についての改善がみられたと報告されている¹⁷⁾。したがって、在宅療養継続のためには、家族介護者のマネジメントの支援が不可欠であると考えた。その支援とは、介護過程に起こる課題に対し、多職種全体で解決できるようにするための支援である。在宅療養を希望する療養者や家族への支援として、療養者の病状急変時の対応や家族の介護負担の軽減のための医療や介護の支援体制の整備が求められている。よって、終末期までの医療依存度の高い療養者や家族を

支援するための多職種の連携の強化が必要である。

本研究の目的は、地域住民が終末期までの療養の選択肢をもち在宅看取りを実現するための支援方法を検討することとした。具体的には、地域住民が在宅看取りを行うまでのプロセスに沿って、保健医療福祉関連の多職種がどのように支援すれば家族介護者がセルフマネジメントを発揮し、在宅看取りを実現できるのかについて支援方法を明らかにした。

方法

1. 用語の定義

セルフマネジメントを「がん終末期療養者の配偶者が在宅での看取りを実現するために専門職と協働しながら、介護をすることで受ける身体的又は精神的影響やライフスタイルに及ぼす影響に対処するためのプロセスを含む」と定義した。終末期がん療養者を本人とし、配偶者を家族介護者とした。

2. 研究協力者

保健・福祉・医療サービスを提供している職種は、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、保健師で2地域各職種1名ずつ合計12名を対象とした。

3. 研究方法

インタビューガイドを基に半構成面接（フォーカスグループ・インタビュー：FGI）を2時間程度行った。

インタビューガイドは、終末期がん療養者の配偶者を対象に、在宅看取り実現に至ったプロセスについてインタビューを行った結果、抽出された8つの要素をもとに作成した。8つの要素とは、『本人をよく理解しているという自負と死生観の共有』、『在宅療養にいたる苦渋の決断』、『訪問看護師による支援の獲得』、『かかりつけ医による支援の獲得』、『配偶者として在宅看取りを引き受けるマネジメント』、『介護負担感限界範囲内の拡大』、『残された命で本人の望みを実現』、『遺された者として新たな生き方へ踏み出す』であり、この要素にそって、保健・福祉・医療関連の多職種の支援方法についてインタビューを行った。

4. 調査期間

平成27年2月～7月である。

5. 分析方法

データ分析過程では、質的研究の経験をもつ教員3名とともに検討した。地域看護および在宅看護に

精通した教員と訪問看護ステーション管理者とで内容分析を行った。さらに、研究協力施設のスタッフに結果を報告し、分析結果について臨床現場での対象者の状況と結果に乖離がないかの確認を行った。

6. 倫理的配慮

本研究における参加は研究協力者の自由意志であり、参加しない場合でも何ら不利益をこうむらないことを保障し、十分に倫理的配慮を行ったうえで開始した。福岡県立大学研究倫理委員会の承認（H26-29）を得た。

結 果

1. 研究協力者の背景

研究協力者の概要は、保健・福祉・医療サービスを提供している多職種として、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（以下、多職種）であった。フォーカスグループ2グループ（Aグループ・Bグループ）の参加人数は、12名（男性2名、女性10名）であり、職種各1名ずつ参加いただいた。インタビュー時間は、平均120分であった。

2. がん終末期療養者の家族介護者が在宅看取りにむけてセルフマネジメント発揮するための支援方法について

結果として7つのカテゴリ【 】と15のサブカテゴリ< >が得られた（表1）。

1) 【在宅看取りを選択肢としてもちたいかどうか夫婦間で確認すること（を支援する）】

このカテゴリは、療養者本人が在宅での看取りを選択する場合、夫婦間で在宅看取りを希望するかどうかについての確認を促す支援であり、余命予後が明確になった段階で、まず、<本人が「家に帰りたい」と主張する>こと、在宅に帰れる状態にあるかどうかにかかわらず、入院中から<本人がどう生きたいかを聴き在宅での介護を選択する>ことである。このことは、療養者本人が在宅療養を希望するかについて確認できれば、その意向をできるだけ尊重して在宅療養移行の検討が始まることを示すことである。

2) 【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する）】

このカテゴリは、長い経過をたどり悩んだ末、在宅看取りに対し揺れる思いを抱えながら、<在宅看取りの選択もありではないかとするタイミングを

つかむ>ことである。また、療養者本人の在宅看取りの希望意向を医師や看護師など<本人の思いを伝える先と伝える方法を考えておく>ことであり、療養者本人や家族のその思いを伝えられるように支援することである。

3) 【在宅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）】

このカテゴリは、訪問看護師が自宅に来ることで安心が得られ、在宅療養を可能にしてくれることを知り援助を求めることができるように支援することである。医療依存度の高い状態になり、在宅看取りを選択するためには、訪問看護師は介護状況に応じた支援ができることを伝えることである。在宅で医療を受ける際には<訪問看護の必要性を知っておく>ことや終末期まで在宅で療養する際には<医療的ケアが必要になった場合の家族介護者の伴走者となることを知っておく>ことである。

4) 【かかりつけ医に在宅医となってもら（ようにする）】

このカテゴリは、かかりつけ医は在宅療養を始めるための要となり、心の支えとなる存在となること知らせる支援である。発病する前に、風邪などで診療を受けている際に<かかりつけ医となってくれるよう日頃の診療時に話しておく>ことや一旦在宅に帰ったあとにバックベットの等で病院に戻れる手立てとして<病院と診療所との付き合いの仕方を知っておく>ことであるとした。近隣でがんにかかる前から診療を受け、本人の普段の姿を知っているかかりつけ医に在宅療養の支援を依頼し、がん治療でかかっている病院と連携を取ってもらい急変したら入院を受け入れてもらえるように頼むことが必要であると伝えることである。

5) 【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）】

このカテゴリは、在宅での介護の継続と在宅看取りを家族介護者と引き受ける覚悟をするにあたって、地域において<コミュニティの伝達力を活用する>ことであった。これは、在宅看取り経験者により経験談を聴くなど在宅療養イメージをもてるようにすることである。そして、<在宅医療情報のもらい方を知っている>ことや<介護保険等サービス導入を考えておく>ことを促すことであるとした。在宅で医療依存度の高い状態で療養を続けるためにも在宅看取りを実現するためにも在宅での医療情報や介

表1 フォーカスグループ インタビュー結果

	FGI カテゴリー	FGI サブカテゴリー	〈A〉 FGI データ	〈B〉 FGI データ
1	在宅看取りを選択肢としてもちたいかどうか夫婦間で確認すること（を支援する）	＜本人が「家に帰りたい」と主張する＞ ＜本人がどう生きたいか聴き在宅での介護を選択する＞	・元気うちから病状をどのように管理しているか考えておく。 ・（介護者として）通うのはきつくなってくる。行ってもいかなくても行かなくても一緒にいるか、 ・本人がどう生きたいかというところで…結局、（本人が）どうしたいかということでは。	・自分だったら、どんな犠牲を払っても、相手のことをしてあげるけど、相手はそれが困るのとは違うような、うまく整合性のつかない思いがあるのかな。 ・夫婦関係もしっかりしているんな事を語れる関係性の中で、具合が悪くなってどのように死ぬとか、
2	在宅看取りを選択肢として考える退院のタイミングをつかむ（ことができるようにする）	＜在宅看取りの選択もありではないかとするタイミングをつかむ＞ ＜本人の思いを伝える先と伝える方法を考えておく＞	・病院と違って時間の制約を受けない。朝、何時に起床で消灯が何時とかっていうこと。 ・病院に入院している夫（妻）の通院にみてる病院をもてる。 ・本当に（家で）看たいと思っているのか、半分のいやなのか、大半が不安というサービスが分からないし自分ができるかということが強い。 ・説明をうけるまでもなく…自分がどうしたいか、自分は最期をどうありたいか言えるような…タイミング（が必要）	・最後の一押し「帰ってみよう」というところに迷われている現状があると思いました。 ・今まで困った時に、どうやってその問題を解決してきたのかとか、なんかそういうことを聞き取るのが最初の介入となる。 ・本当はお父さんのことを見てあげたいけど…周りがどんなに反対しても私が看ます。 ・私って、その時どんな風になるかしらというようなあくまでも想像ですけど、 ・この人はこういうリスク管理など（医師が）と言われる…そのとき、先生が帰るメリットデメリットを含めて両方とも言って頂く ・（入院している病院側は）その人が洋服をきている姿がイメージできない。
3	在宅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）	＜訪問看護の必要性を知っておく＞ ＜医療的ケアが必要になった場合の家族介護者の伴走者となることを知っておく＞	・訪問診療、訪問看護を。そして回数が少ないところで始めますけど、段々悪くなって、そうすると訪問診療の数を増やし、訪問看護の数の方もだんだん増やしていく。 ・一緒にがんばりましょうと傍にいる存在として訪問を受け入れる。	・結局帰ったら、どこで生活するのか、寝るのかも想像できないところで教育の中で訪問看護を。 ・副作用で便秘になったり、そういうところは全然、病院で治療してもらっていません。 ・訪問看護はねたきりにならないと入れないというイメージがあって、早くからつかってくれるといい。
4	かかりつけ医に在宅医となってもら（ようにする）	＜かかりつけ医となってくれるよう日頃の診療時に話しておく＞ ＜病院と診療所との付き合いの仕方を知っておく＞	・（がんになって）接触的な治療をしなくなったから近くで何かあった時にみてもらえるような先生がいたほうがいい。 ・がん治療でかかっている病院と切り離される感じを解消し訪問診療を受ける。 ・病院から通院している在宅の先生になった時に、何となく切り離せないというかまだ期待が残っていて、病院に対する思いが強い。	・（病院側に対して）在宅になって、こんないいことがあって、こんな生活ができてというポジティブなフィードバックをしていかないといけない。 ・（在宅医）往診できないからじゃなくて、「診るだけなら」ということでつなぎ止めて、最後ここまでできたのだったら診ていただきたいと引き込んで。
5	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）	＜コミュニティの伝達力を活用する＞ ＜在宅医療情報のもらい方を知っている＞ ＜介護保険等サービス導入を考慮しておく＞	・本人が今起きている状態が知りたい…「こういう風になって、こういうふうな症状がでているんだよ」と ・近所に看取りを行った人がいるといい。 ・見たい（介護）と思うけど、困っていることを医師や看護師に話した時、実際家族が家で看れる状態にないと言われ…「家族の代わりになる人はと話す」と…	・訪問介護と一緒に介護保険の導入も含め、お伺いして説明をするけれど不安感が大きくて…お話が届かない。 ・介護保険を申請したほうがいいのかではないだろうかと先生が最近では増えてきた。 ・病院側が思うのは、帰る時にまず、ベットがあるんじゃないですかって思う。まずは介護保険ですよ。そうすると申請に行くので…やっとなら病院が今、それを言えるようになった。
6	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）	＜日々続く介護により介護が上達できる＞ ＜介護者となった場合の介護サポートのあてをつける＞ ＜コミュニティの伝達力を活用する＞	・ちょっと、お嫁さんでも誰でもいいからちょっと変わる人が、介護者がいるとますますいい。 ・そうすると家族さんは自分の自らの力で段々慣れ親しんでいくんですよ。 ・窓口に申請に来られた人がどういう状況かって話が出れば、おそらく包括の方の保健師さんやケアマネさんが呼ばれて、窓口で今の状態とか相談ののってもらっている。 ・語り部じゃないけど、（ご近所で）主に行ってあげるよと（介護を）行って下さる方ができるかも。 ・それをつなげるのは、包括さんやケアマネさん、行政がタイアップして。	
7	家族しかできないことがあること（に気付けるようにする）	＜家族しかできない介護があることに気付く＞	・家族ができること、セルフケア、そういう事が徐々にやっていきます。 ・余命予後の説明があれば在宅での看取りを見通せる。	データなし

介護保険サービスを直ぐに利用できるように支援することである。

6) 【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）】

このカテゴリーは、在宅療養を継続するにあたって介護の限界を認識しつつも、その状況に対処する

ために、家族介護者が＜日々続く介護により介護が上達できる＞ことで介護が工夫できるよう支援することである。そして、＜介護者となった場合の介護サポートのあてをつける＞ことは、＜コミュニティの伝達力を活用する＞ことでもある。これは、これまでの付き合いのある近隣者から買い物や食事等の

支援を受けられるように、日頃の付き合いの大切さを伝えることである。

7) 【家族しかできないことがあること（に気付けるようにする）】

このカテゴリーは、療養者の死が迫っているからこそ、残された時間の中で＜家族しかできない介護があることに気付く＞ことを支援することである。これは、これまでの本人の生き様を知る家族だからこそできることであると考え、後悔がないように残された命で本人の望みを実現したいと願いをかなえる時間を活用できるように伝えることである。

考 察

1. がん終末期療養者の家族介護者が在宅看取りを選択肢とするための多職種の支援

【在宅看取りを選択肢としてもちたいかどうか夫婦間で確認すること（を支援する）】は、療養者と家族介護者は共に最期の生き方について折を触れ話しあったほうがよいことを伝えることである。そして、【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する）】ことについては、家族介護者としても覚悟をもてる支援を必要とする。在宅移行の意思を決定するためには、入院開始時より医師や看護師らから、余命予後を含め、どの時期に在宅移行が可能となるのか説明を受ける方がよい¹⁸⁾と報告されている。在宅移行時の多職種による丁寧な説明により、在宅看取りへ向かう大きな決断をするうえで大きな支えとなる。在宅移行への覚悟を決めるためには、「夫婦の関係性」と「配偶者を一番理解しているという自負」があり、在宅での療養のイメージを持てるように入院からの多職種の援助が必要であると考え¹⁹⁾。

2. 家族介護者が在宅療養を継続し看取りに向かうための支援

在宅療養を開始するためには、【在宅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）】ことや【かかりつけ医に在宅医となってもら（ようにする）】ことが必要である。在宅介護の継続には「動機付け」が重要である²⁰⁾と報告されており、揺れる家族介護者の気持ちに寄り添い、地域医療連携を図れるかかりつけ医の存在の認知²¹⁾や訪問看護師の機能の認知がその動機付けになると考える。さらに、終末期の変化していく病状を家族介護者が受け入れられるように説

明しながら、死別の受け入れや死後の準備を少しずつ行えるように支援することができる訪問看護師からの具体的に情報提供が有効である²²⁾。退院時に、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おく必要があると考える²³⁾。

3. 在宅療養を維持するための専門職以外からの支援

【在宅看取りを行う上で必要な介護に必要な情報をもつ（ことができるようにする）】は、在宅看取りを選択するにあたって、在宅で受けられる医療についての情報や介護保険制度で受けられるサービスの情報をもてるよう支援する必要がある。本来のケアマネージャからの医療サービス導入の説明だけでなく、コミュニティによる近隣からの在宅看取り経験談を聞く等の情報により、在宅看取りに対する覚悟が強まる²⁴⁾と考える。また、【自分（家族介護者）の介護のサポートとなる社会資源が活用できる（ようにする）】ことは、ご近所との日頃の付き合いの中で、介護のサポートとなってくれる人のあてをつけ介護の具体的な助けが得られれば、介護の継続が可能となる。さらに、訪問看護師による24時間の支援を得られれば¹⁷⁾、身体的な介護負担は軽減される。日々の介護の中で、フォーマルなサポートと共にインフォーマルなサポートも合わせた支援方法を検討する必要がある²⁵⁾と考える。

4. 在宅ならではの最期を迎えるための多職種の支援

終末期の限られた時間のなかで【家族しかできないことがあること（に気付けるようにする）】については、これまでの人生を共に歩んできたその家族らしい介護が行えることを知っていることが必要である²⁶⁾。これは、これまでの家族との人生の歩みの中で、療養者本人が何を望みどのようなことをかなえて欲しいかを知る家族ならではの貴重な時間をえることになることを伝えることであると考え。

5. 今後の在宅看取り促進のための多職種による支援

多職種による支援を受け、終末期までの在宅療養におけるプロセスのなかで、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。本研究の結果は、がん終末期療養者の家族介護者が在宅看取りを選択肢にもつまで、在宅療養を継続し看取りに向かうまでの段

階、専門職である多職種のみでなく専門職以外からの支援、最期を迎えるための多職種の支援と在宅療養開始から在宅看取りまでのプロセスに応じた考察を行った。今後は、本人と家族介護者との多職種の間で行われる自発的な話し合いのプロセスつまりアドバンス・ケア・プランニングの共有が重要になってくる²⁷⁾と考える。今回は、2地域の多職種からのインタビューによる支援方法の検討にとどまったが、さらに、多職種で行うアドバンス・ケア・プランニングのあり方についての検討を進める必要があると考える。

文 献

- 1) 厚生労働省. (2011). 人口動態統計年報, 死亡場所別にみた死亡数・構成割の年次推移. (2011/12/01 公表).
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii10/>
- 2) 大野かおり, 能川ケイ, 西浦郁絵他. 在宅ターミナルケアに関する研究 (その2) 訪問看護ステーションにおける取り組みの現状と課題. 神戸市看護大学短期大学部紀要 2003; 22: 55-61.
- 3) 財団法人厚生統計協会. 国民衛生の動向 厚生指 標 臨時増刊 2008; 55(9): 169-170.
- 4) 厚生労働省. 医療介護の連携.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000105vxatt/2r9852000001012k.pdf>. (2015年12月17日アクセス)
- 5) 桑原裕一, 鷺尾昌一, 荒井由美子他. 要介護高齢者を介護する家族の負担感とその関連要因: 福岡県京築地区における介護保険制度の発足前後の比較. 保健医療科学 2002; 51(3): 154-167.
- 6) 鷺尾昌一, 荒井由美子, 和泉比佐子他. 介護保険制度導入1年後における福岡県遠賀地区の要介護高齢者を介護する家族の介護負担感: Zarit 介護負担尺度日本語版による検討. 日本老年医学会誌 2003; 40(2): 147-155.
- 7) 鷺尾昌一, 斎藤重幸, 荒井由美子他. 北海道農村部の高齢者を介護する家族の介護負担に影響を与える要因の検討: 日本語版 Zarit 介護負担尺度 (J-ZBI) を用いて. 日本老年医学会誌 2005; 42(2): 221-228.
- 8) 岡本和士, 原沢優子. 在宅介護高齢者の主介護における介護負担感とその関連要因に関する検討. 厚生指 標 2008; 55(4): 21-25.
- 9) 川上友美, 石井英子. CMI を指標とした介護負担要因. 日本看護学会論文集 2012; 42: 18.
- 10) 増満昌江, 武田宣子. 介護負担感に関連する要因の検討-家族システムに焦点を当てて-. 家族看護学研究 2013; 18(2): 48-59.
- 11) 野島あけみ. 在宅で高齢者を看取る家族への看護, 家族看護 2003; 1(2): 83-88.
- 12) 東清己, 永木由美子, 吉本美浦子. 在宅痛末期患者の自己決定, 家族の意思決定の内容と意味-在宅死の転機をとった7事例の分析から-. 熊本大学教育学部紀要 1997; 46: 127-138.
- 13) 園田芳美, 石垣和子. がん末期高齢者のターミナルケアにおける家族観調整に関する質的研究-終末期の療養場所選択に焦点をあてて-. 千葉大学看護学部紀要 2007; 13(1): 106-110.
- 14) 野嶋佐由美. 家族セルフケア能力: 家族エンパワーメントがもたらす看護実践. 第1版 東京: へるす出版. 2005: 78-79.
- 15) 長戸和子. 家族の力家族のマネジメント力. 家族看護 2007; 5(1): 24-29.
- 16) 上村さと美, 秋山純和. Zarit 介護負担尺度日本版 (J-ZBI) を用いた家族介護者の介護負担感評価. 理学療法科学 2007; 22(1): 61-65.
- 17) 久松美佐子, 丹羽さよ子. 終末期がん患者の家族の不安への対処を支える要因. 日本看護学会誌 2011; 31(1): 58-67.
- 18) 高橋方子, 布施淳子. 在宅療養介護者の終末期医療における意思把握に関する研究-訪問看護師の意思把握に必要なコア情報の特定-. 日本看護研究学会誌 2014; 37(1): 49-60.
- 19) 藤澤まこと. 医療機関の退院支援の質向上に向けた看護にあり方に関する研究 (第2報)-退院支援の課題解決・発展に向けた支援の検討-. 岐阜県立看護大学紀要 2013; 13(1): 67-80.
- 20) 櫻井成美. 介護肯定感がもつ負担感軽減効果. 心理学研究 1999; 70(3): 203-210.
- 21) 内田新, 野田剛稔, 白髭豊. がん医療の地域医療連携における病院のあり方・地域とのかかわり方 症状マネジメントから学ぶ. Oncology Nursing 2011; 2(2): 16-19.

- 22) 中島大地, 宮武美智代. がん患者の在宅緩和支援における訪問看護師の役割に関する研究. 財団法人名古屋市高齢者療養サービス事業団平成24年度公益女性事業成果報告書. 2013.
- 23) 磯玲子, 飯島節. 高齢者の病院退院時における多職種・諸機関間連携へのクライアントの参加と意思決定についての現状と課題. 国際医療福祉大学学会誌 2016; 21(1): 10-20.
- 24) 山口鶴子, 山地義生, 丸井英二. 在宅療養ではどのように高齢者終末期の診断をしているのか、終末期の診断の不可能性の判断をもとにケアすることの意義. 順天堂医事雑誌 2013; 59: 474-479.
- 25) 岩田昇, 堀口和子. 介護者の性別および家族介護者の続柄別にみる在宅介護の認知評価, 対処方略及び生活への影響. 日本公衆衛生誌 2016; 63(4): 179-188.
- 26) 山本美和. 在宅で生活する終末期がん患者の主たる家族介護者の介護をする力. 日本在宅ケア学会誌 2014; 18(1): 83-89.
- 27) 島内節, 内田陽子. 在宅におけるエンドオブライフ・ケア－看護職が知っておくべき基礎知識－. 京都: ミネルヴァ書房. 2015.

受付 2016. 10. 6

採用 2017. 1. 25

