

## 科学研究費助成事業 研究成果報告書

令和 2 年 6 月 24 日現在

機関番号：30127

研究種目：基盤研究(C) (一般)

研究期間：2017～2019

課題番号：17K04234

研究課題名(和文)在宅看取り介護の初期段階における困難性とその原因の分析

研究課題名(英文)Difficulties in End-of-Life Care at Home in Its Initial Stage and Their Causal Analyses

研究代表者

林 美枝子(Hayashi, Mieko)

日本医療大学・保健医療学部・教授

研究者番号：40295928

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 3,300,000円

研究成果の概要(和文)：本研究の目的は、在宅死の看取り介護における初期の環境整備の困難性が何に起因するのかを明らかにすることである。医療、介護の専門家にとって在宅看取りは家族介護者が主で、自分たちはそれを補完するものであるとの認識が強い。また、適切な専門家との結びつきは後の看取りの成否に係ることであるが、患者やその家族介護者に在宅支援の医療や介護のサービス、その提供者を選択する余地は与えられていなかった。聞き取りのテキスト分析からは、在宅療養に移行する前の入通院時の治療法や対応から、病院や医師への不信や不満が、初期の環境整備の困難性に強い影響を与えていた。死の受容を支える支援が欠けていることも明らかになった。

研究成果の学術的意義や社会的意義

住み慣れた我が家を死亡場所として希望する者の率は高いが、現実の死亡場所の多くは病院である。2012年からの政策的な在宅死への誘導は、この希望と現実の乖離を解決する方策と思われたが、在宅での看取り率はその後もほぼ横ばいである。在宅看取りの実施や継続、その成否に深く影響すると思われることの一つがその初期段階での環境整備の困難性である。医療・介護の専門家や当事者である家族介護者の多様な個別具体的な語りから、その困難性の原因を分析した本研究の成果は、家族介護者への初期支援の在り方を見直す機会を提供するものであり、他者の死から学ぶことで、遺された者がより良く生きる情報源となる社会的意義を有している。

研究成果の概要(英文)：The purpose of this study is to reveal the causes for difficulties in the initial environmental arrangement of end-of-life care at home. Medical and nursing-care specialists have a strong recognition that family caregivers are mainly responsible for end-of-life care at home and accordingly they are expected to complement family caregivers. Additionally, while the success of end-of-life care at home depends on appropriate connections with the specialists, patients and their family members were not given the room to choose care services for supporting home nursing or the providers of such services. The text analyses of interviews found that the difficulties in the initial environmental arrangement were heavily influenced by the distrust and dissatisfaction with a hospital and its doctors caused through their treatment methods and handlings at the time of a patient's hospital visits and admission, revealing that there was a lack of supports for the acceptance of death.

研究分野：社会福祉 文化人類学 医学社会学

キーワード：在宅看取り 家族介護者 環境設定 困難性 看取りねっと 地域完結型社会 死の受容 死のドゥーラ

## 1. 研究開始当初の背景

日本では1976年から1977年にかけて、在宅死を病院死が上回るようになり、現在の病院死率は74.6%、一方在宅死率は12.7%となっている(厚生労働省人口動態統計)。しかし最後まで住み慣れた自宅で自分らしく逝きたいと、在宅での看取りを希望する者の率は42.9%と高率であるから(Fukui et al 2011)、日本では、死亡場所に関する希望と現実に大きな乖離があることになる。研究代表者は入通院患者を対象に終末期の療養場所の希望調査を行った。在宅の希望は51.8%とやはり高率であったが、それが現実に選択可能であると答えたのは32.6%である。在宅療養の選択を阻害する要因は、有意に「専門知識がないので何かあったときの対応が不安」と「家族が担うことになる重い介護負担への懸念や遠慮」であった(林ら 2015:31-32)。

在宅看取り率と同居家族員数が正の相関を示すことは、介護保険制度以前に日本では指摘されていたが(Sauvaget et al. 1996)、介護保険以後であっても、在宅看取りの選択に関しては家族の意向が強く影響している(Ishikawa et al. 2013)。同じ様に生老病死の医療化・病院化を経た欧米諸国も一時期は病院死率が高かったが、近年の在宅看取り率を見てみると、スウェーデンは51%、オランダは31%と高率である。いずれも子世代との同居率は我が国と比較して極めて低く、在宅看取り率と同居家族員数に相関関係は伺えない(厚生労働省 200)。ここには、日本の在宅介護における家族役割の重要性が表れている。以前は看取りの知識や経験的技術は「家」単位で私的に姑から嫁へと継承されていたが、死が病院化・医療化したことで、こうした看取り文化は途絶えざるを得なかった。看取り文化は共有知識として広く社会的継承の対象ではなかったため、看取りの知識や技術は一般住民に継承されてはいない。2016年現在、日本の平均的世帯家族員数は2.3人で、介護役割を担っていた女性の就業率も高まっていることから、現状での日本の家族介護力、看取り力は極めて低い。

医療費・介護費用の抑制圧力が高まり、多死社会の到来に備えた政府は、2012年から在宅看取りへの誘導政策を推進している。病院完結型社会から地域完結型社会への一連の政策は、看取りの経験知も継承された知識や技術もない家族介護者に、終末期の介護を丸投げするリスクを抱えていることになる。例えばがん患者を看取った家族介護者のうち、以前に同様の看取り経験があった者はわずかに15%である(山岸 2013)。家族のもとへ回帰した看取りは、結局は、以前にはなかった医療や介護の専門家による居宅支援が不可欠なものであり、基礎自治体はそのための受け皿となる地域包括ケアシステムの構築に邁進している。つまり1970年代以前の私的看取り文化とは全く異なる社会的看取り文化の構築が日本では始まっているといえよう。

政策の効果か、病院死率は低下しているが、在宅死率は横ばいである。その理由の一つは在宅看取りに対する困難意識が根強いからであるが、本研究では在宅医療や看在宅取りへと移行するための初期の環境設定に対象を絞り、その困難性が何に起因するのかを明らかにした。特定地域の医療・介護資源の状況を把握し、次に在宅支援の医療・介護関係者から、支援対象である患者やその家族への支援の困難性について聞き取りを行った。また彼らからの紹介を受けて、在宅看取りを行った家族介護者を対象に、在宅看取りの環境整備時の困難性やその後の看取り介護へのその影響等について聞き取りを行った。患者の病状改善の望みが断たれ、余命を告げられた予期悲嘆や、経験のない看取り介護への不安、介護離職への懸念などが推察した通り語られたが、こうした不安や懸念は、医療と介護の専門家との連携が整い、看取りが開始されることで次第に解消されていく。看取った後には、結果的には容易ではなかった看取り介護に意義を感じ、満足感すら覚えている遺族がこれまでの研究からはほとんどであった。それでも初期の環境整備における困難性への拘りはグリーフケアを終えた今回の調査時点でも強く残り、それが具体的に何に起因しているのかを本研究では明らかにすることができた。

## 2. 研究の目的

本研究は、在宅での看取り介護の準備段階における医療・介護の環境整備の困難性が何に具体的に起因するのかを明らかにすることを当初は目的としていた。しかし、在宅看取り介護の経験者率についてのデータがみあたらないことから、合わせて中高年世代の女性を対象にした大規模アンケート調査も実施して、看取り介護経験者の割合やその社会的基礎項目における特徴を分析することも目指した。さらに、同時に実施していた地域資源のネットワークに関する科研の研究で、在宅看取りに対する地域住民からの支援について、萌芽的な取り組みの国内調査や、欧米で普及している死のドゥーラに関する予備的海外調査も実施し、地域完結型社会の深化の先にある看取り介護の新たな可能性の考察も試みた。

## 3. 研究の方法

(1)方法 初年度は先行研究のレビューを経て、聞き取り調査対象地域(北海道S市のK区とその周辺域)に関する医療・介護資源を、公表されているいくつかのデータから収集し、その中から協力を得られた看取りの支援に関わる医師、訪問看護師、在宅支援の相談業務を病院内で担うMSW、居宅介護支援事業所のケアマネジャー(以下ケアマネ)、福祉施設相談員等への聞き取り調査を行った。3名の医師、1名の看護師、1名のMSW、2名の主任ケアマネ、1名の相談員、1名の相談員兼ケアマネである。ほとんどが相手の施設を訪問して実施し、1人1~2回、時間としては1から3時間で、聞き取り内容は対象者から許可を得て録音し、記録媒体からテキスト化した。職業によって聞き取り内容は異なるが、概ねそれぞれが関わった在宅看取り支援の経緯や、その家族介護者への思いなどを語ってくれた。家族介護者の聞き取りは、介護保険以降の在宅死の家族介護者で、グリーフケアが終了している対象者を医療・介護関係者に紹介してもらった。在宅看取りを経験した家族介護者16名から17事例の聞き取りを行った。1人1

～数回、1時間から1時間半程度の構成的インタビューで、音声データをテキスト化した。**Text Mining Studio6.2**(NTT データ数理システム)を利用して最頻出単語を抽出し、その単語に関係するテキストコードを整理した。類似性からカテゴリーを抽出した。さらに困難性に関するテキストデータを語りのまま短文化し、意味内容の類似性によりグループ化してテキストコードとし、類似性で抽象化してカテゴリーを抽出した。主な聞き取り項目は「在宅看取り選択の経緯」、「医療、介護サービスの利用状況」、「在宅介護、看取りの環境設定」、「家族、その他の支援」などである。

在宅看取りの経験の有無とその特徴を明らかにするための大規模なアンケート調査は、北海道女性団体連絡協議会の協力を得て実施し、その会員を対象に、郵送法による自記式調査票の配布・回収を行った。調査項目は社会的基礎項目として年代、就業の有無、在宅死の看取り経験の有無、ボランティア経験等の社会的活動、町内会役員の経験と地域の高齢者介護等に関する意識である。分析方法は在宅看取りの経験の有無を従属変数とし、他の要因との関連を二乗有意差検定で明らかにした。また影響度は二項式ロジスティック回帰分析によるオッズ比で求めた。使用したソフトは**IBM Version26**である。

国内における看取り支援の新たな潮流として臨床宗教師の調査やエンドオブライフケア士の養成講座の受講も行った。また地域住民による在宅看取り支援の先取的制度としてアメリカにスピリチュアルセラピストや死のドゥーラの予備的調査を実施した。

(2)研究倫理 本研究は研究代表者の所属大学において研究倫理委員会の承認を経て実施している(日本医療大学 倫理 29-2)。すべての聞き取り対象者には、研究内容の説明を文書で事前に送信・配布し、研究協力への承諾書に署名を得てから調査を実施した。またアンケート調査は、会員の名簿を管理している団体に対象者の層化・抽出を依頼し、調査票の郵送・回収作業を委託したが、その際団体との間に正式な業務委託契約書を交わした。すべての聞き取り内容、分析結果は、匿名性を担保して成果を報告すること、看取り体験の社会的継承を試みている研究用 Web サイト「看取りねっと」に研究終了後に情報をアップする承諾をもらった。

#### 4. 研究成果

(1)医療・介護資源と関係者からの聞き取り結果 調査対象地域である S 市 K 区は、今後の高齢化率の伸びが懸念され、地域コミュニティの強化が求められている人口約 12 万人の地域である。区民の区内受診率は、他の区と比べると最も低い 53.7%で、市内全体の外来充足率は 98.2%であることから、この数値の差だけ、他の区の病院や診療所を受診している住民が多いことが分かる(札幌市保健福祉局保健所医療政策課 2012)。北海道庁厚生局の「届出受理医療機関名簿」を見ると、2017 年 12 月現在で札幌市の在宅療養支援診療所は 131 となっているが、当該区での開設は 3 ケ所、在宅療養支援病院は市内 20 ケ所で、当該区は 2 ケ所である。在宅医療資源は訪問主治医のいる医療施設は 8 ケ所、機能強化型在宅支援病院は 1 カ所、機能強化型在宅支援診療所(連携)は 3 ケ所、終末期医療・看取り対応を明記しているのは 3 ケ所であったが、調査では看取りに至る在宅診療を引き受けていた医療機関は 2 ケ所のみであった。介護資源は、居宅介護施設 30 ケ所、訪問介護ステーション 26 ケ所、訪問看護ステーション 14 ケ所、定期巡回随時対応型訪問看護介護事業所が 3 ケ所で、在宅療養の環境を整えるための福祉用具の貸与を行っているのが 2 ケ所、販売は 3 ケ所である。他の区と比較してみると S 市内で最も在宅医療資源が少ない区であることがわかった(林、永田 2018a)。

在宅支援に関わる医療・介護の専門職への聞き取り調査からは、在宅主治医の価値観や人間性に看取りの支援が左右されること、地域の医療・介護資源との繋がりやケアマネ等による個人的なネットワークの枠内で、しかも勘に依存したマッチングの結果であることが明確となった。つまり現状では誰もが地域の医療・介護資源に自由な選択でアクセスしているわけではなく、限定的かつ偶発的に各サービスと結び付けられている状況であった。調査した区では地域の医師会代表が在宅医療の推進を各医師に呼びかけたが、新たに取り組む病院はなかった。今後も経営的側面から在宅医療が病院の利益に結び付かない限り、増加は見込めない状況である。福祉関係者からは在宅療養や看取りを支援する体制を整えるためには地域資源間の情報共有、連携体制が重要であるが、医療関係との連携体制の確立は最大の課題であるという。S 市の医師会では 2019 年に在宅医療への理解を求める医師用の手引きを作成し、市内の会員に配布したが、そうした啓発的取り組みですら始まったばかりであった。

医療・介護関係者には在宅看取りの「主」は家族介護者で、家族介護を「介護保険で補う」という「従」の姿勢が強調されていた。そのため、2 施設しかなかった在宅看取りを受け入れる施設のある医師は、患者を引き受ける際に、家族介護者の有無とその経済状態を判断材料としていた。介護保険で家族介護者が対応できない部分を、訪問看護や介護サービスで穴埋めをし、かつ介護者の共倒れを避けるためのレスパイト(休息)の余地を推測するという。在宅看取りへの熱意だけでは引き受けは躊躇せざるをえないと述べた。介護離職の危険性も予測して、「良い看取りとは残された家族が元の生活に戻れる看取り」であると断言する相談員もいた。在宅支援の医療関係者と患者、及びその家族介護者との間には看取りの環境設定の初期段階から信頼関係を構築することが必須であるが、病状の変化や余命、在宅移行期の情報を巡る認識のズレが原因で、信頼関係が破綻する事例も聞かれた。ターミナル後期の患者やその家族には、時間的、精神的余裕がない中で多くの決断を迫られること、医療関係者側には患者やその家族を、大量の専門的情報で混乱させてはいけないう一種の思い込みがあり、病状の変化や緩和的ケアの情報を小出しにする傾向がみられた。結果的にそれが患者やその家族に、不安や見通し

の立たない介護をもたらすとともに、彼らの死の受容を阻害していた。特に患者のスピリチュアルペインに関しては、日本の医療・介護関係者は初期設定の段階はもちろんのこと、ほぼすべての患者がこれに苛まれるといわれている終末期に至るまで、常にその対応に苦慮していた。

在宅専門のある医師は、いざとなったら救急車を呼び、病院に駆け込むことはこの国の文化であり、在宅死の看取りが最後にはこの文化によって、救急搬送がなされ病院で患者として死ぬことになる。これを避けて、最後まで在宅で看取するためには新たな看取りの文化が構築されねばならず、そのためには今対応している1つ1つの在宅看取りの質を向上させることが肝心であると話してくれた(林・永田 2018b)。

**(2)家族介護者からの聞き取り調査の成果** 対象者は女性15名、男性1名である。在宅看取り当時の年齢は40代2名、50代4名、60代4名、70代6名である。正規被雇用者は2名で、2名とも介護休暇を取得して看取りを行った。非正規被雇用者は2名、うち1名は介護離職をしている。自営業者は3名、うち1名は特定資格をもち自宅勤務、1名は在宅介護開始時には自営業を辞めており、他1名は自宅が自営施設となっている。その他は無職あるいは主婦である。介護代替者は12名がいたと答え、看取り対象者は「実母」8名、「実父」2名、「夫」5名、「妻」1名である。死因と患者の年代は、「老衰」3名で全員90歳代、「がん」による死亡は12名で60歳代から90歳代までと年代は多様で、「脳梗塞」1名が80歳代である。16事例中10事例が、入院から在宅看取りへの移行であった。また4事例は通院から、1事例は救急搬送から在宅への移行、また1事例はサービス付き高齢者向け住宅に入居し、娘である看取り家族が通って介護していたが最終段階では病院へ救急搬送され死亡している。在宅看取りに対する意向は、「本人意思」が確認されたものは13事例、「家族意志」が確認されたものは14事例である。

聞き取りの分析対象のテキストデータは全35000文字で、単語頻度解析を行った結果「病院」が最頻出単語であった。医療との関わりに関する困難性についての42のテキストコードを整理し「治療に関する強い不満」、「患者や家族の希望と対応の齟齬」、「在宅移行への理解や支援不足」、「医師や病院への不信や拒否感」の4つのカテゴリーが抽出された。さらに全体のテキストから在宅看取りの環境整備に関する困難性に関わる52のテキストコードが整理され、それらを類似性で分類して「過去のつらい病院死体験」、「周りの無理解と非協力」、「環境整備へのあせり」、「在宅看取りに関する情報の欠如」、「余命期告知の影響」、「看取り開始における不安や不満」の6つのカテゴリーを抽出した。

ほとんどの事例で準備期間が短く、その後の在宅看取りの見通しを持ってないまま在宅療養に移行していて、終末期の在るべき迎え方について、患者、家族、病院主治医の間には少なからぬ格差があり、家族は、本人の本来的な居場所こそ終末期を過ごす理想の場と捉え、「在宅」に深い意義を期待していた。しかし病院側は、医療の目が行き届き苦痛が緩和される理想の場としてホスピスへの転院を勧める傾向が高かった。病院側は本人を患者としてしか捉えないが、家族は本人を、生活をともにする者と捉えるため、その齟齬を埋められないまま病院から適切な指示や支援、理解を得られないと失望し、家族は在宅看取りの準備に右往左往することになる。こうした病院の生活者視点の不足は、病院が急性期の治療の場であることに起因している。一方介護は生活支援であるため、この意識の格差を埋めるためには医療と介護の専門職間の連携が重要となるが、初期の環境設定の場でその連携の恩恵を受けたという家族介護者はあまりいなかった。地域包括ケアシステムは、住み慣れた生活の場で、医療・介護サービスが提供されるわけであるから、医療と介護の分野間、また多職種間の相互理解や情報共有は不可欠である。特に在宅看取りの様に終末期に向かって、様々に過酷な状況への対応や覚悟を迫られる場合は、環境設定の初期の段階でその連携を確立しておくことが必要となる(永田・林 2020)。この役割を預かっているのは、今の制度ではケアマネであるが、残念なことにケアマネはケアワーク的な技術や知識を身に着けているわけでも、地域の医療・介護資源のすべてに精通しているわけでもない。医療と介護の橋渡しに長けた、コーディネーター機能を担う人材が在宅看取りの初期設定には必要ではないだろうか。

**(3)在宅看取り体験を有する中高齢女性の特徴について** 日本の介護保険制度は、女性の中でも無職の母親や妻などの家族介護者を前提としていたため、現在のように女性の就業率が高まると、毎年8万人にも上る女性介護家族者の離職が起こり、深刻な社会問題となっている。離職だけではなく、家族介護者は趣味や社会活動もあきらめる傾向が強く、多くは近隣住民とのつきあいも断ち、看取りに邁進する。その看取り介護は、閉鎖的で孤独なものとなる傾向が極めて高い。今回のアンケート調査対象の組織は、女性の自立や社会参加、地域貢献を目的として1957年に設立され、現在は、男女共同参画の推進、地域社会の福祉増進など多様な目的で活動している女性団体の全道的協議会である。調査票の配布は1205票、票回収数は1019票(回収率84.6%)で、回収票の地域は北海道の全域に及んでいた。その中から在宅看取り経験の有無の質問に回答してくれた972人のデータ(回収票の94.5%)を分析対象とした。

在宅死の看取り介護の経験がある229人(23.5%)の群と経験のない744人(76.5%)の群に分けて分析を行った。在宅看取り経験の有無を年代別の割合で比較すると看取り率が高い年代は70~74歳であった。世帯構成では看取り経験ありの群は有意に独居率が高かった。また就業率は27.6%と低く、経済的な状況に関しては余裕がない、ボランティアの経験や町内会の役員の経験あり、「独居高齢者のために自分ができることをやりたい」という意識が、それぞれ看取り経験ありの群と有意に関連していた。看取りの経験件数は、1件が70.2%、最多の4件が2.0%(4人)であった。有意差検定で有意な関連が見られた7つの変数を独立変数とし、それぞれを従属

変数である看取り経験の有無と強制投入法で二項ロジスティック回帰分析を行った。70歳以上の人は70歳未満の人の1.5倍(95%CI 1.07-2.16 p=0.020)、経済的に余裕のある人はない・あるいはその他の人の1.79倍(95%CI 1.23-2.63 p=0.003)、ボランティア体験のある人はない人の2.05倍(95%CI 1.47-2.87 p=0.000)、独居高齢者のために自分ができることをやりたいに合意する人が合意しない人の1.44倍(95%CI 1.04-1.99 p=0.028)看取り体験をしていた。在宅看取りはまだ個人的な経験の域を出ていないが、その一方で、別の高齢者の活動団体の研究からは、親しい近隣よりも、むしろ日常では無関係な相手からの支援を好む傾向も見られた。共生社会への取り組みから、地域の独居高齢者への見守り事業等は既に各自治体によって始められているが、生活支援に関しても地域人材の活用が開始されている。今回のアンケート調査からは、看取り体験者が有意に地域の独居高齢者に対してできることをしたいという意識が高かったことを考えると、こうした見守り体制が、近い将来に、在宅看取りの家族介護者支援にも結び付くことが考えられた。ではどのようなシステムで、それが可能となるのかを考察した。

日本では数年前から看取りを支援する医療・介護関係者用のエンドオブライフ援助士や臨床宗教師の養成や認定が取り組まれている。まだ一般的なものとして広く知られてはいないが、スピリチュアルケアへの取り組みが本格的に始まっていることは確認できた。しかし、日本におけるこれらの取り組みは、何らかの専門家が看取りの場に対応するための技術と知識を獲得、あるいは向上させることを目的としたもので、家族介護者の24時間介護を支援するものではない。アメリカで始まった死のドゥーラは、臨死期となった在宅ホスピスの患者が穏やかな死を迎えることを助け、残された介護家族の悲嘆からの回復を支援する24時間対応のボランティアのことで、医療的技術や知識の全くない一般の地域住民が数日の研修をうけて担っている。2003年に出産のドゥーラの知識や技術を死につつある人に応用して構築されたもので、ニューヨークで最初のドゥーラが養成されてから10年ほどで欧米各国に爆発的に普及し、2015年には国際的協会も設立された(INELDA <https://www.inelda.org/>)。本研究では死のドゥーラプログラムの発案者でINELDAの創設者でもあるFersko-Weiss氏への聞き取り調査をニューヨークで実施した。在宅の訪問看護のチーム医療に参加しているスピリチュアルカウンセラーへの聞き取りも実施したことで、地域住民が在宅ホスピスの患者やその家族が、いかに死を受容し、穏やかな最後を迎えるのかを学ぶことができた。

一般住民が看取り介護を支援するボランティアとなるには、地域完結型社会の深化が必要であり、同様の制度の導入も容易ではない。しかし本研究からは在宅看取りを行った高齢期の女性たちが独居高齢者のために自分ができることをやりたいという意識が看取り介護の経験のない群よりも有意に高かったことに希望を感じる。彼女らがピアサポーターとなって、次の家族介護者を支えるような活動が整えられるなら、閉塞的で孤独な看取り介護の在り方が変わり、看取りの初期段階での環境整備にも適切な助言を与えてくれるのではないだろうか。(Hayashi & Nagata 2020)。

## 5. 研究の限界

紹介を依頼する際にグリーフケアが終了している対象者をその条件としたため、得られた家族介護の事例には成功事例のバイアスがかかってしまい、そのことが本研究の限界となっている。また在宅支援の医療関係者への感謝の念がいずれの家族介護者にも強く認識されていて、それだけに在宅に移行するまでの入通院時の医療関係者への不満が際立ってしまったとも考えられる。

【研究業績以外の参考資料】 ・ Fukui S., et al. Japanese People's Preference for Place of End-of-Life Care and Death: A Population-Based Nationwide Survey. *Journal of Pain and Symptom Management*, 42(6): 2011 882-892.

・ 林美枝子「在宅死の看取りにおける家族介護者の現状と看取り文化の構築に関する考察」『北海道民族学』第12号 2016 60-69

・ 林美枝子、その他「終末期の在宅療養や在宅死の意思決定に関する要因の研究 - 入通院者に対する調査結果から - 」『日本医療大学紀要』第1巻 2015 24-37.

・ Ishikawa Yoshiki, et al. Family Preference for Place of Death Mediates the Relationship between Patient Preference and Actual Place of Death: A Nationwide Retrospective Cross-Sectional Study. *Plos One*, 8 Issue3 e56848. 2013

・ Sauvaget, C, et al. Factors Affecting Death at Home in Japan. *Tohoku J. Exp. Med.*, 180 1996 87-98

・ 山岸暁美「在宅療養移行の時期とコミュニケーションの適切性に関する研究」編集「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」運営委員会『遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 2』日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団 2013 98-103.

・ Fersko-Weiss, H. *Caring for the Dying. The Doula Approach to a Meaningful Death.* London: Orion Spring. 2017 222.

## 5. 主な発表論文等

〔雑誌論文〕 計9件（うち査読付論文 4件 / うち国際共著 0件 / うちオープンアクセス 0件）

1. 著者名 林美枝子 永田志津子	4. 巻 12
2. 論文標題 在宅看取り介護者への視線 医療・介護関係者からの評価を中心に	5. 発行年 2018年
3. 雑誌名 地域ケアリング	6. 最初と最後の頁 94-99
掲載論文のDOI（デジタルオブジェクト識別子） なし	査読の有無 無
オープンアクセス オープンアクセスではない、又はオープンアクセスが困難	国際共著 -
1. 著者名 林美枝子 永田志津子	4. 巻 14
2. 論文標題 医療・介護の地域資源を文脈とした在宅死の看取りに関する困難性の研究 - 札幌市A区の事例から -	5. 発行年 2018年
3. 雑誌名 北海道民族学	6. 最初と最後の頁 65-79
掲載論文のDOI（デジタルオブジェクト識別子） なし	査読の有無 有
オープンアクセス オープンアクセスではない、又はオープンアクセスが困難	国際共著 -
1. 著者名 林美枝子 永田志津子	4. 巻 3
2. 論文標題 北海道の全保険者における生活支援総合事業の早期取り組み予定の有無とその関連要因	5. 発行年 2017年
3. 雑誌名 日本医療大学紀要	6. 最初と最後の頁 46-54
掲載論文のDOI（デジタルオブジェクト識別子） なし	査読の有無 有
オープンアクセス オープンアクセスではない、又はオープンアクセスが困難	国際共著 -
1. 著者名 永田志津子 林美枝子	4. 巻 6
2. 論文標題 高齢者生活支援サービスにおける有償ボランティアの課題～社会参加高齢者の調査から～	5. 発行年 2018年
3. 雑誌名 札幌大谷大学社会学部論集	6. 最初と最後の頁 75-100
掲載論文のDOI（デジタルオブジェクト識別子） なし	査読の有無 無
オープンアクセス オープンアクセスではない、又はオープンアクセスが困難	国際共著 -

1. 著者名 永田志津子 林美枝子	4. 巻 30
2. 論文標題 協議体構成員の特性からみた生活支援体制整備事業の現状と課題	5. 発行年 2019年
3. 雑誌名 札幌大谷大学紀要	6. 最初と最後の頁 43-54
掲載論文のDOI (デジタルオブジェクト識別子) なし	査読の有無 無
オープンアクセス オープンアクセスではない、又はオープンアクセスが困難	国際共著 -

1. 著者名 永田志津子 林美枝子	4. 巻 7
2. 論文標題 住民意識から見る総合事業における高齢者支援の課題～北海道における女性団体の調査から～	5. 発行年 2019年
3. 雑誌名 札幌大谷大学社会学部論集	6. 最初と最後の頁 143-162
掲載論文のDOI (デジタルオブジェクト識別子) なし	査読の有無 無
オープンアクセス オープンアクセスではない、又はオープンアクセスが困難	国際共著 -

1. 著者名 林美枝子 永田志津子	4. 巻 5
2. 論文標題 調査報告 介護予防・日常生活支援総合事業実施状況と課題の分析	5. 発行年 2019年
3. 雑誌名 日本医療大学紀要	6. 最初と最後の頁 59-72
掲載論文のDOI (デジタルオブジェクト識別子) なし	査読の有無 有
オープンアクセス オープンアクセスではない、又はオープンアクセスが困難	国際共著 -

1. 著者名 永田志津子 林美枝子	4. 巻 8
2. 論文標題 高齢者を対象とする在宅看取りの課題～開始期の看取り家族の語りにみる困難性	5. 発行年 2020年
3. 雑誌名 札幌大谷大学社会学部論集	6. 最初と最後の頁 57-84
掲載論文のDOI (デジタルオブジェクト識別子) なし	査読の有無 無
オープンアクセス オープンアクセスではない、又はオープンアクセスが困難	国際共著 -

1. 著者名 Mieko Hayashi Shizuko Nagata	4. 巻 6
2. 論文標題 Factors Related to Family Caregivers End-of-Life Home Care and at Home Death Experiences From a Survey of the Members of the Hokkaido Women's Group Liaison Council.	5. 発行年 2020年
3. 雑誌名 Bulletin of Japan Health Care College	6. 最初と最後の頁 5-11
掲載論文のDOI (デジタルオブジェクト識別子) なし	査読の有無 有
オープンアクセス オープンアクセスではない、又はオープンアクセスが困難	国際共著 -

〔学会発表〕 計10件 (うち招待講演 1件 / うち国際学会 0件)

1. 発表者名 林美枝子 永田志津子
2. 発表標題 在宅看取り介護者への視線 医療・介護関係者からの評価と家族介護の困難性を中心に
3. 学会等名 日本文化人類学会
4. 発表年 2018年

1. 発表者名 林美枝子 永田志津子
2. 発表標題 在宅看取りの初期段階における困難性研究、医療・介護専門職と家族介護者間の齟齬
3. 学会等名 日本公衆衛生学会
4. 発表年 2018年

1. 発表者名 林美枝子 永田志津子
2. 発表標題 地域資源を文脈とした看取り介護の影響に関する研究
3. 学会等名 北海道民族学会 第2回研究会
4. 発表年 2017年



1. 発表者名 林美枝子 永田志津子
2. 発表標題 介護予防・日常生活支援総合事業の住民主体サービスにおける地域資源の現状と課題
3. 学会等名 日本公衆衛生学会
4. 発表年 2017年

1. 発表者名 永田志津子 林美枝子
2. 発表標題 介護予防・日常生活支援総合事業における住民主体サービスの可能性と課題
3. 学会等名 東京都国立社会保障・人口問題研究所先進事例調査分析・横展開による自治体機能強化支援総合研究（平成29年度）研究会
4. 発表年 2018年

1. 発表者名 永田志津子 林美枝子
2. 発表標題 総合事業における生活支援の担い手育成の課題～社会参加高齢者の調査結果を中心に
3. 学会等名 日本介護福祉学会
4. 発表年 2018年

1. 発表者名 永田志津子 林美枝子
2. 発表標題 北海道全道自治体保険者への新総合事業の実施状況調査と問題点の分析
3. 学会等名 日本公衆衛生学会
4. 発表年 2018年

1. 発表者名 林美枝子 永田志津子
2. 発表標題 在宅看取り環境設定における困難性に関する家族介護者の語り分析
3. 学会等名 日本介護福祉学会
4. 発表年 2019年

1. 発表者名 林美枝子
2. 発表標題 看取りねっとの挑戦
3. 学会等名 国立民族学博物館共同研究会（招待講演）
4. 発表年 2018年

1. 発表者名 林美枝子 永田志津子
2. 発表標題 死を整える 看取りの家族介護者の語りから
3. 学会等名 日本死の臨床研究会
4. 発表年 2019年

〔図書〕 計1件

1. 著者名 林美枝子	4. 発行年 2020年
2. 出版社 明石書店	5. 総ページ数 368
3. 書名 介護人類学事始め 生老病死をめぐる考現学	

〔産業財産権〕

〔その他〕

看取りねっと

<https://www.mitori.net>

6. 研究組織

	氏名 (ローマ字氏名) (研究者番号)	所属研究機関・部局・職 (機関番号)	備考
研究 分 担 者	永田 志津子  (Nagata Shizuko)  (60198330)	札幌大谷大学・社会学部・教授    (30125)	