

科学研究費助成事業（科学研究費補助金）研究成果報告書

平成 25 年 6 月 20 日現在

機関番号：34307

研究種目：研究活動スタート支援

研究期間：2011 ～ 2012

課題番号：23890228

研究課題名（和文）最期まで「自宅で療養したい」という思いを支える在宅ケア支援モデルの検討

研究課題名（英文） Examination of the home care support model supporting "desire to stay at home" up to the last moment

研究代表者

鮫島 輝美（ SAMESHIMA TERUMI ）

京都光華女子大学・健康科学部・看護学科・講師

研究者番号：60326303

研究成果の概要（和文）：本研究では、「病院」という場を前提とした近代的人間観を見直し、在宅という場の多様性・複雑性をも視野に入れた「ナラティブモデル」の人間観を採用し、在宅ケア支援を総体的に捉えるために、関係論（状況論）的分析を試みた。その結果、以下の4点について成果を得た。①在宅医療をめぐる問題点の再整理 ②当事者・利用者が求めている在宅医療のあり方について「療養の場」としての在宅というキーワードからの再検討 ③2つのフィールドワークから、医療者・ヘルパーなどの関係性に注目した考察 ④在宅ケア支援モデルの提案。

研究成果の概要（英文）：In this research we explore to analyze the care support system at home with the related theory(the status theory). We improve the modernistic human being view as premises for the place a "hospital" and adopt the human view of the "narrative model" which also enclose the diversity and the complexity of the place home. Then we obtained the result about the following four points. 1) Re-arrangement of the problems over home medical care 2) Reexamination the state of the remote medical treatment which the parties need with a keyword which is called home as "a place of medical treatment" 3) Consideration which observed relationship with a health professional and a helper from two fieldworks 4) the proposals of home care support models.

交付決定額

（金額単位：円）

	直接経費	間接経費	合計
2011年度	800,000	240,000	1,040,000
2012年度	800,000	240,000	1,040,000
年度			
年度			
年度			
総計	1,600,000	480,000	2,080,000

研究分野：看護学

科研費の分科・細目：医歯薬学、地域・老年看護学

キーワード：在宅ケア・終末期・自宅療養・支援モデル

1. 研究開始当初の背景

わが国では、国民の約60%が、終末期の療養場所として「自宅」を希望していることが複数の調査から、明らかになっているが、現状は、全死亡者の80%以上が病院で亡くなっており、在宅死亡者割合は、14%程度に過ぎ

ない。しかし、希望する場所で療養することは、患者のQOLを支える上でも重要であり、厚生労働省も、「在宅医療」が医療のあり方の選択肢となるよう推進している（山岸，2011）。また近年、「高齢社会」「多死時代」に向けた政策として、医療制度は、その主軸

を病院から地域へと移行しつつある。さらに、病床機能分化による医療の効率化の流れの中、急性期治療を終えた慢性期患者の療養場所の選択肢としても、「在宅」は期待されている。つまり、「在宅」医療は、国民からも社会からも、療養の場として、その充実を期待されていると言えるのである。

その一方で、60%以上の国民が、「家族への介護負担」が大きく、「苦痛や急変時の対応が不安」という理由から、「自宅療養は困難である」と考えている。ここで一つの疑問がわいてくる。多くの人々が終末期において病院よりも「在宅」での療養を望んでいるにも関わらず、実現不可能と認識し、その希望が何故叶わないのだろうか。ここで明確なことは、「当事者が希望している」意志表示だけでは、在宅療養への移行は困難で、多くの障害があるということであろう。

在宅での療養支援において困難さを極めているのは、既存の医療やケアが「病院」という治療・療養に特化した場所を前提にしてきたからであり（鮫島他，2002）、「在宅」という生活の場が持っている複雑性・多様性について、十分議論されてこなかったことが一つの要因と考えられる。「病院」という場は、近代を時代背景とし、患者を個別化して対象化し、生体（O）に対し、刺激（S）を与えれば、必ず反応（R）が返ってくるという人間観、「人間機械論」（佐藤，1995）を前提にしながら発展してきた。しかし、人間とは本来社会的存在であり、社会的制約や文化的制約から完全に切り離された機械的存在ではないのである。

既存の研究では、空間の意味や、人間観の差異を十分議論しないまま、個別の事例を検討することで様々な身体的・精神的・社会的影響をそれぞれの立場（当事者・家族・医療者・介護者）から要素還元的分析を試みているが故に、全体像が見えにくくなっていると考えられないだろうか。

そこで本研究では、以下のようなアプローチを特徴とする。1つ目として、今まで意識されてこなかった「病院」という場を前提とした人間観を見直し、在宅という場の複雑性をも視野に入れた「ナラティブモデル（やまだ，2007）」の人間観を採用する。ナラティブモデルでは、環境を、普遍的で抽象的に設定するのではなく、特定の時間・空間を持つ場所、自然・文化・社会・歴史的・状況的文脈として具体化したものとして捉えている。

2つ目は、在宅ケア支援を総体的に捉えるために、関係論（状況論）的に捉えようとする点である。関係論（状況論）とは、社会的関係のインタラクション（相互行為）について探求する理論的枠組みである。関係論（状況論）では、「頭の中の精神世界」ないし「個人の内的世界」があり、他方で「外的環境」

ないし「集団社会」があるとする、我々に深く根付いた心と環境との二元論的な見方は採用せず、内的な精神過程に帰属されがちな記憶、学習、能力、アイデンティティなどあらゆる現象は、根源的に「人々や道具の間のインタラクション（相互行為）あるいは関係性」から成ると捉え、「徹底的に」関係性から物事を捉えるものである（香川，2008）。

これらを通じて、在宅ケア支援において、当事者の資質や能力、専門職の役割・能力に依存しがちなものについても、関係論として捉える方向性が生まれ、今までよりも豊かな言説空間が開かれ、ローカルな言説としてとらわれがちだったミクロな事例検討も、マクロとの関係性の中で論じられることで、インターローカルな言説として、汎用性が広がるという効果が期待される。さらに、総体的に捉えることが難しかった在宅ケア支援が、このようなアプローチによって捉えられることで、看護学においても新たな方法論的可能性を提示できると期待され、看護学全体においても意義のあるものになると考える。

2. 研究の目的

本研究の目的は、以下の4点である。

一つ目として、上記の問題意識を前提としながら、在宅医療をめぐる問題点を整理し直すことである。問題の構造を、「原因」-「結果」の形式に当てはめるのではなく、当事者がおかれている状況からみた問題点の整理を試みる。

次に、当事者・利用者が求めている在宅医療のあり方について「療養の場」としての在宅というキーワードを元に再検討する。

続いて、2つのフィールドワークを通じて、医療者の役割、ヘルパーの役割について関係性に注目して、検討する。

最後に、以上の考察から、在宅医療における一つの支援モデルを提示する。

3. 研究の方法

本研究は、ミクロとマクロな視点の動的な関係性に焦点化して行われる。まず、文献検討を中心に、在宅医療をめぐる問題点を整理し、歴史文化的分析より、近代医療と病院・在宅という場をめぐる問題点を整理する。医学や看護学にとどまらず、社会学や福祉学、心理学など、横断的な分析を目指す。

また、フィールドワークでは、参加観察型のアクションリサーチ（矢守，2010）を採用した。アクションリサーチとは、望ましいと考える社会的状態の実現を目指して研究者と研究対象者とが展開する共同的な社会実践を指している。

対象フィールドは以下の2カ所である。

(1)「認知症居宅介護研究所」：医師であるT氏が自分の妻を自宅にて20年間介護してき

た体験をベースとし、「認知症を正しく理解し、認知症の人の心に寄り添う介護」を伝承・開発することを目的として、2008年に設立されたNPO。その思いは、認知症における家族介護は困難を極めるものであったが、ヘルパーをはじめ多くの人に助けられ、支えられることにより、20年という長期にわたっての介護が可能になったという意識による。

研究者は、2008年9月から「研究所」の月一回の研究会に参加し、現在（2013年6月）も、継続中である。研究会には、NPO会員として質問や議論にも積極的に参加している。研究会の内容は、毎回ICレコーダーに録音され、トランスクリプト化されている。その内容は、研究の目的以外に使用しないことで、了解を得ており、個人が特定されるような公表の仕方は避けることで合意を得ている。

(2)0医師が行っている在宅医療：0医師は、京都府美山町（現：京都府南丹市美山町）での「公設・住民営」の医療システム構築（飯田、1998・2000）の中心的存在であり、その経験を生かし、住民が納得し、主体となりうるような地域医療の在り方を模索している。また、在宅医として、終末期の看取りにおいても、本人や家族の希望に向き合い、最期をどう看取るか、を特別な指示書としてカルテ作成している。実際の診療に同行し、その過程を家族とともに体験することで、どのような活動がなされているのかを把握し、看取りの現場調査を行う。

著者は、2011年11月～2013年3月、計12回にわたり、在宅医である0氏の訪問診療に看護師とともに同行した。往診の場にて、診察補助や看護ケアに参加しながら、その場のやりとりをフィールドノートとして文章化した。適宜、家族介護者に簡単なインタビューも行った。また、0氏が行っている医療講演に参加し、その内容を文字化した。また、0氏や看護師とディスカッションやインタビューを行った。

4. 研究成果

(1)在宅をめぐる諸問題

世界的に見ても日本における高齢化は、きわめて深刻で、死亡数は、2040年には、現在の2倍になると予測されている。ここで問題とされているのは、どこで亡くなるのか、という「場所」の問題である。

もちろん、「積極的な理由」として、「人生の終末を住み慣れた住まいで、望むべくは慣れ親しんだ人たちに囲まれて過ごした方が幸せ」だからとしている。国民のニーズも、8割程度の国民が「住み慣れた自宅で最期を迎えたい」と考えている。また、高齢者においては、約6割は虚弱になっても自宅での療養を希望している。

国の問題意識も同じくして、「施設中心の

医療・介護」から可能な限り、「住み慣れた生活の場において必要な医療・介護サービス」が受けられ、安心して自分らしい生活を実現できる社会が望ましいとしている。しかし、解決の方向性として議論されているのは、鳥瞰的に見た「医療提供体制」であり、「医療機能分化」を押し進め、「医療・介護の連携」を強化しすることが、「地域包括ケア」の実現である認識としていることがわかる（厚生労働省、2012）。

では、当事者のニーズとしては、どうだろうか。終末期医療に関する調査（厚生労働省、2008）によれば、在宅で療養したいという気持ちはあるが、「介護してくれる家族に負担がかかる」という思いである。つまり、制度が整いつつあることは、直接的な問題解決策ではなく、日々の現実の世界では、「介護＝負担」であると認識され、支援を受けている実感が感じにくい現実があるのである。

ここで問題としたいのは、制度や体制が整備されることが、当事者やその家族にとって、「安心感」を生み出す一助とはなっていない、ということである。問題なのは、政府や専門家が考えている「あんしん」と当事者やその家族が求めている「安心」の間にある乖離である。

この乖離が生み出される要因の一つは、「在宅医療」が当たり前としている「前提」にあると考える。政府や専門家が議論している「病院」から「在宅」への移行は、単なる「治療の場」の移行と考えており、在宅を病院化することが前提となっている。

しかし、在宅とは「生活の場」であり、当事者にとっても、家族にとっても「生活の場」なのである。家族が介護を負担と認識する背景には、「生活の場」を専門家たちが無意識のうちに「病院化」しようとする力が働いているという点である。

(2)療養者・家族介護者が求める日常的支援

上記の問題点を踏まえ、ここでは、当事者である療養者・家族介護者が求めている支援について、以下の3点から考える。

1点目は、支援の方向性を、「量の問題」から「質の問題」への転換する必要がある。療養者・家族介護者が求めている支援とは、関わる専門家の人数や頻度が増える「量の問題」ではない。困った時に同じ視線で相談に乗ってもらえる、という日常的支援の「質の問題」である。「量の問題」も重要な要素であるが、真に当事者たちの現実に影響を及ぼすのは、「顔の見える関係」においてなされる「ちょっとした支援」という「質の問題」なのである。

2点目に「介護＝負担」の等式の連結力を緩めることが挙げられる（鮫島・竹内・西山、2009、鮫島・竹内・竹家、2010）。「介護＝負担」と捉えられる背景には、「こうあるべき

介護」という理想の姿が想定されており、そこから見た現実の介護の間に乖離がある。その乖離を埋めるために、日常の介護が行われるため、「足りない部分」に目が行き、常に「未だできていない」という思いが「負担感」を生むと考えられる。この「介護＝負担」の等式の連結を緩めるためには、「こうあるべき介護」の基準を専門職の立場から要求するのではなく、介護者の「できる介護」との接点を模索していくような、「介護の日常化」を専門職が目指す必要がある。

3点目として、医療者・ヘルパーとの関係性を指導的な上下関係から、療養者を囲む支援者としての水平関係へ移行することが挙げられる。介護者にとって、日常生活の中で起こる医療的な問題は、すべて「非日常」である。些細な出来事も、介護者にとっては混乱を生む原因となる。その日常的におこる問題に対し、医療者が常に指示を与えるような上下関係は、介護者の解決能力の向上を阻害する。指示を与えれば与えるほど、介護者は、自ら解決する機会を失ってしまうのである。逆に、些細な出来事に対し、指導を与える上下関係ではなく、一緒に考える水平的な関係において、共に考えることで、日常生活における解決方法を体験することができ、最終的に介護者自身が自らの判断能力を向上させることが可能になる。

(3)近代医療における場をめぐる問題

ここからは、近代医療における場をめぐる問題について議論する。

我々が多くの恩恵を受けている近代医療は、「病院」という場で発達した。猪飼(2010)は、20世紀を医療供給システムに対する強い規律が与えられたという意味で、「病院の世紀」と位置づけ、現在一つの節目を迎えていると指摘する。20世紀の医療システムは、治療の都合＝内的要因に基づいて組み上げられてきたが、我々がもはや「治療」およびそれを支える知識体系である治療医学に対して、もはや全幅の信頼を置くことが難しくなっている。つまり、医療供給システムの進歩により、感染症は解決をみたが、機能障害・形態障害を伴った病気の長期化、慢性疾患が誕生した。そして、病気発症前後の変化は、「病気を抱えながら生活する」ことを意味し、「病気の日常化」が必要となり、「逸脱ではない病気」が誕生したといえる。

また、70年代を境に問題となった「社会的入院」とは、「療養する場」の社会問題化と捉えられる。「療養」とは病気やけがの手当てをし、からだを休めて健康の回復をはかることであり、感染症の隔離が中心であった病院の時代は、治療の中に療養が含まれていた。「社会的入院」が問題としたのは、治療からの療養の切り離しであり、病院が治療に特化した場へ移行したことを意味し、「療養の場」

である病院の終焉をも意味した。

このように考えると近年の在宅医療への移行傾向は、新たな「療養の場」としての「在宅」の発見と捉えられる。しかし、当事者からすると議論がずれているのではないかと。現在、在宅医療において議論されているのは「地域包括ケア」の重要性であり、システムや専門職連携ばかりが強調され、鳥瞰的視点からのみ語られる傾向がある。

療養の場としての在宅は、一般社会から隔離され、治療に特化した均質な「幾何学的な空間」である病院とは異なり、当事者にとっては、自らの身体のある場所を中心としたそれぞれが意味付けられ秩序づけられた「生きられる空間」なのである(佐藤,1999)。

そのため、病院から在宅への移行というのは、単なる「幾何学的空間」としての治療の場、療養の場の移行ではなく、全く異なる「療養の場」を発見することである。

(4)フィールドワーク

ここからは、フィールドワークによって得られた結果について考察する。

①認知症居宅介護研究所(鮫島,2011)

T氏にとってのヘルパーは、家族だけでは価値観が固定化してしまう所に、新たな価値観を導入してくれる存在である。また、ヘルパーたちの相手の世界観を大切にし、寄り添うような介護は、家族に新たな可能性を見せてくれるものであった。看護において患者の個別性を含意したケア計画を立てる際、生活の全体を把握し、そこから問題点を見つけ出し、積極的にアプローチを試みるProblem-oriented(PO)を採用している。POでは、観察者は、超越的な視点が要求され、患者を常に対象化し、管理しながら問題解決を行う。しかし、在宅は病院とは環境が異なるため、24時間専門職が管理することは不可能であり、生活全体を把握できない。必要なケアとは、現在家族が困っていることに焦点を当て、ケアを受ける当事者や家族の世界観を大切にし、ともに問題に巻き込まれ、その中から解決の糸口を見つけ出すようなTrouble-orientedの態度であり、これがヘルパーの「専門性」と言えるのではないだろうか。

②O氏が行っている【在宅医療】

在宅医療における療養者・介護者・医療者感の関係性(鮫島,2013a)について考察する。

【結果】事例:M氏90代、男性。80代の妻と50代の娘が在宅介護している。介護度は5であり、常に臥床状態で生活は全介助である。往診の際、妻から数日前、M氏に38.9度の発熱があり、しばらくクーリングにて様子を見ていたが下がらず、家族が判断して手持ちの解熱剤を通常の半量服薬させ、翌日には36.8度に解熱した、と報告があった。その際、妻

は0氏に「いつもと変わらんかったし、それでよかったかな。」と確認していた。0氏は、「それでいい。すごいな、お母さんたちだけで見たんや。以前はちょっと熱出ただけで大騒ぎしていたけど、すごいわ。」と積極的に褒めていた。

【考察】0氏が前提としている<医療>とは、病院における治療中心の医療とは異なる。病院での治療とは、診断基準である正常値との比較において、機能回復を目指す「達成目標」があり、診察はその「結果の評価」となる。正常値からの逸脱を常に監視し、異常が見つかればそれを治療することが、中心である。この場合、監視するもの-監視されるもの、という関係になり易い。しかし、0氏の<医療>では、個々の数値において、療養者にとっての「意味」が追求され、「寿命に直接関わるか」、という基準からその「価値」が質的に評価されている。0氏が大切にしている健康観とは「楽しく過ごすこと」「安心して生活できること」であり、医療者はそれを支援する存在で、医療者が主導権をとってはいけない、という。このような前提から生まれる関係性とは、療養者の状態を介護者とともに寄り添い、見守る関係となるのである。事例にあるように、彼らは、今の療養者にとっての体温の「意味」を共に考え、今の療養者にとって、どういう治療・ケアが「価値」あることなのかを、共に実践していく「学びの共同体」を醸成している。このような関係性におかれることで、療養者も家族も「何かあった時に相談できる専門職」の存在に安心感を覚え、一緒に療養者を見守っていく中で、具体的な対処方法を学び、医療者が不在でも、自ら考えケアできる介護者へと成長することが可能となる。

(5)在宅支援モデル

①「治療の場」から「療養の場」への移行、「幾何学的空間」から「生きられる空間」の共有へ

病院医療から在宅医療への移行は、単に幾何学的な空間である「治療の場」を在宅という場に移すことではない。まずは、在宅へ移行する、ということは「療養の場」を新しく発見することであり、当事者の身体を中心とした生活の一つ一つが意味付けられ秩序づけられた「生きられる空間」を共有することが養成される。

②上下関係から水平関係へ、「独立型社会」から「環節型社会」へ

包括的ケアサポートが前提としていることは、中央集権的な専門職集団と個々の療養者・家族介護者がどのくらいの頻度で、どのくらいの専門職種が関わるかを議論し、量の充実が支援サポートの充実となると認識している。このような体制である「独立型社会」の特徴は、中央集権的な母体＝ケアの与

え手と受け手が、上下関係で直接的に繋がっていることである。さらに、中央集権的な母体＝ケアの与え手は、代替可能なものであり、かつ普遍的、つまり個々人の違いや地域・文化的な背景の差異をも問題としないようなサポート体制である。しかし、実際にケアの与え手と受け手の間のケアサポートは、個別性が高く、代替不可能である。独立型社会では、個々のケアの受け手同士は全く連携がなく、独立しているのも特徴である。こうした独立型社会の弱点は、ケアの受け手が中央集権的な母体と繋がることができなくなった場合、地域にいながら社会的ネットワーク的に孤立することである。

対照的に、「環節型社会」とは、与え手と受け手が1対1という2者間だけでなく、何人もの人が結節点を多く持つ、つまり「環節」的に水平な関係を作り上げている。特徴としては、それぞれが横のつながりを1つ失ったとしても、他に多くの「環節」をもっていることで社会から疎外される状態がおきにくい。また、他の様々な人と水平関係に繋がる支援をすれば、ネットワークが脆弱性を持たず、人と人のつながりによって支えられる状態を創っていくのである。

③「医学的物語」から「生活者の病の語り」へ

在宅を「生きられる空間」として捉えた場合、「ナラティブモデル（やまだ）」においては、「意味の行為」や「経験の組織化」のダイナミックな変化を捉えることが可能になる。往診時にかかわす何気ない医療者と当事者たちの会話も、物語の変化プロセスとして捉えることが可能になる。

当事者たちが、在宅にいながら「医学的物語」を語ろうとすることが、当事者たちの不安を強めていたと考えることができる。それを0氏は意図的に「生活者の病の語り」へとシフトチェンジさせようと試みることで、家族も次第に「生活者の病の語り」ができるようになる。この語りは、「生活者の言語」で語られる病（星野，2006）であるため、当事者たちは管理しやすく、生活の一部と受け止めることが可能になるのである。

④「24時間管理体制の安心」から「いつでも相談できる、困った時は助けてもらえる安心」へ

本研究では、「安心」についても構造的分析を試みた。病院医療が前提としている「安心」とは、「24時間、専門家が管理してくれる」というおまかせ状態からくる安心であり、当事者たちは自分の身体でありながら、管理不能になっていた。しかし、在宅においては、専門家は不在であり、いくら教育を受けたとしても、当事者や家族介護者が専門家になることはできない。当事者に関わる医療者が、「安心」の内容を変化させることが、当事者

たちの不安を取り除き、自分たちで管理可能な身体としての意味を獲得することができるのである。

【引用文献】

- ・星野晋(2006) 4. 医療者と生活者の物語が出会うところ, 江口重幸・斎藤清二・野村直樹編, ナラティブと医療, 金剛出版.
- ・猪飼周平(2010) 病院の世紀の理論, 有斐閣.
- ・飯田信介(1998). 「公設・住民営」の地域医療システム構築過程に関する研究 —京都府美山町における試み— 京都大学総合人間学部卒業論文 (未公刊)
- ・飯田信介(2000). 「公設・住民営」の地域医療システム構築過程に関する研究 —京都府美山町の事例— 京都大学大学院人間・環境学研究科修士論文 (未公刊)
- ・香川秀太(2008) 状況論とは何か: 実践の解明と変革のアプローチ, インターナショナルナーシングレビュー, 31(5), 19-26.
- ・厚生労働省(2008). 「終末期医療に関する調査」結果, 2013年6月1日.
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1027-12e.pdf>
- ・厚生労働省(2012). 在宅医療・介護あんしん2012, 2013年6月1日.
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/anshin2012.pdf
- ・佐藤純一(1995) 第1章医学, 黒田浩一郎編, 現代医療の社会学, 日本の現状と課題, 世界思想社.
- ・佐藤恵子(1999) 「生きられる空間」とは何か, 論集, 49, 109-130.
- ・鮫島輝美(2011a) 在宅におけるケアするものとケアされるものの関係性の構造的な分析, 第37回日本看護研究学会学術集会抄録集, 246.
- ・鮫島輝美(2012) 在宅医療における医療者が与える「安心感」についての考察 在宅医緒O氏の訪問診療のフィールドワークから, 保健医療社会学論集 第38回日本保健医療社会学大会抄録集 第23巻 特別号, 52.
- ・鮫島輝美(2013a) 在宅医療における療養者・介護者・医療者の関係性の構築—療養者に学ぶ「学びの共同体」の醸成—, 第39回日本保健医療社会学大会抄録集 第24巻 特別号, 31.
- ・鮫島輝美(2013b) 医療者の積極的な「声かけ」が創る〈安心の場〉としての在宅—O氏の訪問診療におけるフィールドワークから—, 日本グループ・ダイナミクス学会第59回大会 大会発表論文集, 未刊行.
- ・鮫島輝美・杉本初枝・藤井裕子・奥野宗子(2002) 病院から在宅への環境移行に伴うケア・ニーズの実態調査とその分析, 兵庫県

立看護大学紀要, 9, 87-102.

- ・鮫島輝美・竹内みちる・西山直子(2009) 介護における「負担」観から新たな価値観の創造に向けて—家族による看取りの語りから学ぶ—, 京都大学グローバルCOE「心が活きる教育のための国際的拠点」大学院生主体課題探求・討論 研究開発コロキウム 平成20年度 研究成果報告書, 116-125
- ・鮫島輝美・竹内みちる・竹家一美(2010) 「介護における「負担」観から新たな価値観の創造に向けて」. 平成21年度GCOE「心が活きる教育のための国際的拠点」研究開発コロキウム, 平成21年度 研究成果報告, 106-115.
- ・やまだようこ(2007) 4 ナラティブ研究, やまだようこ編, 質的心理学の方法, 54-71, 新曜社.
- ・山岸暁美(2011) 「在宅緩和ケア」に国はどう期待しているか?, 訪問看護と介護, 16(1), 40-41, 医学書院.
- ・矢守克也(2010) アクションリサーチ 実践する人間科学, 新曜社.

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[学会発表] (計5件)

- ①鮫島輝美 医療者の積極的な「声かけ」が創る〈安心の場〉としての在宅, 日本グループ・ダイナミクス学会 第60回大会, 2013年7月14日 至: 北星学園大学
- ②鮫島輝美 在宅医療における療養者・介護者・医療者の関係性の構築, 第39回日本保健医療社会学大会, 2013年5月18日 至: 東洋大学
- ③Terumi Sameshima, Michiru Takeuchi (A New Attempt of Care for Recuperating Patients at Home Supported by a Dialogical Relationship, Exploring Relational Practices in Peacebuilding, Mediation, and Conflict Transformation: From the Intimate to the International, 2012.11.15. San Diego, CA
- ④鮫島輝美 (2012) 住民が変える〈地域医療〉を目指して (第2報), 日本グループ・ダイナミクス学会第59回大会, 2012年9月23日 至: 京都大学
- ⑤鮫島輝美 在宅医療における医療者が与える「安心感」についての考察, 第38回日本保健医療社会学大会, 2012年5月20日 至: 神戸市看護大学

6. 研究組織

(1) 研究代表者

鮫島 輝美 (SAMESHIMA TERUMI)
京都光華女子大学・健康科学部・看護学科・講師

研究者番号: 60326303