

【論 文】

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—

林 美 枝 子・永 田 志 津 子

要 旨：本稿は地域包括ケアシステムの構築とともに増加が予想されている家族介護者による在宅看取りの環境を整えるための初期の困難性に関して、支援を行う側の医療職や介護職への聞き取り調査から明らかにすることを目的としている。現在の在宅での看取り介護は、医療と介護の地域資源を活かしたものとならざるを得ないため、家族介護者からの事例研究だけでは、その困難性を明らかにすることができなかったこれまでの研究が前提となっている。得られた資料からは医療・介護の関係者は、保険制度のサービス利用を「家族介護者の介護力を補うもの」と捉えていること、また看取りの環境を整える初期段階で、患者や家族介護者は様々な専門職の紹介や仲介で医療や介護のサービスと結びつくが、利用先の選択は、そうした専門職の経験的知識や個人的ネットワークによるものであることが明らかとなった。医療や介護の地域資源が選択されるうえでの合理性、妥当性が利用者からも評価できる制度の構築や、地域資源の情報の集約、そして利用可能性に関する情報公開が求められる。

キーワード：看取り、在宅死、家族介護者、医療と介護の地域資源

1. はじめに

本稿は 21 世紀型地縁社会とも言える「地域包括ケアシステム」のもとで、具体的地域社会における医療と介護の地域資源の文脈から、在宅看取りを考察することを目指している。研究全体の目的は日本における新たな看取り文化の構築とその阻害要因、および看取り文化の社会的継承の方法論を構築することにあるが、既に家族介護遺族の聞き取りを終え、その成果は明らかにしているため (林 2016a)、本稿では看取りの初期に発生する困難性の原因について、支援する側の種々の専門職に聞き取り調査を行って得られた資料からの考察を試みた。

現在、国の政策的誘導の対象となっている在宅死の看取りであるが、「病院完結型社会」から「地域完結型社会」への転換を目指しているもので (社会保障制度改革国民会議 2013)、その実際は、医療・介護の専門職支援を身近な地域資源から受けるものとならざるを得ない。住み慣れた我が家や地域で最期を迎えると言う意味の「地域完結型社会」を実現するということは、受け皿としてそれを支援するシステムである「地域包括ケアシステム」の構築に挑むということであり、終末期の療養や看取りを、地域社会の問題として受け止める力があるのかという問いに、地域社会が答えを探ることと同義である。なぜなら 2025 年までに、すべての基礎自治体はその構築を義務付けられているこのシステムは、人口規模で 1 万人レベル、徒歩 30 分圏内の 5 つの地域資源をネットワーク化することを意味しているからである。5 つの資源とは医療・介護・生活支援・高齢者の住宅・介護予防のことを指すが、看取りに関しては医療・介護資源からの支援に焦点が絞られたものとなる。具体的に地域を限定し、その資源を把握しつつ、当該地域の在宅看取りのニーズに、それらの資源が現状でどう対応しているのかを明らかにする調査が必要であるが、そうした先行研

究はまだない。

2. 研究の背景

日本の 2016 年の高齢化率は 27.7%（2017 年 厚生労働省発表）と高率であり、今後、2035 年までにはその推計値は 33.4% となり（国立社会保障・人口問題研究所 2012）、日本人の 3 人に 1 人が 65 歳以上となる超高齢社会の到来が推定されているが、つまりそれは多死社会が到来することの予想でもある。最も年間死亡者数が多くなる 2040 年には、2015 年と比較すると 1 年にして約 36 万人の死亡者数の増加が推計され（厚生労働省 2017：4）、病院死率が現在のままであるなら、死に場所の選択に困る大量の人口が発生すると懸念されている。厚生労働省はその対策として 2012 年を「地域包括ケア元年」と位置づけ、在宅療養や在宅での看取りを誘導する政策を開始した。今後の日本では、介護保険や医療保険のサービスを利用しながら「地域包括ケアシステム」のネットワークで支えられた在宅看取りが増加すると言われているが、看取りの知識や技術のない家族介護者の大量発生や、それに伴う介護離職問題の深刻化、さらには地域の施設による看取りの不可避性も高まることが予想される。

終末期の患者の病院死率が、在宅で看取られる率を上回るようになったのは 1976 年から 1977 年にかけてのことであるが、看取りの経験的知識は「家」単位で姑から嫁に私的なルートで継承され、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、看取りが病院化、医療化したことで、家族を家で看取る経験知や技術は絶えることになった¹⁾。その後は老衰や、死への経過が他の疾患と比較して予想可能な末期がん患者等の在宅看取りは一定割合で発生してはいたが、2000 年の介護保険制度による介護の社会化を経て、死に場所を巡る問題は大きく変化した。現在は先述したように「地域包括ケアシステム」のもとで地域や家庭に看取りを回帰させる在り方が模索されているが、介護保険制度が整い、「地域包括ケア元年」を経た 2015 年現在においても、在宅での看取りは表 1 のように「微減」となっており、国が政策誘導をしている療養病床の削減の受け皿としての役割が高まっているのは地域における介護老人保険施設や民間の老人ホームである。

表 1 2000 年以降の死に場所の推移

年次	病 院	診 療 所	介護老人 保健施設	老 人 ホ ー ム	自 宅	その他
2000	78.2	2.8	0.5	1.9	13.9	2.8
2005	79.8	2.6	0.7	2.1	12.2	2.5
2010	77.9	2.4	1.3	3.5	12.6	2.3
2015	74.6	2.0	2.3	6.3	12.7	2.1
推移	減少		増加		微減	横ばい

「平成 27 年人口動態統計」より作成

また 2017 年の改正介護保険法の成立では、日常的な医学管理や看取り・ターミナルケアなどの医療機能と生活施設としての機能を兼ね備えた、介護医療院が 2018 年から新設されることも決まり、併せて、2018 年 3 月までに廃止が予定されていた療養病床の廃止期限

は6年間、再延長されている。つまり家族介護に多くを頼る在宅での看取りは増加しておらず、ではその環境を整えるための困難性が具体的にどこにあるのかを本研究では支援する側の医療や介護資源である専門職の語りから理解しようとしている。

本調査に先立ち2014年から2015年にかけて行った在宅看取りの家族介護者を対象とした聞き取り調査を行っているが、家族介護者の看取りの実態を以下のように考察した(Hayashi East Asian Anthropological Association 2014 口演、林 2016a)。家族介護者は看取り当初、少なからぬ混乱や戸惑いと言った困難を経験するが、医療や介護の専門家と繋がることで、看取りの環境が整い、そうした不安が払拭され、結果的には経験的知識や技術が一種の自尊心や自信を与え、概ね看取りへの高い満足感を得ていた。余命を自認し、共に死を受容しつつある患者とその家族の看取り時の濃密な関係性は、両者に死の予期悲嘆を乗り越えさせ、死を受容する機会や死を意味づける機会を与えてくれてもいた。ただし、介護に関わった者を閉鎖的に結束させ、関わらなかったその他の家族・親族との軋轢を生じさせることもある。これから家族介護を担う者を、経験者の知識の集積やその社会的継承で支え、家族介護遺族が次にはピアサポーターとなって次世代の家族介護者を支える何らかの社会的ネットワークを模索することは、そうした看取りの初期の困難性や看取る家族間の閉鎖性を緩めるのではないかと言う結論が導かれたため、2015年に家族介護者の経験知の蓄積と社会的継承の場の試みである研究用Webサイト『看取りねっと』を構築した。現在そのサイトの2025年の完成を目指し、集積した情報による更新や新たなページの構築を毎年行っている。

これまでの家族介護者の調査では、看取りは、寝室やかつてのような家の奥まった一角ではなく、家族が集まるリビングやリビングに続く和室に介護ベッドを持ち込んで行なわれていたため、家族の日常生活や社会参加は一時的に停止していた。看取りを目的として生活の全てが再構築され、家族の話題や留意は死につつある者に集中している一方で、死へのケガレ観はほとんど語られなかった。看取り時に使用した寝具すら、以前のような「お炊き上げ」の対象とはならず、思い出の品として大切に保管している家族がほとんどであった。死を迎えるためというより最後まで生きるための介護が、素人ながら様々に工夫されていた(林 2016a)。

以上のように家族介護者を対象としたこれまでの研究からは日本の家族介護の特徴である介護に邁進する家族像が再確認されたが、再生されつつあると思われた看取り文化は、受け皿となる家族介護力の低下から、以前のものとは異なり医療と介護の文脈の中で捉えなおすべき全く新たな看取りであることが確認できた。つまりその実態は、家族介護遺族への聞き取りだけでは明らかにすることが困難なものであり、家族介護者を支えるために構築されつつある「地域包括ケアシステム」や、支援する側の医療と介護関係者の視点から在宅死の看取りを調査する必要があると示唆された。

3. 先行研究

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Fukuiらの研究では42.9%(Fukui et al. 2011 : 885)、内閣府が行なった2012年の意識調査では50.9%(内閣府 2013 : 67)と高率であり、概ね2人に1人が在宅死を希望していることが分かる。しかし2015年現在の日本の在宅死率は12.7%であるから(表1参照)、死に

場所に関する希望と現実が大きく乖離している。今回の調査地にある拠点病院で、入院患者を対象とした在宅療養に関する自記式調査票調査を 2013 年に実施したが、在宅での療養を希望していたのは 51.8%であり、それが現実を選択可能であると答えたのは 32.6%であった。在宅療養の選択を阻害する要因は、その時の分析からは有意に「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）。

日本における在宅死と家族介護者との関連については、介護保険制度成立以前の研究ではあるが、離婚率が高い県は在宅死の実施率が低く、家族員数が多い県は在宅死の実施率が高い（Sauvaget et al. 1996：91）ことが分かっており、介護保険以後も、患者が在宅死を叶えるためには、「家族が在宅死を好ましいと考えていることが有意に関連している」とされ（Ishikawa et al. 2013：5）、家族介護への意思とその介護力に看取りが左右されてきたことは自明のこととなっている。例えば、終末期のがん患者に関しては、余命告知の悲嘆反応から突き動かされるように、その家族介護者が内発的に介護に奔走することはこれまでも事例研究から指摘されているが（井藤 2015：244-245）、しかし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 2013：100）。「地域包括ケアシステム」が構築途上である現在、在宅死への誘導は、経験的知識のない家族介護者に終末期のケアを丸投げするリスクも抱えていることが懸念される。2016年現在の日本の平均的世帯家族員数は 2.3 人であり、併せて女性の就業率の高まりは、家族のもとへ回帰した在宅死を、今後も、医療・介護のサービスで支えていかざるを得ず、結局は回帰した在宅死とは専門職による居宅支援が成立させているものへと変容している。

日本における病院化、医療化した死の臨床研究に関しては、1977年に医療関係者によって「死の臨床研究会」が設立され、関係者の事例発表の場となり現在に至っているが、在宅死への誘導が施策的に行われて以降は、在宅死における看取りに関する事例発表も行われるようになってきた。多領域の研究者が 1 万人規模で集う日本公衆衛生学会総会の 2018 年度大会のテーマは「ゆりかごから看取りまでの公衆衛生」が掲げられ、文化人類学会の 2018 年度総会プログラムの分科会の 1 つにも看取りに関するものが予定されている。これは今後の数年間に、多方面の研究領域から、様々なアプローチでの研究成果が論文となって発表される可能性を意味しているが、看取りの文化化や死の文化化に関する研究は医療人類学領域の責務である。

看取り文化の研究は近年の新たな研究テーマであるが、日本の文化人類学における死の文化化の研究は既に 1980 年代から始まっていて、日本に医療人類学が導入される契機ともなった大貫恵美子の『日本人の病気観』が刊行されたのが 1985 年のことであるが、ここではがんへの告知問題や自殺をめぐる日本人の特異な死生観を考察していた（大貫 1985）。また死の豊かな理解のためにと内堀基光や山下晋司が『死の人類学』を刊行したのは 1986 年のことであった（内堀・山下 1986）。医療人類学を本格的に日本に導入した立役者とも言える研究者は医師中川米造であるが、その門下に集まった文化人類学者が今も日本の医療人類学の領域を支え続けていることはここで述べるまでもない。また死の文化に関する研究者としては、波平恵美子の一連の著作は、医療関係者に多くの読者を獲得し、特に看護学における選択科目として、文化人類学が扱われるようになったのは波平が編者となって刊行した『文化人類学』（第 3 版 2011）の寄与するところが大きい。死生観の研究対象

は遺体の処理や葬儀、臓器移植、遺族における悲嘆のケアなどに及んできたが、近年看取りにその対象が拡大したことになる。

本稿における看取りの定義は、辞書的な意味では死を迎えるまでの見守りや介護のことであるが、医療分野では看取りとは「終末期ケア」を意味し、英単語として Terminal care と End-of-life care が混在して使われてきた。死につつある者へのケアを意味する Terminal care に比べ、1995年頃から欧米で使われるようになった End-of-life care は、よりスピリチュアルな意味が加味されている。前者は死を迎えるための援助であるが、後者は死を迎えるまでの QOL を保証する支援のこととされ、家族介護者へのケアもそこには含まれている（樋口 2010：21-22）。2014年に実施された「終末期医療に関する意識調査」では「終末期医療」という表現を「人生の最終段階における医療」に言い換えることが提言され、「終末」という言葉が忌避された。看取りを定義し、その定義に符合する英単語を見出すことは困難であるため、本稿では「死を迎えるまでの医療や介護」と看取りを定義し、英語表記は Mitori とした。

また看取りの期間についてであるが、医療関係者にとっては医療保険や介護保険下での看取りのスタートは、主治医がその医学的所見で、これ以上の回復の見込みがないと判断した時と決まっている。病院や施設、事業所等の看取り期間は、患者が生きている限りその看取り期は継続することになるが、看取りの介護加算は亡くなった日から起算して4日以上30日以内とされている。先述した中川は日本における速やかな死の願掛けを行う「ぼっくり寺」の調査から、望まれているのは急死ではなく、60日ほどの看取りを経ての死を意味していることを明らかにし、次のような参詣者の言葉を紹介していた。「家族がどう面倒見てくれるのか、やっぱり確かめたくて死にたい」、「あまり急ではそれができず」、「長いと気兼ねである」（中川 1996：198）。本調査では調査対象者が患者の予後を認知して、支援の環境を整え始めた時からその死までを看取り期間と定義し、聞き取り調査を開始した。

4. 研究計画

調査は札幌A区の看取りにおける医療・介護資源を、公表されているデータから収集し、その中から協力を得られた看取りの支援に関係する医師、訪問看護師、在宅支援の相談業務を病院内で行うメディカル・ソーシャル・ワーカー（以下、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。

医療の地域資源に関しては Web 上で公表されている情報や各病院・居宅支援事業所等の HP、あるいはかかりつけ医を探すための情報誌から収集したが、主に利用したサイトは札幌市医師会の「在宅療養情報マップ」、「WAMNET」、「北海道医療機能情報システム」、「ホームドクターplus」である。介護資源に関しては「かいごDB」を利用した。

インタビュー調査は9月下旬から10月にかけてインフォーマントとして2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、相談員兼ケアマネ1名を対象に、主に相手の所属事業所やクリニック、病院、施設を訪問して実施した。研究室で聞き取り調査を行った対象者もいた。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て資料とした。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札幌市の当該区における在宅看

取り支援の経緯や、その家族介護者への支援について自由に語ってもらった。

地域での看取りの場所の選択には、看取りまで行ってくれる施設への入所、あるいは緩和ケア病棟（ホスピス）への入院が選択肢として考えられる。当該区には看取りを行う特別養護老人ホーム（以下、特養）やサービス付き高齢者住宅（以下、サ高住）²があり、ホスピスも先述した2ヶ所の在宅療養支援病院の1つに設置されているが、本稿では聞き取りの内容を在宅看取りの支援に絞って調査を行った。

倫理的配慮に関しては全ての対象者に対して、事前に研究の目的や方法に関する説明を行い、研究協力の承諾書に署名をもらってから聞き取りを開始した。

5. 調査結果

5-1. 調査対象地の看取りの医療・介護資源について

調査対象地域である札幌市 A 区は、札幌市の区の中でも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地域である。在宅療養支援マップを検索すると、札幌市には 121 ヶ所の在宅療養支援診療所と 4 ヶ所の在宅療養支援病院が表示されるが、当該区にはこのうち 4 ヶ所の在宅療養支援診療所はあるが、在宅療養支援病院はなかった。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 月現在では札幌市の在宅療養支援診療所は 131 ヶ所に増加しているが、当該区での開設は 3 ヶ所に減り、在宅療養支援病院は 20 ヶ所と大幅に増加していたが、A 区からは 2 ヶ所の届け出がなされていたのみである。

当該区の医療的支援資源を概観するために札幌医師会の提供している情報サイトで検索をしてみると、「訪問主治医」のいる医療施設は 8 ヶ所であったが、機能強化型在宅支援病院 3 は 1 ヶ所、機能強化型在宅支援診療所（連携）は 3 ヶ所で、終末期医療・看取り対応を明記しているのは 3 ヶ所、がんの疼痛等の緩和医療（麻薬による管理）対応を明記しているのも 3 ヶ所であった。在宅診療への迅速で多様な疾患の看取り対応を明記しているのは 1 ヶ所のみであった。

つまり当該区には終末期医療・看取りに対応している医療施設は 2 ヶ所しかなく、先代から内科医院を開業し、長年地域で診てきた患者の最後を看取りたいと在宅看取りを引き受けている病院（訪問主治医 2 名）で、居宅介護支援事業所や訪問看護ステーション、リハビリステーション、グループホーム、医療介護支援住宅も経営している B 病院と 24 時間、365 日、看取り対応可能と訪問看護ステーションを併設している C 在宅療養支援診療所（訪問主治医 4 名）ということになる。

では当該区の居宅介護事業所の資源を概観してみよう。該当区には居宅介護施設が 30 ヶ所、訪問介護ステーションが 26 ヶ所、訪問看護ステーション 14 ヶ所、定期巡回随時対応型訪問看護介護事業所が 3 ヶ所となっているが、市内の他の区に比較すると介護関係の事業所数も少なく、看取り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 ヶ所、販売は 3 ヶ所であった。表 2 に、札幌市全 10 区の中で最も医療・介護資源の少なかった A 区と、比較のため最も資源が多かった D 区を一覧にした。

表 2 札幌市の A 区と D 区の医療・介護資源数の比較

	在宅診療主治医のいる区内の施設数	在宅支援診療所の数	訪問看護ステーションの数	居宅介護支援事業所の数	訪問介護ステーションの数
調査対象A区	8	3	14	30	26
資源の充実しているD区	20	13	26	70	94

診療主治医は札幌医師会の検索サイトから、在宅支援診療所は北海道の「届出受理機関名簿（平成 29 年 12 月 1 日）」から、介護は「かいご DB」から作成

5-2. 聞き取り調査内容

聞き取りは当該区における家族介護者の看取り介護に関して、医療・介護関係者からの支援について、その看取りの現状と課題、家族介護者に関して普段感じていること等語ってもらった。聞き取り対象者の職種、性別のみを示しながら、その聞き取り内容をまとめた。「」内の文章は、聞き取った文言そのものを示している。個人が特定されることの無いよう、具体的な情報の部分は記号化し、あるいは文脈の意味が変わらない程度に文言の編集を行っている。

医師 E（男性）は内科医で当該区にある拠点病院に勤務しているが、医療と介護の連携に関する地域の勉強会を毎月主催し、在宅医療への興味や関心が高い。当該区の在宅支援に関する取り組みの遅れに関して医療者側における原因について次のように語ってくれた。「A 区の医療資源に関しては医師会からの立ち遅れが指摘され、地域医師会の支部長が社会的な必要性を説いて在宅診療への理解を求めて医療施設を回ったが、経営的メリットの低さから、取り組む医療施設は増えていない」、現実には患者が退院から在宅看取りに移行する際、訪問主治医を隣接の区や他の自治体にある診療所に所属する医師に依頼することもあったと言う。「看取りに関しては老衰、悪性疾患、心疾患では死までの状況が違う。全てに対応することは難しい。医療関係者にすら在宅に関しては 0 からの教育が必要。在宅での療養や看取りを提案すると患者は見捨てられたと感じてしまうので、とにかく最初から丁寧に説明することが肝心である」。

医師 F（男性）は前述した民間の病院を経営する内科医で、在宅看取りはいわゆる自宅扱いで支援している患者が 2 人である。病院での外来もあり、外に出られるのは午後の 2 時間だけなので、元気な時から通院で診ていた患者を、看取りまで診ることを目指している。区内が診療の範囲で、隣の区や他の自治体の患者を引き受けたこともあるが、冬は限られた時間内での移動が困難となるため、現在は断っている。今はあくまでも近所の患者が中心である。また住居系の高齢者施設で最後まで看取る施設を運営していて、そこでの看取りは 2016 年の 1 年間で 16 件、在宅での看取りが困難な患者がいたら利用してくださいと区の医師会には伝えているが、これまで利用した医師はいない。定員 40 名で、いつもほぼ満室となっていると言う。

看取りに関しては「メディアがよく取り上げるので看取りを受け入れる人は増えているかもしれないが、劇的な変化は感じない。患者さんが在宅死を希望していても、いざとなればそう簡単ではない」と述べ、その阻害要因として指摘したのは経済的問題と人的資源の問題である。「在宅は高くつきますから。しかし具体的な金額のことではなく、患者本人

の財産や年金等で費用が賄えるのかということ、介護する家族は介護休暇が取得できるのか、その際の収入の減少に耐えられるのかということを確認する。」人的資源に関しては「24時間訪問看護や介護の方がいるわけではないので、心細いし、誰かが居るところでと考えるのが人情と言うもの。もちろんその家族が覚悟を決めて看取り支援をしてほしいと言うのなら、支えますが」と答えてくれた。家族介護の困難は排泄、食事の介護や痛みへの対応であるが、「現在は在宅で傷みの介護ができるようになっていて、それが困難だった20年前とは違い、いろいろな薬もできていて、麻薬系のものも家族が扱えるようになっていて」と言う。

家族が最後まで自宅で看取ると覚悟を決めている場合は、心臓が止まっても救急車は呼ばないようにと伝えている。病状が変化し、どうしたらいいのかわからなかったら救急車を呼ぶことは構わないが、臨死期には、医師が行くまでそのままにしておくようにと助言をしている。「警察沙汰になり、厳かな看取りではなくなってしまいますから。これを避けるような法整備が今後起こると思えませんし。」

訪問看護師 G 氏（女性）は、訪問看護ステーションの経営者の1人でもある。10人の正規、非正規雇用の看護師が60人弱の患者に対応している。常勤の看護師は1人1日に4人、非常勤が2~3人の患者の家を回っている。ケアマネのケアプランに沿って介護計画書を立てて行き、時間は1回の訪問で医療保険24時間対応、介護保険は緊急時24時間対応であるが、緊急時に加算がつく。最初に同意書を取り、毎月552円をいただくが、加算を使わないと8時30分から17時30分が対応する時間帯となる。看取りでも、医療処置のあるものが訪問看護師の仕事となり、介護は身体介助と生活援助、看護は点滴等の療養上の介助と診療の補助を行う。医療と介護のサービスは同時に利用できないので、訪問介護者とは必要な時に互いに連絡をとる。医師からは電話で指示をうけ、直接医師の診療の場に行くこともある。訪問診療は1人10分程度で午前中10人ほどを回るため、患者個々の主治医からは定期診療後次々に担当の訪問看護師に連絡が入る。医師にとっては連携のしやすい看護師が必要であるが、個人的ネットワークで依頼がくることもあり、1度断ると2度と依頼がこなくなることもあるため、医師との関係では留意が必要。

拠点病院の相談員をしている H 氏（女性）は病院勤務の MSW で、仕事は入院の支援、外来の電話対応、入通院患者の在宅療養や看取りの移行支援等を行う。入院患者の予後が短い場合、死ぬ目的だけで縁もゆかりもない病院に移動させるのは気の毒なので、この病院で看取ることもあるが、逆に看取りのみが目的の入院は受け入れてはならず、入院している患者が別の死に場所を希望している場合は、相談員が個人的ネットワークを生かして対応を練る。近隣の介護施設は、表向きは全ての施設が受け入れ可能となっているが、結局、胃妻はだめ、気管切開はだめとなり、看取りだけを受け入れてくれる所を見つけることは困難で、予後が短い場合は高齢者住宅の契約もできない。結局は家族に在宅介護を提案するが受け入れを拒否されたり、受け入れてくれたとしてもその後の医療費にクレームをつけてきたりする。また、留守の時に死なれるのはいや、自宅で死体を見たくないという娘さんや、がん末期の下血でトイレが汚れるのが嫌だから病院に預けたままでというお嫁さん、介護当事者である認識が全くない息子さんといった親族に出会ってきたが、在宅という選択肢ができるかできないかはどんな家族を生きてきたかで決まると実感している。「在宅死を希望していても病院死をすることになる患者さんは、家族との関係があまり幸

福ではないのかもしれない」と感じる。

病院での入院日数は上限 21 日と限られているため、もし在宅で看取りとなると、退院までの時間が短いため、在宅移行の準備をする時間は限られてくる。余命が告知されている看取りの場合はさらに緊急を要することになるが、担当してもらうケアマネが誰でもよいというわけではない。主治医を選ぶとき、そこで併設している居宅介護支援事業所のケアマネを使うように頼まれることもあり、「ケアマネの性格 1 つで看取りの良し悪しが決まってしまうのに」、患者も家族もケアマネを自由に選べるというわけでもない。

以下 2 名の主任ケアマネは、H 氏が当該区で活動する信頼のおけるケアマネとして紹介してくれた方たちで、I 氏は区の機能強化型在宅診療支援診療所の居宅介護事業所に所属し、J 氏は機能強化型在宅支援病院の居宅介護支援事業所の主任ケアマネである。ケアマネの仕事は主に患者のアセスメント（状況の把握）とケアプランを立てることで、ケアプランに沿ったサービス事業所との連絡調整や、介護保険の給付管理を担っている。

I 氏は該当区の地域包括支援センターや各介護事業所から依頼されるいろいろな看取りのケースを扱うが、病院の場合は MSW から来る依頼がほとんどである。ケアマネの業務は医療と介護の連携を個人的にどれだけ持っているかが重要で、例えば所属する病院に在宅の医師がいれば、医療と介護を包括的に組み合わせることができるので動きが速いが、いなければ I が医師や訪問看護師、訪問介護士、福祉用具のレンタル先や住宅のリフォーム業者を探さねばならない。自分が所属している施設が、どんな資源をもっているかが肝心であるが、だからと言って自分の所の資源ばかりとやり取りしているわけではなく、別の施設の主治医や別の施設の訪問看護師と繋がることもある。特に入通院から在宅での看取りに移行するような緊急の場合は、病院の相談業務を担う相談員や MSW との連携が必要である。地域のケア会議等で個人的に顔見知りとなる場合もあるが、仕事を通して信頼関係に至る場合がほとんどを占めている。区の在宅ケア連絡会議では医療側から提言されて毎月の勉強会やグループワークをしているが、ケアマネの職能団体でも勉強会はやっている。医師会でも動き始めていると聞いた。」「普段医療と介護は現実問題として連携が薄いし接点がない。病院は急性期で治療の場、介護は生活支援の場なので。看取りとなると嫌でも医療と介護の結びつきが必要となり、そこで初めて連携が薄いことの影響が出てくる。」

「看取りは、緩和ケアが行われる場合は、医師と看護師が必要になり、介護でできることは限られている。」居宅支援では基本的に介護保険の優先順位が高いが、末期になると訪問看護は介護保険の限度額を超えてしまい、いくらあっても足りない状態になるので、介護保険から離れ医療保険に切り替えねばならない。それでも入浴や福祉用具のレンタル、食事の介護は最後まで介護保険で賄う。家族の希望で医療保険か介護保険かは選べない仕組みとなっている。」24 時間定期巡回や随時対応をしてくれる所を探すことになるが、医療ニーズの高い人に関しては困難である。家族の介護力をチェックするが、基準としては介護の時間をどれぐらいとれるのかを正確に聞き取り、介護保険で介護者が対応できない部分を一日の流れを通して穴埋めしていく。負担が高ければ共倒れもあるので、家族介護者のレスパイト（休息）も考えて専門家の訪問を配置する。ただやはり看取りとなると 24 時間なので家族の力は大幅に必要なことになる。身体介護の面もお願いすることになるが、精神的な支えとしての家族は必要。無理をしてもらうわけではないが、家族でできるなら家族でお願いしたいというのが正直なところで、「介護保険で補う」という姿勢は否めない。

J氏は、5人のケアマネを束ねる立場で、病院のMSWからの依頼や他区にある系列の在宅介護支援診療所であるKクリニックからの依頼に対応している。Kクリニックは、以前は病院の傍に開設されていたが、需要のある他区に現在は移ってしまった。

看取りは「家で最後を迎えたいという患者の意思をまずは最優先に考え、医師、訪問看護を土台に支援を組んでいく。次が環境の整備で、介護用ベッドから始め、必要に合わせて車いすや歩行器を準備する。その後、家族介護の状況を判断し訪問看護、訪問介護や通所、訪問リハ等を検討し、その後のサービスを探す」ことになる。男性が介護者である場合は、生活支援が悩みどころ。家事援助は介護サービスでは行えないので、配食サービス等を全額自費で整える。各サービスを提供してくれぬ事業所の選択肢は、ケアマネの個人で持っている情報の中で調整するため、利用者が希望するサービスとこの資源が100%リンクすることは困難である。看取りは数日なら自費でも可能であるが、長期となると経済的にも介護力的にも賄いきれないため、調整に入るようにしている。入院施設を伴っている病院への移動がほとんどであるJ氏もここ10年間で、在宅で看取る人の数が増えているという感じはないと述べていた。

支援には「決定を一緒にしてくれる人が必要で、訪問看護師や介護士、地域の民生委員、行政の方も交え、皆で決めていくようにする。」末期患者に関しては「測れるものではないが、後何日間だから頑張れるということもあり、患者を取り巻く人々の仲間関係を強めていくことが重要」である。看取りを担当するケアマネは、結果を予想して動けるか、暫定プランが上手いかどうかが、看取りの成否に影響を与える。「もともとは介護福祉士なので、医療の知識があまりないため、訪問先の患者の主治医がいる病院にカンファレンスに行く」と何を言っているのかわからないことがあり、帰ってきてから自分の施設の医師や専門家に聞くこともある。

L氏（女性）は該当区で最も多様な介護事業を展開している社会福祉法人の理事で、施設全体のマネジメントを担当するとともに、施設横断的な相談センターでの相談業務も担っている。介護サービスの選択に関しては、公平に情報を検索できるようになれば良いが福祉業界も一種の市場なので、競争原理が働く。サービス利用者の確保には利害関係があるので連携は難しい。現在L氏が奉職する福祉グループには居宅介護支援の事業所が4ヶ所あって、法人全体でケアマネは10人、それぞれの事業所の管理者が振り分けた35件を各ケアマネが担当している。どの案件にもクリアカットなものはないので、管理者は経験知に基づく「勘ピューター」で担当の配置をし、個々のケアマネのケアプランも、やはりケアマネ独自の「勘ピューター」で作りに上げている。特性と経験知をフル活用はしているが、個人の持っている情報以上のものを提供することはできない。

地域包括ケアシステムを進めるのに看取りは外せない。現在居宅介護事業所で在宅看取りの支援もしているが、死に場所は多様化している。法人では特養の看取りが多く、小規模多機能居宅介護事業所でも取り組みが始まっていて、医師や看護師のいる老健でも看取りの体制を整え始めている。先行事例を自分たちで勉強しながら進めている」状態で、2017年には所属する医師を看取りのための研修に派遣したと言う。

在宅で看取る意義はその人の意思を尊重するという事なので「本人の意思が確認できるうちに、複数の者でそれを確認しておくことが重要。人としての権利擁護を考えると、患者の重大な決定を他人であるケアマネ1人に任せてはいけない。ケアマネの業務は患者

の死までであるが、最後で投げ出さないために死を迎えた時に誰が葬儀等の後始末を引き受けるのかも話し合っておく。」

M氏（女性）は看取り支援の訪問医療を行う在宅療養支援事業所の相談員兼ケアマネであったが、聞き取り調査時は新たな介護支援施設の立ち上げに関わっていた。前職の経験年数は10年で、その間に扱った看取り支援の件数は120件ほどであると言う。連携病院の相談室等から打診が来ると、ざっくりと患者の状況（疾病・介護度・看取りの場合は余命、家族状況、酸素ポンベの利用の有無等）を聞き取り、医師に受けるかどうかを検討してもらう。受けることになると、患者のベッドサイドを訪問して、家族も交えカンファレンスをする。その際確認するのは、本人が帰りたいのか、家族が帰ってあげたいのか、ということ。引き受けることが決まると担当のケアマネを探し、サービス提供者の予定を押さえ、担当者会議を開いて帰宅させ、サービスの利用を開始させる。ケアマネは、身体介護はしないが、家族と付き合うことのストレスが高く、看取りを最後まで支援するには家族との信頼関係の維持が大切で、仲介的な相談員の存在が重要である。

在宅診療医の選択は、医師間で話し合われることもある。在宅をやるという医師は、身体だけを診ればいいと言う医師とは違う。ただし在宅診療をやる医師には理想の在宅というものがあって、自分の医療をしたい、それが患者さんのためであると考える人が多く、皆、良くも悪くも個性的で、専門分野も経験も違うため多職種連携があまり進まない。しかも地域の医師会には長年地域で医療に携わってきた医師も多く、新たな、外からの助言は受け入れ難い。看取ろうとする意思は全ての医師で同じなのに、なぜその先がこうまで違うのかいつも疑問に思う。」

氏が看取りの支援を行った事例には家族と同居していない独居者が、最後まで家で死ぬことを選択し続けた事例はなく、結局は、在宅を諦めた事例ばかりであると言う。「夜中に1人で目が覚めると寂しい、怖いとなり、サービスを頼むとその分24時間の介護費用が高くなるので、最後は施設や病院を選ぶ事例ばかり。」「ケアマネの介護サービスは死ぬ瞬間までなので、亡くなってからの訪問は契約終了の手続きのためだけ。死んだ後のケアはボランティアとなる。遺体は人のいない所には置いておけないので、例えば病院なら霊安室があり、葬儀社へも繋がりやすいのでやはり病院へとなる。」「家で死ぬメリットが無くなる」と言うこと。

M氏は正しい看取りとは、患者の死後も生きていかねばならない家族介護者が、看取りによってその後の生活に支障をきたすことの無いような看取りのことではないか、そのためには家族介護者への支援こそが重要であり、精神的、肉体的、経済的に無理のない看取り支援を相談員はすべきであると言う。「在宅での看取りは、病院と異なり環境が変わるので、投薬が減り、余命や病状に変化が現れることも多く、2週間に1回定期的に医師が訪問診察をするのはこのためである。しかし家族にとってはいつ死ぬかしのれない人と一緒にいることは大変なストレスをもたらす。これを乗り越えさせ、満足のいく、後悔の無い看取りを支援するのは大変なことであり、家族介護に代替者が必要なのは、患者のためではなく、家族が納得する介護をするため」だと言う。「現場の看取りはなだらかに意識がなくなるなどと言ったきれいなものばかりではない。患者の気持ちは変わり、家族との関係性も変化する。ゴールはまるで違うところに行き付くことがよくある。」以前は、お医者さんの匙加減で、意識が無くなったら枯れるように逝かせることが看取りだったようだが、今

は点滴等で延命することが可能になっているため、「最後まで自分らしく」の「最後まで」を定義することは難しい。例えばがんの終末期は麻酔薬の量でコントロールが可能で、介護者が子育て中の場合、運動会がある、ピアノの発表会がある・・となり、患者の寿命に死期を任せないことも起こる。家族の人間性や医師の人間性が問われる場面であるが、いづれにしても M 氏が経験した看取り支援には、同じものは一つも無かったと言う。

7. 考察

2013 年に実施した当該区の入通院患者の聴取で在宅療養は不可能だと答えた患者が約 67%いたことを先述したが、患者が現在の在宅療養・在宅での看取りの支援システムをよく知らないことも明らかになっている（林ら 2015）。しかし、今回の調査からは、実際当該区では医療・介護資源が少なく、環境的に看取りの知識を学ぶための自然な機会に A 区の住民は恵まれていないことが分かった。札幌市で最も医療と介護の資源が充実していると言われている D 区には、居宅支援事業所は 70 ヶ所、在宅療養支援診療所は 8 ヶ所もあった。訪問可能な主治医のいる医療機関は 31 件も見つかり、その内の 13 件はこの区内にある施設である（表 2 参照）。既に同一市内であっても医療・介護の地域資源に格差が生じていることは明らかで、どこで看取るかによって市内であっても困難性は異なっていた。

地域の医療資源を検索したサイトは F 医師から「かなり使える」と紹介を受けたものであり、また WAMNET に関しては G 氏も言及し、情報の更新時期等を教えてもらった。医療・介護の情報を求め、例えば患者やその家族がインターネットを利用して情報検索を行う際、地域や病名、目的で検索するだけではなく、専門用語でのキーワードの入力や選択を必要とするものも多いため、目的の情報にたどり着くことは IT が苦手な高齢者が操作する場合は難しい。こうした検索情報の結果の詳細を見ようと、各医療・介護機関の HP にアクセスしてみると、検索サイトに掲載されていた項目の内容が簡単には見つからず、照会できないことも起こった。検索サイトの情報はカテゴリー化されたものであり、時には表層的でもある。いくつかのサイトを縦覧すると情報の錯綜が発生し、病名や余命告知で予期悲嘆の中にある家族にとって、看取りの準備や環境を整える時に、冷静にインターネットと向き合うことは大変なストレスをもたらすことになるかもしれない。今回の調査から、具体的な地域資源を当てるには情報サイトの検索しかなく、患者本人や高齢の家族介護者にとっては、より分かり易いサイト構築の工夫や利用可能なまた別の形態での情報収集の方法が必要ではないだろうか。公的な相談窓口では、公平をきすため民間の具体的な居宅事業所名は教えてくれない。

相談員や MSW がケアマネを選定する時にも、さらにはケアマネが具体的なケアプランを作る時にも、サービス提供の事業所は手元の情報範囲から調整され、それは極めて個人的なネットワークの中で得られた情報でしかなく、看取りの環境整備が行われるいくつかの段階で発生する医療と介護を患者やその家族と結びつける調整は、合理性や妥当性が検証された結果ではなかった。L 氏の表現を借りるなら「勘ピューター」の結果で、根拠を示すことができない選択であることが理解できた。看取り環境が整えられる全ての過程や調整が、それを担う専門職間の個人的ネットワークの連続である事実を知ると、改めて国が進める医療と介護のコミュニケーションという言葉の重要性に気づかされるが、利用する保険が医療保健か介護保険かの違いや、訪問看護師と訪問介護士のサービスの違いも経

験してみるまでは利用者側の理解は難しい。看取られる当事者やその家族介護者には理解が容易ではない改正を繰り返す制度の在り方や、病院や施設の経営的メリットの有無、業界の市場原理、広告的な謳い文句と実態の乖離など、看取りの環境が調整されるまでに、実は発生している様々な裏の事情が、看取られる側の不利を招き、看取り介護の質の低下をももたらしているのではないかと危惧される。こうした課題が今回の研究から見えてきたのは、インフォーマントたちに多くの現場での気づきや疑問を忌憚なく語ってもらえた成果である。以前の家族介護遺族への聞き取り調査からはほとんど伺うことのできない内容であった。

今回の調査から、2012年の「地域包括ケア元年」を転機とした政策の推進後も、表1の数値が示しているように、在宅での看取りが増えたという感触をE医師やF医師、ケアマネJ氏やI氏は感じていないことも分かった。隣接する区や自治体の医療資源を頼むのは、看取りの医療資源が当該区に少ないためばかりではなく、先述したようにケアマネの資質やこれまで取り扱った事例の特徴、看護や介護ステーションの個々の看護師や介護士の実績や習熟している技術の情報など、個人にまで落とし込まれた具体的な情報がどこからも入手できないことが、看取りの初期段階で、納得のいく医療と介護に繋がることの困難性をももたらしているのではないかとという仮説を得ることができた。客観的な選別の理由や判断基準が利用者に示されるべきであると同時に、調整の合理性や妥当性が利用者からも評価できる制度の構築やその公正な情報公開の在り方への取り組みの有無など引き続き調査すべき項目が明らかになってきたとも言える。

前回の家族介護者の聞き取りに関しては、看取りの経験者を見つけ、研究倫理に則った手続きを経て実際の聞き取りを行うまでにはかなりの時間が必要であり、成功事例に情報が偏ってしまうことも否めなかった(林 2016a : 68)。今回の医療と介護の専門家への聞き取りに関しては、対象となる専門家が限られ、家族介護遺族の時と比較すると調査協力の依頼も容易であったが、やはり支援の失敗例(アクシデント)や困難事例、事故事例(インシデント)に関する聞き取りを行うことはできなかった。医療にしても、介護にしても、情報を共有化するための担当者連絡会議や事例検討会等の様々な機会に恵まれている。失敗例や困難事例から学ぶこともシステム化されている領域であるが、そうした情報を聞き取ることはやはり容易ではない。

少なくとも表1に示したように、明らかに増加することが予想されているのは在宅死というより施設死であり、介護施設のマネジメント業務も担っていたL氏の「既に私たちはできるのだから、あとは備えるだけ」という言葉からは、看取りの受け皿となる覚悟が施設で高まりつつあることを予想させるものであった。先述したように自宅を死に場所として希望している人の希望と現実が大きく乖離しているが、Fukuiらの全国調査からは特養を含む高齢者施設を死に場所として希望する者は約8%(Fukui et al. 2011 : 885)で、2015年の日本における施設死は8.6%であるから、希望と現実は施設死ではほぼ一致している。2018年度までの療養病床の全廃が変更となって、現在は一部継続可能となったことや、特養の看取り加算を充実させるといった政策の微調整は、極めて現実的で、既に看取り介護への入所者の需要が高まっている施設の現状を反映していると言えよう。

本稿における研究の限界は、結果的に医療と介護資源の少ない地域を対象としたことにある。基礎自治体はその構築を義務付けられている「地域包括ケアシステム」の構築想定

域を視野に入れ、高齢化に備えることが急務と言われている地域を、調査対象に選定したが、より広域な範囲を対象とした医療と介護資源の文脈で、問題を再検討する必要があると思われる。しかし医療人類学での現在の看取り研究は、「地域包括ケアシステム」を文脈とする死の文化化における調査とならざるを得ず、対象の領域を医療と介護、そのコミュニケーションの場での役割を期待される専門職の領域に広げることは必須であり、看取りに関する研究の本稿のオリジナリティもここにあると言えよう。

謝辞・付記

本研究は JSPS 科学研究費基盤 C 「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」(平成 29 年～31 年度、代表 林美枝子)に基づく研究成果の一部である。聞き取りにご協力をいただいた医療・介護関係の皆さまに、この場をお借りして感謝の意を表したい。

本稿は 2017 年 10 月に釧路で行われた北海道民族学会第 2 回研究会の発表内容をもとに考察を加えまとめたものである。また本研究は日本医療大学研究倫理委員会の承認を得て実施している(研究番号 日本医療大学倫理 29-2)。

注

1. かつて在宅死が当たり前であった明治時代、良妻賢母思想のもとで良家の子女が学ぶ女学校では看取りの技術や知識は家事を担う主婦が身につけるべきものであるとして家政学の教科書にはその作法、遺体への初歩的な対応の仕方が掲載されていた(新村 1991: 239-243)。しかしこれらの知識は社会的継承の対象ではなく、主に姑から嫁への家庭内の経験知の継承によるものであった。
2. 2011 年の「高齢者住まい法」の創設により、新たにできた住宅サービスで、高齢者の暮らしを支援するサービスが付いたバリアフリーの住宅。「安否確認」と「生活相談」が義務付けられている。
3. 強化型の在宅療養支援診療所で連携とは 2～9 ヶ所の医療機関で常勤医 3 名以上を確保し、年間看取り患者 4 名以上、緊急往診 10 件以上を実施している分類を意味する。

参考文献

Fukui, S., K. Yoshiuchi, J. Fujita, Sawai M, Watanabe M.

2011 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): 882-892.

林 美枝子

2016a 「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』12: 60-69.

2016b 「特別養護老人ホームの看取り介護について—介護職の看取りにおける課題と介護力の向上に関する文献検討—」『日本医療大学紀要』3: 24-37.

林 美枝子、松永 隆裕、矢野 智之、飯島 美抄子

2015 「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—」『日本医療大学紀要』1: 24-37.

樋口 京子

2010 「第 1 部第 2 章高齢者の終末期ケア」樋口京子ほか編『高齢者の終末期ケア ケアの質を高める 4 条件とケアマネジメント・ツール』中央法規、東京、21-31 頁.

井藤 美由紀

2015 『いかに死を受けとめたか 終末期がん患者を支えた家族たち』ナカニシヤ出版、京都.

Ishikawa Y., S. Fukui, T. Saito, J. Fujita, Watanabe M, Yoshiuchi K..

2013 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.

岩本 テルヨ、山田 美幸、加瀬田 暢子

2009 「特別養護老人ホーム所在者の最後の場の決定にかかわる現状と課題—全国調査を通して—」『山口県立大学学術情報看護栄養学部紀要』2: 8-14.

国立社会保障・人口問題研究所

- 2002 『日本の将来推計人口（平成14年1月推計）』
<http://www.ipssg.o.jp/pp-newest/j/newest02/newest02.pdf>（最終閲覧日は2017年12月25日）
- 2012 『日本の将来推計人口（平成24年1月推計）』
<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/newest04/gh2401.pdf>（最終閲覧日は2017年12月25日）
- 厚生労働省
2017 意見交換資料「テーマ1 看取り 参考資料」
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000156003.pdf>（最終閲覧日は2017年12月31日）
- 三菱総合研究所
2014 『平成25年度老人保健健康増進等事業「介護職員等喀痰吸引等制度の安全管理体制等の運用状況に関する調査研究事業」』
http://www.mri.co.jp/project_related/roujinhoken/uploadfiles/h25/h25_09.pdf（最終閲覧日は2017年12月31日）
- 2012 『平成24年度老人保健健康増進等事業 介護サービス事業所における医療職のあり方に関する調査研究事業』 http://www.mri.co.jp/project_related/hansen/uploadfiles/h24_09.pdf.（最終閲覧日は2017年12月31日）
- 中川 米造
1996 「死にゆく者」井上俊、上野千鶴子、大澤真幸ほか編『岩波講座 現代社会学 14』岩波書店、187-202頁。
- 波平 恵美子編著
2011 『文化人類学』、医学書院、東京。
- 新村 拓
1991 『老いと看取りの社会史』法政大学出版社、東京。
- 大貫 恵美子
1985 『日本人の病気観 象徴人類学的考察』岩波書店、東京。
- Sauvaget, C., I. Tsuji, J. H. Li, T. Hosokawa, A. Fukao, S. Hisamichi
1996 Factors Affecting Death at Home in Japan. *Tohoku J. Exp. Med.*, 180: 87-98.
- 内閣府
2013 『高齢者の健康に関する意識調査』
http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h14_sougou/pdf（最終閲覧日は2018年3月30日）
- 社会保障制度改革国民会議
2013 『社会保障制度改革国民会議報告書』
<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>（最終閲覧日は2017年12月28日）
- 内堀 基光、山下 晋司
1986 『死の人類学』弘文堂、東京。
- 山岸 暁美
2013 「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」「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」運営委員会編『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、東京、98-103頁。
- 地域資源調査のために利用した Web サイト（最終閲覧日はすべて2017年12月31日）
在宅療養情報マップ <https://www.spmed.jp/z/general/2017/12/31>
北海道医療機能情報システム <http://www.mi.pref.hokkaido.lg.jp>
WAM NET <http://www.wam.go.jp>
ホームドクターplus <http://www.burant.co.jp/index.html>
かいご DB <http://kaigodb.com/zaitaku/>

（はやし・みえこ／日本医療大学、ながた・しづこ／札幌大谷大学）