

研究報告

訪問看護による在宅看取り支援

一過疎地域在宅療養支援診療所の事例から一

齋藤千秋*

名寄市立大学保健福祉学部看護学科

キーワード：在宅看取り 訪問看護 在宅療養支援診療所

1. はじめに

急速に高齢化する日本が直面する課題のひとつは、多死時代における看取りの場所の確保といわれている。1970年代に病院死と在宅死が逆転して以来、現在も7割以上の方が病院で亡くなっている。しかしこの事実から国民の多くが終末期を病院で過ごしたいと希望しているとはいえない。厚生労働省が1987年から5年ごとに実施してきた「終末期医療に関する意識調査」では、末期がんであるが食事はよく摂れ、痛みもなく、意識や判断力は健康な時と同じ場合に、「人生の最終段階を過ごしたい場所はどこですか」と尋ねている。これに対して71.7%の一般国民は居宅で過ごすことを希望し、医療機関で過ごすことを希望したものは19%にすぎない(厚生労働省2014)。

終末期を過ごす場所の希望と実際の乖離は何によるのか。在宅看取りを可能にするには以下の条件が必要といわれる。それは本人が病名や病状について十分に説明を受け、理解したうえで、在宅看取りを希望していること、疼痛などの症状がコントロールされていること、家族やそのほかの介護力があり、物理的な療養環境が整っていること、往診医師や訪問看護師による24時間体制の支援が受けられることなどである(和田2013)。竹生も在宅療養を可能にする要因として、療養者と家族の意向以外に、呼吸困難などの強い不安感を伴う症状がないこと、複数の介護者がいるなど介護者の負担が少ないこと、医師の往診と訪問看護の利用があることなどを指摘している(竹生2008)。

訪問看護の立場からは、小規模事業所では、終末期の24時間対応が訪問看護師の身体的、精神的負担になっていること、24時間対応できる往診医が不足していること、訪問診療や訪問看護が療養者の経済的な負担になっていること、入院先の医師や看護師との連携が不十分であることなどが、終末期を在宅で過ごす上での課題であると述べている(須永ら2014)。

療養者の病気の状態、家族介護力など療養者側の要因に加えて、地域における医療介護サービスの偏在があり、在宅療養を希望しても、その実現には様々の課題がある。食事が十分に摂れない場合や呼吸困難や疼痛などの症状がある場合に自宅で十分な対応ができるのか、介護などで家族に迷惑をかけるのではないかなど療養者が在宅で終末期を過ごしたいと思っても躊躇する理由、不安に感じていることも明らかにされている。現実には「他者への気遣い」が死への向き合い方や終末期療養の姿を変容させ(彦ら2012)、本人の意向よりも周囲の人が納得できることを優先し、療養場所を選択する場合もある。

2006年の診療報酬改正では在宅療養の基盤整備のひとつとして、在宅療養支援診療所が創設された。在宅療養支援診療所とは訪問診療や24時間体制での往診ができる診療所であり、その数は全道で333(平成28年4月1日現在、届出受理医療機関名簿より)である。保険医療機関が在宅で死亡した患者に対する往診や訪問診療を行なった場合には在宅患者訪問診療料に加えて、在宅ターミナル加算を算定

*責任著者 E-mail:saitoti@nayoro.ac.jp

できる。診療報酬における評価は、医療を受ける場所の拡大や療養者や家族の意向を尊重した医療を促進するものであるといえよう。

在宅医療にかかる地域別データ集(厚生労働省2017年11月22日更新)によると、北海道の自宅死は平均7.4%であり、全国平均13.0%より低い。その要因には面積が広大であることや積雪寒冷などの自然条件、医療や介護のサービスなど社会資源の偏在、療養病床数が比較的多いことなどが考えられる。

本稿では過疎地域のA在宅療養支援診療所(以下A診療所とする)における12年間の在宅看取りの実践を、訪問看護の視点から検討する。A診療所では2004年から在宅看取りを開始、自宅や特別養護老人ホームでの看取りを経験し、現在も年間10名程度の在宅看取りを支援している。この実績からA診療所は地域での看取りを可能にした、在宅医療の拠点としての成功事例ととらえることができる。A診療所で訪問看護を実践してきた看護師のこれまでの経験と学びを整理し、訪問看護や訪問診療が地域に定着する過程を明らかにすることは、地域特性を踏まえた在宅医療の基盤整備に貢献しうるものと考えられる。

2. 研究目的、研究方法

1) 研究目的

本研究の目的は12年間のA診療所における在宅看取りにおいて、訪問看護師が療養者や家族にどのように関わり、その経験から終末期ケアについてどのように思考したのか、訪問看護や訪問診療の実践が地域住民にどのような影響を与えたのかを明らかにすることである。

2) 研究方法

- (1) 研究デザイン 事例研究
- (2) 研究協力者 A診療所に勤務した訪問看護師2名
- (3) 調査期間 2016年6月～2016年10月
- (4) データ収集方法 半構造化インタビュー調査
- (5) データ分析方法

研究協力者である看護師の在宅看取りの経験を詳細に聞き取り、地域に在宅看取りが定着する過程を通じて、看護師の終末期ケアや看取りについての考えの変化、実践の積み重ねが地域住民に与える影響に着目して分析する。

3) 倫理的配慮

研究協力は自由意志によるものであり、協力しないことによる不利益は生じないこと、研究の途中で研究協力を取りやめることができること、研究協力を中止しても不利益は生じないことを口頭および書面で研究協力者に説明した。また調査で得たデータはロック付きUSBに保存し、施錠できる場所に厳重に保管、個人情報を出させないこと、研究終了後にはデータを破棄すること、研究報告にあたっては個人や施設を特定できないように、プライバシーに配慮することを説明した。本研究は名寄市立大学の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

3. 結果

1) 診療所の概要

A診療所は特別豪雪地帯、過疎地域にある在宅療養支援診療所であり、第二次医療圏である上川北部全体には1在宅療養支援病院と4在宅療養支援診療所がある。A診療所の設置主体ホームページでは、「常勤医師2名体制により、強化型在宅療養支援診療所の指定を受け、さらに、平成27年3月には地域包括医療・ケアの施設に認定され、外来診療(内科・外科・禁煙外来・各種予防接種)、訪問診療・

看護、24時間対応の在宅医療、終末期の在宅緩和ケア、往診などセンター病院（8キロメートルに近隣）と連携をはかり、地域医療を担っている」と紹介されている（2018年3月確認）。

前身は昭和23年に国民健康保険組合が開設した国保組合病院（47床）である。地域の人口減少に伴い次第に病院の維持が困難となり、昭和43年に有床診療所になった。昭和50年に現診療所が建設され、当時は19床の病床を設置していたが、平成8年からは入院患者の受け入れを休止、現在に至っている。

診療所のある市は人口27,867人、世帯数14,260戸、高齢化率は31.54%であり（2018年1月）、急性期医療を担う市立総合病院（精神科病床、感染症病床を含め359床）、医療療養型病床105床の病院、医療法人による介護療養型医療施設（90床）、一般病棟、療養病棟、回復期リハビリテーション病棟を持つ病院（124床）がある。また二つの介護老人福祉施設（定員計180人）、介護老人保健施設（定員100人）、三つのグループホーム（定員計54人）などの介護保険制度の施設があり、さらに複数のケアハウス（定員計79人）がある。主要な産業はもち米や野菜の生産などの農業である。

A診療所の2016年の平均外来患者数は約80人/日であり、訪問診療件数270件/年、往診件数290件/年、訪問看護210件/年の実績があった。近年の在宅看取り件数は10～12件/年であり、これまでの12年間で78人の在宅看取りを支援してきた。スタッフは常勤医師2名、常勤看護師5名、検査技師、事務職員などである。2017年6月には地域住民による診療所のサポートクラブが設立された。この組織はA診療所の末長い存続発展のために、住民と診療所の架け橋となり、診療所とともに歩み診療所を支えることを目的とし、講演会の開催や感謝の集いなどを計画している。

2) 在宅看取りを始めた時期

A診療所の在宅看取りは2004年に始まった。肺がん終末期の患者からの依頼を受けて、訪問診療と訪問看護を開始した。患者の希望は「残された時間を家で過ごしたい」、「家族が困らないように家で準備をしたい」ということであった。当時勤務していた看護師は訪問看護や在宅看取りの経験がなく、そのため患者の今後の経過をなかなか予測できず、疼痛や呼吸困難など終末期の症状への対応にも不安を感じていた。看護師の不安に対して、診療所所長は「患者さんが教科書なんだから、その時その時考えながら、やってみれ」と助言した。

この事例では連日看護師が訪問し、背部痛に対する消炎鎮痛剤の投与、患者と家族の話をしっかりと聞くことが実践された。その結果、疼痛は麻薬製剤の座薬などでコントロールされた。徐々に食事摂取量が減少したが、点滴静脈内注射は実施せず、自然な経過を、枯れるような最期を見守った。その後は、がん終末期に限らず高齢者の看取りも経験した。食事を取れなくなった高齢者に対して、家族も点滴静脈内注射などを希望せず、訪問診療と訪問看護で自然な経過を見守ることが多かった。

他方、在宅でもできるだけの治療をしたいと希望する患者と家族には、その意向を尊重して点滴静脈内注射をおこなった事例もある。この事例では患者に浮腫が出現し、痰が増加し呼吸困難となった。看護師はこれらの経験から、無理に治療せず自然な経過に任せることに、次第に納得するようになった。

この時に、やっぱり世間一般的にはまだそれほど老衰死とか平穏死とかいわれていない頃で、食べられなくなったら点滴とか、やっぱり望みますよね。病院とかに入院すると何かしますよね。……何もしないということは、ただ見ているだけなので、（訪問看護に）行っても何もしないで見ているだけは辛かったけど、いろいろやっていくうちに、やっぱり何もしないで高齢の人は自然に、食べられなくなったら無理せず、食べられるものをちょっとずつ食べられるだけ。それが高齢の人にとって自然なこと、口から食べられなくなって衰弱して死ぬんじゃなく、体がもう衰弱して死のうとしている自然の流れで、だから食べられなくなってきたらという受け止め方

ってというのは、やっぱりあの、回数、やっぱりそうだって看取りを重ねていくことで、やっぱりそうだなって。

2005年に現診療所所長が着任し、地域の介護老人福祉施設嘱託医も兼務し定期的に回診した。最初の看取りから1年半で、4人の看取りを経験し、5人目の看取りからは現診療所所長が担当した。在宅看取りには、訪問診療と往診ができる医師が必要である。看護師は診療所の医師を「いつでも、いいよ、行くよといってくる」、「電話をしても本当に気持ちよく出てくれるし、相談したらすぐに来てくれる」と評価し、診療所で在宅看取りが続いたのは、医師の力が大きいと語った。同時に患者や家族の要請に24時間対応するために、看護師4人が交代で待機し、電話連絡を受けて緊急訪問、必要時には医師に往診を依頼する体制を整え、医師の負担を軽減するように工夫した。当時訪問診療や訪問看護の件数は多くなく、緊急訪問の要請が重なることはなかったという。

3) 在宅看取りが地域に定着する時期

在宅看取りを継続することにより、徐々に訪問診療や訪問看護について地域住民の理解が得られるようになった。訪問診療や訪問看護を利用した患者や家族は、経験者として近隣住民にそのメリットを説明した。そして外来通院中から看取りの時には診療所にお願いしたいと頼んで帰る患者も現れる。医師や看護師は、地域住民の健康を支える医療従事者であるとともに、自分たちも地域住民の一人であったことは患者や家族との関係を構築する上でプラスになったと述べている。

また看護師たちは看取り事例を記録に残し、スタッフ全員でいてねいに振り返ることによって、一人ひとりの在宅看取りの経験から終末期のケア、地域の他職種との連携方法などの学びを蓄積した。そして当時40歳代後半から50歳代だったベテラン看護師たちは、訪問看護師としての自信、やりがい、誇りを感じるようになっていった。スタッフの少なさは情報共有を円滑にし、統一したケアの提供が可能になった。在宅看取りの経験は、看護師が作成した「看取りパンフレット」という形にまとめられ活用された。

関わっていて、患者さんが亡くなることは悲しいことなんだけど、その亡くなるまでの間、楽しいというか。私たちは年もとっているし、(患者が)昔からよく知っている人だったり、家族だったりしてね。入るのもすんなりよく入れたよね。家族も昔からよく知っている看護師さんだからっていつてくれてね。……それは年とっていただけでなく、顔見知りでもよく知っている看護師っていう、元々できていた人間関係っていうのがプラスだったなと思う。

それがね、だんだん重ねていくにつれてね、世の中でもそういうことがだんだん求められる時代になってきて、振り返ってみれば、私たちはすごく先駆けたことをやっていたんだとわかった。……世の中で求められていることを目指していたわけではなく、たまたま、一人ひとりから始めて、一人ひとりに「ああ、こういうことをしなきゃいけない、これを頼んで、あれを頼んで、こういうサービスをお願いして」って考えていった。一人ひとりに必要なサービスをやっていって、いろんな人と顔見知りになって、これが連携かってなってきて、すごく顔のつながりができて、連携もできるようになった。

作ろうと思ってできたものではない。今は、こういう形を求められているのでやりましょう、形づくりを、地域づくりを一生懸命やっているじゃないですか。それを作ろうとして作るのではな

く、一人ひとりの積み重ねなので、今みんなすごく難しく考えて、形から入ろうとしているけれども、単位としては一人だと思ふ、一人ひとり。

訪問看護が難しかった事例として、比較的若い乳がん患者の事例と神経難病患者の事例について語られた。

乳がん患者の事例では、看護師と患者の年齢が近く、患者が亡くなった時に、遺族である子供になんと声をかけてよいのかわからなかったと語った。呼吸困難に対して麻薬や睡眠導入剤の使用を提案したが、患者の同意を得られなかった。少しでも楽に過ごしてほしい、その人の気持ちに近づきたいという思いで、訪問看護を継続したが、症状緩和に有効と思われる服薬を拒否した理由はわからず、今後のことをゆっくり話し合おうと考えていた矢先に亡くなってしまった事例だった。それは「本当の気持ちを、本心をぶついたりとか打ち明けたりとかというところに至らないで、終わってしまうというのも辛い」経験だった。神経難病患者の事例でも、呼吸筋麻痺による呼吸困難に対して麻薬の使用を提案するが、患者は拒否し、苦しい思いをしながら亡くなっていった。

看護師たちは患者と家族の希望をかなえることを一番大切に考えてきた。その希望を「自然と、話していると伝わってくる、希望していることがなんとなく分かり、それを推し量ることができる」場合はよいが、そうでない時には「なにがあの人をそうさせたのかなっていうのをわかってあげることができなくて、……どうしたらいいんだろうって迷い迷い」訪問することになり、患者が亡くなった後にも「どうしたらよかったんだろう」と悩み続けた。看護師は繰り返し事例を振り返ることにより、関わりが難しかった事例を「考える試練、一つの勉強だったのかな」ととらえるようになった。

4) 在宅医療のこれから

診療所での在宅看取りの事例が増え、診療所所長が地域の高齢者の集まりで、「元気で長生きするために」、「自分の最期を考える」などのテーマで講演する機会も増えた。講演を通じ、在宅看取りを含む地域医療を担うという診療所の役割は、明確になっていった。2012年には内科医師が着任して、医師2名体制になった。診療所で訪問診療や訪問看護をおこなっていること、それらの利用により在宅看取りが可能であることが、地域住民に広く理解されるようになったのである。そして「診療所は、いつ何があっても往診してくれるので、このままここで住んでいたいという気持ちの人が増えてきた」という。

在宅医療に積極的に取り組む診療所として知られるようになってからは、外来通院が困難になってからの終末期に初めて紹介され、訪問診療や訪問看護を開始する事例もあった。「初めて関わる家族という構えちゃう」が、それでも「関わっていくうちに、患者と家族の歴史、元気だった時のその人が理解できる」ようになる。看護師は在宅医療を、「生活の場で提供する生活を支える医療」、「生活の支障になる症状を緩和する医療」、「一人ひとり違うもの」と表現した。「死ぬまでの生活を支える医療の重要性」を語り、「いずれ死ななければならないとしたら、死ぬまでの間、好きなように暮らせることは不幸なことではない」と述べた。

訪問看護や在宅に関わっていて楽しい。やりがいを感じた。これが外来診療だけであれば、やりがいっていうかな、それはない。「本当によかった」っていう家族の言葉。一緒に死後の処置をしながら、「本当によかった、看護師さんにきてもらって、本当に安心だったし、本当によかった」って泣き泣き言われて帰ってきた時。こうやって感謝されることって、なかなかない。……患者さんと家族のいる家でっていうのがいいんだよね。訪問看護に行くようになって、初めて家族の人と深く関われるし、ご本人ともゆっくりお話できて関われるし、訪問診療だけだったら、

先生と一緒にいってすぐ帰ってくる感じだから。……人生の最期に寄り添える、そんな機会はないからね。その人の長く生きてきた人生の最期に、家族に頼られ、関わる事ができて、最期の生き様を私たちにを見せてくれる、すごく神聖な部分。

看護師は訪問看護には判断力、コミュニケーション力、関係調整力が求められると語る。具体的には患者と家族の話をじっくり聴くことにより希望を明確にすること、看取りの心構えができるように適切な時期に家族に情報提供すること、患者の言葉の裏側にある気持ちを推し量ること、患者の体調や体力に応じて足浴などの快いと感じるケアを提供すること、希望する生活ができるように介護職と連携することなどの実践がある。

現在、診療所は看護師の世代交代の時期であり、若い看護師にこれまでの在宅看取りの経験をどのように伝えていくのかが、課題であるという。「どうしても若いと、その人を昔から知っているとかではなく……わりと知らない者同士で、患者さんの家族もちょっと遠慮とか、だからそこまでの打ち解けとか、持っていけるのかなあと心配」であると述べている。それでも在宅看取りは一人ひとり違い、「一人ひとりを大切にすること」が基本にあり、「来るもの拒まずの精神なので、決して無理ですといわない」という診療所の理念を次世代の看護師にも伝えていきたいと語った。

「来るもの拒まず」なので、なんでもありますよ。……第一にご希望を受け入れるっていうか、ご希望に添いたいっていうか、患者さんの、一人ひとりのご希望って違いますよね。その人がこのまま家にいたいっていただきますよね、そしたらそのご希望に添う。患者さんが点滴したくないっていったら、それに添うし、やっぱり少しでもいいから点滴してくださいっていったらそれに添う。

絶対、在宅いいよって言っているわけではないんです。色々な選択肢を示しておいて、こういうこともできますよ、(訪問診療や訪問看護に)来ますよ。お家で看たいというのであれば、私たちは一生懸命それに添いますよっていう。最初は不安がいっぱいで、「私たちが看ているのが大変だったり、苦しみが強くなったりしたら入院させたいと思います」ってはっきりいうご家族もいます。だけど途中から「何かあった時に看護師さんが来てくれるから、このままやっぱり家がいいな」って。そのまま「家で看取ります」って決心されるご家族もいるし、患者さんの病状も変化していくし、介護者の気持ちも変化していくんですね。

4. 考察

A 診療所における訪問看護師による在宅看取りの実践と思考を、在宅看取りを始めた時期、地域に定着する時期、今後の展望にまとめた。その結果から在宅看取りや在宅医療が地域に定着した要因として、療養者主体の医療と連続する医療の二点を指摘したい。

1) 療養者主体の医療

在宅医療の推進とともに、医療を提供する場所は病院に限らず、自宅や施設などの生活の場所へと拡大している。どこでどのような医療を受けて過ごしたいか、人生の最終段階における医療の意思決定の主体は療養者本人である。そして意思決定には、感情の共有、意思決定能力の査定、判断材料の提供、治療やケアの継続を保障することなど様々な支援が必要とされる(川崎 2017)。

A 診療所の訪問看護では、時間をかけて患者や家族の気持ちをしっかりと聞くこと、適切な時期に判断材料となる情報を提供すること、在宅療養についての気持ちの変化することを許容し、患者や家族が

どのような意思決定をしても、診療所ができることについては最大限の努力をすると保障することなどが実践されていた。患者と家族の意思決定を支援し、ていねいに事例の振り返り診療所スタッフで経験からの学びを共有した。本当に患者や家族の希望が尊重され、その実現の可能性をともに考え尽くしたかを自問することは、提供するケアの質向上につながったと考えられる。

訪問看護の経験がなかったことや地域の小さな診療所として提供できる医療に限りがあることを明確に認識して開始された在宅看取り支援は、患者に医療者の価値観を押し付けることなく、常に患者と家族の希望に添うことを重視し、その姿勢を患者と家族にも説明してきた。経験を積むことで「患者と家族によって、希望することはそれぞれ違うこと」や「在宅療養の経験を積むことで、患者や家族の意向が変化すること」にも気づき、一人ひとりの違いを大切にする支援が継続できたと考える。

療養者主体の医療を提供することに徹し、「希望に添う」ためのできる限りの努力によって、診療所は地域住民からの信頼を得ることができた。また医療者と患者との対等な関係、本音で付き合える関係が構築された背景には、患者や家族にとって診療所のスタッフは、単なる医療サービスの提供者ではなく、同じ地域の住民であることも重要であった。特別豪雪地帯という厳しい自然環境や、社会資源が必ずしも十分とはいえない過疎地域での暮らしを共有したことで、より一層患者と家族の生活を理解し、主体性を尊重することが可能になったと考える。

2) 連続する医療

A 診療所は地域住民の最も身近な公的医療機関であり、健康診断、予防接種、風邪や慢性疾患に対する投薬などで度々受診する場所である。また子供から高齢者まで、幅広い年齢層が訪れる場所でもあった。診療所の医師は日常的な医学管理と重症化の予防、センター病院などの専門医療機関との連携、在宅療養支援、介護との連携などかかりつけ医として機能していた。

長い療養経過ののちに、患者が高齢化や病状進行により通院できなくなっても、訪問診療を利用すれば地域での生活を継続することができた。家族への精神的な支援や日常生活上のケアが必要になれば、訪問看護も利用できる。診療所が目指す「生まれてから死ぬまで、安心して暮らせる町」づくりは、地域住民と互いに支えあいながら、現在も進められている。

在宅看取りは最初から決まったものではなく、「家にいるから訪問してほしい、往診してほしいというご紹介があったら、とりあえず行って、それがだんだん行っているうちに、変化して、それが看取りにつながる感じ」であるという。在宅医療に支えられた療養生活を経験した家族や知人による口コミ、診療所所長の講演会、外来通院中の比較的元気な時期から在宅医療の可能性について知ることなどが、地域への在宅医療の定着や在宅看取りの増加につながったと推測される。

地域住民は顔見知りの看護師による「日常的な健康管理の延長上にある穏やかな看取り」を身近なものとして認識できたのではないか。そして患者の気持ちにうまく寄り添えなかったという経験も、「考える試練、勉強」といえる経験豊富な看護師が定着していることも、地域住民の安心に結びついたと考えられる。

5. 結論

12年間のA診療所における在宅看取り支援では、訪問看護師は「療養者主体」の医療の提供、意思決定支援、療養者と家族の希望に添ったケアの実践を重視していた。在宅看取りは地域住民の日常的な健康管理と連続した医療の提供のひとつであり、外来診療や訪問の積み重ねによって構築された信頼関係が在宅看取りにも生かされていた。A診療所の在宅看取り支援は、高齢になっても、病気が重たくなっても、安心して住み続けられる地域づくりに寄与するものと考えられる。

文献

- 荒木晴美・新鞍真理子・炭谷靖子(2008)「介護者が自宅での看取りを希望することに関連する要因の検討」『富山大学看護学会誌』7(2) PP51-60
- 泉田信行(2012)「居宅介護サービスの充実と在宅死亡割合の関係」『IPSS Discussion Paper Series』国立社会保障・人口問題研究所
- 今村晴彦・園田紫乃・金子郁容(2010)「コミュニティのちから”遠慮がちな”ソーシャルキャピタルの発見」慶應義塾大学出版会
- 川崎裕子(2017)「看護者が行う意思決定支援の技法 30-患者の真のニーズ・価値観を引き出すかかわり」医学書院
- 厚生労働省(2014)「終末期医療に関する意識調査等検討会報告書」
- 須永恭子・田村須賀子(2014)「訪問看護師が捉える看取りの課題とその背景に関する検討」『ホスピスケアと在宅ケア』22(1) PP21-30
- 竹生礼子(2008)「日本における1990年以降の在宅死と病院死に関連する要因の文献的検討」『日本地域看護学会誌』11(1) PP87-92
- 彦聖美・浅見洋・浅見美千江(2012)「人口減少地域住民の死生観と終末期療養場所ニーズ」『ホスピスケアと在宅ケア』20(3) PP235-240
- 宮田延子・安江悦子・橋本廣子・下井勝子・上平公子・小池万智子(2007)「山村過疎地域における高齢者の看取りと医療福祉サービス」『岐阜医療科学大学紀要』PP131-140
- 和田洋子(2013)「在宅における終末期看護」『系統看護学講座統合分野在宅看護論』医学書院