総説

日本の在宅看取りに関する論文の現状と実態のスコーピングレビュー：奈良県内の看取りのあり方の検討をめざして

A Scoping Review of the Current State and Reality of Papers on End-of-Life Care at Home in Japan: Toward a Study of the State of End-of-Life Care in Nara Prefecture

小竹久実子[1)]，風間眞理[2)]，市塚彩夏[3)]，松本静香[4)]，羽場香織[1)]，久保田千代美[5)]，津森栄[6)]，伊藤絹枝[7)]，和家佐日登美[8)]，志茂友紀子[9)]，石飛悦子[10)]，橋口智子[10)]，池之畑直子[3)]，小林千恵子[11)]，西岡幸実[11)]，武田以知郎[12)]

1)奈良県立医科大学医学部看護学科，2)目白大学看護学部看護学科，3)奈良県看護協会立橿原訪問看護ステーション，4)城山病院看護部，5)Chiyomi Kubota Care 研究所，6)奈良県看護協会，7)奈良県看護協会訪問看護総合支援センター，8)奈良県立医科大学県民健康増進支援センター，9)訪問看護ステーションなでしこ，10)奈良県立医科大学附属病院看護部，11)訪問看護ステーションみそら，12)明日香村診療所

要旨

本研究の目的は，日本国内の看取りの研究の現状と課題を明らかにして，奈良県内の看取りのあり方を探究する資料とすることである。研究方法は，スコーピングレビューを用いた。Patient（P）：在宅（療養者）死，Concept（C）：ケアの内容，現状と実態，Context（C）：日本，看取りとして，PCC のフレームワークを用いた。使用したデータベースは，医学中央雑誌であった。一次スクリーニングで抽出された論文をスコーピングレビューチームで精読し採用論文を決定した。結果，一次スクリーニングでは 8 件，二次スクリーニングでは 4 件採択された。へき地に暮らす高齢者は困りごととして話す人はいなかった。死亡場所確認および予後説明があると意思決定支援につながることがわかった。看取り件数が多くなると訪問看護師の満足度は低くなるが，介護職では高い結果であった。訪問看護師の肯定的感情を高めることがモチベーションの維持向上になり，看取り支援の質向上へとつながる可能性が示唆された。

キーワード：看取り，スコーピングレビュー，現状と課題

Abstract

The purpose of this study was to clarify the current status and issues of research on end-of-life care in Japan, and to provide material for exploring the state of end-of-life care in Nara Prefecture.

A scoping review was conducted using electronic databases including the Central Journal of Medicine. The PCC framework was used. The keywords were Patient (P): death at home (caregiver), Concept (C): content of care, current status and actual conditions, and Context (C): Japan, and end-of-life care. The PRISMA statement (the Preferred Reporting Items for Systematic Review) was also consulted. We selected papers from the primary screening process for inclusion in the scoping review team. In accordance with the research question (RQ), the scoping review team conducted a close reading of the literature extracted from the primary screening. In secondary screening, the selected papers in the primary screening were carefully read by the scoping review team. In addition, the literature was examined for its suitability for the RQ.

As a result, eight papers were selected in the primary screening and four papers were selected in the secondary screening. None of the elderly people living in remote areas talked about living there as a problem. It was found that confirmation of the place of death and explanation of the prognosis helped to support the person's decision-making. Satisfaction was lower among home care nurses as the number of end-of-life care cases increased, but was higher among caregivers.

It was suggested that higher positive emotions among home care nurses may help them maintain their motivation and improve the quality of end-of-life care.

Keywords: End-of-life care, Scoping review, Current status and issues

Ⅰ. はじめに

日本は,2025年には3人に1人が高齢者という状況となり，高齢化がますます高まり，社会を支える生産年齢の人口は減少するといった2025年問題に直面している(厚生労働省, 2006)。高齢者は何らかの疾患を複数抱えての生活となることから,病院へ罹る率は高い。また，死亡場所においても，1951年には自宅死 82.5%であったのが，1978 年以降逆転しはじめ，2005 年には病院死亡率 78.4%となった(医. 厚生労働省, 2021)。令和元年では，自宅死の割合は, 全国平均13.6%であった(厚生労働省,2019)。死亡場所においても，病院施設の収容人員の限界や医療費の問題も生じることから，在宅療養の推進強化対策が課題となっている。厚生労働省は全国的に看取りの調査を強化し，在宅における看取りのケア対策を練ることを推奨している。

しかしながら，日本における看取りに関する研究については，10 年前(福井, 2012)に研究されているが最近の研究の現状についてはまとめられていない。

10 年前の日本の在宅における看取りの全国調査(福井,2012)によれば，全国の訪問看護事業所の 1/2 の事業所を無作為に抽出した2898 事業所の 869 事業所の回答で，在宅看取り率は，44±41%（平均±標準偏差）と事業所間で大きなバラつきがみられた。また，半年間で1例以上在宅看取りがあった事業所が61% (532か所)であり，在宅看取りは平均2.2人であった。

看取りに影響する関連要因は，24時間体制の有無の事業所特性，寝たきり状況や医療保険の利用状況などの利用者特性，在宅療養支援診療所の指示書交付の数の地域連携状況(福井, 2012)であった。また，熊谷 and 田渕(2017)によれば, 看護師の常勤換算数, 指示書を発行する医師数と医療機関数，ターミナルケア加算の届け出の有無，訪問看護事業所内の事務員の有無が関連要因として報告されているが，過去5年の研究の現状と課題は明確化されていない。

我々は, 奈良県の自宅死割合(不審死含む)が，令和元年以前に全国で1位の時があり，現在令和元年の段階でも14.9%といった全国平均 13.6%よりも高い(厚生労働省, 2019)のはなぜかという点に注目した。その理由を明らかにする前に，ここ最近の看取りの現状と課題を整理しておく必要がある。

先行研究を整理するために文献検討を行うことにしたが，文献検討の種類も現在，1990年初頭より，Evidence based practice (EBP)の広まりを鑑みて，スコーピングレビュー（ScR）を行うこととした。スコーピングレビューとは，その研究領域の基盤となる主要な概念，主な情報源，利用可能な文献や情報（エビデンス）の種類を素早くまとめること(Arksey & O'Malley, 2005)と定義づけられている。このレビューの目的は，1)研究活動の幅広さ，範囲，性質を調べる，2)システマティックレビューを実施する価値があるか決定する，3)研究結果の要約と普及，4)既存の知見から研究ギャップを特定することである。ギャップとは，隙間，研究する必要がある未解決な部分と言い換えられる。

本研究では，Arksey and O'Malley (2005)のフレームワークのステージに沿って行うこととした。フレームワークは，（1）研究疑問を特定する,（2）重要な研究を特定する,（3）研究を選ぶ，（4）データを抽出する，（5）結果の収集，要約，報告，（6）結論である。また，PRISMA-ScR(Tricco et al., 2018)も参考にして検索した。

Ⅱ. 研究目的

本研究の目的は，日本国内の看取りの研究の現状と課題を明らかにして，奈良県内の看取りのあり方を探究する資料とすることである。

研究方法：*研究デザイン (Types of studies)*

ArksArksey and O'Malley (2005)のフレームワークのステージに沿うが，PRISMA 声明（ the Preferred Reporting Items for Systematic Review）も参考にした(Tricco et

al., 2018)。リサーチクエスチョン(RQ)は,日本国内の看取り研究はどこまでされているのかである。本研究はスコーピングレビューとした。Patient（P）：在宅（療養者）死，Concept（C）：ケアの内容，現状と実態，Context（C）:日本，看取りとして，PCCのフレームワークを用いた（表1）。

表1．文献検索式作成のための表

概念	P：看取り	C：現状と実態	C：在宅死
検索ワード	看取り	現状 実態	在宅死 自宅死

包含基準・除外基準

包含基準は,看取り，在宅死および自宅死，実態および現状，原著論文，看護のキーワードを含む研究とした。除外基準は，看取りのケア内容ではない診療報酬および加算,学生，死亡診断に関するものとした。

Search strategy

使用したデータベースは，医学中央雑誌（医中誌; Japan Medical Abstract Society, JMAS）より2021年6月15日～25日の間に検索を行った。

一次スクリーニング

研究者2名で同時に，一次スクリーニングを行った。一次スクリーニングでは，タイトル・アブストラクトからRQに合っていないものを除外した。2名の結果を照合し，二次スクリーニング用データセットを作成し，論文を収集した。2016年6月～2021年6月までの過去5年以内の文献とした。

コンピュータによる検索と手作業による検索を用いることと複数の重複する内容を含む情報源を検索した。文献を網羅するために，全てのデータベースにおいて，シソーラス，タイトル，アブストラクトでキーワードが含まれるようにした。キーワードは，①看取り，②在宅死 or 自宅死,③実態 or 現状とした。

医中誌においては，全てのフィールドおよび統制語を用いて，類似した概念をOR検索，異なる①②③の概念間をAND検索で行った。さらに,5years(2016-2021)で絞った。タイトル・アブストラクトを確認して，本研究に関連する論文を二次スクリーニングで精読していくこととした。

二次スクリーニング

一次スクリーニングで抽出された論文を看取り研究会スコーピングレビューチーム15名で精読し，選択基準に合った論文を選び，結果を検討しながら採用論文を決定した。二次スクリーニングの結果を，タイトル，研究デザイン，研究の内容(在宅看取りの現状・ケアの内容)の項目について一覧表で作成した。

結果

一次スクリーニング

スコーピングレビューグループの研究者2名で同時検索を行った。医中誌の検索結果は，①看取り 50,692 件，②在宅死 or 自宅死 3,126件，③実態 or 現状 377,361件であった。① ② ③をand検索した結果，237件であった。さらに，原著論文and 看護 and 過去5年で絞り込んだ結果，15件であった。その内，7件を除外し，8件が2次スクリーニング対象となった。

PRISMA Flow Diagramを Figure 1に示した。

二次スクリーニング

スコーピングレビューグループチーム15名で8件を精読し検討した。除外した文献は，看取りを終えた家族の悲嘆の文献検討 1 件，テーマとも目的のずれが大きく実態把握として成立していない1件，パンフレットの有効性のみで看取り自体ではない1件，高齢者の属性のみ1件の合計4件であった。

日本国内の看取り研究はどこまでされているのかについては4件と少なく，看取りの在り方についての研究はほとんど見られなかった。豪雪地帯での看取り，看護小規模多機能居宅介護事業所での看取り，アドバンスケアプランニング,看取り後の家族支援であった。採択結果を表2に示した。

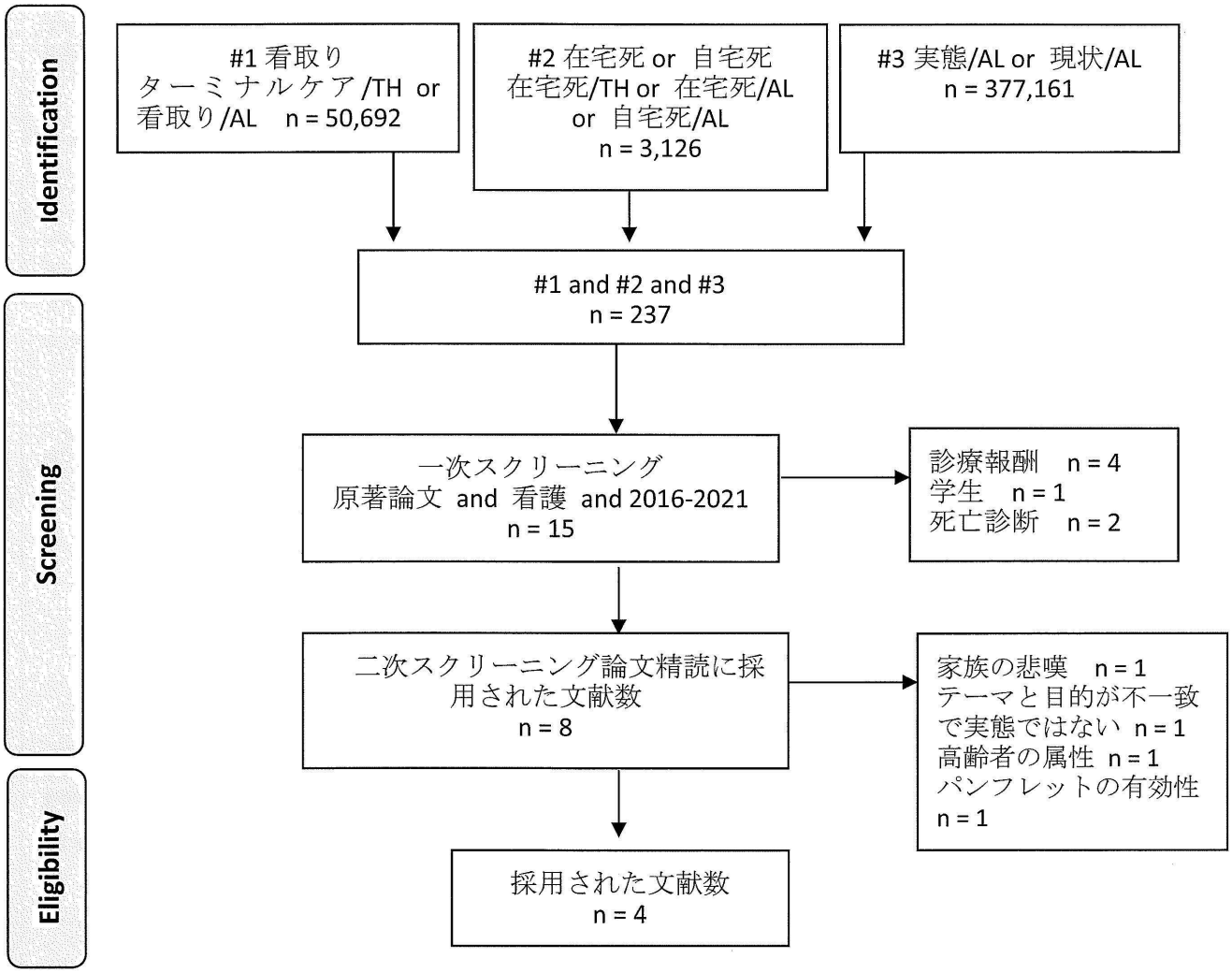

Figure 1. スコーピングレビューのための PRISMA Flow チャート

表 2. 看取りの現状と実態，看取りケアの内容

タイトル	研究デザイン	在宅看取りケアの内容	在宅看取りの現状と実態
看護小規模多機能型居宅介護事業所での看取り エイジング・イン・プレイスの実現を目指して	量的記述的研究。質問紙調査 調査対象：WAM NET や都道府県別の介護事業所検索サイトを利用した看護多機能 474 事業所の管理者 調査期間：2019 年 9 月 1 日～11 月 30 日 調査内容：対象者，事業所，利用者の属性，看取りの実態，職員が抱える利用者・家族の満足度，職員の満足度。事業所の属性として看護多機能の通いサービス，宿泊サービス，訪問サービス提供割合，運営上の工夫と課題。	○看護（医療）と介護との連携・協働 ○本人・家族の意向の尊重 ○家族ケア・教育・絆を守る ○本人・家族・専門職とチームで看取る ○介護職の教育 ○状況に応じた療養・看取り場所の選択 ○職員の高い専門性の育成	【看取りの実態】 看護多機能での看取り有 92.7%，平均看取り件数 8.67，平均年間看取り件数 2.93，自宅での看取り有 42.9%，事業所での看取り有 46.4% 【看護職の常勤換算数と看取り件数の相関】 ・看護職の常勤換算数が多いほど看取り件数多い ・自宅での看取り件数には関連は認められない ・介護職の常勤換算数と看取り件数には関連はない 【職務満足度と年間看取り件数 2 群間の差】 ・看取り件数が５名以上と５名未満の事業所の２群間比較では，５名以上に職務満足度が低かった。 ・看取り件数２名以上と２名未満の２群間比較では，２名以上に介護職の職務満足度が有意に高かった 【看取りケアの課題】 ・職員教育の必要性，在宅看取りに対する家族の受け入れ困難，家族および職員の心のケア，医療ケアが必

			要な利用者に対する介護職の萎縮・不安，在宅医の不足，家族・他職種との連携，サービスのマネジメントの難しさ，医療ケアが必要な利用者の受け入れの限界（ベッドが無い），不十分な夜間体制，主治医の理解不足，同市の他の看護多機能では看取りを実施しておらず，看護多機能，小規模多機能だからといって看取りを実施しているわけではない 【サービス提供内容】 ①在宅移行支援 29.2%，②在宅生活の継続支援 49.7%，③終末期ケア・看取り 20.9%，④家族看護・介護支援 33.3% 【運営上の課題】 医療ケア・看取りを含むケアの質
特別豪雪地帯・無医地区の高齢者の介護・看取りのニーズ	質的帰納的分析 半構造化面接 調査対象：豪雪地帯の無医地区 調査対象者：生活様式や収入等が対象地域に住む平均的な者で，日常生活が自立している 65 歳以上の者 9 名 調査期間：2015 年 9 月～12 月 面接内容：(1)協力者の治療中の疾患の有無，介護経験の有無等の基本属性，(2)地域内の互助，(3)介護・終末期の希望する療養場所：どこで，どのような介護・終末期を希望するか，およびその理由等	○豪雪時以外は必要時いつでも医療を受けられる体制にある ○豪雪時は自動車の交通が途絶するため必要な医療を受けられない状況 ○しかし，このことを困りごととして話す高齢者はいない ○具体的なケア内容を調査したものではない	【看取りのニーズ】 ・独居高齢者は動けるうちは 1 日でも長い在宅療養を希望し，要介護状態になった時は入院・入所を希望していた ・同居高齢者は全員在宅介護・在宅看取りを希望していた 【人生会議の有無と最期の場を決める人】 ・終末期の迎え方を家族等と話し合っている者は 9 人中 1 人であるし最期を迎える場の決定は本人以外であった
訪問看護師による終末期がん患者へのアドバンスケアプランニングと希望死亡場所での死亡の実現との関連	量的研究 調査対象：・全国訪問看護事業協会正会員リストから無作為抽出にて 1,000 事業所 ・3 週間以上自宅で過ごし，自宅または病院で死亡した終末期がん患者を担当した訪問看護師 374 人 調査期間：2015 年 7 月 調査内容：希望死亡場所での死亡の実現，訪問看護師が実施する ACP，希望する場所での死亡が実現するための関連要因	1) 訪問看護師が行っている ACP 実施状況 「予後理解を促す支援」 ① 余命告知の確認あり 79.7% ② 未告(n=264)への対応 8.7% ③ 余命の理解度の確認あり 訪問初期 49.2%， 悪化期 49.7%， 臨死期 45.5% ④ 生活予後の説明あり → 訪問初期＝27.8%， 悪化期＝31.8%， 臨死期＝28.6%	【希望死亡場所の確認と調整】 ① 希望死亡場所の確認あり → 訪問初期＝79.4%，悪化期＝82.4% 臨死期＝81.0% ② 家族調整(n=117)あり＝37.6% 【訪問看護師が患者に対して実施した ACP と希望死亡場所での死亡実現との関連】 ・訪問初期，悪化期，臨死期すべての時期において，希望死亡場所の確認をすることが関連していた ・悪化期において，生活予後の説明をすることが関連していた 【終末期がん患者の最終的な希望死亡場所と実際の死亡場所】 ・希望死亡場所 → 自宅 60.4%，病院 20.3%，施設 1.6% ・実際の死亡場所 → 自宅 65.0%，病院 33.4%，施設 1.6% ➡ 希望場所が変化した患者 36.9% 希望死亡場所での死亡が実現した患者 73.8%
在宅死に至ったがん患者家族に対する療養支援の現状療養支援を行う看護師の立場からみえたこと	量的研究 記述統計 調査時期：2012 年 1 月 1 日～2013 年 12 月 31 日 調査対象：腫瘍内科から MSC に緩和目的の支援依頼があった在宅死された 50 例 調査内容：患者背景，家族構成などの住宅環境，依頼の契機，依頼から面談までの日数，面談者面談回数，看取り場所についての希望（介入前後 2 回調査），地域支援者介入の有無，看取り希望確認から在宅診療開始までの日数と死亡までの日数	1.性別：男性 37 名，女性 13 名 2.年齢：中央値 70 歳（範囲：40～87 歳） 3.面談回数は中央値 4.相談から在宅医介入までの期間の中央値 5 日 在宅診療介入から死亡までの日数中央値 29（範囲 4～446 日） 5.看取り場所に関する意思決定支援：介入前と比較して，未定が 58%→14%に減少し，自宅の選択は 30→68%に増えた 6.自宅での看取りを支えるために要となる地域支援者との連携：病状コントロールを早期に在宅へ移行するときに在宅医との連携は早急に介入，介護保険制度やサービス利用に関してはケアマネジャーと連携していた また，患者，家族のニーズを確認しながら，希望する看取り場所で過ごせるような支援をされていた	1.在宅死に至るがん患者の約 70%は療養支援開始初期から自宅での看取りを希望 2.支援開始前は看取り場所を決められなかった症例に対して，MSC 看護師が支援をすることでその決断が促進された 3.がん患者に対する療養支援をする上で，緩和ケアにおける地域連携の専門的な知識や技術をもって情報提供することが，患者家族の看取り場所の意思決定を促進できた 4.直接的な対話によって地域支援者との信頼関係を築き，支援の引き継ぎを円滑に行うことで，速やかに地域での緩和ケアが開始できていた 5.看護師による支援内容が明らかにされていないため，支援実践内容の確認が必要である

看護小規模多機能型居宅介護事業所での看取り率（永田ら,2020）は９割であり，そのうち自宅看取り率42.9%,事業所看取り率46.4%と半々であった。看取りとの関連については，“看護職員数が多い”と看取り率も高くなるという正の相関があるが，自宅看取り率および介護職員数との関連はみられない。

看護師の職務満足度は看取り件数が年間５名以上に多くなると低くなるが，介護職では２名以上になると職務満足度が高いという結果を報告している（永田ら,2020）。

特別豪雪地帯での看取りの実態（小山ら,2019）は，豪雪時は交通が途絶するために必要な医療を受け入れられない状況にあるが，その地域に暮らす高齢者はそのことを困りごととして話す人はいない。独居高齢者は動けるうちは在宅で，要介護になったら入院・入所を希望している。同居高齢者は，全員が在宅介護・看取りを希望しており，《家族が看るのが当然である》と考えていた。最期を迎える場については，本人以外が決定している状況であった。

余命告知は８割程度，予後説明は３割程度，死亡希望場所の確認は８割程度行われていた（石川ら,2017）。

在宅看取りケアの内容としては，死亡場所確認および予後説明があると意思決定支援につながるという関連がみられた。意思決定支援によって死亡場所が変わった患者は４割に上った（石川ら， 2017）。また，Medical Support Center(MSC)の看護師が情報提供の介入をすることによって，患者家族の看取り場所の意思決定を促進できる（丹下ら， 2016）ことを報告している。促進する秘訣は，対話による支援の引き継ぎが速やかな緩和ケアの開始につながることであった。さらに，在宅医とケアマネジャーとの早期からの連携も希望する看取り場所で過ごせる支援につながっていた。MSCの看護介入の報告は，10年前のデータであるが，その当時に行なっている介入としては先駆的であった。

考察

本研究で採用された論文は，看護小規模多機能施設や毎年 3m 以上積雪がある特別豪雪地帯といった特徴ある施設や地域での実態報告があった。特に，豪雪地帯については，へき地が３分の２を占める奈良県とも共通する特徴が考えられた。交通の不便さや無医などが生じるへき地では，医療の過疎化によって十分な医療ケアを受けられない場所もあることから，相互の支え合いや集落単位での共同作業をとおし，日々の生活が成り立ち，集落の維持に繋がっていると考える。住民参加による高齢者を在宅で看取るケアシステムの構築の必要性が示唆された。独居高齢者は動けるうちは在宅で，要介護になったら入所あるいは入院を希望するということも共通している可能性がある。

看護職員数が看取り率にも関係していることは，注目すべき点である。マンパワーが確保されている環境であれば，在宅での看取り率は高くなる可能性を秘める結果である。先行研究（熊谷 and 田渕,2017）の看護師の常勤換算数が影響要因である報告とも一致している。

それに対して，職務満足度については看取り件数が多いと看護師の満足度が低くなり，介護職は看取り件数が多いと満足度が高くなる理由は何故であろうか。看護職と介護職の違いによるものであろうか。理由は記載されておらず不明である。看取りの満足感は(西尾 & 木村， 2013)，56.4%の訪問看護師があまり満足していない結果であった。その理由として，職場や医師との人間関係と自律性，質的負担，死との向かい合いなどのストレスが影響していた(西尾 & 木村， 2013)。看取りに限らず訪問看護師は専門職としての力量がバーンアウトに影響する(望月， 茂木， & 飯島， 2009)。特に，自分の仕事に対する認識の程度が，脱人格化と情緒的消耗感に影響している。脱人格化とは，相手のことを考えずに仕事上の関係と割り切った行動に陥ること，情緒的消耗感とは，仕事において，情緒的に力を出し尽くす状態に関係することである。しかしながら，看取りについては今後検討の余地があると考える。一方で，人生の最期に関わる

意義を見出し，死生観の涵養といったやりがいを感じている(花里 & 芦谷，2017)。訪問看護経験を積んでいくことが，満足感を高め，死生観を高める可能性を示唆する(横尾 & 大町，2014)報告もある。職務満足感が高いことは看護に対する肯定的感情が高いと考えられ，肯定的感情は看護への前向きさやモチベーションの維持に繋がる(望月 et al.，2009)。そのモチベーション維持向上のために効果的な要素は，専門的な研修を受けられる(望月 et al.，2009)ことが挙げられる。その肯定的感情を高めるために，訪問看護師は，日々の葛藤がありながらも看護を通して，自身の生き方にも反映させることも重要な要素といえる。訪問看護師の肯定的感情を高めることがモチベーションの維持向上になり，看取り支援の質向上へつながる可能性が示唆された。肯定的感情を高めるには，エンパワメントも必要であると考える。訪問看護師のエンパワメント(西垣 & 栗原，2018)には，スタッフとの会話が癒しとなることや，仕事からえられたやりがいと自信，寄り添いながら生きる喜びなどが挙げられていた。看取りの場においても，困難や葛藤が生じる中で自分自身をエンパワメントしながら逆境をバネにして適応する力(レジリエンス)は必要である。訪問看護師のレジリエンス(樽岡 & 黒田，2017)には，終末期ケアに伴う哀傷を他者と分かちあい折り合いをつける力や終末期患者との関わりあいを通して看護師としての自己価値を高める力が報告されており，これらの力は肯定的感情を高めることにつながると考える。また，西尾ら(2013)の報告にある，患者・家族に関心を寄せ，その人らしい最期に関わることも樽岡ら(2017)の結果と合致しており，肯定的感情につながる重要な点であると考える。さらに，家族が後悔しない看取りの支援は(内海，松井，沖，& 畑，2016)，訪問看護師としての成長となり，看護師の価値や信念という職業的アイデンティを高めることにもつながる。

訪問看護師が看取りの場の選択で重視したアセスメント項目には(上田，平木，松本，牧，& 永田，2022)，本人が孤独ではないという安心感，自分らしく過ごせること，そして，“最後まで一緒に過ごすことができる”という家族の満足感や家族もゆったりと過ごせることなどが挙げられた。このことから，本人の意思決定だけではなく，誰かがそばにいるという安心感のもと自分らしく過ごせることや，家族の日常生活も維持できる関わりが重要であると考える。

治療の選択と生き方を事前に患者・家族と話し合うアドバンスケアプランニング(Advance Care Planning: ACP)について，慢性心不全患者を対象とした概念分析の結果では(西田，2021)，過去から将来へ，将来から今へといった人生の時間軸の中を行き来することが含まれていた。本人が今までどのように生きてきて今に至るのかを振り返りながら，今後を決めていくことが大切である。

本研究のレビューでは，看取りの満足度については，介護士が高く，訪問看護師は低いという結果であった。我々は，なぜその違いがあるのか疑問視した。先行研究の介護士と訪問看護師の比較研究(リラ・セプタリナ，住居，國定，& 松本，2017)では，看護師のほうが介護士よりも職務満足度が高いという逆の結果であった。リラら(2017)の報告では，病院，高齢者福祉施設，介護老人保健施設を対象としており，本研究結果は，看護小規模多機能施設を対象としていた違いもある。看護小規模多機能施設(看多機：かんたき)は，医療依存度の高い人や退院直後で状態が不安定な人，在宅での看取り支援など，通い，宿泊が可能であり，訪問看護，訪問介護を24時間365日提供する。看多機は，利用者定員29名以下で，通い定員は18名以下と規定されている(厚生労働省，2023)。その中で，看護師の人数は訪問看護については2名以上といった条件もある。看多機は，訪問および施設(通いや宿泊)での看護があるため，マンパワーの課題や利用者の人数制限があることも看取りの満足度に影響しているのではないだろうか。また，リラらは(2017)上司や職場の支援があるとストレスと燃え尽き症候群が軽減され

ることも報告している。このことから，どの職種でも，同じ職場からの支えがあれば職務満足を高める可能性があると考える。

奈良のへき地と共通する可能性のある豪雪地帯の研究において，無医地区や救急車が大雪では出動できない状況を誰もが困りごととして話す人はいなかった。さらに，独居者は動けるうちは在宅を希望し，家族がいる人は最期まで在宅を希望した点に我々は注目した。特別豪雪地帯・無医地区で高齢者の在宅看取りを可能にする条件は(小山，若狭，渡部，和田，& 宇田，2021)，本人の在宅死希望，苦痛のない療養生活，介護者が在宅で看取りを引き受ける覚悟，介護負担感の少なさであった。また，いつでも支えてくれる医療従事者，支援，多職種連携，さりげなく支えてくれる地縁者や血縁者の存在が挙げられていた。へき地に暮らす人々は，覚悟を決めて暮らしており，頼れる人がいれば在宅で暮らしたいと願い，頼る存在がいない場合は施設で最期を迎えること意思決定していた。実際には，家族が決めるといった結果が得られた理由については，今後追究する必要がある。

山村過疎地域で生きている限り，その条件に合わせて生きようとしている覚悟が窺えた。へき地では，自然と共生し，地域の人々の間で助け合っている生活があることも一要因と考えられる。それが生活であり人生であると捉え，へき地で暮らすことを大事にしているのであろう。

訪問看護師が実施した意思決定支援に関する介入は，終末期がん患者の希望する場所で死亡した結果について，訪問看護師の専門職としての意義が示されたと考える。

本研究の限界と課題

日本の看取りの現状と課題というテーマでレビューを行ったが，ほとんど研究が行われていないという結果であったことが限界である。

今後の課題は，看取りに対する訪問看護師の満足度の実態についても探究する必要がある。へき地では，豪雪地帯の特徴が研究されていたが，山間部については明らかにされていないことも課題である。さらに，奈良県の在宅看取りの特徴について，訪問診療医，訪問看護師，病院看護師からインタビューによる調査を行い，明らかにすることである。

結論

看護小規模多機能型居宅介護事業所において，看取りとの関連については，“看護職員数が多い”と看取り率も高くなる。看護師の職務満足度は看取り件数が多くなると低くなるが，介護職では職務満足度が高い。

特別豪雪地帯での看取りは，へき地に暮らす高齢者は困りごととして話す人はいない。独居高齢者は動けるうちは在宅で，最期は施設を希望していた。家族と暮らす高齢者は，全員が在宅介護・看取りを希望していた。最期を迎える場については，本人以外が決定している状況であった。

死亡場所確認および予後説明があると意思決定支援につながる。

Medical Support Center(MSC)の看護師が情報提供の介入をすることによって，患者家族の看取り場所の意思決定を促進させた。

訪問看護師の肯定的感情を高めることがモチベーションの維持向上になり，看取り支援の質向上へとつながる可能性が示唆された。

本研究において，開示すべきCOI(利益相反)関係にある企業等はない。

文献

Arksey, Hilary, & O'Malley, Lisa. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. International Journal of Social Research Methodology, 8(1), 19-32. doi:10.1080/1364557032000119616

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K.

K., Colquhoun, H., Levac, D., . . . Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. Ann Intern Med, 169(7), 467-473. doi:10.7326/m18-0850

リラ・セプタリナ, 住居, 広士, 國定, 美香, & 松本, 百合美. (2017). Comparative Study of Stress and Burnout among Nurses and Caregivers during End-of-Life Care. [終末期ケアにおける看護職と介護職のストレスと燃え尽き症候の比較研究]. 人間と科学: 県立広島大学保健福祉学部誌, 17(1), 65-71.

横尾, 誠一, & 大町, いづみ. (2014). 訪問看護師の死生観　個人背景との関連. 日本在宅ケア学会誌, 17(2), 29-36.

花里, 陽子, & 芦谷, 知子. (2017). 高齢者の在宅看取りに関する実態調査　5 年間の訪問看護記録より. 死の臨床, 40(1), 175-178.

熊谷, 有記, & 田渕, 康子. (2017). 終末期在宅療養を支える看取りのパンフレット使用の実態と課題. Palliative Care Research, 12(2), 222-228.

厚生労働省. (2006). 今後の高齢化の進展－2025 年の超高齢社社会像－. Retrieved from https://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/09/dl/s0927-8e.pdf

厚生労働省. (2019). 健康・医療　在宅医療の推進について－在宅医療にかかる地域別データ集－. Retrieved from https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html

厚生労働省. (2023). 看護小規模多機能型居宅介護. Retrieved from https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000666434.pdf

厚生労働省, 医政局指導課在宅医療推進室. (2021). <在宅医療の最近の動向.pdf>. Retrieved from https://www.mhlw.go.jp/.../iryou/zaitaku/dl/h24_0711_01.pdf.

小山, 歌子, 若狭, 一美, 渡部, 和子, 和田, 直子, & 宇田, 優子. (2021). 特別豪雪地帯・無医地区で高齢者の在宅看取りを可能にする条件　看取り家族の語りから. 新潟医療福祉学会誌, 21(2), 9-18.

上田, 早紀, 平木, 菜摘, 松本, 萌果, 牧, 綾香, & 永田, 千鶴. (2022). 訪問看護師が高齢在宅療養者の看取り場所の選択で重視したアセスメント項目. 産業医科大学雑誌, 44(1), 63-74.

西垣, 里志, & 栗原, はるか. (2018). 精神科訪問看護師のエンパワメントについて. 聖泉看護学研究, 7, 47-52.

西田, 志穂. (2021). 慢性心不全患者のアドバンスケアプランニングの概念分析. 日本看護科学会誌, 41, 1-10.

西尾, 美登里, & 木村, 裕美. (2013). ターミナルにおける看護師の看取りの満足感に関する研究. 日本農村医学会雑誌, 61(6), 890-903.

樽岡, 美愛, & 黒田, 寿美恵. (2017). 終末期ケアに携わる看護師のレジリエンス和文献を対象とした文献検討. 日本看護研究学会雑誌, 40(4), 639-648.

内海, 恵子, 松井, 妙子, 沖, 亜沙美, & 畑, 吉節未. (2016). グループインタビュー法を用いた訪問看護師の職業的アイデンティティの構成要素抽出の試み. 香川大学看護学雑誌, 20(1), 39-49.

福井, 小紀子. (2012). 在宅看取りを支える全国訪問看護 事業所の実態とその選定指標の提案 : 在宅看取りを支える要因分析の結果をエビデンスとして. 社会保険旬報(2488), 16-23.

望月, 宗一郎, 茂木, 美奈子, & 飯島, 純夫. (2009). A 県内訪問看護師の職務満足感とバーンアウトに関する一考察. 山梨大学看護学会誌, 8(1), 9-14.