

笹川保健財団 研究助成
助成番号：2022A-105

2023 年 3 月 7 日

公益財団法人 笹川保健財団
会長 喜 多 悦 子 殿

2022 年度笹川保健財団研究助成 研 究 報 告 書

標記について、下記の通り研究報告書を添付し提出いたします。

記

研究課題

在宅死を希望した終末期がん在宅療養者の在宅死希望実現に関連する要因
—死亡前 1 ヶ月に訪問看護を開始した在宅療養者に焦点を当て—

所属機関・職名 医療法人社団 オレンジ 地域看護ステーションみかんの木

氏名 常俊 千絵

1. 研究の目的

我が国の死亡原因の第一位は悪性新生物であり、2020 年においては年間およそ 37 万人、総死亡数の 27.6%ががんで死亡している（厚生労働省, 2020）。また、入院の短縮促進や外来化学療法の進歩、介護保険制度改正などにより、終末期を在宅で療養するがん療養者は増加している（厚生労働省, 2017）。さらに、在宅療養支援診療所の新設（2006 年）、診療報酬の改定（2018 年）により、在宅ターミナルケア加算、退院時共同指導料など、在宅での緩和ケアや訪問看護の充実を目的とした加算が見直され、今後、訪問診療・訪問看護などの在宅医療サービスを利用する終末期がん在宅療養者の増加が見込まれる。

終末期がん療養者にとって死亡場所の希望と実際が一致することは重要な希望の一つである（Miyashita M, 2007）。国内におけるがん患者の遺族調査では、自宅死を希望していたと推定されるがん患者数は、がん死亡の 31%であった（森田, 2012）が、実際の死亡場所は診療所・病院（緩和ケア病棟以外）が 70.6%、自宅は 11.7%（厚生労働省, 2017）と、希望と実際との間には隔たりがある。また、終末期がん在宅療養者が入院した場合、入院当初は看取りの目的ではない場合でも、結果として病院で最期を迎えることが多い（橋本, 2015）。

終末期がん在宅療養者の在宅死実現に関する質的研究では、退院数日前から在宅療養開始 1 週間の間に療養者や家族が在宅療養、在宅死を希望していること、副介護者の協力があること（大園, 2014）、在宅ケア期間中に再入院がないこと（Fukui, 2004）が、在宅死実現に関連していた。

カナダの先行研究では、在宅で死亡する終末期がん療養者は一人暮らしである可能性が低く、在宅死を希望する療養者の希望と介護者である家族の対処能力が在宅死の強い決定要因であり、療養者と介護者をケアの単位として扱うことの必要性を述べている（Brink P, 2008）。国内の調査においても、在宅緩和ケアを受ける療養者の 90%には同居者が存在していた（橋本, 2015）。これらのことから、在宅死を希望する終末期がん在宅療養者の在宅死希望実現には、同居する主介護者の状況も重要な要因であると考ええる。

訪問看護師は療養者、家族にとって身近な専門職であり、医療的支援を行うだけでなく、療養者と家族が安心した療養生活を送るための身体的・精神的ケアに加え、他職種との調整役も担う立場にあり、終末期がん在宅療養者の在宅死希望の実現において重要な存在であると考ええる。また、終末期がん療養者が訪問看護を利用する期間は、1 週間以上 1 ヶ月以内がもっとも多く（古瀬, 2013）、非がん在宅療養者と比較し訪問看護利用期間が短い。終末期がんの特徴として、ADL は死の 1 ヶ月前までは比較的保たれ、予後が日単位になると寝返りすらできないほど脆弱が進み、死の 1 週間前に急激に低下する（柏木ら, 2007）。死亡前 1 ヶ月以内は、身体的症状の悪化が著しく、急激に介護度が上がり、療養者及び家族介護者への、身体的・精神的負担が生じる。（古瀬, 2014）。そのため、終末期がん在宅療養者の訪問看護においては、介護度の変化に対応したスピーディーな療養環境の整備が必要であると考ええる。

終末期がん在宅療養者の希望死亡場所に関する先行研究では、訪問看護利用期間が 3 週間以上の療養者と家族介護者に対し訪問看護師が予後理解を促す支援（終末期症状が出現する「悪化期」に歩行への障害、食事摂取困難といった身体の変調は、死が近づきつつあるために起こっていることを説明すること）の実施が希望死亡場所での死亡の実現に関連していた（石川, 2017）。しかし、訪問看護利用期間が 1 ヶ月以内の在宅療養者を対象に、在宅死希望の実現要因を明らかにした研究は見当たらない。

本研究目的は、訪問看護利用期間が 1 ヶ月以内で亡くなった在宅死を希望していた終末期がん療養者の在宅死希望実現に関連する要因を明らかにすることである。本結果は、今後、増加が予測される終末期がん在宅療養者の在宅死希望を実現するため、療養者および家族への訪問看護師のケアを検討

する際の基礎的資料として活用できると考える。

2. 研究の内容・実施経過

研究の概要：在宅死に対応している訪問看護ステーションに所属する訪問看護師を対象に、郵送法、またはオンラインによる無記名の自記式質問紙調査を実施した。

対象となる訪問看護ステーションの選定基準：

全国訪問看護事業協会正会員リスト（2022年6月10日現在）に掲載の3,651事業所のうち「24時間電話相談の対応あり」「緊急訪問看護の対応あり」「ターミナルケア加算あり」の3条件を満たす2,485事業所より無作為抽出した1,000事業所とした。

対象となる訪問看護師の選定基準：

訪問看護開始から1ヶ月以内で亡くなった、在宅死を希望していた終末期がん療養者の訪問看護を担当した経験のある看護師（管理者も含む）。

対象となる療養者1名（直近で担当）の選定基準

- 1) 過去2年以内（2021年1月～2022年12月）に医師により終末期がんと診断され死亡した在宅療養者
- 2) 訪問看護利用開始から死亡までの期間が1ヶ月以内であった終末期がん在宅療養者
- 3) 療養者本人が在宅死を希望していた終末期がん在宅療養者
- 4) 訪問看護利用期間中、家族介護者と同居していた終末期がん在宅療養者

依頼手順：1) 全国訪問看護事業協会正会員リスト（2022年6月10日現在）に掲載されている3,651訪問看護事業所のうち、選定基準を満たす2,485事業所より無作為抽出した1,000事業所の管理者宛に、本研究協力依頼文、調査票、返信用封筒を郵送した。

- 2) 管理者に対象となる訪問看護師の選定、および対象となる訪問看護師へ本研究協力依頼文、調査票、返信用封筒の配布、訪問看護師に1ヶ月以内に返信するよう説明を依頼した。また、対象となる訪問看護師へは調査票に記入後、返信用封筒に入れ密閉し研究者宛へ返信またはオンラインでの回答を依頼した。

用語の定義：

- 1) 終末期：病状が進行して生命予後が半年あるいは半年以内と考えられる時期とする（厚生労働省, 2008）。
- 2) 在宅医療：医師・看護師の訪問によって患者の自宅で行う医療とする（広辞苑第七版）。
- 3) 在宅死：主となる家族介護者と同居している療養者が在宅医療を利用し、自宅（サービス付き高齢者住宅やグループホーム入居は除く）で死亡することとする。
- 4) 在宅死希望：訪問看護利用期間内に、療養者本人に最後に確認できた時点で在宅での死亡を希望していたこととする。確認者は医師、訪問看護師、主家族介護者および多職種カンファレンス参加者等も含む。
- 5) 予後理解を促す支援：終末期症状が出現する「悪化期」に歩行への障害、食事摂取困難といった身体の変調は、死が近づきつつあるために起こっていることを説明することとする（石川, 2017）

調査項目：1) 対象者（訪問看護師）について

- (1) 属性（年齢、性別）
- (2) 訪問看護師としての経験年数
- (3) 訪問看護師として担当した終末期がん療養者のうち過去2年間で在宅死となった療養者数

- 2) 対象者が所属する訪問看護ステーションについて
 - (1) 所在地（都道府県）
 - (2) 訪問看護ステーションの規模（訪問看護師の常勤人数、24 時間電話対応可能な訪問看護師数、夜間緊急訪問が可能な訪問看護師数）
 - (3) 入院可能な病院併設の有無
- 3) 在宅死を希望した療養者 1 名について
 - (1) 属性（死亡時の年齢、性別、がんの原発部位）
 - (2) 病名告知の有無
 - (3) 余命告知の有無
 - (4) 実際の死亡場所
 - (5) 訪問看護利用開始から死亡までの日数
 - (6) 訪問看護利用開始後の医師の緊急訪問の有無
 - (7) 訪問看護利用開始後の入院の有無
 - (8) 訪問看護以外に利用していた在宅サービス
 - (9) 終末期症状が出現した時点での福祉用具の導入状況（介護用ベッド、ポータブルトイレ、車椅子）
- 4) 在宅死を希望した療養者の主家族介護者について
 - (1) 属性（年齢、性別、療養者との属柄）
 - (2) 副介護者の有無
 - (3) 希望死亡場所（訪問開始時、終末期症状出現以降）
 - (4) 治療（投薬など）していた疾患の有無
- 5) 在宅死を希望した療養者の訪問看護について
 - (1) 訪問看護開始時、終末期症状（歩行への障害、食事摂取困難といった身体の変調）出現以降の両時点での多職種カンファレンスへの参加状況（療養者本人と主家族介護者の参加の有無）
 - (2) 訪問看護利用開始時、療養者の希望療養場所の確認
 - (3) 終末期症状出現以降のケア
 - ・療養者本人が希望する死亡場所について在宅サービスのメンバー内での情報共有の有無
 - ・療養者、主家族介護者の両者への予後理解を促す支援実施の有無
 - ・療養者の希望に沿った疼痛緩和ケアの実施の有無
 - ・療養者の希望に沿った清潔ケアの実施の有無
 - ・主家族介護者が自分の時間を確保できるような支援の実施の有無
 - ・医師への訪問看護状況報告の頻度

解析方法：在宅死を希望した終末期がん在宅療養者の在宅死希望実現の有無を従属変数とし、先行研究および日頃の看護実践から従属変数との関連が考えられる要因（①終末期症状出現時の主家族介護者が希望する死亡場所 ②在宅療養開始後の再入院の有無 ③訪問看護開始時の多職種カンファレンスへの参加の有無 ④終末期症状が出現した時点での福祉用具の導入状況 ⑤主家族介護者への予後理解を促す支援実施の有無⑥療養者への予後理解を促す支援実施の有無）を独立変数とした。従属変数とカテゴリー変数との関連の有無については Fisher の直接法、Pearson の χ^2 検定を、量的変数との関連については Mann-Whitney

のU検定を行い、有意水準は0.005とした。

実施経過：2022年6～7月 研究実施の準備（計画書修正、調査票作成）対象者の抽出

2022年8～10月 プレテスト、調査項目、調査票発送準備

2022年11月～2023年3月 倫理審査委員会承認、調査票の郵送・回収、データ解析

3. 研究の成果

1) 訪問看護ステーション、訪問看護師、療養者、主家族介護者の概要

調査票を1,000通郵送し、204件（オンライン63件、郵送140件）の回答が得られた。不達6通、未記入の多かった回答や選定条件を満たさない回答を除外した47件を解析対象とした。

【訪問看護ステーション・訪問看護師の要因】

訪問看護師の特性は、女性97.9%、男性2.1%
平均年齢48.8歳±9.7であった。訪問看護経験年数は11.8年±7.9であった。

過去2年間に訪問看護師として担当した終末期がん療養者のうち、在宅死となった療養者の人数は平均10.3人±10.6であった。

訪問看護ステーションの特性として訪問看護師の常勤人数は平均4.9人±2.6、24時間電話対応ができる訪問看護師の人数は平均4.2人±1.8、夜間緊急訪問が可能な訪問看護師の人数は平均4.1人±1.5、入院可能な病院併設ありは48.9%であった。（表1）

表1 訪問看護ステーション・訪問看護師の要因
(n=47)

項目	人 (%)
【看護師属性】	
性別	
女性	46 (97.9)
男性	1 (2.1)
年齢 (平均±SD)	48.8 歳±9.7
訪問看護経験年数	11.8 年±7.9
過去2年間に担当した終末期がん療養者のうち在宅死となった人数	10.3±10.6
【訪問看護ステーション】	
訪問看護師の常勤人数	4.9±2.6
24時間電話対応可能な看護師	4.2±1.8
夜間緊急訪問が可能な看護師	4.1±1.5
入院可能な病院併設	
あり	23 (48.9)
なし	24 (51.1)

【療養者の要因】

療養者の特性は男性40.4%、女性59.6%、平均年齢73.7歳±12.8であった。がんの原発部位は消化器系が53.0%と最も多く、次いで婦人科系14.9%であった。実際の死亡場所は、自宅が91.5%、病院が4.3%、病院以外の介護施設が2.1%であった。（表2）

【主家族介護者の要因】

主家族介護者の特性は、男性44.7%、女性55.3%で平均年齢63.9歳±15.7であった。療養者からみた主家族介護者の属柄は、配偶者59.6%、次いで子34.0%であった。副介護者の存在ありは83.0%、主家族介護者が治療していた疾患ありは72.3%であった。

主家族介護者が希望していた療養者の死亡場所は、訪問看護開始時では自宅78.7%、終末期症状出現以降は自宅85.1%が多かった。（表3）

表2 療養者の要因

(n=47)

項目	人 (%)
性別	
男性	19 (40. 4)
女性	28 (59. 6)
年齢	73. 7±12. 8
がんの原発部位	
呼吸器系	5 (10. 6)
消化器系	25 (53. 0)
婦人科系	7 (14. 9)
泌尿器科系	3 (6. 4)
実際の死亡場所	
自宅	43 (91. 5)
病院	2 (4. 3)
病院以外の介護施設	1 (2. 1)
訪問看護開始から死亡までの日数	17. 6±9. 1
訪問看護利用開始後の医師の緊急訪問 (往診)	
あり	33 (70. 2)
なし	14 (29. 8)
訪問看護利用開始後の入院	
あり	8 (17. 0)
なし	39 (83. 0)
訪問看護以外に利用していた 在宅サービス	
訪問診療	42 (89. 4)
訪問リハビリ	2 (4. 3)
訪問介護	6 (12. 8)
訪問薬剤管理指導	12 (25. 5)

表3 主家族介護者の要因

(n=47)

項目	人 (%)
性別	
男性	21 (44. 7)
女性	26 (55. 3)
年齢	63. 9±15. 7
療養者からみた属柄	
配偶者	28 (59. 6)
親	1 (2. 1)
子	16 (34. 0)
副介護者	
あり	39 (83. 0)
なし	8 (17. 0)
治療していた疾患	
あり	34 (72. 3)
なし	12 (25. 5)
主家族介護者が希望していた 療養者の死亡場所	
訪問看護利用開始時	
自宅	37 (78. 7)
病院	3 (6. 4)
病院以外の介護施設	1 (2. 1)
決まっていなかった	3 (6. 4)
終末期症状出現以降	
自宅	40 (85. 1)
病院	4 (8. 5)
決まっていなかった	1 (2. 1)

【訪問看護内容の要因】

訪問看護利用開始時の多職種カンファレンスへの訪問看護師の参加は 91. 5%、参加しなかったが 4. 3%、開催されなかったが 4. 3%であった。訪問看護利用開始時の多職種カンファレンスに、本人・主家族介護者とも参加が 57. 4%、本人のみ参加が 4. 3%、主家族介護者のみ参加が 36. 2%であった。

終末期症状出現以降の多職種カンファレンスへの訪問看護師の参加は 51. 1%、開催されなかったが 40. 4% であった。

終末期症状出現以降、療養者の希望に沿った疼痛緩和ケアおよび清潔ケアの実施は各々 91. 5%であり、主家族介護者が自分の時間を確保できるような支援の実施は 66. 0%であった。

終末期症状出現以降の予後理解を促す支援の実施は、療養者に対し 51. 1%、主家族介護者に対し 91. 5%であった。(表 4)

表4 訪問看護内容の要因

(n=47)

項目	人 (%)	項目	人 (%)
訪問看護開始時		終末期症状出現時	
多職種カンファレンスへの参加		多職種カンファレンス	
参加した	43 (91. 5)	参加した	24 (51. 1)
参加しなかった	2 (4. 3)	参加しなかった	3 (6. 4)
開催されなかった	2 (4. 3)	開催されなかった	19 (40. 4)
療養者本人と主家族介護者の参加		その他	1 (2. 1)
本人・主家族介護者ともに参加	27 (57. 4)	終末期症状出現以降	
本人のみ参加	2 (4. 3)	希望に沿った疼痛緩和ケア実施	43 (91. 5)
主家族介護者のみ参加	17 (36. 2)	希望に沿った清潔ケア実施	43 (91. 5)
本人も主家族介護者も		主家族介護者時間を確保の支援実施	31 (66. 0)
参加しなかった	1 (2. 1)	療養者へ予後理解を促す支援実施	24 (51. 1)
		主家族介護者へ予後理解を促す支援実施	42 (91. 5)

2) 終末期がん在宅療養者の在宅死希望実現と訪問看護ステーション・訪問看護師の要因、療養者の要因、主家族介護者の要因、訪問看護内容の要因との関連

従属変数である終末期がん在宅療養者の在宅死希望実現の有無に関連があった要因について述べる。在宅死希望実現の有無は、ありの者を在宅死実現あり群、なしの者を在宅死実現なし群とした。

(1) 利用していた在宅サービス（訪問診療）との関連

在宅死実現あり群は実現なし群より、在宅サービスとして訪問診療利用ありの者の割合が有意に高かった ($P=0.002$) (表5)。

(2) 主家族介護者が希望する療養者の死亡場所との関連

在宅死実現あり群は実現なし群より、訪問看護開始時の主家族介護者が希望する療養者の死亡場所が自宅である者の割合が有意に高かった ($p=0.001$)。また、終末期症状出現以降の主家族介護者が希望する療養者の死亡場所が自宅である者の割合も有意に高かった ($p=0.008$) (表5)。

(3) 訪問看護師が主家族介護者へ予後理解を促す支援の実施との関連

在宅死実現あり群は実現なし群より、終末期症状出現以降に訪問看護師が主家族介護者へ予後理解を促す支援を実施した者の割合が有意に高かった (<0.001) (表6)。

表5 終末期がん在宅療養者の在宅死希望実現と訪問診療利用、主家族介護者の希望死亡場所との関連 (n=47)

	訪問診療の利用 人 (%)		P 値	訪問看護利用開始時 主家族介護者が 希望していた 療養者の死亡場所 人 (%)		P 値	終末期症状出現以降 主家族介護者が 希望していた 療養者の死亡場所 人 (%)		P 値
在宅死希望 あり	あり	41 (95. 3)	0. 002	自宅	35 (86. 0)	0. 001	自宅	39 (90. 7)	0. 008
	なし	2 (4. 7)		自宅以外	6 (14. 0)		自宅以外	4 (9. 3)	
在宅死希望 なし	あり	1 (25. 0)		自宅	0 (0. 0)		自宅	1 (25. 0)	
	なし	3 (75. 0)		自宅以外	4 (100)		自宅以外	3 (75. 0)	

Fisher の直接法

表 6 終末期がん在宅療養者の在宅死希望実現と主介護者への予後理解を促す支援実施との関連

(n=47)

	実施した 人 (%)	実施しなかった 人 (%)	実施できなかった 人 (%)	P 値
在宅死希望 あり	41 (95. 3)	0 (0. 0)	2 (4. 7)	<0. 001
在宅死希望 なし	2 (50. 0)	1 (25. 0)	1 (25. 0)	

Pearson の χ^2 検定

4) 終末期がん在宅療養者の在宅死希望実現と過去 2 年間に訪問看護師として担当した終末期がん療養者のうち在宅死となった療養者の人数との関連

在宅死希望実現あり群となし群間で、過去 2 年間に訪問看護師として担当した終末期がん療養者のうち在宅死となった療養者数の中央値を Mann-Whiney の U 検定にて比較した。その結果、在宅死希望実現あり群の平均ランクは 24. 6、在宅死実現なし群では平均ランク 10. 3 であり、在宅死希望実現あり群の方が実現なし群よりも有意に多かった (p=0. 038)。

5) 考察

1) 在宅死希望実現と在宅サービス（訪問診療）との関連

訪問看護以外に利用していた在宅サービスとして、訪問診療の利用が在宅死希望実現に関連していた。先行研究において療養者の在宅死亡率の高い訪問看護ステーションは、在宅療養支援診療所との連携を行い、24 時間の在宅医療体制で療養者や家族に対応していること、また、麻薬の使用、在宅皮下注入法が実施され、終末期の在宅療養者の疼痛コントロールを可能にしていることが報告されている（藤川, 2011）。これらのことから、終末期がん在宅療養者の在宅死希望を実現するためには、訪問診療をおこなっている医療機関との連携が重要であると考ええる。訪問診療を行なっている医師との連携はすでに実施されていると考えられるが、今まで以上に訪問看護師が訪問診療を行なっている在宅医との意見交換、情報共有を行い、療養の方向性を一致させてケアを提供していくことで、在宅死希望実現につながるのではないかと考える。そのためには、訪問診療や往診の時間に合わせ、訪問看護師が診察に同席するなど、積極的に医師と療養者、家族との話し合いに参加し、在宅ケアに関わる多職種が意見交換や情報共有を行うことが重要であると考ええる。

2) 在宅死希望実現と主家族介護者が希望する療養者の死亡場所との関連

訪問看護利用開始時、終末期症状出現時の両時点で、主家族介護者が希望する療養者の死亡場所が自宅であることが療養者の在宅死希望実現に関連していた。先行研究においても、患者・家族の在宅看取り希望が在宅死と関連することが示されており同様の結果となった（Gomes B, 2006）。これらのことから、終末期がん在宅療養者の在宅死希望実現には、在宅療養開始、終末期症状出現以降の主家族介護者の意向が大きく関係すると考えられる。

在宅療養継続を阻害する出来事、および促進する出来事を経時的に分析した先行研究では、在宅死に至った事例であっても、療養期間中、療養者の症状に対する家族の不安、最期は入院するものではないこと、ADL が低下し家族の介護負担が大きいなど、在宅療養を阻害する出来事を経験することで家族の意思が揺れ動くことが報告されている（大園, 2014）。訪問看護開始時の主介護者が希望する死亡場所が自宅である場合はその意思を継続できるように関わることが、療養者の希望する在宅死実現

につながると考える。また、訪問看護利用開始時は、希望する死亡場所が自宅ではない場合は、終末期症状が出現するまでの間に主家族介護者の思いを傾聴し関係性を築いていくこと、生活状況を把握し必要な支援を取り入れることなどにより、主家族介護者が自宅での看取りを希望・もしくは選択肢につながるのはのではないかと考える。今後は、訪問看護利用開始時から主家族介護者の意思を確認し、終末期症状出現時そして出現以降においても、揺れ動く家族の意思に寄り添いながら主家族介護者の意思を支える支援を行うことが訪問看護師の重要な役割であると考ええる。

3) 在宅死希望実現と主家族介護者への予後理解を促す支援実施との関連

終末期症状出現以降に、訪問看護師が主家族介護者に予後理解を促す支援を実施することが、療養者の在宅死希望実現に関連していた。訪問看護提供期間が少なくとも3週間以上の療養者を対象とした先行研究では、療養者、家族各々への症状悪化時に予後予測に基づいた生活予後の説明の実施が関連（石川 2017）しており、先行研究とは異なる結果であった。

これは、本調査対象が訪問看護利用開始から死亡までの期間が1ヶ月以内と先行研究より短かったため、症状が著しく悪化していく療養者本人に予後理解を促す支援を行うことは困難であったことが予測される。本結果より、余命1ヶ月以内の終末期がん在宅療養者の在宅死希望実現には、終末期症状出現時に、訪問看護師が主家族介護者に予後理解を促す支援を行うことが重要であると考ええる。予後理解を促す支援により、家族は死の近づきを認識することで残された時間を最期までがん療養者と共にいよう、後悔のないように生活したいと考えることができ（山手, 2010）、それが在宅死の実現につながるのではないかと考える。

4) 在宅死希望実現と過去2年間に訪問看護師として担当した終末期がん療養者のうち在宅死となった療養者の人数との関連

過去2年間に訪問看護師として担当した終末期がん療養者のうち在宅死となった療養者の人数が、在宅死希望実現に関連していることが明らかになった。松尾は、「熟達化には経験の長さよりも経験の質が熟達にとって重要な要因である」と述べている（松尾, 2006）。そのため、在宅看取りの療養者数の中央値が高かった訪問看護師は在宅看取りケアの実践能力が向上し、在宅死希望実現と関連が見られたのではないかと考える。しかし、経験人数の少ない訪問看護師は、訪問看護ステーションの体制等により、すぐに経験値を高めることは困難である。また、訪問看護は看護師単独訪問が一般的であり、訪問看護の現場で他の看護師からケア内容を学ぶ機会は少ないと考えられる。今後は、在宅看取りの経験の少ない訪問看護師が在宅看取りケアを学べる機会を得られるよう、在宅看取りを多く経験した訪問看護師との同行訪問を増やすなど、実践の場で在宅看取りケアを学べる機会を持つことが必要であると考ええる。

4. 今後の課題

本調査の有効解答率が低かったため、結果の一般化には限界がある。また、がん終末期の在宅死実現に関心の高い対象者のみが回答した可能性を考慮する必要がある。今後は、本研究で得られた知見をもとにデータ回収率を高めること、調査項目の追加などを検討し、分析を深めていく必要がある。

5. 研究の成果等の公表予定（学会、雑誌）

第28回日本在宅ケア学会学術集会への投稿を予定している。

引用文献省略