

# 在宅ホスピスケアにおけるデス・エデュケーションの実際 ——終末期がん患者の自己決定を支える——

池口 佳子

## 抄 録

**目的：**在宅での看取りの体験が豊富な訪問看護師が行う終末期がん患者と家族に対するデス・エデュケーション（以下、DE）の実際について明らかにし、在宅ホスピスケアに従事する看護師に求められる看護実践能力への示唆を得る。

**方法：**在宅ホスピスケアを行っている訪問看護ステーションに勤務する看取りの経験が豊富な看護師（看取りを担当したケースが年間25事例以上の経験をもつ）5人に、フォーカス・グループインタビューを実施し、質的内容分析を行った。

**結果：**終末期がん患者と家族に対し在宅での看取りの経験が豊富な訪問看護師が実際に行っているDEについて、フォーカス・グループインタビューを行い、DEに関するデータをコード化し、107のコード、11のサブカテゴリから4つのカテゴリを抽出した。4つのカテゴリは、【死に逝くという真実を分かち合い、どう生きたいのかという自己決定を支える】【希望を確認し、介護方法や看取り方を教える】【絆を深め、家族が悔いなく看取れるように支える】【多職種チームで行う】であった。看護師から、日常生活のなかでの患者の変化を感じ、DEを行うタイミングを判断し、患者や家族の脈絡や受け止めによって、DEの内容を変えていることが語られた。

**考察：**在宅での看取りの経験が豊富な看護師は、経験知とチームに支えられ、患者や家族に必要なタイミングや内容を見極めながら、揺らぐ患者を支え、最期までどう生きたいのかという自己決定ができるように、また家族のグリーフワークを促すように、DEを行っていた。これは在宅で看取りを行う看護師に求められる重要な看護実践能力であると考えられる。

**キーワード：**デス・エデュケーション、在宅ホスピスケア、自己決定支援、看護実践能力

## I. はじめに

近い将来に多死社会を迎えるわが国において、人が最期までどう生きることができるかは、もっとも重要な課題となりつつある。

在宅ホスピスケアにおける患者や家族に対するデス・エデュケーション（以下、DE）は、「人間が自分で自分の最期までの生き方を選択するために必要な教育」とされ、在宅ホスピスそのものが成り立つかどうかというきわめて重要な意義をもっている（川越，1996）とされている。近年では、広い概念で死をとらえたエンド・オブ・ライフケアにおける意思決定支援において、患者を含めたチームで行うアドバンス・ケア・プランニングの考え方が広まってきている。しかし、病院看護師を対象

とした自己決定支援に関する研究（八尋ら，2012）では、患者が真実を知り自己決定ができるまでには、複雑な問題や困難さがあると報告されている。在宅ホスピスケアでは、患者が最期までその人らしく生きることが目標とされているが、看護者は実際にどのように支援しているのだろうか。

また、臨死期に行う家族支援に対して困難感を感じる訪問看護師が多く、臨死期のケアに関する教育を充実させる必要があると報告されている（近藤ら，2007）。しかし、訪問看護ステーションのおかれている現状において、系統立てた在宅ホスピスケアに関する教育を定期的に受けられる体制は整っていない。在宅ホスピスケアをより普及させるために解決すべきこととして、実際に在宅ホスピスケアを提供している施設の6割が、「緩和ケアの知識・技能を持つ医師や看護師の不足」を挙げている（高波ら，2004）。このことから、在宅ホスピスケアを普及するためには、在宅ホスピスケアに関する看護教

育システムの充実が課題となっている。

看護師の段階的な成長過程について述べた Benner (1982a) は、エキスパート看護師が無意識に全体の状況を判断し、的確に相手のニーズに合わせて看護介入を行っていることを明らかにしていくことが、看護実践の向上を図るために必要とされているとし、看護の臨床知を明確にする必要性を主張している。しかし、日本において訪問看護師が行っている DE の実際について調べた報告は、みられていない。そこで、本研究においては、在宅での看取りの体験が豊富な訪問看護師が行う終末期がん患者と家族に対する DE の実際について明らかにし、看取りを行う訪問看護師に求められる看護実践能力への示唆を得ることを目的とする。

## II. 研究目的

在宅での看取りの体験が豊富な訪問看護師が行う終末期がん患者と家族に対するデス・エデュケーションの実際について明らかにし、在宅ホスピスケアに従事する看護師に求められる看護実践能力への示唆を得る。

## III. 用語の定義

デス・エデュケーション：命の教育として義務教育で行われている広義の意味とするものもあるが、本研究では「患者が最期まで自分の生き方を決めるための、患者や家族に対する教育的なかかわり」と定義する。

## IV. 研究方法

### 1. 研究デザイン

質的記述的研究デザイン

### 2. 研究対象者

在宅ホスピスケアを行っている 1 か所の訪問看護ステーションより、看取りを担当したケースが年間25事例以上（2週間で1事例を担当したと換算）の経験をもつ看護師を紹介してもらい、同意が得られた5人を対象とした。今回の研究においては、訪問看護ステーションの体制がDEにも影響すると考えられたため、同一の訪問看護ステーションに勤務する看護師を研究対象者とした。

訪問看護ステーションの特徴：2010年度がん患者看取り数185人（在宅で看取った割合は全体の97.9%）、併設の診療所と一体化した在宅ホスピスケアを行っており、方針として在宅ホスピスケアを始めるかどうかを相談する併設診療所の相談外来において、患者の病気や予後、本人・家族・医師・看護師で共有し合い、在宅ホスピスケアを選択した場合に訪問を開始している。

### 3. データ収集方法

2011年11月に、研究対象者5人に対してフォーカス・グループインタビューを個室にて2時間行い、対象者の許可を得て録音および記録を行った。インタビュー・ガイドは、終末期がん患者・家族へ看護師が行ったDEの実際について、研究対象者が自由に発言できるように配慮し、作成した。

### 4. 分析方法

逐語録を作成し、データからDEに関連する内容を抽出し、見出しをつけてコード化し、類型化によりカテゴリーを抽出した。抽出されたカテゴリーから、DEを行う時期の判断・具体的な内容について分析を行った。データの解釈の妥当性を検証するため、参加者にフィードバックし、解釈が発言者の意向と異なっていないかを確認した。分析内容の妥当性については在宅ホスピスケアの専門家である訪問看護師、研究の分析については質的研究者、研究全体については研究者である所属長のスーパーバイズを受けた。

### 5. 倫理的配慮

所属大学の研究倫理審査委員会の承認（承認番号11-043）を得たうえで、研究対象者に対し、データ収集方法やデータ管理方法、個人が特定されないように留意することを口頭と紙面にて説明し、同意を得るとともに、研究参加を途中で中止する権利についても文書で保証した。また、フォーカス・グループインタビューを実施する際には、個室を準備するとともに、全員が自由に発言できるように配慮した。記述または録音した記録やデータ類は、連結不可能匿名化データとして鍵のかかる場所に保管、研究後3年保管後に速やかに破棄する予定である。また、本研究における利益相反はない。

## V. 結果

### 1. 研究対象者の属性

研究対象者：在宅ホスピスケアを行っている訪問看護ステーションに勤務している訪問看護師5人。全員が女性であり、3人が30歳代、2人が40歳代であった。4人が常勤であり、1人が非常勤であった。全員が調査前の1年間で、担当した看取り数が25事例を超える経験を有していた。

### 2. 4つのカテゴリー

インタビューの逐語録より、DEに関するデータを抽出しコード化し、107のコード、11のサブカテゴリーから4つのカテゴリーを抽出した(表1)。抽出されたカテゴリーは、【死に逝くという真実を分かち合い、どう生きたいのかという自己決定を支える】【希望を確認し、介護方法や看取り方を教える】【絆を深め、家族が悔いなく看取

表1 DEに関して抽出されたカテゴリー

カテゴリー	サブカテゴリー	コードの例
死に逝くという真実を分かち合い、どう生きたいのかという自己決定を支える	最期まで、どう生きたいのかを考えるように促す	残り時間がどれくらいあるかという真実を伝え、どう生きたいか考えるように促す
	やり残しがないように、動くことができる時間を伝える	患者が動ける時間を知り、やらなければいけないことを自覚する 患者の望みを大切にしている
	余命を知り、揺らぐ患者や家族と向き合う	医療者が共に最期まで支えることを保障する もう死ぬのかなあという言葉の裏側にある気持ちに向き合う
希望を確認し、介護方法や看取り方を教える	生活のなかでの患者の変化で時期を見極め、タイミングや内容を判断する	看取りの経験により、DEの時期やタイミング・具体的な内容を判断する 状態がおちていくときは、バイタルサイン以外の日常生活の変化で気づくことが多い
	家族に具体的な介護方法や看取り方を教える	家族の介護力を査定してできる方法で介護に参加してもらう 死に逝く過程を教え、看取り方を教える
	日常生活を整える	患者の希望を支え、日常生活の調整をする 人の入り方を調整する
絆を深め、家族が悔いなく看取れるように支える	患者と家族の気持ちのずれをなくす	家族のがんばって生きてほしいという励ましや気持ちのずれが辛い 子どもの成長に合わせた言葉で家族の死を伝える
	かけがえのない時間や空間の共有を促す	患者と家族でいっしょの時間を過ごすことがとても大事である 子どもとも、時間や空間を共有していく
	家族が悔いなく看取れるように背中を押す	家族に対し、辛いときは気持を表出していいことを伝える 家族がこれからの生き方も考え、看取ることができる
多職種のチームで行う	多職種チームで、方向性を共有する	患者も他のナースから同じことをいわれることで、納得する チームで方針を共通理解する
	揺らいで不安なときは、チームに相談する	患者や家族とともに看護者も揺らぐので、自分の行動が不安なときには、チームのなかで話をする

れるように支える】【多職種のチームで行う】の4つであった。カテゴリーを【】、サブカテゴリーを【】、コードを【】データで示す。各カテゴリーについて、データを交えながら、説明をしていくこととする。

1) 【死に逝くという真実を分かち合い、どう生きたいのかという自己決定を支える】

このカテゴリーは、【最期まで、どう生きたいのかを考えるように促す】【やり残しがないように、動くことができる時間を伝える】【余命を知り、揺らぐ患者や家族と向き合う】の3つのサブカテゴリーから構成される。

「最期まで、どう生きたいのか考えるように促す」は、＜残り時間がどれくらいあるかという真実を伝え、どう生きたいか考えるように促す＞＜在宅ホスピスにどう向かっていくかを定めるための第一歩が必要である＞などのコードからなる。「正しいことを伝えてあげないと、正しい選択ができない」「考えなきゃいけない時期で

すよって伝えないと、本当に本人が意図した最期が変わってしまう」という具体的な内容が語られた。

【やり残しがないように、動くことができる時間を伝える】は、＜患者が動ける時間を知り、やらなければいけないことを自覚する＞＜患者の望みを大切にしている＞＜患者がなにを望むかを確認し、やり残しがないように支える＞というコードからなり、「じゃ急いでやらなければいけないことかしら私って、本人が言うてくる」というデータなどがある。今回のグループインタビューのなかで、「みんないろんな考え方が違うが、ナースとして本人がなにを望むかを押さえているのはいっしょである」と、看護師全員が大切にしていることとして語られた。

【余命を知り、揺らぐ患者や家族と向き合う】は、＜予後を知り、揺らぐ本人や家族の気持ちに向き合う＞＜医療者が共に最期まで支えることを保障する＞＜予後は聞いてはいるが、否定したい気持ちがある＞などのコード

からなり、「気持ちは揺らぐため、でもどうしたいのかっていう確認を時期、時期で確認し、それに合わせた調整をしている」「もう死ぬのかなあという裏側にどんなお気持ちがあるのか。そこから、でてくる患者さんの気持ちに向き合う」などのデータからなる。

#### 2) 【希望を確認し、介護方法や看取り方を教える】

このカテゴリーは、「生活のなかでの患者の変化で時期を見極め、タイミングや内容を判断する」「家族に具体的な介護方法や看取り方を教える」「日常生活を整える」の3つのサブカテゴリーから構成される。

「生活のなかでの患者の変化で時期を見極め、タイミングや内容を判断する」は、「<看取りの経験により、DEの時期やタイミング・具体的な内容を判断する><状態がおちていくときは、バイタルサイン以外の日常生活の変化で気づくことが多い><在宅では、変化を見逃すと説明がないまま最期を迎えてしまうこともあるので、すかさず伝える><尿量の変化や身体変化を見極めながら、家族に看取り方を教えていく>などのコードからなり、「経験の蓄積というのはあって、いまこのタイミングでこのDEが必要だっていうのはわかってきている」「その期によって意図的にDEを変えているっていうよりかは、その人の流れに沿って、受け止めによって変えている」などのデータからなる。フォーカス・グループインタビューにおいて、参加した全員がこの状態変化に気づいたときのことについて「おやっ」と表現し、いつもとなにかが違う感覚を感じとっていることが語られた。

「家族に具体的な介護方法や看取り方を教える」は、「<家族の介護力を査定してできる方法で介護に参加してもらおう><人格が変わってしまう、せん妄は家族の戸惑い大きい><死に逝く過程を教え、看取り方を教える>などのコードからなり、「できなくなったら悔しいっていう思いもあるけれども、がんばりたいって気持ちは大事にしてあげたい」「心配なら声をかけてあげても大丈夫ですと、看取り方を伝える」「私たちはもう見守るしかできない。看護師をよばなくても家族のみんで見守ってあげてください」などのデータからなる。また、「精神科の患者は普通の方よりも精神的に負担になりやすい。通常のことも負担になりやすく、新たな精神症状が発症する」などの特徴的な状況についても、語られた。

「日常生活を整える」は「<患者の希望を支え、日常生活の調整をする><人の入り方を調整する>などのコードからなる。とくに独居患者の場合には「お金の管理をどうするのか重要」「じゃどうしてほしいっていう掃除・洗濯の話まで、患者さんからの意向を聞いて、ヘルパーさんに伝えたり、友人の方に伝えたりする」など、細やかに日常生活を整えるようすが語られた。

#### 3) 【絆を深め、家族が悔いなく看取れるように支える】

このカテゴリーは、「患者と家族の気持ちのずれをなくす」「かけがえのない時間や空間の共有を促す」「家族が悔いなく看取れるように背中を押す」の3つのサブカ

テグリーで構成される。

「患者と家族との気持ちのずれをなくす」は、「<家族のがんばって生きてほしいという励ましや気持ちのずれがづらい><患者が家族に別れが近いことを話せるように支援する><子どもの成長に合わせた言葉で家族の死を伝える>などのコードからなり、「家族との別れが近いことを患者からも話せるように支援する」や「家族ががんばっちゃって、だけどそのがんばれががんばれがだんだん辛くなってきた」「子供なりにそれなりの理解の仕方わかるので、それに合わせた方法で正しいことを伝えてあげなくてはいけないっていうのを家族にも伝える」などのデータからなる。

「かけがえのない時間や空間の共有を促す」は、「<患者と家族でいっしょの時間を過ごすことがとても大事である><子どもとも、時間や空間を共有していく>というコードからなり、「いまをちゃんと過ごすことが子どもにとっても奥さんにとっても大事」「いっしょの時間がもてれば、それなりに受け止められる」というデータからなる。

「家族が悔いなく看取れるように背中を押す」では、「<家族がこれからの生き方も含めて、看取ることができる>などのコードからなり、「奥さんがこれからの生き方も含めて、ちゃんと看取っていうことをできる」「いまがケアするとき、奥さんががんばりなさいって背中を押す」などのデータからなる。

#### 4) 【多職種のチームで行う】

このカテゴリーは、「多職種チームで、方向性を共有する」「揺らいで不安なときは、チームに相談する」の2つのサブカテゴリーから構成される。

「多職種チームで、方向性を共有する」は、「<チームで方針を共通理解する>などのコードからなり、「共通理解をしておくことが大事」「ボランティアさんは、医療者でなく普通の目線で話されている」というデータがみられた。

「揺らいで不安なときは、チームに相談する」は、「<患者や家族とともに看護師も揺らぐので、自分の行動が不安なときには、チームのなかで話をする>というコードからなり、「そっちにいきすぎたら、助言や他の人が訪問にいき、違った視点でケア・看護をしてくださるのかなと感じて、その一言で楽になりました」「揺れが大きかったり、自分の行動が不安だったりするときには、チームのなかで話をする」など、共に揺らぐ看護師の不安が語られた。

## VI. 考 察

### 1. 最期までどう生きたいのかという自己決定を支援する看護師と多職種チーム体制

DEは、患者と家族そして医療者が残り時間が少ないことを分かち合うことから始まっていた。これは、Joyce

(1995)が、在宅ホスピスケアを行う経験豊かな看護師の研究から構築した在宅ホスピスケア家族ケアモデルのツリー図で、患者や家族との関係をつなぐ枝を包み込むものとしていちばん外側をSpeaking Truthで覆っていることと一致している。この余命が短いという厳しい真実を分かち合うことを通して、看護師は患者や家族との関係を築いている。看護師達に共通していたことは、「正しいことを伝えてあげないと、正しい選択ができない」という認識とく患者の望みを大切にしていることであった。患者の望みとは、死に逝くということと向き合いながら最期までどう生きるかという選択であり、それは同時に、いまの状態でどう生活したいのかという日常生活を営むための希望である。

今回の研究において、DEを通して「最期まで、どう生きたいのかを考えるように促す」ことが大切なことが語られたが、このような死に向かうというむずかしい局面に対する、看護師による患者や家族に対する意思決定支援については、具体的な援助方法が確立していない(瀬沼ら, 2012)という。Tyreeら(2005)の報告によると、看護師としての経験が患者や家族とのエンド・オブ・ライフケアについての話し合いを可能にしているという。今回の研究においても、看護師は経験知により今後起こりうることを予測しながら、患者や家族と話し合いを行っていた。看護師は、「考えなきやいけない時期ですよって伝えないと、本当に本人が意図した最期が変わってしまう」と認識し、意図的に本人の望むことはなにかを引き出している。

また、質の高いエンド・オブ・ライフケアを行うためには、死に対する患者個人の価値観や認識を尊重することが不可欠である。それは同時に、「もう死ぬのかなあとこの裏側にどんなお気持ちがあるのか。そこから、でてくる患者さんの気持ちに向き合う」ことでもある。しかし、看護者が終末期療養者の自己決定を支援するための関係を構築するなかで、療養者の気持ちとともに看護者の気持ちも揺れると報告され(松村, 2001)、この死に向かう患者や家族と向き合う看護師自身の困難感については、エキスパートとなり経験による予測や同僚のサポートを得ることで乗り越えられる(Wessel et al., 2005)と報告されている。

今回の研究においても、く患者や家族とともに看護者も揺らぐので、自分の行動が不安なときには、チームのなかで話をする」と、揺れる看護師の不安とそれを支えるチームの存在が語られた。これらのことから、看護師が在宅終末期がん患者の自己決定を支えるためには、多職種チームよる体制が不可欠である。

今回、看取りの経験が豊富な看護師が語った、終末期がん患者や家族と共に死に逝くという真実を分かちつつ、いっしょに揺らぎながらもどう生きていきたいのかという自己決定を支援していくDEのプロセスは、看取りを行う看護師に多くの示唆を与えてくれると考える。

## 2. 家族のグリーフワークを支える

看護師は身体的な変化のみならず、く家族のがんばって生きてほしいという励ましや気持ちのずれが辛い」という、少しでも長く生きてほしいと願う家族と精一杯がんばっている患者との気持ちのずれが臨死期に向かい大きくなったときにも、気持ちのずれが少なくなるようにDEを行っていた。気持ちのずれが生じた場合には、く患者が家族に別れが近いことを話せるように支援する」というように、できるだけ患者自身が気持ちを家族に伝えられるように働きかけていた。患者と家族との気持ちのずれは、患者に孤独感を引き起こし、スピリチュアルペインにもつながりかねない。また、家族を気遣うことで、患者が自分の気持ちを出しできなくなると、望む生活ができなくなる。

この気持ちのずれは、家族が大切な人を失う予期悲嘆を感じ、大切な人を失いたくないという気持ちの表れでもある。Ono(2013)は、在宅療養生活開始から終末期までのグリーフケアの実践には、訪問看護師自身の人生経験や看護師としての経験が関連していることを報告している。

今回の研究においても、看取りの経験が豊富な看護師はDEを通し「奥さんがこれからの生き方も含めて、ちゃんと看取るっていうことをできる」ように、家族が悔いなく看取ることができるように働きかけていた。これは、看護師が遺される家族にとって、最期まで患者が望むように過ごすことができたことや、家族自身ができるだけのことをやれたという思いをもつことが、患者を失った後の悲嘆から回復するために家族がたどるグリーフワークにおいて大きな意味をもつことを認識し、患者の生前から意図的にかかわっていることを表している。

これらのことから、家族へのDEのもつ意義は、悔いなく看取れることや時間や空間を共有することを促すことを通じて、大切な人を失うことへのグリーフワークを支えることでもあった。

## 3. 在宅で看取りを行う看護師に求められる看護実践能力

今回、看取りの経験が豊富な看護師が在宅終末期がん患者や家族へのDEを行うときには、生活のなかでいつもと異なる変化を感じると臨床判断を行い、タイミングを計り、【死に逝くという真実を分かち合い、どう生きたいのかという自己決定を支える】【希望を確認し、介護方法や看取り方を教える】【絆を深め、家族が悔いなく看取れるように支える】というDEを行っていた。

Benner(1982b)は、看護師の段階別な成長について書いた著書のなかで、達人看護師たちは、経験から自分の知覚にしたがって確認のエビデンスにたどり着くことを習得していると述べている。今回調査に協力してくれた看護師からも、看取りの経験知によってDEを行うタイミングや今後の予測を感覚的にわかってきているとの

言葉が聞かれ、内容については、「その期によって意図的にDEを変えているというよりかは、その人の流れに沿って、受け止めによって変えている」と、患者や状況をその人の文脈でとらえ判断していることが明らかとなった。在宅ホスピスケアにおいては、患者を看護の課題からとらえるだけでなく、全人的に生活する人としてとらえることが求められ、それに合わせた判断や教育的かかわりを看護師は行っていた。

今回の結果から、患者がその人らしく最期まで生きるためにDEを実践する訪問看護師に求められる看護実践能力は、①日常生活における変化をとらえる臨床判断能力、②患者をその人の文脈でとらえることのできる能力、③日常生活行動が徐々に自分で行えなくなる患者に対して、家族の介護力を査定しながらくできる形で患者の希望を支え、日常生活の調整をするための症状緩和と日常生活を整える能力、④家族のグリーフワークを促進し、家族が悔いなく看取ることができるように支援する能力、⑤死に逝く患者や家族と向き合い、関係を築き、教育的にかかわる能力である。そして、実践する看護師には、常に『患者の望みを大切する』という倫理的態度と患者と共に揺れる自分自身の判断をチームのなかで確認し、多職種チームのなかで協働することができる態度が、不可欠であると考えられる。

今回は在宅におけるDEの実際について調査を行ったが、より豊かな看取りが行われる社会に向けて、看取りの経験が豊富な看護師の実践知から得られる知見を、看護教育や看護実践のエビデンスとして生かしていくことが求められる。

## Ⅶ. 研究の限界

今回は、在宅ホスピスケアチームの体制が個々の訪問看護ステーションで異なるため、同一のステーションの看護師を研究対象とした。そのため、この結果がすべての在宅ホスピスケアを行う看護師のDEの実際を表しているとはいえない。今後も、在宅のみならず、施設や地域の特性に合わせてホスピスケアを実践している看護師たちの実践知を明らかにする必要がある。

## Ⅷ. 結 論

在宅ホスピスケアにおいて終末期がん患者や家族に対し看取りの経験が豊富な看護師が行っていたDEは、【死に逝くという真実を分かち合い、どう生きたいのかという自己決定を支える】【希望を確認し、介護方法や看取り方を教える】【絆を深め、家族が悔いなく看取れるように支える】【多職種のチームで行う】ことであった。DEを

行う時期や内容について、看護師は経験知や生活のなかでの患者の変化で時期を見極め、内容を判断していた。

DEの目的は、最期までどう生きたいのかという患者の自己決定を支えることであり、DEを行うときには患者や家族と共に揺らぐ看護師を支えるためにも多職種チームで行う体制を整える必要がある。

## 謝辞

本研究をまとめるにあたりご協力いただきました訪問看護師のみなさま、訪問看護パリアンの川越博美様、渡邊美也子様、聖路加国際大学広瀬清人教授、林 直子教授に深く感謝申し上げます。なお、本研究は、聖路加看護学会看護実践科学研究助成基金の助成を受けて行い、本研究の一部を第17回聖路加看護学会学術集会にて示説発表を行った。

## 引用文献

- Benner P (1982a)/井部俊子 (2005): ベナー看護論 新訳版. 27-29, 医学書院, 東京.
- Benner P (1982b)/井部俊子 (2005): ベナー看護論 新訳版. 11-15, 医学書院, 東京.
- Zerwekh JV (1995): A Family Caregiving Model for Hospice Nursing. *The Hospice Journal*. 10 (1): 27-44.
- 川越 厚 (1996): 在宅ホスピスケアを始める人のために. 92-94, 東京, 医学書院.
- 近藤 望, 竹山未歩子, 中町仁美 (2007): 在宅ターミナル期の家族支援に対する訪問看護師の困難感. *緩和ケア*, 17 (2): 170-174.
- 松村ちづか (2001). 熟練訪問看護師御判断内容から導かれる終末期療養者の自己決定を実現するためのケア機能. *順天堂医療短期大学紀要*, 12: 66-76.
- Ono W (2013): Relationships among actions, antecedents, and outcomes of grief care for bereaved caregivers: Surveying visiting nurses throughout Japan. *Japan Journal of Nursing Science*, 10 (2): 212-222.
- 瀬沼麻衣子, 武居明美, 神田清子 (2012): がん患者の意思決定に関する研究の動向と課題. *群馬保健学紀要*, 33: 19-28.
- 高波澄子, 森 千鶴 (2004): 在宅ホスピスケアの普及を阻むもの (第一報): 全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会会員へのアンケートをとおして. *ホスピスケアと在宅ケア*, 12 (1): 51-59.
- Tyree TL, Long CO, Greenberg EA (2005): Nurse Practitioners and End-of-Life Care: Beliefs, Practices, and Perceptions. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 7 (1): 45-51.
- Wessel EM, Garon M (2005): Narrative into Palliative Care Home Care Education. *Home Health Care Nurse*, 23 (8): 516-522.
- 八尋陽子, 秋元典子 (2012): ターミナル期にあるがん患者の自己決定支援に関する看護師の価値観. *日本がん看護学会誌*, 26 (1): 41-49.

# Death Education in Home Hospice Care

## —Supporting Self-determination in Patients with End-stage Cancer—

Yoshiko Ikeguchi

St Luke's International University, College of Nursing

**Purpose** : The purpose of this study is to shed light on death education received by a nurse with rich experience of home hospice care. It suggests the nursing competency for home hospice care nurse.

**Method** : The author conducted focus group interviews with 5 visiting nurses who were experienced in end-of-life care, and were working at visiting nurse stations that provided home-based hospice care. I performed qualitative content analysis on the interview data.

**Results** : Four categories related to education of death has been extracted : 1. Sharing the truth and supporting self-determination so that the patient could live his or her final days as comfortably and satisfyingly as possible, 2. Confirming patients' wishes and educating them regarding nursing and end-of-life care techniques, 3. Strengthening the bond between the patients and their family members as they provide end-of-life care so that they have no regrets. 4. Death education is providing by the multidisciplinary team.

Nurses not only assessed the patients' vital signs but also with determining the details and timing of care based on their knowledge and experience as well as changes in the daily lives of the patient and family members. The details of death education were diverse, and included topics related to supporting the patient's self-determination, nursing care techniques, and end-of-life care techniques, which were consistent with the above-mentioned objectives.

**Discussion** : Death education covers provision of support that allows the patient to live out his or her final days comfortably and with satisfaction. It is an essential element of the education of nurses engaged in home-based end-of-life care.

**Key words** : death Education, home hospice care, self-determination support, nursing competency