

# 脳腫瘍患者のグリーフケアとしての終末期ケア～急性期病院での実際

医療法人社団英明会 大西脳神経外科病院 看護部長／認定看護管理者 **上原かおる**

1983年国立大阪南病院附属看護学校卒業。同年国立大阪南病院（現・国立病院機構大阪南医療センター）脳神経外科病棟入職。1990年財団法人大阪脳神経外科病院入職。1992年同病院看護師長。2001年医療法人社団英明会大西脳神経外科病院看護師長。2005年同病院副看護部長。2008年認定看護管理者の資格取得。2009年より現職。



脳腫瘍の終末期は、腫瘍の増大や脳浮腫に伴う頭蓋内圧亢進により症状の進行が速く、ほとんどが意識障害に陥ります。患者が自分の意思を伝え、家族とのコミュニケーションを取ることのできる時間は限られ、患者が意識障害に陥った後の家族は、患者の死が避けられないことをより強く認識することになります。このような状況にある患者・家族が危機に陥ることなく直面するさまざまな困難に対処していけるように、看護師は家族に対して援助していく必要があります<sup>1)</sup>。

急性期病院である当院においては、外科的治療が終了した後、追加治療目的または緩和ケア・ホスピス目的で転院することが多く、看取りまで行うのは年間2～4例ほどです。急性期

病院では、患者・家族とゆっくりと向き合う時間が取れないのが現状ですが、そのような状況下でいかに意図的にグリーフケアとしてかわるかが重要になります。

本稿では、入院から約60日で最期を看取った事例を、鈴木「終末期患者の家族の持つ10のニーズ」<sup>2)</sup>（表1）と「患者・家族に対しての援助の提供」<sup>3)</sup>（表2）を用いて説明します。

## グリーフケアの定義

グリーフケアには狭義と広義の定義があり、狭義は「患者の死後、遺族への支援を意図した個人あるいは集団による態度や行動・活動のこと」、広義は「遺族への直接的、意図的な支援だけでなく、患者の死の前後を問わず、結果として遺族の適応過程にとって何らかの助けになる行いのこと」を意味しています<sup>4)</sup>。家族の悲嘆は死後から始まるのではなく、近い将来、患

【表1】終末期患者の家族の持つ10のニーズ

1	患者の状態を知りたい
2	患者のそばにいたい
3	患者の役に立ちたい
4	感情を表出したい
5	医療者から受容と支持と慰めを得たい
6	患者の安楽を保証してほしい
7	家族員より慰めと支持を得たい
8	死期が近づいたことを知りたい
9	夫婦間（患者一家族間）で対話の時間をもちたい
10	自分自身を保ちたい

鈴木志津枝：家族がたどる心理のプロセスとニーズ，家族看護，Vol.1，No.2，P.35～42，2003.

【表2】患者・家族に対しての援助の提供

A	情報の提供や援助方法の説明／家族へのケア参加への支援と肯定的評価
B	患者と家族の意思決定支援／最終的な意思決定に対する支援
C	患者と家族の充実した時間を持てるような支援
D	看取りに向けた情緒的支援／看取りの場づくり

鈴木志津枝：グリーフケアとしての終末期ケア，家族看護，Vol.20，P.38～40，2012.を参考に作成



者の死が訪れることを予期した時点から始まる道のりであり、グリーフケアは終末期患者の生存中より家族に提供され、死別後も継続した流れの中で遺族に提供される必要があります<sup>5)</sup>。鈴木<sup>5)</sup>は、グリーフケアとしての終末期ケアを「結果として死別後の遺族の適応過程に肯定的な影響を及ぼすと考えられる終末期ケア」と定義しています。

## 事例紹介

**患者：** I氏、40代、女性、中学校教員

**診断名：** 悪性黒色腫（左前頭葉腫瘍内出血で発症）

**入院期間：** 7月21日～9月26日

**家族構成：** 夫、11歳・9歳・4歳の子どもと5人暮らし

**入院までの経過：** 4月頃より引きこもりがちとなり、1日をほぼ自宅の寝室で過ごす。7月20日、精神科を受診し入院。7月21日、意識レベルの低下があり、当院へ救急搬送される。

**来院時：** JCSⅢ-200、瞳孔不同あり（左>右）、脳幹圧迫著明（画像-①）

### ■入院中の経過（表3）

7月22日のMRIでは、腫瘍はほぼ摘出（画像-②）されています。8月7日のMRIでは腫瘍増大（画像-③④）を認め、家族は積極的な治療は望まず、患者への告知はしない方針となりました。この頃、夫から自分を責める発言が聞かれました。

8月23日、徐々にADLが低下し、この頃、子どもたちは病室に入ろうとしませんでした。

9月4日のMRIでは、急激な腫瘍の増大と周囲の浮腫（画像-⑤⑥）を認め、家族に余命1カ月と宣告されました。数日後、患者から「帰りたい」という発言が聞かれました。

## ■私たちが行った看護の実際

### 【問題点】

1. 夫が自分を責めている
2. 家族との残された時間が少ない
3. 子どもたちが病室に入ろうとしない
4. 患者の「帰りたい」という欲求が満たされない

### 夫が自分を責めていることへの対応

「無理やりにも病院を受診させればよかった。自分のせいだ」

**目標：** 夫が思いを表出することができる

**計画：** ①多職種を交えた合同カンファレンスを実施する  
②夫の思いを聴く

**具体的な対応：** 夫、主治医、病棟看護師、リハビリテーションスタッフ、退院調整看護師で、今後のことについて面談を実施しました。

**結果・考察：** 夫は「各方面からの情報提供を受け、戸惑い、壊れそうな状態でした」など、自分の感情や現在の心情を言葉にして表出することができました。終末期患者の家族の持つ10のニーズ（表1）のうち、「1. 患者の状態を知りたい」「3. 患者の役に立ちたい」「4. 感情を表出したい」「10. 自分自身を保ちたい」というニーズに対し、患者・家族に対しての援助の提供（表2）は、「A. 情報の提供や援助方法の説明／家族ケアへのケア参加への支援と肯定的評価」「B. 患者と家族の意思決定支援」が行えました。

### 家族との残された時間が少ない・

### 子どもたちが病室に入ろうとしないことへの対応

**目標：** 家族全員が同じ空間で時間を過ごすことができる

**計画：** ①作業療法室のキッチンで調理をする  
②バイタルサインを観察しながら、患者に負担がかからないようにする



【画像】I氏のMRI造影T1

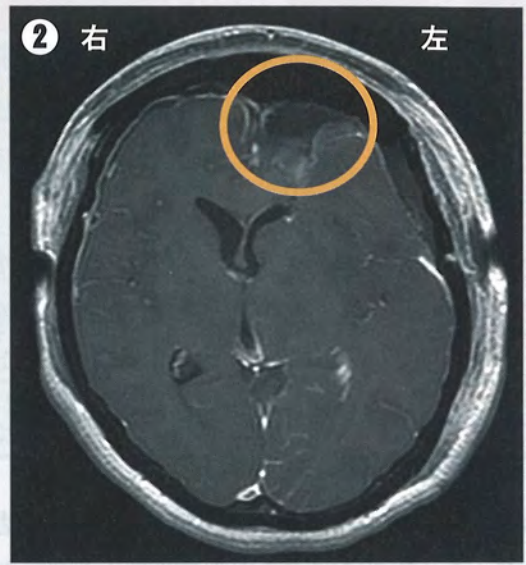
7月21日 入院時

左前頭葉に腫瘍内出血



7月22日 術後

ほぼ摘出

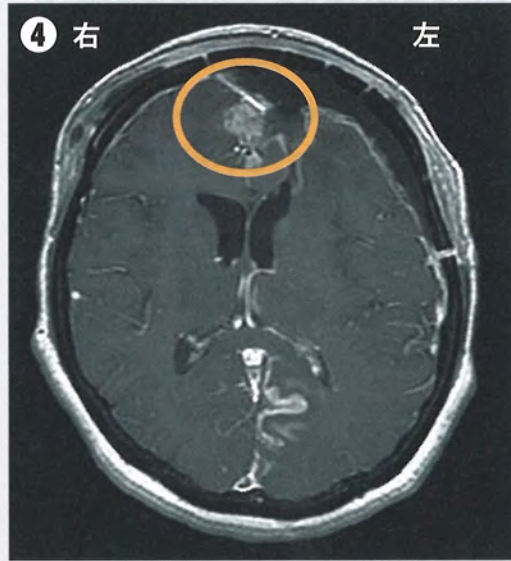


8月7日

腫瘍増大



4 右 左



9月4日

腫瘍が急激に増大



6 右 左





【表3】入院中の経過

月日	病態の経過	I 氏の状態	家族の心情
7月21日～	腫瘍全摘出術 左外減圧術施行 (画像-①)	術後JCSⅡ-10 右不全麻痺 全盲状態	不安あり
8月7日	腫瘍増大あり (画像-③④)	変化なし	家族：積極的な治療は望まない 患者への告知はしない方針 夫：自分を責める発言あり
8月23日		徐々にADLが低下	子どもたち：病室に入ろうとしない
9月4日	急激な腫瘍の増大 周囲の浮腫あり (画像-⑤⑥)	JCSⅡ-30 麻痺・神経症状悪化 「帰りたい」との発言あり	余命1カ月と宣告
9月14日		JCSⅢ-300 心拍数30回/分以下	夫：看取りについて考えはじめる

**具体的な対応：**作業療法室のキッチンで、患者・夫・3人の子どもと作業療法士とで、ちらし寿司を調理しました。子どもたちは、最初は少し離れた所で遊んでいましたが、徐々に参加しました。最後は、全員「おいしい」と言って一緒に食することができました。このちらし寿司が、患者にとって最後の経口摂取となりました。

**結果・考察：**作業療法室で家族クッキングができ、家族全員が同じ空間で時間を過ごすことができました。夫はこのことを振り返り、「この時間は、意識のある妻との最後の時間でした。残された時間をどう使ったらよいか分からなかった時に提案してもらい、本当に家にいるような感じがしました。もっと早く決断していればよかったです」と述べています。

終末期患者の家族の持つニーズ(表1)の「2. 患者のそばにいたい」というニーズに対し、患者・家族に対しての援助の提供(表2)は、「A. 家族へのケア参加への支援と肯定的評価」と「C. 患者と家族の充実した時間を持てるような支援」が行えました。

### 患者の「帰りたい」という欲求が満たされないことへの対応

**目標：**①患者が望んでいる外泊を実現する

②できる限り患者・家族の負担が少なく

外泊できる

**計画：**①家族に患者の希望を伝え、受け入れ可能か確認する

②外泊に向け、患者・家族の負担が軽減するように多職種が介入して調整を行う

**具体的な対応：**

①夫に看護師から患者の意思を伝えると、夫から「本人に『帰りたい？ 帰らなかったら手を握って』と言ったら手を握り返してきたので、帰れるように調整してきました。子どもたちもお母さん一人で寝るのはかわいそうと言っていたので、家で子どもたちと一緒に寝かしてあげたいです。調子が良かったら話ですが…」と返答がありました。そして、「いつも気丈に振る舞う妻は、私の前で涙を流したことはないのに、涙を流しながらしっかりと私の手を握って意思表示をしてくれました。病室に一人でいることが寂しかったんだと思います」と語りました。

②家で過ごす時間は恐らく最後と思われたため、最良の状態で帰ることができるよう調整しました。

**主治医：**外泊日に向けてマンニトールとグリセレブ+リンデロン16mg/日を開始しました。

**理学療法士：**帰宅中の移乗や生活動作などについて家族に説明・指導を行いました。

**看護師：**夫と夫の弟夫婦に外泊時の介助方法などについて指導しました。弟夫婦は介護福祉士の資格を取得しており、外泊についても協力的でした。帰宅中の移乗動作や生活動作（おむつ介助、体位変換など）、注意事項、バルーンカテーテルの使用方法や廃棄の仕方、薬剤管理方法について指導しました。

9月13日午後8時から翌日の午前10時まで外泊しました。出発までに当日分の点滴を投与し、夕食の注入を行いました。帰院後、「帰宅途中、家に帰っていることが分かっている様子で、表情も明るかった。家族で川の字になって眠ることができ、良い時間を過ごすことができた。もっと早く決断していればよかった」と夫から報告がありました。

#### **取り組みの結果**

①看護師が患者の「帰りたい」という希望を聞き、それを夫に伝えることにより外泊が実現しました。終末期患者の家族の持つ10のニーズ（表1）の「3. 患者の役に立ちたい」というニーズに対し、患者・家族に対しての援助の提供（表2）は「A. 情報の提供や援助方法の説明／家族へのケア参加への支援と肯定的評価」と「B. 患者と家族の意思決定支援／最終的な意思決定に対する支援」が行えました。

②主治医により点滴調整が行われ、最良の状態を外泊することができました。また、弟夫婦の協力もあり、患者・夫への負担を軽減することができました。終末期患者の家族の持つ10のニーズ（表1）の「6. 患者の安楽を保証してほしい」というニーズに対し、患者・家族に対しての援助の提供（表2）は「C. 患者と家族の充実した時間を持てるような支援」が行えました。

## **家族との残された時間が少ない（看取り）ことへの対応**

**目標：**残された時間を悔いなく過ごすことができる

**計画：**家族へ情報提供し、意思決定を支援する

**具体的な対応：**9月14日、担当看護師から心拍数が31～32回/分になることが多くなってきたこと、覚醒時間が短くなってきていること、状態悪化の連絡をしても自宅が遠方のため看取りに間に合わない可能性が高いことを夫に説明し、看取りの際の希望を確認しました。

「昨日家に泊まってきたから、自分としてやれることはできるだけことはしたので、後悔はないです。ただ、9月20日に子どもたちの運動会があるので、そこまではもってほしい。仕事を休んでずっと付き添うことは本人が望んでいないと思うので、間に合わないことは理解できています。たぶん僕らがいない時に逝ってしまう（それが本人らしい）と思っているので」という夫からの返答でした。

9月20日、病室にてI氏と夫が子どもたちの運動会のビデオ映像を一緒に見ることができました。「見えていないはずなのに。理解できていいのか分かりませんが、笑っていた気がします。良かった。僕がこの病室に夜間一緒にいてあげることはいませんか？ 少しでもそばにいたくて。子どもは夜だけ僕の家族に預けます」と、夫から申し出がありました。その日から、夫は夜間は付き添い、病院から出勤することになりました。

9月26日6時55分、夫の付き添いのもと永眠されました。

#### **取り組みの結果**

状態が悪化した時点で看護師から情報を提供し、夜間付き添うという夫の意思決定を支援することができました。夫はこの頃を振り返っ



て、「一人で息を引き取るということも彼女らしいと思っていたが、やはり最期は見届けるべきだと思った。そして、その様子を子どもたちに伝えなければいけないとも思っていた」「息子の出産の時と同じで懐かしく、久々に夫婦らしい空間だった」と述べています。

終末期患者の家族の持つ10のニーズ(表1)の「1. 患者の状態を知りたい」「2. 患者のそばにいたい」「6. 患者の安楽を保証してほしい」「8. 死期が近づいたことを知りたい」「9. 夫婦間(患者—家族間)で対話の時間を持たい」というニーズに対し、患者・家族に対しての援助の提供(表2)は「B. 患者と家族の意思決定支援」「D. 看取りに向けた情緒的支援/看取りの場づくり」が行えました。

### ■3カ月後、1年後の夫の手紙より

「子どもたちは3人とも本当は寂しいはずなのに、明るく、元気に大きくなってきています。今回の妻の死に関しては、全く予想もしていなかったことでした。妻の死を受け入れることができたのも、あの60日があったからだと思います。あの時間がなく、妻が亡くなっていたら、後悔ばかりだったと思います。8月は本当に心が壊れそうになりました。しかし、いろいろな思い出と看護師さんをはじめ、病院の職員の方々とのおささいな会話のすべてが、私が妻の死を受け入れるために必要だったと思います。弟が『兄ちゃん、やれることはやったで』と励ましてくれました。少しタイミングが遅かったかもしれませんが、その時、その場所でできることはできたかなと思いました。私は少し別れが早かったと考えるようにしています。そして、残された私がすべきことは、子どもたちが自分で飯を食べるように一人前に育てることだと思っています。今はそのことに必死です。子

もたちのおかげで頑張ることができています。ゴールはまだ先ですが、一日一日を大切に積み重ねる気持ちで、これからの日々を過ごしていければと思います」

この手紙の内容から、夫や子どもたちは、生前のかかわりに納得して前向きに過ごすことができていることがうかがえます。このことから、私たちが実践した終末期ケアはグリーフケアにつながったと考えます。

### まとめ

生前からグリーフケアは始まっています。看護者は家族のつらい気持ちに寄り添いながら、患者の身体的かつ精神的状態の変化に関する情報をタイムリーに提供していくことが大切です<sup>6)</sup>。また、死に関することについては、家族側からは言い出せないことが多いので、今後について気になることや心配していることなどを医療者側から確認していく必要があります<sup>7)</sup>。症状進行が速く、限られた時間の中での支援となる脳腫瘍患者の終末期においては、死別後、遺族が「役に立てた。できることはやった」という思いを持って、前を向いて生きていくことができるよう、終末期患者の家族の持つニーズや役立つ援助などの認識を深め、多職種が一丸となって医療チームで意図的にグリーフケアを実践していくことが重要であると考えます。

### 引用・参考文献

- 1) 鈴木志津枝：グリーフケアとしての終末期ケア、家族看護，Vol.20，P.37～45，2012.
- 2) 鈴木志津枝：家族がたどる心理的プロセスとニーズ、家族看護，Vol.1，No.2，P.35～42，2003.
- 3) 前掲1)，P.38～40.
- 4) 古内耕太郎，坂口幸弘：グリーフケア—見送る人の悲しみを癒す～「ひだまりの会」の軌跡，P.21～22，毎日新聞社，2011.
- 5) 前掲1)，P.37.
- 6) 前掲1)，P.38.
- 7) 松島たつ子：第3部 各論編 1. 対象喪失と悲嘆のケア ホスピスにおける遺族ケア，寺崎明美編：対象の喪失の看護—実践の科学と心の癒し，P.121～131，中央法規出版，2010.