

末期脳腫瘍患者における在宅療養についての一考察 —短期間で在宅へ移行せざるを得なかった患者・家族への関わりを通して—

13階東 ○青野幸恵 大塚知恵

I はじめに

脳腫瘍の末期患者においては、医療依存度・介護度が高いうえに患者が意識障害を伴っている事が多く、在宅療養を行っていくには困難なケースが多い。今回、私達の経験したK氏も治療が終了し安定期を迎えたが、高度な意識障害・機能障害を伴い全身管理を要した。また、主介護者が夫だけであり、在宅療養を行う事は困難と判断され転院方向であった。しかし、K氏の夫は急に在宅療養を希望したため、実質10日間で吸引方法・経管栄養法・内服薬投与方法・排泄・褥瘡などの看護ケア、諸問題に対する対処法、注意事項などを指導し退院された。約9ヶ月という入院中にそれらを見ていたとはいえ、当然ではあるが10日間では十分に習得することは困難であった。私達は、短期間で在宅に移行せざるを得なかった理由として、医療者・夫の間には在宅療養に対する認識の違いがあったのではないかと考えた。そこで、今回K氏の経過・夫の言動および医療者の方針について、この認識の違いを分析し、末期脳腫瘍患者における在宅療養への効果的な関わりについて考察したので報告する。

II 事例紹介

1. 患者：K氏 年齢：67歳 性別：女性
2. 病名：左側頭葉脳腫瘍 グリオブラストーマ グレードIV
3. 家族構成：夫（キーパーソン）年齢：72歳
子供はなく、二人暮らし。夫は二つの会社の経営者であり、性格はきめ細かく神経質・ワンマンタイプ。世間話が好きで、よく昔の写真を見せては思い出話を語る。K氏側の親族（兄弟）とは不仲で、親族は在宅療養を反対していた。
4. 現病歴：H13年5月見当識障害出現し、左側頭葉脳腫瘍と診断。8月右麻痺（MMT1/5）出現。CT上腫瘍増大し、9/6手術目的にて入院。9/10脳血管撮影後急変し、CT上腫瘍増大認められ、緊急腫瘍摘出術（50%摘出）・外減圧術施行。バルビツレート療法開始（術後意識レベルJ.C.S3～10麻痺右1/5左2/5）。10/10気管切開施行。残存腫瘍に対し、10/1・1/28化学療法（ニドラン125mg オンコビン1.5mg）10/2～16・1/30～2/25インターフェロン施行。10/2～2/22放射線療法全脳照射70.2Gy。腫瘍減少せず水頭症併発し、1/9V-Pシャント術施行。H14年3/20CT上脳室付近に再発認められ、4/14腰椎穿刺にて髄液内に腫瘍細胞確

認。H13年12月頃より、嘔吐・痙攣頻発し対処療法に努めた。術後経管栄養を開始したが、嘔吐が続いていたため時折中止した。ADLは全介助。入院期間が長期化し転院を勧められるが、夫の強い希望により6/20自宅へ退院。

III 研究方法

1. 症例研究
2. 研究期間 平成13年9月～平成14年8月
3. 分析方法
カルテなどの記録物・聞き取り調査から情報収集を行い、K氏・夫に関して不足していた情報には研究の主旨を説明し、同意を得て退院後インタビューを実施。K氏の入院から在宅移行・永眠までを経時的にし、①第一期（治療の時期）②第二期（慢性化した時期）③第三期（転院の話を出された時期）④第四期（在宅療養を決意した時期～退院・永眠）と4段階に分け、それぞれの時期に着目し、医療者と夫の間に認識の相違はないかという視点から分析する。

IV 結果

表1 K氏の経過・夫の言動および医療者の方針参照

V 考察

私たちは、10日間という短期間で在宅療養に移行したことについて、その原因は医療者と夫の間に認識の相違があったのではないかと考えたため、各時期について分析した。

第一期・第二期では、医療者は今後予測される状態を考えると、在宅療養は困難であると考えている。一方夫は、治療している段階ということもあり、良くなって帰るといふ希望を持っていた。そのため、私たちが考える在宅療養とは違った認識を持っていると考える。この時点で夫は、K氏の状況を受容していく段階であり、具体的な在宅療養をイメージするのも困難であったと考える。第三期では、在院日数が長期化していることに対して、転院の話が出された。私たちは、K氏の状況と介護度の高さから在宅療養は困難であると考えた。また、夫は転院先の見学を行っていたため転院を選択すると考えていた。しかし夫は、この時期からK氏の予後について受容しつつあり、在宅療養に関しても考え始めていた。第四期では、夫が在宅療養について決意したことを聞いたが、在宅療養の難しさを理

解しているのか疑問であり、ケースワーカーの協力を得て在宅療養に関する情報提供を行った。この時点でも、私たちは夫が在宅療養について理解をすれば、転院を選択すると考えていた。しかし、夫の決意は強く在宅療養に向けて自宅を改装した。私たちは、この時点で初めて夫の決意を認識し、在宅療養への指導を開始した。K氏の限られた安定期を考えると、10日間という短期間で在宅療養へ移行することになった。在宅療養への認識の違いが指導の時期を遅らせたと言えるが、特に第三期においては夫がK氏の予後についても受容しつつあり、また大きな選択を迫られていた。そのため、在宅療養への認識の相違が生じないよう十分な話し合いが必要であったといえる。手島氏は、¹⁾「植物状態の患者は自分自身で意思表示ができないので、家族が患者の意思を代弁したり、意思決定を代行することが多い。そのため、末期医療では、家族と医師や看護婦、ソーシャルワーカーなどの医療従事者との信頼関係を基盤とした十分な話し合いが必要である。」と述べている。末期脳腫瘍患者の在宅療養を考える場合、病棟看護師の役割として医師・ケースワーカー・訪問看護師などと最善策を検討すると共に、その調整役を遂行することが重要である。その際、家族との信頼関係を築き、患者本人の意思を反映するとともに、残される家族にとっても悔いの残らないよう十分話し合っていくべきであると考えられる。

末期脳腫瘍患者の家族は、患者の意思決定を任されるという大きな役割が与えられる。

まず家族自身、患者は末期であるということを受容しなければ意思決定は難しい。K氏のように、治療が進められていく中で末期を迎える場合、在宅療養や転院について家族の心理過程を理解したうえで、その時期に合わせた援助が必要であると考えられる。

今回K氏に関しては、医療者と夫の間に在宅療養の認識の違いによって、短期間で指導し移行せざるを得なかった。しかし、家族が患者の状態を受容する過程は人それぞれであり、末期の患者の安定期も限られている。そのため、逆に短期間で指導を求められることも考えられる。今後は指導の開始時期に加え、内容・方法についても検討していくことが重要であると考えられる。

K氏は在宅へ移行した後、自宅にて安らかに永眠された。四十九日後、夫を訪ねた際、「家で看取れてよか

った」という言葉を聞き、悲しみの中にも自宅で看取れたことに満足感があったと私たちは感じた。川越氏は、²⁾「在宅ケアにおいてもホスピスケアにおいても、もっとも大切なことは、患者本人と家族の意思が主体である。」と述べている。短期間の指導で不安や問題が数多くあったが、夫の意思を尊重し在宅療養へ移行できたことによって、夫の悔いの残らない看取りにつながったのではないかと考える。

Ⅵ まとめ

1. K氏が短期間で在宅療養に移行した原因として、医療者と夫の間に在宅療養に対する認識の違いがあったのではないかと考えた。
2. K氏の経過・夫の言動および医療者の方針について分析した結果、第一期・第二期では夫がK氏の状況について受容できていないために相違があった。また、第三期・第四期では、私たちが夫の決意について認識できなかったために相違が生じた。このことから、指導の時期を遅らせたと考える。
3. 末期脳腫瘍患者の家族は、患者の意思決定を任されているということ認識し、医師・ケースワーカー・訪問看護師などと最善策を検討すると共に、その調整役を遂行することが重要である。
4. 治療が進められていく中で末期を迎える場合、在宅療養や転院について、家族の心理過程を理解したうえで、その時期に合わせた援助が必要である。今後は指導の開始時期に加え、内容・方法についても検討していくことが重要である。

謝辞

最後に、K氏のご冥福をお祈りすると共に、多大なご協力をいただきましたご家族、ならびに保健指導室・ケースワーカーのスタッフの皆様に厚く感謝いたします。

引用・参考文献

- 1) 手島恵 結城美智子 蛭田晃子：植物状態患者のターミナルケア，ターミナルケア，Vol.2，No.10 1992
- 2) 川越博美：在宅ホスピスの理念と課題，がん看護，Vol.5，No.1，p5～10，2000

表1 K氏の経過・夫の言動、および医療者の方針

	患者の経過	夫の言動	夫の思い
第一期 (治療の時期)	H13 9/6 入院 9/10 脳血管撮影後急変 緊急腫瘍摘出手術 10/1 化学療法(1クール目) 10/2~放射線療法(全脳照射70.2Gy) インターフェロン施行 10/10 気管切開 H14 1/9 V-Pシャント術 1/28 化学療法(2クール目) 1/30 インターフェロン施行	9/6 妻は、会話が成立せず物忘れも頻繁で、一人にするのがとても心配です。 9/10(手術MT後) 急でびっくりしました・・・	結果が悪くても、一度は車椅子でも家に帰れると思っていた。予後は、一年と言われていた。 観察室に居るときに、看護師から妻が家に帰りたと言っていたと聞いて、3月には帰りたと思っていた。医師も家に帰ろうと言っていた。
第二期 (慢性化した時期)	嘔吐・痙攣を繰り返す 3/20 CT上脳室付近に再発認める	3/13 痰の引き方が手荒い人があるんだよ。こんなじゃだめだよ。車椅子に乗っているときも、掛け物をかけて枕を入れてくれないと困るよ。また風邪ひいちゃうよ。首のタオルはこう巻いてよ。 3/27 頭から管を入れたら良くなるって言われたけど、ちっともじゃない。かえって悪くなっているじゃない。家に帰ったほうが良くなるんじゃないかと思うときもありますよ。	家に帰ったらよくなるって言っていたが、選択肢であって、そのままの意味ではない。すぐに家に帰るということは考えていなかった。
第三期 (転院の話を出された時期)	4/14 腰椎穿刺にて腫瘍播種確認	4/7以降(転院先見学後) 近い綺麗な病院だが、風水的に良くない。できれば、ここに居たいが一週間程度だししょうがない。	在宅を決意したのは、転院の話を出されてから。限りある命ならどんなに大変だろうと覚悟はできた。 転院の話は、3回くらい流れた。なかなかベッドが空かなかつたらしい。縁が無かったのだろう・・・
第四期 (在宅療養を 決意した時期 (退院・永眠))	6/3 CT上腫瘍・脳浮腫増大 6/13 夫・実妹・医師・ケースワーカー・訪問看護師・病棟看護師合同カンファレンス 6/20 退院 8/5 永眠	5/27 家でみていくことに決めました。 6/7 自宅を改装しました。 6/10(ケースワーカーとの話し合い) どうしても、家で見たい…(泣) (永眠後) みんな、できないって言っていたけどできただろ?自己満足かもしれないけど、妻を家で介護できたことに生きがいを感じたし、幸せだと思った。自宅で看取れてよかった。	家でみることに決めるとき、家で看取ることを覚悟していた。そこまでの覚悟がないと家でみるということはいけないよ。 残された時期は少ないだろう…しかし奇跡は信じていた。

家族への説明内容	主治医の見解	看護方針
<p>9/10 術前MT午後より意識状態が悪化しCT上、腫瘍増大・脳幹圧迫の所見あり、緊急手術が必要。</p> <p>9/10 (術後MT) 腫瘍は悪性グリオーマで、悪性度の強いもの。まだ、腫瘍残存しているが、それは放射線療法を行う。効果が無ければ、もう一度手術を行う。余命は一年だろう。</p> <p>1/5 術後様々な合併症により治療中断していたが、治療を再開する。始めに水頭症の治療としてシャントを行う。シャントをすることで、意識が今より上がることを期待する。</p>	<p>入院した時点では、精査をして手術する予定であった。左側頭葉脳腫瘍で、術後ADL低く高次機能障害残ることが予測された。麻痺無く歩いて帰ることは不可能と考えていた。</p> <p>10/7に、夫に今の状況で帰るのは無理だと話した。シャントは水頭症のため必要であったが、患者の場合腫瘍を腹腔内にばらまくことを意味している。シャントによるlevel upはあまり期待していなかった。</p>	<p>夫から家に帰りたいと発言は聞いていたが、腫瘍がグリオブラストーマであること、意識障害があること等を考えると、在宅は難しいのではないかと考えていた。この時期は救命と治療に徹していた。</p>
	<p>嘔吐・痙攣が繰り返されており、それらの対処療法が必要であった。入院期間も長期化していたため、状態が落ち着いたら転院を考えていた。本来なら最後までみたかったが、システム上仕方がなかった。</p>	<p>家に帰りたいということは、何度も聞いていた。しかし、今すぐ帰ることは考えていないと感じていた。もともと、転院方向であったため、状態が安定したら転院すると思っていた。</p> <p>この時期は、嘔吐の問題があり苦痛の軽減に努めると同時に、ケアに関して細かい要望が多く要望に対応した。</p> <p>嘔吐・痙攣の状態観察、対処をおこない症状の悪化防止。</p>
<p>4/17 入院期間長期化したので、事務的に一週間程度他の病院に転院するのはどうでしょう？</p> <p>5/17 状態的には落ち着いているように見えるが、腫瘍再発認められる。治療の目的は、家に帰ることであったが、今の状態では難しい。最後まで面倒をみたい。しかし、その前に長期入院であるため、一時的に一週間程転院という形をとらせて頂きたい。</p>		<p>夫がいずれ家に帰りたいということを知っていたが、意識障害・気管切開・嘔吐・痙攣・マンパワー不足等により、在宅は無理だと思った。</p> <p>転院先見学後、気が良くないという発言があったが、印象悪くないようであった。とりあえず、今回は一時転院になるだろうと思っていた。</p> <p>転院に向け状態を整える。</p>
	<p>5/27には、看護師への不満を聞いた。この頃、初めて在宅にすることを言っていた。改装した自宅の写真も見せてもらった。無理だと伝えた。夫は栄養面・気管切開については自分で勉強するが、痙攣だけ何とかしてくれと言った。ケースワーカーと話したらあきらめるかと思っていた。しかし、あきらめなかったの、そこまでの決意・思いなら頑張ってみたらという話しになった。</p>	<p>5/27に在宅にすると聞いたが、その大変さ・難しさを理解しているのか疑問だった。ケースワーカーと話せば、あきらめて転院にするだろうと思っていた。</p> <p>自宅を改装したと聞き、意思の固さを知った。ターミナル期にある今を逃したら帰れなくなるだろうと思い、6/11～17指導(経管栄養法・内服薬管理・吸引・体位変換など)を行う。</p> <p>6/18 退院時セッティングのため、自宅訪問。</p> <p>6/25・7/2 自宅訪問</p>