

〔資料〕

## 認知機能低下を伴う悪性脳腫瘍患者の家族に対する看護援助

辰巳有紀子<sup>1)</sup> 荒尾 晴恵<sup>2)</sup>

### 要 旨

悪性脳腫瘍は希少がんであり、患者が家庭内で大きな役割を担う壮年期に好発する。患者には認知機能低下が生じやすく、家族の抱える苦悩は大きい。そのため家族への適切な看護援助が求められるが、その具体的内容は十分に明らかにされていない。本研究の目的は、認知機能低下を呈した悪性脳腫瘍患者の家族に対し、看護師が専門的知識と技術を用いて実施している看護援助の内容を明らかにすることであった。悪性脳腫瘍患者のケアに携わる看護師7名を対象に半構造化面接を行い、逐語録を作成した後にコード化・カテゴリー化を行った。その結果、看護援助は6つの大カテゴリーに集約された。【変化する患者の病態を家族が理解し受け入れるための援助】、【急速な患者の変化に直面する家族の精神的ケアと負担感の軽減】、【多職種連携による家族援助】、【患者のケアに家族が柔軟に携わられるような援助】、【意向に沿い、後悔の無いエンド・オブ・ライフを実現するための援助】、【早期からの家族との信頼関係構築】であった。看護師は患者の急激な変化によって家族が受ける衝撃を理解し、家族との信頼関係を基盤に、後悔のないエンド・オブ・ライフの実現に向けて早期から意識的に援助を行っていることが明らかになった。

キーワード：悪性脳腫瘍、認知機能低下、家族看護、エンド・オブ・ライフケア

### 1. 緒 言

悪性脳腫瘍は希少がんの一種であり、日本国内で2019年には小児を含めて5849例が悪性脳腫瘍と診断されている（国立がん研究センター がん情報サービス, 2022）。加えて、全がん患者の8～10%に転移性悪性脳腫瘍が発症するといわれている（日本脳腫瘍学会, 2023）。これらの患者数を併せると毎年相当数が悪性脳腫瘍に罹患しているといえる。

こうした悪性度の高い脳腫瘍（原発性・転移性）患者の家族には主に以下の3点の理由で著しい負担がかかる。1つ目に、特に悪性度の高い原発性脳腫瘍は壮年期に好発することである。壮年期の患者は家族内で主要な役割を担っていることが多く家族は

その役割を担う人を喪失する。2つ目に、5年生存率の低さがある。原発性（グレードIV膠芽腫：10.1%（国立がん研究センター 希少がんセンター, 2022）、中枢神経系悪性リンパ腫：42.3%（国立がん研究センター 希少がんセンター, 2022）、肺癌や乳がんなどからの転移性脳腫瘍（1.6%（井上・熊谷・菅井他, 2017）～3%（Kotcha, Vogel, Suh, et al., 2016））と原発性脳腫瘍・転移性脳腫瘍共に5年生存率が著しく低く、発症から短い間に死の転帰をたどる場合が多い。3つ目に、脳の特性的に浸潤されている領域の脱落症状が起これば、本人の意思の把握が難しくなることである（橋口, 2021）。腫瘍を発症した部位にもよるが、病勢・病期の進行に伴い、患者に精神障害や人格変容、記憶障害といった認知機能低下が起これやすい。この3つ目の点では特に、患者自身がエンド・オブ・ライフについて正

1) 京都先端科学大学健康医療学部看護学科

2) 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻看護実践開発科学講座

常な判断ができなくなる症例が多い。そのため特に人生の最終段階に向けては、家族が中心となって代理意思決定をせざるを得ないことも多い (Ruland, Moore, 1998)。

悪性脳腫瘍患者の家族には患者が病気になった事実の受容の負担、患者を介護・看護しながら生活を成立させる経済的・社会的負担、患者の終末期医療や介護に関する意思決定の負担、看取りの負担などがかかる中で、上記のような問題に対処せざるを得ない。また近年では、当事者主体の実践を体系化することが求められる時代になってきている (安梅, 2013)。また変化する状況に家族が適応する力が、悪性脳腫瘍患者における患者アウトカムに寄与している可能性が示唆されたとする研究もあり (Boele, Weimer, Najafabadi, et al., 2022)、家族に対する援助が重要であることが分かる。

看護の機能は、単なる生活援助にとどまらず、人々の苦痛を緩和し、健康や生活上のニーズを満たすことを通じて、その人らしい生を支えることである (日本看護協会, 2021; ヘンダーソン/湯楨, 他, 訳, 2006)。また家族看護は、「家族を看護の対象とし、家族が本来有する機能と家族の健康に関するケア機能を高める援助を行うこと」(中山, 2024)などと定義されている。一方で、告知から初期治療期の悪性脳腫瘍患者の家族に関わる看護師は様々なとまどいを経験していると報告されている (川口, 井上, 今泉, 2024)。大きな負担を抱える悪性脳腫瘍患者の家族に対して、看護師が家族の苦痛を緩和し、ニーズを満たすためにどのような看護援助をしているか、明確化した研究は日本にはほとんどない。そこで本研究では、認知機能低下を起こした悪性脳腫瘍患者の家族に対する看護援助の内容を質的に記述することを目的とする。

## II. 方法

### 1. 研究デザイン

質的記述的研究

### 2. 用語の操作的定義

悪性脳腫瘍：原発性の膠芽腫や転移・再発脳腫瘍を含むとした。

認知機能低下：JCS (Japan Coma Scale) I-1以下に低下することを指すとした。意識には①覚醒度、②認知機能の2つの要素が含まれ、またJCSは意識障害を簡便かつ客観的に評価する尺度である (益田, 2023)。JCS I-1以下は、刺激に対する反応性や覚醒の低下を示す段階であり、注意力・判断力の低下を含む認知機能障害の一部を反映すると考えられる。

家族：限定的な定義はせず、調査を受ける対象者の解釈を含む幅広い概念とした。

看護援助：患者や家族の苦痛を緩和するために、そのニーズに応じて、看護師が専門的知識と技術を用いて提供する援助とした。

### 3. 対象者

悪性脳腫瘍で入院している患者の看護に携わった経験のある看護師を対象とした。特に患者や家族の苦痛を緩和するために、そのニーズに応じて専門的知識と技術を用いて提供する看護援助を幅広くとらえるため、入職後1~2年目の看護師は対象とせず、「臨床の世界が整理されて見えてくる」という「一人前レベル」(ベナー/井部, 訳, 2005)が期待できる3年以上の経験がある者とした。除外基準は設けなかった。

### 4. データ収集方法

データ収集期間は2019年2月~7月であった。データ収集には毎回、静かで他者に会話内容が聞こえない会議室等を利用した。対象者を機縁法で募集し、研究協力への同意が得られた対象者に対し、以下の①~⑥の内容について、認知機能が低下した悪性脳腫瘍患者 (JCS I-1以下) の家族に対して行っている援助を半構造化面接でたずねた。インタビューは全て同一の1名 (Y.T.) が実施した。インタビュー内容は、研究目的に沿い、オープンエンドの質問でかつ解釈の余地が最小限に抑えられるよう明確で端的な質問になるように構成し、共同研究者

であるがん看護専門家（H.A.）と内容を確認した。面談内容は対象者の許可を得てICレコーダーに録音した。

- ① 認知機能低下を起こした（JCS I-1以下）悪性脳腫瘍患者をケアする際、家族に対してどのようなかわりをするように気をつけていますか。
- ② 認知機能低下を起こした（JCS I-1以下）悪性脳腫瘍患者の家族とかわる際、特に注意深く情報を得るようにしている点がありますか。
- ③ 認知機能低下を起こした（JCS I-1以下）悪性脳腫瘍患者の家族においては、患者の治療に伴い大きく生活が変化しますが、その家族の苦悩やニーズを把握するために工夫をしている点がありますか。
- ④ 認知機能低下を起こした（JCS I-1以下）悪性脳腫瘍患者の家族が直面している困難に対応するための力はどのようにとらえることができると考えていますか。
- ⑤ 認知機能低下を起こした（JCS I-1以下）悪性脳腫瘍患者の家族の苦悩やニーズと困難に対応するための力をとらえ、看護援助を行った実例を挙げて教えてください。
- ⑥ その他、認知機能低下を起こした（JCS I-1以下）悪性脳腫瘍患者の家族のケアについて何かあれば教えてください。

## 5. 分析方法

クリッペンドルフ／三上，他，訳（1989）による内容分析の手法に基づいて分析した。まずICレコーダーに録音した音声データから逐語録を作成した。インタビューを行った分析者が逐語録を繰り返し読みなおして文脈を十分に理解した上で、「病棟入院中の患者の家族に対して行っている看護援助」と思われる行動の語りを抽出し、文章の意味を損なわないような簡潔な一文（コード）とした。他のコードと比較し、共通する内容ごとに抽象度を上げて小カテゴリーに分類した。さらに小カテゴリーに共通する内容ごとに抽象度をさらに上げてカテゴリー化し、大カテゴリー化した。さらに、質的研究

に精通したがん看護を専門とする共同研究者（H.A.）のスーパーバイズを受けて分析の妥当性を高めるように努めた。

## 6. 倫理的配慮

本研究は、大阪大学医学部附属病院倫理審査委員会の承認を得て行われた（承認番号：18330（2018年12月7日））。対象者には、研究の目的、研究への参加が自由意思によるものであること、中断や撤回の自由、拒否によって何ら不利益が無いこと、個人情報保護の保護、結果を公表するときは個人が特定され得ないよう配慮することを用紙および口頭で説明した上で、署名によって参加への同意を確認した。

## III. 結果

### 1. 研究対象者の概要

研究対象者の概要を表1に示す。対象者は7名の女性で、平均年齢（標準偏差，範囲）が29.0（2.39，26-33）歳であった。悪性脳腫瘍患者のケア経験の平均年数（標準偏差，範囲）は6.3（2.25，3-9）年であった。インタビュー時間は平均45.7分（範囲23-74分）であった。

### 2. 悪性脳腫瘍患者の家族に対する援助

分析の結果、167のコード、18の小カテゴリー、6つの大カテゴリーに集約された。大カテゴリーは、【変化する患者の病態を家族が理解し受け入れるための援助】、【急速な患者の変化に直面する家族の精神的ケアと負担感の軽減】、【多職種連携による家族援助】、【患者のケアに家族が柔軟に携われるような援助】、【意向に沿い、後悔の無いエンド・オ

表1. 研究対象者の概要

	年齢	臨床看護師 経験年数	悪性脳腫瘍患者ケア 経験年数
A	31	10年	8年
B	29	7年	7年
C	33	9年	9年
D	30	8年	8年
E	28	7年	6年
F	26	3年	3年
G	26	3年	3年

ブ・ライフを実現するための援助】、【早期からの家族との信頼関係構築】であった。分類された大・小カテゴリーは表2に記した。

以下、大カテゴリーに沿って入院中の患者の家族に対する援助を記述する。文中では、【 】は大カテゴリー、《 》は小カテゴリー、『 』は小カテゴリーに含まれるコードを示す。

1) 【変化する患者の病態を家族が理解し受け入れるための援助】

看護師は、『患者の病態を家族が理解できるまで繰り返し説明』、『患者のその日の様子を家族に説明』など、《変化する患者の病態を家族が理解できるように説明》していた。

また『家族の言動から、病態理解の程度を確認』、『IC (Informed Consent) での家族の質問から理解度をアセスメント』などにより、《家族における患者の病態の理解度を確認》していた。

さらに『今後予測される変化や危険性を事前に情報提供』、『面会時に患者の良い面を伝える』などして、《家族が患者の変化を受け入れやすくする援助》を実施していた。

2) 【急速な患者の変化に直面する家族の精神的ケアと負担感の軽減】

看護師は《家族の気持ちを傾聴》していた。具体的には、『患者への思いを確認』、『患者のいない場所で家族から話を聴く』、『来院を契機に家族から話を聴く』などの援助をしていた。また、『症状の変化ごとに受け止めを確認』、『患者の急速な変化に対する家族の動揺を理解』など、《急速な患者の変化・病態悪化により家族が受ける精神面での衝撃の理解》をしていた。その上で『家族に対する援助の意向の伝達』、『家族の不安を想像し先取りした声掛け』、『家族の体調にも配慮していることを表明』など《家族もケアの対象とし、精神的側面に配慮》していた。同時に、『家族の負担感を把握』や、『家族の負担を軽減するため面会時間を調整』など、《家族の負担感の軽減をはかる》ようにしていた。

3) 【多職種連携による家族援助】

看護師は『入院時に多職種の介入が必要かアセスメント』、『IC後に多職種の介入が必要かアセスメント』、『手術による変化に関し、家族の負担が重くならないように多職種の介入が必要かアセスメン

表2. 看護師による悪性脳腫瘍患者の家族に対する援助の内容

大カテゴリー	小カテゴリー
変化する患者の病態を家族が理解し受け入れるための援助	変化する患者の病態を家族が理解できるように説明 家族における患者の病態の理解度を確認 家族が患者の変化を受け入れやすくする援助
急速な患者の変化に直面する家族の精神的ケアと負担感の軽減	家族の気持ちを傾聴 急速な患者の変化・病態悪化により家族が受ける精神面での衝撃の理解 家族もケアの対象とし、精神的側面に配慮 家族の負担感の軽減をはかる
多職種連携による家族援助	多職種連携の必要性をアセスメント 多職種と家族の情報を共有 多職種で連携し家族を援助
患者のケアに家族が柔軟に携われるような援助	患者ケアについての教育と段階的な家族の関与促進 制約を踏まえつつ自宅退院の実現に向けた調整 患者の変化に応じた退院支援
意向に沿い、後悔の無いエンド・オブ・ライフを実現するための援助	時機を見極めて意向表出するための援助 意向を医療者と共有する援助 家族の後悔を減らし意味のあるEOLを支える援助
早期からの家族との信頼関係構築	予後予想を踏まえ早期から信頼関係構築 家族への働きかけと反応の確認

ト』など、患者の状態変化が予測される場面（入院時、IC後、後療法前後、手術後）において、『多職種連携の必要性をアセスメント』していた。日頃より、『多職種から家族背景の情報を収集』、『家族の思いをカルテで多職種に共有』といったように、『多職種と家族の情報を共有』をしていた。その上で、『家族の経済面での困りごとについてMSW (Medical Social Worker) に相談』したり、『利用可能な公的支援を提案』、『多職種連携の結果を家族に確認』したりするなど、『多職種で連携し家族を援助』していた。

#### 4) 【患者のケアに家族が柔軟に携われるような援助】

看護師は『患者ケアの目的を家族に説明』、『家族が段階的にケアへ関与できるよう援助』など、『患者ケアについての教育と段階的な家族の関与促進』をしていた。また『家族が維持したい生活があることを理解』しつつも『厳しい予後予想を踏まえて自宅退院の機会を逃さない』ように、『制約を踏まえつつ自宅退院の実現に向けた調整』を行っていた。

さらに『自宅退院に伴う家族の負担感を理解』、『自宅での家族の負担を減らすために、患者の日常生活動作（以下ADL）の維持をはかる』、『パンフレットを使った退院指導』など、『患者の変化に応じた退院支援』を実施していた。

#### 5) 【意向に沿い、後悔の無いエンド・オブ・ライフを実現するための援助】

看護師は、『厳しい予後が判明した時点で患者と家族の対話を促す』、『家族が意向を明確化できるようにきっかけを与える』、『タイミングを見計らって今後のことを話してもらう』、『IC後、今後の過ごし方の希望を一緒に考えていこうと声をかける』など『時機を見極めて意向表出するための援助』をしていた。また、『医師・家族の認識を統一できるように現状を説明する』、『病棟でACP (Advance Care Planning) を実践する』、『終末期に関する家族の意向の丁寧な聞き取り』など、『意向を医療者と共有する援助』を行っていた。さらに、『自分に何かできないかと思っている家族が患者とコミュニ

ケーションを取れるように声をかける』、『遺された時間の限界を踏まえ、家族側が折り合いをつけられるよう援助』、『家族が最期まで自分でできることを実施できたと思えるように関わる』、『家族が最期まで患者に関われたと思えることを重視』といったように『家族の後悔を減らし意味のあるエンド・オブ・ライフを支える援助』を行っていた。

#### 6) 【早期からの家族との信頼関係構築】

看護師は『悪性脳腫瘍が急速に進行することを踏まえ、早期から信頼関係構築を重視』、『初回入院時から予後を見据えた丁寧な関わり』につとめ、『予後予想を踏まえ早期から信頼関係構築』を意識していた。また『医療者に心を開かない家族にも折を見て声をかける』、『看護援助に対する家族の反応をとらえる』など、『家族への働きかけと反応の確認』も行っていた。

## IV. 考 察

今回、悪性脳腫瘍患者の看護にあたる看護師を対象にインタビュー調査を行った。回答を分析した結果、悪性脳腫瘍患者の家族に対し看護師は、『変化する患者の病態を家族が理解し受け入れるための援助』を行いつつ『急速な患者の変化に直面する家族の精神的ケアと負担感の軽減』を行っていた。看護師だけで家族を援助するのではなく、『多職種連携による家族援助』を行っていた。そして『患者のケアに家族が柔軟に携われるような援助』を行いながら、予後を見据えて『意向に沿い、後悔の無いエンド・オブ・ライフを実現するための援助』を行っていた。そしてそれらの援助をスムーズに実施するために、家族の反応を確認しながら、『早期からの家族との信頼関係構築』をするように努めていた。

### 1. 家族の患者ケアへの主体的な関与を可能にする看護師の援助

#### 1) 精神的ケアと負担感の軽減

本研究において『急速な患者の変化に直面する家族の精神的ケアと負担感の軽減』や『多職種連携に

よる家族援助】に示されたように、看護師は家族を援助対象として位置づけ、看護師がチームの力を活用しながら様々な援助をしていることが明らかになった。悪性脳腫瘍患者の家族は高いストレスや抑うつを有していることが多いといわれている (Ford, Catt, Chalmers et al, 2012; Schubart, Kinzie, Farace, 2008)。特に脳腫瘍特有の予測困難な病状の変化や、患者の認知的な問題への対応を迫られる家族は、精神的な負担が重いという指摘もある (Chen, Zou, Teng, et al., 2025)。本研究において、【変化する患者の病態を家族が理解し受け入れるための援助】に示されたように、本研究でも看護師は患者の変化をとらえ、家族がそれを理解し受け入れられるように関わっていた。これは一方的で形式的な情報提供ではなく、精神的ケアや負担感の軽減を目的とした実践であると考えられる。

## 2) 家族が役割を果たすための援助

悪性脳腫瘍患者の家族は、患者の認知機能が低下するにつれて、代理意思決定の負担を負う。先行研究では患者の家族が自己や状況に対する「気づき」を深めることを契機として、自らの役割意識を再定義し、介護技能を省察・評価しながら次第に主体的な意思決定へ移行していくプロセスが明らかにされている (Che, Yeh, Wu, 2006)。また、家族への情報提供や心理的支援によって自身を取り巻く状況を家族が理解できるようになることが、主体的な関与や意思決定を促すと報告されている (Li, Melnyk, McCann, et al., 2003)。これらのことから、家族が役割の変化を受容し主体的に意思決定を行うようになるためにはまず状況理解を支援されることが重要であるといえる。本研究においても看護師は役割の急激な変化により家族が役割を果たせなくなることを予防するために、【変化する患者の病態を家族が理解し受け入れるための援助】を行っていたと考えられる。

## 3) 家族の患者ケアへの関与

看護師は予後を予想し、《家族への働きかけと反応の確認》を行いながら【早期からの家族との信頼関係構築】をしていた。また【患者のケアに家族が

柔軟に携われるような援助】として、家族が状況に応じて可能な限り患者のケアに携われるように調整していた。これらの援助は、エンド・オブ・ライフから死に至る限られた期間において家族が「自分の力で患者にできることをやりきった」と実感できるよう、行われていた援助であると考えられる。さらに、看護師が家族にケアの方法や関わり方を丁寧に伝えることで、「自分も患者の力になれている」という自覚や手ごたえを家族が得ることができ、そのことが無力感の軽減や悲嘆への準備 (Sun, Zhang, Li, et al, 2024) につながっていると考えられる。

## 2. 早期からのエンド・オブ・ライフを見越した意思決定への関わり

背景に示した通り、悪性度の高い原発性脳腫瘍は、5年生存率が低く、認知機能の低下が起こりやすい。また精神障害や人格変容、記憶障害などにより、コミュニケーションが難しくなることもある。このため悪性脳腫瘍の患者・家族は治療方針やエンド・オブ・ライフに関する希望について話し合うタイミングをはかるのが難しく、家族が代理意思決定を担わざるを得ないことも多い (Ruland, Moore, 1998)。

本研究において看護師は、《時機を見極めて意向表出するための援助》を行っていた。また【患者のケアに家族が柔軟に携われるような援助】で《制約を踏まえつつ自宅退院の実現に向けた調整》を行ったり《患者の変化に応じた退院支援》を行ったりしていた。これらは早い段階から患者の認知機能低下を想定し、患者の人格や意識レベルが保たれているうちに患者・家族間のコミュニケーションを促進し、エンド・オブ・ライフに関する意向を実現できるようにする援助であった。目的は《家族の後悔を減らし意味のあるエンド・オブ・ライフを支える援助》に示されたように、遺される家族の後悔を軽減することでもあった。つまり看護師は、早期から患者家族が意思決定や希望の実現をはかることを重視していた。これは、悪性脳腫瘍患者では急速な患者の認知機能やADLの低下によって、エンド・オ

ブ・ライフ・ディスカッションを行うタイミングや時間を確保することが難しいという理解に基づいていたと考えられる。

さらに意思決定に関しては、近年患者・家族と医療者との共有意思決定（Shared Decision Making：以下SDM）の重要性が強調されている（石川，2020）。中でもエンド・オブ・ライフについては、「情報共有-合意」モデルに基づいた援助が重要とされる（清水，2015）。これは医療チームからの医療的情報と、患者・家族の価値観や人生観を互いに共有し、そのうえで最善策を考え合意に至るという方法である（清水，2015）。このためには「医療チームと患者・家族双方向の人間的なコミュニケーション」と「意思表示支援」が必要とされる（清水，2015）。本研究でも、【意向に沿い、後悔の無いエンド・オブ・ライフを実現するための援助】において《時機を見極めて意向表出するための援助》や《意向を医療者と共有する援助》に示されたように、看護師は、患者・家族間のエンド・オブ・ライフ・ディスカッションの促進だけでなく、医療者との認識の共有・統一に向けた援助をしていた。比較的短時間で認知機能が低下する疾患特性を踏まえ、短時間で的確な「情報共有-合意」が実現できるよう努めていたと考えられる。

こうした援助を看護師個人だけで担うのは困難であり、例えばカルテに「患者・家族への医療情報が十分提供され、理解されているか」を確認する項目を設けることや、患者・家族の価値観や人生計画について積極的に情報収集できるような技術研修会を実施することなどが考えられる。こうした仕組みにより、「情報共有-合意」を早期から進められる体制づくりが必要である。

またエンド・オブ・ライフ・ディスカッションについては、患者本人が早期に意思表示できることが望ましいが、常に可能とは限らない。家族機能についても「家族の発達課題」を協力して達成してきた家族では話し合いを進めやすい一方、問題解決を先送りしてきた家族では危機となることがある（森

山，2007；清水，2015）。そのため、悪性脳腫瘍と診断された時点で今後の経過を想像できるパンフレットの提供や、認知機能低下やエンド・オブ・ライフに備えて家族内で話し合える体制づくり、病棟における役割の明確化といった援助も必要である。

### 3. 看護への示唆

悪性脳腫瘍患者のケアに携わる看護師による家族援助は、急速に進行する認知機能やADLの低下、さらに5年生存率の低さによって家族が十分に変化に対応できない状況を補い、より良いエンド・オブ・ライフを過ごせるようにするために行われていたと考えられる。患者・家族にとって後悔の無いエンド・オブ・ライフにするためには、治療を主軸としつつエンド・オブ・ライフへの備えを進め、対話を重ねていくことが求められる。一人一人の看護師の努力だけでなく、チームや組織として対策を検討し、実践していく必要がある。

同時に家族の意向に沿った援助を実現するためには、チームでの支援体制を整えることが不可欠であり、今後のさらなる研究の蓄積が必要である。

### 4. 研究の限界

本研究では、研究者の持つ限られたネットワークの中で対象者を選定しており所属施設も限定されていたことから、回答に偏りが生じた可能性がある。また本調査は家族への援助内容を看護師にたずねたものであり、必ずしも家族側の事実や認識を反映しているわけではないという限界がある。

## V. 結論

本研究では、認知機能低下を起こした悪性脳腫瘍患者の家族に対し看護師が行っている援助の内容が明らかになった。特に短時間で変化する患者の病態の特徴を踏まえ、家族が病態とその変化を理解・受容し、さらに患者のケアに主体的に関われるように援助していた。これらの援助を通して、厳しい予後を踏まえ、家族が後悔の無いエンド・オブ・ライフを過ごせるように援助していたことが示された。

利益相反

本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はありません。

謝 辞

調査にご協力いただいたすべての方々に深くお礼を申し上げます。

本研究はJSPS科研費18K10310の助成を受けたものです。

各著者の貢献

第一著者は研究の発案、研究デザイン、データ収集、解析、データの解釈、論文草稿執筆を行った。第二著者は研究デザイン、インタビューガイドの作成、データの解釈、論文の批判的推敲に貢献した。全ての著者は論文の最終稿を確認して投稿に同意した。

〔受付 '23. 11. 16〕  
〔採用 '26. 02. 09〕

文 献

安梅勲江：新たな保健福祉学の展開に向けて—当事者主体の学際学融合研究とエンパワメント—, 日本保健福祉学会誌, 19(1) : 1-10, 2013

ベナー, P. / 井部俊子訳, 第2章, ベナー看護論：初心者から達人へ, 21-22, 医学書院, 東京, 2005

Boele F. W., Weimer J., Najafabadi A. H. Z., et al.: The Added Value of Family Caregivers' Level of Mastery in Predicting Survival of Glioblastoma Patients: A Validation Study, *Cancer Nursing*, 45(5): 363-368, 2022

Che, H. L., Yeh, M. L., Wu, S. M.: The self-empowerment process of primary caregivers: A study of caring for elderly with dementia, *J Nurs Res*, 14(3): 209-218, 2006

Chen H., Zou T., Teng Z., et al: A systematic review and meta-analysis of psychological burden in family caregivers of patients with brain tumors. *Scientific Reports*, 15, Article number 39694: 2025

Ford E., Catt S., Chalmers A., et al: Systematic review of supportive care needs in patients with primary malignant brain tumors, *Neuro Oncol*, 14(4): 392-404, 2012

橋口周子：脳転移のある患者のケア～意思決定困難な患者のサポート, *がん看護*, 26(3) : 211-213, 2021

ヘンダーソン, ヴァージニア / 湯槇ます, 児玉香津子訳：看護の基本となるもの新装版, 5-7, 日本看護協会出版会, 東京, 2006

井上 明, 熊谷 孝, 菅井 努, 他：転移性脳腫瘍の治療成績, *山形県立病院医学雑誌*, 51(1) : 1-7, 2017

石川ひろの：Shared Decision Makingの可能性と課題—がん医療における患者・医療者の新たなコミュニケーション—, 医療と社会, 30(1) : 77-90, 2020

川口吉光, 井上玲子, 今泉郷子：「悪性脳腫瘍患者の家族に関わる看護師のとまどいの様相」—告知から初期治療までに焦点をあてて—, *家族看護学研究*, 29 : 1-13, 2024

クリッペンドルフ, クラウス / 三上俊治, 椎野信雄, 橋元良明訳：メッセージ分析の技法, 勁草書房, 東京, 1989

国立がん研究センター がん情報サービス：がん種別統計情報「脳・中枢神経系」. [https://ganjoho.jp/reg\\_stat/statistics/stat/cancer/23\\_brain.html#anchor1](https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/cancer/23_brain.html#anchor1). (最終更新・確認日：2022年10月5日, 2023年8月8日閲覧)

国立がん研究センター 希少がんセンター：脳腫瘍(のうしゅよう). [https://www.ncc.go.jp/jp/ncch/division/rcc/about/brain\\_tumors/index.html](https://www.ncc.go.jp/jp/ncch/division/rcc/about/brain_tumors/index.html). (2022年6月28日最終更新, 2023年8月8日閲覧)

Kotecha R., Vogel S., Suh J. H., et al: A cure is possible: A study of 10-year survivors of brain metastases, *J Neurooncol*, 129(3): 545-555, 2016

Li H., Melnyk B. M., McCann R., et al: Creating avenues for relative empowerment (CARE): A pilot test of an intervention to improve outcomes of hospitalized elders and family caregivers, *Res Nurs Health*, 26(4): 284-299, 2003

益田美津美：意識障害の評価, 第3章 クリティカルな患者の病態の理解と看護, D脳・神経機能障害②脳・神経機能障害のアセスメント, 道又元裕, 山勢博彰, 北村愛子, 他著, 系統看護学講座 別巻クリティカルケア看護学, 103-109, 医学書院, 東京, 2023

森山美智子：家族看護学の視点から, *日本クリティカルケア看護学会誌*, 3(2) : 8-12, 2007

中山美由紀：家族看護とは, 大阪公立大学大学院 家族看護学. <https://www.omu.ac.jp/nurs/kazokukango/about/message/>. 2024 (2024年4月29日閲覧)

日本看護協会：看護職の倫理綱領, 前文, 1, 公益社団法人日本看護協会, 東京, 2021

日本脳腫瘍学会：脳腫瘍診療ガイドライン. <https://www.jsn-o.com/guideline3/CQ/general2.html>. 2023 (2023年8月8日閲覧)

Ruland C. M., Moore S. M.: Theory Construction Based on Standards of Care: A Proposed Theory of the Peaceful End of Life, *Nurs Outlook*, 46(4): 169-175, 1998

Schubart J. R., Kinzie M. B., Farace E.: Caring for the brain tumor patient: Family caregiver burden and unmet needs, *Neuro Oncol*, 10(1): 61-72: 2008

清水哲郎：本人・家族の意思決定を支える—治療方針選択から将来に向けての心積りまで—, *医療と社会*, 25(1) : 35-48, 2015

Sun D., Zhang X., Li J., et al: Mediating effect of cognitive appraisal and coping on anticipatory grief in family caregivers of patients with cancer: A Bayesian structural equation model study, *BMC Nursing*, 23(1): 636, 2024

## Family Nursing Support for Patients With Malignant Brain Tumors and Cognitive Impairment in End-of-Life Care

Yukiko Tatsumi<sup>1)</sup> Harue Arao<sup>2)</sup>

1) Division of Health and Medical Sciences, Kyoto University of Advanced Science

2) Division of Health Sciences Graduate School of Medicine, Osaka University

**Key words:** Malignant brain tumor, Cognitive impairment, Family nursing, End-of-life care

Malignant brain tumors are rare cancers that commonly occur during prime adulthood, a life stage in which patients often serve as central figures within their families. Many patients experience cognitive decline, which causes substantial emotional distress for their families. Although appropriate nursing support is essential, its specific components have not been clearly defined. This study aimed to identify the types of nursing support provided by nurses, using their professional knowledge and skills, to families of patients with malignant brain tumors who exhibit cognitive impairment.

Semi-structured interviews were conducted with seven nurses engaged in brain tumor care. The data were transcribed verbatim and analyzed through systematic coding and categorization.

The findings revealed six major categories of nursing support:

- 1: Assisting families in understanding and accepting the patient's evolving condition
- 2: Providing psychological support and alleviating the burden on families confronting rapid changes
- 3: Promoting family support through multidisciplinary collaboration
- 4: Enabling flexible family participation in patient care
- 5: Supporting end-of-life care that aligns with patient and family preferences to minimize future regret
- 6: Establishing trust with families from an early stage of care

Nurses recognize the profound impact that rapid patient deterioration has on families. By building trust early in the care process, they deliberately provide support aimed at facilitating a regret-free end-of-life experience.