

## 進行がん患者の家族への負担感に関連する要因 —在宅療養移行の実現に向けて—

<sup>1)</sup> 鳥取大学医学部保健学科 基礎看護学講座 (主任 深田美香教授)

<sup>2)</sup> 松江市立病院

大塚美樹<sup>1)</sup>, 安部睦美<sup>2)</sup>, 萩野 浩<sup>1)</sup>

## Factors related to the self-perceived burden of advanced cancer patients

—For implementation of transfer of inpatients to a home care setting—

Miki OEKI<sup>1)</sup>, Mutsumi ABE<sup>2)</sup>, Hiroshi HAGINO<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> *Department of Fundamental Nursing, School of Health Science, Faculty of Medicine,  
Tottori University, Yonago 683-8503, Japan*

<sup>2)</sup> *Matsue City Hospital, Matsue 690-8509, Japan*

### ABSTRACT

The purpose of this study was to clarify the self-perceived burden factors of advanced cancer patients. Feeling like a burden to family caregiver was assessed using the self-perceived burden scale in twenty-five inpatient with advanced cancer in palliative care unit. The related variables of the self-perceived burden were analyzed using multiple regression analyses. As a result, the self-perceived burden were significantly correlated with performance status ( $\beta = 0.551$ ,  $p = 0.001$ ), opioid ( $\beta = 0.381$ ,  $p = 0.019$ ) and feeding ( $\beta = 0.312$ ,  $p = 0.049$ ). Concerning the self-perceived burden, we showed the necessity of the consideration of performance status and opioid and feeding. Palliative care specialists should have adequate recognition to the self-perceived burden, and the assessment to patient and family caregiver. (Accepted on February 21, 2012)

**Key words :** self-perceived burden, advanced cancer patient, family caregiver

### はじめに

我が国では1981年以来、死因第1位をがんが占め、現在は国民の3人に1人ががんで亡くなっている。2015年には2人に1人ががんで亡くなると予想

され、現在300万人いるがん患者が540万人程度まで急増すると言われている<sup>1)</sup>。

こうした中、医療費増大の対策やがん患者の quality of life (以下、QOLとする)の観点から、がん患者の意向に沿った療養場所の選択として在

在宅医療の充実が求められ、国策のひとつとして在宅医療の推進が図られている。2007年にはがん対策基本法が施行され、その基本的施策のひとつであるがん医療の均てん化の促進の中では、がん患者の療養生活の質の維持と向上が述べられている<sup>2)</sup>。さらに、2006年の介護保険報酬改定において介護保険が利用できる特定疾病に「がん末期」が加わり<sup>3)</sup>、若年の終末期がん患者の在宅サービスの利用の幅が広がった。

我が国の終末期医療に関する調査では、一般市民の60%以上が終末期の在宅療養を希望し、自宅を看取り場所として希望している<sup>4)</sup>。しかし、2008年の我が国のがん患者の在宅死亡割合は、がんによる死亡者の7.4%に過ぎず<sup>5)</sup>、国民の意識調査では在宅療養を阻害する要因のひとつとして「家族に負担をかける」ことへの懸念があがっている<sup>6)</sup>。こうした患者自身が他者に対して負担をかけていると感じることをself-perceived burden (以下、SPBとする)として定義され<sup>7)</sup>、多くのがん患者がSPBを経験し、QOLを低下させる重要な要因であるとしている<sup>7,8)</sup>。

多くのがん患者は周囲からのサポートを必要とし、がんに起因する苦痛が患者と家族の日常生活に重大な影響を及ぼす<sup>9)</sup>。家族介護者はがん患者の在宅療養で重要な存在であり、家族介護者の介護負担感に関する研究は進められてきた<sup>10,12)</sup>。しかし、我が国においては介護を受ける側の負担感について焦点を当てた研究は少なく、家族への負担感の関連要因については十分に明らかにされていない。がん患者がより望ましい在宅療養を実現可能にするためには、患者が抱く家族への負担感を明らかにし、患者の負担感の軽減に向けた看護への示唆を得ることが求められる。

そこで、本研究では在宅療養移行を希望している進行がん患者の家族への負担感の関連要因について明らかにすることを目的とした。

### 対象および方法

#### 対象

対象は、2010年7月から12月の間にA病院緩和ケア病棟への入院1週間以内の患者で、在宅療養への移行を希望している25名である。除外基準としては、病名告知から1ヶ月未満である場合や精神疾患、認知機能の障害があると主治医がみなした者とした。

#### 調査方法

質問紙を用いた聞き取り調査を行った。

#### 調査内容

1) Self-perceived burden scale (以下、SPBSとする) 日本語版

家族への負担感の測定には、Cousineauら<sup>13)</sup>が開発したSPBSを用いた。SPBSは、透析患者を対象に他者に感じる負担感を測定する尺度として開発されているが、がん患者においても信頼性・妥当性が確認されている<sup>7)</sup>。SPBS日本語版<sup>8)</sup>は、順翻訳、翻訳の統一と質の評価、逆翻訳の手順を踏み、日本人がん患者を対象に信頼性・妥当性が確認されている。患者自身が他者に対して負担をかけていると感じている内容9項目の質問で構成されており、「ぜんぜんない」、「まれに」、「ときどき」、「ほとんどいつも」、「いつも」の5段階で回答を得る。負担感を強く感じている者が高得点となるように配点されている。

#### 2) 個人要因

対象者の基本的属性(性別、年齢)、原発部位、がん告知からの期間、Performance Status (以下、PSとする)、治療状況(医療用麻薬、点滴)、介助状況(食事、入浴、歩行、排泄、着脱)、主介護者と主介護者の基本的属性(性別、年齢、就労)について調査した。

#### 分析方法

Spearmanの相関係数を算出し、有意な関係を示した変数については強制投入による重回帰分析を行った。分析には統計ソフトPASW Statistics 18 (SPSS社、東京)を用いた。

#### 倫理的配慮

対象者に対して、研究の目的、意義、個人情報保護などを記載した説明書を用いて口頭により説明を行った。本研究は、鳥取大学医学部倫理審査委員会で承認を得て実施した。

## 結 果

#### 1) 対象者の概要

対象者の背景は表1に示す。男性13名(52%)、女性12名(48%)、平均年齢64.8 ± 13.7歳であった。原発部位は胆のう6名(24%)が最も多く、次い

表1 対象者の概要

		n	%
性別	男	13	52
	女	12	48
年齢 (平均 ± SD)		64.8 ± 13.7	
原発部位	脳	1	4
	肺	4	16
	乳	4	16
	胃	2	8
	胆のう	6	24
	腎	1	4
	大腸	3	12
	前立腺	1	4
	子宮	1	4
	卵巣	2	8
告知からの期間 (ヶ月) (平均 ± SD)		39.4 ± 49.5	
Performance Status	0	0	0
	1	1	4
	2	8	32
	3	15	60
	4	1	4
医療用麻薬	あり	19	76
	なし	6	24
点滴	あり	14	56
	なし	11	44
食事介助	あり	8	32
	なし	17	68
入浴介助	あり	18	72
	なし	7	28
歩行介助	あり	17	68
	なし	8	32
排泄介助	あり	13	52
	なし	12	48
着脱介助	あり	13	52
	なし	12	48
主介護者	配偶者	16	64
	子供	6	24
	親	1	4
	嫁	1	4
	孫	1	4
主介護者性別	男	9	36
	女	16	64
主介護者年齢 (平均 ± SD)		55.5 ± 10.9	
主介護者就労	あり	19	76
	なし	6	24

表2 「家族への負担感」と各要因の相関係数

要因	Spearmanの相関係数	p 値
対象者の性別	0.006	
対象者の年齢	-0.258	
告知からの期間	-0.134	
Performance Status	0.670	< 0.01
医療用麻薬	0.512	< 0.05
点滴	0.079	
食事介助	0.486	< 0.05
入浴介助	0.062	
歩行介助	0.125	
排泄介助	0.239	
着脱介助	0.182	
主介護者の性別	-0.266	
主介護者の年齢	0.185	
主介護者の就労	-0.208	

表3 「家族への負担感」と要因との重回帰分析

	標準偏回帰係数 ( $\beta$ )	p 値	相関係数 ( $r$ )
Performance Status	0.551	0.001	0.670
医療用麻薬	0.381	0.019	0.512
食事介助	0.312	0.049	0.486

強制投入法  $F = 10.015$ , 調整済み $R^2 = 0.563$ ,  $p < 0.001$

で肺4名 (16%), 乳4名 (16%) であった。がん告知からの平均期間は  $39.4 \pm 49.5$ ヶ月であった。PSはPS3の15名 (60%) が最も多く、次いでPS2が8名 (32%) であった。治療状況では、医療麻薬を使用している者が19名 (76%), 点滴をしている者が14名 (56%) であった。介助状況については、食事介助ありが8名 (32%), 入浴介助ありが18名 (72%), 歩行介助ありが17名 (68%), 排泄介助ありが13名 (52%), 着脱介助ありが13名 (52%) であった。主介護者は配偶者16名 (64%) が最も多く、次いで子供6名 (24%) であった。主介護者の性別は男性9名 (36%), 女性16名 (64%), 主介護者の平均年齢  $55.5 \pm 10.9$ 歳であった。主介護者の就労ありは19名 (76%) であった。

## 2) 家族への負担感と各要因の関連

SPBSと患者背景の関連については、表2に示す。家族への負担感には、PS ( $\rho = 0.670$ ,  $p < 0.01$ ),

医療用麻薬の使用 ( $\rho = 0.512$ ,  $p < 0.05$ ), 食事介助 ( $\rho = 0.486$ ,  $p < 0.05$ ) と有意な正の相関を示した。

## 3) 家族への負担感の関連要因

SPBSを従属変数とした重回帰分析結果を表3に示す。家族への負担感には、PS ( $\beta = 0.551$ ,  $p = 0.001$ ), 医療用麻薬の使用 ( $\beta = 0.381$ ,  $p = 0.019$ ), 食事介助 ( $\beta = 0.312$ ,  $p = 0.049$ ) の3つの変数によって56.3%が説明された (調整済み $R^2 = 0.563$ )。

## 考 察

本研究は、在宅療養移行を希望する進行がん患者の家族への負担感に影響を及ぼす関連要因について検討したものである。

がん患者のSPBSは、PSの悪化により高くなることが指摘されており<sup>8,14)</sup>、進行がん患者を対象にした本研究においてもPSが家族への負担感に

影響を及ぼしていた。全身状態の悪化により介護依存度が高くなった患者に対して慎重にアセスメントを行う必要がある。

また、医療用麻薬の使用が家族への負担感の関連要因のひとつであることが示された。

我が国において、医療用麻薬とは、法律により医療用に使用が許可されているモルヒネ、フェンタニル、オキシコドンなどの麻薬を指し、非ステロイド性抗炎症薬 (NSAIDs) が無効であるとされるがんの痛みに対して有効であり、がん疼痛治療においては必要不可欠な治療薬となっている<sup>15)</sup>。しかし、医療用麻薬は高価なものが多く、医療用麻薬の使用による経済的負担が報告されている<sup>16)</sup>。さらに、依然として医療用麻薬に対する誤解や抵抗感が根強く残ることが問題視されており、国民の24~33%は中毒性があり寿命が縮まると考えている<sup>17)</sup>。こうしたことから、医療用麻薬の使用による経済的な負担、麻薬中毒、状態悪化といった負のイメージを想起させることが家族への負担感につながっている可能性が高い。近年、医療用麻薬に対する誤解や偏見が疼痛緩和治療への妨げとならないように、国民への啓蒙活動が厚生労働省の委託事業として進められている。患者・家族の医療用麻薬への理解は、疼痛緩和への理解だけにとどまらず、家族への負担感の軽減においても重要であることが示唆された。

介助状況の中では、食事介助が家族への負担感の関連要因のひとつとして示された。家族介護者にとって食事介助は、排泄、入浴、更衣の介助に比べ比較的介護負担感が低い<sup>18)</sup>。また、介護は否定的な側面だけではなく、肯定的な側面があることが報告され<sup>19)</sup>、特に食事介助において介護者の介護充足感が高くなる<sup>18)</sup>。それゆえ、家族介護者は過度に食事介助をし過ぎることで被介護者が負担を感じている可能性が考えられる。

患者の負担感と介護者の介護負担感とは相関し<sup>20)</sup>、在宅療養への移行に向けて患者が感じる家族への負担感を軽減することが重要となる。家族への負担感の理解には援助を受ける側と援助する側のバランスを維持することが重要である<sup>6)</sup>。医療者が家族への負担感を十分に認識し、患者の自立を支えると同時に、介護者の介護肯定感を高めるような家族介護者と被介護者双方への支援が必要となる。家族への負担感については、患者の全身状態だけではなく、医療用麻薬の使用、食事介

助の有無についても考慮した評価の必要性が明らかとなった。

今後は、家族への負担感に影響を及ぼす変数として、患者および家族の認知的側面の要因を加えて検討していく必要がある。

## 結 論

在宅療養移行を希望する進行がん患者の家族への負担感への関連要因として、全身状態の悪化、医療用麻薬を使用していること、食事介助を受けていることの結果が得られた。家族への負担感の軽減においては、医療者が家族への負担感について十分に認識し、家族介護者および被介護者双方への支援が必要となる。

なお、本研究は平成21年度安田記念医学財団癌看護研究助成を受けて実施した。

## 文 献

- 1) 中川恵一. がんの教科書. 東京, 三省堂. 2008. p.5.
- 2) 厚生労働省. 政策レポートがん対策について. <<http://www.mhlw.go.jp/seisaku/24.html>>, (参照2011 01 28).
- 3) 厚生労働省. 保険制度改革の概要. <<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/dl/data.pdf#search='厚生労働省 保険制度改革の概要'>>, (参照2011 01 28).
- 4) 厚生労働省. 終末期医療のあり方に関する懇談会報告書. <<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/zaitaku/dl/06.pdf#search='厚生労働省 終末期医療のあり方に関する懇談会報告'>>, (参照2011 01 28).
- 5) 厚生労働省. 人口動態調査, 死亡の場所別にみた主な死因の性・年齢別死亡率数及び百分率. <[http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?\\_toGL08020103\\_&listID=00001066473&requestSender=estat](http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_toGL08020103_&listID=00001066473&requestSender=estat)>, (参照2011 01 28).
- 6) McPherson CJ, Wilson KG, Murray MA. Feeling like a burden: exploring the perspectives of patients at the end of life. *Soc Sci Med* 2007; 64: 417-427.
- 7) Simmons LA. Self-perceived burden in cancer patients: validation of the self-

- perceived scale. *Cancer Nurs* 2007; **30**: 405-411.
- 8) Oeki M, Mogami T, Hagino H. Self-perceived burden in patients with cancer: Scale development and descriptive study. *Eur J Oncol Nurs* (in press).
  - 9) Zabora J, BrintzenhofeSzoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology* 2001; **10**: 19-28.
  - 10) 石井容子, 宮下光令, 佐藤一樹, 小澤竹俊. 遺族, 在宅医療・福祉関係者からみた, 終末期がん患者の在宅療養において家族介護者が体験する困難に関する研究. *日本がん看護学会誌* 2011; **25** (1): 24-36.
  - 11) 角田充子, 高橋栄子, 安達晃一. 在宅末期患者家族における介護負担の経時変化. *癌と化学療法* 2000; **27**: 705-707.
  - 12) 横田美智子, 秋元典子. 在宅で終末期癌患者を介護した家族の体験. *日本がん看護学会誌* 2008; **22** (1): 98-107.
  - 13) Cousineau N, McDowell I, Hotz S, Hebert P. Measuring chronic patients' feelings of being a burden to their caregivers: development and preliminary validation of a scale. *Med Care* 2003; **41** (1): 110-118.
  - 14) McPherson CJ, Wilson KG, Lobchuk MM, Brajtman S. Self-perceived burden to others: patient and family caregiver correlates. *J Pallia Care* 2007; **23**: 135-142.
  - 15) 的場元弘. *がん疼痛治療のレシピ*. 東京, 春秋社. 2004. p.14-39.
  - 16) 嵯峨崎泰子. 納得～その治療, あなたにとって正しいですか?～. *薬学雑誌* 2009; **129**(12): 1465-1467.
  - 17) Morita T, Miyashita M, Shibagaki M, Hirai K, Ashiya T, Ishihara T, Matsubara T, Miyoshi I, Nakaho T, Nakashima N, Onishi H, Ozawa T, Suenaga K, Tajima T, Akechi T, Uchitomi Y. Knowledge and beliefs about end-of-life care and the effects of specialized palliative care: a population-based survey in Japan. *J Pain Symptom Manage* 2006; **31** (4): 306-316.
  - 18) 広瀬美千代, 岡田進一, 白澤政和. 家族介護者の介護に対する認知的評価と要介護高齢者のADLとの関係: 介護に対する肯定・否定両側面からの検討. *生活科学研究誌* 2004; **3**: 1-9.
  - 19) Picot SJ, Youngblut J, Zeller R. Development and testing of a measure of perceived caregiver rewards in adults. *J Nurs Meas* 1997; **5** (1): 33-52.
  - 20) Chio A, Gauthier A, Calvo A, Ghiglione P, Mutani R. Caregiver burden and patients' perception of being a burden in ALS. *Neurology* 2005; **64**: 1780-1782.