③

がん患者の介護者の介護中の離職および死亡

宮地　由佳*

サマリー

本研究の目的は，わが国のがん患者を介護していた遺族を対象とし，介護中の離職，および死亡（心血管・脳血管疾患，精神疾患，がんなど）の発生頻度を明らかにすることである．おもな介護者の 11.9% が介護のために離職しており，4.0% が患者の介護中に死亡していた．

目　的

終末期がん患者の療養に伴う社会・経済的問題として，家族の就労への影響が挙げられる．終末期のがん患者の介護負担が増えることにより，介護者の仕事における生産性は低下し[1]，欠勤が増え，収入の低下から家族の経済的負担の増大，離職，社会からの孤立につながりうる[2]．就労制限や収入低下は，患者との婚姻関係，介護者の性別などにより差はあるが[3]，患者が終末期に近づくほど増大する[4]．介護者は多くの場合その対価として報酬を得ることのない労働者（informal caregiver）であり，介護による業務中の生産性の低下，欠勤，離職は，社会経済の損失として無視できないものとなってきている[4]．

就労制限に並び介護者にもたらされうるのが身体的および精神的影響である．介護者ではセルフケアや健康行動が減少し，脳出血や脳梗塞などの脳血管疾患，心不全や心筋梗塞などの心血管疾患の相対危険度は上昇する[5,6]．介護負担とうつ病などの精神疾患には関連があることが指摘されており，自殺率も高い[7]．

わが国でもがん患者の就労に関する問題についてはいくつかの先行文献でも明らかにされているが[8]，介護者の介護中の離職についての研究，また介護中の死亡の実態についての研究はほとんど見当たらない．

本研究では介護を担った遺族に関する調査により，わが国での介護中における離職，疾患関連死（心血管疾患，脳血管疾患，精神疾患）の発生頻度について明らかにすることを目的とする．以下，本論では，仕事を持っていて離職に至った遺族の割合を「介護離職率」と表記する．

結　果

緩和ケア病棟，一般病棟，在宅で終末期を過ごした 15,674 名の遺族に質問紙を送付し，9,726 名から返送を受けた（回収率 62.9％）．うち 8,127

*エディンバラ大学大学院 宗教学（研究代表者）

名より質問紙への回答応諾が得られ（有効回答率52.5%），解析対象とした．

1）離職

有効回答数8,127名のうち，3,523名（43.8%）は介護期間に仕事をしていなかった．仕事をしていた遺族のうち3,974名（49.5%）は仕事を継続したが（休職含む），538名（6.7%）は介護のために離職した（介護離職率11.9%）．

a．施設種別（表1）（有効回答数8,035名）

介護離職率は緩和ケア病棟で11.6%（n=449），一般病棟9.2%（n=28），在宅18.7%（n=61）で，施設間の介護離職率差は統計学的に有意であり，残差分析では在宅での介護離職率が有意に高かった．

b．腫瘍部位（有効回答数8,035名）

結腸がん，腎がん，頭頸部がん，原発不明がんで有意に介護離職率が低かった．

c．介護者の年齢（有効回答数7,983名）（図1）

回答時の年齢を死後期間で補正し，分布を比較した．回答者のうち，仕事を継続した群（n=3,952，平均56歳，中央値56歳），離職した群（n=531，平均60歳，中央値60歳）に関する年齢層間での統計学的分析の結果，年齢層別の離職率差は有意であり，60～69歳（15.6%），70～79歳（20.5%）

表1　施設種別の離職率

施設種	仕事はしていなかった	離職した	仕事は継続した
緩和ケア病棟（人）	3,039	449	3,431
	就業者中の割合（%）	11.6	88.4
一般病棟（人）	204	28	277
	就業者中の割合（%）	9.2	90.8
在宅（人）	280	61	266
	就業者中の割合（%）	18.7	81.3

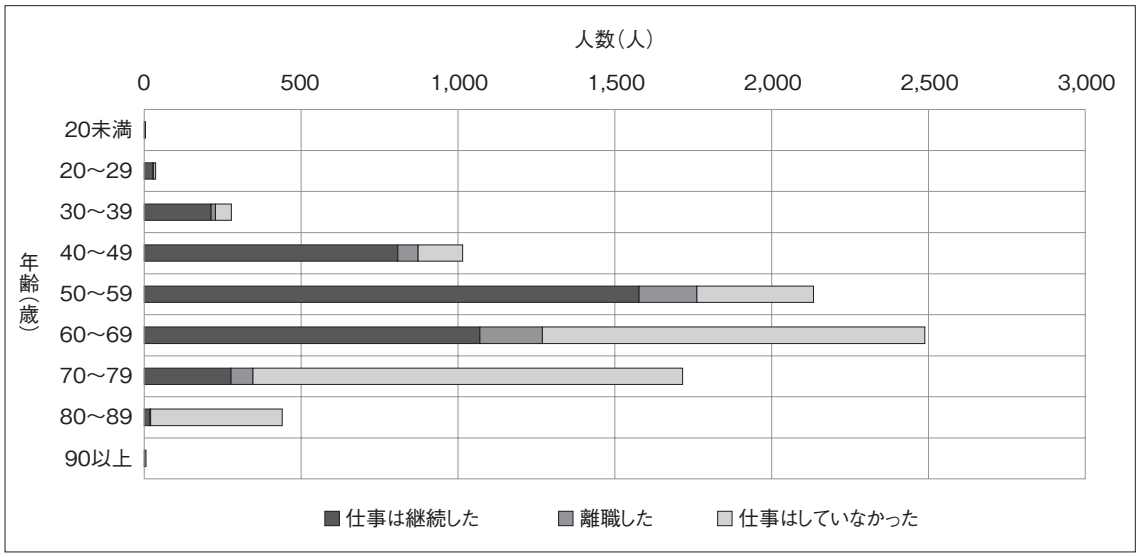

図1　年齢層別の離職

で有意に介護離職率が高かった.

d. 介護者の性別（有効回答数 7,960 名）（表 2）

男性（介護離職率 7.2%）と女性（介護離職率 15.1%）では有意水準 1% で統計的に有意な結果が得られ，男性の女性に対するオッズ比は 2.30（95% 信頼区間：1.93 ～∞）で，男性のほうが女性よりも仕事が継続しやすいと考えられた.

e. 介護者の患者との関係（有効回答数 7,956 名）（表 3）

患者との関係性によりカイ二乗検定を行ったところ，関係性別による介護離職率の差は有意で，配偶者で有意に高く（17.6%），患者の子どもで有意に低かった（9.5%）．男女別では，配偶者は男女ともに介護離職率が有意に高く（男性 13.6%，女性 20.3%），子ども（男性）の介護離職率は有意に低かった（3.9%）ものの，子ども（女性）では有意差はなかった.

f. 付き添いや介護を代わってくれる人の有無（有効回答数 7,972 名）（表 4）

代わってくれる人がいなかった群（介護離職率 18.9%）と代わってくれる人がいた群（介護離職率 9.6%）とでは有意水準 1% で統計的に有意な結果が得られた．代わってくれる人がいなかった群の，いた群に対するオッズ比は 0.45（95% 信頼区間：0.00 ～ 0.53）で，代わってくれる人がいない場合，いる場合よりも離職しやすいと考えられ

表 2　性別と介護離職率

性別	仕事はしていなかった	離職した	仕事は継続した
男性（人）	939	129	1,662
	就業者中の割合（%）	7.2	92.8
女性（人）	2,547	406	2,277
	就業者中の割合（%）	15.1	84.9

表 3　関係性と離職（男女合計）

関係性	仕事はしていなかった	離職した	仕事は継続した
配偶者（人）	2,168	228	1,064
	就業者中の割合（%）	17.6	82.4
子ども（人）	748	238	2,264
	就業者中の割合（%）	9.5	90.5
婿・嫁（人）	153	26	241
	就業者中の割合（%）	9.7	90.3
親（人）	75	13	62
	就業者中の割合（%）	17.3	82.7
兄弟姉妹（人）	263	18	192
	就業者中の割合（%）	8.6	91.4
その他（人）	81	10	112
	就業者中の割合（%）	8.2	91.8

表 4　代わってくれる人の有無と介護離職率（男女合計）

代わってくれる人	仕事はしていなかった	離職した	仕事は継続した
有（人）	2,322	322	3,045
	就業者中の割合（%）	9.6	90.4
無（人）	1,162	212	909
	就業者中の割合（%）	18.9	81.1

る．男女別に分析した場合も同様に有意差をもって代わってくれる人がいない群の介護離職率が高かった．代わってくれる人がいない男性（介護離職率 14.0%）と同女性（介護離職率 21.0%）を比較した場合，統計学的に有意に女性が離職しやすいと考えられた．

2）死亡（表 5）

有効回答（n=8,000）のうち，介護中の遺族の死亡率は 4.0%（317 名）だった．死亡原因の内訳は，がん（50.2%，n=159），不明（22.7%，n=72），脳出血・くも膜下出血・脳梗塞（19.6%，n=62），心筋梗塞・狭心症（4.4%，n=14），精神疾患（3.2%，n=10）の順に多かった．

a．施設別（表 5）

緩和ケア病棟，一般病棟，在宅との間で介護者の死亡率に有意差は見られなかった．

b．経済状態（表 6）

患者の暮らし向きについての質問（「1. 家計にゆとりがあり，まったく心配なく暮らしていた」，「2. 家計にあまりゆとりがないが，それほど心配なく暮らしていた」，「3. 家計にゆとりがなく，多少心配があった」，「4. 家計が苦しく，非常に心配があった」）と介護者の死亡についてカイ二乗検定を行ったところ，死亡率の差は経済状態間で有意であり，経済状態のより厳しい群（3. と 4.）での介護者の死亡率（がん，精神疾患，原因不明）が有意に高かった．

表 5　施設別の介護者の死亡

施設	死亡なし	脳出血・くも膜下出血・脳梗塞	心筋梗塞・狭心症	精神疾患（うつ病など）	がん	不明，その他	回答者中の死亡者数（%）
緩和ケア病棟（人）	6,625	50	11	10	133	60	264（3.8）
	死亡内訳（%）	18.9	4.2	3.8	50.4	22.7	
一般病棟（人）	484	6	1	0	12	4	23（4.5）
	死亡内訳（%）	26.1	4.3	0.0	52.2	17.4	
在宅（人）	574	6	2	0	14	8	30（5.0）
	死亡内訳（%）	20.0	6.7	0.0	46.7	26.7	

表 6　経済状態と介護者死亡（上段：n，下段：残差分析結果）

経済状態	死亡なし	脳出血・くも膜下出血・脳梗塞	心筋梗塞・狭心症	精神疾患（うつ病など）	がん	不明，その他
1.	2,707 2.872 **	15 −1.789 +	5 0.016 ns	1 −1.687 +	43 −2.095 *	23 −0.551 ns
2.	3,774 0.647 ns	35 1.177 ns	6 −0.525 ns	7 1.274 ns	73 −0.777 ns	29 −1.528 ns
3.	855 −3.588 **	9 0.778 ns	2 0.317 ns	0 −1.145 ns	31 3.270 **	14 2.153 *
4.	220 −3.206 **	2 0.110 ns	1 0.896 ns	2 3.127 **	9 2.008 *	5 1.975 *

+ ρ <0.10, * ρ <0.05, ** ρ <0.01

c. 入院期間（図 2）（図 3）

入院期間の平均±標準偏差は 38±58 日間，中央値は 22 日間であった．介護者の死亡時期の詳細は不明であるが，80% の介護者死亡は患者の入院期間 60 日以内に起こっていた．

考　察

本研究は我々が知る限り，わが国におけるがん患者のおもな介護者の離職および死亡の実態に関する初めての報告である．本研究では 2 つの主要な結果が得られた．

第一に，おもな介護者の 11.9% が，がん患者の介護のために離職せざるをえず，特に在宅療養，女性，患者の配偶者，介護を代わってくれる人がいないという条件で有意に離職が多いことが示された．先行研究[2~4]では就業していた介護者の就労時間や生産性の減少などは示されているが，介護による離職の発生割合自体は明らかにされていない．2018 年（平成 30 年度）の厚生労働省による雇用動向調査結果における介護・看護を理由とする離職率（離職理由別離職者数 / 平成 30 年 1 月 1 日現在の常用労働者数）は，男性で 50 ～ 54 歳と 55 ～ 59 歳，女性で 60 ～ 64 歳に離職率のピークがあるのに対し[9]，本研究の結果はやや高齢となっている．離職は社会的孤立と繋がりうることが先行研究からも示されているが[2]，特に高齢者の社会的孤立は近年日本を含め各国でおもにネガティブな健康状態への影響などとの関連が取り挙げられてきており[10]，この年代における離職の社会的インパクトは大きいことが予想される．このことから，本研究では，がん患者の介護者の就業サポートを含めたソーシャルサポートが必要な対象者に関する基礎資料として有用な結果が得られたと考えられる．

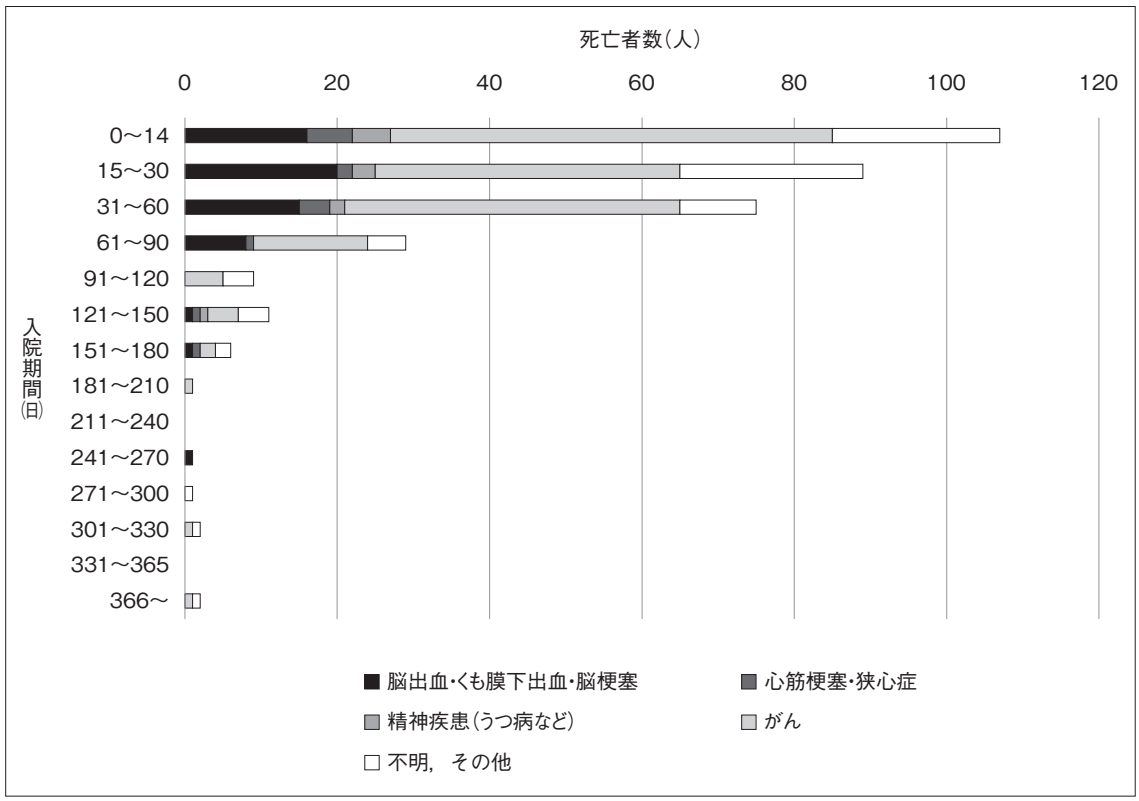

図 2　入院期間と死亡者数および原因

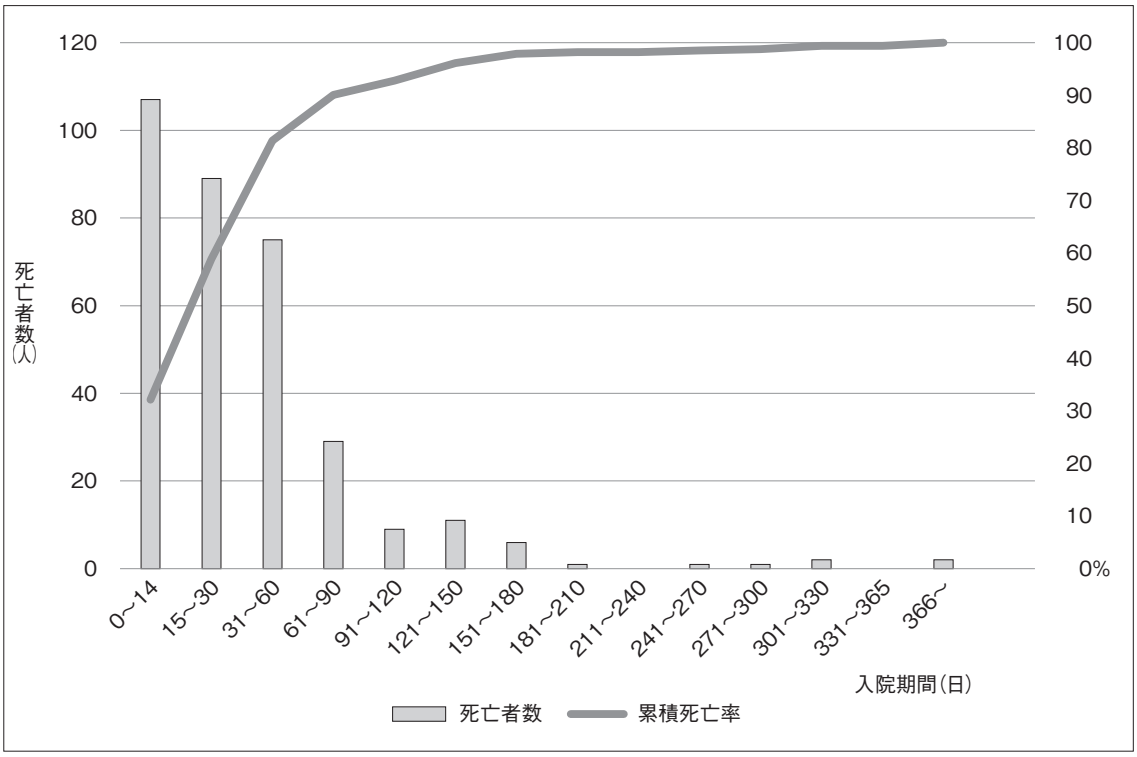

図3　入院期間と死亡者数の推移

第二に，おもな介護者の4.0%が患者の介護中に亡くなったことが示された点である．これら死亡した介護者の背景（年齢，性別，基礎疾患など）は不明であるが，厚生労働省による人口動態統計月報年計2018年（平成30年度）[11]によれば，全死亡者数における悪性腫瘍での死亡は27.4%，虚血性心疾患（急性心筋梗塞およびその他の虚血性心疾患）5.2%，脳血管疾患（脳出血，くも膜下出血，脳梗塞）7.7%，認知症以外の精神疾患での死亡は0.1%となっており，悪性腫瘍および精神疾患での死亡の割合は一般人口と比較して高い可能性がある．

まとめ

おもな介護者の11.9%が介護のために離職しており，4.0%が患者の介護中に死亡していた．本研究の結果は，就労制限や経済的負担，介護者のヘルスアウトカムに対する今後の研究の基礎資料に用いることが期待できる．

文　献

1）Mazanec SR, Daly BJ, Douglas SL, Lipson AR. Work productivity and health of informal caregivers of persons with advanced cancer. *Research in Nursing & Health* 2011；34（6）：483-495.

2）Girgis A, Lambert S, Johnson C, et al Physical, psychosocial, relationship, and economic burden of caring for people with cancer：a review. *Oncol Pract*, 2012；9（4）；197-202.

3）Gaugler J E, Given W C, Linder J, et al. Work, gender, and stress in family cancer caregiving. *Supportive Care in Cancer*, 2008；16（4）：347-357.

4）Gardiner C, Brereton L, Frey R, et al. Exploring the financial impact of caring for family members receiving palliative and end-of-life care：a systematic review of the literature. *Palliative Medicine*, 2014；28（5）；375-390.

5）Ji J, Zöller B, Sundquist K, Sundquist, J. Increased risks of coronary heart disease and stroke among spousal caregivers of cancer patients. *Circulation*, 2012；125（14）：1742-1747.
6）Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality：the Caregiver Health Effects Study. *JAMA*, 1999；282（23）：2215-2219.
7）Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, et al. Caregiver burden：a clinical review. *JAMA*, 2014；311（10）：1052-1060.
8）Saito N, Takahashi M, Sairenchi T, Muto T. The impact of breast cancer on employment among Japanese women. *Journal of Ooccupational Health*, 2014；56（1）：49-55.
9）厚生労働省 . 平成 30 年度雇用動向調査結果の概要 . 離職理由別離職の状況 . https：//www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/koyou/doukou/19-2/dl/kekka_gaiyo-05.pdf. 2019 年 8 月 21 日 .
10）Cornwell EY, Waite LJ. Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *Health and Social Behavior*, 2009；50（1）：31-48.
11）厚生労働省 . 平成 30 年度（2018）人口動態統計月報年系（概数）の概況 .https：//www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai18/index.html.2019 年 6 月 7 日 .

〔付帯研究担当者〕
塩崎麻里子（近畿大学 総合社会学部心理学系専攻），**恒藤暁**（京都大学大学院医学研究科 人間健康科学系専攻），**森田達也**（聖隷三方原病院 緩和支持治療科）