

在宅ホスピス・緩和ケアにおける介護度別での 家族介護者の介護負担感と訪問看護利用状況 およびケア利用満足度

大槻 奈緒子*

サマリー

本研究の目的は、わが国における在宅ホスピス・緩和ケアにおける終末期がん患者の介護度別での家族介護者の介護負担感と、訪問看護が実施したケアの利用実態と満足度を明らかにすることである。在宅ホスピス・緩和ケアを利用した遺族 729 名に調査票を配布し、回答承諾が得られた 423 名を分析対象とした。対象者における介護認定状況は、要介護

4 の終末期がん患者が 80 名と最も多く、次いで要介護 5 が 76 名であった。介護負担感は、全体的にみて、要介護 4、5 よりも、介護度が中程度の要介護 3 の家族介護者の介護負担感が最も高かった。訪問看護に関しては、医療と生活両面を支えるケアの利用率と、利用満足度が高かった。

目 的

在宅での終末期がん患者の家族介護者の介護負担感については、これまで国内外問わず多くの研究がされている¹⁻³⁾。終末期がん患者の家族介護者の介護負担感は、時間的負担感、心理的負担感、実存的負担感、身体的負担感、サービス関連負担感とさまざまな側面が存在し、これらが相互に関連していることが知られている³⁾。

在宅ホスピス・緩和ケアを利用し、在宅療養を送る終末期がん患者にとって家族介護者は療養生活継続の重要な支えであるが、終末期がん患者の残存機能の低下や介護時間の延伸は、家族介護者

の介護負担感を増大させているように²⁾、死期の接近に伴う身体機能の低下は、家族介護者への負担を増大させることが推測される。一方で、日本では自宅死亡希望者の割合は 43.7% と報告されており⁴⁾、また、療養場所が在宅と病院では、在宅療養のほうが生存期間が長くなる可能性も報告されている⁵⁾。在宅ホスピス・緩和ケアを希望する終末期がん患者の在宅療養において、家族介護者への過大な介護負担を回避することは、家族介護者の健康保持だけではなく、終末期がん患者が希望する療養場所で療養生活を継続するためにも重要といえる。

しかしながら、日本の介護保険制度における、

*大阪大学大学院 医学系研究科 / 日本学術振興会特別研究員 (研究代表者)

介護度別での詳細な介護負担の検討はなされていない。さらに、家族介護者への支援を包含し、在宅での医療と生活両面を支え、在宅におけるチーム連携の要としての役割発揮が期待されるソーシャルサービスである訪問看護が実施したケアを遺族側から評価した研究は少ない。患者に必要な介護時間から介護量を算出し、介護サービスを提供しているわが国において、介護度別での負担感および訪問看護ケアの満足度を検討し、在宅ホスピス・緩和ケア提供体制を整備することは重要である。そこで本研究では、在宅ホスピス・緩和ケアにおける終末期がん患者の介護度別での家族介護者の介護負担感と、訪問看護が実施したケアの利用実態と満足度を明らかにすることを目的とした。

結 果

在宅ホスピス・緩和ケアを利用した遺族 729 名に調査票を配布し、回答の得られた 498 名（回収率 68.3%）のうち、回答拒否者を除く 423 名を分析対象とした（有効回答率 58.0%）。

1) 介護認定状況と介護度別介護負担感

対象者における介護認定状況は、要介護 4 が 80 名と最も多く、次いで要介護 5 が 76 名、要介護 2 が 72 名、要介護 3 が 63 名であった（図 1）。

介護度別での介護負担感については、時間的負担感は要介護度 3 の家族介護者の負担感が最も高く、次いで要介護度 1, 2 であった。心理的負担感に関しても最も負担感が高かったのは要介護 3 の家族介護者であった。実存的負担感は最も負担感が高かったのは要支援 1 の家族介護者であったが、次に高かったのは要介護 3 の家族介護者であった。身体的負担感は要介護 1 の家族介護者が最も高く、次いで要支援 1, 要介護 3 の家族介護者が高かった。サービス関連負担感は無申請の家族介護者が最も高かった（表 1）。

2) 訪問看護の利用状況とケア利用満足度

訪問看護は 96.1% の終末期がん患者が利用して

いた。利用者の平均利用月数は 4.37 カ月であった（図 1）。訪問看護ケアは、ほぼすべてのケア利用率が高かったが、利用率が低いケアは外出時の移動支援と夜間の長時間訪問であった。利用したケアに関しては、「助けになった」「とても助けになった」と回答した割合が高く、特に訪問看護全体については 67.8%、全身状態チェックは 63.0%、排便コントロールは 51.8% が「とても助けになった」と回答していた。一方で、利用率が低かった外出時の移動支援と夜間の長時間訪問に関しては、ケアの認知度に関係なく、「知っていたが、特に必要と感じなかった」と回答していた（表 2）。

考 察

介護度別での家族介護者の介護負担感は、終末期がん患者の要介護度が 3 であった家族介護者が全体的に高い結果となった。一方で、介護量が多い要介護度 4 および 5 の家族介護者の負担感はいずれも最も高くはなかった。要介護度が高くなれば介護量も増え、患者の残存機能の低下や介護時間の延伸が考えられるが、今回の結果は、Guerriere ら²⁾の研究で示されたこれらの要因が介護負担感を増大するという結果と相反した。わが国の介護保険制度は 2000 年から開始し、今年で 20 年目を迎えるが、今回の結果を踏まえると、要介護度の高い患者への介護サービスが充足していると肯定的に捉えることができる。一方で、要介護 3 である介護度が中程度の患者への支援の充足が今後の課題であるとも考えられ、重点的に支援体制を整備する必要がある。

訪問看護ケアに関しては、患者への直接的なケアも利用満足度が高いが、療養相談や医師への伝言など、医療と生活両面を支えるケアの利用満足度が「助けになった」と「とても助けになった」を合わせると 80% を超えていた。訪問看護師へのニーズは、常に話を聞く時間を確保することや病気よりも人として関わることも、常に訴えに素早く対応し、知識を提供することであると報告されており⁶⁾、訪問看護師には、患者と家族介

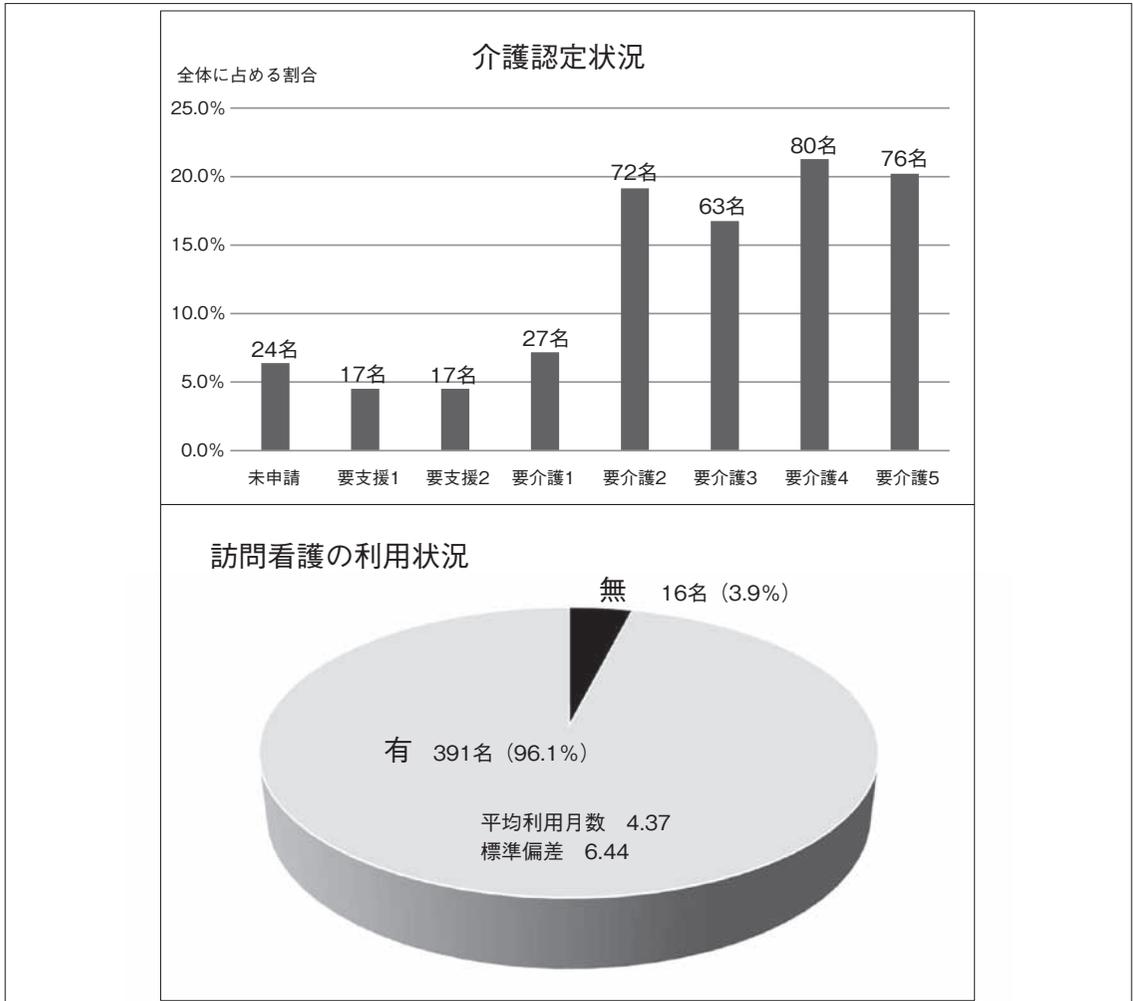


図1 患者の介護認定状況と訪問看護利用状況

表1 介護度別でのBIC-11（介護負担感）各ドメインの内訳

	時間的負担感			心理的負担感			実存的負担感			身体的負担感			サービス関連負担感		
	n	M	SD	n	M	SD									
未申請	24	2.63	1.41	23	1.04	1.22	23	1.00	1.13	24	1.38	1.44	23	1.43	1.31
要支援1	15	2.93	1.91	14	1.57	1.74	16	1.88	2.09	16	2.06	1.98	16	1.19	1.11
要支援2	16	2.06	1.61	16	1.19	1.38	16	1.56	1.67	16	1.63	1.45	15	1.20	1.32
要介護1	26	3.27	2.16	25	1.36	1.35	25	1.36	1.60	26	2.27	1.56	26	1.35	1.16
要介護2	71	3.24	2.23	71	1.42	1.59	71	1.25	1.37	71	1.65	1.75	69	1.04	1.23
要介護3	63	3.40	2.24	63	1.73	1.66	63	1.59	1.43	63	2.06	1.71	63	1.37	1.30
要介護4	79	2.84	2.03	78	1.32	1.62	79	1.27	1.60	80	1.79	1.83	77	1.01	1.15
要介護5	74	2.96	2.20	74	1.50	1.40	73	1.33	1.39	71	1.69	1.75	72	1.25	1.43

BIC-11 : Burden Index of Caregivers-11 items

表2 訪問看護ケアの実施状況と利用満足度

	利用した			利用しなかった										
	n	(%)		助けにならなかった	助けになった	とても助けになった	知っており、機会があれば利用したかった	必要と感しなかったが、特に	利用したかったが、	利用しなかったが、				
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)				
全身状態チェック	1	(0.3)	128	(32.0)	252	(63.0)	1	(0.3)	7	(1.8)	3	(0.8)	8	(2.0)
介護者の健康チェック	12	(3.1)	121	(31.3)	157	(40.6)	3	(0.8)	15	(3.9)	20	(5.2)	59	(15.2)
入浴介助	22	(5.7)	53	(13.8)	190	(49.4)	24	(6.2)	75	(19.5)	4	(1.0)	17	(4.4)
排便コントロール	14	(3.6)	104	(26.8)	201	(51.8)	4	(1.0)	36	(9.3)	8	(2.1)	21	(5.4)
リハビリテーション	36	(10.2)	78	(22.1)	74	(21.0)	20	(5.7)	66	(18.7)	11	(3.1)	68	(19.3)
外出時の移動支援	38	(11.1)	36	(10.5)	35	(10.2)	27	(7.9)	101	(29.4)	15	(4.4)	91	(26.5)
訪問看護師へ患者の療養相談	6	(1.6)	149	(39.1)	171	(44.9)	7	(1.8)	23	(6.0)	4	(1.0)	21	(5.5)
訪問看護師へ介護者の生活相談	22	(5.9)	123	(32.7)	97	(25.8)	10	(2.7)	50	(13.3)	9	(2.4)	65	(17.3)
訪問看護師へ看取りについての相談	18	(4.7)	128	(33.3)	141	(36.7)	11	(2.9)	38	(9.9)	16	(4.2)	32	(8.3)
日中の長時間訪問	14	(3.7)	99	(26.2)	115	(30.4)	22	(5.8)	58	(15.3)	12	(3.2)	58	(15.3)
夜間の長時間訪問	21	(5.8)	68	(18.9)	86	(23.9)	14	(3.9)	86	(23.9)	14	(3.9)	71	(19.7)
医師への伝言依頼	6	(1.6)	156	(40.5)	162	(42.1)	6	(1.6)	26	(6.8)	4	(1.0)	25	(6.5)
訪問看護利用全体について	4	(1.0)	100	(25.6)	265	(67.8)	2	(0.5)	12	(3.1)	2	(0.5)	6	(1.5)

護者の療養生活を支え⁷⁾、チーム連携のコーディネート役割が期待される。

まとめ

本研究では、終末期がん患者が要介護3の家族介護者の介護負担感が高かった。訪問看護に関しては、医療と生活両面を支えるケアの利用満足度が高かった。これらを踏まえ、今後介護度が中程度の患者の支援体制整備の強化が望まれる。

文献

- 1) Guerriere D, Husain A, Zagorski B, et al. Predictors of caregiver burden across the home-based palliative care trajectory in Ontario, Canada. *Health and Social Care in the Community* 2016 : 24 (4) : 428-438.
- 2) Maltby K, Sanderson C, Lobb E, et al. Sleep disturbances in caregivers of patients with advanced cancer : a systematic review. *Palliative Supportive Care* 2017 : 15 : 125-140.
- 3) Miyashita M, Yamaguchi A, Kayama M, et al. Validation of the Burden Index of Caregivers (BIC), a multidimensional short care burden scale from Japan. *Health and Quality of Life Outcomes* 2006 : 4 : 52.
- 4) Fukui S, Yoshiuchi K, Fujita J, et al. Japanese people's preference for place of end-of-life care and death : a populationbased nationwide survey. *J. Pain Symptom Manage* 2011 : 42 (6) : 882-892.
- 5) Hamano J, Yamaguchi T, Maeda I, et al. Multicenter cohort study on the survival time of cancer patients dying at home or in a hospital : dose place matter? *Cancer* 2016 : May 1 : 1453-1460.
- 6) Guerriere D, Zagorski B, Coyte P. Family caregiver satisfaction with home-based nursing and physician care over the palliative care trajectory : results from a longitudinal survey questionnaire. *Palliative Medicine* 2013 : 27 (7) : 632-638.
- 7) Gultas C, Yilmaz M. Challenges experienced by and quality of life of relatives of cancer patients requiring palliative care at home. *Turk J Oncol* 2017 : 32 (2) : 55-62.

〔付帯研究担当者〕

坂口幸弘（関西学院大学 人間福祉学部）、福井小紀子（大阪大学大学院 医学系研究科）