

終末期のがん患者を介護した遺族の 介護経験の評価と健康関連 QOL

三條 真紀子*

サマリー

終末期がん患者の遺族の介護経験の評価と遺族の健康関連 QOL を明らかにすることを目的とし、緩和ケア病棟や在宅で患者を介護し看取った遺族を対象に介護経験尺度と SF8 への回答を求める調査を実施した。

介護経験の評価に関しては、対象者の 60% が精神的な介護負担を感じていたが、介護肯定感を有するものも 60% 以上存在した。健康関連 QOL に関しては、全体的な健康が良くないと回答したものが約 40%、身体的な理由で仕事や日常生活に支障があったり、痛みを感じてい

るものが 45%、心理的な理由で日常生活に支障や悩みを感じているものが 50～60%、人づき合いなどの社会生活に支障をきたしているものも 40% 程度存在しており、遺族の健康状態は一般国民の平均値と比して低いことが示された。緩和ケア病棟遺族と在宅緩和ケア遺族で介護経験の評価や健康関連 QOL に差異はなかった。

今後は遺族アウトカムの向上につながる要因を探索し、ケアの改善につなげていくことが課題である。

背景・目的

終末期の家族の介護負担の軽減に取り組むために、海外では介護者の介護負担の実態の把握や介護負担に関連する要因が検討されてきた¹⁻⁵⁾。しかし、わが国においては、終末期のがん患者の家族における介護負担感の詳細は明らかではない。また、近年は、介護経験に関する肯定的認識(以下、介護肯定感)の向上といった側面から介護を検討する報告も増えている⁶⁻¹¹⁾。海外では、60～70%の介護者が介護肯定感を有することが明らかにされ^{12,13)}、介護肯定感とは介護負担感やうつなど

の指標とともに、家族や遺族のアウトカムや家族介入の効果指標として用いられている^{14,15)}。このような背景から、わが国の終末期がん患者の介護者の現状を理解する目的で、介護負担感ならびに介護肯定感の両面を把握することは、今後のケア改善や介護環境の整備を検討するための基礎的な資料となりうると考えられる。

また、わが国においては、終末期がん患者の遺族を対象として、悲嘆や抑うつなどの指標からその精神健康を把握する試みが続けられてきたが、遺族の健康関連 QOL に焦点をあてた調査はない。遺族の心身の状況を包括的に捉えるために

*がん集学的治療研究財団, 東京大学大学院 医学系研究科

は、精神健康のみならず、健康関連QOLを全体として把握する試みが重要である。

以上の背景から、本研究は、①終末期がん患者の遺族の介護経験の評価を明らかにすること、②遺族の健康関連QOLを明らかにすることの2点を目的とする。

本研究において、「家族」は「患者の血縁あるいは重要他者であり、患者に対して主たる介護を実施した主介護者」と定義し、「介護」は患者の家族による、患者の日常生活における支援、看病とする。入浴、排泄、食事などの日常生活における基本的な動作の介助に加え、面会など、患者のために使う時間を総称する言葉として用いた。

結果と考察

緩和ケア病棟の遺族(緩和ケア病棟遺族) 7,659名、在宅緩和ケア施設の遺族(在宅遺族) 435名に質問紙を送付し、それぞれ5,201名(有効回答率68%)、291名(有効回答率69%)から回答を得た。

本研究の対象となった遺族の死別後経過年数の平均は緩和ケア病棟遺族で約12±4カ月、在宅緩和ケア遺族で約15±7カ月であった。

1) 介護経験の評価(図Ⅱ-6)

介護経験尺度は、遺族を対象に開発された尺度であり、介護肯定感を評価する「統制感」「他者への感謝」「人生の意味と目的」「優先順位の再構成」の4ドメインと、負担感を評価する「負担感」の計5ドメイン項目から構成される¹⁶⁾。尺度の詳細と使用方法は、『「緩和ケア 10月増刊号「臨床と研究に役立つ緩和ケアのアセスメント・ツール」』(青海社)に記載している。

対象者は、「患者様への介護を振り返ってお考えください。あなたは、現在、以下の項目についてどのように思われますか」という質問文を読み、各項目について、「1. 全くそう思わない」～「7. 非常にそう思う」の7段階で回答する。今回の調査では、「介護ができたことは私自身にとってよかったと思う」という全体的な介護肯定

感を把握する項目を追加で尋ねた。

各項目の回答分布を図Ⅱ-6に、緩和ケア病棟の遺族(上段)と在宅緩和ケア施設の遺族(下段)の別に示した。いずれの項目においても実質的な群間差はほとんどなかった。

対象者の80～90%が「他社への感謝」および「優先順位の再構成」ドメインに属する全6項目において、「そう思う」と回答した。「人生の意味と目的」ドメインでは、「私の人生に意味があると思えるようになった」「どんなことが起こっても、それには意味があると思うようになった」と回答した対象者が70%、「人生は悪いことばかりではないと思うようになった」と回答した対象者が60%であった。「統制感」ドメインでは、「人生の変化を受け入れられるようになった」と回答した対象者が70%、「どんな困難があっても大丈夫だと思うようになった」「この先しっかり生きていけると思うようになった」と回答した対象者が60%と、介護肯定感の中では最も得点が低かった。

介護負担感に関しては、精神的な負担が大きかったと回答したものが60%と最も多く、ついで身体的負担、経済的負担、自分の時間や予定の犠牲の順となった。

また、全体的な介護肯定感を尋ねる「介護ができたことは、私自身にとってよかったと思う」という項目に関しては、「そう思う」と回答したものが90～92%であった。

2) 健康関連QOL(図Ⅱ-7)

健康関連QOLの測定には、包括的健康関連QOL尺度であるSF 8¹⁸⁾を用い、「身体機能」「日常役割機能(身体)」「体の痛み」「全体的健康感」「活力」「社会生活機能」「日常役割機能(精神)」「心の健康」の8領域を測定した。0～100点までの配点で、得点が高いほど各領域におけるQOLが高いと判定する。国民標準値50に基づくスコアリングによって算出した各領域の得点およびサマリースコアを用いて、日本国民一般の平均との比較が可能である。

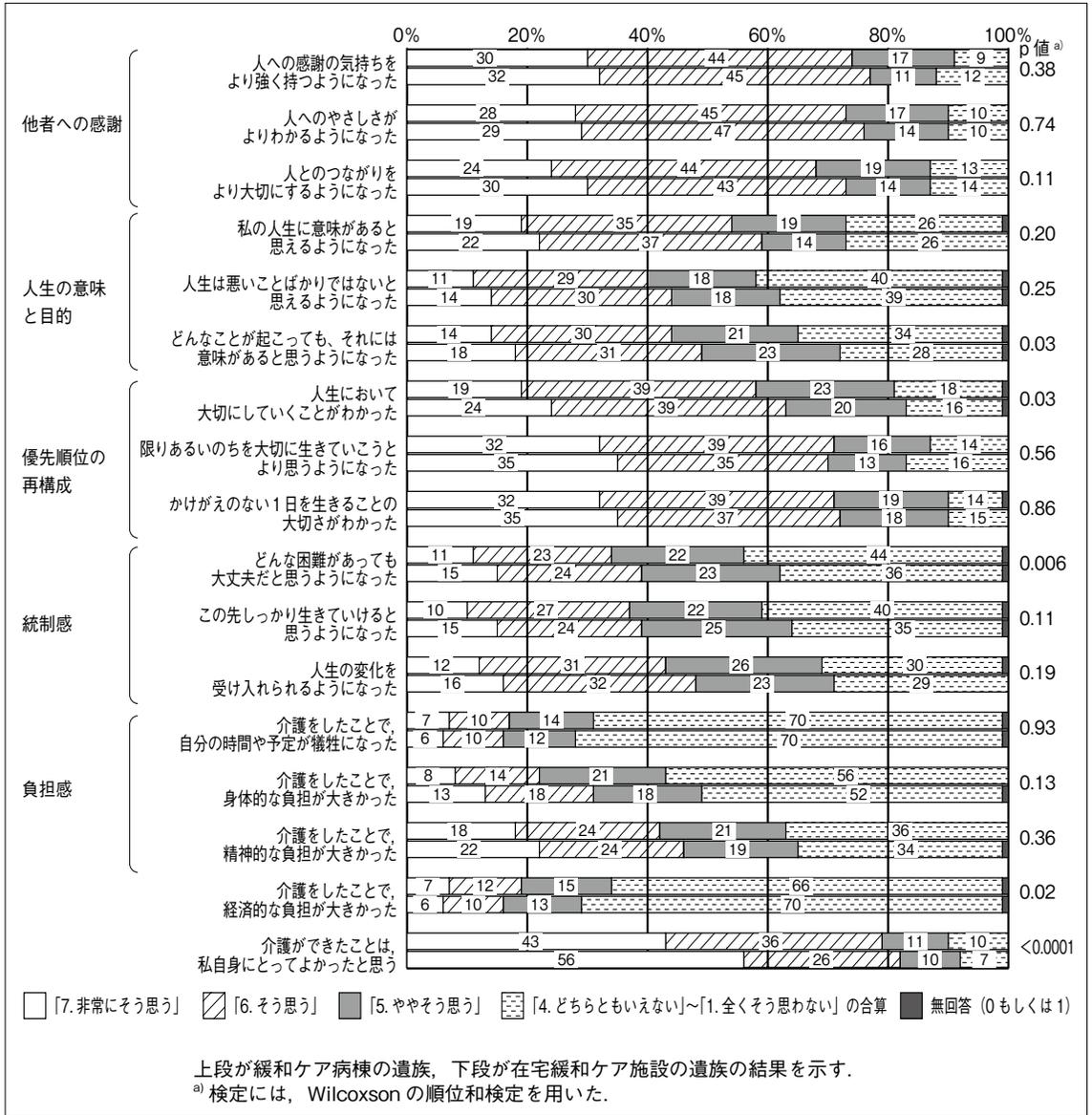


図 II-6 遺族による介護経験の評価

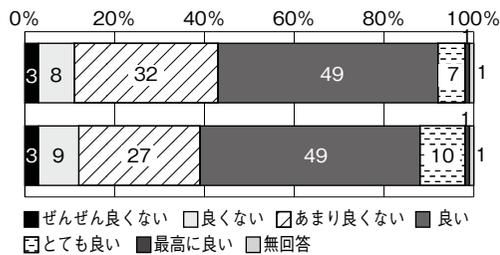
図 II-7に、各領域の回答分布を緩和ケア病棟の遺族(上段)と在宅緩和ケア施設の遺族(下段)の別に示す。各領域およびサマリースコアの得点において、緩和ケア病棟遺族と在宅遺族の得点に統計的な有意差はみられなかった。

全体的な健康状態に関しては、約40%が「ぜんぜん良くない」～「あまり良くない」と回答し、

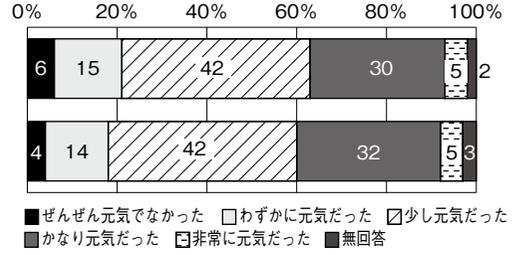
元気さについては、約60%が「ぜんぜん元気じゃなかった」「わずかに元気だった」「少し元気だった」と回答した。

身体的な面では、体を使う日常活動やいつもの仕事や家事が、身体的な理由で妨げられたものが30～40%程度であり、体の痛みを感じているものも45%程度存在した。心理的な面では、日常活動

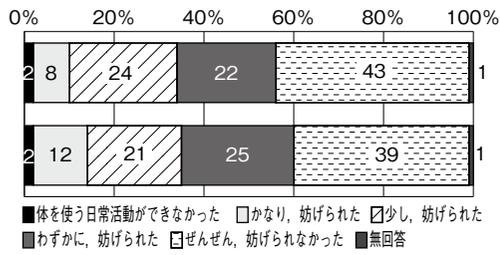
全体的健康感
「全体的にみて、あなたの健康状態はいかがでしたか」



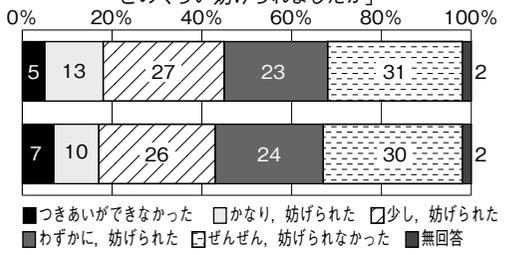
活力
「どのくらい元気でしたか」



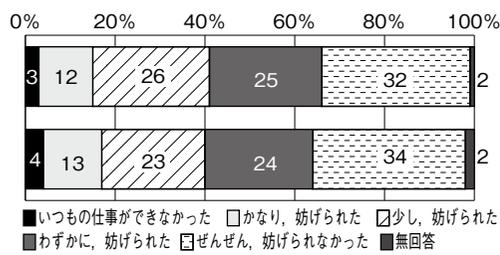
日常生活機能(身体)
「体を使う日常活動が、身体的な理由でどのくらい妨げられましたか」



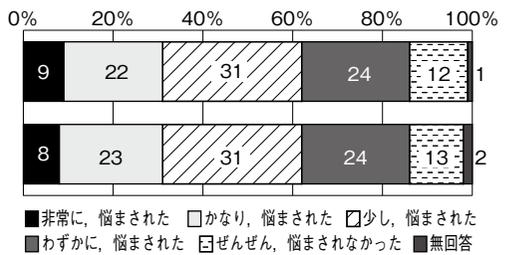
社会生活機能
「家族や友人との普段のつきあいが、身体的・心理的な理由でどのくらい妨げられましたか」



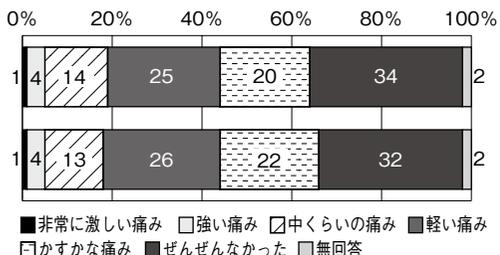
身体機能
「いつもの仕事や家事が、身体的な理由でどのくらい妨げられましたか」



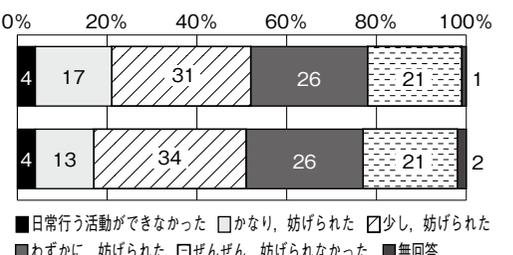
心の健康
「心理的な問題に、どのくらい悩まされましたか」



体の痛み
「体の痛みはどのくらいありましたか」



日常役割機能(精神)
「日常行う活動が、心理的な理由で、どのくらい妨げられましたか」



上段が緩和ケア病棟の遺族、下段が在宅緩和ケア施設の遺族の結果を示す。
a) 検定には、Wilcoxonの順位和検定を用いた。

図 II-7 遺族の健康関連QOL (SF 8)

が心理的な理由で妨げられたと回答したものは50%程度、心理的な問題に悩まされたものは60%程度であった。身体的・心理的な理由から家族や友人との付き合いが妨げられたと回答したものは45%程度であった。

各下位尺度の得点は、全体的健康感が緩和ケア病棟遺族で46.3点、在宅遺族で46.8点、身体機能がそれぞれ47.6点、47.0点、日常役割機能(身体)が45.6点、45.5点、体の痛みが両群とも50.2点、活力が47.0点、47.4点、社会生活機能が43.2点、43.0点、心の健康が45.0点、45.1点、日常役割機能(精神)が44.6点、44.9点であり、身体的サマリースコアはそれぞれ47.6点、47.3点、精神的サマリースコアが43.0点、43.3点であった。

日本国民一般の平均との比較においては、両群で、全体的健康感と身体的サマリースコア、精神的サマリースコアが日本国民の平均値よりも低いことが示され、遺族の健康関連QOLは一般国民の平均値と比して低いことが明らかとなった。

まとめ

本研究は、わが国の終末期がん患者の遺族の介護経験の評価と健康関連QOLを大規模に把握した初めてのものである。

介護経験の評価に関しては、対象者の60%が精神的な介護負担を感じていたが、介護肯定感を有するものも60%以上存在した。健康関連QOLに関しては、全体的な健康が良くないと回答したものが約40%、身体的な理由で仕事や日常生活に支障があったり、痛みを感じているものが45%、心理的な理由で日常生活に支障や悩みを感じているものが50~60%、人づき合いなどの社会生活に支障をきたしているものも40%程度存在していた。また、両群で、国民平均値と比較して全体的健康感や身体的サマリースコア、精神的サマリースコアが低いことが示されるなど、遺族の健康状態は一般国民の平均値と比して低いことが示された。緩和ケア病棟遺族と在宅緩和ケア遺族で介護経験の評価や健康関連QOLに差異はなかった。

今後は遺族アウトカムの向上につながる要因を

探索し、ケアの改善につなげていくことが課題である。

文 献

- 1) Dumont S, Turgeon J, Allard P, et al. Caring for a loved one with advanced cancer : determinants of psychological distress in family caregivers. *J Palliat Med* 2006 ; 9 : 912-921.
- 2) Goldstein NE, Concato J, Fried TR, et al. Factors associated with caregiver burden among caregivers of terminally ill patients with cancer. *Journal of Palliative Care* 2004 ; 20 : 38-43.
- 3) Grov EK, Fossa SD, Sorebo O, et al. Primary caregivers of cancer patients in the palliative phase : a path analysis of variables influencing their burden. *Soc Sci Med* 2006 ; 63 : 2429-2439.
- 4) Hwang SS, Chang VT, Alejandro Y, et al. Caregiver unmet needs, burden, and satisfaction in symptomatic advanced cancer patients at a Veterans Affairs (VA) medical center. *Palliat Support Care* 2003 ; 1 : 319-329.
- 5) Tilden VP, Tolle SW, Drach LL, et al. Out-of-hospital death : advance care planning, decedent symptoms, and caregiver burden. *J Am Geriatr Soc* 2004 ; 52 : 532-539.
- 6) Cohen CA, Colantonio A, Vernich L. Positive aspects of caregiving : rounding out the caregiver experience. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002 ; 17 : 184-188.
- 7) Hunt CK. Concepts in caregiver research. *J Nurs Scholarsh* 2003 ; 35 : 27-32.
- 8) Kim Y, Schulz R, Carver CS. Benefit-finding in the cancer caregiving experience. *Psychosom Med* 2007 ; 69 : 283-291.
- 9) Kramer BJ : Gain in the caregiving experience. where are we? What next? *Gerontologist* 1997 ; 37 : 218-232.
- 10) Langner SR. Finding meaning in caring for elderly relatives : loss and personal growth. *Holist Nurs Pract* 1995 ; 9 : 75-84.
- 11) Pinquart M, Sorensen S. Associations of caregiver stressors and uplifts with subjective well-being and depressive mood : a meta-analytic comparison. *Aging Ment Health* 2004 ; 8 : 438-449.
- 12) Davis CG, Nolen-Hoeksema S, Larson J. Making sense of loss and benefiting from the experience : two construals of meaning. *J Pers*

-
- Soc Psychol* 1998 ; 75 : 561-574.
- 13) Hudson P. Positive aspects and challenges associated with caring for a dying relative at home. *Int J Palliat Nurs* 2004;10:58-65 (discussion 65) .
 - 14) Hudson PL, Aranda S, Hayman-White K. A psycho-educational intervention for family care givers of patients receiving palliative care : a randomized controlled trial. *J Pain Symptom Manage* 2005 ; 30 : 329-441.
 - 15) Manne S, Babb J, Pinover W, et al. Psycho educational group intervention for wives of men with prostate cancer. *Psychooncology* 2004 ; 13 : 37-46.
 - 16) Sanjo M, Morita T, Miyashita M, et al. Care-giving Consequences Inventory : a measure for evaluating caregiving consequences from the bereaved family member's perspective. *Psychooncology* 2009 ; 18 : 657-666.
 - 17) Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences (ed 2nd). New Jersey, Hillsdale, 1988.
 - 18) 福原俊一, 鈴鴨よしみ. 健康関連 QOL 尺度—SF-8 と SF-36. *医学のあゆみ* 2005 ; 213 (2) : 133-136.