

高齢がん患者の治療とその家族の介護・就労に関する 実態および課題に関する研究

(研究助成金 50万円)

防衛医科大学校医学教育部看護学科 老年看護学講座 准教授 仁科 聖子

[2013年 順天堂大学医学部衛生学講座修了]

共同研究者 順天堂大学医学部衛生学講座 客員教授 横山 和仁
国際医療福祉大学大学院 教授
順天堂大学医学部公衆衛生学講座 准教授 遠藤 源樹
順天堂大学医学部公衆衛生学講座 非常勤講師 白濱 龍太郎
順天堂大学医学部衛生学講座 助教 松川 岳久

(助成応募書)

研究目的

本研究の目的は、高齢がん患者の治療、家族介護者の介護と就労の実態と課題を明らかにすることである。がん拠点病院のがん支援センターの看護師、医療ソーシャルワーカーを対象として質的帰納的研究、調査票を用いた調査を行う。高齢がん患者の治療内容と家族介護者の介護と就労に関する支援の実態を把握する。この結果から、各医療機関におけるがん支援センターの専門職が、高齢がん患者のがん治療に関わる支援だけでなく、家族介護者も視野に入れ、介護と就労を両立できる支援の方法を見出す。

我が国は高齢化（高齢化率27.6%）が急速に進み、高齢者のがん罹患率も増加している。がんは高齢になるほど罹患しやすく、65歳以上のがん患者の割合は70.0%を占めている。今日の医学の進歩により高齢であってもがんの治療が可能になっており、長期にわたって病気と付き合い生活している状況である。高齢がん患者は、成人患者と異なり予備力、回復力が低下している。

高齢がん患者の治療としては、手術、術後合併症、化学療法、ホルモン療法、放射線療法などが行われるが、治療による影響から体力低下、認知機能障害などが出現し、ADL（日常生活動作）の低下、QOL（生活の質）の低下をきたす可能性がある。高齢がん患者の家族介護者の介護の特徴として、治療期では、外来の化学療法、放射線療法の通院介助、終末期においては、がんの症状の進行に伴い、日常生活の介護による介護負担が増強し、在宅での介護が困難になった場合には、緩和ケア病棟などの施設を検討しなければならない。高齢がん患者の治療のプロセスで介護と就労の両立が困難になる可能性がある。

現在、我が国において就労しながら介護している者は300万人（2017）を超え、年々増加している。介護の

ために離職・転職せざるを得ない者の数が増加しており、就労世代の者が介護している現状においては、労働力不足が懸念される。そこで、高齢がん患者の治療に伴う患者の状態および家族介護者の介護と就労を両立させるための実践を明らかにする。今後、高齢がん患者を介護している就労世代の介護者の就労を継続しやすい環境を整え、介護と就労を両立できる体制を整えることに寄与することができる。

研究実施計画の概要

【研究デザイン】：〔調査1〕 質的帰納的研究，〔調査2〕 自記式調査票を用いた実態調査（郵送法）

【対象者】：〔調査1〕 がん支援センターを設置している医療機関（防衛医科大学校病院，順天堂医院，横浜労災病院）の看護師，医療ソーシャルワーカー（MSW），介護の現状を把握するために訪問看護師，ケアマネジャー10名を対象とする。

〔調査2〕 がん情報サービスサイトより，がん支援センターを設置している医療機関（がん認定医，がん専門看護師，がん化学療法看護師，認定看護師，がん放射線療法看護認定看護師）が在籍している医療機関（300件）の看護師，MSWを対象とする。

【研究方法】

〔調査1〕 高齢がん患者に対する医療関係者の支援の現状について，具体的な内容を聞き取るためにインタビューガイドを用いて行う。インタビューは事例をもとに患者の属性，疾患・治療方法・経過，家族介護者の介護および就労状況，健康状態について介護と就労と関連させて聞き取る。

〔調査2〕 調査内容は対象者の属性（年齢，性別，専門資格，勤務年数），病院の概要，がん患者・家族の相談件数，個々の患者に関する疾患，病状，治療内容，家族介護者の状況，就労状況，健康状態について自由記載欄に記載してもらう。

【分析方法】 〔調査1〕 質的帰納的方法により分析する。

〔調査2〕 一次集計， χ^2 検定，t検定，ロジスティック回帰分析などを行う。

【倫理的配慮】

防衛医科大学校医学教育部倫理審査委員会に諮り，承認を得た後から研究を開始する。対象者にインタビュー協力を依頼し，同意を得るために説明文書と同意書を用いて対象者に説明する。同意が得られた場合は，同意書に署名をもらった後，インタビューを実施する。調査票を用いた調査は，郵送法により調査票を配布するため，調査対象者には，説明文書を使用して調査への協力の依頼し，記載された調査票の返信をもって同意が得られたこととみなす。

I 緒言

本研究の目的は、高齢がん患者の治療、家族介護者の介護と就労の実態と課題を明らかにすることである。がん拠点病院のがん支援センターの看護師、医療ソーシャルワーカーを対象として質的帰納的研究および調査票を用いた調査を行う。高齢がん患者の治療内容と家族介護者の介護と就労に関する支援の実態を把握する。この結果から、各医療機関におけるがん支援センターの専門職が、高齢がん患者のがん治療に関わる支援だけでなく、家族介護者も視野に入れ、介護と就労を両立できる支援の方法を見出す。

我が国は高齢化（高齢化率27.7%）が急速に進み、高齢者のがん罹患率も増加している。がんは高齢になるほど罹患しやすく、65歳以上のがん患者の割合は70.0%を占めている。今日の医学の進歩により高齢であってもがんの治療が可能になっており、長期にわたって病気と付き合い生活している状況である。高齢がん患者は、成人患者と異なり予備力、回復力が低下している。高齢がん患者の治療としては、手術、化学療法、ホルモン療法、放射線療法などが行われるが、治療による影響から体力低下、認知機能障害などが出現し、ADL（日常生活動作）の低下、QOL（生活の質）の低下をきたす可能性がある。

II 研究方法

1. 研究デザイン

【調査1】：看護師および医療ソーシャルワーカーを対象とした質的帰納的研究

【調査2】：就労介護者を対象としたインターネットによる調査研究

2. 対象者

【調査1】

がん支援センター22か所の看護師・MSWおよび高齢がん患者の治療・介護の現状を把握している訪問看護師30名を対象とした。東京23区内にあるがん専門病院22か所のがん支援センターに勤務している看護師・MSWとした。対象者は、がん患者の治療、退院までのプロセスで介入した経験がある者を対象とした。がん専門病院は国立がん研究センター対策情報センターが運営しているがん情報サービスサイト (<https://hospdb.ganjoho.jp/kyoten/>) から検索した。また、訪問看護師は東京23区内で地域包括ケアの推進に中心的な役割を担う訪問看護師を教育している訪問看護ステーション8か所の訪問看護師とした。対象者の選定については、研究費および研究期間が限られているため、実現可能な地域を選定した。

【調査2】

対象者は、高齢がん患者を就労しながら介護している家族介護者400名とする。対象となる高齢がん患者を就労しながら介護している者は、インターネット運営会社（株式会社hamon）が保有してい

る全国のモニター40,000名から対象を選定した。そのためにスクリーニングの段階で対象者400名を選別した。

3. 研究方法

【調査1】

高齢がん患者に対する医療関係者の支援の現状について、具体的な内容を聞き取るためにインタビューガイドを用いて行った。インタビューは事例をもとに患者の属性、疾患・治療方法・経過、家族介護者の介護および就労状況、健康状態について介護と就労と関連させて聞き取った。

【調査2】

就労介護者を対象に対象者の年齢、性別、職業、勤務形態など、高齢がん患者の疾患、治療、要介護度、介護期間、介護協力者、就労状況、介護者の健康状態・生活、がん患者の家族介護者のQOLについて調査した。対象者のQOLに関しては、がん患者の家族介護者のQuality of lifeに関する尺度日本語版CQOLを用いた。就労介護者の仕事のパフォーマンスに関しては「WHO健康と仕事のパフォーマンスに関する調査票」短縮版を使用した。

4. 分析方法

【調査1】

得られたデータを逐語録にし、対象者が高齢がん患者の治療、家族の介護・仕事して支援した内容をコード、カテゴリ化し、質的帰納的方法により分析した。

【調査2】

一次集計、二次集計として、性別、就労状況による比較を行うために χ^2 検定、t検定、Mann-Whitney U検定を行った。

5. 倫理的配慮

防衛医科大学校倫理委員会に諮り、学校長の承認（4057）を得た後から研究を開始した。【調査1】は対象者にインタビュー協力を依頼し、同意を得るために説明文書と同意書を用いて対象者に説明した。同意が得られた場合は、同意書に署名をしてもらった後、インタビューを実施した。【調査2】では、同様に学校長の承認を得られた説明文書を用いてインターネット上で説明文書を示した。対象者が説明文を読み対象者の意思により「同意する」にチェックした者のみから回答を得た。

Ⅲ 研究結果

1. 高齢がん患者とその家族に対する看護師に対するインタビュー（調査1）

1) 対象者の属性

対象者は、高齢がん患者とその家族に対して支援した経験のある看護師5名であった。訪問看護師が3名、病院勤務の看護師が2名であった。対象者は全員女性、平均年齢は45.4歳、38歳～54歳であった。看護師は、がん専門看護師、慢性疾患看護専門看護師、訪問看護認定看護師、認定看護管理者の専門資格を有していた。基礎資格における経験年数は16年～22年であった。

2) 対象者が支援した高齢がん患者と家族の状況

対象者が支援した高齢がん患者の年齢75～84歳、男性3名、女性2名であった。病名は総胆管癌、胃癌、膵臓癌、肺癌で、全員が他の臓器に転移していた。疼痛が出現し疼痛管理を全員が行っており、そのほかにドレーン管理、膀胱留置カテーテル、皮下点滴、在宅酸素を行っている者がいた。身体症状としては、疼痛、経口摂取困難、味覚障害、嘔気・嘔吐、肺癌の患者は咳嗽・痰、その他に疼痛管理による便秘の症状が現れている者がいた。精神症状は不安3名、精神的な苦痛2名、認知機能障害2名、不眠1名、自覚症状がない者が1名であった。

高齢がん患者の家族介護者は、全員女性、年齢が40歳前半～70歳前半で、続柄は妻が3名、娘が2名で全員、就労していた。そのうち3名は、訪問看護師が支援した事例で、高齢がん患者が病院から在宅に退院した後、10日～1年2カ月の期間に在宅で最期を迎えていた。病院の看護師が関わった事例は、治療期の支援中の事例および再発期から終末期にかけて支援している事例であった。

3) 高齢がん患者と家族に対する看護師の支援

高齢がん患者と家族に対する看護師の支援に関する53コードは抽出された。そのうち病院看護師による支援は25コード、訪問看護師による支援内容は28コードであった。看護が提供されている場と支援内容が異なるため、病院看護師の支援と訪問看護師の支援に分けて結果を示す。コードは〔 〕、カテゴリは【 】で示す。

(1) 病院看護師による支援

病院看護師による支援は、【退院後の生活環境の整備】、【退院後の継続支援のための訪問看護師との協働】、【介護者が就労継続できる環境の整備】の3つのカテゴリに分類された。

【退院後の生活環境の整備】としては、〔転移による骨折のリスクに備えて生活スタイルを変えるよう提案する〕、〔高齢がん患者の症状マネジメントと住環境の整備を行う〕、〔理学療法士と相談しベッドを導入する〕などのコードが抽出された。

【退院後の継続した支援のための訪問看護師との協働】では、〔介護者の仕事を含めた介護力を見極めて支援方法を検討して申し送る〕など、退院後に継続した支援ができるよう介護者の状況

を把握し、申し送りをしていた。

【介護者が就労継続できる環境の整備】として、〔介護へのイメージ・サービスに期待することを訪問看護師に引き継ぎ介護者が離職を選択しないよう働きかける〕、〔介護協力者と仕事の調整をして両立を可能する〕、〔介護と就労を両立するために介護者へ助言する〕という支援を行っていた。

(2) 訪問看護師による終末期の支援

訪問看護師による支援は、【高齢がん患者の苦痛除去・家族の不安軽減】、【介護者の就労状況に合わせたサービスの調整】のカテゴリが抽出された。

【高齢がん患者の苦痛除去・家族の不安軽減】に関しては、〔介護者が仕事でいない時間をサービスで埋め不安がないよう対処する〕〔高齢がん患者の痛みの対応ができない介護者のために夜間の対応をする〕ことによって、「夜も来てもらってほっとした。(家族が)呼んだら来てくれることがわかってうれしかった」という反応があり家族の安心感につながっていた。

【介護者の就労状況に合わせたサービスの調整】では、〔介護者の仕事の時間に合わせて訪問看護を提供する〕、〔介護者の帰宅時間に合わせて話を聞き治療の方向性を決める〕〔介護者が仕事で忙しい時期に合わせて緩和ケア病棟にレスパイトも兼ねて調整する〕など介護者の状況に合わせて支援が行われていた。〔臨死期が近くなり介護者が仕事の調整ができるよう働きかける〕では、最期に家族が悔いを残さないよう支援していた。

2. 就労介護者を対象としたインターネット調査（調査2）

1) 対象者の属性および高齢がん患者の介護状況

対象者の属性については表1に示す。対象者は高齢がん患者を介護しながら就労している者であった。229名（100.0%）であった。性別は、男性150名（65.5%）、女性79名（34.5%）、年齢は40～69歳、既婚（離別・死別含む）153名（66.8%）であった。高齢がん患者の介護者の職業は、会社勤務（一般社員）が69名（30.1%）、次いで会社勤務（管理職）35名（15.3%）、派遣・契約社員は21名（9.2%）などであった。雇用形態は、正規雇用が157名（68.6%）、非正規雇用72名（31.4%）であった。

高齢がん患者と介護者との関係は、実母91名（39.7%）、実父73名（31.9%）、配偶者32名（14.0%）の順であった。対象者の介護期間は6か月～1年以内が28名（18.7%）、2～3年以内28名（18.7%）、次いで1～2年以内22名（14.7%）であった。介護に対して協力者がいる者は113名（75.3%）となっていた。

2) 高齢がん患者の疾病・治療の状況

高齢がん患者の疾病・治療の状況については、表2-1に示した。がん患者の年齢は80歳以上の者47名（20.5%）と最も多かった。がんの治療部位は十二指腸・小腸・大腸、次いで食道・胃などの順となっていた。がん以外には、高齢による衰弱が最も多く、次に認知症、糖尿病などの順に多かつ

た。療養期は、長期療養期91名（39.7%）、治療期82名（35.8%）などとなっていた。治療は手術126名（55.0%）、抗がん剤治療が119名（52.0%）などを行っていた。医療処置は疼痛コントロールとして内服、注射などを行っている者が、122名（53.3%）、次いで痰の吸引、膀胱留置カテーテルなどの処置を行っていた。

3) 高齢がん患者の介護に関連する状況

高齢がん患者の介護の状況として要介護度は、要介護2が38名（16.6%）、次いで要介護3、要介護1の順となっていた。介護必要度では、「ときどき介護が必要」90名（39.3%）が最も多かった。介護者が介護に支障をきたす身体症状としては、食欲低下、がんによる疼痛、上下肢のしびれ、浮腫の順に症状が出現していた。精神症状では、疲労感、記憶障害、集中力の欠如の順に症状が介護に支障をきたしていた。

4) 対象者の就労状況

対象者の就労に関しては表3に示した。対象者は、介護のために就労を短縮勤務などの勤務形態の変更をしている者が、73名（31.9%）、転職32名（14.0）、退職41名（17.9%）であった。介護のために勤務日数が減った者130名（56.8%）、残業できないことがあった者は151名（65.9%）であった。残業できないことがあった理由として、「診察の介助、付き添い」109名（47.6%）、「身体介護、見守り（食事、排泄等）」105名（69.5%）、「治療のための付き添い（化学療法、放射線療法等）」98名（64.9%）であった。

介護と仕事を両立するための制度を150名が利用していた。具体的には、有給休暇は139名（89.7%）、介護休暇38名（24.5%）、労働時間の短縮27名（17.4%）、在宅勤務などを利用していた。

5) 対象者の就労に影響する状況

対象者の就労に影響する状況については、表4に示した。対象者を男女別に分析した結果、「上司・同僚との付き合い」（ $p < 0.05$ ）、「仕事中の集中力（眠気や気怠さ等から）」（ $p < 0.05$ ）の項目で有意な差があった。

就労介護者の仕事のパフォーマンスに関して「WHO健康と仕事のパフォーマンスに関する調査票」短縮版を用いて調査した結果、「過去7日間に、合計で何時間働きましたか」については、平均37.7（±13.3）時間、「あなたは週に何時間働くことを求められていますか」は、平均37.3（±12.5）時間、対象者の「身体的、または精神的な健康問題によって丸一日仕事を休んだ日は何日ありましたか」は、1.3（±3.3）時間、「他の理由で丸一日仕事を休んだ日」は、1.6（±2.9）時間、介護者自身の「身体的、または精神的な健康問題により、勤務時間の一部を休んだ日」は0.8（±1.8）時間、「何か他の理由で勤務時間の一部を休んだ日」1.1（±2.9）時間、「過去4週間（28日）には、合計で何時間働きましたか」平均16.5（±11.2）時間であった。「普段の仕事の出来」について、最高の出来を10点とした場合、平均6.6（±1.7）点、「過去1～2年の、あなたの普段の仕事の出来」は平

均6.8 (±1.8) 点となっていた。

6) 対象者の経済状況

対象者の経済状況は、表5に示した。介護開始前後の経済的变化については、男女ともに収入は減少し、支出は増加しており、経済的負担が増加した者が7割を占めていた。経済状況について、男女で比較した結果、有意な差はなかった (*n.s.*)。

7) 就労介護者のQOL

がん患者の就労介護者のQuality of lifeに関する尺度日本語版CQOLは、21項目について質問した。その結果を男女別に分析した結果 (表6-1)、「私は悲しく感じている」($p < 0.05$)、「私は、将来を落胆している」($p < 0.05$)、「私は患者さんが死ぬのを恐れている」($p < 0.05$)、「私は神経質になっている」($p < 0.05$)、「ストレスや心配は、前よりも増えてきている」($p < 0.05$)、「私は、前よりも気が張ってきていると、感じている」($p < 0.05$)の項目で有意な差がみられていた。

経済的な問題に関しては、表6-2に示したように「経済的な見通しは、不安定である」($p < 0.05$)、「私は経済的負担を抱えている」($p < 0.05$)の項目で有意な差があり ($p < 0.05$)、男性より女性の方が負担感を持っていた。

表1. 対象者の属性

N=229

		N	%
性別	男性	150	65.5
	女性	79	34.5
年齢	40代	90	39.3
	50代	89	38.4
	60代	51	22.3
婚姻状況	未婚	76	33.2
	既婚(死別、離別含む)	153	66.8
職業	会社勤務(一般社員)	69	30.1
	会社勤務(管理職)	35	15.3
	会社経営(経営者・役員)	11	4.8
	公務員・教職員・非営利団体職員	17	7.4
	自営業(商工サービス)	25	10.9
	派遣社員・契約社員	21	9.2
	専門職(弁護士・税理士等・医療関連)	7	3.1
	パート・アルバイト	21	9.2
	専業主婦(主夫)	7	3.1
	無職	11	4.8
	その他の職業	5	2.2
雇用形態	正規雇用	157	68.6
	非正規雇用	72	31.4
高齢がん患者と介護者の関係	実父	73	31.9
	実母	91	39.7
	義父	17	7.4
	義母	12	5.2
	配偶者	32	14.0
	その他の親族	4	1.7
介護期間	半年未満	21	14.0
	半年～1年以内	28	18.7
	1～2年以内	22	14.7
	2～3年以内	28	18.7
	3～4年以内	14	9.3
	4～5年以内	13	8.7
	5～10年以内	10	6.7
	10年以上	14	9.3
介護協力者	いる	113	75.3
	いない	37	24.7

表2-1. がん患者の疾患・治療状況

		N=229	
		N	%
がん患者年齢	65歳未満	28	12.2
	65歳～	16	7.0
	70歳～	35	15.3
	75歳～	41	17.9
	80歳～	47	20.5
	85歳～	38	16.6
	90歳～	21	9.2
	95歳～	3	1.3
がんの治療部位	脳	8	3.5
	脊髄	3	1.3
	耳鼻咽喉・口腔	6	2.6
	甲状腺	7	3.1
	肺	31	13.5
	乳房	25	10.9
	中皮腫	0	0.0
	食道・胃	34	14.8
	十二指腸・小腸・大腸	40	17.5
	肝・胆管・胆のう・膵臓	20	8.7
	腎臓・膀胱・副腎腫瘍	15	6.6
	前立腺・精巣	16	7.0
	子宮・卵巣・その他の女性器	8	3.5
	骨・軟部組織	3	1.3
	血液・リンパ	6	2.6
	その他	4	1.7
がん以外の疾患を持つ者	原発不明	3	1.3
	高齢による衰弱	82	35.8
	骨折・転倒	45	19.7
	関節疾患	31	13.5
	脳血管疾患	33	14.4
	呼吸器疾患	23	10.0
	糖尿病	47	20.5
	認知症	57	24.9
	パーキンソン病	4	1.7
	その他	13	5.7
	特になし	53	23.1
療養期	治療が決定した時期	22	9.6
	治療している時期	82	35.8
	長期療養している時期	91	39.7
	緩和ケアを受けている時期	34	14.8
治療	手術	126	55.0
	抗がん剤治療	119	52.0
	放射線療法	59	25.8
	痛みのコントロールのための治療	46	20.1
	その他	17	7.4
	治療をしていない	19	8.3
	わからない	0	0.0
医療処置	痛みのコントロール(内服、注射など)	122	53.3
	痰の吸引	28	12.2
	膀胱留置カテーテル	21	9.2
	人工肛門	17	7.4
	人工膀胱	5	2.2
	中心静脈栄養	6	2.6
	経管栄養	14	6.1
	胃瘻	9	3.9
	在宅酸素療法	12	5.2
	その他	25	10.9
	わからない	54	23.6

表2-2. がん患者の介護に関連する状況

N=229

		N	%
要介護度	要支援1	13	5.7
	要支援2	12	5.2
	要介護1	28	12.2
	要介護2	38	16.6
	要介護3	33	14.4
	要介護4	22	9.6
	要介護5	18	7.9
	要介護認定を受けていない	57	24.9
	わからない	8	3.5
介護必要度	まれに介護が必要	61	26.6
	ときどき介護が必要	90	39.3
	ほとんどいつも介護が必要	47	20.5
	いつも介護が必要	31	13.5
介護に支障をきたす身体的症状	食欲低下	87	38.0
	がんによる疼痛	64	27.9
	上下肢のしびれ	43	18.8
	浮腫	41	17.9
	食事摂取低下	38	16.6
	咳・痰	37	16.2
	嘔気・嘔吐	34	14.8
	呼吸困難	20	8.7
	出血(吐血・下血)	9	3.9
	その他	11	4.8
	特にない	66	28.8
介護に支障をきたす精神的症状	疲れやすい	116	50.7
	記憶障害	79	34.5
	集中力の欠如	68	29.7
	不眠	63	27.5
	不安	63	27.5
	抑うつ	44	19.2
	悲嘆	28	12.2
	せん妄	20	8.7
	その他	5	2.2
	特にない	44	19.2

表 3. 対象者の就労状況

		N=229			
		男性		女性	
		N	%	N	%
		150	65.5	79	34.5
勤務形態の変更	短縮勤務などの勤務形態の変更をした	46	30.7	27	34.2
	転職をした	25	16.7	7	8.9
	退職をした(3年以内)	20	13.3	13	16.5
	退職をした(3年以上前)	2	1.3	6	7.6
	変更なし	71	47.3	30	38.0
	その他	4	2.7	3	3.8
短縮勤務などの勤務形態の変更や転職や退職した者		75	75	46	46
その理由	介護が大変で仕事と両立できないから	34	45.3	22	47.8
	仕事が忙しく介護と両立できないから	21	28.0	9	19.6
	高齢者の病状が変化したから	12	16.0	9	19.6
	自分自身の健康状態に問題があったから	4	5.3	1	2.2
	その他	4	5.3	5	10.9
勤務日数が減った	あてはまる	78	52.0	52	65.8
	あてはまらない	72	48.0	27	34.2
残業をできなかった	あてはまる	91	60.7	60	75.9
	あてはまらない	59	39.3	19	24.1
残業できない理由	診察の介助、付き添い	66	72.5	43	71.7
	身体介護、見守り(食事、排泄など)	62	68.1	43	71.7
	家事	58	63.7	43	71.7
	治療のための付き添い(化学療法、放射線療法など)	61	67.0	37	61.7
	買い物	51	56.0	35	58.3
	入退院の手助け	60	65.9	33	55.0
	その他	1	1.1	0	0.0
仕事と介護を両立するための制度を利用しましたか	有給休暇	88	58.7	51	64.6
	半日単位、時間単位休暇	52	34.7	37	46.8
	仕事内容の調整	51	34.0	22	27.8
	残業・休日勤務の免除	28	18.7	13	16.5
	介護休暇	28	18.7	10	12.7
	時差出勤	15	10.0	9	11.4
	所定労働時間の短縮	18	12.0	9	11.4
	フレックスタイム	18	12.0	7	8.9
	所定労働日数の短縮	17	11.3	7	8.9
	在宅勤務	11	7.3	6	7.6
	裁量労働	8	5.3	3	3.8
	在宅以外の勤務場所(テレワーク、サテライトオフィス)	4	2.7	2	2.5
	その他	2	1.3	0	0.0
	特に利用していない	33	22.0	17	21.5

表4. 対象者の就労に影響する状況

N=229

		男性		女性		P
		N	%	N	%	
		150	65.5	79	34.5	
上司・同僚との付き合い	影響した	44	29.3	30	38.0	<i>p</i> < 0.05
	多少影響した	34	22.7	26	32.9	
	影響していない	72	48.0	23	29.1	
仕事中の集中力(眠気や気怠さ等から)	影響した	38	25.3	32	40.5	<i>p</i> < 0.05
	多少影響した	52	34.7	32	40.5	
	影響していない	60	40.0	15	19.0	
キャリアアップや昇進	影響した	39	26.0	23	29.1	<i>n.s.</i>
	多少影響した	31	20.7	18	22.8	
	影響していない	80	53.3	38	48.1	
仕事の質	影響した	42	28.0	25	31.6	<i>n.s.</i>
	多少影響した	45	30.0	29	36.7	
	影響していない	63	42.0	25	31.6	
仕事へのモチベーション	影響した	48	32.0	32	40.5	<i>n.s.</i>
	多少影響した	47	31.3	29	36.7	
	影響していない	55	36.7	18	22.8	
業務評価や営業成績	影響した	40	26.7	24	30.4	<i>n.s.</i>
	多少影響した	36	24.0	28	35.4	
	影響していない	74	49.3	27	34.2	

表5. 対象者の経済状況

N=229

		増えた		減った		変わらない		P
		N	%	N	%	N	%	
収入	男性	150	65.5	4	2.7	84	56.0	<i>n.s.</i>
	女性	79	34.5	3	3.8	50	63.3	
支出	男性	150	65.5	109	72.7	16	10.7	<i>n.s.</i>
	女性	79	34.5	62	78.5	5	6.3	
経済的負担	男性	150	65.5	116	77.3	8	5.3	<i>n.s.</i>
	女性	79	34.5	64	81.0	2	2.5	

Mann-Whitney U検定

表6-1. 対象者のCQOL

N=229

	非常にそう思う		そう思う		どちらかといえば そう思う		どちらかといえば そう思わない		そう思わない		全くそう思わない		P			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
私は悲しく感じている	男性	150	65.5	29	19.3	50	33.3	33	22.0	15	10.0	14	9.3	6.0	$p < 0.05$	
	女性	79	34.5	26	32.9	19	24.1	23	29.1	6	7.6	3	3.8	2	2.5	
私は、将来を落胆している	男性	150	65.5	21	14.0	26	17.3	44	29.3	21	14.0	27	18.0	11	7.3	$p < 0.05$
	女性	79	34.5	18	22.8	16	20.3	22	27.8	17	21.5	5	6.3	1	1.3	
私は患者さんが死ぬのを恐れている	男性	150	65.5	29	19.3	30	20.0	45	30.0	19	12.7	16	10.7	11	7.3	$p < 0.05$
	女性	79	34.5	26	32.9	18	22.8	19	24.1	7	8.9	7	8.9	2	2.5	
私は神経質になっている	男性	150	65.5	18	12.0	35	23.3	52	34.7	23	15.3	16	10.7	6	4.0	$p < 0.05$
	女性	79	34.5	17	21.5	23	29.1	17	21.5	16	20.3	4	5.1	2	2.5	
患者さんの状態がだんだん悪くなっている、私は動揺している	男性	150	65.5	16	10.7	25	16.7	59	39.3	27	18.0	16	10.7	7	4.7	n.s.
	女性	79	34.5	12	15.2	13	16.5	22	27.8	19	24.1	9	11.4	4	5.1	
ストレスや心配は、前よりも増えてきている	男性	150	65.5	33	22.0	40	26.7	48	32.0	13	8.7	13	8.7	3	2.0	$p < 0.05$
	女性	79	34.5	28	35.4	22	27.8	20	25.3	4	5.1	2	2.5	3	3.8	
私は、罪の意識を感じている	男性	150	65.5	12	8.0	13	8.7	39	26.0	37	24.7	26	17.3	23	15.3	n.s.
	女性	79	34.5	11	13.9	10	12.7	15	19.0	18	22.8	15	19.0	10	12.7	
私は、前よりも気が張ってきていると、感じている	男性	150	65.5	13	8.7	29	19.3	62	41.3	21	14.0	18	12.0	7	4.7	$p < 0.05$
	女性	79	34.5	13	16.5	18	22.8	31	39.2	10	12.7	6	7.6	1	1.3	
患者さんとの関係が、より親密になってきている	男性	150	65.5	19	12.7	30	20.0	58	38.7	19	12.7	17	11.3	7	4.7	n.s.
	女性	79	34.5	10	12.7	14	17.7	34	43.0	11	13.9	6	7.6	4	5.1	
私は、生きている価値や意義に対する意識が高まってきた	男性	150	65.5	16	10.7	27	18.0	63	42.0	22	14.7	16	10.7	6	4.0	n.s.
	女性	79	34.5	15	19.0	12	15.2	24	30.4	14	17.7	9	11.4	5	6.3	
家庭内のコミュニケーションは、増えている	男性	150	65.5	17	11.3	27	18.0	63	42.0	28	18.7	9	6.0	6	4.0	n.s.
	女性	79	34.5	14	17.7	17	21.5	24	30.4	17	21.5	5	6.3	2	2.5	

t検定

表6-2. 対象者のCQOL

N=229

	非常にそう思う		そう思う		どちらかといえば そう思う		どちらかといえば そう思わない		そう思わない		全くそう思わない				
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
私は患者さんが病気になる前から、より前向きな人生観を持つようになった	女性	79	34.5	14	17.7	17	21.5	24	30.4	17	21.5	5	6.3	2	2.5
	男性	150	65.5	12	8.0	20	13.3	51	34.0	40	26.7	18	12.0	9	6.0
私には、友人や近所の人たちの助けがある	女性	79	34.5	10	12.7	11	13.9	15	19.0	26	32.9	10	12.7	7	8.9
	男性	150	65.5	8	5.3	21	14.0	44	29.3	30	20.0	27	18.0	20	13.3
経済的な見通しは、不安定である	女性	79	34.5	5	6.3	15	19.0	20	25.3	13	16.5	15	19.0	11	13.9
	男性	150	65.5	33	22.0	33	22.0	45	30.0	20	13.3	14	9.3	5	3.3
私は経済的負担を抱えている	女性	79	34.5	31	39.2	17	21.5	20	25.3	7	8.9	3	3.8	1	1.3
	男性	150	65.5	33	22.0	28	18.7	50	33.3	23	15.3	12	8.0	4	2.7
私は保険でどこまでまかなえられないか心配である	女性	79	34.5	30	38.0	12	15.2	19	24.1	14	17.7	2	2.5	2	2.5
	男性	150	65.5	25	16.7	33	22.0	49	32.7	20	13.3	13	8.7	10	6.7
患者さんを守らなくてはならないことが、私を苦しめる	女性	79	34.5	19	24.1	17	21.5	26	32.9	8	10.1	5	6.3	4	5.1
	男性	150	65.5	19	12.7	25	16.7	53	35.3	26	17.3	22	14.7	5	3.3
私は、自分の優先事項が変わっていることが嫌だ	女性	79	34.5	14	17.7	17	21.5	24	30.4	13	16.5	6	7.6	5	6.3
	男性	150	65.5	12	8.0	23	15.3	50	33.3	35	23.3	21	14.0	9	6.0
私は患者さんの痛みの管理をしなければならぬことが、とても大変である	女性	79	34.5	13	16.5	10	12.7	24	30.4	24	30.4	4	5.1	4	5.1
	男性	150	65.5	20	13.3	28	18.7	53	35.3	25	16.7	21	14.0	3	2.0
患者さんに対して、自分が負っている在宅での介護の責任は、非常に大きい	女性	79	34.5	14	17.7	15	19.0	25	31.6	18	22.8	4	5.1	3	3.8
	男性	150	65.5	26	17.3	34	22.7	59	39.3	19	12.7	11	7.3	1	0.7
私は患者さんの食習慣が変化したので、対処するのに苦労している	女性	79	34.5	23	29.1	17	21.5	25	31.6	9	11.4	1	1.3	4	5.1
	男性	150	65.5	20	13.3	30	20.0	55	36.7	27	18.0	17	11.3	1	0.7
t検定	女性	79	34.5	20	25.3	15	19.0	19	24.1	19	24.1	1	1.3	5	6.3

IV 考 察

1. 高齢がん患者と就労介護者に関わる看護師の支援

高齢がん患者に関わる病院看護師の支援は、高齢がん患者が入院中に【退院後の生活環境の整備】して、【退院後の継続支援のための訪問看護師との協働】を行い、【介護者が就労継続できる環境の整備】していた。病院看護師は、高齢がん患者とその家族が退院後も継続して療養できるよう患者とその家族の支援を行っていた。

このような看護師による支援は、吉岡（2018）の「終末期にある患者自身の思いを尊重した関わり」に関する研究において、「支援の対象として家族と関わる」、「家族の介護力を査定する」、「在宅療養移行に向けた情報提供」し、「在宅療養支援におけるメンバーシップの発揮」するなど、本研究の結果と共通する家族への支援がされていた。本研究では、【介護者が就労継続できる環境の整備】という介護者の就労を含めて、家族の介護環境を整える支援について、先行研究ではみられない結果が示された。

訪問看護師による支援では、がん患者に生じている疼痛による苦痛と家族の不安に対して、訪問看護師が【高齢がん患者の苦痛除去・家族の不安軽減】を行っていた。介護者に対しては、就労が継続できるよう【介護者の就労状況に合わせたサービスの調整】を行い、介護と就労を両立できるよう家族に助言していた。訪問看護師は、高齢がん患者の病状について説明をして、家族が後悔なく患者に関わることができるよう支援していた。

終末期がん患者の家族に対する苦痛、不安の軽減に関する支援については、家族の力に着目した中村（2019）の研究で「近づく死に対して療養者と家族が抱える不安な気持ちを受け止める」、「家族の生活を把握し、尊重する」、「介護者の力に見合った対処方法の提案やケアの介入をする」という共通した結果が示されていた。本研究においては、高齢がん患者の病状と介護者の生活の全体を理解して、介護者の就労にも配慮した関わりをしていたことが先行研究ではみられない結果として示された。

病院の看護師、訪問看護師はともに高齢がん患者だけでなく、就労しながら介護している家族の生活全体を把握し、介護と仕事を両立できるよう、最期に家族が悔いを残さないよう支援していた。高齢がん患者の介護者に特徴としては、加齢に伴い要介護状態になった高齢者の介護に比べ、高齢がん患者は症状の変化が大きく、介護が困難な上に、就労している者は就労と両立することが難しいと考えられる。

高齢がん患者と就労介護者の支援は、高齢がん患者と家族も含めた生活全体をとらえて、家族に対する支援を行う必要性があり、医療機関において支援体制を整備する必要があると考える。

2. 高齢がん患者を介護する就労介護者の就労への影響

高齢がん患者を介護している就労介護者（229名）の調査では、6割以上の者が短縮勤務や転職、退職など、なんらかの勤務形態の変更をしていた。就労介護者は、がん患者の特徴的な症状、介護に支障をきたす身体症状や精神症状が現れ、ストレスや不安を感じていた。また、がんの治療・症状緩和に対する医療、介護により経済的な負担を感じている者は、男性より女性の方が負担を持っていた。介護が就労に影響している項目は、上司・同僚との付き合い、仕事中の集中力について、男女の比較において有

意な差があり、男性より女性の方が影響していた。就労介護者は、高齢がん患者の介護に携わり、仕事に集中できない状況が予測される。

高齢がん患者の介護は、がんによる症状の出現により、患者自身の苦痛が加わり、家族の不安が増強するため、それを軽減するために医療者を中心とした支援が不可欠である。医療者による十分なサポートが得られない場合は、高齢がん患者の治療や介護者を含めた生活を整えられない可能性がある。河瀬(2017)は、がん患者の在宅生活を中断した家族について「患者の状態が悪化する中で感じる沈痛な思い」、「様々な身体症状の対応に迫られる」、「24時間患者と生活を共にする疲労」があり、在宅での生活を困難にさせる家族の状況がある。そのような患者・家族の不安を軽減させるためには、病院、在宅において医療者の支援が不可欠である。医療者に加え、介護職、介護のサービス提供者との協働・連携が必要である。

就労の場においては、就労介護者が「上司・同僚との付き合い」、「仕事中の集中力」に関して就労に影響しており、男性より女性の方が影響している回答していた。就労介護者の支援は、企業の人事担当者や上司・同僚が就労介護者に対する理解を示し、さらに産業医・産業保健師が就労継続できるように支援していく必要である。

近年、企業においては労働者の健康経営を目指す企業が多くなっており、働く人の生活を視野に入れた就労者への支援が不可欠になると考える。今後、高齢がん患者の治療においては、医療体制の整備と看護師による病院と在宅の橋渡し、家族を視野に入れた支援が必要である。就労介護者については、医療と就労の場の連携、企業による支援の方法を検討し、包括的なケアを実現していく必要性が示唆された。

V 結 語

高齢がん患者と就労介護者に関わる看護師の支援について看護師(5名)から聞き取った結果、病院看護師は、高齢がん患者が入院中に【退院後の生活環境の整備】を行い、【退院後の継続支援のための訪問看護師との協働】して支援し、【介護者が就労継続できる環境の整備】していた。訪問看護師は、【高齢がん患者の苦痛除去・家族の不安軽減】して、【介護者の就労状況に合わせたサービスの調整】を行っていた。看護師は、高齢がん患者だけでなく、就労しながら介護している者の生活全体を把握し、介護と仕事を両立できるよう、最期に家族が悔いを残さないよう支援していた。

高齢がん患者を介護している就労介護者(229名)の調査では、短縮勤務や転職、退職など、なんらかの勤務形態の変更をしている者が半数以上いた。高齢がん患者の就労介護者のQOL(CQOL)に関する「ストレスや心配は、前より増えてきている」などの心理的な負担が、男性より女性の方が強かった。経済的な負担について就労介護者は、収入の減少に加えて、「経済的な見通しは、不安定である」、「私は経済的負担を抱えている」という経済的な負担を感じている者がおり、男性より女性の方が持っていた。

謝 辞

本研究の実施に際しては、ご協力をいただきましたがん支援センターならびに退院支援部門、訪問看護ステーションの看護師の方々に感謝申し上げます。本研究は公益財団法人総合健康推進財団の助成を受けて実施いたしました。

【参考文献】

- 1) がん情報サービスサイト：<https://hospdb.ganjoho.jp/kyoten/>
- 2) 東京都訪問看護教育ステーション：<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kourei/hoken/houkan/houkankyoiiku.html>
- 3) WHO世界精神保健日本調査版「世界保健機関（WHO）健康と仕事のパフォーマンスに関する調査票」短縮版：https://www.hcp.med.harvard.edu/hpq/ftpdire/WMHJ-HPQ-SF_2018.pdf
- 4) 杉山育子, 庄司春菜, 五十嵐尚子, 他 (2017):がん患者の家族介護者のquality of lifeに影響を与える要因, 日本語版CQOLC (The Caregiver Quality of Life Index-Cancer) を用いた検討, Palliative Care Research, 12 (3), 259-269.
- 5) 吉岡さおり, 片山はるみ (2018): 終末期がん患者の在宅療養移行支援に対する病棟看護師の役割の認識, 日本看護科学会誌, 38, 133-141.
- 6) 中村美由紀, 沖中由美 (2019): 在宅で介護する終末期がん患者の家族の力を向上させる訪問看護師の援助, ホスピスケアと在宅ケア, 27 (1), 11-16.
- 7) 河瀬希代美, 稲村直子, 小貫恵理佳, 他 (2017): 積極的治療終了後に在宅生活を中断したがん患者の家族が抱える困難, Palliative Care Research, 12 (2), 194-202.