

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団  
2012年度（後期）一般公募「在宅医療研究への助成」

**終末期がん患者に対する訪問リハビリテーション導入に関する研究  
～ケアマネージャーへの質問紙調査を通じて～**

研究代表者：坂口聡子（コールメディカルクリニック福岡 作業療法士）  
共同研究者：岡村 仁（広島大学大学院保健学研究科 教授）

提出年月日：2014年3月28日

# 終末期がん患者に対する訪問リハビリテーション導入に関する研究 ～ケアマネージャーへの質問紙調査を通じて～

坂口 聡子 岡村 仁

## I. 研究の背景

我が国におけるがんの死亡数と罹患数は年々増加し続けている<sup>1)</sup>。また、がんは1981年以来、日本人の死亡原因の第1位となっているなど国民の生活を脅かす存在となっている。こうした状況の中、リハビリテーション領域でも、Dietz<sup>2)</sup>による「がんのリハビリテーションの分類」として予防的、回復的、維持的、緩和的の4つの段階に分けられ、全病期においてリハビリテーションが果たすべき役割が示されている。この中の一つである終末期がん患者に対する緩和的リハビリテーションは、患者・家族の希望・要望を尊重しながらQOLの維持向上に努めることが求められている<sup>3)</sup>。

一方で、人口の高齢化により、「多死時代」を迎えようとしている中、在宅医療・介護に注目が集まっている。2006年には介護保険法改正で、がん末期が特定疾病に入り、終末期がん患者の介護保険サービスが利用できるようになった。2012年度の診療報酬・介護報酬同時改定も、引き続き在宅医療・介護が重点分野の一つとして位置づけられている。これにより今後、最期まで自宅で過ごす終末期患者が増えていくことが予測される。利用者の居宅を訪問して行う訪問リハビリテーション（以下、訪問リハ）でも、終末期がん患者に対する維持向上を目的とした事例報告<sup>4)~6)</sup>が散見されるようになってきており、社会的背景からもニーズは高まっていくものと思われる。

しかし、作業療法士らが訪問リハを実施するにあたっては、計画的に医学管理を行っている医師の指示や、介護支援専門員（以下 CM）によるケアプランの訪問リハの組み入れなどが必要であることから、医療・介護などの他職種との連携は不可欠である。特に、介護保険における訪問リハの導入契機の6割以上がCMからの依頼とする報告<sup>7)</sup>もあり、CMの理解が必要となる。しかし、CMが訪問リハの利用を検討する疾患は脳血管疾患、難病、筋骨格系疾患などであり<sup>7),8)</sup>、がんを含む内部疾患に対する適応について言及している論文は見当たらない。

CMは、介護保険制度の要となる専門職であり、在宅サービスのマネジメント、家族支援など重要な役割を担っている<sup>9)</sup>。終末期がん患者が介護保険サービスを利用できるようになってからは、CMに対する終末期がん患者の支援の現状や課題に関する研究<sup>10)~12)</sup>及び事例報告<sup>13)</sup>からCMの関心の高さが伺える。また、CMが医療と介護の多職種チームの調整役として連携を図る必要性についても指摘されている<sup>14)</sup>。しかし、その主な連携先は医師や看護師で、セラピストとの連携率は低い。これについて、その背景や課題についての報告は見当たらず、終末期がん患者へ訪問リハを提供するにあたり検討する必要があると考えた。

そこで今回、終末期がん患者に対する訪問リハ導入経験の有無とその関連要因を検討するために、CMを対象とした調査を実施した。

## II. 目的と意義

本研究の目的は、CMに対し、終末期がん患者に対する訪問リハ導入経験有無とその関連要因に着目することにより、終末期がん患者に対する訪問リハ導入に関する課題について考察することである。

本研究によりその関連要因が示されれば、在宅生活の場で、終末期がん患者のQOL維持向上を目的とした訪問リハの利用促進を図るための資料となることが期待される。

## III. 方法

### 1. 調査対象

西日本で、訪問リハ事業を有し、且つ在宅医療を推進している在宅療養支援診療所の診療圏域で活動しているCMを対象に実施した。

### 2. 調査方法

事前に調査の趣旨説明を行い、賛同を得た訪問リハビリ事業所を通じて、独自で作成した無記名の自記式調査票を郵送もしくは直接配布し、回答済み調査票を郵送もしくは直接回収した。

### 3. 調査期間

平成25年4月1日～平成25年7月31日であった。

### 4. 調査項目

本研究で使用した調査票の項目として、

- ①性別、②年齢
- ③実務経験年数、④基本職種、⑤勤務形態
- ⑥事業所の運営体制
- ⑦訪問リハの導入経験の有無
- ⑧終末期がん患者に対する訪問リハの導入経験の有無
- ⑨終末期がん患者に対する訪問リハのイメージと⑩その必要性
- ⑪終末期がん患者に対して訪問リハ導入に至らない理由

#### ⑫終末期がん患者に対する作業療法士に期待すること

という 12 項目の質問を設けた。

このうち、終末期がん患者に対する訪問リハのイメージについては、「全くイメージできない (1 点)」から「とてもイメージできる (4 点)」の 4 段階尺度でスコア化し、終末期がん患者に対する訪問リハの必要性については、「全く感じない (1 点)」から「とても感じる (4 点)」の 4 段階尺度でスコア化した。また、終末期がん患者に対して訪問リハ導入に至らない理由 (複数回答可) を質問した。さらに、終末期がん患者に対する作業療法士に期待することについては、自由記載とした。

なお、調査項目は終末期・緩和ケアを専門とする共同研究者との間で内容を確認し、現場で活動している CM6 名にプレテストを実施し、表現や回答のしやすさ、および内容的妥当性の検討を行った後に使用した。

## 5. 分析方法

はじめに、対象者の属性、及び各質問項目の得点結果の基礎統計量を算出した。

次いで、年齢、実務経験年数により訪問リハ導入経験の有無、及び終末期がん患者に対する訪問リハ導入経験の有無に差がみられるかどうかをみるために、正規性の確認を行った後、t 検定を実施した。また、訪問リハ導入の有無と事業所型、勤務形態、基本資格との間に関連がみられるかどうかを  $\chi^2$  検定により検討した。さらに、終末期がん患者に対する訪問リハ導入経験の有無により、終末期がん患者に対する訪問リハのイメージや必要性に差があるかどうかを検討するために  $\chi^2$  検定を実施した。

統計解析には、SPSS ver. 20.0 J for Windows を用いた。全ての検定における p 値は両側であり、 $p < 0.05$  を有意とした。

## IV. 倫理的面への配慮

本研究は、当院倫理審査委員会において、付議不要と判断された。

なお、アンケートの実施に際して、調査票は無記名とし、表面には趣意書を添付した。趣意書には、研究の主旨とプライバシー保護に関する内容を盛り込み、対象者への配慮を記した形で郵送した。

## V. 結果

### 1. 回収率

3 県 7 地域から 388 名のデータが回収され、回収率は 74.6%であった (388/520)。このうち、有効回答者は 357 名であった (表 1)。

表 1. 各地域の回答分布

地区		n
福岡県	宗像市	40
	福津市	51
	遠賀郡	37
広島県	広島市	174
岡山県	岡山市	55
計		357

### 2. 対象者の概要

本調査の対象者の属性を表 2 に示す。

表 2. 対象者の属性

n=357

項目 (mean±SD)	選択肢	人数	%
性別	男	56	15.7
	女	301	84.3
年齢 (47.8±9.4)	20～29 歳	3	0.01
	30～39 歳	75	21
	40～49 歳	115	32.2
	50～59 歳	119	33.3
	60～69 歳	44	12.3
	70 歳以上	1	0
経験年数 (5.5±3.8)	1 年未満	18	5.0
	～4 年未満	121	33.9
	～7 年未満	88	24.6
	～10 年未満	60	16.8
	～13 年未満	56	15.7
	14 年未満	14	3.9
勤務形態	常勤	315	88.2
	非常勤	42	11.8
	専従	305	85.4
	兼務	52	14.6
事業所型	単独	95	26.6
	併設	262	73.4
訪問リハ導入経験	訪問リハ・訪看 I 5 共にあり	222	62.2
	訪看のみあり	36	10.1
	訪問リハのみあり	41	11.5
	なし	58	16.2
終末期がん訪問リハ導入経験	訪問リハ・訪看 I 5 共にあり	40	11.2
	訪看のみあり	41	11.5
	訪問リハのみあり	17	4.8
	なし	259	72.5
終末期がんに対する 訪問リハのイメージ	全くイメージできない	10	2.8
	あまりイメージできない	121	33.9
	少しイメージできる	187	52.4
	とてもイメージできる	39	10.9
終末期がんに対する 訪問リハの必要性	全く感じない	5	1.4
	あまり感じない	88	24.6
	少し感じる	200	56.0
	とても感じる	64	17.9

#### 2-1. 性別

回答者 357 名のうち、男性は 56 名 (15.7%)、女性は 301 名 (84.3%) であった。

#### 2-2. 年齢

回答者の平均年齢は、 $47.8 \pm 9.4$  歳であり、最低年齢が 27 歳、最高年齢は 70 歳であった。そのうち、40 代～50 代で全体の 65.5%を占めていた。

#### 2-3. 実務経験年数

回答者の実務経験年数の平均値は  $5.5 \pm 3.8$  年であり、4 年未満が最も多く 121 名 (33.9%) であった。

#### 2-4. 勤務形態

回答者 357 名のうち、常勤勤務が 315 名 (88.2%)、非常勤勤務が 42 名 (11.8%) であった。また、専従勤務が 305 名 (85.4%)、兼務が 52 名 (14.6%) であった。

#### 2-5. 事業所型

回答者が属している事業所型では、単独型が 95 (26.6%) 名、併設型が 262 名 (73.4%) であった。

#### 2-6. 訪問リハ導入経験

訪問リハ・訪看 I 5 共に利用したことのある回答者が、222 名 (62.2%) であった。訪問リハ導入経験有無については、「あり」が 299 名 (83.8%) であったのに対し、「なし」が 58 名 (16.2%) であった。

#### 2-7. 終末期がん患者に対する訪問リハ導入経験

「なし」の回答者数は 259 名 (72.5%) であった。これに対し、「あり」と答えた回答者は 98 名 (27.5%) であった。

#### 2-8. 終末期がん患者に対する訪問リハのイメージ

「少しイメージできる」と「とてもイメージできる」を合わせると、全体の 63.3%が終末期がん患者に対する訪問リハに高イメージを抱いていた。

#### 2-9. 終末期がん患者に対する訪問リハの必要性

「少し感じる」と「とても感じる」を合わせると、全体の 73.9%が終末期がん患者に対する訪問リハの必要性を感じていた。

### 3. 基本資格

職業別分布を表 3 に示す。医療職が 92 名 (23.3%) であったのに対し、介護職は 296 名 (74.9%) であった。中でも、介護福祉士が 223 名と全体の 56.5%を占めていた (無回答 7 名は除外した)。



表 3. 対象者の職業別分布

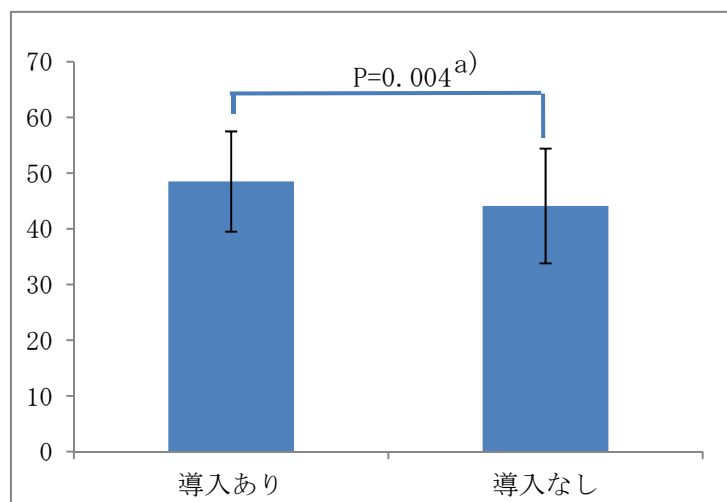
n =395 (重複回答)

基本資格	人数	分類	%
准看護師	10	医療職	
薬剤師	3		
歯科衛生士	8		
保健師	6		
看護師	54		
栄養士	5		
管理栄養士	3		
作業療法士	2		
理学療法士	1		
計	92		23.3%
社会福祉士	51	介護職	
介護福祉士	223		
社会福祉主事	8		
ヘルパー2級	5		
ヘルパー1級	2		
生活支援相談員	3		
精神保健福祉士	2		
幼稚園教諭	1		
PSW	1		
計	296		74.9%

#### 4. 訪問リハ導入経験有無と関連項目

##### 4-1. 年齢との関連

訪問リハ導入経験ありとした回答者の平均年齢は  $48.5 \pm 9.0$  歳、訪問リハ導入経験なしとした回答者の平均年齢は  $44.1 \pm 10.3$  歳であり、両群の平均値に有意差がみられた(図1)。

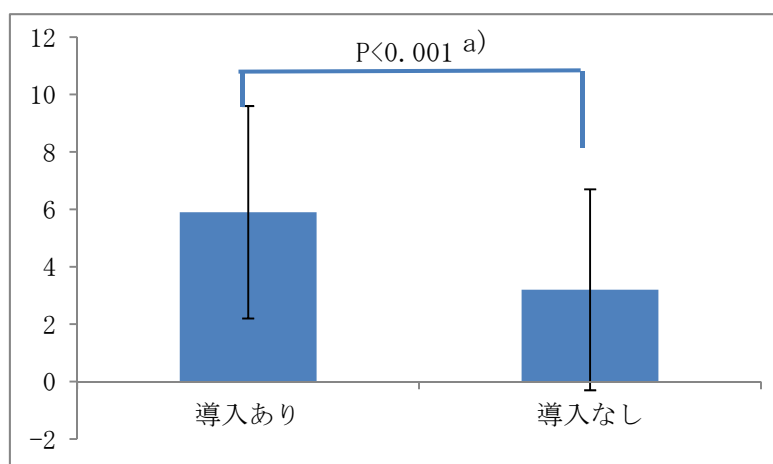


a) : 対応のある t 検定

図1. 訪問リハ導入の有無と年齢との関連

##### 4-2. 実務経験年数との関連

訪問リハ導入経験ありとした回答者の平均実務経験年数は  $5.9 \pm 3.7$  年、訪問リハ導入経験なしとした回答者の平均実務経験年数は  $3.2 \pm 3.5$  であり、両群の平均値に有意差がみられた(図2)。



a) : 対応のある t 検定

図2. 訪問リハ導入の有無と実務経験年数との関連

#### 4-3. 事業所型との関連 ( $\chi^2$ 検定)

訪問リハ導入経験の有無と事業所型との間に関連は認めなかった (表 4)。

表 4. 訪問リハ導入の有無と事業所型との関連

(%)	単独 (95)	併設 (262)
経験あり	27.1	72.9
経験なし	24.1	75.9

(P=0.746, n=357)

#### 4-4. 常勤非常勤との関連 ( $\chi^2$ 検定)

常勤・非常勤ともに導入経験の割合が高かったが、両群間で有意差が認められた (表 5)。

表 5. 訪問リハ導入の有無と常勤・非常勤との関連

(%)	常勤 (315)	非常勤 (42)
経験あり	86.3	64.3
経験なし	13.7	35.7

(P<0.001, n=357)

#### 4-5. 専従兼務との関連 ( $\chi^2$ 検定)

専従兼務ともに導入経験の割合が高かったが、両群間で有意差が認められた (表 6)。

表 6. 訪問リハ導入の有無と専従兼務との関連

(%)	専従 (305)	兼務 (52)
経験あり	86.6	67.3
経験なし	13.4	32.7

(P<0.001, n=357)

#### 4-6. 基本資格との関連 ( $\chi^2$ 検定)

訪問リハ導入経験の有無と基本資格との間に有意な関連は認められなかった (表 7)。

表 7. 訪問リハ導入の有無と基本資格との関連

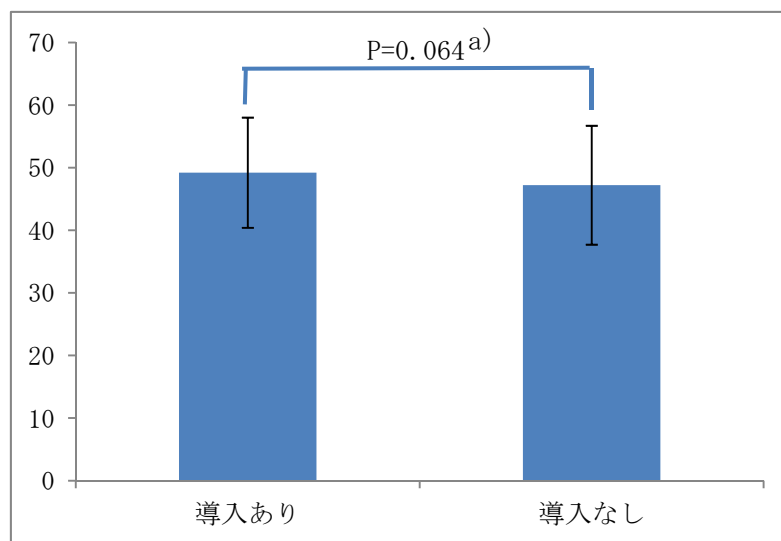
(%)	医療職 (81)	介護職 (268)
経験あり	82.7	85.1
経験なし	17.3	14.9

(P=0.602, n=349)

## 5. 終末期がん患者に対する訪問リハ導入の有無との関連項目

### 5-1. 年齢との関連

終末期がん患者に対する訪問リハ導入ありとした回答者の平均年齢は  $49.2 \pm 8.8$  歳、導入なしとした回答者の平均年齢は  $47.2 \pm 9.5$  歳であり、両群間に有意差はみられなかった (図 3)。

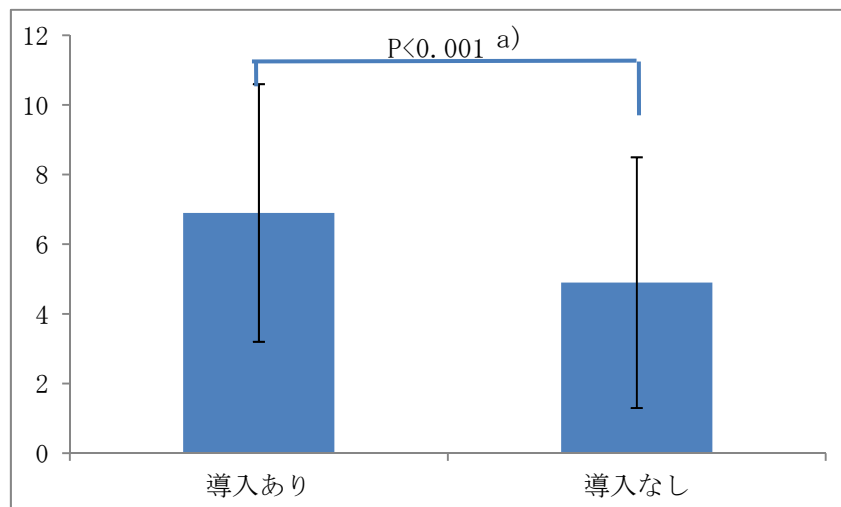


a) : 対応のある t 検定

図 3. 終末期がん患者に対する訪問リハ導入の有無と年齢との関連

### 5-2. 実務経験年数との関連

終末期がん患者に対する訪問リハ導入ありありとした回答者の平均実務経験年数は  $6.9 \pm 3.7$  年、導入なしとした回答者の平均実務経験年数は  $4.9 \pm 3.6$  年であり、両群間に有意差が認められた (図 4)。



a) : 対応のある t 検定

図 4. 終末期がん患者に対する訪問リハ導入の有無と実務経験年数との関連

### 5-3. 基本資格との関連

終末期がん患者に対する訪問リハ導入の有無と基本資格との間に関連は認められなかった (表 8)。

表 8. 終末期がん患者に対する訪問リハ導入の有無と基本資格との関連

(%)	医療職 (81)	介護職 (268)
経験あり	34.6	24.6
経験なし	65.4	75.4

(P=0.087, n=349)

### 5-4. 終末期がん患者に対する訪問リハのイメージとの関連 ( $\chi^2$ 検定)

$\chi^2$ 検定を行うにあたり、「少しイメージできる」「とてもイメージできる」を高イメージ群、「全くイメージできない」「あまりイメージできない」低イメージ群に分け、2群間での比較を行った。その結果、導入経験の有無と終末期がん患者に対する訪問リハのイメージとの間に関連がみられ、終末期がん患者に対する訪問リハを経験した群でより高イメージの割合が高かった (表 9)。

表 9.

終末期がん患者に対する訪問リハ導入の有無と終末期訪問リハのイメージとの関連

(%)	高イメージ (226)	低イメージ (131)
経験あり	83.5	16.5
経験なし	44.2	55.8

(P<0.001, n=357)

5-5. 終末期がん患者に対する訪問リハの必要性 ( $\chi^2$ 検定)

$\chi^2$ 検定を行うにあたり、訪問リハの必要性を「少し感じる」「とても感じる」を必要性あり群、「少し感じる」「とても感じる」を必要性なし群に分け、2群間での比較を行った。その結果、導入経験の有無にかかわらず必要性を感じていたが、経験した群がより必要性を感じていた (表 10)。

表 10.

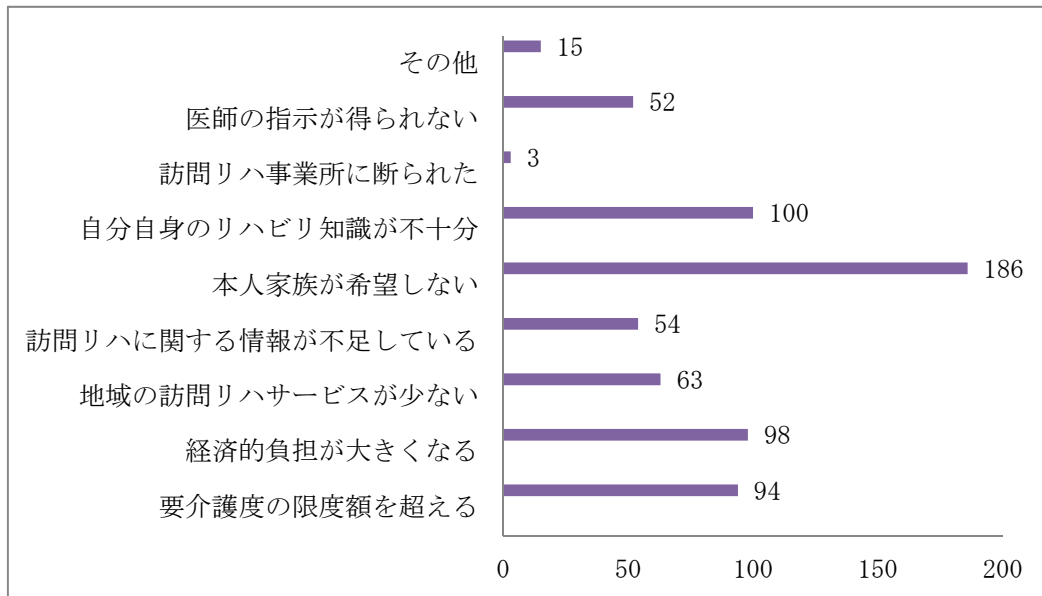
終末期がん患者に対する訪問リハ導入経験の有無と終末期訪問リハの必要性との関連

(%)	必要性あり (264)	必要性なし (93)
経験あり	86.6	13.4
経験なし	69.2	30.8

(P<0.001, n=357)

6. 終末期がん患者に対して訪問リハが導入に至らない理由について (複数回答可)

「本人家族が希望しない」とする回答が最も多く、次いで「自分自身のリハビリ知識が不十分」、「経済的負担が大きくなる」「要介護度の限度額を超える」といった回答が挙げられた (図 5)。



(n = 333)

図 5. 終末期がん患者に対して訪問リハが導入に至らない理由

## 7. 終末期がん患者に対する作業療法士に期待することについて

本研究では、WHO が 2001 年に提唱した ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health:国際生活機能分類) の「心身機能・身体構造」「活動」「参加」と「環境因子」「個人因子」の視点から分類した。これを選択した理由は、ICF が医療・介護・福祉と様々な専門分野や異なった立場の人々が共有できる共通概念であること<sup>15)</sup>、実際の作業療法臨床場面でも、人間と環境との相互作用を枠組みとする包括的リハビリテーションの概念モデルとして広く用いられている点にある。なお、回答のあった「QOL の向上」は、本人の主観的指標であることから、「個人因子」に分類した。その他、他職種との連携の必要性についての記述も認められた。一方、よく分からないと具体的な活動をイメージできずにいる回答もあった。

これらの結果をまとめたものの一部を表 11 に示す。

表 11. 終末期がん患者に対する作業療法士に期待すること及びその作業療法内容について

	期待する目的	作業療法内容
本人・家族に対する支援	<b>心身機能・身体構造</b> 心身機能・身体構造の維持・改善 安楽の確保 身体的苦痛緩和 精神的苦痛緩和 など	リラクゼーション・マッサージ リンパドレナージ 上下肢機能訓練 関節可動域訓練 嚥下リハ 呼吸リハ ポジショニング 精神的支援
	<b>活動と参加</b> ADL 維持・向上 気晴らし 楽しみ	ADL 指導（主に排泄・摂食嚥下・移動） 趣味・役割・日課活動 作業活動 外出・散歩 など
	<b>環境</b>	
	<b>物的環境</b> ADL 維持・向上 生活環境改善	福祉用具選定・自助具作成 家屋環境提案・助言
	<b>人的環境</b> 介助者・家族の身体的介護負担軽減 介助者・家族の精神的介護負担軽減	介助方法指導・助言 主体的に介護ができるような助言 傾聴コミュニケーション
<b>個人</b> QOL 向上 受容 生きる力の持続 生活への意欲 自己コントロール感 自己効力感 など	その人らしい充実した時間の提供 傾聴・コミュニケーション 回想 希望・生きがいにつながるような支援 達成感を感じる支援 など	
他職種	多職種連携	情報交換・共有 医療関係者との調整
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・検討がつかない</li> <li>・本人家族が死を目前に控えてリハビリという発想に至らない場合が多い</li> <li>・ケアマネや地域に発信することが必要</li> <li>・リハビリという名前が悪い</li> <li>・どのようなことができるのか知りたい など</li> </ul>	



## VI. 考察

### 1. 対象者の参加状況について

本研究では、3 県 7 地域から 388 名のデータが回収され、そのうち有効回答者は 357 名であった（回収率 74.6%）。

回収率の高さについては、サンプル数の確保を図るため、事前に調査の趣旨説明を行い賛同を得た訪問リハ事業所を通じて郵送もしくは直接配布したことが最大の要因と考えられる。一方で、対象が 3 県 7 地域と限定されていたが、社団法人日本理学療法士協会、社団法人日本作業療法士協会、一般社団法人日本語聴覚士協会の 3 団体が報告した調査<sup>16)</sup> や三菱総合研究所による調査<sup>17)</sup> 結果と、①性別（女性が 80%を超えている）、②年齢（40～50 代が 60%以上を占めている）、③勤務形態（常勤・専従が最も多い）、④事業所型（併設型が 70%）、⑤基本資格（介護福祉士・社会福祉士・看護師が多くを占めている）において同様の結果が得られたことから、CM としての平均的・一般的な集団とみなすことができると考えられた。

しかし、訪問リハ導入経験のある者は全体の 83.8%に上ったことや、「訪問リハのみあり」が「訪看のみあり」を上回った結果については、本研究の対象が在宅医療を推進し、訪問リハ事業を展開している地域に限定されていたことによるものと思われる。そうした状況においても、終末期がん患者に対する訪問リハの導入経験で 259 名（72.5%）が導入経験なしと回答しており、訪問リハにおいて終末期がん患者へのサービス普及率が低いということが明らかとなったことは興味深い。

### 2. 訪問リハ導入に関する検討

訪問リハ導入経験の有無には、「年齢」「実務経験年数」「勤務形態」が関連していることが示唆された。

「年齢」については、年齢を重ねた方がより訪問リハ導入経験の機会が多い傾向にあることが示された。また、「実務経験年数」でも経験年数の長い方が訪問リハ導入の割合が高い傾向にあった。これらについては、CM としての経験を積み重ねる中で多様なケースのケアプランに携わってきたことが影響していると思われる。「勤務形態」では、非常勤よりも常勤の方が、兼務よりも専従の方が導入経験の割合が高かったが、これは、介護支援専門員としての実務時間が長いことにより関わるケースが多かったり、訪問リハを含む地域医療・介護などに関する様々な知識や情報を得やすかったりなどの勤務環境によるのではないかと推察された。

訪問リハ導入に関して、CM から期待されている訪問リハ内容は、「関節可動域訓練」「筋

力強化」「歩行」が上位に並び、機能回復訓練に重点がおかれている傾向にあるとする報告がある<sup>18)</sup>。また、利用者へのアンケートでも「機能悪化の防止」「運動指導」が開始の理由として挙げられている<sup>19)</sup>。しかし、訪問リハにはそうした「機能障害」へのアプローチの他、実際の生活場面でみられる「活動制限」や「参加制約」に対し生活機能評価を行い、「その動きをマネジメントする理学療法」「環境や主体的な活動（作業）を通じて関わる作業療法」「摂食・嚥下/コミュニケーションに携わる言語聴覚療法」の実施から生活機能を高めていくという役割も担っている。また、家族や介助者に対し、介助方法の紹介や助言を行うなど、介護負担軽減を図ることも重要な役割である。これらが訪問リハ導入時に検討されにくい背景として、訪問リハ事業所数・セラピストの人材不足などによるサービス基盤が不十分である他、CMの裁量に依存している現状などが指摘されている<sup>18)</sup>。本研究結果においても、訪問リハ導入経験の有無にはCMの知識や経験が影響していたことから、セラピストそれぞれの共有の役割と独自の役割を携え、訪問リハビリの提供内容と目標がCMなどの在宅支援スタッフに理解できる形で、具体的に提示できるようにすることが各専門職による訪問リハ導入を推進していく上で必要と思われる。

### 3. 終末期がん患者に対する訪問リハ導入に関する検討

終末期がん患者に対する訪問リハについて、高イメージ・高い必要性を持っていることが示されたが、回答者の70%以上は実際の導入に至っていなかった。この理由として、「本人家族が希望しない」「自分自身のリハビリ知識が不十分」「経済的負担が大きくなる」「要介護度の限度額を超える」との回答が挙げられた。

「本人・家族が希望しない」については、「リハビリ=機能的アプローチ」のように訓練としてのイメージが強く、居宅で具体的にどのようなことをするのか想像ができないケースが多いのではないかと考えられた。また、訪問リハの提案者はCMが最も多いという報告<sup>19)</sup>もあることから、「自分自身のリハビリ知識が不十分」な中で本人・家族に説明しにくいということが考えられる。この「自分自身のリハビリ知識が不十分」という回答に対しては、終末期がん患者への訪問リハのサービス内容や役割について共有認識が持てるような機会の少なさが推測され、今後はそうした働きかけを行っていく必要があると思われる。

「経済的負担が大きくなる」については、終末期がん患者に対してだけでなく、維持期の訪問リハであっても導入に至らない理由として挙げられている<sup>19)</sup>。CMは、ケアプランを調整する際、負担可能な経済的範囲でプラン作成を行っており、こうした理由が示されたのには、本人・家族の立場に立つCMとしての姿勢が伺える。がん終末期に入ってくると、介護費はもとより、医療費による経済的負担も大きくなる。その中で、リハビリの必要性が認められるよう、その役割を明確に示していくことが求められている。

「要介護度の限度額を超える」ことについて、先行研究では、終末期がん患者の要介護

度認定が要支援 1 や 2 の様に低く判定されることは、がん末期患者の急激な状態変化にそぐわず、介護サービス利用に影響を及ぼしていると指摘している<sup>20)</sup>。こうした制度的な課題もリハ導入を阻む一因と考えられる。

終末期がん患者に対する訪問リハ導入の関連要因として、基本資格との関連は認められなかった。これは、先行研究でも同様の結果が出ている<sup>21)</sup>。一方で、実務経験年数との関連は今回初めて示唆された。また、訪問リハの導入経験をした方が導入経験のない人よりも高イメージを持っており、その必要性について高い認識がある傾向が明らかとなった。しかし、導入経験のない人は、訪問リハの必要性を感じてはいるものの、どのようなサービスを提供するのか具体的なイメージを持たずにいることが考えられた。CM としての経験を積み重ね、実際の関わりを通じて終末期がん患者に対する訪問リハへの理解が少しずつ深まっているものと推察された。

#### 4. CM が期待する終末期がん患者に対する作業療法に関する検討

本研究では、終末期がん患者に対する作業療法として、「心身機能・身体構造」「活動・参加」における生活機能や、「個人」「環境」といった背景因子に対する全体的な働きかけに期待が寄せられていることが明らかとなった。作業療法では、ICF の心身機能の維持・改善を基軸としながら、環境をよいものにし、対象者の主体性を引き出すことで、活動の向上や参加の促進を図り、活動的で生きがいのある生活を取り戻す支援をしており<sup>22)</sup>、これが示された結果となった。

「心身機能・身体構造」に関する記述では、いわゆる訓練としての機能向上というよりは、苦痛の緩和を挙げる内容であった。がんの進行とともに生じる身体的苦痛や精神心理的苦痛に対するケアに期待したものである。この緩和ケア的視点は、維持期の訪問リハには見られない点であり、終末期ならではと考えられる。また、「活動・参加」に対しては、食事・移動・排泄などの ADL 維持が、維持期リハと同様に期待されていることが示された。その他、役割や余暇活動の支援が挙げられたが、これについては作業療法士が捉える終末期がん患者に対する作業療法の効果としても、「余暇活動・役割活動・社会的活動への参加」を果たすことが患者の変化として示されている<sup>23)</sup>。生活のあらゆる目的活動を媒体とし QOL 向上を支援していこうとする作業療法らしさの一端が終末期においても示されたと思われる。

「人的環境」に関しては、居宅で利用者が療養を継続するためには欠かせない大変重要な項目であり、家族の介護負担をいかに減らしていくかが大きな課題となっている。また、緩和ケアにおいても、本人同様に家族に対する支援は重要である。その中で、訪問リハは人的・物的環境双方への働きかけがしやすいという特徴があり<sup>23)</sup>、作業療法においても、本人・家族共に楽な介助方法の助言や指導の他、生活の中で困っていることや、見通しの

立ちにくい日々に対する不安などによる身体・精神的介護負担の軽減に期待が寄せられたものと思われる。また、「物的環境」についての関わりでは、生活機能評価に基づく利用者の機能や能力から、必要な福祉用具または家屋環境に関して助言をすることなどは維持期リハにおいても重要な役割である。これまでも、終末期がん患者の介護サービスの利用状況として、福祉用具貸与が最も多い<sup>20)</sup>という報告がある。しかし、がん終末期の場合、福祉用具導入により喪失経験を生じさせることがあり、注意が必要との報告もある<sup>24)</sup>。訪問リハサービスが提供される時にはCMや福祉用具業者との連携し、状況などを報告していく必要があると思われた。

「個人」については、最期までその人らしい生活を送る QOL の要素を含む内容が多かった。「生きていることを感じ取れるようなリハビリ」「生きる希望になるようなリハビリ」と表現した回答もあった。これまでの人生で果たしてきた役割や習慣・価値に重きを置き、利用者の意欲を高め、主体的な生活を支援しようとする作業療法に期待したものと思われる。しかし、「最期までその人らしい生活を送る」という意味では、積極的な関わりよりも穏やかな生活の継続を希望するケースもある。個人が人生の締めくくりの時期をどう過ごすようとしているのかを見極めながら、利用者の意志を作業につなげ支援していくことが QOL を高めていくためには必要なことだと思われた。

「他職種」に関しては、緩和ケアにおける多職種チームケアアプローチとして情報交換・共有や医療関係者との調整による多職種連携について示された。全身状態や ADL 状態が変わりやすい終末期において、生活機能や環境に対する評価を、CM を通じて医療・介護などの多職種へ報告することは重要な役割である。利用者・家族が安心して過ごせるような生活を支援することをチームとして共有することを作業療法士にも期待していると考えられた。

「その他」として、「検討がつかない」「イメージがわからない」という回答が挙げられた。これは、訪問リハ・終末期リハ/作業療法の認知度の低さや専門性、根拠の乏しさや訪問リハにおける終末期がん患者へのサービス普及率の低さなどによると考えられる。今後、これら一つ一つの課題に取り組み、理解が得られるような働きかけを行って行く必要があると思われた。

## 謝辞

本研究を実施するにあたり、ご多忙な業務にも関わらず、ご協力くださいました介護支援専門員の皆さま、ならびに関係者の方々に心から感謝申し上げます。また、研究実施にご理解とご協力を頂きました皆様に厚くお礼申し上げます。

多大なご指導を賜りました広島大学大学院医歯薬保健学研究院精神機能制御科学研究室、岡村仁教授に深謝いたします。

なお、本研究は「公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団」の助成を受けて実施させて頂きました。深く感謝を申し上げます。

## 文献

- 1) がん統計 : <http://ganjoho.ncc.go.jp/public/statistics/pub/statistics01.html>
- 2) Dietz JH : Rehabilitation Oncology, John Wiley & Sons, New York, US, 1981  
辻哲也, 里宇明元 : がんのリハビリテーション, 金原出版, 東京, 2006.
- 3) 余宮きのみ : 緩和ケア. 総合リハビリテーション 36 : 441-445, 2008.
- 4) 鈴山博子, 野藤弘幸他 : 癌末期にあたり、希望の時間としての作業療法—在宅緩和医療における作業療法の役割—. 作業療法 23 : 348-353, 2004.
- 5) 佐藤由紀, 杉田賢二 : 当院におけるリハビリテーションの役割について - 在宅ホスピスでの作業療法士の活動について -. 死の臨床 26 : 221, 2003
- 6) 高橋仁, 前野宏 : ターミナルステージにおけるリハビリテーションの可能性と関わりの実際. 緩和ケア 16 : 415-418, 2006.
- 7) UFJ 総合研究所 : 訪問リハビリテーションのサービス提供に関する調査研究報告書 実態調査編 : 48-52, 62, 2006.
- 8) 稲田健吾, 土屋隆史, 他 : 訪問リハビリテーション導入を左右する要因に関する検討—介護支援専門員のアンケート調査を通して—. 理学療法学 37 : 106-107, 2010.
- 9) 須佐公子, 坂哉繁子, 村田ひとみ : ケアマネージャーから見た在宅高齢者のターミナルケア体制の現状と課題. 獨協医科大学看護学部紀要 3 : 35-42, 2009.
- 10) 原田小夜 : 介護支援専門員の直面する在宅ホスピスケアにおける課題. 日健医誌 21 : 2-9, 2012.
- 11) 田中洋三, 山野敬子, 他 : 介護保険における「がん末期」患者の支援のあり方に関する調査研究 ケアマネージャーに対するアンケート調査をもとに. ホスピスケアと在宅ケア 17 : P126, 2009.
- 12) 原田静香, 米澤順子, 他 : がん終末期のケアマネジメント担当に関する介護支援専門員の考え. 日本公衆衛生学会総合抄録集 70 回 : P327, 2011.

- 13) 高橋洋子:在宅緩和ケアにおけるケアマネージャーの役割. 緩和ケア 19:423-426, 2009.
- 14) 原田小夜:在宅ホスピスにおける介護支援専門員の他職種連携の実態. 地域看護 41:15-18, 2010.
- 15) 大川弥生:生活機能とは何か - ICF:国際生活機能分類の理解と活用 -. 東京大学出版 2007.
- 16) 三菱総合研究所:居宅介護支援事業所における介護支援専門員の業務および人材育成の実態に関する調査. [www.mri.co.jp/project\\_related/hansen/.../h23\\_04.pdf](http://www.mri.co.jp/project_related/hansen/.../h23_04.pdf)
- 17) 社団法人日本理学療法士協会, 社団法人日本作業療法士協会, 一般社団法人日本言語聴覚士協会:「訪問リハステーションの設置」および「医療・介護保険制度の連携」に関する制度改正への提言に向けた調査.  
[http://www.japanpt.or.jp/00\\_jptahp/wp-content/uploads/2013/10/station2.pdf](http://www.japanpt.or.jp/00_jptahp/wp-content/uploads/2013/10/station2.pdf)
- 18) 稲田健吾, 土屋隆史ら:訪問リハビリテーション導入を左右する要因に関する検討—介護支援専門員のアンケート調査を通して—. 理学療法学 37:106-107, 2010.
- 19) 堀野久美子:訪問リハビリテーション利用の促進について. 理学療法研究 34:54-55, 2007.
- 20) 藤田益伸, 田中洋三, 武田英樹:がん末期利用者における介護保険の利用実態と課題—ケアマネージャーに対するアンケート調査から—. ケアマネジメント学 9:35-44, 2011.
- 21) 原田小夜:在宅ホスピスにおける介護支援専門員の他職種連携の実態. 地域看護 41:15-18, 2010.
- 22) 山根寛:治療・援助における「二つのコミュニケーション—作業を用いる療法の治療機序と治療関係の構築. 三輪書店, 2008.
- 23) 三木恵美, 清水一, 岡村仁:末期がん患者に対する作業療法効果～作業療法士の語りの質的内容分析～. 作業療法 28:48-59, 2009.
- 24) 大岩孝司:がんの在宅終末期ケア—自律支援の視点から—. 癌と化学療法 35:94-96, 2008.

## 感想

当院は、訪問診療を中心に行っている在宅療養支援診療所であり、最期までご本人・ご家族の思いに寄り添えるような医療を目指し取り組んでいます。そのような中で、介護保険による訪問リハを提供する際、ケアマネージャーの方々を始めとする他職種の理解や連携の重要性を感じたことが本研究に取り組むきっかけでした。

そして今回、このような機会を頂き、貴重な資料を得ることができました。研究を遂行するにあたっては、多くの方々のご理解・ご協力なしには形にすることができませんでした。大変貴重な経験をさせて頂き、本当に感謝しています。

この度明らかになったことを参考にして、今後も終末期リハについて深めていきたいと考えています。ありがとうございました。