がん疾患終末期患者の訪問リハビリテーションで医師や看護師が
リハビリテーション専門職に期待すること、リハビリテーション専門職が
できることの違いについて
—がん疾患終末期患者の訪問リハビリテーションについての認識調査—

小暮 英輔¹⁾ 原 毅²⁾ 大沼 剛¹⁾ 森山 隆¹⁾ 阿部 勉¹⁾ 鈴木 陽一³⁾

要 約

がん疾患終末期患者の訪問でのリハビリテーション（以下；リハ）で、医師や看護師（以下；他医療職）が期待すること、リハ専門職ができることを調査した。本研究で他医療職が期待することと、リハ専門職ができると認識した内容には違いがあったことがわかった。リハ専門職は、リハ専門職自身ができると回答した内容の他に、他医療職が求めている訪問リハ技術内容も認識し、連携を図りながら対応、導入効果を示していく必要がある。

Key words がん疾患終末期患者、訪問リハビリテーション

（日老医誌 2021；58：309-311）

緒 言

我が国のがん罹患率は上昇傾向であり、少子高齢化とともに高齢がん罹患患者数は増加の傾向を辿っている¹⁾。がん医療の充実にはリハビリテーション（以下、リハ）も含めたチーム医療が重要²⁾であり、在宅では、多職種協働が必要不可欠であるとされる³⁾。緩和期におけるリハ介入は、身体機能以外に生活の質の向上や倦怠感軽減⁴⁾⁵⁾などの様々な効果があり、緩和ケアとの共同でさらなる相乗効果が発揮される⁶⁾としている。しかし、医師によってリハにおける見解が異なり、がん疾患終末期患者へのリハ実施率は高くないこと⁷⁾が明らかになっている。また、看護の訪問だけでは長期的入院を軽減することができても日常生活活動（Activity Daily Living；

ADL）の維持には貢献できない⁸⁾との報告もある。がん疾患終末期患者がADLをいかに維持し、低下させずに、在宅で安定して過ごすために、医師や看護師（以下；他医療職）にリハの重要性を理解してもらうことが大切である。そのため、他医療職が、がん疾患終末期患者に対してどのような訪問リハ内容を期待しているか把握することが重要である。加えて、がん疾患終末期患者に対しリハ専門職が、訪問リハにおいてできることを他医療職に理解してもらう必要がある。

そこで、他医療職が、がん疾患終末期患者の訪問リハに対し期待していること、加えて、リハ専門職ができると認識している内容について調査することを本研究の目的とした。

Differences between what physicians and nurses expect and what rehabilitation-professionals can do for home-visit rehabilitation of patients with terminal cancer—Perception survey of home-visit rehabilitation for patients with terminal cancer—

1) リハビリ推進センター株式会社

2) 国際医療福祉大学保健医療学部理学療法学科

3) 板橋区役所前診療所

連絡責任者：小暮英輔 リハビリ推進センター株式会社〔〒173-0013 東京都板橋区氷川町 2-11〕

e-mail: eisuke0590@yahoo.co.jp

受付日：2021. 1. 8, 採用日：2021. 2. 3

doi: 10.3143/geriatrics.58.309

表1 他医療職とリハ専門職との経験年数、職種、がん疾患終末期患者の担当経験人数

		他医療職 (85名)	リハ専門職 (46名)
経験年数(年)		24.6±9.5	11.4±7.6
職種(名)		医師 27 看護師 58	理学療法士 32 作業療法士 8 言語聴覚士 4 未記載 2
がん疾患終末期患者の 担当経験(名)	あり なし	77 (90.6%) 8 (9.4%)	31 (67.4%) 15 (32.6%)

表2 他医療職のがん疾患終末期患者の訪問リハに期待すること、リハ専門職の訪問リハにおいてできることの回答項目

他医療職(85名) 期待すること				リハ専門職(46名) できること			
	n	%			n	%	
1位 リラクセーション	66	(77.6%)	1位 精神面の介入	38	(82.6%)		
2位 呼吸苦の軽減	48	(56.5%)	2位 環境調整	36	(78.3%)		
2位 リンパドレナージ	48	(56.5%)	3位 リラクセーション	35	(76.1%)		
4位 精神面の介入	47	(55.3%)	3位 QOLの向上	35	(76.1%)		
5位 QOLの向上	45	(52.9%)	5位 家族指導	34	(73.9%)		
6位 ADL指導・助言	41	(48.2%)	5位 ADLの介助量軽減	34	(73.9%)		
6位 介護負担感の軽減	41	(48.2%)	7位 ADL指導・助言	31	(67.4%)		
8位 家族指導	37	(43.5%)	8位 ストレッチ	30	(65.2%)		
9位 ADLの介助量軽減	36	(42.4%)	9位 介護負担感の軽減	29	(63.0%)		
10位 環境調整	33	(38.8%)	10位 呼吸苦の軽減	27	(58.7%)		
11位 倦怠感の軽減	30	(35.3%)	10位 疼痛の軽減	27	(58.7%)		
12位 疼痛の軽減	28	(32.9%)	10位 リスク管理	27	(58.7%)		
13位 ストレッチ	25	(29.4%)	10位 リンパドレナージ	27	(58.7%)		
14位 睡眠の質の向上	22	(25.9%)	14位 倦怠感の軽減	20	(43.5%)		
15位 リスク管理	21	(24.7%)	15位 身体活動量の増大	15	(32.6%)		
16位 栄養状態の評価・指導	15	(17.6%)	16位 筋力増強	14	(30.4%)		
17位 身体活動量の増大	8	(9.4%)	16位 睡眠の質の向上	14	(30.4%)		
18位 筋力増強	5	(5.9%)	18位 栄養状態の評価・指導	13	(28.3%)		
18位 有酸素運動	5	(5.9%)	18位 有酸素運動	13	(28.3%)		

ADL: Activities of Daily Living

QOL: Quality Of Life

方法

対象は、東京都〇〇区の訪問診療所に在籍している医師、訪問看護事業所に在籍している看護師およびリハ専門職とした。

方法は、無記名自記式質問紙調査法とし、郵送にて調査票を送付した。調査内容は、経験年数、職種、がん疾患終末期患者の担当経験の有無、他医療職に対しては、がん疾患終末期患者に対する訪問リハに期待すること、

リハ専門職に対しては、がん疾患終末期患者に対する訪問リハでリハ専門職ができることを調査した。がん疾患終末期患者に対する訪問リハに期待すること・できることは調査票に提示している項目に対し、複数回答する形式とした。がん疾患終末期患者に対する訪問リハに期待すること、できることに対する回答項目は同一である。

提示している項目は、がん疾患終末期患者に対する訪問リハの効果として明らかになっていること⁴⁾⁵⁾に加え、共同研究者間で合議の上、決定した。

なお、がん疾患終末期患者に対する訪問リハに期待することは、他医療職が在宅場面でリハ専門職に対応してほしいことと定義した。がん疾患終末期患者に対する訪問リハにおいてリハ専門職ができることは、がん疾患終末期患者に対して、実際に介入できること、介入できると認識していることと定義した。

本研究は、国際医療福祉大学倫理委員会の倫理審査(承認番号 19-Io-13)の承認を得て実施した。

結 果

68 施設中 24 施設(回収率 35.3%)、131 名から回答を得た。

他医療職とリハ専門職との経験年数、職種、がん疾患終末期患者の担当経験人数について表 1 に示す。経験年数は、リハ専門職と比較して他医療職の方が長かった。他医療職、リハ専門職とも半数以上がん疾患終末期患者の担当経験があったが、リハ専門職と比較して他医療職は、担当経験者の割合が高かった。

がん疾患終末期患者に対する訪問リハに他医療職が期待することとリハ専門職ができることについて、それぞれの回答項目に、回答人数、%を回答項目が多い順に表記したものを表 2 に示す。他医療職が期待することと、リハ専門職ができると回答した内容の順位に違いがあった。他医療職で半数以上が期待することと回答した項目は、5 項目に対し、リハ専門職ができると回答した内容は、13 項目と割合も異なっていた。

考 察

本研究において、経験年数は、リハ専門職と比較して他医療職が長く、担当経験者の割合も高かった。また、がん疾患終末期患者の訪問リハに他医療職が期待することと、リハ専門職ができると認識していることに違いが生じていたことが分かった。がん疾患終末期患者におけるリハの普及阻害の要因にリハ専門職の経験不足や研究が少ないことでのエビデンスの確立が不十分であることが述べられている⁶⁾。リハ専門職は、リハ専門職自身ができると回答した内容の他に、他医療職が求めている訪

問リハ技術内容も認識し、連携を図りながら対応、導入効果を示していく必要がある。また経験年数に関係なく、がん疾患終末期患者への訪問リハ技術など対応できる人材を教育できる体制が必要と思われる。地域医療においても病床をもつ医療機関と同様にチーム医療を充実させていくべきである。

なお、本研究は、令和元年度東京都理学療法士協会研究助成を受けて実施した。

著者の COI (Conflict of Interest) 開示：本論文発表内容に関連して特に申告なし

文献

- 1) 国立がんセンターがん情報サービス：最新がん統計. https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html (accessed 2021-1-20).
- 2) 厚生労働省：がん対策推進基本計画. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000183313.html> (accessed 2021-1-20).
- 3) 吉澤明孝, 行田泰明, 石黒俊彦：がん対策基本法後の地域緩和ケアネットワーク—1. 東京都における在宅緩和ケアの連携. ホスピス緩和ケア白書 2011 (日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会編), 2011, p77-80.
- 4) Cheville AL, Kollasch J, Vandenberg J, Shen T, Grothey A, Gamble G, et al: A home-based exercise program to improve function, fatigue, and sleep quality in patients with Stage IV lung and colorectal cancer: a randomized controlled trial. *J Pain Symptom Manage* 2013; 45: 811-821.
- 5) Lowe SS, Watanabe SM, Courneya KS: Physical activity as a supportive care intervention in palliative cancer patients: a systematic review. *J Support Oncol* 2009; 7: 27-34.
- 6) Chowdhury RA, Brennan FP, Gardiner MD: Cancer Rehabilitation and Palliative Care-Exploring the Synergies. *J Pain Symptom Manage* 2020; 60: 1239-1252.
- 7) Spill GR, Hlubocky FJ, Daugherty CK: Oncologists' and physiatrists' attitudes regarding rehabilitation for patients with advanced cancer. *PM R* 2012; 4: 96-108.
- 8) Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair M, et al: Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2001; 323: 719-725.