

# 終末期がん療養者への訪問リハビリテーションにおいて 理学療法士・作業療法士が直面する困難に関する質的研究

岩本 記一<sup>1)</sup> 六倉 悠貴<sup>1)</sup> 坂本 晴美<sup>1)</sup> 谷口 圭佑<sup>2)</sup> 巻 直樹<sup>2)</sup> 犬田 和成<sup>2)</sup>

## 要 旨

**目的：**終末期がん療養者への訪問リハビリテーション（以下、リハ）において、理学療法士（以下、PT）および作業療法士（以下、OT）が直面する困難を明らかにし、その軽減に向けた対応策を検討すること。**方法：**訪問リハに従事する PT・OT10 名を対象に半構造化面接を実施し、質的記述的分析を行った。**結果：**困難は8つのカテゴリーに整理され、「臨床技術」「対人関係」「精神心理面」「職務役割」の4領域に分類された。PT・OT は、終末期特有の身体的変化への対応や死への向き合い方、療養者・家族・他職種との関係調整等に困難を感じていた。**結論：**困難の軽減には、臨床技術や心理的支援に加え、多職種連携や教育体制など組織的支援が必要であることが示唆された。

**キーワード：**終末期がん、訪問リハビリテーション、困難

## I. 背 景

近年、日本の高齢化に伴い、がんによる死亡者数は増加傾向<sup>1)</sup>にある。在宅医療の普及により、自宅で療養し最期を迎えるがん患者の割合も年々増加<sup>2)</sup>しており、今後もその傾向は一層強まると予測される。こうした状況において、地域全体で患者を支える包括的支援体制の構築と、多職種による連携の重要性が高まっている。

がん終末期における在宅支援の目的は、患者と家族が穏やかで後悔のない最期を迎えられるよう支援することである<sup>3)</sup>。なかでも訪問リハビリテーション（以下、訪問リハ）は、在宅という実際の生活の場面に直接介入できる点から、生活の質（Quality

of Life: QOL）の維持・向上に寄与する重要なアプローチとされている<sup>4)</sup>。その役割は身体機能の維持にとどまらず、疼痛緩和、精神的ケア、家族への支援、住環境の調整など多岐にわたる。しかし、終末期における訪問リハは、病状の急変や心理的負担など、複雑かつ多様な課題が伴うため、理学療法士（Physical Therapist: PT）および作業療法士（Occupational Therapist: OT）は、予測困難な状況に柔軟に対応することを迫られ、多くの実践上の困難に直面している可能性がある。

終末期がん患者へのリハに関する先行研究では、PT が経験する葛藤として、「命を救えない苦しみ」や「介入への満足と後悔」といった心理的側面が報告されている<sup>5)</sup>。OT についても、終末期がん患者との関わりにおける困難さや悩み<sup>6)</sup>、さらに病院と訪

1) アール医療専門職大学 リハビリテーション学部 作業療法学科

2) アール医療専門職大学 リハビリテーション学部 理学療法学科

連絡責任者：岩本記一 [〒330-0032 茨城県土浦市湖北2丁目10-35]

e-mail: iwamoto@u.a-ru.ac.jp

受付日：2025年9月22日 / 採択日：2025年11月20日

間における困難の比較に関する研究<sup>7)</sup>がある。しかし、従来の研究は病院やホスピスなど施設内での実践に焦点を当てているものが多く、自宅で終末期を迎えるがん療養者を対象とした包括的な研究は不足している。特に、訪問リハの現場においてPTおよびOTが直面する具体的な「困難」の実態は十分に明らかにされていない。また、これらの困難は、定量的手法では捉えきれず、PT・OT自身の経験や感情に根差しているため、当事者の語りに基づく質的アプローチによる分析が不可欠である。

そこで、本研究では、在宅で終末期を迎えるがん療養者への訪問リハにおいて、PTおよびOTが直面する困難を明らかにし、その軽減に向けた対応策について検討することを目的とした。

## Ⅱ. 方 法

### 1. 研究デザイン

本研究は、半構造化面接を用いた質的記述的研究<sup>8)</sup>である。

### 2. 用語の操作的定義

- ・終末期がん療養者：生命予後が6ヶ月以内と診断され、在宅療養しているがん患者。
- ・訪問リハビリテーション：指定訪問リハ事業所（病院・診療所・介護老人保健施設）または指定訪問看護事業所（訪問看護ステーション）に所属するPTまたはOTが提供するリハビリテーション。
- ・困難：終末期がん療養者への訪問リハにおいて、PTまたはOTが感じる悩みや戸惑い、難しいと感じる感情や事象。

### 3. 研究参加者

対象は、臨床経験3年以上で訪問リハ従事経験を有し、在宅看取りとなった終末期がん療養者およびその家族に関わり、支援において困難を経験したPTまたはOTとした。筆頭著者が関係する指定訪問リハ事業所、訪問看護事業所の責任者に研究趣旨と目的

を説明し、条件に合致する候補者の紹介を受けた。さらに、スノーボールサンプリングにより追加募集を行い、最終的に同意が得られた10名を研究参加者とした。

### 4. 調査方法

研究目的に基づきインタビューガイド（表1）を作成し、半構造化面接を実施した。面接前には、年齢、所属機関、臨床経験年数、訪問リハ従事年数、終末期がん療養者の担当人数などの基本情報を聴取した。面接では、印象に残っている終末期がん療養者1～2事例を想起してもらい、その事例の概要、訪問リハの内容、困難が生じた状況とその時の思考・感情、事例の反応とその後の経過について語ってもらった。面接は1人1回で、面接内容は同意を得てICレコーダーに録音し、逐語録を作成した。データ収集期間は2024年6月～2024年12月であった。

### 5. 分析方法

質的記述的研究の手法<sup>9)</sup>を参考に分析を行った。逐語録から「訪問リハにおいて経験した困難」に関する記述を抽出し、意味のまとまりごとにコード化した。次に、意味内容の類似性に基づきサブカテゴリー化し、さらにカテゴリー化を行った。最終的に、各カテゴリーの性質に基づいて分類し、全体を整理した。

信頼性・妥当性を確保するため、質的研究経験者および地域・訪問リハ経験者を含む複数の研究者によって分析過程を検討・検証した。また、研究結果の解釈に偏見や歪みがないことを確認するため、メンバーチェックングとして研究参加者に結果を提示した。

### 6. 倫理的配慮

本研究は、アール医療専門職大学臨床研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：R24-001）。研究参加者には、研究目的・方法、参加の自由と撤回の権利、データの匿名化および守秘義務について口頭および書面で説明を行い、書面で同意を得た。

表1 インタビューガイド

- |    |   |
|----|---|
| 1. | 今までに担当した終末期がん療養者の中で、印象に残っている事例（年齢、性別、がん種、余命、家族状況、介入期間、介入内容、利用していたサービス等）について教えてください。 |
| 2. | その方（終末期がん療養者）を担当していて、困難を感じた場面を教えてください。  |
| 3. | その場面において、困難をどのように感じましたか（大変だ、難しい、よくわからない等）。  |
| 4. | その困難を感じた理由を教えてください。   |

Ⅲ. 結 果

1. 研究参加者の概要

研究参加者は PT5 名、OT5 名であり、平均年齢は 41.5 歳であった。臨床経験年数は平均 16.0 年、訪問リハ従事年数は平均 9.8 年であり、終末期がん療養者の担当人数は平均 9.2 人であった。面接時間は平均 49.3 分であった（表 2）。

2. 終末期がん療養者への訪問リハビリテーションにおいて理学療法士および作業療法士が直面する困難

分析の結果、73 のコードが抽出され、17 のサブカテゴリー、8 つのカテゴリーに収束した。最終的に、1) 臨床技術における困難、2) 対人関係における困難、3) 精神心理面における困難、4) 職務役割における困難の 4 領域に分類した（表 3）。以下に、各領域の概要と代表的な語りを示す。なお、カテゴリーは【】、サブカテゴリーは〈〉、研究参加者の語りは斜体で示し、末尾に ID を付した。

1) 臨床技術における困難

(1) 【急激に変化する終末期症状への対応の難しさ】

終末期という予測困難な状況下で、がん療養者の〈症状変化のスピードが速く多様な症状に対応する難しさ〉や、〈病状進行に伴うリスク管理の難しさ〉が語られた。  
〈症状変化のスピードが速く多様な症状に対応する難しさ〉について、以下のような語りが聞かれた。

*（症状の）変化が早いので、それについて行くのがすごく大変です。1 週間前はこうだったけど、もう今週は歩けない…何ができたかっていうのをその場で考えて (G) 。*

(2) 【病状が悪化する中でのリハ介入の難しさ】

がん療養者の病状が進行する中で、リハの目標や内容をどのように設定すべきかという〈病状や生命予後に合わせてリハを展開する難しさ〉や、〈苦痛症状を緩和する難しさ〉、さらに、〈病状進行時にリハを継続すべきか悩む〉という葛藤が明らかになった。  
〈病状や生命予後に合わせてリハを展開する難しさ〉について、以下のような語りが聞かれた。

*病気がどんどん進んでいって、予後はどれくらいなのかイメージがつかなかったんで、その中でリハをどう組み立てていくのが難しかった (F) 。*

(3) 【療養環境を調整する難しさ】

療養環境の調整は、がん療養者が安全かつ安楽に生活を継続するために不可欠であるが、その実践には、〈福祉用具の選定・導入の難しさ〉や、〈自宅環境に応じた介助方法の難しさ〉などの困難を伴うことが明らかとなった。  
〈福祉用具の選定・導入の難しさ〉について、以下のような語りが聞かれた。

*ポータブルトイレを導入しても、こっちがぎょっとするようなやり方でご家族がトイレに連れてって、ポータブルトイレが椅子代わりになってる (B) 。*

2) 対人関係における困難

(1) 【がん療養者との関わりの難しさ】

がん療養者の終末期という限られた時間の中で、リハの専門家として、そして一人の人間としての〈信頼関係を構築する難しさ〉が明らかとなった。また、がん療養者との関係性を構築ししつつ、〈本音や望みを聞き出す難しさ〉や、〈精神面への対応に戸惑

表 2 研究参加者の概要

ID	年齢	性別	職種	所属機関	臨床経験年数 (年)	訪問リハ 経験年数 (年)	終末期がん療養者 担当人数 (人)	面接時間 (分)
A	50 代前半	女性	理学療法士	診療所	20	17	12	55
B	50 代前半	女性	作業療法士	診療所	20	15	20	62
C	20 代後半	女性	作業療法士	診療所	5	1	5	49
D	30 代後半	男性	理学療法士	訪問看護ステーション	17	11	6	52
E	50 代後半	男性	作業療法士	病院	30	15	3	51
F	30 代後半	男性	作業療法士	診療所	14	6	3	65
G	50 代前半	女性	理学療法士	診療所	17	8	10	51
H	40 代前半	女性	作業療法士	訪問看護ステーション	20	18	30	41
I	30 代前半	女性	理学療法士	診療所	10	4	2	44
J	30 代前半	男性	理学療法士	診療所	7	3	1	23
平均±標準偏差	41.5±9.6				16.0±7.0	9.8±5.9	9.2±8.8	49.3±11.1

表 3 終末期がん療養者への訪問リハビリテーションにおいて理学療法士および作業療法士が直面する困難

分類	カテゴリー	サブカテゴリー	コード (例)
臨床技術における困難	急激に変化する終末期症状への対応の難しさ	症状変化のスピードが速く多様な症状に対応する難しさ	<ul style="list-style-type: none"><li>・症状の変化するスピードが速く、それに付いて行くのが大変</li><li>・介入して1ヶ月くらいで急変してしまい、その変化に自分が追いついて行けない</li><li>・症状が多種多様に出てきて、急に新たな症状が出てくるのが怖い</li></ul>
		病状進行に伴うリスク管理の難しさ	<ul style="list-style-type: none"><li>・骨転移に対するリスクの情報が無い時にどうしようか困る</li><li>・骨転移がある方の具体的な介入方法が判断できない</li><li>・ストーリー管理などの医療的要素が強い方のリスク管理に不安を感じる</li></ul>
		病状や生命予後に合わせてリハを展開する難しさ	<ul style="list-style-type: none"><li>・予後に合わせてリハをどう組み合わせいくのが分からない</li><li>・限られた時間でがん療養者がやりたいこととリスクとをどう取るかの判断が難しい</li><li>・介入中睡眠が強く、身体を起ししたり姿勢の評価がなかなか進められない</li></ul>
		苦痛症状を緩和する難しさ	<ul style="list-style-type: none"><li>・苦痛症状を取るのには、リハだけではどうしても難しい</li><li>・痛みがかなり強くなってきて、リハでやれることが限られる</li><li>・痛みの訴えに声掛けしかなさない</li></ul>
		病状が悪化する中でのリハ介入の難しさ	<ul style="list-style-type: none"><li>・ターミナルの状態で積極的に運動をすることがいいのが疑問に思う</li><li>・下顎呼吸が出ている状態で、最期どこまで関わるべきか分からない</li><li>・病状が進行し体的に厳しい方を歩かせてあげることが悩ましい</li></ul>
	療養環境を調整する難しさ	福祉用具の選定・導入の難しさ	<ul style="list-style-type: none"><li>・ポータブルトイレの導入はがん療養者に拒否される</li><li>・狭い自宅環境で使用する歩行器を選定するのが難しい</li><li>・ベッドから車椅子に移動させるスペースが狭く介入方法が難しい</li></ul>
		信頼関係を構築する難しさ	<ul style="list-style-type: none"><li>・がん療養者と関係性を築きたいが、どうやってやったらいいの分からない</li><li>・がん療養者のキャラクターを掴み切れず、言葉運びに失敗する</li><li>・部屋にある家族写真から話題を振っても話が広がりずに気まずくなる</li></ul>
		本章や望みを聞き出す難しさ	<ul style="list-style-type: none"><li>・初回の訪問で、がん療養者の本音ややりたいこと、大切にしたいことを聞き出せない</li><li>・がん療養者の意向が掴みにくく、何を本当に望んでいるのが分からない</li><li>・残された時間でがん療養者が何をしたいのかを聞き出すのが難しい</li></ul>
		精神面への対応に戸惑う	<ul style="list-style-type: none"><li>・がん療養者が精神的に落胆している際に言葉を掛けるのが難しい</li><li>・がん療養者の心の部分の経過を見ていきながら関わるのが大変</li><li>・がん療養者にどうせ亡くなる身だからと置かれると、掛ける言葉に困る</li></ul>
		家族の背景や思いを把握する難しさ	<ul style="list-style-type: none"><li>・家族間の関係性が把握できない</li><li>・家族の背景を知っていた方がいいと思うながら全然聞けない</li><li>・家族の思いを引き出すのは難しい</li></ul>
対人関係における困難	家族との関わりの難しさ	家族間での意見の相違への対応に戸惑う	<ul style="list-style-type: none"><li>・家族と関わる必要があるけれど、どう関わっていいのが難しい</li><li>・病状を理解していない家族とどう関わっていいか難しい</li><li>・家族内での意見が食い違い、方向性が固まらない</li></ul>
		医師・看護師・ケアマネジャーなどとの連携の難しさ	<ul style="list-style-type: none"><li>・がんの方にリハ職が入ることの理解がまだ完全には浸透していない</li><li>・ケアマネにリハとしての提案を拒否されてしまい、もうそれ以上のことができない</li><li>・福祉用具業者とリハとでは、福祉用具の提案の意味合いが違う</li></ul>
		何もできない無力さや情けなさ	<ul style="list-style-type: none"><li>・苦しさや痛みでうつっている姿を見ると、何もできない自分が情けなくなる</li><li>・死に向かっていってしまう方に自分には何ができるわけでもない</li><li>・状態がどんどん悪くなっていき、自分の無力さに情けなくなる</li></ul>
		終末期にリハが入ることの意味を見失う	<ul style="list-style-type: none"><li>・何をしても痛みや苦しさは治まらないと、リハの入る意味があるのか</li><li>・リハとしての提案が正しいのか分からない</li></ul>
		専門外の役割も担う大変さ	<ul style="list-style-type: none"><li>・STの代わりに嚥下に関する評価やアドバイスをすることに不安がある</li><li>・家族の負担にならないような栄養状態を保つため指導が大変</li><li>・服薬確認など看護師的な役割も必要だったりするのが大変</li></ul>
	職務役割における困難	訪問療法士として在宅生活を包括的に対応する難しさ	<ul style="list-style-type: none"><li>・在宅全てオールマイティにできないといけないのが大変</li><li>・家族も含めてオールマイティに関わらないといけない</li><li>・リハも含め全体的なことも見ないといけないことに不安がある</li></ul>

う」ということも語られた。〈信頼関係を構築する難しさ〉について、以下のような語りが聞かれた。

関係性をご本人と築きたいけど、1 時間しかなくて、話ばかり聞いているわけにもいかないし、運動もしないといけないうし、どうやってやったらいいかわからない (G)。

#### (2) 【家族との関わりの難しさ】

在宅というプライベートな空間で、複雑な〈家族の背景や思いを把握する難しさ〉が語られた。また、そういった家族関係などの十分な情報を得ていない状況において、〈家族間での意見の相違への対応に戸惑う〉ことも明らかとなった。

〈家族の背景や思いを把握する難しさ〉について、以下のような語りが聞かれた。

初めてお会いするようなご家族もいて、家族関係が複雑で…家族の背景とか知っていたほうがいいと思いつながら全然聞けなくて (B)。

#### (3) 【他職種との連携の難しさ】

終末期ケアでは多職種連携が不可欠であるにも関わらず、PT および OT は、〈医師・看護師・ケアマネジャーなどとの連携の難しさ〉を感じていることが明らかとなった。療法士としての専門的な提案が受け入れられない状況に直面し、自身の役割に限界を感じることもあった。

〈医師・看護師・ケアマネジャーなどとの連携の難しさ〉について、以下のような語りが聞かれた。

リハとしての提案をしても、(ケアマネジャーに)『いや、それは無理ですよ』って言われちゃうと、もうそれ以上のことができない (C)。

#### 3) 精神心理面における困難

##### (1) 【死の過程に寄り添う精神的な葛藤】

終末期という避けられない死の過程に寄り添う中で、PT および OT が抱く精神的な葛藤が明らかとなった。それは、がん療養者の身体的・精神的苦痛の前に、自身の専門性をもって、〈何もできない無力さや情けなさ〉を感じることであった。また、こうした感情は、やがて〈終末期にリハが入ることの意味を見失う〉ことにつながる場合があった。

〈何もできない無力さや情けなさ〉について、以下のような語りが聞かれた。

苦しいとか痛いとか、そういうのでうなっている姿を見ると、何もできない自分が情けなくなりまう (A)。

#### 4) 職務役割における困難

##### (1) 【訪問療法士として在宅生活を包括的に対応する難しさ】

PT および OT が、専門職としての枠を超え、〈専門外の役割も担う大変さ〉を感じつつ、がん療養者の〈在宅生活をオールマイティに対応する難しさ〉が明らかになった。具体的には、他職種の役割を代替せざるを得ない場面や、予期せぬ事態への対応を迫られる中で、PT および OT が自身の専門性の境界線を見失うことであった。

〈専門外の役割も担う大変さ〉について、以下のような語りが聞かれた。

服薬管理がなかなかできなくて、飲み忘れがあったりして、そういう時に看護師的な役割も必要だったりするので、それが大変でした (D)。

## IV. 考 察

本研究では、終末期がん療養者への訪問リハにおいて、PT および OT が直面する困難を質的に分析し、「臨床技術」「対人関係」「精神心理面」「職務役割」の4領域に分類した。以下、これらの困難の特徴を明らかにするとともに、困難の軽減に向けた対応策について考察する。

#### 1. 終末期がん療養者への訪問リハビリテーションにおける困難の特徴

##### 1) 臨床技術における困難

がんの終末期は、複数の症状が短期間で急激に変化・重複するため、PT および OT は限られた訪問時間と断片的な情報から病態を的確に把握し、即座に介入内容を再設計する高度な臨床判断を常に迫られる。本研究で示された【急激に変化する終末期症状への対応の難しさ】は、こうした時間的・情動的制約が病態の的確な把握を困難にし、PT および OT の臨床判断に揺らぎを生じさせていることを示している。特に、日々のバイタルや状態変化を常に把握できる病院やホスピス等の施設環境とは異なり、訪問リハでは情報が断続的かつ間接的に得られるため、僅かな身体変化や主観的訴えをもとに、臨床推論を行わざるを得ない。このような、限られた時間と情報の中で判断や介入せざるを得ない環境こそが、訪問リハ特有の構造的課題であるといえる。

また、【症状が悪化する中でのリハ介入の難しさ】も深刻である。疼痛緩和や不安軽減が最優先される状況において、研究参加者からは、「いつ、どこまで活動を促すべきか」という葛藤が多く語られ、介入の制限や中断を余儀なくされる場面がみられた。

特に看取り期には、「介入の是非」そのものが問われ、PT および OT は、機能回復を目指す介入が適切かどうかを再考せざるを得なかった。このことは、終末期リハが「機能回復」ではなく、「QOL の改善」を目的とする<sup>10)</sup>ことを再認識させるものである。病院やホスピスでは、チーム内でリハ目標の転換が共有されやすいが、訪問場面では PT および OT が単独で判断を下す必要があり、倫理的ジレンマが生じる可能性がある。

さらに、【療養環境を調整する難しさ】は、PT および OT の専門的提案と、家族の価値観や介護力といった現実的要因との間に生じる感情的な乖離を浮き彫りにした。特に、研究参加者の語りでは、介護経験の豊富な家族ほど慣れ親しんだ方法に固執し、新たな用具や介助方法の導入に抵抗を示す傾向がみられた。これは、従来の介護方法が家族のアイデンティティの一部となっている可能性や、新たな方法を学ぶことへの心理的抵抗感に起因すると考えられる。施設では、専門職主導で環境を調整しやすいが、訪問リハでは「家族の生活空間」に介入するため、感情的・関係の側面への配慮が不可欠である。したがって PT および OT には、技術的なスキルに加え、がん療養者とその家族の生活背景全体を深く理解し、家族の感情や関係性を考慮した上で、介入を柔軟に調整する能力が求められる。

以上より、臨床技術における困難は、終末期がん特有の症状変化の速さに加え、在宅という場の「限られた情報環境」と「家族の介護文脈」によって複雑化していることが明らかとなった。

## 2) 対人関係における困難

在宅で終末期を迎えるがん療養者への訪問リハにおいて、【がん療養者との関わりの難しさ】は、支援関係の基盤に関わる在宅ケアの核心的課題である。限られた訪問時間内で、精神的に不安定ながん療養者と信頼関係を築き、本音や望みを引き出すことは容易ではない。特に、余命に関する質問や死をめぐる話題に直面した際、PT および OT は単なる共感者ではなく、専門的評価に基づきつつ適切な言葉を選び、治療目標とのバランスを取る必要がある。研究参加者の語りでは、「どう答えるか迷う」「励まし負担になることもある」といった葛藤が多く示され、がん療養者宅という生活空間において一対一で関わる訪問リハ特有の状況が、PT および OT の感情的負担を増幅させていることが示唆された。

また、【家族との関わりの難しさ】も PT および OT が直面する大きな対人関係上の課題である。特に、初回訪問時には、家族に関する十分な情報が得られないまま関わりを開始せざるを得ない状況であったことが多く聞かれた。こうした場合、家族の介護方

針や性格的傾向、療養者との関係性を把握するまでに時間を要していた。病院やホスピスでは多職種を通じて家族情報が事前に共有されるのに対し、訪問リハでは私的空間に初めて入るところから家族と関係性を構築する必要があるため、感情的距離の取り方に極めて繊細で慎重な対応が求められる。また、家族内での意見の相違への対応も大きな困難として挙げられた。特に、「最期まで家で看たい」と望む家族と、「これ以上の介護は難しい」と感じる家族との間で意見が対立する場合、PT および OT は中立的立場を保ちながら、両者の意向を調整する必要がある。さらに、在宅終末期ケアにおける家族は、主要な介護者であると同時に、感情的負担や悲嘆を抱えながら療養者を支える緩和ケアの対象者でもある<sup>11)</sup>。そのため、PT および OT は、家族の「介護する立場」と「家族として看送る立場」という二重性を理解し、それぞれの立場に寄り添った関わりが不可欠である。

【他職種との連携の難しさ】も、訪問リハにおける重大な課題である。先行研究<sup>12)</sup>では、がん終末期の訪問リハにおいて、リハ専門職の実際の役割と他医療職が期待する役割に乖離が生じることが報告されており、本研究でも同様の構造が確認された。研究参加者からは、リハ専門職の専門性が他職種に十分に理解されていないことで、相互の認識にずれが生じ、情報共有が滞る場面が語られた。特に、訪問場面では職種間の接触頻度が限られるため、PT および OT の意図や判断が十分に共有されないままケアが進む状況があった。これは、他職種の業務内容に納得していない関係性では職種間に壁が生じるという報告<sup>13)</sup>と一致する。このような在宅チームでの連携構造は、情報共有の遅れや役割認識のずれを生み、結果として療養者・家族への支援の不統一につながる可能性がある。したがって、PT および OT は自らの専門性を明確に示すとともに、他職種の専門性を尊重する姿勢を持つことが不可欠である。

以上より、対人関係における困難は、がん療養者・家族・他職種との価値観や役割認識のずれから生じ、PT および OT の心理的負担と倫理的葛藤を深める要因となっていることが明らかとなった。

## 3) 精神心理面における困難

【死の過程に寄り添う自身の精神的な葛藤】は、終末期リハに携わる PT および OT にとって、不可避な精神的負荷を示している。終末期の訪問リハでは、PT および OT はがん療養者の病状が進行していく過程に日々直面し、多くの研究参加者は「何もできない」という無力感を抱いていた。終末期がん療養者の看取りにおいて、看護師が無力感を体験することが報告されている<sup>14)15)</sup>ように、PT および OT も同様に無力感を抱きやすいと考えられる。しかし、訪問

リハでは、病院やホスピスとは異なり、療養者の生活の空間に直接関わり、日常の延長線上で死の過程を目の当たりにするため、その心理的負担はより持続的で個人的なものになりやすい。また、療養者や家族と一対一で向き合う時間が長く、感情的距離を適切に保つことが難しい点も、訪問リハ特有の特徴であると考えられる。さらに、PT および OT の場合は、リハの効果が見えにくい終末期の特性が、この無力感を一層強め、専門職としての自己肯定感や職業的アイデンティティの低下につながる可能性があると考えられる。

加えて、訪問リハは療養者の生活の場に深く関わるため、PT および OT と療養者との間に強い情緒的な結びつきが形成されやすい。終末期ケアに関わる看護師や在宅ケアに従事する介護支援専門員に関する先行研究では、職務満足度の低さや役割・職場環境への葛藤がバーンアウトの関連要因であることが報告されている<sup>16)17)</sup>。これらの知見から、PT および OT も死別後に強い喪失感や感情的負荷を経験しやすく、心理的ストレスや共感疲労、場合によってはバーンアウトの引き金となる可能性があると考えられる。こうした心理的負荷は、ケアの質を維持する上で重大なリスクとなり、PT および OT 自身のメンタルヘルスにも影響を及ぼす可能性がある。

以上より、精神心理面における困難は、死の過程に寄り添う中で生じる無力感や喪失感に起因し、単独対応による心理的孤立および療養者・家族との密接な関係性が重なって、PT および OT の専門職としての自己肯定感を揺るがす要因となっていることが明らかとなった。

#### 4) 職務役割における困難

【訪問療法士として在宅生活を包括的に対応する難しさ】は、在宅ケアにおける役割の曖昧さを反映している。研究参加者は、訪問リハの現場で、嚥下評価や服薬管理など、本来は他職種の専門領域とされる業務への対応を求められる場面を経験していた。これは、終末期がん療養者の生活を包括的に支える上で必要な視点である一方、PT および OT が「どこまでが自分の役割なのか」という境界の不明瞭さに直面し、役割葛藤を抱く原因となっている<sup>18)19)</sup>。こうした状況は、病院やホスピスのようなチーム体制が整っている施設環境とは異なり、訪問リハでは療養者と家族を前に、単独でその場で即応することが求められる構造に起因する。現場では常に他職種が同席しているわけではなく、PT および OT は単独で状況を判断し、必要に応じて他職種の領域にも一時的に踏み込む場面もある。こうした「現場での自律的判断」が訪問リハの特徴である一方で、専門職間の役割境界を曖昧にし、責任の所在を不明瞭にする

要因にもなっていると考えられる。

さらに、自身の専門職領域外の業務に対する責任感や、十分な知識がないことへの不安は、心理的ストレスを増大させる要因である。このような状況は、PT および OT が多職種連携の中で自身の専門性を再定義し、明確な役割を示す必要性を示唆している。また、役割の曖昧さは、在宅終末期ケアにおける専門職間の役割分担が必ずしも明確でない現状を反映しており、訪問リハ職が「生活全体を支える実践者」として位置づけられながらも、その専門性が十分に保障されていないという構造的課題を含んでいる。

以上より、職務役割における困難は、単なる業務範囲の問題に留まらず、在宅という現場特有の即応性と専門職間の曖昧な役割分担の中で、PT および OT が自らの専門性をいかに再定義し、他職種と協働するかを問い直す課題であることが明らかとなった。

#### 2. 困難の軽減に向けた対応策

本研究で明らかとなった4領域の困難を軽減するには、以下の多面的な対応策が有効であると考えられる。

##### 1) 臨床技術教育の強化と専門性の確立

臨床技術における困難への対応として、疼痛や倦怠感、呼吸困難、浮腫など終末期がん特有の多様かつ急変する症状に対する緩和的アプローチ技術の習得が不可欠である。特に、病状の急速な進行や予後の短さを踏まえた目標設定、そして症状変化を予測した柔軟な再評価プロセスなど、通常の訪問リハとは異なる臨床判断能力が求められる。そのため、緩和ケアおよび薬剤に関する基礎知識を含む教育プログラムの構築が必要である。この教育は個人の経験や努力に依存するのではなく、病院の緩和ケアチームや在宅医療機関との合同研修や症例検討会など、組織的・体系的な教育体制として制度化することが望まれる。これにより、PT および OT が終末期がん療養者の複雑な病態に的確に対応し得る専門性を持続的に担保できると考える。

##### 2) 対人関係スキルと多職種連携の円滑化

終末期がん療養者および家族の価値観を尊重し、限られた時間の中で希望と現実の狭間に寄り添うためには、高度なコミュニケーション技術が求められる。特に、病状の進行に伴う死の受容過程の理解し、予期悲嘆を経験する家族の感情変化に応じた支援を行うには、共感と傾聴のスキルが不可欠である。さらに、終末期リハでは症状緩和を主眼とする緩和ケア医や訪問看護師などとの連携が不可欠であり、PT および OT は共通言語としての緩和ケアの概念を理解し、各職種の専門性を尊重しながら情報共有を円滑

に行う必要がある。そのため、定期的な合同カンファレンスや症例検討会を通じて、死生観や倫理観を共有する場を制度的に設けることが有効であると考え。こうした連携の深化は、対人関係上の誤解や葛藤を未然に防ぎ、チームとしての意思決定の一貫性を高める基となる。

### 3) 精神心理面における組織的サポートの導入

終末期ケアに伴う共感疲労や無力感を軽減し、死別や看取りに伴うバーンアウトを予防するためには、PT および OT への心理的支援システムの導入が不可欠である。具体的には、経験豊富なスーパーバイザーによる臨床指導、同僚と経験を共有し支え合うピアサポートの機会、そしてデスカンファレンスの定期実施など、組織的責任として心理的支援を制度化する必要がある。また、死生観や倫理的ジレンマを共有・考察する倫理カンファレンスの定例化により、PT および OT が抱える内的葛藤の健全な処理を促進できると考える。こうした心理的サポート体制の整備は、専門職のメンタルヘルス維持に留まらず、ケアの質そのものを持続的に高める基盤となる。

### 4) 職務役割の拡張と社会的認知の向上

終末期がん療養者への訪問リハでは、PT および OT は自身の専門領域を超え、生活全般に対応する包括的な役割を求められる。急速に変化する病状や死を見据えた生活支援が必要となる終末期では、身体機能の回復支援に留まらず、「最期までその人らしく生きる」ことを支える包括的な視点が不可欠である。この困難を軽減するためには、職務役割を「療法士」から「生活全体のコーディネーター」へと拡張し、包括的な視点を身につける必要がある。具体的には、住環境整備、心理的支援、緩和ケアに関する応用的スキルを体系的に学ぶ継続的な教育研修の整備が求められる。また、すべてを自ら担うのではなく、地域の社会資源（多職種やサービス等）を適切に繋ぐコーディネート能力の強化も重要である。この役割拡張を「過剰な負担」としてではなく、「終末期ケア領域における専門性の発展」として社会に認知されるよう、社会的評価や支援を促す環境づくりが望まれる。

### 3. 本研究の限界と今後の課題

本研究にはいくつかの限界がある。第一に、対象が特定地域の訪問リハに従事する PT および OT に限られており、地域特性や制度的背景が結果に影響した可能性がある。第二に、質的研究としての深い洞察は得られたものの、量的データに基づく一般化可能性の検証は行っていない。第三に、研究参加者の語りは自己報告に基づくため、回想バイアスや主観

的認識の影響を受けている可能性がある。第四に、PT および OT が直面する困難に影響を与える要因について、詳細な検討までは行っていない。

今後の課題としては、異なる地域や制度環境における比較研究の実施、量的調査による困難の頻度や影響度の把握、PT および OT が直面する困難に影響を与える要因の検討が挙げられる。さらに、終末期がん療養者本人や家族、他職種の視点を含めた研究を通して、多角的に課題を検討する必要がある。また、本研究で明らかとなった困難に基づき、療法士に対する教育プログラムや心理的支援体制を開発し、その効果を検証することが求められる。これらを通じて、終末期がん療養者への訪問リハの質の向上に資する実践的知見の蓄積が期待される。

## V. 結 論

本研究では、終末期がん療養者への訪問リハにおいて、PTおよびOTが直面する困難を「臨床技術」「対人関係」「精神心理面」「職務役割」の4領域に分類し、在宅ケア特有の複数の課題を明らかにした。さらに、困難の軽減に向けた対応策を検討した結果、教育・心理的支援、多職種連携、職務役割の拡張といった包括的な支援体制の必要性が示唆された。これらの知見は、療法士支援の充実および終末期ケアの質の向上に資するものである。

### 謝辞

本研究の実施にあたり、ご協力頂きましたPTおよびOTの皆様に深く感謝申し上げます。なお、第26回日本訪問リハビリテーション協会学術大会 in 群馬 2025において本研究の一部を発表した。

### 研究資金

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（2023B104-004）を受けて実施した。

### 利益相反

本研究において、開示すべき利益相反はない。

## 文 献

- 1) 公益財団法人がん研究振興財団：部位別がん死亡数年次推移。がんの統計編集委員会（編）：がんの統計 2025. p. 42, 公益財団法人がん研究振興財団, 2025.
- 2) 伊藤里美, 佐藤桃香, 平山英幸, 他：木澤義之, 志真泰夫, 高宮有介, 他（編）：データでみる日本の緩和ケアの現状。ホスピス緩和ケア白書 2024. p. 68, 青海社, 2024.



- 3) 工藤由紀, 米田武史: がん終末期の在宅療養者生活と希望を支える一訪問リハビリテーションの関わりー. MB medical rehabilitation 284: 1-13, 2023.
- 4) 大森まいこ, 辻哲也: 在宅終末期がん治療・ケアにおけるリハビリテーションの役割. MB medical rehabilitation 284: 14-21, 2023.
- 5) 宮崎至恵: がんのリハビリテーションに携わるセラピストの葛藤ー終末期の一例ー. 理学療法科学 30 (3): 421-427, 2015.
- 6) 池知良昭, 井上桂子: 終末期がん患者に対する作業療法士の課題ー作業療法士が感じる困難さや悩みに関する質的検討. 作業療法ジャーナル 55 (10): 1204-1211, 2021.
- 7) 鈴木朋代, 蓮川嶺希, 高橋香代子: 病院および訪問においてがん終末期に携わる作業療法士が感じる困難. 作業療法ジャーナル 57 (13): 1473-1481, 2023.
- 8) Sandelowski M.: Whatever happened to qualitative description?. Research in Nursing & Health 23 (4): 334-340, 2000.
- 9) グレグ美鈴: [1] 質的記述的研究. グレグ美鈴, 麻原きよみ, 横山美江 (編): よくわかる質的研究の進め方・まとめ方ー看護研究のエキスパートをめざしてー, 第2版. p. 64-84, 医歯薬出版株式会社, 2016.
- 10) 安部能成: 終末期リハビリテーションとは何か?. 安部能成 (編): 終末期リハビリテーションの臨床アプローチ. p13, メジカルビュー社.
- 11) 宮林香奈子, 古瀬みどり: がん終末期療養者を自宅で看取った家族介護者のセルフケアに関する研究. 家族看護学研究 19 (2): 150-160, 2014.
- 12) 小暮英輔, 原毅, 大沼剛, 他: 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ー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ー. 日本老年医学会雑誌 58 (2): 309-311, 2021.
- 13) 蒔田寛子, 牧田光代: 在宅療養支援に必要な専門職の観察の視点と連携の課題. 日本保健医療福祉連携教育学会学術誌・保健医療福祉連携 8 (2): 155-163, 2015.
- 14) 坂下恵美子: 一般病棟で終末期がん患者の看取りにかかわる若手看護師の直面する困難の検討. 南九州看護研究誌 15 (1): 31-38, 2017.
- 15) 長内さゆり, 清水準一, 河原加代子: がん終末期患者の訪問看護導入時に生じる訪問看護師の困難感. 日本保健科学学会誌 14 (1): 5-12, 2011.
- 16) 船水裕子, 安藤秀明, 宮下光令: 緩和ケア認定看護師の職務満足度およびバーンアウトの実態と関連要因. Palliative Care Research 11 (4): 274-281, 2016.
- 17) 古瀬みどり: 介護支援専門員のバーンアウトと関連要因. 日本在宅ケア学会誌 7 (1): 61-67, 2003.
- 18) 齋藤みのり, 佐野伸之: 生活介護事業所の役割に対して作業療法士への職業認識と求められる役割. 作業療法 43 (3): 423-429, 2024.
- 19) 豊田輝, 大塚博, 平賀篤, 他: 装具療法における理学療法士の役割遂行上の課題とその改善策の検討ー義肢装具士へのアンケート調査結果からの考察ー. 日本義肢装具学会誌 38 (3): 234-243, 2022.