
 特集：がん診療におけるコメディカルの関わり

当院における作業療法部門の新たな介入拡大と作業療法士の可能性

Expansion of interventions in the occupational therapy department into new field and the potential of occupational therapists

 林 希味子¹⁾

 相場 有希子²⁾ 瀬崎 学³⁾ 中川 裕子¹⁾ 田崎 真美子¹⁾
 高橋 康夫¹⁾ 廣井 智美¹⁾ 村川 千恵¹⁾ 三嶽 晴美¹⁾

Kimiko HAYASHI

 Yukiko AIBA, Manabu SEZAKI, Yuko NAKAGAWA, Mamiko TAZAKI,
 Yasuo TAKAHASHI, Tomomi HIROI, Chie MURAKAWA, Harumi MITAKE

【要旨】

2021年度、当院で新たに作業療法士（occupational therapy：OT）が介入拡大できた2つの領域（消化器がん周術期と緩和ケア病棟）で作業療法の展開ができたのでその取り組みを報告する。

手術を受ける高齢者数は年々増加し、特に高齢者への侵襲が大きい消化器がん術後は、せん妄や認知機能の悪化を生じやすい。OT視点で周術期早期に介入したことは、認知症発症の予防や主体的な生活の改善につながったと推測する。また高齢者の周術期管理はせん妄発症後の対症的な対策だけでなく、予防を含めた包括的な取り組みも必要と思われる。

緩和ケア病棟では様々な症状が進行する中で日常活動・作業活動が行えなくなり、患者は多くの喪失体験を経験する。OTはこの「大切に思っている作業活動」を通して患者が生活の中に意味のある時間や人との関係性を再び取り戻す支援を行うよう心掛けている。緩和ケア病棟でのOT介入は、その人らしさを尊重し、患者の変化にOTアプローチを柔軟に切り替えて寄り添っていくことが大切と思われる。そしてOTが行うこれらの支援は、患者の生活の中に活かされて初めて患者や家族の生活の質（quality of life：QOL）の向上につながるものであり、緩和ケアチームの一員として取り組むことも重要と考えている。

【はじめに】

当院はがん診療連携拠点病院として、がんそのものによる機能障害に対するアプローチはもちろんのこと、予防や緩和の段階にも力を入れている。2021年度は作業療法士（occupational therapy：OT）が2名体制となり、がん診療連携拠点病院としてOT介入の必要性を感じていたものの人員不足により介入できていない領域への関わりが可能となった。今回、新たにOTが介入拡大できた2つの領域（消化器がん周術期と緩和ケア病棟）において作業療法の

展開ができたので当院での取り組みを報告する。

【I. 消化器がん周術期への早期作業療法介入について—高齢者認知機能の関わりに注目して】
1. 背景

手術を受ける高齢者数は年々増加傾向にあり、それに伴い術後せん妄（postoperative delirium：POD）や術後認知機能障害（postoperative cognitive dysfunction：POCD）といった周術期認知機能低下による予後の悪化やADLの低下が問題となってい

¹⁾ 新潟県立がんセンター新潟病院 リハビリテーション科, ²⁾ 新潟県はまぐみ小児療育センター,

³⁾ 新潟県立リウマチセンター リハビリテーション科

Key words : 作業療法 (Occupational Therapy), 作業活動 (Occupation), 術後せん妄 (Postoperative Delirium:POD), 術後認知機能障害 (Postoperative Cognitive Dysfunction:POCD), 緩和ケア (Palliative Care), QOL (Quality of life)

る¹⁾。

また在院日数短縮と早期社会復帰を目指す術後回復プログラムも注目されており、侵襲が大きい消化器がん患者への介入が重要視されている²⁾。

特に高齢者への侵襲が大きい消化器がん手術は、せん妄や認知機能悪化を生じやすく、ADLや予後をも悪化させることが知られていることから種々の対策も報告されている。

一方、周術期に対するリハビリテーションは理学療法士 (PT) が中心に実施されているのが現状であり作業療法士 (OT) が関与した報告は少ない。

表1 対象者の基本属性

・ 対象: 2021年4月～2022年3月
消化器がん術後にOT介入した17例

性別(例)	男性	13 (76%)
	女性	4 (24%)
年齢(歳)		77.2 ± 9.5
在院日数(日)		38.2 ± 19.3
術後リハ開始日(日)		7.4 ± 7.7
FIM(介入時)		68.9 ± 29.4
転帰(例)	自宅退院	14 (82%)
	転院	3 (18%)

n=17. 人数(%), 平均値± 標準偏差.

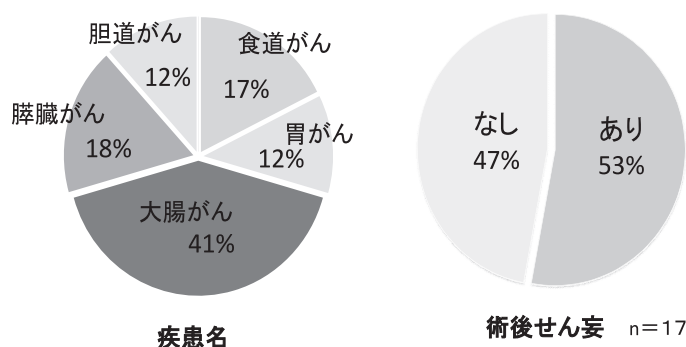


図1 対象者の疾患割合と術後せん妄の発症率

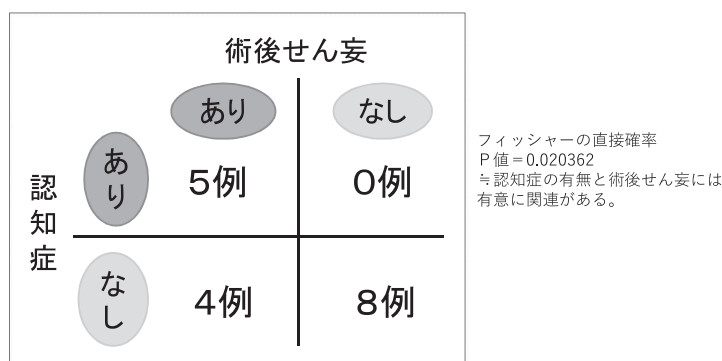


図2 認知症と術後せん妄の関連

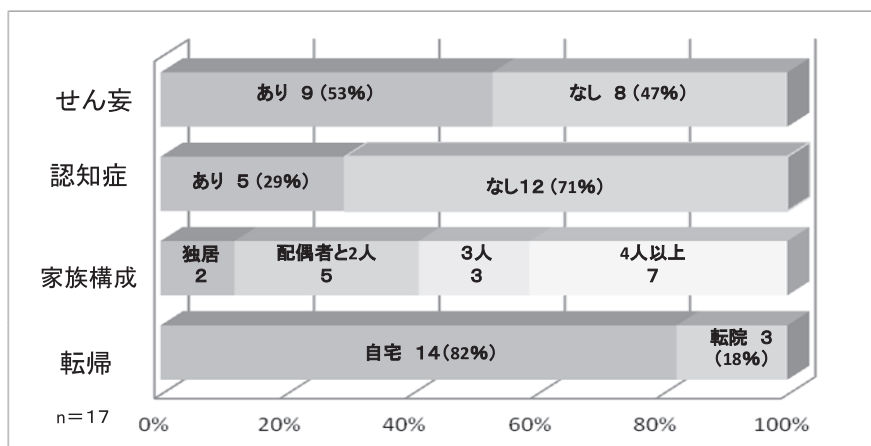


図3 対象者の基本属性

今回、作業療法の視点で介入した高齢消化器がん術後患者の一症例を報告すると共に当院での取り組みを報告する。

2. 対象及び結果

対象は2021年4月から2022年3月の間に消化器がん術後にOT介入した17例である。男性13例(76%)女性4例(24%)、平均年齢77.2±9.5歳、平均在院日数38.2±19.3日、術後リハ開始日は7.4±7.7日、介入時の日常生活機能評価(FIM)は68.9±29.4点であった(表1)。対象者の疾患別割合は大腸がん41%、膵臓がん18%、食道がん17%、胃がん12%、胆道がん12%であった(図1)。

術後せん妄は9例(53%)に認め、そのうち認知症既往があったのは5例(29%)であった。

認知症と術後せん妄との関連としては、術後せん妄は認知症患者に多く発症おり、フィッシャーの直接確率検定(p値=0.020362)で有意に関連があった(図2)。

家族構成は独居2例、配偶者と2人暮らし5例、3人暮らし3例、4人以上は7例であった。独居や

高齢配偶者との2人暮らし等、介護力が乏しい背景もうかがわれたが、転帰は自宅退院が14例(82%)、転院が3例(18%)であった(図3)。

3. 症例提示

70歳代女性。X年A月に食欲不振、褐色尿を自覚しK病院を初診。精査依頼目的で当院内科を受診。切除可能膵癌としてA+1月、術前化学療法を実施。A+1月に術前化学療法施行後、皮疹・口内炎で中止。A+2月に肝胆道系酵素の上昇あり入院。手術目的に消化器外科に転科。A+3月に膵頭十二指腸切除術施行し、手術時間は7時間51分に及んだ。

(1) 術後経過(図4)

術後1日目、レベルはクリアで見当識障害なし。術後2日目PT介入。この時期は術後せん妄はなく、日中トイレに誘導するなど離床が進められていた。術後7日目、日中の活動性向上目的にOT追加介入。術後8日目頃からポータブルトイレ自立を境に、入院生活ではドレーン類を気にせず動き回るような危険行動やルートが点滴台に絡みつくと問題行動が出現。その後、日付間違いの見当識障害が見られ、

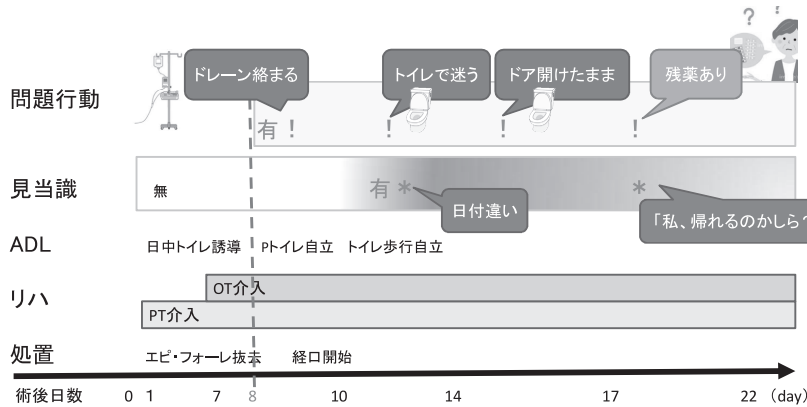


図4 症例の経過

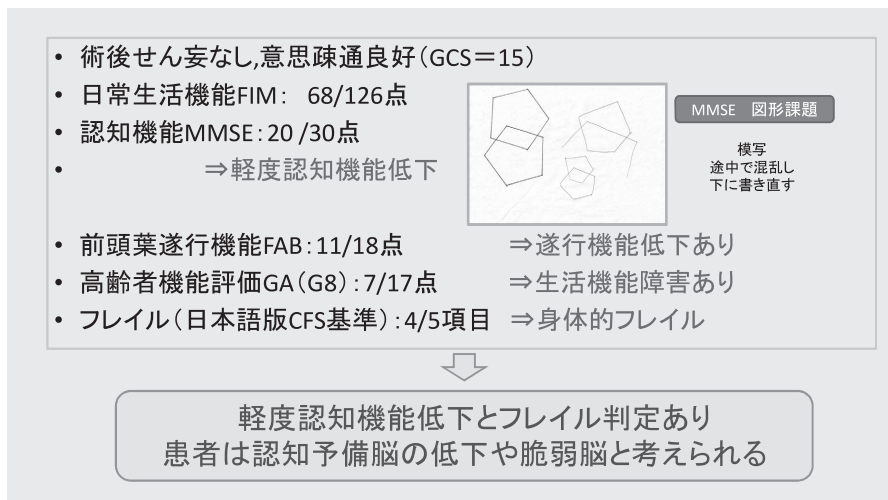


図5 作業療法評価

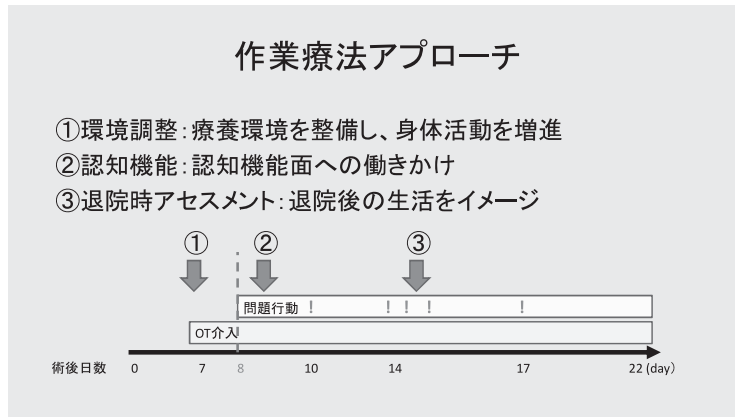


図 6 作業療法の実際

作業療法介入 ①療養環境の調整

- 術後ドレーン管理
- 療養環境の調整
 - ベッド配置
 - ベッド柵
 - PTトイレ設置

⇒患者の不安や行動特性を病棟看護師と共有

図 7 作業療法介入①療養環境

作業療法介入 ②認知面への働きかけ

- 机上課題
(読書,日記,クロスワードパズル,ボードゲーム,家事の記録)
いわゆる頭の体操を行う。

⇒座位活動を促し,手を動かし頭を使う課題に取り組む。

図 8 作業療法介入②認知面

トイレで迷ったり, トイレドアを開けたまま排尿するなど問題行動が頻発した。また, 残薬が確認され内服管理の検討が必要となった。退院許可が出た後も, 「私, 帰れるのかしら」と同じ質問を繰り返していた。

(2) 作業療法評価 (図 5)

術後せん妄はなく, 意思疎通は良好 (GCS = 15)。認知機能 (MMSE) 20/30点, 前頭葉遂行機能 (FAB) 11/18点, 日常生活機能評価 (FIM) 68/126点, 高齢

者機能評価 (G8) 7/17点, フレイル (日本語版 CFS基準) は 4/5 項目で身体的フレイル判定となった。これらの OT 評価から, 症例患者は認知予備能の低下や脆弱脳の状態にあると考えられた。

(3) 作業療法介入 (図 6)

OT 介入は①環境調整として療養環境を整備し, 身体活動の増進を促した。術後は体に接続されるチューブやモニター類が多く, 術後ドレーンの管理が必要だった。また認知面の低下がみられたため,

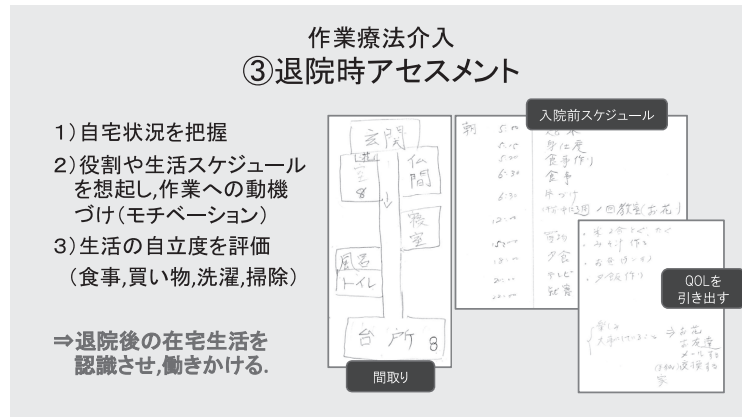


図9 作業療法介入③退院時アセスメント

促しを喚起する張り紙を張るなど、見えやすい位置にハンドアウトした。このように、日中の身体活動量を増加促進させ、療養環境の調整を行い、患者の不安や行動特性を病棟看護師と共有した(図7)。

②問題行動が見られたため、認知面への働きかけを行った。リハビリ室では机上課題を行い、病室でもカレンダーによる日時の把握ができるよう視覚環境を整え、携帯電話やメール操作を確認するなど、社会とのつながりを持つよう促した。このように机上課題や座位活動を促し、手や頭を使う課題に取り組むなど、認知機能への働きかけを行った(図8)。

③退院時アセスメントを行い、退院後の生活イメージを促した。自宅の間取りや入院前スケジュールを書いてもらい、役割や生活を想起し動機づけを行った。また生活の自立度を評価しその方のQOLを引き出す関わりを行った。このように退院後の在宅生活を認識させるなど退院に向けたアセスメントを行った(図9)。

4. 考察

周術期は身体活動やコミュニケーション、社会生活なども制限され、認知予備能は低下する。今回、術後せん妄なく認知機能に問題がないように見えた高齢患者が術後軽度認知機能低下を呈し、入院生活の中で術後認知機能障害と思われる言動や行動が見受けられた。OT視点で周術期早期に介入したことは、認知症発症の予防や主体的な生活の改善につながったと推測する。

また今回の結果から術後せん妄が認知症患者に多く発症し、統計学的にも有意差が認められた。先行研究でも、フレイルの状態です手術を受けると、術後認知機能低下が増加するとされ、フレイルは認知機能低下に関与すると考えられている³⁾。高齢者の周術期管理はせん妄発症後の対症的な対策だけでなく、予防を含めた包括的な取り組みも必要と思われる。

結果より術後せん妄は52.9%に認められ、ハイリ

スクな患者層ではあったが全体の82%が自宅退院となっていた。周術期という特殊な環境下で身体活動量の向上を図り、術後せん妄や認知機能低下に対応しながら、在宅生活を見据えた介入を行った効果とも考えられる。

【Ⅱ. 緩和ケア病棟における作業療法の展開と役割】

1. 背景

がん診療連携拠点病院が地域に整備され、各医療機関において緩和ケアチームの設置が進められる中、緩和ケアチームにはリハビリテーション関連職種への参加も推奨されており、当院ではOT2名体制になった2021年度から緩和ケア病棟でのOT介入を積極的に試みた。症例を通して、緩和ケア病棟でのOTの実際を振り返り、OTにはどのような役割が期待されるのかも含め当院での取り組みを紹介する。

2. 緩和ケア病棟での作業療法の実際

当院の緩和ケア病棟の病床数は21床であり、完全個室となっている。当院ではリハビリ担当は専任ではなく、他病棟と兼任で業務にあたっている。2021年4月から2022年3月までに緩和ケア病棟でOT介入できた症例は85名(男性37名 女性48名)。月平均7名から最大11名程度の作業療法指示処方箋があった。処方があったリハ介入患者の平均在院日数は87.8日(最短14日～最長308日)。

OTの実施内容としては、症状緩和を目的とした関節可動域訓練やマッサージが多く、身体機能の維持や改善を目的とした活動・機能訓練、ADL訓練、楽しみの活動支援、ポジショニングなどの姿勢調整、病室の環境整備、自助具の選定、在宅復帰に向けた福祉用具の適応指導など多岐に及んでいた。

3. 症例提示

症例：T氏、60歳代 女性、膀胱癌・脊椎転移(下肢対麻痺)

X年8月、背部の痛みを認め近医の整形外科受診。

その後歩行困難となり精査目的に当院入院となる。画像診断にて多発性脊椎転移が認められ、TH5/6～L3/4レベルにて硬膜腔を絞扼し、胸椎・腰椎圧迫を認めたため放射線治療とともにリハビリが開始となった。

(1) 作業療法介入の経過

T氏は重度の対麻痺を呈し、膝立ては困難であり胸背部の痛みを訴えギヤッジアップ座位保持も難しく寝たきりの状態だった。コルセット装着下にて医師の安静度許可に合わせて床上での座位訓練やADL訓練を開始した。その後、座位耐久性が向上したためクライニング式車いすへの移乗練習を実施し、車いすでの離床を図った。T氏は数週間ぶりにベッドから離れることができたことを喜び、意欲的にリハビリに取り組み、散歩や外出に出かけることが可能となった。

特にOTでは生活に主体性を持ってもらうため、車いすでの過ごし方を選択する機会を提供した。毎日車いすに移乗し病棟内談話室でTV鑑賞や雑談するなど日中の時間を病室以外で過ごすことを楽しみにされていた。T氏の気持ちを尊重し生活の中における自立性は徐々に高まり、様々なことを自己決定できる機会が増えていった。自宅への外出も頻回に行い、自宅で友人や家族と過ごしたり、余命を案じ自宅の整理整頓もされていた。

症状が進むにつれ、今までは問題なくできていた生活動作が困難になり、できなくなったことへの喪失感や不甲斐なさ等、精神的な落ち込みは計り知れなかった。OTとしてできるだけ人の手を借りず、自分で自分のことがしたいというT氏の思いに寄り添い、T氏のADLを支えるため、できるADLを安全に維持していく手段として福祉用具（トランスファーボード、ポータブルトイレなど）の検討も行った。

予後1か月くらいから痺れ以外に多様な症状が出現し、全身の倦怠感や食欲不振、痛み、便秘、呼吸困難、悪心など、主観的な症状の出現が際立った。T氏は「死んでいくのがこんなに大変だとは」「こんな状態で生きていたくない」など全人的苦痛やスピリチュアルな苦痛として表現した。

予後2週間前後になると、急速なADL低下とPS低下が避けられなかったが、T氏に寄り添い連日病室を訪れた。そしてT氏のご自身の希望や願い、不安・気がかりなことを伝え、医師・病棟看護師・看護助手などに協力を得ながらも最後までT氏らしく自立した生活を送り、X+1年、6月ご寿命を迎えられた。

4. 考察

周術期にリハビリを実施した方々が、再発・転移による別の症状や機能障害を発症し、継続的にかか

ることがしばしばある。再発を繰り返しながらも治療の有害事象に耐え、社会参加を続ける方や残念ながら治療を断念しせざるを得ないが、死の間際まで必死に生き抜く生き様から筆者は多くのことを学ばせてもらっている。これまでの様々な症例を通して感じた緩和ケア病棟におけるOTの役割や重要な視点について以下に述べる。

(1) 緩和ケア病棟におけるOTの役割について

OTは作業活動を通して、患者が生活の中に意味のある時間や人との関係性を再び取り戻す支援を行える職種であり、人生の最終終末期であったとしても、人が作業活動を行う過程や結果には、生活のあらゆる場面で意味があり、生活に意義を生み出すものであると考えている。

しかし病気や治療の過程でこれらの作業活動が行えなくなると、それは患者や家族にとって大きな損失体験となり、様々な苦痛を生じさせる。特に排泄など最低限の身の回りのことさえもできなくなると、「もう生きている意味がない」「もうダメだ」とスピリチュアルな苦痛を強く持つ患者も多い。OTはこれらの作業活動の持つ特性を様々な環境や他者との関係のなかで持ちいることによって、患者が生活のなかで失われたものを再び取り戻すことや、残存した機能・能力を最大限生活の中で活用できるよう支援する役目を担える視点を持ち続けている。

『最後まで患者の尊厳を尊重しながら接し、患者の希望を支えていく』ことが重要である⁴⁾と言われており、積極的な抗がん剤治療ができなくなったときや病状が進行しADL低下が避けられない時期においても、患者の変化に寄り添い、喪失感を軽減するためのリハビリテーション⁵⁾の可能性の余地は十分に有する場合も多く、リハビリ・作業療法の内容を変えつつも希望をつないでいくことが大切と思われる。

緩和ケア病棟の症例のように、たとえADL低下が避けられず死に至る経過であってもリハビリそのものが目標で生きがいとなることは稀ならず経験する。OTとの信頼関係で、決まった時間に病室を出てリハビリ室に場所を変えることで作られる生活のリズム、それも日々患者の希望を支える大事な要素となりえると考えられる。

様々な喪失体験を経験した患者・家族が病の中で自分らしく生きるために、生活の中に意義のある時間・作業活動を再びどのように持つことができるかは、その時々患者・家族の最高なQOLの実現に重要である。またOTにはこのような時間・作業活動を患者が再び取り戻したり、新しく見出したりする支援を行う役目があると考えている。

(2) チームで行うことの重要性

緩和ケア病棟の作業療法をどのように実践してい

くか日々苦悩するが、個々人のライフサイクルやライフスタイル、大切に思っている活動を評価し、病状に応じてOTアプローチ方法を柔軟に切り替えていく必要があると強く感じる。OTはこの「大切に思っている活動」を通して、患者が生活の中に意味ある時間や人との関係性を再び取り戻す支援を行うよう心掛けている。そしてOTが行うこれらの支援は、患者の生活の中に活かされて初めて患者や家族のQOLの向上につながるものであり、緩和ケアチームの一員として取り組むことも重要と考えている。

【まとめ】

消化器がん周術期での早期OT介入は、認知機能面のわずかな低下に気づき早期に対応し、自宅生活をイメージさせるOTの関わりが特に有効だった。今後は症例数を増やし、がん周術期における認知機能の変化を把握していく必要がある。また多職種チームで様々な角度から介入することは、より効果的な周術期管理につながり、認知機能低下や予後QOLの改善に結びつくと考える。

緩和ケア病棟でのOT介入は、その人らしさを尊重し、患者の変化にOTアプローチを柔軟に切り替えて寄り添っていくことが大切と思われる。がんの進行により患者自身でできなくなったときこそ、緩和ケア病棟においてOTが専門性を十分に発揮できる時だと痛感している。

【おわりに】

消化器がん周術期の早期OT介入と緩和ケア病棟でのOT介入を報告したが、どのようながん種やがんステージにおいても共通して重要と感じることは、リハビリ目標を考えるためのアセスメントの際に、「患者の人生史の中でどのような活動を大切にしているか」ということを確認することが重要であり、OTアプローチを病態に応じて柔軟に変化させていくことも重要である。

今後はより多くのがん患者に適切なリハビリ・作業療法が提供できるように、時期に合わせた作業療法の必要性が多職種に広く理解されることも必要であり、さらに努力を続けていきたい。

引用文献

- 1) Saczynski JS, Marcantonio ER, Quach L, et al. Cognitive trajectories after postoperative delirium. *N Engl J Med.* 367 (1): 30-39. 2012.
- 2) Royall DR, Palmer R, Chiodo LK, et al. Executive Control Mediates Memory's Association with Change in Instrumental Activities of Daily Living: The freedom House Study. *J Am Geriatr Soc.* 53 (1): 11-17, 2005.
- 3) Jackson JC, Ely EW, Morey MC, et al. Cognitive and physical rehabilitation of intensive care unit survivors: results of the RETURN randomized controlled pilot investigation. *Crit Care Med.* 40 (4): 1088-1097. 2012.
- 4) 小川朝生, 内富庸介 編. これだけは知っておきたいがん医療における心のケア. 医療研修推進財団. 2010.
- 5) 栗原幸江, 田尻寿子. こころのケアとしてのリハビリテーション. :がんのリハビリテーションマニュアル. 辻哲也 編. p330-339. 医学書院. 2011.