

**特集/がんのリハビリテーションチームで行う緩和ケアー
緩和ケアチーム・緩和ケア病棟での理学療法士の役割**

八木健太郎・井出睦

MB Med Reha No.140 2012

<緩和ケアチーム>

1. 当院緩和ケアチームについて

聖マリア病院は救急救命センターを有する福岡県南部の地域医療支援病院である。緩和ケアチームは 2008 年より再整備され、内科医 2 名、精神科医 1 名、緩和ケアチーム専従看護師 2 名、病棟看護師 3 名、薬剤師 1 名、臨床心理士 2 名、事務職 2 名、MSW2 名、管理栄養士 1 名、理学療法士 2 名で構成されている。2011 年度の依頼件数は 106 件で、症状コントロールの依頼が 61%、療養場所の相談が 39%であった。

2. 理学療法士の役割

ADL に必要な身体機能について Cheville らは、202 名のがん患者のうち、65.6%が少なくとも 1 つ以上の身体機能の問題があるにもかかわらず、これらに関する主治医のカルテ上の記載はわずか 6%であり、リハ処方箋は 2 件であったと報告している。また、Harrison らはがん患者の満たされていない支持療法について、94 の主要な文献を対象にした系統的レビューを行い、最も満たされていない項目は ADL の領域であったとしている。

当院ではチームに依頼のあった患者の主要な依頼内容が症状コントロールであったとしても、理学療法士の視点から評価を行い、必要な場合は患者のリハ介入を進めてもらうよう進言するようにしている。リハ介入では現時点での身体機能やどこまで動作能力の向上が見込めるかを評価し、患者や家族から家屋構造やマンパワーについての情報を得る。リハスタッフは、毎日 20 分から 1 時間、患者とコミュニケーションをとりながら訓練を実施するため、患者や家族の本音や悩みを聞くことが多い。そのような言葉はチーム内で情報共有するようにしている。

<緩和ケア病棟>

1. 緩和ケア病棟のリハ導入の割合

全国に緩和ケア病棟承認施設は 222 施設 4421 床である (2012 年 10 月 1 日現在)。井上らによると 2005 年 10 月当時、緩和ケア病棟においてリハ専門職によるリハを導入している施設は 93 施設中 76 施設 (81.7%) であるが、実際に適応となった緩和ケア病棟入院患者が 30%未満の施設が 77.3%を占めていた。

2. 緩和ケア病棟における理学療法の役割

Gans は終末期のがん患者に対するリハの目的は余命の長さにかかわらず、患者とその家族の要望 (demands) を十分把握したうえで、その時期におけるできる限り可能な最高の ADL を実現することとし、Palma らはそのゴールは患者やその家族の最高の QOL を実現することであるとしている。つまり、リハの目的は、理学療法や作業療法という手段を用

いて患者の QOL を上げるということに尽きると考えられる。

3. 緩和ケア病棟におけるリハを実施するうえでの注意点

がんのリハは大きく予防的、回復的、維持的、緩和的の 4 つに分類される。

緩和ケア病棟の患者の多くは維持的および緩和的リハに当てはまる。特徴は、残された時間が限られていること、ADL 能力は一時的な向上を見せたとしてもいつか低下することである。そのため、患者の希望と予後を踏まえたうえでのゴール設定が重要である。ADL 能力の向上に固執しすぎることや、患者が望まない訓練を継続したり押し付けることは患者の QOL を大きく損なう可能性がある。患者の状態を見ながら状況に応じてギアチェンジする必要がある。また緩和ケア病棟では苦痛を伴う検査はあまり行われないため、日々の状態は主治医や看護師と密に情報交換し、患者自身の臨床症状の変化に日々注意することが重要となる。

4. 患者の希望

これまでの研究において、リハ介入により改善が期待できること希望として挙がっていることが分かっている。患者の希望を把握することはリハのゴール設定において重要であるが、個別性が高く、多様化することを念頭に置き、柔軟に対応していく必要がある。

5. リハ実施時のコミュニケーション

患者の希望を聞き出すといっても、希望を見いだせない状況にあることも多い。患者の希望を見出しやすくするため、リハ実施中の会話のなかで患者のこれまでの人生の軌跡を語ってもらうことがある。このようなコミュニケーションから、希望が生み出されることがあり、それをヒントに希望を達成するために必要なリハの手立てを考えてくことが可能となる。

6. リハのゴール設定

患者の希望が現実とは乖離し、実現困難と考えられる場合、予後や身体状況をみて達成できうる方法を模索する。その希望に向かって達成すべきショートゴールを設定し、それを積み重ねていく。希望が自宅復帰であるが、困難ならば、一時帰宅をショートゴールとする。自宅までの距離が片道 20 分ならば、20 分以上の離床耐久性を獲得するなど目的指向型のリハの提案や、環境整備を行う。

7. リハ介入時のオリエンテーション

- ① リハは毎日の体調に合わせて行い、中止したいときは中止できる。希望すれば再開可能。
- ② 体調などの影響により実施できない日でも担当が休日以外 1 日一度は顔を見せる。
- ③ 大きな目標をひとまず設定するが、基本的にはその日その日で相談しながら臨機応変に対応。

オリエンテーションの実施は、患者が抱く負のイメージの払拭、初期の信頼関係の構築、その後のリハのコンプライアンスの向上に役立つと考える。

8. 理学療法の実際

理学療法の実施内容はがん以外の疾患と大きな差はない。単に離床し、散歩するという行為は理学療法士でなくてもいいという指摘をいただくことがあるが、様々なリハの効用を念頭に置くことは勿論、患者の状態をアセスメントしたうえで適切な離床手段を選択し、目標とする全身耐久性を得るべくリスク管理を実施しながら離床することは理学療法の専

門性を必要とするものとする。

当院ホスピス病棟において患者の離床ができなくなったのはどのような身体症状が出現した時点であるかを調査したところ、意識障害と倦怠感の増悪の2項目が離床の制限因子だという結果が得られた。この二つの項目はその後のリハのギアチェンジの一つの指標となると考えられた。

9. 緩和ケア病棟におけるリハの効果

緩和ケア病棟入院中の患者に対するリハの効果は、Yoshioka や Sabers ら、Montagnini らの報告があり、ADL 能力や QOL の向上がみられたとしている。

その他にもリハの効果の報告はあるが、予後がより短い週単位未満の患者に対するリハについては患者からの情報が様々な症状の増悪に伴い得られにくくなることや、倫理的問題もあり効果を示す研究は少ない。今後、randomized control 試験をはじめとする質の高い研究が望まれている。

10. 多職種との連携