

がん医療における作業療法士の役割

目良幸子

IRYO Vol. 62 No. 4 (226-230) 2008

要旨

がんは多彩な症状を呈する疾患であり、その診断から治療中のみならず、寛解にいたってもなお再発の不安、死の恐怖がつきまとう疾患である。リハビリテーション医療は機能の回復と社会復帰をめざすと位置づけられてきたため、がんはごく一部しか治療の対象とされてこなかった。しかし今後はがん医療のあらゆる時期にリハビリテーション医療が適応されることで、患者のQOLの向上をめざすことが必要である。作業療法は精神機能と身体機能の両方に対して働きかけ、対象者がその人らしく生活することができるように援助する役割と機能を持っている。がん患者に対するリハビリテーションについての要点をまとめ、さらに作業療法が具体的にどのようなサービスを提供できるかということを示すとともに、他職種との連携について簡単に述べる。

キーワード がん 生活の質 作業療法

はじめに

わが国において作業療法士は理学療法士と共に1965（昭和40）年に身分法が成立した比較的新しい医療専門職である。平成19年4月現在、日本全国で約3万8千人の有資格者がいる。約4割の者が脳血管障害、リウマチ、脊髄損傷、骨折などの身体疾患を対象に一般病院で勤務し、その他の者が精神科、老年期、発達障害の各領域で働いている。しかしリハビリテーション医療の対象を機能の回復が見込まれて社会復帰が可能な者としてきたため、がん患者には限られた範囲でのかかわりとなっている。今後は作業療法士のみならず理学療法士、言語聴覚士などの各専門職が機能訓練、社会復帰という狭義のリハビリテーションの枠を越えて、がんを持ちながら

生きる患者のQOL向上に働くよう求められている。

がん患者における リハビリテーションの現状と課題

がんという疾患の特徴はその発生の部位、がんの種類とその性質、病期、症状、治療の副作用などにより多彩な問題が引き起こされるという点にある。今までのリハビリテーションは器官、臓器の機能消失または不全からおこる機能障害に対してのアプローチが主であった。しかし疼痛その他の症状緩和や廃用性の障害の予防、そのときの状況に応じたADLの指導などリハビリテーション関連職種が働きかけることのできる領域がまだ多く残されている。またがんという疾患自体に強烈なイメージがあり、患者

国立病院機構 近畿中央胸部疾患センター

別刷請求先：目良幸子 近畿中央胸部疾患センター 〒591-8555 大阪府堺市北区長曾根町1180

（平成19年4月23日受付，平成20年2月15日受理）

Role of Occupational Therapist in Cancer Treatment

Sachiko Mera

Key Words : cancer, QOL, Occupational Therapy

は診断されたその時から死の恐怖を感じ、治療が成功しても常に再発の危険性に脅かされる。このようながんにもともなう心理的ストレスやうつなどの精神症状にも配慮することが必要である。今後のがん患者に対するリハビリテーションはその適応を発症直後から終末期にいたるまでのすべての時期に活動することが求められている。

がん患者に対する リハビリテーションの基本原則

1. 患者中心主義

がんと共に生きる人を支えるためには、患者自身と家族の希望を最大限に実現できるように支援することが大切である。患者一人一人のおかれた状況は異なり、問題点も異なるため、そのニーズも多様で多彩であるが、個別性を尊重して働きかけることが要求される。

2. 患者と家族を対象としたケア

患者と家族をひとつのユニットとして考えて働きかけることが必要である。患者の生活を考えるうえで家族の存在は不可欠であり、家族を支えることが患者を支えることにつながる。さらに患者の死が現実的な問題になってくる時期には家族が大切な人を失うという課題に直面することになる。家族が喪失のテーマに取り組むための支援と患者が亡くなったあとの支援も必要である。

3. QOLの向上

がん医療におけるリハビリテーションの目標は患者と家族のQOLの向上である。患者・家族のニーズに応え、希望に沿い、少しでも納得できる満足な生活を過ごすことができればがんのリハビリテーションはその目的を達成できたといえる。とくに終末期においては機能や能力がどんどんと失われる時期であるが、そのような状況でもできる限り快適に過ごせるような支援が必要である。

4. トータルペイン（全人的苦痛）の理解

がん患者の抱える問題は疼痛をはじめとする身体的不快症状のみでなく、不安や抑うつなどの心理、精神的問題、家族や職業に関連する経済的、社会的問題、生きる意味や生命の終末に直面して苦悩するスピリチュアルな問題などがそれぞれに関連し、からみあって患者を悩ませ、苦しめることを理解して働きかけることが必要である。

5. チーム医療

患者一人一人の全人的で多様なニーズに対応するためには単独の職種が活躍するのではなく、多種多様な職種が協力して各自がその独自性を発揮することが必要である。チームがうまく機能して初めて困難な状況の中でも可能な限りベストな状態を生み出すことができる。チーム医療の実践とその充実が要求される。

6. コミュニケーション技術の重要性

患者自身や家族が今なにを考え、感じ、どのような問題点を抱えて、どのようなニーズに対応してほしいと望んでいるのかということを知り、治療を実施するうえでの優先順位の決定について話し合うなど、コミュニケーションはがんのリハビリテーションを進めるうえで非常に重要な技術である。コミュニケーション技術は对患者・家族のみでなく、チームが連携して医療を進めるうえでのスタッフ間の良好な意思疎通にも不可欠である。

がん患者における リハビリテーションの4つの時期

1. 予防的リハビリテーション

外科手術や化学療法などの治療過程の中で予測される機能低下、能力低下をできる限り予防し、その影響を最小限にとどめることができるようにその治療実施前から介入し働きかける。

2. 回復的リハビリテーション

がんそのものによる症状や治療の副作用のために生じた機能障害、能力障害のできる限りの回復をめざすこと。また廃用症候群を予防して速やかに体力を回復させることなどが目標となる。

3. 維持的リハビリテーション

がんの進行、転移、再発などにより消失、低下した機能を補うための代償的方法を検討し、できるかぎりの生活能力の維持をはかることを目標とする。

4. 終末期リハビリテーション

余命が限られた時期に廃用や合併症を防ぎながら、苦痛や不安がなく、できるかぎりQOLを高く保ち、その人の望む生活が継続できるように援助すること。

以上すべての時期に心理、精神面でのサポートも考慮しながら、作業療法評価とプログラムの実施が検討されることが必要である。

作業療法の特徴

作業療法の定義は「身体または精神に障害のある者に対し、主としてその応用的動作能力または社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を行わせること」(理学療法士・作業療法士法、1965年)となっている。つまり作業療法の特徴はその定義から①心と身体の両方に働きかける、②応用的動作能力すなわち日常生活の中での具体的な諸活動、とくに個人的活動であるセルフケアと家庭内生活を維持するための家事動作を遂行する能力の回復をめざす、③社会的適応能力すなわち家庭内での活動にとどまらず、買い物や交通機関の利用、職業活動や地域での交流など他者や社会との関係に関わる能力の回復をめざす、④そのための手段として作業活動を利用する、というものであることがわかる。表現を変えると、「人がその人の能力を活かしてさまざまな活動を行うことによりその人らしく生活できるように支援すること」が作業療法である、といえる。

チームにおける他の職種との連携

1. 理学療法士

理学療法によって運動機能が十分に発揮され、基本的な移動能力が確保されることで作業療法が次の段階である応用動作、セルフケアの安全で確実な実施につなげていくことが可能になる。例えば理学療法士によって下肢の筋力強化がなされ立ち上がり動作が可能になれば、作業療法士が立位でのズボンの上げ下げや、洗面台での整容動作につなげていくというような連携を行う。

2. 言語聴覚士

言語聴覚療法は文字の理解、読むこと、聞くこと、書くことの機能に対して働きかける。作業療法では例えば書くことについて、姿勢の保持や上肢の使い方、適切な筆記具の選択と使用方法、早く、上手に書くための練習など動作の遂行という視点で働きかけていくことがその役割である。

3. 心理療法士

心理療法が主に言葉を介しての働きかけであるのに対して、作業療法は作業活動という手段を利用して間接的に介入していくという特徴をもつ。人は興味のある作業活動に参加するときに知らず知らずのうちに心身の機能を使い、それが心身を賦活する。

適切な作業活動を導入することで望ましい心理状態に導くことが作業療法の目標である。

4. 看護師

看護は患者自身が安全で快適な生活ができるように働きかける。作業療法は動作において機能障害と動作能力との関連を見出し、患者の現状にあった方法を選択し、道具や環境調整を行う。看護と作業療法が協力することで患者の機能が十分に発揮され、介助を必要最小限にとどめることが可能になる。

作業療法プログラムの実際(表)

1. 安楽な休息への援助

痛みがなく、だるさがなく、安楽に眠ることができるように姿勢や四肢の位置を調整する。そのための寝具、枕、クッションなどを準備し、寝返りなどの姿勢変換や動作介助を家族に指導する。また自らの身体を動かすことができない場合には、不動性の痛みや全身倦怠感が患者を苦しめる。そのような場合には適度な関節可動域運動やマッサージが効果を発揮することがある。また褥創をおこさないための配慮も必要である。

2. 作業活動の提供

人は常になにか作業をしている存在である。そして生きている限りその人の持つエネルギーを有効に使いたいと考えている。日中にその人が保持している機能や能力をその人が望むかたちで活用することができて、夜間に良い休息をとることができるよう、活動と休息のバランスがとれていることが望ましい。作業療法は病院という限られた環境のなかでその時の患者自身に応じた作業活動が提供できるように配慮する。

3. ADLを支援する

作業療法室には台所や洗面台、浴室、和室などが設けられている。食事、更衣、整容、排泄といったセルフケアや調理、掃除、洗濯といった家事動作な

表 作業療法による主なアプローチ

- ① 安楽な休息のための援助
 - ② 適度な活動のための援助
 - ③ ADLの自立を図り介助を軽減する
 - ④ 身体機能の維持と向上
 - ⑤ 精神機能の安定と賦活
 - ⑥ 外出や自宅生活の支援
 - ⑦ 復職準備となる活動の提供
 - ⑧ 家族や介護者への支援
-

どを訓練するためである。毎日の生活のなかで繰り返しされる ADL は生きている限り続く活動であり、さらに何を食べ、何を着て、どう装うかが自分らしさであり、自分らしく生きることの確立へとつながる。作業療法ではできる限りその人のセルフケアが自立し、さらに家庭内や職場内での本来の役割ができるだけ遂行できるように援助する。

4. 身体機能の維持または回復

特定の筋力を強化することや関節可動域を改善するためには理学療法が効率よく実施できる。作業療法では作業活動を利用するため、効果は間接的で持久力や協調性の改善により有効である。例えば編み物は両手の協調性を訓練し、座位姿勢の保持が全身持久力を向上させる。陶芸の土をこねる動作は上肢筋の筋力強化を図り、立位姿勢を維持することが下肢の持久力を強化する。

5. 心理・精神機能の維持または回復

その人が興味のある活動に集中し、作業することで精神面の安定や活性化を図ることができる。そしてその人に応じた作業活動は知らず知らずのうちに雑念を取り去り、気持ちを落ち着かせる効果がある。さらに作業に熱中することで身体的な痛みを忘れて時間を過ごすことが可能になる場合がある。

また副次的効果として作品がもつ意味も大きく、作業活動により作品が形に残る場合には、その作品は作り手—患者のエネルギーが置き換わったものであり、その人の存在を目にみえる形で残すものである。作品は患者自身の存在や心身の状況を表現し、確認する手段となる。そしてそれが他者への気持ちを伝える贈り物となったり、場合によっては遺品となったりする。

6. 外出や自宅での生活支援

散歩をする、買い物をする、食事に出かけるなど病院外での生活を行うための支援を行う。また外泊や退院の準備として自宅の環境を整えることや家族への動作指導を行う。

7. 復職のための評価と準備

復職にあたってどのような能力が必要とされていて、どこに問題があるのかを評価する。そして問題点をどのような方法で改善、または代償することが可能かを検討する。

8. 家族や介護者への援助

ストレスの大きな患者家族の心理状態を理解し、家族を失うという喪失の危機に直面している家族の心理的な支えとなるように話をよく聴き、丁寧に対

応する。動作の介助方法を指導する、適切な補助となる道具を紹介する、病室や自宅の環境調整を行うことも家族の支援となる。

作業療法を実施するうえでの注意点

1. 評価の実施

評価のポイントはどのような生き方をしてきた人が、今なにを望んでいるのかを理解することである。症状と治療の経過を理解したうえで、身体機能、精神機能、動作能力、道具と環境の要因、家族や介護者の状況等の視点で総合的に評価することが必要である。また患者自身の生活歴や職歴、家族構成なども大切な基本情報である。評価実施の際にはチーム内の情報を十分に収集し、検査は最小限にとどめて患者の負担が少ないように配慮する。

2. プログラムの実施

日々のアプローチに際しての注意点は、(1)身体機能は病状（とくに痛み）と治療や検査、睡眠や排泄などにより刻々と変化すること。(2)またそのような身体状況の不安定さに左右されて精神機能、心理状態も刻々と変化すること。(3)そのため一日の中でも同じ動作ができたりできなかったりすること。(4)以上から作業活動の内容や量を調整すること。(5)またそのような機能の変化の幅を見越し、食事や排泄などの方法や使用する道具などを安全で確実な動作が可能になるように準備し、設定することが必要である。

作業活動の導入が QOL の向上に有効であった事例

A 氏・男性・44歳・銀行員。家族は妻と子ども2人。診断名は肝臓がん、転移性脊髄腫瘍による両下肢まひ。エリートサラリーマンとして仕事一途の生活をしてきたという A 氏は表面的に人当たりがよいが、自分の内面的な不安やいらいらを抑制してストレスがたまっている様子がうかがえた。全身状態が良好に保たれている期間に本人から「病室で何かできることをしたい」との希望がある。「入院治療の間の空白の時間を無為に過ごしたくないが、仕事ばかりの生活をしてきたために自分自身で何をしたいのか、何ができるのかわからない」とのことであった。A 氏本人が将棋、囲碁、デッサン等を試みたがうまく続かないため作業療法士に依頼がだ

された。作業療法士は「さしこ刺繍」を紹介する。図案にそって針を進めるといふ単純作業であるが、ベッド上で自分のペースで行うことができる。この作業活動は針で布を刺し貫くという行為から攻撃性の発散になり、単調な繰り返しで精神の沈静化を図ることができる。A氏は当初「刺繍ですか？できるかなあ」ととまどいをみせたものの、どんどん作業に集中するようになり多くの時間をさしこ刺繍に費やすようになった。家族が驚く熱中ぶりで次々と作品を作り、周囲にプレゼントし、その過程で穏やかな表情がみられるようになった。最後には自ら選んだ聖書の言葉を刺繍し、病室に飾って過ごした。

患者にとって治療の合間の空白の時間に、一人きりでベッドの上にじっと横になっているときが最も辛い時間になることがある。A氏にとって作業活動は自分に残された時間とエネルギーを有効に活かすための手段となり、さらに自分自身の内面にあった葛藤を処理することの助けとなったと思われる。

今後の課題

がん医療における作業療法士の役割について述べた。今後の課題としてはまず作業療法士自身が積極的にがん医療に参加し、経験を積み、作業療法の必要性をアピールしていくことが重要である。さらにがん医療や緩和ケアについて各専門職の教育、研修の充実を図ること。チーム医療の充実のため各専門職が互いの役割を認識し、協力と連携を図ること。この3点が具体的に実行されることが急務であると考えられる。

〔文献〕

- 1) 岩谷力, 土肥信之編. 臨床リハビリテーション. 悪性腫瘍と神経変性疾患. 東京: 医歯薬出版; 1991
- 2) 辻 哲也編. 実践! がんのリハビリテーション. 東京: メヂカルフレンド社; 2007.
- 3) 目良幸子, 川谷睦美, 霜鳥なつみ. ホスピスにおける作業療法の役割. 作療ジャーナル 1992; 26: 671-5.

今月の

用語

隣に伝えたい 新たな言葉と概念

【サイコオンコロジー】

〔英〕 psycho-oncology 〔略〕 特になし
〔同〕 精神腫瘍学, 類義語 (日本語) がんの心身医学

〈解説〉サイコオンコロジー (精神腫瘍学) は、1970年代米国で創設され、わが国では1980年代よりがん医療の一分野として発展してきた。サイコ=心理・精神 (こころ)、オンコロジー=腫瘍学を組み合わせたのが語源とされている。

このサイコオンコロジーは、がんの予防、検査、診断、治療、リハビリ、終末期などすべての病期にわたり、患者、家族、医療スタッフに対して、心身両面への影響 (①がんがこころや行動に与える影響、②こころや行動ががんに与える影響) に配慮した学際的で、全人的な臨床医学・医療である。

わが国ではまだ希少であるが、このがん医療における「こころ」を専門的に取り扱う医師 (精神科医や心療内科医) をサイコオンコロジスト (精神腫瘍医) と呼んでいる。また広義の解釈では、サイコオンコロジーの専門的知識や技術をもつ看護師、心理士、ソーシャルワーカー、理学療法士、作業療法士、薬剤師なども含むとされており、本分野ががん医療において学際的、多職種チーム医療を臨床実践する特徴を示しているといえる。

〈関連学会〉日本サイコオンコロジー学会 (<http://www.jpos-society.org/>)、日本緩和医療学会、日本心身医学会、日本総合病院精神医学会、日本死の臨床研究会、日本がん看護学会、日本臨床腫瘍学会など

(所 昭宏)