

緩和ケアチームにおける 理学療法士の関わり

廣田 美江¹⁾ 山 中 美穂¹⁾ 高瀬 由香¹⁾ 石田美由紀¹⁾ 安部 初美¹⁾ 新納 順子¹⁾
桑本真由美¹⁾ 林 田 千秋¹⁾ 岡江 晃児²⁾ 岡部 達江³⁾ 保 美智子⁴⁾ 池 綾子⁵⁾
前原伸一郎⁶⁾ 牛島 千衣⁷⁾ 穴井 秀明⁶⁾

IRYO Vol. 64 No. 2 (138-142) 2010

要 旨

大分医療センターでは2004年より緩和ケアチームが発足し、多職種が悪性腫瘍による痛みや心の問題などさまざまな苦悩を抱えた患者や家族に対し、できる限り良好なQOLを実現することを目的とし活動している。今回理学療法士もチームに参加し、2004年11月から2007年11月までの間に緩和ケアチームに依頼のあった全症例28例中21例に対して理学療法介入を行った。介入できなかった7例の内訳は、病状が悪化し介入できなかったものが5例、介入希望がなかったものが2例であった。介入した症例は、男性14例・女性7例（平均年齢64.6歳）、介入期間平均55.8日であった。疾患別内訳は消化器癌9例、泌尿器癌6例、肺癌3例、乳癌2例、卵巣癌1例であった。介入開始時の目的は入院生活の援助が9例、退院外泊の援助が9例、リラクゼーション（タッチングや傾聴など）が3例であったが、最終的に14例に対してリラクゼーションを実施した。緩和ケアチームにおける理学療法士の役割は、一般的に運動機能の改善およびADLの拡大など身体機能的なアプローチが主だといわれているが、今回の研究において病状の悪化と共に緩和ケアチームメンバーと常に連携を図り理学療法を通して生きる希望を持たせ続ける、その手法として実際にはタッチングなど身体に接する治療的利点を活用し終末期のスピリチュアルケアに関わることが可能であることが示唆された。

キーワード 緩和ケア，理学療法士，スピリチュアルケア

はじめに

大分医療センターでは2004年より緩和ケアチームが発足し、多職種が悪性腫瘍による痛みや心の問題などさまざまな苦悩を抱えた患者や家族に対し、できる限り良好なQOLを実現することを目的とし活動している。今回3年間にわたり緩和ケアチームと

して活動した中で経験した症例を検討し、理学療法士の役割について若干の知見を得たのでここに報告する。

対象および方法

対象は2004年11月から2007年11月までの間に緩和

国立病院機構大分医療センター 緩和ケアチーム リハビリテーション科 1) 看護部 2) 地域連携室 3) 企画課
4) 管理栄養室 5) 薬剤科 6) 外科 7) 呼吸器外科
別刷請求先：廣田美江 国立療養所沖縄愛楽園 リハビリテーション室 〒905-1635 沖縄県名護市字済井出1192番地
(平成21年4月3日受付，平成21年11月13日受理)

The Role of the Physical Therapist in the Palliative Medicine Care Team

Yoshie Hirota, Miho Yamanaka, Yuka Takase, Miyuki Ishida, Hatsumi Abe, Junko Niino, Mayumi Kuwamoto, Chie Hayashida, Kouji Okae, Tatsue Okabe, Michiko Tamotsu, Ayako Ike, Shin-ichiro Maehara, Chie Ushijima and Hideaki Anai, NHO Oita Medical Center

Key Words: palliative medicine care, physical therapist, spiritual care

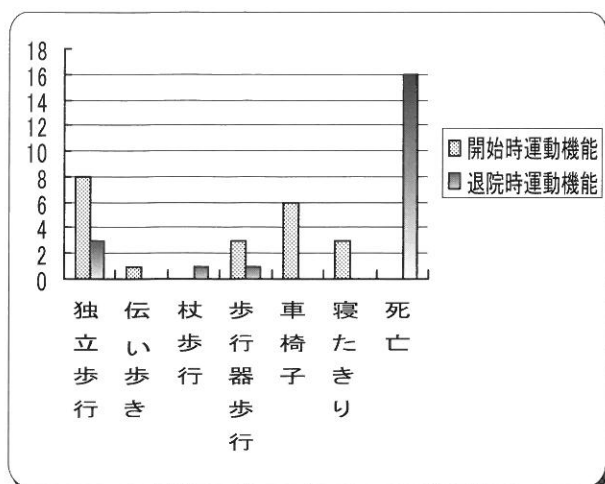


図1 開始時から退院時の運動機能状態の変化

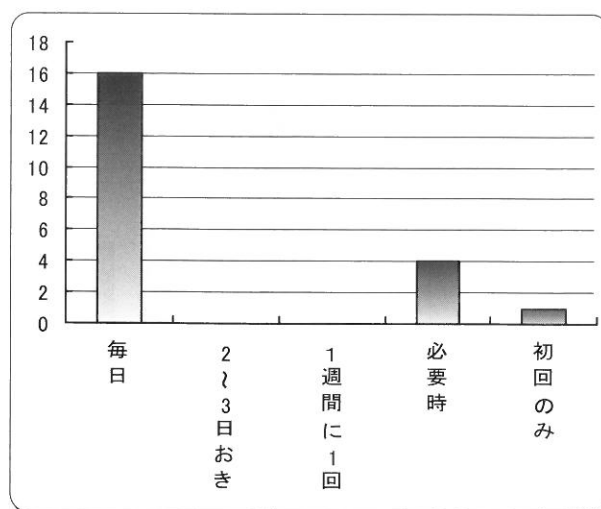


図2 理学療法実施頻度

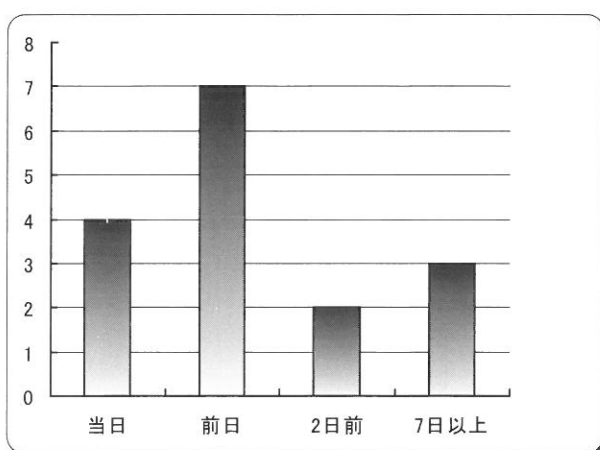


図3 理学療法終了から死亡までの期間

ケアチームに依頼のあった全症例28例中、理学療法介入を行った21例である。介入した症例は、男性14例女性7例（平均年齢64.6歳）、介入期間平均55.8日であり、疾患別内訳は消化器癌9例、泌尿器癌6例、肺癌3例、乳癌2例、卵巣癌1例である。これらの症例に対して開始時から退院時の運動機能変化、理学療法の実施頻度、理学療法終了から死亡までの期間、開始時治療目的、治療プログラムの変化、に関して検討した。

結 果

1. 理学療法開始時から退院までの運動機能状態の変化 (図1)

開始時期の運動機能状態は独立歩行8例、伝い歩き3例、歩行器歩行3例、車椅子6例、寝たきり3

例であった。16例が死亡退院であったが生存例5例では、1例が車椅子から杖歩行へと機能状態の改善がみられADLが向上した。その他4例も機能状態の悪化はみられず、ADLが維持された。

2. 理学療法実施頻度 (図2)

実施頻度は毎日実施したが16例と最も多く次が必要時の4例、初回のみが1例であり、このことより理学療法士がほとんどの患者と毎日関わる事ができた。

3. 理学療法終了から死亡までの期間 (図3)

当日までが4例、前日までが7例、2日前が2例と、多くの患者に対して死亡間近まで理学療法が行えた。

4. 理学療法開始時治療目的 (図4)

最も多いのが、筋力低下の予防の13例、次が痛みの緩和の12例、さらに、倦怠感の改善9例、歩行能力の向上8例と続いた。やはり当初の目的は身体機能改善と疼痛の除去が主要であった。

5. 治療プログラムの変化 (図5)

実際に行った治療プログラムとして、開始時は筋力増強、マッサージ、関節可動域訓練、ADL訓練、歩行訓練の順であり運動療法を主体としたものであった。しかし追加プログラムをみるとリラクゼーション11例、家族指導10例、マッサージ、呼吸リハビリテーション2例と最終的にはスピリチュアルケア主体のプログラムに変更した(図6)。

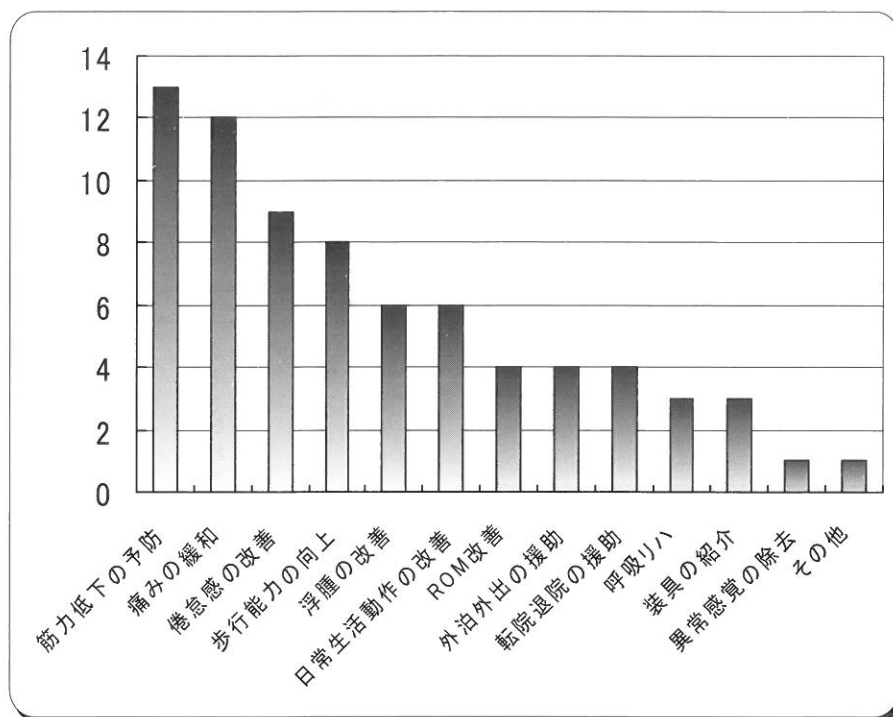


図4 開始時治療目的

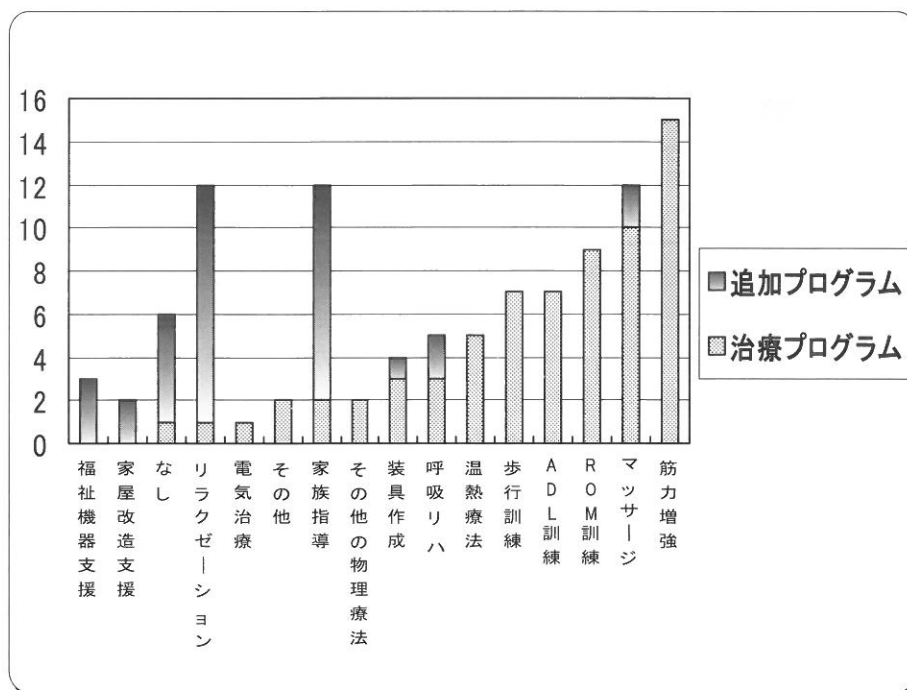


図5 治療プログラムの変化

症例紹介

症例：69歳 女性 胃癌 癌性腹膜炎による腹部症状が増悪し入院

社会的背景：夫と二人暮らし、一時期パートをして

いたが病気のため辞めていた。告知は本人にも家族にもなされていた。

性格：人懐っこく前向き。自分の意思表示ははっきりできるが病気のことを悩む場面も多かった。

介入時治療内容：鎮痛薬（NSAIDs, オピオイド）、サンドスタチン、利尿剤、制吐剤

緩和ケアチーム依頼内容：精神的サポート

緩和ケアチーム対応：緩和ケアチームは医師・看護師・薬剤師・管理栄養士・医療ソーシャルワーカー・事務員・理学療法士より構成されていた。主治医より依頼のあった後カンファレンスにて各職種の担当者を決定、今後の対応をチームで検討した。担当者はその必要性や対応内容により毎日もしくは数日おきに訪室する。チーム全体の協議は週1回カンファレンスとラウンドを行い担当者が報告、その中で緩和ケアに対する治療方針や内容が決定された。ラウンドの際は主治医や病棟ナースを交えた情報交換を行い、その後患者と面談し精神状態の把握や治療に対する要望、家族関係などを確認した。

理学療法依頼内容：両下肢の筋力が低下しているため歩行は室内程度であった。少しの段差も足が上がりにくくなっており、もう二度と家に帰れないのではないかと不安を感じていた。理学療法によって下肢筋力を増強し歩行が安定した後、外出もしくは外泊をしたいとの本人と家族からの希望があり開始となった。

介入時理学療法初期評価：MMT 両上肢4レベル 両下肢3-4レベル、両下肢の倦怠感・浮腫著明。歩行は室内独歩可能であったが、疲労感が強い。トイレや検査へは看護師とともに車椅子で行っていた。日中はほとんど臥床もしくはギャッジアップでの座位であったが、気分のよい時は室内を少し歩きベッド縁で端座位をとることもあった。

経過：下肢の浮腫の軽減と筋力増強を目的として、まずは軽いマッサージと筋力増強運動・歩行練習から開始した。素直で人と接するのが好きな性格でもあり理学療法の導入は困難ではなかった。開始から10日間は順調に経過し、病室から出て廊下まで歩けるほどになっていたが下肢の倦怠感などは一方向に軽減しなかった。外泊の話は時折出ていたが、とくに具体的な計画までには至らなかった。緩和ケア開始からこの時期が最も気分がよく高校生時代バレーの選手だった思い出話をよくしていた。「運動をしたことがあるため足の力が強い」と褒めると、「あの頃運動をしていたからこんな病気にも負けないで頑張ってきた。運動をしていてよかった」といつも回想していた。しかし下肢の倦怠感のみならず全身の疲労感は日を追うごとに増悪し、2週間目あたりから下肢の運動をすることすらつらい状態となっていった。この頃からマッサージや下肢の運動を徐々に減らし、寄り添い語りかけながらの傾聴・囁き、

頸部・上肢・下肢へのタッチングなどのリラクゼーションへと治療内容を変更した。4週目になると精神的に不安定になることも多く家族と衝突する場面も多くなり、家族も対応に苦慮していた。家族が来た際は患者が日々努力していることを説明し、たとえば「少しでも起きられるようになったら、いつかアイスクリームを食べようね」など残された機能でできる目標設定に変更し理学療法を継続した。その後、意識は徐々に朦朧となり家族からは「どう接していいかわからない。遠くから見ているしかない。」という悩みを聞くにつれ、この時期の声かけとスキンシップがいかに重要かを説明し実際に家族に方法を指導し家族関係は改善した。この症例は理学療法開始から5週目に死亡、亡くなる当日まで理学療法の介入を行うことができた。

考 察

緩和ケアにおける理学療法士の役割は、一般的に運動機能の改善およびADLの拡大など身体機能的なアプローチが主だといわれている。2005年の癌対策基本法に基づき各病院に緩和ケアチームが設立されるようになり、多くの病院において緩和に対するニーズが拡大した。それによって理学療法士は以前より多くのそして長期にわたりがん患者のケアを行うことが求められるようになり、刻一刻と変化する患者の状態に合わせてケアを変えていくことが必要となっている現状がある。

当院においても開始時と退院時での機能状態は変化しており(図1)、それにともない治療プログラムの変化も余儀なくされている。その中で特徴的なのはやはり終末期に進むにつれてリラクゼーションや家族指導などのケアが増えていることである。今回関わった21例において、死亡退院症例16例中13例に死亡直前まで関わっており、理学療法士も緩和ケアに携わることで機能的な治療のみならず精神的なアプローチやリラクゼーションを実践し、チーム医療における役割に一層の幅が広がっていくことがうかがえた。特に緩和医療の重要性が認識される時代となり各病院に緩和ケアチームが立ち上げられている。その中でまずは理学療法士が求められる役割の大きな柱がADLの拡大であるが、しかしそれだけでは十分ではない。内山は理学療法士がチーム医療の一員として介入、理学療法を実施することで患者自身が現実と向き合い自分自身の存在の意味や生き

る意味をみつけていく支援が可能となると報告があった¹⁾。また岡山は緩和ケアのリハビリテーションの目的は「余命の長さにかかわらず患者と家族の要望 (demands) を十分把握したうえで、その時期におけるできる限り最高の ADL を実現すること」とした²⁾。赤尾らもまた理学療法を継続して行うことにより一時的でも身体的改善感が得られ、癒しの効果、精神的支えとなると報告した³⁾。

これらの報告の中でもリハビリテーションを含む総合的な緩和医療の提供により、ある時期までは ADL の維持・改善をみることができるが、病状の進行と共に ADL が低下し、継続の可否、訓練プログラムの変更を余儀なくされると述べられている。当院でも当初は疼痛の緩和・ADL の拡大などを目的としていたが、リラクゼーション、精神的アプローチ、家族指導へとプログラムを変更した。今後これらのことを念頭にいたケアを提供していくことが求められており、そのための知識や技術を習得していかなければならない。

ま と め

理学療法介入21例中16例が死亡退院であり、毎日理学療法を実施した症例16例、必要時が4例初回のみが1例であった。理学療法終了から死亡までの期

間をみると当日までが4例、前日までが7例、2日前までが2例と多くの症例に対して看取る理学療法が行えた。

緩和ケアにおいて理学療法開始時は機能改善や疼痛緩和を目的としていたが、死亡前ではリラクゼーションやそれにとまなう家族指導へと治療プログラムを変更させた。緩和ケアにおける理学療法は、他の理学療法と違い患者とともに死に直面していかなければならない。終末期に近づくにつれ活動の低下や意識の低下がみられ、その中で実際に行ったプログラムは、傾聴や囁き、見守りやタッチングなどのリラクゼーションの手法を使い患者の気持ちへの共感や存在への承認などスピリチュアルケアに関することへと変化していった。

〔文献〕

- 1) 内山郁代. スピリチュアルケアの一手段としての理学療法. 理療ジャーナル 2006; 40: 917-23.
- 2) 岡山太郎. 緩和ケアのリハビリテーション. 静岡理療士会学術誌 2008; (16): 32-3.
- 3) 赤尾健志, 寺林恵美子, 大場正則. 当院での癌終末期理学療法の取り組みについて. 理学療法学 2008; 35 (Suppl. 2): 635.