

終末期がん患者へのリハビリテーションにおける家族の体験に関する研究

関根 龍一*

サマリー

本研究は、終末期にホスピス・緩和ケア病棟でリハビリを受けた患者の遺族がどのような体験をしているかを調べた初めての大規模調査である。リハビリに関する遺族の体験項目「患者さんと共通の話題をもつことができた」「患者さんとともに取り組めるものができた」「患者さんと話をすることが負担でなくなった」の3項目に対して、「そう思う」あるいは「非常にそう思う」と回答した遺族の割合は、それぞれ45.1%、

40.7%、29.9%であった。このことより、約半数の遺族にとって、終末期のリハビリは本人との良好な関係性を維持する話題を提供し、共に前向きに生きる目標となりうることが示唆される。ホスピス・緩和ケア病棟におけるリハビリの実施率は2割に満たず、低率であった。遺族からみた、リハビリや療法士に期待する内容やリハビリが患者に与えた影響に関する内容も明らかとなり、今後の参考資料となることを期待する。

背景・目的

がん患者へのリハビリテーション（以下、リハビリ）の重要性が近年強調されるようになった。全身状態の低下した進行がん患者へリハビリを実施した場合に、患者のADLが低下してもQOLは必ずしも低下せず、維持ないしは向上しうることを、われわれは臨床現場で経験している。しかしながら、このことを裏づける臨床研究はほとんどない¹⁾。2013年、わが国では、進行がん患者で廃用症候群である患者に対してリハビリ前

後のQOLの変化を測定した研究が実施され、患者のADLは低下しても主観的なQOLは維持されることが初めて示された²⁾。また2013年秋に、全国のホスピス緩和ケア病棟の医療スタッフ対象にホスピス緩和ケア病棟におけるリハビリに関する実態調査が実施された。この調査により、ホスピス・緩和ケア病棟に従事する医療者はリハビリの重要性を認識しているが、現在のリハビリ実施状況はニーズを満たしていないことが明らかとなった³⁻⁵⁾。今回、遺族を調査対象としたJ-HOPE3の付帯研究として行われる本研究では、

*亀田総合病院 疼痛・緩和ケア科（研究代表者）

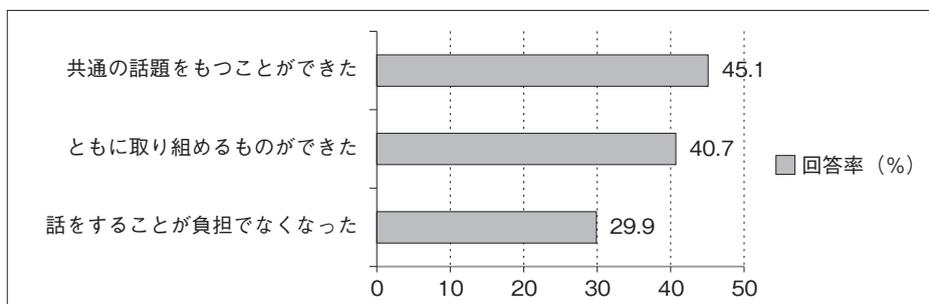


図1 終末期にリハビリを受けていたがん患者の遺族の体験

終末期がん患者のリハビリに関して、遺族がどのような経験をしているのか、等について調査し、今後の終末期がん患者へのリハビリのあり方を検討する資料とする。

本研究の主たる目的は、終末期がん患者が受けているリハビリに関する遺族（家族）の体験を明らかにすることである。

これ以外に、副次調査項目として、以下の4点を調査する。

- 1) 遺族からみた、終末期がん患者に対するリハビリのニーズを明らかにする。
- 2) 遺族からみた、リハビリ実施者が終末期がん患者に及ぼしていた影響や変化を調べる。
- 3) ホスピス・緩和ケア病棟入院前と入院後のリハビリ実施率を調べる。
- 4) リハビリ希望であったが、未実施であった理由（リハビリ実施の阻害因子）を調べる。

結 果

計996名の遺族にアンケートを送付し、770名から回収し（回収率：77.3%）、702名から回答を得た（回答応諾率：70.5%）。ホスピス・緩和ケア病棟入院前にリハビリを受けていたのは770名中164名（21.3%）、入院後が150名（19.5%）であった。

1) リハビリに関する遺族の体験

リハビリに関する遺族の体験として3項目：①「患者さんと話をすることが負担でなくなった」、②「患者さんと共通の話題をもつことができた」、

③「患者さんとともに取り組めるものができた」について、「全くそう思わない」から「非常にそう思う」までの5件法で評価した。

各3項目に対して「そう思う」もしくは「非常にそう思う」と答えた遺族の割合は、それぞれ、①29.9%、②45.1%、③40.7%であった（図1）。

2) 遺族からみたリハビリと療法士に期待する内容

遺族からみた終末期がん患者に対するリハビリに期待する内容（①～⑩の10項目）とリハビリ療法士に期待する内容（⑪～⑮の5項目）の計15項目に対して、「全く期待しない」から「非常に期待する」まで5件法で評価した。

各項目における「期待する」と「非常に期待する」の合計の割合（%）は、①「体調に沿ってリハビリ内容の調整を行う」：89.0%、②「患者の意向に沿ってリハビリ内容調整を行う」：85.5%、③「無理なりハビリをしない」：87.6%、④「患者が自分のことを自分で行う能力の維持を助ける」：85.2%、⑤「痛みや苦痛に配慮してリハビリを行う」：85.9%、⑥「楽しみや気晴らしになるリハビリが受けられる」：88.1%、⑦「患者が目標や希望がもてるように支える」：85.4%、⑧「医師がリハビリ内容を指導、監督している」：66.7%、⑨「担当療法士の性別を患者が選べる」：43.8%、⑩「相性の合うリハビリ療法士を選べる」：54.9%、⑪「リハビリ療法士は知識・技量に優れている」：82.6%、⑫「リハビリ療法士は

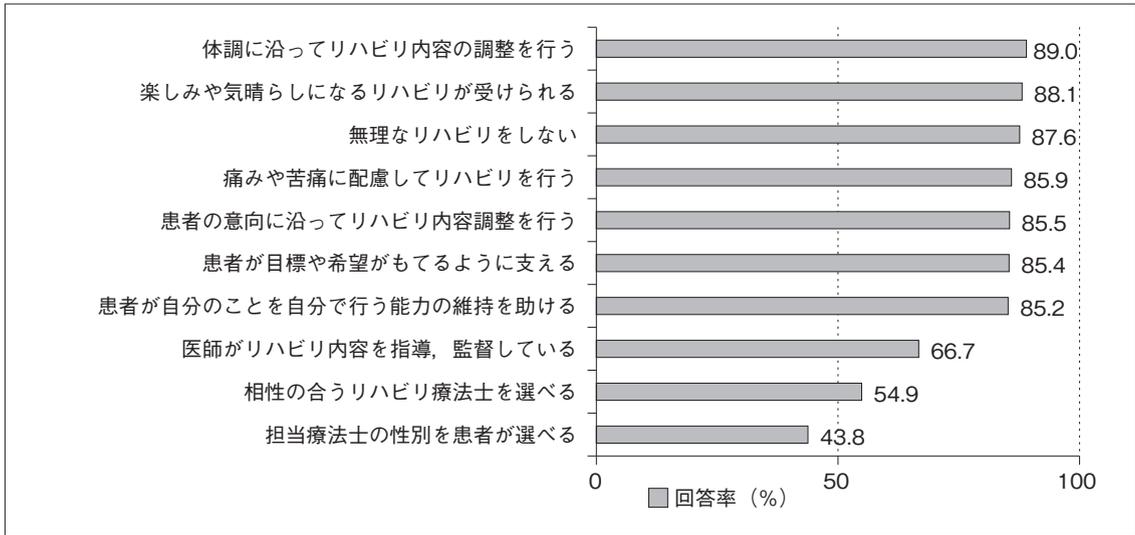


図2 終末期がん患者へのリハビリに家族が期待する内容

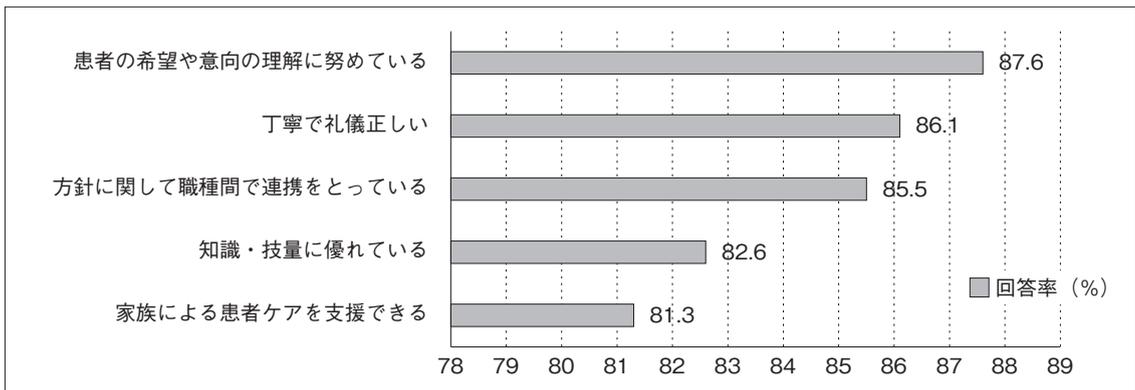


図3 リハビリ療法士に期待する内容

患者の希望や意向の理解に努めている」：87.6%，
 ⑬「リハビリ療養士は丁寧で礼儀正しい」：
 86.1%，⑭「リハビリ療法士は方針に関して職
 種間で連携をとっている」：85.5%，⑮「リハビ
 リ療法士は家族による患者ケアを支援できる」：
 81.3%であった（図2, 3）。

3) 遺族からみたリハビリが患者に与えた影響に ついての評価

本人の語っていた内容から遺族が判断したリハ
 ビリ体験が患者に与えた影響の6項目、①「身体

機能の維持に役立っていた」、②「楽しみを感じ
 られた」、③「気分転換が得られた」、④「目標や
 希望をもつことができた」、⑤「疲労が増してい
 た」、⑥「痛みや苦痛が増強していた」について、
 「全くそう思わない」から「非常にそう思う」の
 5件法で評価した。

上記①～⑥における「そう思う」と「非常にそ
 う思う」の合計割合は、①51.7%、②58.2%、③
 79.5%、④54.5%、⑤14.4%、⑥7.5%であった
 （図4）。リハビリの実施がもたらしうるマイナ
 スの影響の評価項目である⑤、⑥に関して、「全く

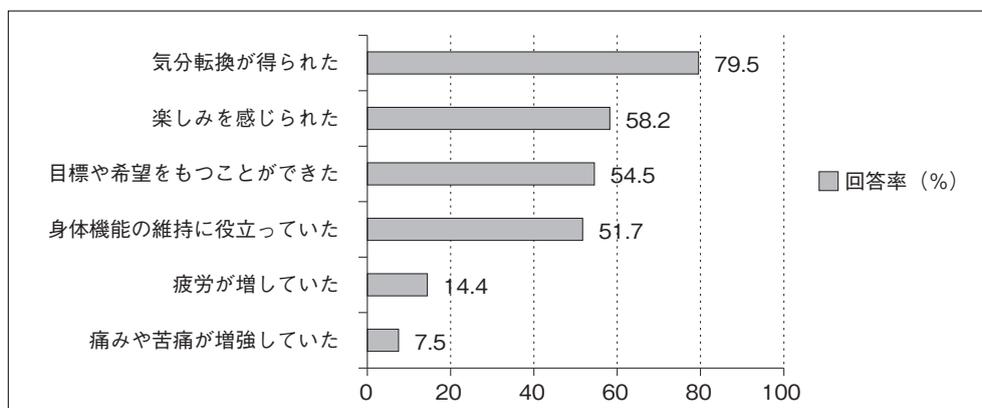


図4 患者の語りの内容から遺族が判断したリハビリが患者に与えた影響

そう思わない」と「そう思わない」の合計割合はそれぞれ、⑤ 44.5%、⑥ 58.2%であった。

4) 入院前後のリハビリ実施率

ホスピス・緩和ケア病棟入院前後のリハビリ実施率は、入院前が21.3% (770名中164名)、入院後が19.5% (770名中150名)であった。

5) 緩和ケア病棟でのリハビリを希望していたにもかかわらず受けなかった理由

振り返って、ホスピス緩和ケア病棟でリハビリ希望であったが、未実施であった割合は14.7% (360名中53名)であった。

リハビリを希望していたのに受けなかった理由として、回答数の多い順に、「ホスピス・緩和ケア病棟ではリハビリが受けられないと思ったから」(53名中22名)、「リハビリに関する情報提供がなかったから」(17名)、「リハビリを受けたいと希望を伝えたが、施設の事情でリハビリはできないといわれたから」(5名)、「リハビリについて相談したかったが、誰に相談してよいかわからなかったから」(2名)の順であった。

考 察

本研究は、終末期にリハビリを受けたがん患者の遺族がどのような体験をしたのかを調べた初め

での大規模調査である。ホスピス・緩和ケア病棟でリハビリを受けていた患者の約半数近くの遺族が、リハビリによって「患者さんと共通の話題をもつことができた」(45.1%)、あるいは「患者さんとともに取り組めるものができた」(40.7%)と回答していた。このことは、終末期のリハビリは、病状が進行するなか、本人とどう関わってよいか悩む家族にとって、本人との良好な関係性を維持する話題を提供し、ともに家族として前向きに生きる目標になっていた可能性が示唆される。「家族と話をすることが負担でなくなった」は約3割に留まっており、他の項目より難易度が高い達成項目であった可能性がある。これらの結果は一定の評価はできるが、厳しい見方をすると、半数以上の家族は、明確にリハビリがプラスであったと実感できていなかったともいえる。患者がリハビリを受けた際に、どの因子によって家族はプラスと思える経験をした(あるいは、しなかった)と思うのか、今後の探索的な研究が必要である。終末期のリハビリが患者ケアのみならず、家族ケアとしての地位を確立するためには、家族がリハビリによって「良いケアを受けることができた」と感じられるさまざまな工夫や改善を講じる必要がある。

遺族からみた、がん終末期患者のリハビリに期待する内容としては、調査10項目中7項目で

8割以上の遺族が「期待する」と評価した。この7項目は、質問紙作成の際に、緩和ケア専門医1名、リハビリ専門医1名、終末期がん患者を普段担当するリハビリスタッフ4名が討議を重ねて、ほとんどの遺族が期待するだろうと想定し抽出した項目である。今回の調査結果は、医療者が想定した内容と遺族が期待する内容の7項目はすべて一致した。残りの3項目は、質問紙作成時にすべての遺族がおそらく期待していないが、一定数の遺族のニーズがあると想定された項目である。今回の結果では、「医師がリハビリ内容を指導、監督している」は約2/3、「相性の合うリハビリ療法士を選べる」と「担当療法士の性別を患者が選べる」の項目は約半数の遺族が期待すると回答しており、終末期のがん患者へのリハビリ介入時のニーズとして、可能な範囲で対応が望ましい項目である。

遺族からみた終末期がん患者を扱うリハビリ療法士に期待する項目としては、「患者の希望や意向の理解に努めている」「丁寧で礼儀正しい」「方針に関して職種間で連携をとっている」「知識・技量に優れている」「家族による患者ケアを支援できる」の5項目ともに8割以上の回答があり、各項目の高いニーズが明らかとなった。

遺族が患者の語りの内容から判断したリハビリが患者に与えた影響の内容については、プラス項目として4項目、マイナス項目として2項目を調査した。これらの項目は、前述の方法で質問紙作成時に抽出したものである。リハビリによるプラスの効果として、「気分転換が得られた」が8割と高かったが、残りのプラス項目「楽しみを感じられた」「目標や希望をもつことができた」「身体機能の維持に役立っていた」はすべて過半数以上がそうであると評価していたものの6割以下であった。プラスの介入効果や、患者（家族）の満足度を増加できるリハビリ実施時の工夫については、今後の検討課題である。マイナス2項目については「疲労が増していた」「痛みや苦痛が増強していた」はそれぞれ14.4%、7.5%と低値であり、リハビリスタッフはこのような事態が生じな

いように、現場で取り組みを行っている現状がうかがえる。今後も、終末期がん患者へのリハビリに際しては、医療倫理4原則の1つである、害をなさない（リハビリによってさらなる苦痛を増やさない）という原則を遵守すべく、リハビリ介入に適した患者の選別方法の改良や、リハビリスタッフと患者・家族間のコミュニケーションの向上などについて継続的な取り組みを行う必要がある。

終末期がん患者へのリハビリ実施率については、先行調査の36.5%に比べて低く、ホスピス・緩和ケア病棟入院前が21.3%、入院後はさらにそれより低下し、19.5%と2割に満たない実施率であった。この数値は、遺族が本人が生前にリハビリを受けていたかどうかを想起して回答したものであり、実際には家族が知らない間にリハビリが実施されていた場合も一定数存在していたことを考慮すると、これらの数値は実際よりも低く見積もられている可能性が高い。しかしながら、そのことを考慮しても、この2割という実施率は、終末期がん患者に対するリハビリケアの供給が需要に対してまったく不十分であることを示唆する。今後は、どのようなリハビリが終末期がん患者のQOLに良い効果を及ぼすかに関する研究を進めると同時に、より多くの患者にリハビリが実施できる体制の構築が望まれる。

文 献

- 1) Okamura H. Importance of rehabilitation in cancer treatment and palliative medicine. *Jpn J Clin Oncol* 2011; 41 (6): 733-738.
- 2) Sekine R, Ogata M, Uchiyama I, et al. Changes in and Associations Among Functional Status and Perceived Quality of Life of Patients With Metastatic/Locally Advanced Cancer Receiving Rehabilitation for General Disability. *Am J Hosp Palliat Care* 2015; 32 (7): 695-702.
- 3) 高島千敬, 田尻寿子, 島崎寛将, 他. 緩和ケア病棟におけるリハビリテーションの現状と課題 ～代表者（医師）への全国調査結果より～ 第18回日本緩和医療学会学術大会. 2013.6.21～22, 横浜.

- 4) 島崎寛将, 高島千敬, 田尻寿子, 他. 緩和ケア病棟におけるリハビリテーションの現状と課題 ～ 代表者(リハビリテーション職種)への全国調査結果より～ 第18回日本緩和医療学会学術大会. 2013.6.21～22, 横浜.
- 5) 田尻寿子, 高島千敬, 島崎寛将, 他. 緩和ケア病棟におけるリハビリテーションの現状と課題 ～ 病棟代表看護師への全国調査結果より～ 第18回日本緩和医療学会学術大会. 2013.6.21～22, 横浜.
- 6) Miyashita M, Morita T, Sato K, et al. Good death

inventory : a measure for evaluating good death from the bereaved family member's perspective. *J Pain Symptom Manage* 2008 ; 35 (5) : 486-498.

〔付帯研究担当者〕

森田達也 (聖隷三方原病院 緩和支援診療科), 前田一石 (大阪大学 医学部附属病院 オンコロジーセンター), 宮越浩一 (亀田総合病院 リハビリテーション科)