

3. 理学療法士

林 邦男

(栄光病院 リハビリテーション課, 理学療法士)

はじめに

2006年のがん対策基本法が制定され、2010年の診療報酬改定においては、疾患別リハビリテーション（以下、リハ）としてがんリハビリテーション料が初めて認められ、周術期を中心としたがん患者へのリハが積極的に提供されるようになった。わが国においてがん患者に提供される医療、介護は質的、量的に年々充実してきている。そのような流れの中で2013年に日本がんリハビリテーション研究会が発足し、がんリハの普及とその領域の今後の臨床や研究の質の向上を図り、がんに従事するリハ専門職種を養成するに至っている。

今後、2025年問題を代表とする国家として初めて迎える超高齢化社会、あるいは多死社会とも呼ばれる人口バランスの変化に対して、国の施策として地域包括ケアシステムの確立が急がれている。その一方で、われわれ理学療法士（以下、PT）にはがんを中心とした終末期の医療、介護の現場でどのような役割が求められ、また、がん終末期に関わるうえでPTをはじめとしたリハ職種にどのような心構えや態度が必要とされていくのか考えていきたい。

リハビリテーションとスピリチュアリティ、そしてホスピス

Rehabilitationの語源はラテン語であり、「re（再び）+ habilis（～らしい、～に適した）+ ation（接尾語）」で構成されている¹⁾。

したがって、「再びその人らしい生活（人生）を取り戻す」と解釈するのが適切であろう。

そんなPTとして働くリハの現場で、患者からしばしばこういう言葉を耳にすることがある。

- ・家事が出来ない私は役立たず…
- ・仕事ができない（収入がない）自分は生きている意味がない…

これらの言葉は、村田²⁾が提唱しているスピリチュアルペイン（自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛）の一部であり、“どのような状態であれ私は私である、今の私でいいんだ”と自分で思えない状態のことを指すものともいえよう。スピリチュアリティとは「私は私だ、今の私でいいんだ」と自己評価（自己受容）へ促す働きがある。

そして、近代ホスピス運動の創始者であるシシリー・ソングースは

「あなたがより良い死を迎えるのを手伝うだけではなく、あなたが“最後まであなたらしく生きる”ことの力になりたい」

と語った。

私が終末期医療の現場にかかわり始めてまだ浅く、PTとして介入することの意義を見出せずにもがき苦しんでいる頃に先輩看護師から教えていただいた言葉でもあり、今でも臨床経験を重ねるうえで大切にしている言葉のひとつとなっている。

これらのことを踏まえると、リハ医療の現場においてスピリチュアリティという用語が用いられることや、がんや神経難病の終末期および高齢者医療の現場で、最後までリハ医療が提供され続けることは、ごく自然なことであるといえよう。

たとえば、もっとも身近にできるスピリチュアルケアとして“挨拶”がある。これは、目の前を通り過ぎる患者に対して目線を合わせ、しっかり声が届くように挨拶することが“あなたの存在を認めていますよ”という意思表示となり、ケガや病気で自己の存在評価が揺らいでいる患者に対するスピリチュアルケアに繋がると考えている。

スピリチュアリティを支えるセラピストの心得

PT およびリハ職種には、以下に述べる①～③の3つの役割があることを心得て臨床に望んでほしい。

① 身体機能の維持、回復

ホスピス緩和ケア病棟に入院してくる患者は、前院や在宅での長期にわたる安静から廃用性変化をきたしていることもしばしばであり、医師の適切な症状コントロールの後にリハ職種が介入することで具体的な効果を得ることが、スピリチュアリティを支えることに繋がる。

② 社会性再構築のサポート

患者は病状の進行に伴う転院や在宅からの入院を余儀なくされるようになり、住み慣れた生活環境や慣れ親しんだ人間関係（医療者を含む）から引き離されることになる。特に、ホスピス緩和ケア病棟への入院となると個室対応となることが多く、患者同士の接する機会が少なくなる。これは医療者と患者の関係では得られない、患者同士で癒しを提供し合うといった貴重な機会を失ってしまうことになりかねない。したがって、患者自身を取り巻く社会を再度つくり直す必要性が出てくる。

〔当院での一例〕 栄光病院（以下、当院）では、毎週火曜日の午後3時から作業療法士と音楽療法士が協同で「お茶会」を開催している。ホスピス病棟入院中の患者を対象としたグループ活動である。当初の目的としては、「慣れ親しんだ音楽と共にコーヒーや紅茶、緑茶などを提供して、入院生活に彩りを添えたい」といったような“おもてなしの心”から始まった。それから約8年が経過し、スタッフの創意工夫が継続的に重ねられた結果、当初の目的に加えて、1週間の生活リズムの構築の場、入院生活の中で人間関係の再構築の場、患者にとっての社会を提供する機能がお茶会にはあるのではないかなどの気づきを得られるようになった。今では、日常的に提供できるイベントとして他職種からも評価を得ている。

③ 「私とあなた」としての役割

最初から役割として掲げるのが適切か否かは検討の余地はあるが、医療者と患者には、結果として避けることができない関係性として、「私とあなた」というもうひとつの関係性がある。この関係性を理解し、目の前の患者との出会いを大切にしておくことも添えておきたい。

④ ポイント

前記①～③は、常に同時進行で行われるものである。すなわち、エビデンスに基づいた専門職としての関わりが患者の病状進行と共に困難となったときに、具体的な技術を提供できないことに無力感を感じて役割を終えるのではなく、状況によっては現在進行形で繋がっている「私とあなた」という人間関係の中で病室を訪れ、顔を見る、会話をし、ベッドサイドの椅子に腰を下ろして場を共有するなどのことに対して価値観を見出すということである。これは、人生経験豊富な患者はPTに対して答え（answer）を求めているのか、それとも応え（response）を求めているのか、PT自身がその場の雰囲気を感じる能力が求められる場面である。われわれPTをはじめとするリハ職種には、専門的知識・技術を磨く一方で、専門性の限界を知り、それでも関わり続けることが時には求められている。

終末期におけるリハスタッフの大切な心得は、“何か専門的技術を提供した自分にもみ価値がある”のではなく、“ただ患者に関わっていること、そのものに大きな価値がある”ということを理解することである。

当院におけるリハビリテーションの介入

当院においては、約15年前からホスピス病棟におけるリハの介入を開始している。2013年度実績では3病棟71床、平均在院日数約43.6日という状況に対してPT5名、作業療法士4名、言語聴覚士1名、音楽療法士1名が非専従の形態で配置されており、症状コントロール後の入院生活の質（QOL）を高めることを目的に月平均60件程度の処方医師よりなされている。

表1 アンケートーホスピス病棟にリハ職種が関わる必要性に関する多職種意識調査

下記A～Uの項目の中で、重要と感じる項目から順位をつけて1位～5位まで数字をご記入ください	
I. 専門性を生かした関わり	A () 廃用性変化(関節拘縮, 筋力低下, 心肺機能低下 他) 予防を目的とした介入 B () 呼吸苦軽減, 褥瘡予防, 安楽な肢位の提案を目的としたポジショニングのコンサルト C () 慢性疼痛, 長期臥床による不快感軽減を目的とした介入(リラクゼーション, 関節アプローチなど) D () 認知症予防, 進行抑止を目的とした個別, またはグループでの介入 E () QOL改善, 生活リズム構築, 精神機能賦活を目的とした作業活動の提供(作品制作, 園芸など) F () 可能なかぎり自立した生活を実現することを目的としたADLへの介入(含:福祉用具, 装具提案) G () 可能なかぎり最後まで食べる, 飲む, といった楽しみを実現することを目的とした介入 H () 音楽という媒体を利用し, 感情表出や人生の振り返りを引き出すことを目的とした個別の関わり
II. 楽しみや日常の提供, 自然からの癒しをもらう中継役としての関わり	I () 1週間の生活リズムの構築, 他者との交流の機会, 音楽を用いた楽しみや場や人生の振り返りの場の提供を目的とした毎週火曜日のお茶会 J () 外の空気を吸う, 自然の風に吹かれる, 陽の光を浴びるといった病前は当たり前に行っていた自然に癒されるとい日常を提供することを目的とした外出支援(含:屋外歩行訓練, 車椅子散歩) K () 話の傾聴
III. 家族に対する関わり	L () 家族でも可能な簡単なマッサージなどの指導 M () 在宅復帰を目的とした患者, 家族への家屋調査やADL指導 N () 話の傾聴 O () グリーフケアの一環として, お別れ式, ご葬儀, 追悼記念会などへの参加
IV. 希望を支える関わり	P () たとえ終末期という状況であろうが, 機能回復の見込みがなからうが, 「頑張りたい」という気持ちに寄り添うためにリハビリ専門スタッフが関わっているという事実 Q () 尊厳を支えることを目的に, 実用性の有無にかかわらず, 「立つ, 歩く, トイレ」などへの介入
V. チームアプローチの一環としての関わり	R () 各種ミーティング, カンファレンスへの参加 S () 季節ごとのイベントへの参加とサポート
VI. 病棟スタッフに対する関わり	T () スタッフの負担軽減を目的とした介助方法の提案 U () スタッフの疲労軽減, 腰痛予防, 腰痛再発予防を目的としたケア方法の提案と実際のケア(治療)

2014年5月2日～9日に「緩和ケア領域におけるリハビリテーション介入の臨床的意義」を他職種意識調査という形でアンケートを実施したので、ここで紹介する(表1)。

アンケート項目は、過去に当院リハ科で実際に提供してきた内容をもとにして作成した。6領域(I～VI)、21項目(A～U)からなり、現状把握を目的としたプリコード法を用い、回答項目は5つの選択複数回答方式にて実施した。

- ①希望を支えることを目的に終末期という状況においてもリハ職種が関わっている事実そのものを求められていること
(第IV領域 項目:P, Q)
- ②当然のことではあるが、痛みや不快感、廃用性の変化に対して、専門職としての知識と技術が求められていること
(第I領域 項目:A, B, C)

③楽しみや日常の提供, 自然からの癒しをもらう中継役としての関わりを求められていること
(第II領域 項目:I, J)

④「最期まで自分でトイレに行きたい」「最後まで食べる楽しみをもち続けたい」という生理的欲求を満たすとも尊厳を守るともいえることに関わりを求められていること
(第I領域 項目:F, G)

以上4つの結果が得られた。

③に関して、前記【スピリチュアリティを支えるセラピストの心得】の②で述べたように、グループ活動による楽しみや日常の提供、屋外散歩という活動のその先には、患者自身では展開が困難な入院生活における人間関係などの関係性の再構築をサポートするという役割があると考えている。

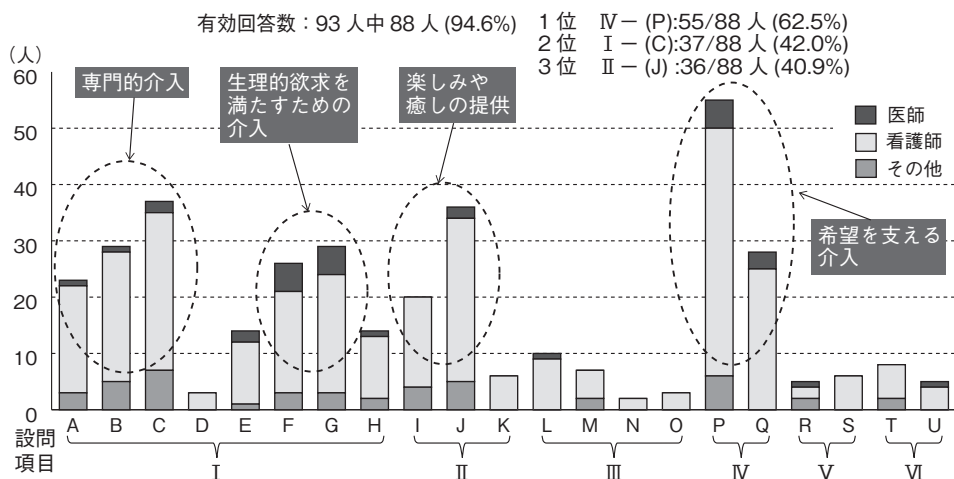


図1 全医療スタッフ合計で回答頻度の高い項目(1位~3位)の内訳

PTに求められる専門性

1. 廃用性変化予防（筋力低下，関節可動域，循環器機能，呼吸器機能など）
 2. 移動方法の獲得（歩行訓練，車椅子自己駆動など）
 3. 疼痛，不快感の緩和（徒手，ポジショニング）
- (図3)
4. 日常生活動作への支援，周辺環境調整（移動式手すり設置，ベッドの高さなど）
 5. 外出・外泊支援（介助法の家族指導，リスク説明など）
 6. 装具・補装具・福祉用具の選定と紹介，指導
- (図4,5)
7. 看護師・介護スタッフ，家族の腰痛管理（要因分析，体操指導，靴の選定など）
 8. 医学的知識の蓄積（多職種情報共有）

「6」に関して，終末期がん患者の特徴として，「鍛えて動作を獲得する」というよりも，「残存機能を活かす適切な福祉用具を選定する」といった介入でQOLが大幅に改善する場面がしばしばみられる。介護者の身体的負担を軽減する意味でも，福祉用具の適切な選定は重要である。

今後の課題と展望

① 今後のPT業界全体の展望

2014年3月，日本理学療法士協会の半田一登会長から協会ホームページ³⁾にて，「ADLと

QOL，そしてQOD」というタイトルでメッセージが発表されている。この中で会長は“quality of death (QOD)”という用語を紹介しており，「死を前提としながら現在を生きることを見出すこと」と述べている。

また，「世界に例をみない日本の超高齢化社会にあつて，右肩上がりのリハ思想による，右肩上がりの理学療法に終始することへの違和感」を述べており，機能回復を前提とした理学療法のみで終始することへの警鐘を鳴らしている。「防ぐための理学療法」，「治すための理学療法」の質を上げていくことはもちろん大切であるが，がんや神経難病などの終末期の患者や在宅で過ごす高齢者などの「右肩下がりの中での，支えるための理学療法」の実績を積み重ねていくことも，社会の中で求められ続け，われわれの職域を拡げていくことに繋がっていくと私は信じている。

② 在宅・施設分野におけるPTの職域拡大

私事ではあるが，1昨年に100歳になる認知症を患った祖母を有料老人ホームで看取った。祖母にとってまさに最後の家となったのだが，そこには非常に穏やかな時間が流れており，家族という立場で安心して身の回りの世話を任せ，安心して顔を覗きに行くことができた。祖母の尊厳はしっかりと保たれており，それを支える家族1人ひとりの気持ちに寄り添ってくれていたように思う。さらには，リハの概念も実践されており，あるが



タイヤが大きく段差が越えやすいことと座って休憩できる機能がついているのが利点。

図3 屋外歩行対応型歩行器



文字通り、座面と背面に水が入ったバッグが内蔵されており、骨転移のある患者の離床時に抜群の性能を発揮する。

図4 ウォーターチェア

ままに祖母らしく安心して暮らしていた。病院にしか勤めたことのない私自身の中にあった施設での看取りの不安なイメージや味気なさ、家族としての後ろめたさなどの誤解を変えてくれる貴重な経験となった。

しかし一方で、施設職員の負担の大きさも気になるところであった。まず第1に、腰痛などの身体的負担である。介護職員に対して、患者も職員も負担の少ない介助法の提案や腰痛体操指導などで定期的に関わる必要性を感じた。そして第2に、精神的負担である。多忙な業務の中での精神的負担に対して、ストレスマネジメントを行うことも大切であるが、「自分たちが当たり前を提供している介護が、実はその人と家族にとって尊厳を支える重要な役割を果たしている」という肯定的意

味づけをフィードバックすることで介護職員の背中を押すような役割を果たすことでも、PTの介入の余地があると感じた。

③ 教育、研究の重要性

2014年11月に大分県別府市で開催された「第38回 日本死の臨床研究会年次大会」に参加してきたが、リハ領域の発表は少ない状況であった。現場からのニーズが高いにもかかわらず、終末期におけるPTおよびリハ職種の介入はまだまだマイナーな分野であることも事実であると痛感した。

日本がんリハビリテーション研究会代表の辻⁴⁾は、自らの著書の中で、「がんと共存する時代となった今、評価方法の確立、EBMに基づいた臨床研究などによる社会に対するアピールが求められる」と語っている。徐々にではあるがPT養成校やPT職能団体からの講義依頼が来るようになってきているが、今後は養成校での教育や卒業後の教育に加えて、もっと社会に向けてリハの重要性をアピールする機会がさらに必要と考える。

④ 病院経営上の課題

ホスピス緩和ケア病棟においてリハの介入は緩和ケア入院基本料の中に包括されており、個別介入や家屋調査に要した時間が診療報酬として出来高で算定可能な状況には未だ至っていない。これは、終末期医療の現場からのニーズが高いにもかかわらず普及が進んでいない大きな要因であり、今後は、病棟ごとに専従スタッフを配置することに対して加算を認めるなどといった診療報酬上の理解が望まれるところである。

おわりに

本稿では、当院ホスピス病棟において私がPTとして長年にわたってリハを提供する中で学んだことを述べた。がんを中心とする終末期医療の現場において、PTやリハ職種が関わることはとてもエネルギーを要することであり、時には役割や方向性を定めきれず、セラピスト自身の存在を確認・肯定することに戸惑うこともあるであろう。

そのような場面こそ、エビデンスに基づいた関わりに加え、患者のスピリチュアリティやその人らしさを理解しようと努め、支えることの意義がとても大きいと確信している。

また、その人らしさを支える緩和ケアチームの一員である、という役割を認識することの大切さも日々の臨床経験の中で学んでいる。

今まで当院ホスピス病棟で出会った患者さん方やご家族に感謝しつつ、今後も現場でさらに多くの研鑽を積んでいきたい。そして、ホスピス緩和ケア領域におけるPTの役割についてさらに学びを深め、広く伝えていくことで、がん終末期の現場においても当たり前になりハが提供される日ができるだけ早く来ることを望んでいる。

引用文献

- 1) 今田 拓：リハビリテーション医療をめぐる社会保障制度総説。リハビリテーションマニュアル、日医会誌 112 (11)：282-289, 1994
- 2) 村田久行：日本死の臨床研究会 九州支部・第25回研究集会、教育講演「スピリチュアルケア」、2009
- 3) 日本理学療法士協会：ADLとQOL, そしてQOD. [http://www.japanpt.or.jp/members/message/old_message/2014_03101]

参考文献

- 1) 清田直人 著, 三木浩司 監修：スピリチュアルペインとスピリチュアルケア—末期がん患者の心のケア。死をみるころ生を聴くころⅡ—緩和ケアの場にいきる心理的援助と技法。p.147-167, 木星舎, 2006
- 2) 辻 哲也 著, 門田和気, 有賀悦子 編：コンサルテーションスキル—リハビリテーション科医からの提言。緩和医療の基本的知識と作法。メジカルビュー社, p.157-164, 2012