

## 2. 緩和ケア主体の時期のがんのリハビリテーションを充実させるために

### B. 理学療法士からの視点

矢木健太郎

(聖マリア病院 リハビリテーション室)

#### 理学療法の目的

余命1年未満の進行がん患者に対するリハビリテーションにおいて理学療法士はさまざまな場面で、理学療法を提供する機会が想定される。一般病棟入院中で治療を継続している患者、緩和ケア主体の病態となった患者、あるいは緩和ケア病棟で過ごされている患者や在宅で療養中の患者かもしれない。いずれの場面においても、病態や病状は患者個々で異なり、理学療法の目的も個々人の病態、予後、日常生活動作（activities of daily living：以下、ADL）能力、家族背景や家屋環境、希望などによりそれぞれに変わってくる。理学療法の方法の最終目標は、患者の生活の質（quality of life：以下、QOL）向上である。患者やその家族の希望やニーズを引き出し、現在の身体機能およびADLの能力について評価したうえで生命の予後予測を基にゴール設定を行ってアプローチする。理学療法という手段を用いて、その人らしさを支えて、患者や患者家族のQOLを高めるのである。

#### 患者や患者家族の希望

終末期がん患者の時間的経過に伴う希望内容の変化の研究において中ら<sup>1)</sup>は、緩和ケア病棟入院時は圧倒的に痛みや呼吸困難感、浮腫の軽減などの症状の緩和や病状の回復を希望する患者が多く、その1週間後は症状が緩和された結果、セルフケアや生活環境への希望が上昇し、死亡数日前になると人間関係や実存への希望が高まるとしている。したがって、患者の希望は状況によりさま

ざまに変化することを前提に対応する必要がある。

患者の希望の中でも、症状に関するものは比較的患者は訴えやすく、理学療法士も把握しやすい。症状緩和のための理学療法として、痛みに対するストレッチやモビライゼーションなどの手技や物理療法、呼吸困難感に対する呼吸理学療法、四肢の浮腫に対するリンパ浮腫複合的治療に準じた治療などを提供することができる。一方、症状緩和以外の希望は、引き出すことが困難な場合を多く経験する。終末期がん患者の多くは、がん治療を諦めなければならない状況となり、精神的に失意の状態にある場合も多い。そのような時、患者は何がしたいなどの希望を見出すことが難しい。このような際には、患者やその家族・介護者との信頼関係を構築しながら、少しずつ、その希望を見出していくことが肝要となる。

#### 終末期がん患者への理学療法の役割

終末期のがん患者を対象とした質的研究<sup>2)</sup>では、理学療法を受けることについて患者は日常生活のルーティンを構築してもらえること、運動を行ううえで専門職から指導を受けることができると安心感もたらされること、運動への意欲を保たせてくれること、さらには運動によって倦怠感が軽減することなどを語っている。理学療法が精神的・身体的症状を改善するための治療と捉えられており、終末期がん患者にとっての1つの希望となりうる事が分かる。緩和ケア病棟における理学療法の役割についてEbel<sup>3)</sup>は、5点にまとめている。痛みの軽減、できるだけ長く機能を維

表1 緩和ケア病棟における理学療法の役割<sup>3)</sup>

①	痛みのコントロールのための手技や物理療法の提供 リンパドレナージ、軟部組織モビライゼーション、各種物理療法など
②	必要な補助具や器具、装具などの提供 各種補助具、杖、歩行器、車椅子、リフト、トランスファーボード、各種装具など
③	環境整備 車椅子の調整、棚に届くために設置する高い椅子、リクライニング車椅子
④	体力温存のための省エネ動作指導 省エネルギーでできる起き上がり・立ち上がり方法、どの程度運動を行うことができ、どの程度休憩するべきかの指導、家族など介護者に対する効率的な介助方法指導など
⑤	運動療法

持させる、介護者の介護負担の軽減といったことが可能と指摘している（表1）<sup>3)</sup>。

## 終末期がん患者へのリハビリテーション効果

終末期がん患者に対するリハビリテーションの効果については、1994年にYoshioka<sup>4)</sup>らによるホスピス病棟での研究以降、いくつかの報告がある。がんのリハビリテーション診療ガイドライン<sup>5)</sup>においては、身体機能やADL改善を目的とした訓練に加え、苦痛症状に合わせた徒手療法、呼吸排痰訓練などを組み合わせて行うリハビリテーション治療を包括的リハビリテーション治療と定義し、その効果について、身体機能の改善、ADLの維持、疼痛や倦怠感の軽減、精神面・QOLの改善など、エビデンスレベルBで推奨されている。最近の研究においても、在宅ホスピスケアを受ける患者60名に対する週2回6週間の訪問リハビリテーションによる理学療法プログラムの効果<sup>6)</sup>について、疼痛や抑うつなどの身体的・精神的症状の軽減、転倒リスクの軽減、ADLやQOLの向上が示されている。予後が数カ月単位で望める患者には、身体機能向上を見込むことができ、ゴール設定もそれを前提としたもので達成可能な場合も多い。

これらの研究では、途中死亡された方や体調悪化のために脱落したものは除外されている点に注意が必要である。終末期のがん患者では、悪液質の進行で栄養状態は悪化し、身体機能向上が難しくなり、ADLが低下する時期がくる。そのよう

な時期には、理学療法は身体機能向上に固執するのではなく、身体能力を補う形で動作が可能となるように周囲の環境を調整することで患者の希望を支えていく。ADL低下とともに患者のニーズも変化するため、その要望に合わせた理学療法を提供することがポイントとなる。今後、緩和ケア主体の時期の理学療法の提供がさらに充実するためには、QOLの向上の視点も含めたさらなるエビデンスの構築が求められる。

## どの時期まで理学療法を実施するのか

当院の緩和ケア病棟入院患者とその家族・介護者の希望についての調査<sup>7)</sup>では、外出外泊や散歩、歩行やADLの向上、体力の維持、趣味活動、トイレ、身辺整理、遺品作成、症状コントロール、拘縮予防などが挙げられた。外出や外泊、散歩、趣味活動や身辺整理、遺品作りなどは、車椅子乗車が可能となれば、実現の可能性が高くなるため、その可否は、理学療法を実施するうえで1つのポイントとなる。

そこで、車椅子乗車時間と予後予測スコアの関係について調査した<sup>7)</sup>。予後予測スコアはPPI値<sup>8)</sup>（Palliative Prognostic Index：ADL能力と経口摂取量、身体症状の有無を点数化し生命予後を予測するスコア。点数が低いほど生命予後が長いと予測）を用いた。その結果、PPI値3.5以下で60分以上の車椅子乗車ができる可能性が高いことが分かった。さらにはPPI値4.5以下では30分以上の車椅子乗車を目指すことが可能で、5.5以下までは少しでも車椅子乗車練習が可能であり、逆に

PPI 値が 6.0 を超えると厳しい身体状況となっていることが多く、車椅子乗車自体が難しくなる可能性が示された。PPI 値での評価は車椅子の乗車時間や種類を検討する際に有用である。

当院では、理学療法は患者やその家族が望む限り継続している。逆にいえば、身体機能の向上が望める患者であっても、理学療法を望んでいなければ行わない。終了時期は、患者や家族が理学療法を望まなくなった時である。重篤な状態であっても、患者や家族の希望・主治医の指示のもと、愛護的なストレッチを行うこともある。継続を望まれるかどうかは、それまでに理学療法が患者や家族・介護者に何を提供し、どのような関係性を構築できたかが鍵となる。

さらに臨死期に近づき、理学療法士として専門的な治療ができなくなる時もある。そのような場合には、1 人の医療従事者として、患者やその家族の希望があれば、患者の部屋に立ち寄り、声をかけ、少しの時間でもいいので患者のそばに寄り添うといったことも QOL 向上の観点から大切な行為である。このようなことが実践できるといったことも、緩和ケアに携わる理学療法士に求められる資質の 1 つであると考えられる。

## 文献

- 1) 中恵美子, 三輪尚子, 東 美香, 他: 末期がん患者の希望に関する研究. 死の臨床 21 : 76-79, 1998
- 2) Gulde I, Oldervoll LM, Martin C: Palliative cancer patients' experience of physical activity. J Palliat Care 27 : 296-302, 2011
- 3) Ebel S, Langer K: The role of the physical therapist in hospice care. Am J Hosp Palliat Care 10 : 32-35, 1993
- 4) Yoshioka H: Rehabilitation for the terminal cancer patient. Am J Phys Med 73 : 199-206, 1994
- 5) 日本リハビリテーション医学会, がんのリハビリテーション診療ガイドライン改訂委員会 編: 進行がん・末期がん. がんのリハビリテーション診療ガイドライン 第 2 版, pp263-268, 金原出版, 2019
- 6) Ćwirlej-Sozańska A, Wójcicka A, Kluska E, et al: Assessment of the effects of a multi-component, individualized physiotherapy program in patients receiving hospice services in the home. BMC Palliat Care 19 : 101, 2020
- 7) 矢木健太郎, 井手 陸: 緩和ケア病棟におけるリハビリテーション実施患者の希望の調査および離床耐久性と予後予測スコアとの関係. Palliat Care Res 12 : 801-806, 2017
- 8) Morita T, Tsunoda J, Inoue S, et al: The Palliative Prognostic Index: a scoring system for survival prediction of terminally ill cancer patients. Support Care Cancer 7 : 128-133, 1999