

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

C. 作業療法士からの視点

田尻寿子

(静岡県立静岡がんセンター)

はじめに

WHOによる緩和ケアの定義(2002)¹⁾の中でも、リハビリテーションの一翼を担う作業療法という職能上貢献が期待される項目は、「患者が最期までできる限り能動的に生きられるように支援する体制を提供する」「QOLを高める」「心理的・スピリチュアルなケア」ではないかと考える。

以下に作業療法士として、その人らしさを大切に人生の集大成の時を生きていただくための支援について述べさせていただきます。

作業療法 (occupational therapy) とは

WFOT (2012) の定義では、作業療法は a client-centred health profession concerned with promoting health and well being through occupation とされており、「クライアント中心の医療専門職」とであると述べられている²⁾。

日本においても、「作業療法は、人々の健康と幸福を促進するために、医療、保健、福祉、教育、職業などの領域で行われる、作業に焦点を当てた治療、指導、援助である。作業とは、対象となる人々にとって目的や価値をもつ生活行為を指す(日本作業療法士協会2018)³⁾」と定義されている。「作業」は具体的には、日常生活活動、家事、仕事、趣味、遊び、対人交流、休養など人が営む生活行為と、それを行うのに必要な心身の活動が含まれ、心身機能の回復、維持、あるいは低下を予防する手段としての作業活動を利用したり、その作業自体を練習し、できるようにしていくという目

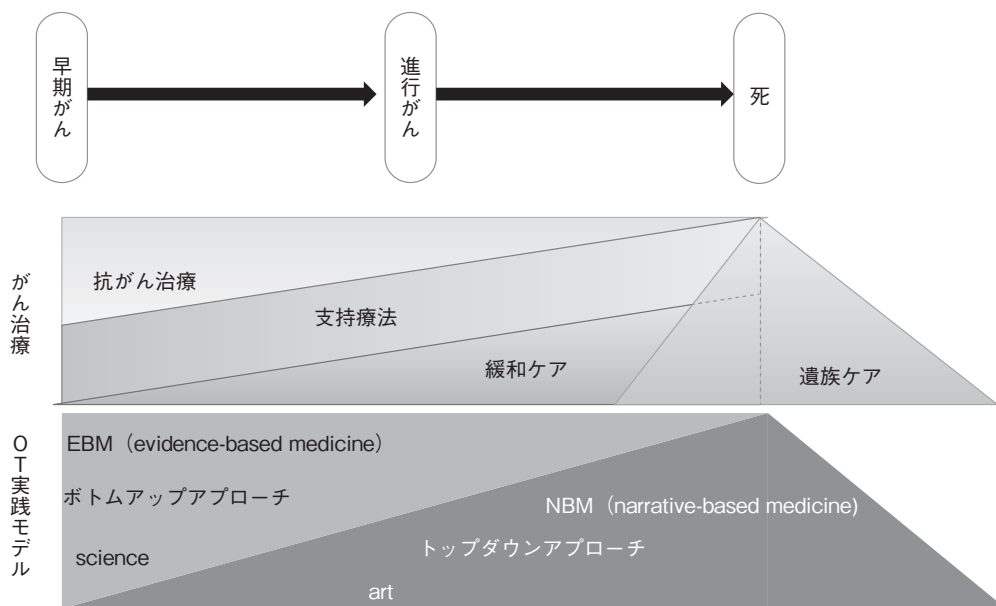
的として利用したりすること、およびこれらを達成するための環境への働きかけが含まれる。

特に各人が大切にされている作業活動を「意味のある作業/生活行為」として重視し、死期を意識せざるをえない方々には、「行いたい作業/生活行為」を聴取し、優先的に支援する努力をしている。

進行がん・終末期に必要とされる作業療法実践モデル

がんの自然史に応じた作業療法の実践モデルを図1に示す。周術期など腫瘍に対する治療が奏功する時期においては、ICIDHにおける機能障害(impairment)やICFにおける「心身機能・構造(body function and structures)」の要素的機能から評価・治療を開始し、ICIDHにおける「能力低下(disabilities)」やICFにおける「活動(activities)」, ICIDHにおける「社会的不利(handicaps)」やICFにおける「参加(participation)」への適応を図る、「くみ上げ方式」としての「ボトムアップ・アプローチ」⁴⁾の比重を多くしてアプローチすることが多い。そうすることで自然に個々人の行いたい活動が実践可能となる。

しかし、緩和ケアを主体とした時期に移行すると、障害が重度で完全な治癒が見込めない場合や、課題が多すぎてすべてに対してリハビリテーションを行うことは患者にとって過負荷となると予測される場合などが増え、患者が行いたい作業/生活行為を目標に据え置き、問題点を絞り込んで介入するトップダウン・アプローチ⁴⁾の比重を大きくしていくほうが有効である場合が多い。



ボトムアップアプローチ：医学的アプローチによる「治療」を基盤に、すべての問題点に介入して回復を目指すアプローチ。トップダウンアプローチ：個人の価値観や優先する事柄から解決していくアプローチ。

図1 がんの自然史（進行）に伴った作業療法実践におけるモデルの概念図

トップダウン・アプローチにおいて、目標を設定する時、「今まで大切にしていた作業/生活行為や大切な人や動物との関係性や役割を継続できることを目標としたり、手段としたりして選択できると、「その人らしく」過ごしていただくことができるのではないかと考える。

「その人らしさを大切に、人生の集大成の時を生ききるための作業療法支援」

1. 大切にしている作業/生活行為、関係性、役割を聴取する

作業療法を開始したり、継続したりする時は、苦痛などの「主訴」だけではなく、「希望」も確認できるとよいが、「希望」を聴取しても実際に実現できないのではとの懸念がある時は、なかなか正面きって尋ねることがはばかれることもある。

また進行がん・終末期の時期になると、さまざまな苦痛が出現し、意欲が低下し、希望を表出する元気がない場合も多い。

そのような時は、まず「身体的苦痛へのアプ

ローチ」から介入する。

2. 身体的苦痛へのアプローチにより「語り」を促す

終末期には、さまざまな疼痛が出現しうるが、そのうち作業療法士として介入しうるアプローチの例を示す。終末期など体動困難となる中では、同一肢位をとったり、呼吸苦でヘッドアップ位をとり続けたり、浮腫による上肢の重さが肩にかかることで、「肩こり」「後頸部の痛み」を自覚していることが多い。作業療法士は、上肢帯～手指の機能解剖について得意としているため、肩甲骨周囲の筋のストレッチや上肢の関節可動域訓練、上肢の重さを軽減するためのポジショニングなどを行うことにより「心地良さ」や「リラクゼーション」が得られることがある。そのような時に「今までは仕事が生きがかったけど、できなくなってしまって」など、今までの人生について語り、「〇〇したいなあ」「子どもに〇〇してあげたい」などの希望が聞かれることがあり、「潜在的なニーズ」がキャッチできる瞬間が生じる。

3. 大切な作業 / 生活行為を実現するための作業療法アプローチ

1) 自立度を維持・改善するためのアプローチ

機能障害の改善が困難な時期においては、2 次的な合併症を最小限にとどめ、残された機能を最大限に活用する方法を検討し、ADL や IADL の維持・向上を目指す。特に大切にしている生活行為を優先的に選択し、介入することが多い。

具体的には、残存機能を活かす方法を導入したり、自助具や福祉用具を導入して、エネルギーを温存したりして、結果としてできることを増やしたりする⁵⁾。能動的に活動ができることは、周囲へ頼らなければならないなどの心理的負担感や、排泄動作を人に頼らなければならないなどの自尊心の低下を抑制することができ、尊厳を守り、社会的・精神的苦痛を抑制することにつながっていく。

2) 社会的苦痛へのアプローチ

仕事や家事など社会的な役割を全うしたいと願う方々も多い。しかしながら、進行がん・終末期などの時期には、身体機能や体力が低下したり、継続している化学療法の有毒性が蓄積し、有害事象などが徐々に重症化したりしてくる時期であり、仕事や家事に支障が生じてくる。脳転移が出現し、上肢の運動麻痺や高次脳機能障害が生じた時の就労支援の際には、仕事に必要な課題を分析し、機能訓練だけではなく、代償的な方法や職場環境への働きかけなど、両立支援コーディネーターなどと一緒に検討していく。また、骨転移が生じた際には、医師に安静度を確認し、回避したほうがよい動作を避け、安全な動作方法を指導する。例えば、上腕骨の骨転移の際には、「荷重・念転を避ける」「重い物は持たない」などの生活指導を行う。化学療法誘発性末梢神経障害や爪囲炎などが生じて巧緻動作やピンチ力が低下した際には、末梢神経障害を有する際の対処方法に準じて生活指導を行う。さらには、倦怠感などを生じている場合には、エネルギーを温存したり、途中で休息を入れたりするなどの仕事の仕方について、提案する。いずれ仕事場を去らなければならない時には「仕事の引き継ぎ、整理」などを意識

されることもあり、心理的な喪失体験に寄り添いながら介入する。

4. 精神的苦痛および実存的苦痛へのアプローチ

終末期には、身体機能だけではなく、仕事や趣味、社会的地位などの喪失を繰り返し、抑うつ状態になる人が増えるといわれている。作業療法士としては、前述のように代償動的手段を検討したり、安全性の高い動作方法を指導したりするなどして、極力喪失体験を少なくすることで、意欲をもち続けられるように支援する⁶⁾。

また、実存的苦痛（スピリチュアルペイン）の次元として挙げられている「自律性」や「関係性」「時間性」を意識したアプローチにより、スピリチュアルペインのケアとしての作業療法を実践できる可能性がある^{7,8)}。

そして能動的に行いたい「作業 / 生活行為」を実現するには、活動性が低下する直前の「今、この時」を逃さないよう、チームで時期を吟味する必要がある。

終末期に作業療法士はいつまで関わる ことができるか？

作業療法士が関わりうる時期は、患者・家族の needs やそれまでの関係性、施設内でのさまざまな事情（地域での役割、施設の理念、リハビリテーション関連職種の人員など）により違いがある。

また、介入内容によっても、中止の時期には違いがある。患者自身が能動的に動くこと（ADL 動作など）に関しては、能動的に動けなくなった時点で終了になるか、症状緩和的アプローチに移行することになるが、リンパ浮腫や身体的苦痛、最期に行っておきたい活動を支援する場合には、逝去直前まで介入することもある。以下に、基本的な考え方の例を示す。

- 1) 患者（家族）が終了にしたいと希望された時
- 2) 介入することによりリスクが生じる時
- 3) 家族・大切な方との時間にエネルギーを使

用していただいたほうが良いと思われる時
4) 患者の意識レベルが低下した時

終末期には、患者の希望が優先されるため、作業療法介入が苦痛ではないか、続けたい気持ちがあるかどうかを確認しながら介入する。そのため、本人の意思が確認できなくなった時点で積極的な介入を終了することが多いが、その後もポジショニングの検討などで訪室を続けることもある。

遺族ケアとしての作業療法士の役割

1. 終末期にさしかかり、家族が「何かできることはないか？」と考える時

終末期において、家族がケアに参加し、「患者の意向に沿うことができた」と感じられるように、介護方法や症状緩和の方法（関節可動域訓練、ストレッチ、浮腫肢へのタッチングを中心としたマッサージなど）を家族に伝える。その際は、十分なリスク管理の観点を忘れず、家族の疲労や予期不安、予期的な対象喪失の心理を十分に理解し、良いときを過ごせるように支援する。

2. 患者が家族やお世話になった方への「お礼」、家族への「伝承」を希望した時

家族やお世話になった方々に対して、お礼の手紙を書く、手のリハビリテーションを兼ねて何か作品を遺す、レシピを家族に伝承するなどを希望

されることがある。それらの活動を OT の中で実現していく。

おわりに

作業療法士として重要に考えている作業 / 生活行為を目的・手段として、患者や患者を取り巻く方々が、人生の集大成である最期の時を、生き活きと生ききることを支援したいと考える。

文献

- 1) 緩和ケア関連団体会議作成：WHO（世界保健機関）による緩和ケアの定義（2002）. 日本語定訳, 2018
- 2) 日本作業療法士協会ホームページ [https://www.jaot.or.jp/wfot/wfot] (2020. 11. 3 アクセス)
- 3) 日本作業療法士協会ホームページ [https://www.jaot.or.jp/about/definition/] (2020. 11. 3 アクセス)
- 4) 大嶋伸雄：ボトムアップ・アプローチとトップ・ダウンアプローチ. 大嶋伸雄 編：身体障害の作業療法第2版プログラム立案のポイント. p.22-35, 中央法規出版, 2016
- 5) 田尻寿子, 市川るみ子, 辻哲也：進行がん患者における日常生活動作（ADL）の障害へのアプローチ—セルフケアを中心に. 緩和ケア 16：28-35, 2006
- 6) 田尻寿子：活動を維持するために：患者・家族の精神的苦痛への対応. MB Med Reha 247：50-57, 2020
- 7) 保坂 隆 編：がんリハビリテーション心理学. 医歯薬出版, 2017
- 8) 田尻寿子：スピリチュアルケアを参考に作業療法する. 臨床作業療法 15：43-49, 2018