

# 3. 各施設におけるがんのリハビリテーションの工夫 —緩和ケア主体の時期を中心に

## B. 在宅診療

### 在宅診療におけるがんのリハビリテーション

河原正典

(岡部医院仙台)

#### はじめに

当院は、がん患者および終末期の患者が年間約450人程度紹介され、約300人前後の自宅看取りを行っている。今回は、神経難病は除き、がん患者について述べたいと思う。

まず、当院に紹介されてから永眠されるまでの平均は、約1カ月程度である。予後数日の可能性を医療者から家族に話をし、「家に帰りたいと患者が言っていたから、家で看取りたい」と家族が希望され、急遽対応を求められることもさほど珍しいことではない。

当院の創設者である岡部健が開院した20年前より、がん終末期の患者に対して、生活を支えるという意味で、リハビリテーションを意識して取り組んでおり、当院は、作業療法士(OT)が在職している。ただ、予後が短いことも多いので、一般的なリハビリテーションとは違う要素があるように思う。筆者は、もともとは外科医で現在は緩和医療専門医なので、リハビリテーションについて特に詳しいわけではないが、約10年、がん患者の在宅に関わった経験から、在宅診療におけるがんのリハビリテーションについて述べる。

#### 当院のリハビリテーションにおける 作業療法士の役割

当院のリハビリテーションでの作業療法士の仕事内容は以下のとおりである。

①退院後の生活に適應するための関わり：ADL

動作の工夫や指導(特にトイレ動作に関するニーズは多い)、環境整備、移動方法の確保、転倒予防など。

トイレには、多くの患者がギリギリまでこだわることが多く、在宅を継続するか入院するかの目安も、トイレに1人で行けなくなった時と表現される方も多し。ただ、実際に入院するかどうかは、別なことが理由になることも多い。

②**身体機能の維持・向上**：入院中のリハビリテーションからの継続や、本人や家族が希望されて機能訓練を行うことが多い。病状の進行とともに運動は困難になっていくが、できる限り緩やかな低下となるように関わる。自主トレーニングなどを指導することも多い。

患者によっては、何か体に良いことをしているという感じがすごく重要な意味をもつことがある。

③**機能低下に伴うADL動作の見直し**：身体機能の低下によりできなくなった動作(排泄や入浴など)について、動作方法の変更や福祉用具の導入、住宅改修などで対応する。

ただし、がん患者の場合、住宅改修は間に合わないため、福祉用具の導入や使い方の指導となるものがほとんどである。

④**苦痛の軽減**：無理な動作や不適切な姿勢保持による痛みには、動作方法の見直しやポジショニングの指導などを行う。寝たきりなどで動かないことによる苦痛がある場合には、介助して動かすことや、ストレッチやマッサージを行うことでつらさが軽減し、関節可動域の維持につながる。

在宅だと、介護者は家族の方が多く、介護に慣

れているわけではないので、実施方法を家族に指導し、実施してもらうことも多い。

また、病状が進行して患者の具合が悪くなることは、家族の対応が悪いわけではないことを強調して伝えるようにしている。

⑤リンパ浮腫への対応：リンパ浮腫を改善するための運動方法や自己マッサージの指導を行い、訪問時に運動やマッサージ、家族指導なども提供する。

リンパ浮腫に対するニーズは非常に高く、浮腫によって動作が困難になることもあるため、リハビリテーション職に積極的に介入してもらっている。

⑥QOL向上のための取り組み：生活の中でやりたいことができるように、動作方法を見直し・指導、環境整備、実際の介助などを行う。

例えば、離床・外出・趣味活動・コミュニケーションなど。また、リハビリテーションを行うこと自体が、充実感や意欲を高めることにつながることもよく見られる。

## 在宅診療におけるがんリハビリテーションの課題

・がん患者の在宅緩和ケアにおいて、訪問リハビリテーションを実施できる期間は短い場合が多いため、早い段階からリハビリテーションを行うことにより、自身で管理できる部分は広がると考えられるが、介護保険を申請していない場合は、医療保険での介入になるため、自院にPT・OTが勤務していないと介入を依頼するハードルが高い。

介護保険が認定されていたとしても、介護保険の決められた単位数を超えないようケアプランに組み込む必要があり、単位数を制限ギリギリまで使用している患者の場合は、組み込むために他の介護サービスを調整したり、月途中でケアプランの変更などが発生し、ケアマネジャーが慣れた人でないと難しい場合がよくある。また、がん患者の終末期の状態変化が早いいため、1回訪問して終了となることも多いです。

・「リハビリテーション＝身体機能訓練」という

イメージをもっている人も多いため、在宅緩和ケアの中で導入したが、継続が難しいケースもある。

実際に試してもらって現状でできる内容を思い描けるようにしてもらうようにしているが、なかなか受け入れられないことも多く経験する。がん患者が入院し在宅を導入して退院する場合、入院中にリハビリテーションをしている方は少なく、「家に帰ってきたら、もっといろいろとできると思っていたが、こんなに弱っているとは思わなかった」と言われることもよくある。入院中から、もう少しリハビリテーションを意識して導入していれば違う結果になるのかな、と考えている。

---

## どの時期まで関わるのか

・そもそも、状態が低下して在宅になる場合も多く、リハビリテーション職の介入に至らないことが多い。

・介入した場合は、終末期は亡くなる直前まで関わるケースも多い。身体機能が低下し、運動が困難になってきてもその状態に合わせたリハビリテーションを都度見直し、関わりを継続するように意識する。

・早い段階で終了するのは、こちらがニーズを把握しきれずに患者が必要を感じていない場合や、状態の変化の認識を共有できずにベースの転換ができなかったケースが多い。

・リハビリテーションを開始する場合の目的が明確で、それが達成されたことで終了となり、また必要があれば再度介入するというケースもある。

---

## おわりに

結局、患者・家族がリハビリテーションに何を期待し、私たちは何を提供できるのかが重要なのだろうと思う。リハビリテーション職に体を動かしてもらいながら、少し世間話をすることを楽しみにしていた患者もいた。逆に、いろいろな人（職種）が家に訪ねてくることを好まない人もいる。

また、在宅では、いわゆる医師・看護師以外か

らの情報が重要なことがある。医師・看護師には  
言わないことを介護職やリハビリテーション職に  
は話をする。また、実際に動作を確認

しているリハビリテーション職からの情報が有益  
なことが多くある。多職種が目が入ることはとて  
も良いことだと筆者は考えている。