

VI. 緩和ケアにおけるコメディカルの役割と人材の育成

4. 理学療法士

下稲葉 圭一

(栄光病院リハビリテーション科)

はじめに

日本において緩和ケアが開始されて、約 25 年が経過している。しかし、その過程において、緩和ケアチームの一員として理学療法の果たす役割が確立されてくるとはいい難い。だが、身体的機能が低下していく中で、その残された機能を最大限に生かし、QOL を高め、最後の時の希望を支えるためには、緩和ケアチームの一員として理学療法の専門性を用いた役割は重要であると考えられる。

栄光病院で緩和ケアが開始されて約 20 年が経過する。リハビリテーション（以下、リハ）科としての関わりはまだまだ日が浅く、依然として試行錯誤の日々である。しかし、その中で理学療法のもつ緩和ケアにおける役割やチームアプローチについて多くの学びを得ている。

本稿では、当院緩和ケアにおいて理学療法士が果たしている役割と人材育成の取り組みについて報告し、さらに今後の緩和ケアにおける理学療法士の持つ課題について述べる。

栄光病院緩和ケアにおけるリハの概要

1986 年 4 月より全人的医療の一環として緩和ケアが開始され、1990 年 9 月に認可を受ける。現在、38 床（2 病棟）で構成されている。平均在院日数は、49.62 日である（2004 年度）。

リハ科への処方率は現在、入院患者数の 50～60% に達している。まず初期の症状コントロールが行われ、その上で患者の全人的ニーズに応えていくことになる。その選択枝の 1 つとしてリハが定着しつつある。緩和ケア病棟に専従スタッフ

は配置していないが、理学療法士・作業療法士各 1 名の担当者を中心に数名のスタッフでケアを提供している。

リハ開始前にミニカンファレンス（主治医・担当看護師・リハ担当者）で方向性を確認し、日々の情報交換や定期的なカンファレンスでアプローチ内容の報告や再検討を行っている。病状の進行に伴い、その関わりが中断されることもあるが、患者が亡くなられた際、お別れ会やお見送りにはリハスタッフもできるかぎり参加する。それは、それらの機会を通してケアの振り返りを行い、ご家族と言葉を交わすことで、患者との関わりを締めくくることができ、結果的にはそれがスタッフ自身のケアにつながると考えるからである。

当院におけるリハの役割

① リハの役割

緩和ケアにおける理学療法は、回復を目的としたトレーニングとは異なる。回復が望めない中においてその苦痛の緩和に努め、残された機能を最大限に生かし、安全な生活を支えることが必要である。また、残された機能を生かし支えることは、ひいては患者や家族の実際的なニーズや希望を支えることにもなる。さらに、その過程においてさまざまな患者の訴えに心を傾け、患者に寄り添うことは、理学療法士が提供できる大切な心のケアと考える。

1) 疼痛・苦痛の緩和：リハにおいてもまず取り組む課題である。

①リラクゼーション（安楽肢位）の検討：クッションや枕などを使用し、疼痛や呼吸苦を軽減し、安楽に休めるよう検討する。

②リラクゼーション（ストレッチ・マッサージなど）：軽擦法などを用い、ソフトに。

③物理療法：湿性温熱であるホットパックの使用頻度が高い。

④補装具の検討：腰椎コルセットを作製し、動作時の疼痛緩和や悪化の予防など。

⑤疼痛を回避する動作の検討：電動ベッドを使った起き上がりの方法の検討など。

2) ADL 能力維持・援助：特に排泄動作に関する要望が多い。

①移動能力維持：筋力訓練や歩行訓練の実施。

②環境設定：能力が最大限発揮できるようにする。ベッドに補助手すりを設置する、など。

③ ADL 訓練。

④看護師に介助法指導：ベッド～車椅子間の移乗用スライディングボードの使用法など。

3) 精神面の援助：死を受け入れていくうえで「どのように生きるか」が重要であり、患者の残された時間の QOL に大きく関わってくると思われる。理学療法士による関わりは、間接的ではあるが、「生きる」「希望」ということを支える活動であるといえる。

4) 家族への援助：家族から要望があれば介助方法や援助方法（マッサージの方法など）を伝達する。そうすることで、患者・家族間のコミュニケーションが深まるきっかけとなる。また、介護者である家族にリハを提供することもある。これは、「緩和ケアは家族もケアの 1 単位とみなす」という緩和ケアの考え方に基づいたケアである。

5) 廃用性変化の予防・全身機能維持：リハが日常生活にリズムを生み、廃用性変化の予防につながる。

② 事例紹介

1. 事例 1

直腸がん術後、肺肝転移、骨転移（腰椎・仙骨部）による両下肢不全麻痺、50 歳、女性。本人・家族共に告知を受け、病状把握している。本人の希望により、疼痛緩和（腰部・殿部）・ADL 維持目的でリハが処方される。病状の進行に伴い、神経性の疼痛に対する関わりが中心となる。リラクゼーション（ストレッチ・マッサージ）や

臥位およびギャッジアップ座位のリラクゼーション（安楽肢位）の調整・検討を日々行った。長時間の保持は困難だったが、本人の結婚記念日のお祝いの際、ギャッジアップ座位となり、笑顔で記念撮影を行うことができた。両下肢不全麻痺という状況にあって、「座りたい」という患者の希望を実際に支えることができた。

入院が長期になるにつれて家族の疲労もピークに達し、ご主人が腰痛を起こした。その際、「私のことはよいから、主人を診て」との希望があり、ご主人にリハを実施した。このことは「自分のために家族が苦しむのはつらい」という妻としての痛みをしっかりと受け止め支えることとなり、本人の精神的安定につながった。

本事例を通して、身体面へのケアはもちろんのこと、妻や母親という家庭人としての立場を踏まえたうえでニーズを聞く姿勢を持ち、それに対して理学療法士としての役割を果たしていく必要性を痛感した。

2. 事例 2

胃がん術後再発、がん性腹膜炎、50 歳、男性。転院当初、嘔気が強く、嘔吐があった。しかし、症状コントロールされ、経口摂取もしばしば可能となり、笑顔がみられるようになる。告知を受け徐々に現状理解しているが、妻と 3 人の幼い子どもがおり、家族のためにも「できるかぎりのことをしたい」「家に帰ってみたい」との希望があり、担当医よりリハが処方される。

外出に際して、リクライニング式車椅子でのポジショニングや座位耐久性、また自宅状況の把握が必要であった。厳しい病状ではあったが、緩和ケアチームと相談し、リクライニング式車椅子での外出となる。車椅子座位のポジショニングなどを調節し、担当看護師と共に外出を援助した。

自宅で幼いわが子を抱き、自分が贈ったクリスマスプレゼントで遊ぶ子どもたちを見て、嬉しそうに微笑んでいた。奥様手製のスープを飲み「最高」と発言されるなど、短時間ではあったが久しぶりの自宅を楽しまれた。その 2 日後、永眠される。

本事例を通して改めて学んだことは、多職種によるチームメンバーが専門性を出し合い、互いに

協力・連携し、多種多様なニーズにタイムリーに対応するというチーム医療の重要性である。

人材育成

終末期におけるリハは確立されているとはいえず、人材育成はおおのこの施設で行われているのが実情である。当院の取り組みは、以下の通りである。

1) **短期ホスピス研修プログラム**：当院では毎年ホスピスケア研修プログラムが組まれ、月に2回、約5カ月にわたり、講義形式で多職種スタッフ向け研修が行われる。このように、多職種スタッフが緩和ケアについて共に学ぶ機会を得ていることは、緩和ケアの専門知識を得るのみならず、緩和ケアの核であるチームアプローチを学ぶ最高の機会となっている。

2) **院外研修**：他院のホスピスにおけるリハの取り組みを学び、スタッフの見識の向上に努めている。

3) **研修会での発表**：事例の総括や振り返りをリハチーム内で行う。その過程において、担当看護師とも共に振り返りを行うことで、さらにお互いの関わり方の理解や専門性の理解につながっている。

4) **自己成長グループ**：カウンセラーであるチャプレンの協力を得てコミュニケーション能力・自己認識向上を目的にリハスタッフでグループワークを月に一度実施している。

理学療法士の緩和ケアにおける人材育成においては、専門性の向上とともに、多職種医療チームにおける理学療法士の役割と他の医療者との相互理解を深めることが重要である。また、自己成長のためにコミュニケーション能力の向上とともに、自己を知り、自己表現を学び、自分のケアを継続していくことも不可欠であろう。

今後の課題

①理学療法士として終末期リハを学ぶ機会は増

えてきたが、緩和ケアを学ぶ機会が少ないのが現状である。しかし、緩和ケアにおける理学療法士の役割の重要性は明確であり、今後、学生を含め、理学療法士が緩和ケアについて学ぶ機会が必要である。将来的には、緩和ケアにおける理学療法士の専門性を確立することが望ましい。

②教育の機会が少ないこと、また緩和ケア病棟入院料にリハ料が包括されることにより、緩和ケア専任スタッフの配置が難しいのが現状である。このような中で、試行錯誤で緩和ケアリハに取り組んでいる理学療法士がほとんどである。今後、同じ志を持つ理学療法士のネットワークをつくり、情報交換や交流の場をつくっていく必要がある。

③理学療法士は患者の希望により、外泊や在宅移行を支える可能性が高い。緩和ケア病棟のみならず、今後、在宅を支える医療チームとの連携を推進する必要がある。また、在宅緩和ケアに関わる理学療法士のさらなる育成も課題と考える。

おわりに

近年、緩和ケアにおける症状コントロールの充実に伴い、死に向かう患者の「生」をいかに支えるか、が大きな課題となっている。リハは「生きる」ことへの前向きな活動であると同時に、「死」を受け入れるための営みでもある。今後、ますます理学療法士を含むコ・メディカルスタッフの果たす役割は大きくなり、多職種チーム医療のさらなる充実が求められていると考える。

また、上記を踏まえ、終末期におけるリハをより専門的に学ぶことができるシステムづくりも、今後の人材育成のために必要不可欠であると考えられる。

本稿では、当院における取り組みを紹介したが、緩和ケアにおけるリハはまだ多くの可能性を秘めていると思う。今後も全人的医療の一端を担っていけるよう、常に広い視野をもち、積極的に取り組んでいきたい。