

特別講演

在宅緩和ケアに活かすリハビリテーション

安部 能成

千葉県立保健医療大学

はじめに

緩和ケアとは、致死的疾患による諸々の問題に直面した患者及び家族に対してQOL向上を図ろうとする方法である¹⁾。この文脈において緩和ケアは疾患の治癒を目指していない。がん患者の専有物ではないが、その発生頻度の高さからがんを中心に展開してきたので²⁾、ここではがん患者を念頭に述べる。

21世紀初頭の今日、がん治療は治癒的治療、及び緩和的治療に二分される状況にある。がん患者に対するリハビリテーションの観点から見ると、前者ではクリニカルパスウェイを踏まえたADL向上に重点があるのに対し³⁾、後者では緩和ケアの定義と軌を一にしたQOL向上に主眼がある。

その介入のポイントは、コミュニケーション技術の裏付けを前提条件とし、患者の自律 (autonomy) を尊重した治療者の態度、負荷量よりも疲労度に注目した活動の適応、機能向上期からの継続的治療関係の構築、といえる。

機能回復リハビリテーション・モデルⅠー機能回復状況

20世紀後半から21世紀初頭の今日に至るまで、病院で行われてきた医学的リハビリテーションは機能回復訓練による社会復帰を役割としてきた。



図1

この際、機能回復の指標をADL、社会復帰の指標をQOLにとり、各々を矢印で表せば、ADLとQOLの関係を下の図1のように構造化して示することができる(図1)。

ここには「ADLが先でQOLが後」という前後関係、及び「ADLが向上すれば、それにともなってQOLも向上する」という並行関係がある。つまり、機能回復リハビリテーションは、ADLとQOLをパラメーターに取れば、両者がADL優先の前後関係、及び並行関係にある、という二重構造を持つことがわかる。

歴史的に見ると、英語のリハビリテーション (rehabilitation) は西欧中世における宗教的意味に始まる。すなわち、宗教的復権から名誉回復、犯罪者の更生、失業者の再就職などと意味合いが変遷してきた。それが20世紀に入り、主として病院で展開した医学的リハビリテーション (以下、リハビリと略称) において、戦争で傷ついた兵士への医療的対応を意味するようになった。つまり、傷痍軍人の社会復帰が新たな出発点である。野戦病院での救急救命の後、軍隊調の訓練により元兵士を社会へ戻す活動を経て、再就職まで世話することが目的となった。これにより多くの傷痍軍人が社会復帰、さらには再就職を果たしたので、世間が注目したのも故あることであった。

戦争から時代を経過して傷痍軍人が減少すると、脳血管障害に代表される慢性疾患患者の機能回復に重点を移行した。傷痍軍人に多い若年男性から中高年の男女へと対象が拡大したことによりリハビリは、その様相を変化させていった。たしかに、対象拡大は緩和リハビリテーションへ道筋をつけたが、後述するように直結とまでは言えない。

緩和ケアの適応患者における日常生活活動の変化形態

前述の傷痍軍人に多かった末梢性運動機能障害から脳血管障害による中枢性運動機能障害のコン

トロールへと展開してきたリハビリは⁴⁾、機能回復を目的としたリハビリテーションといえるが、そのまま緩和ケアに適応すると問題がある。それは、緩和ケアの対象患者が致死性疾患を担っていることと密接に関係する。

たしかに、緩和ケア対象患者は、まったくリハビリを経験していなかった場合、短期的、小規模な介入でも機能回復することがある。これを右肩上がりの矢印として示すことができる(図2)。

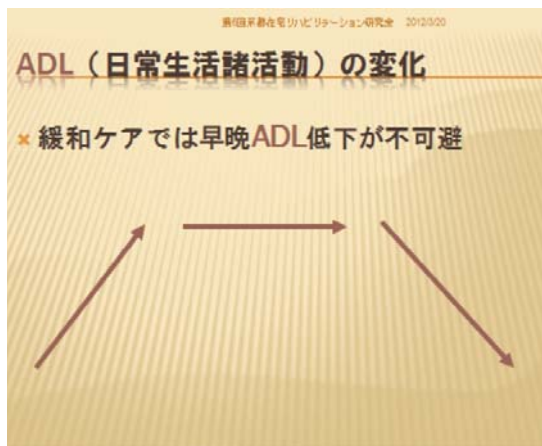


図2

しかし、がん患者を例にとれば原発巣の治癒的治療をしていないので、やがて機能回復のない状態、換言すればプラトーとなる。もはや機能回復が見られなくなっているのに継続的介入には意味がない、という立場もあり得るが、後述するように水平線のような機能維持にも一定の努力を要するし、機能維持の意味合いにも深いものがある。ところが、継続的に機能維持の努力をしても、あるいはそうでなかったとしても、原疾患の進行が不可避の緩和ケアの適応患者は、早晚、機能低下状況とならざるをえない。右肩下がりの矢印の先端は患者が亡くなられた時点であり、ADLは零となることを示す。

上記の緩和ケア適応患者におけるADLの変化形態を矢印(→)で示すと、機能回復状況の右肩上がり、機能維持状況の平行線、機能低下状況の右肩下がり、という2つの変曲点を持った台形となる(図2)。これは、日本や英国などという場所の違い、あるいは主治医が誰であったとしても同様であることから、普遍的な変化形態といえる。

機能回復リハビリ・モデルⅡー機能維持の状況

冒頭で述べたように機能回復リハビリ・モデル

では、ADL向上があつてこそQOL向上がある。その意味で、機能回復しなければリハビリとしての体をなさない、と考えられた。したがって、この時代、プラトーとなった患者は病院でのリハビリの適応なしと判断され、治療終結となった。

ところが、傷痍軍人と比較して脳血管障害者では、対象年齢層が高く、機能回復に時間を要し、機能回復のレベルも多様であった。確かに急速な機能回復は発病直後から3か月、あるいは半年という短期間に顕著であることが多い。しかし、その後も緩慢にはあるが機能回復が見られるという報告が散見されるようになった⁵⁾。さらに、リハビリの終了により機能低下をきたす患者の顕在化は、再度の機能回復の問題とともに単純な治療終結理由としてのプラトーに再検討を迫るものである⁶⁾(図3)。

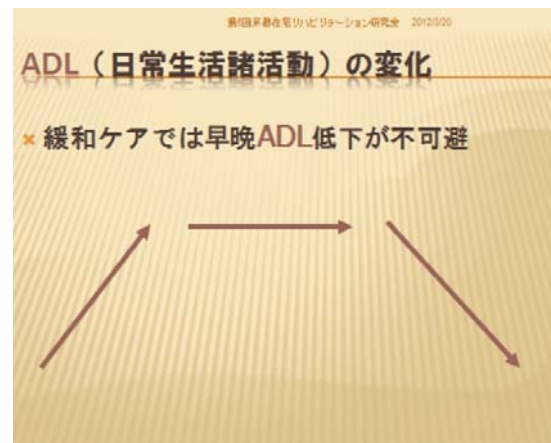


図3

プラトーのもつ臨床的意義の再検討ー機能維持の重要性

なるほど、プラトーの状況では機能回復が見られない。ところが別の観点からすると、機能維持に努力している状態でもある。なぜなら、努力がなくなった途端、機能は低下を始める。その端的な例は廃用症候群である。

多くのリハビリ・スタッフは、この言葉に接しても「手足が不自由になって御気の毒」くらいの理解でいる。ところが、廃用症候群のひとつである褥創が重症化し、皮膚からの感染が酷くなれば敗血症に至る。さらに敗血症性ショックを生起すれば、致死性問題となる。長期臥床で発生し易い尿路結石による感染症も敗血症の危険性があるし、不活発な生活は腸管の運動低下をきたし、便秘・宿便からイレウスにまで至れば、重大なリスクで

ある。これ以外にも廃用症候群には、深部静脈血栓症による肺梗塞や沈下性肺炎による呼吸不全の発生が知られている。したがって、廃用症候群に陥った場合、自力で脱出できない状況にまで至れば、その患者には生命の危機が訪れる。

このことを想起すれば、機能回復が顕著に見られないプラトーであっても、機能維持を目的としたリハビリ介入には、2次性の障害防止にとどまらず患者の生命を守る意義がある。また別の言い方をすれば、ADLの維持により並行関係にあるQOLも維持されよう。なるほど、機能維持の重要性は再認識可能であるが、機能低下の状況ではどうだろうか？

機能回復リハビリ・モデルⅢー機能低下の状況

前述したように、緩和ケアの対象患者は致死の疾患を担っており、早晚、機能低下が不可避である。この場面では、機能回復はおろか機能維持さえ困難となり、ADLの低下は防ぎきれない。当然、並行関係にあるQOLも低下せざるを得ないので、もはや機能回復リハビリには存在意義がない。このように考えれば、ADL優先モデルが緩和ケアから撤退せざるを得ないのは論理的必然である(図4)。



図4

しかしながら療養環境改善のため、緩和ケアの適応患者にもリハビリが提供されるべきであるのは、患者が亡くなるまで生活は継続しているからである。けれども、上述のように機能回復リハビリ・モデルでは適応不可能なことが判明したので、緩和ケアにも適応可能な新しいリハビリテーションのモデルが必要である。

緩和リハビリ・モデルー機能回復リハビリ・モデルとの構造的相違点

ここまではADL優先の機能回復リハビリテーションの観点から検討してきた。その結果、機能回復リハビリ・モデルでは、機能低下状況には対応できないことが判明した。

図2でもみてきたように、緩和ケアでは早晚、対象患者の機能低下が不可避である。そこで緩和ケアでも適応可能な、新しいリハビリテーション・モデルでは、機能回復モデルにおいて後ろに控えていたQOLに焦点を当てる。これまで留保なくQOLを用いてきたが、この言葉は緩和ケアにおける重要な検討課題を含んでいるので、以下でQOL概念を再検討しておく。

QOLとは英語のQuality of lifeである。日本語の翻訳は、生命の質、生活の質、人生の質などとされるが、いかにも不十分である。ここにいうQualityには、量に対する質の意味はない。第1のポイントは、量と質の対照関係を離れ、一方向性に、素晴らしい、良質、充実というように、ポジティブで、肯定的な、良い意味しか持たない点である。第2のポイントは、ここでのLifeが(患者の)人生とするなら、QOLとは人生の充実度、人生に対する満足度である。したがってQOLは、ヨーロッパ緩和ケア協会(EAPC)も指摘しているように⁷⁻⁸⁾、主観的体験としての痛みや痺れと同様の構造を持つことになる。すなわち、第3のポイントは、これを判断するのは体験者である患者自身であり、他人である医療従事者には判断できない点である。緩和リハビリ・モデルにおけるQOLは、この意味合いであることを確認したい。

このことを踏まえれば、機能低下の状況で適応可能な新しいリハビリテーション・モデルとして、QOL優先アプローチによる緩和リハビリ・モデルを開発しなければならないことが分かる。逆に言えば、QOL向上があればADL低下は優先順位を下げられるし、場合によっては一時棚上げにすることも可能となる。冒頭で述べた図式を援用すれば、たとえADL低下であってもQOL向上があればよい、という交差関係に変化する(図5)。

これを緩和リハビリ・モデルと名付けておく。機能回復リハビリ・モデルとの違いをADL及びQOLをパラメーターとした矢印で示す。第1に、両者は並行関係になく、交差関係にある。すなわち、ADL低下の状況でもQOL向上があり得る。第2に、ADLとQOLの前後関係を入れ替え、QO



図5

L優先とする。言い換えれば、まずQOL向上をはかり、ADLは次善の問題とする。

このモデルを用いれば、機能低下状況の患者への介入においても、QOL向上があればリハビリには存在意義がある。この場合、QOL向上とは患者の人生に対する満足度が向上することであり、その端的なアプローチは患者の希望を実現に近づくことである。

たとえば、緩和ケアの適応となった40歳代の乳癌患者の希望実現の過程を考える。この場合、乳癌は治癒困難であり、脊椎転移による対麻痺の解除は不可能であったとしても、「歩いてトイレに行きたい」という患者の希望を実現する方向での介入を行う。

確かに、患者は再び独歩でトイレに行くことを希望している。しかしながら、この時点での客観的評価に基づき「歩行再開は無理である」と応ずれば、その時点で患者はリハビリを諦めてしまう。かといって、歩行によるトイレの実現を約束すれば、それも反故になることは自明である。リハビリ介入に一定の意義をもたせるには、安請け合いもせず、かといって絶望させることなくアプローチする。

この際、どのようなアプローチがあり得るのかを探ることから着手する。なぜ患者がベッド内でのトイレを苦痛に思っていたのか。どうして通常のトイレを求めてきたのか。その真意を探りながら、リハビリとして貢献できることを相互的に探る作業が重要である。

一方で、ギャジアップすら不安定であった患者の座位姿勢が、リハビリにより安定して端座位を保持できるまでに改善する。他方、横臥姿勢で

はゴム便器を挿入されても排便困難で、それが苦痛の根源であり、リハビリへの動機付けてあることを「リハビリ」という関わりの中で知ようになる。このような作業を通して、せめてベッドを出ること、可能なら座位姿勢でのトイレを実現することにより、多少とも状況を改善し、患者の満足度を向上させることが可能ではないか、と具体策を割り出す。

リハビリが歩行を回復させなくとも、座位によるトイレを実現可能と知れば、患者の側にも妥協の余地が生まれる。このようなプロセスを経て、横臥姿勢でのトイレに苦しんでいた患者が、移乗動作の工夫と車イスの利用により身障トイレでの座位姿勢を可能となる。このような現実的アプローチが緩和リハビリの持ち味といえる。

緩和リハビリにおける活動の疲労度

確かに、易疲労性の進行・末期がん患者にアプローチするには、負荷量の設定が重要である。しかし、機能回復リハビリとは異なり、教科書的なリハビリの中止基準を適応すると、多くの患者にリハビリ介入できなくなってしまう。そこで負荷量から疲労度に条件設定を変更する。

負荷量はバイタルサインを援用してモニタリングするが、がん患者の場合は脳血管障害と異なり、血圧よりも脈拍、サチュレーション、呼吸数を指標として用いる。

具体的には、活動開始前に脈拍測定を行い、ベースラインとする。次にリハビリ活動を行う。活動直後に脈拍測定を行い、ベースラインと比較する。さらに、3分間の休憩後、脈拍測定を行い、休息による疲労回復の度合いを勘案する。この際、3点評価には3つのパターンがあり得る(図6)。

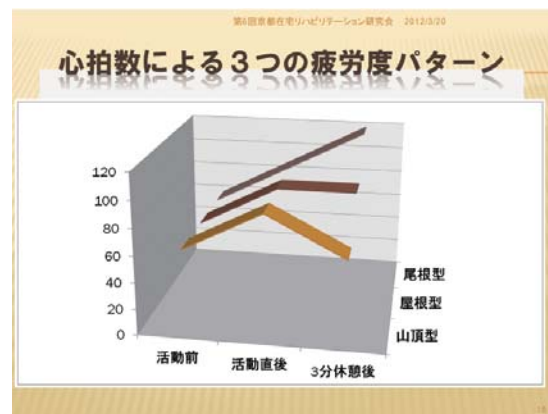


図6

第1は、ベースラインからみて活動直後に心拍数が上昇し、3分休憩後に心拍数がベースラインに戻る、という山頂型である。これは活動による負荷量が適当であったことを意味するので、そのリハビリ活動を継続的に行っていても良いはずである。第2は、ベースラインからみて活動直後に心拍数が上昇し、3分休憩後でも心拍数の上昇が止まらずに上昇を続ける、という尾根型である。これは休息の効果が出ていないことを意味する。したがって、当該のリハビリ活動による負荷量が強過ぎたことを意味するので、現在の状況では、そのリハビリ活動を行わない方が良く、中止にすべきである。

第3は、ベースラインからみて活動直後に心拍数が上昇し、3分休憩した後も活動直後の心拍数と変化がない、少なくともベースラインに戻らない、という屋根型である。これは活動による負荷量が強過ぎたか、あるいは疲労回復が不十分であることを意味するので、少なくともその日のリハビリ活動を軽減し、より疲労度の少ない活動を試みるべきである。

このように、易疲労性を特徴とした進行がん・末期がん患者に対するリハビリ活動においては、通常の機能回復リハビリにおける中止基準をそのまま適用すると、アプローチ不可能となってしまうことがある。そこで、負荷量よりも疲労の回復度に注目して、具体的な活動を選択すべきである。

コミュニケーション能力が暗黙の前提条件

がんの診断を受けてから緩和ケアの適応に至るまで、がん患者には辛く苦しいことが多い。ネガティブで、否定的な、悪いことしかないように感じ、また、考えている。だから、新たに開始されようとするリハビリについても、同様の考えを持つのは当然である。ここで大切なことはリハビリに対するモチベーション、動機付けである。

しかしながら、実際に進行がん患者や末期がん患者に緩和リハビリを試みようとする場合「もはや何の希望もないから」と、にべもなく患者に断られることがある。がんに関するバッドニュース(bad news)の連続であったことから考えれば、当然の反応といえる。そこで努力すべきことは、上述の例にもみられるように患者と共に希望を探し出す作業、あるいは希望を実現する作業を共同で行う点にある。

このプロセスにおいて重要なことは、医学的リ

ハビリテーションの技術や知識以前に、患者の希望を探し出したり、聞き出したりするためのコミュニケーション能力である。これも知識や技術であるに違いないが、それを引き合いに出せるか否かについては医療者の人間性にもかかわる面がある。緩和ケアに関わろうとするリハビリ専門職には、絶望しかかっている患者に寄り添い、その希望を探し出す能力が求められる。これは、逆を考えれば理解し易い。完全に希望を失った状態とは絶望であろう。これは、生理学的には生命維持であったとしても、精神医学的、心理学的には死亡と同様の状況である。そのままではリハビリしようという動機は生まれない。患者には生きる希望が必要である。その探求過程が緩和リハビリの重要な部分である。

ただし、がん末期になると、身体能力と共に精神機能も低下してくる。そのため、新しい人、馴染みのない人と新たな関係を構築することが苦手になる。心に余裕がなくなるからである。したがって、お看取りが近づいた時期にワンポイントのリハビリ介入は現実的ではない。それどころが、チーム医療アプローチよりも馴染みの医師か看護師だけの極めて小規模の人間関係の方が、患者にとって安楽であることが多い⁹⁾。その意味でリハビリ介入は、いかなる病期であってもアプローチ可能ではない。これは、特に末期がん患者のお看取り時期、ターミナルケアを視野に入れる際に留意すべき重要ポイントである。

緩和リハビリの具体例

緩和ケア対象として頻度の高い症状を挙げると、疼痛、倦怠感、呼吸困難などの主観的症状が挙げられる。いずれも患者の体験に基づくこと、症状の発現に複雑な面のあることが共通している。疼痛がTotal painとして理解されているように、呼吸困難はTotal dyspneaとして把握されている。つまり、身体的、心理社会的、スピリチュアルな側面から対象にアプローチする必要がある。ここでは緩和リハビリの具体例として呼吸困難に対するアプローチについて簡単に述べる。

呼吸リハビリテーションは旧来の肺理学療法とは異なる。これまでの肺理学療法は結核患者を主たる対象として、呼吸機能の回復を目的とするものであった。これに対して呼吸リハビリテーションは、進行がん、糖尿病、慢性閉塞性呼吸器疾患(COPD)の患者を対象としたものであり、呼吸

機能自体ではなく患者の生活全体の改善を図ろうとする方法である。したがって、肺理学療法でよくみられたトリートメントテーブルを用いた喀痰技法、パーカッションやスクウィーミングなどの手技は用いられない。むしろ、機能的代償やエネルギー消費の少ない活動方法の工夫、呼吸容量の平準化、栄養摂取の改善、心理的安定などの多面的アプローチが特色に挙げられる。

これまでの肺理学療法が、呼吸器を専門とする医師や理学療法士によるアプローチが中心であったのに対し、呼吸リハビリテーションでは、看護師、作業療法士、理学療法士、心理士などの複数の専門職によるチームアプローチとなっており、この点でも緩和ケアとの類似性が高い。必要とする機械器具が少ない点では在宅リハビリテーションでの適応が期待できる。

呼吸リハビリテーション適応

呼吸リハビリテーションの適応に際しては、労作時と安静時の区別、呼吸困難と呼吸不全の鑑別が重要である。呼吸リハビリテーションの良い適応は労作時の呼吸困難であり、逆に、安静時の呼吸不全には良い適応がない。ベッド内で安静にしているでも低酸素血症を呈するのは、病勢の進行や予後の切迫を示唆することが多いからである。

上述したように、呼吸リハビリテーションは特殊な器具や専門家の同席を必要としないので、在宅でも実行可能性が高い。その要点は、環境改善法、息こらえを回避した呼吸法、省エネルギーな生活行動、栄養摂取の改善、心理的安定を目的とした教育的アプローチにある。

呼吸法については、「口すぼめ呼吸」が取り上げられることが多い。しかし、肺理学療法とは異なり、呼吸機能の改善のみを目的とはしていない。むしろ、深呼吸により酸素摂取の改善傾向よりも、酸素摂取を阻害する要因を取り除こうとする。つまり、「息こらえ」により呼吸の停止時間を回避、ないし短縮する。

生活の中での息こらえは、食事摂取で食品を嚥下する際、整容動作中の顔洗いの場面、トイレでいきむ時などにみられる。したがって、食事はかき込むことを避けて一口ずつゆっくりと食べ、息こらえを避ける。洗顔を少なくしてタオルで拭き取る。トイレでの怒責による息こらえを少なくするために便秘傾向を改善し、柔らかい排便形成を心掛ける。

日常生活においても、重量物を持ち上げる際など、息こらえを避け、むしろ声を出して動作する。そうすれば呼吸と同期した動作となり、息こらえを回避できる。階段昇降なら、呼吸しながら足を動かし、吸気の際には動作を止める。この繰り返しにより、動作速度を低下させるとともに、息こらえの瞬間を回避するのである。さらにエネルギー消費は減少するので、一石二鳥である。

呼吸法以外のアプローチ

ベッドとトイレの距離を短くし、動線の短縮を図ることは既に知られたアプローチである。しかし、余り過敏になると活動レベルが下がり過ぎ、廃用による障害も予想される。本人が辛くない程度の日常生活活動は継続すべきである。水平面での動線短縮よりは上下動現象の方がエネルギー効率の点からは重要である。階段昇降はもとより、立ち上がり動作を減らすことも検討に値する。

呼吸機能が低下するとエネルギー水準も低下してくる。その予防には効率の良い栄養摂取が大切である。高タンパク、高カロリーで摂食嚥下に労力を必要としない食品を取る方が良い。もちろん、食事は長く続くものなので、御本人の好みを無視するわけにはいかない。また、飲水は重要であるが、むせないように工夫することも大切である。

さらに、上記のようなアプローチを導入する際、利用者と担当職員との話し合いを行い、パンフレットなどを用いて確実な情報提供を行い、患者の安心・納得を得ておく。このような理解があると、軽度の呼吸困難には自力で対処できるようになるので、パニック発作を起こしにくくなる。

新しいアプローチで構成される呼吸リハビリテーションであるが、パニック発作を起こした際の手技にはみるべきものがない。これまでの肺理学療法の手技を応用するか、酸素を投与する他ない。モルヒネなどの薬物療法が効果を持つこともあるが、「息苦しさ」がセデーション開始の最大理由であることを想起すべきである。そうなる事態を避けるか、あるいは、そうなるまでの生活時間をできるだけ伸ばすことも呼吸リハビリテーションの重要な機能である。

おわりに

在宅緩和ケアに生かすリハビリテーションを明らかにするため、機能回復リハビリ・モデルと緩和リハビリ・モデルの相違点について構造的観点

から検討した。前者と後者に共通するパラメーターはADLとQOLであるが、その前後関係と位置関係は異なっている。前者がADL優先であるのに対し、後者はQOL優先である。機能回復リハビリではADLとQOLが並行関係にあるが、緩和リハビリでは両者が交差関係にある。ところが、QOL向上を目的とする点で、緩和リハビリはWHOによる緩和ケアの定義と一致する。ただし、これが直ちにリハビリテーション介入に直結するわけではない。患者とのコミュニケーションを暗黙の前提条件とし、前述の原理に基づく治療戦略や具体的アプローチが必要である。ここでは紙幅の都合があるので、その具体例として呼吸困難を取り上げて簡単に述べた。

【文 献】

- 1) Definition of palliative care, WHO, 2002
- 2) Geoffrey Hanks, Nathan I. Cherny, Nicholas A. Christakis, Marie Fallon, Oxford Textbook of Palliative Medicine, 4th. Ed, Oxford, 2009
- 3) Cancer Rehabilitation: Principles and practice, Michael D., M.D. Stubblefield, Michael W. O'Dell, Demos Medical Pub, 2009
- 4) 上田敏, 目で見えるリハビリテーション医学, 第2版, 東京大学出版会, 1994
- 5) 稲川利光, リハビリの心と力, 学研メディカル秀潤社, 2011
- 6) 多田富雄, わたしのリハビリ闘争, 青土社, 2007
- 7) White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1, EJPC 2009; 16(6): 278-289
- 8) White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2, EJPC 2010; 17(1): 22-33
- 9) 大岩孝司, がんの最後は痛くない, 文芸春秋社, 2010