

緩和ケア対象者への退院調整

長島 敬記¹⁾, 庄司 優理¹⁾, 田後 裕之¹⁾, 高橋 守正¹⁾

¹⁾ 第二岡本総合病院 リハビリテーション科

要旨:

【はじめに】

緩和期におけるがんのリハビリテーション（以下、がんリハ）では、がんの進行により日常生活動作（以下、ADL）が急激に低下してしまうことが多い。今回、大腿骨頸部骨折後のリハ中に末期がんが見つかり、できるだけ早期に、長期間自分で動ける在宅生活を獲得することは、入院におけるリハビリテーションの目標の1つであるが、末期がんにより移動方法の選択肢が制限された症例を経験した。がんリハの留意点と合わせて報告する。

【症例紹介】

80歳男性。7月16日食欲不振にて入院。同日に転倒、左大腿骨頸部骨折受傷し、7月25日にガンマナイール術施行。8月18日に中部食道癌発見、余命約1年と診断された。退院時のADLは、起居自立、移乗は物的介助にて見守り、歩行は固定式歩行器で15m見守り、15cmの段差昇降も可能であった。

【環境調整】

屋内移動は固定式歩行器を使用。寝室には3モーターベッドを導入し介助バーとポータブルトイレを設置、トイレ内にはフレームを設置。

【まとめ】

緩和期のがんリハの留意点として①予後、②急激なADLの低下、③本人・家族の要望、④疼痛、⑤投薬による副作用、⑥体力低下などが考えられる。それらの留意点を考慮し、従来のリハゴールとは違う視点も必要である。具体的には、目標に向かう“過程”そのものががんリハにおいては大事なのではないかと感じた。

I. はじめに

緩和ケア対象者におけるがんのリハビリテーション（以下、がんリハ）では、リハを実施しているにも関わらず、がんの進行により日常生活動作（以下、ADL）が急激に低下してしまうことが多い¹⁾。今回、大腿骨頸部骨折後のリハ中に末期のがんが見つかり、まだ骨折後のリハ効果が期待される時期ではあったが、できるだけ早期に、長期間自分で動ける在宅生活を獲得することは、入院におけるリハビリテーションの目標の1つであるが、末期がんにより移動方法の選択肢が制限された症例を経験した。移動方法の選択肢が制限された要素として他に、家族の思い、疼痛、体力・筋力低下があることから、これらを考慮したので報告する。

II. 症例紹介

80歳の男性、診断名は中部食道癌で既往歴に三叉神経痛、右大腿骨頸部骨折がある。経過は、7月16日に三叉神経痛増強による食欲不振にて入院。同日、歩行中に転倒し、左大腿骨頸部骨折を受傷（図1、2）。7月25日にガンマナイール術施行し、翌日よりPT介入。8月18日に胃カメラにて進行

型食道癌と診断。生命予後は転移が出現しなければ約1年見込める。9月7日に退院前在宅訪問指導を実施し、9月12日に自宅退院される。

病前は基本動作・ADLともに自立レベルであった。家族構成は妻、息子夫婦、孫2人の6人暮らしでキーパーソンは妻、息子夫婦である。要望は本人が自分で動ける在宅生活、家族はトイレまで歩いてほしいである。

評価内容を以下に述べる。進行型食道癌と診断



図1 レントゲン所見（正面）



図2 レントゲン所見（横）

された8月18日から1週間（8/18～8/24）を初期評価とし記載する。左大腿骨頸部骨折術後より認めていた左大腿部の運動時痛と荷重時痛は軽減しており、歩行時痛を軽度認める。筋力はMMTで右下肢3～4、左下肢2～3である。ADLにおいて起き上がりはベッド柵を使用すれば術後初期と同様見守りで可能、立ち上がり・移乗は物的介助下で軽介助、なければ重介助であったが、この時期には物的介助下で見守りとなった。歩行は、術後1週間程度は平行棒6mをふらつきながら見守りであったが、この時期には固定式歩行器にて10mを軽度ふらつきながらも見守りで動作可能である。トイレ動作はFIMで3/7点から5/7点と改善を認めている。退院前1週間（9/1～9/9）を最終評価とした。約1か月で疼痛・筋力ともに改善傾向で、動作やADLの介助量も軽減傾向にある。歩行は固定式歩行器にてふらつき無く、15m見守りで動作可能であり、15cmの段差昇降も見守りで可能である。今回、骨折のみの影響であれば、京都府地域リハビリテーション支援センターによる大腿骨近位部骨折地域連携パスを参考にすると、術後28～41日頃にT字杖での歩行獲得も可能と思われる。しかし、がんによる問題として体力低下や栄養状態の改善に乏しいこと、また本人・家族の思い、予後などを配慮し、早期自宅退院可能な固定式歩行器での歩行にとどまった。

問題点として、疼痛・筋力低下があり、それが立ち上がりや移乗、歩行動作の低下につながっている。また、それらの低下に伴い行動範囲の狭小化が認められる。「できるだけ早期に長期間自分で動ける在宅生活の獲得」に配慮し、目標は1か月で基本動作の安定性向上に設定した。治療プロ

グラムは動作の安定性向上のために疼痛緩和としてリラクゼーションや関節可動域訓練を実施し、筋力増強訓練は、低負荷・高頻度での抵抗運動を実施した。動作訓練では、在宅生活を想定した45cm台からの立ち上がりや左右への移乗、また15cmの段差昇降や15mの固定式歩行器での歩行訓練を行った。

また、通常の骨折後のリハとは異なり、進行型食道癌と診断された以降、リハにおいて考慮した点として以下の3点が挙げられる。1点目は疲労を考慮し、筋力増強運動では低負荷・高頻度で抵抗運動を実施したことや、1日のうち、午前と午後と2回に分けてリハを行った。通常であれば状態にもよるが、高負荷・低頻度での抵抗運動の実施であったり、セラピストの時間的制限もあるが、午前と午後の2回に分けての実施はしていない。2点目は本人・家族の想いを聞き取るために、リハ中やリハ時間外に傾聴する時間を設けたことである。緩和リハにおいて特に「傾聴する」というのは、ただ単純に本人・家族の想いを聞き取るだけでなく、様々な不安の軽減に繋がったり、苦悩を和らげる効果も期待される。3点目は寿命があることや急激なADL低下、早期自宅退院を考慮し、出来る限り家族にリハビリ見学をしていただき、常に現在のADLを把握していただいていた。本症例の家族は自宅から遠方であるにも関わらず、約2日に1回のペースで来院されていた。そのためADLの現状把握は比較的スムーズに行えた。しかし、家族によれば高頻度の来院は難しいことがある。そのような時は他のスタッフと連携し、家族の来院する時間にリハを実施したり、来院されない場合でも電話連絡などにより、出来る限り現状のADLを把握していただくように努めている。

Ⅲ. 退院調整

退院調整の基本方針は「できるだけ早期に、長期間自分で動ける在宅生活の獲得」である。ベッドは3モーターを導入し、また足側には介助バーとポータブルトイレを設置した。ベッドからトイレまでの動線（図3）にある15cmの段差においては、固定式歩行器を利用することで、歩行可能である。トイレには、立ち上がり動作の安定性向上のために、洋式トイレ用フレーム（図4）を設置した。このフレームは手すりを設置したいが、スペースや壁などの問題により設置できない場合

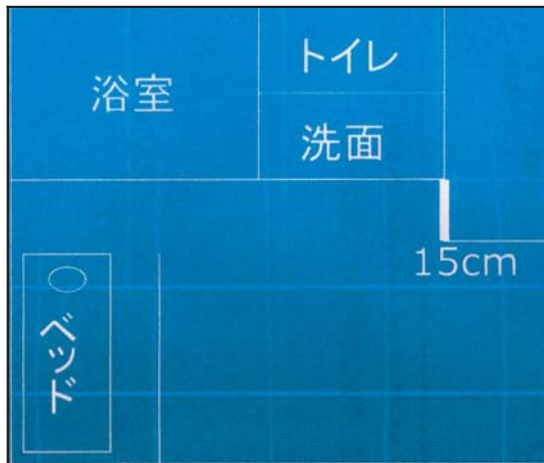


図3 自宅内環境



図4 洋式トイレ用フレーム

に有効で、トイレの高さに合わせて手すりの高さを調節することが可能である。

将来的に歩行不可となった時を想定した設定として、トイレはポータブルトイレを使用，立ち上がりや移乗時は，足側にある介助バーを頭側に付け替えることで動作時の物的介助となる。起き上がりは，頭側に介助バーがあることで動作の介助量軽減につながると考えた。がんの進行に伴いADLが低下し介助量が増加してきた時でも，家族の介助量を少しでも軽減できると考え介助バーを選定した。

IV. まとめ

緩和期のがんリハの留意点として①期限がある(予後がある)，②がんの進行に伴う急激なADLの低下，③本人・家族の要望，④疼痛，⑤投薬による副作用，⑥体力低下などが考えられる²⁻⁴⁾。本症例は，予後が約1年と宣告された中，残され

た時間・限られた時間において“より高い動作レベルでの退院”ではなく，できるだけ長く“自分で動く”ことを優先させた退院調整を行った。

V. 終わりに

本症例を通して，緩和期のリハでは急激なADL低下により，思いを果たせなくなることが多い中，本人・家族の思いに沿うためにも従来のリハゴールとは違う視点，違うゴールの設定も必要であると感じた。具体的には，機能や能力が低下していく中で，どんなことを頑張れたのか，どのように生きたのか，という目標に向かう「過程」そのものががんリハにおいては大事なのではないかと感じた。

【参考文献】

- 1) 辻哲也：がんのリハビリテーションチームで行う緩和ケア。MEDICAL REHABILITATION, 140:1-7, 2012.
- 2) 宮田知恵子, 辻哲也：がん患者の抱える問題点とリハビリテーション医学の取り組み。理学療法, 27(10):1163-1165, 2010.
- 3) 高倉保幸, 國澤洋介：がん患者に対する理学療法の関わりの視点と留意点。理学療法, 27(10):1169-1173, 2010.
- 4) 内山郁代, 緒方政美, 山根達也：緩和ケア実施中のがん患者の問題点と理学療法の関わりの実際。理学療法, 27(10):1199-1203, 2010.