

# がん患者の在宅療養における 多職種間での情報共有の重要性

澤田浩至, 佐々木修一

舞鶴赤十字病院 リハビリテーション科部

## 要旨:

### 【はじめに】

今回, 訪問リハビリ(訪問リハ)の介入が, 事例の在宅療養に関わる多職種の関係者(関係者)にリスク情報を供与する機会となり, 関係者で共有したことで動作能力の向上が見られた事例を経験したので報告する。

### 【事例紹介】

多発性骨髄腫を罹患し在宅療養を送っていた81歳男性。外出する機会がなく, 訪問リハと通所介護サービスを利用していった。

### 【問題点】

リスク情報について家族, 関係者の適切な認識が得られず過剰な不安を抱き, 事例に対する過剰な介護や安静を強いていた。

### 【介入・結果】

訪問リハ介入にあたり主治医から改めてリスク情報を得て, 適切な動作方法や介護方法を事例, 家族, 関係者へ指導した。その結果事例, 家族, 関係者の不安が軽減し, 適切な動作, 介護が遂行され, 介入約2ヵ月後では起き上がり動作, 端座位保持が可能となった。

### 【考察】

医療機関から伝えられるリスク情報は受け手側の理解度により誤った認識を招くことがあり, 今回のようなリスクが高い事例ほどその可能性が高いと考えられる。訪問リハ開始にあたり家族, 関係者がリスク情報をどのように理解, 認識しているのかについて確認し, 適切な情報共有をすることが重要であると考えられた。

## I. はじめに

この数十年で手術療法, 放射線療法, 化学療法などの集学的治療成績の向上に伴い, 多くの癌腫で生存率の向上が認められ<sup>1)</sup>, がん患者数の半数以上の命が助かるようになり, 「がんと共存する時代」となっている<sup>2)</sup>。

がん終末期における療養場所について, 可能な限りの在宅療養の希望が強いこと, 2006年に制定されたがん対策基本法においてがん患者の在宅療養を推進する方向性が打ち出されたこと<sup>3)</sup>を背景に, 在宅療養を行うがん患者数が増加している。それに伴い, 在宅療養に関わる多職種の関係者(以下, 関係者)間の連携のもと, 訪問リハビリテーション(以下, 訪問リハ)の需要が高くなっている。

がん患者のリスクとして, 転移性骨腫瘍(以下, 骨転移)があり, 疼痛・病的骨折・神経障害など

をもたらすため, 在宅療養に関わる多職種の関係者はそのリスクについて正確な理解と, 関係者間で密接な情報共有が不可欠である。それらが適切に行われないと過剰な不安が募り, 患者に対する過度な安静を強いることとなり, それにより廃用が進行することが懸念される。

今回, 訪問リハで, 家族, 関係者がリスクに関する適切な認識が得られていなかったため, 過剰な介護や安静を強いられていた多発性骨髄腫を呈した事例を担当した。訪問リハ介入にあたり主治医からリスク情報を得て, 適切な動作方法や介護方法を事例, 家族, 関係者へ指導し, その情報を関係者間で共有したことで, 適切な動作や介護が遂行され, 日常生活動作能力(以下, Activities of daily living: ADL)が向上したので考察を加え報告する。

## II. 事例紹介

年齢：81歳、男性。

診断名：多発性骨髄腫

(胸骨、右上腕骨、左大腿骨)

現病歴：平成24年春頃、胸部に膨隆を認め発症。

同年10月入院、抗がん剤治療開始。

平成25年1月退院、同年12月訪問リハ開始。

既往歴：不整脈。

介護度：要介護4。

家族構成：妻、息子夫婦、孫。主介護者は妻。妻は腰痛がある。息子夫婦は仕事に出ており日中は不在。

発症前のADL：自立。

訪問リハビリ介入前のADL：

寝返り動作は介助下で実施。起き上がり動作や端座位は全く実施されずベッドアップでの生活。食事は全介助。排泄はおむつ内にて排泄。移乗動作は介助者2人による全介助。車椅子への移乗は通所介護サービスや医療機関への受診の際のみ行われていた。

福祉用具貸与：

リクライニング車椅子、電動ベッド、ベッド柵、エアマットレス、スロープ。

介護保険サービスの利用内容：

週1回 訪問リハ。

週2回 通所介護サービス。通所介護サービスでは、ベッド上で過ごしていた。

## III. 評価（訪問リハ初回訪問時）

医師からのリスクに関する情報として、右上腕骨と左大腿骨に骨転移があり、荷重、捻転などに対する注意が必要との指示があり、これらのリスク管理のもと、初期評価を実施した。

関係者（ケアマネジャー、通所介護サービススタッフ）からの情報では「骨転移があり、骨折のリスクがあることは聞いていたが、詳細な転移の部位や事例が行っても良い動作や活動の制限については言われていなかった。どこまで動かしてよいのか分からない。」とのことであり、そのため通所介護サービスでもベッド上での安静をとっていた。

家族からの情報では「骨転移があることは言われている。寝たきり状態でないといけないと思っていた。」との話が聞かれた。

## 1. 全体像：

細身で高身長。話好きでよく笑顔を見せる。リハビリに対して意欲的でコミュニケーション良好（図1）。



図1. 初回訪問時の状態

## 2. Demand:

本人：自分で車椅子に移乗し、家族と食事ができるようにリハビリをしたい。

家族：本人もできるだけ動けるようになりたいと言っているため、できるだけ動けるようにしてあげたい。

## 3. ADL：Barthel Index（以下、BI）45点

寝返り、起き上がり動作、端座位保持はベッド柵把持と介助者1人による最大介助にてエアマットレス上で5分間可能。移乗は介助者2人による全介助。ベッドアップ座位は自立。食事はベッドアップにて、スプーン利用で自立して全量摂取可能であった。減点項目は更衣、整容、入浴、移動、移乗、階段昇降、排尿管理、排便管理であった。

## 4. 関節可動域（仰臥位、他動にて測定）：

膝関節屈曲 右 25° 左 55°

伸展 右 0° 左 -25°

足関節背屈 右 -25° 左 -50°

## 5. 感覚：

痺れは両手関節から遠位全体、両大腿から遠位全体に認めた。触覚は痺れと同部位に重度鈍麻を認めた。深部感覚は両膝関節、両足関節、両足趾に重度鈍麻を認めた。

## 6. 皮膚状態：仙骨部分に褥瘡があり、表皮剥離を認めた。

## IV. 問題点

退院後、抗がん剤の副作用による倦怠感や下痢症状は改善し、本人も活気を取り戻していたが、骨転移による骨折のリスクがあるとされており、

どの程度まで動かしてよいか本人・家族・関係スタッフともに分からない状態であり、不安感のため退院後も事例は積極的な座位保持や移乗動作を行うことができず、臥床状態となり二次的に廃用が進行した。結果として車椅子座位で食事を取るために必要である関節可動域の制限や座位耐久性の低下を来していた。

初回訪問時の状態としては寝返り、起き上がり動作、端座位保持も介助にて可能な状態であったが、自立して動作を行うための関節角度、耐久性ともに不十分な状態であった。ベッド周囲の環境も整っておらず、ベッド柵では動作の際に上肢支持が十分にいきにくく、またエアマットレスでは端座位保持の際に不安定となり介助量を増大させていた。

V. 目標

長期目標は本人のDemandである、「車椅子へ移乗して食事を摂ること」と設定した。短期目標は寝返り、起き上がり、移乗動作能力の改善、端座位保持時間の延長と設定した。

VI. 介入

①情報共有に対する介入

リハビリテーション指示書の情報不足に対して、当院の訪問リハ管理者を通じ、入院していた病院のリハビリ連携窓口担当者との入院時のリハビリ担当者との連絡をとった。入院していた病院のリハビリ連携窓口担当者との入院時のリハビリ担当者から主治医へ連絡して頂き、主治医からのリスクに関する情報や指示の追加を依頼し、訪問リハ開始までに当院訪問看護ステーション管理者へ伝えて頂いた(図2)。リスクとして

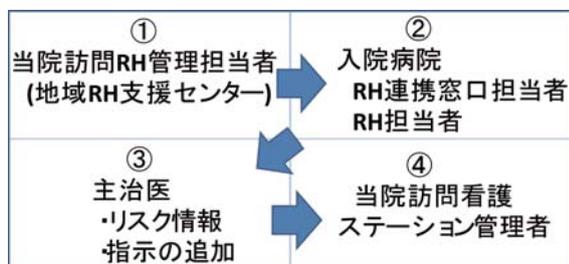


図2. 介入フェーズ ～訪問RH開始まで～

は、右上腕骨、左大腿骨に骨転移があり、荷重、捻転などに注意することであった。また、転移はあるが状態に合わせての立位・歩行は可能であるとの情報だった。それらの情報を基に評価を実施し、状態の把握を行い、環境調整、動作方法や介護方法の指導を行うことができた(図3)。

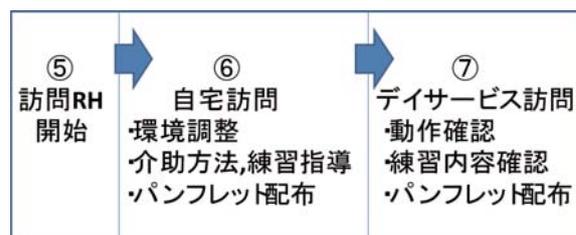


図3. 介入フェーズ ～訪問RH開始後～

②福祉用具貸与の変更

訪問リハ介入による評価の結果、関節拘縮は認めるが、介助下にて起き上がり動作や端座位が可能な状態であったため、ケアマネジャーに状態を説明し、褥瘡部分に圧迫が加わらないように注意しながら、起き上がり動作や座位保持を安定させるための介助バーを導入し、ベッドマットレスをエアマットレスからアクアフロートマットレスへ変更した。

③家族への指導

ベッド周囲の環境が整ったのち、骨折に対するリスクに留意し、家族に対するポジショニングやベッドアップ、起き上がり動作から端座位までの方法、自主トレーニングを指導した。また、これらについて明記したパンフレットを作成し、家族に提供した(図4, 5)。



図4. 起き上がり動作介助の様子



図5. 端座位での関節可動域練習の様子

## ④通所介護サービススタッフへの指導

通所介護サービスへの到着後、標準型車椅子への移乗動作の方法、可能な限りの車椅子座位時間の延長、車椅子端座位での関節可動域練習の方法について指導し、これらについて明記したパンフレットを作成し、職員に配布した(図6)。



図6. 通所介護サービスでの練習

## ⑤訪問リハビリでの訓練内容

訪問リハビリでは関節可動域練習、起き上がり動作練習、端座位保持練習、移乗練習を実施。状態に合わせて座位時間の延長や介助量を減らすなど自立して起き上がり動作や端座位保持が保てるように実施した。

## VII. 結果

妻や通所介護サービススタッフが抱えていた介護に対する不安感は訪問リハ介入前よりも大きく軽減していた。

自宅や通所介護サービスでの過ごし方では、リスクを踏まえ上肢の捻転に注意しての寝返り動作や起き上がり動作、本人の耐久性に合わせ座位保持時間の延長や介助量を減らしていくことが行われ、ベッド上や車椅子上での関節可動域練習が行われるようになった。日常では本人が基本動作に参加することができ、また離床する機会も増え、積極的に車椅子座位も行なえるようになった。それに伴い体幹や下肢の関節拘縮は改善し右膝関節屈曲85°、左膝関節屈曲70°となった。BIに変化はないが体力的にも改善した。

短期目標である端座位保持時間の延長に関して、初回訪問時にはベッド柵利用と介助下にて5分間であったものが、ベッド柵を利用しながら見守り下で15分間以上可能となり(図7)、起き上がり動作は見守り下で可能となった。移乗に関しては、介助者2人による全介助で、介入前と変化がなかった。



図7. 端座位の様子

自宅では、数回であるが息子夫婦により車椅子へ移乗し、座位練習を行ってもらうことができた。長期目標である「車椅子へ移乗して食事を摂れるようになる」までは到達できなかった。

## VIII. 考察

がん患者が在宅生活を送る上で、主治医からのリスクに関する医療情報が適切に提供されることが必要であり、患者本人、その家族、在宅生活に関わる全てのスタッフがそれらの情報を正確に共有することが、地域リハビリテーションを成功させる鍵<sup>2)</sup>であるとされている。しかし、機能分化により複雑となった施設間の連携の中で、連携先がどのような情報を求めているのか、連携元がどのような情報を管理しているのか複雑になっている<sup>4)</sup>という現状の中で、正確な情報伝達や情報共有を適切に行っていくことは容易ではないと考えられる。

本事例では、主治医から家族や関係者に対して、退院時に提供された医療情報は十分な内容であったと考えられるが、実際には家族や関係者にとっては、「骨転移があり骨折しやすいため注意が必要である」という漠然とした理解しか得られていないまま在宅療養が開始され、本人・家族・関係者の全てが“動く”ことに対する大きな不安を持つこととなった。その結果、本事例は必要以上の過剰な介護を受けることとなり、ほぼ寝たきりの状態での在宅療養を過ごすことを余儀なくされていた。

そのような状況の中で訪問リハが開始され、改めて主治医から本事例のリスクに関する医療情報を供与されることができたということは、セラピストが正確なリスク管理のもとに評価を実施するために必要であるということだけに留まらず、それらの医療情報を本人、家族、関係者に改めて伝

達し、本事例が日常生活動作を遂行する上での具体的な動作方法や介護方法を詳しく指導することができたという重要な意味も持つこととなったものと考えられた。

そのような指導によって、本事例が日常生活動作を遂行する上で、本事例自身が「どこまで何をしたいのか」を理解することができたとともに、家族や関係者が「いつ、どのように、どの程度の介助が必要なのか、それが何故なのか」を理解することができ、適切な介助のもと、本事例自身が安心して動作を遂行することが可能となった。その結果、ほぼ寝たきり状態から、車椅子座位での座位保持ができる状態にまで改善したものと考えられた。

訪問リハビリを進める上で、セラピストが持つ役割は、患者本人の機能訓練の遂行を担うだけでなく、リスク管理上セラピストが得た医療情報を、実際の日常生活動作を遂行する場面で一つ一つ具体的に本人、家族、関係者に伝達することも重要な役割である。家族や関係者がこれらの情報を得て、互いに正確に共有することが必要以上の過剰な介護による廃用を防ぎ、在宅生活を送る患者の身体能力を最大に引き出せるものと考えられる。

#### 【参考・引用文献】

- 1) 岡山太郎：がんのリハビリテーション-理学療法の立場から。地域リハビリテーション, 4 (3) : 254-257, 2009.
- 2) 辻哲也：がん治療の現状。理学療法ジャーナル, 42 : 921-928, 2008.
- 3) 村山 望他：がん終末期における在宅での緩和ケアの意義と問題点。日臨外会誌, 71 (1) : 1-8, 2010.
- 4) 中川法一：繋がるリハビリテーション。京都在宅リハビリテーション研究会誌, 7 : 1-7, 2013.