

終末期医療におけるリハビリテーション専門職の関わりに関する状況調査

木村篤史, 永山智貴, 小西倫太郎, 神田佳明, 堀田直樹, 森川重幸, 浅野翔平, 村富 渚,
高屋真奈, 川勝紅葉, 安藤希美, 内藤涼乃, 高野憲一, 糸井恵

京都府地域リハビリテーション支援研究センター
(明治国際医療大学附属病院)

要旨:

【はじめに】終末期医療におけるリハビリテーション専門職の関りは重要であるが終末期の捉え方, 関り方などは多岐にわたる。今回, 終末期医療におけるリハビリテーション専門職の関わりなどについて京都府内の圏域横断的な状況調査を実施したので報告する。

【対象と方法】京都府内に勤務する理学療法士, 作業療法士, 言語聴覚士を対象とした。調査方法はインターネットを利用した無記名アンケートとした。調査項目は職種, 所属業態, 終末期患者の捉え方, 介入方法, 困ったことや悩んだこと, 終末期医療におけるリハビリテーションの解釈などであった。

【結果】回答数は76件。終末期患者の捉え方は, 回答者の90.8%が「本人もしくはその家族が医師から余命宣告を受けているケース」と回答した。介入方法はリラクセーション, ポジショニング, 口腔ケア, 摂食嚥下訓練などの回答があった。終末期医療におけるリハビリテーションの解釈については, 「希望に沿った対応」, 「人生最後を意識した伴走支援」など様々な解釈があった。

【結論】各リハビリテーション専門職が職種の特異性を生かして, 個々のケースに対してデマンド及びニーズ指向的な様々な介入をカスタマイズしながら試みていることが明らかとなった。このような情報を広く発信し共有することにより, 現場での問題解決の一助に繋がるものと考えられた。

key words : 終末期医療, リハビリテーション医学, リハビリテーション専門職

I. はじめに

医学的リハビリテーションにおけるリハビリテーション医学の対象は「障害」であり, その「障害」の克服あるいは改善を目標に医学的リハビリテーションの戦略が進められている。一方, 近年の我が国の高齢化による多死社会を背景に「障害」の克服や改善を目指すことが困難である終末期医療におけるリハビリテーション医学の在り方が重要視されている。

「全国介護・終末期リハ・ケア研究会 2021」において「終末期リハビリテーション」とは「加齢や傷病および障害のため, 身の保全が難しく, かつ生命の存続が危ぶまれる人々や家族に対して, 豊かなQuality of Death (QOD) 実現のため, 最後まで人間らしくあるように支え, 尊厳ある最期を迎える権利を担保する包括的なリハビリテーション活動」と定義され, また, 日本老年医学会は「高齢者の終末期の医療およびケア」についての立場表明¹⁾で, チームによる医療とケアが必須であること, その中にリハビリ

テーションスタッフの必要性も明記され終末期医療におけるリハビリテーション専門職の関わりの重要性も述べられている。

しかし, 終末期医療に関する教育について卒前・卒後教育ともに不足しているとの指摘があり, 卒前・卒後教育の充実化が求められ, その途上である中, 実際の現場ではリハビリテーション専門職が多くの悩みを抱えながら試行錯誤しつつ終末期医療に関わっているという現実もある²⁾。今後, ますます増え続ける終末期リハビリテーションのニーズに適切に応えるためには, 各個人レベルの経験値の積み上げだけでは十分でなく, 数多くの経験知をデータとして蓄積, 見える化, 共有することによって, 終末期リハビリテーションのニーズに対して, より適切に応えることが可能となるものと推測される。

そこで本研究は, 終末期リハビリテーションについて, 専門職各個人の経験値の蓄積, 見える化, 共有を図ることの一助になることを目的に, 終末期医療におけるリハビリ

テーション専門職の関わりなどについて、京都府内の各圏域横断的な状況調査を実施したので報告する。

II. 対象

京都府内の各機関に勤務している理学療法士、作業療法士、言語聴覚士とした。

III. 方法

調査方法は府内の各圏域地域リハビリテーション支援センターを通じて、インターネットを利用した無記名アンケートとした。調査期間は令和5年12月18日～令和6年1月20日であった。

調査項目は、田村の報告⁴⁾を参考に職種、経験年数、所属業態などの基本情報、「終末期患者とはどのような状態と考えるか?」、「終末期患者の担当経験の有無」、「終末期患者の疾患」、「終末期患者の年代」、「終末期患者の担当場所」、「終末期患者への具体的な介入方法」、「終末期患者を担当して困ったことや悩んだことのうち、①技術的な側面、②態度やコミュニケーションの側面」、「終末期患者を担当するにあたり最も重要なことは何か?」、「多職種で終末期医療を行っていくうえで重要なことは何か?」、「終末期医療におけるリハビリテーションについてどのように考えているか、その解釈は?」であった。

なお、本研究は明治国際医療大学ヒト研究倫理審査委員会承認を受けた上で実施した（承認番号：2023-043）。

IV. 結果

調査期間中に76件の回答があった。各項目の結果について以下に示す。

【基本情報】

職種は理学療法士が53件（69.7%）、作業療法士が18件（23.7%）、言語聴覚士が5件（6.6%）であった。

経験年数は、1～5年が8件（10.5%）、6～10年が19件（25%）、11～15年が15件（19.7%）、16～20年が14件（18.4%）、21～25年が9件（11.8%）、26～30年が9件（11.8%）、30年以上が2件（2.6%）であった。

所属業態は、医療機関が66件（86.8%）、訪問系5件（6.6%）、老人保健施設2件（2.6%）、通所系2件（2.6%）、医療介護院1件（1.3%）であった。

【終末期患者について】

「終末期患者とはどのような状態と考えるか?」については76件（複数回答）中、「本人もしくはその家族が医師から余命宣告を受けているケース」が69件（90.8%）と最も多く、次いで「リハビリテーションの指示に終末期であることが明記されているケース」29件（38.2%）であった。そのほか「老衰であり経口摂取ができないが医学的処置を拒否している方」、「広い意味で人生の終末の時期にある高齢者」、「緩和ケア病棟に入っている方」、「末期症状が出現しておりQOLが著しく低下している方」、「余命宣告はないが予後が悪く現状も悪化している方」、「状態の改善の見込みがなく退院が困難な方」、「難病の方などで症状が進行し終末期を迎えられた方」などの様々な

回答を得た。

「終末期患者の担当経験の有無」については、「あり」が62件（81.6%）、「なし」が14件（18.4%）であった。

「終末期患者の疾患」については60件（複数回答）中、がんが57件（95%）、神経難病が28件（46.7%）、呼吸器疾患が25件（41.7%）、循環器疾患が21件（35%）、脳血管障害が14件（23.3%）、運動器疾患2件（3.3%）、老衰1件（1.7%）、治療による自律神経失調症1件（1.7%）であった。

「終末期患者の年代」については57件（複数回答）中、80歳以上が47件（82.5%）、60～79歳が42件（73.7%）、40～59歳が13件（22.8%）、21～40歳が2件（3.5%）、20歳未満が1件（1.8%）であった。

「終末期患者を担当した場所」については60件（複数回答）中、医療機関が51件（85%）、訪問系が13件（21.7%）、そのほか、老人保健施設、特別養護老人ホームが各1件（1.7%）であった。

「終末期患者への具体的な介入方法」については60件（複数回答）中、リラクセーションが54件（90%）、ポジショニングが48件（80%）、関節可動域訓練が48件（80%）、座位保持訓練が40件（66.7%）、日常生活動作訓練が40件（66.7%）、筋力トレーニングが24件（40%）、立位訓練が21件（35%）、口腔ケアが10件（16.7%）、嚥下訓練が8件（13.3%）、呼吸訓練が2件（3.3%）、そのほか、福祉用具の選定を含む生活環境の調整や家族、介護者への介護指導などの回答もあった。

「終末期患者を担当して困ったことや悩んだことのうち、技術的な側面」については、運動負荷の設定や骨転移に対する負荷量、疼痛管理、摂食嚥下機能、生命維持機器やコミュニケーション機器の使用、拘縮予防の手段などのほか、リハビリテーションの目標設定や終了時期についてなど51件の回答があった。代表的な内容を表1に示す。

「終末期患者を担当して困ったことや悩んだことのうち、態度やコミュニケーションの側面」については51件の回答があった。代表的な内容を表2に示す。

「終末期患者を担当するにあたり最も重要なことは何か?」、については68件の回答があった。代表的な内容を表3に示す。

表1 終末期患者を担当して困ったことや悩んだことのうち
技術的な側面（回答の一部抜粋）

- ・運動負荷量の設定や病態把握に関すること。
- ・骨転移の患者に対する骨関節への運動負荷量に許容量が分からなかった。
- ・疼痛に対するアプローチ。
- ・摂食嚥下機能に関するリスク評価。
- ・生命維持機器やコミュニケーションツールに対する知識と経験値が浅かった。
- ・緩和ケアを目的としたアプローチに悩んだ。
- ・本人の訴えに対して、十分な対応ができなかったこと。
- ・急変時の対応について。
- ・本人の病識と実際の身体機能に大きな差があり、本人の思いを尊重しながらも現実的な目標を提示することが難しかった。
- ・拘縮の予防の手段について。
- ・リハビリテーションで何ができるのかわからなかった。
- ・どうしても、回復を目的としたアプローチを行っていた。
- ・リハビリテーションの中止の時期について困った。

表2 終末期患者を担当して困ったことや悩んだことのうち
態度やコミュニケーションの側面（回答の一部抜粋）

- ・ 終末期の告知がされていない場合、病状や予後、退院時期など聞かれても何も答えなかったこと。
- ・ 患者様に自分の死期が近いことを悟らせることを言わないようにすること。
- ・ 死に対するご本人や家族への声掛けや対応。
- ・ 家族の思いと本人との認識のギャップ。
- ・ 本人、家族双方の思いを十分にくみ取ることが難しかった。
- ・ 動作が徐々にできなくなっていく過程での説明の難しさ。
- ・ 終末期であることを知らない患者様への対応において、知らぬ振りをして接していたことに不思議な感情が芽生えた。
- ・ 悲観的な発言に対して、どう返したらいいか困った。
- ・ しんどいと言われ拒否があることが多かったり、熱発があったり体調が悪いことも多く、あまり積極的に関わることが難しい。
- ・ 本人の希望に沿い続けるのが負担になってくる。

表3 終末期患者を担当するにあたり最も重要なことは何か？
（回答の一部抜粋）

- ・ QOLの維持、本人の意思、リハビリの目標設定と共通認識。
- ・ 患者さんと家族さんの思いを聞くこと、コミュニケーション、熱意。
- ・ 患者さん、家人に対する寄り添う態度、尽くす姿勢。
- ・ 出来るだけ苦痛を伴わない内容のリハビリ。
- ・ ご本人の少しでも食べたい、という希望を叶えること。
- ・ 病態、バイタル、感情など含めた全体的な状態把握能力。
- ・ 精神的なケアや疼痛に考慮した理学療法。
- ・ 患者さんの思いや考えを否定するような返答をしない。
- ・ 患者さんへどう寄り添えるかと家族へのケア（現在と亡くなられた後も）。
- ・ 患者さんがその人らしく最後をどういう形で迎えたいかを尊重すること。
- ・ 痛み、浮腫み、呼吸、嚥下など幅広い知識や技術が必要だと思います。
- ・ セラピストの人生経験や、あらゆる知識。
- ・ 病気にばかり目を向けない。
- ・ 1人の人間として穏やかに過ごすことができるような手段をたくさん持つ。

「多職種で終末期医療を行っていくうえで重要なことは何か？」については、69件の回答があった。情報共有が22件（31.9%）と最も多かった。そのほか代表的な内容を表4に示す。

「終末期医療におけるリハビリテーションについてどのように考えているか、その解釈は？」については68件の回答があった。代表的な内容を表5に示す。

V. 考察

本研究の結果より、終末期患者の捉え方について、「余命宣告を受けているケース」や「リハビリテーションの指示書に終末期であることが明記されているケース」、「緩和ケア病棟に入棟しているケース」など終末期であることが感じ取れるケースが多くを占めた。その背景として、対象疾患ではがんが最も多かったことが一因と考えられた。一方、「広い意味で人生の終末の時期にある高齢者」、「状態の改善の見込みがなく退院が困難な方」など終末期の捉え方には大きな幅があることが明らかとなり、その背景には対象疾患として、がん以外の神経難病、呼吸器疾患、循環器疾患などの疾患も多く含まれ、改善を見込めない高齢患者全般が対象であるという考え方に基づくものと考えられた。「全国介護・終末期リハ・ケア研究会2021」の定義にあるように「生命の存続が危ぶまれる状況」とは特定の疾患だけによるものではなく、高齢心不全患者や老衰といった広い意味での終末期を迎える状態を指すものであり、実際そのような状況の患者が急激に増加していることに鑑みても終末期におけるリハビリテーションの重要性が高まっていることは明らかである。

「終末期患者への具体的な介入方法」についてはリラクゼーション、ポジショニング、関節可動域訓練が上位を占

表4 多職種で終末期医療を行っていくうえで重要なことは何か？
（回答の一部抜粋）

- ・ 情報共有。
- ・ 治療もしくは緩和ケアの方針や方向性についての共通理解、意思統一。
- ・ 紙面だけでなく電話や対面も含めてちょっとしたことでも伝え合える間柄にしていく。
- ・ 必要度の高い職種が多く関われるサービスを提供すること。
- ・ 医療側の考えるルールのみで考えないこと。
- ・ コミュニケーションと熱意、カンファレンスの実施、定期的なご家族への情報提供。
- ・ Medical Care StationなどのICTの活用。

表5 終末期医療におけるリハビリテーションについてどのように考えているか、その解釈は？（回答の一部抜粋）

- ・ どのように最期を迎えるかを本人、家族の意思を基に考え、それに応じた環境設定を行っていくこと。
- ・ 人生最後を意識した伴走支援、満足のいく死の提供。
- ・ 少しでも不幸せに感じないような死に方を手伝ってあげること。
- ・ 大田さんの定義のとおり、他のリハビリ対象者と変わりなし。
- ・ その人が最期にしたいことを叶えるためにするもの。
- ・ 遺される家人に悔いなく介護したと思ってもらえる時間を作ること、本人には色々あったけどいい人生だったな、と思ってもらえる時間を作っていくこと。
- ・ 患者の苦痛を出来るだけ和らげる、ニーズを聞き出す、心理的援助。
- ・ 最後まで人としての生活を保てる支援をすること。
- ・ 寄り添うこと、その人が望む暮らしを実現すること。
- ・ 何期とか関係ありません、できるリハビリを行います。

めた。リラクゼーション、ポジショニングはベッド上でできるだけ苦痛なく安楽に過ごすための全体的な介入として重要な介入内容である。関節可動域訓練は日常生活での自己運動性を高める介入として重要である一方、寝たきり患者に対して、美しい姿で最期を迎えていただくための重要な介入という考え方もある²⁾。

終末期患者への介入について、困ったことや悩んだことについては、技術的な側面、態度やコミュニケーションの側面ともに多くの回答があった。技術的な側面の中には、「リハビリテーションで何が出来るのかがわからなかった」、「どうしても回復を目的としたアプローチをしていた」、「本人の病識と実際の身体機能に大きな差があり、本人の思いを尊重しながらも現実的な目標を提示することが難しかった。」なども含まれており、単に技術的なスキルに関することだけではなく、目標設定に関することや何を目的にどのような技術を遂行すれば良いのかという、スキルの落とし込み方に関する内容も含まれていた。また、態度やコミュニケーションの側面では、死期が迫っている患者本人やその家族に対してどのような態度で接すればよいのか、どのような声をかければよいのかななどの悩みが多く、それぞれ試行錯誤しながら対応していることが伺えた。

終末期患者を担当するにあたり最も重要なことは、多職種連携であり、終末期医療におけるリハビリテーションの解釈については、各セラピストが持っている様々な思想が明確に提示されていた。

近年、終末期医療に関する卒前・卒後教育の充実化が図られつつあり、終末期リハビリテーションの定義に基づく終末期リハビリテーションの思想は各セラピストの中で形成されているものと考えられる。しかし、それらの思想はあくまでセラピストが頭中に持っている正論にすぎず、実際のケースに対する対応となると、相手がいることが前提となり、それらの思想や関わり方は相手によって

柔軟な状況判断が必要となる。水川は⁵⁾高齢者の終末期に関するアンケート調査の結果から、医師群・看護師群・看護職員群と患者群・家族群とでは、高齢者の終末期の捉え方や終末期医療における重要な点などについて立場によって相違があるため、医療の手法によって解決しようとはせずに、「高齢者の終末期医療」を患者や家族との共同作業と考えるべきであると述べている。浅見は⁶⁾終末期ケアや看取りケアで体験された悲しみと戸惑い、葛藤は実際に行っているケアとなされるべきケアとの狭間で生じていたのではなかろうかと述べている。なされるべきケアを明確にし、それに対して実際に行うケアがより近似することで、戸惑いは軽減されるものと考えられる。そのためには、医療の手法のみによって解決しようとせず、患者やその家族との共同作業としてなされるべきケアの真の目的を見出すことが重要である。

柳田の「リハビリテーション医学は個別性の強い具体的な患者を対象にしなければならない」⁷⁾という言葉の通り、リハビリテーションに関わる者として、相手の個性を知るための努力を惜しまず、そして相手の状況を知り（評価）、刻々と変化するその状況に対してカスタマイズされた対応を柔軟に遂行できる能力を身に着けることが必要である。終末期医療においては、さらにその重要性は高い。研修会などの一方向性の教育形式ではなく、本研究の結果やほか多くの報告などから得られた実際の内容に基づき、参加者同士で意見交換や一緒に考える時間を多く共有し共に考える機会を設けていくことが課題解決の一助となるものと考ええる。

VI. 結語

今後も増え続ける終末期医療のリハビリテーション専門職の関りは重要な立場にある。対象者にとって必要な関りは、対象者それぞれによって異なる。対象者のデマンドとそれに必要なニーズのバランスを保ちながら、よりカスタマイズされた関りができるよう、リハビリテーション専門職の質の向上が求められる。そのことに少しでも寄与できるような活動を今後も展開していきたいと考える。

【参考・引用文献】

- 1) 社団法人日本老年医学会：「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」2012. 日本老年医学会雑誌, 49 : 381-386, 2012.
- 2) 吉際俊明ら：終末期リハビリテーションの理学療法士としての関わり. 理学療法学, Vol.38 Suppl : P11-401, 2011.
- 3) 臼井 優ら：終末期リハビリテーションにおける理学療法士の意識調査. 理学療法学, Vol.41 Suppl:1602, 2014.
- 4) 田村 茂：終末期のリハビリ—PT 実態調査から—。死の臨床, 35 : 190, 2012.
- 5) 水川真二郎：患者、家族および医療従事者に対する

「高齢者の終末期医療」についての意識調査. 日老医誌, 45 : 50-58, 2008.

- 6) 浅見 洋：歴史的世界を生きる個として—エンドオブライフケアの人間観—. 日本エンドオブライフケア学会誌, 8 : 3-7, 2024.
- 7) 柳田邦男：いのち 8 人の医師との対話. 人生を視野に入れた闘病支援, 講談社, 東京, pp141-165,1996.