

# 第 1 回 緩和理学療法カンファレンス

～緩和医療における理学療法の可能性～

日時 2019 年 2 月 23 日 (土曜日)

場所 神戸大学医学部附属病院 シスメックスホール

主催 日本理学療法士学会「がん理学療法部門」



## ご挨拶

### 第1回 緩和理学療法カンファレンス

実行委員長 井上 順一郎

近年、がん診断直後から緩和ケアチームが介入することにより、患者の生命予後が延長し、QOLの向上が認められることが報告され、がん医療において緩和ケアはますます重要視されている。理学療法士もまた緩和ケアチームの一員として認知されるようになり、患者の症状を緩和し、日常生活を最期まで自立できるように支援し、患者や家族がQOLの高い生活を送れるように支援することを役割として求められている。しかし、緩和領域における理学療法に関する教育体制は不十分であり、また、終末期という特有の病期において臨床研究を行なうことは困難なため十分なエビデンスも確立されていないのが現状である。本カンファレンスでは、緩和領域における理学療法に必要な基礎知識から緩和医療において理学療法士に求められていることに関する講演を開催するとともに、演題発表により研究の質の向上のための活発なディスカッションを行なう場としたい。さらに、非がん領域の緩和ケアとして、心不全患者の緩和ケアに関する講演を開催し、非がん領域の緩和ケアにおける理学療法の可能性についてもディスカッションしたい。

## 参加者へのご案内

### 1. 参加受付について

- 事前参加登録をされた方は、日本理学療法士協会会員カードを持参の上、受付にお越しく下さい。受付で参加証とネームホルダー、抄録集をお渡し致します。
- 当日参加登録をされる方は、申込用紙にご記入の上、当日参加費をご用意して受付にお越しく下さい。参加証とネームホルダー、抄録集をお渡し致します。
- 領収書については、日本理学療法士協会会員の方は、後日、日本理学療法士協会のマイページよりダウンロードください。その他の参加者の方は、当日受付でお渡し致します。

【受付場所】 シスメックスホール 3 階

【受付時間】 9:30 開始

【当日参加費】 日本理学療法士協会会員 3000 円

非会員 4000 円

他職種 4000 円

学生 500 円(大学院生は除く)

### 2. 抄録集

- 抄録集は会当日に受付にてお渡し致します。

### 3. 注意事項、その他

- 会期中は必ず参加証をお付けください。
- クロークのご用意はございません。荷物は各自で保管をお願い致します。
- 講演または発表中のビデオや写真撮影、録音はご遠慮ください。

### 4. ポイント付与

- 日本理学療法士協会会員の方については、本会に参加することで下記のポイントが付与されます。ポイントの登録については、後日、日本理学療法士協会のマイページをご確認ください。

【履修ポイント基準;1-2) 分科学会学術大会】

【履修ポイント大項目;学会参加】

【履修ポイント数;20 ポイント】

## 演者・座長へのご案内

### ○ 座長の皆様へのご案内

#### 1. 座長受付

座長受付は設けておりませんが、ご担当のセッション開始の 5 分前までに会場にお越しいただき、「座長席」にご着席ください。

#### 2. 進行

各セッションの進行については、座長の先生にご一任させていただきます。

セッションの終了時間は厳守していただきますようお願い致します。

一般演題の進行は、発表 7 分、質疑応答 5 分をお願い致します。

### ○ 演者の皆様へのご案内

#### 1. 発表スライドの作成

- 発表スライドは、Power Point を使用してご作成ください。
- 会場に用意している PC の OS は Windows 7 であり、アプリケーションは Power Point 2016 です。同環境にて正常に作動するデータをご用意ください。
- フォントは文字化けを防ぐために、Windows 標準フォント (MS ゴシック、MS 明朝、MSP ゴシック、MSP 明朝、メイリオ、Arial、Century、Times New Roman) のいずれかをご使用ください。
- 発表データに静止画やグラフ等のデータをリンクされている場合は、必ず元データを一緒に保存していただき、事前に動作確認を行ってください。
- 静止画は、JPEG 形式での作成を推奨致します。
- 患者や研究対象者の個人情報に抵触する可能性のある内容は、本人または代理人からインフォームド・コンセントを得た旨を明記してください。また、個人情報が特定されないよう十分留意して発表してください。
- 所属機関の倫理委員会で承認された研究である場合は、その旨をスライド中に明記してください。
- 発表スライドの中に、利益相反 (Conflict of Interest:COI) を開示してください。開示の基準は日本理学療法士学会 HP をご参照ください。  
URL (<http://jspt.japanpt.or.jp/shinsa/coi/>)
- ファイル名は、「演題番号\_発表者名.ppt」としてください。  
(例:1\_神戸太郎.ppt) ※英数字は半角にして保存してください。

#### 2. PC 試写、受付

- ご自身のセッションが始まる 1 時間前までに受付にお越しいただき、発表データの登録と動作確

認を行ってください。

- 発表データは、USB フラッシュメモリーでご持参ください。また、事前に必ずウイルススキャンを行ってください。
- 動画ファイルを使用される場合は、動画の元データも合わせてご提出ください。
- ご提出いただいた発表データは、カンファレンス終了後、責任をもって事務局で削除致します。

### 3. 発表

- 発表は、会場に備え付けの PC を使用して発表してください。ご自身の PC の持ち込みはご遠慮くださいますようお願い致します。
- 発表時間(発表 7 分、質疑応答 5 分)を厳守くださいますようお願い致します。
- 発表スライドの操作はご自身でお願い致します。また、発表者ツールはご使用できませんのでご了承ください。
- セッションの開始 5 分前までに会場にお越しいただき、会場内前方にご着席ください。ご自身の前の発表者の発表が始まったら、「次演者席」に移動をお願い致します。

## 交通のご案内

会場 神戸大学医学部附属病院シスメックスホール 3 階

住所 〒650-0017 兵庫県神戸市 中央区楠町 7 丁目 5-2

### アクセス



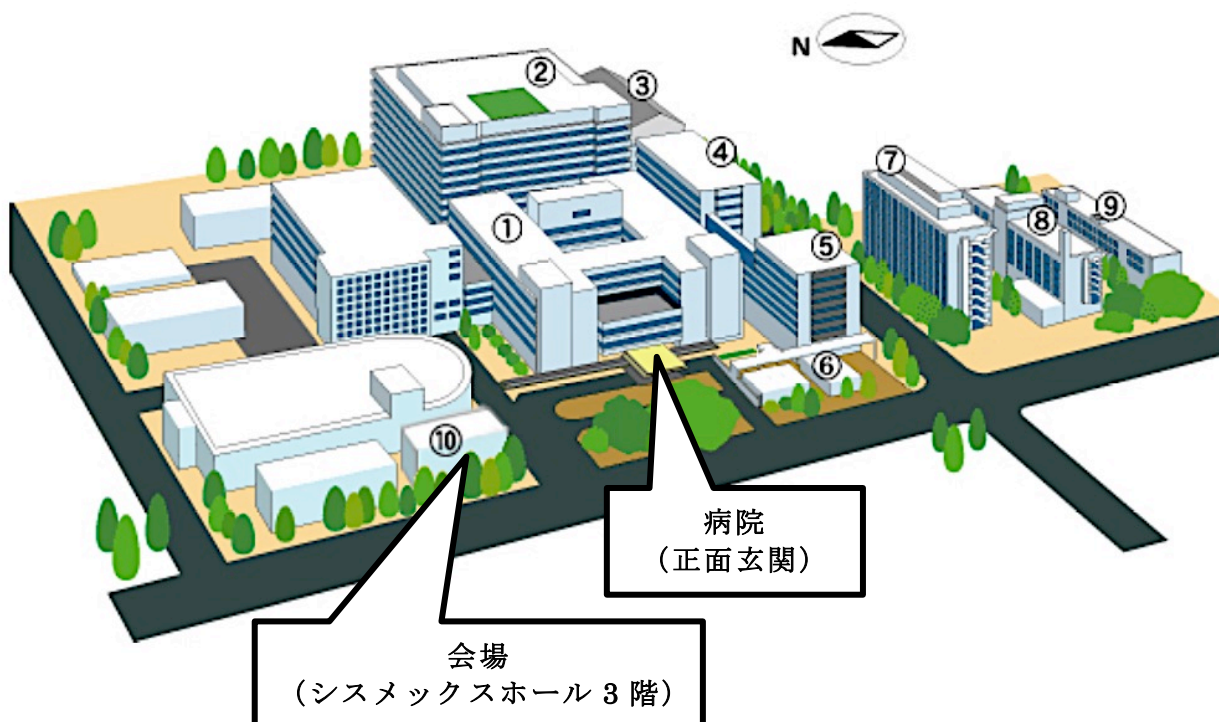
### 電車利用

- JR「神戸」駅下車 徒歩約 15 分
- 神戸高速鉄道「高速神戸」駅下車 徒歩約 15 分
- 神戸市営地下鉄「大倉山」駅下車 徒歩約 5 分

### タクシー利用

- JR「神戸」駅前より 約 5 分
- JR「新神戸」駅前より 約 10 分

### 会場図



タイムスケジュール

9:30～	受付開始
10:00～10:05	開会挨拶
10:05～11:35	教育講演1
11:35～12:40	休憩
12:40～13:40	一般演題 第1セッション
13:40～13:50	休憩
13:50～14:50	一般演題 第2セッション
14:50～15:00	休憩
15:00～16:30	教育講演2
16:30～16:40	閉会挨拶



プログラム

教育講演1

10:05～11:35

緩和ケアとリハビリテーション:手を携えて歩く未来

講師:前田 一石 (ガラシア病院 ホスピス科)

司会:井上 順一朗 (神戸大学医学部附属病院 リハビリテーション部)

一般演題 第1セッション 演題1～5

12:40～13:40

座長:上野 千沙 (市立三次中央病院 リハビリテーション科)

1. 緩和ケア病棟において浮腫に対する緩和的圧迫療法を実施した症例  
社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院 リハビリテーション室 矢木 健太郎
2. 膵癌化学療法中に消化管穿孔を発症し、ADL が急激に低下した一症例 ―機能予後予測の指標に何をを用いるか―  
医療法人溪仁会手稲溪仁会病院 リハビリテーション部 有泉 花子
3. 膀胱癌骨転移により ADL が低下した症例に対し、自宅退院が可能であった一症例  
公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院 リハビリテーションセンター 甲斐 太陽
4. 特発性肺線維症患者の在宅生活への不安解消を図り活動量向上を行った一例  
医療法人よつば会 よつば会リハビリセンター 田島 誠人
5. 多職種連携による終末期がん患者の外出支援の取り組み  
ベルピアノ病院 リハビリテーション室 山田 裕子

一般演題 第2セッション 演題6～10

13:50～14:50

座長:矢木 健太郎 (社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院 リハビリテーション室)

6. 多職種連携によりスピリチュアルケアを行った一例 ～スピリチュアルペインを時間存在・関係存在・自律存在の側面から考える～  
地方独立行政法人芦屋中央病院 リハビリテーション科 今別府 和徳
7. 定期的な外来がんリハビリテーションを実施し身体機能と IADL が向上した乳癌多発脳転移の1例  
関西電力病院 リハビリテーション部 草場 正彦
8. 多職種協働により HOPE が再出した症例の考察  
社会医療法人仁厚会藤井政雄記念病院 リハビリテーション科 山本 千聖
9. ベストサポーターケアにおけるがん患者リハビリテーションの目標設定の検討  
淀川キリスト教病院 リハビリテーション課 岡田 努

10. 「最期まで自分らしく」を支える緩和的リハビリテーション ～歩行を強く望んだ末期S状結腸癌患者を担当して～  
市立三次中央病院 リハビリテーション科 上野 千沙

教育講演2

15:00～16:30

終末期リハビリと異なる心不全の緩和リハビリを識る

講師:大石 醒悟 (兵庫県立姫路循環器病センター 循環器内科・救急科)

司会:小川 真人 (神戸大学医学部附属病院 リハビリテーション部)

緩和ケアとリハビリテーション:手を携えて歩く未来

前田 一石

ガラシア病院 ホスピス科

緩和理学療法カンファレンスでお話しする機会をいただきありがとうございます。私は大阪府にあるホスピスで患者さんの主治医として緩和ケアを行っている医師です。当院ではホスピスに入院している患者さんに対しても積極的にリハビリを行っており、ホスピスケアにおいてリハビリが非常に重要な役割を果たしていると日々実感しています。

緩和ケアとリハビリはかなり共通するところの多い分野だと思います。

どちらも一人一人の患者さんの個別性に配慮して、その人に関心を持って関わるのが求められる分野ですし、患者さんに寄り添うようにして行われているケアだからです。

リハビリテーションは re-habilis (人間性の回復) が語源のようですが、ここで言う人間性とはいったい何なのでしょう？

それは当初は人間の社会における生産性のようなものを指していたようです。しかし、その後、脳卒中や心不全・呼吸不全、そして緩和ケアの対象患者さんにもリハビリが提供されるようになり、その概念は広がり深まっています。

具体的には、機能回復・社会適応の改善というだけでなく、QOL を高めその人らしく暮らすことを支援するアプローチという風になってきているようですが、究極的には自分とは何者か、どのようにして生きてきて、これから何をしていくのか、何を/できるから自分に価値を見出せるのかという問題に帰っていかねばならないと感じます。

社会の役に立つから生存が許されるのではなく、その人らしく最期まで生きること、その中での喜びや満足感を得ることが許容される社会になりつつありますが、その変化をリードし価値を発信してきたのが緩和ケア・リハビリテーションの現場と言えるのではないのでしょうか。

緩和ケアとリハビリテーション、医学の発展のなかで現れたフロンティアに携わる者同士、率直な意見交換ができればと思います。

講師略歴

2003年大阪市立大学医学部卒業。5年間腎臓・膠原病内科として研修した後、大学院で臨床疫学を学ぶ。

大学院卒業後、2012年より緩和ケアの臨床を開始。大阪府立成人病センター、大阪大学医学部附属病院で緩和ケアチームの医師として勤務した後、2016年4月から現職でホスピス医として勤務。

資格: 日本緩和医療学会専門医

緩和ケア病棟において浮腫に対する緩和的圧迫療法を実施した症例

○矢木 健太郎<sup>1)</sup> 宇久田 義樹<sup>1)</sup> 泉 清徳<sup>1)</sup> 島村 易<sup>2)</sup>

1) 社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院 リハビリテーション室

2) 社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院 緩和ケア内科

---

【はじめに】

今回緩和ケア病棟において広範な腹腔内腫瘍の影響により両下肢および陰茎、陰嚢浮腫をきたした患者に対し緩和的に圧迫療法を行う機会があったため報告する。なお発表については本人より同意を得ている。

【症例紹介】

症例は30代男性で、10年前隆起性皮膚線維肉腫にて繰り返し治療を行ってきたが症状悪化により当院緩和ケア病棟へ入院となり、ADL改善目的に理学療法を開始した。JCS I -2~II -10で傾眠傾向、PPI11点、主治医予後予測1ヶ月、起居動作・坐位保持修正自立~監視、移乗・移動動作軽~中介助、軽介助で歩行器を使用し個室内のトイレを使用していた。るい瘦著明で腹部膨隆著明に加え、両下肢、陰嚢・陰茎に中等度の浮腫があり、これが排尿困難や脚の重だるさや下肢可動域制限による動きにくさに繋がり本人の苦痛となっていた。リンパ浮腫に対し主治医・本人・家族と相談の上、緩和的に対応することとした。一般的な圧迫療法では中圧以上である30mmHg以上の圧迫圧が選択されるが、今回は両下肢にはエラスコットを使用して弱圧程度の軽い圧迫を選択した。妻や病棟看護師へ巻き方のデモンストレーションを行い、巻き直しおよびスキンケアに対処してもらった。1週間で周径は大腿部が0.5~1cm、下腿最大周径は約3cm減少し、本人の重だるさを軽減することができ、下肢の可動域も広がって基本動作能力が向上した。陰茎・陰嚢浮腫には泌尿器科と相談し陰嚢および亀頭部以外の陰茎にハイスパンを使用して圧迫した。その後浮腫は若干軽減し、排尿し易くなったとの感想もあったが、包帯が緩んだ際巻き直しが妻には手技的に困難であったり痛みも出現したため中止となった。エラスコットは筒状包帯に変更し、入院後3週で起居動作自立、移乗動作修正自立、室内移動歩行器で監視レベルとなり自宅退院となった。

【まとめ】

緩和的に浮腫に対し今回の方法を試みた結果、苦痛を軽減出来た上で自宅復帰へ繋げる事が出来た。

膵癌化学療法中に消化管穿孔を発症し、ADLが急激に低下した一症例 ―機能予後予測の指標に何を  
用いるか―

○有泉 花子

医療法人溪仁会手稲溪仁会病院 リハビリテーション部

---

**【はじめに】**

膵癌 stageⅣ で化学療法中、消化管穿孔・手術によりADLが急激に低下した症例を担当した。疼痛・倦怠感や治療に対する意欲低下により臥床状態が続き介入に難渋したが、看護師と情報共有しながらADLを拡大し希望通り自宅退院できた。

**【症例】**

60歳代女性。X-16月、切除不能膵頭部癌・肺転移と診断された。予後1～2年程度とICされ化学療法を受けていた。X-4月、膵癌結腸浸潤による腸閉塞をきたし、緩和的に大腸ステント留置。X日、ステント閉塞に対する内視鏡処置後に腹痛発症。消化管穿孔・小腸穿孔と診断され入院、緊急で小腸切除・横行結腸ストマ造設術が施行された。術後敗血症発症しICU管理となった。POD8に一般病棟へ転棟したがその後も腹部感染管理が難渋していた。

**【理学療法経過】**

POD2よりICUでPT開始。疼痛が強く夜間不眠、せん妄・拒否により離床困難であった。起居動作は中等度介助、端座位にてSpO<sub>2</sub>低下・HR上昇を認めた。一般病棟転棟後、まずは起居動作介助量軽減・座位耐久性向上、症状緩和を目標に介入した。疼痛は緩和ケアチームの介入にてコントロールされていたが、体動に伴う嘔気・倦怠感によりリハビリ以外は臥床している事が多かった。その後、トイレ動作の自立を目指す発言があり、起居動作練習から歩行器歩行練習へと徐々に活動範囲を拡大していき、POD38に病棟内歩行器歩行見守りとなった。症状緩和・ADL改善するにつれ自宅退院を強く希望されたため、看護師・家族と情報共有を行いながら治療介入を行い、POD60に独歩にて自宅退院できた。退院3ヶ月後に死去された。

**【考察】**

介入当初は疼痛や倦怠感が強く、車いすADL獲得・症状緩和程度の機能改善と予測したが、実際は独歩での退院となった。経過の中で体動に伴う嘔気改善とともに活動量が増大していたが、炎症症状や血液データ・バイタルサインの著変なく予測が困難であった。今後、どのような指標を用いて機能予後予測するか検討する必要がある。

膀胱癌骨転移によりADLが低下した症例に対し、自宅退院が可能であった一症例

○甲斐 太陽<sup>1)</sup> 佐藤 慶彦<sup>1)</sup> 本田 憲胤<sup>1)</sup>

1) 公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院 リハビリテーションセンター

---

**【はじめに】**

骨転移を合併した膀胱癌患者に対し、疼痛に配慮した離床プログラムを施行し自宅退院が可能となった症例を担当したため報告する。

**【症例紹介】**

60歳代女性。膀胱癌に対するTURBT後のフォローアップ中。骨転移が出現し当院入院。診断名は膀胱癌転移性骨腫瘍(L2-L3)。骨転移に対し、放射線加療・緩和ケアチームによる疼痛コントロール・理学療法士の介入あり。

**【経過】**

入院日をXとし、X+3日にPT介入。安静時NRS0/10・労作時10/10(部位は腰部)の疼痛あり、離床困難。入院時FIM:74/126点、ECOG Performance Status(PS):3、Palliative Performance Scale(PPS):30%、The Spine Instability Neoplastic Score(SINS):12点、床上での運動機能・感覚障害はなし。入院前は杖歩行自立であり、本人も自宅退院を希望。骨転移は中等度の不安定性を認めたため、コルセット処方を依頼。中田らのアルゴリズムに従い段階的に離床。本症例は体幹回旋を用いた起居動作を行っていた点、コルセット装着に関しては理解度が曖昧であった点が問題点としてあげられ、病棟・ご家族とも相談し指導実施。

また、介入前にはレスキューを病棟に依頼し、疼痛が軽減している段階での介入を行った。介入中の骨関連事象はみられず。経過に合わせ疼痛改善、室内トイレの使用やシャワー浴まで自立して可能に。最終評価(X+15日)では安静時NRS0/10、労作時0-5/10、下肢MMT4レベル、FIM:117/126点、PS:1、PPS:60まで改善。介護サービス・訪問リハビリ担当者も交えて、退院前カンファレンスも開催。環境調整ののち、X+16日に自宅退院となる

**【考察】**

本症例は緩和期であったが、自宅退院が可能となった理由としては①骨転移のリスク管理を行い離床プログラムが施行できたこと、②内服による疼痛コントロールが可能であったことが考えられる。また、退院前カンファレンスを開催することで、生活イメージを共有できたことが本人の希望とする自宅復帰を図ることができたことが考えられる。

特発性肺線維症患者の在宅生活への不安解消を図り活動量向上を行った一例

○田島 誠人<sup>1)</sup> 佐野 伸之<sup>2)</sup>

1) 医療法人よつば会 よつば会リハビリセンター

2) 国際医療福祉大学 福岡保健医療学部作業療法学科

---

【はじめに】

特発性肺線維症とは労作時の低酸素血症、呼吸困難、乾性咳嗽を主症状とし、一般的に予後不良とされており徐々に進行する呼吸困難の増悪から不安や鬱症状を併発し、活動制限に伴う廃用症候群をきたしやすい。今回、特発性肺線維症における続発性気胸を呈し、在宅復帰となったが在宅生活への不安が強い症例に対し、サービス介入し症状へのセルフマネジメントの獲得と動作訓練による在宅生活への不安軽減に至った症例を経験したので報告する。

【症例紹介】

62歳女性、身長:148 cm、体重:50.2 kg、BMI:22.92、診断名:特発性肺線維症、主訴:動作への不安、現病歴:入院数日前に呼吸困難あり受診、続発性気胸により入院。診断当初より外来でのムコフィリン吸入療法とオフエブ投薬、在宅酸素導入済、喫煙歴なし。余命一年の宣告あり、夫の希望により本人と夫以外の家族には伝えていない。

【経過】

平成29年8月サービス開始。介入初期は不安が強く「動くとしんどくなりそうで怖い」とのこと。呼吸補助筋リラクゼーション、症状へのセルフマネジメント指導を実施。介入7日目に気胸により再入院し、一時中止。退院・再開時は入院前より精神面向上し「自分で少しでも動けるようになりたい」と発言あり、屋内での歩行等動作訓練を開始し活動量増加を図った。介入2か月目に「家の外に出られる様になりたい」との発言あり、屋外歩行訓練を開始。庭から開始し一番近い電柱、その次と段階づけて訓練を実施、意欲向上と自信がついていた。介入4か月目は「周囲の人が自由に出かけられるのが羨ましい」との発言あり、目的を持った外出が出来る様に動作訓練と外出指導を実施。家族の協力の元、少しずつ可能となり孫の運動会も見に行けるようになった。

【考察】

介入当初より不安の軽減に努め、心身面の変化に合わせた訓練や指導を実施した。精神的な変化により活動量が向上し、訓練や指導により在宅生活の幅を広げることが出来たと考える。

多職種連携による終末期がん患者の外出支援の取り組み

○山田 裕子<sup>1)</sup> 藤井 和正<sup>1)</sup> 田中 毅<sup>1)</sup>

1) ベルピアノ病院 リハビリテーション室

---

【はじめに】

「家に帰りたい」という妻の意思を尊重し、多職種連携により夫の不安を軽減することで実現した症例を報告する。発表に際し家族に説明し同意を得た。

【症例紹介】

80代女性、夫と二人暮らし。X-3年左上葉肺腺癌と診断、左肺上葉切除、縦隔リンパ節郭清術施行。X-1年8月胸骨転移により再発、同12月薬剤性間質性肺炎と誤嚥性肺炎を発症、経口摂取困難となる。BSC方針となりX年2月当院転院。本人はリハビリテーション(以下リハ)スタッフには「家に帰りたい」と希望していたが、夫には伝えられず、夫は妻の身体状態と介護負担の不安が強く外出に消極的だった。

【評価・経過】

入院時PS3、基本的動作は修正自立、トイレまで支柱台支持歩行、トイレ動作見守りレベル。リハでは動作能力向上と離床時間の拡大を目標に介入を開始した。また、「トイレは自分で行きたい」という希望に沿い、トイレ動作維持に努めた。夫もリハ見学し、本人の様子を見て徐々に外出に前向きになったため家屋評価を提案、安楽に過ごせる環境調整と動作指導を行なった。その結果、夫からも外出希望があり、全身機能が低下していく中、入院から永眠までの85日間に2度の外出に至った。

【考察】

夫の不安が強く外出支援は難航したが、リハ介入時に妻の動作能力を見てもらい、家屋評価で安楽に外出可能な環境や動作方法を提案したことで、不安が軽減し、理解と協力が得られたと考える。同時に妻にとっての外出意義を夫も共有できたことが外出の決意に繋がった。全身機能が徐々に低下していく中で外出できた背景には、動作能力や離床時間の維持を図り、病棟スタッフに状態に応じた介助指導を行うことで、本人が最期まで希望していたトイレ動作を維持できたことが夫婦の自信になり、多職種が夫婦それぞれの話を傾聴し、迅速に情報共有しながら、状態に応じた外出方法を提案できたことが重要であったと考える。



---

多職種連携によりスピリチュアルケアを行った一例 ～スピリチュアルペインを時間存在・関係存在・自律存在の側面から考える

○今別府 和徳<sup>1)</sup> 阿部 初美<sup>2)</sup> 三村 由江<sup>2)</sup> 福田 明仁<sup>1)</sup> 本村 智子<sup>1)</sup> 井下 俊一<sup>3)</sup>

1) 地方独立行政法人芦屋中央病院 リハビリテーション科

2) 地方独立行政法人芦屋中央病院 看護部

3) 地方独立行政法人芦屋中央病院 医局

---

#### 【はじめに】

スピリチュアルペインは「自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛」と定義され、その構造は将来の喪失(時間存在)、他者の喪失(関係存在)、自律性の喪失(自律存在)から生じる苦痛であるとしている(村田理論)。当院は今年度より緩和ケア病棟を開設したばかりだが、多職種連携によりA氏のスピリチュアルペインをケアし、看取る機会を得た。その中で緩和ケア病棟における理学療法士の役割について再考したため以下に報告する。

#### 【方法】

A氏は40歳代後半の女性であり、2014年11月卵巣がんⅢc期(pT3cNxM0)・漿液性腺癌 G2と診断された。その後、子宮全摘出術・化学療法・放射線療法を行ったが効果が得られず、2018年4月緩和ケア病棟入棟を希望したため当院へ入院となる。A氏が表出したスピリチュアルペインをアセスメントし、多職種連携によるスピリチュアルケアを行った。

#### 【結果】

初回入院期(永眠約3ヶ月前・PS1): 下肢の痺れ・吐き気など身体的苦痛の表出はあるも、スピリチュアルペインの表出無し。再入院期(永眠約1ヶ月前・PS3): 「最期まで自分でトイレに行きたい(自律性)」に対して自律の回復が図れるよう自室内環境の整備・介助方法を検討。「沖縄にいる実母に会いたい(時間性・関係性)」に対して時間性・関係性の回復が図れるよう実母との面会を実現。臨死期(永眠約2週間以内・PS4): 「息子の誕生日会をしたい(時間性・関係性)」に対して時間性・関係性の回復が図れるよう誕生日会を開催(その2日前はA氏の誕生日会を開催)。息子の誕生日会から10日後、永眠される。

#### 【結論】

緩和ケア病棟における理学療法士の役割は身体機能面・活動面に対して専門的・効果的に環境調整や介助方法を検討するだけでなく、スピリチュアルペインをアセスメントして多職種で連携を図りスピリチュアルケアを行うことも一案であると考えられる。

#### 【倫理的配慮, 説明と同意】

本研究はヘルシンキ宣言に基づき、個人情報の取り扱いに遵守して実施した。

定期的な外来がんリハビリテーションを実施し身体機能と IADL が向上した乳癌多発脳転移の1例

○草場 正彦<sup>1)</sup> 沢田 潤<sup>1)</sup> 児玉 夏帆<sup>1)</sup> 大浦 啓輔<sup>1)</sup> 伊藤 武志<sup>2)</sup> 真壁 昇<sup>3)</sup> 大平 朋子<sup>4)</sup>  
小金井 亜弥<sup>5)</sup> 惠飛須 俊彦<sup>1)</sup> 勝島 詩恵<sup>6)</sup> 柳原 一広<sup>6)</sup>

- 1) 関西電力病院 リハビリテーション部
  - 2) 関西電力病院 薬剤部
  - 3) 関西電力病院 疾患栄養治療センター
  - 4) 関西電力病院 看護部
  - 5) 関西電力病院 医事課
  - 6) 関西電力病院 腫瘍内科
- 

【はじめに】

当院外来化学療法室では抗がん薬点滴開始までの待ち時間を利用して外来がんリハビリテーション(以下、がんリハ)、栄養支援、がん相談、看護師・薬剤師による問診などを行い、がん患者の QOL 維持に努めている。外来化学療法室に通院する乳癌多発脳転移の患者に対し、定期的ながんリハ介入を実施し身体機能や IADL の改善を認めた症例を経験したので報告する。

【症例紹介】

50 歳代、乳癌多発脳転移の女性。X-5 年、多発脳転移に対し嚢胞内吸引除去術後、3 回の定位放射線照射を併用しながら通院治療中。X 年 Y 日、外来がんリハ開始時、下肢の Manual Muscle Testing (MMT)は右股関節外転 2、その他 4 レベル。鼻指鼻試験が左側で陽性、Foot-Pat Test は両側で陽性。両側の手指と足趾にしびれを認めた。歩行は屋内伝い歩き自立レベル、屋外は補助具を用いて短距離見守りレベル。Frenchay Activities Index (FAI)は 18 点、Short physical performance battery (SPPB)は 5 点(バランス 1 点、歩行 4 点、起立 0 点)であった。外来がんリハでは 1 回 20 分、1~2 週間毎、10 週間、合計 7 回、外来化学療法室で理学療法士が筋力増強練習とバランス練習及び自宅での自主トレーニング指導を実施した。Y+10 週間後、右股関節外転の MMT は 4 レベルに向上し、その他の神経学的所見の増悪は認めず、補助具使用下で屋外歩行が自立した。FAI23 点、SPPB9 点(バランス 3 点、歩行 4 点、起立 2 点)と、IADL と身体機能も改善した。

【考察】

通院抗がん薬治療中患者の身体機能と IADL の改善を認めた。理学療法士による外来がんリハ介入により身体機能が向上し、IADL の改善につながった可能性がある。今後、症例集積し、外来がんリハ介入の効果や評価方法について検討する予定である。

多職種協働により HOPE が再出した症例の考察

○山本 千聖<sup>1)</sup> 高橋 博子<sup>1)</sup> 谷口 典子<sup>2)</sup>

1) 社会医療法人仁厚会藤井政雄記念病院 リハビリテーション科

2) 社会医療法人仁厚会藤井政雄記念病院 看護部

---

【はじめに】

当院の緩和ケア病棟のリハビリテーション(以下リハ)は、余暇的な活動アプローチとして外出支援や院内で開催されるイベント参加の介助を行っている。今回、自宅退院は困難だったが、多職種が協働し患者に経過に合わせた支援を行った結果、自宅へ外出できた症例を報告する。

【症例】

70 代男性 下咽頭癌(左耳腫瘍転移あり)気管切開、常時頭痛あり。

他院にて治療経験あり。入院時 Functional Independence Measure (FIM) : 57 点

【経過】

入院 10 日目からリハ開始となる。開始当初は本人、家族共に治療の継続・自宅退院を望んでおり歩行練習や筋力トレーニング、呼吸理学療法(以下呼吸リハ)を実施。30 日目前後から左耳に腫瘍転移が増悪、ADL 全介助となり、ROM-ex が中心となった。また家族・本人の治療継続・延命に対する気持ちの変化があり、入院継続を希望。103 日目、状態が安定。当院開催の祭り参加を提案。離床を再開し、ティルトリクライニング車椅子で座位訓練と呼吸リハを実施。看護師と相談し服薬時間の調整依頼、OT とはバイタルを確認しながら当日を想定した移動練習を行った。当日は 40 分程度ステージ鑑賞を楽しんだ。124 日目、本人から帰宅の訴えあり。外出は看護師と PT・OT が同行。自宅で愛犬や家族との時間を過ごした。190 日目に永眠。

【考察】

今回 HOPE が再出した要因として、本人・家族や担当間の連絡がスムーズであり、身体状況に合わせたリハを継続して行え、車椅子離床を行う機会ができたことが考えられる。車椅子離床から HOPE 再出に繋がった過程として、後日家族・担当スタッフで考察した結果、車椅子で祭りに参加できた経験が大きかったのではないかと考えた。今回の経験を活かし、その都度の段階で本人・家族に HOPE の確認を行い、必要なリハビリを提供しながら本人・家族と担当者間でどのように HOPE を実現していくか協議し、協働していく事により本人・家族にとってかけがえのない時間を少しでも多く提供できるように努めていきたい。

ベストサポーターケアにおけるがん患者リハビリテーションの目標設定の検討

○岡田 努<sup>1,3)</sup> 古河 慶子<sup>2)</sup> 川口 杏夢<sup>2)</sup> 三浦 靖史<sup>3)</sup>

1) 淀川キリスト教病院 リハビリテーション課

2) 淀川キリスト教病院 リハビリテーション科

3) 神戸大学大学院 保健学研究科

---

【はじめに】

がんそのものに対する積極的な治療は行わず、症状だけをコントロールするベストサポーターケア(Best Supportive Care: BSC)の症例に対するリハビリテーション(以下、リハ)においては、日々変化していく患者の身体機能を考慮しながらの目標設定に難渋することや、身体機能の低下が原因で目標を変更することがみられる。

【目的】

BSC となったがん患者にリハ介入した症例の転帰を通じて、がんリハの目標設定に関する検討を行うこととした。

【対象】

2017年3月～2018年8月に当院でリハを開始したBSCとなったがん患者131名(男性67名、女性64名、年齢42～97歳、75.5±9.3歳)。

【方法】

診療録より後方視的に、がん臓器、リハ処方時に主治医が設定した目標(以下、主治医目標)、リハ期間中の患者本人の希望、転帰を抽出し検証した。

【結果】

がん臓器は、肝胆膵33例、肺32例、胃16例、大腸16例、婦人科10例、乳腺8例、血液5例、その他11例であった。患者本人が自宅退院を希望したのは82例だった、うち58例が自宅退院、24例がその他の転帰であった。自宅退院できた症例で、主治医目標が自宅退院だったのは31例で残りの27例は違う目標だった。自宅退院できなかった24例では主治医目標が自宅退院だったのは4例であった。自宅退院という転帰と主治医目標には有意な関係がみられた( $P<0.01$ 、Fisherの正確確率検定)。

【考察】

日毎に身体機能が変化していくBSCのがん患者の自宅退院という希望の達成と、リハ開始時の主治医の目標設定は関連していることが示唆された。BSCでの妥当な目標設定には、リハ開始時からの主治医、リハ医、セラピストそして患者が協働した目標設定が有用と考える。

本研究は、ヘルシンキ宣言に基づき対象者の保護には十分留意し実施している。

「最期まで自分らしく」を支える緩和的リハビリテーション ～歩行を強く望んだ末期 S 状結腸癌患者を担当して～

○上野 千沙<sup>1)</sup> 中井 圭子<sup>1)</sup> 新濱 伸江<sup>2)</sup>

1) 市立三次中央病院 リハビリテーション科

2) 市立三次中央病院 緩和ケアチーム

---

**【はじめに】**

骨転移では骨折や対麻痺を契機に、ADL・QOL の低下に繋がる。今回、骨転移部の不安定性により対麻痺リスクが高い中、最後まで「歩くこと」を希望された症例を担当した。リスクが高い患者に対し、どのように希望に添った緩和的リハビリテーションを行うか、症例を通し報告する。

**【症例紹介】**

S 状結腸癌の 50 代女性。化学療法継続も、第 2～5 腰椎骨転移と腫瘍の脊髄浸潤指摘され入院、理学療法(以下リハビリ)紹介。

自宅はアパート 3 階。(エレベーターなし)娘と 2 人暮らし。

**【経過】**

リハビリ介入時、下肢の大腿神経麻痺症状は左に著明で Barthel Index は 60 点。病棟では車椅子に自力で移乗し、トイレ動作は自立していた。

骨転移部は対麻痺に移行することは避けられず、短期間での進行もありえる状態であった。整形外科医の説明後も、本人は歩行を希望された。車いす生活を想定し引っ越し検討中であった家族に対しても、「引っ越すくらいなら病院でいい」と話され、自宅退院に向け歩行練習を開始した。

歩行時に大腿神経麻痺により左下肢は振り出し時のすり足による躓きが見られたため、右足底部に 1.5cm の足底板の装着と車輪付き固定式歩行器使用での歩行を実施。歩行器での屋内移動や段差昇降も手すり把持にて可能となり、3 階まで息子のおんぶで移動し、リハビリ開始 3 週間後に自宅に外泊実施できた。

**【まとめ】**

リスクが高いケースでは、患者や家族とコミュニケーションをとり、方針決定時にはリスクについて説明するほうがよいとの意見を参考に、正しい情報を伝えた上で歩行練習を行った。歩行補助具や骨転移部へのストレスを考慮した動作指導により、希望であった自宅への外出を叶えることが可能となった。

どのように時間を使いたいのかは人それぞれであるため、希望を聞き取り、正しい情報を提示する中で意思決定を促し、寄り添うことが緩和期においては重要である。

終末期リハビリと異なる心不全の緩和リハビリを識る

大石 醒悟

兵庫県立姫路循環器病センター 循環器内科・救急科 医長

心臓リハビリテーションは1970年代には「身体デコンディショニングを是正し社会復帰を迅速かつ安全に実現する短期的介入」と認識されていたが、多数のエビデンスが蓄積され、現在は「多面的効果(pleiotropic effects)により心疾患患者の予後とQOLの改善を目指す長期的介入」と認識され、心不全ガイドラインでもその実施は強く推奨されており、その内容は①患者の病態・重症度に関する医学的評価、②医学的評価に基づく運動処方と運動トレーニング、③冠危険因子の軽減と二次予防を目指す患者教育、④心理社会的因子および復職就労に関するカウンセリングの4つから構成されている。

一方で緩和ケアは、生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族のQOLを、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し的確に評価を行い対応することで、苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチと定義されている。

いずれの概念も多職種で多面的介入を行うことでQOLを改善することが目的となるアプローチであり、終末期に限定したものはない。特に心不全においては、長い経過を辿る患者のQOLを維持しつつ患者やその家族などを支えていく、支援者としての態度を医療者は求められており、身体活動に直結する理学療法の果たす役割は大きい。

本講演では、治療と並行して実践する心不全の緩和ケアの全体像と各論について、理学療法を提供するのみではない理学療法士に期待される役割を含めて述べさせて頂く。

是非、参加される皆さまと慢性の進行性疾患に対してのリハビリテーションについて共に考える機会とさせて頂きたい。

講師略歴

2005年 北海道大学医学部卒、同年神戸市立中央市民病院にて初期研修

2007年 国立循環器病センター心臓血管内科レジデント

2010年より現職

資格:循環器専門医、内科認定医、総合内科専門医、心臓リハビリテーション指導士、心血管インターベンション学会認定医、緩和医療学会認定医



