

維持期リハビリテーションにおける言語聴覚士の役割

——老健での看取りの経験から——

甘利 秋月*¹⁾ 辰巳 寛*²⁾ 長縄 敏毅*¹⁾ 長縄 伸幸*³⁾ 山本 正彦*²⁾

進行性疾患や終末期がん患者においては、病態の進行やがんの再発・転移などにより ADL に大きな制限が生じやすく著しい QOL の低下を招く。特に、摂食・嚥下機能障害やコミュニケーション障害が生じた場合は、言語聴覚士は重要なリハビリテーションの一翼を担う。

今回、我々は転移性脳腫瘍に伴うてんかん発作により ADL が階段状に増悪した運動性失語症の一例を経験した。継続的な支援サービスにおいて、刻一刻と変化する病態に冷静かつ機敏に対応し、適宜患者や家族のニーズの確認、リハビリテーション・プランの柔軟な変更、心理面への配慮、環境調整などを行うことで、患者のリハビリ意欲の再獲得や ADL の一部改善に奏功した。ADL が徐々に悪化する終末期ケアにおいて、言語聴覚士は専門的な機能訓練のみならず、患者や家族のニーズに対して絶えず最善の目標を設定し、多職種間の緊密な連携を図り、患者と家族が最高の QOL を得られるように努力することの重要性を再確認した。

キーワード：終末期リハビリ、言語聴覚士、進行性疾患、環境調整

I. はじめに

維持期リハビリテーションは、医療保険下での訪問リハビリや通所リハビリ、医療型療養病床を除き介護保険サービス下で行われており、その中でも介護老人保健施設（以下、老健）は入所やショートステイ・通所・訪問にてリハビリテーションを実施する維持期の中心的リハビリテーション施設として位置づけられる¹⁾。2013年の人口動態によれば、がんによる死亡者数は約30万人に達しており、1981年以降死亡順位の1位を占める²⁾。がん患者の死亡している場所別で見ると、在宅6.2%、ホスピスを含む病院が93.4%であり、在宅で終焉を迎えるがん患者は少ない³⁾。また、死亡者全体で見ると、老健での死亡者数は1990年に0.1%であったのに対し2009年は1.1%と、約20年間で10倍以上に増えている²⁾。当老健においても、年々看取りの利用者数は増加傾向であり、その内訳にここ数年でがん患者が含まれるようになってきた（表1）。

今回、直腸がんからの転移性脳腫瘍によりてんかんを伴いながら、日常生活動作（以下、ADL）が階段状に増悪し、看取りに至った症例を経験した。この経験を通じて、終末期での進行性疾患に対する言語聴覚士の役割（以下、ST）を考察した。

II. 症例

73歳、男性、高卒、車両整備士、右利き。

表1 当老健における看取り者数と内訳

病名	平成22年度	平成23年度	平成24年度
癌	0	1	3
慢性心・呼吸不全	10	13	14
加齢による廃用症候群	0	5	4
脳血管疾患	1	0	6
重度認知症	1	4	4
その他	0	0	2
合計	12名	23名	33名

*1) 特定医療法人フェニックス 鶴沼中央クリニック

*2) 愛知学院大学心身科学部健康科学科

*3) 特定医療法人フェニックス

(連絡先) 〒509-0135 岐阜県各務原市鶴沼羽場町3丁目33番地 E-mail: s.amari0729@gmail.com

入所時主訴:「文字がうまく読めない」、**入所時ニード:**「字を読めるようになりたい」。

既往歴: 特記すべき事項なし。

現病歴: X年4月直腸がん, 同年6月肺へ転移, QOL重視のケアを希望し積極的治療は実施せず。X+2年7月, 転移性脳腫瘍, てんかん発作が頻発。同年12月, てんかん発作後歩行困難となり近郊の総合病院へ入院。当法人内有床診療所を経て老健へ入所となった。

神経学的所見: 入所時傾眠傾向あり。右片麻痺を有し,

ブルンストロームステージは, 上肢・下肢・手指それぞれステージVで, 麻痺は軽度なレベルであった。顔面神経麻痺及び舌下神経麻痺を呈し, 軽度のディサースリアを認めた。ADLは, 機能的自立度評価(Functional Independence Measure:以下, FIM)で70/126点(運動:54/91点・認知:16/35点)で, 見守り下での歩行器歩行が可, 着替えやトイレ動作などは一部介助レベルであった(図1)。

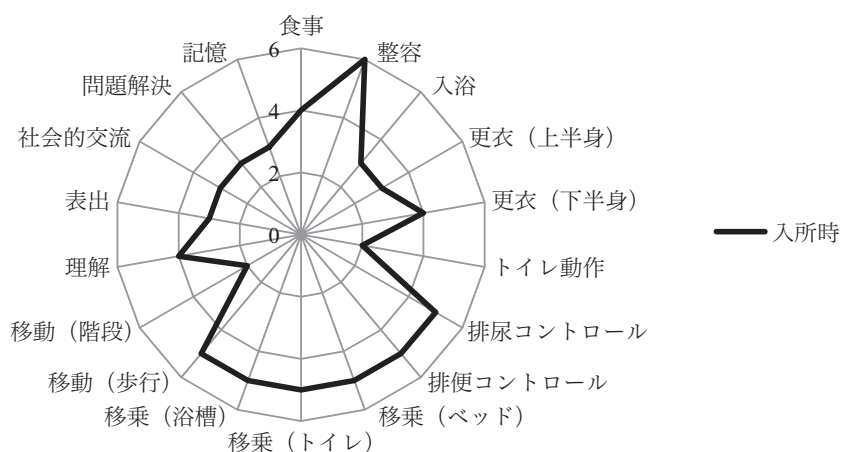


図1 老健入所時のFIM

精神医学的所見: 易疲労性が見られ, 介入当初は10分程度で疲労を訴えることが多かった。また, 情動面は不安定で「こんな食事が食えるか」「何度も同じことを言わすな」などと強い口調で自己主張されることがある反面, これまでの思い出を語ると涙ぐむこともあり「あと数年の命」というのが口癖であった。一般的に性格は温厚でリハビリに対しては協力的であった。

神経心理学的所見: 運動性失語症を認めた。注意機能は, 一つの課題への持続時間が10分程度と短かった。また, 右側の配膳の見落としや, 車いす自走時に右側にぶつかることが多く, 線分二等分線や線分末梢課題

では明らかな右半側空間無視が確認された。2次元図形や透視立方体の模写が困難であり, 構成障害も疑われた。

神経放射線学的所見: 老健入所直前のMRI造影T1強調画像を図2に示す。左前頭葉の中前頭回～下前頭回, 左頭頂葉の下頭頂小葉に2か所, 左後頭葉に2か所, 右側頭葉にそれぞれ病巣が認められた。

言語所見

老健入所時における標準失語症検査(以下, SLTA)の結果を図3に示す。

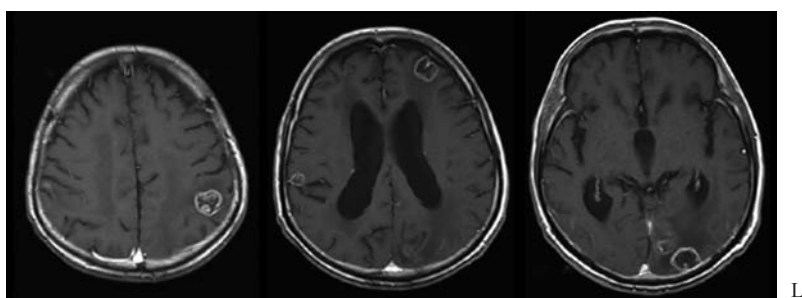


図2 老健入所直前のMRI造影T1強調画像

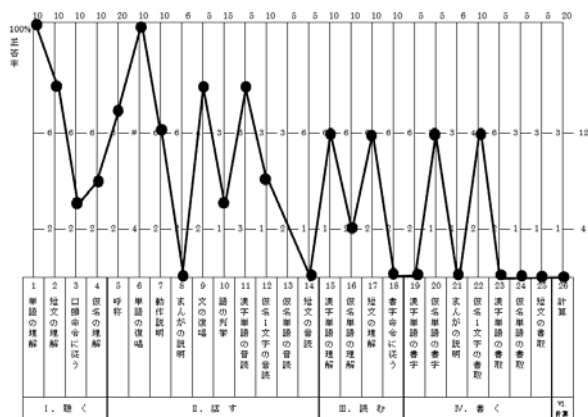


図3 老健入所時の SLTA

自発話は少なく、発話は無力性で速度はやや遅い印象であった。呼称課題では語性錯語（「こま」→「めがね」、「机」→「新聞」）や保続が見られた。また、一貫性のない構音の歪みや言語努力による発話の停滞が見られ、発語失行の合併が疑われた。自発話及び検査場面ともにプロソディは平板化し、非流暢性発話であった。

聴覚的理解は3文節程度可能であったが、文字理解は単語水準であった。特に仮名の理解が漢字よりも不良であった。

書字は、漢字にてわずかに類型態性錯書（「犬」→「太」）が見られたが、ほとんどの書記は形態の崩れが著しく新造文字であった。仮名は「トケイ」と「エンピツ」のみ書称可能であったが、保続が強く、それ以外の書字は困難であった。

計算は一桁レベルから実施が困難であった。

訓練・臨床経過

1. 入所～30日目

STのリハビリテーションは、1日1単位20分で週3回実施した。患者の「字を読めるようになりたい」というニーズを受け、リハビリの長期目標は「新聞の1面を読んで大まかに内容を理解できるようになる」、短期目標は「文字理解（単語～短文レベル）の改善」と「喚語能力の改善」とした。

リハビリ内容は、3つの課題を行った。

課題1は、2～3モーラの漢字に対応する絵カードを、3枚の中から選択するマッチング課題を行った。身近なもの（机、犬など）や同一カテゴリー（動物、日常物品など）といった難易度の低いものから開始し、徐々に難易度を調整していった。

課題2は、良好な復唱能力を先行刺激とし、単語～短文（2文節程度）の音読訓練を行った。

課題3は、2～3モーラ程度の日常的な物品や絵カードを用いて喚語訓練を行った。

ST訓練を開始し、徐々に言語努力の軽減、喚語能力の改善、注意の持続時間の延長など改善が見られた。

2. 入所から30日目～90日目

入所してから30日目、てんかん発作により意識レベルが低下した（JCS II-1～II-3）。覚醒時においても、リハビリテーションやアクティビティへの参加は難しく、スタッフの声掛けにも反応が薄くなり、発動性の低下を認めた。また、生活場面でアクティビティへの参加を促した際には、「何度も同じことを言うな」、「横にさせろ」など強く反発することが増え、以前と比して易怒性が増した。失語症は、理解力が低下し、語性錯語や保続が頻発することで、コミュニケーション機能は増悪し、他者とのコミュニケーションの機会は著しく減少した。さらに、右上肢の高度の振戦とそれに伴う動作制限が強まり、観念運動性失行や観念失行に起因すると思われるADL障害（歯磨きや髭剃りが困難になる）が顕在化した。

全般的に身体状況は悪化し、疎通性の低下も認められたため、当初のリハビリテーション・プランの継続が困難と判断した。そこで、患者本人にリハビリに対するニーズを再確認した上で、リハビリテーション内容の見直しや環境調整を図ることとした。その結果、患者本人の新しいニーズは、「自分でできることはしたい」、家族のニーズは、「できるだけ本人の思うようにさせてあげたい」となった。リハビリ目標は、長期目標を廃し、短期目標のみとし、まずは、「トイレや食事などに対する意思表示ができる」、「整容や食事摂取を自己にて行う」に再設定し直した。また、「傾聴した際に意思を伝えられる」や「髭剃りを見守り下で行える」など、その場の状況に応じて柔軟な修正を行った。リハビリテーションの具体的な内容は、「身辺的な物品などの呼称」、「アクティビティ（歌唱）における歌詞の文字理解」、「歯磨きや髭剃りなどの動作を一つ一つ区切った物品の操作訓練」、それらに加え、精神面に対するケアとして、「成功体験の回想法」や「自由会話における傾聴的対応」などを行った。

入院生活環境の再調整も重視した。易疲労性を考慮することで、午前中に臥床時間を設定し、離床時には可能な限り整容や食事などでADLの自立を促し、過剰な介護に陥らないようスタッフ間で情報を統一した。また、定期的に喫茶店やアクティビティなどへの

参加を促し、精神面や生活リズムの安定を図った。さらに、スタッフ達は積極的な傾聴を心掛け、楽しい話題や喜びの共有を図るとともに、家族との花見や行きつけの店への外出などを調整した。

てんかん発作後1か月間程は、依然として易怒性や発動性障害が強かったため、積極的なリハビリを実施することは困難であった。しかし、2か月後には笑顔や発話が次第に増え、他者との会話機会も増えた。同時期より、リハビリテーションに対する意欲に向上が見られた。

失語症は、語性錯語や保続の減少、聴覚的理解の改善が見られるようになった。理学療法では、一時休止していた歩行訓練が再開され、作業療法では、食事や整容など一部介助が必要であった活動で改善が見られるなど、ADL全般にわたり著明な改善が認められた。

患者本人からは、「最近は調子が良くて楽しい」、「次はあのお店に行きたいなあ」といった発話が増え、家族も「とても表情が良くなった」、「前向きな言葉が増えた」などといった印象が寄せられ、生活の質(QOL)の面において確実な好転が確認された。

3. 入所から90日～135日

再度、てんかん発作があり意識レベルが低下(JCS II-2～III-1)した。離床できる時間は、1日に2～3時間程度となり、臥床時間が延長しADLは著しく低下した。嚥下機能は、嚥下反射の惹起が遅延し、喉頭拳上の範囲の狭小や喀出力の低下を認めたため、とろみ剤の使用や食事形態や食事量の調整を行った。ADL面では全体の介助量は増え、移動・食事・排泄など全てにおいて全介助レベルとなった。FIMの変遷を図4に示す。

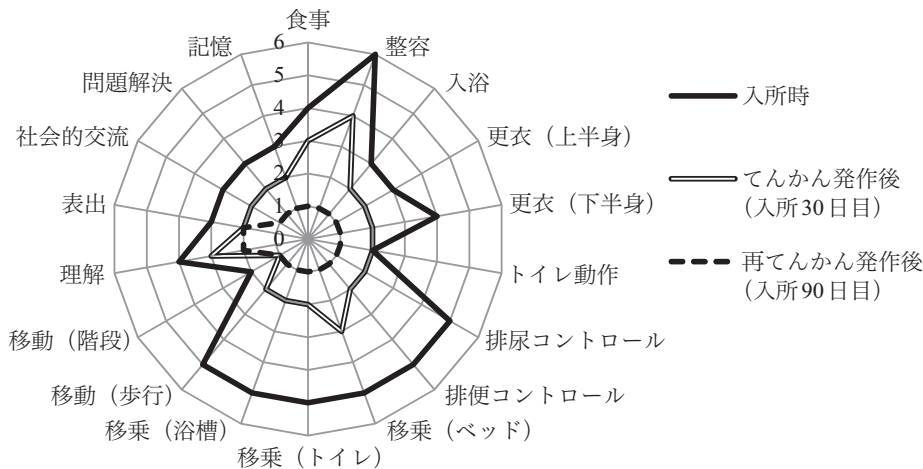


図4 FIMの変遷

入所から119日目、呼吸機能が低下し、継続した酸素吸引が必要となり全身状態は一段と悪化した。医師より家族へインフォームド・コンセントを行い、看取りケアへと移行した。

覚醒度が良く、座位保持が可能である際は、端座位や離床を促して、「自分でできること」をサポートした。食事摂取や、歯磨き・髭剃りの際には、少しでも動かそうとする右手を介助し、「自分の意志で行動している」という意識を保持できるように配慮した。発話は困難であったため、全てのスタッフが首肯反応にて患者の意思が確認できるようにコミュニケーション方法を統一した。

この時期になると苦痛の表情が多かったが、好きな歌唱を聴いたり、家族と会話している際には笑顔が見

られた。

入所から135日目、スタッフと家族に見守られながら永眠された。

III. 考察

維持期におけるリハビリテーションの役割は年々変化している。老人保健施設(老健)は「利用者の自立を支援し家庭復帰を目指すこと」を目的とし、病院と在宅の中間施設として位置付けられる。また、老健は「生活の場」として、より動作能力を発揮できる環境を作ることで機能向上を目指す施設であり、維持期リハビリテーションの中核的役割を担う。2012年の医療・介護報酬の同時改定においては、2025年を目途として

医療の機能分化、医療と介護の連携強化、地域包括ケアの推進が大きな目標として掲げられる。同時に、強化型老健の新設など維持期リハビリテーションへの期待とその役割はより一層注目されるようになってきている。維持期リハビリテーションを受ける患者は、脳梗塞や心疾患などの疾患のみならず、加齢に伴う体力の低下や廃用症候群など多種多様であり、看取りへの対応も望まれる。その一方で、老健などの維持期に従事するリハビリ職や看護・介護職の数は全く不足している。特に、言語聴覚士（ST）はコミュニケーション障害や摂食・嚥下障害などの専門領域以外に、他のリハビリ職や看護・介護職の知識・技術といった幅広い知識と経験が求められる。そうした期待に十分に対応できる ST はまだまだ過少であり、人材育成が急務となっている。

辻⁴⁾は、緩和ケアにおけるリハの目的は「余命の長さに関わらず、患者とその家族のニーズを十分に把握し、患者がその時期における最高の QOL を得られるよう努力を傾注すること」と述べている。そのため、適宜なニーズの確認と目標設定、リハビリテーション内容の柔軟な変更、環境調整、心理面への配慮、多職種協同及び情報の共有などが、維持期リハビリテーションにとって非常に重要である。

1. 適宜なニーズの確認と目標設定、リハビリテーション内容の柔軟な変更

進行性疾患においては、日々患者の症状は変化しているため、固定した中期～短期目標の設定は現実的ではない。辻⁴⁾は、がん患者に対しては数日程度を見越した短期的なゴール設定を行い、問題があればその場で解決していくことを積み重ねるのが現実的であると指摘している。また、片桐⁵⁾はがん自体の治癒がそれほど期待できない骨転移の患者に対して、継続的に悪化する患者の状態に応じてリハビリテーションの目標を変えていく必要があると述べている。本症例においては、てんかん発作により階段状に ADL が低下した。そのため逐次ニーズを聴取し直し、当初1か月という期間の短期目標設定から、状態に応じて期間を短縮し、入所30日目のてんかん発作移行後は2~3日程度の期間に修正した。そのため、その時期における患者のニーズに沿える目標設定となり得ることができたのではないかと考える。ST のリハビリテーション内容においても、機能障害に対する機能訓練のみではなく、傾聴の態度や成功体験の回想など心理的ケアを重視した。こうした患者本人の気持ちを肯定的受け入れる対応を徹底することで、リハビリ全般に対する意欲

が向上したのではないかと考える。

2. 環境調整

2回のおてんかん発作により、本例の ADL は階段状に増悪した。そのため、疲労を考慮した臥床時間を設定するとともに、「自分でできることはしたい」とのニーズを尊重し、過介護にならないよう日常生活での ADL の自立を促し、生活面にメリハリをつけるよう心掛けた。これらは、症例のニーズに基づき多職種のスタッフが一体となって環境調整を徹底したものであり、その後の心理的な安定や意欲の向上に繋がる大きな要因となった。

濱田⁶⁾は、終末期のがん患者が最期まで生きる希望を抱くためには、患者の希望の本質を理解し、希望を芽生えさせるような環境を整え、患者の希望を育むような働きかけが重要であると述べている。ADL が低下し、介助量が増加しているからといって、全て代償的なケアに移行するのではなく、自分でできることは可能な限りできるように支援することが、その人らしさを尊重し生きる希望に繋がるのではないかと考える。

3. 心理面への配慮

がんや進行性疾患などの患者は、障害受容の過程において複雑な心理状態となる。岡村⁷⁾は、がん患者には落胆、孤立感、疎外感、絶望などの心理的反応だけでなく、専門的な対応が必要となる場合があるため、リハビリテーション従事者は常に患者の心理状態に留意しておく重要性を指摘している。田村⁸⁾は、終末期の精神的ケアとして、積極的傾聴と同時に共感的・受容的態度を示すことの大切さを述べている。

本症例では、入所当初から、感情的に不安定で、涙ぐみながら「あと数年の命」と言葉を詰まらせる一方で、周囲のスタッフや家族に対して感情を露わに示すなど、ケアに難渋する場面が少なくなかった。そのため、スタッフによる積極的な傾聴や、楽しい話題や喜びの共有を重視しながら丁寧に対応するよう心掛けた。そうしたスタッフの根気強い対応により、患者の気持ちは徐々に落ち着き、障害の受容を扶助することができたのではないかと推察する。

家族への支援も重視した。患者の状態変化を適宜かつ具体的に説明して、現状の理解を促した。また、外出機会を配慮し家族との外出を支援し、実践的コミュニケーションの指導を行った。こうした心理社会的アプローチの一つの理論として、McDaniel, S.H ら⁹⁾のメディカルファミリーセラピー（Medical Family Therapy：以下 MFT）が提唱されている。これは、健

康問題を抱える患者と家族に対して、生物・心理・社会的アプローチを行う家族療法の技法の一種である。MFTでは、病人や障害者を抱えた家族を援助することで、病人や障害者と家族が、共により幸福になることを目指すものであり、渡辺ら^{10) 11)}や栗原ら^{12) 13)}がリハビリテーションの立場からの有効性を報告している。本例の場合、家族療法を専門とする療法士は介在しておらず、厳密にはMFTとは言い難いが、家族とスタッフとが一体となって、「笑顔や笑い声を増やす」ことを共通のテーマに、患者の意欲向上を図り、「いかに生きる活力を回復させるか」を追求しえた点で、MFTの理念と通底する部分もあるのではないかと考える。

4. 多職種協働と情報の共有

終末期を含む維持期リハビリテーションにおいては、限られた人員体制の中で、継続的に連携してリハビリやケアを行える環境をいかに作っていくか、ということが重要な課題であり、その中心となるのは“多職種協働”である。

原¹⁴⁾は、終末期の医療とケアには多職種が関わり、それらのスタッフと本人や家族との間の日頃から十分な意思疎通と信頼関係が必要であるとともに、患者や利用者に関わっている多職種のチームの中のスタッフ間にも同様の意思疎通と信頼関係がないと、良い医療やケアが実践できないと述べている。そのため、日頃より自らの職種のみにとらわれず、他の職種と積極的に情報を共有し、意思の疎通を図ることは必要不可欠であり、終末期ケアでは一層の配慮と環境調整が望まれる。月に数回の定期カンファレンスや毎日のミーティングなどの定期的な話し合いのみならず、状態の変化に応じて適宜な多職種間の情報の共有や、本人や家族の想いの聴取、環境調整、ケアのやり方やリハビリテーションの方向性の検討など細部に渡って調整を行い、患者のQOL向上を目指すことが必要であると考える。

IV. 結 語

日本の超高齢社会への推移、医療・介護の法整備によるリハビリテーションの役割の変化、施設での看取り者の増加など日本を取り巻く環境は時々刻々と変化している。2007年3月、全国老人保健施設協会が「老人保健施設における看取り視診作成の手引き」を作成し、2009年4月の介護報酬改定で老健にターミナル

加算が新設されたことなどから、老健における看取りの役割は一層強固となっている^{15) 16)}。こうした背景も相俟って、Quality End-of-life Careの観念は、今後ますます重要なテーマとなるであろう。Peterら¹⁷⁾は、Quality End-of-life Careについて患者の視点に立脚したケアが重要であると指摘している。またJoan¹⁸⁾らは、尊厳に基づく看取りによって関わった家族も好意的な経験をすると強調している。

維持期リハビリテーションに従事するSTは、コミュニケーション障害や摂食嚥下障害といった専門領域のみならず、多様な役割や責任に基づき、患者や家族のニーズに対して絶えず最善の目標を設定し、多職種間の緊密な連携を図り、患者と家族がその時期における最高のQOLを得られるよう努力を傾注することが肝要であると考えられる。

謝 辞

本研究への協力にご同意を頂きました患者さまとご家族に深く感謝いたします。

文 献

- 1) 浜村明德. (2012): 脳卒中維持期のリハビリテーションの現状と課題, 総合リハビリテーション, 40(12), 1483-1490.
- 2) 厚生省の指標 (2013): 国民衛生の動向, 厚生統計協会,
- 3) 佐藤智 (2006): 在宅でこそその人らしく死を迎えられる—医師としての看取りの経験から—, 老年医学, 44(1), 39-44
- 4) 辻哲也. (2012): 進行がん・末期がん患者への対応を中心に, MEDICAL REHABOROTATION, 140, 1-9.
- 5) 片桐浩久. (2012): 転移性骨腫瘍のリハビリテーション, MEDICAL REHABOROTATION, 140, 19-27.
- 6) 濱田由香, 佐藤禮子. (2002): 終末期のがん患者の希望に関する研究, 日本がん看護学会誌, 16(2), 15-25.
- 7) 岡村仁. (2012): 心のケアとリハビリテーション, MEDICAL REHABOROTATION, 140, 37-41.
- 8) 田村恵子. (2000): 終末期患者へのスピリチュアルケア—看護の視点から—, ターミナルケア, 10(2), 103-107.
- 9) McDaniel, S. H., Hepworth, J., Doherty, W.J. (1992): Medical Family Therapy: A biosychosocial approach to families with health problems. Basic Books, New York.
- 10) 栗原由香, 渡辺俊之 (2009): 小脳出血の姉, 介護に追い詰められた家族へのメディカルファミリーセラピーの適用, 家族療法研究, 26(2), 146-155
- 11) 栗原由香, 渡辺俊之 (2009): リハビリテーション医療におけるリエゾン・カンファレンスとメディカルファミリーセラピーの導入, MB Med Reha, 106, 70-76
- 12) 渡辺俊之 (2005): 介護者と家族の心のケア, 介護家族カ

維持期リハにおける言語聴覚士の役割

- ウンセリングの理論と実践, 金剛出版
- 13) 渡辺俊之 (2004) : メディカルファミリーセラピーの誕生と現在, 家族療法研究, 21, 52-57
 - 14) 原健二. (2011) : 高齢者の終末期への多職種でのかかわり, 日老医誌, 48, 257-259.
 - 15) 神谷保男. (2013) : 老健施設に求められているもの, 老健, 2, 44-45
 - 16) 平松万由子ら. (2011) : 介護老人保健施設における終末期ケアに関する実態調査, 三重看護学誌, 13, 147-153
 - 17) Peter A.Singer ら. (1999) : Quality End-of-life Care Parients' Perspectives, JAMA, 281 (2), 163-168.
 - 18) Joan M ら. (2004) : Family Perspectives on End-of-life Care at the Last Place of Care, JAMA, 291 (1), 88-93.

(最終版平成 25 年 12 月 16 日受理)

The Role of the Speech-language-hearing Therapist in a Maintenance Phase of Rehabilitation — Experiences of Terminal in Geriatric Health Services Facility —

Shuugetsu AMARI, Hiroshi TATSUMI, Masahiko YAMAMOTO, Toshitaka NAGANAWA, Nobuyuki NAGANAWA

Abstract

In a progressive disorder or an end term cancer patient, restriction will arise in ADL with the aggravation of the condition, a recurrence, metastasis of cancer, etc., and it will cause the remarkable fall in QOL. Thus, a speech-language-hearing therapist takes an important role in a communication disorder or dysphasia.

We experienced an example of motor aphasia in which ADL got worse with epilepsy attack by the metastatic brain tumor step-like this time. There was success after reestablishing rehabilitation and partial improvement of the ADL by coping coolly and quickly with changes in a patient's condition, having confirmed the need of a patient and the family appropriately, performing case of a flexible change, and psychological rehabilitation, the environmental adjusts. In the terminal illness when the ability to perform ADL gets worse. It is important for a speech-language-hearing therapist to concentrate efforts so that a patient and family can achieve the best QOL in the time. By confirmation and goal setting, cooperating with other staff, not only professional training is important.

Keywords: terminal rehabilitation, speech-language-hearing therapist, progressive disease, environmental manipulation