

平成 28 年度 職能関連調査事業
(緩和ケアにおける理学療法業務モデル構築事業・普及促進事業)

訪問での呼吸器・循環器・がん疾患の理学療法に関する実態調査
報告書

平成 29 年 3 月
公益社団法人 日本理学療法士協会

報告書 目次

第1章 本事業の概要	1
第1節 背景と目的	1
第2節 調査方法	1
1. 対象	1
2. 調査票の配布および回収方法	1
3. 調査期間	1
4. 調査項目	1
5. 倫理的配慮	1
6. 報告書で使用する用語について	2
第2章 結果	3
第1節 回収状況	3
第2節 調査結果	4
1. 施設基本情報	4
2. 訪問理学療法利用者像	6
3. 呼吸器・循環器、がん疾患について訪問理学療法での問題点について	12
4. 終末期の理学療法の必要性および問題点について	13
5. 在宅医療における理学療法の役割について（自由記載内容）	15
第3章 考察	17
第1節 考察	17
第2節 まとめ	19
第4章 資料	20
1. 理学療法の役割についての自由意見	20
2. 調査票	42

第1章 本事業の概要

第1節 背景と目的

現在、日本人の死亡原因の1位ががんであり、がんのリハビリテーションは全病期にわたり必要とされている。さらに近年の高齢化に伴い、がんの緩和ケアだけでなく呼吸器・循環器疾患の緩和ケアの必要性が重要視されてきている。本邦においては、2013年日本呼吸器学会において「COPD 診断と治療のためのガイドライン第4版」にて終末期の緩和ケアについて詳細に記載され、2016年10月には日本心不全学会から高齢心不全患者の治療に関するステートメントがだされた。また、厚生労働省健康局がん・疾病対策課の「がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会」での議論の整理（2016年12月）では循環器等疾患の患者においても緩和ケアが必要とされているが、がん以外の疾患に対する緩和ケアの臨床現場における実態が十分把握されていないとの意見がだされ、今後、がん以外の疾患に対する緩和ケアの実態把握など普及啓発にむけた取組を行うべきであると示された。また、厚生労働省の「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」において、終末期医療及びケアの方針決定は、多専門職種の医療従事者から構成される医療・ケアチームとして行うことが示された。

本事業では、今後、緩和ケアに関するチーム医療の必要性が増すと考えられる、呼吸器・循環器・がん疾患の終末期の訪問理学療法の実態を調査することを目的とした。

第2節 調査方法

1. 対象

会員情報データベースより抽出した訪問リハビリテーション提供施設の訪問リハビリテーション事業所、訪問看護ステーション、訪問リハビリステーション1809件とした。

2. 調査票の配布および回収方法

調査方法は、郵送配布・web回収とした。（調査票は巻末に添付）

3. 調査期間

平成29年1月23日～2月20日とした。

4. 調査項目

施設基本情報、訪問理学療法利用者像、呼吸器・循環器・がん疾患の重症度別人数、訪問理学療法の処方目的・処方内容・理学療法内容、訪問での問題点、呼吸器・循環器・がん疾患に対する終末期の理学療法の必要性、終末期の在宅医療における理学療法士の役割について調査した。

5. 倫理的配慮

すべての調査対象者に対し、本調査の研究の趣旨・目的、およびデータの活用方法を書面により説明した。また、回答は無記名とし、調査への拒否、一部の質問項目への回答拒否があっても何ら不利益が生じないことを書面により説明した。本調査に対する同意は調査の回答をもってみなすこととした。

6. 報告書で使用する用語について

終末期の定義：公的に定義されていないため、この調査における終末期とは死を予測した対応を考える必要にある時期とした。

重症度についてはそれぞれ以下の分類に準じた（表 1.2.3）。

表 1. 修正 MRC : the Modified British Medical Research Council Scale

Grade0	激しい運動をした時だけ息切れを感じる。
Grade1	平坦な道を早足で歩く、あるいは緩やかな上り坂を歩くときに息切れがある。
Grade2	息切れがあるので、同年代の人よりも平坦な道を歩くのが遅い、あるいは平坦な道を自分のペースで歩いているとき、息切れのために立ち止まることがある。
Grade3	平坦な道を約 100m、あるいは数分歩くと息切れのために立ち止まる。
Grade4	息切れがひどく家から出られない、あるいは衣服の着替えをする時にも息切れがある。

表 2. NYHA : :New York Heart Association 心機能分類

NYHA I	心疾患があるが、身体活動には特に制約がなく日常労作により、特に不当な呼吸困難、狭心痛、疲労、動悸などの愁訴が生じないもの。
NYHA II	心疾患があり、身体活動が軽度に制約されるもの；安静時または軽労作時には障害がないが、日常労作のうち、比較的強い労作（例えば、階段上昇、坂道歩行など）によって、上記の愁訴が発言するもの。
NYHA III	心疾患があり、身体活動が著しく制約されるもの；安静時には愁訴はないが、比較的軽い日常労作でも、上記の主訴が出現するもの。
NYHA IV	心疾患があり、いかなる程度の身体労作の際にも上記愁訴が出現し、また、心不全症状、または、狭心症症候群が安静時においてもみられ、労作によりそれらが増強するもの。

表 3. PS : Performance Status

PS 0	まったく問題なく活動できる。発症前と同じ日常生活が制限なく行える。
PS 1	肉体的に激しい活動は制限されるが、歩行可能で、軽作業や座っての作業は行うことができる。例：軽い家事、事務作業
PS 2	歩行可能で、自分の身のまわりのことはすべて可能だが、作業はできない。日中の 50%以上はベッド外で過ごす。
PS 3	限られた自分の身のまわりのことしかできない。日中の 50%以上をベッドか椅子で過ごす。
PS 4	まったく動けない。自分の身のまわりのことはまったくできない。完全にベッドか椅子で過ごす。

第2章 結果

第1節 回収状況

1. 回収状況

郵便不達 18 件、現在訪問リハビリテーション行っていない施設 3 施設の計 21 件を除き、1788 件中 622 施設より回答が得られ、回収率は 34.8%であった。

2. 回答者属性

理学療法士が 99%であった（図 1）。理学療法士経験年数は 5～10 年未満、10～15 年未満がそれぞれ 30%であった（図 2）。

訪問経験年数は 5 年未満が 39%、

5～10 年未満が 34%であった（図 3）。

また、役職なしが 43%であった（図 4）。

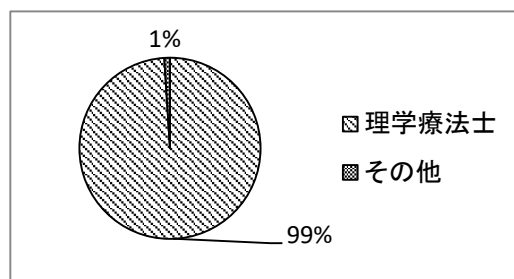


図 1. 回答者職種

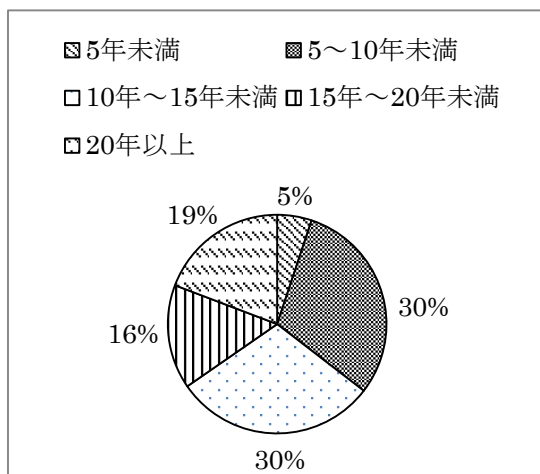


図 2. 回答者経験年数

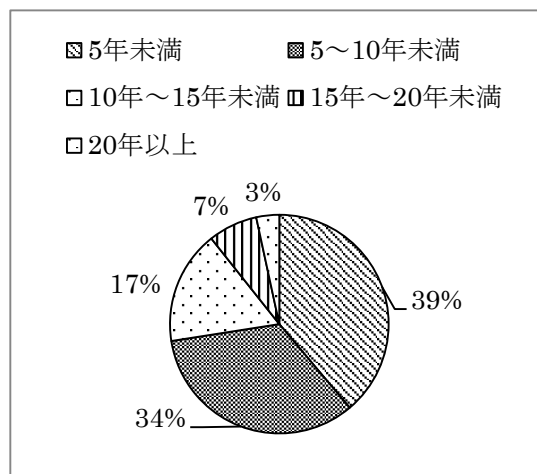


図 3. 回答者訪問経験年数

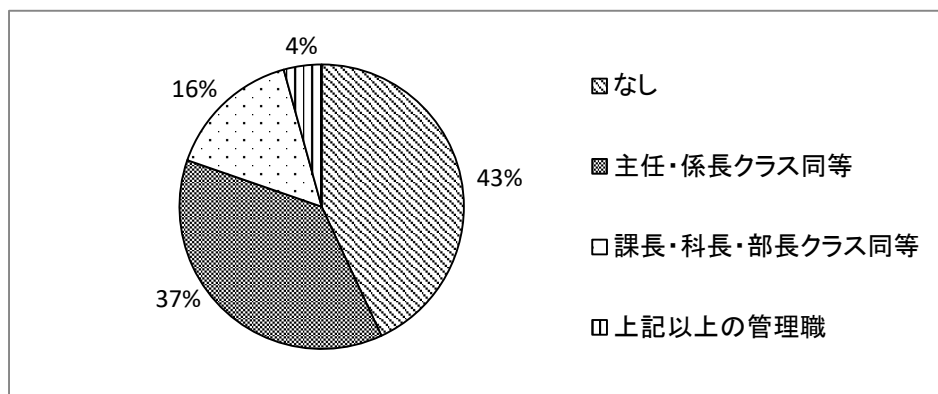


図 4. 回答者役職

第2節 調査結果

1. 施設基本情報

○設置母体

病院 43%、介護老人保健施設 14%、有床診療所 8%、無床診療所 19%であった（図5）。

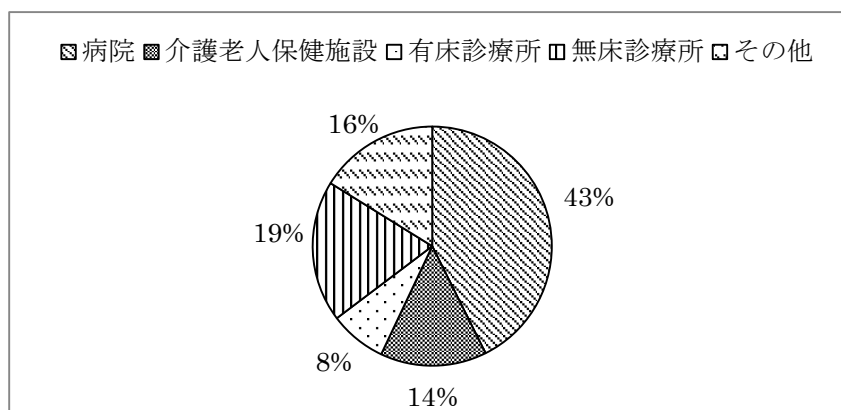


図5. 設置母体の比率 (n=612)

○病院、有床診療所、無床診療所における設置母体の標榜診療科の内訳 (n=418) (重複回答)

内科 (86.6%)、リハビリテーション科 (78.0%)、整形外科 (68.4%)、外科 (40.0%)、循環器科 (36.8%)、消化器科 (31.1%)、神経内科 (29.2%)、皮膚科 (26.6%)、放射線科 (26.1%)、呼吸器科 (24.6%)、脳神経外科 (24.4%) であった。

○介護老人保健施設での入所者数 (n=87)

平均 98.9 人であった。

○介護老人保健施設での通所定員数 (n=86)

平均 49.3 人であった。

○緩和ケア研修会への参加状況

緩和ケアについての研修会や勉強会の参加している事業所は 43%であった（図6）。

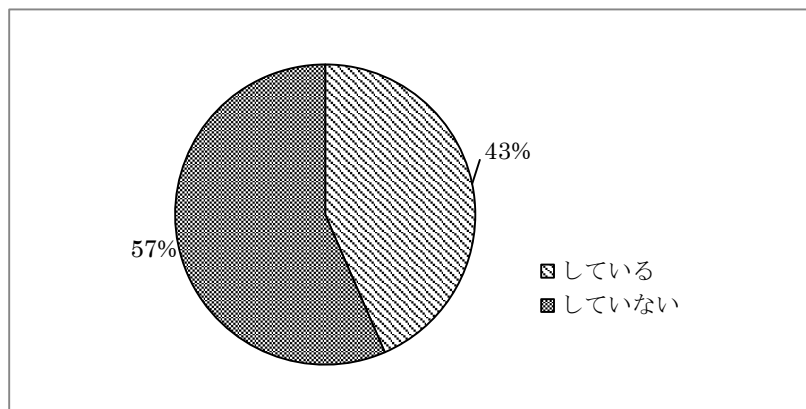


図6. 緩和ケア研修会への参加状況 (n=591)

参加回数は、平均 2.0 回/年（事業所あたり）、年 1 回が 48%、2 回が 21%、3 回が 12% であった。10 回以上参加の事業所は 5% であった（図 7）。

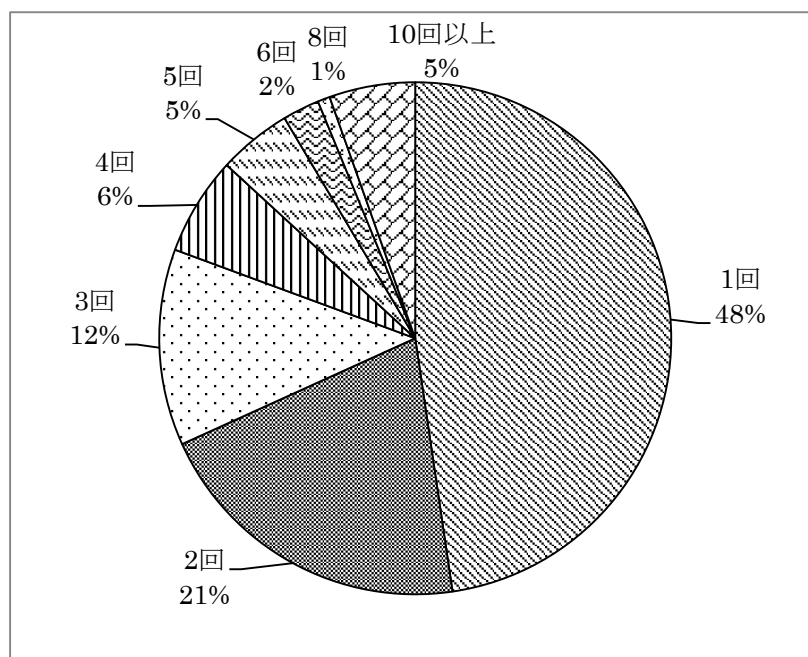


図 7. 研修会への参加状況（n=258）

2. 訪問理学療法利用者像

○介護度別人数の分布

介護度別に大きな差はなく、要介護 2 が 22%、要介護 3 が 16%、要介護 4 が 14%、要介護 5 が 13%であった（図 8）。

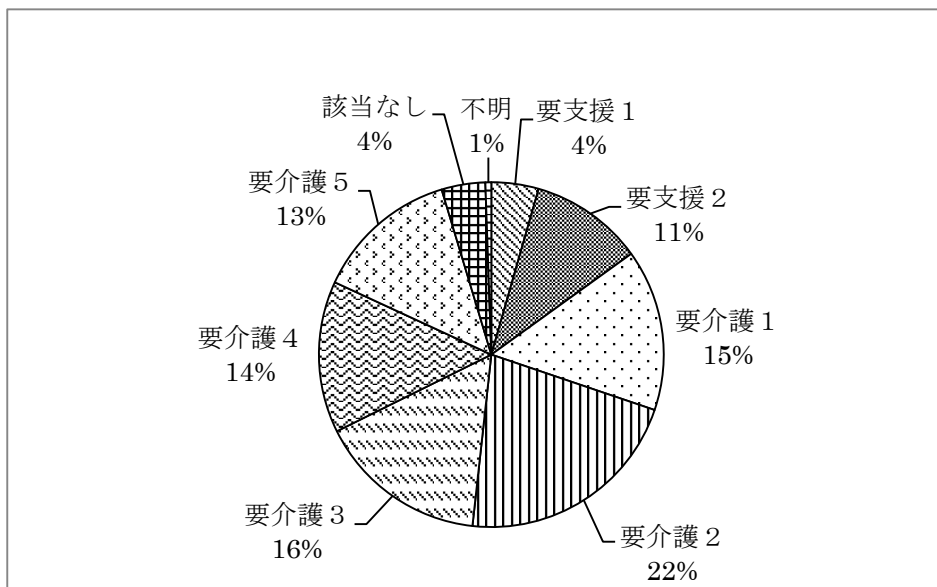


図 8. 介護度別割合 (n=22883)

○主たる病名とその合併について

脳血管疾患が 38.8%、運動器疾患が 32.2%、呼吸器疾患が 3.5%、循環器疾患が 5.4%、がんが 3.1%、その他が 16.9%であった（図 9）。

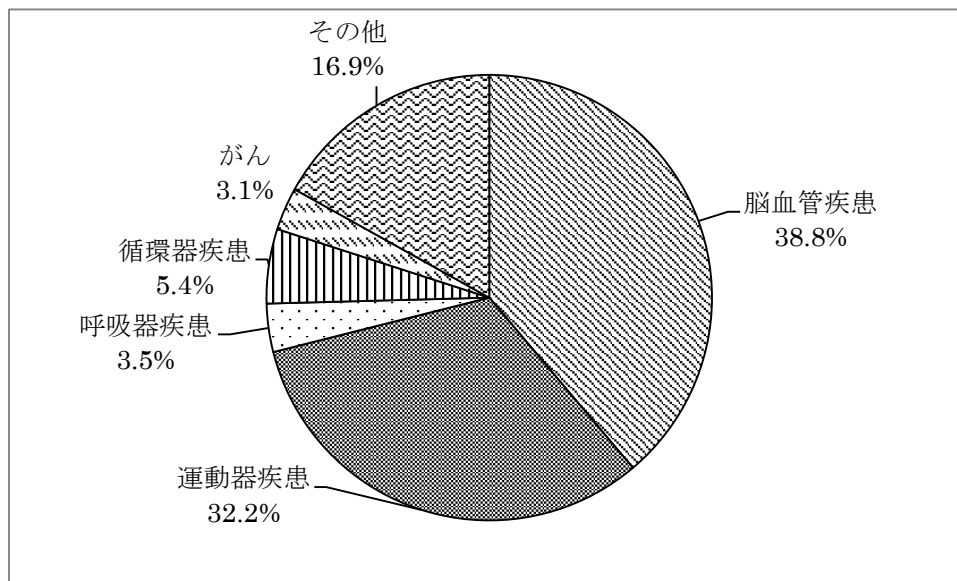


図 9 主たる病名の割合 (n=20707)

○主たる病名別での合併症の割合

主たる病名ごとの合併症の割合は、脳血管では運動器が 36.5%、次いで循環器が 23.2%、呼吸器 7.8%の順であった。運動器では循環器が 31.8%、脳血管 23.0%、呼吸器 8.6%であった。呼吸器では、運動器が 33.8%、循環器が 27.6%、脳血管が 15.3%であった。循環器では、運動器が 37.6%、脳血管が 28.2%、呼吸器が 9.9%であった。がんでは、運動器が 32.2%、循環器が 17.8%、脳血管・呼吸器がそれぞれ 15.3%であった（表 4）。

合併症の割合でみると、運動器は 32～37%、次いで循環器が 17～31%、脳血管が 15～28%であった。

表 4. 主たる病名での合併症の割合（n=20707）（単位：%）

	主たる病名	脳血管	運動器	呼吸器	循環器	がん	その他
脳血管	38.8		36.5	7.8	23.2	4.1	23.3
運動器	32.2	23.0		8.6	31.8	5.4	31.2
呼吸器	3.5	15.3	33.8		27.6	5.9	17.4
循環器	5.4	28.2	37.6	9.9		3.4	20.9
がん	3.1	15.3	32.2	15.3	17.8		19.3
その他	16.9	13.3	42.6	15.3	23.1	5.7	

○各重症度別割合

【呼吸器：修正 MRC スケール】

最重症度の Grade4 が 23%であった。次いで Grade3 が 23%、Grade2 が 17%であった（図 10）。

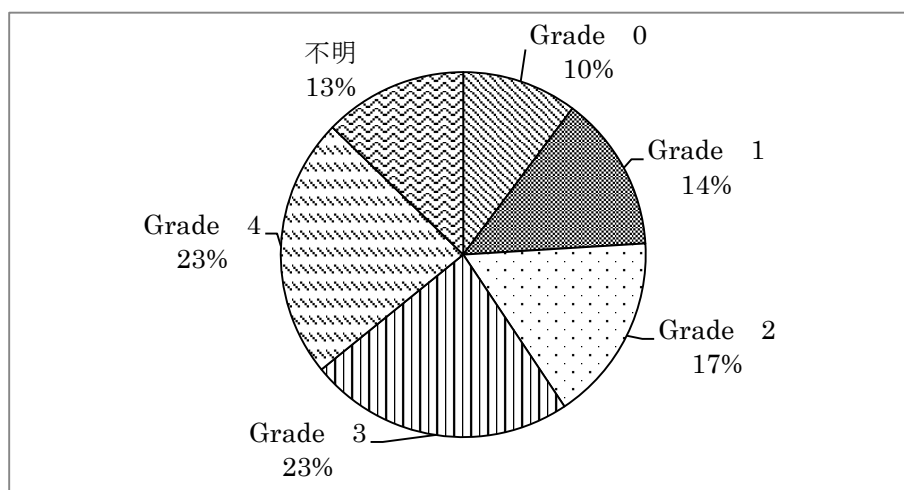


図 10. 修正 MRC スケールごとの割合(n=1390)

【循環器： NYHA 分類】

最重症度の NYHAⅣは 3%であった。循環器疾患では NYHAⅠが 53%、Ⅱが 26%と多く、最重症度の NYHAⅣの割合は少なかった（図 11）。

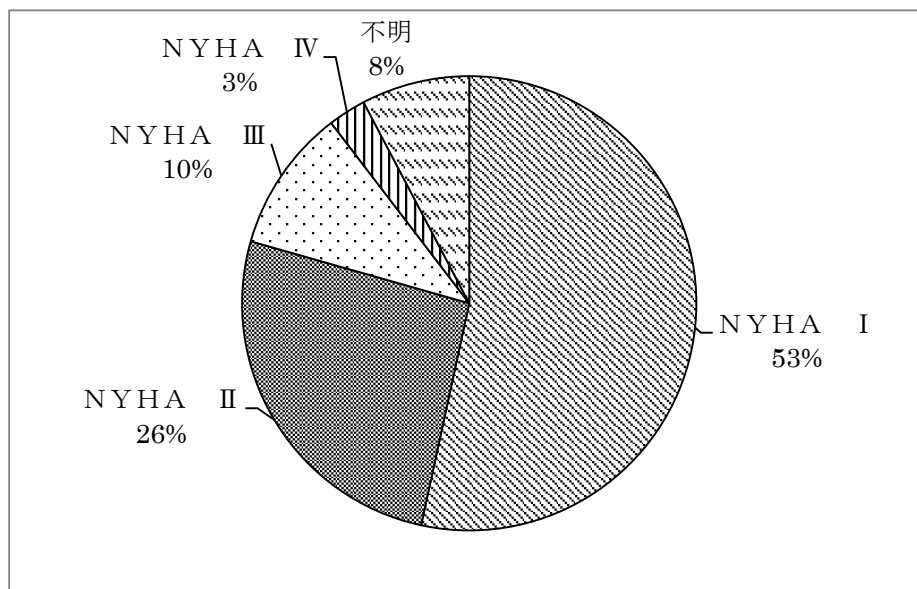


図 11. NYHA 分類ごとの割合(n=2795)

【がん：PS】

最重症度の PS4 は 11%であった。PS2 が 24%、PS3 が 21%であった（図 12）。

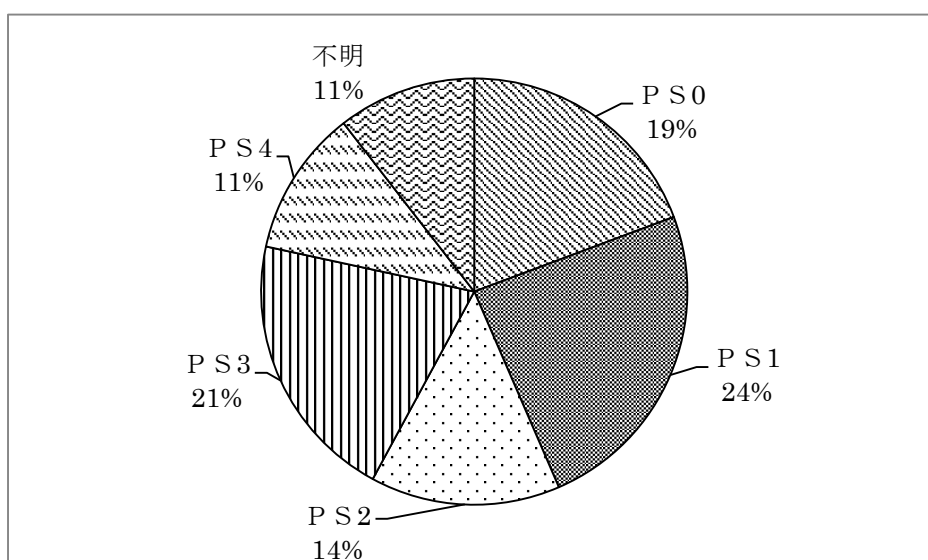


図 12. がんにおける PS ごとの割合(n=967)

○訪問理学療法の終了と看取りの割合について

半年間の訪問理学療法終了利用者（n=4846）のうち、16.6%が看取りまでかかわっていた。

○看取りまでかかわった利用者の主たる疾患の内訳

脳血管が 24%、運動器が 17%、呼吸器が 11%、循環器が 11%、がんが 24%であった。

全体の利用者は呼吸器・循環器・がんの合計で 12%であったが、看取りまでかかわった利用者の主たる疾患の内訳は、呼吸器、循環器、がんの合計では 57%であった（図 13）。

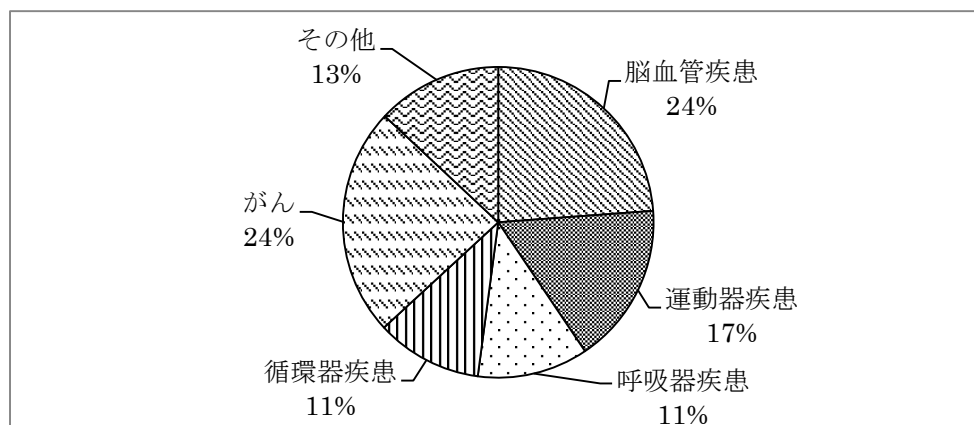


図 13. 看取りまでかかわった利用者の主たる疾患の内訳（n=806）

○事業所における緩和ケアに関する勉強会・研修会への参加の有無と看取りまでかかわった利用者の割合について

研修会参加では 14～19%、不参加では 14～17%の看取りまでの関わりであった（図 14）。

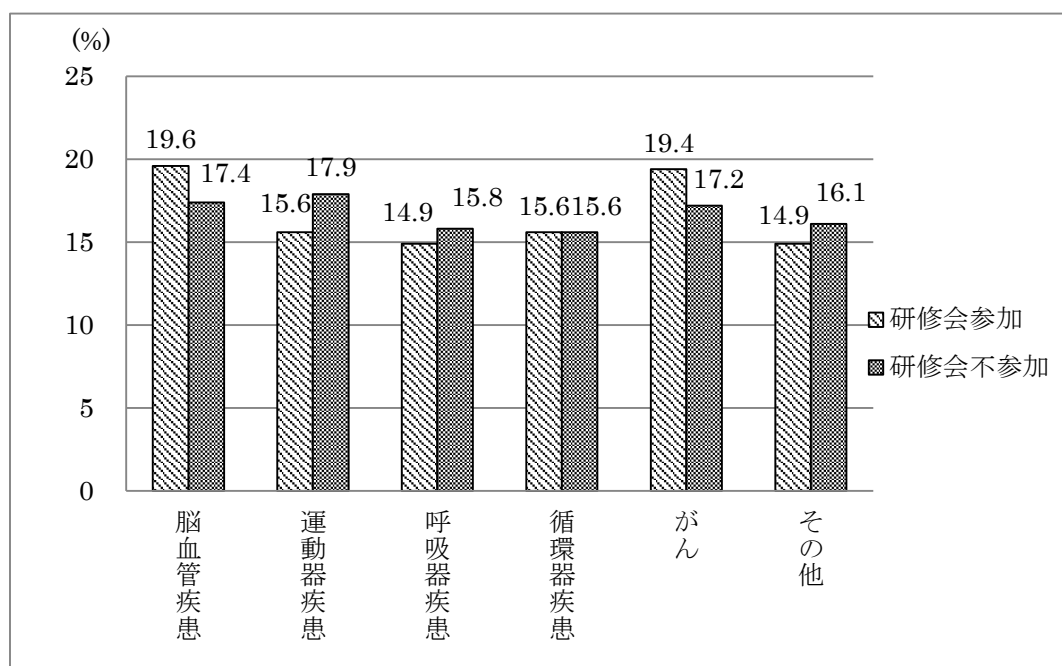


図 14. 研修会参加の有無による看取りまでの利用者の割合

○理学療法の処方目的・目標

ADL 維持・改善目的が全疾患において多かったが、脳血管では、次いで QOL 改善、活動範囲維持・拡大、家族指導、呼吸困難の軽減、運動器においては、次いで活動範囲の維持・拡大、QOL 維持・拡大、家族指導、呼吸困難の軽減、呼吸器においては次いで呼吸困難の軽減、QOL の改善、活動範囲の維持・拡大、家族指導、循環器においては次いで QOL 維持・改善、活動範囲維持・拡大、家族指導、呼吸困難の軽減、がんでは QOL 維持・改善、家族指導、活動範囲維持・拡大、呼吸困難の軽減であった。

その他の内容としては、定期評価、関節可動域の維持、嚥下機能の改善、会話の維持、環境整備・福祉用具提案、苦痛緩和、リラクゼーションなどの回答であった（図 15）。

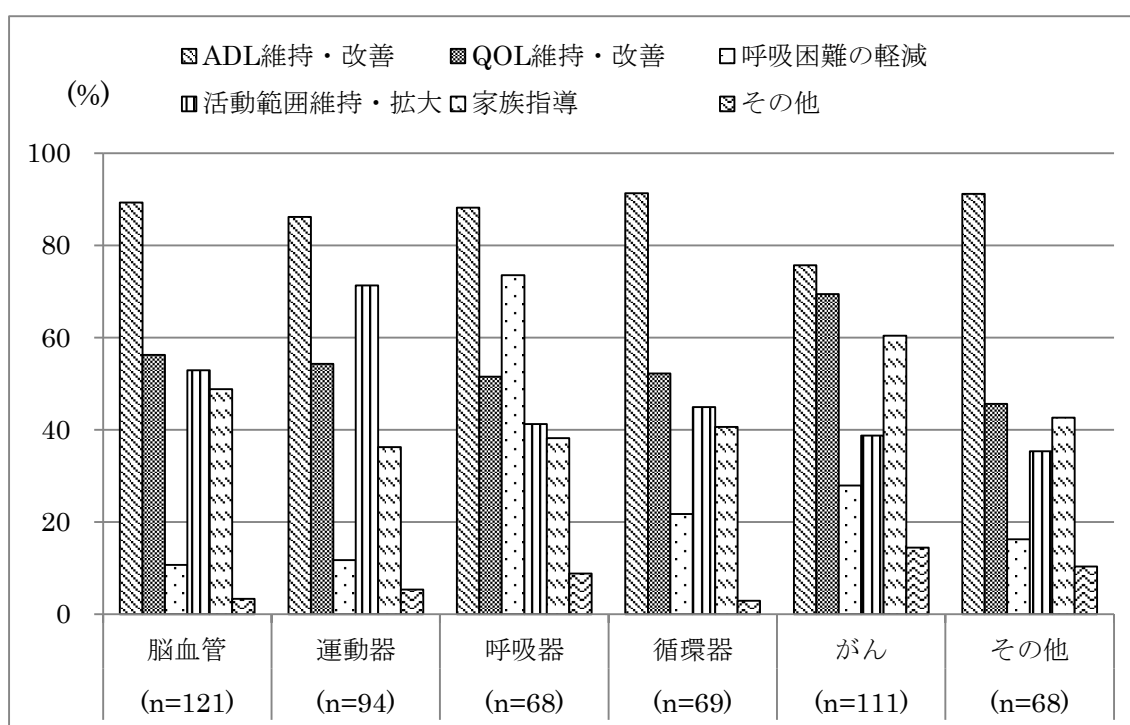


図 15. 理学療法の処方目的・目標（疾患別）

○理学療法の処方内容・実施内容

関節可動域維持・改善、筋力増強練習、基本動作練習がいずれの疾患においても、60～90%の割合で高かった。次いで、住環境整備、福祉用具の選定などがいずれの疾患においても48～53%と高かった。次に、ADL指導が47～57%、家族への介助指導が46～65%であった。

主たる疾患別では、呼吸器では、呼吸練習、関節可動域維持・改善運動、基本動作練習の順、循環器では、基本動作訓練、関節可動域維持・改善運動、筋力増強練習、がんでは関節可動域維持・改善運動、基本動作練習、筋力増強練習であった。

その他の回答は、ポジショニング、リラクゼーション、コミュニケーションなどであった（図16）。

	回答数	積算合計数	関節可動域維持・改善運動	筋力増強練習	基本動作練習（床・上・起居動作、乗・座位、立位、屋内・歩行）	屋外・応用歩行練習	階段昇降・段差昇降練習	協調性（バランス）練習	持久力向上	自主トレーニング・指導	呼吸練習（排痰を含む）	補装具・自助具使用指導・練習	住環境調整、福祉用具の選定、福祉用具を使用した練習	嚥下練習	ADL指導	口腔ケア・指導	家族への介助指導	その他
脳血管	123	232	91.9	72.4	83.7	32.5	15.4	27.6	19.5	35.0	15.4	22.0	51.2	11.4	52.0	16.3	62.6	2.4
運動器	97	213	83.5	82.5	83.5	39.2	23.7	29.9	26.8	44.3	12.4	13.4	49.5	5.2	54.6	3.1	46.4	5.2
呼吸器	70	194	78.6	72.9	74.3	21.4	11.4	11.4	27.1	44.3	84.3	5.7	48.6	15.7	47.1	15.7	54.3	1.4
循環器	68	197	72.1	72.1	83.8	22.1	10.3	11.8	19.1	38.2	30.9	7.4	48.5	10.3	48.5	11.8	57.4	5.9
がん	111	230	81.1	60.4	79.3	25.2	13.5	10.8	18.9	31.5	31.5	9.0	53.2	7.2	57.7	13.5	65.8	12.6
その他	70	196	87.1	51.4	78.6	14.3	4.3	15.7	12.9	21.4	25.7	10.0	48.6	11.4	48.6	11.4	60.0	5.7

図 16. 理学療法の処方内容・理学療法実施内容（疾患別割合）（単位：％）

3. 呼吸器・循環器、がん疾患について訪問理学療法での問題点について

○事業所側・セラピスト側の問題点

疾患による大きな差はなく、いずれの疾患においても、リスク管理が難しい、急変時の判断や対応が難しいとの回答が多かった。次いで、経験不足・知識不足・医師との連携が難しいとの回答であった。

その他の回答は、呼吸器（医師や家族の認識不足、家でできないと思われている、吸引対応）、循環器（負荷量の調整、家族への指導不足、スペースの確保）、がん（疼痛管理が難しい、職員による知識・技術のばらつき、精神面のフォローの難しさ、急激な病状の変化）であった（図 17）。

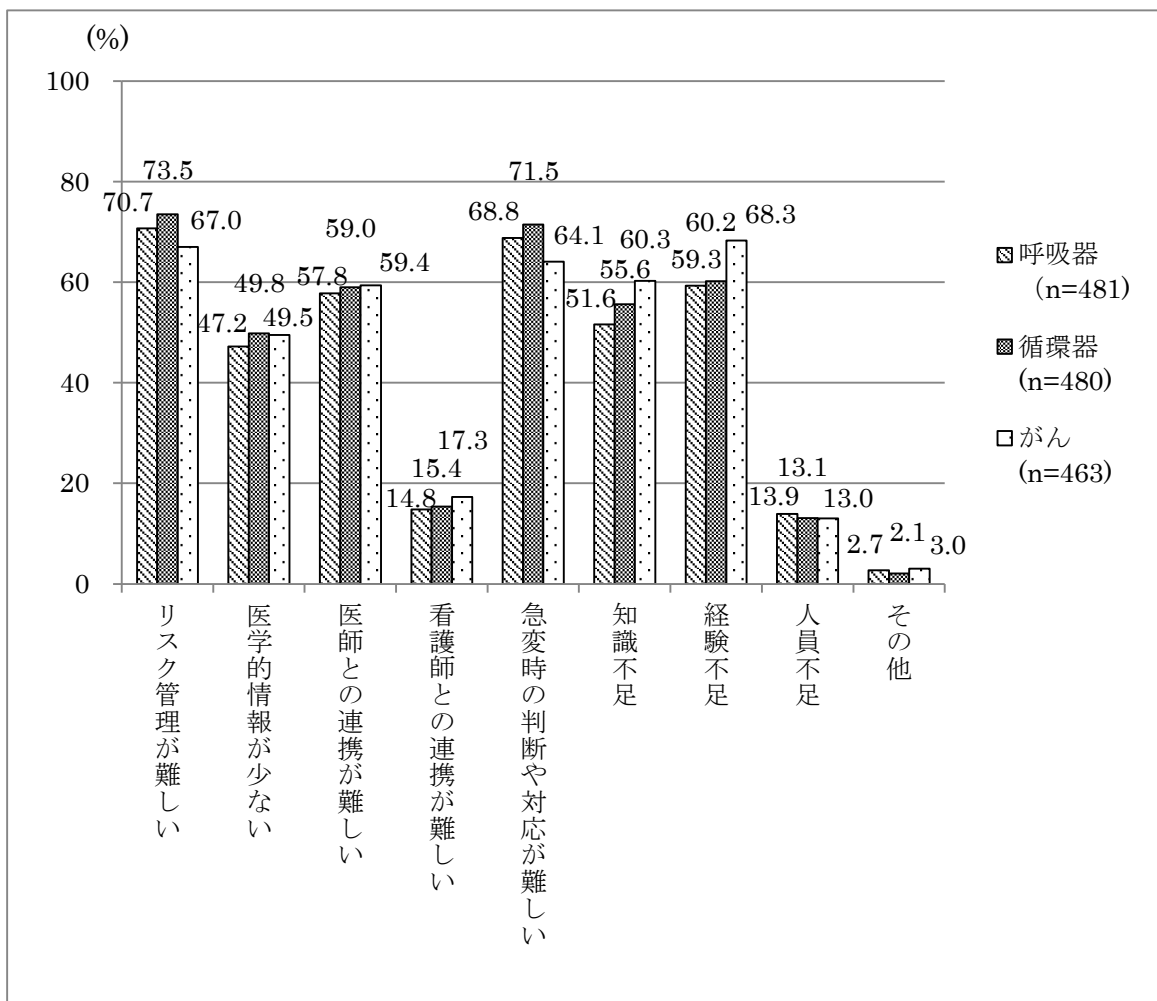


図 17. 事業所側・セラピスト側での問題点（複数回答）

4. 終末期の理学療法の必要性および問題点について

○終末期の理学療法の必要性について

全体では、必要性がある・潜在的にあるとの回答は 94.0%であった。

呼吸器では 81.4%で必要性がある、15.6%で潜在的にあるとの回答であった。循環器では 72.8%で必要性がある、20.4%で潜在的にあるとの回答であった。がんでは 70.0%で必要性がある。21.6%で潜在的にあるとの回答であった。がんより、循環器・呼吸器での必要性が高い傾向にあった（図 18）。

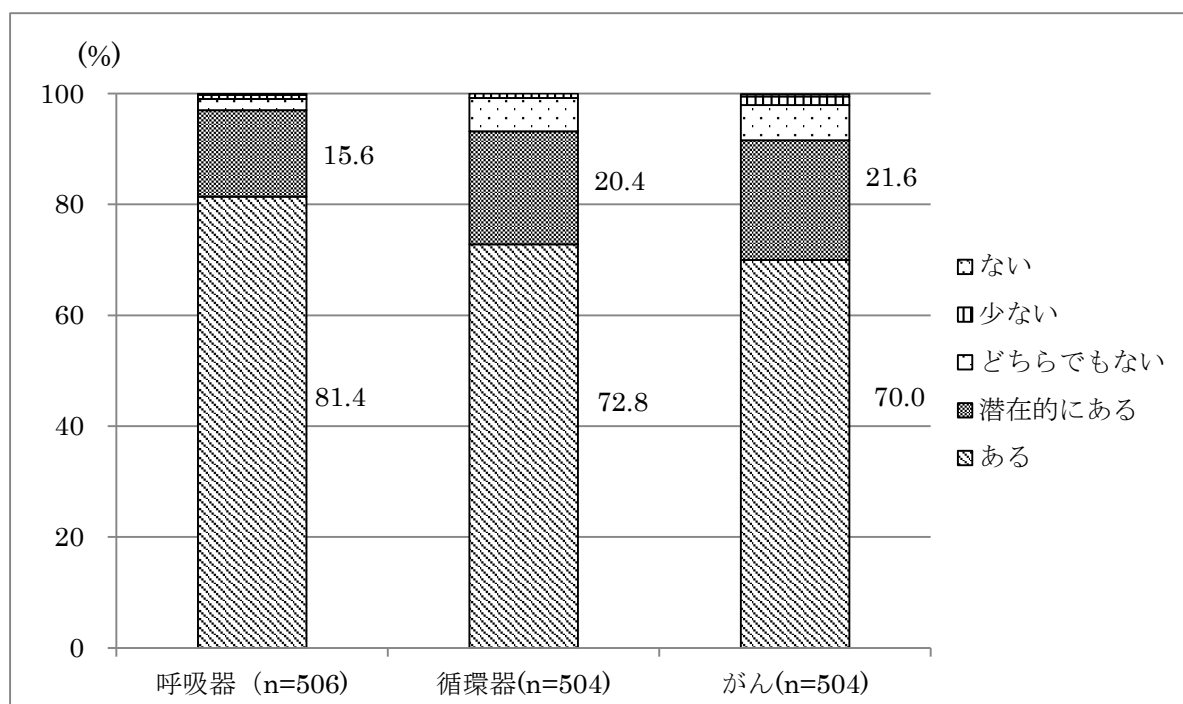


図 18. 終末期の理学療法の必要性について

○終末期理学療法の問題点について

本人・家族がリハビリテーションの認識がないとの回答が最も多く、次いで他のサービスで保険点数上限に達するためとの回答の順であった。

その他の意見としては、医師やケアマネジャーなど他職種の理解の問題との回答が多かった。他には、運動器や脳血管に比べて経験のあるセラピストが少ない、いかに QOL を向上させるかが問題、呼吸器疾患においては訪問の依頼がでた段階では症状がかなり進んでいるケースが多い、循環器疾患では運動負荷に関して医師との連携がとりにくい、がんにおいては本人への未告知の場合が問題であるとの意見もあったが、呼吸器・循環器の終末期に比較すると他職種の認知度は高いなどの回答があった（図 19）。

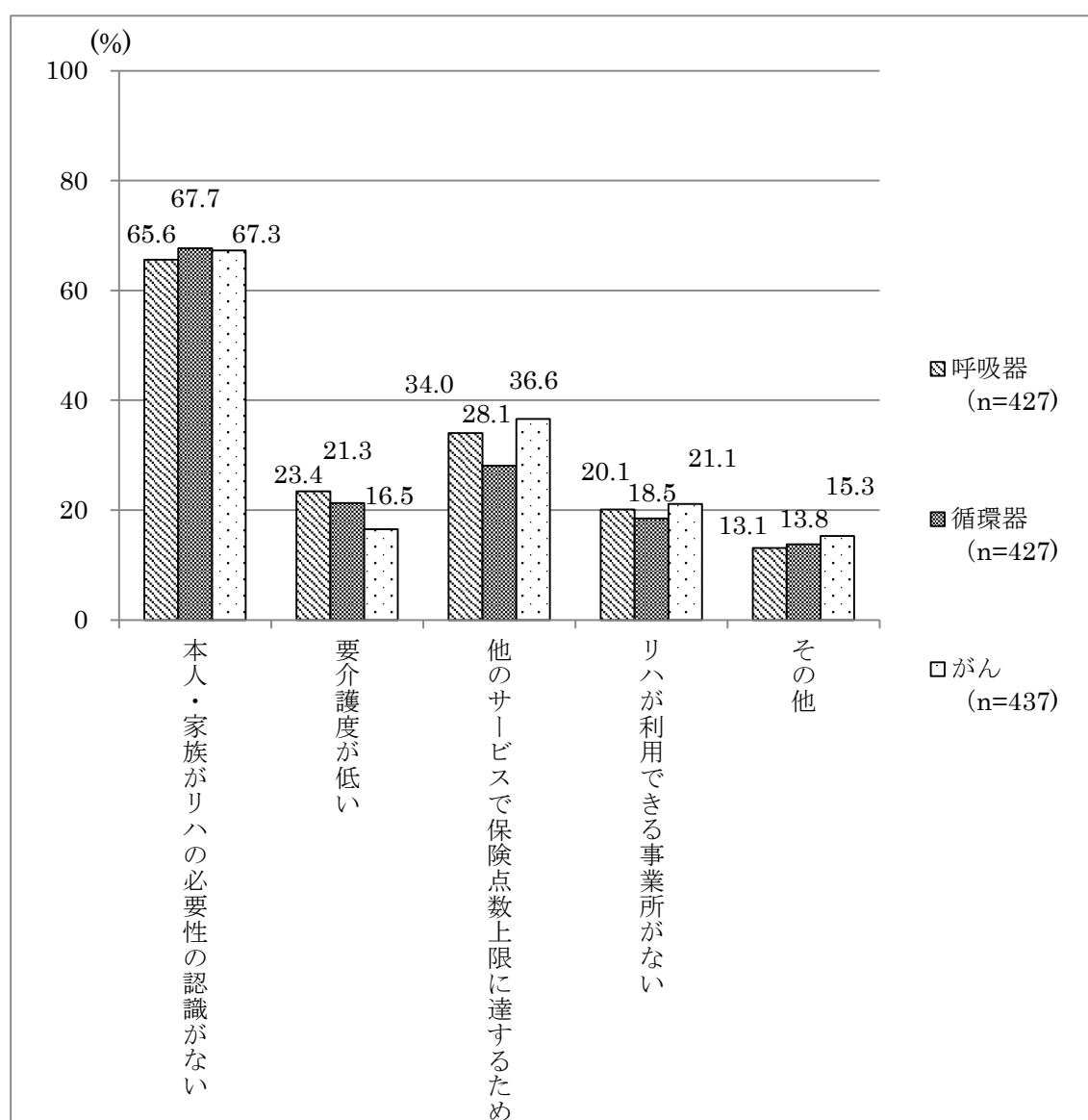


図 19. 終末期の理学療法の問題点について

5. 在宅医療における理学療法の役割について（自由記載内容）

理学療法士の役割としては、拘縮予防、褥瘡予防、疼痛緩和、動作指導、ポジショニングの工夫、福祉用具や環境調整、家族指導、QOLの維持・向上など多岐にわたる意見があった。一方、医師・看護師とのタイムリーな連携が難しいとの意見があった。

在宅医療・終末期の理学療法の必要性は高いが、ケアマネジャーや他職種の理解が不十分であるとの意見があった。

また、自由記載の内容から、地域差や事業所間での差があることが推察された。

そのうえで、理学療法士の質を高めるために、グリーフケアも含めた教育の場の必要性を求める意見があった（表5）。

表5. 理学療法の役割についての自由意見（抜粋）

理学療法士の役割について	拘縮予防や長期臥床等による褥瘡予防や腰痛緩和。車椅子での外出支援などの離床・起居訓練。
	身体の状態に合わせて呼吸状態を悪化させない呼吸リハ、排痰、その他として痛みの除去、動かない身体にあったポジショニングの工夫、家族への移乗指導、等。
	ADL・QOLを考えてアプローチできる。家族へのアプローチも可能である。予後予測に基づいた目標設定ができる。救急対応など適切な判断が問われる。
	今後、内部障害系（特に終末期）の在宅リハビリテーションの必要性を多くの方に周知が必要。
	がんのリハビリテーションの病期別の介入目的を理解し、理学療法士としてできることを提供することが重要だと思います。末期がんとはいえ、回復期～維持期にリスク管理を十分に行い適切な理学療法を提供することでその人らしい残りの人生を送ることが可能になる。
	QOLを高めるためにも必要であり、徐々に進行していき、ADLが変化していったときには、福祉用具や環境調整などのアドバイスは必ず必要。
医師との連携について	医師の中にも治療するうえでのリハビリテーション指示は出せるが、生活状況を改善するためのリハビリ指示は出せないという方も多い。
	指示を出す医師が、理学療法やリハビリテーションは機能訓練のみとの理解であり、終末期に何もできないと思っている場合が多い。今後、理学療法士自身が症例報告を参考にしながら知識や理解、経験値を向上することが必要であると考え。

	タイムリーな医師、看護師や多職種との連携や目標の共有が困難であるが、身体機能の変化や、生活能力のアセスメント、予後予測等理学療法士の能力が必要とされる場面は多いと感じる。
ケアマネジャーの理解について	終末期に PT が介入する認識がケアマネ、家人などにはないためアピールが必要。
	医師やケアマネジャー、本人や家族から必要性を感じてもらわなければ導入は難しい状態。
	ケアマネに医療知識が乏しい、事業所で関わるリハ専門職が少ない、総合病院のリハ職に在宅医療につなぐ意識がない、リハ職に横のつながりがない、リハ職が地域に働きかける力がない、発言力がないなど、多くの問題を抱えているのが現状である。
	急変時は医療機関での対応が必要ではありますが、それまでの間は在宅でご本人、ご家族が懸命に過ごしている状況を考えますと、医師や介護支援専門員の方々には、現状やサービスの必要性の認識が少ないように感じる事が多い。
	終末期においては、ADL、QOL 等の向上はなかなか望めず、リハビリテーションの目的が定かでなくなり、必要性がないと感じている方（本人、家族、サービス関係者など）が多い。
本人・家族の理解について	終末期の在宅医療において、利用者や家族のリハビリをするという認識は、ほとんどないように思います。リハビリテーションに対するイメージは、まだまだ、筋力トレーニングをガンガン行なうという感じ。
	リハビリの内容が身体機能訓練だけでなくその人の生活全般にかかわれることを世間に知っていただくことも必要。
	理学療法士が関わることのできる分野はかなりあると思いますが、リハビリテーション介入の必要性が利用者を取り巻く人たち（家族、医師、看護師、ケアマネジャーなど）にあまり認識されていないように感じる。
研修体制など	理学療法士自身も研修会等で終末期に対する知識、できる技術を深めていく必要があると思う。
	本人・家族のニーズをくみ取り希望に添えるリハを提供できるよう知識・経験を蓄えて対応したい。
	在宅終末期での理学療法の技術（キューア→ケア）、本人、家族とのコミュニケーションをどのように身につけるのか？
	訪問リハビリテーションに関わるセラピストのがんのリハビリテーションに対する知識や理解などの質が重要。
	今後終末期医療に関する研修会を多く開催して頂きたい。
	専門的な理学療法士としての知識・技術はもちろんですが、介護分野で

	働く医療人として個人の資質・能力（対応力・判断力・連携力等）を高めることは必要で、かつその個人の性格（会話力・表情なども）も重要。
	御家族の精神面のサポートやグリーフケアも行っていく必要がある。
	急変時の対応や基本的な知識を身に付けることは当然であるが、ご自宅で終末期を迎えるとはいかなるものか、本人の QOL だけではなく、介護されるご家族のケア、亡くなられた後のケアまで含めて、広い視野で関わるができる療法士になる必要がある。
	終末期に変化する身体レベルを予測してタイムリーに福祉用具が導入できるように手配したり、自宅にあるもので工夫するアドバイスができると思います。訪問スタッフは急変時の対応や、循環器や内部疾患の知識がもっと必要である。
その他	小児の患者の看取りにおいて、利用できるサービスが少ないと感じた。

第3章 考察

第1節 考察

【調査結果について】

平成26年度の日本訪問リハビリテーション協会の会員調査では対象者の主たる病名のうち内部障害は10.3%であったが、本調査結果では主たる病名での割合を調査した結果、脳血管38.8%、運動器32.2%、呼吸器3.5%、循環器5.4%、がん3.1%であった。内部障害の割合は平成26年度の日本訪問リハビリテーション協会の調査とほぼ変わらなかったが、合併症の割合は、運動器は32~37%、次いで循環器が17~31%、脳血管が15~28%、呼吸器が7~15%であった。主たる病名のみではなく、合併症を考慮した理学療法の必要性があることがわかった。

訪問理学療法終了した利用者のうち看取りまでの関わりは16.6%であった。また、看取りまでかかわった利用者の主たる疾患の内訳は、脳血管23.8%、運動器16.7%、呼吸器11.5%、循環器11.0%、がんが23.8%であった。訪問理学療法利用者全体のうち呼吸器・循環器・がんは合計で12%であったが、看取りまでかかわった利用者の主たる疾患の内訳は、呼吸器、循環器、がんの合計では57%であった。訪問理学療法利用者の比率に比較して、呼吸器・循環器・がんの割合が多い結果であった。また、各重症度別割合は、最重症度でみると、呼吸器・修正MRCスケールGrade4は23%、循環器・NYHAⅣは3%、がん・PS4は11%であり、終末期の呼吸器・循環器・がんの理学療法への関わりがあることがわかった。また、看取りまでの関わりは、自由記載の回答などから地域差や事業所間の差があるが、今後、在宅看取りの患者数の増加により、理学療法士の関わりも増加することが予測される。

理学療法の処方目的は、ADL維持・改善目的が多かったが、QOL改善、活動範囲維持・拡大、家族指導が次いで多く、処方内容は、関節可動域維持改善、筋力増強練習、基本動

作練習の割合が高かった。また、住環境整備、福祉用具の選定、ADL 指導、家族への介助指導が次いで高かった。自由記載の理学療法士の役割についての意見からも、拘縮予防、褥瘡予防、疼痛緩和、動作指導、ポジショニングの工夫、福祉用具や環境調整、家族指導、QOL の維持・向上など終末期には多岐にわたる理学療法士の役割があることがわかった。

事業所側・セラピスト側での問題点として、リスク管理が難しい、急変時の判断や対応が難しいとの回答が多く、次いで経験不足・知識不足との回答であり、また、自由記載の意見では、研修会での知識・技術向上の必要性についての意見がみられている。今後、終末期の理学療法についての研修会や情報交換などの場を増やす必要があると考える。

【訪問における終末期理学療法の今後について】

今回の調査では、終末期の理学療法の導入に至らない理由として、「患者・家族が必要性を理解していない」との回答が 65%を超えていたが、終末期の理学療法の必要性については、「ある」との回答が 70～81%、「潜在的にある」との回答が 15～21%で、あわせて 81～97%は必要との回答であった。

2013 年に日本呼吸器学会「COPD 診断の治療のためのガイドライン第 4 版」で終末期の緩和ケアについて、多職種協働が重要である点が記載され、また 2016 年に心不全学会からは「高齢心不全患者の治療に関するステートメント」が発表され、最期を迎える場所として在宅医療を考慮するフローチャートが示されたが、呼吸不全および心不全においては終末期における意思決定などまだ体制が不十分な状況である。このステートメントにおいては、患者の目標や人生観を把握し、早期から緩和ケアチームや在宅介護チームなどと連携を取る必要があるとされている。一方、呼吸不全や心不全は終末期の判断や予後予測が難しいのが現状である。今回の調査では、呼吸器においては重症度が低い段階から高い段階まで在宅生活レベルにて関与できているが、循環器では NYHA I、II の段階が多く、III、IV と重症度が高くなった場合での関わりが低いことがわかった。この結果から、心不全末期での理学療法士の関わりの難しさが推察された。

また、2015 年、図 20 に示すように Vermylen¹⁾らによって、呼吸不全の新しい緩和ケアの考え方が提唱された。この考えに基づいた初期から終末期までの理学療法の関わりが重要であると考え。これは、心不全においても同様の考え方ができると考える。

さらに、平成 28 年度厚生労働省健康局にて「がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会」が開催され、循環器疾患等の緩和ケアについても取り上げられた。本検討会のとりまとめとして、がん以外の疾患の経過ががんとは異なることを考慮して、関連学会等の協働を促し、今後の対策についてワーキンググループ等を設置して検討すべきであるとされた。この点を鑑みても、今後さらに終末期における理学療法のあり方が重要視され、種々の疾患に対して終末期の理学療法士としての関わりを学ぶ場が必要であると考え。

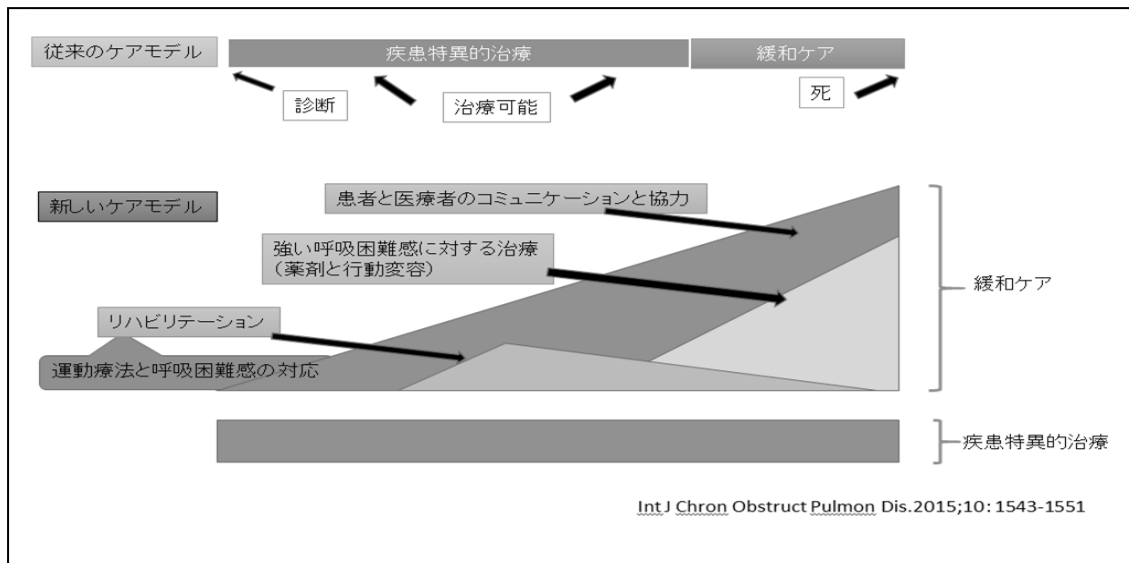


図 20. 呼吸不全に対する新しい緩和ケアの考え方 (Int J Chron Obstruct Pulmon Dis¹⁾ より改変)

第2節 まとめ

- 各訪問事業所での利用者の割合は、脳血管、運動器が多く、呼吸器・循環器・がんの割合はそれぞれ 10%に満たなかったが、看取りまでの関わりの割合では、脳血管 24%、運動器 17%、呼吸器 11%、がん 24%の割合であった。最重症度別の関わりでは呼吸器では Grade 4 が 23%、循環器では NYHAIV が 3%、がんでは PS4 が 11%と、循環器での NYHAIV では関わりが低いことがわかった。NYHAIV、PS4 での関わりが低かったことについては、その要因や理学療法の必要性について今後さらに調査・検討が必要であると考ええる。
- 終末期の理学療法実施内容は、可動域維持改善、筋力増強練習に次いで、福祉用具の選定や住環境整備、ADL 指導、家族への介助指導が多かったが、合併症を考慮した理学療法内容の選択が重要であると考えられる。
- セラピスト側での問題として、リスク管理が難しいこと、急変時の判断や対応が難しいこと、また本人・家族の必要性の認識が低いことが明らかとなった。理学療法の適応の判断やリスク管理などの緩和ケアの理学療法に関するガイドラインが必要である。また、理学療法について患者や家族に説明する場合に活用できるパンフレット等が必要である。
- 今後、終末期の理学療法の必要性は高まり、がん疾患のみならず、呼吸器・循環器疾患の重症度の高い状態への関わりやリスク管理も含めた終末期の理学療法の研修会などの開催が重要であると示唆された。

第4章 資料

1. 理学療法の役割についての自由意見

拘縮予防や長期臥床等による褥瘡予防や腰痛緩和など。あるいは、車椅子での外出支援なども離床・起居訓練としての実施も妥当と思う。
理学療法で安楽・安心・安全を提供することができます。身体の状態に合わせて呼吸状態を悪化させない呼吸リハ、痰の排泄、その他として痛みの除去、動かない身体にあったポジショニングの工夫、家族への移乗指導、等出来ることはたくさんあると思います。また会話しながら今までの人生についての振り返りもお手伝いできると思います。様々なことでお役に立てると思います。
在宅こそ理学療法士が力を発揮できる場であると確信しています。治療的なりハビリというのは確立されつつあります。しかしながら生活を支えることに対して理学療法が有効であるという認識、理解度が低いと思われます。約10年地域とともに、行政とともに、所属法人とともに邁進してきましたが、やっと小さな芽が出て繋がったばかりです。医師の中にも治療するうえでのリハビリテーション指示は出せるが、生活状況を改善するためのリハビリ指示は出せないという方も多くおられます。今後改善の必要があると思います。同時に僕たち理学療法士が（病院で治療的なりハビリを行う理学療法士も含め）もっとできることを明確化し表現し結果を出していけないといけないと思います。僕自身も訪問理学療法技術ガイドで、終末期（がん、ターミナル、老衰）について執筆し、必要性を強く訴えました。また訪問リハビリ学会や理学療法学会でも発表し訴えてきました。特に理学療法学会では発表数が少なく、発表しても他の理学療法士からの関心も低いと感じました。訪問リハ学会や、終末期学会などではそこそこの関心がありました。もっと理学療法士協会としても強く訴えていただければ、それをちからに益々僕たちも努力していきたいと思います。直近としては、①終末期に理学療法士として直接できることを明確化②終末期に理学療法士として多職種（他職種）共同でできることの明確化③終末期に理学療法士として行政にできることを明確化していくのがいいのではないかと考えています。
動作中の評価ができるのは理学療法士の強みである。ADL・QOLを考えてアプローチできる。家族へのアプローチも可能である。離島・僻地（医療過疎地）こそ必要なサービスである（医師へのパイプ役）。予後予測に基づいた目標設定ができる。救急対応など適切な判断が問われる。
終末期であろうと、在宅で活動できるのであれば活動を行いたい利用者が大多数であろうと思う。死ぬ最後まで、入浴したいやトイレで排泄したい。苦しくなく、生活したい。そういった、本人・家族のニーズをくみ取り希望に添えるリハを提供できるよう知識・経験を蓄えて対応したい。
ご利用者様の身体状態に合わせて身体機能訓練から住環境整備、家族指導など幅広く対応できるようになる必要がある。そのためには、疾患に対する知識を学び経験を積んでいく必要があると思われる。現在は、運動器や中枢疾患に対する依頼が多く呼吸器・循環器・

がんの症例は少ない。リハビリの内容が身体機能訓練だけでなくその人の生活全般にかかわれることを世間に知っていただくことも必要ではないかと考える。
在宅では利用者様の意向に寄り添った理学療法を提供していく事になり、終末期の方であれば特にその意味合いが強くなると思います。理学療法の必要性がある方でも、限られた最後の時間に理学療法を求めているなければ、提供しなくても良いと思います。逆に、今日もこの運動が行えたという達成感や痛みの軽減がみられる、精神的に安定できるなどの理由で最後まで理学療法を求めてくれる方もいます。利用者様やご家族が求めてくれるのであれば、理学療法士の役割は多分にあると思います。
楽に呼吸できるようにする、とか体力消耗の少ない動作を指導するなど、終末期の利用者様が、最後まで自宅でできるだけ安心して安楽に過ごすことができるように理学療法士が関わることでできる分野はかなりあると思いますが、リハビリ介入の必要性が利用者を取り巻く人たち（家族、医師、看護師、ケアマネジャーなど）にあまり認識されていないように感じます。理学療法士側から、もっとアピールしていく必要があると思います。
ターミナル期の利用者様には看護師が関わるのが主となり、リハビリ職はマッサージやリラクゼーションの要望が強い。本当に終末期に近づいた場合、リハビリは介入しなくなるケースがほとんどである。
介護負担（最近老々介護が多いため）を軽減させるためには、療法士が直接自宅の現場で介護指導できる事が在宅リハビリの役割だと感じます。
本人が少しでも安楽な在宅生活を続けることが出来るように支援すること。また、本人が望むこと（家族との外食、温泉旅行、散歩、写真撮影など）を出来る限り支援すること。アロマテラピーやオイルマッサージ、女性に対しては化粧をして外食するなどの取り組みをしている所もある。マッサージやポジショニング、会話をするだけであっても本人の楽しみになって、身体的・精神的に楽になるのであれば行うべきだと思う。
理解のある医師とこまめに連携をとれていればPTにも出番が回ってくるだろうけれど、高齢者の場合でも同様に末期だから必要ないといわれれば指示が出ないことが多い。
当地域では内部障害の重度の方において、在宅で終末期を送られる方多くいらっしゃるのが現状です。在宅生活において、身体レベルに応じて出来るだけ自立した活動を行えるように、我々理学療法士が機能の維持や生活指導・動作指導、環境整備などの調整を行う事は、ご本人・ご家族が望まれる「自分の家で家族と共に過ごしたい」を出来る限り長く叶えるために必要な事であると思います。急変時は医療機関での対応が必要ではありますが、それまでの間は在宅でご本人、ご家族が懸命に過ごしている状況を考えますと、医師や介護支援専門員の方々には、現状やサービスの必要性の認識が少ないように感じる事が多々ございます。今後、内部障害系（特に終末期）の在宅リハビリテーションの必要性を多くの方に周知頂ければ幸いです。
終末期にかかわらず、理学療法のみで特化した関わりを行なうべきではないと思います。

最後まで自分の足で歩きたいという望みを叶えることもできた方もいれば、ケアマネの考えで、リハビリが必要なしとなることもある。QOL を高めるためにも必要であり、徐々に進行していき、ADL が変化していったときには、福祉用具や環境調整などのアドバイスは必ず必要だと思うので、理学療法士の関わりは最後まで必要だと思っています。
PT として役に立てることがあれば介入した方がよい。（QOL の維持、向上、本人のモチベーション維持など）痛みの軽減（身体的、精神的）と少しでも生活の負担を軽くする（本人、家族）アドバイスができる。病態の進み方はさまざま、その時々で必要な対応や福祉用具などの理解ができていて、まわりのスタッフと話あえる、協力できる環境作りが必要。多職種との連携及び地域連携がとても大事。終末期に PT が介入する認識がケアマネ、家人などにないためアピールが必要。啓発方法は？在宅終末期での理学療法の技術（キューアケア）、本人、家族とのコミュニケーションをどのように身につけるのか？
経験が少なく、理学療法士が、何ができるのか対象になるのかなどを明確に提示できない。また、指示を出す医師が、理学療法やリハビリテーションは機能訓練のみとの理解であり、終末期に何もできないと思っている場合が多い。今後、理学療法士自身が症例報告を参考にしながら知識や理解、経験値を向上することが必要であると考え。また、他の医療職や介護関連職に対しての理学療法やリハビリテーションを理解していただけるような啓発活動も必要と考える。なお、現状では、看護師の協力なしで実施するには不安がある。
終末期の在宅医療については、本人・ご家族の望まれる生活への支援が一番だと思います。それに伴ってリハビリテーションが必要となるのならば P・O・S それぞれが支援できることは多岐に渡ると思います。PT としては全身状態の確認を含めた身体的な面でのフォロー・気分転換を兼ねた活動の提供・ご家族様への介助指導が挙げられると思います。しかし、それらの支援については在宅医療に関わる医師を含めた事業者同士の連携が必要ですが、看取りにかかわらず、在宅医療での事業者同士の連携力の弱さを痛感する毎日です。お互いが顔の見える関係であり、意見交換しやすい関係であるように業務を進められるよう努力しています。
循環動態が悪い方に対し、軽く下腿を触るだけでも安楽に繋がる場合もあり、安楽な臥位姿勢の確保に向けたポジショニング等は需要を作れると思う。また、終末期を迎える前の段階の時に、訪問リハが一つの生きがいを形成するルーティンワークになっている方も多い。最期まで生活リズムを変えず、馴染みのスタッフが穏やかな最期を支援するというのも、感謝される場合が多いのでは。
終末期の時だけに介入するのであれば、痛みの緩和など、利用者様・患者様の希望に対し、医学・福祉分野等の知識を用いて役立てることがあるのではないかと思います。また従来から関わっていた利用者様・患者様が終末期を迎えるケースでは、事業所側より“終末期となったので訪問リハビリを終了します”と申し立てることがあるのだとすれば、著しく配慮に欠ける。病期に限らず、訪問リハビリを利用したいという声があり、役立てることが見いだせるのであれば、積極的に介入すべきと思う。

疾病(診断名)は対応する上での情報に過ぎず、その時々状態や求めに対してどのように関わるか、という視点があれば、誰でも1年目でも携わることにはできると思います。
終末期においては、ADL、QOL等の向上はなかなか望めず、リハビリの目的が定かでない、必要性がないと感じている方(本人、家族、サービス関係者など)が多いと思う。しかし、最期の時をきれいな形で迎えていただくために、寝たきりになっていても、関節の可動域維持をすることで、更衣動作、体位交換時、ギャジアップ時の苦痛を最小限にすることが可能だと思う。医師、看護師と連携ができていれば、理学療法はご利用者の終末期に寄り添って、お役に立てる事が沢山あると考えている。
費用的に選ばれない、ケアマネに必要性が理解されていないなど力を発揮できていないと思われます。
どのような疾患、疾病であっても終末期における在宅医療は必要であり、理学療法士の役割も大きいと思いますが、医師やケアマネジャー、本人や家族から必要性を感じてもらわなければ導入は難しい状態です。今後の課題と考えています。
ケアマネジャーさんにリハビリの必要性を分かってもらえる方が少ないように感じます。
終末期の在宅医療において、利用者や家族のリハビリをするという認識は、ほとんどないように思います。リハビリに対するイメージは、まだまだ、筋力トレーニングをガンガン行なうという感じであり、終末期にリハビリ？という認識の方が、多いと思います。在宅での訪問リハビリのニーズは、訪問看護や訪問入浴などよりも、低いのが現状であると思います。今後、認知度が上がってくることは予想されますが、自分の知識も向上させ、依頼が来たときには、十分に対応できるようにしていきたいと思います。
経験は少ないが、リラクゼーションや運動により身体や心地よさを感じて下さる方がいた。状態や目的に合わせて介入する必要性を感じた。動作方法の助言により痛みや苦しさを軽減出来る事もあった。理学療法士としてどのような事が提供できるのか、利用者個々で異なるため関わりが難しい。また予後や余命について医師から十分な説明がなされていても、本人・家族の理解の程度によって変わってくるためコミュニケーションスキルも要求される。病院リハとの連携は取れていない。ぎりぎりになって退院してくる方も多く、目的がポジショニングやリラクゼーションとなることが多い。ポジショニングなどは入院中に指導されているが、在宅ではより利用者主体となり良肢位よりは安楽肢位となりやすく、関わりが変わってくる。短期間での関わりとなることも多く、効果判定は難しい。
タイムリーな医師、看護師や多職種との連携や目標の共有が困難であるが、身体機能の変化や、生活能力のアセスメント、予後予測等理学療法士の能力が必要とされる場面は多いと感じます。リラクゼーションや苦痛の緩和、介護負担感の軽減、また終末期における活動や参加の形の提案にも、専門性がいかされるのではないかと考えております。課題は多いですが、専門性を活かした職域の一つと認識しております。
終末期であれ、やりたいこと続けたいことを持っている人(在宅生活を続けると言うのも一つの希望)はたくさんいて、治療(改善だけではなく)とは別の観点から理学療法士と

してお手伝いできることはたくさんあると思います
最期まで人間らしく生きる、疼痛の軽減や福祉用具の使用、ポジショニング等介入出来ると思います。
他職種では気づきにくい部分（福祉用具の選定や住環境など）についての提案を本人や家族だけでなく、サービス提供者全体に伝達していく必要性を感じた。終末期に対する考え方は利用者毎に異なる為、その人がどの部分を重要視しているか、どうしたら改善されるかという情報を、関わる職員全てで共有できていないといけない。
人生の終末期に安楽に過ごすための手段、効率よく楽に活動、療養するのに必要な知識と技術を持っているのが理学療法士だと思います。残念ながら、現在の在宅医療ではケア優先で、何もせずに楽に過ごせる方法を伝えることは重要視されていないように思います。残された時間に、やりたいことを安全に行うためのお手伝いできればと、考えます。このアンケートでもわかるように、病院でいうところの呼吸・循環・運動器・がんといった明確なくくりで分類できないのが在宅療養者なのです。私たちは一つのことだけをみて解決に導くのではなく、たくさんの情報を得、時には合併症にスポットをあてながら対処しています。また、患者ではなく生活者としての利用者と寄り添うことができなければ、リハビリなんていらないと言われてしまうのでしょうか。時に、リハビリ＝生きる希望となるわけで、知識・技術はもちろんのこと対人援助職としてのスキルも必要であると思います。医師・看護師と共に症例を通して学び、人生の終末を自宅で過ごしてよかったと言えるようなお手伝いがしたいと思います。それが、役割であると今は考えています。
本人の身体状況を的確に把握しながら、可能な限り望む生活を実現する。そのためには、医療的な知識と予後予測、運動負荷に関する知識・経験やQOLの拡大に寄与する様々な方策を知らなければならない。理学療法士がそのあたりをしっかりとカバーできれば、終末期におけるケアの中で重要なポジションとなりえるのではないかと考える。
当施設における今回のアンケートの対象者が少数ではありましたが、理学療法士としての役割について考えるきっかけとなりました。今後、緩和ケアの研修会や勉強会などにも積極的に参加させて頂きたいと考えております。
当法人では、がん患者のリハビリテーションに限っては、現状訪問リハビリテーションではニーズがない状況です。今後、そういった利用者様がいらっしゃいましたら、もちろん、研修にも積極的に参加しようと考えています。ベースが介護老人保健施設であるので、がんと診断されたターミナルになると併設クリニックで看取るケースが多い現状です。
QOLの向上や疼痛緩和だけでなく、今後は精神面のフォローや医療従事者との連携を図り、「その人らしく生きる」という事にも着目していくべきかと思います。
がんのリハビリテーションの病期別の介入目的を理解し、理学療法士としてできることを提供することが重要だと思います。末期がんとはいえ、回復期～維持期にリスク管理を十分に行い適切な理学療法を提供することでその人らしい残りの人生を送ることが可能になると思います。つまりは、訪問リハビリテーションに関わるセラピストのがんのリハビ

リテーションに対する知識や理解などの質が重要だと考えます。
苦痛の軽減や環境調整。訪問リハビリ単独で訪問するよりは、訪看もしくは在宅医療との併用が必要と思います。
今後、地域包括ケアシステムが広く実施されてくると在宅で看取りが多くなり理学療法との関わりも増えてくると予想される。自身も関わったことはあるが知識・経験不足でリスク管理やプログラム考案で苦慮した経験がある。日頃から研修等に参加し知識を広めておく必要があったと反省している。今後、終末期医療に関する研修会を多く開催して頂きたい。
臥床時間が多くなるために身体的・精神的廃用が生じてくる。そこに対しての理学療法や活動/参加に対してアプローチも可能と思われる。
地域リハのため、終末期にかかわりを持つことは多くあるが、必要かどうかは一概には言えない。医学的管理が出来るわけではなく、簡単なストレッチや運動等でしか関わりが持てないようであれば、理学療法士や作業療法士が格段必要ではないように感じる。（特に末期の寝たきり状態の方に拘縮予防と称してやる運動がどこまで必要なのか）それよりは、ご家族やご本人にとって、人として必要性を感じてもらえるかどうかではないかと思う。簡単な相談に乗ること、本人がやりたいとの希望を叶えてあげる（無理のない範囲で本人の意欲に繋がれば）等、出来ることはあるが、それが押し付けになってはいけないうと日々思う。そのため、協会として積極的に行ったり、終末期にはPTを使いなさい等で、誰もが安易に入ってはいけないう領域ではあるかと思います。ご無礼を申し訳ありません。
終末期の在宅医療においてリハビリテーションは看護師も担っているが、ケアに追われて時間が足りないという声をよく聞く。また、看護師によってリハの知識にバラつきがあるのでリハビリの補足として看護師が担当することは良いが、的確な評価に基づいてのリハビリテーションはセラピストが担うべきだと思う。
終末期の基準が難しい。ALS等の終末期はいつなのか？看取りに入った場合介入しない事が多い。
地域の認識として、セラピストは機能向上を期待されることが多いのが現状である。寝たきりとなっても、本人の残存機能を最大限生かして、ADL、IADL、活動、参加に至るまで支援をする意義は大きい。地域への啓蒙活動は行っているが、今後の課題と思われる。
在宅で終末期の方に関わったことはないが、疼痛の緩和や現在できている活動をできるだけ行えるよう、リスク管理しながら身体機能の維持を図ること、チームでの連携を図っていく必要があると考える。リスク管理しながら身体機能の維持を図ること、チームでの連携を図っていく必要があると考える。終末期ではない方の時も、他医療機関や他事業所のサービスが複数入っていると、連携することが難しいと感じている。今後も課題になると感じる。
一人の「人間」として関わることはできるが、一人の「理学療法士」として問われると自分自身及び周囲の職業に対する理解が乏しい為か役割が不明瞭になる。そのため、リハビ

リテーションの視点を常に意識し、リスク管理するように関わっているものの、行っていることが介護士とあまり変わりがなくなっている。
終末期訪問理学療法の必要性は高いとおもいます。在宅を希望されている終末期の利用者・家人に対し、理学療法としての効果だけでなく、少しでも穏やかな時間・苦痛の緩和が図れればと思います。その実施にあたり、専門的な理学療法士としての知識・技術はもちろんですが、介護分野で働く医療人として個人の資質・能力（対応力・判断力・連携力等）を高めることは必要で、かつその個人の性格（会話力・表情なども）も重要であることを痛感しています。
終末期における在宅医療の経験は多くはありませんが、人生の最後まで現在の能力を維持し、「その人らしい」在宅生活を最期まで送れるようにすることが重要と考えます。理学療法士として疼痛の緩和や ADL の維持、ご家族との外出を希望される場合は、全身持久力の維持等、身体状況に応じた支援を行なうことが必要と思われます。また、他職種と連携・協働しながら関わりを持っていく必要があると考えます。
終末期の利用者様とその御家族が最期まで望む生活のあり方を実現するために身体面・精神面苦痛の軽減、生活環境の調整などに積極的に関わっていく必要がある。また、御家族の精神面のサポートやグリーフケアも行っていく必要がある。
知識・経験や技術面についてはおそらく一昔前に比べて学びやすくなったと考えられるが、本来の目的を理解していない療法士が多い。すなわち自立支援という目的である。まるで、自分がいないと患者はよくなならないと言わんばかりのかかわり方をする勘違いセラピストの急増に伴い、共依存状態をセラピストが作っている現状を目にする。これでは、いくらこのようなアンケートを実施しても、必要性を訴えることはできないと感じてしまう。理学療法士はあくまでコメディカルであることを忘れず、正しい仕事をしていただきたい。
他職種との連携が密にとれるときととれない時があるので、判断に困ることがある。
終末期の患者様のご自宅で過ごされる場合、症状の進行に応じて体の動きにくさや気持ちの不安が変化します。それを、ご家族のみで支えることはとても辛く苦しいことと察します。医師や看護師による、病状の管理や医療的ケアによって体調管理がなされることの重要性に加え、訪問リハビリテーションによる生活動作方法や生活環境整備の提案、心身の苦痛緩和に働きかけるようなリラクゼーション、未来に少しでも希望となるような運動療法など、その役割の必要性を強く訴えたいと思います。ただし、患者の病状や治療経過、また価値観などにより、訪問リハビリ介入のタイミングは、一人一人異なることが現状であります。また介入開始しても定期的な訪問が継続できない事もあります。ケアマネジャーやソーシャルワーカーなどが、このような事情を理解していただき、柔軟な介入（不定期、目的やリハ内容の変動など）をプランに含んでいただくと、大変有意義な訪問リハビリが施行できた経験があります。多職種による終末期患者の在宅 QOL 維持向上に向けた、理解と協力が今後も望まれます。

施設、病院における呼吸、循環器、がんのリハビリは、運動機能、ADL の維持改善に主眼を置くことが多いが在宅において終末期での理学療法は QOL の維持及び疼痛、倦怠感、息切れ感に対して軽減させる技術が求められる。

当方の訪問看護ステーションは、看護師が 24 時間緊急で対応しており、ターミナルの方が非常に多い。最近、特に成人のがんの方の在宅看取りが多くなっている。理学療法士として関われることもあると思う。しかし、私が小児をメインで担当しており、私事で研修に参加できていないことも重なり、ターミナルの方の訪問には行けていない状況である。在宅生活になるための環境設定などは当方の看護師がかなり勉強しているので今現在は問題ない。骨メタの方の所には、1 度だけ動作評価と指導に入ったことはある。また、小児は出産前もしくは出産時からの障がいのお子さんがほとんどで、急変時には大学病院に搬送され亡くなっている。GCU から在宅になる時に長くは生きられないかもしれないと言われたお子さんに対し、ご家族に提案し、夏だったが部屋に暖房をつけてビニールプールに温水を溜めて入ったことがあった。もちろん主治医に許可をとって、看護師も同席。とてもリラックスしてくれご家族も喜んでくれた。病院で亡くなったが、いつ亡くなるかわからない方やそのご家族に対し、楽しい思い出、少しでも楽に過ごせることなど、ケースバイケースでいかに提供できるか…。私なりにケースが少ないながら、チームで考えていっている状況である。

セラピストが最後まで利用者に関わる意義は大きいと思うが、現場では終末期になると、「これだけ弱ってくるとリハビリを行うレベルではない」という暗黙の空気が流れ、結果としてそこでリハビリが終了してしまうことが多い。急性期や回復期と同様に、終末期における、セラピストの視点で身体的、精神的な評価は必要であり、利用者に喪失感を与えないためにも、セラピストが最後まで他職種とともに利用者に関わることが当たり前になるよう環境を整えることが必要である。

①基本は「疼痛と苦悩の緩和」捉え、ターミナルステージ（完成期？）を支えるために、理学療法士が関与できる、四肢体幹の ROM エクササイズやその家族指導・起居移乗動作指導と介助方法の指導・呼吸理学療法（気道クリアランスの改善）・疼痛緩和・ADL 動作・住環境整備・福祉用具の活用などは、多職種の中でもリードすべき内容であると思う。
②年齢・能力に関係なく家族それぞれが関与するチャンスを全職種が増やす視点を持ち、介護疲労を見極めながらケアに関わってもらい、ラストステージに参加してもらおう。そこで達成感を感じてもらえると、グリーフケアが円滑に進み再出発への切り替えが容易になると考えています。

基本的に機能面での改善や効果的な理学療法の展開は難しい面が大きい場面の方が多いと思います。ただ、家族以外の他者との関わりという点に加え、専門家からのアドバイスとしてなら受け入れてくれる方もおり、呼吸理学療法などで疲労感・息切れ感の緩和が行えている方もおられる。本人や家族に対して、負担のない動き方や無理のない範囲で身体を動かせる方法の提示、安楽な姿勢保持や体位変換の方法など理学療法士として行える事

は多い。またそれを他職種に繋いでいく事も非常に大きな役割と考える。在宅生活の中で終末期を迎える方の場合、理学療法士としての専門性に加え親身に接していく態度などより多岐にわたる援助の部分が大きな満足感として帰ってくることも多い。そういった関わり方も自分の中では重要な部分と考えている。
二次障害を予防し、最大限対象者に安楽な在宅生活を支援できると考えますが、あまり周知されておらず、必要性の認識が少ないように感じます。
終末期における役割は精神面や身体面へのケア、本人だけでなくご家族への助言など多くの役割を担えると考えているが、地域ではリハビリ＝機能回復または拘縮予防などのイメージが強く、リハビリの依頼がほとんどない。終末期の理学療法のイメージを地域でもってもらうために、イメージしやすい名称などがあるといいのではないかなと思う。
訪看のリハでは絶対に必要だと思います。最期の最期まで役割があります。
いかに緩和できるか、心理支持ができるかを考え行動できれば理学療法士の専門性を活かしていける役割はあると思いますが、その視点に立てる理学療法士は作業療法士や看護師に比べ圧倒的に少ないので、負荷や負担になるぐらいなら理学療法士は関わらない方が安全だと思います。理学療法士の全体の水準を終末期のリハに向けるのは機能改善にこだわる理学療法士が多い現状をみていると無謀だと思います。理学療法士だから、というよりは、その人の人柄や資質によると思います。
以前に●●●より監査がはいった際、癌患者に対して主治医指導のもと、リハビリを実施したケースに対して『癌患者にリハビリなんて本当に意味があるのですか?』と怒鳴られました。地域の課題、医療機関との連携課題、人員の問題などはもちろんあるかと思いますが、リハビリのできることや可能性へのアプローチを鶴の一声で否定しないで頂きたいと強く感じました。このアンケートが終末期の患者様にとってプラスに働く一助になればと思います。
呼吸療法士・心臓リハビリテーション指導士を所有しています。そもそも呼吸・循環・がんに対する多職種のリハビリの認識が低く、終末期など問題外な状況です。その問題点は山積していますが、PT/OTの知識不足もひどく、呼吸リハにおいても当地域でのアンケートにて1/3しか実技を学んだ事がなく、学んだことすらない方もいらっしゃいましたが、依頼があれば断らないとの状況でした。啓蒙するにもこれでは・・・と思いますが、1症例を大切に診ていくしか方法がありませんので、微力ではありますが現場で頑張っていきたいと思います。このアンケートが呼吸・循環・がんの訪問リハビリの一助になることを心から祈っております。
積極的にご本人やご家族のフォロー（技術面、環境面、精神面）に入り、最後までしっかりと関わらせてほしい気持ちがあります。しかし、知識・経験不足は否めず、責任を持って最後の最後まで関われるかと言ったら自信がないです。もう少し県士会単位での研修や、看護師の研修会にPTも参加できるような環境であればいいなと思います。

終末期医療における難しいところは、ゴールがないところである。メンタルの状態が少しずつ低下する中で、いかにケアしていくかが課題である。排痰や疼痛緩和等の手技も大切であるが、本人・家族との強い信頼関係が何よりも必要だと考える。理学療法士としてだけでなく、人としての関わり（身体的・精神的・安堵感）が重要と考える。
これから 2020 年を迎えて終末期の方にかかわる機会が増えていく中で、活動・参加に焦点をおいたリハビリ、QOL に視点を向けたリハビリが重要となってくると考えています。
リハビリによる身体能力の改善、ADL の向上はあまり期待できないが、最後までトイレに行きたいなど QOL に対して関わっていく意義はあると考える。また痛み、苦痛に対して一時的な効果かも知れないが、リハビリ後は少し楽になったとの言葉も聞かれることがあり、最後まで介入する意義はあると考えおります。色々な人に支えられながら孤独感なく最後まで生活できることは決して無駄な介入（リハビリ）とは考えておりません。
終末期は状態管理のためにリハよりも看護重視となることが多い。実際リハ職は、状態観察では看護師に劣る面があり、点滴など医学的管理が必要となると必然的に看護師による訪問となってしまう。しかし、終末期でも ADL・QOL 維持のためにリハができることも多い。リハ職がもっと医学的管理の知識や急変時の対応方法を身につけなければいけないのだと思いながら仕事をしています。
本人の意向をうかがいそれに沿ってリハビリを行う必要性がある。ADL を狭めずに本人の QOL を実現できるようにする必要がある
個人的には訪問リハビリに関わって、まだ 1 年半程度で通所リハビリと兼任でもあり週 3 ～ 4 件の訪問リハ件数しか行っていないが在宅医療での訪問リハビリの必要性は感じる。ベッド上での安楽なポジショニングや痛みや苦痛の緩和など回復が見込めない状況でも本人に対して行える。また支える家族や他の事業所の方にもその方法を伝達したりなど行えることは多くある。安楽な生活を送るための役割を理学療法士は果たすことが出来ると考える。また終末期においてはどの職種もそうであるがコミュニケーションが取れる方なら話しておきたいことなどをしっかり聞くことや話した内容を伝えたい人に伝えていくことも必要な役割と考える。現在は、終末期で看取りを経験したこともなく、コミュニケーションをとることが困難な人ばかりなので話をしっかり聞くことはそれらの人たちにできていないが、現在看取りとはすぐにはならないであろう人たちの話は聞くことが出来るので、それを実践するように心がけたい。
担当スタッフの治療技術やリスク管理・医療機関との密な連携が難しい。リハ治療効果のフィードバックが難しい。
以前、主たる病名が癌の日中独居で暮らしている利用者がいた。日々の体調変化を家族へ伝えられないこともしばしばあった。そこから、リハビリが介入することにより精神や体調の変化を家族やケアマネジャーへ伝達することも一つの役割であると感じている。ご家族も含めた治療方針をたて、日常でのケアや訓練をしていくことが理学療法士の役割だと感じている。

患者様、そのご家族様の貴重な時間にかかわれるのは、とても重要なことです。呼吸介助、リラクゼーション、モビライゼーションなど、少しでも疼痛の緩和にお役に立てることがあります。また、起居動作など、ご本人様・ご家族様への動作指導で、少しでも努力性ではないものをお伝えできればと思います。機能回復ではなく、メンタルな部分を含め、寄り添っていくことも必要だと感じております。
徐々に体力、気力、活気、関心が低下しそれに伴い経口摂取の減少や低栄養化が起こり様々な合併症の併発、肺炎のリスクが高くなるなど状態については広範囲に渡り目を向けなければなりません。変化する心体の状態に対して安楽な生活状況や環境を作っていくのも私たちの役割だと思います。更に精神面の支援も必要です。
急変時の対応や基本的な知識を身に付けることは当然であるが、ご自宅で終末期を迎えるとはいかなるものか、本人の QOL だけではなく、介護されるご家族のケア、亡くなられた後のケアまで含めて、広い視野で関わるができる療法士になる必要がある。
終末期の在宅医療に理学療法士の介入する必要性を利用者・家族、その他サービスに携わる方に説明できれば問題ないと思います。
最後までトイレや散歩など日常生活を送りたいと希望される方がおり、その方達のニーズに応える必要がある。また最後まで人と接する機会もあった方が良いと思います。
終末期においても ADL や QOL を向上させる必要性は高く、そのためにも理学療法士が関わることは重要であると言える。ただ終末期の訪問リハを依頼された経験はなく、一般的に理学療法の職域であるとの認知度が低いのではないかとと思われる。
在宅での終末期は ADL の低下や介護体制の変更などにより、リハ職の介入が必要な場面が多くみられます。しかしながら訪問リハの介入は介護保険を使用しなければならないため、ケアプランへの入りづらさ（ケアマネに理解を得ること、限度額の問題、サービス担当者会議の開催、契約手続きなど）によりすぐに対応できず、状態が悪化していつてしまう、ということが多くありました。せめて在宅支援診療所の主治医のもとからの訪問リハだけでも、医療保険が使えるようにならないものか、と思います。十分な医療情報と主治医との連携のもとでおこなうリハは、介護ではなく医療が適切ではないかと感じています。心配なのは外部主治医の指示の訪問リハで、病状の変化や治療方法の変化など、リアルタイムで把握することは難しいのではないかと思います。訪問看護の看護師さんはできていると思いますが、リハ職にそういう能力はないと思います。（できている人もいますが、本人・事業所の努力によるものであり、等しく担保されているものではありません）何らかの規制をかけるべきと思っています。（当院では外部からの指示では行っていない）
終末期に特化したセラピストが行うべきと強く思います。
マニュアル化されておらず、コンプライアンス乏しい。
リハビリ（理学療法）の必要性・意義はあると思うが、リハビリの実施によって身心に負荷を掛ける事にもなり、状況によっては実施をためらう場面も出てくると思う。そのため、

実施に関しては、実施側（医師・看護師・理学療法士・ケアマネ等）と患者（利用者）やその家族との情報共有や実施に関しての十分なアグリーメントが必要だと思う。また、その時期の介入に関しては身体面だけでなく精神面での支持も必須になるので、実施側（理学療法士）の年齢・経験（人生経験という意味も含めて）・人格等が重要になってくる。
人生の最後を少しでも楽に、楽しく過ごせるようにリハビリを通して支援すべきであり、それが理学療法士としての役割だと考える。またご家族の要望をしっかりと把握し、それに応える努力が必要である。
臥床期間が長いような方の家族さんに対してポジショニングの方法や介助方法の指導などを伝えることだけでも家族さんの身体等の負担を減らすことは可能ではないかと思います。
終末期の在宅医療において、動作のこと、介護者のこと、緩和など理学療法士のやれることはたくさんあると考える。本来は社会保障の在り方としての終末期医療におけるサービスの範囲とコストに関しての世の中全体の合意に基づくのが前提と思う。実際の場面では本人家族の考えが大前提。理学療法でできることの情報は提供すべきも、穏やかに静かに最後を迎える選択肢があってもいい。難しいところだが、既存の枠組みの中の目標設定や理学療法を提供するという、時間、単位、に縛られすぎるとうまくいかない場合があると思う。
終末期の理学療法士の役割として、生活環境調整が非常に重要だと考えます。身体機能の把握は勿論、住宅環境・福祉用具とのマッチングを行えるのは理学療法士だと思います。以前は訪問看護ステーションに勤務しており、終末期の方に関わることも多かったのですが、訪問リハビリテーション事業所では制度上の面からも終末期の方に関わりにくい環境ではないかと思います。理学療法士が訪問することでは、ステーション・事業所どちらも同様ですので訪問リハステーションの開設が可能となれば、より一層理学療法士が終末期の利用者に関われ、在宅生活支援に貢献出来るのではないかと考えます。
圧倒的にリハビリの需要が少ない気がする。ケアの面では看護が重要とされ、リハは二の次になっているような気がする。家族もリハビリの必要性を感じていることが少ないこともあり、終末期は安静に、という方向性が多く感じ取れる。啓蒙していくことは重要と考えるが、この点はこれから発信していかななくてはならないと思われる。
利用者及びご家族が死の間際まで少しでも笑っていられるための支援を図る必要がある。
呼吸状態の管理や疼痛緩和、ポジショニング、環境調整などかかわる必要がある点が多いと考えています。
終末期において、医学的管理のもと緩和ケア目的に介入できることがあると思います。
状態の維持の為に必要。家族や本人の病気の理解の為に情報提供が必要だ。
現状での終末期の在宅医療における理学療法は患者様やご家族が希望された場合、当事業所でも可能であるが、対象のご家庭のニーズに沿えるだけの適応力（他職種との連携等）が求められます。また終末期に向かうほど、対象者の症状は多岐にわたり、更に連携が求

められることと、有事の際のご家族への指導も必要です。サービスを受ける側とサービスを提供する側の準備が整ってこそ、終末期の在宅医療は成就できると思います。
生活動作など本人様が希望する生活が続けられるように、状態把握が出来るようリハビリを行う。本人様のニーズを出来る限り叶えられるようにリハビリを行う。
他の職種と比べ滞在時間が長い事も多く、身体に触れている時間も長いので利用者が心を開きやすく、QOLの向上やその方らしい最期、その方が望む最期が把握しやすい。
訪問理学療法単独でなく、いくつかの事業所との関わりなるため連携の取り方も難しい一面があると思います。また、看取りという言葉からもイメージするように看護のイメージが強い気がします。しかし、先日自宅での看取りをチームで経験しました。残された家族へのグリーフケアなどの必要性も感じました。そのあたりの経験があると、終末期の考え方も広がるのではないかと感じました。
廃用症候群の予防や全身状態管理など必要性があるが、訪問リハビリの依頼があまり無いのが地域の現状です。
非常に重要な役割を担っていると思います。しかし、ケアマネに医療知識が乏しい、事業所で関わるリハ専門職が少ない、総合病院のリハ職に在宅医療につなぐ意識がない、リハ職に横のつながりが無い、リハ職が地域に働きかける力がない、発言力がないなど、多くの問題を抱えているのが現状かと思います。
ご家族の介助方法の指導・ご本人の意思にあったサービスの提供・メンタルケア
患者様の精神面のフォローと疼痛緩和、身体機能の維持が重要になると考えます。
患者の機能より、想いにどれだけ寄り添えるかが大切かと思います。
身体機能の改善が見込みにくい終末期の段階でも安楽を獲得するという面で理学療法が活用できる場合があると考えます。また、残された時間の中でご本人・ご家族が望むことを実現させたいというニーズをお持ちの場合には、理学療法士の有する問題解決能力が役に立つのではないかと考えるが、そのような依頼は今のところ経験が無い。
終末期の在宅医療において、患者さんの生活、家族の介護状況、本人家族の希望が深く真剣に考慮されるならば、理学療法士は必ず必要とされる職種であると考えています。理学療法士に限らず、リハビリ専門職は必ず必要です。徐々に動けなくなっていく身体状況に合わせた適切な生活スタイル（本人家族の希望に合わせながら）、細かな環境調整、適切な動作方法、正しい介助方法などの支援は理学療法士でなくてはできません。また、嚥下機能も必ず衰えていく中で、嚥下機能の維持、誤嚥予防の対策（口腔ケア、食事摂取姿勢、食事形態、嚥下体操など）についても（STが訪問している地域は少ないので）訪問しているリハビリスタッフが対処しなければならないので、ST領域の知識と技術も必ず必要です。最期まで必死で生きている患者さんを、心身面でしっかり支えられるのは、食べて、寝て、排泄して、おしゃべりして、動くという基本的な生きることについての専門知識とそれを支える技術を持った理学療法士、リハビリ専門職が必要なのです。
余命をいかに楽に過ごせるようにしたい。

本人・家族への緩和・終末ケアを看護だけでなくリハの視点で関われることもある。本人には疼痛・呼吸安定性を促し、関わる事での安心感をリハビリテーションの1つと考えます。家族には、死への受け止め方や接し方、つらさなど傾聴し、みんなで（家族・関係者）可能な事がないか探す一助になると考えます。
看護師との連携は取りやすい環境にあるものの、理学療法終了（中止）の判断が療法士、看護師間で分かりかねることがある。
家族だけでなく、ケアマネジャーも終末期のリハビリの理解・受け入れが難しい。在宅でリハビリを行う中で、必然的にご本人や家族もコミュニケーションをとることも多く、不安や不満や今抱えている気持ちをお話して下さることも多い。身体や動作・介護状況だけでなく精神面についても、多職種に伝え連携を図る役割もあると思う。
人権としての緩和ケアが世間に浸透すること、また、その中でリハビリテーションが最期まで Well being な在宅生活を送る事、ご本人、ご家族の安心感と負担感の軽減に寄与できることをもっと発信し続ける必要がある。メディアにアピールするのも一案と考える。
終末期のリハは、導入時期や導入目的によりかなり個人因子に基づいたリハビリが必須となります。経験を重ねても個々で全く病状や想いが異なることから、そのつどリハビリの進め方はご本人としっかり詰めていくことが必要で慎重に取り組んでいかなければならないと思います。ご家族の協力が必須のため、しっかり家族との向き合いも要します。
日常生活の維持、自己実現、介護者の負担軽減、症状緩和など、役割は多岐にわたると思います。一方、それぞれ理学療法士が介入したことによる影響、効果については漠然としたものが多いので、現状では認知度も低く、理学療法士自体も何をしたいかわからない状況になりえてしまうと感じます。役割は確実にあると思うので、その効果と介入内容について追及していく必要性を感じます。貴重な機会をありがとうございました。
低下する身体機能の中でも理学療法士としてすべき役割はたくさんあります。本人・家族が苦痛を感じないようなプログラムの立案や実施が必要不可欠です。
終末期だからと言って、提供する理学療法に特別変わりはない。相手や家族の想いに対し、客観的立場から評価し、自分の提供できることを可能な限り明確にする。終末期の在宅医療は病院内とは違い、思いもよらない事態に遭遇する事もあるが、横の連携をしっかりとしていれば、大きな問題になる事は少ない。我々の役割は看護とは違った医学的視点から主治医や他スタッフと連携を取って共有する事がひとつの大きな役割と考える。
知識の必要性を感じます。PT はどちらかというと impairment の改善に努めることが大事だと思います。終末期の症状緩和は PT として必須だと思います。
終末期における QOL の維持、向上を図るためには友人や家族などの周囲の協力が不可欠であり、いずれ訪れる「死」に対しての向き合い方を考えるセラピストとなる必要がある。
終末期の在宅医療では、利用者及び家族の不安等様々な考えをもっており、リハビリテーションで身体の向上、維持だけでなく、精神面のケアも必要であると考えます。
疼痛緩和や本人・家族の精神的緩和につながっていると感じている。効果判定として主観

的となってしまうやすいため、客観的な効果判定を提示するようにしている。
1. 終末期という言葉のくくりが違うと感じる。終末期だからアプローチしようという訳ではないし、病状が分かった時点で緩和ケアは始まっているし、段階によってアプローチの内容や割合が変化していくだけ、という所の理解が必要なのではないかと考える。 2. 医師との関わりが薄く書類のみでの関係が多い。本来患者の為にアプローチするのであればチームとしてより深くかかわれる努力・システムが必要だと考える。 3. 徐々にADLが低下していく中で、どこまで在宅で過ごすか、本人・家族の意向を確認するタイミングが難しい。本人も家族もその都度、気持ちが揺れる、その揺れに対応するにはチームとして、個人として成長する必要がある。 4. 死生観教育が不足していると感じる。定義や字義的な意味を付加するのでは形のみとなってしまう。人が生きるという事、生き方を尊重するという事、ともに生きる・死ぬプロセスを歩むという事。そういう意味では、作業療法で言うセラピスト自身(人間性)が治療手段となれるように臨床教育を深めていくことが大切かと思います。もちろん、専門技術は必要で、時には看護技術も教育される必要を感じます。
当事業所では終末期患者様の訪問リハビリの適応が少ないと思われます。重症度にもよりますが、在宅の中でできることや現在の状態を維持していくことに働きかけることは多いように思います。実際に介入する上で知識・技術を上げていくことも含まれますが、今後訪問リハビリの適用範囲を拡大できるよう、他事業所・病院等に働きかけることも必要であると考えます。
終末期ほどリスク管理が必要と思われるが、外来・往診にかかわらず情報は他の利用者の方々と同レベルと変わらない中で訪問リハビリを実施している。(入院していた病院やケアマネさんによって異なるが。)特に初期の時点では医学的な情報が不足しているケースが多いように感じる。連携を通じて得られる場合もあるが、困難な場合も多く感じる。
疼痛の管理や身体状況の管理・精神面の安定化を図る上でも専門職に関わる意義は大変大きいと感じている。
社会資源として在宅での理学療法士の役割がケアマネジャーや主治医、本人、家族含めてどんなことを提供する知らないため、潜在的なニーズはあると考えます。
リスク管理面で、病院担当医とすぐに直接連絡が取りにくいいため、対応に時間がかかってしまうこともある。
終末期になると、ご本人が動けない状態なのでADL練習等があまり行えません。ROMエクササイズやご本人、ご家族からの訴えを傾聴し助言すること、環境調整が主になります。現状の介護保険制度では社会参加を促し、向上や自律を目的として入らなければならないため、計画書の作成が難しいです。
将来、介護保険でのリハビリは難病や困難事例の利用者を専門のセラピストが対応し、それ以外の利用者に対してはマネジメントが中心となっていくことが発表されている。在宅では専門性を高め、医学的管理能力と生活期リハビリの両方をみることができる理学療法

士が望まれていると考えております。
疾患に関わらず、死ぬ時まで自分の事は自分でしたい、決めたいと言う人は確実に増えてはいるため、理学療法士の役割は増えている。苦痛を和らげる、精神的な安定を図る事を依頼される事も増えている。しかし、実際に終末期になると、家族の意向、経済状況等で自分の希望とは違った状況になる場合が多い。言い換えると、家族、経済的な面、理解のある医師等、環境が整った人だけが、終末期の在宅医療の中で理学療法士が対応する機会を利用している状況。
訪問リハビリにも訪問看護のように緊急で医療で入れるような特別指示書のような制度があるといいです。
終末期＝動かさない。という認識がケアマネや在宅医の中で散見される。理学療法士が介入することで安楽肢位や介助方法の指導、福祉用具の提案や環境調整、胸郭や頸部へのアプローチによる呼吸状態の改善などメリットは多いが、リハビリ＝激しい運動して体を鍛えられているようで、訪問看護師などからケアマネに提案いただいても「リハなんて必要ないでしょう」と言われてしまうことも多い。周知していくことも必要と思われる。
右肩上がりのリハビリテーションではないので浸透しにくい。最期まで人間らしく、もしくはその人らしく生きられるために、理学療法の手法を応用することは重要。しかし、効果判定の難しさや倫理的に研究が進みにくい。
小児の患者の看取りにおいて、利用できるサービスが少ないと感じた。
病院経営者側から求められる、取得単位数第一主義のなかでは十分な終末期関与が不可能。現時点では各職員が自己時間を使い、患者や家族の心理的ケアのフォローに入っている。しかし、そこの事を病院側は良く思わない。グリーフケアなどの重要性を、昨今広く認識されてきているが、これらの関わりを診療報酬、介護報酬内で実施する事は極めて困難。終末期ケア（医療）の中で医療人に求められている内容の深まりに反して、報酬面や病院経営者側の支援が全く整っていない。現状各スタッフへの院内・院外からの評価は、自分の時間・お金を割いて、「奉仕精神のより強いスタッフが良いスタッフ」かのような判断をされがち。在宅診療医にも似た側面があると聞くと、「在宅は大変」という認識ばかりが広がり、新たな人員の確保にも苦勞する。近隣の訪問看護などではパートタイムのPTばかりを雇用して、終末期に最後まで寄り添う覚悟も無いスタッフが増えてきている印象さえ受ける。
終末期を在宅で過ごされる方は本人・家族ともに急変時の対応はもちろんのこと、徐々に機能低下などをきたしていく身体状況で不安を抱えながら生活されている場面に出会います。まずは本人・家族の不安を少しでも解消できるように訪問リハではその不安に耳を傾け傾聴し、安心感を与えて挙げられるような存在である必要があると思われます。身体機能の低下に対するアプローチはもちろんのこと、在宅で過ごされる方のQOLを考慮し、身体機能が低下していく中で日常生活や外出等、動作方法の変更や必要な福祉用具など環境面の変更も必要になってきます。これらに対する実際の場面での動作指導・福祉用具

の変更にも的確なタイミングで的確なアドバイスが必要と考えます。また場合によっては本人が在宅で亡くなられた後にご自宅を訪問するなどしてグリーフケアを行うことも考えられます。
状態が安定している時期であれば、動作を通して機能が維持できていることをお伝えすることで安心感を得てもらうことができる。病状が進行し、今までできていたことができなくなってきた時に、ご本人には話し相手として接することで気分転換を図ることができ、ご家族には介護に関する相談に乗ることができる。
ご本人より、まわりの家族やケアマネジャーの終末期リハビリテーションの認識はまだ薄いと感じています。緩和ケアとして、痛みの除去やポジショニング指導でリハの介入は効果的だと感じています。またリハをしているといいことに、ご本人様の精神面緩和やQOL向上につながる経験を何度かさせていただきました、
理学療法士の役割としては、患者個人だけでなく、家族や周囲の方と目標を共有して、より少しでも価値ある人生の時間を長く出来る様に、機能維持のためのプランを提案する事ができる。
利用者に対する理学療法の提供だけでなく、周囲の環境調整・本人・家族の心理的なフォローも必要になってくると考える。
在宅医療で看取り機能の強化が挙げられているが、実際に看取り場面や状態になると、他部署からのリハビリの必要性の認識が乏しく感じます。例『リハビリが今の状態に介入に行ってなにをするの?』実際は対処療法や緩和ケアとしての終末期の関わりは重要だと認識していますが、現場とのギャップを感じています。
終末期の訪問リハとなると、当事業所からより訪問看護ステーションからのリハビリでの対応が主となっています。最期まで、リハの関わりの必要性を感じます。特に、いかに楽に動けるか、安全に動けるかを考える必要性があるのではないかと思います。課題として感じることは、「リハビリ=きつい」や「リハビリ=機能訓練」という考え方が払拭できていない面があることです。
利用者様、ご家族様と医療介護スタッフとの繋ぎ役と思います。
本人や家族が在宅での生活を希望されている場合、少しでもその希望をかなえ、楽しく楽に生活するための手段として理学療法含めリハビリテーションは必要だと思います。訪問リハに関わる理学療法士の役割として、身体機能やADL動作の獲得・指導、環境調整だけでなく、本人・家族の精神面のコントロールや本人の承諾を得れば、近所周りとの交流も必要なのかなと思います。
最後まで自分でトイレに行きたい、家族と車椅子移乗ができ食卓を囲みたいなど、本人の希望や残された能力を活かし生活できるよう構築する役割があると思っている。
利用者本人の身体的ケアやリハビリだけでなく、メンタル面でのケアがとても重要になってくると考えています。また利用者だけでなくご家族様へのメンタル面のケアも並行して行っていく必要があると考えています。

これからの在宅医療において、理学療法（リハビリテーション）の必要性は感じています。しかしご家族はもとより、関連する医療従事者の認識が低いことが問題になっていると思います。在宅医療における終末期の理学療法士の役割においては、病院でのこれらの疾患に対する理学療法のあり方や必要性を高めていくことが必要だと思います。そうでなければ、病院から在宅への橋渡しは難しいと思われます。
終末期の方と接する時に我々は、いかにその人の尊厳を維持出来るかを考えます。少しでも自分の力で動作をしようという意思があればその手助けをしていきたいと思います。最後まで自力動作を行う為に環境設定、福祉用具の提案、筋力維持を行う事は意義のあることだと思います。また、最後まで拘縮のない体で生きる手伝いや痛みの軽減等がかかわれたらと考えます。
今後は在宅での看取り患者も増加し、今よりもPTが積極的に在宅医療に関わる時代が来ると予測されるが、リスク管理、知識、経験、対応力、コミュニケーション力（連携力）など考慮すると、指導する立場の人間が少ないため、現状では質が保てない。院内の経験のみで担えるものではないので、疾患別の経験だけでなく、さまざまな分野（急性期～在宅、医療保険分野～介護保険、障害分野など）での経験を得たスペシャリストを育てていかなければいけない。
高齢社会の想定以上の進行の速さの為、介助者の不在、高齢化などで純粋な意味での在宅での生活自体が困難な状況にあり、その数自体が少なくなっている。さらにその中で訪問リハビリを受けようとされる人はさらに少なくなる。潜在的にはニーズはあるが、ケアマネジャーや主治医などにまだ在宅でのリハビリの必要性の認知度が低い。広義の意味での在宅、つまり高齢者専用住宅や有料老人ホームなどの半分施設、半分在宅のようなところに住んでいる高齢者は増えているが、その分個人のニーズよりも関係者の都合が優先されることが多い。終末期のリハビリに対する認識がまだ不足している。人としての尊厳の回復というリハビリ本来の意義をどの医療職種においても認知されるようになれば、終末期のリハビリのニーズの掘り起こしが可能になる。
身体的には疼痛緩和、浮腫軽減、ADL レベルをキープする範囲内での ROMex、筋力 ex を実施すること。外部（家族外）とのコミュニケーションをとる時間となり、その中で家族には出せない弱音や不安を傾聴し、最後まで生きることを貫く手助けとなればベストだと思う。
少しでも楽に動けるよう、生活が続けていけるように、本人や家族の意見を尊重し方向性を話し合いながら援助していく必要があると考えます。
呼吸器、循環器領域などでの緩和ケアにPTが積極的に介入して役割を果たせるように訪問理学療法を行うセラピスト向けに知識や対応方法について学べる研修が必要であると思います。医師や看護師などとの連携は同事業所でないと難しいと感じています。ICT 技術を利用することや在宅医療に積極的に取り組んでいる医療機関、事業所とのネットワークを様々な職種が参加する環境を整備する必要があると思われます。終末期の在宅医療に

我々セラピストがいかに関わることができるのか。その方の人生の最期に立ち会わせていただくということにどのような意義があるのか。核家族化、地域との関係性の希薄化が進んだ現代社会で親類や近隣の知人の「看取り」を行う経験自体が減ってしまった私自身感じており、若く経験の浅いセラピストには理解し、行動することが難しいのかなと感じています。経験を多く積まれた方の経験談や実践例を見て聞いて、自分も同じように行動し、それを評価してもらい、改善を加えていく。将来あった方々にその経験を活かし、それをさらに若いセラピストに伝えていく。そういった単発の研修で留まらず、我々在宅医療にかかわるセラピストが何をなすのかについて明確な理念を持ち、継続的な働きかけができる環境や制度の整備を熱望しています。
最後まで住み慣れた場所で、家族など親しい人とともにという考えは、地域リハまたは地域包括ケアの考え方そのものであり、それを実現するために、リハビリテーションマインドを持った理学療法士がかかわれることは沢山あり、また意義のあることだと思う。痛みや緩和や、家族に対する介護方法の指導など、また、症状が穏やかな時に散歩に出るなどして利用者により添え、安らぎと安心を与えられるような終末医療になるように我々もかかわればよいと思う。
本人、家族の希望があれば、最後まで行うことはあると考えている。
本人及び家族の希望に寄り添うことが大切。
リハというと、訓練というきついイメージをまだ持たれており、「調子が悪い」と断られることもあるが、体調に合わせたアドバイスや環境調整中などできることはたくさんあることを啓発していく必要がある。終末期に変化する身体レベルを予測してタイムリーに福祉用具が導入できるように手配したり、自宅にあるもので工夫するアドバイスができるとおもいます。訪問スタッフは急変時の対応や、循環器や内部疾患の知識がもっと必要だと常々感じています。
在宅リハビリにおける終末期リハの理解が少ないため、医師会等への啓発活動を行い、PTの役割を知ってもらおう。また、訪問を実施する側の知識や経験を積み上げ、何ができるのかを、ケースごとへのマネジメント、役割をできる能力が必要と考える。
これまでは終末期という前提で本格的に関わった利用者はありません。今後は増えることも考えられるため、勉強のためにアンケート結果のフィードバックをお願いします。真面目に集計したら半日以上のかかりました大変貴重な情報なので、その結果を教えてくださいたいと思います。
大幅な身体機能・能力の向上が見込めない利用者様もいらっしゃるが、その中で少しでも楽に生活出来るよう支援していく必要があると思います。ポジショニングや福祉用具の活用、ご家族の負担軽減のための介助指導など専門知識を生かした介入はもちろんですが、心のケアも必要になって来ると思います。
緩和ケアや全身のリラクゼーション、また外部とのつながりのために家族以外の人との会話で生きがいになるケースもあるが、それに対してのリハビリテーション介入は困難なケ

ースも多々あると思われる。また、介護保険での訪問リハは、当院医師の指示書が必要で、終末期の利用者は病院受診が困難なケースが多く、訪問リハをやむなく中止せざるを得ない場合がある。

終末期の理学療法の内容として、疼痛緩和、安楽な姿勢・ポジショニング指導、廃用症候群の予防、身体機能・ADL維持、心理面のサポートなどが挙げられ、在宅で亡くなる最期の瞬間までその人らしく生活していただくために必要なリハビリテーションであると考えます。終末期で関わる在宅医療チームの一員として患者に対して、訴えを傾聴し、病状や体調によりプログラム内容を柔軟かつ迅速に変更できる対応力、リスク管理面からもより高い知識やスキルが求められますが、病状の回復よりも疼痛の軽減などが重要視される分野でもあり、セラピストの満足感・達成感が得られにくい面もあるものと思われます。また、看護師などと比べ、理学療法士は患者の死と直面する機会が少ない職種の一つであり、終末期の在宅医療に関わるなかで、患者の死は大きな喪失体験であり、セラピスト側がうつや意欲低下にも陥りやすいリスクも高いと考えます。これらを克服するための対策・教育面の充実が急がれる分野であると考えます。今後、臨床的知見が蓄積され、ガイドラインなどが示されることで、経験の浅いセラピストの予後予測や目標設定、対応方法の一助になると思われます。

終末期医療における患者・家族からのリハ職の認知度は低く、緩和ケアのための理学療法の導入に壁があるように感じています。身体機能や呼吸器に対してのアプローチだけでなく、広く生活全般の動作や家族の介助方法の指導、補装具などの提案に関しても何かしらの関わりが可能と考えています。理学療法士が関わることによって「楽に動ける」ができれば、終末期のQOL向上に関われると考えます。

利用者さんの身体状況にあわせて、安全に生活できる工夫ができること。利用者さん自身の希望を支えることを重視した対応ができること。それを支えるご家族のケアができること。利用者さん、ご家族の精神的支えとなれること。

在宅における理学療法士は、残された機能や体力、体調の状況等から、どのようにしたら安楽に動くことができるか、またご本人らしく生活するための提案や具体的なアドバイスをを行うことが可能である。アプローチは身体機能のみならず、心理面をサポートし、ご家族の状況や家屋環境、福祉用具、サービス体制など全体を見渡しアドバイスを行うことも可能である。訪問リハの依頼が低下しても改善の可能性のある方に重点が置かれており、低下していく方への支援のイメージがない状況であると感じている。依頼を出したり、家族と相談する側にその視点がないと、訪問リハに依頼は出ない状況である。訪問リハの可能性の発信が課題でもあるかと思うので今後働きかけが必要であると考えています。

終末期では残存能力を使い今何ができるのかということをしかりと把握し、これからどうなっていくのかということを予後予測して関わっていくことが大切だと思われる。

最期まで自立ないし、それに準じた生活を維持・継続していく為の能力維持と介護者の介助量軽減・医療従事者が関わっているという安心感を与える。

理学療法士の一番大きな役割と思うのは在宅生活をしている終末期患者を定期的に訪問して評価していることにあり、と思います。いままでがん患者、COPD 患者の見取りを経験しましたが、生命予後の評価も重要ですが、低下していく体力、運動能力、ADL 等に対してどのような支援をしたら在宅が続けられるのか、また悪化したらどういう方法があるかを提示していくことが重要であると感じました。それとセラピストのスキルとしては精神的な不安に寄り添える人間的な力を高める必要があると考えています。
終末期の在宅医療ではステージ・進行具合によりサービスの提供内容が適宜変化するため、他部署との連携が重要となりますが、リスク管理の面では医師との連絡がやや困難な場面も見受けられます。医師との情報共有については今後とも課題として取り組んでいきたいと考えます。理学療法士の役割としてはフィジカルなアプローチがメインではありますが、患者様・利用者様が安心して過ごせるような住環境（モノ・ヒト）を整備・家族指導を行うことが重要と考えます。終末期の対象者の方の疾患・ステージに合わせた対応方法や「機能が低下することを受け入れていく」とはどのようなことなのか？などを中心としたスキルアップの場が増えていくと良いと思います。一般の方（ご家族を含め）からすると「リハビリ」＝機能向上という印象が強く、サービスで求められるものの同様の内容が多い印象です。終末期・衰えを上手に受け入れていただくということに時折苦慮することが多くなっているケースも多く、専門職もメンタル面でのスキルアップが必要と日々感じております。
リハビリ＝運動療法というイメージが世間的に強く、その印象はケアマネジャーにも同様。看取りレベルの利用者に対して、在宅生活をマネジメントする際、訪問リハビリを導入する考え方（引き出し）が十分に身についていない気がする。その点に関しては、リハビリからの発信がまだ乏しいことや地域性等の問題が挙げられる。そのため、私達セラピストがケアマネジャーや他職種に対して、専門家としてできる事を積極的に発信すべきであると考えます。機能訓練だけではなく、活動・参加への取り組み、看取りの際は QOL といった部分で利用者に関われること等、地域にリハビリを提供する事業所として、訴えていくことが責務であると考えます。
多職種でのかかわりの必要性を感じる。多職種の連携が必要。
最後までその人らしい生活を送るため、また介護者がよりよく介護できるために、必要な手段や環境を専門的な視点で提案することが求められていると感じます。また、適切な評価（身体的、環境的）により多職種間でのケアに貢献することも理学療法士として必要であると感じます。ただ、介入にあたってリスク面や技術面、経験不足を感じる事も多く難しさを感じる事が多くあります。こういった 1 症例の経験を蓄積し実践していく事が終末期での訪問リハビリテーションのあり方や存在意義を提示できると考え、日々精進しています。
終末期では利用者だけでなく介護を行っている家族へのケアが大変重要な課題である。家族の訴えに対して傾聴し、適切なアドバイスを行うことで家族の心的疲労は軽減する。よ

ってセラピストはリハの手技や知識のほかにコミュニケーション能力が非常に問われる。そして本人・家族の心の拠り所を役割として担う必要がある。訪問リハのセラピストは、他の介護事業サービスの中でも本人や家族と一番密接に、そして長い時間を過ごす存在だからである。
理学療法士が終末期にかかわる事が以前は多くあったが、診療報酬の改定が繰り返されていく中でリハ病名がつかなくなったり難しくなっている現状はある。疼痛コントロールや呼吸状態改善にかかわる事で QOL の向上や安楽になることもでき、有用であると考えます。
終末期においては、出来る範囲で身体能力の改善を図りつつ、本人の希望される活動や社会参加への促しや支援が重要ではないかと考えます。また、精神面でも不安が強くなれる時期に話を傾聴しつつ、他職種への伝達等を行い、介入している多職種での全体的な支援が必要だと考えます。また、循環器疾患や呼吸器疾患においては今後、さらに増えていくことが予想される中で、理学療法士としてリスク管理を行った上での生活の支援(リスクがあるから出来ないではなく、そのリスクをどのように軽減しながら行っていくかなど)を先導して進めていく必要があると考えます。しかし、実際には終末期となると機器などの限界がある中で何かあったときにどのように対処していくかなどの意識の統一などで不安があります。
御家族や御本人との関わり(精神的フォローなど)を密にしていかなければならないと思います。御本人の主訴など聞き出す事でリハビリでの関わりも変化してくると実感しました。なかなか難しい問題です。
介護支援専門員の認識として理学療法=機能回復のイメージが強く、緩和ケアに対して理学療法を選択しないように思う。今後緩和ケアで理学療法士ができることをアピールしていく必要があるのではないのでしょうか。
内部障害の終末期におけるリハ介入は他サービスとのかね合いで難しいも多いのが現状。コンディショニングなどのリハ介入による効果の周知も進んでいないように感じる。終末期におけるリハビリの役割を他サービスに知ってもらうことや、理学療法士自身も研修会等で終末期に対する知識、できる技術を深めていく必要があると思う。
対象者のより満足のいく最期が実現できるように楽しみの時間の獲得や痛みのケアなども含めて身体機能面からサポートが出来る。終末期を迎える上でその人らしい生活の維持には運動、ADL 動作などの専門知識や急な対応などが行える理学療法士が関わる必要性は高い。
今回の調査では、終了状況として看取りの対象者は少数であった。しかし、最期まで、その人らしく QOL を向上、確保して支援することは重要であり、そのために身体機能・生活機能を支える理学療法士の存在、役割は欠かせないものであると考えている。
終末期は看護の役割が非常に大きい。しかし利用者・家族の QOL 維持向上に関しては理学療法士が介入することで効果が期待できる点も多い。終末期まで理学療法が必要と感じ、看護師からも介入を継続するようにと考えられるように努力していく必要がある。

2. 調査票

平成 28 年度 公益社団法人日本理学療法士協会 調査事業

◆訪問での呼吸器・循環器・がん疾患の理学療法に関する実態調査◆

● 調査へのご協力をお願い

現在、本邦においてもがん以外の疾患に対する緩和ケアの重要性が高まっており、呼吸不全や心不全に対する理学療法士などのリハビリテーションスタッフの役割が重要となっております。

この調査は、呼吸器・循環器・がんの終末期の訪問理学療法の実態を調査することを目的としております。

本調査に係る個人情報については、以下のように取り扱います。

1. お答えいただいた内容によってご回答者様および所属するご職場の評価が行われることは一切ございません。

2. 調査への拒否、一部の調査項目への回答拒否があっても、ご回答いただいた方に不利益が生じることは一切ございません。

3. 自由記述のコメント等に個人を特定できる情報が含まれている場合には、そのことを認識した段階でその情報を匿名化いたします。

ご多忙中、誠に恐れ入りますが、協力くださいますようお願い申し上げます。

なお、回答をもって、調査にご同意いただけたものといたします。

●記入に際しての注意

*呼吸器・循環器・がんにおける重症度についてはそれぞれmMRC、NYHA、PSにて分類し別表を参考に記入をお願いいたします。

*終末期の定義：公的に定義されていないため、この調査における「終末期」とは「死を予測した対応を考慮する必要がある時」とします。

●ご回答者様

・貴事業所における職員の構成および利用者の疾患などがお分かりになる理学療法士の方がご回答ください。

（設問数：18 問、回答時間：30 分程度）

●回答期限

平成29年2月20日（月）お手数ですがwebでのご回答をお願いいたします。

アンケートは途中で中断、再回答できます。お問い合わせは下記アドレスまでお願いいたします。

◆ 調査実施者 ◆

〒151-0061 東京都渋谷区千駄ヶ谷3-8-5
公益社団法人 日本理学療法士協会 職能課：大久保・吉倉
本調査事業に関するお問い合わせ：shokuno@japanot.or.jp

◆ 調査委託 ◆

委託会社：〒163-1424 東京都新宿区西新宿3-20-2
（株）クロス・マーケティング

1

Q6.貴事業所の人員体制についてお聞きします。それぞれの職種としての経験年数と訪問看護・訪問リハビリテーションサービスへの従事期間別に数字をご記入ください。また、人数は常勤換算でお答えください。

職種	経験年数	訪問従事期間	人数
理学療法士	5 年未満	5 年未満	人
	5 ～10 年未満	5 年未満	人
		5 ～1 0 年未満	人
	10 年以上	5 年未満	人
		5 ～1 0 年未満	人
		1 0 年以上	人
作業療法士	5 年未満	5 年未満	人
	5 ～10 年未満	5 年未満	人
	10 年以上	5 ～1 0 年未満	人
		5 年未満	人
		5 ～1 0 年未満	人
		1 0 年以上	人
言語聴覚士	5 年未満	5 年未満	人
	5 ～10 年未満	5 年未満	人
	10 年以上	5 ～1 0 年未満	人
		5 年未満	人
		5 ～1 0 年未満	人
		1 0 年以上	人
看護師	5 年未満	5 年未満	人
	5 ～10 年未満	5 年未満	人
	10 年以上	5 ～1 0 年未満	人
		5 年未満	人
		5 ～1 0 年未満	人
		1 0 年以上	人

3

I.貴所の概要について

1. 貴事業所についてお聞きします

Q1.所在地（任意）	（ ）都・道・府・県 （ ）市・町・村 （ ）区
Q2.設置主体（母体）	1. 病院 2. 介護老人保健施設 3. 有床診療所 4. 無床診療所 5. その他
Q3.前問で1.病院とお答えの方にお聞きします。 設置主体が有する病床・病棟の病床数をお答えください。	1. 精神病床 （ ）床 2. 結核病床 （ ）床 3. 一般病床 （ ）床 4. 認知症病床（ ）床 5. 感染症病床 （ ）床 6. 療養病床 （ ）床 7. 回復期リハビリテーション病床（ ）床 8. 地域包括ケア病床（ ）床 9. 緩和ケア病床（ ）床
Q4.Q2で、1.病院3.有床診療所4.無床診療所とお答えの方にお聞きします。 設置主体の標榜診療科について該当するものをお選びください。	1. 内科 2. 精神科 3. 神経科 4. 神経内科 5. 呼吸器科 6. 消化器科 7. 胃腸科 8. 循環器科 9. 小児科 10. 外科 11. 整形外科 12. 形成外科 13. 美容外科 14. 脳神経外科 15. 呼吸器外科 16. 心臓血管外科 17. 小児外科 18. 皮膚泌尿器科 19. 皮膚科 20. 泌尿器科 21. 性病科 22. 肛門科 23. 産婦人科 24. 産科 25. 婦人科 26. 眼科 27. 耳鼻咽喉科 28. 気管食道科 29. 放射線科 30. 麻酔科 31. 心療内科 32. アレルギー科 33. リウマチ科 34. リハビリテーション科 35. その他
Q5.Q2で、2.介護老人保健施設とお答えの方にお聞きします。入所および通所の定員をお答えください。	Q5_1) 入所 定員（ ）床 Q5_2) 通所 定員（ ）人・なし

2

Q7.貴事業所において、緩和ケアについての研修会や勉強会の参加状況をお聞きします。

Q7_1) 研修会への参加	している・していない
Q7_2) 参加している頻度（事業所あたり）	回／年程度

* 研修会・勉強会とは・・・主催者は問わず、全国レベルでの研修会や地域での勉強会などを含みます。事業所内での研修・勉強会は含みません。

以下の設問に対しては理学療法士が関わっている症例についてお答えください。

II.訪問理学療法の利用者について

平成 28 年 12 月末の現在での数字でお答えください（登録者）。

Q8.訪問理学療法利用者の介護度別人数をお答えください。

要支援1	人
要支援2	人
要介護1	人
要介護2	人
要介護3	人
要介護4	人
要介護5	人
該当なし	人
不明	人

Q9.訪問理学療法利用者の疾患別人数をお答えください。

主たる病名での人数、合併症の人数をお答えください。

*医師からの指示簿やケアプランなどに基づいて、お答えください。

	主たる病名	脳血管	運動器	呼吸器	循環器	がん	その他
脳血管疾患	人	人	人	人	人	人	人
運動器疾患	人	人	人	人	人	人	人
呼吸器疾患	人	人	人	人	人	人	人
循環器疾患	人	人	人	人	人	人	人
がん	人	人	人	人	人	人	人
その他	人	人	人	人	人	人	人

4

以下は、合併例も含めて人数をお答えください。

Q10.呼吸器疾患における重症度別（修正MRCスケール*）人数をお答えください。
（*mMRC:the Modified British Medical Research Council Scale）

Grade 0	() 人	Grade 0	激しい運動をした時だけ息切れを感じる。
Grade 1	() 人	Grade 1	平均な道を歩くと歩く、あるいは緩やかなより道を歩くときに息切れがある。
Grade 2	() 人	Grade 2	息切れがあるので、同年代の人よりも平均な道を歩くのが遅い。あるいは平均な道を自分のペースで歩いているとき、息切れのために立ち止まることがある。
Grade 3	() 人	Grade 3	平均な道を約100m、あるいは数分歩く息切れのために立ち止まる。
Grade 4	() 人	Grade 4	息切れがひどく家から出られない、あるいは衣服の着替えをする時に息切れがある。
不明	() 人		

Q11.循環器疾患における重症度別（NYHA 分類）人数をお答えください。

NYHA I	() 人	I	心疾患があるが、身体活動の制限のない患者、日常的身体活動の範囲では適度の疲労感、動悸、息切れ、狭心症発作が起こらない。
NYHA II	() 人	II	心疾患により身体活動の程度制限をきたしている患者、安静時は無症状である、日常的身体活動により疲労感、動悸、息切れ、狭心症発作が起こる。
NYHA III	() 人	III	心疾患により著しい身体活動の制限をきたしている患者、安静時は無症状であるが、日常的身体活動以下で疲労感、動悸、息切れ、狭心症発作が起こる。
NYHA IV	() 人	IV	心疾患によりいかなる身体活動にも症状を伴う患者、安静時にも心不全症状や狭心症症状が認められる、身体活動を行おうとすると、胸部不快感が増強する。
不明	() 人		

Q12.がんにおける重症度別（Performance Status:PS）人数をお答えください。

PS 0	() 人	0	まったく問題なく活動できる。発症前と同じ日常生活が制限なく行える。
PS 1	() 人	1	肉体的に激しい活動は制限されるが、歩行可能で、軽作業や座った作業は行うことができる。例：軽い家事、事務作業
PS 2	() 人	2	歩行可能で、自分の身のまわりのことはすべて可能だが、作業はできない。日中の50%以上はベッドで過ごす。
PS 3	() 人	3	限られた自分の身のまわりのことしかできない。日中の50%以上をベッドが椅子で過ごす。
PS 4	() 人	4	まったく動けない。自分の身のまわりのことはまったくできない。完全にベッドが椅子で過ごす。
不明	() 人		

5

Q15_2) 循環器疾患	リスク管理が難しい・医学的情報が少ない・医師との連携が難しい・看護師との連携が難しい・急変時の判断や対応が難しい・知識不足・経験不足・人員不足・その他（ ）
Q15_3) がん	リスク管理が難しい・医学的情報が少ない・医師との連携が難しい・看護師との連携が難しい・急変時の判断や対応が難しい・知識不足・経験不足・人員不足・その他（ ）

V.呼吸器・循環器・がんの疾患に対する終末期の理学療法の必要性があるか、さらに問題点について、お考えにあてはまるものをお選びください。（個人的見解でも構いません。）（問題点は複数回答可）

	Q16.必要性	Q17.問題点
呼吸器疾患	ある・潜在的にある・どちらでもない・少ない・ない	（本人・家族）がリハの必要性の認識がない・要介護度が低い・他のサービスで保険点数上限に達するため・リハが利用できる事業所がない・その他（ ）
循環器疾患	ある・潜在的にある・どちらでもない・少ない・ない	（本人・家族）がリハの必要性の認識がない・要介護度が低い・他のサービスで保険点数上限に達するため・リハが利用できる事業所がない・その他（ ）
がん	ある・潜在的にある・どちらでもない・少ない・ない	（本人・家族）がリハの必要性の認識がない・要介護度が低い・他のサービスで保険点数上限に達するため・リハが利用できる事業所がない・その他（ ）

VI.終末期の在宅医療における理学療法士の役割について、ご意見等があればお書きください。（Q18）

7

Ⅲ.訪問理学療法終了の状況についてお聞きします。

平成 28 年 4 月から 9 月までの 6 か月間の状況をお答えください。
1. 訪問理学療法が終了になった人数およびその転帰について

Q13.上記 6 か月のうちに、訪問理学療法を終了した利用者数		人	
Q14			
A) .上記のうち、看取り*までかかった利用者のその主たる疾患の内訳をお答えください。			
	A) 人数	B) 処方目的・目標 (複数回答可)	C) 処方内容 (複数回答可)
			C) 理学療法内容 (複数回答可)
脳血管疾患	人		
運動器疾患	人		
呼吸器疾患	人		
循環器疾患	人		
がん	人		
その他	人		

*ここでの看取りは、在宅での看取りおよび急変等で入院後1か月以内に病院・施設で亡くなった方も含みます。

B) 処方目的・目標

A. A D L 維持・改善 B. Q O L 維持・改善 C. 呼吸困難感の改善 D. 活動範囲維持・拡大 E. 家族指導 F. その他（ ）

C) 処方内容・理学療法内容

1. 関節可動域維持・改善運動 2. 筋力増強練習 3. 基本動作練習（床・上・起居動作、移乗、座位、立位、屋内歩行） 4. 屋外・応用歩行練習 5. 階段昇降・段差昇降練習 6. 協調性（/バランス）練習 7. 持久力向上 8. 自主トレーニング・指導 9. 呼吸練習（排痰を含む） 10. 補装具・自助具使用指導・練習 11. 環境調整、福祉用具の選定、福祉用具を使用した練習 12. 嚥下練習 13. A D L 指導 14. 口腔ケア・指導 15. 家族への介助指導 16. その他（ ）

Ⅳ.呼吸器・循環器疾患・がんについて、訪問で実施する際（あるいは実施を考えると）問題点となっていることに該当するものをお選びください。（複数回答可）

	Q15.事業所側・セラピスト側の問題
Q15_1) 呼吸器疾患	リスク管理が難しい・医学的情報が少ない・医師との連携が難しい・看護師との連携が難しい・急変時の判断や対応が難しい・知識不足・経験不足・人員不足・その他（ ）

6

Ⅶ.最後に、お答えいただいた方の基本情報についてお答えください。

F1.職種	理学療法士・その他
F2.経験年数	5 年未満・5 ～10 年未満・10 年～15 年未満・15 年～20 年未満・20 年以上
F3.訪問経験期間	5 年未満・5 ～10 年未満・10 年～15 年未満・15 年～20 年未満・20 年以上
F4.役職	【なし】・【主任・係長クラス同等】・【課長・科長・部長クラス同等】・【左記以上の管理職】
F5.年齢	20 代・30 代・40 代・50 代・60 代以上
F6.性別	男・女

質問は以上となります。

お手数ではございますが、Webからのご回答お願い申し上げます。

※アンケートのURL及び参加用IDは、同封の「訪問での呼吸器・循環器・がん疾患に関する実態調査アンケートへのご協力をお願い」をご確認ください。

（アンケートは回答の中断・再開可能です）

8

平成 28 年度 職能関連調査事業

(緩和ケアにおける理学療法業務モデル構築事業・普及促進事業：事業番号 305)

訪問での呼吸器・循環器・がん疾患の理学療法に関する実態調査

報告書

発行 公益社団法人 日本理学療法士協会

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷 3-8-5

電話番号：03-6804-1422

平成 29（2017）年 3 月発行