

1. わが国におけるがんのリハビリテーションの現状

A. 診療・教育・研究の動向と今後の課題

辻 哲也

(慶應義塾大学医学部 リハビリテーション医学教室)

はじめに

悪性腫瘍（以下、がん）治療の進歩により、がん患者の生存期間が延長しつつあり、「がんと共存し、共生する時代」となった現在、限られた月日と時間をいかに過ごすのか、すなわち、療養しながら生活する際の生活の質（quality of life: 以下、QOL）が問われている。

がん患者にとって、がん自体に対する不安は当然大きい。特に、進行がんや終末期のがん患者においては、がんの直接的影響や治療によって生じる身体の機能障害や、日常生活を自立的・自律的に行うことができないことに対する苦悩も同じくらい大きい。“がんと共存”する時代となった今、がん患者が生存している間の生活の質をしっかりとサポートしていく、いわゆるサポーターケアがますます重要になってきている。これらの問題に対して、身体機能や生活能力の維持・改善のため、リハビリテーション診療を行うことは、限られた余命の間、「その人らしく最期まで生きる」ために大変重要である。

今後、治療技術の進歩により根治困難であっても担がん状態でがんと共存しつつ、療養生活を送る患者の生命予後はますます長くなるであろう。Performance Status（以下、PS）や日常生活活動（activities of daily living：以下、ADL）の維持・改善を目的としたリハビリテーション医療の必要性が今後さらに高まることは想像に難くない。

本稿では、緩和ケア主体の時期を中心に、わが国におけるがんのリハビリテーションの現状について解説する。

がんのリハビリテーションの定義と目的

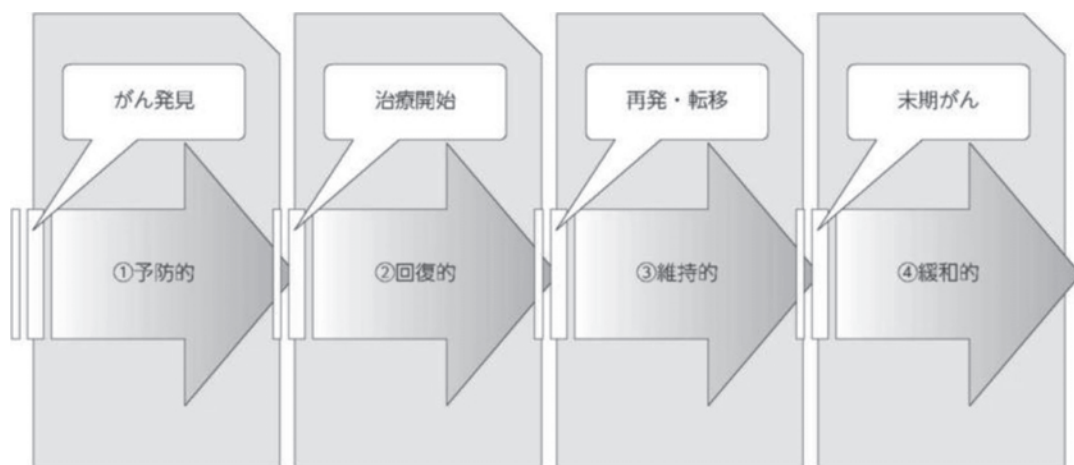
「がんのリハビリテーション医療とは、がん治療の一環としてリハビリテーション科医、リハビリテーション専門職により提供される医学的ケアであり、がん患者の身体的、認知的、心理的な障害を診断・治療することで自立度を高め、QOLを向上させるものである」と定義される¹⁾。がんのリハビリテーション診療は、臨床腫瘍科医、リハビリテーション科医の指示により、医療ソーシャルワーカー、臨床心理士、理学療法士、がん専門看護師、作業療法士のコアメンバーと、その他がん患者特有の問題に対処するさまざまな専門職からなるチームとして提供される²⁾。

がん患者では、がんの進行もしくは治療の過程で、さまざまな機能障害が生じ、歩行やADLに制限が生じ、PSが低下し、QOLが損なわれてしまう。がんのリハビリテーションの目的は、これらの問題に対して、二次的障害を予防し、機能や生活能力の維持・改善を目指すことである。

病期別分類と対象となる障害

がんのリハビリテーションは、予防や機能回復から余命の限られたがん患者の機能の維持、緩和ケア主体の時期まで、あらゆる病期において役割を担う（図1）^{3,4)}。

対象となる障害は、がんそのものによる障害と、その治療過程において生じた障害とに大別される（表1）⁵⁾。がんサバイバーのQOL向上や社会復帰の支援を目的に、化学療法や放射線療法中・後の運動療法や有害事象への対応、がん関連認知機能障害（cancer-related cognitive impairment）



- ①がんの診断後の早期（手術，放射線，化学療法の前から）に開始。機能障害はまだないが，その予防を目的とする。
- ②機能障害，能力低下の存在する患者に対して，最大限の機能回復を図る。
- ③腫瘍が増大 / 機能障害が進行しつつある患者のセルフケア，運動能力を維持・改善することを試みる。自助具の使用，動作のコツ，拘縮 / 筋力低下など廃用予防も含む。
- ④末期のがん患者に対して，その希望（hope）・要望（demands）を尊重しながら，身体的，精神的，社会的にもQOLの高い生活が送れるように援助する。

*本図はがんのリハビリテーションの流れを示すもので，WHOの緩和ケアの定義とは異なることに注意

図1 がんのリハビリテーション 病期別の目的 [文献3,4] から引用，一部改変]

表1 がんのリハビリテーションの対象となる障害の種類

1. がんそのものによる障害
 - 1) がんの直接的影響
 - ・骨転移
 - ・脳腫瘍（脳転移）に伴う片麻痺，失語症など
 - ・脊髄・脊椎腫瘍（脊髄・脊椎転移）に伴う四肢麻痺，対麻痺など
 - ・腫瘍の直接浸潤による神経障害（腕神経叢麻痺，腰仙骨神経叢麻痺，神経根症）
 - ・疼痛
 - 2) がんの間接的影響（遠隔効果）
 - ・がん性末梢神経炎（運動性・感覚性多発性末梢神経炎）
 - ・悪性腫瘍随伴症候群（小脳性運動失調，筋炎に伴う筋力低下など）
2. おもに治療の過程において起こりうる障害
 - 1) 全身性の機能低下，廃用症候群
 - ・化学・放射線療法，造血幹細胞移植後
 - 2) 手術
 - ・骨・軟部腫瘍術後（患肢温存術後，四肢切断術後）
 - ・乳がん術後の肩関節拘縮
 - ・乳がん・子宮がん手術（腋窩・骨盤内リンパ節郭清）後のリンパ浮腫
 - ・頭頸部がん術後の嚥下・構音障害，発声障害
 - ・頸部リンパ節郭清後の肩甲周囲の運動障害
 - ・開胸・開腹術後の呼吸器合併症
 - 3) 化学療法
 - ・末梢神経障害など
 - 4) 放射線療法
 - ・横断性脊髄炎，腕神経叢麻痺，摂食嚥下障害など

[文献5] から引用，一部改変]

表2 がん患者リハビリテーション料の対象患者

入院中のがん患者であって、以下のいずれかに該当する者。

ア	当該入院中ががんの治療のための ・手術 ・骨髄抑制をきたしうる化学療法 ・放射線治療または造血幹細胞移植 が行われる予定の患者または行われた患者
イ	緩和ケアを目的とした治療を行っている進行がんまたは末期がんの患者であって、症状の増悪により入院している間に在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要なもの

H007-2 がん患者リハビリテーション料 (1 単位) 205 点
患者 1 人につき 1 日 6 単位まで算定する。

[文献 7) から引用、一部改変]

CRCI)、がん悪液質 (cancer cachexia)、骨転移による骨関連事象 (skeletal related event ; SRE) のマネジメント、緩和ケアが主体となる時期の対応まで、その範囲は拡大しつつある。

では患者の希望 (hope)・要望 (demand) をしっかり受け止めて、それが叶えられるように多職種チームで考えていくことが必要である。

緩和ケア主体の時期のリハビリテーション診療の目的

進行した病期のがん患者や終末期がん患者では、がんの進行もしくはその治療の過程で、さまざまな苦痛や精神心理面の問題を生じ、その対策として緩和ケアが必要とされる。身体活動面では、高次脳機能障害、摂食嚥下障害、発声障害、運動麻痺、廃用性や悪液質による筋萎縮・筋力低下、関節可動域制限や疼痛、四肢長管骨の病的骨折、脊椎病的骨折や腫瘍の脊柱管内への進展による脊髄圧迫症状、四肢の浮腫などさまざまな機能障害が生じ、それらの障害によって PS や ADL に制限を生じてしまう。これらの問題に対して、緩和ケアの一環として、リハビリテーション診療を行うことは、限られた余命の間の QOL 維持・向上のために重要である。

緩和ケアが主体となる時期のリハビリテーション診療の目的は、「余命の長さにかかわらず、患者とその家族の希望・要望を把握したうえで、身体的にも精神的にも負担が少ない ADL の習得とその時期におけるできる限り質の高い生活を実現すること」に集約される⁶⁾。

医療においては、医療者側のニーズ (needs) が優先されがちであるが、時間の限られた終末期

がんのリハビリテーションの診療・教育・研究の動向

1. がん対策基本法・がん対策基本計画

わが国では、2006 年に「がん対策基本法」が制定され、がん患者の療養生活の質を維持・向上させることが、国の基本的な方針となった。2016 年の改正では、第 17 条に「がん患者の療養生活の質の維持向上に関して、がん患者の状況に応じた良質なリハビリテーションの提供が確保されるようにすること」が明記された。第 3 期がん対策基本計画 (2017~22 年) では、ライフステージやがんの特性を考慮した個別化医療とともに、がんのリハビリテーションの普及は重点課題の 1 つとなった。

2. 医療・福祉行政

2010 年度の診療報酬改定で「がん患者リハビリテーション料」が算定可能となった。本算定では、疾患 (=がん) を横断的に見すえて障害に焦点が当てられており、合併症や後遺症の予防を目的に治療前からリハビリテーション治療を行うことが可能となった点で画期的である (表 2)⁷⁾。がん医療の中でリハビリテーション治療に焦点を当てる突破口になったという意味でも意義は大きい。がん患者にリハビリテーション治療を実施し

ている施設は着実に増加しているが、その多くは入院中の対応であり、外来では十分に行えていない。「がん患者リハビリテーション料」の算定対象は入院中に限定されていることがそのおもな原因であり、外来への算定要件の拡大が求められている。

緩和ケアを目的とした治療を行っている進行がんまたは末期がんの患者においては、入院中に在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要な場合には、「がん患者リハビリテーション料」の算定が可能である。しかし、緩和ケア病棟では「がん患者リハビリテーション料」の算定が不可であることが、リハビリテーション診療の普及を阻害する要因となっている。

一方、在宅療養中の場合には、介護保険や医療保険により、訪問リハビリテーションや通所リハビリテーション（デイケア）を利用することが可能であるが、地域におけるリハビリテーション専門職の充足度、ケアプランを立案するケアマネジャーのリハビリテーション医療に関する知識の量により、リハビリテーションサービスの提供体制に未だばらつきがある。

3. 専門的な人材育成

2007年度から、がんのリハビリテーション医療を推進するための取り組みとして厚生労働省委託事業「がんのリハビリテーション研修ワークショップ CAREER (Cancer Rehabilitation Educational Program for Rehabilitation Teams) が始まった⁸⁾。到達目標は、「がん医療に携わっている医療職のすべてのスタッフ（医師・看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）を対象に、多職種チームによるがん医療の中でリハビリテーション診療を実践する際に必要な知識や技能を習得すること」である。

がんのリハビリテーションを実践する専門職の質の担保を図るため、CAREER研修の受講が前述の「がん患者リハビリテーション料」の算定要件となっている。約10年の開催実績として、2020年度までに、延べ4万名以上がCAREER研修を受講し、わが国におけるがんのリハビリテーション医療の普及啓発、治療の質の向上、均てん

化に貢献している。

4. エビデンス（診療ガイドライン）

がん患者の運動療法の効果に関しては、2003年に American Cancer Society (ACS) が、がん治療中・後の患者に対する栄養と運動療法に関する診療ガイドラインを発表、2012年に改訂された⁹⁾。また、2010年に American College of Sports Medicine (ACSM) が診療ガイドラインを公開、有酸素運動と四肢や体幹の筋力増強を目的とした筋力トレーニングの効果に関して、原発巣別、病期や治療別に提言がなされている。同ガイドラインは2019年に改訂された¹⁰⁾。

一方、がん種・治療目的・病期別の包括的な診療ガイドラインは発表されていなかった。そこで、第3次対がん総合戦略研究事業「がんのリハビリテーションガイドライン作成のためのシステム構築に関する研究」が実施され、日本リハビリテーション医学会と協働して策定作業に取り組み、2013年に『がんのリハビリテーションガイドライン』が刊行された。発展を続けているがん医療において、実地の臨床に即したがんのリハビリテーション診療の指針を提供するためには、数年単位での診療ガイドライン改訂が必要と考えられ、国立研究開発法人日本医療研究開発機構 (AMED) 革新的がん医療実用化研究事業「外来がんリハビリテーションの効果に関する研究事業」の一環として、日本リハビリテーション医学会診療ガイドライン委員会 がんのリハビリテーションガイドライン改訂委員会と協働して、改訂作業に取り組み、2019年に『がんのリハビリテーション診療ガイドライン 第2版』が刊行された¹⁾。

同診療ガイドライン¹⁾では、生命予後が限られた根治治療対象外の進行がん患者においても、全身状態が安定している場合には、根治的治療対象のがん患者と同様に監督下での運動療法は、アウトカム全般（身体機能の改善、QOLの改善）に関するエビデンスの確実性は中、益と害のバランスが確実であり、実施することを提案（弱い推奨）している。また、緩和ケアを主体とする時期の進行がん患者に対して、病状の進行や苦痛症状に合

わせた包括的リハビリテーション治療を行うことは、アウトカム全般（身体機能の改善、ADLの維持、疼痛・倦怠感・精神心理面・満足度・QOLの改善）に関するエビデンスの確実性は中、益と害のバランスが確実であり、実施することが提案（弱い推奨）している。

おわりに

進行がん・末期がん患者に対してリハビリテーション診療が演じる役割は非常に大きいはまだ十分に浸透しておらず、質の高い臨床研究は数少ない¹⁾。リハビリテーション医療はリハビリテーション医学に基づいた臨床医学の一分野であるので、“話を聞いて手を握るだけ”“さするだけ”では、単に精神的な援助のみに終わり、専門性に欠ける。今後、緩和ケア主体の時期において、リハビリテーション診療が浸透していくためには、医療行政上の後押しを受けるとともに、リハビリテーションアプローチにより、“痛みが楽になる”“動作が楽に行える”“1人で起き上がる”“歩けるようになる”ような何らかの治療効果を示していくことが重要である。その理論づけを行うためには、この時期におけるリハビリテーション医療の評価方法や標準的な治療戦略を確立し、多施設共同での臨床研究を通じて効果を示していく必要がある。

限られた余命の間の療養生活の質を向上させるためには、身体活動面に対するリハビリテーション診療と精神心理面や症状緩和を主体とした緩和

ケアがバランスよく対応することが鍵となる。

文献

- 1) 日本リハビリテーション医学会 がんのリハビリテーション診療ガイドライン改訂委員会 編：がんのリハビリテーション診療ガイドライン 第2版. 金原出版, 2019
- 2) Fialka-Moser V, Crevenna R, Korpan M, et al : Cancer rehabilitation: particularly with aspects on physical impairments. *J Rehabil Med* **35**: 153-162, 2003
- 3) Dietz JH : *Rehabilitation Oncology*. John Wiley & Sons, New York, 1981
- 4) 辻 哲也：がんのリハビリテーションの概要—がんのリハビリテーション総論. 辻 哲也 編：がんのリハビリテーションマニュアル. 医学書院, pp23-37, 2011
- 5) 日本がんリハビリテーション研究会 編：がんのリハビリテーションベストプラクティス 第2版. 金原出版, 2020
- 6) 辻 哲也：緩和ケアにおけるリハビリテーションの役割. *日本医師会雑誌* **146**: 966, 2017
- 7) 厚生労働省：令和2年診療報酬改定について H0007-2 がん患者リハビリテーション料. [<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000601838.pdf>] (2020. 10. 19 アクセス)
- 8) がんのリハビリテーション研修. [<http://www.lpc.or.jp/reha/>] (2020. 10. 19 アクセス)
- 9) Rock CL, Doyle C, Demark-Wahnefried W, et al. Nutrition and physical activity guidelines for cancer survivors. *CA Cancer J Clin* **62**: 243-274, 2012
- 10) Campbell KL, Winters-stone KM, Wiskemann J et al: Exercise Guidelines for Cancer Survivors: Consensus Statement from International Multidisciplinary Roundtable. *Med Sci Sports Exerc* **51**: 2375-2390, 2019