

1. わが国におけるがんのリハビリテーションの現状

C. 緩和ケアにおけるがんのリハビリテーションの実施状況と今後の課題

岡村 仁

(広島大学大学院 医系科学研究科)

はじめに

治療技術の進歩に伴い、がん患者の生存率は上昇し、長期生存する患者が増えてきている。しかしその一方で、治療に伴う副作用や後遺症により、あるいは終末期を迎え、日常生活に支障をきたしているがん患者も少なくない。こうしたがん患者の quality of life (QOL) の維持・向上のための1つのアプローチ法としてリハビリテーションは位置づけられ、がんのリハビリテーションへ関心が向けられるようになってきた。

がん患者に対するリハビリテーションは、「患者の身体的—心理的—社会的側面の間に存在している強い結びつきを十分把握すること」に基づくといわれているように¹⁾、身体的側面だけでなく、心理・社会的側面を考慮したアプローチが重要であることが指摘されている。したがって、がん患者に対するリハビリテーションにはリハビリテーション医、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士といったリハビリテーションの専門家だけでなく、精神科医や臨床心理士、あるいは看護師などさまざまな職種の関わりが必要であり、多職種からなるチーム医療の実践が求められる領域ともいえる。Dietz²⁾ は、がん患者の身体的、個人的必要性により cancer rehabilitation を①予防的 (preventive)、②回復的 (restorative)、③維持的あるいは支持的 (supportive)、④緩和的 (palliative) の4つに分類している (表1)。この考えに基づき、緩和ケア領域においても、身体面あるいは精神面へのリハビリテーションの効果が報告されてきているが^{3~6)}、依然としてまだ十分に認知されているとは言い難い。

ここではまず、各時期において実施されている

リハビリテーションと実施にあたっての留意点について概説する。次いで、リハビリテーションニーズについて、最後に現状での問題点と今後の課題について述べる。

各時期におけるリハビリテーションの実際

疾患のそれぞれの時期においてどのようなリハビリテーションが行われているか、またその際の留意点を緩和ケアの視点を踏まえてまとめた。

1. 外科的治療前後のリハビリテーション

どの疾患においても共通することとして、まずは早期離床を促し、手術前の生活になるべく近づけるように身体機能を改善させることが目標となる。

この時期は治療を開始して間もない患者も多く、「がん」と診断されたことや、手術に伴うボディイメージの変化などにより患者自身が精神的に落ち込みやすい時期であることを十分考慮する必要がある。リハビリテーションを行うにあたっては、患者が自分の疾患についてどのように説明を受け、どのように認識しているかを、まず初めに確認しておくことが大切である。また、現在そしてこれからの生活において患者や家族がどのようなことを不安に感じているかを把握することで、不安を解消できるような情報提供が可能となる。

入院期間が短縮されている現在、入院中に行えるリハビリテーションの時間も限られている。そのため、入院中は認識されないが、退院後に日常生活を行う段階で何か問題が生じてくる可能性も

表1 がんリハビリテーションの分類

1. 予防的 (preventive) リハビリテーション	がんと診断された後、早期に開始。手術、放射線・化学療法の前もしくは後すぐに施行。機能障害はまだない、その予防を目的とする。
2. 回復的 (restorative) リハビリテーション	治療されたが残存する機能や能力をもった患者に対して、最大限の機能回復を目指した包括的訓練。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. 維持的 (supportive) リハビリテーション	がんが増大しつつあり、機能障害、能力低下が進行しつつある患者に対して、素早く効果的な手段（例えば、自助具やセルフケアやコツの指導など）により、セルフケアの能力や移動能力を増加させる。拘縮、筋萎縮、筋力低下、褥創のような廃用を予防することも含まれる。
4. 緩和的 (palliative) リハビリテーション	末期がん患者に対し、その要望を尊重しながら身体的、精神的、社会的にQOLの高い生活が送れるようにする。温熱、低周波治療、ポジショニング、呼吸介助、リラクセーション、補装具の使用などにより、疼痛、呼吸困難、浮腫などの症状緩和や拘縮、褥創の予防などを図る。

考えられる。患者は再発・転移の不安を抱えながら数年から十数年と経過していくといわれており、患者が退院後に悩んだ際に相談できる場を提供すること、受診のタイミングを逃さないように伝えておくこともリハビリテーションの役割である。

2. 化学療法中のリハビリテーション

化学療法中は、悪心・嘔吐、骨髄抑制、末梢神経障害など化学療法による副作用により体力低下をきたしやすい。リハビリテーションでは、化学療法中でも体調に合わせて離床を促し、軽負荷の運動療法や座位での作業活動を行うことにより、廃用症候群を予防し体力・筋力の維持を目指す。特に乳幼児や高齢者では、治療中になかなか離床が進まず、治療後著明な廃用症候群をきたす場合も多いため、リハビリテーションスタッフが定期的に訪室し、患者が楽しめる活動を取り入れながら、少量ずつでも動くことを習慣化しておくことが重要となる。

また、現在は入院だけではなく外来化学療法を行っている患者も多く、今後はさらに治療が外来の場に移行していくことが予想される。外来化学療法中の患者は、治療を行いながら自宅での日常生活を継続している。治療の副作用を抱えながら仕事や家事などを続けることは、患者にとって大きな負担となっている場合もよくある。患者が自分自身の症状を把握し、それに合わせた生活リス

ムを獲得できるよう、患者が生活の中で大切にしている活動を確認し、「やりたいこと・重要なこと」を行えるように、また「やらなくてはならないこと」は簡便化や省略などを提案する。これにより治療中の患者の限られたエネルギーを重点的に費やす活動を明確にしていく。このようにして得られる「自分自身の生活を自分でコントロールできている」感覚は、患者の自信につながっていく。

3. 再発・進行期のリハビリテーション

再発・進行がん患者には、がんの進行に伴いさまざまな症状が生じる。全身倦怠感と疲労感により、動く機会を奪われると廃用症候群も合併し患者の全身状態は急激に悪化する場合もあるため、日常生活において最低限の食事・排泄・入浴などセルフケアをなるべく維持していくことが望まれる。リハビリテーションにおいても、少量のメニューを午前・午後に分けて行うなどの対応により、患者の心身機能の維持に努める。

疾患の進行に伴い、患者は次々と起こる身体症状に対応することを余儀なくされている。その中で、疾患の治療が困難となる状況を経験せざるをえない場合も多いこの時期においては、患者への対応も注意を要する。治療を目指している時期には、治療に専念しようとしている患者が多いため、リハビリテーションに対する希望も身体機能の改善が一番に挙げられる。しかし、シフトチェ

ンジの時期にさしかかると、今後の全身状態の悪化を見越して、本当にやりたいことは何かを考えていく必要がある。このシフトチェンジには当然時間がかかり、患者や家族の気持ちは大きく揺れ動く。気持ちが揺らぐことを当然のこととして認識し、受容するとともに、その時々々の気持ちに寄り添いながら、患者と家族の選択を待つ必要がある。リハビリテーションの目標や介入についても、スタッフから押しつけることはせず、患者と家族が現実を受け入れ目標を見出す過程に付き合う必要がある。スタッフは常に「今が一番いい時期」と念頭に置き、患者が希望したことはなるべく早急に叶えられるように、患者自身の残存機能の活用はもちろん、人的サポート・福祉機器の利用・社会資源の利用など、患者を取り巻く環境面へアプローチを行っていく必要がある。

4. 終末期のリハビリテーション

終末期のリハビリテーションにおいては、患者および家族のニーズが最も重要である。最後の時まで「トイレに行きたい」「歩きたい」という希望が強くある場合、患者の機能改善は見込めないとしても、家族への介助方法の指導やベッド周り・トイレ周りの環境調整、歩行補助具の導入などにより、希望に添うことができる。この時期は患者・家族とのコミュニケーションも重要になり、コミュニケーションが困難となってくる患者にはコミュニケーションエイドを導入したり、会話の補助をしたりすることにより、患者・家族・スタッフ間の意思疎通を図る援助を行うこともリハビリテーションの大切な役割である。患者自身、そして家族が「心残り」がないようにすることが望ましい。

また、全身状態が悪化しても、患者のベッドサイドに行き、四肢の関節可動域訓練や下肢の浮腫に対するマッサージ、呼吸介助などの緩和的介入を通して患者の身体に触れることで、最後の時までリハビリテーションを行うことが可能である。

リハビリテーションニーズについて

日本における緩和ケア病棟患者の遺族に対する

アンケート調査で、入院中に困ったこととして、痛み、移動能力障害、ADL能力障害などが挙げられ、終末期であっても85%が歩行ないし車いす移動ができることを望んでいることが示され、これらに対する介入が効果的であり満足いくものとされている⁷⁾。しかし、遺族による代理評価となっており、患者自身が何に効果を感じ、満足していたかは明らかとなっておらず、また家族の満足度や感情の変化に関して検討された報告はなかった。

そこでわれわれは、がん専門病院に入院中の23名の患者に対してリハビリテーションを2週間実施し、患者とその家族に対して、リハビリテーションの前後で何が変化したかを調査した⁸⁾。患者の状態は、PS3が12名(52.2%)、4が8名(34.8%)で全体の87%がPS3~4であり、実施されたリハビリテーションの内容は、主として立位訓練、歩行訓練、上肢機能訓練であった。リハビリテーション介入の結果、いくつかの身体面の変化とともに、患者、家族とも感情状態(face scaleによる評価)が大きく変化していた。すなわち、心理的な苦痛がリハビリテーション後に軽減していた。その際、患者と家族のそれぞれから、リハビリテーションの効果をどのようなことで感じたかを調査したところ、患者からは「指導を受けることによる安心感」「精神的支援」などが挙げられ、家族からは「精神面での効果」「楽しみ」「自信回復」など患者の心理面への影響に関する内容が挙げられていた。以上の点から、がん患者に対するリハビリテーションは、身体面での効果だけでなく、心理面での効果を期待できることが示された。

現状での問題点と今後の課題

これまで述べてきたように、がん患者に対するリハビリテーションの重要性は認識されつつあるものの、がん領域、特に緩和ケア領域においてはまだその認知度は低い。その理由の1つとして、有効性を検証した報告が少ないことが挙げられる。

われわれは、緩和ケアにおけるがんリハビリ

テーションの効果に関して系統的レビューを実施し報告した⁹⁾。

少し古いデータではあるが、キーワードを“cancer” AND “palliative care” AND “rehabilitation”として、2009年8月17日に医学文献データベース(PubMed)により検索した。さらに、研究デザインは介入研究(後ろ向き研究・症例報告は除外、音楽療法は除外)とし、身体機能・生活機能に焦点を当てた研究に限定した。年に2回(計4回)のディスカッションを重ね、以下の調査項目についてレビューを実施した;筆頭著者、国名、雑誌名、発表年、対象者数、がん部位、女性の割合、年齢、リハビリテーションチームの構成、介入(方法、頻度、1日当たりの時間)、主要転帰、主要結果。その結果、抽出された論文は8件のみであり、そのうち無作為化比較試験は3件であった。この報告以降、無作為化比較試験による研究報告は少しずつ増えてはいるものの、まだその数は限られている。このように、緩和ケア領域でリハビリテーションの実践は行われているものの、そのアウトカム評価については今後の課題といえる。

また、本稿ではリハビリテーションの各論についてはあまり触れなかった。それは、実際に行われている介入は患者個々によりさまざまであること、介入内容はがんが対象だからといって特殊なものではなく、リハビリテーション手技として確立されたものであるからである。むしろ今後の課題は、リハビリテーション従事者ががんに関する知識を身につけ、確立された手技をいかにがん医療の中に取り入れていくかである。

おわりに

2010年度診療報酬改定で、がん患者リハビリテーション料が新設されるなど、がんリハビリテーションへの関心は高まっている。しかし、未

だ緩和ケアにおいてリハビリテーションの必要性が十分に認識されているとは言い難く、質の高いエビデンスもまだ不足していることから、今後のさらなる研究が必要である。しかし、「残された体力をうまく使いながら日常生活活動を可能な限り維持・改善できることは大きな喜びであり、生きる希望につながる」といわれているように、リハビリテーションは患者や家族の希望を支える重要なサポートになることが期待される。

文献

- 1) Ronson A, Body J : Psychosocial rehabilitation of cancer patients after curative therapy. *Support Care Cancer* **10** : 281-291, 2002
- 2) Diez JH Jr : Rehabilitation of the cancer patients. *Med Clin North Am* **53** : 607-624, 1969
- 3) Nottelmann L, Jensen LH, Vejgaard TB, et al : A new model of early, integrated palliative care: palliative rehabilitation for newly diagnosed patients with non-resectable cancer. *Support Care Cancer* **27** : 3291-3300, 2019
- 4) Wittry SA, Lam NY, McNalley T : The value of rehabilitation medicine for patients receiving palliative care. *Am J Hosp Palliat Care* **35** : 889-896, 2018
- 5) Silver JK, Raj VS, Fu JB, et al : Cancer rehabilitation and palliative care: critical components in the delivery of high-quality oncology services. *Support Care Cancer* **23** : 3633-3643, 2015
- 6) Barawid E, Covarrubias N, Tribuzio B, et al : The benefits of rehabilitation for palliative care patients. *Am J Hosp Palliat Care* **32** : 34-43, 2015
- 7) Yoshioika H : Rehabilitation for the terminal cancer patient. *Am J Phys Med Rehabil* **73** : 199-206, 1994
- 8) Shigemoto K, Abe K, Kaneko F, et al : Assessment of degree of satisfaction of cancer patients and their families with rehabilitation and factors associated with it - results of a Japanese population. *Disabil Rehabil* **29** : 437-444, 2007
- 9) Abe K, Nakaya N, Sone T, et al : Systematic review of rehabilitation intervention in palliative care for cancer patients. *J Palliat Care Med* **2**:131, 2012 (doi:10.4172/2165-7386.1000131.)