

2. 緩和ケア主体の時期のがんのリハビリテーションを充実させるために

A. 医師からの視点

1) リハビリテーション科医の立場から

宮田知恵子

(独立行政法人国立病院機構東京医療センター 緩和ケア内科・リハビリテーション科)

はじめに

がんは、わが国の死因第1位であり、命を脅かす代表的な疾患である。また、その治療成績の向上とともに、ヒトは「生きるとは何か、生活の質 (quality of life: 以下, QOL) とは何か」という、生存期間とは異なった視点でも生命に関する課題と向き合うようになっていく。

緩和ケアとがん患者に対するリハビリテーション診療

緩和ケアは、「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処 (治療・処置) を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることでQOLを改善するアプローチである」(2002年)と定義されている¹⁾。そして、がんのリハビリテーション診療は、「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」と定義されている²⁾。つまり、両者は、QOLという共通の治療目標を有しており親和性がある。

進行がん・末期がんにおけるリハビリテーション医療の意義

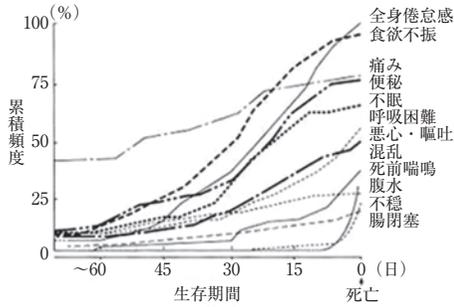
人々がQOLにおいて重要と考える因子にはどのようなものがあるのか。世界的に広く用いられている健康関連QOL評価尺度のSF-36[®] (MOS Short-Form 36-Item Health Survey) の構成要素は、「身体機能」「日常役割機能 (身体)」「体の痛み」「全体的健康感」「活力」「社会生活機能」「日常役割機能 (精神)」「心の健康」の8項目³⁾、質調整生存年 (Quality-Adjusted Life Year; QALY) の算出に用いられる健康関連QOL評価尺度であるEQ-5D⁴⁾ の評価項目には、「移動の程度」「身の回りの管理」「ふだんの活動」「痛み/不快感」「不安/ふさぎ込み」の5項目が挙げられている。これらより、痛みや不安がなく日常の活動が行えることが重要であることが分かる。

進行がんや末期がんでは、病状進行に伴い、QOLに影響を及ぼす問題が複雑化して解決に難渋することが多い。問題の解決が困難な場合、あるいは困難であることが予想される場合には、QOLを治療目標とする専門的なアプローチ=緩和医療・リハビリテーション医療の重要性が高まる。

緩和ケア主体の時期の進行がん・末期がんの臨床症状

図1aは主要な身体症状出現からの生存期間、図1bは日常生活動作 (activities of daily living :

a. 主要な身体症状出現からの生存期間



b. 日常生活動作の障害の出現からの生存期間

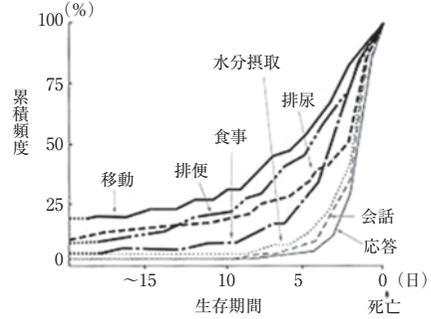


図1 主要な身体症状および日常生活動作の障害の出現からの生存期間

[文献5) より引用]

表1 予測される生命予後と患者の状態に応じたリハビリテーション治療内容の例

予測される生命予後	月単位	週単位	日単位
リハビリテーション治療の 主な目的	<ul style="list-style-type: none"> 身体機能の維持 日常生活動作 (ADL) の維持 社会的役割の支援 	<ul style="list-style-type: none"> 尊厳の維持 症状緩和 家族ケア 	
患者のおもな活動範囲	屋外 (付き添い)	室内	ベッド上
身体機能・日常生活動作 (ADL) の問題点	<ul style="list-style-type: none"> 筋力や体力の低下 長距離連続歩行困難 階段昇降の制限 就労, 家事, 育児, 就学などの制限 	<ul style="list-style-type: none"> 独歩困難 立ち上がり要介助 移乗動作要介助 セルフケア要介助 (食事・整容・更衣・トイレ動作・入浴など) 	<ul style="list-style-type: none"> 経口摂取困難 座位保持困難 布団の引き上げ動作困難 寝返り部分介助～全介助 排泄全介助
リハビリテーション対応ニーズの多い 身体症状	<ul style="list-style-type: none"> 体動時痛 労作時呼吸困難 倦怠感 	<ul style="list-style-type: none"> 呼吸困難 (安静時・労作時) 排痰困難 倦怠感 不動による痛み (褥瘡・関節拘縮・筋筋膜性疼痛など) 浮腫 	
精神心理的・スピリチュアルな問題	<ul style="list-style-type: none"> 社会的役割の変化によるつらさ 病状進行 (将来) に関する漠然とした不安 	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活動作能力低下 (他者への依存) に関する苦悩 経口摂取困難な状況に対する苦悩 自律性の制限による苦悩 差し迫った死への恐怖 時間性, 関係性の喪失に関する予期悲嘆 	
リハビリテーション治療の内容	<ul style="list-style-type: none"> 筋力増強訓練 持久力訓練 歩行訓練 呼吸・動作リズム指導 呼吸法指導 パニックコントロール指導 日常生活動作指導 歩行補助具選定 環境調整など 	<ul style="list-style-type: none"> リラクゼーション 胸郭, 関節可動域訓練 立ち上がり, 立位訓練 移乗動作訓練 環境調整 移動手段・補助具の検討 日常生活動作 (の簡略化) 指導 嚥下機能評価 食形態調整, 経口摂取の姿勢の調整 ポジショニング 浮腫ケア ベッド上での創作活動 家族への介助方法指導など 	<ul style="list-style-type: none"> リラクゼーション 呼吸介助 胸郭, 関節可動域訓練 食形態調整, 経口摂取姿勢の調整 ポジショニング 浮腫ケア 家族ケア (家族への介助方法指導) など

以下、ADL)の障害の出現からの生存期間を示したものである⁵⁾。代表的な身体症状には疼痛があり病期を問わずに出現するが、生存期間が2カ月未満となると、倦怠感・食思不振・呼吸困難などの頻度も次第に高まり、不眠やせん妄などの精神心理的に負担となる症状の頻度も高まる。そして、生存期間が2週間前後になると移動や排尿排便障害の頻度が高くなり、1週未満では急激にADLの介助量が増加する。

進行がん・末期がんのリハビリテーション治療内容

がん患者に対するリハビリテーションの代表的な方法論としては、予防的、回復的、維持的、緩和的と4段階に分けるDietzの病期別分類⁶⁾があり、進行がん～終末期がんは、「身体機能やADLの維持を主目的とする維持的リハビリテーション」あるいは「QOLの維持を主目的とする緩和的リハビリテーション」の適応となる。2つの病期が明確に切り替わる時期はなく、全身状態や患者の要望を確認しながら、機能予後と生命予後予測に基づいた個別の目標設定を行うなどの配慮が求められる。本稿では、『がんのリハビリテーション診療ガイドライン 第2版⁷⁾』を参考に、予測される生命予後が月単位以下となった場合のリハビリテーション治療内容について概説する。また、図1をもとに、予測される生命予後別に3段階に分けて患者の身体症状や身体機能の問題、各段階に応じて行うリハビリテーション治療内容の例をまとめ表1に示す。

生命予後予測が月単位の場合、連続歩行距離の短縮や同一目的地までの到達時間延長など、日常生活の中で体力の低下を自覚することが多くなり、漠然とした不安につながるものが少なくない。根治治療適応外の進行がんであっても、全身状態が安定している場合には、維持的リハビリテーションとして、身体機能やADLの維持・改善を目的とした運動療法を行うことは可能であり、それにより身体機能とQOLの改善が期待できる。

しかし、病状が進行し、さまざまな症状が出現

してきた場合には、運動療法に加えて症状緩和を目的としたアプローチを組み合わせることが必要となる。その1つには患者教育があり、疼痛を有する場合の動作方法やセルフケア指導、呼吸困難を有する場合の呼吸法やパニックコントロール、呼吸と動作リズム指導などの教育が有用である。また、経皮的電気神経刺激やマッサージなどの疼痛緩和を目的とする物理療法や徒手療法も有用とされており、それらの併用を検討してもよい。

生命予後が週単位となると、立ち上がりやトイレへ移動も困難となり、遠くない未来の自己の「死」に直面することとなる。この時、将来や他者との関係性、自律の喪失に関する苦悩、いわゆるスピリチュアルペインが増大する。そして「自分で身の回りのこともできない状態で生きている意味がない」などの悲嘆の声を上げることも多くなる。スピリチュアルケアの基盤は、ヒトとしての尊厳を大切に接することにある。「支援体制」は患者の尊厳に影響を与える要因の1つであるが⁸⁾、がん患者の抱える複雑な問題には身体機能やADLに関する内容も多いため、支援チームにリハビリテーション専門職が含まれることが重要である。また、終末期がん患者の多くは“できる限り自分のことは自分でしたい”と希望する。患者の負担を抑えつつ残存能力を最大限に引き出すことで患者の希望実現を支援するリハビリテーションアプローチは、患者のQOLと尊厳の維持に大きな役割を果たす。

生命予後が日単位の場合、患者の家族も患者との死別の時が近いことを感じて心理的な負担が多くなり、「何もしてあげられない」と無力感を感じる家族も少なくない。リハビリテーション専門職は患者に対して治療を施すだけでなく、家族に対しても安全に実施できるマッサージや介助方法などを指導することで、患者と家族の非言語的コミュニケーションを促進し、患者と死別後のグリーフケアにもつなぐことができる。つまり、リハビリテーション治療は家族ケアとしての役割も担っている。

おわりに

予後が限られた進行がん・末期がん患者対しても、リハビリテーション治療が担う役割は大きい。特に、ヒトとしての尊厳を保ち、患者が己の存在価値に苦しむことなく最期まで生き抜くことを支援するという点においては、他のアプローチでは担うことが困難な役割があると考えられる。しかし、現在のがん医療においてまだ十分に浸透していない。今後は、リハビリテーション医療やがん医療に関連した学会などの学術団体での啓発活動とともに、緩和ケア病棟や在宅で療養中の患者に対してもリハビリテーション専門職が積極的に対応できる体制づくりが求められる。

文献

- 1) World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines (2nd ed). Geneva: World Health Organization, 2002
- 2) 辻 哲也：がんに対するリハビリテーション医療の意義. 日本リハビリテーション医学会 監：リハビリテーション医学・医療コアテキスト. pp248-251, 医学書院, 2018
- 3) Fukuhara S, et al: Translation, adaptation, and validation of the SF-36 Health Survey for use in Japan. *J Clin Epidemiol* **51** : 1037-1044, 1998
- 4) 池田俊也, 他：日本語版 EQ-5D-5L におけるスコアリング法の開発. *保健医療科学* **64** : 47-55, 2015
- 5) 恒藤 暁：最新緩和医療学. p19, 20, 最新医学社, 1999
- 6) Dietz JH: Rehabilitation of the cancer patient. *Med Clin North Am* **53**: 607-624, 1969
- 7) 日本リハビリテーション医学会ががんのリハビリテーションガイドライン策定委員会 編：がんのリハビリテーション診療ガイドライン 第2版. pp 258-286, 金原出版, 2019
- 8) Hack TF, et al: Defining dignity in terminally ill cancer patients: a factor-analytic approach. *Psychooncology* **13** : 700-704, 2004