

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

2) 緩和ケア専門医の立場から

関根龍一

(亀田総合病院 疼痛・緩和ケア科)

はじめに

筆者は、米国で疼痛・緩和ケアの専門研修を終えた後帰国し、2007年から現職にて緩和ケア診療に従事している。帰国後、進行がん、特に緩和期におけるリハビリテーションがQOLに与える影響に関心をもち、これまで臨床研究にも関わってきた。筆者自らが関わった臨床研究を中心に、以下に述べる。

患者さんの笑顔を臨床データにしたい！

筆者は帰国後、現職で、寝たきりに近い患者や看取り期の患者にもリハビリテーションスタッフに関わっていることに驚いたことが今でも記憶される。筆者が2004～2006年に米国で緩和ケア診療に従事していた頃には、終末期の入院がん患者にリハビリテーションスタッフが日常的に関わる風景に遭遇したことはなかったのだ。

2007年に緩和ケアチーム結成時、リハビリテーション療法士(PT, OT)の複数名が、ぜひ緩和ケアチーム活動に参加したいと志願してくれたことは大変な驚きであり、喜びであった。リハビリテーションスタッフとともに、寝たきりもしくは寝たきりに近いADLのがん患者にもリハビリテーションサポートを日常的に依頼し、患者がどのような経過をたどるか、日々の診療で数年間、観察していった。緩和期のリハビリテーションに適性があり、経験値のあるリハビリテーションスタッフに関わった場合に、多くの進行がん患者

は、リハビリテーションの時間を心待ちにしており、リハビリテーションスタッフにも笑顔を見せてくれることが分かった。この“笑顔”という介入効果をなんとか臨床データに反映できないものかと、私たちは現場から臨床データを集めることを始めた。緩和ケアリハビリテーションの研究は当初難航し、当初の研究計画は頓挫した。その失敗から学んだことは、患者の主観的なQOL評価(現在、緩和ケア研究領域で強調される Patient Report Outcome: PROに相当)にどの尺度を用いるかが、このテーマの研究の成否を決めるということであった。

Good Death Inventory 下位尺度をQOL尺度として用いた研究

われわれ緩和ケア医が普段診療に関わる進行がん患者には、身体機能面から、廃用なし(performance status: PS 0～2)、半寝たきり状態(PS 3)、寝たきり(PS 4)の3段階に大別できる。廃用進行前の患者(PS 2以下)に対しては通常、抗がん治療が行われる。よって、この段階のリハビリテーションは抗がん治療と同時並行に行う支持治療の役割を担い、その重要性は疑問がないだろう。われわれのおもな研究対象は、半寝たきりおよび寝たきりのADLレベルの患者にとって、リハビリテーションがADLとQOLにどのような影響を及ぼすのかという点である。このテーマの研究を聖隷三方原病院と亀田総合病院の2施設で実施することができたので、以下に紹

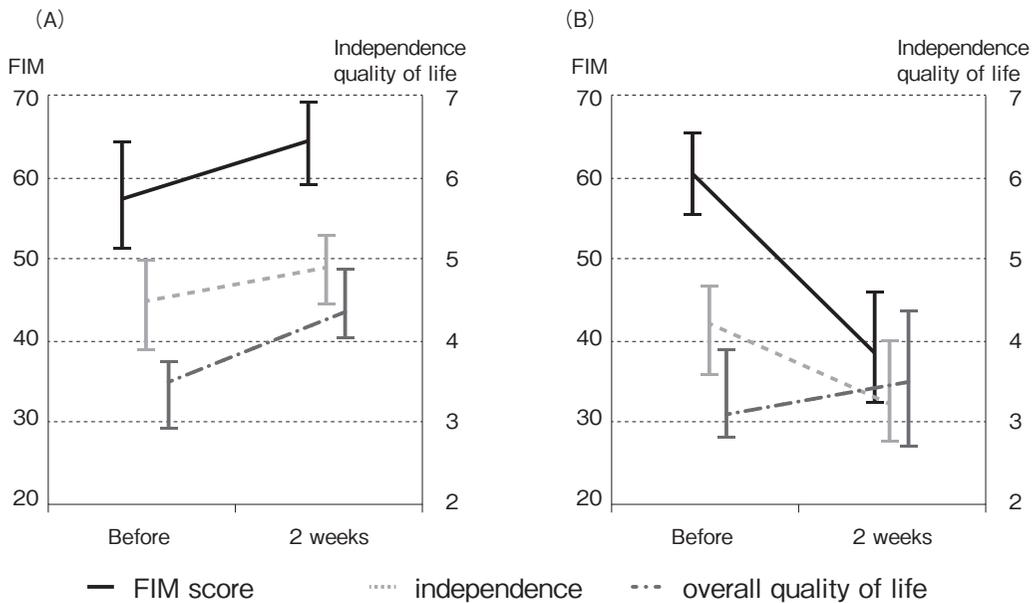


図1 廃用を有する緩和期の進行がん患者のADL, QOLとリハビリテーションの関連

対象患者をA群 (ADLが維持/向上した群) とB群 (ADLが低下した群) の2群に分けて評価した。全体的QOL (overall quality of life) は、EORTC-C30下位尺度 global QOLを用い、自分のことは自分でできる (independence) は、Comprehensive Quality of Life Outcome inventoryを用いて、各々1~7 (数値が高いほど良い) の数値で測定した。FIM: functional independence measure.

介する¹⁾。

対象患者は、入院中の進行がん患者であり、2週間以上のリハビリテーションを実施できた患者である。研究デザインは、前向き観察研究として実施し、患者の組み入れは入院中リハビリテーションが開始となった患者全員を連続的に組み入れ、データを収集した。アウトカムとしては、リハビリテーション開始前と2週間のリハビリテーション実施後の2つの測定ポイントにおけるADLと主観的QOLを測定し、リハビリテーション前後の数値の変動を解析した。ADL指標としてFunctional Independence Measure (FIM) を用い、主観的QOLとしてはgood death inventory短縮版下位尺度の中から、緩和期リハビリテーションに関連の深い「自分のことを自分でできること (independence)」、 「楽しみになることがある (pleasure)」、 「他人に負担をかけない (burden to others)」の3指標を測定した。患者本人の主観的QOLはEuropean Organization for Research and Treatment of Cancer C30 (EORTC-C30) の下位尺度 global QOLを測定した。この主観的

QOL尺度を選定できたのは、森田達也先生 (聖隷三方原病院)、宮下光令先生 (東北大学) に親身にご相談に乗っていただけたおかげである。

アウトカム評価のために、組み入れた患者全員を2群に分けた (図1)。A群は廃用がまだそこまで進行しておらず、リハビリテーションでADLの維持/向上が見込める患者群である。A群では、患者のADLは維持/向上し、ADLと連動してQOLも高くなる傾向がみられた。終末期がんであってもA群のように廃用がまだそれほど進行していない場合は、特に患者がリハビリテーションを希望した場合には、リハビリテーションを積極的に実施することが望まれる。B群では廃用がA群より進行しリハビリテーションを2週間実施してもADLの維持が得られなかった。B群では、2週間のリハビリテーション実施後にADLは低下したが、興味深いことに、リハビリテーション前後で全体的なQOLは低下せず、維持されていた。B群では、身体機能面より心理社会面の比重を増やすこと、そして患者の価値観や個別ニーズを把握し、全人的サポートを意識し

たりリハビリテーション診療を実施することで、患者のQOL維持/向上につなげる可能性がある。本研究の大きな限界は、本研究のデザインは介入研究ではなく、前向き観察研究として実施したため、リハビリテーション実施が患者のQOLに与えた効果について因果関係を議論できない点である。

本研究のもう1つの限界として、2週間のリハビリテーション支援の具体的実施内容をデータとして細かく収集できていなかった点がある。研究全体にいえることであるが、特にB群患者のリハビリテーション介入効果を論じるためには、リハビリテーション内容を細かく記述することが重要であり、どういった支援をすれば主観的QOLのどの部分が改善しうるのか、因果関係を明らかにできる研究の実施が求められる。

まとめ

がん終末期の患者に対するリハビリテーション診療が患者のQOLに与える効果に関する研究エ

ビデンスは少しずつ得られてきたが、リハビリテーション介入効果が明らかにQOL向上に有効であることを示すまでには至っていない。診療報酬面では、一般病棟に入院中であれば、病期によらず終末期であってもがんリハビリテーション算定が可能であるのに対して、ホスピス・緩和ケア病棟に入所後は、ホスピス緩和ケア病棟の包括診療制度のため、リハビリテーション診療それ自体の算定はできない状況が続いている。

今後は、がん緩和ケア領域のリハビリテーション介入効果を、前向き介入比較研究か、それと同等の介入効果の測定が可能な研究の実施によって明らかにする必要がある。

文献

- 1) Sekine R, Ogata M, Uchiyama I, et al : Changes in and associations among functional status and perceived quality of life of patients with metastatic/locally advanced cancer receiving rehabilitation for general disability. *Am J Hosp Palliat Care* 32 : 695-702, 2015