

[その他]

当院におけるがん患者のリハビリテーションの現状と課題

尾道市立市民病院 リハビリテーション科

野村 栄子

要 旨 がんのリハビリテーション（以下、がんリハ）ガイドラインでは、開胸開腹術後の呼吸リハビリや造血器腫瘍患者、化学療法・放射線治療中の患者、進行がん・末期がん患者に対する運動療法など、多岐に渡り比較的高い推奨グレードが示されている¹⁾。当院では2016年1月から「がん患者リハビリテーション料（以下、がんリハ料）」の施設基準を取得し、現在、理学療法士（Physical Therapist, 以下、PT）4名、作業療法士（Occupational Therapist, 以下、OT）2名、言語聴覚士（Speech Therapist, 以下、ST）2名が関わっている。今回2020年4月～2021年3月に入院中のがんリハ料を算定した患者103例を対象に当院におけるがんリハの現状を調査した。当院ではがんの周術期から終末期まで多様ながん患者へがんリハを提供していた。急性期病院として治療に伴う副作用に注意しながらリスク管理を行い、入院早期から介入することでActivities of Daily Living（以下、ADL）の維持・向上を図ることが出来ていた。今後はチームの一員として積極的に多職種連携を図っていききたい。

Key words: がんリハ、チーム医療、急性期病院、早期リハ、緩和ケア

はじめに

1981年以来がんは日本人の死因の第1位である²⁾。生涯のうちにがん罹患する可能性は男性の2人に1人、女性の3人に1人と推測され、日本人の3人に1人ががんで死亡すると推測されている³⁾。人口の高齢化に加え早期発見や治療法の進歩により生存率や生存期間は向上しつつあり、がんサバイバーは増加している。がん患者にとって精神的な不安は大きく、さらにがんの直接的な影響に加え手術・化学療法・放射線療法などの治療による身体的影響も大きい。近年のがん医療の進歩とともにがんリハの必要性は今後も高まっていくと考えられる。

2010年度診療報酬改訂において「がんリハ料」

が新設され、当院では2016年1月よりがんリハ料の施設基準を取得、算定を開始した。そして2020年度診療報酬改訂においてがんリハ料の算定可能な対象が緩和され、幅広くがんリハを提供することが可能になった。そこで今回当院におけるがんリハの現状を調査し、今後の課題について検討したので報告する。

対象と方法

1. 対象

当院において2020年4月～2021年3月に入院中のがんリハ料を算定した入院患者103例とした。

2. 方法

年齢、性別、依頼科、療法士別介入件数、入院か

らががんリハ介入までの日数、骨転移の有無とリハ施行中の骨折の有無、治療方針別件数、外科の手術前に実施する呼吸リハビリ(以下、術前呼吸リハ)の実施件数、治療方針別にみたリハ開始時 Functional Independence Measure (以下、FIM) と退院時 FIM、さらに、Best Supportive Care(以下、BSC)対象患者の転帰、治療方針別におけるリハ介入件数について後方視的に調査した。治療方針については手術群、化学療法群、放射線療法群、BSC 群の4群に分けて調査した。FIMに関しては死亡退院を除き調査した。数値は平均値±標準誤差で表記した。FIMの変化には、一対の標本を使った Wilcoxon の符号付順位和検定で検討し、危険率 0.05 未満を有意とした。

結 果

平均年齢は 76.6 ± 10.6 歳、103 例中 68 例は

75 歳以上(約 66.0%)であった。性別は男性 57 例、女性 46 例であった。依頼科は外科 44 例(42.7%)、消化器内科 41 例(39.8%)、泌尿器科 16 例(15.5%)、内科 2 例(1.9%)であった(図 1)。療法士別介入件数は PT103 例、OT39 例、ST6 例であった。入院からがんリハ介入までの日数は平均 5.5 ± 5.5 日であった。骨転移のある患者は 15 例(14.6%)、そのうちリハ施行中の骨折症例件数は 0 例であった。治療方針別件数は手術群 39 例、化学療法群 16 例、放射線療法群 13 例、BSC 群 35 例であった(図 2)。外科の術前呼吸リハの実施は 23 例、非実施は 11 例で、実施率は全体の 67.7%であった。治療方針別にみた FIM の調査結果を表 1 と図 3 に示す。リハ開始時と退院時の FIM の変化において手術群と BSC 群に有意差が認められ、化学療法群と放射線療法群に有意差は認められなかった。BSC 群の患者の転帰は死亡退院 20 例、自

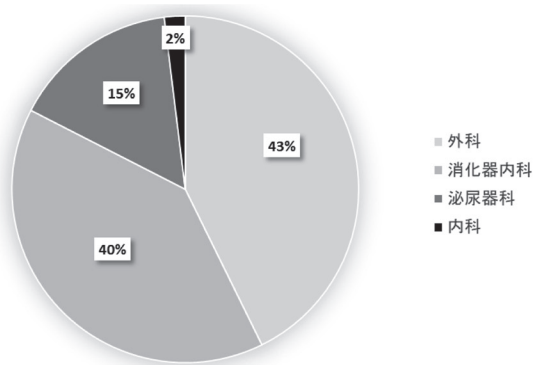


図 1 依頼科

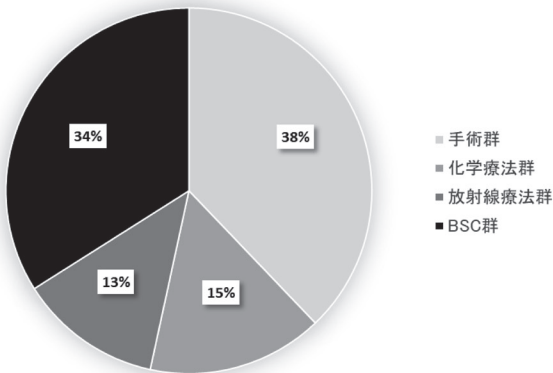


図 2 治療方針別件数

表 1 治療方針別 FIM (点)

	リハ開始時	退院時
手術群	73.2 ± 3.9	108.9 ± 4.0
化学療法群	103.4 ± 4.4	107.2 ± 5.8
放射線療法群	76.8 ± 8.5	80.5 ± 10.1
BSC群	63.1 ± 5.2	74.3 ± 6.6

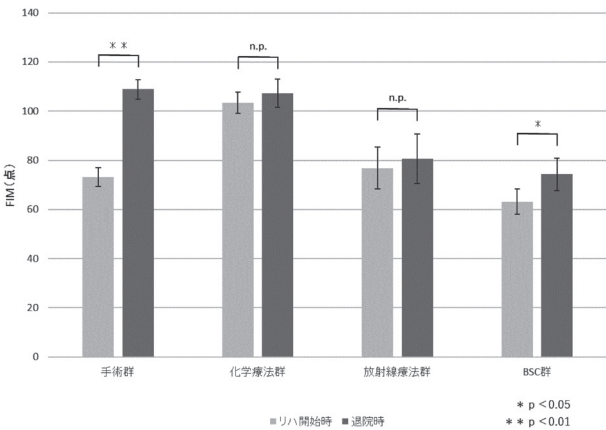


図 3 治療方針別 FIM

宅退院 13 例，転院 2 例であった（図 4）。治療方針別におけるリハ介入件数（PT：OT：ST）は手術群 39：12：1，化学療法群 16：8：0，放射線療法群 13：0：1，BSC 群 35：19：4 であった（図 5）。なお，PT は全例において介入しており，OT と ST は単独での介入はなかった。

考 察

当院ではがんの周術期から終末期まで多様ながん患者へリハを提供していることがわかった。急性期病院では治療と並行して早期からのリハ介入が望まれる。当院での入院からがんリハ介入までの平均日数は 5.5 日であった。がんリハでは入院時からリハを実施することで術後合併症や運動機能・生活機能低下の予防を図ることができるとされている。そのため治療に伴い発生する副作用又は障害等に対して十分配慮した上で，さらに早期のリハ介入を

検討する必要があると考える。そして急性期病院においてがんリハを施行する上で骨転移に対するリスク管理は重要となる。運動による骨折は可能な限り避けなければならない。当院ではリハ開始前に骨転移の有無を確認し，主治医に安静度の確認を行うようにしている。そして必要に応じて整形外科を受診していただくことでリスク軽減に努めている。今回調査した患者においてがんリハ施行中の骨折例はなかった。今後は骨転移のあるがん患者に対してリハを実施する場面はさらに増加していくものと予想されるため，引き続きリスク管理への対応を継続していく必要があると考える。

治療方針別件数は図 2 より手術群が最も多く全体の 38% を占めていた。次いで BSC 群が多く全体の 34% を占めていた。

周術期での理学療法の有効性に関して，術前からのリハや術後早期離床は術後合併症の予防や身体機能の維持に効果があることが多数の先行研究で報告されており，ガイドラインでも推奨されている⁴⁾。そのため当院においても積極的に介入していきたいと考える。周術期のリハの目的は術前および術後早期からの介入により術後の合併症を予防し，後遺症を最小限にしてスムーズな術後の回復を図ることである⁵⁾。図 3 より手術群の FIM の変化に有意差が認められており，リハが介入することで身体機能や ADL の向上が図れたと考える。そしてさらには手術目的の患者においてはリハビリチームによる術前からの積極的な関わりが望ましいとしている⁶⁾。当院では理学療法士が術前から関わって指導した術前呼吸リハ実施件数の割合は，全体の約 7 割であった。残りの約 3 割は術後より介入していた。しかし当院では理学療法士だけではなく外来看護師が術前呼吸リハの指導をしている診療科もあるため，実際に残りの約 3 割の患者が術前呼吸リハの指導を受けているか詳細は不明である。そのため今後は詳細を把握するとともに術後の呼吸器合併症を予防し，術後早期の離床を図れるようなチームとしての関わりが重要であると考ええる。

BSC 群の患者の転帰（図 4）についてみると，死亡退院 20 例と約 6 割の患者が当院で最期を迎え

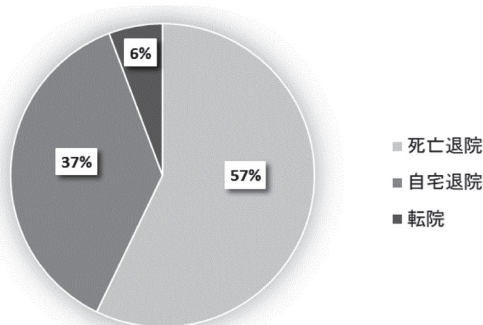


図 4 BSC 群の患者の転帰

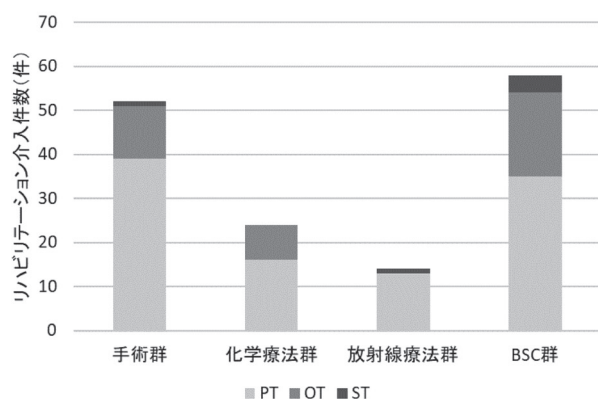


図 5 治療方針別におけるリハ介入件数

ていることがわかった。そして死亡退院に次いで約4割の患者が自宅へ退院されていることがわかった。終末期の理学療法の目的は患者・家族のQuality of Life (以下、QOL) 向上にあり、患者の病態や症状はさまざまで、提供する理学療法も患者の予後やADL能力、患者およびその家族の希望などによって変化するため細かな情報収集が重要となる⁷⁾。当院ではカンファレンスや緩和ケアラウンド、Advance Care Planning等の活動を通じて多職種による情報共有を行っている。その中で患者や家族の希望や思いについて確認しながらリハを実施している。今後も引き続き多職種連携を図りQOL向上に向けて取り組んでいきたい。そして手術や放射線療法の積極的な治療中の患者に対してはPTのみの介入が多いのに対して、BSC群の患者に対してはPTとOTを併用した介入が半数を超えていた。図3からBSC群のFIMの変化に有意差が認められており、併用して介入した意味があったのではないかと考える。BSCの時期は身体面に加えてADLの変化に対応していく必要がある。そのためPTとOTを併用した結果、約4割の患者が自宅へ退院することが可能になったと考える。さらに本人・家族に対する精神心理面のサポートなども心がけている。これまでBSC対象患者に関わってきた中で複数のスタッフで関わることにより、患者への精神的安心感が高まると感じている。図5より現状ではPTに比べてOTやSTの介入件数は少ないが、今後併用して介入することが出来ればADLや食事面にもさらに目を向けることができ、がん患者へより良いがんリハが提供できるのではないかと考える。

化学療法や放射線療法中の患者に対する運動療法は、がんリハガイドラインで推奨グレードAと強く勧められている¹⁾。当院においても化学療法・放射線療法の治療目的で入院中の患者に対して積極的に運動療法を行っている。治療中の患者は治療における体力低下や骨髄抑制などの副作用により身体活動に制限が生じやすく、廃用症候群に陥る可能性が高い⁸⁾。しかし図3より当院では、廃用症候群を防ぎ、ADLを維持することが出来ていたと考え

る。そして骨髄抑制による易感染性・易出血性などにも注意が必要である。当院では好中球や血小板、ヘモグロビンなどの検査データや医師・薬剤師などの診療記録をもとに、全身状態に合わせてリハ室だけではなく病棟や病室においても運動療法を行っている。さらに運動時の貧血症状などに注意して、感染予防なども患者とともに心がけている。今後もリハ学会のリスク管理ガイドライン⁹⁾やがんのリハビリテーション¹⁰⁾などを参考に、リスクを回避し安全にリハが実施できるようにしていきたい。

今回、後方視的調査により当院におけるがんリハの現状と課題が明確となった。増え続けるがん患者に対して今後がんリハの需要はさらに高まると考えられるため、がんリハ料算定可能な療法士の人員確保は必要不可欠である。今後はがんリハチームの人員拡大も視野に入れ多くのがん患者に適切ながんリハが提供できるように、取り組んでいきたい。

まとめ

当院におけるがんリハの現状と課題について報告した。今後これらの課題に取り組むことでより効率的・効果的ながんリハの展開が可能になることが期待される。今後も増え続けるがん患者へより良いがんリハを提供するため検討を重ねながら運用を進めていきたい。

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ガイドライン策定委員会(編):がんのリハビリテーションガイドライン,第1版.金原出版,東京.2013.
- 2) 厚生労働省:令和3年(2021)人口動態統計月報年計(概数)の概況 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai21/dl/gaikyouR3.pdf> 2023年4月閲覧
- 3) 厚生労働省:政策レポート(がん対策について) <https://www.mhlw.go.jp/seisaku/24.html> 2023年4月閲覧
- 4) 日本リハビリテーション医学会がんのリハビリ

テーションガイドライン策定委員会（編）：がんのリハビリテーションガイドライン, 第1版. 金原出版, 東京. 18-28, 2013.

- 5) 辻哲也：がんの周術期リハビリテーションの重要性. 日本医事新報 4563：73-81, 2011.
- 6) 辻哲也：がんのリハビリテーションマニュアル 周術期から緩和ケアまで. 医学書院, 1-10, 2011.
- 7) 矢木健太郎：患者・家族の希望の把握と変化への柔軟な対応. 理学療法ジャーナル 55：883, 2021
- 8) 三浦靖史, 他：化学療法・放射線治療中のリハビリテーション. JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION 24：26-35, 2015.
- 9) 日本リハビリテーション医学会（編）：リハビリテーション医療における安全管理・推進のためのガイドライン, 医歯薬出版, 東京. 2006.
- 10) 石川朗, 種村留美（編）：がんのリハビリテーション, 中山書店, 2020.

