

がん診療とリハビリテーション 現状と課題

城戸 顕

奈良県立医科大学附属病院リハビリテーション科

キーワード: がん診療・複合障害・骨転移

はじめに

がん治療の進歩とともにがん患者の生命予後は改善し、進行がん患者に対してリハビリテーション医療が処方されることが増えてきている。がん患者のリハビリテーション医療には、原病進行に加えて治療に関わる有害事象、他臓器転移、骨転移による切迫骨折・麻痺など様々なリスクがあり、設定すべきゴールもまた多様となる。一人一人の患者を対面診察し、多様な臨床所見に一喜一憂しながらそれでも最善のADL維持の道筋をつけるのががん患者のリハビリテーションの要訣である。本講演では大きく①がん治療の原則②がんのリハビリテーション③骨転移とキャンサーボード④生命予後と機能予後の4つの柱に沿って述べる。

がん治療の原則

がん治療の原則は、まず生検で病理型を確定することから始め、次に画像診断(XP/エコー/CT/MR)で腫瘍の広がり具合を把握する。がん治療には大きく薬物療法、放射線療法、手術療法の三つのアプローチがある。がん腫によって効く治療が異なるという点は重要であり、血液がんや一部の小円形細胞腫瘍には、たとえ多発の骨病変を呈していても薬物療法(＋放射線治療)のみ(手術なし)で寛解を目指せるものがある。一方で抗がん剤が届きにくい、基質を持つ多くの固形がんの場合は切除が治療の主体であり、このため増殖のステージにより取りきれぬか取りきれぬかが臨床上重要になる。がんには固有の多様性があり、これに基づいてがん治療にはがん腫固有の多様性が生ずる。ゆえにがん治療医にもがん腫固有の多様性があるという点は非常に重要であり、この点を認識し主治医の特性を捉えることはsuccessfulながんリハビリテーションの第一歩である。

リハビリテーション医学の視座

藤田医科大学リハビリテーション医学第一講座教授才藤栄一先生による「リハビリテーション医学の視座」は病理から活動を通して社会を志向し、生存から生活を考える。障害の階層に則り、病態生理、機能障害、機能的制限、能力低下、社会的制限まで診断から治療を進めるという点でがんのリハビ

リテーションと(例えば)脳血管リハビリテーションに差異は無い。生きることを単に生き延びるのではなく、質の高い豊かなものにするために、活動に焦点を当て、活動を治療に用いるリハビリテーション医学はがん診療に於いても重要な鍵となる筈である。

がんリハビリテーションの治療対象

がん罹患患者数は増加し続けており(年間100万人突破 がん罹患患者数予測、2016年国立がん研究センター・がん情報サービス)、いっぽうがんの生存率は多くの罹患部位で上昇傾向(がん情報サービス)、全がん・全病期の平均値での10年生存率は58%(全国がんセンター協議会)であり向後もいっそうがん診療の機会、そしてがんのリハビリテーションの治療機会は増加すると考えられる。がんのリハビリテーション治療の対象には①がんによる障害と②治療過程で生じる障害があり、①にはがんの直接的影響(脳腫瘍による麻痺・高次脳機能障害や肺がん、肺転移による呼吸機能障害など)と間接的影響(腫瘍随伴症候群、がんの進行による衰弱、疼痛や意欲低下などによる活動性低下・廃用症候群など)があげられる。また②には局所障害として手術・放射線などの局所療法による影響と全身障害として化学療法などの全身療法による影響があげられる。

がん対策の歴史とがんリハビリテーション

医療行政においてもがんリハビリテーションはその重要性を増している。2006年成立のがん対策基本法でがん患者の療養生活の質の維持向上が謳われたのを皮切りに2010年にはがん患者リハビリテーション料が新設され、2016年改正がん対策基本法では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旨が謳われた。翌第3期がん対策推進基本計画は重要な柱の一つに小児がん、AYA世代のがん、高齢者のがんと並んでがんのリハビリテーションが明記され今日に至っている。

高齢者化学療法毒性予測スコアの例

Hurriaらは2011年、高齢者の化学療法施行について、ヘモ

グロビン値の低下やクレアチニンクリアランスの悪化などと並び「最近6ヶ月以内に1回でも転倒したことがある」や「1ブロック歩行するのに幾らか支障がある」などを危険因子とする高齢者化学療法毒性予測スコア解析を行い、このスコア合計が Grade 3 以上の毒性発生率と有意に相関すると報告した¹⁾。非常に興味深いことに本研究では Grade 3 以上の毒性発生率は Karnofsky Performance Status との相関は見られず、ゆえに歩行能力・バランス能力を維持する運動療法は高齢者の化学療法を安全に継続する上で非常に重要な因子であると考えられた。以上を踏まえ、リハビリプログラムの作成にあたっては①がんにより生じている問題(多様な複合障害像)②原発巣・病期、生命予後③合併症のリスク(病的骨折など)④リハの阻害因子(倦怠感、疼痛、呼吸困難、うつ、低栄養など)⑤患者・家族の希望を考慮した上で積極的に進めるべきと考えられる。

動かすベネフィット>安静のベネフィットの時に早期運動を東邦大学リハビリテーション医学講座教授海老原寛先生は安静の潜在的なベネフィットとして①回復と回復のために利用する代謝資源の節約②筋酸素消費量の軽減:より酸素を必要とする損傷組織や臓器への酸素運搬③換気需要の軽減:人工呼吸器関連肺損傷のリスク減少④高い FIO₂ の必要性の減少:酸素毒性の減少⑤中枢神経系への血流の改善⑥転倒リスクの軽減⑦心臓へのストレス減少:虚血や不整脈の予防⑧損傷している身体の部分への痛みと追加の損傷の回避、の8項を挙げている。時代は早期離床早期リハビリテーションを賛美する傾向にあるが、基礎疾患の病勢制御ができていないときは安静が最重要であることはいまでもなく「発熱しフラフラの子供に有酸素運動させる」愚をおかさぬよう特にがんのリハビリテーションでは複雑になりがちな病勢の把握を徹底すべきである。

脊椎転移の障害と在宅復帰

脊椎転移の障害はがん複合障害の中でも特異である。脊髄麻痺の障害はがんの病理学的悪性度や他臓器への広がりではなく、発症高位と脊髄への容積効果にのみ依存する。ゆえに障害は low grade tumor でも四肢麻痺になり得るし、障害の大きさは Karnofsky scale などとの一致を見ない。脊椎転移の患者は<がんの障害>+<脊髄損傷>の複合障害を有すると考え、リハ医学が蓄積する脊髄損傷に対するノウハウを活用すべきである。退院支援については地域連携室、MSW、NS 他多職種が大きな戦力となる。骨転移のリハビリテーション・脊椎転移の在宅復帰を考える場合、麻痺進行前の早期評価、全身治療と整合した迅速な局所制御とリハビリテーション開始が重要であり、これには他職種が連携したカンサーボードが有用である。奈良医大附属病院では 2010 年 1 月から骨転移に特化したカンサーボードを設置し、本カンサ

ーボードを基盤とする脊椎固定術(脊椎外科医)+放射線治療(放射線治療医)+リハビリテーション(理学療法士、作業療法士、リハビリテーション看護師、リハビリテーション科医)の有機的な連携にて早期離床/ADL 回復を達成している²⁻⁴⁾。

課題:生命予後と機能予後

機能予後と生命予後が相関しない点はがんのリハビリテーションの特殊性と云える。「がんリハ」の爆発的な広まりに沿い、リハビリテーション病期別「Dietz 分類」は研修機会等で広く知られているが、たとえば、がん診療に接したことがないリハビリテーション科医+がん患者に接したことがない療法士+がんのリハビリテーション研修では、おそらくはそもそも原病把握に難渋する。Gerber (1998)の「がん患者におけるリハビリテーション中止基準」の8項目⁵⁾も、初出原稿の文脈からはむしろ、杓子定規な“中止基準”というよりもがん臨床の経験からの“注意喚起”といった印象を受ける。ひと昔、ふた昔前、「緩和ケア」「がんリハ」の言葉さえない時代、化学療法の専門医なんていない時代、外科医(腫瘍医)は手術、麻薬処方、化学療法、在宅復帰や看取りまですべて自分ひとりで行っていたことは着目に値する。これからのがんリハビリテーションは「生きられた。しかし良くは生きられなかった。リハが生まれた(才藤先生)」の精神に則り、外科医(腫瘍医)の“プロフェッショナルリズム”で確立、維持されてきた治療、ケアのレベルを保ちつつ、これらを、“社会を志向し生活を考える”リハビリテーション医学の視座で新しい治療に昇華していく事が強く求められていると私は確信する。

文献

- 1) Hurria A et al. Predicting chemotherapy toxicity in older adults with cancer: a prospective multicenter study. J Clin Oncol. 2011 Sep 1;29(25):3457-65
- 2) 石田由佳子 城戸 颯 がんのリハビリテーションに必要な知識 5.骨転移のリスク管理 2016年6月 Journal of Clinical Rehabilitation 25: 1200-1203 2016
- 3) 城戸 颯 転移性脊椎腫瘍の治療戦略(8)「転移性脊椎腫瘍の治療開始の適切なタイミング」関節外科 35, 65-73, 2015
- 4) 城戸 颯 骨転移のがんのリハビリテーション Journal of Clinical Rehabilitation 24:36-44 2015
- 5) Gerber L. Rehabilitation for patients with cancer diagnoses. Rehabilitation Medicine, 1293-1317, 1998.