



# がん治療とリハビリテーション 現状と課題

城戸 顕(キド アキラ)

奈良県立医科大学附属病院 リハビリテーション科

がん治療の進歩とともにがん患者の生命予後は改善し、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。がん患者の多くは、原病による障害に加えて転移病巣やがん治療そのものによる“複合障害”を有し、設定すべきゴールもまた多様となる。障害診断においては、がん患者の有する①原発臓器の機能障害 ②原発切除後の機能欠損 ③放射線障害 ④抗がん剤による内臓・神経障害 ⑤転移病巣の症状など“複合障害”の多様な様相を整理し、リハビリテーション治療の内容についてはがんのリハビリテーション中止基準(Gerber 1998)を参考に現行治療と照らし合わせ、個々の機能障害に応じた処方を行う。特に後述する脊髄麻痺の障害は他の多くの障害と異なり、がんの病理学的悪性度や他臓器への広がり、罹患期間やKarnofsky指数などには相関せず、純粹に脊椎転移の発症高位と脊髄への容積効果のみに依存することには留意が必要である。国立がん研究センターがん情報サービス統計によれば、依然としてがんの死亡数と罹患数は増え続けており、その主たる要因は人口の高齢化とされる。この影響を除く年齢調整率で見ると、がん死亡は1990年代半ばをピークに減少しており、「がん患者の半数以上が治る」といわれる現状に至る。しかしながら、先述の①人口構造の高齢化 ②死亡率の低下 ③罹患率の上昇の三つの要因により臨床の場でのがん治療機会はむしろ増加し続けており、これらを受け、医療政策としてはがん対策基本法(2006)の基本的施策に「がん患者の療養生活の質の向上」が挙げられたのを端緒に、がん対策基本計画(2007)の開始、がん患者リハビリテーション料の診療報酬設定(2010)などを経て、改正がん対策基本法(2016)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の確保」と明記、第3期がん対策基本計画(2017)では、リハビリテーションは主要な柱の1つに挙げられ、これらのがんのリハビリテーションを大きく牽引してきた。リハビリテーション治療の現場でもがんの複合障害に対して、障害の軽減、運動機能低下や生活機能低下の予防や改善を目的として治療を行う機会は増加しており、がんに伴う身体障害はリハビリテーション科の主要な治療対象の一つになっている。従来広く捉えられていた余命の限られたがん患者の機能の維持や緩和のみだけでなく、予防や機能回復もがんのリハビリテーションの大きな役割である。本講演では以上の経緯を概括するとともに、年々高度化・複雑化するがん治療についてその基本的原則に立ち返り、また、臨床の場ではがん診療と接しているすべての医師は「がんリハ」の言葉が誕生するずっと昔からがん患者の障害と向かい合ってきた現状についても触れる。さらに奈良医大で2010年より注力している脊椎転移のリハビリテーションをがんの複合障害の一例とし、向後望まれるがんのリハビリテーション治療の輪郭を開陳する。