

200/0545

平成13年度 厚生科学研究費補助金 21世紀型医療開拓推進研究事業

がん患者の全身体力消耗状態に対するリハビリテーション技術の研究

主任研究者 木村伸也

愛知医科大学医学部附属病院リハビリテーション部 助教授

平成13年度 厚生科学研究費補助金 21世紀型医療開拓推進研究事業

がん患者の全身体力消耗状態に対するリハビリテーション技術の研究

主任研究者 木村伸也

愛知医科大学医学部附属病院リハビリテーション部 助教授

目 次

I 総括研究報告書

II 資 料

I 総括研究報告書

がん患者の全身体力消耗状態に対する リハビリテーション技術の研究

主任研究者 木村伸也 愛知医科大学リハビリテーション部 助教授

研究要旨：

1) がん患者の全身体力消耗状態に対するリハビリテーション（以下、リハ）の効果について61例の自験例について予備的検討を行い、約2週間の入院リハにて効率的な日常生活行為（ADL）実行方法の指導を中心とするアプローチが、有意にADL自立度を向上させたこと、加えてがんによって生じた身体的苦痛の改善にも効果的である可能性、を示した。

2) WHO国際障害分類第2版ベータ2版日本語訳に基づいて、がん患者の生活機能と障害を評価しリハに活用するための手法の検討を行った。

3) 我が国でのがん患者のリハサービス提供のあり方を検討する目的で、欧米でのがん患者に対するリハの実施状況や効果に関する文献的調査を行った。種々のがん患者を対象として全身的障害を含む広範囲の障害に対するリハサービスの報告はまだきわめて少数であるが、リハ専門病院および一般病院のリハセンターなどで提供され効果をあげている。しかし、ほとんどの報告は局所的機能障害に対する治療的アプローチについてであり、今後の研究の必要が高いことが判明した。

4) がん患者のリハ実施にあたって、リハ専門職とともに重要な職種である看護師に対する、がん患者のリハ的問題点と対応についての意識調査を行った。患者に多い問題としては易疲労性、痛みなどの機能障害であり、活動レベルでは排泄、整容、更衣などの日常生活行為があげられた。現状ではリハ専門職による対応は主に筋力低下や関節拘縮などに限られ、日常生活行為にはほとんど看護師のみで対応しているという回答が得られた。また本来はこれらほとんどの問題にリハ専門職と看護師が同程度に対応すべきとする回答が多かった。

I. 研究目的：がん患者に対するリハは一般的に、乳がん術後の上肢機能障害に対する理学療法、喉頭がんなどの術後の音声機能に対する訓練、腫瘍性切断に対する義肢装着訓練などの局所的障害に対するアプローチが中心となってきた。しかし、近年はがん治療法の進歩とともにいったんは疾患が治癒して長期に生存する例や緩和ケアをうけている進行・末期例のQOL向上をめざすアプローチの一つとして、リハの重要性が指摘されるようになってきている。また主任研究者らは、約10年あまり前から大学病院などでのリハ医療の経験を通じて、進行・末期がんを中心とする患者の障害をハイリスク・体力消耗状態として位置づけ、QOL向上に向けたADLへのアプローチ、過労を防ぎつつ廃用症候群を予防する種々のプログラムなどを実施してきた。21世紀のがん医療におけるリハに求められることは、がんとその治療過程で生じる全身的な障害、すなわち全身体力消耗状態が、ほとんどの患者に共通する重大な問題であることを認識し、これに対

するリハ技術を開発し普及をはかることであるとする。その意味で、主任研究者らの経験はまだ一部の大学病院などの施設などで限定的に行われている状態にすぎず、普及をはかるためのさらに大きな規模での試行と検討を重ねる必要がある。

全身体力消耗状態に対するリハは、他のリハ対象疾患と異なる面が多いわけではなく、むしろ本来のリハの理念を生かしたプログラムを組むという意味では脳血管障害などの場合と基本的には共通である。したがって、がん患者のリハが一般医療のなかで広く行われるようにする研究は、他の疾患のリハをよりよく行う技術にも積極的な貢献をするものとする。

本研究では、がん患者の全身体力消耗状態に対するリハ技術として、基本となるその障害のリハ的評価手法と、リハ本来の理念に基づいたアプローチの中心であるADL訓練をはじめとする活動レベルでの指導技術を研究する。そしてがん患者に対するリハ医療についての現状を調査・把握し、前記したリハ技術の普及をはかるうえ

での問題点と今後の対策を明らかにすることを旨とする。

平成13年度は、今後のリハ技術研究のポイントを明らかにするために、

1) 全身体力消耗状態患者に対するリハの効果、自験例において予備的に検討した。

2) 同時にこの中で、今後がん患者に共通して使用できるリハ的評価手法の検討を開始した。これは平成13年度に世界保健機関で決定された「国際障害分類改定版」に基づいて障害評価手法を開発する試みである。なお平成13年度研究では、日本語で唯一利用可能な国際障害分類第2版ベータ2版の日本語訳を用いた研究を行った。

3) 次に、諸外国でのがん患者のリハプログラムについての文献的調査を行い我々のリハ技術との関連を検討した。

4) さらに併行して、リハ医療において(理学療法士や作業療法士以外で)もっとも重要な役割をはたす職種としての看護師との協業を発展させる方策を検討するために、がん患者の入院病棟でのリハ的問題点

とリハ・看護のアプローチについて看護師の意識を調査した。

II. がん患者の全身体力消耗状態に対するリハビリテーションプログラムの効果に関する予備的調査

研究方法:対象は表1に示す基準で選択した自験例61例であり、全例にリハ医を含むリハ専門スタッフが対応した。効果の指標として、ADLに関しては表2のような基準で、リハ開始時と2週間後の評価を行い、同時に患者が自覚する疼痛や易疲労性などの苦痛を表3にしめす基準でADL評価と同時に行った。患者に対するリハ指導・評価は原則的に一日に2回以上行い、評価尺度による日内・日間の測定結果の変化も検討した。これらの評価方法は、WHO「国際障害分類第2版ベータ2（以下、ICIDH2と略す）」日本語訳（2000、WHO国際障害分類改定日本協力センター訳・出版）を参考として作成した。なお検討対象とした臨床的所見はリハビリテーションサービスの実施のために必要な内容を詳しく定めた半構造的な記録用紙を用いて記録されたものである。

この記録からICIDH-2に分類された、心身機能として感覚機能と痛み、運動耐用性（心血管系）、筋耐久性（神経筋骨格および運動）の項目についての評価点数（0：機能障害なし～4：最も著しい）と、活動について日常生活行為（セルフケア）の各行為の自立度の評価点数（0：非実施から7：あらゆる環境で自立、0～4 2点）をリハビリテーションアプローチ開始時と開始後2～3週間後の状態について比較をした。

結果：

1) 全身体力消耗状態の障害像

①状態の急激な変動

障害像の特徴的な点として、リハアプローチ開始時の機能障害、特に易疲労性と疼痛についての日内変動すなわち一日の中での最悪時と最良時の差が評価点数として3スコアに及ぶものが8%、2スコアが43%、1スコアが49%と変動が大きかった（表4）。またこれに伴って、ADLスコアの変動もそれぞれ19.2、14.7、12.2と大きかった。

②訓練・評価時と日常の実行状況との自立度の差

開始時の日常生活実行状況(「している」レベル)とリハ医が診察の上動作指導をして確認した能力(「できる」レベル)を歩行について比較すると40例では指導時の能力の方が高かった(表5)。これは全身体力消耗状態の著しいがん患者の多くにリハアプローチによる歩行・ADL改善の潜在的可能性があることを示したものと見える。

2) リハによる、機能障害、ADL自立度の改善

ADL自立度スコア平均値は開始時17.2から開始後27.2と改善した(図1)。また機能障害の日内変動はスコア2が23%、スコア1が69%、スコア上の明らかな変動なしが8%と開始時に比べて減少した(表6、表7)。これに並行して日中の生活活動性の面でも、臥位、ベッド上座位の時間は減少し、歩行と立位でのADL実行の頻度が増加する傾向を認めた。また個々の起居移動および日常生活行為(AD

L)動作を観察・分析したところ、筋耐久性などの機能障害が改善しない場合あるいは改善する前でも家具や壁へのもたれ方や補助具の利用方法の指導によって自立度の向上は得られた。

考察:以上の予備的検討より、神経系・運動器に明らかな病変を生じていないがん患者の全身体力消耗状態に対して、我々の行ったリハ・アプローチが有効であることが示唆された。そのアプローチのポイントは以下の通りである。

1) QOLに直結する活動レベルへのアプローチ

全身体力消耗状態による機能障害がある状態でも、これらによる苦痛を悪化させることなく日常生活行為などの実用性を向上させる指導を行う。このための動作の手順、補助具の利用、病室環境の改善などを行う。リハ医およびリハ専門職によって運動学的かつ運動生理学的に負荷の少ない方法へと改善をはかるのである。また優先的にアプローチする活動の項目についての個別的な予後予測と患者・家族との確

認が重要である。体力面の余力の少ない状態であり生命的にも限られた時間しか与えられていない全身体力消耗状態患者にとっては他の疾患以上にこの点が大切である。

2) 疾患レベルのリスク管理と活動度指導

この際、ほとんどの例で疾患レベルの状態を考慮にいれる必要が大きいので、リハ医が直接訓練・指導を行った方がよい場合が多い。リハ医が毎朝、患者を診察・評価し当日の状態に適した訓練と日常生活上の活動量を指導する。

3) 少量頻回訓練、自己訓練

運動負荷量が大きいと患者は逆に過労となり、日中の臥床時間が増加する結果となって廃用症候群の悪循環を形成することになる。これを防ぐために、1回の訓練での負荷量を減らし、疲れをなくして、頻回に行うというアプローチが効果的である。

以上のように、全身体力消耗状態に対するリハアプローチは、患者の全人間的復権を目的とする本来のリハの理念に立脚し

これを実現しようとするものである。したがって、がん患者だけでなく、あらゆるリハ対象患者においても共通するものであることを付け加えたい。

Ⅲ. がん患者のリハビリテーション的評価 手法についての研究

目的: がん患者のリハビリテーション評価
手法の開発にむけて、国際障害分類改定版
ベータ 2 版を参考とした評価用紙の試作
と検討を行った。加えて、欧米でのがん患
者に対するリハビリテーションの報告に
ついての文献的考察を行った。

方法: WHO 国際障害分類改定日本協力セ
ンターが翻訳を行った、ICIDH 2 ベー
タ 2 版を用いて、リハを行ったがん患者の
25 例の記録から 2 人以上の医師・理学療法
士・心理専門職によるコーディング作業を
行った。

結果: 1) 複数の職種のコーディングの結
果を、心身機能、身体構造、活動、参加、
環境因子内の第 1 レベル分類の水準での
一致度として検討した結果、すべての項目
において、80%以上の一致率となり良好な
結果を得た。

2) 次にこれを用いて、個々の患者に適用
をするための評価用紙を作成した。(資料)

IV. がん患者のリハビリテーションに関する国際的動向についての文献的検討

研究方法: 1975年から2002年2月のMedlineからの文献検索を行って欧米でのがん患者のリハビリテーションについての報告を調査した。リハ医を含む、多職種チームによるリハについて、そのプログラムあるいは効果について記述された文献を選択した。

研究結果: キーワードとしてMeSH用語である、Neoplasm、Rehabilitationを用いて検索した結果、約11000件の報告がみとめられたが、このうちリハ医を含む包括的プログラムに関するものは非常に少なく、その代表的なものを取り上げて、紹介し検討を加える。

1) Lehmannら (1978) は、種々のがん患者805例のリハ的問題点、リハサービスの必要性、リハ医療提供におけるギャップを調査した。その結果、相当数のリハ的問題点が未対応になっていることが明らかにされ、これらはリハ医療によって改善しう

るものであった。なかでも心理的問題が多く、これは身体的障害のある患者ではいっそう重大であった。これらの患者は生命を脅かす疾患と同時に、障害に対しても適応を余儀なくされており、すべてのがん医療においては心理社会的支援が必要となることが示唆された。すなわち相当な身体障害をとともうがんの場合、心理的対応も可能な総合的リハチームがしばしば必要とされる。適切なリハ医療の提供に際する障壁となっていたのは主に患者の問題点が同定できていないこと、リハの考え方をよく知らない医師が適切なリハ依頼をしないことであった。今回の対象者の保健財政資金は主に私的保険、メディケア、メディケイドによるものであった。患者の家族からの財政的支援は疾患の進行した例においてもよく保たれていた。調査の後、リハ医療提供のモデルを確立し実施した結果、リハ医療提供のギャップと障壁は急速に消失した。

2) Harvey (1982) らは、がん患者のリハプログラムの内容と実施に関する質問紙

を作成し、プログラムの存在が確認できた全国95施設に郵送した。36施設から有効な回答が得られ、組織、治療アプローチ、チーム編成、プログラムの重点、評価方法、プログラム効果について分析を行った。文献的検討と今回の調査から、がんとその治療によって障害をもった患者のリハのためのチームアプローチが効果的であることが支持された。特に地域病院においてがん患者のリハプログラムはよく受け入れられ成功していることが示された。

3) Hintenbuchner (1978) は、がん患者の疾患管理成績の向上によってリハビリテーションの重要性が増していることを強調し、患者の問題点とリハアプローチについて記述した。がん患者のリハについて、原疾患の初期治療に並行してリハを行うべきであり、個別的で、できるだけ早期に達成できるようにゴールを設定することが必要であるとしている。そして、予防的 (preventive)、回復的 (restorative)、支持的 (supportive)、緩和的 (palliative) の4種のゴールについて解説している。身

体回復チーム (physical restoration team) と彼がよぶリハチームには、リハ医、理学療法士、作業療法士、ソーシャルワーカー、職業カウンセラー、臨床心理士、がん専門看護師を含み、がんによる障害に対して協力し包括的に対応することを目指すべきと述べた。さらに、がんによる主な障害部位、疾患種別、適用されている治療手技によるリハプログラムを述べた。これらは切断、乳がんによる上肢のリンパ浮腫と五十肩、肺がんによる呼吸機能障害、神経系腫瘍による運動機能障害、頭頸部がんによる肩の運動制限と発声障害、がん性疼痛、筋萎縮、病的骨折、などである。

4) Marciniakら (1996) は、リハを実施したがんあるいはその治療による機能障害を明確にし、回復の程度を評価し、がんのタイプ、放射線療法、転移巣の有無が効果に影響するかどうかを、大学附属のリハ病院で2年間に経験した159例を対象として後方視的に調査した。リハアプローチとしては包括的な入院リハ、効果の指標としてはFIM運動スコアを用いた。がんのタ

イブをとわず、入院時の平均スコア42.9から退院時56.0へと有意に改善を認めた。転移巣の有無は効果に影響をせず、放射線療法を受けていた患者はよりよく改善した。彼らは、がんによる障害のある患者は入院リハによってよい効果をえることができ、転移巣や放射線療法の継続はリハ実施の妨害因子にはならないとした。

5) Mckineyら (1996) は、リハ病棟に入院した脊髄腫瘍患者のリハ効果について報告している。3ヶ月以上生存すると見込まれる脊髄腫瘍患者で脊損リハ病棟に5年間に入院した32例を対象として、機能障害所見、入院期間、FIM（移動とセルフケア）、排尿管理、退院先を調査した。結果、肺がん(28%)、前立腺がん(17%)が原疾患としてもっとも多く、障害レベルとしては上位胸髄(40%)がもっとも多かった。FIMによる改善は全側面にわたって認められ、上衣、下衣の着替え、整容、排泄、浴槽への移乗、移動、階段昇段において有意の改善を認めた ($p < 0.05$)。リハ病棟入院期間は平均27日で、84%が自宅へ退院し

た。経過追跡調査で20例中75%から回答があり、退院後3ヶ月時点で機能は維持されるか、あるいは向上していた。脊髄腫瘍患者に移動とセルフケア面の改善と退院後少なくとも3ヶ月の機能維持できうことが示された。

6) Segalら (1999) は、オタワ地域がんセンターにおけるがん患者のリハプログラムを紹介している。彼らによると、このプログラムは1997年1月から開始され、がんの積極的治療をうけている患者のQOL、日常生活能力、心理社会的適応を改善することを目指している。施設面では、600平米の屋内歩行・ジョギングトラック、集団体操場所、筋力増強用のウェイトトレーニングおよび有酸素運動機器を有している。ロッカールーム、シャワー、更衣室を併置し、救命処置用の設備(薬品、除細動装置、酸素、ストレッチャー)を用意している。プログラムへの参加は患者自身の申し込みか関連医療職や主治医からの紹介によって、まずプログラムの医学管理者が患者の既往症と現病を詳しく調査して適

性を判断する。管理不十分な心疾患、活動的な精神疾患、がん・転移巣あるいは治療に関連した病状の一部（骨転移、凝固異常など）がみとめられると参加できなくなる。これにパスすると運動指導の専門家による身体計測、有酸素機能測定、QOL評価（SF36）などが行われる。プログラムは運動頻度、強度、持続時間などについて個人のデータに基づいて個別的に作成される。参加者は集団での運動、あるいは個人セッションを選択できる。また自己で行うプログラムに参加し、自宅や地域の施設で資格のある運動指導専門家の作成したプログラムに基づいて運動を行っている者が約半数にのぼる。1997年1月から1998年12月までに261人がセンターに申し込み、4人が医学的理由によって参加できなかった。15人が精査を受け、うち4人が疾患の進行が指摘されて主治医のもとに戻った（その後、1名はプログラムへの参加許可が出た）。結果、254人がプログラムに参加した。214人が女性、30.7%が仕事をもち、33.1%が何らかの障害をもっていた。疾患

としては乳がんが173例と最も多く、75%がステージ0からⅡであった。50.4%が積極的な治療（化学療法、放射線療法）の間もプログラムに参加し、20%が治療終了6ヶ月以上経過していた。本プログラムのよい点としては、安全に種々の運動ができてQOLの改善に役立つことや、仲間からの支持を受ける場所にもなるなどがみとめられた。しかし、種々のがんに対するリハのエビデンスと運動のガイドラインが乏しいこと、施設へのアクセス困難などの問題などがあった。

7) O' Dellら（1998）は、入院リハを行った脳腫瘍患者の機能的な帰結を明らかにし、外傷性脳損傷と比較した。平均年齢53.1歳の40人の脳腫瘍患者（神経膠芽種あるいは髄膜種が40%）（男女比6：4）を対象とした。25%が再発例、15%が転移性能腫瘍であった。別に年齢・性別をマッチさせた40例の外傷性脳損傷の患者を対象として、入院時の機能状態を調べた。測定にはFIM、リハ入院期間、退院先を用いた。脳腫瘍患者で、入院期間は平均17.8日、FIM

改善は平均25.4点、82.5%が自宅退院した。退院時の機能改善の予測に人口統計学的要素や腫瘍の性質が統計学的に有意な影響はしなかったが、髄膜種、左側病変、放射線療法を受けなかった例の方がよく改善した。外傷性脳損傷例では、FIMで有意に大きな改善（平均34.6点）を認めた。しかし、一日あたりのFIM改善率（腫瘍：外傷、1.5：1.9）と入院期間（22.1日：17.8日）に有意な差はなかった。

8) Sabersら（1999）は、Mayoクリニックでの入院がん患者（白血病・リンパ腫30%、肺がん11%、消化器がん9%、乳がん8%、骨髄腫5%、前立腺4%、卵巣・子宮それぞれ3%など、60%が転移巣をもち、18%が余命6ヶ月未満と推測されるターミナル期の症例で、心肺系・神経系などの合併症をもつ例も多かった。すなわち相当程度に進行した重症例がかなりの数を占めていた）に対して、リハセンターで依頼を受けてチームによるリハアプローチを行った効果を前方視的に調査した。Cancer adaptation team（がん患者に対するリハチーム）に対

して、8ヶ月間に341人の依頼があった。開始時と終了時の機能状態を、バーセル移動インデックスとカルノフスキーPSで測定した。QOLパラメータは独自に作成した質問紙にて測定した。290例が研究対象となり、189人が生存して調査を終了した。二つの機能指標双方で有意の改善を認めた。QOLでは完全な回答が得られなかった例もあったが、複数のパラメータで有意な改善を認めた。彼らのプログラムでは、平均12.4回の指導セッション、すなわち一日あたりPT、OTが2回は指導にあたるので日数としては3ないし4日という短期間で効果があがっているという。彼らは6回以内のセッションは検討対象からのぞいている。というのはこれらの例が化学療法か、経過観察のためにほとんど1ないし2日の入院でありスコア上の変化はきわめて少ないと考えられたからである。

9) Coleら（2000）らは、入院リハががん患者の運動機能、認知機能にどう効果を及ぼすかを調べ、原疾患、リハ的な機能障害、医師の決定したリハゴール、疾患治療が機

能改善にどの程度影響するかを検討した。彼らは、リハ専門病院で入院リハを行った、200例（30ヶ月間に入院した18歳以上で、現在の機能障害ががんあるいはその治療によるもののみを対象とした）（血液系腫瘍33例、肺がん33例、乳がん32、泌尿生殖器系32、消化器系21例、頭蓋内13例、頭頸部12例、婦人科的12例、その他12例）のがん患者の後方視的調査を行った。チームによる包括的入院リハ（腫瘍医、リハ医、がん専門看護師、理学療法士、作業療法士、レク療法士、ソーシャルワーカー、心理専門家、栄養士、言語療法士、がん生存者支援グループが参加）を行い、FIM運動および認知スコアで効果を測定した。原疾患、リハ的機能障害、リハゴール、疾患治療の状態にかかわらず、全患者が運動機能では有意な改善を示した。ただし運動機能改善程度は機能障害、リハゴールの種別によって相違があった。また頭蓋内腫瘍、中枢神経障害、緩和的リハゴール以外のすべての例で認知機能に有意な改善を認めた。がんあるいはその治療による機能障害と能力

障害のある患者に対する入院リハは、運動、認知の両面で効果的であった。

10) Marciniakら（2001）は、原発性あるいは転移性脳腫瘍患者に入院リハを実施する前後の機能的改善を評価し、腫瘍のタイプ、再発、放射線療法実施が効果に影響するのかどうか検討した。大学附属リハ病院で3年間に脳腫瘍による障害にリハを行って退院した132例を対象とした。評価法としてはFIMを用いた。FIMの改善は平均0.82（運動）、0.15（認知）で原発・転移に関係なく同程度であった。転移性の患者では有意に入院期間が短く、リハ中に放射線療法を受けた患者の運動スコアの改善は有意に大きく、再発腫瘍の患者の認知スコアの改善は最初の治療後のリハによる改善と同程度であったが、運動スコアの改善は有意に低かった。

文献リスト：

- 1) Lehmann, J.F., et al., Cancer rehabilitation: assessment of need, development, and evaluation of a model of care. Arch Phys Med Rehabil, 1978.

- 59(9): p. 410-9.
- 2) Harvey, R.F., H.M. Jellinek, and R.V. Habeck, Cancer rehabilitation. An analysis of 36 program approaches. *Jama*, 1982. 247(15): p. 2127-31.
- 3) Hinterbuchner, C., Rehabilitation of physical disability in cancer. *N Y State J Med*, 1978. 78(7): p. 1066-9.
- 4) Marciniak, C.M., et al., Functional outcome following rehabilitation of the cancer patient. *Arch Phys Med Rehabil*, 1996. 77(1): p. 54-7.
- 5) McKinley, W.O., et al., Rehabilitative functional outcome of patients with neoplastic spinal cord compressions. *Arch Phys Med Rehabil*, 1996. 77(9): p. 892-5.
- 6) Segal, R., et al., - Oncology Rehabilitation Program at the Ottawa Regional Cancer Centre. *Cmaj*, 1999. 161(3): p. 282-5.
- 7) O'Dell, M.W., et al., Functional outcome of inpatient rehabilitation in persons with brain tumors. *Arch Phys Med Rehabil*, 1998. 79(12): p. 1530-4.
- 8) Sabers, S.R., et al., Evaluation of consultation-based rehabilitation for hospitalized cancer patients with functional impairment. *Mayo Clin Proc*, 1999. 74(9): p. 855-61.
- 9) Cole, R.P., S.J. Scialla, and L. Bednarz, Functional recovery in cancer rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil*, 2000. 81(5): p. 623-7.
- 10) Marciniak, C.M. et al: Functional outcomes of persons with brain tumors after inpatient rehabilitation. : *Arch Phys Med Rehabil*, 2001. 82(4): p. 457-63.
- 考察: 以上、我が国でのリハ医療提供の形態に近い、リハ医、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を含むチームアプローチの報告を中心にみてきた。欧米では、これ以外にも、サポートグループによる心理的カウンセリングや職業支援サービス、あるいは

は集団体操などもリハの名称のもとで紹介されており、乳がんの上肢浮腫・可動域運動、頭頸癌に対する音声・摂食機能再建手術と術後訓練のような局所的機能障害に対する治療とあわせて非常に多数の報告ががん患者リハとして扱われている。

一方、これらに比べると、上記で紹介したような報告は稀少というべきであり、今後さらに大規模な研究が必要であることを示している。

Lehmannらの優れた報告をはじめとして、ほとんどの場合、がん患者の全身体力消耗状態と活動制限を軽減し、そのQOL向上にとってリハは有効とされている。また、1990年代以降は、Saberらのように、我々が行ってきたような全身体力消耗状態に対する総合病院のなかでのリハの紹介も散見されるようになってきており、我が国のがん医療においても、より多くの患者にとっての問題である全身体力状態に対してリハ技術が活用されるべきであるといえる。

V. 入院がん患者の看護とリハに関する現状調査

研究方法: がん患者に認められるリハ的問題点の頻度と対応する場合のリハ部門との協力の現状と本来あるべき状態についての認識を、リハ部門を有する病院に勤務する看護師を対象として調査・分析した。

対象者はがん看護の研修会に参加した各地の病院に勤務する正資格を有する看護師73名である。

質問紙を用いて、①機能障害、活動制限、参加制約の各レベルの問題についてどの程度の頻度で認められるかを4段階(ほとんど有、どちらかといえば多い、どちらかといえば少ない、ほとんどなし)で回答、②同じ問題について、看護とリハは互いにどの程度対応しているか、本来どう対応すべきかを3段階(主に看護、看護・リハ同程度、主にリハ)で回答を求めた。具体的な項目としては、心身機能レベルでは、痛み、浮腫、易疲労性、体位変換、良肢位保持、関節可動域、筋力、ベッド上座位、立位、摂食嚥下の11項目、活動レベルでは

移乗、車椅子駆動、歩行、食事、排泄、整容、更衣、入浴、コミュニケーション、屋外移動の12項目、参加レベルおよび環境因子に関して職業、余暇活用、家族への指示をとりあげた。講義終了後にアンケート用紙の回収をおこなった。

研究結果:

1) リハ的問題点の頻度の認識 (図2~8)

心身機能では「痛み」「浮腫」「易疲労性」についての問題が多いとした者が多かった。活動レベルでは、「移乗」「車いす移動」「歩行」「排泄」「更衣」「整容」についての問題点が多いと回答した者が多かった。参加・環境因子では、「家族への支持」が多いとした者が多かった。

2) 看護とリハの協力について (図9~15)

現状としては、筋力、可動域などの問題を含めて、主に看護が対応しているとする者が、半数近くあるいはそれ以上をいた。すなわち、リハ専門職のがん患者への対応はかなり少ないと推測された。しかし一方で、ほとんどの問題点について理想としては、看護師とリハ専門職が同程度に関与し

て対応すべきとした者が50%以上認められた。

考察：1)看護師からみた、末期がん患者のケア及びリハビリテーション的問題点としては痛み、全身倦怠感、排泄、移乗動作、家族への支持などが多く、従来の運動機能障害の患者とは違い、全身体力消耗状態とこれによるADL低下が問題の中心であることを示すものが多いと思われた。

2)全身体力消耗状態に対する、リハ専門職の対応は不十分であることが示唆された。

VI. 結論

1)リハアプローチは全身体力消耗状態のがん患者にADL向上、身体的苦痛の軽減などの面で効果的であった。

2)今後の症例研究に利用可能なリハ評価法を国際障害分類第2版ベータ2に基づいて作成した。

3)欧米でのがん患者のリハに関する研究

においても全身体力消耗状態に対する効果が報告されていることが明らかになった。しかしまだその数は少なく、今後の研究の必要が示された。

4)がん患者のリハ的問題についての看護師の認識から全身体力消耗状態による易疲労性とADL低下が大きいことが示唆された。またリハ専門職による対応を積極的に行う余地は大きいと思われた。

VII. 健康危険情報

特記すべきことなし。

VIII. 研究発表

特になし。

IX. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得
なし。
2. 実用新案登録
なし。
3. その他
特記すべきことなし。