

【機能検査】

直腸癌の術前後には直腸肛門機能検査（肛門内圧検査、筋電図、神経伝導検査、耐容量、QOL 調査など）を術後 1、3、6、12 ヶ月と定期的に検査を行っている。過去の研究より術後 1 年で肛門静止圧の回復率は術前の 50%弱、便意が頻回となっていた。また QOL 調査ではトイレまで我慢できないことが解った。

【機能訓練】

術後 1 ヶ月を経過した症例は、残存括約筋に対する筋電図バイオフィードバック（BF）療法を行い、筋の収縮方法の学習や筋力・持久力増強に取り組んでいる。しかし、更に QOL 向上を目的としてバルーン留置訓練を取り入れた。

【考察】

直腸癌術後の排泄機能訓練は確立されておらず、当院でも筋電図 BF を行っていた。過去の研究結果からは、静止圧の低下とともに耐容量も低値であったため、バルーンを留置しての運動療法を取り入れた。筋の収縮のみの静的訓練から歩行などの動的な訓練を行ったことで、残存括約筋と体幹筋群の協調的な収縮方法を学習でき、トイレまで我慢できる能力を獲得することを目的としている。今後は、症例を蓄積し効果判定を行っていききたい。

2-8

京都民医連中央病院 リハビリテーション療法課

坂田真由美（PT）

一般病院でのがんリハの手引の作成と取り組み

【はじめに】

当院は大腸肛門の専門病院として、大腸癌、特に下部直腸癌に対する肛門機能温存術を積極的に行っている。大腸癌術後の理学療法は離床の促進による呼吸器合併症の予防や腸管運動の回復を目的とした運動療法を行っている。今回、直腸癌術後の機能訓練を新たに取り組み始めたので以下に報告する。

【機能検査】

直腸癌の術前後には直腸肛門機能検査（肛門内圧検査、筋電図、神経伝導検査、耐容量、QOL 調査など）を術後 1、3、6、12 ヶ月と定期的に検査を行っている。過去の研究より術後 1 年で肛門静止圧の回復率は術前の 50%弱、便意が頻回となっていた。また QOL 調査ではトイレまで我慢できないことが解った。

【機能訓練】

術後 1 ヶ月を経過した症例は、残存括約筋に対する筋電図バイオフィードバック（BF）療法を行い、筋の収縮方法の学習や筋力・持久力増強に取り組んでいる。しかし、更に QOL 向上を目的としてバルーン留置訓練を取り入れた。

【考察】

直腸癌術後の排泄機能訓練は確立されておらず、当院でも筋電図 BF を行っていた。過去の研究結果

からは、静止圧の低下とともに耐容量も低値であったため、バルーンを留置しての運動療法を取り入れた。筋の収縮のみの静的訓練から歩行などの動的な訓練を行ったことで、残存括約筋と体幹筋群の協調的な収縮方法を学習でき、トイレまで我慢できる能力を獲得することを目的としている。今後は、症例を蓄積し効果判定を行っていきたい。

一般演題3 17:40~18:40 第2会場

座長：宮越浩一（亀田総合病院 リハビリテーション科）

3-1

こすがクリニック 整形外科

仲田公彦（医師）

利き手の上肢離断を受けた画家のリハビリテーション

—鎖骨の平滑筋肉腫症例に対する文献的考察—

【目的】整形外科領域の悪性腫瘍手術例を提示し、「がんのリハビリテーション」を考える。【症例】手術時、34歳の女性。日本画家。右鎖骨の平滑筋肉腫により、抗癌剤の動脈内持続注入に引続き、右上肢離断術と術中照射(IORT:Intraoperative radiotherapy)を受けた。装飾用義手は希望されず、利き手交換を主にリハビリテーションを実施した。機能訓練は自主的な書字から始まり、描画を開始、離断術3月後の退院挨拶状を自筆で書き、半年後には百号の画が入選するまでに至った。約9月後に左肺の転移性腫瘍に対して剔出が試みられたが、姑息手術に終わった。呼吸困難のある中、絵本などの創作活動も行った。術後2年を待たず、転移性肺腫瘍にて死亡、死の1月前まで病床で絵筆を執った。【考察】運動器の骨・軟部腫瘍は稀な疾患であり、診断や治療に困難が多い。内臓の癌に比べ、切・離断若しくは人工物での置換により、明らかな身体障害を生じ、告知や説明にも配慮が必要である。本症例は化学療法や上肢離断などの過酷とも言える治療を乗り越え、以前にも増して優れた作品を残し得た。本人の人生観や家族の環境、主治医団の協力などにも学ぶところが多い。「自分の限りある生命を絵によって表現する以外にないことを知った時、甦った」のではないだろうか。歴史的な症例を通して、悪性腫瘍のリハビリテーションに就いての教訓を引き出すことが出来れば幸いである。

3-2

三次市立三次中央病院

井ノ本千沙（PT）

意欲低下をきたした末期がん患者に対し、成功体験により外泊に至った一例

—PTとしての関わり—

[初めに]今回、骨転移部の疼痛により意欲低下した末期がん患者様を担当する機会を得た。症例の経過についてPTの立場から若干の考察を加えて報告する。ご遺族には、発表の趣旨を説明し同意を得ている。

[症例紹介] 多発性骨髄腫の80代男性。肺胞出血により人工呼吸器装着となり入院、10日目にPT介入開始となった。多発性骨髄腫の骨転移は第4腰椎（以下L4）に見られ、入院2か月前にL4圧迫骨折、寝たきり状態であった。呼吸状態は肺胞出血と両側性無気肺・右優位の胸水による酸素化の低下が認められた。

[経過]当初、換気の改善のため離床を考えたが、起居動作時にL4の骨転移部に著明な疼痛を伴う

事で、意欲低下をきたし離床困難であった。疼痛と圧迫骨折のリスクになる体幹の屈曲と回旋を避けた起居動作の指導を行い、自分で動けるという成功体験によりモチベーションは向上していった。起居動作の獲得を契機に病棟でも自発的に動かれるようになった。その中で自宅退院という希望も出始めたが、新たに胸椎への骨転移が発覚し、予後不良となった。そのため早期の自宅退院へ方針を変更し、チームでの退院調整を行った。その結果、試験外泊に至った。

[考察]本症例は、体動時痛により意欲低下をきたし、臥床による体力低下などを引き起こすなどの悪循環に陥っていた。これに対しPTによる動作指導や環境設定により自分自身で動けるようになる事で成功体験に繋がった。予後不良な状態でも経過の中で成功体験を得るよう介入していくことで心理的な変化が生まれ、試験外泊にも繋がったと思われた。日々病状が進行する中でも自分で出来る事を見つけて維持していく事が、成功体験に繋がりが可能性を広げることを感じさせられた症例であった。

3-3

住友病院 リハビリテーション科

青木利彦 (PT)

緩和ケアチームへの依頼から早期にリハビリ介入できた転移性骨腫瘍症例の一経験

【はじめに】

疼痛の強い症例や若年期～壮年期患者ではリハ紹介率が低い傾向にある。今回、緩和ケアチーム（以下 PCT）への PT 参加により、早期に自宅退院が可能となった転移性骨腫瘍症例を経験し、がんリハビリ介入方法を検討する機会を得たので報告する。

【症例および治療経過】40 代女性、右乳癌、腰椎転移の放射線加療目的で入院。両下肢電撃痛のため NRS 安静時 6、移動時 8 と日常生活が困難な状態であった。入院後オピオイドを増量するが効果認めず PCT へ相談。「母親として子どもの運動会に参加したい」と早期退院の希望に対し PCT とし鎮痛補助薬を開始。PT は運動会へ参加可能な範囲の ADL 獲得を目標とした、体幹装具療法、起居～移乗動作でのベッド高調整と疼痛回避動作練習、車椅子クッション調整を実施。結果、動作時痛は NRS3、BI（移乗、移動）10 から 20 点となり運動会に参加可能な ADL を獲得できた。

【考察】

予後を告知された中で、残された時間を学童期の子どもをもつ母親として過ごしたいと強く希望した症例であった。脊椎多発骨転移と脊椎圧迫骨折による脊柱管狭窄を原因とした臀部の電撃痛を我慢しながら行っていた起居動作や、入院中のベッドや車いすの環境設定を PCT による回診から PT が問題視し、早期にリハ介入することができ、患者の希望に沿った ADL の獲得に至った。

【まとめ】

転移性骨腫瘍症例は強い疼痛や骨折リスクのため、移動能力低下をきたしていること多い中、PCT へ PT が参加することにより早期から適切に介入できることから、PCT での PT 参加は基本的動作障害を対象とする専門性を生かすことが可能であり、がんリハを円滑に行う一つの方法であると考えられた。

3-4

自治医科大学さいたま医療センター

笹井祥充 (OT)

骨・軟部腫瘍に対する作業療法実践

—左肩甲骨原発性悪性腫瘍患者を経験して—

【はじめに】転移性骨腫瘍をはじめとする骨悪性腫瘍患者の作業療法介入の報告は非常に少ない。今回、左肩甲骨骨原発性悪性腫瘍患者に対する術後作業療法を行ったので報告する。

【症例】67才、女性。数年前より肩の疼痛出現し、前医で左肩甲骨骨腫瘍を疑い、当院紹介受診した。当院にて術前補助療法後、肩関節包外式に全肩甲骨+上腕骨近位部を切除する広範切除術を行った。病理診断は悪性線維性組織球腫であった。術後4日目より作業療法開始。術後2ヵ月目に上肢機能向上目的に上腕骨欠損部に対して腓骨移植術が行なわれた。

【作業療法経過】作業療法開始時、左肩の骨性支持機構が存在しないため、患肢はバストバンドにより体幹に固定。BI:20点であった。作業療法実施時には患肢の負担を軽減するよう配慮したが、不安定性が強く肘関節屈曲が困難であった。腓骨移植後は上腕二頭筋と上腕三頭筋を同時に働かせて移植した腓骨を鎖骨切除部に固定し肘関節屈曲が行えるよう訓練を行った。その結果、筋力増強と支持性向上により肘関節屈曲が可能になり、洗顔などの整容動作が可能になった。腓骨移植後1か月の退院時には、肘関節屈曲MMT4、BI:100点でADLは支障なく遂行可能となった。

【考察】本症例は作業療法士による機能的アプローチと共にADLでの動作練習を行うことにより残存機能を高め、生活能力も高めることになったと考えられる。

3-5

大阪府立成人病センター リハビリテーション部

吉川正起 (PT)

上腕骨近位部軟骨肉腫に対して、腫瘍用人工骨頭置換術を施行し良好な患肢機能を獲得した一症例

【目的】左上腕骨軟骨肉腫に対して腫瘍用人工骨頭置換術を施行し良好な患肢機能を獲得した症例を経験したので報告する。

【症例】50代女性。手術は腫瘍広範切除術+腫瘍用人工骨頭置換術(KLS System)を施行。腫瘍を含め上腕骨近位より10cmで骨切り、大胸筋、腱板は切離しインプラントに巻かれたデキソンメッシュに縫着。上腕二頭筋長頭は棘上筋断端に縫着。三角筋は温存。切除筋は最小限とされた。術後エアープレーン肩装具によるゼロポジション固定、1週間より他動的ROM練習、3週間より自動介助練習開始。外旋は脱臼リスクにて禁忌。術後3週で退院し以後外来フォロー。術後9ヶ月で肩自動ROMは屈曲90°外転60°。術後3年経過し、肩関節ROM他動(自動)は屈曲135°(120°)、外転100°(85°)、伸展55°(55°)、内旋90°、外旋90°、MMTは三角筋前部4-、中部3+、後部4、上腕二頭筋5、上腕三頭筋5。MSTSは疼痛80%、機能80%、心理的受容度60%、手の位置取り

80%、手指の巧緻動作 100%、吊上げ能力 60%で平均 77%。DASH は、24 点。

【考察】腫瘍用人工骨頭置換術の理学療法での難渋点として、他動 ROM が良好であるが自動 ROM 低下をきたすことである。原因は、腱板の機能低下で骨頭の求心力が落ち、屈曲時に上腕骨頭の上前方移動がおこり肩峰と人工骨頭がインピンジすることが考えられる。早期に理学療法を開始し拘縮・廃用性筋力低下を防止し、肩関節の固定性を高め正常な骨頭の動きを引き出すように動作練習を行ったことが良好な結果に結びついたものと考えられる。

3-6

四国がんセンター リハビリテーション科

青木裕美 (PT)

脊椎転移による下肢麻痺に対するリハビリテーション

【目的】脊椎転移による麻痺は QOL を著しく低下させるため、手術や放射線治療等の治療が行われている。しかし、麻痺が残存する症例もあり、ADL を改善するためにはリハビリが必要となる。また、誤嚥性肺炎や褥瘡、せん妄予防のため可能であれば早期介入することが好ましい。当院では H22 年 4 月より常勤の理学療法士がリハビリを行っており、その取組みについて報告する。

【対象と方法】当院にて H23 年 4 月から H23 年 11 月までに脊椎転移による下肢麻痺に対しリハビリを行った 15 例を対象とした。男性 12 例、女性 3 例で平均年齢 63 歳であった。原発巣は肺癌 4 例、肝癌 3 例、前立腺癌 2 例、大腸癌 2 例、その他 4 例であった。これらの症例について麻痺後の予後と、リハビリ前後の Barthel index と合併症（誤嚥性肺炎、拘縮、褥瘡）の発生率を検討した。

【結果】

最終観察時 15 例中 7 例は生存中で、8 例は死亡しており、平均生存期間は 32 日間であった。

Barthel index はリハビリ前平均 20.6 点、リハビリ後平均 21.3 点で、移動能力は死亡 8 例を除き、改善が 4 例、不変が 3 例、悪化が 0 例であった。全例合併症はみとめなかった。

【考察】

脊椎転移による麻痺を発症した患者は生存期間は短く、麻痺発生直後より積極的にリハビリを行うことで Barthel index が改善した。また、麻痺に伴う合併症が予防でき、リハビリの早期介入は有用と考えられた。

3-7

名古屋徳洲会総合病院 リハビリテーション科

友春香 (PT)

多発性骨転移に対して QOL を重視し安静臥床をとらず ADL 維持した症例

多発性骨転移に対して、QOL を重視し安静臥床をとらず ADL 維持した症例を経験したため報告する。

症例は 64 歳女性、診断は校門悪性黒色腫原発の転移性骨腫瘍（第 7 頸椎、第 3 腰椎、第 1 仙椎、右大腿骨転子部、両上腕骨近位骨幹端部）、肝腫瘍である。2011 年 6 月 8 日より下血あり 6 月 10 日

に当院救急搬送、翌日肛門ポリープ切除術施行となった。切除標本より肛門悪性黒色腫と診断された。2011年10月に入り頸部痛と頭痛出現し、右後頭側頭部の急性硬膜外血腫と診断された。入院安静後出血の抑制と骨病変の治療の為同部位へ放射線療法を行い症状の安定を得た。その後頸部痛と右股関節痛があり有痛性骨転移を疑い精査したところ、上記部位に転移性骨転移を認めた。このためリハビリ介入となり、このときのADLは独歩可能で自立している状態であった。疼痛はNSAIDsにて動作時もコントロールできており日中活動度も高かった。骨転移の状況により右下肢免荷が困難な状態であったため、ベッド上安静でストレッチャー移動を提案された。しかし突然の病状進展に対しての否認や抑うつもあり、QOL向上のためADLを維持するとともに病的骨折の予防のバランスを主治医およびスタッフと検討し、装具などの使用や動作方法の指導のもと歩行や動作に伴う病的骨折発生に注意を徹底してもらい、指導と訓練を行いながら離床を進めていった。現在も痛みの新たな発症もなく、外泊も可能であった。今後介護保険サービスを利用し自宅退院に向け準備している。

資料7：第2回 がんのリハビリテーション懇話会
プログラム

タイムテーブル

			9			10					11					12					13					
			30	40	50	0	5	10	20	30	40	50	0	10	20	30	40	50	0	10	20	30	40	50	0	
受付	受付開始																									
2階・国際会議場						開 会 挨拶		基調講演 辻哲也																		一般演題 口演
4階・第1第2会議室			ポスター貼付													一般演題 ポスター P1-1～P1-6 P2-1～P2-6 P3-1～P3-6 P4-1～P4-6										

プログラム

09:30	受付開始	
10:00	開会挨拶	生駒一憲（北海道大学病院リハビリテーション科 教授）
10:05	基調講演（座長 宮越浩一）	「がんのリハビリテーションの現状と今後の動向 ～がんのリハビリテーションガイドラインおよびグランドデザイン作成の進捗状況報告とともに」 辻哲也（慶應義塾大学医学部腫瘍センター リハビリテーション部門長）
10:40	一般演題 ポスター（座長 P1 鶴川俊洋 P2 田尻寿子 P3 松本真以子 P4 村岡香織）	
	P1-1	ターミナルケアにおけるチームアプローチの実践 大森桃子
	P1-2	動作時の呼吸指導と多職種介入により在宅での療養が可能となった 末期の膵癌、転移性肺腫瘍の一例 岡村佑人
	P1-3	食欲不振を訴える肺がん患者に作業療法士ができること ～ADL状況と栄養状態の後方視的調査から～ 池知良昭
	P1-4	脳転移患者に対するリハビリの有用性 藤田智彦
	P1-5	小児がんのリハビリテーション 宇高千恵
	P1-6	直腸癌術後の排便障害改善への取り組みー耐容量向上への取り組みー .. 槌野正裕
	P2-1	慢性骨髄性白血病に大腿骨転移を合併したまれな症例に対する リハビリテーションの経験 小泉浩平
	P2-2	急性骨髄性白血病に対し造血幹細胞移植を行い、 異なる治療経過を辿った2症例の運動耐用能の変化に関する比較 佐藤大
	P2-3	終末期リハビリテーションの役割について ～MDASI-Jを用いた症状認識の調査より～ 荒川広宣
	P2-4	終末期におけるPTの関わり～病態に応じた患者様のneedの実現のために～ 井ノ本千沙
	P2-5	当院における緩和ケア病棟におけるリハビリテーションの取り組み 佐々木貴義
	P2-6	大学病院における緩和ケア病棟リハ開始時の患者状況と転帰 高橋晴美
	P3-1	骨転移患者に対するリハビリ時のリスクマネジメント 中田英二
	P3-2	当院のがん患者リハビリテーションにおける骨転移への対応に関する検討 .. 大野綾
	P3-3	脊椎SRE (Skeltal related event)の保存的治療時の安静度の検討 重見篤史
	P3-4	進行期の転移性骨腫瘍入院患者の移動能力変化 島雅晴
	P3-5	自宅退院へ向けて心のケアが奏功した転移性脊椎腫瘍による両下肢麻痺症例 三橋範子
	P3-6	当院のがん患者リハビリテーションー進行がんの算定とがん患者リハ施設基準ー 宮崎博子

					14					15					16								
10	20	30	40	50	0	10	20	30	40	50	0	10	20	30	40	50	0	10	20	30	40	45	50
01~07					指定演題 宮川哲夫/大原有郁子/ 平いつき/奥朋子										特別講演 Rajesh R. Yadav					閉会挨拶			
ポスター掲示																						ポスター撤去	

- P4-1 乳癌に対する術後上肢機能障害予防システムの有用性 菊池祐人
- P4-2 乳癌ADL対策システムの有用性 青木裕美
- P4-3 乳癌再発患者の呼吸障害に対する乳癌ADL維持システムの有用性 岩田織江
- P4-4 若年者の進行期の骨軟部腫瘍症例に生じたリンパ浮腫に対する治療経験 濱田健一郎
- P4-5 続発性下肢リンパ浮腫に対する複合的治療介入前後のQOL変化 吉川正起
- P4-6 がんリハビリテーションにおける医師事務作業補助者の役割 宮本千絵

- 12:30 一般演題 口演 (座長 小林毅)
- O-1 がん患者に対する訪問リハビリテーションの効果 松本真以子
 - O-2 当院におけるがんリハビリテーションの現状～がんリハビリテーションチームにおけるがん看護専門看護師の役割の検討～ 前田絵美
 - O-3 MD Anderson Cancer Centerにおけるがんに伴う倦怠感軽減に対する作業療法士の関わり 藤井美希
 - O-4 当院における造血器腫瘍患者に対するリハビリテーション 西田毅之
 - O-5 進行期がん患者の骨転移部位と骨折リスクの把握について (PETなどの撮影範囲の問題点) 杉原進介
 - O-6 リハビリテーション職種としての緩和ケアチーム(PCT)介入について (手稲溪人会病院PCTにおけるリハビリテーションスタッフの活動について) .. 佐藤義文
 - O-7 大腸癌手術ERAS管理の中での周術期がんのリハビリテーションの有用性 .. 太田博文

- 14:00 指定演題 進行がん患者に対するリハビリテーション (座長 高倉保幸)
- 「呼吸困難への対応」 宮川哲夫 (昭和大学大学院保健医療学研究科呼吸ケア領域 教授)
 - 「ADL障害への対応」 大原有郁子 (東札幌病院 作業療法士)
 - 「嚥下障害への対応」 平いつき (至誠堂宇都宮病院リハビリテーション科 言語聴覚士)
 - 「浮腫への対応」 奥朋子 (千葉大学医学部附属病院 がん看護専門看護師)

- 15:30 特別講演 (座長 水落和也) 同時通訳有
- 「Current status and future of cancer rehabilitation in United States」
 Rajesh R. Yadav (テキサス州立大学MDアンダーソンがんセンター リハビリテーション科 准教授)

- 16:40 閉会挨拶 辻哲也 (慶應義塾大学医学部腫瘍センター リハビリテーション部門長)

第2回 がんのリハビリテーション懇話会 プログラム・抄録集

日時:2013年1月12日(土) 10時~17時

会場:笹川記念会館

第2回 がんのリハビリテーション懇話会

開催の趣旨

がんの治療技術が向上し生命予後が改善するなか、がん患者さんの QOL 維持・向上が重要視されるようになり、がんのリハビリテーションへの期待が高まっています。しかし、日本の医療機関においてはがん患者さんに対するリハビリテーションがまだ十分に普及していない状況です。

本懇話会は、がんのリハビリテーションの普及と今後の臨床や研究の質の向上を目指した意見交換の場を提供する目的で企画されました。今回は、がんのリハビリテーション先進国である米国 MD アンダーソンがんセンターの Yadav 医師の講演を予定しております。豊富な知識や経験に基づいたお話が伺えるものと期待されます。多数の方のご参加をお待ちしております。

日時：2013年1月12日(土) 10時～17時 (受付9時30分より)

会場：笹川記念会館 国際会議場(2階) 第1・第2会議室(4階)

〒108-0073 東京都港区三田 3-12-12 電話:03-3454-5062(代表)

京浜急行・都営地下鉄泉岳寺駅より徒歩3分、JR 田町駅より徒歩8分

対象：がんのリハビリテーションに興味のある医療職の方すべて

参加費：無料 (事前申し込み不要)

主催

がんのリハビリテーショングランドビジョン作成ワーキンググループ

厚生労働科学研究費補助金(第3次対がん総合戦略研究事業)

がんのリハビリテーションガイドライン作成のためのシステム構築に関する研究 研究班

後援

日本リハビリテーション医学会(日本リハビリテーション医学会設立50周年記念事業カウントダウン企画)

日本理学療法士協会

日本作業療法士協会

日本言語聴覚士協会

日本がん看護学会

日本リハビリテーション看護学会

代表

辻 哲也 (研究代表者、慶應義塾大学医学部腫瘍センター リハビリテーション部門長)

幹事

田沼 明 (静岡県立静岡がんセンター リハビリテーション科)

宮越 浩一 (亀田総合病院 リハビリテーション科)

事務局(問い合わせ先)

静岡県立静岡がんセンター リハビリテーション科 担当 野澤・田沼

〒411-8777 静岡県駿東郡長泉町下長窪 1007 電話 055-989-5222 E-mail:t.nozawa@scchr.jp

一般演題演者の先生へのお知らせ

1 口演発表

2 階国際会議場にて発表をおこないます。

発表時間 7 分、討論時間 3 分です。

11 時 30 分までに 2 階国際会議場ホワイエにてスライド受付を済ませ、発表前は次演者席にてお待ちください。

発表データは Windows PowerPoint で作成し、USB メモリでお持ちください。発表用コンピュータには PowerPoint 2010 を用意いたします。あらかじめ最新のウイルス駆除ソフトで発表データのチェックをお願いいたします。また必ずバックアップデータをお持ちください。お預かりした発表データは会期終了後に削除いたします。

2 ポスター発表

4 階第 1・第 2 会議室にて発表をおこないます。

発表時間 7 分、討論時間 3 分です。

ポスターサイズは下記のとおりです。

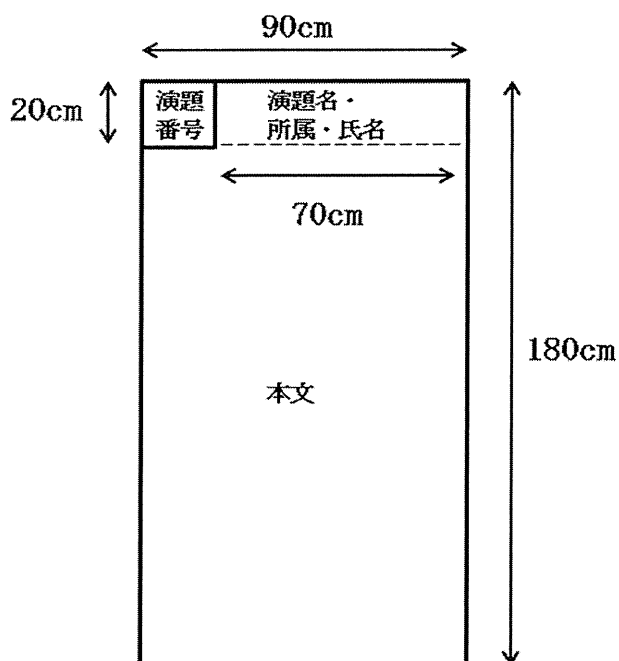
演題名・所属・氏名：縦 20cm×横 70cm

本文：縦 160cm×横 90cm

演題名・所属・氏名は各自でご用意ください。

演題番号、貼付用の押しピンは事務局で準備いたします。

ポスターは各自で作成し、10 時 30 分までに貼付ください。撤去は 16 時 45 分～17 時 15 分をお願いいたします。指定時刻を過ぎても撤去されていないポスターは事務局にて処分いたします。



基調講演

がんのリハビリテーションの現状と今後の動向

～がんのリハビリテーションガイドラインおよびグランドデザイン作成の進捗状況報告とともに

慶應義塾大学医学部腫瘍センター リハビリテーション部門長 辻 哲也

がん患者にとって“がんに対する不安”は大きいですが、がんの直接的影響や治療による“身体障害に対する不安”も同じように大きい。がん治療の進歩により、がん患者の生存期間が長期化し、がん生存者が 300 万人を超える現在、“がんと共存する時代”の新しい医療のあり方が求められている。これまでわが国のがん医療では、身体的ダメージには積極的な対応がなされず治癒を目指した治療から QOL を重視したリハビリテーション(以下、リハビリ)まで切れ目のない支援ができていないのが現状である。

その一因は、がんのリハビリに関する包括的なガイドラインが存在しないため、適切なリハビリプログラムが組み立てられないことにある。今後、がんのリハビリを普及・啓発していくためにはガイドラインの確立が必須である。作成されたガイドラインは更新され全国へ均てん化される必要がある。そこで、厚生労働科学研究費補助金(第 3 次対がん総合戦略事業)がんのリハビリガイドライン作成のためのシステム構築に関する研究班(研究代表者:辻 哲也)を平成 22 年度に発足し、平成 24 年度まで 3 年間の活動を予定している。

研究班の目的は、I. 日本リハビリ医学会診療ガイドライン委員会にがんのリハビリテーションガイドライン策定委員会を新設し、ガイドラインを作成すること、II. がんのリハビリの関連学協会(日本リハビリ医学会、日本理学療法士協会、日本作業療法士協会、日本言語聴覚士協会、日本がん看護学会、日本リハビリ看護学会)、(厚労省委託事業)がんのリハビリ研修委員会、国立がんセンターがん対策情報センター等から推薦された委員によって構成されるワーキンググループを発足し、がんのリハビリテーションに関するグランドデザインを作成し、その枠組みの中で全国のがんのリハビリに関わる多職種の医療従事者、一般市民・患者、行政の間で、ガイドラインの公開・更新を含め情報共有や意見交換ができる体制をつくり、対象施設における特性、医療者の技量にも配慮しつつ、全国がん診療連携拠点病院、回復期リハビリ病棟、在宅医療施設・緩和ケアチーム等に普及させること、である。

一つの医療分野を確立するためには、研究(Research)を推進し、それに裏付けされたガイドライン(Guideline)を作成、そして、そのガイドラインに基づいた臨床研修(Training)を実施し、専門的スタッフを育成することで医療の質を担保し、その上で医療を実践する(Practice)ことが必要である。我が国のがんリハビリは 10 年前にはこのいずれもが貧弱であったが、その後、がん対策基本法の制定やがん患者リハビリ料の新設が追い風となり、がんリハビリに関する関連学会での発表は年々増加傾向となり、ガイドラインの作成も進められ、臨床研修・人材育成に関しても、厚生労働省委託事業やリハビリ関連団体主催のがんのリハビリ研修ワークショップが年に数回開催され、環境は急速に整いつつあると感じている。

本基調講演では、がんのリハビリガイドラインおよびグランドデザイン作成の進捗状況報告とともに、我が国や欧米における、がんのリハビリの現状と今後の動向について解説する。

特別講演

Current status and future of cancer rehabilitation in United States

MD Anderson Cancer Center

Associate Professor

Director of Cancer Rehabilitation Fellowship

Section of Physical Medicine and Rehabilitation

Rajesh R. Yadav

Since the formal evaluation of rehabilitation needs of cancer patients in 1978 by Lehmann, cancer rehabilitation interventions have been shown to be successful in various settings. Positive effects have been noted not only with improved function but also in multiple domains of quality of life including positive affect, decreased distress, and enhanced well-being. However, rehabilitation assessments and interventions are still under utilized with oncology patients.

We will discuss current limitations with providing cancer rehabilitation and propose ideas to improve function and quality of life issues in future by addressing innovations in practice, improving educational models, financial barriers and research challenges.

指定演題

進行がん患者に対するリハビリテーション 呼吸困難への対応

昭和大学大学院 保健医療学研究科 呼吸ケア領域 教授 宮川哲夫(PhD, RRT, RPT, RCET)

進行がんにおいて呼吸困難は出現頻度の高い症状の一つである。呼吸困難は肺がんでは 90%、がん全体では 70%に認め、肺がんに伴う呼吸困難の 60% は最も苦痛なものとされている。また、終末期の救急受診の最も多い原因が呼吸困難であり、呼吸困難は死亡 6 週前に増大し死亡直前に 90%近くに達するとされ、予後も悪く難治性である。

呼吸困難の原因は、①呼吸器に原因があるもの(主に原発性肺がん、転移性肺がん、悪性胸水、末期における肺炎)、②呼吸器以外に原因があるもの(心不全、腹水、貧血)、③心理的な原因によるものがあげられるが、まずその原因に対するアプローチが重要である。また、呼吸生理から呼吸困難を大別すると、①呼吸中枢と呼吸筋のミスマッチ、②化学受容体の刺激(低酸素血症、高炭酸ガス血症)、③機械・刺激受容体の影響(上気道や肺の受容体)があげられ、それらに対するアプローチが考えられる。

呼吸困難に対する呼吸ケアは非薬物療法と薬物療法に分けられ、まだ十分なエビデンスのないものもあるが、メタ分析で有用性は示されているものもある。多くの方法は COPD に対する方法をがんに応用している。非薬物療法には、手持ち式扇風機、鼻腔拡張テープ、神経筋電気刺激装置、不安の対処法、介護者・家族のサポート、教育、呼吸理学療法(リラクゼーション、呼吸練習、運動療法、気道クリアランス法)、NPPV(非侵襲的陽圧換気)などがあげられる。薬物療法には、オピオイド、ベンゾジアゼピン、抗不安薬、抗うつ薬、フロセミド、リドカイン吸入、酸素療法、レボメプロマジン、ヘリオックスガス吸入などがあげられる。

我々は、肺がんによる開胸肺切除術後患者 29 例の呼吸困難について検討した結果、術直後早期の呼吸困難は、痛みの影響を強く受けるが、術後経過とともに退院時期では術後呼吸機能低下と運動耐容能低下による呼吸困難が原因であった。また、癌性腹水貯留患者 20 例を対象にリハビリテーションの効果について検討した結果、筋力、運動耐容能、ADL、HRQOL、セルフエフィカシーが有意に向上した。HRQOL との相関については、筋力、運動耐容能、セルフエフィカシーと様々な項目に関して有意な相関が得られた。これらのことから、運動耐容能が向上すれば活動量も増え、呼吸困難や不安を取り除くことで患者の HRQOL が向上するものと考えられた。また、COPD 患者 29 名を対象にリラクゼーション肢位を検討した結果、セミファーラー位、前傾座位、端座位の順に VO₂、VCO₂、呼吸困難は改善した。しかし、呼吸中枢出力の指標である P0.1 は変化しなかった。また呼吸介助によりさらに呼吸困難は改善した。このように呼吸理学療法を含む包括的な呼吸ケアの介入により難治性呼吸困難の改善が期待できるものと思われる。

この指定演題では、進行がんに対する呼吸ケアのエビデンスについて言及し、難治性呼吸困難に対する多職種による包括的介入の重要性を強調したい。

指定演題

進行がん患者に対するリハビリテーション ADL 障害への対応

医療法人東札幌病院 作業療法士 大原有郁子

【がんとADL障害】

がん患者は、疾患や治療に伴う身体的な苦痛のほか、再発・転移や死への不安、社会的な役割の喪失など様々な苦痛を抱えている。リハビリテーション(リハ)スタッフも、トータルペインの視点を持つことで幅広い介入が可能だが、リハ開始の契機となるのはADL障害であることが多い。進行がん患者のADLは、麻痺や疼痛、呼吸困難感、浮腫、倦怠感、筋力低下、身の置きどころのなさ、骨折リスクなど種々の要因により阻害されていく。ADLの低下すなわちQOLの低下ではないことはがんのリハでは常識となりつつあるが、同様に身体機能の低下=ADLの低下でもない。動作の工夫や福祉用具の導入によって身体機能を補うことは可能であり、リハに期待される要素でもある。

【当院の紹介】

医療法人東札幌病院は、緩和ケア病棟(PCU)58床を含む243床の「悪性腫瘍に係る専門病院」である。訪問看護ステーション(訪看)や居宅介護支援事業所等も併設し、地域に根ざした総合的な医療を提供している。同時に、入院患者の7~8割は常に進行・再発がん患者が占め、PCUのみならず病院全体で緩和ケアが実践されている。2011年度の死亡退院者数は826名であった。

リハ部門は、作業療法士2名(訪看兼務)と音楽療法士1名で活動している。リハ室等の設備はなく、ベッドサイドや病棟内で個別に対応している。マンパワー不足のため週に1~2回と頻度は少なく、看護師に依頼している部分も大きい。2011年度のリハ終了者のうち、がん患者は225名(79%)。転帰は、逝去:60%、自宅退院:17%、転院・施設:16%、中止:7%であった。

【進行がん患者への対応】

がん患者のリハでは、苦痛症状の丁寧な評価と、その緩和・増強因子を把握し出来る限り誘発しないこと、新たな症状を見逃さないことを心がけている。特に脳や骨、肺に病変がある場合は、症状が患者のADLに大きく影響し、リハの役割が大きいと感じる。2011年度、リハ終了したがん患者225名で各病変を有した割合は、脳:21%、骨:30%、肺:44%であった。

また、当院における患者のリハへのdemandsは、移動・排泄に関するものが最も多い。少しでも自律し、自尊心を持って過ごしたいという患者の思いを支え、生活の自由度を拡大するため、あるいはたとえ動けなくても自尊心を傷つけられず、自身が大切な存在であると実感するためにリハが介入する意義を、具体例を交えて示す。

指定演題

進行がん患者に対するリハビリテーション 嚥下障害への対応

医療法人 至誠堂 宇都宮病院 言語聴覚士
同 理事長

平いつき
宇都宮至

1. はじめに

Diez の分類によるとがんのリハビリテーションは①予防的②回復的③維持的④緩和的の4段階に分けられるが、嚥下障害に関しても①～④全ての段階での対応が必要かと思われる。

今回、緩和ケア病棟を持たない療養型病床群に属する病院でのがん終末期における維持的・緩和的摂食嚥下リハビリテーション(以下、嚥下リハ)の経験を報告する。

2. 当院でのがん終末期における経口摂取の様子

平成 23 年 1 月～24 年 9 月迄の期間、がんが原因で死亡された方が 13 人、そのうちがんの終末期医療対応が目的での入院が 12 人(男性 10 人、女性 2 人)、在院日数は 9～291 日(平均 86 日)、がんの出現部位、転移の状況共に様々だった。

12 人全員に嚥下リハ目的でSTが介入し、うち 11 人はその後評価や訓練を継続した。最終経口摂取から死亡までの期間は 3 ヶ月以上が 1 人、1～3 ヶ月が 2 人、1 週間～1 ヶ月が 0 人、2～6 日が 3 人、1 日が 4 人、0 日が 2 人であった。

3. 症例

症例1:A氏(70代男性)、下咽頭癌(放射線治療)、大腸・肝臓転移(治療なし)。両側小脳梗塞の既往があり失調症状を認め、水分はトロミ対応であった。最終入院は呼吸困難が理由で、症状が落ち着いた3日目よりST介入し嚥下障害対応食より開始、亡くなる前日夕食まで経口摂取が可能であった。

症例2:B氏(80代女性)、膵臓癌、重度認知症。最終入院は黄疸と体動困難が理由で、入院当日よりST介入した。初回評価時より先行期の問題は顕著だったが狭義の嚥下障害は比較的軽度であった。消化器症状も重篤であったため楽しみとして食べる事が主の目的であった。亡くなる前日までアイスクリームの摂取が可能であった。

4. まとめ

「食べる事」は人間の基本的活動であり、生理的欲求のひとつでもある。体調を崩し寝込んでいる人に食欲が出てくると、周囲の人間は安心する。同様にがんの終末期の方が美味しそうに食べている様子は周りを笑顔にする。しかし、体力がない状況での誤嚥は命に直結するため、嚥下機能、食形態、提供量、タイミング等多角的な視点に基づいた判断が必要とされる。評価上食べる事が可能であっても食べられないこともある。薬の副作用や消化管閉塞等の物理的理由、悪液質等が原因で食欲が減少しているのかもしれない(平方)。また、放射線治療や化学療法後に出現する味覚障害(小野ら、梅山ら、井之口)や味覚に影響を与える嗅覚障害(愛場ら)の存在も考慮しなければならない。

今後もSTとして「食べる事が楽しみ」となるよう関わっていきたい。

指定演題

進行がん患者に対するリハビリテーション 浮腫への対応

国立大学法人 千葉大学医学部附属病院 看護部 がん看護専門看護師 奥 朋子

進行がんおよび終末期のがん患者に多く認められる兆候の一つに、浮腫がある。患者は浮腫の生じた四肢のだるさ、時に疼痛を訴えることもあり、患者本人の苦痛も去ることながら、患者に付き添う家族にとっても、患者のふくれあがった四肢を見るのは非常につらいものであることが想像される。また、ケアに当たる医療従事者も、浮腫が改善すれば患者は楽になるのではないか、という考えを持つかもしれない。しかし、がんの進行、再発、転移が原因となって生じる浮腫は、がんの病態の進行とともに悪化し、終末期においては改善が非常に困難となる。

終末期がん患者の浮腫の原因の多くは、がんの進行あるいは増大により、リンパ管及びリンパ節・静脈の閉塞から組織液の排液経路に異常を来した結果生じるものである。加えて、しばしば心機能や腎機能、肝機能の低下など、生命維持に関わる主要臓器の機能不全状態による全身性浮腫も伴っているため、浮腫そのものを改善する目的で患者のケアに当たることは、患者の苦痛の軽減につながらないばかりか、生命を脅かす結果となる場合もある。したがって、浮腫のある終末期がん患者のケアに当たっては、的確なフィジカルアセスメントが不可欠である。

進行・終末期がん患者の浮腫の主な原因は、局所的要因として、①がんのリンパ節転移・リンパ管への浸潤によるリンパ浮腫、②腫瘍の圧排による静脈の狭窄または閉塞による静脈性浮腫、③腫瘍増大による神経障害からの麻痺・活動性の低下からの廃用性浮腫 があり、全身的要因として、①心性浮腫、②腎性浮腫（腎実質機能の不全及び腫瘍増大による尿管閉塞からの腎後性腎不全）、③肝性浮腫（腫瘍の肝転移による肝機能不全）、④低栄養性浮腫（悪液質による食欲不振・タンパク質や脂肪の分解亢進・肝での糖新生・消化吸収不良）、及び⑤薬剤性浮腫（浮腫の誘因となる薬剤の使用）が考えられる。患者の臨床症状と合わせて現病歴、既往歴、血液検査データの推移、画像所見を確認した上で原因をアセスメントし、今の患者の苦痛の軽減につながり、かつ安全なケアは何かを検討する。

浮腫そのものを改善するのが困難となった患者の具体的なケアの目標は、①不必要に浮腫を悪化させない、②続発する感染症の予防、③浮腫によって生じる疼痛及び重だるさの緩和 であり、これらの身体的ケアと合わせて、患者及び家族の気持ちに寄り添い続けることが重要と考える。

一般演題(ポスター)

P1-1 「ターミナルケアにおけるチームアプローチの実践」

医療法人医修会 新河端病院 大森 桃子(OT)

【はじめに】当院ではがんのリハビリテーションを開始し、必要性に合わせた個別支援を実施している。特にスタッフ間の協力が得られる様に情報共有・調整の場となる事を心掛けている。今回、チームアプローチの効果があり家族の協力が得られ一時帰宅が可能となった症例を報告する。

【経過】74才、男性、大腸癌末期。入院当初は患者・家族とも自宅退院を希望。カンファレンスを開き今後の治療方針・リハビリテーションゴールを検討した。自宅退院に向けたアプローチを開始したが体力が低下し腸閉塞が再燃した為、ADLの障害が発生し離床が困難となった。殿部痛と食事制限からモチベーションが低下し家族は入院継続を希望した。患者の気持ちも変化し退院は中止、ゴールを再検討した。精神的サポートが必要であることを再確認し患者及び家族にニーズの聞き取りを行い、最終的な対処として一時外出をゴールとした。外出の為のサポート体制と病状や外出支援についてカンファレンスを繰り返し、患者と家族に説明を重ね一時外出が行われた。

【考察】可能となった要因は①患者及び家族に心身共に負担の少ない計画を立案し十分な同意が得られ、傾聴により不安が軽減された②計画は体調や心理面の変化に合わせ調整し一方的な支援にならぬ様複数の選択肢を提示した事である。今後はさらにチームアプローチを充実させ、精神的サポートや病状に合わせた生活環境の調整や外出・退院の支援を提案する事が課題と考える。

P1-2 「動作時の呼吸指導と多職種介入により在宅での療養が可能となった

末期の膀胱癌、転移性肺腫瘍の一例」

財団法人 倉敷中央病院 倉敷リバーサイド病院 リハビリテーション室 岡村 佑人(PT)

【はじめに】当院の緩和医療センターでは、カンファレンスに病院スタッフに加え訪問看護師が参加し、入院から在宅での療養までシームレスな介入を目指している。今回、動作時の呼吸苦に対して動作指導と呼吸法指導を行い、多職種介入により在宅での療養が可能となった症例を担当したので報告する。

【症例紹介】年齢 60 歳代男性。診断名は膀胱癌、転移性肺腫瘍、癌性リンパ管症。主訴は動作時の呼吸苦であった。

【経過】開始時所見は PS 2、安静時 SpO₂ 96%、20m の歩行では SpO₂ 88%と低下し、呼吸困難感も認められた。呼吸法と動作指導を行い、SpO₂ 低下は改善され、呼吸苦はボルグスケールで 15 から 13 へ改善した。その後、複数回の外出を行ったが、退院後の生活と呼吸困難感に対して不安があり、在宅療養には消極的であった。そこで、入院中より訪問看護師が介入し、退院後の在宅療養に対しての援助について説明し、理学療法では ADL 動作に対し、SpO₂ モニターを用いて目で見える方法でフィードバックした。その結果、自宅退院が可能となった。

【考察】本症例は動作時の呼吸苦が 1 番の問題点であり、その点は理学療法にて改善された。そして、在宅での療養の不安感に対して訪問看護師が入院中より介入することと、在宅での生活に必要な理学療法プログラムを実施することで、自宅退院が可能となった。自宅退院を実現させる上では在宅での生活を具体的にイメージした上での訓練や不安感を取り除く援助が有効であると考えられる。