

特 集

—臓器リハビリテーションの最前線—

# がん患者のリハビリテーション (がんリハビリテーション)

獨協医科大学病院看護部

岸田さな江

## 緒 言

近年、がんは慢性疾患に属するといわれており、がん  
と診断された後も長期間に亘ってがんと共に生きる患者、  
いわゆる「がんサバイバー」が本邦でも増加し、その累  
計は推定 500 万人超とされている。

本邦に先駆けて「がんサバイバー」への対策を講じて  
きた米国では、「がんサバイバーシップ」という概念<sup>1)</sup>  
に基づいて、1980 年頃から、がんの生存率延長に応じ  
た、がん患者の QOL 改善を目的とした「がんリハビリ  
テーション (以下、「がんリハビリ」とする)」の必要性  
が認識されてきた<sup>2-4)</sup>。この流れを受けて各団体が「が  
んリハビリ」を認識し、National Institute for Clinical  
Excellence (NICE) では、「がん患者の自立を促進し、  
がん患者が自己の状態に適応することを支援し、患者の  
機能的な能力を最大限に発揮するための介入」として  
「がんリハビリ」が定義され<sup>5)</sup>、看護の領域においても、  
米国のがん看護協会 (Oncology Nursing Society :  
OCN) によって “Rehabilitation of persons With Can-  
cer”<sup>6)</sup> の概念が発表されてきた。そして、本邦でも  
2013 年に「がんリハビリ」などを網羅した包括的なガ  
イドライン<sup>7)</sup> が制定され、その実践について議論されて  
きている。これらの背景には、がん対策基本法の施策の  
一環である「がん患者の療養生活の質の維持向上」が関  
わっており、治療を受けるがん患者は、がんとともに  
個々の生活を主体的に自立して生きていくために、がん  
治療に伴う苦痛や障害を最小限に抑えて機能回復を促進  
し、残存機能を最大限に生かすことが重要と考えられて  
いる。

本稿では、「がんリハビリ」の内容を、病期や疾患な  
どに分けた evidence に基づく実践 (evidence-based  
practice) について解説する。

## 「がんリハビリテーション」の概念

がん医療におけるリハビリの役割について、辻哲也<sup>8)</sup>

は「がん患者の生活機能と QOL 改善を目的とする医療  
ケアであり、がんとその治療による制限を受けたなか  
で、患者に最大限の身体的、社会的、心理的、職業活動  
を実現させること」と Fialka-Moser らの文献<sup>9)</sup> を引用  
して定義している。加えて、「がんリハビリ」は臨床腫  
瘍科医、リハビリ科医の指示により、理学療法士、作業  
療法士、医療ソーシャルワーカー、臨床心理士、がん看  
護専門看護師などのコアメンバーやその他のがん患者特  
有の問題に対処する様々な専門職から構成されるチーム  
によって提供されるべきとも述べている。チームによ  
って対応する必要性は、薬物療法や放射線療法中の患者の  
約 80% ががん性疼痛や悪液質を体験しているという報  
告を踏まえたものであり<sup>10,11)</sup>、腫瘍に伴う障害や治療の  
有害事象、後遺症への対応、末期がん患者の多くが体験  
するといわれるがん関連倦怠感 (cancer related  
fatigue : CRF) などへの対応、緩和ケアが主体となる時  
期の症状緩和や在宅支援など、患者の supportive care  
の一環として、「がんリハビリ」はこれらの問題に広く  
対応する必要性が高いからと考えられている。実際、がん  
の種類に限らず、セルフケアや移動などのリハビリに  
関連する問題<sup>12)</sup> に対して積極的にリハビリを実施した  
患者は、病期に関係なく日常生活動作 (ADL) や機能的  
自立度 (Functional Independence Measure : FIM) で  
改善効果が認められており<sup>13-15)</sup>、諸田も乳がん患者の  
リハビリ看護の目標は、患者ががんの体験に直面し、そ  
の治療に参画し、その中に生きる意味を見出す過程を支  
援することで、がん体験を通じた患者の成長を支援する  
ことと述べている<sup>16)</sup>。

このように、「がんリハビリ」は患者の機能回復のみ  
ならず、「がんサバイバー」の体験そのものを支援する  
医療ケアである。

## 病期に応じた「がんリハビリテーション」

「がんリハビリ」の対象は、がんそのものによるもの  
と、その治療過程において生じた障害<sup>17)</sup> によって、予

防期，回復期，維持期，緩和期（End-of-Life：EOL）リハビリの4段階に分かれる<sup>18,19)</sup>。

### 1) 予防期

がんの3大治療といわれる手術療法，化学療法，放射線治療には治療前から予防的にリハビリを行うことがQOL維持に有効である<sup>20-22)</sup>。とくに近年では，造血幹細胞移植などの治療，化学療法，放射線療法によって身体機能が低下しやすくなり，二次的に体力のみならず精神的に苦痛が生じて，結果としてQOLが著しく低下すると考えられることから，予測できる身体機能の低下に対して，早期からリハビリの介入を行うことが推奨されている<sup>23,24)</sup>。

### 2) 回復期

回復期の「がんリハビリ」は自主性を維持することへの支援が必要となる。

乳がんのリハビリや予防行動は，リンパ浮腫の早期発見や減少に関与するため<sup>23)</sup>，患者が乳がん術後のリハビリを入院前からイメージしやすく，かつ維持できるように，当院は約10年前から写真入り冊子型クリニカルパスをリハビリ科と共同で作成した。また，食道がん術後患者に対しては，術前から看護師がアイスマッサージの実施や嚥下指導を行い，術後早期から嚥下機能の評価，言語聴覚士（ST）の介入，栄養部と連携して嚥下食などの患者の状態に合った食事を工夫するなど，術後患者の機能回復を目指した「がんリハビリ」を実践している。重要なのは，どの部位のがんに対しても，多職種のスタッフが協力してEBM<sup>21,22)</sup>に基づいた最新の医学やケアの情報に従って，患者の機能回復に努めている点であろう。

さらに，この時期は社会復帰を目指した「がんサバイバー」としての生活の工夫も行っている。現在は通院リハビリや訪問リハビリを継続しているサバイバーもいるが，患者会などの社会資源を利用したりリハビリを継続している患者も多い<sup>25)</sup>。患者会には「サポートグループ」といわれる医療者主体の会と，「セルフヘルプグループ」といわれる患者と当事者主体の会がある。当院でも，セルフヘルプグループが主催する喉頭摘出術後患者の発声訓練の場でも「栃木県銀鈴会」に教室の場を提供し，多くの医学生，看護学生やスタッフが「がんリハビリ」を学ばせていただいている。それとともに，耳鼻咽喉科の平林秀樹教授，看護部，腫瘍センター職員が適宜支援している。銀鈴会の方々は，家族や仲間を支えられながら，「声は失っても命があることに感謝して，毎日こつこつと自分のペースで継続することを大切にしていま

す。」とリハビリ継続の意味を語り，声が出たときは共に喜ぶ合うことで日々訓練に励まれている。このような喉頭全摘出後の発声訓練や人工発声等の機能回復への取り組みは欧米では早くから行われており，本邦でも注目されるようになってきているが，当院はその先駆けといえる取り組みを行っている。

### 3) 維持期

がんの再発や転移などによる体力低下や心身の痛みの増強，化学療法による末梢神経障害や放射線治療後の皮膚障害，ホルモン療法後の関節拘縮などが原因で生じるADLやQOLの低下に対して，エクササイズの導入や自助具使用を指導することで，ADL，QOLの維持や回復が期待できる<sup>26,27)</sup>。

### 4) 緩和期（End-of life stage）

この時期のリハビリは，機能回復のみならず精神的な支えとして重要となる。リハビリは一般的に「……が良くなる」，「……が出来るようになる」，「……を獲得する」といった前向きなイメージが強いが，この時期は身体的，社会的，精神的に多くのことを失っていき，「スピリチュアルな苦悩」が生じるため，患者の苦悩や葛藤に対して医療従事者は患者家族とともに支え合うことが求められ，リハビリはそのために重要な治療となる。

## 「がんリハビリテーション」の重要性を痛感した症例の提示

筆者には忘れられない患者との出会いがある。以下に提示する。

### 1) 症例1

30歳代男性のA氏について報告する。A氏は受診時に下肢不全麻痺のためにベッド上の生活と介助が必要な状態であり，精巣腫瘍，肝臓転移と多発骨転移，広範囲脊椎転移の診断で腫瘍摘出術が施行された。その後入院化学療法を繰り返し，症状緩和の目的で胸椎腰椎転移巣への放射線治療も実施された。

患者は口数が少なく，自分の意向や意思を伝えることは少なかったが，当方の勧めで入院時から関節拘縮予防と廃用予防を目的としたリハビリを開始し，胸腰部コルセットを着用することで車椅子移乗が可能となった。受診から10か月後にはA氏から，ADL拡大のための移動動作，立位保持，歩行に関するリハビリ実施の希望が聴かれた。自らの希望をあまり表現されないA氏の言葉には強い思いを感じたが，その思いに協力したい一方で，広範囲脊椎転移のために歩行リハビリを拡大するこ

とによる骨折発症などの危険が懸念されたので、担当種  
瘍科医 (泌尿器科医)、整形外科医、リハビリテーシ  
ョン科医、理学療法士 (PT)、作業療法士 (OT)、病棟看  
護師間で繰り返し議論がなされた。当時は、「がんリハ  
ビリテーションガイドライン」<sup>21,22)</sup> が本邦では整備され  
ておらず、各々の知識、臨床経験や文献、倫理指針など  
をもとにして、A氏にとっての最善なケアについて意  
見を交換し合うのみであったが、A氏やA氏の両親に  
も同席していただくなどを通じてリハビリの内容を決定  
していった。A氏は化学療法の効果が著効しないため  
に予後が限られていたと感じていたようで、「たとえ状  
態が悪くなくてもいいから、最期に自分の足で立って歩  
きたい」と医師に伝えた強い希望を尊重してリハビリを  
開始した<sup>28)</sup>。最初は機械の補助による立位維持から開  
始し、看護師は安全な移動方法をリハビリのスタッフか  
ら指導してもらいつつ介助し、ADLの拡大を試みた。  
その結果、A氏は歩行器でベッド周囲を移動できるよ  
うになり、さらにはトイレでの排泄や坐位での食事が出  
来るなどのADLとQOLの拡大がみられるまでとなった。

しかし、その後、ベッド上で臥床する際に大腿骨疲労  
骨折を発症し、徐々に全身状態が悪化して人生の終焉を  
迎えることとなるのだが、A氏の希望を尊重して、関  
節拘縮予防のためのベッド上でのリハビリを最期まで継  
続し、希望への支援も継続された。A氏は動けなくな  
ったことや病気が治らなかつたことへの悔しさや無念さ  
については語ったことはあったが、リハビリを拡大した  
ことに一切の後悔は語らなかつた。A氏の両親は「歩  
けて家に帰れたA氏の嬉しそうな顔が忘れられない」  
とわれわれに語ってくれた。

A氏は、リハビリが希望につながることや人らしく  
生きることへのチーム医療の重要性などについて、改め  
て学ぶ機会を与えてくれたと思っている。

## 2) 症例 2

B氏は大腸がんで徐々に動くことが出来なくなった自  
分のことを、「人からは“病気が進行して動かなくなつ  
た哀れなBさん”と皆から憐れまれていることが悲し  
かった。」と話された。ベッドの上でいつも塞ぎがちな  
B氏に作業療法を勧めたところ、B氏が絵画の講師であ  
ったことにOTが気づき、直ちに絵を描くための準備を  
進めた。すると、B氏は徐々に明るくなり、リハビリ以  
外の時間も絵を描いて過ごすようになったB氏のため  
に、医療スタッフが病棟内で展覧会を開いた時に、B氏  
は嬉しそうに絵の話がされていた。B氏は「“最期まで  
絵を描き続けたBさん”と皆に思われたのが嬉しかつ

た。」と語られた。

このように、個人の価値に基づいた意思決定、最期ま  
でその人らしく生き続けることを支える上でもリハビリ  
は大切な医療ケアの一端を担っている。そのため、われ  
われは医学的な安全性を十分に理解したうえでリハビリ  
の適応を正しく判断し、必要となるリスク管理とゴール  
設定に関する知識<sup>29,30)</sup>、患者や患者家族との話し合いを  
円滑に進めるための知識や技術を習得することに取り組  
まなければならない。

## 多職種チームや地域連携で行う 「がんリハビリテーション」

「がんリハビリ」のニーズや必要性が高まった近年、  
2010年度の診療報酬改定において「がん患者リハビリ  
テーション料」が新設された。この算定要件には、医  
師、看護師、理学療法士などの多職種チームでの研修参  
加が必須であること、複雑経過や多様化するがん治療に  
対して、集学的治療に対応できるように多種多様な医療  
スタッフが高い専門性に基づいて連携して治療すること  
が求められている<sup>31,32)</sup>。

さらに、現在では在院日数の短縮に伴った退院調整で  
の地域連携<sup>33)</sup>や、外来通院中のリハビリの介入や調整、  
地域連携<sup>34)</sup>も必要不可欠となっている。

## 結 語

「がんリハビリテーション」は、がんとともに生きる  
ためのADLとQOLの維持や向上はもとより、個々の  
患者の価値観を尊重して生きる希望を支えるうえでも重  
要となる。

今後も多職種で協力しながら、充実した「がんリハ  
ビリテーション」を実践することで「がんサバイバー」を  
支え、がんになってもその人らしく生きられるように支  
援していきたい。

謝 辞 今回このような機会を与えて下さった企画  
委員長の阿部七郎教授 (心臓血管内科学) と副企画委員  
長の濱口眞輔教授 (麻酔科学) をはじめ、本企画ご担当  
の皆様、今まで多くの出会いからたくさんの学びや気づ  
きを下さった、がん体験者と関係者の皆様に感謝と敬意  
を表します。

## 引用文献

- 1) The National Coalition for Cancer Survivorship.  
Cancerinformation guide, 1998.
- 2) 遠藤恵美子: がんと共に生きることへの支援. 新しい

- がん看護, 東京ブレーン出版, 194-206, 1999.
- 3) 小松浩子: 生活と健康. 小松浩子, 井上智子, 麻原きよみ編: 成人看護学総論. 一系統看護学講座, 専門分野II, 成人看護学, 60, 医学書院, 2014.
  - 4) Back LA: Cancer rehabilitation: dose it make a difference? Rehabil Nurs **28**: 42-47, 2003.
  - 5) Rehabilitation services. National Institute for Clinical Excellence ed, Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer, London, 134-147, 2004.
  - 6) Mayer D, O'Connor L: Rehabilitation of Persons with cancer: rehabilitation of Persons with Cancer: An ONS Position Statement. Oncol Nurs Forum **16**: 433, 1989.
  - 7) 日本リハビリテーション医学会 がん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, 金原出版株式会社, 2013.
  - 8) 辻哲也: 第1章, サバイバーへのがんリハビリテーション. がんリハビリテーションの概要. 矢ヶ崎香編, がんサバイバーを支える看護師が行うがんリハビリテーション, 3, 医学書院, 2016.
  - 9) Fialka-Moser V, Crevenna R, Korpan M, et al: Cancer rehabilitation: particularly with aspects on physical impairments. J Rehabil Med **35**: 153-162, 2003.
  - 10) Henry DH, Viswanathan HN, Elkin EP, et al: Symptoms and treatment burden associated with cancer treatment: results from a cross-sectional survey in the US. Suppor Care Cancer **16**: 791-801, 2008.
  - 11) Horman M, Ryan JL, Figueroa-Mosely CD, et al: Cancer-related fatigue: the scale of the problem. Oncologist **12**(Suppl1): 4-10, 2007.
  - 12) Lehamann JF, DeLisa JA, Warren CG, et al: Cancer rehabilitation: assessment of need, development, and evaluation of a model of care. Arch Phys Med Rehabil **59**: 410-419, 1978.
  - 13) Marciniak CM, Sliwa JA, Spill G, et al: Functional outcome following rehabilitation of the cancer patient. Arch Phys Med Rehabil **77**: 54-57, 1996.
  - 14) Cole RP, Scialla SJ, Bednarz L: Functional recovery in cancer rehabilitation. Arch Phys Med Rehabil **81**: 623-627, 2000.
  - 15) Yoshioka H: Rehabilitation for the terminal cancer patient. Am J Phys Med Rehabil **73**: 199-206, 1994.
  - 16) 諸田直美, 遠藤恵美子: 乳がん患者リハビリテーション看護の概念特性と看護実践内容の明確化—診断を受けてから退院して家庭生活を始める過程に焦点をあてて—. 日本がん看護学会誌 **14**: 28, 2000.
  - 17) 辻哲也: がんリハビリテーション概要. 辻哲也編, がん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—. 22-37, 医学書院, 2011.
  - 18) 辻哲也: がんリハビリテーション. 日本医師会雑誌 **140**: 55-59, 2011.
  - 19) Dietz JH: Rehabilitation oncology. John Wiley & Sons Inc, New York, 1981.
  - 20) 中村拓人, 水口且久, 河合直樹, 他: 当院における周術期呼吸リハビリテーションの有効性と課題. みんなの理学療法 **21**: 17-20, 2009.
  - 21) がんのリハビリテーション. 日本リハビリテーション医学会がん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, 金原出版株式会社, 2013.
  - 22) がんのリハビリテーション. 日本がんリハビリテーション研究会編, がんのリハビリテーションベストプラクティス, 金原出版株式会社, 2015.
  - 23) 乳がんのリハビリテーション. 日本リハビリテーション医学会がん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, 106-117, 金原出版株式会社, 2013.
  - 24) 佐浦隆一, 井上順一郎, 牧浦大祐, 他: 造血幹細胞移植・放射線・化学療法中・後のリハビリテーション. リハビリテーション医学 **53**: 130-134, 2016.
  - 25) 増島麻里子: 病棟・外来から始めるリンパ浮腫予防指導. 増島麻里子編, 病棟・外来から始めるリンパ浮腫予防指導, 医学書院, 2012.
  - 26) Irwin ML, Cartmel B, Gross CP, et al: Randomized exercise trial of aromatase inhibitor-induced arthralgia in breast cancer survivors. J Clin Oncol **33**: 1104-1111, 2015.
  - 27) 喜多久美子, 坪井香: 末梢神経障害のあるがん患者のリハビリテーション. 矢ヶ崎香編, サバイバーを支える看護師が行うがんリハビリテーション, 131-140, 医学書院, 2016.
  - 28) 中山和弘, 患者中心の意思決定支援. 岩本貴編, 納得して決めるためのケア, 中央法規, 2012.
  - 29) 辻哲也: がんのリハビリテーション概要. 日本がんリハビリテーション研究会編, がんのリハビリテーションベストプラクティス, 14-15, 金原出版, 2015.
  - 30) 宮越浩一: リスク管理とゴール設定. 宮越浩一編, がん患者のリハビリテーション, メディカルビュー社, 2013.
  - 31) 宮越浩一: がんのリハビリテーションにおける急性期

- 病院での多職種連携. 日本リハビリテーション医学会 **53**: 141-146, 2006.
- 32) 岡山太郎: 連携の実際とポイント—PTの視点から—. 矢ヶ崎香編, サバイバーを支える看護師が行うがんリハビリテーション, 160-167, 医学書院, 2006.
- 33) 勝呂加奈子, 坪井香, シュワルツ史子, 他: 治療期と終末期のがん患者の療養支援. 渡邊真理, 清水奈緒美編, がん患者へのシームレスな療養支援.
- 34) 松本裕美子: がんリハビリテーションにおける退院調整の実際. 日本リハビリテーション医学会 **53**: 149-151, 2006.