

目次

- P1 がん患者サポートの会
- P4 今思う、がんと闘う夫を支える縁
- P6 府中病院リハビリスタッフの体験談
- P7 大阪府立成人病センター
- P11 会長・議員の会談

特集

がんリハビリテーション がんリハビリテーション

患者会

がんリハビリテーション

がん患者サポートの会 代表 辻 恵美子 氏

新しい私

2003年2月21日忘れもしないこの日、私は自分に起こることなど想像だにできなかった左乳房全摘術の乳がん患者としての第一歩を踏みだした。新しい私の誕生だ。満59歳の冬。私の知る限り親族にがん患者はいなかった。主人の母親は胃がんで亡くなっていた。そこで主人にはがん保険に入ってもらっていたが、私は加入していなかった。それくらい自分とは縁遠いものと高をくくっていたのだ。私は友人達から回遊魚と言われるくらいの元気印で主人の休みの日には二人してマウンテンバイクで大阪・京都を走り回っていた。ポルポト政権の後まだ過酷な状況下にあったカンボジアにも行き、中国のシャングリラで私の乗っていた馬が暴走し振り落とされる寸前でも命拾いをしてきた私。だがいつのまにか私の身体の中にはステージ4(当時)のがんが巣くっていたのだ。

がんは1センチになるまでに10年かかると言われている。ということは元気に走り回っていた間にもひそかに私の身体をがん細胞が浸食していたことになる。

2002年晩秋私は風邪をひく。ひどい風邪で喉は真っ赤にただれ咳はかなり長く続いた。暮れにかけてようやく治まり例年通りおせちの準備もでき初孫を交えての賑やかなお正月をむかえることができた。が元気はそう長くは続かず、元旦を過ぎて直ぐにまた体調を崩す。体力が落ちていると感じて、かかりつけの先生に精密検査のお願いをして帰った日の夜、お風呂で身体を洗っていると左脇の下に鈍い痛みを感じる。始めはマウンテンバイクでの筋肉痛かと思ったがそうではなく中からの痛みのように思い、鏡で両脇の下を比べてみる。左脇の下がかすかにふくらんでいる。なんだろう。いつものくせで家庭医学全書を調べてみる。

思い当たる病名に出会ったが痛みはないと書いてある。乳がんの文字が私の頭の中で踊っていた。何度も読み返す。痛みはないという箇所にすぎない思いで辞書を閉じた。まさかこの私が…まさかこの私のがんだなんて、しかも乳がん…そんな筈はない…。

しかし痛みがないという辞書の記述にすぎたかすかな期待も外れ2003年2月私は大阪市立医学部附属病院乳腺外科で左乳房全摘術を受

ける。

術後の検査の結果、ステージIV(現在3c)70個リンパ節切除中53にがん細胞有り。左鎖骨上に転移。Her2陽性3+・ホルモンレセプター陰性進行がん。2年間元気印で検診を怠った自信過剰の結果だ。

ちなみに2年前の検診の画像には何も見当たらなかった。

回復へ向けて ～心と体のリハビリテーション～

ここまで新しい私というサブタイトルで書いてきたが、この新しい私というとらえかたに至るまでにはかなりの月日と心のリハビリを必要とする。私自身は鈍感力のおかげで乗り越えることが出来たけれど一般的には過去の私を引きずることになる。幸か不幸か私のがんは進行がん、しかもリンパ節転移の数からして当然長くは生きられない。孫の成長は見届けられないと覚悟を決める。ただしあきらめない。死ぬときまで生きよう。進行がんだったが故に底の底まで沈んだ結果、あとは底を蹴って浮き上がるのみ。病院の廊下をリハビリのためにお星さまきらきらをして歩きながら毎日「今自分にとって一番大事なことは何？悩んでいる暇なんてない。今しなければいけないことは？」自問自答する。

乳がんに関する書物も片っ端から読む。少しでも長く生きたいからというより自分の置かれている状況を把握したかった。自分が罹っている病気がどんなものなのか知りたかった。知るにつれて肝が据わっていくのがわかった。「敵を知り己を知らば百戦危うからず」、「負けるが勝ち」、「ケセラセラ」等とつぶやきながら病棟の廊下をぐるぐると回っていたが肝が据わるにつれ身体が軽くなっていくのを感じていた。

患者会 もう一つのリハビリテーション

がんリハビリテーション。聞きなれない言葉と感じる人が多いのでは。

がんリハビリとは一般的には術後のリンパ浮腫や喉頭がんに係わる発声法等の治療あるいは大腸がん患者のためのスマーケアくらいと思いがちだが心のケアも立派ながんリハビリの領域に含まれる。どんなにしっかりした人でもがんと告知されて動揺しない人はいない。そしてどんなにすぐれた心理療法士でも実際に告知された人の

心の奥深くまでは入れない。家族は家族であるが故に腫れものにさわるように患者を真綿でくるむ。患者は家族に心配かけまいとして本音はけない。がんであることを周りに隠している人ほどつらい人はいないのではといつも感じている。二人に一人ががん患者の日本で何故隠す必要があるのだろうか。がん患者は自分のがんであることを告白できたらもっと楽になるといつも思っている。

患者会はまさに心のリハビリテーションの場だ。話し相手は同じ体験者。自分のつらさを思いっきり話すことができ何の説明も必要としない。同じ立場で遠慮も要らない。時には一緒に泣いてくれるし、時には楽しい遊び仲間にもなってくれる。ただ問題がなくもない。間違った情報を提供されては困るのだ。

がんリハビリテーションの理想論

がんリハビリのうち疼痛ケア・術後の技術的ケアに関しては比較的サポート体制は整っているように思える。そしてこれからも進歩していくのではと期待できる。私は今年1月から2度の骨折でコルセットを着けたまま暮らしている。しばらくは寝たきりであったため、たくさんの専門家のサポート(看護師・理学療法士)のおかげでさして不便を感じていない。今病院に足りないのはがん患者のための心のケアであると思っている。患者会をやっていて感じるのは「心の解放は病からの解放」であるということだ。

患者がいて家族がいる。医師がいて看護師がいる。ソーシャルワーカーがいて理学療法士・心理療法士・栄養士がいる。図書があってカフェがある。英国ではじまったジニーハウスはまさに患者の理想郷である。英国でもまだ始まったばかり、日本にはそこまで充実した施設はまだできていない。患者患者というが人間であればだれでも患者の可能性を秘めている。地位や職種に関係なくだ。だから患者のためというのは全人類のためでもある。そのことに人は何故気付かないのだろうか。理想郷は自分のためでもあるのだ。このことに気がつけば理想郷は簡単にできそうに思えるのだが・・・。

外国でのがん患者の大会に参加すると開発途上国ではがんは病のうちに入らない。もともとと深刻な病が多いからに他ならない。がんは病気ではないと言われたら、あるいは経済

的負担から解放されたら、家族に問題を抱えていなければ、痛みさえなければ、等等。

心の解放と言っても、がん患者を取り巻く様々な要因が病気の背景にありすべて解決するのは難しい。

がん患者に限らず患者という言葉は一人の人間の一部を指すに過ぎない。

患者であろうがなかろうが社会は変革し、患者は患者で有る分少しハンディを負って、自分を取り巻く厳しい環境の中で生きていかざるを得ない。一つ問題をクリアーしても次の課題が現れる。

ではがん患者にとっての心のリハビリとは何なのか。患者力を身につけることに他ならない。強い精神力を養うこと、即ち患者にとっての患者力の強化。これが全ての問題に立ち向かう秘訣である。

鍛えられた患者力と専門家による周りからの技術的サポートによって患者はがんという一筋縄ではいかない病から自分を守ることができる。「患者力を養うという心のリハビリテーション+専門家による技術的ケア」ががんリハビリの理想である。

がんリハビリテーション料の新設

がんは死の病と思われているがそう簡単に死なせてくれるわけではない。たとえ2~3カ月でも死の恐怖におびえながら痛みと闘うのは強い精神力を必要とする。共に闘病する仲間は戦場における戦友達だ。患者会は戦友達の集まりに他ならないといっても過言ではない。

私もがんと闘っている戦友の一人としてがんリハビリテーションに料金が設定されると聞き大いに期待している。リハビリテーションにお金がかかるといことはそれに見合うサービスが期待できるのではと感じているからに他ならない。いままでがん治療の一環として不随意的になされてきたサービスがきちんとしたより高度なサービスとして受けられるのであれば患者にとってこれほど嬉しいことはない。ただ、がんの治療にはお金がかかる。さらに支払って今までと変わらないということにならないようにして欲しいものだ。

勉強と確かな情報交換・患者交流を通じて患者力を鍛え、そうして鍛えられた患者力で専門家による様々なサポートを受けることにより困難な闘病を豊かに乗り越えられたらと願う。

がんサポートの会 ぎんなんの活動

毎週1回(木)午後1時~5時
大阪市大病院 1階化学療法センター前
公開ミニ患者会開催
院内・院外を問わず参加自由。
参加費:無料

毎月1回(第一水曜)1時~3時
あべのベルタ地下1階わのわ
フラダンス・手話ソング患者であるプロの先生に教えていただきます。於
参加費:500円

毎月1回(第2土曜)1時~5時
大阪市大病院18階 第4会議室
がんに係わる各科の先生による勉強会とおしゃべり会
院内・院外を問わず参加自由。
参加費:無料

他に年1~2回 市民フォーラム開催



■がん患者サポートの会 ぎんなんの活動
HP: <http://www.amy.hi-ho.ne.jp/kazukeiko/ginnan.htm>

■ホームページのお問い合わせ先
mail: gankangin@fol.hi-ho.ne.jp

今思う、がんと闘う夫を支える縁

＜がん患者家族へのインタビュー＞

今回の特集において、がん患者の家族(遺族)にインタビューさせていただきました。京都府福知山市在住の土永恵美子さんは平成19年11月に夫の土永一成さん(写真左)をがんで亡くされました。がん患者である一成さんの様子や支える家族の思い、リハビリテーションに対する率直な話もうかがうことが出来ました。



土永一成 氏



土永恵美子氏と娘

○一成さんの経過

一成さんは、平成11年10月に胆石の壊死をきっかけに、精密検査を受け無数のカルチノイド腫瘍が胃や十二指腸などから発見され11月に手術をされました。しかし、無数にあるカルチノイド腫瘍は珍しい症例で手術をした時点で余命が1カ月先か1年先かわからないと医師から伝えられました。

手術の翌年に退院、職場復帰し約3年間就業されましたがその後何度か肺炎になり、糖尿病も発症し入退院を繰り返されました。カルチノイド腫瘍は肝臓などに転移、進行し、平成17年以降は退院も困難で病院での闘病となり平成19年11月24日に享年45歳で永眠されました。

○終末期での状態、リハビリテーションとの関わり

がんが進行し、退院も困難となってからは明らかな一成さんに変化が表れました。うつと診断され、薬を服用しコミュニケーションがとれるように回復してきましたが常に自分の死を意識する入院生活のなかで、1人で泣いていることもあったといいます。

「落ち込んで泣いていることもあれば、前向きに『生きたい』ということもある。体調も日によって違うし、そのたび気持ちも変わっていたと思います。」

身体面は繰り返す熱発や下血・吐血、強い痛みも出現し、体力も徐々に低下していきました。起立する時に介助が必要となり、歩くと疲れやすくなってきたことを、一成さんが医師に話をしたのをきっかけに、リハビリテーションを行うことになりました。しかし、一成さんは、がんが進行している状態でリハビリテーションを行うことについてはあまり乗り気ではなかったそうです。

リハビリテーションの内容は、病室ベッドサイドで体操し、歩行や階段昇降をその時の体調に合わせて行われていました。最終的に状態が悪化し断ることが多くなってからは、足のだるさや冷感に対してマッサージなどが行われていたそうです。

リハビリテーションを始めた頃、一成さんはセラピストに対し、リハビリテーションを行う意味があるのかをよく訊ねていたといいます。

「私も最初は意味があるのかなと思っていました。病気そのものが良くなる訳じゃないし、主人は状態も悪くなっていた時だったので身体がしんどそうな時に余分なエネルギーを使うんじゃないかと思っていました。」

しかし、リハビリテーションが行われるなかで一成さんの動作レベルが変化した点もありました。

「それまでベッドから上手く立てなかったのが立ち上がりやすくなっていきました。他に、階段は最初しんどがっていたが少し楽になったようでリハビリのない日で調子がよい時は1人で階段に行っていてびっくりしたことがあります。」

また、一成さん自らリハビリテーションの内容やセラピストと会話したことなどを恵美子さんに話すことも増え、リハビリテーションに対して前向きな発言も認められるようになられたといいます。

リハビリテーションが一成さんに関わったことに対して現在、どのように思われるか聞いてみました。

「本人の体調や気分にもよると思いますが、リハビリをして良かったと思います。家族としても自分で出来ることが減るのや、弱って行くことが余計にわかるのは辛いので…。主人は亡くなってしまったけど、立ちやすくなったことなど少しの間でも良くなったことを感じる事が出来るのは嬉しかったです。」

周りに迷惑をかけず、何より元気な姿を子供達に見せていたいと思っていたという一成さん。少しでも自分で動作が行えるようになっていったことで、一成さんのリハビリテーションに対する気持ちも変化したのではないかと恵美子さんは考えます。また、セラピストの関わり方についても次のように話して下さりました。

「…看護師さんなどと違って一回に長い時間関わってくれるので、リハビリ自体が本人の気分転換にもなっていたし、体調によって出来る時・出来ない時があっても毎日顔を出して声をかけてくれることも有難かったです。歩いたり、階段を昇ったり私からすると何気ないことだけど、主人にとっては大変なことだっただろうし、そんな主人に『どんな風に』『どれくらいのペースでやったらいいのか』などをゆっくりと時間をとって教えてくれる専門の人が一緒についてくれるのは良かったと思います。」

○最後に

一成さんと恵美子さんはがんと闘うなかで周囲へ感謝することが多かったといいます。

「リハビリの方にもそうですけど、主人は『色んな人に支えられて、助けてもらってありがたい。』と良く言っていました。私は、主人のがんであるとわかった時から『縁があって一緒になったから最期まで明るく支えていこう』と思っていました。そして、がんという病気と付き合うなかで主人や私たち家族に出会った一人、一人にも縁があって支えられているのだと良く感じていました。」

<インタビューをして…>

インタビューを行い、終末期におけるがん患者や家族のリハビリテーションに対する率直な意見に、私は理学療法士として何が出来るのだろうと考えさせられました。がん患者のリハビリテーションにおいて理学療法士という一つの専門的な立場も求められています。そのなかで患者からは期待と同時に必要性を問われる部分もあるのだと感じました。「生きること」と「死ぬこと」の両方に向き合うがん患者だからこそ多くの葛藤があるのだと思います。知識や技術を身につけていくこととともに、がん患者との出会いを一つの縁と受け止め、同じように葛藤しながらも支えようとする姿勢も大切なのではないかと思われました。

※今回、特別に家族様の許可を得て家族情報、写真掲載をさせて頂いています。

緩和ケアとは、「生命を脅かす病気に起因した諸問題に直面している患者と家族のQOLを改善する方策で、痛み、その他の身体的、心理的、スピリチュアルな諸問題の早期かつ確実な診断、早期治療によって苦しみを予防し、苦しみから解放することを目標とする」と世界保健機関(WHO)が2002年に定義付けています。

主治医や受け持ち看護師、薬剤師など、多職種から成るチームが協働しながらアプローチすることが必要であり、その一員として、理学療法士が関わる目的には、『その時期におけるできる限り可能な最高の日常生活動作を実現すること』に集約されると考えます。

言い換えると、『我々理学療法士に求められるのは、患者様とその家族の思いを大切にしながら、短期間でも外泊や退院の機会に繋げられることを目指し、必要な専門的知識や技能を提供する』ことではないでしょうか。

痛みのある状態でも、動作方法の指導や福祉用具の導入を行う事により、活動範囲が広がる人が多くいます。直接、運動療法を実施する事だけでなく、家族を含めた動作指導や環境設定等も重要な役割であり、その有効性を実感しています。

多職種が関わってはいますが、動作については、我々が適切に評価し、指導する事を積極的に実施していくべきではないかと考えますし、実際の現場でも、最も関わりや助言を求められる所でもあります。

しかし、終末期では理学療法士として積極的な関わりが難しい場合も多々あります。

ベッドサイドに出向き、状態を確認するだけしか出来ない事もありますが、毎日顔を見せ、話を伺うだけでさえ、安心感が得られると伝えて頂く事があります。治療や疾患の進行により苦痛・不安を感じている患者様にとって、精神的なサポートも、我々が出来る必要な関わりかと考えます。

まだまだ適切な関わりが出来ているのか不安がありますが、少しでも苦痛や不安を和らげられるように、日々頑張っていきたいと思います。

私が「緩和ケア」に携わるようになってから2年になります。一般的に「緩和ケア」=末期がん、というイメージが強いのではないのでしょうか。しかし必ずしも末期がんに限らず、がん初期から末期まですべての段階に応じてあらゆる痛みを解消していこうというのが「緩和ケア」の考え方に変わってきています。今まで無関係に思われていたリハビリテーションもがん治療全般に渡って必要であると考えられるようになってきました。

リハビリテーションは身体を動かしてがんばるといったイメージが強いですが、それはリハビリテーションの一面にしか過ぎません。病気自体に治る見込みがなくても、その患者さんが有意義に生活できるよう心身両面から支援するのが「緩和ケア」におけるリハビリテーション(理学療法、作業療法、言語聴覚療法など)の役割です。日常生活動作(以下ADL)の維持・改善によりできる限り可能な最高の生活の質(以下QOL)を実現することであると考えています。

生命予後を考慮する必要がありますが、それに固執することなく出来る限り患者様や家族のneedsに沿った対応が行われるべきです。まずは院内生活の自立に向けて病室の環境設定や動作練習が必要です。動作が全介助レベルであってもベッド周囲の環境設定や動作遂行に当たってのポイントを練習するといったちょっとしたサポートでADL向上が見られる場合があります。在宅復帰に向けても同様で家屋の環境設定や福祉用具、社会資源を利用しながら身体への負担を考慮できる限りQOLやADLの向上を目指します。しかし、生命予後が週・日単位になるにつれてADLが徐々に低下してきます。この時期は疼痛緩和・浮腫の症状緩和・ポジショニングなどが中心になります。また、患者様や家族の心理面への配慮も必要性が増してきます。

実際のリハビリテーション場面では、体力低下が進み自分自身の身の回りのことが出来にくくなっている患者様に対して、どのようにすれば負担を少なくして動くことが出来るだろうかといつも考えさせられます。少しでも運動量や負荷が強いとしばらく動けなくなってしまうこともあるため、頻度や負荷量には十分に気を遣う必要があります。「緩和ケア」のリハビリテーションに関するエビデンスは少なく、一般的な浸透性もまだまだです。「緩和ケア」のメニューのひとつに理学療法の必要性を理解してもらえように今後も努力していきたいと思っています。

教育

がんリハビリテーション

大阪府立成人病センター 整形外科 リハビリテーション部 吉川 正起

はじめに

平成22年度診療報酬改定で、がん患者リハビリテーション料(1単位につき)200点が新たに加えられました。一昔、がんは「不治の病」といわれていましたが、いまではがん情報などによるがんへの認識の高まりやがん検診受診率の増加により早期発見・早期治療が可能となっています。また、発見後の手術や後療法(化学療法・放射線療法・免疫療法など)などによる治療は、死亡率の減少や5年生存率の改善を認め、機能面では日常生活の維持や向上、職場復帰など社会的貢献も可能としています¹⁾。しかし、治療経過中に再発・転移をきたし、徐々に機能や能力障害を起し寝たきりとなるがん患者もいます。

2015年問題で予想されるがん患者の人口増加に伴い、今後はがん患者の高齢化や機能障害に伴う介護・介助者の不足など様々な問題が生じてくると考えられます¹⁾。

リハビリテーションは、さまざまな治療過程における二次的障害や運動機能、生活機能の低下予防・改善を目的としています¹⁾。このことから、がん患者や家族にとって、リハビリテーションの必要性は、今後ますます高まってくるものと考えられます。

がんの理学療法は主としてがん専門病院で行われてきましたが、今回の診療報酬改定を機会に今後は一般病院(がん患者のリハビリテーションに関する所定の研修を終了した医師(1名以上)、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が(2名以上)配置)でも行われるようになり、がん患者にとってリハビリ通院の選択幅の広がりや経済的負担も軽減し朗報なことだと思われれます。

私は、大阪府立成人病センターに入職が決まるまで、センターががん病院とは知りませんでした。また、がんに対する知識もなく、ただ、小学校の頃に胃がんで亡くなった祖父のことぐらいでありました。その当時(今から35年前)は、がんの治療薬として丸山ワクチンがテレビや新聞で騒がれていて、家族・親戚が交代でとりに行っていました。田舎に帰ると祖父はやせて布団で寝たきりの状態でありました。

そのため当初は、がん患者は寝たきりで痛みや精神的苦痛、不安などで理学療法どころではないのではないか、どのような練習を行いどう患者と接していけばよいのかと不安がありました。しかし、いざ働いてみると実習でお世話になった患者と変わりなく、良くなりたいとリハビリに励む前向きな姿勢やそれを支える家族、患者同士の何気ない会話、特別な光景ではありませんでした。

がんのリハビリテーション

リハビリテーションの対象となる障害の種類(表1)としては、がんそのものによる障害と治療の過程においてもたらされる障害があります³⁾。

がんの治療は基本的に一般の障害と同じで機能回復を目指し練習を行っていきます。ただ違うところは、がんの進行状態(骨転移、脊髄・脊椎腫瘍、腫瘍の直接浸潤による神経根障害など)や治療の過程(化学療法、放射線療法、造血幹細胞移植後など)、生命予後、終末期などによっては状態に応じて練習内容や運動負荷を適宜変更するなど特別な配慮が必要となります。

リハビリテーションを行うにあたっては、処方箋による詳細な指示・注意事項の記載をチェック、画像(単純X線撮影・MRI・骨シンチなど)で原発部位・転移部位(内臓・骨転移による骨破壊や病的骨折)の状態や血液データ(赤血球・白血球・血小板・アルブミン・CRP・Dダイマーなど)などで全身状態のリスク確認をします。リスク基準としては、表2のがん患者におけるリハビリテーションの中止基準を用いています⁴⁾。

練習を行うときは、常に全身状態の観察を注意深く行い、練習中に問題が認められた時には、躊躇せずに練習を中断または中止します⁵⁾。しかし、血液疾患や化学療法後(骨髄抑制による赤血球・白血球・血小板の減少)では、しばしば血小板が30,000/ μ L以下になり中止基準を満たすことがあります。このときは、主治医から患者の機能・モチベーションを考慮し、運動負荷量を軽減したADL練習を行うよう指示があります。

練習後は、病室に顔をだしてその日の練習による疲れや疼痛、その他問題がなかったかを確認し、練習内容の継続・変更をはかっています。

評価は、骨・軟部腫瘍、転移性骨腫瘍、脳腫瘍、呼吸器疾患、リンパ浮腫、緩和ケアなど各疾患別の評価用紙を用いています。初期・最終で評価し、治療プログラムの立案や退院時の指導を行っています。

表1 がんのリハで対象となる障害の種類

がんそのものによる障害

- 1) がんの直接的影響
 - 骨転移
 - 脳腫瘍に伴う片麻痺、失語症など
 - 脊髄・脊椎腫瘍に伴う四肢麻痺、対麻痺など
 - 腫瘍の直接浸潤による神経障害
- 2) がんの間接的影響
 - 癌性末梢神経炎・悪性腫瘍随伴症候群(小脳失調、筋炎など)

おもに治療過程においてもたらされる障害

- 1) 廃用症候群、全身性の機能低下
 - 造血器がんの治療後など(化学・放射線療法・骨髄移植後)
- 2) 手術
 - 骨軟部組織腫瘍術後(患肢温存後・四肢切断術後)
 - 頭頸部がん術後の摂食・嚥下・構音・発音障害
 - 頸部リンパ節郭清後の肩甲周囲の運動障害
 - 乳がんに子宮がん術後のリンパ浮腫
 - 開胸・開腹術後の呼吸器合併症
- 3) 化学療法・放射線療法
 - 末梢神経障害・横断性脊髄炎・腕神経叢麻痺・嚥下障害など

表2 がん患者におけるリハビリテーションの中止基準

1. 血液所見ヘモグロビン値7.5g/dl以下、血小板50,000/ μ l以下、白血球数3,000/ μ l以下
2. 骨皮質の50%以上の浸潤、骨中心部に向かう骨びらん、大腿骨の3.5cm以上の病変などを有する長管骨の転移所見
3. 有腔内臓、欠陥、脊髄の圧迫
4. 疼痛、呼吸困難、運動障害を伴う胸膜・心嚢・腹膜・後腹膜への滲出液貯留
5. 中枢神経系の機能低下、意識障害、頭蓋内圧亢進
6. 高・低カリウム血症、低ナトリウム血症、高・低カルシウム血症
7. 起立性低血圧、160/100mmHg以上の高血圧
8. 110/分以上の頻脈、心室性不整脈

理学療法内容として1)骨軟部腫瘍2)転移性骨腫瘍3)リンパ浮腫について説明します。

1) 骨軟部腫瘍

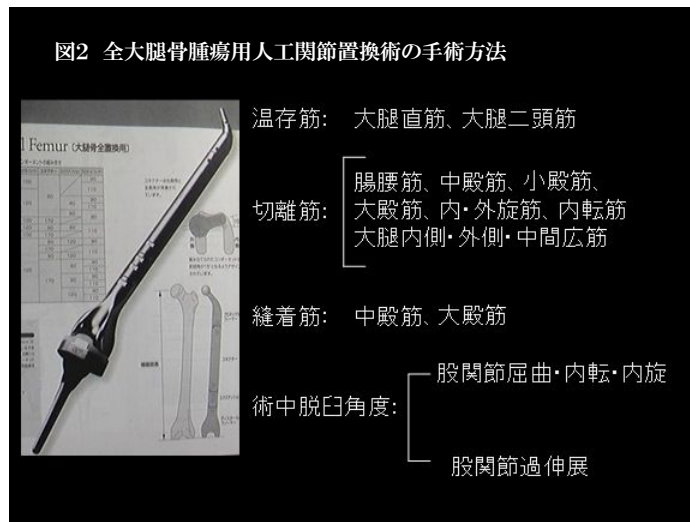
ここでは、悪性の骨腫瘍(骨肉腫)について説明します。

骨肉腫の治療期間は約1年かかります。治療内容は、術前に化学療法4クール・手術・術後化学療法6クール行います。問題点として、術前では転倒・転落の防止、骨髄抑制に伴う全身性の機能低下・廃用症候群、荷重制限など、手術では腫瘍用人工関節に伴うROM制限、腫瘍広範切除術による筋切除に伴う筋力低下、神経麻痺(時に神経も合併切除あり)など、術後では疼痛、ROM制限、筋力低下、荷重制限、骨髄抑制に伴う全身性の機能低下・廃用症候群などがあります。

腫瘍用人工関節は、骨腫瘍発生部位により異なり、下肢の場合では、大腿骨近位発生で①大腿骨近位腫瘍用人工関節置換術、大腿骨遠位で②大腿骨遠位腫瘍用人工関節置換術、脛骨近位で③脛骨近位腫瘍用人工関節置換術、大腿骨に多発した場合などでは④全大腿骨腫瘍用人工関節置換術となります(図1)。一般の人工関節と違うところは、腫瘍の悪性度に応じて骨や筋(広範囲に)の合併切除や筋の再建が行われることです。

ここでは、全大腿骨腫瘍用人工関節置換術後の理学療法について説明します。

手術方法は大腿直筋・大腿二頭筋のみ温存し、その他は切離されます(図2)。股関節外転機能は、人工関節にデキソンメッシュを巻きつけ、大転子または中殿筋・大殿筋を縫着して再建します。そのため、術後3週間はデキソンメッシュの伸張や切離を防止するため、股関節外転のROMと運動は禁忌となっています。



理学療法は術前に採型した軟性の外転装具(脱臼予防)を装着し、術後翌日より開始します。ROMは股関節屈曲90°を目標に行い、筋力練習はQuad setting、足関節・足趾自動運動から開始し、股関節周囲筋の積極的な運動は術後3週より行います。ADLは病棟にて端座位から開始し、特殊トイレの移乗練習を行います。術後1週よりW/C出診し、平行棒内・両松葉による免荷歩行を開始します。荷重時期は、術後6週から1/3荷重を開始し、8週で1/2荷重、9週で2/3荷重、10週で全荷重となり、歩行方法は疼痛や下肢の支持性に応じて杖の選択を行っていきます(図3)。歩行の安全性は、大殿筋・大腿二頭筋・ヒラメ筋による機能的膝伸筋(代償作用)を用いての歩行再学習(膝折れによる転倒防止)が重要となります。全大腿骨腫瘍用人工関節置換術のリスクは人工骨頭置換術に準じています。中殿筋の筋力回復はMMT2~3程度で、術後半年間は脱臼防止のため外転装具の装着が必要となります。ゴールは、歩行はT-cane歩行、階段は二足一段昇降になります。術後、3ヶ月で概ねADLは自立されます。

図3 理学療法

ROM

術後翌日より 股関節屈曲90° 目標
軟性外転装具装着下

3W以降 股関節外転・内転0°

筋力増強練習

Quad setting 術後翌日より開始
足関節・足趾自動運動
術後3Wまで 股関節外転筋収縮禁忌

荷重時期(術後)

1/3PWB	6W	2/3PWB	9W
1/2PWB	8W	FWB	10W




図4 複合的理学療法による治療効果

治療前 最大 治療後

大腿部6.5
下腿部6.8
踵 5.3cm減

2) 転移性骨腫瘍

がんの骨転移頻度は、原発巣である乳がん・肺がん・前立腺がんによく、好発部位は脊椎・骨盤・大腿の順となっています³⁾。骨転移は単発なものから多発に認められ、治療方法は骨の破壊状態や生命予後に応じて、手術(四肢の場合は腫瘍用人工関節、髄内釘・プレート、創外固定、脊髄を圧迫している場合は椎弓切除術など)、疼痛の軽減や骨の硬化を期待して放射線療法、化学療法などを行います。ここでは、転移性脊椎腫瘍について説明します。

リハビリテーションの特徴は、高位責任病巣による麻痺や疼痛(圧迫骨折や腫瘍による浸潤など)以外に、原疾患の病勢に伴う機能障害や生命予後などによって、練習内容やゴール設定が随時変更されることです。そのため、早期より主科の方針(治療方針や治療効果、入院期間など)や、がん患者・家族の意向を把握し、退院(自宅か転院)に向けてリハビリテーションをすすめていかなければなりません。家族には、必要に応じて装具の装着方法や体位変換、移乗動作(Bed～W/C移乗・歩行など)の介助方法、日常生活用具(電動Bed・ポータブルトイレ・リクライニングW/Cなど)、家屋改造などの指導をおこなっていきます。看護師には、装具の装着方法や安静時臥位以外のコルセットや装具の装着義務を徹底しています。また、体幹と骨盤の回旋運動に伴う疼痛が起きないような体位変換方法や電動Bed操作による坐位姿勢などの細かなADL指導も行っています。

練習は、機能練習よりも自宅退院を目標にADL練習や家族指導を中心に進めています。しかし、疼痛の影響により練習が困難なことがしばしば認められ、練習前にレスキューとして麻薬性鎮痛薬などで除痛をはかり、愛護的にADL練習を行っています。また、鎮痛薬によっては眠気、嘔気・嘔吐などの副作用があり、薬名、使用量や時間期間に注意して練習を行う必要があります。

自宅退院に向けては、主治医・整形外科医師・理学療法士・看護師・ソーシャルワーカーで事前の試験外泊準備を整え、帰院後外泊時の家族による介護・介助の問題について確認し、安全に自宅退院ができるように行っています。

3) リンパ浮腫

リンパ浮腫治療は、センターで手術をされた患者を対象に入院(2～4週間)と外来(1～2回/月程度、毎週木曜日、最長期間5カ月)で理学療法士と看護師がペアとなり複合的理学療法を行っています。治療は毎日の継続が必要なため、主として、セルフリンパドレナージ・圧迫療法(圧迫包帯・ストッキングやスリーブなどの装着方法)の習得を目的とし可能となれば終了としています(図4)。パンフレットやビデオDVDの貸し出しをして習得を目指していますが、高齢などで習得困難な場合は、家族指導を行っています。高齢で重度のリンパ浮腫患者や手伝ってくれる人がいない患者の場合では、入院・外来期間中は、浮腫の軽減・維持が行えていても、治療終了後に浮腫の憎悪が認められるケースがあります。現在、当センター終了後のフォローを行ってくれる機関がほとんどなく、あっても治療院では1回の治療費が一万円前後で、経済的負担が大きくなかなか受けられないのが現状です。早急に、リンパ浮腫関連施設の増大と地域連携の確立が必要と考えられます。

今年から重度な浮腫で複合的理学療法による改善が困難な患者に対しては、リンパ管細静脈吻合術をすすめ手術を行っています。今後の治療効果が期待されています。

まとめ

がんのリハビリテーションは、がんの進行状態や治療過程、生命予後などによって適宜練習やゴールを変更していかなければなりません。機能的改善や目標到達だけにとらわれず、患者家族の要求に応えながら最後まで関わっていくことが重要となります。

引用・参考文献

- 1) 辻哲也:実践がんのリハビリテーション,第1版,株式会社メチカルフレンド社,2-8,2007.
- 2) がん患者に対するリハビリテーションについて.
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/02/dl/s0203-5d.pdf>
- 3) 辻哲也:悪性腫瘍(がん),千野直一編,現代リハビリテーション医学,改訂第2版,金原出版,2004,p.488-501.
- 4) Gerber LH, et al: Rehabilitation for patients with cancer diagnosis, DeLisa JA, et al ed, Rehabilitation Medicine: Principles and Practice, 3rd ed, Lippincott-Raven Publishers, 1998, p.1293-1315.
- 5) 辻哲也:実践がんのリハビリテーション,第1版,株式会社メチカルフレンド社,17-22,2007.
- 6) 辻哲也・他:悪性腫瘍(がん)のリハビリテーション緩和ケア病棟においてリハビリテーションに期待すること,総合リハ,31(8): 1133-1140,2003.

特別対談

がんのリハビリテーションを取り巻く社会環境

長野 聖 氏（理学療法士、大阪府議会議員）

島田 まり 氏（理学療法士、大阪市議員）

聞き手 大工谷 新一（大阪府理学療法士会 会長）

於 理学療法士会 事務所

がんのリハビリテーションを取り巻く 社会背景と制度について

〔大工谷〕：今日は、大阪府士会会員（理学療法士）で政治の場で活動されているお二人にお越しいただき、がんのリハビリテーションを取り巻く社会環境についてご意見を伺いたと思います。まずは、がんを取り巻く大阪府、大阪市の背景や、がんに関する諸制度について、お話いただこうと思います。

〔長野〕：がん医療の推進はいわば「国策」でもあり、大阪府も平成20年に「大阪府がん対策推進計画」を策定し、府立成人病センターをがん診療連携拠点病院に定めるとともに、200床未満の病院、診療所とも連携をはかるべく整備を進めています。大阪府は昭和60年から平成17年まで、がん年齢調整死亡率が全国47都道府県中、男女ともワースト1であったことなど、今でも厳しい状況にあります。府立成人病センターは、難治性がんを中心とする高度・先進的ながん医療を行うとともに、府下のがん医療の水準向上や均てん化を牽引する役割を担っているなど、大阪府の中核施設ですが、老朽化が進んでいます。府議会では建て替えを進めるべく議論しているところです。

〔島田〕：日本は長寿大国であるが故に「がん大国」でもあります。がん対策は遅れていました。2006

年に「がん対策基本法」を制定し、放射線治療や早期からの緩和ケアなど、遅れていた分野に力を入れるようになり、がんのリハビリテーションも注目されるようになりました。

国民の3人に1人が罹患、2人に1人が死亡する現状にもかかわらず、国民のがんに対する意識は低く、がん検診の受診率は他の先進国に比べて極めて低い状況です。大阪市では検診費用の助成制度の充実、夜間・休日検診の回数の増加や連携できる民間病院の増加、検診車や医療スタッフの整備などを実施しながら、受診率の向上を目指しています。



島田 まり(しまだ まり)
大阪市議員(阿倍野区)
1958年広島県福山市生まれ。
1980年国立療養所近畿中央
病院附属リハビリテーション学
院卒業。
1983年大阪外国語大学(二部)
英語学科卒業。聖ヨゼフ整肢
園、社会福祉法人藍野療育
園、八尾市立いちよう学園など
に勤務。障がい児医療や高齢
者福祉の分野で、延べ26年間
従事。
2007年4月大阪市議員選挙
(阿倍野選挙区)で初当選。
現在、建設港湾常任委員会副
委員長。

〔大工谷〕：次に、今回、がんのリハビリテーションが算定されるにいたった経緯や問題点、今後の課題などについて、お二人のお考えをお聞かせください。

がんのリハビリテーションが 算定された経緯と今後の課題

〔長野〕：がんのリハビリテーションの課題ですが、がん患者リハビリテーション料200点(1単位につき)が算定されましたが、専任医師の配置や機能訓練室の面積(130m²以上)など、がんのリハビリテーション



長野 聖(ながの きよし)
大阪府議会議員(堺市・南区)
1967年愛媛県松山市生まれ。
1989年愛媛十全医療学院卒業。
理学療法士として帝京大学医学
部附属病院に勤務の後、東北大
学大学院医学系研究科修士課
程修了。
2002年大阪大学大学院医学系
研究科博士課程修了、博士(医
学)。大阪府立大学総合リハビ
リテーション学部・講師を経て、
2007年の大阪府議会議員選挙
に立候補(堺市・南区)、21,284
票を得て初当選。現在、大阪府
議会健康福祉常任委員会・委員
長。

を普及するためのハードルは意外に高いのではないのでしょうか。これを解決するためには、政治的な介入が必要になるかもしれません。一方、理学療法士に対して、「がん患者のリハに関する経験を有する専従の理学療法士…」とあるように、専門職としての能力が問われており、資質向上に向けて職能団体が解決していくべき課題もあると思います。

〔島田〕：がんと共存しながら人間らしく暮らしていくためには、緩和ケアにおいてもリハビリテーションは重要であると思います。そのため、今回、遅れていたと思われる緩和ケアでの対応を中心に、がんリハビリテーションが算定できるようになった意味は大きいと思います。これは、現場の医療スタッフや患者さんの生きた声が国政の場に届いた結果であると思います。現場の生の声を私たちが理解し、受け止めて、政治の場に持っていくことの重要性を痛感しました。なかでも、理学療法士という専門家が訴える「現場の生の声」は特に意味があるものと思っています。

〔大工谷〕：長野議員のお話のなかで「職能団体が解決していくべき課題」とありましたが、具体的にはどんなことでしょうか。

府士会、職能団体として 取り組むべき課題とは？

〔長野〕：算定要件からみた課題として、第一に「自己満足」ではない、他職種からも認められる能力を身につけることのできる研修プログラムを提供できるのか、という点が問われます。こうした研修の「質」の担保は、府士会・協会の努力で可能だと思います。一方で、研修の仕組みについては、政治の関与の必然性を考えなければなりません。例えば看護協会では、公費負担で研修が行われています（国からの交付金も含め、大阪府は大阪府看護協会に約7800万円の事業委託）。もし理学療法士の研修を公費負担でできれば、職場の理学療法士に対する認識や理解も改善し、研修のための休暇が取りやすくなるなどの効果もあると思います。

第二に、がん患者に対するリハビリテーションは多職種共同で行われますので、理学療法士は他の職種とのコミュニケーション能力が問われることとなります。そこで、理学療法士は幅広い素養を身につけておくべきですし、いわゆる「専門バカ」では通用しない時代が既に来ているのではないで

しょうか。

〔島田〕：私たち理学療法士には、これまで政治に関与することを避けてきた歴史があるように思います。理学療法士の多くは日々研鑽し、まじめに努力していると思います。しかし、その努力や向上心が生かされてこなかった原因のひとつに政治に関与しなかったことがあると思います。これまで政治活動を敬遠してきた結果が、先ほどの話の我々と看護協会との「差」なのかもしれません。もしそうであるなら、個々の会員の努力や成果を生かしてこられなかったことが非常に残念です。



〔大工谷〕：島田議員のお話のなかで、緩和ケアのことが出ましたが、私の所属施設では緩和ケアに入院されている方々のQOLを向上するためにリハビリテーションを行っています。QOLの向上には「自分で最後までトイレに行けた」など「自分で何かができた」という実感が大切であることが多く、理学療法士の専門性を即時に活かせる領域であると思っていますし、実際、患者さんやご家族にも大変喜んでいただいています。しかしながら、包括病棟ですので、リハビリテーションの算定ができないのが現状です。このような活動が認めてもらえるよう、議員のお二人に現場の生の声を届けていただきたいと思っています。

〔島田〕：我々理学療法士だけの認識ではなく、社会に認めってもらう努力が必要だと思います。さらに、エビデンスを集めて、科学性と政治力の両輪で届けていくことが重要でしょう。

チーム医療のなかでの理学療法士

〔大工谷〕：府士会会員は医師を中心とする医療チームの中で、利用者と一対一の関係性を作りながら対応していかねばなりません。その中で会員が特に理解しておかねばならないことは何でしょうか。

〔長野〕：完璧な制度はあり得ないので、現在の制度に対し疑問を持つことが大切だと思います。先日の理学療法士の「喀痰等の吸引」でみられたように国が制度を決定しても、それが府、市町村など

地方自治体レベルで実際に運用されるには国からの解説が不足していたり、そのことに着目されていなかったり、別の課題が生じたりするなど、実施に向けて新たな課題が生じる場合があります。

府士会会員の皆さんの疑問を我々のような地方自治体議員に届けていただくことで、制度が改善することが少なくないことを、議員になって身をもって経験しています。

[島田]:切れ目のないリハビリテーションを実践していくことが重要ですので、急性期であっても回復期や維持期の流れ、また維持期で従事していても急性期や回復期の治療や制度について熟知していることが大切です。さらには、医療保険、介護保険までを通じた理解を深めることが必要となります。実際、市民の方々からもリハビリテーションの「切れ目」が原因と考えられる不安や心配の相談が多く寄せられています。「がん」という疾患は脳卒中などの疾患とは時間の経過が異なると思いますので、より一層「切れ目のないリハビリテーション」という認識が重要であると思います。

[大工谷]:我々もこうした点について研鑽し、理解を深めて結果を出す。そして我々府士会とお二人の議員が共同して、我々の意見を自治体に要望していただくことは、大変心強いことだと思います。

最後にお二人から何かございませんか。

会員へのメッセージ

[長野]:がんのリハビリテーションに直接関係はありませんが、「障害」に関する制度の理解の再考が必要ではないかと思っています。身体障害者手帳で1、2級の方であれば、医療費助成制度(入通院1日あたり500円の負担、上限2500円/月を超える負担を償還)や所得税・住民税の控除、自動車税の減免などが受けられます。特に控除や減免では、「生計を一にする方」も対象に含まれる場合があります。ケアマネジャーや医療ソーシャルワーカーも、医療や介護のサービス提供のみに着目していることが多く、こうした税金など家計に関することま

で配慮されていないことが見受けられます。

さらに、ご承知のように行政は「申請主義」のため、行政から積極的に手帳の取得を促すことはありません。

こうした制度の「狭間」にある社会資源を、患者さんに接している時間の多い理学療法士が理解し、気づいていくことが重要だと思っています。

[島田]:理学療法士は欧米では医師と並ぶぐらいの高い評価を得ています。ところが、日本の理学療法士の評価はまだまだ低いと言わざるを得ません。理学療法士の地位の向上には、質の向上に裏付けられた高い効果を出し、それを広報すること、そして政治力が必要であると思います。

これからの理学療法士の役割は大きいので、大きな役割を担うためにも確固たる地位を築く努力をしなければなりません。そして、それが何より利用者のみなさんのためになると思います。ぜひ、みなさんと力を合わせて頑張っていきたいと思っています。

[大工谷]:本日は、がんに関わる大阪府や大阪市の取り組みから、がんのリハビリテーションが算定できるようになった背景と今後の課題についてお話しいただきました。我々理学療法士は、現場で患者さんや利用者の方と専門家として一対一で接しています。そのような専門職であるからこそ、我々の生の声を広く知らしていくことが、何より患者さんや利用者のみなさんのためになるのだろうと再認識しました。

生の声を生かしていくには政治という手法も有効であると再認識できました。府士会としても、会員の声をよく聞くことができる組織でありたいと思います。会員で大阪府議、大阪市議という立場で活動されているお二人がおられますので、今後も連携していきながら、我々の声がいろいろな場に届くようにしていきたいと思っています。それが、何より患者さんや利用者、広くは府民の利益につながるものと思います。

本日は貴重なお話をありがとうございました。

The editor's notes

今回の「まあ、よんでみて！」の特集は、『がんリハビリテーション』としました。

がん患者に対するリハビリテーションの必要性がますます高まっている中で、平成22年度診療報酬改定で新しい医療制度(がん患者リハビリテーション料)がスタートしました。

特集内容はがん患者会の立場からリハビリテーションに対する期待や要望、がん患者の家族の立場からがん患者を支える家族の想いやリハビリテーションに対する率直な意見を聞くことが出来ました。他には、理学療法士の立場から急性期で活躍されている吉川氏からがんリハビリテーションに対する想いや治療概要について、緩和ケアでがん患者と携わっている中村氏と馬場氏に緩和ケアでの仕事や役割について述べていただきました。また、行政の立場からは長野府議会議員と島田市議会議員よりがんリハビリテーションを取り巻く社会環境についてお話をいただくことが出来ました。

新制度開始の中いくつかの問題もありますが、我々理学療法士がリハビリテーションの専門職である以上、新たな医療制度の中で存在価値を見出すことが必要ではないでしょうか。今回の特集によって、がんリハビリテーションに対する理解を深め、考えるきっかけになることを期待します。

都留 貴志

(大阪府理学療法士会 障害者保健福祉部)

〔発行所〕

〒540-8790

大阪府中央区常磐町1-4-12-301

社団法人 大阪府理学療法士会

障害者保健福祉部

〔印刷〕

〒594-0031

和泉市伏屋町5-10-11

身体障害者授産施設 大阪ワークセンター

TEL 0725-57-0883

ご意見、ご感想等ありましたら、
お気軽にご連絡下さい。

e-mail:

disabled@physiotherapist-
osk.or.jp

