26．退院時 performance status の低下に至ったがん患者に対する理学療法の検討

財団法人倉敷中央病院　リハビリテーションセンター

○永田（ながた）　幸生（ゆきお）, 泊　健太、中尾　友美

【はじめに】

2010 年度診療報酬改定に伴い「がんのリハビリテーション」が診療報酬として確立された。がんの治療では、外科療法、放射線療法、化学療法が実施される。また、全身状態の悪化した患者には、QOL を重視した緩和医療が中心となる。がん患者における理学療法においては、周術期や終末期での理学療法の報告はあるが、化学療法・放射線療法・緩和治療中の理学療法の報告は少ない。本調査では、退院時 performance status(以下 PS)の悪化、死亡に至った患者の経過を調査した。これは中国四国リハビリテーション医学研究会・日本リハビリテーション医学会中国四国・地方会の抄録集の見本となっている.

【対象】

2007 年 4 月から 2010 年 3 月までに入院し、呼吸器内科より PT の処方があった非小細胞肺がん患者中、退院時に PS4 もしくは死亡に至った患者 21 例を対象とした。平均年齢は 69.5±5.2 歳であった。男性 20 例、女性 1 例であった。

【方法】

後方視的に調査し、項目は、病期分類、主科の治療内容、症状、栄養状態として入院時 Body Mass Index 値（以下 BMI）・入院時血清アルブミン値（以下 Alb）、活動性として performance status（以下 PS）を用いて PT 開始時 PS、退院時 PS、経過中 PS 改善者数、経過中外出・外泊実施者数、PT 終了から退院までの期間、転帰とした。動作能力は、がん医療の現場において、主に化学療法など積極的治療期における全身状態の評価のために、標準的に使用されている PS を使用した。PS は無症状である 0 から段階的に介助を要する状態となり 4 では常に介助を要する状態となる。

【説明と同意】

当院の個人情報保護方針、またヘルシンキ宣言に基づき実施した。データは匿名化し個人が特定されないよう配慮した。

【結果】

病期分類は、Ⅲ期 11 例（52%）、Ⅳ期 10 例（48%）であった。主科の治療の主体は、化学療法 9 例（43%）、対症療法を主体とする Best supportive care 13 例(57%)であった。症状（重複あり）は呼吸困難 13 例(62%)、全身倦怠感 8 例(38%)、食欲低下 4 例(19%)、疼痛 3 例(14%)、発熱 2 例(10%)、無症状 0 例(0%)であった。入院時栄養状態は、BMI18.5 未満 4 例(19%)、18.5～25.0、17 例(80%)、25.1 以上 0 例(0%)、入院時 Alb 4.0 未満 20 例(95%)、4.0 以上 1 例(5%)であった。PT 開始時 PS は PS0 が 0 例(0%)、1 が 0 例(0%)、2 が 1 例(5%)、3 が 7 例(33%)、4 が 13 例(62%)、死亡 0 例（0%）であった。退院時 PS は、4 が 9 例(43%)、死亡が 12 例(57%)であった。死亡例のうち、10 例ががんの進行、2 例が肺炎によるものであった。経過中短期間でも PS の改善を認めたものは 6 例（29%）、経過中外泊・外出を経験したものは 5 例（24%）であった。PT 終了から退院までの期間は 2～3 日 11 人（52%）、7 日前 6 人（29%）、10 日前 1 人(5%)、10 日以上前 3 人(14%) であった。転帰は自宅 1 例(5%)、転院 7 例(33%)、死亡 13

例(62%)であった。

【考察】

退院時に PS の低下や死亡に至った肺がん患者は、PT 開始時 PS2･3 のものが 8 例、PS4 は 13 例であり、すでに開始時より多くの場面で介助を必要としたり臥床状態であった。また対象患者全例が肺がんの病期分類 stageⅢ以上であり回復・維持的リハの中でも臥位でのプログラムを中心に開始することが多かった。栄養状態としては、BMI18.5 未満は 4 例、Alb4.0 未満の患者は 20 例を占めており、開始時には既に栄養状態が悪化していた。その中でも、9 例で化学療法を実施しており、がんや副作用など何らかの症状を生じている患者は全例で認めた。

肺がんの病期分類 stageⅢ～Ⅳの患者は、5 年生存率 30~19%程度 [2]である。化学療法中には、副作用による安静臥床や、がんの進行により、歩行や起居動作の能力が低下し、活動性が低下する [3]ことを経験する。また、がん患者において低栄養状態は、合併症のリスクを増大させ、体重減少は予後決定因子の一つになるとされている [4]。

がん患者は病態の特性から、様々な身体症状が出現することにより ADL 能力が短期間に急激に低下し、寝たきりや歩行不可になる可能性があり限りある予後の中で PT 介入に難渋する場面も多い。

当院でも、化学療法の副作用やがんの症状による影響を受けて、最終的には死亡や臥床状態となる患者が多くあり、最終的に活動性を改善するのが困難な患者を経験することがあることが分かった。しかし、今回の調査にて PT の経過中、短期間でも活動性の改善を認めたものが 6 例あり、経過中外泊・外出経験したものも 5 例認めた。よって、PT 実施時に短期間ではあるが活動性の改善に伴い外泊や外出を目標とすることが可能な症例もいることが分かり、PS 4 の退院者のほとんどは転院であったが自宅退院も 1 例で認めた。また全身状態が悪化を認めるなか、退院間近まで理学療法の介入を継続する場面が多いこともわかった。

がんのリハは、機能障害はないが、その予防を目的とする予防的リハ、機能障害、能力低下の存在する患者に対して、最大限の機能回復を図る回復的リハ、がんが増大しつつ、廃用症候群を予防する維持的リハ、末期のがん患者に対して行われる緩和的リハの大きく 4 つの段階に分けることができる [1]。

がんが増大しつつ機能障害、能力低下が進行している患者であっても PT を含めたリハビリテーションの介入においてセルフケア能力や移動能力を増加させ、外泊や外出を目標とできる群があることが分かった。また、末期のがん患者にたいして行われる様なリハビリテーションの緩和的なかかわりを退院間近まで実施することが多いこともわかり、家族のグリーフケアにつなげていくことができる可能性を示唆した。

【まとめ】

今後は比較的急速な状態の悪化が考えられるような患者であっても、患者、また家族の苦痛を軽減しその希望を支えるアプローチの方法を更に検討する必要がある。

〈引用文献〉

1) 辻　哲也：悪性腫瘍（がん）．現代リハビリテーション医学（千野直一編）．第 2 版．金原出版，東京，2004；pp488-501
2) 田中桂子：呼吸困難マネジメントを進めるポイント．がん患者の呼吸困難マネジメント，照林社，東京：2004：20-22
3) 辻　哲也：がんのリハビリテーション．Jpn J Rehabil Med 2010；47：296-303
4) 倉井　淳　清水英治：肺癌患者の栄養ケアの実際．栄養－評価と実際 2009；26：229-234