

第2特集 進化する早期離床 —エキスパートはエビデンスを現場にどう落としこんでいるのか—

がん患者を離床する意義を考える —現状のエビデンスと介入の実際—

名古屋医療センター 櫻木 聡

【はじめに】

生涯で「がん」に罹患する確率は男性 62%、女性 47%であり、「がん」で死亡する確率は男性 25%、女性 16%である¹⁾。5年相対生存率は男女合わせて 60%程度と言われており、その中には長期にわたる治療により入退院を繰り返し、ADLの低下がみられる患者も多くいるものと思われる。

そのような背景の中、がん患者に対するリハビリテーションの重要性が問われるようになり、2010年度の診療報酬改定で「がん患者リハビリテーション料」が新設された。各施設で「がんのリハビリテーション」が提供され、がん患者のADL向上に貢献している。

近年、離床の重要性が認識され、特にICUや外科術後の患者に対しては合併症予防に効果的なエビデンスも多く発表されている。しかし、がん患者に対しての離床の意義については患者の病態、予後、ニーズなどにより大きく変わってくる。がん患者の離床について注意すべき点について述べていく。

【がん患者における離床・リハビリテーションの重要性】

2014年におけるがん罹患率が多い順に男性が胃・肺・大腸・前立腺・肝臓であり、女性が乳房・大腸・胃・肺・子宮である。がんの治療は「手術」「化学療法」「放射線治療」が基本となる。がん患者がこれらの治療を受けている間に、Performance Status (PS:活動量の評価) (表1) が低下しないようにすることはとても重要であり、PSが低下してしまうと治療が継続できなくなる。PSは、Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) により作成された0から4ま

での5段階評価であり、数字が大きくなると状態が悪化したことを示す。PSが3になると日中の50%以上臥床しており、4になるとほぼ寝たきりでADL上多くの介助が必要な状態である。これらの状態になると、多くの場合治療の継続が困難となるため、PSを維持・向上させることは、予後に大きく影響するともいえる。

PSを低下させないためには、離床・リハビリテーションが重要となる。特に肺などの呼吸器、胃や肝臓など上腹部の手術に関しては、合併症予防のために術後の離床、リハビリテーションが重要であることは周知の事実であり、造血器腫瘍でも、化学療法や骨髄移植前後におけるクリーンルーム内での運動が重要である²⁾。このようにがん患者における離床・リハビリテーションはポジティブな効果が期待できる。

表1 Performance Status (文献3)

	定義
0	全く問題なく活動できる。 発病前と同じ日常生活が制限なく行える。
1	肉体的に激しい活動は制限されるが、歩行可能で、 軽作業や座っての作業は行うことができる。 例：軽い家事、事務作業
2	歩行可能で自分の身の回りのことはすべて可能だが 作業はできない。 日中の50%以上はベッド外で過ごす。
3	限られた自分の身の回りのことしかできない。 日中の50%以上をベッドか椅子で過ごす。
4	全く動けない。 自分の身の回りのことは全くできない。 完全にベッドか椅子で過ごす。

【がん患者における離床・リハビリテーションの特殊性】

しかし、がん患者に対して積極的に離床・リハビリテーションを行っても、倦怠感や疼痛・