

リハビリテーションを行う骨転移患者に対する 多職種連携の取り組み

明 崎 禎 輝^{1)†} 中 田 英 二¹⁾²⁾ 富 永 律 子¹⁾ 黒 河 英 彰¹⁾ 第70回国立病院総合医学会
菊 内 祐 人¹⁾ 濱 田 麻 紀 子¹⁾ 杉 原 進 介¹⁾²⁾ (平成28年11月12日 於 沖縄)

IRYO Vol. 72 No. 3 (122-125) 2018

要 旨

骨転移患者は、運動麻痺や病的骨折など骨関連事象(skeletal related events: SREs)が生じた場合、Activities of daily living (ADL) や Quality of life (QOL) が低下する。国立病院機構四国がんセンター(当院)において、脊椎 SREs 患者は脊椎安定性に応じて、装具装着の有無を考慮し、早期から離床を行っている。骨転移患者の、ADL を維持・改善させるためには、身体機能の維持・改善も必要であるが、さらなる SREs を予防することが求められている。また、患者の意思を尊重するため、多職種でのリスク管理や情報共有を行うことも必要である。このため当院では理学療法士・作業療法士が、リハビリテーション期間中に疼痛が生じた場合、医師への伝達、定期的な疼痛状況の情報共有を実施している。多職種カンファレンスでは、患者の意思、リスク管理、ADL の現状・注意点、今後の方向性などが話し合われ、情報共有が行われている。これらの取り組みによって、当院では適切なゴール設定と統一された ADL 指導に基づいた診療が可能となり、骨転移患者に対するリハビリテーションでは、多職種連携が重要であると考えられた。

キーワード 骨関連事象, リハビリテーション, 多職種カンファレンス

はじめに

骨転移患者においては、運動麻痺や病的骨折など骨関連事象(skeletal related events: SREs)が生じた場合、歩行や階段昇降動作など Activities of daily living (ADL) や Quality of life (QOL) が低

下する。ADL の低下は、Performance status(PS) が2以下の場合など、患者が化学療法を受けることを希望しても受けることが困難な場合もあり、予後に影響する可能性がある。また、入院患者は自宅復帰を希望されている場合も多い。長管骨病的骨折患者においては、ADL が自宅復帰に影響することが

国立病院機構四国がんセンター 1) リハビリテーション科 2) 骨軟部腫瘍・整形外科 †理学療法士
著者連絡先: 明崎禎輝 国立病院機構四国がんセンター リハビリテーション科 〒791-0280 愛媛県松山市南梅本町甲160
e-mail: akezakiteru@yahoo.co.jp

(平成29年2月1日受付, 平成29年7月14日受理)

Professional Approaches for Patients with Bone Metastases during Rehabilitation

Yoshiteru Akezaki¹⁾, Eiji Nakata¹⁾²⁾, Ritsuko Tominaga¹⁾, Hideaki Kurokawa¹⁾, Masato Kikuuchi¹⁾, Makiko Hamada¹⁾ and Shinsuke Sugihara¹⁾²⁾, 1) Department of Rehabilitation Medicine, 2) Department of Orthopaedic Oncology, NHO Shikoku Cancer Center

(Received Feb. 1, 2017, Accepted Jul. 14, 2017)

Key Words: skeletal related events, rehabilitation, interprofessional meeting

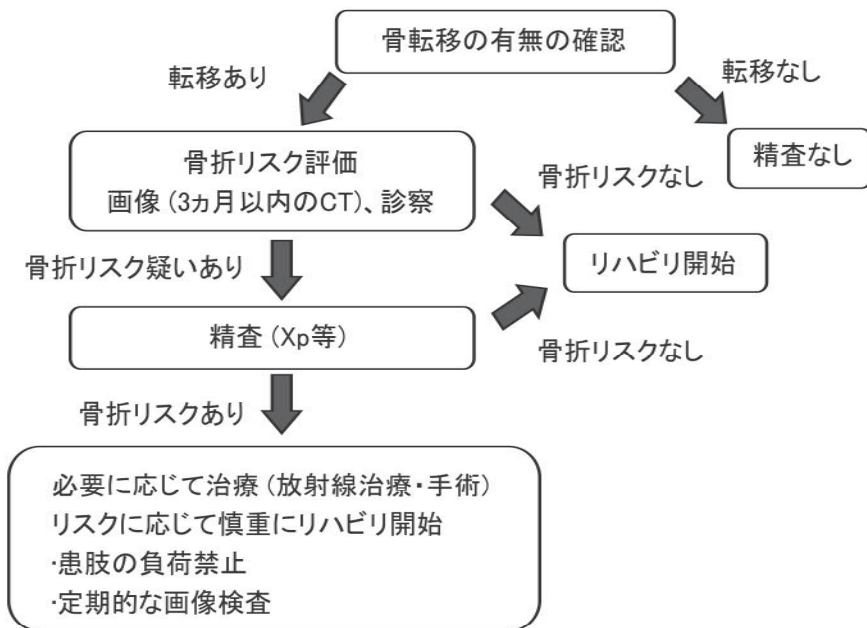


図1 リハビリ開始時における骨折リスク評価のアルゴリズム (文献4)より)

報告されており¹⁾、ADLの改善は転帰先を選択する際に、患者の意思を尊重する上で重要となる。

今回、骨転移患者に対するリハビリテーションとして、多職種連携を中心とした国立病院機構四国がんセンター (当院) の取り組みについて述べる。

リハビリテーション期間中の 病的骨折の発生数

Bunting ら²⁾は、リハビリテーション期間中の病的骨折の発生数は12%、リハビリテーション中は2%であり、その原因は不明50%、体位変換時19%、臥床時13%などで、部位は椎体38%、上腕骨31%などであったことを報告している。Cormie ら³⁾は、前立腺がん、乳がんの骨転移患者を対象に、3カ月間、骨転移部への負荷の少ないレジスタンス運動と自宅での中等度のエアロバイク運動を実施した結果、開始前と比較し3カ月後には脚伸展筋力、歩行能力、除脂肪体重、身体活動、QOLなどに有意な改善を示したことを報告している。しかし、介入期間中に骨の疼痛増大 (2名)、病的骨折 (1名) が生じており、運動を実施した対象者のうち15%にSREsの出現を認めている。これらのことから、リハビリテーションは身体機能やADLの改善に有用であるが、さらなるSREsの発生を予防しながら実施することが必要である。

骨折リスク評価に基づいた早期離床

当院では、リハビリテーション開始前に、医師が画像と診察による病的骨折などのリスク評価を実施している (図1)⁴⁾⁵⁾。医師はリスクに応じて、患肢の負荷量の調整などを理学療法士・作業療法士 (療法士) や看護師に伝えており、療法士や看護師は負荷量に応じて症例に対しADL指導を行う。また療法士は、運動療法時に骨転移の状況によって運動負荷量や内容を選択するようにしている。

脊椎SREsに対する保存的治療に関しては、初診時にSpine Instability Neoplastic Score (SINS)を用いて脊椎不安定性を評価し、安定 (≤ 6)、中等度 (7-12)、不安定 (≥ 13) に分類して、早期離床に向け実施している (図2)⁵⁾⁶⁾。麻痺がない症例の場合において、SREsが発生した椎体レベルが第1頸椎-第2胸椎の場合、SINSが中等度や不安定の症例は、離床時にフィラデルフィアカラーやハローベストなどの装具を装着させる。SREsが発生した椎体レベルが第10胸椎-第5腰椎の場合、SINSが安定例は装具を装着せず離床させ、SINSが安定で疼痛が高度の症例や、SINSが中等度あるいは不安定の症例は、軟性コルセットを装着し疼痛に応じて離床する。第3-9胸椎は、SINSが不安定、疼痛が高度の場合、状態に応じて軟性コルセットも考慮し、離床を行う。

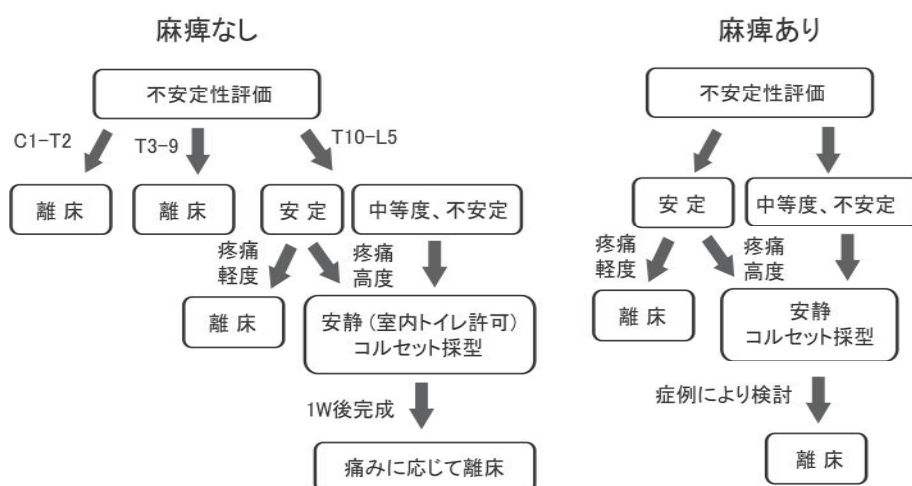


図2 脊椎 SREs に保存的治療例を行う場合の安静度のアルゴリズム (文献5)より)

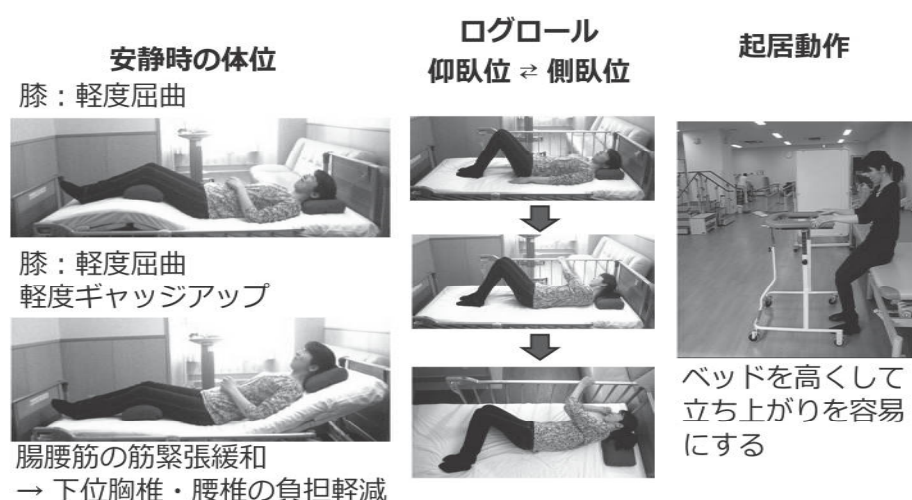


図3 脊椎 SREs 患者の生活指導 (文献4)より)

リハビリテーション期間中の 骨折リスク管理

療法士は、ADL 維持・改善に向けて、筋力増強運動、関節可動域運動、ADL 運動などを実施するが、リハビリテーション期間中にさらなる SREs を発生させないことが重要である。がん患者に背部痛が出現した場合、骨転移による疼痛の可能性も考慮する必要もあるため⁷⁾⁸⁾、当院では、リハビリテーション実施中に脊椎および長管骨に疼痛が生じた場合には、部位や疼痛の程度を迅速に医師へ報告し、必要に応じて画像検査などを実施している。また、医師と療法士間では、SREs の状況を確認するため、1 週間に 1 回、チェック用紙を用い、疼痛状況を共有することとしている。

多職種カンファレンスによる 情報共有の実施

がんカンサードは、定期的開催が地域がん診療連携拠点病院の指定要件となっており、骨転移を有する患者を対象としたがんカンサードの取り組みも報告されている⁹⁾¹⁰⁾。また、高木ら¹¹⁾は、骨転移事象カンファレンスとして、医師、療法士、看護師、薬剤師、メディカルソーシャルワーカーなどが参加し、包括的アプローチに取り組んでいることも報告されている。当院では、多職種カンファレンスを実施しており、医師、看護師、療法士、地域医療連携室看護師、薬剤師などが参加し、患者の意思、リスク管理、ADL の現状・注意点、今後の方向性などが話し合われ、情報共有が行われている。

脊椎 SREs 患者は、疼痛によって身体活動量が減少し、廃用症候群が生じると起居動作など ADL に対する患者指導と環境調節も必要である (図 3)⁴⁾。患者指導内容は、多職種で共有し、職種間で相違が生じないことも重要と考えられる。

ま と め

骨転移患者のリハビリテーションでは、ADL を維持・改善させるためには、身体機能の維持・改善も必要であるが、さらなる SREs を予防することも求められている。そのため、リハビリテーションの実施には、患者の意思を尊重するため、多職種でリスク管理や情報共有を行うことも必要であると考えられる。

〈本論文は第70回国立病院総合医学会シンポジウム「医療現場における患者・家族への意思決定支援 ―少子高齢化社会の到来を見据えて―」において「リハビリテーションを行う骨転移患者に対する多職種連携の取り組み」として発表した内容に加筆したものである。〉

著者の利益相反：本論文発表内容に関連して申告なし。

〔文献〕

- 1) Bunting RW, Boublik M, Blevins FT et al. Functional outcome of pathologic fracture secondary to malignant disease in a rehabilitation hospital. *Cancer* 1992 ; 69 : 98-102.
- 2) Bunting R, Lamont-Havers W, Schweon D et al. Pathologic fracture risk in rehabilitation of patients with bony metastases. *Clin Orthop Relat Res* 1985 ; 192 : 222-7.
- 3) Cormie P, Newton RU, Spry N et al. Safety and efficacy of resistance exercise in prostate cancer patients with bone metastases. *Prostate Cancer Prostatic Dis* 2013 ; 16 : 328-35.
- 4) 菊内祐人, 中田英二, 杉原進介ほか. 骨転移のリハビリテーション. *OT ジャーナル* 2014 ; 48 : 293-7.
- 5) 明崎禎輝, 野村卓生. 骨転移患者のリハビリテーション. *保健医療学雑誌* 2015 ; 6 : 24-35.
- 6) 中田英二, 杉原進介, 尾崎敏文. 脊椎 SRE (skeletal related events) の保存的治療の治療成績. *中四整外会誌* 2014 ; 26 : 279-83.
- 7) Henschke N, Maher CG, Ostelo RW et al. Red flags to screen for malignancy in patients with low-back pain (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2013.
- 8) Downie A. Red flags to screen for malignancy and fracture in patients with low back pain : systematic review. *BMJ* 2013 ; 11 : 347.
- 9) Vieillard MH, Thureau S. Multidisciplinary meetings dedicated to bone metastases : a historical perspective and rationale]. *Bull Cancer* 2013 ; 100 : 1135-9.
- 10) Ibrahim T, Flamini E, Fabbri L et al. Multidisciplinary approach to the treatment of bone metastases : Osteo-Oncology Center, a new organizational model. *Tumori* 2009 ; 95 : 291-7.
- 11) 高木辰哉. 転移性脊椎腫瘍の治療戦略：転移性脊椎腫瘍に対する包括的アプローチ 診療科・職種横断的マネージメント. *関節外科* 2016 ; 35 : 368-73.