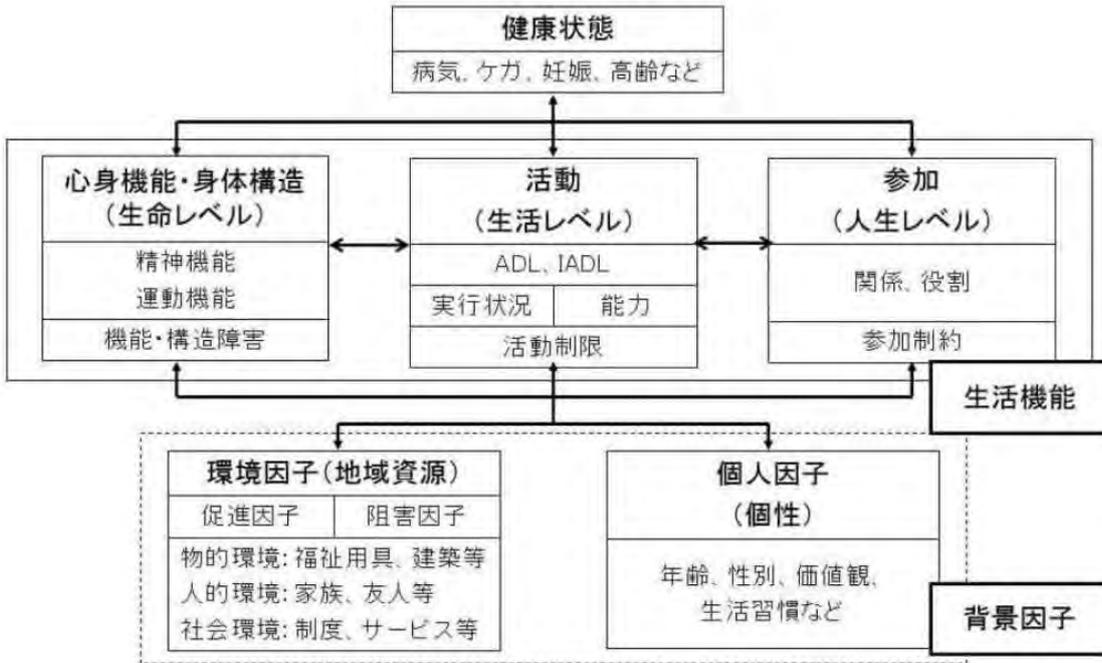


## ICF (国際生活機能分類) ～生きることの全体像～



## 生活期リハビリテーション医療と Lifeに対する3つのアプローチ

リハビリテーション医療の3要素

- |            |  |
|------------|--|
| 機能<br>生命   | <機能訓練><br>座る・立つ・歩くなどが出来る様に訓練をする<br>筋力や持久力、心肺機能の強化を図る   |
| 活動<br>生活   | <IADL向上への働きかけ><br>掃除・洗濯・料理・外出などが出来る様に意欲への働きかけと環境調整<br><ADL向上への働きかけ><br>食事・排泄・着替え・入浴などが出来る様に意欲への働きかけと環境調整 |
| 参加<br>生き甲斐 | <役割の創出・社会参加の実現><br>地域の中に生き甲斐・役割をもって生活できるような居場所と出番作りを支援<br>家庭内の役割作りを支援する                                  |

## 全身倦怠感に対する運動療法 (NCCNガイドラインにおける運動療法に関する記載)

活動の強化の重要性	治療の副作用と治療中の活動レベル低下が身体能力を低下させ日常生活活動において消費エネルギーが増大し倦怠感につながる 身体能力を維持する活動強化が必要である
運動の効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>運動訓練 → 身体機能増大 → 活動時の労力軽減 → 倦怠感軽減</li> <li>がん治療中の運動 → 精神的苦悩が軽減しQOLが向上</li> </ul>
運動開始時期	治療中に開始するとより効果が高い
推奨される運動の内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>有酸素運動（ウォーキング、自転車エルゴメーター）</li> <li>レジスタンストレーニング</li> <li>最大心拍数の60-80%で20-30分間を週3-5日</li> <li>年齢、性別、がんのタイプ、がん治療、運動能力に基づき個別にプログラム</li> <li>低レベルの強度と持続時間から始め、ゆっくり漸増</li> </ul>
禁忌、慎重事項	骨転移、免疫抑制（好中球減少）、血小板減少、貧血、発熱、その他治療合併症



## 在宅を基盤とした運動療法(home-based exercise) に関する海外のエビデンス

報告者	結果・結論
Chevilleら (2013年)	在宅療養中のStageIVの肺がん・消化器がん患者を対象にマイル/20分でのウォーキングx4日/週+PTによる指導を実施。 評価：Ambulatory Post Acute Care Basic Mobility Short Form 身体機能 FACT-F...倦怠感 Symptom Numeric Rating Scale 睡眠の質・疼痛 FACT-General...QOL 介入8週後の評価時には、身体機能および倦怠感のいずれも介入群では対照群と比較し有意な改善を認めた。 睡眠の質は介入群は前後比較で優位な改善を認め、介入後の対照群との比較でも有意に高かった。 疼痛およびQOLに関しては、介入群は前後比較および介入後の対照群との比較で、有意差は認めなかった。
Loweら (2009年)	システマティックレビューでは、home-based exerciseを実施した場合、行わない場合と比較し、well-beingの低下速度や倦怠感の増悪速度が緩やかである。
Albrechtら (2012年)	疼痛、倦怠感、呼吸困難、便秘、不眠を改善するため、安全で簡単な運動を日常生活に取り入れられないか腫瘍医と検討すべき、と結論。

(がんのリハビリテーション診療ガイドライン第2版より)



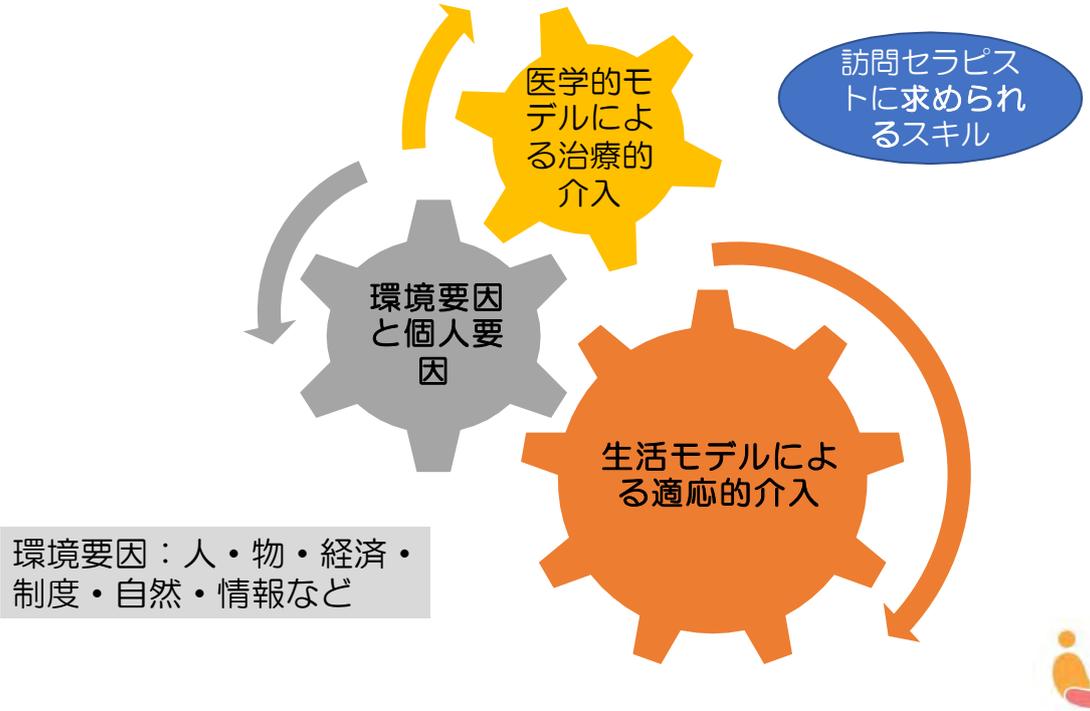
## 病院リハビリと在宅リハビリの相違点

病院緩和ケアにおけるリハビリ	在宅緩和ケアにおけるリハビリ
不慣れた病院で提供	住み慣れた自宅や施設で提供
病室やリハビリ室でリハビリを行う	自室や居室でリハビリを行う
フラットフロアでバリアフリー環境	敷居や段差などのバリアがある
物理療法機器やシミュレーターが具備 福祉用具類も多数存在	場面に応じて福祉用具が必要 生活環境に合わせた設定をさせ易い
患者家族と生活時間が異なるので、コミュニケーションがとり難い	生活を共にしている家族とは、コミュニケーションがとりやすい
多職種による医療チームが身近にいるので、連携が取り易い	往診医の診療所や訪問看護師のステーションとリハビリ事業所が離れていることがあり、連携に工夫が必要
リスク管理し易い	緊急時の対応を含め、包括的知識や対応力、報告・連絡・相談も求められる
外出や外泊などを含め、リハビリは制限的な場合がある	リハビリの自由度が高い

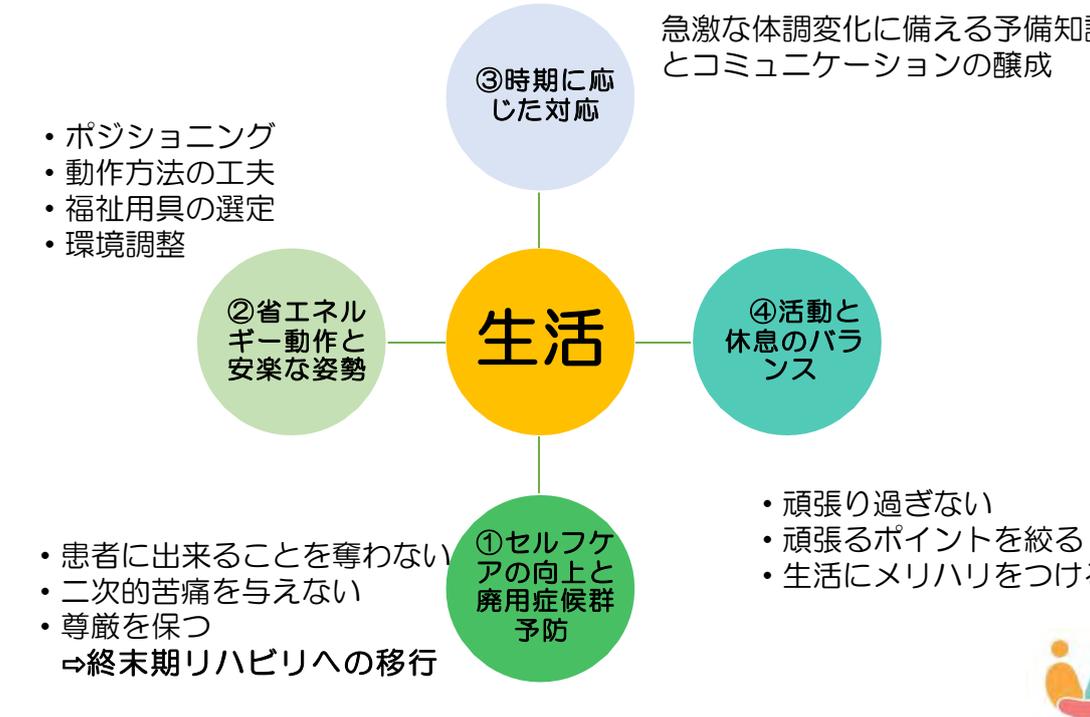
## 在宅医療移行後のリハビリテーション専門職のかかわり



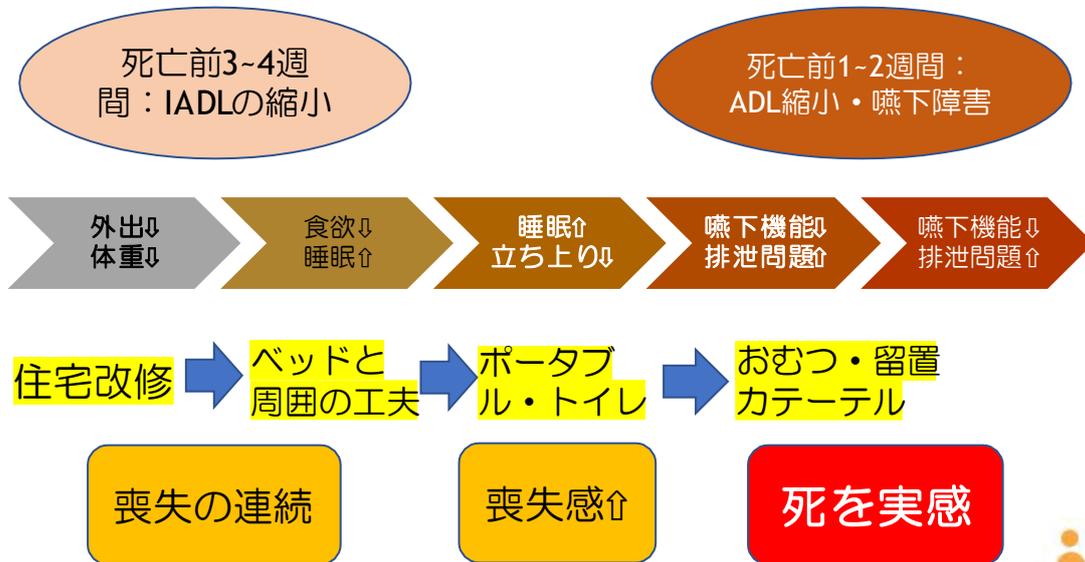
在宅医療移行後のリハビリテーションの実践内容 1/3



在宅医療移行後のリハビリテーションの実践内容 2/3



## 予後1か月でのリハビリテーション専門職のかかわり



## がんリハビリに必須の知識

	身体的次元	精神的次元	社会的次元	スピリチュアル次元
1.がん自体による障害 →腫瘍学	痛い、息苦しい、倦怠感、筋力・体力低下/体重減少	抑うつ 心因反応	休職、退職 休学、退学 経済的圧迫	発病したこと 人生の最終段階を思う 死を意識する
2.がん治療による障害 →臨床腫瘍学	局所治療の後遺症・後遺障害 全身治療の後遺症・後遺障害	不安・恐怖 抑うつ 否認 譫妄（意識障害）	家庭的役割・社会的地位の喪失 ＜孤独＞ 保険資格の喪失	自分だけが、がんの治療に苦しんでいる 辛いだけなら止めたい 意味のない治療の継続
3.二次的障害/1.2.に含まれない →リハビリテーション医学	廃用症候群 ①不働性 ②脱重力性	廃用症候群（心理機能低下） 失見当・記憶障害	社会機能の低下 関係性の喪失 ＜孤立＞	常識崩壊/当り前の喪失 「動けないこと」の辛さ→動けないのは植物人間
4.担がん者の反応 →精神腫瘍学	心身症	睡眠障害/譫妄状態 死の恐怖 死の過程への不安	社会的苦痛	心（魂）の苦痛 ⇒精神腫瘍学の範疇超越 →宗教や哲学の対応

