

症例報告

臨床各科との連携のもと、積極的な リハビリテーション介入にて在宅復帰が 可能となった進行がん患者の3症例

昭和大学医学部リハビリテーション医学講座

稲葉 宏 笠井 史人 加藤 泉
鮫島 光博 和田 真一 渡辺 英靖
佐藤 新介 水間 正澄

昭和大学保健医療学部リハビリテーション医学

川手 信行

要約：急性期病院臨床各科との連携にて積極的リハビリテーション（以下リハ）の介入に成功し、在宅復帰レベルまでの改善を果たし得た進行がん患者の3症例を経験したので報告する。症例1：75歳，男性，肝細胞がん。症例2：44歳，男性，大腸がん・肝転移・腹膜転移。症例3：77歳，男性，直腸がん，であった。何れの症例も，急性期病院臨床各科による疾病のコントロールおよび当院当科におけるリハ・在宅復帰調整の共同作業が十分に機能を果たし，早期のADL改善が認められた。1症例のみ，当科退院直前に肺炎を発症したため在宅退院が達成できず，急性期病院転院にての精査・治療を行うこととなったが，他の2症例は，本人・家人の希望通り，早期の在宅退院を果たし得た。従来から，がん治療の領域におけるリハへの期待・要望は大きなものがある。そして近年，その期待・要望は更に大きなものとなりつつある。それらに十分に應えるため，今後はさらに深く急性期病院臨床各科とコミュニケーションを綿密に取り，ケースに応じた細やかな対応を考えた上での積極的リハ介入を行っていく必要があると考えられた。

キーワード：がん，リハビリテーション，在宅退院

リハはがん治療の重要な一分野として位置づけられていたが，近年，その必要性が急速に認識されつつある。今回，急性期病院臨床各科の治療終了後にリハ目的にて当院当科へ転科し，急性期病院臨床各科との連携・協力により積極的リハの介入を行い，以前では困難であったと予想される，早期在宅復帰レベルまでの改善を果たした進行がん患者3例を経験したので，若干の文献的考察を加えて報告する。

症 例

症例1

患者：75歳，男性。

診断名：肝細胞がん。

現病歴：C型肝硬変・肝細胞がん・腹水・食道静脈瘤を指摘され急性期病院内科へ入院。同院同科入

院時，肝硬変・肝細胞がんは既に進行しており，積極的治療の適応外と診断された，食道静脈瘤破裂に対する予防的治療（食道静脈瘤硬化療法）を施行した後，経過中併発した廃用症候群に対するリハ目的および在宅復帰調整目的に当院当科へ転入院となった。

入院時現症：意識：清明。ROM：制限認めず。MMT：四肢体幹4レベル。基本動作：座位保持自立・立ち上がり軽介助・立位保持介助。

入院時余命予測：入院時約1か月（肝細胞癌に関しては告知済みだが，余命予測に関しては未告知）。

社会的不利：高齢の妻との二人暮らしによる介護力不足，年金生活による経済的制限，バリアフリー対策未施行の住宅。

リハプラン：廃用症候群・腹水大量貯留により離

床が難しかったため、ベッド上にてのROM改善・筋力増強目的のリハビリより導入。同時に、腹水穿刺を実施した。また、入院時より本人・家人の強い希望である早期在宅退院を目指した。

経過：腹水の改善と並行して、リハビリにおける運動負荷を徐々にアップさせていった。最終的には、車椅子を利用してADLが自立した。急性期病院の内科医と連携・協力して治療を行うことにより、原疾患の管理を徹底する一方で、当科において住環境改善・社会資源導入等の在宅復帰調整を行い、入院17病日に退院し、在宅生活復帰を果たした。

退院後経過：退院後、1週間程度は自宅にて落ち着いた生活を送ることが可能であった。しかし、退院後1週間を経過した頃より、次第に全身状態の増悪が認められ、急性期病院内科へ再入院となった。当科を退院14日経過後、急性期病院内科へ入院のまま死亡した。

症例2

患者：44歳，男性。

診断名：大腸がん・転移性肝がん・腹膜転移。

現病歴：以前より大腸がん・転移性肝がんにて、急性期病院外科にてフォローアップを受けていた。人工肛門増設術施行後、化学療法（BV + XELOX）を継続していた。化学療法経過中に脳梗塞を発症。化学療法を一時中断の上で同院脳神経外科転科、保存的治療を優先的に施行することを選択された。その後の経過は極めて良好であった。全身状態が十分に改善したことを確認後、脳梗塞後遺症に対するリハビリ目的および在宅復帰調整目的に当科へ転入院となった。

入院時現症：意識：清明。ROM：制限認めず。右片麻痺・Brunnstrom stage：上肢Ⅰ-手指Ⅰ-下肢Ⅰ。失語症：錯語+・従命不可・会話不成立。基本動作：座位保持自立・立ち上がり介助・立位保持介助。

入院時余命予測：約2年（大腸がん・転移性肝がん・腹膜転移に関しては告知済みだが、余命予測に関しては未告知）。

社会的不利：家屋環境・経済面・介護力等に問題は認められなかった。

リハビリ：当科におけるPT・OT・ST訓練と、急性期病院外科における化学療法（XELOX）を並行して実施した。2日間の外科入院・化学療法とイ

ンターバル期間の21日間の当科入院（リハビリ）を交互に施行し、本人・家人の希望である、可能な限り早期の在宅退院を目指した。また、本人の強い希望である復職を、在宅退院の延長線上のゴールとして設定を行った。

経過：急性期病外科入院加療・当科入院加療のタームを5クール終了時、リハビリ科的再評価を行った。右片麻痺・Brunnstrom stage：上肢Ⅲ-手指Ⅲ-下肢Ⅲ。失語症：従命が中等度可能となり、会話も一部可能となった。車椅子を利用してADLが自立になるまで改善を認めた。在宅にてのがん治療継続が可能であることを確認の上で、家人の協力の下、自宅にての生活の自立が可能と判断し、当科入院後139病日、在宅退院となった。退院時、復職に関しては、退院後の体調・経過を観察の上で検討を行う予定とした。

退院後経過：在宅退院後もリハビリを継続し、車椅子を利用して職場までの通勤が可能となり、勤務時間短縮での形態ではあつが、本人・家人の強い希望であった現職への復職を果たすことができた。退院後、2年を経過する頃より全身症状が不安定となり、急性期病院外科への入退院を繰り返すようになり、約2年6か月経過後、同院外科へ入院のまま、死亡した。

症例3

患者：70歳，男性。

診断名：直腸がん。

現病歴：ポリオ（両下肢麻痺）・脳梗塞（右片麻痺）の既往があつたが、ADLは車椅子を利用して自立していた。直腸がんのに対しては、以前より急性期病院消化器外科にて手術を含む治療が行われていた。しかし、経過中に直腸がんに対する積極的な治療は適応ないと判断され、姑息的手術（人工肛門造設術）が行われた。その際に併発した廃用症候群の改善および在宅復帰調整目的に当科へ転入院となった。

入院時現症：意識：清明。ROM：右下肢を中心に拘縮を認める。MMT：両上肢4・左下肢4・右下肢2。基本動作：座位保持自立・立ち上がり介助。がん性疼痛を認める鵜。

入院時余命予測：約3か月（大腸がんに関しては告知済みだが、余命予測に関しては未告知）。

社会的不利：高齢の妻との二人暮らしによる介助

力不足。

リハビリ：急性期病院麻酔科コンサルトの上で、鎮痛薬・姿勢変換等にて疼痛コントロールを行い、同時にリハ導入を計画。最終的には直腸がん発症以前の生活レベル（車椅子を利用して生活ができるレベル）までの回復を図った上での早期在宅復帰を立案した。

経過：解熱・鎮痛・抗炎症薬の投与や姿勢変換等による疼痛コントロールは良好で、リハは順調に進んだ。入院時FIMは40点であったが、入院45日には52点と、ADLが改善した。試験外泊も家人の協力の下、支障なく終了し、在宅復帰可能レベルへ回復したものと診断した。住環境改善・社会資源導入等の在宅調整の手配も完了し、在宅退院の準備が整った。しかしながら、入院52病日に在宅退院の予定となっていたが、退院2日前（入院50病日）、肺炎を発症したため、急遽、急性期病院へ精査治療目的にて転院となった。

退院後経過：急性期病院内科へ転科後、同科にて保存的治療を受けていたが、原疾患の影響もあり、全身状態は一進一退の状態を繰り返した。当院退院後2か月が経過した頃より急速に全身状態が増悪した。当退院67日経過後、急性期病院より在宅退院することなく、急性期病院内科へ入院のまま死亡した。

なお、本文中の入院時余命予測は、当科入院時に主治医と詳細な検討を行った上で、最終的には主治医の総合的判断に従った。また、本来であれば、リハのゴール設定を行う際に、余命予測を含む情報を患者本人・家族へ提示し、協議する必要があるが、しかしながら、3症例とも急性期病院にて余命予測の告知を受けておらず、家人の強い意向もあったため、余命予測の患者本人への告知は控えてゴール設定を行った。

考 察

わが国では、がん治療終了後、がん治療中のがん生存者は1999年末で、5年未満がん生存者が137万人・5年以上の長期生存者が161万人、計298万人と推測されている。しかし、2015年末には、前者が225万人・後者が308万人、計533万人に達し、『日本人の3人に2人ががんにかかり、2人に1人ががんで亡くなる』と予想される。一方、2015年

にがん罹患患者の増加はピークに達し、以後横ばい状態が続くとも予想されている。いわゆる、“がんの2015年問題”と称される問題である¹⁾。

加えて、医学の発展により、がんの死亡率は年々減少傾向を示している。現在、少なくともがん患者の半数以上が治る（がん治療後5年生存可能）とされる²⁾。がんは“不治の病”から“共存する病”になりつつある。

その結果、Lehmannらの調査にみられるように、がん患者805名のうち、438名がセルフケアや移動などリハに関する問題を抱えていることが報告されており³⁾、それはすべての領域のがん患者で共通することであると推測される。

このような状況のもと、がん治療の現場におけるリハの必要性は増加してきており、特に高度がん専門医療機関においては、リハ科への需要はますます増大傾向が認められている⁴⁾。

現状では、回復期リハ病棟などの病棟においては、医師スタッフがリハ科系医師のみで構成されている場合が多い。当院でも数年前までは、リハ科医師以外の医師スタッフは、整形外科医と神経内科医のみであった。従って、重篤な併存症を抱えた患者のリハに関しては積極的リハ対応を行うことが困難であったため、後手に回る事例を多数経験した。

近年、がん併存患者を含めた重症入院患者の増加に伴い、内科を中心とした専門医の当院への手厚い配置が行われるようになり、その結果、今回のように各科専門医と積極的に連携・協力をして、より効果的なリハ導入・リハ対応を行うことが可能となった。

がん治療に対する対応は、各診療科において異なっているが、リハ科での、がん患者への治療目標は、『“がんとその統合的な治療過程において受けた身体的および心理的な種々の制約に対して、個々の患者が属するそれぞれの家庭や社会へ、可能な限り早く復帰することができるように導いていくこと”にある。』とされている^{5,6)}。がん患者に対する具体的なリハの方法論としては、『Dietzの分類』による病期別分類がよく知られている。①予防的 (preventive) リハ、②回復的 (restorative) リハ、③維持的 (supportive) リハ、④緩和的 (palliative) リハ、の4期に分類され、各病期毎に実施すべきリハの目的・手法・態度などが示されている (Table 1)^{7,8)}。

何れの段階もリハビリ治療の対応であり、リハビリの目的は単に余命の限られたがん患者の機能の維持、緩和のみだけでなく、予防や機能回復・改善もリハビリの役割である^{9,10)}。

この『Dietzの分類』に従えば、症例1は④に、症例2は①・②・③に、症例3は③・④に属するものと思われる。

症例1は、余命予測1か月の肝細胞がん患者に対して、早期在宅退院を目標としたリハビリを試みた症例である。本症例は、肝細胞がんの他に肝硬変・食道静脈瘤、それらの疾病に伴う腹水と併存症も重篤であった。腹水穿刺を行って、患者の身体機能の改善を行い、リハビリ導入の平易化を図った。また、腹水穿刺による腹水の軽減そのものが患者QOLの改善につながるリハビリ的技法でもあったと考えられた。入院当初に立案したリハビリ通りに経過し、早期在宅退院を果たし得たのは、急性期病院と密接な連携を組んだリハビリの大いなる成功といえる。

症例2は、脳梗塞を合併した予後予測2年の大腸がん患者に対して、化学療法とリハビリ治療の同時アプローチを試みた症例である。転移性肝がん・腹膜転

移が認められたが、大腸がんそのものは、余命予測が短いターミナル状態であるとは言えなかった。しかしながら、重篤な脳梗塞後遺症を併存している上に、44歳と年齢も若く、今後の人生も考慮して最大限の機能回復を目指す効果的なりハビリを行う必要があると考え、リハビリプランに沿ってリハビリプログラムの立案・実施を行った。当科退院後に、生活の自立を実現、時間短縮ではあったが、現職復帰をはたすことができたことは、多発転移を伴ったがん患者のりハビリアプローチとして大きな成功であったと考える。

症例3は、ポリオ後遺症・脳梗塞後遺症の併存疾患と、がんによる疼痛が問題の症例であり、特に疼痛のコントロールにりハビリアプローチが有効であった。がん患者の70%は治療が必要な疼痛を有すると推測されている¹¹⁾。疼痛はりハビリにおける大きな障害因子であり、訓練を実施する上で、疼痛コントロールがうまくなされているかどうかは非常に大きな問題である。当科においては、がんの疼痛コントロールに対する対応は、原則的にWHOの段階的疼痛治療に準じて治療を行っている^{12,13)}。すなわち、第1段階は非麻酔薬性鎮痛剤、第2段階は弱い鎮痛

Table 1 Classification of Cancer Rehabilitation by Disease Stage

① Preventive rehabilitation	This therapy is started soon after the diagnosis of cancer is made, that is, before or immediately after surgery, radiotherapy, and/or chemotherapy. At this stage, no significant physical impairment exists, but therapy is started to prevent functional loss.
② Restorative rehabilitation	This therapy is directed at comprehensive restoration of maximum function for patients considered to have “cured or controlled” cancer but who have a residual physical impairment and disability.
③ Supportive rehabilitation	This therapy attempts to increase the self-care skills and mobility of cancer patients with growing malignancies and progressive impairment and disability. Rapid, effective methods, for example, providing appropriate assistive devices and the teaching of simple techniques for self-care, are applied. Supportive rehabilitation therapy also includes physical exercises to prevent the effects of immobilization, such as joint contractures, muscle atrophy, weakness, and pressure sores.
④ Supportive rehabilitation	This therapy attempts to increase the self-care skills and mobility of cancer patients with growing malignancies and progressive impairment and disability. Rapid, effective methods, for example, providing appropriate assistive devices and the teaching of simple techniques for self-care, are applied. Supportive rehabilitation therapy also includes physical exercises to prevent the effects of immobilization, such as joint contractures, muscle atrophy, weakness, and pressure sores.

Dietz JH: Rehabilitation of the cancer patients. *Med Clin North Am*, 53 : 607-624, 1969.

Table 2 Patients Eligible for Therapy at the Department of Cancer Rehabilitation (i.e., hospitalized cancer patients who meet any of the following criteria and, in the opinion of the physician, require individualized cancer rehabilitation)

- ① Patients with a diagnosis of mediastinal tumor, or esophageal, lung, gastric, liver, gallbladder, pancreatic or colon cancer who will undergo or underwent surgery for the cancer with closed circuit general anesthesia during hospitalization.
- ② Patients hospitalized for tongue, oral, pharyngeal, laryngeal or other types of cancer, requiring dissection of the cervical lymph nodes, who will undergo or underwent radiotherapy or surgery with closed circuit general anesthesia during hospitalization.
- ③ Patients hospitalized for breast cancer who will undergo or underwent mastectomy with lymph node dissection during hospitalization and who have a risk of impaired joint mobility of the shoulder post-operatively.
- ④ Patients who will undergo or underwent limb salvage or amputation, a fixation procedure such as external skeletal fixation and pin fixation, chemotherapy, or radiotherapy for the treatment of bone and soft tissue tumors or bone metastasis during hospitalization.
- ⑤ Patients with primary or metastatic brain tumors who will undergo or underwent any surgery or radiotherapy during hospitalization.
- ⑥ Patients who will undergo or underwent chemotherapy or hematopoietic stem cell transplantation for hematologic malignancies during hospitalization.
- ⑦ Patients who will undergo or underwent chemotherapy that may cause myelosuppression during hospitalization.
- ⑧ Among patients with advanced or end – stage cancer who are receiving treatment at home, mainly consisting of palliative care, those who are temporarily hospitalized for the treatment of worsening symptoms and require rehabilitation with the aim of returning home.

厚生労働省：平成22年度診療報酬改正における主要改定項目について。より改変

作用の麻薬性鎮痛薬（コデイン・ペンタゾシン）、第3段階では強い鎮痛麻薬（モルヒネ）を用いる。しかし、本症例では、急性期病院麻酔科コンサルトの上で、解熱・鎮痛・抗炎症薬の投与と姿勢変換による疼痛コントロールで良好な効果を示した。そのため、副作用の多いより強力な鎮痛剤・鎮痛麻薬を使用することなく、疼痛コントロールができたと思われる。残念ながら、2日後に在宅退院の予定であったが、肺炎のため内科転科となり、早期在宅退院が実現できなかったが、リハアプローチにより疼痛が軽減でき、機能や能力を向上できた症例であった。

姿勢変換によるがん性疼痛誘発の報告は散見されるが、姿勢変動によるがん性疼痛コントロールの報告はみられなかった。本症例の場合、他臓器への直接浸潤がなく、姿勢変動により腫瘍の圧迫の部位や程度が変化したことにより、がん性疼痛のコン

ロールが良好となったものと考えられる。

がん患者の急激な増加、特にがんと共存する患者の増加に対する対策として、日本国内においては、2006年6月に『がん対策基本法』¹⁴⁾が制定され、基本施策として、がんの予防および早期発見の推進、研究の推進などと並んで、がん医療の均てん化の促進などが挙げられている。また、2010年度の診療報酬改定においては、『がん患者リハ料』が新規で算定可能となった (Table 2)¹⁵⁾。

しかし、法律が制定されたとは言え、治癒を目指した治療からQOLを重視したケアまで、切れ目のない支援を目的とした場合、現状では、わが国のがん診療は未だ不十分であると考えられる¹⁶⁾。このようながん治療の流れの変化は、リハ科においても、更なる積極的な対応が求められているものと考えられる。特にがん患者に対するリハプログラムの立案は、がん自体による局所・全身の影響・治療の副作

用・臥床や悪液質に伴う身体障害に大きく左右される。生命予後の観点から、患者のニーズに合った、より具体的なプログラムを立案することが大原則である^{17,18)}。また、リハプログラムの立案時、経過観察後に行われるリハプログラムの適切な変更時においても、リハ専門病院・病棟のスタッフ間でがん治療に対する知識を深め学んでゆく積極的な姿勢が必要である。今後は、今回の症例で実施し得なかった、予後予測を明確に提示した上での、各患者目線のリハプランの立案と実施を行っていく必要性があると考えられた。

今回、急性期病院よりの紹介を受け、従来のリハ治療にては在宅復帰が困難であったと思われた進行がん患者3症例の経過を報告した。

がん患者に対するリハプログラムは、がん自体による局所・全身に対する影響、治療による副作用、臥床や悪液質に伴う身体障害に大きく左右される。生命予後などの観点から、患者のニーズに合致した、より具体的なプログラムを立案するのが大原則である^{17,18)}。また、治療のスケジュールを把握し、治療に伴う安静度や容態の変化をある程度予測しながら、リハプログラムを俯瞰して変更していく必要がある⁹⁾。しかしながら、当院のようなりハ専門病院においては、各科医師の不在もあり、十分な対応が行うことができなかつた。今回、各科医師との積極的コミュニケーションを図ることで、がんがもたらす身体的影響を抑えることができ、より積極的なリハの導入を実施し、在宅復帰を目指すことが可能になったと考える。

がんを専門とした各科医師との連携・協力を深めることにより、症例ごとに適した積極的リハプラン・リハプログラムの立案・検討が可能となり、がん患者の在宅復帰・在院期間短縮・ADL改善・QOL改善が実現出来たと考える。今後は、がん患者であっても状態によっては在宅退院を目標にするなど、より高い目標を目指したりハの必要な患者も増加すると予想され、回復期リハ病棟での対応が必要となる症例も増加するものと思われる。そのためにも、各科医師とリハ科医師を含めたりハスタッフとの緊密なコミュニケーションが重要と思われる。最後に、がん患者のりハの目標達成のためには、リハ科医師を含めたりハスタッフになお一層の切磋琢磨が求められており、その期待に十分に答えていく

責任があると考えられる。しかしながら、一連の経験を通して、がん治療終了後の各科医師のりハに対する認識は低く、更なる啓発活動も必要であると思われる。

文 献

- 1) 山口 健. がん生存者の社会的適応に関する研究. 厚生労働省がん研究助成金による研究報告集. 平成14年度. 2003. pp180-182.
- 2) がんの統計編集委員会編. がんの統計 '05 (Internet). 東京: 公益財団法人がん研究振興財団; 2005. (2010年7月10日アクセス) http://ganjoho.jp/professional/statistics/backnumber/2005_jp.html
- 3) Lehmann JF, DeLisa JA, Warren CG, *et al.* Cancer rehabilitation: assessment of need, development, and evaluation of a model of care. *Arch Phys Med Rehabil.* 1978;59:410-419.
- 4) 辻 哲也, 木村彰男, 山口 健. 悪性腫瘍(がん)のりハビリテーション 静岡がんセンターの取り組み. 総合リハ. 2003;31:843-849.
- 5) Ragnarsson KT, Thomas DC. Principles of rehabilitation medicine. In *Bast RC Jr., Gansler TS, Holland JF, et al. eds. Cancer Medicine.* 5th ed. Hamilton, Ont.: BC Decker Incorporated; 2000.
- 6) Gerber LH, Vargo M. Rehabilitation for patients with cancer diagnoses. In *DeLisa JA, Gans BM, Bockenek WL, eds. Rehabilitation Medicine: principles and practice.* 3rd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1998. pp1293-1317.
- 7) Dietz JH Jr. Rehabilitation of the cancer patient. *Med Clin North Am.* 1969;53:607-624.
- 8) 辻 哲也. 悪性腫瘍(がん). 千葉直一編. 現代りハビリテーション医学. 改訂第3版. 東京: 金原出版; 2009. pp493-505.
- 9) 辻 哲也: がんのりハビリテーションの概要. がんのりハビリテーションマニュアル 周術期から緩和ケアまで. 東京: 医学書院; 2011. pp23-37.
- 10) Dietz JH. Rehabilitation oncology. New York: John Wiley & Sons; 1981.
- 11) Portenoy RK. Cancer pain: pathophysiology and syndromes. *Lancet.* 1992;339:1026-1031.
- 12) 世界保健機関編. がんの痛みからの解放 WHO方式がん疼痛治療法. 第2版. 東京: 金原出版; 1996.
- 13) 日本緩和医療学会緩和医療ガイドライン作成委員会編. がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン 2010年版. 東京: 金原出版; 2010.
- 14) 厚生労働省. がん対策基本法. 平成23年8月30日法律第105号. (2010年7月10日アクセス) <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H18/>

- H18HO098.html
- 15) 厚生労働省. 平成 22 年度診療報酬改定における主要改定項目について. (2010 年 7 月 10 日アクセス) <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken12/dl/index-003.pdf>
 - 16) 辻 哲也, 里宇明元. 癌のリハビリテーションの概要 癌のリハビリテーションの歴史と基本概念. 辻 哲也, 里宇明元, 木村彰男編. 癌のリハビリテーション. 東京: 金原出版; 2006. pp53-59.
 - 17) 辻 哲也. 悪性腫瘍(がん)のリハビリテーション. 千野直一, 安藤徳彦, 大橋正洋, ほか編. 内部障害のリハビリテーション. 東京: 金原出版; 2006. pp88-97. (リハビリテーション MOOK; 14)
 - 18) 辻 哲也, 木村彰男. 癌のリハビリテーションの実際 リハビリテーションチームと多職種チーム医療. 辻 哲也, 里宇明元, 木村彰男編. 癌のリハビリテーション. 東京: 金春出版; 2006. pp445-450.

THREE CASES OF ADVANCED CANCER WITH SUFFICIENT IMPROVEMENT TO RETURN HOME THROUGH THE COLLABORATIVE EFFORTS OF CLINICAL DEPARTMENTS OF A GENERAL ACUTE CARE HOSPITAL

Hiroshi INABA, Fumihito KASAI, Izumi KATO,
Mitsuhiro SAMEJIMA, Sinichi WADA, Hideyasu WATANABE,
Shinnsuke SATO and Masazumi MIZUMA

Department of Rehabilitation Medicine, Showa University School of Medicine

Nobuyuki KAWATE

Department of Rehabilitation Medicine, Showa University
School of Nursing and Rehabilitation Sciences

Abstract — We report three patients with advanced cancer who achieved sufficient improvement to return home through the collaborative efforts of clinical departments of a general acute care hospital. These patients included: 1) a 75-year-old man with hepatocellular carcinoma; 2) a 44-year-old man with colon cancer, with liver and peritoneal metastases; and 3) a 77-year-old man with rectal cancer. All three patients underwent successful rehabilitation and a plan for returning home was devised at our department while their diseases were controlled at the clinical departments of the general acute care hospital. This collaboration achieved early improvement of their ADL levels. Only the third patient could not be discharged due to pneumonia that developed immediately before discharge from our department. That patient was thus transferred to the general acute care hospital for further examinations and treatment; the other two patients were allowed early hospital discharge to home at the request of the patients themselves and their families. In recent years, expectations and requests for rehabilitation in oncology have been increasing. To satisfy this demand, deeper and closer communications with clinical departments of the general acute care hospital should be made to provide precise individualized care.

Key words: cancer, rehabilitation, hospital discharge to home

[受付: 5月10日, 受理: 8月2日, 2013]