

完了報告書

助成対象年度:2014年度前期

テーマ:「頭頸部がん患者における身体機能と Quality of Life の追跡調査」
ー在宅医療発展に向けた手術後1年間の前向き観察研究ー

申請者名:原 毅(国際医療福祉大学三田病院 リハビリテーション室:理学療法士)

提出年月日:2015年8月26日

研究背景

近年、早期かつ適切な診断や治療技術の進歩などががん医療の発展により生存率は改善されている一方で発生率は世界的に増加傾向にある¹⁾。我が国においてもがん生存者は、1999年末で298万人であったが2015年に533万人へ達すると予測されている²⁾。この変化に伴い、がん生存者の生活の質(Quality of Life;以下、QOL)の維持や職業復帰など退院後の生活状況が重要視されている³⁾。わが国では、2006年にがん対策基本法が成立し、基本的施策に「がん患者の療養生活の質の向上」があげられている。また、2010年度診療報酬改定では、「がん患者リハビリテーション料」が新設されるなどリハビリテーション(以下リハ)分野も含めたがん医療の提供が求められている。

頭頸部がん(口腔、咽頭、喉頭、耳下腺、甲状腺など)は、罹患率が全罹患部位の5%程度⁴⁾と低いが、適用される手術治療の切除範囲が広範囲に及ぶことが多く皮弁による再建術が施行される場合や反回神経や舌咽神経など嚥下機能に重要な神経が切除されている場合など、手術後に嚥下障害が発生する可能性が高い⁵⁾。また、頸部郭清術が標準的に施行され、郭清範囲による手術後高頻度に頸部や肩甲帯の痛みやしびれが発生し⁶⁾、副神経を保存した場合でも僧帽筋の完全もしくは不完全麻痺による上肢の運動機能障害が出現することが多い⁷⁻⁹⁾。これら手術後の後遺症に対する機能回復の手段として周術期リハが有用と考えられている⁵⁾。実際に頭頸部がん患者を対象に実施された介入研究は、主に国外から報告され国内からの報告は僅かである。頭頸部がん患者に対する積極的な嚥下機能訓練は、手術により失われた嚥下機能の欠損・低下を克服し¹⁰⁾、化学療法・放射線治療同時併用療法に伴う嚥下機能の低下を最小限に食い止める効果が期待できる^{11,12)}と報告されている。また、積極的な身体機能訓練は、頸部郭清術後に発生する頸部、肩甲帯の痛みやしびれを軽減し¹³⁾、低下した上肢運動機能を改善する¹³⁻¹⁷⁾と報告されている。これら機能改善や症状緩和により頭頸部がん患者のQOLは著しく向上すると報告されている^{10,16,18,19)}。

しかしながら、頭頸部がん患者の手術後後遺症に着目して手術前から在宅復帰後まで長期間経過を客観的かつ定量的に観察した先行研究は、頭頸部がんの罹患率が全がん中5%と低いことから世界的にも少なく、がん医療の中でも未発展な領域である。今後我が国では、人口構造の高齢化や更なるがん医療の発展などにより、頭頸部がんの罹患者数および治療後の生存者数が増加することが推測される。このことから頭頸部がん患者に対するリハ分野も含めた新たな在宅医療の基盤形成が重要であり、早急に検討する必要があると考える。

目的

本研究では、頭頸部がん患者を対象に身体機能とQOLを周術期から在宅生活期(手術前から手術後1年間)にかけて追跡調査し、同対象における身体機能の回復状況やQOL(自覚的健康感や手術後後遺症)の状況を明らかにする。この検討より頭頸部がん治療経験者のための在宅医療の基盤形成に向けた基礎データを収集、解析することを目的とした。

対象(表 1)

周術期頭頸部がん患者 37 例(男性 30 例, 女性 7 例, 年齢 56.4±11.8 歳:平均値±標準偏差)

取り込み基準

- 1) 手術前より運動・認知機能に障害を認めない者(Functional Independence Measure が満点)
- 2) 頸椎疾患の既往がない者
- 3) 中枢疾患の既往がない者
- 4) 骨転移が認められない者
- 5) 同意書所得時の年齢が18歳以上の者, 本人より文章による同意が得られている者

除外基準

- 1) 手術後経過観察中に死亡した者
- 2) 手術後補助療法中に重度の有害事象を認め調査継続が困難であった者

表1 対象者の基本属性

		周術期頭頸部がん患者
対象者数(例)		37
年齢(例)		56.4±11.8
性別(例)	男性	30
	女性	7
がん進行度(例)	I	3
	II	18
	III	5
	IV	11
診断名(例)	舌癌	11
	口腔底癌	6
	中咽頭癌	5
	下歯肉癌	4
	上顎癌	3
	頬粘膜癌	1
	喉頭癌	1
	甲状腺癌	1
	嗅神経芽細胞腫	1
	外耳道癌	1
	耳下腺癌	2
手術術式(例)	部分切除術	8
	頸部郭清術	35
	皮弁再建術	29
手術時間(分)		426.4±160.9
出血量(ml)		402.3±328.9
Body Mass Index(kg/m ²)		22.7±4.0
在院日数(日)		33.6±15.6

手術時間, 出血量, Body Mass Index, 在院日数は平均値±標準偏差で表記
診断名, 手術術式は重複症例あり

方法

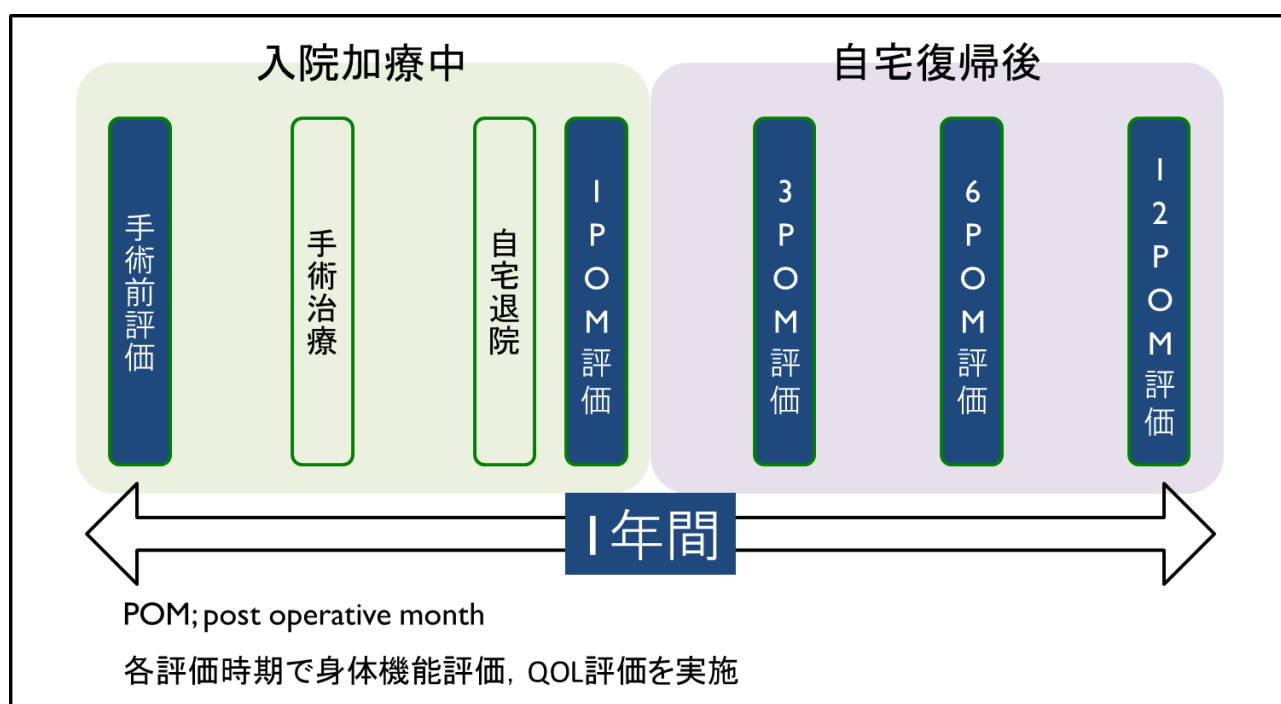
1. 研究デザイン

前向き観察研究

評価時期

- 1) 手術日より1日以上前の時期(以下手術前)
- 2) 手術日より1ヶ月前後経過した時期(以下 1POM)
- 3) 手術日より3ヶ月前後経過した時期(以下 3POM)
- 4) 手術日より6ヶ月前後経過した時期(以下 6POM)
- 5) 手術日より12ヶ月前後経過した時期(以下 12POM)

手術前をベースラインに設定し、計5つの評価時期に身体機能評価および QOL 評価を実施する。



2. 身体機能評価

- 1) 6分間歩行距離(6-minute walk distance: 6MWD)

6分間歩行距離は、対象者に対してアメリカ胸部医学会のガイドライン²⁰⁾に基づき説明し、歩行用距離測定器(SDM-1, セキスイ樹脂)を用いて評価した。本研究における6MWDの禁忌事項として、耐えられない手術創部の疼痛や呼吸困難、胸痛、大量の発汗、顔面蒼白、チアノーゼが出現した場合を中止基準とした。計測動作は、対象者が勾配のない50mの歩行路を6分間可能な限り往復することとし、歩行距離(m)を計測した。

- 2) 肩関節可動域測定

肩関節可動域測定は、ゴニオメーター(関節角度計)を使用し、日本整形外科学会の測定法に準じ、立位姿勢での自動肩関節外転可動域(°)を計測した。計測値は、頸部郭清側と非頸部郭清側に分類した。

- 3) 筋力測定

筋力は、握力で評価した。握力は、スمدレー式デジタル握力計(グリップ D, 竹井機器)を使用し、厚生労働省 体力・運動能力調査に準じて計測した。計測値には、利き手側あるは前腕皮弁採取する症例では非手術側を2回ずつ計測し最大値(kg)を採択した。

4) 上肢障害評価(Disability of the Arm, Shoulder and Hand: DASH)

上肢障害評価表(Disability of the Arm, Shoulder and Hand: DASH)を用い、生活状況を評価した。DASH 得点は 0~100 点で採点され、点数が高いほど日常生活上での上肢機能障害が重度となる。

3.QOL 評価

1) 健康関連 QOL

健康関連 QOL は、Short-Form 36-Item Health Survey version 2 (以下 SF36)を使用し評価した。SF36 は、自己記入式の質問用紙を対象者に記入してもらい、認定 NPO 法人健康評価研究機構 iHope International が推奨している SF-36v2TM 日本語版スコアリングプログラムを使用して得点化した。SF36 を構成している 8 つの健康概念である、身体機能(Physical functioning; 以下 PF), 身体的日常役割機能(Role physical; 以下 RP), 体の痛み(Bodily pain; 以下 BP), 全体的健康感(General health perceptions; 以下 GH), 活力(Vitality; 以下 VT), 社会生活機能(Social functioning; 以下 SF), 精神的日常役割機能(Role emotional; 以下 RE), 心の健康(Mental health; 以下 MH)の国民標準値を基準とした得点を評価値とした。国民標準値は 50 点に換算され、50 点を下回ると国民平均より健康関連 QOL が低いと定義されている。

2) がん患者 QOL

がん患者 QOL は、European Organization for Research and Treatment of Cancer(以下 EORTC)QLQ-C30 および N&N-35 を使用し評価した。EORTC QLQ-C30 および N&N-35 は、自己記入式の質問用紙を対象者に記入してもらい、マニュアルに準じて得点化した。

EORTC-QLQ-C30 得点は、自覚的健康感を Global QOL(以下 GQ), Functional scale5 項目(Physical;以下 PF, Role;以下 RF, Emotional;以下 EF, Cognitive;以下 CF, Social;以下 SF), Symptom Scale 9 項目(Fatigue;以下 FA, Nausea and Vomiting;以下 NV, Pain;以下 PA, Dyspnea;以下 DY, Insomnia;以下 IN, Appetite loss;以下 AP, Constipation;以下 CO, Diarrhea;以下 DI, Financial difficulties;以下 FI)の計 18 項目で評価する。得点は、高いほど自覚的健康感が良好であり、低いほど自覚的健康感が不良である。

EORTC-QLQ-N&N-35 得点は、頭頸部に関連する自覚症状を 18 項目(Pain, Swallowing, Senses problems, Speech problems, Trouble social eating, Trouble social contact, Less sexuality, Teeth, Opening mouth, Dry mouth, Sticky saliva, Coughing, Felt ill, Pain killers, Nutritional, Feeding tube, Weight loss, weight gain)で評価する。得点は、高いほど自覚症状が重度であり、低いほど自覚症状が軽度である。

3) 頸部郭清機能評価

頸部郭清機能評価は、厚生労働省科学研究費補助金「頭頸部がんのリンパ節転移に対する標準的治療法の確立に関する研究」班において作成された質問表と上肢挙上テストからなる頸

部郭清術後機能障害評価票(neck dissection questionnaire; NDQ)で上肢挙上テスト以外の質問票を使用し、評価した。NDQ 得点は、14~70 点で採点され、点数が高いほど自覚的な頸部郭清術の後遺症が重度である。

4.統計学的処理

統計学的処理には、評価時期を独立変数に設定した線形混合モデルの一元配置分散分析で6分間歩行距離、握力、上肢障害評価得点、SF36 得点、NDQ 得点を比較した。また評価時期と頸部郭清側・非頸部郭清側を独立変数に設定した線形混合モデルの二元配置分散分析で自動肩関節外転可動域を比較した。EORTC-C30, EORTC-H&N-35 は、手術前と12POMの時期の得点を記述統計で解析した。

5.倫理的配慮

本研究は、国際医療福祉大学三田病院の倫理委員会に承認(H24-20)され実施している。なお本研究の全対象者には、書面にて研究の趣旨や目的、研究結果の取扱などについて書面で十分に説明し同意を得た。

結果

1.手術前から在宅復帰後における身体機能変化

表2 周術期頭頸部がん患者における運動機能の経時的変化

	評価時期					統計結果	
	手術前(i)	1POM(ii)	3POM(iii)	6POM(iv)	12POM(v)		
6分間歩行距離(m)	496.8 ± 13.1	467.6 ± 13.3	505.5 ± 13.4	501.3 ± 13.4	505.2 ± 13.6	(ii) < (i) (iii) (iv) (v)*	
自動肩外転可動域(°)	頸部郭清術側(A)	165.8 ± 4.6	113.4 ± 4.8	121.1 ± 4.7	150.6 ± 4.8	164.2 ± 5.1	(ii) (iii) < (iv) < (i)*
	非頸部郭清術側(B)	164.9 ± 3.4	162.0 ± 3.5	161.9 ± 3.5	160.4 ± 3.5	160.1 ± 3.5	(ii) (iii) < (v)*, (A) < (B)†
握力(kg)	32.9 ± 1.5	29.1 ± 1.5	29.0 ± 1.5	30.5 ± 1.5	32.9 ± 1.5	(ii) (iii) (iv) < (i) (v)*	
上肢機能評価(点)	2.6 ± 2.0	20.8 ± 2.1	15.7 ± 2.1	10.3 ± 2.2	5.5 ± 2.2	(ii) (iii) (iv) > (i)* (ii) (iii) > (v)*, (II) > (IV)*	

各パラメーター評価値は、平均値±標準誤差で表記

POM: post operative month

* p<0.05(Bonferroni), † p<0.05(ANOVA), 頸部郭清要因と評価時期要因に有意な交互作用効果あり

2.手術前から在宅復帰後における QOL 変化

表3 周術期頭頸部がん患者におけるQOLの経時的変化

		評価時期					統計結果
		手術前(i)	1POM(ii)	3POM(iii)	6POM(iv)	12POM(v)	
SF36	PF	52.1 ± 1.8	38.5 ± 1.9	46.5 ± 1.8	49.7 ± 1.8	50.9 ± 1.9	(ii) < (iii) < (i) (v)* (ii) < (iv)*
	RP	47.1 ± 2.7	25.1 ± 2.9	36.3 ± 2.8	43.4 ± 2.8	45.2 ± 2.9	(ii) < (i) (iii) (iv) (v)* (iii) < (i)*
	BP	49.9 ± 1.8	41.0 ± 1.8	44.4 ± 1.8	51.7 ± 1.8	53.9 ± 1.9	(ii) < (i) (iv) (v)* (iii) < (iv) (v)*
	GH	50.2 ± 1.9	48.2 ± 1.9	50.6 ± 1.9	50.1 ± 1.9	51.7 ± 2.0	n.s.
	VT	52.6 ± 1.8	46.3 ± 1.9	51.4 ± 1.8	53.8 ± 1.8	53.5 ± 1.9	(ii) < (i) (iii) (iv) (v)*
	SF	47.4 ± 2.4	29.8 ± 2.6	43.1 ± 2.5	47.6 ± 2.5	49.9 ± 2.6	(ii) < (i) (iii) (iv) (v)*
	RE	47.1 ± 2.5	37.6 ± 2.6	44.6 ± 2.6	46.6 ± 2.6	48.5 ± 2.6	(ii) < (i) (iv) (v)*
	MH	45.8 ± 2.0	44.3 ± 2.1	51.6 ± 2.1	52.1 ± 2.0	53.8 ± 2.1	(ii) < (iii) (iv) (v)* (i) < (iii) (iv) (v)*
NDQ		14.0 ± 1.8	26.8 ± 1.8	23.9 ± 1.8	21.6 ± 1.8	17.8 ± 2.0	(ii) (iii) (iv) > (i)* (ii) > (v)*

各パラメーターの得点は、平均値±標準誤差で表記

POM: post operative month

SF36: Short-Form 36-Item Health Survey version 2, PF: Physical functioning, RP: Role physical, BP: Bodily pain, GH: General health perceptions, VT: Vitality, SF: Social functioning, RE: Role emotional, MH: Mental health

NDQ: neck dissection questionnaire

* p<0.05(Bonferroni), n.s.: not significant

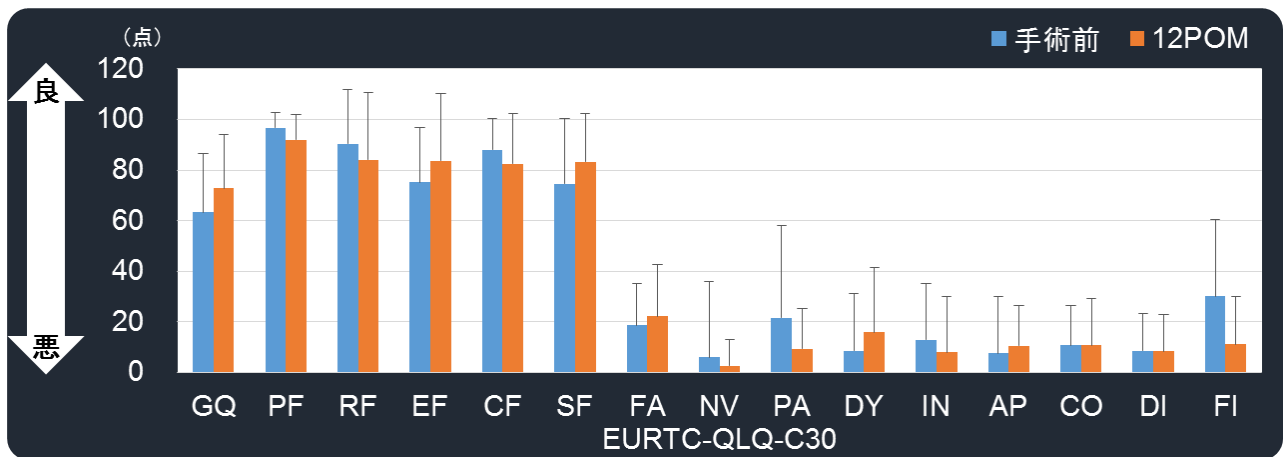


図 1 手術前と 12POM における EURTC-QLQ-C30 得点

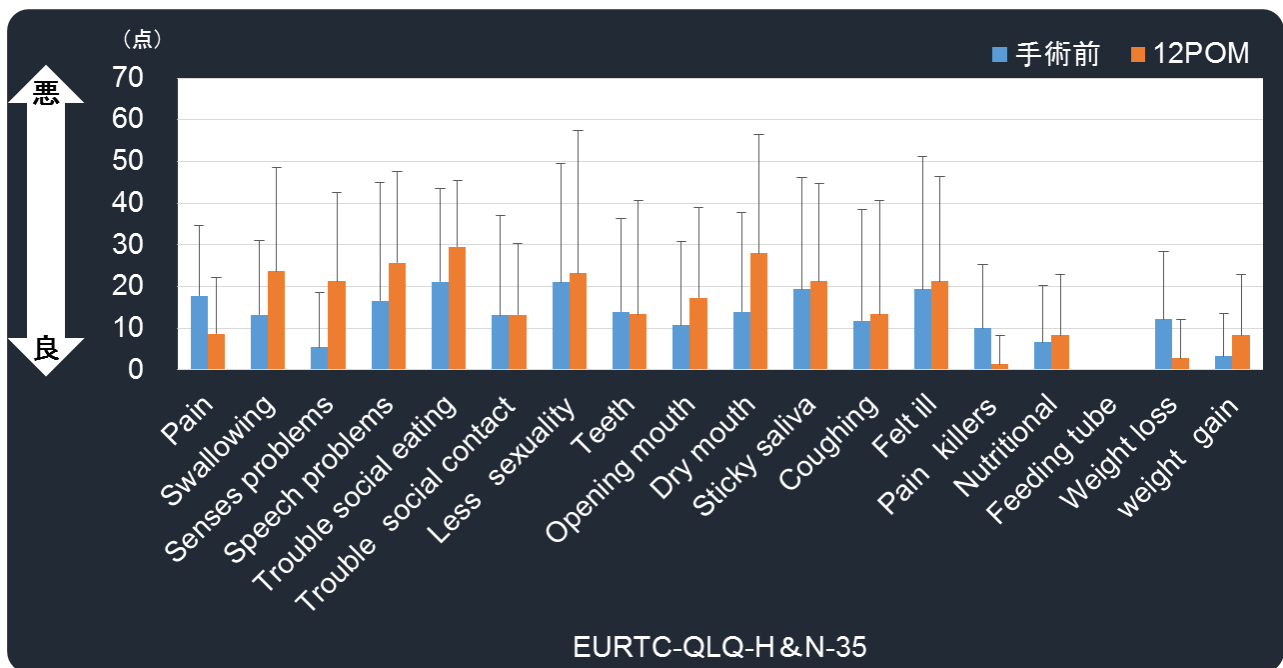


図 2 手術前と 12POM における EURTC-QLQ-H&N-35 得点

考察

周術期頭頸部がん患者の運動機能は、全ての項目で手術後一時的に有意な低下が認められた。手術治療は、手術侵襲に伴い少なからず免疫抑制が起こる²¹⁾。手術侵襲に伴い生体内では、組織損傷の修復や外部からの病原体侵入を防ぐために免疫系が活性化し、そのエネルギー源として主に全身の骨格筋からアミノ酸が放出され、蛋白異化を引き起こすといわれている²²⁾。骨格筋では、蛋白異化の亢進と同時に蛋白合成も亢進するが、異化亢進が合成を上回るため、結果的に蛋白の喪失すなわちアミノ酸の放出が起こると考えられている。このアミノ酸の放出は、生体が受ける手術侵襲の大きさに比例し増加するといわれている²³⁾。本研究の対象者である頭頸部がん患者は、約 8 割が血管吻合を伴う遊離皮弁再建術を施行されている。したがって前述した手術後発生する蛋白異化に伴う骨格筋からのアミノ酸放出は、高侵襲手術を施行された頭頸部がん患者にも発生している可能性が推察され、代謝面から手術後運動機能低下しやすい環境下にあることが示唆される。また、

上肢機能(自動肩外転可動域や上肢機能評価)の回復は、6分間歩行距離や握力と比較して遅延していることが明らかとなった。本研究で対象者に施行された頸部郭清術は、全例副神経が保存されている。副神経保存する頸部郭清術では、手術施行に際し一定時間副神経を牽引する必要がある。この手術操作に伴い副神経では、軸索損傷が発生し、上肢機能障害が出現すると考えられている。本研究で観察された上肢機能の回復経過としては、手術後大きく低下するが、その後徐々に回復し、12POMで手術前と同程度まで回復することが明らかとなった。この回復経過は、先行研究²⁴⁾と同様の傾向であり、本研究の対象者の手術後後遺症の程度は先行研究と同程度と推察される。また、NDQ得点も同様の回復経過を認め、自覚的にも手術後後遺症は改善していることが明らかとなった。

一方QOLでは、まず頭頸部がん患者の健康関連QOLが多くの項目で手術後一時的に低下し、その後良好に回復することが明らかとなった。SF36は、身体機能と関連していることが報告^{25,26)}されており、手術後の運動機能回復と同様の回復経過を辿っている可能性が示唆される。しかし一方でRF, SF, REは、手術後1年間経過した時点においても平均値が国民標準値を下回っており、対象者が日常生活上あるいは社会生活上における健康上の問題点を自覚されている可能性が示唆される。MHは手術前より有意に回復傾向にあり、積極的治療後より精神的に落ち着いていることが示唆されるが、GHが調査期間中に変化を認めず、全体的な健康感が不変であることからQOL変化に矛盾が生じている。今後、これらQOL評価項目について再検討する必要がある。次にがん患者QOLは、一般的QOLが手術前と比較し積極的治療終了後12POMでも大きく変化なく、疾患特異的QOLが疼痛のみ軽減したものの、その他自覚症状が強くなっている傾向が明らかになった。頭頸部がんは、適用される手術治療の切除範囲が広範囲に及ぶことが多く、反回神経や舌咽神経など嚥下機能に重要な神経が切除され手術後に嚥下障害が発生する可能性が高く⁵⁾、これら口腔・嚥下機能に関連する手術後後遺症を自覚されやすい。積極的治療後に全身状態が安定しても、これら口腔・嚥下機能に対する継続したリハアプローチを含む在宅医療の必要性が示唆される。

結論

頸部郭清術や皮弁再建術など高侵襲手術を施行した頭頸部がん患者では、在宅復帰後も上肢機能や口腔・嚥下機能などに客観的および自覚的に手術後後遺症を有していることが明らかとなった。また、頭頸部がん患者は、日常生活上あるいは社会生活上の健康関連QOLが健常人より低いことも明らかとなった。これらのことから頭頸部がん患者には、積極的治療終了後にも上肢機能や口腔・嚥下機能、精神機能に対するリハアプローチを含めた在宅医療充実の必要性が示唆される。しかしながら本研究は、対象者が少なく個人因子の影響を統制できていないため、結果が限定的である可能性がある。したがって今後は、対象者を増加し再検討すると共に、同対象者への介入研究実施により、充実した在宅医療の必要性について信頼性のある見解を導き出す必要がある。

謝辞

本研究の実施にあたり、ご協力いただいた患者様、計測にご協力いただいた国際医療福祉大学

三田病院 頭頸部腫瘍センター 三浦弘規教授および国際医療福祉大学三田病院 リハビリテーション室のスタッフ方々に深謝いたします。なお本研究は、公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の研究助成を受け実施した。

引用文献

- 1) de Boer AGEM, et al. Cancer survivors and unemployment-a meta-analysis and meta-regression. JAMA 2009; 301: 753-776.
- 2) 辻哲也, 他. 現状と今後の動向. 総合リハ 2008; 36: 427-434.
- 3) Main DS, et al. A qualitative study of work return in cancer survivors. Psychooncology 2005; 14: 992-1004.
- 4) Matsuda T, et al. The Japan Cancer Surveillance Research Group. Cancer Incidence and Incidence Rates in Japan in 2005: Based on Data from 12 Population-based Cancer Registries in the Monitoring of Cancer Incidence in Japan (MCIJ) Project. Japanese Journal of Clinical Oncology 2011; 41: 139-147.
- 5) 辻哲也. 実践! がんのリハビリテーション(第1版). メヂカルフレンド社, 東京, 2007, PP38-40.
- 6) Van Wilgen CP, et al. Shoulder complaints after nerve sparing neck dissections. Int J Oral Maxillofac Surg 2004; 33: 253-257.
- 7) Remmler D, et al. A prospective study of shoulder disability resulting from radical and modified neck dissections. Head Neck Surg 1986; 8: 280-286.
- 8) Koybasioglu A, et al. Accesory nerve function after modified radical and lateral neck dissections. Laryngoscope 2000; 110: 73-77.
- 9) Cheng PT, et al. Objective comparison of shoulder dysfunction after three neck dissection techniques. Ann Otol Rhinol Laryngol 2000; 109: 761-766.
- 10) Zhen Y, et al. Efficacy survey of swallowing function and quality of life in response to therapeutic intervention following rehabilitation treatment in dysphagic tongue cancer patients. Eur J Oncol Nurs 2012; 16: 54-58.
- 11) Kotz T, et al. Prophylactic swallowing exercises in patients with head and neck cancer undergoing chemoradiation: a randomized trial. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2012; 138: 376-382.
- 12) Carnaby-Mann G, et al. "Pharyngocise": randomized controlled trial of preventative exercises to maintain muscle structure and swallowing function during head-and-neck chemoradiotherapy. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2012; 83: 210-219.
- 13) McNeely ML, et al. Effect of exercise on upper extremity pain and dysfunction in head and neck cancer survivors: a randomized controlled trial. Cancer 2008; 113: 214-222.
- 14) McNeely ML, et al. A pilot study of a randomized controlled trial to evaluate the effects of progressive resistance exercise training on shoulder dysfunction caused by spinal accessory

- neurapraxia/neurectomy in head and neck cancer survivors. *Head and Neck* 2004; 26: 518-530.
- 15) Lauchlan DT, et al. Neck dissection and the clinical appearance of post-operative shoulder disability: the post-operative role of physiotherapy. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2008; 17: 542-548.
 - 16) Nibu K, et al. Quality of life after neck dissection: a multicenter longitudinal study by the Japanese Clinical Study Group on Standardization of Treatment for Lymph Node Metastasis of Head and Neck Cancer. *Int J Clin Oncol.* 2010; 15: 33-38.
 - 17) Lauchlan DT, et al. An exploratory trial of preventative rehabilitation on shoulder disability and quality of life in patients following neck dissection surgery. *European Journal of Cancer Care* 2011; 20: 113-122.
 - 18) 鬼塚哲郎, 他: 頸部廓清後の QOL 向上を目指して. *JOHNS* vol.27 No.2 2011
 - 19) Lauchlan DT, et al. An exploratory trial of preventative rehabilitation on shoulder disability and quality of life in patients following neck dissection surgery. *European Journal of Cancer Care* 2011; 20: 113-122.
 - 20) ATS Committee on Proficiency Standard for Clinical Pulmonary Function Laboratories: ATS Statement guideline for six-minute walk test. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 166: 111-117.
 - 21) Fairey AS: Physical exercise and immune system function in cancer survivors. *Cancer.* 2002; 94: 539-551.
 - 22) Lin E, et al.: Systemic response to injury and metabolic support. In: Brunnicardi FC, Anderson DK, et al. (eds): *Schwartz's principles of surgery.* McGraw-Hill, New York, 2005, pp3-41.
 - 23) 藤崎安明, 他: 外科侵襲下の高カロリー輸液(TPN)におけるエネルギー及びアミノ酸至適投与量の検討. *日外会誌.* 1992; 93: 119-132.
 - 24) 鬼塚哲郎, 他: 副神経保存した頸部郭清術における僧帽筋麻痺の経時的回復. *頭頸部癌.* 2008; 34: 67-70.
 - 25) Iannuzzi-Sucich M, et al.: Prevalence of sarcopenia and predictors of skeletal muscle mass in healthy, older men and women. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2002; 57: M772-777.
 - 26) Kull M, et al.: Impact of a new sarco-osteopenia definition on health-related quality of life in a population-based cohort in Northern Europe. *J Clin Densitom.* 2012; 15: 32-38.

感想

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団
理事長 住野 勇 様

この度は、自身の研究テーマ「頭頸部がん患者における身体機能と Quality of Life の追跡調査－在宅医療発展に向けた手術後1年間の前向き観察研究－」の実施に際し、貴財団には多大なるご支援いただき誠にありがとうございました。

本研究結果より対象者が少数ではありますが、周術期頭頸部がん患者の手術後 1 年間の運動機能や自覚的な健康観、後遺症の回復経過が明らかにできたと考えます。しかしながら頭頸部がんは、罹患部位に血管が多く分布していること、罹患部位とリンパ節の位置関係が近いことなどにより、手術前に進行がん症例が多く、手術後補助療法中に重度の有害事象を発症する方、経過観察中に残念ながらお亡くなりになる方を認め、手術前から 1 年間追跡できる対象者を選出することは困難を極めました。

また、本研究の結果より運動機能が手術前と同程度まで回復する一方、自覚的な健康観や後遺症、手術後の不安感などは回復が遅いことが明らかとなりました。後者について影響する因子は様々あると考えられますが、頭頸部がんの手術を受けた方が在宅復帰後に日常生活上で様々な症状を自覚されていることが客観的に示せたと考えます。我が国では、今後人口構造の高齢化が進み、頭頸部がんを既往する方も増加することが推測されます。我々リハビリテーション分野も在宅医療を担う一端として、同対象者の自覚症状や後遺症を理解し、QOL 向上に貢献することが責務であることが改めて理解でき、精進すべきだと感じました。

今後新たな在宅医療発展に関わる研究を始める際には、再度ご支援いただけると幸いです。今後ともよろしくお願いいたします。

2015 年 8 月 26 日

国際医療福祉大学三田病院 リハビリテーション室
理学療法士 原 毅