

リハビリテーション (りはびりてーしょん)



※内容を簡素に記載しております。詳しくは HP をご覧ください。

希少がんのリハビリテーションについて

理学療法(PT)・・・基本的動作能力の回復を図るために運動療法、歩行練習を実施し機能回復、社会復帰を目標に実施します。

作業療法(OT)・・・適用的作動能力の回復を図るため、日常生活動作の練習を実施します。時に手芸やアクティビティを用いて認知機能や精神機能改善をはかります。また適切な福祉用具の選定を行ったり住宅改修の助言を行います。

言語聴覚療法(ST)・・・脳腫瘍によるコミュニケーション障害(失語、構音障害など)に対して練習を実施します。また頭頸部腫瘍の治療過程では発声・構音、摂食・嚥下の問題にも専門的に対応します。

骨の肉腫・軟部肉腫

リハビリテーション科が介入する場合の多くが、手術後の機能障害改善を目的とした介入が大半を占めます。障害部位別に上肢は OT、下肢は PT が実施しています。手術は、腫瘍細胞の取り残しがないように広範囲に切除することが基本となっているため、手術部位や隣接する臓器により障害は多様です。

脳腫瘍

神経膠腫(グリオーマ)・・・神経膠腫に対する治療課程は、腫瘍摘出術+抗がん剤+放射線治療です。術後、化学療法および放射線治療と平行してリハビリテーションが実施されます。特に膠芽腫の治療過程で高率に発生する体のだるさ(倦怠感)や白血球や血小板が減少する(骨髄抑制)、放射線治療による脱毛(ボディーイメージの変化)をモニタリングしながら適切なリハビリテーションを実施していく必要があります。

中枢神経系原発悪性リンパ腫(PCNSL)・・・生検手術後、化学療法(抗がん剤)により治療されます。当センターで生検手術を受ける患者さんは、術前からリハビリテーション科が介入しています。障害(例えば、運動麻痺や失語など)があればリハビリテーションを継続し、障害がない場合であっても、術前から化学療法終了時点で、認知機能や身体機能、日常生活動作の評価を実施しています。リハビリテーションは、運動機能や高次脳機能障害の改善を目的とすることが第一要件ですが、リハビリテーションの多角的評価結果を、脳脊髄腫瘍医に情報共有しており、がん治療の効果判定を補完するという役割も担っています。

口腔がん

口腔がんの手術後のほぼ全例において ST が介入し、リハビリテーションを実施しています。腫瘍の切除範囲にもよりますが、口腔がんの術後は舌の可動性などの制限により、言葉をはっきりと話せなくなります(発声・構音障害)。また、口腔内で食べ物をまとめたり、のどへ運搬することが難しくなるため、嚙んだり、飲み込むことの障害が生じます(摂食嚥下障害)。そのため、口の動きや飲み込みなどについて各検査を行い、その結果に基づいて各個人に合った発声・構音・嚥下のリハビリテーションを提供します。

