

院が本拠地ですが、昭和大学病院、藤が丘病院と三つの病院の兼務ということで、現在、藤が丘病院と藤が丘リハビリテーション病院との組織統合の中でがん患者さんの一つの流れの取り組みを始めているところです。よろしくお祈いします。

**小磯玲子**：日本リハビリテーション看護学会の小磯と申します。私は、今は看護学校にありますが、その前は埼玉県総合リハビリテーションセンターにおりまして、その前に埼玉県の県立がんセンターにおりました。リハビリテーション看護の領域の中では、リハビリテーションの専門病院が多いものですから、とくにがん看護を経験した人たちという受け止めで理事長から推薦されて参加しております。どんな形で貢献できるかわからないのですが、よろしくお祈いします。

**柏浦恵子**：埼玉県総合リハビリテーションセンターの柏浦と申します。現職は埼玉県総合リハビリテーションセンターの看護部長をしております。私も今、小磯さん同様、リハビリテーション看護学会の中で、がん看護の経験があるということでこちらに推薦されて来ました。私は今、リハビリテーションセンターの方には今年で2年目にして、その前は小児医療センターの方に5年ばかりいまして、16年の3月までかなり長い間がんセンターの方にいました。もっぱら臨床経験だけですので、どういふうに貢献できるかわかりませんが、よろしくお祈いします。

**水落和也**：横浜市立大リハビリテーション科の水落です。日本リハ医学会のがんのリハビリテーションガイドライン策定委員会の委員として参加しております。よろしくお祈いします。

**村岡香織**：済生会神奈川県病院という横浜にある病院でふだんは脳卒中の患者さんなどを診ています、リハビリテーション科の村岡と申します。その前に一般病院で依頼でがん患者さんも来るのだけれども、あまり一つひとつの病態に詳しい知識を持ってないまま対処していたという反省もあるので、わかりやすいガイドラインを作ってそういう人たちの参考になっていければいいなと思っております。よろしくお祈いします。

**田沼明**：静岡がんセンターリハビリ科の田沼です。日本リハビリテーション医学会のがんのリハビリテーションガイドライン策定委員会のほうで参加させていただいています。静岡がんセンターに移って5年半ぐらいたちまして、この間ずっとがん患者さんに囲まれて生活をしております。よろしくお祈いします。

**辻**：ありがとうございます。そしてもう2名、ご参加いただく予定です。日本言語聴覚士協会の神田先生、国立がん研究センターのがん対策情報センターの加藤雅志先生は、ちょっと遅れて参加されます。加藤先生には、がん研究センターに移られる前は厚労省のがん対策推進室に勤務されていて、そのときにとてもお世話になりました。

### 3) 委員会立ち上げまでの経緯、がんリハビリの動向と問題点 (資料：WG立ち上げまでの経緯、がんリハビリの動向と問題点)

**辻**：それでは開催にあたりまして、ワーキンググループ立ち上げの経緯とがんリハビリの動向と問題点というハンドアウト(資料9)をご用意いたしましたので、これにそつていままでがんリハでどんなことがやられてきて、今どんな問題点があつて何をしようとしているのかということをお話させていただきます。

最初のがんリハの概要についてお話いたします。これはがんの5年生存率のグラフです。横軸が西暦、縦軸が5年生存率、左が男性、右が女性です。全部のがんを平均してみると、男性だと60年代3割だった生存率が今や5割から6割と、女性も5割だったのが7割近くなつているということで、昔はがんというと結核と同じで不治の病と言われていた時代もありましたけれども、今は不治の病からがんと共存する時代になつてきている、ということが言えると思ひます。ただ半数の方が亡くなるということは裏を返せば半数の方は、いえ、半数の方が助かるということは半数の方は亡くなるということです。

この図は、進行がんの方であっても、生存期間がかなり伸びてきていることを示したものです。大腸がんの化学療法を受けられた方の生存期間中央値は10年前に12ヶ月だったのが、今や25ヶ月に達するということが、がんと共存しながら生きている期間というのは1年以上も昔と比べて伸びている、と。その間、寝た

きりになって過ごされるのか、活動的に過ごされる、QOL高く過ごされるのか、というのは、その方の余命、人生にとって非常に大きい問題ですし、リハビリテーションというのはそういうことにも支援していきけるのではないかなと思います。

これは、がん 2015 年問題を示した図です。がんは高齢者の病気で今後さらに増えていきます。5 年未満のがん生存者、がんと戦われている方、それから 5 年以上の、がんを克服されたサバイバーの方、合わせて今 298 万人が 2015 年には 500 万人を越す時代になってきている、と。そうするとがんそのものとか、治療によっていろいろな障害が生じるわけですが、それに対するがんのリハの必要性というのがますます増えていくだろうということが言えると思います。

がんのリハでは、病期による分類が用いられます。予防的リハ、これはがんの診断が早期でまだ治療が始まる前、障害がないけれども予防目的とするもので、手術期の呼吸リハビリ療法などはこれにあたります。次に、回復的リハ、これはがんの治療が終わったと、がんは克服されたけれど後遺症が残った患者さんに対するリハビリで、通常のリハビリテーションの概念に近いと思います。そして維持的リハ、これは再発・転移などがあってがんと共存している時代ですが、まだお元気で余命も保たれている方に対する積極的なリハビリです。最後に、緩和的リハ、これは余命半年未満、末期の患者さんに対する用法で、要望 (Demands) を尊重しながら症状緩和主体に QOL 高い生活を送れるように援助するのが目的です。

リハビリの対象となる障害としては、がんそのものの障害と、あと治療の過程において起こりうる障害に大きく分けられます。

欧米では 60 年代、70 年代からがんリハの必要性ということがいわれていて、アメリカでは the National Cancer Institute が中心になってがんリハのプログラムだとか、がんのリハの専門スタッフの育成などにつとめられて、80 年代の全米調査では、がん専門医療機関のほとんどのところでがんリハのスタッフがいるというような状況でした。例えば、全米でも有数のがんセンターである MD Anderson Cancer Center では緩和ケアとリハ医学の部門が治療の柱のひとつとして位置づけられていて、多くのスタッフがいる、という状況です。

日本ではどうかというと、今までがんセンターでリハの専門医や複数のスタッフからなるリハ科が標榜科になっているところは一つもありませんでした。そのような中、今、田沼先生が勤務されている静岡がんセンターは日本で初めてそのようなリハを標榜したがんセンターとして開院したという経緯がございます。

最近はがんリハの認識というものもだいぶ高まってきていて、国立がん研究センターや四国のがんセンターなどでもリハビリは取り入れていこうという動きは出てきて、良い方向ではあるのですが、ただ、まだまだ不十分であることには変わりはないかと思っています。

静岡がんセンター、2003 年、1300 人余りの新患の依頼がリハビリ科にありましたが、脳腫瘍、骨軟部だけじゃなくて、あらゆるがんの原発巣に対応している、ということがわかります。

そのような中で、2006 年にがん対策基本法が成立しました。その中では、がんの予防、治療技術の向上ということはもちろん謳われているんですが、それと同時に、がん患者の療養生活の質の維持・向上、すなわち QOL を高く保つようなサポートもしていかなければいけない、ということが国の施策として決まったわけですね。そして、症状緩和と精神心理面に対しては緩和ケア、そして身体活動面についてはリハビリテーションをしっかり充実させようということの取り組みが、がん対策推進室で始められて、その翌年から、厚労省の委託事業として今も開催されているがんのリハビリテーション研修ワークショップが始まりました。がん拠点病院を対象に、2 日間のプログラムでグループワーク、実習、実演、レクチャー、症例検討など含めた内容になっています。

そのような中で本年度、昨年 4 月の診療報酬改定で、がん患者リハビリテーション料が新規の算定が可能になり、ここですごくがんリハに対して注目度が集まってきています。その中では、「入院中」という制限はあるんですけども、あらゆる原発巣の手術期および、それから抗がん剤治療、放射線、それから造血幹細

胞移植や、進行がんの方の抗がん剤治療、それから緩和的な、末期の患者さんに対してですね、その緩和的な治療に対しても、リハを行えば算定できるということで、とくに注目したいのが、まだ障害のない、いわゆる予防的な観点でリハが介入できるということがほぼ初めて算定要件として認められたということが非常に画期的だと思います。

算定要件として、厚労省のがんのリハの研修、もしくはそれに準じた他の関係団体の主催する研修を受けて、その受講証がないと算定ができないということが要件として決められています。厚労省委託のがんリハ研修と、リハビリ関連の学協会による合同委員会の主催の研修と二本立てで、研修が今進められております。

また、文科省でも「がんプロフェッショナル養成プラン」、がん専門のスタッフ育成のための大学院のプランが行われています。私の所属する慶應義塾大学のプログラムでは、がんのリハビリテーションの人材育成のための専門医養成の博士過程のコースと療法士養成の修士課程のコース、そして、短期集中のインテンシブコースがあり、全国のがんプロでリハを研修できるのは、慶應しか今のところございません。

がんリハの内容に関してごく簡単に触れたいと思います。先ほどの算定要件のところにもございましたけれども、今までは合併症が起きてからリハを開始した、と。そうではなくて術前から介入することで、術後早期からリハを行って、合併症を予防して、短期で退院していただく、というような術前からの介入が重要です。脳卒中や心筋梗塞のように突発的に起こる病気ではこれはやろうと思ってもできないことですので、これはがん治療であるからこそできることと思います。

具体的には、食道がんや肺がんなどの開胸・開腹術、舌がん、咽頭がん術後の嚥下・構音障害、喉頭がん術後の代用音声訓練、乳がん術後の肩の挙上困難やリンパ浮腫、骨軟部腫瘍術後、脳腫瘍・脊髄腫瘍の神経症状に対するリハなどがあります。

そして、抗がん剤、放射線治療や造血幹細胞移植ですね。内科的な治療においても、やはり臥床が続いてしまうと廃用症候群に陥ってしまうということがありますので、しっかりした介入が必要だと思います。

それから骨転移も非常に重要な問題で、がんリハをやっていくうえでは、この骨転移で圧迫、切迫骨折状態を引き起こさないような治療をしっかりしていく、と。骨転移がある場合のリハが行えるように配慮もしていくということは非常に重要なことだと思います。

進行がんや末期がんの患者さんに対しては、要望を十分把握して、その時期における、出来る限り最高のADLを実現するために支援していくことが大切です。推定される余命ごとに考えていくとわかりやすいのですが、余命が月単位の方では、まだお元気が方が多いので、積極的な介入を行ってADL基本動作や歩行の安全性の確立能力向上や廃用の予防改善、様々な要因による浮腫の改善、摂食嚥下障害への対応、自宅復帰への準備などが挙げられるかと思えます。ADLをあげることでQOLを維持・向上させていこうという取り組みです。一定の時期を越すと、全身状態が悪くなる時期が必ず起きてきます。その場合には、ADLは落ちてきますけれども、できるだけQOLを維持・向上させていこうという症状緩和的な役割が必要です。

今までがんというと原病のがんの予防・治療ということにフォーカスが集まりがちだったのが、日本のがん医療の現状だったと思うのですが、それだけではなくて、QOLに目を向けて、精神心理面や症状緩和に対しては緩和ケア、あと身体活動面に対してはリハビリテーションをしっかり行うことによって、この3つがバランスよく取り組みを行うことで、患者さんのQOLを高く保てるのかなというふうに思います。

今後の課題としては、がん専門医療機関、その代表であるがんセンターでのリハの資源というのはまだまだ不足しているので、スタッフの数だけでなく、その質も高める必要があると思います。また、大学病院や地域の総合病院でも、とくに急性期病院ではがんは、リハビリテーションの主要な対象疾患になってきていますので、リハビリスタッフのがんリハビリへの理解を深める取り組みも重要だろうと思います。慶応病院でももう3割の患者さんががんです、

診療報酬上の問題としては、リンパ浮腫治療のための圧迫衣類や包帯は医療保険で認められるようになっていますが、治療についてはまだ算定できません。周術期呼吸リハで用いるインセンティブ・スパイロメト

リー（呼吸訓練器）、これは自費で購入していただいています。2000円から3000円ぐらいするものです。緩和ケア病棟・ホスピスは包括医療になっていますので、リハをいくらやっても算定できません。ただ、最近は病院機能評価の付加機能で緩和ケアの中のその要項でスタッフとして理学療法士、作業療法士を含めることというのが新しく追加されてました。病院機能評価の認定を受ける上ではリハを充実させる必要があります、それはいい方向だと思います。また、がんリハ料は今回取れるようになりましたが、まだまだ算定要件として不十分などところがあるので、改善点をアピールしていけたらと思います。

そしてがんリハの啓発活動も重要です。このグランドビジョン作成委員会ワーキンググループも、この啓発活動の一環として日本の中で広めて行ければと思います。医療従事者だけじゃなくて、一般の方々についても啓発が必要だと思います。

研究面での取り組みも重要です。日本では質の高いがんリハの研究がまだまだ少ないのが現状です。

ガイドラインについては、アメリカのスポーツ医学会で今年ガイドラインが新たに発表されました。乳がん、婦人科がん、前立腺がん、結腸がん、血液がん、造血幹細胞移植のそれぞれの分野において、運動療法がどれぐらい効果があるかということ多数の文献を検索して、エビデンスレビューをつけて推奨グレードをつけています。原発巣や治療目的別に推奨グレードをつけた初めてのガイドラインだと思います。ただ、これは運動療法だけなんです。リハ医学会で取り組んでいるガイドライン作成では、がんリハ全般のガイドラインを作っていければと考えています。

さて、本研究班「がんのリハビリテーショングランドビジョン作成ワーキンググループ」は、厚労省の第三次対がん総合戦略研究事業として進めています。ガイドライン作成とグランドビジョン作成に分かれています。ガイドライン作成は昨年4月から取り組み初めて、リハ医学会の診療ガイドライン委員会の中の策定委員会の一つとして今活動をしているところです。様々な原発巣、治療目的別にガイドラインを作成して発行するというので、担当の委員の先生方をここに紹介しております。クリニカルクエスチョンを、これは厚労省のがんリハの算定要件に準じた形になっています。今年の秋のドラフト版の完成を目指しています。

そして、今回もうひとつの柱であるグランドビジョン作成の第一回目の会議を開催しております。目的としましては、がんのリハビリのあるべき姿、問題点、対策を検討する、と。そして本来あるべき姿、理想の形と今の現実とのギャップを埋める、と。現場からの声、行政のニーズや他の国の情報や新しいエビデンス、研究面なんかを随時検討してできあがったグランドビジョンに反映させて、ずっと更新して行ければと思います。

メンバーとしてはリハ医学会のガイドライン策定委員会の委員の先生方、そして理学療法士協会、作業療法士協会、言語聴覚士協会、日本リハビリテーション看護学会、日本がん看護学会から今回委員の先生をご選定いただいております。また、がん対策情報センターからもご参加いただいております。

以上、がんリハの概要と今回このようなワーキンググループを開催させていただいた経緯についてご説明させていただきました。

#### 4) 緩和ケアのグランドデザインについて（資料：わが国のがん緩和ケアの現状とこれからの行動計画、緩和ケアのグランドデザイン）

辻：緩和ケアグランドデザインの資料（資料10）をご覧ください。平成18年から20年度の厚労省の班研究で緩和ケアのガイドラインに関するシステム構築に関する研究です。国立がん研究センターの下山（直人）先生が代表者としてなされた研究で、ガイドラインを作ることと、グランドデザインを作っていく、ということですね。その緩和ケアのグランドデザインについては、ここにあげられております5つですね、5つの大項目に柱を作っています。今回のグランドビジョンを考えていく上でも参考になると思うので少しご紹介させていただきます。

1つ目が、「緩和ケアに対する正しい知識の普及」というのが最初ですね。目標は、患者・家族が緩和ケアや医療用麻薬について事実と異なる心配、不安を持たずに緩和ケアを受けることができるために、ということです。続いて現状が記載され、最後に行動計画として一般市民、患者への普及啓発活動をしていくための具体的な内容が記載されています。

2つ目が「基本的な緩和ケアの普及」です。目標は、患者・家族がどの地域においても鎮痛のみならずQOLを向上させるための標準的な緩和ケアを受けることができ、ということです。その現状が書かれ、行動計画と調査としては、ガイドラインを作成して枠組みを作ろうと。そして緩和ケアの治療自体を一般の医療機関に普及させていこうということで、これは一般の医療機関である程度の均てん化をして、質を高めていこうということです。

3番目が「専門的な緩和ケアの整備」。目標としては患者・家族が必要と感じたときに質の高い専門緩和ケアサービスを待たずに受けることができます。現状があって、行動計画はスタンダードの明確化、質の評価です。基本的なベースの下地ができたら、今度はその質をもっと上げていくために、どういうことをやっていけば専門的により質の高い緩和ケアの治療が医療機関で求められているのかということをおわかってもらうことです。それぞれの病院がどれくらいの質なのか、ということをお評価することで、さらに上を目指してもらおうというところだと思います。

4番目が「患者と家族が希望する場所で療養できる地域環境の整備」。目標は患者・家族が希望するどの場所で療養しても切れ目のない緩和ケアが提供され、患者や家族が過度の負担を感じることなく、安心して療養することができることです。現状を変えていく行動計画としては、今の実態の把握と地域システムの構築が挙げられています。がん拠点病院の連携を利用して、これは病院と地域をどう結んでいくかということです。地域の在宅で生活する上でのどう整備していくかというそれが記載されています。

5番が「緩和ケアの推進」ということで、目標は現在緩和手段のない苦痛が一日でも早く緩和できるようになることです。現状が書いてあって、行動計画は研究の遂行、インフラ整備などで、これは緩和ケアの臨床研究を進めていくにはどういうふうに整備していけばいいかということです。

## 5) がんリハビリの現状と課題についての討論

辻：それでは、がんリハビリテーションについて思っておられることを発言していただきたいと思います。ざっくばらんで結構ですので、いろいろご意見をいただければ幸いです。

佐浦：私の患者さんの話をご紹介させていただきます。私の患者さんは脳卒中発症後しばらく経ってから大腸癌が見つかり手術療法を受けました。その後、肺転移が見つかり、兵庫県内にある粒子線治療センターで放射線治療を受けることになりました。たまたま、私が以前に勤めていたリハビリテーション病院がこの粒子線治療センターの前にあり、当初は脳卒中慢性期だが、機能訓練をしたいということで紹介されました。機能的には大きな改善は見込めなかったのですが、廃用予防もかねて、粒子線治療センターに入院する度に外来リハを実施したり、粒子線治療センターに入院ベッドがないときには、リハビリテーション病院に入院して、入院リハを行いながら、通院で放射線治療を受けておりました（ちなみに、粒子線治療センターの放射線治療は自由診療であり、粒子線治療センターに入院しながらの通院リハも法的問題はありませんでした）。

すなわち、がんと共存しながら出現した転移巣に対して放射線治療を行う間の予防期、あるいは回復期にあたるリハビリテーションを行っていました。その後、私が大阪医大に異動となり、この患者さんとも少し縁遠くなっていたのですが、一昨年のもとの転倒を契機に大腸癌の脳転移が見つかり、神戸大学医学部附属病院に入院、全脳照射を受けることになりました。しかし、先方の担当医が放射線治療の途中で、ご家族に対して「照射後はベッドを空けていただくために転院となります。また、転院先はホスピスが適切だと思いますので、転院先を考えておいてください。」と説明されたところ、ご家族は急な話でパニックになり、以前から面識のあった私のところに相談に来られた訳です。

状況をお聞きするとやはり終末期でしたが、身体的には以前からの麻痺はありましたが、緩和ケアにいくような状況でもなく、ご本人は「死ぬまでに、もう一度いつものリハビリテーション病院へ入院してリハビリテーションを受けたい」と希望されていました。しかし、リハビリテーション病院への入院には6週間程度の入院待機がありましたので、大阪医大で入院リハビリテーションを行うことになりました。大阪医大に入院後、呼吸苦などに対して緩和ケアチームに介入を依頼、オピオイドなどを併用しながらリハビリテーションを行っていましたが、傾眠傾向もありだんだんとご本人のリハビリテーションに対する意欲も低下していきました。ご家族も心が整理できて、リハビリテーション病院よりも自宅近くの緩和ケア病棟へ転院させたいと希望されたので、ホスピスへの転院支援を開始しました。リハビリテーションに対する意欲は手低下していましたが、覚醒度が高い時は食事も可能となり、また、リハビリテーションに対する意欲もありました。逆に、リハビリテーションを介して覚醒度を上げ、何とか日常生活活動能力が低下しないように勤めていました。しかし、ホスピスへの転院調整は難しく、結局、ホスピスに空床ができたタイミングで転院せざるを得ない状況でした。

転院支援を開始程なく、ホスピスへの転院が決まり、転院されましたが、転院後はベッド上臥床のまま点滴で水分補給、疼痛コントロールが行われ、すぐに亡くなられたとの連絡を頂きました。ご家族は、ホスピス転院後、疼痛コントロールを受けて、一度は自宅へ連れて帰りたいと希望されていましたが、それも叶わなかったとお聞きしました。

今回はたまたま、私と患者さんとが面識があったので、大阪医大で入院リハができましたが、あのまま、ホスピスへの待機待ちのために療養型病院へ転院していたら廃用症候群が進行し、もっと短期間で亡くなられていたかもしれません。また、ホスピスに行ったら治療的なことはあまりしないということではなく、がんのリハビリテーションに含まれる「緩和期」のリハの概念に基づいて、ご家族やご本人の希望に応じて、病院、自宅・地域で最後までリハビリテーションや介入ができればと思います。

辻：確かにがん治療の領域にリハってあんまり関わっているところが少ないので。

佐浦：当時、がんのリハビリテーションはまだ始まっていませんでした。1月末から3月初めですから、ちょうどがんのリハビリテーション料の算定開始直前でした。

辻：がん拠点病院も総合病院でリハスタッフがいるところもあるし、まったくそういう資源がないというところと二極化しているんですね。あと、ホスピス、緩和ケアに入っちゃうと、本当にリハ的な観点からみていけるところって少なくなってしまうので、そういうところも確かに非常に問題ですよ。ありがとうございました。

宮越：がんのリハビリテーションの診療報酬算定が可能となったのは良いのですが、がんリハの研修会をやる講師の先生の数が足りないので、研修の数が多くはできないために、非常に競争率が高い。ちょっと応募してもなかなか通らないという話を聞いて、なかなか算定できる環境をつくってくれたんですけども、施設基準で必要な研修を終了したスタッフというのが確保できない、というところで、やりたいけれども出来ない施設というところが多くあるという話を聞くんですけども、そこは私たちの活動を通して、こういう研修会をやる機会を増やせるとか、たとえば講師の先生の数を増やすとかしない、なかなか今の少ない数で、さらにもっとこの需要をまかなおうと思うとめっちゃめっちゃ数をやらなければいけないので、講師ができるスタッフの養成をするとか、そういうことは今後考えられるんでしょうか？

辻：それはこのグランド戦略にかかることではないと思うんですけど、ちょうどこんど2月頭にそういう会議があって、要望と実際にできることとのミスマッチがあるので、どうしていいかということで、今検討はしています。ただ、実際今応募しているところの、新規で応募しているところって3割ぐらいなんですよ。あとはだいたい重複して同じところが何回も来ているので、本当にどれくらい需要があるのかというのがよくわからないですね。

水間：最初の400施設ぐらいと、拠点病院で研修を受講できないでいるところ、それ以外が増えるかどうか

かですが、二度目の申し込みをする施設も出てきていますよね。

辻：そうすると今のまま回していけば、だんだん一つの施設で数が増えていくことは増えていくんですけど、もしくは確かに各県とかブロックごとに研修会をやるような体制にするとか、そのあたりだと思うんですけどね。まあ、要検討ですか。

水間：研修会は診療報酬というのは受講者にとって大きな目的にはなっているのでしょうかけれども、担当している立場からみてよかったなと思うのは、リハ医ではなく外科医や各科でがん患者さんを担当している先生がリハのことを理解するようになってくることです。医師のリハへの理解というところがいまだに難しい。こういう研修会では非リハ医が多く参加していただくことで理解を得ることのきっかけとなる。とすると、たとえば関わる病期別（急性期、回復期、維持期、緩和）それぞれの立場で主治医がいかに理解をするか、そこがかなり重要で、グランドビジョンで啓発的なことができればと思います。

辻：がん治療の担当医がいかにリハを知ってもらえるか。

水間：そこから主治医を通して患者さんなり家族なりにその必要性と関わり方というのが理解をしていただけると良いと思います。また、リハがユニットのような形で最初から関われるようになるのには、主治医の理解が必要ですね。「がんのリハ研修会」での医師の反応は、アンケートをみても「・・・に気がついた」などの回答が多くあり、研修会は理解に有用だと思います。

辻：確かにがんリハの今研修会は4人グループで、医師、看護師、リハのスタッフ、療法士2名で4名なので、医師が必要に迫られても、こざるを得ない状況で、逆に言えば、医師の教育にはなっていますよね。とくにがん拠点だとリハ医よりは、がん治療医の方が来ることが多いので、そうするとそのがん拠点病院の医師の理解というのはかなり高まっていると思うのですが。

田沼：僕は静岡県の耳鼻科の先生の研究会に、頭頸部がんのケモラジ後の嚥下の話をしにいったんですけど、みんなあんまり認識していなかったみたいで、ええ？と思ったことがあったんで。また、近隣の耳鼻科の先生たちも、頸部郭清した後の副神経のことってほとんど気にしていないので。麻痺が出るのは知っているけど、だからなんなの…くらいの先生方もけっこういらっしやるし。これは耳鼻科だけでなく他の科でもすごくいっぱいあると思うんです。やっぱり他の科の先生たちへの啓発ってすごく大切だと日々思っています。

辻：それはするにはどうしたらいいでしょう？このワーキンググループで何かできることがありますか？

生駒：患者さんへのアプローチでは患者さんによく知ってもらうということが大事だと思いますね。患者さんの言葉が非常に大きいと思いますから。だからある病院で、「ここにがんのリハ、ないんですか？」というような言葉が患者さん側から出るように、患者さんだけでなく、一般の国民もがんに対する関心は非常に高いと思うので、そのへんに訴えかけるような広報活動が重要ではないかと思いますね。

辻：たしかに乳がんとかでも、乳がんは完治したけれど、サバイバーとしていろいろ情報発信している患者会とかもあるので、社会的な意味では訴えかけもそういうところではやってくれますね。この間も乳がんの患者さんで、やっぱりがんのリハを受けられるということは非常に大事だからそういう本を書いてほしいと、患者さんのほうから言ってきたりとかということもあったので、たしかにそっちな面から医療スタッフを逆に…。

生駒：まあ両方向からそうしないといけないのではないのかもしれないです。患者さんにもそういう雰囲気作りに協力してもらうという考え方は必要ではないかなと思いますよね。

辻：病院の評価でもがん拠点でリハがどのくらいあるよと書かれているといいですよ。それが点数化されると。

阿部：不勉強で、グランドビジョンとかグランドデザインという言葉はいったい何を指しているものなのか、これは政策提言に関わっていくのかとか、医療の、ありは教育に役立つものを目指していくのか、ちょっとなんかまだ自分の中ですごくあいまいなので、少しちょっと説明していただきたいんですけど。

辻：あくまでこれは班研究の一環なので、これ自体が実際の診療報酬に反映されるかどうかよくわからない

と思います。ただ、国の方からお金をもらっている研究なので、アピール度は高いと思いますよね。いろいろ発信していけば、こういうことでやっているということが世間一般に知れるし、厚労省のほうのがんのほうのいろんな方々にも知れ渡ることが最終的にはいろんな診療報酬とかにつながる可能性はあると思うんですけれども。

**阿部**：たぶん、言葉そのものがわからないとわからない方がたぶん相当数いるんだろうなと思うところはまず思うところなんです。がんリハってすごくわかりやすい言葉なんですけれど、このグランドって、グランドってなんなんだろうって、そもそもそこからわからない。やっぱり言葉を共通理解するってすごく大事だし、学際的に取り組むときにはそういうことがすごく大事だと思うので、やはりそういうときに何を目指して、それぞれがどんな役割をもっていくのかということがわかると、少し意見が出しやすいかと思いました。

**辻**：そうですね、「グランド」はただの「広く、全般的に」、ということだと思うんですけれども、がんリハのがん医療の中で、最初の、このところですよ。今のあるべき姿、問題点を見据えた上で、日本の中でがんのリハビリ、がん医療の中のがんリハをしっかり普及して、啓発していくためにはどういうふうに対策していけばいいかということ、考えていくというのが今回のテーマなんですけれども。

**阿部**：：緩和ケアというのはすごく歴史があっても、ある程度うまく伝わってなくて曲解されていたりとか、基準があいまいだったり、現状の整理が難しいことや、ガイドラインとかがすごくこう混沌としていて、いろいろ問題がある中で、グランドデザインとかが出てきて、これからの問題解決をはかっていくのかな、というのがイメージするんですが、がんリハビリってまったくわからない、まだまだ十分に……、これからということですので、その「これから」というところを今やっているのがすごく大事だと思うんです。緩和ケアを見ていると、ぐちゃぐちゃになっちゃってからそれを修正するという、なんかデザインが出てくるというよりは、今一からみんなでやっていくということがすごくいいことだと思うので、そういうようなものだとイメージしていった間違いがないのかどうか……。

**辻**：間違いはないです。がんリハが将来的にどうあるべき姿になればいいか、ということをもとに考えて……。

**阿部**：ある程度、日本でいわゆるがんリハというものは、じゃあこういうものだと一本のスジを通していくものを考えられればいいというふうに思うのですが。

**辻**：そうです。それを考えて、それがあってそこに到達させていくためには、どういうふうアプローチをして、対策を取っていけばいいかというそれを考えたいということだと思います。

さて、ちょうど加藤先生がいらっしゃいました。加藤先生は、緩和ケアのグランドデザイン作成にも携わられておりましたので、それがどのように進んでいったか、その問題点などふまえて、がんのリハビリテーションに関して、今後のご提言などがあればお聞かせください。

**加藤**：私、今、国立がん研究センターがん対策情報センターにおります加藤雅志と申します。今は国立がん研究センターにありますが、実は平成18年度から20年度までは厚生労働省がん対策推進室にありました。本当に今思い出すと懐かしい限りなのですが、平成18年の日本緩和医療学会で、たまたま雑談の中らがんのリハビリテーションに取り組む必要があるのではないか、みたいな話題が出てきて、じゃあそれを19年度から取り組むことができないかということがありました。私が、がんのリハビリについて誰に相談すればいいのかということ調べていったときに、辻先生のお名前を知って、突然電話をしたことが始まりでした。それで平成19年度にこの事業が始まったら、現在はすでに診療報酬に関連が出てくるという大きい話に発展し、本当に喜ばしい限りだと思っています。

がんのリハビリテーションの話が動いていく中で、同時に緩和ケアの方もいろいろな動きがありました。今、グランドビジョンとかグランドデザインとかいろいろ言葉がありましたけれども、同じような議論が緩和ケアでもございました。まさに今おっしゃってくださったように、緩和ケアというのは歴史が、他から見れば浅いのかも知れませんが、それなりにあり、関係者も多数ございました。緩和ケアのグランドデザインを



作ろうという話になった背景として、緩和ケアの当時の状況というのは、日本緩和医療学会、日本ホスピス緩和ケア協会、在宅関係の団体、看護関係の団体など、いろいろな緩和ケア関連の団体がありましたが、十分に連携が取れていないというような状況があり、なんとか1つの同じテーブルに座って、日本の緩和ケアは何を目指すのか、ということについて一緒に考える、という議論をしたかったのです。それで下山先生の研究班にご協力を願い、とくに分担研究者の森田（達也）先生の多大な協力のもと、グランドデザインを取りまとめてもらったという経緯があるのです。

言葉の問題ですが、考え方次第なのですけれど、「グランドビジョン」というと、どちらかというと全体の目標というような視点、「グランドデザイン」というと計画の方に近い、と思います。まあ、どちらでいいと言えばどちらでもいいと思います。確かにわかりづらいので、日本語に直せば、全体計画とか全体目標というふうに開いた言葉にしたほうがいいのかもかもしれません。そこはこれから作っていく皆さんの考え方次第で良いと思います。ここで、下山班のもとで森田先生がまとめたこの報告書に関連して、どういうふうに制作していったのかといったことを少しご紹介できたらと思います。

先ほども言ったように、関係者が緩和ケアの今後の方向性について真剣に考えていましたが、ただそれについて日本の緩和ケアをどういうふうにしていこうかということに関係者が全員集まって議論をするという機会は平成18年当初にはございませんでした。そういう中で、何とか関係者に声をかけて人を集めて、こういう場を持つことができたのです。そのようななかでいろいろなフリーディスカッションをしていく中で、軸として出てきたのが、皆さんのお手元にある5本の柱でした。緩和ケアに対する正しい知識、基本的なケアの普及、専門的な緩和ケアの整備、あとは地域の環境の整備、そして研究、ということでした。その後、厚生労働省で、緩和ケアに関連したいろいろな国の施策を作っていく中で、強くこれを意識していたわけではなかったのですが、最終的には同じような軸に落ち着くことになりました。こちらのスライドの記載の仕方がわかりづらくて申し訳ございません。

この数年の日本の、少しずつ変わっているんですが、緩和ケアの取組は5本柱で進めておりました。これが具体的な政策です。1本目の、「すべてのがん治療に携わる医師に対する緩和ケア研修」というのはどういう軸かということ、医療従事者に対して、特に医師に対して、基本的な緩和ケアに対する知識を普及させたい、ということですべてのがん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修というのが、今全国で行われており、20000人ぐらいの人が修了しております。

2番目の軸は何かということ、緩和ケアの専門家を育成していきましょう、というものです。専門家を育てると。たとえばピラミッドで考えれば、前者の方が裾野を拓げるような役割に対して、後者の方は、頂点を上に伸ばしていく、そういうような形で緩和ケアの全体を伸ばしていこうというものです。そして後者については、緩和ケアの専門家を育成していくために、がん研究センターで専門的な医療従事者の育成に取り組んでいます。ただし、実際は、これに関しては学会によるものが大きいのではないかと思います。

3番目は何かということ、緩和ケアの提供体制の整備というものです。緩和ケアに関連したいろいろな制度がありますが、そういったものを整えようということです。具体的にはがん拠点病院の整備指針を改定いたしました。

4つ目は患者さんにも緩和ケアというものを知ってもらいたい、ということです。知っている人はいるかもしれませんが、「オレンジバレーンプロジェクト」というものを立ち上げました。一般の国民の方へ普及・啓発を進めております。

そして5つ目は何かということ、緩和ケアに対する研究ですね。これに関しては平成22年度で終了するのですが、「OPTIMプロジェクト」というものがありました。

ここから先はもっと具体的な話になっていってしまうのですが、この5本柱をこうやってあらためて見ると、グランドデザインを強く意識していたわけではないにもかかわらず、やはり意識してしまったのでしょうか、最終的には、類似のこの5本柱になっているという経緯があります。政策立案者の立場からす

ると、やっぱりいいものがあればそれを参考にせざるを得ないというのがあるんですね。ただ、残念ながら日本の今の状況というのは、研究者や現場の人たちが本当に政策に直結するような案をまとめ上げるような体制になっていないのです。政策立案をする立場の者からすると、現場ですごく頑張っている医療関係者は、現場の問題について、一人ひとりの患者さん、一つの病院単位ではこういった問題を抱えているんだというをより具体的に示してくださいますが、それらの意見をまとめて地域全体の医療を改善するためにはこうしたほうが良いのだとか、日本全体をよくするためにはこうしたほうが良いのだ、というように、そこまでまとめ上げるというのは非常に難しい状況があります。私はたまたま厚生労働省で働くことになりましたが、現場にいた経験があったので、個々の現場の問題をまとめ上げて政策に持って行くことができました。しかし、ほとんどの厚労省の関係者が、現在の現場の状況を知らないの、具体的な提案を提示しないと有効な政策にはならないというのがあります。本日、ここでぜひ話し合ってもらいたいのは、今皆さまが現場で抱えている問題を、俯瞰的に眺め、それでは日本のがんのリハビリテーションを変えるためにはどういうシステム、どのような研修、どういった普及・啓発が必要なのかというのを、本当に俯瞰的な立場で話し合ってもらおうということだと思います。それはもしかしたら夢物語かもしれないし、もしかしたら単なる理想論かもしれませんが、しかし、たとえば5年前までは信じられなかったかも知れませんが、がんのリハビリテーションが診療報酬の中に入り込む、というのは当時の人は誰も考えていなかったと思うのです。それが現実、こういうふうになってきているのです。もちろん、1年単位ではなかなか変わらないこともあるのかもしれませんが、やはり数年単位で考えていくと着実に変わっていくものだと思います。したがって、ここでやはり重要なのは、がんのリハビリテーションが何を指すのか、ということに関係者が一つの席で議論していただくことなのだと思います。今、少しだけ聞きましたけれど、やっぱり医師に対する普及・啓発が必要なんじゃないかということがありました。本当にそうだと思います。そういう視点で今、緩和ケアの研修に医師に参加してもらおうんだということで、全国で研修が始まっているわけです。また、多くの人にがんのリハビリテーションを知ってもらいたいということに関しては、緩和ケアでは「オレンジバールンプロジェクト」という、効果の評価が難しいのですが、そういったものも動き始めています。

考え方としては、こうあるべきだということから上から落とし込んでいくものと、現場から下から持ち上がるものをリンクさせるのがこの会だと思います。私が今日参加して思ったのは、関係者が集まるこのような会がしっかりと成立するというのが非常に素晴らしいと思います。緩和ケアのグランドデザインをやった会は、結局は一回開催したのみでした。関係者はその必要性を感じながらも、2回目の開催にまでは至りませんでした。この会は継続される会だと思われま。ぜひ俯瞰的な話をしながら、皆さんが考えている現場の問題を解決できるように、私も緩和ケアのことしかわからないのですけれど、ぜひ協力していきたいと思。どうぞよろしくお。願。い。し。ま。す。

辻：ありがとうございます。非常に方向性が具体的に見えてきたかなという気がします。この緩和ケアのグランドの柱というのは非常によくできていると思っています。がんリハでもほとんど同じようにあてはまるなどこれを最初に見たときに思ったんですけれども、加藤先生から見て、がんリハと緩和ケアとの違いとか、ここの柱立てするときに何がとか、こういうところをとか、ありますか？

加藤：現在、がんリハの研修のプログラムが具体的にどうなっているかフォローできていないのですけれども、最初、辻先生と一緒に作っていた頃を思い出すと、結構実は試行錯誤していたところがありました。専門職向けの研修なのか、一般的な病棟の看護師さんなどの一般の医療従事者向けの研修なのか、少し整理ができていなかったところがありました。また、専門職の中でもPT向けのものなのか、OT向けのものなのか、医師向けなのか、が整理されていなかったところもありました。緩和ケアとがんリハで似ていると思うのは、一般的な医療従事者も大きく関与しなければいけない領域である一方、専門家の視点で見ると、専門職もまた非常に多彩なのです。緩和ケアも医師がいたり、医師の中でも麻酔科がいたり、精神科医がいたり、あと、看護師、薬剤師、管理栄養士などいろいろいるわけです。専門職がいっぱいあるので、ベースとなる共通

部分をしっかりしつつも、やはり専門職のそれぞれのニーズに応えられるような全体像を描いていかないといけないと思います。この今の緩和ケアのデザインでよく言われるのは、医師に対しては非常にさまざまな取り組みがなされ伸びていくけれども、看護師が置き去りにされているのではないかという指摘をよくされます。当初、緩和ケアを進めていくときに、まず医師の教育だろうという議論がありました。そのため、看護師よりもまず医師だ、ということで進めてきたのですが、今はいろんなところから、では次に、他のメディカルをどうするのかということ、厚労省は言われています。緩和ケアのことを踏まえたと、やはり多職種に対応できるようなデザインを描けると、本当にチームとしてやっていけるんじゃないかと思います。

緩和ケアとがんのリハビリテーションは、目的が非常に近いところがあると思います。私は、がんリハについて、そんなに詳しくはわからないのですが、がんのリハビリテーションには終末期のところ、急性期のところ、あと予防の部分などがあると思います。緩和ケアはどちらかという、終末期に近いとは言いませんが、あまり予防という要素は強調されません。がんのリハビリテーションが難しいと思うのは、急性期とか終末期に加えて、さらに予防的なものがあるため、同じリハビリテーションという言葉の中でもいろんな意味があって、聞く人によって解釈が異なっているのではないかと感じてしまいます。そこらへんの言葉の使い方、自分がどの時期の何のリハビリテーションをしゃべっているのか、というものを意識しないと、なんかすれ違いとかありそうだなということ、ときどき思います。あまり整理せずしゃべってしまい申し訳ありませんでした。

辻：貴重なご意見でありありがとうございました。この緩和ケアの専門家の育成というのはコメディカル、入っていないんですね？

加藤：緩和ケアチームの研修などコメディカルが参加するものはあります。あとは私、精神科医なのですが、精神腫瘍医に関連するもので、小冊子をまとめたりはしました。あと、がんの「eラーニング」というのががん集学的治療研究財団に委託してやっています。そういった取り組みはやってはいるのですが、やはり厚労省だけでやれるものではないと思っています。専門家の育成に関しては、やはり大学や学会とか、専門家が中心にやるほうがいいと思います。

ただ、確かに、一般の方への普及とか、裾野を広げるような医師とか、コメディカルの方を対象に、幅広く取り組むものについては、やはり厚労省がやっていく方が効率はいいと思っています。

辻：絶対に参加するようになりますよね。

加藤：そうなんですよね。

阿部：医師がそういうふうに研修を受けるようになったので、看護の学会とか研究会とか、すごく緩和ケアのセミナーとかたくさん行われているし、オンコロジー学会でもナース対象にやっているので、そこらへんは学会が牽引しているところはあると思います。

加藤：これまでのことを考えると、国の政策はいつ終了するのかわかりませんので。

阿部：がんリハの研修もそのうち外されるのかなって思ったりしながら、見ているんですけど（笑）。

加藤：常に国からのお金がなくても自立してやっていけるようにしておかないといけないのだと思います。今言った取り組みについても、いつでも自立したい活動ができるように準備をしておく、そういうことが必要になるだろうと思います。

高倉：今日は私も是非話したいなと思っていたことがあったのですが、私よりも100倍ぐらい上手に加藤先生にお話をいただきましたので、すごいなあと聞いていました。折角ですので少し補足させて下さい。今まで話があったように、今回のがんの診療報酬が算定可能になったこと、そしてその診療報酬の算定ができるようにするための研修会が始まり、10年前、20年前と比べて格段にがんのリハの認知は高くなったなどすごく嬉しく思っています。ただ、現場を見ていると、認知は高くなったけれども実際にリハビリのオーダーが出てきたときに、今の教育レベルではスタッフはきちんとした事ができなのではないかと心配しています。このままでは、本人ばかりか家族や主治医もがっかりして、「なんだ、リハビリの依頼を出しても結局役

に立たないじゃないか」みたい事になるのではないかと、私は非常に強く危惧しています。

やはり脳卒中等とは対応を変えないといけないところがあると思います。それは辻先生の講義の内容でいえば、恐らく知識の部分ではなくスキルの部分だと思います。これは講義では身につかずトレーニングを行わないと身につかないと思います。一般的な知識、たとえば抗がん剤の知識だとか放射線の知識だとか手術の知識というのをとりあえず研修会で理解するのと、それを目の前の患者さんに生かすことができるようになるのではすごく大きなギャップがあると思います。二日間の研修会では限界があるとは思いますが、そこをやっぱりなんとかしていかねければと思います。新聞やテレビなどのメディアでがんのリハビリの話題をのせても、「リハビリをやってよかった」、と思う患者さんがどんどん増えていかなかったらやはり本当の意味では普及しないでしょう。ですから専門家の育成は非常に大切だと思います。理学療法士と作業療法士は非常に内容が近いので一緒に手を取り合ってやっていけないかと思いますが、とにかく専門家の育成が急務であると思っています。

あと、もう一つ思う事があります。私のがんの専門病院と大学病院の臨床を経験してきたのですが、やっぱり専門病院と大学病院はだいぶ違うと思いました。でも、もっと違うのがやっぱり一般病院や療養型病院での診療や訪問とかだと思います。そういうところにもがんの患者さんはたくさんいて、数としてはむしろそちらの方が多いことに最近では気付きました。今回の診療報酬のシステムだと、一般の病院でリハビリに力を入れて行っているようなところでは、がんリハの算定をしなくても普通の脳血管の廃用で困ることは少ないので、研修会にはあまり来ないわけですね。そのような一般のリハビリ施設もなんとかしないといけないと思っています。

**佐浦**：先生の述べられる一般のリハの施設とは回復期リハ病棟を指しているのでしょうか？

**高倉**：回復期もですが、療養型も外来もです。

**佐浦**：回復期リハビリテーション病棟は包括医療なので、大阪医大に入院、がんの治療が終わって廃用症候群があり、回復期のリハビリテーションが必要と考えても、紹介先の回復期リハビリテーション病院が経口抗がん剤が処方されている患者さんはコストが合わないのが難しいと断られて、結局、出来高の病棟を探すしかなくなります。出来高で入院リハができるとなると障害者ベッドになりますが、入院基準もあって上手くいきません。結局、すべてを満たす病棟を探すのは非常に困難な状況になっています。

**辻**：確かに、回復期は非常に問題です。包括医療になっているので、今がん医療って手術をしてもそのあと抗がん剤治療をしたりとか、継続して治療する場合に、でも障害があつてという人は行き場がないんですね。もううちに帰るしかなくなっちゃって、回復期の包括医療の一番の問題だと思うんですけど。

実際、回復期でがんの患者さん、もうほとんど、がん治療の必要のない人はもちろん行けますけれど、そうじゃない人は行けないですね、現実的に。

**高倉**：がん治療の必要がある人は来れないが故に、来る人は放射線や化学療法を行えないような進行がんの人や告知されていない人が来るわけです。そして、そのようながんの方が来ると、どうしていいかわからなくなって困っているのが現実だと思います。

**小磯**：リハビリテーション病院は今、ほとんど回復期が主体になってきちゃっていますよね。埼玉県のリハビリテーションセンターは回復期の他に障害者施設等入院基本料をとっている病棟があつて、もしがんの患者さんのリハビリをやりたいという紹介で来る場合はそういうところで受け入れていくしかないんですね。

**辻**：そういうところは非常に貴重に今なっています。

**小磯**：ただ、リハビリテーションセンター自体でも、全国のリハビリテーションセンター自体でも回復期の病棟が三分の二ぐらい、どんどん増えて来ているので、やっぱりそういう人たちの受け入れ先ってなくなってきていると思うんですけどね。

**佐浦**：障害者病床は身障2級以上が7割以上入院している必要があり、残りのベッドをがん患者で手帳は無

いけどリハビリテーションが必要なひとに利用してもらうことになると思います。

**水間**：回復期でも一生懸命やっているところは2割の部分のところまで対応しているようですが…

**佐浦**：回復期リハ病院でも2割を算定外にすると全部出来高になります、難しいですね。

**水間**：私たちのところは一般と回復期病棟の両方持っているので、がん患者さんを一般病棟に入れて高額な費用がかかる化学療法中の人も受け入れることができるのですけれど、学会としても回復期リハの出来高の部分で化学療法をやるように提案しています。

**高倉**：ちょっと補足すると、私の言っている回復期のがんの患者さんというのは、がん単独じゃなくて、脳卒中とがんを併発しているような人です。脳卒中があるからがんのほうはもう積極的な治療はしないとかいう患者さんが多いですかね。

**小林**：先ほどの作業療法士協会の小林と申しますけれど、さっきの緩和のことにってはがん看護学会の方が言われたように、実は結構普及しているのかなと思います。恥ずかしながら作業療法の中でも、昨年、正式名称を忘れてしまいました、終末期緩和ケア作業療法研究会（正式名称は「終末期・緩和ケア作業療法研究会」というものが立ち上がって、私自身もちょっと参画しています。参画しておいて正式名称を忘れてしまうというちょっと情けないですけども、そういうふうに全国の仲間でこういう横の連絡をまずとって集まっていこうという中です。先ほどちょっと教育の話が出ていましたけれど、そこ（終末期・緩和ケア作業療法研究会）でベーシックコースとアドバンスコースのように、実際緩和ケアにもっと積極的に関わる人と、これから関わろうというような方たち対象に23年度、去年打ち立てた研究会がもう来年研修会をやろうというのはちょっと無謀かなと思うんですけど、ただそういうようなことをやっっていこうという話が出てきています。ただ、OT、作業療法士っていうのはもちろん身体だけでなく、精神障害の方々に接しているので、特に、緩和ケアのところというものは昔からありますが、先ほどのように診療報酬のことになったらマルメになってしまうのでなかなか参画できない現状にあります。それでも、緩和ケアに作業療法を提供することはいいことだからやっっていこうということががようやく少しずつ、終末期・緩和ケア作業療法研究会の会員は北海道から九州までいますけれど、少しずつ作業療法とがんのリハビリテーション、だけではないかもしれませんが終末期や緩和ケアへの作業療法が身につけているのかなあというような印象はちょっと受けていますよね。

もう一つ、ちょっと個人的なことで申し訳ないのですが、今のこの場での話はずっとがんのことですが、たいがい病気の当事者の生存率が長くなったという話なんです。私は、ちょっとすごく個人的な体験で申し訳ないんですけど、一番最初帝京で勤務していましたが、帝京というもともと骨軟部腫瘍で切断という話になることが多いです。しかし、実は私の勤務していた市原の病院では、網膜芽腫で眼球摘出のお子さんがすごく多くて、私は作業療法士としての新卒当初から担当していました。やっぱり、現状を不勉強で申し訳ないのですが、あの頃、5年生存率がそれこそ10%、20%というので、私も小学校へ入学するまでフォローできたお子さんを見たことがありませんでした。眼科の先生も術後はとにかく、リハに回ってくる時代だったんですけど、そういう子どもたちのお母さんが実際に育てている、家族で育児をしているのです。当事者ももちろんそうなんでしょうけれど、家族…、お子さんのがんはとくにやっぱりご家族へのフォローも大切ですよ、ということがもう少し今回のグランドビジョンにもなんとか入らないかなということがあります。もう一つ…。看取る家族という観点も重要なのですが、育てる家族、両親などですから、その（家族の）視点はあったらいいなと思っています。ただ、今、社会的な課題となっているがんの状況に比べたら数が圧倒的に少ないので、話の中心にはならないと思います。ここでは、少し「家族への視点」があればいいと、個人的に思いました。

**辻**：ちょうどPT協会、OT協会を代表されて発言があったので、協会として何かがんのリハについて取り組みとか、ちょうど今、各協会代表してきていただいているので、そういうところとの連携とか、協会では何かやれることがあれば、そういうのも採り入れていけばいいかな、と思うんですけど。

高倉：そうですね。まさにそのような試みを模索するためにもここに参加させていただいているんですが、とりあえず来年度には日本理学療法士協会でも卒業したあとの理学療法士を対象とした研修会、診療報酬を取るためのものではなく専門家の育成のための研修会の企画が通り、始める事になりました、ただ、その回数と人数は1年に1回で50人程度ですから全然足りないかもしれません。

それからこれはちょっと話が違いますが、今回診療報酬が算定可能になったことで、大学の授業に「がんリハ」という授業科目を組み込むことができそうです。これもがんリハの診療報酬が可能になったことの恩恵だと思っています。つまりは、まずは卒前、卒後教育をしっかりと始めようということでしょうか。

小林：作業療法士協会自体の、協会としての代表で理事として発言させていただきます。現在、会員数が4万人ぐらいですが、先ほど示したようにいわゆるがんリハに直接関わらない身体障害領域の部門って会員のいたい6割ぐらいなんです。3割は精神障害、いわゆる精神科単科の病院にいたりするものですから、そうするとPTさんが7万人、8万人いるのに比べて、(OTが)4万人で少ない、またさらに少ないというので、それでも世の中の体勢が「脳卒中が多い」という対象なのでなかなか視点がそっちに(がんリハに)向かないというのが現状ですね。本当に水間先生たちとがんリハの研修などのプロジェクトをさせていただいて、OTってそういうところに目が向いている人が少しずつ増えている、さっき50人と言われましたけれど、50人でもすごく大切な実は会員なので、ああいう目が向く会員を少しずつ育てていくというのと、あと、来年度は実はいろんな団体さん、たぶんそうだと思いますが、自分の職種の専門性を縦に伸ばすというのは生涯教育制度の中でやれると思うんですけども、今回のがんリハのように、横断的にいろんな職種と一緒にできる研究会の良さというのは、あらためてああそうだなと実感しているので、協会としてはできればいろいろな職種、たとえばPT、OT、STは横のいろいろな協会の研修というのはないことはないんですけども、もっともっと他の職種と一緒にできる研修会というのはがんばって出来る方向性がないのかなと考えています。これはがんに限らずなんです。

辻：がんリハの研修会もやられていますよね、OT協会で。

小林：あの作業療法士協会の「がんの作業療法研修」は、ただOT向けで基本的ながんの基礎知識を身につけることが学習目標です。先ほど言ったように、特に新卒を含めた経験年数の比較的小さい作業療法士には、がんの基本的な知識も乏しいので。あとはADLの話ですとか、という話なんですけど、やっぱりまだまだ…という印象もあります。会員が圧倒的に若いので、会員数の増加は年齢的な裾野が広がるばかりです。そうすると、若い会員の多くがリンパ浮腫の話ですとか技術的なところには飛びつくところは大きいのですが、こういう根幹をなすところがなかなかむずかしいことです。こういうのも踏まえつつ技術を提供する。先ほどのスキルという話もありますが、やはり実践として結果が出る。出ないとそれが反発されて、いかないのも事実なので、ちょっとここ5年ぐらいは、要は二股をかけてやって行かざるを得ないのかなという印象を持ちます。

辻：その流れで神田先生。ST協会ではいかがでしょうか。

神田：ST協会は全体的に遅れている印象があります。生涯学習プログラムの中にもがんのリハビリテーションの系統的なプログラムはまだないと思います。摂食・嚥下障害領域の認定言語聴覚士の養成講座で頭頸部がんの嚥下障害について頭頸部外科の先生から講義があるくらいだと思います。ようやく今年のST学会のシンポジウムでがんのリハビリテーションが取り上げられるようになってきたところなんです。がんのリハビリテーション研修会の運営などに参加させていただいているので、この経験を今後には活かしていきたいと考えています。

辻：今、嚥下障害の認定のときとかには、脳卒中だけでなく、がん関連の嚥下障害もやっぱり経験していないと取れないんですよね。嚥下障害の認定の資格が。そのときにはがん患者さんへの経験とか、試験とか…。

神田：経験は必要はないです。講義だけなんです。なので実際には実践はできていないけれども、講義的に

は知っているという形です。

**辻:** ちょうど他職種の、看護系はいかがですか？

**増島:** 具体的な話になりますが、やはりグランドデザインの緩和ケアにも書かれているように、「正しい知識の普及」というところで、緩和ケアの場合は民間の人たちに知ってもらうというのが前提になると思います。がんのリハビリテーションといったときに、看護職者がふつうの看護ケアの一環としてやっていたようなことが、がんのリハビリテーションという言葉の中に、たくさん含まれているような感じがして。

まず、がんのリハビリテーションって、私が不勉強で申し訳ないんですけど、どういうものを含むのかという具体的なものを、コメディカルに知ってもらえるような普及という部分が大切なのかなと思いました。

がんリハの中の診療報酬のところを見たんですけど、がんリハの中に含まれるものはこれだけじゃなく、もっとたくさん、多岐にわたると理解しておりますが……。

**辻:** はい、多岐にわたるけれどだいたい網羅されている、という感じだと思うんですけども。それ、前立腺がんが入っていないんですけど、あと、原発巣、治療目的はだいたい入っていると思うんですが。たとえばどういうものが抜けていたり？

**増島:** 先生が書いたがんリハの本をちょっと見てきまして、何が含まれるのかなと思ったんです。たとえば手術期の中で、ナースがエビデンスがどうかと思いながら漫然とやっているのが、骨盤底筋運動ですか、膀胱、排尿障害とか、あと肛門括約筋障害をやってはいるんですけども、あれのエビデンスがあるのかどうかとか。

**辻:** あります。前立腺がんについてはあります。

**増島:** そのへんの日何回やったらいいのかとか、そのへんを漫然と思いながらやっているというのがあるので。あと、インセンティブ・スパイロメトリ（呼吸訓練器）も、ナースはやってはいるんですけども、あのへんもちゃんとエビデンスがあるのかどうかとか。どれぐらい毎回やったらいいのかとか。その辺がナースとしては知識が今なくやっているとこがあつて……。そういうがんリハってどういうものなのかということとか、エビデンスがどれくらいあつてというものを、コメディカルでも知っているというものを……。

**辻:** そうですね。それは確かに。ガイドラインが出来るので、そうしたらそれに応じて逆にマニュアル化、こういう感じでやっていく方がいいですよと推奨していけると思うので、そういう取り組みも確かにこの中でやっていけるといいなと思います。

看護職種のベッドサイドでのリハビリ的な観点からの役割と、専門的なリハの役割、まあちょっとかぶるところがもちろんあると思うので、それはがんリハに限らず、どんなリハでもそうですよね。脳卒中であってもそうだし、ぜんぶADLを向上させるためにはリハ職だけでなく、看護職も非常に大きいので、だから明確な切り分けはもちろんできないということですけど、大事だと思います。

**柏浦:** エビデンスが本当にちゃんとあつたかどうかという疑問があるのですが、本当に今言われたように、手術前の肺合併症予防の呼吸訓練、乳がんオペ後の機能訓練、放射線治療後のリンパ浮腫マッサージなど、忙しい臨床の中で業務として一生懸命やっていた時代がありました。それが今回、自分たちがやっていたことが専門領域として診療報酬で認められるようになったんだということに、若干うれしく思っていました。何年か前にリンパ浮腫のマッサージ普及し始めた頃に、PTの方が埼玉リハから移られて埼玉がんセンターの方でリンパ浮腫マッサージの取り組みを専門的に始めたんです。

そのとき、私たちが教わりながらやっていたのですが、歴然とした効果が見られるようになり、すごく感動した覚えがあります。専門の方が関わることで患者さんにとって有益だったことを、事例として感じたものです……自分たちが臨床の中でやっていることをちゃんと理論づけていく必要があるとおもいます。反面、素晴らしいことをやっていたんだということ自分たちへの応援にもなるような発信をしていければと思っています。

**小磯:** 看護として心配なのは、さっき看護職が置き去りにされてしまうという話がちょっとありましたけれ

ど、結局、今まで自分たちがやってきて、一所懸命がんばってきたものが、形としてがんリハという形になっていて、他の職種の人が関与してきたときに、じゃあ、看護は其中で広く浅くなっていきがちだというところで、じゃあ其中で看護はどういう役割を果たしていくかというのが、やっぱり明確にしていけないといけないと思います。

辻：明確にした方がいいですね。

佐浦：脳卒中のADL訓練と同じ問題ですね。前任地のリハビリテーション病院では、脳卒中の患者さんの訓練室で行うリハはOTがするけど、訓練時間外のベッドサイドでのADL訓練を誰が責任もって行うのか？という問題がありました。ベッドサイドADL訓練の実施を作業療法士に依頼しても、なかなか積極的に関わってくれません。むしろ、病棟で患者さんと関わる時間が長い看護師さんに訓練の指導をお願いしていました。病棟で患者さんの生活をみている看護師さんだからこそ、それを訓練につなげていくことができるという専門性があるのではないかと思います。がんのリハビリテーションに限らず、多くのリハ病院では、訓練室でのリハは専門職がやっていますが、病棟に帰ったらベッドに伏しているような状況が見受けられます。この状況を看護師さんが専門性を発揮して、どのようにフォローアップしてくれるかな？と期待しています。

柏浦：訓練室で「できるADL」を「しているADL」にもっていくために看護師は24時間、生活の場で患者さんを見ていますから、看護の視点で情報を発信していく重要性は感じているところです。

佐浦：それが看護職のプライオリティ、専門性ではないでしょうか？私は以前からそのように思っています。

阿部：終末期の、在宅緩和ケアの患者さん、そのリハビリテーション施設から在宅に帰るその方々に、在宅でのリハビリテーションを継続するにあたって、やっぱり看護職の力として必要になります。

辻：そうですね。在宅も必要ですね。

佐浦：その通りです。現状、脳卒中の患者さんの生活期の機能維持は、訪問看護師さんをお願いして機能維持してもらっています。専門職が行う訪問リハの資源は乏しいのが現状です。

水間：加藤先生にお聞きしたいのですが、こういうグランドデザインを考える時には、医療制度改革以降は急性期、回復期、維持期を連携してつなぎましょうという考えをもとに進めて行かなければいけなくなって、全体を等してのリハを考えることが難しくなってしまったのですね。

今回のがんリハもやはり医療制度改革で医療提供体制が変わってきてしまった中で考えなければいけないのでしょうか。僕自身の考え方は、地域完結型というよりも自己完結型にこだわりたい部分があるのですが、これからグランドデザインを考えていく上ではやはり制度改革にそった形で考えていくべきなのか、根本的なところですけどもお尋ねしたい。

加藤：非常に重要なところです。現在、明らかに連携の方向に全体的に動いていると思います。そういう中で、やはりこうあるべきだということについては専門家で提言していくべきだと思うのです。

すぐ緩和ケアの話になってしまい申し訳ございません、緩和ケアの場合、どういうふう考えていたかという、患者さんがどういうふうにかんを診断されて、治療を急性期病院で受けて、再発したあとどういうふうにかん医療機関から動いていって、終末期をどこで迎えていくのかという、そういうような患者さんの流れで、まず考えていき、どこの部分が制度としてうまくいっていないのか、ということを考えてたのです。がん医療の急性期は非常にいいですね、非常に充実している。しかし、急性期が終わった後、私がいた頃は終末期の療養場所の問題が話題になっていたの、在宅でどういうふうにごすのか、在宅が無理だった患者さんはどこで過ごすのか、やっぱり施設じゃないかとか、そういった話になりました。私がちょうどいた18年度とか20年度ぐらいの時に力を入れてやったのは、施設でもしっかりと終末期の療養ができるような体制を作ったほうがいいんじゃないかということで、たとえば、特養に医者が訪問できるようになったりとか、老健施設とかでも医療用麻薬を使いやすしたりとか、そういうようなことをしたんですね。どうしても日本の医療制度全体をみたときには、地域連携というものはやらなければいけないものなので、それを完全に無視することはできないと思うのです。ただ、できるだけ医療の現場にいる立場から、患者さんにとつ



てあるべき姿というのを頭に置きつつ、今の医療制度で不十分なところを明らかにすべきです。さっきの話題だと、どうしてもリハビリテーションは回復期が中心なので今もがん患者さんに対応できないという現実があるという話題が出ました。私はあんまりよくわかっていなかったのですが、そういう話があるのであれば、がん患者さんの治療や療養の流れの中でこの部分が制度として不十分なので、ここをしっかりと補わなければいけない、トータルで患者さんにとっていいリハビリテーションを提供できない、と言うべきです。回復期のところの問題はなんだということだけを言っても、厚労省はなかなか対応できません。全体像を提示したうえで、ここの部分が抜けているので、ここの部分を埋めるためにこういう制度が必要なんですよと言うことが重要です。そう説明をされると、厚労省も検討してくれるのではないのでしょうか。そういうふうに進めていくと、具体的な解決策が見えてきて動いていくのかなと思います。今はどうしても連携の重要性が強調されている状況です。もし自分のところで完結するようなやり方があるのであれば、それは連携ではできないいいところとして、こういうメリットがあるということを明示して、こういう部分については完結型で行くと患者さんにとってもいいし、地域全体の中でも非常にいい役割を果たすんですよ、と説明していくのが良いと思います。おそらく厚労省は、自分だけ儲かろうというような主張は絶対にいやがると思います。こういうことをすることによって、多くの患者さんに利益があるというのはもちろんのこと、地域にとってもいいんです、そのためこういう役割が必要なんですという説明ができるといいと思います。そうなれば、では応援しようかということになると思います。やはり患者さんにとっていいところ、それが地域にどう貢献できるのか、という説明があるといいのだと思います。

**水間：**今、リハ自体が地域差がすごくあるんですね。そういう問題を抱えていて、あんまり国の考え方の流れだけでやってしまうと…。

**加藤：**そうですね。現実、そういう状況があります。それがよく言われるのは、有床診療所の例があります。政府としては、有床診療所に対する評価を十分にしていなかったのですが、有床診療所がなくなってしまうと地域の医療が成り立たないということが見えてきました。問題が起きてやっと状況がわかったということなのですが、やってみて初めてわかることが現実にくつかあります。今はむしろ、有床診療所をどうやって有効に使っていかうか、ということが話題になっていると思います。国全体で見ると目立たない部分が、地域にとっては重要ということが、よくある話なのです。やはり地域で、非常に重要な役割を果たしているというものは見える形にしていかないと大きな流れの中に埋もれてしまいます。現実にもそういうことがあるので、こういう問題もあるんだということを常に言っていた方がいいと思います。

**辻：**ちょうどお時間となりました。

\* \* \* \* \*

本日は、本当にいい議論ができたと思います。この議論を踏まえまして、がんリハのグランドデザインを私の方で考えてきたいと思います。私は医師の立場からの提言がありますので、それぞれの協会ですべての協会に付け加えていただきたく存じます。各協会の先生方には、ぜひアドバイスいただければと思います。よろしくお願ひいたします。

次回の会議の際にはグランドデザインの雛形ができていて、それをもとにまた議論ができればと思います。長い時間にわたり活発にご討論いただき、ありがとうございました。今後ともよろしくお願ひいたします。

文責： 辻 哲也

資料9 ワーキンググループ立ち上げの経緯と  
がんリハビリの動向・問題点

平成22年度厚生労働科学研究費補助金（第3次対がん総合戦略研究事業）  
がんのリハビリテーション ガイドライン作成のためのシステム構築に関する研究

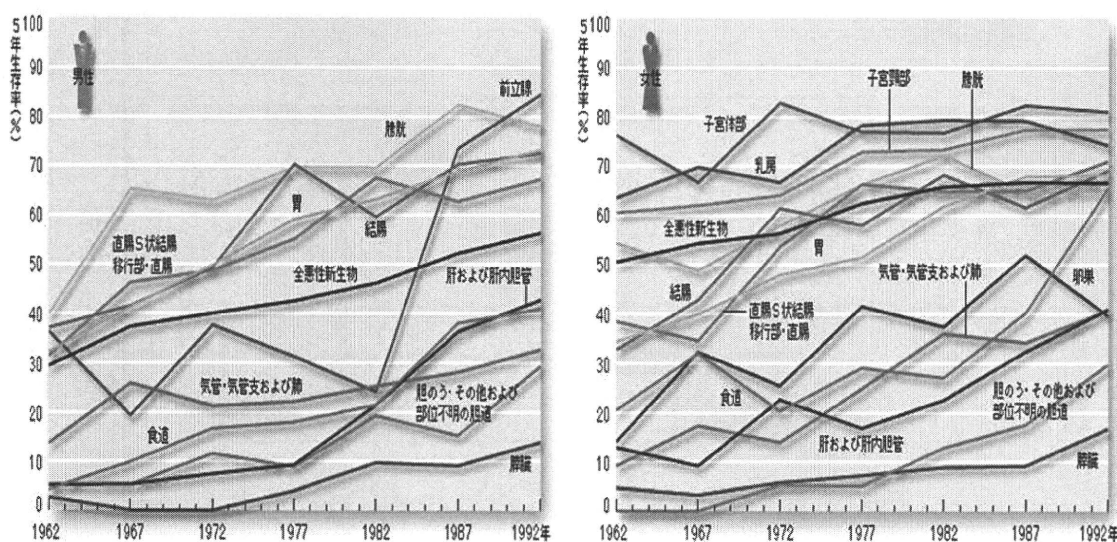
## WG立ち上げまでの経緯 がんリハビリの動向と問題点

辻 哲也

慶應義塾大学医学部  
腫瘍センターリハビリテーション部門

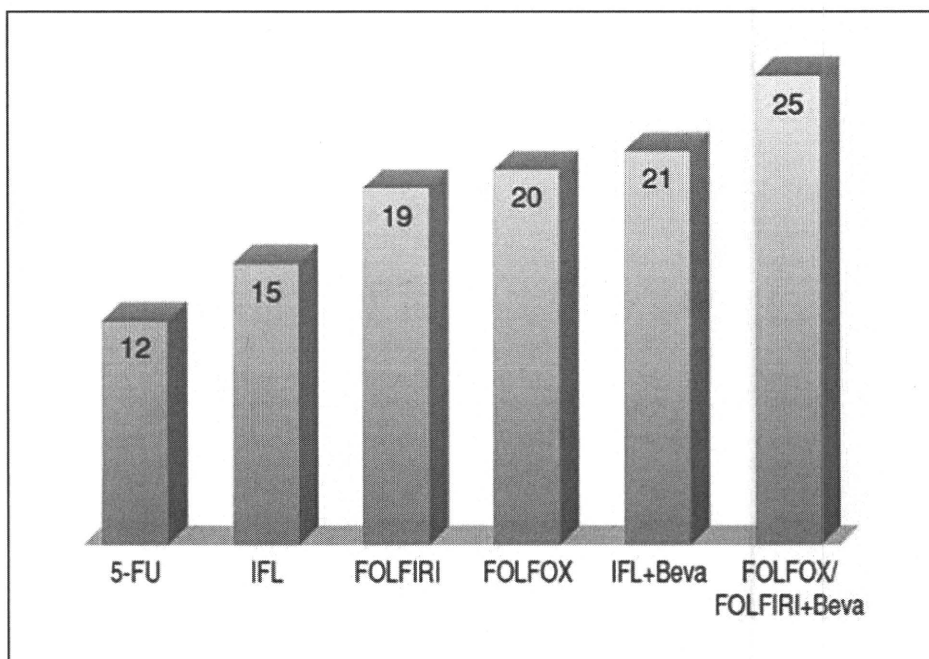
慶應義塾大学医学部  
リハビリテーション医学教室

がんは不治の病？



(国立がんセンター ホームページ)

“不治の病” から “がんと共存する時代” へ……………



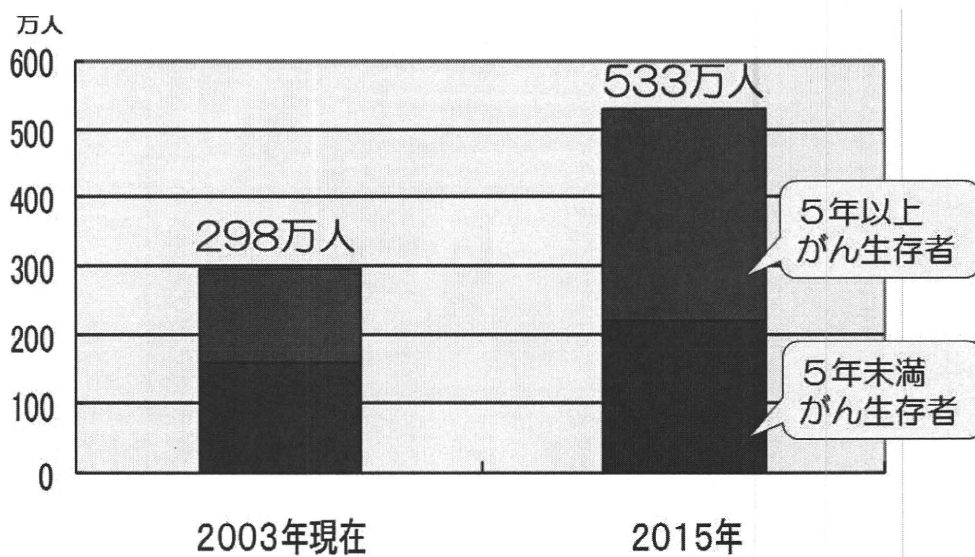
### 大腸癌化学療法；最近10年間における進歩

各棒グラフの数字はそれぞれの生存期間中央値（月）を示す

(Beva = ベバシズマブ)

出典：Cancer Therapy. JPコンセンサスがん治療ホームページ  
2008年春号 (VOL.7 NO.2)  
「再発大腸癌に対する化学療法のコンセンサス」

## がん2015年問題



がんによる身体障害に対して、障害の軽減、ADLの改善を目的としたがんのリハビリテーションの必要性は増大している。

(厚生労働省がん研究助成金「がん生存者の社会的適応に関する研究」2002年報告書)