

- **エビデンスレベルの記載方法**：過去のガイドラインを確認し、次回委員会で審議予定。
本文中に文献番号のあとに記載するか、引用文献一覧に記載するか（金原出版担当）。
- **推奨グレードの記載方法**：下記のとおり統一する。

A：行うよう強く勧められる
 B：行うよう勧められる
 C1：行うことを考慮しても良いが、十分な科学的根拠がない
 C2：科学的根拠がないので、勧められない
 D：行わないよう勧められる・附記

- **附記**：下記のとおり統一する。

ガイドラインを活用する上で参考になる知識を記載する（機能障害や病態のメカニズム、リハビリテーションのポイントなど）。

2) 今後のスケジュール（資料）

- i) 本日の委員会での意見をふまえて、委員は各分担項目について、エビデンステーブルと本文の執筆・修正を行う。
- ii) 次回の委員会の1週間前までに（3月23日（金）締め切り）IMICへ原稿を送付し、各委員が他の章の内容を事前にチェックできるようにする。
- iii) 平成23年度第4回策定委員会（3月30日（金）開催予定）にて、エビデンステーブル・本文の素案を各章の分担委員が発表、審議を行う。
- iv) 平成24年3月にガイドライン試案完成→リハ医学会評議員（もしくは専門医）からパブリックコメントを募集、原稿を修正→日本造血幹細胞移植学会・がん治療学会ガイドライン評価委員会の外部評価→原稿を修正→出版に向けた校正→平成24年9月の完成を目指す。

次回委員会は平成24年3月30日（金）18時～21時（詳細は後日連絡）。

以上。

平成23年度 第4回がんのリハビリテーションガイドライン策定委員会 議事録

日時：平成24年3月30日（金）18:00～21:20

場所：八重洲倶楽部 第11会議室（東京）

出席：生駒一憲（担当理事）、辻哲也（診療ガイドライン委員会委員長）

佐浦 隆一（委員）、田沼 明（委員）、鶴川 俊洋（委員）、水落 和也（委員）

水間 正澄（委員）、宮越 浩一（委員）、村岡 香織（委員）

財団法人国際医学情報センター(IMIC)：渡辺、逸見 金原出版：福村、鈴木

日本リハビリテーション医学会事務局：小林

議題

<報告事項>

1) 前回議事録（資料）

2) これまでの経緯

これまでのガイドライン作成の経緯について、CQ・キーワードの選択→文献検索とデータベースの作成→一次採択→二次採択・構造化抄録作成→エビデンステーブル・推奨グレード作成、とほぼ工程表どおりに順調に進んでいる旨、辻委員長から説明された。

3) IMICからの報告事項（資料）

各章ごとの文献選択経過、ハンドサーチ文献一覧、CQ一覧表、スケジュール（案）が報告された。

4) 分担研究報告書

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」について、平成23年度分担研究報告書と業績（論文・発表）の作成依頼をメールで配信済み。5月2日（火）必着。

<審議事項>

1) 本文（推奨グレード・エビデンス・附記）作成にあたっての懸案事項（資料1～8）

各章共通の懸案事項について下記のとおり方針が決定された。

・CQ、推奨文の形式（資料1）

→推奨文の形式は脳卒中治療ガイドラインに準じて下記のとおりとする。

A：行うよう強く勧められる

B：行うよう勧められる

C1：行うことを考慮しても良いが、十分な科学的根拠がない。or 行うことを考慮しても良い

C2：科学的根拠がないので、勧められない

D：行わないよう勧められる・附記

・評価に関するCQのエビデンスレベル分類の仕方（資料2、3）

→評価に関するCQでは、通常の介入研究のCQのエビデンスレベル分類の使用は難しい。別途、診断・評価のためのエビデンスレベル分類を用いることとする。参考資料を金原出版に提供していただく（後日、メール配信）。

・用語の統一（資料4、5、6）

1) 放射線療法、化学療法、内分泌療法（放射線治療、抗癌剤治療、ホルモン療法は用いない）

- 2) 呼吸リハビリテーション (多職種セラピストの関わる包括的な内容)、呼吸理学療法 (呼吸障害に対する理学療法)
- 3) 倦怠感 (疲労・疲労感は用いない) (CRF は用語含めいずれかの章の附記で解説)
- 4) 呼吸困難 (他覚所見)・呼吸困難感 (自覚所見) (呼吸苦は用いない)。
- 5) 有害事象 (因果関係の有無を問わず、介入により生じたあらゆる好ましくない出来事) (合併症・副作用・有害反応は用いない)。
- 6) 摂食嚥下リハビリテーション (多職種セラピストの関わる包括的な内容)、摂食嚥下訓練 (嚥下障害に対する訓練)

7) その他は資料 6 の用語統一案に準じる。

・**エビデンスレベルの記載方法 (資料 7、8)**

エビデンスの本文中の文献番号のあとに記載する。本文は二色刷り。

・**介入・アウトカム評価の内容**

具体的に記載する (運動の種類、週*回、*分など)。すべて完成の段階で全体の分量をみて調整する。

・**附記**

ガイドラインを活用する上で参考になる知識を記載する (機能障害や病態のメカニズム、リハビリテーションのポイントなど)。

2) 推奨グレード・推奨文

各章ごとに推奨グレード、エビデンス、附記について、審議が行われた。審議結果をふまえて、担当の委員がさらに加筆・修正を行う予定。

3) 今後のスケジュール (資料)

i) 委員は、分担項目以外の章についてのチェックを行い、コメントを記載、担当委員へフィードバックする。取りまとめは金原出版担当。締め切りは 4月23日 (月)。

ii) 分担項目担当委員は、委員会での審議結果および i) のコメントをふまえて、エビデンステーブルと本文の執筆・修正を行う。締め切りは 5月28日 (月)。

*IMIC ガイドラインサイトはこの時点でクローズする予定。

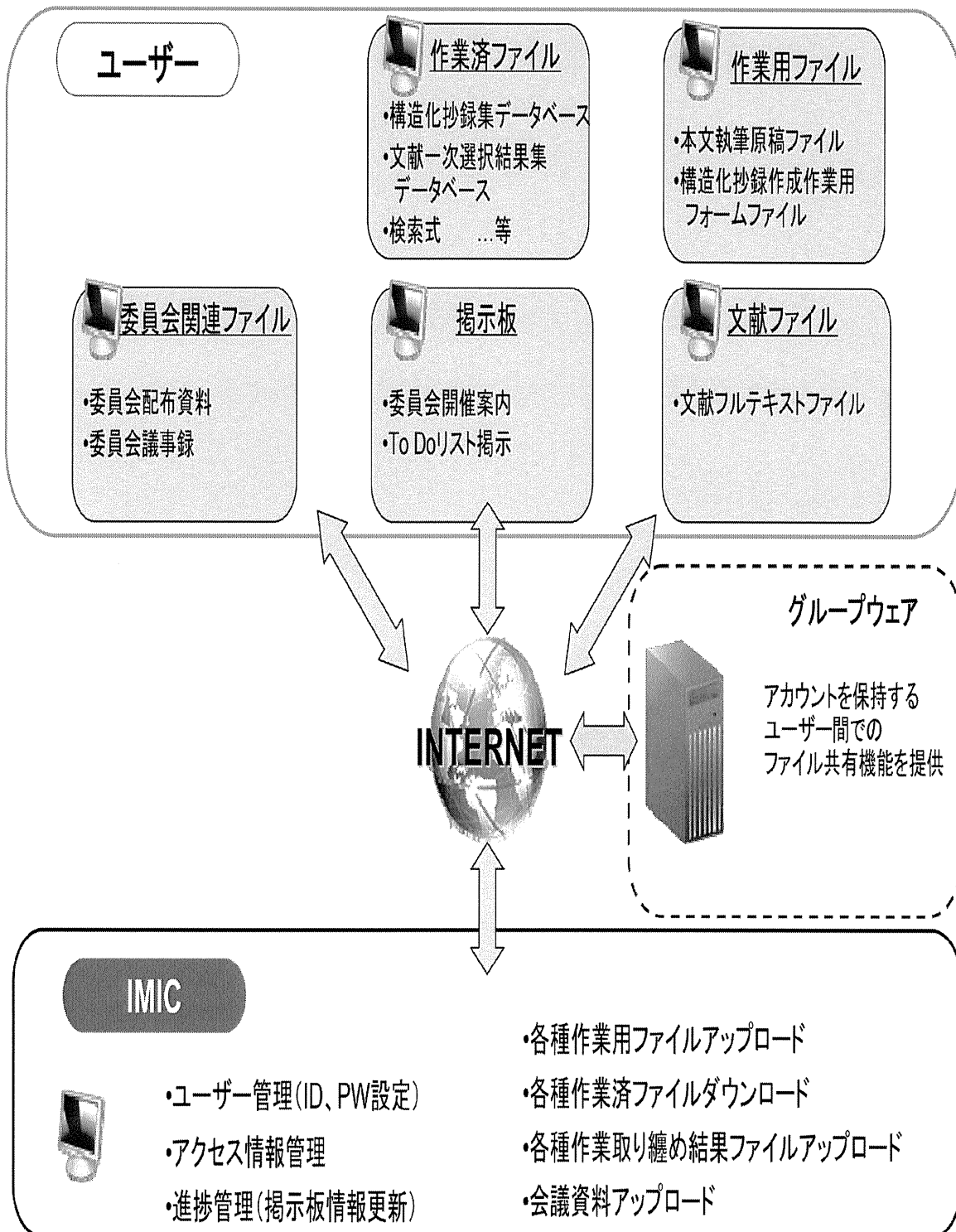
iii) 完成したガイドライン (案) について、委員の最終チェック→リハ医学会評議員 (もしくは専門医) および日本造血幹細胞移植学会・がん治療学会ガイドライン評価委員会の外部評価→原稿を修正→出版に向けた校正→平成 24 年 10 月の完成を目指す。

次回委員会は平成 24 年 7 月 6 日 (金) 17 時 30 分～18 時 20 分 (詳細は後日連絡)。

以上。

資料3：ガイドラインサイトシステム概要図

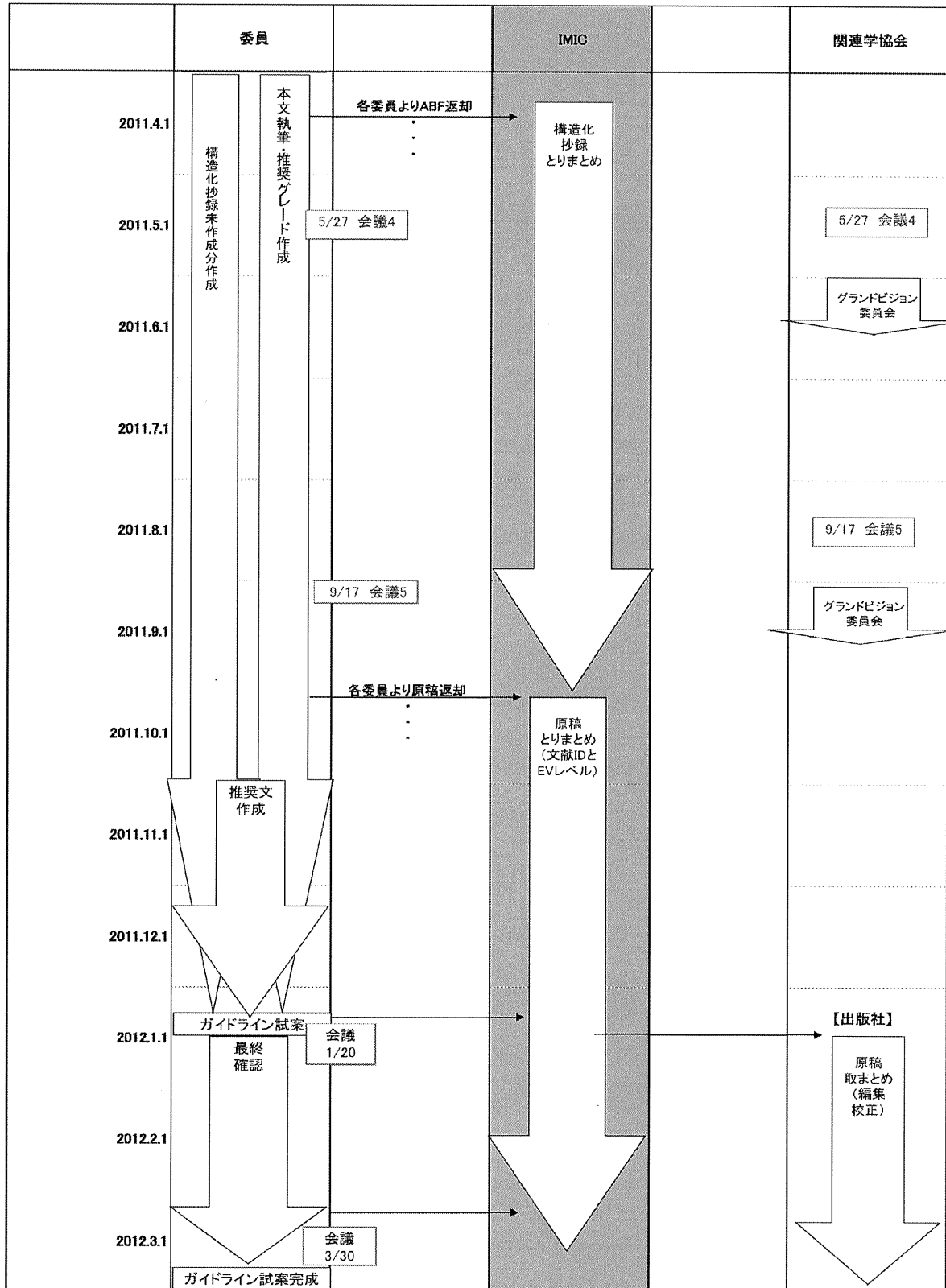
ガイドラインサイト システム概要図



2012年3月30日
 (財)国際医学情報センターEBM研究センター

資料4：ガイドライン作成工程表

がんのリハビリテーションガイドライン平成23年度 スケジュール(案)



2012年3月30日
(財)国際医学情報センター-EBM研究センター

診療ガイドライン作成工程

Step	項目	内容	担当
Step 1 全体の構成確認	1.1 ガイドラインの構成決定	作成の目的・対象・利用者の確定、ガイドラインの章立て決定	委員会での討議
	1.2 CQ(Clinical question)の決定	現状の臨床現場における重要なquestionに沿って作成	委員会および領域別に討議
	1.3 各委員の担当領域の決定	エビデンスとなる文献採択及び本文(Scientific Statement、推奨文、推奨グレードを含む)作成担当領域の決定	委員会での討議
Step 2 文献収集	2.1 文献検索のキーワード決定	商用データベースによる検索のための検索式を決定	
	2.2 文献検索	海外文献: Medline、CochraneDB 国内文献: 医中誌	
	2.3 検索結果の取り込み	検索カテゴリー別に専用ガイドラインサイトにアップ	
Step 3 文献採択	3.1 文献一次選択	検索結果の文献タイトル、著者抄録を査読し、フルテキストを取り寄せる文献を選択 採択結果をIMICに返却	各領域担当委員
	3.2 追加検索	検索漏れなどの確認、委員による文献の追加	委員会・事務局/IMIC
	3.3 フルテキスト取り寄せ	一次採択文献のフルテキスト取り寄せ PDF化してガイドライン専用サイトにアップ	IMIC
Step 4 構造化抄録(ABF)作成	4.1 ABF入力フォーム作成	ガイドライン専用サイトにアップ	IMIC
	4.2 ABF作成	ガイドライン専用サイトからABF入力フォームとフルテキストPDFをダウンロードし、構造化抄録作成	各領域担当委員
	4.3 ABFテーブルの作成	採択した文献の内容を研究デザインごとに一覧表にする	委員会・事務局/IMIC
	4.4 ABF集の納品	各委員が作成したABFを1つのデータベースにまとめ納品	IMIC
Step 5 引用文献採択	5.1 本文に引用する文献選択(二次選択)	構造化抄録、アブストラクトテーブルを参考に、エビデンスとなる文献の採択	各領域担当委員
	5.2 エビデンスレベル決定	研究デザイン、サンプル数、統計手法、追跡率などに基づき、文献のエビデンスレベルを判定	各領域担当委員
Step 6 本文執筆	6.1 CQごとの引用文献リスト作成	エビデンスとした文献のID、書誌、エビデンスレベルを記したリストを作る	各領域担当委員
	6.2 サイエントフィック・ステートメント(解説)を執筆	エビデンス文献からCQに沿ったコメント・解説を記載	各領域担当委員
	6.3 推奨グレード決定	CQに対する結論といった形で推奨を作成、推奨グレードを記載、その根拠となった文献の内容をエビデンスレベルとともに記載、その根拠となった文献の内容をエビデンスレベルとともに記載	各領域担当委員
	6.4 CQ以外の本文執筆	序文、作成方法、アルゴリズムなどを作成	担当委員
Step 7 ガイドライン試案の完成	7.1 委員会として本文を検証、試案を作成	全体のバランス、CQに合致しているか、推奨グレード、エビデンスとなる文献の確認、エビデンスレベルの確認など	委員会での討議
	7.2 本文とアブストラクトフォームの照合・校正	アブストラクトフォームのばらつき、重複アブストラクトフォームの整合性、エビデンスレベルの照合など	委員会・事務局/IMIC
Step 8 関連学会への回覧	外部評価・パブリックコメントの募集	ガイドライン試案と評価票を配布、または関連学会のHPなどパブリックコメントとして掲載し、意見を求める	委員会・事務局/IMIC
Step 9 最終版の完成	評価の反映	IMICが取りまとめたコメントを元に、原稿を修正	委員会・事務局/IMIC

2012年3月30日
(財)国際医学情報センター-EBM研究センター

資料5：クリニカルクエスチョン（CQ）一覧

小項目	CQ	担当委員
総論・疫学・評価		辻 哲也 (慶應義塾大学医学部)
CQ1	がんのリハビリテーションに関するエビデンスに関して、世界の動向は？ (世界のガイドラインの数と内容)	
CQ2	がん患者の全身機能、ADL、QOL 評価の方法は？	
CQ3	がん患者に対するリハビリテーション治療は、実施しない場合に比べて、機能障害の改善、ADL 向上、QOL 向上、生命予後、生存期間の向上をもたらすのか？	

小項目	CQ	担当委員
食道がん、肺がん、縦隔腫瘍、胃がん、肝臓がん、胆嚢がん、膵臓がん又は大腸がんを診断され、当該入院中に閉鎖循環式全身麻酔によりがんの治療のための手術が行われる予定の患者又は行われた患者		田沼 明 (静岡県立静岡がんセンター) 水間 正澄 (昭和大学藤が丘リハビリテーション病院)
CQ1	開胸・開腹術を施行される患者の術前に呼吸リハビリテーションの指導をおこなうと、おこなわない場合に比べて術後の呼吸器合併症が減るか？	
CQ2	開胸・開腹術を施行される患者の術前に禁煙の指導をおこなうと、おこなわない場合に比べて術後の呼吸器合併症が減るか？	
CQ3	開胸・開腹術を施行される患者の周術期に腹式呼吸の指導をおこなうと、おこなわない場合に比べて術後の呼吸器合併症が減るか？	
CQ4	開胸・開腹術を施行される患者の周術期にインセンティブ・スパイロメトリーを用いた呼吸訓練をおこなうと、おこなわない場合に比べて術後の呼吸器合併症が減るか？	
CQ5	開胸・開腹術を施行される患者の周術期に排痰訓練をおこなうと、おこなわない場合に比べて術後の呼吸器合併症が減るか？	
CQ6	開胸・開腹術を施行された患者に呼吸介助をおこなうと、おこなわない場合に比べて術後の呼吸器合併症が減るか？	
CQ7	開胸・開腹術を施行された患者に体位ドレナージをおこなうと、おこなわない場合に比べて術後の呼吸器合併症が減るか？	
CQ8	開胸・開腹術を施行された患者に気管支鏡による排痰をおこなうと、おこなわない場合に比べて術後の呼吸器合併症が減るか？	
CQ9	開胸・開腹術を施行された患者に呼気陽圧や気道内陽圧を発生させる器具による排痰をおこなうと、おこなわない場合に比べて術後の呼吸器合併症が減るか？	

CQ10	開胸・開腹術を施行された患者に早期離床をおこなうと、おこなわない場合に比べて術後の呼吸器合併症が減るか？	
CQ11	開胸・開腹術を施行された患者に早期離床をおこなうと、おこなわない場合に比べて退院までの期間が短縮するか？	
CQ12	胸部食道癌の周術期に嚥下リハビリテーションをおこなうと、おこなわない場合に比べて肺炎の発症率が減るか？	
CQ13	胸部食道癌の周術期に嚥下リハビリテーションをおこなうと、おこなわない場合に比べて退院までの期間が短縮するか？	
CQ14	胸部食道癌の周術期に持久力訓練をおこなうと、おこなわない場合に比べて術後の体力の回復に要する期間が短縮するか？	
CQ15	胸部食道癌の周術期に持久力訓練をおこなうと、おこなわない場合に比べて術後の QOL が高いか？	
CQ16	胸部食道癌の周術期に持久力訓練をおこなうと、おこなわない場合に比べて退院までの期間が短縮するか？	

小項目	CQ	担当委員
	舌がん、口腔がん、咽頭がん、喉頭がん、その他頸部リンパ節郭清を必要とするがんにより入院し、当該入院中に放射線治療若しくは閉鎖循環式全身麻酔による手術が行われる予定の患者又は行われた患者	鶴川 俊洋(国立病院機構 鹿児島医療センター) 辻 哲也(慶應義塾大学 医学部)
CQ1	舌がん・口腔がん患者において、術前および術後早期の摂食嚥下機能訓練を行うと、行わない場合に比べて、早期に経口摂取が可能になる。	
CQ2	舌がん・口腔がん術後の構音障害に対する構音訓練は、それを行わない場合に比べて、構音障害を改善させる。	
CQ3	舌がん・口腔がん術後の構音障害・嚥下障害に対して、P A P ・ P L P などの補装具を使用することは、使用しない場合に比べて、その障害が改善する。	
CQ4	咽頭がん患者において、術前および術後早期の摂食嚥下機能訓練を行うと、行わない場合に比べて、早期に経口摂取が可能となる。	
CQ5	咽頭がん患者において、術前および術後早期の摂食嚥下機能訓練を行うと、行わない場合に比べて、誤嚥性肺炎を起こす危険性が低下する。	
CQ6	気管切開術を併用した咽頭がん術後患者に対する経口摂取訓練は、気管切開孔閉鎖後に実施した方が、気管切開孔閉鎖前よりも、安全かつ早期の経口摂取獲得につながる。	

CQ7	咽頭がん患者において、咽頭食道形成（再建）術を行った場合の術後嚥下障害に対し、早期の嚥下造影検査および嚥下内視鏡検査は、安全で有用である。	
CQ8	喉頭がん患者において、喉頭全摘出術術後早期から摂食嚥下機能訓練を行うと、行わない場合に比べて、早期に経口摂取が可能になる。	
CQ9	喉頭がん患者における喉頭全摘出患者に対して、術前に人工喉頭の使用方法を説明すると、説明しない場合に比べて、早期に代用音声獲得が可能になる。	
CQ10	喉頭がん患者における喉頭全摘出患者における発声障害に対して、気管食道瘻発声の訓練を行うことは、行わない場合に比べて、良好なコミュニケーションが可能となる。	
CQ11	喉頭がん患者における喉頭全摘出患者における発声障害に対して、シャント発声の訓練を行うことは、行わない場合に比べて、良好なコミュニケーションが可能となる。	
CQ12	頸部リンパ節郭清後の副神経麻痺（または僧帽筋麻痺）が予想される頭頸部がん患者において、術前および術後早期に肩関節機能訓練を行うと、行わない場合に比べて、早期に肩関節周囲の筋力および肩関節可動域が改善する。	
CQ13	頭頸部がん患者の放射線治療中に生じる嚥下障害に対して、摂食嚥下機能訓練を併用することは、併用しない場合に比べて、経口摂取量を保つことができる。	
CQ14	頭頸部がん患者の放射線治療中に生じる体力低下に対して、運動療法を併用することは、併用しない場合に比べて、ADLを保つことができる。	
CQ15	頭頸部がん患者の放射線治療中に生じる嚥下障害に対して、摂食嚥下機能訓練を併用することは、併用しない場合に比べて、経口摂取量を保つことができる。	
CQ16	頭頸部がん患者の摂食嚥下障害及び栄養不良に対して、一時的に胃ろうからの注入食で栄養管理を行うことは、十分でない経口摂取のみで対応する場合に比べて、栄養状態及びQOLを維持できる。	
CQ17	頭頸部がん領域の構音・嚥下・発声、肩の問題に対する機能障害、ADL、QOLの標準的な評価法について	

小項目	CQ	担当委員
	乳がんにより入院し、当該入院中にリンパ節郭清を伴う乳房切除術が行われる予定の患者又は行われた患者で、術後に肩関節の運動障害等を起こす可能性がある患者	村岡 香織(済生会神奈川県病院)
CQ1- ①	腋窩リンパ節郭清を伴う乳房切除術において、患肢の使用制限(重いものを持たない、使いすぎないなど)は、それらを行わない例に比して、上肢筋力・使用頻度の維持・改善を改善させるか？	
CQ1- ②	腋窩リンパ節郭清を伴う乳房切除術において、患肢の使用制限(重いものを持たない、使いすぎないなど)は、それらを行わない例に比して、肩痛の予防・改善を改善させるか？	
CQ1- ③	腋窩リンパ節郭清を伴う乳房切除術において、患肢の使用制限(重いものを持たない、使いすぎないなど)は、それらを行わない例に比して、リンパ浮腫予防を改善させるか？	
CQ1- ④	腋窩リンパ節郭清を伴う乳房切除術において、患肢の使用制限(重いものを持たない、使いすぎないなど)は、それらを行わない例に比して、ADL維持・向上を改善させるか？	
CQ1- ⑤	腋窩リンパ節郭清を伴う乳房切除術において、患肢の使用制限(重いものを持たない、使いすぎないなど)は、それらを行わない例に比して、QOL維持向上を改善させるか？	
CQ1- ⑥	腋窩リンパ節郭清を伴う乳房切除術において、周術期の(リンパ浮腫予防のための)セルフマッサージの指導・弾性着衣(スリーブ)の装着は、それらを行わない例に比して、肩関節可動域の維持を改善させるか？	
CQ1- ⑦	腋窩リンパ節郭清を伴う乳房切除術において、周術期の(リンパ浮腫予防のための)セルフマッサージの指導・弾性着衣(スリーブ)の装着は、それらを行わない例に比して、上肢筋力・使用頻度の維持・改善を改善させるか？	
CQ1- ⑧	腋窩リンパ節郭清を伴う乳房切除術において、周術期の(リンパ浮腫予防のための)セルフマッサージの指導・弾性着衣(スリーブ)の装着は、それらを行わない例に比して、肩痛の予防・改善を改善させるか？	
CQ1- ⑨	腋窩リンパ節郭清を伴う乳房切除術において、周術期の(リンパ浮腫予防のための)セルフマッサージの指導・弾性着衣(スリーブ)の装着は、それらを行わない例に比して、リンパ浮腫予防を改善させるか？	
CQ1- ⑩	腋窩リンパ節郭清を伴う乳房切除術において、周術期の(リンパ浮腫予防のための)セルフマッサージの指導・弾性着衣(スリーブ)の装着は、それらを行わない例に比して、ADL維持・向上を改善させるか？	

CQ1- ①	腋窩リンパ節郭清を伴う乳房切除術において、周術期の（リンパ浮腫予防のための）セルフマッサージの指導・弾性着衣（スリーブ）の装着は、それらを行わない例に比して、QOL 維持向上を改善させるか？	
CQ2- ①	腋窩リンパ節郭清を伴わない（センチネルリンパ節生検のみなど）乳房切除術において、周術期の肩関節可動域訓練は有効か？（必要か？）	
CQ2- ②	腋窩リンパ節郭清を伴わない（センチネルリンパ節生検のみなど）乳房切除術において、周術期の上肢筋力増強訓練は有効か？（必要か？）	
CQ2- ③	腋窩リンパ節郭清を伴わない（センチネルリンパ節生検のみなど）乳房切除術において、患肢の使用制限（重いものを持たない、使いすぎないなど）は有効か？（必要か？）	
CQ2- ④	腋窩リンパ節郭清を伴わない（センチネルリンパ節生検のみなど）乳房切除術において、周術期の（リンパ浮腫予防のための）セルフマッサージの指導・弾性着衣（スリーブ）の装着は有効か？（必要か？）	
CQ3- ①	術後の放射線治療（特に腋窩照射）において、周術期の肩関節可動域訓練は有効か？（必要か？）	
CQ3- ②	術後の放射線治療（特に腋窩照射）において、周術期の上肢筋力増強訓練は有効か？（必要か？）	
CQ3- ③	術後の放射線治療（特に腋窩照射）において、患肢の使用制限（重いものを持たない、使いすぎないなど）は有効か？（必要か？）	
CQ3- ④	術後の放射線治療（特に腋窩照射）において、周術期の（リンパ浮腫予防のための）セルフマッサージの指導・弾性着衣（スリーブ）の装着は有効か？（必要か？）	
CQ4	術後、肩関節可動域訓練の開始を遅らせること（術後4-5日後以降）は、術直後からの肩関節可動域訓練の開始に比して、短期的な outcome（創治癒など）および長期的な outcome（ROM, ADL, QOL）を改善させるか？	
CQ5	乳がん術後もしくは放射線治療後の患者に対し、PT などセラピストが介入して関節可動域訓練などリハビリを行うことは、テキストなどを見ながら自主トレーニングを行うことに比し、outcome を改善させるか？	

小項目	CQ	担当委員
	骨軟部腫瘍又はがんの骨転移に対して、当該入院中に患肢温存術若しくは切断術、創外固定若しくはピン固定等の固定術、化学療法又は放射線治療が行われる予定の患者又は行われた患者	宮越 浩一（亀田総合病院） 辻 哲也（慶應義塾大学医学部）
項目 1	1. 原発性骨軟部悪性腫瘍に対して	
CQ1	肢温存術, 下肢切断術, 化学療法, 放射線療法における、リハビリテーションの効果	
CQ2	肢温存術, 下肢切断術, 化学療法, 放射線療法において、どのような評価が必要か	
CQ3	肢温存術, 下肢切断術, 化学療法, 放射線療法において、どのような症例に対して適応か	
CQ4	生存期間を延長するか	
CQ5	入院期間を短縮するか、自宅退院率を向上するか	
CQ6	歩行能力・ADL・QOLを向上するか？	
CQ7	切断部位・方法の選択（どの長さが適切か）	
項目 2	2. 転移性骨腫瘍に対して	
CQ1	病的骨折の予測は可能か	
CQ2	切迫骨折の定義、どのような症例に骨折が多いか（リスクスコアなども）	
CQ3	予防的手術を行うことは、効果があるか（骨折を予防できるか、ADL・QOLを改善するか、骨折・麻痺の予防は可能か）	
CQ4	訓練介入による効果	
CQ5	補装具の効果（コルセット、functional braceなど）	
CQ6	放射線療法の効果	
CQ7	ビスフォスフォネート製剤、そのほか薬剤の効果	
CQ8	ビスフォスフォネート製剤、そのほか薬剤の効果、どのような評価が必要か	
CQ9	ビスフォスフォネート製剤、そのほか薬剤の効果、どのような症例に適応か	
CQ10	生存期間を延長するか	
CQ11	入院期間を短縮するか、自宅退院率を向上するか	
CQ12	歩行能力・ADL・QOLを向上するか	
CQ13	切断部位・方法の選択は何か（どの長さが適切か）	

小項目	CQ	担当委員
	原発性脳腫瘍又は転移性脳腫瘍の患者であって、当該入院中に手術若しくは放射線治療が行われる予定の患者又は行われた患者	生駒 一憲(北海道大学病院)
CQ1	脳腫瘍〔脊髄腫瘍〕(P)の術前リハビリテーションは(I)術後にリハビリテーションを始めるより(C)効果的か(O)?	
CQ2	脳腫瘍〔脊髄腫瘍〕に対する(P)周術期(術前・術後)リハビリテーションは(I)、リハビリテーションを行わないときと比べて(C)、機能障害の改善、認知障害の改善、入院期間の短縮、術後の歩行能力、ADL向上、QOL向上に有効か(O)?	
CQ3	悪性脳腫瘍に対する(P)リハビリテーションは(I)良性腫瘍のときと比べて(C)機能予後、ADL向上、入院期間短縮、在宅復帰率が劣るか(O)?	
CQ4	脳腫瘍〔脊髄腫瘍〕のサイズが大きい場合の(P)リハビリテーションは(I)サイズが小さい場合に比べて(C)リハ効果が劣るか(O)?	
CQ5	脳腫瘍〔脊髄腫瘍〕に対する(P)介護支援サービス導入は(I)導入しないときと比べて(C)在宅復帰率を向上させるか(O)?	
CQ6	脳腫瘍〔脊髄腫瘍〕による対麻痺に対する(P)プッシュアップ訓練は(I)行わないときと比べて(C)移乗能力を改善できるか(O)?	
CQ7	脳腫瘍〔脊髄腫瘍〕による麻痺側下肢に対する(P)短下肢装具使用は(I)、使用しないときと比べて(C)歩行能力向上に有効か(O)?	
CQ8	脳腫瘍による嚥下障害に対する(P)嚥下リハビリテーションは(I)嚥下リハを行わないときと比べて(C)経口摂取可能な期間を延長できるか(O)?	
CQ9	脳腫瘍による嚥下障害に対する(P)嚥下リハビリテーションは(I)嚥下リハを行わないときと比べて(C)誤嚥性肺炎発生率を低下させるか(O)?	
CQ10	脊髄腫瘍の神経因性疼痛に対する(P)経皮的電気刺激療法(TENS)は(I)TENSを行わないときと比べて(C)疼痛を軽減するか(O)?	
CQ11	脳腫瘍による症候性てんかん発作の(P)コントロールは(I)、発作がコントロールされていないときと比べて(C)ADLを向上させるか(O)?	
CQ12	脳腫瘍に対する(P)周術期(術前・術後)の補助療法(放射線療法または化学療法)は(I)補助療法をしないときに比べて(C)リハビリテーション効果(機能障害・ADLの改善、入院期間、転帰)に差があるか(O)?	

CQ13	脳腫瘍に対する (P) ガンマナイフ治療は (I), ガンマナイフ治療をしないときに比べて (C) リハビリテーション効果 (機能障害・ADL の改善, 入院期間, 転帰) に差があるか (O) ?	
CQ14	脳腫瘍に対する (P) リハビリテーションは (I) 脳卒中のときと比べて (C) リハ効果 (機能障害・ADL の改善, 入院期間, 転帰) に差があるか?	
CQ15	転移性脳腫瘍 [脊髄腫瘍] で骨転移があるときの (P) リハ処方 は (I) 骨転移がないときと比べて (C) どう変えるべきか(O) ?	

小項目	CQ	担当委員
	血液腫瘍により、当該入院中に化学療法若しくは造血幹細胞移植が行われる予定の患者又は行われた患者	佐浦 隆一 (大阪医科大学)
CQ1	血液腫瘍に対して入院中に造血幹細胞移植が行われる予定の患者に対し (P)、化学療法・造血幹細胞移植の前後に運動療法を行うと (E)、行わない場合に比べて (C)、副作用としての拒絶反応や GVHD の発症を抑えることができるか? (O)	
CQ2	血液腫瘍に対して入院中に造血幹細胞移植が行われる予定の患者に対し (P)、化学療法・造血幹細胞移植の前後に運動療法を行うと (E)、行わない場合に比べて (C)、骨髄移植の効果 (生着までの期間、生着率、入院期間、健康関連寿命、生命予後、QOL) を改善することができるか? (O)	
CQ3	同種造血幹細胞供与者 (ドナー) に対し (P)、造血幹細胞採取の前後に運動療法を行うと (E)、行わない場合に比べて (C)、身体合併症 (嘔吐、嘔気、食欲不振、全身倦怠、その他) あるいは廃用症候群の発症を減らすことができるか? (O)	
CQ4	血液腫瘍に対して入院中に造血幹細胞移植が行われる予定の患者に対し (P)、化学療法・造血幹細胞移植の前後に物理療法を行うと (E)、行わない場合に比べて (C)、副作用としての拒絶反応や GVHD の発症を抑えることができるか? (O)	
CQ5	血液腫瘍に対して入院中に造血幹細胞移植が行われる予定の患者に対し (P)、化学療法・造血幹細胞移植の前後に物理療法を行うと (E)、行わない場合に比べて (C)、骨髄移植の効果 (生着までの期間、生着率、入院期間、健康関連寿命、生命予後、QOL) を改善することができるか? (O)	
CQ6	同種造血幹細胞供与者 (ドナー) に対し (P)、造血幹細胞採取の前後に物理療法を行うと (E)、行わない場合に比べて (C)、身体合併症 (嘔吐、嘔気、食欲不振、全身倦怠、その他) あるいは廃用症候群の発症を減らすことができるか? (O)	

CQ7	血液腫瘍に対して入院中に造血幹細胞移植が行われる予定の患者に対し(P)、化学療法・造血幹細胞移植の前後に作業療法（患者教育を含む）を行うと(E)、行わない場合に比べて(C)、副作用としての拒絶反応やGVHDの発症を抑えることができるか？(0)	
CQ8	血液腫瘍に対して入院中に造血幹細胞移植が行われる予定の患者に対し(P)、化学療法・造血幹細胞移植の前後に作業療法（患者教育を含む）を行うと(E)、行わない場合に比べて(C)、骨髄移植の効果（生着までの期間、生着率、入院期間、健康関連寿命、生命予後、QOL）を改善することができるか？(0)	
CQ9	同種造血幹細胞供与者（ドナー）に対し(P)、造血幹細胞採取の前後に作業療法を行うと(E)、行わない場合に比べて(C)、身体合併症（嘔吐、嘔気、食欲不振、全身倦怠、その他）あるいは廃用症候群の発症を減らすことができるか？(0)	
CQ10	血液腫瘍に対して入院中に造血幹細胞移植が行われる予定の患者に対し(P)、化学療法・造血幹細胞移植の前後に精神的リラクゼーション（音楽や園芸などを媒体とする介入）を行うと(E)、行わない場合に比べて(C)、副作用としての拒絶反応やGVHDの発症を抑えることができるか？(0)	
CQ11	血液腫瘍に対して入院中に造血幹細胞移植が行われる予定の患者に対し(P)、化学療法・造血幹細胞移植の前後に精神的リラクゼーション（音楽や園芸などを媒体とする介入）を行うと(E)、行わない場合に比べて(C)、骨髄移植の効果（生着までの期間、生着率、入院期間、健康関連寿命、生命予後、QOL）を改善することができるか？(0)	
CQ12	同種造血幹細胞供与者（ドナー）に対し(P)、造血幹細胞採取の前後に精神的リラクゼーション（音楽や園芸などを媒体とする介入）を行うと(E)、行わない場合に比べて(C)、身体合併症（嘔吐、嘔気、食欲不振、全身倦怠、その他）あるいは廃用症候群の発症を減らすことができるか？(0)	

小項目	CQ	担当委員
	当該入院中に骨髄抑制を来しうる化学療法が行われる予定の患者又は行われた患者	佐浦 隆一（大阪医科大学）
CQ1	骨髄抑制を来しうる化学療法が行われる予定の患者に対し(P)、化学療法の前後に運動療法を行うと(E)、行わない場合に比べて(C)、副作用としての骨髄抑制の発症（易感染性、貧血、出血傾向）を抑えることができるか？(0)	

CQ2	骨髄抑制を来しうる化学療法が行われる予定の患者に対し (P)、化学療法の前後に運動療法を行うと (E)、行わない場合に比べて (C)、化学療法の効果 (腫瘍に対する効果、緩解導入、入院期間、健康関連寿命、生命予後、QOL) を改善することができるか? (0)	
CQ3	骨髄抑制を来しうる化学療法が行われる予定の患者に対し (P)、化学療法の前後に運動療法を行うと (E)、行わない場合に比べて (C)、身体合併症 (嘔吐、嘔気、食欲不振、脱毛、全身倦怠、その他) あるいは廃用症候群の発症を減らすことができるか? (0)	
CQ4	骨髄抑制を来しうる化学療法が行われる予定の患者に対し (P)、化学療法の前後に物理療法を行うと (E)、行わない場合に比べて (C)、副作用としての骨髄抑制の発症 (易感染性、貧血、出血傾向) を抑えることができるか? (0)	
CQ5	骨髄抑制を来しうる化学療法が行われる予定の患者に対し (P)、化学療法の前後に物理療法を行うと (E)、行わない場合に比べて (C)、化学療法の効果 (腫瘍に対する効果、緩解導入、入院期間、健康関連寿命、生命予後、QOL) を改善することができるか? (0)	
CQ6	骨髄抑制を来しうる化学療法が行われる予定の患者に対し (P)、化学療法の前後に物理療法を行うと (E)、行わない場合に比べて (C)、身体合併症 (嘔吐、嘔気、食欲不振、脱毛、全身倦怠、その他) あるいは廃用症候群の発症を減らすことができるか? (0)	
CQ7	骨髄抑制を来しうる化学療法が行われる予定の患者に対し (P)、化学療法の前後に作業療法 (患者教育を含む) を行うと (E)、行わない場合に比べて (C)、副作用としての骨髄抑制の発症 (易感染性、貧血、出血傾向) を抑えることができるか? (0)	
CQ8	骨髄抑制を来しうる化学療法が行われる予定の患者に対し (P)、化学療法の前後に作業療法 (患者教育を含む) を行うと (E)、行わない場合に比べて (C)、化学療法の効果 (腫瘍に対する効果、緩解導入、入院期間、健康関連寿命、生命予後、QOL) を改善することができるか? (0)	
CQ9	骨髄抑制を来しうる化学療法が行われる予定の患者に対し (P)、化学療法の前後に作業療法 (患者教育を含む) を行うと (E)、行わない場合に比べて (C)、身体合併症 (嘔吐、嘔気、食欲不振、脱毛、全身倦怠、その他) あるいは廃用症候群の発症を減らすことができるか? (0)	
CQ10	骨髄抑制を来しうる化学療法が行われる予定の患者に対し (P)、化学療法の前後に精神的リラクゼーション (音楽や園芸などを媒体とする介入) を行うと (E)、行わない場合に比べて (C)、副作用としての骨髄抑制の発症 (易感染性、貧血、出血傾向) を抑えることができるか? (0)	

CQ11	骨髄抑制を来しうる化学療法が行われる予定の患者に対し (P)、化学療法の前後に精神的リラクゼーション (音楽や園芸などを媒体とする介入) を行うと (E)、行わない場合に比べて (C)、化学療法の効果 (腫瘍に対する効果、緩解導入、入院期間、健康関連寿命、生命予後、QOL) を改善することができるか? (O)	
CQ12	骨髄抑制を来しうる化学療法が行われる予定の患者に対し (P)、化学療法の前後に精神的リラクゼーション (音楽や園芸などを媒体とする介入) を行うと (E)、行わない場合に比べて (C)、身体合併症 (嘔吐、嘔気、食欲不振、脱毛、全身倦怠、その他) あるいは廃用症候群の発症を減らすことができるか? (O)	

小項目	CQ	担当委員
	在宅進行がん、末期がん患者が症状増悪のため再入院した際に在宅再復帰を目的としたリハビリテーションが必要な患者	水落 和也 (横浜市立大学附属病院)
項目 1	1. 在宅進行がん、末期がん全般	
CQ1	再入院した在宅末期がん患者に対し (P)、運動療法を行うと (E)、運動療法を行わないのに比べて (C)、入院期間を短縮するか (O)	
CQ2	再入院した在宅末期がん患者の運動機能低下に対し (P)、運動療法を行うと (E)、運動療法を行わないのに比べて (C)、運動機能を改善するか (O)	
CQ3	再入院した在宅末期がん患者の呼吸困難に対し (P)、呼吸リハビリテーションを行うと (E)、呼吸リハを行わないのに比べて (C)、呼吸機能、呼吸困難の症状を改善するか (O)	
CQ4	末期がん患者の疲労に対し (P)、運動療法を行うと (E)、運動療法を行わないのに比べて (C)、疲労の症状を改善するか (O)	
CQ5	再入院した在宅末期がん患者に対し (P)、作業療法を行うと (E)、作業療法を行わないのに比べて (C)、ADL改善率が高いか (O)	
CQ6	再入院した在宅末期がん患者の疼痛に対し (P)、理学療法・作業療法を含むリハビリテーションを行うと (E)、リハビリテーションを行わないのに比べて (C)、疼痛緩和効果が高いか (O)	
CQ7	再入院した在宅末期がん患者の疼痛に対し (P)、物理療法・徒手療法を行うと (E)、物理療法・徒手療法を行わないのに比べて (C)、疼痛緩和効果が高いか (O)	
CQ8	再入院した在宅末期がん患者に対し (P)、リハビリテーションチームアプローチを行うと (E)、チームアプローチを行わないのに比べて (C)、患者のQOLが向上するか (O)	
CQ9	再入院した在宅末期がん患者に対し (P)、リハビリテーションチームアプローチを行うと (E)、チームアプローチを行わないのに比べて (C)、家族のQOLが向上するか (O)	