

長野	8	3	3	8	147	8	104	8	30
富山	8	1	1	8	59	8	34	7	14
石川	5	1	1	5	49	5	20	5	14
福井	5	3	4	5	56	4	21	4	14
岐阜	7	6	6	7	89	7	41	7	28
静岡	11	3	5	11	126	10	66	9	24
愛知	15	7	15	14	164	14	78	14	46
三重	6	2	3	6	35	6	20	4	9
滋賀	6	2	3	6	70	5	29	6	15
京都	9	5	5	8	64	9	33	7	13
大阪	14	2	2	13	100	13	44	12	31
兵庫	14	3	4	14	100	12	45	7	15
奈良	5	1	1	5	33	3	7	4	4
和歌山	6	1	1	6	42	4	14	6	10
鳥取	5	0	0	5	32	4	11	4	6
島根	5	1	1	5	44	5	20	5	11
岡山	7	1	1	7	91	7	54	7	24
広島	11	6	9	11	59	10	27	10	19
山口	7	2	2	7	46	5	15	6	9
徳島	4	0	0	4	23	4	9	3	5
香川	5	0	0	5	52	5	22	5	16
愛媛	7	2	2	6	54	6	28	6	14
高知	3	1	1	3	21	2	9	3	3
福岡	15	4	4	15	188	11	82	10	35
佐賀	4	1	1	4	24	3	7	3	7
長崎	6	1	1	6	25	4	10	2	6
熊本	8	1	1	8	58	7	24	5	11
大分	7	1	2	7	31	4	15	4	7
宮崎	3	0	0	3	10	1	3	2	4
鹿児島	8	1	2	8	33	6	11	4	11
沖縄	3	0	0	3	55	3	5	1	6
計	388	99	124	377	3219	331	1572	290	780

4) がんセンターでの勤務状況

以下のがんセンターに職種が勤務する施設数を示す。

職種	勤務施設数
リハビリ科医師	
理学療法士	10
作業療法士	4
言語聴覚士	6
摂食・嚥下障害看護 CN	7

独立行政法人国立病院機構北海道がんセンター
宮城県立がんセンター
栃木県立がんセンター
群馬県立がんセンター
埼玉県立がんセンター
千葉県がんセンター
国立行政法人国立がん研究センター東病院
公益財団法人がん研究会有明病院
独立行政法人国立がん研究センター中央病院
神奈川県立がんセンター
新潟県立がんセンター新潟病院
静岡県立静岡がんセンター
愛知県がんセンター中央病院
兵庫県立がんセンター
独立行政法人国立病院機構四国がんセンター
独立行政法人国立病院機構九州がんセンター

5) 医療現場でのニーズ

がんの罹患率が増加している社会的傾向を考えると、リハビリテーション関連職種が勤務する施設では対象者自身または家族からのニーズは高くなっていると推測される。当然、現場でも対象者とその家族のニーズに応じてきていると思われる。平成22年の診療補修改定で「がんのリハビリテーション料」が新設されたが、どのような変化があったのかについて詳細に調査したものは見当たらない。

がん賃料拠点病院などの施設ではがんのリハビリテーションのニーズは高いことは当然であるが、リハビリテーション病院や一般病院、クリニックや介護保険関連施設を含めたリハビリテーションを提供する現場でのニーズ調査が重要かつ急務である。

【言語聴覚士】

・急性期病院での言語聴覚療法におけるがん患者の占める割合
東京医科大学病院での言語聴覚士への疾患別依頼件数（2010年度）を例として以下に示す。対象疾患の中でがん患者の占める割合は約45%もあり、言語聴覚療法のニーズは高いと推察される。しかし、病院によっては診療科同士の連携不足などから、がん患者はいるものの主科からリハビリテーション科へ依頼が来ないケースも多いと推測される。そのため、やはり患者・家族を含む医療従事者へがんリハビリテーションに関する正しい知識の普及と必要性を啓蒙するとともに、サービス提供体制の整備が必要と思われる。また、例のように医療現場でがん患者の言語聴覚療法のニーズは高いにもかかわらず、言語聴覚士のがんリハビリテーションに関する卒前・卒後教育は十分に受けられていない現状があるため、今後卒前・卒後教育を高めていく必要があると推察される。

【東京医科大学病院での ST 疾患別依頼件数（2010年度）】

対象疾患	件数	割合 (%)
がん（脳腫瘍、頭頸部がん等）	82	44.8
脳血管疾患	65	35.5
中枢神経系の感染症	11	6
心・循環器疾患	7	3.8
変性疾患	5	2.7
口唇口蓋裂	4	2.2
小児言語発達遅滞	3	1.6
頭部外傷	1	0.6
てんかん	1	0.6
その他	4	2.2
合計	183	100

3. ミッション

【行動計画】

卒前・卒後教育を高めていくため以下の行動を行う。

1) 診療ガイドラインの普及

無味乾燥のガイドラインだけでなく、実践で使用可能なマニュアルの作成を検討する。

- ・新卒向けマニュアルの改訂および上級者向け、多職種連携を含めたマニュアルを発刊する。

2) (厚労省委託) がんのリハビリテーション研修

がん診療連携拠点病院を主な対象に、医師・看護師、リハビリテーション専門職種（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）から2名をチームとする4名がグループで参加。卒後教育として実施中。研修内容の標準化のため、ガイドラインに準拠するように連携。

- ・研修受講の推進と受講修了者の情報ネットワークを構築し、知識・技術の向上を目指す。
- ・「がんのリハビリテーション」実践指導者としてのインセンティブを検討する。

3) がんプロフェッショナル養成コース

現在、慶大と弘前大でがんのリハビリテーションに関するコース実施中（博士・修士・インテンシブ）。研修内容の標準化のため、ガイドラインに準拠するように連携。

- ・コースの啓発と進学のための支援体制を検討する。
- ・修了者には、「がんのリハビリテーション」の実践又は研究指導者としてのインセンティブを検討する。

4) 質の評価

がんのリハビリの質を担保するために、基本的リハビリテーションの到達目標、専門的リハビリテーションの到達目標を提言する。

5) 各職種別の学協会の活動

各職種別の学協会における、がんのリハビリテーションの教育活動。職種別研修会、SIG (Special Interest Group) の設立、専門・認定制度など質を維持するシステム、学術集会での教育講演など。

- ・がんのリハビリテーション研修に関する内容（カリキュラム）の提案
- ・学協会の横断的な多職種連携の研修企画の提案（企画・実施）

6) 医療現場でのがんのリハビリテーションのニーズ調査

現状では、作業療法士協会の会員動向調査から、がんを対象としている比率の様子をうかがうことはできる。しかし、理学療法士・作業療法・言語聴覚士が勤務する施設の特徴に応じてニーズを把握することは、今後のがんのリハビリテーションを推進・普及するために重要である。

- ・「がん診療拠点病院」「大学病院」「一般病院」「リハビリテーション病院」「介護老人保健施設」など施設の特徴に応じたがんのリハビリテーションの現状の対象とする比率とニーズ

7) がんのリハビリテーションの教育実態とニーズ調査

① 卒前教育課程

各種教育年数や専門学校・大学別に調査数を合わせた無作為抽出のアンケート調査。

② 卒後教育（生涯教育・生涯学習など）

学協会の協力を得て、会員向けに現状の教育と将来的な必要性へのアンケート調査。

8) がんのリハビリテーションを推進するための人材育成システムへの提言

① 卒前教育

コアカリキュラムのような内容提言や指定規則などで「がんのリハビリテーションの内容を含める」ことを明記することを提案する。

② 卒後教育

学協会への研修のあり方や連携教育の必要性などを提案する。

合わせて、各職種が研修に参加しやすいシステム、例えば施設に対するスタッフの研修の義務化や研修受講後のインセンティブの付与を提案する。

③ 人材の活用のためのシステム

「がん診療拠点病院」への職種配置の明記、緩和ケア病棟や緩和ケアチームへの職名記載を提案する。また、研修を受講したインセンティブを活用した人材配置の促進（管理栄養士のように必置とすることや配置後は保険診療上で加算が算定できるようにする）

【看護師】

- ・ がん看護、および、リハビリテーション看護の専門家会議により、がんのリハビリテ

ーションにおける看護師の役割や、がんリハビリテーション看護において求められる知識・技術・態度を明示する。それに基づき、がんリハビリテーション看護に関する書籍や DVD などの学習資材の充実を図る。標準化のため、ガイドラインに準拠するように連携。

- ・ 専門性の高い看護師への教育・研修として、「乳がん看護認定看護師」、「摂食・嚥下障害看護認定看護師」、「緩和ケア認定看護師」、「がん化学療法看護認定看護師」、「がん放射線療法看護認定看護師」、「がん性疼痛看護認定看護師」等の教育機関に対して、がんリハビリテーションの教育内容を含むように提言する。また、認定看護師を対象とするブラッシュアップのための研修会等でも、がんリハビリテーションの教育内容を含むように提言する。
- ・ がん看護専門看護師向けに、リハビリチームにおけるがん看護専門看護師の連携・協働、コーディネーションに特化した内容を含む学習教材の作成と研修を開催する。

【理学療法士】

- ① 卒前教育では、「がんの理学療法」についての教育を現状の指定規則に組み込むことを提言するように働きかける。
- ② 緩和ケアでは、理学療法を提供できるシステムを構築するために、関連する施設基準に理学療法士を加えるように働きかける。
- ③ 卒後研修システムに「がんの理学療法」組み込み、知識・技術の研鑽と修得に努めた理学療法士には、社団法人日本理学療法士協会の生涯教育制度に応じてインセンティブを与える（例えば、「認定理学療法士」「がん専門理学療法士」など）。
- ④ 多職種との連携と協働を推進するために、卒前・卒後教育において多職種での研修企画を充実させる。

【作業療法士】

- ⑤ 卒前教育課程では、現状の指定規則などには規定されていないものの、社会的状況に鑑み「がんの作業療法」について教育内容を含めることを必須とすることを促進する。
- ⑥ 卒前教育課程においては、特に臨床実習などを通じて学習と経験の機会を提供することができるように推進する。さらに、このような機会を提供するための臨床実習施設となる病院施設への作業療法士の配置（職名記載と定員配置）を施設基準に明記して、実習生の受け入れを促進する。
- ⑦ 緩和ケア病棟や緩和ケアチームには、作業療法士の職名を追記し、作業療法を提供できるシステムを構築する。合わせて、卒前教育課程での臨床実習の機会が提供されるように、実習生の受け入れを促進する。
- ⑧ 卒後の臨床実践の維持向上のために、勤務する作業療法士の研修機会を確保し、研修参加を推進、所属する施設としても取り組むことができるようにシステムを構築する。
- ⑨ 多職種との連携と協働を推進するために、卒前教育課程だけではなく、卒後研修などにおいても多職種での研修企画を充実させる。

- ⑩ 卒後研修などで知識・技術の研鑽と修得に努めた作業療法士には、社団法人日本作業療法士協会の生涯教育制度に応じてインセンティブを与える（例えば、「認定作業療法士」「がん専門作業療法士（仮称）」など）。

【言語聴覚士】

- ① 卒前教育課程では、「がんのリハビリテーション」について教育内容を充実させるよう協会に提言する。
- ② 卒後教育では、2011年に開始されたばかりの全国研修会における「がんのリハビリテーション」に関する講義について内容を検証・更新しながら継続できるようにしていく。
- ③ 認定言語聴覚士講習会においても2012年から新たに「がんリハビリテーション」という講義が追加されるため、内容を検証・更新しながら今後も継続できるようにしていく。
- ④ がんのリハビリテーションガイドライン策定委員会にて作製されたガイドラインを協会員に普及させるためのシステム（マニュアル作成など）を検討し、ガイドラインに準じたリハビリテーションが言語聴覚士によって提供されるよう協会と相談していく。
- ⑤ がんリハビリテーションに従事している言語聴覚士の連携を強化するため、メーリングリストを作成し、がんリハビリテーションに関して情報共有できるようにしていく。

文献

【看護師】

- 1) 小島 操子／佐藤 禮子監訳：がん看護コアカリキュラム．医学書院，2007．
- 2) 日本がん看護学会教育・研究活動委員会編：がん看護コアカリキュラム日本版2010年度．日本がん看護学会教育・研究活動委員会，2010．

【理学療法士】

- 1) 細田多穂，柳澤健 編：理学療法ハンドブック改訂 第4版 第1-4巻．共同医書出版社，2010．

【作業療法士】

- 1) 社団法人日本作業療法士協会 編：作業療法学全書改訂第3版第4巻作業治療学Ⅰ身体障害．協同医書出版社，2008 東京
- 2) 社団法人日本作業療法士協会編：作業療法マニュアル47 がんの作業療法①．2011
- 3) 社団法人日本作業療法士協会編：作業療法マニュアル48 がんの作業療法②．2011

【言語聴覚士】

- 1) 日本言語療法士協会（編）：言語聴覚療法—臨床マニュアル．協同医書出版社，1998

III. がんのリハビリテーション提供体制の整備

1. 目標

患者・家族・医療者が必要と感じたときに、質の高いリハビリテーションサービスを、いつでも・どこでもうけることができること。

2. 現状

- ・高度がん専門医療機関（がんセンター）ではリハビリテーションスタッフの数が少なく、十分にリハビリテーションが実施できている施設は数少ない。
- ・がん診療連携拠点病院（大学病院や急性期病院）においては、リハビリテーションスタッフの数はある程度確保されているが、がん患者はリハビリテーションの対象疾患として十分に認識されていないため、対応している割合や質の担保が不十分な可能性がある。
- ・回復期病棟では包括医療のため、がん治療を受けながら入院することが困難である。また、緩和ケア病棟やホスピスは包括医療であり、リハビリを実施する上で高いハードルとなっている。
- ・自宅療養のがん患者に対しては、訪問リハビリテーションやデイケア・デイサービスなど施設利用が十分に行われていない。

【実態把握】

1. 各種登録・届出やアンケート調査結果からみた、がんのリハビリテーションの実施状況

診療報酬改定結果検証に係る調査(中医協平成 22 年度調査)から、がん患者リハビリテーションを実施している施設の概況とその影響を分析した。

①がん患者リハビリテーション料届出病院の概況

平成22年度時点での届出病院数は119施設である。届出をした病院のうち、都道府県がん診療拠点病院が38.2%、地域がん診療拠点病院が17.6%であった。

平成22年度がん患者リハビリテーション料を算定した在院患者延べ数は103466人であり、血液腫瘍患者の割合が多い(36.6%)。これまで血液腫瘍患者に対するリハビリ実施・算定には困難があったが、がん患者リハビリテーション料創設でリハ対象患者として認識も高まり、実施しやすくなったと考えられる。

②がん患者リハビリテーション料の創設による改善点

「術前からの介入や、(特に化学療法・放射線療法で)徐々に身体に変化がある場合でも早期介入が可能となった」という、予想される障害発生を予防するリハビリ介入が可能になったという点が多く挙げられている。また、「スタッフのリハビリに対する意識の向上やリハビリ関係職種の病棟来棟頻度の増加」といった、各職種の意識・行動面の改善も挙げられている。

2. 論文・学会発表からみた、がんのリハビリテーションの実施状況

がん患者の内リハビリをうけているのは5%で、がん専門医療施設では2.75%であるという2008年の報告がある¹⁾。この中で、現状でリハビリを提供していない施設のうち94.5%でがん患者に対するリハビリの必要性がある、と返答している。

以下に、がんのリハビリテーションの各段階にわけ、その実施に関する報告をまとめる。

①予防的リハビリ：肺がん・食道がん術前、血液がん移植前などでは、パスの導入などにより全例に実施しているとする報告が複数みられる^{2) 3) 4)}一方、術前のリハビリ介入を実施していない・実施数が数パーセントにとどまる病院(地域がん診療拠点病院)も多く、実施は各施設の体制により異なっている。

②回復的リハビリ：脳腫瘍・骨腫瘍(骨転移含む)・頭頸部がん・消化器がん・血液がんなどで実施例が多い^{3) 5)}。特に頭頸部がん・食道がんでは、術後予想される機能障害に対応するため、2週間程度のパスを導入している報告もある^{6) 7)}。さらに、頭頸部がん・食道がんで嚥下障害を伴った例では、平均62日間のリハビリ介入を要したという報告もあり⁸⁾、症例によっては長期的な介入が必要とされ、実施されている。

③維持的リハビリ：血液がんでの報告が多い

④緩和的リハビリ：骨転移のある例、肺がん、神経症状のある例など対象は様々である。緩和ケア病棟の81.7%でリハビリが導入され（2007年時点）、リハビリを導入している緩和ケアチーム・緩和ケア病棟からの報告では、介入患者の13-30%にリハビリ実施の必要性があり、実施しているとしている^{9) 10)}。

3. 地域調査からみた、がんのリハビリテーションの実施状況

横浜市北部医療圏（人口約90万人）を対象に、がん医療の体制・リハビリ提供体制・現在のがんのリハビリテーションの実施状況を調査した。

①がん医療の体制；

地域がん拠点病院

A病院（650床、PT6人、OT3人）/ B病院（一般486床、緩和ケア病棟25床、PT7人、OT2.4人）

その他100床以上のがん診療病院

C病院（442床、PT18人、OT7人）/ D病院（502床、PT4人）/ E病院（218床、PT11人）/ F病院（199床、PT17人、OT10人）*回復期病棟37床あり/ G病院（190床、PT4人）/ H病院（136床、PT21、OT14）*回復期病棟51床あり/ I病院（124床、PT8人）

②リハビリ提供体制；

回復期リハビリテーション病棟

J病院（128床）/ K病院（120床）/ L病院（106床）

③がんのリハビリテーションの実施状況

上記の施設情報からわかるように、地域がん拠点病院・そのほかのがん診療病院でも、リハビリ提供体制はある。しかし、これらの体制は主に院内の脳血管疾患や運動器疾患をカバーするための人員配置であり、がん患者に対するリハビリは、呼吸リハ・運動器・廃用などそれぞれの患者の状態により個々に判断され実施されていた。このため、予防的・パス化されたリハビリは、リハビリ提供体制が非常に整っている病院に限定されていた。その他の病院では、非常にリスクの高い患者や廃用などが明らかになってからの介入となっていた。

上記3回復期病棟への聞き取り調査によると、回復期病棟でのがん患者の受け入れは、ほぼ0である（廃用症候群での回復期病棟入棟が数パーセント以下、そのうち悪性はほぼ0）。急性期病院もしくは関連する病院が回復期病棟をもつケースでも、がん患者が回復期リハビリ病棟に入ることはなかった。回復的リハビリを要する例は、がん診療病院かその他の一般病院で治療継続されている例が多かった。

現状の調査では、がん患者に対するリハビリテーションの提供は、ニーズに比して不足している。また、各医療機関の判断や提供体制に拠っており、ばらつきも大きい。

がんのリハビリテーションに対する知識が医療者・患者側に広まっていくにつれ、ニーズは更に拡大していくと考えられ、実際の提供体制の整備が急がれると考えられる。

【ミッション・行動計画】

1. (厚労省委託) がんのリハビリテーション研修

がん診療連携拠点病院を主な対象として医師・看護師、リハビリ療法士が4名グループで参加するがんのリハビリテーション研修を広報・実施する。研修の目的は前述の卒後教育とともに勤務施設および地域でがんリハビリテーションへの取り組みを実際に行うことである。研修をうけたがん治療病院が増えることで、がんのリハビリテーション提供体制を拡大することができると期待される。研修後も、郵送アンケート調査などで、実際のがんのリハビリテーション実施状況や現場のニーズを把握することが可能となる。

2. がんのリハビリテーション提供体制のスタンダードの明確化

現状調査を更に進めると同時に、患者・家族からの意見も集め、ニーズに即した予防的、回復的（特に長期化するもの）、維持的、緩和的リハビリテーションの望ましい診療形態・連携体制を検討していく。がん専門医療機関・大学病院、がん拠点病院を含む地域総合病院、地域開業医、緩和ケア病棟といったがん診療のシステムに加え、回復期リハビリテーション病棟や介護保険での訪問リハビリテーション・デイケア・デイサービスなどリハビリシステムとの関わり方を検討する。そのために必要と考えられる、連携パスやクリニカルパスの活用についても検討する。

以下に、がんのリハビリテーションの各段階にわけ、現在までの調査の中で必要と考えられたリハビリテーション提供体制について述べる。

①予防的リハビリ 少なくとも、開胸術前、呼吸器疾患合併者・高齢者など術後合併症のリスクの高い術前患者、血液がん加療前に実施できるようにする。リスク評価を行う体制と、必要な患者にリハビリが提供

できる体制を各病院で構築する。

②回復的リハビリ 予防的リハビリと同様のリスク患者、廃用のリスク患者、および機能障害が生じやすい加療の患者では、それぞれに応じたリハビリ提供体制を構築する。例えば、食道がん術後・頭頸部がん術後では6週間程度のリハビリを予定し、提供体制を作る。基本的には、回復的リハビリまでは、がん治療病院で継続して行うことが望ましいと考えられる。地域がん拠点病院が、回復的リハビリの実施できる・もしくは実施できる病院の情報を把握していることも必要である。

③④維持的・緩和的リハビリ がんをフォローしている病院が、がんやその治療により生じている機能障害を外来フォロー時にチェックし、必要時外来リハビリ・訪問看護やリハビリテーションに紹介していくことが必要である。自治体により「がん手帳」のような連携パスを用いていることがあるが、これらにADL・機能障害（嚥下障害、体力低下、関節拘縮、浮腫などそれぞれでおこりやすいもの）のチェック欄を設けるなどの方法を検討している。

3. クリニカルパスの作成・普及

第3次対癌対策研究事業（若尾班河村小班）がんリハビリテーションクリニカルパス作成グループで作成中である。ガイドラインに準拠するように連携していく。

4. 全国レベルで対応できるネットワーク作成

各地域・施設での解決困難な問題が生じた場合に活用できるネットワークづくりも検討していく（相談窓口、対応可能な近隣施設の紹介など）。

参考文献

- 1) Hamaguchi T, et al: Survey of the current status of cancer rehabilitation in Japan. Disabil Rehabil 30(7): 559-564, 2008.
- 2) 宮崎博子ほか. 当院のがんのリハビリテーション診療. Jpn J Rehabil Med47(7): 488, 2010
- 3) 当院におけるがん患者のリハビリテーション処方についての調査. Jpn J Rehabil Med47Suppl: S167, 2010
- 4) 羽隅透ほか. 国立病院機構における「肺がん肺葉切除クリティカルパス」の比較検討—標準化にむけたベストプラクティスモデルの立案—日本医慮マネジメント学会雑誌 12(1): 2-7, 2011
- 5) 高島千敬. がんに対する作業療法の現状と今後の課題. OTジャーナル 44(2): 102-106, 2010
- 6) 隅谷政ほか. 胸部食道癌根治術後の声帯麻痺に伴う嚥下障害についての1考察. Jpn J Rehabil Med47(7): 486, 2010
- 7) 小野二美ほか. 頭頸部癌治療後の摂食嚥下リハビリテーションが摂食嚥下機能と QOL に及ぼす効果. 頭頸部癌 36(1): 111-118, 2010
- 8) 経田香織ほか. 当院におけるがん患者の摂食・嚥下リハビリテーション. 日摂食嚥下リハ雑誌 14(3): 475, 2010
- 9) 森田達也. 緩和ケアチームの活動とリハビリテーション. Med Reha111: 45-50, 2009
- 10) 相良亜木子ほか. 当院緩和ケア病棟におけるリハビリテーション. Jpn J Rehabil Med 47(7): 487-488, 2010

IV. がんのリハビリテーション研究の推進

1. 目標

がんのリハビリテーションに関する研究が発展し、その治療技術が臨床応用されることにより、がん自体や治療の過程において生じる身体障害や合併症の発症予防や軽減が今まで以上に図られ、QOLの高い社会生活が送れるようになることを目的とする。

がんのリハビリテーションの研究の現状を把握し、その結果を関連する学会などに報告する。また、がんのリハビリテーションに関する学会や研究会などのディスカッションの場は現在の所、非常に限られている。研究報告やディスカッション、関連する職種の意見交換の場として研究会を開催し、今後の研究の発展へつなげることを目指す。

2. 現状

がんのリハビリテーションの効果については、世界的にみてもまだ十分にエビデンスが得られていない分野が多い。我が国においては、観察研究や後ろ向き研究が中心で質の高い介入研究はわずかである。

【実態把握】

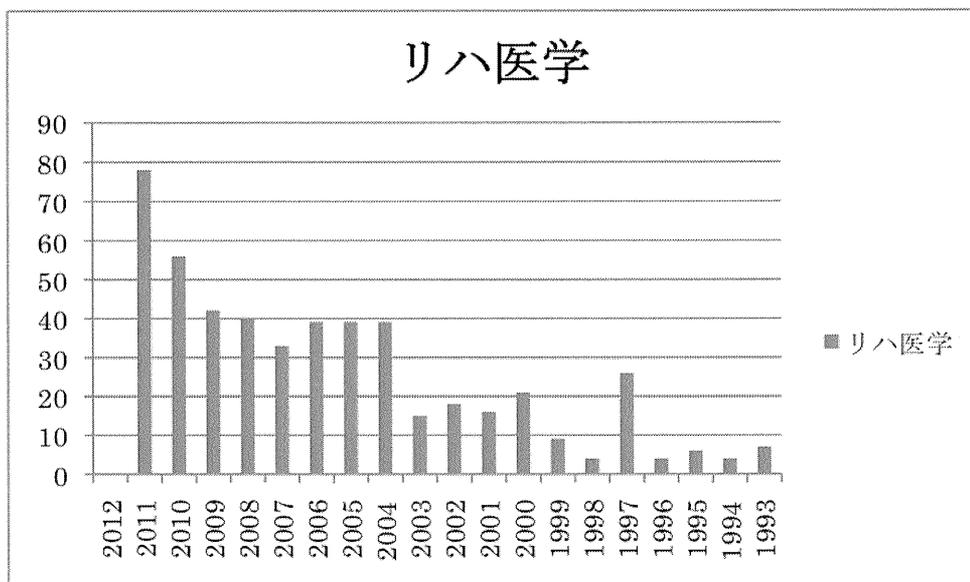
我が国における実態把握のために、がんのリハビリテーション関連の論文、学会演題数などの集計を行う。

1) 学会発表での演題数

リハビリテーション医学会学術集会での過去20年の演題数を調査した。医中誌においてリハ医学の会議録から「癌」のキーワードで検索したところ表の通りとなった。年を追うごとに増加傾向である。

	リハ医学
2012	
2011	78
2010	56
2009	42
2008	40
2007	33
2006	39
2005	39
2004	39
2003	15
2002	18
2001	16
2000	21
1999	9
1998	4
1997	26
1996	4
1995	6
1994	4
1993	7

表：日本リハビリテーション医学会の演題数



図：上記演題数を年次ごとにグラフとした 2004 年から大幅に演題数が増加している。

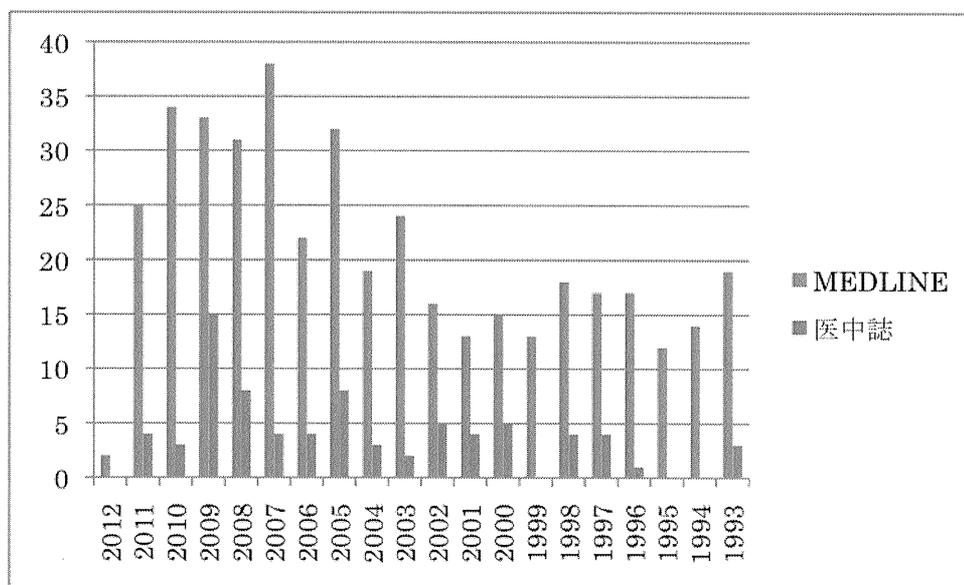
2) 原著論文・総説

医学中央雑誌、MEDLINE（我が国発のもの）から過去 20 年間の原著論文と総説を検索した。

医中誌はがん and リハビリテーションで検索し、タイトルを参考として該当する文献を選択した。MEDLINE は cancer rehabilitation japan で検索し、タイトルを参考として該当する文献を選択した。結果を表に示す。

	MEDLINE	医中誌
2012	2	0
2011	25	4
2010	34	3
2009	33	15
2008	31	8
2007	38	4
2006	22	4
2005	32	8
2004	19	3
2003	24	2
2002	16	5
2001	13	4
2000	15	5
1999	13	0
1998	18	4
1997	17	4
1996	17	1
1995	12	0
1994	14	0
1993	19	3

表：MEDLINE、医中誌での原著論文、総説数



図：上記文献数の推移を示すグラフ

3) 本研究班ガイドラインへの引用文献

エビデンスに基づくガイドライン作成のため、食道がん・胃がんなどの消化器がん、肺がん、頭頸部がん、乳がん・婦人科がん、骨軟部腫瘍・骨転移、原発性・転移性脳腫瘍、血液腫瘍、化学療法中・後、末期がんなど原発巣・治療法・病期別にクリニカルクエスチョンを作成した。それぞれのクエスチョンに対してキーワードを設定してMEDLINEおよび医中誌にて文献検索を行った。MEDLINEから629件、医中誌から193件の文献が検索された。章ごとの文献数を表に示す。

MEDLINEから総論では202件、乳がんや骨軟部腫瘍・転移性骨腫瘍は100件程度の文献が検索された一方で化学療法中・後のリハに関する文献は19件と分野により大きな差がみられた。医中誌でも同様であり、骨軟部腫瘍・転移性骨腫瘍では52件の文献が検索されたが、血液腫瘍では3件と差がみられた。

章	内容	MEDLINE	医中誌
0	総論、疫学、評価	202	21
1	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、大腸がん	28	18
2	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	61	15
3	乳がん	104	11
4	骨軟部腫瘍、転移性骨腫瘍	108	52
5	原発性脳腫瘍、転移性脳腫瘍	31	45
6	血液腫瘍	29	3
7	骨髄抑制を生じうる化学療法施行予定、あるいは施行された患者	19	14
8	在宅において緩和ケア主体で治療を行っている進行がん症例または末期がん患者	47	14
合計		629	193

【がんのリハ懇話会開催】

2012年1月14日に大阪にて「第1回がんのリハビリテーション懇話会」を開催した。今回は臨床現場で多くの方が対応に難渋していると予想される「骨転移症例に対するリハ」、をメインテーマに挙げた。懇話会には北海道から九州まで全国各地から、様々な職種の参加を得た。出席者数は約300名であった。プログラムは以下の通りである。当初の予想に反して一般演題の応募も多く23題となったため、一般演題会場は2会場とした。終了後に回収したアンケートにおいても感想は良好であった。また会場においても十分な交流が可能であったと考える。

また懇話会の開催報告を「総合リハ」および「クリニカルリハ」に掲載し、事後の広報も行った。

第1回がんリハ懇話会プログラム

開会挨拶 佐浦隆一（大阪医科大学リハビリテーション医学教室教授）

基調講演 13:00～13:50

座長：神田亨（静岡県立静岡がんセンター副主任）

演題 「がんのリハビリテーションの現状と今後の動向」

講師：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 部門長）

一般演題1 13:50～14:50 8題

座長：田沼明（静岡県立静岡がんセンターリハビリテーション科部長）

特別講演 15:00～16:00

座長：水落和也（横浜市立大学付属病院リハビリテーション科診療科部長）

演題 「骨転移の治療とリハビリテーションのポイント（仮題）」

講師：片桐浩久（静岡県立静岡がんセンター 整形外科部長）

シンポジウム 16:00～17:30

テーマ 「がんの骨転移におけるリハビリテーション」

座長：宮越浩一（亀田総合病院リハビリテーション科部長）

小磯玲子（埼玉県立がんセンター副院長兼看護部長）

演題1：松本真以子（慶應義塾大学リハビリテーション医学教室医師）

演題2：栗原美穂（国立がん研究センター東病院副看護部長）

演題3：佐治暢（東大宮訪問看護ステーション作業療法士）

演題4：高倉保幸（埼玉医科大学保健医療学部教授）

一般演題2 17:40～18:40（メイン会場） 8題

座長：鶴川俊洋（国立病院機構鹿児島医療センターリハビリテーション科医長）

一般演題3 17:40～18:40（第2会場） 7題

座長：宮越浩一（亀田総合病院リハビリテーション科部長）

閉会挨拶 生駒一憲（北海道大学病院リハビリテーション科教授）

3. ミッション

【行動計画】

我が国の研究活動の促進のために、以下の行動を計画する。

1) 第2回がんのリハビリテーション懇話会の開催

本研究班主催で2013年1月に関東での開催を予定している。次回は参加者も増加することが予想されるため早期より実行委員会を結成して、十分な準備を行うこととする。

2) SIG (Special Interest Group)

各関連学協会へ設立を働きかける。

3) シンポジウム・パネルディスカッション

各学協会の学術集会における企画において研究結果を報告する。2012年6月緩和医療学会（神戸）がんのリハビリテーションフォーラムにおいて「がんのリハの研究の現状」を報告予定である。

4) がんリハの研究状況の詳細な分析

研究報告の数については上記に報告した。今後はそれぞれの研究内容も分析していく。

5) 関連する厚労省研究班との連携

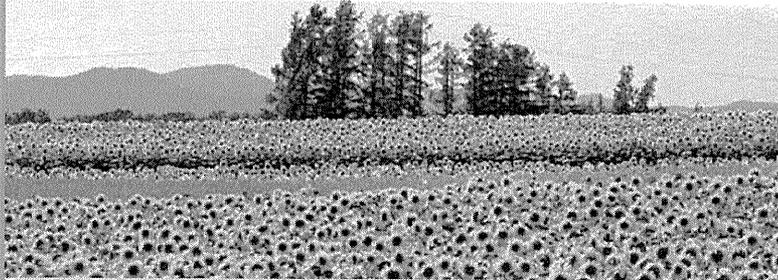
進捗状況について情報共有を図る。がん研究開発費（的場班）「進行がん・末期がん患者のリハビリテーションの効果（辻）」、「がん患者の誤嚥と嚥下訓練による合併症の予防効果（田沼）」、がん研究開発費（大田班）「食道がんの外科治療における口腔ケア・栄養管理・リハビリの役割に関する研究（辻、田沼）」、第3次対癌対策研究事業（岡村班）「がんリハビリテーションプログラムの開発に関する研究」等。

資料 12 : 研究班ホームページ

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



がんのリハビリテーション ガイドライン

● [委員一覧](#) ● [研究協力者一覧](#) ● [資料](#)

- I** [がんリハの普及・啓発](#)
- II** [がんリハの人材育成](#)
- III** [がんのリハ提供体制の整備](#)
- IV** [がんのリハ研究の推進](#)

これまでわが国のがん医療では身体的ダメージに対して積極的な対応がなされず、治療を目指した治療から QOL を重視したリハビリテーションまで切れ目のない支援ができていませんでした。その一因は、がんのリハビリテーションに関する包括的なガイドラインが存在しないため、適切なリハビリテーションプログラムが組み立てられないことにあります。本研究の目的は、がんのリハビリテーションランドデザインによって方向付けされるエビデンスレベルの高い、がんのリハビリテーションに関するガイドラインを作成し普及させることです。
→詳細

研究代表者 辻 哲也 慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室

NEWS

最終更新日:2011年8月29日

- [がんリハの普及・啓発について\(2011年8月29日\)](#)
- [がんリハの人材育成について\(2011年8月29日\)](#)
- [がんのリハ提供体制の整備について\(2011年8月29日\)](#)
- [がんのリハ研究の推進について\(2011年8月29日\)](#)
- [ホームページリリースしました\(2011年8月29日\)](#)

日本リハビリテーション
医学会

日本理学療法士協会

日本作業療法士協会

日本言語聴覚士協会

日本リハビリテーション
看護学会

日本がん看護学会

がん対策情報センター

厚労省委託
がんのリハビリテーション
研修委員会

がんのリハビリテーション
懇話会

[お問い合わせ](#) | [リンク](#)

資料 13 : がんのリハビリテーション懇話会
会場の様子



資料 14 : がんのリハビリテーション懇話会抄録集

第1回 がんのリハビリテーション懇話会 抄録集

日時：2012年1月14日（土） 13時～18時40分

会場：大阪医科大学

主催

がんのリハビリテーションブランドビジョン作成ワーキンググループ

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 研究班

後援

日本リハビリテーション医学会

（日本リハビリテーション医学会設立50周年記念事業カウントダウン企画）

日本理学療法士協会

日本作業療法士協会

日本言語聴覚士協会

日本がん看護学会

日本リハビリテーション看護学会

第1回 がんのリハビリテーション懇話会

開催の趣旨

がん治療技術の向上とともに生命予後が改善し、患者さんのQOL向上が期待されるようになってきています。QOLやADLの改善のためにはリハビリテーションは不可欠のものです。しかし癌のリハは歴史の浅いものであり、治療の適応や治療内容など標準的なものは確立されていないのが現状であり、医療現場で個別に判断されているものと推察されます。さらにそのエビデンス形成のために必要なディスカッションの機会は十分とはいえません。

本研究会は、「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」の一環として、がんのリハの普及と今後の臨床や研究の質の向上を目指した意見交換の場を提供する目的で企画されました。がんのリハビリテーションに興味をもたれているすべての医療職の方を対象としています。多数の方のご参加をお待ちしております。

日時：2012年1月14日（土） 13時～18時40分 （受付12時00分より）

会場：大阪医科大学

P101 教室（新講義実習棟1階） メイン会場および受付
（第2会場は当日お知らせします）

住所：〒569-8686 大阪府高槻市大学町2-7 電話：072-683-1221（代表）
JR 京都線高槻駅下車南口より徒歩8分、阪急京都線 高槻市駅下車1番出口よりすぐ

対象：がんのリハビリテーションに興味のある医療職の方すべて
参加費 無料（事前申し込み不要）