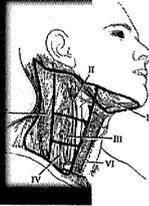


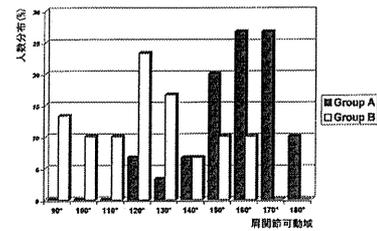
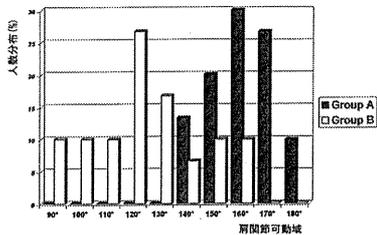
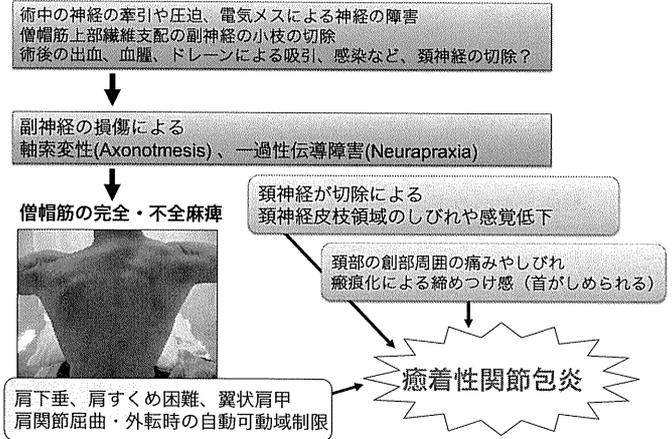
頸部郭清術の種類 (AAO-HNS分類による)

- 1. 根治的頸部郭清術 (Radical Neck Dissection: RND)**
郭清はlevel I~Vのすべての領域で、胸鎖乳突筋、副神経、内頸静脈が合併切除される。
- 2. 保存的頸部郭清術 (Modified RND: MRND)**
郭清はlevel I~Vのすべての領域であるが、胸鎖乳突筋、副神経、内頸静脈などの1つ以上のリンパ節以外の構造物を保存するもの。
- 3. 選択的頸部郭清術 (Selective neck dissection: SND)**
level I~VIのうち、1つ以上を保存するものを郭清する領域によって以下の4種類に分類される。胸鎖乳突筋、副神経、内頸静脈は通常保存される。



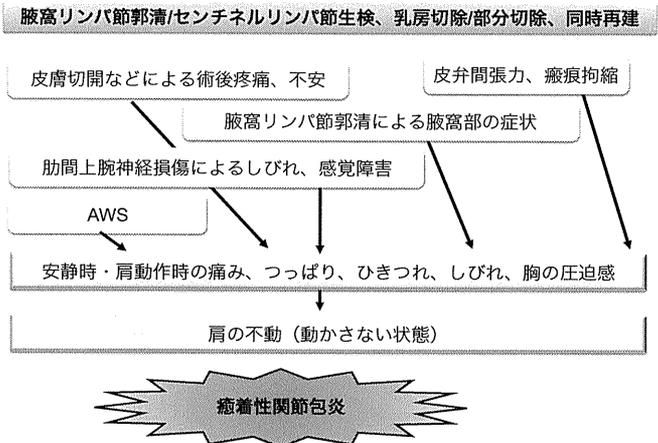
	掲載	症例	観察	SND	MRND	RND
Leipzig	1983	99	6か月	31% (11/36)	36% (10/28)	60% (21/35)
Pinsolle	1997	127	1年	39% (16/41)	77% (36/47)	92% (36/39)
Cheng	2000	21	6か月	29% (2/7)	56% (5/9)	100% (5/5)

MRND・SND後の肩の障害の成因



Salerno G, et al,
Laryngoscope 2002

乳癌術後の肩の運動障害



乳癌診療ガイドライン (2008)

- Q 腋窩郭清の術後にリハビリは推奨されるか?
- A 腋窩郭清術後(術後5~14日又はドレーン抜去後)の上肢のリハビリテーション(運動)の指導は、患者にとっての不利益も少なく、有効である。

コクランレビュー

6論文(Wingate, Box含む)のメタ分析を行い、術後の運動プログラムや理学療法は肩ROMの改善に有用。それらの介入はリンパ浮腫の発症を増やすことにはならない。

McNeely ML, 2010

積極的な肩関節可動域訓練の開始時期は?

RCT12論文のメタ解析
リハビリの開始を遅らせる(術後5~12日)ことでseromaの発症率が減少した。(オッズ比0.4)

早期開始群:発症率46%、開始遅延群:発症率27%

Shamley, Breast Cancer Res Treat, 2005

コクランレビュー:10論文のメタ解析。
術後早期訓練群(術後1~3日)は遅らせた群(術後1週間)より、短期的には肩屈曲ROMのより大きな改善が得られるが、ドレーンからの排液量は有意に増加、ドレーン留置期間も長い。

McNeely ML, 2010

予防・回復・維持的リハビリテーション

放射線・化学療法や造血幹細胞移植中

- ◇ がんそのものや治療の副作用による痛み、嘔気、全身倦怠感
- ◇ 食欲低下（嘔気・下痢・粘膜障害）で栄養状態の低下、睡眠障害
- ◇ 骨髄抑制により隔離、精神的ストレス、うつ状態、意欲の低下



昼間でもベッド上で臥床しがち、医療者側は無関心



不活動の悪循環
→ 廃用症候群
に陥るおそれ

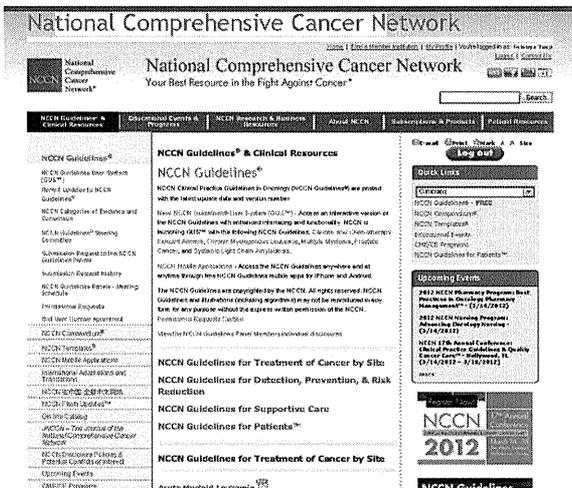
手術後や放射線・化学療法中のがん患者の70%→疲労感や運動能力の低下
がん治療終了後の生存患者の30%→何年も体力や持久力低下を経験。

1) Blesch KS, et al: Oncol Nurs Forum 18: 1991. 2) Donovan K, et al: J Clin Oncol 7: 1989.

NCCN Guidelines for Supportive Care Cancer-Related Fatigue 運動療法に関する記載

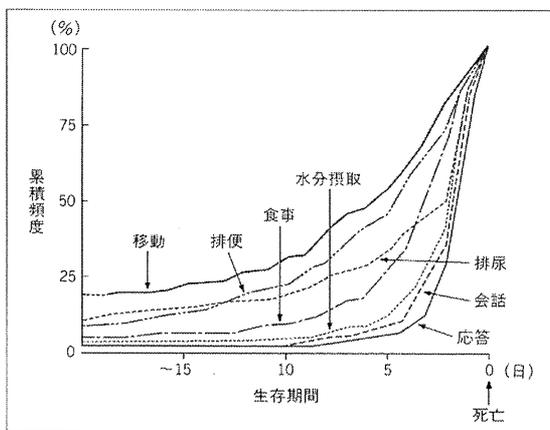
- 活動の強化の重要性：
治療の副作用と治療中の活動レベル低下が身体能力を低下させ、日常生活活動において消費エネルギーが増大し倦怠感につながる。身体能力を維持する活動強化が必要である。
- 運動の効果：
・ 運動訓練→身体機能増大→活動時の労力軽減→倦怠感軽減
・ がん治療中の運動→精神的苦痛が軽減しQOLが向上
- 運動開始時期：治療中に開始するとより効果が高い（カテゴリー1）
- 奨励される運動の内容：
・ 有酸素運動（ウォーキング、自転車エルゴメーター）
・ レジスタンストレーニング
・ 最大心拍数の60-80%で20-30分間を週3-5日
・ 年齢、性別、癌のタイプ、癌治療、運動能力に基づき個別プログラム
・ 低レベルの強度と持続時間から始め、ゆっくり漸増

大野綾：Cross Cancer Research10号/倦怠感に関する運動療法・理学療法



維持・緩和的 リハビリテーション

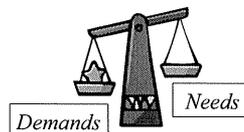
末期がん



日常生活動作の障害の出現からの生存期間 (206 例)

(恒藤暁: 最新緩和医療学, 最新医学社, 1999)

進行がん・末期がん患者のリハ



「余命の長さにかかわらず、患者とその家族の要望 (Demands) を十分に把握した上で、その時期におけるできる限り可能な最高のADLを実現する」

緩和ケア病棟における理学療法の目的

1. 楽に休めるように、疼痛や苦痛を緩和する。
2. 痛みや筋力低下をカバーする方法を指導しADL拡大を図る。
3. “治療がまだ続けられている”という精神的な援助を行なう。

(仲正宏：看護技術、2006年)

温熱による腫瘍の成長や血流量増加に伴う転移の促進の危険性について

Agency for Health Care Policy and Research(AHCRP) 癌疼痛治療のガイドラインの見解

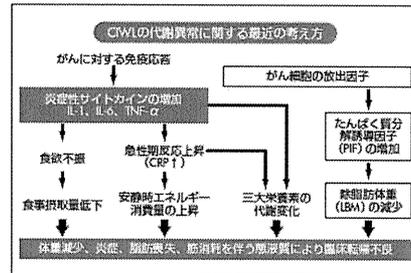
- 皮膚表面（腫瘍浸潤や放射線治療後の皮膚除く）への使用が禁忌とする根拠を明確に示した研究はないため、温熱の使用は推奨される。
- ただし、活動性の癌がある患者や癌のある部位の上では深部熱の使用は注意するように。

(Management of Cancer Pain Guideline Panel: Nonpharmacologic management: Physical and Psychological Modalities: Management of cancer pain. Rockville: U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research; 1994.)

悪液質の骨格筋への影響

- がん悪液質
食欲不振と進行性の異化亢進（サイトカイン・腫瘍由来物質による）にともなう全身性機能低下。

がん誘発性体重減少 (CIWL)と代謝異常



向山武人：癌Experts

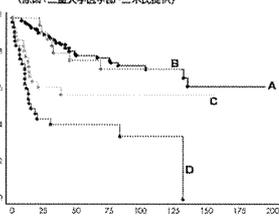
骨格筋は萎縮し筋力や筋持久力低下→安静臥床はさらなる機能低下をもたらす
悪液質増悪は避けられないができるだけ廃用予防に努める（低負荷頻回）

Glasgow Prognostic Score (GPS)

CRP (mg/dl)	Alb (g/dl)	Score
>10	<3.5	2
>10	>3.5	1
<10	<3.5	1
<10	>3.5	0

McMillan DC, et al: Int J Colorectal Dis. 2007

A-D群の長期(10年)生存率
(原図：三木大学医学部・三木氏提供)



CRPを0.5mg/dl、アルブミンを3.5g/dlで各2群に分類

- CRP ↓ Alb ↑ (正常パターン) **A群**
- CRP ↓ Alb ↓ (通常低栄養パターン) **B群**
- CRP ↑ Alb ↑ (がん悪液質予備軍) **C群**
- CRP ↑ Alb ↓ (がん悪液質パターン) **D群**

炎症反応亢進を伴う低栄養状態は癌の進行前に発症せず予後予後の因子である低栄養を伴わない炎症反応亢進状態は、単なる低栄養よりも悪質な病態である

三木善雄：癌Experts

緩和ケアのリハビリテーションの効果に関する研究

ホスピス入院中の終末期患者301名（6年6か月）を対象に終末期リハビリテーションの効果を検討

ADLに障害のあった239名をBarthel Indexの移乗/移動項目で評価
リハビリテーション開始時のスコア：12.4点
ADL訓練い到達した最高スコア：19.9点

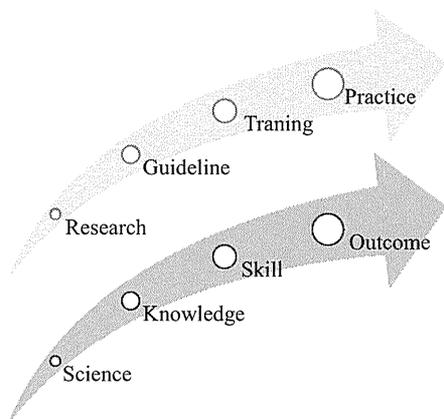
169名の家族から得られたアンケート
ホスピスケアに満足：98%
リハビリテーションに満足：78%

訓練内容

ADL訓練（移乗、移動中心）が70%以上
その他：座位バランス訓練、浮腫への対応、ポジショニング、持久力訓練、肺理学療法、嚥下訓練、ROM訓練、低周波

Yoshioka H, et al: Rehabilitation for the terminal cancer patient. Am J Phys Med Rehabil 73: 199-206, 1994

Cancer Rehabilitation



平成22-24年度厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）

全国のがん診療連携拠点病院において活用が可能な地域連携クリティカルパスモデルの開発

主任研究者 谷水正人（四国がんセンター統括診療部・臨床研究部）
分担研究者 河村進（四国がんセンター形成外科）・他

がんのリハビリテーション小班

杉原進介（四国がんセンター整形外科） 千田益生（岡山大学病院リハ部）
辻哲也（慶應義塾大学リハ医学教室） 田沼明（静岡がんセンターリハ科）
宮越浩一（亀田総合病院）

評価項目	計画				実施				評価			
	計画項目	実施項目	評価項目	評価項目	計画項目	実施項目	評価項目	評価項目	計画項目	実施項目	評価項目	評価項目
アウトカム	評価項目の達成が確認できる	評価項目の達成が確認できる	評価項目の達成が確認できる	評価項目の達成が確認できる	評価項目の達成が確認できない							
評価	満足(5点)	満足(5点)	満足(5点)	満足(5点)	満足(5点)	満足(5点)	満足(5点)	満足(5点)	満足(5点)	満足(5点)	満足(5点)	満足(5点)

がん患者の緩和療法の開発と 多施設共同研究システムの構築に関する研究

主任研究者 的場 元弘（国立がん研究センター中央病院 緩和医療科・精神腫瘍科）
分担研究者
 辻 哲也（慶應義塾大学医学部 リハ医学教室）：進行がん・末期がん患者のリハビリの効果
 田沼 明（静岡がんセンター リハ科）：がん患者の誤嚥と嚥下訓練による合併症の予防効果
 ほか

進行がん・末期がん患者のリハビリの効果



慶應義塾大学病院（入院中）



東大宮訪問看護ステーション（在宅）

後方視的に

①がんの原発巣、②病期分類、③骨転移の有無、④告知内容、⑤リハビリ内容
 ⑥リハビリ開始前と開始後の歩行・基本動作能力、日常生活活動（ADL）
 を調査、背景因子との関係を分析することで、リハビリの効果を検証する。

www.cancer-reha.com

ID: cancerreha
パスワード: 698821

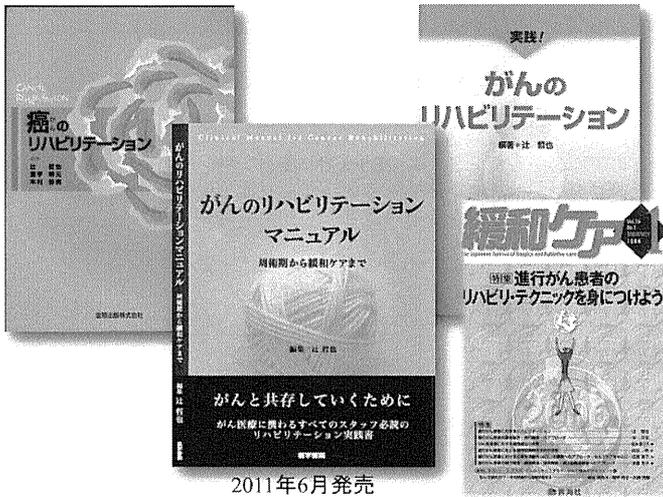
最新更新日: 2009年9月16日

がんのリハビリテーション

高齢化社会に突入しつつある今日、わが国でもリハビリテーションという言葉は医療や福祉の分野で盛んに用いられ、患者のQOL向上を目指す「リハビリテーション」の重要性が一般の人にもかなり浸透してきました。しかし、がん患者の分野ではどうでしょうか。従来のがん治療の重視が一般に、リハビリテーションが後進的に行われてきたのが現状です。今までのがん治療の常識からがん専門医療機関において、リハビリテーション科専門医が常駐している施設はほとんどなく、療法士もわずかに限られた施設に留まっています。

「がんのリハビリテーション」は、がん医療全体の知識が必要となると同時に、運動療法、摂食・嚥下療法、呼吸療法、疼痛管理、緩和ケア、精神心理などの諸病に跨る専門的知識や技術が必要です。がん治療の進歩とともに、種々の療法、生活能力の改善を目的としてリハビリテーションの介入を行う必要はますます高まると考えられています。

従って、がん医療に携わるスタッフは、「がんのリハビリテーション」の知識やテクニックを習得しておく必要があります。しかし、今までのリハビリテーション専門医に対する「がんのリハビリテーション」の研修プログラムは存在せず、毎日の立派ながん医療を行っているリハビリテーション科に留まる専門的な教育はなされておらず、現状です。また、「がんのリハビリテーション」に関して系統的に記述された論文の専門書は多く存在するにもかかわらず、臨床と結び、がんのリハビリテーションの最新・最先端の分野、最新情報、がん専門医や看護士が最新の臨床現場の最新情報を見て、その活用がされていることは否か、事実であり、がんの特性や病態に基づいた現在、積極的な取り組みが必要とされています。本ホームページは、まだ立ち上がったばかりであるが「がんのリハビリテーション」に関する情報提供サイトとして



2011年6月発売

資料 16 : がんのリハビリテーションアンケート結果

第1回 がんのリハビリテーション懇話会 アンケート

本口はご参加いただき、ありがとうございました。本アンケート調査は、今後の懇話会をさらに良いものにしていくための貴重なデータであるとともに、がんリハビリの動向についての実態調査の目的もございます。

お忙しいところ、お手数おかけいたしますが、ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

厚労省科学研究費補助金（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）

勤務施設の種類（重複可） がん拠点病院 大学病院 急性期 回復期 長期療養病床

クリニック その他（具体的に _____）

職 種 Dr（ _____ 科） Nrs PT OT ST その他（具体的に _____）

臨床経験 _____ 年

Q1. 懇話会の各セッションについて、満足度はいかがでしたか？

基調講演（辻） 大変満足 満足 普通 やや不満 大変不満

特別講演（片桐） 大変満足 満足 普通 やや不満 大変不満

シンポジウム 大変満足 満足 普通 やや不満 大変不満

一般演題 大変満足 満足 普通 やや不満 大変不満

良かった点、不満であった点、改善すべき点など、自由にお書きください。

Q2. 懇話会の運営について、満足度はいかがでしたか？

大変満足 満足 普通 やや不満 大変不満

良かった点、不満であった点、改善すべき点など、自由にお書きください。

裏面へ続きます → → → →

Q 3. 懇話会を発展させていく上でのご意見（とりあげて欲しいテーマ、企画、要望など）を自由にお書きください。

Q 4. 現在、「がん患者リハビリテーション料」の算定を実施していますか？

- 実施している
まだ実施していないが、1年以内に実施する予定。
まだ実施していないが、いずれは実施したい。
実施する予定はない。
その他（具体的に_____）

Q 5. がん患者へのリハビリを実施するにあたり、問題と感じていることをお答えください（複数回答可）。

- 主治医が無関心。
リハビリテーション担当スタッフが不足している。
施設・設備が整備されていない。
経済的な裏付けがない。
がん患者に対するリハビリテーションの有効性を示す科学的根拠がない。
がんのリハビリテーションに関する知識や技能が不十分。
その他（具体的に_____）

Q 6. 貴院において、がん患者へのリハビリ処方件数は、全リハビリ処方の約何割でしょうか？
（がん患者リハ料以外の廃用・脳血管・運動器・呼吸器等で算定されている数も含めて結構です）。

- 約_____割 不明・回答困難

Q 7. 今後、我が国において、がんのリハビリを普及させていくためには何をすべきでしょうか？
ご意見をお願いいたします。

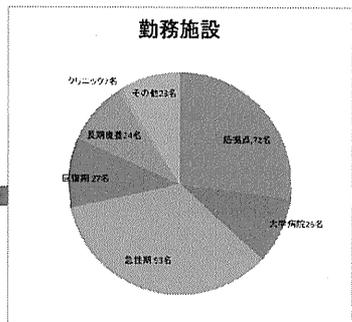
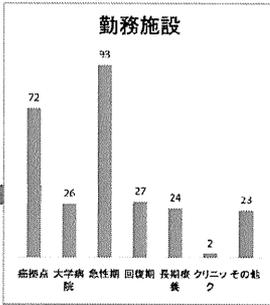
貴施設のリハビリスタッフ数について、ご回答ください。

リハビリ科医師 常勤： _____ 名（うちリハビリ科専門医： _____ 名） 非常勤： _____ 名
PT 常勤： _____ 名 非常勤： _____ 名 OT 常勤： _____ 名 非常勤： _____ 名 ST 常勤： _____ 名 非常勤： _____ 名

※ご回答、ありがとうございました。皆様から頂いた情報は本研究班の資料として適切に管理いたします。

勤務施設

病棟点	72名	その他詳細...	
大学病院	20名	一般病院	2名
急性期	93名	市民病院	介護支援事業
回復期	27名	一般病棟	介護療養
長期療養	24名	重心病棟	至急性期
クリニック	2名	緩和ケア等	2学校
その他	23名	訪問看護	4名
		訪問リハ	2名



職種

Dr	24名	Dr内訳	
Nrs	5名	リハビリ科	14名
PT	90名	整形外科	3名
OT	45名	外科	2名
ST	0名	緩和ケア	2名
相談員	1名	内科	1名
学生	1名	皮膚内科	1名
		泌尿器外科	1名

臨床経験

臨床経験	1年	2~5年	6~9年	10~19年	20~29年	30~39年	40~50年	経験なし	回答無
	11	45	38	49	28	5	0	1	4

Q1

	大変満足	満足	普通	やや不満	大変不満	回答無
卒論講演	60	88	21	0	0	12
特別講演	101	65	6	0	0	9
シンポジウム	34	71	30	10	2	34
一般演説	19	57	50	19	0	36

Q2

満足度	大変満足	満足	普通	やや不満	大変不満	回答無
	25	87	37	16	0	16

Q4

	実施中	1年以内実施いずれ実施	予定なし	その他	回答無
算定	65	25	38	25	11

具体的...

検討中
病院ではない
過去実施していたが、現在は実施していない。
算定していたが、医師が移動になり算定できなくなった。
実施していたが講習を受けたスタッフが産休のため休止中
話には出ているが、算定の低さ等から具体的に進んでいない。
1例のみ算定した。
リハビリ科常勤医師が不在
分からない。雇用医候補の方が算定点数が高い。あえてがんりハの算定の必要もない。

無関心

スタッフ不足	49名	その他詳細	
施設整備	90名	受診者のみしか算定できない。	
経済的	43名	研修に参加していないスタッフが算定できない。	
科学的根拠	20名	研修を受けた者が奨励等で退職した施設基準を失うため、研修を受けるスタッフの選定に苦慮している。	
知識不十分	45名	外米算定の問題。個人に与えられている算定権利と云える。休暇代行の難しさ。	
その他	116名	研修を終えた者のみが算定可能なシステムのため他のスタッフを研修に参加させられない。	

算定料が低い。
診療報酬が少ない。雇用で算定の方がよい。
早期加算もつかず雇用の方がコストが高い

骨転移のリスク管理が困難と言うか不安
リスク管理(骨転移症例の骨折リスクが十分に把握できないままリハを実施している。)
リスク管理に自信がもてない。Jハオーダーに特にリスク的な記載がない。
リスクについて十分な情報がえられないことがある。

整形外科とリハビリの連携、Dr間での連携や他職種との連携不足
退院・転院後の連携ができない

セラピスト以外のスタッフの意識が低い
リハビリテーション部の意識が低い
職種による温度差が大きい
チームとしての共通の認識
Nに理解してもらいにくい。患者さんリハビリの必要性を問われる。説明しても反対されることがある
民間病院において緩和ケア病棟でのリハビリ実施に管理側の理解が得られず実績として評価されない。リハビリボランティアのような状態。
主治医のリハビリの認識にばらつきがある。
意識していない職員も多い
施設間での取り組みに差が大きい。ガイドラインの整備が必要?
患者の希望に基づいた関わりをチームでやっていくことが難しい。

リハ専門医が少ない。
リハ医が不在

Q3 懇話会を発展させていく上でのご意見

がんリハを行う上でのリスクについて。またその際のマネジメントは

多臓器にわたる疾患であり、病態、治療も多彩なので、各論の勉強の場が欲しい。

一般病棟での緩和ケア・リハビリとしての関わり
在宅との連携のとり方

がんのリハビリも患者さんの病期によって向かう方向は変わっていくと思う。なので病期に応じたテーマを絞って行って頂くと理解が深まる。

例えば、術前リハビリ、OP回復期リハビリ、緩和ケアとしてのリハビリなど。

各職種の実務についてもう少し突っ込んだ紹介やディスカッション等、専門職の理解がさらに進むような企画があれば良いと思う。

また内科や外科のDrにももっとご参加頂ける内容になれば尚いいと感じた。

実技など

現場で使える具体的なポジショニングや介助法、工夫の方法などを紹介して欲しい。

骨転移症例のリハビリ処方のパス、マニュアル化

リハビリ実技における、リスク管理の実際

画像・血液データの見方

化学療法中のリハ

多職種のチームアプローチ、連携、役割分担

地域の連携

がんサバイバーの社会復帰や復職支援

職種別のセクションを作る

緩和ケア的な関わり方。癌の治療、化学療法内容がどんどんかわってくるので各々の癌の現在の治療ガイドラインなどが定期的に聞きたい。

術前リハ、術後リハ、化学療法中、終末期に分けてディスカッションして欲しい

有害事象への対処法

骨転移のある方に対して起居動作などが骨折のリスクが高いのはわかります。具体的にどういう方法を指導すればいいのか、またどういった介助方法を

すればいいのかなどを教えてください。

予防リハと後期リハについて

臨床家のD-セラピストの発表

ペインコントロールについて

事前に一般演題の内容抄録が見られた方がいい。

もっと広く宣伝して法が良い。

がんリハの各論的な発展をさせていく方が良いと感じる。例えば呼吸、骨転移に対する運動学的知識、福祉用具の知識、心理面等を意見交換、講義

を期待したい。

コミュニケーションスキル

がん治療についてのトピックス

がんリハは「骨転移」「緩和(特に終末期)」だけではないので部分に焦点を当てた内容が欲しい。

疾患別、分野別にディスカッションして欲しい

脳悪性腫瘍のリハビリ、末期における対応、緩和ケアにおけるリハビリテーションの実技

末期のがんの患者さんの症例、経過

リスク管理

がん患者さんの食事の工夫

がんのリハビリテーションを実施している施設での具体的な取り組み、運営方法などの紹介をしていただければと思います。

今出ているがんリハビリのevidenceについて。

研究報告を含め聞かせて欲しい。

参加している先生方との交流。

情報交換をもちたかった。

病期に分けたリハアプローチについて。

がんの急性期の治療について。

テーマを絞ったコンパクトな会を。

緩和ケア病棟のリハビリの現状。

栄養学。

腫瘍精神医学。

訓練法のディスカッション

「論文」としての発表も大切ですが「報告」も大切にすることであってほしい。

まずは続けること。

リハスタッフだけでなく、他職種がもっと参加できる場になれば良いと思う。

栄養、薬剤、検査、放射線のスタッフも参加してもらいたい。

がんの治療について

一般演題に關しても講演にしても「当院の取り組み」とか「症例検討」が多いが、聞いている側としては興味がない。

臨床研究発表を増やさないのがんリハの有効性を示せないと思う。

脳腫瘍

セラピストが知っておくべき看護ケア

在宅支援の介護用品、福祉機構の活用方法

検査データ、画像の押さえどころ

各職種の立場からの緩和ケア、緩和リハビリについて

適切な評価について

がんそのものの基礎知識

リンパ浮腫への対応

施設基準や書類上の問題等事務的な内容も取り上げて欲しい

緩和ケアチームの現状

造血器悪性腫瘍のRH

小児のがんリハについて

がんの悪液質、化学療法、放射線治療のリハビリについて

在宅リハ、地域リハの中でのがんとの関わり

がん患者に対するリハの実際

症例検討会

実務的なリスク管理、症例の具体的な「例」に沿って

館わきの研究が弱いと感じます。今一度緩和気も踏まえた企画を

Q7 今後我が国において、がんのリハビリを普及させていくためには何をすべきでしょうか。

対象疾病・適用の拡大

他科への啓もうと医学教育にコマ数を盛り込む

教員の拡充

リハ講座がない大学はセラピストが担ってもよいのではないか

多職種でも共通で用いることのできるアセスメント評価を普及する必要がある

Dr間の連携が重要。そこがしっかりしないとチーム構成するコメディカルが迷う

ガイドラインが作成され、医療界全体で認めてもらえるようになるといい

がんのリハビリに対する知識を持つセラピストを増やすこと。そのためにも「がん」に対し接する機会を増やしていくこと。学会などがもっと増えるといいと思う。

Dr や他職種と話し合う場面、カンファレンスを増やす。

がんのリハビリについての正しい知識と技術を教育(医療者に)していくこと。

教育を受けた人たちが実践していくこと。そのためには病院などの組織のトップががんのリハビリについて理解をして実践の場を与えたりフォローしていくこと。

組織を動かす人たちが理解できる場で、がんのリハビリについて伝えること。実践者ばかり教育しても、実践者を管理する人が使い方を知らなければ普及しない。

リハ的な視点というが「現状で出来る限りのことが出来るよう支援する」という考え方がもっと広まれば良いと思う。

また専門職という意味で自分の専門分野にとらわれないようにする意識づけが必要かと思う。

このような機会、研究などをしていくべきだと思う。

主科のDrの認知が不可欠だと思いますので、医師への啓もう活動が必要。

緩和ケアの里は算定出来高へ。

さまざまな職種の学会でリハビリの有用性について発表していく。

Drに理解してもらう。

医療者だけでなく市民(患者・療養者含め)への働きかけ

施設内での勉強会(知識の共有)

医療者側だけでなく、患者・家族はもちろん、社会的にリハビリについての考え方を知ってもらうことが必要であると考ええる。

世間の多くの人に知ってもらう。テレビ等のメディア活用。

がんリハ研修会に今まで2回申し込みましたが、いずれも断られています。(申込み初月に申し込んでますが)不公平感が残っています。

現在なされている活動の継続

今回のような研修会がより拡大していくことが必要と思う。

市民への啓発

セラピストの制限は外す

研修会

医療従事者のがんリハの認知

効果を示すことが重要ではないか。主治医の理解が深まればもっと依頼が増えると思う。

勉強したいが研修会などが少ない。特に関西。

各診療科医師へのリハビリテーションの重要性について教育していく。患者さんからの声を挙げていく。

このような参加しやすい懇話会を病院等の施設でもっと広められたらいいのだと思う。医師を始め、「がんのリハビリ」というものに対しての関心が低いと感じていま

腫瘍内科、外科医への情報提供

癌の治療は多数の科にまたがっているんで、リハに関する情報が臨床各科の間で共有できるシステムの構築が重要と考えます。

がんリハについてのセラピストに対する知識や実技の教育。習熟したセラピスト、現場から効果や実状などを発表し声をあげていく。

癌の専門病院だけでなく、今後は私の働いている一般の病院でも、癌の患者様が増えてくる時代になると思います。まだまだ十分広がっていない癌リハビリテーションに対する知識をこのような研修会を開いて広めていってほしい。

研修要件の緩和

緩和ケア病棟の充実

日本の現状として回復や改善を主としてしまっている。最終的にいかに死ぬかということも重要だと思う。その辺りも踏まえたリハビリの位置付けも必要ではないか。

患者に関わる人間が自ら興味をもつかない。

全体的に問題意識が低い。

がんリハ=終末期のイメージを変えて行くことが重要

コメディカル知識不足はもちろん、医師の理解を得られないのも現状かと思う。

コスト面などからも日々の業務内では余裕がないことが多い。

研修会が少なくがんリハを行いたくてもなかなか受講出来ない。

OT、PT、ST各分野におけるクリニカルスキル作りとその周知徹底だと思います。世間一般にはがんの手術後にリハを施行する認識が低いのでTVや新聞Youtubeで

情報を発信したらどうだろうか考えます。

がん患者様にごんリハに関するやさしいパンフレットを配り口コミで広げていくのはどうでしょうか。

患者のリハビリへの理解

がんのリハビリは症例から考えるとアプローチもゴールも様々ですが、どうしたら良いか情報を収集するとほとんど得られないことが多いと思います。困った時にどの

ように対応したら良いか解決する為の情報交換やその他のツールが整うとがんリハも出て出しやすくなるのではないかと思います。

もう少し取得条件を緩和したら増えるのではないかと思います。また有効性について広めて頂ければ進んでいくのではないかと思います。

他のリハビリ算定料と比較して、算定料を引き上げる。

このような研修会、懇話会が多く開催されること。ガイドライン、マニュアル作成の普及が大切であると感じた。

多くの研修会、シンポジウムを開催する。

学会発表について、追試する型でデータが蓄積されていければいいと思います。

辻先生もおっしゃられていた様にリサーチやガイドラインが必要であり、エビデンスが必要だと思います。またこの様な懇話会、勉強会を行い、それを他職種や社会に

広めていくことが普及につながると思います。

がんリハのEBMを出し、医師の協力を得る。

この様な会をもう少し地域で出来れば良い。

ガイドラインを早く読んでみたい。院内でのがんリハの講演を依頼されているので、スライドのハンドアウトを配布して欲しい。

一般向けの報道、書籍の販売。

がん患者リハビリテーション科を一律料金にするのではなく、層別化した体系にするべき。

慶應のがんプロ院生は発表出来ないのでしょうか。がんプロの院生がこれからのがんプロを牽引していく存在になるべきだと思うんですが。

他の疾患リハとの差別化

国民への周知

多施設協同研究などを通じて、エビデンスを増やしていくことが必要。

医師(リハ科以外)に対しても、セラピストに対してもがんのリハビリに対する知識、技術の普及が必要。

リハの効果を実証しないと進んでいかないとと思う。

学校教育、エビデンス、啓蒙。

資料 17 : 報告記
(リハ医学会リハニュース平成 24 年春号)

第1回がんのリハビリテーション懇話会

2012年1月14日、大阪にて「第1回がんのリハビリテーション懇話会」が開催されました。本懇話会は、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。今回は「骨転移症例に対するリハ」をメインテーマに挙げました。北海道から九州まで全国各地から、約300名の方々にご参加いただきました。

主催は「日本リハ医学会・がんのリハガイドライン策定委員会（厚生労働科研費研究班）」および「がんのリハランドビジョン作成ワーキンググループ」でした。関連する各種学協会のご後援もいただいております。

内容としては基調講演、23題の一般演題のほか、骨転移におけるリハを主題としたシンポジウムを企画しました。特別講演として片桐浩久先生（静岡がんセンター整形外科）から「骨転移の治療とリハのポイント」というタ



懇話会運営スタッフと特別講演・シンポジウム演者の皆様
懇話会運営にあたっては主催団体以外に大阪医大の皆様と関西がんリハ研究会の皆様にご協力をいただきました。

イトルでご講演いただきました。

懇話会を通して、がんリハの需要は拡大していること、そのニーズも多様化していることが実感できました。

本懇話会は来年以降も継続する予定で、内容もより充実させていきたいと考えております。次回は2013年1月

12日（土）に東京での開催を予定しております。皆様のご参加をお待ちしております。

（亀田総合病院リハビリテーション科
宮越 浩一、慶應義塾大学リハビリ
テーション医学教室 辻 哲也）

II. 分担研究報告書

（総括）がん患者のリハビリテーションに関するガイドライン（総論・評価）
およびグランドデザイン作成に関する研究

分担研究者 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 専任講師

研究要旨：本研究の目的は、がん患者のリハビリテーションの評価方法とその効果に関して、文献検索を行い、それらのエビデンスレベルを分析、検討することである。クリニカルクエスチョン(CQ)として以下の2つを作成し、エビデンスレベルの評価を行った。

CQ1：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？。

平成 23 年度は、検索エンジンおよびハンドサーチで得られた文献のエビデンステーブル（構造化抄録）作成および推奨グレードとエビデンスの作成を計画どおり実施した。CQ1 に関しては、現在まで9つのガイドラインが発表されている。がん患者に対して、リハビリテーションは安全に実施可能であり、その有効性が検証されつつあるが、世界的にみてもまだ十分なエビデンスが得られていないことがわかる。CQ2 に関しては、がん患者のリハビリテーションの効果を評価するためには、信頼性・妥当性に優れ、リハビリテーション効果が鋭敏に反映されるような身体機能のアセスメント・ツールが必要であるが、ECOG、KPS 以外にはいまだ標準化されたものがないのが現状である。平成 24 年度（最終年度）にはガイドライン公開の予定である。

一方、グランドデザイン作成の目的は、がんのリハビリテーションに関するグランドデザインを作成することにより、がんのリハビリテーションのあるべき姿、問題点、対策を検討することである。がんのリハビリテーション関連団体から構成される委員により、ワーキンググループを開催し、グランドデザイン作成作業を継続中である。平成 24 年度（最終年度）には、グランドデザインを完成し、各関連学会や団体が連携して全国へ情報発信していく予定である。

A. 研究目的

I. がん患者のリハビリテーションに関するガイドライン（総論・評価）作成：

目的は、がん患者のリハビリテーションの評価方法とその効果に関して、文献検索を行い、それらのエビデンスレベルを分析、検討することである。

II. グランドデザイン作成：

目的は、①がんのリハビリテーションの本来あるべき姿と現状とのギャップ、②現場からの声（医療者、患者・家族）、③行政のニーズ、④先進諸国間での情報、⑤新しいエビデンス、等を随時検討し、情報提供を行いガイドラインに反映させるために、がんのリハビリテーションに関するグランドデザインを作成し、がんのリハビリテーションのあるべき姿、問題点、対策を検討することである。

B. 研究方法

I. がん患者のリハビリテーションに関するガイドライン（総論・評価）作成

日本リハビリテーション医学会診療ガイドライン委員会において新設された、がんのリハビリテーションガイドライン策定委員会において、クリニカルクエスチョン（Clinical Question: CQ）を作成・承認し、文献を抽出した。

文献検索のツールとして、医学中央雑誌、MEDLINE、PEDro、The Cochrane Library を利用し、1983 年～2010 年の期間で実施した。なお、文献検索、構造化抄録の作成およびエビデンスレベル決定は、分担研究者（辻哲也）が暫定案を作成した後、がんのリハビリテーションガイドライン策定委員会において承認される。

II. グランドデザイン作成：

ワーキンググループの委員としては、ガイドライン作成のための研究代表・分担者のほか、がんのリハビリテーション関連の学協会や（厚労省委託事業）がんのリハビリテーション研修委員会から委員を募った。

ワーキンググループにおいて、がんのリハビリテ

ーションのあるべき姿、問題点、対策を検討し、グランドデザインを作成し、作成されたグランドデザインに基づいて、実際の取り組みを計画する。

(倫理面への配慮)

本研究は患者を対象とした介入は行わない。また、個人情報も扱わないため、医学的な倫理面での有害事象は考えられない。

C. 研究結果

I. がん患者のリハビリテーションに関するガイドライン (総論・評価) 作成

1. CQ. の作成および文献検索と二次文献の選定

がん患者のリハビリテーションの評価方法とその効果についてCQを検討し以下の2項目のCQを作成した。

CQ1:世界の動向は？(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？

CQから関連するキーワードを抽出し検索式を作成し、医中誌およびMwdlineから得られた文献とPEDroから得られた文献から選択された文献を吟味して得られた文献、欧米のガイドライン¹⁻⁹⁾、その他ハンドサーチした33文献(資料6-8)について、エビデンステーブル(構造化抄録)を作成し、ガイドライン本文の原案(平成23年3月30日案)が完成した(文献9)。

II. グランドデザイン作成

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全員とともに、がんのリハビリテーションの関連団体として、(厚労省委託事業)がんのリハビリテーション研修委員会、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、国立がんセンターがん対策情報センターから委員の推薦を募り、ワーキンググループ(WG)を立ち上げ、平成23年度は3回の委員会が開催された(資料10)。

本ワーキンググループのミッションは、「我が国におけるがんのリハビリテーションの現状の問題点をふまえて、がんのリハビリテーションのあるべき姿(=ビジョン)を明確にし、それを達成するためのグランドデザインを作り上げること」である。

グランドデザインの作成にあたっては、がんリハの普及・啓発、がんリハの人材育成、がんリハ提供体制の整備、がんリハ研究の推進の4分野に分かれて役割分担をして、各々の分野で、1. 目標、2. 現状、3. 行動計画の作成作業を継続、グランドデザイン本文(平成23年3月30日案)が完成した(資料11)。

項目	分担者
1. がんリハの普及	佐浦隆一(リハ医学), 増島 麻里子(がん看護)
2. がんリハの人材育成	高倉保幸(理学) 小林毅(作業) 神田亨(言語聴覚), 阿部恭子(がん看護)

3. がんリハ提供体制の整備	水落和也, 鶴川俊洋, 村岡香織(リハ医学) 小磯玲子, 柏浦恵子(リハ看護)
4. がんリハ研究の推進	田沼明, 宮越浩一(リハ医学)
全体の統括	辻哲也, 水間正澄, 生駒一憲(リハ医学), 加藤雅志(がん対策情報センター)

D. 考察

I. がん患者のリハビリテーションに関するガイドライン (総論・評価) 作成

CQ1:世界の動向は？: がんのリハビリテーションに関するガイドラインは前述のとおり9つ抽出され¹⁻⁹⁾、その大多数は2004年以降に発表されている。そのうち、原発巣や治療的介入別に網羅したガイドラインは、American College of Sports Medicine (ACSM) から2010年に発表されたがん患者の運動療法に関するガイドライン⁹⁾のみであった。このガイドラインの中では、「がん治療中・後の運動を実施する際には特別のリスク管理を要するが、運動の実施は安全である。運動トレーニングは、乳がん・前立腺がん・血液がん患者において、体力・筋力・QOL、疲労の改善に有効である。レジスタンストレーニングは乳がん患者において、リンパ浮腫の合併の有無に関わらず、安全に実施できる。他のがん患者への運動の効果は十分に明らかでなく、がんの種類・病期、運動の量や内容についてさらに研究が必要である。」と総括されている。がん患者に対して、リハビリテーションは安全に実施可能であり有効性が検証されつつあるが、世界的にみてもまだ十分なエビデンスが得られていないことがわかる。また、このガイドライン⁹⁾を含め6つのガイドライン¹⁻⁹⁾は、リハビリテーションの内容が全身持久力改善を目的とした有酸素運動と四肢や体幹の筋力増強を目的としたレジスタンストレーニングに限定されているという問題もある。一方、残り3つの文献¹⁻³⁾は進行がん・末期がん患者のがん疼痛緩和に対するリハビリテーションの効果調べたものであり、リハビリテーションが有効であることが記載されているが、エビデンスレベルは低く、いまだエキスパートコンセンサスによる推奨が多いのが現状である。

CQ2:がん患者の全身機能、ADL、QOL評価の方法は？:

身体機能の評価は生存期間の予測因子として重要である¹⁰⁾。また、ADL評価はリハビリテーションのプログラムを計画する上では必須の評価となる。がん患者の身体機能評価に世界的に広く使用されているのは、Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)¹¹⁾とKarnofsky Performance Scale (KPS)¹²⁻¹³⁾である。ECOGのPerformance Status評価¹¹⁾は、主に化学療法など積極的治療期における全身状態の評価のために、我が国のがん医療の現場で一般的に用いられている。評定尺度は5段階で、がん患者の全身状

態を簡便に採点できる。しかし、病的骨折や運動麻痺などの機能障害のために活動性が制限されている場合には、たとえ全身状態が良好であっても低いグレードになってしまい、必ずしも全身状態を示すことにはならないことに注意が必要である。Karnofsky Performance Scale (KPS)¹²⁻¹³⁾は、1948年に初めて報告された評価法であるが、現在でもECOGと並んで世界的に広く用いられている。病状や労働・日常生活の介助状況により、100% (正常) から0% (死) まで11段階で採点を行うため、ECOGよりも詳細な評価が可能である。欠点としては、古典的な評価法であるため、現在の医療状況にうまく適合しない点が挙げられる。例えば、30%以下では入院治療が必要とされているが、現在の医療状況では在宅での医療・看護を選択される場合も十分に考えられ、採点に苦慮する場合がある。

また、近年、新たな評価尺度として Palliative Performance Scale (PPS)¹⁴⁻¹⁵⁾ や Edmonton Functional Assessment Tool (EFAT)²⁹⁾ が報告されている。Palliative Performance Scale (PPS)¹⁴⁻¹⁵⁾ は、上述の KPS の問題点を考慮し、現状の医療状況と矛盾しないように KPS を修正したものである。小項目として、移動・活動性・セルフケア・食物摂取・意識状態を各々評価し、KPS と同様に11段階で採点する。ホスピス入院時に213名の患者を採点した報告では、点数は10%~70%までうまく分散し正規分布をとったことが示された。信頼性・妥当性についての検証もなされており、末期がん患者の新たな身体機能評価法として注目されている。Edmonton Functional Assessment Tool (EFAT-2)¹⁶⁾ は直接的に身体機能に影響するバランス、動作、移動、疲労、意欲、ADL等の項目を含み、末期がん患者の個々の障害を評価することができるという特徴がある。従って、病的骨折や運動麻痺などの機能障害のために活動性が制限されているのか、悪液質の進行により全身状態悪化し活動性が制限されているのかを区別して評価することができる。信頼性・妥当性の検証もなされており、今後広く使用されていくことが期待されるが、いくつかの項目では採点方法が明確でないためまだ広く用いられるには至っていない。日常生活動作 (ADL) のアセスメントツールとして、現在、世界的に広く用いられている標準的な ADL 評価尺度は、Barthel Index¹⁷⁾ とその発展版である FIM (Functional Independence Measure : 機能的自立度評価法)¹⁸⁾ である。Barthel Index¹⁷⁾ は1965年に開発されて以降、国内外において数多くの研究に用いられてきた実績があり、現在でも簡便な ADL 評価法として汎用されている。緩和医療の領域では、Yoshioka ら¹⁹⁾ の報告がある (後述)。FIM (Functional Independence Measure : 機能的自立度評価法)¹⁸⁾ は、運動項目13項目と認知項目5項目から構成され、各項目を7段階で評価する。認知項目を有するため高次脳機能障害、精神心理面の問題を有する場合も良

い適応となる。介護量 (Burden of care) の測定を目的とし日常生活で実際にどのように行っているかを観察などによって採点する。評価尺度は既存の ADL 評価法よりも詳細であるが、各項目の最高点と最低点および評定尺度の基準が統一されているので評価しやすい。がん医療の領域では、入院時と退院時の FIM 比較の報告がある²⁰⁻²¹⁾。がん患者のリハビリテーションの効果を評価するためには、信頼性・妥当性に優れ、リハビリテーション効果が鋭敏に反映されるような標準化された身体機能のアセスメント・ツールが必要であるが、ECOG、KPS 以外にはいまだ標準化されたものがないのが現状である。

平成24年度 (最終年度) には、パブリックコメントの評価を受けた後、本章 (総論・評価) も含め、がんのリハビリテーションガイドラインを公開予定である。

II. グランドデザイン作成

一方、グランドデザイン作成に関しては、がんのリハビリテーション関連団体から委員の推薦を募り、ワーキンググループを立ち上げ、作成作業を継続中である。

平成24年度 (最終年度) には、ワーキンググループ会議を継続し、がんのリハビリテーションのあるべき姿、問題点、対策を引き続き検討し、グランドデザインを完成させ公開予定である。

そして、その枠組みの中で、現場の声に早急に反応できるよう行政側との連携によるガイドライン (例：保険診療が現場に見合ったものとなる等) 作りが可能なシステム構築を行う。また、作成されたグランドデザインに基づいて、がんのリハビリテーション研修への働きかけや講演会・市民公開講座の開催・パンフレット作成など、普及・啓発を目的とした取り組みを実施する予定である。

E. 結論

がん患者のリハビリテーションの評価方法とその効果に関して2つのCQを作成し、本年度は、253件の文献を抽出しハンドサーチで得られた文献も含め、エビデンステーブル (構造化抄録) 作成および本章のガイドライン本文案 (推奨グレードとエビデンス) を作成し、計画どおり実施中である。がんのリハビリテーションに関して、9つのガイドラインが抽出されたが、世界的にみてもまだ十分なエビデンスが得られていない。また、信頼性・妥当性に優れ、リハビリテーション効果が鋭敏に反映されるような身体機能のアセスメント・ツールはいまだ標準化されたものがないのが現状である。平成24年度 (最終年度) には、パブリックコメント評価の後、公開を予定している。

一方、グランドデザイン作成に関しては、がんのリハビリテーション関連団体から委員の推薦を募り、

ワーキンググループを立ち上げ班会議を継続し、グラントデザイン案が完成した。来年度はワーキンググループの開催を継続し、グラントデザインを完成、公開予定である。

参考文献

- 1) Guideline Panel: Management of cancer pain. Agency for Health Care Policy and Research, USA, 1994.
 - 2) Weiger WA, Smith M, Boon H, Richardson MA, Kaptchuk TJ, Eisenberg DM: Advising patients who seek complementary and alternative medical therapies for cancer. *Ann Intern Med* 137: 889-903, 2002.
 - 3) 辻哲也: がん患者の末期を含めたりハビリテーションに関する研究－疼痛緩和に対する運動療法の効果, (主任研究者) 下山直人, 厚生労働科学研究補助金がん臨床研究事業 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, 2008年度報告書, 2009.
 - 4) Neff MJ, et al.: ACS releases guidelines on nutrition and physical activity during and after cancer treatment. *Am Fam Physician* 69:1803-1805, 2004.
 - 5) Courneya KS, et al.: Exercise issues in older cancer survivors. *Crit Rev Oncol Hematol* 51: 249-261, 2004.
 - 6) Doyle C, et al.: Nutrition and physical activity during and after cancer treatment: an American Cancer Society guide for informed choices. *CA Cancer J Clin* 56: 323-353, 2006.
 - 7) Courneya KS, et al.: Physical activity and cancer control. *Semin Oncol Nurs* 23: 242-252, 2007.
 - 8) Physical Activities Guidelines Advisory Committee. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report. Washington (DC): US Department of Health and Human Services; 2008.
 - 9) Schmitz KH, et al.: American College of Sports Medicine roundtable on exercise guidelines for cancer survivors. *Med Sci Sports Exerc* 42:1409-1426, 2010.
 - 10) Viganò A, Dorgan M, Buckingham J, et al.: Survival prediction in terminal cancer patients: a systematic review of the medical literature. *Palliat Med* 14: 363-374, 2000.
 - 11) Osoba D, MacDobald N. Principles governing the use of cancer chemotherapy in palliative care. Doyle F, Hanks GWC, Macdonalds (eds): *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 2nd ed. 249-267, Oxford University Press Oxford, 1998
 - 12) Yates JW, Chalmer B, McKegney FP: Evaluation of patients with advanced cancer using the Karnofsky performance status. *Cancer* 45: 2220-2224, 1980
 - 13) Conill C, Verger E, Salamero M: Performance status assessment in cancer patients. *Cancer* 65: 1864-1866, 1990
 - 14) Anderson F, Downing GM, Hill J, et al: Palliative performance scale (PPS): a new tool. *J Palliat Care* 12: 5-11, 1996
 - 15) Virik K, Glare P: Validation of the Palliative Performance Scale for Inpatients Admitted to a Palliative Care Unit in Sydney, Australia. *J pain Symptom Manage* 23: 455-457, 2002
 - 16) Kaasa T, Wessel J. The Edmonton Functional Assessment Tool: further development and validation for use in palliative care. *J Palliat Care* 17: 5-11, 2001
 - 17) Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Med J* 14: 61-65, 1965
 - 18) 千野直一監訳: FIM 医学的リハビリテーションのための統一データセット利用の手引き 原書第3版, 慶應義塾大学リハビリテーション医学教室, 1997
 - 19) Yoshioka H: Rehabilitation for the terminal cancer patient. *Am J Phys Med Rehabil* 73: 199-206, 1994
 - 20) Marciniak CM, Sliwa JA, Spill G, et al: Functional outcome following rehabilitation of the cancer patient. *Arch Phys Med Rehabil* 77: 54-57, 1996
 - 21) Cole RP, Scialla SJ, Bednarz L: Functional recovery in cancer rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil* 81: 623-627, 2000
- F. 健康危険情報
特記すべきことなし。
- G. 研究発表
論文発表
(書籍)
1. 辻哲也 (編著): がんのリハビリテーションマニュアル 周術期から緩和ケアまで(辻哲也 編著). 医学書院, 2011
(雑誌)
 1. 辻哲也: がんのリハビリテーション. 日本医師会雑誌 2011;140(1): 55-59
 2. 辻哲也: がんの周術期リハビリテーションの重要性. 日本医事新報 2011;4563 (2011. 10. 8) :73-81
 3. 辻哲也: がんのリハビリテーションを勉強したい. 臨床リハビリテーション 2011;20(12), 1178-1181
 4. 辻哲也: がんのリハビリテーションチームで行う緩和ケア. 進行がん・末期がん患者への対応を中心に. *Monthly Book Medical*

Rehabilitation;140:1-9, 2012

5. 興津太郎, 辻哲也: ハイリスク状態のリハビリテーション がんによるハイリスク状態・緩和ケア. 総合リハビリテーション 2011;39(10) :935-941

学会発表

1. 辻哲也. 厚生労働省委託事業リンパ浮腫研修委員会の取り組み—日本における研修制度の確立・診療報酬改定に向けて—. シンポジウム リンパ浮腫治療最前線. 第35回日本リンパ学会総会. 2011年6月4日, 東京都千代田区.
 2. 辻哲也. がんのリハビリテーション最前線. シンポジウム リハビリテーション医療・医学の展望. 第28回日本医学会総会(開催中止、Web公開).
 3. 辻哲也. がんのリハビリテーション. 特別講演. 第20回山形理学療法学会. 2011年6月12日, 山形県山形市.
 4. 辻哲也. がんのリハビリテーションの動向とリスク管理. シンポジウムI がんのリハビリテーションにおける言語聴覚療法の展開と課題. 第12回日本言語聴覚学会(開催中止、抄録公開).
 5. 辻哲也. がん患者へのアプローチ～各病期における取り組み～. 特別講演. 日本離床研究会第1回全国研修会. 2011年6月19日, 東京都江東区.
 6. 辻哲也. がんのリハビリテーション～周術期対応を中心に. 特別講演. 第4回日本呼吸ケア・リハビリテーション学会北陸支部会年次集会. 2011年7月9日, 石川県金沢市.
 7. 辻哲也. がんのリハビリテーション最近の動向. 各職種別交流集会 第3回がんのリハビリテーション研究会. シンポジウム. 第16回緩和医療学会学術大会. 2011年7月31日, 北海道札幌市.
 8. 辻哲也. がんのリハビリテーション～進行がん・末期癌患者への対応を中心に. 特別講演. 第8回北大阪緩和医療懇話会. 2011年9月9日, 大阪府高槻市.
 9. 辻哲也. がんのリハビリテーションの実際 周術期から緩和ケアまで. 講演. 平成23年度第45回愛媛県作業療法士会研修会. 2011年10月16日, 愛媛県松山市.
 10. 辻哲也. がん患者に対するリハビリテーション. 講演. 神奈川県理学療法士会学術講習部主催第2回講習会. 2011年10月22日, 神奈川県横浜市.
 11. 辻哲也. がんのリハビリテーション: 適応と概要. パネルディスカッション5: がんリハビリテーション: 適応とエビデンス. 第49回日本癌治療学会学術総会. 2011年10月28日, 愛知県名古屋市.
 12. 辻哲也. がんのリハビリテーションの動向 臨床・教育・研究. パネルディスカッション8 がんのリハビリテーションの実践に向けて. 第48回日本リハビリテーション医学会学術集会. 2011年11月3日, 千葉県幕張市.
 13. 辻哲也. がんのリハビリテーション—周術期から緩和ケアまで—. 講演. 第3回筑後リハビリテーション研究会. 2011年11月5日, 福岡県久留米市.
 14. 辻哲也. 脳卒中地域連携パスの現状と課題 リハビリテーションの立場から. 講演. 第10回神奈川高齢者医学セミナー. 2011年11月8日, 神奈川県横浜市.
 15. 辻哲也. がんのリハビリテーション 進行がん・末期がん患者への対応を中心に. 講演. 第19回在宅緩和ケア連携カンファレンス. 2011年11月10日, 東京都中央区.
 16. 辻哲也. がんのリハビリテーション 周術期から緩和ケアまで. 講演. 日本言語聴覚士協会 平成23年度全国研修会. 2011年11月27日, 北海道札幌市.
 17. 辻哲也. がんのリハビリテーションの現状と今後の動向. 基調講演. 厚労科学研究費補助金(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主催 第1回がんのリハビリテーション懇話会. 2012年1月14日, 大阪府高槻市.
 18. 辻哲也. がんのリハビリテーションの概要とその適応. 基調講演. 第1回泉北リハビリテーション研究会. 2012年1月28日, 大阪府堺市.
 19. 辻哲也. がんのリハビリテーション～緩和医療における役割～. 講演. 市立長浜病院緩和ケア講演会. 2012年2月10日, 滋賀県長浜市.
 20. 辻哲也. がんのリハビリテーション～概要と最近の動向～. 教育講演. 第9回群馬リハビリテーション医学研究会. 2012年2月18日, 群馬県前橋市).
- H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)
1. 特許取得
なし。
 2. 実用新案登録
なし。
 3. その他
なし。