

資料9：基調講演スライド

第2回がんのリハビリテーション懇話会
(2013年1月12日、笹川記念会館)

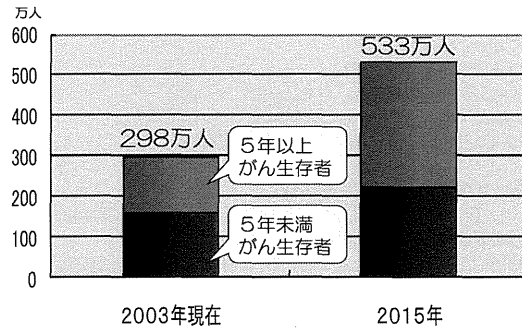
がんのリハビリテーション 現状と今後の動向

がんのリハビリテーション
ガイドライン・グランドデザイン作成の
進捗状況報告とともに

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
リハビリテーション医学教室

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)

開胸・開腹術後の呼吸合併症(予防)	乳がん術後肩運動障害	リンパ浮腫	脳腫瘍・脊髄腫瘍運動麻痺/言語障害
頭頸部がん(舌・咽頭がん)嚥下・言語・肩運動障害	骨・軟部腫瘍患肢温存/四肢切断術後	脊髄腫瘍・脊椎転移四肢麻痺・病的骨折	
喉頭摘出術後の発声障害	化学療法前後造血幹細胞移植	進行がん・末期がん	
電気式人工喉頭	食道発声		

歴史

50年代 Head & Neck
60年代 PM&R Dr, PT, OT
80年代 PTのみ
1993年 PT, OT, Dr (パート)、入院リハ開始
1999年 リハ専門医 (5名), PT, OT
2007年 Cancer Rehab fellowship開始、レジデント終了後1年間の研修
2011年 リハ専門医 (5名), PT, OT, STあわせて80名

THE UNIVERSITY OF TEXAS
MD Anderson Cancer Center
Making Cancer History®

組織

①Surgical Oncology
②Medical Oncology :
Palliative care (Dr13) and PM&R (Dr5/APN2/RN1/Fellows2)

- ・APNはリハ処方・薬剤処方も行。RNは他科と連携役。
- ・セラピストは個々の治療科に所属する。
- 例：SLPは頭頸科に所属、依頼を受ければ中枢疾患にも対応。

診療体制

①入院コンサルト

- ・主科Dr・APNがリハビリ処方
- ・PM&R Drに診察依頼があり、リハビリ処方
- ・Mobile team：集中的にリハビリ（2時間）。
3名のMDが各々チーム（MD、APN等）で週3-4回回診。

②リハ科入院 年間400名、在院日数11日

- ・12ベッド、2チーム体制（MD2名、APN2名、CM、SW、Chaplin、栄養士）
- ・リハビリの適応は、3時間の訓練に耐えられること。
- ・リハの目的は在宅復帰やADL向上とともに、治療に耐えられる体力向上も。

③外来

- ・3名のMDが外来、週半日を2コマ実施。
- ・入院し退院後の患者や他医療機関からの紹介。
- ・筋電図検査。
- ・神経ブロック注射（Botox、フェノール）。



がん対策基本法（2006年6月成立）

概要

がんの対策のための国、地方公共団体等の責務を明確にし、基本的施策、対策の推進に関する計画と厚生労働省にがん対策推進協議会を置くことを定めた法律。

基本的施策

1. がんの予防及び早期発見の推進
 がんの予防の推進
 がん検診の質の向上等
2. がん医療の均てん化の促進等
 専門的な知識及び技能を有する医師・医療従事者の育成
 医療機関の整備等
 がん患者の療養生活の質の維持向上
3. 研究の推進等



がんのリハビリテーション実践セミナー（厚生労働省委託事業）

【07年度】

- 07年 8月 国立看護大学校（東京都）
- 07年 11月 大阪南医療センター看護学校（大阪府）
- 08年 1月 国立看護大学校（東京都）

【08年度】

- 08年 7月 国立看護大学校（東京都）
- 08年 10月 神戸看護協会（神戸市）
- 09年 1月 国立看護大学校（東京都）

【09年度】

- 09年 7月 国立看護大学校（東京都）
- 10年 1月 23-24日 広島大学大学院（広島市）

【10年度】

- 10年 7月 国立看護大学校（東京都）
- 11年 1月 京都大学大学院（京都市）

現在も継続中（年4回開催）



ライフプランニングセンター <http://www.lpc.or.jp/>

がん患者リハビリテーション料の対象患者

入院中のがん患者であって、以下のいずれかに該当する者。

- 1 食道がん、肺がん、縦隔腫瘍、胃がん、肝臓がん、胆嚢がん、膵臓がん又は大腸がんと診断され、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
- 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
- 3 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
- 4 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
- 5 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
- 6 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
- 7 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
- 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又は末期がんの患者であって、症状増悪のため一時的に入院加療を行っており、在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要な患者

がん患者リハビリテーション料に関する施設基準（抜粋）

(1) 当該保険医療機関において、がん患者のリハビリを行うにつき、十分な経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。

十分な経験とは

ア リハビリテーションに関して十分な経験を有すること。
イ がん患者のリハビリに関し、適切な研修（以下の要件）を終了。

財団法人ライフプランニング・センター主催「がんのリハビリテーション研修」(厚生労働省委託事業) その他関係団体が主催するものであること。

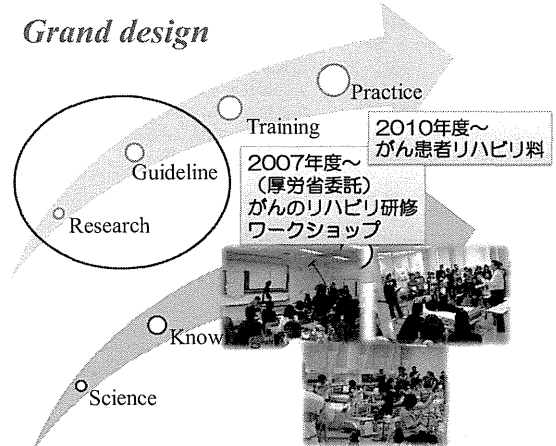
(2) 当該医療期間内において、がん患者のリハビリを行うにつき、十分な経験を有する専任の常勤PT、常勤OT、常勤STが二名以上配置されていること。十分な経験とは(1)のイに規定する研修を終了。

(3) 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室(少なくとも100平方メートル以上)を有していること。

・がん患者リハを行う際には、定期的な医師の診察結果に基づき、多職種が共同してリハ計画を作成し、リハ総合計画評価料を算定していること。
・がんのリハに従事する者は積極的にカンサーボードに参加することが望ましい。

Cancer Rehabilitation の発展にむけて

Grand design

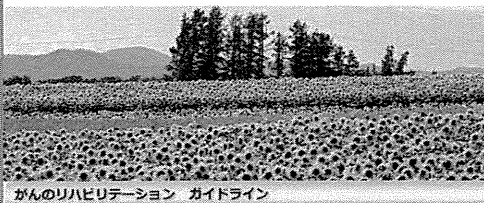


平成22-24年度厚生労働科学研究費補助金(第3次対がん総合戦略研究事業)

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

Google がんのリハビリテーション ガイドライン

<http://www.cancer-reha-wg.com/>

I. エビデンスに基づくガイドラインの作成に関する研究

- 1) 原発臓・治療目的・病期別に、がんのリハビリに関するガイドラインを作成し公開する。
- 2) 作成にあたっては、患者が療養するすべての環境で使用可能で、がんのリハビリ関連職種すべてが活用できる臨床に即したものにす。

II. グランドデザイン作成に関する研究

- 1) ワーキンググループを立ち上げ、がんリハビリのあるべき姿・問題点・対策を検討するグランドデザインを作成する。
- 2) 作成されたグランドデザインに基づいて、実際に活動を行う。

がんのリハビリテーション
ガイドライン グランドデザイン 作成ワーキンググループ

団体名	氏名	所属
日本リハ医学会	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
日本リハ医学会	生駒 一憲	北海道大学病院リハビリテーション科
日本リハ医学会	佐浦 隆一	大阪医科大学リハビリテーション医学教室
日本リハ医学会	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
日本リハ医学会	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
日本リハ医学会	水落 和也	横浜市立大学附属病院リハビリテーション科
日本リハ医学会	水間 正澄	昭和大学医学部リハビリテーション医学教室
日本リハ医学会	宮越 浩一	亀田総合病院リハビリテーション科
日本リハ医学会	村岡 香織	済生会神奈川県病院リハビリテーション科
日本リハ看護学会	小磯 玲子	埼玉県立高等看護学院
日本リハ看護学会	柏浦 恵子	埼玉県総合リハビリテーションセンター
日本がん看護学会	増島 麻里子	千葉大学大学院看護学研究科成人看護学教育
日本がん看護学会	阿部 恭子	千葉県立保健医療大学健康科学部看護学科
日本理学療法士協会	高倉 保幸	埼玉医科大学保健医療学部
日本作業療法士協会	小林 毅	千葉県立保健医療大学健康科学部
日本語聴覚士協会	神田 亨	静岡県立静岡がんセンターリハビリテーション科
独立行政法人 国立がん研究センター	加藤 雅志	がん対策情報センターがん医療情報コンテンツ室

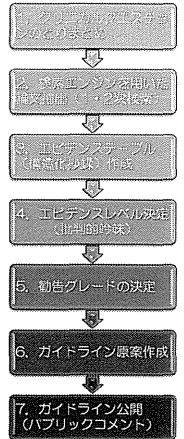
エビデンスに基づくガイドラインの作成に関する研究

日本リハビリ医学会 診療ガイドライン委員会策定委員会
がんのリハビリGL策定委員会

がん患者リハビリ料の8項目の内容を包含。原発薬別に役割を分担。

1次検索3361件 → 1次採択1250件 → 2次採択1201件

章	担当者	別追加 カテゴリー	エビデンス テーブル
0章：総論・評価	辻哲也（代表者）	2件	21件
1章：食道がん、肺がん、胃がん等 の消化器がん、前立腺がん	木蘭正壽（分担者） 田沼明（協力者）	10件	34件
2章：頭頸部がん	鶴川俊洋（協力者）	10件	65件
3章：乳がん・婦人科がん	村岡香織（分担者）	11件	87件
4章：骨軟部腫瘍・骨転移	宮越浩一（協力者）	8件	49件
5章：原発性・転移性脳腫瘍	生駒一憲（分担者）	3件	29件
6章：血液腫瘍（化学療法・ 造血幹細胞移植）	佐浦隆一（分担者）	6件	36件
7章：化学療法中後	佐浦隆一（分担者）	6件	85件
8章：進行がん・末期がん	水落和也（分担者）	6件	21件
	合計	62件	427件



本ガイドラインで採用している推奨グレード

Grade	内容
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

本ガイドラインで採用しているエビデンスレベル

Level	内容
Ia	RCTのメタアナリシス(RCTの結果がほぼ一致)
Ib	RCT
IIa	良くデザインされた比較研究(非ランダム化)
IIb	良くデザインされた準実験的研究
III	良くデザインされた非実験的記述研究(比較・相関・症例研究)
IV	専門家の報告・意見・経験

第1章 食道がん、肺がん、胃がん、肝臓/胆嚢/膵臓がん、大腸がん、
前立腺がんと診断され、治療が行われる予定または行われた患者

CQ1 開胸・開腹術を施行される予定の患者に対して、術前から呼吸リハビリテーションを行うと、行わない場合に比べて、術後の呼吸器合併症が減るか？(Grade B)

CQ2 開胸・開腹術を施行される予定の患者に対して、術前から呼吸リハビリテーションの指導を行うと、行わない場合に比べて、術後の入院期間が減るか？(Grade B)

CQ3 開胸・開腹術を施行された患者に対して、肺を拡張させる手技を含めた呼吸リハビリテーションを行うと、行わない場合に比べて、呼吸器合併症が減るか？(Grade A)

CQ: 10個

Grade	数
A	3
B	5
C1	2
C2	
D	

第2章 舌がん、口腔がん、咽頭がん、喉頭がんと診断され、治療が行われる予定の患者または行われた患者

CQ2 頭頸部がん領域の発話明瞭度・摂食・嚥下障害、副神経麻痺による機能障害・ADL, QOL について、系統的な評価を行うことは必要か？
(Grade B)

CQ3 頭頸部がん手術後の摂食・嚥下障害に対して、嚥下造影検査および嚥下内視鏡検査による評価を行うことは、行わない場合に比べて、摂食・嚥下訓練を行う上で有用か？ (Grade B)

CQ8 頭頸部がん患者に対して頸部リンパ節郭清後に副神経麻痺(僧帽筋麻痺)が生じた場合にリハビリテーションを行うと、行わない場合に比べて、肩関節周囲の障害の改善につながるか？
(Grade A)

CQ:10個

Grade	
A	1
B	7
C1	2
C2	
D	

第3章 乳がん、婦人科がんと診断され、治療が行われる予定の患者または行われた患者

CQ1 乳がん術後の患者に対して、肩関節可動域訓練などのリハビリテーションを行うことは、行わない場合に比べて、患側上肢機能を改善させるか？
(Grade A)

CQ2 乳がん術後の患者に対して、肩関節可動域訓練などのリハビリテーションを、術後5-7 日後から開始することは、早期(0-3 日)に開始する場合に比べて、術後の有害事象を軽減させるか？ (Grade A)

CQ3 乳がん術後の患者に対して、リハビリテーションを行うことは、行わない場合に比べて、患側リンパ浮腫を予防できるか？ (Grade A)

CQ:11個

Grade	
A	8
B	3
C1	
C2	
D	

第4章 骨軟部腫瘍またはがんの骨転移と診断され、治療が行われる予定の患者または行われた患者

CQ3 転移性骨腫瘍を有する患者において、病的骨折を発生するリスクを予測することは可能か？
(Grade A)

CQ4 骨転移に対して、病的骨折が生じる前もしくは生じた後に手術を行うと、行わない場合に比べて、骨関連有害事象(SRE)の発生頻度が減少するか、もしくは、ADL, QOLを改善することができるか？
(Grade B)

CQ5 骨転移を有する患者に対して、リハビリテーションを行うと、行わない場合に比べて、機能障害の改善やADL, QOL の向上が得られるか？
(Grade B)

CQ:8個

Grade	
A	2
B	3
C1	3
C2	
D	

第5章 原発性脳腫瘍または転移性脳腫瘍と診断され、治療が行われる予定の患者または行われた患者

CQ1 脳腫瘍に対するリハビリテーションにおいて、系統的な評価を行うことは必要か？ (Grade B)

CQ2 脳腫瘍の運動障害に対して、リハビリテーションを行うことは、行わない場合に比べて日常生活動作(ADL)、入院期間、QOL を改善させるか？
(Grade B)

CQ3 脳腫瘍の高次脳機能障害に対して、リハビリテーションを行うことは、行わない場合に比べて、認知機能を改善させるか？ (Grade B)

CQ:3個

Grade	
A	
B	3
C1	
C2	
D	

第6章 血液腫瘍と診断され、造血幹細胞移植が行われる予定の患者または行われた患者

CQ1 血液腫瘍に対して入院中に造血幹細胞移植が行われた患者に対して、化学療法・造血幹細胞移植後に運動療法を行うと、行わない場合に比べて、身体活動性や身体機能(筋力、運動耐容能など)を改善することができるか？(Grade A)

CQ2 血液腫瘍に対して入院中に造血幹細胞移植が行われた患者に対して、造血幹細胞移植後に運動療法を行うと、行わない場合に比べて、QOLを改善することができるか？(Grade A)

CQ3 血液腫瘍に対して入院中に造血幹細胞移植が行われた患者に対して、造血幹細胞移植後に運動療法を行うと、行わない場合に比べて、倦怠感を改善することができるか？(Grade A)

CQ:6個

Grade	
A	4
B	2
C1	
C2	
D	

第7章 化学療法あるいは放射線療法が行われる予定の患者または行われた患者

CQ1 化学療法・放射線療法中もしくは後の患者に対して、運動療法を行うと、行わない場合に比べて、身体活動性や身体機能(筋力、運動耐容能など)を改善することができるか？(Grade A)

CQ2 化学療法・放射線療法中もしくは後の患者に対して、運動療法を行うと、行わない場合に比べて、QOLを改善することができるか？(Grade A)

CQ3 化学療法・放射線療法中もしくは後の患者に対して、運動療法を行うと、行わない場合に比べて、倦怠感を改善することができるか？(Grade A)

CQ:6個

Grade	
A	5
B	1
C1	
C2	
D	

第8章 リハビリテーションが必要な在宅進行がん・末期がん患者

CQ1 在宅進行がん・末期がん患者の運動機能低下に対して、運動療法を行うと、運動療法を行わない場合に比べて、運動機能を改善することができるか？(Grade B)

CQ2 在宅進行がん・末期がん患者の倦怠感に対して、運動療法を行うと、運動療法を行わない場合に比べて、倦怠感を改善することができるか？(Grade B)

CQ3 在宅進行がん・末期がん患者の疼痛に対して、患者教育を行うと、リハビリテーションを行わない場合に比べて、疼痛緩和効果が高いか？(Grade B)

CQ:6個

Grade	
A	1
B	5
C1	
C2	
D	

II. グランドデザイン作成に関する研究

- あらゆる病期（予防・回復・維持・緩和的）にリハは必要。
- 周術期（術前/術後早期介入）リハにより合併症/後遺症の軽減が図れる。
- 化学療法・造血幹細胞移植中・後のリハは体力の回復だけでなく、有害反応の軽減など様々な波及効果がある。
- 骨転移の早期発見・治療とリハは余命を活動性高く過ごす上で重要。
- 終末期のリハは日常生活や療養生活の質の向上に有用。
- 医学的知見に基づいた根拠（本研究班GL）に準拠。



行動計画の作成・実行作業を継続中

項目	分担者	ミッション
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)	がん患者・家族が、がん治療に必要なリハビリについて正しく理解しリハビリに取り組むことができること。
2. がんリハの人材育成	高倉保幸(PT), 小林毅(OT), 神田亨(ST), 阿部恭子(がん看護)	がん患者・家族がどの地域においても、QOLを向上させるためのリハビリを受けることができること。
3. がんリハ提供体制整備	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)	患者・家族・医療者が必要と感じたときに、質の高いリハビリサービスを、いつでも・どこでもうけることができること。
4. がんリハ研究の推進	田沼明, 宮越浩一(リハ医学)	がんのリハビリに関する研究が発展し、がん自体や治療の過程で生じうる身体障害や合併症の発症予防や軽減が図られQOL高い社会生活が送れるようになること。
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)	

がんのリハビリテーション懇話会

- 対象はがんのリハビリに携わるすべての医療職。
- がんのリハビリの普及、今後の臨床や研究の質の向上を目的として、多職種での意見交換の場として企画。

日時：2013年1月12日(土) 10時～17時
場所：笹川記念会館国際会議場(東京都港区)
参加者数：約300名(予定)

基調講演

「がんのリハガイドライン作成の取り組み」
辻 哲也(慶大医 腫瘍センターリハビリ部門)

一般演題

指定演題「進行がん患者に対するリハビリ」
呼吸困難、ADL障害、嚥下障害、浮腫への対応

特別講演

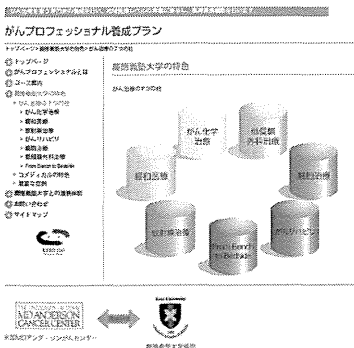
「米国がんセンターにおけるがんのリハの取り組み」
Rajesh R. Yadav
(テキサス州立大 MD アンダーソンがんセンターリハビリ科准教授)



がんプロフェッショナル養成プラン

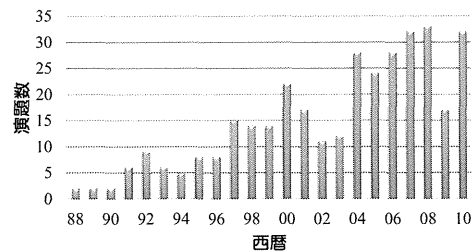
南関東圏におけるがん専門家教育体制(9大学13研究科)

北里大学・慶應義塾大学・聖マリアンナ医科大学・東海大学
山梨大学・首都大学東京・聖路加看護大学・信州大学・東京歯科大学



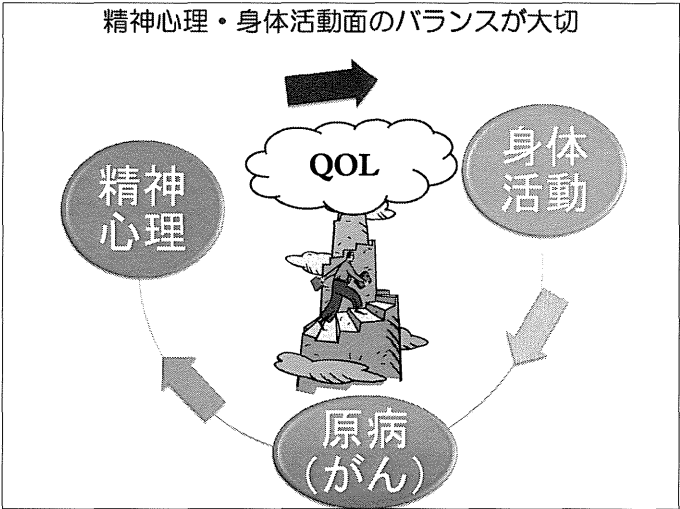
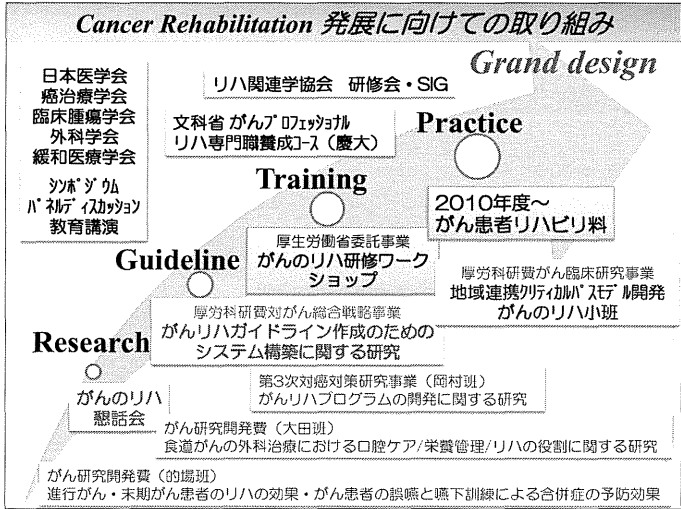
- がん専門医養成コース一覧**
- 臨床腫瘍学養成コース
 - 外科腫瘍専門医養成コース
 - 放射線腫瘍専門医養成コース
 - 緩和医療専門医養成コース(臨床麻酔学)
 - 緩和医療専門医養成コース(精神神経科)
 - リハビリ専門医養成コース
- がん専門コメディカル養成コース一覧**
- 臨床医学物理研修研究コース
 - 看護学研修(がん看護専門看護師養成コース)
 - 看護学研修(精神看護専門看護師養成コース)
 - リハビリ療法士養成コース
- インテグレーションコース一覧**
- 同種造血幹細胞移植のチーム医療研修コース
 - 緩和医療コース
 - がん治療専門医養成インテグレーションコース
 - 消化器癌低侵襲治療コース
 - がん医療に携わる専門薬剤師養成コース
 - がんのリハビリテーション部門特設コース
 - 高精度放射線治療の基礎知識再構築コース

日本リハビリテーション医学会学術集会における悪性腫瘍(がん)に関連する演題の推移



関連学会の動向

- リハ医学会：パネルディスカッション, 教育講演
- リハ専門医会：シンポジウム(公募)
- 癌治療学会/臨床腫瘍学会：パネルディスカッション
- 緩和医療学会：がんリハ研究会, 教育講演, 演題数 ↑
- PT OT ST：シンポジウム, 研修会(全国・都道府県)



資料10：第2回がんのリハビリテーション懇話会
アンケート結果

勤務施設の種類(重複可)

がん拠点病院	78	大学病院	29	急性期	61		
回復期	22	長期療養病床	15	クリニック	3		
その他	12	一般病院	3	がん専門病院	1	緩和ケア	2
		デイケア	1	大腸肛門病専門病院	1	国立病院機構	1
		神経難病	1	訪問リハ	1	通所リハ	1
		老健	1	訪問看護	4		

職種

Dr	23	リハビリ	12	内科	2	緩和医療	2
		腫瘍・血液感染症	1	神経内科	1	外科	1
		老年	1	整形外科(リハビリ担当)	1	乳腺・内分泌	1
Nrs	10						
PT	71						
OT	33						
ST	7						
その他	2	OT・ST兼務	1	助手・福祉レクリエーションワーカー			1

臨床経験

1年未満	1	10年	14	20年	7	30年	1
1年	7	11年	5	21年	2	31年	2
2年	7	12年	10	22年	3	32年	1
3年	4	13年	4	23年	2	33年	0
4年	7	14年	1	24年	5	34年	0
5年	5	15年	6	25年	2	35年	0
6年	3	16年	2	26年	1	36年	0
7年	10	17年	2	27年	1	37年	0
8年	11	18年	2	28年	0	38年	0
9年	11	19年	2	29年	1	39年	1

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	33	満足	74	普通	17	やや不満		大変不満
一般演題	大変満足	28	満足	71	普通	28	やや不満	7	大変不満
指定演題	大変満足	34	満足	73	普通	18	やや不満	7	大変不満 1
特別講演（Yadav）	大変満足	32	満足	63	普通	15	やや不満	2	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。

- ・ポスター発表は短時間で様々な演題を見れてよかったが、聞き取りにくく残念だった。マイクや拡声器があればよかった。（他同内容22）
- ・ポスター会場がもう少し広いか、別に分けてもらえると良かったかもしれない。（他同内容3）
- ・いろいろな職種の方の話が聴けてよかった。（他同内容2）
- ・医師や看護師が発表してくださっていたが、セラピスト以外の視点がきけて有用だった。（他同内容1）
- ・Learn New 取り組みなど勉強になった。
- ・職種が色々だったので、テーマと内容の深さのばらつきが気になった。
- ・指定演題の時間配分が十分ではなかったと思う。
- ・講演については指定演題を含めてすべて満足。
- ・有名ながんセンターのDrに来日して頂き公演がきけるのはとてもよい機会だと思う。
- ・指定演題、特別講演の時間を長くとっていただきたい。
- ・がんリハの精神・心理面についての指定演題があってもよいのではないか。
- ・同時通訳があってよかった。
- ・海外の取り組みを実際にきけるというのはとても有意義な学びが得られた。
- ・指定演題の内容はもっと専門的にすべき。PT、Nrsは良かった。
- ・指定演題は長すぎと感じた。ディスカッションは必要では？
- ・全く発表者の声が聞こえないこともあった。
- ・スライドがぼやけていたり、字が小さくて見にくかった。
- ・ポスター発表後、演者に質問する時間を作って欲しかった。
- ・一般演題のレベルが低い。懇話会なのである程度は仕方がないが、もっと先行研究をレビューすべき。
- ・がんに関わるリハスタッフの集まりは少ないので非常に良い機会となった。
- ・全体的にかけ足な印象がした。
- ・指定演題の内容にやや不満があった。
- ・いろいろな施設のがんリハについての症例、運営がわかった。
- ・臨床の経験から様々な分野の方の講演を聴くことが出来、大変勉強になった。
- ・興味がある演題が多く勉強になった。
- ・指定演題のリンパ浮腫の対応がとてもよかった。
- ・類似した内容の発表が多かったような印象がある。
- ・特別講演は、スライドにもっと画像があると良かった。アメリカの雰囲気伝わった気がする。
- ・指定演題はOT、STさんの話はあたり前の内容だったのでちょっと物足りなかった。
- ・がんリハビリのテーマに沿った演題を効果的に発表してほしい。
- ・それぞれの立場からの発表で新たな気持ちに戻れた。
- ・一般演題の数をもう少し増やしてほしい（全国でどのようなリハがなされているのかを知りたいので）。
- ・普段感じていることを解決する手掛かりとなった。
- ・多職種、他施設（分類の違う）の取り組みが参考になった。

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	38	満足	70	普通	29	やや不満	3	大変不満	0
------	----	----	----	----	----	------	---	------	---

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。

- ・ポスター発表が聞き取りづらいので改善できたらよい。マイクなど必要。(他同内容9)
- ・会場が寒かった。(他同内容8)
- ・ポスター会場はもう少し広い部屋がよい。(他同内容2)
- ・ポスターが見づらい。(他同内容2)
- ・アクセスが良好でよかった。(他同内容2)
- ・場所、時間配分がよい。(他同内容1)
- ・進行が円滑だった。(他同内容1)
- ・内容はよかった。(他同内容1)
- ・ありがとうございました。(他同内容1)
- ・「懇話会」という名称はやや力弱く感じた。今後発展させる方針であれば変更も考慮されてはどうか。
- ・講演やパネルディスカッション等のタイムスケジュールが重なる事がなくて良かった。
- ・字が小さく見えにくいスライドがあった事が残念だった。
- ・指定演題のYadav先生のコメントの通訳が不十分。
- ・休憩時間にゆとりがあり、とてもよかった。
- ・3ヶ月位前にリハ学会から知らせて欲しかった。
- ・前回より会場が広くよかった。
- ・クロークがあればよかった。
- ・メイン会場施設の設備がよかった。
- ・昨年より会が大きくなったことがよかった。
- ・ガイドラインを示していただけことがよかった。
- ・ポスター会場への移動が大変だった。
- ・Drの参加(発表)が多くてよかった。
- ・もっとたくさんの施設・病院の発表をききたい。
- ・各職種の発表を聞いてよかった。
- ・特別講演は大変興味深かったが、その他はもう少しレベルを上げて欲しい。
- ・もう少しポスターを見る時間に余裕があるとよい。
- ・一般演題の部屋が狭い。
- ・通訳はありがたかった。
- ・無料だったので行きやすかった。
- ・こういう場があることは大切だと思う。
- ・「がんリハ」の定義は、人の生活や人生を含む大きい概念だと思う。看護が考えている「がんリハ」の概念も取り入れてもらえると他職種で創っていく意味があると思う。
- ・指定演題、特別講演等の順を考慮してほしい。遠方より参加者は聴講しにくい。
- ・病院、医療を中心の発表が多いので、①予防的リハ②回復的リハ③維持的リハ④緩和的リハの段階における、それぞれの発表があってもよいかと思う。
- ・まだまだ新人の私でもわかりやすく、知識も身に付いた。
- ・昼休憩の時間が少なくポスターがゆっくり見れなかった(一般演題があったため。)
- ・少々寒い時期ではあったが、立地、設備、運営スタッフ全て大変良かったと思う。
- ・事前に抄録が見られる(ネット又は有料でもよいので配布。)とよかった。
- ・勉強になりました。知らないことがたくさんありました。
- ・遠方からなので、もう少し暖かい季節だとありがたいです(雪が多いので。)
- ・比較的わかりやすい用語だったので大変聞きやすく勉強になった。
- ・懇話会という近い距離感でいろいろ聴けたのでよかった。
- ・Dr、RH、Nrs、Studentと、多くの人の参加がありよかった。
- ・がんリハビリの情報交換の場が少ないのでとてもいい機会でした。

Q3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。

- ・多職種で検討できる会なので今後も継続してほしい。(他同内容4)
- ・がんの領域が広いので、分野や対象などをしぼった企画をしてほしい。(他同内容3)
- ・がんリハ運営に成功した施設(がんセンター、大学病院、一般総合病院、(訪問))の実践風景をお手本にしたいので紹介していただきたい。(他同内容1)
- ・がんリハビリテーションはチームアプローチであるため、精神心理、栄養士、薬剤師などの専門的な話も聞きたい。(他同内容1)
- ・もっと広く広報して参加者を増やしてほしい。今後大きな会にしていってほしい。(他同内容1)
- ・制度上の諸問題。
- ・がんリハビリと栄養。(他同内容1)
- ・病院と地域の連携について(今後の地域のスタッフのレベル向上も必要になってくるのでは。)
- ・今後もより専門性を高められるような会であってほしい。
- ・病巣別、症状別、コミュニケーション・心理、社会資源(介護や身障)。
- ・回復的リハ→緩和的リハ→看りまで通して関わったケースについて聴きたい(取り組みの変化など。)
- ・ワークショップ(評価や福祉用具など)や、がん拠点HPでのワークショップの体験版(RHセラピストでも必ず参加できるとは限らない状況なので。)
- ・脳腫瘍、リハ中止の見極め。
- ・小児。
- ・骨転移、解剖学、画像診断学上の骨折リスクの講演。
- ・「がんリハ」に関しては、まだまだ認知不足だと思う。
- ・シンポジウム。
- ・具体的なアプローチ方法(手技なども含む。)について、メンタルアプローチ、Familyアプローチについて。
- ・地域でのがんリハビリの可能性について。
- ・診療報酬について。
- ・患者さまとの関わり方、各スタッフとの連携の取り方など。
- ・全国各地で開催してほしい。
- ・一つのテーマに沿って聴けるとわかりやすいと思う。
- ・訪問リハ、在宅緩和ケアについてとりあげてほしい。
- ・リハDrがいない病院にいるため、Drからみたがんリハビリの講演を希望。
- ・嚥下障害対応、海外のがんリハビリテーションの取り組みについて。
- ・症例検討、Assessmentとリハビリケア。
- ・Drがリハビリスタッフに何を求めて処方を出すのかを知りたい。
- ・がんの包括的リハビリ。
- ・がんリハに関する評価法。
- ・保険との関係など。
- ・一般演題の増加。
- ・終末期のリハビリを詳細にとり上げてほしい。
- ・Drががんリハに興味を持ってくれるような内容がもう少しあったらよいと思う。
- ・緩和領域の具体的リハビリ。
- ・乳がん
- ・がんリハを普及させていく工夫。
- ・具体的なリハ介入プログラムや効果について。
- ・リハが精神面に与える影響など。
- ・がんをメインに治療している外科・内科医の参加が必要。
- ・緩和ケアで、在宅と病院、または、介護と医療の連携をテーマに取り上げていただきたい。
- ・それぞれの地域や病院での工夫や連携方法を知りたい。
- ・がんリハの将来について厚生省レベルの話を知りたい。
- ・今後も全国的にどのような動向か教えてほしい。
- ・がんリハについてDr向けの研修を増やしてほしい(認定医用のものだけでなく、Dr全体に浸透できるような研修。)
- ・がんリハにおける各職種のアセスメントの相違が明確になるような事例検討(がんサバイバーシップ、がん治療とがんリハの関係、骨転後の理解にせまる。)

Q4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。	86
まだ実施していないが、1年以内に実施する予定。	8
まだ実施していないが、いずれは実施したい。	25
実施する予定はない。	15
その他	8

(その他、具体的に。)

- ・医療保険での訪問リハ対応が主(介護保険対応の場合もある。)
- ・以前算定していたが、スタッフの欠員に伴い基準を満たさなくなり算定不可。
- ・現在実施していないが、年間数例のケースがいることで今後は必要とは考えている。
- ・算定要件が緩和されれば検討。
- ・申請条件は満たしているが、点数が低いため現実的ではないと判断している。
- ・5月より緩和ケア病棟をオープンする予定。
- ・廃用料で算定している。
- ・採算がとれるかのデータを集積中で、とれるようであれば病院に働きかけたい。
- ・個人的には実施したいが、リハ科トップ、事務、Drが知らないため難しい。

Q5がん患者へのリハビリを実施するにあたって、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。	39
リハビリテーション担当スタッフが不足している。	72
施設・設備が整備されていない。	27
経済的な裏付けがない。	29
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。	37
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。	80
その他	34

(その他、具体的に。)

- ・Nrs、介護スタッフとの認識の差。
- ・がんの種類とその治療法が多様で知らなければならない知識が多い(骨転移や静脈血栓などが確認されないままリハが紹介されることがある。)(他同内容1)
- ・特に終末期の患者では、リハビリ施行が困難な状況が多い。
- ・がんリハ算定のしびりが制限になっているのではないか(研修などを受けないと算定できない。)(他同内容3)
- ・がんリハの算定の条件が厳しい。(他同内容2)
- ・学校教育の中にがんリハがなく、がん患者へのリハの必要性やアプローチについて伝え、行動につながるまでの労力が自分がない。
- ・退院後の外来リハフォローができない。外来リハの算定。(他同内容5)
- ・スタッフのがんリハに対するモチベーションが低い。
- ・リハ依頼からカンファレンス運営など、システム化されず、キーになるDrがいない。
- ・がんリハ算定点数が、脳血管 I、運動器 I より低いことで普及しないのではないか。(他同内容1)
- ・ターミナルケアにおいて、セラピストの自己満足に終わっているように感じる。
- ・入院期間の短縮、包括算定。
- ・チームでの参加(Dr、Nrs、PT、OT、ST)の研修はあるが、病院によってはチームを集めることが出来ず研修に参加できない所が多いと思う。単独で参加できる研修を増やしてほしい。
- ・PET-CTがなく、骨転移検索が難しい。
- ・管理者(理事長、事務長)のがんリハビリへの興味不足、理解不足、回復期リハ病院との利益比較で評価される。
- ・リハスタッフは、脳血管障害、骨折で手一杯である。

- ・現在はまだ決まったリハビリメニューが固定できておらず、患者様個人レベルのリハビリになっており評価がしにくい。
- ・啓蒙活動やPRを行ってほしい。認知度が低い。
- ・リハビリ医師が常勤していないので、何から手をつけていけばいいか院内スタッフがわからない。
- ・他疾患の患者さんの優先順位が高く、がんリハまで積極的に手が回らない。
- ・廃用などで算定した方がよいと思われる。
- ・セラピストの養成校での教育カリキュラムにもあまり入っていない。学生のうちからも教育を行なう方法はあると思う。
- ・主治医とリハ医の連携がない。
- ・病棟との連携、時間的制約、緩和ケア病棟でのリハ(コスト。)
- ・緩和ケア病棟設立時に算定が困難になること。
- ・排泄障害への関わりが少ない。

貴施設のリハビリスタッフ数について、ご回答ください。

1. リハビリ科医師 常勤

1名	47
2名	12
3名	20
4名	4
5名	4
6～10名	3
11～15名	1
16～20名	3
いない(わからない含む)	53

(うち リハビリ科専門医)

1名	27
2名	14
3名	6
4名	1
6～10名	2
11～15名	1
いない(わからない含む)	88

2. リハビリ科医師 非常勤

1名	14
2名	3
3名	1
4名	0
5名	2
6～10名	1
いない(わからない含む)	126

資料11：報告記

第2回がんのリハビリテーション懇話会

2013年1月12日、東京・笹川記念会館にて「第2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。「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（主任研究者 辻哲也）」の活動の一環として、「がんのリハビリテーショングラウンドビジョン作成ワーキンググループ」が主催し、日本リハ医学会（設立50周年記念事業）、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の後援をいただきました。幹事は亀田総合病院の宮越浩一先生と筆者が担当いたしました。

基調講演は辻哲也先生に「がんのリハビリテーションの現状と今後の動向～がんのリハビリテーションガイドラインおよびグラウンドデザイン作成の進捗状況報告とともに」でした。がんリハを取り巻く環境などについての解説のほか、近々完成予定のガイドラインやグラウンドデザインについての

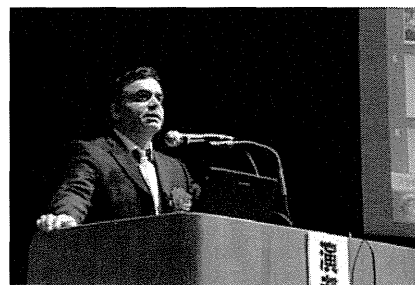


熱気に溢れたポスター会場

説明をいただきました。

特別講演はアメリカでも有数のがんの専門病院であるテキサス州立大学MDアンダーソンがんセンター・リハビリテーション科准教授Dr. Yadavの「Cancer Rehabilitation in USA Past, Present, and Future」でした。がんリハ先進国であるアメリカの現状、MDアンダーソンがんセンターにおける取り組み、今後の課題などについて講演いただきました。

指定演題として「進行がん患者に対するリハビリテーション」をテーマに取り上げ、Dr. Yadavも交えて、活発な意見交換がなされました。一般演題は昨年を上回る31演題の応募がありました。発表者の職種は医師・看護師・理学療法士・作業療法士・



Dr. Yadavの招待講演

言語聴覚士・医療事務作業補助者と多岐にわたり学際的な研究発表の場にふさわしいものでした。

参加者は約300名と大変盛況であり、がんリハに対する熱意が伝わってきました。今後ともがんリハの啓発を継続し、さらに興味を持つ医療者が増えることを願います。

本懇話会は「日本がんリハビリテーション研究会」と名称を変更し、今年度以降も継続する予定です。次回の開催は2014年1月に関西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。

（静岡県立静岡がんセンター

リハビリテーション科 田沼明）

第22回日本障害者スポーツ学会

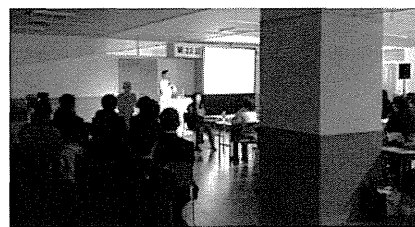
2013年1月26日（土）～27日（日）に和歌山県立医科大学みらい医療推進センターげんき開発研究所副所長三井利仁学会長のもと第22回日本障害者スポーツ学会が行われました。会場は和歌山県立医科大学みらい医療推進センターが入っているフォルテワジマの4階イベントホールで行われました。日本障害者スポーツ学会初の和歌山開催というもあり、どれくらいの参加者があるか不安な状況でしたが、ロンドンパラリンピック直後の障害者スポーツ学会というもあり、演題数は過去最多の41演題となり、2会場で実施されました。また、1日目の教育講演から100人以上の参加者が来場し、2日間あわせて合計133名の参加が見られました。

パラリンピックが終わり、海外では障害者スポーツが目覚ましい発展をしており、オリンピックに近い選手強化が必要になる中、教育講演では400mハードルで世界選手権で2度の銅メダル、オリンピックも出場した為末大氏が「私が見たパラリンピックの未来」のタイトルで、東海大学で多くの選手の指導を行った有賀誠司氏が「戦略的思考に基づく体力強化」の題でそれぞれ

講演を行いました。為末氏は、自分の体験のもとに色々な目線からパラリンピックを分析し、長く続けていると失敗が成功のもとになり、成功がまた失敗のもとになることもあると語っていただきました。また、有賀氏には自らの指導経験のもとに選手やその時期、それぞれに合わせた指導法が必要であることをご講演いただきました。

2日目の特別講演では、和歌山から発祥した日本マスターズ陸上連盟の創立者で、現アジアマスターズ競技協会会長鴻池清司氏に「スポーツの重要性」というテーマで障害者、高齢者にとってスポーツが非常に重要なことを、和歌山から世界への企業と発展した株式会社島精機製作所代表取締役役員正博氏には「限りなく前進～Ever Onward～」の題で向上心をもって前進してきた体験談を通して強く思っ競技に臨むことの重要性をご講演いただきました。

一般演題では、パラリンピックの帯同報告が、選手団医師、看護師、トレーナー、栄養士、そして報道から、そして競技別では、陸上のクラス分け、チームトレーナーなど様々な視点からの報告、発表が見られ、障害者スポーツ学会らしい発表内容で



あったと思われます。

そして、毎年前年の優秀な発表に贈られる緒方賞は日本大学の野村友樹子さんが「児童を対象としたスポーツ仕様短下肢装具のデザイン」で受賞しました。発表時は大学4年生で今年から社会人1年目という若手でこれからの活躍が期待されます。

また、1日目の夜には、会場であるフォルテワジマ5階にある主催の和歌山県立医大みらい医療推進センターの見学会と7階のレストラン街での懇親会なども盛況のもと行われました。

来年は、福岡県の聖マリア病院で井手睦氏のもと行われる予定です。

（和歌山県立医科大学

みらい医療推進センター 伊藤 倫之）

Ⅱ. 分担研究報告

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）
分担研究報告書

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 准教授

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。クリニカルクエスション（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24年度は最終年度として、作成した推奨グレードとエビデンス原案のパブリックコメントを得た後、最終版を完成した。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。

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した。平成24年度は最終年度として計画通り、グランドデザインを完成させ、印刷物として全国のがん診療連携拠点病院および主なりハ療法士養成校へ配布、ホームページ上に公開し全国のがん医療やリハ医療に関係する医療専門職へ普及・啓発していく。

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、クリニカルクエスション（Clinical Question: CQ）を作成・承認し、医学中央雑誌、MEDLINE、PEDro、The Cochrane Libraryを利用し、1983年－2010年の期間で文献検索を実施した。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