

5. 化学療法・放射線療法の副作用とリスク管理, 骨転移患者への対応について理解しているか。
理解している まあまあ理解している あまり理解していない 理解していない
6. 歩行障害・基本動作障害・ADL・IADL 障害に対する対応について理解しているか。
理解している まあまあ理解している あまり理解していない 理解していない
7. がん患者の摂食・嚥下障害・コミュニケーション障害・口腔ケアについて理解しているか。
理解している まあまあ理解している あまり理解していない 理解していない
8. がん患者に対するリハビリテーションゴール設定の考え方について理解しているか。
理解している まあまあ理解している あまり理解していない 理解していない
9. 進行がん患者に対するリハビリテーションアプローチについて理解しているか。
理解している まあまあ理解している あまり理解していない 理解していない
10. 心のケアとリハビリテーションについて理解しているか。
理解している まあまあ理解している あまり理解していない 理解していない
11. がんのリハビリテーションにおける看護師の役割について理解しているか。
理解している まあまあ理解している あまり理解していない 理解していない
12. 問題事例に対するアプローチについて理解しているか。
理解している まあまあ理解している あまり理解していない 理解していない
13. 「がんのリハビリテーション」の問題点の解決について意識しているか。
意識している まあまあ意識している あまり意識していない 意識していない

[終了後評価]

1. KJ 法について理解できたか。
理解できた まあまあ理解できた あまり理解できなかった 理解できなかった
2. 「がんのリハビリテーションの問題点」について, 意識できたか。
意識できた まあまあ意識できた あまり意識できなかった 意識できなかった
3. 「がんのリハビリテーションの概要」を理解できたか。
理解できた まあまあ理解できた あまり理解できなかった 理解できなかった
4. 周術期リハビリテーションについて理解できたか。
理解できた まあまあ理解できた あまり理解できなかった 理解できなかった
5. 化学療法・放射線療法の副作用とリスク管理, 骨転移患者への対応について理解できたか。
理解できた まあまあ理解できた あまり理解できなかった 理解できなかった

6. 歩行障害・基本動作障害・ADL・IADL 障害に対する対応について理解できたか。

理解できた まあまあ理解できた あまり理解できなかった 理解できなかった

7. がん患者の摂食・嚥下障害・コミュニケーション障害・口腔ケアについて理解できたか。

理解できた まあまあ理解できた あまり理解できなかった 理解できなかった

8. がん患者に対するリハビリテーションゴール設定の考え方について理解できたか。

理解できた まあまあ理解できた あまり理解できなかった 理解できなかった

9. 進行がん患者に対するリハビリテーションアプローチについて理解できたか。

理解できた まあまあ理解できた あまり理解できなかった 理解できなかった

10. 心のケアとリハビリテーションについて理解できたか。

理解できた まあまあ理解できた あまり理解できなかった 理解できなかった

11. がんのリハビリテーションにおける看護師の役割について理解しているか。

理解できた まあまあ理解できた あまり理解できなかった 理解できなかった

12. 問題事例に対するアプローチについて理解できたか。

理解できた まあまあ理解できた あまり理解できなかった 理解できなかった

13. 「がんのリハビリテーション」の問題点の解決について意識できたか。

意識できた まあまあ意識できた あまり意識できなかった 意識できなかった

III. 行動変容の評価

[受講 6～12 カ月後]

*受講生 4 名にそれぞれアンケートを実施し、職種別・各個人の行動変容の経過を調査する。

研修会受講後のあなたについてお聞きます。

1. 研修会を受講したことであなたの行動が変化しましたか。

とても変化した 少し変化した あまり変化していない 全く変化していない

2. 1の質問で「とても変化した」または「少し変化した」と答えた方にお聞きます。受講前に比べ、どのよう
な点が変わりましたか。あてはまるものを全て選び、チェック (☑) を付けて下さい。(複数回答可)

関連する研修会に参加するようになった

対象者を受けもった際に、以前より多職種と情報交換をするようになった

対象者を受けもった際に、以前より自職種(先輩など)と情報交換をするようになった

周術期の対応に、以前より注意を払うようになった

副作用やリスクに、以前より注意を払うようになった

ADL/IADL などの対象者の生活の獲得を考えるようになった

廃用の予防や離床支援を考えるようになった

- 摂食・嚥下や口腔衛生を考えるようになった
- 精神・心理的な課題（こころの問題）に注意を払うようになった
- 多職種連携としての目標設定を重視するようになった
- 元の関連施設や周囲の医療施設（病院・医院など）との連携を重視するようになった
- その他

ご自由に記載してください。

3. あなたの行動が変化したのは、研修会などの講義・グループワークによるものだと思いますか。あてはまるものを全て選び、チェックを付けて下さい。（複数回答可）

- 「グループワーカーがんのリハビリテーションの問題点」
- 「がんのリハビリテーションの概要」
- 「周術期リハビリテーション」
- 「化学療法・放射線治療中の有害事象，骨転移とリスク管理」
- 「歩行障害・基本動作障害・ADL・IADL 障害に対する対応」
- 「摂食・嚥下障害，コミュニケーション障害，口腔ケア」
- 「リハビリテーションゴール設定の考え方とミニカンファレンス」
- 「進行がん患者に対するリハビリテーション・アプローチ」
- 「心のケアとリハビリテーション」
- 「グループワーカー問題にどう対応するか」
- 「看護師の役割」
- 「グループワーカーがんのリハビリテーションの問題点の解決」
- その他

ご自由に記載してください。

4. 受講した研修内容を所属施設（院内や自職種・多職種など）に報告（伝達講習や報告会など）したか。

- 実施した 実施の予定がある 実施していない 実施はできない

5. 受講した研修内容を地元の連携病院などに報告（伝達講習や報告会など）しましたか。

- 実施した 実施の予定がある 実施していない 実施ができない

6. これから、あなた自身で行動しようと思っている（考えている）ことはありますか。

- 関連する研修会に参加する
- 対象者を受けもった際に、以前より多職種と情報交換をする
- 対象者を受けもった際に、以前より自職種（先輩など）と情報交換をする
- 周術期の対応に、以前より注意を払う
- 副作用やリスクに、以前より注意を払う
- ADL / IADL などの対象者の生活の獲得を考える
- 廃用の予防や離床支援を考える
- 摂食・嚥下や口腔衛生を考える
- 精神・心理的な課題（こころの問題）に注意を払う
- 多職種連携としての目標設定を重視する

地元の関連施設や周囲の医療施設（病院・医院など）との連携を重視する

その他

ご自由に記載してください。

7. これから、あなたが行動を変えていこうと思う時、どうすればいいと思いますか。

ご自由に記載してください。

IV. 研修会のアウトカム評価

*受講後、12カ月程度を経てからアンケートを実施する。

研修会受講後の貴院のがんのリハビリテーションについてお聞きします。

1. がんのリハビリテーション実施数（「がんのリハビリテーション料」の保険請求の数）は、研修会前に比べて研修会後はどうになりましたか。

増えた 減った 変わらない 不明

2. がんのリハビリテーション対象者（対象者のうち「がん」の診断名がある者）の数は、研修会前に比べて研修会後はどうになりましたか。

対象疾患が増えた 対象疾患が減った 変わらない 不明

3. がんのリハビリテーション対象者（対象者のうち「がん」の診断名がある者）に対する実施期間は、研修会前に比べて研修会後はどうになりましたか。

長くなった 短くなった 変わらない 不明

4. がんのリハビリテーションの対象者（対象者のうち「がん」の診断名がある者）の終了後の転帰は、研修前に比べて研修会後はどうになりましたか。

自宅退院が増えた 転院が増えた 死亡が増えた 不明

5. 貴院の外来・入院患者、家族における、がんのリハビリテーションの理解は研修前に比べて研修会後はどうになりましたか。

よくなったと思う 悪くなったと思う 変わらない 不明

6. 貴院の職員における、がんのリハビリテーションの理解は、研修前に比べて研修会後はどうになりましたか。

よくなったと思う 悪くなったと思う 変わらない 不明

7. 貴院の近くの保健・医療・福祉などの施設や施設職員における、がんのリハビリテーションの理解は、研修前に比べて研修会後はどうになりましたか。

よくなったと思う 悪くなったと思う 変わらない 不明

8. 貴院の地域でのがんのリハビリテーションの連携（地域連携）は、研修前に比べて研修会後はどうなりましたか。

よくなったと思う 悪くなったと思う 変わらない 不明

9. 貴院のリハビリテーションスタッフのがんのリハビリテーションの理解は、研修前に比べて研修会後はどうなりましたか。

よくなったと思う 悪くなったと思う 変わらない 不明

10. 貴院の所在地の都道府県でがんのリハビリテーションの連携（地域連携）は、研修前に比べて研修会後はどうなりましたか。

よくなったと思う 悪くなったと思う 変わらない 不明

11. がんのリハビリテーションに関連した研修会に参加する機会は、研修前に比べて研修会後はどうなりましたか。

増えた 減った 変わらない 不明

12. 今後についてお聞きます。がんのリハビリテーションに関連した研修会に参加する機会をどうすべきだと思いますか。

増やしたい 減らしたい このままでよい 不明

13. 今後研修会に参加する場合、がんのリハビリテーションに関連して、どのようなテーマを期待しますか。

疾患別の技術 有害事象に対する介入 専門職種としての役割 がんの疾患の基礎知識

リハビリテーションの基礎知識 ADL への具体的介入方法 目標設定

その他

ご自由に記載してください。

5) 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

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として職種別研修会、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や連携教育の必要性などを提案する。

併せて、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。

- ・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）

(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]

- ① 卒前教育では、「がんのリハビリテーションと看護」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 卒後教育では，がんのリハビリテーションと看護についての研修企画の充実を図る。
- ③ 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，がんの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，がんのリハビリテーションの教育内容を含むように提言する。
- ④ 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]

- ① 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。
- ② 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。
- ③ 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。併せて，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。

- ④ 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。
- ⑤ 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。
- ⑥ 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、一般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 卒後教育では、全国研修会や認定言語聴覚士講習会における「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 緩和ケアでは、言語聴覚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言語聴覚士を加えるように理学療法士・作業療法士と協同して働きかける。
- 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一般社団法人日本言語聴覚士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, 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) 一般社団法人 日本作業療法士協会 編: 作業療法学全書 第 4 巻 作業治療学 1 身体障害 (改訂第 3 版). 協同医書出版社, 2008.
- 2) 一般社団法人 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) 一般社団法人 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) 小寺富子 監: 言語聴覚療法 臨床マニュアル (改訂第 2 版). 協同医書出版社, 2004.

Ⅲ章. がんのリハビリテーション提供体制の整備に関する研究

【要約】

1. 目 標

がんの治療中・治療後の機能障害・能力の低下・ひいては生活の質（quality of life；QOL）の低下に対し，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・どこでも受けることができることを目標とする。

2. 現 状

がん患者に対するリハビリテーションの必要性の認知はあがってきているが，提供体制は各施設による差があり，全体としては患者数に比して提供体制が不足していた。特に，急性期以降・回復的リハビリテーションの提供体制が整っていなかった。また，がんのリハビリテーションを提供しているかどうかといった情報が患者には伝わりにくくなっていた。

3. ミッション

がんのリハビリテーション研修などで，がんのリハビリテーションを実践できるスタッフを増やしていくと同時に，がんのリハビリテーションの提供体制のスタンダードを示し，地域でがんのリハビリテーションを受けられるようにしていく。また，地域のがんのリハビリテーションに関する情報を集約し，スムーズな情報提供を目指す。

1. 目 標

がんの治療中・治療後の機能障害・能力の低下・ひいては生活の質（quality of life；QOL）の低下に対し、がん患者・家族およびがん医療・介護に関わる医療者・福祉関係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・どこでも受けることができるリハビリテーション提供システムを構築することを目標とする。

2. 現 状

現状として、以下の点が問題提起された。

- ☑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専門医・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。
- ☑在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。

これらの問題提起された現状に対し、実態把握のための調査を行った。調査方法は、1) 各種登録・届出やアンケート調査結果の分析、2) 論文や学会発表を抽出・分析、3) 地域調査（横浜 A 医療圏：2 次医療圏）とした。

■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 回復期リハビリテーションにおける質の評価、がん患者リハビリテーションの創設など、リハビリテーション見直しの影響調査）から、がん患者の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（がんのリハビリテーション研修に参加する施設数は年 200 施設）。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（図 III-1）。

がんのリハビリテーション研修に参加した医師の内訳は、表 III-1 のようであり、がん診療連携拠点病院に対象が限定された研修会ではリハビリテーション科・整形外科の参加が多く、もともとリハビリテーションを行っていた医師・施設ががんに対象を拡げていることが多いようである。一方、対象が限定されない研修会では、内科や外科の医師の参加が多くなり、がんを

図 III-1. がん患者リハビリテーションを実施している施設の内訳

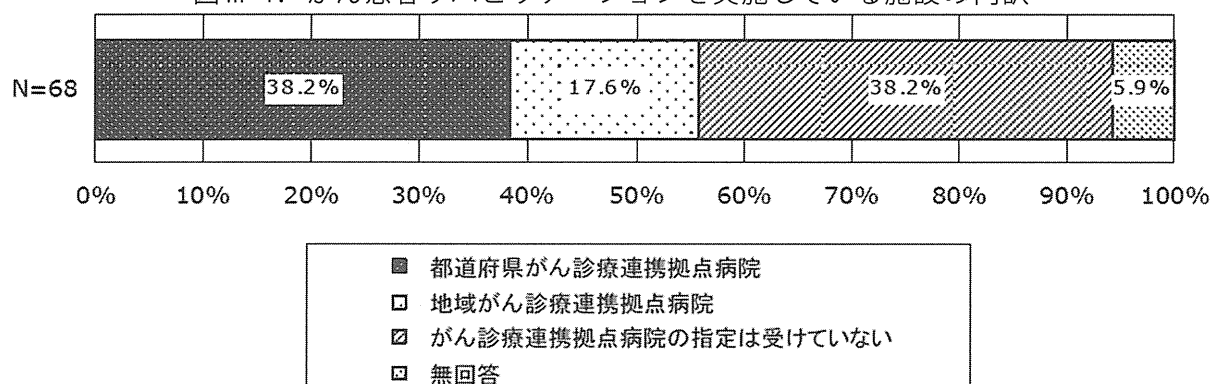


表 III-1. がんのリハビリテーション研修参加医師の専門科の内訳（平成 21～22 年） (%)

	リハビリテ ーション科	整形 外科	緩和医療・ 麻酔科	内 科	外 科	その他
厚労省委託研修会（がん 診療連携拠点病院のみ）	50	11	11	9	11	18
合同委員会研修会	30	6	6	21	32	5

アンケート回答者の中での内訳

表 III-2. 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人数（平成 22 年度）

	在院患者延べ数	割 合
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、大腸がんと診断され、入院中に閉鎖循環式麻酔により手術が施行された患者	15,400 人	14.9%
舌がん、口腔がん、咽頭がん、喉頭がん、その他頭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あるいは閉鎖循環式麻酔による手術が施行された患者	7,220 人	7.0%
乳がんに対し、腋窩リンパ節郭清を伴う悪性腫瘍手術が施行された患者	4,883 人	4.7%
骨軟部腫瘍又はがんの骨転移により当該入院中に患肢温存術又は切断術、創外固定又はピン固定等の固定術、化学療法もしくは放射線治療が施行された患者	7,503 人	7.3%
原発性脳腫瘍又は転移性脳腫瘍の患者で当該入院中に手術又は放射線治療が施行された患者	30,618 人	29.6%
血液腫瘍により当該入院中に化学療法又は造血幹細胞移植を行った患者	37,842 人	36.6%
合 計	103,466 人	100.0%

中心に診療していた医師・施設でリハビリテーションの実施が拡大していると考えられる。

平成 22 年度に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 103,466 人であり、血液腫瘍患者の割合が多い（36.6%）（表 III-2）。これまで血液腫瘍患者に対するリハビリテーション実施・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ビリテーション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。

表 III-3. がん患者リハビリテーション料創設による改善点（複数回答）

	施設数	割合
術前からリハビリテーションを提供できるようになった	34 件	50.0%
スタッフのリハビリテーションに対する意識が向上した	33 件	48.5%
化学療法等徐々に身体に変化がある場合でも早期介入が可能になった	31 件	45.6%
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等のリハビリ関係職種の本棟の来棟頻度が増えた	24 件	35.3%
患者の状態像の早期回復が図られた	20 件	29.4%
バーセル指数やFIM等による評価を導入し、患者の状態像の把握ができた	12 件	17.6%
合併症が減少した	9 件	13.2%
転倒等のインシデントが減少した	3 件	4.4%
その他	7 件	10.3%
特に変化はない	14 件	20.6%
無回答	1 件	1.5%
総 数	68 件	

(2) 研修参加やがん患者リハビリテーション料の創設による改善点

研修参加後のアンケートでは、がんのリハビリテーション料算定については、算定要件の問題・廃用症候群などとの保険点数の違いから開始を決定できていない、とする施設もある。一方、特に終末期について、「これまでリハビリテーションの対象と考えていなかったが、介入するようになり良い結果が得られている」などの意見があり、算定方法は異なってもがん患者に対するリハビリテーションは拡大している、といえる。

がん患者リハビリテーション料を既に算定している施設へのアンケート（表 III-3）では、「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テーション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テーションに対する意識の向上やリハビリテーション関係職種の来棟頻度の増加」といった、各職種の意識・行動面の改善も挙げられている。

がん患者へのリハビリテーションに関しては、現在でもがん患者リハビリテーション料だけでなく、その他の疾患別リハビリテーション料で算定されていることも多く、介入実数の把握が困難である。しかし、がん患者リハビリテーション料創設や研修の実施に伴い、がん患者（とくに維持期・終末期）へのリハビリテーション介入への意識は高まっていることが示された。

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

2008年 Hamaguchi ら¹⁾は、1,693 病院にアンケート調査を行い、がん患者のうちリハビリテーションをうけているのは 5%で、がん専門医療施設では 2.75%であると報告した。この中で、現状でリハビリテーション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テーションの必要性がある、と返答している。2010年の K 医療センター（鹿児島県）の実績では、入院しているがん患者のうち 10%強に、リハビリテーションが提供されている。

急性期病院・大学病院での報告では、全リハビリテーション実施患者のうち、がん患者は 10～30%²⁾程度を占めている。A 大学病院では、言語療法実施患者の約 45%が、脳腫瘍・頭頸部がんなどのがん患者であった（2010年）。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。

表Ⅲ-4. 肺がん肺葉切除クリティカルパス ベストプラクティスモデル

全体設定		
適応基準：設定 ・達成目標：設定 ・入院期間：術前 1-2 日 ・退院基準：設定 術後 10 日		
周術期処置		
術 前	呼吸訓練 除毛 前処置	理学療法，呼吸筋トレーニング器具を使用する 原則なし 必要時に眠剤・下剤の服用，当日朝の浣腸を行う
術 後	抗菌薬 DVT 予防 離床 補液 入食 心電図 硬膜外チューブ 酸素投与 胸腔ドレーン 創処置 シャワー 呼吸リハビリテーション 検査スケジュール	1 日目から開始 ・理学療法，吸入を行う

〔文献 5) より引用〕

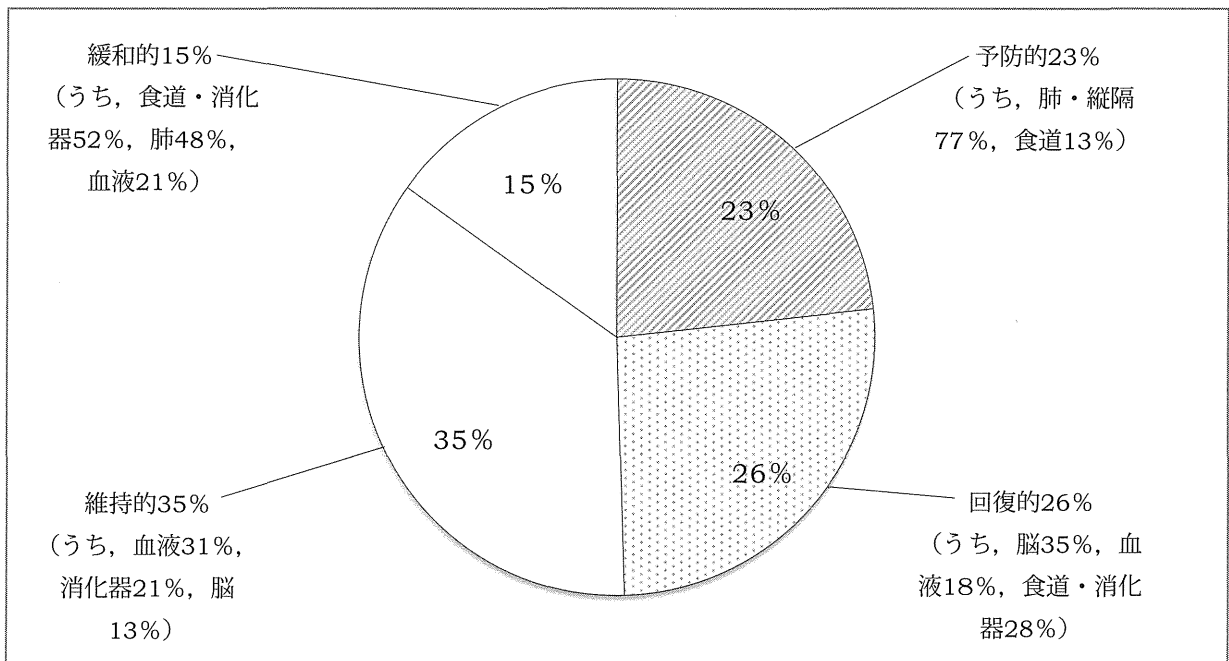
(1) 予防的リハビリテーション

肺がん・食道がん術前，血液がん移植前などでは，クリニカルパス（クリティカルパス）にリハビリテーションを組み込む（表Ⅲ-4）などにより，全例に実施しているとする報告が複数（地域がん診療拠点病院など）みられる³⁻⁵⁾。一方，術前のリハビリテーション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と報告している病院（地域がん診療拠点病院含む）も多く，実施は各施設の体制により異なっている。

(2) 回復的リハビリテーション

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)}。特に，頭頸部がん・食道がんで嚥下障害を伴った例では，平均 62 日間のリハビリテーション介入を要したという報告もあり⁸⁾，長期的な介入が必要とされる。また，頭頸部がんの 90%に術前からリハビリテーション介入を開始し積極的に関わることで，入院期間が周辺施設に比べ 15.8 日短縮したという報告〔K 医療センター（鹿児島県）〕もあり，特に頭頸部がんに関して，回復的リハビリテーションの必要性や有効性が示した報告が多い。

図III-2. がん患者リハビリテーションの実施の現状 各期の割合と原発巣



〔K 大学病院（東京都）2010 年実績〕

(3) 維持的リハビリテーション

血液がんでの報告が多い

(4) 緩和的リハビリテーション

骨転移のある例、肺がん、神経症状のある例など対象はさまざまである。緩和ケア病棟の 81.7% でリハビリテーションが導入され（2007 年時点）、リハビリテーション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% にリハビリテーション実施の必要性があり、実施しているとしている^{9, 10)}。

予防から緩和まで各期のリハビリテーションを実施している施設〔K 大学病院（東京都）〕での 2010 年の実績では、リハビリテーション介入のうち予防的リハビリテーションが 23%・回復的リハビリテーションが 26%・維持的リハビリテーションが 35%・緩和的リハビリテーションが 15% であった（図 III-2）。維持的リハビリテーションは血液がん患者が多く、介入期間が長いため、全体に対する割合が多くなっている。

がん患者に対するリハビリテーションの実施割合は施設ごとの差が大きい。もちろん主に診療しているがんの種類や、患者年齢層の違いによる、リハビリテーションニーズの差異はありと考えられる。しかし、リハビリテーション実施の有無の大きな要因は、提供体制であると 2008 年の調査でも報告されている。がん治療医がリハビリテーションの必要性があると認識しても、院内にリハビリテーション提供体制がないため実施できていない。

がん患者へのリハビリテーションを実施している施設からの報告をまとめると、その施設に入院中のがん患者の少なくとも 10% 程度にリハビリテーションが提供できる体制が必要であると考えられる。がん患者が全リハビリテーション患者の 10～30% を占めるようになってき

ていることから、もともと脳卒中や整形外科のリハビリテーションを行うための人員配置だけでは対応が困難になってくることが予測される。頭頸部がんでは回復的リハビリテーションが、血液がんでは維持的リハビリテーションが長期間必要であることなどの特徴を把握した上で、その施設ごとにリハビリテーション提供体制を築いていくことが重要と考えられる。

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

神奈川県横浜市 A 医療圏（二次医療圏：人口約 90 万人）を対象に、がん医療の体制・リハビリテーション提供体制・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

・がん医療の提供体制

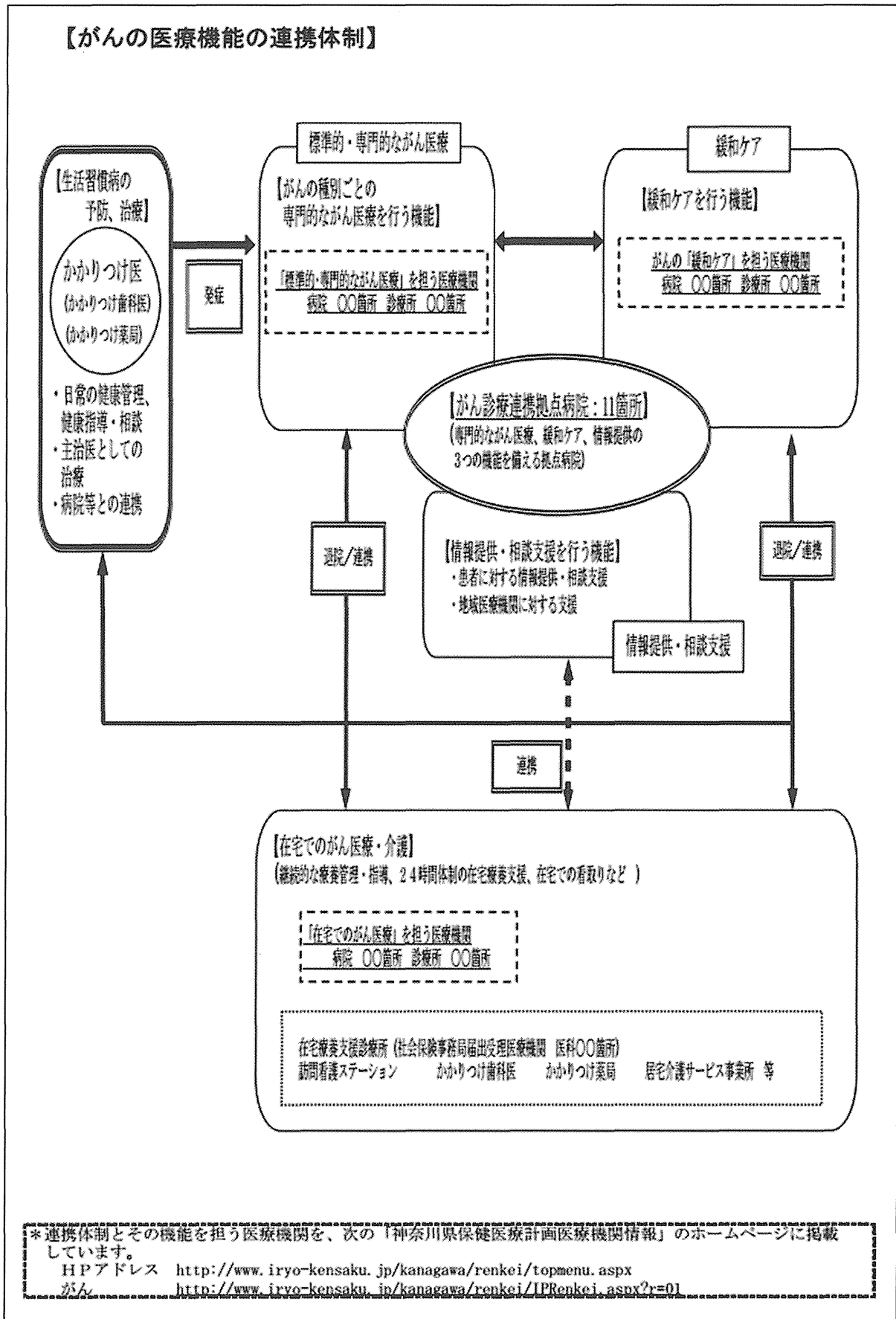
神奈川県横浜市のがん医療の体制を図 III-3 に示す。都道府県がん拠点病院と、地域がん診療連携拠点病院（A 医療圏に 2 病院）が指定され、その他のがん診療病院も数多くある（100 床以上のがん診療病院が 7 病院）。

・がん医療に関する情報提供体制

がん検診、検査、セカンドオピニオン、手術や化学療法・放射線療法、高度先進医療、治療後の検診などフォロー体制、緩和ケア、在宅療養といったがんに関わる一連の流れやそれぞれの段階で必要とされる相談窓口の情報などは、国立がん研究センターがん対策情報センターの「がん情報サービス」（<http://ganjoho.jp/public/index.html>）や神奈川県のホームページからダウンロードできる「がんサポートハンドブック」（<http://www.pref.kanagawa.jp/content/f417303/p446906.html>）、『がんになったら手にとるガイド』などの書籍から得られる。

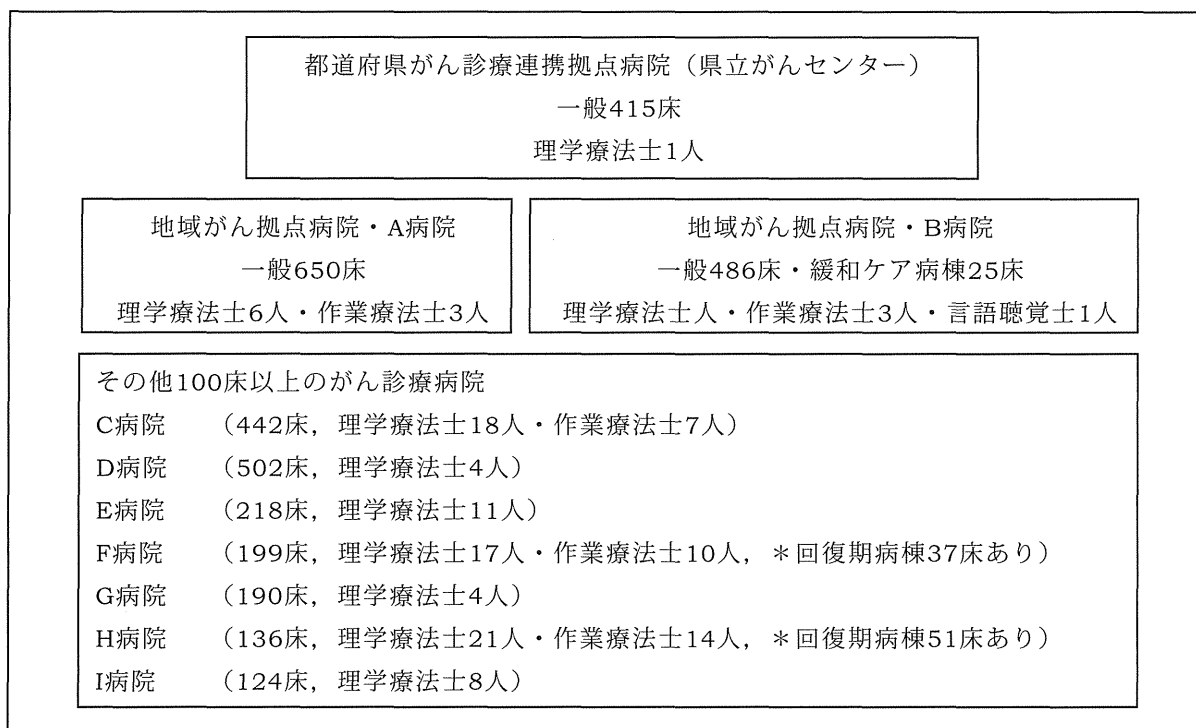
居住地の都道府県がん診療連携拠点病院と、地域がん診療連携拠点病院がどこであるかも、国立がん研究センターがん対策情報センターの「がん情報サービス」で調べることができる。がん診療連携拠点病院には、相談窓口が設置されているため、さらに患者ニーズに沿ったがん診療病院を相談することができる体制となっている。神奈川県では、神奈川がん臨床研究・情報機構が、より詳しく地域のがん診療病院の情報を提供しており、「かながわ医療情報検索サービス」（<http://www.iryō-kensaku.jp/kanagawa/>）にもリンクし、がん診療以外の病院の情報も得られる。

図 III-3. 神奈川県がん医療連携体制



[神奈川県ホームページより]

図III-4. 神奈川県横浜市 A 医療圏のがん診療連携体制と、リハビリテーション提供体制



(2) がんのリハビリテーションの体制

・がんのリハビリテーションの提供体制

がん診療病院におけるリハビリテーション提供体制（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の人数）を図III-4に併記した。また、この医療圏には、回復期リハビリテーション病棟をもつ病院が3病院（合計350床）ある。

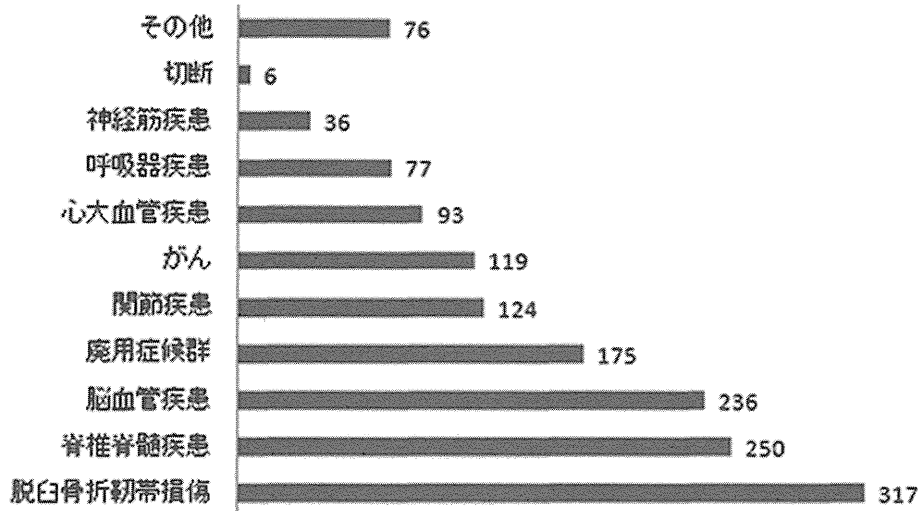
これらの施設情報からわかるように、神奈川県立がんセンターのリハビリテーション提供体制は不十分である。他県のがんセンターでもリハビリテーション提供体制が少ない施設が多い。地域がん診療連携拠点病院では、2施設ともがん患者リハビリテーション料の算定があり（1施設は主にがん患者リハビリテーション料で算定・もう1施設は主に他の疾患別リハビリテーション料で算定）、平成22～24年にかけての実績では、がん患者に対するリハビリテーションはリハビリテーション処方全体の約8%（A病院）・25%（B病院）を占めていた（図III-5）。

その他のがん診療病院でもがん患者に対するリハビリテーションは、呼吸器リハビリテーション・運動器リハビリテーション・脳血管（廃用）リハビリテーションなど、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るが、多いところでリハビリテーション処方全体の3割程度を占めていた（C病院）。病院ごとに、周術期に一定のリハビリテーション介入を行うシステムがあり、予防的リハビリテーションと回復的リハビリテーションの一部を担っていた。食道がんで全例術前から介入を開始するなど、各施設で主科と取り決めを行い、ほぼ一定した介入を定めている病院も多かったが、治療・手術のクリニカルパスにリハビリテーションが組み込まれている施設はなかった。

図 III-5. 地域がん診療連携拠点病院でのがん患者リハビリテーションの実施割合

A 病院：

理学療法実施患者数（平成 23 年度リハビリテーション開始人数）とその内訳



がん患者は、理学療法を施行されている患者の約 8% を占めている
 （作業療法では乳がんへの介入が多く、11% ががん患者）

B 病院：がん患者へのリハビリテーション実施数（平成 23 年度）と臓器別内訳

	件数	周術期症例
脳腫瘍	6	2
耳鼻咽喉科領域・甲状腺がん	11	0
乳癌	52	41
肺癌	187	140
縦隔腫瘍	17	17
悪性胸膜中皮腫	6	4
食道癌	41	22
胃癌	21	9
肝胆膵がん	17	1
大腸癌	40	20
泌尿器科領域がん	7	0
婦人科領域がん	8	0
血液がん	11	0
その他	9	5
計	433	261

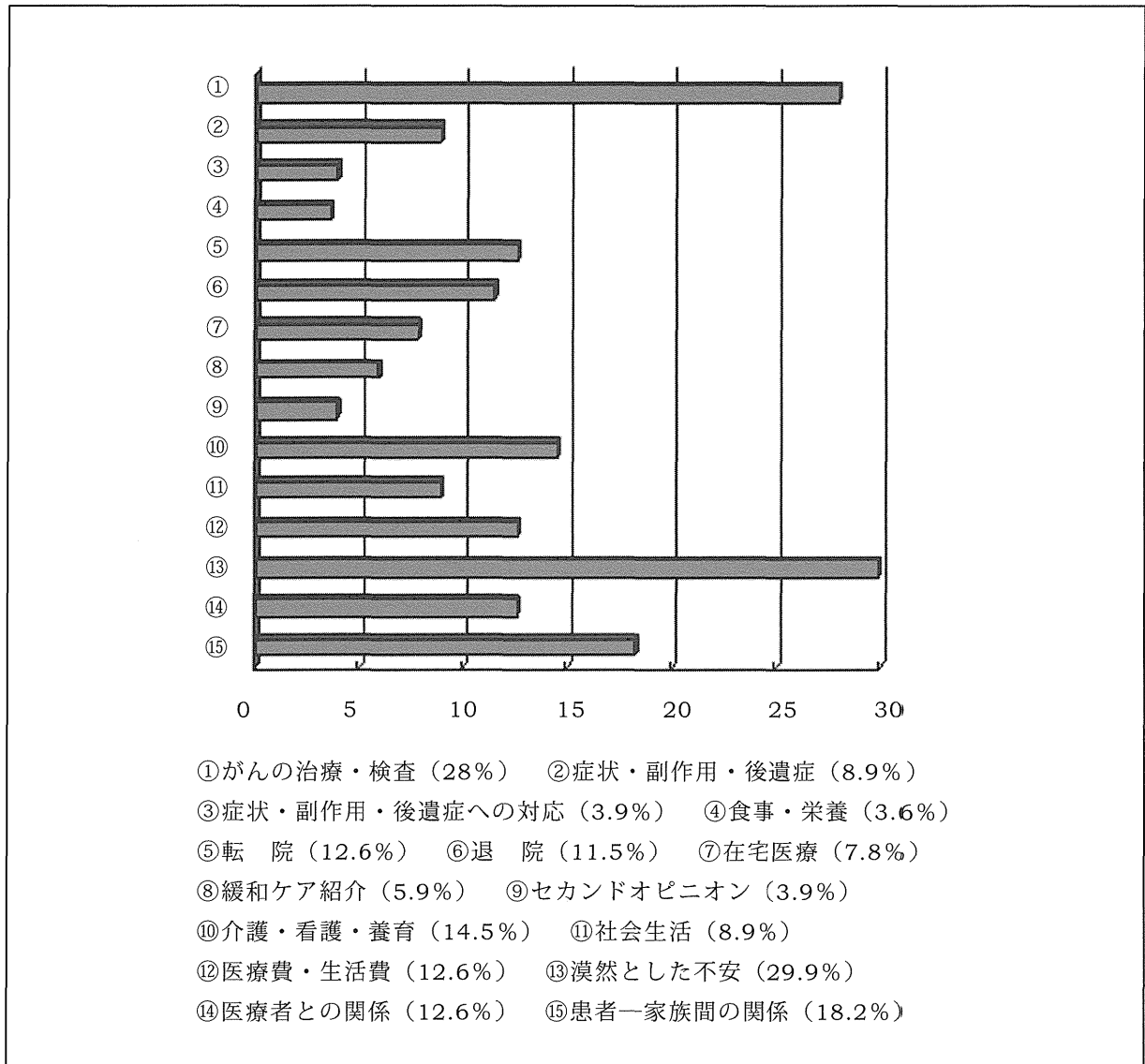
がん患者は、理学療法を施行されている患者の約 25% を占めている

急性期後のリハビリテーションに関して、上記 5 回復期リハビリテーション病院・病棟のうち 3 病院に対し、がん患者へのリハビリテーション実施についての聞き取り調査を行った。結果、聞き取った範囲で、回復期リハビリテーション病棟入院でのがん患者の受け入れは、ほぼゼロである（廃用症候群での回復期リハビリテーション病棟入棟がゼロから数パーセント、そのうち悪性はほぼゼロ）。急性期病院もしくは関連する病院が回復期リハビリテーション病棟をもつケースでも、がん患者が回復期リハビリテーション病棟に入院することはなかった。がん患者の入院が少ない（もしくはない）要因について、「脳血管障害と運動器だけで病棟が埋まってしまう」「入院期間が長いと、その期間がんと治療や検査をしなくてもよい安定した患者が少ない」「内服薬の数など、受け入れの条件と照らし合わせて、結果的に受け入れがされていない」「頭頸部がんや食道がん術後で嚥下障害が主な問題という例は、廃用の定義に入らないと解釈しており受け入れが困難」といったコメントがあった。内服薬に関しては、回復期リハビリテーション病棟入棟時の内服薬は降圧薬・睡眠薬・鎮痛剤・胃腸薬などが多く平均 6.49 剤とする報告¹¹⁾があり、内服の抗がん剤（例えば TS1 など）が必要であると、平均的な内服状況の患者に比べ薬価が 3 倍以上になると見積もられる。一方、「回復期リハビリテーションにおける質の評価、がん患者のリハビリテーションの創設など、リハビリテーション見直しの影響調査（中医協平成 22 年度調査）」によると、回復期リハビリテーション病棟でがん患者リハビリテーションの届出をしている施設は回答施設のうち 4.1%あり、主たる病名が「廃用症候群」である

患者の割合も 10%あり、今回調査した地域に比べると、回復期リハビリテーション病棟もがん患者のリハビリテーションの受け皿になっていると考えられる。なお、亜急性期病棟でがん患者のリハビリテーションの届出をしている施設は 5.2%、主たる病名が「廃用症候群」である患者の割合は 15.7%（加算のある亜急性期病棟）であり、回復期病棟よりがん患者のリハビリテーションを行っている割合は多いことも示されている。

急性期後のリハビリテーションの外来での実施についても、がん診療病院でもリハビリテーション病院でも「ケースに応じて若干名実施している」という程度の受け入れにとどまっていた。全体として（がん患者に限らず、急性期病院でもリハビリテーション病院でも）外来リハビリテーションが制限されていることや、「がん患者リハビリテーション料」が入院のみの算定であるため外来で継続できないためとするコメントもあった。がん診療病院以外での外来リハビリテーション・診察の継続については、術式や注意点など細かい点の情報交換ができないため実施に困難を伴うとする意見もあった。術後の嚥下障害に関しては、①がん診療病院で、外来リハビリテーションを継続する、②がん診療病院で、リハビリテーションはしないが「摂食・嚥下外来」などで嚥下チームなどが介入継続し指導を行う、③「摂食・嚥下外来」をもつ他院へ紹介し外来継続を依頼する、といった外来継続パターンがあり、いずれも例数は多くはないが、患者それぞれの事情や病態にあわせ関わった医師やスタッフが模索していた。

図III-6. 「がん相談支援センター」の相談内容



〔K 医療センター（鹿児島県）がん相談支援センター：相談件数 358 件 / 月の内容）〕

その他、介護保険での、訪問看護・訪問リハビリテーション・デイケア・療養通所介護・通所緩和リハビリが退院後のリハビリテーションの担い手になっていると考えられる。医療処置があっても通える通所施設として療養通所介護・通所緩和リハビリテーションが制定されているが、この二次医療圏では療養通所介護は 2 カ所（合わせても定員 10 名）にとどまり、神経難病などの利用が中心であった。通所緩和リハビリテーションも一部の先進的な地域での試みにとどまっている。訪問看護（医療型も含め）・訪問リハビリテーション・デイケアが、大きな担い手になっていると考えられるが、「がんのリハビリテーション」がどの程度実施されているか、実態は把握できていない。

・がんのリハビリテーションに関する情報提供体制

国立がん研究センターの「がんになったら手にとるガイド」や神奈川県がんサポートハンドブックでは、がん治療や療養に関わる流れが解説されているが、リハビリテーションについてはふれられていない（後遺障害についての記載が少ない）。個別のがん（神奈川県では、胃が

ん・乳がん・肺がん・肝がん) に対し、最初の治療からその後の検診などのフォロー体制を具体的に示している「地域連携クリティカルパス(神奈川県医療連携手帳)」でも、リハビリテーションについてはふれられておらず、「乳がんのクリニカルパス」でも、「リンパ浮腫」の用語解説はあるが、「リンパ浮腫が心配・もしくは生じたときにどこに相談するのか」といった情報は盛り込まれていない。

地域のがん診療・療養に関わる具体的な情報は、神奈川がん臨床研究・情報機構のホームページで、代替・補完療法に関すること、ピアサポートや患者会の情報、ターミナルケアの実施病院、ターミナルケア以外の慢性期病院(介護療養型医療施設)の情報など、かなり広範囲にわたり提供されているが、「後遺障害」や「リハビリテーション」という検索項目はない。リンク先の「かながわ医療情報サービス」から、それぞれの病院のリハビリテーション提供体制を調べることはできるが、「治療後の機能障害や日常生活活動(activities of daily living; ADL) / QOL 低下に配慮してくれるがん治療病院を探したい」「治療後(機能障害や体力低下が残ったので)リハビリがしたい」といったニーズに対応した情報は得られない。

県の「がん相談支援センター」の電話相談でも、「がんのリハビリがどこでできるのか?」との問い合わせに対しては、「診療病院情報については既存の登録や発表データから情報を整理して提供しているため、紹介できる情報が乏しい(がんのリハビリテーションに関する情報は集積されていない)」との返答であり、現在のがん治療医に尋ねるようアドバイスする、とのことであった。「がん相談支援センター」の相談内容を分析した報告では(図Ⅲ-6)、症状や副作用・後遺症に関する相談は約 14%を占め、その他退院や在宅生活・社会生活への漫然とした不安などリハビリテーションが関係すると思われる相談は多いが、がんの検査や治療・もしくは緩和ケアに比べ、情報も集積されておらず、提供体制が不十分であるといえる。