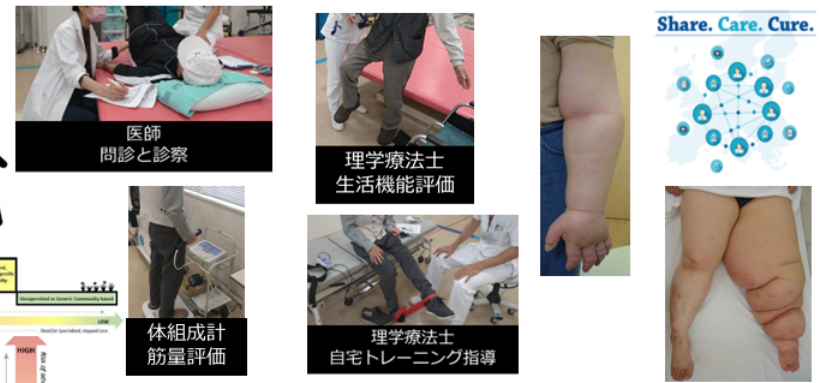
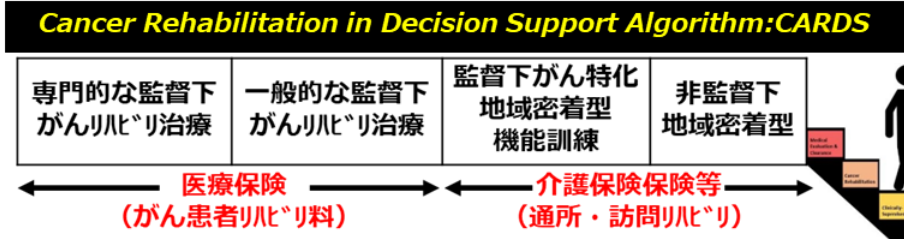


資料1:ロードマップ

目的①：がんリハビリを適切に提供するためのアルゴリズムに基づいた判断支援ツール（CARDS）を開発し、有効性を検証、CARDSを活用した、がんリハビリの提供体制を提案すること

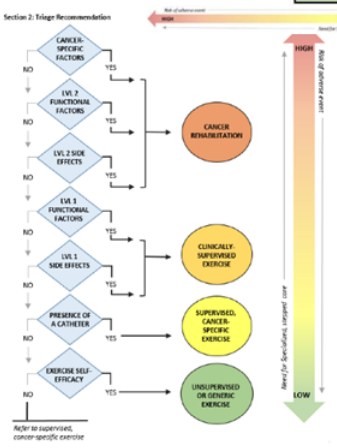
目的②：全国のリンパ浮腫診療について、実態の把握と各地域における診療ネットワークの構築および診療ネットワーク情報をわかりやすい形で公開すること



R5 (2023)年
がんリハビリ提供のためのアルゴリズムに基づいた判断支援ツール(CARDS)の開発

R6 (2024)年
CARDSの有効性をデルファイ法により検証

R7 (2025)年
CARDSを公開・CARDSを活用したシームレスながんリハビリ提供体制の提案



R5 (2023)年
全国のリンパ浮腫の診療体制について実態調査を実施

R6 (2024)年
各地域における診療ネットワークを構築

R7 (2025)年
各地域における診療ネットワーク情報を公開

(厚労省後援) がんのリハビリテーション研修 (CAREER) 運営委員会

(厚労省後援) リンパ浮腫研修 (LEARN) 運営委員会

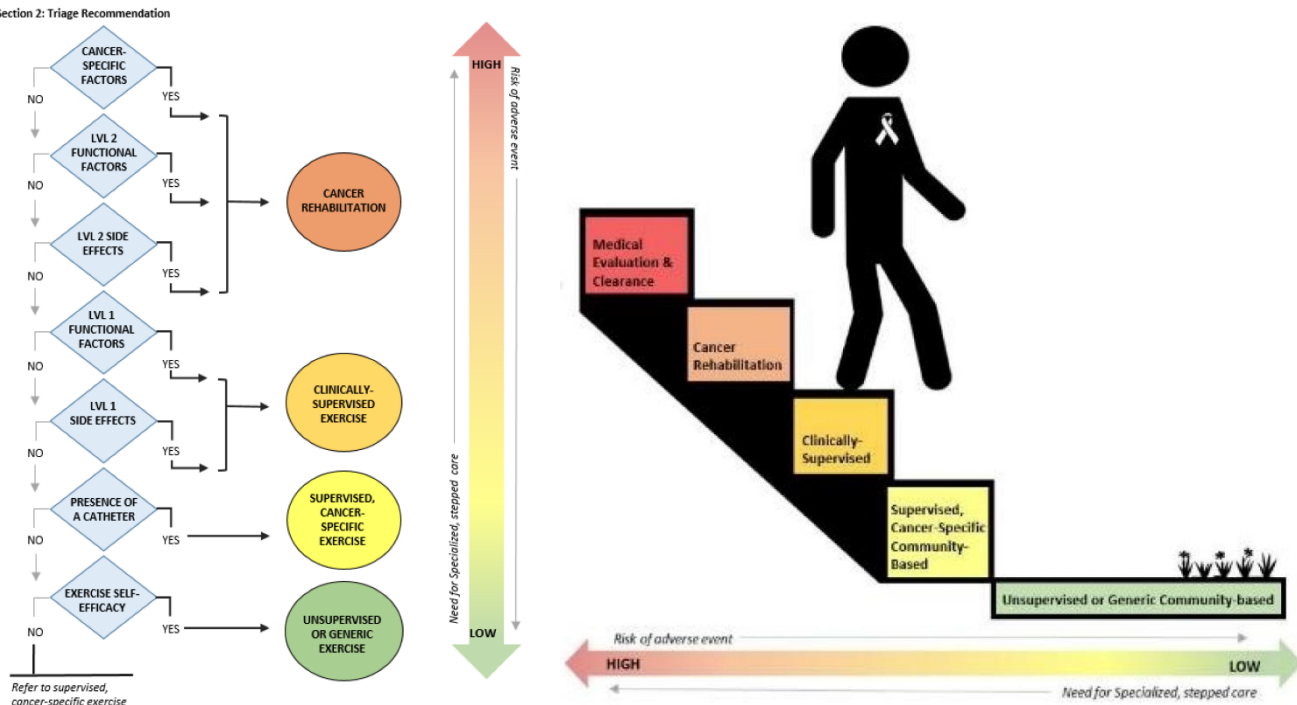
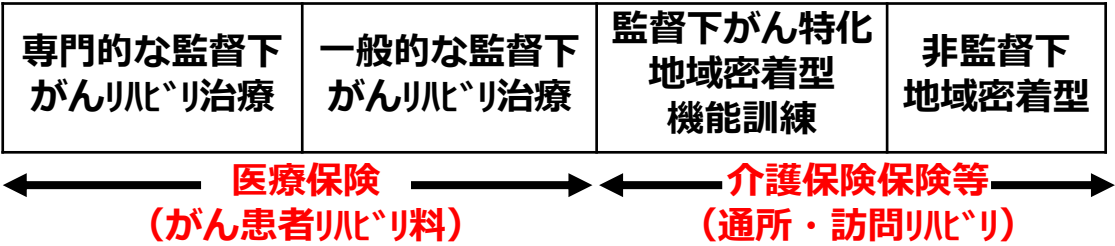
関係学協会：リハビリテーション医学会/理学療法士協会/がん看護学会/作業療法士協会/言語聴覚士協会
がん・リンパ浮腫理学療法士学会/地域理学療法学会/リハビリ看護学会/緩和医療学会
がんサポーターケア学会/緩和医療学会/リンパ浮腫学会/リンパ浮腫治療学会/リンパ学会/形成外科学会/静脈学会/乳癌学会/婦人科腫瘍学会
在宅：老人保健施設協会/訪問看護財団/デイ・ケア協会/介護支援専門員協会/リハビリ病院施設協会
リンパ浮腫研修協力団体10校/患者団体：キャンサーフィットネス/リンパカフェ/リンパ浮腫ネットワークジャパン

がんのリハビリテーション・リンパ浮腫診療ネットワークコンソーシアム (35団体、会員：約73名)

目的：がんリハビリテーションを効果的に実施するための標準的な研修プログラムを開発し、がん診療連携拠点病院等で実証し、普及させる体制を提案すること。

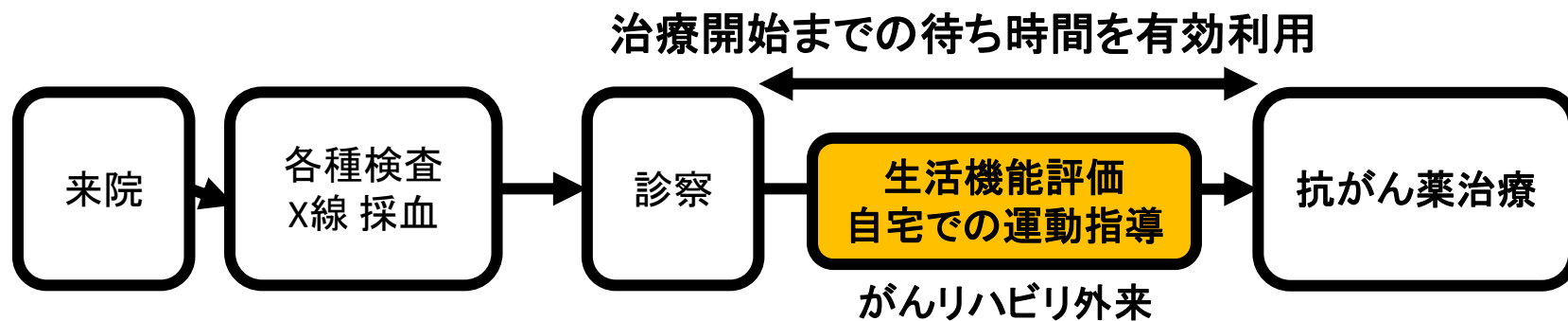
→→

目的：がんリハビリテーションのシームレスな提供体制整備のためのアルゴリズムに基づいた意思決定支援ツールを開発し、がん診療連携拠点病院等で実証し、普及させる体制を提案すること。



- リハビリテーション医学会
- がん看護学会
- リハビリテーション看護学会
- 理学療法士協会
- 作業療法士協会
- 言語聴覚士協会
- 生活期リハビリテーション医学会
- リハビリテーション病院・施設協会
- 全国デイ・ケア協会
- 災害リハビリテーション支援協会
- 全国老人保健施設協会
- 日本介護支援専門員協会

外来通院がん患者に特化したリハビリテーション外来の取り組み



理学療法士
生活機能評価



体組成計
筋量評価

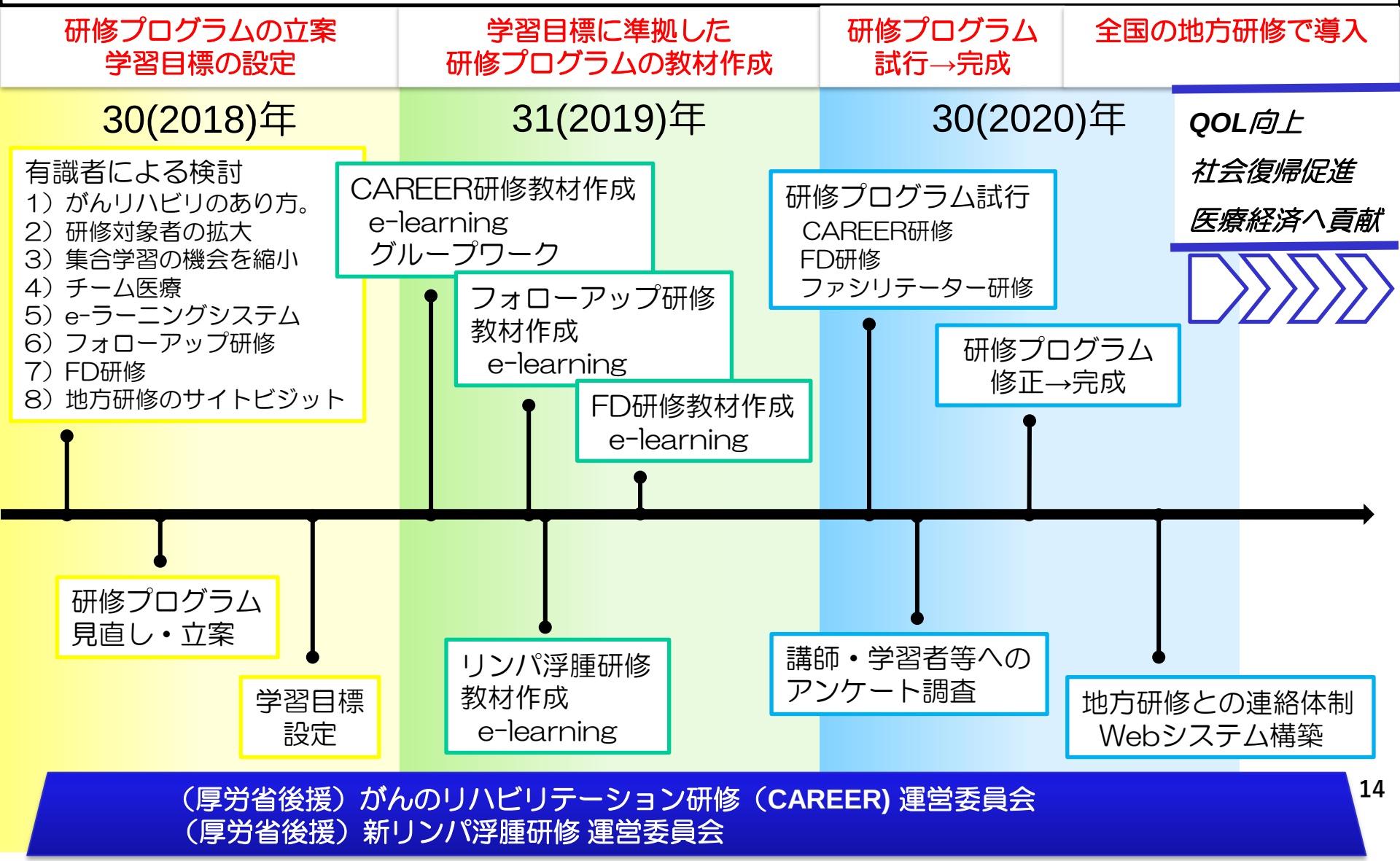


医師
問診と診察



理学療法士
自宅トレーニング指導

目的：がんリハビリ研修プログラムを開発し、標準化された研修プログラムとして使用することで、がん患者が質の高いリハビリを受けられる体制を拠点病院等に普及させること。



資料2：研究代表者、研究分担者、研究協力者の具体的な役割

○ 2025 がんのリハビリテーション、およびリンパ浮腫診療の一層の推進に資する研究
(がんリハ分野)

◎=コアメンバー

				選出学会	コンソーシアム	CARDS	動画、講演 会企画	HP	ガイドライン
氏名(敬称略)	所属	職種	研究者		1)	2)	3)	4)	5)
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	医師	責任	LPC	◎	◎	◎	◎	◎
宮越 浩一	亀田総合病院 リハビリテーション科	医師	協力	LPC	○	○			◎
幸田 剣	和歌山県立医科大学 リハビリテーション医学講座	医師	分担	リハ医	○	○	◎		◎
酒井 良忠	神戸大学大学院 医学研究科 リハビリテーション機能回復分野	医師	分担	リハ医	○	○			◎
粟生田 友子	埼玉医科大学保健医療学部看護学科 成人看護学	看護師	協力	リハ看護	○		○		
阿部 恭子	東京医療保険大学千葉看護学部	看護師	分担	がん看護	○	○			
栗原 美穂	国立がん研究センター東病院看護部	看護師	分担		○	○	○		
佐藤 菜保子	福島県立医科大学 看護学部 成人・老年看護学部門	看護師	協力	がん看護	○				
高倉 保幸	埼玉医科大学 保健医療学部理学療法学科	理学療法士	分担	理学療法士	○		◎		
井上 順一朗	神戸大学医学部附属病院 国際がん医療・研究センター リハビリテーション部門	理学療法士	分担	理学療法士	○	○			◎
島崎 寛将	大阪府済生会富田林病院 リハビリテーション科	作業療法士	協力	作業療法士	○	○			
櫻井 卓郎	国立がん研究センター中央病院 骨軟部腫瘍・リハビリテーション科	作業療法士	分担	作業療法士	○	○	○		
小島 一宏	慶應義塾大学病院 リハビリテーション科	言語聴覚士	協力	言語聴覚士	○	◎			◎
杉森 紀与	東京医科大学病院 リハビリテーションセンター	言語聴覚士	分担	言語聴覚士	○	○	○		
立松 典篤	名古屋大学大学院医学系研究科総合保健学専攻予防・リハビリテーション科学 創生理学療法学講座	理学療法士	協力	緩和	○	◎			◎
西山 菜々子	大阪公立大学 大学院リハビリテーション学研究科	作業療法士	協力	緩和	○	◎			◎
小林 毅	日本医療科学大学保健医療学部 リハビリテーション学科	作業療法士	分担	がんサポ	○		◎		
田沼 明	順天堂大学医学部附属静岡病院 リハビリテーション科	医師	分担	がんサポ	○	○	◎		◎
土方 奈奈子	慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室	医師	外部協力者			○			

がんリハ分野

- 1) がんのリハビリテーション診療ネットワークコンソーシアム
2) がんリハ提供のためのアルゴリズムに基づいた判断支援ツール(CARDS)の開発
3) 講習会企画、動画コンテンツ
4) HP運用
5) 診療ガイドライン策定

リンパ浮腫分野

- 1) リンパ浮腫診療ネットワークコンソーシアム
2) HP運用
3) 講習会企画、動画コンテンツ
4) リンパ浮腫診療の実態調査リンパ浮腫診療の実態調査

○ 2025 がんのリハビリテーション、およびリンパ浮腫診療の一層の推進に資する研究
(リンパ浮腫分野)

◎=コアメンバー

				選出学会	コンソーシアム	動画、講演 会企画	HP	リンパ診療調査
氏名(敬称略)	所属	職種	研究者		1)	2)	3)	4)
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	医師	責任	LPC	◎	◎	◎	◎
前川 二郎	藤沢市保健医療センター	医師	協力	LPC	○			
高西 裕子	医療法人リムズ徳島クリニック	看護師	協力	がん看護	○	○		
増島 麻里子	千葉大学大学院看護学研究院 先端実践看護学研究部門 高度実践看護学講座	看護師	分担	がん看護	○			◎
塗 隆志	大阪医科薬科大学 形成外科	医師	協力	形成	○			
秋田 新介	千葉大学医学部附属病院 形成・美容外科	医師	分担	形成	○			◎
高島 千敬	広島都市学園大学 健康科学部 リハビリテーション科	作業療法士	協力	作業療法士	○			○
吉澤 いづみ	医療法人財団 順和会 山王病院 リハビリテーションセンター	作業療法士	協力	作業療法士		○		○
菰池 佳史	近畿大学医学部外科学教室 乳腺・内分泌部門	医師	協力	乳がん				○
小川 佳成	大阪市立総合医療センター 乳腺外科	医師	協力	リンパ浮腫	○			
北村 薫	アムクリニック	医師	協力	リンパ浮腫		○		○
小川 佳宏	医療法人リムズ徳島クリニック	医師	協力	リンパ浮腫治療	○			
保田 知生	独立行政法人地域医療機能推進機構 星ヶ丘医療センター 循環器外科 超音波センター 医療安全管理室	医師	協力	リンパ浮腫治療	○			○
宇津木久仁子	公益財団法人 がん研有明病院 健診センター 検診部	医師	協力	婦人科腫瘍	○	○		
小林 範子	北海道大学病院 婦人科	医師	協力	婦人科腫瘍	○			
高倉 保幸	埼玉医科大学保健医療学部 理学療法学科	理学療法士	分担	理学療法士	○	◎		
山本 優一	公益財団法人仁泉会 北福島医療センター リハビリテーション科	理学療法士	協力	理学療法士				○
田沼 明	順天堂大学医学部附属静岡病院 リハビリテーション科	医師	分担	リハ医学	○	◎		
土岐 めぐみ	札幌医科大学医学部リハビリテーション医学講座	医師	協力	リハ医学	○	○		
伊沢 知子	神戸市看護大学療養生活看護学領域 慢性病看護学分野	看護師	協力	緩和医療	○			○
田尻 寿子	静岡県立静岡がんセンター リハビリテーション科	作業療法士	協力	緩和医療	○			○
小川 佳宏	医療法人リムズ徳島クリニック	医師	協力	静脈	○	○		
岩田 博英	いわた血管外科クリニック	医師	協力	静脈		○		○
末廣 晃太郎	山口大学 大学院医学系研究科 器官病態外科学講座	医師	協力	リンパ	○			
河合 佳子	東北医科薬科大学医学部 生理学教室	医師	協力	リンパ	○	○		
小林 毅	日本医療科学大学保健医療学部 リハビリテーション学科	作業療法士	分担		○	◎		
田崎 牧子	千葉大学大学院看護学研究院 特任講師	看護師	外部協力者					○
辻本 あかね	千葉大学大学院看護学研究科	看護師	外部協力者					○

**令和7年度（2025年度）厚生労働科学研究費補助金 がん政策研究事業
がんのリハビリテーション、およびリンパ浮腫診療の一層の推進に資する研究
第1回班会議 議事録**

日時 2025年4月19日（土）15時～16時15分（予定） **会場** オンライン会議（Zoom）

出席者 （敬称略、順不同）

[研究責任者・分担者] 9名

辻哲也 酒井良忠 阿部恭子 櫻井卓郎 杉森紀与 井上順一朗 高倉保幸 秋田新介 栗原美穂

[研究協力者]

がんのリハビリテーション研修運営委員会委員4名、その他 1名

佐藤菜保子 島崎寛将 小島一宏 立松典篤 土方奈奈子

リンパ浮腫研修運営委員会委員10名、その他3名

高西裕子 井沢知子 塗隆志 岩田博英 末廣晃太郎 宇津木久仁子 山本優一 小林範子

土岐めぐみ 小川佳宏 熊谷靖代 田崎牧子 辻本あかね

[厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課] 2名

箕浦祐子 糸谷涼

[事務局]（ライフプランニングセンター：LPC） 3名

平野真澄 綱澤淳子 今田麻利亜

内容

1. 24年度第4回班会議議事録【資料1-1、1-2】

昨年まではがんリハビリテーション、リンパ浮腫部門分けて実施、本年度から合同に。

その分、コンソーシアムとしての活動を活発にしていきたい。

2. 研究全体の目的

がん患者では治療や病状の進行に伴い生活機能に障害を来し生活の質が低下することから、リハビリテーションの重要性が指摘されている。がんリハビリテーションの均てん化のためにはリハを提供する側の資質の向上が必要であることから、H30年～R3年度に「厚労科研補助金（がん対策）がんリハビリテーションの均てん化に資する効果的な研修プログラムの策定のための研究」が実施され、医療従事者が研修を受講できる体制の構築や研修プログラムの策定が行われ体制整備を進めてきた。一方、がん診療連携拠点病院等の医療機関や外来、在宅医療等においても実施できる体制の構築が求められている。

また、がん治療後に生じるリンパ浮腫については、がんリハビリテーションの一環として上述の研究班において医療従事者の資質の向上のための研修体制やプログラムの整備がなされてきたが、実際に診療を行っている全国の医療機関に関する情報へのアクセスに課題があることが指摘されている。

本研究では、様々な診療の場面においてがんリハビリテーションを適切に提供するためのアルゴリズムに基づいた判断支援ツール（Cancer Rehabilitation in Decision Support Algorithm: CARDS）を開発、がん診療連携拠点病院等で有効性を検証し、普及させる体制を提案することを目的とする。

また、全国のリンパ浮腫診療について、実態の把握と各地域における診療ネットワークの構築および診療ネットワーク情報をわかりやすい形で公開することを目的とする。

3. 3年間の目標

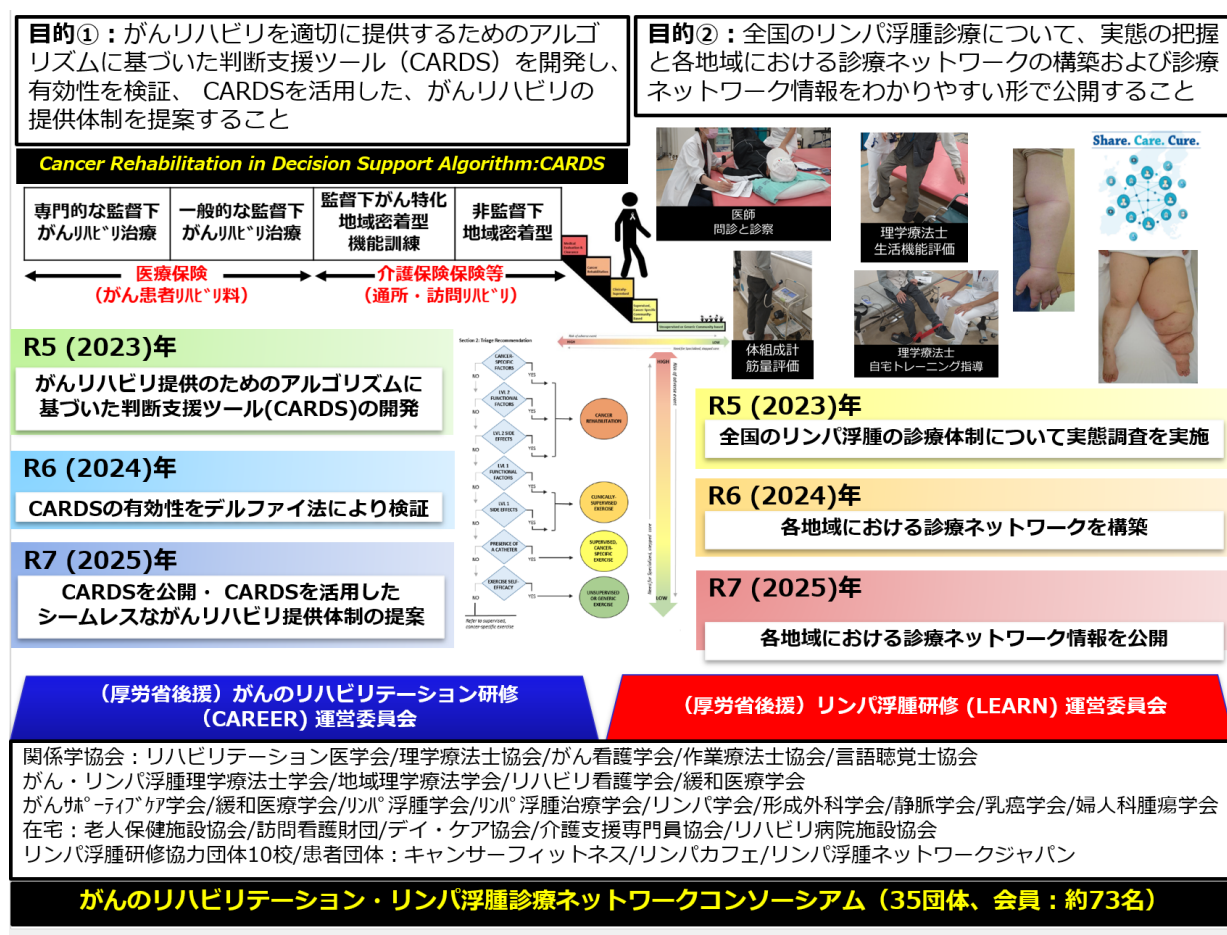
■がんリハビリテーション

- ・令和5年：がんリハビリテーション提供のための判断支援ツール（CARDS）の開発
- ・令和6年：がんリハビリテーション提供のための判断支援ツール（CARDS）の有効性を検証
- ・令和7年：がんリハビリテーション提供のための判断支援ツール（CARDS）の普及体制の提案

■リンパ浮腫

- ・令和5年：全国のリンパ浮腫の診療体制について実態調査を実施
- ・令和6年：地域における診療ネットワークを構築
- ・令和7年：地域における診療ネットワーク情報を公開

4. 流れ図



5. 各年度の計画・方法

■がんリハビリテーション

- ・R5（2023）年：がんリハ提供のためのアルゴリズムに基づいた判断支援ツール(CARDS)の開発

学協会推薦の委員から構成された（厚労省後援）がんのリハビリテーション研修運営委員会、地域医療関連団体、患者団体が連携して、がんのリハビリテーション診療ネットワークコンソーシアムを組織する。ホームページを作成し活動状況を報告、がんリハビリテーション治療レベル別の動画コンテンツを提供し公開講座を随時開催する（R7年まで）（担当：辻・田沼・高倉・小林）。

システマティックレビューを実施し、リハ治療レベル（専門的／一般的監督下～地域密着監督下／非監督下）の定義とレベル別の特性（安全性と有効性）を作成し、層別化されたアルゴリズムを構築し CARDS を完成させる（担当：辻・酒井・田沼・高倉・井上・小林・櫻井・杉森・阿部・栗原）。

また、日本リハビリテーション医学会と協働で、がんのリハビリテーション診療ガイドライン第3版の策定を行い、レビュー内容をガイドラインへ反映させる（R7年まで）（担当：辻・酒井・田沼・井上）。

・R6（2024）年：がんリハ提供のための判断支援ツール(CARDS)の有効性を検証

CARDS の有効性を、多職種のがんリハ専門家が参加するデルファイ法により検証する。デルファイ法では、1) 症例検討によるツールの使いやすさと受容性評価、2) ユーザー・プラットフォーム・社会実装の戦略に関する質問を実施する。統計解析には生物統計専門家の支援を受ける（担当：辻・酒井・田沼・高倉・井上・小林・櫻井・杉森・阿部・栗原）。

・R7（2025）年：判断支援ツール(CARDS)を活用したシームレスながんリハの提供体制の提案

CARDS を患者や医療従事者に分かりやすい形で公開し（例：プレスリリース、ホームページ、メール配信、講演会開催等）、CARDS を活用したシームレスながんリハの提供体制を提案する。また、がん診療連携拠点病院、地域医療施設、通所・訪問リハ施設等で実際に活用してもらい、パブリックコメントを収集し改訂作業を進める（担当：辻・酒井・田沼・高倉・井上・小林・櫻井・杉森・阿部・栗原）。

班研究終了後は、がんのリハビリテーション研修運営委員会の活動の一環として、コンソーシアムは CARDS を活用したシームレスながんリハの提供体制の整備を継続する。

■リンパ浮腫

・R5（2023）年：全国のリンパ浮腫診療について実態調査を実施

学協会推薦の委員から構成された（厚労省後援）リンパ浮腫研修運営委員会、研修協力養成校、患者団体が連携して、リンパ浮腫診療ネットワークコンソーシアムを組織する。ホームページを作成し活動状況を報告、リンパ浮腫診療に関する動画コンテンツを提供、公開講座を随時開催する（R7年まで）（担当：辻・田沼・高倉・小林）。

全国のリンパ浮腫診療を実施している医療機関の実態調査を実施する。調査方法は、学協会の会員からの情報収集、がん診療連携拠点病院へのアンケート調査等を実施、集計したデータを解析し日本のリンパ浮腫診療の現状を把握する（担当：辻・秋田・保田・増島）。

・R6（2024）年：各地域における診療ネットワークを構築

実態調査の結果をもとに、コンソーシアムが各地域におけるリンパ浮腫診療のあり方を検討し、重症者の入院診療から中等度から軽症者の外来診療、蜂窩織炎など緊急時対応先、地域医療や介護保険サービスの提供まで、リンパ浮腫診療の各地域の実情にあわせた診療ネットワークを構築する（担当：辻・田沼・秋田・保田・高倉・小林・増島）。

・R7（2025）年：各地域における診療ネットワーク情報の公開

診療ネットワーク情報を患者や医療従事者に分かりやすい形で公開する（担当：辻・田沼・秋田・高倉・小林・増島）。

班研究終了後は、リンパ浮腫研修運営委員会の活動の一環として、コンソーシアムは情報の更新や普及啓発活動を継続する。

6. R5年、R6年の研究成果について

別表 中間評価結果(研究者通知用)

研究事業名(年度): がん対策推進総合研究事業(令和6年度)

研究者名: 辻 哲也

研究課題名: がんのリハビリテーション、およびリンパ浮腫診療の一層の推進に資する研究

課題の継続の可否
可

○総合評価点数 20.0点中

15.0 点(平均 13.3 点)

*()内は全研究課題の平均点

(全研究課題の評価点分布内訳)

○総合評価点数の分布

点数	～11.9	12.0～12.9	13.0～13.9	14.0～14.9	15.0～
課題数	8	8	11	10	6

【評価委員会のコメント】

【評価できる点、推進すべき点】

リンパ浮腫に関しては施設の集約化に役に立つことを期待する。

研究計画書に示されている研究内容の2点、1)がんリハを適切に提供するための判断支援ツールCARDSの開発、2)リンパ浮腫診療のネットワーク構築や情報公開に関して、計画通りに研究が遂行されており、研究成果申告書及び参考資料にこれまでの研究の進捗結果が明示されており、本研究が達成される見通しが立っていると判断できる。

【疑問・改善点、助言】

がんリハでは高齢者が増えており、嚥下リハにもっと力を入れられないか。

【倫理性について】

がんリハビリテーション、リンパ浮腫ともに計画通りに進んでいる。

R5 年度には、がんリハビリテーション・リンパ浮腫診療関連学協会、患者団体から推薦された委員で構成される「リンパ浮腫・がんリハビリテーション診療ネットワークコンソーシアム」を設立した。R5 年 9 月に Web 形式で研修会を開催し 424 名が参加した（事前登録 584 名）。

R6 年度には 2 回の総会を開催し、医療機関と施設のスタッフが交流できるプラットフォームとしての機能を確立した。R6 年 10 月には Web 形式で研修会を開催し 400 名が参加した（事前登録 555 名）。

また、研究班ホームページでは、研修会のアーカイブ配信に加え、在宅がんリハビリテーションに関する新規動画コンテンツを作成・配信している。

がんリハビリテーションに関しては、がんリハビリテーション治療レベル別の判断支援ツール (CARDS)の開発を進めている。R5 年度には、コアメンバーにより、システマティックレビューを実施、リハビリテーション治療レベルの定義とレベル別の特性を策定、層別化されたアルゴリズム (CARDS) の試案を作成した。専門家十数名によるノミナルメンバー会議を経て最終案が完成した。R6 年度は、がん診療やリハビリテーション関係者約 100 名を対象にデルファイ法により CARDS の有効性を検証した。

がんのリハビリテーション診療ガイドラインについては、R5 年度に策定委員会を組織し、がん種別のシステマティックレビューチームを編成して Clinical Question を作成した。R6 年度には検索式を作成し、現在 1 次、2 次スクリーニングを実施し、エビデンステーブルとシステマティックレビューの作成を

継続中である。

リンパ浮腫に関しては、R5 年度に全国のリンパ浮腫診療実態調査のためのアンケート調査票を作成した。倫理委員会の承認を得た後、全国がん診療連携拠点病院とリンパ浮腫関連学会会員を対象に Web フォームによる調査を実施した。R6 年度は収集データの解析と論文化を行い投稿中である。平行して、全国リンパ浮腫診療ネットワークのホームページでの公開準備を進めている。

7. 国際シンポジウム【資料 2】

第 13 回がんリハビリテーション研究会（大会長：四国がんセンター 杉原進介）と共催で、がんリハビリテーション国際シンポジウム（日韓ジョイントシンポジウム）が開催された。

テーマは「Recent Advances in Cancer Rehabilitation」で、日本・韓国から各 2 名のシンポジストが登壇した。発表内容は、乳がんのデジタルヘルスケア、食道がんの術前補助化学療法中のリハビリテーション、がん口コモ、さらに蛍光リンパ造影検査を活用した先駆的なリンパ浮腫診療の取り組みについてであった。リアクターパネリストも交えて活発な質疑応答が行われた。

■ Japan-Korea Joint Symposium on "Recent Advances in Cancer Rehabilitation"

開催日：2025 年 3 月 22 日（土）14:10-15:30

会場：愛媛大学城北キャンパス グリーンホール+共通講義棟 A（現地開催）

Co-Chair:

- ・ Hitoshi Kagaya, MD, DMSc

Deputy Director of Hospital, National Center for Geriatrics and Gerontology

- ・ Jae-Young Lim, MD, PhD

Professor, Department of Rehabilitation Medicine, Seoul National University College of Medicine

Speaker

- ・ Jongin Lee, MD, PhD

Professor of Rehabilitation Medicine, St Mary Hospital, Catholic University

Topic: "Digital health care in patients with breast cancer"

- ・ Jin A Yoon, MD, PhD

Associate Professor of Rehabilitation Medicine, Pusan National University

Topic: "Enhancing diagnostic precision and treatment effectiveness using ICG lymphography"

- ・ Yusuke Shinoda, M.D., Ph.D.

Professor, Department of Rehabilitation Medicine, Saitama Medical University Hospital

Topic: "Rehabilitation for locomotive syndrome in cancer patients"

- ・ Tsuyoshi Harada, PTR, MSc

Department of Rehabilitation Medicine, National Cancer Center Hospital East

Topic: "Neo-prehabilitation: A novel prehabilitation strategy during neoadjuvant therapy in locally advanced esophageal cancer"

Reactor Panelist

- ・ Jae Yong Jeon, MD, PhD

Professor, Asan Medical Center

General Secretary, Korean Association of Cancer Rehabilitation

- ・ Heeyoune Jung, MD, PhD

Professor, National Traffic Injury Rehabilitation Hospital

Chair, International Affairs Committee, Korean Society of Cancer Rehabilitation

Organized by: Japanese Association of Cancer Rehabilitation

Supported by: Grant-in-Aid for Scientific Research (Cancer Control Research Project) "Research Contributing to Further Advancement of Cancer Rehabilitation and Lymphedema Treatment" Ministry of Health, Labour and

8. 市民公開講座【資料 3】

2025 年 3 月 29 日(土) 13 時 30 分～16 時にオンライン (Zoom ウェビナー) で市民公開講座「がんリハビリテーション最前線～運動はがん生存の鍵～」が Web 形式で開催され、230 名が参加した (事前登録 386 名)。現在、アーカイブ配信の準備中。

主催は国立研究開発法人日本医療研究開発機構 (AMED) 革新的がん医療実用化研究事業『食道癌術後患者を対象とした外来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』 研究班、後援は厚生労働科学研究費補助金 がん政策研究事業『がんのリハビリテーション、およびリンパ浮腫診療の一層の推進に資する研究』 研究班。23 年度 AMED 市民公開講座、23 年度厚労科研研修会参加者、日本緩和医療学会・日本がんサポートィブケア学会会員向けに開催案内をメール送付した。

9. R7 年度の研究計画と進捗について

■共通課題

1) 学協会推薦の委員から構成された (厚労省後援) がんのリハビリテーション研修運営委員会、地域医療関連団体、リンパ浮腫研修協力団体、患者団体が連携して、がんのリハビリテーション・リンパ浮腫診療ネットワークコンソーシアムを組織する (担当：辻)。

コンソーシアムは、がんリハビリテーションやリンパ浮腫診療に関わるすべての団体 (研修協力団体・地域関連団体、患者団体) が集まり、取り組み状況や現状の課題を共有し、協働して様々なプロジェクトに取り組むためのプラットフォームとしての位置づけである【資料 4】【資料 5】。

【進捗状況】

1. コンソーシアム総会【資料 6】

第 1 回総会 日時：2025 年 4 月 10 日 (木) ～4 月 21 日 (月) 形式：メール審議 (進行中)

第 1 議案 2024 年度事業報告【総会資料 1】

第 2 議案 (審議事項) 2025 年度事業計画【総会資料 2】【総会資料 3】

第 3 議案 新規加盟団体のご報告【総会資料 4】

第 2 回総会 (案) 日時：2025 年 11 月 1 日 (土) 14:00～15:30 形式：オンライン会議

2. コンソーシアム企画委員会

第 1 回 2025 年 4 月 3 日～8 日 形式：メール審議→議案は承認済

審議 1. 新規加盟団体について

審議 2. 2025 年度第 1 回総会資料について

第 2 回 2025 年 9 月 (案) 形式：オンライン会議

3. 研究協力 (案)

- ・がんリハ提供のための判断支援ツール (CARDS) の有効性検証のための協力
- ・各地域におけるリンパ浮腫診療ネットワークを構築する上での協力

4. 研修会 (案)【資料 7】

2025 年 9 月 20 日(土) 形式：オンライン研修会

5. コンソーシアム加盟会員懇談会 (案)【資料 8】

第 2 回コンソーシアム加盟会員懇談会 形式：オンライン形式

2025 年 4 月 26 日 (土) 15:00～16:40 リンパ浮腫分野

リンパ浮腫診療やケアに携わる団体の紹介と「リンパ浮腫診療」の現状と課題について発表。
その後、「コンソーシアムが何をすべきか？何ができるか？ 具体的な事業計画の提案」について、参加者全員で意見交換。

第3回コンソーシアム加盟会員懇談会

2025年7月5日（土）15:00～16:40 がんリハ分野 形式：オンライン形式

第4回コンソーシアム加盟会員懇談会（新たな加盟会員が増えた場合開催）

2025年10月11日（土）15:00～16:40 テーマ未定 形式：オンライン形式

■がんリハビリテーション

・R7（2025）年：判断支援ツール(CARDS)を活用したシームレスながんリハビリテーション提供体制の提案

2) ホームページを作成し活動状況を報告、がんリハ治療レベル別の動画コンテンツを提供し公開講座を随時開催する（R7年まで）（担当：辻・田沼・高倉・小林）。

2-1) ホームページの作成・更新（辻）

【進捗状況】

ホームページは随時更新中。

2-2) 動画コンテンツの提供（田沼・高倉・小林）【資料9】

がんのリハビリテーション診療に関する動画コンテンツを提供、公開講座を随時開催する。CAREER（がんのリハビリテーション研修）は標準的な内容なので、それとの差別化（診療の工夫、地域・在宅スタッフ向けなど）をする。

【進捗状況】

23年度の動画のテーマは「骨転移」に決定し、上野順也先生（国立がん研究センター東病院リハビリテーション科、理学療法士）に講師を依頼、①がんのリハビリテーション診療一ちょっと困ったときにみるヒントー骨転移 基本の『き』、②骨転移 大腿骨編のスライド、音声入り動画が完成、班員の校閲、修正を経て、24年3月末に完成し、ホームページへ公開された。

24年度は、③骨転移 脊椎編をテーマとし、スライドが完成、今後、音声収録を行い公開予定。

25年度は、悪液質をテーマとし、立松典篤先生（名古屋大学）に講師を依頼済みであり、制作予定。

3) CARDS を患者や医療従事者に分かりやすい形で公開し（例：プレスリリース、ホームページ、メール配信、講演会開催等）、CARDS を活用したシームレスながんリハの提供体制を提案する。また、がん診療連携拠点病院、地域医療施設、通所・訪問リハ施設等で実際に活用してもらい、パブリックコメントを収集し改訂作業を進める（担当：辻・酒井・田沼・高倉・井上・小林・櫻井・杉森・阿部・栗原）。班研究終了後は、がんのリハビリテーション研修運営委員会の活動の一環として、コンソーシアムはCARDS を活用したシームレスながんリハの提供体制の整備を継続する。

R5（23）年：スコーピングレビュー、段階的なりハビリテーションレベル定義、アルゴリズム試案

Delphi 法実施に向けて、研究計画・倫理委員会申請

R6（24）年：エキスパートパネルでの Delphi 法で合意形成→アルゴリズム完成

R7（25）年：試験的に活用→パブコメ→最終版完成→普及啓発

【進捗状況】【資料 10】

23 年度は、コアチーム（リーダー：土方奈奈子、立松典篤、西山菜々子、小島一宏）により、スコアピングレビュー作成、段階的なりハビリテーションレベルの定義、アルゴリズムの試案を作成した。その後、ノミナルメンバー（専門家のステークホルダーからなる学際的なチーム）によるノミナルメンバー会議を 3 回開催し、メンバーからの意見を集約し修正案作成を繰り返し（反復合意形成プロセス）、段階的なりハビリテーションレベルの定義およびアルゴリズムについて合意形成がなされた。ノミナルメンバーは以下のとおり（敬称略）

（研究分担者・協力者）	酒井、幸田、田沼、宮越、井上、早坂、櫻井、杉森、阿部、栗原
（外部有識者）	勝島詩恵（関西医科大学呼吸器腫瘍内科学講座）：がん治療医 広瀬真奈美（一般社団法人がんサーフィットネス理事長）：患者団体代表

24 年 3 月から、デルファイ法実施に向けた準備（コアメンバーでアンケート作成→確定、Web フォーム作成、倫理申請書類作成→申請）を実施し、慶應義塾大学医学部倫理委員会へ研究の審査を申請、2024 年 8 月 26 日に承認された。

STEP1 として、CARDS アルゴリズムの合意形成を目的に、アンケート 1 回目を 24 年 9 月 9 日～10 月 10 日の期間で実施した（WEB アンケート、アンケート対象者は 100 名、がんリハビリテーションに関係するコンソーシアムメンバーおよび外部有識者）、83 名から回答を得た（回答率 83%）。模擬症例を 2 例提示し、CARDS アルゴリズム有無で正答率を比較、AIM 日本語版を使用して CARDS 受容性を評価、結果、合意形成が得られたため、2 回目は実施せず STEP1 を終了した。

Step 2 として、CARDS アルゴリズム普及に向けた実装戦略の合意形成を目的に、1 回目のアンケート（がんリハの障壁に関する調査）、2 回目のアンケート（CARDS を活用したがんリハの提供に向けた実装戦略に関する調査）を実施、有効とされた 35 項目の実装戦略に関して、3 回目のアンケート（重要性・費用に関する調査）を現在、実施中である。

25 年度には、アンケート結果を分析し、学会発表、論文作成を行うとともに、社会実装に向けた取り組みを実施する。

医療者向け・患者向けの CARDS の解説マニュアル・パンフレットの作成、将来的にはアプリ開発へ。利用者へのアンケート調査（コンソーシアム団体の会員対象）、協力病院で実臨床での使い勝手のフィードバックも検討。

4) 日本リハビリテーション医学会（JARM）と協働で、がんのリハビリテーション診療ガイドライン第 3 版の策定を行い、レビュー内容をガイドラインへ反映させる（R7 年まで）（宮越、酒井、幸田、田沼、井上、立松、西山、小島）。

R5（23）年：一次・二次スクリーニング→エビデンス総体
R6（24）年：システマティックレビュー完成→推奨レベル・エビデンスの確実性ドラフト版完成
R7（25）年：エキスパートパネルでの投票→パブコメ
R8（26）年：最終版完成、出版・公開、がん治療学会審査
R9（27）年：以降 英語版総説、一般向けガイドの作成、ベストプラクティス策定

【進捗状況】

23 年度には、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内に、がんのリハビリテーション診療ガイドライン改訂委員会を設立（委員長：宮越委員、副委員長：辻委員）、スコープ、Clinical

Question (CQ) が作成された。

24 年度には、24 年 4 月に日本医学図書館協会に文献検索式の作成と文献リストの依頼を行い 9 月に納品された。出版社は入札の結果、「診断と治療社」に決定した。

24 年 11 月 21 日に第 3 回委員会が開催され、一次、二次スクリーニングを各 CQ 担当から報告、その後、CQ ごとの採用文献数と、SR シートの作成作業中。2025 年 2 月 7 日に第 4 回委員会が開催され、その進捗状況が報告された。引き続き、SR シートの作成作業継続し、25 年 3 月に完成予定。

25 年度には、推奨文草案を完成、投票を実施し、推奨グレード確定、パブコメの予定。

■リンパ浮腫

・R7 (2025) 年：各地域における診療ネットワーク情報の公開

5) ホームページを作成し活動状況を報告、リンパ浮腫診療に関する動画コンテンツを提供、公開講座を随時開催する (R7 年まで) (担当：辻・田沼・高倉・小林)。

5-1) ホームページの作成・更新 (辻)

【進捗状況】

ホームページは随時更新中。

5-2) 動画コンテンツの提供 (田沼・高倉・小林毅) 【資料 9】

リンパ浮腫診療に関する動画コンテンツを提供、公開講座を随時開催する。LEARN は標準的な内容なので、それとの差別化 (診療の工夫、地域・在宅スタッフ向けなど) をする。

前提として考慮すべきこと：「複合的治療」ごとに「診療上の工夫」をイメージした内容とする。弾性着衣の工夫 多層包帯法の工夫 圧迫下の運動療法の工夫 手動的リンパドレナージの工夫 患肢のスキンケアの工夫 体重管理指導の工夫 その他のセルフケア指導の工夫、といった内容で、例えば、「このようなときには、このようにしている」と説明。

2023 年度：リンパ浮腫協力団体の担当者へ「科研の動画作成協力の依頼」したところ、7 団体から協力の申し出があった。その後、担当者と具体的なテーマ・講師や内容についてヒアリングを行い、講師を選定した。最初の動画として、「蜂窩織炎」をテーマに動画を作成し (担当は吉澤いづみ委員、山本優一委員、三宅一正 研究協力者)、内容のチェックを実施した。

2024 年度：引き続き、内容のチェック、推敲作業終了次第、動画として公開予定。

2025 年度：「在宅でのリンパ浮腫の自己管理方法」、「高齢者のリンパ浮腫ケア」を新たにテーマとし、音声入り動画を作成する予定である。

6) 診療ネットワーク情報を患者や医療従事者に分かりやすい形で公開する (担当：辻・田沼・秋田・高倉・小林・増島)。

班研究終了後は、リンパ浮腫研修運営委員会の活動の一環として、コンソーシアムは情報の更新や普及啓発活動を継続する。

6-1) がん診療連携拠点病院・リンパ浮腫診療施設へのアンケート (秋田・増島)

【進捗状況】

- ・ 23 年 9 月 5 日：千葉大学倫理委員会申請・承認。
- ・ 23 年 11 月～12 月：がん拠点病院および関連学会へ実態調査のアンケート (Web フォーム) 依頼。
- ・ 24 年 3 月末までに LPC で基本データセット作成。

- ・ 24 年 5 月末までに基本的なデータの整理。
- ・ 24 年 5 月 13 日（月）コアメンバー会議
出席者：秋田、増島、辻、田崎（研究協力者）、辻本（研究協力者）、LPC 事務局
調査結果の統計解析について打ち合わせを実施。
- ・ 24 年 7 月 27 日（土）班会議で経過を発表
箕浦先生からコメント：がん拠点病院とがん拠点でない病院との差異について比較検討を。
- ・ 24 年 10 月 26 日（土）班会議で経過を発表
公衆衛生の専門家に解析方法を相談しつつ、論文化を進めると秋田委員から報告。
- ・ 25 年 2 月：英文原著論文のドラフト完成（秋田委員・増島委員）。
増島委員：保存治療（リンパ浮腫複合的治療）に関して、各地域や機関のカテゴリ（高度がん専門医療機関、がん診療連携拠点病院、一般病院、クリニック等）の分布別の解析。
秋田委員：手術に関して、日本形成外科学会 national clinical data base(NCD)活用し各地域や機関のカテゴリ（高度がん専門医療機関、がん診療連携拠点病院、一般病院、クリニック等）の分布別解析。
- ・ 25 年 3 月：論文投稿、アクセプトされ次第、リンパ浮腫診療マップを公開する予定。

6-2)リンパ浮腫診療マップの作成【資料 11】

【進捗状況】

- 24 年度は、LPC にて診療マップの検索システムの制作作業を実施し、プロトタイプが完成した。
- ・ 24 年 7 月 2 日）コアメンバー会議
出席者：秋田、増島、辻、LPC 事務局
リンパ浮腫診療マップを公開するためのホームページ案の検討。
- ・ 24 年 7 月 16 日 リンパ浮腫ネットワークジャパンと LPC 事務局との会議
出席者：岩澤玉青（リンパ浮腫ネットワークジャパン）、LPC 事務局
リンパ浮腫ネットワークジャパン（リンネット）でもリンパ浮腫治療の実態リスト作成を開始し始めていたため、協働で取り組みを検討することとなった。
- ・ 24 年 9 月 18 日 リンパ浮腫ネットワークジャパンとの会議
出席者：岩澤（リンネット）、秋田、増島、辻、LPC 事務局
- ・ 25 年 1 月 27 日～2 月 14 日 掲載確認作業期間
- ・ 24 年 3 月 23 年の実態調査でホームページ公開可と回答得た施設に、その後 2 年経過しているため、掲載確認作業を実施した。対象 248 件中、承認する 187 件、承認しない 20 件、連絡先不明 6 件（うち、メール不達 4 件、担当者退職引継ぎ不明 2 件）、未回答 35 件であった。未回答の施設には再度連絡し回答を促す予定。

（承認しない理由の例）

- 掲載していただけるほどの力量がない。 ■来年度から非常勤医師のみとなり、対応が難しくなるため。"
- 担当看護師が退職予定であり、リンパ浮腫治療は縮小もしくは終了を検討しているため"
- リンパ浮腫外来の存続が微妙であるため ■当院通院患者のみの対応しか行っていないため
- 現在リンパマッサージしかやっておらず予約がとりにくい状態となっているため■当院で手術した患者のみに限定
- がんセンターの患者のみの対応をしており外部からの依頼は受けていないため問い合わせがあってお受けられない
- 院内人事異動のため方針変更 ■当院患者だけで手一杯 ■新患を受け付けるマンパワーが不足してきた
- 形成外科を閉じるため" ■今後はヒロシマ平松病院を主として海外を含めた多症例の外科治療継続いたします

■患者数が増加しても対応できる体制が整っていない ■他施設への公開はしていないため
■主に当院通院中の患者を受け入れ ■原則は当院係り付け患者のみの対応としているため
■掲載をする場合は当院院長宛に文章が欲しいと言われたため ■院内患者以外に対応していないため
■セラピストが急逝されリンパ浮腫外来を一旦休止 ■看護部の補充の熱意は感じられないためそのまま閉鎖する。

25年度は、ネットワーク情報を患者や医療従事者に分かりやすい形で研究班のHP上で公開する予定。
将来的には、がん情報サービスや患者会HP系サイトへのリンクも検討する。

班研究終了後は、コンソーシアムの事業として、診療マップの参加施設の拡大やコンテンツの充実を図り、情報の更新や普及啓発活動の継続を目指す。

【次回班会議（25年7月26日）までのタスクまとめ】

- 1) がんのリハビリテーション診療・リンパ浮腫診療ネットワークコンソーシアム：
懇談会、研修会開催に向けた準備（辻）。
- 2) ホームページ：更新作業を随時実施（辻）。
- 3) 動画コンテンツ：25年度の動画制作継続（田沼・高倉・小林）。
- 4) CARDS：CARDSの解説マニュアル・パンフレットの作成、英文論文作成・投稿・アクセプトされ次第、ホームページ上で公開。CARDSの使い勝手についてアンケート調査実施に向けた準備（コアチーム：土方、伊藤、立松、西山、小島、学際的チーム：酒井、幸田、田沼、宮越、井上、早坂、櫻井、杉森、阿部、栗原）。
- 5) 診療ガイドライン策定：SRシートの作成、推奨文草案の作成継続する（宮越、酒井、幸田、田沼、井上、立松、西山、小島）。
- 6) リンパ浮腫診療の実態調査：英文論文のアクセプトされ次第、全国マップを公開、マップの使い勝手についてアンケート調査実施に向けた準備（秋田、増島、保田）

2024年度班会議スケジュール（がんリハビリテーション・リンパ浮腫部門合同）

- 第1回（本日）2025年4月19日（土）15時～16時15分 オンライン会議（Zoom）
第2回（確定）2025年7月26日（土）15時～16時15分 オンライン会議（Zoom）
第3回（確定）2025年10月4日（土）14時～15時15分 オンライン会議（Zoom）
第4回（未定）2026年2月頃（土） オンライン会議（Zoom）

がんリハビリテーション・リンパ浮腫診療ネットワークコンソーシアム 2024年度第1回総会

2024年4月10日（木）～4月21日（月）形式：メール審議（進行中）

がんリハビリテーション・リンパ浮腫診療ネットワークコンソーシアム 2024年度第2回総会（案）

2025年11月1日（土）14:00～15:30 形式：オンライン会議

がんリハビリテーション・リンパ浮腫診療ネットワークコンソーシアム加盟会員懇談会（案）

第2回コンソーシアム加盟会員懇談会 形式：オンライン形式

2025年4月26日（土）15:00～16:40 リンパ浮腫分野

第3回コンソーシアム加盟会員懇談会

2025年7月5日（土）15:00～16:40 がんリハ分野 形式：オンライン形式

第4回コンソーシアム加盟会員懇談会（新たな加盟会員が増えた場合開催）

2025年10月11日（土）15:00～16:40 テーマ未定 形式：オンライン形式

がんのリハビリテーション、およびリンパ浮腫診療の一層の推進に資する研究 研修会（案）

2025年9月20日（土） 場所：オンライン研修会

**令和7年度（2025年度）厚生労働科学研究費補助金 がん政策研究事業
がんのリハビリテーション、およびリンパ浮腫診療の一層の推進に資する研究
第2回班会議 議事録**

日時 2025年7月26日（土）15時～15時38分 **会場** オンライン会議（Zoom）

出席者 （敬称略、順不同）

〔研究責任者・分担者〕9名

辻哲也 小林毅 酒井良忠 阿部恭子 櫻井卓郎 高倉保幸 秋田新介 増島麻里子 栗原美穂

〔研究協力者〕

がんのリハビリテーション研修運営委員会委員3名

小島一宏 佐藤菜保子 島崎寛将

リンパ浮腫研修運営委員会委員9名

宇津木久仁子 土岐めぐみ 田尻寿子 小川佳宏 古川洋志 吉澤いつみ 井沢知子 北村薫 末廣晃太郎

その他4名

熊谷靖代 杉原進介 田崎牧子 辻本あかね

〔厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課〕2名

箕浦祐子 川口美度理

〔事務局〕（ライフプランニングセンター：LPC）4名

平野真澄 今田麻利亜 中村知言 綱澤淳子

内容

1. 25年度第1回班会議議事録【資料1】

2. 研究全体の目的

がん患者では治療や病状の進行に伴い生活機能に障害を来し生活の質が低下することから、リハビリテーションの重要性が指摘されている。がんリハビリテーションの均てん化のためにはリハを提供する側の資質の向上が必要であることから、H30年～R3年度に「厚労科研補助金（がん対策）がんリハビリテーションの均てん化に資する効果的な研修プログラムの策定のための研究」が実施され、医療従事者が研修を受講できる体制の構築や研修プログラムの策定が行われ体制整備を進めてきた。一方、がん診療連携拠点病院等の医療機関や外来、在宅医療等においても実施できる体制の構築が求められている。

また、がん治療後に生じるリンパ浮腫については、がんリハビリテーションの一環として上述の研究班において医療従事者の資質の向上のための研修体制やプログラムの整備がなされてきたが、実際に診療を行っている全国の医療機関に関する情報へのアクセスに課題があることが指摘されている。

本研究では、様々な診療の場面においてがんリハビリテーションを適切に提供するためのアルゴリズムに基づいた判断支援ツール（Cancer Rehabilitation in Decision Support Algorithm: CARDS）を開発、がん診療連携拠点病院等で有効性を検証し、普及させる体制を提案することを目的とする。

また、全国のリンパ浮腫診療について、実態の把握と各地域における診療ネットワークの構築および診療ネットワーク情報をわかりやすい形で公開することを目的とする。

3. 3年間の目標

■がんリハビリテーション

- ・令和5年：がんリハビリテーション提供のための判断支援ツール（CARDS）の開発
- ・令和6年：がんリハビリテーション提供のための判断支援ツール（CARDS）の有効性を検証
- ・令和7年：がんリハビリテーション提供のための判断支援ツール（CARDS）の普及体制の提案

■リンパ浮腫

- ・令和5年：全国のリンパ浮腫の診療体制について実態調査を実施
- ・令和6年：地域における診療ネットワークを構築
- ・令和7年：地域における診療ネットワーク情報を公開

4. 流れ図



5. 各年度の計画・方法

■がんリハビリテーション

- ・R5（2023）年：がんリハ提供のためのアルゴリズムに基づいた判断支援ツール(CARDS)の開発

学協会推薦の委員から構成された（厚労省後援）がんのリハビリテーション研修運営委員会、地域医療関連団体、患者団体が連携して、がんのリハビリテーション診療ネットワークコンソーシアムを組織する。ホームページを作成し活動状況を報告、がんリハビリテーション治療レベル別の動画コンテンツを提供し公開講座を随時開催する（R7年まで）（担当：辻・田沼・高倉・小林）。

システムティックレビューを実施し、リハ治療レベル（専門的／一般的監督下～地域密着監督下／非監

督下)の定義とレベル別の特性(安全性と有効性)を作成し、層別化されたアルゴリズムを構築し CARDS を完成させる(担当:辻・酒井・田沼・高倉・井上・小林・櫻井・杉森・阿部・栗原)。

また、日本リハビリテーション医学会と協働で、がんのリハビリテーション診療ガイドライン第3版の策定を行い、レビュー内容をガイドラインへ反映させる(R7年まで)(担当:辻・酒井・田沼・井上)。

・R6(2024)年:がんリハ提供のための判断支援ツール(CARDS)の有効性を検証

CARDSの有効性を、多職種のがんリハ専門家が参加するデルファイ法により検証する。デルファイ法では、1)症例検討によるツールの使いやすさと受容性評価、2)ユーザー・プラットフォーム・社会実装の戦略に関する質問を実施する。統計解析には生物統計専門家の支援を受ける(担当:辻・酒井・田沼・高倉・井上・小林・櫻井・杉森・阿部・栗原)。

・R7(2025)年:判断支援ツール(CARDS)を活用したシームレスながんリハの提供体制の提案

CARDSを患者や医療従事者に分かりやすい形で公開し(例:プレスリリース、ホームページ、メール配信、講演会開催等)、CARDsを活用したシームレスながんリハの提供体制を提案する。また、がん診療連携拠点病院、地域医療施設、通所・訪問リハ施設等で実際に活用してもらい、パブリックコメントを収集し改訂作業を進める(担当:辻・酒井・田沼・高倉・井上・小林・櫻井・杉森・阿部・栗原)。

班研究終了後は、がんのリハビリテーション研修運営委員会の活動の一環として、コンソーシアムはCARDsを活用したシームレスながんリハの提供体制の整備を継続する。

■リンパ浮腫

・R5(2023)年:全国のリンパ浮腫診療について実態調査を実施

学協会推薦の委員から構成された(厚労省後援)リンパ浮腫研修運営委員会、研修協力養成校、患者団体が連携して、リンパ浮腫診療ネットワークコンソーシアムを組織する。ホームページを作成し活動状況を報告、リンパ浮腫診療に関する動画コンテンツを提供、公開講座を随時開催する(R7年まで)(担当:辻・田沼・高倉・小林)。

全国のリンパ浮腫診療を実施している医療機関の実態調査を実施する。調査方法は、学協会の会員からの情報収集、がん診療連携拠点病院へのアンケート調査等を実施、集計したデータを解析し日本のリンパ浮腫診療の現状を把握する(担当:辻・秋田・保田・増島)。

・R6(2024)年:各地域における診療ネットワークを構築

実態調査の結果をもとに、コンソーシアムが各地域におけるリンパ浮腫診療のあり方を検討し、重症者の入院診療から中等度から軽症者の外来診療、蜂窩織炎など緊急時対応先、地域医療や介護保険サービスの提供まで、リンパ浮腫診療の各地域の実情にあわせた診療ネットワークを構築する(担当:辻・田沼・秋田・保田・高倉・小林・増島)。

・R7(2025)年:各地域における診療ネットワーク情報の公開

診療ネットワーク情報を患者や医療従事者に分かりやすい形で公開する(担当:辻・田沼・秋田・高倉・小林・増島)。

班研究終了後は、リンパ浮腫研修運営委員会の活動の一環として、コンソーシアムは情報の更新や普及啓発活動を継続する。

6. R5年、R6年の研究成果について

がんリハビリテーション、リンパ浮腫ともに計画通りに進んでいる。

R5 年度には、がんリハビリテーション・リンパ浮腫診療関連学協会、患者団体から推薦された委員で構成される「リンパ浮腫・がんリハビリテーション診療ネットワークコンソーシアム」を設立した。R5 年 9 月に Web 形式で研修会を開催し 424 名が参加した（事前登録 584 名）。

R6 年度には 2 回の総会を開催し、医療機関と施設のスタッフが交流できるプラットフォームとしての機能を確立した。R6 年 10 月には Web 形式で研修会を開催し 400 名が参加した（事前登録 555 名）。

また、研究班ホームページでは、研修会のアーカイブ配信に加え、在宅がんリハビリテーションに関する新規動画コンテンツを作成・配信している。

がんリハビリテーションに関しては、がんリハビリテーション治療レベル別の判断支援ツール (CARDS)の開発を進めている。R5 年度には、コアメンバーにより、システマティックレビューを実施、リハビリテーション治療レベルの定義とレベル別の特性を策定、層別化されたアルゴリズム (CARDS) の試案を作成した。専門家十数名によるノミナルメンバー会議を経て最終案が完成した。R6 年度は、がん診療やリハビリテーション関係者約 100 名を対象にデルファイ法により CARDS の有効性を検証した。

がんのリハビリテーション診療ガイドラインについては、R5 年度に策定委員会を組織し、がん種別のシステマティックレビューチームを編成して Clinical Question を作成した。R6 年度には検索式を作成し、現在 1 次、2 次スクリーニングを実施し、エビデンステーブルとシステマティックレビューの作成を継続中である。

リンパ浮腫に関しては、R5 年度に全国のリンパ浮腫診療実態調査のためのアンケート調査票を作成した。倫理委員会の承認を得た後、全国がん診療連携拠点病院とリンパ浮腫関連学会会員を対象に Web フォームによる調査を実施した。R6 年度は収集データの解析と論文化を行い投稿中である。平行して、全国リンパ浮腫診療ネットワークのホームページでの公開準備を進めている。

9. R7 年度の研究計画と進捗について

■共通課題

1) 学協会推薦の委員から構成された（厚労省後援）がんのリハビリテーション研修運営委員会、地域医療関連団体、リンパ浮腫研修協力団体、患者団体が連携して、がんのリハビリテーション・リンパ浮腫診療ネットワークコンソーシアムを組織する（担当：辻）。

コンソーシアムは、がんリハビリテーションやリンパ浮腫診療に関わるすべての団体（研修協力団体・地域関連団体、患者団体）が集まり、取り組み状況や現状の課題を共有し、協働して様々なプロジェクトに取り組むためのプラットフォームとしての位置づけである【資料 2】【資料 3】。

103 名 53 団体

【進捗状況】

1. コンソーシアム総会【資料 4】

第 1 回総会 日時：2025 年 4 月 10 日（木）～4 月 21 日（月） 形式：メール審議（終了）

第 1 議案 2024 年度事業報告【総会資料 1】

第 2 議案（審議事項） 2025 年度事業計画【総会資料 2】【総会資料 3】

第 3 議案 新規加盟団体のご報告【総会資料 4】

第 2 回総会（案） 日時：2025 年 11 月 1 日（土）14:00～15:30 形式：オンライン会議（予定）

今後のネットワークコンソーシアムの活動方針について

2. コンソーシアム企画委員会

第1回 2025年4月3日～8日 形式：メール審議（終了）

審議1. 新規加盟団体について

審議2. 2025年度第1回総会資料について

第2回 2025年9月頃 形式：オンライン会議（予定）

3. 研究協力

- ・がんリハ提供のための判断支援ツール（CARDS）の有効性検証のための協力
- ・各地域におけるリンパ浮腫診療ネットワークを構築する上での協力

4. 研修会【資料5】

2025年9月20日(土) 形式：オンライン研修会（予定）

5. コンソーシアム加盟会員懇談会【資料6-1, 6-2】

1) 第2回コンソーシアム加盟会員懇談会 形式：オンライン形式（終了）

2025年4月26日（土）15:00～16:40 リンパ浮腫分野

参加者 52 名（30 団体参加）

リンパ浮腫診療やケアに携わる団体の紹介と「リンパ浮腫診療」の現状と課題について発表。

その後、「コンソーシアムが何をすべきか？何ができるか？ 具体的な事業計画の提案」について、参加者全員で意見交換。

■各関連団体の現状と取り組み

- ・婦人科腫瘍学会：センチネルリンパ節生検の適応が限られており（子宮がんでは加算なし）、診療の標準化が課題。
- ・乳癌学会：手術の縮小傾向に伴いリンパ浮腫のリスクは減少傾向にあるが、診断やケアの担い手が不明確。
- ・リンパ学会：基礎研究を重視し、診療科横断的な解決策を模索中。
- ・リンパ浮腫治療学会：市民向け活動も実施。
- ・リンパ浮腫学会：診療体制や医療者のばらつき、施設間連携の弱さが課題。PPI（患者・市民参画）や人材育成にも取り組み。
- ・訪問看護財団：在宅領域でのリンパ浮腫ケア人材の把握と、実態の可視化・情報共有を重視。

■共通の課題と提案

- ・診療報酬・制度面の整備：報酬新設への働きかけやセラピスト養成費用の明確化が必要。
- ・情報の可視化・共有：ケア提供施設の地図（マップ）整備と更新体制、活用方法の工夫。
- ・人材育成と継続教育：医師の意識改革やフォローアップ研修の必要性。
- ・組織間連携の強化：診療科・学会・在宅との横断的なつながりの構築。

■コンソーシアムへの期待

- ・各団体の情報・活動のハブとしてのプラットフォーム機能。
- ・学術集会や広報活動の共同企画。
- ・人材育成、教育体制の構築。
- ・施設間連携の促進や診療体制の質の担保。

2) 第3回コンソーシアム加盟会員懇談会 形式：オンライン形式（終了）

2025 年 7 月 5 日（土）15:00～16:40 がんリハ分野・リンパ浮腫分野 形式：オンライン形式
参加者 47 名（32 団体参加）

■各関連団体の現状と取り組み

- ・日本静脈学会：弾性ストッキング・圧迫療法コンダクターの養成。がん関連 DVT やリンパ浮腫患者の静脈疾患合併の評価・画像診断に注力。
- ・日本リハビリテーション医学会：複合的治療の診療報酬点数に課題。診療科が分かれ、担当の明確化が困難。専門医不足、卒後教育や研究の乏しさ
- ・日本地域理学療法学会：関連学会との連携強化。地域に根ざした研究活動の促進
- ・日本がん・リンパ浮腫理学療法学会：就労支援や外来がんリハビリなどアンメットニーズへの対応。オンライン運動指導（YouTube 等）。がんサバイバーの身体活動と症状の関係を研究
- ・日本理学療法士協会：CAREER 研修やリンパ浮腫研修を実施。修了者の地域偏在、活動の場不足が課題。一次～三次予防を含めた幅広い取り組み
- ・日本作業療法士協会：CAREER 内でがん・リンパ浮腫研修を実施。がん拠点病院に OT が配置されていない実態。人材育成と配置の強化が必要
- ・日本言語聴覚士協会：知識・経験の不足。卒前・卒後教育の整備に課題
- ・日本がんサポーターブケア学会：患者・家族向けの情報発信と普及啓発。「自分らしく生きる」ための支援。
- ・日本医療ソーシャルワーカー協会：若年がん患者の通院困難。リンパ浮腫情報の不足と施術の質の可視化が必要。スタッフ異動による情報更新の遅れ。

■共通の課題と提案

- ・教育と人材育成：卒前・卒後教育が不十分。研修修了者の地域偏在と配置の不均衡。診療中断の要因として人事異動も影響
- ・診療体制・制度面の整備：診療報酬制度が複合的治療に対応していない。リンパ浮腫診療を担う診療科の明確化が困難。施術の質の担保が難しく、無資格施術（エステ等）への流入も懸念。
- ・情報の可視化と共有：施設や人材、研修修了者などの情報の整理と公開が不十分。施設マップの整備・更新と活用方法の工夫が必要。
- ・横の連携の強化：学会間、職種間、病院・在宅間、地域施設間の連携不足。他団体の活動を知ることから始め、少数からの段階的な連携が現実的。

■コンソーシアムへの期待

- ・橋渡し・プラットフォーム機能の強化。
- ・団体間の情報共有・連携促進のハブとして機能。
- ・学会や地域施設間の架け橋となる役割。

3) 第 4 回コンソーシアム加盟会員懇談会 形式：オンライン形式（予定）

2025 年 10 月 11 日（土）15:00～16:40 テーマ未定 形式：オンライン形式

■がんリハビリテーション

- ・R7（2025）年：判断支援ツール(CARDS)を活用したシームレスながんリハビリテーション提供体制の提案

2) ホームページを作成し活動状況を報告、がんリハ治療レベル別の動画コンテンツを提供し公開講座を随時開催する（R7 年まで）（担当：辻・田沼・高倉・小林）。

2-1) ホームページの作成・更新（辻）

【進捗状況】

ホームページは随時更新中。

2-2) 動画コンテンツの提供（田沼・高倉・小林）【資料 7】

がんのリハビリテーション診療に関する動画コンテンツを提供、公開講座を随時開催する。CAREER（がんのリハビリテーション研修）は標準的な内容なので、それとの差別化（診療の工夫、地域・在宅スタッフ向けなど）をする。

【進捗状況】

23 年度の動画のテーマは「骨転移」に決定し、上野順也先生（国立がん研究センター東病院リハビリテーション科、理学療法士）に講師を依頼、①がんのリハビリテーション診療一ちょっと困ったときにみるヒントー骨転移 基本の『き』、②骨転移 大腿骨編のスライド、音声入り動画が完成、班員の校閲、修正を経て、24 年 3 月末に完成し、ホームページへ公開された。

24 年度は、③骨転移 脊椎編をテーマとし、静岡がんセンターリハビリテーション科に依頼、スライドが完成、音声収録を行い公開予定。

25 年度は、悪液質をテーマとし、立松典篤先生（名古屋大学）に講師を依頼済みであり、制作中。

今後、事務局と連絡とりあい、本年度中にホームページ上での公開まで進める予定。

3) CARDS を患者や医療従事者に分かりやすい形で公開し（例：プレスリリース、ホームページ、メール配信、講演会開催等）、CARDS を活用したシームレスながんリハの提供体制を提案する。また、がん診療連携拠点病院、地域医療施設、通所・訪問リハ施設等で実際に活用してもらい、パブリックコメントを収集し改訂作業を進める（担当：辻・酒井・田沼・高倉・井上・小林・櫻井・杉森・阿部・栗原）。班研究終了後は、がんのリハビリテーション研修運営委員会の活動の一環として、コンソーシアムは CARDS を活用したシームレスながんリハの提供体制の整備を継続する。

R 5（23）年：スコーピングレビュー、段階的なリハビリテーションレベル定義、アルゴリズム試案 Delphi 法実施に向けて、研究計画・倫理委員会申請
R 6（24）年：エキスパートパネルでの Delphi 法で合意形成→アルゴリズム完成
R 7（25）年：試験的に活用→パブコメ→最終版完成→普及啓発

【進捗状況】

23 年度は、コアチーム（リーダー：土方奈奈子、立松典篤、西山菜々子、小島一宏）により、スコーピングレビュー作成、段階的なリハビリテーションレベルの定義、アルゴリズムの試案を作成した。その後、ノミナルメンバー（専門家のステークホルダーからなる学際的なチーム）によるノミナルメンバー会議を 3 回開催し、メンバーからの意見を集約し修正案作成を繰り返し（反復合意形成プロセス）、段階的なリハビリテーションレベルの定義およびアルゴリズムについて合意形成がなされた。ノミナルメンバーは以下のとおり（敬称略）

（研究分担者・協力者）	酒井、幸田、田沼、宮越、井上、早坂、櫻井、杉森、阿部、栗原
（外部有識者）	勝島詩恵（関西医科大学呼吸器腫瘍内科学講座）：がん治療医

広瀬真奈美（一般社団法人キャンサーフィットネス理事長）：患者団体代表

24 年 3 月から、デルファイ法実施に向けた準備（コアメンバーでアンケート作成→確定、Web フォーム作成、倫理申請書類作成→申請）を実施し、慶應義塾大学医学部倫理委員会へ研究の審査を申請、2024 年 8 月 26 日に承認された。

STEP1 として、CARDS アルゴリズムの合意形成を目的に、アンケート 1 回目を 24 年 9 月 9 日～10 月 10 日の期間で実施した（WEB アンケート、アンケート対象者は 100 名、がんリハビリテーションに関係するコンソーシアムメンバーおよび外部有識者）、83 名から回答を得た（回答率 83%）。模擬症例を 2 例提示し、CARDS アルゴリズム有無で正答率を比較、AIM 日本語版を使用して CARDS 受容性を評価、結果、合意形成が得られたため、2 回目は実施せず STEP1 を終了した。

Step 2 として、CARDS アルゴリズム普及に向けた実装戦略の合意形成を目的に、1 回目のアンケート（がんリハの障壁に関する調査）、2 回目のアンケート（CARDS を活用したがんリハの提供に向けた実装戦略に関する調査）を実施、有効とされた 35 項目の実装戦略に関して、3 回目のアンケート（重要性・費用に関する調査）を終了した。

25 年度には、アンケート結果を分析し、学会発表、論文作成を行うとともに、社会実装に向けた取り組みを実施している。

- ・第 9 回日本リハビリテーション医学会秋季学術集会（期日：2025 年 10 月 23 日～25 日、開催地：北海道旭川市）で発表予定。
- ・英文論文作成中（デルファイ法による合意形成、がんリハビリテーションの障壁・解決策）。
- ・医療者向け、一般向けのパンフレット・マニュアル製作（医療系コンテンツ制作会社へ委託）。→将来的にはアプリ開発も。
- ・利用者へのアンケート調査（コンソーシアム団体の会員対象）は年度後半に予定。

4) 日本リハビリテーション医学会（JARM）と協働で、がんのリハビリテーション診療ガイドライン第 3 版の策定を行い、レビュー内容をガイドラインへ反映させる（R7 年まで）（宮越、酒井、幸田、田沼、井上、立松、西山、小島）。

- R5（23）年：一次・二次スクリーニング→エビデンス総体
- R6（24）年：システマティックレビュー完成→推奨レベル・エビデンスの確実性ドラフト版完成
- R7（25）年：エキスパートパネルでの投票→パブコメ
- R8（26）年：最終版完成、出版・公開、がん治療学会審査
- R9（27）年：以降 英語版総説、一般向けガイドの作成、ベストプラクティス策定

【進捗状況】

23 年度には、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内に、がんのリハビリテーション診療ガイドライン改訂委員会を設立（委員長：宮越委員、副委員長：辻委員）、スコープ、Clinical Question（CQ）が作成された。

24 年度には、24 年 4 月に日本医学図書館協会に文献検索式の作成と文献リストの依頼を行い 9 月に納品された。出版社は入札の結果、「診断と治療社」に決定した。

24 年 11 月 21 日に第 3 回委員会が開催され、一次、二次スクリーニングを各 CQ 担当から報告、その後、CQ ごとの採用文献数と、SR シートの作成作業中。2025 年 2 月 7 日に第 4 回委員会が開催され、その進捗状況が報告された。引き続き、SR シートの作成作業継続。

25 年度には、SR シートの作成作業、推奨文草案を完成、投票を実施し、推奨グレード確定、パブリックコメントの予定。

- ・ SR シートの作成、推奨文草案はほぼ終了。
- ・ 投票スケジュールは以下のとおり（当日不参加の委員は収録動画を視聴し後日投票）
 - 2025 年 7 月 31 日：頭頸部・乳・婦人科・血液腫瘍
 - 2025 年 8 月 12 日：肺・消化器・脳腫瘍
 - 2025 年 8 月 15 日：泌尿器・骨軟部腫瘍・進行がん末期

■リンパ浮腫

・ R7（2025）年：各地域における診療ネットワーク情報の公開

5) ホームページを作成し活動状況を報告、リンパ浮腫診療に関する動画コンテンツを提供、公開講座を随時開催する（R7 年まで）（担当：辻・田沼・高倉・小林）。

5-1) ホームページの作成・更新（辻）

【進捗状況】

ホームページは随時更新中。

5-2) 動画コンテンツの提供（田沼・高倉・小林毅）【資料 7】

リンパ浮腫診療に関する動画コンテンツを提供、公開講座を随時開催する。LEARN は標準的な内容なので、それとの差別化（診療の工夫、地域・在宅スタッフ向けなど）をする。

前提として考慮すべきこと：「複合的治療」ごとに「診療上の工夫」をイメージした内容とする。弾性着衣の工夫 多層包帯法の工夫 圧迫下の運動療法の工夫 手動的リンパドレナージの工夫 患肢のスキンケアの工夫 体重管理指導の工夫 その他のセルフケア指導の工夫、といった内容で、例えば、「このようなときには、このようにしている」と説明。

2023 年度：リンパ浮腫協力団体の担当者へ「科研の動画作成協力の依頼」したところ、7 団体から協力の申し出があった。その後、担当者と具体的なテーマ・講師や内容についてヒアリングを行い、講師を選定した。最初の動画として、「蜂窩織炎」をテーマに動画を作成し（担当は吉澤いづみ委員、山本優一委員、三宅一正 研究協力者）、内容のチェックを実施した。

2024 年度：引き続き、内容のチェック、推敲作業終了次第、動画として公開予定。

2025 年度：「在宅でのリンパ浮腫の自己管理方法」、「高齢者のリンパ浮腫ケア」を新たにテーマとし、音声入り動画を作成中。

今後、事務局と連絡とりあい、本年度中にホームページ上での公開まで進める予定。

6) 診療ネットワーク情報を患者や医療従事者に分かりやすい形で公開する（担当：辻・田沼・秋田・高倉・小林・増島）。

班研究終了後は、リンパ浮腫研修運営委員会の活動の一環として、コンソーシアムは情報の更新や普及啓発活動を継続する。

6-1) がん診療連携拠点病院・リンパ浮腫診療施設へのアンケート（秋田・増島）

【進捗状況】

- ・ 23 年 9 月 5 日：千葉大学倫理委員会申請・承認。
- ・ 23 年 11 月～12 月：がん拠点病院および関連学会へ実態調査のアンケート（Web フォーム）依頼。

- ・ 24 年 3 月末までに LPC で基本データセット作成。
- ・ 24 年 5 月末までに基本的なデータの整理。
- ・ 24 年 5 月 13 日（月）コアメンバー会議
出席者：秋田、増島、辻、田崎（研究協力者）、辻本（研究協力者）、LPC 事務局
調査結果の統計解析について打ち合わせを実施。
- ・ 24 年 7 月 27 日（土）班会議で経過を発表
箕浦先生からコメント：がん拠点病院とがん拠点でない病院との差異について比較検討を。
- ・ 24 年 10 月 26 日（土）班会議で経過を発表
公衆衛生の専門家に解析方法を相談しつつ、論文化を進めると秋田委員から報告。
- ・ 25 年 2 月：英文原著論文のドラフト完成（秋田委員・増島委員）。
増島委員：保存治療（リンパ浮腫複合的治療）に関して、各地域や機関のカテゴリ（高度がん専門医療機関、がん診療連携拠点病院、一般病院、クリニック等）の分布別の解析。
秋田委員：手術に関して、日本形成外科学会 national clinical data base(NCD)活用し各地域や機関のカテゴリ（高度がん専門医療機関、がん診療連携拠点病院、一般病院、クリニック等）の分布別解析。
- ・ 25 年 3 月：論文投稿、アクセプトされ次第、リンパ浮腫診療マップを公開する予定。
保存治療に関しては、2025 年 7 月 1 日にアクセプト、7 月 24 日に掲載済み
Masujima M, Akita S, Tazaki M, Tsujimoto A, Katagiri R, Yasuda C, Tsuji T. Regional disparities in lymphedema treatment and access to complex decongestive therapy: a nationwide survey in Japan. Jpn J Clin Oncol. 2025 Jul 24;hyaf120. doi: 10.1093/jjco/hyaf120. Online ahead of print.

6-2) リンパ浮腫診療マップの作成【資料 8】

【進捗状況】

24 年度は、LPC にて診療マップの検索システムの制作作業を実施し、プロトタイプが完成した。

- ・ 24 年 7 月 2 日 コアメンバー会議
出席者：秋田、増島、辻、LPC 事務局
リンパ浮腫診療マップを公開するためのホームページ案の検討。
- ・ 24 年 7 月 16 日 リンパ浮腫ネットワークジャパンと LPC 事務局との会議
出席者：岩澤玉青（リンパ浮腫ネットワークジャパン）、LPC 事務局
リンパ浮腫ネットワークジャパン（リンネット）でもリンパ浮腫治療の実態リスト作成を開始し始めていたため、協働で取り組みを検討することとなった。
- ・ 24 年 9 月 18 日 リンパ浮腫ネットワークジャパンとの会議
出席者：岩澤（リンネット）、秋田、増島、辻、LPC 事務局
- ・ 25 年 1 月 27 日～2 月 14 日 掲載確認作業期間
- ・ 25 年 3 月 23 年の実態調査でホームページ公開可と回答得た施設に、その後 2 年経過しているため、掲載確認作業を実施した。対象 248 件中、承認する 187 件、承認しない 20 件、連絡先不明 6 件（うち、メール不達 4 件、担当者退職引継ぎ不明 2 件）、未回答 35 件であった。未回答の施設には再度連絡し回答を促す予定。

25 年度は、ネットワーク情報を患者や医療従事者に分かりやすい形で研究班の HP 上で公開する予定。将来的には、がん情報サービスや患者会 HP 系サイトへのリンクも検討する。

班研究終了後は、コンソーシアムの事業として、診療マップの参加施設の拡大やコンテンツの充実を図り、情報の更新や普及啓発活動の継続を目指す。

【次回班会議（25 年 10 月 4 日）までのタスクまとめ】

- 1) がんのリハビリテーション診療・リンパ浮腫診療ネットワークコンソーシアム：懇談会、研修会開催に向けた準備（辻）。
- 2) ホームページ：更新作業を随時実施（辻）。
- 3) 動画コンテンツ：25 年度の動画制作継続（田沼・高倉・小林）。
- 4) CARDS：CARDS の解説マニュアル・パンフレットの作成、英文論文作成・投稿・アクセプトされ次第、ホームページ上で公開。CARDS の使い勝手についてアンケート調査実施に向けた準備（コアチーム：土方、伊藤、立松、西山、小島、学際的チーム：酒井、幸田、田沼、宮越、井上、早坂、櫻井、杉森、阿部、栗原）。
- 5) 診療ガイドライン策定：投票終了後は解説文作成を開始する（宮越、酒井、幸田、田沼、井上、立松、西山、小島）。
- 6) リンパ浮腫診療の実態調査：英文論文（保存的治療）はアクセプト済み、英文論文（外科治療）のアクセプトされ次第、全国マップを公開、マップの使い勝手についてアンケート調査実施に向けた準備（秋田、増島、保田）

2024 年度班会議スケジュール（がんリハビリテーション・リンパ浮腫部門合同）

- 第 1 回（終了）2025 年 4 月 19 日（土）15 時～16 時 15 分 オンライン会議（Zoom）
- 第 2 回（本日）2025 年 7 月 26 日（土）15 時～16 時 15 分 オンライン会議（Zoom）
- 第 3 回（確定）2025 年 10 月 4 日（土）14 時～15 時 15 分 オンライン会議（Zoom）
- 第 4 回（未定）2026 年 2 月頃（土）オンライン会議（Zoom）

がんリハビリテーション・リンパ浮腫診療ネットワークコンソーシアム 2024 年度第 1 回総会

2024 年 4 月 10 日（木）～4 月 21 日（月）形式：メール審議（終了）

がんリハビリテーション・リンパ浮腫診療ネットワークコンソーシアム 2024 年度第 2 回総会

2025 年 11 月 1 日（土）14:00～15:30 形式：オンライン会議（予定）

がんリハビリテーション・リンパ浮腫診療ネットワークコンソーシアム加盟会員懇談会

第 2 回コンソーシアム加盟会員懇談会 形式：オンライン形式

2025 年 4 月 26 日（土）15:00～16:40 リンパ浮腫分野（終了）

第 3 回コンソーシアム加盟会員懇談会

2025 年 7 月 5 日（土）15:00～16:40 がんリハ分野 形式：オンライン形式（終了）

第 4 回コンソーシアム加盟会員懇談会

2025 年 10 月 11 日（土）15:00～16:40 テーマ未定 形式：オンライン形式（予定）

がんのリハビリテーション、およびリンパ浮腫診療の一層の推進に資する研究 研修会

2025 年 9 月 20 日（土）場所：オンライン研修会（予定）

**令和 7 年度（2025 年度）厚生労働科学研究費補助金 がん政策研究事業
がんのリハビリテーション、およびリンパ浮腫診療の一層の推進に資する研究
第 3 回班会議 議事録**

日時 2025 年 10 月 4 日（土）14 時～14 時 45 分 **会場** オンライン会議（Zoom）

出席者（敬称略、順不同）

〔研究責任者・分担者〕10名

辻哲也 幸田剣 酒井良忠 櫻井卓郎 杉森紀与 高倉保幸 秋田新介 増島麻里子
栗原美穂 田沼明

〔研究協力者〕

がんのリハビリテーション研修運営委員会委員4名、その他1名

小島一宏 佐藤菜保子 立松典篤 宮越浩一 土方奈奈子

リンパ浮腫研修運営委員会委員13名、その他2名

宇津木久仁子 塗隆志 高西裕子 田尻寿子 小川佳宏 古川洋志 末廣晃太郎 北村薫
杉原進介 奥朋子 岩田博英 菰池佳史 熊谷靖代 田崎牧子 辻本あかね

〔事務局〕（ライフプランニングセンター：LPC）4名

平野真澄 今田麻利亜 中村知言 綱澤淳子

内容

1. 25 年度第 2 回班会議議事録【資料 1】

2. 研究全体の目的

がん患者では治療や病状の進行に伴い生活機能に障害を来し生活の質が低下することから、リハビリテーションの重要性が指摘されている。がんリハビリテーションの均てん化のためにはリハを提供する側の資質の向上が必要であることから、H30 年～R3 年度に「厚労科研補助金（がん対策）がんリハビリテーションの均てん化に資する効果的な研修プログラムの策定のための研究」が実施され、医療従事者が研修を受講できる体制の構築や研修プログラムの策定が行われ体制整備を進めてきた。一方、がん診療連携拠点病院等の医療機関や外来、在宅医療等においても実施できる体制の構築が求められている。

また、がん治療後に生じるリンパ浮腫については、がんリハビリテーションの一環として上述の研究班において医療従事者の資質の向上のための研修体制やプログラムの整備がなされてきたが、実際に診療を行っている全国の医療機関に関する情報へのアクセスに課題があることが指摘されている。

本研究では、様々な診療の場面においてがんリハビリテーションを適切に提供するためのアルゴリズムに基づいた判断支援ツール（Cancer Rehabilitation in Decision Support Algorithm: CARDS）を開発、がん診療連携拠点病院等で有効性を検証し、普及させる体制を提案することを目的とする。

また、全国のリンパ浮腫診療について、実態の把握と各地域における診療ネットワークの構築および診療ネットワーク情報をわかりやすい形で公開することを目的とする。

3. 3 年間の目標

■がんリハビリテーション

・令和 5 年：がんリハビリテーション提供のための判断支援ツール（CARDS）の開発
--

- ・令和6年：がんリハビリテーション提供のための判断支援ツール（CARDS）の有効性を検証
- ・令和7年：がんリハビリテーション提供のための判断支援ツール（CARDS）の普及体制の提案

■リンパ浮腫

- ・令和5年：全国のリンパ浮腫の診療体制について実態調査を実施
- ・令和6年：地域における診療ネットワークを構築
- ・令和7年：地域における診療ネットワーク情報を公開

4. 流れ図



5. 各年度の計画・方法

■がんリハビリテーション

・R5（2023）年：がんリハ提供のためのアルゴリズムに基づいた判断支援ツール(CARDS)の開発

学協会推薦の委員から構成された（厚労省後援）がんのリハビリテーション研修運営委員会、地域医療関連団体、患者団体が連携して、がんのリハビリテーション診療ネットワークコンソーシアムを組織する。ホームページを作成し活動状況を報告、がんリハビリテーション治療レベル別の動画コンテンツを提供し公開講座を随時開催する（R7年まで）（担当：辻・田沼・高倉・小林）。

システムティックレビューを実施し、リハ治療レベル（専門的／一般的監督下～地域密着監督下／非監督下）の定義とレベル別の特性（安全性と有効性）を作成し、層別化されたアルゴリズムを構築し CARDSを完成させる（担当：辻・酒井・田沼・高倉・井上・小林・櫻井・杉森・阿部・栗原）。

また、日本リハビリテーション医学会と協働で、がんのリハビリテーション診療ガイドライン第3版の策定を行い、レビュー内容をガイドラインへ反映させる（R7年まで）（担当：辻・酒井・田沼・井上）。

・R6（2024）年：がんリハ提供のための判断支援ツール(CARDS)の有効性を検証

CARDSの有効性を、多職種のがんリハ専門家が参加するデルファイ法により検証する。デルファイ法では、1) 症例検討によるツールの使いやすさと受容性評価、2) ユーザー・プラットフォーム・社会実装の戦略に関する質問を実施する。統計解析には生物統計専門家の支援を受ける（担当：辻・酒井・田沼・高倉・井上・小林・櫻井・杉森・阿部・栗原）。

・R7（2025）年：判断支援ツール(CARDS)を活用したシームレスながんリハの提供体制の提案

CARDSを患者や医療従事者に分かりやすい形で公開し（例：プレスリリース、ホームページ、メール配信、講演会開催等）、CARDSを活用したシームレスながんリハの提供体制を提案する。また、がん診療連携拠点病院、地域医療施設、通所・訪問リハ施設等で実際に活用してもらい、パブリックコメントを収集し改訂作業を進める（担当：辻・酒井・田沼・高倉・井上・小林・櫻井・杉森・阿部・栗原）。

班研究終了後は、がんのリハビリテーション研修運営委員会の活動の一環として、コンソーシアムはCARDsを活用したシームレスながんリハの提供体制の整備を継続する。

■リンパ浮腫

・R5（2023）年：全国のリンパ浮腫診療について実態調査を実施

学協会推薦の委員から構成された（厚労省後援）リンパ浮腫研修運営委員会、研修協力養成校、患者団体が連携して、リンパ浮腫診療ネットワークコンソーシアムを組織する。ホームページを作成し活動状況を報告、リンパ浮腫診療に関する動画コンテンツを提供、公開講座を随時開催する（R7年まで）（担当：辻・田沼・高倉・小林）。

全国のリンパ浮腫診療を実施している医療機関の実態調査を実施する。調査方法は、学協会の会員からの情報収集、がん診療連携拠点病院へのアンケート調査等を実施、集計したデータを解析し日本のリンパ浮腫診療の現状を把握する（担当：辻・秋田・保田・増島）。

・R6（2024）年：各地域における診療ネットワークを構築

実態調査の結果をもとに、コンソーシアムが各地域におけるリンパ浮腫診療のあり方を検討し、重症者の入院診療から中等度から軽症者の外来診療、蜂窩織炎など緊急時対応先、地域医療や介護保険サービスの提供まで、リンパ浮腫診療の各地域の実情にあわせた診療ネットワークを構築する（担当：辻・田沼・秋田・保田・高倉・小林・増島）。

・R7（2025）年：各地域における診療ネットワーク情報の公開

診療ネットワーク情報を患者や医療従事者に分かりやすい形で公開する（担当：辻・田沼・秋田・高倉・小林・増島）。

班研究終了後は、リンパ浮腫研修運営委員会の活動の一環として、コンソーシアムは情報の更新や普及啓発活動を継続する。

6. R5年、R6年の研究成果について

がんリハビリテーション、リンパ浮腫ともに計画通りに進んでいる。

R5年度には、がんリハビリテーション・リンパ浮腫診療関連学協会、患者団体から推薦された委員で構成される「リンパ浮腫・がんリハビリテーション診療ネットワークコンソーシアム」を設立した。R5年

9 月に Web 形式で研修会を開催し 424 名が参加した（事前登録 584 名）。

R6 年度には 2 回の総会を開催し、医療機関と施設のスタッフが交流できるプラットフォームとしての機能を確立した。R6 年 10 月には Web 形式で研修会を開催し 400 名が参加した（事前登録 555 名）。

また、研究班ホームページでは、研修会のアーカイブ配信に加え、在宅がんリハビリテーションに関する新規動画コンテンツを作成・配信している。

がんリハビリテーションに関しては、がんリハビリテーション治療レベル別の判断支援ツール (CARDS)の開発を進めている。R5 年度には、コアメンバーにより、システムティックレビューを実施、リハビリテーション治療レベルの定義とレベル別の特性を策定、層別化されたアルゴリズム (CARDS) の試案を作成した。専門家十数名によるノミナルメンバー会議を経て最終案が完成した。R6 年度は、がん診療やリハビリテーション関係者約 100 名を対象にデルファイ法により CARDS の有効性を検証した。

がんのリハビリテーション診療ガイドラインについては、R5 年度に策定委員会を組織し、がん種別のシステムティックレビューチームを編成して Clinical Question を作成した。R6 年度には検索式を作成し、現在 1 次、2 次スクリーニングを実施し、エビデンステーブルとシステムティックレビューの作成を継続中である。

リンパ浮腫に関しては、R5 年度に全国のリンパ浮腫診療実態調査のためのアンケート調査票を作成した。倫理委員会の承認を得た後、全国がん診療連携拠点病院とリンパ浮腫関連学会会員を対象に Web フォームによる調査を実施した。R6 年度は収集データの解析と論文化を行い投稿中である。平行して、全国リンパ浮腫診療ネットワークのホームページでの公開準備を進めている。

7. R7 年度の研究計画と進捗について

■共通課題

1) 学協会推薦の委員から構成された（厚労省後援）がんのリハビリテーション研修運営委員会、地域医療関連団体、リンパ浮腫研修協力団体、患者団体が連携して、がんのリハビリテーション・リンパ浮腫診療ネットワークコンソーシアムを組織する（担当：辻）。【資料 2】

コンソーシアムは、がんリハビリテーションやリンパ浮腫診療に関わるすべての団体（研修協力団体・地域関連団体、患者団体）が集まり、取り組み状況や現状の課題を共有し、協働して様々なプロジェクトに取り組むためのプラットフォームとしての位置づけである。現在、53 団体、会員 87 名、アドバイザー 16 名。

【進捗状況】

1. コンソーシアム総会

第 1 回総会 日時：2025 年 4 月 10 日（木）～4 月 21 日（月） 形式：メール審議（終了）

第 1 議案 2024 年度事業報告

第 2 議案（審議事項） 2025 年度事業計画

第 3 議案 新規加盟団体のご報告

第 2 回総会 日時：2025 年 11 月 形式：メール審議（予定）

新規加盟団体について、2025 年度事業途中経過報告と予定について

第 3 回総会 日時：2026 年 2 月 21 日（土） 形式：オンライン会議（予定）

2. コンソーシアム企画委員会

第1回 2025年4月3日～8日 形式：メール審議（終了）

審議事項1. 新規加盟団体について

審議事項2. 2025年度第1回総会資料について

第2回 2025年9月29日 形式：オンライン会議（終了）

審議事項. 新規加盟団体について

検討事項. コンソーシアムの今後について

3. 研究協力

- ・がんリハ提供のための判断支援ツール（CARDS）の有効性検証のための協力
- ・各地域におけるリンパ浮腫診療ネットワークを構築する上での協力

4. 研修会【資料3・4】

2025年9月20日(土) 形式：オンライン研修会

登録者数 540名 参加者数（最大 374名）

アンケート（回答数 245名）では、概ね満足度は高く、今後研修内容を取り入れてみたいとの回答が大多数であった。

5. コンソーシアム加盟会員懇談会

1) 第2回コンソーシアム加盟会員懇談会 形式：オンライン形式（終了）

2025年4月26日（土）15:00～16:40 リンパ浮腫分野

参加者 52名（30団体参加）

リンパ浮腫診療やケアに携わる団体の紹介と「リンパ浮腫診療」の現状と課題について発表。

その後、「コンソーシアムが何をすべきか？何ができるか？ 具体的な事業計画の提案」について、参加者全員で意見交換。

■各関連団体の現状と取り組み

- ・婦人科腫瘍学会：センチネルリンパ節生検の適応が限られており（子宮がんでは加算なし）、診療の標準化が課題。
- ・乳がん学会：手術の縮小傾向に伴いリンパ浮腫のリスクは減少傾向にあるが、診断やケアの担い手が不明確。
- ・リンパ学会：基礎研究を重視し、診療科横断的な解決策を模索中。
- ・リンパ浮腫治療学会：市民向け活動も実施。
- ・リンパ浮腫学会：診療体制や医療者のばらつき、施設間連携の弱さが課題。PPI（患者・市民参画）や人材育成にも取り組み。
- ・訪問看護財団：在宅領域でのリンパ浮腫ケア人材の把握と、実態の可視化・情報共有を重視。

■共通の課題と提案

- ・診療報酬・制度面の整備：報酬新設への働きかけやセラピスト養成費用の明確化が必要。
- ・情報の可視化・共有：ケア提供施設の地図（マップ）整備と更新体制、活用方法の工夫。
- ・人材育成と継続教育：医師の意識改革やフォローアップ研修の必要性。
- ・組織間連携の強化：診療科・学会・在宅との横断的なつながりの構築。

■コンソーシアムへの期待

- ・各団体の情報・活動のハブとしてのプラットフォーム機能。
- ・学術集会や広報活動の共同企画。
- ・人材育成、教育体制の構築。
- ・施設間連携の促進や診療体制の質の担保。

2) 第3回コンソーシアム加盟会員懇談会 形式：オンライン形式（終了）

2025年7月5日（土）15:00～16:40 がんリハ分野・リンパ浮腫分野

参加者 47 名（32 団体参加）

■各関連団体の現状と取り組み

- ・日本静脈学会：弾性ストッキング・圧迫療法コンダクターの養成。がん関連 DVT やリンパ浮腫患者の静脈疾患合併の評価・画像診断に注力。
- ・日本リハビリテーション医学会：複合的治療の診療報酬点数に課題。診療科が分かれ、担当の明確化が困難。専門医不足、卒後教育や研究の乏しさ
- ・日本地域理学療法学会：関連学会との連携強化。地域に根ざした研究活動の促進
- ・日本がん・リンパ浮腫理学療法学会：就労支援や外来がんリハビリなどアンメットニーズへの対応。オンライン運動指導（YouTube 等）。がんサバイバーの身体活動と症状の関係を研究
- ・日本理学療法士協会：CAREER 研修やリンパ浮腫研修を実施。修了者の地域偏在、活動の場不足が課題。一次～三次予防を含めた幅広い取り組み
- ・日本作業療法士協会：CAREER 内でがん・リンパ浮腫研修を実施。がん拠点病院に OT が配置されていない実態。人材育成と配置の強化が必要
- ・日本言語聴覚士協会：知識・経験の不足。卒前・卒後教育の整備に課題
- ・日本がんサポーターブケア学会：患者・家族向けの情報発信と普及啓発。「自分らしく生きる」ための支援。
- ・日本医療ソーシャルワーカー協会：若年がん患者の通院困難。リンパ浮腫情報の不足と施術の質の可視化が必要。スタッフ異動による情報更新の遅れ。

■共通の課題と提案

- ・教育と人材育成：卒前・卒後教育が不十分。研修修了者の地域偏在と配置の不均衡。診療中断の要因として人事異動も影響
- ・診療体制・制度面の整備：診療報酬制度が複合的治療に対応していない。リンパ浮腫診療を担う診療科の明確化が困難。施術の質の担保が難しく、無資格施術（エステ等）への流入も懸念。
- ・情報の可視化と共有：施設や人材、研修修了者などの情報の整理と公開が不十分。施設マップの整備・更新と活用方法の工夫が必要。
- ・横の連携の強化：学会間、職種間、病院・在宅間、地域施設間の連携不足。他団体の活動を知ることから始め、少数からの段階的な連携が現実的。

■コンソーシアムへの期待

- ・橋渡し・プラットフォーム機能の強化。
- ・団体間の情報共有・連携促進のハブとして機能。
- ・学会や地域施設間の架け橋となる役割。

3) 第4回コンソーシアム加盟会員懇談会 形式：オンライン形式【資料5】

2025年10月11日(土) 15:00～16:15 形式：オンライン形式 がんリハ分野・リンパ浮腫分野

■各関連団体の現状と取り組み ■共通の課題と提案 ■コンソーシアムへの期待

- ・公益社団法人全国老人保健施設協会
- ・一般社団法人日本形成外科学会
- ・特定非営利活動法人日本リハビリテーション看護学会
- ・各地のがんのリハビリテーション研修実行委員会

-がんリハ研修の概要(事務局)と18道府県の実行委員会より(代表者)

■がんリハビリテーション

- ・R7(2025)年：判断支援ツール(CARDS)を活用したシームレスながんリハビリテーション提供体制の提案

2) ホームページを作成し活動状況を報告、がんリハ治療レベル別の動画コンテンツを提供し公開講座を随時開催する(R7年まで)(担当：辻・田沼・高倉・小林)。

2-1) ホームページの作成・更新(辻)

【進捗状況】

ホームページは随時更新中。

2-2) 動画コンテンツの提供(田沼・小林・高倉)【資料6・7】

がんのリハビリテーション診療に関する動画コンテンツを提供、公開講座を随時開催する。CAREER(がんのリハビリテーション研修)は標準的な内容なので、それとの差別化(診療の工夫、地域・在宅スタッフ向けなど)をする。

【進捗状況】

23年度の動画のテーマは「骨転移」に決定し、上野順也先生(国立がん研究センター東病院リハビリテーション科、理学療法士)に講師を依頼、①がんのリハビリテーション診療一ちょっと困ったときにみるヒントー骨転移 基本の『き』、②骨転移 大腿骨編のスライド、音声入り動画が完成、班員の校閲、修正を経て、24年3月末に完成し、ホームページへ公開された。

24年度は、③骨転移 脊椎編をテーマとし、静岡がんセンターリハビリテーション科に依頼、スライドが完成、音声収録終了し、まもなく公開予定。

25年度は、悪液質をテーマとし、立松典篤先生(名古屋大学)に講師を依頼済みであり、制作中。

今後、事務局と連絡とりあい、本年度中にホームページ上での公開まで進める予定。

3) CARDSを患者や医療従事者に分かりやすい形で公開し(例：プレスリリース、ホームページ、メール配信、講演会開催等)、CARDSを活用したシームレスながんリハの提供体制を提案する。また、がん診療連携拠点病院、地域医療施設、通所・訪問リハ施設等で実際に活用してもらい、パブリックコメントを収集し改訂作業を進める(担当：辻・酒井・田沼・高倉・井上・小林・櫻井・杉森・阿部・栗原)。班研究終了後は、がんのリハビリテーション研修運営委員会の活動の一環として、コンソーシアムはCARDSを活用したシームレスながんリハの提供体制の整備を継続する。

R5(23)年：スコーピングレビュー、段階的なリハビリテーションレベル定義、アルゴリズム試案

Delphi 法実施に向けて、研究計画・倫理委員会申請

R6（24）年：エキスパートパネルでの Delphi 法で合意形成→アルゴリズム完成

R7（25）年：試験的に活用→パブコメ→最終版完成→普及啓発

【進捗状況】【資料 8】

23 年度は、コアチーム（リーダー：土方奈奈子、立松典篤、西山菜々子、小島一宏）により、スコアピングレビュー作成、段階的なリハビリテーションレベルの定義、アルゴリズムの試案を作成した。その後、ノミナルメンバー（専門家のステークホルダーからなる学際的なチーム）によるノミナルメンバー会議を 3 回開催し、メンバーからの意見を集約し修正案作成を繰り返し（反復合意形成プロセス）、段階的なリハビリテーションレベルの定義およびアルゴリズムについて合意形成がなされた。ノミナルメンバーは以下のとおり（敬称略）

（研究分担者・協力者） 酒井、幸田、田沼、宮越、井上、早坂、櫻井、杉森、阿部、栗原

（外部有識者） 勝島詩恵（関西医科大学呼吸器腫瘍内科学講座）：がん治療医

広瀬真奈美（一般社団法人がんサーフィットネス理事長）：患者団体代表

24 年 3 月から、デルファイ法実施に向けた準備（コアメンバーでアンケート作成→確定、Web フォーム作成、倫理申請書類作成→申請）を実施し、慶應義塾大学医学部倫理委員会へ研究の審査を申請、2024 年 8 月 26 日に承認された。

STEP1 として、CARDS アルゴリズムの合意形成を目的に、アンケート 1 回目を 24 年 9 月 9 日～10 月 10 日の期間で実施した（WEB アンケート、アンケート対象者は 100 名、がんリハビリテーションに関係するコンソーシアムメンバーおよび外部有識者）、83 名から回答を得た（回答率 83%）。模擬症例を 2 例提示し、CARDS アルゴリズム有無で正答率を比較、AIM 日本語版を使用して CARDS 受容性を評価、結果、合意形成が得られたため、2 回目は実施せず STEP1 を終了した。

Step 2 として、CARDS アルゴリズム普及に向けた実装戦略の合意形成を目的に、1 回目のアンケート（がんリハの障壁に関する調査）、2 回目のアンケート（CARDS を活用したがんリハの提供に向けた実装戦略に関する調査）を実施、有効とされた 35 項目の実装戦略に関して、3 回目のアンケート（重要性・費用に関する調査）を終了した。

25 年度には、アンケート結果を分析し、学会発表、論文作成を行うとともに、社会実装に向けた取り組みを実施している。

- ・第 9 回日本リハビリテーション医学会秋季学術集会（期日：2025 年 10 月 23 日～25 日、開催地：北海道旭川市）で発表予定。
- ・英文論文投稿準備中（デルファイ法による合意形成、がんリハビリテーションの障壁・解決策）。
- ・医療者向けパンフレット・マニュアル製作→医療系コンテンツ制作会社アプリオリへ委託し制作中。→将来的にはアプリ開発も。
- ・利用者へのアンケート調査（コンソーシアム団体の会員対象）は年度後半に予定。

4) 日本リハビリテーション医学会（JARM）と協働で、がんのリハビリテーション診療ガイドライン第 3 版の策定を行い、レビュー内容をガイドラインへ反映させる（R7 年まで）（宮越、酒井、幸田、田沼、井上、立松、西山、小島）。

R5（23）年：一次・二次スクリーニング→エビデンス総体

R6 (24) 年：システマティックレビュー完成→推奨レベル・エビデンスの確実性ドラフト版完成
R7 (25) 年：エキスパートパネルでの投票→パブコメ
R8 (26) 年：最終版完成、出版・公開、がん治療学会審査
R9 (27) 年：以降 英語版総説、一般向けガイドの作成、ベストプラクティス策定

【進捗状況】

23 年度には、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内に、がんのリハビリテーション診療ガイドライン改訂委員会を設立（委員長：宮越委員、副委員長：辻委員）、スコープ、Clinical Question (CQ) が作成された。

24 年度には、24 年 4 月に日本医学図書館協会に文献検索式の作成と文献リストの依頼を行い 9 月に納品された。出版社は入札の結果、「診断と治療社」に決定した。

24 年 11 月 21 日に第 3 回委員会が開催され、一次、二次スクリーニングを各 CQ 担当から報告、その後、CQ ごとの採用文献数と、SR シートの作成作業中。2025 年 2 月 7 日に第 4 回委員会が開催され、その進捗状況が報告された。引き続き、SR シートの作成作業継続。

25 年度には、SR シートの作成作業、推奨文草案を完成、投票を実施し、推奨グレード確定、パブリックコメントの予定。

- ・ SR シートの作成、推奨文草案作成、投票終了し、推奨文・解説文の作成中（25 年 11 月末まで）。
- ・ 投票スケジュールは以下のとおり（当日不参加の委員は収録動画を視聴し後日投票）
2025 年 7 月 31 日：頭頸部・乳・婦人科・血液腫瘍
2025 年 8 月 12 日：肺・消化器・脳腫瘍
2025 年 8 月 15 日：泌尿器・骨軟部腫瘍・進行がん末期
2025 年 9 月 30 日：再投票の CQ（頭頸部、乳がん、血液、進行がん）

■リンパ浮腫

・ R7 (2025) 年：各地域における診療ネットワーク情報の公開

5) ホームページを作成し活動状況を報告、リンパ浮腫診療に関する動画コンテンツを提供、公開講座を随時開催する（R7 年まで）（担当：辻・田沼・高倉・小林）。

5-1) ホームページの作成・更新（辻）

【進捗状況】

ホームページは随時更新中。

5-2) 動画コンテンツの提供（高倉・田沼・小林毅）【資料 6】

リンパ浮腫診療に関する動画コンテンツを提供、公開講座を随時開催する。LEARN は標準的な内容なので、それとの差別化（診療の工夫、地域・在宅スタッフ向けなど）をする。

前提として考慮すべきこと：「複合的治療」ごとに「診療上の工夫」をイメージした内容とする。弾性着衣の工夫 多層包帯法の工夫 圧迫下の運動療法の工夫 手動的リンパドレナージの工夫 患肢のスキンケアの工夫 体重管理指導の工夫 その他のセルフケア指導の工夫、といった内容で、例えば、「このようなときには、このようにしている」と説明。

2023 年度：リンパ浮腫協力団体の担当者へ「科研の動画作成協力の依頼」したところ、7 団体から協力の申し出があった。その後、担当者と具体的なテーマ・講師や内容についてヒアリングを行い、講師を選定した。最初の動画として、「蜂窩織炎」をテーマに動画を作成し（担当は吉澤いづみ委員、山本優一

委員、三宅一正 研究協力者)、内容のチェックを実施した。

2024 年度：引き続き、内容のチェック、推敲作業終了次第、動画として公開予定。

2025 年度：「在宅でのリンパ浮腫の昼・夜の自己管理方法」、「高齢者（90 歳以上）のリンパ浮腫ケア」を新たにテーマとし、音声入り動画を作成中。本年度中にホームページ上での公開まで進める予定。

6) 診療ネットワーク情報を患者や医療従事者に分かりやすい形で公開する（担当：辻・田沼・秋田・高倉・小林・増島）。

班研究終了後は、リンパ浮腫研修運営委員会の活動の一環として、コンソーシアムは情報の更新や普及啓発活動を継続する。

6-1) がん診療連携拠点病院・リンパ浮腫診療施設へのアンケート（秋田・増島）【資料 9】

【進捗状況】

- ・ 23 年 9 月 5 日：千葉大学倫理委員会申請・承認。
- ・ 23 年 11 月～12 月：がん拠点病院および関連学会へ実態調査のアンケート（Web フォーム）依頼。
- ・ 24 年 3 月末までに LPC で基本データセット作成。
- ・ 24 年 5 月末までに基本的なデータの整理。
- ・ 24 年 5 月 13 日（月）コアメンバー会議
出席者：秋田、増島、辻、田崎（研究協力者）、辻本（研究協力者）、LPC 事務局
調査結果の統計解析について打ち合わせを実施。
- ・ 24 年 7 月 27 日（土）班会議で経過を発表
箕浦先生からコメント：がん拠点病院とがん拠点でない病院との差異について比較検討を。
- ・ 24 年 10 月 26 日（土）班会議で経過を発表
公衆衛生の専門家に解析方法を相談しつつ、論文化を進めると秋田委員から報告。
- ・ 25 年 2 月：英文原著論文のドラフト完成（秋田委員・増島委員）。
増島委員：保存治療（リンパ浮腫複合的治療）に関して、各地域や機関のカテゴリ（高度がん専門医療機関、がん診療連携拠点病院、一般病院、クリニック等）の分布別の解析。
秋田委員：手術に関して、日本形成外科学会 national clinical data base(NCD)活用し各地域や機関のカテゴリ（高度がん専門医療機関、がん診療連携拠点病院、一般病院、クリニック等）の分布別解析。
- ・ 保存治療（リンパ浮腫複合的治療）に関して、2025 年 7 月 1 日にアクセプト、7 月 24 日に掲載済み
Masujima M, Akita S, Tazaki M, Tsujimoto A, Katagiri R, Yasuda C, Tsuji T. Regional disparities in lymphedema treatment and access to complex decongestive therapy: a nationwide survey in Japan. Jpn J Clin Oncol. 2025 Jul 24;hyaf120. doi: 10.1093/jjco/hyaf120. Online ahead of print.
- ・ 外科治療に関して、2025 年 9 月 23 日にアクセプト、掲載待ち。
Akita S, Masujima M, Katagiri R, Tazaki M, Tsujimoto A, Kumamaru H, Yasuda C, Mitsukawa N, Tsuji T. Nationwide Medical Survey on Regional Disparities in Secondary Lymphedema Surgical Treatment Covered by Health Insurance. PRS global open. (in press)

6-2) リンパ浮腫診療マップの作成【資料 10】

【進捗状況】

24 年度は、LPC にて診療マップの検索システムの制作作業を実施し、プロトタイプが完成した。

・ 24 年 7 月 2 日）コアメンバー会議

出席者：秋田、増島、辻、LPC 事務局

リンパ浮腫診療マップを公開するためのホームページ案の検討。

・ 24 年 7 月 16 日 リンパ浮腫ネットワークジャパンと LPC 事務局との会議

出席者：岩澤玉青（リンパ浮腫ネットワークジャパン）、LPC 事務局

リンパ浮腫ネットワークジャパン（リンネット）でもリンパ浮腫治療の実態リスト作成を開始し始めていたため、協働で取り組みを検討することとなった。

・ 24 年 9 月 18 日 リンパ浮腫ネットワークジャパンとの会議

出席者：岩澤（リンネット）、秋田、増島、辻、LPC 事務局

・ 25 年 1 月 27 日～2 月 14 日 掲載確認作業期間

・ 25 年 3 月 23 年の実態調査でホームページ公開可と回答得た施設に、その後 2 年経過しているため、掲載確認作業を実施した。対象 248 件中、承認する 187 件、承認しない 20 件、連絡先不明 6 件（うち、メール不達 4 件、担当者退職引継ぎ不明 2 件）、未回答 35 件であった。未回答の施設には再度連絡し回答を促す予定。

25 年度は、ネットワーク情報を患者や医療従事者に分かりやすい形で研究班の HP 上で公開する予定。将来的には、がん情報サービスや患者会 HP 系サイトへのリンクも検討する。

班研究終了後は、コンソーシアムの事業として、診療マップの参加施設の拡大やコンテンツの充実を図り、情報の更新や普及啓発活動の継続を目指す。

【次回班会議（26 年 2 月 7 日）までのタスクまとめ】【資料 10・11】

1) がんのリハビリテーション診療・リンパ浮腫診療ネットワークコンソーシアム：

懇談会、第 2 回総会開催に向けた準備（辻）。

2) ホームページ：更新作業を随時実施（辻）。

3) 動画コンテンツ：25 年度の動画制作継続（田沼・高倉・小林）。

4) CARDS：CARDS の解説マニュアル・パンフレットの作成、英文論文作成・投稿・アクセプトされ次第、ホームページ上で公開（辻・土方）。

CARDS の使い勝手についてアンケート調査の準備→実施（コアチーム：土方、伊藤、立松、西山、小島、学際的チーム：酒井、幸田、田沼、宮越、井上、櫻井、杉森、阿部、栗原）。

5) 診療ガイドライン策定：推奨文・解説文作成（辻・宮越、酒井、幸田、田沼、井上、立松、小島）。

6) リンパ浮腫診療の実態調査：英文論文（保存的治療・外科治療）アクセプト済み、全国マップを公開。マップの使い勝手についてアンケート調査の準備→実施（秋田、増島、保田）

2025 年度班会議スケジュール（がんリハビリテーション・リンパ浮腫部門合同）

第 1 回（終了）2025 年 4 月 19 日（土）15 時～16 時 15 分 オンライン会議（Zoom）

第 2 回（終了）2025 年 7 月 26 日（土）15 時～16 時 15 分 オンライン会議（Zoom）

第 3 回（本日）2025 年 10 月 4 日（土）14 時～14 時 45 分 オンライン会議（Zoom）

第 4 回（予定）2026 年 2 月 7 日（土）16 時 30 分～17 時 30 分 オンライン会議（Zoom）

がんリハビリテーション・リンパ浮腫診療ネットワークコンソーシアム 2025 年度第 1 回総会

2025 年 4 月 10 日（木）～4 月 21 日（月） 形式：メール審議（終了）

がんリハビリテーション・リンパ浮腫診療ネットワークコンソーシアム 2025 年度第 2 回総会

2025 年 11 月 形式：メール審議（予定）

がんリハビリテーション・リンパ浮腫診療ネットワークコンソーシアム 2025 年度第 3 回総会

2026 年 2 月 21 日（土） 16 時 30 分～17 時 30 分 形式：オンライン会議（予定）

がんリハビリテーション・リンパ浮腫診療ネットワークコンソーシアム加盟会員懇談会

第 2 回コンソーシアム加盟会員懇談会 形式：オンライン形式

2025 年 4 月 26 日（土） 15 時～16 時 40 分 リンパ浮腫分野 形式：オンライン形式（終了）

第 3 回コンソーシアム加盟会員懇談会

2025 年 7 月 5 日（土） 15 時～16 時 40 分 がんリハ分野 形式：オンライン形式（終了）

第 4 回コンソーシアム加盟会員懇談会

2025 年 10 月 11 日（土） 15 時～16 時 40 分 テーマ未定 形式：オンライン形式（予定）

がんのリハビリテーション、およびリンパ浮腫診療の一層の推進に資する研究 研修会

2025 年 9 月 20 日（土） 場所：オンライン研修会（終了）

令和7年度（2025年度）厚生労働科学研究費補助金 がん政策研究事業
がんのリハビリテーション、およびリンパ浮腫診療の一層の推進に資する研究
第4回班会議 議事録

日時 2026年2月7日（土）16時30分～17時15分 会場 オンライン会議（Zoom）

出席者（敬称略、順不同）

〔研究責任者・分担者〕10名

辻 哲也 阿部恭子 秋田新介 増島麻里子 田沼 明 高倉保幸 櫻井卓郎 杉森 紀与
酒井良忠 栗原美穂

〔研究協力者〕

がんのリハビリテーション研修運営委員会委員 3名

島崎寛将 立松 典篤 小島一宏

リンパ浮腫研修運営委員会委員 9名、

宇津木久仁子 土岐めぐみ 高西裕子 田尻寿子 小川佳宏 古川洋志 井沢知子 小林範子
北村 薫

その他 4名

田崎牧子 辻本あかね 奥 朋子 土方奈奈子

〔厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課〕2名

糸谷 涼 松浦朋美

〔事務局〕（ライフプランニングセンター：LPC）2名

平野真澄 綱澤淳子

内容

1. 25年度第3回班会議議事録【資料1】

2. 研究全体の目的

がん患者では治療や病状の進行に伴い生活機能に障害を来し生活の質が低下することから、リハビリテーションの重要性が指摘されている。がんリハビリテーションの均てん化のためにはリハを提供する側の資質の向上が必要であることから、H30年～R3年度に「厚労科研補助金（がん対策）がんリハビリテーションの均てん化に資する効果的な研修プログラムの策定のための研究」が実施され、医療従事者が研修を受講できる体制の構築や研修プログラムの策定が行われ体制整備を進めてきた。一方、がん診療連携拠点病院等の医療機関や外来、在宅医療等においても実施できる体制の構築が求められている。

また、がん治療後に生じるリンパ浮腫については、がんリハビリテーションの一環として上述の研究班において医療従事者の資質の向上のための研修体制やプログラムの整備がなされてきたが、実際に診療を行っている全国の医療機関に関する情報へのアクセスに課題があることが指摘されている。

本研究では、様々な診療の場面においてがんリハビリテーションを適切に提供するためのアルゴリズムに基づいた判断支援ツール（Cancer Rehabilitation in Decision Support Algorithm: CARDS）を開発、がん診療連携拠点病院等で有効性を検証し、普及させる体制を提案することを目的とする。

また、全国のリンパ浮腫診療について、実態の把握と各地域における診療ネットワークの構築および診療ネットワーク情報をわかりやすい形で公開することを目的とする。

3. 3年間の目標

■がんリハビリテーション

- ・令和5年：がんリハビリテーション提供のための判断支援ツール（CARDS）の開発
- ・令和6年：がんリハビリテーション提供のための判断支援ツール（CARDS）の有効性を検証
- ・令和7年：がんリハビリテーション提供のための判断支援ツール（CARDS）の普及体制の提案

■リンパ浮腫

- ・令和5年：全国のリンパ浮腫の診療体制について実態調査を実施
- ・令和6年：地域における診療ネットワークを構築
- ・令和7年：地域における診療ネットワーク情報を公開

4. 流れ図



5. 各年度の計画・方法

■がんリハビリテーション

- ・R5 (2023) 年：がんリハ提供のためのアルゴリズムに基づいた判断支援ツール(CARDS)の開発

学協会推薦の委員から構成された(厚労省後援)がんのリハビリテーション研修運営委員会、地域医療関連団体、患者団体が連携して、がんのリハビリテーション診療ネットワークコンソーシアムを組織する。ホームページを作成し活動状況を報告、がんリハビリテーション治療レベル別の動画コンテンツを提供し公開講座を随時開催する(R7年まで)(担当：辻・田沼・高倉・小林)。

システマティックレビューを実施し、リハ治療レベル（専門的／一般的監督下～地域密着監督下／非監督下）の定義とレベル別の特性（安全性と有効性）を作成し、層別化されたアルゴリズムを構築し CARDS を完成させる（担当：辻・酒井・田沼・高倉・井上・小林・櫻井・杉森・阿部・栗原）。

また、日本リハビリテーション医学会と協働で、がんのリハビリテーション診療ガイドライン第3版の策定を行い、レビュー内容をガイドラインへ反映させる（R7年まで）（担当：辻・酒井・田沼・井上）。

・R6（2024）年：がんリハ提供のための判断支援ツール(CARDS)の有効性を検証

CARDS の有効性を、多職種のがんリハ専門家が参加するデルファイ法により検証する。デルファイ法では、1) 症例検討によるツールの使いやすさと受容性評価、2) ユーザー・プラットフォーム・社会実装の戦略に関する質問を実施する。統計解析には生物統計専門家の支援を受ける（担当：辻・酒井・田沼・高倉・井上・小林・櫻井・杉森・阿部・栗原）。

・R7（2025）年：判断支援ツール(CARDS)を活用したシームレスながんリハの提供体制の提案

CARDS を患者や医療従事者に分かりやすい形で公開し（例：プレスリリース、ホームページ、メール配信、講演会開催等）、CARDS を活用したシームレスながんリハの提供体制を提案する。また、がん診療連携拠点病院、地域医療施設、通所・訪問リハ施設等で実際に活用してもらい、パブリックコメントを収集し改訂作業を進める（担当：辻・酒井・田沼・高倉・井上・小林・櫻井・杉森・阿部・栗原）。

班研究終了後は、がんのリハビリテーション研修運営委員会の活動の一環として、コンソーシアムは CARDS を活用したシームレスながんリハの提供体制の整備を継続する。

■リンパ浮腫

・R5（2023）年：全国のリンパ浮腫診療について実態調査を実施

学協会推薦の委員から構成された（厚労省後援）リンパ浮腫研修運営委員会、研修協力養成校、患者団体が連携して、リンパ浮腫診療ネットワークコンソーシアムを組織する。ホームページを作成し活動状況を報告、リンパ浮腫診療に関する動画コンテンツを提供、公開講座を随時開催する（R7年まで）（担当：辻・田沼・高倉・小林）。

全国のリンパ浮腫診療を実施している医療機関の実態調査を実施する。調査方法は、学協会の会員からの情報収集、がん診療連携拠点病院へのアンケート調査等を実施、集計したデータを解析し日本のリンパ浮腫診療の現状を把握する（担当：辻・秋田・保田・増島）。

・R6（2024）年：各地域における診療ネットワークを構築

実態調査の結果をもとに、コンソーシアムが各地域におけるリンパ浮腫診療のあり方を検討し、重症者の入院診療から中等度から軽症者の外来診療、蜂窩織炎など緊急時対応先、地域医療や介護保険サービスの提供まで、リンパ浮腫診療の各地域の実情にあわせた診療ネットワークを構築する（担当：辻・田沼・秋田・保田・高倉・小林・増島）。

・R7（2025）年：各地域における診療ネットワーク情報の公開

診療ネットワーク情報を患者や医療従事者に分かりやすい形で公開する（担当：辻・田沼・秋田・高倉・小林・増島）。

班研究終了後は、リンパ浮腫研修運営委員会の活動の一環として、コンソーシアムは情報の更新や普及啓発活動を継続する。

6. R5年、R6年の研究成果について

がんリハビリテーション、リンパ浮腫ともに計画通りに進んでいる。

R5 年度には、がんリハビリテーション・リンパ浮腫診療関連学協会、患者団体から推薦された委員で構成される「リンパ浮腫・がんリハビリテーション診療ネットワークコンソーシアム」を設立した。R5 年 9 月に Web 形式で研修会を開催し 424 名が参加した（事前登録 584 名）。

R6 年度には 2 回の総会を開催し、医療機関と施設のスタッフが交流できるプラットフォームとしての機能を確立した。R6 年 10 月には Web 形式で研修会を開催し 400 名が参加した（事前登録 555 名）。

また、研究班ホームページでは、研修会のアーカイブ配信に加え、在宅がんリハビリテーションに関する新規動画コンテンツを作成・配信している。

がんリハビリテーションに関しては、がんリハビリテーション治療レベル別の判断支援ツール (CARDS)の開発を進めている。R5 年度には、コアメンバーにより、システマティックレビューを実施、リハビリテーション治療レベルの定義とレベル別の特性を策定、層別化されたアルゴリズム (CARDS) の試案を作成した。専門家十数名によるノミナルメンバー会議を経て最終案が完成した。R6 年度は、がん診療やリハビリテーション関係者約 100 名を対象にデルファイ法により CARDS の有効性を検証した。

がんのリハビリテーション診療ガイドラインについては、R5 年度に策定委員会を組織し、がん種別のシステマティックレビューチームを編成して Clinical Question を作成した。R6 年度には検索式を作成し、現在 1 次、2 次スクリーニングを実施し、エビデンステーブルとシステマティックレビューの作成を継続中である。

リンパ浮腫に関しては、R5 年度に全国のリンパ浮腫診療実態調査のためのアンケート調査票を作成した。倫理委員会の承認を得た後、全国がん診療連携拠点病院とリンパ浮腫関連学会会員を対象に Web フォームによる調査を実施した。R6 年度は収集データの解析と論文化を行い投稿中である。平行して、全国リンパ浮腫診療ネットワークのホームページでの公開準備を進めている。

7. R7 年度の研究計画と進捗について

■共通課題

1) 学協会推薦の委員から構成された（厚労省後援）がんのリハビリテーション研修運営委員会、地域医療関連団体、リンパ浮腫研修協力団体、患者団体が連携して、がんのリハビリテーション・リンパ浮腫診療ネットワークコンソーシアムを組織する（担当：辻）。【資料 2】

コンソーシアムは、がんリハビリテーションやリンパ浮腫診療に関わるすべての団体（研修協力団体・地域関連団体、患者団体）が集まり、取り組み状況や現状の課題を共有し、協働して様々なプロジェクトに取り組むためのプラットフォームとしての位置づけである。現在、54 団体、104 名（会員 88 名、アドバイザー 16 名）。

【進捗状況】

1. コンソーシアム総会

第 1 回総会 日時：2025 年 4 月 10 日（木）～4 月 21 日（月） 形式：メール審議（終了）

第 1 議案 2024 年度事業報告

第 2 議案（審議事項） 2025 年度事業計画

第 3 議案 新規加盟団体のご報告

第 2 回総会 日時：2025 年 11 月 形式：メール審議（予定）

新規加盟団体について、2025 年度事業途中経過報告と予定について

第3回総会 日時：2026年2月21日（土） 形式：オンライン会議（予定）

2. コンソーシアム企画委員会

第1回 2025年4月3日～8日 形式：メール審議（終了）

審議事項1. 新規加盟団体について

審議事項2. 2025年度第1回総会資料について

第2回 2025年9月29日 形式：オンライン会議（終了）

審議事項. 新規加盟団体について

検討事項. コンソーシアムの今後について

第3回 2025年2月2日～9日 形式：メール審議（実施中）

報告事項. 2025年度第2回企画委員会議事録確認

審議事項. 2025年度第3回総会について（資料の確認）【資料3・4】

3. 研究協力

- ・がんリハ提供のための判断支援ツール（CARDS）の有効性検証のための協力
- ・各地域におけるリンパ浮腫診療ネットワークを構築する上での協力

4. 研修会

2025年9月20日（土） 形式：オンライン研修会

登録者数 540名 参加者数（最大 374名）

アンケート（回答数 245名）では、概ね満足度は高く、今後研修内容を取り入れてみたいとの回答が大多数であった。

5. コンソーシアム加盟会員懇談会

1) 第1回コンソーシアム加盟会員懇談会 形式：オンライン形式（終了）【資料5-1】

2025年1月18日（土）14:00～16:00 リンパ浮腫分野

1) 第2回コンソーシアム加盟会員懇談会 形式：オンライン形式（終了）【資料5-2】

2025年4月26日（土）15:00～16:40 リンパ浮腫分野

参加者 52名（30団体参加）

リンパ浮腫診療やケアに携わる団体の紹介と「リンパ浮腫診療」の現状と課題について発表。

その後、「コンソーシアムが何をすべきか？何ができるか？ 具体的な事業計画の提案」について、参加者全員で意見交換。

■各関連団体の現状と取り組み

- ・婦人科腫瘍学会：センチネルリンパ節生検の適応が限られており（子宮がんでは加算なし）、診療の標準化が課題。
- ・乳がん学会：手術の縮小傾向に伴いリンパ浮腫のリスクは減少傾向にあるが、診断やケアの担い手が不明確。
- ・リンパ学会：基礎研究を重視し、診療科横断的な解決策を模索中。
- ・リンパ浮腫治療学会：市民向け活動も実施。

- ・リンパ浮腫学会：診療体制や医療者のばらつき、施設間連携の弱さが課題。PPI（患者・市民参画）や人材育成にも取り組み。
- ・訪問看護財団：在宅領域でのリンパ浮腫ケア人材の把握と、実態の可視化・情報共有を重視。

■共通の課題と提案

- ・診療報酬・制度面の整備：報酬新設への働きかけやセラピスト養成費用の明確化が必要。
- ・情報の可視化・共有：ケア提供施設の地図（マップ）整備と更新体制、活用方法の工夫。
- ・人材育成と継続教育：医師の意識改革やフォローアップ研修の必要性。
- ・組織間連携の強化：診療科・学会・在宅との横断的なつながりの構築。

■コンソーシアムへの期待

- ・各団体の情報・活動のハブとしてのプラットフォーム機能。
- ・学術集会や広報活動の共同企画。
- ・人材育成、教育体制の構築。
- ・施設間連携の促進や診療体制の質の担保。

2) 第3回コンソーシアム加盟会員懇談会 形式：オンライン形式（終了）【資料 5-3】

2025 年 7 月 5 日（土）15:00～16:40 がんリハ分野・リンパ浮腫分野

参加者 47 名（32 団体参加）

■各関連団体の現状と取り組み

- ・日本静脈学会：弾性ストッキング・圧迫療法コンダクターの養成。がん関連 DVT やリンパ浮腫患者の静脈疾患合併の評価・画像診断に注力。
- ・日本リハビリテーション医学会：複合的治療の診療報酬点数に課題。診療科が分かれ、担当の明確化が困難。専門医不足、卒後教育や研究の乏しさ
- ・日本地域理学療法学会：関連学会との連携強化。地域に根ざした研究活動の促進
- ・日本がん・リンパ浮腫理学療法学会：就労支援や外来がんリハビリなどアンメットニーズへの対応。オンライン運動指導（YouTube 等）。がんサバイバーの身体活動と症状の関係を研究
- ・日本理学療法士協会：CAREER 研修やリンパ浮腫研修を実施。修了者の地域偏在、活動の場不足が課題。一次～三次予防を含めた幅広い取り組み
- ・日本作業療法士協会：CAREER 内でがん・リンパ浮腫研修を実施。がん拠点病院に OT が配置されていない実態。人材育成と配置の強化が必要
- ・日本言語聴覚士協会：知識・経験の不足。卒前・卒後教育の整備に課題
- ・日本がんサポーターズケア学会：患者・家族向けの情報発信と普及啓発。「自分らしく生きる」ための支援。
- ・日本医療ソーシャルワーカー協会：若年がん患者の通院困難。リンパ浮腫情報の不足と施術の質の可視化が必要。スタッフ異動による情報更新の遅れ。

■共通の課題と提案

- ・教育と人材育成：卒前・卒後教育が不十分。研修修了者の地域偏在と配置の不均衡。診療中断の要因として人事異動も影響
- ・診療体制・制度面の整備：診療報酬制度が複合的治療に対応していない。リンパ浮腫診療を担う診療科の明確化が困難。施術の質の担保が難しく、無資格施術（エステ等）への流入も懸念。

- ・情報の可視化と共有：施設や人材、研修修了者などの情報の整理と公開が不十分。施設マップの整備・更新と活用方法の工夫が必要。
- ・横の連携の強化：学会間、職種間、病院・在宅間、地域施設間の連携不足。他団体の活動を知ることから始め、少数からの段階的な連携が現実的。

■コンソーシアムへの期待

- ・橋渡し・プラットフォーム機能の強化。
- ・団体間の情報共有・連携促進のハブとして機能。
- ・学会や地域施設間の架け橋となる役割。

3) 第4回コンソーシアム加盟会員懇談会 形式：オンライン形式【資料5-4】

2025年10月11日（土）15:00～16:15 形式：オンライン形式 がんリハ分野・リンパ浮腫分野

■各関連団体の現状と取り組み ■共通の課題と提案 ■コンソーシアムへの期待

- ・公益社団法人全国老人保健施設協会
- ・一般社団法人日本形成外科学会
- ・特定非営利活動法人日本リハビリテーション看護学会
- ・各地のがんのリハビリテーション研修実行委員会
 - がんリハ研修の概要（事務局）と18道府県の実行委員会より（代表者）
 - 沖縄県がんのリハビリテーション推進委員会
 - 宮城県がんのリハビリテーション研修会実行委員会（資料なし）
 - 茨城県がんのリハビリテーション研修会
 - 山梨県がんリハビリテーション研修会実行委員会（資料なし）
 - 福岡がんのリハビリテーション研修会実行委員会（資料なし）
 - 岡山県がんのリハビリテーション研修会実行委員会
 - 愛媛県がんリハビリテーション研修実行委員会

■がんリハビリテーション

- ・R7（2025）年：判断支援ツール(CARDS)を活用したシームレスながんリハビリテーション提供体制の提案

2) ホームページを作成し活動状況を報告、がんリハ治療レベル別の動画コンテンツを提供し公開講座を随時開催する（R7年まで）（担当：辻・田沼・高倉・小林）。

2-1) ホームページの作成・更新（辻）

【進捗状況】

ホームページは随時更新中。

2-2) 動画コンテンツの提供（田沼・小林・高倉）

がんのリハビリテーション診療に関する動画コンテンツを提供、公開講座を随時開催する。CAREER（がんのリハビリテーション研修）は標準的な内容なので、それとの差別化（診療の工夫、地域・在宅スタッフ向けなど）をする。

【進捗状況】

23年度の動画のテーマは「骨転移」に決定し、上野順也先生（国立がん研究センター東病院リハビリテ

ーション科、理学療法士）に講師を依頼、①がんのリハビリテーション診療一ちょっと困ったときにみるヒントー骨転移 基本の『き』、②骨転移 大腿骨編のスライド、音声入り動画が完成、班員の校閲、修正を経て、24 年 3 月末に完成し、ホームページへ公開された。

24 年度は、③骨転移 脊椎編をテーマとし、静岡がんセンターリハビリテーション科に依頼、スライドが完成、音声収録終了し、まもなく公開予定。

25 年度は、悪液質をテーマとし、立松典篤先生（名古屋大学）に講師を依頼しスライド作成、音声入り動画を作成し、最終確認中。本年度中にホームページ上での公開まで進める予定。

3) CARDS を患者や医療従事者に分かりやすい形で公開し（例：プレスリリース、ホームページ、メール配信、講演会開催等）、CARDS を活用したシームレスながんリハの提供体制を提案する。また、がん診療連携拠点病院、地域医療施設、通所・訪問リハ施設等で実際に活用してもらい、パブリックコメントを収集し改訂作業を進める（担当：辻・酒井・田沼・高倉・井上・小林・櫻井・杉森・阿部・栗原）。班研究終了後は、がんのリハビリテーション研修運営委員会の活動の一環として、コンソーシアムは CARDS を活用したシームレスながんリハの提供体制の整備を継続する。

R 5（23）年：スコーピングレビュー、段階的なりハビリテーションレベル定義、アルゴリズム試案
Delphi 法実施に向けて、研究計画・倫理委員会申請
R 6（24）年：エキスパートパネルでの Delphi 法で合意形成→アルゴリズム完成
R 7（25）年：試験的に活用→パブコメ→最終版完成→普及啓発

【進捗状況】

23 年度は、コアチーム（リーダー：土方奈奈子、立松典篤、西山菜々子、小島一宏）により、スコーピングレビュー作成、段階的なりハビリテーションレベルの定義、アルゴリズムの試案を作成した。その後、ノミナルメンバー（専門家のステークホルダーからなる学際的なチーム）によるノミナルメンバー会議を 3 回開催し、メンバーからの意見を集約し修正案作成を繰り返し（反復合意形成プロセス）、段階的なりハビリテーションレベルの定義およびアルゴリズムについて合意形成がなされた。ノミナルメンバーは以下のとおり（敬称略）

（研究分担者・協力者） 酒井、幸田、田沼、宮越、井上、早坂、櫻井、杉森、阿部、栗原
（外部有識者） 勝島詩恵（関西医科大学呼吸器腫瘍内科学講座）：がん治療医
広瀬真奈美（一般社団法人がんサーフィットネス理事長）：患者団体代表

24 年 3 月から、デルファイ法実施に向けた準備（コアメンバーでアンケート作成→確定、Web フォーム作成、倫理申請書類作成→申請）を実施し、慶應義塾大学医学部倫理委員会へ研究の審査を申請、2024 年 8 月 26 日に承認された。

STEP1 として、CARDS アルゴリズムの合意形成を目的に、アンケート 1 回目を 24 年 9 月 9 日～10 月 10 日の期間で実施した（WEB アンケート、アンケート対象者は 100 名、がんリハビリテーションに関係するコンソーシアムメンバーおよび外部有識者）、83 名から回答を得た（回答率 83%）。模擬症例を 2 例提示し、CARDS アルゴリズム有無で正答率を比較、AIM 日本語版を使用して CARDS 受容性を評価、結果、合意形成が得られたため、2 回目は実施せず STEP1 を終了した。

Step 2 として、CARDS アルゴリズム普及に向けた実装戦略の合意形成を目的に、1 回目のアンケート（がんリハの障壁に関する調査）、2 回目のアンケート（CARDS を活用したがんリハの提供に向けた実

装戦略に関する調査)を実施、有効とされた 35 項目の実装戦略に関して、3 回目のアンケート(重要性・費用に関する調査)を終了した。

25 年度には、アンケート結果を分析し、学会発表、論文作成を行うとともに、社会実装に向けた取り組みを実施している。

- ・第 9 回日本リハビリテーション医学会秋季学術集会(期日:2025 年 10 月 23 日~25 日、開催地:北海道旭川市)で発表終了。**【資料 6】**

- ・英文論文

デルファイ法による合意形成(投稿中 Supportive Care in Cancer)

Development and Assessment of Acceptability of Cancer Rehabilitation in Decision Support (CARDS) Algorithm: A Delphi Study

がんリハビリテーションの障壁・解決策(投稿中 Japanese Journal of Clinical Oncology)

Implementation Strategies for Cancer Rehabilitation in Clinical Practice: A Delphi Study

超高齢社会におけるがんリハビリテーションの障壁:日本語文献とその文脈に関するスコーピングレビュー(投稿準備中)

Barriers to Cancer Rehabilitation in a Super-Aged Society: A Scoping Review of the Japanese Literature and Context.

- ・医療者向けマニュアル製作→医療系コンテンツ制作会社アプリオリへ委託しほぼ完成。**【資料 7】**
→ホームページへの掲載、冊子版として配布→将来的にはアプリ開発も。
- ・利用者へのアンケート調査(コンソーシアム団体の会員対象)はまもなく予定。

4) 日本リハビリテーション医学会(JARM)と協働で、がんのリハビリテーション診療ガイドライン第 3 版の策定を行い、レビュー内容をガイドラインへ反映させる(R7 年まで)(宮越、酒井、幸田、田沼、井上、立松、西山、小島)。

R5(23)年:一次・二次スクリーニング→エビデンス総体

R6(24)年:システマティックレビュー完成→推奨レベル・エビデンスの確実性ドラフト版完成

R7(25)年:エキスパートパネルでの投票→パブコメ

R8(26)年:最終版完成、出版・公開、がん治療学会審査

R9(27)年:以降 英語版総説、一般向けガイドの作成、ベストプラクティス策定

【進捗状況】

23 年度には、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内に、がんのリハビリテーション診療ガイドライン改訂委員会を設立(委員長:宮越委員、副委員長:辻委員)、スコープ、Clinical Question(CQ)が作成された。

24 年度には、24 年 4 月に日本医学図書館協会に文献検索式の作成と文献リストの依頼を行い 9 月に納品された。出版社は入札の結果、「診断と治療社」に決定した。

24 年 11 月 21 日に第 3 回委員会が開催され、一次、二次スクリーニングを各 CQ 担当から報告、その後、CQ ごとの採用文献数と、SR シートの作成作業中。2025 年 2 月 7 日に第 4 回委員会が開催され、その進捗状況が報告された。引き続き、SR シートの作成作業継続。

25 年度には、SR シートの作成作業、推奨文草案を完成、投票を実施し、推奨グレード確定、パブリッ

クコメントの予定。2025 年 7 月 31 日：頭頸部・乳・婦人科・血液腫瘍
2025 年 8 月 12 日：肺・消化器・脳腫瘍
2025 年 8 月 15 日：泌尿器・骨軟部腫瘍・進行がん末期
2025 年 9 月 30 日：再投票の CQ（頭頸部、乳がん、血液、進行がん）
2026 年 2 月：推奨文・解説文ドラフト完成
2026 年 3 月～4 月：日本リハビリテーション医学会会員向けにパブリックコメント収集
2026 年 4 月：入稿作業（診断と治療社）
2026 年 5 月～6 月：初稿ゲラ→再校ゲラ作成
2026 年 7 月～8 月：最終確認→印刷工程
2026 年 9 月：発行

■リンパ浮腫

・R7（2025）年：各地域における診療ネットワーク情報の公開

5) ホームページを作成し活動状況を報告、リンパ浮腫診療に関する動画コンテンツを提供、公開講座を随時開催する（R7 年まで）（担当：辻・田沼・高倉・小林）。

5-1) ホームページの作成・更新（辻）

【進捗状況】

ホームページは随時更新中。

5-2) 動画コンテンツの提供（高倉・田沼・小林毅）

リンパ浮腫診療に関する動画コンテンツを提供、公開講座を随時開催する。LEARN は標準的な内容なので、それとの差別化（診療の工夫、地域・在宅スタッフ向けなど）をする。

前提として考慮すべきこと：「複合的治療」ごとに「診療上の工夫」をイメージした内容とする。弾性着衣の工夫 多層包帯法の工夫 圧迫下の運動療法の工夫 手動的リンパドレナージの工夫 患肢のスキンケアの工夫 体重管理指導の工夫 その他のセルフケア指導の工夫、といった内容で、例えば、「このようなときには、このようにしている」と説明。

23 年度には、リンパ浮腫協力団体の担当者へ「科研の動画作成協力の依頼」したところ、7 団体から協力の申し出があった。その後、担当者と具体的なテーマ・講師や内容についてヒアリングを行い、講師を選定した。最初の動画として、「蜂窩織炎」をテーマに動画を作成し（担当は吉澤いづみ委員、山本優一委員、三宅一正 研究協力者）、内容のチェックを実施した。

24 年度には、引き続き、内容のチェック、推敲作業を進めた。

25 年度には、「在宅でのリンパ浮腫の昼・夜の自己管理方法」、「高齢者（90 歳以上）のリンパ浮腫ケア」、「蜂窩織炎」を新たにテーマとし、音声入り動画を作成し、最終確認中。本年度中にホームページ上での公開まで進める予定。

6) 診療ネットワーク情報を患者や医療従事者に分かりやすい形で公開する（担当：辻・田沼・秋田・高倉・小林・増島）。

班研究終了後は、リンパ浮腫研修運営委員会の活動の一環として、コンソーシアムは情報の更新や普及啓発活動を継続する。

6-1) がん診療連携拠点病院・リンパ浮腫診療施設へのアンケート（秋田・増島）

【進捗状況】

- ・ 23 年 9 月 5 日：千葉大学倫理委員会申請・承認。
- ・ 23 年 11 月～12 月：がん拠点病院および関連学会へ実態調査のアンケート（Web フォーム）依頼。
- ・ 24 年 3 月末までに LPC で基本データセット作成。
- ・ 24 年 5 月末までに基本的なデータの整理。
- ・ 24 年 5 月 13 日（月）コアメンバー会議
出席者：秋田、増島、辻、田崎（研究協力者）、辻本（研究協力者）、LPC 事務局
調査結果の統計解析について打ち合わせを実施。
- ・ 24 年 7 月 27 日（土）班会議で経過を発表
箕浦先生からコメント：がん拠点病院とがん拠点でない病院との差異について比較検討を。
- ・ 24 年 10 月 26 日（土）班会議で経過を発表
公衆衛生の専門家に解析方法を相談しつつ、論文化を進めると秋田委員から報告。
- ・ 25 年 2 月には、英文原著論文のドラフト完成（秋田委員・増島委員）し投稿。

- ・ 増島委員：保存治療（リンパ浮腫複合的治療）に関して、各地域や機関のカテゴリ（高度がん専門医療機関、がん診療連携拠点病院、一般病院、クリニック等）の分布別の解析。

2025 年 7 月 1 日にアクセプト

Masujima M, Akita S, Tazaki M, Tsujimoto A, Katagiri R, Yasuda C, Tsuji T. Regional disparities in lymphedema treatment and access to complex decongestive therapy: a nationwide survey in Japan. Jpn J Clin Oncol. 2025 Jul 24;hyaf120. doi: 10.1093/jjco/hyaf120. Online ahead of print.

- ・ 秋田委員：手術に関して、日本形成外科学会 national clinical data base(NCD)活用し各地域や機関のカテゴリ（高度がん専門医療機関、がん診療連携拠点病院、一般病院、クリニック等）の分布別解析。

2025 年 9 月 23 日にアクセプト

Akita S, Masujima M, Katagiri R, Tazaki M, Tsujimoto A, Kumamaru H, Yasuda C, Mitsukawa N, Tsuji T. Nationwide Medical Survey on Regional Disparities in Secondary Lymphedema Surgical Treatment Covered by Health Insurance. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2025 Nov 17;13(11):e7271. doi: 10.1097/GOX.00000000000007271.

6-2) リンパ浮腫診療マップの作成【資料 8】

【進捗状況】

24 年度は、LPC にて診療マップの検索システムの制作作業を実施し、プロトタイプが完成した。

- ・ 24 年 7 月 2 日 コアメンバー会議
出席者：秋田、増島、辻、LPC 事務局
リンパ浮腫診療マップを公開するためのホームページ案の検討。
- ・ 24 年 7 月 16 日 リンパ浮腫ネットワークジャパンと LPC 事務局との会議
出席者：岩澤玉青（リンパ浮腫ネットワークジャパン）、LPC 事務局
リンパ浮腫ネットワークジャパン（リンネット）でもリンパ浮腫治療の実態リスト作成を開始し始めていたため、協働で取り組みを検討することとなった。
- ・ 24 年 9 月 18 日 リンパ浮腫ネットワークジャパンとの会議

出席者：岩澤（リンネット）、秋田、増島、辻、LPC 事務局

- ・ 25 年 1 月 27 日～2 月 14 日 掲載確認作業期間
- ・ 25 年 3 月 23 年の実態調査でホームページ公開可と回答得た施設に、その後 2 年経過しているため、掲載確認作業を実施した。対象 248 件中、承認する 187 件、承認しない 20 件、連絡先不明 6 件（うち、メール不達 4 件、担当者退職引継ぎ不明 2 件）、未回答 35 件であった。未回答の施設には再度連絡し回答を促す予定。

25 年度は、ネットワーク情報を患者や医療従事者に分かりやすい形で研究班の HP 上で公開する予定。将来的には、がん情報サービスや患者会 HP 系サイトへのリンクも検討する。

班研究終了後は、コンソーシアムの事業として、診療マップの参加施設の拡大やコンテンツの充実を図り、情報の更新や普及啓発活動の継続を目指す。

- ・ 2025 年 12 月 5 日：研究班ホームページにアンケート調査結果と検索サイトを公開 **【資料 8】**
リンパ浮腫診療の実態についての調査研究 <https://lpc.or.jp/cre/proposal-lymph>
全国のリンパ浮腫診療情報 <https://lpc.or.jp/lymph-form/information.html>
- ・ 2025 年 12 月～1 月：アンケート項目の検討→確定、グーグルフォームで Web アンケートを作成
- ・ 2026 年 1 月 15 日～2 月 1 日：Web アンケート実施
目的；「全国のリンパ浮腫診療情報（病院等診療施設検索）」のユーザビリティ（使い勝手）の評価、および次期改修に向けた機能要望・課題の抽出
- ・ 2026 年 2 月 3 日：アンケート結果集計。 **【資料 9】**

【25 年度末（班研究終了）までのタスクまとめ】

- 1) がんのリハビリテーション診療・リンパ浮腫診療ネットワークコンソーシアム：
懇談会、第 3 回総会開催に向けた準備（辻）。
- 2) ホームページ：更新作業を随時実施（辻）。
- 3) 動画コンテンツ：25 年度の動画制作継続（田沼・高倉・小林）。
- 4) CARDS：CARDS の解説マニュアル・パンフレットの作成、英文論文作成・投稿。
アクセプトされ次第、ホームページ上で公開（辻・土方）。
CARDS の使い勝手についてアンケート調査の準備→実施（コアチーム：土方、伊藤、立松、西山、小島、学際的チーム：酒井、幸田、田沼、宮越、井上、早坂、櫻井、杉森、阿部、栗原）。
- 5) 診療ガイドライン：推奨・解説文ドラフト完成（辻・宮越、酒井、幸田、田沼、井上、立松、小島）。
- 6) リンパ浮腫診療の実態調査：英文論文（保存的治療・外科治療）アクセプト済み、全国マップを公開済み。マップの使い勝手についてアンケート調査実施済み→意見を踏まえ改定検討（秋田、増島、保田）

2024 年度班会議スケジュール（がんリハビリテーション・リンパ浮腫部門合同）

- 第 1 回（終了）2025 年 4 月 19 日（土）15 時～16 時 15 分 オンライン会議（Zoom）
- 第 2 回（終了）2025 年 7 月 26 日（土）15 時～16 時 15 分 オンライン会議（Zoom）
- 第 3 回（終了）2025 年 10 月 4 日（土）14 時～14 時 45 分 オンライン会議（Zoom）
- 第 4 回（本日）2026 年 2 月 7 日（土）16 時 30 分～17 時 30 分 オンライン会議（Zoom）

がんリハビリテーション・リンパ浮腫診療ネットワークコンソーシアム 2025 年度第 1 回総会

2025 年 4 月 10 日（木）～4 月 21 日（月） 形式：メール審議（終了）

がんリハビリテーション・リンパ浮腫診療ネットワークコンソーシアム 2025 年度第 2 回総会

2025 年 11 月 7(金)～11 月 15 日(土) 形式：メール審議（終了）

がんリハビリテーション・リンパ浮腫診療ネットワークコンソーシアム 2024 年度第 3 回総会

2026 年 2 月 21 日（土） 形式：オンライン会議（予定）

がんリハビリテーション・リンパ浮腫診療ネットワークコンソーシアム加盟会員懇談会

第 2 回コンソーシアム加盟会員懇談会 形式：オンライン形式

2025 年 4 月 26 日（土） 15 時～16 時 40 分 リンパ浮腫分野 形式：オンライン形式（終了）

第 3 回コンソーシアム加盟会員懇談会

2025 年 7 月 5 日（土） 15 時～16 時 40 分 がんリハ分野 形式：オンライン形式（終了）

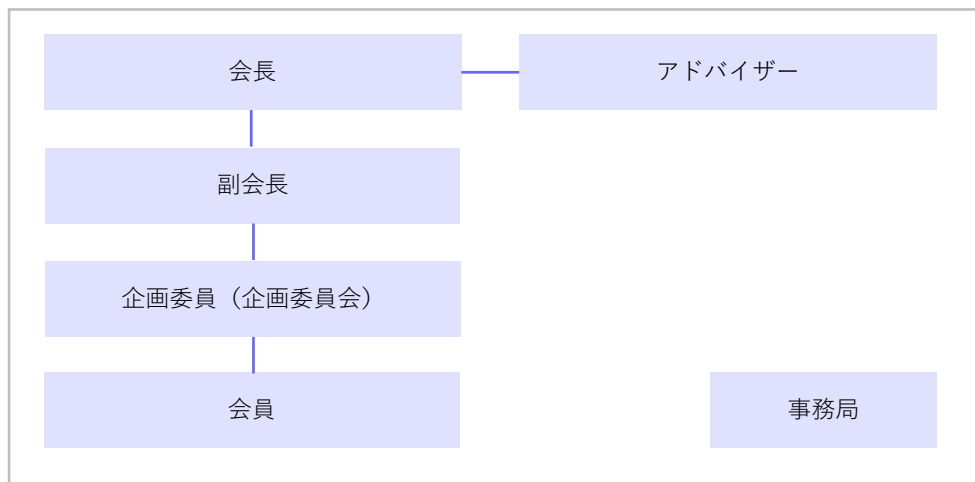
第 4 回コンソーシアム加盟会員懇談会

2025 年 10 月 11 日（土） 15 時～16 時 40 分 テーマ未定 形式：オンライン形式（終了）

がんのリハビリテーション、およびリンパ浮腫診療の一層の推進に資する研究 研修会

2025 年 9 月 20 日(土) 場所：オンライン研修会（終了）

資料4-1：がんのリハビリテーション・リンパ浮腫診療ネットワークワークコンソーシアム組織図（令和7年10月現在：54団体）



【加盟団体】

■在宅リハビリテーション診療関連団体（5団体）

- ・公益社団法人全国老人保健施設協会
- ・公益社団法人日本訪問看護財団
- ・一般社団法人全国デイ・ケア協会
- ・一般社団法人日本介護支援専門員協会
- ・一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会

■患者団体・がんサバイバー（3団体）

- ・一般社団法人がんサバイバーフィットネス
- ・特定非営利活動法人リンパカフェ
- ・リンパ浮腫ネットワークジャパン

■関係学協会（18団体）

- ・公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会
- ・公益社団法人日本婦人科腫瘍学会
- ・公益社団法人日本理学療法士協会
- ・公益社団法人日本リハビリテーション医学会
- ・一般社団法人日本がん看護学会
- ・一般社団法人日本がんサポーターシップケア学会
- ・一般社団法人日本がん・リンパ浮腫理学療法学会
- ・一般社団法人日本形成外科学会
- ・一般社団法人日本言語聴覚士協会
- ・一般社団法人日本作業療法士協会
- ・一般社団法人日本静脈学会
- ・一般社団法人日本地域理学療法学会
- ・一般社団法人日本乳癌学会
- ・一般社団法人日本リンパ浮腫学会
- ・一般社団法人日本リンパ浮腫治療学会
- ・特定非営利活動法人日本緩和医療学会
- ・特定非営利活動法人日本リハビリテーション看護学会
- ・日本リンパ学会

■「専門的リンパ浮腫研修」協力団体（10団体）

- ・学校法人呉竹学園東京呉竹医療専門学校
- ・リンパ浮腫複合的治療料実技研修会共催団体
（公益社団法人日本理学療法士協会・
一般社団法人日本作業療法士協会）
- ・一般社団法人ICAA
- ・一般社団法人THAC医療従事者研究会
- ・一般社団法人日本浮腫緩和療法協会
- ・特定非営利活動法人日本医療リンパドレナージ協会
- ・Dr. Vodder School Japan
- ・日本DLM技術者会
- ・フランシラ セラピストスクール 日本校
- ・一般財団法人ライフ・プランニング・センター

■各地のがんリハ研修実行委員会（18団体）

- ・旭川がんのリハビリテーション研修会実行委員会
- ・函館がんのリハビリテーション研修会
- ・宮城県がんのリハビリテーション研修会実行委員会
- ・福島県がんのリハビリテーション研修会実行委員会
- ・茨城県がんのリハビリテーション研修会
- ・埼玉県がんリハビリテーション研修会実行委員会
- ・千葉県がんのリハビリテーション実行委員会
- ・山梨県がんリハビリテーション研修会実行委員会
- ・北陸がんのリハビリテーション研究会
- ・岐阜がんのリハビリテーション
- ・愛知がんリハビリテーション研修会
- ・大阪府がんのリハビリテーション研修会実行委員会
- ・がんのリハビリテーション研修 in 和歌山
- ・岡山県がんのリハビリテーション研修会実行委員会
- ・愛媛県がんのリハビリテーション研修実行委員会
- ・福岡がんのリハビリテーション研修会実行委員会
- ・長崎県がんリハビリテーション研修会実行委員会
- ・沖縄県がんのリハビリテーション推進委員会

資料4-2：がんのリハビリテーション・リンパ浮腫診療ネットワークコンソーシアム会員 (令和7年6月現在：会員87名、アドバイザー16名)

団体区分	団体名	氏名	職種	所属
各地のがんリハ研修実行委員会	岐阜がんのリハビリテーション	大塚 想	言語聴覚士	岐阜大学医学部附属病院
各地のがんリハ研修実行委員会	大阪府がんのリハビリテーション研修会実行委員会	佐久間 博子	看護師	関西医科大学附属病院
各地のがんリハ研修実行委員会	大阪府がんのリハビリテーション研修会実行委員会	大島 和也	医師	大阪けいさつ病院
各地のがんリハ研修実行委員会	沖縄県がんのリハビリテーション推進委員会	名嘉 太郎	医師	琉球大学病院 リハビリテーション部
各地のがんリハ研修実行委員会	宮城県がんのリハビリテーション研修会実行委員会	高橋 久美子	作業療法士	東北大学病院リハビリテーション部
各地のがんリハ研修実行委員会	宮城県がんのリハビリテーション研修会実行委員会	坪田 毅	理学療法士	東北大学病院リハビリテーション部
各地のがんリハ研修実行委員会	茨城県がんのリハビリテーション研修会	晁田 佳世	理学療法士	筑波大学附属病院
各地のがんリハ研修実行委員会	茨城県がんのリハビリテーション研修会	日浅 健太	作業療法士	筑波大学附属病院
各地のがんリハ研修実行委員会	旭川がんのリハビリテーション研修会実行委員会	村岡 法彦	理学療法士	旭川医科大学病院 リハビリテーション部
各地のがんリハ研修実行委員会	千葉県がんのリハビリテーション実行委員会	彦田 由子	理学療法士	医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 リハビリテーション室
各地のがんリハ研修実行委員会	岐阜がんのリハビリテーション	愛宕 良彦	理学療法士	岐阜大学医学部附属病院
各地のがんリハ研修実行委員会	愛知がんリハビリテーション研修会	加賀谷 斉	医師	国立長寿医療研究センター
各地のがんリハ研修実行委員会	山梨県がんリハビリテーション研修会実行委員会	磯野 弘司	作業療法士	春日居総合リハビリテーション病院
各地のがんリハ研修実行委員会	がんのリハビリテーション研修 in 和歌山	今城 恭祐	理学療法士	和歌山県立医科大学附属病院 リハビリテーション部
各地のがんリハ研修実行委員会	がんのリハビリテーション研修 in 和歌山	坂野 元彦	医師	那智勝浦町立温泉病院 リハビリテーション科
各地のがんリハ研修実行委員会	福岡がんのリハビリテーション研修会実行委員会	矢木 健太郎	理学療法士	聖マリア病院
各地のがんリハ研修実行委員会	福岡がんのリハビリテーション研修会実行委員会	広田 桂介	理学療法士	久留米大学病院
各地のがんリハ研修実行委員会	函館がんのリハビリテーション研修会	槌賀 信基	理学療法士	函館五稜郭病院
各地のがんリハ研修実行委員会	函館がんのリハビリテーション研修会	森山 武	理学療法士	市立函館病院
各地のがんリハ研修実行委員会	長崎県がんリハビリテーション研修会実行委員会	石井 瞬	理学療法士	道ノ尾みやた整形外科
各地のがんリハ研修実行委員会	岡山県がんのリハビリテーション研修会実行委員会	濱田 全紀	医師	岡山大学病院 総合リハビリテーション部
各地のがんリハ研修実行委員会	愛媛県がんのリハビリテーション研修実行委員会	菊内 祐人	作業療法士	国立病院機構四国がんセンターリハビリテーション科
各地のがんリハ研修実行委員会	愛媛県がんのリハビリテーション研修実行委員会	片山 晴喜	医師	国立病院機構四国がんセンター骨軟部腫瘍・リハビリテーション科
各地のがんリハ研修実行委員会	埼玉県がんリハビリテーション研修会実行委員会	國澤 洋介	理学療法士	埼玉医科大学 保健医療学部
各地のがんリハ研修実行委員会	埼玉県がんリハビリテーション研修会実行委員会	篠田 裕介	医師	埼玉医科大学病院 リハビリテーション科
アドバイザー		下田 浩	医師	弘前大学 大学院医学研究科
アドバイザー		古川 洋志	医師	愛知医科大学 形成外科講座
アドバイザー		佐藤 菜保子	看護師	福島県立医科大学 看護学部 成人・老年看護学部門（成人看護学）
アドバイザー		井沢 知子	看護師	公立大学法人 神戸市看護大学 療養生活看護学領域 慢性病看護学分野
アドバイザー		末廣 晃太郎	医師	山口大学 大学院医学系研究科 器官病態外科学講座
アドバイザー		塗 隆志	医師	大阪医科薬科大学 形成外科
アドバイザー		高西 裕子	看護師	医療法人 リムズ徳島クリニック
関係学協会	公益社団法人 日本医療ソーシャルワーカー協会	坂本 はと恵	がん専門相談員	国立研究開発法人 国立がん研究センター東病院
関係学協会	公益社団法人 日本医療ソーシャルワーカー協会	前田 英武	がん専門相談員	国立大学法人 高知大学医学部附属病院
「専門的リンパ浮腫研修」協力団体	公益社団法人日本理学療法士協会・一般社団法人日本作業療法士協会	吉澤 いづみ	作業療法士	公益社団法人日本作業療法士協会
「専門的リンパ浮腫研修」協力団体	公益社団法人日本理学療法士協会・一般社団法人日本作業療法士協会	山本 優一	理学療法士	公益社団法人日本理学療法士協会
関係学協会	一般社団法人 日本がん・リンパ浮腫理学療法学会	井上 順一朗	理学療法士	神戸大学医学部附属病院 国際がん医療・研究センター
関係学協会	一般社団法人 日本がん・リンパ浮腫理学療法学会	高倉 保幸	理学療法士	埼玉医科大学
アドバイザー		櫻井 卓郎	作業療法士	国立病院機構四国がんセンター骨軟部腫瘍・リハビリテーション科
関係学協会	公益社団法人 日本理学療法士協会	西山 知佐	理学療法士	名南病院 管理事務室
関係学協会	公益社団法人 日本理学療法士協会	吉井 智晴	理学療法士	東京医療学院大学 保健医療学部
関係学協会	一般社団法人 日本リンパ浮腫治療学会	保田 知生	医師	独立行政法人地域医療機能推進機構 星ヶ丘医療センター 循環器外科
関係学協会	一般社団法人 日本リンパ浮腫治療学会	重松 邦広	医師	国際医療福祉大学 三田病院 血管外科
「専門的リンパ浮腫研修」協力団体	一般財団法人 ライフ・プランニング・センター	辻 哲也	医師	慶應義塾大学医学部 リハビリテーション医学教室
「専門的リンパ浮腫研修」協力団体	特定非営利活動法人 日本医療リンパドレナージ協会	笹倉 淳子	あん摩マッサージ指圧師	日本医療リンパドレナージ協会
「専門的リンパ浮腫研修」協力団体	特定非営利活動法人 日本医療リンパドレナージ協会	吉田 洋子	あん摩マッサージ指圧師	日本医療リンパドレナージ協会
患者団体・がんサバイバー	特定非営利活動法人 リンパカフェ	田端 聡	看護師	特定非営利活動法人 リンパカフェ
患者団体・がんサバイバー	特定非営利活動法人 リンパカフェ	ライアン 千穂	看護師	特定非営利活動法人 リンパカフェ
「専門的リンパ浮腫研修」協力団体	日本DLM技術者会	木部 伸子	あん摩マッサージ指圧師	日本DLM技術者会
「専門的リンパ浮腫研修」協力団体	学校法人呉竹学園 東京呉竹医療専門学校	濱中 宣光	あん摩マッサージ指圧師	学校法人呉竹学園 東京呉竹医療専門学校
「専門的リンパ浮腫研修」協力団体	学校法人呉竹学園 東京呉竹医療専門学校	吉田 真紀	あん摩マッサージ指圧師	学校法人呉竹学園 東京呉竹医療専門学校
在宅リハビリテーション診療関連団体	公益財団法人 日本訪問看護財団	平原 優美	看護師	
在宅リハビリテーション診療関連団体	公益社団法人 全国老人保健施設協会	野尻 晋一	理学療法士	介護老人保健施設 清雅苑
「専門的リンパ浮腫研修」協力団体	一般社団法人 日本浮腫緩和療法協会	大塚 俊介	柔道整復師	一般社団法人 日本浮腫緩和療法協会
「専門的リンパ浮腫研修」協力団体	一般社団法人 日本浮腫緩和療法協会	齊藤 和子	看護師	一般社団法人 日本浮腫緩和療法協会
関係学協会	一般社団法人 日本地域理学療法学会	浅川 康吉	理学療法士	東京都立大学
関係学協会	一般社団法人 日本地域理学療法学会	松林 義人	理学療法士	名古屋女子大学
在宅リハビリテーション診療関連団体	一般社団法人 日本介護支援専門員協会	小林 広美		一般社団法人 日本介護支援専門員協会
在宅リハビリテーション診療関連団体	一般社団法人 日本リハビリテーション病院・施設協会	井手 睦	医師	社会医療法人 雪の聖母会 聖マリアヘルスケアセンター
在宅リハビリテーション診療関連団体	一般社団法人 全国デイ・ケア協会	金森 毅繁	理学療法士	筑波記念病院 リハビリテーション部
患者団体・がんサバイバー	一般社団法人 キャンサーフィットネス	高木 千寿子	不明	一般社団法人 キャンサーフィットネス
患者団体・がんサバイバー	一般社団法人 キャンサーフィットネス	高野 敦子	不明	一般社団法人 キャンサーフィットネス
「専門的リンパ浮腫研修」協力団体	一般社団法人 THAC医療従事者研究会	瀬戸 治	あん摩マッサージ指圧師	一般社団法人 THAC医療従事者研究会
「専門的リンパ浮腫研修」協力団体	一般社団法人 THAC医療従事者研究会	呉 照美	看護師	一般社団法人 THAC医療従事者研究会
「専門的リンパ浮腫研修」協力団体	一般社団法人 ICAA	岩橋 知美	看護師	一般社団法人 ICAA
「専門的リンパ浮腫研修」協力団体	一般社団法人 ICAA	荻野 恭正		一般社団法人 ICAA
患者団体・がんサバイバー	リンパ浮腫ネットワークジャパン	山崎 多賀子		リンパ浮腫ネットワークジャパン
患者団体・がんサバイバー	リンパ浮腫ネットワークジャパン	岩澤 玉青		リンパ浮腫ネットワークジャパン
「専門的リンパ浮腫研修」協力団体	フランシラ セラピスト スクール 日本校	金子 弥生	理学療法士	リハデイボナール調布
「専門的リンパ浮腫研修」協力団体	フランシラ セラピスト スクール 日本校	竹内 恵美	あん摩マッサージ指圧師	フランシラ セラピスト スクール 日本校
「専門的リンパ浮腫研修」協力団体	Dr. Vodder School Japan	土岐 めぐみ	医師	Dr. Vodder School Japan
「専門的リンパ浮腫研修」協力団体	Dr. Vodder School Japan	細谷 有希	理学療法士	Dr. Vodder School Japan

アドバイザー	がんリハビリテーション・リンパ浮腫研修運営委員会	杉原 進介	医師	国立病院機構四国がんセンター骨軟部腫瘍・リハビリテーション科
アドバイザー	がんリハビリテーション・リンパ浮腫研修運営委員会	酒井 良忠	医師	神戸大学大学院 医学研究科外科系講座リハビリテーション機能回復学
アドバイザー	がんリハビリテーション・リンパ浮腫研修運営委員会	幸田 剣	医師	和歌山県立医科大学 リハビリテーション医学講座
アドバイザー	がんリハビリテーション・リンパ浮腫研修運営委員会	西山 菜々子	作業療法士	大阪公立大学 大学院 リハビリテーション学研究科
アドバイザー	がんリハビリテーション・リンパ浮腫研修運営委員会	増島 麻里子	看護師	千葉大学 大学院看護学研究科 先端実践看護学研究部門
アドバイザー	がんリハビリテーション・リンパ浮腫研修運営委員会	阿部 恭子	看護師	東京医療保健大学 千葉看護学部看護学科
アドバイザー	がんリハビリテーション・リンパ浮腫研修運営委員会	前川 二郎	医師	公益財団法人 藤沢市保健医療財団 藤沢市保健医療センター
アドバイザー	がんリハビリテーション・リンパ浮腫研修運営委員会	宮越 浩一	医師	亀田総合病院 リハビリテーション科
関係学協会	一般社団法人 日本がんサポーターブケア学会	田沼 明	医師	順天堂大学医学部附属病院
関係学協会	一般社団法人 日本がんサポーターブケア学会	小林 毅	作業療法士	日本医療科学大学 保健医療学部
関係学協会	一般社団法人 日本作業療法士協会	島崎 寛将	作業療法士	一般社団法人 日本作業療法士協会
関係学協会	一般社団法人 日本作業療法士協会	高島 千敬	作業療法士	一般社団法人 日本作業療法士協会
関係学協会	公益社団法人 日本リハビリテーション医学会	吉川 遼	医師	神戸大学大学院医学研究科 リハビリテーション機能回復学
関係学協会	公益社団法人 日本リハビリテーション医学会	堅山 佳美	医師	岡山大学病院 総合リハビリテーション部
関係学協会	特定非営利活動法人 日本リハビリテーション看護学会	三次 真理	看護師	上智大学
関係学協会	特定非営利活動法人 日本リハビリテーション看護学会	栗生田 友子	看護師	埼玉医科大学、日本リハビリテーション看護学会
関係学協会	公益社団法人 日本婦人科腫瘍学会	小林 範子	医師	北海道大学
関係学協会	公益社団法人 日本婦人科腫瘍学会	宇津木 久仁子	医師	がん研究会 有明病院
関係学協会	一般社団法人 日本リンパ浮腫学会	小川 佳成	医師	大阪市立総合医療センター 乳腺外科
関係学協会	一般社団法人 日本リンパ浮腫学会	北村 薫	医師	アムクリニック
関係学協会	一般社団法人 日本形成外科学会	秋田 新介	医師	千葉大学医学部附属病院 形成美容外科
関係学協会	日本リンパ学会	河合 佳子	医師	東北医科薬科大学 医学部
関係学協会	一般社団法人 日本静脈学会	小川 佳宏	医師	リムズ徳島クリニック
関係学協会	一般社団法人 日本静脈学会	岩田 博英	医師	いわた血管外科クリニック
関係学協会	一般社団法人 日本言語聴覚士協会	小島 一宏	言語聴覚士	慶應義塾大学病院
関係学協会	一般社団法人 日本言語聴覚士協会	杉森 紀与	言語聴覚士	東京医科大学病院
関係学協会	一般社団法人 日本がん看護学会	熊谷 靖代	看護師	野村訪問看護ステーション
関係学協会	一般社団法人 日本がん看護学会	栗原 美穂	看護師	国立がん研究センター東病院
関係学協会	一般社団法人 日本乳癌学会	菰池 佳史	医師	近畿大学病院
関係学協会	特定非営利活動法人 日本緩和医療学会	田尻 寿子	作業療法士	県立静岡がんセンター
関係学協会	特定非営利活動法人 日本緩和医療学会	立松 典篤	理学療法士	名古屋大学大学院医学系研究科総合保健学専攻

資料5-1：企画委員会議事録

がんリハビリテーション・リンパ浮腫診療ネットワークコンソーシアム 2025 年度第 1 回企画委員会

開催日時：2025 年 4 月 3 日(木)～4 月 8 日 (火)

実施形式：書面開催

議事：

■報告事項（メールにて報告済みの内容の再掲です）

1. 2025 年 2 月 12 日開催 2024 年度第 3 回企画委員会議事録送付【資料 1】(2 月 26 日メール送付済み)

2. 2024 年度臨時総会の結果報告【資料 2】

「2025 年度役員と企画委員の任期延長に伴う再選について」の臨時総会が 3 月 12 日～3 月 19 日にかけて行われ、審議の結果、再選が可決されました。(3 月 26 日メール送付済み)

■審議事項

審議 1. 新規加盟団体について【資料 3】

2024 年度第 3 回企画委員会で検討された新規加盟希望団体への働きかけで、各地のがんのリハビリテーション研修企画者実行委員会全 35 団体に加盟を打診した。うち 14 団体から加盟の申請があったので企画委員会にて審査をいただきたい。

承認された団体は第 1 回総会(4 月 10 日～4 月 21 日 書面開催予定)で新規加盟団体として報告をします。

審議 2. 2025 年度第 1 回総会資料について【資料 4】～【資料 8】

2025 年度事業計画案(2024 年度第 3 回企画委員会にて承認済み)に基づいて作成された総会資料の審議をお願いいたします。

下記回答フォームより、4 月 8 日までにご回答をお願い申し上げます。

回答フォーム：<https://forms.gle/gnnYtrkYTeiZri8e9>



資料

【資料 1】【再掲】2024 年度第 3 回企画委員会議事録

【資料 2】【再掲】臨時総会議決結果報告

【資料 3】新規加盟団体について

【資料 4】【総会資料】総会のご案内

【資料 5】【総会資料 1】2024 年度事業報告

【資料 6】【総会資料 2】2025 年度事業計画

【資料 7】【総会資料 3】加盟会員懇親会について

【資料 8】【総会資料 4】新規加盟団体のご報告 ⇒ この資料は審議 1 の結果を反映して更新します。

2025 年 4 月 9 日

がんのリハビリテーション・リンパ浮腫診療ネットワークコンソーシアム
企画委員 各位

会長 辻 哲也

2025 年度第 1 回企画委員会追加審議（書面）の結果報告について

時下、皆様にはますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、2025 年度第 1 回企画委員会追加審議（書面）にご協力いただきましてありがとうございました。
審議結果を下記のとおりご報告いたします。

記

1. 企画委員会の成立

企画委員数：10 回答数：8 未回答数：2

過半数の出席をもって成立しました（規約第 14 条 6）。

2. 議事

議案		承認	非承認	棄権・保留
第 1 議案	新規加盟団体について	8	0	0
第 2 議案	2025 年度第 1 回総会資料について	8	0	0

3. 結果

すべての議案について出席企画委員の過半数の承認をもって可決されました。（規約第 14 条 7）

<いただいたご意見等>

・新規加盟団体について

今後加盟の希望があれば、随時、委員会に諮るという認識でいいでしょうか。

・【資料 4】【総会資料】総会のご案内について

期間が 4 月 10 日（木）～21 日（月）まで 12 日間には、何か根拠はありますか？10 日間とか 2 週間とか、区切りがいいように思いました。審議の内容には直接ではないので、ご参考まで。

以上

がんリハビリテーション・リンパ浮腫診療ネットワークコンソーシアム
2025 年度第 2 回企画委員会議事録

■日時：2025 年 9 月 29 日(月) 18:00～18:46

■場所：オンライン会議

■出席者：8 名（敬称略、順不同）

会長	辻 哲也	一般財団法人ライフ・プランニング・センター
副会長	井手 睦	一般社団法人 日本リハビリテーション病院・施設協会
企画委員	金森 毅繁	一般社団法人 全国デイ・ケア協会
企画委員	高木 千寿子	一般社団法人 キャンサーフィットネス
企画委員	熊谷 靖代	一般社団法人日本がん看護学会
企画委員	笹倉 淳子	特定非営利活動法人 日本医療リンパドレナージ協会
企画委員	田沼 明	一般社団法人日本がんサポーターズケア学会
企画委員	高倉 保幸	一般社団法人日本がん・リンパ浮腫理学療法学会
事務局	平野、綱澤、今田	一般財団法人ライフ・プランニング・センター

■欠席者：2 名（敬称略、順不同）

企画委員	小林 毅	一般社団法人日本がんサポーターズケア学会
企画委員	小島 一宏	一般社団法人日本言語聴覚士協会

■議事

【報告事項】

- ・2025 年度事業途中報告 【総会資料 4】
事務局より、2025 年度事業について報告があった。

【審議事項】

- ・新規加盟団体の承認 【総会資料 3】
「福島県がんのリハビリテーション研修会実行委員会」の新規加盟について審議が行われ、出席委員全員の賛同により承認された。

※新規加盟団体の加盟可否については、規約において企画委員会で審議することが明記されているが、本来は総会で審議すべきとの意見があった。なお、現在の活動は今年度で終了する予定であることから、今後の活動方針が決定した段階で、規約の改訂について改めて検討することとなった。

【検討事項】

- 1)2025 年度第 2 回総会議事について 【資料 1】【総会資料 1～6、8】
総会次第の議事案および各資料の確認を行った。
- 2)コンソーシアムの今後について
辻会長から、研究費が継続できた場合の運営と今年度で終了となった場合の運営を分けて考えなければいけないとの指摘があった。
各委員からのコメントは以下のとおり

委員名	コンソーシアムの今後について
辻会長	・ 研究班が無くなった後も継続できるようにマネタイズ戦略(研修会参加費や企業協賛金で調達)の検討 - マップや CARDS の社会実装戦略の検討

	- CARDS:モデル地区を決めてそこで使ってもらうことや、使ってもらうためのツール（アプリ・ウェブ等）の開発 - リンパ浮腫診療 診療マップ：実際に使用してもらい使用感の検証 地域ネットワーク：地域を決めて地域での連携体制（リンパ浮腫の診断、手術、保存治療）のモデル構築及び他地域への展開 - 研修体制のネットワーク作りサポート
金森委員	・ 事務局のあり方をどのようにするかで今後の運営方法は変わってくるのでは
田沼委員	・ 地域のネットワーク作り ・ 標準化された評価法の普及
熊谷委員	・ 次世代の人たちへ興味関心を高めるためのオンライン研修会（低価格設定） - 在宅がんリハ向けのキャリア研修等 ・ 検索システムへのアクセス利便性の向上と気軽な利用環境の整備 - 仮にアクセス料を設定し、学会等に入っている人ならば検索システムを使える等にとすると、コンソーシアムに学会が入るメリットにもなる
高木委員	・ CARDS や診療マップの普及
笹倉委員	・ 地域のネットワークでの施設情報の周知 ・ 研修会を組み込んだ、情報取得体制の整備と普及 ・ CARDS や診療マップの普及
高倉委員	・ 最初の辻先生の発言に賛同する ・ 今後の事務局体制が課題 ・ 適切に運営していくためには教育システムと連携していくことが重要
井手副会長	・ がんリハ研修等で、コンソーシアムの活動の広報を行う ・ 運営資金については、研修会参加費で調達を検討

【追加報告】

- ・ 第4回懇談会プログラムについて 【資料2】

事務局より、第4回懇親会プログラムについて説明があった

資料

資料1 総会のご案内_2025 第2回に変更

資料2 第4回懇談会プログラム

総会資料 1-1 2025 年度事業途中経過報告と予定

総会資料 1-2 科研班研究事業とコンソーシアムについて

総会資料 1-3 がんのリハビリテーション・リンパ浮腫診療研修会

総会資料 1-4 がんリハ提供のための判断支援ツール（CARDS）の有効性検証のための協力（調整中）

総会資料 1-5 厚労科研リンパ診療 HP 掲載（案）

総会資料 2-1 新規加盟団体のご報告

総会資料 2-2 コンソーシアム組織図

総会資料 2-3 加盟団体

2026 年 2 月 12 日

がんのリハビリテーション・リンパ浮腫診療ネットワークコンソーシアム
企画委員 各位

会長 辻 哲也

2025 年度第 3 回企画委員会の結果報告について

時下、皆様にはますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、企画委員会の審議にご協力いただきましてありがとうございました。審議結果を下記のとおりご報告いたします。

記

1. 企画委員会の成立

企画委員数：10 回答数：8 未回答数：2

過半数の出席をもって成立しました（規約第 14 条 6）。

2. 議事

議案		承認	非承認	棄権・保留
第 1 議案	2025 年度第 3 回総会資料について	8	0	0

3. 結果

第 1 議案について出席企画委員の過半数の承認をもって可決されました。（規約第 14 条 7）

<いただいたご意見等>

- 資料 3 のコンソーシアムの今後の活動方針については、2026 年度の予算次第は理解できますが、「方針」なので研究継続の場合は「〇〇に取り組む予定」のように示唆してもよかったと思います。すべての項目が同じだと思いますが、継続するものは継続ですが、どのように発展、深化をかんがえているのかは大切だと考えます。
- 年度中のご発表スライドを俯瞰出来たので、整理ができたように思います。

以上

資料5-2：総会議事録

2025年4月10日

構成員 各位

会長 辻 哲也

「がんのリハビリテーション・リンパ浮腫診療ネットワークコンソーシアム」

2025年度第1回総会のご案内

拝啓

時下いよいよご清祥のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご厚情を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、2025年度第1回総会を下記要領にて開催致します。書面表決での開催と致します。別紙の総会資料をご参照いただき、4月21日(月)までに審議事項のご回答をくださいますようお願い申し上げます。アドバイザーの方は資料のご確認のみで回答は不要です。

敬具

記

期間： 2025年 4月10日（木）～4月21日（月）

議案：

第1議案 2024年度事業報告 【資料1】

第2議案（審議事項） 2025年度事業計画 【資料2】 【資料3】

第3議案 新規加盟団体のご報告 【資料4】

資料：

【資料1】 2024年度事業報告

【資料2】 2025年度事業計画

【資料3】 加盟会員懇親会について

【資料4】 新規加盟団体のご報告

<会員の皆様> 審議回答：以下URLより表決をお願いいたします。

<https://forms.gle/2XGN2BEcCXBmRxzJ7>



【問い合わせ先】

ライフ・プランニング・センター内 事務局(<https://lpc.or.jp/cre/>)

〒102-0082 東京都千代田区一番町 29 番地 2 一番町進興ビル 電話：03(3265)1907

担当：e-mail：ganreha.kaken@lpc.or.jp

2025 年 4 月 22 日

がんのリハビリテーション・リンパ浮腫診療ネットワークコンソーシアム
構成員 各位

会長 辻 哲也

2025 年度第 1 回総会の結果について

時下、皆様にはますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、2025 年度第 1 回総会につきまして書面開催にご協力いただきありがとうございました。結果を
下記のとおりご報告いたします。

記

1. 期間 2025 年 4 月 10 日（木）～4 月 21 日（月）

2. 議案

第 1 議案 2024 年度事業報告

第 2 議案（審議事項） 2025 年度事業計画

第 3 議案 新規加盟団体のご報告

3. 総会の成立

構成員数：62 回答数：49 未回答数：13

過半数の出席（回答）をもって成立しました（規約第 13 条 5）。

4. 審議結果

第 2 議案 2025 年度事業計画

承認 49 承認しない 0 棄権・保留 0

出席者の過半数の承認をもって可決されました。（規約第 13 条 7）

以上

「がんのリハビリテーション・リンパ浮腫診療ネットワークコンソーシアム」
2025 年度第 2 回総会の結果

2025 年度第 2 回総会の結果を下記のとおりご報告いたします。

記

1. 回答期間 2025 年 11 月 7 日（金）～11 月 15 日（土）

2. 議案

第 1 議案 2025 年度事業途中経過報告と予定

第 2 議案 新規加盟団体および加盟状況のご報告

3. 総会の成立

構成員 105 名 : 回答 91 名、未回答 14 名

<内訳> 会員 89 名 : 回答 75 名、未回答 14 名

アドバイザー 16 名 : 回答 16 名、未回答 0 名

会員過半数の出席（回答）をもって成立しました（規約第 13 条 5）。

4. 回答結果

第 1 議案

内容について承知した：91 名 内容について質問があるので確認したい：0 名

第 2 議案

内容について承知した：91 名 内容について質問があるので確認したい：0 名

5. 意見・コメントなど

第 1 議案について

- ・質問ではないですが、資料 1-4 の 2 ページ。パブコメをパブリックコメントにした方が良くないですか。
- ・資料 1-4、5/6 の中段「・ AIM 日本語版を使用して CARDS 受容性を評価ト 1 回目で合意が得られれば終了」の「評価ト 1 回目」→「評価と 1 回目」の誤字の修正をお願いします。

第 2 議案について

- ・加盟団体については、何か基準はありますか？また、「法人」格の有無等は、特に問うものではないという認識でいいでしょうか？

以上

2025年11月4日

構成員 各位

会長 辻 哲也

「がんのリハビリテーション・リンパ浮腫診療ネットワークコンソーシアム」
2025年度第2回総会のご案内

拝啓

時下いよいよご清祥のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご厚情を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、2025年度第2回総会を下記要領にて開催致します。書面表決での開催と致します。

別紙の総会資料をご参照いただき、11月14日(金)までに賛否のご回答をくださいますようお願い申し上げます。

敬具

記

期間： 2025年 11月4日(火)～11月14日(金)

議案：

第1議案 2025年度事業途中経過報告と予定 【資料1-1】～【資料1-5】

第2議案 新規加盟団体および加盟状況のご報告 【資料2-1】～【資料2-3】

資料：

【資料1-1】 2025年度事業途中経過報告と予定

【資料1-2】 厚生労働科学研究費 補助金がん対策推進総合研究事業

【資料1-3】 研修会アンケートまとめ

【資料1-4】 がんリハ提供のための判断支援ツール(CARDS)の有効性検証のための協力

【資料1-5】 科研リンパ診療HP掲載(案)

【資料2-1】 新規加盟団体

【資料2-2】 コンソーシアム組織図

【資料2-3】 加盟団体一覧(202510)

<会員の皆様>審議回答：以下URLより表決をお願いいたします。

URL： <https://forms.gle/NFRJspe22i3W63Za8>



【問い合わせ先】

ライフ・プランニング・センター内 事務局(<https://lpc.or.jp/cre/>)

〒102-0082 東京都千代田区一番町 29 番地 2 一番町進興ビル 電話：03(3265)1907

担当：e-mail：ganreha.kaken@lpc.or.jp

がんのリハビリテーション・リンパ浮腫診療ネットワークコンソーシアム

2025 年度 第 3 回総会 議事録

1. 日時： 2026 年 2 月 21 日（土） 16:30～17:14
2. 場所： オンライン会議（Zoom）
3. 会員数： 88 名
4. 出席者数： 65 名（内訳：本人出席 38 名、委任状出席者 27 名）

5. 開会および総会の定足数報告

事務局より開会が宣言された。本コンソーシアムの総会員数 88 名に対し、オンライン出席 33 名、委任状提出 27 名、計 60 名の出席（開会時点）により、規約第 13 条に基づく過半数（44 名以上）を満たし、本総会が有効に成立した旨が報告された。規約に基づき、辻会長が議長に就任した。

6. 会長あいさつ

辻会長より、本コンソーシアムの現会員の任期が 2026 年 3 月末までとなっており、現体制での開催は今回が最後となる見込みであるため、1 年半にわたる活動の総括を中心にこれより会員の皆様に向けて活動の説明を行う旨の挨拶があった。

7. 議事

1) 報告事項 1：2023 年度～2025 年度コンソーシアム活動のまとめ（辻会長）

現体制発足からの活動実績および、がんリハビリテーション・リンパ浮腫診療を取り巻く最新動向について報告が行われた。【資料 1】

2) 報告事項 2：「全国のリンパ浮腫診療情報（病院等診療施設検索）」の運用評価に関するアンケート調査結果（辻会長）

加盟会員の協力によるリンパ浮腫診療情報検索サイトの使い勝手等に関するアンケート結果（回答数 71 名）が共有され、アンケート回答者からのご意見については、今後の診療情報のブラッシュアップ時の参考とする旨が報告された。【資料 2】

3) 報告事項 3：コンソーシアム加盟会員懇談会（第 1 回～第 4 回）開催報告（辻会長）

計 4 回開催された加盟会員懇談会について報告がされた。多様な学会、協会、各地の研修実行委員会などが登壇し、それぞれの取り組み状況、現状の課題、コンソーシアムへの期待などについて情報共有およびディスカッションが行われたことが報告された。【資料 3】 【資料 4】 【資料 5】 【資料 6】

4) 懇談事項1：コンソーシアムの今後の活動について（辻会長）

次年度以降の活動方針について説明が行われた。

- 本コンソーシアムの母体となる当研究班の活動は本年度で終了となる。
- 現在、活動継続のための新たな研究課題「がんのリハビリテーション、及びリンパ浮腫診療の一層の推進に資するエビデンス構築のための研究（26EA1101）を申請中である。
- 各団体におかれては本状況を共有いただき、次年度以降も引き続きのご支援・ご協力をお願いしたい旨の要請がされた。

8. 閉会

井手副会長より閉会の挨拶が行われた。54団体という多様な団体が集まり、相互の活動や最新の潮流を共有できた意義は大きく、今後の研究費の採択状況に関わらず、今までに形成されたネットワークを活かし、共通の目標に向けて次年度以降も活動を継続して行くことを期待したいとの抱負が語られた。

以上で予定議事が終了し、最後に事務局より、研究費の採択結果が判明次第、改めて皆様に本コンソーシアムに関する案内を行う旨が伝えられ、本総会は17時14分に閉会となった。

総会資料

資料 2025年第3回総会次第

資料1 コンソーシアムの活動報告および今後の活動報告方針について

資料2 リンパ浮腫診療施設検索サイト評価アンケートまとめ

資料3 第1回懇談会

資料4 第2回懇談会

資料5 第3回懇談会

資料6 第4回懇談会

以上

2026年 3月 9日

議長・会長 辻 哲也

Tetsuya tsuji

副会長 井手 睦

Makoto Imai

がんのリハビリテーション・リンパ浮腫診療ネットワークコンソーシアム

第2回加盟会員懇談会

2025年4月26日(土) 15:00 – 16:40

プログラム

時間	内容	担当 (敬称略)
15:00 15:05	はじめに	辻 哲也
15:05 16:10	団体紹介と各団体の立場から、「リンパ浮腫診療」の現状と課題についての提案 ー 各団体6分の持ち時間内での発表、質問 ・ 公益財団法人 日本訪問看護財団 ・ 研修協力団体(10団体)* ・ 公益社団法人 日本婦人科腫瘍学会 ・ 一般社団法人 日本乳癌学会 ・ 一般社団法人 日本リンパ浮腫学会 ・ 一般社団法人 日本リンパ浮腫治療学会 ・ 一般社団法人 日本形成外科学会 ・ 一般社団法人 日本静脈学会 ・ 日本リンパ学会	出欠 調整中
16:10 16:35	意見交換 …参加者全員によるディスカッション コンソーシアムが何をすべきか？何ができるか？ 具体的な事業計画の提案	
16:35 16:40	おわりに	井手 睦

*研修協力団体(10団体)

- ①東京呉竹医療専門学校 ②リンパ浮腫複合的治療料実技研修会共催団体 (PT・OT協会) ③ICAA
 ④THAC医療従事者研究会⑤日本浮腫緩和療法協会⑥日本医療リンパドレナージ協会
 ⑦Dr. Vodder School Japan⑧日本DLM技術者会⑨フランシセラピストスクール日本校
 ⑩ライフ・プランニング・センター

Zoomアクセス情報

トピック: 第2回加盟会員懇談会

時刻: 2025年4月26日 15時～

<https://us02web.zoom.us/j/87895752659?pwd=7osSOuMrGyWRGXsQDZcMsOHvCCQke6.1>

ミーティング ID: 878 9575 2659

パスコード: 196976

第3回加盟会員懇談会

2025年7月5日(土) 15：00 – 16：40

プログラム

時間	内容	担当 (敬称略)
15：00 15：05	はじめに	会長 辻 哲也
15：05 16：15	団体紹介と各団体の立場から、「がんのリハビリテーション診療」・「リンパ浮腫診療」の現状と課題についての提案 ー 各団体6分の持ち時間内での発表、質問 ① 一般社団法人 日本静脈学会 ② 公益社団法人 日本リハビリテーション医学会 ③ 一般社団法人 日本地域理学療法学会 ④ 一般社団法人 日本がん・リンパ浮腫理学療法学会 ⑤ 一般社団法人 日本作業療法士協会 ⑥ 一般社団法人 日本言語聴覚士協会 ⑦ 公益社団法人 日本理学療法士協会 ⑧ 一般社団法人 日本がんサポーターブケア学会 ⑨ 特定非営利活動法人 日本リハビリテーション看護学会 ⑩ 公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会	
16：15 16：35	意見交換 …参加者全員によるディスカッション コンソーシアムが何をすべきか？何ができるか？ 具体的な事業計画の提案	
16：35 16：40	おわりに	副会長 井手 睦

プログラムは都合により変更になる場合がありますので予めご了承ください

Zoomアクセス情報

トピック: 第3回加盟会員懇談会

時刻: 2025年7月5日 02:45 PM

<https://us02web.zoom.us/j/88950137101?pwd=oPFjl5vTa8KoKuxc2B6aybNFD6BbkJ.1>

ミーティング ID: 889 5013 7101

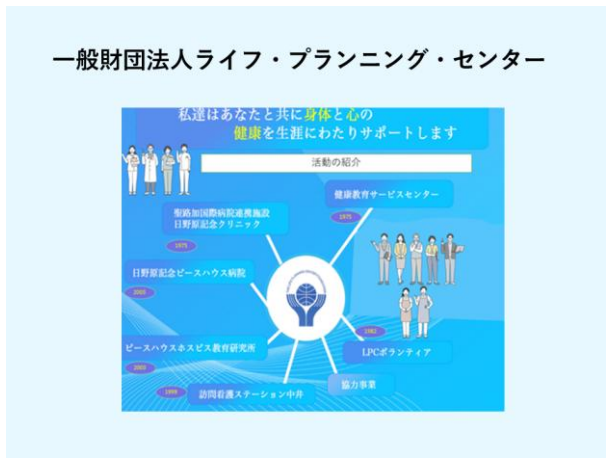
パスコード: 916307

発表方法

- ・ 資料(パワーポイント等)を共有してご発表ください
- ・ 多くの団体からの発表がありますので、時間内での発表にご協力ください
- ・ 下記のテーマでプレゼンテーションをお願いします(各団体：合計約 6 分)
 - 加盟団体の自己紹介(各団体：約 2 分)
 - 各団体の立場から、「リンパ浮腫診療(ネットワーク)」の現状と課題についての提案(各団体：約 4 分)

※作成いただいた発表原稿は、懇談会后、懇談会記録としてコンソーシアム構成員の皆様に共有し、また、当研究班の研究報告にも使用いたしますので、あらかじめご了承ください

スライド作成（例）



理念・運営の基本方針

理念

一人ひとりが与えられた心身の健康をより健全に保ち、全生涯を通して充実した人生を送ることができるように共に歩む。

運営の基本方針

- ・一人ひとりが健康について理解を深める機会を提供する。
 - ・生活習慣の改善により「自分の健康は自分で守る」ことができるように、根拠に基づいた医療と教育を実践する。
 - ・成長と発達、病気や老化の過程を通して生涯にわたり、生活の質（クオティ・オブ・ライフ）が豊かに保たれるように支援する。
 - ・地域の医療・介護・保健・福祉の発展に貢献するため、有機的連携をはかり、人材の育成に取り組む。
 - ・働きやすい職場環境をつくり、互いの役割を尊重しチームワークを実践する。
- 上記5項目を実践し継続するために、健全な財団経営を行う。

「リンパ浮腫診療体制（ネットワーク）」の現状と課題

現状の問題点

- ・ 受診できる施設について探すことが困難
- ・ 発症予防についての情報が手に入らない
- ・ ○○○○○○ ○○○○○○

課題解決の方法

- ・ 身近に相談できる施設がない
- ・ ○○○○○○ ○○○○○○
- ・ ○○○○○○ ○○○○○○

第4回加盟会員懇談会

2025年10月11日(土) 15:00 – 16:15

プログラム

時間	内容	担当 (敬称略)
15:00 15:05	はじめに	会長 辻 哲也
15:05 15:45	団体紹介と各団体の立場から、「がんのリハビリテーション診療」・「リンパ浮腫診療」の現状と課題についての提案 ー 各団体6分の持ち時間内での発表、質問 ① 公益社団法人 全国老人保健施設協会 ② 一般社団法人 日本形成外科学会 ③ 各地のがんのリハビリテーション研修実行委員会 -がんリハ研修の概要（事務局）と18道府県の実行委員会（代表者） ・沖縄県がんのリハビリテーション推進委員会 ・宮城県がんのリハビリテーション研修会実行委員会 ・茨城県がんのリハビリテーション研修会 ・山梨県がんリハビリテーション研修会実行委員会 ・福岡がんのリハビリテーション研修会実行委員会 ・岡山県がんのリハビリテーション研修会実行委員会 ・埼玉県がんリハビリテーション研修会実行委員会	
15:45 16:10	意見交換…参加者全員によるディスカッション コンソーシアムが何をすべきか？何ができるか？ 具体的な事業計画の提案	
16:10 16:15	おわりに	会長 辻 哲也

がんのリハビリテーション、およびリンパ浮腫診療ネットワークコンソーシアム1－3回会員懇談会のまとめ

回	番号	団体名	現状、課題(問題点)と提案（青字は提案箇所と思われるもの）	
第1回懇親会 2025年 1月18日(土) 14:00－15:45	1	一般社団法人全国デイ・ケア協会	「リンパ浮腫診療体制（ネットワーク）」の現状 現状/リンパ浮腫に関する実態がわからない	「リンパ浮腫診療体制（ネットワーク）」の課題 課題/実態把握方法の検討
	2	一般社団法人日本介護支援専門員協会	「リンパ浮腫診療体制（ネットワーク）」の現状 現状の問題 ・リンパ浮腫への適切な対応に関する知識や体制が不足している ・リンパ浮腫外来などに関する情報周知が不足している ・病気や年齢（高齢）などのため患者による対応が難しいだけでなく、病気や高齢化によって通院が困難となりリンパ浮腫に関する継続した支援を得ることが難しい ・リンパ浮腫の知識や関心度に個人差や職種間の差がある	「リンパ浮腫診療体制（ネットワーク）」の課題 課題解決の方法 ・多職種での学習会、研修会等の実施や啓発活動 ・通院が困難な高齢者や多く疾患を抱え、セルフケアが困難になった高齢者に合わせたケア体制の構築
	3	一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会	課題 会員施設の特性が多岐に渡るのでまずは「がん」への注目度を上げる必要性がある	展開 施設内から在宅までカバーされているのでシームレスな貢献が出来ないか いずれは診療・介護報酬への付加も視野に
	4	一般社団法人がんサーフィットネス	リンパ浮腫診療についての困りごと（制度的に困ったこと）制度的課題 ・リンパ浮腫について、主治医の知識が少ない。主治医が興味を持っていない ・主治医にリンパ浮腫についての知識を深めてほしい ・リンパ浮腫に詳しい医師にたどり着けない ・治療病院にリンパ浮腫外来がある場合はスムーズに治療に進める。リンパ浮腫外来がない病院の患者は、治療してもらえる場所、弾性着衣を採る場所を見つけるのが大変。 ・リンパ浮腫外来がある病院は、病院内の患者以外は受け入れない。 ・リンパ浮腫の手術前提でなら診察する、という病院がある。 ・リンパ浮腫を発症していても、治療に消極的な患者がいる。（ドレナージだけではなく運動も治療の一部という知識が広まっていない） ・治療中にリンパ浮腫について気が回らない。退院後にリンパ浮腫について知りたくなってからでは情報収集しにくい	がんサーフィットネスからの課題・提案 退院後の患者を集めて、グループで、リンパ浮腫について情報を提供し、患者自身も知る・学べる道筋を示せる場の提供が必要ではないか？ リンパ浮腫について、積極的に情報提供や、運動情報を提供している患者支援団体と、自治体との連携で何かできないか？ 「情報提供」で患者が自分で学ぶ場所を構築してほしい（患者支援団体との協力体制も）
	5	特定非営利活動法人リンパカフェ	リンパ浮腫診療における課題 ・リンパ浮腫予防管理の機会を増やす（対応できる機関も増えて欲しい） リンパ浮腫の 好発時期（例：手術して1年以内など）複数回通院の機会 を設定できれば、早期発見ができるのではないかと？ ・リンパ浮腫複合的治療の要件緩和 重症（2期後期）とそれ以外ではなく、重症扱いを2期前期からにすることで、2期前期の今後悪化する可能性がある患者の対応が円滑に行うことができないだろうか。 重症40分以上、重症以外20分以上は短く、患者の状態によって対応時間を要することがある。重症以外でも特に 初診時は40分から60分、年2回ではなく年3-4回 はあれば、弾性着衣を選んだ後のフォローも含めて可能となるのではないのでしょうか。 ・弾性着衣指示書を書いてもらう場所がない 患者には指示書がないと弾性着衣購入は難しい現状があるが診察が必要である。 かかりつけ医で対応ができるようになれば患者にとってのメリットが大きい。 リンパ浮腫研修などの活用で、指示書が書ける医療機関が増えること、そのために 将来的に指示書への書類代 があると普及しやすいのではないかと思います。 ・通院が難しくなった場合の対応として 患者の状態や高齢・遠隔地などの理由により通院が難しい場合に訪問看護ステーション等の利用ができるよう情報提供が必要になる。	リンパ浮腫診療上の課題と提案 ・課題：今ある制度利用が行われていないため、患者さんの治療機会等が失われている現状があること。 ・対策：コンソーシアム参加の医療機関等がモデルとなって制度の活用を行なった上で、制度活用上の現状を調査するのはどうだろうか。
	6	リンパ浮腫ネットワークジャパン	リンパ浮腫診療体制の現状と課題解決の方法 生活・就労/ QOLの低下、就労継続、将来への不安 医療者/がん治療医が取りあってくれない 診療へのアクセス/診療施設にたどりつけない 診療施設や相談窓口/診療施設が少ない、相談窓口がない 保険/保険があるのに使えてない現状がある(複合的治療で50%以上)	リンパ浮腫診療体制の課題解決の方法 生活・就労/ ニーズに基づいた情報、学びや集いの場の提供 。社会福祉への取り組み(障害者、介護、難病…)、就労への対策 医療者/学会などでがん治療医への啓発、がん専門医教育への導入 診療へのアクセス/ データベース化 コンソーシアム内の情報共有 保険/保険改定、がん診療連携拠点病院要件への追加、欠員情報の共有、地域ネットワークの構築
	7	一般社団法人日本がん看護学会	リンパ浮腫診療体制の現状 ①患者自身がリンパ浮腫に気づき、主治医に伝えても「仕方がない」と話される、あるいは他医療者にも「どこにつないだらよいかわからない、対応は難しい」と話される方がまだ散見される。 ②患者自身がリンパ浮腫に気づいているが受診行動に結びつかず、一人で試行錯誤しながら暮らしている方も散見される。 ③リンパ浮腫外来の枠が少なく、受診頻度に制限がある。 ④部署移動などで同じ人材が長くかわることが難しい。 ⑤定期的外来通院が終了している場合地域のどこに相談してよいかわからない。	リンパ浮腫診療体制の課題 ①全ての医療機関、医療者にリンパ浮腫の正しい知識・情報が行きわたるようにする。リンパ浮腫外来やリンパ浮腫ケアに対応できる医療機関の全国マップがあるとよい（患者も医療者も活用できるもの）。 ②リンパ浮腫は早期治療が重要であること、医療機関、費用等が患者自身でわかるプラットフォームがあるとよい。 ③がん相談窓口など気軽に相談できる場を増やし周知するとよい。

	8	特定非営利活動法人日本緩和医療学会	緩和ケアを主体とした時期の浮腫（リンパ浮腫）の問題・課題 - 全身性浮腫と局在性浮腫が混合してしまう - 病態が複雑である - リスク管理が必要 - リンパ浮腫の改善が困難な場合が多い - リンパ浮腫の改善のための圧迫療法・用手的リンパドレナージが、他の苦痛症状を悪化させる場合がある - リンパ浮腫（浮腫）の合併症（リンパ漏、蜂窩織炎などの炎症）や、他の苦痛症状（関節可動域の制限、体動困難感、皮膚の緊満感など）を引き起こしたりする場合がある	課題と解決方法 - 支援者間での多職種・多施設連携 - シームレス・スムーズ・タイムリーな情報共有 - 情報共有方法の構築（一般社団法人静岡県医師会のシステム医療連携カルテ閲覧システム、交流会など） - 保健・医療スタッフの知識の向上 - 学会でのシンポジウム等 - 様々な勉強会 - 緩和ケアを主体とした時期の浮腫への対応に対する、可能な限りのエビデンスの構築
第2回懇親会 2025年 4月26日(土) 15：00－16：40	9	公益社団法人日本婦人科腫瘍学会	婦人科腫瘍学会の視点から現状と課題 【現状】 婦人科がん手術は、低侵襲かつ、治療の個別化により系統的リンパ節郭清を省略する方向性となってきている。一方で、放射線治療あるいは化学療法後のリンパ浮腫への配慮も求められている。	婦人科腫瘍学会の視点から現状と課題 【課題】 - 婦人科がん手術においてセンチネルリンパ節ナビゲーション手術が一般的になれば、センチネルリンパ節に転移のない症例では系統的リンパ節郭清が省略でき、多くの患者さんでさらに縮小手術が可能になると思われる。→発症予防（一次予防） - 術後リンパ浮腫指導管理料算定については、婦人科医へさらなる啓発が必要である。→早期発見・早期治療（二次予防） - 婦人科がん治療後のリンパ浮腫（リンパ節郭清術後、放射線治療後、化学療法後）について実態把握が必要である。
	10	一般社団法人日本乳癌学会	乳癌診療現場での、リンパ浮腫治療の問題 - スタッフ不足 - リンパ浮腫を診断できる医師 - リンパ浮腫を治療できる医師 - セラピストの不足 - セラピストの業務体制 - 主治医の意識 - 誰が最初にリンパ浮腫に気づくべき？ - 治療できる施設がわからない - 治療できる施設のマップ作り	乳癌学会からの提言？乳癌学会への提言？ - セラピストの地位向上のための活動 - 診療報酬の改善の要望 - セラピスト養成支援活動 - 広報活動への協力 - リンパ浮腫関連団体HPへの相互リンク - 学術総会企画 - 診療科医師の意識改革 - リンパ浮腫診療のための毎年更新講習？
	11	日本リンパ学会	「リンパ浮腫診療体制」の現状・課題 - 基礎系と臨床系の研究者が集う学会のため、リンパ浮腫診療に関するセッションの割合は高い 「リンパ浮腫診療体制の構築等」に関しては学会として先駆者となるのは難しいかもしれない - 様々な研究者が集まり、学術的な議論を行う場を提供できる	「リンパ浮腫診療体制」の解決策 今後も基礎研究を基盤とした新たな治療法や、診療科を超えた視点でリンパ浮腫診療に対し問題解決のための提言していきたい
	12	一般社団法人日本リンパ浮腫治療学会		
	13	一般社団法人日本リンパ浮腫学会	現状と課題 - 群雄割拠、活動における横のつながりが弱い - 医療者目線と患者の想いとズレ - レベルの差（同じ資格を持っていても） - 病院経営の視点の強化、収益性の問題 - やりがいに頼る運営と疲れて去る人材 - 活用できる施設の情報が乏しい	問題点 - 単独施設で支えるのは無理、たとえ拠点病院でも施設間で連携が必要！そのための生きた情報はどこに？ - 施設マップの活用 - 更新は？情報の拡充は？実情を反映？情報を生かすためには？ - 技術のレベルアップと質の担保あるいは維持 - 定期研修の受講、各団体共同での運用は？
	14	公益財団法人日本訪問看護財団	在宅療養におけるリンパ浮腫ケアの現状 - 訪問看護師による浮腫に対するケアが提供されていた在宅高齢者は寝たきり老人・準寝たきり老人・虚弱高齢者が多い - リンパ浮腫へのケアは、糖尿病、栄養状態、生活動作など浮腫要因に対するケアが必須	課題 - がんの外来化学療法が終末期まで実施され、訪問看護の開始時期がくなりリンパ浮腫による緩和ケアが十分できないまま看取りとなる事例が増えた 早期から病院主治医、看護師と連携し、在宅における訪問看護師によるリンパ浮腫ケアを含む全人的ケアが課題 - 訪問看護は、今後高齢者増加が予想され慢性期から終末期まで高齢者のリンパ浮腫の要因にもなる糖尿病、下腿静脈瘤、日中の活動性、栄養状態などを総合的に改善するケアが課題
	15	リンパ浮腫研修協力団体(10団体)*	リンパ浮腫協力団体から寄せられたご意見 - セラピスト養成校の役割は、セラピストを育成することによって、治療を必要としている方々へ適切な治療の機会をお届けすることだと考えております。 - 大変な努力を重ねてセラピスト資格を取得した後、所属先の事情や地域で連携できる医療機関が見つからず、リンパ浮腫治療に関われなかったり、資格を活かす機会を持たないセラピストの声を耳にします。 - 一方、リンパ浮腫外来の受診に数か月待ちで、思うように治療を受けられないリンパ浮腫当事者の方々もいらっしゃいます。 がんやリンパ浮腫の当事者の方々が目分らしく生きるためには、地域での継続的な支援が不可欠であり、そのためには、基幹病院と共に、地域でも安心安全に活躍できる医療職の存在が必要であると感じております。 - このネットワークコンソーシアムという素晴らしい枠組みにおいて、資格取得後のセラピストたちが、地域でも安心してがんやリンパ浮腫と共に生きる方々の支援ができるような、ネットワークづくりができれば大変幸いです。	

第3回懇親会 2025年7月5日(土) 15：00 – 16：40	16	一般社団法人日本静脈学会	「がんのリハビリテーション診療」・「リンパ浮腫診療」の現状と課題についての提案 ◆担当患者における深部静脈血栓症の評価や、リンパ浮腫患者における静脈疾患合併の精査などをどのようにされているのか？ ↓ ◆担当患者は深部静脈血栓症を合併しやすいが、Dダイマーだけでは診断できないことが多いため、画像診断が必要と考えます。リンパ浮腫患者に静脈疾患を合併すれば悪化要因となるため、やはりDダイマーのチェックだけではなく画像診断が必要と考えます。 ↓ ◆リスクのある担当患者やリンパ浮腫患者は、全症例で血管エコーを行うことを提案します。	「がんのリハビリテーション診療」・「リンパ浮腫診療」の現状と課題についての提案 ・静脈疾患やリンパ浮腫の症状で共通する点は、患肢に「むくみ」がみられることであり、リンパ浮腫患者でむくみが急に強くなった際には、静脈系の異常という可能性も考える必要があります。 ・リンパ浮腫の悪化要因となる静脈還流障害を改善させるためには、リンパ浮腫診療に携わる医療者に、静脈系の解剖・生理や静脈疾患の病態などの基礎知識を理解することが求められます。 ・日本静脈学会のHPにあるガイドラインだけではなく、日本静脈学会が編集した「新臨床静脈学」などを確認いただければ、圧迫療法についての理解がさらに深まるのではないかと考えます。
	17	公益社団法人日本リハビリテーション医学会	課題 ・リンパ浮腫複合的治療料などの診療報酬点数が低いため、リンパ浮腫に従事するスタッフの確保が困難な状況がある。施設側も経営の面から積極的とは言えない。 ・リンパ浮腫外来を担当する診療科医として、形成外科医、乳腺外科医、婦人科医、リハ医が担うことが多いが、施設ごとにどの診療科が担うかが曖昧であり、リンパ浮腫外来が普及しない一因と考えられる。 ・患者さんにとってリンパ浮腫外来や診療についての情報提供が十分とは言えない。一方、リンパ浮腫外来は、担当する医師やスタッフの転勤や退職で休止されることもあるため、常に情報収集とアップデートが必要と考えられる。	学会の課題と提案 ◆リハビリテーション科専門医不足 ⇒がん診療連携拠点病院であっても、リハビリテーション科専門医不在で整形外科医や神経内科医などの併任で運用されていることが多く、現状ではリハ専門職への十分な指示やその検討が行えていないと考えられる。 ◆リハビリテーション医学の卒前・卒後教育におけるリンパ浮腫の取り扱い ⇒がんリハビリテーションの一部で取り上げられてはいるが十分な内容とは言えず、リンパ浮腫についてリハビリの観点からさらに系統だっ教育について検討が望まれる。今後リンパ浮腫診療の領域においても主体として或いはハブとしての役割を担うリハビリテーション科専門医の育成が望まれる。 ◆学術集会でリンパ浮腫に関する演題数やセッションが少ない状況がある。 ⇒リハビリテーション科専門医の中でもリンパ浮腫を扱う医師の割合は低い状況と考えられ、学会の中でもさらなる啓発が望まれる。
	18	一般社団法人日本地域理学療法学会	課題と提案（案） 1 普及・啓発 日本がん・リンパ浮腫理学療法学会を中心とした関連学会と連携し、活動（研修等）への参加促進 2. 研究活動の推進 ①地域理学療法としてのニーズの把握 ②在宅患者に対する支援（直接－個別支援） ・事例検討を通した ADL 維持によるアプローチ ・術後の身体機能に対するアプローチ （第10 回： 1 演題 第 11 回： 4 演題）	
	19	一般社団法人日本がん・リンパ浮腫理学療法学会	課題と提案 1. 研修修了者の地域偏在 →地域で活動している事例などを横展開したり、うまくいっているところが他の都道府県を伴走支援したりするような形 2. 研修修了者の活動支援 →理学療法士は主に病院で働いている者が多いため、地域の方へのつなぎ方の強化 3. 必要な方が必要な専門職とつながるということができていない	
	20	公益社団法人日本理学療法士協会	課題と提案 ・研修修了者の地域偏在 →地域活動の好事例の共有 →地域活動を促進するような伴奏支援 ・研修修了者の効果的な活動の場の不足 →病院以外（施設や在宅）での活動 →多職種連携の量的、質的向上 ・必要な方が必要な専門職と繋がることのできる仕組み 地域職域連携、健康づくりの一環としての支援	
	21	一般社団法人日本作業療法士協会	現状と課題 現状 ■がん急性期～終末期まで、幅広い病期でOTが介入可能に（ADL支援、疲労・痛み対応、精神心理・就労支援など） ■がん拠点病院などでOTがチーム医療の一員として定着 ■専門作業療法士（がん）の認定制度を通じた人材育成が進展	現状と課題 課題 ■外来・在宅・地域でのOTの活用はまだ限定的で、支援体制が未整備 ■がんリハに特化したOTの教育・臨床経験の機会が不十分 ■がん専門病院のOT（全国19カ所）、0～5名程度、OT未配置病院あり、一人職場あり

22	一般社団法人日本言語聴覚士協会	教育システム上の課題 ■卒前教育カリキュラム/解剖～疾患に関する内容や障害ごとの各論 ⇒がん治療に関する内容、がんリハビリテーションの体系的な理解はしにくい？ ■卒後教育 ・がんリハはSTとしてのキャリア制度に含まれていない ・ST独自のがんリハの知識共有の場がない	言語聴覚士の課題 理学療法士、作業療法士などに比べてがんのリハビリテーションに関する知識・経験の不足、それを支援するプラットフォーム整備が不十分。 多職種協働が不可欠なので、本コンソーシアムでの成果も言語聴覚士教育の拡充に役立てたい。
23	一般社団法人日本がんサポーターズケア学会	がんのリハビリテーション・リンパ浮腫診療体制（ネットワーク） 現状と課題 【全体的では】 ・JASCCは学会として、部会・WGを通じて医療従事者相互の連携のための情報発信とともに、患者・家族の「がん」に関連した情報の普及啓発に努めている。今後も事業を継続する一方、このコンソーシアムのような場を通じて、さらに広がることを期待しています。 ・また、ぜひ、連携の輪も広がっていくことを期待しています。 【がんリハビリテーションでは】 ・各診療科へのリハビリテーション（PT/OT/ST）の理解が促進することに、普及啓発ができるとよいのではないのでしょうか。 ・終末期・緩和期のリハビリテーション、特に（個人的にも）OTの役割の理解が進むとよいと願っています。 【リンパ浮腫診療では】 ・身近な機関で受診できるように、情報公開の体制整備が進むとよいのではないのでしょうか。医療広告の壁もありますが、患者とその家族に情報が届くことを願っています。 【超！個人的では】 ・「自分らしく生きるがん患者」を支援する体制が、みなさんと共通認識で推進できることを願っています。。。	
24	公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会	「がんのリハビリテーション」の現状と課題 ・患者さんの転院を支援する際の選択肢として、がん患者リハビリテーション料の算定可能な医療機関が少ないこと ・がん治療が入院中心から在宅にシフトする中で、特に若年がん患者にとって通院リハビリテーションという選択肢が無いこと	「リンパ浮腫」の現状と課題 ・リンパ浮腫への専門的ケアを必要とする患者に、医療機関等の紹介を行なうための適切な情報が乏しいこと ・リンパ浮腫への施術を実施している医療機関等の質をどのように判断すればよいのか

資料7：研究班ホームページ

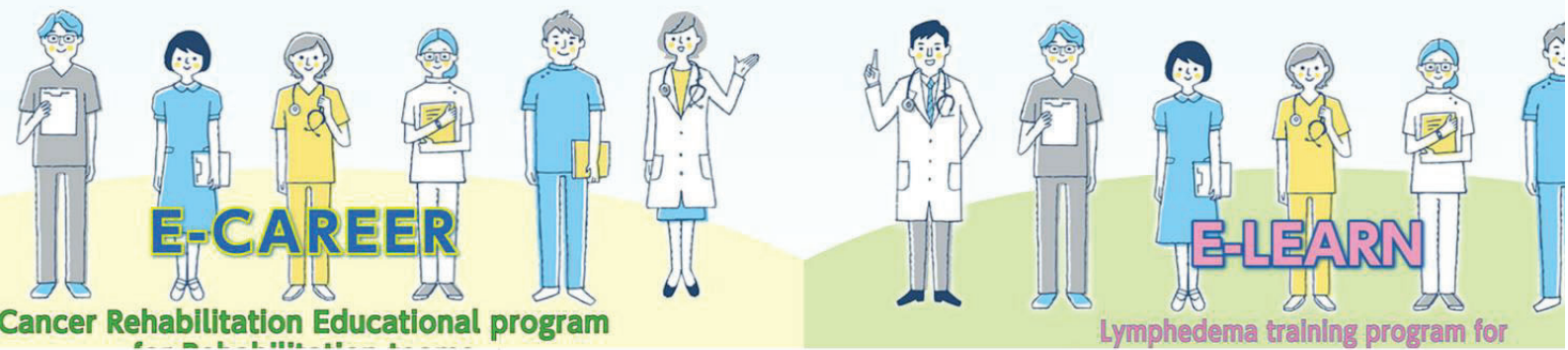


<https://lpc.or.jp/cre/>

プライバシーポリシー

令和5年度（2023年度）厚生労働科学研究費補助金（がん政策研究事業）

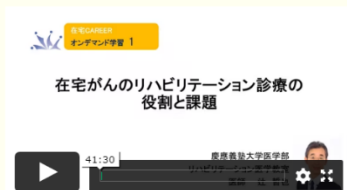
 がんのリハビリテーション、および
リンパ浮腫診療の一層の推進に資する研究



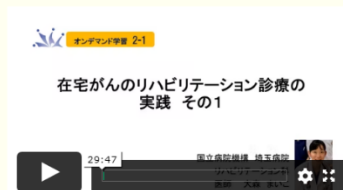
- 研究代表者ご挨拶
- 研究目的と期待される成果
- 研究計画・ROAD MAP
- 研究体制
- 診療ネットワークコンソーシアム

News

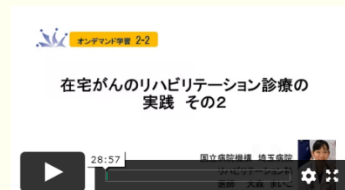
2023.06.30 「在宅がんのリハビリテーション診療」研修会開催します。[イベントページ](#)をご確認ください。



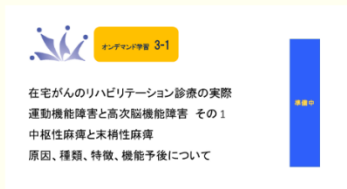
講義1 在宅がんのリハビリテーション診療の役割と課題



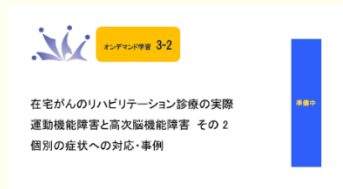
講義2-1 在宅がんのリハビリテーション診療の実践 その1



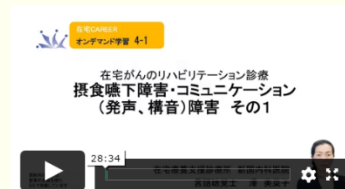
講義2-2 在宅がんのリハビリテーション診療の実践 その2



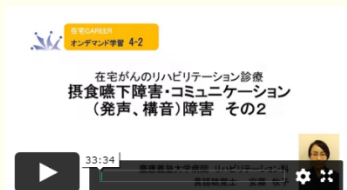
講義3-1 在宅がんのリハビリテーション診療の実際
運動機能障害と高次脳機能障害 その1
中枢性麻痺と末梢性麻痺
原因、種類、特徴、機能予後について



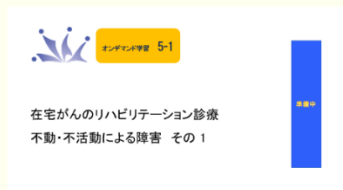
講義3-2 在宅がんのリハビリテーション診療の実際
運動機能障害と高次脳機能障害 その2
個別の症状への対応・事例



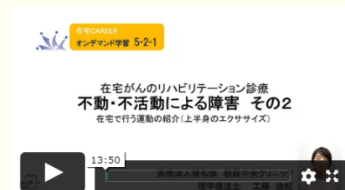
講義4-1 在宅がんのリハビリテーション診療
摂食嚥下・コミュニケーション(発声、構音)障害
その1



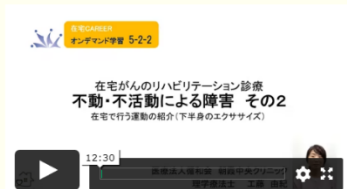
講義4-2 在宅がんのリハビリテーション診療
摂食嚥下・コミュニケーション(発声、構音)障害
その2



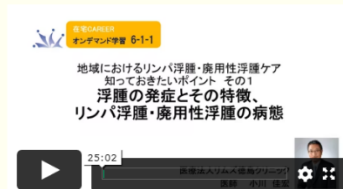
講義5-1 在宅がんのリハビリテーション診療
不動・不活動による障害 その1



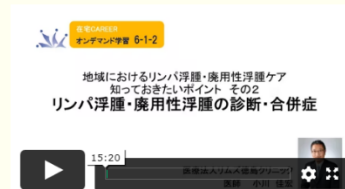
講義5-2-1 在宅がんのリハビリテーション診療
不動・不活動による障害 その2-1



講義5-2-2 在宅がんのリハビリテーション診療
不動・不活動による障害 その2-2



講義6-1-1 地域におけるリンパ浮腫・廃用性浮腫ケア その1
浮腫の発症と特徴・リンパ浮腫・廃用性浮腫の病態



講義6-1-2 地域におけるリンパ浮腫・廃用性浮腫ケア その2
リンパ浮腫・廃用性浮腫の診断・合併症

資料8-1：在宅がんのリハビリテーション研修（在宅CAREER）の実施状況

令和3年度（2021年度）厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
がんリハビリテーションの均てん化に資する
効果的な研修プログラム策定のための研究

在宅がんリハビリテーション(在宅 CAREER) オンデマンド学習のおすすめ



会員専用サイト
「動画・資料集：
医療・福祉職者向け」



会員登録

すべてのコンテンツ
視聴可能

視聴後アンケート

転移性脊椎腫瘍

基本動作編



1. 疫学



2. リハビリテーションの流れ
(症例1, 症例2)



3. 動作指導

1-1. 転移性脊椎腫瘍について

日本の骨転移患者における各がん腫の割合と部位別の頻度

原発巣	患者数の割合	発生部位の割合		
		脊椎	上肢	下肢
乳がん	21.6 %	10.5 %	2.2 %	6.8 %
肺がん	21.2 %	13.9 %	5.2 %	10.7 %
前立腺がん	7.6 %	10.5 %	2.2 %	6.8 %
腎がん	7.5 %	15.0 %	9.2 %	16.7 %
胃がん	6.8 %	18.4 %	2.9 %	4.9 %

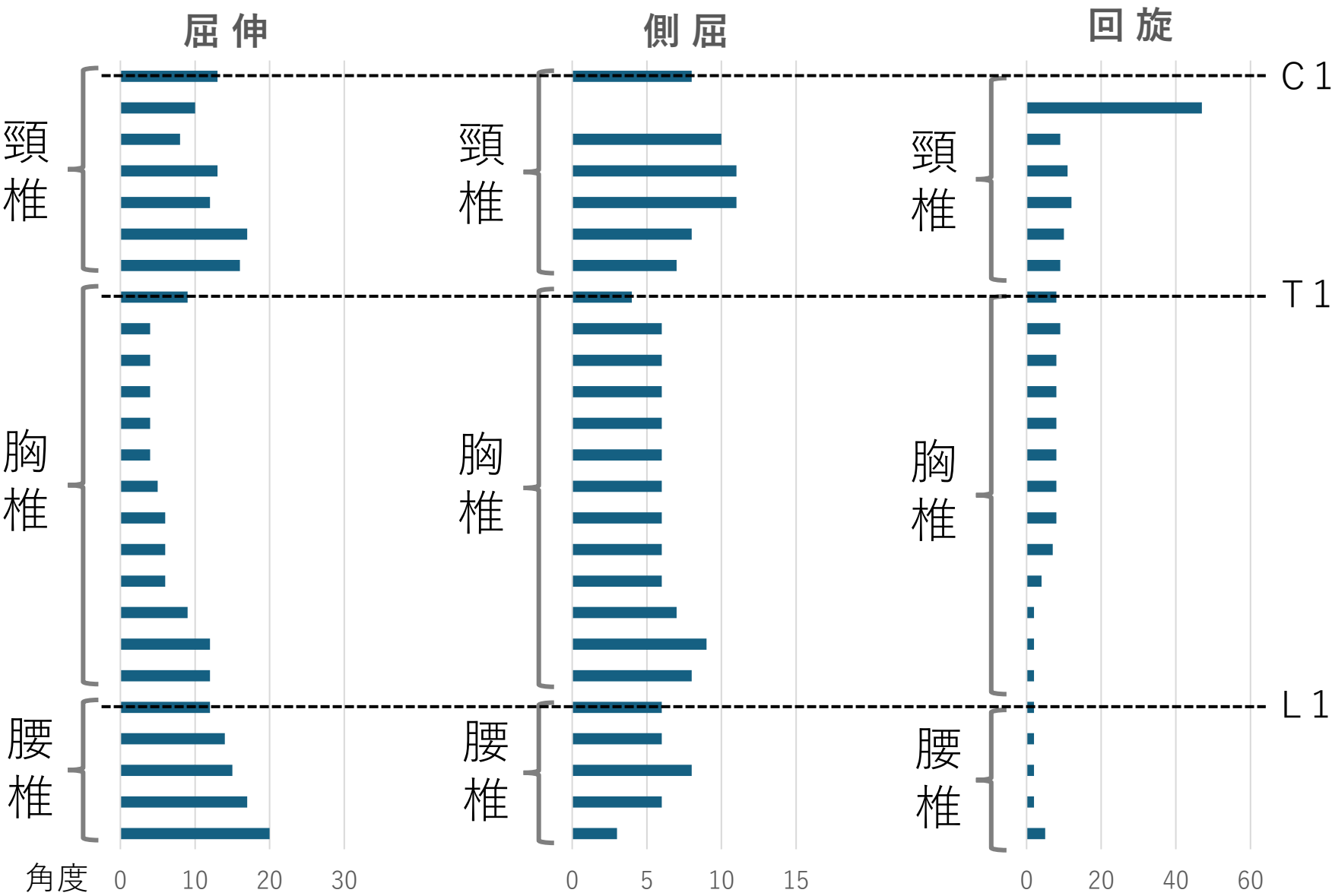
骨転移患者は**乳がん、肺がん**が多い

部位は**脊椎**が多い

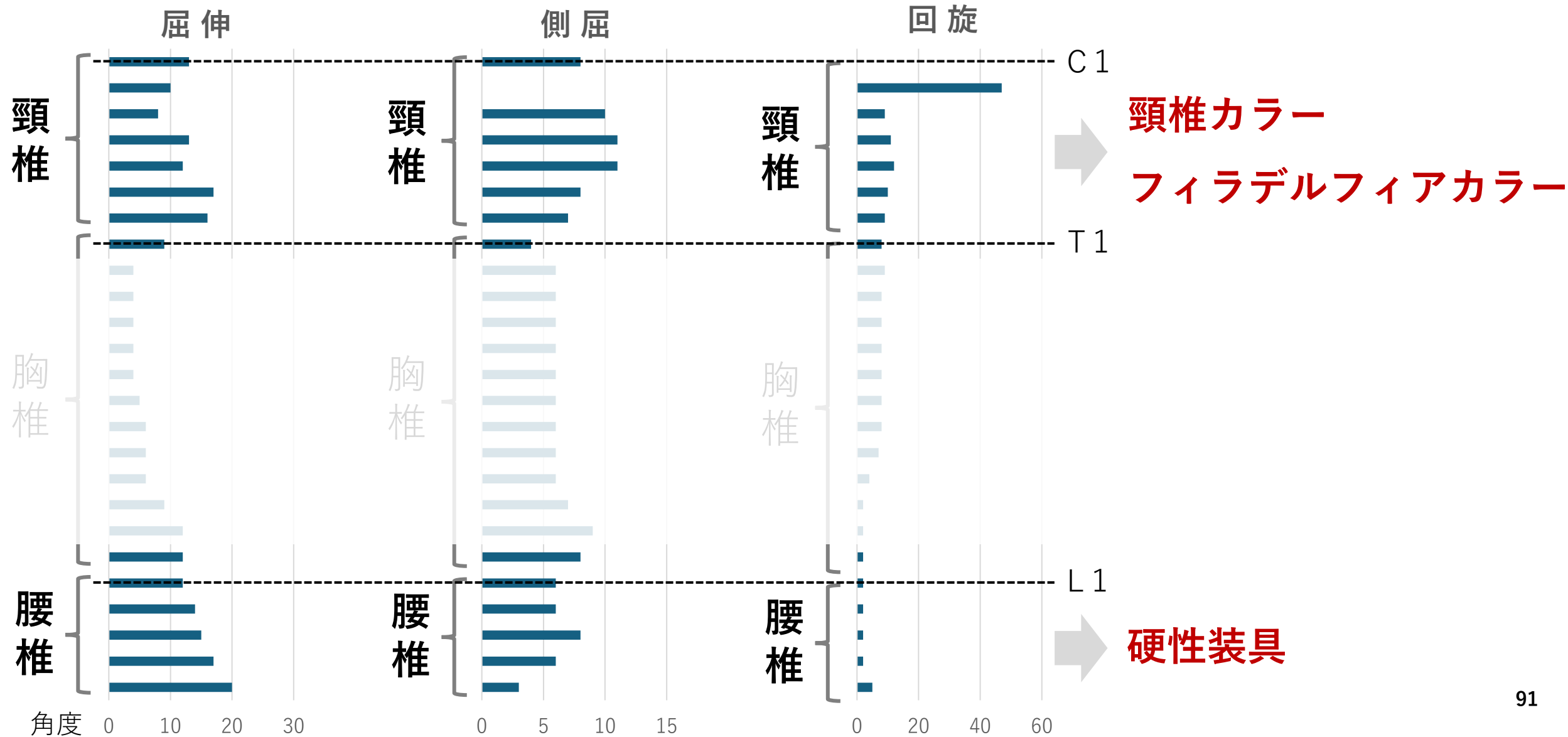
(森脇昭介ほか. 癌の転移機序. 骨転移の病理～基礎と臨床のはざままで～. 杏林書院, 2007, p.27-29.)

(日本整形外科学会骨軟部腫瘍委員会: 全国骨腫瘍登録一覧表 平成23年度, 2011, p.84-87.)

1-2. 脊椎の可動性について



1-2. 脊椎の可動性について



1-3. 改良 Frankel 分類

A	Complete (完全麻痺)		損傷高位以下の運動知覚完全麻痺
B	Sensory only (知覚のみ)	B1	運動完全麻痺、仙髄領域のみ触覚保存
		B2	運動完全麻痺、仙髄領域だけでなく広範な範囲で触覚保存
		B3	運動完全麻痺、痛覚不全麻痺
C	Motor useless (運動不全)	C1	MMT 1, 2 程度 (過半数の筋力が2以下)
		C2	MMT 3 程度 (仰臥位で膝立可能)
D	Motor useful (運動あり)	D0	MMT 4, 5 あり歩行できそうだが、歩行能力テストが困難
		D1	屋内、平地であれば10-100m歩行可能、屋外歩行困難 日常生活は車椅子併用、歩行補助具を併用してもよい
		D2	歩行補助具を必要とするが、屋外歩行安定、車椅子不要 歩行補助具を必要としないが上肢機能が悪く、ADLに介助を要する
		D3	杖、手すり、下肢装具等を必要とせず完全な独歩 上肢機能含めてADLに介助不要 (軽度筋力低下、知覚障害あり)
E	Recovery (回復)		筋力低下・知覚障害なし (痺れ、反射異常はあってよい)

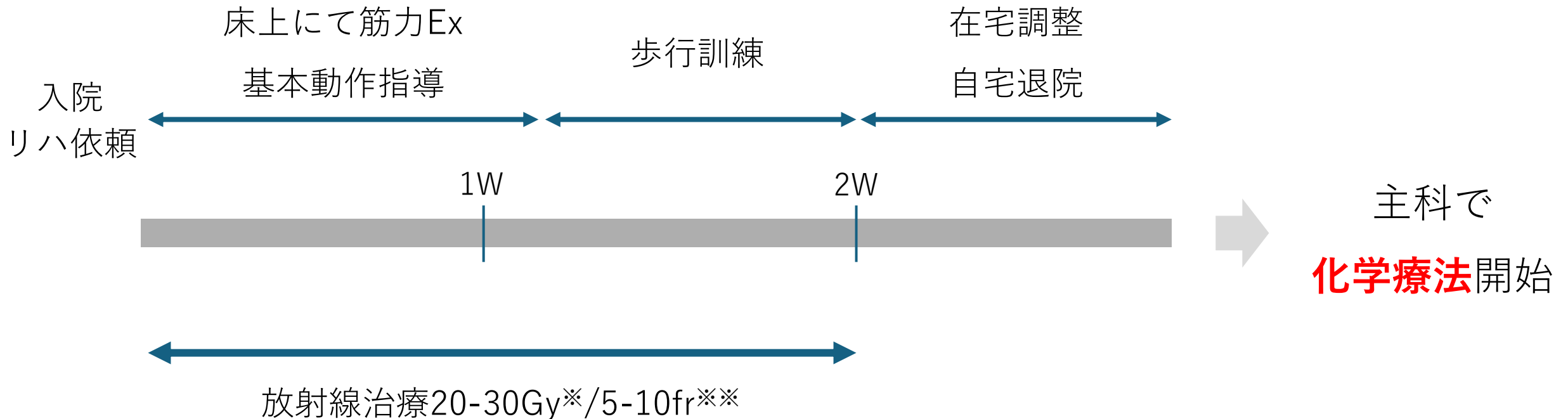
※MMT:Manual Muscle Testing, ADL:Activities of Daily Living

(Bradford DS, McBride GG: Surgical management of thoracolumbar spine fractures with incomplete neurologic deficits. Clin Orthop Res 1987; 218: 201-216)

2-1. リハビリテーションの流れ（症例1）

診断名：転移性骨腫瘍（**T2 転移**） 改良Frankel分類：**E**

安静度：**弱** 基本床上(ヘッドアップ10度まで、食事は30度まで可)、トイレ歩行可

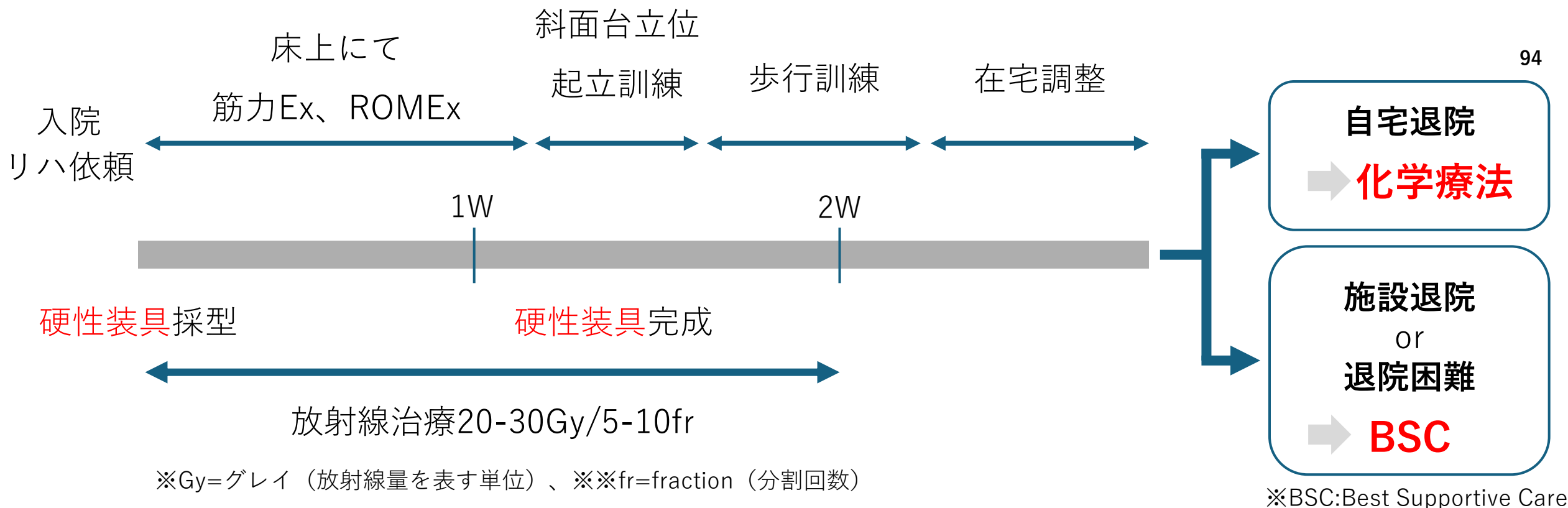


※Gy=グレイ（放射線量を表す単位）、**fr=fraction（分割回数）

2-2. リハビリテーションの流れ（症例2）

診断名：転移性骨腫瘍（**L1 転移**） 改良Frankel分類：**C1**

安静度：**強** 床上(ヘッドアップ10度まで)、尿道カテーテル、差し込み便 or 失禁



3-1. 動作指導（頸椎カラー着脱）



付ける

- ① 背臥位のまま正面から頸椎カラーを巻く
※ 凹み部分を上方向にする（顎をのせる）
自力で頸を上げないように注意
- ② 頸の後ろでマジックテープを止める



外す

- ① 頸の後ろでマジックテープを外す
※自力で頸を上げないように注意
- ② 頸椎カラーを外す

3-2. 動作指導（硬性装具着脱）



付ける

- ① 足元で下肢を硬性装具の内側に入れる
- ② ヒップリフトしながら硬性装具を腰部付近まで差し込む
- ③ ベルトを締める



脱ぐ

- ① ベルトを緩める
- ② ヒップリフトしながら硬性装具を下げる
- ③ 足元で硬性装具をとる

3-3. 動作指導（起居）



起きる

- ① 側臥位になる
- ② 電動ベッドのリモコンで頭側を50-60° まで上げる（30-40° で下腿をベッド外へ出す）
- ③ 端坐位となる
- ④ 靴の着脱は靴ベラを使用する



臥床

- ① ベッド端坐位から側方へ倒れ、肩をつける
- ② 電動ベッドのリモコンで頭側を下げながら下肢をベッド上へ上げる
- ③ 背臥位となる

3-4. 動作指導（対麻痺の移乗）



移乗動作 ベッド→車椅子（モジュラー型車椅子）

- ① アームサポートを跳ね上げる
- ② スライドボードを殿部の下に差し込み
車椅子座面とベッド間で設置する
- ③ 進行方向の足を前に出し
つま先の位置を整える
- ④ 上肢支持しながら殿部をスライドさせて
車椅子へ乗り移る



※車椅子 → ベッド間も同様の手順

※介助する場合、足の位置の調節、膝折れ、
転落防止に努め、離殿・方向転換をサポート

3-5. 動作指導（対麻痺の歩行）

改良Frankel分類や筋力に応じて平行棒や歩行器から練習



3-6. 注意すべき動作



起居動作で
体幹を屈曲する



お辞儀や洗顔で屈む



靴の着脱で屈む



振り返る

疼痛増悪、麻痺の出現や増悪リスクがあるため

過度な屈伸や側屈、回旋は避ける

最後に

- **安静度をリハビリテーション科または整形外科の医師に確認** して
リハビリテーションを進める
- 疼痛や麻痺の増悪を避けるために動作指導をしっかりと行う
(**体幹の回旋、過度な前屈、後屈を避ける**)
- 進行がんの原発巣への **治療開始や継続への寄与**
BSC方針の場合でも **ADL維持やQOL向上への一助** として
リハビリテーションで **身体機能を支援** する

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
がんのリハビリテーション、およびリンパ浮腫診療の一層の推進に資する研究

がんリハビリテーションアドバンス研修資料
【 転移性脊椎腫瘍 基本動作編 】

監修
辻 哲也

小林 毅・高倉 保幸・田沼 明

制作

静岡県立静岡がんセンター

清水 有生・尾瀬 翔・岡山 太郎・田尻 寿子

協力

一般財団法人 ライフ・プランニング・センター
2025年作成

がん悪液質患者に対する 運動療法のTips

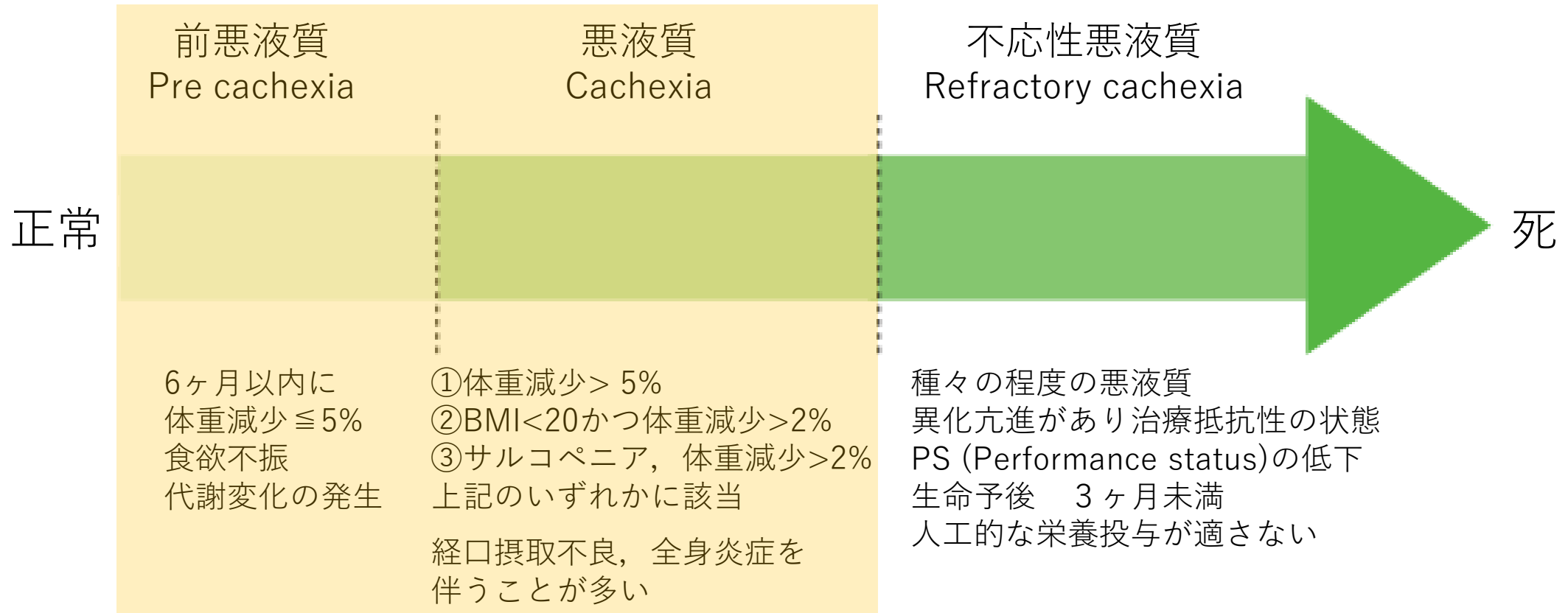


がん悪液質の特徴

- がん悪液質とは、通常の栄養サポートでは完全に回復することができず、進行性の機能障害に至る、骨格筋量の持続的な減少（脂肪量減少の有無に関わらず）を特徴とする多因子性の症候群である。
- 病態生理学的には、栄養摂取量の減少と代謝異常によってもたらされる蛋白およびエネルギーの喪失状態である。



がん悪液質のステージ分類



(Fearon K, et al. Lancet Oncol. 2011; 12 (5) : 489-495. より作成)



見極めのポイント

- がん種

- －肺がん、消化器がん（膵がんなど）

- 食事摂取量、体重減少

- －上記の所見を認めるか

- －認める場合には、その期間や原因をアセスメント

- 生化学データ、画像所見

- －炎症マーカーや腫瘍マーカーの値と推移

- －原発巣の画像評価



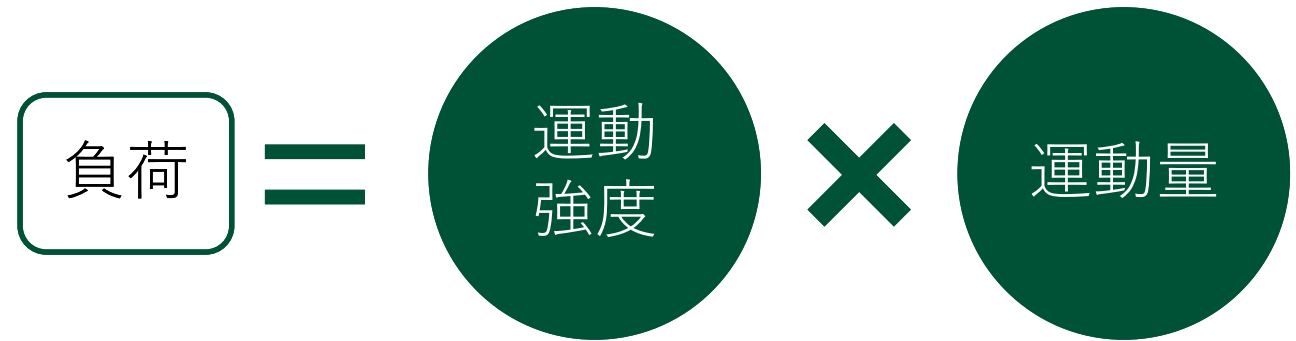
がん悪液質患者の運動療法のTips

- 誰でもどこでも簡単に実施可能
 - －分かりやすいシンプルな内容
 - －特別（専門的）な機器や器具を必要としない
- 毎日の日課として継続的に実施可能
 - －週2～3日実施 < 毎日実施
- 全身状態に応じたプログラム・負荷量調節が可能
 - －患者個々の体力や全身状態に応じた、自己調節型プログラム



運動処方の方考え方

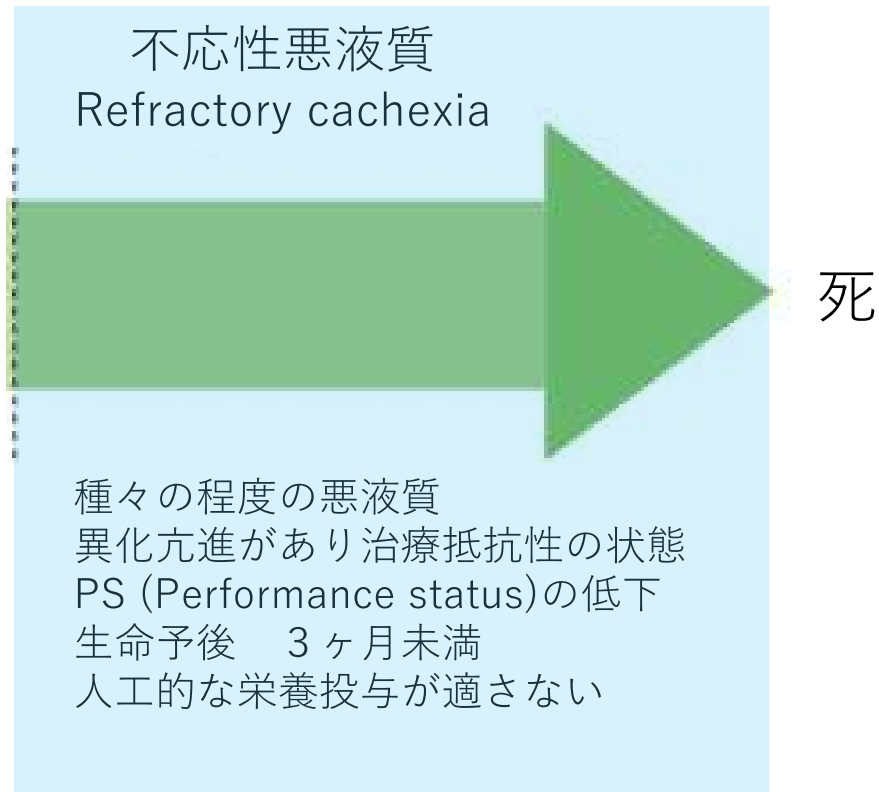
- 運動頻度: 毎日
- 運動強度: 低～中強度
- 運動持続時間: 患者ごと
- 運動内容: 下肢筋トレなど



- 高強度
- 中強度
- 低強度
- 筋収縮時間
- 10回
- 目標 3 セット
- 毎日



不応性悪液質のステージの場合



- 不応性悪液質のステージにおける積極的な運動療法は消耗を悪化させるリスクがある。
- QOLの維持を目的とした、負担とならない程度の離床やADL支援を行う。



事例 1：適切な支持療法の下、積極的な運動療法が有効であった悪液質事例

- 4月 臍頭十二指腸切除術施行
- 6月 肝転移再発
- 7月 一次化学療法開始
- 10月 CT検査にて肝転移増大
一次化学療法無効中止、二次化学療法開始
- 11月 食欲不振強く、二次化学療法休薬
- 12月 全身状態低下が遷延、緊急入院
離床支援・ADL向上目的にリハビリテーション依頼あり



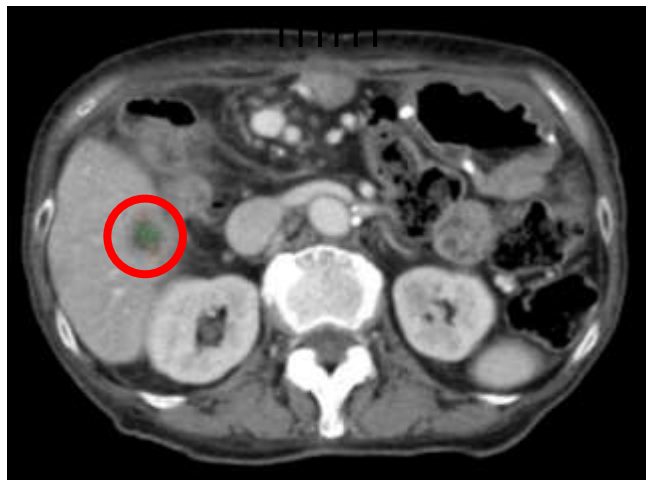
リハビリテーション科初診時の各指標

	二次化学療法 開始時	リハビリテーション治療 開始時
体重 (kg)	52.3	45.0
BMI (kg/m ²)	22.9	19.7
ECOG Performance Status	2	4
Barthel Index	95	20
血液所見		
• Alb (g/dl)	2.5	1.5
• Hb (g/dl)	9.0	7.3
• CRP (mg/dl)	0.50	0.25



主科の治療方針

二次化学療法開始後：15.8



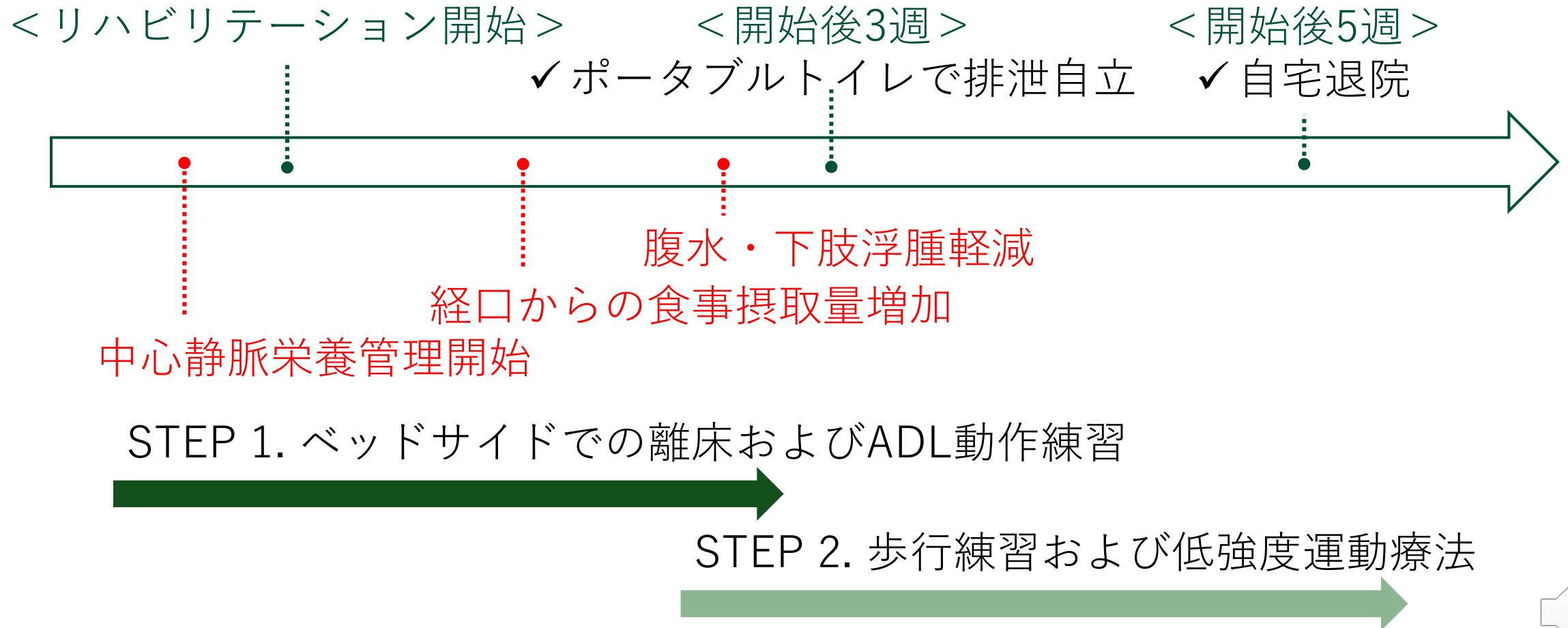
入院時：10.0 mm



- CT検査上は、胸腹水貯留認めるも肝転移は縮小傾向
- 胸腹水貯留、下肢浮腫などは低アルブミン血症の影響か
- 積極的に支持療法を行い、治療再開や自宅退院を目指す



リハビリテーション治療の目標設定



事例 2：全身状態の急激な悪化に伴い、治療方針の変更が必要であった不応性悪液質事例

- 2月 腹腔鏡下胃空腸吻合術施行
- 6月 腹膜播種を伴う術後再発
- 7月 一次化学療法開始
- 12月 食欲不振と心窩部痛のために入院
その後、廃用予防目的にリハビリテーション依頼あり



リハビリテーション治療開始後の経過

- ベッドサイドにて、リハビリテーション治療開始。
- 離床支援行うも、倦怠感が著明であり、10m程度の短距離歩行が限界な状態。
- 1週間後、さらなる倦怠感の増強と腹部膨満感が出現。
- CRPの著明な上昇、AlbやHbの低下を認める。
- CTにて、急激な原病の悪化が認められ、BSCの方針。



入院後の各指標の推移

	リハビリテーション治療 開始時	1週間後	2週間後
TP	6.3	4.8	4.1
Alb	3.4	2.5	2.1
好中球	8260	10920	9830
リンパ球	670	620	800
Hb	12.1	9.4	7.6
CRP	0.4	9.66	15.61

ベッドサイドの起居・移乗動作に対するADL支援へと切り替え



まとめ

- がん悪液質は多種多様な症状を呈する症候群であるため、その病態や病期を適切にアセスメントする。
- がん悪液質患者に対する運動療法の目標設定を明確にし、その目標に適した運動療法プログラムを立案・処方する。
- 不応性悪液質のステージへと進行する時期を見極め、リハビリテーション治療もギアチェンジを行う。



厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
がんのリハビリテーション、およびリンパ浮腫診療の一層の推進に資する研究

がんリハビリテーションアドバンス研修資料
【がん悪液質患者に対する運動療法のTips 編】

< 監修 >

辻哲也

小林毅・高倉保幸・田沼明

< 制作 >

名古屋大学大学院医学系研究科 総合保健学専攻
立松典篤

< 協力 >

一般財団法人ライフ・プランニング・センター

がんのリハビリテーション研修 E-CAREER

(Cancer Rehabilitation Educational program for Rehabilitation teams)

主催 一般財団法人ライフ・プランニング・センター（LPC）
企画者実行委員会主催

目的

- ・がん患者に対するリハビリテーションを提供できる専門性を持った人材を育成すること
- ・「がん患者リハビリテーション料」算定のための施設基準の一部を満たす研修となっていること

研修 内容

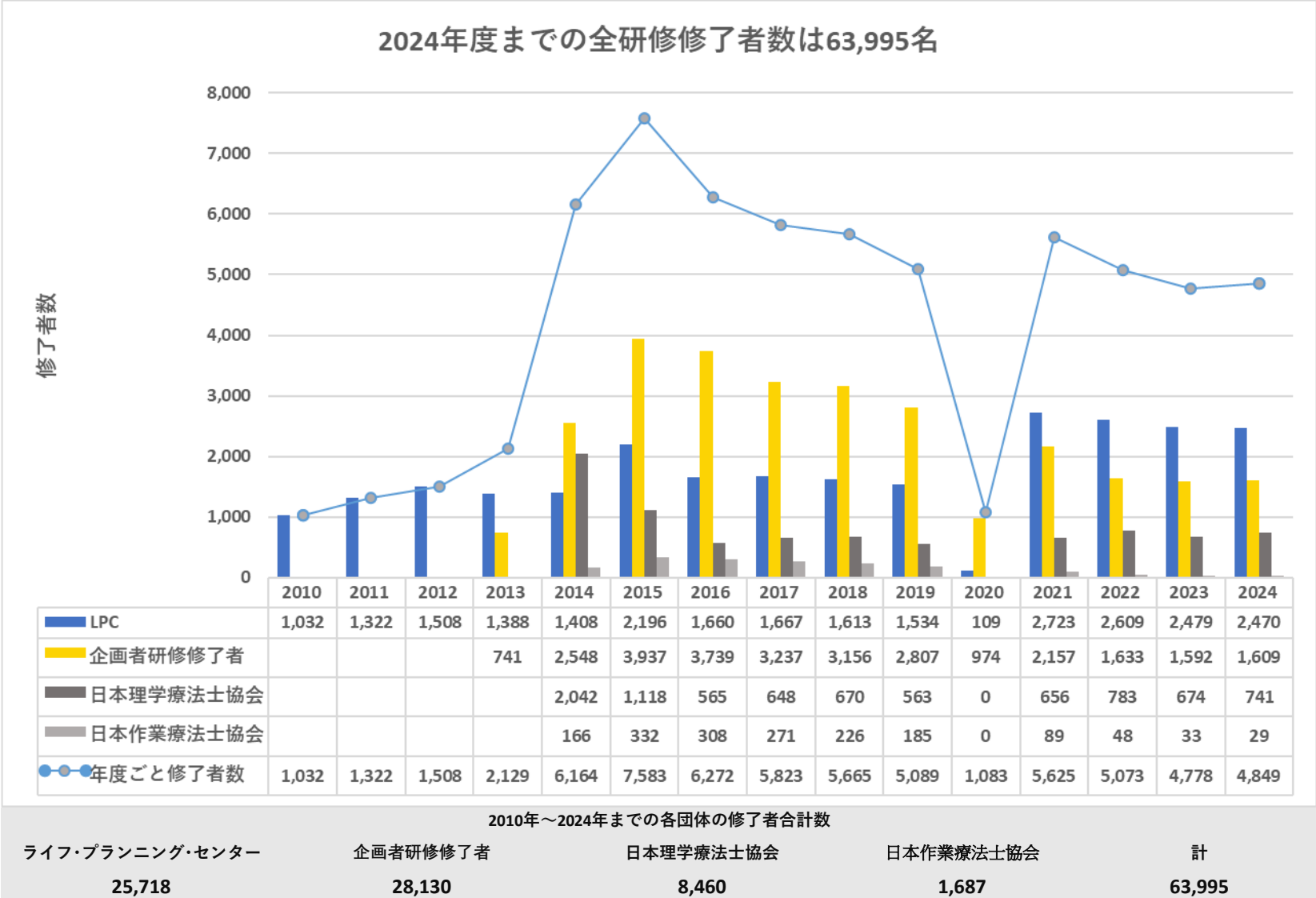
- ・ **形式**：研修運営委員会が監修した個別と集合の複合学習からなる。
- ・ **受講チーム構成**：医師 1 名以上，看護師 1 名以上，理学療法士 作業療法士・言語聴覚士の中から 2 名以上の 4 名～6 名までの構成で行われる。

所定時間：

- ・ 個別学習（eラーニング） 11 時間
- ・ 集合学習（グループ学習） 5 時間



2010年度がん患者リハビリテーション料の新設⇒
第1回がんのリハビリテーション研修開始(2010年)、以後2024年までの研修修了者は
63,995名となった



2024年度の各地実行委員会主催研修の実績

回	集合学習日	実行委員会名	修了者数	開催形態
1	7月13日	札幌がんのリハビリテーション研修会実行委員会	125	リモート型
2	8月18日	岡山県がんのリハビリテーション研修会実行委員会	73	リモート型
3	8月24日	岩手がんのリハビリテーション研修会実行委員会	57	会場型
4	9月1日	埼玉県がんリハビリテーション研修会実行委員会	128	リモート型
5	9月7日	福島県がんリハビリテーション研修会 実行委員会	129	リモート型
6	9月8日	旭川がんのリハビリテーション研修会実行委員会	60	会場型+リモート型
7	9月8日	岐阜がんのリハビリテーション研究会	46	リモート型
8	9月14日	茨城県がんのリハビリテーション研修実行委員会	82	会場型
9	9月16日	神奈川がんリハビリテーション研修会実行委員会	208	リモート型
10	9月21日	長崎県がんリハビリテーション研修会実行委員会	30	会場型
11	9月22日	三重がんリハビリテーション研修会実行委員会	69	リモート型
12	9月29日	沖縄県がんのリハビリテーション推進委員会	49	会場型
13	9月29日	愛知がんのリハビリテーション研修会実行委員会	151	会場型
14	10月13日	佐賀がんリハビリテーション研修会実行委員会	72	会場型
15	10月20日	広島がんのリハビリテーション研修会実行委員会	33	会場型
16	11月3日	がんのリハビリテーション研修(E-CAREER)山梨	40	会場型
17	11月17日	大阪府がんのリハビリテーション研修実行委員会	52	リモート型
18	11月30日	福岡がんのリハビリテーション研修会実行委員会	47	会場型
19	12月22日	東京がんのリハビリテーション研修会実行委員会	68	リモート型
20	2025年1月13日	神奈川がんリハビリテーション研修会実行委員会	28	リモート型
21	2025年2月2日	岡山県がんのリハビリテーション研修会実行委員会	18	リモート型
22	2025年3月16日	東京がんのリハビリテーション研修会実行委員会	44	リモート型
			1,609	

2025年度の各地実行委員会主催研修の実績(2025.12.1)

回	集合学習日	地域	実行委員会名	修了者数	開催形態
1	8月1日	岐阜	岐阜県がんのリハビリテーション研修実行委員会	86	リモート型
2	8月23日	岩手	岩手がんのリハビリテーション研修会実行委員会	31	会場型
3	9月6日	福島	福島県がんリハビリテーション研修会 実行委員会	102	リモート型
4	9月6日	茨城	茨城県がんのリハビリテーション研修実行委員会	65	会場型
5	9月7日	旭川	旭川がんのリハビリテーション研修会実行委員会	165	会場型+リモート型
6	9月7日	埼玉	埼玉県がんリハビリテーション研修会実行委員会	105	リモート型
7	9月15日	神奈川	神奈川がんリハビリテーション研修会実行委員会	200	リモート型
8	9月20日	長崎	長崎県がんリハビリテーション研修会実行委員会	61	会場型
9	9月23日	東京	東京がんのリハビリテーション研修会実行委員①	79	リモート型
10	9月28日	愛知	愛知がんリハビリテーション研修会	0	会場型
11	9月28日	三重	三重がんリハビリテーション研修会実行委員会	0	リモート型
12	9月28日	沖縄	沖縄県がんのリハビリテーション推進委員会	0	会場型
13	10月26日	広島	広島がんのリハビリテーション研修会実行委員会	29	会場型
14	11月29日	福岡	福岡がんのリハビリテーション研修会実行委員会	0	会場型
15	12月14日	佐賀	佐賀がんリハビリテーション研修会実行委員会	0	会場型
16	12月21日	岡山	岡山県がんのリハビリテーション研修会実行委員会第1回	0	リモート型
17	2月28日	石川（北陸）	北陸がんのリハビリテーション研究会	0	会場型
18	3月29日	東京	東京がんのリハビリテーション研修会実行委員②	0	リモート型
				923	

がんのリハビリテーション・リンパ浮腫診療 研修会

在宅がんのリハビリテーション診療・リンパ浮腫診療の普及に向けて
～病院と在宅のシームレスな連携と実践～

主催：令和7年度(2025年度)厚生労働科学研究費補助金(がん対策推進総合研究事業)
がんのリハビリテーション、およびリンパ浮腫診療の一層の推進に資する研究
(研究代表者:辻 哲也)

企画協力：がんのリハビリテーション・リンパ浮腫診療ネットワークコンソーシアム

2025年

9/20 土

14:00～17:00

オンライン開催
(Zoomウェビナー
によるライブ配信)

事前予約

参加無料

研修内容

がん患者では治療や病状の進行に伴い生活機能に障害を来し生活の質が低下することから、リハビリテーション診療やリンパ浮腫診療は重要です。診療の均てん化のためには診療を提供する側の資質の向上が必要であることから、厚生労働省後援「がんのリハビリテーション研修(CAREER)」および「リンパ浮腫研修(LEARN)」が実施されており、これまで、前者では約6万名、後者では約5千名のがん診療に携わる医療従事者が受講し成果をあげています。

一方、がん患者の療養の場が病院から地域・在宅へと広がる中、これらの診療の提供体制を入院から在宅へと切れ目なく継続できる仕組みの整備が急務となっています。

本研修会では、専門職研修(CAREER・LEARN)の実績や本研究班の取り組みを踏まえつつ、病院と在宅をつなぐシームレスな連携の現状と課題、そしてその実践例について、多角的な視点から共有・議論します。

がんリハビリテーション・リンパ浮腫診療の「これから」を、一緒に考え、動き出すために、医療・介護に関わるすべての方のご参加をお待ちしております。

お申込み方法

124

下記イベントページの申込フォームよりお申し込みください。

<https://lpc.or.jp/cre/event/>

申込期間：8月1日(金)～9月15日(月)



14:00-14:05	オープニング	辻 哲也(研究代表者)
14:05-14:25	基調講演	国のがん対策について 糸谷 涼 厚生労働省 健康・生活衛生局 がん・疾病対策課
14:25-14:45	研究代表者講演	がんのリハビリテーション・リンパ浮腫診療の歩みと今後の展望 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
14:45-15:55	シンポジウム	CARDS(Cancer Rehabilitation in Decision Support Algorithm)を用いたシームレスな連携とその課題 土方 奈奈子 慶應義塾大学 医学部 リハビリテーション医学教室
		がんのリハビリテーション診療の現状と課題、取り組み ～がん拠点、緩和ケア病棟の全国調査結果から 福島 卓矢 関西医科大学 リハビリテーション学部 理学療法学科
		リンパ浮腫診療の現状と課題、取り組み ～全国調査の結果からみるわが国での保存治療について 増島 麻里子 千葉大学 大学院看護学研究院 先端実践看護学研究部門 高度実践看護学講座
		リンパ浮腫診療の現状と課題、取り組み ～全国調査の結果からみるわが国での手術関連診療について 秋田 新介 千葉大学医学部附属病院 形成美容外科
		がんのリハビリテーション・リンパ浮腫診療の現状と課題 ～地域連携体制の構築の試み 高倉 保幸 埼玉医科大学 保健医療学部 理学療法学科
		コンソーシアムの設立の経緯と今後の展開 ～分野を超えた横断的連携に必要とされる取り組み 井手 睦 社会医療法人 雪の聖母会 聖マリアヘルスケアセンター
15:55-16:05	休憩	
16:05-16:45	質疑応答・ディスカッション	司会:辻 哲也 土方 奈奈子・福島 卓矢・増島 麻里子・秋田 新介・高倉 保幸・井手 睦
16:45-16:55	指定発言	患者団体の立場から 岩本 千晴 一般社団法人キャンサーフィットネス
		患者団体の立場から 岩澤 玉青 リンパ浮腫ネットワークジャパン
16:55-17:00	クロージング	辻 哲也(研究代表者)

【お問い合わせ】

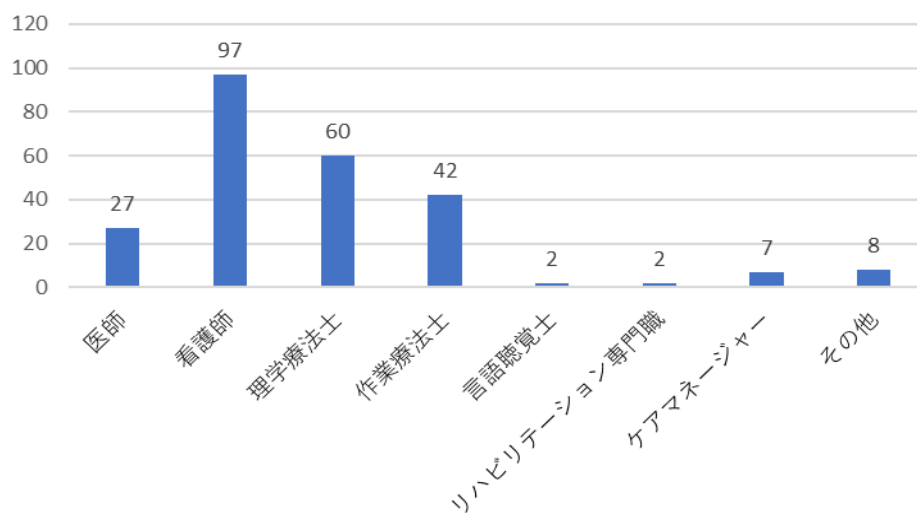
令和7年度(2025年度)厚生労働科学研究費補助金(がん対策推進総合研究事業)
 がんのリハビリテーション、およびリンパ浮腫診療の一層の推進に資する研究 研究班事務局
 メール: ganreha.kaken@lpc.or.jp 電話:03-3265-1907(平日9:00~17:00)

がんのリハビリテーション・リンパ浮腫診療研修会アンケート結果

2025.9.24

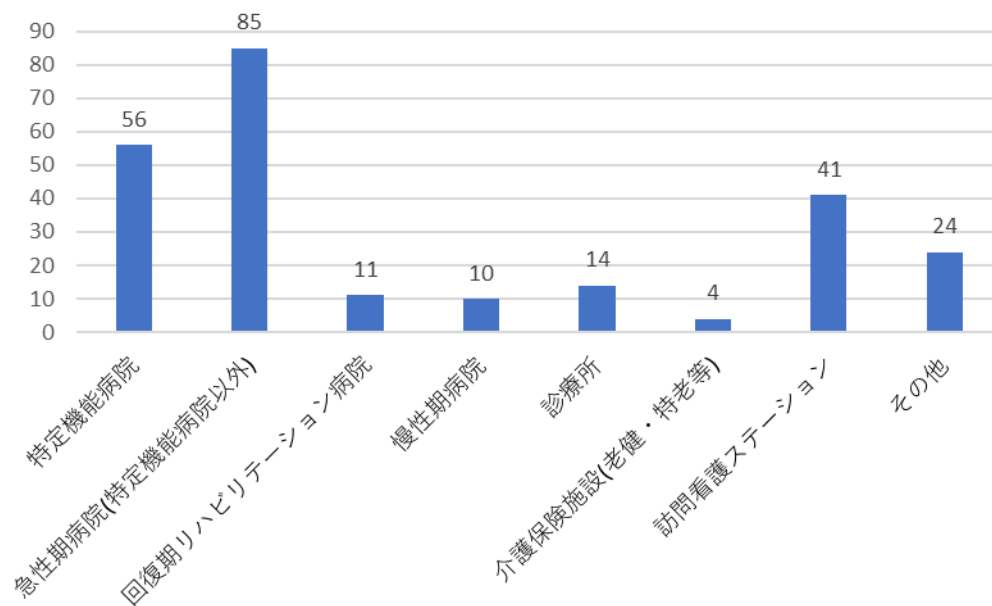
・回答数 245 名 （参加者数 約 340 名）

■職種



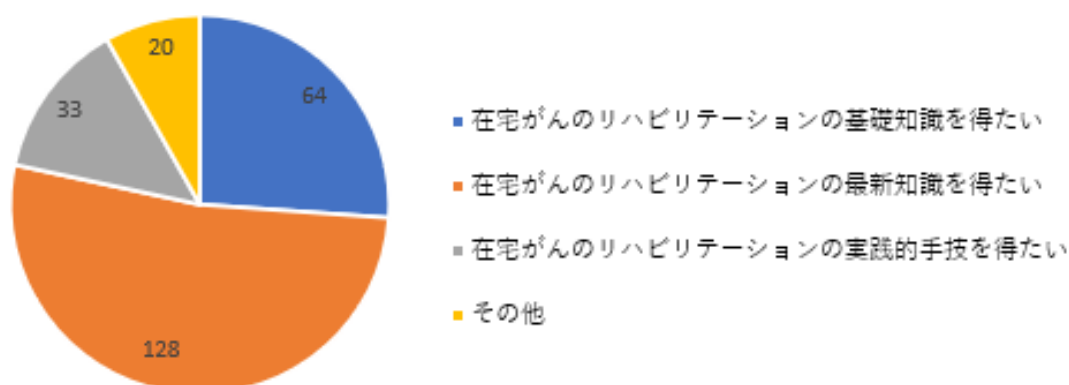
※その他の内容：支援者、リンパドレナージセラピスト サロン開業、あん摩マッサージ指圧師、薬剤師 等

■所属施設区分

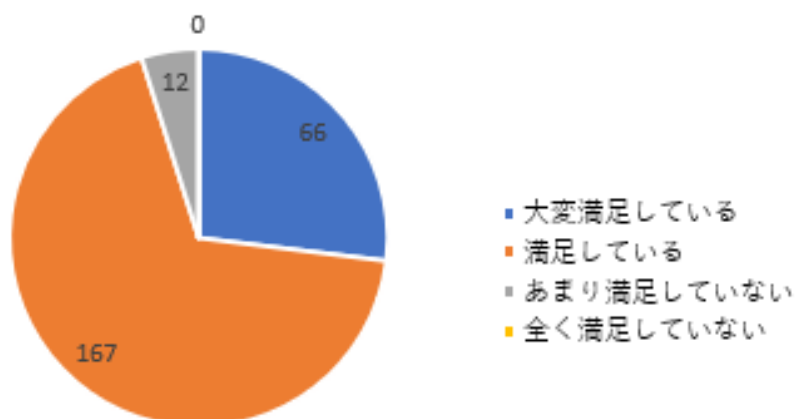


※その他の内容：教育機関、居宅介護支援事業所、精神医療災害拠点病院、クリニック訪問診療、サロン、治療院、
がん患者家族遺族支援団体、包括支援センター、ケアミックス、居宅介護支援事業所、薬局 等

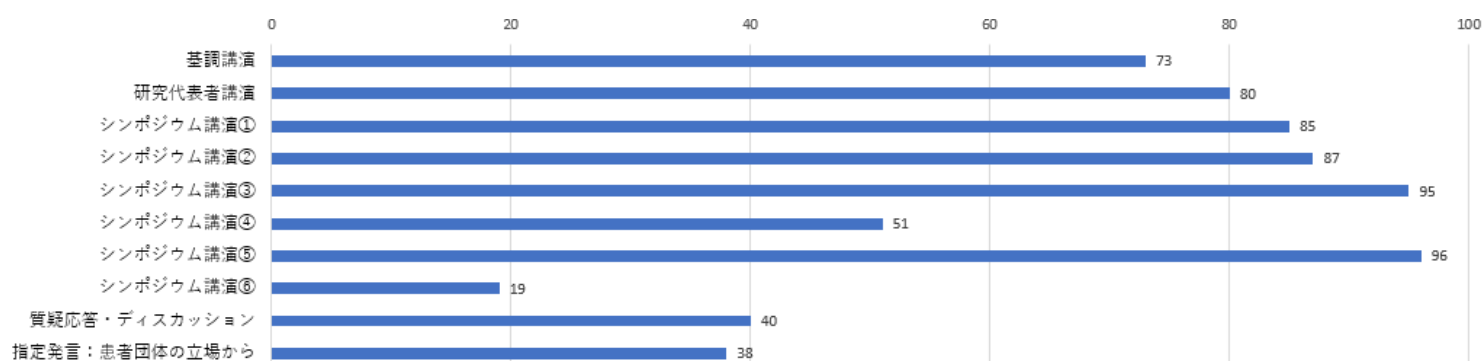
■参加目的



■内容はあなたにとって満足のいくものでしたか



■プログラムのどの内容に興味を持ちましたか(3つまで複数選択可)



基調講演：国のがん対策について

研究代表者講演：がんのリハビリテーション・リンパ浮腫診療の歩みと今後の展望

講演①：CARDS(Cancer Rehabilitation in Decision Support Algorithm)を用いたシームレスな連携とその課題

講演②：がんのリハビリテーション診療の現状と課題、取り組み ～がん拠点、緩和ケア病棟の全国調査結果から

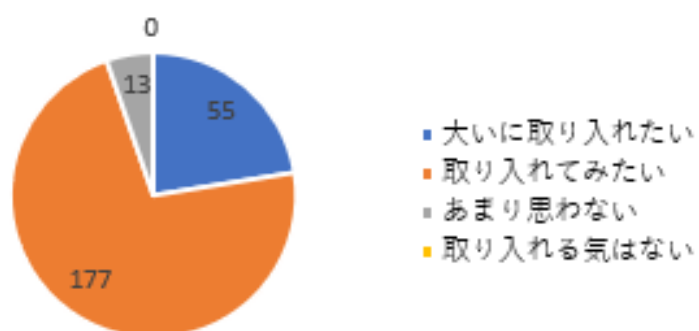
講演③：リンパ浮腫診療の現状と課題、取り組み ～全国調査の結果からみるわが国での保存治療について

講演④：リンパ浮腫診療の現状と課題、取り組み ～全国調査の結果からみるわが国での手術関連診療について

講演⑤：がんのリハビリテーション・リンパ浮腫診療の現状と課題 ～地域連携体制の構築の試み

講演⑥：コンソーシアムの設立の経緯と今後の展開 ～分野を超えた横断的連携に必要とされる取り組み

■研修内容を今後自分に取り入れたいと思いましたが



がんのリハビリテーション提供 のためのアルゴリズムに基づいた 判断支援ツール（CARDS）の開発

第3回 班会議
2025年10月4日 14時～

資料作成：土方 奈奈子

（慶應義塾大学医学部 リハビリテーション医学教室）

議事次第：1. 進捗報告

● ・ R5（2023）年：がんリハ提供のためのアルゴリズムに基づいた判断支援ツール(CARDS)の開発

2) システムティックレビューを実施し、リハ治療レベル（専門的／一般的監督下～地域密着監督下／非監督下）の定義とレベル別の特性（安全性と有効性）を作成し、層別化されたアルゴリズムを構築しCARDSを完成させる。

R 5 年 →スコーピングレビュー→研究計画・倫理委員会申請

→段階的なリハビリテーションレベルの定義→アルゴリズム試案

R 6 年 →エキスパートパネルでのDelphi法で合意形成→アルゴリズム完成

R 7 年 →試験的に活用→パブコメ→最終版完成→普及啓発

● ・ R6（2024）年：がんリハ提供のための判断支援ツール(CARDS)の有効性を検証

CARDSの有効性を、多職種のがんリハ専門家が参加するデルファイ法により検証する。デルファイ法では、1) 症例検討によるツールの使いやすさと受容性評価、2) ユーザー・プラットフォーム・社会実装の戦略に関する質問を実施する。統計解析には生物統計専門家の支援を受ける。

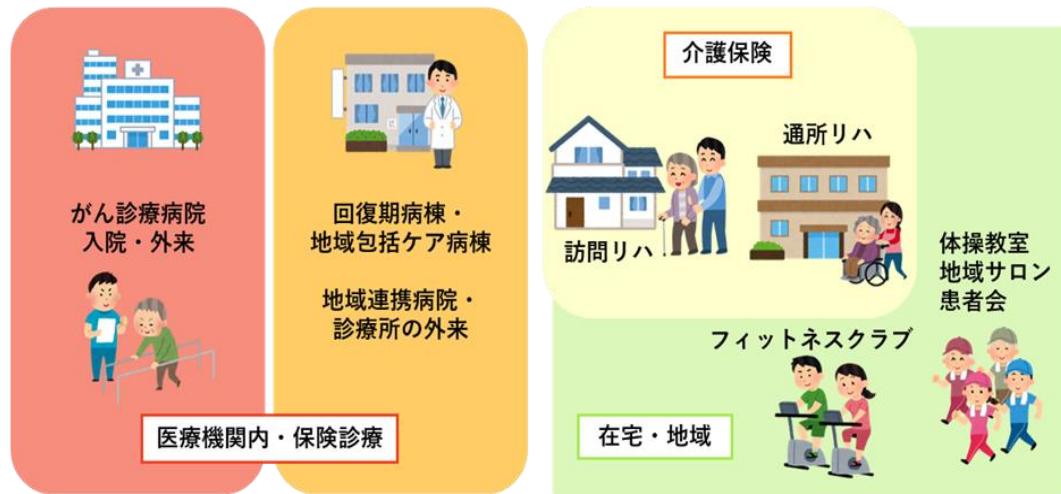
● ・ R7（2025）年：判断支援ツール(CARDS)を活用したシームレスながんリハの提供体制の提案

CARDSを患者や医療従事者に分かりやすい形で公開し（例：プレスリリース、ホームページ、メール配信、講演会開催等）、CARDSを活用したシームレスながんリハの提供体制を提案する。また、がん診療連携拠点病院、地域医療施設、通所・訪問リハ施設等で実際に活用してもらい、パブリックコメントを収集し改訂作業を進める。

班研究終了後は、がんのリハビリテーション研修運営委員会の活動の一環として、コンソーシアムはCARDSを活用したシームレスながんリハの提供体制の整備を継続する。

CARDS段階的治療レベル

- がんのリハビリテーション診療は様々な医療・ケア環境で実施されます。



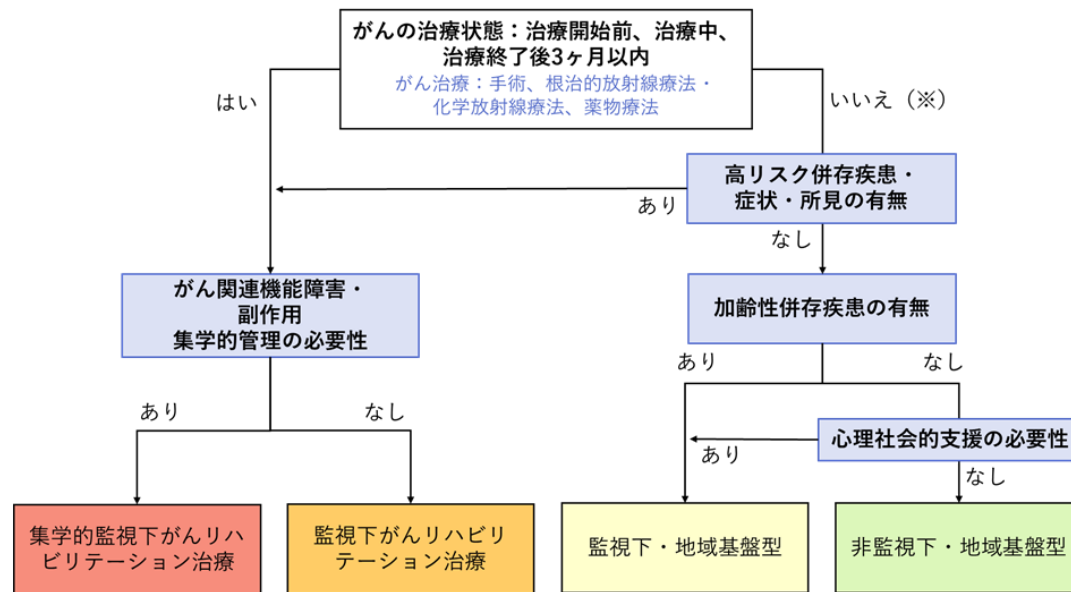
- 段階的治療レベルは、患者状態の複雑さ、リスク管理レベル、リハビリに要する資源によって「集学的監視下がんリハビリテーション治療」、「監視下がんリハビリテーション治療」、「監視下・地域基盤型」、「非監視下・地域基盤型」に区別されます。

【段階的治療レベルの特徴】

	集学的監視下がんリハビリテーション治療	監視下がんリハビリテーション治療	監視下・地域基盤型	非監視下・地域基盤型
概要	監視下、かんやその治療の過程で生じた機能障害に特化した集学的治療	監視下、機能障害に対する治療※1	【訪問リハビリテーション】監視下、在宅での活動制限や参加制約に対するリハビリテーション支援	【通所リハビリテーション】監視下、活動制限や参加制約に対するリハビリテーション支援
実施場所	がん診療を行う病院の外来・入院	地域連携病院・診療所の外来回復期病棟や地域包括ケア病棟	在宅	在宅、体操教室、地域サロン、フィットネスクラブ、患者会
提供者	リハビリテーション専門医等、療法士、看護師※2 CAREER研修（必須）やリンパ浮腫研修などの専門資格を有する	リハビリテーション担当医、療法士 CAREER研修受講が望ましい	療法士、看護師 ※医師（かかりつけ医）の指示が必要	療法士（デイケア） 介護職員、機能訓練指導員（デイサービス）
リハビリテーション治療・支援の目的	機能障害の予防 機能障害に対する機能回復 腫瘍の増大、機能障害が進行しつつある患者の能力維持 終末期に要望を尊重しながらQOL高く過ごせるよう支援	機能障害に対する機能回復 がん治療に伴う廃用（deconditioning）の是正	治療後の在宅生活の安定化 心身機能、生活（活動）の維持向上、社会参加の促進 終末期に要望を尊重しながらQOL高く過ごせるよう支援 通所または非監視下への移行	がん治療に伴う廃用（deconditioning）の是正 心身機能、生活（活動）の維持向上、社会参加の促進 非監視下への移行
リハビリテーション治療・支援の重点的要素	がんリハビリテーション専門多職種チームによるがん関連機能障害の評価・機能予測とゴール設定、最大限の機能回復を目的としたリハビリテーション治療 がんの病勢や治療状況の変化に対応した適切なリスク管理、緊急病態への対応	リハビリテーション担当医による機能障害の評価、リスク管理、ゴール設定 最大限の機能回復を目的としたリハビリ治療	自宅・周囲環境でのADL・IADL訓練や動作訓練 身体活動や機能維持向上を目的とした監視下有酸素運動、筋力トレーニング、ストレッチ（柔軟性） 嚥下障害に対する食形態調整や摂食方法指導、栄養指導	身体活動や機能維持向上を目的とした監視下有酸素運動、筋力トレーニング、ストレッチ（柔軟性） ガイドライン推奨に沿った身体活動、有酸素運動、筋力トレーニング
費用	（入院）がん患者リハビリテーション料、（外来）疾患別リハビリテーション料	（外来・入院）疾患別リハビリテーション料	介護保険 医療保険（訪問看護）	介護保険
制限	がんリハビリテーション専門スタッフの不足（DPCIによる）在院日数の制限 外来でがん患者リハビリテーション料の算定ができず対応可能な医療機関が少ない	がんリハビリテーション専門スタッフの不足 がん診療医からの情報提供不足 対応可能な医療機関が少ない	第1号被保険者（65歳以上）が対象※3 事業所間における内容の違い 高頻度のサービス提供困難 がんリハビリテーション専門スタッフの不足 利用者は通院困難が前提	第1号被保険者（65歳以上）が対象※3 事業所間における内容の違い がんリハビリテーション専門スタッフの不足
対象者	がん治療開始前・治療中・治療後早期 状態が不安定 中等～重度の機能障害や副作用 高リスク併存疾患あり	がん治療中・治療後早期 がんの病勢や治療状況は安定 軽度～中等度の機能障害や副作用 高リスク併存疾患あり	がん治療後 ADL・IADL障害 加齢性併存疾患あり	がん治療後 機能障害なし、または慢性期かつ安定している 高リスク併存疾患なし 加齢性併存疾患あり 心理社会的要因あり

CARDSアルゴリズム

【CARDSフローチャート】



【CARDSトリアージ基準】

高リスク 併存疾患、 症状・所見	【併存疾患】 骨転移、脳腫瘍（脳転移）、脊椎・脊髄腫瘍（脊髄転移）、多発性骨髄腫 心血管疾患（冠動脈疾患、心不全、不整脈）、脳血管疾患、血栓症の既往、 コントロール不良の腎・代謝性疾患（糖尿病など） 【症状・所見】 頭痛、麻痺・脱力、ふらつき・失調、筋骨格系の疼痛、胸痛、 めまい・立ちくらみ、安静時・労作時の息切れ
集学的管理を 要する がん関連機能 障害・副作用	● 頭頸部がん術後の呂律が回らない（構音障害）や声が出せない（発声障害）、 治療中の飲み込み（摂食嚥下）の障害 ● 頸部リンパ節郭清後の肩関節の運動障害・副神経麻痺 ● 乳がん術後の肩関節の運動障害・関節可動域制限 ● 新規発症・悪化傾向・管理困難な四肢のむくみ・リンパ浮腫 ● 骨軟部腫瘍術後（患肢温存術・切断術）の四肢機能障害 ● 摂食嚥下障害にともなう栄養障害 （目安：6ヵ月で2kg以上の意図しない体重減少、2週間以上持続する食事摂取量減少） ● PS低下（≥ 2）またはADL制限（例：階段を昇る・入浴・トイレに行くのに介助を要する） 下記のいずれかを伴う ◆ 骨転移、脳転移 ◆ 化学療法（抗がん剤）・放射線治療中、心毒性のある薬物療法や胸部放射線治療の既往 ◆ チューブや治療に関連した機器使用（酸素吸入、気管切開、中心静脈カテーテル、 経鼻胃管） ◆ 日常生活や歩行に支障をきたす中等～重度の疼痛 ● 日常生活や歩行に支障をきたす四肢のしびれや筋力の低下・末梢神経障害 ● 中等～重度のだるさ・倦怠感（*NRS$\geq 4/10$）
加齢性併存疾患	歩行能力低下（自由に歩いて外出が困難）、またはがん治療前と比べたIADL制限 （例：日用品の買い物が難しい、家事に手助けを要する） 下記のいずれかを伴う ◆ 骨粗鬆症、フレイル、サルコペニア、認知機能低下 ◆ 6か月以内の転倒歴
心理社会的支援の 必要性	不安・抑うつ気分、気持ちのつらさ（*NRS$\geq 4/10$）、生活への支障（*NRS$\geq 3/10$）、 周囲からのサポート不足

研究の概要・進捗

対象者：

がんのリハビリテーション・リンパ浮腫診療のネットワークコンソーシアム会員

86名（第1回調査）→82名（第2回調査）→59名（第3回調査）

Step 1 CARDSアルゴリズムの合意形成

- ・ 模擬症例を2例提示、CARDSアルゴリズム有無で正答率を比較
- ・ AIM日本語版を使用してCARDS受容性を評価ト1回目で合意が得られれば終了

Step 2 CARDSアルゴリズム普及に向けた実装戦略の合意形成

- ・ アンケート1回目：がんリハの障壁について調査
- ・ アンケート2回目：CARDSを活用したがんリハの提供に向けた実装戦略の調査
- ・ アンケート3回目：実装戦略（35項目）の優先順位に関する調査

Step 3 CARDSの公開、活用

今後のスケジュール（予定）

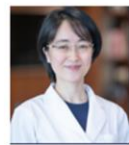
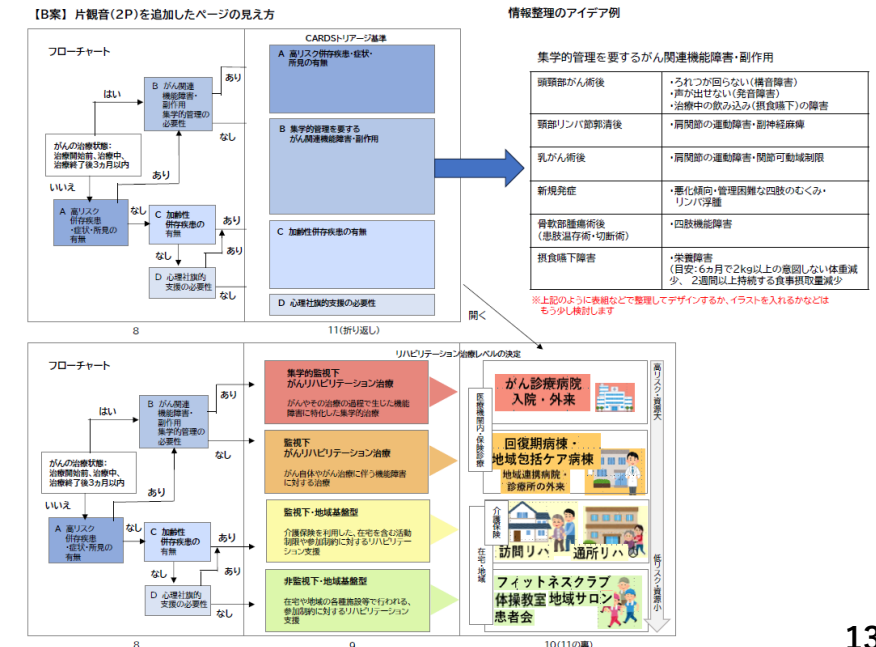
- CARDS公開・活用に向けた準備
 - 研修会で発表（2025/9/20）
 - 論文投稿準備中
 - 成果物としてCARDSのマニュアル作成準備中

イメージ図

令和7年度(2025年度)厚生労働科学研究費補助金(がん対策推進総合研究事業)
がんのリハビリテーション・リンパ浮腫診療研修会

CARDS(Cancer Rehabilitation in Decision Support Algorithm)
を用いたシームレスな連携とその課題

慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室
医師 土方奈奈子

用語解説

▷ PS (Performance Status) パフォーマンスステータス¹⁾

- 0：全く問題なく活動できる。
発病前と同じ日常生活が制限なく行える。
- 1：肉体的に激しい活動は制限されるが、歩行可能で、軽作業や座っての作業は行うことができる。
例：軽い家事、事務作業
- 2：歩行可能で自分の身の回りのことはすべて可能だが作業はできない。
日中の50%以上はベッド外で過ごす。
- 3：限られた自分の身の回りのことしかできない。
日中の50%以上をベッドか椅子で過ごす。
- 4：全く動けない。自分の身の回りのことは全くできない。
完全にベッドか椅子で過ごす。

▷ ADL (Activities of Daily Living) 日常生活活動^{2) 3)}

ADLとは、一人の人間が独立して生活するために行う基本的な、しかも各人ともに共通に毎日繰り返される一連の身体的動作群をいう。すなわち、食事をする、顔を洗う、歯を磨く、着替えをする、排泄をする、入浴をするなどの日常生活を営むために欠かすことのできない動作を意味する。

▷ IADL (Instrumental ADL) 手段的ADL³⁾

IADLとは、必須とまではいかない周辺環境や社会生活に関連した日常の活動である。具体的には、料理・掃除・洗濯などの家事、育児、買い物、公共交通機関の利用、服薬の管理、金銭の管理などで構成され、在宅生活での自立的な生活能力を評価する。

▷ NRS (Numerical Rating Scale) 数値的評価スケール^{a)}

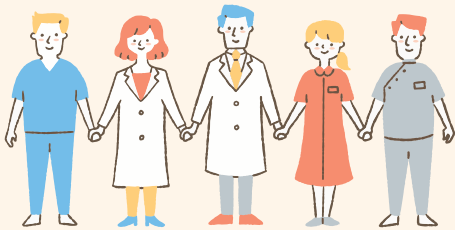
「患者さんが感じている痛み、気持ちのつらさ、生活への支障など」を数字で評価するための指標。痛みやつらさを「0」から「10」の11段階に分け、痛みやつらさがまったくければ「0」、考えられるなかで最悪の痛み・つらさを「10」として、点数を問うものである。痛みやつらさなどの感じ方には個人差があり、変動することもあるので、数値基準に該当しない場合も生活への支障を考慮して総合的に判断する。定期的に繰り返し評価することが必要。

出典 1) Common Toxicity Criteria, Version2.0 Publish Date April 30, 1999
http://ctep.cancer.gov/protocolDevelopment/electronic_applications/docs/ctcv20_4-30-992.pdf
JCOG ホームページ <http://www.jcog.jp/>
2) 日本リハビリテーション医学会：ADL評価について。リハビリテーション医学 13: 315, 1976。
3) 辻哲也：評価、新版日常生活活動 (ADL) 第2版—評価と支援の実践。伊藤利之、江藤文夫（編）、医歯薬出版、pp45-62, 2020。
引用文献 a) 日本緩和医療学会 編「がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン 2020年版」金原出版

 慶應義塾大学
医学部 リハビリテーション医学教室

〒160-8582 東京都新宿区信濃町35
TEL：03-3353-1211（代表）
<https://www.keio-rehab.jp/>
お問い合わせ：keiorehab@gmail.com

本マニュアルは、令和5年度～令和7年度 厚生労働科学研究費補助金 がん対策推進総合研究事業「がんのリハビリテーション、およびリンパ浮腫診療の一層の推進に資する研究（研究代表者：辻 哲也）」の成果物として作成された。
がんのリハビリテーション、およびリンパ浮腫診療の一層の推進に資する研究 <https://lpc.or.jp/cre/>



すべてのがん患者さんに
リハビリテーション治療・支援を

がんのリハビリテーション 治療・支援レベル・ 判断支援ツール

CARDS 活用マニュアル

Cancer
Rehabilitation
in Decision
Support Algorithm

どの病期にも、どんな症状にも がんのリハビリテーション治療・支援が 患者さんの日常生活を支えます。

がんは不治の病ではなく慢性疾患として考えられる時代となり、
がん患者さんも適切なリハビリテーション治療・支援を受けることで
ご本人が望む日常生活を送れる可能性があります。

リハビリテーション治療・支援のための病院・施設を検討する際、
CARDSを利用することで最適な選択肢を選ぶことができます。

がんのリハビリテーション治療・支援とは？

がんや治療でダメージを受けた体の回復力を高め、残された能力を
維持・向上させる医療です。がんになると痛みや食欲低下、息苦しさ、
だるさで動けなくなったり、手術や薬物療法、放射線治療などで身体機
能が損なわれることがあります。がんになっても日常を維持するために
欠かせないのがリハビリテーション治療・支援です。



がんと診断された直後から、 どのような時期にも必要です

一般的に、リハビリテーション治療・支援は体に
障害が生じてから受けるものです。一方、がんの
リハビリテーション医療は治療のどのような時期で
も、どのような病状でも、必要です。下図のように、
治療の時期により目的や役割が異なります。



がん発見

予防的

診断後の早い時期に治療
前から開始します。機能障
害がなくても予防すること
で回復を図ります。

治療開始

回復的

治療により身体機能や日常
生活動作に障害が生じた
患者さんに、最大限の機能
回復を図ります。

再発／転移

維持的

体内にがんがあり、治療中
の患者さんが対象。身体機
能や日常生活動作の維持
や改善が目的です。

末期がん

緩和的

ご要望を尊重しつつ症状を
緩和し、日常生活動作の維
持・向上や生活の質の向
上に努めます。



リハビリテーション診療を受けられる 医療機関が増えています

がん診療連携拠点病院は、がんのリハビリテーション診
療について十分な知識と経験を持つスタッフがいる、施設
や機器が整っている、などの基準を満たしており、適切な
診療を受けられます。どのような診療を行っているのか、
病院内のがん相談支援センターに問い合わせるのも一
案です。上記以外の病院でも、リハビリテーション診療
を受けられる場合があります。



さまざまなスタッフが 患者さんをご家族を支えます

がん診療医や看護師、リハビリテーション科医、リハビ
リテーション専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚
士）などがご本人と治療計画を共有しながら実施します。
精神腫瘍科医、歯科口腔外科医、管理栄養士、心理士、
メディカルソーシャルワーカー（MSW）、ケアマネジャー、
訪問看護師、介護福祉士などが関わることもあります。

在宅療養でもリハビリテーション治療・ 支援を受けられます

自宅での療養を希望される患者さんの場合、退院時に
リハビリテーション科医やリハビリテーション専門職に身
体機能や自宅の環境などを確認してもらい、日常生活動
作を維持・向上させるためのアドバイスや、在宅リハビリ
のプログラムを組み立ててもらおうとよいでしょう。体の状態
は変化するため、継続的に関わってもらうことが理想です。





CARDS 導入の背景

がんのリハビリテーション診療はまだ不十分

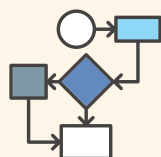
近年、通院しながら薬物療法や放射線治療を受けるがん患者さんが増え、外来への移行が進んでいます。一方で、外来でのがんのリハビリテーション診療の実施率は約4割にとどまり^{※1}、実施する施設でも8割超が「不十分」と感じていることが、全国のがん診療連携拠点病院へのアンケート調査で明らかになりました。今後は体制の整備や医療・介護・地域の連携強化が求められています。

病院・施設間の役割分担が不明確

がんのリハビリテーション治療・支援を提供できる場所は、がん診療連携拠点病院だけでなく、地域の連携病院、生活期リハビリテーション事業所、指定運動療法施設、医療法42条施設^{※2}などが想定されます。しかし、病院・施設間の役割分担はいまだに明確ではありません。

※1 Fukushima T, Tsuji T, Watanabe N, et al. Cancer Rehabilitation Provided by Designated Cancer Hospitals in Japan: The Current State of Outpatient Setting and Coordination after Discharge. Prog Rehabil Med. 2022;7:20220006.

※2 厚生労働大臣認定のメディカルフィットネス施設や健康増進施設など。



CARDS の目的

Cancer Rehabilitation in Decision Support Algorithm (CARDS) は がんのリハビリテーション治療・支援を 適切に提供するための 判断支援ツールです。

がん診療に携わる医療従事者が、患者さんに最適な
リハビリテーション治療・支援レベルを判断する際に活用できます。



CARDS のねらい

的確な判断によるスムーズなリハビリテーション治療・支援の提供

CARDSを利用することで、がんの状態や治療の状況に応じたリハビリテーション治療・支援のレベルを的確に判断し、がんの診断直後から終末期まで、どの時期の患者さんにもリハビリテーション治療・支援を提供することができます。また、リハビリテーション治療・支援を提供する施設の役割分担が明確になり、患者さんの受け入れが進むことも期待できます。その結果、患者さんががん診療病院を退院後もリハビリテーション治療や、地域での運動指導・生活支援を継続的に受けやすくなります。

さらに、がんのリハビリテーション診療の世界的課題である「患者さんがリハビリテーション専門職に紹介されない」状況も、CARDSの普及が進めば改善が期待できます。



期待される効果



がん診療医

がんのリハビリテーション診療について

- 必要性や治療レベルを適切に判断できる
- 認識や理解が深まる
- 患者さんに提案する機会が増える
- 病院・施設に紹介する際の業務効率が改善する



リハビリテーション科医・ リハビリテーション専門職

- 高リスクな患者さんをスクリーニングでき、多様な病院・施設で安全にリハビリテーション診療を導入できる
- がん診療病院を退院後、患者さんがリハビリテーションを継続する場が広がる
- がん診療を行わない病院・診療所(回復期リハビリテーション病院を含む)でも、CARDSに基づいて判断することでリハビリテーション診療を進めやすくなる



地域医療・ケアに従事する医療・ 介護従事者

がんのリハビリテーション治療・支援に関わる際

- 医療機関への受診が必要な高リスク症状を適切に把握できる
- 支援に関する認識や理解が深まる
- 患者さんに提案する機会が増える



がん患者さん・ご家族

がんのリハビリテーション治療・支援について

- ご自身が対象か判断できる
- 開始する際、配慮を要する点など安全性に関する知識が向上する
- 導入時の意思決定に参加することで、自分で決めた内容を主体的に受けることができる



使用する タイミング

リハビリテーション紹介時をはじめ、多彩なシーンで活用を
CARDSを使うタイミングは患者さんを初めてリハビリテーション治療・
支援へ紹介する時を想定していますが、がん治療の経過や状態変化に応
じて繰り返し使用することも可能です。がん診療病院における多職種カン
ファレンスやリハビリテーション治療・支援の方針決定、地域医療連携、
地域での介護サービス提供時などでの活用も期待できます。



STEP 1 | 必要性の判断

リハビリテーション治療・支援が 必要でしょうか？

- がんに関連する機能障害がある場合、リハビリテーション治療・支援の適応となります。
- パフォーマンスステータス（Performance Status：PS）の低下や日常生活動作（Activities of Daily Living：ADL）や手段的ADL（Instrumental ADL：IADL）の制限は、がん関連機能障害を疑う症状です。

※ PS、ADL/IADL について詳しくは裏表紙をご参照ください

がん関連機能障害を疑う症状・所見



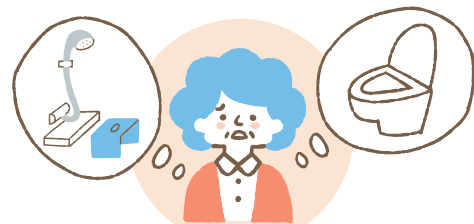
階段昇降が困難



だるさ・息切れ



体重減少



入浴またはトイレが困難・支援要



転倒歴



STEP 2 | 治療・支援レベルの決定

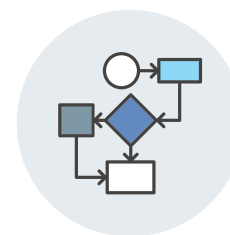
必要な場合、どこに紹介すべきでしょうか？

- STEP 1 でがん関連機能障害を疑う症状を認めた場合、CARDSフローチャートとトリアージ基準を使用して、適切な段階的治療・支援レベルを決定します。

Ⅰ フローチャート

治療時期からスタートし、迅速に見極める

がんの治療開始前・治療中・治療後3ヵ月以内・治療後3ヵ月以上に分けてスタート地点を設定。PSとADLのレベル別を加え、より適切・迅速に判断できるよう構成されています。どのような時期や症状であっても、最終的には4つの段階的治療・支援レベルに分類されます。



Ⅱ トリアージ基準

がん以外の疾患まで視野に入れた4つのグループ

CARDSのトリアージがどのような基準で行われているのか示したもの。がんだけでなく複数の疾患を持つグループ、手術・薬物療法・放射線治療など複数の治療法が必要なグループ、加齢による疾患を持つグループ、心理・社会面で支援が必要なグループに分かれます。



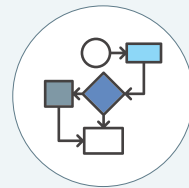
Ⅲ 段階的治療・支援レベル

最終的に4つの治療・支援レベルに分類し、紹介先を明確化

がんのリハビリテーション治療・支援は様々な医療・ケア環境で実施されます。CARDSは患者さんの状態の複雑さ、リスク管理レベル、必要な資源などにより、最終的に4つの治療・支援レベルへと分類できる仕組みです。



詳細はP8～11▶



フローチャート

▼ スタート

がんの治療状態を選択してください

がん治療とは

- 手術
- 根治的放射線療法
- 化学放射線療法
- 薬物療法

治療開始前

治療中

治療終了後
(3ヵ月以内)

治療終了後
(3ヵ月以上経過)

治療開始前

治療中

治療終了後
(3ヵ月以内)

治療終了後
(3ヵ月以上経過)

A 高リスクの併存疾患、
症状・所見

なし

あり

B 多職種による管理が必要な
がん関連機能障害・副作用

あり

なし

C 加齢などによる併存疾患

あり

なし

D 心理社会的な支援の必要性

あり

なし



段階的治療・支援レベル

01

集学的管理下がんリハビリテーション治療

医療管理下で、がんやその治療に伴う機能障害に特化して行う多職種チームによる治療

目的

- 機能障害の予防
- 機能障害に対する機能回復
- 腫瘍の増大、機能障害が進行しつつある患者の能力維持
- 終末期に要望を尊重しながらQOL高く過ごせるよう支援

02

管理下がんリハビリテーション治療

医療管理下で、がんやその治療に伴う機能障害に対する治療

目的

- 機能障害に対する機能回復
- 理学療法士などが運動療法を行うことで、がん治療に伴い、安静が続くことで低下した体力や筋力を改善

03

管理下・地域基盤型

介護保険を利用し^{*}、医療管理下で活動制限や参加制約に対して行うリハビリテーション支援
訪問と通所の2つがある

^{*} 65歳以上の第1号被保険者では、介護を必要とする状態になった場合、40歳から64歳までの第2号被保険者では、がんの治療が難しくなり、生活で何らかの介護が必要になった場合(病名に「がん」を記載)に介護保険の申請可能。40歳未満の場合、指定運動療法施設や医療法42条施設の利用を考慮する。

Ⅰ 訪問リハビリテーション

目的

- 治療後の在宅生活の安定化
- 心身機能、生活(活動)の維持向上、社会参加の促進
- 終末期に要望を尊重しながらQOL高く過ごせるよう支援
- 通所または医療・介護保険外への移行

Ⅱ 通所リハビリテーション

目的

- 理学療法士などが運動療法を行うことで、がん治療に伴い、安静が続いたために低下した体力や筋力を改善
- 心身機能、生活(活動)の維持向上、社会参加の促進
- 医療・介護保険外への移行

04

非管理下・地域基盤型

医療・介護保険外で、在宅や各種施設などで参加制約に対して行う運動による支援

目的

- 運動指導士などが適切な運動プログラムを提供することで、がん治療に伴う安静によって低下した機能を補う
- 健康増進
- 社会参加の促進

＞ PS (Performance Status) パフォーマンスステータス
患者の全身状態を日常生活の制限の程度に応じて5段階で評価する指標

＞ ADL (Activities of Daily Living) 日常生活活動
着替えや食事、トイレ、歩くことなど、日常の基本的な生活動作

＞ IADL (Instrumental ADL) 手段的ADL
「手段的日常生活動作」とも呼ばれ、買物、食事の支度、外出時の移動など、ADLよりも複雑な動作

＞ NRS (Numerical Rating Scale) 数値的評価スケール
「患者さんが感じている痛み、気持ちのつらさ、生活への支障など」を11段階で評価する指標

詳しくは裏表紙をご参照ください▶

治療・支援の実施場所

医療機関内・
保険診療

がん診療連携拠点病院 入院・外来

リハビリテーション提供者

- リハビリテーション科専門医など、療法士、看護師、管理栄養士、薬剤師、心理士
- CAREER研修(必須)やリンパ浮腫研修などの専門資格を有する者



▲ 高リスク対象者・医療資源大

回復期病棟・地域包括ケア病棟
地域連携病院・診療所の外来

リハビリテーション提供者

- リハビリテーション担当医、療法士(CAREER研修受講が望ましい)



介護保険
在宅・
地域

自宅(訪問リハビリテーション)

リハビリテーション提供者

- 療法士、看護師
- ※医師(かかりつけ医)の指示が必要

デイケア・デイサービス施設
(通所リハビリテーション)

デイケアは医師がいる施設のみ開設が可能
デイサービスは医師がいなくても開設が可能

リハビリテーション提供者

- 療法士(デイケア)、介護職員、機能訓練指導員(デイサービス)



▼ 低リスク対象者・医療資源小

フィットネスクラブ／体操教室／
地域サロン／患者会など

リハビリテーション提供者

- 地域住民、フィットネストレーナー、運動指導士





トリアージ基準

高リスクの併存疾患、症状・所見

併存疾患

- 骨転移、脳腫瘍（脳転移）
- 多発性骨髄腫
- 脳血管疾患
- コントロール不良の腎・代謝性疾患（糖尿病など）

症状・所見

- 頭痛
- 麻痺・脱力
- めまい・立ちくらみ
- 安静時・労作時の息切れ
- ふらつき・失調
- 胸痛

多職種による管理が必要ながん関連機能障害・副作用

原因となるがんなど	障害・副作用
●頭頸部がん術後	→ ろれつが回らない（構音障害） → 声が出せない（発音障害） → 治療中の飲み込み（摂食嚥下）の障害
●頸部リンパ節郭清後	→ 肩関節の運動障害・副神経麻痺
●乳がん術後	→ 肩関節の運動障害・関節可動域制限
●乳がん、婦人科がん、泌尿器がん術後（腋窩・鼠径・骨盤部リンパ節郭清）	→ 新規発症・悪化傾向・管理困難な上下肢のむくみ・リンパ浮腫
●骨軟部腫瘍術後（患肢温存術・切断術）	→ 四肢機能障害
●摂食嚥下障害に伴う障害	→ 栄養障害（目安：6ヵ月で2kg以上の意図しない体重減少、2週間以上持続する食事摂取量減少）
●PS低下（ ≥ 2 ）または ●ADL制限 （例：階段を昇る・入浴・トイレに介助を要する）	下記のいずれかを伴う障害 ●骨転移、脳転移 ●化学療法（抗がん剤）・放射線治療中、心毒性のある薬物療法や胸部放射線治療の既往 ●チューブや治療に関連した機器使用（酸素吸入、気管切開、中心静脈カテーテル、経鼻胃管） ●日常生活や歩行に支障をきたす中等～重度の疼痛
その他の障害	
●日常生活や歩行に支障をきたす四肢のしびれや筋力の低下・末梢神経障害 ●中等～重度のだるさ・倦怠感（NRS $\geq 4/10$ ）	

加齢などによる併存疾患

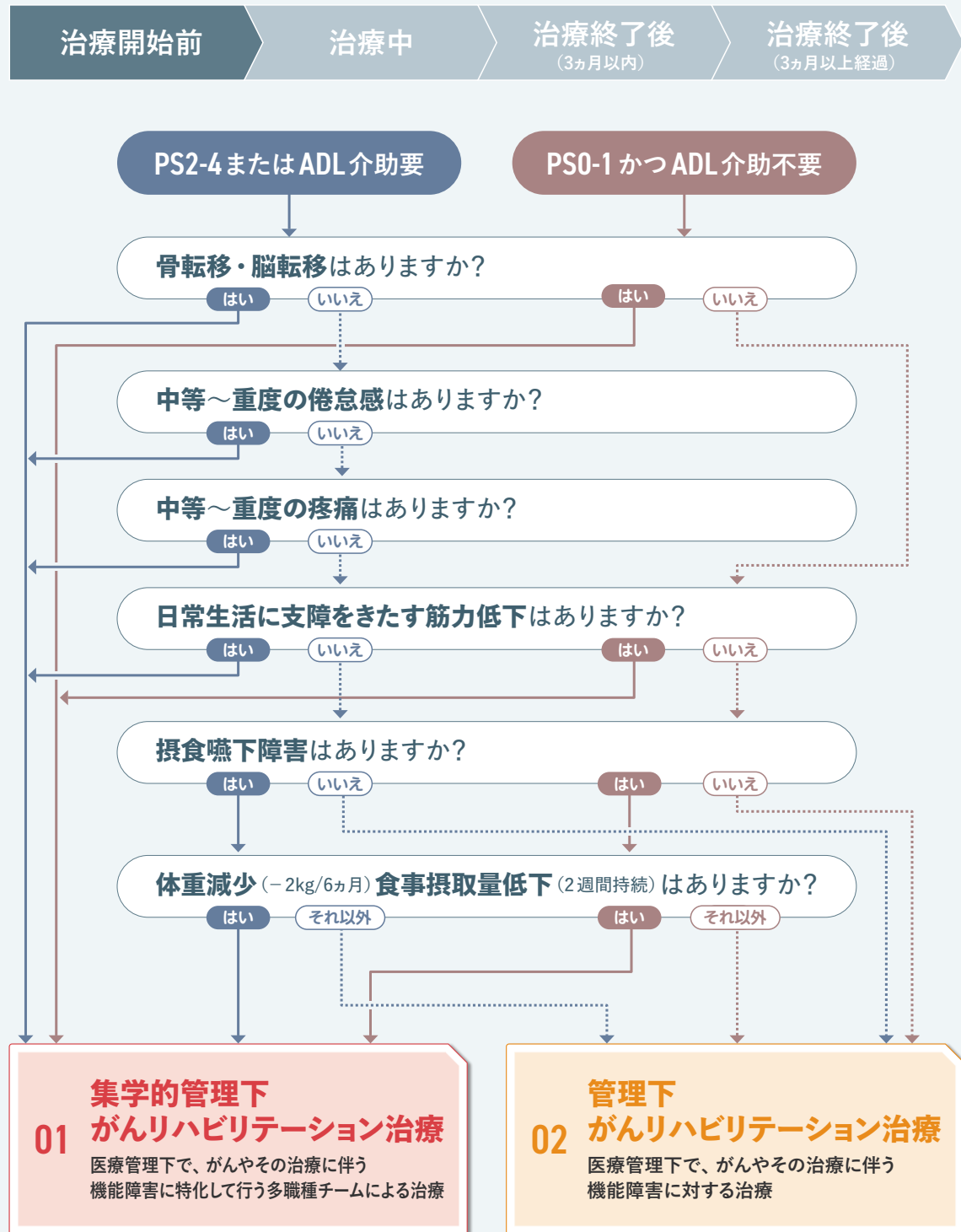
- 歩行能力低下（自由に歩いて外出が困難）または
●がん治療前と比べたIADL制限
（例：日用品の買い物が難しい、家事に手助けを要する）
- 下記のいずれかを伴う障害
 - 骨粗鬆症、フレイル、サルコペニア、認知機能低下
 - 6ヵ月以内の転倒歴

心理社会的な支援の必要性

- 不安・抑うつ気分
- 生活への支障（NRS $\geq 3/10$ ）
- 気持ちの辛さ（NRS $\geq 4/10$ ）
- 周囲からのサポート不足

がんの治療状態別フローチャート

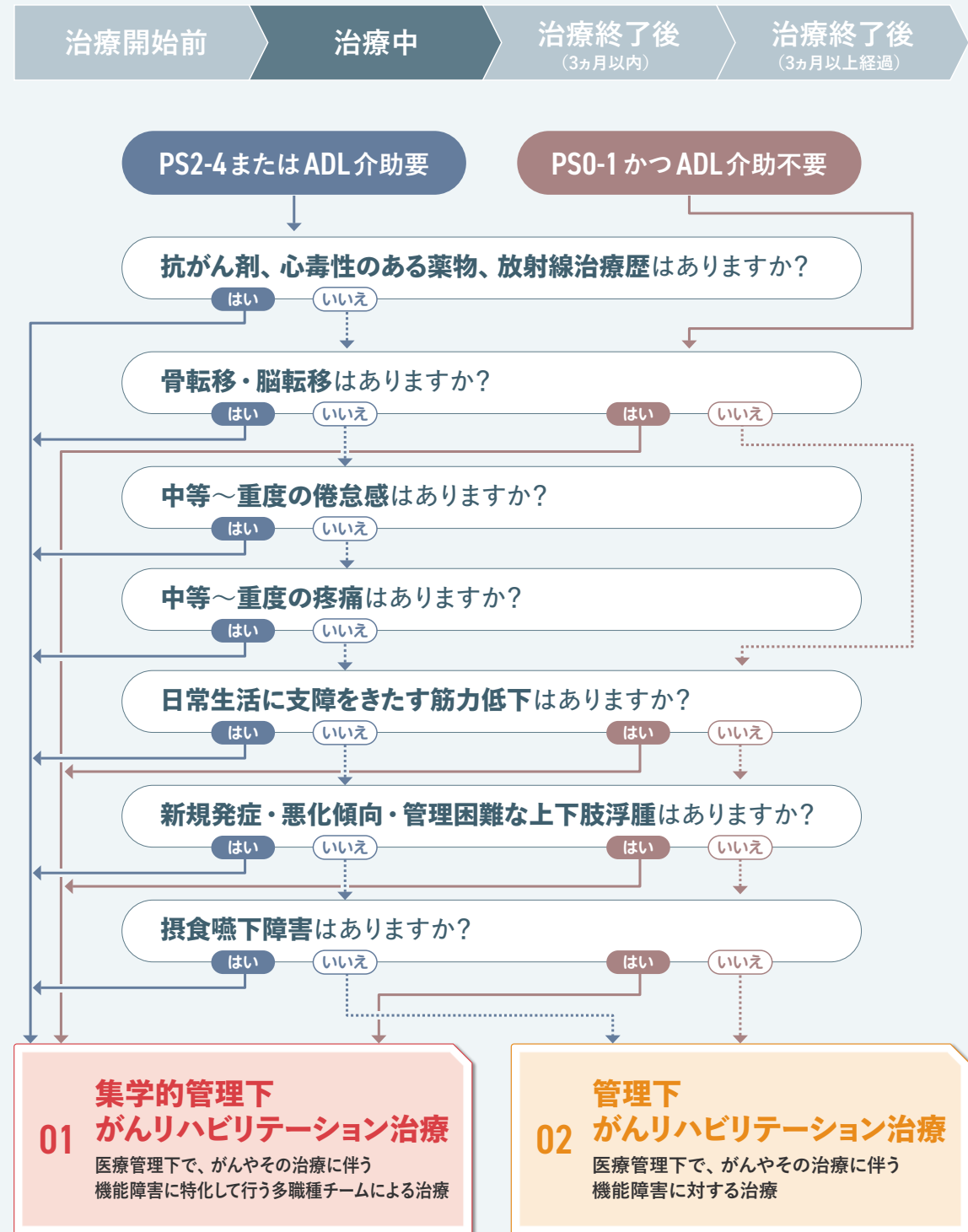
- がん治療とは
- 手術
 - 根治的放射線療法
 - 化学放射線療法
 - 薬物療法



- ＞ADL（Activities of Daily Living）日常生活活動
着替えや食事、トイレ、歩くことなど、日常の基本的な生活動作
- ＞IADL（Instrumental ADL）手段的ADL
「手段的日常生活動作」とも呼ばれ、買物、食事の支度、外出時の移動など、ADLよりも複雑な動作

- ＞NRS（Numerical Rating Scale）数値的評価スケール
「患者さんが感じている痛み、気持ちのつらさ、生活への支障など」を11段階で評価する指標

詳しくは裏表紙をご参照ください▶



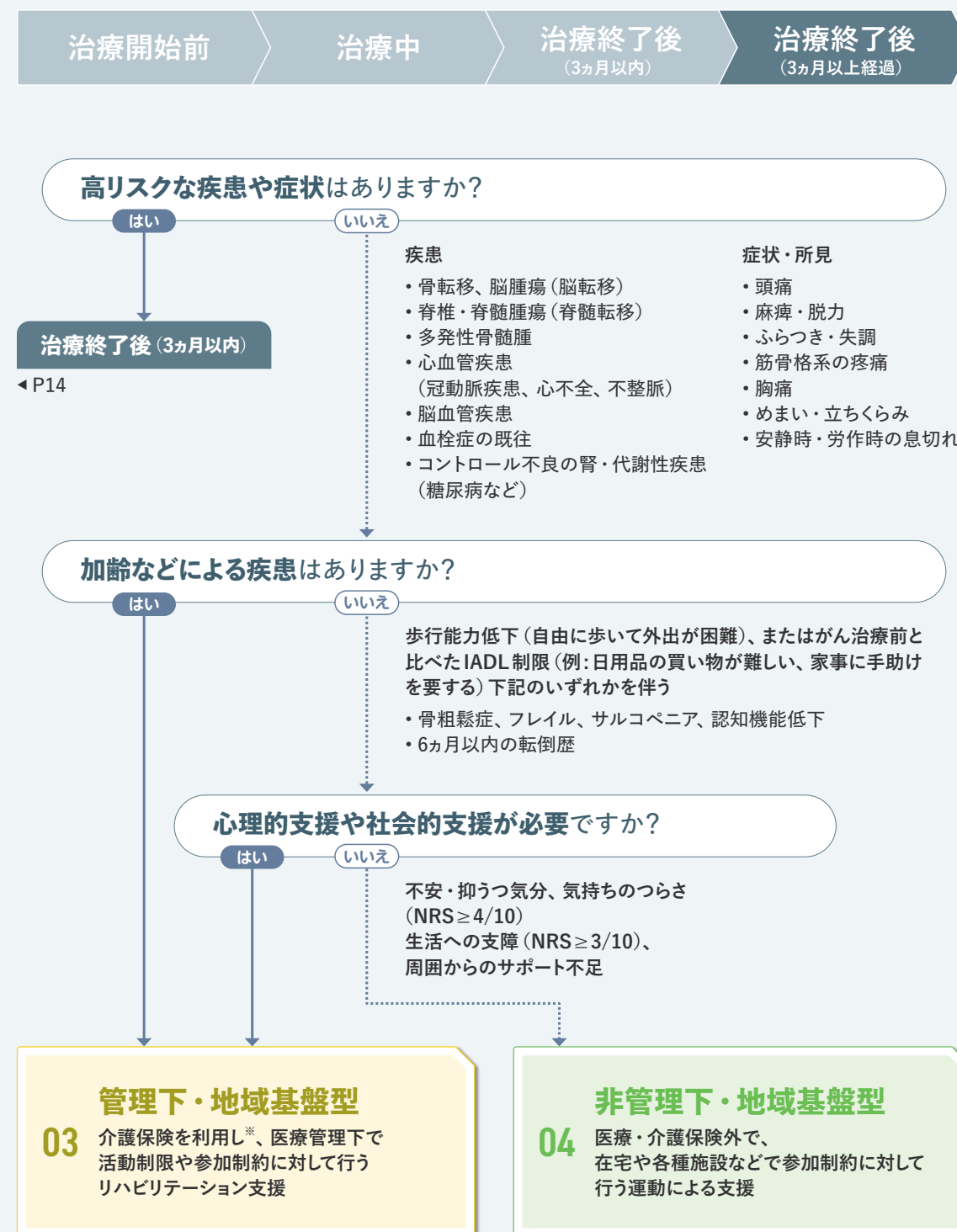
 がん治療とは

- 手術
- 根治的放射線療法
- 化学放射線療法
- 薬物療法

- ▶ **ADL** (Activities of Daily Living) 日常生活活動
着替えや食事、トイレ、歩くことなど、日常の基本的な生活動作
- ▶ **IADL** (Instrumental ADL) 手段的ADL
「手段的日常生活動作」とも呼ばれ、買物、食事の支度、外出時の移動など、ADLよりも複雑な動作

▶ **NRS** (Numerical Rating Scale) 数値的評価スケール
「患者さんが感じている痛み、気持ちのつらさ、生活への支障など」を11段階で評価する指標

詳しくは裏表紙をご参照ください▶



※ 65歳以上の第1号被保険者では、介護を必要とする状態になった場合、40歳から64歳までの第2号被保険者では、がんの治療が難しくなり、生活で何らかの介護が必要になった場合（病名に「がん」を記載）に介護保険の申請可能。

CARDS 活用事例

Case

01



● 50代女性
病名：乳がん

乳 がんと診断され、6ヵ月間の術前補助化学療法の後、1ヵ月前に乳房切除術と腋窩リンパ節郭清を受けた。最近、術後ホルモン療法を開始。既往歴に脂質異常症と高血圧がある。手術の後、切除された側の肩が上がりづらく、洗髪や着替えに困難を感じている。術前補助化学療法中に手足のしびれが生じ、現在も症状が続いている。明らかなリンパ浮腫はない。職業は食品スーパーマーケット店員で商品の陳列業務を担っていた。復職を希望しているが、手足のしびれや肩関節の可動域制限のため不安が強く、対応方法について相談したいと考えている。

想定シーン	がん診療病院での外来診療時、がん診療医が上記症例をみて、どこに紹介すればいいか迷ったとき
CARDSの活用	集学的管理下がんリハビリテーション治療へ紹介 (理由：術後3ヵ月以内、乳がん術後の肩関節可動域制限)
アクション	がん診療医(担当医)がリハビリテーション科に依頼を行った

Case

02



● 80代男性
病名：肺がん

肺 がんと診断され、4ヵ月前に肺葉切除術を受けた。手術後より身体のだるさが続き、室内で座って過ごす時間が増えた。既往歴に高血圧、糖尿病がある。手術前は自分で服薬を管理していたが、最近は忘れることがあり、同居する家族が確認している。がんの再発は見られないが食事量が減り、退院時より体重が3kg減少した。家族との外出時に路上で縁石につまずき、転倒したこともある。呼吸困難や息切れの症状はない。家族が心配し、不調を改善する方法があれば知りたいと考えている。

想定シーン	地域での医療・介護サービス提供時、家族が地域包括支援センターへ相談に訪れたとき
CARDSの活用	管理下・地域基盤型(理由：手術後4ヵ月経過、呼吸症状なし、転倒歴・歩行能力低下あり)
アクション	介護保険を利用した通所リハビリテーション(デイケア)を開始した

Case

03



● 60代男性
病名：舌がん

舌 がんと診断され、4ヵ月前に切除術を受けた後、2ヵ月前より術後化学放射線治療を開始した。2ヵ月前は3食ともやわらかめの食事を口から食べていたが、1.5ヵ月前より化学放射線治療による口内炎や味覚異常が現れ、口から食べる量が減り、体重が2kg減少したため、胃ろうに切り替えた。1ヵ月前に放射線治療が終了したが、現在、水分・固形物とも口からの摂取が困難で胃ろうに頼っている。口からの食事再開を希望するが不安も強く、対処法について相談を希望している。

想定シーン	多職種チーム活動(栄養サポートチーム：NST)や多職種カンファレンス時
CARDSの活用	集学的管理下がんリハビリテーション治療 (理由：放射線治療後1ヵ月以内(抗がん剤は継続中)、経口摂取量低下)
アクション	チーム活動/カンファレンスの結果をがん診療医(担当医)に報告し、担当医からリハビリテーション科に依頼を行った

Case

04



● 70代女性
病名：大腸がん・肝転移・リンパ節転移

3 ヲ月前より食欲不振、体重減少が現れ、2ヵ月前に医療機関を受診したところ大腸がん、肝転移、リンパ節転移と診断された。手術、薬物療法などのがん治療を希望せず、緩和ケアを受けることになった。肝転移・リンパ節転移により腹水や足のむくみが現れ、現在、室内は伝い歩きで移動している。1人での外出は困難で、日用品の買物や食事の準備は同居の夫が担っている。日常生活動作が楽にできるようになりたいと希望している。

想定シーン	地域連携病院の外来、地域医療連携時
CARDSの活用	管理下・地域基盤型(理由：骨・脳・肺転移なし、IADL低下あり)
アクション	訪問看護、訪問リハビリテーションを導入した。急変時は地域連携病院に入院する予定

がんのリハビリテーション診療ガイドライン委員会報告（2025年度 第1回）

日 時	2025 年 6 月 5 日（金） 19:00～21:00
場 所	日本リハビリテーション医学会 事務局会議室および Web
出席者	担当理事 城戸 顕 委 員 長 宮越浩一 委 員 辻 哲也、佐浦隆一、幸田剣、鶴川俊洋、宮田知恵子、 村岡香織、大森まいこ、田沼 明、篠田裕介、酒井良忠、 塚本真治、小澤里恵、井上順一郎、藤井美希、村岡香織、 森下慎一郎 作成協力者： 西山一成、吉川 遼、牧浦大祐、坂野元彦、鈴木克喜、新野捺美、 前田恭子、田畑阿美、添田 遼、尾崎圭一、斎藤 貴、阿部桐子 （順不同、敬称略）
欠席者	委員：西村行秀、立松典篤、平野勇太、広瀬真奈美 作成協力者：松岡藍子、福島卓矢、越智英輔、飯野由恵、藤本侑大、 西山菜々子、熊野宏治、大瀨倫太郎、尾関伸哉、土方奈奈子、 原田剛志 （順不同、敬称略）
陪席者	土橋幸代、桑田博之（診断と治療社）、宇都宮寛司（事務局）

報告事項	1. 担当理事報告 城戸理事より、以下説明を行った。 委員交代や追加の作成協力者の追加など本ガイドライン委員会からの審議 事項は全て理事会承認が得られた。
審議事項	1. 進捗報告 各 SR チームより Minds テンプレート RC-1 を画面共有し報告を行った。 1 章総論は教科書的記述で本文作成作業中である。 2 から 9 章、10 章 CQ1 については RC-1 まで進んでいる。 10 章 CQ2 は二次スクリーニング終了し解析は未、CQ3 は SR-5 の作業中であ る。 2. 検討事項 1) CQ に対するエビデンス総体の総括について 重要性の高い各アウトカムのエビデンスの中で一番低いものがエビデンス 総体の総括となる決まりである。 RCT がある場合は D（非常に弱い）にはなり得ないという認識でよい。 D（非常に弱い）を選択する場合には下記に十分注意すること。 D（非常に弱い）となる場合、推奨文は「行わないことを提案する」とする ことが望ましい可能性もある。

	エビデンス総体がD（非常に弱い）であっても、益と害のバランスや患者の価値観が担保された場合に限り、推奨文は「提案する」となることがある。 エビデンスが少ない場合には、「推奨なし」として Future Research Question とすることも検討される。 2) 推奨について 各グループ内で全 CQ を相互確認して推奨レベルを決定すること。 最終的な推奨については投票の結果決定する。 3) Future Research Question（以下 FRQ）、Background Question（以下 BQ）について FRQ の候補：消化器がん CQ4 BQ の候補：乳がん CQ1、骨軟部腫瘍 CQ4, 5 FRQ, BQ の文章の構成は CQ と同様の形式として、解説文の書き方を必要に応じて変更する。 なお骨転移の評価についてはインターベンションとは言えず他の CQ とは異なるため、次の改訂の際には総論に組み込むことも検討される。 4) 書きぶりや用語の統一について ①用語の統一 全体での用語の統一が必要である（例：リハビリテーション治療（運動療法、その他〇〇）の表記など）。今後全体での統一作業を行う予定とする。 ②推奨文について CQ の対象患者と、論文内での対象患者が異なる場合（例：脱落者が多い場合など）は推奨文で対象患者を限定した記載（例：〇〇な患者において～推奨など）とすることも検討する。 その場合は対象患者が限定される理由が読み取れるように解説文や附記に記載する。 ③全体の書きぶり 鶴川先生作成の頭頸部がん CQ2, 4 の RC-1 を参考に統一すること。 特に以下の点がポイントとなる。 ・アウトカムごとのエビデンスレベルを記載する ・重要性の高いアウトカムのエビデンスを参考として、全体のエビデンス総体選択に至った経緯について記載する ・害について記載する、害に関する報告がない場合にはその旨を記載する 5) 今後の作業について 第5回委員会の上記検討事項について修正を行い、6月末までに RC-1 を完成させ共有フォルダへアップロードする。 作業手順を記載した「本ガイドラインについて」草案も参考とする（全体
--	---

	メーリングリストで共有する)。 迷ましい点や質問事項は赤字でコメントを記載する。 小グループのメーリングリストで作業を進め、宮越委員長、辻副委員長で確認を行い、必要時コメントをする。 診断と治療社さまもメーリングリストへ適宜コメントいただく。 <u>注意点①</u> 投票の前に最低限 RC-1 までの完成が必要である（解説文まで完成しているとより投票はしやすい）。推奨文に影響する部分の変更が出ると投票のやり直しが発生する。あとからの修正がないように十分検討のうえ記載する。 <u>注意点②</u> RC-1 を共有フォルダにアップロードしたのち、ダウンロードするとラジオボタン/チェックボックスが表示されないことがある。選択式の部分については文字の色を赤色に変更して表示すること。 6) 投票について RC-1 が完成した章から投票作業を開始する予定である。数回に分けての投票となると考えられる。 投票はオンライン会議で各グループより草案を発表したのち、web フォーム等を使用し欠席者も含め全員が投票する形式を検討する。
次回	6 月末までに RC-1 を完成、共有フォルダへアップロードする。 7 月から 8 月に次回委員会を予定し、数回に分けて投票を行う。 文責：小澤里恵

がんのリハビリテーション診療ガイドライン委員会報告（2025 年度 第 6 回）

日 時	2025 年 7 月 31 日（木） 19:00～21:00
場 所	日本リハビリテーション医学会 事務局会議室および Web
出席者	委 員 長 宮越浩一 副委員長 辻 哲也 委 員 大森まいこ、小澤里恵、幸田 剣、佐浦隆一、篠田裕介、 田沼 明、塚本真治、鶴川俊洋、宮田知恵子、村岡香織、 井上順一朗、藤井美希、小島一宏 作成協力者：吉川 遼、坂野元彦、越智英輔、尾崎圭一、鈴木克喜、 新野捺美、前田恭子、西山一成、斎藤 貴、熊野宏治、 大瀨倫太郎、土方奈奈子、尾関伸哉（順不同、敬称略）
欠席者	担当理事：城戸 顕 委員：酒井良忠、西村行秀、森下慎一郎、立松典篤、平野勇太、 広瀬真奈美 作成協力者：牧浦大祐、福島卓矢、飯野由恵、松岡藍子、藤本侑大、 田畑阿美、添田 遼、西山奈々子、原田剛志、阿部桐子 （順不同、敬称略）
陪席者	事務局 宇都宮

報告事項	1. 担当理事報告 特になし
審議事項	1. 推奨文草案の検討 頭頸部がん、乳がん婦人科がん、血液腫瘍の各チームよりプレゼンテーションを行った。全体に関わる審議事項については以下の通り。 1) エビデンス総体の総括について 重要度 7 以上の各アウトカムのエビデンスの中で最も低いものを機械的にその CQ 全体のエビデンスレベルとする。 宮田委員から共有された資料も参照のこと。 2) アウトカム重要度の修正について 第 2 版にならい、以下のようにアウトカムの重要度を修正することも検討すること。 「強い推奨」が適切と考えられる CQ であるものの、1 つのアウトカムのエビデンスレベルが低いためにやむを得ず全体のエビデンスレベルが低くなる場合、当該アウトカムの重要度を 6 に下げること、推奨に影響するアウトカムから除外する。 重要度 1 の修正はチーム内のコンセンサスにより行ってよい。 重要度 2 以上の修正を必要とする場合はプレゼン資料へ赤字などで修正の旨を記載する。

3) エビデンス総体と推奨文について

エビデンス総体が A (強) でない場合においても、益害・コスト・患者の好みを考慮して、「強い推奨」とする場合がある。

エビデンス総体が C (弱) の場合に「強い推奨」としてよいかどうかについては、投票で諮ることとする。

エビデンス総体が D (非常に弱い) の場合には「強い推奨」は望ましくないと考えられる。

4) Background Question (BQ) の扱いについて

BQ への変更の必要がある場合、委員会での審議により決定する。

乳がん婦人科がんの CQ1、CQ3 を BQ とすることを決議した。

BQ は投票の対象外とする。

BQ の推奨文の語尾は「推奨する」「提案する」ではなく、例として「有効である」「勧められる」などに変更すること。

宮田委員から共有された資料も参照のこと。

5) 第2版との整合性について

第2版から対象患者に変更があり（例として、第2版：頸部郭清後のみ→第3版：頸部郭清後のみに限らない）対象が広がる場合に、エビデンスレベルが下がったように見えてしまう懸念がある。

対象患者の変化について解説文中に明示しておく必要がある。

ただしこのような場合においても CQ の変更は行わないこと（文献検索からやり直す必要が生じるため）。

6) 用語や言い回しの統一について

以下のような推奨の強さに影響しないものは後日に修正可能とする。出版社とも協力して用語や言い回しの統一を進める。

- ・「化学療法」は「がん薬物療法」へ

- ・「摂食嚥下療法」は第2版で検討済みのためこのまま

- ・可能な限り以下の診療報酬を意識した言い回しに統一する。

「〇〇の治療のための手術が行われる予定または行われた患者に対して～」

7) 投票について

投票の対象者は委員のみとし、作成協力者は対象外とする。

委員会当日の欠席者も含め委員全員が投票を行う。

投票開始時に全体メーリングリストでアナウンスを行う。

投票の際の記名は投票状況の確認にのみ使用し、公表は行わない。投票状況を確認し必要に応じて個別に連絡する。

投票結果については全委員の投票終了次第、公表する。

	8) 各 CQ 推奨文草案に関する意見について 総合的判断により推奨文草案の投票を行う。益害・コスト・患者の好み等について意見がある場合は、投票フォームのフリーコメント欄を積極的に活用し、全て記録に残す。 9) 今後の進め方 委員会での審議・修正提案をもとに各チーム修正を行う。 1 週間の修正期間をおいて投票に移る。 修正内容を反映した投票用プレゼン資料（パワーポイント版）を共有ドライブ「投票用プレゼン資料」へ再度アップロードすること。 これを最新版とし、投票の際の参考資料とする。 2. がんリハ学会学術集会について 2026 年 2 月 28 日から 3 月 1 日に高崎の G メッセ群馬にてがんリハ学会学術集会が予定されており、当ガイドラインに関する企画を予定する。 パブリックコメントを終えている予定であり、具体的な内容の紹介が可能となる見込みである。
次回	頭頸部がん、乳がん婦人科がん、血液腫瘍チームに関するスケジュール 1) 修正期間 2025 年 8 月 8 日 0 時まで 2) 投票期間 2025 年 8 月 8 日 12 時より 8 月 15 日 12 時まで 今後の推奨文草案プレゼンテーション予定 1) 2025 年 8 月 12 日 19 時～ 肺がん、消化器がん、脳腫瘍 2) 2025 年 8 月 15 日 19 時～ 泌尿器がん、骨軟部腫瘍、進行がん末期がん 2025 年 10 月 1 日 解説文の下書き原稿（完成度 8 割程度）を提出 文責：小澤里恵

がんのリハビリテーション診療ガイドライン委員会報告（2025 年度 第 4 回）

日 時	2025 年 8 月 12 日（木） 19:00～21:00
場 所	日本リハビリテーション医学会 事務局会議室および Web
出席者	担当理事：城戸 顕 委 員 長：宮越浩一 副委員長：辻 哲也 委 員：大森まいこ、小澤里恵、幸田 剣、佐浦隆一、酒井良忠、篠田裕介、田沼 明、鶴川俊洋、宮田知恵子、村岡香織、井上順一朗、藤井美希、小島一宏、広瀬真奈美 作成協力者：吉川 遼、牧浦大祐、坂野元彦、新野捺美、田畑阿美、西山一成、土方奈奈子、（順不同、敬称略）
欠席者	委 員：塚本真治、西村行秀、森下慎一郎、立松典篤、平野勇太 作成協力者：福島卓矢、越智英輔、尾崎圭一、鈴木克喜、飯野由恵、松岡藍子、藤本侑大、前田恭子、斎藤 貴、熊野宏治、添田 遼、大瀨倫太郎、尾関伸哉、西山奈々子、原田剛志、阿部桐子 （順不同、敬称略）
陪席者	事務局 宇都宮

報告事項	1. 担当理事報告 特になし
審議事項	1. 推奨文案の検討 肺がん、消化器がん、脳腫瘍の各チームよりプレゼンテーションを行った。全体に関わる審議事項については以下の通り。 1) エビデンス総体の決め方の確認 重要度 7 以上の各アウトカムのエビデンスにばらつきがある場合、その中で最も低いものをその CQ 全体のエビデンスレベルとする。 2) エビデンスの強さの決定に関して D（非常に弱い）が比較的多く見受けられる。Minds のガイドラインマニュアルによる初期評価は以下ようになっており、見直しを行うこと。 ・ RCT のみでエビデンスがまとめられている場合、A（強）を初期評価とし、バイアスリスク等によりグレードを下げる ・ RCT が 1 つのみの場合は、C（弱）を初期評価とし、内容により上下する ・ 観察研究のみの場合でも C（弱）を初期評価とし、内容により上下する 特に、複数の RCT がある場合に D（非常に弱い）まで下げる必要性があるかどうか、再度確認を行うこと。 盲検化について、リハビリテーション分野の研究では完全なダブルブラインドは困難であることが多い。このことを考慮し、評価を下げすぎないよ

	う留意する。 非一貫性に関して、リハビリテーション分野の研究では有意差を出すことが難しいことを考慮し、「有意差のある良い結果」と「有意差なし」がある場合には－1、「有意差のある良い結果」と「有意差のある悪い結果」がある場合に－2 とする。 3) 害のアウトカムについて 害のアウトカムを入れることは必須である。アウトカムリストへの記載が望ましいが文献がない場合もあり必須とはしない。ただし解説文へは必ず記載すること。 4) アウトカムの重要性について Minds のマニュアルにおいて、アウトカムの重要性を後から再評価することが許容されている。 重要なアウトカム（重要度 7 以上）の個数には規定を設けず CQ 毎に検討する。 5) エビデンスレベルと推奨の強さについて エビデンス総体 B（中）であっても、益と害のバランス・コスト・患者の好み等を総合的に検討して「強い推奨」とすることは考慮される。（最終的には投票によるコンセンサスとなる。）なお C（弱）や D（非常に弱い）の場合に「強い推奨」とするには特段の理由が必要と考えられる。 6) 推奨文案修正と投票について 委員会での審議・修正提案をもとに各チーム修正を行う。 1 週間の修正期間において投票に移る。 修正内容を反映した投票用プレゼン資料（パワーポイント版）を共有ドライブ「投票用プレゼン資料」へ再度アップロードすること。 これを最新版とし、投票の際の参考資料とする。 7) 原稿の解説と付記について 第 2 版にならい、以下のように記載すること。 解説文：推奨決定にあたってのエビデンス、益害・コスト・患者の好み等を記載する 付記：推奨に影響しない内容、検索対象外の関連文献の紹介等を記載する
次回	肺がん、消化器がん、脳腫瘍チームに関するスケジュール 1) 修正期間 2025 年 8 月 19 日 23 時 59 分まで 2) 投票期間 2025 年 8 月 20 日 12 時より 8 月 27 日 12 時まで 次回の推奨文草案プレゼンテーション予定

	2025 年 8 月 15 日 19 時～ 泌尿器がん、骨軟部腫瘍、進行がん末期がん 原稿に関する予定 2025 年 10 月 1 日 解説文の下書き原稿（完成度 8 割程度）を提出 文責：小澤里恵
--	---

がんのリハビリテーション診療ガイドライン委員会報告（2025 年度 第 8 回）

日 時	2025 年 8 月 15 日（木） 19:00～21:00
場 所	日本リハビリテーション医学会 事務局会議室および Web
出席者	担当理事：城戸 顕 委 員 長：宮越浩一 副委員長：辻 哲也 委 員：大森まいこ、小澤里恵、幸田 剣、佐浦隆一、酒井良忠 篠田裕介、田沼 明、塚本真治、鶴川俊洋、宮田知恵子 村岡香織、井上順一朗、藤井美希、小島一宏 作成協力者：吉川 遼、坂野元彦、尾崎圭一、鈴木克喜、新野捺美 前田恭子、田畑阿美、西山一成、添田 遼、土方奈奈子 尾関伸哉、阿部桐子（順不同、敬称略）
欠席者	委 員：西村行秀、森下慎一郎、立松典篤、平野勇太、広瀬真奈美 作成協力者：牧浦大祐、福島卓矢、越智英輔、飯野由恵、松岡藍子 藤本侑大、斎藤貴、熊野宏治、大瀨倫太郎、西山奈々子 原田剛志、（順不同、敬称略）
陪席者	事務局 宇都宮

報告事項	1. 担当理事報告 特になし
審議事項	1. 再投票について 7 月 31 日会議の頭頸部がん、乳がん婦人科がん、血液腫瘍について、現在投票を行っている（未投票者あり締め切りを延長している）。 一部のコメントからエビデンス総体や推奨の強さの変更が検討される CQ があることが判明した。該当の SR チームへ個別連絡にて対応を検討し、いくつかの CQ で見直しを行う方針となった。 また、Minds のガイドラインや第 2 版にならった投票方法において、再討議・再投票を要する条件（推奨を維持するためには 70%以上の票を要する）に該当する CQ が発生する見込みである。 これらについて全 CQ の初回投票を終えた後、9 月中旬から下旬に追加のプレゼンテーション、再投票を予定する。 2. 推奨文案の検討 泌尿器がん、骨軟部腫瘍、進行がん末期がんの各チームよりプレゼンテーションを行った。全体に関わる審議事項については以下の通り。 1) エビデンスレベルと有意差の有無についての注意事項 エビデンスの強さと有意差の有無は分けて考える必要がある。 収集された論文の質によりエビデンスレベルの評価を行う。

	有意差のない結果であっても論文の質によりエビデンスレベルはA（強）となる場合があることに注意する。 3. 今後のスケジュールの変更 再討議・再投票に伴い草案（パブリックコメント用原稿）の提出期限を1か月遅らせ、11月1日へ変更することとする。
次回	泌尿器がん、骨軟部腫瘍、進行がん末期がんチームに関するスケジュール 1) 修正期間 2025年8月22日23時59分まで 2) 投票期間 2025年8月23日12時より8月30日12時まで 9月中旬から下旬 追加のプレゼンテーション、再投票を予定 11月1日 草案（パブリックコメント用原稿）提出 文責：小澤里恵

がんのリハビリテーション診療ガイドライン委員会報告（2025 年度 第 5 回）

日 時	2025 年 9 月 30 日（木） 19:00～19:45
場 所	日本リハビリテーション医学会 事務局会議室および Web
出席者	委 員 長：宮越浩一 副委員長：辻 哲也 委 員：大森まいこ、小澤里恵、幸田 剣、佐浦隆一、酒井良忠、 田沼 明、鶴川俊洋、宮田知恵子、村岡香織、井上順一朗、 立松典篤、藤井美希、小島一宏、広瀬真奈美 作成協力者：吉川 遼、新野捺美、前田恭子、西山一成、添田 遼、 土方奈奈子、西山奈々子（順不同、敬称略）
欠席者	担当理事：城戸 顕 委 員：篠田裕介、塚本真治、西村行秀、森下慎一郎、平野勇太 作成協力者：牧浦大祐、福島卓矢、坂野元彦、越智英輔、尾崎圭一、 鈴木克喜、飯野由恵、松岡藍子 藤本侑大、田畑阿美、 斎藤貴、熊野宏治、大瀨倫太郎、尾関伸哉、原田剛志、 阿部桐子（順不同、敬称略）
陪席者	事務局 宇都宮

報告事項	なし
審議事項	1. 推奨文変更がある CQ の再発表 頭頸部がん CQ1・CQ3、乳がん婦人科がん CQ2、血液腫瘍 CQ1、進行がん末期がん CQ1 について、各チームよりプレゼンテーションを行った。 発言のあったコメントは以下の通り。コメントの解説文等への反映（患者の価値観等）については各チームで検討する。 ・乳がん婦人科がん CQ2 患者目線としては、推奨度が低いことにより術者や乳腺科医師等にリハビリテーションの必要性が低く見られてしまうことに不安を感じる。十分な説明やリハビリテーションを受けられず困っている患者が多くいると思われる。リハビリテーションは可動域維持や回復のみではなく、自身の状態を受け入れることにも役立つと考え、推奨が上がるのが望ましいと思っている。 ・進行がん末期がん 進行がん患者に運動療法を行うことはありえないと考えている患者もいると思われる。普及していくために「推奨する」ことに賛成する。体力の維持、疼痛や倦怠感の軽減、意欲を支えるなどの効果があると思われ、無理のない範囲で身体を動かすことで自分の力で生きる実感を取り戻す手段になってほしいと思う。 2. 再投票のスケジュール 今回は投票用プレゼン資料の修正が発生しないため本会議後から投票開始とし、10 月 7 日正午までを投票期間とする。

	3. 今後のスケジュール 11月1日 草案（パブリックコメント用原稿）提出 （今回の再投票結果により再々投票が必要となる場合には締め切り延長を行う可能性がある。） 校正作業を円滑にするため書きぶりを統一する必要がある。執筆例を議事録とあわせて共有する予定であり、参考とすること。 4. その他 基本的には第3版においても「ベストプラクティス」を出版予定であるが、出版社の調整が必要となる。 学会として英語版を発行する動きがあり、以下が検討される。 ・簡易版（例として膀胱癌のガイドラインを参照）とする ・検索されやすいようにリハ医学会英文誌へ投稿する
次回	再投票の投票期間 9月30日会議後から10月7日正午まで 11月1日 草案（パブリックコメント用原稿）提出 文責：小澤里恵

がんの リハビリテーション 診療ガイドライン

第3版

公益社団法人 日本リハビリテーション医学会
がんのリハビリテーション診療ガイドライン改訂委員会 編

目次

本診療ガイドラインについて

第1章 総論・評価

- CQ 01 : がんのリハビリテーション診療に関する診療ガイドラインは存在するか? …… 2
- CQ 02 : がん患者の身体機能, 日常生活動作 (ADL), QOL 評価にはどのようなものがあるか? …… 7
- CQ 03 : がん患者のリハビリテーションに関するその他の課題は何か? …… 15

第2章 肺がん

- CQ 01 : 肺がん術前の患者に対して, リハビリテーション治療 (運動療法, 呼吸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推奨されるか? …… 24
- CQ 02 : 肺がん術後の患者に対して, リハビリテーション治療 (運動療法, 呼吸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推奨されるか? …… 32
- CQ 03 : 肺がんで薬物療法・放射線療法中・後の患者に対して, リハビリテーション治療 (運動療法, 呼吸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推奨されるか? …… 39

第3章 消化器がん

- CQ 01 : 消化器がんで手術を行う予定の患者に対して, 術前にリハビリテーション治療 (運動療法, 呼吸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推奨されるか? …… 45
- CQ 02 : 消化器がん術後患者に対して, リハビリテーション治療 (運動療法) を行うことは, 行わない場合に比べて推奨されるか? …… 51
- CQ 03 : 消化器がん治療のためにがん薬物療法を施行中または施行後の患者に対して, リハビリテーション治療 (運動療法) を行うことは, 行わない場合に比べて推奨されるか? …… 56
- CQ 04 : 食道がん術後患者に対して, リハビリテーション治療 (摂食嚥下療法) を行うことは, 行わない場合に比べて推奨されるか? …… 64

第4章 泌尿器がん

- CQ 01 : 泌尿器がんの治療のための手術が行われる予定または行われた患者に対して, リハビリテーション治療 (運動療法) を行うことは, 行わない場合に比べて推奨されるか? …… 69
- CQ 02 : 泌尿器がんの治療のためのがん薬物療法・放射線治療が行われる予定または行われた患者に対して, リハビリテーション治療 (運動療法) を行うことは, 行わない場合に比べて推奨されるか? …… 80
- CQ 03 : 前立腺がんの治療のための手術が行われる予定または行われた患者に対して, リハビリテーション治療 (骨盤底筋筋力訓練) を行うことは, 行わない場合に比べて推奨されるか? …… 93

第5章 頭頸部がん

- CQ 01 : 頭頸部がんの治療のための手術が行われる予定または行われた患者に対して, リハビリテーション治療 (摂食嚥下療法, 音声言語療法) を行うことは, 行わない場合に比べて推奨されるか? …… 100
- CQ 02 : 頭頸部がんの治療のための手術が行われる予定または行われた患者に対して,

- リハビリテーション治療（運動療法、上肢機能訓練）を行うことは、行わない場合に比べて推奨されるか？…………… 107
- CQ 03：頭頸部がんの治療のためのがん薬物療法・放射線療法が行われる予定または行われた患者に対して、リハビリテーション治療（摂食嚥下療法、音声言語療法）を行うことは、行わない場合に比べて推奨されるか？…………… 115
- CQ 04：頭頸部がんの治療のための放射線療法が行われる予定または行われた患者に対して、リハビリテーション治療（運動療法）を行うことは、行わない場合に比べて推奨されるか？…………… 125

第6章 乳がん・婦人科がん

- BQ 01：乳がん手術を行った患者に対して、術後リハビリテーション治療（肩関節可動域訓練など）を行うことは、行わない場合に比べて推奨されるか？…………… 136
- CQ 01：乳房再建術を行った患者に対して、術後リハビリテーション治療（肩関節可動域訓練など）を行うことは、行わない場合に比べて推奨されるか？…………… 139
- BQ 02：乳がん患者に対して、リハビリテーション治療（運動療法）を行うことは、行わない場合に比べて推奨されるか？…………… 143
- CQ 02：がんやがん治療に関連した認知機能障害がある乳がん患者に対して、リハビリテーション治療（認知機能訓練）を行うことは、行わない場合に比べて推奨されるか？…………… 152
- CQ 03：婦人科がん患者に対して、リハビリテーション治療（運動療法）を行うことは、行わない場合に比べて推奨されるか？…………… 157
- CQ 04：婦人科がん術後患者に対して、リハビリテーション治療（骨盤底筋筋力訓練）を行うことは、行わない場合に比べて推奨されるか？…………… 164

第7章 骨軟部腫瘍

- CQ 01：原発性骨軟部腫瘍の治療が行われる予定または行われた患者に対して、リハビリテーション治療（運動療法・ADL訓練・患者指導）を行うことは、行わない場合に比べて推奨されるか？…………… 170
- CQ 02：骨転移を有する患者に対して、リハビリテーション治療（運動療法・AD訓練・患者指導）を行うことは、行わない場合に比べて推奨されるか？…………… 175
- CQ 03：骨転移を有する患者に対して、装具療法を行うことは、行わない場合に比べて推奨されるか？…………… 183
- BQ 01：脊椎転移を有する患者に対して、脊柱不安定性や脊椎圧迫による麻痺のリスク評価を行うことは行わない場合に比べて推奨されるか？…………… 186
- BQ 02：長管骨・骨盤骨転移を有する患者に対して、病的骨折のリスク評価を行うことは、行わない場合に比べて推奨されるか？…………… 189

第8章 脳腫瘍

- CQ 01：脳腫瘍（転移性脳腫瘍を含む）の治療のための手術が行われる予定または行われた患者に対して、リハビリテーション治療（運動療法・ADL訓練）を行うことは、行わない場合に比べて推奨されるか？…………… 193
- CQ 02：脳腫瘍（転移性脳腫瘍を含む）の治療のための手術が行われる予定または行われた患者に対して、リハビリテーション治療（高次脳機能訓練）を行うことは、行わない場合に比べて推奨されるか？…………… 199
- CQ 03：脳腫瘍（転移性脳腫瘍を含む）の治療のためのがん薬物療法・放射線療法が行われる予定または行われた患者に対して、リハビリテーション治療（運動療法・ADL訓練）を行うことは、行わない場合に比べて推奨されるか？…………… 208
- CQ 04：脳腫瘍（転移性脳腫瘍を含む）の治療のためのがん薬物療法・放射線療法が行われる予定または行われた患者に対して、リハビリテーション治療（高次脳機

能訓練)を行うことは、行わない場合に比べて推奨されるか? 214

第9章 血液腫瘍

- CQ 01: 血液腫瘍と診断され、がん薬物療法・放射線療法・造血幹細胞移植中・後の患者に対して、リハビリテーション治療(運動療法)を行うことは、行わない場合に比べて推奨されるか? 222
- CQ 02: 血液腫瘍と診断され、がん薬物療法・放射線療法・造血幹細胞移植中・後の小児患者に対して、リハビリテーション治療(運動療法)を行うことは、行わない場合に比べて推奨されるか? 237
- CQ 03: 血液腫瘍と診断され、がん薬物療法・放射線療法・造血幹細胞移植中・後の患者(小児を含む)に対してリハビリテーション治療(運動療法)と併せて栄養療法を行うことは、行わない場合と比べて推奨されるか? 253

第10章 進行がん・終末期がん

- CQ 01: 進行がん患者に対して、リハビリテーション治療(運動療法)を行うことは、行わない場合と比べて推奨されるか? 261
- CQ 02: 苦痛症状を有する進行がん・末期がん患者に対して症状緩和のためのリハビリテーション治療(包括的リハビリテーション治療・患者教育・マッサージなど)を行うことは、行わない場合に比べて推奨されるか? 268
- CQ 03: 進行がん・末期がんと診断された患者に対して、リハビリテーション専門職を含む多職種チーム医療・アプローチを行うことは、行わない場合に比べて推奨されるか? 277

文献検索結果一覧

本ガイドラインについて

1. 目的

がん患者にとって“がんに対する不安”は大きい。がんの直接的影響や治療による“身体障害に対する不安”も同じように大きい。がん治療の進歩により生存率は大幅に改善し、その5年生存率は64.1%（2009～2011 診断例）とされている¹⁾。かつて、がんが“不治の病”であった時代から、“がんと共に生きる”時代の新しい医療のあり方が求められている。

しかし、これまでわが国のがん医療では、治療に伴う身体的ダメージへの対応が十分ではなかった。治癒を目指した治療からQOL（quality of life）を重視したリハビリテーションまで切れ目のない支援体制が構築できていないのが現状である。その一因として、がんのリハビリテーション診療に関する包括的な診療ガイドラインが存在しなかったため、医療者が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状況があった。今後、がんのリハビリテーションを普及・啓発していくためにはガイドラインの確立が不可欠である。作成されたガイドラインは更新され、全国へ均てん化される必要がある。

本ガイドラインの目的は、わが国で行われているがん患者に対するリハビリテーション診療を基礎とし、科学的根拠（エビデンス）に基づいた指針を作成することにある。これにより、現時点での標準的な診療を明らかにするとともに、将来に向けてあるべき理想の診療方法を提示するものである。

2. 改訂の目的

2013年4月に初版「がんのリハビリテーションガイドライン」²⁾が出版され、2019年に第2版³⁾へと改訂された。第2版の出版から5～6年経過する中で新たなエビデンスが数多く蓄積されたことから、これらに対応するための改訂を実施することとした。今回の改訂にあたっては、項目立てを疾患ごとに整理し直した。

3. がんのリハビリテーション診療（cancer rehabilitation）の定義について

日本リハビリテーション医学会は、「がんのリハビリテーション医療を次のように定義している」。「がん治療の一環としてリハビリテーション科医、リハビリテーション専門職により提供される医学的ケアであり、がん患者の身体的、認知的、心理的な障害を診断・治療することで自立度を高め、QOLを向上させるものである」⁴⁾。

がんのリハビリテーション診療は、リハビリテーション科医やがん治療医の指示のもと、医療ソーシャルワーカー、臨床心理士、理学療法士、がん専門看護師、作業療法士のコアメンバーと、その他がん患者特有の問題に対処するさまざまな専門職からなる多職種チームによって提供される⁵⁾。

策定委員会では、本定義をがんのリハビリテーションの基本的な考え方とし、ガイドライン作成に取り組んだ。

4. 利用にあたっての注意点

本診療ガイドラインは、現時点で利用可能なエビデンスや日本の医療環境の事情に基づいて作成された診療の指針であるが、実際の診療でその指針に従うことを強制するものではない。また、ここに記載されていない診断・評価や治療方針を制限するものでもない。本診療ガイドラインを学会方針として引用し、訴訟などに用いることは本診療ガイドラインの趣旨ではない。なお、クリニカルクエスション（clinical question：CQ）によっては、利用可能なエビデンスが乏しいものもあり、その場合は策定委員会でのコンセンサスを得るように努めた。

5. 対象とする患者

本診療ガイドラインが対象とするのは、がん自体、またはがんの治療によって生じる障害を有する、もしくはその可能性のあるすべての患者とした。がんの原発巣、治療の種類、病期（ステージ）による制限はない。

6. 対象とする利用者

本診療ガイドラインは、がん患者のリハビリテーション診療に携わる多職種の医療従事者（医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、義肢装具士、臨床心理士、管理栄養士、歯科衛生士等）を想定した。また、がんのリハビリテーション診療を専門としない医療従事者にも利用可能なガイドラインとすることを心がけた。さらには、がん患者やその家族、がん診療に関心もつ国内外の医療・福祉・教育関係者、がん診療に関わる行政・立法機関など、広く一般の方々にも利用されることを想定している。

本改訂版出版後には、患者・家族・一般市民向けの本ガイドラインの解説書を刊行する予定である。

7. 作成過程

(1) 作成の主体

本診療ガイドライン作成の主体は日本リハビリテーション医学会である。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（担当理事・委員長：城戸 顕）に、がんのリハビリテーション診療ガイドライン策定委員会（委員長：宮越浩一、副委員長：辻 哲也）が設置された。また、厚生労働科学研究費補助金がん政策研究事業「がんのリハビリテーションおよびリンパ浮腫診療の一層の推進に資する研究」の事業の一環として位置づけられた。

関連学会として、日本リハビリテーション医学会は日本癌治療学会がん診療ガイドライン統括・連絡委員会リハビリテーション分科会に委員を推薦し、診療ガイドラインの作成・改訂の進捗状況について、同学会と情報の共有を行っている。

(2) 診療ガイドライン作成グループ

診療ガイドライン作成グループは、がんのリハビリテーション診療を専門とする医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師などの医療職のほか、がん患者の立場から

の意見を診療ガイドラインに反映させるために、がん患者団体代表のがんサバイバーを含む委員で構成された。

氏名	職種	所属
城戸 顕	医師	奈良県立医科大学
宮越 浩一	医師	亀田総合病院
辻 哲也	医師	慶應義塾大学
鶴川 俊洋	医師	鹿児島市立病院
宮田 知恵子	医師	国立病院機構東京医療センター
村岡 香織	医師	北里大学北里研究所病院
田沼 明	医師	順天堂大学医学部附属静岡病院
篠田 裕介	医師	埼玉医科大学
酒井 良忠	医師	神戸大学
幸田 剣	医師	和歌山県立医科大学
塚本 真治	医師	奈良県立医科大学
西村 行秀	医師	岩手医科大学
大森 まいこ	医師	大井中央病院
小澤 里恵	医師	亀田総合病院
井上 順一郎	理学療法士	神戸大学
森下 慎一郎	理学療法士	福島県立医科大学
立松 典篤	理学療法士	名古屋大学
藤井 美希	作業療法士	大阪国際がんセンター
小島 一宏	言語聴覚士	慶應義塾大学
平野 勇太	看護師	国立がん研究センター東病院
広瀬 真奈美	患者代表	(社) キャンサーフィットネス代表理事

(3) システムティックレビューチーム

システムティックレビューチームは、がんのリハビリテーション診療を専門とする医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師などの医療職で構成された。各章を2～3名で担当し、各チームに診療ガイドライン作成経験がある委員が1名以上配置された。

氏名	職種	所属
宮越 浩一	医師	亀田総合病院
辻 哲也	医師	慶應義塾大学
鶴川 俊洋	医師	鹿児島市立病院
宮田 知恵子	医師	国立病院機構東京医療センター
村岡 香織	医師	北里大学北里研究所病院

田沼 明	医師	順天堂大学医学部附属静岡病院
篠田 裕介	医師	埼玉医科大学
酒井 良忠	医師	神戸大学
幸田 剣	医師	和歌山県立医科大学
塚本 真治	医師	奈良県立医科大学
西村 行秀	医師	岩手医科大学
大森 まいこ	医師	大井中央病院
小澤 里恵	医師	亀田総合病院
井上 順一郎	理学療法士	神戸大学
森下 慎一郎	理学療法士	福島県立医科大学
立松 典篤	理学療法士	名古屋大学
藤井 美希	作業療法士	大阪国際がんセンター
小島 一宏	言語聴覚士	慶應義塾大学

8. 作成の方法

本ガイドラインは2020年に改訂された「Minds診療ガイドライン作成マニュアル 2020ver3.0」⁶⁾ に準じて作成しており、それに基づいてガイドラインの構成や推奨の強さを決定した。

2023年8月30日に第1回委員会を開催し、2025年6月5日の第5回委員会で推奨案・診療ガイドライン草案が完成した。その後、2025年7月31日、8月12日、8月15日、9月30日に推奨決定会議（第6～9回委員会）が開催され各CQについて投票を実施した。投票結果をもとに内容を修正し、2025年11月に診療ガイドラインの草案を完成した。

(1) クリニカルクエスション (clinical question : CQ)

がん患者のリハビリテーション診療に関する臨床上の問題を、総論および原発巣・病期別に分けた。主な変更点として、第2版に設けられていた「化学療法・放射線療法」の章は各疾患のCQに内容を統合する形で削除し、「前立腺がん」の章は対象範囲を広げ「泌尿器がん」へと変更した。その結果、原発巣・病期別の分類は「肺がん、消化器がん、泌尿器がん、頭頸部がん、乳がん・婦人科がん、骨軟部腫瘍、脳腫瘍、血液腫瘍、進行がん・末期がん」となった。

なお、すでに診療現場で広く実施されており、診療ガイドラインの推奨に影響する新しいエビデンスが追加される可能性が低いと考えられるものは、バックグラウンドクエスション (BQ) として、推奨の記述は行わないこととした。

(2) 網羅的文献検索

CQの設定に際しては、その構成要素〔PICO (P : patients, problem, population, I : interventions, C : comparisons, controls, comparators, O : outcomes)〕を検討し、PICOに基づく包括的な文献検索を実施した。各CQの文献検索は日本医学図書館協会に一

括依頼した。検索データベース（検索対象期間）として、MEDLINE（1950年1月1日～2024年3月31日）、医学中央雑誌（1983年1月1日～2024年3月31日）、Cochrane（1993年1月1日～2024年3月31日）およびPEDro（1929年1月1日～2024年3月31日）を用いた。検索式、検索結果についてはホームページ上に掲載する。各委員はこの検索結果を参照し、さらに各自が二次情報源も含めたハンドサーチにてこの期間の文献を追加して文献検索を終了した。

9. システマティックレビューの方法

本ガイドラインは2020年に改訂された「Minds診療ガイドライン作成マニュアル2020ver3.0」⁶⁾ に準じて作成しており、それに基づいてガイドラインの構成や推奨の強さを決定した。

本ガイドラインでは、「Minds診療ガイドライン作成マニュアル2020ver3.0」⁶⁾ に準拠し、「エビデンスの強さ」を「治療による影響がどれくらいかを推定したときの確実さ・確信の程度」と定義した。

(1) 個々の文献に対する評価 (STEP 1)

アウトカムごとにまとめられた文献集合の個々の論文について、研究デザイン（介入研究、観察研究）ごとにバイアスリスク（選択バイアス、実行バイアス、検出バイアス、症例減少バイアス、その他のバイアス）、非直接性（研究対象集団の違い、介入の違い、比較の違い、アウトカム測定の違い）を評価し、その結果をまとめたもの（＝エビデンス総体）を作成した。

(2) エビデンス総体の総括 (STEP 2)

RCT、観察研究など研究デザインごとにそれぞれの文献集合をまとめ直し、改めてバイアスリスク、非直接性を評価し、これに加え非一貫性、不確実性、出版バイアスなどを評価した。エビデンスの確実性（強さ）は表1の通りに分類した。なお、研究デザインが同じで、PIC0の各項目の類似性が高い場合には、効果指標を量的に統合するメタアナリシスを適宜行い、エビデンス総体の強さを検討する一項目として考慮した。以上の結果を推奨作成の資料とした。

本診療ガイドラインでは、無作為化比較試験が複数ある場合では初期評価「A（強）」から、観察研究では初期評価「C（弱）」から、症例集積研究のみの場合には「D（とても弱い）」から開始し、評価を下げる項目（バイアスリスク・非直接性・非一貫性・不正確・出版バイアス、など）と評価を上げる項目（介入による効果が大きい・容量－反応勾配あり・可能性のある交絡因子が提示された効果を減弱させている、など）について評価検討し、強さを決定した。

表1 エビデンス総体のエビデンスの確実性（強さ）

A（強）	：効果の推定値が推奨を支持する適切さに強く確信がある
B（中）	：効果の推定値が推奨を支持する適切さに中等度の確信がある
C（弱）	：効果の推定値が推奨を支持する適切さに対する確信は限定的である
D（とても弱い）	：効果の推定値が推奨を支持する適切さにほとんど確信できない

10. 推奨決定の方法

(1) 作成グループ内での検討

各章の担当委員は推奨案と診療ガイドライン草案を作成して、推奨決定会議に提出した。

本診療ガイドラインでは、「推奨の強さ」を、「推奨に従って治療を行った場合に患者の受ける益が害や負担を上回ると考えられる確実さの程度」と定義した。推奨は、エビデンスの確実性（強さ）をもとに、推奨した治療によって得られると見込まれる益の大きさ（望ましい効果）と、害（望ましくない効果）のバランスとともに、患者の価値観・好み、コスト（患者の負担）や臨床適応性（日本全国で実施可能か）も加味して、総合的に推奨の強さと向きを勘案して判断した。

推奨の強さは、「1:強く推奨する」、「2:弱く推奨する（提案する）」の2通りとした。「強い推奨」とは、得られているエビデンスの強さと臨床経験から判断して、推奨した治療によって得られる益が大きく、かつ、治療によって生じうる害や負担を上回ることが確実と考えられる場合と定義される。この場合、患者の価値観や好み（患者の多くが推奨された治療を希望するかどうか）、コスト（患者の負担）や臨床適応性（全国で実施可能か）など日本の医療事情も考慮する必要がある。

表2 推奨の強さ

強い推奨（推奨）	推奨した治療によって得られる益が大きく、かつ、治療によって生じうる害や負担を上回ると考えられる。
弱い推奨（提案）	推奨した治療によって得られる益の大きさは不確実である、または、治療によって生じうる害が負担と拮抗していると考えられる。

なお、本診療ガイドラインでは、CQごとに、推奨の強さとエビデンスの強さを併記し、以下のように記載した。

- 例）
- ・患者Pに対して治療Iを行うことを推奨する=(強い推奨，強い根拠に基づく)
 - ・患者Pに対して治療Iを行うことを提案する=(弱い推奨，弱い根拠に基づく)
 - ・患者Pに対して治療Iを行わないことを推奨する=(弱い推奨，とても弱い根拠に基づく)
 - ・患者Pに対して治療Iを行わないことを強く推奨する=(強い推奨，中程度の根拠に基づく)

(2) 推奨決定会議

推奨決定会議を開催し、各章の担当委員から提出された資料（エビデンス総体、エビデ

ンス総体の統括、推奨案と診療ガイドライン草案)をもとに各委員の考えを公表した。その後、推奨についての議論を綿密に行い、推奨決定のための投票を行った。

投票に際して以下の推奨決定方法を事前に決定した。

1. 投票が成立するためには、推奨決定会議に策定委員の3分の2以上(21名中14名以上)が参加していることを条件とする。
2. 投票を行うCQに関連して、経済的利益相反(COI)または学術的COIを有する委員は、投票を棄権し、棄権申告書により申告する。
3. 委員が欠席する場合、事前に電子投票をすることができる。その場合、委員はCOI申告書を事前に提出し、COIのあるCQに関しては投票を棄権する。
4. 以下のいずれかの選択肢の一つに投票を行う(電子メールによる無記名投票)
 - ☐ 行うことを推奨する(強い推奨)
 - ☐ 行うことを提案する(弱い推奨)
 - ☐ 行わないことを提案する(弱い推奨)
 - ☐ 行わないことを推奨する(強い推奨)
 - ☐ 推奨なし
5. 推奨の向きと強さの決定には以下の方法を採用する。
 - ☐ 半数以上が片方の向き(行う/行わない)に投票し、反対の向きに投票するのが20%未満であった場合は、半数以上が投票した向きを推奨することとする。
 - ☐ さらに70%が「強く推奨する」と投票した場合には、強い推奨とする。
 - ☐ 上記の得票分布が得られなかった場合は、再度討議を行い、再投票を実施する。

投票分布の結果については、各CQの解説文中に示した(投票分布を百分率で記載したが、小数第1位以下を四捨五入しているため、比率の合計が100%にならない場合がある)。

(3) 草案の作成

上記の推奨決定会議での議論および投票の結果を踏まえて、各章の分担委員は推奨を修正し、解説文を加えることでパブリックコメントとして公開する草案とした。

11. ガイドラインの妥当性に対する作成委員会外部からの評価

日本リハビリテーション医学会ホームページの掲載版機能やメールマガジン機能を利用して、本ガイドライン草案を公開し、同医学会会員約〇人を対象に〇～〇までの期間、パブリックコメントの募集を行い、その結果を考慮の上、最終的な修正を実施して診療ガイドラインを完成させた。

さらに、診療ガイドライン出版後には、日本癌治療学会がん診療ガイドライン評価委員会による外部評価も受け、次回以降の改訂に役立てる予定である。

12. 今後の改訂

今後も医学の進歩や社会の変化とともに、がんのリハビリテーション診療は大きく変化すると予想されるため、診療ガイドラインも定期的な改定作業が必要になると考えられる。5～6年ごとをめどに改訂するとともに、必要に応じて、それ以前にも臨時改訂を行い、日本リハビリテーション医学会のホームページに提示していく予定である。

13. 出版後の診療ガイドラインの普及状況のモニタリング

発刊後、Web アンケートによる調査で、本ガイドラインの普及度、診療内容の変化を検討する予定である。

14. 資金

本診療ガイドライン作成に要した資金は、厚生労働科学研究費補助金がん政策研究事業「がんのリハビリテーションおよびリンパ浮腫診療の一層の推進に資する研究」によるものである。

	氏名
研究代表者	辻 哲也
研究分担者	

15. 利益相反

2023年に日本医学会より公表された「診療ガイドライン策定参加資格基準ガイダンス」⁷⁾に従い、診療ガイドライン策定委員会委員は就任時から診療ガイドライン公表まで、1年ごとの利益相反（COI）の開示を行った。

16. 協力者

本診療ガイドラインは下記の作成協力者の援助によって作成された。

氏名	職種	所属
吉川 遼	医師	神戸大学リハビリテーション科
牧浦 大祐	理学療法士	神戸大学リハビリテーション部
福島 卓矢	理学療法士	関西医科大学リハビリテーション学部
坂野 元彦	医師	那智勝浦町立温泉病院
越智 英輔	大学教授	法政大学スポーツ学専攻
尾崎 圭一	理学療法士	松下記念病院
鈴木 克喜	理学療法士	静岡がんセンター
新野 捺美	医師	埼玉医科大学病院
飯野 由恵	言語聴覚士	元国立がん研究センター東病院
松岡 藍子	言語聴覚士	国立がん研究センター中央病院
大浜 倫太郎	医師	鹿児島大学病院リハビリテーション科
藤本 侑大	作業療法士	大阪国際がんセンター
前田 恭子	医師	埼玉医科大学病院

田畑 阿美	作業療法士	京都大学大学院
西山 一成	医師	岩手医科大学リハビリテーション医学講座
斎藤 貴	理学療法士	徳島大学病院
熊野 宏治	作業療法士	松下記念病院
添田 遼	理学療法士	鶴巻温泉病院
西山菜々子	作業療法士	大阪公立大学大学院リハビリテーション学研究科
土方奈奈子	医師	国立がん研究センター東病院リハビリテーション科
原田 剛志	理学療法士	慶応義塾大学大学院博士課程・国立がん研究センター東病院
尾関 伸哉	理学療法士	名古屋大学大学院博士課程・マリアーナ訪問看護ステーション
阿部 桐子	理学療法士	済生会神奈川県病院

文献

- 1) がん研究振興財団. がんの統計 2025.
- 2) 日本リハビリテーション医学会 がんのリハビリテーションガイドライン策定委員会 (編著). がんのリハビリテーションガイドライン. 金原出版, 2013
- 3) 日本リハビリテーション医学会 がんのリハビリテーション診療ガイドライン策定委員会 (編著). がんのリハビリテーション診療ガイドライン第2版. 金原出版, 2019
- 4) 辻 哲也: がんに対するリハビリテーション医療の意義. 日本リハビリテーション医学会 (監), リハビリテーション医学・医療コアテキスト. 医学書院, 2018.
- 5) Fialka-Moser V, Crevenna R, Korpan M, et al. Cancer rehabilitation: particularly with aspects on physical impairments. J Rehabil Med. 2003 ; 35 : 153-162.
- 6) Minds 診療ガイドライン作成マニュアル 2020. <https://minds.jcqh.or.jp/>
- 7) 日本医学会診療ガイドライン策定参加資格基準ガイダンス, 2023.
https://jams.med.or.jp/guideline/clinical_guidance_2023.pdf

リンパ浮腫患者に対する 日中と夜間の管理指導



目次

- ・ 症例紹介
- ・ 日中の管理指導
- ・ 夜間の指導指導
- ・ まとめ

症例のプロフィール

50歳代女性

Body Mass Index : 26

右乳がん術後（全乳房切除術、腋窩リンパ節郭清）
化学療法、放射線治療が行われ、その後は再発・転移なく経過
術後10年が経過し、浮腫を自覚した

主婦 家事全般を担当 夫と二人暮らし
週3回パートタイム勤務（飲食店の洗い場）
趣味：ジム（ストレッチ中心に実施）



上肢

写真を提示予定

日中の管理指導

■ 圧迫療法

平編み Class 2 のスリーブ・グローブを用いた圧迫
(水作業の時間が多いため、分離型を選択)

手首にくいこみが生じていないか、注意すること

装着が難しい時間帯もあるが、**圧迫時間を確保**できるか

日中の管理指導

■ 感染症の予防

仕事（長時間の水作業）により肌荒れ・乾燥しやすい状態

こまめに保湿を行い、皮膚のトラブルに注意すること

水作業時には、ゴム手袋を使用することも検討

■ 日中の管理指導

■ 体重管理

運動・食事の管理

ジムでは**圧迫下での運動**を行うこと、過負荷に注意すること

まずは定期的な体重測定から開始
ジム後の暴食を抑えること

日中の管理指導

■ ポジショニング

仕事中は長時間、腕を下垂することが多い

座って休憩する際は、**上肢を机に置いて過ごすこと**
仕事中は、可能な範囲でストレッチを取り入れること

夜間の管理指導

■ 圧迫療法

夜間用の着衣（ミトン付きスリーブ）を用いた圧迫

日中の圧迫が難しい日もあるため、**夜間の圧迫は確実に行う**

今後は浮腫の状態をみて、

休日時、バンデージによる圧迫の導入も検討

夜間の管理指導

■ 生活指導

入浴後や就寝前は、**皮膚の保湿**をしっかりと行うこと

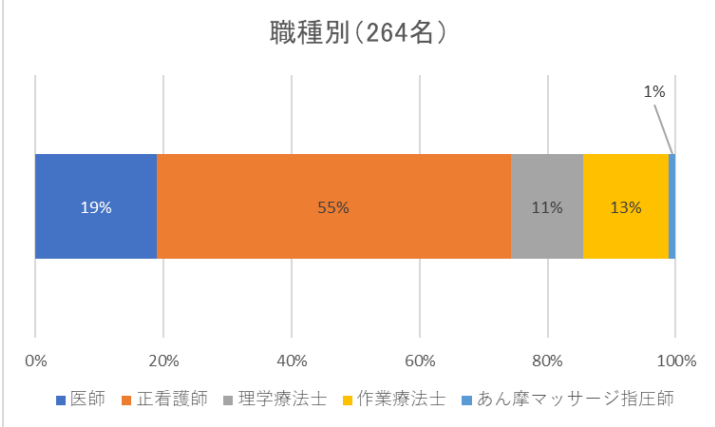
仕事の日には上肢の過用が予測されるため、
ストレッチ・リラクゼーションを行うこと

まとめ

- 症例に合わせて、日中・夜間に適用が可能な圧迫療法を選択すること
- スキンケアを行い、感染症を予防すること
- 圧迫下での運動・体重管理が重要
- 上肢のポジショニングに留意すること

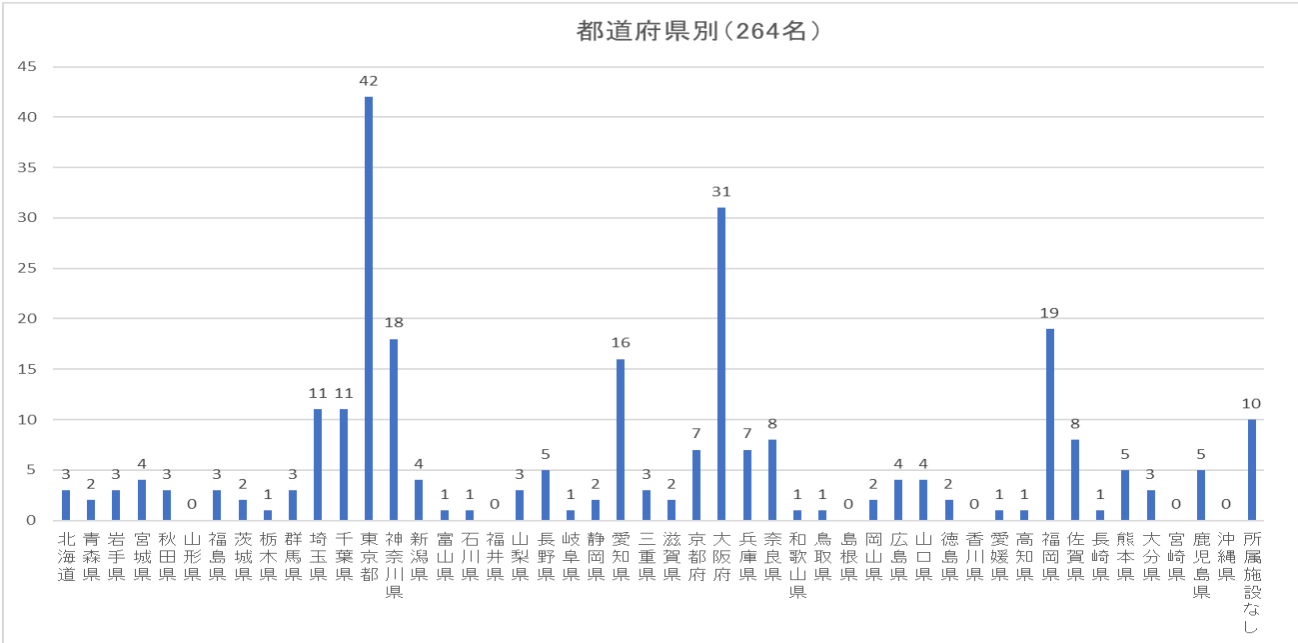
2025 年度 リンパ浮腫研修 E-LEARN 受講者背景

リンパ浮腫研修 E-LEARN (募集期間 6 月 16 日～6 月 30 日) 全日程 2025 年 9 月 1 日～2026 年 1 月 25 日
○登録者数：272 名(キャンセル 8 名含む) 受講者数：264 名(前年度登録者数 371 名)



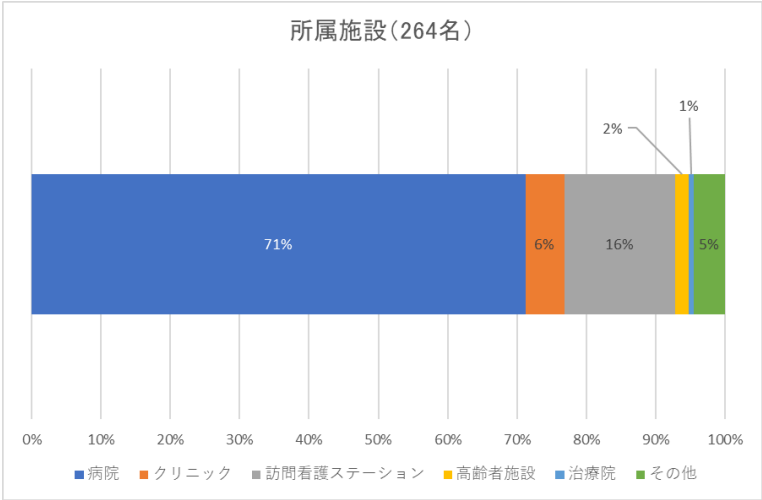
職種別		2025	2024	増減
医師	19%	50	82	-32
正看護師	55%	146	197	-51
理学療法士	11%	30	54	-24
作業療法士	13%	35	35	0
あん摩マッサージ指圧師	1%	3	3	0

○所属施設都道府県



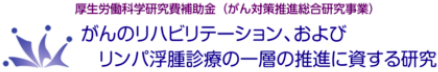
参加施設 10 か所を超える地域： 埼玉、千葉、東京、神奈川、愛知、大阪、福岡

○受講者所属施設



施設別区分

病院	71%	188
クリニック	6%	15
訪問看護ステーション	16%	42
高齢者施設	2%	5
治療院	1%	2
その他	5%	12



- 研究代表者ご挨拶
- 研究目的と期待される成果
- 研究計画・ROAD MAP
- 研究体制
- 診療ネットワークコンソーシアム
- 提言
- がんのリハビリテーション診療
- **リンパ浮腫診療**
- イベント
- 会員登録
- 動画・資料集（会員専用）
- プライバシーポリシー
- お問い合わせ

リンパ浮腫診療
病院等診療施設情報検索

こちらもご覧ください

令和3年度（2021年度）厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
 がんのリハビリテーションの高度化に資する
 効果的な研修プログラム策定のための研究

研究概要

提言

医療・福祉専門職会員専用
 過去の講演会・学習プログラム
 （動画・ブックレット）

3 ページ目へ

リンパ浮腫診療

リンパ浮腫診療の実態についての調査研究（調査2023年11月～2024年1月）

全国のリンパ浮腫診療について、実態の把握と各地域における診療ネットワークの構築および診療ネットワーク情報をわかりやすい形で公開することを目的に、全国のがん診療連携拠点病院・リンパ浮腫診療施設へのアンケート調査を実施しました。本ページでは、その調査結果とともに、全国のリンパ浮腫診療を行う医療機関の情報を公開いたします。関係者の皆さまや医療機関の方々、また一般の方々にもご活用いただければ幸いです。

●リンパ浮腫治療診療の現況とリンパ浮腫保存療法の地域格差に関する全国調査

背景
 リンパ浮腫は患者のQOLに多大な影響を及ぼします。本研究では、日本のリンパ浮腫診療の現況とリンパ浮腫保存療法（複合的治療）の地域別実施状況を明らかにしました。

研究方法
 全国の医療機関を対象にアンケート調査を実施しました。リンパ浮腫診療の現況はがん診療連携拠点病院とその他施設間で比較し、複合的治療の実施状況は日本を9つの地域に区分し分析しました。

結果
 分析対象372施設においては、拠点病院とその他施設に関わらず、四肢の続発性リンパ浮腫に対する治療実施率95%以上、頭頸部や小児リンパ浮腫の治療実施率30%以下でした。複合的治療の実施状況は、各地域の人口当たり入院患者数の最少地域は最大地域の約2%、外来患者数の最少地域は最大地域の3分の1でした。

結論
 浮腫の部位等によって、リンパ浮腫診療を受けられる施設を探すのが困難な状況がわかりました。また複合的治療については、外来治療は入院治療に比べ全国まんべんなく実施される状況でした。入院を要する複合的治療には地域格差があったことから、居住地域に関わらずリンパ浮腫診療を受けられる医療整備が求められます。

JJCO掲載論文：
 <https://doi.org/10.1093/jjco/hyaf120>

●全国医療施設を対象としたリンパ浮腫外科治療の地域格差に関する調査

背景
 がんサバイバーにとって、続発性リンパ浮腫は生涯にわたって続く合併症であり、その治療における地域格差の是正が急務となっています。本研究では、リンパ浮腫手術治療の地域格差を評価するため、全国の医療機関を対象としたアンケート調査を実施しました。

研究方法
 日本の外科的治療施設を9つの地域に分類し、症例数の多い病院とそれ以外の施設に区分しました。地域ごとの人口当たりの手術件数の違いや、国際リンパ学会の臨床分類に基づいて症例数の多い病院とそれ以外の施設の手術適応基準の違いを解析しました。

結果
 リンパ浮腫手術件数の人口当たりの数は、最も高い地域と最も低い地域間で17.4倍の差がありました。症例数の多い病院では、それ以外の施設に比べてリンパ浮腫の早期段階（臨床病期分類のstage 0及びstage I）において手術適応と判断する施設の割合が高いことがわかりました。

結論
 本邦においては、人口当たりの外科治療件数に顕著な地域差が存在し、医療施設間で手術適応基準に差が存在します。適切な治療を多くの人々に実施するためには、今後、治療結果を評価する標準化された研究の実施が求められます。

PRS GO掲載論文：
 <https://doi.org/>……

全国のリンパ浮腫診療情報はこちら

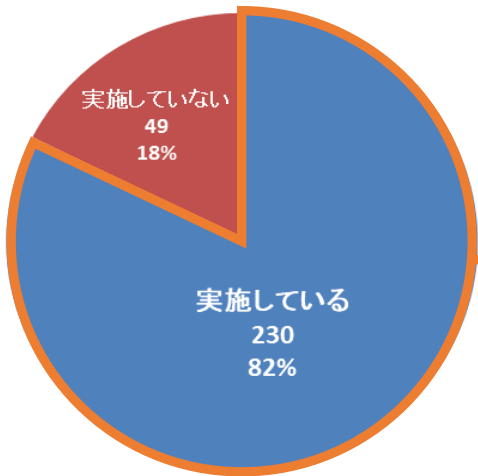
2 ページ目へ

全国のリンパ浮腫診療情報

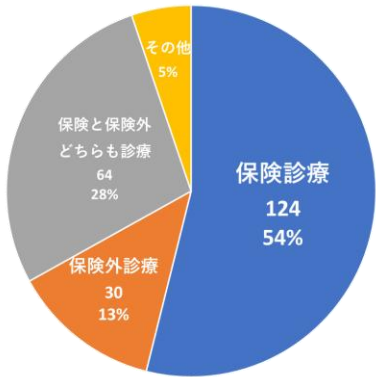
本データは、厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）「リンパ浮腫診療の実態調査」においてご協力いただいた施設のご了解のもと、リンパ浮腫診療の質向上と普及に向けた取り組みとしてお知らせするものです

●リンパ浮腫複合的治療実施施設の割合と診療区分

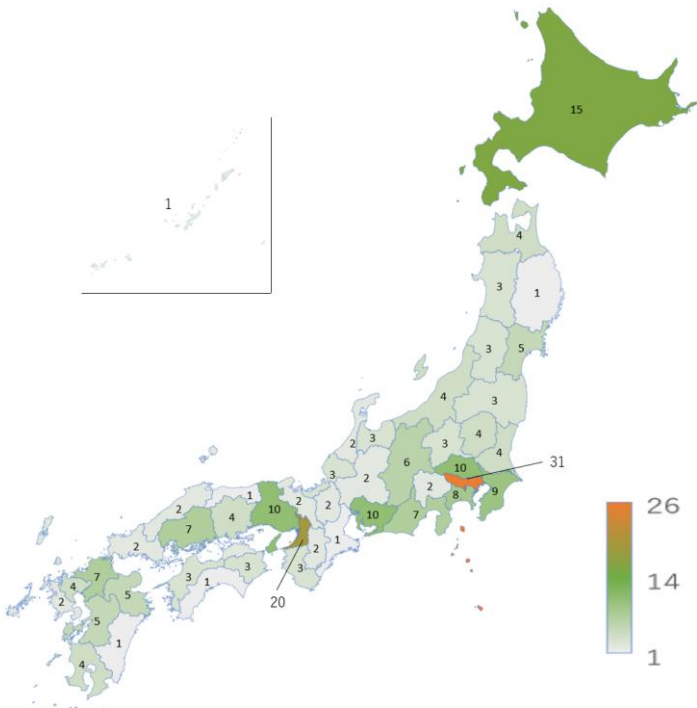
リンパ浮腫診療実施施設（279件）における複合的治療の実施状況



複合的治療実施施設（230件）の診療区分



●リンパ浮腫複合的治療を実施している施設（230件）の都道府県別分布



調査結果の詳細を検索する
(検索フォームページへ)



科研HPの左のメニューボタンから
このページに直接とぶこともできる

病院等診療施設検索

当ホームページで公開しているデータは、2023年度厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）「リンパ浮腫診療の実態調査についての研究調査」にご協力いただいた施設のご了解のもと公開するものです。

- 情報は調査時にいただいた回答をそのまま表示しております。
- 最新の内容とは異なる場合がありますので必要に応じて施設に確認してください。

情報提供年月（調査時）：2023年11月～2024年1月
確認年月（公開前）：2024年11月～2025年4月

項目の検索はそれぞれ1つずつの選択が可能です。
ピンクで示されたボタンの絞り込み内容が表示されます。絞り込みをしない場合は「すべて」を選択してください

所在地	北海道 東北 関東 甲信越 北陸 東海 近畿 中国 四国 九州、沖縄 すべて
外部施設からの紹介受け入れ	可 不可 すべて
診療費区分	保険診療 保険外診療（自費） すべて
治療区分	外来 入院 訪問診療 訪問看護 すべて
対応可能な治療	複合的治療 外科的治療 IVR<sup>※</sup>治療 ※インターベンショナルラジオロジー すべて
対応可能な部位・対象	続発性上肢リンパ浮腫 続発性下肢リンパ浮腫 原発性上肢リンパ浮腫 原発性下肢リンパ浮腫 小児の原発性リンパ浮腫 小児のリンパ形成異常症 頭頸部リンパ浮腫 体幹部のリンパ浮腫 会陰部のリンパ浮腫 すべて
上記条件で検索	

検索結果

病院等診療施設検索

当ホームページで公開しているデータは、2023年度厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）「リンパ浮腫診療の実態調査についての研究調査」にご協力いただいた施設のご了解のもと公開するものです。

- 情報は調査時にいただいた回答をそのまま表示しております。
- 最新の内容とは異なる場合がありますので必要に応じて施設に確認してください。

情報提供年月（調査時）：2023年11月～2024年1月
確認年月（公開前）：2024年11月～2025年4月

検索フォームに戻る

198件見つかりました

地域がん診療連携拠点病院	
北海道大学病院	
〒060-8648 北海道札幌市北区北14条西5丁目	
ホームページ	
問い合わせ先	（婦人科外来直通）011-706-5762、（形成外科外来直通）011-706-6966
電話番号	011-716-1161
紹介受け入れ	可
診療担当医 標榜科	婦人科 形成外科
診療費区分	その他（詳細は施設にお問い合わせ下さい）
治療区分	外来 入院
対応可能 治療	複合的治療 外科的治療
対応可能 部位・対象	続発性上肢リンパ浮腫 続発性下肢リンパ浮腫 原発性上肢リンパ浮腫 原発性下肢リンパ浮腫 小児の原発性リンパ浮腫 頭頸部リンパ浮腫 体幹部のリンパ浮腫 会陰部のリンパ浮腫
釧路孝仁会記念病院	
〒085-0062 北海道釧路市愛国191-212	
問い合わせ先	

Regional disparities in lymphedema treatment and access to complex decongestive therapy: a nationwide survey in Japan

Mariko Masujima^{1,*} , Shinsuke Akita² , Makiko Tazaki¹, Akane Tsujimoto¹, Ryoko Katagiri³, Chikao Yasuda⁴, Tetsuya Tsuji⁵

¹Graduate School of Nursing, Chiba University, 1-8-1, Inohana, Chuo-ku, Chiba-shi, Chiba 260-8672, Japan

²Department of Plastic, Reconstructive, and Aesthetic Surgery, Graduate School of Medicine, 1-8-1, Inohana, Chuo-ku, Chiba-shi, Chiba University, Chiba 260-8670, Japan

³Faculty of Informatics, Graduate School of Informatics, Chiba University, 1-33, Yayoicho, Inage-ku, Chiba-shi, Chiba 263-8522, Japan

⁴Department of Vascular Surgery, Japan Community Healthcare Organization Hoshigaoka Medical Center, 4-8-1, Hoshigaoka, Hirakata-shi, Osaka 573-8511, Japan

⁵Department of Rehabilitation Medicine, Keio University School of Medicine, 35, Shinanomachi, Shinjuku-ku, Tokyo 160-8582, Japan

*Corresponding author. Department of Advanced Clinical Nursing, Graduate School of Nursing, Chiba University, 1-8-1, Inohana, Chuo-ku, Chiba-shi, Chiba 260-8672, Japan. E-mail: marikomj@faculty.chiba-u.jp

Abstract

Background: Lymphedema has a significant impact on patient quality of life. However, it remains unclear whether the provision of lymphedema treatment in Japan is uniform across regions. This study aimed to clarify the current situation regarding lymphedema treatment with emphasis on complex decongestive therapies (CDT) availability and implementation in Japan.

Methods: A nationwide web-based survey was conducted. Respondents included healthcare professionals from designated cancer care hospitals and other medical institutions treating lymphedema in Japan. The distribution of variables, including the implementation of lymphedema treatment, was compared between designated cancer care hospitals and other facilities using the chi-square test. Japan was divided into nine regions to compare and analyze access to medical institutions providing CDT for lymphedema on both inpatient and outpatient bases.

Results: Of the 372 facility responses analyzed, >95% reported treating secondary lymphedema of the extremities, whereas <30% treated head and neck lymphedema. The number of CDT inpatients per 100 000 people in the region with the lowest patient volume was approximately 2% of that in the region with the highest volume. Similarly, the number of CDT outpatients per 100 000 people in the lowest-volume region was one-third of that in the highest-volume region. There was no significant correlation between facilities with high outpatient numbers and those with low outpatient numbers ($\rho = 0.57$, P -value = 0.11).

Conclusion: Eliminating regional disparities in access to lymphedema treatment facilities, particularly for inpatient CDT, would improve quality of life and enable patients to manage the condition regardless of where they live.

Keywords: lymphedema treatment; questionnaire survey; complex decongestive therapy; regional disparity

Introduction

Lymphedema, a chronic condition characterized by tissue swelling due to lymphatic system impairment, can be caused by cancer or cancer treatment and can have a profound impact on the quality of life of cancer survivors [1–3]. In Japan, one million people are diagnosed with cancer each year [4]. Breast cancer, the leading cause of upper limb lymphedema, has the highest incidence rate among all cancers in women. The incidence rates of gynecological and prostate cancers—the leading causes of lower limb lymphedema—are also high; furthermore, it is estimated that hundreds of thousands of cancer survivors suffer from lymphedema [5–7].

Early detection and treatment of lymphedema are crucial. The Ministry of Health, Labor and Welfare has established designated cancer care hospitals to ensure that patients receive high-quality cancer treatment and medical care to improve their quality of life, regardless of where they live in Japan [8]. As lymphedema significantly impacts patient quality of life, these designated cancer care hospitals indicate whether

they provide specialized lymphedema outpatient services. The first stage of lymphedema treatment is complex decongestive therapy (CDT), which involves four elements: skin care, compression therapy using bandages and compression underwear, manual lymph drainage, and exercise [9]. CDT has been shown to improve quality of life for patients with lymphedema [10, 11].

Since 2016, national health insurance in Japan has covered conservative lymphedema treatment when provided by healthcare professionals with specialized CDT training. Previous studies found that less than half of designated cancer care hospitals had lymphedema outpatient departments [12, 13]. In recent years, the importance of lymphedema treatment has become widely recognized in society, and the number of medical facilities and clinics that diagnose and treat lymphedema has increased, even outside of designated cancer care hospitals. However, no comprehensive nationwide study has provided an overview of the distribution of medical institutions offering lymphedema treatment.

Received 20 March 2025; editorial decision 1 July 2025; accepted 3 July 2025

© The Author(s) 2025. Published by Oxford University Press.

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted reuse, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Therefore, in this study, we conducted a comprehensive survey of lymphedema treatment facilities throughout Japan to address the lack of nationwide data on regional disparities in lymphedema treatment, including access to CDT. Clarifying the uneven distribution of treatment facilities for CDT by the type of medical institution is essential for formulating strategies to prevent the progression of lymphedema and enable patients to lead healthy lives.

Materials and methods

Study design and participants

We implemented a comprehensive descriptive quantitative cross-sectional study to examine lymphedema treatment, as it is affected by the functions and roles of various medical institutions, doctors from various departments, and professionals who carry out CDT. A nationwide web-based survey was conducted among 456 designated cancer care hospitals and other medical institutions in Japan to ensure a broad representation of current lymphedema treatment practices.

Participant recruitment was conducted by mail to designated cancer care hospitals and by email to the members of four Japanese academic societies specializing in lymphedema: the Japan Society of Plastic and Reconstructive Surgery, the Japanese Lymphedema Society, the Japanese Society for Lymphedema Therapy, and the Japanese Society of Lymphology. An opt-out system was used for research implementation as the research did not involve personal patient information. Each facility designated a medical professional with comprehensive knowledge of lymphedema treatment at their institution as the respondent, and they completed the survey via Google Forms. The data collection period was from November 2023 to March 2024.

Variables

The questionnaire was developed by a multidisciplinary research team comprising doctors, nurses, physiotherapists, and occupational therapists who collectively specialized in lymphedema management. To evaluate the validity of the questionnaire, a pilot test was conducted at three medical institutions at the forefront of lymphedema treatment, and the questionnaire was subsequently finalized. This methodological approach ensured that the questionnaire was comprehensive and inclusive, covering 34 questions across four domains: facility overview, CDT for Lymphedema, surgical treatment for lymphedema, and open-ended questions about lymphedema treatment. In questions regarding the number of patients with lymphedema, respondents were asked to provide the actual number of patients rather than the cumulative number of outpatients and inpatients.

Institutional demographic data collected included the name and address of each facility to divide the area. This information was used to eliminate potential duplicates among responses and to identify the geographical region within Japan. Plastic surgeons analyzed the results of the questionnaire sections on surgical treatment, while nursing researchers analyzed the results of the questionnaire components focused on CDT for lymphedema. The distribution of responding facilities by treatment modality—specifically those using only conservative treatment, those using only surgical treatment, and those implementing both conservative and surgical treatments—was considered essential data for the study; hence, these metrics were included. This study was

approved by the Ethics Committee of Chiba University School of Medicine (Ethics Review Number M10663).

Statistical analysis

The distribution of variables, including the availability of lymphedema treatment, facility location, treatment settings, consultations from other facilities, insurance coverage, department of lymphedema management, treatable areas or subjects, and available treatments, are outlined in [Supplemental Table S1](#). These distributions were compared between designated cancer care hospitals and other facilities using a chi-square test, with $P < 0.05$ considered statistically significant. Fisher's exact test was applied for contingency tables containing cells with a value below 5.

For regional analysis, we also compared and analyzed the access to medical institutions providing CDT for lymphedema across geographic regions throughout Japan. The country was divided into nine regions: Hokkaido, Tohoku, Kanto, Hokuriku, Chubu, Kinki, Chugoku, Shikoku, and Kyushu (including Okinawa Prefecture). We compared the number of medical institutions that provide CDT to inpatients and the total number of inpatients with lymphedema per year by region. Additionally, we assessed the number of medical facilities providing CDT on an outpatient basis and the total number of outpatients with lymphedema per 100 000 people per year across each region.

Furthermore, data on the number of annual outpatients who received CDT did not follow the normal distribution, thereby Spearman's rank correlation was used to examine the correlation between the number of annual outpatients who received CDT between designated cancer care hospitals and other types of facilities, and between high- and low-volume facilities. The high/low-volume cut-off was set at the 75th percentile of the total number of outpatients. All statistical analyses were performed using IBM SPSS Statistics version 29 software (IBM Corp., Armonk, NY, USA).

Results

Survey summary

A total of 376 responses were received, of which 372 facilities agreed to participate in the survey and were included as valid responses. Out of 456 designated cancer care hospitals, 252 (response rate: 55.3%) responded, but one facility did not respond to the survey and was excluded from the analysis, leaving 251 facilities included in the analysis. Furthermore, 124 responses came from facilities affiliated with a relevant academic society. There were no overlapping facilities with designated cancer care hospitals, and after excluding three facilities that refused to participate in the survey, the analysis included 121 non-designated facilities. Of the final analysis included 372 facilities, 279 facilities (75.0%) responded providing lymphedema treatment, while 93 (25.0%) indicated they did not provide such treatment ([Supplemental Table S2](#)).

Current states of lymphedema treatment in general

Of the 279 facilities that treated lymphedema, 201 (72%) were designated cancer care hospitals ([Table 1](#)). Regarding treatment settings, 99% of both designated cancer care hospitals and other medical institutions treated patients with lymphedema care on an outpatient basis. Approximately 60% of designated cancer care hospitals and 50% of other medical institutions offered inpatient services for lymphedema

Table 1. Current state of lymphedema treatment.

	Total facilities (n = 279)		Designated cancer care hospital (n = 201)		Other medical institution (n = 78)		P-value
	n (%)		n (%)		n (%)		
Treatment setting ^a							
Outpatient	276	(98.9)	199	(99.0)	77	(98.7)	<0.001
Inpatient	157	(56.3)	119	(59.2)	38	(48.7)	
Home visit nursing services	10	(3.6)	3	(1.5)	7	(9.0)	
House call medical services	8	(2.9)	0	(0.0)	8	(10.3)	
Other	3	(1.1)	2	(1.0)	1	(1.3)	
Referral from other facilities							
Available	169	(60.6)	100	(49.8)	69	(88.5)	0.000
Not available	71	(25.4)	67	(33.3)	4	(5.1)	
Other (depends on department)	39	(14.0)	34	(16.9)	5	(6.4)	
Department of Lymphedema Management ^a							
Plastic surgery	143	(51.3)	110	(54.7)	33	(42.3)	<0.001
Breast	103	(36.9)	85	(42.3)	18	(23.1)	
Gynecology	79	(28.3)	73	(36.3)	6	(7.7)	
Vascular surgery	35	(12.5)	23	(11.4)	12	(15.4)	
Rehabilitation	34	(12.2)	30	(14.9)	4	(5.1)	
Palliative medicine	19	(6.8)	13	(6.5)	6	(7.7)	
Other	52	(18.6)	32	(15.9)	20	(25.6)	
Treatable areas or subjects ^a	(n = 277)		(n = 199)		(n = 78)		
Upper limb lymphedema (Secondary)	272	(98.2)	196	(98.5)	76	(97.4)	0.001
Lower limb lymphedema (Secondary)	264	(95.3)	190	(95.5)	74	(94.9)	
Upper limb lymphedema (Primary)	161	(58.1)	106	(53.3)	55	(70.5)	
Lower limb lymphedema (Primary)	168	(60.6)	110	(55.3)	58	(74.4)	
Genital lymphedema	135	(48.7)	88	(44.2)	47	(60.3)	
Trunk lymphedema	98	(35.4)	64	(32.2)	34	(43.6)	
Head and neck lymphedema	76	(27.4)	53	(26.6)	23	(29.5)	
Pediatric primary lymphedema	60	(21.7)	38	(19.1)	22	(28.2)	
Pediatric lymphatic malformation	37	(13.4)	25	(12.6)	12	(15.4)	
Other	3	(1.1)	3	(1.5)	0	(0.0)	
Available treatment ^a	(n = 273)		(n = 197)		(n = 76)		
CDT	249	(91.2)	176	(89.3)	73	(96.1)	0.65
Surgical treatment	128	(46.9)	97	(49.2)	31	(40.8)	
Interventional radiology (IVR)	5	(1.8)	2	(1.0)	3	(3.0)	
Others	4	(1.5)	4	(2.0)	0	(0.0)	

CDT: Complex Decongestive Therapy. ^aMultiple answers were allowed.

management. The rate of accepting referrals from other hospitals rate was significant higher for other medical institutions (88.5%) compared to designated cancer care hospitals (49.8%), indicating a high referral acceptance rate.

The most common department responsible for lymphedema management at both designated cancer care hospitals and other medical institutions was plastic surgery. More than 95% of all facilities reported capability to treat secondary lymphedema of the upper and lower limbs. However, <50% of facilities indicated ability to treat genital lymphedema and head and neck lymphedema. Treatment of primary lymphedema for the upper and lower limbs was significantly more common at other medical institutions than at designated cancer care hospitals. Approximately 90% of both designated cancer care hospitals and other medical institutions provided CDT, and approximately half provided surgical treatment, with no significant difference in treatment modalities between facility types.

Figure 1 shows the diagnose methods used for lymphedema. The most common was circumferential measurement, implemented at 259 facilities (96%), followed by ultrasound assessment of edema and subcutaneous thickness at 131 facilities (48.3%) and indocyanine green lymphography at 86 facilities (31.7%).

Summary of CDT for lymphedema

The most common assessment was the Body Mass Index calculation (75%). Additionally, over 60% of facilities also screened for Deep Vein Thrombosis (DVT) using ultrasound, D-dimer, vital signs, and infection markers to assess CDT suitability (Fig. 2).

Insurance coverage for CDT was available at about half of all facilities (Table 2). CDT coverage was significantly higher in designated cancer care hospitals than in other medical institutions (62.6% vs. 32.8%). the combined rates of partial coverage and non-coverage, as well as the rate of complete non-coverage, were significantly higher in other types of medical institutions than in designated cancer care hospitals.

Regional access to CDT for lymphedema for inpatients and outpatients

The facilities implementing CDT in Japan were divided into nine regions, as shown in Table 3. The Kanto region had the most facilities (~30% of the total)—six times more than Shikoku, which had the fewest cancer treatment facilities. Kanto had 12 times more facilities than Hokuriku and Shikoku combined, which had the fewest other types of medical institutions.

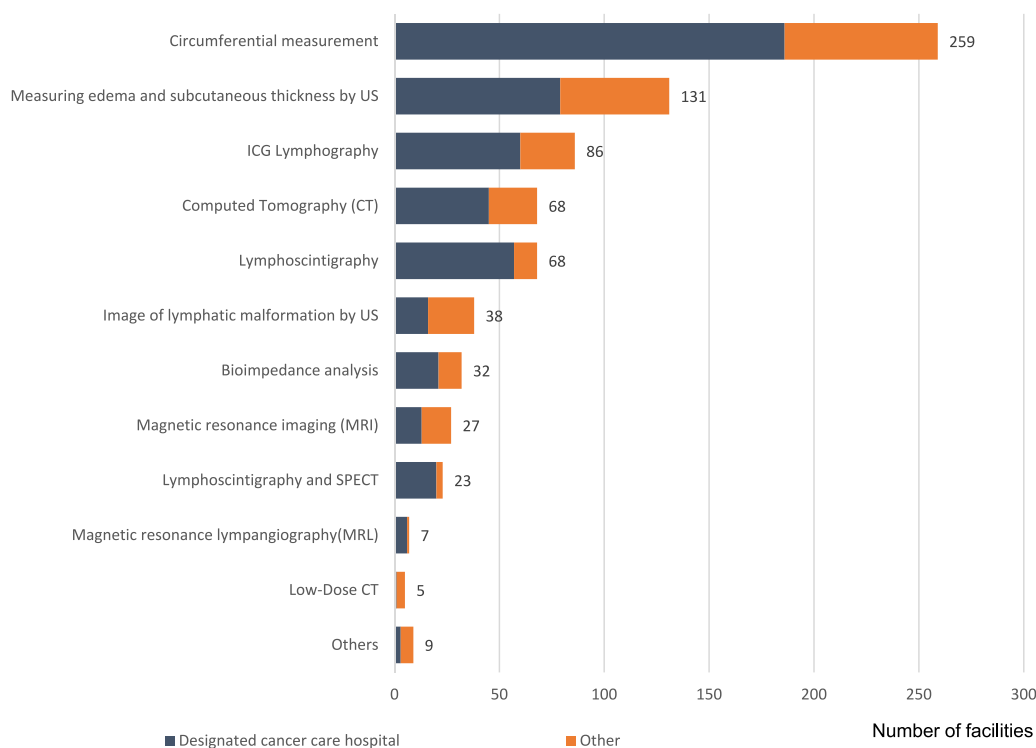


Figure 1. The standard diagnostic test for lymphedema. Multiple answers allowed (n = 271). US: Ultrasound; ICG: Indocyanine Green; SPECT: Single Photon Emission Computed Tomography.

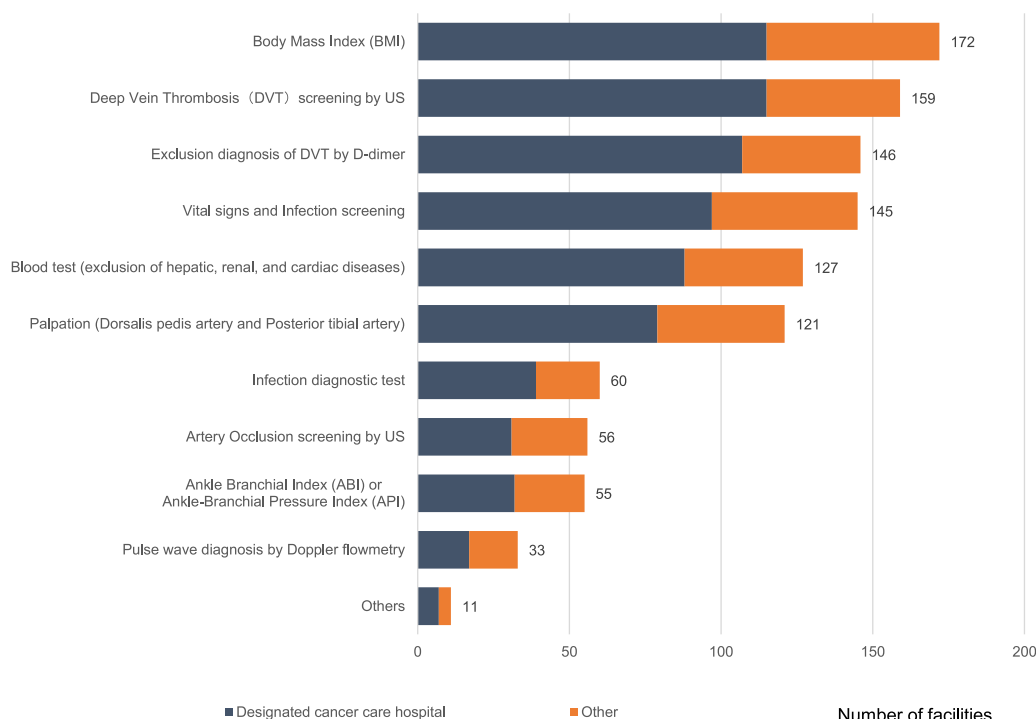


Figure 2. Tests or screening items carried out before CDT for lymphedema. Multiple answers allowed (n = 229). US: Ultrasound.

The number of inpatients receiving CDT for lymphedema per 100 000 people in each of Japan's nine regions is shown in Fig. 3. Shikoku, Chugoku, and Kyusyu had the highest number of inpatients per 100 000 people. Hokkaido had the lowest number of inpatients per 100 000 (0.1/100000 population, across 1 facility), and there was an approximately 2% inpatient rate in Shikoku. A total of 726 inpatients

(mean: 0, 0–164, IQR: 0–1) were admitted annually, across 69 facilities (36.4% were designated cancer care hospitals, while 63.6% were other medical institutions) that admitted inpatients and performed CDT in Supplemental Fig. S1. Shikoku, Kyushu, and Chugoku had the highest number of inpatients, while Hokkaido had the lowest, with only three patients at one facility (less than one-fiftieth of the highest regional total).

Table 2. Insurance coverage for CDT.

Insurance coverage	Total (n = 230)		Designated cancer care hospital (n = 163)		Other medical institution (n = 67)		P-value
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Covered	124	(53.9)	102	(62.6)	22	(32.8)	< 0001
Both covered and not covered	64	(27.8)	36	(22.1)	28	(41.8)	0.002
Not covered	30	(13.0)	16	(9.8)	14	(20.9)	0.023
Other	12	(5.2)	9	(5.5)	3	(4.5)	1.0

CDT: Complex Decongestive Therapy.

Table 3. Facilities capable of CDT in nine regions of Japan.

Region	Total (n = 249)		Designated cancer care hospital (n = 176)		Other medical institution (n = 73)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Hokkaido	16	(6.4)	12	(6.8)	4	(5.5)
Tohoku	19	(7.6)	15	(8.5)	4	(5.5)
Kanto	72	(28.9)	48	(27.3)	24	(32.9)
Hokuriku	12	(4.8)	10	(5.7)	2	(2.7)
Chubu	29	(11.6)	25	(14.2)	4	(5.5)
Kinki	40	(16.1)	20	(11.4)	20	(27.4)
Chugoku	19	(7.6)	15	(8.5)	4	(5.5)
Shikoku	10	(4.0)	8	(4.5)	2	(2.7)
Kyushu	32	(12.9)	23	(13.1)	9	(12.3)

CDT: Complex Decongestive Therapy.

The number of outpatients and facilities per 100 000 people in each of Japan's nine regions is shown in Fig. 4. There were 35 689 outpatients per year (mean: 60, 0–1381, IQR: 20–198), treated at 229 facilities performing CDT for outpatients (77.8% were designated cancer care hospitals and 22.2% were other medical institutions). Hokkaido, Chugoku, and Shikoku had the highest number of outpatients per 100 000 people. Hokuriku had the lowest number of outpatients per 100 000 (16.6/100 000 population, across 12 facilities), approximately one-third of the outpatient rate in Hokkaido.

We also analyzed the regional distribution of outpatients receiving CDT relative to population density. Spearman's rank correlation was used to compare the number of outpatients receiving CDT between designated cancer care hospitals and other medical institutions, as well as between high-volume centers (≥ 199 or more CDT procedures performed annually, representing the 75th percentile of annual CDT volumes) and low-volume centers. Results showed no significant correlation between high-volume and low-volume centers ($\rho = 0.57$, P -value = 0.11; Supplemental Table S3).

Discussion

In this study, we investigated the current state of lymphedema treatment and CDT use through a nationwide questionnaire survey of medical facilities and designated cancer care hospitals involved in lymphedema treatment. The results suggest that, depending on the location and type of lymphedema, some treatment facilities may be unable to meet patient demand. This geographic variation is particularly evident in regional disparities that exist in CDT implementation for lymphedema among inpatients and outpatients.

Our survey results on lymphedema treatment showed that almost all medical facilities treat cancer-related lymphedema

of the extremities. However, few facilities treat genital lymphedema, head and neck lymphedema, primary lymphedema, or lymphedema in children. Improved transparency from medical facilities regarding their capability to treat these specific types of lymphedemas could help patients more readily to access appropriate care.

Currently, CDT is eligible for insurance coverage; however, some facilities still provide treatment as self-paid services. Compared to the results of a previous study at designated cancer care hospitals [12] in 2017, which showed a 10% coverage rate for medical insurance, the results of our survey show a fivefold increase in coverage. However, while there have been no previous surveys of the rate of medical insurance coverage at other medical institutions, this rate remains low in non-designated medical institutions. For future research, it is necessary to investigate the reasons for the lack of CDT insurance coverage and to develop strategies to eliminate the cost disparity for patients receiving CDT.

There is a 50-fold difference in the number of inpatients with lymphedema admitted annually in Western Japan for CDT treatment between the regions with the lowest and highest values. Our results suggest that patients who require hospitalization cross regional boundaries to receive treatment when there are no appropriate facilities in their area. Intensive inpatient CDT under medical supervision is essential for severe lymphedema [14]. It is equally important to promote the use of outpatient lymphedema clinics that are easily accessible to patients to prevent lymphedema progression [15]. The present study analyzed the number of outpatient CDT patients as a proportion of the population and showed no significant differences between regions. Future interventions should focus on improving facilities for severe lymphedema patients and enhancing cooperation between medical institutions, especially in eastern Japan.

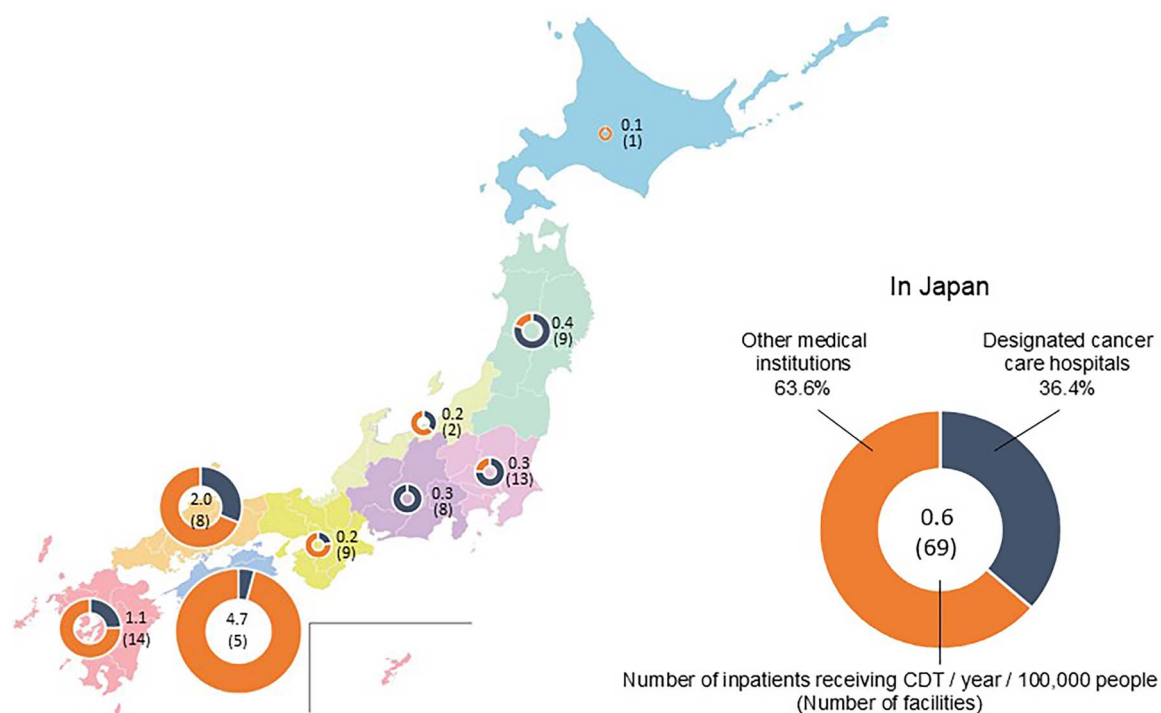


Figure 3. Number of inpatients receiving CDT for lymphedema per 100 000 people per year in each region. The number of hospitalized patients receiving CDT for lymphedema per 100 000 people per annum in each region of Japan was presented as a numerical value on a donut chart. The number of facilities was indicated by the number in brackets within the circle.

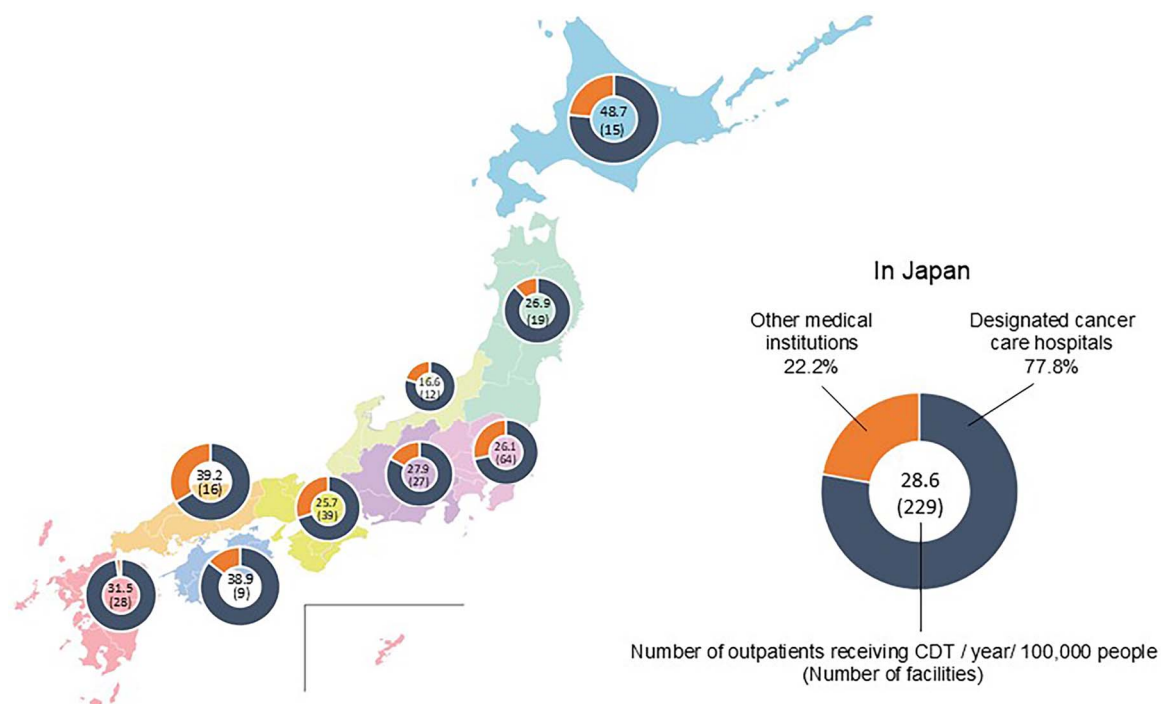


Figure 4. Number of outpatients receiving CDT for lymphedema per 100 000 people per year in each region. The number of outpatients receiving CDT for lymphedema per 100 000 people per annum in each region of Japan was presented as a numerical value on a donut chart. The number of facilities is indicated by the number in brackets within the circle.

This study presents a broader picture of the current status of lymphedema treatment in Japan. We received responses from approximately half of the designated cancer care hospitals, which exceeded the number of facilities that responded in previous studies [12, 13] by >50. Furthermore, according to the National Cancer Center [16], as of September 2023, 261 (57.0%) of the 456 designated cancer care hospitals had outpatient departments providing lymphedema treatment. This survey was answered by 201 designated cancer care hospitals that provide lymphedema treatment. This means that 77.0% of designated cancer care hospitals with lymphedema outpatient departments participated in this survey. Although these figures do not match exactly, the survey results were considered to generally reflect the current state of lymphedema treatment in designated cancer care hospitals in Japan. We also received responses from approximately 80 other medical institutions providing lymphedema treatment. While existing studies have focused on lymphedema treatment at designated cancer care hospitals, this survey more accurately reflects the current situation.

Our study has several limitations. First, the response rate for “other medical institutions” recruited via members of specific academic societies was unknown. Additionally, this questionnaire did not ask about bed count. It is presumed that the size of other medical institutions differs from that of designated cancer care hospitals. The next survey should include a question about bed count to more thoroughly examine regional disparities in inpatient numbers. In the future, establishing a registration system that comprehensively captures “other medical institutions” will enable a more accurate depiction of the current status of lymphedema treatment in Japan.

Second, the responding facilities self-reported the number of outpatients and inpatients who received CDT. If a nationwide database of patients with lymphedema were established, more accurate surveys could be conducted on the current state of lymphedema treatment.

The data obtained in this study showed that facilities capable of treating secondary lymphedema of the extremities were established nationwide, but few facilities could treat primary lymphedema. Regional disparities existed in the inpatient treatment using CDT as well as between facilities regarding the application of CDT insurance coverage. Eliminating regional disparities in inpatient lymphedema treatment facilities will improve the quality of life of patients receiving lymphedema treatment wherever they live.

Supplementary data

Supplementary data is available at *Japanese Journal of Clinical Oncology* online.

Author contributions

MM, SA, CY, and TT conceived of and designed the study. TM and TA analyzed the data. MM, SA, TM, and RK statistically analyzed and integrated the results with the clinical significance. MM wrote the manuscript. All authors examined the content of the final draft and discussed and integrated their views from their respective areas of expertise.

Conflict of interest statement

None to declare.

Funding

This study was funded by the Health and Labor Sciences Research Grant for Cancer Policy Research (23EA1019) from the Ministry of Health, Labor, and Welfare, Japan.

References

- Río-González ÁR, Molina-Rueda F, Palacios-Ceña D, Alguacil-Diego IM. Living with lymphoedema-the perspective of cancer patients: A qualitative study. *Support Care Cancer* 2018;26: 2005–13. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4048-x>.
- Xiao M, Higashitsuji A, Majima T. *et al.* Experience of patients with lymphoedema after breast cancer surgery: A meta-synthesis. *Lymphoedema Res Practice* 2022;10:8–19.
- Scerri J, Cilia Vincenti S, Galea M, *et al* hit by the wave: The experiences of adult males living with lymphoedema. *PloS One* 2024;19:e0304577.
- National cancer registry, Ministry of Health, Labour and Welfare. Projected number of cancer incidence by Site. *Cancer statistics*. National Cancer Center, Japan: Cancer Information Service, 2021.
- Liu YF, Liu JE, Mak YW. *et al.* Prevalence and predictors of breast cancer-related arm lymphedema over a 10-year period in postoperative breast cancer patients: A cross-sectional study. *Eur J Oncol Nurs* 2021;51:101909. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.101909>.
- Hayes SC, Janda M, Ward LC. *et al.* Lymphedema following gynecological cancer: Results from a prospective, longitudinal cohort study on prevalence, incidence and risk factors. *Gynecol Oncol* 2017;146:623–9. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2017.06.004>.
- Fokdal L, Berg M, Zedan AH. *et al.* Patient-reported lower limb edema after primary radiotherapy for prostate cancer. *Acta Oncol* 2023;62:1279–85. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2023.2251669>.
- Yamaguchi K, Horiuchi T. The designated regional cancer centers and hospitals in Japan: Present status and problems awaiting solution. *J Natl Inst Public Health* 2008;47:318–26.
- Executive Committee of the International Society of Lymphology. The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema: 2023 consensus document of the International Society of Lymphology. *Lymphology* 2023;56:133–51.
- Shamoun S, Ahmad M. Complete decongestive therapy effect on breast cancer related to lymphedema: A systemic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Asian Pac J Cancer Prev* 2023;24:2225–38. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2023.24.7.2225>.
- Pirincci CŞ, Yaşa ME, Özdemir EE. *et al.* The effect of complex decongestive therapy on sleep quality and quality of life in patients with secondary lymphedema after cancer surgery. *J Turk Sleep Med* 2024;11:192–8.
- Oku T, Fujita S, Izawa T. *et al.* A survey on lymphedema care in designated cancer hospitals in Japan. *J Jpn Soc Cancer Nurs* 2017;31:124–9 (in Japanese).
- Ishii S, Natsuzako A, Fukushima T. *et al.* Multi-center survey of exercise status in patients with lymphedema treated on an outpatient basis. *Phys Ther Jpn* 2021;48:330–6 (in Japanese).
- Zuther JE. *Norton lymphedema management: The comprehensive guide for practitioners*, 4th edn. New York: Georg Thieme Verlag, 2018.
- Watts TE, Davies RE. A qualitative national focus group study of the experience of living with lymphoedema and accessing local multiprofessional lymphoedema clinics. *J Adv Nurs* 2016;72: 3147–59. <https://doi.org/10.1111/jan.13071>.
- Current status report of designated cancer care hospitals in 2023 [Internet]. *Institute for Cancer Control*. National Cancer Center (Tokyo, JP), [accessed June 7, 2025]. Available from: <https://hospdb.ganjo.jp/>.

Nationwide Medical Survey on Regional Disparities in Secondary Lymphedema Surgical Treatment Covered by Health Insurance

Shinsuke Akita, MD, PhD*
 Mariko Masujima, RN, PHN, PhD†
 Ryoko Katagiri, MD, PhD‡
 Makiko Tazaki, RN, PHN, MSN†
 Akane Tsujimoto, RN, MSN†
 Hiraku Kumamaru, MD, ScD§
 Chikao Yasuda, MD, PhD¶
 Nobuyuki Mitsukawa, MD, PhD*
 Tetsuya Tsuji, MD, PhD||

Background: Lymphedema is a lifelong complication for cancer survivors, highlighting the need to address the regional disparities in its treatment. To assess the current regional disparities in surgical treatment for lymphedema, we conducted a comprehensive nationwide survey of medical institutions through questionnaires.

Methods: Japanese surgical treatment facilities were categorized into 9 regions, distinguishing between designated cancer hospitals and other medical institutions, as well as high-volume and low-volume hospitals. We examined variations in the number of surgical procedures per capita across regions and analyzed differences in surgical indications between high-volume and low-volume hospitals based on the clinical classification of the International Society of Lymphology.

Results: There was a 17.4-fold difference in the number of lymphedema surgical treatments per population between the region with the highest and lowest numbers. A strong correlation was found between the number of procedures in a region and the percentage of procedures performed at high-volume hospitals ($\rho = 0.73$, $P = 0.03$). High-volume hospitals had a significantly higher proportion of cases deemed suitable for surgery at an early stage of lymphedema than low-volume hospitals ($P < 0.001$ and $P = 0.0032$ in stages 0 and I in the upper extremity, and $P < 0.001$ in stages 0 and I in the lower extremity).

Conclusions: Significant regional variations exist in both the frequency of lymphedema surgery and surgical indication patterns across healthcare facilities, even in an environment where surgical treatment is covered by insurance. Standardized studies evaluating treatment outcomes are needed to assess the appropriateness of treatment indications. (*Plast Reconstr Surg Glob Open* 2025;13:e7271; doi: 10.1097/GOX.00000000000007271; Published online 17 November 2025.)

From the *Department of Plastic, Reconstructive, and Aesthetic Surgery, Graduate School of Medicine, Chiba University, Chiba, Chiba, Japan; †Graduate School of Nursing, Chiba University, Chiba, Chiba, Japan; ‡Faculty of Informatics, Graduate School of Informatics, Chiba University, Chiba, Chiba, Japan; §Department of Healthcare Quality Assessment, The University of Tokyo Graduate School of Medicine, Tokyo, Japan; ¶Department of Vascular Surgery, JCHO Hoshigaoka Medical Center, Osaka, Japan; and ||Department of Rehabilitation Medicine, Keio University School of Medicine, Tokyo, Japan.

Received for publication May 26, 2025; accepted September 22, 2025.

Any information required to reanalyze the data reported in this article is available from the corresponding author upon request.

Copyright © 2025 The Authors. Published by Wolters Kluwer Health, Inc. on behalf of The American Society of Plastic Surgeons. This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-Non Commercial-No Derivatives License 4.0 \(CCBY-NC-ND\)](#), where it is permissible to download and share the work provided it is properly cited. The work cannot be changed in any way or used commercially without permission from the journal.

DOI: 10.1097/GOX.00000000000007271

INTRODUCTION

Secondary lymphedema is most commonly seen as a complication of cancer treatment in developed countries, and even after cancer treatment is completed, the risk of developing lymphedema and the impairment of quality of life after onset continue for life.¹⁻⁵ Lymphedema is a significant issue for cancer survivors and a major economic burden on national healthcare systems.^{6,7} Treatment for lymphedema should be available in acute-care hospitals during cancer treatment and in community medical facilities after cancer treatment has been completed.

Surgical therapy for lymphedema is increasingly recognized as an effective treatment option for managing

Disclosure statements are at the end of this article, following the correspondence information.

Related Digital Media are available in the full-text version of the article on www.PRSGlobalOpen.com.

lymphedema; however, it remains unstandardized, and there are uncertainties regarding its practical feasibility and efficiency, making it insufficiently implemented in society.^{8,9} Surgical treatments for lymphedema include lymphaticovenous anastomosis (LVA), vascularized lymph node transplantation (VLNT), liposuction, and tissue resection. LVA and VLNT are categorized as functional procedures, and liposuction and tissue resection are categorized as physical volume reduction procedures. To ensure broad access to and effective provision of surgical treatment options, standardization of treatment methods and the establishment of a collaborative network among medical institutions are essential. Japan is one of the few countries where LVA is covered by health insurance, enabling its widespread use nationwide. However, the lack of a registration system for the surgical treatment of lymphedema hinders a comprehensive understanding of the actual treatment outcomes.

We hypothesized that, despite being a complication of cancer that can occur in anyone, access to lymphedema surgery varies depending on the region. We also considered that analyzing the factors contributing to disparities in treatment opportunities could provide valuable insights for future strategies. The purpose of this study was to assess the current status of facilities offering surgical treatment for lymphedema in Japan through a nationwide survey and to analyze the distribution of these facilities and their associated policies. The results of this study can be applied in various countries as a model for incorporating lymphedema surgery into insurance coverage. In addition, by pointing out current issues, the study emphasized the importance of establishing a case registration system for improving future treatment outcomes.

METHODS

Ethics Review and Questionnaire Implementation Method

This study was approved by the ethics committee of Chiba University School of Medicine (ethics review number M10663). We conducted a nationwide questionnaire survey on conservative and surgical treatments for lymphedema. As the research did not involve the use of personal patient information, an opt-out system was used for its implementation. All designated cancer hospitals in Japan, along with various academic societies related to lymphedema in Japan (Japanese Society of Lymphedema, the Japanese Society of Lymphedema Treatment, the Japanese Society of Lymphology, and the Japanese Society of Plastic and Reconstructive Surgery), agreed to use the survey results to enhance collaboration in lymphedema treatment in Japan and to publish the analysis results in scientific journals. Each facility designated 1 representative to understand the overall treatment situation at their facility and respond on behalf of their facility using Google Forms. Among the collected data, including complex decongestive treatments, the analysis presented in this article focused on questions related to surgical treatment. (See survey, Supplemental Digital Content 1, which

Takeaways

Question: Are there regional disparities in access to lymphedema surgery in Japan, despite insurance coverage?

Findings: A 17.4-fold regional difference in surgical rates was identified. Most procedures were performed at high-volume hospitals, and surgery was more likely to be recommended at early stages.

Meaning: Even under a universal insurance system, unequal access and inconsistent surgical indications exist. A nationwide registration system and standardized treatment criteria are urgently needed to ensure equitable and evidence-based care.

displays the English translation of the questionnaire used in this study [original text in Japanese], <https://links.lww.com/PRSGO/E463>.)

Details of the Survey on Surgical Treatment for Lymphedema

All the facilities that responded were classified into 4 categories: those that do not offer lymphedema treatment, those that provide conservative treatment only, those that offer both conservative and surgical treatment, and those that specialize in surgical treatment. The questionnaire included specific inquiries regarding surgical treatment, as outlined in Supplemental Digital Content 1 (<https://links.lww.com/PRSGO/E463>) (Q16–Q27). The survey also gathered data on the total number of surgical procedures and the breakdown of each type of surgery conducted in 2022.

Comparison of Differences in Access to Lymphedema Surgical Treatment Between the Regions

As in other countries, Japan has both densely populated urban areas and sparsely populated nonurban areas (Table 1). A comparative analysis was conducted to assess the accessibility of lymphedema surgical treatment across different regions in Japan. The country was divided into 9 regions, namely Hokkaido, Tohoku, Kanto, Hokuriku, Chubu, Kinki, Chugoku, Shikoku, and Kyushu. The number of facilities capable of performing surgical procedures and the total annual procedures performed each year were compared on a per-1-million-population basis. The analysis of surgical procedures was limited to upper and lower limb procedures. LVA and VLNT procedures were categorized as functional procedures, and tissue resection and liposuction procedures were categorized as physical volume reduction procedures. All other responses were excluded from the analysis.

We hypothesized that the number of surgical treatments for lymphedema performed at designated cancer hospitals, which are major providers of cancer treatment, influences the number of lymphedema surgical treatments in the region, and we investigated this effect. Additionally, we hypothesized that the number of procedures performed at high-volume hospitals influences the overall lymphedema surgery treatment in the region and investigated this effect. Furthermore, if factors

Table 1. Number of Facilities Offering Surgical Treatment for Lymphedema and Number of Surgical Treatments per Year per Million People in 9 Regions of Japan

Region	Population, in Millions	No. Hospitals, per Million People (Total Number)	No. Surgical Treatments, per Million People (Total Number)
Hokkaido	5.140	1.167 (6)	16.148 (83)
Tohoku	8.426	0.712 (6)	3.204 (27)
Kanto	43.535	0.988 (43)	29.402 (1280)
Hokuriku	5.041	0.992 (5)	15.870 (80)
Chubu	15.845	1.136 (17)	14.137 (224)
Kinki	22.094	0.996 (22)	23.400 (517)
Chugoku	7.137	1.401 (10)	55.766 (398)
Shikoku	3.620	0.829 (3)	6.63 (24)
Kyushu	14.108	1.063 (15)	24.100 (340)

contributing to regional disparities in lymphedema were identified, we conducted an analysis to elucidate their details. We analyzed the distribution of designated cancer hospitals and nondesignated cancer hospitals across the 9 regions of Japan based on the number of surgical treatment facilities and procedures performed, as well as their classification into high-volume and low-volume hospitals. Additionally, we compared the management of surgical treatment between high-volume and low-volume hospitals. In a previous study using registration data from the Japanese Society of Plastic and Reconstructive Surgery's National Clinical Database (NCD) for free flap surgery, high-volume centers were defined as facilities performing more than 50 cases annually, whereas low-volume centers performed 49 cases or fewer per year. Therefore, in our study, we defined high-volume hospitals as those conducting more than 50 lymphedema surgical procedures per year.¹⁰

Comparison With the NCD Registration Data

To determine if the responses obtained in this study significantly differed from the current surgical treatment practices for lymphedema in Japan, we compared them to the surgical treatment implementation status in the year of NCD registration. The NCD registration is mandatory for the management of the Japanese Society of Plastic and Reconstructive Surgeons' specialist system, providing an overview of the number of procedures performed at medical education institutions in Japan. Discrepancies were analyzed between the NCD data and the study results in terms of total annual procedures, designated cancer hospitals, other facilities, high-volume and low-volume hospitals, and the distribution of procedures across the 9 regions of Japan.

Statistical Analysis

The statistical analysis was conducted using JMP version 17 software (SAS Institute Inc., Cary, NC). Spearman rank correlation coefficient was used to assess the relationship between the percentage of procedures performed at designated cancer hospitals and high-volume hospitals in each region and the number of procedures performed per population in each region. To compare the differences in the judgment of surgical indications between high-volume and low-volume hospitals for each of the 5 International

Society of Lymphology stages, the Pearson χ^2 test was performed for each stage with Bonferroni correction applied. The Fisher exact test was used for cells with a value of less than 5. A *P* value of less than 0.05 was considered statistically significant.

RESULTS

Significant Variations Exist in the Number of Lymphedema Surgical Treatments per Population Across Different Regions

Questionnaires were distributed to 456 cancer hospitals, with responses received from 251 facilities (55.0%). The response rates by region are shown in Table 1. A χ^2 test revealed a significant regional difference in the response rate (*P* = 0.0223). Questionnaires were also sent to noncancer hospitals via a mass email from the academic society, with responses received from 121 facilities. Out of the total 372 facilities surveyed, 197 were cancer-designated hospitals and 76 were other medical facilities, totaling 273 facilities offering lymphedema treatment. Among these, 128 facilities conducted at least 1 surgical treatment for lymphedema annually, with 97 being cancer hospitals and 31, other facilities. The total number of surgical treatments for lymphedema performed in 2022 by the responding facilities was 2973. Separate responses were obtained regarding the number of major procedures performed on the upper and lower limbs. Surgical interventions were primarily indicated for the upper extremity in 911 cases (including 857 LVA, 12 VLNT, 24 tissue resection, and 18 liposuction), and for the lower extremity in 2011 cases (including 1798 LVA, 25 VLNT, 104 tissue resection, and 84 liposuction). We investigated the distribution of facilities performing surgical treatment for lymphedema and the number of procedures conducted annually across 9 regions in Japan. The disparity between the regions with the fewest and most facilities offering surgical treatment for lymphedema per million people was less than double (Table 1). Alternatively, there was a significant difference in the number of lymphedema surgical treatments per million people across regions, with the number of procedures per million people in each region as follows: Chugoku, 55.8; Kanto, 29.4; Kyushu, 24.3; Kinki, 23.4; Hokkaido, 16.1; Hokuriku, 15.8; Chubu, 14.1; Shikoku, 8.2; and Tohoku, 3.2 (Table 1). The number of

procedures per population in Chugoku, the region with the highest number of procedures, was 17.4 times that of Tohoku, the region with the lowest number of procedures, indicating a substantial difference between regions. The number of procedures per capita was not necessarily higher in large cities with larger actual populations. LVA accounted for the majority of surgical procedures in all regions, and functional procedures accounted for 92.1% of the total number of procedures (Table 2).

The Percentage of Cases of Surgical Treatment for Lymphedema at High-volume Hospitals Is Strongly Correlated With the Number of Cases in the Region

To investigate the factors influencing the variation in the number of procedures per million people, reflecting the frequency of surgical treatment indications across regions, all facilities were categorized into 2 groups based on their designation as cancer hospitals. A total of 1546 procedures (52.0%) were conducted at designated cancer hospitals, whereas 1427 procedures (48.0%) were performed at other hospitals (Table 3, Fig. 1). The proportion of procedures at nondesignated cancer hospitals was notably high in the 2 major metropolitan areas of Kanto and Kinki. In contrast, in Chugoku, which had the highest number of procedures relative to its population, the majority of procedures were conducted at designated cancer hospitals without a clear trend. Out of the 128 facilities analyzed, only 16 (12.5%) were classified as high-volume hospitals, yet these hospitals accounted for 63.0% of all procedures performed (Table 4, Fig. 2). In regions with higher surgery rates (Chugoku, Kanto, Kinki, Kyushu, and Hokkaido), the total number of procedures at high-volume hospitals exceeded those at low-volume hospitals. Conversely, in regions with lower surgery rates (Hokuriku, Chubu, Shikoku, and Tohoku), the majority of procedures were performed at low-volume hospitals. When comparing trends in surgical procedures across regions, physical volume reduction procedures were significantly more frequently performed in the regions with higher surgery rates than in regions with lower surgery rates in the χ^2 test ($P = 0.0106$, Table 2).

We analyzed the correlation between the percentage of procedures at designated cancer hospitals and high-volume hospitals and the number of procedures per

population. There was no significant correlation between the ratio of designated cancer hospitals (number of designated cancer hospitals/total number of hospitals) and the number of procedures per population in each region ($P = 0.22$, Table 5). However, a significant and strong correlation was observed between the rate of procedures at high-volume centers (number of procedures at high-volume centers/total number of procedures) and the number of procedures per population in each region ($\rho = 0.73$, $P = 0.03$, Table 5).

Surgical Treatment Is Recommended at High-volume Hospitals Not Only for Moderate to Advanced Stage Lymphedema but Also for Early-stage Cases

To investigate the reasons for the high number of procedures performed at high-volume hospitals, we analyzed the waiting period for conservative treatment before surgery and the disease stage at which surgery is recommended in both high-volume and low-volume hospitals. Among the 39 centers with a preoperative waiting period policy, high-volume hospitals had a significantly shorter waiting period than low-volume hospitals (5.07 ± 2.74 versus 2.89 ± 1.36 mo, $P = 0.028$).

For lower limb lymphedema, a higher proportion of high-volume hospitals considered surgery appropriate across all stages of the International Society of Lymphology clinical classification compared with low-volume hospitals. This difference was particularly significant in stage 0 and I ($P < 0.001$ for stages 0 I, Table 6). A similar trend was observed for upper limb lymphedema, with significant differences observed in stages 0 and I ($P < 0.001$ for stage 0 and $P = 0.0032$ for stage I, Table 7).

The Population Surveyed Reflects the Current State of Surgical Treatment for Lymphedema in Japan

In 2022, there were 177 facilities registered with NCD that collectively performed 2821 procedures. Of the 177 facilities, 124 were designated as cancer hospitals and conducted 1806 procedures, whereas the remaining 53 facilities performed 1015 procedures. High-volume centers, comprising 13 facilities, conducted 1274 procedures, whereas low-volume centers, totaling 164 facilities, performed 1547 procedures. The overall surgery rate per million people in Japan was 22.7. By region, the surgery

Table 2. Distribution of Surgical Procedures for Upper and Lower Limb Lymphedema in Each Region

Region	Functional Procedures		Physical Volume Reduction Procedures		Total	Functional Procedures Ratio
	LVA	VLNT	Tissue Resection	Liposuction		
Hokkaido	84	0	4	1	89	0.94
Tohoku	27	1	1	0	29	0.97
Kanto	1162	24	95	18	1299	0.91
Hokuriku	76	5	1	18	100	0.81
Chubu	171	0	1	0	172	0.99
Kinki	388	1	0	13	402	0.97
Chugoku	391	1	25	48	465	0.84
Shikoku	20	1	0	1	22	0.95
Kyushu	336	4	1	3	344	0.99
Total	2655	37	128	102	2922	0.92

Functional procedure ratio = number of functional procedures/total number of procedures.

rates per million people were 33.4 in Chugoku, 30.7 in Hokkaido, 30.3 in Kanto, 23.2 in Kyushu, 20.0 in Kinki, 19.0 in Shikoku, 12.1 in Hokuriku, 11.6 in Chubu, and 3.9 in Tohoku. Chugoku had the highest surgery rate per capita, which was 8.6 times higher than Tohoku, the region with the lowest rate. The number of high-volume hospitals that responded to the questionnaire slightly exceeded the number of NCD-registered hospitals. It was observed that some high-volume hospitals in the survey were not registered with NCD, whereas some low-volume

hospitals registered with NCD did not participate in the survey. Despite these discrepancies, the distribution of procedures among regions was consistent between the questionnaire survey and NCD data, highlighting significant regional disparities.

DISCUSSION

In this study, we conducted a nationwide questionnaire survey to investigate the current status of surgical treatment for lymphedema in Japan. Our analysis revealed significant regional disparities in the implementation of surgical treatment, with a maximum variation of 17.4-fold. The primary factor influencing this distribution was the ratio of procedures conducted in high-volume hospitals. Regions with lower rates of surgical treatment have smaller populations compared with metropolitan areas, where high-volume hospitals are more prevalent. Furthermore, it was suggested that regions with fewer procedures per capita tend to have fewer options for surgical procedures. These suggest that patients in these regions may need to travel long distances to access surgical treatment for lymphedema, despite the fact that lymphatic surgery for lymphedema is covered by insurance. Given the chronic and progressive nature of lymphedema requiring long-term follow-up, establishing partnerships between designated

Table 3. Annual Number of Procedures Performed at Designated Cancer Hospitals and Other Facilities in Each Region

Region	Designated Cancer Hospital	Other Types of Medical Institutions	Total
Hokkaido	80	3	83
Tohoku	17	10	27
Kanto	524	756	1280
Hokuriku	56	24	80
Chubu	219	5	224
Kinki	191	326	517
Chugoku	365	33	398
Shikoku	24	0	24
Kyushu	70	270	340
Total	1546	1427	2973

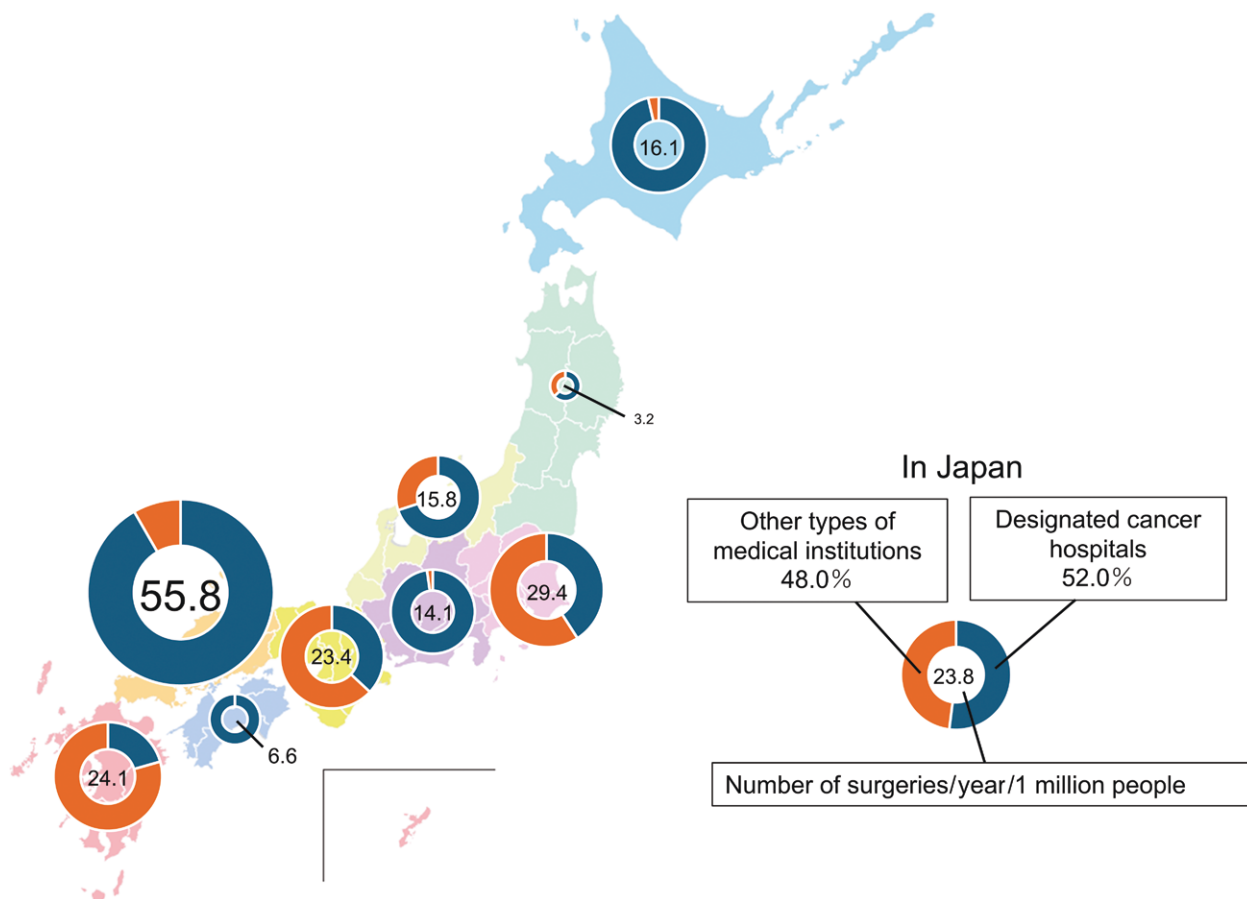


Fig. 1. Annual number of lymphedema procedures per million population in each region of Japan, displayed as donut charts comparing designated cancer hospitals with other institutions.

cancer hospitals and other medical institutions, as well as training healthcare professionals in each region, will be essential. It is desirable to establish a focused education system targeting current low-volume centers so that high-volume centers are distributed in each region located in areas where patients can easily visit.

In general, surgical treatment is recommended only after adequate conservative therapy has been administered.¹¹ The findings of this study demonstrate that high-volume hospitals tend to have shorter preoperative

conservative treatment periods and a broader range of surgical indications for lymphedema treatment. The pre-operative conservative treatment period was significantly shorter in high-volume hospitals. These results might suggest that preoperative conservative treatment for lymphedema may achieve plateau treatment outcomes in a short period of time in patients with early clinical stages. However, these data merely indicate that treatment indications vary between facilities and are not standardized, and do not demonstrate the effectiveness of early treatment. Although some studies from high-volume centers suggest the effectiveness of surgical treatment for early-stage lymphedema, the standardization of surgical interventions for this condition lacks strong evidence.^{12,13} Future research should focus on accumulating treatment data from multiple institutions through a registration system to establish the appropriate stage for surgical intervention in lymphedema and to determine effective preoperative management strategies.

A limitation of this study is that the survey data collected are not representative of the entire population of Japan, and the responses are self-reported by the respondents. The response rate for cancer hospitals as a whole was 55%, and there were regional variations in the response rates. These biases indicate that there are

Table 4. Annual Number of Procedures Performed at High-volume and Low-volume Hospitals in Each Region

Region	Low-volume Hospital	High-volume Hospital	Total
Hokkaido	67	16	83
Tohoku	27	0	27
Kanto	945	335	1280
Hokuriku	80	0	80
Chubu	169	55	224
Kinki	212	305	517
Chugoku	148	250	398
Shikoku	24	0	24
Kyushu	90	2500	340
Total	1074	1899	2973

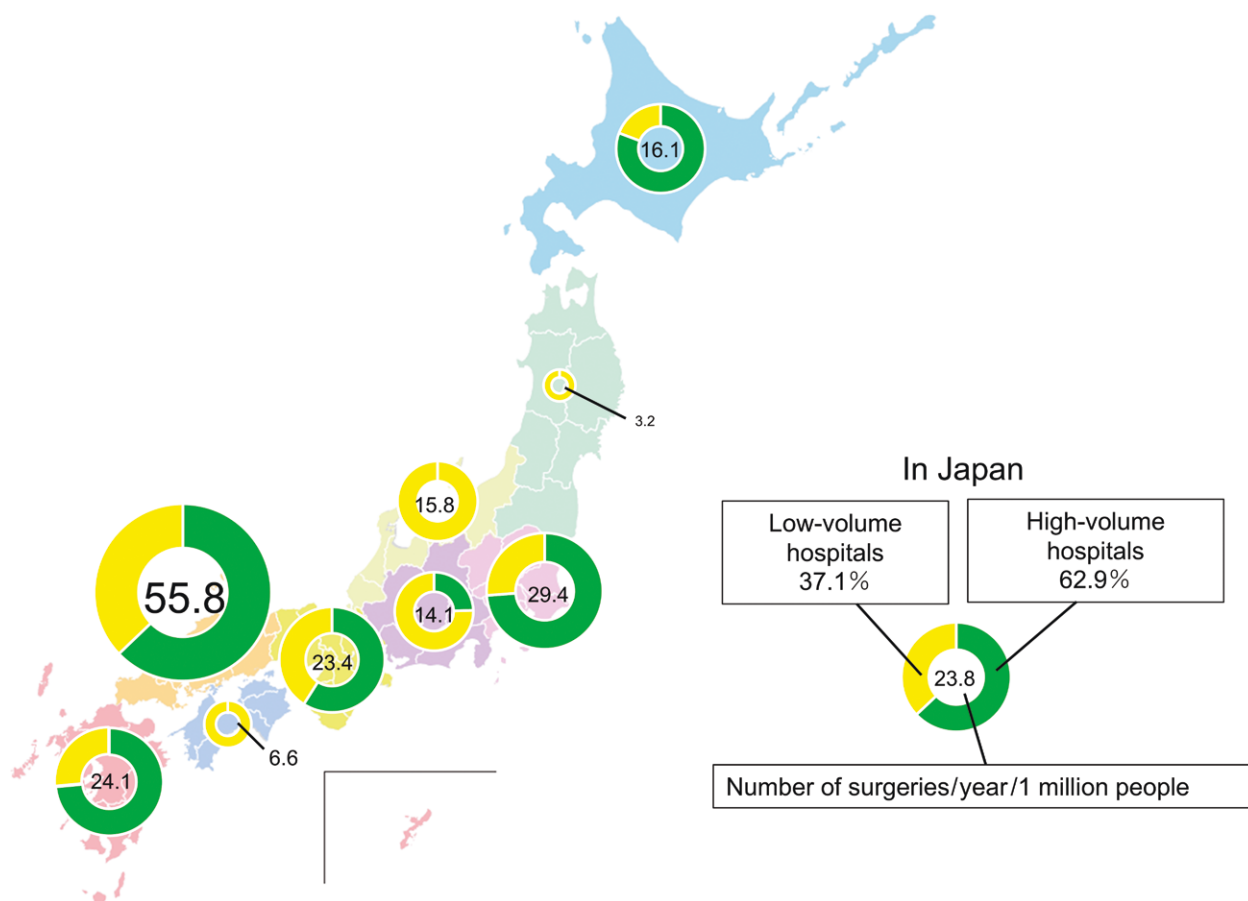


Fig. 2. Annual number of lymphedema procedures per million population in each region of Japan, displayed as donut charts comparing high- and low-volume hospitals.

Table 5. Analysis of the Impact of the Number of Procedures Performed at Designated Cancer Hospitals and High-volume Hospitals on the Rate of Lymphedema Surgical Treatments per Population

	Surgery per Million Population	Proportion of Designated Cancer Hospitals	Proportion of High-volume Hospitals
Hokkaido	16.15	0.96	0.81
Tohoku	3.20	0.63	0.00
Kanto	29.40	0.41	0.74
Hokuriku	15.87	0.70	0.00
Chubu	14.14	0.98	0.25
Kinki	23.40	0.37	0.59
Chugoku	55.77	0.92	0.63
Shikoku	6.63	1.00	0.00
Kyushu	24.10	0.21	0.74
Spearman rank correlation ρ		-0.45	0.73
<i>P</i>		0.22	0.03

Table 6. Clinical Stages Requiring Surgery at High-volume and Low-volume Hospitals for Lower Limb Lymphedema

ISL Stage	Indication for LVA	Low-volume Hospital (n = 16)	High-volume Hospital (n = 107)	<i>P</i>
0	Indicated	8	12	<0.001
	Not indicated	8	95	
I	Indicated	15	50	<0.001
	Not indicated	1	57	
II	Indicated	16	87	0.0716
	Not indicated	0	20	
II late	Indicated	16	90	0.1241
	Not indicated	0	27	
III	Indicated	13	52	0.0165
	Not indicated	3	55	

The *P* value was calculated using the Pearson χ^2 test. If the value was less than 5, the Fisher exact test was applied. A Bonferroni-corrected *P* value of 0.01 (0.05/5) was used as the criterion for determining significance.

ISL, International Society of Lymphology.

Table 7. Clinical Stages Requiring Surgery at High-volume and Low-volume Hospitals for Upper Limb Lymphedema

ISL Stage	Indication for LVA	Low-volume Hospital (n = 16)	High-volume Hospital (n = 106)	<i>P</i>
0	Indicated	8	11	<0.001
	Not indicated	8	95	
I	Indicated	14	51	0.0032
	Not indicated	2	55	
II	Indicated	15	85	0.2955
	Not indicated	1	21	
II late	Indicated	16	88	0.1251
	Not indicated	0	18	
III	Indicated	11	50	0.1787
	Not indicated	5	56	

The *P* value was calculated with the Pearson χ^2 test. If the value was less than 5, the Fisher exact test was applied. A Bonferroni-corrected *P* value of 0.01 (0.05/5) was used as the criterion for determining significance.

ISL, International Society of Lymphology.

limitations to the accuracy of the results obtained from questionnaire surveys in terms of understanding the distribution. To assess the validity of the data collected in this study in relation to the overall state of surgical treatment dissemination and facility distribution in the country as a whole, we cross-referenced the treatment information recorded in the NCD. The NCD is a database that medical training institutions affiliated with the Japanese Society of Plastic and Reconstructive Surgery are required to register to obtain specialist certification. The number of facilities and high-volume hospitals

identified in this study closely aligned with the data from the NCD, suggesting that the data collected in this study are reliable and suitable for analysis. However, there is a critical limitation in the data collected in this study: it is impossible to analyze treatment outcomes using the data obtained in this study. Currently, there is no standardized method for evaluating treatment outcomes in lymphedema surgery, making it impossible to collect data widely to verify treatment effects. Data on treatment efficacy are also essential when considering the indications for the surgical treatment of lymphedema. This is

an important issue that must be addressed to ensure the quality of medical care provided under insurance coverage. We argue that the establishment of a registration system based on standardized criteria is necessary.

CONCLUSIONS

The data from this study revealed regional disparities in the availability of surgical treatment opportunities for patients with lymphedema, as well as variations in the treatment indications between the institutions in a country where lymphedema surgery is covered by insurance. In every country, it is important to establish a system that ensures that patients with secondary lymphedema have access to good treatment regardless of where they live. To understand the current state of treatment and address disparities, it is essential to establish collaboration between cancer treatment facilities and plastic surgeons, as well as to train skilled plastic surgeons. These are universal challenges that must be addressed worldwide. In the future, to improve the treatment of lymphedema in cancer survivors, it is crucial to ensure equitable access to surgical interventions and to standardize surgical treatment policies. The implementation of a registration system for lymphedema surgical procedures and the systematic collection of treatment outcomes are essential steps toward achieving uniformity in treatment indications and procedures in the future.

Shinsuke Akita, MD, PhD

Department of Plastic, Reconstructive, and Aesthetic Surgery
Graduate School of Medicine, Chiba University
1-8-1, Inohana, Chuo-ku
Chiba, Chiba 260-8670, Japan
E-mail: shinsukeakitapr@gmail.com

DISCLOSURES

The authors have no financial interest to declare in relation to the content of this article. This study was funded by the Health and Labour Sciences Research Grant for Cancer Policy Research (23EA1019) from the Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan.

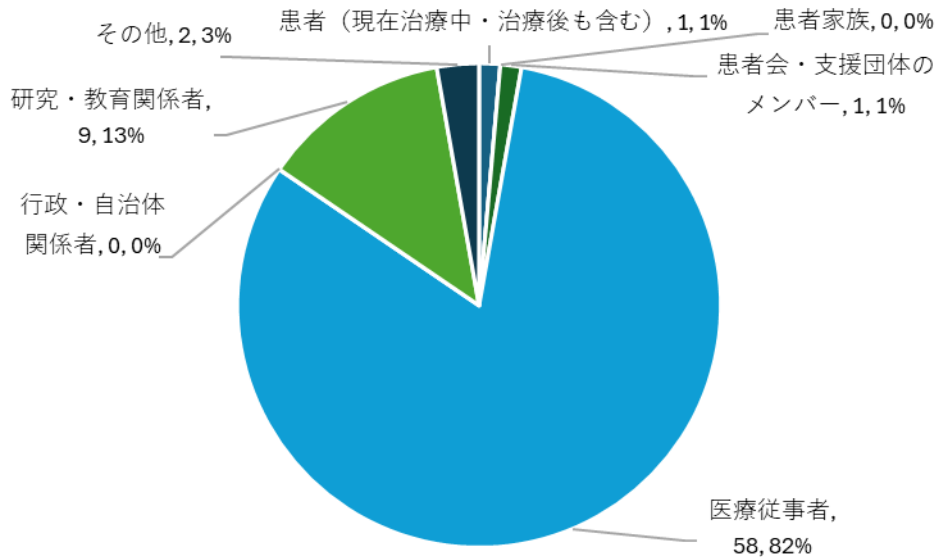
REFERENCES

1. Fu MR, Deng J, Armer JM. Putting evidence into practice: cancer-related lymphedema. *Clin J Oncol Nurs*. 2014;18:68–79.
2. Bowman C, Piedaloe KA, Baydoun M, et al. The quality of life and psychosocial implications of cancer-related lower-extremity lymphedema: a systematic review of the literature. *J Clin Med*. 2020;9:3200.
3. Meneses KD, McNees MP. Upper extremity lymphedema after treatment for breast cancer: a review of the literature. *Ostomy Wound Manage*. 2007;53:16–29.
4. Akita S, Mitsukawa N, Rikihisa N, et al. Early diagnosis and risk factors for lymphedema following lymph node dissection for gynecologic cancer. *Plast Reconstr Surg*. 2013;131:283–290.
5. Akita S, Nakamura R, Yamamoto N, et al. Early detection of lymphatic disorder and treatment for lymphedema following breast cancer. *Plast Reconstr Surg*. 2016;138:192e–202e.
6. Brayton KM, Hirsch AT, Brien PJO, et al. Lymphedema prevalence and treatment benefits in cancer: impact of a therapeutic intervention on health outcomes and costs. *PLoS One*. 2014;9:e114597.
7. Boyages J, Koelmeyer LA, Suami H, et al. The ALERT model of care for the assessment and personalized management of patients with lymphoedema. *Br J Surg*. 2020;107:238–247.
8. Zapata-Ospina A, Lopera-Muñetón C, Betancur-Bedoya SP, et al. Effectiveness of lymphovenular anastomosis and complex decongestive therapy for the treatment of lymphedema in patients with breast cancer: a systematic review. *Lymphat Res Biol*. 2024;22:232–240.
9. Akita S, Mitsukawa N, Kuriyama M, et al. Comparison of vascularized supraclavicular lymph node transfer and lymphaticovenular anastomosis for advanced stage lower extremity lymphedema. *Ann Plast Surg*. 2015;74:573–579.
10. Akita S, Kumamaru H, Motomura H, et al. The volume-outcome relationship in free-flap reconstruction: a nationwide study based on the clinical database. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2023;85:500–507.
11. Executive Committee of the International Society of Lymphology. The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema: 2023 Consensus Document of the International Society of Lymphology. *Lymphology*. 2023;56:133–151.
12. Akita S, Mitsukawa N, Kuriyama M, et al. Suitable therapy options for sub-clinical and early-stage lymphoedema patients. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2014;67:520–525.
13. Shimbo K, Kawamoto H, Koshima I. Conservative treatment versus lymphaticovenular anastomosis for early-stage lower extremity lymphedema. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. 2023;11:1231–1240.

「全国のリンパ浮腫診療情報（病院等診療施設検索）」の運用評価に関するアンケート調査結果

- ・アンケートの目的：サイトのユーザビリティ(使い勝手)評価、および次期改修に向けた機能要望・課題の抽出
- ・回答対象者：がんのリハビリテーション・リンパ浮腫診療ネットワークコンソーシアム構成員（104 名）
- ・回答方法：Web アンケート（無記名）
- ・回答期間：2026 年 1 月 15 日（木曜日）～2026 年 2 月 2 日（月曜日）午前 9 時締切
- ・回収率：68%（有効回答 71 名）

【問1】 あなたのお立場を教えてください（主たる立場）

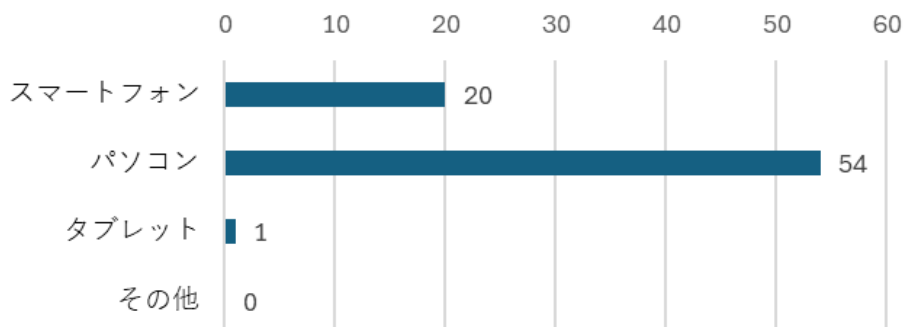


※ 円グラフの各項目の数字は、「回答数，パーセンテージ」を表記しています（以降同様）

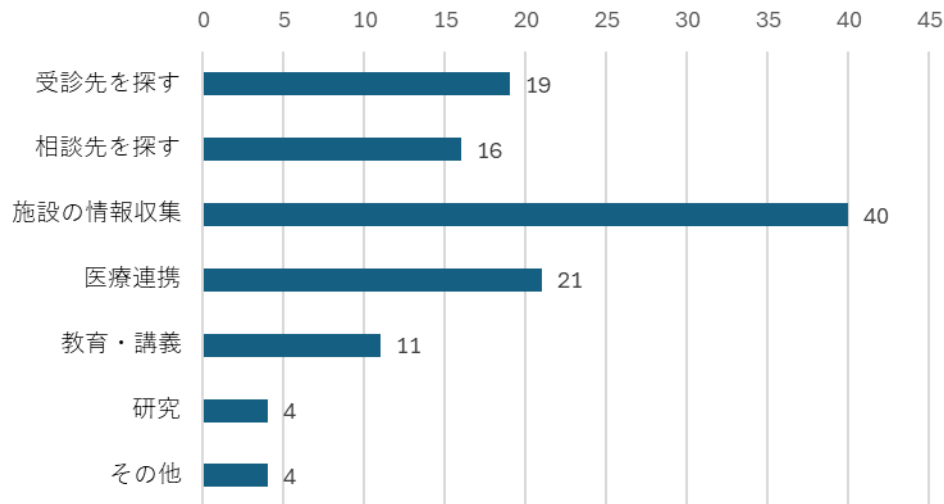
その他（2件）の詳細

セラピスト養成校講師と関西電力病院形成外科リンパ浮腫外来指導者	1
訪問看護支援団体の役員	1

【問2】 利用した機器を教えてください（複数回答可）



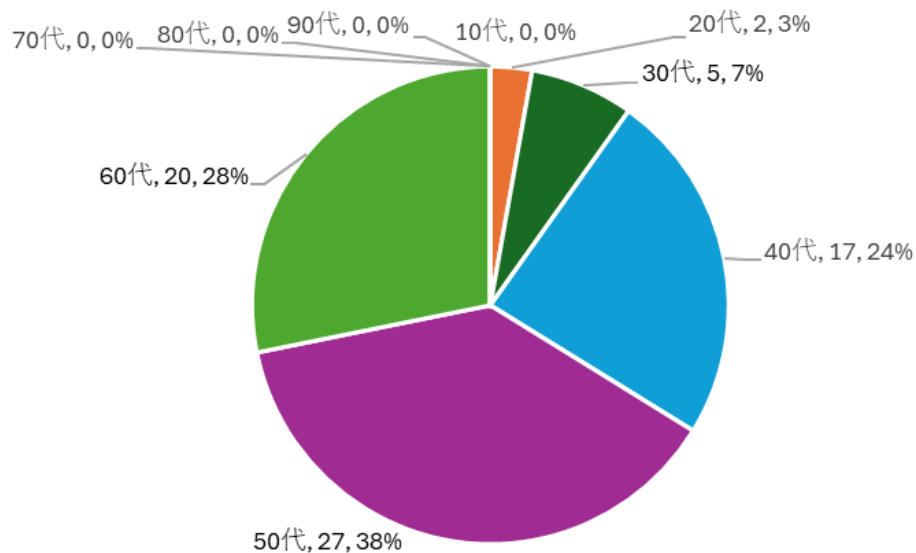
【問3】 利用目的を教えてください（複数回答可）



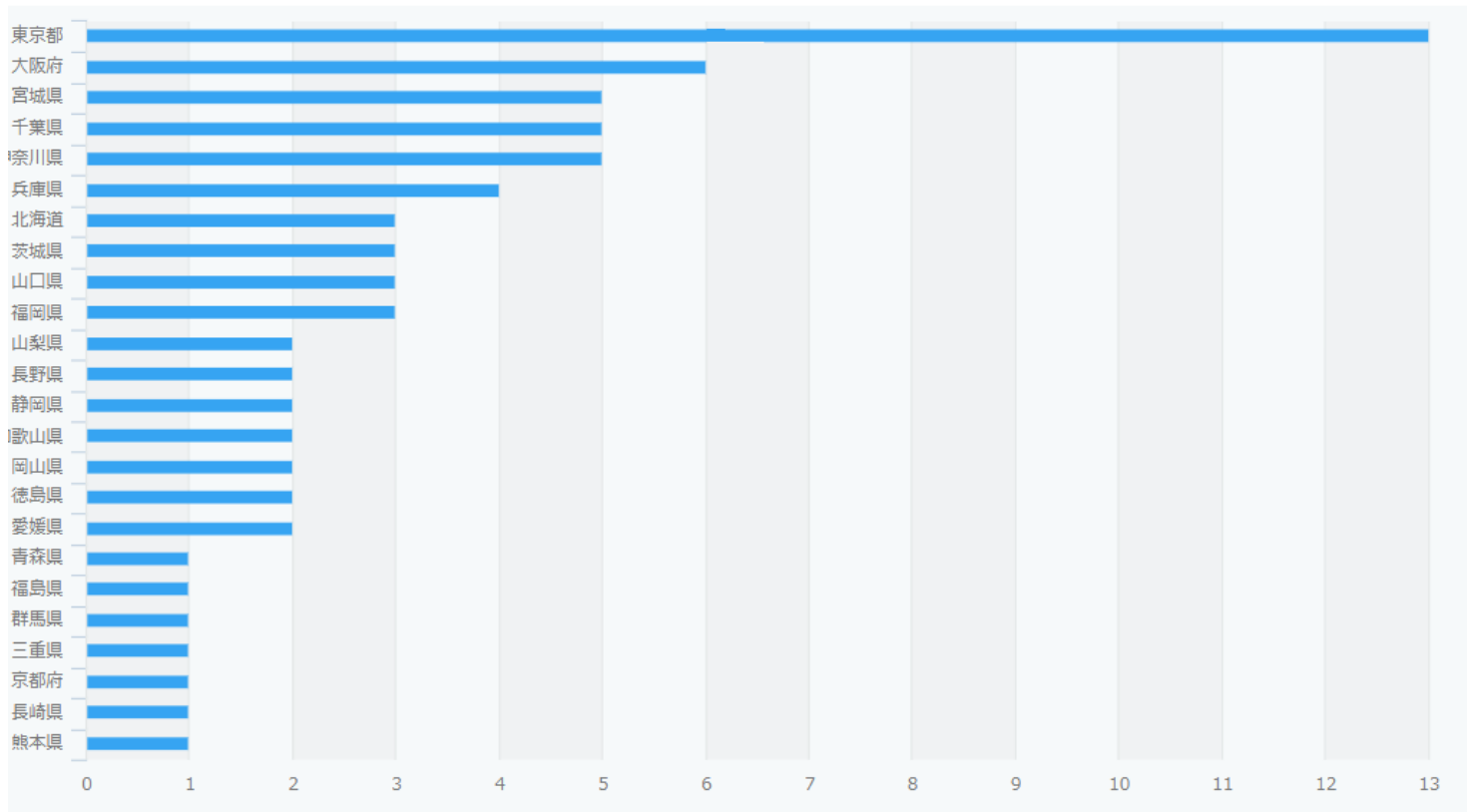
その他（4件）の詳細

アンケートに回答するよう依頼メールがあった。	1
厚労科研班からの依頼	1
検索フォームを使ってみる目的	1
評価の為	1

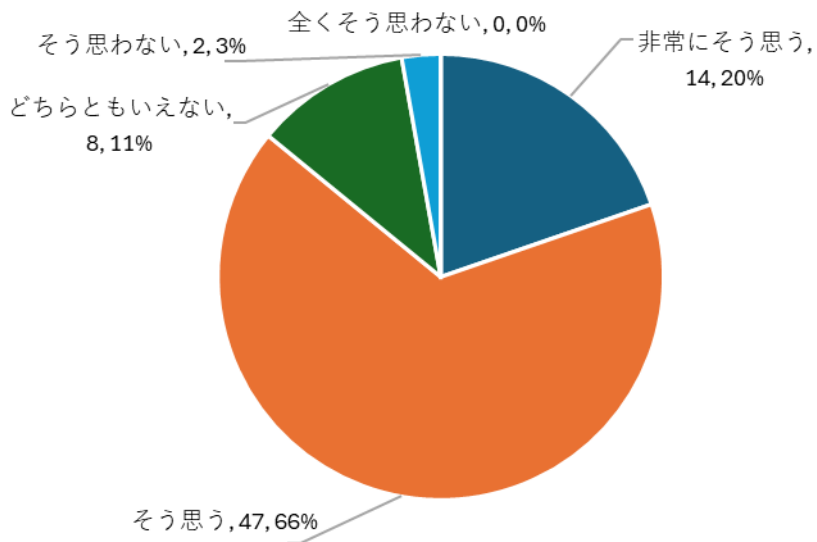
【問4】 ご年齢を教えてください



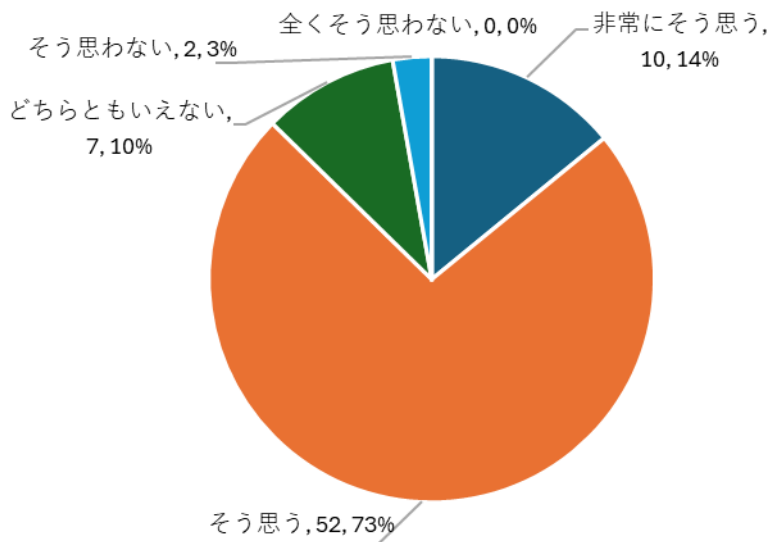
【問5】 現在お住まいの地域（都道府県）を教えてください



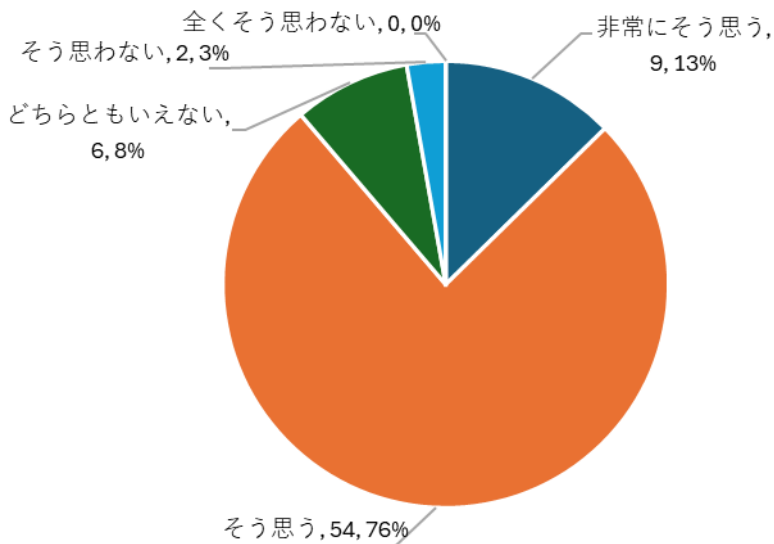
【問6】 画面レイアウトは見やすかったですか



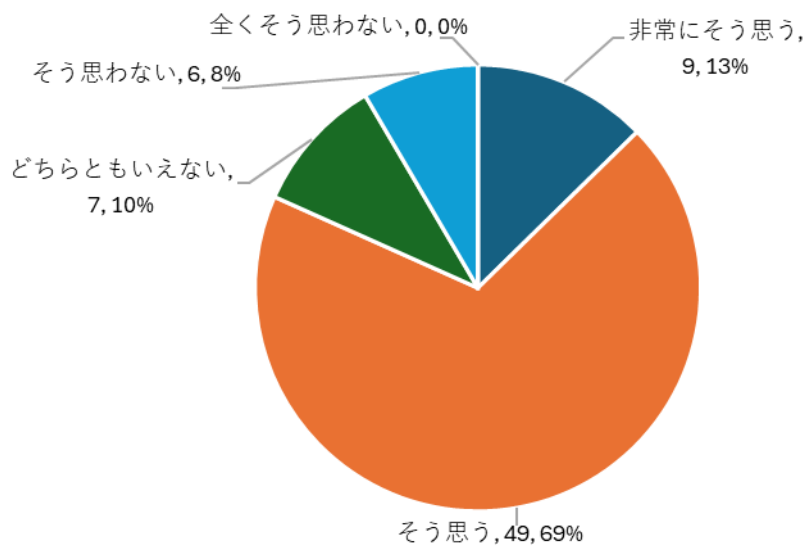
【問 7】 文字サイズは読みやすかったですか



【問 8】 配色は見やすかったですか



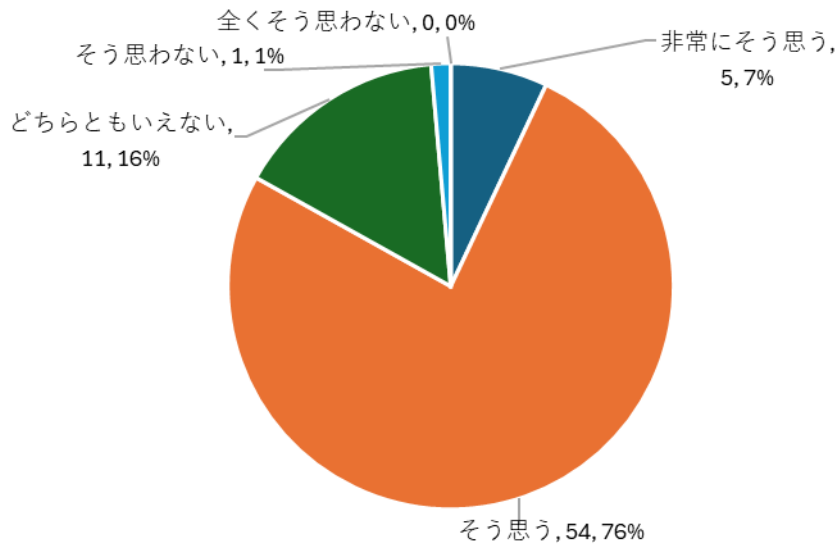
【問 9】 地域・紹介受け入れ・診療区分・治療内容・対応部位など、検索条件を選択して施設を絞り込む操作は、わかりやすかったですか



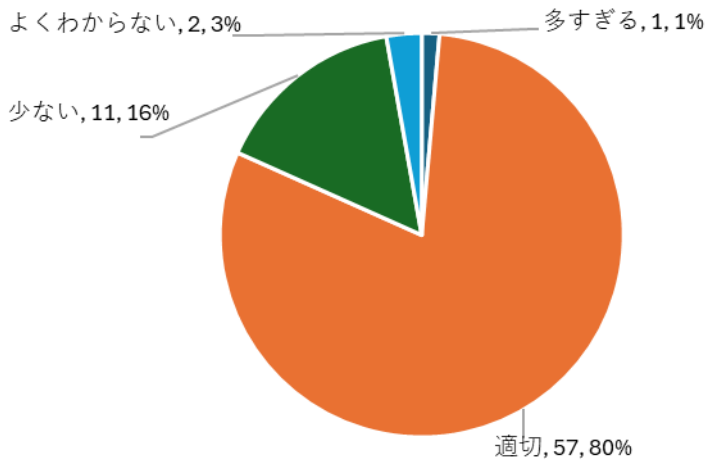
**【問 10】もし操作がわかりにくかった項目や、迷った部分があれば具体的に教えてください。（例：地域／紹介
受け入れ／治療区分／対応部位 など）**

都道府県別に検索ができず、探しにくいと感じました。
所在地域：都道府県ごとにも検索できた方がよい。選択メニューの数を増やしたくない場合は、「都道府県別検索はこちら」などクリックしたら開くメニューバーがあるとよい。全体：複数選択ができたほうがよい。
5件ずつ表示されるが、もう少したくさん表示されたほうが良いと感じた 地域ではなく都道府県別のほうが利用しやすい
治療区分や対応部位は複数項目選択できると良いと思いました 外科治療の内容(LVA・脂肪吸引・リンパ節移植)の内訳、また複合治療で、リンパドレナージの有無についても選択できればより良いと思いました。
最下部の検索ボタンがわかりにくいいため、クリックしやすいボタンにした方がよいと思います。
関東で検索しましたが、都道府県ごとに並んでいなかったの、逆に検索しにくかったです。何の並び順なんですか？また、全部出ず、次の5件と誘導されましたが、なぜ5件ずつなんですかね？ 県毎に分けたらもっと検索しやすいのと思いました。
PC画面での画面レイアウトが少し見にくく感じた。スマホのページのほうが見やすかった。 検索結果の表示が5件で、「次の5件を表示する」を見落としてしまいそうだった 「上記条件で検索」や「検索フォームに戻る」が行の一部のように見える 検索項目の言葉が患者さんには難しいのではないかと思った。医療者と医療者以外とで検索フォームを変えてもよいのではないかと思った
高齢者には少しフォントが小さくて読めない可能性があると思いました。
検索場面にて、「所在地域」の選択で地方の選択までなっていますが、都道府県まで絞って検索できるとその後の絞り込みがしやすいと感じました。
県単位での検索があれば、もっと便利かなと思いました。
複数選択が出来ないのは不便に感じます
対応部位が複数選択できないため、浮腫の原因が複数あると考えられる場合すべてを選択したが、思い描くリンパ浮腫対応の対応が可能となるか若干不安が残った。
都道府県別に検索できた方がよいかと思いました。自分の施設を確認するまでに時間がかかりました。
タブを複数選択できるとよいと思いました。（地域を少しだけ広く確認したい場合や、浮腫の種類を少し範囲を広げて検索したい場合があります。） 検索に飛ぶボタン、戻るボタンがページのデザインに溶け込んでおり、少しわかりにくいかもしれません。
患者市民が使用する場合は、用語の説明が加わることを望ましい。部位の並べ方も工夫が望ましい
対象部位は複数を同時に選択できると、より使いやすいと思いました
治療区分

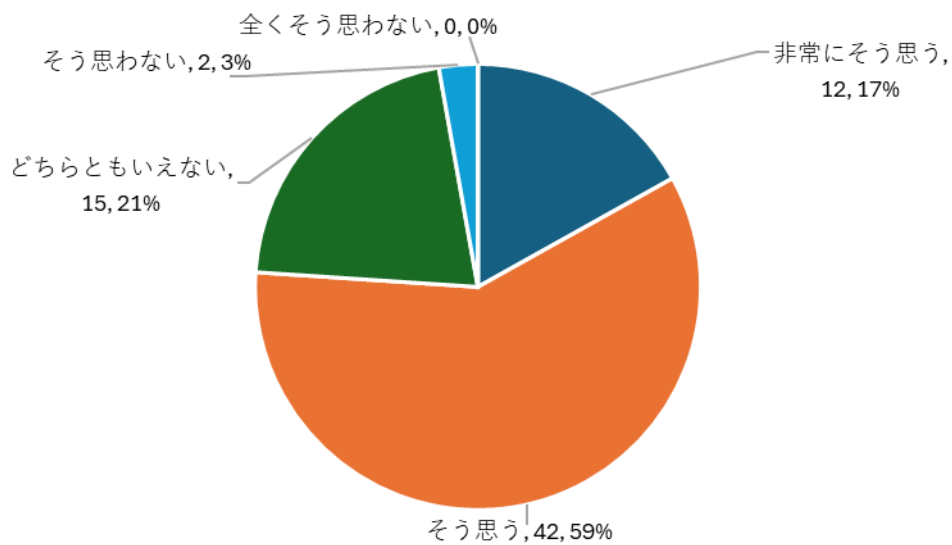
【問 11】 施設のページの説明は理解しやすかったですか



【問 12】 施設詳細ページの情報は適切でしたか



【問 13】 情報の信頼性は高いと感じましたか



【問 14】 もっと詳しく知りたい情報があれば教えてください

複合的治療の内容について、患者の立場として考えると詳しく知りたいですが、医療者側としては出しにくいと感じております。

①（受診）予約可能なかどうか、②待機期間（受診までの期間）はどのくらいなのか、③対応できるセラピストの数など

対応してくれる専門職の情報

診療の曜日、時間がわかるともっと良いかと思います。できれば、自費代金がわかると患者さんにとっては便利かもしれません。

検索した施設に受診や治療を望む場合の手順

リンパドレナージやリハビリが受けられるのかどうか

問い合わせ先が空欄の施設が多かったのが、施設のどこに問い合わせたらいいのか迷う（不安）と思われました。

診療時間やアクセスの情報があるとなおよいと思います。もしくは、可能なら各病院にリンクできてよいと思いました。（リンクはその後の管理が大変かもしれません。）

地方内で地域がバラバラに表出されるので、探しにくく感じました。都道府県単位での表記、整列だとありがたいです。

詳しい情報というよりも以下の情報不備と疑問を感じました。

検索結果では問い合わせ先が最も重要かと思いますが、電話番号の不備を含めてそれが記載されていない施設が多数みられます。また電話番号（代表）は書いてあるが、問い合わせ先（相手）が明記していないのも患者さんにとっては戸惑うばかりと思います。問い合わせ相手と電話番号についてはきちんと整備した方がよいと思います。

また、サイトの使い勝手とは少し違いますが、検索しても紹介受け入れが不可となっている施設が多数あります。これらがどのような意味をもつのかよく理解できません。本サイトで検索を行う患者さんにとっては不可というのはあまり意味をなさないのではないかと感じます。

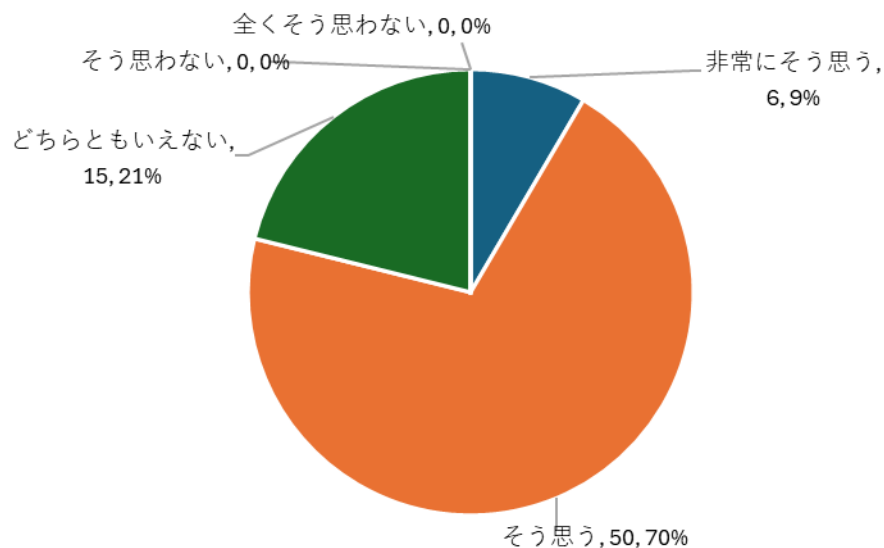
また「診療科による」というのもあいまいで患者さんにとっては非常に困惑するものと思われます。

加えて、九州・沖縄について検索結果が全く表示されませんが、これについては更新と整備を行った方がよいと思います。（*）

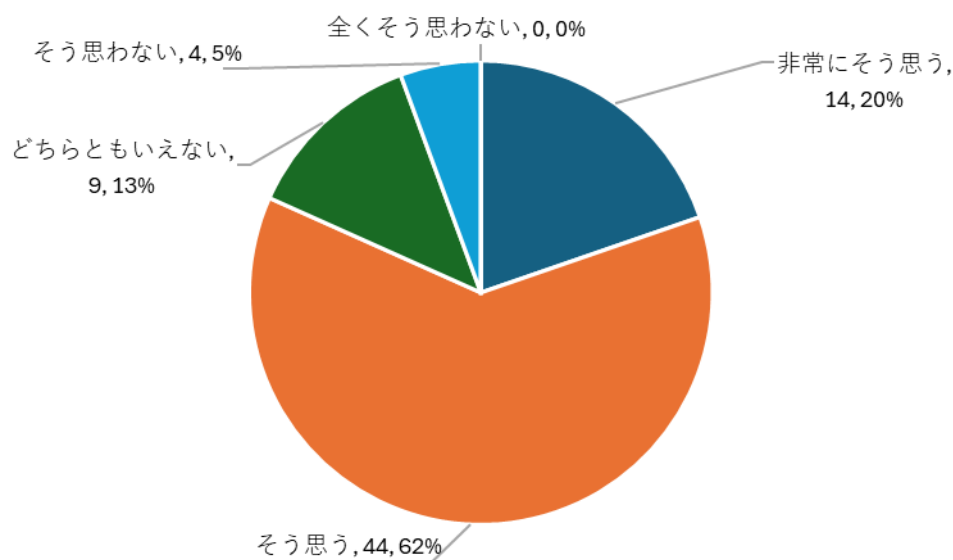
九州沖縄地方は該当する病院が 0 です。実際にはたくさんではないとは思いますが、あります。それらの病院に記載表示希望がなかったという事なのか、基準を満たしていないなどの理由で掲載されていないのか、今後増やしていく予定であるのか分らないのですが、少し引っかかりました。（*）

（*）九州沖縄地方の検索結果が 0 となる件については、システム上の不具合が発覚し修正実施。アンケート 2 日目以降から不具合は解消されている。

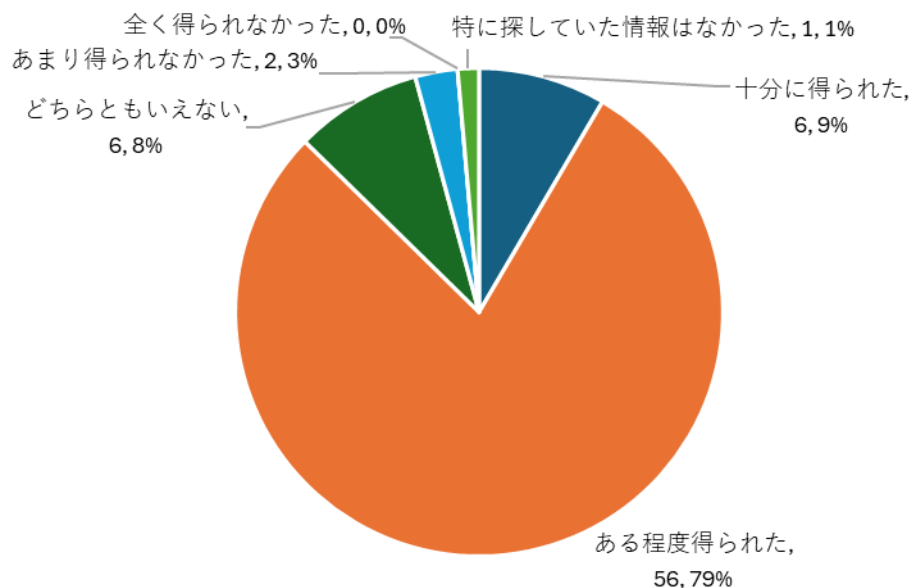
【問 15】 記載されている施設分類（専門性・対応内容）は適切だと感じましたか



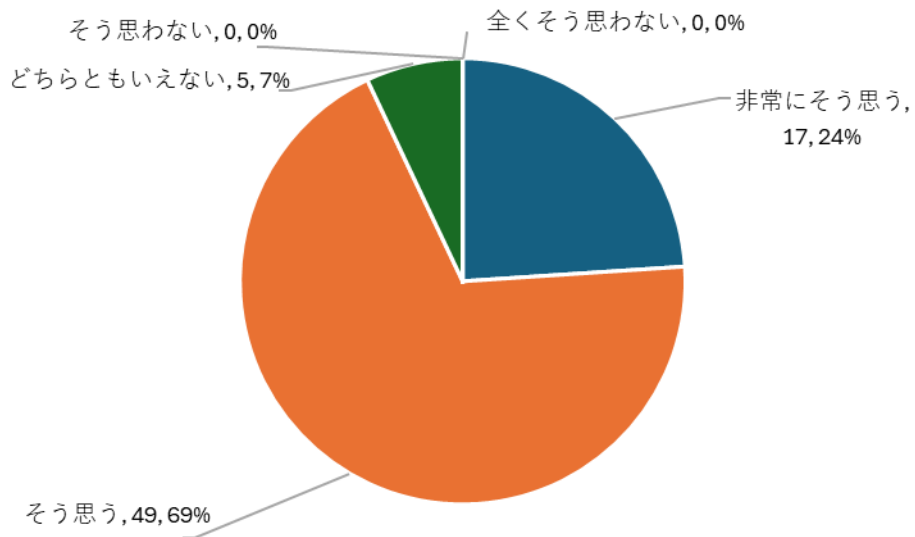
【問 16】 今回ご覧いただいた検索画面（地域・治療内容等の条件選択）を使うことで、受診・相談先を探しやすいと感じましたか



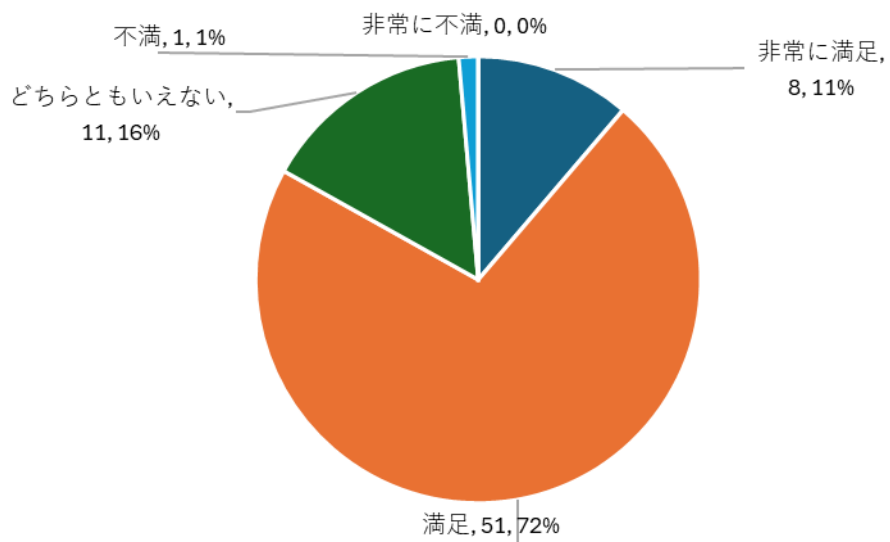
【問 17】 このサイトを閲覧して、必要としていた情報（または知りたかった情報）は得られましたか



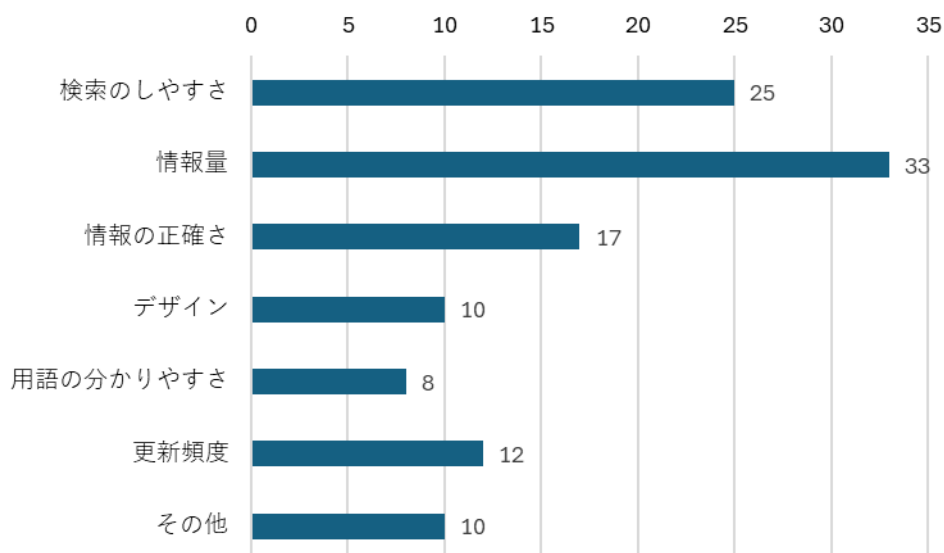
【問 18】 この検索サイトを他の人に勧めたいと思いますか



【問 19】 このサイトの総合満足度を教えてください



【問 20】 改善が必要と感じた点があれば選んでください（複数回答可）

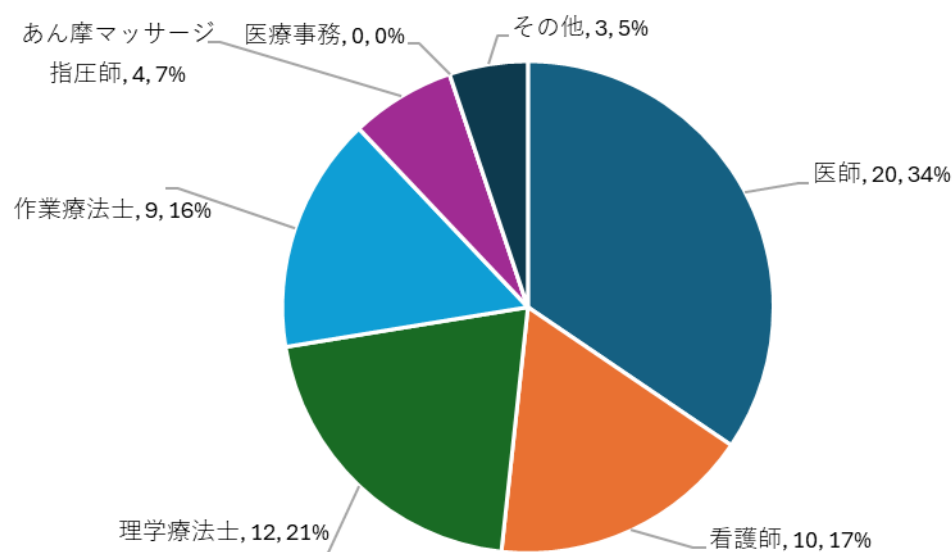


【問 21】 不具合やその他ご意見・ご要望があればご記入ください

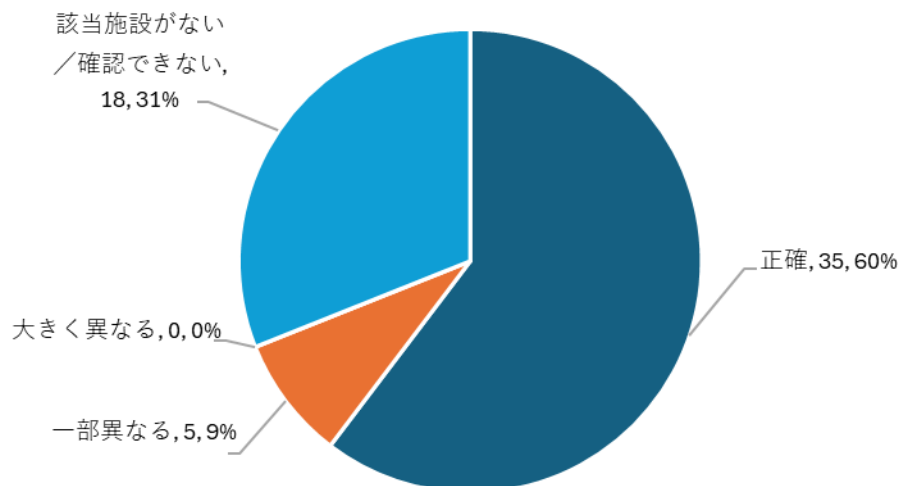
検索後画面において表示件数がデフォルトで 5 件ずつとなっている。10 などもう少し多くても良いのではないか。
施設からのメッセージ（宣伝にならない程度に、その施設の強みや特徴など）があるとよい
検索画面で 5 件ずつで表示が泊まり、「次の 5 件」をクリックする仕様となっていますが、全体像を把握できるまで、毎回クリックするのが手間に感じました。検索結果の表示の仕方として、一旦、病院名の全体像が一覧でき、そこから各病院名をクリックするとそれぞれの病院詳細の情報が閲覧できるような形でも良いのではないかと感じました。
ホームページのマークをクリックするとリンパ浮腫外来のページにとぶと便利ではないかなと思いました。
電話番号が載っていない病院や電話番号に－（ハイフン）がない病院など、統一感がないところが気になりました。
都道府県別に選択できるとよい、検索結果が都道府県別に分かれていた方が見やすいと思いました。 ちなみに、言語聴覚士協会も言語聴覚士を探す同じような検索がありますので、ご参照ください https://www.japanslht.or.jp/shisetsusearch.html
申し訳ありませんが、四国がんセンターリンパ浮腫外来が検索に挙がってきていませんでした。当院では紹介も受けており、外来は保険外診療で施療を行っていて、集中排液や IVR は入院で行っています。追加は可能でしょうか？
検索結果のページでも条件を絞り込めるようにしてほしい

以降の質問は【問 1】の回答が「医療従事者」（58 名）のみ回答

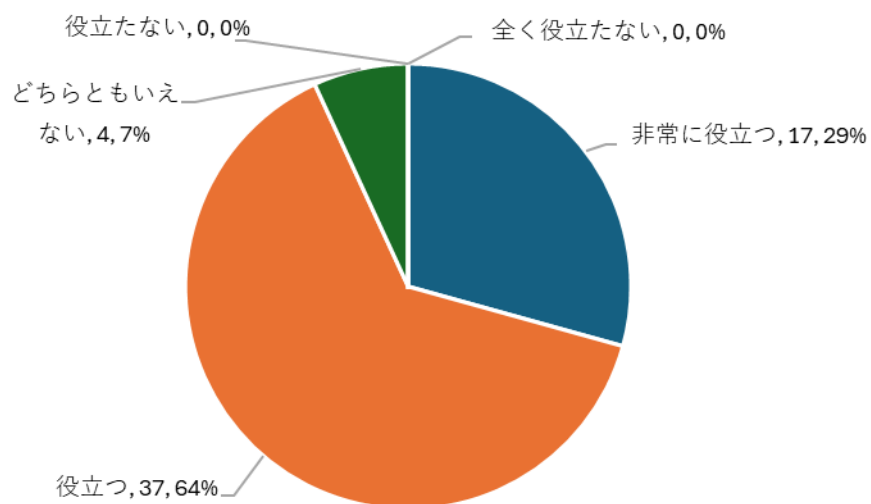
【問 22】 あなたの職種を教えてください



【問 23】 自施設または把握している施設の掲載内容は正確でしたか



【問 24】 今後、外来紹介や地域連携の場面でこのサイトは役立つと思いますか

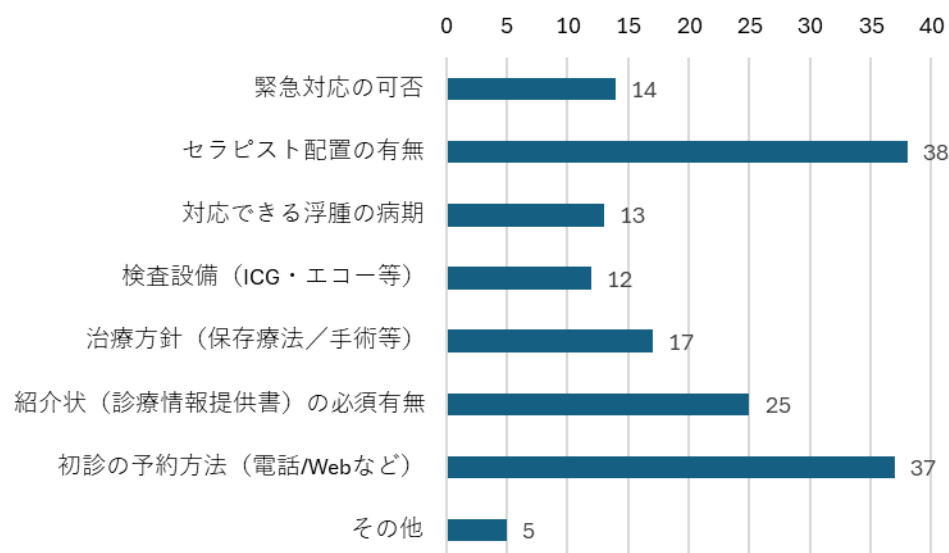


【問 25】 実際にどのような場面で利用した／利用したいと思うか教えてください（自由記述）

患者さんが当院に遠方であること、高齢化や身体状況の悪化などで通院困難となった場合の連携先などを探すときに利用したいです。
紹介先を探す場合。
患者様の他施設紹介の際の参考としたい
がん相談 リンパ浮腫外来
患者さんの引越しなどで、他病院にフォローを依頼する場合に
自分のできる範囲外で患者に紹介したい時
患者さんや卒業生と情報共有しました
全国の訪問看護ステーションに紹介したい

連携施設を探す
患者の自宅近くの紹介先を検索するのに利用したい。また、多施設共同研究を行う際に連携先の検討に利用したい。
患者さんの通院しやすい施設を選択できる。
連携先を探す場合
他院への紹介
当事者からの問い合わせなどに対応できる。
退院した患者様の自宅近くの相談先として提示（紹介）したい。
遠方から当院に入院加療となった方の退院後のフォロー先を探す際に使用したいと思いました。
自施設で完結できる施設にいと使用する機会は少ない。地方から来院している患者さんにより近い施設があるかを探すのに役立ちそう。検索項目も細かく、保険適応外の診療も探せるなど、使い勝手は良いのではと思う。（実務者の意見も含みます）
地元での治療を希望する患者に説明する際に利用します。
患者や利用者から近くにリンパ浮腫のケアをしてくれるところはないか相談を受けることがあるため
患者への情報提供。遠方から通院している患者へ、近隣の施設を紹介する際に利用したい。
患者さまを紹介する際
相談をうけた際の施設案内
どこでリンパ浮腫診療を行っているかという情報は医療者でも分からないケースは多いと思うため、重要なツールになると思う。

【問 26】医療連携の観点から追加してほしい検索項目があれば選んでください（複数回答可）



その他（5件）の詳細

蜂窩織炎などの発症時には、治療可能かどうかなど	1
保険外診療（自費診療）のおおまかな費用。入院治療の詳細（入院期間や治療内容など）。	1
施術時間など	1
がんリハビリテーションの実施状況	1
セラピスト情報	1