



リハニュース No.58

発行：公益社団法人日本リハビリテーション医学会 〒162-0825 東京都新宿区神楽坂6丁目32番3号
Tel 03-5206-6011 Fax 03-5206-6012 ホームページ <http://www.jarm.or.jp/> 年4回1、4、7、10月の15日発行

目次

●特集：リハビリテーション看護..... 1	●専門医会コラム..... 10
脳卒中リハビリテーション看護認定看護師..... 2	●リハ医への期待(18)：医療ソーシャルワーカー..... 11
回復期リハビリテーション看護師..... 3	●2012年度海外研修報告..... 12-13
皮膚・排泄ケア認定看護師..... 4	●2013年度春期・GW医学生セミナー報告..... 14-15
摂食・嚥下障害看護認定看護師..... 5	●医局だより：東北大学病院内部障害リハ科..... 16
●第50回学術集会印象記..... 6-7	●REPORT：第38回日本脳卒中学会、第54回日本神経学会..... 17
●第50回学術集会報告..... 7	●お知らせ、広報委員会より..... 18
●2012年度論文賞受賞者紹介..... 8	広告：医歯薬出版(株)、(株)協同医書出版社、東名ブレース(株)、インターリハ(株)、アステラス製薬(株)
●INFORMATION：関連機器委員会、評価・用語委員会、教育委員会、障害保健福祉委員会、北陸地方会、近畿地方会、中部・東海地方会..... 9	

特集

リハビリテーション看護

日本リハビリテーション医学会広報委員会 森 憲司

はじめに

リハビリテーション（以下、リハ）領域においては、多職種がそれぞれの専門性を活かし、よりレベルの高い治療を提供するためのチーム医療が必要となります。このリハチームには医師、看護師、療法士などのさまざまな専門の職種が参加しますが、特に入院治療でリハを提供する場合には、24時間の入院生活を支える看護師の役割は大変重要になります。そして他の職種にはできない、看護師にしか果たせない専門的な役割があるはずで

す。十数年前までは、どのような領域や部署にも幅広く対応できる看護師が求められていました。しかし最近ではより専門的な知識や技術をもった専門看護師や認定看護師の資格が認められ、看護師においてもさまざまな分野のスペシャリストが誕生しています。そしてリハ領域における専門的な看護師としては、日本看護協会が認定する摂食・嚥下障害看護認定看護師や脳卒中リハ看護認定

看護師、あるいは皮膚・排泄ケア認定看護師などがあります。また約65000床ある回復期リハ病棟で働く看護師を対象に、回復期リハ病棟協会が認定する回復期リハ看護師もあり、実際の臨床場面で活躍しています。

一方では、リハ病棟で働く看護師から、「リハ看護って何をすればいいのかわからない」「療法士は先生と言われて患者さんから感謝されるけど、看護師は感謝されない」「一般病棟の看護とリハ病棟の看護はどこが違うのかわからない」というような声が聞かれるのも事実です。

そこで今回の特集では、リハにおけるチーム医療の要となる看護師に目を向けて、実際にリハ領域で活躍されている看護師の方々に、①それぞれの専門性について、そして②リハ看護師としてのやりがいと魅力、③リハ科医師に対する要望などについてお話を聞きました。

脳卒中リハビリテーション看護認定看護師

地方独立行政法人岐阜県立下呂温泉病院 樋口 貴則

① 脳卒中リハビリテーション看護認定看護師の専門性について

日本看護協会は認定看護師の役割について、

1. 個人、家族及び集団に対して、熟練した看護技術を用いて水準の高い看護を実践する。(実践)
2. 看護実践を通して看護職に対し指導を行う。(指導)
3. 看護職に対しコンサルテーションを行う。(相談)

としている。現在、日本看護協会が特定している認定看護分野は21分野あり、脳卒中リハ看護の認定は2010年に開始され、2013年4月現在290名が登録されている。

脳卒中患者の回復過程は急性期、回復期、維持期に分けられるが、脳卒中リハ看護認定看護師は、それらのどの時期でも活動が必要とされている。

例えば、急性期病院を退院し、回復期病院へ転院、その後在宅で生活する脳卒中患者の看護について、急性期では梗塞・出血の拡大などを予防しつつ、肺炎や褥瘡、拘縮などの合併症を起こさないよう早期離床をめざし、座位バランスの安定、起居動作や立位保持などの基本的な動作が獲得できるよう看護していくことが必要である。ここでの脳卒中リハ看護認定看護師の役割は、患者の状態がそれ以上悪くならないために、重篤化の予防、異常の早期発見ができるよう、スタッフの知識・技術のレベルアップを図る必要がある。また、医師はもちろん、リハスタッフとの情報交換、情報共有ができるよう調整役となる必要がある。現在、私は急性期の病棟で勤務しているが、定期的な勉強会の開催、看護実践を通してスタッフを指導、リハスタッフとの情報共有ができるようミーティングを開催し、ポジショニングや動作介助方法の統一を図れるよう活動している。回復期においてもスタッフへの知識・技術の教育、指導は必要だが、急性期以上にリハに対する知識・技術が重要と考える。患者が基本動作を獲得できるよう、統一した指導、看護を提供できるようにしていきたいと考えている。自施設は回復期病棟があるため、定期的に病棟を訪問し、急性期から回復期への連携をどのようにしていくかを現在模索中である。維持期での活動は、主に患者に関わる訪問看護師など地域のスタッフとの情報交換、再発予防のためにもかかりつけ医との情報交換、症例検討会の開催など、地域の医院や施設、行政との連携が重要になると考える。

私は脳卒中患者の回復過程の様々な時期において、脳卒中リハ看護のコーディネーターができるようになりたいと考えている。まだまだ理想的な活動は行えていないが、脳卒中による障害で苦しむ患者・家族が減るよう、生活の再構築ができるよう、活動を続けていきたい。



看護師、リハスタッフとの共同勉強会



認定看護師 徽章
(日本看護協会 HP より)

② 脳卒中リハ看護認定看護師としてのやりがいと魅力

リハに向かうことができるよう患者の体調、スケジュールなどを整え、日常生活の中に患者のリハを取り入れるなどリハ看護の視点で看護を提供し、その結果、患者の回復の兆しを感じることができた時、患者ができなかったことができるようになったと喜びを分かち合える時が大きなやりがいでもあり、魅力である。それらの魅力が多く看護師にも感じられるよう活動していきたいと考えている。

また、退院された患者が、外来受診日終了後、病棟にまで顔を見せに来てくださる元気な姿を見るのも大きな喜びを感じる。

③ リハ科医師に対する要望

有効なチームアプローチを行うための一つには、互いに円滑なコミュニケーションができることが重要であり、スタッフと何でも言い合えるような医師が理想である。また、患者・家族が何でも相談できるような雰囲気があることも理想である。残念ながらリハ科医の方々との交流がほとんどないのが現状であり、近年活躍の内容はメディアなどでも取り上げられているが、身近でその活躍ぶりを知りたいと感じている。自施設には残念ながら専門のリハ科医は不在であり、ぜひ下呂温泉病院に来ていただき、医師の立場からのリハに対する考えや方法を広めていただきたい。

回復期リハビリテーション看護師

総合大雄会病院 榎林 美咲

私は脳神経外科病棟での勤務が長く、手術搬送・検査・バイタル測定等の多忙な急性期病棟での業務に追われ、じっくり患者と向き合えてこなかった。このことがとても悔やまれ、「早く車椅子に乗せてあげたい」「トイレでの排泄をさせてあげたい」と考えてはいたが、それどころではなかった。介護指導にも十分な時間がとれず、介助量が多ければ在宅復帰は難しく、長期療養型病院に転院をしてもらうしかなかった。そんなとき当院で回復期リハ病棟を立ち上げるという話があり、私の悩みを解決できるのではないかと思い配属を希望した。2003年12月、全病床322床のうち28床（現在は30床）を回復期リハ病棟として開設することとなった。

急性期病棟での看護との違いとは

当初の看護師メンバーは急性期病棟出身の看護師ばかりの総勢11名で始まった。実際に始めてみると病棟運営は生半可な気持ちではできなかった。「リハビリ看護って何？注射も検査も手術もない！」「トイレ介助なら看護補助者でいいんじゃないの？」「認知症の人は連れてこないでほしい」など、仕事の内容が大きく変化することに戸惑い、誰もが不満を訴えた。私は彼女らに看護師の本来の役割である「日常生活が支障なく送れるための援助」の原点に戻り、患者の基本的欲求の援助を徹底するように指導した。看護補助者ではできない、疾患や生活を見据えた看護につなげるように自ら率先して患者さんのトイレ誘導や装具を装着しての歩行訓練を実践して見せた。

① リハ看護で求められる専門性とは

ある嚥下障害を有する患者が、入院途中からリハビリを拒否するようになった。話をよく伺ってみると、「退院したら酒が飲めるとして頑張ってきたのに、妻は退院しても酒は飲ませないと言う。飲めないならリハビリはしたくない」と。妻は片麻痺と飲酒にて歩行時の転倒を心配していた。我々は飲酒による歩行への影響より嚥下機能への影響（誤嚥）を危惧していた。酒でもトロミを付けければ誤嚥を防止できるのか、酔ってしまってもトロミが付けてあれば誤嚥しないのかがポイントと考えた。結局、主治医の当直の日に、酒にトロミを付け飲んでもらった。誤嚥はなく、患者はとても満足し、その晩はぐっすりと眠ることができた。翌日から患者は退院したら酒が飲めることを楽しみにリハビリに励み退院となった。患者がどんな理由でリハ意欲を失っているのかを看護師は見出せないといけない。この患者は唯一酒を飲めることを楽しみにしていたのに、嚥下障害があるというだけでこれを禁じられたことで意欲を失っていた。入院中に飲酒をさせることは一般的にはあり得ない話ではあるが、固定観念にとらわれず、冷静に分析をし、患者・家族のニーズを実現させる可能性を探ることが結果的には患者の意欲や希望につな

がったのではないだろうか。これこそが、回復期リハ病棟で働く看護師として求められる専門性の一つであると思う。看護師は唯一、24時間生活の場で患者と接することができる職種なので、そこで得た情報や患者の想いを家族やセラピストに伝達すると共に、問題点を「プロ」の眼で分析し、チームでの検討が的確に行われるよう、専門性を発揮すべき存在であると考えている。

② 患者の家族関係にまで介入が必要

ある脳卒中患者が装具と杖での自立歩行が可能となり、自宅退院に向けての面談を行った際、突然妻が「この人に帰ってきてもらったら困る！この人の世話はしたくない！」と半狂乱になった。夫から受けてきた仕打ちに対する長年の恨みのためとのことではあったが、ADL能力から考えると在宅で十分生活できる患者であるにもかかわらず、妻の反対で在宅ができないことに私自身納得ができなかった。患者と妻だけでは話が進展せず、またスタッフ間でも意見が分かれた。主治医の意見は「自分の家だから帰る権利がある（在宅強硬突破論）」である一方、看護師やMSWの意見は「家族が受け入れていない状態で帰る方が患者にとっては辛く、食事や洗濯等については妻の援助がなければ生活はできない（在宅断念論）」であった。そこで、別所帯で暮らしている娘に連絡をして介入を依頼した。最終的には娘がマンションを購入し両親と同居し、その準備期間中のみ施設入所ということで、患者・妻・娘・スタッフとも合意し退院となった。在宅復帰に最も必要な条件とはADL能力の程度ではなく、患者とその家族との関係であることを実感した。従って、極めてプライベートな家族関係の問題にまで踏み込むことも必要になる。患者や家族の真の想いを聞き出し、患者がどこで暮らすのが一番幸せなのかを考えることもリハ看護師の仕事のやりがいや魅力である。

③ 認知症は一種の合併症ではあるが

今や認知症患者の回復期リハ病棟での受け入れを断ることが許される時代ではない。高齢者が主たる患者層である以上、認知面に問題のある患者が多く、せん妄状態も含め、暴言や暴力を振るう患者も少なくない。適切な薬物の処方や洗練された対応で効果的なリハ訓練を行うことが、「プロ」に求められる実力であることは言うまでもないが、回復期リハ病棟に転入してくる前に、これら合併症というべき認知症への対応がその時点の病棟の状況から可能であるかリハ科医師と一緒に検討する必要がある。

回復期リハ病棟で働く看護師は皆、全身状態の管理をするだけでなく、常に生活の再構築を意識する必要があり、さらに多職種で取り組むチーム医療の中核を担っていくという重要な役割がある。

皮膚・排泄ケア認定看護師

東京慈恵会医科大学付属病院看護部 二宮 友子

① 皮膚・排泄ケア認定看護師の専門領域について

日本看護協会が看護師認定制度を発足させた1997年、専門分野は救急看護と皮膚・排泄ケアの2分野のみであった。当時の名称は、専門領域の頭文字をとった「WOC看護認定看護師（Wound創傷ケア・Ostomyストーマケア・Continenace失禁ケア）」という名称であった。その後、一般の患者にも分かりやすくという目的で、皮膚・排泄ケアという名称に変更されている。それまでにWOCナース（ウォックナース）の呼び名が、医療機関で定着していたため、現在は、両方の呼び名が通用している。



皮膚・排泄ケア認定看護師（以下WOCN）の活動において、皮膚の解剖生理の理解ははずせない。そこに、ストーマケアの専門的知識が加わり、ひいては消化液や排泄物で汚染される皮膚のトラブルに活用できる。さらにその創傷治療過程の理解を褥瘡のケアに応用することになる。褥瘡には、血流の回復をはじめ、治癒を促す被覆剤の選択や外用剤の使用方法が重要である。そして、褥瘡の治癒促進には失禁が大きく影響を及ぼすため、失禁の管理にも関わることとなる。また、消化器ストーマ造設後に、排尿障害を伴うこともあるため、このW・O・Cの3領域は、ばらばらではなく密接に関係している。現在、この15年あまりに人口の高齢化が一気に進み、褥瘡対策と失禁ケアの重要性が増した。また、糖尿病や透析患者に伴う下腿潰瘍、フットケアといった領域まで専門領域としてコンサルテーションを受ける状況となっている。

皮膚・排泄ケア認定看護師（以下WOCN）の活動において、皮膚の解剖生理の理解ははずせない。そこに、ストーマケアの専門的知識が加わり、ひいては消化液や排泄物で汚染される皮膚のトラブルに活用できる。さらにその創傷治療過程の理解を褥瘡のケアに応用することになる。褥瘡には、血流の回復をはじめ、治癒を促す被覆剤の選択や外用剤の使用方法が重要である。そして、褥瘡の治癒促進には失禁が大きく影響を及ぼすため、失禁の管理にも関わることとなる。また、消化器ストーマ造設後に、排尿障害を伴うこともあるため、このW・O・Cの3領域は、ばらばらではなく密接に関係している。現在、この15年あまりに人口の高齢化が一気に進み、褥瘡対策と失禁ケアの重要性が増した。また、糖尿病や透析患者に伴う下腿潰瘍、フットケアといった領域まで専門領域としてコンサルテーションを受ける状況となっている。

② WOCNの専門性とやりがい

WOCNがリハビリに関わるのは、主に褥瘡予防やできてしまった褥瘡の治癒を促す場面である。スタッフナースからのコンサルテーションの内容は、予防技術や創傷被覆剤の選択、体圧分散マットの選択などがほとんどである。そのことに関してスタッフへの指導も行うが、もう一方の側面として重要なのは、患者が褥瘡のことをどのように理解しているかということである。

一般の方は、寝たきりの人に床ずれができるという認識であるため、「ギャッジアップして食事や洗面ができる」「トイレ歩行だけはなんとかできる」レベルの自立度は、患者が描く“寝たきり”ではない。ベッドサイドで患者さんから情報

を取ると、「数日前から痛かった」「下着に汁が付いていたけどなんだろうと思っていた」「これ、床ずれ



なんですか」と驚かれることもしばしばである。患者さんの転倒時に「自分は転ばないと思っていた」と同様、患者は自分に褥瘡ができるとは思っていない。

私が実践として行うのは、実際の患者の皮膚や創を診察し、褥瘡の深達度と骨突起部のどの方向に創があるかをアセスメントすることである。そしてその部位が圧迫を受ける体位や時間の情報から、場合によっては、患者に自分の骨突起部を触ってもらうなどして、“毛細血管が圧迫により閉塞し、皮膚への血流が途絶えることで皮膚が病んでいく”イメージを持たせる。「同じ姿勢で床ずれになる」や「血行不足」という表現よりさらに具体的に、“毛細血管から栄養を補給されている皮膚”を像としてイメージできる表現を心がけている。つまり、WOCNとして活動するとき大切にしていることは、今起きていることや、看護師が行うケア意味や目的のイメージを、患者の頭に像として描かせ、患者が治療に参画でき、自分で努力できることが明確になるようサポートすることではないかと考える。それが、寝返りをうつということでもあれば、場合によっては、栄養摂取や確実な内服、便が出たらすぐに教える、ということでもある。自らが考えて行動でできれば、しめたものである。

急性期の患者には、褥瘡予防の高機能エアマットは欠かせない。しかし、慢性期で意識レベルがある患者さんには「沈んで動きづらい」と言われることもよくある。そこで、患者の希望でウレタンマットに変えてしまったら、仙骨下部や尾骨部の褥瘡を発生させることに繋がる場合がある。臀部にかかる体圧は、ギャッジアップすればするほど、ずれが生じ上半身の体重が尾骨へかかる。エアマットであれば、体圧の変化に応じて圧を自動調整することができる。リハビリか褥瘡予防かのどちらをとるかではなく、両方を可能にするために、最近のエアマットはリハモード、背上げモードなど場面ごとに調整することができるものが多い。使いこなすだけの看護師の知識も追いついていない可能性もあるため、施設の褥瘡対策チームと情報共有していただき、資源を有効活用できたらよい。また、ウレタンマットに変更した場合でも、患者指導によって、褥瘡発生リスクとリハ効果を理解し、自らの体圧分散ができるよう褥瘡チームや看護師が関わることも必要だと考える。

摂食・嚥下障害看護認定看護師

独立行政法人国立病院機構千葉医療センター 飯原 由貴子

① 摂食・嚥下障害看護認定看護師の専門性について

私は2008年に摂食・嚥下障害看護認定看護師の資格を取得し、今年で5年目になる。当初勤務していた総合病院では院内における摂食・嚥下のコンサルテーションの大半を受け、週2日の活動日の中で依頼を受けた全ての患者を回診しスクリーニングを実施した。そしてその評価とリハ科医師による嚥下内視鏡・嚥下造影検査の評価結果に基づき、リハ科医師・言語聴覚士・管理栄養士・認定看護師・各病棟看護師にて定期的な摂食・嚥下カンファレンスを行い患者の方針を話し合ったり、また言語聴覚士と協働しながら間接訓練・直接訓練等の嚥下訓練を進めるなど、院内を横断的に活動し摂食・嚥下障害患者のフォローを行っていた。(写真1、2)

またその後勤務していた回復期病院では院内を横断的に活動することは勤務上困難であったため、所属病棟における看護の質向上を目指し、言語聴覚士と相談しながら嚥下訓練メニュー表を作成しスタッフへの指導や勉強会を行ったり、また間接訓練チェックシートを作成し嚥下訓練の際に活用することで患者の日々の変化をスタッフが捉えやすいようにした。

② リハ看護師としてのやりがいと魅力

リハ看護において私が常に目標としていることは、患者の生活そのものに焦点を当て、「残存機能を最大限に活用した自立援助」と「生活の再構築」という2点である。そのため私たちは、看護の視点で患者を捉え、看護専門職としての知識と技術を用いて十分なリスク管理を行いながら安全で確実な訓練を積み重ねていくことや、早期離床を心掛け、覚醒の促しとADL拡大をはかっていくことが大切なのである。そしてリハの開始は、命の危機を脱し症状が安定した時期からではなく、誤嚥性肺炎や廃用性機能低下の防止、意識レベル改善を目的とした口腔ケアや口腔リハの実施や、臥位におけるポジショニングの調整や離床の促しなど、原疾患急性期から摂食・嚥下リハ看護は始まっており、看護師の担う役割は大きいものと考えている。

さらに看護師は24時間療養上の世話として患者の一番身近な存在であるからこそ、例えば口腔ケアの際に嚥下反射がみられるようになったとか、発声が力強くなった、ブクブク嗽いができるようになったなど、日々のケアを行う中で常に患者に関心を持つことにより、日常生活動作や身体機能面における細かな変化を把握することができる。私は、たとえ小さな変化であっても、患者の良くなる変化をキャッチすることができたときが何よりも嬉しく、それを訓練や援助につなげていくことが更なる患者の良くなる変化につながっていく。少しずつではあるがこの小さな1歩ずつの変化を確実にとらえ、アプローチを繰り返していくことが、生活再構築に



写真1 嚥下カンファレンス



写真2 リハ科医師とともに病棟での直接訓練

向けた日常生活の中での自立支援であり、リハ看護の魅力であり、私にとってのやりがいにつながっているのである。

③ リハ科医師に対する要望

最後にリハ科医師に対する要望として、まず患者が訓練に取り組める環境として、確実な全身管理をお願いしたい。特に多くの合併症を有する高齢患者においては、その合併症の顕在化によって訓練を継続することが困難になるケースが少なくないからである。またゴール設定においても、リハ医療の最終責任者、チームリーダーとして、チームメンバーの評価を踏まえつつ、患者の障害の経時的な評価とリスクをもとに、ゴール設定や治療方針を決定する役割をはたしていただきたいと考える。

参考文献：

- 1) 奥宮暁子、石川ふみよ：リハビリテーション看護。学研、2004
- 2) 安部篤子、奥宮暁子：生活の再構築を必要とする人の看護Ⅰ。中央法規、2002
- 3) 浅田美江、他：摂食・嚥下障害患者の“食べたい”を支える看護。臨床看護 臨時増刊号35巻4号、2009

第50回日本リハビリテーション医学会学術集会

印象記 — 記憶に残る学術集会

産業医科大学若松病院リハビリテーション科 佐伯 覚

2013年6月13日(木)～15日(土)まで、第50回本医学会学術集会が“**こころと科学の調和—リハ医学が築いてきたもの—**”をメインテーマに開催された。大会長は本医学会理事長の水間正澄先生(昭和大学リハビリテーション医学講座教授)である(写真1)。本医学会創立50周年にもあたり学術集会にあわせて様々な企画や記念事業が開催された。一般演題数は700を超え、会場が交通至便な都内の東京国際フォーラムであったことより、多数の参加者で会場によっては立ち見も出るなど大盛況であった(写真2、3)。会期中台風3号の接近が懸念されたが、大きな影響はなかった。数多くの興味深いプログラムがあったが、すべてに参加できなかったのが残念であった。小生が出席したプログラム、特に50周年記念関連企画を中心に報告したい。

翌週に北京で開催されるISPRM2013に関連して、多数の海外の関係者が来日され、多くのInternational symposiumや講演が行われ、例年になく国際色豊かな学術集会となった。中国、韓国、タイ、モンゴルなど東アジア諸国の先生方の講演の内容は、わが国のリハビリテーションの国際的な連携を進める上でも貴重であった。

初日午後、プレナリー講演“歴史を語る”として、水間先生による会長講演、続いて元理事長の米本恭三先生、江藤文夫両先生の講演があった(写真4)。50周年記念講演として、韓国のHan先生、元理事長千野直一先生



写真1 記念式典で挨拶をされる水間大会長(理事長)

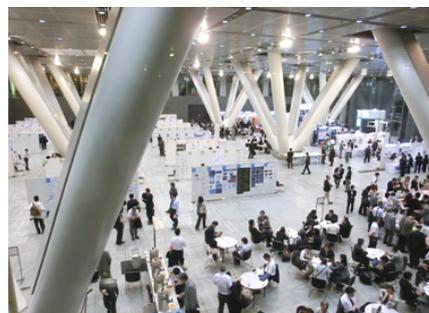


写真3 ポスター会場風景



写真2 シンポジウム風景



写真4 プレナリー講演で講演をされる米本先生

による講演があり、未来へ向けたメッセージがあった。夕方より国内外の来賓をお招きして“設立50周年記念式典”が開催された。才藤栄一副理事長の司会のもと、粛々と会は進行した(写真1)。下村文部科学大臣、高久日本医学会会長、岩本日整会理事長の錚々たる来賓の挨拶があり、来日されたDeLisa先生の挨拶では、わが国のリハの歴史やリハ関係者との友情に関してウィットに富んだお話をされ会場に笑いが起こった(写真5)。式典終了後、関係者はパレスホテル東京に移動し、“設立50周年記念祝賀会”に出席した。出江紳一副理事長の司会で、椿原彰夫副理事長の開会挨拶、厚労省

原医政局長、中国のLi教授、横倉日本医師会会長の来賓挨拶があり、千野先生による乾杯のご発声により懇談が進んだ(写真6)。和洋楽器ジョイントでの生演奏もあり、終始和やかな雰囲気であった。

2日目の特別企画として上田敏先生による“記念すべき1963年—日本リハ医学会設立をめぐって”の講演があった(写真7)。設立当時、内科系医師の集まり、整形外科系医師の集まりが各々リハの学会を設立しようとしていた中で、先達の先生方が努力され現在のリハ医学会につながる道筋があったことなどドラマチックな内容で、会場はまるで当時にタイムスリップし

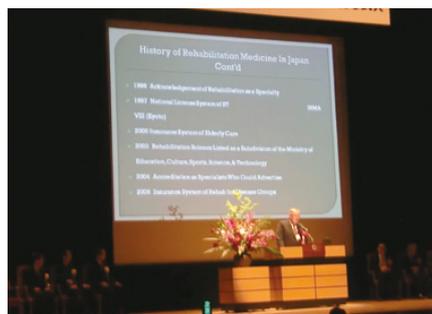


写真5 記念式典で挨拶をされるDeLisa先生



写真6 記念祝賀会で乾杯のご発声をされる千野先生



写真7 特別企画で講演される上田先生

たような雰囲気にも包まれた。この講演は後世に語り継ぐべき内容であり、ドキュメンタリーとして残してほしいと思った次第である。

シンポジウムや一般演題の内容はリハ医学の最新の知見が報告される一方、本学術集会のテーマである“こころ”の部分については、岡本五十雄先生

の教育講演“障害受容－脳卒中患者のこころのうち”が大変印象深かった。わが国の文化背景や日本語の特性から、脳卒中症例の障害受容のプロセスを詳細にひもとき、真摯に障害を持った患者さんに向きあう岡本先生の姿勢が良く伝わってきた。

第50回という節目で“記憶に残る”

学術集会となった。通常の学術集会プログラムと50周年関連企画がうまく調和し、内容の極めて濃い学術集会であった……しかし運営側からすれば、とてつもなく大変であったに違いない。会長の水間先生、事務局を担当された川手先生、笠井先生、昭和大学医局の先生方、本当にお疲れ様でした。

第50回学術集会 ▶ 報告

学術集会幹事 川手 信行

去る6月13日(木)～15日(土)の3日間にわたって東京国際フォーラムにおきまして、第50回学術集会を運営させていただきました。本会開催に際しましては、諸先生方をはじめ多くの方々の格別のご高配を賜り、お陰をもちまして、3600名を超える参加者、700題近い演題・発表があり、有意義かつ活発な討論のもと、盛会裏に全プログラムを終了することができました。ご参加いただきました諸先生方に心よりお礼申し上げます。

今回は日本リハ医学会が設立してから第50回を迎える記念大会であり、従来の学術集会プログラムの他に50周年記念企画シンポジウムや記念特別講演、また諸外国で活躍されている多くのリハ科専門医の先生方をお招きしての国際シンポジウム、講演を開催するとともに、初日には設立50周年記念式典も挙行政され、国内外からの来賓の先生方に御祝辞を頂戴いたしました。

初日より、多くの先生方にご参加いただき、各セッション会場やフロアから熱心な討論の声が聞こえてまいりました。今回のテーマは『**こころと科学の調和－リハ医学が築いてきたもの**』を掲げました。これは、リハ医学は医学の一分野でありサイエンスであることには異論がないことですが、リハを担う医療人が常に抱えている「こころ(リハビリマインド)」とサイエンスとの調和こそ、これまでリハ医学が築いてきたものであり、これからの医学の発展に重要なことと考えたからです。日本リハ医学会が構築してきた50年の歴史を振り返ることができ、また次の50年へ向けてのかけ橋となる学術集会として、参



運営委員・実行委員一同

加された諸先生方の一人ひとりの胸に刻むことができたとしたら幸いです。

なお、学術集会の運営に関しましては、私ども昭和大学医学部リハ医学講座の医局員・同門会(端坐会)員が誠心誠意、つとめさせていただきました。しかし、行き届かない面も多々あったかと存じますが、何卒ご容赦いただきたく存じます。

来年は、才藤栄一会長(藤田保健衛生大学)のもと2014年6月5日～7日、第51回学術集会が名古屋国際会議場で開催される予定です。

JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION 別冊

地域リハビリテーション くらしを支える医療の実践

水間 正澄 (昭和大学医学部リハビリテーション医学講座教授) 編

◆ B5判 240頁 定価 4,620円 (本体4,400円税5%)

■ 本書のおもな特徴

- 本書は地域リハを実践するために求められる知識、技能、さらには取組む姿勢(考え方)などをまとめた臨床ですぐに役立つ内容となっている。
- 地域リハに取り組むリハスタッフはもちろん、在宅医療の一般医家がリハ医療を幅広く学ぶことのできる実践書となっている。

地域リハの
最新情報が満載!!



医歯薬出版株式会社

〒113-8612 東京都文京区本駒込1-7-10 TEL.03-5395-7610 FAX.03-5395-7611
<http://www.ishiyaku.co.jp/>

2012年度 論文賞受賞者紹介

最優秀論文賞 細見 雅史

兵庫医科大学リハビリテーション部
(現:医療法人榮昌会吉田病院神経内科)



【お詫びと訂正】49巻1号掲載の細見氏らの論文題名に誤りがありましたので、訂正した題名を掲載し、関係者各位にお詫びいたします。

このたび、最優秀論文賞という栄誉ある賞をいただき、身に余る光栄です。日頃の臨床の成果を評価していただき、大変うれしく思っております。

本論文は、兵庫医科大学リハビリテーション部が取り組んでまいりました多施設多数例におけるCI療法の臨床データを解析したものです。多数例でCI療法の有効性を示した論文は海外の報告のみであるため、本邦ではあまり馴染みのない機能評価方法を用いた論文が目立ちます。そこで、我々は、簡易上肢機能検査法(STEF)を用いてCI療法の効果を確認するとともに、一般的な臨床現場で収集可能な情報の中に、効果予測因子が存在するのかを検証しました。また、本論文で示しました訓練方法につきましても、本邦の医療現場に配慮したプログラムとなっており、この論文がCI療法の更なる理解の一助になれば幸いです。

今後も、微力ながらリハ医学のお役に立てるように、日々研鑽を積みしたいと思います。最後に、この紙面をお借りして、論文作成にあたりご指導していただきました道免和久教授をはじめ、関係者の方々に厚く御礼申し上げます。

略歴: 2002年鳥取大学医学部医学科卒業。同年より神戸大学医学部附属病院老年内科および関連病院にて内科研修。2004年より兵庫県立尼崎病院神経内科、2007年より神戸大学医学部附属病院老年内科、2008年4月より兵庫医科大学リハビリテーション部を経て2012年4月より現職。

最優秀論文

種別: 原著

著者名: 細見 雅史、島田 憲二、松本 憲二、竹林 崇、丸本 浩平、道免 和久

題名: Constraint-induced movement therapy (CI療法) の効果と効果予測因子—簡易上肢機能検査(STEF)を用いた多数例による検討—

掲載号: Jpn J Rehabil Med 2012; 49(1): 23-30

優秀論文賞 鶴見 一恵

東大宮総合病院リハビリテーション科



優秀論文賞をいただき、大変光栄です。まだ臨床経験が浅い上に、初めて本学会誌に投稿した論文でしたので、まさか受賞するとは夢にも思いませんでした。

本論文を執筆した当時、頸髄損傷の患者さんを担当していく上で、頸髄損傷に関する文献を読みあさっていたのですが、退院先に関して、特に回復期でのデータが少ないことに気がきました。今までの症例の蓄積もあり、これらのデータから何か導き出せないか、と思い解析を開始した次第です。データ集計・解析について、かなり悪戦苦闘したのですが、なんとか形のある結果を出すことができました。本論文の結果・考察につき、不十分な点も多いかと思いますが、頸髄損傷の患者さんに関わる方々の一助となれば幸いです。

これからは頸髄損傷を始め、リハを必要としている患者さんのためにも精進していきたいと考えております。

最後に、本論文のご指導を賜りました伊佐地隆先生、江口清先生を始めとする各先生方、貴重な症例を提供して下さったスタッフの皆様にも厚く御礼申し上げます。

略歴: 2007年筑波大学医学専門学群卒業後、土浦協同病院にて初期臨床研修了し、2009年筑波大学リハビリテーション科入局。同大学病院、関連病院での勤務を経て、2013年4月より、東大宮総合病院リハビリテーション科に勤務。

優秀論文

種別: 原著

著者名: 鶴見 一恵、伊佐地 隆、大仲 功一

題名: 頸髄損傷患者の自宅退院に影響する因子の多面的分析

掲載号: Jpn J Rehabil Med 2012; 49(10): 726-733

奨励論文賞 相良 亜木子

滋賀県立成人病センター
リハビリテーション科
(現:淀川キリスト教病院リハビリテーション科)



このたびの奨励論文賞の授賞に、驚くとともに、大変光栄に存じます。

それまで脳卒中や運動器疾患への関わりが主であった私のリハビリテーション科研修において、滋賀県立成人病センター赴任後のがん診療へ関わりは、当初は戸惑いもありました。しかし、がん患者にリハ医として関われば、何も「がん」だから特別ということではなく、その疾患をもつ患者について、治療、予後、機能、環境などを総じてリハ医の視点で診ることが大切であると感じられました。その積み重ねをこのように報告することで、ますます重要となるがん診療にリハ医として少しでも貢献できればうれしく、また私自身もさらに取り組んでいきたいと思っております。

ご指導いただきました川上寿一先生・中馬孝容先生や(故)藤原誠先生、また兵庫医科大学リハビリテーション医学教室の道免和久教授・医局員の皆様、そして、ともに学び、悩みながら日々の診療にあたった滋賀県立成人病センター・リハビリテーションセンターの療士の方々に改めて御礼申し上げます。

略歴: 2002年京都府立医科大学卒業。2006年より箕面市立病院にてリハビリテーション科研修を開始。2007年兵庫医科大学リハビリテーション医学教室入局。関西リハビリテーション病院、滋賀県立成人病センター、兵庫医科大学ささやま医療センターに勤務後、2012年より淀川キリスト教病院に勤務。

奨励論文

種別: 原著

著者名: 相良 亜木子、川上 寿一、中馬 孝容、新里 修一、道免 和久

題名: がん診療連携拠点病院からみるがんのリハビリテーションの課題

掲載号: Jpn J Rehabil Med 2012; 49(6): 313-320

＜関連機器委員会＞

関連機器委員会では、正しい情報を公開する責務があると考え、関連機器のデータベース作成に取り組んでおります。その前段階として、JISやISOの分類を元にして、機器の検索が行いやすいようにする目的で作成した関連機器分類試案に対して、学会HPの掲示板を通じて、2013年1月末までパブリックコメントを募集しました。学会会員の先生方から頂いたご意見を委員会にて検討しましたので、その結果を前回の委員会だよりに引き続きお伝えいたします。

（ご意見4）物理療法機器に「光線療法機器」を加えてはどうか？

（回答）ご指摘の通り、中分類「物理療法機器」の中に「光線療法機器」を加えます。

（ご意見5）ストレッチャーは「手押し型車椅子」でよいか。

（回答）審議の結果、ストレッチャーは小分類「手押し型車椅子」として扱う方針にしました。

（ご意見6）「補装具」という大分類がありますが、本来的に補装具は行政用語なので、障害者自立支援法の対象となる義肢装具等のみを指すものです。保険作製のものやロボットなども含まれるのであれば、今回の分類の用語としてはふさわしくないのではないかと？

（回答）「補装具・福祉機器」の中の大分類「補装具」について審議の結果、名称を「補装具等」に変更することになりましたが、さらによい名称があれば採用を検討いたします。

（委員長 高橋 紀代）

＜評価・用語委員会＞

Web版リハ用語辞典をご活用ください。

Web版リハ用語辞典は、収載用語約7700語のうち専門医・認定臨床医の皆様のご協力によって現在まで約760語までに用語解説が執筆され（鉛筆マークのある用語）、会員の皆様に閲覧できるようになっています。

この用語解説は、「リハ医学の進歩に合わせ、リハ医学用語を適切なものとし、会員に資するためにWeb上で閲覧できるようにしたもの」であり、皆様の協力によってリハ医学に必要な用語解説が集積されつつあります。いわば、日本リハ医学会の英知の結晶になるように進めているわけです。是非とも、まずWeb版リハ用語辞典をご覧ください。そして鉛筆マークのついている用語の解説を読んでみてください。

また、今年度は50周年記念企画の一環として、Web版リハ用語辞典の患者・家族向け解説を一般の方にも閲覧できるように準備を進めております。リハ用語がやさしい言葉で正確に理解され、社会全体にリハの啓発が進むことを目的としております。

最後になりますが、最近用語解説の投稿が少なくなってきました。是非とも専門医・認定臨床医の皆様には、社会啓発を進めるうえでもリハ用語解説の執筆にご協力ください。1用語の解説につき5単位を認定しております。よろしく願いいたします。

（委員長 太田 喜久夫）

＜教育委員会＞

「医療倫理・安全に関する講習会」が新たに整備される予定の新専門医制度における専門医試験受験および資格更新に必須となりました。この講習会は当面、年次学術集会および専門医会学術集会で開催する予定です。

生涯教育研修に関しては、新専門医制度に対応した付与単位の見直しを開始しています。

これまで2回開催した「一般医家に役立つリハ医療研修会」は、今後地方会主催で開催していく予定です。

病態別リハ医学研修会は7月に「骨関節障害」を開催いたしました。今後、10月に「神経系障害」、2014年2月に「内部障害」を開催する予定です。学会HPの他、学会誌やメルマガでもご案内しています。研修会への参加が難しい方は、学会HP>会誌(JJRM)・刊行物>その他刊行物の一番下にあります『病態別実践リハビリテーション医学研修会』DVDの利用もご検討ください。

2017年度からの運用開始が予定されている新専門医制度に向けて、研修プログラム記載フォーマット、研修モデルプログラム、研修プログラム整備指針等の準備を進めています。11月末頃を目処に各研修施設から研修プログラム案を提出していただくことになる予定です。必要な情報は随時お知らせしていく予定です。

（委員長 羽田 康司）

＜障害保健福祉委員会＞

「難病患者等が障害者総合支援法の対象となりました」

今般の障害者総合支援法において、難病患者等が新たに福祉サービスの対象となりました。対象者は「治療方法が確立していない疾病その他の特殊の疾病であって政令で定めるものによる障害の程度が厚生労働大臣が定める程度である」障害児或いは障害者で、疾患名としては旧難病患者等日常生活用具給付事業における130が挙げられています (<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002t9fj-att/2r9852000002t9jm.pdf>)。

対象疾患に該当し「厚生労働大臣が定める程度（法施行令別表に掲げる特殊の疾病による障害により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける程度）」にあたる場合、サービス支給対象となりますが、サービス内容によっては更に障害程度区分（2014年度よりは同支援区分）が考慮されます。障害程度区分（同支援区分）についての医師意見書記載の手引きが厚労省HPにアップされていますのでご参照ください (http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougai-shahukushi/hani/dl/index-03.pdf)。 （委員長 正岡 悟）

＜北陸地方会だより＞

次回の第34回日本リハ医学会北陸地方会を、2013年9月7日（土）、ホテル金沢にて開催いたします。教育研修講演として、慶應義塾大学整形外科・中村雅也先生による「脊髄再生研究の現状と展望—脊髄再生を中心に—」では、iPS細胞を含めた幹細胞移植など脊髄再生研究のトピックスをお話ししていただきます。続いて、東京慈恵会医科大学リハビリテーション科・小林一成先生による「機能予測とリハビリテーション」では、あらためてリハビリテーションにおける機能予測の重要性についてお話ししていただきます。どちらも非常に有意義な講演と思われるので、多くの皆様のご参加をよろしくお願い申し上げます。

一般演題の締め切りは8月2日（金）です。毎回、様々な領域の発表があり、活発な討議が繰り広げられております。今回も盛会となることを期待しております。 （事務局幹事 中川 敬夫）

＜近畿地方会だより＞

2013年3月9日（土）、神戸市・生田文化会館にて第34回日本リハ医学会近畿地方会学術集会が開催されました。口演発表は13演題の登録があり、どの演題も充実した内容であり、活発な質疑応答がありました。教育講演では、国立循環器病研究センター脳神経内科部長の長束一行先生におかれましては、「脳卒中地域連携と脳卒中ノート」について、兵庫医療大学リハビリテーション学部教授・大学院医療科学研究科長の野崎園子先生におかれましては、「神経筋疾患の摂食嚥下障害（対策と最近の話題）」について、神戸大学大学院保健学研究科リハビリテーション科学領域准教授の三浦靖史先生におかれましては、「最新リウマチ治療戦略とリハビリテーション」についてご講演いただきました。いずれにおきましても、わかりやすくご教授いただき、今後のリハ医療に参考になるものばかりでした。講師の先生方はもとより、座長の労をおとりくださった先生方、参加してくださった会員の皆様に心より感謝を申し上げます。 （第34回近畿地方会学術集会担当幹事 逢坂 悟郎）

＜中部・東海地方会だより＞

中部・東海地方会では、第33回地方会学術集会と専門医・認定臨床医生涯教育研修会を2013年8月31日（土）エーザイ名古屋コミュニケーションオフィス6階ホール（名古屋市中区東2-13-23：例年の会場とは異なります）にて開催致します。研修会は渡邊修先生（東京慈恵会医科大学附属第三病院）に「認知リハビリテーションのエビデンス」を、上月正博先生（東北大学大学院医学系研究科機能医科学講座内部障害学分野）に「災害リハビリテーション：来るべき大震災にどのように備えるか？」をご講演いただきます。ご参加のほど、よろしく申し上げます。学会ならびに専門医・認定臨床医生涯教育研究会の詳細は中部・東海地方会のHP (<http://www.fujita-hu.ac.jp/~rehabmed/chubutokai/>) をご覧ください。 （代表幹事 近藤 和泉）

専門医会コラム

ポストポリオ症候群(PPS)の現状とポストポリオSIG

ポストポリオ症候群 (Post-polio syndrome, PPS) は、麻痺性ポリオ罹患後、25～40年経過後に緩徐に起こりうる新たな筋力低下、筋肉痛、筋萎縮、易疲労感等を起こす症候群です。本邦では1950～60年のポリオ大流行から50年以上が経ち、多くのポリオ経験者がPPS症状を自覚されるようになってきました。そしてポリオ経験者の高齢化に伴い、医療機関を受診される機会が増えています。しかし、PPSの概念や診断基準は、リハ科専門医、神経内科専門医以外の医療関係者に浸透しているとは言えず、多くの医師、療士がPPSの診断、対応に苦慮している現状があります。代償能力で長年維持されてきた微妙なバランスが崩れつつあるなかで、装具をどうするか、ライフスタイルをいかに維持あるいは変更するかというような問題に対し、アドバイスできる専門家は限られています。

ポリオ経験者の多くは、PPSを自己

判断したり、自己流に対処されているのが現実です。また、ポリオ罹患をご自身が自覚されていない方も今だに散見されます。ポリオ経験者に骨折や脳卒中が生じた場合、回復期リハに難渋したり、治療者・患者ともに対処法に悩むというケースも起こっています。PPS症状に対する対処法の例として、活動量の調節、装具の着用、装具の工夫（特に軽量化）を行うと症状は一般的に軽減します。藤田保健衛生大学、産業医科大学、川崎医科大学等では定期的なポリオ検診を通して患者支援を行っていますが、このような活動が全国的に広がるのは、なかなか難しいかもしれません。

ポストポリオSIGは、PPSに対するリハ医療の研究、評価法・治療法の開発、普及、振興を目的に、2011年に佐伯覚先生を代表世話人として設立されました。PPSのリハに関する医学・医療情報の交換、会員相互の交流・教育・研修、日常診療での問題事例検討、患者会

支援、データベースの検討、エビデンスの集積、専門医会HP・メールマガジン等の利用によるリハ学会員への啓蒙・広報活動等を行ってまいり所存です。掲示板も立ち上がりまして、64名の先生方にご登録いただいております。

ポリオに関するトピックスとしては、2012年9月1日から生ポリオワクチンの定期予防接種は中止され、不活化ポリオワクチンの定期接種が導入されました。これでポリオと同様の症状が出る副作用はなくなりました。本邦を含め先進国では、ポリオは終息した疾患となりましたが、PPSは今まさに起こっている問題です。少しずつ活動の輪を広げ、SIG会員相互の情報交換により本領域の研究振興と患者支援につながっていただくと存じます。リハ医学会員皆様の積極的なご参加をお願いいたします。

(担当幹事：青柳 陽一郎)

筋電図・臨床神経生理 SIG 発足

2013年6月より筋電図・臨床神経生理学SIGが発足いたしました。

中枢神経、末梢神経、筋接合部、筋の異常の診断ならびに評価が可能な筋電図・臨床神経生理学的評価の基本的な知識ならびに技術は、運動障害の診断・評価・治療を専門とするリハ科専門医にとって必須の知識・技術です。世界的にもリハ科専門医にとって重要な領域の一つであり、米国や韓国においてもリハ科専門医の重要な資格要件として位置づけられています。近年は電気刺激療法、非侵襲的脳刺激法、筋電図モニター下でのボツリヌス治療などの広まりとともに、診断評価のみならず、治療的にもその重要性は増しており、身近なものとなっていると思います。特に“Physical Medicine”の効果、機序を考える場合に、電気生理学的評価は非常に有用です。例えば、表面筋電図、経頭蓋磁気刺

激やH反射、相反性抑制、F波による前角細胞興奮性の評価、各種reflexの評価などは、脳卒中や脊髄損傷後の機能回復や歩行、パフォーマンスの改善の評価においても非常に多くの情報を与えてくれます。リハの効果語る上では臨床評価のみならず、これらの客観的な神経生理学的評価が必要不可欠であると思います。しかしながら、本邦においては筋電図・臨床神経生理学的評価を研修できる施設は限られており、その指導者の数も限られているのが現状です。そこで、筋電図・電気生理の習得ならびに指導者の養成に専門医会として支援が必要であり、本会はリハ医学・医療における筋電図・臨床神経生理学の技術、知識の普及、発展を目的として設立されました。筋電図や臨床神経生理に関心がある先生方、これから始めたいと思っている先生方、日常の診療や研究の中で疑問や質問

などをお持ちの先生方、症例相談をされたい方、などの参加を歓迎いたします。是非情報交換の場として掲示板をご利用ください。筋電図・臨床神経生理を学ぶ方へのおすすめの書籍や論文などの紹介も随時行っていきます。また専門家による、ショートレクチャーなども企画しています。先生方からも企画を募集しております。今後はさらに発展させて、各地区におけるワークショップの企画なども進めていきたいと思っております。

皆さんがこのSIGを有効にご活用いただけるよう、世話人一同尽力いたしますので、よろしく願いいたします。

世話人メンバー：飯塚正之、衛藤誠二、大田哲生、小川真司、加世田ゆみ子、児玉三彦、田中尚文、長谷公隆、補永 薫、藤原俊之

(世話人代表：藤原 俊之)

医療ソーシャルワーカー(MSW)とは

MSWは「保健医療機関において、社会福祉の立場から患者さんやその家族の方々の抱える経済的・心理的・社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図る業務を行う」(2002年厚労省通知)とされています。つまり、患者さんやご家族、関係者の相談を受け、一緒に適切な解決方法を探っています。回復期リハ病棟の場合は、入院相談を受け、入院後は、医療費が払えないなどの経済的相談、家に帰る準備の退院・療養問題調整、障害受容や病院スタッフへのクレームなどの心理的相談、自宅退院ができないなどのご相談に応じています。その他、ケアマネジャーや住宅改修業者などと連絡調整も行っています。退院後の患者さんの障害年金受給や就労支援などのご相談にも応じています。

MSWの8割以上(2010年日本医療社会福祉協会調べ)が国家資格の社会福祉士を有しています。近年の診療報酬改定でも、患者支援に関する加算、例えば、退院調整加算、患者サポート加算の新設など社会福祉士の配置が増える傾向にあります。

東京都が今年3月策定した「都立病院改革推進プラン」では、患者支援の充実を目指し「患者支援センター」設置を目指しています。私を含めたMSW、医師と看護師をメンバーにプロジェクトが進行中です。

リハ医への期待

リハ医の先生方は気づかないうちに目の前の患者以外の方を多く救っています。例えば、先生方のリハ入院検討のコメントが他院入院中の患者さんにとって貴重なセカンドオピニオンとなります。また、入院患者さんの退院支援カンファレンスで、先生方が具体的に自宅でのリハ方法や留意点を説明することで、その知識をケアマネが吸収し、他の方のケアプランに反映されることがあります。私が経験した例をご紹介します。

(1) セカンドオピニオン

私が以前勤務していた都立病院(三次救急、リハ病床なし)で、ある日都内在住の60歳建築業の男性(以下、彼)が脳梗塞になり、主治医が「回復が難しく時間がかかる」と妻にインフォームドコンセントを行いました。妻は「先生の説明は納得できません。あの人は倒れる直前まで現場で働いていました。リハビリすれば、すぐによくなります。毎日通える近くの病院がいいです」と相談にみえました。彼は、発症から約1か月たち、まだ指示に従えず、回復に時間を要する状態でした。当時、東京23区内の回復期リハ病棟の多くが自宅退院を入院条件としていました。近くの病院は、短期入院か、リハ訓練ができない病院ばかりでした。彼が十分なリハ継続を行うには、自宅退院を入院条件としない、都外の回復期リハ病院への転院しか選択肢がありませんでした。

私は、都内の複数の回復期リハ病棟を持つ病院へ、あえて入院相談を行いました。趣旨をご理解いただいたリハ医の先生方は「回復に時間がかかる。でもまだ若いから可能性にかけて、長くリハビリのできる病院がいい」と専門的判断のコメントをくだ

さいました。これは、妻にとって貴重なセカンドオピニオンでした。このおかげで妻は決心し彼は甲信越地方の回復期リハ病院へ転院しました。

1年後、彼は妻と一緒に私の所に挨拶にみえました。屋外は妻が付添の上、杖歩行されていました。妻は「あのとき遠くのリハ病院に思い切って行って良かった」と、うるうるしながらおっしゃっていました。

このように、リハ医は、MSWを介した入院相談の返事に、専門的判断を付け加えていただくことで、目の前にいない患者さんやご家族の人生に大きな影響を与えています。

(2) 地域で生活している方への間接的影響

当院は、一般病床500床、うち回復期リハ38床の病院です。私は、リハ科、外科や整形外科なども担当しています。今年初め60歳代の女性(独居、エレベーターなしアパート6階居住、入院中に保険は生活保護へ変更。以下、彼女と略)が脊髄硬膜外腫瘍で整形外科入院になり、手術後、両下肢麻痺になりました。整形外科の主治医が彼女とケアマネに「おへそから下は感覚もありません。床ずれに気をつけてください。転居か施設入所がいいでしょう」と説明しました。彼女は、東北在住の弟公認の、頼りになる隣人をキーパーソンとし、犬も飼っているため、転居を拒否し自宅退院を選択しました。ケアマネは「在宅は無理」と言っていました。その後、彼女は在宅環境調整目的で、リハ科に転科し、リハ訓練を行いました。退院支援カンファレンスの際に、主治医のリハ医や病棟看護師が、ケアマネ、訪問看護師やヘルパー責任者らに対し、三角柱のマットを使ったポジショニングによる褥瘡予防など具体的に説明しました。ケアマネにとって、とてもわかりやすい話だったようで訪問看護を中心としたケアプランがその場で完成しました。帰りぎわケアマネは「(自分が受け持っている)〇〇さんも三角形のマットが使えるわ」と話していました。

このように退院支援カンファレンスでリハの視点や知識をケアマネが獲得することで、そのケアマネが担当している他の方のケアプランに反映されることが往々にして起こります。リハ医の先生方の説明は、目の前にいない、地域で生活をしている方へ間接的に影響を与えているのです。

彼女は退院3週間後に敗血症ショックで再入院しました。褥瘡もなく「家は良かった〜。また帰りたい」とおっしゃって、早々に自宅退院になりました。

最後に

癌患者へのリハビリなど、リハ医の先生方は今後ますます活躍の場が広がると思います。私の父は神経内科医からリハ医になり、大病を患い、約30年前に国立病院勤務医から片田舎の開業医になりました。今までリハビリをしていなかった多くの患者さんご家族を笑顔にしていました。多くの患者さんと目の前にいない方々がリハ医の先生方を待っています。先生方の益々のご活躍を期待しています。

2012年度 海外研修助成 印象記

畠中 めぐみ (森之宮病院 神経リハビリテーション研究部)

学 会 名 : 2012 ACRM-ASNR Annual Conference :
Progress in Rehabilitation Research
会 期 : 2012年10月9日～13日
会 場 : Sheraton Vancouver Wall Centre
会場所在地 : Vancouver, Canada
発 表 演 題 : Finger tapping variability as a marker
for cerebellar ataxia and response to
rehabilitation

森之宮病院では「脊髄小脳変性症に対する短期集中リハビリテーションの効果に関する無作為化比較試験」を行い2012年に報告しました (Neurorehabilitation and Neural Repair, 2012; 26(5): 515-522)。今回はそのサブ解析として、手指タッピング運動を磁気センサーを用いて定量的に評価し、タップ変動が小脳性運動失調の臨床的特徴やリハ転帰のバイオマーカーとして意義があることを発表しました。脊髄小脳変性症に対する包括的リハの検証は世界的にも大変少なく、本邦のリハ医学のアウトカムを米国リハ学会でアピールする貴重な機会をいただきました。米国リハ学会年次総会への参加は今回が初めてでしたが、かつてない参加者数との前評判ながら日本のリハ医学会総会に比べると規模が小さく、米国神経リハ学会との合同開催でも脳卒中中のセッションは少なく、頭部外傷や脊髄損傷が中心であり、社会的背景の相違も感じました。シンポジウムではランダム化対照試験の蓄積によりrobotic-assisted step trainingやBody weight-supported treadmill trainingのように、練習量の確保が保



証された概念は効果ある手法として脚光を浴びていますが、練習量をマッチさせると方法論自体による転帰の差は明確ではなく、つまり介入の特異的効果が不明確になるという問題提起もされており興味深かったです。また神経リハの世界的に高名な先生方とランチを囲むという夢のような機会に恵まれ、学会誌の発展をめざした議論を傾聴できたり、課題指向介入研究の問題を議論する場も得て、今後の研究デザインの手がかりが得られ、自分の動機向上にも貴重な時間でした。今回いただいたかけがえのない経験を無駄にせず、日常の臨床研究活動の推進や、その成果の患者さんへの還元をめざし今後も一層精進したいと思います。リハ医学会、ならびに選考してくださった諸先生方に心より御礼申し上げます。

平野 哲 (藤田保健衛生大学病院 リハビリテーション科)

このたび、日本リハ医学会より海外研修助成金をいただき、米国ボストンのMassachusetts Institute of Technology (以下、MIT) のHermano Igo Krebs教授の研究室を訪問しました。Krebs教授はリハビリテーションロボット (以下、リハロボット) 研究の第一人者であり、特に上肢訓練用のロボットで世界を牽引しています。今回は、Krebs教授が主導する臨床研究に協力しているリハ病院やKrebs教授が設立したリハロボット開発を行うベンチャー企業 (INTERACTIVE MOTION TECHNOLOGIES, INC.) についても見学させていただくことができました。MITではグループのディスカッションに参加しましたが、国籍や年齢、立場を越えた激しい議論の応酬に圧倒されました。MIT全体を見ると、中国人、韓国人が増えているようで、日本人も負けじと世界のトップに加わっていかねばならないと痛感しました。臨床研究の現場としては、ニューヨーク市にあるBurke Rehabilitation HospitalとBlythedale Children's Hospitalを見学しました。ボストンからニューヨークまでは車で3時間かかりますが、Krebs教授は2週間毎に現場に出



向き、リハスタッフと何時間もかけて打ち合わせをするそうです。自らが現場の声を聞き、細かな要望にも対応する、これが日米を問わず、医工連携を成功させる秘訣だと感じました。ボストンのSpaulding Rehabilitation Hospitalでは、LokomatやReWalkという歩行訓練用ロボットが導入され

ていました。米国ではリハロボットが商品として販売される段階まで来ています。我々は日本でより良い結果を出さなければと気持ちを新たにしました。最後になりますが、このような機会を与えてくださったKrebs教授、日本リハ医学会にこの場を借りて感謝申し上げます。

井口 はるひ (東京大学大学院医学系研究科 リハビリテーション医学分野)

このたび、日本リハ医学会より2012年度海外研修助成金をいただき、the 21st Annual Meeting of Dysphagia Research Society (DRS, 2013年3月13～16日、シアトル、アメリカ合衆国)に参加いたしました。DRSは摂食・嚥下機能やその障害に関する学際的な国際学会で、学会誌として3か月ごとに“Dysphagia”を発行しています。学術集会は1992年から毎年北米で開催され、アメリカやカナダ、メキシコ、ブラジルの他、ヨーロッパ、アジアなどから参加者が集まります。今回の参加者は約450名で、その6割を言語聴覚士(ST)が占め、2割弱を占める医師の多くは耳鼻科医で、リハ科医、看護師や栄養士は少数でした。日本の嚥下関連の学会と参加人数や参加者の職種の割合に違いを感じました。

学会初日は、嚥下造影検査の原則を見直すセミナーが開催され、アメリカの嚥下研究の先駆者の先生方が自施設の嚥下造影のプロトコルを説明していました。二日目以降に行われた一般演題では造影・内視鏡・内圧計を用いた嚥下評価の他に、動物実験やMRIなどによる中枢神経評価の発表を聞くことができました。座学の他にも、Welcome receptionや若手研究者による市内観光、Meet the Mentorなどにも参加し、多くの海外の研究者と情報交換をすることができました。

私は嚥下中の舌骨周囲の個々の筋活動強度を比較する研究を行い、今回“Electromyography of Swallowing with Fine Wire Intramuscular Electrodes: Effect of Food Consistency on Muscle Activity of Selected Hyoid



Muscles”という題名の口演を行いました。舌骨周囲には多くの筋が存在しますが、オトガイ舌骨筋は嚥下時に常に大きく活動することが分かりました。また食物の形態は、個々の筋活動の振幅に影響を与えていました。発表後の質疑応答では会場からの計測や解析方法に関する質問をいただき、その後の学会期間中にもいくつかコメントをいただくことができました。

最後に、貴重な機会を与えてくださった日本リハ医学会に深謝いたします。

高次脳機能障害者の世界 (改訂第2版)
私の思うリハビリや暮らしのこと
山田規敏子 編著
山鳥重 解説

高次脳機能障害者の世界

(改訂第2版) 最新刊

私の思うリハビリや暮らしのこと

山田規敏子 ● 編著 解説 ● 山鳥重

私から語りかけるだけでなく、
皆さんからも語りかけていただいて
…コラムも加えて、待望の改訂版

● A5・188ページ・定価2,100円(本体2,000円+税)
ISBN 978-4-7639-1070-7

協同医書出版社
http://www.kyodo-isho.co.jp

〒113-0033 東京都文京区本郷3-21-10
tel. 03-3818-2361 / fax. 03-3818-2368

医師であり、自らもまた高次脳機能障害をもつ障害者となった経験をもとに書かれた著書「壊れた脳 生存する知」は大きな反響をもって迎えられ、テレビドラマ化もされました。本書はその著者が主にリハビリテーションの専門家に向けて書いた著書の改訂版です。今回の改訂では、著者がこれまでの講演活動のために書いてきた文章を加え、さらに医師、ソーシャルワーカー、障害をもつ当事者から寄せられたコラムも加えて、さらに充実した内容になりました。

2013年度医学生リハセミナーに参加して

2013年度春期・GW医学生リハセミナーには、6施設21名の参加がありました。セミナーの案内として、本年度は学会ホームページへの協力参加施設掲載の他に、チラシを作成し全国大学医学部等へ配布依頼を行いました。今年度は昨年度より参加者数が増加いたしました。開催施設に感謝申し上げます。ここに参加者から寄せられた感想文を掲載いたします（順不同）。

教育委員会 医学生セミナー担当 石井 雅之

昭和大学

5年の春休みの3月28日と29日に昭和大学リハ医学講座を見学させていただきました。印象に残っているのはリハの理念・概念を大切に考えられていることと、在宅医療の推進に積極的な点でした。前者についてはリハの理念・概念の丁寧な説明があり、自分の大学にはリハ医学講座がなくそうした内容を教わる機会の少ない自分には大変新鮮に感じられました。説明の中でFIM（機能的自立度評価法）の改善点数と満足度が相関しないという調査を紹介していただき、医療リハの目的などについての自分のこれまでの考えを変える必要があると感じました。また後者については医局の医師の多くが在宅医療にかかわっているということや医師も家屋調査を行うというお話に在宅医療への積極性

を感じました。また家屋評価に同行させていただいたことは大変よい経験になりました。そのほかにも外来診療で小児リハの現場を見学し、また脳性麻痺患者の抱える問題と手術についてレクチャーいただきました。この話題についてはご紹介いただいた本を拝見し、深刻な現状を垣間見ることができました。また音楽療法について紹介していただき、患者の自発性を引き出す試みとして大変興味深く感じました。またリハ医の日常業務を丁寧な説明を交えて見学させていただいたことはリハ医として働くということの具体的なイメージをつかむ助けとなりました。自分の大学にはリハ医学講座がなくリハ医にお会いする機会が少ないので貴重な機会となりました。どうもありがとうございました。

多摩北部医療センター

私がこのセミナーに参加した動機は将来の専門としてリハ科に興味があったからです。大学のBSLはリハ科が1週間と短く、大学病院と一般病院では違いがあるのではないかと思います。多摩北部医療センターの医学生セミナーに申し込みました。今回はGW中だったため外来や検査はありませんでしたが、入院患者の回診やリハに参加させていただきました。動けない患者さんに訓練をしたり痛みを取ったりと治療するのはもちろんのこと、障害を抱えている（治らない）患者さんが今後どのように社会復帰していくか、などを患者個人個人のバックグラウンドを考慮しながら丁寧に考えていく様子を見て、いいな、私も将来このような仕事がしたいな、と感じました。大学病院との違いについては、どちらも急性期の患者を中心にみていることもあり、あまり感じませんでした。先生方とも色々なお話をさせていただき、リハ科の医師がどのような仕事をしているのか、少しですが分かってきました。また同時にリハの奥深さも感じました。これからもリハのことを勉強して、もっと知っていききたいと思います。2日間、大変貴重な経験ができました。休日にもかかわらず快く受け入れてくださりありがとうございました。

新吉塚病院

このたびの実習では、普段、大学の講義や実習では勉強する機会が少ないリハについて詳しく教えていただき大変貴重な経験ができました。特に日頃疑問に思っていた感覚障害のリハの方法等も教えていただき、大変勉強になりました。

また、主治医と患者さんが笑顔で親しく話しをされている場面を幾度も目にし、主治医が患者さんから非常に信頼されていると感じました。私も患者に信頼される医師になれるよう、今回の実習で学んだことや感じたことを今後活かしながら頑張ろうと思います。

鹿教湯三才山 リハビリテーションセンター

私は、2013年4月29日から同年5月3日までの間、リハ科の実習をさせていただきました。診療科決定に際し専門的なリハ医学の見学をしたいと思い、実習をお願いしました。実習の内容は主に、回復期リハ病院における専門治療と、長野県の地域医療についてでした。専門的な治療については、TMS、TESやボトックス治療についてクルズスをいただき、実際に患者さんに施行するところを見学させていただきました。私は今回実習させていただくまで、上記のようなリハ科専門医としての治療については何も知らなかったため、大変興味深く思い、これらの治療法はもっと

メジャーになるべきだと思います。また、とてもたくさんセラピストたちによる365日体制の手厚いリハを見せていただいたことはとても感動いたしました。それと同時に、たとえ急性期病院に勤める医師であっても、回復期専門病院について予めもっと学び、すべての医師が患者の転院後、退院後のことを見越して治療にあたるべきだと強く思いました。他にも、ST、臨床心理の見学や、進路相談までさせていただきました。次に、長野県の地域医療についてですが、県内のさまざまな病院間が連携を取り合っているため患者の発症後から帰宅までの道筋が整っていることを学びました。さらに、セラピストによる訪問リハにも同行させていただきました。退院後患者さんたちがどのよう

に生活を送っていくのか、医療従事者はどうやってサポートしていくのかを見ることができました。私は上田市出身ですが、地元で「鹿教湯三才山リハビリテーションセンターに入院して帰ってくると、発症前より元気になって帰ってくる」という話を聞きました。私は今回の実習で、患者さんの充実した入院生活をみることができ、この話に関して大変納得いたしました。自分の大学にいても決して学ぶことのできなかつたことを多く学ばせていただき、今回の実習は私にとって大変実なるものでした。ご多忙の中、私一人のためにわざわざ時間を割いてくださり、見学内容の希望にも応えてくださった先生方や職員の皆様方にとっても感謝しております。

ORTHOPEDIC

各種治療用装具
義肢・装具材料
整形外科靴
義足・義手

REHABILITATION

コンフォートシューズ
介護用品・レンタル
訓練・更生用装具
リハビリ機器



社日本義肢協会
登録・中部139号

『思いやりを科学する』

東名ブレース株式会社

本社 〒489-0979 愛知県瀬戸市坊金町271番地
TEL(0561)85-7355 FAX(0561)85-7177
関東支店 TEL(0463)92-5578 FAX(0463)92-5582
静岡支店 TEL(0543)49-2600 FAX(0543)49-2602
武蔵野支店 TEL(048)782-9634 FAX(048)782-8154
マイネシュエ TEL(03)6407-9281 FAX(03)6407-9268

藤田保健衛生大学病院 七栗サナトリウム

【医学生】

- 専門的な話が聞けたことがよかったです。リハ医に興味がわきました。リハに触れられるだけで楽しいです。
- リハ医についてよく知ることができ、貴重な機会をいただきました。
- リハロボットに元々興味があり、実際体験もさせていただいて、より興味が増しました。ディスカッションでは、今まで知る機会がなかったリハ医について知ることができ、理解が深まったので面白く感じました。三重ではあまりリハについて学ぶ機会がなかったので、とても貴重な経験になったと思います。ロボットの開発についての話も、実際に患者が使用するところまで考えて行われていることが分かり、感銘を受けました。
- 6年にもなって神経所見をとることがスムーズにできず、勉強が足りないことを痛感できました。プリズム療法の理論背景など知りたかったです。運動学や高次脳機能障害のレクチャーも受けたいです。リハ医に関心がありましたが、リハ医の存在意義についてうまく理解できていませんでした。今回の経験とディスカッションでいく

らから理解を進めることができました。だいたい進路はリハ医学で固まりました。

- 失礼ながら、ポリクリの延長程度の気持ちでの参加でしたが、それ以上のものを見せていただけだし、体験させていただけました。また、座学では暗記するしかなかったことも実際に体験することで身をもって覚えることができました。
- リハ医としての専門性を理解できてよかったです。リハ=筋・関節を動かすというイメージが強かったのですが、呼吸リハ、嚥下訓練など他のリハの分野があることが分かりました。患者の「動」「生活」をみるという視点が看護に近くて（現在、看護師で医学生のため）、理解しやすかったです。
- リハは何かという授業を受けたことがなかったので、まずオリエンテーションで説明をしていただけてよかったです。治療体験は実際にやってみて楽しみながら、こういうのがあるのかと思えました。初めてリハの現場を見て、とても新鮮だったし、説明をしていただけたので分かりやすかったです。患者のお話を聞けたことがとてもよかったです。患者がリハによって自分のできるが増えて、仕事のやる気もできたというお話を聞いて、リハ科の先生は病気と付き合っていく患者にモチベーションを

保たせることができ、魅力的な仕事だと思いました。リハについて何も知らない学生でも楽しめる2日間でした。

- グループワークで考えてみて、初めて難しさやリハ医教育の重要性が分かりました。グループワークが楽しく、このようにもっと自分たちで考える、考えさせる場があったらよいと思いました。急性期での考え方や流れはよく分かりましたが、回復期での内容がよく分からず、不完全燃焼でした。医療経済、経営も興味があるので、金銭面からの切り口がおもしろかったです。実際に患者の話を開ける機会がめったにないと思うので、このような場がありうれしかったです。先生方がよく計画してくださったので1日で十分楽しむことができました。本当に、先生方は教育に力を入れているのだと体感できました。
- 授業で聞いた内容を実際に体験でき、患者のリハの様子を見られてよかったです。大変勉強になりました。リハ医学に興味を持ちました。もっと多くの診察を見たかったと思います。診察からリハ計画、説明まで一連の流れをつかむことができましたが、体験したかったです。リハ医がチームで指示している場も体験したかったです。リハの検査を全て体験したいと思いました。また機会がありましたら参加したいと思います。



トレッドミル体験



呼吸リハ実習



装具実習



バランス練習アシスト

【研修医】

- ワークショップ形式でしっかりと考えることができたのがよかったです。運動学と診察が勉強になりました。患者、コメディカルの方の話を聞くことができ、大変ありがたかったです。他の内容も全て面白かったです。コメディカルの方から見たリハ医の姿、理想像、求めているものなど教えていただけたらありがたいです。ベッドサイドでできる簡単なリハや診察、評価、訓練処方の流れについて知りたかったです。
- 回復期リハ病院から退院された患者の話を聞く機会を持てたことが有意義な経験でした。他科では退院したら、そこで診察は終了しますが、リハ科は患者の生涯にわたって付き合うことができる唯一といっている科でもありますので、その特徴を2日間と短い期間ながら最大限に経験できたと感じます。
- 介助者体験実習ではコツさえつかめば女性が男性をベッドに移すことができるというのは、1番のツボでした。嚥下内視鏡実習は生まれて初めて行いました、非常に貴重な体験でした。とろみ付きの食事は初めて食べました。回復期リハの話を実際に聞けるためになりました。やはり自分で体験するものはおもしろかったです。療法士インタ

ビューや排泄機能検査が見てみたいです。2日間来てよかったです。リハ医の実情も少し分かるようになりました。もっと勉強したいという気になりました。

- 装具やリハロボットに関しては他の科で見ることがないので、貴重な体験ができました。嚥下障害の治療に関しては、普段の診察でリハ科に依頼することはあっても、自分で詳しくみる機会がなかったので、勉強になりました。リハのプラン立てをグループワークで色々な意見を出しあってリアルタイムに体験することができました。リハ医と療法士との治療方針の決め方など具体的にどうやって決めていくのか見てみたかったです。療法士の生の声をもっと聞く機会が欲しいと思いました。これまでリハ科の先生方に依頼するだけだったので、詳しい内容を理解できて、大変勉強になりました。またディスカッションで自分の興味のある分野について率直な意見が聞けて参考になりました。学生、研修医、ベテランの先生と様々な状況の方々とセミナーを体験することができて、それぞれの視点での意見が聞けてよかったです。

【医師】

- 普段何気なく使用している装具もこだわりを持って使うと違うことを知られて良かったです。リハロボットは最新のリハで面白かったのですが、最先端すぎて実感がわきづらかったです。回復期リハのセミナー内容でまた参加したいです。
- リハ医の診察を直接見せていただく機会は初めてでした。今更誰にも聞けないことばかりで本当に助かりました。排泄機能検査、病棟での食事介助の様子を見せていただける機会があるとよいと思いました。システムや装具、環境など何度来ても新たな発見があります。学生や研修医の方々の率直な質問や意見を聞くことができたので、今後の学生指導に役立てられると思い、参考にさせていただきました。看護師とも話ができてかなり色々なアイデアが浮かび、少し先が明るくなりました。日常業務を行う上で、ちょっとした工夫で取り入れられそうなこと、すぐには無理ですが、将来的にこうした方がいいと思うアイデアが豊富につまったセミナーでした。医学生セミナーという名称ですが、私程の年代でもとても参考になることが多く、むしろこの年代になると誰にも教えてもらえなかった、多職種の方に遠慮されていることが多いと思うので、こういったセミナーが役立つと思いました。

当科は内部機能障害のリハを専門的に行うために1994年12月にわが国で初めて設置された診療科で、19年目を迎えます。東北大学は大学院重点化したため、医師は大学院所属であり、当科スタッフは障害科学専攻内部障害学分野に所属し、臨床、教育、研究をすべて担当しています。初代は佐藤徳太郎名誉教授（後に国立障害者リハセンター総長）で、筆者は2代目として2000年に昇任し、科長、リハ部長、大学院専攻長を兼務しています。スタッフ10名、留学生9名を含む大学院生30名（うち日本人医師5名）、外国人研究生1名の計41名が在籍中です。

当科では、心血管機能障害、呼吸機能障害、腎不全、肝疾患、造血幹細胞移植、糖尿病、高度肥満症、脳卒中などのリハに力を入れています。これまで肝肺症候群のリハを世界で初めて確立し、わが国初を含む最多の脳死肺移植患者のリハを担当し、小児肝疾患の有効なりハの開発などを行ってきました。また、5カ月の外来通院型の心臓リハに代わる12日間の入院型回復期心臓リハの樹立、微弱電気刺激による心不全患者の筋力増強、透析中の運動（腎臓リハ）など、患者にとって「楽なりハ」を考案し普及に努めています。

当科では病棟で主治医として患者を持ち、リハとリスク管理としての内科をきちんと学ぶ方針のため、リハ科専門医の他にも、総合内科専門医・認定医をほぼ全員取得しています。また常に世界を意識した独創性のある研究を行うことを心がけ、リハの効果解析に分子レベルの研究や障害モデル動物での研究も行うことで、リハ専門誌のみならずNew Engl J Med、Lancet、Circulation、Kid Int、CHESTなどにも報告してきました。また、日本運動療法学会大会、日本腎臓リハ学会学術集会、日本心臓リハ学会



東北大学病院内部障害リハビリテーション科

〒980-8574 宮城県仙台市青葉区星陵町1-1
 東北大学病院内部障害リハビリテーション科
 TEL 022-717-7351 FAX 022-717-7355
 URL : <http://www.naibu.med.tohoku.ac.jp>

学術集会を主催し、ISPRMでは毎回20題以上の演題を発表し、2007年から連続して世界最多発表演題数を誇っています。当科のミッションとして内部障害リハの啓発・普及に力を入れ、24冊の図書を編集し、マスコミに発信（NHKテレビ・ラジオ22回、朝日新聞60回、Medical Tribune 14回、週刊文春7回など）してきました。結果的に19年で104名の学位取得者（博士41名、修士63名）とのべ43名の教授・准教授を国内外に輩出しています。

このように当科ではリハの臨床・研究・教育・社会貢献の全ての面で大きな達成感を味わえます。ご興味のある方はぜひご連絡ください。（上月 正博）





磁気刺激装置 マグプロ システム R30

反復経頭蓋磁気刺激(rTMS)

神経生理学分野の臨床・エグザミネーション、及び神経学、リハビリテーション、精神病学分野の研究リサーチ、診断、そしてトリートメント用としてデザイン。

詳しくはWebで検索!



Inter Reha
Advanced Rehabilitation and Healthcare
インターリハ株式会社

〒114-0016 東京都北区上中里 1-37-15
 TEL.(03)5974-0231 FAX.(03)5974-0233
<http://www.irc-web.co.jp> E-mail:irc@irc-web.co.jp
 仙台・東京・名古屋・大阪・九州・フィジオセンター

第38回日本脳卒中学会

脳卒中は要介護原因の第1位であり、リハの対象となる代表的な疾患である。脳卒中では急性期から維持期までの長期間にわたり、合併症予防や機能維持、社会復帰といった多面的な治療介入が必要となる。このため多職種における良好なチームワークが患者の治療成績を向上するために必要である。

第38回日本脳卒中学会が片山泰朗大会長（日本医科大学大学院医学研究科神経内科学分野教授）の下、2013年3月21～23日の会期でグランドプリンスホテル新高輪において開催された。本学会では「**進化する脳卒中治療—多分野とのcrosstalk—**」がテーマとなっていた。例年と同じく、脳卒中に関わる脳神経外科、神経内科、リハ科の医師と、療法士、看護師などのコメディカルが多く参加していた。今回の参加者は約



桜が満開の会場（グランドプリンスホテル新高輪）

5000名であったとのことであった。会場のホテルは都心にありながらも広大な庭園を有し、庭園内の桜もほぼ満開となっていた。このためセッションの間で庭園を散策したり、桜の写真を撮影している参加者も多くみられた。

リハ関連のセッションとしては合同シンポ

ジウムとして、「神経機能再建：ニューロリハビリテーションの最前線」が行われた。また一般演題は口演が6セッション、ポスターが6セッション設定され、リハ科医師のみでなく、療法士の報告も数多く見られた。筆者もリハに関連するポスターセッションの座長を担当したが、大変多くの聴衆にめぐまれ、質疑応答も活発に行われた。

この他にも看護師などコメディカル向けのプログラムも複数設定されていた。年々コメディカルからの発表や参加者が増えている印象であり、脳卒中のチーム医療の発展の機会として今後のさらなる発展が期待される。

次回は2014年3月13～15日の日程で大阪国際会議場での開催が予定されている。（亀田総合病院リハビリテーション科

宮越 浩一）

第54回日本神経学会総会

第54回日本神経学会総会は、東京医科大学大学院脳神経病態学分野教授 水澤英洋会長により5月29日から6月1日まで東京国際フォーラムで開催された。

メインテーマの「**神経学—新しい時代への挑戦—**」が表すように症例検討から分子生物学までの広範囲での研究発表が多数された。今回より関連職種を対象とした教育講演も数多くなされ、他職種の参加者も多数あった。

「戦前の神経学」というテーマでの高橋昭名古屋大学名誉教授の講演があり、明治27年に長谷川泰議員が、内科とは別講座での神経内科講座を東京帝国大学に発足させる建議をし、調査も始まった。しかし、日

清戦争の勃発、候補者の三浦謹之助教授の東京帝国大学第一内科学講座教授への就任など、予想外の出来事のために神経内科学講座の独立はなされなかったという講演がされた。このことは、リハ医学講座の独立性が今に至るまで担保されていないことに共通しているように思えて興味深い。

また、厚労省主導の新専門医についても、最も古くから専門医制度を有している日本神経学会としては、納得できない点が多々あり、厚労省の専門官も参加しての緊急フォーラム「神経内科専門医制度を考える」が開かれた。新リハ科専門医のことを考えると興味深かった。

スマートフォンやタブレットPCのアプリによりプログラムをより簡便に参照することが可能になり、紙冊子は不要になったとの意見もあったが、アプリでは探したい内容は探せるが、紙冊子のように眺めているうちに意外なものを見つける“発見”は無くなる。また、LTEなどを備えたデバイスを持つ参加者が多いことを見込み、“WiFi スポット”が、今学会では、設けられなかった。しかし、“WiFi スポット”は参加者が集まってくることで社交場としての役割もあり、今後は、“アナログとデジタルの融合”を目指しながらIT技術を活用する必要を感じた。

（大阪保健医療大学大学院 阿部 和夫）



astellas



骨粗鬆症治療剤(ミノドロン酸水和物錠)

薬価基準収載

ボノテオ錠50mg

製薬、処方せん医薬品
(注意—医師等の処方せんにより使用すること)

Bonoteo®

■「効能・効果」「用法・用量」「禁忌を含む使用上の注意」等につきましては、製品添付文書をご参照ください。

製造販売 **アステラス製薬株式会社**

東京都板橋区蓮根3-17-1

【資料請求先】本社 / 東京都中央区日本橋本町2-5-1

2013年6月作成. 85×180mm

お知らせ

詳細は <http://www.jarm.or.jp/>
(開催日、会場、主催責任者、連絡先)

【専門医会】

第8回専門医会学術集会：11月9日(土)－10日(日)、札幌市教育文化会館、代表世話人：石合純夫(札幌医科大学医学部リハビリテーション医学講座)

【地方会】

● **第33回中部・東海地方会等** (30単位)：8月31日(土)、エーザイ名古屋コミュニケーションオフィス6階ホール、片桐伯真(聖隷三方原病院)、Tel 053-436-1251

● **第28回北海道地方会等** (30単位)：9月14日(土)、北海道大学医学部学友会館「フラテ」、生駒一憲(北海道大学病院リハビリテーション科)、Tel 011-706-6066

● **第34回北陸地方会等** (30単位)：9月7日(土)、ホテル金沢、染矢富士子(金沢大学医薬保健研究域保健学系)、Tel 076-265-2624、演題締切：8月2日

● **第34回九州地方会等** (30単位)：9月8日(日)、長崎大学医学部記念講堂、川口幸義(長崎県障害者福祉事業団つくも苑診療所)、Tel 0956-26-4455

● **第55回関東地方会等** (30単位)：9月14日(土)、山梨県立図書館多目的ホール、川上純範(山梨リハビリテーション病院)、Tel 0553-26-3030

● **第35回近畿地方会等** (40単位)：9月21日(土)、大阪大学中之島センター、平林伸治(大阪労災病院リハビリテーション科)、Tel 072-252-3561

【専門医・認定臨床医生涯教育研修会】

● **中部・東海地方会** (30単位)：9月14日(土)、静岡コンベンションアーツセンター グランシップ、藤島一郎(浜松市リハビリテーション病院)、Tel 053-471-8331

● **関東地方会** (20単位)：10月5日(土)、新潟大学医学部第1講義室、木村慎二(新潟大学歯学総合病院総合リハビリテーションセンター)、Tel 025-227-0308

● **近畿地方会** (30単位)：11月2日(土)、薬業年金会館(大阪薬業厚生年金基金)、小口健(白浜はまゆう病院)、Tel 0739-43-6200

● **病態別実践リハビリテーション医学研修会** (20単位) 150名。神経系障害：10月12日(土)、品川フロントビル会議室、野々垣学(横須賀共済病院)、オンラインによる申込受付、申込に関する問合せ：日本リハ医学会事務局 担当：小林、Tel 03-5206-6011、E-mail：training@jarm.or.jp。内部障害：2014年2月15日開催予定

● **平成25年度回復期リハビリテーション病棟協会医師研修会Aコース** (120名)：8月3－4日、東京・三田NNホール、協会事務局：Tel 03-5365-8529

● **平成25年度義肢装具等適合判定医師研修会** (第71回) (100名)：8月28－30日〈前期〉、11月27－29日〈後期〉、国立障害者リハビリテーションセンター学院、Tel 04-2995-3100 (内線2612)

【2013年度実習研修会】 (20単位) 詳細はHP、学会誌をご覧ください。

● **平成25年度第17回義手・義足適合判定医師研修会アドバンス・コース** (12名)：1回目：9月8－9日(処方実習)、2回目：10月21日(仮あわせ実習)、岡山シティホテル厚生町ほか、申込締切：7月31日、事務局：吉備高原医療リハビリテーションセンター総務課、Tel 0866-56-7141

● **第11回小児リハビリテーション実習研修会(脳性麻痺・発達障害を中心に)** (30名)：9月12日－13日、愛知県青い鳥医療福祉センター講堂、申込締切：7月31日、事務局担当：鈴木孝英、Tel 052-501-4079

● **第16回臨床筋電図・電気診断学入門講習会** (40名)：9月28－29日、慶應義塾大学医学部信濃町キャンパス内 2号館 11階大会議室、申込締切：8月31日、事務局担当：藤原、重原、Tel 03-5363-3833

● **第8回(平成25年第1回)嚙下障害実習研修会(嚙下内視鏡実技習得を中心に)** (28名)：10月5－6日、浜松市リハビリテーション病院、聖隷浜松病院・聖隷三方原病院、担当：七條(経営事務課)、Tel 053-471-8331

● **平成25年度職業リハビリテーション研修会** (20名)：10月6－7日、岡山国際交流センターほか、申込締切：9月20日、事務局：吉備高原医療リハビリテーションセ

ンター総務課、Tel 0866-56-7141

● **第14回脊損尿路管理研修会(脊損医療教育普及会)** (15名)：12月7－8日、海南医療センター、申込締切：10月25日、事務局担当：小川隆敏(海南医療センター泌尿器科)、Tel 073-482-4521

● **医療コミュニケーション実習研修会** (30名)：2014年2月1－2日(2日間)、銀座(東京)

● **福祉・地域リハビリテーション研修会** (20名)：2014年2月14－15日(2日間)、横浜市総合リハビリテーションセンター

● **実習研修「動作解析・運動学実習」** (20名)：2014年3月27－29日(3日間)、藤田保健衛生大学

【関連学会】(参加10単位)

第24回日本末梢神経学会学術集会：8月23日(金)－24日(土)、朱鷺メッセ 新潟コンベンションセンター、柴田 実(新潟大学大学院医歯学総合研究科 形成・再建外科学分野)、株式会社新宣、Tel 025-243-7040

第19回日本摂食・嚙下リハビリテーション学会学術大会：9月22日(日)－23日(月)、川崎医療福祉大学、石井雅之(川崎医療福祉大学リハビリテーション学科)、オフィスダイン内、Tel 086-243-5581

日本脳神経外科学会第72回学術総会：10月16日(水)－18日(金)、パシフィコ横浜、片山容一(日本大学医学部脳神経外科)、コングレ内、Tel 03-5216-5318

第30回日本脳性麻痺の外科研究会：10月19日(土)、山形テルサ、落合達宏(宮城県拓桃医療療育センター)、Tel 022-398-2221

第29回日本義肢装具学会学術大会：10月26日(土)－27日(日)、佐賀市文化会館、浅見豊子(佐賀大学医学部附属病院)、日本コンベンションサービス、Tel 092-712-6201

●・◎認定臨床医受験資格要件：認定臨床医の認定に関する内規第2条2項2号に定める指定の教育研修会、◎：必須(1つ以上受講のこと)

■ **日本リハビリテーション・データベース協議会データマネジメント事業 2013年度参加施設募集中**：申込・問合せは事務局 (E-mail：rehabdb-admin@umin.org) まで

..... 広報委員会より

特集の「リハビリテーション看護」では、リハの現場で働くそれぞれの専門看護師の方々の生の声をお聞きすることができました。リハ看護師としての更なる専門性の確立や、リハ看護師の育成にリハ医も積極的に関わっていきたく思いました。

リハニュース58号よりPDFのみで印刷物の送付がなくなりました。広報委員の1人としては正直少し寂しい気持ちもありますが、予算削減のためですので仕方ありません。もちろん、PDFのみとなっても広報委員会はリハニュースを続けていきたいと考えています。どのような内容がふさわしいかなどの学会員の皆様からもご意見を頂きながら、少しでも多くの方々に読んでいただけるようにしていきたいです。

今回も心のこもった多くの記事を掲載させていただくことができました。執筆にご協力いただきました皆様に心より感謝申し上げます。(森 憲司)

広報委員会：安保 雅博(担当理事)、佐々木 信幸(委員長)、伊藤 倫之、緒方 敦子、数田 俊成、小林 健太郎、長谷川 千恵子、森 憲司

問合せ・「会員の声」投稿先：「リハニュース」編集部 一般財団法人 学会誌刊行センター内 〒113-0032 東京都文京区弥生2-4-16
Tel 03-3817-5821 Fax 03-3817-5830
E-mail：r-news@capj.or.jp
製作：一般財団法人 学会誌刊行センター

本号58号より、リハニュースはPDFのみの発行となり、印刷物の送付はございません。なお、リハニュースは、バックナンバーも含め、下記URLに掲載しております。
http://www.jarm.or.jp/member/member_rihanews/