



# リハニュース No.61

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月発行

特集

## 2014年度診療報酬改定の解説

日本リハビリテーション医学会 水落 和也  
社会保険等委員会担当理事

平成26年3月5日付の官報に診療報酬改定の内容が掲載された。今回の改訂は診療報酬本体+0.73%、薬価-0.63%、全体で+0.1%であったが、消費税増加分を勘案すると実質1.26%のマイナス改定との指摘がある（H26.3.10.外保連総会報告より）。

平成25年度全国厚生労働関係部局長会議厚生分科会資料には、「平成26年度診療報酬改定の基本方針」（概要）として、患者等から見てわかりやすく納得でき、安心・安全で質の高い医療を実現する視点の一つ

に、「診療報酬点数表の平易化・簡素化」が挙げられているが、実際は逆方向の改定となった印象を受けるが、それだけ診療報酬が複雑化せざるを得ないということであろう。

今回のリハ診療に関連する診療報酬項目の一覧を整理した（表1）。

赤は今年度の新設項目、前回と今回の点数を比較し、増減率を示したので、今回の改定のねらいがどこにあるかがわかるのではないだろうか。

今回新設された項目について簡単に解説を加える。

### 1. ADL維持向上等体制加算

急性期医療において入院中の患者の日常生活機能（以下ADLという）の維持、向上等を目的として、リハビリテーション専門職等が当該病棟において以下の取組みを行った場合に患者1人につき入院した日から起算して14日を限度に算定できる。

ただし、疾患別リハビリテーション

料を算定した場合は算定することができない。

- ア. 入院患者に対して定期的なADLの評価を行っている。
- イ. 入院患者に対するADL維持、向上等を目的とした指導を行っている。
- オ. 入院患者のADLの維持、向上に係るカンファレンスが定期的に開催されており、医師、看護師及び必要に応じてその他の職種が参加している。

ウ. エ. カ. 省略

### 施設基準

7：1入院基本料、又は10：1入院基本料において以下の基準を満たすこと。

- (1) 当該病棟に、専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士（理学療法士等）が1名以上配置されていること。当該理学療法士等は、疾患別リハビリテーションを担当する専従者との兼務はできない。ただし、地域包括ケア入院医療管理料1又は2を算定

### 目次

- 特集：2014年度診療報酬改定の解説……………1-5
  - 第51回学術集会：近況報告……………5
  - INFORMATION：編集委員会、試験委員会、評価・用語委員会、教育委員会、障害保健福祉委員会、資格認定委員会、施設認定委員会、診療ガイドライン委員会、関東地方会だより、中部・東海地方会だより、近畿地方会だより……………6-8
  - 専門医会コラム……………9
  - リハ医への期待：神経内科医から……………10
  - 医局だより：福岡大学医学部附属病院リハビリテーション部…11
  - 2013年度海外研修助成印象記……………12
  - REPORT：Tenth World Congress on Brain Injury、第3回日本がんリハビリテーション研究会、第5回日本ニューロリハビリテーション学会学術集会、第39回日本脳卒中学会総会、第23回日本障害者スポーツ学会……………12-14
  - お知らせ、広報委員会より……………15
- 広告：(株)協同医書出版社、医歯薬出版(株)

する病室がある場合には当該病室における理学療法士等の業務について兼務しても差し支えない。

(2) 当該医療機関において、以下のいずれも満たす常勤医師が1名以上勤務している。

- ア. リハビリテーション医療に関する3年以上の経験を有していること。
- イ. 適切なりハビリテーションに係る研修を修了していること。(疑義解釈にて、日本リハビリテーション医学会が主催する「急性期病棟におけるリハビリテーション医師研修会」を指すと回答)

**解説**

長年リハ医学会が要望していた急性期病院のリハ専門職の充実がようやく形になった。それも入院基本料の項目に組み込まれた意義は大きい。入院基本料に初めてADLという用語が登場したことになる。この新設は疾患別リハの廃用症候群の点数の大幅削減とセットとみるべきであろう。廃用症候群を診断名として回復期リハ病棟に入院する患者が少なくない現状を是正し、急性期リハを充実することによって廃用症候群を急性期病院で予防すべきというメッセージが込められており、急性期リハ充実の第一歩と評価したい。

**2. 回復期リハビリテーション病棟入院料体制強化加算**

患者の早期機能回復及び早期退院を促進するために、専従の医師及び社会福祉士の配置を評価。

**施設基準**

- (1) 回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出を行っていること。
- (2) 当該病棟に専従の常勤医師1名以上及び常勤社会福祉士1名以上配置されていること。
- (3) 医師については以下のいずれも満たすこと。

- ア. リハビリテーション医療に関する3年以上の経験を有していること。
- イ. 適切なりハビリテーションに係る研修を修了していること。(疑義解釈にて、回復期リハビリテーション病棟協会が開催する「回復期リハビリテーション病棟専従医師研修会」、日本慢性期医療学会が開催する「総合リハビリテ-

表1 (1) 平成26年度診療報酬改定一覧

区分	診療項目	診療報酬点数		増減率 %
		2012年	2014年	
<b>第1章 基本診療料</b>				
<b>第2部 入院料等</b>				
<b>第1節 入院基本料</b>				
A100	一般病棟入院基本料			
A104	12 ADL維持向上等体制加算		25	
A104	特定機能病院入院基本料			
	10 ADL維持向上等体制加算		25	
<b>第3節 特定入院料</b>				
A308	回復期リハビリテーション病棟入院料(1日につき)			
	1 回復期リハビリテーション病棟入院料1	1911	2025	* 5.97
	2 回復期リハビリテーション病棟入院料2	1761	1811	2.84
	3 回復期リハビリテーション病棟入院料3	1611	1657	2.86
	注2 休日リハビリテーション提供体制加算	60	60	* 0.00
	注3 リハビリテーション充実加算	40	40	0.00
	注5 体制強化加算		200	
A308-2	亜急性期入院医療管理料		削除	
	1 亜急性期入院医療管理料1	2061		
	2 亜急性期入院医療管理料2	1911		
A308-3	地域包括ケア病棟入院料(1日につき)			
	1 地域包括ケア病棟入院料1		2558	
	2 地域包括ケア病棟入院医療管理料1		2558	
	3 地域包括ケア病棟入院料2		2058	
	4 地域包括ケア病棟入院医療管理料2		2058	
<b>第2章 特掲診療料</b>				
<b>第1部 医学管理等</b>				
B001	特定疾患指導管理料			
	26 植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料	810	810	0.00
	注2 導入期加算(植込術から3月以内)	140	140	0.00
B001-2-7	外来リハビリテーション診療料			
	1 外来リハビリテーション診療料1	69	72	4.35
	2 外来リハビリテーション診療料2	104	109	4.81
B005-1-3	介護保険リハビリテーション移行支援料		500	
B006-3	退院時リハビリテーション指導料	300	300	0.00
B007	退院前訪問指導料	555	555	0.00
<b>第3部 検査</b>				
<b>第3節 生体検査料</b>				
(神経・筋検査)				
D239	筋電図検査			
	1 筋電図(1肢につき、針筋電図は1筋につき)	200	200	0.00
	2 誘発筋電図(神経電動速度検査を含む。1神経につき)	150	150	0.00
	3 中枢神経磁気刺激による誘発筋電図(一連につき)	400	400	0.00
D239-3	神経学的検査	400	400	0.00
D242	神経・筋検査判断料	180	180	0.00
D250	平衡機能検査			
	5 重心動揺計、下肢荷重検査、フォースプレート分析、動作分析検査(臨床心理・神経心理検査)	250	250	0.00
D283	発達及び知能検査			
	1 操作が容易なもの	80	80	0.00
	2 操作が複雑なもの	280	280	0.00
	3 操作と処理が極めて複雑なもの	450	450	0.00
D285	認知機能検査その他の心理検査			
	1 操作が容易なもの	80	80	0.00
	2 操作が複雑なもの	280	280	0.00
	3 操作と処理が極めて複雑なもの	450	450	0.00
	(内視鏡検査)			
D298-2	内視鏡下嚥下機能検査	600	600	0.00

赤字：新設項目 \*内容・施設基準等に変更有り

ション講座」のいずれかの研修を指すと回答)

- (4) 省略
- (5) 社会福祉士については退院調整に関する3年以上の経験を有する者であること。

**解説**

回復期リハ入院料については1. 2. 3とも増点となったが、より質の高い1で増点率を高くし、体制強化加算も

加えたことにより、差別化が明確になった。ただし、休日リハ提供加算の施設基準は、2. 3の届出を行っている医療機関のみとし、1では入院料に包括された。専従医および社会福祉士の配置が規定された意義は大きい。

**3. 地域包括ケア病棟入院料**

急性期治療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受

け入れ並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有し、地域包括ケアシステムを支える役割を担うものである。

リハに係る費用は地域包括ケア病棟入院料等に含まれる。

**施設基準**

- (1) 特定機能病院以外の保健医療機関
- (2) 当該医療機関に専任の在宅復帰支援担当者（職種に規定は設けませんが、社会福祉士のような在宅復帰支援に関する業務を適切に実施できる者）が1名以上配置。

当該病室又は病室を含む病棟に、専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士又は専従の言語聴覚士（理学療法士等）が1名以上配置されていること。

ADL維持向上加算に係る専従者と兼務することはできる。

- (3) 心大血管リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）若しくは（Ⅲ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）若しくは（Ⅱ）、呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）又はがん患者リハビリテーション料の届出を行っていること。

**解説**

これまでの亜急性期入院医療管理料が地域包括ケア病棟入院料に生まれ変わった。この名称に、2025年に向けて厚労省が精力的に進めている地域包括ケアシステム確立に向けた強い意志が示されたと言えよう。ここでも病室または病棟に専従の療法士の配置が規定された意義が大きい。

**4. 介護保険リハビリテーション移行支援料**

維持期のリハビリテーション（脳血管疾患等リハ・運動器リハの注4に示される、発症、手術又は急性増悪から180日・150日を超えてリハビリテーションを行った場合）を受けている入院中の患者以外の者に対して、患者の同意を得て、適切な介護保険によるリハビリテーション（訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーションをいう。）へ移行するため、介護支援専門員と連携し、介護サービス計画書作成を支援した上で、介護保険によるリハ

表1 (2) 平成26年度診療報酬改定一覧

第4部 画像診断						
第1節 エックス線診断料						
E003	7	嚥下造影	240	240	0.00	
第7部 リハビリテーション						
第1節 リハビリテーション料						
H000	1	心大血管リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）	200	205	*	2.50
	2	心大血管リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）	100	105		5.00
	注2	早期リハビリテーション加算	30	30		0.00
	注3	初期加算	45	45		0.00
H001	1	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）				
	イ	口以外の場合	245	245		0.00
	ロ	廃用症候群の場合	235	180		-23.40
	2	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）				
	イ	口以外の場合	200	200		0.00
	ロ	廃用症候群の場合	190	146		-23.16
	3	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位）				
	イ	口以外の場合	100	100		0.00
	ロ	廃用症候群の場合	100	77		-23.00
	注2	早期リハビリテーション加算	30	30	*	0.00
	注3	初期加算	45	45	*	0.00
	注4	180日を超えた場合				
	イ	脳血管等リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）				
	(1)	(2)以外の場合	221	221		0.00
	(2)	廃用症候群の場合	212	162		-23.58
	ロ	脳血管等リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）				
	(1)	(2)以外の場合	180	180		0.00
	(2)	廃用症候群の場合	171	131		-23.39
	ハ	脳血管等リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位）				
	(1)	(2)以外の場合	90	90		0.00
	(2)	廃用症候群の場合	90	69		-23.33
H002		運動器リハビリテーション料				
	1	運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）	175	180	*	2.86
	2	運動器リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）	165	170		3.03
	3	運動器リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位）	80	85		6.25
	注2	早期リハビリテーション加算	30	30	*	0.00
	注3	初期加算	45	45	*	0.00
	注4	150日を超えた場合				
	イ	運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）	158	163		3.16
	ロ	運動器リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）	149	154		3.36
	ハ	運動器リハビリテーション料（Ⅲ）（1単位）	80	85		6.25
H003		呼吸器リハビリテーション料				
	1	呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）（1単位）	170	175		2.94
	2	呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）（1単位）	80	85		6.25
	注2	早期リハビリテーション加算	30	30		0.00
	注3	初期加算	45	45		0.00
H003-2		リハビリテーション総合計画評価料	300	300		0.00
	注2	入院時訪問指導加算		150		
H003-3		リハビリテーション総合計画提供料		100		
H004		摂食機能療法（1日につき）	185	185		0.00
	注2	経口摂取回復促進加算		185		
H005		視能訓練（1日につき）				
	1	斜視視能訓練	135	135		0.00
	2	弱視視能訓練	135	135		0.00
H006		難病患者リハビリテーション料（1日につき）	640	640		0.00
	注2	短期集中リハビリテーション実施加算				
	イ	退院日から起算して1月以内	280	280		0.00
	ロ	退院日から起算して1月を超え3月以内	140	140		0.00
H007		障害児（者）リハビリテーション料（1単位）				
	1	6歳未満の患者の場合	220	225		2.27
	2	6歳以上18歳未満の患者の場合	190	195		2.63
	3	18歳以上の患者の場合	150	155		3.33
H007-2		がん患者リハビリテーション料（1単位）	200	205		2.50
H007-3		認知症患者リハビリテーション料（1日につき）		240		
H008		集団コミュニケーション療法料（1単位）	50	50		0.00

赤字：新設項目 \*内容・施設基準等に変更有り

ビリテーションを開始し、維持期のリハビリテーションを終了した場合に、患者一人につき1回限り算定できる。

**解説**

今回も、要介護被保険者において標準算定日数を超えて外来リハを提供する場合は月13単位までという規定は平成28年3月まで延長されたが、次回改定での削除に向けて、つなぎの役割

が期待されているのであろう。

ここで重要なポイントは、維持期のリハと介護保険によるリハを診療報酬上の規則として限定的に定義し、両者を区別したことにあるのではないだろうか。リハの定義に関する重要な問題を含んでおり、リハ医学会ははっきりと意見を表明すべきであろう。

## 5. 経口摂取回復促進加算

鼻栄養を実施している患者又は胃瘻を造設している患者に対して、摂食機能療法を実施した場合に算定できる。

算定する場合は、当該患者に対し、月に1回以上、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施し、検査結果を踏まえて、医師、歯科医師、言語聴覚士、理学療法士、管理栄養士等の多職種によるカンファレンスを月に1回以上行うこと。

転院時には嚥下機能の状態並びに患者・家族への説明及び指導内容について情報提供を行うこと。

### 施設基準

(1) 当該保健医療機関内に摂食機能療法を担当する専従の常勤言語聴覚士が1名以上配置されていること。

### 解説

胃瘻造設については胃瘻造設術の点数が改定（10070点⇒6070点に減点）され、胃瘻造設時嚥下機能評価加算（2500点）が新設された。経口摂取回復促進加算はこれとセットとみて良いだろう。嚥下機能評価と摂食機能療法のチーム医療の重要性が評価され、言語聴覚士が専従となった点に意義がある。

## 6. 認知症患者リハビリテーション料

重度認知症の患者（認知症治療病棟入院料を算定する患者又は認知症疾患医療センターに入院している患者に限る。）に対して、認知症の行動・心理症状の改善及び認知機能や社会生活機能の回復を目的として、作業療法、学習訓練療法、運動療法等を組み合わせることで個々の症例に応じて行った場合について算定する。

認知症リハビリテーションに関して十分な経験を有する医師の指導監督の下、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が個別に20分以上のリハビリテーションを行った場合に算定する。

### 施設基準

(1) 認知症患者のリハビリテーションを行うにつき十分な経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお十分な経験を有する専任の常勤医師とは、以下のいずれかの者をいう。

ア. 認知症患者の診療の経験を5年以上有する者。

表1 (3) 平成26年度診療報酬改定一覧

第9部 処置					
	第1節 処置料				
	(泌尿器科処置)				
J065	間欠的導尿(1日につき、6月間を限度)	150	150	0.00	
	(整形外科的処置)				
J118	介達牽引(1日につき)	35	35	0.00	
J119	消炎鎮痛等処置(1日につき)				
	1 マッサージ等の手技による療法	35	35	0.00	
	2 器具等による療法	35	35	0.00	
	3 湿布処置	35	35	0.00	
	(ギプス)				
J129	治療装具の採型ギプス				
	1 義肢装具採型法(1肢につき)	200	200	0.00	
	2 義肢装具採型法(四肢切断の場合、1肢につき)	700	700	0.00	
	3 体幹硬性装具採型法	700	700	0.00	
	4 義肢装具採型法(股関節・肩関節離断の場合、1肢につき)	1050	1050	0.00	
J129-2	練習用仮義足又は仮義手				
	1 義肢装具採型法(四肢切断の場合、1肢につき)	700	700	0.00	
	2 義肢装具採型法(股関節・肩関節離断の場合、1肢につき)	1050	1050	0.00	
J129-3	義肢装具採寸法(1肢につき)	200	200	0.00	
J129-4	治療装具採型法(1肢につき)	700	700	0.00	
第10部 手術					
	第1節 手術料				
	第3款 神経系・頭蓋				
	(脊髄、末梢神経、交感神経)				
K190-5	重度痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ薬剤再充填	650	650	0.00	
第11部 麻酔					
	第2節 神経ブロック料				
L100	神経ブロック(局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用)				
	4 眼瞼痙攣、片側顔面痙攣、痙性斜頸、上肢痙縮又は下肢痙縮の治療目的でボツリヌス毒素を用いた場合	400	400	0.00	

赤字：新設項目 \*内容・施設基準等に変更有り

表2 日本リハビリテーション医学会からの要望項目

リハビリテーション医療関連団体協議会(9団体)の改訂要望項目	今回改定への採用
1 急性期リハビリテーション加算の新設	○
2 回復期リハビリテーション病棟入院料1の要件の見直し	○
3 回復期リハビリテーション病棟入院料適応疾患の追加	×
4 回復期リハビリテーション病棟入院料の包括から除外	×
5 リハビリテーション処方料(指示料)の新設	×
6 廃用症候群の説明への追記	×
7 外来リハビリテーション診療料の説明に関する修正	×
8 小児外来リハビリテーション教育機関情報提供料の新設	×
9 維持期リハビリテーションに関する月13単位の期間延長	○
10 神経学的検査のリハビリテーション科医師の追加	×
11 間欠的経口経管栄養法実施料の新設	×
12 嚥下調整食の評価	×
13 訪問リハビリテーションの説明の追記	×
14 訪問リハビリテーションの医療保険と介護保険の併用期間の設定	×
15 リハビリテーション施設基準における専門職種の追加	△

内保連要望項目	今回改定への採用
新設	
1 リハビリテーション処方料(内保連・外保連共同提出)	×
2 A型ボツリヌス療法施行前後のリハビリテーション料	×
3 義肢装具適合判定検査料	×
4 障害者日常生活指導料	×
改正	
5 神経学的検査のリハ科専門医追加	×
6 がんリハの算定条件の緩和・改訂	×
7 救命救急・特定集中治療室管理料・ハイケアユニット入院管理料	×
8 回復期リハビリテーション病棟入院料 ボツリヌス治療の包括外化	×
9 標準的リハ算定日数を超える患者に対する月13単位までの外来リハ実施の継続	○

外保連要望項目	今回改定への採用
新設	
1 コンピュータによる筋力検査	×
2 手指巧緻性機能検査	×
3 リハビリテーションカンファレンス	×
改正	
4 間欠的導尿(算定期限の撤廃及び増点)	×

- イ. 認知症患者のリハビリテーションに関し、適切な研修を修了した者。
- (2) 専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること。

### 解説

認知症対策総合支援事業に関連して、認知症に対するリハを評価する項目である。重症認知症患者の入院1月以内に限り週3回を限度に算定するとしており、認知症患者においても早期退院を促進しようというねらいであろう。

## 7. その他

疾患別リハビリテーションでは、心大血管リハビリテーション料の施設基準に、「必要に応じて、心機能に応じた日常生活活動に関する訓練等の心大血管疾患リハに係る経験を有する作業療法士が勤務していることが望ましい」と追加された。また、運動器リハ

ビリテーション料（I）が入院中しか算定できないという不合理な条件は削除され、脳血管疾患等リハ料、運動器リハ料の早期リハ加算、初期加算は外来でも算定可能となった。

\*

最後に2012年改定以降日本リハ医学会社会保険等委員会が行ってきた診療報酬改定に向けた要望項目の整理と根拠データの収集、要望書類作成等の活動が、今回の改定にどれだけ成果を挙げたかをp.4の表2に示す。

日本リハ医学会が厚生労働省に向けて診療報酬改定の要望を提出するのには表のように3つのルートがある。リハ関連団体からの要望は前回までは5団体で行われたが、今回はリハ医療関連団体協議会を形成する9団体（日本リハ医学会、日本リハ病院・施設協会、回復期リハ病棟協会、全国デイ・ケア協会、日本訪問リハ協会、日本理

学療法士協会、日本作業療法士協会、日本言語聴覚士協会、日本リハ看護学会、国際リハ看護研究会、看護は2団体共同で1団体として参加）として要望をまとめ要望書を提出した。そして従来からの内科系学会社会保険連合（内保連）、外科系学会社会保険連合（外保連）を通じた要望である。今回は内保連、外保連の間で初めて要望項目の調整がなされて重複項目が整理された。

結果は、9団体からの要望15のうち3.5件、内保連・外保連からの要望のうち1件が、今回の改定に反映された。

次回改定に向けて、今回改定を含めたりハ関連診療報酬の現場での問題点を会員から募り、適切な診療報酬の在り方を追求し、根拠資料を示して新たな提言を行い、我々の提案が国民の幸せにつながるのだと主張することが社会保険等委員会の責務である。

# 第51回日本リハビリテーション医学会学術集会 近況報告

会期：2014年6月5日（木）～7日（土）

会場：名古屋国際会議場

会長：才藤栄一

（藤田保健衛生大学医学部リハビリテーション医学I講座教授）

今年の学術集会は名古屋市の名古屋国際会議場で6月初めに開催されます。おかげさまで765題の一般演題を応募いただきました。たくさんのご応募、大変ありがとうございました。また、初の試みとして、大会2日目の6月6日（金）に同時開催コメディカルポスターセッションを企画いたしました。100題前後の応募を想定しておりましたが、303題もの演題をご応募いただき、コメディカルの先生方の本学会に対する関心の高さも伺えました。多職種が一堂に会する本学会が盛会となることを期待しております。

本学会のテーマは「**実用リハビリテーション医学— Practical Rehabilitation Medicine —**」です。リハ医学のコアである「活動（activity）」にフォーカスして、ユニークで普遍、実用先進、そして、構造的知恵をキーワードにして、5日（木）：国際Day、6日（金）：チームDay、7日（土）：市民/学生/研修医Dayをサブタイトルとしました。会長講演は「活動の臨床としてのリハビリテーション医学」です。特別講演7本、教育講演16本、モーニングレクチャー2本を用意しております。また、構造教育講演として、高次脳機能障害対応、入

門リハビリテーション医学の2つを予定しました。シンポジウムはすべて「活動」を主題にして6本、パネルディスカッションを8本、また、リハビリテーションチームを主題にして中国、タイ、マレーシア、韓国、日本からの演者が語るアジアシンポジウムも予定しております。海外からのゲストにもリハ学会員の演題を聞いていただけるように、5日の国際DayにはEnglish sessionも15題予定しました。医療倫理・安全研修講演は「臨床研究と倫理委員会」、他に指導医講習会、電気刺激をテーマとしたサテライトシンポジウムも予定します。7日の午後には市民公開シンポジウムを「ロボットが変えるだろうリハビリテーションの未来」と題して、これからリハビリテーション分野に必ず入ってくるロボットの未来を語ります。ランチョンセミナーは3日間で16本を用意いたしましたので、多くの参加者にご利用いただけたと考えております。

事前参加登録をされた方は、生涯教育研修講演受講料（日本リハ医学会、日本整形外科学会）の事前支払、モーニングレクチャー・ランチョンセミナー事前予約、ハンズオンワークショップ事前予約が可能になります。また、事前参加登録された方に限り託児利用料も一部補助いたします。事前参加登録をされた方は、当日の参加受付が不要です。ネームカードをお送りいたしますので、必ずご持参ください。詳細はホームページ（<http://www.congre.co.jp/jarm51/>）をご参照ください。

（実行委員長 加賀谷 斉）

## <編集委員会>

この度、学会誌刊行に関わる予算の緊縮を目的として、以下の対応をすることになりました。1. 合併号の刊行を年2回行うことで送料を節減する、2. 公示の記載法の変更や地方会抄録を本文400字とすることによってページ数を削減する、3. 公示のページの紙質を黄色から白色へ変更する、などがその具体策です。会員の皆様のご理解を何卒よろしくお願い申し上げます。詳しくは学会誌51巻4号・5号合併号をご覧ください。

また、2014年3月31日をもって、編集委員会委員長を辞任させていただくことになりました。2008年10月1日より編集委員を務め、2012年10月1日より委員長を拝命致しました。5年半の間、たくさんの方々に支えていただき、様々な大切なことを学ばせていただきました。この場を借りて感謝申し上げます。今後は、道免和久新委員長のもとJJRMが益々の発展を遂げられることを心よりお祈り申し上げます。(前委員長 橋本 圭司)

## <試験委員会>

当委員会では、専門医試験のあり方についての検討およびリハ科専門医試験の問題作成ならびに試験の運営を行っています。日進月歩の医学の発展とともに専門医として習得すべき内容は多様となり、試験問題も時代の流れに応じた問題の検討を心がけるようにしています。

新作問題作成は当委員会委員だけではなく、試験委員会特別委員の先生方および新しく専門医に合格された先生方にも広く依頼をするようにしています。そこで、近年(概ね過去3年以内に)専門医試験に合格された先生方を対象とし、専門医試験問題作成に関するワークショップを企画いたしました。

第51回日本リハ医学会学術集会の期間中、2014年6月6日(金)13時から14時まで、名古屋国際会議場 第10会場(2号館2階 会議室221)にて開催を予定しています。

専門医としての適任を適切に評価できる試験問題作成をめざすものです。皆様のご参加および専門医試験作成をお願いしたいと考えております。なお、今回より、参加された先生方に生涯教育の履修単位5単位付与することになりました。多数のご参加をお待ちしております。(前委員長 中馬 孝容)

## <評価・用語委員会>

Web版リハ用語事典はリハ医学用語集第7版を元に現在日本リハ医学会のホームページ上に掲載しており、その中で一般市民への啓発を視野に入れて患者・家族向けの用語解説欄を設けていました。評価・用語委員会では学会発足50周年記念企画の一環として昨年度より患者・家族向け用語解説の一般市民向け公開に向けて準備をすすめてきましたが、この度一部の用語解説を公開しましたのでお知らせいたします。これはリハ用語が一般市民に正確に理解され社会全体にリハ医療の啓発が促進されることを目的としています。今回は患者・家族向け解説のある用語728語から特に重要であると思われる98語を評価・用語委員会で選定しました。アクセスは学会ホームページのトップページ右下のボタン「一般の方向け主な疾患のリハビリ方法やリハビリ用語解説」をクリックしてください。リハビリ用語解説は単語・キーワードの入力

もしくは索引から検索ができるようになっています。今回公開した用語以外にも一般市民にとって非常に重要であるにもかかわらずまだ解説がなされていないものが多数あります。専門医の先生方にはぜひともこれを機会にリハ用語解説の執筆へのご協力をお願いいたします。(担当委員 高橋 真紀)

## <教育委員会>

今年6月に名古屋で開催される第51回日本リハ医学会年次学術集会で以下の講演が行われます。

- ①「医療倫理・安全に関する講演」：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す。年次学術集会および専門医学術集会で定期的に行う予定です。
- ②「指導医講習会」：今回初めて行います。2018年3月31日に指導医更新期日を迎える方から必須となります。詳しくは学会誌4号・5号合併号をご覧ください。

生涯教育研修に関しては、教育講演単位取得の上限を、年次学術集会ではこれまでの最大4講演から5講演に、専門医学術集会では3講演から4講演に拡大いたします。第51回日本リハ医学会学術集会から適用されますので、単位取得をお考えの方はご留意ください。

3回目の「一般医家に役立つリハ医療研修会」を、2014年1月徳島で開催いたしました。好評のため、地方会を通じて開催場所を募る予定です。

病態別実践リハ医学研修会は本年度も7月に「骨関節障害」、10月に「神経系障害」、2月に「内部障害」を開催予定です。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の購入もご検討ください。

専門医試験受験を検討中の先生には、「第5回専門医試験受験支援講座」を第51回日本リハ医学会学術集会で開催予定です。

昨年7月に初めて開催し好評であった「臨床研修医等医師向けリハビリテーション研修会」を本年度は8月に開催予定です。

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対応した研修カリキュラムの改訂を進めています。専門医制度対策委員会と協力しながら、必要な情報は随時お知らせする予定です。(前委員長 羽田 康司)

## <障害保健福祉委員会>

### 身体障害認定基準が一部改正されました

身体障害者福祉法に関する身体障害認定基準の一部が改正され、2014年4月1日より適用となりました。改正のポイントは次の3つです。

- (1)人工ペースメーカ(PM)や植え込み型除細動器(ICD)を装着した者より上記日付以降に申請があった場合、PMやICDへの依存度・日常生活活動制限の程度を勘案して、1, 3, 4級のいずれかの認定を行うこととされました。等級の基準として「不整脈の非薬物治療ガイドライン2011」と「身体活動能力としての運動強度[METs]」を評価することになっています。更に装着の日から3年以内に再認定をすることとされました。なお先天性疾患によるもの、人工弁移植・置換、については従来通り1級での認定です。

(2) 人工関節等を装着した者より上記日付以降に申請があった場合、当該手術後の状態が安定した時点における機能障害の程度により4～7級或いは非該当のいずれかの認定を行うこととされました。

(3) PMやICDに限らず再認定が必要とされる場合はその年月を身体障害者手帳に記載することとし、自治体による再認定が徹底されることになりました。

なお2014年3月末までに診断書・意見書が作成されている場合は、同年6月末までに申請すれば従来の基準での認定となります。(委員長 正岡 悟)

## <資格認定委員会>

本委員会が行っている活動は会員の皆様から大変見えにくいところがあり、改めてその活動内容を紹介します。その主な業務は、専門医・認定臨床医・指導医の資格に関する審査認定(新規および更新)作業であり、関連する多くの制度や規則の整備も行っています。

2013年度は、新規の資格認定が「専門医79名、認定臨床医76名、指導責任者(現指導医)126名」でした。各申請書類の審査は、齟齬がないよう2人の委員が審査を行うダブルチェック体制で行っています。特に、専門医・認定臨床医の受験申請書類(約200件)については、丸2日間、委員が学会事務局に缶詰め状態になって注意深く審査を行っています。

疑義がある場合などは確認が必要となり、会員の皆様への問い合わせをしたり、審査結果の通知までに時間かかることもあります。これも、公正な審査が本医学会の資格制度の維持には必須の要件でもあるからです。ご理解のほどお願い申

上げます。

今度とも、公正かつ迅速な審査を通じて、本医学会の資格制度の維持と会員サービスの向上を目指してゆきたいと考えております。(新委員長 下堂 蘭 恵)

## <施設認定委員会>

すでにお知らせしていますが、日本専門医制評価・認定機構(以下、専認構)による専門医制度改革に伴い、現在、当委員会では、当学会の研修施設の定義や認定基準などを再検討しています。

今回は、専認構による新しい専門医制度における研修施設に関する情報を提供します。

これまで、専認構は、研修施設を基幹研修施設と関連研修施設などに規定していましたが、最近、専認構から示された専門医制度整備指針検討委員会による専門医制度整備指針2014では、研修施設は専門研修基幹施設と専門研修連携施設に規定されました。

つまり、専門研修基幹施設は、これまでの基幹研修施設のことで、基幹型臨床研修病院(初期)の指定基準を参考にし、一般的な教育病院の水準を保証することとされました。

また、専門研修連携施設は、これまでの関連研修施設と関連施設のことで、その専門性および地域性から専門研修プログラムで必要とされる施設であること(具体的には、大学院・研究施設・地域中小病院など)とされました。

このように、専認構による新しい専門医制度における研修施設の名称や定義なども折々変化していますので、今後も、会員各位に最新の情報を提供していきます。

(委員長 尾花 正義)

## <診療ガイドライン委員会>

診療ガイドライン委員会では、現在、以下のガイドライン策定委員会が活動を行っています。最近の動向をまとめました。

名称	最近の動向
脳卒中治療ガイドライン策定委員会 (委員長 藤原 俊之)	ガイドライン第3版の作成に向けて作業継続中。脳卒中学会主導でガイドライン委員会を組織、本学会策定委員会委員は脳卒中ガイドライン委員会(脳卒中学会)リハ部門の委員を兼務、一方、脳卒中ガイドライン委員会(脳卒中学会)園田茂班長が本学会策定委員会特別委員を兼務。
脳性麻痺リハビリテーションガイドライン策定委員会 (委員長 高橋 秀寿)	本学会会員からパブリックコメント募集の後、「脳性麻痺リハビリテーションガイドライン第2版(金原出版)」が、2014年1月23日に出版された。
リハビリテーション連携パス策定委員会 (委員長 橋本 茂樹)	「リハビリテーションと地域連携・地域包括ケア(診断と治療社)」が、2013年6月10日に出版された。また、出版と併せて本学会会員に対して、地域連携パスや地域包括ケアに対するリハ医としての立場についてアンケート調査をする予定。
障害者体力評価ガイドライン策定委員会 (委員長 古澤 一成)	本学会会員からパブリックコメント募集の後、「障害者の体力評価ガイドライン(金原出版)」が2013年6月18日に出版された。
神経筋疾患・脊髄損傷の呼吸リハビリテーションガイドライン策定委員会 (委員長 花山 耕三)	ガイドラインの作成に向けて作業を継続中。総論・各論とも原案完成、本学会会員からパブリックコメント募集の後、2014年度第51回学術集会までに出版予定。
がんのリハビリテーションガイドライン策定委員会 (委員長 辻 哲也)	本学会会員からパブリックコメント募集の後、「がんのリハビリテーションガイドライン(金原出版)」が、2013年4月30日に出版された。本ガイドラインの英文翻訳版の作成作業は英文誌への投稿を視野に継続作業中。また、がん治療学会がん診療ガイドラインjsco-cpg.jp事業へリハ分科会として本学会の参画が承認された。今後、医療情報サービス事業Minds(公益社団法人日本医療機能評価機構)へ掲載予定。

2013年度は50周年記念事業企画として、4つのガイドライン(脳性麻痺、連携パス、体力評価、がんリハビリ)を出版することができました。また、神経筋疾患・脊髄損傷の呼吸リハビリテーションガイドラインもまもなく出版予定です。

なお、4つのガイドライン策定委員会(脳性麻痺、連携パス、体力評価、がんリハビリ)は当面の使命を終えたことから、2013年度いっぱい解散となりました。各委員会の委員長は特別委員として診療ガイドラインコア委員会に参加し、策定委員会解散後も問い合わせへの対応や改訂のための準備を行う予定です。(担当理事 生駒 一憲、委員長 辻 哲也)

## <関東地方会だより>

第57回の関東地方会学術集会と専門医・認定医生涯教育研修会は、日高病院リハビリテーション科 和田直樹先生が会長をされ、2014年3月8日(土)に前橋テルサで開催されました。演題数も大変多く、活発な議論がなされ、充実した内容となりました。また研修会では、中馬孝容先生(滋賀県立成人病センターリハビリテーションセンター医療部長)に「パーキンソン病のリハビリテーション」について、好本裕平先生(群馬大学大学院医学系研究科脳神経外科学分野教授)に「脳卒中の診断と治療」のご講演を賜り、貴重なお話しを拝聴できました。

第58回日本リハ医学会関東地方会と専門医・認定医生涯教育研修会は、JAとりで総合医療センター院長 新谷周三先生が会長をされ、2014年9月20日(土)15時よりJAとりで総合医療センター新棟3階講堂にて行う予定です。研修会では、柳下和慶先生(東京医科歯科大学スポーツ医学診療センターセンター長)に「高気圧酸素治療と創傷治癒促進」、江口清先生(筑波大学附属病院リハビリテーション部部長)に「筋の賦活と健康増進」のご講演をいただきます。いずれも大変興味深い内容ですので、是非ご参加ください。皆様のご参加をお待ちしております。

詳細は関東地方会ホームページ(<http://square.umin.ac.jp/jrmkanto/>)をご参照ください。

(事務局幹事 緒方直史)

## <中部・東海地方会だより>

中部・東海地方会では、第35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2014年8月23日(土)名古屋市立大学(名古屋市瑞穂区瑞穂町字川澄1:例年の会場とは異なります)にて開催致します。研修会は小林庸子先生(国立

精神・神経医療研究センター病院リハビリテーション科)に「デュシェンヌ型筋ジストロフィーのリハビリテーションについての最近の話題—希少性疾患の運動機能評価者としてのリハビリテーション職種の役割—」を、加賀谷斉先生(藤田保健衛生大学リハビリテーション医学I講座)に「安定期・周術期の呼吸リハビリテーション」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)

## <近畿地方会だより>

近畿地方会では2013年9月29日に設立50周年を記念して市民公開講座を開催しました。この公開講座はMedical Tribuneの取材を受け、MTPPro webサイトに掲載されました(<http://mtpro.medical-tribune.co.jp/mtpronews/1310/1310016.html> および <http://mtpro.medical-tribune.co.jp/mtpronews/1310/1310039.html>)。Medical Tribuneでは、記事へのアクセス数をもって読者の関心を評価していますので、上記webサイトにアクセスしてご覧いただくとともに、周りの方にもご紹介をお願いします。

さて、2014年度は4月19日の第51回専門医・認定臨床医生涯教育研修会(京都府立医大附属図書館ホール)を皮切りに、7月26日に第52回生涯教育研修会(関西医大附属枚方病院)、9月20日に第37回学術集会および生涯教育研修会(大手前病院)、11月頃に第53回生涯教育研修会(滋賀県)、2015年3月7日に第38回学術集会および生涯教育研修会(兵庫医大 平成記念会館)を予定しています。行事予定は近畿地方会ホームページでご確認できますので、皆様のご参加をお待ちしています。(広報委員会 川上寿一)

## 「片麻痺」と「高次脳機能障害」、 脳損傷の謎に対するリハビリテーションの挑戦。 リハビリテーション治療のための入門書



# 片麻痺 最新刊

バビンスキーからペルフェッティへ 宮本省三 著

19世紀末に始まる片麻痺の医学史は、人間の脳機能が解明されてきた歴史と歩みを共にしてきました。本書は、脳機能の科学的な解明という現代の観点から片麻痺と高次脳機能障害を連続した脳の病態と捉え、その理解の仕方、そこから導き出される治療方法の開発という流れで、現代リハビリテーション治療の全貌を描き出します。

協同医書出版社

〒113-0033 東京都文京区本郷3-21-10  
tel 03-3818-2361 fax 03-3818-2368  
<http://www.kyodo-isho.co.jp/>



●B5変形・520頁・定価(本体5,500円+税)  
ISBN978-4-7639-1072-1

## 回復期リハビリテーション病棟における電子カルテ機能の実態 —リハ医療に必要な電子カルテ機能を検討するワーキンググループ WG からの報告—

回復期リハビリテーション病棟（以下、回リハ病棟）の電子カルテ導入率は年々増加傾向にあり、2013年時点で36.8%とされています（回復期リハ病棟協会2013年度調査報告書）。一方、国内でよく流通している電子カルテソフトの「標準仕様」は回リハ病棟を想定したものではないため、一般病棟や一般外来で使用する場合と比べ使いにくさが目立ち、現存する電子カルテの標準仕様は回リハ病棟の運営に不向きであるとの声が多く聞かれます。もちろん、オプション付加や独自のカスタマイズにより機能性や利便性は向上しますが、それはお金をかければの話であって、多くは施設全体で購入したソフトを限られた予算内で調節してもらえらる程度だと思います。

そこでWGでは、全国の回リハ病棟関係者のご協力のもと、現在利用中の電子カルテの機能性等に関する実態調査をすすめてきました。郵送アンケートで用いた「電子カルテ機能評価（回リハ病棟版）」<sup>1)</sup>は回リハ病棟の診療および運営に重要と考えられる20の項目を抽出し、各項目に対し1～5点の5段階評価尺度（1点：機能不備が甚だしい、3点：最低限の機能が標準装備されている、5点：理想的な機能が標準装備されている）を定めたもので、項目別に分析できるほか総点も算出できます（20点～100点）。詳細は数ページに及ぶため参考文献をご覧ください。以下にアンケート結果<sup>2,3)</sup>の要点をお示しします。

**【調査時期と対象】** 2011年9～10月。電子カルテを利用している全国の回リハ病棟153施設（回復期リハ病棟協会より情報提供いただいたもの）。

**【調査内容】** 契約メーカーおよびシステム名称、その満足度、各施設職員による「電子カルテ機能評価（回リハ病棟版）」の自己採点。

**【有効回答】** 82施設、53.6%

**【分析内容】** ①満足度、②機能評価の総点、③項目別結果

### 【結果】

- ①満足度：大変満足0%、ほぼ満足29%、普通49%、やや不満17%、大変不満5%であった。
- ②機能評価の総点：最小値33点～最大値86点（中央値60.5点）であった。これをメーカー別に契約数上位から順に示すと図1の通りであった。
- ③項目別結果（図2）：回リハ病棟に義務付けられている総合実施計画書、ADLの定期的評価、カンファレンス記録を支援する機能のほか、実績報告に利用したいデータエクスポート機能や失語症・高次脳機能評価の記載、補装具処方箋などを中心に機能不備が目にとまる結果であった。

同じメーカーでも総点の施設間差が大きいことは、標準仕様のまま運用している施設が少なく追加カスタマイズやバージョンアップ等が行われた影響が推定され、標準仕様では使用に耐えられないと考えた回リハ病棟が多いことがうかがえます。可及的なカスタマイズ等のあとの満足度にしても「普通」、「やや不満」が大半（あわせて3分の2）

図1 電子カルテ機能評価の総点

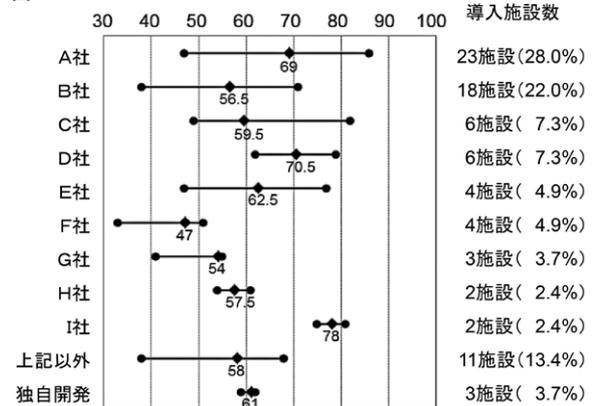
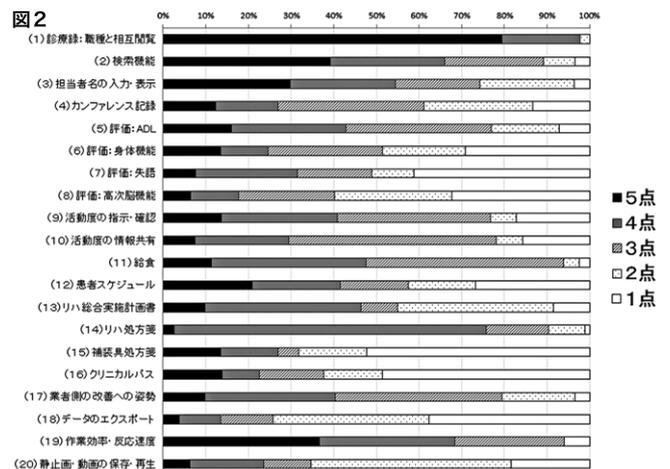


図2



を占めていました。項目別結果からは、メーカー側が回リハ病棟の実務的な部分を理解していない可能性がうかがえます。回リハ病棟でもすぐ運用できる機能が電子カルテに標準装備されるようになるには、メーカー側に回リハ病棟の実務を理解してもらう働きかけが必要だと思われました。WGは今後、同調査結果をメーカー側にフィードバックすることを検討中です。各施設におかれましてもシステム改訂など検討中の折などには、WGが作成した電子カルテ機能評価（回リハ病棟版）の自己評価あるいは下記の参考文献を改善要望の根拠としてご活用ください。わたしたち現場のメーカー側への訴えの積み重ね、地道な努力の集積がいずれ現状の改善につながることを期待しております。会員の皆様、どうかご協力をお願いいたします。

（文責：八幡 徹太郎、資料提供：菅原 英和）

### 参考文献

- 1) 菅原英和, 越智光宏, 岡崎英人, 嘉村雄飛, 原田雄大, 八幡徹太郎: リハ医療に必要な電子カルテ機能を検討するワーキンググループWG活動報告. Jpn J Rehabil Med 2012; 49(7): 342-348
- 2) 菅原英和, 八幡徹太郎, 岡崎英人, 越智光宏, 原田雄大, 嘉村雄飛: 回復期リハビリテーション病棟における電子カルテの実態調査. Jpn J Rehabil Med 2013; 50(5): 319-327
- 3) 菅原英和, 八幡徹太郎, 岡崎英人, 越智光宏, 原田雄大, 嘉村雄飛: 全国回復期リハビリテーション病棟におけるメーカー別電子カルテ機能の実態調査. 総合リハビリテーション 2014; 42(2): 155-159

# 神経内科医から

東京大学医学部附属病院神経内科 准教授 後藤 順

日頃より、リハビリテーション（以下、リハ）医をはじめ、理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST）等、リハ部門には、神経内科の多くの患者さんの診療において大変お世話になっており、感謝しております。一神経内科医として、私見とともに期待を書かせていただきます。

医師になりたてで、神経内科医を目指してトレーニングをはじめたころの「リハ医」に対する印象は、「遅い」と「いない」ということでした。リハの依頼をしてもなかなか評価が行われず、リハのプログラムがなかなか始まらず、頻繁に研修に参加され不在であることが多かったように記憶しています。これは、期待の裏返しということではありますが、ポストや人員の問題、様々な診療領域の多数の疾患・病態の患者を対象とすることから理解できることではあります。正直、目の前の患者のニーズに速やかに対応することが医師の職業倫理として第一のことではないかと思ひもしました。現在の状況は、大分変っているように思われます。リハ医の関与は神経内科医の依頼によって始まるのが大半かと思いますが、むしろ初めから診療に加わってもらえたら理想的なのではないかと思ひます。いわばopt inではなくopt outの体制でリハ診療の提供がされないものかと期待するところでもあります。脳卒中診療では、早期からリハ部門が関与して経過に応じてタイムリーにリハ診療が提供されるようにされていると思ひます。神経内科の対象疾患にはリハ診療の対象になるものが多いはあるもののすべてではないこと、診療体制・枠組み、診療のキャパシティーなどから、現実的とはいえないことではあります。リハ診療の対象となり得る疾患を抱えた患者にはより適切なリハ医療の提供が実現できるのではないかと期待されることです。

単純過ぎる構図かも知れませんが、神経内科診療で対象としている患者を中心に考えると、神経内科医の役割は症候学および諸検査を手掛かりに疾患の診断をし、診断をもとに疾患ないし症状の治癒・軽減を目指した薬物療法を主体とした治療・管理を行うことであり、リハ医は、疾患によってもたらされた障害に対して、障害からの回復や軽減・克服に専門的に関わるという位置づけになるのかと思ひます。神経内科医は症候学を病態の原因、疾病の診断のためのアート（技巧）として捉えているところが大きく、オーソドックスな神経症候学では、患者にとっての障害程度といった視点は必ずしも十分というわけではなかったように思われます。しかしながら、客観的に複数の患者を比較したり、同一患者を継時的に観察したり、何等かの治療介入をしてその効果を判定するには、それぞれの病態・疾患に即した評価法、物差しが必要であり、様々な疾患・病態に対してのスケールが考案され、使用されています。こ

れらの開発にはリハ医学の寄与は不可欠です。必ずしも続々というわけではありませんが、以前には診断がついても、進行を観察しているしか手立てのなかった変性疾患に対する治験や臨床試験が行われるようになり、このようなスケリングの必要性は大きくなっています。

神経内科疾患による障害への対応をまとめると大雑把ではありますが、以下のようなことではないかと理解しています：

- I. 患者自身への対応・働掛け（訓練）；拘縮や廃用など二次的障害の予防、回復期における効率的ないし適切な回復を目的とした訓練（回復期リハ）、代替（代償）機能獲得のための訓練（利き手交換など）、機能維持のための訓練など、狭義にイメージするリハないし訓練などです。
- II. 装具・補助具など；短下肢装具や杖、車椅子等々、患者が使用して障害を軽減、機能を代替するものの処方や使用訓練などです。コミュニケーション機器やロボット工学、Brain machine interface (BMI) など、工学的な進歩は目覚ましく、それらによる障害の軽減、機能の代替といったことが、広く実用化されていくことも大きな期待です。
- III. 環境整備・支援；障害に適した住環境、街作り、介護・介助、制度的支援などです。

障害への対応は広範囲で、看護、介護、家族、社会、行政なども関わりますが、リハ医がこれらの中心となることは論をまたないところで、障害を抱えた神経内科疾患の患者のよりよいQOLの実現をより一層進めていただけるよう、期待してやみません。

専門分化は、それぞれ専門分野において最新かつ高度な医療を提供できるようになりますが、それぞれが独立していると、ときに齟齬が生じ、結果的に医療の提供が不十分となり、患者が宙に浮いてしまうようなことが起こりえます。それぞれの本来の職務を圧迫しないように、密な連携、情報の共有していくことが不可欠ですが、組織が大きくなるとその点がおろそかになりがちです。神経内科疾患の患者の診療において、それぞれの状況において、関係する専門職がタイムリーに連携をとり、リアルタイムな情報共有のもとに診療を進めていく体制の構築には、工夫の余地は少なくないようには思われ、それぞれの立場での努力が必要であると感じています。

あまり具体的でもなく、もっぱら個人的な考えに終始して、どこまで一般的か分かりませんが、神経内科疾患による障害を抱えた患者のQOLの向上には、リハ医の関わる点が多く、その役割に大きな期待をもっていることを最後に再度強調しておきたいと思ひます。

福岡大学病院は1973(昭和48)年に開設された23診療科と15診療部からなる特定機能病院で、入院病床は915床あり、症例は全科にわたり多彩で年間約8000例の豊富な手術症例があり、急性期リハを中心に行っております。2010(平成22)年4月からは脳卒中ケアユニット(SCU)における超急性期からのリハ、2011年1月の新診療棟開院とともに心臓リハ、2011年10月からがんのリハを開始しております。ハートセンター、救命救急センター、神経内科・脳外科病棟には療法士を3名ずつ配置し、救命救急センターと神経内科・脳外科病棟については365日体制を敷いて日曜・祝日も新患対応を含めたりハを行っております。2011年5月からリハ科にもベッドが付与され(6床)、主として整形外科の術後で入院が長期化した患者さんを受け入れておりますが、ロボットスーツHALによる歩行訓練や痙縮に対するボツリヌス治療目的の脳外科・神経内科疾患も取り扱っております。

2013年度のスタッフは、専任医師2名、併任医師3名、研究生1名で、うち2名はリハ専門医です。療法士はPT 22名、OT 6名、ST 3名で、運動器・脳血管・心大血管・内部障害の専門領域別に分かれ、総合的なチーム医療を提供しております。

2012年の新患概数は、脳卒中・脳外傷等の脳疾患 7335人、脊髄損傷その他脊椎脊髄疾患 1858人、リウマチ等骨関節疾患 6808人、神経筋疾患 1702



福岡大学医学部附属病院リハビリテーション部

〒814-0180 福岡市城南区七隈7丁目45番1号

TEL 092-801-1011 FAX 092-862-8200

URL : <http://www.hop.fukuoka-u.ac.jp/034/01.html>

人、呼吸・循環器疾患 11682人でした。

特徴的領域としては、SCUにおける超急性期からの脳卒中に対するリハとHALを利用した歩行訓練で、転院後も引き続きHAL訓練が行えるよう複数の回復期病院と連携し(HAL連携)、月1回合同カンファレンスを行っております。また心大血管リハでは、院内に併設されているメディカルフィットネスセンターにおいて退院後も外来で継続的にリハを行っております。

新専門医制度における2017年度からの専攻医受け入れに向け、福岡市内の長尾病院・白十字病院・福岡リハビリテーション病院・新吉塚病院・福西会南病院・原土井病院・たたりリハビリテーション病院の7施設とともに研修病院群を構築し体制を整備中です。

今後は教育・研究面も充実させて参りたいと考えておりますので、何卒よろしく御指導・御支援いただきますようお願い申し上げます。(塩田 悦仁)

●骨転移患者のQOL向上をめざし多職種による包括的アプローチをまとめた一冊!

「がんのリハビリテーションガイドライン」準拠/「がんのリハビリテーション研修会」準拠

骨転移の診療とリハビリテーション

◆大森まいこ(松本真以子)/辻 哲也/高木辰哉 編  
◆B5判 280頁 2色刷 定価(本体4,900円+税) ISBN978-4-263-21934-8

最新刊

- 早期診断・治療、症状緩和、リハビリテーションを含めた包括的なチームアプローチは、骨転移患者のQOL向上や生命予後改善のためには必須である。
- 本書は多職種の視点から、診断や治療、リハビリテーションやチームアプローチの実際について具体的に示し、今後基準となる指針作成のきっかけになるようまとめられた意欲的な一冊である。

■おもな目次■ 第1部 骨転移の基本/第2部 骨転移のリハビリテーション/第3部 実践編



# 2013年度海外研修助成印象記

湘南東部総合病院リハビリテーション科 栗原 由佳

2013年度日本リハ医学会海外助成制度を受け、7th World Congress of the International Society of Physical and Rehabilitation Medicine (IS-PRM2013, June 16-20, Beijing, China)に参加しました。私の発表は、“Identifying the best ultrasonographic parameter for diagnosing ulnar neuropathy at the elbow”でポスター採用でした。

今回は、紙ポスターが姿を消し、e-posterのみ、ポスターの閲覧はポスター会場の大型のタッチパネル式スクリーンおよびスマートフォンのアプリを利用するという初の試みでした。ポスター会場で操作がわからず、現場担当の女性SEに教わっていると、事前にメールで大会当局に送ったe-posterが登録されていないことが判明しました。e-posterのファイルを渡し、その夜に作業してもらい、翌日会場のスクリーンで無事自分のe-posterを確認できました。WiFiが繋がらず、学会用のアプリがダウンロードできず、女性SEのスマホからBluetoothで移してもらいました。スマホアプリでポスターの著者と直接質疑応答できるはずでしたが、WiFiの回線がパンクしているなど、インフラの整備



が追いついておらずうまく機能しませんでした。自分の発表に対してディスカッションができずじまいでした。偶然にも私が興味を持っている「リハ領域におけるエコー活用法」について、雑談レベルですが、フロアで話題になっており、「エコーガイド下でのボツリヌス療法」「筋の硬さの評価」など情報交換ができて有意義でした。印象に残ったのは、“Exercise”のsessionで「太極拳が高齢者のバランス機能改善に有効」という中国ならではの話題がありました。“The Pan Arab Session”でアラブ諸国のリハ事情が発表され

ました。「アラブ諸国に限らず、世界中でリハ医は不足していて、リハ医養成は急務だ！」など世界のリハ医たちの熱いコメントに“国は違えど、熱意は同じ！”と私も感激し、帰国後、リハ科希望の研修医の指導に熱が入りました。開催国中国がエネルギッシュに新しいことにチャレンジしているのを目の当たりにし、現地の方々の親切に何度も助けられ、“学会に参加しなければ味わえない中国”を体感できました。このような貴重な機会を与えていただき、誠にありがとうございました。

## REPORT

### Tenth World Congress on Brain Injury (3/19-22, USA)

第10回 World Congress on Brain Injuryが3月19日から22日までサンフランシスコで開催され、医局の先生方と共に参加しました。天候にも恵まれ、充実した学会でした。“Consecutive application of continuous theta burst stimulation combined with intensive occupational therapy for upper limb hemiparesis after stroke: A preliminary study”という演題名で口頭発表し、多くの質問を受け、今後



の国際交流につながる糸口になったように思いました。

このThe International Brain Injury

Association (IBIA) 主催の国際学会は脳損傷分野で働く国際的な多職種の専門家が最も多く集まり、その最新の評価や治療法を共有し、臨床現場に役立てることを目的としている学会であるので、頭部外傷に関する基礎から臨床研究が中心ですが、頭部外傷後の心理にまで及ぶ専門的な議論が活発に行われており非常に勉強になりました。(東京慈恵会医科大学リハビリテーション医学講座 山田 尚基)

# 第3回日本がんリハビリテーション研究会

2014年1月11日、兵庫医科大学平成記念会館（兵庫県西宮市）にて「第3回がんのリハビリテーション研究会（旧・がんのリハビリテーション懇話会）」が開催されました。本会は、がんのリハビリテーションの普及と今後の臨床や研究の質の向上を目指した意見交換の場を提供することをミッションとして、2012年度までは、「厚生労働科学研究費補助金（第3次対がん総合戦略研究事業）がんのリハビリテーションガイドライン作成のためのシステム構築に関する研究・研究班（主任研究者 辻哲也）」の活動の一環として開催されていました。2013年3月に研究班が解散となったことから、2013年度から研究会の運営母体を「日本がんリハビリテーション研究会」と名称を発展的に変更し、再スタートとなりました。

「周術期のリハビリテーション」を研究会のメインテーマとして、シンポジウムや教育講演を企画しました。本研究会は日本理学療法士協会、日本作業療法士協会、日本言語聴覚士協会、日本がん看護学会、日本リハビリテーション看護学会の後援を受け、幹事は筆者が担当しました。会場運営には、兵庫医科大学の皆様からの全面的な協力を頂きました。

北海道から九州まで全国各地から様々な職種の方々にご参加いただき、最終的に参加者は約230名となりました。

## 基調講演

生駒一憲先生（北海道大学病院リハ科）の開会挨拶の後、基調講演が行われました。講師は辻哲也先生（慶應義塾大学医学部リハ医学教室）で、講演タイトルは、「がんのリハビリテーションの今後の動向・日本がんリハビリテーション研究会の発足にあたって」でした。がんのリハの需要の拡大、研究の現状報告、今後の展望、研究会組織発足にあたっての経過等、について解説されました。

## 一般演題

公募により32演題（すべて口演）が集まりました。内容としては急性期におけるリハから緩和ケアまで、演者もリハ科医師、整形外科医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師など多職種から口演いただきました。骨転移に関する演題が比較的多くみられ、患者さんのADLやQOLに影響が大きく、リスク管理上も対応に難渋することが多いこの分野への関心の深さが伺えました。いずれの演題も完成度が高く、がんリハの質が次第に向上していることが感じられました。会場の皆様からも多くの質疑応答をいただき、充実したディスカッションが行われました。

## 教育講演

教育講演として森下慎一郎先生（兵庫医科大学リハ部）



写真1 シンポジウムの様子（兵庫医大 平成記念会館）



写真2 研究会運営スタッフ

から「化学療法・放射線療法中・後、造血幹細胞移植前後のリハビリテーション」というタイトルでご講演いただきました。造血幹細胞移植、化学療法や放射線療法におけるリハの基本的知識から海外の最新のエビデンスまで、多くの話題を理解しやすく解説していただきました。

## シンポジウム

「周術期のリハビリテーション」のタイトルでシンポジウムが企画されました。鶴川俊洋先生（鹿児島医療センターリハ科）と眞渕敏先生（兵庫医科大学リハ部）の司会で、各職種の視点から4つのご講演をいただきました。

小池有美先生（和歌山県立医大附属病院リハ部）から理学療法士の視点で、消化器がんにおける合併症予防の取り組みについてご講演いただきました。藤田曜生先生（九州大学附属病院リハ部）から作業療法士の視点で、周術期におけるADL改善の取り組みについてご講演いただきました。高橋美貴先生（神戸大学附属病院リハ部）から言語聴覚士の視点で、頭頸部がん患者に対する摂食・嚥下リハビリテーションについてご講演いただきました。松橋久恵先生（国立がん研究センター東病院）から看護師の視点で、食道がん患者への周術期リハの取り組みについてご講演いただきました。周術期という全身状態が不安定な中で、合併症を回避しながら最大のADL改善を得るための最前線の皆様から情報提供をいただくことができました。

佐浦隆一先生（大阪医科大学リハ医学教室）から閉会の挨拶をいただき、終了となりました。閉会後も会場では意見交換が行われており、参加者の熱意が伝わって参りました。

## まとめ

研究会全体を通して、がんリハの需要は今まで以上に拡大していること、そのニーズも多様化していることが改めて理解できました。全てのセッションを通じて全国にがんリハを支える熱心な方々がおられるのを感じることができました。休憩時間などにも至る所で情報交換が行われており、同じ分野を専門とする医療従事者同士で和やかな雰囲気で行われておりました。今後もこうした情報交換の場を設けることでエビデンス形成が進むことが期待されます。本研究会は今後、関東・関西での交互開催を計画しております。

次回は2015年1月に関東での開催を予定しております。2014年度も多数の皆様のご参加をお待ちしております。

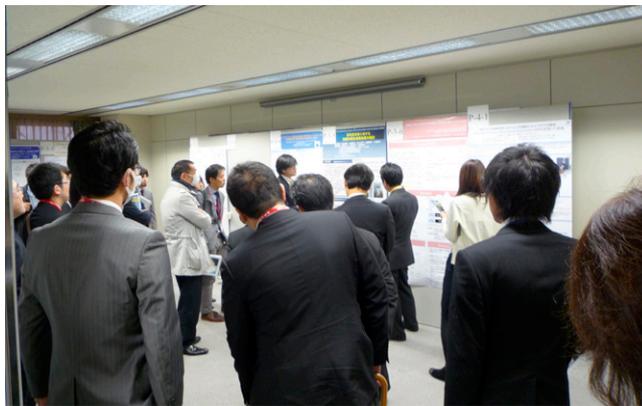
（亀田総合病院リハビリテーション科 宮越 浩一）

# 第5回日本ニューロリハビリテーション学会学術集会

第5回日本ニューロリハビリテーション学会学術集会が2014年2月15日に、慶應義塾大学医学部神経内科の鈴木則宏教授を大会長に、砂防会館別館で開催されました。関東甲信地方の記録的な大雪により会場周辺も20cmほどの積雪がありましたが、会場内では参加者の熱のこもった議論が展開されていました。

2010年1月に第1回学術集会が開催された新しい学会ですが、神経系疾患に対する臨床および基礎研究を通じて、新たなリハビリテーションの開発と普及をめざした学会です。

今大会のテーマには「**神経疾患研究の進歩に基づいたニューロリハビリテーションの発展を目指して**」が掲げられ、神経再生医療の最前線、ブレイン・マシン・インターフェイス (BMI) の最近の進歩、パーキンソン病病態解明の進歩とニューロリハビリテーションなどの特別講演と、一般演題では口演発表とポスター発表が企画されました。



神経系疾患に対するリハビリテーション治療については、新しいメカニズムの発見や治療方法が急速に進んでいます。そしてその多くの治療方法において、必ずリハビリテーションをセットにして行うことが重要であることも明らかになってきています。リハ

ビリテーションを専門とするものにとっても心強いことです。しかし同時にリハビリテーションの治療効果をしっかりと発信していくことが求められていると感じました。  
(岩砂病院・岩砂マタニティ  
リハビリテーション科 森 憲司)

## 第39回日本脳卒中学会総会

第39回日本脳卒中学会総会は2014年3月13日～15日の3日間、吉峰俊樹会長（大阪大学大学院医学系研究科脳神経外科学）のもと大阪国際会議場において開催された。本学会は日本脳卒中の外科学会学術集会とスパズム・シンポジウムと共にSTROKEという合同学会の形式をとる点、またコメディカルの参加を積極的に許している点が特徴的である。STROKE2014の統一テーマは「**脳卒中学—新時代を切り開く—**」であった。

脳卒中という疾患を多面的に勉強できると同時に、リハ医療の重要性を積極的に発信できる良い機会なのだが、まだまだリハ部門

の参入は少なく口演も7セッションに留まった。そのため、例えばニューロリハの演題が多いセッションでもそのセッション名は「理学療法」であり、聴講者もリハ関係者ばかりになってしまう。間口が広いという特色は同時に各々の専門性を希釈平坦化させてしまうデメリットも併せ持つため、まずは積極的な参入でパワーバランスを変化させる、その上で他科や他職種へのアピールをしやすいキラコンテツを持ち込む必要があると感じた。もしくは、そもそもミクロの視点よりもマクロな視点における学会なので、共通のテーマに対する複数科や複数職による合同シ

ンポジウム形式のセッションなどへの参入がリハ医療のアピールに有効であると思われる。

なお、ここ数年参加してみてセラピストの演題の質の高さに驚かされることがしばしばある。リハ医は我が国の医療の世界ではまだまだ少数派だが、コメディカルを含めたりハ部門としてみれば我々はかなりの大所帯のはずである。折角コメディカルの参加が許されているのだから、本学会はリハ部門がもっと注力すべき会であると感じた。

(国際医療福祉大学熱海病院 佐々木 信幸)

## 第23回日本障害者スポーツ学会

2014年3月30日に、福岡県久留米市の聖マリア学院大学で第23回日本障害者スポーツ学会が聖マリア病院の井手陸大会長のもと行われました。この学会は、日本車椅子スポーツ研究会を前身とし、2002年より日本障害者スポーツ研究会に2008年に日本障害者スポーツ学会へと名称を改めて行われています。九州は障害者スポーツ特に車いすスポーツが活発であり、障害者スポーツ学会も九州での開催が多いですが、今年は初の久留米開催となりました。ここ数年は、2日間で開催されることが多かったこの大会ですが、今年は、前日夜に懇親会が行われ、大会は3月30日の1日での開催となりました。しかし、大会は2会場で合計28の演題が、この大会の特長である障害者スポーツを支える医師、看護師から理学療法士、義肢装具士、コーチ、エンジニア、選手まで幅広い参加者によって行われ、

活発な議論が見られました。昨年はロンドンパラリンピックの発表が多数行われましたが、今年は、昨年行われたアジアユースパラの報告、メディカルチェック等についての発表が見られました。毎年ユニークな発表を見せてくれる川村義肢からは、切断者におけるノルディックウォークの効果や義足側部に車輪をつけた義足の発表とさらには、体験できるブースを開き、今年も会場の参加者を楽しませてくれました。また、特別講演は2題みられ、曹洞宗の住職である狩野草原氏は、「義足と生きる」というタイトルで、実際にバイク事故で切断し、その後義足を作り、スポーツを始めるまでの自らの体験を講演してくださいました。また、午後の講演では西日本新聞社の佐藤弘氏によって「食卓の向こう側に見えるもの～口は命の入り口、心の出口」というタイトルで講演が行われました。



第22回大会緒方賞受賞風景

今回の第24回日本障害者スポーツ学会は、2014年12月6日、7日の2日間で茨城県立医療大学の和田野安良大会長のもとつくば国際会議場で行われます。次回は、冬季オリンピックパラリンピック報告が見られるのではと期待されます。

(和歌山県立医科大学

みらい医療推進センター 伊藤 倫之)

## 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)

### ●第51回日本リハ医学会学術集会：

6月5日(木)～7日(土)、名古屋国際会議場、会長：才藤栄一(藤田保健衛生大学医学部リハ医学I講座)、テーマ：実用リハビリテーション医学－Practical Rehabilitation Medicine－、実行委員長：加賀谷 斉、Tel 0562-93-2167、Fax 0562-95-2906、<http://www.congre.co.jp/jarm51/>

※抄録集は5月16日発送予定です。抄録本文電子版はJ-STAGE掲載画面からご覧いただけます(会員のみ)。  
<https://www.jstage.jst.go.jp/browse/jjrmc/-char/ja>

### 【地方会】

●第33回中国・四国地方会等(40単位)：6月22日(日)、ANAクラウンプラザホテル宇部、田口敏彦(山口大学大学院医学系研究科整形外科学)、Tel 0836-22-2268

### 【専門医・認定臨床医生涯教育研修会】

●近畿地方会(30単位)：7月26日(土)、関西医科大学加多乃講堂、長谷公隆(関西医科大学附属枚方病院整形外科学講座リハビリテーション科)、Tel 072-804-0101

### ◎病態別実践リハビリテーション医学研修会(20単位)150名。骨関節

障害：7月26日、品川フロントビル会議室、小林一成(東京慈恵会医科大学)、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  
神経系障害(10月11日開催予定)、

内部障害(2015年2月中開催予定)

### 【2014年度実習研修会】(20単位)

詳細はHP、学会誌をご覧ください。

### 【関連学会】(参加10単位)

第55回日本神経学会学術大会：5月21日(水)～24日(土)、福岡国際会議場ほか、吉良潤一(九州大学大学院医学研究院神経内科学)、Tel 092-716-7116

### 第87回日本整形外科学会学術総

会：5月22日(木)～25日(日)、神戸ポートピアホテルほか、黒坂昌弘(神戸大学大学院医学研究科・外科系講座・整形外科学)、Tel 06-6229-2300

### 第56回日本小児神経学会学術集会：

5月29日(木)～31日(土)、アクトシティ浜松ほか、杉江秀夫(自治医科大学小児科学)、Tel 03-3263-8688

### 第41回日本脳性麻痺研究会：6月7

日(土)、名古屋国際会議場、近藤和泉(国立長寿医療研究センター)、Tel 0562-46-2311

### 第56回日本老年医学会学術集会：6

月12日(木)～14日(土)、福岡国際会議場、高柳涼一(九州大学大学院医学研究院病態制御内科学)、Tel 092-712-6201

### 第20回日本心臓リハビリテーシ

ョン学会学術集会：7月19日(土)～20日(日)、京都市勧業館みやこめっせ、上嶋健治(京都大学医学部附属病院臨床研究総合センターEBM推進部)、Tel 075-231-6357

### 第32回日本骨代謝学会学術集会：7

月24日(木)～26日(土)、大阪国際会議場、杉本利嗣(島根大学医学部内科学講座内科学第一)、Tel：078-303-1101

●・◎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)

### 代議員総会のお知らせ

日時：6月4日(水)

14時45分～17時00分

場所：名古屋国際会議場1号館4階  
レセプションホール

### 会員への報告会のお知らせ

日時：6月5日(木)

8時05分～8時30分

場所：名古屋国際会議場1号館2階  
センチュリーホール

### 急性期病棟におけるリハビリテーション医師研修会

#### 第2回：5月24日(土)～25日(日)、

愛仁会看護助産専門学校6階 ナイチンゲールホール

#### 第3回：6月14日(土)～15日(日)、

久留米大学医学部 教育1号館5階  
1502教室

詳細は学会HP：[http://www.jarm.or.jp/member/member\\_calendar\\_clinical-condition.html](http://www.jarm.or.jp/member/member_calendar_clinical-condition.html)をご覧ください。

### ■第5回リハ科専門医試験受験支援講

座：6月7日(土)、名古屋国際会議場第4会場(3号館3階 国際会議室)

詳細は学会誌51巻4号・5号合併号、HP参照

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、小林 健太郎、森 憲司(旧委員) 数田 俊成、長谷川 千恵子、(新委員) 磯山 浩孝、古川 俊明

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

リハニュースは、58号よりPDFのみの発行(印刷物の送付無)となり、バックナンバーも含め、下記URLに掲載しています。  
[http://www.jarm.or.jp/member/member\\_rihanews/](http://www.jarm.or.jp/member/member_rihanews/)

## ..... 広報委員会より .....

5月に入っても、今回の診療報酬改定でお忙しく過ごされている先生方が多いかと思えます。急性期病棟への療法士の配置等、大きな変化があり早期リハへの追い風のように感じています。

さて、今回は「リハ医への期待」で神経内科の立場からご執筆いただきました。神経内科疾患による障害を抱えた患者さんのQOL向上に、リハ医へ大きな期待をお寄せいただきました。その他委員会、学会報告等、年度末のお忙しい中、原稿をお寄せいただいた先生方に御礼申し上げます。

私事ですが、今号をもちまして、広報委員の任期満了となりました。4年の間、皆様にご協力いただき、障害者国体の取材等、様々な経験をさせていただきまして有難うございました。学会の更なるご発展をお祈り申し上げます。(数田 俊成)