

日本リハビリテーション医学会ニュース

リハニュース No.43

発行：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 1部100円

特集
1

脳卒中ガイドラインにおける リハビリテーションの動向

日本リハビリテーション医学会
脳卒中治療ガイドライン策定委員会委員長 中馬 孝容

はじめに

本邦における寝たきりの原因において、脳卒中をはじめとする脳血管疾患は34.7%で、第1位である（2004年国民生活基礎調査）。また、65歳以上の死亡原因の第3位は脳血管疾患でもある（2004年人口動態調査）。当然のことながら、脳卒中はまれな疾患ではな

く脳卒中患者は約147万人が継続的に医療を受けていると推定されている。

脳卒中に対する急性期からの診断および治療手段の開発に伴い、超急性期からのリハの介入がなされるようになってきた。急性期管理および早期からの予後予測が求められ、併存疾患などの複合障害の対応を考慮しつつ、集中的なリハの展開の必要性が求められている。超急性期から一貫した効率的なリハの提供および訓練強度の増加により、日常生活動作および麻痺の状態は有意に改善し、さらに、エビデンスに基づいたリハ医療の提供が重要視されるようになってきている。

そして、日本リハ医学会にガイドライン策定委員会設置され、2001年11月17日に第1回委員会を開催し、脳卒中治療ガイドラインの策定が始まり、2004年3月に「脳卒中ガイドライン2004」が出版された。問題点の選定を行い、Cochrane系統的レビュー、PEDro登録RCT、MEDLINE、医中誌既検索による文献検索を行い、日本の現状を踏まえ、科学的根拠に基づいてガイドラインを策定した。まずは、批判的吟味（研究デザイン・統計手法・結果のバイアスなど）を行い、エビデンステーブルを作成し、推奨グレード（証拠の妥当性・レベル・臨床的意義・日本での医療事情での適応可能性など考慮）を決定した。表1にエビデンスレベルを、表2に推奨グレードの基準について記した。「脳卒中治療ガイドライン2004」出版後も引き続き文献検索を行い、改めて表3と表4の各項目について検討を重ね、「脳卒中治療ガイドライン2009」の出版の準備に入っている。現時点は、年内に「ガイドライン2009」を学会会員の皆様にご提示できる日が来ると確信できる段階である。

EBM (evidence based medicine) を求める背景として、近年、インターネットなどによる情報の獲得がしやすくなり、それとともに、従来の経験的な医療に対する反省として臨床研究の重視および国際標準基準の追及がなされるようになってきていることが挙げられる。客観的情報を集約し、エビデンスに基づいた医療を分析・検討し、効率的な医療が求められている。

脳卒中治療ガイドライン の策定について

2000年11月20日、関連5学会（日本脳卒中学会・日本神経治療学会・日本神経学会・日本脳神経外科学会・日本リハ医学会）が脳卒中に関し合同ガイドラインを策定することが合意さ

れた。そして、日本リハ医学会にガイドライン策定委員会設置され、2001年11月17日に第1回委員会を開催し、脳卒中治療ガイドラインの策定が始まり、2004年3月に「脳卒中ガイドライン2004」が出版された。問題点の選定を行い、Cochrane系統的レビュー、PEDro登録RCT、MEDLINE、医中誌既検索による文献検索を行い、日本の現状を踏まえ、科学的根拠に基づいてガイドラインを策定した。まずは、批判的吟味（研究デザイン・統計手法・結果のバイアスなど）を行い、エビデンステーブルを作成し、推奨グレード（証拠の妥当性・レベル・臨床的意義・日本での医療事情での適応可能性など考慮）を決定した。表1にエビデンスレベルを、表2に推奨グレードの基準について記した。「脳卒中治療ガイドライン2004」出版後も引き続き文献検索を行い、改めて表3と表4の各項目について検討を重ね、「脳卒中治療ガイドライン2009」の出版の準備に入っている。現時点は、年内に「ガイドライン2009」を学会会員の皆様にご提示できる日が来ると確信できる段階である。

目次

- 特集1：脳卒中ガイドラインにおけるリハビリテーションの動向……………1-2
- 特集2：脳卒中地域連携パスのあり方について……………3-5
- 特集3：評議員選挙まで残り4カ月！……………6-7
- 第47回学術集会：開催のご案内……………7
- INFORMATION：認定委員会、教育委員会、関連機器委員会、国際委員会、システム委員会、診療ガイドラインコア委員会、広報委員会、中部・東海地方会、中国・四国地方会、九州地方会……………8-10
- 米本恭三先生の叙勲をお祝いして……………10
- 専門医会コラム……………11
- リハ医への期待：脳卒中患者のリハ……………12
- REPORT：夏期リハセミナー、ISPRM 2009、第82回日本整形外科学会、第15回日本摂食・嚥下リハビリテーション学会、第20回日本末梢神経学会……………13-15
- 医局だより：広島市総合リハビリテーションセンター……………16
- 事務局だより、広報委員会より……………16
- 次号予告……………17
- お知らせ……………20

広告：医歯薬出版(株)、万有製薬(株)、第一三共(株)、武田薬品工業(株)、大塚製薬(株)、エーザイ(株)

表1 エビデンスレベル

I a	RCTのメタアナリシス
I b	少なくともひとつのRCT
II a	少なくともひとつのよくデザインされた比較研究(非ランダム化)
II b	少なくともひとつのよくデザインされた準実験的研究(コホート研究、ケースコントロール研究など)
III	少なくともひとつのよくデザインされた非実験的記述研究(比較・相関・症例研究)
IV	専門家の報告・意見・経験

表3 脳卒中リハビリテーションの進め方

1 脳卒中リハの流れ	5 病型別リハの進め方
2 評価	6 回復期リハ
3 予測	7 維持期リハ
4 急性期リハ	8 患者・家族教育

表2 推奨グレード

グレードA	強く勧められる。
グレードB	勧められる。
グレードC1	行うことを考慮してもよいが、十分な科学的根拠がない。
グレードC2	科学的根拠がないので、勧められない。
グレードD	行わないよう勧められる。

表4 主な障害・問題点に対するリハビリテーション

1 運動障害・ADL	8 排尿障害
2 歩行障害	9 言語障害
3 上肢機能障害	10 認知障害
4 痙縮	11 体力低下
5 片麻痺の肩	12 骨粗鬆症
6 中枢性疼痛	13 うつ状態
7 嚥下障害	

リハを行うことが強く勧められると提示し、さらに、種々の障害に対してのエビデンスに基づいたリハについて提示した。ただし、エビデンスを中心にして推奨グレードをまとめると、われわれが日常行っている訓練内容のグレードは低くなる傾向がみられた。

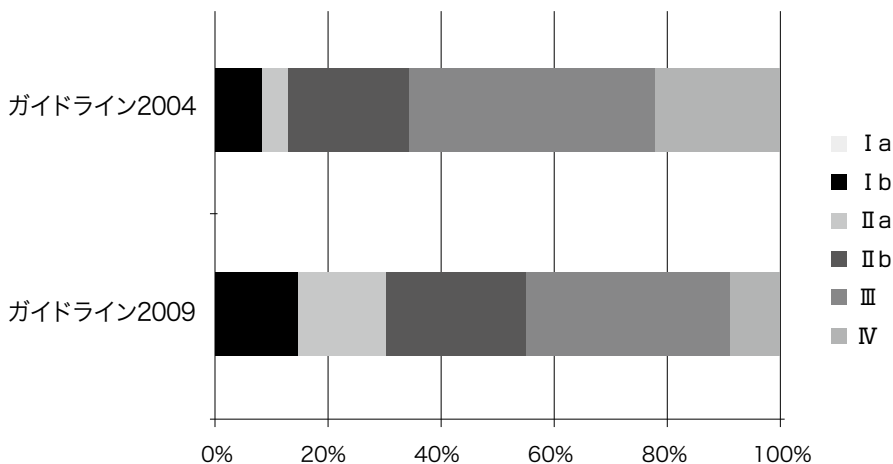
改訂版である「ガイドライン2009」を策定するにあたり、学会会員にパブリックコメントを募集し、委員会にて検討を重ねた。改訂作業においては、他の分野との整合性を図る必要があること、発表したエビデンスも含めて再考し推奨グレードを検討すること、エビデンスの正確な記述のみでは日常診療への活用が難しい面があったため、附記を追加しリハ医療者以外にも使いやすい配慮を行うことに注意しながら策定を行うことになった。

ガイドライン2009について

表3、4に関する項目のあるように、改めてエビデンスおよび推奨グレードの検討を行った。

「ガイドライン2004」での採用文献は301件であったが、「ガイドライン2009」では491件に増加した。エビデンスレベルごとの割合はより高いレベルのエビデンスが増加した(図1)。本邦から発信されたエビデンスの割合は、「ガイドライン2004」では21.0%(66件)、「ガイドライン2009」では18%(90件)でほぼ同等であったが、英文で発表された論文の割合は23%

図1 エビデンスレベルの割合



から36%に増加した。推奨については、基本的な内容に大きな変更はみられていないが、「ガイドライン2004」よりも臨床現場に即した内容に近づけたと考えている。

今後の展開

高いエビデンスを作るためには何らかの科学的な検証が必要となってきた。引き続き、障害のレベルに対応した障害尺度の確立と普及、リハの介入内容、量を測定する尺度の開発、リハ臨床に適した研究デザインの工夫、共通プロトコルに基づいた他施設共同研究の推進が重要となる。また、リハに適した研究デザインの開発し、多施設共同で評価や治療法の研究を推進することが必要である。

脳卒中のリハは急性期・回復期・維持期の各施設に移行しながら行われることが多くなった。そのため、患者情報の共有のもと一貫した取り組みが重要である。各地域において、その効果を維持するための対応策の検討は急務であり、「ガイドライン2009」の普及とともに、一般医家および患者・家族に向けて臨床の現場で役立つガイドライン作成も必要である。そのためにも、パブリックコメント等を通しての臨床現場からのフィードバックを図る必要がある。

改訂版「ガイドライン2009」がきちんと製本され、会員の皆様に目を通していただいた折にはご意見等をお待ちしております。

特集
2

脳卒中地域連携パスのあり方について

日本リハビリテーション医学会 辻 哲也
連携パス策定委員会委員長

はじめに

本策定委員会の使命は、地域連携パスに関する診療報酬算定の適応疾患拡大を見据えて、各地域におけるリハ連携のあり方について分析・検討し提言・提案することである。2006年8月に第1回委員会が開催され、第1ステップとして「脳卒中リハビリテーション診療連携パス—基本と実践のポイント」の出版を目標に作業を進め、2007年6月に発刊した¹⁾。

2008年4月には脳卒中に対して地域連携診療計画料が適応拡大され、地域連携クリティカルパスの普及等を通じて医療機能の分化と連携を図ろうとする医療行政上の施策とあわせて、全国各地で地域連携パスへの取り組みがさらに活発化していることから、第2ステップとして脳卒中連携パスについての具体的な指針を現在作成中である。

切れ目のない脳卒中診療体制の必要性

図1はリハの観点からみた脳卒中診療の流れである²⁾。脳卒中診療は急性期・回復期・維持期という病期によって治療方法が異なるため、医療スタッフや医療機器など人的・物的資源の効率的な運用のためには医療施設の機能分化は不可避である。

しかし、医療を受ける患者やその家族にとっては施設の移動、すなわち転院・転棟は大きな負担である。医療施設の側でも、転院先施設を確保できないと転院まで待機入院の期間が長くなり、病院経営上の問題を生じてしまう。医療の面でも転院までの間にいわゆる廃用症候群に陥り、回復期リハを行っても思うように機能回復が進まない可能性がある。

機能分化にともなうこれらの問題点を克服するためには、各施設間での連携を強化し、切れ目のない脳卒中診療体制を確立することが必要である。各

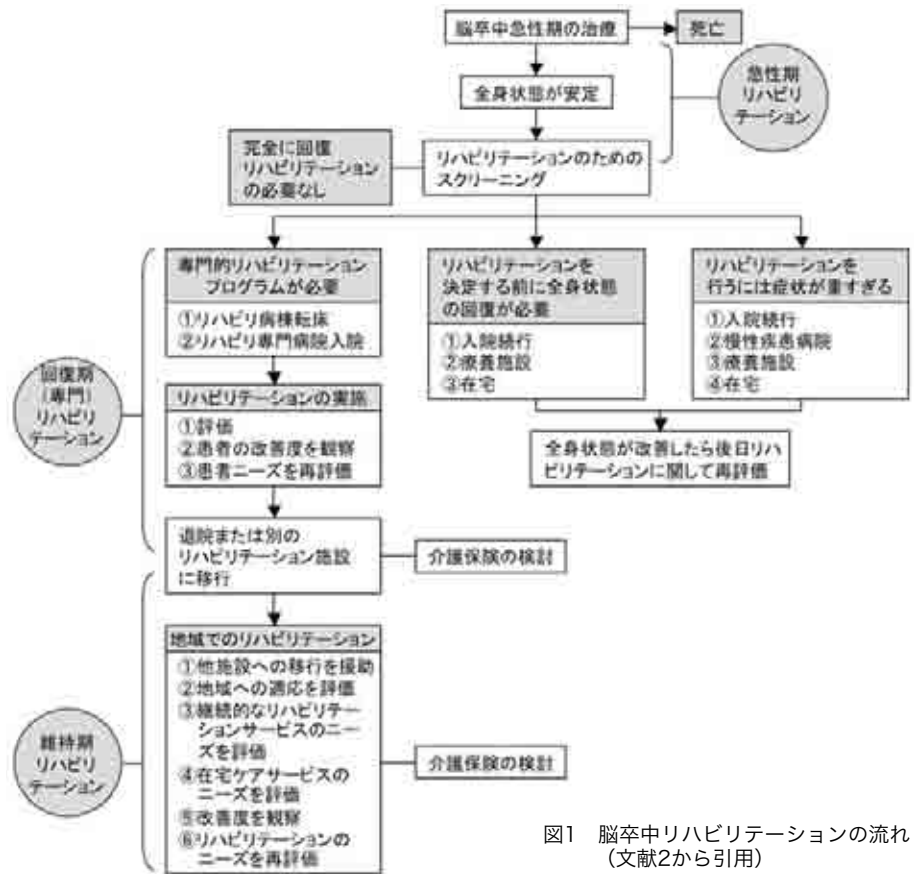


図1 脳卒中リハビリテーションの流れ (文献2から引用)

施設間での親密な協力関係を構築し、意識、情報、評価方法などの共有を行い、施設間を移動する患者・家族に対し、短期間で施設を移動していくことに関して合理的な説明が行われ、理解と同意のもとに治療・ケアが進むような体制づくりが必要となる。その際に各病期の施設を切れ目なく繋ぐツールが連携パスである。

脳卒中連携パス作成の難しさ

全国各地で地域の医療状況に応じて様々な形態で連携パスが運用されているが、統一された雛形を示すことがいまだできていない。脳卒中連携パスの作成が難しい理由として、脳卒中では各病期においてアプローチの仕方が異なっていることが挙げられる。

急性期であれば原病である脳卒中の治療に主眼が置かれ、患者の全身状態の把握や点滴管理など急性期治療の流

れが示された疾患ごとのクリニカルパスにより「疾病」中心に治療が進む。一方、回復期では、患者の運動麻痺や失語症などの機能障害、歩行能力やADLなどの能力低下に対する治療が主体となり、それらの評価をもとに作成されたリハプログラムをもとに「障害」を中心にリハ治療が行われる。さらに、維持期では「生活」をキーワードとして、福祉サービスを活用しつつ、かかりつけ医を中心に原病の再発予防や併存疾患の管理、歩行能力やADLの低下防止を目的に、リハマネジメントが行われる³⁾。すなわち、脳卒中治療は、「疾病」から「障害」、「障害」から「生活」へと、病期によってアプローチの仕方が変わっていくため(図2)、大腿骨頸部骨折の連携パスのように、そのまま単一のパスとして時系列に沿った形で連結することは不可能である。

急性期と維持期の橋渡しをする回復期施設を中心に据え、ADLや移動能力を共通言語としてリハの達成度でつなぐ連携パスは、脳卒中連携パスのあり方の望ましい形のひとつといえる^{3,4)}。

脳卒中連携パスのあり方

全国の多くの地域で連携パス作成が試みられてきているが、それらの取り組みを通じて浮き彫りにされてきた

脳卒中における連携パスに必要な条件は、①全体連携図の構築と②共通の評価項目にもとづいた患者情報のデータベース化である⁵⁾と考える。

①全体連携図（オーバービューパス）の構築⁵⁾

全体連携図は家族・患者が今後どのように治療を受けていくかを分かりやすく説明するために用いられる。急性期病院では、入院当初に全体連携図を用いて説明を行い、回復期や維持期の

施設に説明した内容を添付して情報として伝える。一方、回復期・維持期には退院時に全体連携図を用いて説明を行う。

全体連携図は家族・患者への説明のためだけでなく医療者にも必要である。全体連携図により最終的なゴールや急性期・回復期・維持期の治療の流れを示し、各病期の多職種スタッフの役割分担を明確にし、また、急性期治療を終えた脳卒中患者の回復期施設へ

図2 脳卒中連携パスのコンセプト (文献3から引用)

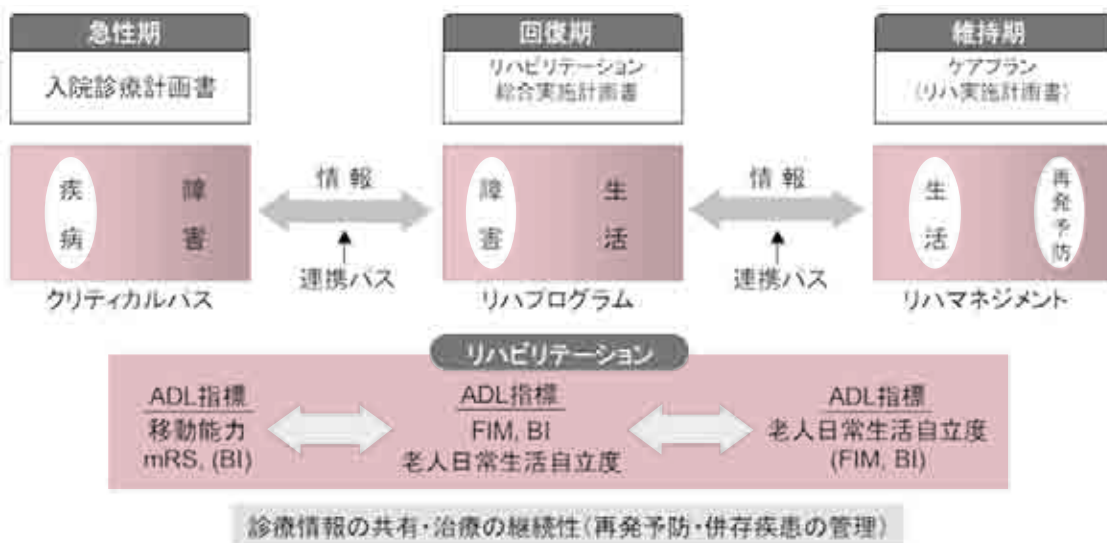


図3 脳卒中地域連携診療計画 (文献6から引用)

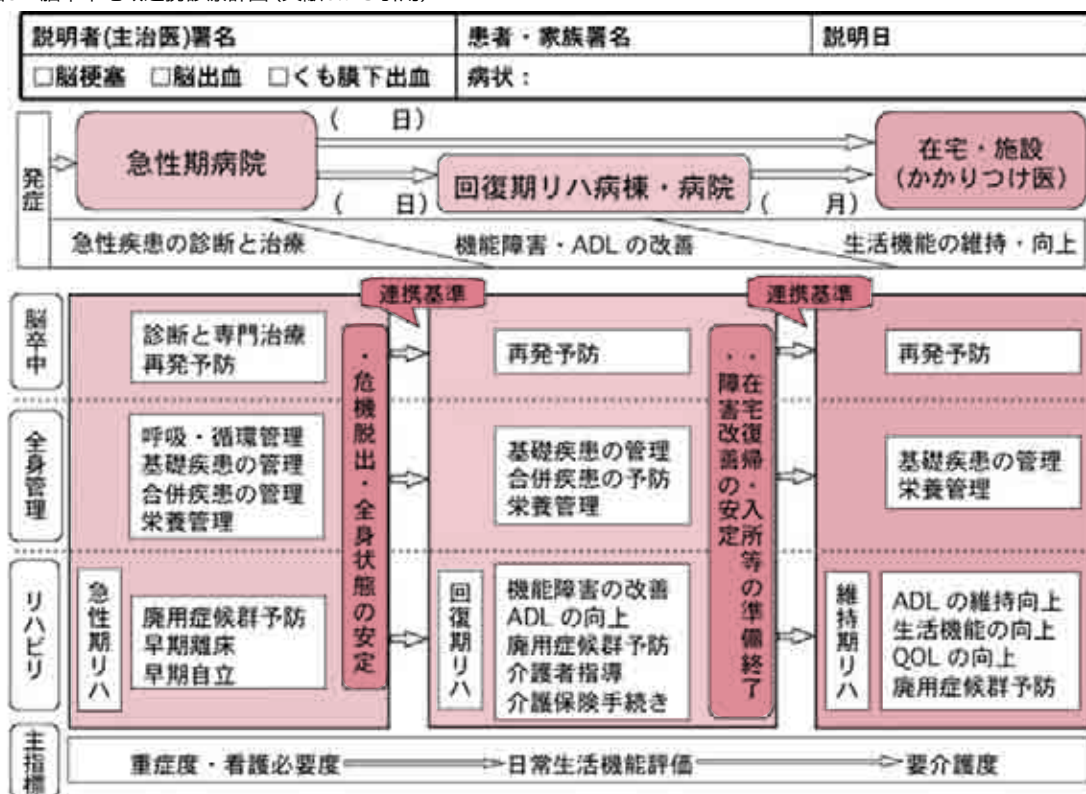


表1 評価項目の例(文献5から引用)

患者情報	患者名、ID、生年月日、年齢、性別、住所
病院情報	病院名、病院住所、入院日、退院日
社会的背景	キーパーソン、家族構成、職業、住居、退院・転院先、身体障害者手帳、障害者年金、介護保険
治療経過	主診断名、既往歴、発症日、意識レベル、重症度、治療経過、手術名、手術日、処方内容、治療中の合併症・併存疾患、検査データ、画像 リハビリテーションを行う上で配慮が必要な事項 キーパーソン・本人への病状説明内容
現在の医学的管理状況	身長、体重、気管切開、経管栄養、点滴、経口摂取、義歯、膀胱カテーテル、排泄、睡眠、監視・抑制、問題行動、抑うつ、疼痛、褥瘡
リハビリテーションの状況	1) 発症前の状況：認知症の有無、移動手段、ADLの状況 2) 機能障害：運動麻痺、失調症、失語症、半側空間無視、構音障害、知的機能低下、疼痛、筋緊張、関節可動域、握力、非麻痺側筋力、体幹機能、基本動作 3) 能力低下(活動制限)：ADL評価、主な移動手段、上肢実用度 4) 社会的不利(参加制約)：介護負担度、QOL 5) リハビリテーションの問題点と今後の注意点

の転院基準および回復期施設の退院基準を明確にすることは、脳卒中患者のトリアージを円滑に行い、切れ目のない脳卒中診療体制づくりをする上でも重要である。図3に全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会で作成された概念図を示した⁶⁾。

②患者情報のデータベース化⁵⁾

従来の診療情報用紙に変わるものとして運用し、評価項目には個人情報、病院情報、社会的背景、治療経過、医学的管理状況、リハの内容、ADL等を含み、信頼性・妥当性が検証され広く使用されているものが良い。医師に限定せず多職種で分担して、業務量を著しく増やさずに、評価する。表1に評価項目の例を示す。評価項目や評価時期については各地域の事情に考慮し、すべて完璧な記載を最初から求めることをせず、できる範囲の内容から始め、連携の場で工夫して運用する必要がある。

脳卒中治療の目標はADLに代表される能力低下(活動制限)をできるかぎり改善させ、QOLの向上を図ることにある。また、ADL評価は急性期・回復期・維持期を橋渡しする共通言語であることから(図2)、標準化されたADL評価尺度を使用することが推奨される。

各施設間の情報共有やアウトカム評価を施行するにあたって、最低限必要な評価項目としては、急性期のNIHSS、回復期(入院・退院時)のBarthel indexもしくはFIM(機能的自立度評価法)、維持期(在宅復帰3カ月後)のMRS(Modified Rankin

Scale)もしくはBarthel indexである。

脳卒中診療連携パスに関する指針の目指すもの

冒頭で述べたように、本策定委員会では、脳卒中診療連携パスについて本医学会の立場を積極的に示していくために、本年度中の完成を目指して連携パスに関しての指針を急ピッチで作成中である。指針の具体的な内容については、まだ詳細を申し上げることはできないが、基本的な作成方針は、ひとつの決まった連携パスのひな型を作成したり、既存の連携パスを推薦したりするのではなく、連携パスとして押さえておくべきポイントを提言することに重点をおいている。本指針をガイドラインとして活用していただき、各地域ごとの医療事情を加味しながら、連携パス作成にあたっていただくことを期待している。Web版は本医学会HP上で公開を予定している。

おわりに

脳卒中においては同一の時系列に沿った連携パスの作成は困難である。また、大都市圏やへき地医療のような特殊性をもっていたり、連携の中心的役割を担う回復期施設の数の不足など地域性の違いによる難しさがあつたりするため、全国共通の完全な雛形を作ることは難しい。しかし、その本質は急性期・回復期・維持期施設が多職種スタッフすべてが相互に理解を深め、共通のゴールに向かって、役割分担を明確にし、効率的かつ適切な患者情報の共有を行うことにある。

脳卒中診療の中心は多職種チームによるリハ治療であること、急性期・回復期・維持期の共通言語はADLであることを強調したい。また、急性期と維持期の橋渡しをする回復期施設の重要性が今後さらに増すことから、回復期リハ施設が各地域の駆動力となつて、連携パスへの取り組みを進めていくことが望まれる。

参考文献

- 1) 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、リハビリテーション連携パス策定委員会(編)：脳卒中リハビリテーション連携パス基本と実践のポイント。医学書院、2007
- 2) 正門由久：各種疾患・障害の動向 脳卒中のリハビリテーション。リハビリテーション白書(リハビリテーション医学白書委員会 編)。日本リハビリテーション医学会、2003；pp140-147
- 3) 橋本洋一郎、渡邊 進、平田好文：脳卒中診療ネットワークの構築。治療2008；90(3月増刊号)：822-829
- 4) 藤本俊一郎(編)：地域連携クリティカルパス。脳卒中・大腿骨頸部骨折・NST。メディカルレビュー社、2006
- 5) 辻 哲也：地域連携パスの構築にあたっての留意点—リハビリテーションの立場から。日本医師会雑誌2009；138：1359-1364
- 6) 脳卒中地域連携診療計画についてのご提案、全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会ホームページ <http://www.rehabili.jp/index2.html>

評議員選挙まで残り4カ月!

2010年3月、いよいよ評議員選挙が行われます。

日本リハビリテーション医学会会則検討委員会担当理事
評議員選挙実施に関する検討委員会委員

伊藤 利之

なぜ、今、評議員選挙が行われるのか その背景は?

- 2006年(平成18年)6月の評議員会および総会において、評議員の選出方法に関して「透明度を高める必要がある」との意見があった。
- 2006年6月、法人関連3法が成立(法律の施行:2008年12月1日)。
旧法では、理事会が評議員を、評議員会が理事を選任、評議員会に案件を諮問し、ダブルチェックするシステムだった。
→新法では、理事会に業務執行機能を、評議員会にはそれをチェック・監督する機能をもたせることになっている。
→そのため、理事会が評議員を選任することは不適当である。
以上から、法人法の改定に合わせて定款および定款細則の変更を行うとともに、会員による評議員選挙を実施することが計画されました。

これまでの経過

- 2006年6月~11月、各地方会の幹事会を通して会員の意見を収集し、地方会連絡協議会でこれらの意見をとりまとめた。
 - 評議員選挙制度の導入について:原則的に導入賛成
 - 各地方会は選挙母体となり得るか:なり得る
*ただし、選挙事務は中央事務局で一括して行うこと
 - 選挙単位:「地方会ごとでよい」が大多数
 - 県単位では格差があるため地方会単位が適当
 - 評議員数は原則会員数で割当てる
 - 地方区だけでなく全国区も必要か:「地方区だけでよい」が大多数
- 2006年11月~2007年3月、「評議員選挙制度に関する検討委員会」を設け、地方会連絡協議会の意見をもとに「選挙制度の大枠」と「選挙の手順」について検討した。
→役員会の承認を得て、同委員会において「日本リハビリテーション医学会評議員選挙規則(案)」および「日本リハビリテーション医学会評議員選挙に関する内規(案)」を作成した。
- 2007年4月、役員会の審議を経て評議員アンケートを行った。
 - 発送総数:197名
回答:126名
回収率:63.95%
 - 選挙制度の導入
賛成(94名/74.60%)
どちらでも(20名/15.87%)

- 反対(12名/9.52%)
- 選挙に関する規則・内規(案)
賛成(89名/70.63%)
修正して賛成(23名/18.25%)
反対(10名/7.93%)
無記入(4名/3.17%)
 - 導入時期:
2008年(平成20年)に施行:38名(30.15%)
2010年(平成22年)以後に施行:79名(62.69%)
無記入:9名(7.14%)

- 2008年6月の評議員会および総会において「評議員選挙規則」、「評議員選挙に関する内規」を承認
→2010年3月に選挙を実施する予定とした。
- 2008年7月の役員会において、本医学会として、新法人法における法人格の取得について「公益法人」と「一般法人」のどちらを選択するかを審議した。
 - 5年の経過措置期間があるため決定を先送りし、他学会の情報を収集したうえで判断することとなった。
 - 定款改定もその時に行うこととなり、結果として、現行の定款のもとで評議員選挙を行うこととした。
その結果、2010年の第1回選挙で選出された評議員は2010年5月に行われる評議員会および総会で承認されるため、評議員への正式な就任は総会後となる(任期は2年間)。
- 2010年3月の選挙に向けて準備を開始した。
 - 評議員選挙に関する規則および内規を学会ホームページや学会誌などに解説文をつけて掲載
→広く会員から意見を求めた。
 - 各地方会においてもこれらの規則を示して会員への周知を図るとともに、学会事務局および各地方会において選挙の実施体制を整備することとした。

選挙の実施へ

- 選挙制度の枠組み
 - 選挙人:2009年9月1日現在の正会員をもって有権者名簿を作成
 - 被選挙人:正会員、会員歴10年以上、当該年度70歳未満
 - 候補者の選出:8つの地方会を単位とする。
立候補(推薦人2名)
立候補届&所信表明書の提出
 - 各地方会の候補者:全会員数に占める所属会員数の割合×200(約1/50人)
*候補者が上記の枠以内の場合は全員当選とする

問題は?

最大の問題は、「これまでの経過」の6項に記しましたように、今回は定款および定款細則の改定を行わず、現行の定款のもとで選挙を行うことです。そのため、本来なら選挙によって選出された新評議員が新役員を選挙するか、あるいは評議員選挙と並行して役員選挙が行われるべきところですが、今回は、現定款のもとで評議員の選挙のみを行うことになっています。したがって、新役員の選出は今回の選挙によって選出された新評議員ではなく、現在の評議員(任期:2008年6月~2010年5月)によって選出されるという、いわば「ねじれ現象」が起こります。その理由は、現行法においては新評議員の正式承認が評議員会および総会(2010年5月)において行われるからです。この点、ご了解いただきたいと思います。

- 5) 投票用紙の送付先:有権者名簿(学会誌送付先)
 - 6) 選挙事務:日本リハビリテーション医学会事務局
2. 選挙の手順
- 1) 有権者(選挙人)名簿は、2009年10月31日までに学会誌および学会HPで公開する。
 - 2) 立候補者名簿(氏名、推薦者名、所信表明を記載)を投票用紙等と共に所属地区の全選挙人に郵送する。
 - 3) 投票は、地方会ごとの会員数に比例した連記式(正会員0~20人=3人、21~40人=4人、41~60人=5人)とする。
 - 4) 開票は、選挙期日(2009年3月1日)の翌日以後速やかに、選挙管理委員会の責任において若干名の開票立会人のもとで行う。
 - 5) 当選は、票数の多い順でそれぞれの候補者枠までとし、次点は補欠とする(補欠は3人まで)。
 - 6) 開票結果に基づき、選挙管理委員会において当選人を定める。

第47回

日本リハビリテーション医学会学術集会開催にあたって

第47回日本リハビリテーション医学会学術集会会長
(鹿児島大学大学院医歯学総合研究科リハビリテーション医学)

川平 和美

第47回日本リハ医学会学術集会が鹿児島の地で開催されることを大変名誉に感じるとともに大会長を務める重責に身の引き締まる思いです。本学術集会のメインテーマは「今日の先端科学を明日のリハビリテーションへ」と致しました。リハ医学・医療の対象である障害が機能・構造の障害から社会参加の制約までを含むため、リハ医学・医療の研究は「全人的復権」を基本思想として、多面的かつ包括的なものとならざるを得ません。しかし、リハ医学・医療を取巻く環境は科学的側面も医療システムとしての側面も大きく変化しています。その中でも、本学術集会は科学的側面に於いて、今日の先端科学の成果を明日のリハに生かそうとする積極的な基本姿勢を強調したものに致しました。

科学的で効果的なリハ医療の実現のためには、治療理論の

発展と技術的進歩が欠かせません。幸いなことに現在の先端科学といわれる幹細胞を用いた再生技術や脳科学、分子生物学、遺伝子医学、コンピュータテクノロジーなどの領域は、リハ医学・医療への導入の可能性を持ち、さらにそれらの技術を臨床に適用して最大の効果を得るにはリハ医学・医療の知識と技術が不可欠なものばかりです。

今回、新たな知識や技術を実際のリハ医学・医療の発展につなげたいという皆様の意気込みが伝わる学術集会にしたいと考えております。噴煙を上げる雄大な桜島と錦江湾を前に、活発な討議によって充実した学術集会となるように、多くの皆様の御参加と研究発表を心よりお待ちしております。



会期:2010年5月20日(木)~22日(土)

会場:鹿児島市民文化ホール、サンロイヤルホテル、みなみホール(鹿児島市)

テーマ:今日の先端科学を明日のリハビリテーションへ

招待講演:下記の諸先生をお招きする予定です。

1. Jeffrey R Basford (Mayo Clinic, USA), Corresponding Member
2. John Rothwell (University College London, UK)
3. Thoru Yamada (University of Iowa Hospitals and Clinics, USA)

演題募集期間:2009年12月1日(火)正午~2010年1月7日(木)正午(予定)

URL: <http://www2.convention.co.jp/47jarm>

(日本リハビリテーション医学会ホームページからアクセス可能)

<認定委員会>

研修施設Webシステム

当委員会では学会でのWebシステム整備に伴い、研修施設関連の申請事項に関してもシステム化により申請・認定が正確で迅速に進められるようにシステム整備の準備を進めてきました。

まず新規申請からオンライン申請を始めることとし、本年10月26日(月)にリリースすることになりました。申請の流れとしては学会ホームページからオンラインにて申請いただき、その内容をプリントアウトし、施設長の記名・押印の上で郵送いただくこととなります。詳しくは学会ホームページに「新規申請」利用マニュアルがありますのでご参照ください。

年次調査に関しては本年度までは毎年年度末に記載をお願いしていましたが、事務手続きの関係で今後は10月ごろにお願いすることになりますのでご承知おきください。また研修施設の更新・変更に関しても来年10月にリリースを予定しています。

申請内容に関しては、今までの項目・内容を見直し、より必要性の高い項目・内容を重視することにしました。また研修施設としての特色を施設側の希望により学会ホームページ上で公開できるようにしました。これにより後期研修を希望される方の施設選択などに活用できると考えています。

(委員長 菊地 尚久)

<教育委員会>

教育委員会では2006年度から『一般医家に役立つリハビリテーション研修会』を開催してきました。本研修会は疾患別リハビリテーション料が設定された診療報酬改定に対応して、リハ医学会としてリハ科医の質の向上を図るために企画されたものでしたが、参加者からはリハ科診療の基礎を短期間に学べるということでご好評をいただきました。そこで、今年度は本研修会を『病態別実践リハビリテーション医学研修会』と改め、開催いたします。第一線で活躍する専門医を講師にお招きし、臨床にすぐに役立つ実践的かつUp-to-dateな研修会を企画しました。これまでの2日間の日程を1日に短縮し、受講料も25万円から15万円に引き下げ、より受講しやすいプログラムにいたしました。基本的なリハ科診療技術の習得、知識の整理、認定臨床医・専門医受験の準備などにご活用いただければ幸いです。

また、今年度はこの研修会を基にして教育用DVDを制作いたします。日程・会場の関係で、どうしても研修会に参加できない会員へ教育の機会を提供いたしますので、ご期待ください。

『病態別実践リハビリテーション医学研修会』日程

骨関節障害：2009年11月23日(月曜日・祝日)

*すでに受付を終了しました。

神経系障害：2009年12月19日(土)

内部障害：2010年2月6日(土)

会場はすべて大手町サンケイプラザ(東京)

申込み・研修会の内容など、詳しくは学会誌・学会HPでご確認ください。

(病態別リハ研修小委員会 水落 和也)

<関連機器委員会>

福祉用具アンケートへの協力依頼

関連機器委員会ではこれまで運動療法機器・作業療法機器の分類を行い、リハ研修病院での保有状況や使用頻度、有用性について調査し、その結果を学会誌45巻11月号(2008年)に報告いたしました。これらの機器がリハ訓練で使用される機器である一方、リハ訓練後、在宅に移行した際に自宅で使用される福祉用具もリハの分野で関心を持つべき用具といえます。しかし福祉用具は障害者の生活支援に有効なものでありますが、不適切な使用も散見され、リハ医の関与がもっと必要ではないかと感じます。今回、リハ医学会員の福祉用具への関与の状況、現状の福祉用具の問題点につきまして、調査分析し、リハ医学会として今後の取り組みについて検討する必要がありますと考え、アンケート調査を計画致しました。

アンケートはWebアンケートにて行います。リハ医学会員専用ページ(<https://member.jarm.or.jp/mypage/index.html>)へログインし、アンケートにご回答をお願いします。**アンケートの締め切りは11月30日**です。比較的短時間でご回答いただけますので、アンケート調査にご協力をお願いします。

(委員長 越智 文雄)

<国際委員会>

1999年1月、「日本のリハ医学の発展には積極的な学術的国際交流が重要であり、その役割を果たすために」(平澤泰介元理事)、国際委員会が設立されました。

活動課題は、(1)日本リハ医学会海外研修助成プログラム、(2)外国人リハ医対象の短期交流助成プログラム、(3)外国人Honorary / Corresponding Member、(4)国際学会：日韓合同カンファレンスなど、(5)英文ホームページの充実、の5点であり、それぞれ担当の国際委員が中心となり活動を行っています。

具体的な内容としては、(1)海外研修助成プログラムの周知に努める、(2)外国人リハ医交流助成プログラムによる継続的連携を目指すとともに、研修受け入れ施設の充実を図る、(3)Honorary / Corresponding Memberに、英文の年間活動報告書を総会終了後と年末の年間2回送付するとともに、教育講演の演者として招聘するなど、これらのmemberの総会などへの積極的な参加を推進など、現在、全体の活動内容の見直し作業を行っています。

委員会発足後11年目の節目を迎えた今、発足当手を振り返り、本委員会の国際交流によるリハ医学へのさまざまな貢献の重要性を再認識しています。

2009年度国際委員会(敬称略)担当理事：赤居正美、久保俊一、委員：池田聡、佐浦隆一、志波直人(委員長)、花山耕三、森原徹、アドバイザー：吉田清和、国際委員会ホームページ <http://www.soc.nii.ac.jp/jarm/iinkai/kokusain/kokusaih.html>

(委員長 志波 直人)

＜システム委員会＞

おかげさまでもちまして、昨年7月の運用開始より、会員用Webシステムが2年目を迎えました。お知らせ欄やメール配信システムは順調に機能しており、本年度は既にオンラインアンケートも実施されております。現在は会員限定の電子ファイルをダウンロードするためのページを実装するべく運用試験を行っており、近日中に供用の予定です。これまでもにもPC用リハ医学辞書（評価・用語委員会作成）などを提供させていただいておりますが、より便利かつ安全にファイルを利用していただくための対応です。また、2010年5月に開催される第47回学術集会では、演題登録（2009年12月1日～2010年1月7日予定）を会員用Webシステム経由で行うことが決定しております。締切り直前のトラブルを回避するため、まだ初回ログインがお済みでない方は是非とも事前に会員用Webシステムを利用できるかのご確認をお願いいたします。

当委員会は今後も引き続き会員用Webシステムの利便性向上へ向け、改良作業を進めて参ります。皆様のご理解とご協力、そしてなによりシステムのご活用をよろしくお願い申し上げます。

（副委員長 山田 深）

＜診療ガイドラインコア委員会＞

脳性麻痺リハビリテーションガイドライン策定委員会 第2版発行に向け始動

2005年9月に発足した脳性麻痺リハガイドライン策定委員会（岡川敏郎委員長）は、4年にわたる多くの方々の英知と努力を結集し、ようやく2009年6月に『脳性麻痺リハビリテーションガイドライン』を発刊するに至りました。しかし、小児リハの分野は、まだエビデンスレベルの低い治療法が多く、一方でボツリヌス毒素に代表される新しい治療法が次々に導入されております。また、発刊後、すぐに多くの識者の方から、本ガイドラインに対するご意見やご批判が寄せられております。策定委員会では、これらのご意見をふまえ、早期に第2版作成に着手する必要があるとの結論に至りました。

我々、第2版脳性麻痺リハガイドライン策定委員会は、既存エビデンスの確認、リサーチクエスションの見直し、協力委員対象のワークショップによる策定手順の統一化、文献検索、エビデンスの判定、推奨文の作成、推奨グレードの決定など、第1版で得た一連の作業手順を踏襲し、より臨床に役立つ脳性麻痺リハガイドラインを目標に、2009年8月に始動しました。第2版策定委員は、第1版の3分の1が交代し、新メンバーで臨み、私が委員長を務めさせていただくことになりました。なお、第2版発行は、4年後の2013年6月を予定しております。

会員の皆様方のご協力、ご指導、よろしくお願い申し上げます。

（委員長 高橋 秀寿）

＜広報委員会＞

1. リハニュース第44号（2010年1月刊行予定）について
42号でもお伝えいたしましたが、2010年1月刊行予定のリハニュース第44号は「医学生・研修医のためのリハビリテーション医学ガイド」として刊行いたします。つきましては、第44号の各種お知らせ等は休載とさせていただきます。会員の皆様にはご了承の程、よろしくお願い申し上げます。

2. 第2回フォトコンテストのお知らせ

学会プロモーション活動の一環として第2回リハビリテーション・写真コンテストを開催いたします。たくさんのご応募をお待ちしております。

（委員長 山田 深）

第2回

リハビリテーション・写真コンテスト 実施要項

【応募要項】

応募期間：

2009年9月15日～12月15日締切

応募資格：

本学会会員に限る

募集作品：

リハビリテーションにかかわる臨床・教育・研究を作品のモチーフとする人物、静物、風景など。

応募方法：

会員用Webシステムの全会員用掲示板を通して行います。詳細は<https://member.jarm.or.jp/mypage/bbs01/index.php>をご参照ください。（閲覧にはログインが必要です。）

<中部・東海地方会だより>

中部・東海地方会では、第26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2010年2月6日(土)に予定しています。ご参加のほど、よろしく申し上げます。▶また、中部・東海地方会の後援で第4回リハ科専門医会学術集会を2009年10月16日(金)～18日(日)下諏訪総合文化センターに於いて開催致します。詳細は第4回リハ科専門医会学術集会ホームページ (<http://www.fujita-hu.ac.jp/~rehabmed/suwa/>) または、日本リハ医学会ホームページ (http://www.jarm.or.jp/member/member_specialists/) をご確認ください。▶2007年5月より中部・東海地方会のHPを開設しております。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HP (<http://www.fujita-hu.ac.jp/~rehabmed/chubutokai/>) をご覧ください。

(代表幹事 才藤 栄一)

<中国・四国地方会だより>

第24回地方会学術集会と専門医・認定医生涯教育研修会を2009年12月6日(日)に倉敷市の(財)倉敷中央病院大原記念ホールにて開催いたします。午前は一般演題発表、午後は生涯教育研修会を行う予定です。テーマを「リハビリテーションの多様性」としています。多時期の患者を多地域にて多職種とのチームアプローチで行っているご経験や研究・教育での話題を幅広く募集いたしますので、奮ってご応募ください。研修会は、前田眞治先生(国際医療福祉大学大学院教授)に「右半球損傷患者のリハビリテーション」を、梅津祐一先生(小倉リハビリテーション病院副院長)に「回復期リハビリテーション病棟における運動器疾患」をご講演いただきます。ご経験豊富な先生のご講演で得るものが多いと思います。多くの会員の皆様のご参加と活発なご討論をよろしく

お願い申し上げます。▶詳細は、地方会学術集会ホームページ (<http://www.kchnet.or.jp/tsreha29/>) をご覧ください。▶地方会のホームページにも、県単位で開催される生涯教育研修会の予定が随時更新しております。どうぞご利用ください。

(代表幹事、第24回学術集会会長 伊勢 眞樹)

<九州地方会だより>

第26回九州地方会学術集会は、水田幹事(熊本大学大学院医学薬学研究部運動骨格病態学分野教授)の担当で、本年9月13日(日)熊本市・崇城大学市民ホールで開催され、盛会裏に終了しました。午前は一般演題が17題、午後からは生涯教育講演があり250名を超える多数の参加がありました。▶次回、第27回学術集会は、黒木幹事(飯塚病院リハ科部長)の担当で、2010年2月21日(日)、福岡市・都久志会館で開催され、一般演題発表と午後から3題の生涯教育研修会があります。川平和美先生(鹿児島大学リハ医学教授)に「片麻痺治療の現状と今後の展望—促通反復療法を中心に」を、石田健司先生(高知大学医学部附属病院リハ部病院教授)に「関節リウマチ症例に対する靴(型)装具の作成のポイントと有用性」を、そして美津島隆先生(浜松医科大学附属病院リハ部准教授)に「障害者の循環動態に関する一考察」をご講演いただきます。多くの会員の皆様のご参加をお願い申し上げます。▶幹事会・総会報告(本年9月13日開催):佐賀県の新幹事として紫藤泰二幹事(佐賀リハビリテーション病院副院長)を選出いたしました。▶詳細は九州地方会ホームページ<http://kyureha.umin.ne.jp/>(今年度から新アドレスとなっております)をご覧ください。

(事務局担当幹事 下堂 蘭 恵)

米本恭三先生の叙勲をお祝いして

米本恭三先生が、今春、瑞宝中綬章を叙勲されました。ご功績の一端に触れたいと思います。米本先生は、東京慈恵会医科大学リハ医学講座の主任教授をされながら、日本リハ医学会理事、さらに常任理事、そして学会理事長と重要なポストを歴任され、1991年には、日本リハ医学会の学術集会を主宰されました。また、先生のご尽力で、1996年9月に、「リハビリテーション科」を診療標榜科名として厚生省(現厚生労働省)より承認を得たこと、また文部省(現文部科学省)の科研費申請部門に「リハビリテーション科学」を新設したことで、わが国のリハ医学の社会的な発展に大きく貢献されました。1998年4月、慈恵医大退官の後、東京都立保健科学大学(現首都大学東京)へ赴任され、同大学学長として大学院修士・博士課程を新設し、さらに都立の4大学を統合し、首都大学東京の設立に大きく貢献されました。また、1995年、医師国家試験出題基準改訂委員会

委員、2002年、医学教育改革のための共用試験実施機構(文部科学省)の任にあたり、客観的臨床能力試験委員会の委員長を、一方、医学教育コアカリキュラム(文部科学省)策定の作業協力者としてご尽力され、医学教育に大きな功績を残されました。東京都に対しても多大な貢献をされており、1994年には、多年にわたる障害者の福祉増進に貢献した功績に対し、都知事賞を受賞されています。今後も、お元気で活躍を切にお祈り申し上げます。

(東京慈恵会医科大学リハ医学講座 安保 雅博)



専門医の背景情報調査に関して

“職域別勤務実態に関するアンケートおよび女性専門医アンケート”
ご協力のお願い

専門医会幹事会

2007年度の専門医会「リハ科専門医需給に関するワーキンググループ」より、リハ科専門医数の絶対的不足ならびに今後の推計予測が報告されました（学会誌第45巻 528-534頁、2008）。この報告を受けて、本医学会主導によりリハ科医育成アクションプラン（AP）が策定され、実行に移されている段階です。しかし、今後の専門医数の推移に関して、推計の根拠となる専門医の職域別勤務実態や背景が不明であり、現状把握および問題点の抽出を困難としています。専門医の不足数や今後の予測に関しても大きな幅を持った推計値となっており、専門医の動態（異動）を正確に反映していないとのご指摘も受けています。性別、年齢構成、地域性などの情報は加味されていないため、多くの先生方が知りたい“質”的な側面に対する予測には答えることができません。

専門医のバックグラウンド・職域・要望などを含めた専門医の基礎データが不十分な現状では、専門医会活動やAPの具体的な施策が効果的に行えない可能性があります。そのため、専門医会として、専門医全員に対する職域別勤務実態等の基本情報を収集し、今後の専門医会活動の基礎データとすることと致しました。これらのデータを活用すれば、より精度の高い専門医数の予測も可能となります。実施までには専門医会幹事会で質問調査項目、個人情報保護、実施方法、データ活用方法などについて突っ込んだ議論を行いました。他学会では入会

時ならびに年次更新時（年会費納入時）に、このような基礎情報や学会に対する要望について会員全員に対してwebで入力をするところがあります。将来的には、このような形式で年次調査を専門医あるいは会員全員に実施できることが理想ですが、解決すべき課題も多々あり、今回はwebでのアンケートという形で実施することに致しました。同時に女性専門医支援に向けての女性専門医に対するアンケートも行います（詳細はリハニュースNo. 41 特集をご参照ください）。アンケートにつきましても、会員ページにログインし、トップページの本アンケート入口よりお入りいただき、**本年11月30日まで**にご回答ください。

専門医会幹事会では、幹事会から専門医への一方的な情報伝達ではなく、双方向性のコミュニケーションを図るとともに、専門医同士の連携を深めるためにweb化を促進しています。webを全国各地の専門医を繋ぐ活動支援ツールと位置付け、上記のアンケートをwebで実施するほか、今後専門医会幹事の選挙をwebで実施する方向でも動いています。現在、専門医のweb登録率は63%（2009年8月）です。会員ページへのログイン手続きをしなければ、これらの活動に参加できません。是非、会員ページにログインのお手続きの上、webを通じての専門医活動へのご参加をいただければ幸いです。さらに、webでのアンケートへのご協力をよろしくお願い申し上げます。

リハ医 への 期待

第5回

脳卒中患者のリハビリテーション

NPO法人全国脳卒中者友の会連合会副会長
日本脳卒中協会理事
兵庫県脳卒中者友の会「あけぼの会」会長

坂口 正徳

1976年12月初旬の33歳の年齢で脳血栓を発症してからほぼ倍の年月が経ちました。倒れた瞬間に右半身付随となり、意識はありましたが、言語も思うに話せず、倒れてから1カ月位の間は、病院でお世話になった医師や看護師の方々、家内等の話の内容で現実を知りました。医療関係の方々や多くの人々に大変お世話になり、今日まで辛く、苦しかった中にも幸せを感じた生活をさせていただき感謝でいっぱいです。

リハビリテーション一筋に

毎日、何よりも元の体に戻りたい！との一心でした。入院後5、6日経って、意識もうつろでしたがリハを開始、リハ室に車椅子を押してもらいながら通い、最初の間は自分では何もできなかったのですが、先生が長い時間マッサージをしてくださるだけでした。

1カ月ぐらいしてから、意識も明確になりました。しかしながら、何の感覚もない右半身をかかえ、大変な病気になってしまったと自分自身、悔しさでいっぱいでした。足に砂袋を乗せ、苦しい痛みに耐えながら何度も足の上げ下げの練習をしました。ようやくできた時は足が軽くなったように気持ちも軽くなり、精神的にもリハに期待を持ちました。

そして時間のある限り私はリハを受けたいと思いました。内科の先生とリハの先生が機敏に細やかに病状を把握してくださり、そのような治療を受けられたことが、最悪の状態から回復へと期待をつなげてくれました。

従来のように、リハが医療として治療できることが障害者には必要です。内科医からも適切に治療がなされると障害者の心の負担も軽く、それが社会復帰への近道になる

と確信いたします。

後遺症は長く、ほとんどの方が期間内には以前の仕事に復帰ができないと思います。私の場合も復帰を断念して勤務先を退き、生活も生誕の地である、神戸の御影に住居を移して、リハを主とした病院に通いました。通院先の院長先生が発起人となっている兵庫県脳卒中者友の会「あけぼの会」があり、さっそく入会して多くの会員の方々と出会い、病気で体験話、治療経過等の情報にも、自分一人だけではないと、力を貰いました。同じ苦しみを持つ方々と励まし合い元気になることを願って、お役を引き継いで、今現在はNPO法人全国脳卒中者友の会連合会副会長、日本脳卒中協会患者会代表、兵庫県脳卒中者友の会「あけぼの会」の会長等をさせていただいております。

阪神大震災後、私の住む神戸市東灘区に地域活動の拠点として「御影北地域福祉センター」が建設され、地元の方々の応援のお陰で、自らの希望であった地域リハビリ「御影北」を立ち上げ、現在も毎週活動しております。

リハは心の和も必要です。患者の方々と談話の中でテレビなどの話題で現実を知ることや、歌、軽い体操、ゲーム等で軽い脳の遊び等、日常生活に戻れる訓練が必要です。心のケアをリハに取り入れ、長いリハに挫折しないよう指導していただきたいと思います。患者が適切な指導のもと医療も身近で受けられるよう、これまでお世話になってまいりました多くの医療関係者の方々にも、厚かましくも病院での医療の後押し、何卒よろしく願い申し上げます。

なお、兵庫県脳卒中者「あけぼの会」へのお問合せ等は Tel 078-927-2727 (火・金曜日) です。ご入会も心待ち致しております。

今年は夏休みに8施設でリハセミナーが開催され、14名の医学生が参加しました。参加者から寄せられた感想文を掲載いたします（施設名五十音順）。スペースの関係上内容を一部割愛させていただきました。全文は学会HPに掲載いたします。

医学生とリハビリテーションを語る会

将来リハ医を目指す私にとって、一種の情報収集をしてこようという軽い気持ちで参加させていただいた今回の研修は、ふたを開けてみれば贅沢なセミナーで恐縮しきりの二泊三日でした。

1日目のVFの見学は、シェーグレン症候群の患者さんの検査でした。唾液が出にくいことから嚥下機能に不都合が出ている可能性があるかとのことでした。

2日目の午前中は装具・車椅子・杖実習を行いました（写真）。車椅子の使い方さえ知らない、また乗ったこともなかった私に対して一から教えていただきました。

2日目の午後から3日目はバラエティに富んだ15ものミニレクチャーを受けました。各先生方の現在にいたるキャリア形成について紹介していただいたことで、今後の自分にとって十分なロールモデルを獲得できたように思いました。

こんなに密度が濃く楽しいリハセミナーがあることを周囲に知らせていくことが、まず私にできる一つの恩返しだと思っております。

鹿児島大学

振り返ってみて、参加してよかったと心から思います。特に印象に残っているのはカンファレンスと回診です。カンファレンスでは、「どういうことを問題にして何をゴールにリハを進めていくのか」という流れが分かり、とても勉強になりました。回診では、教授が一人ひとりの患者さんを時間をかけて診察されていて、驚きました。また、実際に患者さんに接することができたおかげで、片麻痺がどういう状態かをしっかりとイメージすることができるようになりました。

他のセミナー参加者と知り合えたことも、刺激になりました。セミナーを通して、教授をはじめとして、多くの先生方には大変お世話になりました。

多摩北部医療センター

2日間という大変短い時間でしたが、1週間くらいお邪魔させていただいていたかなと錯覚を起こしそうになるくらい、貴重な体験をたくさんさせていただき、ありがとうございました。

初めはリハ科の院内での位置付けすらよくわからなかったのですが、実際に見学をさせていただいたことで、リハ科という科が大変良くわかった気が致します。

リハはどうしても我々素人の医学生にとって、コメディカルの印象が強いため、特にストレートで入学している学生にとっては、医師の仕事としてイメージが湧きづらい気は致します。でも、実際に現場では、本当に専門性が高く、所々に“技”が見え隠れする。

普通にしていると見過ごしてしまうようなことでも、そういうことってすごく大切ですよ。リハって本当にその人の、顕在にしろ潜在にしろ、残された能力を如何に維持し、引き出すかなのだと、身をもって実感致しました。

日本リハ医学会 夏期リハセミナーに参加して



東京大学

東大リハ科では3日間お世話になりました。

1日目は急性期リハの仕事を理解することから始まりました。リハの間診は独特で、時にはプライバシーに踏み込まざるを得ない質問をすることもあります。そういう時でも患者さんとリハ医との何気ない会話の一つひとつにユーモアがあり、患者さんの事情を慮った言葉が必ず入りました。午後にはVICON計測を見学しました。

2日目は朝のカンファで最新の治験の様子について説明を受けた後、回診に同行しました。午後の装具外来では、患者さんが実際に使用されている装具の不具合を調整したり、新規の患者さんがどうやってご自分の手足の代わりとなる装具を作られるかを見学しました。夜

には女性医師を交えて、交歓会も開いていただきました。

3日目は教授の小児外来に同席しました。東大でしか見ることができないようなレアな症例を見ることもでき、大変勉強になりました。午後は小児神経に興味のある私のために心身障害児総合医療療育センターで実習を組んでくださいました。

これを御覧になっている皆さんに少しでも東大リハ科の魅力が伝われば幸いです。

森之宮病院

森之宮病院の実習では半日という短時間の中、脳性麻痺児のリハ見学と成人患者さんの病棟見学を中心に、実りの多い時間を過ごすことができました。

リハカンファでは、神経変性疾患・脳卒中を中心に、患者さんの病歴、医学的所見、合併症、治療内容と予後を丁寧に報告していました。他科のカンファと違うところは、リハ医療が生活に即した日常的・社会的概念に基づく性格をもつので、職業復帰・在宅生活・施設ケアなどが議論の中心となり、治療目標は、屋内歩行の自立、車椅子でのADL自立などのレベルで表されることでした。それらがとても新鮮で、さらにリハ医療に興味を持ちました。小児リハでは脳性麻痺児に初めて直接触れることができ、実際のリハを見せていただきながら、中枢障害を持つ障害児の成長の過程と地域社会の中でどのような療育がなされるかについて教わりました。大変お世話になり有難うございました。

*

教育委員会 医学生リハセミナー担当

芳賀 信彦

国際リハ医学会学術集会ISPRM2009は6月13日から17日まで、トルコ共和国の首都イスタンブールで開催され、85カ国から約3,000人が参加しました。ISPRMはIRMAとIFPMRが合体して2001年に第1回学術集会がアムステルダムで開催されてから、プラハ（2003、イスラエルリハ学会が開催）、サンパウロ（2005）、ソウル（2007）と続き、今回が第5回目となります。10年目の節目を前にして、さらなる発展を目指し、ISPRMが抱える課題と進むべき方向を述べた報告書の一部が会場で配布されました。同報告書はJournal of Rehabilitation Medicineの特別号に掲載される予定です。

発表は基礎・臨床研究だけではなく、国際学会らしく各国の地域リハの取り組みをテーマとするセッション（日本からは東八幡平病院の及川忠人先生が発表）も人気を集めていました。

特筆すべきこととして、日本リハ医学会元理事長の千野直一先生が、The Herman J. Flax Lifetime Achievement Awardを受賞され、授賞式が執り行われました（写真は千野直一先生と



ISPRM2009報告

記念の楯)。会長のJoel A. DeLisa教授は賞の贈呈に先立ち、「千野直一先生は長年にわたって日本国内のみならず、世界的に偉大な功績を残されました。中でも多くのリハ医を育て、その弟子たちが日本、アジアのリハ医学・医療を支えるに至っている」と讃えました。なお、本賞は1994年に設立され、過去にGunnar Grimby、John Melvin、Martin Graboisの各氏らが受賞しています。

（東北大学大学院リハビリテーション医工学分野
出江 紳一）

第82回日本整形外科学会学術総会は「**日本整形外科学会のグローバル化と個性**」というテーマで九州大学の岩本幸英教授のもと、5月14日から17日まで福岡市で開催された。本年は九州大学整形外科学の開講100周年ということである。

巨大な学術総会である。参加者は約7,000人とのことであったが、企画の内容も盛りだくさんであった。基調講演3、招待講演2、シンポジウム48、パネルディスカッション19、教育研修講演49を中心にモーニング、ランチオン、イブニングの各セミナーの合計は40にのぼっていた。また対立する意見を有する2人の演者が会場の参加者を巻き込んで討論する「クロスファイア」という企画があった。参加者はアンサーボッドを渡されて演者に投票することが可能であり、大変斬新な企画と感じた。一般演題の採択率は約60%という数字であり、口演は少なくポスター発表が多かった。また一般演題採択のうち約1割は英語演題であることも特徴である。

岩本教授の会長講演は「骨軟部腫瘍治療の現状と未来」というタイトルで行われた。臨床と研究の歯車をつつまわして次世代に託すことを述べられ、感銘を受けた。基調講演では京都大学の山中伸弥教授が「iPS細胞の可能性と課題」というタ

第82回日本整形外科学会学術総会報告

イトルで講演され、メイン会場が超満員となる盛況であった。山中教授は元々整形外科医として出発後に基礎医学に進まれたことを最初に述べ、ES細胞の臨床応用の現状から、iPS細胞作成の成功、今後の臨床応用について難しい内容を分かりやすく、講演された。理解が進んだがiPS細胞の臨床応用は、もうしばらく時間を要するとの印象を受けた。

Locomotive syndromeという概念を日本整形外科学会が提唱していることは承知していたが私自身今ひとつ、ぴんときない印象があった。シンポジウムでは診断基準やその他評価法を開発中とのことであった。今後の動向に注目してゆきたい。

巨大な学術総会であり、綿密に計画を立てないと、聞きたい講演を逃すこともある。私自身ファンである李 啓充先生の基調講演を聞けなかったことは残念であった。最後に、特別企画ポスターでは日本リハ医学会も出展し、学会をアピールする内容を会期中、展示したこともあわせて報告したい。

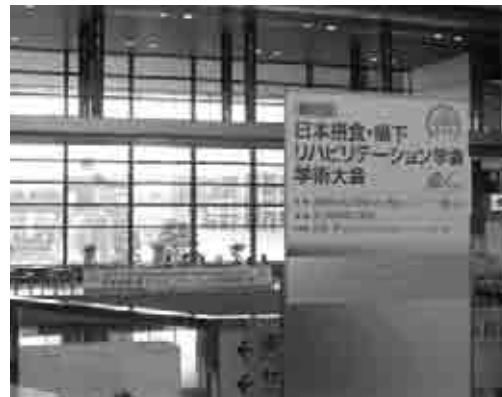
（星城大学リハビリテーション学部
安倍 基幸）

第15回日本摂食・嚥下リハ学会が、藤田保健衛生大学医療科学部リハ学科の馬場 尊先生を大会長として、2009年8月28日～29日、愛知県の名古屋国際会議場で開催された。

大会のテーマは「**限界に挑む**」ということで、教育講演、シンポジウム、指定テーマ講演は評価・治療法に重点の置かれた構成となっていた。中でも興味をひかれたのは、プロセスモデルに沿って生理学・評価法・訓練法を解説したシンポジウムであり、難しい内容にもかかわらず多くの聴講者を集めていた。また、輪状咽頭筋に焦点をしばった指定テーマ講演では、輪状咽頭筋の筋電図評価とボツリヌス毒素の局所注入による新しい治療の解説もあり、リハ科ならではの評価・治療で学会のテーマにふさわしいものであった。

一般演題は、口演・ポスターセッション合わせて500題以上の発表があり、内容は参加者が多職種に渡ることを反映し、医科・歯科のテーマから、看護、食事形態までと様々なものがあつた。演題数が多かったためか、ポスターセッションでは発表・討論時間がかかなり短く、十分に討議がなされていない場面があり残念で

第15回 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会



あつた。

本大会の参加者は医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士等幅広い職種にわたり、2日間で5,000人以上の参加があつた。嚥下障害に対する関心の高さがうかがえ、学会認定士制度が始まったこともあり、今後学会はますます発展するものと思われる。

(三木リハビリテーション病院
田中 芳幸)

2009年9月4、5日の両日、さいたま市大宮で防衛医大整形外科教授の根本孝一会長の下、約220名が参加してコンパクトな会が開かれた。本会も20回目を迎えたが、末梢神経という共通テーマで整形外科・リハビリテーション科・神経内科・脳神経外科・産業医学その他の関係者が学際的に集まって知識を共有し、議論するところに特徴がある。新しい知見を世の中に還元すべく参加した人たちである。一般演題65題に加えていくつもの練り上げられた企画が目立った。教育研修講演「職業性ジストニア」は書痙や楽器奏者のジストニアについて多くのビデオを交えながら最新の情報が紹介された。特別講演「末梢神経の再生とミクログリア」、外国人招待講演「脱神経筋の回復を促進する治療」と末梢神経を根本から考え直す魅力的な講演が続く。会員懇親会は、防衛医大ならではの陸上自衛隊音楽隊の演奏協力もあり、学際的に親交を深める楽しいひとときとなった。

2日目も朝から一般演題と熱論が続いた。本学会は1会場で全員参加を原則とするが、演題数の関係から一部のみ2会場同時進行となった。産業医学講座の「作業関連性運動器障害」では頸肩腕障害や腰痛を中心に紹介された。ランチョンセミ

第20回 日本末梢神経学会学術集会



ナーは「CRPSの診断と治療」と題し、採血などに伴って異常なしびれや痛みを訴える患者には早期対応が大切であることが強調された。午後は総会に引き続いて肘部管症候群関連演題、そして夕方のシンポジウム「肘部管症候群」は日本手の外科学会研修会との合同企画で、疫学、電気診断、鑑別から始まり、保存療法や手術まで6題の講演に引き続いて多数の質問が続いた。来年仙台での再開を期して、17時過ぎに幕を閉じた。

(横浜市立大学市民総合医療センター総合診療科
長谷川 修)

所在地 〒731-3168 広島市安佐南区伴南1丁目39-1 Tel 082-848-8001(代) Fax 082-848-8003
 ホームページアドレス <http://www.city.hiroshima.jp/www/contents/0000000000000/1236247569370/index.html> (広島市のホームページ内にあります)
 連絡先: センター長 吉村 理 (E-mail: o-yoshimura@city.hiroshima.jp)

広島市総合リハビリテーションセンターは、2008年に開院した新しいセンターです。リハビリテーション病院(回復期病棟100床)と、自立訓練施設(障害者支援施設60床)よりなり、身体障害者更生相談所の業務を引きついで総合相談室を併設しています。センター長の吉村理先生(リハ科)・院長の村上恒二先生(整形外科)を筆頭に、神経内科医・脳神経外科医・リハ医あわせて9名(うちリハ科専門医5名)と、歯科医1名の体制で療法士約50名・看護師約60名・看護助手・薬剤師・栄養士・ソーシャルワーカー・臨床心理士などとともに地域リハに貢献するべく日々精進しております。

特徴として挙げられるのは、①3T MRIやNIRSなど最新の脳機能解析機器を備えていること、②通常の回復期病棟では扱いにくい神経難病・脊髄損傷のリハを扱っていること、です。開院してまもない病院のため、まだまだ未熟なところが多いものの、モチベー



ションの高いスタッフが多く、研究・臨床の両面において、将来はリハ医を育てることができる病院になることをめざしています。

広島市内中心部から車で20分程度のところにありますので、近くにお越しの

際はお気軽にお立ち寄りください。また、リハ科専門医、または専門医を目指す医師を募集しております。詳細は当院ホームページをご参照いただき、採用時期など含め、センター長までお気軽にご相談いただくと幸いです。(越智 光宏)

◆◆◆ 事務局だより ◆◆◆

12月1日から第47回日本リハ医学会学術集会の演題募集が開始となります。今回は会期が5月開催となりますので、**演題募集締切も2010年1月7日(木)正午まで**になります。毎年、締切間際には事務局へ共同演者の入会申込みが殺到いたします。スムーズな演題登録のためにも、入会申込みは余裕をもって行ってくださいますようお願いいたします。また、今年度から演題登録は会員専用Webページからログインして行っていただく予定です。



〇〇〇 広報委員会より 〇〇〇

仲秋の候、過ごしやすい季節となりました。リハニュース43号をお届けします。本号の特集は、3本立てになっています。まず脳卒中治療ガイドライン策定委員会の中馬孝容委員長に「脳卒中ガイドラインにおけるリハビリテーションの動向」について、概説をしていただきました。推奨グレードの内容など改訂版「ガイドライン2009」の出版が楽しみです。次に連携パス策定委員会の辻 哲也委員長には「脳卒中地域連携パスのあり方」について現況を概説していただきました。連携パスの作成の難しさを経験されている会員の先生方もおられるかと思えます。本医学会から発信される指針に期待いたします。さらに伊藤利之理事より評議員選挙の概要について述べていただきました。選挙の実施も来年3月とまもなくですので、選挙制度や手順など、まだ十分にご承知でない会員の先生方は是非、熟読をお願いいたします。米本恭三先生が瑞宝中綬章を叙勲されました。千野直一先生はISPRM2009でAwardを受賞されました。両先生とも本医学会の理事長を歴任され多大なご貢献をされたことはご存じかと思えます。お祝い申し上げますとともに今後の活躍をお祈りいたします。

(安倍 基幸)

リハビリテーションにおける 評価法ハンドブック

—障害や健康の測り方—

■赤居正美 (国立障害者リハビリテーションセンター病院・研究所) 編著
■B5判 322頁 定価5,040円 (本体4,800円 税5%)



ISBN978-4-263-21861-7

◆本書の主な特徴

- 近年の医療介入の効果判定には、患者立脚型の評価尺度、健康関連QOLを導入する流れがあり、その多くの介入前後には健康状態の比較によるアウトカムを評価するものが用いられている。アウトカムの評価は、医療評価の中心となる考え方でもあり、こうした具体的な方法には、EBMの流れに基づく医療プログラムや医療介入の質、有効性を体系的・定量的に評価する上での重要な手法となっている。
- 本書は、リハビリテーション医療の領域で汎用されている各種評価尺度を、正しく理解し使用するための解説書。各種評価尺度の原資料を集め、開発者、開発時期、初出文献、特徴、必要な妥当性・信頼性などのチェック、普及度などについて取りあげて、EBMの立場から治療有効性を議論する際にも、治療介入の前後、経時的比較によりアウトカムを計るという手法が主流になっている現状を踏まえて、最新知見で簡潔に解説している。

◆本書の目次

総論 評価尺度に求められるもの 各論Ⅰ 機能障害評価 各論Ⅱ 疾患別機能障害・重症度 各論Ⅲ ADL
各論Ⅳ 包括的QOL 各論Ⅴ 疾患特異的QOL

医歯薬出版株式会社 〒113-8612 東京都文京区本駒込1-7-10 TEL03-5395-7610 http://www.ishiyaku.co.jp/
FAX03-5395-7611

CR 2049新 2009年9月作成

リハニュース 次号予告

待望の広報パンフレット発刊

特集：医学生／研修医のための
リハビリテーション医学ガイド



※紙面はあくまで企画段階のものです。

■企画編集：広報委員会

■協力：専門医会、教育委員会、認定委員会

- リハ科医育成アクションプランを具体化。リハ科医の魅力を分かりやすく紹介し、専門医制度について解説。
- ロールモデルとして各分野で活躍するリハ科医を紹介。研修指定施設リストも掲載しています。

<主要目次(予定)>

- ・巻頭グラビア
- ・リハビリテーション科医とは
定義、役割／臨床の実際
- ・リハビリテーション科専門医制度
制度解説／専門医になるために
専門医の活動／専門医会
- ・日本リハビリテーション医学会紹介
- ・全国で活躍するリハ科専門医
リハ専門病院／回復期病院／急性期病院
大学教員／開業／若手医師／女性医師
- ・女性リハ科医の活躍
- ・理事長メッセージ
- ・患者他職種からの声
- ・研修施設案内

*学会からのお知らせ、各種連載コーナー等は休載とさせていただきます。あらかじめご了承ください。

*学会ホームページでも医学生／研修医の方へ向けたコーナーを設置しております。リクルート活動などに是非お役立てください。(http://www.jarm.or.jp/pr/)

(広報委員会)

持続性ARB／利尿薬合剤 薬価基準収載

プレミネント錠[®]

〈ロサルタンカリウム／ヒドロクロチアジド錠〉

BANYU
A subsidiary of Merck & Co., Inc.,
Whitehouse Station, N.J., U.S.A.

製造販売元 〔資料請求先〕
万有製薬株式会社
〒102-8667 東京都千代田区九段北1-13-12 北の丸スクエア
ホームページ <http://www.banyu.co.jp/>
Registered trademark of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, N.J., U.S.A.
2009年3月作成 | 03-14-CZR-09-J-A112-J

処方せん医薬品：注意一医師等の処方せんにより使用すること
「効能・効果」「用法・用量」「禁忌を含む使用上の注意」等、詳細については製品添付文書をご参照下さい。

MEVALOTIN

HMG-CoA還元酵素阻害剤
高脂血症治療剤

メバロチン[®]

錠5・錠10・細粒0.5%・細粒1%

指定医薬品 処方せん医薬品：注意一医師等の処方せんにより使用すること
一般名／プラバスタチンナトリウム 薬価基準収載

●効能・効果、用法・用量、禁忌・原則禁忌を含む使用上の注意等は製品添付文書をご覧ください。

MEGA Studyの結果が、
製品添付文書に記載されました。

製造販売元（資料請求先）
第一三共株式会社
東京都中央区日本橋本町3-5-1
Daiichi-Sankyo

0710 (0806)

ただ、長生きでなく、
健康で長生きしてください。

平均寿命 ≡ 健康寿命

10月20日



当番 ももこ

健康寿命：寝たきり等にならない状態で自立して生活できる期間。

健康で活動的に過ごせる期間を延ばすために、
武田薬品はお役に立ちたいと考えています。

(資料請求先)

▲ 武田薬品工業株式会社 〒540-8645 大阪市中央区道修町四丁目1番1号
http://www.takeda.co.jp/



持続性アンジオテンシンII受容体拮抗剤
[処方せん医薬品注] 薬価基準収載
ブロプレス錠 2.4/8.12
(カンデサルタン シレキセチル錠)



持続性アンジオテンシンII受容体拮抗薬 / 利尿薬配合剤
[処方せん医薬品注] 薬価基準収載

エカード配合錠 15
(カンデサルタン シレキセチル/ヒドロクロチアジド配合錠)



骨粗鬆症治療剤・骨ペーজেット病治療剤
[劇薬・処方せん医薬品注] 薬価基準収載
ベネット錠 17.5mg
(リセドロン酸ナトリウム水和物錠)



糖尿病食後過血糖改善剤
[処方せん医薬品注] 薬価基準収載

ベイスン錠 0.2・0.3
OD錠 0.2・0.3
(日本薬局方 ポグリボース錠、ポグリボース口腔内崩壊錠)



インスリン抵抗性改善剤 [2型糖尿病治療剤]
[処方せん医薬品注] 薬価基準収載

アクトス錠 15・30
(ピオグリタゾン塩酸塩錠)



速効型インスリン分泌促進薬
[処方せん医薬品注] 薬価基準収載

グルファスト錠 5mg・10mg
(ミチグリニドカルシウム水和物錠)



プロトンポンプインヒビター
[処方せん医薬品注] 薬価基準収載

タケポン カプセル 15・30
OD錠 15・30
錠注用 30mg
(ランソプラゾールカプセルS口腔内崩壊錠、注射用ランソプラゾール)

注) 注意—医師等の処方せんにより使用すること

● 効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等は、添付文書をご参照ください。

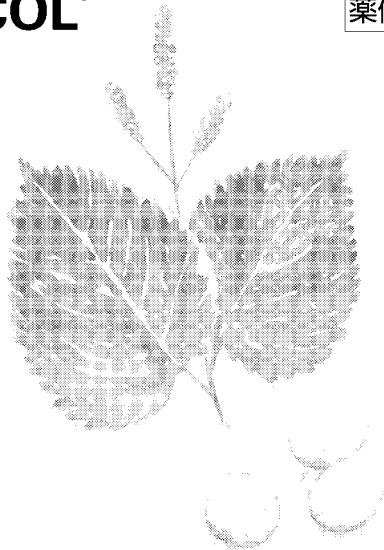
(0906)

経腸栄養剤(経管・経口両用)

ラコール®

RACOL®

薬価基準収載



200mL アルミパウチ

(ミルクフレーバー、コーヒーフレーバー、バナナフレーバー)

400mL バッグ

◇ 効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等は、製品添付文書をご参照ください。



販売提携
大塚製薬株式会社
東京都千代田区神田司町2-9

販売提携
株式会社大塚製薬工場
徳島県鳴門市撫養町立岩字芥原115



製造販売元
イーエヌ大塚製薬株式会社
岩手県花巻市二枚橋第4地割3-5

資料請求先
株式会社大塚製薬工場 学術部
〒101-0048 東京都千代田区神田司町2-9

('07.12作成)

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47回学術集会：2010年5月20日(木)～22日(土)、鹿児島市民文化ホール、サンロイヤルホテル、みなみホール、テーマ：**今日の先端科学を明日のリハビリテーションへ**、会長：川平和美(鹿児島大学大学院医歯学総合研究科リハビリテーション医学)、運営幹事：下堂蘭恵(鹿児島大学病院霧島リハビリテーションセンター)、Tel 0995-78-2538 Fax 0995-64-4045、E-mail: 47jarm@convention.co.jp、URL: <http://www.2.convention.co.jp/47jarm>。一般演題募集期間：2009年12月1日(火)正午～2010年1月7日(木)正午(予定)

【専門医会】(40単位)

●**第4回リハビリテーション科専門医会学術集会**：10月16日(金)～18日(日)、下諏訪総合文化センター、朝貝芳美(信濃医療福祉センター)、Tel 0266-27-8414

【地方会】

●**第26回東北地方会等**(30単位)：10月24日(土)、マリオス18F、本田 恵(婦厚堂南昌病院)、Tel 019-697-5211

●**第44回関東地方会等**(30単位)：12月5日(土)、群馬県社会福祉総合センター、白倉賢二(群馬大学医学部附属病院リハビリテーション部) Tel/Fax 027-220-8655

●**第24回中国・四国地方会等**(30単位)：12月6日(日)、倉敷中央病院大原記念ホール、伊勢真樹(倉敷中央病院リハビリテーション科)、Tel 086-422-0210、Fax 086-421-3424

【専門医・認定臨床生涯教育研修会】

●**関東地方会**(20単位)：10月24日(土)、新潟大学医学部有任記念館、木村 慎二(新潟大学

医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**(20単位)：11月7日(土)、兵庫県民会館、中野恭一(兵庫県立総合リハビリテーションセンター中央病院リハ科)、Tel 078-927-2727、Fax 078-925-9203

●**中国・四国地方会**(20単位)：11月21日(土)、高新文化ホール(7階)、石田健司(高知大学医学部附属病院リハビリテーション部)、Tel 088-880-2491、Fax 088-880-2492

●**近畿地方会**(20単位)：11月29日(日)、京都府立医科大学附属図書館ホール、武澤信夫(京都府リハビリテーション支援センター) Tel 075-251-5387、Fax 075-251-5389

【病態別実践リハ医学研修会】(20単位)

◎**骨関節障害**：11月23日(月)、大手町サンケイプラザ、水落和也(横浜市立大学)、受付終了

◎**神経系障害**：12月19日(土)、大手町サンケイプラザ、寺岡史人(佐久総合病院)

◎**内部障害**：2010年2月6日(土)、大手町サンケイプラザ、豊倉 穰(東海大学医学部附属大磯病院)以上の申込みは学会HPより、問合せ先：(株)サンプラネットメディカルコンベンション事業本部、Fax 03-3942-6396、E-mail: h-kitao-sun@hhc.eisai.co.jp

【実習研修会】(20単位)

◎**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)：11月14日(土) 浜松市リハビリテーション病院、15日(日) 聖隷三方原病院、藤島一郎(浜松市リハビリテーション病院)、Tel 053-471-8331

◎**福祉・地域リハビリテーション実習研修会**：2010年2月19日(金)～20日(土)、横浜市総合リハビリテーションセンター、横浜市立大学附属病院リハ科(加藤弓子)、Tel 045-787-2713、Fax 045-783-5333、E-mail: ihatama3@fukuhp.yokohama-cu.ac.jp、申込締切：11月30日

◎**第3回実習研修会「動作解析と運動学実習」**：2010年3月25日(木)～27日(土)、藤田保健衛生大学、才藤栄一(藤田保健衛生大学医学部リハ医学I講座教授)、加賀谷斉・加藤貴子、Tel 0562-93-2167、Fax 0562-95-2906、申込締切：12月28日(月)

◎**2009年度義肢装具等適合判定医師研修会(第66回・第67回)**：第66回2009年12月14日(月)～18日(金)、第67回2010年3月15日(月)～19日(金)、国立障害者リハビリテーションセンター学院、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2614)、Fax 04-2996-0966

【関連学会】

第33回日本高次脳機能障害学会(旧日本失語症学会)学術総会：10月29日(木)～30日(金)、ロイトン札幌、石合 純夫(札幌医科大学医学部リハビリテーション医学)、Tel 011-233-1322、Fax 011-233-1323

第44回日本脊髄障害医学会：11月12日(木)～13日(金)、東京国際フォーラム、種市 洋(獨協医科大学整形外科)、Tel 0282-87-2161

●◎**認定臨床医受験資格要件**：認定臨床医認定基準第2条2項2号(認定臨床医受験資格要件)に定める指定の教育研修会、◎：必須(1つ以上受講のこと)

広報委員会：田島文博(担当理事)、山田 深(委員長)、阿部和夫、安倍基幸、大高洋平、志波直人、野々垣学、平岡 崇、浅見豊子、土岐明子
問合せ・「会員の声」投稿先：「リハニューズ」編集部〒113-0032東京都文京区弥生2-4-16(財)学会誌刊行センター
Tel 03-3817-5821 Fax 03-3817-5830
E-mail: r-news@capj.or.jp
製作：(財)学会誌刊行センター
印刷：三美印刷(株)

エーザイは、『運動器の10年』活動のパートナーとして運動を推進してまいります。

薬価基準収載 検体検査実施料収載



「運動器の10年」世界運動

エーザイ販売の主な

運動器疾患における治療薬・診断薬



創薬
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

骨粗鬆症治療剤

アクトネル[®]錠2.5mg

骨粗鬆症治療剤/骨ページット病治療剤

アクトネル[®]錠17.5mg

〈リセドロン酸ナトリウム水和物錠〉

骨粗鬆症治療用ビタミンK₂剤

グラケ[®]カプセル 15mg

〈メナテレン製剤〉

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

筋緊張改善剤

ミオナール[®]錠 50mg
顆粒 10%

〈ロベリノン塩酸塩製剤〉

末梢性神経障害治療剤
メチコバル[®]錠 250μg
錠 500μg
細粒 0.1%

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

メチコバル[®]注射液 500μg

〈メコパラミン製剤〉

● 効能・効果、用法・用量及び禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

hvc Eisai エーザイ株式会社
ヒューマン・ヘルスケア企業
〒112-8088 東京都文京区小石川4-6-10
<http://www.eisai.co.jp>

創薬
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

組織活性型鎮痛・抗炎症剤

インフリー[®]カプセル 100mg

インフリー[®]Sカプセル 200mg

〈インドメタシン フェルネシル製剤〉

経皮吸収型鎮痛消炎剤

フェルビナク[®]テープ 70mg「EMEC」^{*}

〈フェルビナク貼付剤〉

創薬
鎮痛・抗炎症・解熱剤

ロキソプロフェン[®]錠 60mg「EMEC」^{*}

〈ロキソプロフェンナトリウム水和物錠〉

低カルポキシシロ化オステオカルシンキット

血清中低カルポキシシロ化オステオカルシン(ucOC)測定用医薬品

ピコル[®]ucOC^{*}

〈電気化学発光免疫測定法〉

※ 販売提携品

商品情報お問い合わせ先：エーザイ株式会社 お客様ホットライン
☎0120-419-497 9～18時(土、日、祝日 9～17時)

MO0903-4 2009年3月作成